

# 中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 006-2024

## 胆石症中西医结合诊疗专家共识

Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Cholelithiasis 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 .....	II
引言 .....	IV
胆石症中西医结合诊疗专家共识 .....	4
1 范围 .....	4
2 规范性引用文件 .....	4
3 术语和定义 .....	4
4 流行病学 .....	5
5 发病因素和病因病机 .....	5
5.1 现代医学对发病因素的认识 .....	5
5.2 中医病因病机 .....	5
6 诊断 .....	6
6.1 西医诊断 .....	6
6.2 中医证候诊断 .....	10
7 中西医结合治疗 .....	11
7.1 治疗原则 .....	11
7.2 西医治疗 .....	11
7.3 中医药治疗 .....	15
7.4 中医适宜技术 .....	21
7.5 中西医结合治疗要点 .....	23
7.6 诊疗流程图 .....	24

8 疗效评定标准 .....	26
8.1 影像学（腹部 B 超、腹部 CT 和 MRCP） .....	26
8.2 中医证候疗效评价 .....	26
附 录 1 .....	27
附 录 2 .....	28

## 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。

本共识按《中医临床诊疗指南编制通则》(ZYYXH/T 473-2015)要求起草。

本共识由中国中西医结合学会提出并归口管理。

本共识起草单位：北京中医药大学东方医院、中日友好医院、中国中医科学院广安门医院

**本共识负责人：**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）

**共识执笔人：**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）、李军祥（北京中医药大学东方医院）

**本共识工作组成员：**毛堂友（北京中医药大学东方医院）、姚树坤（中日友好医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）、白宇宁（中国中医科学院广安门医院）、谢春娥（北京中医药大学东方医院）、刘成海（上海中医药大学附属曙光医院）、杨胜兰（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、李晓红（北京中医药大学东方医院）、韩啸（北京中医药大学东方医院）

**方法学专家：**刘兆兰（北京中医药大学）

**本共识讨论专家组成员（按拼音首字母顺序）：**

**中医：**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）、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（广州中医药大学第一附属医院）、黄绍刚（广州中医药大学第一附属医院）、季光（上海中医药大学附属龙华医院）、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)、李慧臻(天津中医药大学第二附属医院)、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)、吕宾(浙江中医药大学附属第一医院)、马鑫(北京中医药大学东直门医院)、沈洪(江苏省中医院)、苏娟萍(山西省中医院)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、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)、王凤云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、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)、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)、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)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、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)、朱莹(湖南中医药大学附属第二医院)、朱磊(江苏省中医院)

**西医:** 陈胜良(上海交通大学医学院附属仁济医院)、蓝宇(首都医科大学附属北京积水潭医院)、李景南(北京协和医院)、时昭红(武汉市第一医院)、孙大志(上海长征医院)、唐艳萍(天津市南开医院)、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)、姚树坤(中日友好医院)、袁红霞(天津市南开医院)、张学智(北京大学第一医院)、朱金水(上海交通大学附属第六人民医院)

## 引 言

胆石症（cholelithiasis）是临床的常见病和多发病，本《胆石症中西医结合诊疗专家共识》是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工作小组，在 2010 及 2017 年版的基础上进行修改和补充。本共识意见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，征求国内中西医结合专家的意见，完成胆石症中西医结合诊疗共识意见制定工作。

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、合理决策。由于 NAFLD 研究进展迅速，本共识仍将根据学科进展和临床需要不断更新和完善。



# 胆石症中西医结合诊疗专家共识

## 1 范围

本指南对胆石症中西医结合临床诊疗实践作了原则性的提示。

本指南从我国胆石症的防治实际出发，涵盖了该病的定义、流行病学、发病机制、诊断与分型、中西医结合治疗方案、调理等内容，坚持中西医协作，突出中西医结合治疗的特色。

本指南力图展示国内外前沿学术内容，涵盖胆石症中西医结合诊治问题。

本指南适用对象为西医消化、中医脾胃病、中医肝胆病以及中西医结合相关专业医疗人员。

## 2 规范性引用文件

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

《中华人民共和国药典》2015 版。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

胆石症 Cholelithiasis

是指胆道系统，包括胆囊和胆管内发生结石的疾病。其成分由胆固醇、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。按结石化学成分可分为胆固醇结石、胆红素结石和混合性结石；按病情的急缓，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<sup>[1]</sup>。部分胆道结石的患者临床上无任何症状,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<sup>[2]</sup>。

## 4 流行病学

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%vs4.85%); 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<sup>[3,4]</sup>。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、体质量骤减、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<sup>[5]</sup>。

## 5 发病因素和病因病机

### 5.1 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<sup>[6]</sup>。

### 5.2 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、饮食不节或虫积等因素，从而导致胆失疏泄，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<sup>[7]</sup>。

## 6 诊断

### 6.1 西医诊断

#### 6.1.1 临床表现

**6.1.1.1 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、暖气、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，重者可出现休克。

