

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 009—2024

慢性胰腺炎中西医结合诊疗
专家共识

Integrated Traditional Chinese and Western Expert Consensus Proposal for
Diagnosis and Treatment of Chronic Pancreatitis

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.....	II
1 范围.....	3
2 规范性引用文件.....	3
3 术语和定义	5
3.1 慢性胰腺炎.....	5
3.2 酒精性慢性胰腺炎.....	5
3.3 复发性急性胰腺炎.....	5
3.4 遗传性慢性胰腺炎.....	5
3.5 特发性慢性胰腺炎.....	5
3.6 脂肪泻.....	5
3.7 3C型糖尿病.....	5
3.8 自身免疫性胰腺炎.....	5
4 西医诊断	6
4.1 临床表现.....	6
4.2 相关检查.....	7
4.3 诊断.....	8
5.中医病机.....	12
6 中医辨证.....	13
6.1 急性发作期.....	13
6.2 恢复期.....	14
7 治疗.....	15
7.1 治疗原则.....	15
7.2 西医常规治疗.....	15
7.3 中医治疗.....	19
8 中西医结合要点.....	23
9 疗效评定标准.....	24
10 随访与复查.....	26
附 录 A	27
附 录 B	28
附 录 C	29
参考文献.....	31

前 言

本标准在参考国际国内相关指南/共识、中国中西医结合学会中西医结合标准化工作指南和文献调研等基础上，按照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规则起草。

本标准由中国中西医结合学会提出并归口。

本标准起草单位：四川大学华西医院

本标准主要起草人：唐文富、万美华、康鸿鑫

引 言

慢性胰腺炎（chronic pancreatitis, CP）是各种病因引起胰腺组织形态和功能不可逆性改变的慢性迁延性炎症性疾病，其疼痛、腹泻等症状反复发作，属于中医“腹痛”、“泄泻”、“癥瘕积聚”、“痞满”、“胁痛”、“胃痛”、“呃逆”等病症范畴。慢性胰腺炎需终身替代治疗，影响患者生活质量，加重个人、家庭、社会的经济负担。近年来，随着社会经济水平的提高和饮食结构的变化，慢性胰腺炎在全球发病率不断上升，病因病机、分期分阶段诊断标准和中西医结合治疗药物与新手段迭出，中医药辨证论治分期分型治疗报道不断增加，国际国内临床诊疗指南不断更新，迫切需要依据最新循证医学证据和国内外最新研究结果，就慢性胰腺炎的定义、诊断、分期、中医分型、辨证治疗、方药选择、中西医结合诊治要点等问题进行讨论，按照德尔斐法进行了3轮次投票，通过了《慢性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见》（表决选择：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）。在此基础上，基于GRADE分级系统评估临床证据质量（高、中、低），同时用强、中、弱推荐强度表示共识制定专家的建议，最终形成最新版《慢性胰腺炎中西医结合诊疗专家共识》。

本专家共识从慢性胰腺炎的诊疗实际出发，结合国内外对本病及其并发症临床与基础研究的进展，旨在为广大的医务工作者提供科学、有意义的诊疗规范，为临床诊疗及研究工作提供规范术语及治疗参考。

慢性胰腺炎中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本文件主要就慢性胰腺炎的定义、诊断、分期、中医分型、辨证治疗、中西医结合诊治要点等内容进行讨论并形成《慢性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见》。这一共识意见将有利于临床医护人员、相关科研人员更好地认识慢性胰腺炎的中西医结合诊疗规范。

2 规范性引用文件

国际疾病分类标准代码第10版[ICD-10]（International Classification of Diseases 10th Revision）

2014年，美国胰腺俱乐部慢性胰腺炎实践指南（American Pancreatic Association Practice Guidelines in Chronic Pancreatitis: evidence-based report on diagnostic guidelines）

2016年，慢性胰腺炎新定义国际共识（An international draft consensus proposal for a new mechanistic definition）

2017年，欧洲联合胃肠循证指南（United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis.）

2017年，国际胰腺学会/美国胰腺俱乐部/日本胰腺协会/欧洲胰腺俱乐部慢性胰腺炎疼痛管理（Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis）

2017年，中国急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)

2018年，意大利自身免疫性胰腺炎临床指南（Updates in the field of autoimmune pancreatitis: a clinical guide）

2018年，国际慢性胰腺炎共识指南工作组联合国际胰腺学会/美国胰腺俱乐部/日本胰腺协会/欧洲胰腺俱乐部慢性胰腺炎断层成像诊断和严重程度评分指南（Guidelines for the Diagnostic Cross Sectional Imaging and Severity Scoring of Chronic Pancreatitis）

2018年，中国慢性胰腺炎诊治指南(2018，广州)

2019年，中国慢性胰腺炎诊治指南（Guidelines for the diagnosis and treatment

of chronic pancreatitis in China (2018 edition))

2019年, 欧洲欧洲胃肠内窥镜学会内镜治疗慢性胰腺炎指南 (Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guideline)

2020年, 国际慢性胰腺炎共识指南工作组联合国际胰腺学会/美国胰腺俱乐部/日本胰腺协会/欧洲胰腺俱乐部慢性胰腺炎诊断性超声内镜的作用共识指南 (International consensus guidelines on the role of diagnostic endoscopic ultrasound in the management of chronic pancreatitis)

2020年, 国际慢性胰腺炎共识指南工作组联合国际胰腺学会/美国胰腺俱乐部/日本胰腺协会/欧洲胰腺俱乐部慢性胰腺炎组织病理学指南 (Guidelines on the histopathology of chronic pancreatitis.)

2020年, 美国美国胃肠病学会慢性胰腺炎临床指南 (ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis)

2020年, 慢性胰腺炎手术和介入时机国际共识指南. (International consensus guidelines for surgery and the timing of intervention in chronic pancreatitis)

2020年, 欧洲肠外肠内营养学会急慢性胰腺炎临床营养指南 (ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis)

2020年, 国际慢性胰腺炎共识指南工作组联合国际胰腺学会/美国胰腺俱乐部/日本胰腺协会/欧洲胰腺俱乐部慢性胰腺炎内镜介入指南 (International consensus guidelines on interventional endoscopy in chronic pancreatitis)

2020年, 中国2型糖尿病防治指南(2020年)

2021年, 国际慢性胰腺炎疼痛评估指南 (Assessment of pain associated with chronic pancreatitis: An international consensus guideline)

2022年, 荷兰胰腺炎研究小组慢性胰腺炎外分泌功能不全国际专家调查 (Diagnosis and treatment of exocrine pancreatic insufficiency in chronic pancreatitis: An international expert survey and case vignette study)

2022年, 加泰罗尼亚消化学会和加泰罗尼亚已胰腺学会跨学科立场文件: 慢性胰腺炎病因和诊断 (Chronic pancreatitis for the clinician. Part 1: Etiology and diagnosis. Interdisciplinary position paper of the Catalan Society of Digestology and the Catalan Pancreatic Society)

2022年，加泰罗尼亚消化学会和加泰罗尼亚胰腺学会跨学科立场文件：慢性胰腺炎并发症和特殊类型疾病（Chronic pancreatitis for the clinician. Complications and special forms of the disease. Interdisciplinary position paper of the Catalan Society of Digestology and the Catalan Pancreatic Society）

3 术语和定义

共识意见：慢性胰腺炎是多种原因引起胰腺的病理性纤维化损伤-炎性综合征，进一步出现胰腺内、外分泌功能障碍、萎缩、纤维化、钙化、结石、假性囊肿、胰管狭窄或扩张、营养不良等临床表现。其发病原因有酒精、遗传、复发性急性胰腺炎等因素。（证据质量：高。推荐等级：强。）

3.1

慢性胰腺炎 Chronic Pancreatitis, CP

是指个体胰腺的病理性纤维-炎症综合征，具有遗传、环境和(或)其他危险因素对胰腺实质组织造成损伤或应激而出现持续病理学反应的特征¹。其疼痛、腹泻等症状反复发作，需终身替代治疗，影响患者生活质量，加重个人、家庭和社会的经济负担。其基本病理特征为不同程度的胰腺实质破坏、胰腺腺泡萎缩和间质纤维化，出现胰腺萎缩、胰腺钙化、胰胆管结石、胰管扩张或狭窄、胰腺假性囊肿形成、营养不良及血管病变等^{2,3}，最终导致胰腺内分泌和/或外分泌功能不全。对怀疑诊断CP患者应利用超声内镜(EUS)、CT或磁共振胰胆管造影(MRCP)等检查，结合胰腺穿刺活检等手段排除胰腺癌等恶性疾病。CP属于中医“腹痛”、“泄泻”、“癥瘕积聚”、“痞满”、“胁痛”、“胃痛”、“呃逆”等病症范畴⁴。

3.2

酒精性慢性胰腺炎 Alcoholic Chronic Pancreatitis, ACP

因长期大量饮酒诱发的CP，其发生率与饮酒量及持续时间呈正比，近10%的酗酒者最终可能发展成CP。患者平均乙醇摄入量：男性超过80g/d、女性超过60g/d，持续2年或以上，且排除其他病因⁵。

3.3

复发性急性胰腺炎 Recurrent Acute Pancreatitis, RAP

患者至少有两次急性胰腺炎发作史，缓解期无胰腺组织或功能异常改变，是一种特殊类型的急性胰腺炎^[5]，而胰腺炎反复发作而诱发的胰腺坏死、纤维化和钙化，最终可能导致CP⁶。

3.4

遗传性慢性胰腺炎

CP患者家族两代或以上的亲属中，存在至少2个一级亲属或至少3个二级亲属患CP或者RAP^{7,8}。

3.5

特发性慢性胰腺炎

指排除任何已经明确的病因，原因尚不明确的CP患者⁹⁻¹¹。

3.6

脂肪泻

患者大便内排出过多的脂肪，又称油花样腹泻，72小时粪便脂肪收集试验测定大便脂肪含量超过7g/d可诊断¹²。

3.7

3C型糖尿病

是一种继发于CP、胰腺癌、囊性纤维化等胰腺疾病的糖尿病，又称胰源性糖尿病^{13,14}。

3.8

自身免疫性胰腺炎

是自身免疫引起的胰腺良性纤维炎症性疾病，常累及胆道而表现为梗阻性无痛性黄疸；累及腹膜后而见腰背疼痛；或急性发作为急性弥漫性胰腺炎，影像学检查见腊肠样胰腺。常常引起胰腺内分泌（糖尿病、体重减轻）、外分泌（脂肪泻、体重减轻）功能受损¹⁵。

