

# 基于六经辨证对早期急性胰腺炎诊疗体系的构建探索及应用\*

刘熙荣<sup>1</sup> 谢家诚<sup>1</sup> 李生发<sup>1</sup> 张夏<sup>1</sup> 黄贵华<sup>1</sup> 许家栋<sup>2</sup> 伍秋云<sup>3</sup>

**[摘要]** 急性胰腺炎是临床常见急腹症之一,重症胰腺炎的病死率高,早期干预阻断其全身炎症反应,是阻止急性胰腺炎向重症发展的关键所在。中医药作为早期干预措施之一能有效阻断全身炎症反应,降低重症发生率。本文基于六经辨证体系,从“表里观”、“津液观”以及“正邪观”,阐述早期急性胰腺炎病发于少阳、阳明、厥阴这 3 个层面,系统论述早期急性胰腺炎的疾病传变规律、治疗原则以及处方用药,以期构建中医药对早期急性胰腺炎诊疗体系。

**[关键词]** 早期急性胰腺炎;六经辨证;中医药

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.02.08

[中图分类号] R256.35 [文献标志码] B

## Construction and application of diagnosis and treatment system for early acute pancreatitis based on syndrome differentiation of six channels

LIU Xirong<sup>1</sup> XIE Jiacheng<sup>1</sup> LI Shengfa<sup>1</sup> ZHANG Xia<sup>1</sup> HUANG Guihua<sup>1</sup>  
XU Jiadong<sup>2</sup> WU Qiuyun<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>Department of Spleen, Gastroenterology and Hepatology, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, 530024, China;<sup>2</sup>School of Basic Medicine, Zhejiang University of Chinese Medicine;<sup>3</sup>Department of Chinese Medicine, the Fourth People's Hospital of Nanning)

Corresponding author: WU Qiuyun, E-mail: 51004913@qq.com

**Abstract** Acute pancreatitis is one of the most common acute abdominal diseases in clinical practice. Severe pancreatitis has a high mortality rate. Early intervention to block the systemic inflammatory response is the key to preventing the development of acute pancreatitis in the severe abdomen. As one of the early intervention measures, traditional Chinese medicine can effectively block systemic inflammatory responses and reduce the incidence of severe diseases. Based on the syndrome differentiation system of the six channels, this paper expounds on the occurrence of early acute pancreatitis in Shaoyang, Yangming, and Jueyin from the three levels of "external and internal view", "body fluid view" and "positive and evil view", systematically discusses the disease transmission rules, treatment principles, and prescription drugs of early acute pancreatitis, to build a TCM diagnosis and treatment system for early acute pancreatitis.

**Key words** early acute pancreatitis; differentiation of six channels; traditional Chinese medicine

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是指因胰酶异常激活对胰腺及邻近组织产生消化作用而引起胰腺局部炎症反应和细胞损害的过程,甚至可导致多脏器功能障碍的急腹症<sup>[1-2]</sup>。AP 是常见的消化系统急症,近年来 AP 的全球发病率逐年上升,达(4.9~73.4)/100 000,其发病率存在一定地域差异<sup>[3]</sup>。在我国,胆石症是 AP 的主要病因,其次

为高甘油三酯血症及过量饮酒。胆源性胰腺炎好发于老年患者,青年男性以高甘油三酯血症性及酒精性居多<sup>[4]</sup>。其他病因如药物、内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)术后、高钙血症、感染、遗传、自身免疫疾病和创伤等因素相对少见<sup>[5-6]</sup>。

### 1 AP 早期干预的必要性

AP 是胰腺的急性炎症和细胞损害过程,在不同程度上波及邻近组织和其他脏器系统,重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)常合并全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS),可导致多脏器功能衰

\*基金项目:黄贵华广西名中医传承工作室项目(No:桂卫中医发[2017]2号)

<sup>1</sup>广西中医药大学第一附属医院脾胃肝病科(南宁,530024)

