

李兰治疗重症急性胰腺炎的临床经验※

● 廖前花¹ 刘盛冬² 李 兰^{2▲}

摘 要 重症急性胰腺炎是临床常见的危重症疾病,具有病情险恶、并发症多、病死率较高的特点。李兰教授认为该病以脾虚失运、湿热内蕴、腑气不通为其核心病机,并且脾气虚贯穿整个病理过程的始终,从而提出了以益气健脾、清热利湿、通里攻下为总治法,早期予中药直肠滴入配合外敷法,中晚期予中药内服、外敷及直肠滴入三者联合,以达到邪去则正安的目的,临床疗效显著,凸显了中医药在危急重症中的潜力和优势,对总结、传承、发扬名中医治疗重症疾病的经验具有重大意义。

关键词 名中医经验;李兰;重症急性胰腺炎;通腑保胰汤

重症急性胰腺炎是由各种原因导致胰酶在胰腺内被激活引起胰腺组织自身消化,出现水肿、出血乃至坏死的炎症反应,临床上表现为发热、腹痛、恶心、呕吐,病变程度轻重不等,重则会继发感染、休克与腹膜炎等症状,具有较高的病死率,严重威胁到患者的生命健康^[1]。我国新版指南指出目前治疗手段为抑制胰酶分泌、液体复苏、改善微循环、手术治疗等^[2-3],但在临床治疗中病死率仍较高。根据重症急性胰腺炎的临床表现,可将其归属于祖国医学中“腹痛”“胃心痛”“脾心痛”“胰瘕”等范畴。既往临床实践表明,中医治疗重症急性胰腺炎已取得较大进展,与西医治

疗相辅相成,对于改善预后、加快病情的缓解均具有重要作用^[4-7]。

李兰教授乃国医大师刘尚义教授学术经验继承人、中国中西医结合学会重症专业委员会副主任委员、贵州省中西医结合学会重症专业委员会主任委员,擅长于中西医结合诊治疑难危重症。李兰教授在重症急性胰腺炎的诊治上经验丰富,疗效显著,现将其经验介绍如下。

1 病因病机

《脾胃论·脾胃盛衰论》曰:“百病皆由脾胃衰而生也。”脾主运化,主升清,为后天之本、气血生化之源,脾气亏虚则百病由生。若感受

湿热之邪,或过食辛热肥甘,或嗜酒无度,酿生湿热,内蕴脾胃,可导致脾失健运;或因过度思虑所致情绪郁闷,心境低落,“思则伤脾”,亦可导致脾虚失运。脾气亏虚又可进一步导致运化水湿功能失常,湿邪内生,蕴久化热。2017 年中医诊疗专家共识意见^[8]指出该病的病因为饮食失节、情志失调、素体肥胖、胆石、虫积、创伤、外感六淫等,病性属本虚标实,标实为食积、酒毒、气滞、血瘀、湿热、痰浊、热毒,本虚为气虚、阴虚。“脾气虚”是发病的内因,“腑气不通”为该病的基本病机,“湿瘀毒内蕴”为本病复杂多变、危重难治的关键病机。病位主要在脾,与肝、胆、胃密切相关,并涉及心、肺、肾、脑、肠等。

李兰教授所处的贵州地区常年雨水较多,湿气较重,导致脾虚湿困,湿性重浊黏滞,缠绵难愈,本地人又喜食辛辣之物,湿、热结聚不散则酿生热毒,热毒炽盛又易导致血热妄行而致血瘀,邪热与燥屎相搏,阻滞于肠,腑气不通,故而发

※基金项目 国家中医药管理局第二届国医大师传承工作室建设项目(No. 国中医人教发[2015]24 号);国家中医药管理局第三批全国优秀中医临床人才研修项目(No. 国中医人教发[2012]148 号)

▲通讯作者 李兰,女,主任医师。主要从事中医药对急性危重症器官功能保护的研究工作。E-mail:yunlanglee@163.com

• 作者单位 1. 贵州中医药大学研究生院(贵州 贵阳 550001);2. 贵州中医药大学第一附属医院重症医学科(贵州 贵阳 550001)

为本病。李兰教授认为该病以“脾虚失运、湿热内蕴、腑气不通”为其核心病机,其主要表现为腹痛、腹胀、恶心呕吐、发热、便秘,舌红,苔厚黄腻,脉滑数或弦等症。该病符合急性危重病的特征,表现为邪盛正虚,具有发病急、病情重、存活率低等特点^[9]。

2 治疗方法

李兰教授根据该病病机,治以益气健脾、清热利湿、通里攻下为法。诚如《脾胃论》所述:“饮食失节……则脾胃乃伤……既脾胃气衰,元气不足,而湿热之邪独盛。”所谓“内伤脾胃,百病由生”,因此治疗本病,当以补脾益胃为本,兼以清湿热,通腑气,调气机,行气血。其中,清湿热当倡导清代叶天士所创立的“分消走泄法”^[10],可采用自拟的“湿热分消饮”^[11-12];通腑气宜采用大、小承气汤。李兰教授在治疗该病的同时,还强调预防与调养,即养精神、适寒温、节饮食、畅情志、慎起居、忌思虑。