4 西医诊断：

4.1 临床表现

共识意见：慢性胰腺炎主要症状表现为长期慢性腹痛、胰腺内分泌功能障碍相关的糖尿病、胰腺外分泌功能障碍相关的脂肪泻、营养不良等；影像学、ECRP等检查可见胰腺萎缩、钙化、结石、假性囊肿、胰源性门脉高压等形态学改变。
证据质量：高。推荐等级：强。

主要症状有腹痛、胰腺内分泌功能和外分泌功能损害及其他继发性表现。多见上腹部胀痛、钝痛，放射至两侧腹、腰背部。疾病初期可表现为间断发作或持续存在、逐渐加重的疼痛；当胰腺正常组织坏死及纤维化后，疼痛反而可能缓解。根据腹痛的持续时间分为间歇性腹痛（A型）和持续性腹痛（B型）：前者包括CP发作为急性胰腺炎的上腹痛，以及间断反复发作的夜间痛、背部痛，疼痛发作间歇期无明显不适，可持续数月至数年不等，疼痛程度多数可以忍耐；后者常见长期慢性而持续的上腹痛和(或)频繁的疼痛加重¹⁶。我国CP患者中多数是A型腹痛，B型腹痛占5%，约10%的患者无腹痛症状¹⁷。胰腺外分泌功能不全早期可无任何临床症状，后期可逐渐出现消瘦、营养不良、脂肪泻等；胰腺内分泌功能不全可表现为糖耐量异常或者糖尿病，我国CP患者糖尿病发生率近30%。CP后期可出现胰腺假性囊肿、胆总管狭窄、十二指肠梗阻、胰源性门静脉高压、胰源性胸腹水、假性动脉瘤等局部并发症，少数患者可进展为胰腺癌^{2,3}。主要体征可见上腹部或腰肋部压痛或叩击痛，急性发作时可见腹部肌紧张、反跳痛。内、外分泌功能障碍时可见消瘦、舟状腹或营养不良等表现。当并发胰腺假性囊肿时，腹部可扪及包块；并发胰源性门静脉高压时，腹壁可见曲张静脉；当胆总管狭窄、胰头炎性包块或假性囊肿压迫胆总管下段时，可见黄疸表现^{2,3}。

4.2 相关检查

4.2.1 实验室检查

CP急性发作时，参照急性胰腺炎进行常规实验室检查：如血常规、生化、淀粉酶、脂肪酶、IgG4，以及CEA、CA-199、CA-125等肿瘤标志物。有条件时进行胰腺外分泌功能检测，包括直接方法如通过十二指肠收集胰液测定胰酶含量，还有粪便检测、呼气试验、尿液试验和血液检测等间接方法。同时监测胰岛素、C肽、糖化血红蛋白、血糖等反映胰腺内分泌功能的指标，典型糖尿病症状加上空腹血糖(FPG) $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 或口服葡萄糖耐量试验(OGTT) 2 h 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 或糖化血红蛋白(HbA1c) $\geq 6.5\%$ 时，考虑诊断糖尿病¹⁸。尚未诊断糖尿病的CP患者建议每年进行一次血糖和糖化血红蛋白检测。胰岛B细胞自身抗体阴性、胰多肽基线水平下降的CP，考虑诊断为3C型糖尿病¹⁹。原因不清、青少年以及有胰腺疾病家族史的患者，可以检测外周静脉血PRSS1、SPINK1、CTRC、CFTR等基因。少数患者行胰腺组织病理学检查，主

要通过CT或超声引导下经皮胰腺穿刺或外科手术进行活组织检查；近年更常用超声内镜引导下细针穿刺吸取活检术(EUS-FNA)，主要用于自身免疫性慢性胰腺炎的诊断、CP与胰腺癌的鉴别诊断²⁰。胰腺腺泡组织的萎缩、减少和纤维化是CP的基本组织学改变，包括小叶间、小叶旁纤维化，或合并小叶内纤维化，可伴胰腺组织的慢性炎症细胞浸润、胰管扩张等²¹。根据胰腺组织病理改变可将CP分为三种类型：慢性钙化性胰腺炎、慢性阻塞性胰腺炎和慢性炎症性胰腺炎。

4.2.2 影像学检查

由于影像学表现并不特异，且很多早期CP的影像学特征与其他轻度纤维化、胰腺萎缩或形态学改变的胰腺疾病有所重叠，如老年人、长期糖尿病、无急性胰腺炎病史而长期酗酒和吸烟史患者的胰腺改变都与CP相似。因此不能仅通过目前可用的影像学技术来诊断CP。腹部超声见胰腺区伴声影的强回声病灶、胰管形态变化、胰腺假性囊肿等，常用于CP的初筛。美国胰腺病协会（APA）指南认为，胰管内胰腺钙化是慢性胰腺炎最特异、最可靠的超声和CT表现，APA指南强烈推荐CT检查，典型表现为胰腺钙化、胰管扩张、胰腺萎缩，CT平扫可发现微小结石²²。国际四大胰腺疾病协会联合工作组制定的慢性胰腺炎指南达成共识认为，CT是疑诊CP患者初期最适宜的影像学检查，以评价胰腺形态学，并有助于排除症状类似于CP的其他腹腔疾病，但CT不能用于排除CP诊断，也不能用来确诊早期或轻症CP^{23,24}。MRCP主要用于检查胆、胰管的病变，如主胰管扩张、胰腺先天变异、胆管扩张或狭窄等，尤其适用于CT无阳性发现者；胰泌素诱导的增强MRCP可通过胰泌素引起的胰管扩张判断小胰管病变有助于早期CP的诊断，间接评估胰腺外分泌功能，适用于MRCP检查结果阴性，而临床仍疑诊CP时²⁵。

4.2.3 内镜检查

反复发作的CP患者常规行胃镜检查明确十二指肠，尤其十二指肠乳头周围病变；合并有胰源性门脉高压者，胃镜可了解有无胃底及食管静脉曲张。EUS有助于CP早期胰腺实质或导管微小病变的判断，或超声引导下行胰腺组织穿刺活检、囊肿引流。经内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)主要显示胰管形态，但无法观察到胰腺组织病变，也难与其他引起胰管异常的疾病相鉴别；可行术中组织及细胞学检查，多应用于诊断困难或需同时接受治疗的患者，但有引起胰腺炎急

性发作的风险^{26,27}。2007年ROSEMONT国际共识会议通过了CP的EUS诊断标准以提高诊断精确性，根据胰腺实质和导管改变的特征并结合诊断精确性的差异而分为主要标准和次要标准²⁸。主要标准：① 伴声影的高回声灶和主胰管结石；② 蜂窝状分叶。次要标准：囊肿、胰管扩张 $\geq 3.5\text{mm}$ 、主胰管轮廓不规则、分支胰管扩张 $\geq 1\text{mm}$ 、胰管壁高回声等。

4.3 诊断

4.3.1 危险因素

共识意见：慢性胰腺炎的危险因素多而复杂，在临床诊断时尽力明确疾病的危险因素和诱因，常用TIGAR-O系统进行病因分类，以利于针对病因进行处理。

证据质量：高。推荐等级：强。

CP发生发展的病理机制复杂，临床表现多样，常在确诊CP之前反复急性发作，长期疼痛而严重影响患者生活质量，甚至不能正常工作。因此在进行疾病诊断时应该明确其危险因素和诱因，常用TIGAR-O系统对CP进行病因分类，分为毒性代谢性、遗传性、自身免疫性、复发性及/或重症急性胰腺炎相关性、慢性阻塞性和特发性原因。毒性代谢原因包括长期酒精摄入、长期吸烟、高钙血症、高脂血症、慢性肾衰竭、药物和毒素等。饮酒对CP发生发展可能具有双向作用，男性酒精摄入量 $<28\text{ g/d}$ 可能有保护作用，而酒精摄入量 $>56\text{ g/d}$ 是CP的危险因素；吸烟被认为是CP的独立危险因素；且烟酒对CP具有协同促进效应。遗传病因包括CEL、CFTR、CPA1、CTRC、PRSS1和SPINK1等基因的改变。自身免疫性胰腺炎可仅累及胰腺，或同时累及胰腺、胆管和腹膜后。合并复发性或重症急性胰腺炎的CP病例可能存在胰腺组织坏死、血管栓塞性/缺血性病因。阻塞性病因包括胰腺分裂、环状胰腺、其他胰腺的先天性畸形、Oddis括约肌功能障碍、导管阻塞和外伤后胰腺导管疤痕狭窄等²⁹。

4.3.2 诊断思路

共识意见：慢性胰腺炎的诊断思路明确，但早期诊断困难，可以对现有证据进行分类，对于证据不确定的患者，最好不做出慢性胰腺炎的诊断；诊断证据明确时，运用TIGAR-O系统进行病因分类，并进行形态学等相关检查评估；注意与胰腺肿瘤、自身免疫性胰腺炎相鉴别。

证据质量：中。推荐等级：中。

CP 很少能直接通过组织病理学确诊，通常需要结合临床、实验室及影像学表现来诊断²。CP确诊在进展期容易，但在疾病早期很困难²²。基于现有知识与进展，CP的诊断证据可分为明确的、可能的、证据不足的三类。当患者有慢性腹痛、长期的ERCP后胰腺炎或导管改变时，假如没有足够的证据，患者不应该诊断为CP。目前缺乏能改变CP疾病进展的有效方法，对于不确定的患者，最好不作CP的诊断。对于大多数可疑/轻度患者，没有足够证据诊断为CP时，需要长期多种影像学、病理生理学检测随访，直到证据明确。一旦确诊，应进行全面的病因学(TIGAR-O)、形态学、病理生理学特点检测。对于具有脂肪泻、消瘦等明显症状，或者特征性胰腺形态学改变的高度疑诊者，可以确定CP诊断^{29, 30}。但是对于可疑或者轻度胰腺形态或生理学改变等早期阶段的患者，作出CP的诊断应该慎重。所有可疑为CP的患者均应行胰腺CT或者MRCP/MRI等影像学检查以排除胰腺肿瘤；监测IgG4，必要时行胰腺穿刺活检，以与自身免疫性胰腺炎、胰腺肿瘤相鉴别。

