

谈“中医七法”辨证治疗急性胰腺炎的临床运用

许才明 陈海龙 张桂信 张经文 韩啸

(大连医科大学附属第一医院普外科, 辽宁 大连 116011)

急性胰腺炎(AP)是多种原因引起的临床常见急腹症,以突发性左上腹剧烈疼痛伴恶心呕吐、腹胀便秘、痞满拒按、肠鸣音减弱或消失以及早期血清、尿淀粉酶升高为临床特征;祖国医学将其归属于结胸、脾心痛、腹痛、胰瘵等^[1-2]。重症急性胰腺炎(SAP)的病情发展迅速,若处理不当,可引起全身炎症反应综合征(SIRS),也可并发急性肺损伤(ALI)甚至导致多器官功能障碍综合征(MODS),引起患者死亡^[3-5]。目前现代医学对SAP的治疗效果不甚理想,而中医治疗SAP有其独特疗效。中西医结合治疗SAP的总体原则可充分体现中医的整体观,把病变在局部、反应在全身的SAP进行分期分型和辨证论治,运用通里攻下、活血化瘀、清热解毒等法,使全身的炎症反应和“瀑布”效应得到充分控制,肠道屏障功能得到最大限度的保护,阻止了SIRS向MODS的发展趋势,从而减少了并发症的发生率和病死率,提高了临床疗效。崔乃强等^[6]通过多年的实验研究及临床观察,提出了SAP按病程可划分为初期、进展期和恢复期3个阶段,各期间体现了少阳证、少阳阳明合并证、阳明腑实证之间传变的理论。因此,医者要及时掌握AP患者发病各个时期的病机变化,辨证施治,方能力挽狂澜,以免错过最佳救治时机。

1 吐法

吐法是运用催吐药物或物理方法引起呕吐,使停留在中、上焦的有形之邪得以排出体外,又称催吐法、涌吐法,可用于AP早期阶段的治疗。《内经》就有关于吐法的最早记载“因其轻者而扬之”“其高者因而越之”;张仲景在《金匱要略》中提出用瓜蒂散作为涌吐法的治疗方药。

中医认为饮食不节、暴饮暴食是AP的主要诱因之一,正所谓“饮食自倍,脾胃乃伤”。脾与胃,一纳一运、一升一降,若饮食壅滞,可致脾胃升降气机交替不利、滞于中焦,不通则痛,而发为胃脘胀闷、疼痛,拒按。脾属土,肺属金,脾胃为实邪所壅滞,则亦可导致肺之宣降失常,在AP中表现为相关性肺水

肿、肺损伤。《金匱要略》云:“宿食在上脘,当吐之。”施于吐法,方可祛除中焦有形实邪,气机得以升降,阴阳平衡,即所谓“邪去而正安”。如上海中医药大学附属曙光医院应用吐法治疗AP取得初步疗效,对因暴饮暴食诱发的早期AP患者,仅用压舌板刺激舌根探吐,反复多次引起患者剧烈呕吐,经初步治疗症状明显缓解,血、尿淀粉酶等趋于正常^[7]。因此,告诫医者必须审证求因、辨证论治,不必拘泥于西医所言禁食、胃肠减压的框架,把握时机,给予合理的救治方法和手段。吐法实则为治疗急、重症的重要手段之一,实乃国医中的宝库。当代医家多顾及吐法耗气伤阴,将此法束之高阁,已经濒临失传,实在可惜。

2 和法

“和”即调和、和解、缓之意,是指使患者半表半里之邪,或脏腑、阴阳不和之证得以缓解的一种治法。

有医家认为肝郁气滞引起的肝胃不和、肝脾不和是AP早期、恢复期主要病机之一,属少阳、阳明合病,治宜和解少阳,通腑攻下。肝为将军之官,主疏泄,肝喜条达而恶抑郁;恼怒或烦闷可以导致气机郁结,肝胆不能条达,气机横逆则犯及脾胃,此所谓“木郁则土壅”。脾失健运,湿热内蕴,气机不畅,则精气升降失常,从而导致胰液、胆汁排泄不畅,气机逆乱而发病,多为AP早期、恢复期阶段,应予疏肝理气、通里导滞之法,使气机升降出入协调,胆汁胰液排泄通畅,则病可愈,正所谓“气血调顺,则病邪可自去”。

