

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 005-2024

胆囊炎中西医结合诊疗专家共识

Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Cholecystitis with the
Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

2024-12-18 发布

2024-12-18 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前 言	I
引 言	IV
胆囊炎中西医结合诊疗专家共识	5
1 范围	5
2 术语和定义	5
3 流行病学	6
4 发病因素和病因病机	7
4.1 现代医学对发病因素的认识	7
4.2 中医病因病机	7
5 诊断	7
5.1 西医诊断	7
5.2 中医证候诊断	13
6 中西医结合治疗	15
6.1 治疗原则	15
6.2 西医治疗	16
6.3 中医药治疗	23
6.4 中医外治法	35
6.5 中西医结合治疗要点	39
6.6 诊疗流程图	43
7 疗效评定标准	44
7.1 疗效评定方法	44

7.2 疗效评价标准	44
附 录	46
缩略词表	46
GRADE 系统推荐强度等级和证据质量评价与推荐标准	48
参考文献	49

前 言

本共识按照 GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》起草。

本共识由中国中西医结合学会提出并归口管理。

本共识主要起草单位：华中科技大学同济医学院附属协和医院

本共识负责人：杨胜兰（华中科技大学同济医学院附属协和医院）

本共识主要执笔人：杨胜兰（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、李民（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）、章梦琪（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、毛堂友（北京中医药大学东方医院）

本共识工作组成员：杨胜兰（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、李民（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、唐旭东（中国中医科学院西苑医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）、韩萍（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、刘成海（上海中医药大学附属曙光医院）、时昭红（武汉市中西医结合医院）

本共识讨论专家组成员（按姓氏拼音排序）：白光（辽宁中医药大学附属医院）、白文元（河北医科大学第二医院）、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）、储浩然（安徽中医药大学第二附属医院）、党中勤（河南省中医院）、丁霞（北京中医药大学东直门医院）、甘淳（江西中医药大学第二附属医院）、郭晓燕（西安交通大学第二附属医院）、韩萍（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、郝微微（上海中医药大学附属龙华医院）、胡玲（广州中医药大学第一附属医院）、黄恒青（福建省第二人民医院）、黄绍刚（广州中医药大学第一附属医院）、

黄穗平（广东省中医院）、季光（上海中医药大学附属龙华医院）、江学良（济南军区总医院）、姜莉云（昆明市中医院）、柯晓（福建中医药大学附属第二人民医院）、蓝宇（北京积水潭医院）、冷炎（长春中医药大学附属医院）、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）、李民（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、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）、李延萍（重庆市中医院）、李岩（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）、李勇（上海市中医医院）、梁超（成都中医药大学附属医院）、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）、刘华一（天津市中医药研究院附属医院）、刘力（陕西中医药大学附属医院）、刘启泉（河北省中医院）、刘震（中国中医科学院广安门医院）、骆云峰（福建中医药大学附属第二人民医院）、吕宾（浙江中医药大学附属第一医院）、钦丹萍（浙江省中医院）、沈洪（江苏省中医院）、时昭红（武汉市中西医结合医院）、舒劲（甘肃省中医院）、苏娟萍（山西省中医院）、孙志广（南京中医药大学第二附属医院）、唐旭东（中国中医科学院西苑医院）、唐艳萍（天津市中西医结合医院南开医院）、唐志鹏（上海中医药大学附属龙华医院）、田旭（中国医学科学院北京协和医院）、田耀洲（江苏省中西医结合医院）、汪龙德（甘肃中医药大学附属医院）、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）、王宪波（首都医科大学附属北京地坛医院）、王彦刚（北京中医药大学第三附属医院）、魏玮（中国中医科学院望京医院）、温艳东（中国中医科学院西苑医院）、肖冰（南方医科大学南方医院）、谢胜（广西中医药大学第一附属医院）、徐健众（重庆市中医院）、杨玲（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、杨倩（河北省中医院）、杨胜兰（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、叶蔚（杭州中医院）、鱼涛（陕西省中医医院）、袁红霞（天津中医药大学附属保康医院）、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）、赵鲁卿（首都医科大学附属北京中医医院）、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）、郑立升（福州市中医院）、郑培永（上海中医药大学附属龙华医院）、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）、朱西杰（宁夏医科大学附属中医医院）、朱莹（湖南中医药大学第二附属医院）

引 言

胆囊炎（cholecystitis）是全球最常见的外科疾病之一，根据疾病发病急缓和发病经过分为急性胆囊炎（acute cholecystitis, AC）和慢性胆囊炎（chronic cholecystitis, CC）。2017 年至今，欧洲、亚太、美国、中国相继更新原指南，发布了胆囊炎临床诊疗的最新西医实践指南。现有国内指南如 2017 年《胆囊炎中医诊疗专家共识意见》、2018 年《急性胆囊炎中西医结合诊疗共识意见》、2018 年《中国慢性胆囊炎胆囊结石内科诊疗共识意见》、2020 年《消化系统常见病急慢性胆囊炎胆石症中医诊疗指南（基层医生版）》，这些标准的制定对胆囊炎的中西医结合诊治均有较高的指导意义和应用价值。

近年来胆囊炎的诊疗取得很多进展，尤其是腹腔镜手术方式的成熟与应用，与此同时中西医结合诊治胆囊炎亦积累了丰富的经验与相关的循证证据，有必要对中西医结合诊疗共识意见进行更新，以更好的发挥中西医结合优势，实现临床治疗效果的最大化，并满足临床、教学和科研的需求。鉴于此，本项目组在中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会于 2017 年发布的《胆囊炎中医诊疗专家共识意见》及 2018 年《急性胆囊炎中西医结合诊疗共识意见》的基础上，对共识意见进行更新。

胆囊炎中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本指南围绕“中西医结合诊疗胆囊炎”主题，以2017年《胆囊炎中医诊疗专家共识意见》及2018年《急性胆囊炎中西医结合诊疗共识意见》为基础，结合胆囊炎国内外最新指南共识及前沿理论成果，从疾病概念、西医诊断、治疗原则、中医辨证分型、理法方药、中成药使用、中医适宜技术、中西医结合诊治要点、中西医结合诊疗流程和疗效评定等方面详细展开，为临床用药提供证据支持，规范临床中西医结合的诊疗路径，建立统一的疗效评价标准。

本指南适用于中医、中西医结合临床工作者对胆囊炎中西医结合诊疗进一步规范化；适用于科研人员对本病危险因素、病理机制、药品研发等做进一步探索，加强对疾病的认识；也供医学院高年级学生及医学爱好者阅读学习。

本共识规范性引用文件主要包括：2017年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》、2018年日本肝胆胰腺外科学会（JSHBPS）急性胆囊炎东京指南(TG18)、2018年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会《急性胆囊炎中西医结合诊疗共识意见》、2018年中华医学会消化病学分会《中国慢性胆囊炎胆囊结石内科诊疗共识意见》、2020年世界急诊外科学会（WSES）《急性结石性胆囊炎的诊断和治疗》、2020年中华中医药学会脾胃病分会《消化系统常见病急慢性胆囊炎胆石症中医诊疗指南（基层医生版）》、2021年中华医学会外科学分会《急性胆道系统感染的诊断和治疗指南》、2021年中华医学会外科学分会《胆囊良性疾病外科治疗的专家共识》。

2 术语和定义

2.1

胆囊炎 Cholecystitis

是指胆囊壁的急慢性炎症反应。根据发病急缓分为急性胆囊炎（acute cholecystitis, AC）和慢性胆囊炎（chronic cholecystitis, CC）。《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。”胆囊炎根据其右上腹疼痛或右胁肋胀满的临床特点，可归属于“胁痛”“胆胀”的范畴^[1]。

2.2

急性胆囊炎 Acute Cholecystitis, AC

是由于胆囊管梗阻、化学性刺激和细菌感染等引起的胆囊急性炎症性病变。90%~95% 的患者与胆结石相关的胆囊管梗阻有关，称为急性结石性胆囊炎（acute calculous cholecystitis, ACC）；5%~10% 的急性非结石性胆囊炎（acute acalculous cholecystitis, AAC），多由严重创伤、烧伤、手术后及感染等因素所致，危重病患者约占 0.2%~0.4%，多达 50% 的患者会发展为坏疽、胆囊积脓和穿孔^[2, 3]。

2.3

慢性胆囊炎 Chronic Cholecystitis, CC

是胆囊慢性炎症性病变，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，其临床表现差异较大，可表现为无症状、反复右上腹不适或腹痛，也可出现急性发作^[4]。

3 流行病学

全球范围内约 20% 的人群患有胆囊结石，约 1/3 最终会变为胆囊炎，女性发病率约为男性的 2 倍。其中，急性结石性胆囊炎以女性多见，在 50 岁之前其发病率是男性的 3 倍；急性非结石性胆囊炎多见于 50 岁或以上的患者，男性的发病率至少是女性的 3 倍^[3]。流行病学调查结果显示，10%~15% 的人群患有胆道结石，其中 1%~3% 的人群每年发生急性胆囊炎或急性胆管炎^[5]。我国成人

慢性胆囊炎患病率为 0.78%~3.91%，发病率随年龄增长而上升，50 岁左右为发病高峰年龄^[6, 7]。

4 发病因素和病因病机

4.1 现代医学对发病因素的认识

急性胆囊炎的发病因素诸多，主要包括胆囊管梗阻、胆汁淤积和细菌感染等。而慢性胆囊炎的病因，主要包括胆囊结石、细菌、寄生虫和病毒等病原体感染、胆囊排空障碍以及胆囊缺血等。

4.2 中医病因病机

中医认为情志不遂、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。胆囊炎病位在胆腑，与肝、脾、胃脏腑功能失调相关。其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，归因于“湿，热，毒，滞”。其中，急性胆囊炎以“热，毒”为主，慢性胆囊炎以“湿，热”为主。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。慢性胆囊炎反复发作，则可见“脾虚，阴虚”。

5 诊断

5.1 西医诊断

5.1.1 临床表现

5.1.1.1 急性胆囊炎

①症状：右上腹急性疼痛为主，开始时仅有右腹胀痛，逐渐发展至阵发性绞痛；病情进一步发展，疼痛可为持续性、阵发加剧；疼痛可放射至右侧肩部、肩胛和背部；夜间发作常见，饱餐、进食油腻食物为常见诱发因素。常伴发热、恶心、呕吐等典型症状。一般表现为轻度至中度发热。发热的敏感性为 31%~62%，10%~20%的患者可出现轻度黄疸^[8]。

②体征：常发现右上腹压痛，可伴有反跳痛、腹肌紧张，或墨菲征（Murphy）阳性。有些患者可触及肿大胆囊并有触痛。Murphy 征阳性对急性胆囊炎的敏感性为 62%，特异性为 96%^[9]。

③并发症：若急性胆囊炎的病程未得到及时控制，可导致近、远期并发症。近期并发症包括胆囊穿孔、胆汁性腹膜炎、胆囊周围脓肿、肝脓肿等；远期并发症包括胆囊结肠瘘、胆囊十二指肠瘘、胆囊 - 胆管瘘等。如胆囊炎伴胆囊管持续阻塞时，可发生胆囊积脓，此时症状加重，表现为高热和剧烈右上腹痛，极易发生穿孔；胆囊管长期阻塞，胆囊内无细菌感染，易并发胆囊积水或黏液囊肿，胆囊肿大，临床上在右上腹可触及一无痛性或轻度压痛的肿大胆囊；胆囊在坏疽的基础上并发穿孔，穿孔局部常被网膜包绕，不被包绕者死亡率可达 30%等。

5.1.1.2 慢性胆囊炎

①症状：常见反复发作的右上腹不适或右上腹痛，其发作常与油腻饮食、高蛋白饮食有关，多发生于夜间和饱餐后，常伴有暖气、饭后饱胀、腹胀和恶心等胆源性消化不良的症状。急性发作时，可出现胆绞痛，每次持续数小时，可向右侧肩胛下区放射。一般无发热、黄疸。发作间歇期，可无任何症状。

②体征：通常无明显阳性体征，部分患者可有右上腹压痛。慢性胆囊炎急性发作时，可有胆囊触痛或 Murphy 征阳性。

③并发症：如慢性胆囊炎急性发作，易导致胆囊内胆汁淤积合并感染，如果感染未能及时控制，胆囊壁会出现坏疽，最终可导致胆囊穿孔，临床上可出现感染性休克症状，危及生命。其他常见并发症包括急性胆源性胰腺炎、Mirizzi 综合征、结石性肠梗阻、胆囊癌以及慢性胆囊炎合并胆囊息肉等。

5.1.2 相关检查

5.1.2.1 实验室检查

包括血常规、血生化（关注肝功能、胆红素、血清淀粉酶和脂肪酶等）、尿淀粉酶、凝血功能、血清炎性因子 C 反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）、红细胞沉降率（ESR）、尿常规、大便常规等检查，当病情危重时应查血气分析；可同时查血清肿瘤标记物癌胚抗原（CEA）、糖类抗原 19-9（CA19-9）和糖类抗原 125（CA125）等排除癌变可能；必要时行外周血细菌学培养；在能

获得胆汁的情况下，所有急性胆囊炎患者，尤其是重度感染患者应进行细菌学培养。

5.1.2.2 影像学检查

①超声检查：是急性胆囊炎的首选影像学检查手段，其灵敏度和特异度分别为 81% 和 83%^[5]（见图 1）。典型表现为胆囊肿大（前后径 ≥ 4 cm，长度 ≥ 8 cm）、胆囊壁增厚（ ≥ 3 mm）或毛糙；胆囊壁可显示出强弱不同的两种回声，呈“双边征”，多伴有胆囊结石；若胆囊腔内出现稀疏或密集的分布不均的细小或粗大回声斑点，呈云雾状，则考虑胆囊积液；若胆囊壁局部膨出或缺损，以及胆囊周围出现局限性积液，则考虑胆囊坏疽穿孔。

