

# T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1237—2026

## 急性胰腺炎中西医病机融通救治规范

Specifications for integrated pathogenesis-based treatment of acute  
pancreatitis with traditional Chinese and Western Medicine

2026 - 01 - 30 发布

2026 - 02 - 05 实施

广西标准化协会 发布



# 目 次

前言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 缩略语 .....	1
5 诊断 .....	1
5.1 西医诊断 .....	1
5.2 中医诊断 .....	2
6 中西医病机融通救治 .....	3
6.1 救治方案 .....	3
6.2 西医救治 .....	3
6.3 中医救治 .....	3
7 注意事项 .....	4
8 不良反应处理 .....	5
8.1 胃肠道反应 .....	5
8.2 过敏反应 .....	5
8.3 药物损伤 .....	5
9 禁忌 .....	5
9.1 禁用 .....	5
9.2 慎用 .....	5
参考文献 .....	6



## 前 言

本文件参照GB/T 1.1—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》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西中医药大学第一附属医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：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、广西国际壮医医院、南宁市第九人民医院。

本文件主要起草人：刘礼剑、黎丽群、杨成宁、韦金秀、李建锋、陈广文、谢胜、赵一娜、郑超伟、王道刚、潘红霞、胡运莲、刘伟锋、龙晓玲、陈燕燕、廖继文、欧阳波、李家淇。



# 急性胰腺炎中西医病机融通救治规范

## 1 范围

本文件界定了急性胰腺炎中西医病机融通救治涉及的术语和定义、缩略语，规定了急性胰腺炎中西医病机融通救治的诊断、中西医病机融通救治、注意事项、不良反应处理及禁忌的要求。

本文件适用于中西医病机融通救治急性胰腺炎及并发症。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**急性胰腺炎中西医病机融通** integrated pathogenesis of acute pancreatitis with traditional Chinese and Western Medicine

基于西医诊断的急性胰腺炎的病理生理变化、病理机理、症状体征及理化检查的认识，应用中医理论分析其病因、归纳急性胰腺炎的证候，诠释其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。

### 3.2

**痹** bi

机体为病邪闭阻，导致气血运行不畅或脏腑之气宣发不利而产生的各种病证。

## 4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ACS: 腹腔高压及腹腔间隔室综合征 (Abdominal Compartment Syndrome)

AP: 急性胰腺炎 (Acute Pancreatitis)

CT: 计算机断层扫描 (Computed Tomography)

MRI: 磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging)

SIRS: 全身炎症反应综合征 (Systemic Inflammatory Response Syndrome)

## 5 诊断

### 5.1 西医诊断

#### 5.1.1 AP 诊断

具备以下情形中的2项时应诊断为AP:

——腹痛符合 AP 特征，即急性、持续中上腹痛；

——血清脂肪酶和（或）血清淀粉酶至少大于正常值上限 3 倍；

——AP 的典型影像学改变，CT、MRI 或 B 超显示胰腺肿大、渗出或坏死等胰腺炎改变。

#### 5.1.2 AP 程度诊断

见表1。

表1 AP 程度诊断

项目	轻度急性胰腺炎	中度重症急性胰腺炎	重症急性胰腺炎
器官功能障碍和（或）并发症	无	伴有一过性（≤48 h）器官功能障碍和（或）局部并发症	伴有持续性（>48 h）器官功能障碍

### 5.1.3 AP 并发症诊断

#### 5.1.3.1 器官功能衰竭

根据表2就心、呼吸、肾功能进行评估，任何器官评分 $\geq 2$ 分可定义为出现器官功能衰竭。

表2 器官功能衰竭的改良 MARSHALL 评分表

项目	评分				
	0	1	2	3	4
呼吸（ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ）	>400	301~400	201~300	101~200	<101
循环（收缩压 mmHg）	>90	<90，补液后纠正	<90，补液后不能纠正	<90， $\text{pH}<7.3$	<90， $\text{pH}<7.2$
肾脏（肌酐 $\mu\text{mol/L}$ ）	<134	134~169	170~310	311~439	>439

#### 5.1.3.2 SIRS

具备以下检查项目中的2项或以上，即可诊断为SIRS：

- 成人心率 $>90$ 次/min；
- 体温 $<36^\circ\text{C}$ 或 $>38^\circ\text{C}$ ；
- 外周血白细胞计数 $>12\times 10^9/\text{L}$ ，或 $<4\times 10^9/\text{L}$ ；
- 成人呼吸 $>20$ 次/min或 $\text{PaCO}_2<32$  mmHg。