**6.1.1.2 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，又称作 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<sup>[8]</sup>。

### 6.1.2 相关检查

#### 6.1.2.1 影像学检查

①彩色超声：彩色超声检查诊断胆石的特异性和敏感性均很高，应作为首选常规检查<sup>[4]</sup>。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）<sup>[9]</sup>。

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和指导临床治疗<sup>[10]</sup>；

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和大小<sup>[11]</sup>，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%<sup>[12]</sup>；ERCP与EUS、MRCP相比，其优点在于可以同时提供治疗的选择。

#### 6.1.2.2 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 $\gamma$ -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<sup>[13]</sup>。

### 6.1.3 诊断

#### 6.1.3.1 诊断思路

对怀疑有胆石症的患者，首先，明确有无胆石症；其次，明确胆石症发生部位和大小以及常见的并发症；第三，明确胆石症的分期；第四，推断胆石症发生的可能病因；第五，判断临床病理类型。

##### 6.1.3.1.1 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。影像学检测方法包括腹部彩超、CT、MRCP、EUS 以及 ERCP 等，其中最常用的影像学方法是腹部彩超。

#### **6.1.3.1.2 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。

#### **6.1.3.1.3 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。

#### **6.1.3.1.4 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。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。

#### **6.1.3.1.5 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 线平片、ERCP 和腹部 CT 值等检查。

#### **6.1.3.1.6 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<sup>[14]</sup>。

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。文献报道国内时而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。

### 6.1.3.2 临床诊断

#### 6.1.3.2.1 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：查体 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、降钙素原明显升高等全身炎症表现；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，则可诊断胆囊炎。

#### 6.1.3.2.2 肝外胆管结石

①临床症状：a. 上腹部或右上腹部疼痛或绞痛，可放射至右肩背部，厌进食油腻食物，重者可伴有冷汗面色苍白、恶心与呕吐等症状；b. 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℃；c. 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。

### 6.1.3.2.3 肝内胆管结石

主要以影像学证据为主，上腹部疼痛、压痛和黄疸等症状和体征都不明显，诊断要点为：

①临床症状：a. 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；b. 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。

## 6.2 中医证候诊断

### 6.2.1 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。

### 6.2.2 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；④⑤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。

### 6.2.3 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。

#### 6.2.4 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。

#### 6.2.5 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 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）

### 7 中西医结合治疗

#### 7.1 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、消除炎性反应为主；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。

#### 7.2 西医治疗

##### 7.2.1 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。

##### 7.2.1.1 内科治疗

①缓解期（包括无症状胆石症）的治疗：a. 控制饮食：限制摄入脂肪、胆固醇过多的食物。b. 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<sup>[15]</sup>。溶解胆固醇结石的药物有：鹅去氧胆酸（CDCA），剂量为每日 12~15mg/kg，不良反应有腹泻与肝细胞损伤，以 ALT 升高为主<sup>[16]</sup>。熊去氧胆酸（UDCA），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 $\geq 10\text{mg/kg}$ ，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%。c. 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消化酶类药物，如复方阿嗪米特肠溶片等<sup>[17]</sup>。

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 Oddi 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<sup>[18]</sup>。

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<sup>[19]</sup>。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，尤其对革兰氏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<sup>[20]</sup>。

### 7.2.1.2 外科治疗



适应症：①有症状的较大胆囊结石（直径超过 1cm）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（ $>4\text{mm}$ ）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<sup>[21]</sup>。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 $\leq 5\text{mm}$ ，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<sup>[22]</sup>。

### 7.2.2 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<sup>[23]</sup>。

#### 7.2.2.1 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<sup>[24]</sup>。

#### 7.2.2.2 外科治疗

适应症：不适合 ERCP 或 ERCP 术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。对于腹腔镜胆总管切开取石术后，至少 2~3 周后行 T 管造影，如无残留结石拔除 T 管<sup>[25]</sup>；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<sup>[26]</sup>。

### 7.2.2.3 介入治疗

适应症：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 Roux-en-Y 吻合、胰十二指肠切除、胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术后合并胆总管结石<sup>[27]</sup>；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顺行排石术（percutaneous transhepatic papillary balloon dilation, PTPBD）。

## 7.2.3 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。

### 7.2.3.1 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<sup>[28]</sup>。熊去氧胆酸，每次 250mg，每天 3 次，口服；丁二磺酸腺苷蛋氨酸注射剂 1000mg，加入 5% 葡萄糖注射液 500g 中，静脉滴注，每天 1 次；多烯磷脂酰胆碱注射液 697.5mg，加入 5% 葡萄糖注射液 500g 中，静脉滴注，每天 1 次。

### 7.2.3.2 外科治疗

适应症：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的风险者。

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<sup>[29]</sup>。

①胆管切开放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<sup>[30]</sup>。

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病例。

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的最确切有效的方法，该法复发率低，且术中出血少、术后痛苦少<sup>[31]</sup>。

