

基于“六腑以通为用”探究中医治疗急性胆源性胰腺炎的研究进展

陈文倩^{1*}, 郝小鹰^{2#}

¹成都中医院大学临床医学院, 四川 成都

²自贡市中医医院消化科, 四川 自贡

收稿日期: 2026年8月12日; 录用日期: 2026年8月28日; 发布日期: 2026年9月10日

摘要

急性胆源性胰腺炎(Acute Biliary Pancreatitis, ABP)是临床上常见的急腹症, 目前西医常规治疗虽能缓解症状, 但在改善长期预后、降低复发率方面仍有局限。文章基于“六腑以通为用”理论, 通过梳理分析相关文献, 系统综述中医药治疗ABP的研究现状。中医认为, ABP的发病始于胆汁淤积, 胆腑失于通降, 肠腑传导失司为病情进展的关键一环, 而六腑之间相互传变, 病势变化迅速, 故应从六腑整体论治。临床研究表明, 以此理论为指导的中医内治、中医外治、中西医结合治疗法, 能有效缓解腹痛腹胀、减轻炎症反应、减少术后并发症、降低复发率等。研究认为, “六腑以通为用”精准概括了ABP的发病核心, 为该病的诊疗提供了理论支撑, 但不足的是, 目前高质量的循证医学证据仍旧不足, 需开展多样本、多中心的随机对照试验, 使治疗方案标准化、规范化。

关键词

六腑, 急性胆源性胰腺炎, 通法, 综述

Research Progress on Traditional Chinese Medicine Treatment for Acute Biliary Pancreatitis Based on the Theory of “The Six-Fu-Organs Must Keep Their Unobstructed”

Wenqian Chen^{1*}, Xiaoying Hao^{2#}

¹School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Department of Gastroenterology, Zigong Traditional Chinese Medicine Hospital, Zigong Sichuan

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 陈文倩, 郝小鹰. 基于“六腑以通为用”探究中医治疗急性胆源性胰腺炎的研究进展[J]. 中医学, 2026, 15(9): 176-182. DOI: 10.12677/tcm.2026.159499

Abstract

Acute biliary pancreatitis (ABP) is a common acute abdominal emergency in clinical practice. Although conventional Western medical treatment can alleviate symptoms, it still has limitations in improving long-term prognosis and reducing recurrence rates. Based on the theory of “The six-fu-organs must keep their unobstructed”, this paper systematically reviews the current research status of traditional Chinese medicine (TCM) in the treatment of ABP through literature analysis. According to TCM, the pathogenesis of ABP originates from bile stasis and loss of normal descending function of the gallbladder, while dysfunction of intestinal conduction serves as a critical link in disease progression. Since the six-fu-organs influence each other through mutual transmission and the disease condition changes rapidly, treatment should be approached from a holistic perspective targeting all six-fu-organs. Clinical studies have demonstrated that TCM internal therapy, external therapy, and integrated traditional Chinese and modern medicine guided by this theory can effectively alleviate abdominal pain and distension, reduce inflammatory responses, decrease postoperative complications, and lower recurrence rates. This paper concludes that the theory of “The six-fu-organs must keep their unobstructed” precisely summarizes the core pathogenesis of ABP and provides a theoretical foundation for its diagnosis and treatment. However, a notable deficiency remains that high-quality evidence-based medical data are still insufficient, and future research should prioritize multi-center, large-sample randomized controlled trials to promote the standardization and normalization of treatment protocols.

Keywords

Six Fu-Organs, Acute Biliary Pancreatitis, Keeping Six Fu-Organs Unobstructed, Review

Copyright © 2026 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

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)是临床常见的急腹症,多指由各种因素引起的胰酶异常激活,胰腺自身消化、水肿、坏死的局部炎症反应。该病起病急,进展快,严重时可导致多器官功能障碍[1]。AP的发病因素多与胆道因素、吸烟、饮酒、高脂血症、糖尿病等相关[2]。其中,胆道疾病所致的急性胆源性胰腺炎(Acute Biliary Pancreatitis, ABP)最为常见,常占据病例中的30%至70% [3]。目前,西医对于急性胆源性胰腺炎治疗仍以液体复苏、抑制胰液分泌、营养支持、疼痛管理、限制饮食以及手术治疗等为主。单纯的西医治疗虽能缓解症状,但仍有诸多不足,如液体过载可能诱发肺水肿、抗生素滥用增加真菌感染风险、部分患者术后仍面临反复发作的困扰,以及长期预后有待提升[4]。而中医药在治疗 ABP 的过程中效果明确。因此,本文拟从“六腑以通为用”理论出发,系统综述中医药治疗 ABP 的研究进展。

