

消化系统常见病慢性胰腺炎中医诊疗指南 (基层医生版)



中华中医药学会脾胃病分会

刘凤斌¹, 胡玲², 陈苏宁³, 唐旭东⁴, 劳绍贤¹, 陈斌¹, 李培武¹, 侯政昆¹, 庄昆海¹, 文艺¹,
姚思梦¹, 黄远程¹, 张长荣¹, 温艳东⁴, 王凤云⁴, 吕林⁴

(¹广州中医药大学第一附属医院, 广州 510405; ²广州中医药大学脾胃研究所, 广州 510405;
³中国医科大学附属盛京医院, 沈阳 110004; ⁴中国中医科学院西苑医院, 北京 100091)

关键词: 慢性胰腺炎; 中医; 诊疗; 指南; 基层医生版; 消化系统; 团体标准

2018年9月13日在重庆召开中华中医药学会团体标准指南第三次论证会形成《消化系统常见病慢性胰腺炎中医诊疗指南(基层医生版)》终稿。前期编写、修改流程见参考文献[1-2]。

胰腺炎是消化科常见疾病,分为急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)和慢性胰腺炎(chronic pancreatitis, CP)。CP是持续进展的慢性炎症,最终导致胰腺腺泡和胰岛细胞出现不可逆性损害,并逐渐被纤维组织所取代,致使胰腺内、外分泌功能显著障碍,严重影响患者的生活质量,长期并发症包括糖尿病和胰腺癌。随着国内外对胰腺炎发病机制和治疗方法不断发展,个体化及综合化治疗逐渐得到重视,中医学对胰腺炎发病及治疗具有独到的见解和疗效,在西医常规治疗的基础上联合应用中医药治疗胰腺炎,通过整体调理、辨证论治,可明显提高疗效,改善临床症状,减少并发症和防止复发,提高生活质量,并能有效的改善预后。同时,随着鼻饲、灌肠、肠内滴注等多途径给药方法引入中医临床治疗,中医药参与治疗胰腺炎也越来越广泛。中医药治疗能有效促进肠道功能的恢复,促进全身症状的改善,具有明显的治疗优势,且能使本病的进展得到有效的控制,节约大量医疗资源。

本指南参考国际临床实践指南制订方法和流程,并在相关法律法规和技术文件指导下,通过收集文献评价证据,结合目前实际情况,制订CP中医循证临床实践指南。本指南对CP中医诊断和治疗提供循证医学建议,规范中医临床诊疗过程,充分发挥中医药在CP治疗过程中的作用,以提高基层医生对此病的诊疗水平,更好地服务临床与社会。

范围

本指南规定了引用标准的基本原则、要求和表述方法。

本指南适用于需引用标准的各类标准和有关法律,其他需引用标准的文件亦应参照执行,适用对象为从事中医临床医疗工作的基层执业医师。

规范性引用文件

下列文件对于本指南的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件,仅所注明日期的版本适用于本指南。凡是不注明日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修订版本)适用于本指南。

《中华人民共和国药典》(以下简称《中国药典》)(2015年版一部);《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)》[以下简称《医保目录(2017年版)》]。

术语及定义

下列术语和定义适用于本指南。

CP是持续进展的慢性炎症,是一种迁延不愈的难治性疾病。基本病理特征包括胰腺实质慢性炎症损害和间质纤维化、胰腺实质钙化、胰管扩张及胰管结石等改变。临床主要表现为反复发作的上腹部疼痛和胰腺内、外分泌功能不全,同时伴有多种急慢性并发症,包括胰管和(或)胆管狭窄、假性囊肿、胰胆管结石、十二指肠狭窄、营养不良、血管并发症和复发性或持续性疼痛等。根据临床表现、形态学改变和胰腺内外分泌功能受损程度,CP分为4期:早期、进展期、并发症期、终末期。古代医籍无此病名,根据其病因、发病部位及临床特点,应属中医“腹痛”“脾心痛”“胃心痛”“胰瘕”“脾实”“结胸”等范畴。

