

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS XXXX—XXXX

## 急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范

Technical specification for the integrated pathogenesis-based  
treatment of acute pancreatitis with traditional Chinese and Western  
Medicine

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

广西标准化协会 发 布



目 次

前言 ..... II

1 范围 ..... 1

2 规范性引用文件 ..... 1

3 术语和定义 ..... 1

4 缩略语 ..... 2

5 诊断 ..... 2

6 中西医病机融通救治 ..... 3

7 注意事项 ..... 6

8 不良反应及处理 ..... 6

9 禁忌 ..... 6

参考文献 ..... 7

## 前 言

本文件参照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西中医药大学第一附属医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西中医药大学第一附属医院、湖北省中医院、钦州市中医医院、宾阳县中医医院。

本文件主要起草人：刘礼剑、谢胜、杨成宁、黎丽群、陈广文、韦金秀、赵一娜、郑超伟、王萌、潘红霞、陈燕燕、廖继文、刘伟锋。

# 急性胰腺炎中西医病机融通救治技术规范

## 1 范围

本文件界定了急性胰腺炎中西医病机融通救治涉及的术语和定义及相关的缩略语，规定了急性胰腺炎中西医病机融通救治技术的诊断、中西医病机融通救治、注意事项、不良反应处理及禁忌的要求。本文件适用于中西医病机融通救治急性胰腺炎。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**急性胰腺炎** acute pancreatitis

由于多种病因引起胰酶在胰腺内被激活，以胰腺局部炎性反应为主要特征，伴或不伴其他器官功能障碍的疾病，临床表现以急性上腹痛、恶心、呕吐、发热、血清淀粉酶和（或）脂肪酶升高为主。

### 3.2

**急性胰腺炎中西医病机融通** pathogenesis of traditional Chinese and Western Medicine

基于急性胰腺炎的病理生理变化、病理机理、症状体征及理化检查的认识，应用中医理论分析其病因、归纳急性胰腺炎的证候，诠释其中医病机的演变规律，以达到中西医病机互通的目的，科学指导急性胰腺炎的中医辨证论治。

### 3.3

**痹** bi

机体为病邪闭阻，导致气血运行不畅或脏腑之气宣发不利而产生的各种病证。

### 3.4

**胆胰之痹** biliary-pancreatic bi

由于情志不畅、暴饮暴食等因素，导致气滞、痰饮、瘀血、胆石内阻，或外邪侵入，致使胆腑与胰腺的气机郁闭，胆汁与胰液排泄受阻所致的AP。

### 3.5

**厥阴寒化之阴痹** yin bi of jueyin han hua

AP发展过程中，全身炎性反应综合征表现为体温下降、白细胞计数减少等“不及”之象，其核心病机为邪入厥阴，从寒而化，导致阳气衰败、血分闭阻的状态。

### 3.6

**厥阴热化之阳痹** yin bi of jueyin re hua

AP发展过程中，全身炎性反应综合征表现为发热、白细胞计数升高等“太过”之象，其核心病机为邪入厥阴，从热而化，导致气分郁滞、郁而化热的状态。

### 3.7

**肺之痹** lung-bi

AP发展过程中，因炎症反应产生“火”、“风”、“痰”、“瘀”等病理产物，缠塞于肺，导致肺气郁闭，宣发与肃降功能严重失常所致的病证。

### 3.8

**心之痹** heart-bi

AP发展过程中，因炎症反应持续进展，导致冠状动脉灌注减少、痉挛及微血栓形成，归根于心脉“闭塞不通”，心气痹阻不通所引起的病证。

3.9

肾之痹 kidney-bi

AP发展过程中，因炎症风暴导致低血容量、肾动脉痉挛及微循环障碍，造成肾脏损伤，形成以火热瘀阻经络、水液代谢失常为特征的“火、血、水”同病的病理状态。

3.10

肠之痹 intestine-bi

AP发展过程中出现的腹腔渗漏、肠麻痹、内毒素血症，导致腹腔压力增高、肠道传输功能障碍，表现为腑气不通、水湿内停的“滞而不通”状态。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ACS：腹腔高压及腹腔间隔室综合征(Abdominal Compartment Syndrome)

