

功能性腹泻中医诊疗专家共识(2023)*

中华中医药学会脾胃病分会

[摘要] 功能性腹泻是临床上常见的功能性胃肠疾病之一,病因及病机呈多样化、个体化,治疗以缓解症状和对症治疗为主,总体疗效不确切,复发率较高。本共识将中医、西医在功能性腹泻的诊断、治疗及预防方面的研究结合起来,突出了临床实用性,体现了最新研究进展。

[关键词] 功能性腹泻;中医;诊断;治疗;共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.12.01

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A

Expert consensus on Traditional Chinese Medicine diagnosis and treatment of functional diarrhea(2023)

Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine

Abstract Functional diarrhea is one of the common functional gastrointestinal diseases in clinical practice, with diverse and individualized causes and pathogenesis. Treatment mainly focuses on alleviating symptoms and symptomatic treatment, but the overall efficacy is uncertain and the recurrence rate is high. This consensus combines the research of Traditional Chinese Medicine and Western medicine in the diagnosis, treatment, and prevention of functional diarrhea, highlighting its clinical practicality and reflecting the latest research progress.

Key words functional diarrhea; Traditional Chinese Medicine; diagnosis; treatment; consensus

功能性腹泻(functional diarrhea, FDr)是指除外器质性病变引起的持续或反复排稀便或水样便,且不伴有明显腹痛或腹胀不适临床症状的综合征^[1]。FDr的病因和发病机制复杂,尚未完全明确。目前,研究表明FDr发病主要与肠道菌群失调^[2]、脑-肠轴调控失常、胃肠动力异常、内脏高敏感状态、胃肠激素、神经递质异常及精神心理因素有关^[3]。多数流行病学研究未将FDr与腹泻型肠易激综合征(irritable bowel syndrome-diarrhea, IBS-D)加以区分。中国上海、北京、西安、武汉和广州5个城市的流行病学研究结果显示,FDr发病率为1.54%,并呈逐年上升趋势^[4]。尽管FDr一般无严重并发症,但其病情容易反复,腹泻持续时间长,可达数十年,严重影响患者的身心健康,降低患者生活质量。FDr西医治疗主要以对症治疗为主,罗马IV标准中为其提供了新诊疗框架;中医药通过“辨证论治”治疗本病独具特色,疗效满意。近年来,随着对FDr中医药诊疗研究的深入,在临床和基础研究方面均取得许多新进展,但目前缺乏该病

的规范化中医诊疗共识意见。因此,有必要对FDr的中医诊疗共识意见进行起草拟定,以满足临床诊疗和科研的需要。

中华中医药学会脾胃病分会于2020年11月在北京牵头成立了功能性腹泻中医诊疗专家共识意见起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就FDr的证候分类、辨证治疗、名医经验、循证研究、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,然后按照德尔菲法分别于2021年4月、2021年8月、2022年10月进行了3轮专家投票,逐次进行修改完善形成送审稿。2023年4月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评,通过了本共识意见。表决选择:(1)完全同意;(2)同意,但有一定保留;(3)同意,但有较大保留;(4)不同意,但有保留;(5)完全不同意。如果 $>2/3$ 的人数选择(1),或 $>85\%$ 的人数选择(1)+(2),则作为条款通过,纳入共识。

*基金项目:国家中医临床研究基地建设项目(No:国中医药科技函[2018]131);广西中医药重点研究室建设项目脾胃治未病重点研究室(No:桂中医药科教发[2023]9号);国家中医药传承创新中心项目(No:发改办社会[2022]366号);广西岐黄学者培养项目广西医疗服务与保障能力提升(中医药传承与发展部分)中医药领军人才项目(No:2022015-003-01)

通信作者:谢胜,E-mail:xsh6566@163.com;王敏,E-mail:wangminzhuzhu@126.com;唐旭东,E-mail:txdly@sina.com

