

• 治则 • 方剂 • 针灸 •

通腑法在临床急危重症处理中的应用

邱倩 唐晓军 穆晓静

(大连市中医医院 ICU, 辽宁 大连 110032)

通腑法属于中医下法范畴,体现了中医以通为用的理论精髓,是腑实证患者的治疗法则。目前对通腑法的研究不仅局限于泻下通便和毒素排出,而且应研究其在危重病不同阶段发挥的整体调节作用。严重感染、休克及创伤发生时,常合并多器官功能衰竭(MOF),胃肠道功能作为影响患者预后的重要因素,一旦受损,预后凶险。本研究旨在探讨通腑法在急危重症处理中的临证要点及应用价值。

1 理论沿革

通腑法源自中医经典《素问·至真要大论》记载的“其实者,散而泻之”“留者攻之”等理论原则,阐述了以实为善,以满为恶的病理基础,其病理因素主要与火、痰、食、湿、热有关,任何因素相互夹杂可导致失于通降,积滞内停,因此六腑以不通为病,治疗以通泻为法。后世医家逐渐丰富了通腑法的应用范围。张仲景作为方书之祖提出了大承气汤、小承气汤、调胃承气汤有通腑逐邪、推陈致新之功效。承气之名,以顺承胃气为意,承气汤以攻下腑实、泄热救阴,使塞者通、闭者畅为名,主治阳明病痞、满、燥、实之证,且严格规定急下、缓下之别。

吴鞠通参仲景立法之机,以承气三方为基础,针对脏腑虚实、兼证、病位、病机等不同,联合理气法、消导法、逐水法、温阳法、滋阴法,探索化裁运用要点和临床证治规律,解决了下之不通的难题,使其适应证扩大,分工论治明确,重视正气强弱,判断阴伤程度和余邪轻重,标本兼治,共奏通腑泻下之功效。吴氏承气汤唯大黄不变,因生大黄可直入中宫,倾其腑实,祛其邪热,他药则根据临床症状及病证加减变化,其中宣白承气汤脏腑合治,宜宣肺清热、润燥通腑;导赤承气汤少阴阳明同治,适用于阳明腑实、小肠热盛之候;增液承气汤增水行舟以补药之体,作泻下之用;新加黄龙汤攻补兼施,加大补益气血之功效;牛黄承气汤釜底抽薪,治疗邪陷心包兼热入阳明之候;护胃承气汤攻下护胃,重护阴而轻泻下,属微和之剂^[1]。以上各方均继承张仲景学术理念,变通化裁,遵旨而变通,补旨之未备,彰旨之未发,扩大了治疗学的范围。

2 与急危重症治疗的相关性

现普遍认为,许多急危重症如脓毒症、严重创伤、休克均合并 MOF,而胃肠道功能障碍的临床表现一般最早出现,在原发病首次受到伤害后,患者病情持续加重,机体免疫系统处于被激活状态,引起“二次打击”,释放大量炎症介质,诱发“瀑布样”反应,预后凶险^[2-3]。而诱发“二次打击”的主要因素是肠道内毒素移位,急危重症患者肠道处于活跃的应激状态,且有累及肠黏膜屏障的作用,细菌发生移位,肠道细

菌及炎症因子可损害多系统、多器官、多靶点,且肠内营养供应被动停止,能量代谢障碍,从而危及患者生命^[4]。

研究表明,大黄多糖提取物能使小鼠肠黏膜固有层中浆细胞明显增多,促进肠道免疫球蛋白 A(IgA)分泌^[5],且能改善胃肠黏膜氧合功能及血流灌注,缓解黏膜低氧状态^[6],同时提高黏膜上皮细胞线粒体氧化酶活性,降低组织内自由基^[7],从而保护肠黏膜上皮功能,提高机体免疫功能,对损伤机体发挥保护作用^[8]。承气合剂可抑制肠黏膜内毒素的转运,降低血管通透性,增强肠内网状内皮系统吞噬病原微生物的能力,保护肠黏膜机械屏障完整性^[9]。清热通腑汤可拮抗内毒素的释放,在级联反应的源头切断脓毒症的发生发展,使抗炎反应与促炎反应趋于平衡^[10]。大承气汤及大承气汤制剂可通过修复绒毛上皮细胞超微排列结构^[11],清除细菌,中和内毒素^[12],增加胃泌素及胃蛋白酶的分泌^[13],改善应激下的肠黏膜机械、生物、化学屏障,从而恢复肠道功能的稳态。同时可有效抑制肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)等促炎介质的过度分泌,下调抗炎介质 IL-10、前列腺素 E(PGE)的产生,促进辅助性 T 细胞(Th1)细胞漂移和人白细胞 DR 抗原(HLA-DR)表达的上升,有利于免疫平衡的恢复^[14-17]。与此同时,依据“肺与大肠相表里”脏腑学说经典理论,通腑兼能泻肺热、清痰浊,临床研究证实大承气汤可降低肺血管通透性,促进肺泡上皮细胞修复,改善通气/血流比例,减轻急性肺损伤^[18-19]。

