

ICS ****.*
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

胆汁淤积性肝病中医诊疗指南

Guidelines for TCM Diagnosis and Treatment of Cholestatic Liver Disease
(文件类型：公示稿)

2024-****发布

2024-****实施

中华中医药学会发布

目 次

目 次	II
前 言	II
引 言	III
胆汁淤积性肝病中医诊疗指南	1
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 诊断	1
4.1 中医诊断	1
4.2 西医诊断	1
5 中医辨证分型	2
5.1 肝胆湿热证	2
5.2 胆腑郁热证	2
5.3 痰瘀阻络证	2
5.4 肝郁脾虚证	2
5.5 血虚风燥证	2
5.6 肝肾阴虚证	2
5.7 脾肾阳虚证	2
6 中医治疗	2
6.1 中医辨证论治	2
6.2 其他治法	4
7 西医治疗	4
7.1 治疗原则	4
7.2 药物治疗	5
8 预后调护	5
8.1 生活方式调整	5
8.2 饮食管理	5
8.3 定期监测及治疗	5
附录 A	6
附录 B	7
附录 C	8
参 考 文 献	9

前 言

本文件参照GB/T1.1—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。

本文件对ZYYXH/T91-2008胆汁淤积性肝病中医诊疗指南（2008版）进行修订。修订内容包括：

1. 在4.1中医病名中增加了“风瘙痒”，删除了“胆胀”。
2. 对4.2西医诊断标准进行了更新。
3. 对5中医辨证分型进行了更改。
4. 对6.1中医辨证论治中的部分方药进行了更改。
5. 删除了6.2其他治法中单方验方、三棱针治疗；增加了中药保留灌肠。
6. 增加了7西医治疗。
7. 增加了8预防调护。

本文件由中华中医药学会肝胆病分会、首都医科大学附属北京中医医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：首都医科大学附属北京中医医院、广东省中医院、上海中医药大学附属龙华医院、甘肃中医药大学附属医院、首都医科大学附属北京佑安医院、陕西中医药大学附属医院、首都医科大学附属北京地坛医院、成都中医药大学附属医院、河南中医药大学一附属医院、广西中医药大学第一附属医院、上海中医药大学附属曙光医院、湖北省中医院、北京中医研究所、首都医科大学肝病研究所、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医医院顺义医院。

本文件主要起草人：徐春军、王宪波、孙凤霞、池晓玲、刘俊宏、张玮。

其他起草人：王晓静、王骏、王琮、勾春燕、卢秉久、邢卉春、刘光伟、江宇泳、杜宏波、李丽、李博、李京涛、吴剑坤、张荣臻、张秋云、张秋香、汪晓军、陈建杰、杨华升、周滔、宫嫚、贾建伟、郭卉、戚团结、常占杰、程良斌、谢玉宝、黎胜。

引 言

胆汁淤积性肝病指各种原因使肝脏病变导致胆汁淤积为主要表现各类肝胆疾病，发病时胆汁淤积的出现也会进一步加重肝脏的损害。常见病因主要包括病毒、细菌、寄生虫、药物和/或毒物、自身免疫、酒精、胆系结石、肿瘤和遗传代谢等，任何能引起肝细胞和胆管细胞损害及胆道系统梗阻因素均可导致胆汁淤积发生；根据病变部位可分为肝内胆汁淤积和肝外胆汁淤积，本文件主要介绍胆汁淤积性肝病的诊断及中医诊疗。胆汁淤积性肝病属于临床常见病，但其发病率缺少确切数据。目前胆汁淤积性肝病治疗方法及治疗药物有限，临床表现复杂，患者常常受到皮肤瘙痒等症状的困扰，胆汁淤积消退困难，病程相对较长，患者经济负担重。治疗过程中，医生对胆汁淤积性肝病的病程预测较困难，且有相当一部分患者出现生化应答不佳，预示预后不容乐观，因此应重视中西医结合诊治胆汁淤积性肝病。

