

# 复方大承气汤灌肠联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎临床观察

侯清<sup>1</sup>, 李晓泉<sup>1</sup>, 张琦<sup>2,3</sup>, 经文善<sup>2,3</sup>

(1. 安徽省亳州市中医院, 安徽 亳州 236800; 2. 安徽中医药大学第一附属医院, 安徽 合肥 230031; 3. 安徽省中医药科学院中医外科研究所, 安徽 合肥 230031)

**[摘要]**目的 观察复方大承气汤联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎的临床疗效。方法 将107例急性胰腺炎患者随机分为观察组(54例)和对照组(53例), 对照组给予西医综合保守治疗, 观察组在对照组基础上加用复方大承气汤灌肠联合中药芒硝外敷, 观察两组患者治疗前后炎症水平, 血清淀粉酶(amylase, AMY)、电解质变化, 胰腺影像学变化, 临床症状消失时间和并发症情况。结果 与治疗前比较, 两组患者治疗后白细胞、中性粒细胞计数, C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、AMY水平均显著降低( $P<0.05$ ),  $K^+$ 、 $Na^+$ 、 $Cl^-$ 、 $Ca^{2+}$ 、 $HCO_3^-$ 水平均显著升高( $P<0.05$ ); 观察组患者白细胞、中性粒细胞计数, CRP、AMY水平降低程度和血清 $Ca^{2+}$ 、 $HCO_3^-$ 水平升高程度均显著大于对照组( $P<0.05$ ); 观察组患者胰腺肿胀、胰腺周围渗出程度均显著低于对照组( $P<0.05$ ); 观察组总并发症发生率为1.85%, 明显低于对照组的15.09%( $P<0.05$ ); 观察组患者腹痛、腹胀消失时间, 肠鸣音恢复时间, 恢复进食时间, 住院时间均较对照组显著缩短( $P<0.05$ )。结论 在西医综合治疗的基础上联合中医药治疗, 能够提高急性胰腺炎的治疗效果, 同时减少并发症发生并缩短疗程。

**[关键词]**急性胰腺炎; 复方大承气汤; 灌肠; 外敷; 芒硝

**[中图分类号]**R657.5<sup>+</sup>1 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2021.03.011

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是临床常见的急腹症之一, 主要表现为急性上腹痛、恶心呕吐、发热等。按病情严重程度可分为轻型AP、轻度重症胰腺炎(moderately severe acute pancreatitis, MSAP)和重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)。按病理改变过程又可分为水肿性AP和出血坏死性AP, 前者具有自限性, 预后较好, 病死率不足1%, 而后者病程进展快, 病死率为20%~30%<sup>[1]</sup>。目前临床上AP以保守治疗为主, 辅以手术或内镜技术, 但仍存在着患者恢复慢、并发症多、治疗周期长等问题。AP属中医“腹痛”“结胸病”等范畴, 其病位在腑, 而中医认为“六腑者以通为用”, 故中医在AP的治疗上将“以通为用, 以降为顺”作为总则, 中医药及早干预, 既可有效治疗临床症状, 又可阻止或延缓病情向重症发展。笔者从2017年1月1日至2019年12月31日运用复方大承气汤灌肠联合芒硝外敷治疗AP, 取得良好疗效, 现总结报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合AP及临床分度诊断标准:

**基金项目:**十二五国家临床重点专科建设项目(财社[2013]239号); 十二五国家中医药管理局重点专科建设项目(国中医药医政发[2012]2号); 十二五安徽省重点专科建设项目(卫中医药秘[2013]521号)

**作者简介:**侯清(1985-), 男, 主治医师

参考《急性胰腺炎诊治指南》<sup>[2]</sup>, 所有患者均行实验室检查和消化系统彩色超声、CT或MRI以确诊。②符合中医湿热内蕴或腑实热结证的诊断标准<sup>[3]</sup>: 湿热内蕴证可见腹痛、口苦泛恶、小便短黄、大便不畅、舌红、舌苔黄厚腻、脉滑数; 腑实热结证可见腹痛或腹胀、恶心呕吐、身热、小便短赤、大便秘结、舌红、舌苔燥、脉涩。③患者临床资料完整。