2. “六腑以通为用”

2.1. 理论概述

“六腑以通为用”理论起源于《黄帝内经》。中医上认为,六腑包括胆、胃、大肠、小肠、膀胱和三焦

[5]。《素问·五脏别论》云：“六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也。”指出六腑的生理功能为传化饮食水谷，排泄糟粕，以“通降”为顺[6]。胆主疏泄，贮藏和排泄胆汁；胃主受纳腐熟，以降为和；小肠主受盛化物，泌别清浊；大肠主传化糟粕；膀胱主贮存和排泄尿液；三焦主通行诸气和运行水液。林珮琴[7]亦云：“六腑传化不藏，实而不能满，故以通为补焉”。此补非运用补益药，而是恢复六腑“通降”的生理功能，因其特性而顺其势，更能说明“通”法对于六腑疾病的重要意义。叶天士指出“凡病宜通”为治疗疾病的总纲[8]，正好与本文研究思想相融洽。因此，治疗六腑之病，使六腑功能运化，需以“通”字为核心。

2.2. “通”含义

“通”，通达也，不仅指六腑形态结构上的中空通畅，亦指气机升降之通畅；血液脉络运行之无阻；津液代谢通畅，水谷精微得以传输，糟粕得以排泄，邪气自有出路。《素问·经脉篇》谓：“夫百病之生，皆因郁塞痞滞，凝结不通。”指出当六腑传导功能失常，气机阻滞，浊阴不降，血脉阻隔成瘀，糟粕邪气不能正常得以排泄，聚集于人体内，则病从中而生。故“通”法乃恢复六腑功能之核心。

3. “六腑以通为用”与 ABP 的关系

3.1. 胆腑不通为 ABP 发病之始

ABP 在中医古籍中无完全对应的病名，多归属于“胰瘕”、“脾心痛”、“胁痛”、“腹痛”、“黄疸”等范畴。虽其病位在胰，但核心在胆，病机多为肝郁气滞，胆腑不通，湿热内蕴。《素问·灵兰秘典论》云：“胆者，中正之官，决断出焉。”胆为中精之腑，主贮藏与疏泄胆汁，肝与胆相互为表里，共同构成胆汁正常的排泄与分泌，胆汁的排泄直接影响到脾胃水谷运化以及胰腑的功能[9]。若胆道因各种因素，如饮食不节、胆道结石、情志失调、外邪等而引起梗阻，胆失疏泄则胆汁郁滞化热，湿热蕴结，横逆犯胃犯脾，引发腑气壅滞，气机不利，从而导致胆汁排泄受阻，逆流入胰管，胰液分泌失司，浊气与毒邪共犯于胆胰，是 ABP 的始动因素[10]。因此，恢复胆腑的通降功能，清利肝胆，是治疗 ABP 的关键一环。

3.2. 肠腑不通为 ABP 病情进展之枢

在 ABP 发病后，最先受累的器官则是胃与大肠小肠，肝胆气机失常，胆汁疏泄不利，湿热邪毒壅积中焦，中焦脾胃升降失司，胃气不降，出现呕吐、腹胀、纳差等症状。胡博婷等人[11]指出胰腺开口于十二指肠，与肠腑相通，故胰腺浊邪可犯于肠腑，导致肠腑功能失司，腑气不通，不通则痛，出现便秘、肠麻痹、腹痛等症状。而肠腑传导功能的异常，使糟粕内停，毒邪更无出路，湿热与瘀毒相搏于肠腑，肠黏膜屏障功能受损，肠道细菌移位，内毒素吸收增加，进一步加重胰腺损伤，是轻症向重症转化的关键节点[12]。而腑气壅滞日久，湿、热、瘀、毒四邪互结内郁，肠道屏障严重受损甚至功能瘫痪，也会使病情变化迅速，即从热邪内郁、瘀毒互结进展为邪陷厥阴、内闭外脱的急危重症[13]。《本草新编》提出：“通可去滞……必通而行之”。由此可见，若腑气积滞不通，必使用通法方可行之[14]。因此，尽快使肠道通畅，恢复肠腑功能，使邪热从下而出，通腑泻下是打断这一恶性循环、阻止病情进展的重要手段。