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的病例，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<sup>[32]</sup>。

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<sup>[33]</sup>。

### 7.2.3.3 介入治疗

适应症：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<sup>[34]</sup>；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<sup>[35]</sup>；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，病情允许可同期行 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顺行排石术<sup>[36]</sup>。

## 7.3 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 EST 排石效果更佳。

### 7.3.1 中医辨证治疗

#### 7.3.1.1 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）。[证据级别：中；推荐强度：强]

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：一项针对于慢性胆囊炎胆石症（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、影像学和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<sup>[37]</sup>。

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。[证据级别：中；推荐强度：强]

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 82.00%，对照组（熊去氧胆酸治疗）总有效率为 57.14%（ $P<0.05$ ）<sup>[38]</sup>。

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。[证据级别：中；推荐强度：强]

用法用量：口服。一次 1-2 粒，一日 3 次。

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 家医院的慢性胆囊炎、胆结石患者 9579 例，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(P 值均<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<sup>[39]</sup>。

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。**[证据级别：中；推荐强度：强]**

用法用量：口服，一次 4 粒（1.2g），一日 3 次。

证据描述：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总有效率 80.0%，显著高于对照组的 55.6%，具有较好的临床疗效<sup>[40]</sup>。

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。**[证据级别：中；推荐强度：强]**

用法用量：口服。一次 3 片，一日 2 次。

证据描述：一项针对益胆片的临床研究中，将急、慢性胆囊炎、胆石症 179 例患者分为益胆片治疗组和金胆片对照组，治疗组每次口服益胆片三片，每日二次，急性胆囊炎以 10 天为 1 疗程，慢性胆囊炎以一个月为 1 疗程，胆石症以 3 个月为 1 疗程；对照组每次口服金胆片 4 片，每日 3 次，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，虽经统计学处理无显著性差异，但痊愈、显效率与对照组相比，除急性胆囊炎（可能与例数少有关）外，均有非常显著性差异， $P<0.01$ ，由此表明，益胆片疗效确凿，应用范围较广，是一种较为理想的新药<sup>[41]</sup>。

### 7.3.1.2 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）。[证据级别：中；推荐强度：强]

加減：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 20~30 g，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 87 例胆总管结石患者，随机将患者分为联合组 43 例患者，对照组 44 例，对照组给予常规对症治疗及 ERCP 内镜微创，联合组在对照组的基础上给予大柴胡汤加減治疗，疗程为 4 d，发现中医证候疗效评价上，联合组总有效率（95.5%，42/44）优于对照组（86.0%，37/43）（ $P<0.01$ ），且在治疗后的两组组间比较中，联合组对于改善天门冬氨酸氨基转移酶和  $\gamma$ -谷氨酰基转移酶的效果明显的优于对照组（ $P<0.01$ ），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<sup>[42]</sup>。

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。[证据级别：中；推荐强度：强]

用法用量：口服。一次 4-6 粒，一日 3 次。

证据描述：一项针对胆石通胶囊的临床研究中，选取 60 例胆石症患者，按照随机原则分为治疗组和对照组各 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，观察两组临床疗效。研究结果表明，治疗组的总有效率 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<sup>[43]</sup>。

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。[证据级别：中；推荐强度：强]

用法用量：口服。一次 5-6 片，一日 3 次。

证据描述：一项针对舒胆片的临床研究中，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，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。结果发现研究组患者临床治疗总有效率为

95.00%，明显高于对照组的 72.50%，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。另外，研究组患者恶心呕吐、疼痛、发热症状消失时间分别为( $2.35\pm 0.94$ )、( $1.68\pm 0.51$ )、( $1.33\pm 0.64$ )d，均早于对照组的( $6.25\pm 2.01$ )、( $5.48\pm 1.36$ )、( $3.18\pm 0.86$ )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，此方式在症状改善等方面作用更突出，进而提升疗效<sup>[44]</sup>。

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。[证据级别：中；推荐强度：强]

用法用量：口服。一日 4 次，第一次 2 瓶，其余三次每次 1 瓶。三周为一疗程。

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 天、3 天、7 天、14 天和 21 天临床症状改善率治疗组分别为 2049%、5082 %、8033%、9180 %和 9426 %；对照组分别为 1167%、4833%、6667%、8167%和 8500 %，7 天后症状改善率两组均有统计学差异 ( $P<0.01$ )。金钱胆通组的排石有效率为 5192 %，消炎利胆片组为 2727%，完全排石率治疗组为 1442%，对照组为 227%，排石有效率两组有统计学差异( $P<0.01$ )。两组均无明显不良反应，结果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<sup>[45]</sup>。