<sup>2</sup>浙江中医药大学基础医学院

<sup>3</sup>南宁市第四人民医院中医科

通信作者:伍秋云, E-mail: 51004913@qq.com

竭<sup>[7-8]</sup>。此外,部分轻症急性胰腺炎(mild acute pancreatitis, MAP)亦可快速进展为SAP,导致病死率升高。因此,阻断AP重症化进程是降低AP病死率的关键。研究表明,AP患者的早期诊断及早期治疗对预后尤为重要,特别是入院后的24 h内,是治疗AP的黄金时间<sup>[9-10]</sup>。SAP常合并SIRS,导致全身血管扩张,使有效循环血容量下降进而致器官灌注不足,从而造成胰腺组织的缺血、坏死,此乃SAP病情进一步加重的重要推手,是炎症反应基础之上的“二次打击”<sup>[3]</sup>。因此,液体复苏是AP早期治疗的基石<sup>[11]</sup>。关于液体复苏的最佳时机,普遍共识是在入院后的12~24 h,超过这一时间段则获益甚微<sup>[7]</sup>。最新的相关研究结果显示,入院后的24 h内予早期肠内营养可有效保护胃肠道黏膜屏障,防止菌群移位,从而预防感染<sup>[12-13]</sup>。此外,对于胆源性胰腺炎、胆管持续梗阻或急性化脓性胆管炎是早期ERCP干预的指征,而不是SAP本身的严重程度<sup>[5,14]</sup>。

从中医角度来看,中药作为AP的早期干预措施之一,能有助于阻止AP由轻型向重症发展,阻断胰腺炎重症化进程<sup>[15]</sup>。马尚贤<sup>[16]</sup>应用厚朴三物汤对SAP大鼠进行早期干预,发现厚朴三物汤可通过降低血清和肠组织TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 等炎症因子水平,从而减轻胰腺和肠道组织的炎症反应;此外,厚朴三物汤通过上调肠黏膜机械屏障紧密连接蛋白,如咬合蛋白(occludin)、闭合蛋白-1(claudin-1)、闭合小环蛋白-1(zonula occludens-1, Zo-1)等的表达,降低肠道黏膜屏障通透性,减轻SAP相关的肠道损伤,维持肠道屏障功能,进而发挥保护作用。王梅等<sup>[17]</sup>将110例高脂血症性急性胰腺炎(hyperlipidemic acute pancreatitis, HLP)患者随机分为对照组和中药组,对照组采用常规西药治疗,中药组在西药治疗基础上联合大黄早期鼻饲,共治疗7 d,结果显示大黄联合西药治疗可提高临床疗效,改善血脂代谢,抑制炎症,治疗总有效率优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。因此,中药早期干预能够有效降低SAP的发病率,阻断AP重症化进程。

综上所述,AP患者入院后24~48 h的积极治疗对改善预后至关重要。早期诊断及早期治疗有助于降低SAP的病死率,预防和减轻胰腺组织坏死和多脏器功能衰竭。

## 2 基于“经方三观”及六经辨证对早期AP的病机认识

古代传统医学虽无“急性胰腺炎”这一病名,但在对与AP临床表现相似的疾病治疗上有着独到的经验。汉代张仲景最先以通腑解结法治疗本病,《伤寒论》中137条:“太阳病,重发汗而复下之,不大便五六日,舌上燥而渴,日晡所小有潮热,从心下

至少腹鞭满而痛不可近者,大陷胸汤主之”。《金匮要略》中又云:“按之心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤”;明代医家陶节庵曰:“若表证未除,里证又急,不得不下者,则用大柴胡汤通表里而缓治之”;《伤寒论》中亦云:“若腹大满不通者,与小承气汤,微和胃气,勿令至大泄下”。

著名经方学者许家栋先生在运用六经辨证诊疗疾病时,提出了“经方三观”理论,即正邪观、表里观和津液观<sup>[18]</sup>。应用“经方三观”理论去认识疾病,系统性更强,条理性更加清晰。依据“经方三观”理论,可认识早期AP,现论述如下。

### 2.1 表里观,以里证为主,兼有表证

AP发病,虽然以急性上腹部疼痛、大便不通、肠鸣音减弱等腑气不通为主要临床表现的里证,但也有部分患者会伴随着表证未解的临床表现,如“呕而发热”、“往来寒热”的少阳表证,因此在早期AP的辨证过程中,不能只关注于通腑泻下,而忽略了疏解表邪在治疗中的必要性。如病在少阳的大柴胡汤证,如只是一味地通腑泻下,就会导致表邪入里,甚则出现《伤寒论》149条所言的大陷胸汤证:“伤寒五六日,呕而发热者,柴胡汤证具,而以他药下之,柴胡证仍在者,复与柴胡汤,此虽已下之,不为逆,必蒸蒸而振,却发热汗出而解;若心下满而硬痛者,此为结胸也,大陷胸汤主之”。

