

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2025. 03. 019

标准与规范

# 便秘中医诊疗专家共识（2024）

中华中医药学会脾胃病分会



便秘是以大便排出困难，排便周期延长（每周排便<3次），或周期不长但粪质干结、排出艰难，或粪质不硬，虽频有便意但排便不畅为主要表现的病证<sup>[1]</sup>。便秘患者生活质量下降，且会造成经济和社会负担，对某些患者群体如老年人，便秘更是一个严重的健康问题，甚者可威胁生命<sup>[2]</sup>。一项纳入86项研究的荟萃分析显示，全球范围内便秘患病率约为16%，成年人便秘发病率为2.5%~79%，儿童为0.7%~29.6%<sup>[3]</sup>。我国南方，一般人群便秘患病率约为8.2%，老年人和儿童患病率分别为18.1%和18.8%，且女性患病率高于男性，男女患病率比为1:1.4<sup>[4]</sup>。30岁以上人群患病率随年龄增加而升高<sup>[5]</sup>。便秘病位主要在大肠，同时与肺、脾（胃）、肝、肾等脏腑功能失调密切相关。饮食所伤、情志失调、外感寒热之邪、阴阳气血不足等是导致便秘的主要原因。肠胃积热、气机郁滞、气血阴阳亏虚、阴寒凝滞引起的肠道传导失司是便秘的主要病机。

中医药治疗便秘临床应用广泛。2008年中华中医药学会发布了《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》<sup>[6]</sup>，2009年中华中医药学会脾胃病分会公布了《慢性便秘中医诊疗共识意见（2009，深圳）》<sup>[7]</sup>，2017年中华中医药学会脾胃病分会公布了《便秘中医诊疗专家共识意见（2017）》<sup>[8]</sup>以促进便秘中医诊治规范的完善。近年来便秘的中医临床研究不断进展，有必要对既往专家共识意见进行更新。

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便秘中医诊疗专家共识起草小组。小组成员依据循证医学原理，广泛搜集证据资料，参考国内外共识制定方法，并先后组织国内脾胃病

专家就便秘的诊断标准、临床治疗、疗效标准、预防调摄、中医证候现代研究进展等一系列关键问题进行总结讨论，形成本共识初稿，按照德尔菲法分别于2021年4月、2021年8月、2022年10月进行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。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。

## 1 概述

### 1.1 概念

便秘是以大便排出困难，排便周期延长（每周排便<3次），或周期不长但粪质干结、排出艰难，或粪质不硬，虽频有便意但排便不畅为主要表现的病证<sup>[1]</sup>。便秘在《国际疾病分类第十一次修订本》（ICD-11）的编码为ME05.0<sup>[9]</sup>。

### 1.2 中医病名历史沿革

中医关于便秘最早的记载源于《黄帝内经》，将便秘称为“后不利”。如《素问·厥论篇》曰：“太阴之厥，则腹满臌胀，后不利”；《素问·举痛论篇》曰：“热气留于小肠，肠中痛，瘕热焦渴，则坚干不得出，故痛而闭不通矣”。历代医家对便秘的命名各有不同，如东汉时期张仲景在《伤寒论》中称之为“阴结”“阳结”“闭”“脾约”“不更衣”；隋代巢元方在《诸病源候论·大便难候》中称之为“大便难”“大便秘难”；金代张元素在《医学启源》中称之为“闭”。现代医学所使用的“便秘”病名由清代沈金鳌首次提出，其在《杂病源流犀烛·大便秘结源流》指出“若为饥饱劳役所损，或素嗜辛辣厚味，致火邪留滞血中，耗散真阴，津液亏少，故成便秘之症”。

基金项目：中国中医科学院科技创新工程脾胃病学科重点项目（CI2021A01008）；国家中医药管理局中医药传承与创新团队（ZYYCXTD-C-202210）

### 1.3 现代医学相关疾病

便秘既可作为功能性疾病独立存在, 也可作为药物或器质性疾病引起的症状, 常见表现为便秘的功能性疾病主要包括功能性便秘、便秘型肠易激综合征等; 常见引起便秘的器质性疾病包括结直肠肿瘤、肠腔梗阻或狭窄、肛裂、内痔、直肠脱垂、肛周脓肿等, 还可包括其他神经系统及肌肉疾病、内分泌和代谢性疾病等<sup>[10-12]</sup>。

## 2 病因病机

### 2.1 病因与发病

便秘是由于外感寒热之邪、饮食所伤、情志失调、阴阳气血不足等, 导致热结、气滞、寒凝、气血阴阳亏虚, 致使邪滞胃肠, 壅塞不通, 或肠失温润, 推动无力, 糟粕内停, 大便排出困难。