中华中医药学会肝胆病分会于 2008 年组织专家团队制定了《胆汁淤积性肝病中医诊疗指南》。16 年来，胆汁淤积性肝病的临床诊疗指南、管理指南等均有更新，疾病的诊断标准、诊断流程、相关疾病名称等较前均有变化，中西医有关胆汁淤积性肝病的基础和临床研究都取得了重要进展，亟需对胆汁淤积性肝病中医诊疗指南进行修订，以便更好地规范胆汁淤积性肝病的中医辨证和治疗，为临床提供精准实用的指导。

胆汁淤积性肝病中医诊疗指南

1 范围

本文件规定了胆汁淤积性肝病的定义、诊断流程、中医辨证依据和治疗。

本文件适用于胆汁淤积性肝病患者的中医临床诊疗。

本文件适用于中医院肝病科、消化科，综合医院中医科、中西医结合科，基层医院等相关科室临床医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注明日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修订版本）适用于本文件。指南中提及的证据和推荐意见基本按照GRADE系统进行分级（附录A）。

胆汁淤积性肝病管理指南(2021)

胆汁淤积性肝病诊断和治疗共识(2015)

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1胆汁淤积 (cholestasis)：肝内外各种原因（见附录B）造成胆汁形成、分泌和排泄障碍，胆汁不能正常流入十二指肠而进入血液的病理状态。临床可表现为瘙痒、乏力、尿色加深和黄疸等，早期常无症状，仅表现为血清ALP和GGT水平升高，病情进展后可出现高胆红素血症，严重者可导致肝硬化肝衰竭甚至死亡^[1]。

3.2胆汁淤积性肝病 (cholestatic liver disease)：各种原因所导致以胆汁淤积为主要表现的肝胆疾病统称胆汁淤积性肝病。

4 诊断

4.1中医诊断

中医无胆汁淤积性肝病对应病名，根据本病的临床表现，可将其归属于“黄疸”、“风瘙痒”等病证。本病病因多为外感邪气、药毒所伤、酒食不节、劳倦内伤、情志失调及先天禀赋不足等，病位主要在肝胆、脾胃，病久亦可及肾。对于本病的病机，考虑与“湿”“热”“痰”“瘀”“虚”“郁”等有关^[2, 3]。

4.2西医诊断

4.2.1 诊断标准：本文件依据《胆汁淤积性肝病管理指南(2021)》推荐的诊断标准^[4]：碱性磷酸酶（ALP） $>1.5\times\text{ULN}$ ，且谷氨酰转氨酶（GGT） $>3\times\text{ULN}$ 。需注意在一些特殊胆汁淤积性肝病如家族性肝内胆汁淤积症（FIC）1、2、4、5、6型和USP53缺陷病等，表现为结合胆红素或胆汁酸升高，GGT可不高。FIC3型、Alagille综合征、Citrin缺陷病、胆管板发育畸形（Caroli病和先天性及囊性肝纤维化）和NiemannPick病（C1/C2型）等GGT很高。

4.2.2 诊断步骤：胆汁淤积性肝病的诊断分三个步骤。首先通过血清学方法确定胆汁淤积是否存在；然后通过影像学和内镜等确定是阻塞性还是非阻塞性；最后综合分析得出诊断

（包括病史、症状和体征、血液生化、影像学、内镜、肝组织学和相关基因检测等）（附录C）。

5 中医辨证分型

根据本病临床证候表现及文献报道^[5-10]，将本病分为肝胆湿热证、胆腑郁热证、痰瘀阻络证、肝郁脾虚证、血虚风燥证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证7个证型。

