

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.18.017

临证心得

从“痛”论治急性胰腺炎

赵亮¹, 尚东^{1*}, 张桂信¹, 项红¹, 关溪¹, 白长川²

1. 大连医科大学附属第一医院, 辽宁省大连市西岗区中山路 222 号, 116011; 2. 大连市中医医院

摘要 急性胰腺炎与中医学“痛”的病因病机、证候病理相符, 提出急性胰腺炎从“痛”立法, 分期辨治, 内外兼治。内治以消、托、补为原则, 早期以消为贵, 重在清热通腑、消痈散结, 若兼走黄变证则合用凉血解毒之品; 中期善用托法, 托毒外出, 邪气盛者宜透托, 正气虚者宜补托; 后期配合补法, 攻补兼施。外治中西结合, 外敷中药并使用胆胰子镜、经内镜逆行胰胆管造影、腹腔镜、超声内镜、胆道镜等多镜联合微创技术精准切开引流。

关键词 急性胰腺炎; 痛; 消痈; 托毒外出; 补虚扶正; 外治法

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是指各种病因引起胰酶激活, 继以胰腺自身炎症反应为特点的疾病, 严重者可诱发全身炎症反应综合征、多脏器功能衰竭等并发症, 其发病急、病情重、致死率高。我国 AP 发病率逐年升高, 死亡率达 5%^[1]。大连医科大学附属第一医院早期根据“以通为用”理论治疗 AP 数十年, 发现通里攻下法能通过防止胰腺坏死、抑制炎症因子、保护肠黏膜屏障、改善微循环等多途径发挥治疗作用^[2-3]。但随着近年来对本病的进一步研究和认识, 我们发现单纯的“以通为用”理论并不能完整解释 AP 症状的多样性和病机的复杂性, 也不能很好地指导处理各类并发症^[4]。通过进一步探索中医理论, 结合临床观察和实践, 我们提出从“痛”论治 AP 的观点, 现阐述如下。

1 从“痛”论治 AP 的理论依据

痛, 壅也, 指气血被邪毒壅聚而发生的化脓性疾病^[5]。AP 与痛在病因病机、证候病理等多方面相符。

1.1 病因病机

《灵枢·痛疽》指出, 痛的发病为“寒邪客于经络之中”, 《诸病源候论》进一步补充“内痛者, 由饮食不节, 冷热不调, 寒气客于内, ……则

化为脓”。饮食厚味、醇酒炙博, 感受寒邪等病因与 AP 暴饮暴食、过量饮酒、高甘油三酯血症等病因相符^[6]。《灵枢·痛疽》《金匱要略》将营卫不和、气血凝滞、化火为毒、热盛肉腐作为痛的基本病机, 与 AP 气滞、湿热、火毒、瘀血等蕴结中焦而致脾胃升降失常的病机相符^[4,7]。

1.2 证候病理

痛的典型证候为初期红肿热痛, 中期肉腐化脓, 后期脓溃而愈。AP 临床表现为腹痛、腹胀、发热, 若并发感染坏死则可见脓液积聚; 病理可见胰腺充血水肿、呈深红或紫红色, 镜下呈现腺泡水肿、炎性细胞浸润、组织出血坏死, 具备了痛之红、肿、热、痛、化脓的典型特点。可见两者的临床证候和病理特征相符合。

2 从“痛”立法分期辨治 AP

痛的内治遵循“消、托、补”三大治则。早期 (未成脓) 邪毒蕴结、经络阻塞、气血凝滞, “以消为贵”, 采用消法消散痈毒, 截断病程; 中期 (成脓期) 瘀热内盛, 肉腐成脓, 采用托法托脓外透, 毒随脓泄; 后期 (溃脓期) 脓毒外泄, 正气耗损, 采用补法。针对 AP 的治疗, 我们根据痛的分期特色, 在辨证的基础上灵活运用消、托、补法, 取得了良好的临床疗效。

2.1 早期以消为贵, 截断病程

发病早期, 多为里、实、热证, 气滞、湿热、

基金项目: 辽宁省中医药临床学 (专) 科能力建设项目

* 通讯作者: shangdongdalian@163.com

热毒、血瘀兼见。此期胰腺组织被自身分泌的胰液消化,导致局部炎症,甚则出现瀑布样全身炎症反应,胰腺组织充血水肿、炎性浸润,但尚未坏死成脓,相当于痛的初期。治疗采用消法,使热毒消散、气血流通,从而截断病程,不使邪毒走窜甚至化脓。中医历来强调“以消为贵”,使疾病消散于未成形之前,既能免受溃脓、手术之苦,又能缩短病程。

