

急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

Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of acute pancreatitis (2023)

Spleen and Stomach Disease Branch, China Association of Chinese Medicine

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是指由于多种病因引起胰酶激活, 以胰腺局部炎症反应为主要特征, 伴或不伴其他器官功能改变的疾病, 临床以急性上腹痛、恶心、呕吐、发热、血清淀粉酶和 (或) 脂肪酶升高为特点。AP 发病率呈逐渐上升趋势, 西方国家最常见病因是胆石症和酒精, 占80%, 其他包括药物反应、胰腺囊实性肿瘤以及高甘油三酯血症等^[1]; 胆石病或胆道感染是我国AP的首要病因, 其次为高甘油三酯血症、过度饮酒及暴饮暴食, 高甘油三酯血症及酒精性AP常发生于年轻男性患者, 老年患者以胆源性居多^[2-3]。根据修订版Atlanta分级可将AP分为轻症急性胰腺炎 (mild acute pancreatitis, MAP)、中度重症急性胰腺炎 (moderate to severe acute pancreatitis, MSAP) 和重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP)^[4], MAP多呈自限性, 易于治愈, 约20%~30%的AP患者可发展成SAP。AP的总体病死率约为5%, SAP患者病死率可高达30%^[5-6]。关于AP的发病机制尚未完全阐明, 目前机制包括胰酶自身消化学说、炎症因子学说、免疫遗传学说、微循环障碍、胰腺腺泡钙超载等方面^[7]。AP急性期西医治疗以液体复苏、减轻炎症反应、维护重要器官功能等为主, 阻止病情加重, 降低早期病死率; 恢复期以恢复器官功能、减少感染和防治并发症为主要目标, 防止复发。中西医结合治疗AP可显著提高临床疗效, 在AP的各阶段, 根据临床病机特点进行中医辨证论治, 施以通里攻下、清热解毒、理气活血等法, 可缓解临床症状, 减少并发症及改善预后^[8]。

中华中医药学会脾胃病分会于2013年、2017年两次发布了《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》。本次修订, 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《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》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AP的证候分类、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, 形成本共识意见初稿, 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。

概述

1. 西医诊断 诊断标准: 符合下列3项指标中的2项: ①上腹部持续疼痛 (发病急、较重, 可向后背部放射); ②血清淀粉酶和 (或) 脂肪酶高于正常值上限的3倍; ③影像学检查 (CT、MRI或B超) 显示胰腺肿大、渗出或坏死等胰腺炎改变^[9-10]。AP在ICD-11的编码为DC31^[11]。

1.1 临床表现 典型的症状为急性上腹痛, 也可呈左上腹或全腹部疼痛, 疼痛性质为胀痛、钝痛或刀割样痛, 呈持续性, 可向腰背部放射, 可伴恶心、呕吐、腹胀、黄疸、发热、神志改变, 并发脓毒症、器官功能衰竭、腹腔间隔室综合征、胰性脑病等。

1.2 体征 轻症患者可有上腹压痛, 重症患者有上腹或全腹腹肌紧张、压痛、反跳痛, 肠鸣音减弱或消失。胰腺坏死出血者可有脐周、双侧腹皮肤青紫 (Grey Turner征)。胆总管结石或十二指肠壶腹部梗阻可有黄疸。

1.3 辅助检查 血清淀粉酶和 (或) 脂肪酶: 大于正常值上限3倍可考虑AP。

基金资助: 国家自然科学基金面上项目 (No.81072818), 国家自然科学基金青年科学基金项目 (No.81202780)

通信作者: 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: txdl@sina.com

李慧臻, 天津市河北区增产道69号天津中医药大学第二附属医院, 邮编: 300250, 电话: 022-60637123, E-mail: ctjenny@126.com

1.3.1 血脂:高甘油三酯血症性急性胰腺炎(hypertriglyceridemic acute pancreatitis, HTG-AP)血清甘油三酯(triglyceride, TG)水平 ≥ 11.3 mmol/L或血清TG水平为5.65~11.3 mmol/L,但血清呈乳糜状^[12]。

1.3.2 肾功能:血尿素氮 > 20 mg/dL(7.14 mmol/L)是死亡的独立预测因子,肌酐进行性上升也是病情重症化的指标。血清C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)是反映全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)或感染的重要指标,发病72 h后CRP ≥ 150 mg/L提示病情较重。降钙素原(procalcitonin, PCT)在正常范围提示没有发生感染性坏死,症状出现后96 h内升高至3.8 ng/mL或更高,提示胰腺坏死^[13]。

1.3.3 血常规:白细胞计数(white blood cell count, WBC) $< 4 \times 10^9$ /L或 $> 12 \times 10^9$ /L,其中红细胞比容(hematocrit, HCT) $> 44\%$ 是胰腺坏死的独立危险因素。

1.3.4 肝功能:在腹部B超声发现胆道系统结石基础上,以下3项指标:谷丙转氨酶(alanine transaminase, ALT) > 75 U/L、碱性磷酸酶(alkaline phosphatase, ALP) > 125 U/L、血清胆红素 > 40 μ mol/L,其中有1项升高者即提示急性胆源性胰腺炎(acute biliary pancreatitis, ABP)可能,2项均升高者要高度怀疑ABP可能^[14]。

1.3.5 腹部B超检查:可见胰腺弥漫性肿大、内部回声减低;胰腺出血坏死时,呈高低混合回声,胰周可见积液及钙化灶;诊断胆囊结石优于CT,并可了解胆管情况。

1.3.6 CT检查:对AP的诊断、鉴别诊断、评估严重程度有重要价值,考虑有胰腺坏死时,72 h后行胰腺增强CT检查。

1.3.7 MRI检查:能发现增强CT难以诊断的胰周脂肪坏死,可鉴别胰腺假性囊肿和包裹性坏死;核磁共振胰胆管成像(NMR cholangiopancreatography, MRCP)可诊断胆管和胰管病变。

1.3.8 超声内镜(endoscopic ultrasonography, EUS)检查:可用于病因不明的AP患者,可发现胆道微小结石、胰腺占位等病变。

另外,血钙降低通常提示胰腺坏死严重;临床上还应结合电解质、血糖、血气分析、尿常规、经内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)等理化检查对患者病情进行综合评估。

1.4 AP的严重度分型及评分标准 修订版Atlanta分级新标准将AP分为MAP、MSAP和SAP,基于患者入院后24 h内有无器官功能衰竭区分MAP和SAP,根据器官功能衰竭在48 h内是否恢复区分MSAP和SAP。改良的Marshall评分系统广泛应用于AP的器官功能评分,以呼吸、心血管和肾脏为3个靶器官系

