

• 治则 • 方剂 • 针灸 •

六经辨治脓毒症急性胃肠功能损伤

彭晓洪¹ 宋棠² 黄亚秀¹ 黄永莲¹ 李少萍¹ 黄壑霏¹ 王评¹¹北京中医药大学深圳医院(龙岗)重症医学科,广东深圳 518116;²中国科学院大学深圳医院(光明)西院区中医科,广东深圳 518107

通信作者:王评,Email:734020972@qq.com

【摘要】 胃肠道是脓毒症首先累及的器官,同时胃肠道功能损伤也可加重或诱发脓毒症。探讨脓毒症急性胃肠功能损伤(AGI)的临床症状与中医六经病的关系,认为 AGI 疾病分级符合六经传变规律,临床上可采用六经辨证理论进行治疗。按六经病提纲,脓毒症 AGI I 级辨少阳阳明同病;AGI II 级辨太阴阳明同病;AGI III 级辨太阴病;AGI IV 级辨少阴病、厥阴病。总结此类患者的临床治疗经验,认为 AGI I 级患者常给予通腑泻热治疗;AGI II 级患者则寒温并用;AGI III 级患者在温脾汤基础上,佐以宣肺、行气、泄水利尿药物;AGI IV 级患者可在温脾汤基础上合用乌梅丸加减治疗。同时附验案 3 则,对患者均采用了六经辨证疗法,获得较好疗效。

【关键词】 脓毒症; 急性胃肠功能损伤; 伤寒论; 六经辨证**基金项目:**广东省中医药管理局面上项目(20211348)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.01.023

Preliminary study on six-meridian differentiation and treatment of acute gastrointestinal functional injury in sepsisPeng Xiaohong¹, Song Tang², Huang Yaxiu¹, Huang Yonglian¹, Li Shaoping¹, Huang Hefei¹, Wang Ping¹¹Department of Critical Care Medicine, Shenzhen Hospital (Longgang) of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Shenzhen 518116, Guangdong, China; ²Department of Traditional Chinese Medicine at Western Yard, Shenzhen Hospital (Guangming) of University of Chinese Academy of Sciences, Shenzhen 518107, Guangdong, China

Corresponding author: Wang Ping, Email: 734020972@qq.com

【Abstract】 Gastrointestinal tract is the first organ involved in sepsis, and at the same time the injury of gastrointestinal tract function can aggravate or induce sepsis. This article explores the relationship between the clinical symptoms of septic acute gastrointestinal function injury (AGI) and traditional Chinese medicine (TCM) six-meridian diseases. It is believed that the septic AGI disease classification is in accordance with the law of six-meridian transmission, and the six-meridian syndrome differentiation theory can be used in clinical treatment. According to the outline of six-meridian diseases, the gradation of sepsis AGI syndrome differentiation is as follows: the same diseases of Shaoyang and Yangming are identified in grade I, the same diseases of Taiyin and Yangming are in grade II, Taiyin disease in grade III and Shaoyin and Jueyin diseases in septic AGI grade IV. The clinical experiences in treatment of sepsis AGI disease are summarized in this article, Tongfluxiere (free the bowels and discharge heat) recipe is often used in treatment of septic AGI grade I patients, grade II patients are treated with drug having cold and warm characteristics, septic AGI III patients are treated with Wenpi (warming spleen) decoction, supplemented with drugs for dispersing lung, promoting Qi, releasing water and diuresis and septic AGI IV patients can be treated with modified Wumei (dark plum) pill on the basis of Wenpi decoction. In the mean time, three patients with septic AGI disease treated by syndrome differentiation of six-meridians and achieving relatively good therapeutic results are described in this paper.

【Key words】 Sepsis; Acute gastrointestinal function injury; Typhoid theory; Syndrome differentiation of six-meridians**Fund program:** Projects of Guangdong Provincial Traditional Chinese Medicine Management Bureau (20211348)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.01.023

脓毒症是指因感染引起的宿主反应失调导致危及生命的器官功能障碍^[1]。胃肠道是脓毒症首先累及的器官,同时胃肠功能损伤也可加重或诱发脓毒症,甚至引起多器官功能衰竭(multiple organ failure, MOF)^[2]。2012年欧洲危重病学会将急性胃肠功能损伤(acute gastrointestinal injury, AGI)严重程度分为4级^[3],其中 AGI I 级指有发生胃肠功能不全或衰竭的风险,AGI II 级指胃肠道功能不全,AGI III 级指胃肠功能衰竭,AGI IV 级指胃肠功能衰竭并严重影响其他器官功能。由于脓毒症的发生发展与 AGI 关系密切,因此临床医师非常重视脓毒症患者的胃肠道功能保护。中医在治疗胃