流行病学特征

过去30年来,胰腺炎发病率呈逐渐上升的趋势,但发病率

通讯作者:刘凤斌,广东省广州市机场路16号广州中医药大学第一附属医院,邮编:510405,电话:020-36591987

E-mail: liufb163@vip.163.com

的上升可能与影像诊断技术的提高有一定关系。CP致病因素较多,饮酒和胆道疾病为主要病因,酗酒过后食油腻食品是导致其反复发作的主要因素。其他病因包括高脂血症、高钙血症、自身免疫性疾病、胰腺先天性异常及胰腺外伤或手术、AP导致胰管狭窄以及其他十二指肠降段疾病和血管病变等;遗传性胰腺炎中多见于阳离子胰蛋白酶原基因突变;散发性胰腺炎中丝氨酸蛋白酶抑制剂Kazal I型基因和囊性纤维化跨膜传导调节因子基因为常见突变基因;吸烟可显著增加CP发病的危险性。其他致病因素不明确者称为特发性CP。吸烟者患CP的概率是不吸烟者的3倍多^[3]。尸检统计,CP的发病率为0.04%~5%,在嗜酒者中可能远高于此;男女比为1.86:1,平均年龄(48.9±15.0)岁,男女发病年龄差异无统计学意义^[4]。

诊断及特征

1. 西医诊断

1.1 诊断要点

1.1.1 临床表现:腹痛是CP患者主要临床症状,典型表现为发作性上腹部疼痛,常因高脂饮食或饮酒诱发,随着胰腺外分泌功能下降,疼痛程度会减轻,甚至消失。外分泌功能不全患者早期无特殊症状,后期可出现脂肪泻、消瘦及营养不良表现。内分泌功能不全患者早期出现糖耐量异常,后期表现为糖尿病症状,如合并胆道梗阻、十二指肠梗阻、胰腺假性囊肿、胰源性门静脉高压及胰源性胸腹水等并发症,则有相应临床表现。

1.1.2 诊断标准:①1种及1种以上影像学检查显示CP特征性形态改变;②组织病理学检查显示CP特征性改变;③有典型上腹部疼痛,或其他疾病不能解释的腹痛,伴或不伴有体重减轻;④胰酶(胰蛋白酶、胰淀粉酶和胰脂肪酶)水平异常;⑤胰腺外分泌功能异常。①或②任何1项典型表现,或者①或②疑似表现加③、④和⑤中任何2项可确诊。①或②任何1项疑似表现可考虑为可疑患者,需要进一步临床观察和评估。

CP诊断主要依据临床表现和影像学检查,胰腺内外分泌功能检测可作为诊断补充,病理学诊断是CP诊断的金标准。

1.2 辅助检查 CP的辅助检查以非侵入性方法为主,如果不能确诊则选择侵入性方法。CT是CP诊断首选检查方法,对中晚期病变诊断准确度较高,但对早期病变诊断价值有限。可见胰腺实质增大或萎缩、胰腺钙化、结石形成、主胰管扩张及假性囊肿形成等征象。CT扫描可疑患者可进一步行磁共振成像(MRI)/磁共振胰胆管成像(MRCP)或者内镜检查[如超声内镜(EUS)、经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)],及胰腺功能检测(PFT)来明确诊断。MRI诊断价值与CT相当。MRCP可清晰显示胰管病变的部位、程度和范围。ERCP主要显示胰管形态改变,以往是诊断CP的重要依据。但作为有创性检查,目前多被

MRCP和EUS替代,仅在诊断困难或需要治疗操作时选用。PFT中胰腺外分泌功能检查敏感度和特异度较低,仅在胰腺功能严重受损时才有阳性结果,胰腺内分泌功能检查通常在胰腺内分泌功能损失90%以上才出现变化,敏感度低。同时应完善常规检查以评估患者的整体情况,包括血常规、CRP、肝肾功能、血脂、血糖、电解质、大小便常规等检查。需特别指出,沟槽状胰腺炎是一种特殊类型的慢性节段性胰腺炎,其病变局限于胰腺背部、十二指肠降部及胆总管下段的解剖区域,即“沟槽状区域”,CT平扫可见板层状软组织密度影,界限不清,MRI中T1相为低密度影,T2相为低密度至稍高密度影,CT及MRI增强后病灶延迟强化。