统,当改良的Marshall评分达到2或以上,即为器官衰竭。另外,判断AP严重程度的评分标准较多,可根据临床需要选用,如APACHE-II评分 ≥ 8 分, BISAP评分 ≥ 3 分, MCTSI评分 ≥ 4 分可考虑中度重症以上AP,具体评分可参考相关指南^[2]。

2. 中医范畴 中医学古代文献中并无“胰腺”的专有名称,因此,胰腺在五脏六腑中的归属一直颇有争议,但以胰腺属“脾”的论述较多^[15-16]。根据AP的发病部位及临床特点,中医可命名为“腹痛”,还可将其归属于“脾心痛”“胃心痛”“胰瘕”等范畴^[17]。

病因病机

1. 病因与发病 可分为主要病因和次要病因,主要病因包括胆石、虫积、素体肥胖、饮食不节(主要包括饮酒、嗜食肥甘厚腻、暴饮暴食),次要病因主要有创伤(包括跌打损伤及手术所致)、情志失调、禀赋异常(先天性胰腺疾病)及外感六淫之邪(如感染)等^[17-18]。

2. 病位 AP病位在脾,与肝、胆、胃密切相关,并涉及心、肺、肾、脑、肠^[17]。

3. 病机要点 基本病机:腑气不通。各种致病因素均可引起气机不畅,脾胃运化失司,痰湿内蕴,郁久化热,久则血瘀、浊毒渐生,有形邪实阻滞中焦,从而导致“腑气不通,不通则痛”^[19-20]。

病机转化:瘀毒内蕴是AP复杂多变、危重难治的关键病机。本病初起多因气滞食积或肝胆脾胃郁热,病久则生湿蕴热,进而演变为瘀、毒之邪内阻或互结,瘀毒兼夹热邪,或热伤血络,或上迫于肺,或内陷心包,从而导致病情复杂化^[19-20]。

AP分期及其病机特征:可分为初期、进展期、恢复期,其中初期及进展期可作为AP的急性期。初期:为食积、气滞,正盛邪轻;进展期:为湿、热、瘀、毒兼夹,正盛邪实,或痰热,或瘀热,或热毒之邪内陷、上迫于肺、热伤血络,成气血逆乱之危症;恢复期:为正虚邪恋,耗阴伤阳,气血不足,阴阳失调,虚实夹杂^[20-22]。

辨证分型

AP可分急性期和恢复期,其中急性期分为6个证型,恢复期分为2个证型^[17]。证候诊断:具备主症2项加次症2项,或主症第1项加次症3项,参考舌脉,即可诊断。

1. 急性期

1.1 肝郁气滞证 中医病证分类与代码B04.02.01.04.01.01.02^[11]。主症:①脘腹胀痛;②腹胀得矢气则舒。次症:①善太息;②恶心或呕吐;③暖气;④大便不畅。舌脉:①舌淡红,苔薄白或薄黄;②脉弦紧或弦数。

1.2 肝胆湿热证 中医病证分类与代码B04.06.02.01.03.01^[11]。主症:①脘腹胀痛;②大便黏滞不通。次症:①胸闷不

舒;②发热;③口干口苦;④小便短赤;⑤身目发黄。舌脉:①舌质红,苔黄腻或薄黄;②脉弦数。

1.3 热实结胸证 中医病证分类与代码B02.07.03.03.02.03^[11]。主症:①上腹硬满,疼痛拒按;②胸胁苦满。次症:①憋气烦躁;②心烦喜呕;③小便短赤涩痛;④大便秘结。舌脉:①舌质红,苔黄腻或黄厚而燥;②脉滑数或沉紧有力。

1.4 腑实热结证 中医病证分类与代码B02.07.03.03.06^[11]。主症:①腹满硬痛拒按;②大便干结不通。次症:①日晡潮热;②呕吐;③口臭;④小便短赤。舌脉:①舌质红,苔黄厚腻或燥;②脉洪大或滑数。

1.5 瘀毒化热证 中医病证分类与代码B02.10.02.02.04^[11]。主症:①腹部刺痛拒按,痛处不移;②大便燥结不通。次症:①躁扰不宁;②皮肤青紫有瘀斑;③发热;④小便短涩。舌脉:①舌质红或有瘀斑,苔黄燥;②脉弦数或涩。

1.6 内闭外脱证 中医病证分类与代码B09.03.02^[11]。主症:①意识模糊不清;②大便不通。次症:①肢冷抽搐;②呼吸喘促;③大汗出;④小便量少甚或无尿。舌脉:①舌质干绛,苔灰黑而燥;②脉微欲绝。

2. 恢复期

2.1 肝郁脾虚证 中医病证分类与代码B04.06.02.03.01.02^[11]。主症:①胁腹胀满;②便溏。次症:①纳呆;②恶心;③善太息。舌脉:①舌质淡红,苔薄白或白腻;②脉弦缓。

2.2 气阴两虚证 中医病证分类与代码B03.01.05^[11]。主症:①少气懒言;②胃脘嘈杂。次症:①神疲;②口燥咽干;③饥不欲食;④大便干结。舌脉:①舌质淡红,少苔或无苔;②脉细弱。

临床治疗

1. 治疗目标与原则

1.1 治疗目标 ①解决引起AP的原发病因^[10];②争取早发现、早治疗,通过积极、规范的中西医协同治疗,缓解症状,维护器官功能,减少严重并发症的发生^[10,23];③降低手术率,减少病死率^[23]。

1.2 治疗原则 腑气不通是本病的基本病机,急性期的中医治疗,以“通”为要,辨证施以理气通腑、化湿利胆、清热解毒、活血化瘀等法,恢复期的治疗,着眼于肝、脾二脏,根据具体情况,分别施以疏肝健脾、养阴生津等法;若病情反复或进展者,可中西医结合治疗,必要时手术干预^[17]。

2. 辨证论治

2.1 急性期

2.1.1 肝郁气滞证:治法:疏肝解郁,理气通腑。方药:柴胡疏肝散加减。醋炒陈皮9~12 g,柴胡9~15 g,川芎9~12 g,香附9~15 g,麸炒枳壳6~12 g,芍药9~15 g,炙甘草6~9 g。加减:因胆道蛔虫病引起者加乌梅9~12 g、使君子9~12 g以安蛔止痛;痛甚

