

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2017.04.01

胆囊炎中医诊疗专家共识意见(2017)

中华中医药学会脾胃病分会

中图分类号:R575.6

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2017)04-0241-06

胆囊炎(Cholecystitis)可根据发病急缓分为急性胆囊炎和慢性胆囊炎。急性胆囊炎是由胆囊管梗阻、化学性刺激和细菌感染等引起的胆囊急性炎症性病变,临床见发热、右上腹疼痛,或右肋肋胀痛放射至肩背部、伴恶心呕吐,可兼见黄疸、墨菲征阳性、外周白细胞计数增高等表现。慢性胆囊炎因胆囊结石、高脂饮食等诱发,呈慢性起病,也可由急性胆囊炎反复发作、失治所致,临床表现为反复右上腹胀痛或不适、腹胀、嗝气、厌油腻,右上腹部有轻度压痛及叩击痛等体征,是临床常见病与多发病,随着人们饮食结构的改变,胆囊疾病发病率不断增加。目前尚无全国性本病流行病学资料,上海松江地区统计胆囊炎患病率为 3.91%^[1]。宁波镇海地区统计胆囊炎发病率为 1.42%^[2]。有研究发现乙型肝炎病毒并发胆囊炎,发病率为 47%,非乙型肝炎病毒并发胆囊炎发病率仅为 5.1%,有肝病基础的胆囊炎发病率明显增高^[3]。2011 年 11 月,中华中医药学会脾胃病分会制定了《胆囊炎中医诊疗共识意见》。近年来,随着中医药治疗胆囊炎研究的深化,有必要对该诊疗共识意见进行更新,以满足临床诊治和科研的需要。

2014 年 8 月中华中医药学会脾胃病分会牵头成立了《胆囊炎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,并先后组织国内脾胃病专家就胆囊炎的证候分类、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 1 次投票,并根据专家意见,起草小组对本共识意见进行了修改。2015 年 12 月,在北京进

行了第 2 次投票。2016 年 6 月,在厦门中华中医药学会脾胃病分会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 3 次投票,并进行了充分地讨论和修改。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 月在北京召开了本共识的最后专家定稿会议,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。

1 概述

1.1 病名

急性胆囊炎可归于“胁痛”范畴,慢性胆囊炎归属于“胆胀”范畴^[4],中医虽无急性胆囊炎及慢性胆囊炎的病名,但早在《内经》便有相关论述。《灵枢·五邪》曰:“邪在肝,则两胁中痛。”《素问·缪刺论》曰:“邪客于足少阳之络,令人胁痛不得息。”《灵枢·本藏》谓“胆胀者,胁下满而痛引小腹。”根据急性胆囊炎右上腹疼痛为主的临床表现,中医病名为“胁痛”;慢性胆囊炎右上腹胀满或隐痛,伴见恶心、腹胀等表现,中医病名为“胆胀”。

1.2 西医诊断

胆囊炎的明确诊断是建立在患者典型症状及体征、实验室及影像学阳性结果基础上。根据其发病急缓,有无反复发作,可分为急性胆囊炎和慢性胆囊炎。

1.2.1 急性胆囊炎的诊断 ①症状:以右上腹急性疼痛为主,常伴发热、恶心、呕吐等症。②体征:查体可见右上腹压痛,同时伴有反跳痛、腹肌紧张, Murphy 征阳性。③实验室检查:可见血白细胞计数及中性粒细胞计数增高。④超声检查:胆囊壁体积增大(胆囊横径 ≥ 4 cm),胆囊壁水肿,胆囊壁增厚(≥ 3 mm)或毛糙^[4]。

1.2.2 慢性胆囊炎的诊断 ①症状:以反复右上腹

收稿日期:2017-03-20

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)(No:ZYLX201411)

通讯作者:张声生(首都医科大学附属北京中医医院 消化中心,北京 100010)E-mail:zhss2000@163.com;

赵文霞(河南中医药大学第一附属医院 消化科,河南 郑州 450000)E-mail:zhao-wenxia@163.com

胀痛或不适为最常见症状,可伴有腹胀、暖气、厌油腻等消化不良症状。②体征:查体可见右上腹部有轻度压痛及叩击痛,但大多数患者可无任何阳性体征。③超声检查:可见胆囊体积常缩小或正常,也可见胆囊体积略有增大,胆囊壁增厚(≥ 3 mm)或毛糙^[4]。

