

胆石症中西医结合诊疗专家共识(2025年)*

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

[摘要] 胆石症是一种临床常见病,其患病率较高且具有较强的复发性。为帮助临床医师对胆石症进行准确、合理的诊断与治疗,本共识从中医和西医对胆石症的认识、诊断以及治疗等方面入手,全面、深入地介绍了目前胆石症的最近研究进展,突出了临床实用性。

[关键词] 胆石症;中西医;诊疗;专家共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2025.03.05

[中图分类号] R256.4 **[文献标志码]** A

Expert Consensus on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Cholelithiasis(2025)

*Digestive System Diseases Professional Committee of Chinese
Association of Integrative Medicine*

Abstract Cholelithiasis is a common clinical disease with a high incidence and strong recurrence. To assist clinical physicians in accurately and reasonably diagnosing and treating gallstones, this consensus starts with the understanding, diagnosis, and treatment of gallstones in traditional Chinese medicine and Western medicine, comprehensively and deeply introducing the recent research progress of gallstones, highlighting clinical practicality.

Key words cholelithiasis; integrated traditional Chinese and Western medicine; diagnosis and treatment; expert consensus

胆石症(cholelithiasis)是临床常见病和多发病,在中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会组织和领导下,成立了胆石症中西医结合诊疗专家共识工作小组,在2010年及2017年版的基础上进行修改和补充。《胆石症中西医结合诊疗专家共识(2025年)》充分讨论并结合国内外现有诊治指南和中医的诊疗特点,依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,对胆石症中西医结合诊疗形成的主要观点进行总结,并征求国内中西医结合专家的意见,完成本共识的制定工作。

本共识旨在帮助临床医师对胆石症的诊断和治疗作出正确、合理的决策。由于胆石症研究进展迅速,本共识将根据学科进展和临床需要不断更新和完善。

1 概念与流行病学

胆石症是指胆道系统,包括胆囊和胆管内发生结石的疾病,由胆固醇、胆色素、钙盐及混合型结石等所组成。按结石发生部位不同,可分为胆囊结石、肝外胆管结石和肝内胆管结石;按结石化学成分不同,可分为胆固醇结石、胆红素结石和混合性

结石;按病情急缓,可分为发作期和缓解期(包括无症状的胆石症)。胆石症的临床表现取决于胆结石的部位、是否造成胆道梗阻和感染等因素^[1]。部分胆道结石患者临床上无任何症状,经影像学检查才发现,称为无症状胆石症。根据其胁痛、黄疸等临床表现和病情特点,将其归属于中医“胁痛”“黄疸”“腹痛”“胆胀”的范畴^[2]。

流行病学调查显示,中国胆结石疾病的年龄和性别标准化患病率为5.13%(95%CI:5.11%~5.14%),女性年龄标准化患病率高于男性(5.41% vs 4.85%);无论解剖位置如何,胆结石的患病率均随年龄的增长而显著增加,尤其是胆囊结石的患病率从1.05%(<30岁)上升到11.60%(≥70岁),随着人口的老龄化、饮食结构的改变,其发病率还在逐年上升^[3-4]。胆囊结石可由代谢因素、胆道感染、胆汁pH值过低及维生素A缺乏等因素造成。原发性胆管结石可能与胆道感染、胆管狭窄、胆道寄生虫感染(尤其蛔虫感染)有关。近年来由于饮食卫生及营养水平的不断提高,寄生虫感染所致的胆石症有所减少,但饮食不节、锻炼减少、体重

*基金项目:国家中医药管理局高水平中医药重点学科中西医结合临床(消化病学)(No:zyyzdxk-2023271);中华中医药学会青年人才托举工程项目(No:CACM-2022-QNRC2-A02);中华中医药学会雏鹰计划中医临床青年人才(No:CYJH2024057);北京中医药大学岐黄英才·优秀青年科技人才培养计划(No:K2023A01);北京中医药大学东方医院高水平能力建设项目“卓远”工程(No:DFRCZY-2024GJRC010)

通信作者:毛堂友,E-mail:maotangyouqun@126.com;姚树坤,E-mail:yao_sk@163.com;李军祥,E-mail:lijunxiang1226@163.com

引用本文: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专家共识(2025年)[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(3):242-251. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2025.03.05.

骤减、肥胖、代谢综合征、糖尿病、血脂紊乱、药物使用等成为胆石症的重要危险因素,亦可因某些原因导致胆囊结石下移至胆总管,称为继发性胆管结石^[5]。

2 发病因素和病因病机

2.1 现代医学对发病因素的认识

胆石症的发生与诸多因素有关,主要包括细菌、病毒、寄生虫等感染,肥胖、糖尿病、高血压等代谢因素,高脂低蛋白低纤维饮食、进食不规律等饮食因素以及遗传、肠道菌群失调等,是环境因素、遗传因素以及个人生活方式共同作用的结果^[6]。

2.2 中医病因病机

情志失调、饮食不节、蛔虫上扰等都可导致胆石症的发生,肝和胆疏泄功能失常是胆结石的基本病机。胆石症病位在肝胆,涉及脾脏,病理因素与痰、湿、瘀、热密切相关。

胆为六腑,又是奇恒之腑,诸多典籍也称之为“中精之府”。肝失疏泄,肝郁气结,胆腑失调,胆汁贮藏、排泄异常,胆流不通,甚至淤积。胆石症的病位在肝、胆,涉及脾脏。病理因素与痰、湿、瘀、热密切相关,各因素相兼杂存,各种病机相互影响,互为因果。病因主要为情志失调、寒温不适、饮食不节或虫积等,导致胆失疏泄,胆之中清不降,湿郁化热,湿热久蕴,胆液久瘀不畅,煎熬胆汁,聚而为石。

肝为“将军之官”,胆为“中正之官”,肝胆相表里,胆汁为肝之余气所化,情志失调,致肝胆气郁,肝失疏泄,胆气郁结,或跌扑损伤,致瘀血内阻,影响肝胆疏泄条达之性,或感受湿热之邪,或嗜酒肥甘,化生湿热,湿热熏蒸,使胆气升降失司,胆汁疏泄失常,郁结日久,结成砂石^[7]。

3 诊断

3.1 西医诊断

3.1.1 临床表现

①症状。患者的临床表现取决于结石的部位及大小,尤其与结石是否会造成梗阻或感染密切相关。如无梗阻或嵌顿者,大多无临床症状或仅有轻度上腹不适、隐痛、嗝气、腹胀等症状,或类似慢性胆囊炎的临床表现;一旦发生梗阻,则可出现上腹疼痛,恶心呕吐,纳差,黄疸等症状,容易诱发胆道感染、急性胆囊炎、胆源性胰腺炎等;胆道结石梗阻或嵌顿亦可引起急性化脓性胆管炎或胆源性胰腺炎,表现为上腹疼痛、恶心呕吐、纳差、黄疸、发热寒战、脉速,严重者可出现休克。