1.3 鉴别诊断

1.3.1 胰腺癌:两者鉴别甚为困难,血清CA19-9、CA125、CA50、CA242在胰腺癌中阳性率较高,有一定的参考价值,但有假阳性;通过ERCP获取胰液,病理检查若发现癌细胞,则诊断明确;同时胰液CA19-9检查等有一定鉴别诊断价值;实时超声及EUS引导下细针胰腺穿刺,如发现癌细胞,可确诊,但阴性不能否定诊断;EUS、CT、MRI和PET有助于鉴别。

1.3.2 消化性溃疡:十二指肠球部后壁穿透性溃疡可与胰腺粘连而引起顽固性疼痛,消化内镜检查可鉴别。

1.3.3 原发性胰腺萎缩:多见于50岁以上患者,无腹痛、脂肪泻、体重减轻、食欲缺乏和全身水肿等临床表现,超声及CT检查等一般能鉴别。

2. 中医辨证

2.1 辨证要点 根据腹痛的性质和部位、程度、诱发缓解因素,结合其它伴随症状和舌脉象进行辨证。CP整个病机演变多由实转为虚实夹杂或正虚邪实,脾胃虚弱、气血阴阳不足为本,湿热、食积、气滞、血瘀、痰浊为标。迁延发作期与AP等同处理,不再重复介绍^[3-6]。

2.2 分型 以下各证型可兼见湿热、食积、气滞、血瘀、痰浊。

2.2.1 脾胃虚弱证:脘腹胀满或隐痛,劳累或饭后加重,倦怠乏力,大便溏薄,食欲不振,纳谷不化,肠鸣辘辘,面色萎黄,消瘦,舌质淡胖或有齿痕,舌苔薄白或厚腻,脉缓或虚弱。

2.2.2 肝胃不和证:脘腹胀满或窜痛,一侧或双侧胁痛拒按,疼痛多与情志不畅相关,恼怒常使病情加重,嗝气、矢气后痛减,患者平素喜怒或抑郁,倦怠乏力,嗝气,纳呆,恶心呕吐,大便干或溏,舌暗苔薄,脉弦、细或兼涩、数。

2.2.3 脾胃虚寒证:上腹隐隐作痛,喜温喜按,形寒肢冷,手足不温,气短懒言,肋下胀满,纳差,呃逆,面色晦暗少华,便溏或便秘,舌质淡有齿痕,苔薄白,脉沉细弱。

2.2.4 气阴两虚证:发热,手足心热,腹满,口渴咽干欲饮,

全身乏力,气短懒言,消瘦,脐腰隐痛,夜尿多,食少纳差,大便秘结,舌质暗红,有裂纹,少苔,脉沉细或细数。

治疗

1. 治疗原则 建议中医药与西药联合使用,以中医药治疗为主,并逐步过渡到中医药替代西药治疗,旨在保证临床疗效的同时减少西药使用,充分发挥中医药治疗本病的优势和特色。应积极查找病因,并对因治疗。迁延发作期与AP等同处理。

2. 西医治疗 主要从患者生活方式指导、疼痛治疗、个体化治疗、外分泌功能不足治疗、糖尿病及其并发症治疗5个方面进行干预。

2.1 一般治疗 戒烟酒,调整饮食结构、避免高脂饮食,可补充脂溶性维生素及微量元素,营养不良者可给予肠内或肠外营养支持。

2.2 胰腺外分泌功能不全治疗 患者出现脂肪泻、体重下降及营养不良表现时,需要补充外源性胰酶制剂改善消化吸收功能障碍,首选含高活性脂肪酶的微粒胰酶胶囊。

2.3 胰腺内分泌功能不全治疗 根据糖尿病进展程度及并发症情况,一般首选二甲双胍控制血糖,必要时加用促胰岛素分泌药物,对于症状性高血糖、口服降糖药物疗效不佳者选择胰岛素治疗。CP合并糖尿病患者对胰岛素敏感,需特别注意预防低血糖发作。

2.4 疼痛治疗 非镇痛药物包括胰酶制剂、抗氧化剂等,对缓解疼痛有一定效果;疼痛治疗主要依靠选择合适的镇痛药物,初始宜选择非甾体类抗炎药物,效果不佳时可选择弱阿片类药物,若仍不能缓解甚至加重时选用强阿片类镇痛药物。

