

基于“肝常有余，脾常不足”理论探讨胆胀病的辨证治疗

刘冰月¹，梁国英^{2*}

¹黑龙江中医药大学第一临床医学院，黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院消化一科，黑龙江 哈尔滨

收稿日期：2025年8月8日；录用日期：2025年10月9日；发布日期：2025年10月24日

摘要

基于“肝常有余，脾常不足”的理论可将胆胀病的病机归纳为肝气郁结，脾虚失运，病机归纳为气滞、湿热、瘀血、脾虚四类，因此在治疗上当根据其偏盛、不足分别施以疏肝胆不通之气、清中焦之湿热、化胆中有形实邪、复肝脾之气机的治疗手法。临床上可以此理论为纲灵活用药治疗胆胀病，以达到阴平阳秘的目的。

关键词

肝常有余，脾常不足，胆胀病，中医

Exploration on Syndrome Differentiation and Treatment of Gallbladder Distention Based on the Theory of “Liver Often Having Excess and Spleen Often Having Deficiency”

Bingyue Liu¹, Guoying Liang^{2*}

¹School of First Clinical, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gastroenterology, First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Sep. 9th, 2025; accepted: Oct. 9th, 2025; published: Oct. 24th, 2025

*通讯作者。

文章引用：刘冰月，梁国英. 基于“肝常有余，脾常不足”理论探讨胆胀病的辨证治疗[J]. 中医学, 2025, 14(10): 4272-4278. DOI: 10.12677/tcm.2025.1410619

Abstract

Based on the theory that “the liver is often excessive, while the spleen is often deficient,” the pathogenesis of gallbladder distension can be summarized as liver qi stagnation and spleen deficiency impairing transportation. The pathological mechanisms are categorized into four types: qi stagnation, damp-heat, blood stasis, and spleen deficiency. Therefore, treatment should address the excess or deficiency accordingly by dispersing stagnant qi in the liver and gallbladder, clearing damp-heat in the middle energizer, resolving tangible pathogenic factors in the gallbladder, and restoring the qi dynamics of the liver and spleen. Clinically, this theory can serve as a guiding principle for flexible medication in treating gallbladder distension, aiming to achieve the balance of yin and yang.

Keywords

The Liver Often Being in Excess, The Spleen Often Being Deficient, Gallbladder Distension, Traditional Chinese Medicine

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

胆胀病在西医上又称为胆囊炎。近年来随着生活节奏加快发病率逐年上升,且研究表明胆囊炎好发于20~50岁的中青年人群[1],故此疾病当引起重视。临床上可分为急性胆囊炎和慢性胆囊炎两类。急性胆囊炎在临床上通常由于胆石或寄生虫而引起,表现为突然发生的剧烈疼痛,多为绞痛,且持续时间久,伴有恶心、呕吐、厌食、便秘等消化道症状;而慢性胆囊炎一般是由于长期存在的胆囊结石、急性胆囊炎反复发作而引起,临床表现通常为反复右侧胁肋部疼痛或不适、腹胀、恶心呕吐、厌食肥甘厚腻、触诊时右上腹有轻度压痛或叩击痛,随着胆囊炎症的进展,疼痛亦可加重,疼痛呈现放射性,最常见的放射部位是右肩部和右肩胛骨下角等[2]。西医常采用阿嗝米特肠溶片、米曲菌胰酶片等消化酶类药物,配合茵三硫等利胆药物治疗消化酶缺乏或胆汁分泌不足引起的胆囊炎,用包括阿托品、山莨菪碱(652-II)等解痉药缓解胆绞痛症状;用熊去氧胆酸去溶石;当胆囊壁逐渐增厚达4 mm及以上、胆囊壁局部增厚成疑似胆囊癌、胆囊结石逐年增多和增大时则采取手术治疗[3]。