②体征。右上腹压痛、墨菲征阳性是胆石症常见的体征。胆管结石在临床上可表现为无症状性、胆绞痛、黄疸、胆管炎或胰腺炎,后4种表现也可同时发生。如果结石阻塞胆总管后胆汁感染,则可引起胆管炎,出现典型 Charcot 三联征:发热伴寒战、黄疸和腹痛。随着梗阻时间的延长和炎症加重,患者在三联征的基础上,因内毒素血症的加剧而出现

休克和意识障碍,又称 Reynold 五联征。如果结石阻塞胆总管不伴有胆汁感染,临床上可表现为无症状性黄疸,黄疸可呈波动性,也可因胆总管扩张远端水肿消退或结石排入十二指肠而自然缓解^[8]。

3.1.2 相关检查

(1)影像学检查。①彩色超声:彩色超声检查诊断胆石症的特异性和敏感性均很高,应作为首选常规检查;对于彩色超声检查阴性的胆总管末端结石,可选择超声内镜(EUS),其对胆总管结石的敏感性和特异性更高,尤其在诊断胆管微结石方面,阳性率高于CT、磁共振胰胆管成像(MRCP)^[9];②胆道放射核素显像:对证实或排除急性胆囊炎有较大价值;③腹部CT平扫:诊断价值较大,可显示胆囊、胆管里结石的大小和位置、胆管有无扩张,有助于和其他疾病的鉴别诊断及指导临床治疗^[10];④MRCP:为非侵入性检查,能清晰显示胆囊壁、胆总管、肝内胆管的形态和结石的位置及大小^[11],具有较高的敏感性和特异性;⑤内镜下逆行胰胆管造影(ERCP):是诊断胆管结石的“金标准”,对于胆总管结石诊断的敏感性和特异性分别为99%和97%^[12];ERCP与EUS、MRCP相比,其优点在于可以同时提供治疗的选择。

(2)实验室检查。①血常规:合并感染时白细胞计数增高,中性粒细胞升高,缓解期可正常;②血生化:血清碱性磷酸酶(ALP)或γ-谷氨酰转肽酶(GGT)可升高,丙氨酸氨基转氨酶(ALT)升高,梗阻明显时血清胆红素亦较高,以直接胆红素为主,尿胆红素阳性^[13]。

3.1.3 诊断

(1)诊断思路。第一:明确有无胆石症。对怀疑有胆石症的患者临床上主要进行影像学检测明确其有无胆道结石,影像学检查方法包括腹部彩超、CT、MRCP、EUS以及ERCP等,其中最常用的影像学方法是腹部彩超。

第二:明确胆石症的发生部位和大小。根据解剖部位可分为胆囊结石、肝外胆管结石和肝内胆管结石。根据腹部彩超、CT、MRCP等结果,可以判断结石的位置和大小。胆囊结石常见为胆囊颈部和底部,肝外胆管结石常见为胆总管结石、壶腹部结石。

第三:明确胆石症分期。一般胆石症分为两期,即发作期和缓解期。①发作期:右上腹或剑突下持续性隐痛、胀痛、阵发性剧痛,向右肩背放射,伴有恶心、呕吐、腹胀、食欲不振等症状,进食会加重,严重时可见寒战、高热、黄疸。血常规:白细胞计数和中性粒细胞计数增高;血生化:ALP或GGT可升高,ALT升高,梗阻明显时血清胆红素亦较高,以直接胆红素为主,尿胆红素阳性。②缓解期:疼痛不明显,或时发时止,可伴有嗝气、反酸、

腹胀、食欲不振等消化不良症状。血常规和肝功能多无明显改变。部分患者完全没有临床症状。

第四:胆石症的常见病因。胆囊结石可由代谢因素、胆道感染、胆汁 pH 值过低及维生素 A 缺乏等引起。原发性胆管结石可能与胆道感染、胆管狭窄、胆道寄生虫感染(尤其蛔虫感染)有关,近年由于饮食卫生及营养水平的不断提高,寄生虫感染所致的胆石症有所减少;亦可继发于胆囊结石,系某些原因胆囊结石下移至胆总管,称为继发性胆管结石。

第五:胆石症的临床病理类型。胆石症的类型按其所含成分可分为 3 类:胆固醇结石、胆色素性结石、混合性结石。通过影像学等检查可明确诊断,如 X 线片、ERCP 和腹部 CT 等检查。

第六:胆石症的常见并发症。胆囊结石最严重的并发症是不同严重程度的急性胆囊炎,包括坏疽性、气肿性胆囊炎,胆囊周围脓肿和穿孔等。慢性结石性胆囊炎也是胆囊结石常见的并发症。除此之外,胆囊结石的并发症还有胰腺炎、肝脓肿、胆管炎、门静脉炎、Mirizzi 综合征和胆囊癌等。Mirizzi 综合征是指胆囊颈或胆囊管结石长期嵌顿,压迫肝总管及炎症导致肝总管狭窄、梗阻、胆管炎或胆囊胆管瘘,临床主要表现为以胆管炎、梗阻性黄疸为特征的临床综合征。Mirizzi 综合征属于获得性胆道畸形的一种,临床上较为少见,属于胆结石的一种并发症^[14]。

胆总管结石的并发症主要为不同程度的胆管炎;其次为胆石性胰腺炎、肝脓肿、胆道出血及胆源性肝硬化等。文献报道国内时可见因胆石压迫引起胆管黏膜溃疡、坏死及出血;而在西方国家胆总管结石患者罕有胆道出血。此外,胆总管结石引起长期反复发作胆管炎及黄疸者可进一步发展成胆汁性肝硬化。壶腹部结石的并发症与胆总管相似。

(2)诊断标准。第一:胆囊结石。急性胆囊炎是胆囊结石的急性期表现,其诊断要点为:①临床症状:右上腹疼痛、黄疸、发热、呕吐等;②体征:体检 Murphy 征阳性,可有右上腹肿块、压痛的局部炎症表现;③辅助检查:血清 C 反应蛋白水平升高、白细胞数增多、降钙素原明显升高全身炎症表现;彩色超声、CT、MRI 提示有阳性结石的征象。当局部炎症表现和全身炎症表现各有一项阳性时,则有较大的可能性为急性胆囊炎;如果影像学有胆囊壁增厚、胆囊壁周边有炎症渗出,则可诊断为胆囊炎。

第二:肝外胆管结石。①临床症状:上腹部或右上腹部疼痛或绞痛;可放射至右肩背部,厌进油腻食物,严重者可伴有冷汗、面色苍白、恶心与呕吐等症状;寒战与高热;因并发胆道细菌感染而引起寒战与高热,体温可达 40℃;胆道梗阻症状:一

般在上腹绞痛、寒战高热后的 12~24 h 即可出现黄疸,表现为巩膜黄染,严重者全身皮肤黄染、皮肤瘙痒、尿色深、大便色淡。发生黄疸的机制多是因结石嵌顿于壶腹部,胆总管梗阻所致,易引起胰液排出障碍、胰消化酶异常激活等相关急性胆源性胰腺炎表现。②体征:主要是腹痛,包括右上腹压痛、肝区叩痛,一般平时无症状或有轻微上腹部不适;当肝外胆管结石造成胆管梗阻时,可出现典型 Charcot 三联征:发热伴寒战、黄疸和腹痛。腹痛特点为位置处于右上腹剑突下,呈阵发性绞痛,可向右肩、背部放射,出现伴随症状,比如恶心、呕吐,进食高脂饮食、体位改变时容易诱发。③辅助检查:彩色超声、CT、MRI 提示肝外胆管结石征象。