1 概述

1.1 西医诊断

1.1.1 临床表现 FDr 患者常以持续的或反复发生的、不伴有腹痛或不适的稀便或水样便为特征。体格检查时无腹部压痛、反跳痛及腹部包块,但可有肠鸣音活跃。FDr 在 ICD-11 的编码为 DD91.2^[5]。

1.1.2 辅助检查 (1)实验室检查:肝功能、肾功能、血糖、甲状腺功能、血常规、尿常规、红细胞沉降率等,除外感染性、内分泌疾病及其他器质性病变所致的腹泻。(2)粪便常规:外观为水样、糊状、烂便,镜检无红细胞、白细胞、潜血阴性,并且至少需进行 3 次粪便常规检查无异常发现;(3)粪便的分离培养:无致病菌生长,需 3 次粪便培养均阴性;(4)X 线钡灌肠及肠镜:无肠道肿瘤、息肉、腺瘤、炎症性肠病、溃疡、出血、炎症、结核等肠道器质性病变。(5)腹部影像学:包括超声、计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)以及正电子发射断层扫描(PET)等检查,从而排除肝脏、胆囊、胰腺及腹腔病变。

1.1.3 诊断标准 相关检查排除器质性病变,符合以下条件时可以考虑诊断 FDr:(1)至少 75% 的排便为不伴有腹痛的稀粪或水样粪;(2)诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月符合以上诊断标准。

1.2 中医范畴

FDr 属于中医“泄泻”范畴,其中医病名可分为:(1)以发病症状命名,可为“泄泻”、“下利”、“鹜溏”、“飧泄”等;(2)以发病脏腑命名,可为“脾泄”、“胃泄”、“大肠泄”、“肝泄”、“肾泄”等;(3)以发病病因命名,可为“暑泄”、“湿泻”、“伤食泻”、“寒泄”等。

2 病因病机

2.1 病因

FDr 的病因多由感受外邪、饮食所伤、情志失调、脾胃虚弱、久病失治和年老体衰等因素所致。感受外邪,伤及脾胃,导致脾失健运,水湿不化;饮食不节,脾胃受伤,脾失升清,小肠清浊不分,大肠传导失司,导致泄泻。情志失调,肝气郁结,横逆犯脾,或忧思伤脾,均可致脾失健运,水湿不化,发生泄泻。脾胃虚弱,不能运化水湿,水湿停聚,清浊不分,混杂而下,遂成泄泻。年老体弱,脏腑虚弱,脾肾亏虚,或大病久病之后,脾胃受损,肾气亏虚,命门火衰则脾失温煦,水谷不化,湿浊内生,引发久泻,甚或五更泻。

2.2 病位

FDr 病位在大肠,与脾、肾、肝三脏密切相关,涉及心、肺。

2.3 病机要点

FDr 的病机关键为脾虚湿盛,脾虚为本,湿盛为标^[6]。

本病多以脾胃虚弱为主。脾胃虚弱,不能运化精微,失其升清降浊之责而成泄泻。

再则,肝失疏泄,木郁不达,横逆乘脾犯胃,气机升降失调,而清浊不分,发为飧泄。

此外,心与小肠相为表里。心神失养,君火不明,则小肠火衰,无法分泌清浊,下注肠间而成泄泻。

迁延日久多以脾肺气虚、脾肾阳虚为主^[7]。肺失治节,宣肃失衡,则水液布散失调,下注大肠而成泄泻。凡久病不愈,损及肾阳,或年老体虚,肾阳不足,命门火衰,使脾阳衰微,脾肾阳虚,则脾失温煦,运化无力,水谷下注肠间,发为泄泻。肾气不足,水液无制,内流肠间,关门不禁,则为泄泻。脾肾阳气俱损,可致湿、食、痰、瘀等病理产物,继则引起寒热错杂、虚实夹杂,或累及他脏,使疾病缠绵难愈^[8]。

3 辨证分型^[7]

证候诊断:符合以下主症 2 项,加次症 2 项,参考舌脉,即可诊断。

3.1 脾胃气虚证(中医病证分类与代码 B04.06.03.01.03^[5])