此外,胆囊结石患者70%伴有胆囊炎。

2 病因病机

2.1 病因

情志不遂、饮食失节、感受外邪、虫石阻滞及劳伤过度是胆囊炎发病的主要诱因。

外感湿热毒邪,湿热由表入里,内蕴中焦,肝胆疏泄失职,腑气不通;或热毒炽盛,蕴结胆腑,使血败肉腐、蕴而成脓,发为胁痛;或因湿热内蕴,肝胆疏泄失职,胆汁郁积,排泄受阻,煎熬成石,胆腑气机不通,不通则痛,发为胁痛或胆胀;外感寒邪,邪入少阳,寒邪凝滞,肝胆疏泄失职,胆腑郁滞;或蛔虫上扰,枢机不利,胆腑通降受阻,发为胆胀;暴怒伤肝,抑郁不舒,情志所伤致肝气郁结,胆失通降,胆液郁滞发为胆胀;嗜食肥甘厚味,或嗜酒无度,损伤脾胃致中焦运化失职,升降失常,土壅木郁,肝胆疏泄不畅,胆腑不通发为胆胀;久病体虚,劳欲过度,使得阴血亏虚,胆络失养,脉络拘急,胆失通降,不荣则痛,发为胆胀。

2.2 病位

胆囊炎病位在胆腑,与肝、脾、胃脏腑功能失调相关。

本病病位在胆腑,与肝失疏泄、脾失健运、胃失和降密切相关。肝主疏泄,调畅气机,令胆汁畅通,若肝失疏泄,可导致胆汁排泄不利,胆汁淤滞,肝胆气机不利,导致肝胆同病,发为胁痛或胆胀。脾主运化,胃主通降,脾主升清,运化水谷,为气血生化之源,胃气以降为顺,胆汁的排泄依赖于脾之升清,胃之合降,故脾失健运,胃失合降均可致胆腑不通。

2.3 病机

本病的基本病机是胆失通降,不通则痛;胆络失养,不荣则痛。

情志不遂、饮食失节、感受外邪、虫石阻滞,均致肝胆疏泄失职,腑气不通,发病多为实证。久病体虚,劳欲过度,使得阴血亏虚,胆络失养,脉络拘急,胆失通降,发为虚证。属实的病理因素有“湿、热、毒、滞”,急性胆囊炎以“热、毒”为主,慢性胆囊炎以“湿、热”为主;属虚的病理因素有“脾虚、阴虚”,慢性胆囊炎反复发作,可见“脾虚、阴虚”。

2.4 病机转化

随着胆囊炎的病情演变,急性胆囊炎即胁痛的病机转化表现在邪实积聚与正气耗损两方面。邪实的积聚,湿热蕴积肝胆,化火生毒,熏灼肝体,炼液为痰,致痰火毒瘀内蕴之胁痛重证;或湿热久羁,脏腑失和,湿浊痰毒内生,恋积于肝,进而致痰湿毒瘀迁延肝胆之杂证。正气耗损,即由实转虚之变。肝胆湿热、肝胆实火或肝郁化火,火热灼伤阴液,及肝血瘀阻,瘀血不去,新血不生,均可致肝阴亏虚;火热灼津耗气,或肝郁乘脾,日久可致脾气虚弱,肝阴亏耗,久竭肾精,致肝肾阴虚,又气阴两伤,或阴损及阳,则可成肝阳虚或肝脾肾阳虚之证。慢性胆囊炎即胆胀的病机转化为日久不愈,反复发作,邪伤正气,正气日虚,加之邪恋不去,痰浊湿热,损伤脾胃,脾胃生化不足,正气愈虚,后可致肝肾阴虚或脾肾阳虚的正虚邪实之候。

3 辨证分型^[5-8]