大柴胡汤由小柴胡汤和小承气汤化裁而成,前者和解少阳而后者则在于通里导滞、推陈致新,是治疗本病的恰当方剂。王传兰等^[8]应用大柴胡汤加减治疗急性胆源性胰腺炎32例,结果证实治疗组有效率明显高于硫酸镁对照组(87.5%比62.5%)。刘丽萍^[9]以大柴胡汤加减联合西药常规治疗AP,试验组总有效率明显高于对照组。提示在常规治疗基础上予以大柴胡汤加减方治疗能明显缓解AP患者的临床症状,改善预后,提高疗效。何诚和顾学林^[10]

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.01.003

基金项目:国家自然科学基金资助项目(81173452)

通讯作者:陈海龙, Email: hailongchen2013@163.com

研究证实,在西医常规治疗基础上予以疏肝解郁、行气散结、缓急止痛的四逆散加减治疗肝气郁结型 AP 较单纯西医常规治疗效果更好。

有研究表明,大柴胡汤不仅能减轻 AP 患者的腹腔压力,恢复肠道功能^[11],还能降低胆道奥迪(Oddi)括约肌张力、促进胆汁的排泄^[12]。

3 下法

下法是指涤荡肠胃,泻下大便,引邪下行的一种治疗方法。具有排出燥屎,推陈致新,泄热止痛,通导六腑结滞的作用,又称泻下法、攻下法。《金匱要略》云:“按之心下满而痛者,此为实,当下之……。”

中医认为,胃肠热结为 AP 急性期主要病机之一,属阳明病。胃为受纳之脏,肠为传导之腑。若外感邪气,入里化热或饮食不节,暴饮暴食则损伤脾胃、湿热内生、蕴久耗伤津液,热邪与肠中燥屎互结,结热壅滞肠胃。临床患者常以痞、满、燥、实、坚为主要症状,归属于阳明腑实证的范畴^[13]。六腑以通为用,以降为顺,不通则发为腹痛。应给予通里攻下之法,祛除积滞、清热泻火、润肠通便,使肠胃气机通畅,邪去则正复。王晖和朱理玮^[14]和贾利辉等^[15]运用复方大承气汤低位灌肠通里攻下可以减轻 SAP 患者的全身炎症反应;姜长贵^[16]和董耀等^[17]在常规治疗基础上运用大承气汤治疗 AP 可明显缓解临床症状、提高机体免疫力、缩短住院时间。

目前研究显示,AP 时机体肠道功能紊乱甚则出现肠麻痹、肠梗阻导致肠道内革兰阴性(G⁻)菌大量释放内毒素;同时肠黏膜屏障被破坏,以致肠黏膜通透性增加,进而触发肠道内菌群、内毒素移位,引起内毒素血症。进入血液内的内毒素激活多种炎症细胞,引发 SIRS 而至 ALI,甚至诱发 MODS^[13]。结合多项近年的临床和实验研究表明:通里攻下不仅可以加快胃肠蠕动,促进胃肠道细菌内毒素排出体外,起到“釜底抽薪、急下存阴”的作用;还能促进腹腔内肠腔内血管活性及毒性物质排除,保护胃肠黏膜屏障,防止毒素及细菌移位,降低血中内毒素水平,防止过氧化损伤;此外,通里攻下法还可通过抑制核转录因子- κ B(NF- κ B)活性、减少多种炎症因子,如肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)等释放而抑制全身炎症反应,对重要组织器官起到全面防护作用^[18-25]。