肠道疾病方面积累了丰富的临床经验和理法方药。我们在临床观察和治疗此类患者的同时总结经验,认为脓毒症 AGI 的病情进展符合六经传变规律,临床上可采用六经辨证理论治疗脓毒症 AGI,现报告如下。

1 六经辨证与 AGI

1.1 脓毒症 AGI I 级辨少阳阳明同病: AGI I 级患者有病因明确、暂时性的胃肠道功能部分受损,表现为恶心、呕吐、肠鸣音消失、胃肠道动力减弱导致腹胀。太阳经病发生主要由于外邪从皮毛而入,病位在表。患者出现胃肠道里证症状,便不是单纯的太阳病。张仲景在提到太阳病时指出:

“伤寒一日,太阳受之,脉若静者,为不传;颇欲吐,若燥烦脉数急者,为传也。”患者出现呕吐、烦躁、脉数急是邪气内传少阳阳明的表现^[4]。大多学者认为,脓毒症在中医诊断属“温病”范畴^[5-7]。温热邪气易伤津液,阳明主燥,易伤津液。现代学者认为,温病可按伤寒论阳明病论治^[8]。因此脓毒症一开始即有阳明病存在。脓毒症 AGI I 级患者可能存在阳明腑实证,需使用下法,然应用下法需谨慎。张仲景在阳明病篇和少阴病篇均提到,阳明腑实证伴有脉细弱时,宜使用大承气汤,相比“主之”,“宜”字语气逊弱,同时也提到使用大承气汤时宜先“少与小承气汤”“转矢气者乃可攻之”,否则容易引起邪气传变。另一方面,患者因休克脉弱,加之呕吐、食欲下降,不能排除少阴病存在。因此从少阳阳明论治,可在泻下的同时不易导致疾病传变,首选方药为大柴胡汤[组成:柴胡 15~30 g,黄芩 10~15 g,芍药 10~15 g,半夏 10~15 g,生姜 10 g,枳实 10~15 g,大枣 10 g,大黄 10~15 g(后下)]。腹胀满明显者可加厚朴 15~30 g,服药后若大便未下,肠鸣亢进者,加芒硝 10 g(冲),加强排便。大柴胡汤因疗效确切被用于重症胰腺炎、脑梗死等具有阳明腑实证患者^[9-10],对腹腔间隙综合征患者也有一定疗效^[11]。动物实验研究表明,大柴胡汤能清除炎症因子,降低内毒素水平^[12-13]。

1.2 脓毒症 AGI II 级辨太阴阳明同病:脓毒症 AGI II 级患者临床表现为消化不良、腹胀、腹泻。根据太阴病提纲:太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛,若下之,必胸下结硬。患者出现腹痛、腹胀、消化不良,是邪气由少阳阳明内传太阴的表现。据《伤寒论》277 条:自利不渴者,属太阴,以其藏有寒故也,当温之,宜服四逆辈。理中丸、四逆汤等是治疗太阴病的代表性方药,而临床上重症患者为单纯太阴病的情况比较少见,患者阳气尚存,正邪相争而化热,此热多为郁热。李士懋和田淑霄前辈^[14]认为郁热是阳明病的特点之一,我们赞同此观点,因此临床上患者多为太阴阳明合病或并病,首选方药为温脾汤(组成:大黄 10~15 g,当归 10 g,干姜 10~15 g,附子 10~15 g,人参 5~10 g,芒硝 10 g,甘草 5 g)。本方具有温补脾阳,攻下冷积之效,临床上可根据寒热变化调整温热和寒凉药物剂量。

1.3 脓毒症 AGI III 级辨太阴病:脓毒症 AGI III 级患者表现为胃潴留和腹胀加重,甚至尿量减少,严重者因膈肌上抬影响呼吸而导致气促,临床多见于容量过负荷、低蛋白血症或心肺衰竭控制不佳患者。患者尿量少,肠道水肿加重,因此减轻液体过多积聚是治疗的关键。纵观仲景条文,尿量不利原因大致有四:一为阳明燥屎内结,可参照大承气汤相关条文;二为湿困,可参照五苓散和猪苓汤相关条文;三为水饮内停,可参照小青龙汤相关条文;四为三焦水液代谢失常,可参照小柴胡汤相关条文。AGI III 级期病机复杂,可能 4 种原因都有。此期由 AGI II 级期变化而来,治法始终不离太阴,且尤为难治,往往是疾病转归的关键。相比较 AGI I、II 级,此期患者肠道水肿更严重,中医病机为虚实夹杂,水热互结。《中藏经·论三焦虚实寒热生死逆顺脉证之法》曰:“三