3 病例讨论

患者男性,80岁,进食减少半个月伴发热、意识不清2d,于2014年2月9日由急诊以发热原因待查收入院。发病以来无恶心、呕吐,无呕血、黑便,无烦躁,睡眠差,近1周末排便,排尿次数减少。入院后完善理化检查,白细胞计数(WBC) $9.74 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例 0.88,血乳酸(Lac) 2.7 mmol/L, C-反应蛋白(CRP) 95.18 mg/L,降钙素原(PCT) $<0.1 \mu g/L$, CT 示支气管炎。采集血、痰、尿培养标本,给予经验性抗感染治疗、补液、化痰、湿化气道、营养支持以及对症处理,根据痰培养结果明确致病菌从而调整抗菌药物应用。

入院第3日,患者出现发热、大便不通、汗多、咳嗽、无力咯痰、烦躁、舌红苔黄、脉滑数。复查肺、全腹 CT 提示双肺炎,结肠内粪便影较多,属阳明腑实证互结程度不重,燥屎尚未形成,未出现痞(心下闷塞坚硬)、满(胸胁脘腹胀满)、燥(肠有燥屎,干结不下)、实(腹中硬满,痛而拒按,下利清水而腹中硬满不减)四证及苔黄燥、脉实等临床表现。此时治疗应以通腑为主,腑通则热泻,治以小承气汤轻下热结,除满消痞。方药组成为生大黄 18 g,厚朴 12 g,枳实 15 g。方中重用枳实破气除痞;以枳实、厚朴去上焦之痞满,使与邪热初

结的宿食糟粕速去,避免进一步发展而成燥屎阻于肠中。入院第 4 日,燥屎自出,体温下降。

入院第 5 日,患者出现咳嗽、咳黄色黏痰、喘促,因温热之邪灼液为痰,肺经痰热,里实气壅,气机不通,肺气不降而致,体现了肺与大肠相表里的中医基础理论,应予宣白承气汤宣肺定喘、润燥通腑。方药组成生石膏 50 g,生大黄 12 g,杏仁 6 g,瓜蒌皮 30 g。方中杏仁宣发肺气;石膏、瓜蒌皮性寒,清热化痰、行气宽胸;大黄逐胃肠积滞;融白虎、承气于一方,泻脏通腑,肺肠同治。

入院第 10 日,患者出现低热、口渴、便干、舌干红、脉细数,因热病后期耗损津液,阴亏液涸,不能濡润大肠,无水舟停所致便干;津液亏乏,不能上承,则口渴,治以增液汤合补中益气汤养阴增液益气固脱。方药组成:玄参 30 g,生地黄 30 g,麦冬 30 g,黄芪 15 g,生晒参 15 g,白术 10 g,炙甘草 15 g,当归 10 g,陈皮 6 g,升麻 6 g,柴胡 12 g,大枣 6 枚,共奏标本兼治,扶正祛邪之功效。

入院第 19 日患者无发热,时有咳嗽,有少量痰咯出,舌淡苔薄,脉沉,整体状态良好,出院。

整体病程 19 日内患者的体温变化曲线见图 1。

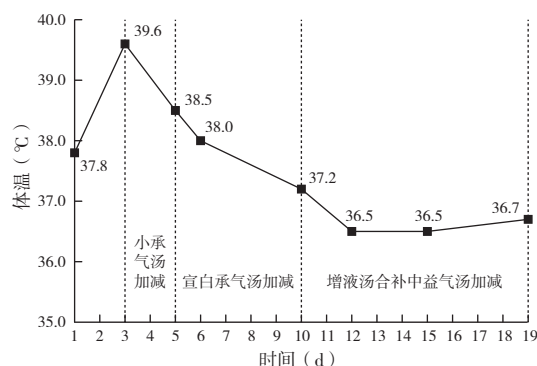


图 1 患者治疗 19 d 的体温变化趋势

4 讨论

通腑法以辨证准确、治法辨病、中病和缓为临证要点,体现了中医异病同治的理念,因此,辨别腑实证显得尤为重要。腑实证以腹胀、口臭、气促、声高气粗、苔黄、脉数等为早期临床表现;后期可能出现腹部满痛、身热汗出、烦躁,兼见下利清稀粪水或纯臭水,或夹粪渣、臭秽难闻,此因腑热炽盛,积滞内结,迫使肠中浊液流出,属热结旁流之候。通过详细询问病史,掌握病情发展,四诊合参,识别证型,果断应用通腑法,同时不可忽视其他腑实证兼见症状。确定治法时需注意根据其他病证联合应用,以达到事半功倍的作用。