主症:(1)大便时溏,迁延反复;(2)食少,食后脘闷不舒;(3)稍进食油腻或劳累时大便次数增多。

次症:(1)面色萎黄;(2)神疲乏力。

舌脉:舌质淡,苔白;脉细弱。

3.2 湿热内蕴证(中医病证分类与代码 B02.05.04.02.01^[5])

主症:(1)腹泻肠鸣,泻下不多;(2)里急后重,泻下不爽。

次症:(1)口干口苦,不欲饮水;(2)纳呆,肢体沉重;(3)肛门坠胀、灼热。

舌脉:舌质红,苔黄腻;脉滑数。

3.3 肝郁脾虚证(中医病证分类与代码 B04.06.02.03.01.02^[5])

主症:(1)腹满便溏;(2)胁痛痞闷;(3)肠鸣矢气。

次症:(1)全身乏力,气短懒言;(2)面色萎黄;(3)寐差;(4)心烦纳呆。

舌脉:舌淡红或舌边红,苔薄白或薄黄;脉弦或缓弱。

3.4 上热下寒证(中医病证分类与代码 B01.10.05^[5])

主症:(1)便质稀溏;(2)肠鸣;(3)腹中冷或腹胀。

次症:(1)烦渴;(2)口苦;(3)四肢不温或畏寒喜暖。

舌脉:舌质红,苔黄腻;脉沉或缓。

3.5 脾肾阳虚证(中医病证分类与代码 B04.06.03.05.01.05^[5])

主症:(1)大便稀溏,完谷不化;(2)腹部喜温喜按。

次症:(1)腰膝酸软;(2)形寒肢冷;(3)纳食不佳。

舌脉:舌胖大边有齿痕,苔白;脉沉细。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

FDr 的治疗目标在于改善症状,提高生活质量,降低发作次数。治疗以健脾益气化湿为总原则,初期以健脾化湿为主,日久随证温肾、调肝,兼顾寒热虚实,辨证论治^[6]。

4.2 常规辨证论治

4.2.1 脾胃气虚证 治法:益气健脾,渗湿止泻。主方:七味白术散加减。

药物:党参 9~12 g、白术 9~12 g、茯苓 9~12 g、葛根 9~12 g、藿香^{后下} 6~9 g、木香^{后下} 3~6 g、炙甘草 3~6 g。

加减:湿盛者加苍术 6~9 g、草豆蔻 3~6 g、砂仁^{后下} 3~6 g、大豆黄卷 9~15 g 等以健脾祛湿;泄泻日久,中气下陷,或兼有脱肛者,加升麻 6~9 g、柴胡 6~9 g、桔梗 6~9 g 等以升阳举陷;纳食减少者,可加神曲 9~12 g、山楂 9~12 g、谷芽 9~12 g 等以健脾消食。

中成药:(1)人参健脾片:口服,1.02 g/次,2次/d;(2)香砂六君子丸(浓缩丸):口服,丸剂 6~9 g/次,2~3次/d;浓缩丸 12丸/次,3次/d;(3)潞党参口服液:口服,10 mL/次,2次/d。

4.2.2 湿热内蕴证 治法:清热利湿,行气止泻。主方:葛根芩连汤合豆蔻香连丸加减。

药物:葛根 9~12 g、黄芩 6~9 g、黄连 3~6 g、炙甘草 6~9 g、木香^{后下} 3~6 g。

加减:若偏湿重宜加薏苡仁 12~15 g、厚朴 6~9 g 祛湿;夹食滞者加鸡内金 9~12 g、炒麦芽 9~12 g 消食导滞;腹胀明显加厚朴 6~9 g、半夏 6~9 g 以行气除满;兼呕吐者,加半夏 6~9 g 以降逆止呕。

中成药:(1)葛根芩连片(丸、口服液):口服,片剂 3~4片/次,3次/d;丸剂 3 g/次,3次/d;口服液 10 mL/次,2次/d;(2)香连片(丸):口服,片剂 5片/次,3次/d;水丸 3~6 g/次,或浓缩丸 6~12丸/次,2~3次/d。