注：儿童心率 $>100$ 次/min，不同年龄段正常心率范围略有差异，另结合年龄判断。

#### 5.1.3.3 ACS

胰腺器官组织坏死后大量有毒物质渗出到腹腔，腹压升高，最终导致腹腔内外的器官功能衰竭或障碍。

## 5.2 中医诊断

5.2.1 属于中医学的“痹”病、腹痛范畴，根据中西医病理融通，可分为胆胰之痹、肠之痹、肺之痹、肾之痹、心之痹、厥阴热化之阳痹、厥阴寒化之阴痹。

5.2.2 胆胰之痹：现代医学以胆胰管道“不通”为病理核心，因结石等物理梗阻或Oddi括约肌功能障碍等功能性痉挛，导致胆汁、胰液排出受阻或反流，胰酶激活引发胰腺自身消化。中医学立足整体观，情志不畅、暴饮暴食、外邪侵入等因素，可致气滞、痰饮、瘀血、胆石内阻，进而使胆胰气机郁闭，胆汁与胰液排泄失常。二者在“胆胰排泄障碍”这一关键病理环节上相互融通，共同阐释急性胰腺炎的发生发展机制。

5.2.3 肠之痹：AP导致的肠道壅滞不通。西医视角下，急性胰腺炎等疾病引发腹腔渗漏、肠麻痹及内毒素血症，导致腹腔压力升高和肠道传输功能障碍。中医归为阳明腑实兼气机壅滞，气滞水停，腑气不通，呈现“滞而不通”之象。两者融通：西医的病理变化对应中医气机郁结与水湿内停，共同阐释肠之痹的病机本质。

5.2.4 肺之痹：AP导致的肺损伤。西医认为肺微血管损伤、通透性增加导致肺水肿，微血栓形成和肺泡透明膜沉积影响气体交换，引发呼吸功能障碍；中医则归因于“火毒伤络，肺气郁闭”，以及“瘀、痰”壅滞致使肺失宣发肃降。在急性胰腺炎等疾病发展中，炎症反应产生的“火”、“风”、“痰”、“瘀”等病理产物缠塞于肺，对应西医的炎症介质释放和微循环障碍，共同促成肺气郁闭的痹证状态，表现为呼吸窘迫和气血失调。

5.2.5 肾之痹：AP导致的肾损伤。西医视角下，肾损伤源于炎症风暴导致的低血容量、肾动脉痉挛及微循环障碍，引发肾灌注不足、微血栓形成和炎症介质损伤肾小管，造成水液代谢紊乱。中医病机则概括为“火瘀闭络、水瘀互结”，病理演变从“瘀闭”至“失司”，属“气血水同病”。其中，西医的炎症反应和微血栓对应中医的“火热瘀阻经络”和“血瘀”，水液障碍体现为“水瘀”，二者共同构成了“火、血、水”同病的复杂病理状态，体现了中西医在微观病理与宏观病机上的有机衔接。

5.2.6 心之痹：AP 导致的心损伤。心之痹源于《黄帝内经》“心痹者，脉不通”，中医病机为心脉闭塞、心气痹阻不通。现代医学认为，冠状动脉痉挛、微血栓形成导致心肌缺血坏死，引发胸痛、心悸等。中西医病机融通在于，炎症反应所致的血管痉挛与血栓形成，正对应中医“心脉闭塞”之象，均以血脉瘀阻、不通则痛为核心病理。

5.2.7 厥阴热化之阳痹：AP 全身炎症反应期的核心病机。中医认为，邪入厥阴，从热而化，导致气分郁滞、郁而化热，表现为发热、气机闭塞之“痹”。此过程与西医病理高度融通：SIRS 状态下的发热、白细胞计数显著升高，正是“热化”与“太过”之象，其本质为炎性介质过度释放、免疫系统过度激活所致的气血（免疫-代谢网络）郁滞与邪正剧烈交争。两者共同指向阳气郁闭、热势亢盛的核心病理状态。

5.2.8 厥阴寒化之阴痹：AP 发展中的 SIRS 抑制期。在中医上指邪气深入厥阴经，从寒而化，导致阳气衰败、血分闭阻，气血凝滞而温煦失司，表现为体温下降等“寒化”征象。在西医语境中，这对应于 AP 发展中的 SIRS 抑制期，出现体温下降、白细胞计数减少等“不及”之象。中西医病机融通在于，中医的阳气衰败类似西医的机体免疫与代谢功能衰竭，血分闭阻则对应微循环障碍和凝血功能异常，共同反映为组织灌注不足与器官功能抑制的危重状态。

## 6 中西医病机融通救治

### 6.1 救治方案

在西医的基础上，按以下方法给予基于中西医病机融通的中医组方救治：

- 胆源性 AP 无明显合并症者采用胆胰之痹方；
- AP 合并肠损伤、ACS 者采用肠之痹方；
- AP 合并肺损伤者采用肺之痹方；
- AP 合并肾损伤者采用肾之痹方；
- AP 合并心损伤者采用心之痹方；
- AP 表现为高热者采用厥阴热化之阳痹方；
- P 表现为体温下降者采用厥阴寒化之阴痹方。