4.3.3 诊断标准

共识意见：慢性胰腺炎的诊断标准包括反复上腹部疼痛等临床症状、特征性影像学变化、组织病理学改变、胰腺内外分泌功能，结合诱因、危险因素等综合分析，并排除肿瘤等其他疾病后进行诊断。

证据质量：高。推荐等级：强。

基于循证指南的CP诊断标准，需从临床表现、实验室检查、影像学检查、外分泌功能试验及组织学检查等多个方面综合评估，对部分诊断困难的患者需要长期随访³⁰。CP诊断标准包括：（1）特征性影像学表现；（2）组织病理学特异性改变；（3）反复发作的上腹部疼痛；（4）血清或尿胰酶水平异常；（5）胰腺外分泌功能异常；（6）长期酗酒史（男性 $\geq 80\text{g/d}$ 、女性 $> 60\text{g/d}$ ，持续2年或以上）。其中（1）或（2）任何一项典型表现即确诊；（1）或（2）不典型表现加（3）、（4）、（5）中任何两项也可确诊；（1）或（2）任何一项不典型表现考虑为疑似病例；满足（3）、（4）、（5）、（6）中任意两项且无其他影像学或组织学表现者，建议在排除其他疾病后长期随访观察²²。

CP影像学特征性表现包括典型表现和不典型表现。典型表现为：（1）胰管结石；（2）分布于整个胰腺的多发钙化；（3）ERCP显示主胰管不规则扩张和全胰腺散在不同程度的分支胰管不规则扩张；（4）ERCP显示主胰管完全或部

分梗阻(胰管结石或蛋白栓),伴上游主胰管和分支胰管不规则扩张。具备上述任何一项即是典型表现。具备下列任何一项为不典型表现:(1)MRCP显示主胰管不规则扩张和全胰腺散在不同程度的分支胰管不规则扩张;(2)ERCP显示全胰腺散在不同程度分支胰管扩张,或单纯主胰管不规则扩张,或存在蛋白栓;(3)CT显示主胰管全程不规则扩张伴胰腺形态不规则改变;(4)超声或EUS显示胰腺内结石或蛋白栓强回声病变,或胰管不规则扩张伴胰腺形态不规则改变³¹。胰腺的组织学特征性表现包括胰腺外分泌实质减少伴不规则纤维化,纤维化主要分布于小叶间隙,形成“硬化”样小结节改变等典型表现;组织学不典型表现为胰腺外分泌实质减少伴小叶间纤维化,或小叶内和小叶间纤维化。

4.3.4 疾病分期与严重程度评价

共识意见:慢性胰腺炎早期诊断困难,目前尚无统一的分期分型和严重程度评价标准,可以降IAP/EPC机制定义和中国医师协会胰腺病专业委员会慢性胰腺炎专委会发布的慢性胰腺炎诊治指南相结合,同时强调临床症状和患者胰腺内、外分泌功能进行评价。

证据质量:中。推荐等级:中。

CP患者首先表现为反复的腹部或(和)背部疼痛,继而胰腺内、外分泌功能逐渐受损,各个阶段难以明确界定。迄今,尚无统一的CP临床分型和严重程度评价标准³²。IAP/EPC以机制定义作为CP起点,描述从疾病前状态到终末期特征的逐渐进展的五个阶段,这一进展性概念疾病模型代表CP全过程,包括A:有危险因素;B:急性胰腺炎-复发性急性胰腺炎;C:早期CP;D:确诊的CP;E:进展期或终末期CP。日本将CP分为早期、代偿期、过渡期和失代偿期四个阶段,患者的临床表现、血清胰腺酶水平、影像学、腺外分泌功能检测、糖耐量异常以及这些因素的评分,有助于确定CP的严重程度分期和治疗方案。早期CP,即确诊慢性胰腺炎、保存胰腺功能及潜在可逆性特征的初始阶段。早期是描述疾病状态;慢性用于描述疾病的特点和持续时间;早期CP症状体征不典型,仅以影像学检查不能确诊CP,也不能确定该病的进展程度。进展期和终末期CP的共同特点是胰腺萎缩、纤维化、疼痛综合征、导管扭曲、狭窄、钙化和胰腺内、外分泌功能障碍以及营养不良。脂肪泻、胰腺钙化和糖尿病,这三联征是疾病终末期的证据。中国医师协会胰腺病专业委员会慢性胰腺炎专委会发布的慢性胰腺炎诊治指南³³,将CP分为5期:0期(亚临床期),无症状;1期

（无胰腺功能不全）：反复腹痛或急性胰腺炎；2期（部分胰腺功能不全）：胰腺内分泌或外分泌功能不全；3期（完全胰腺功能不全）：同时出现胰腺内外分泌功能不全；4期（无痛终末期）：同时出现胰腺内外分泌功能不全，且无疼痛症状。临床上可以结合这些分期标准，强调临床症状和胰腺内外分泌功能的评价。

目前尚无统一的CP严重程度评分系统，改良剑桥标准(Cambridge classification)是确定CP影像学分级的诊断标准，通过描述主胰管/分支胰管结石、狭窄、囊性变、钙化等病变将CP分为0-4级。正常主胰管直径在头、体、尾部平均为3.6mm、2.7mm、1.6 mm，主胰管扩张可能是全程(2/3 以上)的也可能是局部(少于2/3)，管径>1 cm定义为严重扩张。分支的异常主要包括数量减少、长度变短、管径扩张或管径变窄。临床需要建立基于影像标准的CP严重程度评分系统，包括CT或MRI检查发现的腺体容量减少、导管改变、实质钙化和纤维化等方面内容¹⁶。

5 . 中医病机

共识意见：慢性胰腺炎病机复杂，结合主要病因和临床表现，认为脾虚为本，气滞血瘀、肝胆湿热、食积酒毒为标，损伤脾胃肝胆；治疗以调理肝脾胆胃为主，兼顾气滞血瘀、饮食、酒毒。

证据质量：低。

推荐等级：弱。

慢性胰腺炎病机复杂，从络病学出发分析，认为在络中气滞、血瘀和痰阻基础上，慢性胰腺炎的主要病机是气机阻滞、不通则痛；运化失司，发为泄泻；久病入络，窠囊既成；脉络空虚，易于癌变^[34-35]。通过中医证型证素分析，认为虚证多为脾气虚，实证为肝胆湿热、胃肠实热、气滞血瘀、食积等因素，且可有合并证型。因此，其病位主要在肝、胆（胰）和脾胃，基于“邪在胆、逆在胃，损在肝、伤在脾”，肝、脾二脏在生理病理上相互影响，病因病机主要包括胆胰疏泄不利、升降失司；脾胃酒毒、湿热内蕴；痰饮、湿浊壅滞；胰腺热毒、瘀血、痼结邪恋；脉络营滞、内生血脂、清浊不分；气阴耗散、糖毒积滞等。急性期以气滞血瘀、湿热、食积、酒毒为主；缓解期本虚标实为主，

脾虚为本，气滞血瘀为标。因此，调治肝脾是治疗慢性胰腺炎的关键，分别从肝脾论治和从胆胃（胰）论治^[34]。

6. 中医辨证

共识意见：慢性胰腺炎临床表现复杂多变，辨证论治从肝胆脾胃入手，急性发作期以气滞、血瘀、肝胆湿热为主，为标；恢复期以脾胃气虚、或气阴两虚、阴阳两虚证为主，为本。

证据质量：低。推荐等级：中。

慢性胰腺炎主要临床表现是腹痛和纳差、腹泻、消瘦，病位在肝、胆(胰)和脾胃，久病可及肾。基于“邪在胆、逆在胃，损在肝、伤在脾”，其辨证论治主要从肝脾论治和从胆胃(胰)论治³⁴。基于CP病因病机，急性复发和缓解期分期论治，急性期以气滞、血瘀、湿热、食积、酒毒为主，以清热除湿、理气止痛、活血化瘀、清热除湿、消食化积而治标；缓解期则以本虚（脏腑虚损）标实（血瘀、水停）为主，则以益气养阴、健脾利水、活血消癥以治本^{4,35}。运用中医治未病思想，注重未病先防、既病防变、瘥后防复。