常规腹部超声检查也是诊断慢性胆囊炎最常用、最有价值的检查方法，慢性胆囊炎典型超声图像呈胆囊壁增厚或伴有胆囊结石，对胆囊结石诊断准确率可达 95%以上^[10]。如胆囊管阻塞所致的胆囊炎，则可见胆囊肿大，病程较长者可见胆囊萎缩，变形。早期胆囊壁轻度增厚 >3 mm 或无明显增厚，仅内壁线粗糙，回声增强。如果炎症明显，胆囊壁增厚，回声增强，边缘模糊，胆囊壁可有低回声带，胆囊内回声可见点状、条状、云絮状或团块回声，甚至伴有声影；体位改变时可见其缓慢移动变形。脂餐试验显示胆囊收缩功能降低或丧失。少数病例因胆囊萎缩，胆囊显示不清，仅可见胆囊区出现一弧形光带，后壁显示不清。瓷化胆囊的本质是胆囊壁钙化，超声表现为胆囊壁完全钙化，出现半月形强回声伴宽大声影。若为轻度钙化，线性强回声伴不同程度的后方声影；节段性钙化时，可见斑块状强回声伴声影。

对于常规腹部超声检查难以发现的胆囊微小结石，超声内镜检查有较高的检出率。

②CT 检查：不作为急性胆囊炎的常规检查方法。当腹部症状不典型或超声不能明确诊断时，可行腹部 CT 扫描，以提供更全面信息，包括胆囊扩张、胆囊壁增厚、胆囊周围脂肪绞合和胆囊周围积液等^[3]（见图 2）。或怀疑患者可能有胆囊穿孔和坏疽性胆囊炎，也应及时行腹部 CT 检查。CT 可发现胆囊增大，胆囊壁弥漫性均匀增厚；胆囊肿大，横截面直径明显增大，其内可见结石影；胆囊周围环状低密度影，提示胆囊壁水肿；并发坏疽性穿孔时，可见胆囊壁连续性中断，胆囊周围脂肪间隙消失，胆囊窝内可形成有液平的脓肿，肝胆界面

不清，有时可见积气。CT 对于并发胆囊穿孔和囊壁内脓肿形成的诊断价值较大，且近期研究表明 CT 诊断 AC 的敏感性、特异性和准确性与超声检查相当或更好^[1]。

CT 对慢性胆囊炎的诊断价值与腹部超声相似，能良好地显示胆囊壁增厚。常见表现为胆囊壁均匀性增厚大于 3 mm，甚至可超过 5 mm。增强扫描时，增厚的胆囊壁均匀强化。胆囊体积增大提示胆囊积液；缩小则提示胆囊萎缩。胆囊壁钙化是其特征性表现。能谱 CT 是一种新型 CT，可提供以多种定量分析方法与多参数成像为基础的综合诊断模式，脂/水基物质图和单能量图能很好地显示 X 线阴性结石并可分析其结石成分，明显优于传统 CT^[7]。

③MRI 和磁共振胰胆管成像（magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP）：MRI 可用于鉴别急性和慢性胆囊炎，在评估胆囊壁纤维化、胆囊缺血、胆囊周围肝组织水肿、胆囊周围脂肪堆积等方面优于 CT。急性胆囊炎的 MRI 诊断依据有（1）胆结石（通常累及胆囊颈部或胆囊管），（2）胆囊壁增厚（>3 mm），（3）胆囊壁水肿，（4）胆囊扩张（直径>40 mm），（5）胆囊周围积液，（6）肝脏周围积液。其敏感性为 88%，特异性为 89%^[1]。MRI 还可用于评估急性胆囊炎的潜在并发症，如坏疽性、气肿性和穿孔性胆囊炎；MRCP 能显示胆管系统的走行方式，特别是超声和 CT 不易发现的胆囊和胆总管小结石（见图 3）。

5.1.2.3 手术切除标本病理检查

大体及组织学上符合急慢性胆囊炎的上述特点。若发现胆囊萎缩、胆囊壁不规则增厚、胆囊黏膜有可疑占位性病变的胆囊炎患者，术中应送快速冰冻病理学检查，以免漏诊胆囊癌。

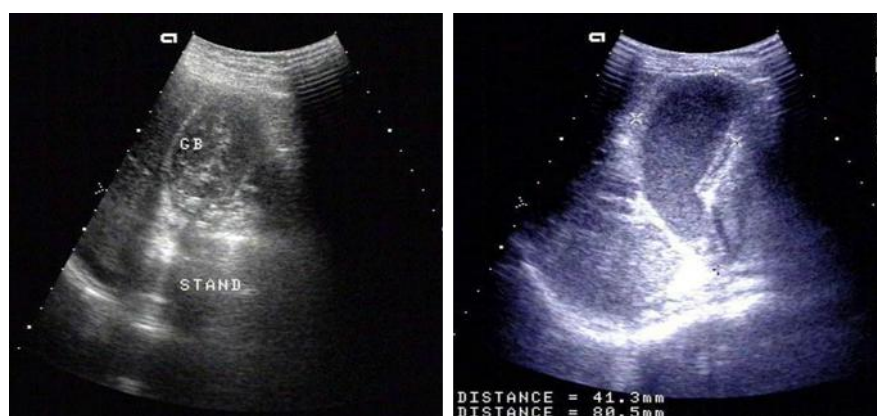


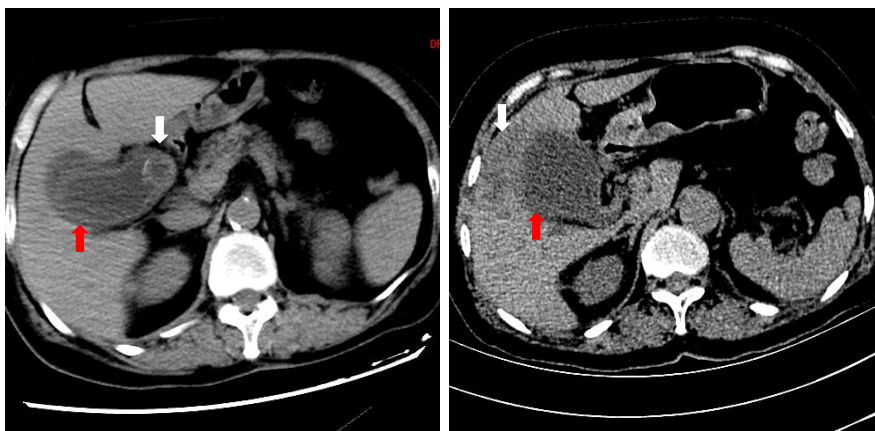
图 1. 超声检查评估急性胆囊炎。左图：提示胆囊壁增厚，并多发结石；右图：胆囊壁增厚，胆囊腔内可见云雾状回声。

图 2. CT 检查评估急性胆囊炎。左图：胆囊体积增大，壁增厚水肿（红色箭头），颈部结石嵌顿（白色箭头）；右图：胆囊体积增大，壁增厚水肿（红色箭头），胆囊底部与临近肝组织分界不清，且局部肝实质密度减低，提示肝脏感染（白色箭头）。

图 3. 磁共振检查评估急性胆囊炎。左图：胆囊多发结石（白色箭头），胆囊颈部结石嵌顿，并压迫肝总管（蓝色箭头）；右图：胆囊形态欠规则，胆囊壁增厚毛糙，且胆囊壁局部坏死穿孔，与十二指肠球降部分界不清，内瘘形成（红色箭头）。

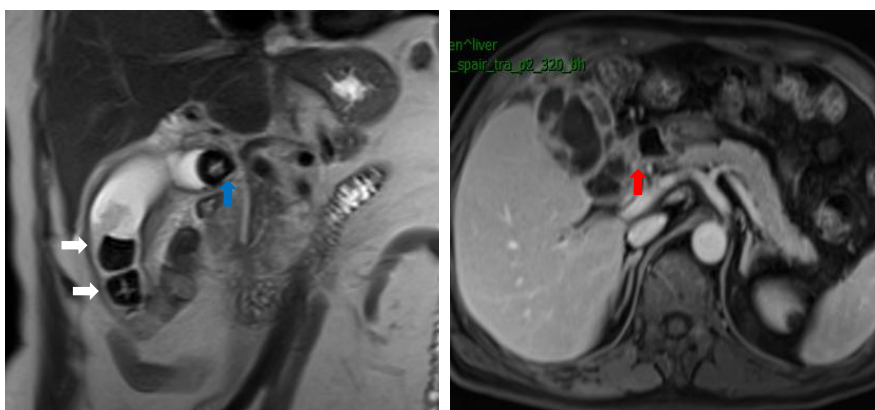
5.1.3 诊断标准

5.1.3.1 急性胆囊炎



5.1.3.1.1 因腹痛而怀疑急性胆囊炎的患者，应按以下思路进行诊断：

①明确是否为急性胆囊炎；②明确有无胆囊结石；③明确急性胆囊炎并发



症、器官功能和内环境状态，动态判断疾病轻重，明确严重程度分型并进行预后判断；④明确患者合并症或基础疾病；⑤与消化性溃疡穿孔、急性胰腺炎、急性肺炎及急性心肌梗塞、高位阑尾炎、肝脓肿、胆囊癌等疾病相鉴别。

5.1.3.1.2 急性胆囊炎在上述基础上可按下列诊断标准诊断：

主要结合临床表现、实验室检查和影像学检查进行综合分析（见表 1）。

（1）局部炎症表现：①可触及右上腹肿块、压痛和反跳痛；②Murphy 征阳性。

（2）全身炎症反应：①发热；②CRP 水平升高；③白细胞计数升高。

（3）影像学检查：①提示为急性胆囊炎的特征。

若（1）中任意一项 + （2）中任意一项，应高度怀疑急性胆囊炎；在此基础上，若（3）进一步支持，则可明确诊断。

表 1 急性胆囊炎的诊断标准

项目	内容
（1）局部炎症表现	① 右上腹肿块、压痛和反跳痛
	② Murphy 征阳性
	① 发热
（2）全身炎症反应	② CRP 水平升高
	③ 白细胞计数升高
（3）影像学检查	① 急性胆囊炎影像学表现

注：疑似诊断：（1）1 项+（2）1 项；确切诊断：（1）（2）（3）各 1 项。

5.1.3.2 慢性胆囊炎

①临床表现不典型且无特异性，病史、症状、体征和辅助检查对其诊断的参考价值不高；②如果慢性胆囊炎无急性发作及胆绞痛病史，临床上很难诊断；③对脂肪饮食不能耐受、腹胀及反复发作的餐后上腹部胀痛不适的患者，经超声检查显示胆囊结石、胆囊壁增厚、胆囊萎缩等可确诊慢性胆囊炎；④与胃、十二指肠溃疡、慢性胃炎、反流性食管炎、慢性胰腺炎等疾病相鉴别。

5.1.3.3 疾病评估

疾病的严重程度：胆囊炎根据发病急缓分为急性胆囊炎和慢性胆囊炎。急性胆囊炎按疾病的严重程度分为轻、中、重度三级，可参照急性胆囊炎东京指南 TG18（见表 2）。慢性胆囊炎暂无分级标准。

表 2 急性胆囊炎的严重程度分级

严重程度	内容
Grade I（轻度）	(1) 急性胆囊炎不伴随 Grade II 和 Grade III 局部或全身炎症表现
	(1) 白细胞计数 $>18\times10^9/L$
Grade II（中度）	(2) 右上腹触及压痛的肿块
	(3) 发病时间 $>72\text{ h}$
	(4) 明显的局部炎症（坏疽性胆囊炎、胆囊周围脓肿、肝脓肿、胆汁性腹膜炎、气肿性胆囊炎）
	(1) 心血管功能障碍：低血压需要多巴胺 $\geq 5\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ，或者使用去甲肾上腺素
Grade III（重度）	(2) 神经系统功能障碍：意识障碍
	(3) 呼吸功能障碍：氧合指数 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2<300\text{mmHg}$
	(4) 肾功能障碍：少尿，血肌酐 $>176.8\mu\text{mol/L}$
	(5) 肝功能不全：PT-INR >1.5
	(6) 凝血功能障碍：血小板计数 $<100\times10^9/L$

注：PT-INR 示凝血酶原时间-国际化标准化比值；1mmHg=0.133kPa。

5.2 中医证候诊断

5.2.1 急性胆囊炎

5.2.1.1 急性期

5.2.1.1.1 胆腑郁热证

主症：①右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进食后呕吐；④身目黄染；⑤持续低热；⑥小便短赤；⑦大便秘结。

舌脉：舌质红，苔黄或厚腻；脉滑数。

5.2.1.1.2 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：舌质红绛，苔黄燥；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。

5.2.1.2 缓解期

5.2.1.2.1 肝阴不足证

主症：①右胁隐痛；②五心烦热；③双目干涩。

次症：①口燥咽干；②少寐梦多；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。

5.2.1.2.2 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胸闷纳呆；②大便干结；③面色晦黯。

舌脉：舌质紫黯或舌边有瘀斑、瘀点；脉弦涩或沉细。

证候诊断：具备主症 2 项（主症第一项必备）和次症 2 项参考舌脉，即可诊断。

5.2.2 慢性胆囊炎

5.2.2.1 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进食后呕吐；④脘腹满闷；⑤暖气。

舌脉：舌质淡红，舌苔薄白或腻；脉弦。

5.2.2.2 肝胆湿热证

主症：①胁肋胀痛；②晨起口苦；③口干不欲饮。

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

舌脉：舌质红，苔黄或厚腻；脉弦滑数。

5.2.2.3 寒热错杂证

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：舌质淡红，苔薄白腻或微黄腻；脉弦滑。

5.2.2.4 气滞血瘀证

主症：①右胁胀痛或刺痛；②胸部满闷；③善太息；

次症：①晨起口苦；②右胁疼痛夜间加重；③大便不爽或秘结；④咽喉干涩；

舌脉：舌质紫暗，苔厚腻；脉弦或弦涩。

5.2.2.5 肝郁脾虚证

主症：①右胁胀痛；②腹痛欲泻。

次症：①体倦乏力；②善太息；③脘腹胀满；④纳食减少；⑤大便溏薄；⑥情志不舒加重。

舌脉：舌质淡胖，苔白；脉弦或弦细。

5.2.2.6 肝阴不足证

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：舌质红，苔少；脉弦细。

5.2.2.7 脾胃气虚证

主症：①右胁隐痛；②体倦乏力。

次症：①胃脘胀满；②纳食减少；③肢体困倦。

舌脉：舌质淡白，苔薄白；脉缓无力。

证候诊断：具备主症 2 项（主症第一项必备）和次症 2 项参考舌脉，即可诊断。

证型确定：具备主症 2 项（主症第一项必备）和次症 1 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，如肝胆气滞与气滞血瘀证）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，如肝胆湿热证兼气滞血瘀证）

