

• 指南与共识 •

(急、慢性)胆囊炎、胆石症中医诊疗专家共识(2023)*

中华中医药学会脾胃病分会

[摘要] 我国(急、慢性)胆囊炎、胆石症发病率逐年升高,中医药治疗在缓解临床症状、防止病情复发、减少并发症、降低患者手术率等方面具有优势。目前,国内学会尚未制定(急、慢性)胆囊炎、胆石症中医诊疗专家共识。随着中医药治疗(急、慢性)胆囊炎、胆石症研究的进展,有必要制定(急、慢性)胆囊炎、胆石症中医诊疗专家共识。本共识规范了(急、慢性)胆囊炎、胆石症的证候分类、辨证治疗,凝聚了名医经验,明确了诊治流程与疗效标准,融合了中医、西医在该领域的研究进展,具有临床实用性和科学性。

[关键词] 胆囊炎;胆石症;中医;诊断;治疗;共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.10.01

[中图分类号] R575.6 **[文献标志码]** C

Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of (acute and chronic) cholecystitis and cholelithiasis(2023)

Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine

Abstract The incidence of (acute and chronic) cholecystitis and cholelithiasis in China has been increasing year by year, and traditional Chinese medicine(TCM) treatment has advantages in alleviating clinical symptoms, preventing recurrence, reducing complications, and decreasing surgical rates. Currently, no expert consensus on TCM diagnosis and treatment of (acute and chronic) cholecystitis and cholelithiasis has been formulated. With the advancement of research on TCM treatment for (acute and chronic) cholecystitis and cholelithiasis, it is necessary to establish a consensus on the diagnosis and treatment of these conditions by TCM experts. This consensus standardizes the syndrome classification and syndrome differentiation treatment for (acute and chronic) cholecystitis and cholelithiasis, incorporates the experience of renowned TCM practitioners, clarifies the diagnosis and treatment process as well as the efficacy standards, and integrates the research progress of both traditional Chinese and Western medicine in this field, making it clinically practical and scientific.

Key words cholecystitis; cholelithiasis; traditional Chinese medicine; diagnosis; therapy; consensus

胆囊炎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。胆石症是胆道系统的一种常见病,根据结石部位的不同可分为胆囊结石、肝外胆管结石及肝内胆管结石,其中胆囊结石最为常见,约占 50%。

据流行病学统计,宁波镇海地区胆囊炎、胆结石患病率分别为 1.42%和 7.36%^[1]。上海松江

地区胆囊炎、胆结石患病率分别为 3.91%和 5.94%^[2]。女性胆结石患病率高于男性,男女比例为 0.8 : 1.0^[2-3]。我国胆结石患病率随年龄增长而上升,发病高峰为 50 岁以后。急性胆囊炎西医根据病情选用抗生素治疗,慢性胆囊炎多应用中医药清肝利胆治疗。尽管大多数患者经过治疗后预后良好,但仍有个别患者面临发展成为胆囊癌的风险。

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(急、慢性)胆囊炎、胆石症中医诊疗专家共识起草小组。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(急、慢性)胆

*基金项目:全国名中医传承工作室建设项目[No:国中医药办人教函(2022)245 号];河南省中医学“双一流”创建科学研究专项(No: HSRP-DFCTCM-T-6、HSRP-DFCTCM-P-7)

通信作者:赵文霞,E-mail:zhao-wenxia@163.com;郭绍举,E-mail:gsj1080@163.com;唐旭东,E-mail:txdly@sina.com

引用本文:中华中医药学会脾胃病分会.(急、慢性)胆囊炎、胆石症中医诊疗专家共识(2023)[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(10):839-848. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.10.01.

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。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。

本共识将中医、西医在(急、慢性)胆囊炎、胆石症的诊断、治疗及预防方面的研究结合起来,突出临床实用性,体现最新研究进展,以期对(急、慢性)胆囊炎、胆石症的临床诊疗及科学研究提供新的临床思维和决策参考,进一步提高(急、慢性)胆囊炎、胆石症的诊疗水平。

本共识包括概述、病因病机、辨证分型、临床治疗(包括现代名家学术经验)、疗效评定、中医药循证医学进展、预防调摄、转归与随访八部分。

1 概述

1.1 西医诊断

胆囊炎、胆石症的明确诊断需要基于患者的典型症状和体征,以及实验室和影像学检查的阳性结果。胆囊炎在ICD-11的编码为:DC12(胆囊炎)/DC11(胆石症)^[4]。

1.1.1 急性胆囊炎的诊断^[5] 由局部、全身表现以及影像学证据组成:(1)局部表现:①右上腹疼痛、压痛或包块;②墨菲征阳性。(2)全身表现:①发热;②C反应蛋白(CRP)升高;③白细胞计数升高。(3)影像学:发现急性胆囊炎证据。B超提示:①胆囊增大,短径增大明显,轮廓线模糊;②胆囊壁增厚及水肿(呈“双边征”);③胆囊触痛,即超声检查“墨菲征”阳性;④胆囊腔内常见结石或絮状物沉积;⑤胆囊周围伴低或无回声带。CT提示:①胆囊扩大;②胆囊壁普遍性增厚,且增强扫描时可见胆囊明显强化。

当存在(1)中任意一项及(2)中任意一项证据时,可考虑为疑似急性胆囊炎。当存在(1)中任意一项、(2)中任意一项及(3)的证据时,可确诊为急性胆囊炎。

1.1.2 慢性胆囊炎的诊断 (1)症状:以反复右上腹胀痛或不适为最常见症状,可伴有腹胀、嗝气、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:典型表现为胆囊壁增厚(≥ 3 mm)、毛糙。

1.1.3 胆石症的诊断 (1)症状:右上腹或剑突下持续性隐痛、胀痛或阵发性痉挛性剧痛,向右肩背放射,可伴恶心、呕吐、嗝气、反酸、腹胀、食欲不振

等症状,进食油腻食物后加重,严重时可见寒战、高热、黄疸;(2)体征:查体可见右上腹或上腹部压痛,右季肋部叩击痛,皮肤、巩膜黄染;(3)实验室检查:合并感染时白细胞、中性粒细胞升高;血清碱性磷酸酶或 γ -谷氨酰转肽酶可升高,梗阻明显时血清胆红素亦升高,以直接胆红素为主,尿胆红素阳性;(4)影像学检查(超声、CT、MRCP):发现胆囊结石、胆总管结石或肝内胆管结石。超声典型表现为胆囊内强回声及后方声影。