3.1 急性胆囊炎可分为2个证型

(1)胆腑郁热证

主症:①上腹持续灼痛或绞痛;②胁痛阵发性加剧,甚则痛引肩背。

次症:①晨起口苦;②时有恶心;③饭后呕吐;④身目黄染;⑤持续低热;⑥小便短赤;⑦大便秘结。舌脉:①舌质红,苔黄或厚腻;②脉滑数。

(2)热毒炽盛证

主症:①持续高热;②右胁疼痛剧烈、拒按。

次症:①身目发黄,黄色鲜明;②大便秘结;③小便短赤;④烦躁不安。

舌脉:①舌质红绛,舌苔黄燥;②脉弦数。

证候诊断:具备主症2项和次症2项,参考舌脉即可诊断。

3.2 慢性胆囊炎可分为7个证型

(1)肝胆气滞证

主症:①右胁胀痛;②心烦易怒。

次症:①厌油腻;②时有恶心;③饭后呕吐;④脘腹满闷;⑤暖气。

舌脉:①舌质淡红,舌苔薄白或腻;②脉弦。

(2)肝胆湿热证

主症:①胁肋胀痛;②晨起口苦;③口干欲饮。

次症:①身目发黄;②身重困倦;③脘腹胀满;④咽喉干涩;⑤小便短黄;⑥大便不爽或秘结。

舌脉:①舌质红,苔黄或厚腻;②脉弦滑数。

(3)胆热脾寒证

主症:①胁肋胀痛;②恶寒喜暖。

次症:①口干不欲饮;②晨起口苦;③恶心欲呕;

④腹部胀满；⑤大便溏泄；⑥肢体疼痛，遇寒加重。

舌脉：①舌质淡红，苔薄白腻；②脉弦滑。

(4)气滞血瘀证

主症：①右肋胀痛或刺痛；②胸部满闷；③喜善太息。

次症：①晨起口苦；②咽喉干涩；③右肋疼痛夜间加重；④大便不爽或秘结。

舌脉：①舌质紫暗，苔厚腻；②脉弦或弦涩。

(5)肝郁脾虚证

主症：①右肋胀痛；②腹痛欲泻。

次症：①体倦乏力；②腹部胀满；③大便溏薄；

④喜善太息；⑤情志不舒加重；⑥纳食减少。

舌脉：①舌质淡胖，苔白；②脉弦或弦细。

(6)肝阴不足证

主症：①右肋部隐痛；②两目干涩。

次症：①头晕目眩；②心烦易怒；③肢体困倦；

④纳食减少；⑤失眠多梦。

舌脉：①舌质红，苔少；②脉弦细。

(7)脾胃气虚证

主症：①右肋隐痛；②体倦乏力。

次症：①胃脘胀闷；②纳食减少；③肢体困倦。

舌脉：①舌质淡白，苔薄白；②脉缓无力。

证候诊断：具备主症①+另1项主症和次症2项，参考舌脉即可诊断。

4 临床治疗

4.1 治疗目标

①临床症状缓解、相关检查指标的改善；②防止病情复发；③减少并发症，降低患者手术率。

4.2 治疗原则

胆囊炎的辨证治疗，根据症状的急、缓、虚、实变化采用相应的治疗方法。

急性胆囊炎治疗上以清热利湿，行气利胆，通腑泻火为主；慢性胆囊炎实证以祛邪为主，如清热利湿，疏肝利胆，行气活血等；虚证以扶正为主，如健脾益气，养阴柔肝等，同时可配合中医特色疗法，如针灸、耳穴、药物贴敷及穴位埋线等。