1.2 排除标准 合并心脑血管疾病、肺肾等重要脏器功能不全、恶性肿瘤者; 妊娠期或哺乳期女性; 对治疗药物存在过敏, 更改治疗方案或不能配合治疗的患者。

1.3 一般资料 纳入2017年1月1日至2019年12月31日, 安徽省亳州市中医院确诊的107例AP患者。应用随机数字表法将其分为观察组(54例)和对照组(53例)。观察组男26例, 女28例; 年龄20~85岁, 平均年龄(54.30±18.90)岁; AP轻型36例, 中重型18例; 胆源性胰腺炎27例, 高脂血症20例, 其他原因引起7例。对照组男33例, 女20例; 年龄10~85岁, 平均年龄(60.80±17.86)岁。AP轻型35例, 中重型18例; 胆源性胰腺炎27例, 高脂血症性21例, 其他原因引起5例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义(性别:  $\chi^2=2.155, P=0.142$ ; 年龄:  $t=-0.732, P=0.466$ ; 分型:  $Z=-0.069, P=0.945$ ; 病因:  $\chi^2=0.348, P=0.840$ ), 具有可比性。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 ①禁食和鼻胃管胃肠减压。②维持体内水、电解质和酸碱平衡,胃肠外营养支持,中重型预防性使用抗感染药物。③使用生长抑素抑制胰酶分泌,中重型使用质子泵受体抑制剂抑制胃酸分泌。④无论轻型或中重型,如有全身炎症反应综合征,则辅以乌司他丁和激素治疗。

2.1.2 观察组 在对照组疗法基础上加用中药灌肠和芒硝外敷。①中药灌肠:大黄、芒硝各 20 g,厚朴、炒莱菔子、枳壳、赤芍、丹参各 10 g,桃仁 6 g。灌肠方法:上述中药水煎、浓缩,取汁 200 mL,上午、下午各灌肠 1 次,每次 100 mL,疗程为 10 d,水温 37~39 ℃,通过输液器经肛门以每分钟 40~60 滴的速度滴注至肛门上 20~30 cm 肠道,并保留 20~30 min。②中药外敷:选取亳州市中医院中草药房中颗粒状芒硝 300 g,将其密封于专用棉布袋内,平铺于胰腺体表投影区并用腹带固定,8~10 h 更换 1 次,治疗疗程为 10 d,外敷时注意观察患者腹部皮肤情况。

### 2.2 观察指标及方法

2.2.1 白细胞、中性粒细胞、淋巴细胞及血清 C-反应蛋白(C-reactive protein,CRP) 治疗前、治疗后第 10 天空腹抽取周围静脉血 2 mL,使用全自动血球仪(XN-9000 型,Sysmex 公司)检测白细胞、中性粒细胞、淋巴细胞及血清 CRP 水平。

2.2.2 血清淀粉酶(amylase,AMY)及血清电解质 治疗前、治疗后第 10 天空腹抽取周围静脉血 4 mL,使用生化分析仪(H7600-120E 型,日立公司)检测钾离子(K<sup>+</sup>)、钠离子(Na<sup>+</sup>)、氯离子(Cl<sup>-</sup>)、钙离子(Ca<sup>2+</sup>)、碳酸氢根离子(HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>)水平。

表 1 两组患者治疗前后白细胞、中性粒细胞、淋巴细胞、CRP 水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别 | n  | 白细胞/(10 <sup>9</sup> /L) |                         |                        | 中性粒细胞/(10 <sup>9</sup> /L) |                        |                        |
|----|----|--------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|
|    |    | 治疗前                      | 治疗后                     | 差值                     | 治疗前                        | 治疗后                    | 差值                     |
| 对照 | 53 | 16.54±3.69               | 10.00±2.69 <sup>*</sup> | 6.53±3.94              | 10.52±3.59                 | 7.02±3.24 <sup>*</sup> | 3.50±1.12              |
| 观察 | 54 | 16.49±3.71               | 8.23±1.94 <sup>*</sup>  | 8.26±3.59 <sup>#</sup> | 10.65±3.61                 | 5.13±3.08 <sup>*</sup> | 5.52±0.89 <sup>#</sup> |