加青皮6~9 g、佛手9~12 g、延胡索9~12 g以理气活血止痛;大便干结者加火麻仁9~15 g、芒硝^(冲服)3~6 g以软坚通便。

中成药:柴胡舒肝丸,每次1丸(10 g/丸),口服,每日2次。

2.1.2 肝胆湿热证:治法:清热化湿,利胆通腑。方药:茵陈蒿汤合龙胆泻肝汤加减。茵陈15~18 g,大黄^(后下)3~6 g,栀子9~12 g,酒炒龙胆草6~9 g,酒炒黄芩9~12 g,泽泻12~15 g,车前子9~15 g,当归9 g,生地黄15~18 g,柴胡12~18 g,生甘草6~9 g。加减:黄疸热重者加蒲公英9~15 g、败酱草9~12 g、紫花地丁9~15 g治以清热解毒;大便黏滞不爽者加滑石12~15 g、薏苡仁15~18 g以清热渗湿。

中成药:①龙胆泻肝颗粒(片/丸),每次1袋(6 g/袋),口服,每日2次;②消炎利胆片(胶囊/颗粒),每次6片(0.25 g/片),口服,每日3次。

2.1.3 热实结胸证:治法:通里攻下,泻热逐水。方药:大陷胸汤加减。大黄^(后下)9~12 g,芒硝^(冲服)9~12 g,甘遂^(研末冲服)0.5~1.5 g。加减:寒热往来者加柴胡9~12 g、黄芩6~9 g以调畅气机、解郁退热;胸痛者加丹参9~15 g、延胡索9~12 g以活血止痛;腹胀不适者加厚朴9~15 g、枳壳9~12 g以理气消胀。

中成药:无。

2.1.4 腑实热结证:治法:清热通腑,内泻热结。方药:大柴胡汤合大承气汤加减。柴胡12~15 g,枳实12~18 g,半夏9~12 g,黄芩9~12 g,大黄^(后下)9~12 g,芒硝^(冲服)6~9 g,白芍9~12 g,栀子9~12 g,连翘9~12 g,桃仁9~12 g,红花9~12 g,厚朴15~18 g,黄连6~9 g。加减:呕吐重者加紫苏梗6~9 g、竹茹6~12 g以清热止呕;腹痛明显者加徐长卿9~15 g、青皮6~9 g、沉香^(后下)3~6 g以理气止痛。

中成药:枳实导滞丸,每次6~9 g(6 g/袋),口服,每日2次。

2.1.5 瘀毒化热证:治法:清热泻火,祛瘀通腑。方药:泻心汤或大黄牡丹汤合膈下逐瘀汤加减。生大黄^(后下)12~15 g,黄连6~9 g,黄芩6~9 g,当归9~12 g,川芎6~12 g,桃仁9~12 g,红花9~12 g,赤芍6~9 g,延胡索9~12 g,香附9~12 g,枳壳9~12 g,炒五灵脂^(包煎)6~9 g,牡丹皮6~9 g,冬瓜仁27~30 g,芒硝^(冲服)6~9 g,甘草6~9 g。加减:便血或呕血者加三七粉^(冲服)1~3 g、茜草根6~12 g以凉血止血;瘀重者加三棱9~12 g、莪术9~12 g以活血化瘀。

中成药:一清颗粒,每次1袋(7.5 g/袋),口服,每日3~4次。

2.1.6 内闭外脱证:治法:通腑逐瘀,回阳救逆。方药:小承气汤合四逆汤加减。生大黄^(后下)9~12 g,厚朴6~9 g,枳实6~9 g,制附片^(先煎)9~12 g,干姜6~9 g,炙甘草6~9 g,生晒参^(另炖)9~12 g。加减:大便干硬者加芒硝^(冲服)3~6 g以软坚通便;汗多亡阳者加煅龙骨15~18 g、煅牡蛎15~18 g以固表止汗。禁饮食者,可置空肠营养管,推注食物及相关药物。

中成药:无。

2.2 恢复期

2.2.1 肝郁脾虚证: 治法: 疏肝健脾, 和胃化湿。方药: 柴胡六君子汤加减。人参^(另煎)9~12 g, 炒白术12~15 g, 茯苓15~18 g, 陈皮15~18 g, 姜半夏9~12 g, 炙甘草6~9 g, 柴胡12~15 g, 炒白芍9~12 g。加减: 食积者加焦山楂9 g、鸡内金10 g以消食化积; 腹胀明显者加莱菔子12~15 g、木香9~12 g以理气消胀; 腹痛拘急, 喜温喜按者加桂枝6~9 g、生姜6~9 g; 腹部刺痛入夜尤甚, 舌紫暗或有瘀斑者加桃仁9~15 g、红花9~12 g、川芎9~12 g以祛瘀止痛。

中成药: ①逍遥丸, 每次6~9 g (6 g/袋), 口服, 每日2次; ②香砂枳术丸, 每次10 g (10 g/袋), 口服, 每日2次。

2.2.2 气阴两虚证: 治法: 益气生津, 养阴和胃。方药: 生脉散或益胃汤加减。人参^(另煎)9~12 g, 五味子6~9 g, 沙参12~15 g, 麦冬12~15 g, 生地黄12~15 g, 玉竹6~9 g。加减: 口渴明显者加玄参9~15 g、天花粉9~15 g以养阴生津止渴; 神疲乏力明显者加黄芪12~18 g、当归6~12 g、酸枣仁9~12 g以益气补血; 大便干结者加火麻仁9~15 g、当归6~12 g以润肠通便。

中成药: ①玉泉颗粒(胶囊/丸), 每次1袋(5 g/袋), 口服, 每日4次; ②二冬膏, 每次9~15 g, 口服, 每日2次。

3. 现代名家学术经验

3.1 吴咸中

3.1.1 学术观点: SAP早期: 从发病初期开始, 延续7~10 d, 从病理生理学来看, 主要是胰腺、胰周渗液及血液中血管活性或毒性物质引起的全身性损害, 主要表现为血容量减低、末梢循环不全、肺功能障碍、肠麻痹及肾功能损害, 这是SAP的第一个多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)高峰。从中医辨证来看, 多属于少阳阳明合证或阳明腑证, 严重患者亦可表现为结胸里实证。此阶段重用通里攻下药, 消除腹胀, 保持大便通畅, 原则上以大承气或清胰陷胸汤为主方。