CT：计算机断层扫描(Computed Tomography)

MAP：轻度急性胰腺炎(Mild acute pancreatitis)

MODS：多器官功能障碍综合征(Multiple Organ Dysfunction Syndrome)

MRI：磁共振成像(Magnetic Resonance Imaging)

MSAP：中度重症胰腺炎(Moderately severe acute pancreatitis)

SAP：重症急性胰腺炎(Severe acute pancreatitis)

SIRS：全身炎症反应综合征(Systemic Inflammatory Response Syndrome)

5 诊断

5.1 西医诊断

5.1.1 AP 诊断

应具备以下3项情形中的2项：

- 腹痛符合 AP 特征，即急性、持续中上腹痛；
- 血清脂肪酶（或淀粉酶）至少大于正常值上限 3 倍；
- AP 的典型影像学改变，CT、MRI 或 B 超显示胰腺肿大、渗出或坏死等胰腺炎改变。

5.1.2 AP 程度诊断

见表1。

表1 AP 程度诊断

	MAP	MSAP	SAP
器官功能障碍和（或）并发症	无	伴有一过性（≤48 h）器官功能障碍和（或）局部并发症	伴有持续性（>48 h）器官功能障碍

5.1.3 AP 并发症诊断

5.1.3.1 器官功能衰竭

根据表2就心、呼吸、肾功能进行评估，任何器官评分≥2分可定义为出现器官功能衰竭。

表2 器官功能衰竭的改良 MARSHALL 评分表

项目	评分				
	0	1	2	3	4
呼吸（PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ）	>400	301~400	201~300	101~200	<101
循环（收缩压 mmHg）	>90	<90，补液后纠正	<90，补液后不能纠正	<90，pH<7.3	<90，pH<7.2
肾脏（肌酐 μmol/L）	<134	134~169	170~310	311~439	>439

### 5.1.3.2 SIRS

具备以下检查项目中的2项或以上，即可诊断为SIRS：

- 心率 $>90$  次/分；
- 体温 $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$  或 $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ；
- 外周血白细胞计数 $>12\times 10^9/\text{L}$ ，或 $<4\times 10^9/\text{L}$ ；
- 呼吸 $>20$  次/分或 $\text{PaCO}_2<32\text{ mmHg}$ 。

