

治疗急性胰腺炎中西医结合有较完整体系

▲ 四川大学华西医院中西医结合科 唐文富

基于疾病严重程度 平脉辨证

SAP 是腹腔内可怕的灾难，病情进展迅速，可累及全身各脏器，无特效药物而病死率高。经过长期的临床探索，独具中国特色的 SAP 中西医结合治疗体系已得到广泛运用。

分期诊治思路 南开医院吴咸中院士等将 SAP 分为初期结胸里实证、进展期热毒炽盛证和恢复期邪去正虚证。以通里攻下为主，辅以清热活血、补气健脾等治法，形成了一整套中西医结合治疗 SAP 的诊疗方法和临床路径。

热病观下的综合救治体系 华西医院蒋俊明教

授在中医整体观念及传统热病理论指导下，以卫气营血和脏腑辨证为基础，结合 SAP 的临床特点，提出气分证期、血分证期、脏衰期、恢复期等证候类型和病机转变规律的热病理论。

气分证期热在肺胃、热迫大肠等，以热伤气津为特点；热邪易内陷转入营血分证期而耗伤真阴，扰及心神，灼伤脉络，致热与血结，热壅血瘀、肉腐成脓；或迫血妄行出血、瘀血内停。津、气、血的大量耗损，正气亏虚，气血运行不畅，致脏腑功能衰竭而进入脏衰期。

经治疗后邪去正衰，或正虚邪恋而表现出气阴两伤、脾虚湿困、湿热留恋、瘀痕积聚等恢复期症候。据此独创热病观指导下的“益气救阴、活血化瘀、清热解毒、通里攻下”综合救治体系，强调临证重在变通，并遵循活血化瘀贯穿始终，注意保护脾胃阳气，时时顾护肺胃阴液的原则。

平脉辨证体系 在此基础上，笔者基于疾病严重程度分型标准，注重器官功能状态、伤寒腹诊，结合仲景脉学，兼辨痰饮、宿食、瘀血三邪，建立平脉辨证体系。

痞满燥实兼阳明腑实证，右寸关浮滑有力：承气类方、栀子豉汤。胆源性 AP 口苦、黄疸而少阳病或少阳阳明合病，左关或双关弦：柴胡类方。

腹腔积液，小便不利，呼吸困难而为太阳蓄水、蓄血，右尺脉涩或浮数：五苓散、越婢汤、桃核承气汤。腹胀纳差，舌淡苔白而太阴病，右关沉弱无力：参苓白术散、茯苓饮或理中汤。腹水肿胀、身痛怕冷、小便不利而少阴病，左寸、右尺沉弱无力：桂枝加附子、真武汤。

寒热虚实错杂、感染而为厥阴病，六脉不等，或弦而弱：柴胡桂枝干姜



唐文富 教授

自 20 世纪 80 年代起，重症急性胰腺炎（SAP）经历了非手术治疗、小网膜囊内清创+腹部引流的手术治疗、胰腺大部或全部切除的扩大手术治疗和以中西医结合非手术治疗为主、择期手术为辅等不同探索，目前已形成了较为完整的中医药治疗体系和日趋成熟的中西医结合综合治疗方案。

由于 SAP 临床表现复杂多样，早、中、后期各不相同，中医证候多样，治疗选方复杂多变，中医一方一药不能解决 SAP 的全部问题。需基于器官功能状态、局部并发症和腹诊情况进行平脉辨证。针对不同病程病情选择不同的中医药治疗手段和方法；进行全国协作，加强机理研究，建立全国可执行推广的 SAP 辨证论治规范，供中西医同道共享，以造福我国的急性胰腺炎（AP）患者。

汤、乌梅丸等。

国内也有根据不同病程分期分型辨证论治者，应重视通里攻下以攻邪太过太久、扶正不足之可能。

常用中医药治疗手段及使用方法

临床常根据辨证结果静脉输注益气养阴、活血化瘀中药注射剂；同时辨证论治中药汤剂 50~100 ml 口服，1~2 h 一次，或少量频服。若口服后腹胀明显、呕吐，则胃肠减压 30 min 后管喂。过早口服药可能加重病情，鼓励推迟到发病 24 h 后开始口服中药或加芒硝。

在管喂给药前或同时进行中药保留灌肠，

100~200 ml/次，加芒硝 10~20 g，肠麻痹解除后能自主排便时停止；也可新斯的明双侧足三里穴位注射后 15 min 保留灌肠，间隔 6 h 可重复注射。若患者心率 < 100 次/min，有心肌缺血或冠心病史、前列腺肥大史，可改为胃复安穴位注射。