3.3. 六腑相关，一腑不通累及他腑

六腑之间通过经络相互联系，功能上相互协调，病理上相互影响。在中医中，胰腺的功能与六腑相似，且胰腺分泌的胰液参与六腑之精微传输中，故胰腺与六腑息息相关，相互影响[15]。

胃主受纳腐熟，若饮食不节，食积于胃，使胃气不降，脾胃气机失调，可致恶心、呕吐；三焦在中医上为“决渎之官”，是人体生理活动的总枢纽，协调脏腑，若胰腺为病，气机郁闭，水道不利，湿热邪毒弥漫全身，极易引起病情的迅速变化，导致胰腺坏死以及全身多器官功能障碍；且学者马蕾[16]等基于胰

腺及三焦的理论,指出急性胰腺炎的发生发展及治疗与三焦密不可分,亦可将“六腑以通为用”理论运用到治疗急性胰腺炎中。因此,在治疗 ABP 的过程中,不可局限于胰腺本身,应从六腑整体论治,使胆腑通、胃腑和、肠腑降、三焦通,则邪有出路,病自愈矣。唯有使用“通”法,因六腑特性而顺其势,方可腑气通,热毒泄,正气自复。

4. ABP 的治疗

4.1. 中医治法理论

以“六腑以通为用”为核心指导,结合 ABP 的肝郁气滞,胆道湿热,肠腑不通,以及瘀毒互结等多重病机而确立多重治法,包括疏利肝胆气机、通降胃肠腑气、和解少阳、荡涤湿热瘀毒等[17]。以“通”为纲,从整体出发,可具体展开为四法:

其一,清胆以通其源。由上可知,胆腑受阻,肝胆湿热郁滞,胆汁排泄受阻是 ABP 的始发原因,因此,清利肝胆湿热,使胆汁疏泄如常,清与通共治,是我们治疗 ABP 的第一要义,临床多用柴胡、黄芩、大黄、茵陈等药物清利湿热,利胆退黄。

其二,通腑以畅其道。大肠属传化之腑,腑气不通是 ABP 进展的关键一步,若腑气不通,大肠传导功能失常,湿热瘀毒蕴结,不仅会出现腹痛、腹胀、便秘的症状,更使肠道致病菌滋生,加重胰腺炎症反应[18]。故应荡涤肠腑积滞,令腑气得通,使邪毒有路可出,热毒随糟粕而解,改善肠道环境,增强内环境稳定性。临床多用大黄、芒硝、厚朴等药物,代表方为大承气汤、大柴胡汤。

其三,和少阳以复其枢。ABP 病位在胆,属少阳经,胰腺居于中焦,同属少阳经循之处,且胆腑与胰腺在解剖位置上相邻[19],密切相关,故当胆腑与肠腑相互作用,邪气刻于半表半里时,可致枢机不利,气机升降失常,使胰腺局部之热瘀滞,腑气壅塞,从而导致胰腺炎的发生以及加重。学者李世琪[20]认为 ABP 发病与少阳阳明合病密切相关,应从此论治。和少阳便是通过和解少阳郁滞,调畅体内气机之法,使枢机得复,气机畅达,阻止病势向里传变,代表方为小柴胡汤、大柴胡汤。

其四,调气血以和其营。有学者[21]指出急性胰腺炎的进展遵循卫气营血的传变规则,若在 ABP 的诊疗中过于滋补或者失于攻下,使腑气更为壅塞,胆腑与肠腑瘀热交织,热灼营阴,湿热郁久成毒,血行不畅成瘀,致使病势迅速入里,病情复杂化、危重化,此时应当气血营分同调,凉营解毒使营热得清,活血化瘀使脉络通畅,全身血脉通利,脏腑得安。ABP 的发病及转变不是单一脏腑之病,在于六腑之为病,而 ABP 的治疗也充分体现了“六腑以通为用”的理念。临床上多用丹参、桃仁、赤芍等药物活血凉营之品。

