团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》（征求意见稿）编制说明

一、任务来源、起草单位、主要起草人

根据《广西标准化协会关于下达2024年第一批团体标准制修订项目计划的通知》（桂标协〔2024〕8号）文件精神，由广西中医药大学第一附属医院提出，广西中医药大学第一附属医院、湖北省中医院、钦州市中医医院、宾阳县中医医院等单位共同起草的团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》（项目编号：2024-0114）已获批立项。

为高质量编制团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》，由起草单位成立标准编制工作组并进行如下分工：

| **姓名** | **职务/职称** | **从事专业** | **工作单位** | **责任分工** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 刘礼剑 | 主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 统筹标准编制工作，组织人员进行规范发布后的宣贯培训。 |
| 谢胜 | 主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 指导标准文本及编制说明编写，质量控制。 |
| 杨成宁 | 副主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对标准提出修正意见。 |
| 黎丽群 | 助理研究员 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 负责起草标准草案，征求意见稿和标准编制说明，送审稿及编制说明的编写工作。 |
| 陈广文 | 副主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 负责起草标准草案，征求意见稿和标准编制说明，送审稿及编制说明的编写工作。 |
| 韦金秀 | 副主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 查询、收集和整理资料，协助标准文本及编制说明的编写、实施。 |
| 赵一娜 | 副主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 查询、收集和整理资料，协助标准文本及编制说明的编写、实施。 |
| 郑超伟 | 副主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 查询、收集和整理资料，协助标准文本及编制说明的编写、实施。 |
| 王萌 | 副主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西中医药大学第一附属医院 | 查询、收集和整理资料，协助标准文本及编制说明的编写、实施。 |
| 潘红霞 | 主任护师 | 中医护理 | 广西中医药大学第一附属医院 | 查询、收集和整理资料，协助标准文本及编制说明的编写、实施。 |
| 陈燕燕 | 副主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 宾阳县中医医院 | 查询、收集和整理资料，协助标准文本及编制说明的编写、实施。 |
| 廖继文 | 副主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 宾阳县中医医院 | 查询、收集和整理资料，协助标准文本及编制说明的编写、实施。 |
| 刘伟锋 | 主任医师 | 脾胃系病证防治研究 | 广西国际壮医医院 | 查询、收集和整理资料，协助标准文本及编制说明的编写、实施。 |

二、制定标准的必要性和意义

急性胰腺炎（Acute Pancreatitis，AP）是临床上常见的急腹症，临床上以急性上腹痛或血、尿淀粉酶以及脂肪酶升高为特点，其程度可分为轻度、中度和重度，病程具有潜在的致命性。轻度AP不产生器官衰竭和局部或全身并发症，通常在几天内可自行消退，但重症急性胰腺炎（Severe Acute Pancreatitis，SAP）可产生持续性系统性炎症反应综合征（SIRS）诱发相关器官衰竭。2019年全球AP发病例数约280万例，较1990年增长62.9%，AP死亡病例高达约7万例，较1990年增加了64.8%；我国AP发病率高居全球第二，死亡率位居全球第三。据统计，约20～30％的AP患者发展为SAP，其特征是局部并发症或远处器官功能障碍，并伴有高发病率和死亡率。急性肺损伤（Acute lung injury,ALI）是最早出现，也是最为严重的并发症，是SAP早期高病死率（37%）的主要原因。然而，SAP-ALI的发展机制仍然难以捉摸，并且仍然缺乏有效的干预措施来减轻SAP-ALI。目前，SAP-ALI的临床治疗仍然局限于液体管理和支持性治疗。《“健康中国2030”规划纲要》指出“要发挥中医药在重大疾病中的协同作用。”然而，当前行业虽然对本病的中西医协同救治进行了大量工作，取得了较好成绩，但该病临床疗效仍有待进一步提高，疗效瓶颈仍有待进一步突破，探索SAP-ALI确切的病理生理机制仍然是当务之急。面对庞大的患者群体，急性胰腺炎成为我国及我区面临的重要公共健康问题。对具有良好疗效的急性胰腺炎中西医病机融通救治技术方案进行科学地指导和宣传，保障急性胰腺炎患者的生命健康，进而利于经济社会的平稳发展。