胆囊炎患者的病情存在较大差异,病情反复发作后易演变成慢性胆囊炎,目前治疗慢性胆囊炎主要采用抗生素,但不能够达到理想的治疗效果[4]。近年来,随着中医药学的快速发展以及在临床的普遍应用,更多的学者投入到胆囊炎中医疗法的探究、开发中,本文就“肝常有余,脾常不足”理论进一步探讨对于胆囊炎的治疗方案。

胆胀病是临床上常见的脾胃病之一,中医将其归为“胆胀”“胁痛”“腹痛”的范畴内。中医对胆胀病的研究自汉代时期便已经开始了,《灵枢·胀论》对胆胀进行描述:“胆胀者,胁下痛胀,口中苦,善太息”;《伤寒论》云:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞满,或心下悸,小便不利,或不渴,身有微热或咳者。”可见中医治疗胆胀病的历史源远流长。现代医家更对其进行了进一步的研究和总结。伊春锦教授认为“肝郁气滞,疏泄失常”是胆胀病的主要病因,肝郁则中焦不通,不通则痛[5]。张雅丽教授认为“湿热侵袭肝胆”为

引发胆胀病的主要病因, 湿阻中焦, 湿热互搏, 蕴结肝胆, 中清之腑浊而不清, 疾病乃生[6]。邵铭教授认为“胆藏精过度, 导致胆汁淤积而排泄不利”则生胆胀病[7]; 叶天士认为“在经为气, 久自入络入血, 久发频发之恙, 必伤及络, 络乃聚血之所, 久病必瘀闭”二者同样认为气滞血瘀是致病的重要病因。谢晶日教授认为胆囊炎转为慢性多由于“正气不足”久病脾土受乘于肝, 致脾虚, 疾病更甚[8]。综上所述医家临床论治可将胆胀病的病机总结为肝气郁结, 脾虚失运, 其病因进一步分成气滞、湿热、瘀血、脾虚四类。肝郁脾虚是人体气、血、水代谢紊乱的核心病机。肝气郁结直接导致气滞; 气滞化热与脾虚生湿相结合, 滋生湿热; 气滞推动无力、湿热耗伤血液及脾虚生化不足, 三者共同促成瘀血。而脾虚既是肝郁的病理结果, 也为湿、瘀的产生提供了根本土壤, 贯穿始终。近年胆胀病的中医药论治理论与经验日益丰富, 更有何志国教授、范国樑教授、李佃贵教师从“肝常有余, 脾常不足”的理论角度出发论治胆胀病, 皆取得较好疗效[9]-[11]。因此总结“肝常有余, 脾常不足”理论不仅具有理论价值, 更具现实意义。由于胆胀病病因多样, 病机转化多变, 故而首要治病求本, 明确病因, 详细分析发生发展过程, 探求与相关脏腑间的关系, 以求治疗时分清主次[12]。

2. “肝常有余, 脾常不足”理论溯源

“肝常有余”之说源于北宋医家钱乙。《小儿要证直诀》提出“肝气有余, 易生实变”肝为阳中之阳, 主疏泄气机, 喜条达而恶抑郁, 肝脏疏泄失常, 气机郁滞, 肝脏代谢失常, 易生疾病。元代医家朱丹溪也提出“肝只是有余”观点, 又指出肝、肾、胆、三焦为相火的根源。阳常有余, 对相火论做了进一步的解释。明代著名医家万全提出“二有余, 三不足”, 即心肝有余, 而肺脾肾不足, 万全虽为小儿医, 但此论述对成人同样适用。

“脾常不足”之说源于《小儿要证直诀》。论述自幼儿起, 脾胃作为后天之本就当有所顾护。《医宗必读》也提出“气血者, 人之所以赖以生者也……气血虚损, 则诸邪辐辏, 百病丛集”。《黄帝内经》亦云“土者, 生万物而发天地”两者皆论述了脾胃对人体的生理、病理有极大的影响, 先天禀赋不足或后天失养失治, 均可损伤脾胃, 脾胃气机升降失司, 清者难升, 浊者难降, 痰湿难运, 停于中焦, 乘侮肝胆也会生肝胆病。

