

· 临床经验 ·

化浊理气法治疗轻型急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻体会

刘瑜 符思 张喆 王微

【摘要】 轻型急性胰腺炎是消化科常见病,常与麻痹性肠梗阻并存。若得不到及时控制易发展为重型胰腺炎,甚至危及生命。本着“治未病”思想及时干预治疗此病具有重大意义。本文试论该病西医病因、发病机制和病位与中医浊邪之间密切相关性从而明确浊邪为本病的重要病机,确立化浊理气为治疗该病的大法,分析组方特点和加减用药,论述少量频服或空肠营养管置入的给药方式,并附一验案。全文尝试为中医治疗轻型急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻提供一套新思路。

【关键词】 急性胰腺炎; 麻痹性肠梗阻; 化浊理气法

【中图分类号】 R657.5+1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.10.012

轻型急性胰腺炎(mild acute pancreatitis, MAP)是以腹痛和血尿淀粉酶升高但不伴器官功能衰竭及局部或全身并发症的消化科常见病之一,常并发麻痹性肠梗阻,是急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)的一类。此病若不能及时控制,很可能进一步发展为重型急性胰腺炎(sever acute pancreatitis, SAP)甚至危及生命。所以,在疾病初期截断疾病向纵深方向发展具有重大的意义,符合中医“治未病”的思想。西医治疗该病常有疗程长、花费高、易反复等不足。笔者配合中医化浊理气法治疗 MAP 合并麻痹性肠梗阻收到满意疗效。

1 重视浊邪

中医认为,浊邪为津液代谢失调而停滞体内的病理产物,亦是滋生其他疾病的致病因素。其与脾之运化、肺之宣降、肾之阳化有关。其中,脾气虚损,水谷精微失于运化聚而成浊(痰)更为重要,所谓《素问·至真要大论》“诸湿肿满,皆属于脾”,本文将从以下三个方面论述 MAP 与浊邪的相关性:

1.1 病因与浊邪

现代医学认为 AP 常因胆石症、暴饮暴食、饮酒等发病。一项胆石症中医体质辨证调查中显示湿热质和痰湿质是胆石症患者中比较常见的体质类型^[1],这说明胆石症患者易生浊邪。《素问·生气通天论》有云“高粱之变,足生大丁”,暴饮暴食或饮酒被称为是构成痰浊体质后天失调的重要因素^[2],这说明不良的饮食结构(暴饮暴食或饮酒)亦容易酿生痰浊。

1.2 发病机制与浊邪

关于 AP 发病机制目前公认的有白细胞过度激活—炎

性因子学说,其中肿瘤坏死因子(TNF- α)参与了 AP 的发生和发展,成为重要影响的炎症因子^[3]。有报道显示,痰浊模型大鼠中 TNF- α 水平是明显升高的^[4]。从而说明痰浊可能是导致炎症因子升高而使 AP 发病或进展的原因。近年来高甘油三酯引起的 AP 越来越受到重视,而引起此病的原因主要与脂代谢异常相关^[5]。一项临床报道显示^[6],痰浊型患者存在明显的糖脂代谢紊乱,而糖脂代谢紊乱也是痰浊患者的重要病理生理学基础。

1.3 病位与浊邪

浊邪的形成主要与脾有关,而中医的脾从部位和功能上与现代医学中的胰腺相近。《难经·四十二难》^[7]云“脾重二斤二两,扁广三寸,长五寸,有散膏半斤”。《难经·汇注笺正》^[7]认为这里的散膏为解剖中的胰腺组织。胰腺分泌消化酶助分解营养物质的功能也与脾主运化水谷精微功能相似。AP 患者由于消化功能异常得病,这与脾失运化而生痰浊相似,所以胰腺疾病易生痰浊。