2.5 外科治疗 保守治疗不能缓解的顽固性疼痛;胰管狭窄、胰管结石伴胰管梗阻;并发胆道梗阻、十二指肠梗阻、胰源性门静脉高压、胰源性胸腹水及假性囊肿等;不能排除恶性肿瘤。以上情况可考虑手术治疗。

3. 中医内治法 首分疾病的分期及病性的虚实,实证应辨别湿、热、瘀、毒、食积、气滞、痰浊的不同;虚证应辨别气血阴阳之不足。根据实则泻之、虚则补之的原则进行治疗。对于虚实夹杂、寒热错杂者,应根据具体临床情况,分清标本缓急、寒热轻重,确定相应的治法。迁延发作期需兼顾其正气;缓解期当扶助正气,兼清余邪。其中医药治疗可分为内治法和外治法,内服汤剂7~14d为1个疗程,需随病情变化辨证施治,调整用药。迁延发作期参照AP进行辨证论治。

3.1 脾胃虚弱证

3.1.1 治法: 补气健脾,理气和胃。

3.1.2 推荐汤剂: 参苓白术散^[7]或(香砂)六君子汤^[8]合升

阳益胃汤^[9]加减(推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 中等级别证据)。①处方来源: 宋代太平惠民和剂局《太平惠民和剂局方》,清代罗美《古今名医方论》,金代李东垣《脾胃论》。②药物组成: 莲子肉12g, 薏苡仁15g, 砂仁6g, 桔梗6g, 白扁豆15g, 茯苓15g, 人参10g, 炙甘草3g, 白术10g, 山药15g。或: 党参10g, 白术12g, 茯苓15g, 半夏6g, 陈皮6g, 广木香6g, 砂仁^(后下)6g, 炙甘草3g。③加减: 泄泻甚者加肉豆蔻、诃子; 脾虚甚者, 加黄芪, 以红参易党参; 血虚加当归、熟地黄; 胸闷、纳呆、身重倦怠、舌苔白腻兼有湿浊者, 加藿香、苍术、厚朴; 腹痛甚者, 加白芍、甘草, 缓急止痛; 血瘀内停, 加红花、川芎; 若兼食积, 合保和丸健脾助运、消补兼施。④煎服法: 水煎服, 日1剂, 150mL, 日3次。

3.1.3 中成药

3.1.3.1 人参健脾丸(片)(推荐强度: 强推荐使用; 专家共识): ①处方来源: 《医保目录》(2017年版)。②药物组成: 人参、茯苓、白术、黄芪、山药、陈皮、砂仁、木香、酸枣仁、远志、当归。③功能主治: 健脾益气, 和胃止泻。用于脾胃虚弱所致的饮食不化、脘闷嘈杂、恶心呕吐、腹痛便溏、不思饮食、体弱倦怠。④用法用量: 口服, 丸剂: 每次2丸(6g), 日2次; 片剂: 每次4片, 日2次。

3.1.3.2 四君子丸(颗粒)(推荐强度: 强推荐使用; 专家共识): ①处方来源: 《医保目录》(2017年版)。②药物组成: 人参、白术、茯苓、甘草。③功能主治: 益气健脾。用于脾胃气虚、胃纳不佳、食少便溏。④用法用量: 口服, 丸剂: 每次3~6g, 日3次; 颗粒: 每次1袋(15g), 日3次。

3.2 肝胃不和证

3.2.1 治法: 疏肝理气, 消导和中。

3.2.2 推荐方药: 柴胡疏肝散加减^[10-12](推荐强度: 强推荐使用; 证据级别: 高级别证据)。①处方来源: 明代张景岳《景岳全书》。②药物组成: 柴胡10g, 白芍12g, 白芥子6g, 郁金10g, 苍术10g, 厚朴12g, 陈皮10g, 延胡索15g, 山楂10g, 大黄6g, 甘草3g。③加减: 热结较重者, 可加黄芩、黄连、芒硝, 大黄加量; 痛甚者, 加乳香、没药活血定痛; 血瘀甚者, 加红花、桃仁、三棱、莪术活血化瘀散结; 食欲不振者, 加焦神曲、焦麦芽、石菖蒲消食开胃; 脾胃亏虚甚者, 加党参、白术、山药; 肝血虚者, 加当归、枸杞子。④煎服法: 水煎服, 日1剂, 150mL, 日3次。