3. “肝常有余, 脾常不足”理论与胆胀病的关系

中医学认为胆胀病的病位在胆腑, 但与肝脏密切相关。《脉经》指出“肝之余气泻于胆而成精”。说明肝主疏泄, 主司人体气机之调畅, 并且调节胆汁的合成、分泌等。《症因脉治》对胆胀的病因做出描述: “肝胆主木, 最喜条达, 不得疏通, 胆胀乃成。”由于情志不遂, 引起肝疏泄失职, 腑气不通; 或饮食失节, 或感受外邪, 或虫石阻滞等, 使湿热之邪由表至里, 内蕴中焦, 肝疏泄失职, 胆腑郁结, 腑气不通, 不通则痛; 肝失疏泄, 则胆汁排泄失调, 胆汁郁积胆腑, 煎熬成石, 胆腑气机不通, 形成胆胀[13][14]。

《三家医案合刻》曰: “食不足, 则气滞而支, 两胁胀斯作矣, 议两调之。”胁痛、胁胀的病变主要在肝胆, 亦与脾胃有关。脾胃居于中焦, 主受纳水谷, 运化水湿, 输布精微。若饮食所伤或久病缠绵不愈, 耗伤脾胃之气, 致使脾虚, 无力运化水湿, 湿滞导致肝胆郁遏, 疏泄不畅, 亦出现胁痛、呃逆、纳呆、恶心等; 情志不遂, 郁遏肝气, 肝木乘脾土, 脾土失于健运, 湿浊内生, 阻遏中焦, 脾胃气机郁结, 胆气疏泄受阻, 不通则痛发为胆胀[15]。

4. 基于“肝常有余, 脾常不足”理论的辩证治法

4.1. 气滞证 - 刚柔相济, 疏肝胆不通之气

因“肝常有余”故肝病以郁滞为主, 《岳美中论医集》也提到“肝性多郁, 宜泄不宜补, 肝性至刚,

宜柔不宜伐”，所以对于肝胆实症应当以疏利通达为主，临床上常运用柴胡疏肝散来调畅气机，疏理肝郁[16]。《景岳全书·杂证谟》中提到的原文：“若外邪未解而兼气逆胁痛者宜柴胡疏肝散主之。”《伤寒论》也提出“口苦”是柴胡类代表方小柴胡汤的治疗适应症[17]，而胆胀病患者因胆汁反流多见口苦，即《灵枢·四时气》提到的：“胆液泄则口苦”，用柴胡疏肝散治疗则恰中其证。本方所治为情志不遂，肝失疏泄，肝郁气滞。当肝疏泄失常，胆气不通，排泄不利，则胁肋疼痛、胸闷善太息、情志抑郁、易怒、脉弦、厌油腻；肝胆为气机调节之枢纽，中焦气机不通，清阳不升，浊阴不下则时有恶心；饭后食物停于中焦则呕吐、脘腹满闷、消化功能减退；胃气不降反升则出现噯气的症状。根据“木郁达之”之旨，治宜疏肝解郁，行气止痛[18]。方中柴胡为君，其性辛、苦、微寒，善疏肝解郁，使肝气条达，透邪于外，通调肝、胆、三焦气机[19]。川芎行气活血、香附疏肝理气共为臣药，是辅助君药加强其治疗作用的药物，香附中 α -香附酮为特征成分，有调经止痛、抗炎镇痛等作用；川芎中的阿魏酸可通过上调BDNF信号通路的传导并促进突出蛋白的表达水平来改善大鼠的抑郁样行为，具有相当程度的疏肝理气作用[20][21]。白芍性苦、酸、微寒，苦降胃热，酸收胆气，滋阴柔肝，和营止痛。《本草纲目》：“白芍药益脾，能于土中泻木”。白芍及其提取物白芍总苷具有多方面的药理作用。在镇痛方面，能通过调节前列腺素和受体缓解炎性疼痛和痛经等痛觉敏化症状[22]。陈皮、枳实二者性皆苦、辛，都具有行气的功效。“气通则痛刺止，气利则后除”，陈皮理气行滞和胃，醋炒以增入肝行气之功。枳实乃调节气机升降出入之剂。枳实与柴胡相配可梳理全身气机，气行则血行，通则不痛。炙甘草又调和诸药，兼作使药。诸药相合，养肝体以助肝用，能理肝气、养肝血，和胃气，诚为疏肝理气解郁之良方。当肝气行不畅，气停则血停，则会出现体内有瘀的变证，如清·王清任《医林改错》中提出“久病入络为瘀”。当病情迁延日久不愈，可从瘀血入手治疗。《证治准绳·胁痛》中提出“死血者，日轻夜重，或午后热，脉短涩或扎”说明当有瘀血时右胁胀痛或刺痛，夜间疼痛加重，口苦，咽喉干涩，大便不爽或秘结，舌质紫暗，脉弦或弦涩。可在疏肝的柴胡疏肝散中加入桃仁、红花、当归活血化瘀，养血行滞。其中红花、赤芍所含成分均具有改善血液微循环障碍的疗效[23]。邵教授同样主张遵徐景藩先生之“瘀滞肝胆清化行”主张，清化除清利肝胆外，尚有化坚通络药物的使用来治疗气滞血瘀型的胆胀病[7]。

