

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.04.020

标准与规范

胁痛中医临床实践指南

世界中医药学会联合会消化病专业委员会

胁痛是以一侧或两侧胁肋部疼痛为主要表现的病证。引起胁痛的常见疾病有胆道系统感染（如急性胆囊炎、胆管炎等）、胆石症、胆囊息肉、胆道蛔虫症、胆管良恶性狭窄等，而因急性肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝癌、胆囊癌、急性胰腺炎、胸膜炎、肋软骨炎、带状疱疹等及外伤引起者已在相关疾病诊治指南中介绍，故不在本指南内讨论。本指南主要适用于多数胆系病变引起的胁痛，因肝系疾病、其他系统疾病或心身疾病引起者可部分参照本指南。

目前关于胁痛的单病种中医药治疗指南相对较少，如包括胁痛在内的《中医内科常见病诊疗指南》^[1]；其他涉及胁痛的指导性文件分布于各具体疾病中，如《胆囊炎中医诊疗专家共识意见（2017）》^[2]、《胆石症中西医结合诊疗共识》^[3]等。世界中医药学会联合会消化病专业委员会成立了《胁痛中医临床实践指南》开发小组，依据循证医学原理，广泛搜集循证资料，并先后组织国内脾胃病专家就胁痛的证候分类、辨证治疗等关键问题进行总结讨论，形成本指南初稿，按照德尔斐法进行了3轮投票，并召开专家论证会议定稿，完成了指南的制定。现将全文公布如下，供国内外同道参考，并希望在应用中不断完善。

1 临床特点

1.1 概述

胁痛以胁肋部疼痛为主要表现；病因有情志不遂、饮食失节、虫石阻滞、感受外邪、久病体虚等；病机涉及气滞、湿热、瘀血、砂石、虫积等阻滞于内，肝胆疏泄失常，不通则痛，或素体亏虚，脉络失养，不荣则痛；初起以实证为主，随病程进展，可出现虚实夹杂证或虚证；病位在肝、胆，主要与脾、胃相关。

1.2 理化检查

超声检查：可作为急性胆囊炎及胆石症的首

选检查，亦可用于与胆固醇结晶及息肉鉴别。

血液检查：血液分析有助于判断胆道感染程度；肝功能检查如发现总胆红素（TBIL）、碱性磷酸酶（ALP）、γ-谷氨酰转肽酶（GGT）等增高，有助于判断胆道梗阻情况。

CT：可显示胆囊壁增厚及胆囊、胆管的结石，胆管有无扩张及肿块，对胆总管下段病变的检查优于超声。

MRI：对胆囊壁纤维化、胆囊壁缺血、胆囊周围肝组织水肿及脂肪堆积等评估价值优于CT，可用于急性胆囊炎的鉴别；而磁共振胰胆管成像（MRCP）能显示胆管解剖结构、发现超声和CT不易检出的胆囊和胆总管小结石。

超声内镜（EUS）：适于超声检查阴性的胆总管末端结石。

内镜下逆行胰胆管造影（ERCP）：有助于诊断胆管结石，但具有一定的创伤性和风险性，一般不单用于疾病诊断。

胆囊收缩素刺激闪烁显像（CCK-HIDA）：评估胆囊排空的首选检查，可鉴别是否存在胆囊排空障碍。

其他检查：甲胎蛋白（AFP）、癌胚抗原（CEA）、CA199、CA125、CA242等肿瘤标志物，结合CT、MRI、经皮肝穿刺胆管造影（PTC）或ERCP用于胆道系统肿瘤的鉴别；肝功能、乙肝五项、丙肝抗体、甲肝抗体、戊肝抗体、自身免疫性肝病抗体、肝脏病理检查等有助于诊断各型肝炎；胸部X线及CT可与胸膜炎鉴别；内镜检查、上消化道钡餐可与胃部疾病鉴别；血液分析、腹部X线可与肠梗阻、肠穿孔鉴别；心电图、心肌标志物可用于除外心绞痛。

2 中医诊断

2.1 中医病名诊断

胁痛指以一侧或两侧胁肋部疼痛为主要表现的

病证,其中胁肋部指胸部两侧、腋以下至第十二肋以上区域。

2.2 中医证候诊断

2.2.1 证候分型及标准 制定小组结合现有共识与标准^[1-3],采用定量的文献统计方法,对临床常用的单一证型进行统计,确定常用证型为胆腑郁热证、肝郁气滞证、瘀血阻络证、肝胆湿热证、肝阴不足证;上述证型可单见,也可相兼出现;常见相兼证型有肝郁脾虚证、胆热脾寒证、气滞血瘀证等。

1) 胆腑郁热证:右胁痛阵发性灼痛或绞痛,可引至肩背部,伴口苦咽干,烦躁寐差,恶心欲吐,身目黄染,持续低热,小便短赤,大便干结,舌质红,苔黄或黄厚腻,脉滑数。如热毒炽盛,见胁痛剧烈而拒按,持续高热,身目发黄,黄色鲜明,小便短赤,大便干结,烦躁不安,甚则神昏、谵语,舌质红或红绛,苔黄,脉弦数。

2) 肝郁气滞证:胁肋胀痛,疼痛呈走窜性,甚则痛连肩背,与情志变化密切相关,心烦易怒,喜太息,胸闷,脘腹胀满,嗳气,舌质淡红,苔薄白,脉弦。兼脾虚者见胃脘胀闷,食欲不振,大便溏薄,倦怠乏力,舌质淡或胖,苔薄白或白,脉弦或弦细。