为保障急性胰腺炎中西医病机融通救治技术质量，进一步发挥中西医病机融通救治优势，推动中西医病机融通救治规范化发展，保障患者生命健康，通过制定团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》，对于规范急性胰腺炎中西医病机融通救治技术要求，进一步发挥中西医病机融通救治优势，对急性胰腺炎中西医病机融通救治技术推广等方面的规范化管理具有重要意义。

三、主要起草过程

**（一）成立标准编制工作组**

团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》项目任务下达后，广西中医药大学第一附属医院、湖北省中医院、钦州市中医医院、宾阳县中医医院等单位成立了标准编制工作组，制定了起草编写方案与进度安排，明确任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。具体标准编制工作由起草单位相关人员配合完成。

为了明确标准编制的任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。编制工作组下设三个组，分别是资料收集组、草案编写组、标准实施组。

资料收集组负责国内外有关急性胰腺炎中西医病机融通救治技术相关文献资料的查询、收集和整理工作，查阅前期对急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的有关研究情况和目前医学界急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的研究进展。

草案编写组负责起草标准草案及后续征求意见稿和标准编制说明、送审稿及编制说明等编写工作，包括后期召开征求意见会、网上征求意见，以及标准的不断修改和完善。

标准实施组负责团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》发布后，组织相关医院、事业单位开展标准宣贯培训会，对标准进行详细解读，让相关人员了解标准，并根据标准对急性胰腺炎中西医病机融通救治技术进行规范化操作，并对标准实施情况进行总结分析，不断对标准提出修正意见。

**（二）收集整理文献资料**

标准编制工作组收集了国内有关急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的相关资料。主要有：

[1]李慧臻,周正华,程红杰,等.急性胰腺炎中医诊疗专家共识（2023）[J].中华中医药杂志,2024.

[2]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.

[3]谢胜,严静,黎丽群,等.中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评[J].中国中西医结合消化杂志,2024.

[4]从“五痹”切入探讨危急重症的中西医病机融通与组方思路\_谢胜.

[5]刘礼剑,马超北,刘园园,等.基于中西医病机融通从“痹”论治重症急性胰腺炎[J].时珍国医国药,2023.

**（三）研讨确定标准特色、创新点和主体内容**

标准编制工作组在对收集的资料进行整理研究之后，标准编制工作组召开了标准编制会议，对标准的整体框架结构进行了研究，并对标准的关键性内容进行了初步探讨。经过研究，标准特色、创新点和主体内容如下：

1.特色

中西医深度融合：本标准将现代医学对急性胰腺炎的病理机制与中医病因病机理论有机结合，提出“中西医病机融通”理念，系统阐释了“胆胰之痹”“厥阴寒化/热化”“肺心肾肠之痹”等中医证候与现代病理表现的对应关系。

系统化辨证施治体系：针对急性胰腺炎不同阶段、不同并发症，分别提出具体的中医治法与方药，形成了一套完整的中西医结合救治方案，体现了中医“辨证论治”与西医“病理分期”的协同。

2.创新点

将中医“痹证”理论与现代医学的SIRS、MODS、ACS等病理过程对应，构建了中西医在病机层面的对话机制，具有理论创新性。

创新性地将急性胰腺炎及其并发症归纳为“胆胰之痹”“厥阴寒化/热化之阴痹”“肺之痹”“心之痹”“肾之痹”“肠之痹”六大类，每类均有对应的治则与方药，体系完整。

3.主体内容

主体内容包括急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的诊断、中西医病机融通救治、注意事项、不良反应处理及禁忌。

**（四）调研及形成草案、征求意见稿**

2024年1月，标准编制组通过查阅了大量的国内外文献资料，对急性胰腺炎中西医病机融通救治的相关文件进行系统总结。形成了标准的基本构架，对主要内容进行了讨论并对项目的工作进行了部署和安排。

2024年2月～4月，在前期工作的基础之上，通过理清逻辑脉络，整合已有参考资料中有关急性胰腺炎中西医病机融通救治的内容，并结合急性胰腺炎中西医病机融通救治实际要求的基础上，按照简化、统一等原则编制完成团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》（草案）。