4 清法

清法是根据《内经》“寒者热之”的治疗原则而设,运用寒凉药物,以达到清热解毒的作用,主要用于热病、痈肿疮毒等。热邪几乎贯穿 AP 发展的

全过程。

4.1 清热解毒之清法:《重订通俗伤寒论》云:“火热者,必有毒。”《成方便读》云:“毒者,火邪之盛也。”尤在泾言:“毒者,邪气蕴蓄不解之谓。”在 AP 的发展及病机演变过程中可见湿热壅滞,热邪亢盛、搏结中焦,中焦热邪久蕴不解,则热从毒化,或上迫于肺,或热伤血络,而出现临床诸症及相关并发症(如 ALI)^[26-27]。治疗则当施予金银花、连翘、蒲公英等清热解毒之药,截断热邪传变之路,方能断根本、泻热毒,则毒自衰^[28]。唐文富等^[29]以仙方活命饮加减治疗 SAP 非感染性高热患者 41 例,取得良好的临床疗效,降低了总体手术率。周国立和焦丽芝^[30]在常规治疗基础上应用四妙勇安汤加减治疗 AP,结果证实治疗组有效率明显高于静脉注射氨苄青霉素的对照组(96.0% 比 76.7%)。大连医科大学附属第一医院善用清热解毒、攻下腑实的清胰汤加味(金银花、连翘、柴胡、大黄、芒硝、茵陈蒿、栀子、木香、玄胡、白芍、当归、甘草)治疗 AP 取得了明显疗效。

现代研究证实,中医之“毒”可能与机体产生过量的细胞因子、炎症因子、氧自由基及内毒素密切相关,而这些病理产物在 AP 的发病过程中扮演了重要的角色^[31-33]。多项研究表明,清热解毒药不仅可以抑制细菌的繁殖,保持肠道菌群的微生态平衡;还具有降低机体中内毒素水平的作用;此外还可抑制体内各种炎症因子、氧自由基的释放^[34-35]。

4.2 清热利湿之清法:肝胆湿热是 AP 早中期主要病机,多因长期肝郁气滞,湿热内蕴,肝胆疏泄不利,胆汁瘀滞不畅,外加饮食不节、情志不遂等诱发。蒋模威^[36]在西医治疗基础上以清胰泻热汤[组成:柴胡 15 g,生大黄(后下)30 g,芒硝(冲服)20 g,枳实 20 g,厚朴 20 g,栀子 20 g,延胡索 20 g,黄芩 20 g,黄连 20 g,赤芍 20 g]保留灌肠,疏肝利胆、清热利湿,较单纯西医疗法治疗肝胆湿热型胰腺炎效果更佳。

5 消法

消者,去其壅也,主要是指消除体内因气、血、痰、水、虫、食等久积而成的有形之痞结癥块的一种治疗方法。《内经》中“坚者消之”、“结者散之”、“逸者行之”为本法最早的理论依据,水热互结、毒瘀互结皆是 AP 的主要病机。

5.1 逐水泻热之消法:部分 AP 患者临床症状表现为脘腹灼热胀痛难忍、拒触、按之石鞭,干呕心烦,面红多汗,舌红、苔微黄,脉弦,其中医病机为水热结聚。结胸者,水与热邪互结,气机停滞,则见腹胀。

与 AP 时胰腺坏死、大量腹水渗出相应,类似 AP 并发腹膜炎。《伤寒论》曰:“……,结胸热实,脉沉而紧,心下痛,按之石鞞者,大陷胸汤主之。”肖成等^[37]以大陷胸汤逐水泻热治疗 AP,可明显促进病情恢复、缩短病程、提高疗效。何军明等^[38]和欧阳潭等^[39]独取大陷胸汤中甘遂一味药治疗水热互结型 AP,旨在下陷热邪、上格水邪,使二者在膈间分解、各遂其道,起攻逐水饮、泻热破结之功效。结果证实,在西医常规治疗基础上给予甘遂辅助治疗水热互结型 AP 可以明显降低腹内高压及并发症发生率,改善预后。