6.1 急性发作期

6.1.1 肝郁气滞证

主症：①中上腹痛；②痛窜两胁、矢气则舒，忧思恼怒则剧。

次症：①抑郁易怒，善太息；②恶心呕吐；③暖气呃逆；④大便不畅。

舌脉：舌淡红偏黯，苔薄白或薄黄；脉弦紧或弦数，左关脉明显。

证型确定：主症加次症1-2项即可诊断。症状不明显者，参考舌脉象和理化检查。

6.1.2 肝胆湿热证

主症：①上腹部及胁肋胀痛；②口苦呕恶。

次症：①小便黄赤；②大便不爽；③身热阴痒；④身目发黄。

舌脉：舌红苔黄腻，脉弦数或弦滑数，左关脉为主。

证型确定：主症加次症1-2项即可诊断。症状不明显者，参考舌脉象和理化检查。

6.1.3 气滞血瘀证

主症：①腹部刺痛，痛连两胁；②痛处固定拒按

次症：①疼痛夜甚；②腹部或有积块，质软不坚；③大便不畅；④抑郁易怒。

舌脉：舌质紫暗，脉弦细涩。

证型确定：主症加次症1-2项即可诊断。症状不明显者，参考舌脉象和理化检查。

6.1.4 热结里实证

主症：①腹痛拒按；②壮热便结。

次症：①烦渴引饮；②小便短赤涩痛；③日晡潮热；④口干口臭。

舌脉：舌红苔黄燥或黄腻，脉滑数或沉紧、沉数有力。

证型确定：主症加次症1-2项即可诊断。症状不明显者，参考舌脉象和理化检查。

6.2 恢复期

6.2.1 脾胃虚弱证

主症：①纳呆便溏；②胃脘胀满。

次症：①倦怠乏力；②面色萎黄；③少气懒言；④时而腹痛。

舌脉：舌质淡苔薄白，或舌胖嫩边有齿痕，脉弱或缓。

证型确定：主症加次症1-2项即可诊断。症状不明显者，参考舌脉象。

6.2.2 气阴两虚证

主症：①少气懒言；②自汗盗汗。

次症：①大便时泻时秘；②口渴引饮，饥不欲食；③五心烦热；④乏力少神。

舌脉：舌质淡或红而少苔，脉细或细数。

证型确定：主症加次症1-2项即可诊断。症状不明显者，参考舌脉象。

6.2.3 癥积瘀结证

主症：①腹部积块；②胀满刺痛。

次症：①神倦乏力；②形体消瘦；③面色晦暗；④纳谷不佳。

舌脉：舌质紫暗或有瘀斑，舌下脉络曲张色青紫或紫暗，脉细涩。

证型确定：主症加次症1-2项即可诊断。症状不明显者，参考舌脉象。

6.2.4 阴阳两虚证

主症：①形体羸弱；②形寒怕热。

次症：①溏泻无度，或见五更泻泄；②潮热盗汗或自汗；③少气懒言，腰膝酸软；④男子遗精阳痿，女子经闭。

舌脉：舌质淡或青黑，苔剥脱或无苔，脉沉细弱或虚大无力。

证型确定：主症加次症1-2项即可诊断。症状不明显者，参考舌脉象。

7. 治疗

7.1 治疗原则

共识意见：慢性胰腺炎中西医结合治疗的主要原则是急性发作期以缓解疼痛等症状，维持器官功能，减少器官损伤和衰竭的发生，降低病死率；改善危险因素、祛除病因、控制症状、改善胰腺内分泌及外分泌功能不全、防治慢性并发症，降低手术率；缓解期重在恢复胰腺内外分泌功能，改善生活质量，减少复发。

证据质量：中。

推荐等级：中。

中西医结合治疗 CP 急性发作期遵循急性胰腺炎相关诊疗指南^{1, 16, 23, 33, 36}和共识意见³⁷，首要目标是有效止痛或减轻疼痛，其次是维持内环境稳定、改善胃肠动力、液体治疗、抑制炎症损伤以维护重要器官功能，减少器官衰竭的发生以降低早期病死率；再次是祛除病因、控制症状、改善胰腺内分泌及外分泌功能不全、防治并发症等。其治疗一般遵循“保守-内镜-手术”三步走或创伤递升式(step-up)治疗理念³⁸。部分 CP 患者常不急性发作，且疼痛症状不显著，疾病可悄然至内外分泌功能受损阶段，对此治疗的重点在于防治内外分泌功能障碍。缓解期首要目标是恢复脾胃功能，防止复发、减少或控制局部并发症、降低手术率，维持胰腺内外分泌功能，其次是以治未病、防复发的思想防治胰腺纤维化进展，进一步改善患者生活质量³⁹。治疗过程中应定期监测血清 IgG4 及影像学变化以评估疗效、及时调整用药方案⁴⁰。

7.2 西医常规治疗

7.2.1 急性发作期，治疗同急性胰腺炎³⁷。

7.2.2 疼痛的治疗与管理：

共识意见：疼痛处理慢性胰腺炎的主要临床问题，在管理危险因素、改变生活方式和饮食结构、戒烟戒酒等基础上，推荐逐渐升阶梯的镇痛方案，并个体化选择药物、手术等治疗方式和手段。

证据质量：高。推荐等级：强。

腹痛是 CP 常见症状，可能与慢性炎症或炎症复发、局部并发症或神经源机制相关；疼痛发作的强度和频率可影响患者生活质量，需要多维度定量评估疼痛，并推荐逐渐升阶梯的镇痛方案，直到疼痛缓解。改善生活方式，合理控制饮食：避免辛辣刺激食物，减少过量高脂及高蛋白摄入，强烈建议戒烟戒酒⁴¹。初期可以胰酶替代和抗氧化治疗；无效时可遵循世界卫生组织的疼痛三阶梯治疗原则选择不同的止痛药，由弱到强逐渐升级选择，尽可能口服给药⁴²。第一

阶梯治疗首选对乙酰氨基酚；第二阶梯治疗多选用曲马多等弱阿片类镇痛药；第三阶梯治疗选用强阿片类镇痛药，并警惕肠麻痹综合征。对于梗阻性疼痛及胰管扩张的CP患者可采用内镜介入微创治疗，有利于缓解疼痛，改善患者生活质量^[32]。内科及内镜介入治疗无效时可考虑手术切除或减压等治疗以缓解疼痛；胰管梗阻时可以内镜治疗，并发胰管结石者联合体外震波碎石(ESWL)。对于长期疼痛而产生心理影响者，行为干预是多维慢性疼痛管理的一部分；多次内镜干预治疗无效后应尽早外科手术，手术方式决定于胰腺形态学改变；疑难病例可以考虑行神经松解和神经调节治疗。此外，内脏神经阻滞术、脊髓刺激和经颅磁刺激等治疗方法也能够一定程度上缓解疼痛，在有经验的单位可尝试²²。

7.2.3 胰腺外分泌功能不全的治疗：

共识意见：慢性胰腺炎常合并胰腺外分泌功能不全相关的脂肪型与营养不良，需要进行外源性胰酶替代治疗，同时补充维生素等营养成分。

证据质量：高。推荐等级：强。

胰腺组织萎缩破坏后胰液分泌减少，影响食物的正常消化和吸收，表现为脂肪泻及营养不良等胰腺外分泌功能不全特征。存在营养不良或吸收障碍CP患者，推荐营养师根据营养状况提出个体化营养方案，建议少量多次进餐高能量饮食。脂肪泻（每天大便中脂肪量超过15g）或临床上见明显的吸收不良、人体测量或生化检查提示营养不良时，需要辅以外源性胰酶替代治疗(PERT)。PERT首选含高活性脂肪酶的肠溶胰酶制剂为主，推荐进食主餐时一起口服，进食零食时可减量^{22, 43}，餐中服用。脂肪泻时常伴随肠道PH过低($\text{PH} \leq 4$)影响胆汁酸及消化酶的活性，因此对于药物治疗临床效果欠佳的CP患者，推荐胰酶制剂加量（加倍或3倍），疗效不佳时可加服PPI等抑酸剂；营养不良的患者可辅以合理膳食，症状不缓解时可考虑补充中链甘油三酯；即使补充了胰酶，仍可能发生营养不良；脂溶性维生素缺乏时可适当补充维生素D。患者脂肪泻、体重减轻、腹胀等消化不良相关症状缓解，营养状态恢复时，可以认为是胰酶替代治疗有效^{43, 44}。CP患者因脂肪泻导致大量脂类丢失，影响脂溶性维生素的吸收，此时不能过分强调低脂饮食，而应补充适量的脂肪(50-70 g/d)，同时应给予足量的消化酶制剂及补充一定量的维生素D等⁴⁴。

7.2.4 糖尿病的治疗：

共识意见：慢性胰腺炎常出现胰腺内分泌障碍而发生胰源性糖尿病或IIIc型糖尿病，需要再改善生活方式、调整饮食结构基础上，规范使用口服降糖药，必要时使用胰岛素治疗。

证据质量：中。推荐等级：中。

CP患者常出现胰岛素分泌不足或功能异常导致糖尿病，归类于胰源性糖尿病或IIIc型糖尿病(T3cDM)⁴⁵。目前对此类型糖尿病尚无肯定的诊断标准，在胰腺外分泌功能不全、胰腺病变影像学证据以及通过自身免疫指标排除1型糖尿病等基础上，符合普通糖尿病诊断标准可考虑T3cDM。鼓励患者改善生活方式，戒烟戒酒，减少油腻高脂食物，饮食清淡。T3cDM对胰岛素敏感常伴随低血糖或酮症酸中毒等急性并发症，因此需积极监测血糖及严格控制血糖。T3cDM首选以改善生活方式（戒烟戒酒、适当运动），调整饮食为主⁴⁶。怀疑有胰岛素抵抗的CP患者首选口服降糖药二甲双胍；口服药物效差时改为胰岛素治疗，鼓励使用长效的基础胰岛素，尤其适用于严重营养不良的CP患者。由于CP合并糖尿病患者多消瘦、营养不良，对胰岛素敏感，需警惕低血糖的发生⁴⁶⁻⁴⁸；此类患者须内分泌科长期随访。

7.2.5 营养不良的治疗：

共识意见：慢性胰腺炎常常合并营养不良，所有患者均应计算并筛查BMI，并使用应用筛查表、查脂溶性维生素等进行评估，基于营养状态给予个体化饮食管理。

证据质量：高。推荐等级：强。

继发于腹痛的厌食、恶心呕吐，以及酗酒和糖尿病等都可以导致CP患者营养不良^{46, 47}。营养不良的诊断标准包括：体质指数BMI<18.5kg/m²，或体重减轻>10%，或3个月内体重减轻>5%，或小于70岁者BMI<20kg/m²，大于70岁者BMI<22kg/m²。因此，所有CP患者均应计算并筛查BMI，可用营养不良通用筛查工具(MUST)或医院营养风险筛查表(NRS-2002)，同时检测脂溶性维生素A、D、E、K、锌、镁和HbA1c。营养良好的CP患者，鼓励其坚持正常健康的饮食习惯。营养不良的患者应该咨询有经验的营养学家，基于营养状态给予个体化食谱，避免膳食中严格的脂肪限制和极度的高纤维食物，胰酶替代治疗的同时，建议少量、多次、高能餐。若口服不能改善营养状态，必要时可行肠内营养或肠外营养治疗，同时补充相关维生素^{46, 49, 50}。