2024年5月～2025年10月，标准编制组组织广西中医药大学第一附属医院、湖北省中医院、钦州市中医医院、宾阳县中医医院等单位多次召开标准研讨会，收集反馈了大量意见，掌握急性胰腺炎中西医病机融通救治的基本要求。标准编制组对标准草案进行了反复修改和研究讨论。最终形成了团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》（征求意见稿）及其编制说明。

四、制定标准的原则和依据，与现行法律、法规的关系，与有关国家标准、行业标准的协调情况

**（一）编制原则**

**1、实用性原则**

本标准是在充分收集国内外相关资料和文献、调研分析急性胰腺炎中西医病机融通救治技术现状，结合起草单位前期研究工作取得的研究成果及积累的实践经验，并借鉴国内急性胰腺炎中西医病机融通救治技术进行总结起草的，符合工作实际，有利于急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的实施与推广，具有可操作性和实用性。

**2、协调性原则**

本文件编写过程中注意了与急性胰腺炎中西医病机融通救治技术相关法律法规的协调问题，在内容上与现行法律法规、标准协调一致。

**3、规范性原则**

本文件严格按照GB/T 1.1—2020《标准化工作规范 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》编写本标准的内容，保证标准的编写质量。

**4、前瞻性原则**

本文件在兼顾当前急性胰腺炎中西医病机融通救治技术现实情况的同时，还考虑到了急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的需要，在标准中体现了个别特色性、前瞻性和先进性条款，作为对急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的指导。

**（二）编制依据**

本标准严格按照GB/T 1.1—2020《标准化工作规范 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规则起草，标准主要内容依据起草单位在急性胰腺炎中西医病机融通救治技术过程中的实践经验和研究成果确定，包括但不限于《谢胜,严静,黎丽群,等.中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评》《刘礼剑、马超北等.基于中西医病机融通从“痹”论治重症急性胰腺炎》等。

**（三）与现行法律、法规的关系，与有关国家标准、行业标准的协调情况**

本标准与相关法律法规、强制性标准协调一致，无冲突。

经查阅，截至目前，国内暂无与“急性胰腺炎”“中西医病机融通救治”相关的国家标准、行业标准、地方标准及团体标准。广西和其他省均没有这方面的地标，属于标准空白。

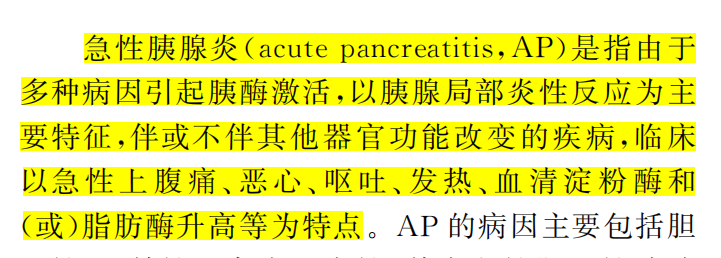
本标准的内容与现行的法律法规及强制性标准无冲突，本文件相关指标不低于强制性国家标准的相关技术要求，标准的编写符合GB/T 1.1—2020的要求。

五、主要条款的说明

团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》的主要章节内容包括急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的术语和定义、诊断、中西医病机融通救治、注意事项、不良反应处理及禁忌。本文件主要内容及依据来源说明如下：

**（一）术语和定义**

1.急性胰腺炎（AP）的术语参考《急性胰腺炎中医诊疗专家共识（2023）》确定为：由于多种病因引起胰酶在胰腺内被激活，以胰腺局部炎性反应为主要特征，伴或不伴其他器官功能障碍的疾病，临床表现以急性上腹痛、恶心、呕吐、发热、血清淀粉酶和（或）脂肪酶升高等为主。



