

· 共识与指南 ·

中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见
(2014 年, 上海)

中华消化杂志编辑委员会

一、前言

(一) 本共识意见的产生背景和程序

临床症状、体征和实验室检查对诊断慢性胆囊炎、胆囊结石有重要作用,但缺乏特异性。超声检查通常是影像学检查的第一步。目前,国内消化内科尚未制订有循证医学证据支持的慢性胆囊炎、胆囊结石的诊断和治疗共识意见。为规范慢性胆囊炎、胆囊结石的诊断和治疗,中华消化杂志编辑部特邀国内部分消化内外科专家和放射科专家组成《中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见》专家委员会,依据我国慢性胆囊疾病的流行趋势、最近的研究成果和循证医学证据,并参照《消化疾病诊疗指南》(第3版)^[1]及国际相关指南和最新研究成果,共同讨论制订了本共识意见,旨在为慢性胆囊炎、胆囊结石的内科治疗提供合理与规范的诊治策略。

执笔人先拟定全文初稿,发至专家委员会各成员,得到修改反馈后拟初定稿。专家委员会会议上集体讨论,对全文之主要观点再提出修改意见,并进行无记名投票(表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意),以选择①+②的人数>80%为通过;执笔人根据专家委员会会议提出的意见再对初定稿进行修改,并进一步经各专家委员会成员确认后成为最后定稿。

(二) 本共识的参考文献来源和证据分级

通过关键词对 PubMed、万方数据知识服务平台和中国知网(China Knowledge Resource Integrated Database, CNKI)等数据库进行检索,由专家委员会对慢性胆囊炎、胆囊结石诊治的相关文献进行解读和分析,对目前临床上慢性胆囊炎、胆囊结石诊治所面对的常见问题加以解答。所有共识意见均基于循证医学证据,参照 2009 年 Oxford 证据分级和推

荐意见强度标准加以标记,具体标记方法详见文献[2]。本共识意见所涉及的诊治策略绝大部分有循证医学证据支持,其中所有药物剂量均针对肝肾功能正常患者。

二、流行病学

个别文献报道,我国慢性胆囊炎、胆囊结石患病率为 16.09%, 占有良性胆囊疾病的 74.68%^[3]。根据国外资料,在接受胆囊切除术的患者中,慢性胆囊炎占 92.8%, 女性多于男性(79.4%比 20.6%), 发病高峰在 50 岁左右,各年龄段所占比例分别为 20~30 岁占 12.1%, 30~40 岁占 18.0%, 40~50 岁占 30.7%, 50~60 岁占 20.4%, 60~70 岁占 12.2%^[4]。

胆囊结石是最常见的慢性胆囊炎危险因素,慢性结石性胆囊炎占有慢性胆囊炎的 90%~95%^[5];慢性非结石性胆囊炎则不常见,占有慢性胆囊炎的 4.5%~13.0%^[6]。

三、主要病因和发病机制

(一) 慢性结石性胆囊炎的病因和发病机制

1. 胆囊结石: 结石导致反复的胆囊管梗阻,并造成胆囊黏膜损伤,出现反复的胆囊壁炎性反应、瘢痕形成和胆囊功能障碍^[7]。对老年慢性胆囊炎患者的研究显示,炎性反应严重程度与结石最大径呈正相关,而与结石数量和年龄呈负相关^[8],孤立的大结石是慢性胆囊炎的高风险预测因素。

2. 细菌感染: 正常胆汁应该是无菌的,当胆囊或胆管出现结石嵌顿、梗阻,则可能导致肠道细菌逆行感染。研究显示,非胆囊手术者、急性和慢性胆囊炎患者的胆汁培养阳性率分别为 16%、72% 和 44%, 而伴有黄疸的患者,在胆汁中发现细菌的比例可高达 90%, 这提示不完全性胆管梗阻是细菌感染的重要危险因素^[9]。慢性胆囊炎的病原菌主要来源于肠道细菌的逆行感染,致病菌的种类与肠道细菌基本一致,以革兰阴性菌为主,占 74.4%, 主要包括大肠埃希菌(23.9%)、不动杆菌(32.7%)、奇异变形杆菌(19.3%)等^[10]。近年来的研究提示, *H. pylori* 感