6 中西医结合治疗

6.1 治疗原则

胆囊炎的治疗目标为祛除病因、缓解临床症状、改善相关检查指标，防止病情复发，减少并发症、降低患者手术率。

根据病情发病急缓、是否合并胆囊结石、是否有症状、是否有并发症分别进行个体化治疗，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非手术治疗。

对于急性非结石性胆囊炎患者，因其易坏疽穿孔，一经诊断，应及早手术治疗，手术方式采用胆囊切除术与胆囊造瘘术；急性结石性胆囊炎最终也需采

用手术治疗，应争取择期手术治疗，手术方法首选腹腔镜胆囊切除术，根据病情也可选择传统开腹手术。对于病情较轻或者未能确诊者，应在严密观察下行积极的非手术治疗，一旦病情恶化，及时施行手术。对于慢性胆囊炎患者，应按是否有症状、是否有并发症分别进行个体化治疗。对于有症状且反复发作的慢性胆囊炎，无论是否伴有结石，都应行胆囊切除，首选腹腔镜胆囊切除。对于无症状者，或腹痛可能由其他并存疾病如消化性溃疡、胃炎引起者，手术治疗应慎重，治疗原则是饮食调整，继续观察等；对某些高风险患者可采取预防性胆囊切除。对不能耐受手术者可选择非手术治疗，方法包括口服溶石药物、有机溶石剂直接穿刺胆囊溶石等。

6.2 西医治疗

6.2.1 非手术治疗

6.2.1.1 一般对症治疗

①急性胆囊炎早期治疗：包括禁食、稳定内环境和对症支持治疗等，并给予抗感染和镇痛处理，必要时监测生命体征。当临床症状和体征进一步加重，出现其他脏器功能不全或衰竭时，应给予适当的器官支持治疗，呼吸和循环管理，同时积极准备急诊胆囊切除术或经皮胆囊穿刺引流。

②慢性胆囊炎合并有胆囊结石：患者常见嗝气、腹胀等消化系统功能紊乱的症状，给予阿嗝米特肠溶片、米曲菌胰酶片等消化酶类药物，配合茵三硫等利胆药物对症治疗。在放射影像诊断检查提示阴性的胆固醇结石及正常的胆囊功能，可考虑口服溶石治疗。临床常用药物如熊去氧胆酸（ursodeoxycholic acid, UDCA）具有利胆、溶石、降脂、保肝、抗炎等作用，是用于非手术治疗胆结石的一线药物；柠檬烯胶囊能松弛 Oddi 氏括约肌、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；对于合并有不同程度的腹部疼痛患者，可加用钙离子通道拮抗剂如匹维溴铵缓解症状。

③对于老年患者，应监测血糖及心、肺、肾等器官功能，治疗并存基础疾病。治疗期准备密切注意病情变化，随时调整治疗方案，如病情加重，应及时决定手术治疗。

6.2.1.2 抗感染治疗^[5]

6.2.1.2.1 样本采集

在任何有创性诊疗操作开始时抽取胆汁送细菌培养，尽可能在使用抗菌药物前采集胆汁样本，同时完成涂片，初步明确细菌类型，否则可能导致培养结果假阴性。

6.2.1.2.2 应用指征

①轻度和中度急性胆囊炎应在诊断明确后 6 h 内使用抗菌药物；重度急性胆囊炎，通常合并感染性休克的表现，需在诊断明确 1 h 内使用抗菌药物，以及时控制局部及全身炎症反应；慢性胆囊炎通常不需要使用抗菌药物，如急性发作可经验性使用抗菌药物治疗。②胆囊炎通常合并厌氧菌感染，在经验性用药时尽量使用广谱抗革兰阴性菌药物，同时联合抗厌氧菌药物，应注意合理选用喹诺酮类等临床耐药率较高的药物。③在选择抗菌药物时，应考虑以下因素：抗菌谱、药代动力学和药效学、抗菌药物使用史、肝肾功能、过敏史和其他不良事件。如果有胆肠吻合病史，则建议同时进行抗厌氧菌治疗。④抗菌药物治疗过程中，应进行致病微生物和药敏检测，根据结果调整抗菌药物使用方案。依据抗菌药物代谢及效应动力学特点，选择具有高胆汁穿透率的抗菌药物，如头孢哌酮/舒巴坦、替加环素等，保证药物在胆汁中达到足够的浓度。

6.2.1.2.3 用药方案

①轻度和中度急性胆道感染可给予第二、三代头孢菌素，如头孢呋辛、头孢曲松等，同时联合硝基咪唑类药物；或直接选择头孢哌酮/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦；合并基础疾病、高龄、既往有腹腔感染或胆道手术病史等复杂情况时，可使用β-内酰胺酶抑制剂复合制剂或碳青霉烯类，如头孢哌酮/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、厄他培南等。②重度急性胆道感染可给予第三、四代头孢类，如头孢他啶、头孢吡肟等，同时联合硝基咪唑类药物；或直接使用β-内酰胺酶抑制剂复合制剂或碳青霉烯类或替加环素，如头孢哌酮/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、美罗培南、厄他培南等。

6.2.1.3 解痉止痛

当胆绞痛急性发作时，禁食后应给予止痛治疗。建议在早期阶段就开始使用止痛剂，但强调严密监测病情变化的基础上使用。国内临床上常用解痉药阿托品、山莨菪碱（654-II）或间苯三酚肌注或静脉注射，同时可与异丙嗪、哌

替啶肌注增强镇痛效果。国外推荐选择 NSAID（如双氯芬酸和吲哚美辛）或镇痛剂（如哌替啶）缓解症状，但目前国内尚缺乏相关临床研究。阿片类镇痛药如盐酸吗啡和其他类似类型的药物（如非阿片类镇痛药和戊唑啉）会导致 Oddi 括约肌收缩，这可能会提高胆管压力，因此必须谨慎使用。

6.2.1.4 预防治疗

非甾体抗炎药（NSAID）对于预防急性胆囊炎是有效的。因此其也常被用于早期治疗。非甾体抗炎药可预防胆囊炎发展为急性胆囊炎，减轻疼痛。但在使用前，应注意患者是否有潜在的相关心血管、哮喘和消化道出血风险。虽然非甾体抗炎药对改善慢性胆囊炎患者的胆囊功能是有效的，但没有报告显示非甾体抗炎药对缩短急性发作后胆囊炎的病程有帮助。

6.2.2 手术治疗

6.2.2.1 手术时机的选择

手术风险的判断需结合胆囊炎的严重程度、全身状况和合并症情况综合评估。各医疗机构应充分评估技术条件和患者状况，如病情复杂或接诊单位技术条件有限，应及时请会诊或将患者转至更高一级医疗中心。

（1）急性胆囊炎患者：一旦诊断明确，且一般状况稳定，建议尽早手术处理。手术最佳时机为症状出现 7 天内，尽可能在 72 小时以内。对于非手术治疗有效的患者，可采用延期手术，一般在 6 周之后进行。对于不适合手术的患者，推荐在保守治疗或胆囊引流术 1~3 个月后，再次评估患者的全身状态和胆囊炎症情况，符合手术条件者行胆囊切除术。

（2）慢性胆囊炎患者：出现以下症状则应考虑手术治疗：①疼痛不缓解或反复发作，影响正常生活和工作。②胆囊壁逐渐增厚达 4 mm 及以上或胆囊壁局部增厚或不规则疑似胆囊癌。③胆囊壁呈陶瓷样改变。④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。对于无症状胆囊结石患者，在充分评估胆囊壁的前提下对无症状患者随访观察，不推荐行预防性胆囊切除术^[7]。

6.2.2.2 手术方式的选择

胆囊切除术是急性结石性胆囊炎的根本治疗手段。急性非结石性胆囊炎的治疗原则是尽早行胆囊引流治疗。根据严重程度的不同，遵循个体化原则，正

确把握手术指征和手术时机，选择正确的手术方法。若患者情况允许，首选腹腔镜胆囊切除术（laparoscopic cholecystectomy, LC）。若患者病程较长、急性胆囊炎反复发作、胆囊萎缩，术前怀疑胆囊三角纤维化、Mirizzi 综合征或存在解剖变异，则建议术前完善超声、增强 CT 和 MRCP，对胆囊炎症程度、胆囊三角和围肝门解剖结构等进行仔细评估后再选择手术方式。具体如下：

（1）轻度急性胆囊炎：根据 Charlson 合并症指数（Charlson comorbidity index, CCI）和 ASA-PS（美国麻醉师学会身体状况分类）评分，对于 $CCI \leq 5$ 和（或）ASA 分级 \leq II 级的低风险患者，可尽早行胆囊切除术；而对于 $CCI \geq 6$ 和（或）ASA 分级 \geq III 级的高风险患者，可先行保守治疗，待全身情况改善后再判断是否适合手术治疗。如果病人能够承受手术，最好在发病后立即进行 LC 术；对于操作困难者，应根据术中情况酌情考虑改用开腹或次全胆囊切除术、或胆囊造瘘术，以降低并发症的风险；如果确定患者无法承受手术，应首先进行保守治疗，一旦治疗生效，应考虑延迟手术。

（2）中度急性胆囊炎：抗菌药物及全身支持治疗有效，且手术风险为低风险者（ $CCI \leq 5$ 和（或）ASA 分级 \leq II 级），在具备条件的医疗机构及时行胆囊切除术；抗菌药物及全身支持治疗有效，但手术风险为高风险者（ $CCI \geq 6$ 和（或）ASA 分级 \geq III 级），暂时选择继续保守治疗；当抗菌治疗、对症支持治疗无效时，需及时行胆囊引流（穿刺、造瘘），同时行胆汁培养。1~3 个月后再评估患者全身状态和胆囊炎症情况，符合手术条件者适时行胆囊切除术。

（3）重度急性胆囊炎：应确定器官功能不全的程度，并尝试通过器官支持来恢复功能，同时使用抗菌药物。医生应研究预测因素，即在开始治疗后，循环功能障碍或肾功能不全迅速恢复，并进行 CCI 或 ASA-PS 评分。若患者满足：A. $CCI \leq 3$ 和（或）ASA 分级 \leq II 级；B. 不存在威胁生命的器官功能障碍（威胁生命的器官功能障碍包括中枢神经系统损害、呼吸功能衰竭或肝功能损害）；C. 可逆转的器官功能障碍（包括预后良好的循环障碍和肾功能不全）；D. 就诊于有良好重症监护设施和能胜任复杂胆道外科手术的医疗单位，可考虑及时行胆囊切除术（LC 或开腹），且该环境允许重症监护管理。若患者 $CCI \geq 4$ 和（或）ASA 分级 \geq III 级，或患者就诊的医疗机构不能满足重症监护要求，或术者不具备进行复杂胆道外科手术的情况下，需急诊行胆囊引流术。根据引流后患者全

身情况的改善程度，决定是否继续行保守治疗，或2~3个月后再次评估全身状态和胆囊炎症情况，符合手术条件者行胆囊切除术。如果确定病人无法耐受手术，应采取保守治疗，包括综合管理。如果无法控制，应考虑早期经皮经肝穿刺置管引流术、超声镜引导下胆囊穿刺引流术，以减轻严重的局部炎症反应。

(4) 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，可予适宜内科治疗，如中医辨证对症治疗。

6.2.3 特殊类型的治疗

6.2.3.1 黄色肉芽肿性胆囊炎 (xanthogranulomatous cholecystitis, XGC)

XGC是一种特殊的慢性胆囊炎症性疾病，占各类胆囊炎的0.5%~13%，80%的病例存在胆结石。XGC是由胆汁外渗到胆囊壁，随后壁的炎症导致胆囊壁弥漫性增厚引起的，其特征是胆囊壁含有泡沫细胞、炎症细胞及纤维组织浸润性沉积，在胆囊壁内形成黄色斑块或蜡样质性的肉芽肿。XGC临床无特异性，多见于老年女性。病人常有慢性胆囊炎及胆囊结石史，主诉右上腹疼痛，常有急性发作，伴有恶心、呕吐，间有暖气及血性呕吐液，黑便，体重下降。偶有血红蛋白下降，白细胞增加不明显，血沉增快；血淀粉酶和碱性磷酸酶增高少见。大多数患者有亚急性穿孔并伴有围壁的胆囊周围脓肿。超声检查可见，胆囊壁增厚或有充盈缺损，轮廓不规则，大多数病例可发现胆囊结石。CT可见胆囊壁局限性或弥漫性不规则增厚，有时可见胆囊床有浸润性肿块，常被诊断为胆囊癌伴周围浸润。术前胆道造影和血管造影征象亦类似于恶性病变。在MR上，T2加权图像上的信号强度可能会增加，同相和异相图像显示增厚的胆囊壁内的脂肪，扩散加权图像显示XGC中的扩散比胆囊癌更受限制。

当确诊或怀疑为XGC时，建议早期行胆囊切除术。对局限型患者无特殊要求；对于弥漫型患者者，术中切取胆囊壁组织冰冻活检有助于诊断，必要时重复冰冻切片检查。手术时应切除病灶及其浸润到肝面的胆囊床，尽量不切除正常肝脏。当术前影像学检查、术中快速病理学检查等各种方法均无法完全排除胆囊癌时，可考虑扩大手术范围，联合周围器官切除，如部分肝切除、结肠切除等，并进一步行病理学活检以明确诊断。

6.2.3.2 坏疽性胆囊炎

急性胆囊炎病情严重者，可出现以胆囊积脓为特征的急性化脓性胆囊炎，甚至出现胆囊壁坏死的坏疽性胆囊炎，是临床常见急腹症之一。急性坏疽性胆囊炎（acute gangrenous cholecystitis, AGC）以腹膜炎和并发休克为特征。典型临床表现为右上腹剧痛，时伴有恶心、呕吐、体温升高，年老人也可有体温不升，面色苍白，无明显黄疸，血压低，处于休克状态。右上腹压痛、反跳痛明显，甚至拒按，腹膜炎范围大可波及全腹。B超检查可见，患者存在不同程度的胆囊增大、胆囊壁增厚以及胆囊周边积液等现象；因非结石造成的胆汁积液、胆汁浓缩粘稠及可能产生的积脓情况，超声下会呈现出类似结石的强回声光团，且后方伴有声影，但该类光团随体位改变移动性差。

