

慢性胰腺炎中医诊疗专家共识 (2023)

中华中医药学会脾胃病分会

Experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of chronic pancreatitis (2023)

Spleen and Stomach Disease Branch, China Association of Chinese Medicine

慢性胰腺炎(chronic pancreatitis, CP)是一种由遗传、环境等多因素引起的胰腺组织形态和功能不可逆性改变的慢性炎症性疾病,其基本病理特征为不同程度的胰腺实质破坏、胰腺腺泡萎缩和间质纤维化,出现胰腺萎缩、胰腺钙化、胰管结石、胰管扩张或狭窄、胰腺假性囊肿形成及血管病变等改变,最终导致反复胰源性腹痛、胰腺内分泌和(或)外分泌功能不全^[1]。过去30年来,胰腺炎发病率呈逐渐上升的趋势,可能与影像诊断技术的提高有一定关系。在全球范围内,CP的发病率为9.62/10万,病死率为0.09/10万。CP患者以男性为主,其数量约为女性的2倍^[2]。在我国,一项来自四川省卫生信息中心的2015—2021年数据表明CP年平均发病率为6.81/10万,并呈逐年增长的趋势^[3]。随着国内外对CP发病机制及治疗方法研究的不断深入,个体化治疗及综合治疗逐渐得到重视。西药胰酶制剂、促胰激素分泌药物以及手术等能够缓解症状,但阻止复发或延长复发时间还很难。中医学对CP的发病及治疗具有独到的见解,在西医常规治疗的基础上联合应用中医药或纯中医治疗,通过辨证论治、整体调理,可明显提高疗效,减少并发症和防止复发,提高生活质量。

2017年中华中医药学会颁布了《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[4],对急性胰腺炎的中医诊疗进行了总结,而目前暂无CP中医诊疗专家共识意见。中华中医药学会脾胃病分会于2020年11月在北京牵头成立了CP中医诊疗专家共识起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就CP的中医范畴、证候分类、辨证治疗、名医经验、循证研究、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识初稿,

然后按照德尔菲法分别于2021年4月、2021年8月、2022年10月进行了3轮专家投票,逐次进行修改完善形成送审稿。2023年4月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后评审,通过了本共识意见。表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果>2/3的人数选择①,或>85%的人数选择①+②,则作为条款通过,纳入共识。

西医概述

1. 定义 CP是一种胰腺组织形态和功能不可逆性改变的慢性炎症性疾病,在胰腺内纤维结缔组织取代胰腺实质,最终导致进行性胰腺外分泌和内分泌功能不全。CP在国际疾病分类(international classification of disease, ICD)-1的编码为DC32。

2. 西医病因 CP存在多种致病因素:酒精、特发性、遗传性、吸烟、自身免疫性、胰管解剖异常、其他毒性及代谢性因素等,酒精是重要的独立危险因素,而我国以特发性占主要地位,吸烟(尼古丁)会加重病情进展和疼痛,某些基因(如CFTR、SPINK1、糜蛋白酶C和羧肽酶A1)变异会增加CP风险,尤其是与其他风险因素(如酒精)共同作用时。疑似CP的患者应首先进行完整的病史回顾、详尽的体格检查和相关的生物标记物检测,即应对患者进行所有致病因素的全面检查。

3. 西医诊断 基于循证指南的CP诊断标准,从临床表现、实验室检查、影像学检查、外分泌功能试验及组织学检查等多个方面综合评估,对部分诊断困难患者进行随访,最终明确诊断。CP诊断标准包括:①特征性影像学表现;②组织病理学特异性改变;③反复发作的上腹部疼痛;④血清或尿胰酶水平异常;⑤胰腺外分泌功能异常;⑥长期酗酒等危险因素。其中,

基金资助:国家自然科学基金项目(No.82474404, No.82474408, No.82104602),广州中医药大学中医学学科中医基础理论研究“揭榜挂帅”项目(No.2022JB04),广州中医药大学“双一流”与高水平大学学科后备人才培养项目(中医学二级学科:中医内科学),国家中医药传承创新中心科研专项(No.2022ZD01),第七批全国老中医药专家学术经验继承工作室(No.国中医药人教函〔2022〕76号)

通信作者:刘凤斌,广东省广州市白云区机场路16号广州中医药大学第一附属医院,邮编:510405,电话:020-36591987

E-mail: liufb163@vip.163.com

唐旭东,北京市海淀区西苑操场1号中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所,邮编:100091,电话:010-62835101

E-mail: txdlly@sina.com

①或②任何1项典型表现、①或②疑似表现加③④⑤中任何2项即可确诊;①或②任何1项疑似表现考虑为可疑患者;满足③④⑤⑥中任意2项且无其他影像学或组织学表现者,建议在排除其他疾病后长期随访观察。