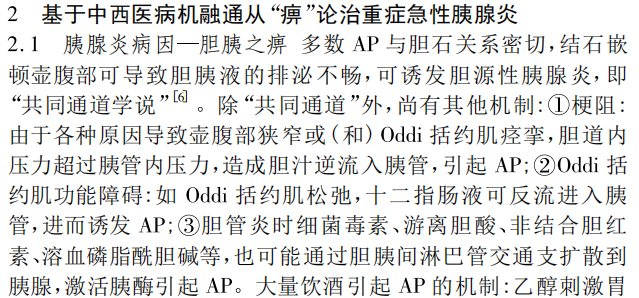
来源 《急性胰腺炎中医诊疗专家共识（2023）》

2.急性胰腺炎中西医病机融通：在SAP、脓毒症等危急重症疾病中,人体病理生理演变涉及多组织、多器官、多系统,证候也由单一病证转变为多病证,即具有合病、并病的特点,传统“单一病机”分型辨证难以全面触及危急重症的多系统损伤病机本质,亟须重视“多病”与“多证”在不同阶段融合演变的复合病机研究和辨证论治。

根据《谢胜,严静,黎丽群,等.中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评》，当前中西医结合在SAP的治疗过程中取得了诸多成果，研究证实中医药能够深度介入SAP全过程,但仍存在瓶颈问题。其原因可能为当前的中西医结合大多数将中西医的诊疗、治疗简单结合,未能很好运用中医理论阐释该病的病理生理,从而局限了中医组方的构建,影响了中西医协同优势的发挥。鉴于此,提出了急性胰腺炎中西医病机融通。即**基于西医疾病的病理生理变化、病理机制、症状体征及理化检查的认识,应用中医理论分析其病因、归纳其证候,诠释中医病机的演变规律,** **以达到中西医病机互通的目的，科学指导急性胰腺炎的中医辨证论治**。

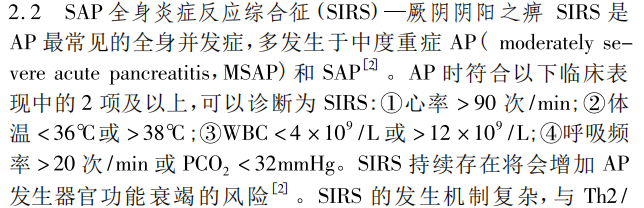
3.痹：将“痹”作为核心病机概念，是基于急性胰腺炎及其并发症普遍存在的“不通”病理特点——胰管梗阻、炎症介质阻塞、微血栓形成、肠麻痹等，这与中医“痹”的内涵高度契合。此术语是构建整个中西医病机融通体系的基石。

4.胆胰之痹：主要参考了刘礼剑、马超北等发表的《基于中西医病机融通从“痹”论治重症急性胰腺炎》等文献的核心思想确定。此术语概括了AP发生的始动环节。将胆道和胰腺视为一个功能系统，其“痹”既指物理性的结石梗阻，也指功能性的气机郁闭，为使用“通腑泄热、疏肝利胆”的治法（如大柴胡汤加减）提供了直接病机解释。



来源：《基于中西医病机融通从“痹”论治重症急性胰腺炎》

5.厥阴阴阳之痹[全身炎症反应综合征(SIRS)]：主要参考了刘礼剑、马超北等发表的《基于中西医病机融通从“痹”论治重症急性胰腺炎》等文献的核心思想确定。这两个术语是病机融通的典范。它们将SIRS这一复杂的全身性炎症状态，用中医厥阴病的框架进行了精炼的概括和分型，解决了全身炎症反应在中医体系中“无证可辨”或“辨证分散”的难题，为针对性地使用温通或清解的厥阴病治法提供了依据。



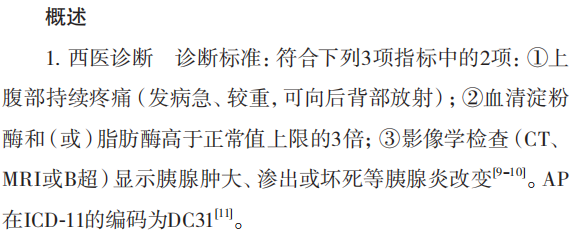
来源：《基于中西医病机融通从“痹”论治重症急性胰腺炎》

6.肺之痹、心之痹、肾之痹、肠之痹：将AP常见的远隔器官并发症系统地与中医脏腑理论挂钩，形成“一器官一痹”的清晰映射。这使得临床医生在面对具体并发症时，能迅速定位到相应的中医病机、治法和方药，实现了从西医诊断到中医治疗的精准转换，极大地增强了标准的临床指导性和可操作性。