染可能与慢性胆囊炎的发生有关^[11]。

(二) 慢性非结石性胆囊炎的病因和发病机制

1. 胆囊动力学异常:胆汁淤积是慢性非结石性胆囊炎的重要病因,在无结石存在的患者中,如果发现胆囊收缩素刺激闪烁显像(cholecystokinin-stimulated scintigraphy, CCK-HIDA)的胆囊喷射指数(ejection fraction)降低($<35\%$),则高度提示慢性非结石性胆囊炎^[12-14]。但是该检查方法在国内开展甚少。

2. 胆囊缺血:常见原因是重症疾病,如败血症、休克、严重创伤、烧伤,使用缩血管升压药,以及大型非胆道手术等,这些都可能造成胆囊黏膜缺血和局部炎性反应、坏死^[15]。

3. 其他:病毒、寄生虫感染是少数胆囊炎的病因之一。饮食因素也参与慢性非结石性胆囊炎的发生,如长期饥饿、暴饮暴食、营养过剩等。

四、诊断与评估

(一) 临床表现

1. 腹痛:是大多数慢性胆囊炎最常见的症状,发生率为 84% 。腹痛的发生常与高脂、高蛋白饮食有关。患者常表现出发作性的胆绞痛,多位于右上腹,或出现钝痛,可放射至背部,持续数小时后缓解^[5,15]。

2. 消化不良:是慢性胆囊炎的常见表现,占 56% ,又称胆源性消化不良,表现为嗝气、饱胀、腹胀、恶心等消化不良症状^[5]。

3. 体格检查:约 34% 的慢性胆囊炎患者体格检查可检出右上腹压痛,但大多数患者可无任何阳性体征^[5]。

4. 常见并发症:当出现慢性胆囊炎急性发作、胆源性胰腺炎时,可观察到急性胆囊炎和急性胰腺炎相应的症状和体征;Mirizzi 综合征的表现与胆总管结石类似,无特异性;胆石性肠梗阻则以肠梗阻表现为主。

5. 无症状胆囊结石:随着超声技术的广泛应用,胆囊结石常可在常规健康体检检查中被偶然发现,患者既无明显症状又无阳性体征,但在未来可有部分患者出现症状^[16]。

(二) 影像学诊断

1. 超声检查:是诊断慢性胆囊炎最常用、最有价值的检查,可以显示出胆囊壁增厚、纤维化,以及胆囊中的结石。一篇包含 30 项研究的 Meta 分析显示,胆囊超声的敏感度为 97% ,特异度为 95% ,准

确度为 96% ,阳性预测值为 95% ^[17]。慢性胆囊炎的超声特点主要是胆囊壁增厚(壁厚 ≥ 3 mm)、毛糙;如合并胆囊结石,则出现胆囊内强回声及后方声影,若胆囊内出现层状分布的点状低回声,后方无声影时,则常是胆囊内胆汁淤积物的影像。诊断时还需要注意将胆固醇结晶与息肉相鉴别,若超声检查时表现为胆囊内不随体位移动的固定强回声且后方不伴声影,多诊断为胆囊息肉样病变^[18]。

2. CT:敏感度为 79% ,特异度为 99% ,准确度为 89% ^[17]。CT 能良好地显示胆囊壁增厚及可能的结石,并能评估胆囊的营养不良性钙化,且有助于排除其他需要鉴别的疾病^[7]。

3. MRI:在评估胆囊壁纤维化、胆囊壁缺血、胆囊周围肝组织水肿、胆囊周围脂肪堆积等方面均优于 CT,主要用于鉴别急性和慢性胆囊炎^[19]。此外磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)可发现超声和 CT 不易检出的胆囊和胆总管的小结石。

4. 肝胆管 CCK-HIDA:是评估胆囊排空的首选影像学检查,可鉴别是否存在胆囊排空障碍^[20]。对怀疑慢性非结石性胆囊炎者,可用 CCK-HIDA 评估胆囊动力学改变,阳性表现为胆汁充盈缓慢、喷射指数降低(普通人群喷射指数为 70% ,低于 35% 即为低喷射指数),且对注射胆囊收缩素低反应。在胆囊切除术后,大部分胆囊动力学障碍的患者症状缓解^[7,21-22]。但国内缺乏相关研究结果。