4.2.3 肝郁脾虚证 治法:疏肝解郁,健脾祛湿。主方:逍遥散合痛泻要方加减。

药物:柴胡 6~9 g、当归 6~9 g、白芍 12~15 g、白术 9~12 g、茯苓 9~12 g、炙甘草 6~9 g、薄荷^{后下} 3~6 g、防风 6~9 g、陈皮 6~9 g、生姜 3~6 g。

加减:腹满甚者,加枳实 6~9 g、香附 9~12 g 理气;湿甚者,加苍术 6~9 g、石菖蒲^{后下} 6~9 g 祛湿。

中成药:逍遥丸:口服,水丸 6~9 g/次,1~2次/d;浓缩丸 8丸/次,3次/d;小蜜丸 9 g/次,2次/d。

4.2.4 上热下寒证 治法:清上温下,寒热平调。方药:乌梅丸加减。

药物:乌梅 15~30 g、蜀椒 3~6 g、细辛^{先煎} 3~6 g、黄连 3~6 g、黄柏 6~9 g、附片^{先煎} 3~6 g、干姜^{先煎} 6~9 g、桂枝 6~9 g、党参 9~12 g、当归 6~9 g。

加减:少腹冷痛者,乌梅丸去黄连、黄柏,加小茴香 3~6 g、肉桂 3~6 g 以散寒止痛;胃脘灼热或口苦者,乌梅丸去花椒、桂枝,加栀子 6~9 g、淡豆豉 9~12 g 以清热。腹胀明显加枳实 6~9 g、厚朴 6~9 g、木香^{后下} 3~6 g 以行气。

中成药:(1)乌梅丸:口服,水丸 3 g/次,或大蜜丸 2丸/次,2~3次/d;(2)胃肠安丸:口服,4丸/次,3次/d。

4.2.5 脾肾阳虚证 治法:温肾健脾,固涩止泻。方药:附子理中丸加减。

药物:炮附子^{先煎} 9~12 g、干姜^{先煎} 6~9 g、白术 9~12 g、党参 9~12 g、炙甘草 6~9 g。

加减:肾阳虚衰症状明显者,加肉桂 3~6 g、补骨脂 9~15 g、肉豆蔻 9~12 g 等以温肾助阳;腹中冷痛者,加炮姜 6~9 g、川椒 3~6 g、小茴香 3~6 g 等以散寒;腹胀明显者加枳壳 6~9 g、陈皮 6~9 g、佛手 3~9 g 行气宽中;滑脱不禁者加乌梅 9~12 g、赤石脂^{先煎} 9~12 g、禹余粮^{先煎} 9~12 g、石榴皮 6~9 g 等以收敛固涩;中气下陷者加黄芪 9~15 g、升麻 6~9 g、柴胡 6~9 g 等以升阳。

中成药:(1)四神丸:口服,9 g/次,1~2次/d;(2)固本益肠片:口服,小片 8片/次,大片 4片/次,3次/d;(3)附子理中丸:口服,水蜜丸 6 g/次,或浓缩丸 8~12丸/次,或大蜜丸 1丸/次,2~3次/d。

4.3 现代名家学术经验

4.3.1 余绍源^[9] (1)学术观点:脾胃虚弱,水湿不运是 FDr 的关键病机;在常见证型基础上提出

“脾阴不足”证型,顾护脾阴以防久泻、用过渗湿等伤及阴津;治疗注重“两不可”:不可分利小便、不可盲用收涩。

(2)用药心得:①治泻必用苍术。余绍源教授认为,芳香苦燥运脾是祛湿首要,故大凡泄泻,必用苍术。②常用药对如黄连配葛根、黄连配木香、乌梅配木瓜、苍术配白术等,突出体现升清降浊、清热导滞、酸甘敛阴、健脾燥湿等治法的联合应用。③擅长因地制宜使用岭南中草药,如五爪龙、救必应、火炭母等,契合岭南人脾胃虚弱、湿热偏盛的体质特点,临证效如桴鼓。