**（二）诊断**

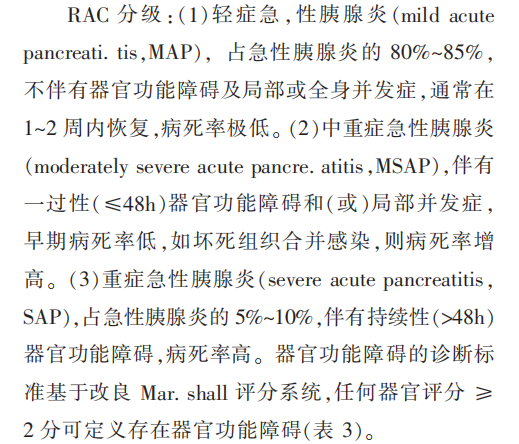
1.西医诊断

AP的严重程度直接决定治疗方案（如MAP以保守治疗为主，SAP 需多器官支持），基于器官功能障碍的分型标准可精准区分病情，改良MARSHALL评分等量化指标能客观评估器官衰竭程度，避免主观判断误差。西医诊断方法参考了《急性胰腺炎中医诊疗专家共识（2023）》。



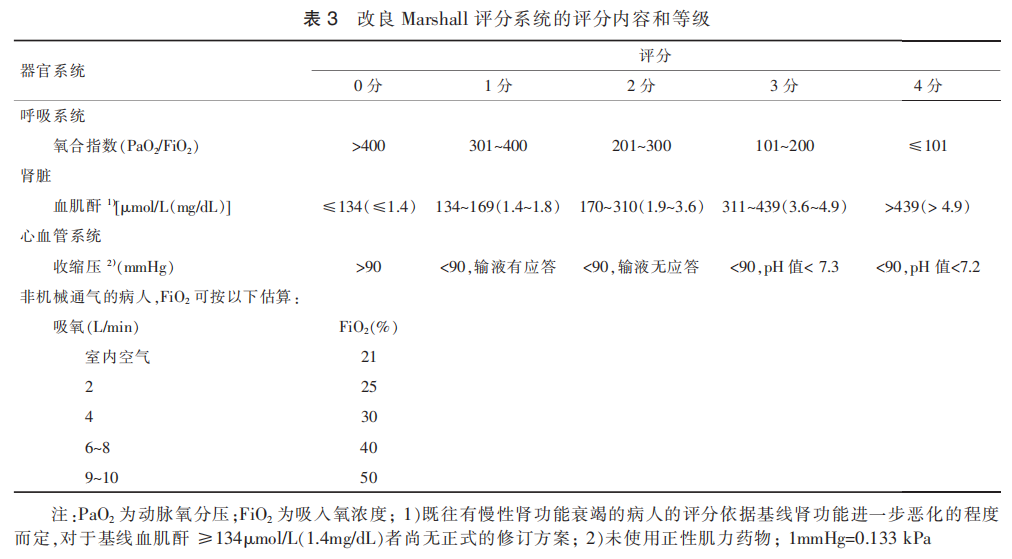
来源：《急性胰腺炎中医诊疗专家共识（2023）》

《中国急性胰腺炎诊治指南（2021）》给出了AP的严重度分型及评分标准，修订版Atlanta分级新标准将AP分为MAP（轻症急性胰腺炎）,占急性胰腺炎的80%～85%，不伴有器官功能障碍及局部或全身并发症，通常在1～2周内恢复，病死率极低;MSAP（中度重症急性胰腺炎）,伴有一过性（≤48h）器官功能障碍和（或）局部并发症，早期病死率低，如坏死组织合并感染，则病死率增高;SAP（重症急性胰腺炎）,占急性胰腺炎的5%～10%，伴有持续性（>48h）器官功能障碍，病死率高。基于患者入院后24 h内有无器官功能衰竭区分MAP和SAP，根据器官功能衰竭在48h内是否恢复区分MSAP和SAP。