### 7.3.1.3 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）。[证据级别：低；推荐强度：弱]

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。

### 7.3.1.4 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）。[证据级别：低；推荐强度：弱]

加減：瘀血較重者，可加三棱、莪朮、虻蟲活血破瘀；疼痛明顯者，加乳香、沒藥、丹參活血止痛。

中成藥：

胆石利通片：由硝石(制)、白礞、郁金、三棱、猪胆膏、金钱草、陈皮、乳香(制)、沒藥(制)、大黃、甘草等组成，具有理氣解郁、化瘀散結、利胆排石的功效。**[证据级别：中；推荐强度：强]**

用法用量：口服。一次 6 片，一日 3 次。

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 分析共纳入文献 8 篇，累计患者 965 例，发现胆石利通片可显著提高胆石症患者治愈率及总有效率，并且可显著降低该类患者的总胆红素水平<sup>[46]</sup>。

### 7.3.1.5 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（生大黃、芒硝、厚朴、枳实、茵陈蒿、梔子、生大黃）。**[证据级别：中；推荐强度：强]**

加減：黃疸明顯者加茵陳蒿、金錢草用至 30~60g；神昏譫語者，倍用大黃。

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，各 46 例。常规组给予茵陈蒿汤加減治疗，实验组在此基础上加用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 95.65%，显著高于常规组的 78.26%<sup>[47]</sup>。

### 7.3.3 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藥外，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、炒梔子等。

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：鸡内金、金钱草、海金沙、郁金、枳壳、赤芍等。

#### 7.3.4 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。

### 7.4 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。

#### 7.4.1 穴位贴敷疗法 [证据级别：低；推荐强度：弱]

**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加入蜂蜜或食醋调成稠膏，取适量稠膏约做成直径 2cm 的药饼，敷于所选穴位并使用医用胶布固定贴药后留置 8h。

**疗程：**每天 1 次，7 次为 1 个疗程。

#### 7.4.2 灸法 [证据级别：低；推荐强度：弱]

**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3cm，使局部有温热舒适感觉而无灼痛感，每穴灸10~15min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。

#### 7.4.3 穴位埋线 [证据级别：低；推荐强度：弱]

**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10d治疗1次，治疗4~5次为宜。

#### 7.4.4 针刺疗法<sup>[48,49]</sup> [证据级别：中；推荐强度：强]

**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：**每日1次，每次留针20min~40min，7天为1个疗程。

#### 7.4.5 耳针及耳穴压豆法<sup>[50-51]</sup> [证据级别：中；推荐强度：强]

**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0.5cm×0.5cm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/分钟，持续1分钟后留针5分钟。

**疗程：**耳穴压豆法：每日 3~4 次，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：每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

#### 7.4.6 按摩疗法<sup>[52]</sup> [证据级别：低；推荐强度：强]

**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 3cm，每个穴位按揉 3 分钟。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：**每日按揉两次，20 天为 1 个疗程。