研究表明,甘遂逐水泻热可抑制环氧合酶-2 (COX-2) 的表达,调节血栓素 A₂/前列环素 (TXA₂/PGI₂) 平衡,改善胰腺微循环,从而有效降低 AP 患者腹内高压^[40-41]。此外,还可抑制转录因子、炎症因子(如 TNF- α 、IL-6) 的产生和释放,从而减轻 AP 的炎症反应^[42-43]。

5.2 活血化瘀之消法:“瘀”者,“积”也。中医认为 AP 发病中后期属于广义的血瘀证,气为血之帅,若肝气郁滞或湿热阻遏气机,气不行血,久乃成瘀,毒瘀互结。此外,热毒内盛,邪热灼津,血行壅滞,或邪热迫血妄行,离经致瘀,日久则瘀腐成脓,可致胰腺脓肿、假性囊肿等临床诸症,多见于急性坏死性胰腺炎。

可见血瘀与本病的发病密切相关,治疗当紧抓这一环节,辨证施予活血化瘀之法。蒋益泽等^[44]在常规治疗基础上应用桃红承气汤活血化瘀、通里攻下法治疗 AP,结果证实治疗组有效率明显高于对照组(90.32% 比 78.13%)。李劲等^[45]以活血化瘀方腹部外敷及灌肠治疗 AP 可明显减少胰腺假性囊肿或胰腺、胰周脓肿的发生率,降低手术率,提高治疗有效率。研究表明,丹参注射液、丹参川芎嗪注射液活血化瘀佐治 AP,可减少并发症,缩短病程^[46-47]。任燕怡等^[48]应用桃红四物汤及丹参注射液活血化瘀治疗 AP 假性囊肿取得良好的疗效。

现代医学研究证实,微循环障碍在 AP 发生发展过程中起重要作用,因此改善胰腺微循环是治疗 AP 的关键^[49]。近年研究证实,活血化瘀方药可降低血液黏稠度,改善微循环和血液流变性,增加胰腺的血流量以及组织灌注量,减轻胰腺水肿,抑制胰腺外分泌,降低胰管内压,具有抗炎、抗氧化等作用^[50-52]。

6 补法

补者,补其虚者。《内经》云:“虚者补之。”AP

若发展至极盛期,津、气、血大量损耗,正气亏虚,则致脏腑功能衰竭,亡阴亡阳,类似 AP 并发 SIRS、MODS、中毒性休克等。治疗予以益气养阴、回阳救逆之方。参附注射液具有益气养阴、回阳救逆的功效,已广泛用于 AP 的临床急救^[53-55]。蒋俊明等^[56]和李雷等^[57]以生脉注射液益气养阴辅助治疗 AP 合并多器官功能衰竭也取得明显疗效,提高了治愈率。

现代研究证实,参附注射液益气养阴、回阳救逆,具有抗氧化、抗炎,降低血液黏稠度、改善血液流变学指标,保护器官缺血/再灌注(I/R)损伤等作用^[58-62]。生脉注射液益气养阴不仅可以抑制 AP 各器官组织脂质过氧化,增强组织超氧化物歧化酶(SOD)活性^[57];还可以改善机体微循环、降低血液黏稠度,抑制炎症因子的产生^[63]。

在 AP 的恢复期,邪去正虚,余热不尽,气阴亏虚。中医则以补气养血、健脾和胃为主要治则,方可用增液承气汤合八珍汤。

7 温法

温者,温其中也。《内经》云:“寒者热之。”AP 患者发展到恢复期,若见脾阳不振,虚寒困脾,症见脘腹胀痛、神情疲惫、四肢清冷、苔腻、舌红质伴齿印、脉弦而细,治疗当以温阳散寒、缓急止痛,或兼予通下、益气养阴之法。李葆华^[64]用大建中汤加减治疗恢复期 AP 取得了明显疗效。路小光等^[65]在西医治疗基础上加用大黄附子汤温阳散寒、通里攻下治疗 AP,可明显降低病死率,减少平均住院费用,改善患者预后。现代研究证实,附子具有改善微循环、增加血流量、抗寒、增强免疫力、抗炎等作用^[66-67]。