7.2.6 内镜介入治疗：

共识意见：慢性胰腺炎合并的难治性疼痛、主胰管扩张或狭窄、假性囊肿、结石等，优选内镜介入微创进行个体化治疗，审慎评估各种术式的适应症、风险及并发症。

证据质量：高。推荐等级：强。

对于常规药物保守治疗效果欠佳的单纯性疼痛和主胰管扩张的CP患者，推荐首选内镜介入微创治疗，且需6-8周评估疗效以决定下一步治疗方案^{26, 51}。CP内镜治疗的主要适应证为胰管结石、胰管狭窄、胰腺假性囊肿、胆管狭窄等，有利于解除梗阻、减轻胰腺炎性损伤和压迫、延缓纤维化过程、缓解胰源性疼痛、改善患者生活质量^{51, 52}。内镜治疗可有效缓解主胰管梗阻患者的疼痛症状，是解决CP梗阻性疼痛的首选方法^{42, 52}；ERCP可治疗较小的主胰管结石，而大于5 mm的主胰管阳性结石，首选ESWL治疗⁵³。对于主胰管狭窄的CP患者，最主要的治疗方法是ERCP置入胰管支架以解除狭窄，充分引流胰液，必要时辅以胰管括约肌切开、扩张狭窄等。当CP患者继发的胆总管狭窄，尤其合并胆管炎、梗阻性黄疸或持续1个月以上的胆汁淤积时，可行ERCP下胆道支架置入⁵⁴，但要警惕发生出血等并发症⁵⁵。无症状的胰腺假性囊肿，可动态观察；有症状的胰腺假性囊肿或出现感染、出血、破裂、胃肠道压迫等并发症时，内镜是首选治疗方法，可选择内镜下经十二指肠乳头引流或EUS引导下经胃十二指肠壁引流，治疗效果与手术相当⁵⁶。

7.2.7 外科手术治疗：

共识意见：经中西医结合内科治疗、内镜微创介入治疗后效果不佳的少部分患者，可能需要根据其病因、胰管及胰腺损伤情况、结石情况、并发症等，进行多学科联合评估手术指征，个体化评估与手术。

证据质量：高。推荐等级：中。

部分CP患者经中西医结合内科保守治疗、内镜干预后效果不佳，仍需手术治疗。根据患者的病因、胰管、胰腺及胰周脏器病变特点、术者经验、并发症等因素进行个体化的术式选择，主要有胰腺切除术、胰管引流术及联合术式3类⁵⁷。对于临床症状突出CP患者，早期（<3年）手术治疗临床疗效优于晚期手术治疗，且相关风险较小⁵⁸。外科手术指征包括^{59, 60}：1）中西医结合保守治疗或者内镜治疗不能缓解顽固性疼痛者；2）并发胆道梗阻、十二指肠梗阻、胰腺

假性囊肿、胰源性门静脉高压伴出血、胰痿、胰源性腹水、假性动脉瘤等，不适于内科及介入治疗或治疗无效者；3）怀疑恶变或并发胆道、十二指肠肿瘤者；4）多次内镜治疗失败者。对于合并假性动脉瘤的CP患者首选血管栓塞治疗，必要时外科手术。

7.3 中医药治疗：

共识意见：慢性胰腺炎按照急性发作期、恢复期分别进行中医药辨证治疗，也可以选择相应的中成药；同时可以使用针灸等适宜技术。

证据质量：低。推荐等级：中。

7.3.1 中医辨证治疗：急性发作期

（1）肝郁气滞证

治则：疏肝解郁，行气止痛

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。药用柴胡、白芍、川芎、枳壳、陈皮、甘草、香附等。

加减：大便秘结加生大黄（后下）；疼痛明显加木香、延胡索；刺痛明显加丹参、降香、砂仁。

证据支持：柴胡疏肝散与常规西药对照治疗CP，中药治疗组的有效率明显高于对照组（ $P<0.05$ ），血清胆囊收缩素水平明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。提示柴胡疏肝散可能通过降低血清胆囊收缩素的水平，改善CP患者胰腺外分泌功能⁶¹。

中成药：

①柴胡舒肝丸《中国药典》：由柴胡、青皮、陈皮、防风、木香、枳壳、乌药、香附、姜半夏、茯苓、桔梗、厚朴、紫苏梗、豆蔻、甘草、山楂、当归、黄芩、薄荷、槟榔、六神曲、大黄、白芍、三棱、莪术等组成，具有疏肝理气、行气止痛的功效。

用法用量：口服，1丸/次，2次/d。

（2）肝胆湿热证

治则：清热利湿，通腑止痛

方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》）合茵陈蒿汤加减。药用茵陈、栀子、生大黄（后下）、龙胆草、黄芩、泽泻、车前子、当归、生地黄、柴胡、枳实、黄连等。

加减：便秘者，用大柴胡汤合茵陈蒿汤；疼痛明显者，加枳实、赤芍、延胡索；皮肤巩膜黄染明显者，加赤芍、垂盆草。

中成药：

①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、活血止痛的功效。

用法用量：开水冲服，10g/次，2~3次/d。

证据支持：临床研究发现，与常规西药对照治疗相比，胰胆舒颗粒治疗CP患者临床疗效明显优于单纯西药治疗⁶²。

（3）气滞血瘀证

治则：行气导滞，化瘀止痛

方药：膈下逐瘀汤（《医林改错》）合凉膈散加减。药用五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、延胡索、甘草、香附、红花、枳壳、柴胡、郁金等。

加减：如痛甚者可加三七、三棱、莪术、乳香、没药；气滞明显者可加枳实、木香。

证据支持：膈下逐瘀汤合凉膈散为基础的中医综合方案能改善CP急性发作患者腹胀、腹痛、恶心、呕吐等主要症状，有助于缩短再进食时间、促进内分泌功能的恢复并减少患者的重症转化率⁶³。

（4）热结里实证

治则：泻热通腑，消食导滞

方药：大承气汤（《伤寒论》）合保和丸（《太平惠民和剂局方》）加减。药用生大黄（后下）、厚朴、枳实、芒硝（溶服）、栀子、连翘、黄芩、山楂、神曲、陈皮、半夏等。

加减：疼痛明显者加赤芍、延胡索；刺痛者加木香、丹参、降香。咳喘、气促者加瓜蒌皮、杏仁。

7.3.2 中医辨证治疗：恢复期

（1）脾胃虚弱证

治则：益气健脾，渗湿止泻

方药：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。药用党参、白术、白扁豆、莲子、甘草、山药、砂仁、薏苡仁、桔梗、大枣、陈皮等。

加减：形寒肢冷，腹痛冷痛者可合（附子）理中丸；若久泻，见短气肛坠等中气下陷者，可合补中益气汤（减当归），并重用黄芪、党参；泻下臭如败卵，伴有不消化食物等食滞者，可合保和丸或枳实导滞丸。

中成药：参苓白术颗粒。

经验方：胰泰复方，由人参、白术、茯苓、柴胡、当归、红花、桃仁、佛手、郁金、甘草。每日1剂水煎，早晚分2次服。

证据支持：胰泰复方治疗脾虚型CP的临床观察发现，与马来酸曲美布汀胶囊及多酶片对照组比较，胰泰复方治疗组在改善腹胀、腹痛、腹泻方面优于对照组($P < 0.05$)，血、尿淀粉酶降低程度优于对照组($P < 0.05$)，证实胰泰复方治疗脾虚型CP临床疗效确切⁶⁴。

复方谷氨酰胺胶囊：L-谷氨酰胺、白术、茯苓、甘草。具有健脾益气之功，用于CP胰腺外分泌功能不全而纳差腹胀、消化不良、大便稀溏者。3粒/次，3次/d。

（2）气阴两虚证

治则：益气健脾，养阴生津

方药：生脉散（《医学启源》）合七味白术散（《小儿药证直诀》）加减。药用人参、麦冬、五味子、茯苓、炒白术、甘草、藿香叶、木香、葛根、天花粉、炙黄芪等。

加减：肺有燥热加地骨皮、知母、黄芩；口渴明显者加天花粉、生地黄；气短汗多加山茱萸；食少腹胀加砂仁、鸡内金。

中成药：

生脉饮：由红参、麦冬、五味子组成。具有益气生津之功。

用法用量：10ml/次，3次/d。

（3）癥积瘀结证

治则：化癥消积，逐瘀消结

方药：桂枝茯苓丸（《金匮要略》）合膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。药用桂枝、茯苓、桃仁、赤芍、牡丹皮、延胡索、蒲黄、五灵脂、乌药、香附、红花、枳壳、大黄、柴胡、郁金等。

加减：积块渐大，疼痛明显者加丹参、莪术、三棱、鳖甲、煅瓦楞等，或合用鳖甲煎丸；痰瘀互结者加白芥子、半夏、苍术；气血亏耗甚者，可合用八珍汤。

中成药：

①桂枝茯苓丸：由桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁组成。具有活血、化瘀、消癥之功。

用法用量：1丸/次，1-2次/d。

（4）阴阳两虚证

治则：滋阴益精，补肾助阳

方药：肾气丸合二仙汤加味。药用：熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、牡丹皮、泽泻、白附片、肉桂、知母、当归、巴戟天、黄柏、仙茅、淫羊藿加减。

加减：尿多而浑浊者加益智仁、桑螵蛸、金樱子；气短乏力者加黄芪、党参、黄精；阳虚畏寒者酌加鹿茸粉。

中成药：

①桂附地黄丸：由肉桂、附子、熟地黄、山茱萸、山药、牡丹皮、茯苓、泽泻组成。具有温阳滋阴，补肾固摄之功。

用法用量：6g（水蜜丸）/次，2次/d。

7.3.3 中医适宜技术

包括中药外敷、针刺、穴位注射疗法、中药保留灌肠等。其中，针灸镇痛应用广泛。根据辨证论治进行穴位加减、选用不同补泻手法或电针。每次取6-12个穴位，留针30分钟，1-2次/d；也可以辨证论治穴位注射；对于慢性疼痛患者，可以选择相应穴位揸针治疗。

证据支持：中脘、上脘、梁门（双侧），鸠尾、章门（双侧）、下肢阳陵泉(右)、胰腺穴⁶⁵（双侧；定位：位于胫骨内侧髌与内踝高点连线中点，胫骨内侧后缘1寸处）、足三里（双侧）、阴陵泉（双侧）等穴位。中脘、上脘等穴位在腹部直刺1至1.5寸，鸠尾用2寸针向上脘穴位平刺。下肢部位穴位用2寸针直刺1.5寸左右⁶⁶。以“胰腺穴”为主，配伍中脘、阳陵泉等针灸标准处方，可以快速缓解慢性胰腺炎⁶⁷。