5.1 肝胆湿热证

证候：身目俱黄，色泽鲜明，小便黄赤，大便色浅，纳呆呕恶，厌食油腻，乏力。兼见或头身困重、脘腹胀闷，或发热口渴，大便臭秽或干结。

舌脉：舌红苔黄腻，脉弦数。

5.2 胆腑郁热证

证候：身目发黄，黄色鲜明，上腹、右胁胀闷疼痛，牵引肩背，身热不退，或寒热往来，口苦咽干，呕吐呃逆，尿黄赤，大便秘结。

舌脉：舌红苔黄，脉弦滑数。

5.3 痰瘀阻络证

证候：身目俱黄，色不甚鲜明，口中黏腻，脘闷纳少，大便溏，时有灰白色，肢体困重，倦怠嗜卧，面色暗黑，胁下肿块胀痛或刺痛，痛处固定不移，女子行经腹痛，经水色暗有块。

舌脉：舌紫暗边有瘀斑，苔腻，脉涩。

5.4 肝郁脾虚证

证候：面目无华，肌肤萎黄，神疲乏力，食少纳呆，食后腹胀，情志抑郁，阵发右胁胀闷不适。

舌脉：舌淡苔薄白，边有齿痕脉弦细。

5.5 血虚风燥证

证候：黄色晦暗或不显，周身瘙痒，皮肤干燥，动辄心悸，双目干涩，口干舌燥，女子月经后期，经血量少。

舌脉：舌淡苔白，脉细。

5.6 肝肾阴虚证

证候：黄色晦暗，口干咽燥，肝区隐痛，两目干涩，头晕腰酸，五心烦热，齿鼻出血，皮肤瘙痒，入夜尤甚。

舌脉：舌红体瘦或有裂纹，少苔，脉濡或细数。

5.7 脾肾阳虚证

证候：面色晦暗，皮肤瘙痒，或右肋不适，或神疲乏力，形寒肢冷，食少脘痞，腰膝酸软，手足不温，或下肢浮肿，小便不利，大便溏稀，甚则久泻、久痢。

舌脉：舌体胖，舌质暗淡，苔白滑，脉沉缓。

6 中医治疗

6.1 中医辨证论治

6.1.1 肝胆湿热证

治法：清热利湿。

方药：茵陈蒿汤加减^[11-14]。（证据级别：B级；推荐强度：强推荐）

茵陈、栀子、大黄、蒲公英、赤芍、郁金、垂盆草、虎杖。

加减：湿重于热者，加三仁汤加减；呕逆重、加藿香、竹茹、紫苏子；口黏胸闷，加佩兰、砂仁；食欲不振，加焦三仙；发热口渴，加知母、黄芩、石膏、芦根；噎腐吞酸，加黄连、木香；脘腹胀满，加枳实、厚朴；大便黏滞而臭，加黄连、苍术；小便短赤，加车前草、白茅根。

6.1.2 胆腑郁热证

治法：泻热利胆

方药：大柴胡汤加减^[15, 16]。（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）

柴胡、黄芩、大黄、枳实、白芍、半夏、郁金、佛手、茵陈、栀子、甘草。

加减：砂石阻滞，加金钱草、海金沙、鸡内金、玄明粉；恶心呕逆明显，加厚朴、竹茹、陈皮。

6.1.3 痰瘀阻络证

治法：化痰祛瘀。

方药：二陈汤合鳖甲煎丸加减。（证据级别：D级；推荐强度：强推荐）

陈皮、半夏、茯苓、鳖甲、厚朴、丹参、丹皮、白芍、甘草、茵陈。

加减：大便难解，加橘红、杏仁；恶心呕吐，加法半夏、生姜；频繁呃逆，加旋覆花、代赭石；口中黏腻明显，加苍术、广藿香；脘闷不饥，加砂仁、豆蔻；大便溏泄，加茯苓、白扁豆、厚朴；倦怠嗜卧，加党参、黄芪；畏寒肢冷，加附子、干姜；胁肋刺痛，加没药、茜草、郁金。

6.1.4 肝郁脾虚证

治法：健脾疏肝。

方药：逍遥散加减^[19]。（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）

柴胡、当归、白芍、炒白术、茯苓、炙甘草、泽兰、郁金。

加减：肝气郁滞明显，加香附、枳实；肝郁化火，加丹皮、栀子；瘀血阻络，刺痛固定，加三七粉冲服、蒲黄；食少，腹胀，加莱菔子、神曲、谷芽、麦芽；兼胃热气滞，加黄连、蒲公英、郁金、陈皮；口干咽燥，加石斛、玉竹；兼气虚发热，加升麻，或用补中益气汤加减。

