

论 坛

单味大黄治疗急性胰腺炎 17 年研究

焦东海^{*} 沈学敏^{*} 景炳文^{*}**主题词** 胰腺炎/中医药疗法 大黄/治疗应用

自我们首次发表单味大黄治疗急性胰腺炎的文章^[1]后,据手边资料,全国已有 10 所医院进行了重复验证达 477 例,加我们的资料总计 791 例,一致表明重用大黄的中西医结合治疗可减少并发症,减少手术率,降低死亡率和加速康复等特点。现把我们 17 年来协作研究的有关情况小结如下。

1 课题的由来

祖国医学虽无胰腺炎的病名,但在 1700 多年前张仲景在《金匱要略》中就指出:“按之心下满痛者此为实也,当下之,宜大柴胡汤。”其描述与急性胰腺炎的主要症状与体征相似,并推荐用大柴胡汤“下之则愈。”张氏在《伤寒论》中进一步指出:“从心下至少腹硬满而痛不可近者,大陷胸汤主之。”这与急性胰腺炎合并腹膜炎的症状体征相当。《珍本医书集成·蠢子医卷一》述:“今结胸症与古不同,如果真实结胃胃,亦须硝(芒硝)黄(大黄)往下行,非是后学好奇异。”把大陷胸汤精简为大黄、芒硝二味药并指出要“下行”。

在上述祖国医学文献及天津南开医院采用 8 味药组成的清胰汤治疗急性胰腺炎取得显效的启发下,我们狠抓主要矛盾及坚持实践第一的观点,不断精简复方药味,于 1976 年开始采用单味大黄治疗急性胰腺炎的研究,1986 年被卫生部列为重点研究课题,于 1992 年 12 月通过了成果鉴定。

2 生药与制剂研究

为了保证研究结果的可靠、稳定,我们曾去青海、四川、甘肃,对大黄进行实地调研,最后选定正品大黄为本研究工作的统一药源。在用大黄煎剂治疗胰腺炎 100 例后,为方便服用,研制了冲剂。配合有效成分的提取,研制了糖浆与溶液。又重点研究了精黄片的临床疗效,达到了预期目的。以上单味大黄共有 5 种制剂。

3 临床研究

共收治 443 例急性胰腺炎患者,其中采用上述 5

种单味大黄制剂治疗 314 例,复方西药随机对照治疗组 129 例,复方中药对照组 20 例。314 例中属急性水肿型^[2]289 例(占 92.0%),属出血坏死型^[3]25 例(占 7.96%)。

3.1 治疗方法:大黄组患者入院后不用胃肠减压,不严格禁食(但呕吐严重,进食即吐者,则暂禁食并输液,待呕吐消失后即给予流质饮食,并逐步过渡到普食),尽快给病员服单味大黄汤 100ml(或冲剂 25g,或糖浆 12ml,或大黄液 50ml,或精黄片 10 片),每 1~2 小时服 1 次,每日 5~8 次,直至腹痛等症显著减轻后逐渐减量。一天内所用大黄汤的最大累积量为 1700ml,合 500g(冲剂 125g,糖浆 120ml,精黄片 100 片,大黄液 1000ml)。如有呕吐则吐出多少再补服多少,严重者则加用大黄汤(或液)灌肠,或用针灸等止吐。如发热在 39℃ 以上,白细胞总数在 $20 \times 10^9/L$ 以上或伴有并发症时则加用抗生素(共有 60 例加用了抗生素),否则仍坚持用单味大黄,症状、体征消失后采用精黄片每次 3 片,每日 1~2 次,保持每天有 1~2 次大便,作巩固治疗直至出院。

3.2 疗效分析

3.2.1 疗效评价标准:单纯用大黄治疗,腹痛消失及尿淀粉酶恢复正常的时间少于 3 天,为显效;用大黄加抗生素或加手术治疗而痊愈者,为有效;水肿型胰腺炎在大黄治疗期间转手术治疗,或出血坏死型胰腺炎重用大黄加抗生素治疗期间死亡,或加手术治疗后死亡者,为无效。

3.2.2 治疗结果:单味大黄治疗急性水肿型胰腺炎 289 例全部有效,其中显效率达 87.54%。中西医结合重用大黄治疗急性出血坏死型胰腺炎 25 例,有效者 19 例。在有效的水肿型病例中,平均 2 天内尿淀粉酶恢复正常,3.5 天内腹痛消失,4.5 天内发热消退,白细胞增高者平均 4 天内恢复正常,43 例黄疸平均 5.6 天内黄疸消退,92 例胆石症胆囊炎并发急性胰腺炎患者,随着急性胰腺炎的治愈胆囊炎也获治愈。单味大黄与复方西药随机对比的治疗结果表明,在腹痛消失时间、尿淀粉酶恢复正常时间方面均较西药组明显缩短(P 均 <

* 上海市香山中医院,上海市卢湾区(200020)

收稿日期:1993-11-20

0.05)。精黄片除上述特点外,在发热消退时间方面也较复方西药治疗组明显缩短($P < 0.05$)。通过文献对比及自身回顾性对比研究证明,重用大黄中西医结合治疗急性出血坏死性胰腺炎能加速康复,可减少并发症,降低手术率与死亡率。多数患者在排便前有脐下疼痛,随着排便而消失。未见其他不良反应。