### 5.1.3.3 ACS

胰腺器官组织坏死后大量有毒物质渗出到腹腔，腹压升高，最终导致腹腔内外的器官功能衰竭或障碍。

## 5.2 中医诊断

归属于中医学的“腹痛”“脾心痛”“胰瘕”等疾病范畴。

## 6 中西医病机融通救治

### 6.1 中西医病机融通分析

#### 6.1.1 胆胰之瘕

现代病理为胆胰管道系统“不通”，表现为物理性梗阻（如结石）或功能性痉挛（如Oddi括约肌功能障碍），胆汁或胰液排出受阻、反流，从而激活胰酶引发胰腺自身消化。

#### 6.1.2 厥阴寒化之阴瘕

表现为体温下降、白细胞计数减少，核心病机为血分闭阻，阳气衰败。邪气深陷血分，气血凝滞，阳气无以温煦，厥阴经出现“寒化”趋势。

#### 6.1.3 厥阴热化之阳瘕

表现为发热、白细胞计数升高，核心病机为气分郁滞，郁而化热。邪气郁闭于气分，正邪交争剧烈，厥阴经出现“热化”趋势。

#### 6.1.4 肺之瘕

肺微血管损伤、通透性增加，形成肺水肿，病理过程为“火毒伤络，肺气郁闭”；微血栓形成、肺泡透明膜沉积，影响气体交换，出现“肺失宣发肃降”，对应中医“瘀、痰”壅滞。

#### 6.1.5 心之瘕

冠状动脉痉挛、微血栓形成，心肌缺血、坏死，临床表现为胸痛、心悸、气短，对应《黄帝内经》“心痹者，脉不通，烦则心下鼓”，病理过程为“心脉闭塞不通”。

#### 6.1.6 肾之瘕

肾灌注不足、微血栓形成、炎症介质损伤肾小管，水液代谢障碍，中医病机为“火瘀闭络、水瘀互结”，演变从“瘀闭”至“失司”，病理过程为“气血水同病”。

#### 6.1.7 肠之瘕

腹腔压力升高、肠麻痹、液体积聚，气滞水停，属阳明腑实兼气机壅滞。

### 6.2 中西医病机融通救治方法

#### 6.2.1 救治原则

在现代医学救治原则和措施基础上，给予基于中西医病机融通的中医组方救治。

## 6.2.2 西医救治

见《中国急性胰腺炎诊治指南（2021）》。

## 6.2.3 中医救治

### 6.2.3.1 胆胰之痹

#### 6.2.3.1.1 治法

开宣熄风，开宣清火，开宣泄热，开宣通腑。

#### 6.2.3.1.2 方药

柴胡15 g、白芍15 g、赤芍15 g、黄芩15 g、大黄15 g（后下）、枳实15 g、法半夏15 g、陈皮15 g、生神曲10 g、姜竹茹15 g、生姜15 g、炙甘草10 g、前胡15 g、刺蒺藜10 g。

#### 6.2.3.1.3 煎服法

临床上根据AP患者病情发展程度及所合并的并发症选择对应的中药内服。允许肠内营养的患者，予口服中药；如留置胃管，可给与鼻饲，均按1日2次，每次150 mL~200 mL温服给药。

#### 6.2.3.1.4 疗程

7 d为1个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 6.2.3.2 厥阴寒化之阴痹

#### 6.2.3.2.1 治法

开宣通络。

#### 6.2.3.2.2 方药

枳实15 g、炒白芍15 g、柴胡15 g、炙甘草15 g、当归15 g、桂枝10 g、细辛3 g、通草6 g、大枣10 g。

#### 6.2.3.2.3 煎服法

按6.2.3.1.3的规定执行。

#### 6.2.3.2.4 疗程

5 d为1个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 6.2.3.3 厥阴热化之阳痹

#### 6.2.3.3.1 治法

开宣清火。

#### 6.2.3.3.2 方药

郁金15 g、通草6 g、淡豆豉15 g、枇杷叶15 g、射干15 g、石膏50 g、知母15 g、炙甘草10 g、党参15 g。

#### 6.2.3.3.3 煎服法

按6.2.3.1.3的规定执行。

#### 6.2.3.3.4 疗程

5 d为1个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 6.2.3.4 肺之痹

#### 6.2.3.4.1 治法



开宣熄风，开宣清火，开宣化瘀，开宣通络。

#### 6.2.3.4.2 方药

醋郁金15 g、通草6 g、射干15 g、淡豆豉15 g、枇杷叶15 g、桑白皮15 g、地骨皮15 g、淡竹叶10 g、葶苈子15 g（包煎）、大枣10 g、苦杏仁15 g、桔梗15 g、炙甘草10 g、桑叶10 g、紫菀10 g。

#### 6.2.3.4.3 煎服法

按6.2.3.1.3的规定执行。

#### 6.2.3.4.4 疗程

5 d为1个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

#### 6.2.3.5 心之痹

##### 6.2.3.5.1 治法

开宣熄风，开宣化瘀，开宣通络。

##### 6.2.3.5.2 方药

郁金15 g、通草6 g、淡豆豉15 g、枇杷叶15 g、木通5 g、生地黄15 g、甘草10 g、竹叶10 g、旋覆花10 g（包煎）、茜草10 g。

##### 6.2.3.5.3 煎服法

按6.2.3.1.3的规定执行。

##### 6.2.3.5.4 疗程

5 d为1个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

#### 6.2.3.6 肾之痹

##### 6.2.3.6.1 治法

开宣清火，开宣化瘀，开宣泄浊，开宣利水。

##### 6.2.3.6.2 方药

当归15 g、白芍30 g、茯苓20 g、川芎15 g、泽泻20 g、泽兰15 g、猪苓20 g、白术20 g、桂枝10 g、旋覆花10 g（包煎）、茜草10 g、醋郁金15 g、通草6 g。

