

陈齐鸣治疗急性胰腺炎临床经验探析

成松梅

(泰兴市人民医院, 江苏泰兴 225400)

指导: 陈齐鸣

摘要 陈齐鸣教授认为急性胰腺炎以湿热为因, 瘀滞为果, 治疗上以通为用, 以通降为大法, 降气通腑、清热化湿、逐瘀泄毒。内外兼施, 综合施治, 临床应用常获佳效。附验案1则以佐证。

关键词 急性胰腺炎 中医药疗法 降气通腑 湿热瘀滞 陈齐鸣 名医经验

中图分类号 R259.76

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)08-0026-03

急性胰腺炎(AP)是临床常见的急腹症, 据统计其发病率为54/10万(英格兰)~79.8/10万(美国), 并呈逐年上升的趋势。其死亡率约5%~10%。近年来随着医学的迅速发展, 药物及监护等治疗手段的进步, 减少了急性胰腺炎早期器官衰竭的发生率, 急性胰腺炎的疗效也有了很大的提高, 但因疗程较长, 费用较高, 给社会和家庭造成了一定的负担。现代医学认为急性胰腺炎是由于多种因素造成胆汁、胰液排出不畅; 逆流及胰酶损害胰腺组织是发病关键。其特点是起病急, 病情严重及多变性, 死亡率高; 而且从胰腺中溢出的酶进入人体血液循环后, 在远离胰的部位也可造成病变; 同时腹腔的炎性渗出以及腹内高压可引起肠系膜水肿缺血和低血容量性休克, 出现肠麻痹, 进而导致肠道屏障损伤、造成继发感染使并发症发生率明显增高。如何提高本病的治疗率, 降低死亡率, 一直是多年来医学同仁孜孜以求力解之事。中医学是中华文明的瑰宝, 采取中西医结合为本病的治疗提供了新的方向。经过大量的临床和实验研究表明, 中西医结合治疗急性胰腺炎能有效提高治愈率, 降低死亡率, 并降低治疗费用。故中西医结合治疗急性胰腺炎已逐渐成为其重要的治疗手段。中医学无“急性胰腺炎”这一病名, 结合中医历朝历代古籍文献研究, 历代医家往往将此病归于“胁痛”“腹痛”“脾心痛”“胃心痛”“厥心痛”“脾热病”“脾痺”“结胸病”等范畴。《杂病源流犀烛·心病源流》云: “腹胀胸满, 胃脘当心痛, 上支两胁, 咽膈不通, 胃心痛也。”《三因极一病证方论·卷九》云: “脾心痛者, 如针刺其心腹, 蕴蕴然气满。”

陈齐鸣教授是江苏省劳动模范, 江苏省“333”工程培养对象, 泰州市名老中医, 从事中医临床及教

学工作30余载, 对急性胰腺炎的治疗方面有独特体会。笔者有幸随师侍诊, 获益良多。现将陈师治疗急性胰腺炎的经验介绍如下, 以供同道分享。

1 湿热为因, 瘀滞为果

中医学认为, 胰腺炎的病因多由饮食不节、过食肥甘厚味; 外感六淫或虫疾; 或情志失畅, 肝失疏泄, 肝胆湿热蕴结等等; 其病机要点为肝、胆、脾、胃等功能失常, 导致气机郁滞、脾失健运, 传导失司, 湿热蕴结, 中焦宣泄不利, 升降失调, 腑气不通, 不通则痛而发为病。病变部位在肝、胆、脾、胃, 其病机主要是湿热蕴结, 腑气不通。正如《灵枢·厥病》所云: “腹胀胸满, 心尤痛甚, 胃心痛也……痛如以椎针刺其心, 心痛甚者, 脾心痛也。”

陈师临证30余年, 学验俱丰, 对于急性胰腺炎的辨证论治独具匠心。陈师认为, 本病以酒食不节, 外感六淫或虫疾、胆囊或胆道疾患, 或情志过极为发病因素, 病位在脾、肝、胆、胃, 涉及心、肾、大肠、小肠等。病邪主要为湿热、气滞、血瘀、热毒等, 其中湿热为其主要致病因素。脾主运化, 喜燥恶湿, 脾气不运, 易被湿困, 湿邪困脾, 加重脾脏的负担, 从而痰湿之邪内生。湿邪久遏蕴结生热, 气机壅滞, 气分热毒浸淫及血, 热邪灼伤血脉, 血为之凝滞; 血液受热煎熬而黏滞, 血行不畅而瘀血内生。热壅血瘀, 易于继续发展成痈, 继之可出现血败肉腐成脓, 病情进展。《灵枢·痈疽》曰: “荣卫稽留于经脉之中, 则血液而不行, 不行则卫气从之而不通, 壅遏而不得行, 故热。大热不止, 热胜则肉腐, 肉腐则为脓。”湿热遏伏, 化毒化火, 不通则痛。在30余载的医学生涯中, 陈师发现, 瘀滞作为急性胰腺炎疾病过程中的病理产物, 在病情发展变化过程中起着极其重要的作用。“久瘀化热, 久瘀化