(三) 诊断要点

1. 反复发作性的右上腹痛,可向右肩胛下区放射。腹痛发生可与高脂、高蛋白饮食有关。

2. 可伴消化不良症状,体格检查可有或无右上腹压痛。

3. 超声等影像学检查发现胆囊结石和(或) CCK-HIDA 评估为胆囊低喷射指数(喷射指数 $<35\%$)。

4. 需与急性胆囊炎、功能性消化不良、消化性溃疡、肝脓肿、急性心肌梗死等可能出现右上腹痛的疾病相鉴别^[17,23]。

五、治疗

对于慢性胆囊炎、胆囊结石患者,应按是否有症状、是否有并发症分别进行个体化治疗。治疗目标为控制症状,预防复发,防治并发症。

(一) 无症状的慢性胆囊炎、胆囊结石治疗

对于无症状慢性胆囊炎、胆囊结石患者而言,治

疗原则是饮食调整,有症状时可利胆对症治疗,继续观察等^[23]。对某些高风险患者可采取预防性胆囊切除^[16]。

1. 饮食调整:胆囊结石及慢性结石性胆囊炎的发病和饮食及肥胖有关。应建议规律、低脂、低热量膳食,并提倡定量定时的规律饮食方式^[24]。

2. 利胆治疗:①熊去氧胆酸是一种亲水的二羟胆汁酸,具有扩容胆汁酸池、促进胆汁分泌、调节免疫、细胞保护等作用机制^[25]。对于胆石症患者,使用熊去氧胆酸有助于降低胆源性疼痛的发生风险,避免急性胆囊炎的发生^[26],改善胆囊平滑肌收缩性和炎性浸润^[27-28]。②阿嗟米特可促进胆汁合成和分泌,同时提高胰酶的活性,促进吸收碳水化合物、脂肪和蛋白质。临床可供应用的复方阿嗟米特肠溶片,其成分中的胰酶、纤维素酶具有促进消化的作用,而二甲硅油可促进胃内气体排出,改善腹胀不适症状^[29]。因此,复方阿嗟米特肠溶片在利胆的同时还有助于改善消化不良等症状。③茵三硫具有促胆汁分泌和轻度的促胆道动力作用^[30]。

3. 预防性胆囊切除:①易患胆囊癌的高危人群;②器官移植后免疫抑制的患者;③体质量迅速下降的患者;④“瓷化”胆囊导致胆囊癌风险增加者^[16]。

(二) 有症状的慢性胆囊炎、胆囊结石治疗

治疗以控制症状、消除炎症反应为主。

1. 解痉止痛:用于慢性胆囊炎急性发作时的胆绞痛。可用硝酸甘油酯 0.6 mg 舌下含服,每 3~4 h 1 次,或阿托品 0.5 mg 肌内注射,每 4 h 1 次,可同时用异丙嗪 25 mg 肌内注射;镇痛剂哌替啶 50~100 mg 肌内注射,与解痉剂合用可增强镇痛效果(因可能促使 Oddi 括约肌痉挛进而增加胆管内压力,故一般禁用吗啡^[1])。需要注意的是,这些药物并不改变疾病转归,且可能掩盖病情,因此一旦无效或疼痛复发,应及时停药。

2. 缓解胆源性消化不良症状:慢性胆囊炎中普遍存在炎症刺激和胆囊壁慢性纤维化等改变,容易导致患者出现消化不良症状。对于有明确胆囊结石的消化不良患者,10%~33%的症状可在胆囊切除术后得到缓解^[31]。但由于胆源性消化不良还具有胆囊外消化系统功能紊乱的发病机制(可能与胆道动力学及 Oddi 括约肌张力有关),因此需要在消化不良出现的早期,应用复方阿嗟米特或其他胰酶等有助于改善胆源性消化不良症状的药物,可提高消化道内胰酶的浓度,增强消化能力,改善腹胀症状和

营养水平^[32]。

3. 抗感染治疗:根据慢性胆囊炎患者胆汁培养结果、患者感染严重程度、抗生素耐药性和抗菌谱,以及患者的基础疾病,特别是对于肝肾功能有损害等情况,在慢性胆囊炎胆道感染的治疗中合理应用抗生素具有重要意义。2010 年度原卫生部全国细菌耐药监测网报告显示,胆汁中革兰阴性菌对于第三代、第四代头孢菌素和氟喹诺酮药物的耐药率高达 56.6%~94.1%。因此对于慢性胆囊炎、胆囊结石伴急性发作者,应推荐使用哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦治疗,同时针对厌氧菌使用甲硝唑类也具有较好效果^[33]。而相比于急性胆囊炎发作,慢性胆囊炎患者可以待胆汁培养及细菌药物敏感试验结果完善之后,再选择使用抗生素,避免因盲目应用而产生耐药性^[10]。