坏疽性胆囊炎一经诊断，应及时积极手术切除。对于急性发作时的患者，急行胆囊切除术的同时，需选用强有力的抗感染药物、纠正休克、维持水电酸碱平衡。且术中应先行阻断胆囊动静脉以阻止毒素进一步吸收，然后切除胆囊，术后肝下置引流管。对于老年坏疽性胆囊炎患者，由于其自身免疫力和手术耐受性较差，尽量缩短手术时间及手术创伤，腹腔镜胆囊切除术比传统开腹手术更推荐，严格做好消炎措施及术后护理，避免术后感染等并发症的发生。

6.2.4 并发症及合并症的治疗

急性胆囊炎、慢性胆囊炎急性发作若失治或误治，病情加重，可能出现并发症，应及早采取积极有效的措施处理。确定是否存在并发症，包括急性腹膜炎、急性胆囊穿孔、重症急性胰腺炎等急腹症，Mirizzi综合征，结石性肠梗阻等，尽早发现并作相应处理，同时应及时与外科医师密切配合共同商讨手术指征和手术时机。

6.2.4.1 急性胆囊炎出现前述常见临床并发症时，宜立即急诊手术治疗。

6.2.4.2 急性胆囊炎可由局部炎症演化为全身性其他脏器功能损害，其治疗主要依据病情的进展情况。

①合并脓毒血症：应积极抗感染（未获得细菌培养及药敏结果前，应用一种或多种抗菌剂进行广谱治疗，以覆盖所有可能的病原体、革兰氏阳性和革兰氏阴性生物，一旦病原体鉴定和敏感性建立和（或）临床改善即可进行狭义经验性抗菌治疗），早期液体复苏以稳定血流动力学，维持心、肺、肾等器官功能等综合治疗。

②合并急性肺损伤 / 急性呼吸窘迫综合征 (acute respiratory distress syndrome, ARDS): 注意恰当的液体复苏及胃肠减压、必要的胸腔穿刺引流和机械呼吸支持。

③合并急性肾损伤 (acute kidney injury, AKI): 不能轻易使用床旁透析或血液滤过治疗。

④合并急性肝功能损伤: 根据病情进行利胆退黄、护肝治疗。

⑤合并急性心、脑损伤: 应该积极治疗急性胆囊炎原发病、减轻炎症反应, 对症处理。

⑥合并凝血功能障碍: 新鲜冰冻血浆纠正凝血异常在没有出血或计划侵入性程序是不推荐的; 在没有明显出血的情况下, 当血小板计数小于 $10 \times 10^9/L$ 时, 或患者具有显著出血风险, 血小板计数低于 $20 \times 10^9/L$ 时, 则预防性血小板输注; 出血、手术或侵入性手术前, 建议增加血小板计数至 $50 \times 10^9/L$ 。

⑦必要时转入 ICU 加强监护治疗。

⑧合并有需全身麻醉的高风险疾病时, 以及严重的慢性阻塞性肺病、近期心肌梗死或中风等, 应禁行胆囊切除术。此时, 可选择其他治疗, 如经内镜的内引流等^[11]。

6.2.4.3 慢性胆囊炎常见并发症及合并症:

①慢性胆囊炎急性发作: 慢性胆囊炎急性发作时, 会导致胆囊内胆汁淤积合并感染, 如果感染未能及时控制, 胆囊壁会出现坏疽, 最终可导致胆囊穿孔, 临床上可出现感染性休克症状, 危及生命, 此时应以外科治疗为主。

②急性胆源性胰腺炎 (acute biliary pancreatitis, ABP): 对于急性胆源性胰腺炎伴胆总管梗阻、胆管炎的患者, 则需行经内镜逆行性胰胆管造影术 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)、经皮穿刺肝胆管引流术 (per-cutaneous transhepatic cholangial drainage, PTCD)、经内镜鼻胆管引流术 (endoscopic nasobiliary drainage, ENBD) 及其他手术等。同时注意与 IgG4 相关胆胰腺疾病相鉴别。对于急性胆源性胰腺炎伴胆囊结石、胆囊炎的患者, 宜尽早行胆囊切除, 防止急性胰腺炎复发。

③Mirizzi 综合征: Mirizzi 综合征的解剖成因是胆囊管与肝总管伴行过长或者胆囊管与肝总管汇合位置过低, 临近胆囊壶腹 (Hartmann 袋) 的结石压迫肝

总管或胆总管，炎症反应反复发作可导致胆囊肝总管瘘管，胆囊管消失，结石部分或全部堵塞肝总管。Mirizzi 综合征患者以外科手术为首要治疗方式。

④结石性肠梗阻：结石性肠梗阻是在胆囊与肠道间形成瘘管，以胆囊十二指肠瘘最为常见，因结石通过瘘管进入肠道所致，多于回盲部发生肠梗阻。结石性肠梗阻治疗以外科干预解除梗阻为主。

⑤胆囊癌：胆囊癌是慢性胆囊炎、胆囊结石最为严重的并发症。除了临床表现（如右季肋区疼痛、包块、黄疸等）和实验室检查以外，胆囊癌诊断主要依赖影像学检查，包括腹部超声、CT、MRI 和内镜超声等。由于胆囊癌预后较差，高度怀疑胆囊癌的患者无论是否存在症状均应预防性切除胆囊。瓷化胆囊、胆囊萎缩、合并胆囊息肉样病变等都属于胆囊癌变高风险的指标，应及早考虑手术切除。

⑥慢性胆囊炎合并胆囊息肉：胆囊息肉患病率为 1%~7%，最常见的良性息肉是腺瘤。胆囊息肉越大，胆囊癌的发生率越高，直径 ≥ 1 cm 的胆囊息肉癌变率高达 50%。故直径 ≥ 1 cm 的胆囊息肉伴或不伴胆囊结石的患者，不论有无症状，均建议行胆囊切除术^[7]。

6.2.4.4 胆囊炎伴有特殊情况者：

对于急性胆囊炎合并妊娠患者，治疗应根据病情严重程度以及妊娠时期来选择治疗方案，多数采用非手术治疗。若患者能够承受手术，最好行胆囊切除术或经皮经肝胆囊穿刺引流术，孕中期是最佳手术时机。对于老年胆囊炎患者，延迟胆囊切除术的初始非手术治疗多代替早期胆囊切除术在临床上应用^[12]。对于肝硬化伴有急性胆囊炎患者，需考虑年龄、腹水及其他临床因素。当确定行胆囊切除术不安全时，内镜逆行胰胆管造影或经十二指肠引流的内引流可能是替代疗法^[13]。对于伴心、肺功能不全患者，或无法耐受全麻手术者，可考虑行经皮经肝胆囊穿刺引流，待基础状况好转后择期手术。

6.3 中医药治疗

6.3.1 中医辨证治疗

6.3.1.1 急性胆囊炎

6.3.1.1.1 急性期

6.3.1.1.1.1 胆腑郁热证

治则：清热利湿，行气利胆。

方药：大柴胡汤（《伤寒论》），药用柴胡、黄芩、芍药、半夏、生姜、枳实、大枣、大黄等（**证据级别：B，强推荐**）。

加减：身目黄染者，加茵陈、栀子；心烦失眠者，加合欢皮、茯苓；恶心呕吐者，加姜竹茹；壮热者，可加生石膏、蒲公英、虎杖；湿热重者，加泽泻；气滞重者，加木香。

证据支持：一项针对大柴胡汤治疗胆腑郁热证型急性胆囊炎的随机对照研究发现，与单纯西医常规治疗相比，经过4周治疗后，中药组总有效率明显高于对照组（93.02% vs 79.07%， $P < 0.05$ ）、中医证候（腹痛腹胀、纳差、恶心呕吐、发热）缓解时间明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。治疗后两组的CRP、WBC、NEUT%均较治疗前降低，且中药组改善程度明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）^[14]。另一项随机对照研究同样证实了大柴胡汤治疗胆腑郁热证型急性胆囊炎在总有效率（97.32% vs 84.21%， $\chi^2 = 1.967$ ， $P < 0.05$ ）、中医证候缓解时间、实验室血液生化指标均具有显著优势（ $P < 0.05$ ）^[15]。最新研究显示联合应用大柴胡汤治疗胆腑郁热证型急性胆囊炎比单纯西医治疗效果更好，治疗时间更短，且无明显不良反应^[16]。

经验方：疏肝清胆方（**证据级别：B，强推荐**）。由柴胡15g，郁金12g，延胡索12g，黄芩15g，黄连10g，山栀子15g，枳实15g，大黄15g，金银花12g，野菊花12g，茵陈蒿25g，金钱草30g，甘草10g，具有疏肝利胆、清热利湿的功效。

证据支持：一项随机对照临床试验发现疏肝清胆方联合西医常规抗炎治疗，对照组采取西医常规治疗措施，观察组在对照组基础上加服自拟疏肝清胆方。结果显示，观察组腹痛腹胀、恶心呕吐缓解时间以及体温恢复时间均明显少于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组治疗后白细胞计数、中性粒细胞计数、胆腑郁热证症状评分明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组总有效率显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）^[17]。

中成药：

①大柴胡颗粒：由柴胡、大黄、炒枳实、黄芩、姜半夏、芍药、大枣、生姜组成。具有和解少阳，内泻热结的功效（**证据级别：B，强推荐**）。

用法用量：开水冲服，1 袋/次，2 次/d。

证据支持：针对大柴胡颗粒治疗慢性胆囊炎胆腑郁热证的随机对照研究显示，治疗组总有效率明显高于使用利胆片的对照组（80.00% vs 35.00%， $P < 0.05$ ）^[18]。另一项针对大柴胡颗粒联合左氧氟沙星片治疗慢性胆囊炎的随机对照研究显示，治疗组的临床总有效率优于使用美沙拉嗪的对照组（96.00% vs 85.33%， $P < 0.05$ ），治疗组患者 VAS（visual analogue scale，VAS）评分和炎症因子水平明显低于对照组，两组比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）^[19]。

②益胆片：由郁金、白矾、硝石、玄参、金银花、滑石粉、甘草组成。具有行气散结，清热通淋的功效（证据级别：B，强推荐）。

用法用量：口服，3 片/次，2 次/d。

证据支持：一项针对益胆片联合左氧氟沙星治疗急性胆囊炎的随机对照研究显示，中药联合治疗组总有效率高于单纯西药组（98.11% vs 84.91%， $P < 0.05$ ），腹痛、腹胀、退热、恶心呕吐症状的改善时间及血清炎症因子水平明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）^[20]。

6.3.1.1.2 热毒炽盛证

治则：清热解毒，通腑泻火。

方药：茵陈蒿汤（《伤寒论》）合黄连解毒汤（《外台秘要》），药用茵陈、栀子、大黄、黄连、黄柏、黄芩等（证据级别：B，强推荐）。

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

证据支持：一项白及茵陈蒿汤治疗急性胆囊炎的随机对照研究显示，治疗组总有效率明显高于对照组（94.17% vs 85.83%， $P < 0.05$ ），且腹痛消失及腹胀缓解时间明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）^[21]。

经验方：消炎利胆方（证据级别：B，弱推荐）。由金钱草、木香各 2 g，鸡内金 3.5 g，赤芍 1.5 g，沉香 0.5 g，北柴胡、虎杖、郁金、麸炒枳壳各 1 g 组成，具有清热利湿退黄、消炎利胆止痛的功效。

证据支持：针对该方的一项随机对照临床研究发现消炎利胆方辅助腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎，对照组使用腹腔镜胆囊切除术，观察组在对照组的基础上服用消炎利胆方。结果显示经 1 月治疗后的观察组的优势更明显，可

有效降低其中医症候积分与炎症反应,促进患者肝功能指标及免疫功能恢复正常,减少术后并发症 ($P<0.05$)^[22]。

中成药:

①消炎利胆片/胶囊/颗粒: 由穿心莲、溪黄草、苦木组成。具有清热, 祛湿, 利胆的功效 (**证据级别: B, 强推荐**)。

用法用量: 片剂: 口服, 6片/次, 3次/d。胶囊: 3~6粒/次, 3次/d。颗粒: 用温开水送服, 2.5g (1袋)/次, 3次/d。7d为1个疗程, 连服1~2个疗程。

证据支持: 消炎利胆片联合头孢曲松钠治疗急性胆囊炎的随机对照临床研究显示, 利胆组总有效率明显高于单纯使用头孢曲松钠治疗的对照组 (97.73% vs 78.57%, $P<0.05$)。利胆组患者恶心呕吐、腹痛、发热消退时间及住院时间均显著短于对照组, 治疗后炎症因子水平也显著低于对照组 ($P<0.05$)^[23]。

6.3.1.1.2 缓解期

6.3.1.1.2.1 肝阴不足证

治则: 滋阴清热, 利胆排石。

方药: 一贯煎 (《续名医类案》卷十八) 加减, 药用生地黄、沙参、麦冬、阿胶、赤芍、白芍、枸杞子、(小毒) 等 (**证据级别: B, 强推荐**)。

加减: 咽干口渴、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。

证据支持: 针对一贯煎加味治疗急慢性胆囊炎的随机对照研究发现, 经治疗后, 相较于西药组, 中药组的临床治疗有效率更高 (97.7% vs 79.1%, $P<0.05$), 中药组患者的临床各项指标情况优于西药组 ($P<0.05$), 且并发症和后遗症低、副作用及不良反应少^[24]。

经验方: 降酶汤加减 (**证据级别: C, 弱推荐**)。由柴胡 6 g、地耳草 15 g, 板蓝根、茵陈、金钱草各 30 g, 黄芩、焦山栀、紫草各 10 g, 大黄 3 g, 加生地 10 g, 当归、麦冬各 20 g, 具有滋阴清热、利胆降酶的功效。

证据支持: 一项降酶汤联合西药治疗急性胆囊炎合并谷丙转氨酶异常的临床观察性研究显示, 经2周治疗后, 患者临床症状及谷丙转氨酶明显缓解^[25]。

6.3.1.1.2.2 瘀血阻滞证

治则: 疏肝利胆, 活血化瘀

方药：膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减，药用炒五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、延胡索、甘草、香附、红花、枳壳等（**证据级别：C，强推荐**）。

加减：瘀血较重者，可加三棱、莪术、虻虫；疼痛明显者，加乳香、没药、丹参。

证据支持：一项膈下逐瘀汤联合西医治疗慢性胆囊炎急性发作的临床随机对照试验显示，中药联合治疗组总有效率与单纯西医治疗组无显著差异，但治疗组缓解腹痛效果更好（ $P<0.05$ ）^[26]。