6.1.5 血虚风燥证

治法：养血祛风润燥

方药：当归饮子加减。（证据级别：D级；推荐强度：强推荐）

当归、白芍、地黄、川芎、荆芥、防风、黄芪、白蒺藜、地肤子、鸡血藤。

加减：双目干涩，加桑甚、枸杞子、菊花；口干少津，加石斛、天花粉、芦根；心烦不寐，加炒酸枣仁、柏子仁、夜交藤；午后低热，加银柴胡、地骨皮、知母。

6.1.6 肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾。

方药：滋水清肝饮或一贯煎加减。（证据级别：D级；推荐强度：强推荐）

山药、山茱萸、牡丹皮、泽泻、茯苓、柴胡、栀子、当归、茵陈、白芍、生地黄。

加减：腰膝酸软重，加女贞子、旱莲草；胁肋隐痛，加川楝子；脘腹胀，加香橼、厚朴花、鸡内金；白花蛇舌草；小便短赤，加车前草、通草；大便干结，加火麻仁、当归；齿鼻衄血，加紫草、茜草；神疲乏力，加太子参。

6.1.7 脾肾阳虚证

治法：温补脾肾。

方药：黄芪建中汤合茵陈术附汤加减^[17, 18]。（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）

黄芪、桂枝、茵陈、白术、干姜、炙甘草。

加减：呃逆，加丁香、柿蒂；恶心呕吐，加法半夏、砂仁；口腻，纳呆，加藿香、苍术、豆蔻；腹胀苔腻，加木香、厚朴；气短乏力，加党参、黄精、黄芪；腹冷痛、便溏，加吴茱萸、肉豆蔻；下利清谷或五更泻，合用四神丸；下肢水肿，加猪苓、泽泻；舌暗边有瘀斑，加当归、姜黄；胁下痞块，加莪术、红花、土鳖虫。

6.2 其他治法

6.2.1 中药注射剂

苦黄注射液：静脉滴注，用5%或10%葡萄糖注射液稀释，每500毫升葡萄糖注射液最多可稀释本品60毫升，一次10~60ml，一日一次。适用于黄疸型病毒性肝炎见黄疸胁痛，乏力，纳差等症，辨证为肝胆湿热证者^[20-23]。（证据级别：B级；推荐强度：弱推荐）

茵栀黄注射液：静脉滴注，一次10~20ml，用10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后滴注；症状缓解后可改用肌肉注射，一日2~4ml。适用于急性、迁延性、慢性肝炎见面目悉黄，胸胁胀痛，恶心呕吐，小便黄赤等症，辨证为肝胆湿热证者^[24]。（证据级别：B级；推荐强度：弱推荐）

舒肝宁注射液：静脉滴注，一次10~20ml，用10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后静脉滴注，一日1次；症状缓解后可改用肌肉注射，一日2~4ml，一日1次。用于湿热黄疸，症见面目俱黄，胸胁胀满，恶心呕吐，小便黄赤，乏力，纳差，便溏；急、慢性病毒性肝炎见前述症状者^[25, 26]。（证据级别：B级；推荐强度：弱推荐）

6.2.2 针灸

取穴为胆俞、解溪、曲池、支沟、足三里、三阴交、血海，单侧取穴，每日轮换一侧，每日1次，14天为一个疗程。可以改善胆汁淤积性肝病患者的瘙痒症状^[27]。（证据级别：C级；推荐强度：弱推荐）

6.2.3 中药保留灌肠

采用中药退黄方（大黄、赤芍、栀子、茵陈等）等中药灌肠减少肠道对细菌毒素的吸收，促进毒素的排泄，起到解毒退黄、保护肠道黏膜的功效，并可避免病人的呕吐反应，有助于保持药物的性能以提高药效。适用于有明显黄疸或大便不畅，尤其是不能口服给药的患者^[28-30]。（证据级别：C级；推荐强度：弱推荐）