2020年美国胃肠病学会发表的最新的《慢性胰腺炎临床指南》^[1]指出:①推荐首先使用CT或MRI诊断CP;②超声内镜(endoscopic ultrasonography, EUS)由于其侵入性和缺乏特异性,仅在CT或MRI诊断不明确时使用;③建议在CT、MRI或EUS不能明确诊断CP且临床高度怀疑时,行促胰液素增强磁共振胰胆管造影(secretin-enhanced magnetic resonance cholangiopancreatography, s-MRCP);④当CP的临床表现证据充分,但影像学方法无法确诊时,建议行组织学检查作为诊断CP的金标准。

中医概述

1. 中医范畴 CP是现代医学病名,中医无相应的病名。根据其病因、发病部位及临床特点,可归属于中医“腹痛”“脾心痛”“胃心痛”“泄泻”“癥瘕(积聚)”“胰瘕”“脾实”“结胸”等范畴。

2. 病因与发病 本病因酗酒、吸烟或暴食,或情志刺激,或素体脾虚,或继发于胆石、蛔厥等病之后,由实转为虚实夹杂或正虚邪实,以致脾胃虚弱,湿热邪毒等壅积于脾(胰)所致。

3. 病位 病位主要在脾(胰),与肝、胆、胃密切相关,疾病后期可涉及肺、肾。

4. 病机要点 CP患者多因饮食不节、恣食肥甘辛辣,长期酗酒,湿热内生,阻遏气机,气血郁结;素体脾虚或因暴饮暴食损伤脾胃,脾胃虚弱,运化失职,土虚木乘;或因砂石阻滞胆道,肝胆失疏,肝脾失调,气机郁滞,血脉不行,气滞血瘀;脾失健运,酿生湿热,煎熬成痰,痰瘀交阻,结为癥积;湿热蕴结,气机不通,或饮食不慎,食滞中焦,导致腹部疼痛暴发;或因忧思恼怒,肝气郁结,诱发腹部疼痛反复发作;久病不愈可致脾阳虚衰,清浊不分,或耗气伤阴,兼夹痰瘀,形成正虚邪实。中焦腑气停滞不通,不通则痛,从而引起腹部疼痛;脾胃虚弱,运化失司,导致水谷不化,发为泄泻;阴虚燥热,肺燥阴虚、胃热偏甚、肾阴不足,多饮、多食、多尿等“三多”消渴之症相互并见。总之,CP病机之本为脾胃虚弱,气、血、阴、阳亏虚;其标为湿热、食积、气滞、血瘀、痰浊,病机演变多由实转为虚实夹杂或正虚邪实。

辨证分型

1. 脾胃虚弱证(中医病证分类与代码B04.06.03.01.03) 主症:脘腹胀满,或脘腹隐痛,劳累或食后加重;大便次数增多、质稀烂。次症:倦怠乏力;食欲不振,纳谷不化;肠鸣沥沥;面色萎黄;消瘦。舌脉:舌质淡胖或有齿痕,舌苔薄白或白腻,脉虚弱或缓。

2. 肝胃不和证(中医病证分类与代码B04.06.02.04.01) 主症:脘腹胀满或窜痛,一侧或者双侧胁痛拒按,疼痛多与情志不畅相关;平素喜怒无常或抑郁不乐;嗝气,嗝气后痛减。次

症:胁下胀满;矢气后痛减;纳呆;恶心呕吐;大便或干或溏。舌脉:舌暗苔薄,脉弦、细。

3. 脾胃虚寒证(中医病证分类与代码B04.06.03.01.03.04) 主症:上腹隐痛,喜温喜按;大便溏稀如水样或完谷不化。次症:形寒肢冷,手足不温;倦怠乏力,气短懒言;纳差;呃逆;面色晦暗少华。舌脉:舌质淡有齿痕,苔薄白,脉沉细弱。

4. 气阴亏虚证(中医病证分类与代码B03.01.05.01) 主症:上腹隐痛或胀满;口渴咽干欲饮;全身乏力,气短懒言,消瘦。次症:发热,手足心热;脐腰隐痛;夜尿多;食少纳差;大便秘结。舌脉:舌质暗红,有裂纹,少苔,脉沉细或细数。

以上证候诊断:主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

CP可兼夹湿热、瘀毒、食积、气滞、痰浊等,急性发作可见湿热蕴结证、气滞血瘀证等证型,参照急性胰腺炎^[5]进行辨证。

临床治疗

1. 治疗目标与原则 建议中医药与西药联合使用,以中医药治疗为主,并逐步过渡到中医药替代西药治疗,旨在保证临床疗效的同时减少西药的使用,充分发挥中医药治疗本病的优势和特色。通过辨证论治、整体调理,改善临床症状,减少并发症和防止复发,提高患者的生活质量。CP急性发作期的具体处理方案可参考急性胰腺炎的共识意见^[5]。