我们创制的中药成方清胰颗粒广泛应用于临床,体现了消法的思路。方中柴胡配黄芩,和解少阳、清解里热,为“消”之清热法;大黄配芒硝,通腑泄热,引导热毒从大便排出,为“消”之通里法;栀子泻三焦火邪,导热下行从小便而出,为“消”之泻热法;炒白芍入血分,活血和营,为“消”之和营法;木香、延胡索行气止痛,为“消”之行气法。

此期热在气分,往往伴随有高热、汗出、烦渴等症,应加强清热解暑、消痈散结之力。首推仙方活命饮,可合用五味消毒饮、白虎汤,常用药物有金银花、连翘、蒲公英、天花粉、浙贝母、没药、生石膏等。其中,生石膏擅清气分大热,退热效果佳,我们常用剂量为 50~200 g,需依据热势高低、体质虚实酌情加減。

走黄是指因火毒炽盛、毒势未能及时控制,走散入营、内攻脏腑而引起的一种全身性危急病症,是痛的常见变证,见于中度重症和重症 AP 的全身并发症。表现为病势急转直下,寒战、高热,或体温不升,伴头痛、烦躁、胸闷(全身炎症反应综合征或脓毒症),或身发瘀斑(Grey-Turner 征或 Cullen 征)、黄疸(胆道感染或梗阻),或神昏谵妄(胰性脑病),或气急喘促(呼吸衰竭),或手足逆冷、脉沉细数(循环衰竭)。

此期以火毒炽盛、毒入营血为要点。基本治则为凉血清热解毒,可选用清胰颗粒合黄连解毒汤、清营汤、犀角地黄汤,常用药物有水牛角、生地、黄芩、牡丹皮、黄连、丹参、玄参、麦冬等。水牛角清热凉血、解毒定惊,为血分证主药,可重用至 100 g。若兼黄疸加茵陈;神志不清加安宫牛黄丸或紫雪丹;气急喘促合用宣白承气汤;手足逆冷、脉沉细数,合用参附汤、生脉饮。

临证使用寒凉药物时,首先应注意中病即止,切忌伤中败胃,可加入鸡内金、六神曲等护胃消食之品。其次应重视大便畅通,AP 发病时肠道菌群紊乱,致病菌大量繁殖,加之肠屏障功能破坏,菌群

及其代谢产物移位入血,导致脓毒症、胰腺脓肿等^[9],应酌情使用通泻、导泻、滋泻、润泻之品,如大黄、芒硝、瓜蒌、生白术、火麻仁、柏子仁等,使菌毒从大便而出。最后,配合透热转气是关键,使营分热邪透出气分而解,用药如金银花、连翘等。

2.2 中期善用托法,托毒外出

发病中期,由于胰酶的消化作用,或继发细菌感染,出现局部并发症如液体积聚、坏死物积聚、假性囊肿、胰腺坏死等,病理表现为混合液体、坏死物、脓液积聚在腹腔,提示进入了成脓期。

治疗采用托法,包括透托和补托,用透脓或补益的药物扶助正气、托毒外出,使毒邪移深居浅、脓出毒泄。此期治疗贵在消托并举,在消法的基础上,加入托脓外出、托毒外达的方药。透托代表方为透脓散,补托代表方为托里消毒散。研究表明,透脓散能抗菌消炎,促进血液循环及物质代谢,增强机体免疫功能^[8];托里消毒散具有抗菌抗炎,促细胞分化、迁移,促血管生成,调节免疫等作用^[9]。常用药物有穿山甲、皂角刺、桔梗、天花粉、黄芪、当归、川芎等,穿山甲因其贵重宜研粉吞服,黄芪宜生用、重用。另外,冬瓜仁、薏苡仁、桃仁亦善于消痈排脓,配伍常有奇效。