3) 瘀血阻络证:胁肋刺痛,痛处固定而拒按,持续不已,入夜尤甚,或见面色晦暗,舌质暗红或紫暗,苔薄白或薄黄,脉沉弦或涩。

4) 肝胆湿热证:胁肋胀痛,触痛明显,或引及肩背,伴脘腹胀闷、纳呆,恶心呕吐,厌食油腻,口干口苦,身体困重,或兼身热恶寒,身目黄染,小便短黄,大便不爽或秘结,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。兼脾胃虚寒者,见胁肋胀痛,口干不欲饮,恶心欲呕,腹胀便溏,恶寒喜暖,肢体疼痛,遇寒加重,舌质淡红,苔薄白腻,脉弦滑。

5) 肝阴不足证:胁肋隐痛,绵绵不已,遇劳加重,口干咽燥,眼干眼涩,心烦易怒,头晕目眩,失眠多梦,舌质红,少苔,脉弦细。

2.2.2 问诊要素 包括主症性质,症状的诱发、加重和缓解因素,病程,精神状态与体力,食欲、饮食喜好及大便情况。

主症性质:胀痛、闷痛或窜痛多属气滞,刺痛多属血瘀或虫石所致,灼痛多属于热;隐痛多属虚证,剧痛多属实证。

症状的诱发、加重和缓解因素:因情志不遂诱发者,多属肝胆疏泄失司;劳累诱发或加重者,多属虚证;拒按者多实,喜按者多虚;畏寒喜暖者,

多属寒凝;恶热喜冷者,多属湿热;进食后诱发,多兼食滞。

病程:病程短、痛势急迫者多属实证或热证;病程较长者多属虚实夹杂证或虚证。

精神状态与体力:平素精神萎靡、倦怠乏力者多属虚证;恶热、烦躁者多属热证;肢体困重者多属湿困。

食欲、饮食喜好:纳少口淡者多属虚证;喜热饮食者多属寒证;喜冷饮食者多属热证。

大便情况:大便溏薄者多属虚证,干结者多属实热或阴虚,大便不畅者多属气滞,有黏液且气味臭秽者多属湿热,夹有食物残渣属食滞。

3 西医诊断

本病诊断需明确原发病因,主要考虑急慢性胆囊炎、胆石症、胆囊息肉、胆道蛔虫症及部分其他疾病。诊断时,识别报警症状有助于决定检查的缓急主次,尽可能避免贻误重要的器质性疾病。

3.1 报警症状

胁痛伴阵发性右中上腹疼痛、发热、黄疸、恶心、呕吐、厌油,需尽快至医院检查,明确病因,以便行进一步诊治;如伴胸闷或气促,建议心血管内科就诊。

3.2 常见疾病的诊断要点

3.2.1 胆道系统感染 急性胆囊炎见右上腹急性疼痛,常伴发热、恶心、呕吐。查体:右上腹压痛,伴反跳痛、腹肌紧张, Murphy 征阳性。血液分析可见血白细胞计数及中性粒细胞计数增高。超声见胆囊体积增大,胆囊壁水肿、增厚或毛糙。慢性胆囊炎见反复右上腹胀痛或不适,可伴腹胀、嗳气、厌油。查体:可有右上腹轻度压痛及叩击痛。超声见胆囊体积缩小或正常,胆囊壁增厚或毛糙。急性化脓性胆管炎可据腹痛、寒战高热和黄疸(即 Charcot 三联征)诊断;如合并中枢神经系统抑制及低血压(即 Reynold 五联征),可诊断为急性梗阻性化脓性胆管炎,并需结合超声、CT、MRCP 等明确病因。

3.2.2 胆石症 胆石症根据结石部位可分为胆囊结石、肝外胆管结石及肝内胆管结石。胆囊结石可见胆绞痛,常伴上腹饱胀、厌油、恶心呕吐,亦可无明显临床症状。伴胆囊炎时, Murphy 征阳性。首选超声检查,见胆囊内强回声团,伴随体位移动,其后有声影,即可诊断;CT、MRI 亦有助于诊断。肝外胆管结石,轻者可仅有上腹不适,胆道

梗阻时可表现出 Charcot 三联征。肝功能检查见 TBiL 增加且以直接胆红素 (DBiL) 升高为主, 伴 ALP、GGT 显著升高; 超声见胆管扩张, 可作初步诊断; 必要时行 CT、MRI 或 MRCP、EUS、PTC 或 ERCP 等检查。肝内胆管结石以急性期的上腹阵发性绞痛或持续性胀痛伴寒战高热, 与无症状的间歇期反复交替为特点; 超声、CT、MRCP、ERCP、PTC 等有助诊断。

3.2.3 胆囊息肉 胆囊息肉可无症状, 或见右肋或右上腹疼痛, 可向右肩背部放射, 无发热、黄疸等。超声见胆囊内有光团或光点, 其后无声影, 不随体位改变。

3.2.4 胆道蛔虫症 胆道蛔虫症见右肋及右上腹突发性钻顶样绞痛, 伴恶心呕吐、辗转反侧、大汗淋漓, 时作时止, 间歇期可如常人。首选超声检查, 见胆道内长条形强回声影、胆管轻度扩张; ERCP 胆道或胆囊内可见蠕动的负影, 并可取出虫体; 粪便涂片可发现虫卵。