2. 辨证论治(常规) 本病治疗首辨疾病的分期及病性的虚实。CP急性发作期需兼顾其正气;缓解期当扶助正气,兼清余邪。实证应辨别湿、热、瘀、毒、食积、气滞、痰浊的不同;虚证应辨别气血阴阳之不足。根据实则泻之,虚则补之的原则进行治疗。对于虚实夹杂、寒热错杂者,应根据具体临床情况,分清标本缓急、寒热轻重,确定相应的治法。中医药治疗可分为内治法和外治法,内服汤剂7~14 d为1个疗程,需随病情变化辨证施治,调整用药。CP急性发作期见湿热蕴结、气滞血瘀等证型,参照急性胰腺炎^[5]进行辨证论治。

2.1 脾胃虚弱证 治法:补气健脾,理气和胃。主方:参苓白术散加减。药物组成:人参12~15 g、白术10~15 g、茯苓10~15 g、莲子肉10~15 g、白扁豆15~20 g、山药15~20 g、砂仁^(后下)6~10 g、桔梗6~10 g、焦神曲10~15 g、焦山楂10~15 g、炙甘草3 g。

加减:泄泻甚者,加肉豆蔻6~10 g、诃子6~10 g,涩肠止泻;脾虚甚者,加黄芪15~30 g,以红参易党参,健脾益气;血虚加当归10~15 g、熟地黄10~20 g,补血养血;胸闷、纳呆、身重倦怠、舌苔白腻兼有湿浊者,加藿香10~15 g、苍术10~15 g、厚朴10~15 g,理气燥湿;腹痛甚者,加白芍10~20 g、甘草10~15 g,缓急止痛。血瘀内停,加红花10~12 g、川芎10~15 g,活血化瘀;若兼食积,合保和丸,健脾助运、消补兼施。

中成药:①人参健脾丸(片),丸剂:每次2丸(6 g),每日2次;片剂:每次4片,每日2次。②四君子丸(颗粒),丸剂:每次3~6 g,每日3次;颗粒剂:每次1袋(15 g),每日3次。

2.2 肝胃不和证 治法:疏肝理气,消导和中。主方:柴胡疏肝散加减。药物组成:柴胡9~15 g、白芍12~15 g、枳壳10~15 g、

郁金9~12 g、苍术9~12 g、厚朴12~15 g、陈皮9~12 g、延胡索15~20 g、山楂12~20 g、神曲10~15 g、大黄6~12 g、甘草3~6 g。

加减:若热结较重者,可加黄芩9~15 g、黄连9~15 g、芒硝9~15 g,大黄加量,清热通腑;痛甚者,加乳香9~12 g、没药9~12 g,活血止痛;血瘀甚者,加红花9~12 g、桃仁9~12 g、三棱9~12 g、莪术9~12 g,活血化瘀散结;食欲不振者,加焦神曲15~20 g、焦麦芽15~30 g、石菖蒲9~15 g,消食开胃;脾胃亏虚甚者,加党参15~20 g、白术15~20 g、山药15~30 g,补益脾胃;肝血虚者,加当归10~15 g、枸杞子10~15 g,补肝血。

中成药:①柴芍六君丸,每次9 g,每日2次。②逍遥丸(颗粒),丸剂:每次8丸,每日3次;颗粒剂:每次1袋,每日2次。

2.3 脾胃虚寒证 治法:温运脾阳,健胃和中。主方:黄芪建中汤合理中汤加减。药物组成:黄芪10~30 g、人参6~15 g、白术10~15 g、桂枝6~12 g、白芍12~15 g、干姜9~12 g、生姜12~15 g、炙甘草6~9 g、大枣3枚、饴糖15 g。

加减:腹痛甚者,可用大建中汤,温中散寒;若出现腹痛拒按,大便秘结,脉弦紧,为寒实结滞,合大黄附子汤,以温脾散寒,导滞止痛;若大便溏薄,加山药15~30 g、莲子肉15~20 g,健脾止泻;痰瘀内结者,加陈皮9~15 g、枳壳9~12 g、砂仁^(后下)6~12 g、半夏9~12 g、瓜蒌皮10~15 g、丹参10~15 g、延胡索9~15 g等,运脾燥湿化痰活血。

中成药:①附子理中丸(片),浓缩丸剂:每次8~12丸,每日3次;袋装丸剂:每次1袋(6 g),每日2~3次;大蜜丸剂:每次1丸,每日2~3次;片剂:每次6~8片,每日1~3次。②小建中片(胶囊、颗粒),片剂:每次2~3片,每日3次;胶囊剂:每次2~3粒,每日3次;颗粒剂:每次1袋(15 g),每日3次。