7 西医治疗

7.1 治疗原则

最有效治疗是病因治疗，如手术或经内镜取结石或手术切除肿瘤解除梗阻，原发性胆汁性胆管炎（primary biliary cirrhosis, PBC）、原发性硬化性胆管炎（primary

sclerosing cholangitis, PSC) 可用熊去氧胆酸 (UDCA)，药物性和酒精性肝病及时停用有关药和戒酒最为重要，乙型和丙型肝炎进行相应的抗病毒治疗，自身免疫性肝炎可用皮质激素和/或免疫抑制剂取得缓解，代谢相关脂肪性肝病通过饮食、运动和生活方式干预等^[4]。

7.2 药物治疗^[31-33]

(1) UDCA：可用于治疗 PBC、PSC、妊娠肝内胆汁淤积 (intrahepaticcholestasis of pregnancy, ICP)、囊性纤维化、肝移植后淤胆、药物性胆汁淤积、FIC 和 Alagille 综合征等。UDCA 一般剂量为 10~15mg/(kg·d)，Byler 病和 Alagille 综合征剂量可增至 45mg/(kg·d)，囊性肝纤维化剂量为 20~25mg/(kg·d)。

(2) S-腺苷蛋氨酸 (S-Adenosyl methionine, SAmE)：SAmE 可用于肝细胞性胆汁淤积、ICP 和药物性胆汁淤积。初始治疗，SAmE，0.5~1.0g/d，静脉滴注；维持治疗，口服 SAmE 片，1.0~2.0g/d。

(3) 考来烯胺：口服 12~16g/d，分 3 次于饭前或睡前用水或饮料拌匀服用。与 UDCA 和其他药物服用的间隔至少在 4h 以上。

(4) 奥贝胆酸：主要用于治疗对 UDCA 无应答的 PBC。口服 5~10mg/d。

(5) 贝特类药物：口服非诺贝特 160~200mg/d 或苯扎贝特 400mg/d。

(6) 其他治疗：有免疫机制介导的胆汁淤积者充分权衡治疗获益后酌情考虑应用糖皮质激素或免疫抑制剂，也可考虑应用紫外线照射、体外白蛋白透析及鼻胆管引流等方法。胆汁淤积性肝病患者经积极内科治疗无效且 6~12 个月内可能死亡或 MELD≥15 分应行肝移植评估。