3.2.3 中成药

3.2.3.1 柴芍六君丸^[4,13](推荐强度: 强推荐使用; 专家共识): ①处方来源: 《最新中成药手册》^[14]。②药物组成: 柴胡、白芍、党参、白术(麸炒)、法半夏、陈皮(制)、茯苓、炙甘草。③功能主治: 舒肝解郁, 健脾和胃, 益气养血。用于脾胃虚

弱、肝胃不和之脾虚溏泄、呕吐吞酸、腹胀腹痛。④用法用量：

口服，每次9g，日2次。

3.2.3.2 逍遥丸^[15] (推荐强度：强推荐使用；证据级别：中
级别证据)：①处方来源：《医保目录》(2017年版)。②药物组
成：柴胡、当归、白芍、炒白术、茯苓、炙甘草、薄荷、生姜。③
功能主治：疏肝健脾养血。用于肝气不舒所致胸胁胀痛、头晕
目眩、食欲减退。④用法用量：口服，丸剂：每次8丸，日3次；颗
粒：每次1袋，日2次。

3.2.3.3 舒肝止痛丸 (推荐强度：强推荐使用；专家共识)：
①处方来源：《医保目录》(2017年版)。②药物组成：柴胡、当
归、白芍、赤芍、白术(炒)、香附(醋制)、郁金、延胡索(醋
制)、川楝子、木香、半夏(制)、黄芩、川芎、莱菔子(炒)。③
功能主治：舒肝理气，和胃止痛。用于肝胃不和，肝气郁结，
胸胁胀满，呕吐酸水，脘腹疼痛，食欲不振，呃逆呕吐，大便
失调。④用法用量：口服，袋装丸剂：每次4~4.5g(4.5g/袋)，
日2次；大蜜丸：每次2丸，日2次。

3.3 脾胃虚寒证

3.3.1 治法：温运脾阳，健胃和中。

3.3.2 推荐方药：黄芪建中汤^[6]合理中汤加减 (推荐强度：
强推荐使用；专家共识)。①处方来源：东汉张仲景《金匱要
略》《伤寒论》。②药物组成：干姜10g，人参6g，白术10g，黄芪
12g，桂枝6g，白芍12g，生姜12g，炙甘草6g，大枣3枚，饴糖15g。
③加减：腹痛甚者，可用大建中汤温中散寒；腹痛拒按、大便秘
结、脉弦紧，为寒实结滞，合大黄附子汤，以温脾散寒，导滞止
痛；若大便溏薄，加山药、莲子肉健脾止泻；形寒肢冷、阳虚重
者，改用理中汤温补脾阳；痰瘀内结者，加陈皮、枳壳、砂仁、半
夏、瓜蒌皮、丹参、延胡索等运脾燥湿化痰活血。④煎服法：水
煎服，日1剂，150mL，日3次。

3.3.3 中成药

3.3.3.1 附子理中丸(片) (推荐强度：强推荐使用；专家共
识)：①处方来源：《医保目录》(2017年版)。②药物组成：附
子(制)、党参、白术(炒)、干姜、甘草。③功能主治：温中健
脾。用于脾胃虚寒、脘腹冷痛、呕吐泄泻、手足不温等。④用法
用量：口服，浓缩丸：每次8~12丸，日3次；袋装丸剂：每次1袋
(6g)，日2~3次；大蜜丸：每次1丸，日2~3次；片剂：每次6~8片，
日1~3次。

3.3.3.2 小建中片(胶囊、颗粒) (推荐强度：强推荐使用；
专家共识)：①处方来源：《医保目录》(2017年版)。②药物组
成：白芍、大枣、桂枝、炙甘草、生姜、饴糖。③功能主治：温中
补虚，缓急止痛。用于脾胃虚寒、脘腹疼痛、喜温喜按、嘈杂吞
酸、食少心悸。④用法用量：口服，片剂：每次2~3片，日3次；胶
囊：每次2~3粒，日3次；颗粒：每次1袋(15g)，日3次。