1.2 中医范畴

中医并无急、慢性胆囊炎及胆石症的病名,根据患者症状、体征,通常将急性胆囊炎归于“胁痛”范畴,慢性胆囊炎、胆石症归属于“胆胀”范畴^[6]。关于胁痛、胆胀的认识,早在《内经》便有论述。《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。”

2 病因病机

2.1 病因与发病

外感湿热毒邪或寒邪,或湿热内蕴,或蛔虫上扰,或暴怒伤肝,或嗜酒无度,邪蕴中焦,肝胆疏泄失职,胆腑郁滞,发为胁痛或胆胀,胆汁郁积,煎熬成石;或久病体虚,胆络失养,发为胁痛或胆胀。

2.2 病位

在胆腑,与肝、脾、胃等脏腑功能失调相关。

2.3 病机要点

本病的基本病机是胆失通降,不通则痛;胆络失养,不荣则痛。属实的病理因素有“痰、湿、热、毒、滞”,急性胆囊炎以“热、毒”为主,慢性胆囊炎以“湿、热”为主,胆石症以“痰、湿、热、瘀”为主。属虚的病理因素有“脾虚、阴虚”。

3 辨证分型^[7-9]

3.1 急性胆囊炎

3.1.1 胆腑郁热证(中医病证分类与代码B04.02.02.01.02)^[4] 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。

3.1.2 热毒炽盛证(中医病证分类与代码B02.08.07.02.02)^[4] 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

3.2.1 肝胆气滞证(中医病证分类与代码B04.06.02.01.01)^[4] 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。

3.2.2 肝胆湿热证(中医病证分类与代码 B04.06.02.01.03.01)^[4] 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。

3.2.3 胆热脾寒证(中医病证分类与代码未见) 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。

3.2.4 气滞血瘀证(中医病证分类与代码 B03.01.02.02.01)^[4] 主症:①右胁胀痛或刺痛;②胸部满闷;③喜善太息。次症:①晨起口苦;②咽喉干涩;③右胁疼痛夜间加重;④大便不爽或秘结。舌脉:①舌质紫暗,苔厚腻;②脉弦或弦涩。

3.2.5 肝郁脾虚证(中医病证分类与代码 B04.06.02.03.01.02)^[4] 主症:①右胁胀痛;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。

3.2.6 肝阴不足证(中医病证分类与代码 B04.02.01.03.03.01)^[4] 主症:①右胁部隐痛;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。

3.2.7 脾胃气虚证(中医病证分类与代码 B04.06.03.01.03.01)^[4] 主症:①右胁隐痛;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。

3.3 胆石症

3.3.1 肝郁气滞证(中医病证分类与代码 B04.02.01.04.01.01.02)^[4] 主症:①右胁胀痛,可牵扯至肩背部疼痛不适;②食欲不振;③遇怒加重。次症:①胸闷;②暖气;③时有恶心;④口苦咽干;⑤大便不爽。舌脉:①舌淡红,苔薄白;②脉弦涩。

3.3.2 肝胆湿热证(中医病证分类与代码 B04.06.02.01.03.01)^[4] 主症:①右胁或上腹部疼痛拒按,多向右肩部放射;②小便黄赤;③便溏或便秘;④恶寒发热;⑤身目发黄。次症:①口苦口黏口干;②腹胀纳差;③全身困重乏力;④恶心欲吐。舌脉:①舌质红,苔黄腻;②脉弦滑数。

3.3.3 肝阴不足证(中医病证分类与代码

B04.02.01.03.03.01)^[4] 主症:①右胁部隐痛或略有灼热感;②午后低热,或五心烦热;③双目干涩。次症:①口燥咽干;②急躁易怒;③头晕目眩;④少寐多梦。舌脉:①舌红或有裂纹或见光剥苔;②脉弦细数或沉细数。

3.3.4 肝郁脾虚证(中医病证分类与代码 B04.06.02.03.01.02)^[4] 主症:①右胁或上腹部轻度隐痛或胀满不适;②食欲不振;③大便溏。次症:①善太息;②时有恶心;③暖气;④疲倦乏力。舌脉:①舌质淡或淡红,苔白;②脉弦细或沉细。

3.3.5 瘀血阻滞证(中医病证分类与代码 B02.10.01)^[4] 主症:①右胁部刺痛,痛有定处拒按;②入夜痛甚。次症:①口苦口干;②胸闷纳呆;③大便干结;④面色晦暗。舌脉:①舌质紫暗,或舌边有瘀斑、瘀点;②脉弦涩或沉细。

3.3.6 热毒内蕴证(中医病证分类与代码 B02.08.07.03.01)^[4] 主症:①寒战高热;②右胁及脘腹部疼痛拒按;③重度黄疸;④尿短赤;⑤大便秘结。次症:①神昏谵语,呼吸急促;②声音低微,表情淡漠;③四肢厥冷。舌脉:①舌质绛红或紫,舌质干燥,苔腻或灰黑无苔;②脉洪数或弦数。

证候诊断:具备主症2项和次症1或2项,症状不明显者,参考舌脉象和理化检查。

4 临床治疗^[10-11]

4.1 治疗目标与原则

4.1.1 治疗目标 ①缓解临床症状、改善相关检查指标;②防止病情复发;③减少并发症,降低患者手术率。

4.1.2 治疗原则 胆囊炎、胆石症的辨证治疗,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。胆石症实证以祛邪为主,如疏肝理气、清热祛湿、通下解毒、活血化瘀等;同时配合针刺、耳穴、推拿运经仪等利胆排石治疗;虚证以扶正为主,如滋阴清热。

4.2 辨证论治

4.2.1 急性胆囊炎的分型论治

4.2.1.1 胆腑郁热证 治法:清热利湿,行气利胆。

主方:大柴胡汤加减。

药物组成:柴胡3~9g、黄芩9g、白芍6~15g、法半夏9g、生姜6g、枳实3~9g、大枣12g、生大黄9~15g。

加减:身目黄染者,加茵陈9~15g、栀子3~9g以清热利湿退黄;心烦失眠者,加合欢皮9~15g、炒酸枣仁9~15g以养心安神;恶心呕吐者,加姜竹茹6~9g以降逆止呕;壮热者,可加石膏9~