第三:肝内胆管结石。主要以影像学证据为主,上腹部疼痛、压痛和黄疸等症状及体征都不明显,诊断要点为:①临床症状:上腹部疼痛:散在于肝内胆管的较小结石通常不引起症状或仅表现为右上腹和胸背部的持续性胀痛或钝痛,一般不发生绞痛;黄疸:一般的肝内胆管结石不出现黄疸,只有当左、右叶的胆管均被结石阻塞时才出现黄疸,此时多数可伴有胆绞痛或较剧烈的疼痛。②体征:主要为上腹部压痛,常在体检时偶可触及肿大的肝脏并有压痛,少数可有肝区叩击痛。③辅助检查:彩色超声、CT、MRI 提示肝内胆管结石征象。

3.2 中医证候诊断

3.2.1 肝郁气滞证

主症:①右胁或剑突下轻度疼痛,或间歇性隐痛,或绞痛,可牵扯至肩背部疼痛不适;②食欲不振;③遇怒加重。次症:①胸闷暖气或伴恶心;②口苦咽干;③大便不爽。舌脉:舌淡红,苔薄白,脉弦涩。

3.2.2 肝胆湿热证

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大便不爽;④身目发黄。次症:①口苦口黏;②腹胀纳差;③全身困重乏力;④恶心欲吐。舌脉:舌红苔黄腻,脉弦滑数。

3.2.3 肝阴不足证

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

3.2.4 瘀血阻滞证

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面色晦黯。舌脉:舌质紫黯,或舌边有瘀斑、瘀点,脉弦涩或沉细。

3.2.5 热毒内蕴证

主症:①寒战高热;②右胁及脘腹疼痛拒按;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:舌质绛红或紫,舌质干燥,苔腻或灰黑无苔,脉洪数或弦数。

证型确定:具备主症2项和次症1项或2项,症状不明显者,参考舌脉和理化检查。

辨证说明:证型确定以就诊当时的证候为准,具备2个证者称为复合证(2个证同等并存,如肝郁气滞证与热毒内蕴证)或兼证型(1个证为主,另1个证为辅,前者称主证,后者称兼证,如肝胆湿热证兼瘀血阻滞证)。

4 中西医结合治疗

4.1 治疗原则

胆石症的治疗目标为缓解症状,消除结石,通畅引流,减少复发,避免并发症。急性发作期主要由胆石嵌顿于胆囊颈,引发胆囊感染而导致平滑肌痉挛,治疗以缓解症状、消除炎症反应为主;缓解期(包括无症状胆石症)主要是控制饮食,限制摄入脂肪、胆固醇过多的食物;或口服溶石药物等内科保守治疗,密切观察和随诊。

4.2 西医治疗

4.2.1 胆囊结石

对于胆囊结石患者应按是否有症状、是否有并发症分别进行个体化治疗。治疗目标为祛除病因、缓解症状、预防复发、防治并发症。

4.2.1.1 内科治疗

①缓解期(包括无症状胆石症)的治疗。控制饮食:限制摄入脂肪、胆固醇过多的食物。口服溶石治疗: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,可考虑口服溶石治疗。溶解胆固醇结石的药物有:鹅去氧胆酸(CDCA),剂量为每日12~15 mg/kg,不良反应有腹泻与肝细胞损伤,以ALT升高为主。熊去氧胆酸除了具有鹅去氧胆酸的溶石作用,还可以抑制小肠吸收胆固醇,降低胆汁中胆固醇的分泌,而且不良反应较鹅去氧胆酸少。每日推荐剂量为 ≥ 10 mg/kg,持续治疗6个月以上,若服用12个月后腹部超声检查或胆囊造影无改善者即应停药。此外,可使用胆酸钠片、去氧胆酸片促进胆汁分泌与排出。溶石药物只对胆固醇结石有效,且停药后容易复发,5年内复发率为50%。缓解胆源性消化不良症状:可选用具有促进胆汁合成和分泌功能的消化酶类药物,如复方阿嗉米特肠溶片等。

②急性发作期的治疗。胆囊结石患者急性发作期间,主要由胆石嵌顿于胆囊颈,引发胆囊感染而导致平滑肌痉挛,治疗上应予禁食,及时解痉止痛、消除炎症反应为主,常用解痉药包括阿托品、山莨菪碱(654-2)、屈他维林或间苯三酚,同时可与异丙嗪、哌替啶连用增强镇痛效果。吗啡可促使Oddis括约肌痉挛进而增加胆管内压力,因此禁用吗

啡止痛。需要注意的是,解痉止痛药物并不改变疾病的转归,且会掩盖病情,因此需要密切观察病情变化,一旦无效,或复发疼痛,应及时停药。

③合并胆囊炎的治疗。合并胆囊炎时应注意加强全身支持,纠正水电解质和酸碱平衡紊乱,有高血压、糖尿病等合并症时应予相应的治疗,做好外科手术准备。注意观察有无感染性休克、脏器功能不全等情况,并给予积极抗休克及脏器功能支持治疗。抗感染方面,因病原菌多为肠道菌属,常有厌氧菌混合感染,应通过胆汁培养和血培养获得病原学证据,选用能覆盖这些细菌并在胆道系统中有较好分布的广谱抗生素,尤其对革兰阴性杆菌敏感的抗生素,如一、二代头孢菌素,或氟喹诺酮类药物静脉或口服使用,重症患者通常需选用三代头孢菌素和(或)酶抑制剂,甚至碳青霉烯类抗生素,通常需要联合抗厌氧菌治疗,如怀疑革兰阳性菌,应使用万古霉素或替考拉宁等抗生素。柠檬烯胶囊的主要成分是柠檬烯,可松弛Oddis括约肌、降低胆压、增加胰消化酶的分泌,具有利胆溶石、抗炎止痛等作用,对胆囊结石合并胆囊炎的疗效较好^[15]。

4.2.1.2 外科治疗

适应证:①有症状的较大胆囊结石(直径超过1 cm)或多发结石者;②胆囊结石出现并发症者,如急性胆囊炎、胆囊积脓或积水或胆囊穿孔;③胆囊结石并发慢性胆囊炎或有反复发作病史;④胆囊结石并发继发性胆总管结石、急性胆管炎、梗阻性黄疸、胰腺炎者;⑤胆囊结石并怀疑有胆囊癌变者;⑥瓷化胆囊。

手术方式:①胆囊切除术:腹部超声显示胆囊壁显著增厚(> 4 mm)或胆囊明显萎缩者,应行手术切除胆囊以根治,手术方式可根据病情选择开腹或腹腔镜下胆囊切除术,腹腔镜联合胆道镜手术可有效规避传统开腹小切口胆囊切除术的缺点^[16];②内镜保胆取石术:患者伴或不伴临床症状,胆囊形态正常,不伴或伴有轻微慢性胆囊炎,胆囊壁厚 ≤ 5 mm,且患者有保胆意愿,并充分了解结石再发等风险,理解术中需要二次评估胆囊情况。保胆取石术前应超声检查严格评估胆囊收缩功能,MRCP证实胆囊及胆管无结构狭窄和排空障碍。