3 证治方略

李兰教授经过多年的临床实践,结合患者四诊特点,因地制宜,以扶正为本,并巧妙地将“通里攻下法”与“分消走泄法”结合,方从法出,创新性地凝练出了“通腑保胰汤”。方中人参、茯苓健脾益气,和胃利湿;炒莱菔子补脾消食、行气消胀,以上共为君药共奏健脾利湿之效;广藿香、胆南星、苍术取方“湿热分消饮”芳香化浊、清泻三焦湿热之邪,且三药均为治疗湿热邪气之要药,同时能燥湿健脾,畅达气机;大黄、芒硝泄热通腑,荡涤肠胃;厚朴行气除满,以上共为臣药,以荡涤胃肠邪热积滞,助君药健脾利湿祛邪;佐以桔梗调畅气机,取

其“肺与大肠相表里”之意,肺气下达,则腑气自通;川芎行气止痛,使气行则湿祛;甘草调和诸药为使。诸药合用,共奏益气健脾、清热利湿、通里攻下之效。

4 验案举隅

张某某,男,44岁,因“中上腹疼痛5天”于2019年2月19日入院。现病史:患者于5天前因饮食失节出现腹痛,无寒战、高热、黄疸、腹泻等不适,于当地医院治疗4天无效,腹胀反较前加重,遂转诊我院肝胆外科。入院情况:腹胀痛,喘息气促,胸闷,呼吸困难,无恶心呕吐,无寒战、高热、黄疸、腹泻等不适,精神、纳眠差,大小便可。查体见腹膨隆,胀大如鼓。急查腹部增强CT(见图1)回示:①坏死性胰腺炎,腹盆腔广泛渗出、积液;②脂肪肝或胰腺炎继发肝损害,请随访复查;③脾脏增大;④双侧胸腔少量积液,双肺下叶少许炎性变。考虑患者为重症急性坏死性胰腺炎,病情十分危重,转入ICU进一步抢救治疗。予持续吸氧、心电监护、指脉氧监测、禁食禁水、B超引导下置入腹腔引流管三根、鼻空肠管置入,并治以抑制胰腺分泌及胰蛋白酶活性、拮抗炎性因子、抗感染、抑酸护胃、硬膜外镇痛辅助治疗等。



图1 治疗第1天

2019年2月22日初诊:经积极治疗后患者仍腹胀痛,并出现发热,最高体温达39℃,腹腔压力高达23~24cmH₂O,纳眠差,小便色黄,大便未解,舌淡紫,苔黄腻,脉滑数。中医诊断:腹痛,证属湿热蕴结。治以益气健脾、清热利湿、通里攻下为法。拟通腑保胰汤加减,药用:人参12g,茯苓10g,炒莱菔子20g,广藿香10g,胆南星10g,麸炒苍术12g,姜厚朴10g,大黄15g(后下),麸炒枳实10g,芒硝10g(另包),桔梗10g,川芎10g,甘草6g。3剂,每天1剂,每天1次,由直肠滴入。并予大黄、芒硝外敷腹部。

2019年2月25日二诊:患者腹胀痛症状减轻,鼻空肠管给予少量流质饮食后亦未见发热、恶心呕吐、喘息气促,腹腔压力8cmH₂O,较前明显下降,大便已排,并逐日增加;腹腔引流管见少量血性沉淀;舌淡紫,苔黄腻,脉滑。腹部增强CT(见图2)提示:①坏死性胰腺炎,腹盆腔引流术后;②脂肪肝或胰腺炎继发肝损害,请随访复查;③脾脏增大;④双侧胸腔少量积液,双肺下叶少许炎性变。湿热仍较重,效不更方,继予上方4剂由直肠滴入(每天1剂,每天1次),另予上方4剂由鼻空肠管注入(每天1剂,每天3次,每次25mL),并予大黄、芒硝外敷腹部。

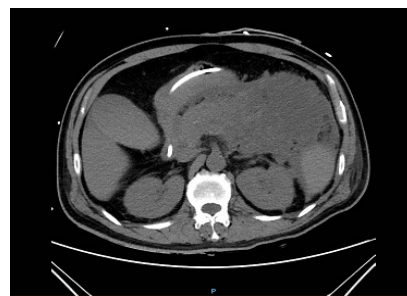


图2 治疗第4天

2019年3月1日三诊:患者可独立下床轻微活动,但觉肢软乏力,无腹痛,腹胀较前明显减轻,腹腔引流管见浅褐色引流液。近2日大便量为500~700mL/日;舌淡,苔白偏腻,脉滑。湿热之象较前减轻,故予减轻通腑之力,辅以益气温阳。药用:人参12g,茯苓10g,炒莱菔子20g,广藿香10g,胆南星10g,麸炒苍术9g,姜厚朴9g,大黄10g(后下),芒硝10g(另包),枳壳9g,炒白术10g,白附片10g(先煎),桔梗10g,川芎10g,甘草6g。4剂,每天1剂,每日1次,由直肠滴入;另予上方4剂,每天1剂,每天3次,每次25mL,由鼻空肠管内注入。并予大黄、芒硝外敷腹部。