4.3 辨证论治

4.3.1 急性胆囊炎的分型论治

(1)胆腑郁热证

治法：清热利湿，行气利胆。

主方：大柴胡汤(《伤寒论》)。

药物：柴胡、黄芩、芍药、半夏、生姜、枳实、大枣、大黄。

加减：身目黄染者，加茵陈、栀子；心烦失眠者，加合欢皮、炒酸枣仁；恶心呕吐者，加姜竹茹；壮热

者，可加石膏、蒲公英、虎杖。

(2)热毒炽盛证

治法：清热解毒，通腑泻火。

主方：茵陈蒿汤(《伤寒论》)合黄连解毒汤(《外台秘要》)。

药物：茵陈、栀子、大黄、黄连、黄柏、黄芩。

加减：小便黄赤者，加滑石、车前草；大便干结者，加火麻仁、芒硝；身目黄染重者，加金钱草。

4.3.2 慢性胆囊炎的分型论治

(1)肝胆气滞证

治法：疏肝利胆，理气解郁。

主方：柴胡疏肝散(《景岳全书》)。

药物：陈皮、柴胡、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草。

加减：疼痛明显者，加元胡索、郁金、木香；腹部胀满者，加厚朴、草豆蔻；口苦心烦，加黄芩、栀子；恶心呕吐者，加代赭石、炒莱菔子；伴胆石者，加鸡内金、金钱草、海金沙。

(2)肝胆湿热证

治法：清热利湿，利胆通腑。

主方：龙胆泻肝汤(《医方集解》)或大柴胡汤(《伤寒论》)。

药物：龙胆草、黄芩、山栀子、泽泻、木通、车前子、当归、生地黄、柴胡、甘草。

加减：伴胆石者，加鸡内金、金钱草、海金沙；小便黄赤者，加滑石、通草；大便干结者，加大黄、芒硝、牡丹皮。

(3)胆热脾寒证

治法：疏利肝胆，温脾通阳。

主方：柴胡桂枝干姜汤(《伤寒论》)。

药物：柴胡、桂枝、干姜、栝楼根、黄芩、牡蛎、炙甘草。

加减：腹痛较甚者，加川楝子、延胡索；久泄，完谷不化者，加补骨脂、赤石脂；恶心呕吐甚者，加姜半夏、姜竹茹。

(4)气滞血瘀证

治法：理气活血，利胆止痛。

主方：血府逐瘀汤(《医林改错》)。

药物：桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡。

加减：胁痛明显者，加郁金、延胡索、川楝子；口苦者，加龙胆草、黄芩；脘腹胀甚者，加厚朴、木香。

(5)肝郁脾虚证

治法：疏肝健脾，柔肝利胆。

主方：逍遥散(《太平惠民和剂局方》)。

药物：柴胡、当归、白芍、炒白术、茯苓、炙甘草、

薄荷、煨姜。

加减:右胁胀痛者,加郁金、川楝子、青皮;急躁易怒者,加香附、钩藤;腹胀明显者,加郁金、石菖蒲。

(6)肝阴不足证

治法:养阴柔肝,清热利胆。

主方:一贯煎(《续名医类案》)。

药物:北沙参、麦冬、当归、生地黄、枸杞子、川楝子。

加减:心烦失眠者,加柏子仁、夜交藤、炒酸枣仁;急躁易怒者,加栀子、青皮、珍珠母;右胁胀痛者,加佛手、香橼;头目眩晕者,加钩藤、菊花、白蒺藜。

(7)脾胃气虚证

治法:理气和中,健脾和胃。

主方:香砂六君子汤(《古今名医方论》)。

药物:人参、白术、茯苓、半夏、陈皮、木香、砂仁、炙甘草。

加减:脘腹胀甚者,加枳实、厚朴、槟榔;纳食减少者,加神曲、鸡内金。

4.4 胆囊炎常用中成药

4.4.1 消炎利胆片 清热,祛湿,利胆。用于急性胆囊炎、胆管炎肝胆湿热证。

4.4.2 胆胃康胶囊 舒肝利胆,清热利湿。用于肝胆湿热证所致的胁痛、黄疸以及胆汁反流性胃炎,胆囊炎见上述症状者。

4.4.3 胆宁片 疏肝利胆,清热通下。用于慢性胆囊炎肝郁气滞,湿热未清证。

4.4.4 胆石利通片 理气解郁,化瘀散结,利胆排石。用于胆石病气滞型。

4.4.5 鸡骨草胶囊 舒肝利胆,清热解毒。用于胆囊炎肝胆湿热证。

4.4.6 金胆片 利胆消炎。用于急慢性胆囊炎、胆石症以及胆道感染。

4.4.7 胆舒胶囊 舒肝解郁,利胆溶石。用于慢性结石性胆囊炎、慢性胆囊炎及胆结石。

4.4.8 胆炎康胶囊 清热利湿,排石止痛。用于急性慢性胆囊炎、胆管炎、胆石症以及胆囊手术后综合征肝胆湿热蕴结证。

4.4.9 舒胆片 清热化湿,利胆排石,行气止痛。用于胆囊炎、胆道感染、胆石症肝胆湿热证。

4.4.10 利胆片 舒肝止痛,清热利湿。用于胆道疾患肝胆湿热证。

4.4.11 胆康胶囊 舒肝利胆,清热解毒,理气止痛。用于急、慢性胆囊炎,胆道结石。

4.5 胆囊炎的中西医结合治疗目标人群与策略

胆囊炎可采取中西医结合的治疗方式,根据病情发病急缓,急性胆囊炎采取手术治疗及非手术治疗的方式;慢性胆囊炎一般采取内科保守治疗。急性胆囊炎治疗上以清热利湿,行气利胆,通腑泻火为主;慢性胆囊炎实证以祛邪为主,如清热利湿,疏肝利胆,行气活血等,虚证以扶正为主,如健脾益气,养阴柔肝等,同时可配合中医特色疗法,如针灸、耳穴、药物贴敷及穴位埋线等。