8 总结

随着医学的发展,中西医结合在 AP 的治疗中发挥着重要的作用。而中医的精髓就是不能简单的用中药治疗疾病,而是要掌握疾病的病机变化,辨证论治,审证求因,以法带药,重视君臣佐使配伍,使邪去正安。程氏《医学心悟》中将中医治法归纳为“汗、吐、下、清、和、消、温、补”八法,在诊疗疾病时我们方可做到“方从法出、法方相应”,后七法尤其是下法、清法、消法、和法几乎贯穿了 AP 诊疗的全过程。本研究去“汗法”之故盖多缘于“汗法”常用于表证,且易伤津耗气,复用此法实在无益于本疾病,故斗胆弃而不用。

参考文献

- [1] 张声生,李乾构,李慧臻,等.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1826-1831.

- [2] 孔颖泽,倪红飞,周新宇,等.急性胰腺炎辨证分型及中西医结合治疗疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,2012,19(1):46-47.
- [3] Luan ZG, Zhang XJ, Yin XH, et al. Downregulation of HMGB1 protects against the development of acute lung injury after severe acute pancreatitis [J]. Immunobiology, 2013, 218(10): 1261-70.
- [4] 张雪梅,陈海龙,王朝晖.急性胰腺炎肺损伤时肺组织 II 型分泌型磷脂酶 A2 表达及清胰汤的干预作用[J].中国危重病急救医学,2010,22(9):518-521.
- [5] 杜微,王红,张淑文,等.全身炎症反应综合征与急性胰腺炎病情严重程度关系的探讨[J].中国危重病急救医学,2005,17(5):279-281.
- [6] 崔乃强.中西医结合治疗胰腺炎[M].武汉:华中科技大学出版社,2009:141.
- [7] 胡泉林.吐法古今谈[J].上海中医药杂志,1984,30(8):37-39.
- [8] 王传兰.大柴胡汤加减治疗急性胆源性胰腺炎 32 例[J].实用中医内科杂志,2011,25(1):58-59.
- [9] 刘丽萍.大柴胡汤加减治疗急性胰腺炎疗效观察[J].中国中医急症,2013,22(3):448-449.
- [10] 何诚,顾学林.金铃四逆散加味灌肠治疗重症急性胰腺炎 50 例疗效观察[J].医药前沿,2012,2(4):322-323.
- [11] 伍敬柱,朱巨昆,王德秀,等.大柴胡汤对急性胰腺炎腹内压治疗疗效[J].贵阳医学院学报,2009,34(3):325-326.
- [12] 范恒,李小慧,石拓.中西医结合治疗急性胰腺炎 32 例[J].湖北中医杂志,2002,24(8):18.
- [13] 陈海龙,关凤林.阳明腑实证本质的现代研究[J].中国中西医结合外科杂志,2007,13(4):353-355.
- [14] 王晖,朱理玮.复方大承气汤对重症急性胰腺炎患者免疫相关因子表达的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2010,17(5):295-297.
- [15] 贾利辉,郝景坤,陈琳,等.大承气汤加味灌肠治疗重症急性胰腺炎 38 例[J].辽宁中医杂志,2006,33(12):1600.
- [16] 姜长贵.大承气汤治疗急性胰腺炎 32 例[J].中国危重病急救医学,2010,22(4):249.
- [17] 董耀,雷明君,胡美红,等.大承气汤加味联合西药治疗急性胰腺炎 28 例临床观察[J].中医杂志,2012,53(21):1827-1830.
- [18] 陈海龙,吴咸中,关凤林.中医通里攻下法对多器官功能不全综合征时肠道屏障功能保护作用的实验研究[J].中国中西医结合杂志,2000,20(2):120-122.
- [19] 陈海龙,吴咸中,关凤林,等.大承气汤对 MODS 时肠道细菌微生态学影响的实验研究[J].中国微生态学杂志,2007,19(2):132-134.
- [20] 陈海龙,冯立民,关凤林.阳明腑实证患者肠黏膜屏障功能的改变及复方大承气汤干预作用的临床观察[J].中医杂志,2003,44(9):672-673.
- [21] 冯立民,陈海龙,关凤林.阳明腑实证时内毒素与炎症介质的变化及复方大承气汤的治疗作用[J].中国中西医结合外科杂志,2003,9(5):351-353.
- [22] 薛育政,刘宗良,黄中伟,等.核转录因子- κ B 在大鼠重症急性胰腺炎中的表达[J].中国危重病急救医学,2007,19(3):176-177.
- [23] 陈腾,奉典旭,李秋蓉,等.大承气汤治疗急性胰腺炎机制的研究进展[J].中国中西医结合急救杂志,2009,16(4):254-256.