15 g、蒲公英 6~15 g、虎杖 6~15 g 以清热泻火。

中成药:①胆宁片,5片/次,3次/d;②大柴胡颗粒,1袋/次,2次/d。

4.2.1.2 热毒炽盛证 治法:清热解毒,通腑泻火。

主方:茵陈蒿汤合黄连解毒汤加减。

药物组成:茵陈 15~30 g、栀子 9~15 g、生大黄 9~15 g、黄连 9 g、黄柏 9 g、黄芩 9 g。

加减:小便黄赤者,加滑石 9~15 g、车前草 9~15 g 以清热利尿;大便干结者,加火麻仁 9~30 g、芒硝 9~20 g 以导滞通便;身目黄染重者,加金钱草 9~30 g 以清热利湿退黄。

中成药:①消炎利胆片,6片/次,3次/d;②胆康胶囊,4粒/次,3次/d。

4.2.2 慢性胆囊炎的分型论治

4.2.2.1 肝胆气滞证 治法:疏肝利胆,理气解郁。

主方:柴胡疏肝散加减。

药物组成:柴胡 9~15 g、陈皮 12 g、川芎 9 g、香附 9 g、枳壳 9 g、芍药 9~18 g、炙甘草 6~9 g。

加减:疼痛明显者,加延胡索 9~15 g、郁金 9~15 g、木香 9~15 g 以行气活血止痛;腹部胀满者,加厚朴 9~15 g、草豆蔻 9~15 g 以行气消胀;口苦心烦者,加黄芩 9~15 g、栀子 9~15 g 以清热泻火;恶心呕吐者,加代赭石 9~30 g、炒莱菔子 9~21 g 以降逆止呕;伴胆石者,加鸡内金 9~15 g、金钱草 9~15 g、海金沙 9~15 g 以利胆排石。

中成药:①胆舒胶囊,1~2粒/次,3次/d;②消石利胆胶囊,3片/次,3次/d。

4.2.2.2 肝胆湿热证 治法:清热利湿,利胆通腑。

主方:龙胆泻肝汤或大柴胡汤加减。

药物组成:龙胆草 9~15 g、黄芩 9~15 g、山栀子 9 g、泽泻 9 g、木通 6 g、车前子 9 g、当归 9~15 g、生地黄 15 g、柴胡 9~15 g、生甘草 6~9 g。

加减:伴胆石者,加鸡内金 9~15 g、金钱草 9~15 g、海金沙 9~15 g 以利胆排石;小便黄赤者,加滑石 9~15 g、通草 9~15 g 以清热利尿;大便干结者,加大黄 9~15 g、芒硝 9~15 g、牡丹皮 9~15 g 以导滞通便。

中成药:①胆石通胶囊,4~6粒/次,3次/d;②利胆排石片,4片/次,2次/d。

4.2.2.3 胆热脾寒证 治法:疏利肝胆,温脾通阳。

主方:柴胡桂枝干姜汤加减。

药物组成:柴胡 9 g、桂枝 9 g、干姜 6 g、栝楼根 9 g、黄芩 9 g、生牡蛎 30 g、炙甘草 6 g。

加减:腹痛较甚者,加川楝子 9~15 g、延胡索 9~15 g 以行气活血止痛;久泄,完谷不化者,加补

骨脂 9~15 g、赤石脂 9~15 g 以温脾涩肠止泻;恶心呕吐甚者,加姜半夏 9~15 g、姜竹茹 9~15 g 以降逆止呕。

4.2.2.4 气滞血瘀证 治法:理气活血,利胆止痛。

主方:血府逐瘀汤加减。

药物组成:桃仁 15 g、红花 15 g、当归 9 g、生地黄 15 g、牛膝 15 g、川芎 10 g、桔梗 9 g、赤芍 9 g、枳壳 9 g、甘草 9 g、柴胡 6~9 g。

加减:胁痛明显者,加郁金 9~15 g、延胡索 9~15 g、川楝子 6~9 g 以行气活血止痛;口苦者,加龙胆草 6~9 g、黄芩 6~9 g 以清热利湿;脘腹胀甚者,加厚朴 9~15 g、木香 9~15 g 以行气消胀。

中成药:①血府逐瘀胶囊,6粒/次,2次/d;②血府逐瘀口服液,2支/次,3次/d。

4.2.2.5 肝郁脾虚证 治法:疏肝健脾,柔肝利胆。

主方:逍遥散加减。

药物组成:柴胡 9~15 g、当归 9 g、白芍 15 g、炒白术 9 g、茯苓 9~21 g、炙甘草 6~9 g、薄荷 3 g、煨姜 3 g。

加减:右胁胀痛者,加郁金 9~15 g、川楝子 6~9 g、青皮 9~15 g 以疏肝理气;急躁易怒者,加香附 9~15 g、钩藤 3~6 g 以疏肝息风;腹胀明显者,加郁金 9~15 g、石菖蒲 9~15 g 以辟秽化浊除湿。

中成药:逍遥丸,8粒/次,3次/d。

4.2.2.6 肝阴不足证 治法:养阴柔肝,清热利胆。

主方:一贯煎加减。

药物组成:北沙参 15 g、麦冬 9~15 g、当归 9 g、生地黄 15 g、枸杞子 15 g、川楝子 9 g。

加减:心烦失眠者,加柏子仁 9~15 g、夜交藤 9~15 g、炒酸枣仁 9~15 g 以养心安神;急躁易怒者,加栀子 6~9 g、青皮 9~15 g、珍珠母 9~30 g 以疏肝平肝;右胁胀痛者,加佛手 9~15 g、香橼 9~15 g 以疏肝理气止痛;头目眩晕者,加钩藤 3~6 g、菊花 3~9 g、白蒺藜 9~15 g 以清热平肝息风。

中成药:杞菊地黄丸,8粒/次,2次/d。

4.2.2.7 脾胃气虚证 治法:理气和中,健脾和胃。

主方:香砂六君子汤加减。

药物组成:党参 15 g、炒白术 15~21 g、茯苓 9~15 g、法半夏 9 g、陈皮 9~15 g、木香 9 g、砂仁_{后下} 9~12 g、炙甘草 9 g。

加减:脘腹胀甚者,加枳实 6~9 g、厚朴 9~15 g、槟榔 9~15 g 以理气消胀;纳食减少者,加神曲 9~15 g、鸡内金 9~15 g 以消食化积。

中成药:①香砂六君丸,6~9 g/次,2~3次/d;