4.2. 湿热证 - 寒凉并用，清中焦之湿热

胆为木，脾为土，土木升降有序则脾胃升清降浊之功正常，脾土健运则湿邪无由以生，若土木升降失序，木旺乘土，木不疏土、土不养木，脾胃升清降浊失常，水湿内停，日久化热，蕴结中焦，则生疾病[24]。《薛生白湿热病篇》：“太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热”所以此证型的病因多由于忧思伤脾或不正确的饮食习惯损伤脾胃“诸湿肿满，皆属于脾”因脾主运化，所以脾失健运则津液输布障碍，当水液不归正化，则生水湿。当情志不遂，郁怒生火或食辛辣酒食等外因引动时，水湿变证生湿热。临床上当湿热熏蒸肝胆常表现胁肋胀痛、晨起口苦；热邪在内蒸腾津液则口干欲饮、渴喜冷饮、中焦运化失常，难于运化水谷，使其停于胃脘产生脘腹胀满的症状；津液减少则小便黄、大便干；舌红苔黄腻、脉弦滑数皆是湿热存内的表现。对于湿热互结型胆胀，当采用清热利湿法，临床上常用龙胆泻肝汤，其中君药龙胆草上泻肝胆实火，下清下焦湿热，实验证明龙胆草有利胆和抗炎作用；黄芩、山栀子助龙胆草清热泻火；木通、车前、泽泻清热利湿为臣药；生地、当归养血滋阴、以防肝火苦燥伤阴，共同为佐药；柴胡引诸药入肝胆，甘草调和诸药，共同为使药[25]。黄丽华等研究龙胆泻肝汤中栀子苷的实验表明，栀子苷可通过TLR4-NF- κ B信号转导通路抑制NF- κ B的活化，进而控制细胞炎症因子的释放而发挥抗炎免疫作用[26]。故临床上此药对于胆胀病的消炎、利胆以及后期预防疾病反复有一定的治疗意义。当出现身黄、目黄、小便黄等黄疸的变证时可加入茵陈、大黄、穿心莲、苦木、溪黄草等凉血解毒、清热燥湿的药物。药理研究表明，穿心莲所含穿心莲内脂类化合物具有显著的抗炎作用，且能调节

