

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.16.023

标准与规范

肝脾不调证中医诊疗专家共识意见 (2017)

中华中医药学会脾胃病分会

1 概述

1.1 肝脾不调的中医学论述

中医学的肝、脾两脏是机体中两大生理功能系统,“肝脾不调”是中医学最常见的脏腑兼证之一。对肝脾不调的论述,始于春秋战国,至明清时明确。《素问·生气通天论》曰“岁木太过,风气流行,脾土受邪”,汉代张仲景《金匮要略》曰:“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,明代张景岳《景岳全书》曰“怒气伤肝,则肝木之气必侵脾土,而胃气受伤,致妨饮食……”,对肝脾不调的生理、病理及病机进行了精辟的论述。

1.2 肝脾不调证诊疗标准的变迁

中国中医药学主题词表把“肝脾不调”及“肝脾不和”作为同义词,与本证相关的证候名称还有“肝郁脾虚”“肝脾失和”“肝气横逆”“肝木乘脾”等。对于肝脾不调证的诊断,《中医临床诊疗术语·证候部分》^[1]中认为本证是由于肝失疏泄,脾失健运,以胁胀作痛,腹胀食少,情绪抑郁,便溏不爽,或腹痛欲便,泻后痛减,脉弦缓等为常见证的证候。《中药新药临床研究指导原则》^[2-3]制订了肝郁脾虚证的诊断标准、症状量化分级以及相应的疗效判定标准。肝脾不调证与肝郁脾虚证相似而不完全相同,故有必要对以上两证及其他相关证候进行辨析。肝郁脾虚证的其他标准有统编教材、名医名家编写的专著^[4-6]等,结合《中医诊断学》五版^[7]、六版^[8]和 21 世纪教材^[9],总结肝脾不调证以胸胁作痛、情志抑郁、腹胀、便溏等作为辨证的主要依据。

长期以来,肝脾不调证缺乏得到广泛共识的诊

疗标准,相关病证需要进一步鉴别和明确。随着医学模式的转变,心理应激导致的心身疾病不断增加,其发生发展与肝脾不调证密切相关。因此,对该证的证候、分型、治疗、疗效评价进行梳理、总结、统一认识具有迫切的现实需要。中华中医药学会脾胃病分会通过广泛征求同行专家意见形成肝脾不调证的诊疗共识,以满足临床诊治和科研的需要,同时适应时代发展和疾病谱变化对中医药的新要求。

中华中医药学会脾胃病分会于 2014 年 8 月在合肥牵头成立了《肝脾不调证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方法,广泛搜集资料,并先后组织国内脾胃病专家就肝脾不调证的证候分类、辨证治疗、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,之后按照国际通行的德尔斐法进行了 3 轮投票。2015 年 9 月,在重庆进行了第一次投票,并根据专家意见对本共识进行了修改。2015 年 12 月,在北京进行了第二次投票。2016 年 6 月,中华中医药学会脾胃病分会在厦门召开核心专家审稿会,来自全国各地的 20 余名脾胃病学知名专家对本共识意见(草案)进行了第三次投票,并进行了充分讨论和修改。2016 年 7 月在哈尔滨第 28 届全国脾胃病学术会议上专家再次进行了讨论、修改和审定,并于 2016 年 9 月在北京召开了专家定稿会议,完成了本共识意见(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)。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中不断完善。

2 病因病机

2.1 病因

在生理条件下,肝主疏泄的功能可协助脾气的

基金项目:北京市医院管理局重点医学专业发展计划-重点医学专业(中医脾胃病):ZYLX201411

通讯作者:1)张声生,首都医科大学附属北京中医医院消化中心,邮箱:zhss2000@163.com;2)陶琳,首都医科大学附属北京中医医院消化中心,邮箱:taolin8900@163.com

升清和运化,肝木条达则脾土不致壅滞,运化健旺。同样,脾土健运,气机通畅,也有助于肝气条达。肝脾不调证多因情志不舒,肝气郁结,肝失疏泄,进而肝木乘克脾土;或因情志过极,肝气有余,致脾失健运;或因素体脾虚、思虑伤脾、饮食劳倦、湿邪损伤脾胃,脾失健运,气机壅滞,使肝木失于条达,以上均可形成肝脾不调证。