4.6 其他特色疗法

4.6.1 针灸疗法 常用穴:阳陵泉、胆囊穴、肩井、日月、丘墟、太冲。采用捻转强刺激手法,每隔3~5 min行针1次,每次留针时间为20~30 min。也可采用电刺激^[9-12]。辨证配穴:肝郁气滞者加太冲,疏肝理气;瘀血阻络者加膈俞,化瘀止痛;肝胆湿热者加行间,疏泄肝胆;肝阴不足者加肝俞、肾俞,补益肝肾。

4.6.2 耳穴疗法 常用穴:胰胆、十二指肠、耳背肝区、耳迷根、内分泌、皮质下、交感、神门。操作方法一般采用针刺或用王不留行籽常规消毒后用胶布将王不留行籽固定于耳穴上,每日按4~6遍,每次每穴按压1 min。注意事项:每次贴压单侧耳穴,3 d/次,2侧交替使用。换贴10次为1个疗程,一般治疗3~5个疗程^[13-14]。

4.6.3 药物贴敷疗法 胆囊区(右上腹压痛点)外敷药物(栀子10 g,大黄10 g,冰片1 g,乳香6 g,芒硝10 g,研粉,调匀成糊状),纱布覆盖,每天更换1次,5 d为1个疗程^[15]。

4.6.4 穴位埋线疗法 常用穴:鸠尾、中脘、胆囊穴、胆俞、胃俞、足三里、阳陵泉。操作方法一般1个月埋线1次,病情重者20 d 1次,5次为1疗程^[16]。

4.7 手术

行胆囊切除术是急性胆囊炎的根本治疗。手术适应证:①胆囊坏疽及穿孔,并发弥漫性腹膜炎者;②急性胆囊炎反复急性发作,诊断明确者;③经积极内科治疗,病情继续发展并恶化者;④无手术禁忌证,且能耐受手术者。慢性胆囊炎伴有胆石者,诊断确立,行胆囊切除术是合理的根本治法。如患者有心、肝、肺等严重疾病或全身情况不能耐受手术,可予内科治疗。