4.2. 中医内治法

多种研究方案表明,中药口服可有效缓解患者腹痛、恶心等症状,促进疾病的恢复,预后尚可。

大承气汤出自《伤寒论》[22],是通里攻下泄热之峻剂,恰与 ABP 患者中阳明腑实证之“痞、满、燥、实”相符。该方由大黄、芒硝、枳实、厚朴四味中药组成,大黄苦寒,主通腑泄热,芒硝软坚通便,厚朴、枳实合用行理气消痞之效。四者合用,使燥屎峻下热结,荡涤肠腑,使热毒随糟粕而泻下,正符“六腑以通为用”之旨。吴水林[23]运用大承气汤内服合芒硝外敷,选用 98 例急性胰腺炎患者,随机分为两组,研究表明观察组患者炎症指标、腹痛腹胀症状等均有明显缓解。大承气汤长于攻下,多适用于腹痛拒按,大便不通,苔黄燥,脉沉实等腑实热结典型症状的患者,疗效尚可,然并非所有患者均以阳明腑实之极为表现,若合并少阳枢机不利,则需在通下的同时兼顾和解。

大柴胡汤亦是《伤寒论》中的经典方剂,具有清肝利胆,和解少阳的作用。彭艺艺[24]等人以经典方为指导,运用大柴胡汤加减方治疗肝胆湿热型 ABP,结果显示研究组酶学指标、CRP、GAS、IL-6 水平下降更明显,以及发热时间更短;该方以小柴胡汤为基础,加用大黄、枳实、芍药等,具有和解少阳兼通

下阳明的双重作用,适用于 ABP 早期“少阳枢机不利”与阳明腑实并见之证,病位在半表半里之间,尚未达痞满燥实之极。在上述名方基础上,现代医家依据湿热病机之轻重,衍生出清热利湿之变方。朱霞[25]的加味清胆汤对于治疗轻症 ABP 亦有显著效果,其选用大柴胡汤、茵陈蒿汤合方,柴胡、黄芩、青蒿共为君药,以增强清利肝胆湿热之功,大黄芒硝陈皮等共为臣药,泻下与理气并行,且方中郁金可保护肝细胞膜,激发胆汁分泌等多种强大活性作用,枳实还可缓解平滑肌痉挛,减轻炎症反应。临床上可依据患者肝胆湿热与黄疸之轻重,选用合适的方剂运用,疗效确切。

ABP 患者因胆腑受阻则血瘀,毒邪内生,形成湿热瘀毒之证候,此时单纯通腑清热已难兼顾,需再加活血之品。张海豹[26]对于辨证为湿热瘀毒的 ABP 患者,使用清胰逐瘀攻毒方治疗,本方选用丹参为君药,入血分而凉血活血,桃仁、白芍、延胡索以活血止痛,养阴柔肝,黄芩、大黄泻下清热,枳实理气,厚朴消痞,诸药合用可行解毒散瘀、清热化湿之功,使瘀血散,湿浊化,热毒除,治疗后可明显减轻患者腹痛拒按、痞满等症,同时能调节 p38MAPK 蛋白表达,明显改善炎症反应。

4.3. 中医外治法

4.3.1. 穴位按摩

ABP 治疗以六腑为用,对于胃气上逆,脾胃气机紊乱而引起的恶心,呕吐等症;中医外治法提供了有效且安全的补充治疗手段。研究表明,刘兰克等[27]运用足三里按摩联合中药塌渍治疗,通过刺激迷走神经,在减轻胰腺水肿、抑制胰液分泌方面有明显作用,可行和胃降逆、活血止痛之功。足三里作为足阳明胃经之穴,具有理气和胃、通络的作用,而中药塌渍敷于腹部可起到活血化瘀止痛的功效,两种外治方法的结合,可快速缓解患者腹痛、腹胀、恶心、黄疸等症状。另外,李劲松[28]针对胆腑之发病核心,选用胆经之胆俞、日月、内关等穴,发现该法在缓解胆心综合征、减少心肌损伤、扩张冠脉方面有显著疗效。可见,与中医内治法相比,穴位疗法虽非直接针对病因,但其不经过肝脏首过效应,尤其适用于老年、体弱或合并肝肾功能不全者,但单用外治法难以根除病因,在临床中多作为辅助手段。