②香砂六君片,4~6片/次,2~3次/d。

4.2.3 胆石症的分型论治

4.2.3.1 肝郁气滞证 治法:疏肝理气,利胆排石。

主方:柴胡疏肝散加减。

药物组成:柴胡15g、白芍9~30g、枳壳9~15g、香附9g、川芎9g、陈皮9g、金钱草15g、炙甘草6g。

加减:口干口苦、失眠者,加丹皮9~15g、栀子6~9g、黄连6~9g以清热化痰;胸胁苦满疼痛、善太息者,加川楝子6~9g、香附9~15g以疏肝解郁。

中成药:①利胆石颗粒,1袋/次,2次/d;②胆石利通片,6片/次,3次/d。

4.2.3.2 肝胆湿热证 治法:清热祛湿,利胆排石。

主方:大柴胡汤加减。

药物组成:柴胡15~30g、黄芩9g、厚朴9g、枳实9~15g、金钱草15g、茯苓15g、茵陈15~30g、郁金15g、生大黄6~12g、炙甘草6g。

加减:黄疸鲜明者,加龙胆草9~15g、栀子6~9g以清热利胆退黄;腹胀甚、大便秘结者,加芒硝9~15g、莱菔子9~15g以增强导滞通便;小便赤涩不利者,加淡竹叶9~15g以清热泻火利尿。

中成药:①利胆排石片,排石:6~10片/次,2次/d;炎症:4~6片/次,2次/d;②金钱胆通颗粒,第1次2袋,后3次各服1袋,4次/d。

4.2.3.3 肝阴不足证 治法:滋阴清热,利胆排石。

主方:一贯煎加减。

药物组成:生地黄15g、沙参15g、麦冬9~15g、阿胶9g、赤芍15g、白芍15g、枸杞子15g、川楝子9g、鸡内金15g、丹参15g、枳壳9~15g。

加减:咽干、口燥、舌红少津者加天花粉9~15g、玄参9~15g以养阴生津;阴虚火旺者加知母9~15g、黄柏9~15g以滋阴清热;低热者加青蒿9~15g、地骨皮9~15g以退虚热。

4.2.3.4 肝郁脾虚证 治法:健脾利胆,疏肝养肝。

主方:逍遥散合三金汤加减。

药物组成:柴胡9~15g、当归9g、赤芍15g、炒白术9g、茯苓9~20g、鸡内金15g、金钱草20g、郁金15g、炙甘草6g、薄荷3g、煨姜3g。

加减:右胁胀痛者,加青皮9~15g、川楝子6~9g以疏肝理气;纳食减少者,加神曲9~15g、麦芽9~15g以消食化积;腹胀明显者,加枳实9~15g、厚朴9~15g以理气消胀。

中成药:胆宁片,5片/次,3次/d。

4.2.3.5 瘀血阻滞证 治法:疏肝利胆,活血

化瘀。

主方:膈下逐瘀汤加减。

药物组成:炒五灵脂9g、当归9g、川芎9g、桃仁15g、牡丹皮15g、赤芍15g、乌药9g、延胡索15~30g、香附9g、红花9~15g、枳壳9g、炙甘草6g。

加减:瘀血较重者,加三棱6~9g、莪术6~9g、虻虫9~15g以活血破瘀;疼痛明显者,加乳香3~9g、没药3~9g、丹参9~15g以活血止痛。

中成药:胰胆舒颗粒,1袋/次,2~3次/d。

4.2.3.6 热毒内蕴证 治法:清热解毒,泻火通腑。

主方:大承气汤合茵陈蒿汤加减。

药物组成:生大黄9g、芒硝9g、厚朴9g、枳实9g、茵陈15g、栀子15g、蒲公英15g、金钱草15g、虎杖15g、郁金15g、青皮9g、陈皮9g。

加减:黄疸明显者,茵陈、金钱草用至30~60g以利胆退黄;神昏谵语者,信用大黄9~15g以清热解毒。

中成药:清肝利胆口服液,20mL/次,3次/d。

4.3 当代名家学术经验

4.3.1 董建华教授^[12-13] (1)学术观点:胆胀的发病内因是肝胆气血阴阳的亏损和功能的紊乱,六淫七情等邪气外侵是发病的条件,邪正相搏,气血失调,升降失司,疏泄失职,发为胆胀。董老将具有胁痛胁胀、口苦、善太息症状的胆道系统感染伴有结石者,主要分为肝胆气滞、肝胆气逆、肝胆郁热、肝胆湿热、肝郁脾困、肝郁痰阻、肝胆血瘀、肝肾阴虚、肝脾阳虚等十种证型。胆胀属胆胃不降者多,肝脾不升者少,缘于肝胆疏泄失职,气机升降之路受阻之故,治疗重点在于通,其次才是降,其基本治法为疏肝利胆,理气通降。

(2)用药心得:董建华教授治疗胆胀肝胆气滞证,采用疏肝利胆、理气通降法,自拟经验方:柴胡、白芍、香附、枳壳、苏梗、郁金、香橼皮各10g,青皮、陈皮、佛手各6g,有效率达92.3%^[13]。

4.3.2 徐景藩教授^[14-15] (1)学术观点:徐景藩教授认为胆既有病,疏泄失常,治法宜疏。胆为腑,腑宜通,胆道结石,法尤宜通。疏、通之法,可使气机畅行,湿热下泄,胆液循其常道,结石可以排出^[14]。徐老将胆囊炎、胆石症主要分为肝胆湿热、肝郁气滞、肝郁脾虚、肝胃不和、寒热错杂、胆心同病证型,据此将治疗经验归结为六法:清利通导法、疏肝理气法、疏肝健脾法、降胆和胃法、寒温并用法、利胆通心法^[15]。

(2)用药心得:徐景藩教授治疗胆囊炎、胆石症均着重疏肝,凡胸闷不畅、舌苔薄白而口不干者,常用柴胡、紫苏梗配伍,两药合用,疏肝调气之功尤佳。胆石症寒湿之象较著者,常用制附子为主药,

用量一般 5~6 g,寒盛者加至 10 g。对大便不畅、腑实内寒者,常用制附子配大黄;对右胁下、上腹痛而部位较广,按之不濡者,常用制附子配生薏苡仁、败酱草^[15]。