此外，可根据积液、坏死物积聚位置和腹腔室隔综合征分型，分别中药

外敷腹部、腰肋部；或胰腺头、体、尾部积液、囊肿等相应区域。白天外敷膏剂 6~8 h，间断外敷芒硝。电针治疗能有效镇痛、改善胃肠动力并抑制炎症反应，1~2 次/d 或穴位埋针。

临床上据病程早晚、病情轻重和胰周病变特点组合选择这些治疗手段，达到入院 24 h 内自主排便、镇痛抗炎、促进积液和坏死物吸收消退、包裹等目的。

中医药治疗重症急性胰腺炎的切入点

肺与大肠相表里 防 SAP 并发肺损伤

首先，肺与大肠相表里指导中医药促进积液吸收、水肿消退、改善胃肠动力、降低腹内高压以防治 SAP 并发肺损伤。SAP 出现胰腺坏死、出血、感染时，累及心、肝、肠、肺、肾、胃、脑等器官，出现肠道功能衰竭和急性呼吸窘迫综合征（ARDS），导致多器官功能不全综合征或多器官功能衰竭。而肠道功能障碍是多器官

功能衰竭的扳机点，与 ARDS 密切相关。

在肺与大肠相表里指导下，运用上述方法改善 SAP 患者胃肠动力、排出肠道宿食粪便、降低腹内高压、提供动脉血氧分压，最终减轻 ARDS 和胰腺的炎症损伤，找到了中医基本理论与现代危急重症临床结合的最佳切入点。

在此基础上，将肺与大肠相表里理论应用于电

针、针药合用抑制 SAP 炎症反应、改善胃肠动力、降低腹内压而缓解急性冠脉综合征、越婢汤协同宣肺以防 ARDS；强化通里攻下以降低腹内压、缓解急性冠脉综合征、保护肺损伤，成功实现多数中度和部分重度 ARDS 的无创呼吸支持治疗，以减少 ICU 中转率、肠道细菌移位和感染等并发症。

肺为气之主 肾为气之根

其次，在中医学肺为气之主、肾为气之根的理论指导下，选择越婢汤开鬼门、五苓散洁净府协同保护 SAP 早期的肺损伤、肾损伤，并指导 SAP 患者早期液体复苏，注意肺肾平衡保护，强调以血液动力学紊乱缓慢缓解为

目标的限制性液体复苏策略，辅以中药协同保护器官功能。

当患者心率 ≥ 120 次/min，尿量 ≤ 0.5 ml $\cdot$ Kg $^{-1}$ $\cdot$ h $^{-1}$ ，血乳酸 ≥ 4 mmol/L，HCT $\geq 44\%$ ，MAP ≤ 60 mmHg，满足 3 项时即启动液体复苏（3 ml $\cdot$ Kg $^{-1}$

$\cdot$ h $^{-1}$ ），每 4~6h 重复评估。若心率 < 120 次/min，尿量 > 1 ml $\cdot$ Kg $^{-1}$ $\cdot$ h $^{-1}$ ，HCT < 44%，MAP > 65 mmHg 中 2 项达标，即停止复苏过程，液体速度改为 1.5 ml $\cdot$ Kg $^{-1}$ $\cdot$ h $^{-1}$ 或更慢，逐渐实现液体负平衡。

“脾胃论”指导“肠道唤醒”

最后，中医“脾胃论”指导“肠道唤醒”，即基于饥饿感的再进食新标准：尝试在各种中医药治疗手段促进 SAP 疾病胃肠功能恢复后，尽早行滋养喂养。

基于饥饿感的急性胰腺炎再进食策略：不要求患者腹痛腹胀、压痛反跳痛等症状体征缓解；不强

调血清淀粉酶、脂肪酶等正常才开始进食；大大缩短住院时间，彻底颠覆传统进食观念；并为中药、针灸的疗效机理研究寻找到了一个新的评价标准：再进食时间。

与 2016 年 SCCM/ASPEN 指南中 AP 的营养支持理念一致，将自主饥饿感作为再进食的唯一

标准，无需腹部症状体征的缓解和酶学指标的异常，结果显示与传统再进食标准同等的安全性，且能缩短住院时间。在疾病恢复期，中药活血利水治疗假性囊肿或包裹性坏死，实时结合经皮穿刺置管而不轻易手术，有助于降低费用，促进患者康复。（下转第 17 版）