#### 7.4.7 穴位注射疗法 [证据级别：低；推荐强度：弱]

**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 5mg 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 秒。

**疗程：**每日注射 1 次，10 次为 1 个疗程。

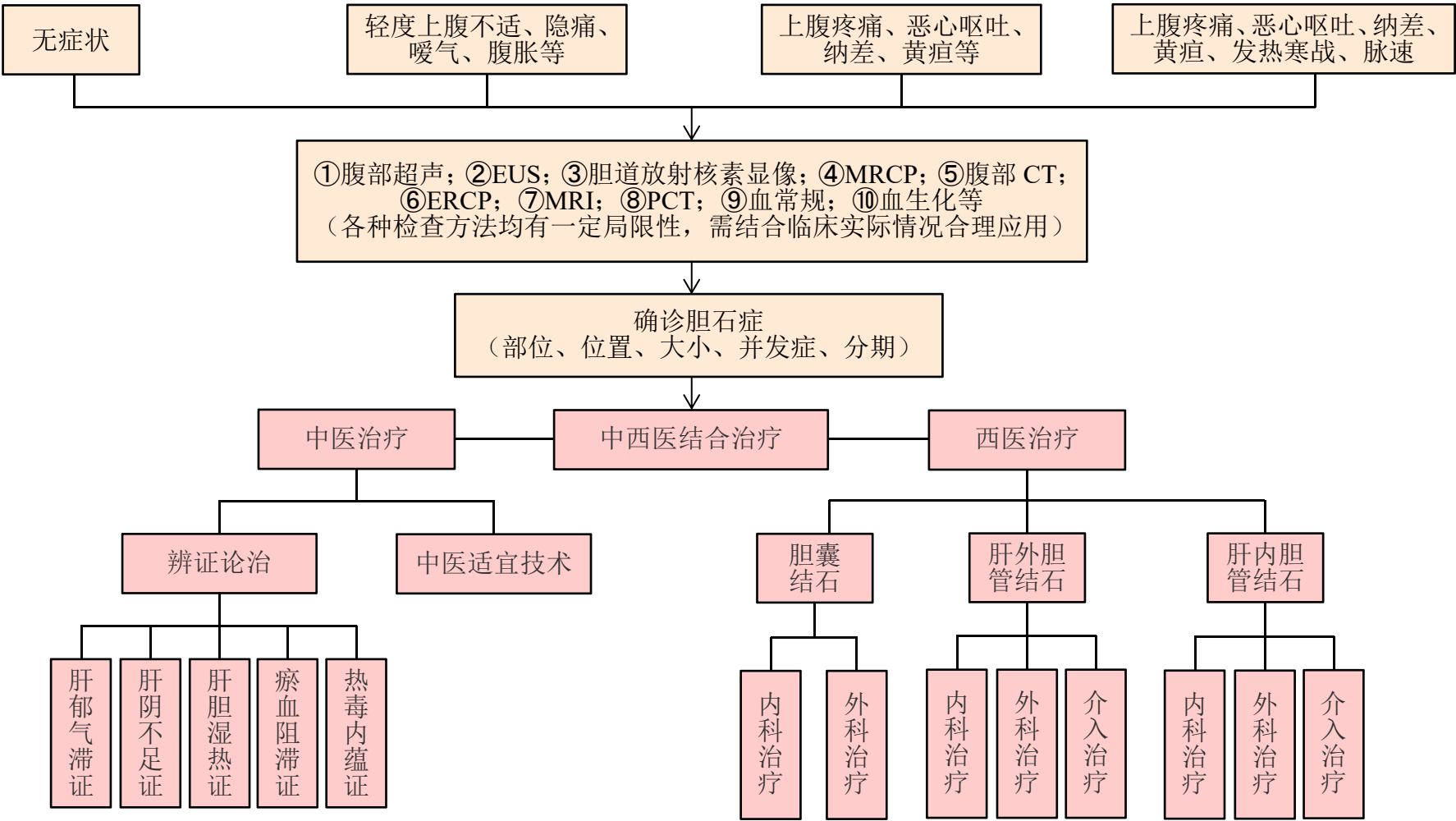
### 7.5 中西医结合治疗要点

6.5.1 对结石比较小的（直径小于 10mm）患者，包括肝内胆管结石和肝外胆管结石，都可以考虑中医的治疗，进行诊断，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。

6.5.2 对于已经手术取石的患者，为了避免结石的再发，中医药的辨证论治干预十分重要，只有通过中医药的辩证论证治疗，改变患者的内在环境和体质，才能预防结石的在发生，这也是中医治疗优势和根本的治疗。

6.5.3 对于部分胆石症，年纪较大，或不愿意手术者，中医的诊断也发挥很大的作用，通过中医药治疗可以控制结石的增大和进展。除了药物的干预治疗，饮食的调理，情志的畅通，心情的愉悦也很重要。

## 7.6 诊疗流程图



## 8 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：

### 8.1 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 $>5\text{mm}$ ，或结石数目减少 $>1/3$ ；

③ 有效：结石体积（直径）缩小 $5\leq\text{mm}$ ，或结石数目减少 $\leq 1/3$ ；④ 无效：结石无消融变化，甚或出现嵌顿、感染、穿孔等并发症。

### 8.2 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 $\times 100\%$ 。所有症状都分为无、轻、中、重四级，在主证分别记 0、2、4、6 分，在次证则分别记 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 $\geq 95\%$ ；

② 显效：主要症状、体征明显改善， $70\%\leq$ 疗效指数 $<95\%$ ；

③ 有效：主要症状、体征明显好转， $30\%\leq$ 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 $<30\%$ 。

# 附录 1

## 缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
ALP	Alkaline phosphatase	血清碱性磷酸酶
ALT	Alanine Transaminase	丙氨酸氨基转氨酶
ERCP	Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography	内镜下逆行胰胆管造影
ESWL	Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy	体外震波碎石
EUS	Endoscopic Ultrasonography	超声内镜
LC	Laparoscopiccholecystectomy	腹腔镜胆囊切除术
LCBDE	Laparoscopic Common Bile Duct Exploration	腹腔镜胆总管切开取石术
LTCBDE	Laparoscopictrans-cystic Common Bill Duct Exploration	胆道镜经胆囊管胆总管探查 取石术
MRCP	Magnetic Resonance Cholangiopancreatography	磁共振胰胆管成像
OCBDE	Open Common Bile Duct Exploration	开腹胆囊切除胆总管探查术
PTCD	percutaneous transhepatic cholangial drainage	经皮穿肝胆管引流术
PTPBD	Percutaneous Transhepatic Papillary Balloon Dilation	经皮经肝十二指肠乳头肌扩 张顺行排石术
$\gamma$ -GGT	$\gamma$ -Gltamyltranspeptidase	$\gamma$ -谷氨酰转肽酶