来源：《中国急性胰腺炎诊治指南（2021）》

急性胰腺炎可伴随引起一些全身或局部并发症。主要有SIRS、脓毒症、多器官功能障碍综合征（MODS）、腹腔高压及腹腔间隔室综合征（ACS）。改良的Marshall评分系统广泛应用于AP的器官功能评分，以呼吸、心血管和肾脏为3个靶器官系统,当改良的Marshall评分达到2或以上，即为器官衰竭。



来源：《中国急性胰腺炎诊治指南（2021）》

2.中医诊断

中医学古代文献中并无“胰腺”的专有名称，因此，胰腺在五脏六腑中的归属一直颇有争议，但以胰腺属“脾”的论述较多。根据AP的发病部位及临床特点，中医可命名为“腹痛”，还可将其归属于“脾心痛”“胃心痛”“胰瘅”等范畴。

**（三）中西医病机融通救治**

1.救治分析

根据《谢胜,严静,黎丽群,等.中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评》，AP的病理性质为本虚标实,临床表现多以里、实、热证为主,病理因素包括虚实两端。AP早期主要以腑气不通为证候,中期邪毒可传变入脏,后期邪去正虚,甚者厥脱,而“瘀”这一病理因素贯穿 AP 病程的始终。因此根据“急则治标,缓则治本”的原则,提倡通腑泄热、祛瘀通腑、益气补虚、回阳救逆等作为本病的治则治法。SAP的病机主要以湿、热、毒、瘀为核心,并呈动态性变化,导致中焦脾胃气机壅滞,肝胆疏泄不畅、大肠传化失调,最终发为SAP。“中西医病机融通”,提出“郁而不宣或闭而不通”为本病主要病机,并主张从胆胰痹论治,甚者从厥阴痹、肺痹、心痹、肠痹、肾痹等论治,针对“痹”之病机创立“开宣解郁诸法”进行治疗。

中西医病机融通基于西医疾病的病理生理变化、病理机制、症状体征及理化检查的认识,应用中医理论分析其病因、归纳其证候,诠释中医病机的演变规律,从而解决传统的中医辨证模式未能全面把握危急重症多系统损伤的病机本质问题。**其救治原则为，在现代医学救治原则和措施基础上，给予基于中西医病机融通的中医组方救治。**西医救治参考《中国急性胰腺炎诊治指南（2021）》《谢胜,严静,黎丽群,等.中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评》等文献内容开展。

①胆源性或酒精性胰腺炎，其现代病理核心在于胆胰管道系统的“不通”，具体可表现为物理性梗阻（如结石）或功能性痉挛（如Oddi括约肌功能障碍）。这导致胆汁或胰液排出受阻、反流，从而激活胰酶引发胰腺自身消化。这一病理过程与中医病机高度契合，可概括为“胆胰之痹”。

②SIRS表现为体温下降、白细胞计数减少，属于“不及”之象，核心病机在于血分闭阻，阳气衰败。邪气深陷血分，导致气血凝滞，阳气无以温煦，故见体温不升、白细胞减少等衰微之象，可视为厥阴经的“寒化” 趋势，属“厥阴寒化之阴痹”。

中性粒细胞激活、聚集、黏附和迁移至炎症部位，这一过程可视为“厥阴风木，相火离位”；白细胞募集促进蛋白酶、活性氧及其他炎症介质的“风暴”释放，这一过程可视为“风火相煽，热毒内生”。

③SIRS表现为发热、白细胞计数升高，属于“太过”之象，核心病机在于气分郁滞，郁而化热。邪气郁闭于气分，正邪交争剧烈，故见发热、白细胞增多等亢盛之象，可视为厥阴经的“热化” 趋势，属“厥阴热化之阳痹”。

④炎症因子导致肺微血管损伤、通透性增加，形成肺水肿，这一病理过程可视为“火毒伤络，肺气郁闭”；微血栓形成、肺泡透明膜沉积，影响气体交换，导致“肺失宣发肃降”，对应中医“瘀、痰”壅滞，属“肺之痹”。

⑤冠状动脉痉挛、微血栓形成导致心肌缺血、坏死，临床表现为胸痛、心悸、气短，对应《黄帝内经》“心痹者，脉不通，烦则心下鼓”，这一病理过程可视为“心脉闭塞不通”，属“心之痹”。