免疫反应;溪黄草中所含的二萜化合物能够缓解肝脏损伤;苦木主要成分为生物碱、挥发油等,具有抗菌消炎、降低转氨酶等作用[4]。若患者表现寒战高热,舌质红绛此种热大于湿的症状则适当加入黄芩、黄连、黄柏三药合清三焦之火。若有情志抑郁,烦躁多梦者可加入磁石、龙骨、牡蛎,三者辛咸,可镇静安神,平肝潜阳;舒缓患者的紧张、烦躁情绪,安神益智。小便黄赤者,加滑石、通草清热利尿之品,使中焦湿热从小便而出;若大便干结者,加大黄、芒硝、莱菔子则通腑泄热。但清热利湿药多苦寒之,虽有祛湿热、排结石之用,但久用有损伤脾阳之弊,脾为生痰之源,脾阳被伤则湿浊难祛,日久化热,湿热互结,则可见病情反复,迁延难愈。当中病即止,勿伤脾胃[27]。

4.3. 血瘀证 - 活血化瘀,化胆中有形实邪

气行则血行,气滞则血瘀,若情志郁结,气机不畅,或痰饮等积滞体内,阻遏脉络,均可使血液运行不畅。《血证论·吐血》“气为血之帅,血随之而运行;血为气之守,气得之而静谧;气结则血凝,气虚则血脱,气迫则血走”。故气滞血瘀日久则生实邪。或为外感湿热,郁于少阳胆经,湿热存内,熏蒸肝胆,炼液为石,胆腑不通,发为胆胀。对于瘀血内停而致结石内生型胆胀,当采用活血化瘀,通腑排石之法。清代名医叶天士在《临证指南医案》云“初病在经,久病入络,以经主气,络主血”,胆石症患者多数无症状,只有当结石嵌顿胆囊口影响胆汁疏泄时才有较明显的反应,故该病起病不易察觉,迁延日久,砂石阻滞加之肝气郁滞,导致血行不畅,不通则痛,痛感是胆石症的一大临床表现;另一方面肝胆互为表里,若肝失调达,藏血之功异常,亦可导致血瘀脉内,或离经妄行而成瘀血,瘀血内停,不通则痛,瘀血阻滞日久,胆络失于濡养,不荣则痛,故也可见胁肋部疼痛[28]。瘀血内停型胆胀常见右胁胀痛或刺痛,痛处固定不移且拒按,入夜尤甚,伴有舌下瘀点瘀斑舌质紫暗,苔厚腻;脉弦或弦涩等瘀血阻络之证候。对于此病症,当在疏解肝气、清热利胆的基础上运用活血化瘀的方法。临床上常用膈下逐瘀汤来治疗,《医林改错注释》:“方中当归、川芎、赤芍养血活血,与逐瘀药同用,可使瘀血祛而不伤阴血;丹皮清热凉血,活血化瘀;桃仁、红花、灵脂破血逐瘀,以消积块;配香附、乌药、枳壳、元胡行气止痛;尤其川芎不仅养血活血,更能行血中之气,增强逐瘀之力;甘草调和诸药。全方以逐瘀活血和行气药物居多,使气帅血行,更好发挥其活血逐瘀,破膈下逐瘀汤消结之力[29]。生成胆石的病因不同,治法也会不同。若因肝郁气滞而生胆石则加入柴胡、白芍、枳壳、香附等疏肝理气散结之品,以达“气行血自行”的效果。若因湿热蕴结肝胆所致胆石则加入金钱草、茵陈、黄芩、郁金等清热除湿之品,另外大黄对于湿热型疾病也有其分消走散之效,上清肝胆之热,下清肠腑之热,使湿热从下分消而走,达到通调脏腑功能的作用。《素问·至真要大论》载:“结者散之”、“逸者行之”。因结石阻滞导致血行不畅的患者,常加入姜黄、郁金、川芎、三棱、莪术等破血逐瘀之品以疏通胆络,并酌情加入海金沙、金钱草、鸡内金以利胆排石,金钱草、郁金比例常为2:1[30]。若有癥瘕积聚可用海藻、昆布、制鳖甲散结消癥。胁肋部刺痛明显者常加入乳香、没药这一药对,乳香善通窍理气,没药善化瘀理血,气血同调,化瘀止痛效果甚佳,现代药理学研究证实,乳香、没药配伍比例为1:1时,能明显发挥协同增效作用[31]。但久病必有虚,故活血化瘀疏导同时注意勿过用损伤脾胃。