便秘病位主要在大肠, 同时与肺、脾(胃)、肝、肾等脏腑功能失调有关。肺与大肠相表里, 肺燥肺热移于大肠, 导致大肠传导失职而形成便秘; 脾肺气虚, 大肠传送无力; 肝气郁结, 气机壅滞, 或气郁化火伤津, 肠腑失于通利; 肾主五液, 司二便, 肾精亏耗则肠道干涩, 肾阳不足, 命门火衰则阴寒凝结, 大肠传导失常亦形成便秘。可见便秘虽属大肠传导失职, 但与其他脏腑之功能亦密切相关<sup>[13]</sup>。

### 2.2 病机要点

**2.2.1 肠胃积热** 素体阳盛, 或饮酒过多, 或过食辛辣厚味, 或误服温燥之药而致热邪内盛; 或热病之后, 余热留恋; 或肺胃燥热下移大肠, 均可导致肠胃积热, 耗伤津液, 肠道燥结, 形成热结。

**2.2.2 气机郁滞** 忧愁思虑, 脾伤气结; 或抑郁恼怒, 肝郁气滞; 或久坐不动, 气机不利, 均可导致大肠气机郁滞, 传导失职, 糟粕内停肠道而形成气秘。

**2.2.3 气血阴阳亏虚** 病后、产后及年老体弱之人, 气血亏虚, 甚则阴阳俱虚; 或过用汗、利、燥热之剂, 损伤阴津; 或劳役过度, 出汗过多或房室劳倦损伤气血阴津; 或素患消渴, 阴精亏耗。气虚则大肠传导无力, 阴虚血亏则肠道干涩, 阳虚则肠道失于温煦, 导致大便干结, 排出困难。

**2.2.4 阴寒凝滞** 恣食寒凉生冷, 或过用苦寒药物, 伐伤阳气; 或年老体弱, 真阳不足, 不能蒸化津液, 使阴寒内结, 糟粕不行, 凝滞肠道而成冷秘。

## 3 常见证型

### 3.1 大肠热结证(中医病证分类与代码 B04.04.02.02.04.02<sup>[10]</sup>)

主症: 1) 大便干结; 2) 腹胀或腹痛。次症:

1) 口干口臭; 2) 面红身热; 3) 心烦不安; 4) 小便短赤。舌脉: 舌红、苔黄燥或焦黄起芒刺, 脉滑数。

### 3.2 大肠寒结证(中医病证分类与代码 B04.04.02.02.02<sup>[10]</sup>)

主症: 1) 大便艰涩; 2) 腹中冷痛, 胀满拒按。次症: 1) 手足不温; 2) 口淡不渴。舌脉: 舌淡暗、苔白腻, 脉弦紧。

### 3.3 胃肠气滞证(中医病证分类与代码 B04.06.03.03.01<sup>[10]</sup>)

主症: 1) 大便干结, 欲便不出; 2) 腹胀。次症: 1) 胸胁满闷; 2) 嗳气呃逆; 3) 食欲不振; 4) 肠鸣矢气。舌脉: 舌苔薄白或薄黄或薄腻, 脉弦。

### 3.4 肺脾气虚证(中医病证分类与代码 B04.06.04.03.03.01<sup>[10]</sup>)

主症: 1) 大便并不干硬, 虽有便意但排出困难; 2) 汗出气短。次症: 1) 便后乏力; 2) 面白神疲; 3) 肢倦懒言。舌脉: 舌淡胖或边有齿痕、苔薄白, 脉弱。

### 3.5 血虚津亏证(中医病证分类与代码 B03.02.03.03.01<sup>[10]</sup>)

主症: 1) 大便干结; 2) 面色无华。次症: 1) 皮肤干燥; 2) 头晕目眩; 3) 心悸气短; 4) 口唇色淡。舌脉: 舌淡、苔白, 脉细。

### 3.6 肠热阴虚证(中医病证分类与代码 B04.04.02.01.03<sup>[10]</sup>)

主症: 1) 大便干结, 便如羊粪; 2) 口干少津。次症: 1) 形体消瘦; 2) 头晕耳鸣; 3) 手足心热; 4) 两颧红赤; 5) 潮热盗汗; 6) 心烦少眠。舌脉: 舌红、少苔, 脉细数。

### 3.7 脾肾阳虚证(中医病证分类与代码 B04.06.03.05.01.05<sup>[10]</sup>)

主症: 1) 大便干或不干, 排出困难; 2) 四肢不温。次症: 1) 面色㿔白; 2) 腹中冷痛或腰膝酸冷; 3) 小便清长。舌脉: 舌淡、苔白, 脉沉迟或沉弦。

### 3.8 寒热错杂证(中医病证分类与代码 B01.10<sup>[10]</sup>)

主症: 1) 大便干结, 排出困难; 2) 胃脘/少腹恶寒不适或冷痛。次症: 1) 口干不欲饮; 2) 胸胁胀满; 3) 小便短赤。舌脉: 舌边尖红、苔薄黄, 脉弦细。