毒”是急性胰腺炎疾病进展和变生他证的重要原因。因此,陈师认为急性胰腺炎的病因无非热、毒、湿、浊,其病性属实属热,病机要点为肝胆脾胃功能失常,导致气机郁滞,湿热蕴结,中焦宣泄不利,气血瘀滞,腑气不通而成。湿热为因,瘀滞为果。在疾病发生及发展过程之中,湿、热、瘀三者相互交结,相互影响,但对于不同的病患及同一患者的不同疾病发展阶段,则各有侧重,不可一概而论。总的来说,治疗应当急下祛邪,邪去则正安。陈师指出,在疾病的中后期介入中药往往不能取得满意的疗效,为了及早阻断一系列恶性的病理变化,尤其要强调的是急下,务必在疾病的早期介入中药治疗,这也是与中医主张的“不治已病治未病,不治已乱治未乱”思想一脉相承。

2 以通为用,以降为法

由于本病多以酒食不节,外感六淫或虫疾、胆囊或胆道疾患,或情志过极为发病因素,故在中医的治疗中主要以“通则不痛”“六腑以通为用,以降为顺”为治疗理论。此处的“通”法有两层含义:一是狭义的“通”,即通腑泻下,一方面荡涤肠胃实热,阻止阳明腑实证发展至火毒炽盛、气血逆乱、脏腑衰败等诸多危症;另一为广义的“通”,并非单纯的通下之法,而是根据病患的病因病机,采取相应的治法,或活血化瘀或滋阴增液或疏肝理气。以达到疏通全身脏腑经络的气机,清除体内瘀滞,而使气血津液通畅的目的。根据本病的病因病机,陈师在临床治疗上以降气逐瘀、通腑泄毒为主,方以大承气汤为基础方加减。方中生大黄,性寒、味苦,可行瘀血、泻热毒、荡涤肠胃邪热积滞,是为君药;芒硝咸寒清热泻下,软坚润燥通便,是为臣药,君臣相须为用则峻下热结之力增强。厚朴苦温下气,枳实苦辛破结,两药消痞除满,破气散结,助大黄、芒硝推荡积滞、降腑通气,为佐使药。现代研究发现,芒硝具有降低肠管内压力的功能;枳实、厚朴具有增加小肠蠕动、促进胃排空等功效。本方治证虽然表现复杂多样,如热厥、痉病、发狂、热结旁流等,但皆因里热积滞、腑气不通所致,故用本方峻下热结,以存阴救阴,体现了“釜底抽薪、急下存阴”之法。相关动物实验证实,大承气汤能够抑制TNF- α 、IL-1 β 、IL-6等炎性细胞因子的释放,从而抑制不完全性肠梗阻大鼠的炎性反应。对于前人的经验总结,陈师尊古而不泥古。不仅是单纯的传承,而是有着自己独特的理解与创新。通腑药的选择上,陈师常用大黄、芒硝、厚朴等;大黄攻积导滞、泻火凉血、行瘀通经;芒硝咸寒,软坚散结、化瘀攻下,厚朴荡涤阳明之燥热实积,二者共助大黄荡涤肠腑之积滞,降低肠管压力,故共为治疗急腹热实病症的要药,降气药的选择上,陈师常用枳实、厚朴、

大腹皮、大腹子;清热解毒,陈师常选用银花、紫地丁、败酱草;活血药物,陈师常用桃仁、红花;清热化湿,常选车前子。诸药合用,共奏降气通腑、清热化湿、逐瘀泄毒之功效。临证之时,陈师依据患者湿、热、瘀的偏重,用药各有侧重。大黄的使用方法,以往一般10~20g,后下。近年来,陈师在临床实践中摸索总结发现,生大黄粉加入方中其余药物煎煮所取的药汁后使用效果亦佳。