2.2 病机

肝脾不调证是由肝脾两脏功能失调形成的,以肝失疏泄、脾失健运为核心病机。从肝脾关系角度认识,包含肝旺克犯脾土及脾虚肝木乘脾(木旺侮土及土虚木贼)两种病理机制。由于病因不同,疾病发生发展过程中的病机有别,肝脾失调证的病机可在“肝郁”及“脾虚”的基础上发生多种转化,并有所侧重。肝脾不调证常见 3 种不同表现:其一是肝郁脾虚证,即肝气郁结,失于疏泄,致脾虚运化不利,脾虚亦较明显。其二是肝气乘脾证,即肝气过盛或肝旺化火而克伐脾土,脾虚相对不甚。其三是脾壅肝郁(土壅木郁)证,即脾虚运化失常,聚湿生痰,痰湿困阻脾胃,脾土壅滞反侮肝木。

肝脾不调证的临床表现包括肝失疏泄和脾失健运两个方面,肝失疏泄常见胁肋胀满疼痛,喜叹息,情志抑郁或心烦易怒。脾失健运,气滞湿阻,可出现纳减腹胀,便溏不爽,肠鸣矢气,腹痛欲泻,泻后痛减,舌苔白或腻,脉弦或缓。

3 诊断标准

3.1 证候诊断标准

肝脾不调证的证候诊断标准主要根据专家共识,分为肝郁脾虚证、肝气乘脾证、脾壅肝郁证。

3.1.1 肝郁脾虚证 主症: 1) 胁肋胀痛或窜痛; 2) 脘腹痞满,食后加重。次症: 1) 纳差; 2) 肠鸣; 3) 矢气; 4) 排便不爽; 5) 情绪抑郁或善太息。舌脉: 舌质淡红,舌苔薄白,脉弦或细。

3.1.2 肝气乘脾证 主症: 1) 胁肋胀痛; 2) 腹痛即泻,泻后痛减。次症: 1) 脘腹痞满; 2) 纳差; 3) 急躁易怒; 4) 排便不爽或溏结不调。舌脉: 舌质淡红,舌苔薄白或白,脉弦。

3.1.3 脾壅肝郁证(土壅木郁证) 主症: 1) 脘腹痞满; 2) 大便黏滞不爽; 3) 情志抑郁。次症: 1) 肠鸣; 2) 矢气; 3) 纳差; 4) 困倦乏力; 5) 暖气。舌脉: 舌质淡红,舌苔白腻,脉弦缓或濡。

证候诊断: 主症必备,次症 2 个,参照舌脉象

即可诊断。

3.2 主要症状量化分级

使用时根据各主要症状在证候积分中的权重,赋予不同分值。肝脾不调证主要症状评分量化分级表参照专家共识,结合临床实际具体制定,见表 1。

3.3 涉及西医疾病的诊断标准

肝脾不调证临床多见于慢性胃炎、功能性消化不良、肠易激综合征、溃疡性结肠炎、慢性肝炎、脂肪肝等消化系统疾病,以及失眠、高血压病等多种其他系统疾病。同时,肝脾不调证也与抑郁症、亚健康等精神类疾病发病密切相关。临床上肝脾不调证若涉及西医的疾病,其诊断需参照该疾病国内外公认的中西医诊断标准。

3.4 辅助诊断参考指标

目前尚缺乏判断肝脾不调证的特异性指标。若中医辨证为肝脾不调的西医疾病,参照西医疾病诊断标准的相关指标。

4 临床治疗

总的治则为调和肝脾,但有轻重主次之分,肝病及脾者,治肝为主,扶脾为辅;脾病及肝者,健脾为主,调肝为辅。治肝者,有疏肝、清肝、泻肝、平肝、养肝、柔肝等法;治脾者,有运脾、温脾及补脾气等法。方药除传统代表方外,应辨明引起肝脾不调的原因,针对肝气、肝火、肝血、肝阳及脾气、脾阳、脾湿等,不能一概而论。

4.1 辨证论治

4.1.1 肝郁脾虚证 治法: 疏肝解郁,健脾和营。主方: 逍遥散(《太平惠民和剂局方》)。药物: 柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草、薄荷、煨姜。加减: 1) 肝郁化热有潮热、自汗盗汗、颊赤目干者,逍遥散中加牡丹皮、栀子清热泻火,组成加味逍遥散; 2) 肝郁血虚致妇女月经崩漏者,逍遥散中加生地黄或熟地黄凉血养血组成黑逍遥散; 3) 肝郁头痛较甚者,加川芎、白芷; 4) 肝郁失眠者,加远志、酸枣仁; 5) 肝郁胁下有痞者,加鳖甲、牡蛎。