瘀血作为独立的病理因素贯穿于 AP 始终,尤其成脓期。临证应重视活血化瘀。研究^[10]表明,活血化瘀可改善胰腺微循环障碍,纠正缺血缺氧,防止胰腺坏死,抑制炎症因子,选药宜一药两用,活血兼顾消痈,如桃仁、当归、川芎、牡丹皮等。

2.3 后期配合补法,攻补兼施

发病后期相当于痛的溃脓期,可配伍补益法,使正气渐复、气血渐充,促进胰腺坏死组织的吸收。脾气亏虚者,可用补中益气汤;气阴两伤者,可用生脉散,兼余热未清者合用竹叶石膏汤;中焦虚寒者,可用小建中汤或理中汤。此期治疗应遵循“消补同用”“攻补兼施”的策略,一方面补虚扶正,托毒外出;另一方面仍需加强消痈散结之力,使毒从内消,邪去则元气自复。

3 重视外治,中西医结合

在内服汤药的基础上,灵活运用外治法,内外兼治,常事半功倍。早期使用中药外敷,药物经皮吸收直达病所;成脓期配合微创手术,有效引流,使毒随脓泄。

3.1 中药外敷

油膏或箍围药外敷是传统中医外科治疗痛的特

色。AP 胰腺周围炎性渗出常导致红、肿、热、痛，可选清热解毒、消肿散结之品，如芒硝以棉布包裹外敷患处，以消腹胀，亦或选用如意金黄膏/散清热散结兼而有之。

3.2 微创手术

成脓期及时行脓肿切开并保持引流通畅是关键。AP 脓肿位于腹腔内，无法直接切开引流，开放手术亦因不能有效降低死亡率而逐渐被淘汰。针对这一难点，我们采用多种微创技术对传统切开引流法进行了拓展和延伸，提出了“SELECT”理念，即根据脓肿在腹腔内的位置，以胆胰子镜 (spyglass)、经内镜逆行胆胰管造影 (ERCP)、腹腔镜 (laparoscopy)、超声内镜 (EUS)、胆道镜 (choledochoscopy) 等多镜联合微创技术行脓肿引流，并结合中医药 (traditional Chinese Medicine) 治疗。若胰周液体明显积聚或伴有感染坏死，可行 B 超引导下经皮穿刺、放置引流管持续引流 (PCD)，或 EUS 引导下经胃或十二指肠壁造瘘并球囊扩张、置入支架持续引流 (ETD)；针对胆源性胰腺炎，ERCP 下行十二指肠乳头括约肌切开解除梗阻并持续引流 (EST)，或 spyglass 联合 ERCP 等。另外，传统中医外科切开以便于引流通畅、保证组织功能为原则，而我们的微创手术也以保证器官功能为前提，比如 EST 行十二指肠乳头切开应避免切口过大损伤括约肌功能等。

4 病案举隅

患者，女，51 岁。2019 年 12 月 30 日初诊。主诉：上腹部胀痛 18 天。2019 年 12 月 12 日患者无明显诱因下出现腹痛，为剑突下持续性绞痛，程度中等，伴恶心呕吐，发热，体温最高 39℃。于 2019 年 12 月 14 日就诊于大连医科大学附属第一医院。腹部 CT 示：急性胰腺炎征象，胰腺多发低密度囊状影，假性囊肿可能，腹膜渗出。以“急性胰腺炎”收治入院。先后行超声内镜胰周脓肿经胃穿刺内引流术、内镜下胰腺脓肿清创术、胰周脓肿经内镜外引流术。刻下症：患者上腹部胀痛，可触及包块，禁食水，三腔喂养管注入肠内营养剂，恶心欲吐，发热伴畏寒，体温最高 38.2℃，无汗，口干口渴，乏力懒言，大便干燥、每日 1 次，小便黄赤，舌红少津、苔薄黄腻，脉细。西医诊断：重症急性胰腺炎，胰腺假性囊肿，胰周脓肿。中医诊断：脾心痛，热盛酿脓证。治法：清热托毒，消痛排脓。方用清胰颗粒合大柴胡汤、仙方