| 组别 | n  | 淋巴细胞/(10 <sup>9</sup> /L) |           |           | CRP/(mg/L)   |                         |                          |
|----|----|---------------------------|-----------|-----------|--------------|-------------------------|--------------------------|
|    |    | 治疗前                       | 治疗后       | 差值        | 治疗前          | 治疗后                     | 差值                       |
| 对照 | 53 | 2.45±1.15                 | 2.71±1.64 | 0.25±2.08 | 127.21±33.85 | 33.18±4.09 <sup>*</sup> | 94.04±30.55              |
| 观察 | 54 | 2.43±1.40                 | 2.57±1.32 | 0.13±0.14 | 105.29±23.65 | 23.60±3.97 <sup>*</sup> | 81.70±20.29 <sup>#</sup> |

注:与治疗前比较,<sup>\*</sup>*P*<0.05;与对照组比较,<sup>#</sup>*P*<0.05

3.2 两组患者治疗前后 AMY 及电解质水平比较 与治疗前比较,两组患者治疗后 AMY 水平显著降低,K<sup>+</sup>、Na<sup>+</sup>、Cl<sup>-</sup>、Ca<sup>2+</sup>、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>水平均显著升

2.2.3 影像学特征及并发症发生情况 由专门的影像学医师对治疗前、治疗后第 10 天 CT 资料进行阅片分析,并由专人记录、收集患者有无腹腔积液、有无胰腺肿胀、胰腺周围渗出情况等,其中胰腺周围渗出<sup>[4]</sup>可分为无渗出、少量渗出(渗出范围<30%)、中量渗出(渗出范围 30%~50%)和大量渗出(渗出范围>50%)。并发症包括肺部感染<sup>[5]</sup>、消化道出血<sup>[6]</sup>、急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome,ARDS)<sup>[7]</sup>、胰腺假性囊肿<sup>[8]</sup>等,均由专人统计。

2.2.4 腹痛腹胀消失时间、肠鸣音恢复时间、恢复进食以及住院时间 专人听诊患者腹部 4 分区,每区每次听诊 5 min,若超过 2 区肠鸣音在每分钟 3 次以上则确定为肠鸣音恢复,记录其最早时间,同时记录患者腹痛腹胀消失时间、进食时间和总住院时间。

2.3 统计学方法 所有数据均使用 SPSS 21.0 统计软件进行分析。计量资料以“均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )”表示。数据满足正态分布时,组间均数比较采用两个独立样本 *t* 检验;两组治疗前后差值比较采用 Mann-Whitney *U* 检验;组内均数比较采用配对 *t* 检验或 Wilcoxon 秩和检验;无序分类变量采用  $\chi^2$  检验,有序分类变量采用秩和检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

## 3 结果

3.1 两组患者治疗前后白细胞、中性粒细胞、淋巴细胞、血清 CRP 水平比较 除淋巴细胞外,两组患者治疗后白细胞、中性粒细胞、血清 CRP 水平均较治疗前显著降低(*P*<0.05);治疗后观察组患者白细胞计数、中性粒细胞、血清 CRP 降低程度显著大于对照组(*P*<0.05)。见表 1。

高(*P*<0.05);观察组患者治疗后 AMY 水平降低程度和血清 Ca<sup>2+</sup>、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>水平升高程度均显著大于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 AMY 及电解质水平比较(̄x±s)

| 组别 | n  | AMY/(U/L)    |                           |                          | K <sup>+</sup> /(mmol/L) |                        |           | Na <sup>+</sup> /(mmol/L) |                          |           |
|----|----|--------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------|
|    |    | 治疗前          | 治疗后                       | 差值                       | 治疗前                      | 治疗后                    | 差值        | 治疗前                       | 治疗后                      | 差值        |
| 对照 | 53 | 443.55±23.77 | 146.80±23.14 <sup>*</sup> | 296.75±2.08              | 3.82±0.76                | 4.23±0.76 <sup>*</sup> | 0.42±0.05 | 133.49±3.70               | 138.73±3.63 <sup>*</sup> | 5.23±0.50 |
| 观察 | 54 | 444.49±8.81  | 89.06±7.65 <sup>*</sup>   | 355.43±1.40 <sup>#</sup> | 3.91±0.60                | 4.46±0.60 <sup>*</sup> | 0.55±0.04 | 134.33±3.36               | 139.58±3.29 <sup>*</sup> | 5.24±0.48 |

