

## · 经验交流 ·

## 早期急性胰腺炎从三焦腑论治的理论与实践探索\*

杰辉<sup>1</sup> 朱慧<sup>1</sup> 葛惠男<sup>1</sup> 章一凡<sup>1</sup>

**[摘要]** 三焦腑作为六腑之一,理应有它的实体内涵、正常生理及具体病变。江苏省名中医葛惠男教授认为,急性胰腺炎早期的临床表现即是三焦腑功能失常的体现。从三焦腑功能异常的角度可解释急性胰腺炎的早期系列表现。而早期恢复三焦腑的功能可快速逆转急性胰腺炎病情、截断病程、显著改善预后。本文主要围绕理论梳理和临床应用要点介绍了葛惠男教授从三焦腑的角度论治早期急性胰腺炎的探索,具有较大的现实意义。

**[关键词]** 急性胰腺炎;急重症;三焦腑;理论挖掘;中医治疗;名家经验

**DOI:**10.3969/j.issn.1671-038X.2023.10.15

**[中图分类号]** R256.35 **[文献标志码]** B

## Theoretical and practical exploration of the treatment of early acute pancreatitis based on Sanjiao Fu

JIE Hui ZHU Hui GE Huinan ZHANG Yifan

(Department of Gastroenterology, Suzhou TCM Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Suzhou, Jiangsu, 215009, China)

Corresponding author: GE Huinan, E-mail: ge\_huinan@126.com

**Abstract** As one of the six fu organs, the Sanjiao Fu should have its physical connotation, normal physiology, and specific lesions. Professor GE Huinan, a famous Chinese medicine in Jiangsu Province, believes that the early clinical manifestations of acute pancreatitis are the disorder of the Sanjiao Fu. The early serial manifestations of acute pancreatitis can be explained from the perspective of the Sanjiao Fu. The early recovery of the function of the Sanjiao Fu can quickly reverse the acute pancreatitis condition, truncate the course, and significantly improve the prognosis. This paper focuses on theoretical combing and clinical application points and introduces Professor GE Huinan's exploration of early acute pancreatitis from the perspective of the Sanjiao Fu, which is of great practical significance.

**Key words** acute pancreatitis; acute and severe diseases; Sanjiao Fu; theory mining; Chinese medicine treatment; famous experience

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是消化系统常见急重症,改善预后的关键为早期合理干预截断病程。中医在该病的早期干预中居从属地位,且多从六腑以通为用的角度以清热泻下通腑为主。江苏省名中医葛惠男教授从三焦腑角度重新认识该病,认为应立足三焦腑早期干预该病,并以该理论验于临床,效果显著。现介绍如下。

### 1 AP的现代医学定义及早期主要临床表现

AP是指多种病因引起的胰酶激活,继以胰腺局部炎症反应为主要特征,伴或不伴有其他器官功能改变的疾病<sup>[1]</sup>。AP是常见急腹症之一,亦是消

化系统常见急症,20%~30%的患者临床经过凶险,总体病死率为5%~10%<sup>[2]</sup>。临床表现多以急性中上腹痛起始,伴有血清酶学明显升高和胰腺影像学急性炎症改变。疾病早期炎症多局限于胰腺及其周围形成局限性腹膜炎,一旦炎症扩散产生全身炎症反应综合征(SIRS),则可能会向危重症发展,向上可影响心、肺出现循环、呼吸功能衰竭,向下可导致急性肾损伤及肾功能衰竭,在中可导致肠道功能衰竭、细菌移位并继发感染。

### 2 三焦腑的所指及功能

三焦为何物,至今仍众说纷纭<sup>[3]</sup>。然作为六腑之一的三焦腑,正如江西中医大家姚荷生所言,应是一有实质的实体<sup>[4]</sup>。其实质应该是人体内遍布胸腔、腹腔的一大网膜(包括胸膜、肋膜、膈膜、腹膜等);所有脏腑都分居在其上、中、下3个地带,受其包裹与保卫。同时心包络与其相为表里,肌腠(腠理)为其的外应。其功能主要是行水,主宣通气、

