

# 中药复方治疗急性胰腺炎概况

张喜平 石 焱 程琪辉

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是常见急腹症之一。现代中医以临床实践为基础,结合现代人的生理特点,总结出大量疗效可靠的经方、验方,现分述其立法原则、组方规律及用药特点。

## 一、下 法

急性胰腺炎可归属于中医学“阳明腑实证”等范畴,系由湿热蕴结肝胆、腑气不通所致,属里实热证。应用最为广泛的就是“下法”,遣以苦寒攻下药为君药组成的寒下剂,以宗“六腑以通为用”之旨。

临床上多以大承气汤(大黄 10~20g,厚朴 10~15g,枳实 10~15g,芒硝 10~12g)为基本方,辨证加减化裁。如增液承气汤就在大承气汤基础上去厚朴、枳实,加生地 10~15g、玄参 9~15g、麦冬 12~20g 等养阴药,祛邪兼可扶正;大承气汤去枳朴,添甘草 6~9g 同煎,构成调胃承气汤,其功缓下,主治阳明腑实证之燥、实同见而无痞、满之证,即轻型胰腺炎;大承气汤加柴胡 15g、白芍 10g 为柴芍承气汤,泻下兼可疏肝利胆;在此基础上再加清热解毒之黄芩 10g 则为柴芩承气汤,可减轻炎症反应。另如蔡雷等的复方大承气汤,古达乾的清胰泻热汤,刘英巧等的柴黄清胰汤,葛惠男等的清通腑剂等,治疗急性胰腺炎总有效率均在 80% 以上,治疗组血白细胞计数、血、尿淀粉酶和血钙复常时间等各项指标均优于对照组 ( $P < 0.05$ )<sup>[1-4]</sup>。

## 二、和 法

胆源性胰腺炎属中医黄疸范畴。因湿热内蕴,煎熬日久,结成砂石,阻滞胆道。胆附于肝,病可互传,采用“和法”,遣以疏肝利胆药为君药组成的和解剂,表里双解,使肝胆同得疏泄。

和解剂古方多用柴胡 9~15g、芍药 12~15g 等疏肝药,如四逆散和大柴胡汤。近来在疏肝药的基础上追加利胆退黄药,如廖琳等治疗重症急性胰腺炎的胰

腺炎 1 号方,含柴胡 10g、虎杖 20g、茵陈 30g、金钱草 30g,治疗 89 例患者,存活率为 92%<sup>[5]</sup>。王长洪等以含茵陈蒿 20g、柴胡 15g 的清胰利胆汤治疗 30 例急性胆源性胰腺炎患者,结果全部治愈。乔九胜等自拟消胰汤,应用龙胆草 15g、茵陈蒿 15g、柴胡 12g,治疗 30 例急性胰腺炎病人,总有效率 97%<sup>[6,7]</sup>。

## 三、消 法

“诸暴痛证,必有瘀滞”。急性胰腺炎均有瘀滞阻络这一病理机制而见腹痛胀满等症。用“消法”,遣以理气血、祛痰湿之剂,使“逸者行之,结者散之”。

1. 理气活血:热毒如若不解,必致气滞血瘀,瘀血阻滞经络,不通则痛,故临床上多将理气剂与活血剂共用。理气剂的代表方为旋覆代赭汤,活血剂主要有膈下逐瘀汤和复元活血汤。吴益高的大黄佛手汤含金佛手、紫丹参、延胡索、枳实、红花、邓碧珠予木香 8g、陈皮 10g、红花 6g、丹参 10g、延胡索 10g、桃仁 12g,王勇自拟通胰汤含川芎 10g、丹参 10g、郁金 10g、枳实 10g、元胡 10g 等<sup>[8-10]</sup>。以上方剂总有效率皆在 90% 以上,治疗组临床症状、体征缓解时间和住院时间,以及并发症发生率、病死率均优于对照组 ( $P$  均  $< 0.05$ )。

2. 祛湿化痰:痰湿不仅是胰腺炎发病过程中的病理产物,且为进一步造成各种复杂病理变化的致病因素,湿痰同源而异流,故临床上多将祛湿剂与化痰剂并用。如刘立昌予黄芩 15g、冬瓜子 20g,张静华自拟安胰汤用黄芩 10g、厚朴 15g,李运伦等的胰炎灵冲剂用黄芩、川厚朴<sup>[11-13]</sup>。这些方剂总有效率皆在 80% 以上,临床症状、体征消失时间,血、尿淀粉酶的变化,并发症、不良反应情况均优于对照组 ( $P$  均  $< 0.01$ )。

## 四、清 法

急性胰腺炎发病过程中,热毒相搏,或上迫于肺,或热伤血络,可致类似“热厥”等危证。应用“清法”,遣以清热解毒药为主的清热剂,则能避免种种变证的发生。

本类方剂常以黄芩 10~15g、黄连 10g、连翘 9~

基金项目:浙江省中医药卫生科技计划项目(3C130、2004C142)

作者单位:310006 杭州市第一人民医院普外科(张喜平);针灸科(石焱);妇科(程琪辉)

通讯作者:张喜平,博士,副主任医师,副教授,电子信箱:zxp99688@vip.163.com

12g、金银花 20 ~ 30g、蒲公英 15 ~ 30g、栀子 12 ~ 15g、赤芍 15 ~ 30g 等清热解毒泻火药物为主组成,代表方剂为四妙勇安汤。近代如周颖的疏肝清胰汤、姜海华等的加味承气清胰汤和姚传武的清胰汤,以上方剂临床疗效均良好<sup>[14~16]</sup>。