3.4 气阴两虚证

3.4.1 治法：补气养阴，理气和胃。

3.4.2 推荐方药：四君子汤合一贯煎^[16] (推荐强度：强推荐
使用；专家共识)。①处方来源：宋代太平惠民和剂局《太平惠
民和剂局方》，清代魏玉璜《续名医类案》。②药物组成：人参
10g，茯苓12g，白术12g，炙甘草6g，北沙参10g，麦冬10g，当归
10g，生地黄10g，枸杞子12g，川楝子3g。③加减：口渴甚者加葛
根、玉竹养阴生津；阴虚夹湿型加知母、玄参、西洋参，兼有肝
肾阴虚者，可合六味地黄丸滋补肝肾；若便秘明显，予生脉饮
合增液承气汤；瘀血内阻者，加丹参、莪术、延胡索、郁金、皂
角刺等以活血化瘀散结。④煎服法：水煎服，日1剂，150mL，
日3次。

3.4.3 中成药：参麦颗粒 (推荐强度：强推荐使用；专家共
识)：①处方来源：《医保目录》(2017年版)。②药物组成：红
参、麦冬。③功能主治：养阴生津。用于治疗气阴两虚所致发
热，手足心热，口渴咽干欲饮，全身乏力，气短懒言，消瘦，脐腹
隐痛，夜尿多，食少纳差，大便秘结，舌质暗红，有裂纹，少苔，
脉沉细或细数。④用法用量：口服，每次1袋，日3次。

4. 中医外治法

4.1 中药外敷

4.1.1 六合丹：生大黄、黄柏、白及、乌梅、薄荷、白芷、木炭
粉、陈小粉(陈小粉，可用淀粉炒焦存性代用)、乌金散，打
碎再配以蜂蜜调和外敷左上腹，发病后2d左右开始，8~10h更
换1次，持续到症状消失。六合丹具有软坚散结、清热解毒、消
肿止痛之效，可用于CP见腹痛、腹胀、腹部包块等症患者。

4.1.2 双柏散：大黄、黄柏、侧柏叶、蒲公英、泽兰等药物，
打细粉，金银花水或水蜜调和，根据疼痛面积用50~150g外敷
左上腹或局部炎性包块处，每天1~2次。双柏散具有活血祛瘀、
清热凉血、行气止痛之效，适用于CP见腹痛患者。

4.2 针灸治疗 ①取穴：足三里、下巨虚、内关、中脘、胰
腺穴^[17]、阳陵泉、阴陵泉、梁门、地机、脾俞、胃俞、胆俞等，临
床尚可酌情选取公孙、神阙、天枢、合谷、章门、气海、内庭、期
门、血海、膈俞、太冲、膻中等穴，以增强疗效。②操作方法：
以毫针为主，辨证施以补法、泻法或平补平泻法，也可电刺激。
③疗程：7d为1个疗程，1~2个疗程。

CP皆可采用针灸治疗，需辨证及根据病情的轻重缓急，选
取穴位及操作手法。

并发症预防

预防胰腺炎的并发症和后遗症，取决于及时、规范、有
效的治疗，影响预后的因素包括胆结石、高脂血症、饮食不节
(洁)、高龄、低血压、低蛋白血症、低氧血症、低血钙、血糖、
是否有并发症等。CP病程长、病情复杂、并发症多、难于根治，

临床医生应该提高对本病的认识,采取恰当的检查手段完善诊断,以减少误诊和漏诊,常见并发症有糖尿病、脂肪泻、消化道出血、胰腺假性囊肿、胰腺癌等,全面、仔细、彻底地了解每一个患者的具体情况,选择合适的治疗方式和时机。

预防调摄

主要针对诱发胰腺炎的危险因素进行预防及调摄,加强健康教育,尽可能避免引起胰腺炎发生的诱发因素,戒除不良习惯、减少酒精摄入、合理饮食,是做好CP迁延发作一级预防的重要措施。迁延发作期注意卧床休息,禁饮食(不禁药),必要时需胃肠减压。出院后节饮食、戒烟酒、调情志、避寒暑、慎起居、适劳逸,饮食宜清淡而富于营养,忌食辛辣油腻制品,若胆道疾病为病因或诱因,应积极治疗胆道疾病。此外,还应控制糖尿病、补充营养等,以祛除病因、缓解症状、改善预后。患者应长期避免多脂肪食物,宜摄取低脂肪、高蛋白、高碳水化合物食物,勿过早进食或进油腻食物,避免暴饮暴食,生活饮食规律,保持良好的心理状态。