3.2.5 其他疾病 急性慢性肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝癌、胆囊癌、急性慢性胰腺炎及心身疾病亦可引发胁痛, 可结合病史及辅助检查作出诊断。

4 干预与管理

胁痛的中医干预要点包括缓解胁痛症状与治疗原发疾病。对偶发、病情较轻、病因明确者 (如情志), 可用外敷药物、按摩等方法缓解症状; 对持续发作、病程较长者, 在明确病因后, 采取药物内服或外用、针灸等方法治疗; 对肿瘤等引起者, 中医药仅可作为辅助治疗手段。胁痛中医干预流程如图 1。

4.1 药物治疗

各证型采用的方剂依临床证据决定, 并参考了现有共识或标准^[1-3]。因现有证据级别较低, 故推荐建议的级别普遍不高, 但这并不意味着其临床重要性下降。部分在临床上常用但缺乏临床对照研究或病例系列研究支持的治疗方法, 以专家共识意见的形式给出 (用“※”注明, 推荐强度为 C 级, 证据级别 IV 级)。

4.1.1 辨证论治

1) 胆腑郁热证

病机: 湿热熏蒸、胆腑气郁。

治法: 清热利湿, 行气利胆。

推荐方药: 大柴胡汤 (《伤寒论》) 加减^[4-5]: 柴胡、黄芩、半夏、枳实、白芍、大黄、大枣、生

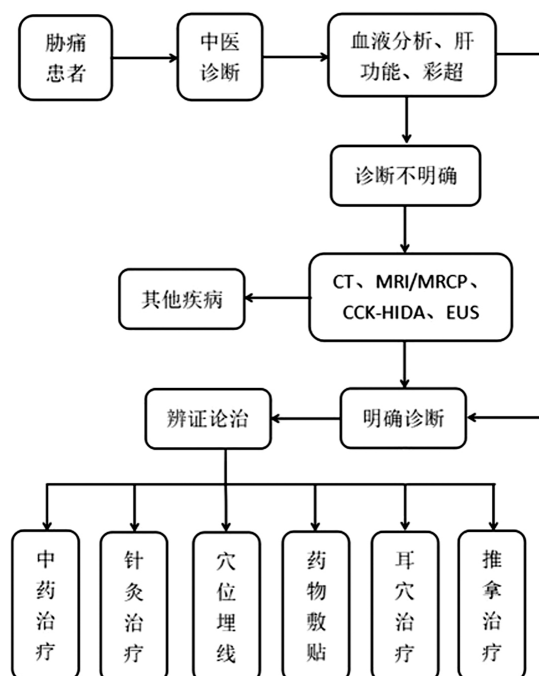


图 1 胁痛的中医干预流程示意图

姜 (推荐强度: B 级, 证据级别: III b 级)。

郁热化火者, 当清热泻火, 可予以下方药: 茵陈蒿汤 (《伤寒论》) 加减^[6-7]: 茵陈、栀子、大黄 (推荐强度: B 级, 证据级别: III b 级)。黄连解毒汤 (《外台秘要》) 加减^[8]: 黄连、黄芩、黄柏、栀子 (推荐强度: B 级, 证据级别: III b 级)。

2) 肝郁气滞证

病机: 肝气郁滞, 疏泄失常。

治法: 疏肝利胆, 理气解郁。

推荐方药: 柴胡疏肝散 (《景岳全书》) 加减^[9-10]: 柴胡、白芍、川芎、香附、枳壳、陈皮、甘草 (推荐强度: B 级, 证据级别: III b 级)。

肝郁乘脾者, 当疏肝健脾利胆, 用逍遥散 (《太平惠民和剂局方》) 加减^[11]: 柴胡、当归、白术、茯苓、白芍、甘草、薄荷、煨姜 (推荐强度: B 级, 证据级别: III b 级)。

3) 瘀血阻络证

病机: 瘀血内停, 阻滞络脉。

治法: 活血化瘀, 利胆止痛。

推荐方药: 血府逐瘀汤 (《医林改错》) 加减^[12]: 桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡 (推荐强度: B 级, 证据级别: III b 级)。

4) 肝胆湿热证

病机: 湿热蕴结, 升降失常。

治法: 清热利湿, 利胆通腑。

推荐方药: 龙胆泻肝汤 (《医方集解》)^[13] 加减: 龙胆草、黄芩、栀子、柴胡、车前子、泽泻、木通、生地黄、当归、甘草 (推荐强度: B 级, 证据级别: IIIb 级)。

如湿热与脾胃虚寒相兼, 当疏利肝胆、温脾通阳, 用柴胡桂枝干姜汤 (《伤寒论》) 加减^[14]: 柴胡、桂枝、干姜、黄芩、天花粉、牡蛎、炙甘草 (推荐强度: B 级, 证据级别: IIIb 级)。

5) 肝阴不足证

病机: 肝阴不足, 不荣脉络。

治法: 养阴柔肝, 清热利胆。

推荐方药: 一贯煎 (《续名医类案》) 加减^[15]: 北沙参、麦冬、当归、生地黄、枸杞子、川楝子 (推荐强度: B 级, 证据级别: IIIb 级)。

4.1.2 辨病论治

1) 胆囊炎: 为胆汁瘀滞, 不通则痛, 或胆络失荣、不荣则痛所致。急性者多见胆腑郁热证或肝胆湿热证; 慢性者可见肝郁气滞证、肝胆湿热证、肝阴不足证、瘀血阻络证^[16]。