##### 6.2.3.6.3 煎服法

按6.2.3.1.3的规定执行。

##### 6.2.3.6.4 疗程

5 d为1个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

#### 6.2.3.7 肠之痹

##### 6.2.3.7.1 治法

开宣通腑，开宣利水，开宣泄浊。

##### 6.2.3.7.2 方药

柴胡15 g、黄芩15 g、白芍15 g、姜半夏15 g、生姜15 g、枳实15 g、大枣10 g、大黄15 g（后下）、芒硝10 g（冲服）、厚朴15 g、泽兰15 g、葶苈子15 g、苦杏仁15 g、地龙10 g、甘遂1 g（冲服）。

##### 6.2.3.7.3 煎服法

按6.2.3.1.3的规定执行。

#### 6.2.3.7.4 疗程

5 d为1个疗程，疗程数及后续方药用量根据患者病情调整。

### 7 注意事项

7.1 甘遂应由经验丰富的中医师开具，并明确标注特殊煎服方法，观察患者服药后反应。

7.2 口服或鼻饲中药前，应评估患者胃肠道功能与腹腔压力。存在严重肠麻痹或胃肠道出血风险者，应暂缓或禁用。

7.3 鼻饲给药时，应确保胃管位置正确，药液温度宜为37℃～40℃，给药后应以温水冲管。

7.4 治疗期间应监测患者生命体征、腹部体征、血清淀粉酶/脂肪酶、炎症指标及器官功能，综合评估疗效与病情变化，调整中西医结合治疗方案。

7.5 注意药物间的相互作用，如正在使用抗凝药物，应谨慎合用活血化瘀类中药。

### 8 不良反应及处理

#### 8.1 胃肠道反应

对于服用通里攻下方药后出现腹泻、腹痛的部分患者，应记录其大便次数、性状和量，监测水电解质平衡。若出现剧烈腹泻导致水电解质紊乱，应减量或停用，并予以补液纠正。

#### 8.2 过敏反应

对某些中药成分过敏，出现皮疹、瘙痒等的极少数患者，应立即停药。轻者可予抗组胺药物，重者应按西医抗过敏流程处理。

#### 8.3 药物损伤

如过量使用甘遂等峻下药，致恶心、呕吐、腹痛、甚至消化道出血，应立即停药，并给予胃黏膜保护剂等对症支持治疗。

### 9 禁忌

#### 9.1 绝对禁忌

9.1.1 对所用中药已知过敏或有严重过敏史的患者。

9.1.2 妊娠期妇女，尤其禁用含有大黄、甘遂、芒硝、桃仁等峻下逐水、破血动胎之品的方剂。

9.1.3 出现胃肠道穿孔、完全性肠梗阻或活动性消化道大出血的患者，禁用口服及鼻饲中药。

#### 9.2 相对禁忌

9.2.1 体质极度虚弱、年老体衰、正气亏虚者，慎用攻伐峻猛的方剂，如需使用，应配伍扶正药物并减少剂量。

9.2.2 合并严重心、肝、肾功能不全者，慎用或调整对相应脏器有潜在影响的药物及剂量。

9.2.3 要求禁食的患者，亦不应鼻饲中药汤剂。应在医师评估患者已具备肠内营养条件后，方可开始鼻饲中药。

9.2.4 遵循中药配伍“十八反”、“十九畏”原则，如处方中含有此类配伍，应有充分依据并谨慎使用。

## 参 考 文 献

- [1] 李慧臻, 周正华, 程红杰, 等. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识 (2023) [J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(07):3549-3557.
- [2] 刘礼剑, 马超北, 刘园园, 等. 基于中西医病机融通从“痹”论治重症急性胰腺炎[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(07):1681-1683.
- [3] 李非, 曹锋. 中国急性胰腺炎诊治指南 (2021) [J]. 中国实用外科杂志, 2021, 41(07):739-746. DOI:10.19538/j.cjps.issn1005-2208. 2021. 07. 03.
- [4] 谢胜, 严静, 黎丽群, 等. 中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(02):98-104.
- [5] Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs*. 2022;82(12):1251-1276. doi:10.1007/s40265-022-01766-4.
- [6] Walkowska J, Zielinska N, Tubbs RS, Podgórski M, Dłubek-Ruxer J, Olewnik Ł. Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis. *Diagnostics (Basel)*. 2022;12(8):1974. Published 2022 Aug 15. doi:10.3390/diagnostics12081974.
-