8. 中西医结合要点

共识意见：慢性胰腺炎中西医结合诊治重在防治器官损伤与局部并发症，加强病因管理，中药针灸与止痛药物及技术相结合缓解慢性疼痛，胰腺内外分泌功能相互结合以防止胰腺分泌功能损伤的加重，以缓解症状、维持功能、防止并发症。

证据质量：低。推荐等级：中。

8.1 全程以防治CP器官损伤与局部并发症为治疗关键：CP急性发作期，既要基于急性胰腺炎的病理生理特点，使用中医药行气止痛、通里攻下以保护器官功能，缓解临床症状³⁷；更要兼顾CP的病因、内外分泌功能状态、病情分期和局部并发症情况，使用中医药健脾益气、活血化瘀、疏肝理气等治法，结合胰岛素、内镜介入等现代医学药物与治疗方法，既要防止急性发作期器官功能损伤的加重，也要协同防治后期新发并发症，更要防止CP原有胰腺内外分泌功能不全和局部并发症的恶化进展，全程中西医结合处理以防治并发症。

8.2 基于中医治未病思想加强CP患者的病因管理：消除CP的发病原因，鼓励患者戒烟戒酒，改变饮食习惯，控制血糖；适时手术处理胰腺结石、假性囊肿、胰源性门脉高压等并发症，有效减少消化道出血、消化道梗阻、胆道狭窄及感染的发生，减少CP的复发，减轻家庭和社会经济负担。

8.3 中药针灸协同治疗CP慢性疼痛：结合患者病情分期、病因管理，选择中西医药物和针灸等综合方法镇痛治疗，既可减少西药的毒副作用或成瘾的可能性，可协助改善患者胃肠功能，改善久病后的焦虑抑郁状态；又有助于改善炎症损伤⁶⁸。

8.4 中西医结合内外协同防治CP外分泌功能异常：在胰酶替代治疗的基础上，基于CP患者慢性腹泻或脂肪泻的临床表现进行中医辨证论治，选择健脾除湿、理气和胃、消食化积、温阳止泻等治法，中西医结合治疗改善患者消化功能，尤其是对胰酶替代治疗不敏感的患者。

8.5 中西结合内外协同防治CP内分泌功能障碍：基于内外分泌功能协同管理的理念，监测CP患者的胰岛素释放情况、血糖水平，选择二甲双胍和阿卡波糖口服降糖药，必要时使用基础胰岛素和短效胰岛素相结合的方案，尤其是消瘦的3C型糖尿病患者，既有助于血糖控制，又有助于促进患者合理进食和营养状态的改善；结合中医辨证论治，选择复方黄连素、清胃散等清热解毒，或参苓白术散等健脾除湿治疗，既能提高患者的胰岛素敏感性，控制血糖，维持或促进胰腺内分泌功能的修复；又利于改善患者脾胃功能，缓解外分泌功能障碍，保证进食、改善消瘦状态而有利于血糖控制。

8.6 活血利水结合抗凝治疗防治胰腺假性囊肿、胰源性门脉高压：在急性发作期减少坏死及胰周、腹腔积液，减轻或避免对临近血管、肠道压迫，使用肝素抗

凝以防治血栓形成和胰源性门脉高压；同时结合中医药活血化瘀、温阳利水等治疗以促进坏死、积液、血栓的吸收消退，降低CP患者局部并发症的发生率和手术干预率。

9 疗效评定标准：

共识意见： 中西医结合治疗慢性胰腺炎的疗效评估，基于疼痛、胰腺外分泌、内分泌功能、形态学变化与并发症、营养状态等多维度进行。

证据质量：低。推荐等级：中。

CP疗效评价标准包括：临床症状体征评价标准、胰腺内外分泌功能疗效评价、影像学疗效评价、中医证候疗效评价及生活质量评价等方面。国内中医药临床研究尚无统一而广泛使用的中医药疗效评价标准，使得临床试验之间无法进行有效、合理的比较，无法体现出CP中医药治疗的疗效。建议以临床症状体征及CT等影像学评价为主，结合血清学、中医证候、单项中医症状和生存质量等评价为辅。借鉴这一思想和方法，进行CP中医疗效评价，具体如下：

9.1 临床症状体征评价

CP患者以腹痛为主要症状，可伴腹部压痛、反跳痛和肌紧张等常见体征，临床常用视觉模拟评分法(Visual analogue scale, VAS)评价记录患者疼痛严重程度。根据入院时及出院前症状体征变化情况进行分级。临床痊愈：主要症状、体征消失或基本消失；显效：主要症状、体征明显改善，不影响患者进食和休息；有效：主要症状、体征明显好转，轻微影响患者进食和休息；无效：主要症状，体征无明显改善，甚或加重。

9.2 胰腺内分泌疗效评价

CP患者中后期出现内分泌功能障碍，发展成为3C型糖尿病，中西医结合治疗后，根据口服葡萄糖耐量试验(OGTT)、胰岛素释放试验(IRT)和血糖水平、血清缩胆囊素和胰高糖素，以评价胰腺内分泌功能状态，判断疗效。

9.3 胰腺外分泌功能的疗效评价

CP患者因胰腺外分泌功能障碍而出现脂肪泻，常以补充胰酶为基础进行中西医结合治疗，并动态评估胰腺外分泌功能的影响，观察脂肪吸收指数、粪脂排泄量、粪氮排泄量和粪便重量等指标。也可以直接或间接测定胰腺分泌的酶和电解质量，有助于评估胰腺外分泌功能及疗效。

9.4 中医证候疗效评价

疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。所有症状均分为无、轻、中、重四级，主证分别记0、2、4、6分，次证则分别记0、1、2、3分。临床痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数 ≥ 95%；显效：主要症状、体征明显改善，70% ≤ 疗效指数 < 95%；有效：主要症状、体征明显好转，30% ≤ 疗效指数 < 70%；无效：主要症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效指数 < 30%。

9.5 单项中医症状疗效评价

显效：原有症状消失；有效：原有症状改善2级；进步：原有症状改善1级；无效：原有症状无改善或原症状加重。症状分级记录：0级：没有症状，积0分；1级：症状轻微，不影响日常生活，积1分；2级：症状中等，部分影响日常生活，积2分；3级：症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作，积3分。

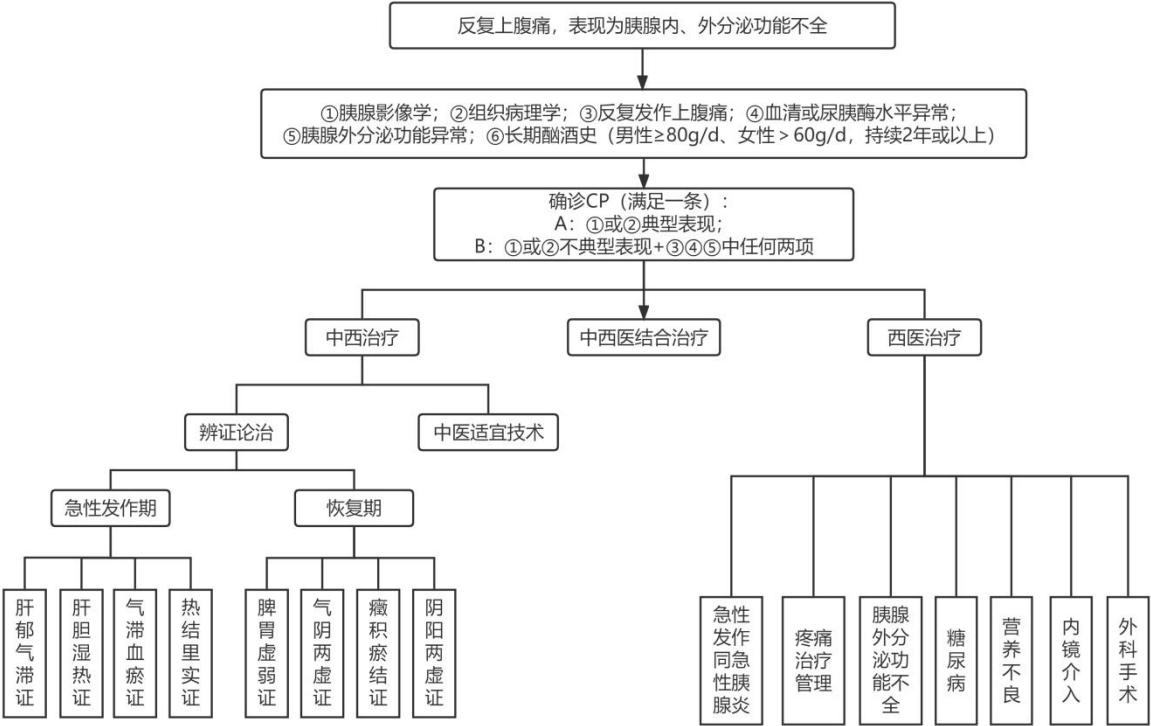
10 随访与复查

共识意见：慢性胰腺炎患者胰腺形态学、内外分泌功能、营养状态等均可能进行性变化，部分患者可能癌变，所有患者均有规律随访复查。

证据质量：低。推荐等级：低。

CP 是一种慢性进行性疾病，部分患者病情持续进展，最终可能发生内、外分泌功能不全或胰腺癌，因此必须长期随访，定期进行血糖、胰岛素、糖化血红蛋白、肿瘤标志物、彩超、CT或MRI等检查，以动态监测评估患者胰腺内外分泌功能、营养状况、生活质量等。慢性炎症损伤是上皮癌变的根本原因，CP随着病程的增加，有可能出现癌变，这是一个缓慢、渐进的过程，病理可表现为慢性炎症与癌变共现，但临床上难以鉴别诊断，定期行血清肿瘤标志物、影像学等检查，必要时行胰腺穿刺活检，以与胰腺癌鉴别。对于肿块型 CP，除注意与胰腺癌鉴别外，还需要除外IgG4自身免疫性胰腺炎。