3.3 本法治疗特点:

(1)对水肿型病人不必禁食。

(2)发热在 39°C 以下,白细胞总数在 $20 \times 10^9/\text{L}$ 以下的患者仅用单味大黄治疗,不加其他中(西)药。其疗效好,康复早,使用方便,价格低廉,具有显著的经济效益。

(3)在治疗中发现患者有“早泻早缓解,迟泻迟缓解”的特点,因此当服大黄而不泻时,则要大胆加大用量,甚至双途径(口服与灌肠并用)给药。应用大剂量大黄符合《内经》“有故无殒亦无殒也”及张仲景“夫诸病在脏欲攻之,当随其所得而攻之”“舌黄未下者,下之黄自去”等论述。遵循“六腑以通为用”理论,围绕通腑这一环节是取得高效、速效的关键。

(4)西医用胃肠减压从口腔引流出胰腺炎的病理产物及咽入之空气作为治疗急性胰腺炎的主要措施之一。而用大黄泻下的办法从肛门排出胰腺炎的病理毒物及咽入之气体,变“抽出”为“泻下”,这样更符合人体的生理功能,也免去了病人不少痛苦。祖国医学认为六腑的生理功能是“腐熟水谷,运化精微,分清别浊,变化糟粕,实而不满,泻而不藏,动而不静,走而不守,以通为用,通下为顺,滞塞为逆”。大黄的泻下与西药泻剂不同,它不仅是一般的“泻下”粪便,更重要的是调整了六腑功能,排除毒素,祛邪治病。

3.4 适应症及监护指标:

适应症:(1)急性水肿型胰腺炎;(2)急性胰腺炎的某些并发症,如肺炎、麻痹性肠梗阻、早期胰腺囊肿或假性囊肿;(3)出血坏死型胰腺炎早期一般情况较好,血压稳定,腹腔渗液不多。关于第2、3种情况除使用大黄尽早进行通里攻下外,尚须抓住如下两个环节:维持血循环的稳定,及时纠正水与电解质紊乱和防止酸中毒;采取综合措施止痛,并及时加用抗生素。

监护指标:如出现下述情况之一者要特别引起警惕,及时采取中西医结合措施,防止猝死:(1)用大剂量大黄治疗后1天仍无大便且呕吐频繁,腹部症状与体征仍不缓解;(2)发热,白细胞未下降,而尿淀粉酶却下降了;(3)脉搏与发热不成比例(脉搏较速);(4)四肢发冷,血压下降;(5)身体有畸形(我们发现3例死亡病例都有身体畸形)。

4 基础研究

4.1 毒理研究:对大黄作了急性、亚急性及慢性毒理试验,并对精黄片作了部分遗传毒理学试验与临床毒理学观察,均证明安全无毒。

4.2 机理研究:

(1)建立和改进了4种动物模型,在电镜下观察到胰腺细胞的修复及紧密连接处恢复正常,从亚细胞水平阐明了大黄对胰腺细胞有直接的保护作用,可防止胰酶及其降解产物侵入细胞内。

(2)大黄对内毒素性发热及肠道内毒素有明显的抑制作用,能显著降低血浆内毒素水平。

(3)急性出血坏死型胰腺炎常伴有厌氧杆菌感染,我们在国内首次发现大黄是一味抑制厌氧杆菌感染的良药。

(4)大黄能提高血浆渗透压,降低血液的高粘度,并能改善血栓素与前列腺素的比值以达到扩容及改善微循环,增加胰腺血流供应之目的。

(5)大黄能保护肠粘膜屏障,消除氧自由基,对多脏器功能损伤或衰竭有一定的防治作用。

4.3 有效成分研究:现代医学认为急性胰腺炎是由胰腺消化酶对胰腺自身消化所致的急性化学性炎症,胰蛋白酶是胰酶系统中的关键性酶,它可激活弹性蛋白酶导致出血坏死。急性胰腺炎(包括出血坏死型)的发生和发展与胰蛋白酶、弹力蛋白酶、脂肪酶与胰激肽释放酶的活性和释放紧密相关。我们对大黄的活性成分进行了分离,分到11个单体,证实其中8个单体对胰蛋白酶等多种胰酶具有明显抑制作用,其中2个单体(糖蛋白)为国内外首次分离得到。从而找到了治疗急性胰腺炎的物质基础。

我们根据急则治其标的原则,按急性胰腺炎急性阶段的主要症状与体征归纳为“中焦湿热壅塞,气滞血瘀”一种辨证类型,采用单味大黄活血化瘀,清热解毒,通里攻下,疏通气机,乃是符合辨证论治原则的。用药疗疾,应药少力专。明代张景岳曾指出:“看病施治贵乎精,……既得其要,但用一味二味,便可拔之”。因此,上述的综合研究不仅不是废医存药,而是丰富和充实了祖国医学有关“六腑以通为用”“不通则痛,痛随利减”的理论,并且科学地发展了大黄的药性理论。

5 参考文献

- 1 焦东海,等.单味生大黄治疗急性胰腺炎20例初步小结.新医药学杂志 1978;(11):33.
- 2 贝政平.内科诊断标准.同济大学出版社,1991:156.
- 3 王宝恩,等.急性出血坏死性胰腺炎的中西医结合治疗.中华内科杂志 1988;27(1):25.