2) 胆石症: 为肝失疏泄、脾失运化, 气滞湿蕴, 煎熬成石所致^[14], 多见胆腑郁热证。

3) 胆囊息肉: 肝胆疏泄失常, 脾胃运化不及, 气滞血瘀, 发为本病^[17], 多见肝郁气滞证及瘀血阻络证。

4) 胆道蛔虫症: 为蛔虫内扰, 聚于胆腑, 阻碍胆汁排泌, 不通则痛^[18], 多见肝胆湿热证、胆腑郁热证。

4.1.3 对症治疗 胁肋胀痛, 加青皮、川楝子、延胡索; 刺痛, 加刘寄奴、三七; 灼痛, 加菊花、赤芍; 隐痛, 加白芍、甘草。腹胀, 加枳实、厚朴、大腹皮; 身目黄染, 加茵陈、栀子; 恶心欲吐, 加姜竹茹、姜半夏、陈皮; 失眠, 加夜交藤、酸枣仁、茯神; 易怒, 加牡丹皮、珍珠母; 眩晕, 加钩藤、菊花; 口苦, 加龙胆草, 或黄连、吴茱萸; 小便黄赤, 加通草、车前草; 大便干结, 加大黄、玄明粉; 大便稀溏, 加白术、茯苓、车前子 (※推荐强度: C 级, 证据级别: IV 级)。伴胆石, 加金钱草、海金沙、鸡内金; 伴胆道蛔虫, 加乌梅、白芍 (※推荐强度: C 级, 证据级别: IV 级)。

4.1.4 名医经验 名医经验对中医药的传承、发展具有重要意义, 挖掘、整理名医经验, 有利于提高临床疗效。本指南列出部分现当代名医治疗胁痛的经验以供参考 (※推荐强度: C 级, 证据级别: IV 级)。

1) 颜德馨^[19]

病因病机: 肝胆郁滞, 湿热内蕴, 熬炼胆汁, 砂石郁阻, 不通则痛。

治则治法: 化瘀通腑、清肝利胆为治则。胆为中清之腑, 治宜清利; 肝为阴血之脏, 治宜条达。

临证用药: 若肝郁气滞甚者, 用柴胡、郁金、陈皮疏土达木; 肝胆湿热者, 用大黄、牡丹皮泻结热、助疏泄; 瘀象明显者, 用金钱草、赤芍除瘀通络; 中焦湿热、气机失和者, 用清半夏、黄芩、黄连、生麦芽协调气机升降。

2) 徐景藩^[20]

病因病机: 主要因肝胆疏泄失常所致, 以湿热蕴结为主, 亦有湿从寒化者。

治则治法: 随证运用清利通导、疏肝理气、疏肝健脾、降胆和胃、寒温并用、利胆通心六法。

临证用药: 胁痛显著、大便欠畅者, 加大黄、芒硝; 黄疸者, 加茵陈、炙鸡内金、海金沙; 恶心呕吐者, 加陈皮、生姜、黄连; 热盛者, 加金银花、青蒿、虎杖、蒲公英等; 皖痞、苔腻, 加苍术、厚朴、茯苓; 痛久不已, 状如针刺, 舌质淡暗者, 加红花、莪术。

3) 任继学^[21]

病因病机: 肝郁不伸、湿热内壅。

治则治法: 疏肝解郁, 清热利湿。

基本方药: 利胆解郁汤 (柴胡、茵陈、马齿苋、金银花、川楝子、延胡索)。

4) 熊继柏^[22]

病因病机: 辨清属虚与实、在气与血。实证分气滞、瘀血、湿热所致; 虚证主要涉及肝阴不足、肝郁脾虚。

治则治法: 用药注重调理气机, 或疏肝理气, 或清热利湿, 或祛瘀通络, 强调必兼顾脾胃。

5) 朱培庭^[23]

治则治法: 主张“胆病从肝”论治。

分期辨证: 胆石症静止期分为肝胆气郁与肝阴不足证, 分别以疏肝解郁与滋养肝阴法治疗; 而急性发作期分为蕴热期、湿热期、热毒期分别采用疏肝利胆、清热化湿、通下解毒治法。

4.1.5 药对及药物组合

枳实、厚朴: 能除胀消痞, 适于胁痛兼见肝气犯胃者^[22] (熊继柏经验)。

延胡索、川楝子: 能活血行气止痛, 适于气滞血瘀兼见者^[22] (熊继柏经验)。

金钱草、海金沙、鸡内金、郁金: 能除胀消痞, 适用于以右侧胁肋及背部疼痛为主症的胆石症。

患者^[2] (熊继柏经验)。

白芍、制何首乌、枸杞子:能滋养肝肾之阴,适用于证属肝阴不足者^[23] (朱培庭经验)。

大黄、红藤、蒲公英:能清热凉血、通腑解毒,治疗急性胆囊炎、急性胆管炎,尤宜于属肝胆湿热、热势偏重者^[23] (朱培庭经验)。

4.1.6 临证要点 胁痛用药宜顺应肝胆生理特性,邪实为主,可峻药猛攻,但不可过用,中病即止;用补益药物时,应兼以疏通,防过补壅滞碍胃 (※推荐强度: C 级,证据级别: IV 级)。