附 录 A
诊疗流程图



附 录 B

缩略词表

CP	chronic pancreatitis	慢性胰腺炎
ICD-10	International Classification of Diseases 10th Revision	国际疾病分类标准代码第10版
EUS	endoscopic ultrasonography	超声内镜
CT	computed tomography	电子计算机断层扫描
MRCP	magnetic resonance cholangiopancreatography	磁共振胰胆管造影
ACP	alcoholic chronic pancreatitis	酒精性慢性胰腺炎
RAP	recurrent acute pancreatitis	复发性急性胰腺炎
IgG4	immunoglobulin G4	免疫球蛋白G4
CEA	carcinoembryonic antigen	癌胚抗原
CA-199	carbohydrate antigen199	糖类抗原199
CA-125	carbohydrate antigen 125	糖类抗原125
FPG	fasting plasma glucose	空腹血糖
OGTT	oral glucose tolerance test	口服葡萄糖耐量试验
HbA1c	glycated hemoglobin	糖化血红蛋白
EUS-FNA	endoscopic ultrasonography guided fine needle aspiration	超声内镜引导下细针穿刺吸取活检术
APA	American Pancreatic Association	美国胰腺病协会
ERCP	endoscopic retrograde cholangiopancreatography	内镜逆行胰胆管造影术
MRI	magnetic resonance imaging	核磁共振成像
IAP	International Association of Pancreatology	国际胰腺学会
EPC	European Pancreatic Club	欧洲胰腺俱乐部
ESWL	extracorporeal shock wave lithotripsy	体外震波碎石
PERT	pancreatic enzyme replacement therapy	胰酶替代治疗
BMI	body mass index	体质指数
MUST	malnutrition universall screening tool	营养不良通用筛查工具
VAS	visual analogue scale	视觉模拟评分法
IRT	insulin releasing test	胰岛素释放试验

附录 C

(资料性)

本专家共识的起草成立了4个工作组，包括专家共识指导委员会、专家共识起草工作组、征求意见专家组、指南外部评审专家组。专家共识起草工作组的成员包括中医、西医疾病领域专家，流行病学和循证医学方法专家，以及药学、护理学、医保及行政管理专家。

专家共识指导委员会：李军祥、陈詒、唐文富

专家共识起草工作组：

唐文富（华西医院，项目总体负责），万美华（华西医院，中西医结合专家），赵文霞（河南中医药大学，中医专家），唐艳萍（南开医院，中医专家），沈洪（江苏省中医院，中医专家），王灵聪（浙江省中医院，重症专家），李志（西南医科大学，中医专家），吴东（协和医院，消化内科专家），刘续宝（华西医院，胰腺外科专家）；陈进（华西医院，循证方法学专家），黄子星（华西医院，影像学专家），康鸿鑫（华西医院，中西医结合内科）。

专家共识文献分析组：

组长：唐文富（四川大学华西医院中西医结合消化专业），万美华（四川大学华西医院中西医结合消化专业）

组员：康鸿鑫（四川大学华西医院中西医结合消化专业），李娟（四川大学华西医院中西医结合消化专业），赵先林（四川大学华西医院中西医结合消化专业），朱侣（四川大学华西医院中西医结合消化专业），谭春路（四川大学华西医院胰腺外科），陈进（四川大学华西医院中西医结合消化专业）。

药学专家：欧阳亮（四川大学华西医院生物治疗国家重点实验室研究员）、杨林（四川大学华西医院临床药学）

护理学专家：龚姝（四川大学华西医院护理学），黎贵湘（四川大学华西医院护理学）、程桂兰（四川大学华西医院护理学）

行政管理专家：吴泓（四川大学华西医院副院长/肝胆胰外科学）

方法学专家：陈进（四川大学华西医院，循证医学）

征求意见专家组：（共30位）

孔婧 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 中西医结合内科学

张志华 乐山市中医医院 中西医结合消化

黄健康 乐山市中医医院 中西医结合消化

谢晶日 黑龙江中医药大学附属第一医院 中西结合肝脾胃肠

黄天生 上海中医药大学附属光华医院 中医内科学

凌江红 上海中医药大学附属曙光医院 中医内科（脾胃病）
 王芳 深圳市第三人民医院 消化
 於亮亮 浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科 内镜中心 消化内科
 周秉舵 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 中医内科学
 赵双梅 天津中医药大学第二附属医院 消化
 陆振华 黑龙江省中医药科学院 中医内科消化
 周滔 北京中医药大学东方医院 中西医结合消化
 白光 辽宁中医药大学附属医院 中西医结合消化
 胡运莲 湖北中医药大学附属省中医院 脾胃病科
 迟莉丽 山东中医药大学附属医院 中西医结合消化
 张桂信 大连医科大学附属第一医院 中西医结合普外科
 霍永利 河北省中医院 中西医结合
 崔云峰 天津市南开医院 中西医结合肝胆胰外科
 杨如意 青海大学附属医院 中西医结合
 杨国红 河南中医药大学第一附属医院 中西医结合消化
 李慧臻 天津中医药大学第二附属医院 消化
 高建 重庆医科大学第二附属医院 消化内科
 王倩 上海中医药大学附属曙光医院 中西医结合临床
 陈一斌 北京中医药大学附属厦门市中医院 中医消化
 陈国忠 广西中医药大学第一附属医院 消化
 金伟 成都中医药大学附属医院 中医急诊
 李建水 川北医学院附属医院 胰腺外科
 李志 西南医科大学附属中医医院 消化内科
 杨胜兰 华中科技大学同济医学院附属协和医院 消化
 冯培民 成都中医药大学附属医院 消化

专家共识审核组专家组：

李军祥 北京中医药大学
 姚树坤 中日友好医院
 唐旭东 中国中医科学院
 尚东 大连医科大学
 夏庆 四川大学华西医院

参考文献

1. Thierens N, Verdonk RC, Löhr JM, et al. Chronic pancreatitis[J]. Lancet. 2025 Dec 21;404(10471):2605-2618.
2. Hines OJ, Pandol SJ. Management of chronic pancreatitis[J]. BMJ. 2024 Feb 26;384:e070920. doi: 10.1136/bmj-2023-070920. PMID: 38408777..
3. Vege, S. S.; Chari, S. T., Chronic Pancreatitis[J]. N Engl J Med 2022, 386 (9), 869-878.
4. 韩建红. 谢晶日教授治疗慢性胰腺炎的临床经验总结[D]. 黑龙江中医药大学, 2017.
5. Whitcomb, D. C., Peering Into the "Black Box" of the Complex Chronic Pancreatitis Syndrome[J]. Pancreas 2016, 45 (10), 1361-1364.
6. Guda, N. M.; Muddana, V.; Whitcomb, D. C.; et al., Recurrent Acute Pancreatitis: International State-of-the-Science Conference With Recommendations[J]. Pancreas 2018, 47 (6), 653-666.
7. Raphael, K. L.; Willingham, F. F., Hereditary pancreatitis: current perspectives[J]. Clin Exp Gastroenterol 2016, 9, 197-207.
8. Shelton, C. A.; Grubs, R. E.; Umaphathy, C.; et al. Impact of hereditary pancreatitis on patients and their families[J]. J Genet Couns 2020, 29 (6), 971-982.
9. Molero, X.; Ayuso, J. R.; Balsells, J.; et al, Chronic pancreatitis for the clinician. Complications and special forms of the disease. Interdisciplinary position paper of the Catalan Society of Digestology (SCD) and the Catalan Pancreatic Society (SCPanc)[J]. Minerva Gastroenterol (Torino) 2024 Jun;70(2):208-224.
10. de Pretis, N.; Amodio, A.; Frulloni, L., Updates in the field of autoimmune pancreatitis: a clinical guide. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2018, 12 (7), 705-709.
11. 赖雅敏; 张岳; 钱家鸣; 等。北京协和医院 346 例慢性胰腺炎人口学特征, 病因变迁及临床特点[J]. 协和医学杂志 2015, 6 (2), 7.
12. de Rijk, F. E. M.; van Veldhuisen, C. L.; Besselink, M. G.; et al.; Dutch Pancreatitis Study, G., Diagnosis and treatment of exocrine pancreatic insufficiency in chronic pancreatitis: An international expert survey and case vignette study[J]. Pancreatology 2022, 22 (4), 457-465.
13. Pandol, S. J.; Forsmark, C. E.; Consortium for the Study of Chronic Pancreatitis, D.; Pancreatic, C., Consortium for the study of chronic pancreatitis, diabetes, and pancreatic cancer: achievements and future

- directions[J]. *Curr Opin Gastroenterol* 2021, 37 (5), 486-490.
14. Serrano, J.; Andersen, D. K.; Forsmark, C. E.; et al.; Consortium for the Study of Chronic Pancreatitis, D.; Pancreatic, C., Consortium for the Study of Chronic Pancreatitis, Diabetes, and Pancreatic Cancer: From Concept to Reality[J]. *Pancreas* 2018, 47 (10), 1208-1212.
 15. Blaho, M.; Dite, P.; Kunovsky, L.; et al., Autoimmune pancreatitis - An ongoing challenge[J]. *Adv Med Sci* 2020, 65 (2), 403-408.
 16. Drewes, A. M.; Bouwense, S. A. W.; Campbell, C. M.; et al.; Working group for the International Consensus Guidelines for Chronic, P., Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis[J]. *Pancreatology* 2017, 17 (5), 720-731.
 17. Zou, W. B.; Ru, N.; Wu, H.; et al.; Chronic Pancreatitis Group of Chinese Medical Doctor, A., Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis in China (2018 edition)[J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2019, 18 (2), 103-109.
 18. 中华医学会糖尿病学分会, 中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)[J]. *中国实用内科杂志* 2018, 38 (4), 53.
 19. 王瑞星; 吴万春, 继发于慢性胰腺炎的 3c 型糖尿病的诊断与治疗[J]. *国际消化病杂志* 2015, 35 (1), 3.
 20. Mel Wilcox, C.; Gress, T.; Boermeester, M.; et al.; International Consensus Guidelines for Chronic, P., International consensus guidelines on the role of diagnostic endoscopic ultrasound in the management of chronic pancreatitis. Recommendations from the working group for the international consensus guidelines for chronic pancreatitis in collaboration with the International Association of Pancreatology, the American Pancreatic Association, the Japan Pancreas Society, and European Pancreatic Club[J]. *Pancreatology* 2020, 20 (5), 822-827.
 21. Esposito, I.; Hruban, R. H.; Verbeke, C.; et al.; Working group for the International Consensus Guidelines for Chronic, P., Guidelines on the histopathology of chronic pancreatitis. Recommendations from the working group for the international consensus guidelines for chronic pancreatitis in collaboration with the International Association of Pancreatology, the American Pancreatic Association, the Japan Pancreas Society, and the European Pancreatic Club[J]. *Pancreatology* 2020, 20 (4), 586-593.
 22. Conwell, D. L.; Lee, L. S.; Yadav, D.; et al., American Pancreatic Association Practice Guidelines in Chronic Pancreatitis: evidence-based report on diagnostic guidelines[J]. *Pancreas* 2014, 43 (8), 1143-62.