## 附录 2

### 《胆石症中西医结合诊疗专家共识》编制说明

#### 一. 任务来源

《胆石症中西医结合诊疗专家共识》任务由中国中西医结合学会批准立项，为中国中西医结合学会团体标准项目之一。

#### 二. 目的意义

胆石症（Gallstones）是指胆道系统，包括胆囊和胆管内发生结石的疾病。2011 年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会发表了《胆石症中西医结合诊疗共识意见（2011 年）》。2017 年学会结合近年来中西医治疗胆石症的研究进展，发布了《胆石症中西医结合诊疗共识意见（2017 年）》。距上次共识意见的发布时间已近 7 年，期间出现了新的临床关注点及新的循证医学证据，有必要对其进行修订。

#### 三. 工作组简况

本指南由中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会、北京中医药大学东方医院等单位负责，由北京中医药大学东方医院毛堂友副主任医师、中日友好医院姚树坤、中国中医科学院广安门医院白宇宁主任医师担任负责人。起草组专家包括临床专家（含西医、中医）、方法学专家等。具体如下：毛堂友（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）、白宇宁（中国中医科学院广安门医院）、谢春娥（北京中医药大学东方医院）、刘成海（上海中医药大学附属曙光医院）、李晓红（北京中医药大学东方医院）、韩啸（北京中医药大学东方医院）、杨胜兰（华中科技大学同济医学院附属协和医院）、刘兆兰（北京中医药大学）。

#### 四. 主要工作过程



主要工作过程包括：(1)成立指南工作组，具体成员见上；(2)指南工作组对《胆石症中西医结合诊疗共识意见（2017年）》进行了讨论，分析了存在的问题及现行研究进展；(3)开展文献预调查工作；(4)确定了临床问题，包括背景问题和前景问题；(5)开展文献检索，对需要修订或新确定的临床问题开展文献检索；(6)对文献进行评价，形成证据；(7)针对特定临床问题，草拟推荐意见；(9)整理成指南征求意见稿；(10)开展指南的咨询和评议。

## 1 文献检索

### (1)数据库：

中文文献：包括中国生物医学文献数据库（CBMdisc）、中国期刊全文数据库（CNKI）、万方数据资源、重庆维普(VIP)数字期刊全文数据库。英文文献PUBMED、EMBASE、Cochrane library。

### (2) 检索类型

已有的指南/共识、系统评价或 Meta 分析、随机对照临床试验（RCT）、其它类型的临床研究如病例对照研究、队列研究、专家经验、个案报道及部分基础研究。

### (3)检索策略

用主题词或关键词结合自由词检索，关键词包括胆石症、中医药、随机对照临床试验、胆囊结石、胆管结石、肝外结石、肝内结石、iGallstones 等及部分根据特定临床问题确定的关键词。检索年限，中文文献从 1979 年到 2024 年 6 月。

## 2 文献纳排标准

(1)文献纳入标准：①文献类型：目的为比较中药汤剂、中成药、针灸疗法等治疗胆石症与其他治疗措施、安慰剂或空白治疗的临床随机对照研究；中医药关于胆石症的病名、病因、病机、诊断、治疗、预防调护的文献；基药目录与已

经发布的指南、共识及专家经验；②研究对象：胆石症患者年龄在 18 岁以上，性别、病例来源不限，第一诊断为胆石症，并有明确的诊断标准；③研究报告可提供明确的疗效指标。

(2)文献排除标准：①重复报告；②虽然使用中药、中成药等治疗进行临床研究，但同时合并使用其他西药或中药而影响治疗效果判断；③针对疾病病种混杂，或干预措施复杂，难以评价疗效者；④对照组采取的措施不符合现代诊疗规范者；⑤文章篇幅太小，信息缺失严重者，重要原始数据不完整，重要的疗效评价指标不清晰者；⑥综述及、动物实验及理论性研究等；⑦文献不具备全文，并使用除英语和汉语以外的第三种语言；⑧统计方法错误且无法修正；⑨对中药汤剂而言，对经典方剂药物调整较多，不具备原方内涵者。

其中对于来自同一单位、同一时间段的研究和报道及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，则选择其中一篇作为目标文献。

3 证据等级及推荐强度

参照目前国际通用的评价证据体的 GRADE 方法，有 5 项因素可影响随机对照试验（RCTs）的证据级别，证据体初始得分为 0 分，于各因素中根据证据体的风险严重程度降低 1~2 分。通过累计 5 项因素中证据体的所降低的总分，最终决定其证据级别（见表 1 及表 2）。

表 1 GRADE 影响证据级别的因素

降级因素	严重程度	降低等级
偏倚风险	严重	-1
不一致性	非常严重	-2
不直接性		
不精确性严重		

发表偏倚		
------	--	--

表 2 GRADE 证据级别分级表

证据 级别	总 级别	具体描述
高 (A)	0	我们非常确信真实的疗效接近估计疗效：进一步研究也不可能改变该估计疗效的可信度
中 (B)	-1	我们对估计疗效信心一般：真实的疗效可能接近估计疗效，但也有可能差别很大；进一步研究很可能影响该估计疗效结果的可信度，且可能改变该估计疗效的结果
低 (C)	-2	我们对疗效的估计信心有限：真实疗效可能与估计疗效有很大差别；进一步研究极有可能影响该估计疗效结果的可信度，且很可能改变该估计疗效的结果
极低 (D)	≤-3	我们对疗效的估计几乎没有什么信心：真实疗效可能与估计疗效有很大差别；估计疗效结果很不确定