8 预后调护

8.1 生活方式调整

避免情绪波动，保持心情舒畅；规律作息，避免过度劳累；恢复期可适当进行体育活动，增强体质。

8.2 饮食管理

清淡饮食，控制食量，避免进食酒精及辛辣食物。

8.3 定期监测及治疗

定期进行肝功能及影像学检查，监测病情变化；按时服药，避免自行更换药物或剂量，以免影响治疗效果。

附录 A
(资料性附录)
证据级别标准

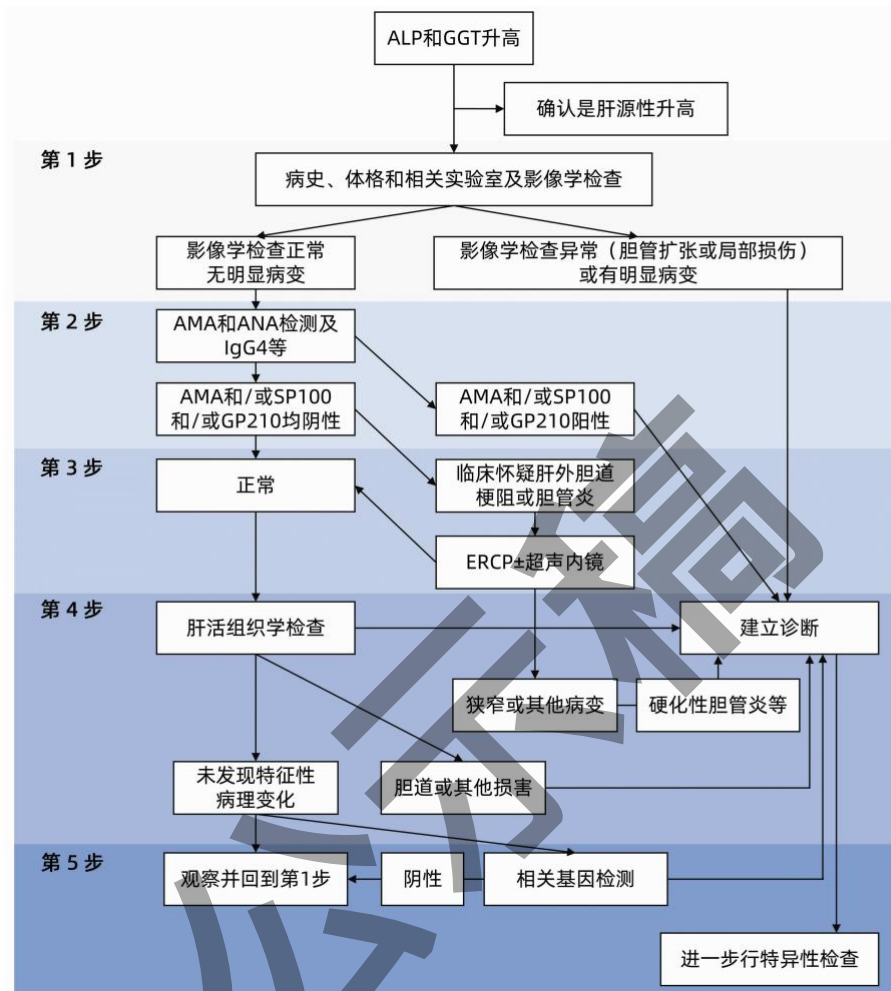
级别	内容
证据级别	
高 (A)	非常有把握：观察值接近真实值
中 (B)	对观察值有中等把握：观察值有可能接近真实值，但亦有可能差别很大
低 (C)	对观察值的把握有限：观察值可能与真实值有较大差别
极低 (D)	对观察值几乎无把握：观察值与真实值可能有极大差别
推荐强度	
强推荐	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱推荐	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

征求意见稿

附录 B

(资料性)

胆汁淤积性肝病诊断流程



附录 C

(资料性)

胆汁淤积性肝病的病因及分类

引起胆汁淤积原因较多，常见病因主要有病毒、细菌、寄生虫、药物和/或毒物、自身免疫、酒精、结石、肿瘤和遗传代谢等，任何能引起肝细胞和胆管细胞损害及胆道系统梗阻因素均可导致胆汁淤积发生^[34]。

根据发生部位可分为肝内和肝外胆汁淤积两大类。肝细胞功能障碍或毛细胆管、细胆管(<15 μm ，亦称闰管或Hering管)及小叶间胆管(15~100 μm)病变或阻塞所致胆汁淤积称肝内胆汁淤积。间隔胆管(>100 μm)、区域胆管(300~400 μm)、节段胆管(400~800 μm)、左右肝管、胆总管至壶腹部的病变或阻塞所致胆汁淤积称肝外胆汁淤积。大多数胆汁淤积性疾病是肝内胆汁淤积，而PSC可累及小和大肝内胆管和/或肝外胆管，因此部份患者可同时有肝内和肝外部分病变。