3 内外兼施,综合施治

临床上入院的急性胰腺炎患者,入院后多行禁食,胃肠减压,这样口服的给药途径被截断,西医只能予以肌肉或静脉注射治疗。而中医中药的治疗手段多种多样,有胃管注入、灌肠、外敷等等,明显优于西医治疗。由于胰腺的肿胀即网膜囊积液,压迫胃及十二指肠,患者服用中药极易发生恶心呕吐等消化道症状,且此病的早期治疗手段是禁食,胃肠减压。故早期放置鼻空肠管,以滴注中药汤剂,不但解决了中药在胃内潴留的难题,也通过空肠管进食、避免经口服刺激胰腺分泌而加重胰腺炎症,有助于胰腺的修复。通腑泻下类药物在急性胰腺炎的早期治疗中的作用主要是增加肝、肠血液组织灌流,抑制内毒素移位和细菌移位,维护肠道的功能。另外,还可通过降低血中内毒素水平、调节前列腺素(PGI₂)与血栓素B₂(TXB₂)之间的平衡,保证组织器官微循环的灌注,保护肺组织,降低肺组织中的内毒素、丙二醛(MDA)的含量,使还原型谷胱甘肽(GSH)的含量增加,减轻肺脏的病理改变,预防急性呼吸窘迫综合征在急性胰腺炎早期的发生。

由于胰腺的炎性渗出液和胰液外溢,刺激腹膜及腹腔神经丛,会抑制肠蠕动,出现麻痹性肠梗阻。针对此类患者,陈师常常采用中药保留灌肠。采用高位保留灌肠是利用大肠黏膜下血管丰富,黏膜面积大,易于吸收的特点,通过直肠黏膜直接吸收药物,从而发挥药物的治疗作用。经过多年临床实践,陈师发现在不合并肠梗阻的患者中,保留灌肠也起到很好的治疗效果。

药物外敷作为一种重要的中医传统疗法,在急性胰腺炎救治中起着十分重要的作用。既往对于外敷药物的选择主要集中在金黄散、大黄、芒硝等药物,陈师经过长期的临床实践证明,芒硝作为一种性价比优越的药物值得推广。芒硝的主要成分是含水硫酸钠,外敷于急性胰腺炎患者腹部数小时即可形成结晶块,说明其能快速吸附腹部水分(包括炎性递质),而使腹腔渗液吸收加快,肿胀的腹壁及肠管得以消肿,防止腹膜炎,防止肠麻痹,防治胰腺假性囊肿的形成,松弛奥狄氏括约肌,降低胰胆管压力;另

一方面可通过刺激神经反射使局部血液供应丰富,改善微循环,保护胰腺细胞。因此在急性胰腺炎有明显腹胀腹痛的患者中,陈师常以单药芒硝热炒后,置于纱布或棉布缝的口袋外敷于患者脐部,冷却后可反复使用。剂量250~500g。

4 典型病例

汪某,男,28岁。2015年1月3日初诊。

患者2015年1月2日中午饮酒(300g白酒)后出现上腹饱胀不适,至16:00自觉中上腹疼痛,呈持续性,起初程度不剧烈,能耐受,后疼痛渐加重,自服雷尼替丁、多潘立酮,疼痛无缓解,至1月3日11:00腹部疼痛剧烈,拒按,疼痛不向腰背部放射,伴腹胀,有恶心感,欲吐。后至我院急诊科就诊,查血淀粉酶654IU/L。拟“急性胰腺炎?”收住入院。病程中患者无畏寒发热,无头痛头昏,无咳嗽咳痰,无胸闷胸痛及气急,无呕血黑便,无肛门停止排气,无尿频尿急及尿痛。近日小便调,大便3日未解。入院时患者中上腹部疼痛,呈持续性,程度剧烈,拒按。伴腹胀,有恶心感,欲吐,纳差,夜寐欠安。既往有饮酒史5年,200~350g/d。舌质红、苔黄厚腻,脉滑数有力。辅助检查:急诊血AMS 654IU/L;血常规:白细胞计数 $15.07 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比81.5%;电解质、心肌酶谱、血糖正常;心电图:窦性心律,T波稍尖。中医诊断:腹痛,辨证:湿热壅阻;西医诊断:急性胰腺炎(轻症-中度重症)。入院后置入鼻胃管及鼻空肠营养管。并予以禁食、胃肠减压。西医治疗予以兰索拉唑抑酸护胃,生长抑素减少胰液分泌,头孢哌酮舒巴坦及左氧氟沙星抗炎,硫酸镁解痉,以及补液、营养支持、维持水电平衡等治疗。中医治疗根据“急则治标”“六腑以通为用”的原则,湿热壅阻者清化湿热通腑。治拟泻热通腑,行气导滞。予“柴苓承气汤”加减。处方:

生大黄20g(后下),芒硝10g(冲服),桃仁10g,红花6g,柴胡6g,黄芩10g,枳实12g,厚朴10g,木香10g,栀子10g,延胡索10g,生甘草5g。常规煎煮,日1剂,水煎300mL,早晚各以150mL滴入空肠管。另外,以通里攻下、清热泄毒汤灌肠。采用小承气汤为主方加味。拟方如下:

生大黄25g(后下),枳实12g,厚朴12g,桃仁10g,红花10g,青皮10g,赤芍10g,玄参10g,蒲公英15g,生甘草5g。每剂水煎2次,每日保留灌肠2次,每次取汁100~150mL,温度37~40℃,尽量使药液在肠内保留1h以上。另以芒硝200g研末炒热后置于布袋中外敷于中上腹。

2015年1月4日:患者腹痛腹胀程度明显改善。血AMS测定:165IU/L;尿AMS测定:1593IU/L。CT:

胰腺周围有絮状渗出,肾前筋膜增厚,胆囊体积增大。诊断:胰腺炎。2015年1月5日患者灌肠后解数次大便,量多色黄质软。复查血淀粉酶正常。舌红、苔黄,脉数。但患者素体肥胖,长期酒食不节,湿热困遏已久,湿遏热伏,缠绵难愈,故饮食起居需慎重。中药汤剂减红花,加银花10g、生苡仁20g,以加强清热化湿之功。续服5剂。1周后复查腹部CT,示:胰腺头体部弥漫性肿大,胰周渗出较前明显吸收。血尿淀粉酶正常。考虑病情好转,予以出院。1个月后门诊就诊,无明显腹痛腹胀,查CT胰腺未见明显异常,临床治愈。

按:患者素体肥胖,酒食不节,湿热内生,复因饮酒,湿热阻滞中焦,中焦气机不利,传导失司,升降失调,不通则痛,发为本病。内服方中大黄苦寒泄热,祛瘀通便、荡涤肠胃邪热积滞,为君药。芒硝咸寒,泻热通便,润燥软坚通便,为臣药。枳实、厚朴行气导滞、消痞除满,助大黄、芒硝荡涤积滞,攻下热结,为使药。山栀、黄芩、柴胡同助清肠胃之热,延胡索、木香行气止痛,甘草调和诸药。因湿热困遏,气机郁滞,易致瘀血内停,故予桃仁、红花联用凉血活血化瘀。本方泻下、泻热、行气、化瘀并重,共奏泻热通腑、行气导滞之功。

灌肠方中大黄具有泻下攻积、清热泻火、解毒活血之功效,是为君药。枳实、厚朴行气导滞、消痞除满,青皮疏肝破气散结,赤芍清热凉血、散瘀止痛,玄参清热凉血、泻火解毒,蒲公英清热解毒,生甘草解毒、调和诸药。因湿热困遏,气机郁滞,易致瘀血内停,故予桃仁、红花联用凉血活血化瘀。全方共奏通里攻下、清热泄毒之功。

5 结语

陈师在中西医结合治疗急性胰腺炎上有其独特的见解。中药内服、灌肠及外敷法配合西医治疗急性胰腺炎能明显增强药物疗效,胃肠减压时间、腹痛腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、血尿淀粉酶恢复时间均较单纯西医治疗明显缩短,可减少毒血症的形成及由此引发的多脏器功能衰竭,越来越多的临床案例体现了中医药在治疗急性胰腺炎方面的独特优势,值得进一步研究及推广。在急性胰腺炎治疗方法的选择上,陈师仍在不断摸索与探求。特别是内治外治结合中最佳诊治模式的选择,包括进食汤药的时机、量的多少、频次如何掌握;穴位注射、针灸及推拿按摩的介入等等。不拘泥于单纯的某一法,力求治疗规范、科学、有效、经济。

第一作者:成松梅(1974—),女,本科学历,主任中医师,中医内科专业。649353348@qq.com

收稿日期:2018-02-25

编辑:傅如海