4.2.2 肝外胆管结石

对于肝外胆管结石患者应早期判断结石是否造成胆道梗阻和感染。对于急性发作期患者,应以解痉止痛、抗菌抗感染、取石治疗为主。缓解期应以控制饮食、密切随访观察为主。

4.2.2.1 内科治疗

①肝外胆管结石的解痉止痛、一般治疗及抗感染方案与胆囊结石及胆囊炎治疗基本一致,胆管结石梗阻或嵌顿可引起急性化脓性胆管炎,出现脓毒血症或败血症,在加强抗菌治疗的情况下,必要时

可使用激素治疗,以减轻炎症反应,增强机体应激能力;②ERCP 是胆总管结石理想和首选的治疗方法,对于伴有胆道梗阻的患者,无论是否伴有急性胆管炎,均建议尽早行 ERCP 治疗,以达到解除胆管梗阻、消除或缓解症状的目的。

4.2.2.2 外科治疗

适应证:不适合 ERCP 或 ERCP 失败的肝外胆管结石。

手术方法:可以考虑腹腔镜胆总管切开取石术(LCBDE)、腹腔镜胆囊切除术+胆管切开取石术+T 管引流术等方法。LCBDE 术后,至少 2~3 周后行 T 管造影,如无残留结石拔除 T 管;如仍有结石 6 周后行胆道镜取石。对胆囊结石合并胆总管结石患者,应用胆道镜经胆囊管胆总管探查取石术(LTCBDE)联合腹腔镜胆囊切除术(LC)被认为较开腹胆囊切除胆总管探查术(OCBDE)具有手术创伤小、术后恢复快、并发症少等优势。

4.2.2.3 介入治疗

适应证:①诊断明确的胆总管结石;②消化道重建术后的胆总管结石,包括胃肠 Rouxen Y 吻合、胰十二指肠切除、胆管空肠 Rouxen Y 吻合术后合并胆总管结石^[17];③有内镜禁忌证,包括合并食管胃底静脉曲张、上消化道狭窄或十二指肠憩室的胆总管结石;④心肺储备功能欠佳,不能耐受或拒绝接受内镜或手术治疗的胆总管结石;⑤内镜治疗失败或手术后复发的胆总管结石。

手术方法:经皮经肝十二指肠乳头肌扩张逆行排石术(percutaneous transhepatic papillary balloon dilation, PTPBD)。

4.2.3 肝内胆管结石

对于肝内胆管结石患者,治疗原则是解除梗阻、取净结石、通畅引流,尽可能地保护肝脏功能。

4.2.3.1 内科治疗

①控制饮食,限制摄入脂肪、胆固醇过多的食物;②药物治疗,采用熊去氧胆酸和 S-腺苷蛋氨酸的联合治疗。熊去氧胆酸,250 mg/次,3 次/d,口服;丁二磺酸腺苷蛋氨酸注射剂 1 000 mg 加入 5% 葡萄糖注射液 500 g 中,静脉滴注,1 次/d;多烯磷脂酰胆碱注射液 697.5 mg 加入 5% 葡萄糖注射液 500 g 中,静脉滴注,1 次/d。

4.2.3.2 外科治疗

适应证:①出现乏力、黄疸和皮肤瘙痒等症状者;②无症状或症状不明显,但有受累肝段萎缩及肝胆管癌变风险者。

手术方法:治疗原则是解除梗阻、取净结石、通畅引流、矫正狭窄,尽可能地保护肝脏功能。①胆管切开取石是肝内胆管结石最基本的手术方法,可配合胆道镜、激光碎石等方法尽可能取净结石,必

要时可行胆肠吻合;②按照规则性右前、右后段的肝段或亚肝段解剖学范围切除肝组织的肝切除术,已广泛应用于典型肝内胆管结石合并肝胆管狭窄或肝组织纤维化萎缩的患者;③早期肝胆管病变局限,症状较轻,采用腹腔镜肝切除术是清除肝内胆管结石最确切有效的方法,该法复发率低,且术中出血少、术后痛苦少;④对肝内胆管结石分布于全肝各处,造成肝衰竭,或因反复胆道感染等原因造成选择性肝段(叶)瘤灶切除无法进行者,可选择肝移植治疗;⑤肝内胆管结石引起的急性梗阻化脓性胆管炎患者,应首选急诊经皮肝穿刺,胆汁引流(PTBD),术中尽可能保留有功能的肝组织,术后行胆道镜检查取石;⑥体外震波碎石(ESWL)是一种无创、安全、有效的治疗难治性胆道结石的替代方法,但目前用于肝内胆管结石的报道较少。

4.2.3.3 介入治疗

适应证:①合并肝内胆管结石者:位于左右肝管(一级胆管)的肝内胆管结石,可以应用 Fogarty 球囊导管将其拖曳至胆总管内,必要时应用球囊扩张胆管狭窄段,然后再行 PTPBD 取石;②肝内胆管不扩张:对于此类患者,可在超声引导下穿刺胆囊,经胆囊管建立通道,进行 PTPBD 排石;③合并急性胆囊炎的胆总管结石:可先行经皮穿肝胆管引流术(percutaneous transhepatic cholangial drainage, PTCD),待一般情况改善后,再行 PTPBD 排石;④合并急性胆源性胰腺炎:建议早期应用抗菌药物及生长抑素类药物,并尽早行 PTCD,病情允许同期行 PTPBD 排石;对于不伴有急性胆管炎或胆管梗阻的胰腺炎患者,不建议早期行介入治疗,待胆源性胰腺炎恢复后,存在胆管结石的患者,建议行 PTPBD 排石;⑤多发肝内胆管结石:合并肝内胆管结石不是 PTPBD 的绝对禁忌。当结石直径过大、数量过多、结石位于二级或三级胆管时,可配合激光碎石进行治疗,但存在操作时间长、曝光量大、可能无法一次取净结石等缺点;⑥多发胆囊结石:合并胆囊结石不是 PTPBD 的绝对禁忌。当结石直径过大、数量过多、胆囊管明显迂曲时,可配合激光碎石进行治疗,但存在操作时间长、曝光量大、可能无法一次取净结石等缺点。

手术方法:经皮经肝十二指肠乳头肌扩张逆行排石术。

4.3 中医药治疗

一般认为胆囊功能好、胆总管下端无狭窄的肝外和肝内胆管结石以及胆道术后残留结石均可用中药排石或溶石,胆石以直径不超过 10 mm 为宜,结合内镜下十二指肠乳头括约肌切开术排石效果更佳。