SAP进展期: 从发病后10~14 d开始, 由于胰腺和(或)胰周组织感染而出现全身感染症状, 患者开始出现寒热往来, 或壮热不退, 腹痛及腹胀再度加重, 严重者表现为第2个MODS高峰。进展期的全身支持疗法除前述的措施外, 还应加强营养支持及抗感染治疗, 通过B超及CT检查, 及时发现胰腺、胰周组织及腹膜后的病理变化, 当确认有脓肿形成时, 应及时进行手术引流, 此期中药治疗以清热解毒及活血化瘀为主, 辅以通里攻下, 代表方剂为清胰承气汤加减。

SAP恢复期: 此期的主要治疗目标有二: 一是调理脾胃, 补益气血, 恢复胃肠的消化吸收功能, 增强机体的免疫抗病能力; 二是择期手术解决胰腺坏死所遗留下的问题, 如假性囊肿, 不能自行闭合的胰瘘及肠瘘, 以及需要进行手术治疗的胆道疾病等。

3.1.2 用药心得: SAP初期采用积极通里攻下、活血化瘀中药, 多采用清胰陷胸汤(大黄、芒硝、甘遂、柴胡、黄芩、木香、胡连、川楝子、延胡索)2剂/d, 每剂2煎, 给予口服或胃管注入及保留灌肠; 进展期采用清热解毒、活血化瘀治疗的同时, 注重攻补兼施, 采用清胰承气汤(柴胡、黄芩、木香、川楝子、延胡索、枳实、厚朴、大黄)2剂/d, 早晚分服; 恢复期以补气养阴、健脾和胃为法^[24]。

3.2 俞尚德

3.2.1 学术观点: AP常起于暴饮暴食, 痛发急骤, 痛而拒按, 为食滞实痛; 发热黄疸, 恶心呕吐, 大便燥结, 乃少阳、阳明之实热。苔黄糙腻, 脉象弦数, 一派中焦湿热阻滞、肝胆郁热化火、胃肠邪热不得通降之象。基本上符合痞满燥实的腑实证, 与《伤寒论》之“结胸热实”近似。或兼气滞血瘀, 邪正相争, 亦可出现热厥现象。

3.2.2 用药心得: 治宜通里攻下, 清热解毒, 常可痛随利减。或兼理气行瘀, 利胆安蛔, 对水肿型胰腺炎近期疗效满意, 重症病例病死率甚高, 必须采用中西医结合治疗。用治AP的中医方剂基本上是按大承气汤化裁而来, 其作用原理可能是: 通里攻下能增强肠蠕动排空, 减少胆汁反流, 由于胃肠道的短暂性负压, 故还起到类似内引流的作用。清热解毒药有抗菌消炎作用, 理气行瘀药可松弛Oddi括约肌及改善微循环(主要是一系列的协调和综合作用)。腹痛减轻之后, 应逐渐减少攻下药, 恢复期给予健脾渗湿、理气止痛法以调治。治疗AP常以大黄为主药。实验证明, 生大黄对胰蛋白酶、胰淀粉酶、胰脂肪酶的活性具有全面的抑制作用, 从而避免或减少胰腺的自我消化^[25]。

3.3 徐景藩

3.3.1 学术观点: AP常在餐后发病, 上腹卒然疼痛, 拒按, 痛及胁腰背部, 甚则恶心呕吐。体虚邪盛, 或老年气阴本虚, 心气不足, 心血瘀阻, 则卒发本病, 其势尤重, 变端尤速, 预后严重。除病史、症状及上腹部体征以外, 舌苔初起一般不厚不腻, 常呈薄白或薄黄之象。重症正虚邪实者, 舌质或淡或红。呕吐津伤则舌干少苔。凡肝胆湿热较甚, 胆液不循常道下泄者, 可见目黄, 舌下络脉色黄, 重者肤色亦黄。卒然脘腹剧痛, 面色白而无华者病重, 由于中焦气机壅滞, 心血骤虚, 不荣于面部。痛甚而腹胁腰部皮肤见有瘀斑者, 湿热邪盛, 及营及血, 瘀热外现, 亦属病势严重之征。脉象一般以有力为实, 无力属虚。有力者或弦或滑, 无力者或细或濡, 甚则沉细、微弱。应以四诊合参, 判断邪正虚实, 辨别病理因素, 明确证候, 推测预后。由于本病重症的病死率尚较高, 特别是少数卒发而猝死病例, 有的不及救治, 甚至死后才发现, 故医者必须高度重视, 提高警惕。一般虽以轻症为多, 但也有由轻转重, 由重致危, 勿因初时病情不重而麻痹大意。

3.3.2 用药心得: 治疗方: 处方: 制附子^(先煎)5 g, 炒当归10 g, 炙柴胡10 g, 炒枳壳10 g, 炒白术10 g, 延胡索10 g, 赤芍10 g, 白芍10 g, 紫丹参10 g, 炙甘草5 g, 制大黄5 g, 生薏苡仁30 g, 败酱草15 g, 路路通10 g, 丝瓜络10 g, 谷芽30 g。

徐老认为医者应客观地认知有寒象, 理宜用温药, 勿以为“炎症”而仍一味用苦寒之品, 离开辨证, 走入误区, 不利于病。上方比较复杂, 既有附子大黄汤意, 又是四逆散合薏苡附子败酱散加减。附子与制大黄同用, 其意不在通腑, 而在温经导瘀, 四逆散疏调气机, 薏苡附子败酱散系仲景方, 此方对腹腔炎性疾病所致不少病证, 均可据证选配。特别是有一定的寒象者, 附子实为良药。此方原量, 薏苡仁: 附子: 败酱草为10:2:5, 其比例亦比较恰当。上方四逆散中加白术, 顾及脾气, 又有当归, 气血、肝脾双调, 加路路通、丝瓜络, 取其通络为佐, 伍以延胡索、赤芍、丹参, 协同通络行瘀定痛之功^[26]。