### 2.2 津液观,以热证为主,兼有寒证

许家栋先生《经方探源》一书中提出,人体津液是为一体,既包含阳的层面,亦包含阴的层面,从狭义上来说,津液存在着寒热两端。其认为绝大多数疾病的症状都存在寒热两端。因此在早期AP发病的病理状态也存在着寒热两端,可以是“火热”为主,也可以是“寒湿”为主。在我国,胆石症是AP发病的首要致病因素,因此从中医角度来看,少阳胆火壅滞,肝胆湿热内结,成为AP发病的首要病机。同时由于AP的发病特点是以急性发病为主要表现,从疾病的性质上来说“火性急迫”,因此“火热”之邪更容易导致AP的发病。但这也导致多年来很多学者在AP的辨证上,往往只认为AP以“火热”为主,而忽略了部分胰腺炎在其早期发病也同样存在或“寒”或“湿”的一面。内经有云“阳化气,阴成形”,HLP患者往往是以寒湿腹痛为主要表现,此类患者平素嗜食膏粱厚味或为痰湿内盛之体,脏腑失和,脾失运化,津液分布异常,聚湿生痰,进而脏腑功能失调,气机逆乱,均导致腑气不通,最终致本病发生。因此,治疗上需要在通腑散结的基础上,更加侧重温化寒湿,正如《金匮要略》中言:“病痰饮者,当以温药和之”。

### 2.3 正邪观,邪壅内结,正气尚存

早期AP的发作,往往是以“邪壅内结,正气尚存”为主要病机。所谓“邪壅内结”就是其有形病理

产物的“凝结”、“结聚”和“形成”，其往往涵盖“水”、“火”、“气”、“血”四端。《证治要诀》云：“痛则不通，通则不痛”，对痛证进行了精辟的归纳，早期 AP 的腹痛，是以病理产物聚集在上腹部，“不通则痛”为主要表现，笔者将这些病理产物的聚集归结为“水”、“火”、“气”、“血”四类，而且这些病理产物的聚集，在 AP 的发病往往不是单独出现，而是相兼出现，如胆源性胰腺炎患者往往是以“水”和“火”的湿热聚集为主要表现，发病初期以上腹部疼痛为主要表现，随着疾病的进一步发展，可出现“肠麻痹”而导致腑气不通，腹胀如鼓的“气结”之象，发展到疾病中后期，部分患者由于血液的高凝状态，可出现瘀血内阻，导致胰腺的缺血坏死，甚至出现 Cullen 征，这便出现了“血结”之象。

从 AP 发病的传变规律上来看，早期 AP 以腹部胀痛为主要表现，病机证象常以“气结”和“火结”，或者是“水气交结”、“水热交结”、“寒湿交结”为主，但随着疾病的发展，炎性渗出的增多，可逐渐出现胸闷气促、水饮攻冲的“水结”之象。若不能把疾病控制在“气结”、“火结”或者“水结”阶段，病邪则内陷血分，从而导致胰腺坏死之“血结”重症。

因此，在 AP 的发生发展的过程中，及早针对不同的病理产物进行“通腑解结”成为治疗 AP 的关键所在。纵观经方中药，能胜任此重任，挽大厦之将倾者，非能破癥瘕积聚，荡涤肠胃，推陈致新的大黄和能逐六府积聚，结固留癖，化七十二种石的芒硝不可，二者相须为用，其通腑解结功能，可谓是最强组合，这也是为什么大黄和芒硝当下以成为治疗 AP 的不二之选。但在使用大黄和芒硝治疗 AP 成为共识的当下，也有相当一部分 AP 转化为重症，甚至死亡。究其原因有二：其一，早期中药干预不及时，部分临床医生惧怕患者口服中药后会刺激胰液分泌而加重病情，以此对患者进行了严格的禁食；殊不知早期口服中药，正好契合西医对 AP 进行早期肠内营养，预防肠道菌群移位理念。其二，辨证有失精确，用药不能全解病机。如病在少阳，只用大黄、芒硝通腑，而不注重通腑的同时进行表里双解，使表邪入里，甚则向“结胸证”传变，又或者是当疾病以“气结”为主要表现时，单纯使用大黄、芒硝并不能全解病机，则导致“气”无以出，通腑解结功效大打折扣。