| 组别 | n  | Cl <sup>-</sup> /(mmol/L) |                          |           | Ca <sup>2+</sup> /(mmol/L) |                        |                        | HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> /(mmol/L) |                         |                        |
|----|----|---------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|------------------------|
|    |    | 治疗前                       | 治疗后                      | 差值        | 治疗前                        | 治疗后                    | 差值                     | 治疗前                                     | 治疗后                     | 差值                     |
| 对照 | 53 | 99.33±3.13                | 100.99±3.15 <sup>*</sup> | 1.66±0.48 | 1.41±0.48                  | 2.27±0.19 <sup>*</sup> | 0.87±0.03              | 19.88±1.49                              | 22.91±1.41 <sup>*</sup> | 3.02±0.84              |
| 观察 | 54 | 99.77±3.26                | 101.52±3.29 <sup>*</sup> | 1.75±0.49 | 1.35±0.44                  | 2.49±0.26 <sup>*</sup> | 1.14±0.04 <sup>#</sup> | 19.69±1.34                              | 24.43±1.23 <sup>*</sup> | 4.74±0.89 <sup>#</sup> |

注:与治疗前比较,<sup>\*</sup>*P*<0.05;与对照组比较,<sup>#</sup>*P*<0.05

3.3 两组患者治疗后影像学变化及并发症发生情况比较 观察组患者胰腺肿胀发生率较对照组显著降低( $\chi^2=4.73,P=0.030$ ),胰腺周围渗出程度较对照组明显减轻( $Z=-2.758,P=0.006$ );而两组患者腹腔积液发生率比较,差异无统计学意义( $\chi^2=3.584,P>0.05$ )。观察组总并发症发生率为1.85%,明显低于对照组的15.09%( $\chi^2=4.491,P=0.034$ )。见表3。

3.4 两组患者治疗后临床症状消失时间、恢复进食时间及住院时间比较 观察组患者腹痛消失时间、腹胀消失时间、肠鸣音恢复时间、恢复进食时间、住

院时间均明显少于对照组(*P*<0.05)。见表4。

表 3 两组患者治疗后影像学特征及并发症发生情况比较

| 组别 | 腹盆腔积液/例 |    | 胰腺周围渗出/例 |    |    |    |
|----|---------|----|----------|----|----|----|
|    | 有       | 无  | 无        | 少量 | 中量 | 大量 |
| 对照 | 12      | 41 | 31       | 17 | 3  | 2  |
| 观察 | 5       | 49 | 44       | 10 | 0  | 0  |

| 组别 | 胰腺肿胀/例 |    | 并发症/例 |       |      |        |
|----|--------|----|-------|-------|------|--------|
|    | 有      | 无  | 肺部感染  | 消化道出血 | ARDS | 胰腺假性囊肿 |
| 对照 | 21     | 32 | 2     | 1     | 2    | 3      |
| 观察 | 11     | 43 | 1     | 0     | 0    | 0      |

表 4 两组患者治疗后临床症状消失时间、恢复进食时间及住院时间比较(̄x±s)

| 组别 | n  | 腹痛消失时间/d               | 腹胀消失时间/d               | 肠鸣音恢复时间/d              | 恢复进食时间/d               | 住院时间/d                  |
|----|----|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| 对照 | 53 | 5.02±1.80              | 6.26±1.90              | 6.07±1.89              | 6.38±1.83              | 13.91±1.45              |
| 观察 | 54 | 3.42±1.35 <sup>#</sup> | 5.02±1.46 <sup>#</sup> | 4.55±1.43 <sup>#</sup> | 4.89±1.42 <sup>#</sup> | 10.60±1.95 <sup>#</sup> |