\*基金项目:国家中医药管理局吴门医派杂病流派传承工作室第二轮建设基金资助项目(No:国中医药人教函[2019]62号);江苏省名老中医药专家葛惠男传承工作室建设项目(No:苏中医科教[2019]10号)

<sup>1</sup>南京中医药大学附属苏州市中医医院脾胃病科(江苏苏州,215009)

通信作者:葛惠男, E-mail:ge\_huinan@126.com

血、津液,游行相火<sup>[4]</sup>。姚荷生之子姚梅龄教授则表述得更直白,指出中医的三焦实体实为体内广泛存在的结缔组织,其中相对于体表而深藏于内的结缔组织如胸膜、网膜、肠系膜等胸腹腔内各种膜性结构即为三焦腑,体表腠理为其外应组织。葛师认为,姚荷生父子对三焦腑的实体及功用的论述甚合临床实际,且能有效指导 AP 的早期中医干预。2018 年 Benias 等<sup>[5]</sup>报道在活体的真皮下层、胃肠道黏膜下层、支气管和动脉周围筋膜等结缔组织中发现高速流动的液体,似在一定程度上诠释了中医对三焦腑的实体及功用认识。

### 3 早期 AP 如何与三焦腑产生联系

胰腺位于后腹膜,本身为结缔组织被膜包绕,周围由脂肪组织支撑固定,向前毗邻壁层腹膜,向后毗邻肾前筋膜与肾周脂肪间隙。根据组织胚胎学基础知识,脂肪组织属于结缔组织。可见,胰腺生理结构及毗邻组织与结缔组织关系密切的生理特点,决定了胰腺与三焦腑关系密切。AP 早期主要的病理改变为胰腺实质发生炎症并致其周围脂肪组织发生渗出、坏死等病理变化,即是三焦腑出现的病变。葛师认为,按照姚荷生父子对于三焦腑的实体与功能认识,AP 早期的中医病位应定位于三焦腑之中焦部分。

### 4 从三焦腑功能异常可理解早期 AP 的系列表现

#### 4.1 三焦腑之中焦气结为 AP 始动病机

AP 早期主症为上腹部突发的持续性胀痛,现代医学认为,AP 多为暴饮暴食、饮酒、胆石嵌顿胆总管、高甘油三酯血症所诱发<sup>[6-7]</sup>。以中医视角,以上病因多属湿热之邪,壅滞中焦导致居于人体中部之三焦腑中焦部分气结不通而发为卒然腹痛。

#### 4.2 湿热互结与水热互结为两大主要临床类型

《素问·灵兰秘典论》:“三焦者,决渎之官,水道出焉”<sup>[8]</sup>。三焦腑为水津通行的重要通路,气机通畅是其正常行使行水功能的前提条件。三焦腑之中焦部分一旦气结为病,则会导致水津运布失常,出现湿聚水停的病理变化。同时,三焦者,游行相火。气结不通,湿聚水停,均可导致相火内郁。湿邪郁火、湿郁化热可致湿热互结,出现持续性上腹闷胀痛、口苦、大便不通、舌红苔白或微黄,病情重者则可水邪郁火、水热胶结,出现“腹满痛、按之硬、手不可触近”、脉数急的类似于现代医学急性腹膜炎的大陷胸汤证。

#### 4.3 向上影响上焦腑和向下影响下焦腑的两大发展趋势

三焦腑为人身上下内外相连之膜性组织结构。中焦部分既病,则很容易上下分传分别影响上下焦功能,出现相应临床表现。AP 早期出现的胸闷气急症状,影像学检查显示的反应性胸膜增厚甚至胸水、肺不张,均是三焦腑上焦部分受累并出现功能障碍甚至影响与之相毗邻的太阴肺脏的明证。向下影响下焦腑则可出现影像学上的肾周围炎、急性