4.1.2 肝气乘脾证 治法: 泻肝补脾。主方: 痛泻要方(《景岳全书》引刘草窗方)。药物: 白术、白芍、陈皮、防风。加减: 1) 清阳下陷,久泻不止者,加炒升麻以升阳止泻; 2) 舌苔黄腻者,加黄连清热燥湿; 3) 四肢欠温、脘腹寒痛、完谷不化者,加煨肉豆蔻、干姜、吴茱萸以温中驱寒,温阳止泻; 4) 水湿下注,泄泻呈水样者,加茯苓、

表 1 肝脾不调证主要症状评分量化分级表

主要症状	评价内容	等级标准			
		无 (0 分)	轻度 (1 分)	中度 (2 分)	重度 (3 分)
胁肋胀痛	频率	>3 天发作 1 次, 时作时止	2~3 天发作 1 次, 发作频繁	每天发作	>3 小时才缓解甚至一整天不能缓解
	持续时间	1 小时内可缓解	1~3 小时内可缓解	疼痛明显但可忍	疼痛剧烈难忍
	程度	轻微疼痛	影响工作及生活	严重影响工作及生活	常规用药后部分缓解甚至不能缓解
	工作生活影响	不需使用药物干预可自行缓解	需要使用药物干预才能缓解	严重影响工作及生活	常规用药后部分缓解甚至不能缓解
	药物干预	不需使用药物干预可自行缓解	需要使用药物干预才能缓解	严重影响工作及生活	常规用药后部分缓解甚至不能缓解
脘腹痞满	频率	>3 天发作 1 次, 时作时止	2~3 天发作 1 次, 发作频繁	每天发作	>4 小时才缓解甚至一整天不能缓解
	持续时间	1 小时内可缓解	1~4 小时内可缓解	胀满极重, 难以忍受, 甚至无法弯腰	严重影响工作及生活
	程度	轻微胀满	胀满较重, 有难受感但可忍	常规用药后部分缓解甚至不能缓解	严重影响工作及生活
	工作生活影响	不需使用药物干预可自行缓解	需要使用药物干预才能缓解	严重影响工作及生活	常规用药后部分缓解甚至不能缓解
	药物干预	不需使用药物干预可自行缓解	需要使用药物干预才能缓解	严重影响工作及生活	常规用药后部分缓解甚至不能缓解
纳差		食欲欠佳, 但基本保持原食量	食欲减退, 食量减 1/3	不思饮食, 食量减 1/2 以上	持续烦躁易急或情绪抑郁, 难以自控
情绪抑郁或烦躁易怒		偶有烦躁易急或情绪抑郁, 可以自控	经常烦躁易急或情绪抑郁, 有时难以自控	胸脘痞闷, 时欲太息, > 10 次/日	胸脘痞闷, 太息方舒, 6~10 次/日
善太息		胸脘痞闷, 似欲太息, ≤5 次/日	胸脘痞闷, 太息方舒, 6~10 次/日	精神不振, 不喜多言, 但能坚持工作或学习	精神疲惫, 困倦少言, 工作或学习能力下降
疲乏		精神不振, 不喜多言, 但能坚持工作或学习	精神疲惫, 困倦少言, 工作或学习能力下降	精神极度疲乏, 倦卧少言, 几乎不能工作学习	精神极度疲乏, 倦卧少言, 几乎不能工作学习
排便不爽		便下有涩滞感, 排出欠爽, 排出时间稍有延长	便下涩滞, 欲排难出, 排便时间明显延长	便下涩滞, 甚难排出, 排便时间成倍延长	便下涩滞, 甚难排出, 排便时间成倍延长
痛泻		腹痛微作, 痛则临厕, 大便偏溏, 便后痛减, >3 天发作 1 次	腹痛颇剧, 痛则临厕, 大便偏溏, 便后痛减, 2~3 天发作 1 次	腹痛甚剧, 痛则临厕, 大便偏溏, 便后痛减, 每天发作	腹痛甚剧, 痛则临厕, 大便偏溏, 便后痛减, 每天发作
肠鸣		≤3 次/天, 每次发作声响不大	4~9 次/天, 每次声响连连, 声响颇大	≥10 次/天, 每次发作声响不断, 声如雷鸣	≥10 次/天, 每次发作声响不断, 声如雷鸣
矢气		≤5 次/日, 单个为主	6~10 次/日, 连发数个	>10 次/日, 连续不断	>10 次/日, 连续不断
口苦		口中似有苦味, 偶发	口中发苦, 历时较久, 食欲可减, 常发	口味甚苦, 食欲常减, 或伴恶吐, 需漱口或食甜方舒, 终日如此	口味甚苦, 食欲常减, 或伴恶吐, 需漱口或食甜方舒, 终日如此