3.4 蒋俊明

3.4.1 学术观点: 蒋老以卫气营血和脏腑辨证为基础, 兼取二者之长, 在此基础上结合SAP的临床特点, 明确提出用热病气分、血分、脏衰、恢复分期概括本病的证候类型和病机传变规律的热病理论。气分证期出现热壅于肺、热扰胸膈、热在肺胃, 也可以热迫大肠, 此期的特点是大热耗伤大量津气, 若未能及时控制则转入营血分证期。热入营分是热邪内陷的深重阶段, 邪热灼伤真阴, 扰及心神。或热邪灼伤肝经, 津血不足, 导致肝风内动; 或热与血结, 热壅血瘀、血败肉腐形成痈脓; 或迫血妄行, 血液丢失, 瘀血内停形成[弥散性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC)]等; 同时由于津血同源, 也更进一步加重津液损耗; 津、气、血的大量耗损, 正气亏虚, 气血运行不畅, 导致脏腑功能衰竭, 出现亡阴亡阳, 抢救不及时的患者危在旦夕。有时也可出现热深厥深的真热假寒证, 临证尤其要注意和亡阴亡阳鉴别。恢复期由于邪去正衰, 或正虚邪恋、余热未尽或邪热滞留、瘀血停留不去, 而表现出气阴两伤、脾虚湿困、湿热留恋、癥瘕积聚等证候。在该病的整个病程中热邪贯穿始终, 治疗热邪及其引起的一系列变化是治疗SAP的关键, 形成了SAP热病观的理论框架。

3.4.2 用药心得: 根据SAP分期辨证和证型辨证相结合的原理, 蒋老独创益活清下法, 强调临证重在变通。①清法: 方用白虎汤和承气汤系列加减。如果湿热内盛应配伍清热祛湿药; 热入血分, 壅结腐败成痈成脓的可加清热解毒合凉血散瘀药物; 如果热迫血妄出现出血者, 加清热凉血、凉血止血药; 瘀血严重者, 酌情加入凉血通经或破血药物, 尽快改善血液循环。热入少阳者, 可和解少阳; 兼夹湿邪者, 可选用清热利湿药物; 热极生风者, 则加入清肝息风药物; 如果热扰及心神, 可根据病

情轻重选择清心安神、清心开窍药物; 到病程后期, 可配合清虚热药物。②下法: 肠道学说运用大量研究证实肠道血液供应极为脆弱, 各种MODS的诱因均可引起肠道缺血、肠黏膜屏障损伤, 肠道内细菌过度生长, 机体抵抗力下降, 使正常情况下不能进入机体血液循环的细菌、内毒素移位入血, 导致MODS。泻下药可以去除肠道积滞、有害有毒物质, 调畅肠道气机, 增强抵抗能力, 防止细菌、毒素侵入。③活法: 常用药物如大剂量丹参, 既能凉血消痈, 活血化痰, 扩张动脉血管增加供血, 又能养血补虚。另外, 如红藤、牡丹皮、赤芍、大黄等也有良好的活血化瘀作用。此类药物能够降低血液的黏滞性、改善胰腺血流情况, 降低血流的阻力, 减轻胰腺充血、肿胀、梗阻和坏死。④益法: SAP病情缓解后, 重在调理善后, 以治本补虚为主。火热易耗气伤津动血, 甚至出现亡阴亡阳的危候, 这时期蒋老运用中医热病伤阴理论指导西医用大量补液的方法, 及时纠正水液耗损, 弥补中药不能及时扩充血容量的缺陷, 同时合理使用生脉注射液补气养阴增加血容量, 降低血液黏稠度, 改善血液循环^[27]。

4. 西医诊疗进展概述 对于AP早期休克或伴有脱水的患者, 应使用晶体液 $5 \sim 10 \text{ mL} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 速度即刻进行液体治疗, 4~6 h评估病情, 根据病情变化调整液体输入的量 and 速度。在患者胃肠功能耐受情况下, 尽早开展经口或肠内营养。此外, 对于无感染证据的AP, 不推荐常规使用抗菌药物。对于可疑或确诊的胰腺(胰周)或胰外感染, 可经验性使用抗菌药物, 并尽快进行体液培养, 根据细菌培养和药物敏感试验结果调整抗菌药物^[2]。

HTG-AP发生率高, 易重症化, 早期降脂治疗对于改善此类患者的病情及预后十分必要^[28]。ABP的治疗须判断有无胆管梗阻, 并尽早控制感染, 解除胆管梗阻。多项指南^[2,9-10]认为尽早行ERCP是解除ABP患者胆道梗阻的首选方法, 但在没有胆管炎或胆总管梗阻的重症急性胆源性胰腺炎患者中, 不推荐进行ERCP。各指南均建议轻型ABP患者在同次住院期间切除胆囊, 方式以腹腔镜胆囊切除术为首选, 而坏死性胰腺炎患者须待炎症稳定或消退后再行手术^[13,29-30]。当SAP进入感染期或出现并发症时, 外科干预的重要性不言而喻, 关键在于外科干预指征、时机及方式的掌控^[31]。

AP的局部并发症治疗: 无感染征象的部分急性液体聚集、急性坏死物聚集可在发病后数周内自行消失, 无需干预, 仅在合并感染时才有穿刺引流的指征; 部分无症状胰腺假性囊肿、包裹性坏死可自行吸收, 对于有症状或合并感染、直径 $>6 \text{ cm}$ 的假性囊肿及包裹性坏死可施行微创引流治疗。在引流之前需结合相关检查排除囊性肿瘤、假性动脉瘤、肠憩室及非炎症性的液体聚集等情况^[10]。

5. 难点问题分析与中医药优势 AP起病急, 并发病多, 尤其SAP病情危重、局部及全身并发症多、病死率高是其治疗难点。中医药干预在减轻症状、抑制炎症反应、调节胃肠蠕动、抑制胰酶分泌、维护肠道屏障功能等方面具有显著作用, 与规范的液体治疗、肠内营养等综合治疗构成了普遍认同、有特色的中西医结合治疗, 可提高疗效、降低病死率、缩短病程并减少医疗费用^[32-33]。

6. 其他治法 主要包括外治法及适宜技术的介绍。

6.1 灌肠治疗 生大黄30 g, 加水200 mL煮沸后再文火煎5 min, 过滤去渣冷却至38~40 °C后灌肠, 插管深度为30~35 cm, 保留1~2 h, 2次/d。亦可采用大承气汤、大柴胡汤等进行灌肠治疗^[34-35]。

6.2 腹部外敷 ①芒硝外敷: 将芒硝 500~1 000 g研磨成粉末状, 置于专门的外敷袋中, 随后将外敷袋平铺均匀置于患者的中上腹部, 当芒硝出现结晶变硬后更换, 更换2~4次/d^[36-37]。②金黄散/膏外敷: 大黄、黄柏、姜黄、白芷各2 500 g, 天南星、陈皮、苍术、厚朴、甘草各1 000 g, 天花粉5 000 g, 共研细末。取金黄散适量, 用开水调成糊状, 敷贴于腹部压痛部位, 厚约0.8 cm, 每天换药1次, 3~5次为1个疗程, 药物调制须干稀适度, 保持药物湿润, 敷贴范围应超过腹部压痛范围3~5 cm^[38-39]。