- [24] 李毅,齐清会.大承气汤修复 MODS 大鼠小肠深部肌间神经丛神经-Cajal 间质细胞-平滑肌网络结构损伤的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2007,14(4):200-204.
- [25] 李鑫,韩奕,杜施霖.大黄治疗重症急性胰腺炎的机制与作用研究进展[J].中国中西医结合急救杂志,2014,21(2):141-143.
- [26] 陈海龙,关凤林,闻庆平,等.急性胰腺炎相关性肺损伤的发病机制[J].中国医师进修杂志,2009,32(23):4-8.
- [27] 李筱颖,刘凤斌.从滞、热、瘀论治急性胰腺炎[J].中国中医急症,2011,20(4):555-556,602.
- [28] 张扬,王艳艳,高舒迪,等.从内腑论治重症急性胰腺炎体会[J].中医杂志,2012,53(19):1690-1691.
- [29] 唐文富,万美华,黄熙.清热解毒法治疗重症急性胰腺炎非感染性高热 41 例[J].陕西中医,2005,26(3):195-196.
- [30] 周国立,焦丽芝.四妙勇安汤治疗急性胰腺炎疗效观察[J].辽宁中医杂志,2004,31(10):860.
- [31] 李鸣真,叶望云,陆付耳.中医“清热解毒法”实质的研究[J].浙江中西医结合杂志,2000,10(8):449.
- [32] 韩德五.肠源性内毒素血症在胰腺炎发病中的作用[J].世界华人消化杂志,2006,14(29):2825-2829.
- [33] 王艳蕾,张凤宇,景友玲,等.大鼠重症急性胰腺炎内毒素血症、细胞因子和一氧化氮的变化及善宁的治疗作用[J].世界华人消化杂志,2006,14(15):1520-1523.
- [34] 安丽,曹国强,宋亚芳,等.清胰解毒颗粒对重症急性胰腺炎模型大鼠内毒素、白细胞介素-6 的影响[J].中医杂志,2013,54(1):62-64.
- [35] 张雪梅,陈海龙,王朝晖.清胰汤对急性胰腺炎肺损伤治疗作用的实验研究[J].中国中西医结合消化杂志,2008,16(2):106-108.
- [36] 蒋模威.清胰泻热汤治疗肝胆湿热型急性胰腺炎 20 例临床观察[J].中医药导报,2010,16(12):44-45.
- [37] 肖成,李燕,赵志民.大陷胸汤配合西药治疗急性胰腺炎 21 例[J].贵阳医学院学报,2007,29(3):27-28.
- [38] 何军明,钟小生,仇成江,等.甘遂辅助治疗重症急性胰腺炎的临床观察[J].新中医,2011,43(2):39-41.
- [39] 欧阳潭,欧阳玉萍,魏全金,等.中药甘遂辅助治疗对重症急性胰腺炎腹内高压患者肠道通透性和预后的影响[J].中国中医急症,2012,21(10):1659-1660.
- [40] 张翼,吕新生,李小荣,等.甘遂对重症急性胰腺炎大鼠胰腺组织微循环的影响及其机制[J].中国普通外科杂志,2006,15(6):432-437.
- [41] 张翼,吕新生,孙维佳,等.甘遂对重症急性胰腺炎大鼠胰腺环氧化酶-2 表达的影响[J].中华实验外科杂志,2007,24(7):823-825.
- [42] 张翼,吕新生,孙维佳,等.甘遂对重症急性胰腺炎大鼠核因子- κ B 活化的影响[J].中国普通外科杂志,2006,15(10):761-765.
- [43] 张翼,吕新生,李小荣,等.甘遂对重症急性胰腺炎大鼠 TNF- α 和 IL-6 水平的影响[J].中国医师杂志,2007,9(2):164-166.
- [44] 蒋益泽,王绍明,李力,等.桃红承气汤配合西药治疗急性胰腺炎 31 例[J].四川中医,2003,21(8):27-28.
- [45] 李劲,陈生贵,张乙川,等.中药腹部外敷及灌肠治疗重症急性胰腺炎腹腔积液(附 70 例临床报告分析)[J].中国实用医药,2012,7(21):187-188.
- [46] 蒋龙元,周莉莉,吴满辉,等.生长抑素联合复方丹参注射液治疗急性胰腺炎临床研究[J].中国中西医结合急救杂志,2007,14(4):237-240.
- [47] 欧阳艳君,张艳梅,晏党.丹参川芎嗪注射液联合西药治疗急性胰腺炎疗效观察[J].中国中医急症,2012,21(4):644-645.
- [48] 任燕怡,万美华,唐文富,等.活血化瘀法治疗重症急性胰腺炎并发胰腺假性囊肿[J].华西医学,2009,24(3):632-634.
- [49] 崔培林,修瑞娟.微循环障碍与急性胰腺炎[J].世界华人消化杂志,2004,12(12):2853-2855.
- [50] 沙建平,祝彼得,徐艳,等.丹参对兔急性胰腺炎早期中性粒细胞与内皮细胞黏附抑制作用的实验研究[J].中国中西医结合急救杂志,2003,10(5):279-281.
- [51] 杨小军,梁婧,田诗政,等.丹参注射液对急性胰腺炎大鼠肠道黏膜血流和细菌移位影响的实验研究[J].中国中西医结合急救杂志,2005,12(4):245-247.