注:与对照组比较,<sup>#</sup>*P*<0.05

4 讨论

AP 治疗的关键在于早期干预以防止疾病的进展,同时有效防治并发症。目前对于 AP 的治疗,以禁食、胃肠减压、液体复苏、抑酸抑酶等综合疗法为主<sup>[2]</sup>。相比西医手段,中医治疗可发挥治未病、内治外治结合的特点,在 AP 的治疗上具有重要的作用。本研究显示,中药灌肠联合芒硝外敷干预后,患者胰腺功能损伤明显减轻,有效地避免了 AP 的病情进展而利于病情的恢复,同时并发症的发生率明显下降,治疗疗程缩短。

中医认为,AP 多由外感六淫之邪、情志因素、暴饮暴食,或创伤、胆石、虫积等诱发,其病位在腑,又与肝、胆、胃、脾、肠等相关联<sup>[9]</sup>,故而病情复杂,证候多变,发为本虚标实之病,然多有湿热瘀滞之特点,并表现在 AP 发展的不同阶段,因此治疗上当采用通腑泻热、祛瘀除湿之法。复方大承气汤由大黄、芒硝、厚朴、炒莱菔子、枳壳、桃仁、赤芍、丹参组成,方中大黄泻热通便、逐瘀通经,芒硝软坚润燥、并助大黄泻热攻积,枳壳破气消积,厚朴下气除满,炒莱菔子降气除胀,桃仁祛瘀润肠通

便,赤芍凉血散瘀止痛,丹参化瘀通络,全方着重泻热通便,并以理气化瘀之品,共奏腑通热泻、瘀祛湿除之效。现代药理学研究<sup>[10-11]</sup>表明,通过灌肠的治疗方式,复方大承气汤可直接作用于肠道,增强肠道蠕动能力,从而促进 AP 患者胃肠道功能的恢复,同时利于加快肠道内容物的清除。由于 AP 坏死感染的主要原因是肠道细菌的移位,复方大承气汤有助于其加速排出,并改善肠道和胰腺微循环,同时保护肠黏膜机械屏障和免疫屏障。芒硝,性寒,味苦、咸,归胃、大肠经,功属泻下药,具有泻热通便、软坚消肿、滋阴泻火之功,AP 多有湿热瘀滞之证,芒硝可有效清除湿热毒邪而无伤阴之弊。芒硝外敷胰腺体表投影区,可透过皮肤直接作用于病患处,避免肝脏首过效应,提高了治疗的针对性<sup>[12]</sup>。芒硝外敷与复方大承气汤联用,可以发挥内治与外治相结合的优势,不仅能增强泻热通腑、祛瘀除湿的效果,还能改善胰腺局部的血液循环,促进炎症吸收,提高机体免疫力。本研究中,观察组患者白细胞、中性粒细胞计数,血清 CRP、AMY 水平显著降低,而 Ca<sup>2+</sup>、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>水平

明显升高,同时胰腺肿胀、胰腺周围渗出情况、临床症状均改善明显,与对照组比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

复方大承气汤灌肠联合芒硝外敷,从不同的位置作用于胰腺,均符合“以通为用”之治则,其对于AP患者临床症状的缓解、炎症指标的控制、胃肠功能的恢复、并发症的发生等均具有确切的疗效。由此,把握治疗之根本,充分发挥中医治疗手段的联合作用值得我们进一步思考与实践。本实验中灌肠方的配伍,灌肠液的速度、温度以及外敷芒硝的量与使用频率均方便易行,有利于发挥出最大的治疗效果,然而本研究的样本量较小,尚需从循证医学的角度进一步证实中医药治疗的有效性。

参考文献:

[1] TRIKUDANATHAN G, WOLBRINK D R J, VAN SANTVOORT H C, et al. Current concepts in severe acute and necrotizing pancreatitis: an evidence-based approach [J]. *Gastroenterology*, 2019, 156(7):1994-2007.

[2] 郭晓钟,李兆申,唐承薇,等.中国急性胰腺炎诊治指南(2019,沈阳)[J].*中华胰腺病杂志*, 2019(5):321-331.

[3] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准:中医病证诊断疗效标准[J].*中医药管理杂志*, 1994(6):2.