6.3 针灸治疗 急性期治疗以“通”为要, 辨证施以理气通腑、化湿利胆、清热解毒、活血化瘀等法, 只针不灸, 用泻法; 恢复期重在调理肝、脾二脏, 辨证施以疏肝健脾、益气养阴法, 针灸并用, 用虚补实泻法。

基础选穴: 中脘、内关、足三里、上巨虚、下巨虚、胆俞, 治以理气通腑、清热利胆、活血化瘀。

加减选穴: 肝郁气滞证加期门、太冲以疏肝解郁; 肝胆湿热证加阳陵泉、支沟、期门、日月以清热化湿、利胆通腑; 热实结胸证加巨阙、关元、天枢、合谷以通里攻下、理气活血; 腑实热结证加合谷、天枢、大肠俞、支沟、气海以清热通腑、内泻热结; 瘀毒化热证加巨阙、少冲、膈俞、公孙以清热泻火、祛瘀通腑; 内闭外脱证加水沟、百会, 在此基础上闭证加十二井穴、太冲、合谷, 脱证加关元、气海、神阙, 治以通腑逐瘀、回阳救逆; 肝郁脾虚证加期门、太冲、脾俞、胃俞以疏肝健脾; 气阴两虚证加气海、三阴交、太溪、血海以益气养阴。

操作: 毫针刺, 实证患者用泻法, 虚证患者用补法, 根据临床具体情况, 也可选用多功能艾灸仪治疗^[8,40-41]。

7. 诊治流程图 见图1。

疗效评定

分项列出疗效评价方法, 可从症状疗效、证候疗效、生活质量评价、精神心理评价, 可参考国家食品药品监督管理总局发布的《病种新药临床研究疗效评价方法》。

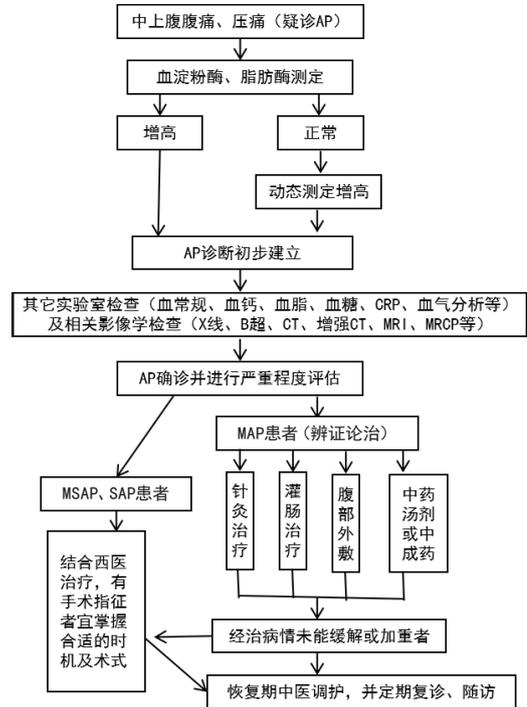


图1 AP诊治流程图

1. 疾病疗效判定标准 痊愈: 轻症, 5 d内症状及体征消失, 且实验室指标 (血清淀粉酶及脂肪酶、CT 评分标准) 恢复正常; 重症, 10 d内达到上述标准。显效: 轻症, 5 d内症状及体征消失, 实验室指标明显改善; 重症, 10 d内达到上述标准, 合并症未完全消失, 或急性生理与慢性健康评分 (APACHE-II) 降低50%以上。有效: 轻症, 5 d内症状及体征好转, 实验室指标改善; 重症, 10 d内临床症状体征好转, 相关辅助检查指标及影像检查, 较入院时有所恢复, 但未恢复正常, 或APACHE-II分数降低未达50%。无效: 轻症, 5 d内临床症状及体征无改变或加重; 重症, 10 d内临床症状、体征无改变, 或加重转手术治疗者, 或 APACHE-II分数降低未达30%。死亡: 指病情恶化, 进而死亡^[17]。

2. 证候疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[42]中消化系统疾病的临床研究指导原则中的证候疗效评定标准修订。所有症状均分为无、轻、中、重4级, 主症分别记0、2、4、6分, 次症分别记0、1、2、3分, 舌脉分为正常和非正常2级。临床痊愈: 症状消失或基本消失, 证候积分减少≥95%。显效: 症状明显改善, 证候积分减少≥70%, 但<95%。有效: 症状有好转, 证候积分减少≥30%, 但<70%。无效: 症状无明显好转, 甚至加重, 证候积分减少<30%。

计算公式 (尼莫地平法): 疗效指数 (%) = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。

中医药循证医学进展

1. 专病专方 张楠等^[43]应用Meta分析为临床应用柴苓承

气汤治疗AP提供循证医学证据,通过筛选最终纳入11篇研究类型均为随机对照临床试验(randomized clinical trial, RCT)的文献,对照组为西医常规治疗,试验组在对照组基础上加用柴芩承气汤加减治疗。经分析得出结论:柴芩承气汤联合西医常规能够提高AP治疗总有效率,降低血清淀粉酶水平,缩短腹痛缓解时间,减少住院时长,且均优于单纯西医常规治疗。

孙凯滨等^[44]运用贝叶斯网状Meta分析方法对现有大柴胡汤中化学成分干预胰腺炎动物模型效果的动物实验进行分析,分析得到5种化学成分,共同构成了大柴胡汤治疗胰腺炎功效的物质基础,协同发挥治疗作用:其中槲皮素来自柴胡、大枣,黄芩苷来自柴胡、黄芩、半夏,大黄素来自大黄,芍药苷来自白芍,β-胡萝卜素来自大枣,这些成分在降低胰腺炎动物模型胰腺病理评分、AMY、肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α, TNF-α)、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)等方面显示出了良好的效果,能够减少胰腺炎症反应,减少胰腺水肿,起到保护胰腺的作用,并且未见严重不良反应的报道。杨汐茵等^[45]通过检索筛查出8篇共702例患者的RCT文献,治疗组为大柴胡汤联合西药,对照组单纯使用西药治疗,通过Meta分析得出结论:大柴胡汤联合西医常规治疗AP的临床疗效优于单纯使用西医常规治疗,可以显著提高AP治疗的有效率,降低相关炎症指标,值得在临床上推广应用。