活命饮、大黄牡丹汤加减：酒大黄 15 g，枳实 15 g，厚朴 15 g，北柴胡 15 g，黄芩 15 g，炒白芍 25 g，木香 5 g，姜半夏 15 g，陈皮 15 g，黄芪 35 g，党参 15 g，茯苓 25 g，麦冬 25 g，浙贝母 5 g，天花粉 25 g，皂角刺 5 g，牡丹皮 15 g，桃仁 10 g，冬瓜子 35 g，薏苡仁 35 g，瓜蒌 25 g，鸡内金 25 g，大腹皮 15 g。3 剂，每日 1 剂，水煎取汁 200 ml，分早晚两次三腔喂养管注入。

2020 年 1 月 2 日二诊：腹胀腹痛好转，仍发热，自觉恶心欲吐，乏力明显，大便色黄、成形质软，每日 1 或 2 次，舌红少津、苔薄黄腻，脉细。上方去瓜蒌，加生石膏 50 g、竹茹 25 g，当归 15 g、五味子 10 g、麸炒白术 15 g、炙甘草 10 g、防风 15 g，黄芪增至 45 g。3 剂，每日 1 剂，水煎取汁 200 ml，分早晚两次三腔喂养管注入。

2020 年 1 月 6 日三诊：腹痛腹胀明显缓解，发热渐退，精神佳，仍禁食水，肠内营养支持，恶心欲吐感较前好转，大便转稀薄，每日 3 或 4 次，舌红少津、苔薄黄，脉细。于二诊方中去酒大黄。6 剂，每日 1 剂，水煎取汁 200 ml，分早晚两次三腔喂养管注入。

2020 年 1 月 13 日四诊：诸症缓解，无发热，无腹痛，无恶心呕吐，精神佳，乏力好转，大便仍稀薄，每日 2 或 3 次，舌红质润、苔薄黄，脉细。2020 年 1 月 7 日复查腹部 CT：急性胰腺炎征象，腹腔多发低密度灶，考虑假性囊肿，对比 2019 年 12 月 14 日结果显示部分囊肿变小。于三诊方中加神曲 25 g。14 剂，每日 1 剂，水煎取汁 200 ml，分早晚两次三腔喂养管注入。

2020 年 1 月 28 日五诊：诸症缓解，无腹痛，无恶心，无发热，仅纳差乏力，大便成形，每日 1 次，舌红质润、苔薄黄，脉细。调整处方：北柴胡 15 g，黄芩 15 g，姜半夏 15 g，党参 15 g，炙甘草 10 g，茯苓 25 g，麸炒白术 15 g，陈皮 15 g，竹茹 25 g，枳实 10 g，厚朴 15 g，酒大黄 5 g，木香 5 g，鸡内金 25 g，六神曲 25 g，麦冬 25 g，五味子 5 g，天花粉 25 g，桃仁 10 g，浙贝母 5 g，炒白芍 25 g。14 剂，每日 1 剂，水煎取汁 200 ml，分早晚两次三腔喂养管注入。此后病情稳定，随症加减治疗。

2020 年 4 月 8 日复查腹部 CT：胰腺炎治疗后改变，胰头气体影消失，周围渗出影较前相仿。患者精神状态佳，无腹痛，无恶心，无发热，已无需三腔喂养管注入肠内营养液，可经口进食半流质，胃纳尚佳，二便调。

按: 本例属重症 AP。CT 提示胰周脓肿及假性囊肿, 依据“痛”的分期判断, 患者已进入中期(成脓期)。此时应内外兼治, 外治的关键在于及早行脓肿切开引流。我们利用超声内镜进入胃腔, 准确定位脓肿位置, 切开胃壁及脓肿壁进入脓腔进行吸引, 清除坏死组织, 放置双蘑菇头支架持续引流脓液至胃腔内排出。此种微创技术无需开腹, 创伤小, 在保证患者能耐受的前提下实现了对脓肿的精准持续引流。内治在辨证论治的基础上结合从“痛”分期辨治, 初诊患者腹痛腹胀、恶心呕吐、发热畏寒均为热毒内盛、气机不畅、中焦阻滞所致, 口干口渴、大便干燥提示阴津耗伤, 舌脉亦为热毒内盛兼阴伤之象; 胰周脓肿及假性囊肿为热盛化腐而成, 且已切开引流。综合四诊信息及局部脓液引流情况, 兼顾整体与局部辨证、痛的分期辨证, 治疗当消、托并用, 拟清热通腑、消痈排脓、扶正托毒。方中柴胡、黄芩、炒白芍、姜半夏、酒大黄、枳实、厚朴、瓜蒌宗大柴胡汤, 和解少阳、通腑泻热; 浙贝母、天花粉、陈皮、皂角刺宗仙方活命饮, 消痈散结、透脓外出; 桃仁、牡丹皮、冬瓜子、薏苡仁宗大黄牡丹汤, 消痈排脓; 黄芪、党参、茯苓、麦冬益气养阴, 扶正托毒; 木香、鸡内金行气消食, 促消化道动力恢复; 全方祛邪扶正兼施, 透托补托同用, 使脓毒内消外泄。二诊患者腹痛好转, 发热呕恶, 提示仍有热毒阻滞中焦, 故加生石膏清热泻火, 加竹茹清热止呕, 增加黄芪剂量并加炒白术、炙甘草、当归、五味子增强扶正补托之力, 取仙方活命饮意加防风, 大便已通畅故去瓜蒌。三诊腹痛呕恶好转, 发热渐退, 大便稀薄、次数增多, 考虑热邪渐衰, 脓毒渐消, 气机升降恢复, 而脾胃气血虚弱之象渐显, 故去酒大黄以防泻下伤正。四诊诸症明显缓解, 仅大便偏稀, 且腹部