[4] 朱东波,吴孟洁,王进广,等.急性胆源性胰腺炎与急性

非胆源性胰腺炎的临床特征分析[J].*安徽医学*, 2020, 41(6):670-673.

[5] 王宏.胸部X线联合CT检查在肺部感染早期筛查中的诊断效果[J].*影像研究与医学应用*, 2019, 3(23):114-115.

[6] 刘文忠.消化道出血概述[J].*胃肠病学*, 2015(9):513-516.

[7] 刘涉洪,周干.急性呼吸窘迫综合征的诊断及呼吸支持治疗进展[J].*中国中西医结合急救杂志*, 2019(2):247-250.

[8] 谢智钦,朱泽民,郭子依,等.《2018年美国胃肠病学院临床指南:胰腺囊肿的诊断和治疗》摘译[J].*临床肝胆病杂志*, 2018, 34(5):991-994.

[9] 张娟娟,胡仕祥.重症急性胰腺炎的中医病机及后期治疗的临床分析[J].*中医临床研究*, 2019, 11(22):62-65.

[10] 卓玉珍,崔立华,李彩霞,等.中药复方治疗急性胰腺炎作用机制研究进展[J].*中国中西医结合外科杂志*, 2019, 25(3):394-398.

[11] 吕冠华,王长洪,王立新,等.大黄及其复方对重症急性胰腺炎大鼠促炎抗炎细胞因子调节作用的实验研究[J].*中国中医药科技*, 2009, 16(4):265-267.

[12] 陈慧,李春平,陈碧贞,等.十香止痛贴联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎腹痛患者疗效观察[J].*福建中医药*, 2020, 51(3):32-33, 36.

(收稿日期:2021-02-21)

## Clinical Effect of Enema with Compound Dachengqi Decoction Combined with External Application of Mirabilite in Treatment of Acute Pancreatitis

HOU Qing<sup>1</sup>, LI Xiao-quan<sup>1</sup>, ZHANG Qi<sup>2,3</sup>, JING Wen-shan<sup>2,3</sup>

(1. Bozhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Anhui Bozhou 236800, China; 2. The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China; 3. Institute of Chinese Traditional Surgery, Anhui Academy of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China)

**[Abstract]** **Objective** To investigate the clinical effect of compound Dachengqi Decoction combined with external application of mirabilite in the treatment of acute pancreatitis. **Methods** A total of 107 patients with acute pancreatitis were randomly divided into observation group with 54 patients and control group with 53 patients. The patients in the control group were given comprehensive Western medicine conservative treatment, and those in the observation group were given enema with compound Dachengqi Decoction combined with external application of the traditional Chinese medicine mirabilite in addition to the treatment in the control group. The two groups were compared in terms of the changes in inflammation level, serum amylase (AMY), electrolytes, and pancreatic imaging findings after treatment, as well as time to the disappearance of clinical symptoms and complications. **Results** After treatment, both groups had significant reductions in white blood cell count, neutrophil count, C-reactive protein (CRP), and AMY ( $P<0.05$ ) and significant increases in the levels of  $K^+$ ,  $Na^+$ ,  $Cl^-$ ,  $Ca^{2+}$ , and  $HCO_3^-$  ( $P<0.05$ ). Compared with the control group, the observation group had significantly greater reductions in white blood cell count, neutrophil count, CRP, and AMY and significantly greater increases in the serum levels of  $Ca^{2+}$  and  $HCO_3^-$  ( $P<0.05$ ). The observation group had significantly lower degrees of swelling of the pancreas

· 临床经验 ·

# 从“瘀”从“虚”论治甲状腺术后声音异常

陆钰原<sup>1,2</sup>, 李黎靖<sup>1,2</sup>, 彭 婧<sup>1,2</sup>, 夏仲元<sup>2</sup>

(1. 北京中医药大学研究生院, 北京 100029; 2. 中日友好医院中医外科, 北京 100029)