上述证型的判定: 主症必备, 加次症 2 项及以上, 参考舌脉即可诊断。

## 4 临床治疗

### 4.1 治疗目标与原则

便秘的治疗强调标本同治。治标，以缓解症状，保持大便通畅；治本，虚则补之，实则泻之，恢复正常排便功能。治疗以通下为原则，但应避免单纯应用泻下药，注意辨证论治。同时，良好的排便习惯、饮食习惯、运动习惯对于改善便秘，同样起到至关重要的作用。

### 4.2 辨证论治

#### 4.2.1 大肠热结证

治法：清热润下。

方剂：麻子仁丸方加减。

药物：火麻仁 9~12 g，芍药 6~12 g，苦杏仁 6~9 g，大黄 3~9 g（后下），厚朴 6~9 g，枳实 6~9 g 等（汤剂剂量）。

加减：大便干结难下者，加芒硝 6~9 g（冲服）、番泻叶 3~6 g 以软坚通便；心烦易怒、面红身赤、耳鸣者，加龙胆 6~9 g、栀子 6~9 g 以清肝泻火；热积伤阴者，加生地黄 9~12 g、玄参 9~12 g、麦冬 6~9 g 以滋阴生津；兼有痔疮、便血者，加槐花 6~9 g、地榆 9~12 g 以清肠止血。

中成药：麻仁润肠丸，用法用量参考药品说明书。

#### 4.2.2 大肠寒结证

治法：温里散寒，通便止痛。

方剂：大黄附子汤加减。

药物：大黄 3~9 g（后下），炮附片 3~9 g（先煎），细辛 1~3 g 等。

加减：腹胀腹痛者，加枳实 6~9 g、厚朴 6~9 g、木香 3~6 g 行气导滞以助泻下之力；腹部冷痛、手足不温者，加干姜 6~9 g、小茴香 3~6 g 以温阳散寒。

#### 4.2.3 胃肠气滞证

治法：行气导滞，降逆通便。

方剂：六磨汤加减。

药物：槟榔 3~9 g，沉香 1~3 g（后下），木香 3~6 g，乌药 6~9 g，枳壳 6~9 g，大黄 3~9 g（后下）等。

加减：大便干结者，加火麻仁 9~12 g、郁李仁 6~9 g 以润肠通便；气郁日久化火而见口苦咽干者，加栀子 6~9 g、龙胆 6~9 g 以清肝泻火；忧郁寡言者，加白芍 6~9 g、北柴胡 6~9 g、合欢皮 6~9 g 以疏肝解郁；若跌仆损伤、腹部术后出现便秘者，属

气滞血瘀，加红花 6~9 g、赤芍 6~9 g、桃仁 6~9 g 以活血化瘀。

中成药：1) 枳实导滞丸；2) 四磨汤口服液；3) 厚朴排气合剂。用法用量参考药品说明书。

#### 4.2.4 肺脾气虚证

治法：补益脾肺，润肠通便。

方剂：黄芪汤加减。

药物：炙黄芪 9~30 g，火麻仁 9~12 g，陈皮 3~9 g，白蜜 12~15 g 等。

加减：乏力汗出者，加党参 12~15 g、白术 6~9 g 以补中益气；气虚下陷而见脱肛者，加升麻 3~6 g、北柴胡 6~9 g 以益气升陷；大便燥结难下者，加苦杏仁 6~9 g、郁李仁 6~9 g 以润肠通便；肺虚而见久咳气短者，加人参 6~9 g、麦冬 6~9 g、五味子 3~6 g 以补肺益气。

中成药：芪蓉润肠口服液，用法用量参考药品说明书。

#### 4.2.5 血虚津亏证

治法：养血润燥，滋阴通便。

方剂：润肠丸方加减。

药物：当归 6~12 g，生地黄 9~15 g，火麻仁 9~12 g，桃仁 6~9 g，枳壳 6~9 g 等（汤剂剂量）。

加减：面白、眩晕甚者，加制何首乌 3~6 g、枸杞子 6~9 g（或桑椹 9~15 g）以滋补肾阴、润肠通便；手足心热、午后潮热者，加知母 6~12 g、胡黄连 6~9 g 以清虚热；气血两虚者，加黄芪 12~15 g、白术 6~9 g 以益气养血。

中成药：五仁润肠丸，用法用量参考药品说明书。

#### 4.2.6 肠热阴虚证

治法：滋阴通便。

方剂：增液汤加减。

药物：玄参 9~15 g，麦冬 6~12 g，生地黄 9~15 g 等。

加减：口干面红、心烦盗汗者，加白芍 9~12 g、玉竹 6~9 g 以助养阴之力；大便干结如羊粪者，加火麻仁 12~15 g、柏子仁 6~9 g、瓜蒌子 9~12 g 润肠通便；肾阴不足而见腰膝酸软者，可合用六味地黄丸以滋阴补肾；烦热少眠者，加女贞子 6~9 g、墨旱莲 6~9 g、柏子仁 6~9 g 以滋阴宁心。