综上所述，笔者通过长期临床观察，结合经方辨证，认为早期精准的辨证使用中药口服是截断 AP 从“气结”、“火结”、“水结”向重症的“血结”发展的关键所在。

### 3 基于六经辨证体系对早期 AP 的辨证论治

#### 3.1 病发多经，把握特点，分经论治

AP 早期症状是以急性的上腹部剧烈疼痛，伴有发热、腹胀、恶心、呕吐，大便不通，少部分患者可

出现气喘、呼吸困难等为主要表现。通过这些主要表现，结合《伤寒杂病论》相关条文，早期 AP 既可以是“呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈”的少阳证，也可以是“发汗不解，腹满痛者，急下之，宜大承气汤”的阳明腑实证，还可以是“正在心下，按之则痛”的（阳明）结胸证，亦有可能是“胁下偏痛，发热，其脉紧弦，此寒也，以温药下之，宜大黄附子汤”的厥阴证。笔者长期的临床观察，胆源性胰腺炎早期发病大部分以少阳证居多，暴饮暴食和饮酒过度的 AP 以阳明证为主，而 HLP 更多的是以寒为主的厥阴证，当然随着 AP 的发展，部分早期 AP 可以从少阳证迅速入里转化为“从心下至少腹硬满而痛，不可近者”的结胸证或者阳明证。

#### 3.2 病发于少阳

胆管源性胰腺炎是目前我国最为常见的 AP 类型，其发病之初，除了腹痛之外，常伴随有“往来寒热”、“呕而发热”、“口苦咽干”等少阳胆腑郁热的症状。但根据其病理产物的不同，可出现不同的临床表现，其辨证分型如下：①“水热互结”证，除腹痛之外，可伴黄疸、小便黄等湿热蕴结之象，其舌象为舌红，苔黄厚腻，脉弦滑数，处以《外台秘要》之茵陈柴胡汤[茵陈、柴胡、升麻、栀子、白芍各 12 g，大黄（后下）、黄芩各 18 g，芒硝（冲服）6 g]；②“火结”证，其湿象不甚，往往伴随口苦咽干、日晡潮热等症，以舌红、苔薄黄、脉滑数为主要表现，处以《伤寒杂病论》之柴胡加芒硝汤[柴胡 16 g，黄芩、人参、炒甘草、生姜各 6 g，半夏、芒硝（冲服）、大枣各 8 g]；③“气结”证，往往以腹部胀满更加明显，舌淡红，苔薄白，脉弦滑，处以《伤寒杂病论》之大柴胡汤[柴胡、枳壳各 48 g，黄芩、白芍各 18 g，半夏、大枣各 24 g，生姜 30 g，大黄（后下）12 g]。

#### 3.3 病发于阳明

暴饮暴食或大量饮酒是导致 AP 发病的诱发因素。其发病之初往往以病在阳明为主要表现，其共性症状除腹痛外，常伴有“痞”、“满”、“燥”、“实”等阳明病的特征性表现。其辨证分型如下：①“气结”证，其症状常表现为腹胀如鼓，腹部叩诊鼓音明显，舌红，苔白厚或黄厚，脉滑，处以《伤寒杂病论》之大承气汤（大黄 24 g、枳壳 60 g、厚朴 48 g、芒硝 12 g）；②“火结”证，其火热之证更甚，可表现为口干口苦，小便黄赤，舌红苔燥，脉数，处以《备急千金要方》之枳实丸（枳壳、黄芩、黄连、大黄、芒硝各 12 g）；③“水结”证：随着疾病的进一步发展，胰腺炎性渗出增多，胸腹水积聚，则出现以“水结”之象，常伴有胸闷、气促等水气攻冲的表现，舌淡红，苔水滑，脉弦，处以《伤寒杂病论》之大陷胸汤（大黄 36 g、芒硝 48 g、甘遂 1 g）。