4.3.2 蔡淦^[10] (1)学术观点:慢性泄泻以脾虚清阳不升为本,可兼有肝郁、肾虚、湿胜等兼杂证。可分为肝郁脾虚、脾肾两虚和水湿内停三型,治疗宜以健脾升清为核心,配以疏肝、补肾、化湿之法。

(2)用药心得:①肝郁脾虚证多选用痛泻要方、四逆散、香砂六君子汤以疏肝健脾。②脾肾两虚证常选用四神丸、补中益气汤等温肾健脾、升阳止泻。此型症状较重,尚需加用固涩或升阳止泻之品如煨诃子、赤石脂、禹余粮等加强止泻的作用。③水湿内停证临床特点为泄泻迁延日久,且泄泻、水肿及小便不利共见,常用五苓散、胃苓汤之类以温阳化气,利水渗湿。

4.3.3 马贵同^[11] (1)学术观点:泄泻有脾气虚弱、中阳不足、运化失司及肠中湿热留滞的现象,强调健脾补虚,治疗以健脾温中清肠为常法,辅以清肠化湿、行气疏肝、消食导滞、温肾固涩、散寒泻热等法。

(2)用药心得:治疗以四君子汤、理中汤等为基本方,结合其他症状辨证加减。

4.4 西医诊疗进展概述

目前 FDr 的病因与发病机制尚未完全阐明,可能的发病机制与胃肠动力异常、内脏敏感性增加、肠道菌群失调、食物过敏或不耐受及精神心理异常(如应激、焦虑和抑郁)等有关。此外,自主神经功能异常、个体免疫、家族史、早期家庭环境、胃肠感染等因素也可能与 FDr 有关^[12]。

由于功能性疾病的具体发病机制尚不明确,目前治疗主要以控制临床症状对症支持治疗为主,常用药物有止泻药、肠道微生态制剂、解痉剂、阿片类药物、肠动力调节剂、镇静剂或抗焦虑药物。近年来,肠道黏膜保护剂如碱式水杨酸铋、木葡聚糖、单宁明胶等,作为一种新的替代或补充疗法,能更有效和安全地用于控制慢性腹泻相关疾病的症状^[13]。

4.5 难点问题分析及中医药优势

西医对 FDr 的发病机制尚未十分明确,病情容易反复,缺乏针对性的治疗手段,是目前治疗的主要难点。中医药治疗遵循因人、因时、因地三因制宜原则,强调以改善体质为主的辨证论治,配合个体化中医健康管理,能在达到长期疗效基础上预防复发、提高患者生活质量。此外, FDr 与肠道菌群失调具有密切关系,而相关研究提示五脏六腑生理功能失常与肠道菌群失调具有统一性^[14],中医药基于宏观整体的辨证论治对于涉及多系统症状的功能性胃肠病而言,其改善肠道微生态、调节脏腑功能上更具有独特的优势。

4.6 其他治法

4.6.1 艾灸 艾灸对神阙、气海、天枢、关元、足三里等穴实温和灸,艾条距皮肤 5 cm 为宜,以局部皮肤潮红为度,30 min/次,1 次/d,连续 10 d。

4.6.2 针刺 主穴取中脘、天枢、关元、足三里等穴,并根据患者的辨证分型进行取穴。

4.6.3 穴位贴敷 脾胃虚证 FDr,以健脾止泻为法,方选止泻散加减,药物包括丁香、五味子、花椒、砂仁、焦白术、炒苍术等。将药研磨成细粉,用姜汁调成膏状,取 3~5 g 药膏制成药饼,敷于肚脐,6 h/次,2 次/d,2 周为 1 个疗程,一共治疗 2 个疗程。