王学军等^[46]通过检索筛查出16篇共894例受试者的RCT文献,对照组为西医常规治疗,实验组仅加大承气汤,通过Meta分析显示:大承气汤能有效促进SAP患者各项生命体征和生理指标恢复,能够缩短患者的住院时间、降低治疗费用,能够有效降低并发症、病死率和转手术率,治疗时在西医常规治疗基础上加大承气汤优于单独常规西医治疗,在临床上具有良好的应用前景。

皮园园等^[47]通过检索筛查出37篇RCT文献,共纳入3 165例AP患者,试验组采用清胰汤或加减清胰汤治疗,单用或联合常规西医治疗;对照组为常规西医治疗。通过Meta分析显示:清胰汤联合常规西医治疗AP在提高有效率方面优于单纯使用西医常规治疗($P<0.01$),能够明显降低AP患者的病死率和住院时间。

2. 中医外治法 李方等^[48]运用循证医学的方法评价大黄灌胃灌肠联合芒硝外敷辅助治疗SAP的疗效,通过检索筛选出13篇RCT文献,共796例患者,其中对照组390例,治疗组406例,对照组为基础治疗,治疗组为大黄灌胃灌肠联合芒硝外敷辅助治疗+基础治疗。通过Meta分析发现:大黄灌胃灌肠联合芒硝外敷辅助治疗SAP,能显著缩短SAP患者的首次排便时间、腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、平均住院天数,并且能明显降低并发症发生率和病死率,临床值得推广。

预防调摄

1. AP的预防 AP的预防需要基层医疗机构、三级综合医疗机构和疾病预防控制中心等医疗人员共同努力实施。

1.1 一级预防 针对没有患AP的一般人群,通过健康教育减少酗酒和吸烟,超重或肥胖者通过低脂肪饮食和体育锻炼减轻体重。定期健康体检,发现高脂血症和糖尿病后应积极控制血脂和血糖,有胆道疾病及时内镜或手术干预,以降低AP发病率。

1.2 二级预防 早期诊断AP患者,尽早给予有效治疗,阻止病情加重,降低并发症发生率。

1.3 三级预防 定期复查发现胰腺炎后糖尿病、胰腺外分泌功能不全等后遗症,通过规范治疗,促进功能恢复^[49-50]。

2. AP调摄 禁食水虽仍是AP急性期的重要措施,但MAP患者在可耐受的情况下可尽早开放饮食,且应使用低脂,柔软的口服饮食^[29]。若不耐受口服,应在入院后24~72 h内尽早开始肠内营养。

康复期进食仍需注意,如发现腹痛、腹胀或腹泻等症,说明胃肠对脂肪消化吸收还不能耐受,此时应减少饮食中脂肪、蛋白质含量,甚至暂停;轻症ABP患者、有胆囊结石的患者在住院期间应切除胆囊;HTG-AP患者即使痊愈,也应长期低脂肪饮食;酒精性胰腺炎绝对禁止饮用任何酒类或含有酒精的饮料;另外,有些药物如双氢克尿噻、硫唑嘌呤等可诱发胰腺炎,需要在医生指导下使用。

AP患者常伴随焦虑、恐惧、紧张、孤独、睡眠障碍等情绪改变,后期出现抑郁、悲观、焦虑及慢性胰腺炎反复就医的心理压力变化,临床医护人员可通过言语开导、移情易性、座谈科普等方式进行调节,解除其心理顾虑。

转归与随访

1. 转归 MAP患者预后良好,一般1周可痊愈,但应注意复发,防止复发的关键是寻找病因并去除病因。MSAP患者常因并发症(如急性胰周液体积聚或急性坏死性积聚)导致住院时间延长,但局部并发症无腹痛等症状或感染证据,也不需要特殊治疗,大部分在数月自行吸收,病死率较低。SAP患者预后较差,病死率可达30%,早期发生的器官功能衰竭和后期并发的感染性坏死是主要死因。

2. 随访 所有MAP患者应出院1、3、6个月门诊随访,MSAP和SAP随访1年以上。

2.1 评估内容 外周血常规、肝功能、血脂、血糖、血淀粉酶水平,粪便常规、腹部超声检查等,评估是否有全身并发症、局部并发症、病因(HTGP、胆石症等)是否去除。

2.2 评估频率 随访2~3次后如无并发症,且病因去除的患者无需随访评估。HTG患者应每月复查1~2次血脂水平^[49]。

共识意见执笔人: 李慧臻(天津中医药大学第二附属医院)、周正华(天津中医药大学第一附属医院)、程红杰(北京中医药大学房山医院)、杨岩(天津中医药大学第二附属医院)。

共识意见制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家: 刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院)、杨胜兰(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、袁红霞(天津中医药大学)、郭绍举(深圳市中医院)、程红杰(北京中医药大学房山医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)。

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)、李合国(河南中医药大学第一附属医院)、陈国忠(广西中医药大学第一附属医院)、费保璋(浙江省立同德医院)、党中勤(河南省中医院)。

定稿审定专家+审稿会投票专家: 王风云(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)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李振华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、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南岗分院)、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: 王天麟(天津中医药大学第二附属医院)、杨岩(天津中医药大学第二附属医院)。