4.3.2. 中药灌肠

中药口服经过胃肠道吸收,可有效调节全身炎症反应,但对于 ABP 患者常合并胃肠道损伤、禁食禁饮的情况,中药保留灌肠可直接作用于肠道黏膜,具有起效快、不受禁食限制的优势,尤其适用于腹胀明显、肠麻痹、情况紧急的患者,且灌肠还可清洁肠道,降低感染的风险,是重要的给药途径。陈宇华[29]采用朱良春经验方保留灌肠,选取 60 例符合标准的患者,其中 ABP 占 23 例,随机分为对照组(西医基础治疗)和观察组(加用中药灌肠),结果表明观察组血清 CRP、血、尿淀粉酶疗效明显优于对照组,并且该方可通过抑制 cGAS-STING 信号通路来治疗 AP,改善微循环,修复肠道屏障,且安全性高,成本相对较低。

4.4. 中西医结合治疗

中医内治法重在整体调节,外治法可有效改善肠道功能,但对于结石嵌顿、胆管持续梗阻的患者,仍需借助西医内镜下或手术治疗。故在中医内治、外治的基础上,中西医结合治疗可兼顾“通腑”与“通胆管”,双管齐下,缩短疾病的治疗疗程,为患者带来更好的疗效。

内镜逆行胰胆管造影术(Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, ERCP)是治疗 ABP 的主要手段,可降低胆管压力,解除梗阻,但其术后易加重胰腺损伤,湿热内阻,并发高淀粉酶血症,因此,中药联合治疗显得尤为重要。宋仕军等[30]将 100 例 ERCP 术后的患者随机分为基础治疗对照组与加用利胆通腑汤观察组,证实中西医结合治疗在预防并发症发生、减少胰液分泌、减轻症状具有重要作用,同时该方可清热利湿,促进胆汁的有效分泌,有效降低了高淀粉酶血症的发生率。马恒等人[31]在 ERCP 患者术后运用大承气汤灌肠,发现其能有效缓解症状、以及调节 Oddi 括约肌,其中大黄中的蒽醌类化合物

可以抑制胰酶激活, 达到抗菌、抗炎的作用, 且该实验明确表明大承气汤对于腹胀腹痛有良好效果, 可调节胃肠道功能, 有效缩短病程。

胆囊结石引起的 ABP, 腹腔镜下胆囊切除术是其首选术式, 但有创操作始终有术后并发症、机体内损伤的风险, 术后予以中药辅助治疗, 对于患者正气恢复、调节免疫具有重大作用, 且安全性较高。徐伟等人[32]观察大柴胡汤联合胆囊切除术治疗 ABP 的效果, 结果发现观察组在提升外周血 CD3⁺、CD4⁺、血清 IgG、IgM 水平方面优于对照组, 表明其对于加快患者机体恢复、减轻免疫损伤具有显著作用。

中西医结合治疗 ABP 在临床上已越来越被广泛提出及运用, 可见其优势明显。孟凡跃[33]研究提出 SELECT 中西医微创诊疗 ABP, 意在根据患者具体情况, 腹腔镜、胆道镜、十二指肠镜等多镜下行胆囊取石术, 因人制宜, 联合中医治疗, 辅助运用清热利胆颗粒促进相关指标恢复, 降低并发症概率取得更好疗效, 更短疗程。谢思远[34]收集轻症 ABP, 运用和胃通泻合剂中西医结合治疗, 观察患者肝功能及炎症指标, 发现该方法对于降低 ABP 胆红素指标以及该病的复发率具有明显作用, 该方为大承气汤以及六君子汤合方而成, 共达利胆通腑、健脾和胃之功。