肾损伤甚至急性肾衰竭。可见,现代医学认识到的早期 AP 出现心、肺、肾功能障碍并进而向重症方向演变,均是由三焦腑功能异常介导的。

#### 4.4 里可影响表产生类似于表证的体表症状

《难经》曰:“三焦者,元气之别使,通行诸气”。《中藏经》曰:“三焦通,则内外左右上下皆通”。正常行于体表之卫气,有赖于人体阳气借三焦腑布散于体表。三焦腑气结,则可导致卫气失布,进而卫气温分肉、司开合功能失常而产生恶风寒、无汗的症状表现。或三焦腑气结后内停之水湿弥漫至其体表的外应组织腠理,进而阻遏卫气产生恶风寒的表现。AP 早期患者常见与发热相伴的无汗、恶风寒表现,实则亦是三焦腑功能障碍进而由里影响及表所致。

#### 4.5 常影响阳明胃肠并有病陷厥阴之危局变局

三焦腑遍历上下,包裹诸脏腑。中焦部分功能障碍,可直接影响与之相连的阳明胃肠,AP 早期多合并明显腹胀、停止排气、大便不通甚至肠道功能麻痹,即是阳明胃肠通降功能受影响的表现。同时,三焦腑为手少阳之腑,少阳与厥阴为表里之经,少阳之病可内陷厥阴,AP 早期重症表现之胰性脑病,从中医视角去分析,即是邪陷厥阴之候。

### 5 立足三焦腑治疗早期 AP 的要点

#### 5.1 首在破中焦气结

如前所述,三焦腑之中焦气结为 AP 的始动及早期关键病机,后续多演变为湿热互结证和水热互结证,破除中焦气结就是本病早期干预的核心。中焦气结的主要表现为上腹胃脘部或胰腺走行区域的持续性痛疼,常以闷胀痛为主,伴口苦、大便不通、小便黄短、舌红苔白或微黄,腹部触之质韧者,多属湿热互结;若出现心下、胁腹甚至少腹小腹等广泛部位胀满疼痛、并有“按之硬痛、手不可触近”、脉数急者,则属病情更重之水邪郁火、水热互结。属湿热互结者,多以枳实导滞丸加减,药用枳实、生大黄、黄芩、生白术、柴胡、制半夏等,属水热互结者,则以大陷胸汤据证加减,枳实每所必用,药用生甘遂、玄明粉、生大黄、枳实、大腹皮、厚朴等。

#### 5.2 准确把握病情顺逆

AP 早期虽邪气盛实,来势汹汹,然若能准确应用上法,急破气结,多能于第 1 次服药后 6~8 h 顿挫病势,恢复三焦腑功能,出现腹渐软,满渐减,痛见缓,热见退,小便亦见利,此为顺象佳象,后续则需随证辨治。若药后出现四肢躁扰不宁,甚则肢厥脉微,则为病邪内陷、邪实而阳气将亡之逆象危象,治疗困难,预后极差。更有甚者,在就医之初即表现躁扰不安、脉沉微或浮大无根,此为阳气暴脱在即,此时中医方面应以回阳固脱药急救,不可再施上法攻邪。正如《伤寒论》明文:“结胸证,其脉浮大者,不可下,下之则死。结胸证悉具,烦躁者亦死”<sup>[9]</sup>。

#### 5.3 重视宣上畅下

早期 AP 每以中焦为中心,常上下分传而影响

上、下焦,每形成上中二焦或中下二焦或上中下三焦同病。尽快恢复三焦气机通畅是 AP 早期干预的重要方面。除了开中焦气结外,每需重视宣上焦与畅下焦。宣上则加藿香、郁金,或参大陷胸丸之意,杏仁、葶苈子亦为常用,畅下除泽泻、茯苓等畅利水湿药物之外,通降胃肠腑气亦在其内,半夏、全瓜蒌亦每每加入。