CT 显示假性囊肿变小, 提示脓液减少, 疾病向愈, 效不更方, 加神曲消食和胃、助运中焦。五诊诸症缓解, 热毒已消, 脓液渐净, 脾胃运化恢复正常, 继予清热消痈、扶正托毒方药加减治疗。至 2020 年 4 月 8 日复查 CT 结果提示胰腺炎症及周围脓液基本消退, 患者恢复正常饮食及生活。

参考文献

- [1] 杜奕奇, 陈其奎, 李宏宇, 等. 中国急性胰腺炎诊治指南 (2019 年, 沈阳) [J]. 临床肝胆病杂志, 2019, 35(12): 2706-2711.
- [2] 钱正隆, 田君琪, 尚东. “以通为用”在急性胰腺炎治疗中的作用 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(4): 92-95.
- [3] 项红, 王治洲, 尚东. 清胰汤治疗急性胰腺炎的作用及分子药理机制 [J]. 时珍国医国药, 2018, 29(2): 408-411.
- [4] 李军祥, 陈詒, 唐文富. 急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见 (2017 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(12): 901-909.
- [5] 陈红凤. 中医外科学 [M]. 4 版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 62.
- [6] 张声生, 李慧臻. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见 (2017) [J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(11): 2052-2057.
- [7] 焦巨英, 刘建均, 姜妮, 等. 中药调节急性胰腺炎肠道菌群紊乱 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(7): 135-138.
- [8] 陈红锦. 透脓散作用机制及药理研究 [J]. 吉林中医药, 2013, 33(3): 283-285.
- [9] 李依洋, 杨珍, 张晓娜, 等. 基于分子对接及网络药理学的托里消毒散精简方促糖尿病创面愈合作用机制研究 [J]. 中草药, 2018, 49(14): 3298-3308.
- [10] 张东玲, 杨国红. 活血化瘀法治疗急性胰腺炎研究概况 [J]. 中国中医急症, 2016, 25(9): 1743-1745.

(收稿日期: 2020-04-03; 修回日期: 2020-06-15)

编辑: 贾维娜

欢迎邮购 《中医杂志》 过刊

2000、2001 年合订本, 每本 100 元, 2002、2003 年合订本每本 105 元, 2004 年合订本 115 元, 2005 年合订本 125 元, 2007—2010 年合订本每年 140 元。2011 (缺 5、6 期) —2013 年每册 9.80 元, 2014 (缺 21 期) —2017 年 (缺 3、5、15、18 期) 每册 15 元, 2018 年每册 20 元 (缺 5、7、9 期), 2020 年每册 20 元 (缺 7、8 期)。2011—2013 年合订本, 每年 4 本, 全年 280 元, 2014、2015、2016、2017 年合订本 (每年 4 本), 全年 400 元。2018、2019 年合订本 (4 本), 600 元。《中医杂志》2006—2008 年增刊每册 40 元。

以上免费邮寄, 如需挂号每件另加 3 元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街 16 号, 收款人: 中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信 (zyzzgzh) 购买。邮编: 100700, 电话: (010) 64089195。