4.3.1 中医辨证治疗

4.3.1.1 肝郁气滞证

治则:疏肝理气,利胆排石。

推荐方药:《景岳全书》柴胡疏肝散(柴胡、白芍、枳壳、香附、川芎、陈皮、炙甘草)。

加减:伴有口干苦,失眠,苔黄,脉弦数,气郁化火、痰火扰心者加丹皮、栀子、黄连;伴胸胁苦满疼痛,叹息,肝气郁结较重者,可加川楝子、香附。

证据描述:一项针对慢性胆囊炎胆石症(肝胆气滞证)患者的临床研究中,观察组和对照组各60例,两组患者均给予生活方式干预及口服熊去氧胆酸片。其中对照组口服胰胆舒胶囊,4粒/次,3次/d;观察组给予柴胡疏肝散加减口服,1剂/d,疗程均为3个月。结果显示柴胡舒肝散加减的临床疗效、影像学 and 消除胆囊炎胆石症疗效均高于胰胆舒胶囊,并可减轻炎症反应,增强胆囊收缩功能,临床使用安全^[18]。

经验方:舒肝化石汤,柴胡12g、清半夏9g、生黄芩12g、黄连12g、当归15g、白芍20g、白术15g、茯苓12g、党参15g、郁金15g、炒鸡内金15g、海金沙30g、金钱草15g、炙甘草9g、生姜5g、大枣9g。随症加减。疗程为6个月。

证据描述:针对该方的一项临床研究发现,比较舒肝化石汤与熊去氧胆酸治疗胆石症(肝郁气滞证)的临床疗效,舒肝化石汤治疗组患者胆结石明显减小或排出,总有效率为82.00%,对照组(熊去氧胆酸治疗)总有效率为57.14%($P<0.05$)^[19]。

中成药:①胆舒胶囊:由薄荷素油组成,具有舒肝理气、利胆的功效。用法用量:口服,1~2粒/次,3次/d。

证据描述:一项采用胆舒胶囊治疗慢性胆囊炎和胆结石的临床研究中,选取全国329家医院的9579例慢性胆囊炎、胆结石患者,分为胆结石组($n=1148$)、慢性胆囊炎组($n=5360$)和慢性胆囊炎伴胆结石组($n=3071$)。所有患者均服用胆舒胶囊,3次/d,1~2粒/次,饭后口服,持续治疗4周。经胆舒胶囊干预后,胆结石组的疼痛程度、频率、持续时间,以及胆源性消化不良和中医证候评分较治疗前均明显下降(均 $P<0.05$)。此外,胆舒胶囊改善胆囊壁病变的总有效率为74.75%,改善胆囊结石的总有效率为67.40%。由此可知,胆舒胶囊可以显著缓解慢性胆囊炎、胆结石患者的疼痛症状,改善胆源性消化不良症状、中医证候及胆囊影像学指标,是治疗慢性胆囊炎和胆结石安全有效的药物^[20]。

②胆乐胶囊:由猪胆汁酸、陈皮、山楂、郁金、连钱草等组成,具有理气止痛、利胆排石的功效。用法用量:口服,4粒(1.2g)/次,3次/d。

证据描述:在一项应用胆乐胶囊治疗45例胆石症患者的研究中,实验组给予胆乐胶囊4粒tid口服,对照组给予熊去氧胆酸50mg,bid口服,疗

程为2个月。研究结果显示,胆乐胶囊的总有效率为80.0%,显著高于对照组的55.6%,具有较好的临床疗效^[21]。

③益胆片:由郁金、金银花、白矾、甘草、硝石、滑石粉、玄参等组成,具有行气散结、清热通淋的功效。用法用量:口服,3片/次,2次/d。

证据描述:一项针对益胆片的临床研究中将179例急、慢性胆囊炎、胆石症患者分为益胆片治疗组和金胆片对照组,治疗组口服益胆片,3片/次,2次/d,急性胆囊炎以10d为1个疗程,慢性胆囊炎以1个月为1个疗程,胆石症以3个月为1个疗程;对照组口服金胆片,4片/次,3次/d,疗程同上。研究结果表明,益胆片治疗急、慢性胆囊炎、胆石症179例,有效率皆达到90%以上,高于金胆片对照组,虽差异无统计学意义,但痊愈率、显效率与对照组比较,除急性胆囊炎(可能与例数少有关)外,均差异有统计学意义($P<0.01$),由此表明,益胆片疗效确凿,应用范围较广,是一种较为理想的药物^[22]。

4.3.1.2 肝胆湿热证

治则:清热祛湿,利胆排石。

推荐方药:《伤寒论》大柴胡汤(柴胡、黄芩、半夏、枳实、赤芍、大黄、生姜、大枣)。

加减:热毒炽盛,黄疸鲜明者加龙胆草、栀子;腹胀甚,大便秘结者,大黄用至20~30g,并加芒硝、莱菔子;小便赤涩不利者,加淡竹叶。

证据描述:一项针对该方的研究收集了87例胆总管结石患者,随机将患者分为联合组(43例)、对照组(44例),对照组给予常规对症治疗及ERCP内镜微创治疗,联合组在对照组的基础上给予大柴胡汤加减治疗,疗程为4d;发现在中医证候疗效评价上,联合组的总有效率(95.5%)优于对照组(86.0%),差异有统计学意义($P<0.01$),且在治疗后的组间比较中,联合组对于改善天门冬氨酸氨基转移酶和 γ -谷氨酰基转移酶的效果明显优于对照组($P<0.01$),由此表明,ERCP联合大柴胡汤治疗肝胆湿热证胆总管结石具有较好疗效^[23]。

中成药:①胆石通胶囊:由蒲公英、水线草、绵茵陈、广金钱草、溪黄草、枳壳、柴胡、大黄、黄芩、鹅胆干膏粉等组成,具有清热利湿、利胆排石的功效。用法用量:口服,4~6粒/次,3次/d。

证据描述:一项针对胆石通胶囊的临床研究中,将60例胆石症患者按照随机原则分为治疗组和对照组,每组各30例。对照组常规使用广谱抗生素及抗厌氧菌抗生素治疗,治疗组在对照组常规治疗基础上加用胆石通胶囊治疗,疗程均为2周,观察两组的临床疗效。结果表明,治疗组的总有效率为90.0%,对照组为73.3%,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。由此表明,胆石通胶囊能明

显缓解胆石症患者的临床症状及体征,有较好的排石作用^[24]。

②舒胆片:由木香、厚朴、枳壳、郁金、栀子、茵陈、大黄、虎杖、芒硝等组成,具有清热化湿、利胆排石、行气止痛的功效。用法用量:口服,5~6片/次,3次/d。

证据描述:一项针对舒胆片的临床研究采用随机数字表法将 80 例急性胆囊炎患者分为研究组与对照组,每组各 40 例。对照组采用拉氧头孢钠治疗,研究组采用拉氧头孢钠联合舒胆片治疗;结果研究组的临床治疗总有效率为 95.00%,明显高于对照组的 72.50%,差异有统计学意义($P<0.05$)。另外,研究组患者的恶心呕吐、疼痛、发热症状消失时间分别为 (2.35 ± 0.94) 、 (1.68 ± 0.51) 、 (1.33 ± 0.64) d,均早于对照组的 (6.25 ± 2.01) 、 (5.48 ± 1.36) 、 (3.18 ± 0.86) d($P<0.05$)。由此表明,临床对于急性胆囊炎可采用拉氧头孢钠联合舒胆片治疗,此方式在改善症状等方面作用更突出,进而可提升疗效^[25]。