4.4. 脾虚证 - 调达中焦,复肝脾之气机

《金匱要略》载:“见肝之病,知肝传脾”。《四圣心源》云:“土弱而不能达木,则木气郁塞而胆病上逆”证明肝胆病可致脾病,同样的脾病也可致肝胆病,两者相互影响。胆胀病多由饮食劳倦伤脾,脾失健运,反侮肝木所致。临床上患者常表现右肋隐痛或窜痛,食少,体倦乏力,腹胀便溏,心情淡漠,舌淡苔薄白,脉沉缓为主。脾失健运,水谷不化,气滞湿阻则腹胀便溏;腹胀则饮食难下,食欲减退,故食少;机体无水谷化生精微则体倦乏力;当土不养木,肝木的气机失调,经气郁滞则胸胁窜痛,日短为

实, 日久为虚, 窜痛演变成隐痛不适; 其中舌苔白, 脉缓皆为肝郁脾虚之象。根据其病因病机可采用疏肝健脾法, 旨在疏解健运中气恢复中焦气机, 肝气疏泄, 胆气通降, 脾胃得运, 病自可愈。同时通过此法增强体质提高抗力减少复发率[30]。临床上常用逍遥散合六君子汤以疏肝解郁、健脾理气。君药柴胡疏肝解郁, 升举阳气, 可使肝气条达, “气畅则痰自消”; 当归甘、苦可养血和血, 血为气之母, 养血可理肝气、健脾运; 白芍养血柔肝, 止气滞之痛; 木郁不达致脾虚不运, 故以白术、甘草、茯苓健脾益气, 既能实土以御木侮, 又能使营血生化有缘, 薄荷疏散郁遏之气, 透达肝经郁热; 生姜温胃和中且能辛香达郁, 最有半夏、陈皮辛温而燥湿, 除脾胃已生之痰湿, 诸药共用可疏肝, 化痰, 理脾, 助运。当出现急躁易怒, 胸中烦热的症状可加入生地黄、枸杞子、麦冬、北沙参。生地黄甘寒, 清热凉血、滋阴生津, 可滋肾水而养肝木, 水涵则木荣; 枸杞子、当归长于养血补肾, 麦冬、北沙参有养脾胃之阴、生津之效, 意在清金制木, 四者共用可缓解胆胀病的阴虚之象。现代药理研究显示, 生地黄的抗炎、镇静、增强免疫功能效果明显, 枸杞子、麦冬都具有对人体机能双向调节的作用和提高机体抗氧化能力, 上述作用对于胆胀病的症状、病理改变均有一定改善效果[32]。对于症状缓解且无结石的患者, 后续治疗可用人参、黄芪此类补气药一则增强补气之功, 二则有收缩胆囊作用防止病程中结石的形成, 以减少复发率[33]。若患者寒症明显时可加入干姜、制附子、吴茱萸、乌药温阳止痛。以防慢性胆囊炎日伤阴, 阳随阴脱而产生厥症。