经验方：二经双解汤（**证据级别：C，弱推荐**）。由柴胡 10 g、枳实 10 g、郁金 12 g、佛手 10 g、绵茵陈 30 g、七寸金 30 g、大黄 10 g、牡丹皮 15 g、赤芍 20 g，具有清热化湿、疏肝利胆、通腑泻热、凉血活血等功效。

证据支持：关于二经双解汤治疗急性胆囊炎合并肝脏损害的随机对照研究，对照组予以一般治疗加茵栀黄注射液，治疗组在对照组基础上加服二经双解汤。结果显示，治疗组的右胁胀痛及腹胀恶心等症状及总体肝功能改善情况优于对照组（ $P<0.05$ ），且能缩短治疗疗程^[27]。

6.3.1.2 慢性胆囊炎

6.3.1.2.1 肝胆气滞证

治则：疏肝利胆，理气解郁。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》），药用陈皮、柴胡、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草等（**证据级别：B，强推荐**）。

加减：疼痛明显者，加延胡索、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、莱菔子；伴胆石者，加鸡内金、金钱草、海金沙。

证据支持：一项针对柴胡疏肝散治疗慢性胆囊炎的随机平行对照研究，对照组予以西药替硝唑、阿莫西林及奥美拉唑，治疗组口服柴胡疏肝散。结果显示，治疗组总有效率优于对照组（92.9 % vs 78.9%， $P<0.05$ ），疗程 2 个月并随访 1 年后治疗组的复发率明显低于对照组（9.09% vs 57.14%， $P<0.05$ ），无严重不良反应^[28]。另外一项随机对照临床研究发现柴胡疏肝散加减联合熊去氧胆酸片治疗慢性胆囊炎胆石症（肝胆气滞证），经 3 个月治疗后，相较于胰胆

舒胶囊联合熊去氧胆酸组，中药组的中医证候疗效、慢性胆囊炎彩色超声疗效和胆石症影像学疗效均明显优于对照组 ($P<0.05$)，胆囊收缩功能更高，炎症因子水平更低 ($P<0.05$)^[29]。最新的一项有关柴胡疏肝散治疗慢性胆囊炎的临床随机对照试验的 Meta 分析和序贯分析显示，相对于常规西药，柴胡疏肝散能提高慢性胆囊炎的临床治愈率 ($RR=1.35$, $95\%CI=1.21\sim1.50$, $P<0.05$)、临床总有效率 ($RR=1.17$, $95\%CI=1.13\sim1.22$, $P<0.05$)，降低复发率 ($RR=0.07$, $95\%CI=0.01\sim0.34$, $P<0.05$) 和不良反应发生率 ($RR=0.06$, $95\%CI=0.01\sim0.33$, $P<0.05$)^[30]。

经验方：柴芍疏肝利胆排石汤（证据级别：B，强推荐）。由北柴胡 6 g、赤芍 20 g、木香 10 g、郁金 10 g、金钱草 15 g、鸡内金 15 g、青皮 10 g、陈皮 10 g、川楝子（小毒）10 g、海金沙 30 g、皂角刺 10 g、大黄 6 g、炙甘草 6 g，具有疏肝利胆、活血化瘀、通淋排石、解郁散结等功效。

证据支持：一项柴芍疏肝利胆排石汤治疗慢性胆囊炎的随机对照试验发现，该方能有效缓解患者临床症状、抑制氧化应激反应和炎症反应、改善肝胆功能和胃肠功能、降低复发率，与口服熊去氧胆酸的西药组相比，疗效更显著 ($P<0.05$)^[31]。最新的一项临床随机对照研究同样证实，柴芍疏肝利胆排石汤辅助腹腔镜胆囊切除术同样能显著改善慢性胆囊炎合并胆囊结石患者的不适，中药联合治疗组的总有效率高于单纯手术组 (94.9% vs 82.8%, $P<0.05$)^[32]。

中成药：

①胆宁片：由大黄、虎杖、青皮、白茅根、陈皮、郁金、山楂组成。具有疏肝利胆，清热通下的功效（证据级别：A，强推荐）。

用法用量：口服，饭后服，5 片/次，3 次/d。

证据支持：针对胆宁片治疗慢性胆囊炎的一项随机对照临床研究，对照组予以抗感染治疗，观察组在对照组基础上给予胆宁片口服。结果显示，治疗组临床总有效率明显优于对照组 (97.50% vs 85.00%, $P<0.05$)^[33]。另一项胆宁片联合优思弗治疗慢性胆囊炎的随机对照研究同样证实，联合治疗组症状改善总有效率为优于单纯西药组 (97.00% vs 67.70%, $P<0.05$)，且治疗组的胆囊超声改善总有效率也更显著 (93.90% vs 73.50%, $P<0.05$)^[34]。

②胆舒胶囊：由薄荷素油组成。具有舒肝解郁，利胆溶石的功效（**证据级别：B，强推荐**）。

用法用量：口服，饭后服，1~2粒/次，3次/d。

证据支持：研究该药的一项多中心、随机、双盲、对照临床试验，试验组口服胆舒胶囊和胆舒胶囊模拟剂，对照组口服胆乐胶囊。治疗4周后结果显示两组患者的VAS法评分和疼痛发作次数均较治疗前显著改善，且试验组改善更明显($P<0.05$)；在中医证候改善方面，试验组的愈显率和总有效率均显著高于对照组（55.69% vs 45.12%；91.46% vs 82.93%， $P<0.05$ ）；两组疼痛持续时间较治疗前显著改善($P<0.05$)^[35]。一项胆舒胶囊治疗慢性胆囊炎的疗效和安全性的Meta分析结果显示，胆舒胶囊可提高慢性胆囊炎患者的治愈率（RR=1.62，95%CI=1.33~1.96， $P<0.05$ ）；且胆舒胶囊组的总有效率高于熊去氧胆酸片组（RR=1.37，95%CI=1.14~1.64， $P<0.05$ ）、消炎利胆片组（RR=1.40，95%CI=1.24~1.58， $P<0.05$ ）、金胆片组（RR=1.13，95%CI=1.04~1.23， $P<0.05$ ），和胆宁片组（RR=1.16，95%CI=1.05~1.28， $P<0.05$ ），其不良反应发生率也更低（RR=0.20，95%CI=0.12~0.34， $P<0.05$ ）^[36]。

6.3.1.2.2 肝胆湿热证

治则：清热利湿，利胆通腑。

方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》），药用龙胆草、黄芩、山栀子、泽泻、木通、车前子、当归、生地黄、柴胡、甘草等（**证据级别：B，强推荐**）。

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、莱菔子、六神曲。

证据支持：一项针对龙胆泻肝汤治疗慢性胆囊炎的随机对照研究，对照组口服消炎利胆片，治疗组口服龙胆泻肝汤。结果显示，治疗组的总有效率明显优于对照组（95.0% vs 77.5%， $P<0.05$ ）^[37]。最新的一项应用龙胆泻肝汤加减治疗慢性胆囊炎（肝胆湿热型）的随机对照临床试验，对照组基础治疗加服鸡骨草丸，治疗组基础治疗加服龙胆泻肝汤。经4周治疗的结果显示，治疗组在缓解中医临床证候方面优于对照组（ $P<0.05$ ），中医临床疗效总有效率更高（97.20% vs 88.90%， $P<0.05$ ），明显缓解患者疼痛、恶心、腹胀等症状^[38]。

经验方：柴胡五金汤（**证据级别：B，强推荐**）。由柴胡、黄芩、党参各 15 g，半夏、川楝子（小毒）、郁金、延胡索、海金沙、生姜、大枣各 10 g，金钱草、白芍各 30 g，炙甘草 6 g，湿热明显者加茵陈、龙胆草 15 g，具有疏肝利胆、清热利湿、活血止痛的功效。

证据支持：有研究显示柴胡五金汤用于慢性胆囊炎的临床治疗有效，总有效率有 96.7%^[39]。且针对该方的另一项随机对照临床研究显示，与口服西药茵三硫胶囊相比，中药组治疗后如胸胁胀痛、心下痞满、纳差等中医症状的改善更明显 ($P<0.05$)^[40]。

中成药：

①鸡骨草胶囊：由鸡骨草、茵陈、三七、栀子、人工牛黄、猪胆汁组成。具有疏肝利胆，清热解毒的功效（**证据级别：B，强推荐**）。

用法用量：口服，4 粒/次，3 次/d。

证据支持：一项该药治疗慢性胆囊炎的临床观察性研究，经治疗 2 个月发现，患者的临床症状和体征明显改善，临床治疗的总有效率达 96.66%^[41]。另一项随机对照临床试验同样证实了中药联合治疗比单纯西药组的总效率更高。（95.60% vs 75.60%， $P<0.05$ ）^[42]。

②金胆片：由龙胆、金钱草、虎杖、猪胆膏（以醇溶性浸出物计）组成。具有利胆消炎的功效（**证据级别：B，强推荐**）。

用法用量：口服，5 片/次，2~3 次/d。

证据支持：针对金胆片治疗慢性胆囊炎肝胆湿热证的随机对照临床研究，对照组口服消炎利胆片，治疗组口服金胆片。结果显示，治疗组临床总有效率明显高于对照组（85.30% vs 59.40%， $P<0.05$ ），而右上腹疼痛积分、右上腹压痛积分及总积分均明显低于对照组 ($P<0.05$)^[43]。

6.3.1.2.3 寒热错杂证

治则：疏利肝胆，温脾通阳。

方药：柴胡桂枝干姜汤（《伤寒论》），药用柴胡、桂枝、干姜、栝蒌根、黄芩、牡蛎、炙甘草等（**证据级别：B，强推荐**）。

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

证据支持：针对柴胡桂枝干姜汤治疗慢性胆囊炎的临床研究显示，使用柴胡桂枝干姜汤治疗 2 个疗程后，患者症状分级量表及超声明显改善。该方治疗胆热脾寒型慢性胆囊炎有效率达 94.70%^[44]。另外一项随机对照研究发现，患者服用柴胡桂枝干姜汤加味治疗 3 周后中医证候积分、炎症因子水平明显降低，胆囊功能及胃肠功能水平明显提高，中药组的总有效率更高（95.08% vs 80.33%， $P<0.05$ ）^[45]。

6.3.1.2.4 气滞血瘀证

治则：理气活血，利胆止痛。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》），药用桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡等（**证据级别：B，强推荐**）。

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

证据支持：血府逐瘀汤加减治疗胆囊炎的临床观察研究显示，经 1 个疗程治疗后，临床症状及体征明显改善，超声复查结果好转，治疗总有效率可达 96%^[46]。

经验方：化瘀愈胆汤（**证据级别：B，强推荐**）。由地耳草 20 g，虎杖、钩藤、竹茹、茵陈、山栀子、垂盆草、鸡内金、延胡索、金钱草、桃仁、青皮、蒲公英各 15 g，黄芩 10 g，青蒿 6 g，具有活血化瘀、疏肝利胆的功效。

证据支持：关于该方治疗慢性胆囊炎的随机对照临床研究显示，经治疗后，中药组的临床症状、炎症因子水平、肝功能明显改善，且治疗组的总有效率高于常规组或单纯西药组（ $P<0.05$ ）^[47, 48]。

中成药：

①血府逐瘀胶囊/口服液：由柴胡、赤芍、川芎、当归、地黄、甘草、红花、桔梗、牛膝、炒桃仁、麸炒枳壳组成。具有活血祛瘀，行气止痛的功效（**证据级别：B，强推荐**）。

用法用量：胶囊：口服，6 粒/次，2 次/d。口服液：空腹服，2 支（共 20 mL）/次，3 次/d。

证据支持：一项血府逐瘀口服液合大黄蛰虫丸治疗慢性胆囊炎的临床研究，经 2 周治疗后大部分患者症状及体征均有效缓解，治疗总有效率有 95.56%^[49]。

另一项临床研究显示，慢性胆囊炎患者服用血府逐瘀胶囊后，大部分患者临床症状明显改善。且空腹胆囊容积减少($P<0.05$)、最小残余容积减少、最大收缩率增加($P<0.05$)，胆囊形态结构及排空功能明显改善^[50]。

②胰胆舒颗粒：由姜黄、赤芍、蒲公英、牡蛎、延胡索、大黄、柴胡等组成。具有散瘀行气，活血止痛的作用（**证据级别：C，弱推荐**）。

用法用量：开水冲服，一次 10 g，2~3 次/d。

证据支持：针对胰胆舒颗粒治疗慢性结石性胆囊炎的随机对照研究发现，经过一个月治疗后，胰胆舒颗粒在治疗慢性结石性胆囊炎安全有效，在镇痛、抗菌、利胆、护胰、缓解不良情绪等方面均具有一定优势^[51]。

6.3.1.2.5 肝郁脾虚证

治则：疏肝健脾，柔肝利胆。

方药：逍遥散（《太平惠民和剂局方》），药用柴胡、当归、白芍、炒白术、茯苓、炙甘草、薄荷、煨姜等（**证据级别：C，弱推荐**）。

加减：右胁胀痛者，加郁金、川楝子（小毒）、青皮；急躁易怒者，加香附、钩藤；腹胀明显者，加厚朴、枳实。

经验方：疏肝健脾汤（**证据级别：B，强推荐**）。由黄芪 15 g、党参 15 g、白术 15 g、木香 15 g、柴胡 10 g、枳壳 15 g、香附 10 g、白芍 8 g、郁金 15 g、甘草 10 g，具有疏肝健脾、利胆止痛的功效。

证据支持：关于该方治疗慢性胆囊炎（肝郁脾虚证）的一项随机、平行、阳性对照临床研究发现，该方能明显改善慢性胆囊炎患者的临床症状、体征、舌象、脉象、胆囊超声异常，其临床观察疗效佳且无任何毒副作用及不良反应^[52]。

6.3.1.2.6 肝阴不足证

治则：养阴柔肝，清热利胆。

方药：一贯煎（《续名医类案》），药用北沙参、麦冬、当归、生地黄、枸杞子、川楝子（小毒）等（**证据级别：B，强推荐**）。

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（小毒）。

证据支持：一项一贯煎加味治疗慢性胆囊炎的随机对照临床研究显示，与西药组相比，中药组的临床治疗总有效率明显更高（71.79% vs 53.85%， $P<0.05$ ），且超声检查总有效率更高（94.87% vs 87.18%， $P<0.05$ ）^[53]。另一项一贯煎加减治疗无结石慢性胆囊炎随机对照临床研究，对照组予以足量广谱抗生素加甲硝唑治疗，治疗组口服一贯煎。结果显示，中药治疗组总有效率明显高于对照组（95% vs 87.5%， $P<0.05$ ）^[54]。