4.8 疗程

胆囊炎的平时预防较为重要。一般急性胆囊炎的疗程多为2周,慢性胆囊炎疗程多为1月。

4.9 诊治流程

诊治流程见图1。

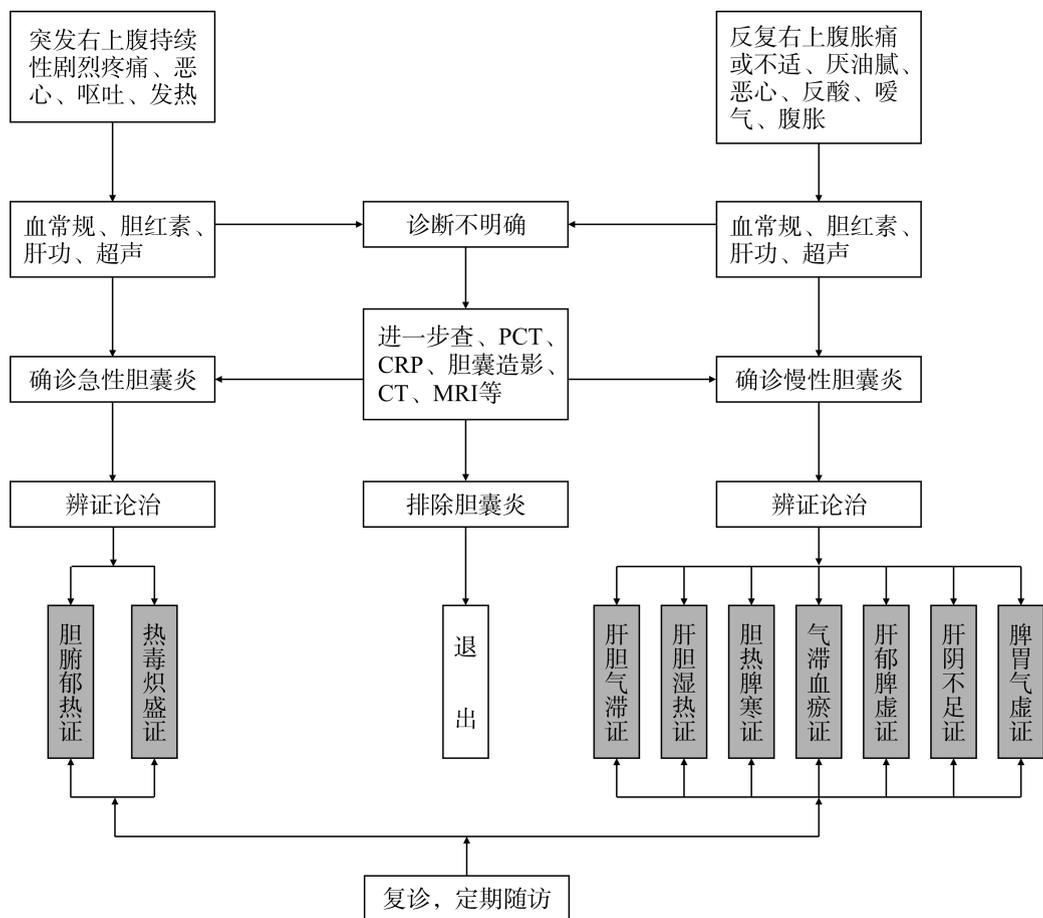


图1 胆囊炎诊治流程

5 疗效评价

5.1 单项症状疗效评价

每个单项症状按轻重分为0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ4级。

0级：没有症状；Ⅰ级：症状轻微，不影响日常生活；Ⅱ级：症状中等，部分影响日常生活；Ⅲ级：症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作。

评价标准：①临床痊愈：原有症状消失；②显效：原有症状改善2级者；③有效：原有症状改善1级者；④无效：原有症状无改善或原症状加重。

5.2 证候疗效评价

按症状轻重分为4级(0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)，积分分别为0分、1分、2分、3分^[10]，证候总积分为症状积分之和。①临床缓解：症状和体征明显改善(疗效指数 $\geq 95\%$)；②显效：症状和体征明显改善($70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$)；③有效：症状和体征有改善($30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$)；④无效：症状和体征无明显减轻或加重者(疗效指数 $< 30\%$)；

计算公式采用尼莫地平法计算。疗效指数($\%$) = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》的疗效评定标准。

5.3 彩色超声疗效评价

①急性胆囊炎：应以血常规、全身症状及彩超等进行评价，彩超评价标准如下。痊愈：超声检查胆囊大小、胆囊壁厚度、胆囊壁毛糙恢复正常；有效：超声检查胆囊大小恢复正常(胆囊横径 < 4 cm)，胆囊壁厚度 < 3 mm，胆囊壁略毛糙；好转：超声检查胆囊横径较前缩小，胆囊壁厚度 > 3 mm，胆囊壁毛糙；无效：超声检查胆囊大小、胆囊壁厚度、胆囊壁毛糙未见明显变化。②慢性胆囊炎：主要以症状和彩超进行评价，彩超评价标准如下。痊愈：超声检查胆囊大小、胆囊壁厚度、胆囊壁毛糙3项均恢复正常；有效：超声检查胆囊大小、胆囊壁厚度、胆囊壁毛糙3项中2项恢复正常；好转：超声检查胆囊大小、胆囊壁厚度、胆囊壁毛糙3项中1项恢复正常；无效：超声检查胆囊大小、胆囊壁厚度、胆囊壁毛糙均未明显变化。

6 预防调摄

6.1 心理

注意劳逸结合，寒温适宜，限烟限酒，心情舒畅。已患有急慢性胆囊炎的患者，应积极治疗，按时服药，预防复发。注意起居有常，防止过劳，避免过度紧张，适当运动，忌恼怒忧思，保持心情舒畅。

6.2 饮食

胆囊炎患者以低脂肪、低胆固醇、适量蛋白和高维生素饮食为宜。急性发作期应禁食或无脂饮食，充分休息，以缓解疼痛。慢性期或缓解期的患者以低脂肪、低胆固醇饮食为主。适量摄入蛋白质和碳水化合物，丰富维生素，避免进食辛辣刺激性食物，要注意卫生，防止肠道寄生虫和细菌感染，注意营养的均衡，规律饮食。

6.3 随访

应重视对本病癌变的监测，应定期 CT 或 B 超随访，虽然不易发现胆囊内微小病变，但是对胆囊壁增厚变化、胆囊内肿块，以及相邻肝脏病变和肿瘤蔓延情况能直接显示。结合 CT 和 B 超对胆囊癌早发现、早诊断和早治疗，从而提高胆囊癌患者的生存质量。