4.5. 预后 - 调畅情志, 勿复胆胀之痛

胆胀病病因复杂, 病程较长, 起初症状轻不易发现, 患者常迁延就诊时间, 导致病情加重, 故疗程较长, 预后与转归与病程、病因、病性、患者年龄有很大关系。当如正气充足, 一般预后良好, 若迁延不愈, 反复发作则治疗效果差。当胆胀病急性发作之时, 常伴有胁痛、黄疸等症状, 严重者可出现鼓胀, 腹水, 胰腺炎等危重病情。所以当对胆胀疾病报以重视。当胆胀病病愈后, 应注意重调理, 这也是预防胆胀的重要措施。胆胀病的发病常容易受到情志、环境或其他因素的影响, 导致病情反复, 所以胆胀的调摄包括调养心神, 保持恬静愉快的心理状态; 调节劳逸, 做到动静适宜, 以使气血流通; 调整饮食, 宜清淡为主, 多食蔬菜、水果、如萝卜、苦瓜、佛手、苹果等可利胆祛湿, 切忌暴饮暴食及食用膏粱厚味, 勿酗酒、贪凉、饮冷、注意保暖。谢晶日教授同样强调“畅情志, 节饮食”尤为重要。所谓畅情志即疏导患者情绪, 以开达“六郁”, 调和人身之气, 这样可以达到内外合治之效, 减轻肝郁气滞乃至瘀血内阻之候; 节饮食即嘱咐患者饮食规律, 勿食辛辣刺激等肥甘厚味之品, 勿贪凉饮冷损伤脾胃之阳, 使外因除, 内自安, 肝脾和也。平时要注意饮食规律卫生, 防止复发[34]。

5. 结语

胆胀病发生发展与情志、饮食习惯、生活环境或其他因素的产生越来越密切, 胆胀病的发病人数越来越多, 近年来胆胀病的发病趋势年轻化, 其变证也逐渐多样化, 严重威胁着人们的健康, 加强对胆胀病的认识和丰富其治疗方案越发重要。在实际的临床实践中, 中医药治疗胆胀病疗效显著。在“肝常有余, 脾常不足”的理论指导下, 治疗胆胀病以疏肝健脾、理气化痰为主, 运用柴胡疏肝散、龙胆泻肝汤、膈下逐瘀汤、逍遥散等为基础方, 根据病情临证加减, 发挥中药的强大优势。待到疾病后期又注重顾护脾胃。从后天之本上提高患者免疫力, 从根源上减少疾病的复发率, 减少发作期间或治疗期间对自身机体脏器的损害。另外, 远期疗效也当注意, 纠正生活方式是应对胆胀病复发的一大关键措施。调养心神, 保持恬静愉快的心理状态; 调节劳逸, 做到动静适宜; 调整饮食, 宜清淡为主, 忌暴饮暴食及食用膏粱厚味, 勿酗酒、贪凉、饮冷, 注意保暖才能取得最佳疗效。

参考文献

- [1] 张声生, 李乾构, 赵文霞. 胆囊炎中医诊疗规范专家共识意见[J]. 北京中医药, 2012, 31(12): 944-948.