## 五、补 法

急性胰腺炎属热邪,耗气伤阴,另疾病早期治疗时多以通腑泄热为法,虽然对证,但加重耗伤正气,故患者多有气阴匮乏。用“补法”,遣以补益剂,益气养阴药共用,可振奋衰减的功能,对防止疾病后期出现脾胃虚弱之候大有裨益。常用补气药有黄芪 9 ~ 30g、党参 9 ~ 15g、白术 9 ~ 15g 等,补阴药有麦冬 15 ~ 30g、黄精 12 ~ 25g 等。如张顺等用黄芪 9g,周端求自制胰康合剂用参须、麦冬等<sup>[17,18]</sup>。以上方剂运用“补法”,能够调动体内防御功能,故治疗组临床症状、体征缓解时间和住院时间,以及并发症发生率、病死率均优于对照组( $P < 0.05$ )。

## 六、结 语

急性胰腺炎起病急,变化快,并发症多,中药方剂能及时根据病情随症加减,“同病异治”,做出针对性治疗。鉴于该病病情复杂,中医据疾病所表现的证候分析、辨别其病因,溯本追源,从而标本兼治。临床组方用药多视腑实热积、肝胆郁结、气滞血瘀、痰凝湿阻、热毒炽盛及气阴两伤的侧重有所不同而灵活应用下、和、消、清、补法。在急性阶段,针对肝郁气滞,郁久化热,中焦实热、热毒互搏,采用通腑导滞、疏肝退黄、清热解毒等攻邪措施,有助于疾病趋缓;炎症消退阶段采用活血化瘀和益气养阴药物,祛邪兼可匡扶正气,转归预后良好。但由于本病的病机复杂,病势凶险,变证迭出,一般用药时应分别配伍相应的药物,达到多方面兼顾:兼里者攻之,兼表者散之,兼滞者行之,兼热者凉之,兼虚者益之。

纵观目前中药复方治疗急性胰腺炎的研究,笔者认为还有以下几个问题需进一步加强:(1)临床病理侧重点及具体分型仍有较大分歧,分型或分期治疗的标准亟待确定,以便进一步提高中医复方治疗该病的疗效,并能使之作为临床推广应用。(2)在机制研究方面,现虽然已在多因素环节方面进行了探讨,但还不足以深入阐明其疗效机制,尤其在对激素分泌(胆囊收缩素、胃泌素、胰泌素、胰高血糖素)以及  $\text{Ca}^{2+}$  代谢

是否有影响等方面更值得今后进一步研究。(3)尚无一个标准来调节服药的剂量和频率,缺乏规定的疗效判定标准和观察指标等。但可以肯定的是,应用中中药复方能提高临床疗效,缩短病程,减少并发症,降低病死率。随着临床经验的总结与中医现代化步伐的加快,现代中医必将承前启后,继往开来,使中药复方治疗急性胰腺炎日臻完善,从而发挥更大的作用。

## 参考文献

- 1 蔡雷,蒋晓飞,顾勇刚. 中药辅助治疗重症急性胰腺炎的临床观察. 胰腺病学,2007,7(1):41-43
- 2 古达乾. 清胰泻热汤治疗急性胰腺炎 25 例. 中国中医急症,2003,12(1):80
- 3 刘英巧,陈国栋. 柴黄清胰汤在急性胰腺炎早期的应用. 现代中西医结合杂志,2007,16(35):5290-5291
- 4 葛惠男,朱雄雄. 中西医结合治疗急性胰腺炎 42 例. 实用中医药杂志,2004,20(2):79
- 5 廖琳,余元龙,胡泽民. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎 89 例临床体会. 新医学,2006,37(6):394-395
- 6 王长洪,麻树人,刘杨,等. 内镜介入加中药清胰利胆治疗急性胆源性胰腺炎 30 例. 中国中西医结合消化杂志,2005,13(2):130-131
- 7 乔九胜,于素明. 中西医结合治疗急性胰腺炎 30 例. 河北中医,2002,24(1):40
- 8 吴益高. 大黄佛手汤治疗急性重症胰腺炎 20 例. 中国中医急症,2004,13(6):391
- 9 邓碧珠. 清热解毒通腑、活血化痰治疗急性胰腺炎临床观察. 中国中医急症,2005,14(9):840-841
- 10 王勇. 应用中药通胰汤治疗急性胰腺炎的临床观察. 中国基层医药,2003,10(12):1287
- 11 刘立昌,李莉芳,张磊. 重用附子治疗急性重症胰腺炎 21 例. 中国中医急症,2003,12(1):78
- 12 张静华. 安胰汤治疗急性胰腺炎 53 例. 中国中医急症,2003,12(5):468-469
- 13 李运伦,符为民,王永生. 胰炎灵冲剂治疗急性胰腺炎 184 例临床观察. 中医杂志,2003,44(7):512-513
- 14 周颖. 疏肝清胰汤治疗急性胰腺炎. 中国中医急症,2006,15(4):436
- 15 姜海华,刘日才,周健. 攻下化痰解毒法治疗急性胰腺炎疗效观察. 中医药学刊,2006,24(5):955
- 16 姚传武. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎. 实用中西医结合临床,2006,6(3):53-54
- 17 张顺,申杰,相亭海,等. 中药方剂治疗早期急性重症胰腺炎 68 例. 世界华人消化杂志,2005,13(4):570-571
- 18 周端求. 中西医结合治疗急性水肿型胰腺炎 60 例. 新中医,2002,34(1):35-36

(收稿:2010-06-12)