2.4 气阴亏虚证 治法:补气养阴,理气和胃。主方:四君子汤合一贯煎加减。药物组成:人参12~15 g、白术12~20 g、茯苓12~15 g、炙甘草6~9 g、北沙参12~20 g、麦冬12~20 g、当归9~20 g、生地黄12~20 g、枸杞子12~20 g、川楝子3~9 g。

加减:口渴甚者加葛根15~20 g、玉竹15~20 g,养阴生津;阴虚夹湿型加知母12~15 g、玄参15~20 g、西洋参10~15 g,兼有肝肾阴虚者,可合六味地黄丸,滋补肝肾;若便秘明显,予生脉饮合增液承气汤,滋阴通便;瘀血内阻者,加丹参15~20 g、莪术9~15 g、延胡索9~15 g、郁金12~15 g、皂角刺9~15 g等,以活血化瘀散结。

中成药:参麦颗粒,每次1袋,每日3次。

3. 现代名家学术经验

3.1 裴正学

3.1.1 学术观点:裴正学教授认为CP其病因病机多由饮食不节,暴饮暴食,或饮酒过量,损伤脾胃,胃失和降,致恶心呕吐,胃脘疼痛;或情志郁结,肝失疏泄,横逆犯胃,气机郁滞,不通则痛,则两胁胀痛;肝胆不利,气滞血瘀,瘀血内阻,形成癥瘕积聚;《灵枢·五邪》云:“邪在肝,则两胁中痛,恶血在内”。

《素问·痹论》指出“饮食自倍,肠胃乃伤”。饮食所伤,脾失健运,痰湿中阻,湿热蕴结胃肠,上腹胀痛呕逆;湿热蕴蒸肝胆,而见黄疸、大便秘结;胆结石术后创伤、胆胰梗阻等亦可加重黄疸;久病不愈,反复发作,致气血亏虚,中阳不振,运化失司,大便稀薄,泄利不止,形成胰源性腹泻;脾失统摄,水谷精微流失而为糖尿;久病或劳欲过度,精血亏损,肝肾阴亏,变证丛生。故实证为肝郁气滞,横逆犯胃,湿热郁结,气滞血瘀;虚证为脾胃虚弱,肝郁脾虚,肝肾亏虚。虚实夹杂,本虚标实。本病病位在脾,与心、肝、胆、肾、胃肠有关,辨证治疗应以实证为纲,兼顾其虚^[6]。

3.1.2 用药心得:①疏肝和胃法:方用胆胰合症方加减,常用药物有柴胡、枳实、丹参、延胡索、蒲公英等;②通里攻下法:方用大承气汤加减,常用药物有大黄、枳实、厚朴、芒硝、桃仁等;③消积化滞法:方用保和汤加减,常用药物有山楂、神曲、陈皮、莱菔子、枳实;④理气化瘀法:方用四磨饮子,常用药物有乌药、槟榔、沉香、党参、陈皮等;⑤益气健脾法:方用香砂六君子汤加减,常用药物有党参、白术、木香、砂仁、陈皮等;⑥活血化瘀法:方用少腹逐瘀汤加减,常用药物有五灵脂、蒲黄、制乳香、制没药、丹参、当归等;⑦辛开苦降法:方用半夏泻心汤加减,常用药物有半夏、黄连、柴胡、党参、干姜等;⑧清热解毒法:方用五味消毒饮,常用药物有金银花、连翘、蒲公英、败酱草等。

3.2 王德明

3.2.1 学术观点:王德明教授认为CP常见的病因有以下5个方面。①食积、痰积、热积。常因暴食暴饮,特别是进肥甘膏粱之品,损伤脾胃,《症因脉治》云:“食积腹痛之因,饮食不节,或饥饱伤损,或饱时强食,或气食相凝,或临卧多食,皆成腹痛之症也”。②酒积。《症因脉治》云:“酒积腹痛之因,其人浩饮无度,谷肉留滞于中,热气聚积于内,湿热伤脾,则酒积腹痛之症作矣”。③虫积。《症因脉治》云:“虫积腹痛之因,腹为太阴,专主于腹,喜燥恶湿,若脾胃湿热,则水谷停留,湿热化生,虫积易成,而腹痛矣”。④六淫外邪。外邪日久内传,中焦气机紊乱,胰腑功能失司。⑤七情。七情不遂,可伤肝脾,肝气郁结,横逆犯脾克胃,升降失常,浊液上犯^[7]。