4.7 诊疗流程图

诊疗流程图见图 1。

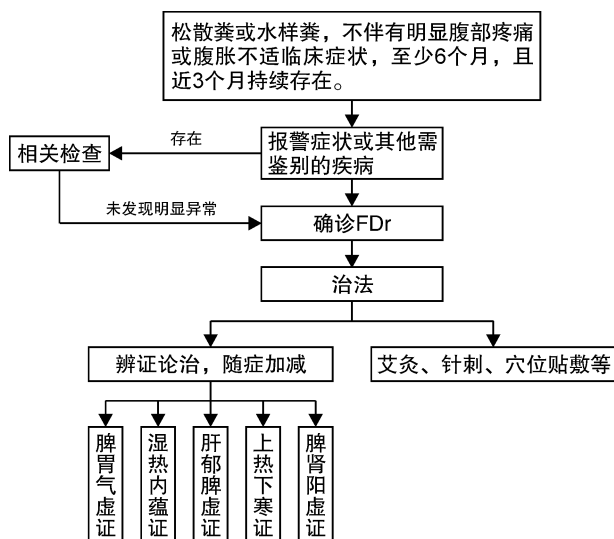


图 1 诊疗流程图

5 疗效评定

5.1 主要疗效评价指标

参照布里斯托大便分类法和排便频率评分标准^[15],见表 1。

表 1 大便性状及排便频率评分标准

项目	0 分	2 分	4 分	6 分
大便性状	像香肠或蛇一样, 且表面很光滑	断边光滑的柔软块状 (容易通过)	粗边蓬松块, 糊状大便	水状,无固体块 (完全液体)
排便频率/(次/d)	<3	3~4	5~6	≥7

5.2 次要疗效评价指标

5.2.1 证候疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[16]制定中医症状分级量表,主症包括大便性状、排便次数,次症包括倦怠乏力、神疲懒言、食欲不振、脘腹痞满等,主症和次症均分为无、轻、中、重 4 级,主症分别记 0、2、4、6 分,次症分别记 0、1、2、3 分。

采用尼莫地平法:疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%,分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级:(1)临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;(2)显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;(3)有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;(4)无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

5.2.2 生活质量评价标准 参照 SF-36 健康调查量表进行评价。从生理功能、社会功能、生理职能、躯体疼痛、精神健康、情感职能、活力、总体健康 8 个维度进行评价。

5.2.3 精神心理评价标准 选用汉密顿焦虑量表(HAMA)(14 项版本)及汉密顿抑郁量表(HAMD)(17 项版本)评价患者的精神心理状态。

6 中医药循证医学进展

目前对于 FDr 的高质量中医药循证医学发展仍然处于空白状态。现有文献报道以小样本、低质量临床研究为主。纵观现有相关指南、共识,对于中医药治疗 FDr 的推荐基本上为低级别、一般或弱推荐。尽管如此,该领域仍取得了一定进展,对部分临床治疗方案或处方进行了验证。研究表明,中药汤剂对 FDr 总有效率、治愈率明显优于西药对照组,但停药 4 周后的总有效性与对照组比较差异无统计学意义^[17];针灸治疗 FDr 的有效性并对文献进行质量评价,该系统评价结果表明针灸对 FDr 总有效率、止泻时间、症状积分的作用明显优于药物对照组^[18]。

7 预防调摄

FDr 的发生与饮食因素、情志因素、体质因素等有关。

(1)应加强健康宣教,注重对患者的健康教育,培养患者良好生活习惯,提高治疗依从性。

(2)重视饮食调理,按中医体质个体化辨证施膳;主张进食清淡、易消化、营养价值高的食品,建立合理的饮食习惯,饮食忌生冷、酸辣刺激、肥甘厚腻或不洁食品,避免过度饮食、大量饮酒、饮用含咖啡因饮品等。