中成药：滋阴润肠口服液，用法用量参考药品说明书。

#### 4.2.7 脾肾阳虚证

治法：温阳通便。



方剂：济川煎加减。

药物：当归 6~12 g，牛膝 6~12 g，肉苁蓉 6~9 g，泽泻 6~9 g，升麻 3~6 g，枳壳 3~9 g 等。

加减：腹中冷痛者，加肉桂 1~3 g、小茴香 3~6 g、木香 3~6 g 以散寒止痛；胃气不和而见恶心呕吐者，加姜半夏 3~9 g、砂仁 3~6 g（后下）以和胃降逆。

中成药：苁蓉通便口服液，用法用量参考药品说明书。

#### 4.2.8 寒热错杂证

治法：寒热平调，辛开苦降。

方剂：温脾丸方加减。

药物：黄柏 3~9 g，吴茱萸 1~3 g，肉桂 1~3 g，干姜 3~9 g，细辛 1~3 g，炮附片 3~6 g（先煎），当归 6~9 g，神曲 6~9 g，麦芽 6~9 g，大黄 6~9 g，黄连 1~3 g 等（汤剂剂量）。

加减：便秘甚者，加芒硝 6~9 g 以攻下软便；腹胀满闷者，加枳实 6~9 g、厚朴 6~9 g 以理气消胀；胸胁胀闷者，加郁金 6~9 g、香附 6~9 g 以疏肝理气。

#### 4.3 特殊人群便秘的治疗

4.3.1 老年人便秘 老年人身体衰弱，便秘病因较复杂。老年人便秘可具备单一证型，也可为复合证型，尤其复合证型多见，单一证型不足复合证型的 1/4<sup>[14]</sup>。患病多为虚证或正虚邪实，气血不足、津液亏损、脾肾阳虚为主要病因，故治疗多从虚论治。但老年人便秘也常夹有实证或因虚致实，需要攻补兼施，尤其对于高龄老年人，补虚和泻实的灵活应用是治疗关键。临证治疗时应以温肾益精为本，并根据偏阳虚、血虚、气虚的不同而灵活化裁用药，注意慎用峻泻之药以免损伤正气。

中成药：芪蓉润肠口服液适用于气阴两虚、脾肾不足、大肠失于濡润所致的虚证便秘；便通胶囊适用于脾肾不足、肠腑气滞所致的便秘；滋阴润肠口服液适用于阴虚内热所致的大便干结、排便不畅、口干咽燥的辅助治疗；麻仁软胶囊适用于肠燥便秘；当归龙荟胶囊适用于肝胆湿热、胃肠湿热所致的便秘。

4.3.2 儿童便秘 便秘为儿童常见脾胃病。一项纳入我国北方 5 城市（北京、天津、沈阳、长春、哈尔滨）19 286 例功能性便秘患儿的调查<sup>[15]</sup>结果显示，儿童功能性便秘患病率为 4.73%，男女患病率无显著性差异。小儿生长发育旺盛，脾常不足，消化功能尚未发育完善，便秘多为饮食不节引起。

不良的饮食习惯或不合理的饮食结构易损伤脾胃，食物积聚于肠道，蕴而化热，耗伤津液，燥屎内结而致便秘。临床治疗以消积导滞、健脾益气、润肠通便为原则，根据不同儿童的个体特点，因人而异，辨证治疗。

中成药：太极丸功效为清热祛风、化痰通便，适用于乳食停滞，食火内热，痰盛抽搐，大便秘结；健胃消食口服液功效为健胃消食，适用于脾胃虚弱，消化不良；枳实导滞丸功效为消积导滞、清利湿热，适用于饮食积滞、湿热内阻所致的脘腹胀痛、不思饮食、大便秘结、痢疾里急后重；保和丸功效为消食、导滞、和胃，适用于食积停滞，脘腹胀满，噯腐吞酸，不欲饮食。

便秘治疗流程见附图 1（请扫描本文二维码获取）。

#### 4.4 古代医家学术经验

4.4.1 张仲景 1) 学术观点。张仲景提出便秘寒、热、虚、实不同的发病机制，其病因病机包括病邪由表入里、津液耗损、中焦积热、瘀血内结、气机不展、寒湿困脾、阳虚寒结、水热蕴结、失治误治等<sup>[16]</sup>，邪气的表里传变、脏腑自身的功能失调、阴津的输布异常或不足均能导致便秘发生。