3.2.2 用药心得:常用“平胰方”,临证加减,颇有良效。

“平胰方”以理气健脾,活血化瘀为总则,并按两期分而论治。急性发作期病机以痰瘀互结,肝脾失和为主,莫滥用苦寒药,否则痰瘀更甚。方药予柴胡6 g、白芍20 g、姜半夏12 g、全瓜蒌10 g、三棱10 g、莪术12 g、枳壳15 g、陈皮10 g、生山楂12 g、炒白术15 g、茯苓15 g、黄芪20 g、茵陈6 g、生甘草6 g。慢性缓解期病机以脾胃虚寒,肝郁气滞为主。方药予附子10 g、干姜4 g、人参10 g、炒白术15 g、茯苓15 g、砂仁^(后下)6 g、白蔻仁8 g、神曲10 g、生山楂12 g、郁金15 g、制香附10 g、生甘草6 g。

3.3 魏品康

3.3.1 学术观点:CP主要存在“痛、胀、泻、饱”四大症状,

患者多因嗜食酒腻肥甘厚味,外受浊邪浸淫,夹湿生痰,痰浊内阻于中焦,运化枢机不畅,损伤胰络,故可见腹痛、纳差、消化不良等症候。究其致病之本在于痰,因水湿运化阻滞,结而成痰,痰浊又进一步阻碍津液代谢,循环反复,聚集不化,成为痰结。在中医理论中,痰为体内水液异常代谢的产物,是重要的致病因素,具有缠绵难愈的特点,其症状多端,故有怪病多痰,痰火生异证之说,所致病症包括疼痛、积聚痞块等,与CP相符。因此,治疗CP当以消痰为首要治则^[8]。

3.3.2 用药心得:常选用半夏、天南星为主要化痰药物。半夏,辛、温,归脾、胃、肺经,燥湿化痰,消痞散结。首载于《神农本草经》谓其“味辛平,主伤寒寒热,心下坚,下气,咽喉肿痛,头眩胸胀,咳逆,肠鸣,止汗”。虽未言及痰饮,但对其功效的诠释却源自其开宣滑降的特性,后人依此将其作为消痰的主将,且具有止痛作用。魏教授用半夏燥湿攻痰,化痰散结并消肿止痛,针对CP的病机发挥主要作用。天南星,苦、辛、温,有毒,归肺、肝、脾经,功能燥湿化痰,祛风通络止痛;是化痰要药,可以协同半夏,增强半夏化痰散结之效,两药针对CP的病机发挥主要作用,为第一步。

在消痰之后,当予调中焦枢机,助痰消散,使运化功能恢复。常选用陈皮、茯苓、鸡内金等药物,陈皮、茯苓理气健脾、调中、燥湿、化痰,主治中焦气滞之脘腹胀满或疼痛、消化不良。鸡内金消积滞、健脾胃、调中焦,主治食积胀满,呕吐反胃,泻利。三药既调中焦,健运枢机,又助半夏、天南星祛除痰邪,为第二步。

痰湿既除,则气机可调。常用金钱草、海金沙、薏苡仁、蒲公英等药物。金钱草,具有清热利湿、通淋、消肿之功效,常用于热淋、砂淋、尿涩作痛、黄疸尿赤、痈肿疔疮、毒蛇咬伤、肝胆结石、尿路结石等。海金沙,《本草纲目》云:“治湿热肿满,小便热淋、膏淋、石淋、茎痛,解热毒气”。两药相须为用,消除胆胰湿浊及结石钙化等病灶。薏苡仁,性凉,味甘、淡,健脾渗湿,除痹止泻。用于水肿、脚气、小便不利、湿痹拘挛、脾虚泄泻。配合金钱草、海金沙利湿祛浊、止泻。蒲公英,清热解毒,消肿散结。《本草经疏》曰:“味甘平,其性无毒。当是入肝入胃,解热凉血之要药”。现代药理研究发现,以上祛浊利湿药物能减少炎性因子分泌,消除炎性物质浸润,而起到治疗CP的目的。

CP日久常有痰瘀固结,形成纤维化病灶等病变。故在治疗时,当以解痰散结,攻坚通络之法消除胰腺中的顽固病灶。常用药物有土鳖虫、重楼、郁金等。

4. 西医诊疗进展概述 CP最近的诊断范式已经发生了变化,它打破了传统的基于临床病理学的疾病定义,转而侧重于在疾病进程中潜在病理的早期诊断和更全面地管理综合征,以及基于CP致病机制诊断的新思路(临床表现+风险+生物标记物),以期改变疾病的自然进程和最大限度地减少疾病的不良影响。诊断通常是在横断面成像的基础上进行的,内镜超声检查和胰腺功能检查等方法起着次要作用,基因检测为胰腺炎相