注: 上述每项主要症状轻重程度, 除进行症状评分半定量的量化分级外, 尚需结合临床所伴随相关症状、体征以及患者个体的体质状态, 从总体上综合把握, 不宜区别过细

车前子, 以利湿止泻; 5) 神疲乏力者, 加党参、山药以健脾益气; 6) 有食积、呕吐酸腐者, 加焦山楂、神曲, 以消食和胃。

4.1.3 脾壅肝郁证 (土壅木郁证) 治法: 健脾调肝, 祛痰化湿。主方: 柴平汤 (《便览》)。药物: 柴胡、人参、黄芩、半夏、甘草、陈皮、苍术、厚朴、川芎、草果。加减: 1) 泄泻如水样、次数多者, 加草豆蔻、泽泻、猪苓燥湿利水止泻; 2) 胁肋胀满, 暖气明显者, 加郁金、青皮、香附疏肝理气; 3) 腹胀满、纳差严重者, 加木香、砂仁、厚朴行湿散满, 醒脾和胃; 4) 心烦易怒, 舌苔黄腻者, 加茵陈、栀子燥湿泻肝清热。

4.2 常用中成药

4.2.1 逍遥丸 疏肝健脾, 养血调经。用于肝郁

脾虚所致的郁闷不舒、胸胁胀痛、头晕目眩、食欲减退、月经不调。

4.2.2 丹栀逍遥丸 舒肝解郁, 清热调经。用于肝郁化火、胸胁胀痛、烦闷急躁、颊赤口干、食欲不振或有潮热, 以及妇女月经先期、经行不畅、乳房与小腹胀痛。

4.2.3 四逆散 透解郁热, 疏肝理脾。用于热厥手足不温、脘腹胁痛、泻痢下重。

4.2.4 固肠止泻丸 调和肝脾, 涩肠止痛。用于肝脾不和、泻痢腹痛、慢性非特异性溃疡性结肠炎见上述证候者。

4.2.5 痛泻宁颗粒 柔肝缓急, 疏肝行气, 理脾运湿。用于肝气犯脾所致的腹痛、腹泻、腹胀、腹部不适等症, 肠易激综合征 (腹泻型) 等见上述

症状者。

4.3 针灸疗法

针灸治疗肝脾不调相关疾病有较好疗效，临床常从健脾及疏肝两方面取穴。健脾常用取穴：脾俞、胃俞、中脘、足三里等。疏肝常用取穴：期门、内关、阳陵泉、内庭、太冲等。

4.4 病证结合治疗

肝脾不调证临床涉及多种中西医疾病，治疗时应将病、证、症三者有机结合，根据不同疾病的具体特点，辨清证，审明症，分清肝失疏泄与脾失健运的因果关系，盛衰缓急，寒热虚实。根据以上辨病与辨证结果制定治疗原则，遣方用药，以充分发挥中医中药整体观念、心身同治、病证兼顾的特色，体现中医中药的疗效优势。

5 疗效评定

以证候为主体的临床总结，应着重于证候疗效的评价^[10-11]。

5.1 主要症状疗效评价标准

5.1.1 主要症状单项评分 分为 0、I、II、III 共 4 级。0 级：没有症状，计 0 分。I 级：症状轻微，不影响日常生活和工作，计 1 分。II 级：症状中等，部分影响日常生活和工作，计 2 分。III 级：症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作，计 3 分。

5.1.2 主要症状单项疗效评价 评价分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级。肝郁脾虚证主要症状：胁肋胀痛或窜痛；脘腹痞满，食后加重。肝气乘脾证主要症状：胁肋胀痛；腹痛即泻，泻后痛减。脾壅肝郁证主要症状：脘腹痞满；大便黏滞不爽；情志抑郁。1) 临床痊愈：原有症状消失。2) 显效：原有症状改善 2 级。3) 有效：原有症状改善 1 级。4) 无效：原有症状无改善或原有症状加重。

5.1.3 主要症状综合疗效评定 采用尼莫地平法计算，疗效指数 = $[(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分}] \times 100\%$ ，分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级，以痊愈和显效病例数计算总有效率。1) 临床痊愈：症状消失。2) 显效：症状改善百分率 $\geq 70\%$ 。3) 有效：30% \leq 症状改善百分率 $< 70\%$ 。4) 无效：症状改善百分率 $< 30\%$ 。

5.2 证候疗效评定标准

采用尼莫地平法计算，疗效指数 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ ，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 $\geq 95\%$ 。2) 显效：主要症状、体征明显改善，70% \leq 疗效指数 $< 95\%$ 。3) 有效：主要症状、体征明显好转，30% \leq 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 生存质量评价