药后患者无腹胀、腹痛,能口服少量流质饮食,大便通畅,能下床活动。复查腹部增强CT(见图3)提示:①坏死性胰腺炎治疗后,腹盆腔引流术后,胰周、腹腔及左侧腰大肌前方渗出影较前稍减少,考虑部分假性囊肿形成,建议复查;②扫及左肾、左侧输尿管腹段轻度积水改变,左侧输尿管腹段局部似与左侧腰大肌前方渗出病灶关系密切,左侧输尿管腹段局部炎性粘连;③脾脏增大,胆囊积液;④双侧胸腔少量积液,伴双肺下叶肺部分膨胀不全。病情明显好转,予转出ICU,后期随访病情稳定。



图3 治疗第9天

按《丹溪心法》曰:“欲知其内者,当以观乎外,诊于外者,斯以知其内,盖有诸内者,必形诸外。”因有湿、热、瘀、毒内蕴中焦,故纵观该患者有形体肥胖、舌淡紫、舌苔黄厚腻、脉滑之外象;过食辛热肥甘,或嗜酒无度,酿生湿热,内蕴脾胃,导致脾失健运,阻滞气机,瘀血内生,故患者舌质暗淡;湿、热、瘀、毒杂糅停滞,不通则痛,故患者疼痛剧烈;湿性重浊,阻滞于肺,气不得畅,或上逆,或下陷,故胸闷、气喘。凡治病必求于本也,重症急性胰腺炎主要以实热或湿热蕴结、腑气不通为主要证候。如正虚邪陷,则呈现气血逆乱之厥证。方中以健脾、清热及通里药为主,以达健脾清热利湿、通里攻下之效。脾气健则湿化,腑气通则邪除,气行则血行,故“通里攻下法”与“分消走泄法”的协同应用有效控制了重症急性胰腺炎的进一步进展,且有效地缓解了患者的腹痛症状,避免了多种并发症的发生。

5 结语

随着现代人们生活水平的提高,急性胰腺炎发病率呈不断上升趋势,已严重影响人民的健康。近年来学者对其发病特点的研究日益重视,不断探索寻求行之有效的中医治疗方法。李兰教授基于重症急性胰腺炎的发病机制,因地制宜,结合贵州地区多雨多湿、患者易患湿热病的特点,认为该病以脾虚失运、湿热内蕴、腑气不通为核心病机,且脾气虚贯穿整个病理过程的始终,从而提出了以益气健脾、清热利湿、通里攻下的总治法。李兰教授提倡早期治疗予中药直肠滴入配合外敷法,中晚期予中药内服、外敷及直肠滴入三者联合,

以达到“邪去则正安”的目的。该法在临证运用上已取得实效,体现在改善症状、减少变证、胃肠等器官功能保护方面,凸显中医药在危急重症中的潜力和优势,对总结、传承、发扬名中医治疗重症疾病的经验具有重大意义,但其机理有待进一步系统研究证实。

参考文献

- [1]张娟娟,胡仕祥.重症急性胰腺炎的中医病机及后期治疗的临床分析[J].中医临床研究,2019,11(22):62-65.
- [2]杜奕奇.2013年中国急性胰腺炎诊治指南解读[J].中国实用内科杂志,2014,34(9):859-861.
- [3]杨明,王春友.《急性胰腺炎诊治指南(2014)》解读[J].浙江医学,2015,37(11):909-911.
- [4]王伟,涂华,张林菲,等.中西医结合治疗对急性重症胰腺炎机体免疫功能的影响[J].中华中医药学刊,2020,38(7):244-247.
- [5]李世伟.中西医结合治疗急性胰腺炎80例[J].光明中医,2015,30(3):573-574.
- [6]彭志红,翟长根,蔡定玉,等.中西医结合治疗急性胰腺炎20例疗效观察[J].实用中西医结合临床,2015,15(10):64-65.
- [7]董耀,雷明君,胡美红,等.大承气汤加味联合西药治疗急性胰腺炎28例临床观察[J].中医杂志,2012,53(21):1827-1830.
- [8]中华中医药学会脾胃病分会.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.
- [9]李兰,朱广旗,郭军,等.从“二证二法”探析中医治疗急性肺血栓栓塞症的辨证思路[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(7):49-51.
- [10]邱岩,李宇航.浅谈温热药物在湿热病治疗中应用[J].世界中医药,2017,12(4):912-916.
- [11]唐奇,李兰.李兰教授运用分消走泄法治疗湿热病临证经验[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(20):72-74.
- [12]张宇,李兰.李兰同病异治法治疗绝经综合征经验[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(12):71-73.

(收稿日期:2020-04-20)

(本文编辑:蒋艺芬)