4.3.3 朱培庭教授^[16-18] (1)学术观点:朱培庭教授^[16-17]认为肝和胆疏泄功能失常是胆结石的基本病机,首次提出“胆病从肝论治”理论。根据胆石症的发病特点,主张分期辨证施治。一般急性发作期,病机关键在于“热、郁、结”,常根据病邪热化的程度分为蕴热、湿热、热毒 3 个阶段;而慢性静止期的病机特点为“郁、虚”,将肝阴不足型纳入静止期分型中,从而确立静止期分为肝胆气郁和肝阴不足两个主要证型,尤其重视慢性静止期的治疗。

(2)用药心得:朱培庭教授^[16,18]治疗慢性静止期胆石症分为肝阴不足和肝胆气郁两型,肝阴不足型治以养阴柔肝,疏肝利胆,自拟“养肝宁胆汤”加减:生地黄 12 g,何首乌 9 g,枸杞子 9 g,茵陈 12 g,虎杖 12 g,生大黄 6~9 g^{后下},生山楂 12 g,鸡内金 3 g^{研粉另吞},麦芽 12 g,玫瑰花 3 g,佛手 9 g,绿萼梅 6 g。肝胆气郁型治以疏肝利胆,健脾和胃,自拟“胆宁汤”加减:茵陈 12 g,虎杖 12 g,生大黄 6~9 g^{后下},青皮 6 g,陈皮 6 g,郁金 9 g。

4.3.4 朱良春教授^[19] (1)学术观点:朱良春教授治疗急性胆囊炎或慢性胆囊炎急性发作,认为多为寒热错杂,胆热胃寒,土壅木郁。临床也多见湿热中阻,三焦不利,或湿热内蕴,气机阻滞,以利胆清热,宣畅气机为治则。擅以疏肝清热通利为主治疗胆囊炎、胆石症,并佐以泻下之品,清肠通便、泻下里实热证,有利于病情的恢复。

(2)用药心得:朱良春教授^[19]治疗久病体弱寒热夹杂,气机升降失常的胆石症患者,自拟“疏清通利排石汤”:柴胡、九香虫各 6 g,徐长卿、延胡索、郁金、青蒿子各 15 g,蒲公英、石见穿各 30 g,冬葵子、赤芍、鸡内金各 10 g,芒硝^{分冲} 4 g。对于胆石症合并胆囊炎属肝胆气机不畅或受阻而发于胁痛者,朱老自拟“甘缓和中汤”:生白芍 15 g,生甘草、炙甘草各 10 g,蒲公英 30 g,九香虫、乌药、芒硝^{分冲}各 5 g,郁金、川楝子、瓜蒌仁各 12 g。

4.3.5 临床用药经验 朱培庭教授^[20-21]在胆石症的治疗中针对病机每每选用药对与角药,取得不错的效果:①大黄、红藤、蒲公英:红藤与大黄两者均有清热解毒泻火之功,蒲公英与大黄、红藤合用,既可增加全方的清热通下功效,又能弥补大黄、红藤利湿方面的相对不足,更切合“胆腑不通、湿热内蕴”之病机。②茵陈、虎杖:朱教授认为湿热瘀血是胆石症的两大病理因素。茵陈是治疗黄疸之要药,然其多走气分,难以顾及血分瘀热,配伍活血祛瘀的虎杖,不仅能清泄湿热,还能清泄血分之瘀积,两药合用,气血同治,既清利肝胆湿热,又活血祛瘀,

湿邪瘀热从小便中去以退黄。③大黄、虎杖、陈皮:三药合用,共奏疏肝利胆、清热泄浊通利功效,治疗胆石症蕴热期:症见胁肋隐痛,闷胀痛或窜痛,可牵引及肩背,口苦咽干,食少腹胀,大便多干结,无热或低热,无黄疸,右上腹有微触痛,舌质微红,舌苔薄腻带黄,脉平或弦。④白芍、制首乌、枸杞子:三药合用养肝阴,益精血,调肝气,缓急止痛,共奏养阴柔肝、利胆止痛之效,治疗胆石症静止期肝阴不足型。⑤香附、郁金、神曲:朱老善用香附、郁金两味药,主要针对胆病的肝气郁滞,肝气冲激于两胁局部的证候,两者配伍,行气理血,寒温兼顾,最符合肝的本性。加之神曲健脾开胃,化食消积,三药相配,疏肝与消导并用,相辅相成,共奏疏肝导滞、健脾和胃之功,为治疗肝胃不和证之要药。

4.4 西医诊疗进展概述

4.4.1 急性胆囊炎 《2018 年日本指南:急性胆囊炎的诊断标准和严重程度分级》^[22]是目前急性胆囊炎诊治的国际参考标准。该指南指出急性胆囊炎在早期治疗时应告知患者禁食,予以补液纠正水电解质平衡紊乱,抗生素抗感染以及镇痛药物对症处理。除了 I 级胆囊炎,所有的急性胆囊炎都应首先行胆汁培养,氨苄西林舒巴坦应作为腹腔内感染经验治疗的常用药物。急性胆囊炎的手术方式主要有腹腔镜下胆囊切除术和开放性胆囊切除术。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。

4.4.2 慢性胆囊炎、胆囊结石 无症状的胆囊结石患者可不实施治疗,建议随访观察;有症状的患者如不宜手术,且腹部超声检查评估为胆囊功能正常、X 线检查阴性的胆固醇结石,可考虑口服熊去氧胆酸(ursodeoxycholic acid, UDCA)溶石治疗^[23]。慢性胆囊炎、胆囊结石患者在内科治疗的基础上,如有以下表现,则需考虑外科治疗:疼痛无缓解或反复发作,影响生活和工作者;胆囊壁逐渐增厚 ≥ 4 mm 或胆囊壁局部增厚或不规则疑似胆囊癌者;胆囊壁呈陶瓷样改变^[24];胆囊结石逐年增多和增大或胆囊颈部结石嵌顿者,合并胆囊功能减退或障碍。我国对胆囊结石的内镜微创保胆取石手术已制定出相关指南^[25]。

4.4.3 肝内外胆管结石 肝外胆管结石的常规内科治疗方法首先仍是抗菌和解痉止痛,然而,近年来随着内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)手术的逐渐推广应用,其显著的临床疗效已使其成为治疗胆总管结石的首选方法^[26]。近年来,胆道子镜技术在 ERCP 手术中也逐渐被应用,尤其对于胆管内嵌顿结石、巨大结石、胆管狭窄部位上方的结石效果