[52] 刘立涛, 张爱民, 李广波, 等. 丹参川芎嗪对重症急性胰腺炎大鼠胰腺微循环及血液流变学的影响[J]. 中华实验外科杂志, 2012, 29(8): 1615.

[53] 邹忠东, 张再重, 王烈, 等. 参附注射液治疗重症急性胰腺炎的临床研究[J]. 中华胰腺病杂志, 2009, 9(5): 291-293.

[54] 刘华, 万荣, 周姝, 等. 参附注射液在急性胰腺炎治疗中的应用[J]. 中国中医急症, 2012, 21(3): 473-474.

[55] 刘征彦, 龙允杰, 江儒文, 等. 参附注射液治疗重症急性胰腺炎伴全身炎症反应综合征患者的临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2009, 18(z1): 26-27.

[56] 蒋俊明. 生脉注射液治疗急性胰腺炎合并多器官衰竭 32 例[J]. 华西医科大学学报, 1996, 38(S1): 16-19.

[57] 李雷, 王桂敏, 夏庆, 等. 益气救阴法在重症胰腺炎早期多器官中的抗氧化作用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(6): 355-358.

[58] 肖志英, 朱军华, 何静, 等. 参附注射液对重症急性胰腺炎患者血浆 IL-1、IL-6 表达的影响[J]. 中国中医急症, 2013, 22(5): 806-807.