经验方：滋阴养肝方（**证据级别：C，弱推荐**）。由白芍 30 g、制首乌 15 g、枸杞子 10 g、陈皮 10 g、炙甘草 10 g 组成。阴虚肝郁者加合欢皮、佛手、香橼；阴虚兼湿热者加蒲公英、金钱草；阴虚阳亢者加鳖甲、龟板。

证据支持：该方用于肝阴不足型老年慢性胆囊炎，治疗 1 月后，观察组进食油腻加重、乏力、腹胀、口干、右肋隐痛、肩背放射痛评分均显著低于对照组（ $P<0.05$ ），相较于常规药物治疗各项症状缓解更为明显^[55]。

6.3.1.2.7 脾胃气虚证

治则：理气和中，健脾和胃。

方药：香砂六君子汤（《古今名医方论》），药用人参、白术、茯苓、半夏、陈皮、木香、砂仁、炙甘草等（**证据级别：B，强推荐**）。

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。

证据支持：一项香砂六君子汤加减治疗慢性萎缩性胆囊炎的临床试验，经 4 周治疗后患者临床症状改善，复查超声显示胆囊萎缩情况明显改善（ $P<0.05$ ），治疗总有效率达 93%^[56]。另一项随机对照临床研究发现，香砂六君子汤能明显缓解腹腔镜胆囊切除术后患者的胃肠功能及减轻炎症反应（ $P<0.05$ ）^[57]。

中成药：

①香砂六君丸/片：由木香、砂仁、党参、炒白术、茯苓、炙甘草、陈皮、姜半夏、生姜、大枣组成。具有益气健脾，和胃的功效（**证据级别：B，强推荐**）。

用法用量：丸剂：口服，6~9g/次，3次/d。片剂：口服，4~6片/次，2~3次/d。

证据支持：关于香砂六君子丸/袋泡剂治疗脾胃虚弱型患者的临床观察表明，香砂六君子丸/袋泡剂与汤剂对脾胃虚弱的患者均有明显治疗作用，总有效率分别为 86.7%、83.3%，且袋泡剂略优于汤剂，治疗前后对照有显著性差异（ $P<0.05$ ）^[58]。

6.3.2 中药单体

（1）黄连素（**证据级别：B，强推荐**）：又名小檗碱，主要是从中药黄连、黄柏、三颗针中提取的化合物，2016 年我国一项随机对照临床试验研究黄连素治疗慢性胆囊炎的临床疗效，显示黄连素有明显的抑菌作用，治疗组总有效率显著高于对照组^[59]。随后针对盐酸小檗碱片联合茴三硫片治疗老年慢性胆囊炎的两项临床研究均显示小檗碱可降低 TNF- α 和 LEP 水平，增强临床疗效^[60, 61]。

（2）薄荷素油（**证据级别：B，强推荐**）：薄荷素油是从中药薄荷中提取的挥发油，也是胆舒胶囊的主要有效成分。现代药理学研究和临床前实验表明，其主要化学成分如薄荷醇和柠檬烯能促进胆汁分泌、降低总胆固醇和增加总胆汁酸含量，而薄荷酮则致力于降低总胆固醇并提高总胆汁酸含量^[62]。2007 年我国一项胆舒胶囊治疗慢性结石性胆囊炎的随机对照临床试验，提示薄荷素油有显著的溶石、排石、解痉、镇痛作用，可有效促进患者临床缓解^[63]。2017-2019 年我国的一项大样本、多中心临床研究表明，胆舒胶囊可以显著缓解慢性胆囊炎患者的疼痛症状，改善胆源性消化不良症状、中医证候及胆囊影像学指标，且不良反应发生率低，是治疗慢性胆囊炎安全有效的药物^[64]。

（3）柠檬烯（**证据级别：C，强推荐**）：柠檬烯是来源于芸香科植物中的一种天然单萜烯，是柠檬烯胶囊以及胆舒胶囊的主要有效成分。许多中药如陈皮、化橘红中也含有该成分，具有甜橙之清香，性温，味甘苦。现代药理学研究发现其可松弛 Oddi 氏括约肌，降低胆道压力，快速止痛；增加胆汁流量，缓解胆汁淤积相关疾病；具有溶石抗炎，促进胰液分泌，改善消化的作用，对结石性胆囊炎和胆汁淤积造成的胆囊炎的治疗效果较好^[62, 65, 66]。

6.3.3 针对性选择用药

根据现代医学胆囊炎发病的生理病理特点，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促进胆囊收缩和舒张：可选用乌梅、黄芩、陈皮、枳壳、槟榔、姜黄、栀子、大黄、玉米须、虎杖、蒲公英、鹅不食草等。

②促进胆汁的分泌：可选用丹参、藁本、美人蕉、姜黄、茵陈、栀子、玉米须、虎杖、威灵仙、甘草、金银花、生姜、赤芍、黄连、黄柏、三颗针、连翘、青叶胆、半边莲、藏茵陈、大黄等。

③溶解胆固醇：可选用陈皮、枳壳、连钱草等。

④促进 Oddi 括约肌和胆道括约肌舒张：可选用黄芩、虎杖、威灵仙、蒲公英、大黄、巴豆等。

⑤调控炎症反应：包括清热解毒可选用龙胆泻肝汤、五味消毒饮、龙胆草、金银花、蒲公英、连翘、白花蛇舌草、贯众、板蓝根、山栀子、黄芩、大青叶、半枝莲等。高热，神识模糊者予口服安宫牛黄丸或至宝丹；抽搐者加服紫雪丹。

⑥改善局部的血液循环：包括活血化瘀可选用用赤芍、丹参、牡丹皮、桃仁、红花、郁金、延胡索等。

⑦调节焦虑抑郁状态：包括心虚胆怯可选用安神定志丸，酸枣仁、合欢花、首乌藤等；心郁胆滞可选用柴胡疏肝散、四逆散、香附等；心胆火旺者，可选用小柴胡汤、丹栀逍遥散、黄连温胆汤、左金丸、栀子等。

6.3.4 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。

6.4 中医外治法

6.4.1 针刺疗法

6.4.1.1 急性胆囊炎

常用取穴：阳陵泉、太冲、胆俞、至阳。发热加大椎、曲池；胆绞痛加章门、阴陵泉。针刺时可配合适当的补泻手法。

6.4.1.2 慢性胆囊炎

常用取穴：阳陵泉、胆囊、肩井、日月、丘墟。肝郁气滞者加太冲；瘀血阻络者加膈俞；肝胆湿热者加行间；肝阴不足者加肝俞、肾俞。针刺时可配合适当的补泻手法（**证据级别：B，强推荐**）。

针刺疗法证据支持：2021 年一项针对针灸治疗慢性胆囊炎的最新临床 meta 分析，筛选总结了至今以来的相关高质量随机对照临床试验，评价了包括临床治疗总有效率、中医症状评分（腹痛、右上腹压痛等）、胆囊收缩功能和胆囊厚度、VAS 评分、复发率、不良反应等指标。如研究发现，电针阳陵泉穴可促进慢性胆囊炎患者胆囊收缩素的分泌，减缓胆囊动脉的血流，增加阻力指数。还发现电针足三里穴和阳陵泉穴可以增加胃窦平滑肌、Oddi 括约肌和血浆胃动素和胆囊收缩素的含量。其结果显示针灸治疗慢性胆囊炎的安全性和有效性^[67]。

6.4.2 耳穴疗法

慢性胆囊炎：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（**证据级别：B，强推荐**）。

证据支持：2014 年一项随机对照临床试验显示采用耳穴压法联合西药治疗慢性结石性胆囊炎与单纯西药组比较，均可有效改善患者腹痛等不适症状，且治疗组的不良反应及复发率更低（ $P<0.05$ ）^[68]。另一项随机对照试验，采用耳穴贴压加胆宁片治疗胆囊疾病，结果显示针药组的临床有效率明显高于单纯药物组（95.00% vs 86.00%， $P<0.05$ ）^[69]。

6.4.3 推拿疗法

慢性胆囊炎：以拇指指腹，大、小鱼际，或掌根部在膈俞、肝俞、胆俞、心俞、督俞、巨阙、胆囊、中脘、建里等穴处按揉，以腕关节转动回旋来带动前臂进行操作，每分钟 80~100 次。

6.4.4 穴位贴敷疗法

6.4.4.1 急性胆囊炎

取胆囊区（右上腹压痛点）。药用栀子、大黄、冰片、乳香、芒硝等，可根据辨证用药加减（**证据级别：C，弱推荐**）。

证据支持：2015 年一项随机对照试验，对照组采用西医常规治疗，观察组在常规治疗基础上予胆囊区中药穴位贴敷，结果显示观察组在总有效率及 3 日内缓解疼痛率、缩短住院时间等方面均优于对照组（ $P<0.05$ ）^[70]。

6.4.4.2 慢性胆囊炎

取胆囊、肝俞、胆俞、阳陵泉、日月、期门。药用柴胡、枳实、延胡索、炒莱菔子、夏枯草、滑石、金钱草、海金沙等，可根据辨证用药加减（**证据级别：C，弱推荐**）。

证据支持：2021 年一项随机对照研究，采用穴位贴敷联合熊去氧胆酸胶囊治疗慢性胆固醇结石性胆囊炎，显示联合治疗组的总有效率明显高于单纯西药组（93.33% vs 88.89%， $P<0.05$ ）^[71]。

6.4.5 穴位埋线疗法

6.4.5.1 急性胆囊炎

鸠尾、中脘、胆囊穴、胆俞、胃俞、足三里、阳陵泉（**证据级别：B，强推荐**）。

证据支持：2013 年一项疗效观察性研究针对穴位埋线疗法治疗胆囊炎 989 例，治疗后的总有效率达 99.39%^[72]。

6.4.5.2 慢性胆囊炎

阳陵泉、中脘、胆俞、阴陵泉、足三里、肝俞、期门、胆囊、日月、膈俞等（**证据级别：B，强推荐**）。

证据支持：2014 年一项随机对照试验观察穴位埋线疗法治疗肝胆湿热型慢性胆囊炎患者，治疗组采用穴位埋线疗法，对照组予以常规针刺治疗。结果显示治疗组和对照组的临床治疗总有效率均较高（93.10% vs 92.59%；86.21% vs 81.48%），两组比较无明显差异（ $P>0.05$ ），但治疗后两组中医症状积分和胆囊壁厚度明显降低（ $P<0.05$ ），提示穴位埋线对肝胆湿热型慢性胆囊炎的确切疗效^[73]。

6.4.6 中药外敷

6.4.6.1 急性胆囊炎

①双柏散。由黄柏 500 g、大黄 1000 g、泽兰 500 g、薄荷 500 g、侧柏叶 1000 g 组成。具有清热解毒、消肿止痛的功效（证据级别：C，弱推荐）。

用法用量：双柏散 100 g，开水、蜜调敷，蜜为赋形剂，敷贴 7 h，外敷腹哀穴，2 次/d。

证据支持：2016 年一项随机对照临床试验显示，急性胆囊炎常规治疗的基础上加双柏散外敷可有效缩短患者疼痛时间，减轻患者痛苦（ $P<0.05$ ）^[74]。

②四黄水蜜。由黄连 80 g，黄柏 80 g，黄芩 80 g，大黄 80 g 组成。具有疏肝利胆、泻火解毒、清热燥湿、通络止痛等功效（证据级别：C，弱推荐）。

用法用量：四黄粉 125 g，凉开水、蜜调敷，入院后 1~3 h 内即可外敷于患者右上腹部，敷 4~6 h，2 次/d。

证据支持：2019 年一项四黄水蜜外敷结合中医护理对急性胆囊炎患者的对照研究，与单纯护理组相比，治疗组患者的治疗总有效率更高（97.67% vs 81.40%， $P<0.05$ ），生活质量评分、治疗依从性、护理疗效明显提高（ $P<0.05$ ），并发症发生率更低（ $P<0.05$ ）^[75]。2021 年的另一项研究同样证实，急性胆囊炎患者实施中医护理干预的同时采取四黄水蜜外敷疗法，有助于缓解其临床症状，减少或避免并发症的发生，改善患者生活质量（ $P<0.05$ ）^[76]。

6.4.6.2 慢性胆囊炎

①金黄散。由大黄、黄柏、姜黄、白芷各 2500 g，天南星、陈皮、苍术、厚朴、甘草各 1000 g，天花粉 5000 g 组成。具有清热解毒、消肿止痛的功效（证据级别：C，弱推荐）。

用法用量：金黄散 150 g，开水调成糊状，敷贴于腹部压痛部位。每天换药 1 次，3~5 次为 1 疗程。

证据支持：2006 年一项随机对照研究观察金黄散外敷对慢性结石性胆囊炎急性发作的影响，对照组采用中西医结合非手术常规疗法，治疗组加用中药金黄散外敷，结果显示治疗组有效率明显高于对照组（80.00% vs 61.20%， $P < 0.05$ ）^[77]。

6.4.7 中药灌肠

急性胆囊炎：大柴胡汤。由柴胡 15 g、大黄 6 g(后下)、枳实 9 g、厚朴 10 g、黄芩 9 g、栀子 10 g、延胡索 15 g、法半夏 9 g、生姜 15 g、大枣 6 枚、白芍 9 g 组成。具有清热利湿，行气利胆的作用（证据级别：B，强推荐）。

用法用量：水煎至 300 mL，直肠滴注法，缓慢保留灌肠，灌肠液温度 40℃左右，一日 1 次。

证据支持：2014 年一项采用大柴胡汤加减灌肠辅助治疗急性胆囊炎的临床治疗结果显示，大柴胡汤保留灌肠能有效改善临床症状和体征，缩短病程，预防病情进展，治疗总有效率达 93.7%^[78]。2020 年进行的一项中药灌肠治疗急性胆囊炎腹腔镜术后的随机、双盲、平行对照临床试验，发现治疗组术后胃肠功能恢复情况及炎症水平明显改善，且运用子午流注法的卯时中药灌肠的效果更显著（ $P < 0.05$ ）^[79]。