#### 5.4 治里不忽弃表

人体整体相关,表里可相互影响。“表不解者不可下”、“表解乃可清里”,为仲师明训。AP 早期与发热相伴随的恶风寒、无汗或仅头颈胸汗出,提示存在表气不通的机制。此时,破中焦里结治里的同时需要同时应用宣表透表的药物以表里同治,无汗者需用北柴胡、防风甚则麻黄发散,仅头颈胸出汗者则可选青蒿、藿香、防风宣透。

#### 5.5 苦寒不可过用

指南强调腑气不通是 AP 发生的基本病机<sup>[6]</sup>,因此以承气汤为代表的苦寒峻下法在 AP 的治疗中已深入人心<sup>[10-12]</sup>。如前文所述,本病早期虽每影响阳明腑,但与阳明腑证实证有极大不同。本病虽常见热象,但多与三焦腑功能失常产生的水、湿等阴邪相兼,单纯苦寒峻下就不合机宜,过用更可加重水、湿等阴邪内聚。本病的治疗,需加强用药后的病情观察并及时调整用药,中药以 1~2 d 开具 1 次为宜。如此方有可能早期截断病情缩短病程,而不致迁延误治及导致病情转变。

### 6 验案举例

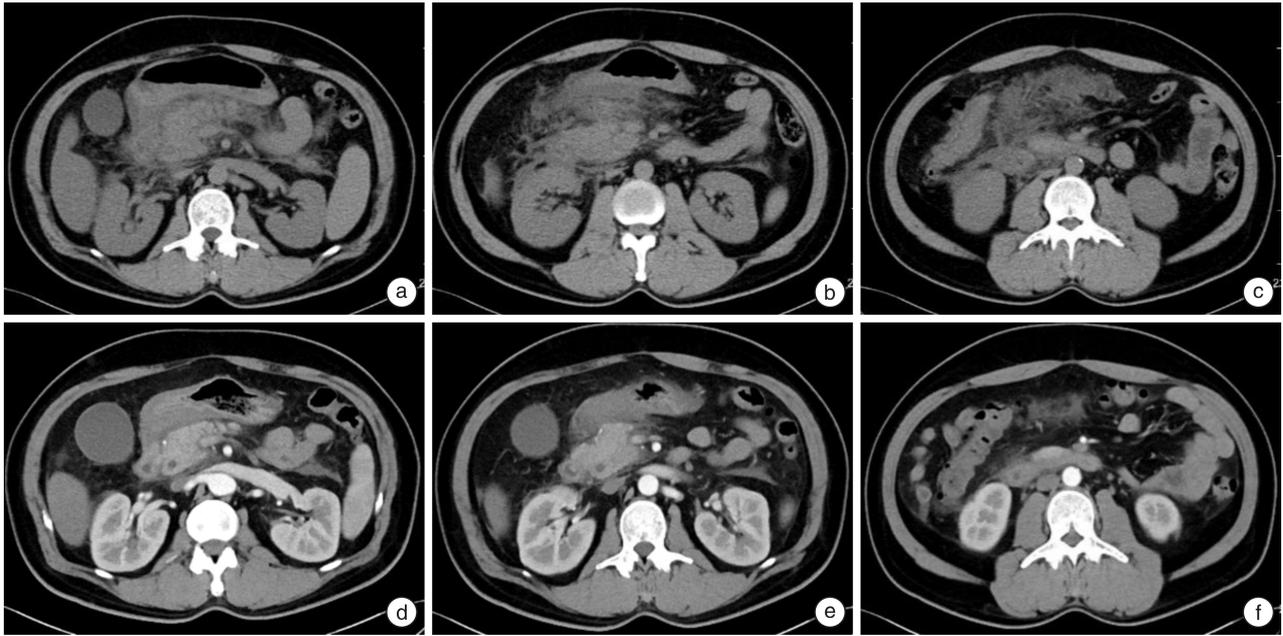
患者,男,48 岁,因“上腹痛 20 h”由门诊于 2019 年 9 月 18 日 11:11 入院。患者入院前 20 h 饮酒后出现上腹部持续性疼痛,伴恶心呕吐,呕吐物为胃内容物,未重视,渐出现体位改变时及深呼吸时腹部牵扯痛,发热,无恶寒寒战,至我院查脂肪酶 1 596.7 U/L,淀粉酶 298.0 U/L,肌酸激酶 30.6 U/L,血常规+C-反应蛋白(CRP):WBC  $17.25 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 87.5%,淋巴细胞 6.7%,嗜酸粒细胞 0.1%,中性粒细胞  $15.1 \times 10^9/L$ ,嗜酸粒细胞  $0.01 \times 10^9/L$ ,单核细胞  $0.98 \times 10^9/L$ ,CRP 47.99 mg/L。遂将患者收住入院。入院时,上腹部及右侧腹部持续性疼痛,发热,恶心,无恶寒,无腹胀,无胸闷及呼吸困难,有排气,头颈微似有汗。起病后大便未解。既往有“高血压病”病史。体格检查:T:38.7℃,P:124 次/min,R:18 次/min,BP:140/89 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。神志清楚,精神可,痛苦面容,形体肥胖,双巩膜无黄染,双肺呼吸音清晰,右下肺呼吸音略低,心率 124 次/min,律齐,全腹饱满,上腹部、右侧腹肌紧张,压痛、反跳痛均阳性,脐周压痛,无反跳痛,肠鸣音约 3 次/min,移动性浊音阴性。双下肢不肿。舌红,苔薄黄根微腻,脉滑数有力。入院诊断:中医诊断:结胸-水热互结;西医诊断:① AP(酒精性,中度重症 SIRS);② 高血压病。入院后予急查