(三) 外科治疗在慢性胆囊炎和胆囊结石治疗中的地位

慢性胆囊炎和胆囊结石一般首选内科治疗,但在内科治疗的基础上,如果出现以下症状和表现,则需考虑外科治疗。

1. 疼痛无缓解或反复发作,影响生活和工作者。
2. 胆囊壁逐渐增厚达 4 mm 及以上。
3. 胆囊结石逐年增多和增大,合并胆囊功能减退或障碍。
4. 胆囊壁呈陶瓷样改变。

(四) 常见并发症与处理原则

慢性胆囊炎急性发作或出现并发症,如急性腹膜炎、急性胆囊穿孔、重症急性胰腺炎等急腹症时,应及时请外科医师会诊及处理。如暂时不适合手术治疗或有手术禁忌证时,可考虑超声或 CT 引导下胆囊穿刺引流术或经内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP)。

1. 急性胆囊炎伴急性腹膜炎:急性胆囊炎发作时,会导致胆囊内胆汁淤积合并感染,临床上会出现腹痛、发热,腹部检查可发现腹膜炎症状;如果感染未能及时控制,胆囊壁会出现坏疽,最终可导致胆囊穿孔,临床上可出现感染性休克症状,危及生命。外科治疗原则上采用胆囊切除术,如果炎症反应较早或局限,可考虑采用腹腔镜下胆囊切除术;如果炎症反应时间较长,胆囊周围粘连严重或已出现胆囊穿孔,则需剖腹行胆囊切除或胆囊造瘘术。

无结石性胆囊炎也常因血运障碍而出现急性胆

囊炎发作,且常出现胆囊壁坏疽,亦需行手术切除治疗。

2. 胆源性胰腺炎:胆石症(包括胆道微结石)、高三酰甘油血症、乙醇是急性胰腺炎的 3 种常见病因,胆源性胰腺炎仍是我国急性胰腺炎的主要原因^[34]。针对急性胆源性胰腺炎患者的治疗,除了常规禁食、抑制胰酶分泌、解痉镇痛和补液支持治疗之外,内科还需要根据血培养和胆汁培养+药物敏感试验结果,选择适当的抗菌药物治疗,具体可参见中国急性胰腺炎诊治指南^[34]。对于急性胆源性胰腺炎伴胆总管梗阻、胆管炎的患者,宜行 ERCP、经皮穿刺肝胆管引流术或手术治疗^[35]。

3. Mirizzi 综合征:其形成的解剖因素是胆囊管与肝总管伴行过长或者胆囊管与肝总管汇合位置过低,临近胆囊壶腹(Hartmann 袋)的结石引起肝总管或胆总管不同程度梗阻,反复的炎性反应发作更导致胆囊肝总管瘘管,胆囊管消失,结石部分或全部堵塞肝总管。临床特点是反复发作的胆囊炎及胆管炎,明显的梗阻性黄疸。影像学检查可见胆囊颈部的巨大非活动性结石,超声表现为胆囊萎缩、“三管征”或 ERCP、MRCP 上见到胆囊管过长或胆囊管与肝总管并行。Mirizzi 综合征占胆囊切除术患者的 0.3%~3.0%,其会增加胆囊切除术中胆管损伤的风险(高达 22.2%)。对于此类患者,不提倡腹腔镜胆囊切除,建议开腹手术^[7]。

4. 结石性肠梗阻:占所有小肠梗阻的 1%,是在胆囊损伤与肠道间形成瘘管(以胆-十二指肠瘘最为常见,占 68%),因结石通过瘘管进入肠道所致,多于狭窄的回盲部造成机械梗阻。轻者常表现为不完全性梗阻。除非结石明显钙化,否则腹部 X 线检查难以发现,但 CT 可见胆囊内积气、胆囊缩小、梗阻部位结石。治疗以外科干预解除梗阻为主^[7]。

(五) 中药、针灸治疗

传统中药在胆囊炎治疗方面有悠久的历史,可根据患者临床表现选择利胆中药。针灸治疗常用穴位有胆俞、胆囊、阳陵泉、期门、足三里等^[36]。

六、预后

慢性胆囊炎、胆囊结石患者一般预后良好,但一旦出现症状,或症状反复发作,特别是对胆绞痛患者,需要积极处理,必要时行外科手术。胆囊癌的发生与慢性结石性胆囊炎有关,65%~90%的胆囊癌患者有胆囊结石,但仅有 1%~3%的胆囊结石患者发展为胆囊癌^[37]。研究证实,胆囊上皮化生与微结