**[摘要]**声音异常是甲状腺术后的常见并发症,其中医诊治不同于一般咽喉疾病引起的“喑哑”。在甲状腺疾病原有痰瘀凝滞的基础上,手术损伤局部经脉,导致瘀阻喉窍;中气不足,肺阴亏虚,以致声道失养。两者是其病机特征。论治要抓住“瘀”和“虚”两个要点,以活血祛瘀、益气养阴为法。

**[关键词]**甲状腺术后;声音异常;虚证;瘀证;活血化瘀;益气养阴

**[中图分类号]**R653 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2021.03.012

近年来,随着甲状腺癌等甲状腺疾病的手术大量增加,术后声音异常发生率也相应上升。国内报道,由于术中喉返神经损伤而致声音嘶哑的发生率为4.6%~29.73%<sup>[1-3]</sup>。此外,由于术后局部水肿、血肿及患者心理因素等非喉返神经损伤引起的术后声音异常也常有发生。现代医学运用神经营养药物等治疗效果不显著,仍以术中预防为主。客观嗓音检测也不能完全反映患者声音异常的严重程度以及对生活质量的影响。中医药治疗对声音改善具有积极作用。临床实践表明,甲状腺术后声音异常以瘀阻喉窍证与气阴两虚证最为常见,且二证复杂缠绵,故由此提出从“瘀”从“虚”论治的观点。

## 1 声音异常之古今论辨

甲状腺术后声音异常表现为声音嘶哑、音调降低、发音疲劳、音量减小、失声、咽痛、进食饮水呛咳等,喉镜检查多有一侧声带麻痹。据其临床表现,当属中医“喉暗”“喑哑”范畴。明代王肯堂《杂病证治准绳》曰:“喉暗但喉中声嘶,而舌本则能转运

言语也。”

古代论治喉暗有“金实不鸣”与“金破不鸣”之说。前者为实证,多归因于热阻喉窍,为咽部炎症,以清热利咽为常法;后者为虚证,多属阴虚失养,以养阴利咽为主。如《尤氏喉科》概括其为“其症虽繁,大要总归于火”。《杂病源流犀烛》亦曰:“盖声哑者,莫不由于肺热。”现代医家对于此病的认识较古人更为丰富,常从风热痰瘀、肺肾阴虚、肺脾气虚、痰湿阻滞、气血瘀滞等证候分而辨之。

声音的正常与否和咽喉、气管、局部神经肌肉都有关联。古代中医所指的“喉暗”“喑哑”疾病多为现代的慢性咽炎、喉炎、声带结节导致的声音嘶哑。而甲状腺手术损伤引起的声音异常是临床新问题,古代医家限于当时医疗状况而缺乏相关认识,现代医家对于此病的诊疗方法也各有不同,如有临床报道用益气、逐瘀法治疗<sup>[4]</sup>,但大样本临床研究少见,缺乏共识。笔者认为,本病的诊治分为风热痰扰、气阴两虚、气郁阻滞、瘀阻喉窍四证<sup>[5]</sup>,在辨证论治的基础上更应重视辨病论治和分期论治。甲状腺术后初期局部炎症、水肿导致的声音异常,常属风热痰扰之证,多在术后1周左右恢复;而喉返神经损伤、局部环杓关节受损等则是术后声音沙哑的主要原因,其病程长、恢复慢,辨证多属瘀和虚。

**基金项目:**国家自然科学基金项目(81973855);首都特色临床应用研究资助项目(Z181100001718141)

**作者简介:**陆钰原(1994-),女,硕士研究生

**通信作者:**夏仲元(1961-),女,博士,主任医师,教授,博士研究生导师,2718421708@qq.com

and peripancreatic effusion than the control group ( $P<0.05$ ). The observation group had a significantly lower overall incidence rate of complications than the control group (1.85% vs 15.09%,  $P<0.05$ ). Compared with the control group, the observation group had significantly shorter time to the disappearance of abdominal pain and abdominal distension, time to first bowel sound, time to diet, and length of hospital stay ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Traditional Chinese medicine treatment combined with comprehensive Western medicine treatment can improve the treatment outcome of acute pancreatitis, reduce the incidence rate of complications, and shorten the course of treatment.

**[Key words]** Acute pancreatitis; Compound Dachengqi Decoction; Enema; External application; Mirabilite