胸腹部 CT 平扫示:右下肺及胸膜反应性炎症;AP 累及胃窦及十二指肠近段,并右上腹脂膜炎;脂肪肝。治疗措施:西医予禁食、生长抑素抑酶、质子泵抑制剂(PPI)抑酸、抗感染及限制性液体复苏。中医予以清热利湿,理气通腑,逐水破结。处方:生大黄 10 g<sup>后下</sup>,玄明粉 10 g<sup>冲</sup>,生甘遂末 1 g<sup>冲</sup>,枳实 10 g,柴胡 10 g,炒黄芩 10 g,制半夏 10 g,川芎 10 g,大腹皮 15 g,蜜全瓜蒌 30 g,杏仁 10 g,厚朴 10 g。3 剂,一剂两服,4~6 h 1 次。治疗后反应及效果:患者自 9 月 18 日 17:00 服第 1 次中药,至 23:00 服第 2 次中药,夜间出现腹鸣,后水样泻 2 次,并夹有黏液。9 月 19 日晨查房时,患者腹痛几乎消失,腹部压痛及腹肌紧张已不明显。2019 年 9 月 19 日超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)398.06 mg/L。2019 年 9 月 20 日复查血 hs-CRP 204.36 mg/L。2019 年 9 月 21 日复查血淀粉酶 123.6 U/L,脂肪酶 425.3 U/L;胸腹部 CT 示(图 1):AP 累及胃窦及十二指肠近段,并右上腹脂膜炎,较前片(2019 年 9 月 18 日)吸收好转;脂肪肝。予逐步开放饮食,平稳出院。

按:中医发病学认为,同气相求,外邪可引动伏邪,伏邪易招致外邪。患者素喜饮酒、腹型肥胖,为湿热体质,三焦腔腑素有湿痰热停留。复遭酒精湿热之邪侵袭,致三焦腑中焦部分湿热壅塞加重,气结不通,发为卒然腹痛。邪壅三焦腑,势必阻滞其气机升降和水火通行之道路,渐至水火互结而成有形之实邪。一方面火热内盛而身热恶热,一方面热为水遏不能透达外蒸而但头颈汗出。腹肌紧张拒按,压痛、反跳痛,身热,头颈有汗,舌红,苔黄,脉数,均为水热交结于里之明证。并有影响上焦腑出现胸膜及肺反应性炎症,影响阳明胃肠腑气通降而大便秘结不通。此时,治当急破中焦气结,并宣畅上焦、通降腑气以畅达三焦。本案以大陷胸汤泄热逐水破结,并合大柴胡汤加杏仁、瓜蒌宣畅上焦、通降腑气。药后得水样泻后三焦气机通利,腹痛若失,腹部体征显著改善,病情得到根本逆转,影像学在发病 72 h 内大幅改善。此即为从三焦腑功能异常认识早期 AP 发病,从恢复三焦腑的功能截断早期 AP 的典型应用。