由此可见, 中西医结合治疗 ABP 的方法常用于临床, 西医外科手术切除, 术后予以中药调理, 顾护自身正气, 为本病预后恢复以及减少并发症的发生提供支持。

5. 不足与展望

综上, 中医治疗 ABP 方法多样, 但都基于“六腑以通为用”的理论。该理论揭示了 ABP 肝胆湿热、腑气不通的核心病机。急性胆源性胰腺炎的发生、发展、转归与预后均与六腑通降功能密切相关, 体现了中医整体观念与治疗必求于本的优势。不论是中药汤剂、中医外治, 还是中西医结合治疗等方法, 在临床中都能有效缓解患者腹痛、腹胀等症状, 并且对于减轻炎症反应、改善胃肠功能等方面具有明显疗效。

尽管中医治疗急性胆源性胰腺炎有明显优势, 但仍有需要改进的方面: 1) 高质量、多样本、多中心的随机对照研究试验仍旧匮乏。应优先开展多中心, 大样本的随机对照试验, 特别是在中药灌肠的给药浓度、最佳时机、每日频次等方面做更为细致的研究, 且中西医结合治疗 ABP 的研究也应加大力度, 如术后患者应如何选用中药、何时启用中药、选用口服还是灌肠的方法能达到更为确切的疗效, 而非广泛概括性治疗对照试验。2) ABP 的证型分型尚未完全统一, 本文涉及的通法在不同阶段与证型的分配依据有待明确。未来可将中医证候与西医客观量化标准(腹内压分级、CRP/PCT 水平)相结合, 为不同阶段与分型的患者提供更为精准的指导, 构建急性期、进展期、恢复期分期-证法-方药的对应框架。

参考文献

- [1] 李非, 曹锋. 中国急性胰腺炎诊治指南(2021) [J]. 中国实用外科杂志, 2021, 41(7): 739-746.
- [2] Sohail, Z., Shaikh, H., Iqbal, N. and Parkash, O. (2024) Acute Pancreatitis—A Narrative Review. *Journal of the Pakistan Medical Association*, **74**, 953-958. <https://doi.org/10.47391/jpma.9280>
- [3] Bougard, M., Barbier, L., Godart, B., Le Bayon-Bréard, A.G., Marques, F. and Salamé, E. (2019) Management of Biliary Acute Pancreatitis. *Journal of Visceral Surgery*, **156**, 113-125. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2018.08.002>
- [4] Beij, A., Verdonk, R.C., van Santvoort, H.C., de-Madaria, E. and Voermans, R.P. (2025) Acute Pancreatitis: An Update of Evidence-Based Management and Recent Trends in Treatment Strategies. *United European Gastroenterology Journal*, **13**, 97-106. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12743>
- [5] 陈一鸣, 陶双友. 基于“六腑以通为用”理论治疗消化病探讨[J]. 中国中医药信息杂志, 2020, 27(5): 118-120.
- [6] 邹滔, 梁心越, 游锡鹏, 等. 基于“六腑以通为用”从伏毒内蕴、肠络瘀损探讨术后炎性肠梗阻的中医发病机制[J]. 中国现代医生, 2026, 64(16): 83-86.
- [7] 林珮琴. 类证治裁[M]. 李德新, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 3.
- [8] 张桂信, 杨琦, 杨阳, 等. 基于“胆腑以通为用”理论的胆石症治疗机制及临床研究进展[J]. 湖北中医药大学学报, 2025, 27(5): 121-124.