石的关系更为密切,这些患者隐匿发病或长期处于症状轻微状态,如果超声发现胆囊壁显著增厚,需加以重视并及时请外科会诊^[38]。

参与讨论的消化内外科、放射科专家(按姓氏汉语拼音排序):白文元,郝建宇,胡品津,姜泊,刘玉兰,吕宾,吕农华,缪飞,钱家鸣,王建承,许建明,游苏宁,袁耀宗,张军,张澍田,周丽雅,邹多武

参 考 文 献

- [1] 曹振华. 慢性胆囊炎[A]//田德安. 消化疾病诊疗指南[M]. 3 版. 北京:科学出版社,2013:329-331.
- [2] Centre for Evidence based Medicine. Oxford Centre for Evidence based Medicine Levels of Evidence (March 2009) [EB/OL]. [2014 09 25]. <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>.
- [3] 朱丹木,陈怡,许晓红,等. 合肥地区胆囊疾病的流行病学调查[J]. 中华普通外科杂志,2002,17(5):271-272.
- [4] Stancu M, Căruntu ID, Giuscă S, et al. Hyperplasia, metaplasia, dysplasia and neoplasia lesions in chronic cholecystitis—a morphologic study [J]. Rom J Morphol Embryol, 2007,48(4):335-342.
- [5] Rakesh BII, Rajendra GC. A prospective clinicopathological study of 50 cases of chronic calculous cholecystitis in the local population [J]. J Evolu Med Dent Sci, 2013, 2 (35): 6706-6716.
- [6] Yan JJ, Zhu Q, Shen J, et al. Chronic acalculous cholecystitis: correlation of clinical assessment, laboratory data and final histopathology [J]. J Med Coll PLA, 2012,27(2):101-112.
- [7] Elwood DR. Cholecystitis [J]. Surg Clin North Am, 2008, 88(6): 1241-1252, viii.
- [8] Domeyer PJ, Sergentanis TN, Zagouri F, et al. Chronic cholecystitis in elderly patients. Correlation of the severity of inflammation with the number and size of the stones [J]. In Vivo, 2008,22(2):269-272.
- [9] Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines [J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2007,14(1):15-26.
- [10] 颜伟笔,徐小丰,周龙飞. 急、慢性胆囊炎胆汁细菌培养及抗生素敏感性 188 例比较分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(17):3857-3858.
- [11] Chen DF, Hu L, Yi P, et al. H pylori are associated with chronic cholecystitis [J]. World J Gastroenterol, 2007,13(7): 1119-1122.
- [12] Brugge WR, Brand DL, Atkins IIL, et al. Gallbladder dyskinesia in chronic acalculous cholecystitis [J]. Dig Dis Sci, 1986,31(5): 461-467.
- [13] Chen PF, Nimeri A, Pham QII, et al. The clinical diagnosis of chronic acalculous cholecystitis [J]. Surgery, 2001,130(4): 578-581.