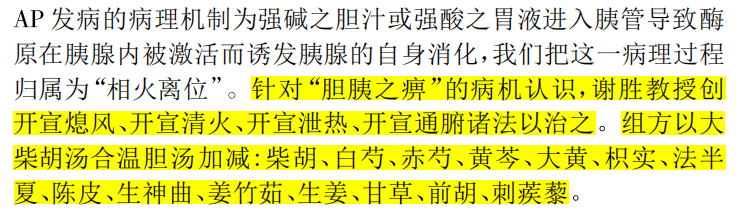
⑥肾灌注不足、微血栓形成、炎症介质损伤肾小管，导致水液代谢障碍，中医病机为“火瘀闭络、水瘀互结”，演变从“瘀闭”至“失司”，这一病理过程可视为“气血水同病”，属“肾之痹”。

⑦腹腔压力升高、肠麻痹、液体积聚，导致气滞水停，属阳明腑实兼气机壅滞，这一病理过程可视为“肠之痹”。

2.中医救治

2.1 胆胰之痹

根据《谢胜,严静,黎丽群,等.中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评》，治法与方药依据“病机-治法-方药”的中医逻辑推导。“胆胰之痹”以“不通”为核心，故用“开宣通腑”治法，谢胜教授创开宣熄风、开宣清火、开宣泄热、开宣通腑诸法以治之。方用大柴胡汤《金匮要略》合温胆汤《备急千金要方》：柴胡15g、白芍15g、赤芍15g、黄芩15g、大黄15g（后下）、枳实15g、法半夏15g、陈皮15g、生神曲10g、姜竹茹15g、生姜15g、炙甘草10g、前胡15g、刺蒺藜10g。煎服法（口服/鼻饲、150-200mL、1日2次）符合中医临床常规给药方式，疗程设定（如胆胰之痹7d、其他证候5d）参考文献中中医干预的疗效观察周期。



来源：《谢胜,严静,黎丽群,等.中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评》

2.2 厥阴阴阳之痹

SIRS在体温及白细胞计数方面表现为太过和不及的状态，可归属于中医阴痹和阳痹范畴，也与厥阴热化和寒化相对应。阴痹治以开宣通络法，组方以四逆散《伤寒论》合当归四逆汤《伤寒论》加减:枳实、炒白芍、柴胡、炙甘草、当归、桂枝、细辛、通草、大枣等；热痹(阳痹)治以开宣清火法，组方上焦宣痹汤《温病条辨》合白虎汤《伤寒论》加减:郁金、通草、淡豆豉、枇杷叶、石膏、知母、甘草、党参等。

2.3 肺之痹（ALI）

基于中西医病机融通思考,炎症因子导致肺内微血管损伤的病理过程归为“火毒伤络”的中医病机。而“微血管痉挛及肺顺应性降低”、“微血栓形成”、“肺水肿及透明膜形成”，分别对应中医“风”“痰”“瘀”的病理产物。因此,总结SAP合并ALI 的中医病机在于“火”“风”“痰”“”导致肺气郁闭影响了肺气的宣发和肃降，即为“肺之痹”。针对SAP急性肺损伤的“肺之痹”病机,谢胜教授提出**开宣熄风、开宣清火、开宣化、开宣通络**是治SAP并发ALI的关键。组方以上焦宣痹汤《温病条辨》合泻白散《小儿药证直诀》、葶苈大枣泻肺汤《金匮要略》、桔梗杏仁丸《鸡峰普济方》加减:郁金、通草、射干、淡豆豉、枇杷叶、桑白皮、地骨皮-淡竹叶、子、大枣、杏仁、桔梗、甘草、桑叶、紫菀等。

2.4 心之痹（AHI）

综上，SAP时循环障碍导致冠状动脉灌注减少，以及多种原因导致冠状动脉收缩 痉挛以及微血栓形成，冠状动脉“闭塞不通”的状态是导致SAP并发AHI发生的主要原因，临床表现为胸痛、胸闷、心悸、气短。基于中西医病机融通思考，这种冠状动脉“闭塞不通”的状态，中医病机归为“心之痹”。谢胜教授提出开宣熄风、开宣化瘀、开宣通络是治疗“心之痹”的关键之法。组方以上焦宣痹汤《温病条辨》合导赤散《小儿药证直诀》、旋覆花汤《金匮要略》加减:郁金、通草、淡豆豉、枇杷叶、木通、生地黄、甘草竹叶、旋覆花、茜草等。