2) 治法心得。张仲景创立了苦寒泻下的承气汤、温里泻下的大黄附子汤、润肠泻热的麻子仁丸、理气通下的厚朴三物汤，以及蜜煎导、猪胆汁导等外用塞肛通便法，为后世医家认识和治疗便秘确立了基本原则。以承气汤为例，张仲景以“缓下”之调胃承气汤、“轻下”之小承气汤、“峻下”之大承气汤治疗阳明腑实之大便不通者。大承气汤所主之证，乃痞满燥实俱重，宜峻下热结。小承气汤所主之证，以痞满为主，燥实不甚，方以大承气汤减枳实、厚朴用量并去芒硝而成，重在破滞除满，兼泻热通便。调胃承气汤所主之证，以燥实为主，痞满较轻，方中芒硝用量倍于大黄，以泻热润燥软坚，无枳实、厚朴而用甘草，重在泻热润燥，以和胃气。

4.4.2 李杲 1) 学术观点。李杲认为肾主五液，若饮食劳役损伤于内，可使真阴耗散，津液亏少，而导致大便秘结。《兰室秘藏·大便结燥门》云：“夫肾主五液，津液润则大便如常。若饥饱失节，劳役过度，损伤胃气，及食辛热味厚之物，而助火邪，伏于血中，耗散真阴，津液亏少，故大便结燥。”李杲根据便秘的病因病机，将大便结燥之病分为风燥、热燥、阳结、阴结、结燥五类。

2) 治法心得。李杲反对单纯使用泻下药物通便, 如《兰室秘藏·大便结燥门》云: “治病必究其源, 不可一概用巴豆、牵牛之类下之。损其津液, 燥结愈甚, 复下复结, 极则以至导引于下而不通, 遂成不救”。临证用药以养血润燥、辛润活血为主, 多用辛散之风药, 升降结合, 善用苦寒之药, 攻补兼施<sup>[17]</sup>。对于脾胃内伤, 气血生化乏源, 津亏血少, 肠道失于濡润而致便秘者, 以润燥和血为主, 方用通幽汤、润燥汤、活血润燥丸、润肠丸等。对于脾胃运化传导失司, 湿邪内生, 脏腑气机阻滞而大便不通者, 以泄热除湿、健脾升阳为主, 方用麻黄白术汤。对于阴火伏于血中, 伤津耗血, 血虚而燥者, 以升阳健脾、清升浊降为主, 方用升阳散火汤。对于脾胃内伤日久, 大肠传导无力者, 以温阳益气为主, 方用补中益气汤。

4.4.3 朱震亨 1) 学术观点。朱震亨在《丹溪心法·燥结》提出便秘是由血少, 或肠胃受风, 涸燥秘涩所致。《丹溪手镜》云: “结燥便闭, 火邪伏于血中, 耗散真阴, 津液亏少。夫肾主大便为津液, 津液润则大便润。”津液亏少致大肠燥而不润, 根据临床表现的不同, 朱震亨认为燥结有因大肠挟热, 也有因大肠挟冷, 更有风气虚而得之, 即“有虚, 有风, 有湿, 有火, 有津液不足, 有寒, 有气结”的区分。

2) 治法心得。朱震亨在《丹溪心法》中基于结燥津亏血少的认识, 治疗以养阴为主旨, 提出燥结便秘的治疗大法为“燥结血少, 不能润泽, 理宜养阴”, 并总结出治大肠虚秘而热之方, 药用四物汤去性燥之川芎, 加黄芩清热、陈皮理气调气、甘草调和诸药, 使血养气调热清, 便秘自除。

#### 4.5 其他治法

4.5.1 推拿治疗<sup>[18]</sup> 腹部按摩: 协助患者取仰卧位或半卧位, 嘱其自然放松, 用手的大鱼际肌或小鱼际肌在患者脐周 10 cm 范围内沿顺时针方向按摩, 手指施加力量以轻推、揉捏为主, 力量较轻, 速度较慢, 每次 10~15 min, 每天早晚各 1 次; 足底按摩: 每晚睡前用热水 (39℃~42℃) 给予足浴, 联合足底按摩泡脚 30 min, 指导患者用拇指指腹按摩足底中下部结肠反射区, 刺激肠蠕动。

4.5.2 针灸治疗<sup>[9]</sup> 主穴多选取双侧天枢、大肠俞、上巨虚、支沟。大肠热结证配穴: 双侧合谷、曲池、内庭。大肠寒结证配穴: 神阙、关元, 双侧大横、丰隆。胃肠气滞证配穴: 中脘, 双侧太冲。

肺脾气虚证配穴: 气海, 双侧肺俞、脾俞、胃俞。血虚津亏证配穴: 双侧血海、膈俞、三阴交。脾肾阳虚证配穴: 关元, 双侧肾俞。肠热阴虚证配穴: 大横。选用毫针直刺或斜刺, 根据虚证、实证行补法或泻法, 得气后留针 20 min, 阳气不足者可加艾灸。

4.5.3 中药灌肠治疗<sup>[9]</sup> 常用药物: 实证者, 可选用大黄、芒硝; 虚证者, 可选用当归、桃仁、火麻仁等。也可在辨证基础上选用中药复方煎剂灌肠。操作方法: 将药物加沸水 150~200 ml, 浸泡 10 min (含芒硝者搅拌至完全溶解) 去渣, 药液温度控制在 40℃, 灌肠。患者取左侧卧位, 暴露臀部, 将肛管插入 10~15 cm 后徐徐注入药液, 保留 30 min 后排出大便, 如无效, 间隔 3~4 h 重复灌肠。