推荐强度：参照目前国际通用的评价证据体的 GRADE 方法，将推荐意见分为“强”、“弱”两级。当明确显示干预措施利大于弊或弊大于利时，指南制订工作组将其列为强推荐。当利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当时，则视为弱推荐。除证据级别与利弊权衡外，其它一些因素也会影响推荐意见的强弱，影响推荐强度的因素见表 3。

表 3 GRADE 影响推荐强度的因素

因素	强推荐的例子	弱推荐的例子
证据级别(证据级别越高，越适合制定强推	许多高质量随机试验证明吸入类固醇药物	只有个别案例验证了胸膜剥脱术在气胸治

荐，反之亦然)	治疗哮喘的疗效确切	疗中的实用性
利弊权衡(利弊之间的差别越大，越适合制定强推荐，反之亦然)	阿司匹林用于降低心肌梗死病死率，且毒性低、使用方便、成本低廉	华法林治疗心房纤颤低危患者同时轻度降低中风几率，但增加出血风险，带来巨大不便
价值观及意愿的差异(医护人及患者之间的价值观及意愿差异越小，或不确定性越小，越适合制定强推荐，反之亦然)	淋巴瘤年轻患者更重视化疗延寿的作用而非其毒副作用	淋巴瘤老年患者可能更重视化疗的毒副作用而非其延寿作用
资源成本(一项干预措施的花费越低，消耗成本越小，越适合制定强推荐，反之亦然)	预防短暂缺血性脑卒中患者中风复发，阿司匹林成本低	预防短暂缺血性脑卒中患者中风复发，氯吡格雷或潘生丁联合阿司匹林成本高

4 专家共识实施情况

德尔菲法(Delphi method)，是采用通信方式征询专家小组成员的预测意见，经过几轮征询，使专家小组的预测意见趋于集中，表决选择：①完全同意(A+)；②同意，但有一定保留(A)；③同意，但有较大保留(A-)；④不同意，但有保留(D)；⑤完全不同意(D-)借鉴《2020 年中国胆石症专家共识意见》，同意推荐(A+、A、A-)比例≥80%的条目方可通过，<80%的条目将被修订或删除。

五. 标准编制的原则

本指南为《胆石症中西医结合诊疗共识意见 2017》的提档与升级。在原有共识的基础上，结合现行的证据、行业标准等进行修订。

对西医现行的指南/共识文本采用 AGREE 评价工具进行评价，合格者直接引用其内容不再进行文献的检索工作；对中医辨证论治方面，具有一定的稳定性，

对辨证标准进行了适度修订，证候及处方用药等与现行临床实践保持一致，未予以调整；中成药本着以循证为主的原则，兼顾临床需求进行推荐。

## 六. 标准条文说明与依据

标准条文见附录。本指南主体内容分为3部分，即西医部分、中医部分及疗效评价部分。

西医部分《中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2018年)》基本保存一致；中医部分在《胆石症中西医结合诊疗共识意见 2017》的基础上对证据诊断、辨证论治推荐方药稍进行了调整，中成药部分以基本以证据为主（未检索到相关中成药的证候除外）；疗效评价指标与《中药新药治疗慢性胆道感染、胆石病的临床研究指导原则》中的主要疗效评价指标保持一致。

在现行框架下，如何对证据进行描述是需要考虑的问题。本指南条文未对证据进行过于详细的描述。

## 七. 重大分歧意见的处理经过和依据

本指南为《胆石症中西医结合诊疗共识意见（2017）》的提档与升级。指南制定过程中，在西医诊断、治疗方面，与《中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2018年)》基本保存一致，未出现重大意见分歧；中医方面，在辨证论治、中成药及针灸治疗方面的表述未出现重大意见分歧。

## 八. 与相关法律、法规和强制性标准的关系

本标准按照 GB/T1.1-2009《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

对于处方中的药物用量按《中华人民共和国药典（2015）》（一部）的规定执行；对于西药、中成药使用剂量按说明书执行。临床疗效评价标准中的主要疗

效评价指标与国家药品监督管理局发布的《中药新药用于胆石症临床研究技术原则》保持一致。本指南与相关法律法规及强制性标准不存在冲突。

## 九. 作为强制性标准或推荐性标准的建议

建议将本指南列入推荐性标准。

## 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(02):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. 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(06):1231-1236.
- [5]时昭红,任顺平,唐旭东等.消化系统常见病急性慢性胆囊炎、胆石症中医诊疗指南(基层医生版)[J].中华中医药杂志,2020,35(02):793-800.
- [6]王新,白烨,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(02):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(02):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(06):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(02):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(05):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(03):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(01):21-24.