- [2] 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(6): 1231-1236.
- [3] 鲁意, 高允海. 慢性胆囊炎的中西医治疗进展[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(2): 4-6.
- [4] 李篮, 彭艳梅, 曾志云, 等. 基于网络药理学和分子对接分析消炎利胆片治疗慢性胆囊炎的作用机制[J]. 湖南中医杂志, 2024, 40(3): 168-176.
- [5] 叶颖, 邱志洁, 马坤, 等. 伊春锦运用土木香剂治疗肝胆胰疾病验案 3 则[J]. 湖南中医杂志, 2024, 40(1): 74-76+78.
- [6] 张雅丽, 王瑶, 马雪宁. 张雅丽教授治疗非结石型胆囊炎经验[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(4): 193.
- [7] 田文君, 邵铭. 邵铭治疗气滞血瘀型慢性胆囊炎经验[J]. 北京中医药, 2017, 36(4): 341-342.
- [8] 周洋, 谢晶日. 虚实相参辨治慢性胆囊炎经验探析[J]. 环球中医药, 2021, 14(3): 492-494.
- [9] 何丽杰, 何志国. 健脾化湿法治疗胆胀 36 例临床观察[J]. 黑龙江中医药, 2007(1): 23.
- [10] 李磊, 范哲, 魏翠柏, 等. 范国樑教授运用乌梅丸治疗胆胀病经验[J]. 长春中医药大学学报, 2001(3): 10.
- [11] 翟付平, 白海燕, 王力普, 等. 国医大师李佃贵运用角药治疗胆石症的经验探讨[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(11): 6485-6488.
- [12] 戴云飞, 尚东, 项红, 等. 中医药治疗慢性胆囊炎的临床研究概况[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(4): 556-560.
- [13] 刘全忠, 闫乐, 陈瑞华, 等. 痰热清注射液对急性胆囊炎患者炎症因子、内毒素、内皮素的影响[J]. 中国中医急症, 2018, 27(12): 2222-2224.
- [14] 夏成根. 大柴胡汤联合常规疗法促进急性胆囊炎胆囊切除术后康复临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(5): 26-29.
- [15] 吕美豫, 王伟明. 王伟明教授治疗肝郁脾虚型慢性胆囊炎经验[J]. 陕西中医药大学学报, 2019, 42(4): 99-100+120.
- [16] 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(2): 793-800.
- [17] 张声生, 赵文霞. 胆囊炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(4): 241-246.
- [18] 李淑红, 刘华一, 唐艳萍, 等. 浅析“木郁达之” [J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(2): 120-123.
- [19] 王睿, 沈梦菲, 吴辉, 等. 重构本草——柴胡[J]. 长春中医药大学学报, 2024, 40(4): 367-370.
- [20] 黄凯玲, 肖刚, 黄建红, 等. 香附化学成分及药理作用研究进展[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(3): 491-492.
- [21] 张丽娟, 刘继勇, 姚翀, 等. 洋川芎内酯类化合物药理作用研究进展[J]. 中国药理学杂志, 2015, 50(13): 1081-1084.
- [22] 赵旌屹, 马凯乐, 张伟, 等. 重构本草——白芍[J]. 长春中医药大学学报, 2024, 40(1): 16-19.
- [23] 岳鹏, 韩永强, 涂莹莹. 血府逐瘀汤辅治慢性胆囊炎气滞血瘀证临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(3): 456-457.
- [24] 饶显俊, 谢晶日, 杨佩佩. 谢晶日以土木升降相因理论治疗胆石症经验[J]. 浙江中医药大学学报, 2022, 46(6): 637-641.
- [25] 刘通英. 龙胆泻肝汤加减治疗慢性胆囊炎 70 例临床观察[J]. 中医临床研究, 2011, 3(7): 20-21.
- [26] 黄丽华, 王纯洁, 纳仁高娃, 等. 栀子苷对 LPS 诱导的 RAW264.7 巨噬细胞 TLR4-NF- κ B 通路的影响[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2013, 29(10): 1012-1014+1019.
- [27] 李希新. 对苦寒药伤胃的理论探讨[J]. 中国中药杂志, 2001(11): 70-72.
- [28] 吴毓英, 钱俊华, 连建伟. 连建伟教授重视调肝论治痰瘀互结证方法初探[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(7): 657-659.
- [29] 何金波, 张晓云, 陈绍宏. 陈绍宏教授运用膈下逐瘀汤的临床经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(7): 78-79.
- [30] 马蕾, 梁国英. 谢晶日从肝脾论治胆胀病经验[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(5): 26-27.
- [31] 朱小芳, 管咏梅, 刘莉, 等. 乳香、没药药对的研究进展[J]. 江西中医药, 2016, 47(12): 72-75.
- [32] 林金水, 王照康. 疏肝健脾法治疗慢性胆囊炎 52 例[J]. 中医研究, 2001(5): 38-39.
- [33] 刘思楠. 一贯煎治疗慢性胆囊炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(8): 84-86.
- [34] 蒲新宇, 谢晶日. 谢晶日教授治疗慢性胆囊炎[J]. 吉林中医药, 2016, 36(11): 1111-1114.