胁痛常用药物包括:柴胡、当归、甘草、茵陈、白芍、茯苓、郁金、栀子、大黄、延胡索、木香、山楂、香附、枳壳、白术、川楝子、川芎、丹参、赤芍、陈皮;常用对药有:甘草-柴胡、白芍-柴胡、甘草-白芍、黄芩-柴胡、郁金-柴胡、枳壳-柴胡、白芍-当归、白芍-郁金、甘草-郁金^[24-25]。

药物在煎煮前宜用水浸泡 20~30 min,用砂锅煎煮。每日 1 剂,煎煮 2 次,将药汁混匀后,分 2 或 3 次服,每次量约 200 ml (※推荐强度: C 级,证据级别: IV 级)。

4.2 针灸治疗

4.2.1 辨证论治 参考采用针灸辨证论治方法干预胁痛的文献^[26-27]整理而来 (※推荐强度: C 级,证据级别: IV 级)。

1) 胆腑郁热证 取穴:期门、阳陵泉、足临泣、承山、支沟。配穴:热毒炽盛,加大椎、公孙、膈俞、曲池。

2) 肝郁气滞证 取穴:肝俞、期门、内关、太冲。配穴:兼脾胃气虚,加脾俞、中脘、阴陵泉、天枢。

3) 瘀血阻络证 取穴:膈俞、血海、三阴交、期门、章门。

4) 肝胆湿热证 取穴:至阳、肝俞、胆俞、丘墟、太冲。配穴:兼脾胃虚寒,加中脘、中极。

5) 肝阴不足证 取穴:肝俞、肾俞、三阴交、太溪。

4.2.2 辨病论治 根据针灸治疗专病的临床文献^[26-34]整理而来 (推荐强度: B 级,证据级别: III b 级)。

1) 胆囊炎 取穴:阳陵泉、胆俞、足三里、中脘、日月、期门、胆囊、太冲^[28-31]。

2) 胆石症 取穴:日月、期门、胆俞、肝俞、阳陵泉、丘墟、太冲等^[32-33]。

3) 胆囊息肉 取穴:胆俞、胆囊、阳陵泉、足三里^[34]。

4.2.3 对症论治 胀痛,加行间、太冲;刺痛,加膈俞、血海;灼痛,加足三里、阴陵泉;隐痛,加肝俞、肾俞;绞痛,加章门、胆囊^[3]。发热,加大椎、曲池;恶心呕吐,加中脘、内关;腹胀、便秘或便溏,加天枢;黄疸,加至阳;伴结石,加足临泣、胆俞;伴胆道蛔虫,加胆囊、胆俞、日月^[6]。

4.2.4 名医经验 对于胆囊炎引起的胁痛,取穴:胆囊、胆俞、至阳、太冲、郄门 (吴旭经验)^[57]。对于胆石症引起的胁痛,取穴:巨阙、不容、期门、日月、足三里、阳陵泉、太冲 (邱茂良经验)^[58]。

4.2.5 临证要点 临证可结合病情,酌情将辨证取穴、辨病取穴以及对症取穴参合对照,可配合耳穴,亦可配合药物治疗。操作方法:以毫针为主,可单用,也可配合艾灸、电针等。

4.3 其他治疗

4.3.1 穴位埋线 穴位埋线疗法根据相关临床文献^[59]整理得出 (推荐强度: C 级,证据级别: IV 级)。

取穴:阳陵泉、膈俞、中脘、胆俞、日月、足三里、肝俞、期门、胆囊。

操作方法:标记预计埋线穴位,常规消毒,持针刺入皮下至所需深度,出现针感后,边推针芯边退针管,使羊肠线埋植在穴位皮下或肌层内,外敷无菌敷料,胶布固定 24 h。每周 1 次,每个疗程 6 周。

4.3.2 药物敷贴 药物敷贴疗法根据相关临床文献^[40-42]整理得出 (※推荐强度: C 级,证据级别: IV 级)。

双柏散:大黄、侧柏叶、黄柏、泽兰、薄荷,适用于证属湿热蕴结者。用法:药末以蜜调和,敷贴胆囊区,每次 7 h,每日 2 次,每个疗程 7 日。

肝舒贴:黄芪、夏枯草、莪术、穿山甲等,适用于证属肝郁脾虚血瘀者。取穴:肝俞、足三里、章门、期门、日月。用法:将药物敷贴于相应穴位,2 日 1 次,每个疗程 2 周。

消炎化瘀膏:黄柏、桃仁、玄胡、冰片,适用于证属湿热瘀血互结者。用法:药末用凡士林调成膏剂,直径 3~5 cm,以纱布覆盖,外敷于胆囊区,每日 1 次,每个疗程 7 日。

4.3.3 耳穴治疗 耳穴疗法根据相关临床文献^[43-45]整理得出 (推荐强度: B 级,证据级别: III b 级)。主穴:胰胆、肝、胆、内分泌、神门、三焦、交感、耳迷根、皮质下。配穴: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。操作方法:取 3~5 个主穴,结合兼症选 1~2 个配穴。王不留行籽常规消毒后,固定于相应耳穴,每日按 5~7 遍,每次每穴按 15~20 次,以能耐受为宜。每次贴压单侧耳穴,3 日换帖,两侧交替,换贴 10 次为 1 个疗程。