更为显著^[27]。

肝内胆管结石治疗的基本原则是去除病因,取净结石,解除梗阻,通畅引流,防止复发,最常见的手术方法是肝切除术、胆管切开取石术^[28]。随着内镜技术的不断发展和成熟,经皮经肝胆道镜碎石取石术已成为不少国家非手术治疗的首选^[29]。该方法创伤小,操作可反复进行,拥有更低的残石率及复发率,对复发性结石及胆道术后患者有突出的优势。

4.5 难点问题分析与中医药优势

4.5.1 难点问题分析 急慢性胆囊炎与胆石症治疗存在 3 个方面的难点:①反复发作:急慢性胆囊炎及胆石症治疗后,由于饮食不慎、生活不规律,很容易反复发作;②加重病情:急性胆囊炎失治误治可以发展为慢性胆囊炎,进一步加重发展成为胆囊癌;③影响其他器官:胆囊结石反复发作或长期存在,可以造成胆源性胰腺炎等。

4.5.2 中医药优势 中医药治疗胆囊炎、胆结石有 3 个方面的优势:①辨证论治:根据疾病的不同表现辨证论治,可以从根本上纠正疾病状态,使病情得到有效控制。②治疗方法丰富:中医药治疗胆囊炎可以采取内服外治等不同治法,内服药物可以结合辨证,采取扶正祛邪的方法,外治法包括针灸、耳穴压豆、脐针等多种治疗方法,迅速控制症状,减轻患者痛苦。③药物种类多样:中医药在治疗胆囊炎、胆石症方面,可以利用清热利胆、通腑利胆、清热解毒、消石散结等中药饮片和中成药,使炎症能够平复、结石可以排出。

4.6 其他治法

4.6.1 针刺疗法 (1)急性胆囊炎:主穴取阳陵泉、太冲、胆俞穴、至阳。湿热加足三里;发热加大椎、曲池;胆绞痛加章门、阴陵泉。用提插泻法施术 3 min,得气后留针 30 min^[30]。(2)慢性胆囊炎:常用穴取阳陵泉、胆俞、肩井、日月、丘墟。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。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^[31]。(3)胆石症:取穴常选阳陵泉、丘墟、支沟、胆俞穴、日月、期门、胆俞、足三里等。肝郁气滞者加行间、太冲,用泻法;瘀血阻滞者加膈俞、血海、地机、阿是穴,用泻法;肝胆湿热者加中脘、三阴交,用泻法;肝阴不足者加肝俞、肾俞,用补法^[32]。

4.6.2 穴位埋线疗法 (1)胆囊炎:常用穴取鸠尾、中脘、胆俞穴、胆俞、胃俞、足三里、阳陵泉。1 个月埋线 1 次,病情重者 20 d/次,5 次为 1 个疗程^[33]。(2)胆石症:主穴取右侧日月、胆俞、阳陵泉,每 2 周

埋线 1 次,共治疗 4 次,治疗时间为 8 周^[34]。

4.6.3 推按运经仪疗法 胆石症:多用于内镜保胆取石术后或胆总管取石术后,能明显提高胆管内压力,降低结石复发^[35]。取穴常选胆囊点、右侧胆俞,Ⅰ频极板治疗,20 min/次,1 次/月,上午空腹进行。胆囊结石者取左侧卧位,头低脚高 15°;胆总管结石者,取坐位^[36]。

4.6.4 耳穴疗法 (1)慢性胆囊炎:常用穴取胰胆、肝、胆、十二指肠、内分泌、神门、三焦、交感、耳迷根、皮质下。腹胀,加脾、胃、三焦;腹泻,加大肠、小肠;恶寒发热,加耳尖;疼痛向右肩放射,加肩穴。主穴选取 3~5 个,并结合兼症选取 1~2 个配穴。操作方法:采用王不留行籽常规消毒后,以胶布将其固定于相应耳穴上,每日按 5~7 遍,每次每穴按压 15~20 次,强度以患者能够耐受为宜。每次贴压单侧耳穴,每次贴 3 d,两侧交替使用^[37]。(2)胆石症:①缓解期,预防急性发作。取穴:肝、胆、脾、三焦,1 次/d;②微创保胆内镜取石术后,预防胆囊结石复发。取穴:肝、胆、胆管、脾、胃、十二指肠、三焦。前 3 个月内 1 次/d,以后每 2 d 1 次,每次于晚饭后半小时按压 3~5 min,两耳交替进行,每 15 次治疗后休息 5 d,再继续进行治疗,疗程为 2 年^[38]。

4.6.5 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;双柏散外敷右胁、腹部,利胆清热祛湿,1 次/d^[39]。

4.7 治疗流程图

(急、慢性)胆囊炎、胆石症诊治流程参考图 1。

5 疗效评定

5.1 单项症状疗效评价

每个单项症状按严重程度分为 0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ 4 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 中医证候疗效评价

所有症状根据其严重程度分为无、轻度、中度、重度 4 个等级,各级评分依次为:0、1、2、3 分。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:主要症状、体征明显改善, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$;有效:主要症状、体征明显好转, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。采用尼莫地平法计算疗效指数,疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。