[13]胆石症中西医结合诊疗共识[J].中国中西医结合杂志,2011,31(08):1041-1043.

[14] Lai W, Yang J, Xu N, et al. Surgical strategies for Mirizzi syndrome: A ten-year single center experience. *World J Gastrointest Surg.* 2022, 14(2):107-119.

[15] Gutt C, Schläfer S, Lammert F. The Treatment of Gallstone Disease. *Dtsch Arztebl Int.* 2020;117(9):148-158.

[16] Chung KH. *Korean J Gastroenterol.* 2023;81(5):203-208.

[17]吕洪亮,王中会,谷洋.复方阿嗝米特肠溶片对慢性胆囊炎和胆结石的疗效探讨[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(95):155+157.

[18] Tse F, Yuan Y. Early routine endoscopic retrograde cholangiopancreatography strategy versus early conservative management strategy in acute gallstone pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012(5):CD009779.

[19]吕蒙,苏伟,赵锐,等.PTGBD 术后早期行 LC 治疗发病时间>72 h 的胆囊结石伴急性胆囊炎的疗效分析[J].中国现代普通外科进展,2024,27(08):639-641.

[20]Fugazzola P, Podda M, Tian BW, Cobianchi L, Ansaloni L, Catena F. Clinical update on acute cholecystitis and biliary pancreatitis: between certainties and grey areas. *EClinicalMedicine.* 2024;77:102880..

[21]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.

[22]张林丰,张玉沛.内镜微创保胆取石术治疗胆囊结石的临床效果[J].中外医学研究,2021,19(14):21-23.

[23] Smith SE. Management of Acute Cholangitis and Choledocholithiasis. *Surg Clin North Am.* 2024;104(6):1175-1189.

[24] Fu B, Zhang Z, Ji H, Hou Y. Choledochoscopic lithotomy for the treatment of massive common-bile-duct stones: A case report and literature review. *Asian J Surg.* 2024;47(4):1959-1960.

[25] Ma Z, Zhou J, Yao L, et al. Safety and efficacy of laparoscopic common bile duct exploration for the patients with difficult biliary stones: 8 years of experiences at a single institution and literature review. *Surg Endosc.* 2022;36(1):718-727.

[26] Ding J, Li F, Zhu HY, Zhang XW. Endoscopic treatment of difficult extrahepatic bile duct stones, EPBD or EST: An anatomic view. *World J Gastrointest Endosc.*

2015;7(3):274-277.

[27]Chahal-Kummen M, Salte OBK, Hewitt S, Blom-Høgestøl IK, et al. Health benefits and risks during 10 years after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc*. 2020, 34(12):5368-5376.

[28]孙优优,常聪,刘艳文.熊去氧胆酸联合腺苷蛋氨酸治疗妊娠期肝内胆汁淤积症的效果研究[J].中国药物滥用防治杂志,2023,29(08):1421-1424.DOI:10.15900/j.cnki.zylf1995.2023.08.030.

[29] Bass RB, Teitelbaum EN. Novel advances in surgery for Gallstone Disease. *Curr Gastroenterol Rep*. 2022;24(7):89-98.

[30] Li X, Ouyang J, Dai J. Current Gallstone Treatment Methods, State of the Art. *Diseases*. 2024;12(9):197.

[31]冯豪,杨娟,易翰兰.腹腔镜肝部分切除配合纤维胆道镜治疗肝胆结石的效果分析[J].中国实用医药,2024,19(22):47-50.

[32] Ramchandani M, Pal P, Reddy DN. Endoscopic management of acute cholangitis as a result of common bile duct stones. *Dig Endosc*. 2017;29 Suppl 2:78-87.

[33] Troncone E, Mossa M, De Vico P, Monteleone G, Del Vecchio Blanco G. Difficult Biliary Stones: A Comprehensive Review of New and Old Lithotripsy Techniques. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(1):120.

[34] Mosenkis BN, Brandt LJ. Bleeding causing biliary obstruction after endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol*. 1997;92(4):708-709.

[35]钱益,葛创,陈靓,等.PTCD 联合腹腔镜胆总管切开取石术在高龄胆石症患者治疗中的应用[J].南通大学学报(医学版),2023,43(06):560-562..

[36]武平,杨秀峰,折占飞,等.经皮经肝十二指肠乳头肌扩张顺行排石术治疗胆管结石的临床应用[J].中国现代普通外科进展,2023,26(10):800-803.

[37]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.

[38]王瑞超. 舒肝化石汤治疗胆石症（肝郁气滞证）的临床研究[D].河北中医学院,2019.

[39]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.

[40]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(06):387.

[41]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(02):14-15+71.

[42]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(06):82-86.

[43]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(02):88-89.

[44]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.

[45]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(04):229-231.

[46]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.

[47]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.

[48]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(07):142-144.

[49]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(06):576.

[50]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.

[51]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(05):366.

[52]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(02):185.