[59] 郭莲怡, 金旭鹏, 李舒. 参附注射液对重症急性胰腺炎患者血浆内皮素、一氧化氮浓度的影响[J]. 中国中医急症, 2007, 16(3): 298-299.

[60] 金旭鹏, 郭莲怡. 生长抑素联合参附注射液治疗重症急性胰腺炎的实验研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2008, 16(2): 103-105.

[61] 罗怡君, 刘欣, 李朝阳, 等. 参附注射液对急性坏死性胰腺炎肺损伤保护作用的研究[J]. 现代医院, 2007, 7(9): 33-34.

[62] 邹忠东, 张再重, 唐力军, 等. 参附注射液减轻重症急性胰腺炎大鼠肠屏障功能障碍及二次打击损伤[J]. 第二军医大学学报, 2009, 30(8): 913-916.

[63] 张晓明. 生脉注射液的药理作用机制及临床应用[J]. 医学综述, 2013, 19(15): 2813-2816.

[64] 李葆华. 大建中汤的临床应用[J]. 南京中医药大学学报, 1998, 40(5): 308.

[65] 路小光, 战丽彬, 康新, 等. 大黄附子汤佐治重症急性胰腺炎患者的临床研究——附 206 例患者的多中心临床疗效观察[J]. 中国危重病急救医学, 2010, 22(12): 723-728.

[66] 尹玉柱, 石岩殊. 附子的应用体会与功效机制的现代研究[J]. 中国医药指南, 2013, 11(12): 272-273.

[67] 路小光, 战丽彬, 曲明阳, 等. 大黄附子汤对重症急性胰腺炎大鼠细胞因子的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(6): 352-354.

(收稿日期: 2014-07-14)
(本文编辑: 李银平)

• 消息 •

中国科技信息研究所 2014 年版《中国科技期刊引证报告》(核心版)
——临床医学综合类期刊影响因子和综合评价总分前 10 位排序表

期刊名称	影响因子	排位	期刊名称	综合评价总分	排位
中华危重病急救医学	1.512	1	中华危重病急救医学	68.1	1
中国中西医结合急救杂志	1.076	2	实用医学杂志	61.3	2
中国全科医学	0.899	3	中国全科医学	61.1	3
中华全科医学	0.866	4	中国中西医结合急救杂志	48.7	4
中国疼痛医学杂志	0.862	5	中华急诊医学杂志	44.1	5
中国血液净化	0.803	6	中国血液净化	42.6	6
中华急诊医学杂志	0.763	7	中国临床医学	42.5	7
临床血液学杂志	0.746	8	中国急救医学	41.8	8
中国输血杂志	0.736	9	中华全科医学	41.5	9
实用医学杂志	0.676	10	中国疼痛医学杂志	41.4	10

中国科技信息研究所 2014 年版《中国科技期刊引证报告》(核心版)
——中西医结合医学类期刊影响因子和综合评价总分前 10 位排序表

期刊名称	影响因子	排位	期刊名称	综合评价总分	排位
中国中西医结合急救杂志	1.076	1	中国中西医结合杂志	76.2	1
中国中西医结合杂志	0.978	2	Journal of Intergerative Medicine	53.4	2
Journal of Intergerative Medicine	0.640	3	现代中西医结合杂志	52.8	3
中西医结合肝病杂志	0.584	4	中国中西医结合急救杂志	45.7	4
中国中西医结合肾病杂志	0.583	5	中国中西医结合心脑血管病杂志	39.1	5
中国中西医结合心脑血管病杂志	0.547	6	世界中西医结合杂志	36.8	6
现代中西医结合杂志	0.503	7	中西医结合肝病杂志	34.3	7
世界中西医结合杂志	0.482	8	中国中西医结合外科杂志	33.8	8
中国中西医结合外科杂志	0.377	9	中国中西医结合肾病杂志	29.4	9
中国中西医结合皮肤性病学杂志	0.332	10	中国中西医结合消化杂志	27.2	10