23. Frokjaer, J. B.; Akisik, F.; Farooq, A.; et al.; Working group for the International Consensus Guidelines for Chronic, P., Guidelines for the Diagnostic Cross Sectional Imaging and Severity Scoring of Chronic Pancreatitis[J]. *Pancreatology* 2018, 18 (7), 764-773.
24. Dasyam, A. K.; Shah, Z. K.; Tirkes, T.; et al, Cross-sectional imaging-based severity scoring of chronic pancreatitis: why it is necessary and how it can be done[J]. *Abdom Radiol (NY)* 2020, 45 (5), 1447-1457.
25. Yasokawa, K.; Ito, K.; Kanki, A.; et al., Evaluation of pancreatic exocrine insufficiency by cine-dynamic MRCP using spatially selective inversion-recovery (IR) pulse: Correlation with severity of chronic pancreatitis based on morphological changes of pancreatic duct[J]. *Magn Reson Imaging* 2018, 48, 70-73.
26. Kitano, M.; Gress, T. M.; Garg, P. K.; et al., International consensus guidelines on interventional endoscopy in chronic pancreatitis. Recommendations from the working group for the international consensus guidelines for chronic pancreatitis in collaboration with the International Association of Pancreatology, the American Pancreatic Association, the Japan Pancreas Society, and European Pancreatic Club[J]. *Pancreatology* 2020, 20 (6), 1045-1055.
27. Singh, V. K.; Yadav, D.; Garg, P. K., Diagnosis and Management of Chronic Pancreatitis: A Review[J]. *JAMA* 2019, 322 (24), 2422-2434.
28. Catalano, M. F.; Sahai, A.; Levy, M.; et al., EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis: the Rosemont classification[J]. *Gastrointest Endosc* 2009, 69 (7), 1251-61.
29. Molero, X.; Ayuso, J. R.; Balsells, J.; et al., Chronic pancreatitis for the clinician. Part 1: Etiology and diagnosis. Interdisciplinary position paper of the Societat Catalana de Digestologia and the Societat Catalana de Pancrees[J]. *Gastroenterol Hepatol* 2022, 45 (3), 231-248.
30. Gardner, T. B.; Adler, D. G.; Forsmark, C. E.; et al., ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis[J]. *Am J Gastroenterol* 2020, 115 (3), 322-339.
31. Kuwahara, T.; Hirooka, Y.; Kawashima, H.; et al., Quantitative diagnosis of chronic pancreatitis using EUS elastography[J]. *J Gastroenterol* 2017, 52 (7), 868-874.
32. Rahman, A.; O'Connor, D. B.; Gather, F.; et al., Clinical Classification and Severity Scoring Systems in Chronic Pancreatitis: A Systematic Review[J]. *Dig Surg* 2020, 37 (3), 181-191.
33. 中国医师协会胰腺病专业委员会慢性胰腺炎专委会, 慢性胰腺炎诊治指南(2018, 广州)[J]. *中华消化内镜杂志* 2018, 35 (11), 9.

34. 么国旺; 张大鹏; 赵二鹏; 等, 慢性胰腺炎的中医相关性研究. [J] 中国中西医结合外科杂志 2017, (5).
35. 邵沁, 吴辰恒, 凌江红. 基于络病学说探讨慢性胰腺炎相关病机及治法[J], 中国中医基础医学杂志, 2023; 29 (5): 823-825
36. Dominguez-Munoz, J. E.; Drewes, A. M.; Lindkvist, B.; et al., Recommendations from the United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis[J]. Pancreatology 2018, 18 (8), 847-854.
37. 李军祥; 陈詒; 唐文富, 急性胰腺炎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 2017.
38. Ito, T.; Ishiguro, H.; Ohara, H.; Kamisawa, T.; et al., Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis 2015[J]. J Gastroenterol 2016, 51 (2), 85-92.
39. 陈凌华; 赵慧; 雷玲; 等, 慢性胰腺炎生活质量和心理弹性、应对方式及社会支持的相关性分析[J]. 西部中医药 2018, 31 (8), 5.
40. 慢性胰腺炎诊治指南(2014 版)[J]. 中华消化外科杂志 2015, 14 (3), 6.
41. Lew, D.; Afghani, E.; Pandol, S., Chronic Pancreatitis: Current Status and Challenges for Prevention and Treatment[J]. Dig Dis Sci 2017, 62 (7), 1702-1712.
42. Drewes, A. M.; van Veldhuisen, C. L.; Bellin, M. D.; et al., Assessment of pain associated with chronic pancreatitis: An international consensus guideline[J]. Pancreatology 2021, 21 (7), 1256-1284.
43. 王伟林; 郑树森, 慢性胰腺炎的胰酶替代治疗[J]. 中国实用外科杂志 2011, 31 (9), 3.
44. Lohr, J. M.; Dominguez-Munoz, E.; Rosendahl, J.; et al., United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU)[J]. United European Gastroenterol J 2017, 5 (2), 153-199.
45. Hart, P. A.; Bellin, M. D.; Andersen, D. K.; et al., Type 3c (pancreatogenic) diabetes mellitus secondary to chronic pancreatitis and pancreatic cancer[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol 2016, 1 (3), 226-237.
46. Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, et al, Bischoff SC. ESPEN practical guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis[J]. Clin Nutr. 2024 Feb;43(2):395-412.
47. Duggan, S. N.; Ewald, N.; Kelleher, L.; et al., The nutritional management of type 3c (pancreatogenic) diabetes in chronic pancreatitis[J]. Eur J Clin Nutr 2017, 71 (1), 3-8.

48. Schrader, H.; Menge, B. A.; Zeidler, C.; et al., Determinants of glucose control in patients with chronic pancreatitis[J]. *Diabetologia* 2010, 53 (6), 1062-9.
49. O'Brien, S. J.; Omer, E., Chronic Pancreatitis and Nutrition Therapy[J]. *Nutr Clin Pract* 2019, 34 Suppl 1, S13-S26.
50. Arvanitakis, M.; Ockenga, J.; Bezmarevic, M.; et al., ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis[J]. *Clin Nutr* 2020, 39 (3), 612-631.
51. Dumonceau, J. M.; Delhaye, M.; Tringali, A.; et al., Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Updated August 2018[J]. *Endoscopy* 2019, 51 (2), 179-193.
52. Adler, J. M.; Gardner, T. B., Endoscopic Therapies for Chronic Pancreatitis[J]. *Dig Dis Sci* 2017, 62 (7), 1729-1737.
53. Korpela, T.; Udd, M.; Tenca, A.; et al., Long-term results of combined ESWL and ERCP treatment of chronic calcific pancreatitis[J]. *Scand J Gastroenterol* 2016, 51 (7), 866-71.
54. Walter, D.; van Boeckel, P. G.; Groenen, M. J.; et al., Higher quality of life after metal stent placement compared with plastic stent placement for malignant extrahepatic bile duct obstruction: a randomized controlled trial[J]. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2017, 29 (2), 231-237.
55. Li, B. R.; Liao, Z.; Du, T. T.; et al., Risk factors for complications of pancreatic extracorporeal shock wave lithotripsy[J]. *Endoscopy* 2014, 46 (12), 1092-100.
56. Varadarajulu, S.; Bang, J. Y.; Sutton, B. S.; et al., Equal efficacy of endoscopic and surgical cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst drainage in a randomized trial[J]. *Gastroenterology* 2013, 145 (3), 583-90 e1.
57. Zhao, X.; Cui, N.; Wang, X.; et al., Surgical strategies in the treatment of chronic pancreatitis: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Medicine (Baltimore)* 2017, 96 (9), e6220.
58. Issa, Y.; Kempeneers, M. A.; Bruno, M. J.; et al.; Dutch Pancreatitis Study, G., Effect of Early Surgery vs Endoscopy-First Approach on Pain in Patients With Chronic Pancreatitis: The ESCAPE Randomized Clinical Trial[J]. *JAMA* 2020, 323 (3), 237-247.
59. Bachmann, K.; Kutup, A.; Mann, O.; et al., Surgical treatment in chronic pancreatitis timing and type of procedure[J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*

2010, 24 (3), 299-310.

60. Kempeneers, M. A.; Issa, Y.; Ali, U. A.; et al.; Working group for the International Consensus Guidelines for Chronic, P., International consensus guidelines for surgery and the timing of intervention in chronic pancreatitis[J]. Pancreatology 2020, 20 (2), 149-157.

61. 刘健; 赵战朝; 薛承锐, 柴胡疏肝散对慢性胰腺炎患者胰腺外分泌功能不全的治疗作用[J]. 中国中西医结合外科杂志 2010, 16 (3), 3.

62. 李雪梅, 胰胆舒颗粒治疗慢性胰腺炎 32 例的临床观察[J]. 中国社区医师 2020, 36 (4), 2.

63. 杜伟. 膈下逐瘀汤合凉膈散为基础的中医综合方案治疗慢性胰腺炎急性发作期的临床研究[D]. 成都中医药大学.

64. 高丽娟; 郑南; 刘华生, 胰泰复方治疗脾虚型慢性胰腺炎的临床观察[J]. 中医药学报 2015, 43 (2), 3.

65. 薛有平, 姜礼, 高天虹, 等. “胰腺穴”对急性胰腺炎的诊断价值初探[J]. 甘肃中医学院学报, 1996(01):36-37.

66. 张声生; 李慧臻, 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志 2017.

67. 薛有平; 高天虹; 赵耀东, “胰腺穴”对慢性胰腺炎临床诊断与治疗分析[J]. 辽宁中医杂志 2009, 36 (1), 3.

68. 李仕维, 李乃民, 张宏志, 等. 针药结合治疗肝郁脾虚血瘀型慢性胰腺炎疗效及对患者血清炎症因子的影响[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(09):8-11.