2.5 肾之痹（AKI）

针对“肾之痹”病机，谢胜教授提出开宣清火、开宣化瘀、开宣泄浊、开宣利水法。组方以当归芍药散《金匮要略》合上焦宣痹汤《温病条辨》、五苓散《伤寒论》、旋覆花汤《金匮要略》加减:当归、白芍、茯苓、川芎、泽泻、泽兰、猪苓、白术、旋覆花、茜草、醋郁金、通草、制何首乌、丹皮、丹参、地骨皮、炒蒺藜等。

2.6 肠之痹

谢胜教授提出开宣通腑、开宣利水、开宣泄浊是贯穿、早期中医治疗必用之法。组方用以大柴陷汤（大柴胡汤《金匮要略》、大承气汤《伤寒论》合大陷胸汤《伤寒论》及大陷胸丸《伤寒论》组成）加减:柴胡、黄芩、白芍、姜半夏、生姜、枳实、大枣、大黄、芒硝、厚朴、泽兰、葶苈子、苦杏仁、地龙、甘遂等。

**（四）注意事项**

AP 患者多存在胃肠功能紊乱（如肠麻痹）、器官功能障碍（如凝血异常），中医用药（如峻下药、活血化瘀药）可能加重病情（如甘遂致消化道出血、活血药致凝血异常），本章通过针对性注意事项，在保证疗效的同时降低不良反应发生率，如监测淀粉酶/脂肪酶可及时发现胰腺炎症是否控制，避免中药干预延误病情。

**（五）不良反应处理**

不良反应类型基于中医用药的常见风险——通里攻下方药（如大黄、芒硝）易致腹泻，中药成分（如花粉类、动物药）可能引发过敏，甘遂过量的损伤参考《中国药典》中峻下逐水药的毒性记载；处理措施参考西医对症治疗原则（如水电解质紊乱需补液、过敏需抗组胺药）与中医用药安全规范。

**（六）禁忌**

绝对禁忌是“不可突破的风险底线”（如胃肠穿孔口服中药可能致腹膜炎），相对禁忌是“需个体化评估的风险点”（如年老体弱用峻猛方可能致正气耗竭），通过明确禁忌场景，可从源头规避严重不良事件（如流产、消化道穿孔加重），同时体现中医 “辨证施治”的个体化原则（如相对禁忌需医师评估后调整方案，而非一概禁用）。

六、重大意见分歧的处理依据和结果

本标准研制过程中无重大分歧意见。

七、实施标准的措施

**（一）标准报批发布后，成立标准宣贯工作组**

本标准发布后，成立以主要起草人为成员的标准宣贯工作组，主要负责标准的宣贯实施培训计划制定、标准实施交流会策划、标准实施信息反馈收集和标准实施效果评估等工作，并根据标准实施信息反馈和标准实施效果评估情况，及时组织标准复审修订。

**（二）组织开展标准宣贯培训**

标准发布实施后，标准宣贯工作小组制作标准解读宣贯培训PPT课件和标准核心技术明白书，并按标准宣贯培训计划深入各市县相关机构，对相关技术人员开展标准宣贯培训，对标准进行逐条解读，让相关技术人员掌握标准核心技术内容，助力标准实施落地，促进医疗卫生事业健康发展。

**（三）开展标准实施交流会，收集标准实施反馈信息**

标准起草小组深入各市县相关医疗机构技术人员召开标准实施交流会，听取标准实施过程中存在的问题并做好记录和解答，对存在的问题组织专家团队进行研讨，为标准的复审修订做准备。

**（四）开展标准实施效果评估**

标准实施满2年，每年标准宣贯工作组采取网络调查、问卷调查、实地调研、召开座谈会或论证会、专家咨询等方式开展标准实施效果评估，并形成标准实施效果评估报告，为标准的复审修订做准备。

八、其他应当说明的事项

无。

团体标准《急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范》

标准编制工作组

2025年10月28日