③金钱胆通颗粒:由连钱草、金钱草、茵陈、虎杖、蒲公英、柴胡、醋香附、决明子、丹参、乌梅等组成,具有清利湿热、疏通肝胆、止痛排石的功效。用法用量:口服,4次/d,第1次2袋,其余3次,1袋/次。3周为1个疗程。

证据描述:一项针对金钱胆通颗粒的临床研究中,将 182 例胆囊炎及胆石症患者分为金钱胆通颗粒治疗组(122 例)和消炎利胆片对照组(60 例),治疗后第 1、3、7、14 和 21 天的临床症状改善率治疗组分别为 20.49%、50.82%、80.33%、91.80% 和 94.26%,对照组分别为 11.67%、48.33%、66.67%、81.67% 和 85.00%,7 d 后症状改善率两组比较均差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗组的排石有效率为 51.92%,对照组为 27.27%;治疗组完全排石率为 14.41%,对照组为 2.27%;排石有效率两组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。两组均无明显不良反应,显示该药能明显改善胆囊炎、胆石症症状,并有一定的排石功效^[26]。

4.3.1.3 肝阴不足证

治则:滋阴清热,利胆排石。

推荐方药:《续名医类案》一贯煎(生地黄、当归、枸杞子、沙参、麦冬、川楝子)。

加减:咽干、口燥、舌红少津者加天花粉、玄参;阴虚火旺者加知母、黄柏;低热者加青蒿、地骨皮。

4.3.1.4 瘀血阻滞证

治则:疏肝利胆,活血化瘀。

推荐方药:《医林改错》膈下逐瘀汤(五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、元胡、甘草、香附、红花、枳壳)。

加减:瘀血较重者,可加三棱、莪术、虻虫活血

破瘀;疼痛明显者,加乳香、没药、丹参活血止痛。

中成药:胆石利通片:由硝石(制)、白矾、郁金、三棱、猪胆膏、金钱草、陈皮、乳香(制)、没药(制)、大黄、甘草等组成,具有理气解郁、化瘀散结、利胆排石的功效。用法用量:口服,6片/次,3次/d。

证据描述:一项针对胆石利通片治疗胆石症疗效及安全性的 meta 分析共纳入 8 篇文献,累计患者 965 例,发现胆石利通片可显著提高胆石症患者的治愈率及总有效率,并且可显著降低该类患者的总胆红素水平^[27]。

4.3.1.5 热毒内蕴证

治则:清热解毒,泻火通腑。

推荐方药:《伤寒论》大承气汤合茵陈蒿汤(生大黄、芒硝、厚朴、枳实、茵陈蒿、栀子、生大黄)。

加减:黄疸明显者加茵陈蒿、金钱草用至 30~60 g;神昏谵语者,信用大黄。

证据描述:一项针对该方的研究将 92 例阻塞性黄疸患者随机分成常规组和实验组,每组各 46 例。常规组给予茵陈蒿汤加减治疗,实验组在此基础上加大承气汤保留灌肠治疗。研究结果显示,实验组的治疗总有效率为 95.65%,显著高于常规组的 78.26%^[28]。

4.3.2 针对性选择用药

根据现代医学对胆石症发病的生理病理特点的认识,中医治疗除了选用上述方剂或中成药外,还可根据不同治疗目的有针对性地选择用药。

①调控患者情志失调:可选用玫瑰花、月季花、合欢花、郁金、木香、薄荷、丹皮、炒栀子等;②改善胆道动力学:减少患者致石性胆汁成分,包括溶解胆汁中胆固醇、促进结石溶解,可选用鸡内金、金钱草、海金沙、郁金、萆薢等;③改善黄疸症状:可选用鸡内金、金钱草、海金沙、郁金、茵陈、蒲公英等;④调控炎症反应:可选用大黄、金钱草、郁金、法半夏、黄芩、栀子等;⑤改善疼痛症状:可选用元胡、川楝子、蒲黄、五灵脂等;⑥促进排石:可选用鸡内金、金钱草、海金沙、郁金、枳壳、赤芍等。

4.3.3 药物使用注意

部分药物如大黄、虎杖、川楝子等存在引起药物性损伤可能,应注意控制使用剂量,避免长期服用。

4.3.4 中医适宜技术

包括穴位贴敷疗法、灸法、穴位埋线、针刺疗法、耳针及耳穴压豆法、按摩疗法、穴位注射疗法等。

4.3.4.1 穴位贴敷疗法

常用取穴:阳陵泉、丘墟、太冲、日月、期门、肝俞、胆俞穴。经外奇穴:胆囊穴。

辨证分型用药:①肝郁气滞证:吴茱萸、柴胡、青皮、枳实等中药各等份,研细末;②肝胆湿热证:

大黄、金钱草、栀子、黄芩等中药各等份,研细末;③肝阴不足证:生地黄、沙参、麦冬、黄柏等中药各等份,研细末;④瘀血阻滞证:红花、莪术、延胡索、乳香、没药等中药各等份,研细末;⑤热毒内蕴证:大黄、芒硝、金钱草、栀子、黄芩、茵陈、冰片等中药各等份,研细末。

操作方法:在调配好的中药粉末中加入适量蜂蜜或食醋调成稠膏,取适量稠膏做成直径约2 cm的药饼,敷于所选穴位并使用医用胶布固定,贴药后留置8 h。疗程:2次/d,7次为1个疗程。

4.3.4.2 灸法

常用取穴:肝俞、胆俞、胆囊穴、足三里、阳陵泉、丘墟、太冲。灸法:温和灸。

操作方法:点燃艾条,将点燃的一端靠近所选穴位进行熏灸,艾条距穴位约3 cm,使局部有温热舒适感觉而无灼痛感,每穴灸10~15 min,以灸至局部稍红晕为宜。疗程:隔日施灸1次,10次为1个疗程。

4.3.4.3 穴位埋线

常用取穴:阳陵泉、中脘、胆俞、阳陵泉、足三里、肝俞、期门、胆囊。

操作方法:将已消毒的羊肠线置入注射器针头内,局部消毒后快速刺入穴位,将羊肠线推入穴位皮下或肌层。疗程:每10 d治疗1次,治疗4~5次为宜。

4.3.4.4 针刺疗法^[29-30]

常用取穴:主穴:阳陵泉、丘墟、支沟、胆囊穴、日月、期门、胆俞、足三里。配穴:肝郁气滞者加行间、太冲;瘀血阻滞者加膈俞、血海、地机、阿是穴;肝胆湿热者加中脘、三阴交;肝阴不足者加肝俞、肾俞。

疗程:1次/d,每次留针20~40 min,7 d为1个疗程。

4.3.4.5 耳针及耳穴压豆法^[31-32]