6.5 中西医结合治疗要点

胆囊炎可采取中西医结合的治疗方式，根据病情发病急缓和患者身体条件，急性胆囊炎可酌情考虑手术治疗或非手术治疗的方式，辅助中医治疗，以清热利湿，行气利胆，通腑泻火为主，以减轻炎症反应、降低胆道手术并发症、加速康复。非手术治疗患者，应密切关注病情变化，必要时积极行手术治疗。慢性胆囊炎一般采取内科保守治疗，联合中医治疗，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。慢性胆囊炎不伴息肉、结石者，西医治疗多采用非手术疗法，但部分患者治疗效果欠佳，往往迁延多年，严重影响患者的生活质量。而中医药能有效提高其临床治疗的总有效率、治愈率，改善疼痛积分、胆囊收缩功能和缩短住院时间等。同时，配合如针灸、耳穴、推拿、药物贴敷及穴位埋线等中医特色疗法可有较好疗效。与常规西医治疗相比，中西医结合治疗胆囊炎，在临床缓解、稳定病情、协同西药增效减毒、提高患者生活质量和预防复发等方面都具有较明显的优势。

6.5.1 急性胆囊炎

6.5.1.1 清热解毒防治感染

急性胆囊炎患者病情进展可并发胆囊积脓和积水、胆囊穿孔以及腹膜炎，为防止以上并发症出现，应加强感染的监测，采集感染患者的标本进行血清或胆汁细菌培养、积极获取药敏结果指导抗菌药物选择；同时进行中药清热解毒、利胆消炎等法进行治疗，协同控制感染的发生率，降低后期病死率。

6.5.1.2 针刺治疗降低患者疼痛程度

急性胆囊炎是由于胆囊管阻塞和细菌侵袭而引起的胆囊炎症；其典型临床特征为右上腹阵发性绞痛，伴有明显的触痛和腹肌紧张。针刺可起到暂时解痉镇痛作用，降低患者急诊手术的机率，为患者择期手术提供一定条件。

6.5.1.3 中西医结合防治并发症及合并症

急性胆囊炎术后可能出现切口感染、腹腔感染以及败血症等多种并发症，不利于患者恢复，可能引发严重病变而增加手术率和病死率。因此，需要根据不同并发症及其原因进行针对性辨证论治处理，以防治并发症及合并症，改善预后。

6.5.1.4 加强急性胆囊炎病因管理以“治未病”

加强急性胆囊炎患者的病因管理，有效减少复发，减轻家庭和社会经济负担。出院前需要结合患者的具体病因进行健康教育和必要的干预，包括戒烟戒酒、忌高脂油腻食物，改变饮食习惯和饮食结构，并坚持长期的门诊随访复查，最终有效减少复发。

6.5.2 慢性胆囊炎

6.5.2.1 系统性治疗，针对性用药

基于中医整体观念，综合患者各方面情况，给予解痉止痛、抗感染、维持电解质及酸碱平衡等系统治疗；针对个体变化，灵活选用口服溶石药物、消化酶药物、利胆药物、手术治疗、中医药及特色疗法等。

6.5.2.2 辨证施治，对症配伍

根据不同的证候，选用不同的疏肝利胆中药药方，与西医消炎利胆的措施相结合，合理使用抗菌药物，斟酌考量止痛药，权衡选择手术方式。且抗菌药物具有耐药性而使病情易复发，而多数中药具有抗炎作用但不产生耐药性，因此短期复发率更低。常用的药物有：茵陈蒿、栀子等利胆退黄药物，柴胡、郁金等疏肝利胆药物，及金钱草、丹皮等清热类药物。根据不同的症状选择不同的药物配伍，灵活加减，如大柴胡汤加减、茵陈蒿汤加减等。

6.5.2.3 中西医结合治疗，提高疗效

中医以疏肝利胆、利胆排石为要，结合西医内科或手术治疗，祛除病因；适宜给予抗菌药物抗炎抗感染，标本兼治，疗效显著优于单纯中医治疗或西医

治疗。对于慢性胆囊炎合并结石者,特别是年老体弱、身体耐受能力较差者,中西医结合治疗方案有利于提高临床治疗效果,改善患者预后。

6.5.3 特殊类型胆囊炎

对于急性坏疽性胆囊炎患者,在腹腔镜胆囊切除术后,给予患者中医辨证治疗,如湿热内蕴型以大柴胡汤与桃红四物汤加减;湿浊中阻型以平胃散、桃红四物汤和大承气汤加减。尤其是老年患者,能明显改善其胃肠功能,减少术后并发症的发生,并降低死亡率。

6.5.4 胆囊炎伴合并症

胆囊炎伴合并症患者,建议中西医结合治疗,有助于提高临床疗效,改善患者疼痛等症状、体征、生活质量,减轻炎症反应、不良反应等。如慢性胆囊炎合并胆石症,可给予大/小柴胡汤加减联合熊去氧胆酸治疗等;慢性胆囊炎合并反流性食管炎患者,应重视调脾和胃、疏肝利胆、条畅气机,并结合心理治疗等,利用中西医结合的优势弥补西医的不足。

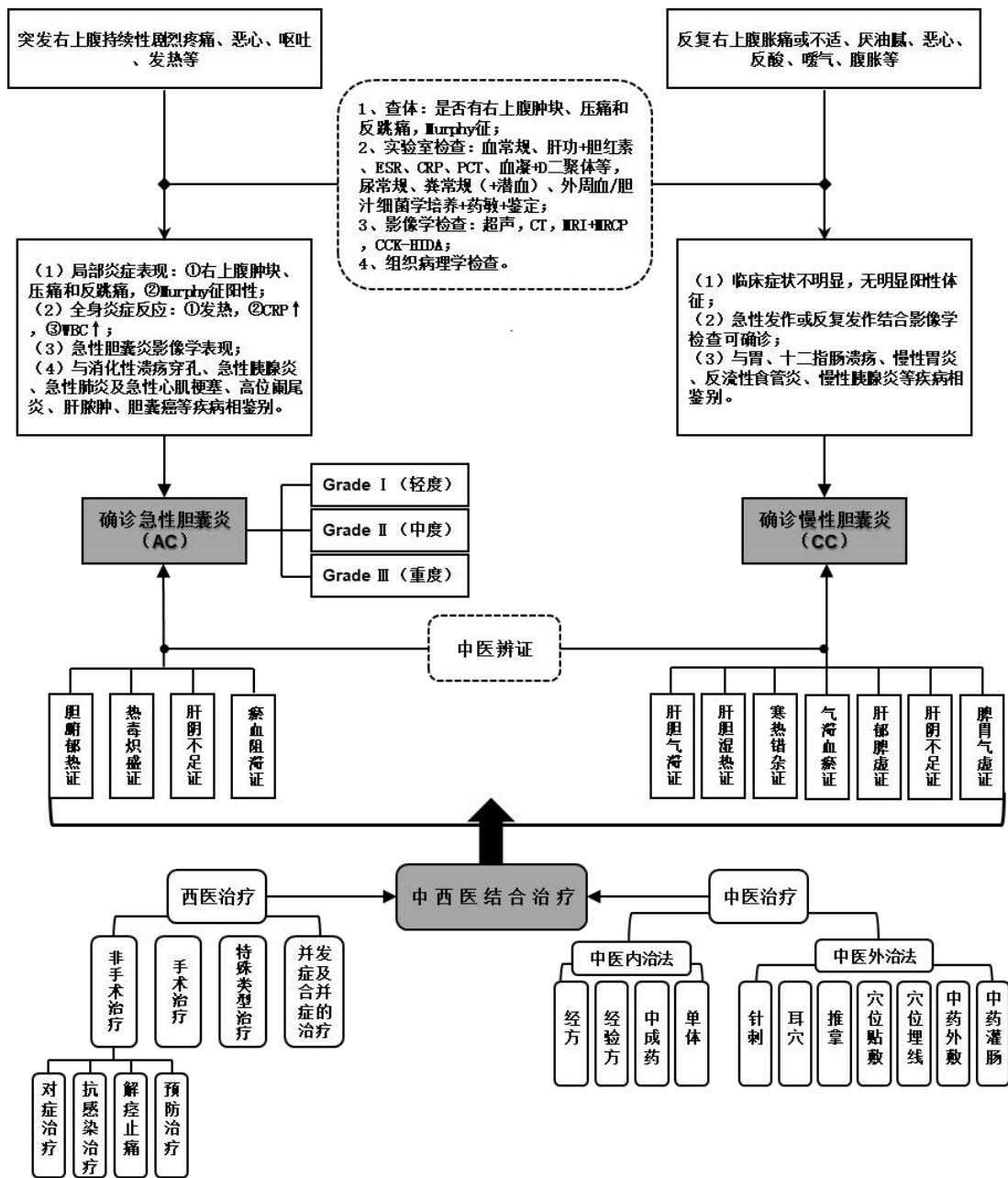
6.5.5 胆囊炎伴有特殊情况者

胆囊炎合并妊娠、贫血、营养不良、免疫力低下者等特殊情况,为了减少术后并发症及西药的不良反应,可采用中西医结合的治疗方法,进行整体调理,改善营养状况,提高免疫力。

6.5.6 重视癌变监测,定期随访

应重视对本病癌变的监测,应定期 CT 或超声随访,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 或超声对胆囊癌早发现、早诊断和早治疗,从而提高胆囊癌患者的生存质量。慢性胆囊炎患者一般预后良好。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、肝功能实验室检查和腹部超声检查。

6.6 诊疗流程图



7 疗效评定标准

7.1 疗效评定方法

将临床缓解率和（或）临床有效率作为主要疗效指标；单项症状疗效、中医证候疗效、生化指标（肝功能、胆红素水平等）和影像学疗效等作为次要疗效指标。

7.2 疗效评价标准

对于胆囊炎的疗效评定，主要包含单项症状疗效、中医证候疗效、临床症状体征和影像学疗效的评定等，具体如下：

7.2.1 单项症状疗效评定

每个单项症状按轻重分为 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：原有症状明显改善，但未到 0 级；③有效：原有症状改善，但未到 II 级或者 I 级；④无效：原有症状无改善或原症状加重。

7.2.2 中医证候疗效评定

主要采用尼莫地平法，疗效指数 = $(\text{疗前积分} - \text{疗后积分}) \div \text{疗前积分} \times 100\%$ 。参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》的疗效评定标准。

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，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（ $70\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$ ）③有效：症状和体征有改善（ $30\% \leq \text{疗效指数} < 70\%$ ）④无效：症状和体征无明显减轻或加重者（疗效指数 $< 30\%$ ）。

7.2.3 临床症状体征评价

急性胆囊炎患者以右上腹疼痛，伴腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张等常见体征。根据入院时及出院前症状体征变化情况进行分级。①临床痊愈：主要症状、体征消失或基本消失；②显效：主要症状、体征明显改善，不影响患者进食和休息；③有效：主要症状、体征明显好转，轻微影响患者进食和休息；④无效：主要症状，体征无明显改善，甚或加重。

7.2.4 影像学疗效评价

①急性胆囊炎：结合血常规、全身症状的情况下，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 $<4\text{cm}$ ），胆囊壁最厚处厚度 $<3\text{mm}$ ，胆囊壁略毛糙；好转：超声检查胆囊横径较前缩小，胆囊壁最厚处厚度 $>3\text{mm}$ ，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、胆囊壁毛糙均未见明显变化。

7.2.5 PRO 量表

关于患者报告结局（patient-reported outcome measures, PROMs) 的 PRO 量表是直接来源于患者的关于自身健康状况和治疗结果的报告，是在没有其他人或医生干预的情况下进行的一种患者对自身临床结局的测量，因此被认为比医生报告的结局指标更可靠，已被广泛应用于临床疗效评价当中。然而目前尚无完全符合此标准的 PRO 量表。临床中可根据不同病情制定相应的 PRO 量表。

附录
缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
AC	Acute cholecystitis	急性胆囊炎
AAC	acute acalculous cholecystitis	急性非结石性胆囊炎
ABP	acute biliary pancreatitis	急性胆源性胰腺炎
ACC	acute calculous cholecystitis	急性结石性胆囊炎
AGC	Acute gangrenous cholecystitis	急性坏疽性胆囊炎
AKI	acute kidney injury	急性肾损伤
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome	急性呼吸窘迫综合征
ASA	American Society of Anesthesiologists	美国麻醉师协会
ASA-PS	American Society of Anesthesiologists Physical Status	美国麻醉师协会评分
CA125	carbohydrate antigen 125	糖类抗原 125
CA19-9	carbohydrate antigen 19-9	糖类抗原 19-9
CC	chronic cholecystitis	慢性胆囊炎
CCI	Charlson comorbidity index	Charlson 合并症指数
CEA	carcinoembryonic antigen	癌胚抗原
CRP	C-reactive protein	C 反应蛋白
CT	Computed Tomography	电子计算机断层扫描
CCK-HIDA	cholecystokinin cholescintigraphy	肝胆管胆囊收缩素闪烁显像
ESR	Erythrocyte Sedimentation Rate	红细胞沉降率
ERCP	endoscopic retrograde cholangiopancreatography	经内镜逆行性胰胆管造影
ENBD	endoscopic nasobiliary drain-age,	经内镜鼻胆管引流术
FiO2	Fraction of inspiration O2	吸入氧浓度
ICU	Intensive Care Unit	重症医学科
JSHBPS	Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery	日本肝胆胰脾外科学会
LC	laparoscopic cholecystectomy	腹腔镜胆囊切除术
LEP	leptin	瘦素
MRCP	magnetic resonance cholangiopancreatography	磁共振胰胆管成像
MRI	Magnetic resonance imaging	磁共振成像

NSAID	Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs	非甾体抗炎药
PaO ₂	arterial oxygen pressure	动脉血氧分压
PCT	procalcitonin	降钙素原
PT	prothrombin time	血浆凝血酶原时间
PTCD	percutaneous transhepatic cholangial drainage	经皮穿刺肝胆管引流术
PROMs	patient-reported outcome measures	PRO 量表
TG18	Tokyo Guidelines 2018	急性胆囊炎东京指南 2018
TNF- α	Tumor Necrosis Factor- α	肿瘤坏死因子 α
UDCA	ursodeoxycholic acid	熊去氧胆酸
VAS	visual analogue scale	视觉模拟评分法
WSES	The World Society of Emergency Surgery	世界急诊外科学会
XGC	xanthogranulomatous cholecystitis	黄色肉芽肿性胆囊炎