项目组长:唐旭东。

指南执笔人员:刘凤斌,胡玲,陈苏宁,唐旭东,劳绍贤,陈斌,李培武,侯政昆,庄昆海,文艺,姚思梦,黄远程,张长荣,温艳东,王凤云,吕林。

指南参与专家(按姓氏笔画排序):丁霞,马群,王邦才,王华宁,王忠,王垂杰,王彦刚,王宪波,王晓素,王捷虹,王敏,戈焰,孔文霞,叶松,叶蔚,田旭东,田耀洲,白光,冯培民,吕宾,朱西杰,朱莹,任顺平,刘力,刘凤斌,刘华一,刘启泉,刘绍能,刘静生,刘震,孙志广,苏娟萍,李吉彦,李延萍,李军祥,李学军,李勇,李艳彦,李振华,李健,李慧臻,杨胜兰,杨晋翔,杨倩,杨翠兰,时昭红,吴耀南,冷炎,汪龙德,汪红兵,迟莉丽,张北平,张志华,张烁,张雅丽,陈苏宁,陈涤平,孟立娜,季光,金小晶,周正华,周其华,鱼涛,庞树玲,郑立升,郑昱,郑培永,赵文霞,赵宇明,郝微微,胡玲,胡鸿毅,查安生,钦丹萍,姜莉云,袁红霞,党中勤,徐进康,徐健众,郭晓燕,黄绍刚,黄适,黄恒青,黄穗平,龚向京,梁超,董明国,蒋健,储浩然,舒劲,曾斌芳,谢胜,谢晶日,蔡敏,潘洋,魏玮。

参 考 文 献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会.消化系统常见病慢性非萎缩性胃炎中医诊疗指南(基层医生版).中华中医药杂志,2019,34(8):3613-3618
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会.消化系统常见病功能性消化不良中医诊疗指南(基层医生版).中华中医药杂志,2019,34(8):3619-3625
- [3] 张国林.胰腺炎.北京:科学技术文献出版社,2001
- [4] 李乾构.实用中医消化病学.北京:人民卫生出版社,2001
- [5] 陈瑜,张晓芹,刘芳,等.慢性胰腺炎的辨证分型及中医药治疗进展.中国医药指南,2012,10(30):434-435
- [6] 陈志强,蔡光先.中西医结合内科学.北京:中国中医药出版社,2012
- [7] 靳华.参苓白术散治疗慢性胰腺炎腹泻52例.菏泽医学专科学校学报,2003,15(2):68-69
- [8] 曾英,银秋菊.益气健脾法治疗慢性胰腺炎所致腹泻20例.江苏中医药,2007,39(3):27
- [9] 李厚根.升阳益胃法治疗慢性胰腺炎78例.中国中西医结合消化杂志,2002,10(5):308
- [10] 刘健,赵战朝,薛承锐.柴胡疏肝散对慢性胰腺炎患者胰腺外分泌功能不全的治疗作用.中国中西医结合外科杂志,2010,16(3):275-277
- [11] 侯泽军.中西医结合治疗慢性胰腺炎的疗效观察.中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(18):152-153
- [12] 张玉洁.中西医结合治疗慢性胰腺炎40例临床观察.新中医,2015,47(6):83-85
- [13] 张红云,王伟明.柴芍六君子汤治疗慢性胰腺炎疗效观察.山西中医,2012,28(5):19-36
- [14] 杨培民,孙洪胜,姚莉,等.最新中成药手册.济南:山东科学技术出版社,2014
- [15] 肖义达,谢明峰.疏肝健脾活血法治疗慢性胰腺炎38例.中国中医药现代远程教育,2010,8(5):26-27
- [16] 高世东.实用中西医内科常见疾病诊疗.兰州:兰州大学出版社,2015
- [17] 薛有平,赵耀东,约汉森.胰腺穴合薏米三白银花汤治疗慢性胰腺炎的临床研究.光明中医,2012,27(12):2476-2477

(收稿日期:2019年4月28日)