常用取穴:胆(胰)、肝、小三焦、脾、十二指肠、胃、肾、交感、神门、肠、耳迷根等。

操作方法:耳穴压豆法:选取相应耳穴,进行探查,寻找出现酸、麻、胀、痛等感觉阳性点,用大小约0.5 cm×0.5 cm的胶布将1粒王不留行籽置中并贴于所选耳穴感觉阳性点中,埋丸期间在耳穴上用指压刺激,使耳廓产生热感、胀痛等反应。

耳针法:选取相应耳穴,然后在双侧耳廓耳穴同时进针,用泻法,提插捻转、频率50~60次/min,持续1 min后留针5 min。疗程:耳穴压豆法:3~4次/d,每穴约1 min。隔日埋丸1次,两耳轮换,10次为1个疗程。耳针法:1次/d,10次为1个疗程。

4.3.4.6 按摩疗法^[33]

常用取穴:神阙穴、天枢、中脘、大横穴、肝俞、胆俞、中脘、足三里。

操作方法:患者呈仰卧位,施术者拇指指面着

力在所选穴位进行按揉,按揉至局部皮肤下陷3 cm,每个穴位按揉3 min。用手掌部从肝俞、胆俞穴处沿肋下向中脘穴处推拿,然后从胸骨剑突下向脐部推之,反复推30次左右。

疗程:每日按揉2次,20 d为1个疗程。

4.3.4.7 穴位注射疗法

常用取穴:阿是穴(右上腹压痛点)、日月、期门、胆囊、阳陵泉。药物选择:山莨菪碱注射液。

操作方法:每次选取1~2个穴位,常规皮肤消毒,使用一次性注射器抽吸剂量为5 mg的山莨菪碱注射液,将针头迅速刺入肌肉并行上下提插,待穴位得气并回抽无血时即缓慢注射药液,出针后使用无菌棉签按压20 s。

疗程:每日注射1次,10次为1个疗程。

4.4 中西医结合治疗要点

①对结石比较小的(直径<10 mm)患者,包括肝内胆管结石和肝外胆管结石,都可考虑中医治疗,利胆排石,同时也可以配合使用具有溶石作用的西药,如鹅去氧胆酸等;②对于已经手术取石的患者,为了避免结石再发,中医药辨证论治干预十分重要,只有通过中医药的辨证论证治疗,改变患者的内在环境和体质,才能预防结石的再发生,这也是中医治疗的优势和根本;③对于部分年纪较大或不愿意手术的胆石症患者,中医诊断也可发挥很大的作用,通过中医药治疗可以控制结石增大和进展;除了药物干预治疗,饮食调理、情志畅通、心情愉悦也很重要。

4.5 诊疗流程图

诊疗流程图见图1。

5 疗效评定标准

胆石症的疗效评价标准包括症状、体征、影像学改变、实验室检查、中医证候疗效评价以及生活质量等方面。

目前,临床试验采用的疗效评价标准多样化,使得临床试验之间无法进行有效、合理的比较,无法体现出胆石症中药治疗的疗效。因此,在临床试验中应注意统一疗效评价标准,且应细化疗效评价标准。建议以影像学改变评价为主,实验室检查、结合中医证候、单项中医症状和生存质量等评价为辅。具体如下。

5.1 影像学(腹部B超、腹部CT和MRCP)

①痊愈:肝脏、肝内胆管、肝外胆管、胆囊、胆总管结石消失,形态恢复正常;②显效:胆总管、肝内胆管、肝外胆管等扩张较前减轻,结石体积(直径)缩小>5 mm,或结石数目减少>1/3;③有效:结石体积(直径)缩小5~10 mm,或结石数目减少<1/3;④无效:结石无消融变化,甚或出现嵌顿、感染、穿孔等并发症。

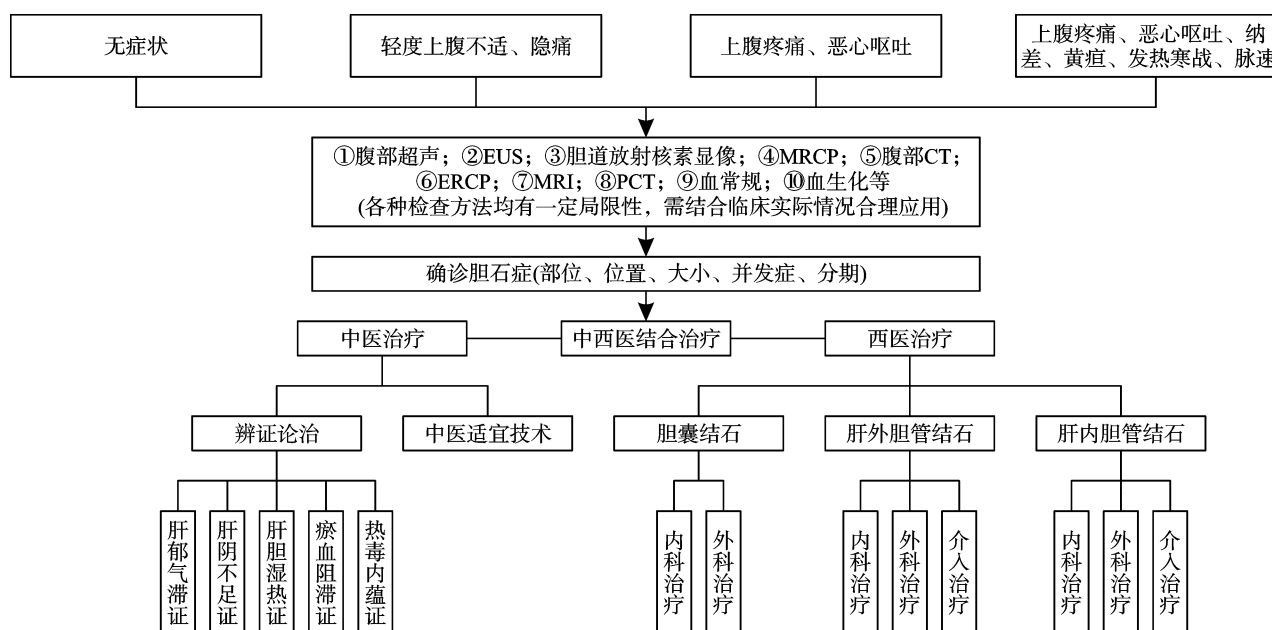


图 1 胆石症诊疗流程图

5.2 中医证候疗效评价

疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。所有症状都分为无、轻、中、重 4 级,在主症分别记 0、2、4、6 分,在次症分别记 0、1、2、3 分。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%。

主要执笔人:

毛堂友(北京中医药大学东方医院)、姚树坤(中日友好医院)、白宇宁(中国中医科学院广安门医院)、谢春娥(深圳市宝安中医院)、李晓红(北京中医药大学东方医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)

讨论专家组成员(按姓氏拼音为序):

白宇宁(中国中医科学院广安门医院)、曹志群(山东中医药大学附属医院)、查安生(安徽中医药大学第一附属医院)、陈胜良(上海交通大学医学院附属仁济医院)、迟莉丽(山东中医药大学附属医院)、甘淳(江西中医药大学第二附属医院)、郝微微(上海中医药大学附属曙光医院)、胡玲(广州中医药大学科技创新中心)、黄绍刚(广州中医药大学第一附属医院)、季光(上海中医药大学)、江学良(山东中医药大学第二附属医院)、寇媛(陕西省中医医院)、蓝宇(首都医科大学附属北京积水潭医院)、李慧臻(天津中医药大学第二附属医院)、李景南(北京协和医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李天望(湖北省中医院)、李学军(安徽中医药大学第二