### 3.4 病发于厥阴

近年来 HLP 的发病率逐渐升高,且其并发 SAP 的概率较其他类型的胰腺炎更高,其病死率也更高<sup>[2]</sup>。笔者认为,大部分 HLP 是以寒湿结聚于中焦为主要病机,相对于少阳证的半表半里、半寒半热、半虚半实偏于阳的状态,该类型的 AP 其发病类型多处于半表半里、半寒半热、半虚半实偏于阴的厥阴病,治疗上除通腑解结之外,亦要注重表里双结,温化寒湿。因为病发于厥阴,这个类型的 AP 主要是以寒湿为主,其“寒湿互结”和“气结”比较常见,“火结”并不多见,其辨证分型如下:①“气结”证,以腹胀、恶心呕吐为主要表现,舌淡或紫暗,苔白厚,脉弦迟,处以《外台秘要》之大前胡汤(前胡、枳壳各 48 g,白芍药、大枣、半夏各 24 g,黄芩 18 g,生姜 30 g,大黄 12 g);②“寒湿互结”以湿为主,常以腹部冷痛、形寒肢冷为主要表现,伴头身困重、乏力,舌淡,苔白厚腻,脉弦紧或弦迟,处以《外台秘要》之桃核承气汤去桃核加香豉汤(大黄、淡豆豉各 24 g,炒甘草、桂枝、芒硝各 12 g)。③“寒湿互结”以寒为主,相较于“寒湿互结”以湿为主证型,本证常以腹部冷痛、胁下偏痛、形寒肢冷为主要表现,其舌苔厚腻程度较轻,脉紧弦,处以《伤寒杂病论》之大黄附子汤(大黄、附子各 18 g,细辛 12 g)。

### 4 小结

AP 是消化系统中常见的急腹重症,中医药作为早期干预措施之一能有助于阻止 AP 由轻型向重症发展,阻断胰腺炎重症化进程。笔者基于六经辨证体系,从病发于少阳、病发于阳明、病发于厥阴这 3 个层面系统阐述早期 AP 的传变规律,从水、火、气、血、寒、湿等病理机制辨证论治本病。虽然早期 AP 的主要治疗法则为通腑散结,但如能在此基础上明确其六经归属以及主要病理产物的聚集,并进行有针对性的治疗,将起到事半功倍之效。本文抛砖引玉,以期构建中医药对早期 AP 诊疗体系,降低 AP 的重症发生率。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

### 参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2021)[J]. 浙江实用医学, 2021, 26(6): 511-519, 535.
- [2] Huang Y, Badurdeen DS. Acute Pancreatitis Review [J]. Turk J Gastroenterol, 2023, 34(8): 795-801.
- [3] Gardner TB. Acute Pancreatitis[J]. Ann Intern Med, 2021, 174(2): ITC17-ITC32.
- [4] Valverde-López F, Martínez-Cara JG, Redondo-Cerezo E. Acute pancreatitis[J]. Med Clin (Barc), 2022, 158(11): 556-563.
- [5] Lee PJ, Papachristou GI. New insights into acute pancreatitis[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2019, 16(8): 479-496.
- [6] Fostier R, Arvanitakis M, Gkolfakis P. Nutrition in acute pancreatitis: when, what and how[J]. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2022, 25(5): 325-328.
- [7] 孙翰, 柏小寅, 吴东. 急性胰腺炎早期干预的时效性[J]. 协和医学杂志, 2019, 10(5): 514-517.
- [8] Saeed SA. Acute pancreatitis in children: Updates in epidemiology, diagnosis and management [J]. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2020, 50(8): 100839.
- [9] Gliem N, Ammer-Herrmenau C, Ellenrieder V, et al. Management of Severe Acute Pancreatitis: An Update [J]. Digestion, 2021, 102(4): 503-507.
- [10] 郭喆, 关键. 重症急性胰腺炎预防与阻断急诊专家共识[J]. 临床急诊杂志, 2022, 23(7): 451-462.
- [11] 唐文富. 慢性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见(2020)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(10): 731-739.
- [12] Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis[J]. Gastroenterology, 2018, 154(4): 1096-1101.
- [13] Yang AL, McNabb-Baltar J. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis [J]. Pancreatol, 2020, 20(5): 795-800.
- [14] Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment [J]. Drugs, 2022, 82(12): 1251-1276.
- [15] 焦雪菲, 丁林. 基于 HPLC-Q-TOF-MS 和网络药理学探讨田基黄治疗急性胰腺炎的作用及其机制[J]. 中国药理学杂志, 2023, 58(22): 2069-2078.
- [16] 马尚贤. 厚朴三物汤早期干预对重症急性胰腺炎相关肠粘膜机械屏障损伤的影响[D]. 兰州: 兰州大学, 2023.
- [17] 王梅, 袁玉刚, 杨阳, 等. 大黄早期干预对高脂血症性胰腺炎炎症反应和血脂代谢的影响[J]. 中国中医急症, 2019, 28(12): 2184-2186.
- [18] 胡朝榆, 曹灵勇, 林树元, 等. 经方辨证纲领的演变[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(2): 669-672.

(收稿日期: 2023-12-25)