4.5.4 敷贴疗法<sup>[9]</sup> 穴位敷贴是将药物研末, 用一定的溶媒调成膏状或糊状, 或将药物煎煮取汁浓缩后, 加入赋形剂, 制成糊状药膏, 敷贴固定于选定穴位或脐部, 通过皮肤吸收, 作用于肠道, 从而达到通便目的。药物选择: 1) 实证便秘的中药处方可包含大黄、芒硝、甘遂、冰片等; 2) 虚证便秘的中药处方可包含肉桂、大黄、丁香、木香、黄芪、当归等。穴位选择: 虚证及实证便秘皆可选用神阙穴, 此外可根据证候不同选用相应的背部俞穴。如实证便秘可选膈俞、脾俞、胃俞、三焦俞、大肠俞等; 虚证便秘可选肺俞、膈俞、脾俞、肾俞、关元俞等。敷贴时间及疗程: 每天 1 次, 每次 6~8 h, 3~5 天为 1 个疗程。

### 5 疗效评定

#### 5.1 主要症状的记录与评价<sup>[18]</sup>

1) 粪便性状: 参考 Bristol 粪便分型标准<sup>[19]</sup>, I 型为坚果状硬球; II 型为硬结状腊肠样; III 型为腊肠样, 表面有裂缝; IV 型为表面光滑, 柔软腊肠样; V 型为软团状; VI 型为糊状便; VII 型为水样便。IV~VII 型, 计 0 分; III 型, 计 1 分; II 型, 计 2 分; I 型, 计 3 分。2) 排便频率: 1 或 2 日排便, 计 0 分; 3 日排便, 计 1 分; 4 或 5 日排便, 计 2 分; 超过 5 日排便, 计 3 分。3) 排便时间: <10 min/次, 计 0 分; 10~15 min/次, 计 1 分; 16~25 min/次, 计 2 分; >25 min/次, 计 3 分。4) 排便困难、过度用力排便评分标准: 无, 计 0 分; 偶尔, 计 1 分; 时有, 计 2 分; 经常, 计 3 分。5) 腹胀评分标准: 无, 计 0 分; 偶尔, 计 1 分; 时有, 计 2 分; 经常, 计 3 分。

## 5.2 中医证候疗效评定标准<sup>[9]</sup>

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、体征明显改善，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%。

## 5.3 便秘患者症状自评量表（PAC-SYM）<sup>[20]</sup>

PAC-SYM是以人的感受为前提制定的，该量表包含腹部症状、直肠症状和大便症状3个维度，共12个条目。采用Likert 5级评分法，将症状严重程度按照无、轻微、中等、严重、非常严重分别赋予0~4分，得分越高表示便秘症状越严重。通过调查患者近2周的便秘症状，评估便秘的严重程度和疗效。

## 5.4 平均每周自发完全排便次数（SCBM）<sup>[21]</sup>

SCBM是指在不服用补救性泻药或手法辅助情况下的自主排便，只有患者认为完全排空感觉的自主排便，才称为自发完全排便。SCBM≥3次即可视为正常排便。

## 5.5 肠道动力及肛门直肠功能评价<sup>[22]</sup>

5.5.1 结肠传输时间（CTT） CTT是反映结肠传输功能的重要指标，其测定对明确功能性便秘的病因、选择合适的治疗方法和疗效评价均有重要意义。CTT检测的方法包括不透X线标志物法、核素显像和动力胶囊法，其中不透X线标志物法最常用。

5.5.2 肛门直肠测压 能检查患者肛门直肠的动力和感觉功能有无障碍，如用力排便时肛门括约肌有无矛盾性收缩、是否存在直肠压力上升不足、是否缺乏肛门直肠抑制反射以及直肠感觉阈值有无异常等。