附属医院)、李岩(中国医科大学附属盛京医院)、李勇(上海市中医医院)、李晓红(北京中医药大学东方医院)、李志(西南医科大学附属中医医院)、刘成海(上海中医药大学附属曙光医院)、刘凤斌(广州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)、吕宾(浙江中医药大学附属第一医院)、马鑫(山东大学齐鲁医院)、毛堂友(北京中医药大学东方医院)、沈洪(江苏省中医院)、时昭红(武汉市中西医结合医院)、苏娟萍(山西省中医院)、孙大志(上海长征医院)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院)、唐艳萍(天津市南开医院)、唐志鹏(上海中医药大学附属龙华医院)、田耀洲(江苏省中西医结合医院)、田旭东(甘肃省中医院)、柯晓(福建中医药大学附属第二人民医院)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、王风云(中国中医科学院西苑医院)、王海强(黑龙江中医药大学附属第一医院)、王彦刚(北京中医药大学第三附属医院)、王志斌(北京中医药大学东方医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)、杨玲(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、杨胜兰(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、肖冰(南方医科大学深圳医院)、谢春娥(深圳市宝安中医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、姚树坤(中日友好医院)、袁红霞(天津中医药大学)、曾进浩(成都中医药大学附属医院)、张北平(广东省中医院)、张勤生(河南省中医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张烁(浙江中医药大学附属第二医院)、张学智(北京大学第一医院)、张杨(黑龙江中医药大学附属第一医院)、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)、赵唯含(陕西中医药大学附属医院)、周正华(天津中医药大学第一

附属医院)、朱金水(上海交通大学附属第六人民医院)、朱磊(江苏省中医院)、朱莹(湖南中医药大学附属第二医院)

共识工作秘书:

史瑞(北京中医药大学东方医院)、石磊(北京中医药大学东方医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 李军祥,陈詒,梁健.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.
- [2] 周群,王毅兴,刘平,等.胆石症的中医药治疗研究进展[J].临床肝胆病杂志,2018,34(11):2458-2463.
- [3] Song Y, Ma Y, Xie FC, et al. Age, gender, geographic and clinical differences for gallstones in China: a nationwide study[J]. Ann Transl Med, 2022, 10(13): 735.
- [4] 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.
- [5] 时昭红,任顺平,唐旭东,等.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.
- [6] 王新,白桦,于文倩,等.基于纵向研究的胆囊结石发病风险因素研究新进展[J].四川大学学报(医学版),2024,55(2):490-500.
- [7] 王雨彤,吕冠华.中医药治疗胆石症研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(2):138-142.
- [8] 王智峰,祝学光,刘玉兰.胆石症的诊断与治疗进展[J].临床消化病杂志,2006,18(6):325-327.
- [9] 王雪彩,张启芳,李晓燕,等.超声内镜对胆总管泥沙样结石的诊断价值[J].临床肝胆病杂志,2023,39(2):370-375.
- [10] 张子田,李松柏.CT能量成像在胆结石诊断及成分研究中的进展[J].放射学实践,2018,33(5):529-531.
- [11] 江丹亭.MRCP及腹部CT扫描用于肝外胆结石诊断的效能分析[J].现代医用影像学,2024,33(3):445-448.
- [12] 冯秋实,汤朝晖,楼健颖,等.胆道镜临床应用专家共识(2018版)[J].中国实用外科杂志,2018,38(1):21-24.
- [13] 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[J].中国中西医结合杂志,2011,31(8):1041-1043.
- [14] Lai W, Yang J, Xu N, et al. Surgical strategies for Mirizzi syndrome: A ten-year single center experience[J]. World J Gastrointest Surg, 2022, 14(2):107-119.
- [15] 刘秀云,郭涛.复方柠檬烯胶囊治疗胆结石100例临床观察[J].中华中西医杂志,2004,2(9):44-45.
- [16] 孙树松,高长春,孟敏.开腹及腹腔镜两种术式治疗急性结石型胆囊炎术后肠粘连的临床分析[J].系统医学,2021,6(10):79-81.
- [17] Chahal-Kummen M, Salte OBK, Hewitt S, et al. Health benefits and risks during 10 years after Roux-en-Y gastric bypass[J]. Surg Endosc, 2020, 34(12): 5368-5376.
- [18] 曹海芳,张瑜,魏胜泰,等.柴胡疏肝散加减治疗慢性胆囊炎胆石症及胆囊功能和炎症因子的影响[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(15):63-67.
- [19] 王瑞超.舒肝化石汤治疗胆石症(肝郁气滞证)的临床研究[D].石家庄:河北中医学院,2019.
- [20] 彭雪莲,徐小青,曹勤.胆舒胶囊治疗慢性胆囊炎和胆结石的临床效果及安全性[J].临床肝胆病杂志,2022,38(9):2084-2090.
- [21] 刘印钦,黄逸玲.胆乐胶囊治疗胆石症45例观察[J].实用中医药杂志,2008,24(6):387-387.
- [22] 叶柏,罗盛裕,单兆伟,等.益胆片治疗急慢性胆囊炎胆石症179例[J].南京中医学院学报,1993,9(2):14-15,71.
- [23] 陈剑明,王丙信,李栋栋,等.大柴胡汤加减联合ERCP治疗肝胆湿热证胆总管结石急性发作的疗效分析[J].辽宁中医杂志,2021,48(6):82-86.
- [24] 钟利进.胆石通胶囊治疗胆石症合并慢性胆囊炎60例临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2012,23(2):88-89.
- [25] 邓少源,翟振秋,陆军平,等.舒胆片联合拉氧头孢钠治疗急性胆囊炎的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2019,13(14):109-111.
- [26] 张文俊,李兆申,谢渭芬,等.金钱胆通口服液治疗胆石症疗效研究[J].临床肝胆病杂志,2003,19(4):229-231.
- [27] 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.
- [28] 赵林.茵陈蒿汤与大承气汤保留灌肠对阻塞性黄疸的临床疗效[J].中国继续医学教育,2018,10(14):160-161.
- [29] 陈顺,闵寅.针刺疗法在胆石症中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2021,19(7):142-144.
- [30] 宋涛,向宗兴.针刺配合中药治疗胆石症50例[J].上海针灸杂志,2014,33(6):576-576.
- [31] 周成艳,徐琳.耳穴压豆联合穴位按摩对胆囊结石患者术后肠功能、结石复发的影响[J].四川中医,2019,37(11):197-199.
- [32] 唐建娟.耳穴埋豆缓解胆绞痛的疗效观察[J].浙江中医杂志,2016,51(5):366-366.
- [33] 胡天喜,陈浩.中药加穴位推拿治疗胆囊炎胆结石症体会[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(2):185-185.

(收稿日期:2025-01-24)