项目负责人:张声生

共识意见执笔人:赵文霞

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

丁霞、马素平、马群、王风云、王邦才、王庆利、王汝新、王志坤、王秀娟、王垂杰、王春生、王宪波、王敏、王翼洲、牛兴东、叶松、叶放、田旭东、田耀洲、冯培民、朱方石、朱生樑、朱莹、任顺平、刘力、刘凤斌、刘光伟、刘华一、刘全忠、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘晓彦、刘德喜、江一平、江宇泳、池晓玲、孙玉信、苏娟萍、杜立阳、李乾构、李宇文、李合国、李军祥、李秀惠、李佃贵、李郑生、李学武、李春颖、李保双、李勇、李振华、李桂贤、李晓东、李培、李鲜、李慧臻、杨小平、杨巧芳、杨国红、杨春波、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴洁、吴鹏、吴耀南、邱新建、何晓晖、余泽云、汪龙德、汪红兵、汶明琦、沈洪、张小萍、张声生、张斌、张照兰、张磊、陆为民、陈一斌、陈中岳、陈寿菲、陈苏宁、陈国忠、陈欣菊、陈金亮、陈泽奇、陈建章、陈涤平、林寿宁、罗宏伟、金小晶、周正华、周强、郑立升、郑昱、单兆伟、赵一、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、郝建军、郝微微、胡玲、查安生、钦丹萍、姜莉云、姚保泰、袁红霞、夏瑾瑜、党中勤、徐进康、徐健众、郭朋、唐旭东、唐志鹏、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒青、黄穗平、曹志群、龚向京、盛国光、常占杰、梁超、董明国、舒劲、曾斌芳、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、廖志峰、潘洋、

薛西林、薛博瑜、霍清萍、冀爱英、魏玮。

参考文献

- [1] 孙晓敏,徐萍,马志红,等.上海松江地区胆囊良性疾病的流行病学调查 30901 例[J].世界华人消化杂志,2011,19(27):2881-2885.
- [2] 朱忠伟,李福军,胡柯铭,等.宁波镇海地区胆囊疾病的流行病学调查[J].现代实用医学,2012,24(11):1241-1242.
- [3] 段卫星,梁超.乙型肝炎炎性活动与胆囊炎胆囊结石成因探讨[J].中国实用医药,2013,8(15):38.
- [4] 国家技术监督局.中华人民共和国国家标准—中医临床诊疗术语·疾病部分[M].北京:中国标准出版社,1997:14.
- [5] 周仲瑛.中医内科学(第2版)[M].北京:人民卫生出版社,2014:391-404.
- [6] 郑振.辨证分型治疗慢性胆囊炎随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015,29(8):55-57.
- [7] 张福林.中医治疗慢性胆囊炎效果观察[J].北方药学,2011,8(12):40.
- [8] 李霞.柴胡桂枝干姜汤加味治疗胆热脾寒型慢性胆囊炎疗效观察[J].中医临床研究,2015,7(14):87-88.
- [9] 温峰云,李双成,王国明,等.针刺肩井穴对慢性胆囊炎患者胆囊收缩功能影响的随机对照研究[J].针刺研究,2012,32(5):398-402.
- [10] 李财宝,朱建明,黄建平.针刺阳陵泉和胆囊穴对急性胆囊炎的镇痛作用观察[J].上海中医药杂志,2011,45(9):56-57.
- [11] 秦研,张晓彤.针刺日月穴对胆囊炎患者胆囊收缩功能的影响[J].山西中医,2014,30(11):33-34.
- [12] 刘鹏,陈少宗.针刺治疗胆系疾病取穴组方规律与经验分析[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(6):91-92.
- [13] 谢从坤,魏霞霞,冯玲媚.耳穴籽压治疗慢性胆囊炎急性发作临床研究[J].亚太传统医药,2016,12(1):101-102.
- [14] 李修阳.耳穴贴压结合体针治疗慢性胆囊炎 33 例的临床疗效观察[J].云南中医学院学报,2013,36(1):66-68.
- [15] 严容,张美云,窦英磊.中药穴位贴敷胆囊区治疗急性胆囊炎 30 例[J].江西中医药,2015,6(46):43-44.
- [16] 柏树祥.穴位埋线治疗胆囊炎 989 例[J].中医外治杂志,2013,22(3):12-13.