GRADE 系统推荐强度等级和证据质量评价与推荐标准

采用 GRADE 方法对纳入中药方剂或中成药的有效性和安全性的证据体进行汇总和质量评价。根据 GRADE 方法，将证据质量分为高、中、低、极低四个等级（表 1）。在证据分级过程中，考虑五个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚，以及三个升级因素——效应量大、剂量反应关系、可能的混杂因素。基于专家意见和后续的讨论达成共识，形成结果总结表，以呈现证据等级分级，最后通过证据总结表呈现证据，并参照 GRADE 系统对推荐级别的分级（表 1），结合专家意见，得到初步的推荐意见。GRADE 推荐强度分级与定义见表 2。

表 1 GRADE 证据质量的描述

证据分级	代码	说明
高质量	A	非常确信真实的效应值接近估计值
中等质量	B	对效应估计值有中等程度信心：真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性
低质量	C	对效应估计值的确信程度有限：真实值与估计值可能有很大差别
极低质量	D	对效应估计值几乎没有信心：真实值与估计值可能有很大差别

表 2 GRADE 推荐强度分级的定义

定义	强推荐	弱推荐
对患者	几乎所有患者均会接受所推荐的方案；此时若未接受推荐，则应说明	多数患者会采纳推荐方案，但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用
对临床医生	应对几乎所有患者都推荐该方案；此时若未给予推荐，则应说明	应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现他偏好与价值观的决定
对政策制定者	该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去	制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与

参考文献

- [1] 白英哲, 王烨燃, 黄璐琦. 中医疾病名称的特征、存在问题与研究思路 [J]. 中医杂志, 2024, 65(07): 661-668.
- [2] 李军祥, 陈諝, 杨胜兰. 急性胆囊炎中西医结合诊疗共识意见 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(10): 805-811.
- [3] Gallaher J R, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review [J]. Jama, 2022, 327(10): 965-975.
- [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(06): 1231-1236.
- [5] 中华医学会外科学分会胆道外科学组. 急性胆道系统感染的诊断和治疗指南 (2021 版) [J]. 中华外科杂志, 2021, 59(06): 422-429.
- [6] 孙晓敏, 徐萍, 马志红, et al. 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.
- [7] 中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2018 年) [J]. 中华消化杂志, 2019, (02): 73-79.
- [8] Vahed L K, Khedmat L. Frequency of symptoms associated with gallstone disease: a hospital-based cross sectional study [J]. Eur J Transl Myol, 2018, 28(2): 7412.
- [9] Jain A, Mehta N, Secko M, et al. History, Physical Examination, Laboratory Testing, and Emergency Department Ultrasonography for the Diagnosis of Acute Cholecystitis [J]. Acad Emerg Med, 2017, 24(3): 281-297.
- [10] Ahmed M, Diggory R. The correlation between ultrasonography and histology in the search for gallstones [J]. Ann R Coll Surg Engl, 2011, 93(1): 81-83.
- [11] Runde R, Auyang E D, Ng R, et al. The gallbladder: what's new in 2022? [J]. Abdom Radiol (NY), 2022.
- [12] McGillicuddy E A, Schuster K M, Barre K, et al. Non-operative management of acute cholecystitis in the elderly [J]. Br J Surg, 2012, 99(9): 1254-1261.

- [13]James T W, Krafft M, Croglia M, et al. EUS-guided gallbladder drainage in patients with cirrhosis: results of a multicenter retrospective study [J]. *Endosc Int Open*, 2019, 7(9): E1099-e1104.
- [14]邓玉红, 陈锦锋, 余玲, 等. 加味大柴胡汤治疗急性胆囊炎(胆腑郁热证)的临床研究[J]. *中国中医急症*, 2018, 27(03): 462-464.
- [15]周美娟. 加味大柴胡汤治疗急性胆囊炎(胆腑郁热证)的临床疗效[J]. *世界复合医学*, 2020, 6(02): 144-146.
- [16]熊杨, 易晓雷. 大柴胡汤治疗胆腑郁热证型急性胆囊炎的临床研究[J]. *中国医药科学*, 2021, 11(07): 106-109.
- [17]张忱忱, 卢黎, 秦琴. 自拟疏肝清胆方治疗急性胆囊炎(胆腑郁热证)的临床观察 [J]. *中国中医急症*, 2021, 30(04): 688-690.
- [18]刘玲玲, 金小晶. 大柴胡颗粒治疗慢性胆囊炎胆腑郁热证 30 例疗效观察[J]. *实用临床医药杂志*, 2011, 15(19): 126-127.
- [19]宋德霸, 张晓剑, 李晓旭, 等. 大柴胡颗粒联合左氧氟沙星治疗慢性胆囊炎的临床研究[J]. *现代药物与临床*, 2021, 36(07): 1421-1424.
- [20]张青, 丁文金. 益胆片联合左氧氟沙星治疗急性胆囊炎的临床研究[J]. *现代药物与临床*, 2021, 36(04): 793-795.
- [21]章凌方, 强 张. 中药治疗急性胆囊炎 120 例临床分析.[J]. *中国中医急症*, 2009, 18(09): 1452-1456.
- [22]施晓黎, 顾华娟, 陆单丽. 消炎利胆方辅助腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎的效果及对免疫功能、炎症反应的影响 [J]. *浙江中医杂志*, 2021, 56(10): 709-710.
- [23]刘永欣. 头孢曲松钠联合消炎利胆片治疗急性胆囊炎的临床疗效[J]. *中国现代药物应用*, 2020, 14(22): 165-166.
- [24]刘鲁明. 一贯煎加味治疗急慢性胆囊炎的临床疗效观察[J]. *中国医药指南*, 2013, 11(13): 671-672.
- [25]何建新, 杨伟. 降酶汤治疗急性胆囊炎合并谷丙转氨酶异常疗效观察[J]. *山西中医*, 2017, 33(08): 50+52.
- [26]张东君, 庄爱国. 中西医结合治疗慢性胆囊炎急性发作 104 例[J]. *中医药学报*, 2003, 03): 33.

- [27]俞晓芳,章亨.二经双解汤治疗急性胆囊炎合并肝脏损害 32 例疗效观察[J].福建中医药,2008,05): 11-12.
- [28]梁海.柴胡疏肝散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(12): 33-35.
- [29]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.
- [30]俞赟丰,张家齐,徐思琦,et al.柴胡疏肝散加减治疗慢性胆囊炎的 Meta 分析和试验序贯分析 [J].世界中医药,2022,17(21): 3055-3060.
- [31]娄静,王菲,赵雷,等.柴芍疏肝利胆排石汤对胆结石合并慢性胆囊炎患者炎症、应激反应及胃肠功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(23): 86-92.
- [32]陈俊宇,崔宇.柴芍疏肝利胆排石汤辅助腹腔镜胆囊切除术治疗慢性胆囊炎合并胆囊结石临床研究[J].国际中医中药杂志,2021,43(04): 340-344.
- [33]张万全.胆宁片在慢性胆囊炎急性发作中的临床应用 [J].中国实用医药,2017,12(03): 120-121.
- [34]覃冰心,李天望.胆宁片联合优思弗治疗慢性胆囊炎的临床观察[J].医学理论与实践,2017,30(22): 3351-3353.
- [35]时建华,李艳,张磊.胆舒胶囊治疗慢性胆囊炎 246 例[J].中国药业,2015,24(20): 126-127.
- [36]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.
- [37]孙惠玲,王文华.龙胆泻肝汤治疗慢性胆囊炎疗效观察[J].陕西中医,2014,35(10): 1356.
- [38]杨玉双.龙胆泻肝汤加减治疗慢性胆囊炎（肝胆湿热型）的临床研究 [D]; 长春中医药大学,2019.
- [39]张玉润,刘周怀.柴胡五金汤治疗慢性胆囊炎 60 例[J].陕西中医,2008,09): 1184.
- [40]孔令韬,邢磊.柴芍五金汤治疗慢性结石性胆囊炎 30 例[J].中医研究,2018,31(05): 16-18.

- [41]林新,张琦,郝改琳.鸡骨草胶囊治疗慢性胆囊炎 30 例[J].陕西中医,2007,01): 24-25.
- [42]董小平,张弛,张鸽.中西医结合治疗慢性胆囊炎 45 例[J].山西中医,2010, 26(04): 23.
- [43]孙明霞,金小晶,杨勤.金胆片治疗慢性胆囊炎肝胆湿热证的疗效观察 [J].实用临床医药杂志,2011,15(19): 123-125.
- [44]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,2007,05): 334-335.
- [45]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.
- [46]王凤学.血府逐瘀汤加减治疗胆囊炎 100 例.[J].甘肃中医学院学报,2001, 18(02): 24.
- [47]李武军.化瘀愈胆汤治疗慢性胆囊炎疗效及对炎症因子、肝功能的影响[J].海峡药学,2019,31(05): 157-158.
- [48]钱小洲,常宁甫.化瘀愈胆汤联合曲匹布通、阿莫西林胶囊治疗慢性胆囊炎疗效观察[J].现代医药卫生,2019,35(22): 3519-3521.
- [49]丁海群.血府逐瘀口服液合大黄蛰虫丸治疗慢性胆囊炎 90 例[J].中国民间疗法,2015,23(07): 51-53.
- [50]吕佳楠.血府逐瘀胶囊治疗慢性胆囊炎的效果及其彩色多普勒超声评价[J].实用医药杂志,2013,30(09): 792-793.
- [51]刘晓海.胰胆舒颗粒治疗慢性结石性胆囊炎 98 例临床分析 [J].健康之路,2018,17(07): 208-209.
- [52]田琳.自拟疏肝健脾汤治疗慢性胆囊炎（肝郁脾虚证）的临床研究 [D]; 长春中医药大学,2008.
- [53]周群.一贯煎加味治疗慢性胆囊炎的临床分析[J].中国实用医药,2016,11(10): 170-171.

- [54]马红学. 一贯煎加减治疗无结石慢性胆囊炎临床观察; proceedings of the 第二十三届全国中西医结合消化系统疾病学术会议暨 2011 消化系统疾病诊治进展学习班, 中国山西太原, F, 2011 [C].
- [55]杨威英. 滋阴养肝方治疗肝阴不足型老年慢性胆囊炎临床观察 [J]. 四川中医, 2017, 35(10): 86-88.
- [56]吴学勤, 马鹏, 刘敏颖. 香砂六君子汤加减治疗萎缩性胆囊炎 202 例[J]. 陕西中医, 2010, 31(05): 538-539.
- [57]高绥林. 香砂六君子汤对结石性胆囊炎患者腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能及血清炎症因子水平的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(13): 116-117.
- [58]赵高文. 香砂六君子丸、理中丸袋泡剂与汤剂治疗脾胃虚弱(寒)临床研究.[J]. 湖南中医药导报, 1997, 03(04): 11-12.
- [59]刘世杰, 李作高. 黄连素治疗慢性胆囊炎 86 例疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(15): 148-149.
- [60]汤俊, 黄春锦, 丁皓. 盐酸小檗碱片联合茴三硫治疗老年慢性胆囊炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(03): 694-696.
- [61]许文峰. 盐酸小檗碱片联合茴三硫片治疗老年慢性胆囊炎的效果及对 TNF- α 和 LEP 水平的影响 [J]. 海峡药学, 2020, 32(08): 169-171.
- [62]Hu G, Yuan X, Zhang S, et al. Research on choleretic effect of menthol, menthone, pluegone, isomenthone, and limonene in DanShu capsule [J]. Int Immunopharmacol, 2015, 24(2): 191-197.
- [63]齐玉祥, 杜德君, 郭毅. 胆舒胶囊治疗慢性结石性胆囊炎 106 例临床分析[J]. 黑龙江医学, 2012, 36(08): 584-585.
- [64]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(09): 2084-2090.
- [65]Anandakumar P, Kamaraj S, Vanitha M K. D-limonene: A multifunctional compound with potent therapeutic effects [J]. J Food Biochem, 2021, 45(1): e13566.
- [66]邹娅, 尹善美, 周子铄, et al. 柠檬烯治疗胆囊炎的药效研究 [J]. 华西药学杂志, 2023, 38(02): 161-164.

- [67]Zhong G, Luo Y, Chi Z, et al. Clinical acupuncture therapy for chronic cholecystitis: A protocol for systematic review and meta-analysis [J]. Medicine, 2021, 100(10): e24994.
- [68]吴海斌, 丁涛. 耳穴贴压法联合西药治疗慢性结石性胆囊炎的临床疗效[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(11): 2367-2369.
- [69]刘桂珍, 郑丽丽. 耳穴贴压和胆宁片综合治疗胆囊疾病 200 例[J]. 上海针灸杂志, 2001, (05): 12-13.
- [70]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(06): 43-44.
- [71]白志锋. 穴位贴敷联合熊去氧胆酸胶囊治疗慢性胆固醇结石性胆囊炎临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(01): 100-102.
- [72]柏树祥. 穴位埋线治疗胆囊炎 989 例[J]. 中医外治杂志, 2013, 22(03): 12-13.
- [73]卜凡新. 穴位埋线治疗肝胆湿热型慢性胆囊炎的临床疗效观察 [D]; 山东中医药大学, 2017.
- [74]余华. 双柏散外敷治疗急性胆囊炎的护理与临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(24): 90-91.
- [75]张娜. 四黄水蜜外敷结合中医护理对急性胆囊炎患者生活质量的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(24): 112-115.
- [76]付雪平, 吕芳, 邱慧静. 四黄水蜜外敷配合中医护理干预对急性胆囊炎患者生活质量的影响 [J]. 光明中医, 2021, 36(23): 4068-4070.
- [77]黄传江, 赵志民, 郭邦阳, 等. 金黄散外敷对慢性结石性胆囊炎急性发作的疗效及反应蛋白的影响[J]. 贵阳中医学院学报, 2007, (02): 25-26.
- [78]赵卫兵, 郑丽, 车慧. 中西医结合治疗急性胆囊炎 32 例临床分析[J]. 中国临床医生, 2014, 42(02): 70-71.
- [79]肖思滇. 子午流注法中药灌肠对肝胆湿热型急性胆囊炎腹腔镜术后胃肠功能的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(21): 83-85.
- [80]陈旻湖, 杨云生, 唐承薇等. 消化病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 668-675.
- [81]张声生, 沈洪, 王垂杰等. 中华脾胃病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016:

703-716.

[82] 池肇春等.实用临床胃肠病学（2版）[M]. 北京：军事医学科学出版社，
2014： 1298-1310.