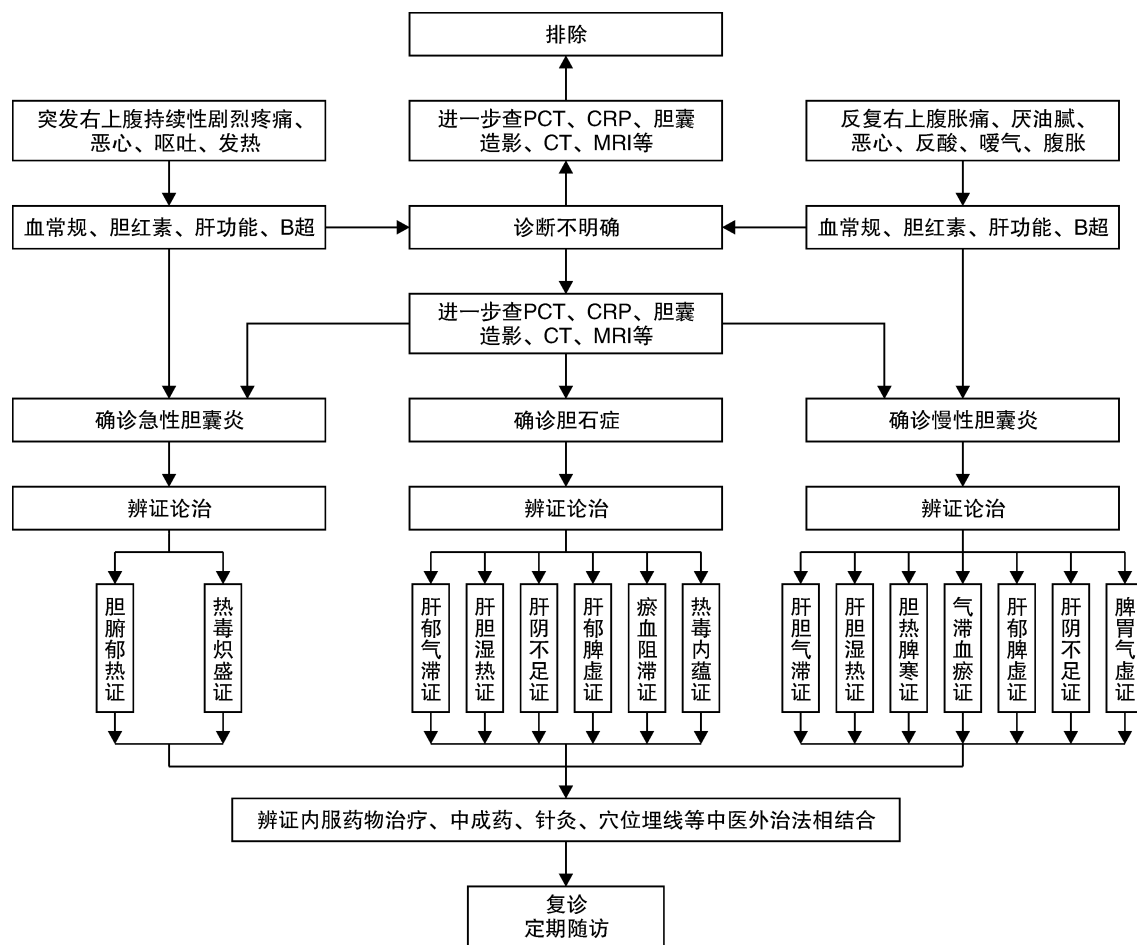


图 1 (急、慢性)胆囊炎、胆石症诊治流程示意图

5.3 影像学疗效评价

5.3.1 急性胆囊炎 彩超评价标准: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。

5.3.2 慢性胆囊炎 彩超评价标准: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、胆囊壁毛糙均未见明显变化。

5.3.3 胆石症 根据腹部 B 超、腹部 CT 和 MRCP 评价标准:痊愈:临床症状、体征消失,胆石完全取出或排出;显效:右胁部或剑突下疼痛及消化道症状消失,无明显压痛,影像学检查提示结石体积(直径)缩小 >5 mm,或结石数目减少 $>1/3$;有效:右胁部或剑突下疼痛减轻,消化道症状改善,影像学检查提示结石有消融变化,结石体积(直径)缩小 >2 mm,或结石数目减少 $<1/3$;无效:症状未

见改善,影像学检查证实结石无消融变化,甚或出现嵌顿、感染、穿孔等并发症。

6 中医药循证医学进展

有 meta 分析纳入 26 篇随机对照试验文献,评价大柴胡汤对常规西药治疗急性胆囊炎的疗效,结果显示大柴胡汤治疗急性胆囊炎在临床总有效率方面有显著优势^[40]。

有研究纳入 14 篇随机对照试验文献,评价柴胡疏肝散治疗慢性胆囊炎的疗效及安全性,meta 分析结果提示,柴胡疏肝散加减治疗组的临床总有效率明显优于常规药物治疗的对照组($P<0.05$),不良反应发生率低^[41]。有研究纳入 14 篇随机对照试验,采用 meta 分析评价疏肝利胆法联合西医常规治疗对慢性胆囊炎的有效性,结果提示,与单纯使用西医常规疗法相比,联合疗法可有效减轻临床症状体征,降低疼痛程度,改善胆囊功能,减少胆囊壁厚度,并有效降低血清瘦素(LEP)、TNF- α 水平^[42]。meta 分析显示,胆舒胶囊治疗慢性胆囊炎可提高患者的治愈率与总有效率,且显著高于熊去氧胆酸片、消炎利胆片、胆宁片和金胆片^[43]。

有研究采用 meta 分析系统评价中成药胆石利通片治疗胆石症的临床疗效,结果表明,胆石利通

片较其他药物可显著提高胆石症患者的治愈率及总有效率,并且可显著降低总胆红素水平^[44]。

7 预防调摄

7.1 饮食调理

胆囊炎、胆石症的发病与饮食、肥胖有关,本病患者以低脂肪、低胆固醇、适量蛋白和高维生素饮食为宜,并提倡定量、定时的规律饮食方式。胆囊炎急性发作期应禁食或无脂饮食,充分休息,以缓解疼痛。慢性期或缓解期的胆囊炎患者以低脂肪、低胆固醇饮食为主。定量、定时的规律饮食是预防结石的最好方法。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。

7.2 心理调护

避免过度紧张,忌恼怒忧思,保持心情舒畅。已患有胆囊炎、胆石症的患者,应积极治疗,按时服药,预防复发。

7.3 生活起居

养成良好的生活规律,注意劳逸结合,寒温适宜,限烟限酒,保证充足的睡眠。适当运动,加强体育锻炼,如快走、慢跑、游泳等,防止过度肥胖。

8 转归与随访

本病患者一般预后良好。无症状患者推荐每年进行1次随访,随访内容包括体格检查、肝功能和腹部超声检查。应重视对本病癌变的监测,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。

共识执笔人:

赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、郭绍举(深圳市中医院)、马素平(河南中医药大学第一附属医院)、刘鸣昊(河南中医药大学第一附属医院)、刘江凯(河南中医药大学第一附属医院)

共识制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:

叶松(湖北省中医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、李慧臻(天津中医药大学第二附属医院)、周正华(天津中医药大学第一附属医院)、黄绍刚(广州中医药大学第一附属医院)、程红杰(北京中医药大学房山医院)

组外函审专家:

马群(海军青岛特勤疗养中心)、王捷虹(陕西中医药大学附属医院)、刘静生(开封市中医院)、张立平(北京中医药大学)、陈国忠(广西中医药大学第一附属医院)

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)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、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)、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)、季光(上海中医药大学)、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)、沈洪(南京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)、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)、唐旭东(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)、黄绍刚(广州中医药大学第一附属医院)、黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗平(广东省中医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

共识工作秘书:

张丽慧(河南中医药大学第一附属医院)、姜小艳(深圳市中医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] 朱颖,吴治宇,马向明,等. 开滦集团职工胆囊结石临床流行病学调查[J]. 临床肝胆病杂志, 2015, 31(10): 1621-1624.
- [4] 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.
- [5] 沈哲民,孙培龙. 胆系感染和胆石病研究进展:《东京指南(2018)》解读[J]. 上海医药, 2019, 40(20): 9-13.
- [6] 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[S]. 北京:中国标准出版社, 1997:14-14.
- [7] 周仲瑛,蔡淦. 中医内科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:391-404.
- [8] 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.
- [9] 张福林. 中医治疗慢性胆囊炎效果观察[J]. 北方药

- 学,2011,8(12):40-40.
- [10] 顾瑞,陆瑶瑶,戴洪山,等.柴胡桂枝干姜汤加味治疗胆热脾寒型慢性胆囊炎疗效及对炎症因子、胆囊功能及胃肠功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(17):64-69.
- [11] 危北海,张万岱,陈治水.中西医结合消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:1030-1042.
- [12] 赵志付,董建华,田德录.论胆胀病[J].中国医药学报,1990,5(3):3-7,81.
- [13] 赵志付,董建华,田德录.胆胀病 150 例临床研究[J].中国医药学报,1991,6(1):29-32.
- [14] 叶柏,陈静.徐景藩治疗胆囊炎、胆石症六法[J].江苏中医药,2014,46(8):11-13.
- [15] 徐景藩.诊治胆石症的几点体会[J].中医杂志,1987,(12):13-14.
- [16] 朱培庭.胆石病“从肝论治”要点[J].上海中医药大学学报,2007,21(6):1-3.
- [17] 蒋海涛,章学林.朱培庭治疗胆石症的经验[J].山西中医,2013,29(10):3-4,37.
- [18] 李炯.朱培庭教授治疗肝阴不足型胆石病经验[J].四川中医,2015,33(5):1-3.
- [19] 邱志济,朱建平,马璇卿.朱良春治疗胆石病的廉验特色选析:著名老中医学家朱良春教授临床经验(43)[J].辽宁中医杂志,2003,30(7):515-516.
- [20] 许文捷,高炬.名老中医朱培庭教授治疗胆石症角药撮菁[J].四川中医,2016,34(10):11-12.
- [21] 裴新军,熊卓吾,耿艳.朱培庭教授治疗急症常用药对经验介绍[J].新中医,2015,47(6):330-331.
- [22] Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos)[J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2018, 25(1):41-54.
- [23] 何相宜,施健.中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2018 年)[J].临床肝胆病杂志,2019,35(6):1231-1236.
- [24] European Association for the Study of the Liver(EASL). Electronic address: easl.office @ easloffice. eu. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones[J]. J Hepatol, 2016, 65(1):146-181.
- [25] 中国医师协会内镜医师分会微创保胆委员会.内镜微创保胆手术指南(2015 版)[J].中国内镜杂志,2016,22(8):111-112.
- [26] 曾洋,邝学军.胆总管结石的微创治疗进展[J].湘南学院学报(医学版),2020,22(4):75-78.
- [27] Yodice M, Choma J, Tadros M. The Expansion of Cholangioscopy: Established and Investigational Uses of Spy Glass in Biliary and Pancreatic Disorders[J]. Diagnostics(Basel), 2020, 10(3):132-132.
- [28] 尹新民.腹腔镜肝切除治疗肝内胆管结石[J].肝胆外科杂志,2016,24(2):81-83.
- [29] 冉茜,马保金.肝内胆管结石的临床诊治进展[J].上海医药,2016,37(22):6-9.
- [30] 陈雁南,韩霞,邹海珠,等.针刺对急性胆囊炎患者胆囊收缩功能的影响[J].上海针灸杂志,2000,8(4):12-13.
- [31] 中华中医药学会脾胃病分会.胆囊炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(4):241-246.
- [32] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胆石症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(2):132-138.
- [33] 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.
- [34] 段君毅,王毅兴,高一,等.穴位埋线对胆囊结石缓解期合并胆囊收缩功能不全患者胆囊收缩功能的影响[J].上海中医药大学学报,2020,34(4):33-37.
- [35] 李健,李燕君,王天星,等.推按运经仪对胆石术后胆道压力的影响[J].中国医学工程,2012,20(11):17-18.
- [36] 李健,张竞超,郭绍举,等.推按运经仪预防胆总管结石术后复发的临床观察[J].中国中西医结合消化杂志,2009,17(4):236-238.
- [37] 中华中医药学会脾胃病分会.消化系统常见病慢性胆囊炎、胆石症中医诊疗指南(基层医生版)[J].中华中医药杂志,2020,35(2):793-800.
- [38] 杨卓欣,李健,黄明河,等.耳压及防石胶囊预防取石术后胆囊结石复发的临床观察[J].中华中医药学刊,2007,25(11):2286-2288.
- [39] 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,2015,46(6):43-44.
- [40] 陆艾阳子,刘玉焕,高卉,等.大柴胡汤对照西药治疗急性胆囊炎系统评价[J].辽宁中医杂志,2019,46(3):453-459.
- [41] 杨朋,张薇.柴胡疏肝散加减治疗慢性胆囊炎临床疗效的 Meta 分析[J].中国民间疗法,2021,29(2):62-66.
- [42] 梁艺钟.疏肝利胆法联合西医常规治疗慢性胆囊炎有效性及安全性的系统评价[D].广州:广州中医药大学,2019.
- [43] 袁雁苓,张李华,刘晓蓉,等.胆舒胶囊治疗慢性胆囊炎疗效和安全性的 Meta 分析[J].中国药房,2016,27(12):1645-1648.
- [44] 高龙,杨乾,杨宏昕.胆石利通片治疗胆石症的疗效及安全性的 Meta 分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(73):20-23.

(收稿日期:2024-07-08)