- [14] Merg AR, Kalinowski SE, Hinkhouse MM, et al. Mechanisms of impaired gallbladder contractile response in chronic acalculous cholecystitis[J]. J Gastrointest Surg, 2002, 6(3): 432-437.
- [15] Knab LM, Boller AM, Mahvi DM. Cholecystitis[J]. Surg Clin North Am, 2014, 94(2): 455-470.
- [16] Borzellino G, Cordiano C. 胆石病的诊断与治疗[M]. 吴硕东, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 57-58.
- [17] Bongala DS, Santos RMF, Panaligan MM, et al. Evidence based clinical practice guidelines on the diagnosis and treatment of cholecystitis[EB/OL]. [2014 09 25]. http://www.psgs.org.ph/guidelines/ebcpg_chole.pdf.
- [18] 萧树东, 许国铭. 中华胃肠病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 762.
- [19] Kaura SH, Ilaghighi M, Matza BW, et al. Comparison of CT and MRI findings in the differentiation of acute from chronic cholecystitis[J]. Clin Imaging, 2013, 37(4): 687-691.
- [20] Chamrath M, Freeman LM. Hepatobiliary scan findings in chronic cholecystitis[J]. Clin Nucl Med, 2010, 35(4): 244-251.
- [21] Smith EA, Dillman JR, Elsayes KM, et al. Cross sectional imaging of acute and chronic gallbladder inflammatory disease[J]. AJR Am J Roentgenol, 2009, 192(1): 188-196.
- [22] Dooley JS, Lok ASF, Burroughs AK, et al. Sherlock 肝胆病学[M]. 郑明华, 主译. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 246-247.
- [23] Bellows CF, Berger DH, Crass RA. Management of gallstones[J]. Am Fam Physician, 2005, 72(4): 637-642.
- [24] 希拉·夏洛克, 詹姆斯·杜利. 肝胆系统疾病[M]. 牛俊奇, 张清泉, 主译. 11 版. 天津: 天津科技翻译出版有限公司, 2013: 544.
- [25] Lazaridis KN, Gores GJ, Lindor KD. Ursodeoxycholic acid 'mechanisms of action and clinical use in hepatobiliary disorders'[J]. J Hepatol, 2001, 35(1): 134-146.
- [26] Tomida S, Abei M, Yamaguchi T, et al. Long term ursodeoxycholic acid therapy is associated with reduced risk of biliary pain and acute cholecystitis in patients with gallbladder stones: a cohort analysis[J]. Hepatology, 1999, 30(1): 6-13.
- [27] Guarino MP, Cong P, Cicala M, et al. Ursodeoxycholic acid improves muscle contractility and inflammation in symptomatic gallbladders with cholesterol gallstones[J]. Gut, 2007, 56(6): 815-820.
- [28] Carotti S, Guarino MP, Cicala M, et al. Effect of ursodeoxycholic acid on inflammatory infiltrate in gallbladder muscle of cholesterol gallstone patients[J]. Neurogastroenterol Motil, 2010, 22(8): 866-873, e232.
- [29] 邹多武, 许国铭, 苏曦, 等. 复方阿嗝米特治疗功能性消化不良、慢性胆囊炎、胆结石、肝硬化腹胀的疗效观察[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(7): 421-424.
- [30] Csomos G, Leuschner U. Gallbladder and Liver Therapy[EB/OL]. (2000 06 15) [2014 09 25]. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14356007.a12_143/full.
- [31] Mathivanan M, Meddings L, Shaffer EA. Biliary Dyspepsia: Functional Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders[A]// Shaffer EE, Curley M. Dyspepsia Advances in Understanding and Management[M]. Rijeka, Croatia: InTech, 2013: 111-134.
- [32] 朱丽明, 钱家鸣, 许乐, 等. 复方阿嗝米特治疗消化不良的自身对照多中心临床研究[J]. 中华内科杂志, 2008, 47(11): 910-913.
- [33] 王应强, 李鸿浩, 李幼平, 等. 我国示范乡镇卫生院基本药物循证评价与遴选之十: 急性胆囊炎[J]. 中国循证医学杂志, 2012, 12(8): 939-947.
- [34] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组, 中华胰腺病杂志编辑委员会, 中华消化杂志编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(4): 217-222.
- [35] 张志功, 耿小平. 2013 年国际胰腺协会/美国胰腺协会循证医学基础上的急性胰腺炎处理指南解读(三)[J]. 肝胆外科杂志, 2014, 22(1): 62-65.
- [36] 中华中医药学会脾胃病分会. 胆囊炎中医诊疗共识意见(2011 年, 海南)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(11): 1461-1465.
- [37] Clavien PA, Baillie J. 胆道疾病疾病的诊断与治疗[M]. 李杨, 王一, 译. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 56.
- [38] Seretis C, Lagoudianakis E, Gemenetzis G, et al. Metaplastic changes in chronic cholecystitis: implications for early diagnosis and surgical intervention to prevent the gallbladder metaplasia dysplasia carcinoma sequence[J]. J Clin Med Res, 2014, 6(1): 26-29.

(收稿日期: 2014 09 28)

(本文编辑: 冯纛)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

关于文稿中统计学符号的使用

按 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定书写, 常用如下: ① 样本的算术平均数用英文小写 \bar{x} (中位数仍用 M); ② 标准差用英文小写 s ; ③ 标准误用英文小写 $s_{\bar{x}}$; ④ t 检验用英文小写 t ; ⑤ F 检验用英文大写 F ; ⑥ 卡方检验用希腊小写 χ^2 ; ⑦ 相关系数用英文小写 r ; ⑧ 自由度用希腊小写 ν ; ⑨ 概率用英文大写 P (P 值前应给出具体检验值, 如 t 值、 χ^2 值、 q 值等), 以上符号均用斜体。