2 化浊理气法组方

浊邪治以化,这里的化为广义之化,意为祛除。临床上包括化(狭义)浊、渗湿、利湿、消滞、燥湿等多法。渗湿、利湿多用于中下焦之湿浊病,因 MAP 病位在脾,属中焦,故笔者仍以化浊为主法。浊邪阻于中焦,影响气机,最终气滞痰阻,不通则痛发为腹痛。气机不畅,腑气不通则出现腹胀、排气排便减少甚或停止。笔者组方(藿香、白豆蔻、焦槟榔、炒莱菔子、黄连、黄芩、茯苓、白术、当归、木香等)治疗 MAP 伴麻痹性肠梗阻患者疗效甚好,方中以藿香、白豆蔻为君药,两者都归脾胃经,不仅芳香化浊,还可醒脾益气,常用剂量为 10~20 g。这里选择芳香苦温的化湿药而不是苦寒的燥湿药为君药主要得于“病痰饮者,当以温药和之”的启发。笔者体会,温化湿浊犹如小火慢炖,能将痰浊更加彻底清除。焦槟榔、炒莱菔子为臣药以理气消胀、消食化浊,前者归胃肠经,后者归脾胃经,两者联用为临床常用消胀之对药,前者用

作者单位:100029 北京,中日友好医院中医消化科

作者简介:刘瑜(1984-),女,硕士,主治医师。研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。E-mail:yu_catherine84@sina.com

通讯作者:王微(1961-),女,本科,主任医师。研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。E-mail:yu_catherine84@163.com

到 15~20 g,后者用量 30 g。黄连、黄芩为佐药,两者均可清热燥湿,一方面可加强化浊之力,另一方面可佐制藿香与豆蔻的温性,使得温化而不生热,前者为 3~5 g,后者用 10 g。茯苓、炒白术、当归、木香亦为佐药,茯苓可渗湿,白术可燥湿,且两者合用均可健脾益气,后两者则可行气止痛通便,常用剂量均为 10 g。全方共奏化浊理气、行气消胀之效。热象明显者,可加入生石膏、蒲公英等清热解毒;呕吐明显者,加入法半夏、枇杷叶和胃降逆;疼痛明显者,加入蒲黄、五灵脂、延胡索、川楝子等行气止痛;腹部胀大,痞塞不通者,加入枳实、厚朴等下气除痞。

3 特殊给药方法

临床上无论哪种类型的胰腺炎患者急性期均需禁食(水)以减少胰腺分泌而达到缓解炎症的目的,笔者在予患者禁食(水)、补液、抑制胰酶分泌和胰酶活性、抑酸等治疗的基础上,嘱其频服上方浓煎中药 1 次 10~20 ml,每 2~4 小时 1 次,1 天共 100 ml,而摒弃常规 1 天 2 次,1 次 100 ml 的服法,并给予心电监护生命体征和监测血尿淀粉酶等生化指标显示用药安全。这是为了一方面避免一次大量进服中药加重患者腹胀感,另一方面有助于医生把握患者对中药的反应,若出现不适可立即停药。对于不能耐受中药口服,或伴恶心、呕吐的患者则通过置入空肠营养管给予中药,于空肠营养管中每次注入 10~20 ml,每 2~4 小时一次,全天共 100 ml。有报道显示^[8]饮食进入消化道的部位只要远离胰腺、十二指肠交界即可使胰腺保持静息修复状态。空肠营养管因置入末端位于空肠,不仅可避开胰腺、十二指肠交界以避免刺激胰腺分泌,而且中药可直接进入小肠被大部分吸收而提高药物利用率。临床上通过心电监护和生化监测指标证实耐受口服中药的 MAP 患者频服中药是安全的,但其禁食水不禁中药的机理尚需进一步探究。