### 7 结语

AP 作为常见的消化系统急症,早期截断病程是减少该病向危重症发展进而改善预后的关键。中医自古可治且善治急症,对该病的治疗,中医理应有大量可借鉴理论及经验。目前在对该病的早期处理中,中医虽发挥了一定作用,但仍应不断挖掘整理加以提高以更好造福患者。江苏省名中医葛惠男教授站定中医立场,立足三焦腑论治早期 AP,指出早期 AP 即是三焦腑功能异常的病变,并总结出从三焦腑角度早期治疗该病时的注意要点,临床效果可靠,值得临床借鉴推广。



a、b、c:2019年9月18日胸腹部CT显示胰腺及周围显著肿胀、渗出、脂肪坏死;d、e、f:2019年9月20日胸腹部CT显示同层面图像可见絮状渗出、坏死基本吸收。

图 1 患者治疗前后胸腹部 CT 比较

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

#### 参考文献

- [1] 李非,曹锋.中国急性胰腺炎诊治指南(2021)[J].中国实用外科杂志,2021,41(7):739-746.
- [2] 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.
- [3] 涂菊保,龚向京.论“三焦”、系统说[J].实用中西医结合临床,2016,16(7):58-60.
- [4] 姚荷生,姚梅龄,姚芷龄.三焦膜病辨治[J].江西中医学院学报,2007,19(4):1-5.
- [5] Benias PC, Wells RG, Sackey-Aboagye B, et al. Author Correction: Structure and Distribution of an Unrecognized Interstitium in Human Tissues [J]. Sci Rep, 2018, 8(1): 7610.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会,张声生,李慧臻.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(9):4085-4088.
- [7] 孙备,李冠群.急性胰腺炎临床研究进展与展望[J].中国实用外科杂志,2020,40(2):171-175,179.
- [8] 赵燕宜,徐世军,成玉,等.中医四部经典[M].北京:中国医药科技出版社,2017:29-29.
- [9] 张仲景.伤寒论[M].长沙:湖南科学技术出版社,1988:59,65.
- [10] 修洁,曹毅,李洪剑.大承气汤灌肠联合西药治疗重症急性胰腺炎临床疗效及对胃肠动力学的影响[J].中国中医急症,2023,32(3):506-508.
- [11] 高翔,刘梅梅,姚琪琪,等.大承气汤联合奥曲肽治疗急性重症胰腺炎的临床研究[J].中华中医药学刊,2023,41(2):238-242.
- [12] 谭冬梅,李彬,何成伟,等.温胆汤合大承气汤治疗高脂血症急性胰腺炎(湿热中阻证)的疗效观察[J].中国中医急症,2022,31(4):663-666.

(收稿日期:2023-04-12)

(上接第 805 页)

- [16] 芦秦梅,张金双,魏金霜,等.双歧杆菌联合胃肠安丸与针刺对儿童功能性胃肠病的疗效及对 MOT、5-HT 的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(12):842-846.
- [17] Arzani M, Jahromi SR, Ghorbani Z, et al. Gut-brain Axis and migraine headache: a comprehensive review [J]. J Headache Pain, 2020, 21(1): 15.
- [18] Yin X, Li S, Ouyang M, et al. Acupoint application therapy for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a protocol for systematic review and network meta-analysis [J]. Ann Palliat Med, 2022, 11 (12): 3785-3793.
- [19] 张艳洁,陈祥林,杨丹,等.针灸治疗腹泻型肠易激综合症的网状 Meta 分析[J].针灸临床杂志,2022,38(7):53-59.

(收稿日期:2023-07-03)