利益冲突: 所有作者均声明不存在利益冲突。

参 考 文 献

- [1] SETH D C,SACHIN W,TIMOTHY B G,et al.American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis.Gastroenterology,2018,154(4): 1096-1101
- [2] 李非,曹锋.中国急性胰腺炎诊治指南(2021).中国实用外科杂志,2021,41(7):739-746
- [3] BOXHOORN L,VOERMANS R P,BOUWENSE S A,et al.Acute pancreatitis.Lancet,2020,396(10252):726-734
- [4] PETER A B,THOMAS L B,CHRISTOS D,et al.Classification of acute pancreatitis-2012:Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus.Gut,2013,62: 102-111
- [5] 雷静,何松.急性胰腺炎及其并发症内镜治疗的进展.检验医学与临床,2020,17(20):3046-3050
- [6] 王凯,潘志坚.急性胰腺炎严重程度评分系统的临床研究进展.肝胆胰外科杂志,2020,32(11):701-705
- [7] 谢宇,孙备.胰腺炎基础研究进展与展望.中国实用外科杂志, 2021,41(1):60-64
- [8] 李军祥,陈諳,唐文富.急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见(2017年).中国中西医结合消化杂志,2017,25(12): 901-909
- [9] 中华医学会急诊分会,京津冀急诊急救联盟,北京医学会急诊分会,等.急性胰腺炎急诊诊断及治疗专家共识.临床肝胆病杂志,2021,37(5):1034-1041
- [10] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,《中华胰腺病杂志》编委会,《中华消化杂志》编委会.中国急性胰腺炎诊治指南(2019年,沈阳).临床肝胆病杂志,2019,35(12):2706-2711
- [11] 国家中医药管理局,国家卫生健康委员会.国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知.(2020-11-16)[2023-02-01].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm
- [12] 宏欣,王立明,张正良,等.高甘油三酯血症性急性胰腺炎诊治急诊专家共识.中国全科医学,2021,24(30):3781-3793
- [13] LEPPÄNIEMI A,TOLONEN M,TARASCONI A,et al.2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis.World J Emerg Surg,2019,14:27
- [14] 高广周,郝英霞.急性胆源性胰腺炎肝损伤研究进展.世界华人消化杂志,2020,28(3):81-85
- [15] 蒋里,简婕,王世东,等.胰腺疾病中医病名考辨.北京中医药, 2020,39(8):777-781
- [16] 韩尽斌,曹振东,刘巧丽,等.从“胰属脾”谈胰腺癌的病机要素.中华中医药学刊,2018,36(9):2086-2088
- [17] 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).临床肝胆病杂志,2017,33(11):2052-2057
- [18] 吴珊珊,范铁兵.中医药治疗急性胰腺炎的临床应用进展.中国中医急症,2020,29(2):370-372
- [19] 黄天生,朱生樑,马淑颖,等.急性胰腺炎中医证型与疾病轻重类型相关性研究.江苏中医药,2011,43(8):32-33
- [20] 徐崔,崔乃强,崔云峰.急性胰腺炎中医研究近况.中国中医急症,2010,19(5):836-837

- [21] 陆拯.毒证论.北京:中国中医药出版社,2012:11-12,36-37,112
- [22] 宋雅芳,姬爱冬,刘友章.从广州中医药大学第一附属医院收治的例急性胰腺炎看该病的发病特点.广州中医药大学学报,2006,23(3):214-217
- [23] 吕农华.急性胰腺炎诊治的新理念、新技术及临床面临的难点与困惑.中国实用内科杂志,2021,41(1):1-2
- [24] 吴咸中.急性胰腺炎的中西医结合治疗.世界华人消化杂志,2001,9(4):417-418
- [25] 俞尚德,俞文武,叶蔚.俞氏中医消化病学.杭州:浙江大学出版社,2016:423-427
- [26] 徐景藩,陆为民,徐丹华,等.徐景藩脾胃病临证经验集粹.北京:科学出版社,2015:79,80,354
- [27] 黄萍,李永红,蒋俊明,蒋俊明教授热病观及益活清下理论体系总结.四川中医,2008,26(1):1-2
- [28] 孙昉.高甘油三酯血症性急性胰腺炎诊治进展.世界华人消化杂志,2020,28(24):1223-1228
- [29] 朱帅,黄耿文.WSES 重症急性胰腺炎管理指南(2019)解读.中国普通外科杂志,2019,28(9):1048-1053
- [30] 孙备,李冠群.急性胰腺炎临床研究进展与展望.中国实用外科杂志,2020,40(2):171-175
- [31] 浙江省医学会重症医学分会.浙江省重症急性胰腺炎诊治专家共识.浙江医学,2017,39(14):1131-1148
- [32] 边志远,廖健思,文玲,等.中医药治疗急性胰腺炎微循环障碍机制研究进展.山东中医杂志,2021,40(3):324-329
- [33] 李军,王森,王林,等.基于数据挖掘和网络药理学探讨中医药治疗急性胰腺炎的用药规律及潜在机制.云南中医学院学报,2021,44(2):75-82
- [34] 梁梅兰,张桂珍,菅瑞梅,等.生大黄保留灌肠治疗急性胰腺炎研究进展.护理研究,2016,30(6):2053-2056
- [35] 陈建国,胡宗俊.大承气汤合大柴胡汤加减保留灌肠联合甲磺酸加贝脂辅助治疗急性胰腺炎临床研究.中国中医急症,2021,30(7):1199-1203
- [36] 陈国胜,饶李亮,罗静.芒硝外敷联合大黄承气汤治疗重症急性胰腺炎的临床疗效及其安全性.临床合理用药杂志,2021,14(18):30-32,35
- [37] 王志刚,王洪波.芒硝外敷在改善SAP患者症状及指标中的作用.肝胆外科杂志,2020,28(5):372-374
- [38] 郭邦阳.金黄散外敷治疗急性胰腺炎56例疗效观察.新中医,2004,36(5):44-45
- [39] 于云.金黄散治疗急腹症的疗效及作用机制探讨.山东中医杂志,2004,23(3):153-154
- [40] 陈俊伍,何文珊,李应昆.针刺辅助治疗急性胰腺炎选穴规律分析研究.世界最新医学信息文摘,2019,19(66):278-280
- [41] 郑琪.针刺辅助治疗急性胰腺炎的Meta分析.武汉:湖北中医药大学,2019
- [42] CFDA.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002
- [43] 张楠,张倩,田虎.柴芩承气汤治疗急性胰腺炎随机对照试验的Meta分析.光明中医,2023,38(1):12-17
- [44] 孙凯滨,张新雨,张家祥,等.大柴胡汤中化学成分干预胰腺炎动物模型效果的贝叶斯网状Meta分析.天津中医药大学学报,2021,40(3):342-349
- [45] 杨汐茵,胡抢.大柴胡汤在急性胰腺炎中临床疗效的Meta分析.现代实用医学,2017,29(1):29-31,141
- [46] 王学军,曾宪涛,韩斐,等.大承气汤治疗急性重症胰腺炎效果的Meta分析.世界华人消化杂志,2011,19(36):3705-3713
- [47] 皮园园,张先杰,姜涛.清胰汤治疗急性胰腺炎随机对照试验的Meta分析.世界中医药,2018,13(6):1546-1552
- [48] 李方,王强.大黄灌胃灌肠联合芒硝外敷对重症急性胰腺炎临床疗效的Meta分析.临床消化病杂志,2015,27(2):69-75
- [49] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会消化病学分会,等.急性胰腺炎基层诊疗指南(2019年).中华全科医师杂志,2019,18(9):819-826
- [50] MARIANNA A,JOHANN O,MIHAILO B,et al.ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis.Clinical Nutrition,2020,39(3):612-631

(收稿日期:2023年11月21日)