4.3.4 推拿治疗 推拿治疗方案根据相关临床文献整理^[46-47]得出(推荐强度: B 级,证据级别: III b 级)。指压法:取穴:胆俞、肝俞。方法:嘱患者身体放松,医者用拇指或食指指腹紧贴在所取穴位上,徐徐向下用力施压,持续 30 s 后放松,交替按压其他穴位,至患者产生温热与酸麻胀感。按摩法:取穴:膈俞、肝俞、胆俞、督俞、巨阙、胆囊、建里。方法:术者以拇指指腹,大、小鱼际,或掌根部在取穴处按揉,以腕关节转动回旋来带动前臂进行操作,每分钟 80~100 次,每次 15~20 min,每日 2 次,5 天为 1 个疗程。

4.4 调摄护理

4.4.1 心理调护 医者通过解释、安慰、鼓励,使患者对疾病消除疑虑,振作精神,树立信心,以利气机调达。

4.4.2 饮食调护 胆囊炎患者以低脂、低胆固醇、适量蛋白和高维生素饮食为宜,少量多餐,勿暴饮暴食、忌生冷辛辣腥荤、禁食煎炸油腻食品,急性发作期应禁食或无脂饮食。肝气郁滞证宜食芹菜、白菜、丝瓜以疏肝利胆,忌食豆类、红薯、南瓜防壅阻气机;瘀血阻络证宜食山楂等以疏肝活血;肝胆湿热证宜食薏苡仁、黄瓜、芹菜、冬瓜以清热利湿;胆腑郁热证宜食苦瓜、菊花以清热泻火^[48]。

4.4.3 生活调护 注意劳逸结合,寒温适宜,限烟限酒。已患急、慢性胆囊炎患者,应积极治疗,按时服药,预防复发。起居有常,防止过劳,避免过度紧张,适当运动。

4.5 随访

慢性胆囊炎、胆囊结石患者一般预后良好,无明显症状可定期(3 个月)超声或 CT 随访,如出现症状,或症状反复者,尤其是胆绞痛患者,需积极处理,必要时行外科手术。胆囊息肉需警惕其为恶性息肉情况:息肉直径 > 10 mm,或随访期间如胆囊长径或宽径增大 ≥ 2 mm,可行胆囊切除术;在 6~9 mm 可定期(6 个月及 1、2、3、4、5 年)复查彩超; < 6 mm,3 年内每年复查 1 次,多发胆囊息肉应注意随诊^[49]。胆囊上皮化生与微结石的关系密切,常隐匿发病或长期处于症状轻微状态,

应定期 CT 或 B 超随访,以及早发现、诊断、治疗胆囊癌^[50]。

5 指南制定方法

5.1 制定小组

世界中医药学会联合会消化病专业委员会于 2017 年 5 月在北京成立了《胁痛中医临床实践指南》制定小组。

5.2 证据检索

5.2.1 古代文献 手工检索《黄帝内经》《难经》《伤寒论》《金匱要略》《肘后备急方》《诸病源候论》《千金方》《外台秘要》《脾胃论》《丹溪心法》《名医杂著》《景岳全书》《类证治裁》《证治汇补》《张氏医通》《临证指南医案》等医籍,查询有关“胁痛”的描述。

5.2.2 现代文献 以“胁痛”“急性胆囊炎”“慢性胆囊炎”“胆石症”“胆囊息肉”“胆道蛔虫症”为检索词,检索中国期刊全文数据库(CNKI)、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献数据库、中国优秀硕士学位论文全文数据库、中国中医药文献数据库、超星数字图书馆;以“acute cholecystitis”“chronic cholecystitis”“cholelithiasis”“gallbladder polyps”“biliary ascariasis”为关键词,检索 PubMed 等外文医学信息资源检索平台,检索年限为建库至 2017 年 5 月 31 日。

5.3 证据筛选

文献纳入标准:研究类型为中医药关于胁痛(主要是急慢性胆囊炎、胆石症、胆囊息肉、胆道蛔虫症)的病名、病因、病机、诊断、治疗、预防调护的文献;病例数 ≥ 20 例。

文献排除标准:诊断标准、疗效标准不明确者;合并其他系统严重并发症者;明显与指南不相关的文献或重复文献。

5.4 证据评价

对所纳入的临床文献进行文献资料提取,按以下方法分别做出文献评价。随机临床试验的评价采用改良 Jadad 量表评分,非随机临床试验的评价采用 MINORS 条目评分。

5.5 推荐意见形成以及指南评价

制定小组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相关关键问题进行总结讨论,形成本指南初稿,并按照德尔斐法进行了 3 轮投票。2017 年 11 月、2018 年 2 月分别进行了第一轮、二轮投票,开发小组根据专家意见

进行了修改; 于 2018 年 3 月召开核心专家审稿会, 对本指南 (草案) 进行了第三轮投票, 并召开了专家论证会议定稿, 完成了本次指南的制定。表选择: 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。