### 6.2 西医救治

按《中国急性胰腺炎诊治指南（2021）》执行。

### 6.3 中医救治

#### 6.3.1 胆胰之痹

6.3.1.1 治法：开宣熄风，开宣清火，开宣泄热，开宣通腑。

6.3.1.2 推荐方剂：胆胰痹方加减。

6.3.1.3 药物组成：柴胡 15 g、白芍 15 g、赤芍 15 g、黄芩 15 g、大黄 15 g（后下）、枳实 15 g、法半夏 15 g、陈皮 15 g、生神曲 10 g、姜竹茹 15 g、生姜 15 g、炙甘草 10 g、前胡 15 g、刺蒺藜 10 g。

6.3.1.4 用法：允许经口肠内营养的患者，予口服中药；如留置胃管或空肠管，可予鼻饲；如不能口服或鼻饲者，可予中药灌肠，均按 2 次/d，每次 150 mL~200 mL 温服给药。

6.3.1.5 疗程：7 d 为 1 个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

#### 6.3.2 肠之痹

6.3.2.1 治法：开宣通腑，开宣利水，开宣泄浊。

6.3.2.2 推荐方剂：肠痹方加减。

6.3.2.3 药物组成：柴胡 15 g、黄芩 15 g、白芍 15 g、姜半夏 15 g、生姜 15 g、枳实 15 g、大枣 10 g、大黄 15 g（后下）、芒硝 10 g（冲服）、厚朴 15 g、泽兰 15 g、葶苈子 15 g（包煎）、苦杏仁 15 g、地龙 10 g、甘遂 1 g（冲服）。

6.3.2.4 用法：允许经口肠内营养的患者，予口服中药；如留置胃管或空肠管，可予鼻饲；如不能口服或鼻饲者，可予中药灌肠，均按 2 次/d，每次 150 mL~200 mL 温服给药。

6.3.2.5 疗程：7 d 为 1 个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 6.3.3 肺之痹

6.3.3.1 治法：开宣熄风，开宣清火，开宣化痰，开宣通络。

6.3.3.2 推荐方剂：肺痹方加减。

6.3.3.3 药物组成：醋郁金 15 g、通草 6 g、射干 15 g、淡豆豉 15 g、枇杷叶 15 g、桑白皮 15 g、地骨皮 15 g、淡竹叶 10 g、葶苈子 15 g（包煎）、大枣 10 g、苦杏仁 15 g、桔梗 15 g、炙甘草 10 g、桑叶 10 g、紫菀 10 g。

6.3.3.4 用法：允许经口肠内营养的患者，予口服中药；如留置胃管或空肠管，可予鼻饲；如不能口服或鼻饲者，可予中药灌肠，均按 2 次/d，每次 150 mL~200 mL 温服给药。

6.3.3.5 疗程：7 d 为 1 个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 6.3.4 肾之痹

6.3.4.1 治法：开宣清火，开宣化痰，开宣泄浊，开宣利水。

6.3.4.2 推荐方剂：肾痹方加减。

6.3.4.3 药物组成：当归 15 g、白芍 30 g、茯苓 20 g、川芎 15 g、泽泻 20 g、泽兰 15 g、猪苓 20 g、白术 20 g、桂枝 10 g、旋覆花 10 g（包煎）、茜草 10 g、醋郁金 15 g、通草 6 g。

6.3.4.4 用法：允许经口肠内营养的患者，予口服中药；如留置胃管或空肠管，可予鼻饲；如不能口服或鼻饲者，可予中药灌肠，均按 2 次/d，每次 150 mL~200 mL 温服给药。

6.3.4.5 疗程：7 d 为 1 个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 6.3.5 心之痹

6.3.5.1 治法：开宣熄风，开宣化痰，开宣通络。

6.3.5.2 推荐方剂：心痹方加减。

6.3.5.3 药物组成：郁金 15 g、通草 6 g、淡豆豉 15 g、枇杷叶 15 g、木通 5 g、生地黄 15 g、甘草 10 g、竹叶 10 g、旋覆花 10 g（包煎）、茜草 10 g。

6.3.5.4 用法：允许经口肠内营养的患者，予口服中药；如留置胃管或空肠管，可予鼻饲；如不能口服或鼻饲者，可予中药灌肠，均按 2 次/d，每次 150 mL~200 mL 温服给药。

6.3.5.5 疗程：7 d 为 1 个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 6.3.6 厥阴热化之阳痹

6.3.6.1 治法：开宣清火。

6.3.6.2 推荐方剂：厥阴热化阳痹方加减。

6.3.6.3 药物组成：郁金 15 g、通草 6 g、淡豆豉 15 g、枇杷叶 15 g、射干 15 g、石膏 50 g、知母 15 g、炙甘草 10 g、党参 15 g。