1. 肝内胆汁淤积：根据细胞学损害的部位可分为肝细胞性和胆管细胞性：①肝细胞性胆汁淤积主要病因有败血症和毒血症、病毒性肝炎、酒精或非酒精性脂肪性肝炎、药物或胃肠外营养、遗传性疾病[如良性复发性肝内胆汁淤积(benign recurrent intrahepatic cholestasis, BRIC)、进行性家族性肝内胆汁淤积(progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC)]，妊娠肝内胆汁淤积(intrahepatic cholestasis of pregnancy, ICP)、红细胞生成性原卟啉症、恶性浸润性疾病(如造血系统的霍奇金病及转移性肿瘤)、良性浸润性疾病(如淀粉样变性、肉芽肿性肝炎和肉芽肿病)、管壁发育异常(如先天性肝纤维化)、血管性疾病(如布加综合征和静脉闭塞性疾病)、肝硬化(各种原因)。②胆管细胞性胆汁淤积主要疾病和病因有PBC、PSC及合并自身免疫性肝炎重叠综合征、特发性成人肝内胆管缺失症、管壁发育异常(如胆汁性错构瘤和卡罗利综合征)、囊性纤维化、药物性胆管病、移植物抗宿主病和继发性硬化性胆管炎，后者包括各种胆石病、缺血性胆管病(遗传性出血性毛细血管扩张症，结节性多动脉炎和其他类型的脉管炎)、艾滋病和其他类型的免疫抑制相关的感染性胆管炎等。肝细胞和胆管细胞均有损害的称混合性胆汁淤积。

2. 肝外胆汁淤积：主要疾病和病因有PSC、胆管结石、先天性肝外胆管闭锁、胆总管/Oddi括约肌狭窄、胆管寄生虫病、胆总管囊肿、肿瘤性疾病(胆总管癌、肝细胞癌侵犯胆管、壶腹部癌、胆总管旁淋巴新移压迫)、胰腺疾病(胰腺癌、胰腺囊肿和慢性胰腺炎)等。

参考文献

- [1] WU H, CHEN C, ZIANI S, et al. Fibrotic Events in the Progression of Cholestatic Liver Disease[J]. Cells, 2021,10(5).
- [2] 姚佳敏, 过建春. 原发性胆汁性胆管炎中医病机认识及治疗进展[J]. 中西医结合肝病杂志, 2021,31(11): 1051-1053.
- [3] 周厚琴, 张璐, 陆小华, 等. 中医药治疗淤胆型肝炎的研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析, 2018,18(12): 1588-1590.
- [4] 陆伦根, 蔡晓波, 王建设, 等. 胆汁淤积性肝病管理指南(2021)[J]. 临床肝胆病杂志, 2022,38(01): 62-69.
- [5] 丁永昌. 观察湿瘀互结型胆汁淤积性肝病治疗过程中采用金虎退黄汤治疗的临床效果[J]. 黑龙江中医药, 2020,49(04): 2-3.
- [6] 方凯璐, 郑秀婷, 徐丽萍, 等. 传统中药防治胆汁淤积性肝病的实验研究进展[J]. 中西医结合肝病杂志, 2020,30(04): 375-377.
- [7] 刘敏, 徐涛, 陈淼, 等. 基于数据挖掘分析妊娠期肝内胆汁淤积症用药规律[J]. 云南中医中药杂志, 2020,41(02): 25-29.
- [8] 苏瑞钟. 清热化瘀中药治疗肝胆湿热型急性肝内胆汁淤积症临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2021,43(12): 27-30.
- [9] 杨浩宇, 王新苗, 顾成娟, 等. 茵陈、赤芍、金钱草治疗胆汁淤积及转氨酶升高经验——全小林三味小方撮萃[J]. 吉林中医药, 2020,40(01): 18-20.
- [10] 赵亮, 朱英, 程秋骆, 等. 白长川从“络瘀”论治胆汁淤积性肝病经验[J]. 中医杂志, 2021,62(23): 2037-2041.
- [11] 陈枝俏, 涂燕云. 古方加味治疗淤胆型肝炎30例疗效观察[J]. 2013,32(35): 18-19.
- [12] 宋芳丽, 宋威, 李汾香. 中西医结合治疗急性淤胆型肝炎64例临床疗效观察[J]. 2014,22(05): 50-51.
- [13] 杜航, 何文生, 夏晓影, 等. 茵陈蒿汤加减联合甘草酸二铵、熊去氧胆酸对淤胆型肝炎的疗效观察[J]. 中国药师, 2019,22(12): 2233-2236.
- [14] 王继海, 黄育华. 加味茵陈蒿汤治疗急性病毒性淤胆型肝炎临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2013,35(8): 3-4.
- [15] 李正才. 大柴胡汤合消风散加减配合纳络酮治疗胆汁淤积性瘙痒症32例[J]. 安徽中医临床杂志, 2003(06): 489-490.
- [16] 游竹英, 姜宏伟, 马伟明. 大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗肝内胆汁淤积性黄疸30例观察[J]. 浙江中医杂志, 2018,53(09): 658-659.
- [17] 何琪华. 加味茵陈术附汤联合基础治疗慢性淤胆型肝炎的疗效观察[J]. 2018,28(A01).
- [18] 李智, 刘靖. 加味茵陈术附汤治疗慢性淤胆型肝炎疗效观察[J]. 2009,27(03): 75-76.
- [19] 刘晗, 施伯安. 逍遥散联合熊去氧胆酸治疗原发性胆汁性肝硬化33例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2016,32(9): 54-56.
- [20] 付洪彦, 段玲. 苦黄注射液治疗慢性乙肝重度淤胆型肝炎30例疗效观察[J]. 中国社区医师(医