5.5.3 排粪造影 将一定剂量的钡糊注入直肠，模拟生理性排便活动，动态观察肛门直肠的功能和解剖结构变化。

5.5.4 球囊逼出试验 可反映肛门直肠对球囊（水囊或气囊）的排出能力，正常人可在60 s内排出球囊。

5.5.5 肌电图检查 可使用肌电图检查对肛门括约肌活动进行评估。

5.5.6 肛管超声内镜检查（AUS） 可检测出临床中难以发现的括约肌薄弱和/或缺损。

## 5.6 社会心理评估

便秘患者可伴有多种精神心理症状，此类便秘患者很难获得满意疗效。对此类便秘患者需先进行社会心理评估，再给予相应治疗。社会心理评估常用量表包括Zung焦虑自评量表（self-rating anxiety scale, SAS）<sup>[23]</sup>、Zung抑郁自评量表（self-rating depression scale, SDS）<sup>[24]</sup>、广泛性焦虑障碍量表（generalized anxiety disorder, GAD-7）<sup>[25]</sup>、患者健康问卷抑郁自评量表（patient health questionnaire-9, PHQ-9）<sup>[26]</sup>、汉密顿抑郁量表（Hamilton depression scale, HAMD）<sup>[6]</sup>、汉密顿焦虑量表（Hamilton anxiety scale, HAMA）<sup>[7]</sup>、健康状况调查简表（short form-36 health survey, SF-36）<sup>[7]</sup>和便秘患者生命质量量表（patient assessment of constipation quality of life questionnaire, PAC-QOL）<sup>[7]</sup>等。

## 6 循证研究进展

一项对1075例患者的多中心随机对照试验发现，在慢性严重功能性便秘中，与假针刺比较，电针可增加患者的SCBM<sup>[27]</sup>。一项对560例受试者的多中心、随机、非劣效性试验比较了电针与普芦卡必利治疗严重慢性便秘的疗效，结果显示电针治疗严重慢性便秘不逊于普芦卡必利，治疗8周后的疗效可持续24周，且具有良好安全性<sup>[28]</sup>。

## 7 预防调摄

1）消除病因，避免过食辛辣、油腻、煎炸之物，勿过度饮酒，亦不可过食寒凉生冷，宜多食粗粮、蔬菜等富含膳食纤维的食物，多饮水，每日饮水1.5~2.0 L<sup>[29]</sup>。

2）生活起居避免久坐少动，宜多活动，加强锻炼，养成定时排便习惯。

3）避免过度精神刺激，保持精神舒畅，出现负面情绪时应及时调整心理状态，严重时可咨询心理或精神疾病相关专家。

4）便秘不可滥用泻药，使用不当，反使便秘加重，形成药物依赖性便秘，甚至导致结肠黑变病。热病之后，由于进食甚少而不大便者，不必急以通便，宜扶养胃气，待饮食渐增，大便自然正常。避免大量或长期服用蒽醌类刺激性泻药（如大黄、番泻叶、芦荟等），部分蒽醌类泻药有药物性肝损伤风险，需定期监测肝功能<sup>[8]</sup>。

5）大便干硬，可用甘油栓入肛门，使大便秘易于排出，以避免局部损伤。

6）身体极度虚弱，大便过于干硬，壅积于直



肠而无力排出者,便前给予补气之药以防虚脱。

7) 对便秘日久、年老体弱者,尤其要注意细心护理,防止过度努挣而诱发痔疮、便血,可配合外治法灌肠。

## 8 转归与预后

便秘日久,肠道气机阻滞,可见脘腹胀痛、满闷暖气、食欲减退甚则腹痛呕吐;浊阴不降,清阳不升,则引起头晕胀痛、失眠、烦躁易怒等;大便干燥、过度努挣,可引起肛裂、痔疮。

年老体弱、病后、产后体虚便秘,为气血不足、阴寒凝滞,治疗宜缓缓图之,难求速效。功能性便秘一般预后良好,通过健康教育、及时有效的生活方式调整、心理干预和/或药物干预,绝大多数患者的便秘症状能得到缓解或治愈。如为药物导致的便秘,及时停药药物一般可缓解;如为器质性疾病导致的便秘,则应及时解除原发病因,如能早期识别及干预,便秘可随原发疾病的好转而缓解。

**共识意见执笔人:** 冷炎(长春中医药大学附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)

✉ 通讯作者: 魏玮, sxxy@sina.com; 唐旭东, txdy@sina.com

**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:** 时昭红(湖北中医药大学武汉中西医结合医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、胡玲(广州中医药大学脾胃研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、黄恒青(福建省中医药科学院)、舒劲(甘肃省中医院)

**组外函审专家:** 王文荣(福建中医药大学附属第二人民医院)、杜晓泉(陕西中医药大学附属医院)、李勇(上海市中医医院)、何凌(江西中医药大学附属医院)、郑立升(福州市中医院)

**定稿审定专家+审稿会投票专家:** 王凤云(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)、刘震(中国中医科学院西苑医院)、刘凤斌(广州中医药大学一附院白云医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、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)、杨倩(河北省中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、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)、唐志鹏(上海中医药大学附属龙华医院)、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:** 刘倩(中国中医科学院望京医院)、杨洋(中国中医科学院望京医院)