关疾病提供了重要早期信息,可对临床表现不典型疾病进行早期诊断,对治疗方案进行指导,并对患者可能的预后与并发症进行预测。

CP的治疗目前主要从患者生活方式指导、个体化治疗、疼痛治疗、外分泌功能不足治疗、糖尿病及其他并发症治疗5个方面进行干预,强调对于疼痛的治疗和胰腺外分泌功能不全的处理。疼痛治疗方面,初期可以用酶替代和抗氧化治疗,无效时可遵循世界卫生组织的疼痛三阶梯治疗原则选择不同的止痛药,由弱到强逐渐升级选择,必要时可行内镜介入或手术治疗。

5. 难点问题分析与中医药优势 目前,西医对CP的治疗尚缺乏理想药物,不能彻底治愈,容易复发,临床常用西药主要是缓解症状。中医药在长期的临床实践中,对CP的诊疗积累了丰富的经验,治疗手段多样,疗效确切。不仅注重“辨证论治”,施行个体化治疗方案,改善临床症状,减少并发症和防止复发,而且在诊疗的过程中强调“整体调节”,改善CP反复发作引起的焦虑、抑郁状态,提高患者的生活质量。

6. 其他治法

6.1 中药外敷

6.1.1 六合丹:生大黄、黄柏、白及、乌梅、薄荷、白芷、木炭粉、陈小粉(陈小麦粉,可用淀粉炒焦存性代用)、乌金散,打碎再配以蜂蜜调和外敷左上腹,发病后2 d左右开始,8~10 h更换1次,持续到症状消失。六合丹具有软坚散结、清热解毒、消肿止痛之功效,可用于CP见腹痛、腹胀、腹部包块等症患者。

6.1.2 双柏散:大黄、黄柏、侧柏叶、蒲公英、泽兰等药物,打细粉,金银花水或水蜜调和,根据疼痛面积用50~150 g外敷左上腹或局部炎症包块处,每天1~2次。双柏散具有活血祛瘀、清热凉血、行气止痛之效,适用于CP见腹痛的患者。

6.2 针灸治疗 取穴:足三里、下巨虚、内关、中脘、胰腺穴、阳陵泉、阴陵泉、梁门、地机、脾俞、胃俞、胆俞等,临床尚可酌情选取公孙、神阙、天枢、合谷、章门、气海、内庭、期门、血海、膈俞、太冲、膻中等穴,以增强疗效。

操作方法:以毫针为主,辨证施以补法、泻法或平补平泻等,也可电刺激。7 d为1个疗程,共治疗1~2个疗程。

CP皆可采用针灸治疗,需辨证及根据病情的轻重缓急,选取穴位及操作手法。

7. 诊治流程图 CP中医药诊治流程参考图1。

疗效评定

CP疗效评价标准包括:临床症状体征、胰腺内外分泌功能、影像学、中医证候及生活质量评价等方面。国内尚无统一而广泛使用的中医药疗效评价标准,使得临床试验之间无法进行有效、合理的比较,无法体现出CP中医药治疗的疗效。中华中医药学会脾胃病分会的《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[9],结合国际研究经验,统一急性胰腺炎疗效评价标准供临床试验使用。建议以临床症状体征及CT等影像学评价为主,结合血清学、中医证候、单项中医症状和生活质量等评价

为辅。借鉴这一思想和方法进行CP中医疗效评价,疗效评价的评估间隔时间需根据疾病严重程度以及是否存在并发症等具体病情制定。

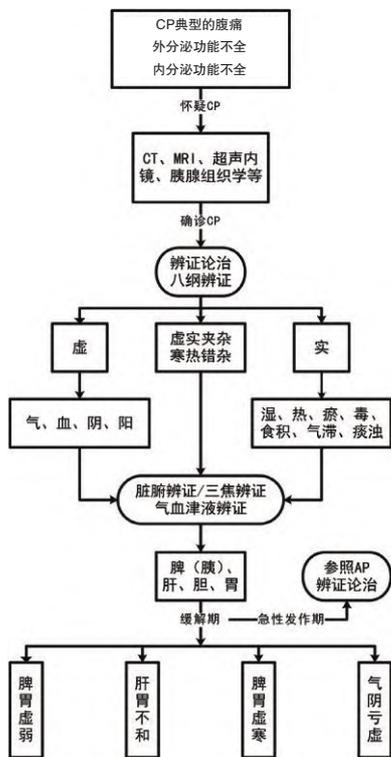


图1 CP中医药诊治流程示意图

注: AP: 急性胰腺炎。

1. 临床症状体征评价 CP患者以腹痛为主要症状,应用视觉模拟量表评分法评价记录患者疼痛的严重程度。根据初次就诊及疗程结束时症状体征变化情况进行分级。临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失; 显效: 主要症状、体征明显改善, 不影响患者进食和休息; 有效: 主要症状、体征明显好转, 轻微影响患者进食和休息; 无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重。