- [9] 刘勇, 王榕, 李心沁, 等. “肝胆相照”医学内涵探微[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(7): 705-708.
- [10] 于梓童, 丁澳军, 段雨萌, 等. 基于浊毒理论探析急性胰腺炎不同证型的病机演变及辨治经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2026, 34(7): 618-623, 628.
- [11] 胡博婷, 方文岩. 浅谈六腑以通为用在胰腺癌中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(5): 72-75.
- [12] 李涛, 冯祥兴, 欧阳永红. 欧阳永红基于“湿热瘀毒”论治急性胰腺炎并发急性胃肠损伤[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2026, 50(4): 133-136.
- [13] 焦巨英, 胡凤林, 刘建均, 等. 从肠道菌群探析急性胰腺炎证候演变[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(3): 753-758.
- [14] 郭景宜, 韦茂英, 尹丹, 等. 赵继福基于“六腑以通为用”理论辨治结核性腹膜炎经验[J]. 吉林中医药, 2025, 45(11): 1293-1297.
- [15] 花永强, 刘鲁明, 陈震, 等. 胰腺癌中医证治理论体系的现代认识[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(1): 107-110.
- [16] 马蕾, 张曼佳, 吕雅萍, 等. 基于胰腺即三焦理论探讨大黄在急性胰腺炎治疗中的应用[J]. 浙江中西医结合杂志, 2020, 30(5): 424-425, 428.
- [17] 郑星, 黄毓娟, 张淑珍. 浅析急性胆源性胰腺炎的中医综合治疗方法及优势[J]. 光明中医, 2020, 35(24): 3838-3840.
- [18] 赵艺源子, 毕玮, 吴彩军, 等. 中药复方调节肠道菌群治疗急性胰腺炎的研究进展[J]. 中国中医急症, 2026, 35(6): 728-733.
- [19] 陈腾飞, 刘清泉. 基于中医外科学原理谈重症急性胰腺炎之诊治策略[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(3): 1151-1154.
- [20] 李世琪. 基于少阳阳明合病论治胆汁淤积型急性胰腺炎[J]. 光明中医, 2024, 39(11): 2270-2273.
- [21] 何宜斌, 陈桂豪, 刘明, 等. 蔡炳勤教授论重症急性胰腺炎的“膜原-三焦-卫气营血”病机轴[J]. 四川中医, 2024, 42(3): 17-20.
- [22] 李建洪, 龚瑞莹, 吕锐萍, 等. 大承气汤源流及临床急症研究概况[J]. 深圳中西医结合杂志, 2025, 35(10): 113-116+125.
- [23] 吴水林. 大承气汤内服联合大剂量芒硝上腹部外敷治疗急性胰腺炎的临床效果[J]. 世界复合医学(中英文), 2025, 11(10): 76-80.
- [24] 彭艺艺, 朱耿民. 大柴胡汤加减治疗肝胆湿热型急性胆源性胰腺炎 48 例[J]. 福建中医药, 2025, 56(1): 57-59.
- [25] 朱霞. 加味清胆汤治疗轻症急性胆源性胰腺炎肝胆湿热证的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2024.
- [26] 张海豹, 简莉, 杜鑫. 清胰逐瘀攻毒方治疗急性胆源性胰腺炎临床疗效及对炎症因子、p38MAPK 蛋白表达水平的影响[J]. 新中医, 2023, 55(18): 49-53.
- [27] 刘兰克, 韩炎艳. 足三里按摩联合中药塌渍治疗急性胆源性胰腺炎临床观察[J]. 光明中医, 2023, 38(20): 4006-4009.
- [28] 李劲松, 陈英杰, 郭森仁, 等. 针药并用治疗胆源性急性胰腺炎继发胆心综合征的效果分析[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(11): 1870-1872.
- [29] 陈宇华, 刘永霞, 谢峰, 等. 朱良春经验方保留灌肠对急性胰腺炎患者的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2026, 26(5): 15-18, 32.
- [30] 宋仕军, 郝成飞, 刘军舰, 等. 利胆通腑汤对接受 ERCP 术的 SABP 患者高淀粉酶血症发生的预防作用[J]. 吉林医学, 2026, 47(5): 828-832.
- [31] 马恒, 魏庭波, 董明明. 大承气汤用于急性胆源性胰腺炎术后临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2025, 41(11): 2152-2155.
- [32] 徐伟, 居建明, 于国锋. 大柴胡汤联合腹腔镜下胆囊切除术治疗胆源性胰腺炎临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(8): 112-116.
- [33] 孟凡跃. SELECT 中西医结合微创治疗急性胆源性胰腺炎临床疗效分析[D]: [硕士学位论文]. 大连: 大连医科大学, 2023.
- [34] 谢思远. 以和胃通泻合剂为主的中西医结合方案对急性胆源性胰腺炎胆红素及复发率影响的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 成都中医药大学, 2023.