4 验案举例

患者,男,22 岁,2012 年 12 月入院。主诉:上腹疼痛 1 天。患者吃涮羊肉后出现上腹部持续性胀痛,疼痛程度较为剧烈,放射至两胁,无发热、恶心、呕吐等不适,伴排气排便停止。查体:体型肥胖,身体质量指数(BMI)30 kg/m²,腹软,上腹部压痛及反跳痛,腹部叩诊鼓音,肠鸣音消失。舌红苔白厚腻,脉弦滑。急查血淀粉酶为 327 mmol/L,尿淀粉酶 1236 mmol/L,血甘油三酯 33.02 mmol/L;立位腹平 X 线片提示肠胀气明显,可见气液平;腹部 CT 提示胰腺饱满,胰周间隙模糊。入院诊断轻型急性胰腺炎并麻痹性肠梗阻,中医诊断胃脘痛,气滞痰阻证。

按 患者体型肥胖,平素嗜肥甘厚味,典型脾虚痰浊体

质。此次又因饮食不节而发病,且痛及两胁,可见肝气郁滞明显,气滞痰阻于中焦,不通则痛,胃失和降则腑气不通而排气排便停止。结合舌红苔白厚腻脉弦滑,辨证为气滞痰阻证。

治法:化浊理气法,予常规禁食、补液、生长抑素、乌司他汀、奥美拉唑钠等治疗基础上再予浓煎中药 100 ml,3 剂(藿香 15 g、白豆蔻 20 g、焦槟榔 15 g、炒莱菔子 30 g、黄连 5 g、黄芩 10 g、茯苓 15 g、木香 10 g、当归 10 g、生白术 10 g、焦山楂 10 g、枳实 10 g、厚朴 10 g、延胡索 10 g、川楝子 5 g),嘱其频服,每次 10 ml,每 2 小时 1 次,1 天共 100 ml。

1 剂后患者觉腹胀减轻明显,腹痛有所缓解,可排气,无大便,舌苔由白厚腻转为白腻,复查血甘油三酯降为 12.37 mmol/L,血淀粉酶为 255 mmol/L,尿淀粉酶 2014 mmol/L。患者服用第 2 剂时诉腹部有肠鸣,可排出黄褐色粘稠便,排气明显通畅,腹胀不明显,遗留上腹部隐痛,复查血甘油三酯降为 6.58 mmol/L,血淀粉酶为 169 mmol/L,尿淀粉酶 1344 mmol/L。待 3 剂服完后,患者腹痛、腹胀完全消失,肠鸣音约 6 次/分,舌红苔薄白微腻,血甘油三酯及血淀粉酶恢复正常,尿淀粉酶降至 821 mmol/L。因患者腹痛消失,故上方减延胡索、川楝子继服,并嘱患者开始规范开放饮食,口服 5 剂后患者可进食面条、稀粥及开水涮菜,复查血、尿淀粉酶、甘油三酯恢复正常,好转出院。

参 考 文 献

- [1] 伊西磊,郭吕. 120 例胆石症患者中医体质辨证调查与分析[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(4):382-383.
- [2] 陈肖霖,张诗军. 湿浊转运的分子机理研究进展[J]. 中华中医药学刊,2013,31(1):43-45.
- [3] 林旭红,李永渝. 急性胰腺炎发病机制及相关治疗的研究进展[J]. 中国病理生理杂志,2010,26(5):1029-1032,1040.
- [4] 陈伟明. 痰瘀在代谢综合征的演变及与炎症因子相关性的研究[D]. 广州:广州中医药大学,2012.
- [5] 梁志海,唐国都. 高脂血症性急性胰腺炎发病机制的研究进展[J]. 国际消化病杂志,2013,33(1):32-34.
- [6] 孙刚,李晓玲. 痰浊证型患者糖、脂等代谢指标检测及其临床意义[J]. 贵阳中医学院学报,1997,19(3):59-60.
- [7] 刘燕池,郭霞珍. 中医基础理论[M]. 北京:科学出版社,2002:46.
- [8] 徐昉,汪水,周发春,等. 早期肠内营养对重症急性胰腺炎患者临床预后的随机对照研究[J]. 现代预防医学,2012,39(4):801-803.

(收稿日期:2013-05-23)

(本文编辑:董历华)