附: 指南制定小组成员及共识专家名单

指南编制项目组长: 唐旭东

副组长: 温艳东、王凤云

项目秘书: 吕林、赵迎盼

执笔人: 时昭红*, 吕宾, 杜念龙, 张书、石拓

指南编写体例核查人员: 马祥雪、张佳琪、谢璟仪、李娟娟、李夏、石啸双、尹晓岚、马唯、张敏、段园志、马金鑫

指南第一轮、第二轮德尔菲法函审专家 (按姓氏笔划排列): 王凤云、王垂杰、王宪波、王捷虹、毛宇湘、甘淳、白光、朱莹、朱生樑、刘凤斌、苏娟萍、李志、李健、李保双、李振华、杨强、杨少军、杨国红、时昭红、汶明琦、沈洪、张声生、赵文霞、柯晓、钦丹萍、徐进康、凌江红、郭朋、梁健、琚坚、董明国、曾斌芳、温艳东、谢晶日、蔡敏、廖小林、颜勤、潘洋、魏玮

指南会审专家 (按姓氏笔划排列): 王敏、王凤云、王垂杰、王彦刚、王宪波、王捷虹、叶松、冯培民、朱莹、任顺平、刘力、刘凤斌、刘启泉、李军祥、李保双、李振华、李慧臻、杨倩、杨胜兰、时昭红、沈洪、张声生、张学智、陈苏宁、陈涤平、季光、周正华、鱼涛、孟立娜、赵文霞、胡玲、柯晓、钦丹萍、徐进康、郭朋、郭绍举、唐旭东、黄绍刚、黄恒青、黄穗平、蒋健、舒劲、温艳东、谢胜、魏玮

* 通讯作者: zhaohshi@126.com

参考文献

- [1] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 89.
- [2] 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]. 中西医结合消化杂志, 2017, 25(4): 241-246.
- [3] 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.
- [4] 李敏. 大柴胡汤加减治疗慢性胆囊炎 252 例 [J]. 陕西中医, 2009, 30(5): 557-558.
- [5] 吴晖. 大柴胡汤加减治疗急性胆囊炎 73 例 [J]. 河南中医, 2011, 31(12): 1359-1360.
- [6] 廖茜珣, 罗晓光, 俞裕天, 等. 清肝利胆胶囊联合左氧氟沙星治疗肝胆湿热型慢性胆囊炎临床疗效观察 [J]. 中药药理与临床, 2017, 33(1): 201-204.
- [7] ZHANG J. Clinical observation of treatment of senile cholecystitis and senile cholelithiasis by integrated traditional Chinese and Western medicine [J]. Chin J Integ Med, 1998, 4(1): 48-50.
- [8] 应佑华, 王征, 郑海文. 柴胡四黄汤治疗慢性胆囊炎的临床疗效及对细胞因子的影响 [J]. 中国中药杂志, 2008, 33(12): 1471-1472.
- [9] 谢胜, 冯金娟. 柴胡疏肝散加味治疗慢性胆囊炎的疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(8): 1341-1342.
- [10] 聂山文, 路小燕. 柴胡疏肝散加减联合茴三硫胶囊治疗慢性胆囊炎 30 例 [J]. 中医杂志, 2014, 55(4): 342-343.
- [11] 宋晓鸿. 金威逍遥汤治疗肝郁脾虚型慢性胆囊炎 183 例 [J]. 辽宁中医杂志, 1998, 25(8): 358-359.
- [12] 郭汇浩, 冯娥. 血府逐瘀汤治疗胆囊炎 100 例 [J]. 吉林中医药, 2006, 26(1): 36.
- [13] 姜凯, 黄立秋. 龙胆泻肝汤对急性胆囊炎患者治疗效果的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(6): 1255-1257.
- [14] 朱子奇, 郑立升. 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]. 中国中西医结合消化杂志, 2007, 15(5): 334-335.
- [15] 李春艳, 周建民. 一贯煎治疗胆囊炎 100 例临床观察 [J]. 吉林医学, 1995, 16(2): 91.
- [16] 吴欣. 中医药治疗胆石症综述 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(6): 244-247.
- [17] 陈润东, 黄丽, 江慧玲, 等. 胆囊息肉样病变患者中医体质特点分析 [J]. 广州中医药大学学报, 2013, 30(2): 133-135.
- [18] 李金龙, 何平, 张福鑫, 等. 中西医结合治疗胆道蛔虫症 67 例报告 [J]. 中国医药导报, 2009, 6(28): 86-87.
- [19] 高尚社. 国医大师颜德馨教授辨治慢性胆囊炎验案赏析 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(5): 7-8.
- [20] 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.
- [21] 任继学. 利胆解郁汤 [J]. 中医杂志, 1989, 30(2): 42.
- [22] 姚欣艳, 李点, 何清湖, 等. 熊继柏教授辨治胁痛经验 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(3): 790-792.
- [23] 许文捷, 高炬. 名老中医朱培庭教授治疗胆石症角药摘菁 [J]. 四川中医, 2016, 34(10): 11-12.
- [24] 唐仕欢, 申丹, 杨洪军. 《中药成方制剂》中治疗疼痛方剂的用药规律比较 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(1): 58-61.
- [25] 赵艳青, 滕晶. 基于中医传承辅助平台的胁痛治疗方剂组方用药规律分析 [J]. 中国中药杂志, 2015, 40(6): 1203-1206.