(3)重视调畅情志,保持平和的心态,避免较大的情绪波动,必要时可进行心理咨询。

(4)增强体质,适当加强运动锻炼,避免过度劳累。可进行五禽戏、八段锦、太极拳、导引术等运动锻炼;居家时可以按摩三阴交、足三里、太白、太冲、神阙穴以调理肝脾肾。

8 转归与随访

FDr 的预后与患者的年龄、病因、病程、病势、治疗是否及时、饮食调摄以及情志调摄是否得当相关。本病一般预后良好,多能获愈,少数病程长,若未及时规范治疗,可影响患者全身情况。经进一步的咨询、健康教育以及合理用药,可改善患者的症状,提高患者的生活质量。

共识执笔人:

黄晓燕(广西中医药大学第一附属医院)、陈雅璐(广西中医药大学第一附属医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、李建锋(广西中医药大学第一附属医院)

共识意见制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:

张北华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、凌江红(上海中医药大学附属曙光医院)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、黄绍刚(广东省中医院)、舒劲(甘肃省中医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

组外函审专家:

王秀娟(天津市中医药研究院附属医院)、严光俊(荆州市中医医院)、汪龙德(甘肃中医药大学附属医院)、张北平(广东省中医院)、郝微微(上海中医药大学附属曙光医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:

王风云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山

西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、杨倩(河北省中医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、张北华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

共识工作秘书:

肖欢智(贵州中医药大学第一附属医院)、陈雅璐(广西中医药大学第一附属医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] (美)德罗斯曼. 罗马IV:功能性胃肠病[M]. 北京:科学出版社,2016:653-654.
- [2] 李岩. 功能性腹泻与肠道菌群失调[J]. 中国实用内科杂志,2016,36(9):744-746.
- [3] 李建华,梁钊诚. 余绍源治疗功能性腹泻的经验总结[J]. 广州中医药大学学报,2021,38(2):392-397.
- [4] Zhao YF, Guo XJ, Zhang ZS, et al. Epidemiology of functional diarrhea and comparison with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a population-based survey in China[J]. PLoS One, 2012, 7(8): e43749.
- [5] 国家中医药管理局,国家卫生健康委员会. 国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[EB/OL]. (2020-11-16) [2023-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm.
- [6] 张声生,沈洪,王垂杰,等. 中华脾胃病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:488-496.
- [7] 曾恩锦,唐旭东,王风云,等. 腹泻型肠易激综合征和功能性腹泻辨治探讨[J]. 中国中医药信息杂志,2021,28(3):16-18.
- [8] 魏玮,尹璐,刘力,等. 消化系统常见病功能性腹泻中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志,2020,35(3):1360-1364.
- [9] 李建华,梁钊诚. 余绍源治疗功能性腹泻的经验总结[J]. 广州中医药大学学报,2021,38(2):392-397.
- [10] 林江. 蔡淦治疗慢性泄泻的经验介绍[J]. 中医文献杂志,2005,23(1):40-41.
- [11] 唐旭东,胡建华. 名老中医诊治慢性胃病临证经验选介[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:154-154.
- [12] 张秀静. 消化病基础与临床[M]. 哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,2018:207-208.
- [13] 李玉丽,谭周进. 基于肠道微生态探源《黄帝内经》泄泻五脏论[J]. 世界华人消化杂志,2021,29(11):615-620.
- [14] Alonso-Cotoner C, Abril-Gil M, Albert-Bayo M, et al. The Role of Purported Mucoprotectants in Dealing with Irritable Bowel Syndrome, Functional Diarrhea, and Other Chronic Diarrheal Disorders in Adults[J]. Adv Ther, 2021, 38(5):2054-2076.
- [15] Blake MR, Raker JM, Whelan K. Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2016, 44(7):693-703.
- [16] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:108-109.
- [17] 曹晓娇,李玉峰,李晶,等. 中药汤剂治疗功能性腹泻临床疗效的 Meta 分析[J]. 辽宁中医杂志,2015,42(6):1167-1171.
- [18] 崔海福,陈程,于璐,等. 针灸治疗功能性腹泻随机对照临床文献的 Meta 分析[J]. 中华中医药杂志,2012,27(11):2910-2914.

(收稿日期:2023-11-21)