2. 胰腺内分泌功能评价 CP患者中后期出现内分泌功能障碍, 发展成为胰源性糖尿病, 中西医结合治疗后根据口服葡萄糖耐量试验、胰岛素释放试验和血糖水平、血清缩胆囊素和胰高糖素, 以评价胰腺内分泌功能状态, 判断疗效。

3. 胰腺外分泌功能评价 CP患者因胰腺外分泌功能障碍而出现脂肪泻, 常以补充胰酶为基础进行中西医结合治疗, 并动态评估胰腺外分泌功能的影响, 观察脂肪吸收指数、粪脂排泄量、粪氮排泄量和粪便重量等指标。也可以直接或间接测定胰腺分泌的酶和电解质质量, 有助于评估胰腺外分泌功能及疗效。

4. 中医证候疗效评价 疗效指数(%) = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。所有症状均分为无、轻、中、重共4级, 主证分别记0、2、4、6分, 次证则分别记0、1、2、3分。临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 ≥ 95%; 显效: 主要症状、体征明显改善, 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 有效:

主要症状、体征明显好转, 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 < 30%。

5. 单项中医症状评价 显效: 原有症状消失; 有效: 原有症状改善2级; 进步: 原有症状改善1级; 无效: 原有症状无改善或原症状加重。症状分级记录: 0级: 没有症状, 积0分; 1级: 症状轻微, 不影响日常生活, 积1分; 2级: 症状中等, 部分影响日常生活, 积2分; 3级: 症状严重, 影响到日常生活, 难以坚持工作, 积3分。

6. 疾病疗效评定 临床控制: 腹胀、腹痛、恶心呕吐、腹部压痛消失, 其他客观指标基本正常; 显效: 腹胀、腹痛、恶心呕吐、腹部压痛显著减轻, 但未恢复急性发作前水平, 其他客观指标明显改善; 有效: 腹胀、腹痛、恶心呕吐、腹部压痛减轻, 但程度不如显效者, 其他客观检查指标改善; 无效: 腹胀、腹痛、恶心呕吐、腹部压痛无改变或加重, 疗程结束后其他客观指标未见改善。

中医药循证医学进展

刘爽^[9]通过全面搜集国内外文献关于中医药治疗CP的随机对照试验, 以有效率、复发率、临床症状评分和实验室指标等为观察终点指标, 应用Meta分析方法进行临床疗效的评价, 结果表明: 中西医结合治疗方案较单纯西医治疗具有较大优势, 在提高总有效率、降低复发率、促进症状的改善以及实验室指标的恢复等方面均表现出较好的疗效。段文飞^[10]针对经内镜治疗的CP患者采用中西医结合方案进行临床观察, 结果表明: 在术后常规疗法基础上加用柴芍六君子汤合膈下逐瘀汤加减方治疗CP术后患者, 近期可有效减轻腹痛, 减少氨酚曲马多片的使用量, 远期可有效缓解临床症状, 改善脂肪吸收情况和胰腺分泌功能, 提高患者的生活质量。刘晓冬^[11]认为绝大多数CP患者久治不愈、反复发作, 均具有脾气亏虚, 湿热蕴结的共同病机特点。通过随机对照试验表明: CP患者给予四君子汤联合茵陈蒿汤加减及针刺治疗, 可抑制CP并发症进展和缓解患者临床症状, 显著提高临床有效率, 减轻因胰腺而出现的上腹痛、反酸、嗝气、恶心等不适症状, 益气健脾, 清利湿热, 理气和中, 疏肝调脾, 平调寒热, 消痞散结, 临床疗效佳, 值得临床推广。赵文等^[12]认为CP急性发作期的患者往往有中焦郁热之象, 治疗应以通腑活血、疏通气机为要。相应随机对照试验结果表明: 膈下逐瘀汤合凉膈散为基础的中医综合方案, 在改善CP急性发作患者腹胀、腹痛、恶心、呕吐等主要症状方面优于对照组, 且有助于肠鸣音及进食时间的缩短, 从而更早恢复胃肠功能。

预防调摄

主要针对诱发胰腺炎的危险因素进行预防及调摄, 加强健康教育, 尽可能避免引起胰腺炎发生的诱发因素, 戒掉不良习惯、减少酒精摄入、合理饮食, 是做好CP一级预防的重要措施。迁延发作期注意卧床休息, 禁饮食(不禁药), 必要时需胃肠减压; 病情缓解, 宜少量多餐地进食清淡食物, 严格限制脂肪的摄入, 由于吸收不良而影响全身营养状态的患者, 可以给