6.3.6.4 用法：允许经口肠内营养的患者，予口服中药；如留置胃管或空肠管，可予鼻饲；如不能口服或鼻饲者，可予中药灌肠，均按 2 次/d，每次 150 mL~200 mL 温服给药。

6.3.6.5 疗程：7 d 为 1 个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 6.3.7 厥阴寒化之阴痹

6.3.7.1 治法：开宣通络。

6.3.7.2 推荐方剂：厥阴寒化阴痹方加减。

6.3.7.3 药物组成：枳实 15 g、炒白芍 15 g、柴胡 15 g、炙甘草 15 g、当归 15 g、桂枝 10 g、细辛 3 g、通草 6 g、大枣 10 g。

6.3.7.4 用法：允许经口肠内营养的患者，予口服中药；如留置胃管或空肠管，可予鼻饲；如不能口服或鼻饲者，可予中药灌肠，均按 2 次/d，每次 150 mL~200 mL 温服给药。

6.3.7.5 疗程：7 d 为 1 个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

## 7 注意事项

7.1 甘遂应由经验丰富的中医师开具，并明确标注特殊煎服方法，观察患者服药后反应。

- 7.2 口服或鼻饲中药前，应评估患者胃肠道功能与腹腔压力。
- 7.3 鼻饲给药时，应确保胃管或空肠管位置正确，药液温度宜为 37℃~40℃，给药后应以温水冲管。
- 7.4 治疗期间应监测患者生命体征、腹部体征、血清淀粉酶/脂肪酶、炎症指标及器官功能，综合评估疗效与病情变化，调整中西医治疗方案。
- 7.5 注意药物间的相互作用，如正在使用抗凝药物，应谨慎合用活血化瘀类中药。

## 8 不良反应处理

### 8.1 胃肠道反应

对于服用通里攻下方药后出现腹泻、腹痛的部分患者，应记录其大便次数、性状和量，监测水电解质平衡。若出现剧烈腹泻导致水电解质紊乱，应减量或停用，并予以补液纠正电解质紊乱。

### 8.2 过敏反应

对某些中药成分过敏，出现皮疹、瘙痒等的极少数患者，应立即停药。轻者可予抗组胺药物，重者应按西医抗过敏流程处理。

### 8.3 药物损伤

如过量使用甘遂等峻下药，致恶心、呕吐、腹痛、甚至消化道出血，应立即停药，并给予胃黏膜保护剂等对症支持治疗。

## 9 禁忌

### 9.1 禁用

- 9.1.1 对所用中药已知过敏或有严重过敏史的患者。
- 9.1.2 妊娠期妇女，尤其禁用含有大黄、甘遂、芒硝、桃仁等峻下逐水、破血动胎之品的方剂。
- 9.1.3 出现胃肠道穿孔、完全性肠梗阻或活动性消化道大出血的患者，禁用口服及鼻饲中药。
- 9.1.4 存在严重肠麻痹或胃肠道出血风险者，应暂缓或禁用。

### 9.2 慎用

- 9.2.1 体质极度虚弱、年老体衰、正气亏虚者，慎用攻伐峻猛的方剂，如需使用，应配伍扶正药物并减少剂量。
- 9.2.2 合并严重心、肝、肾功能不全者，慎用或调整对相应脏器有潜在影响的药物及剂量。
- 9.2.3 要求禁食的患者，亦不应鼻饲中药汤剂。应在医师评估患者已具备肠内营养条件后，方可开始鼻饲中药。
- 9.2.4 遵循中药配伍“十八反”、“十九畏”原则，如处方中含有此类配伍，应有充分依据并谨慎使用。

### 参 考 文 献

- [1] 李兵, 房丽. 基于“中西医病机融通理论”治疗1例脓毒症胃肠损伤-肠瘘患者的护理体会[J]. 中西医结合护理, 2024.
- [2] 谢胜, 严静, 黎丽群, 王光耀, 刘礼剑. 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.
- [3] 刘礼剑, 马超北, 刘园园, 陈国忠, 杨成宁, 韦金秀, 陈广文, 李建锋, 谢胜. 基于中西医病机融通从“瘕”论治重症急性胰腺炎[J]. 时珍国医国药, 2023.
- [4] 谢胜, 刘园园, 张丽敏, 刘礼剑, 黎丽群, 谢娟娟, 谭金晶, 王光耀. 从“五瘕”切入探讨危急重症的中西医病机融通与组方思路[J]. 广西科学, 2022.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs*. 2022.
- [8] Walkowska J, Zielinska N, Tubbs RS, Podgórski M, Dłubek-Ruxer J, Olewnik Ł. Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis. *Diagnostics (Basel)*. 2022.
-

中华人民共和国团体标准  
急性胰腺炎中西医病机融通救治规范  
T/GXAS 1237—2026  
广西标准化协会统一印制  
版权专有 侵权必究