学专业), 2011,13(3): 137.

- [21] 何晶. 苦黄注射液治疗淤胆型肝炎疗效观察[J]. 吉林医学, 2010,31(27): 4738.
- [22] 陆芳, 沈斌, 钟剑峰. 苦黄注射液联合思美泰治疗淤胆型肝炎的疗效[J]. 江苏医药, 2019,45(6): 624-626.
- [23] 李琪波. 苦黄注射液治疗高黄疸病毒性肝炎的疗效分析[J]. 西北药学杂志, 2003,18(2): 82-83.
- [24] 王锡钦. 亮菌甲素联合茵栀黄治疗胆汁瘀积型肝炎34例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2006,14(4): 273-274.
- [25] 马云. 联合治疗慢性乙型肝炎肝内胆汁淤积症60例[J]. 2011,9(16).
- [26] 韦秋玲. 加用舒肝宁注射液治疗急性黄疸型甲型肝炎72例[J]. 2010,33(5).
- [27] 卢维煜. 清胆止痒方针刺治疗胆汁淤积性瘙痒症的临床疗效观察[D]. 福建中医药大学, 2018.
- [28] 施梅姐, 欧金龙, 黎胜, 等. 岭南名中医池晓玲治疗黄疸特色探析[J]. 中华中医药杂志, 2020,35(01): 212-214.
- [29] 陈逸, 吴芸, 黄婉秋, 等. 结肠透析联合自拟荡涤汤保留灌肠治疗慢性乙型肝炎中重度黄疸100例[J]. 中西医结合肝病杂志, 2021,31(01): 53-55.
- [30] 陈爽, 邱雨虹. 中药退黄汤保留灌肠联合中药熏洗辅助治疗新生儿病理性黄疸的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2020,13(32): 103-104.
- [31] PAUMGARTNER G, BEUERS U. Ursodeoxycholic acid in cholestatic liver disease: mechanisms of action and therapeutic use revisited[J]. Hepatology, 2002,36(3): 525-531.
- [32] APPANNA G, KALLIS Y. An update on the management of cholestatic liver diseases[J]. Clin Med (Lond), 2020,20(5): 513-516.
- [33] WAGNER M, FICKERT P. Drug Therapies for Chronic Cholestatic Liver Diseases[J]. Annu Rev Pharmacol Toxicol, 2020,60: 503-527.
- [34] 中华医学会肝病学分会, 中华医学会消化病学分会, 中华医学会感染病学分会. 胆汁淤积性肝病诊断和治疗共识(2015)[J]. 实用肝脏病杂志, 2016,19(06): 2-12.