## 利益冲突声明

所有作者均声明不存在利益冲突。

## 参考文献

- [1] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 218.
- [2] MA C, CONGLY SE, NOVAK KL, et al. Epidemiologic burden and treatment of chronic symptomatic functional bowel disorders in the United States: a nationwide analysis [J]. Gastroenterology, 2021, 160(1): 88-98.
- [3] MUGIE SM, BENNINGA MA, DI LORENZO C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review [J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2011, 25(1): 3-18.
- [4] LONG Y, HUANG Z, DENG Y, et al. Prevalence and risk factors for functional bowel disorders in South China: a population based study using the Rome III criteria [J]. Neurogastroenterol Motil, 2017, 29(1): 1-9.
- [5] CHU H, ZHONG L, LI H, et al. Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China [J]. Gastroenterol Res Pract, 2014, 10: 1-11. doi: 10.1155/2014/532734.
- [6] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 95-97.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性便秘中医诊疗共识意见(2009, 深圳) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(2): 136-139.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会. 便秘中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中医杂志, 2017, 58(15): 1345-1350.
- [9] 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](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm).
- [10] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国慢性便

- 秘专家共识意见(2019, 广州)[J]. 中华消化杂志, 2019, 39(9): 577-598.
- [11] DROSSMAN DA, HASLER WL. Rome VI-functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction [J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1257-1261.
- [12] BLACK CJ, FORD AC. Chronic idiopathic constipation in adults: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and clinical management [J]. *Med J Aust*, 2018, 209(2): 86-91.
- [13] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 226-231.
- [14] 汪红兵, 陈剑明, 张声生. 老年功能性便秘中医病机规律临床流行病学调查[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(12): 21-23.
- [15] 张树成, 王维林, 曲日斌, 等. 中国北方五市儿童功能性便秘流行病学特征现状调查[J]. 中华流行病学杂志, 2010, 31(7): 751-754.
- [16] 马继征, 李强, 刘绍能. 《伤寒杂病论》对便秘的认识及辨治特点分析[J]. 北京中医药, 2010, 29(2): 109-111, 156.
- [17] 马高倩, 许二平. 李东垣治疗便秘学术思想研究[J]. 光明中医, 2019, 34(20): 3086-3088.
- [18] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1): 18-26.
- [19] RIEGLER G, ESPOSITO I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research [J]. *Tech Coloproctol*, 2001, 5(3): 163-164.
- [20] FRANK L, KLEINMAN L, FARUP C, et al. Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire [J]. *Scand J Gastroenterol*, 1999, 34(9): 870-877.
- [21] 北京中医药学会老年医学专业委员会. 老年人功能性便秘中西医结合诊疗专家共识(2019)[J]. 中华老年医学杂志, 2019, 38(12): 1322-1328.
- [22] 宋玉磊, 林征, 柏亚妹. 功能性便秘疗效评估指标的现状与评价[J]. 中国实用内科杂志, 2016, 36(9): 813-816.
- [23] 吴文源. 焦虑自评量表[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005: 213-214.
- [24] 吴文源. 抑郁自评量表[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005: 223-224.
- [25] SPITZER RL, KROENKE K, WILLIAMS JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7[J]. *Arch Intern Med*, 2006, 166(10): 1092-1097.
- [26] MANEA L, GILBODY S, MCMILLAN D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the patient health questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis[J]. *CMAJ*, 2012, 184(3): E191-196.
- [27] LIU Z, YAN S, WU J, et al. Acupuncture for chronic severe functional constipation: a randomized trial [J]. *Ann Intern Med*, 2016, 165(11): 761-769.
- [28] LIU B, WU J, YAN S, et al. Electroacupuncture vs prucalopride for severe chronic constipation: a multicenter, randomized, controlled, noninferiority trial [J]. *Am J Gastroenterol*, 2021, 116(5): 1024-1035.
- [29] LINDBERG G, HAMID SS, MALFER THEINER P, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: constipation: a global perspective[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2011, 45(6): 483-487.
- (收稿日期: 2024-06-19; 修回日期: 2024-12-01)
- [编辑: 焦 爽]

(上接第 320 页)

## A Analysis of Acupuncture in Regulating the Spirit for Treating Head and Facial Orifice Disorders

WANG Zijong, YANG Chao, HONG Bing, DU Shuo, ZHAO Jiping

Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700

**ABSTRACT** It is believed that the head and facial orifices are connected with the brain's spirit and the spirits of the five organs. Their functions, including vision, hearing, smell, taste, and speech, are manifestations of the activity of the spirit. Furthermore, head and facial orifice disorders are interrelated with spirit disorders, forming a cause-and-effect relationship. Acupuncture has a regulatory effect on the spirit. Based on this, acupuncture for regulating the spirit in treating head and facial orifice disorders is proposed. This includes regulating the brain's spirit to treat functional disorders, regulating the heart's spirit to clarify the functions of governing substances, regulating the organ's spirit to benefit the orifices and enhance the communication of the spirit, and regulating the liver's spirit to promote the flow of *qi* and relieve stagnation, thereby providing a framework for acupuncture to treat head and facial orifice disorders.

**Keywords** head and facial orifices disorders; acupuncture; regulating the spirit; brain's spirit; five organ's spirit

(收稿日期: 2024-04-03; 修回日期: 2024-05-28)

[编辑: 贾维娜]