从宏观、微观、药理观辨证论治,一药一方难以奏效,需标本兼治,诸法合用才能起到标本兼治的作用。脓毒症为正虚热盛、瘀毒内阻所致,宜用通腑法与活血化痰、补益正气结合;急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 则推荐肺肠同治理念;严重凝血功能异常宜活血止血;各种原因所致的昏迷为邪闭脑窍所致,宜通腑联合化痰醒脑开窍共同治疗。通腑方剂中大黄、芒硝、黄连均为大苦大寒之物,长期应用或用之不当反而增加了治疗弊端,应根据用药后的临床表现、舌质脉象调

整药味及剂量,做到中病即止,不必尽剂。应用通腑法腑气通畅为即止的指征,动态观察证候变化,可继续服用理气通腑、补益通腑、活血通腑之药,直至腑实证消失,以免出现脾胃虚寒之气利泄泻滑脱不禁,从而达到“未病防其发,既病防其变,病后防复中”的目的。

中医在急危重症处理中发挥了重要的作用,应始终从中医自身特点出发,坚持整体观念,辨证施治,注重调节阴阳平衡。辨证施治中应从两点着眼:一是重在因证立法,依法遣方,注意兼证变法,方可更大范围地适应复杂的病情变化;二是随症变方。根据不同症状的不同表现而增减药味,主方不变,药味随症状而增损,遵守“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,从而在多途径、多环节、多靶点上发挥作用。

参考文献

- [1] 李刘坤. 吴鞠通医学全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 46-50.
- [2] 周秀红, 张灵恩, 陆铸今, 等. 危重患儿急性胃肠功能衰竭的病因、死亡危险因素分析和干预措施 [J]. 中国小儿急救医学, 2006, 13(4): 339-342.
- [3] 时兢, 宋秀琴, 陆荣国, 等. 危重病患者胃肠功能障碍与预后关系的临床研究 [J]. 中国综合临床, 2005, 21(12): 1095-1096.
- [4] Bohunn C. Inflammatory cascade responseto toxin release: the rapetue perspectives V [J]. Ann Pharm Fr, 2001, 59(3): 191-197.
- [5] 黄兴兰, 陈晓理, 贾成瑶, 等. 大黄对 Balb/c 小鼠肠黏膜屏障保护作用的机理探讨 [J]. 四川医学, 1999, 20(5): 486-487.
- [6] 杨建东, 景炳文, 陈德昌. 大黄对肠黏膜屏障的影响 [J]. 中国中医急症, 1998, 7(3): 131-132.
- [7] 陈德昌, 杨兴易, 李红江, 等. 大黄对危重病患者胃肠道并发症的治疗研究 [J]. 中华急诊医学杂志, 2001, 10(3): 164-167.
- [8] 任利. 泻实法在虚证治疗中的运用 [J]. 陕西中医, 2006, 27(1): 125-126.
- [9] 李钢, 陈海平, 王凯成, 等. 中药合剂 AA-3 保护实验性急性胰腺炎大鼠肠黏膜屏障的研究 [J]. 中华危重病急救医学, 1999, 11(5): 273-275.
- [10] 闫素. 清热通腑法治疗脓毒症的临床观察 [D]. 济南: 山东中医药大学, 2005: 16.
- [11] 王银山, 苏雅莉, 吴云虎, 等. 大承气汤对烫伤大鼠肠黏膜上皮细胞超微结构变化的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2009, 28(8): 1768-1770.
- [12] 张锐, 林琳, 鲁召欣, 等. 加味大承气汤灌肠治疗多器官功能障碍综合征患者肠道黏膜屏障功能障碍临床研究 [J]. 中国中医急症, 2011, 20(4): 524-525, 577.
- [13] 黄保民, 李颖, 马仲丽, 等. 大承气汤对里实热证大鼠胃肠激素 GAS、MTL、VIP、NT 的影响 [J]. 北京中医药大学学报, 2012, 35(10): 683-687.
- [14] 吕冠华, 王长洪, 杨杰, 等. 大承气汤对重症急性胰腺炎大鼠肠黏膜分泌性 IgA 及 CD3、 γ δ T 细胞的影响 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 281-283, 287.
- [15] 于泳浩, 崔乃强, 傅强, 等. 大承气颗粒对重型脓毒症促炎-抗炎反应平衡的影响 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2004, 10(6): 7-10.
- [16] 曹书华, 王今达. 大承气汤在多器官功能障碍综合征治疗过程中的免疫调节作用 [J]. 中华创伤杂志, 2004, 20(12): 720-723.
- [17] 黄灿, 蔡卓夫. 大承气汤对盲肠结扎并穿孔引发脓毒症大鼠的免疫调节 [J]. 河北医学, 2009, 15(7): 805-807.
- [18] 钟恺立, 田丹, 黄莺. 大承气汤联合机械通气治疗急性呼吸窘迫综合征疗效观察 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(5): 288-290.
- [19] 李玉梅, 朱晓梅, 吕嵘, 等. 大承气汤对实验性肺水肿家兔肺病理改变影响的研究 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9(1): 24-26.

(收稿日期: 2014-08-01) (本文编辑: 李银平)