予肠外和肠内营养治疗,注意补充脂溶性维生素以及维生素B和叶酸,适当补充各种微量元素;节饮食、戒烟酒、调情志、避寒暑、慎起居、适劳逸,饮食宜清淡而富于营养,忌食辛辣油腻之品;若胆道疾病为病因或诱因,应积极治疗胆道疾病。此外,还应控制血糖、补充营养等,以祛除病因、缓解症状、改善预后。患者应长期避免摄入多脂肪的食物,宜摄取低脂肪、高蛋白、高碳水化合物食物,尽量避免进食油腻食物,避免暴饮暴食。同时CP患者应定期进行营养不良评估,包括骨质疏松和脂溶性维生素缺乏检查,以预防CP患者骨折风险以及营养不良的发生。

转归与随访

积极治疗CP可缓解症状,改善胰腺功能,提高生活质量等,但不易根治。并发症有胆总管狭窄、胰痿、胰腺假性囊肿、胰源性门脉高压、胰源性胸腹水等,少数进展为胰腺癌。最佳的医疗随访计划应该是有规律的在消化专科门诊随访,根据病情的轻重来调整治疗方案,对于没有能力定期随访的患者,病情平稳的情况下应该做到每1~2年至少随访1次,发病时间超过15年的患者应该增加随访的频率,假如患者有症状反复,应该尽早就诊,必要的时候可以通过急诊就诊。

共识意见执笔人:刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院,广州中医药大学第一附属医院白云医院)、文艺(广州中医药大学第一附属医院)、李培武(广州中医药大学第一附属医院)、陈响(广州中医药大学第一附属医院)、赵利娜(广州中医药大学第一附属医院)、杨泽虹(广州中医药大学第一附属医院)、侯政昆(广州中医药大学第一附属医院)、庄昆海(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、洪日(广州中医药大学第一附属医院)。

共识制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:叶松(湖北省中医院)、李慧臻(天津中医药大学第二附属医院)、沈洪(江苏省中医院)、周正华(天津中医药大学第一附属医院)、郭绍举(深圳市中医院)、程红杰(北京中医药大学房山医院)。

组外函审专家:王晓素(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、田旭东(甘肃省中医院)、李合国(河南中医药大学第一附属医院)、姜莉云(昆明市中医医院)、陈国忠(广西中医药大学第一附属医院)。

定稿审定专家+审稿会投票专家:王凤云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李艳彦(山

西中医药大学附属医院)、李振华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、杨倩(河北省中医院)、沈洪(江苏省中医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)。

共识工作秘书:文艺(广州中医药大学第一附属医院)。

利益冲突声明:所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

- [1] GARDNER T B,ADLER D G,FORSMARK C E,et al.ACC Clinical Guideline:Chronic Pancreatitis.Am J Gastroenterol,2020,115(3):322-339
- [2] PETROV M S,YADAV D.Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis.Nat Rev Gastroenterol Hepatol,2019,16(3):175-184
- [3] CAI Q Y,TAN K,ZHANG X L,et al.Incidence,prevalence,and comorbidities of chronic pancreatitis:A 7-year population-based study.World J Gastroenterol,2023,29(30):4671-4684
- [4] 张声生,李慧臻.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017).中华中医药杂志,2017,32(9):4085-4088
- [5] 李慧臻,周正华,程红杰,等.急性胰腺炎中医诊疗专家共识(2023).中华中医药杂志,2024,39(7):3549-3557
- [6] 展文国,张琦胜,赵孝鹏.裴正学教授治疗慢性胰腺炎的临床经验.中国中医药现代远程教育,2013,11(10):121-123
- [7] 陆敏,王德明,武科选.王德明教授从脾分期论治慢性胰腺炎经验.中华中医药杂志,2011,26(1):92-94
- [8] 王丹,矫健鹏.魏品康教授四步法治疗慢性胰腺炎经验.中华中医药杂志,2013,28(6):1770-1772
- [9] 刘爽.中西医结合治疗慢性胰腺炎疗效的Meta分析.沈阳:辽宁中医药大学,2019
- [10] 段文飞.柴芍六君子汤合膈下逐瘀汤联合常规疗法治疗慢性胰腺炎术后临床研究.新中医,2020,52(12):25-28
- [11] 刘晓冬.四君子汤联合茵陈蒿汤及针刺治疗慢性胰腺炎临床观察.光明中医,2020,35(1):101-103
- [12] 赵文,多堂豹,杜伟,等.膈下逐瘀汤合凉膈散为基础的中医综合方案对慢性胰腺炎急性发作期的临床疗效和安全性分析.四川中医,2018,36(6):107-111

(收稿日期:2024年7月2日)