目前国内较普遍采用汉化版 SF-36 健康调查量表进行评价，患者报告结局指标 (patient reported outcomes, PRO) 作为评价工具在慢性病领域辅助评价中医临床疗效中的作用也逐渐被认可。

5.4 精神心理情况评价

焦虑抑郁量表 (HAD) 是一种广泛应用于综合医院临床诊疗的自评量表，是用以评估患者的焦虑抑郁状态的可靠工具之一。Zung 氏焦虑量表 (SAS) 及抑郁量表 (SDS) 适用于症状自评，但不能依此进行诊断。汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)、汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 是临床上较为经典的他评量表。

5.5 理化指标评价

中医药的疗效评定以症状、体征消失和改善为依据，西医则参照相关化验指标的改变情况。因此，评价不同疾病肝脾不调证的疗效除相应的症状、体征外，也可参考西医理化检查客观指标的结果，以期作出更加合理的评价，而且也是决定下一步中医药治疗方案的重要参考。

6 预防调摄

起居有常，劳逸结合，睡眠保持规律，避免晚睡、日夜颠倒而损伤正气。加强修养，心胸豁达，注意保持乐观心态以调畅情志，防止抑郁、恼怒等不良情绪的影响。饮食有节，宜进食清淡、富营养、易消化之食物。避免暴饮暴食、过饥过饱、生冷不洁、难消化之物损伤脾胃。忌食辛辣醇酒、荤腥油腻之品，以防在脾虚基础上蕴湿生热。适当锻炼身体，进行运动、导引、气功等，增强正气以提高机体防御外邪的能力。用药基础上辨证运用针灸、理疗等外治疗法，益气健脾、疏肝理气之效更佳。

项目负责人：张声生

共识意见执笔人：陶琳，张声生

参与本共识意见专家如下（按姓氏笔画排名）：丁霞、马群、王凤云、王邦才、王汝新、王垂杰、王春生、王宪波、王敏、牛兴东、叶松、田

旭东、田耀洲、冯培民、朱生梁、朱莹、任顺平、刘力、刘友章、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘德喜、齐玉珍、江宇泳、孙玉信、苏娟萍、李军祥、李延萍、李佃贵、李勇、李振华、李乾构、李培、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪龙德、汪红兵、汶明琦、沈洪、张小萍、张声生、张磊、陈苏宁、陈涤平、林寿宁、金小晶、周正华、周强、郑昱、单兆伟、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡玲、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、唐旭东、唐志鹏、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒清、黄穗平、梁超、舒劲、谢胜、谢晶日、魏玮。

参考文献

- [1] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语: 证候部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 3.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第一辑[M]. 1993: 96.
- [3] 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: 364-366.
- [4] 徐联, 陈家旭. 基于文献研究的肝郁脾虚证临床诊治规律探析[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(12): 2977-2979.
- [5] 冷方南. 中医证候辨治规范[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 98-99.
- [6] 邓铁涛, 邓中炎, 罗益宽, 等. 中医证候规范[M]. 广州: 广州科技出版社, 1990: 254-256.
- [7] 邓铁涛. 中医诊断学[M]. 5 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1991.
- [8] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 6 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005.
- [9] 李晶. 中医诊断学[M]. 北京: 科学出版社, 2004.
- [10] 李晓红, 陈家旭. 肝主疏泄与脑-肠轴的相关性探讨[J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 872-873.
- [11] 薛飞飞, 陈家旭. 不同疾病肝郁脾虚证证候特点的文献学研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(6): 454-460.

(收稿日期: 2017-03-20; 修回日期: 2017-04-10)

[编辑: 焦 爽]

北京东华原医疗设备有限公司

Beijing Donghuayuan Medical Equipment Co., Ltd.

—— 中医，精于药，成于器

智能化煎药系统-打造现代化煎药中心

现代化煎药中心通过互联网、物联网等现代技术，将配备了计算机控制系统的煎药设备联结起来，开创了煎药一体化的创新服务理念，实现了煎药室煎药质量的全程把控和信息追溯。

中药开方→调剂→浸泡→煎煮→包装→配送

可控制性：煎药过程自动控制，保证煎药质量。

可追溯性：可以提供煎药质量追踪，保护患者利益、减少医患纠纷。

高效性：减轻煎药室工作人员的劳动强度，改善工作环境，并起到减员增效的效果。

自动
先煎
后下



地址：昌平区科技园区振超路1号

咨询热线：400-888-0258 / 800-810-0359 官方网站：<http://www.donghuayuan.com/>