- [6] 项平,夏有兵. 承淡安针灸经验集 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004.
- [7] 邱茂良,孔昭遐,邱仙灵. 针灸治法与处方 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2009.
- [8] 陶正新. 穴位诊断并以针灸为主治疗慢性胆囊炎、胆系结石 167 例 [J]. 中国针灸, 1986, 6(2): 20.
- [9] 兰辛键,刘亚萍,孙忠人. 针刺左右胆经穴位对慢性胆囊炎疗效的影响 [J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(3): 187-188.
- [10] 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.
- [11] 杨智勇. 针刺配合药物对慢性胆囊炎急性发作期镇痛效果临床研究 [J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(3): 291-294.
- [12] 郑兆俭. 针刺治疗胆石症疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(3): 18-19.
- [13] 张庆年. 针刺治疗胆石症 216 例临床观察 [J]. 中国针灸, 1986, 6(6): 9-11.
- [14] 李健,宋杰,郭绍举,等. 针药治疗胆囊息肉 110 例临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2010, 7(6): 539.
- [15] 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, 19(4): 12-13.
- [16] 罗桂珍,杨万铎. 电针治疗胆道蛔虫症 63 例报告 [J]. 中国针灸, 1993, 13(4): 26-27.
- [17] 吴晓亮,陆斌,孙建华,等. 吴旭教授针灸治疗急性上腹痛临证经验举隅 [J]. 中国针灸, 2014, 34(3): 289-291.
- [18] 吴中朝,何崇. 邱茂良教授消化道疾病针灸“三宜”治略 [J]. 中国针灸, 2012, 32(4): 377-381.
- [19] 宋宏杰,宋洪涛. 穴位埋线治疗慢性胆囊炎疗效观察 [J]. 中国针灸, 2000, 20(9): 533-534.
- [20] 王百林,翟淑萍,刘增军,等. 双柏散外敷治疗急性胆囊炎外治技术探讨 [J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(9): 1806-1810.
- [21] 赵钢,陈建杰. 王灵台教授论述穴位敷贴透皮剂肝舒贴作用机制 [J]. 中华中医药学刊, 2003, 21(6): 846-847.
- [22] 孙以民,杨义,徐健民. 消炎化瘀膏外敷治疗慢性胆囊炎 [J]. 山东中医杂志, 1998, 17(4): 159-160.
- [23] 毛智荣. 耳穴贴压法治疗慢性胆囊炎 43 例临床观察 [J]. 中医药学报, 2003, 31(3): 28-29.
- [24] 郭振丽,徐庆会,陈少宗. 针刺耳胆胆穴对慢性胆囊炎患者胆囊动力学的影响 [J]. 中医杂志, 2011, 52(20): 1755-1758.
- [25] 滕凯,李依群. 耳穴埋敷结合体针治疗胆囊炎胆石症 100 例临床分析 [J]. 中国中西医结合杂志, 1986, 6(2): 111-112.
- [26] 王若东. 指压穴位法治疗胆绞痛 45 例 [J]. 中医杂志, 1994, 35(3): 147.
- [27] 寇惠英,魏铭,齐传厚. 推拿背部压痛区(点)治疗慢性胆囊炎 110 例分析 [J]. 山东中医杂志, 1992, 11(4): 31-32.
- [28] 胡晓曼. 中医护理干预在胆囊炎、胆石症患者中的应用 [J]. 世界中医药, 2015, 10(11): 260.
- [29] WILES R, THOENI RF, BARBU ST, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps [J]. Euro Radiol, 2017, 27(9): 3856-3866.
- [30] SERETIS C, LAGOUDIANAKIS E, GEMENETZIS G, et al. Metaplastic changes in chronic cholecystitis: implications for early diagnosis and surgical intervention to prevent the gallbladder metaplasia-dysplasia-carcinoma sequence [J]. J Clin Med Res, 2014, 6(1): 26-29.

(收稿日期: 2018-06-14; 修回日期: 2018-08-03)

编辑: 柴倩云

(上接第 360 页)

- [7] 王子谟,王晓萍. 试论“五脏以心为主导”理论的建立: 兼议五脏与五行的配属关系 [J]. 世界中西医结合杂志, 2007, 2(9): 501-504.
- [8] 刘熙. 释名 [M]. 北京: 中华书局, 2016: 27.
- [9] 礼记 [M]. 陈澧,注. 金晓东,校点. 上海: 上海古籍出版社, 2016.
- [10] 郑玄,注. 孔颖达,疏. 礼记正义 [M]. 吕友仁,整理. 上海: 上海古籍出版社, 2008.
- [11] 郑玄,注. 贾公彦,疏. 周礼注疏 [M]. 彭林,整理. 上海: 上海古籍出版社, 2010: 155.
- [12] 黄帝内经灵枢 [M]. 史崧,校订. 李云,邱浩,萧红艳,重校. 北京: 学苑出版社, 2013.
- [13] 金良年. 孟子译注 [M]. 上海: 上海古籍出版社, 2016: 268.
- [14] 尚书 [M]. 中华文化讲堂,注译. 北京: 团结出版社, 2017: 198.
- [15] 廖育群. 重构秦汉医学图像 [M]. 上海: 上海交通大学出版社, 2012: 147-167.
- [16] 郑玄,注. 贾公彦,疏. 仪礼注疏 [M]. 王辉,整理. 上海: 上海古籍出版社, 2008: 1479.
- [17] 郑敏麟. 纠正千古谬误: 中医“脾”在解剖学上对应的脏器非脾非胰而是肝 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(12): 72-75.
- [18] 乔富渠,孟黎明. “脾”含胰、脾浅析 [J]. 陕西中医, 2003, 24(10): 912-914.
- [19] 凌耀星. 难经校注 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 69.

(收稿日期: 2019-07-29; 修回日期: 2019-10-09)

编辑: 崔京艳