焦者,人之三元之气也,号曰中清之府,总领五脏六腑、营卫、经络、内外、左右、上下之气也。三焦通,则内外左右上下皆通也,其于周身灌体,和内调外,营左养右,导上宣下,莫大于此也。”^[15]水热邪气借助三焦通道,上冲心肺可导致呼吸窘迫,停留中焦可见胃潴留、腹胀、大便不通,下犯肝肾可出现黄疸、小便不利,极易导致 MOF。六腑以通为用,根据条文“痛而闭者,厚朴三物汤主之”“腹满,口舌干燥,此肠间有水气,己椒苳黄丸主之”,肠道水肿引起腑气不通仍需辅以下通。对伴有器官衰竭的患者,常在温脾汤基础上佐以宣肺、行气、泄水利尿药物。三焦气化受阻,血液瘀滞,“血不利则为水”,因此治疗上须注意活血化瘀,可根据患者虚实变化辅以桂枝茯苓丸、当归芍药散。

1.4 脓毒症 AGI IV 级辨少阴病、厥阴病:此期可因肠道重度水肿,胃肠道黏膜受损,导致感染或肠道出血,也可使远隔器官受累,造成心肺功能衰竭。若舌白脉微,辨少阴寒化证,但临床少见,大部分患者因正邪相争,太阴脾土运转无力,导致厥阴风木内陷,出现湿郁化热,而出现苔黄、脉数。加上原有的脉微肢冷、肠间有水气,辨为寒热错杂的厥阴病证。出现少阴证候需大剂量四逆汤振奋心阳,防止心阳暴脱,可合用当归四逆加吴茱萸生姜汤温中散寒。寒热错杂患者病情具有阳衰、郁热、水湿弥漫(肠道水肿)、血虚寒厥的特点,可在温脾汤基础上合用乌梅丸(组成:乌梅 10~20 g,细辛 3~6 g,干姜 6~10 g,黄连 6~10 g,当归 10~15 g,附子 10 g,川椒 6~10 g,桂枝 10~15 g,人参 10~15 g,黄柏 6~10 g)。本方实由大建中汤、四逆汤、当归四逆汤、泻心汤组成,是公认治疗厥阴病的主方,具有调和阴阳寒热的功效^[14,16]。

总之,脓毒症 AGI 随病情分级加重逐渐由阳经向阴经传变。早期患者津液不足,胃肠燥热,须泻热通便;中期以寒热错杂多见,治法宜寒温并用,方选温脾汤加减,根据患者情况适当佐以宣肺、行气、泄水利尿。在疾病发展过程中,宜遵六腑以通为用之治则,适当予以通下。

2 验案举隅

2.1 患者 1,男性,85 岁,既往有高血压、冠心病、2 型糖尿病、慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)病史。因重症肺炎、脓毒症入院,6 d 后出现 II 型呼吸衰竭转入重症医学科,给予抗感染、气管插管呼吸机辅助通气、控制血糖、改善循环等治疗,治疗 29 d 仍感气促、腹胀、胃潴留、双上肢水肿、尿少。查体:心率(heart rate, HR)78 次/min,平均动脉压(mean arterial pressure, MAP)60 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),脉搏血氧饱和度(pulse oxygen saturation, SpO₂)0.99、呼吸频率(respiratory rate, RR)25 次/min,双肺可闻及弥漫性干湿啰音,中心静脉压(central venous pressure, CVP)20 cmH₂O(1 cmH₂O≈0.098 kPa)。呼吸机模式辅助控制通气(assist-control ventilation, A/VC)模式,气道峰压(peak airway pressure, Ppeak)34 cmH₂O,膀胱内压 25 cmH₂O。已充分镇静镇痛,并给予激素、多索茶碱、呋塞米等药物,患者腹胀、呼吸窘迫症状未改善。观其舌淡暗无苔质润,脉弦按之稍减。予去甲肾上腺素联合参附注射液微

量泵入,维持 MAP 75 mmHg; 静脉滴注(静滴)右旋糖酐注射液 50 mL; 托拉塞米注射液以 5 mg/h 微量泵入; 同时严格控制入量。观察至次日 06:00,患者尿量达 2 730 mL, Ppeak 为 25 cmH₂O, CVP 为 14 cmH₂O, 膀胱压降至正常。

按: 患者气促、腹胀、胃潴留、双上肢水肿、尿少, 根据太阴病提纲, 辨为太阴病。拟四逆汤合真武汤, 振奋心阳、利尿消肿; 给予参附注射液、去甲肾上腺素振奋心阳, 右旋糖酐扩容改善灌注, 托拉塞米利尿, 西药中用, 故而取效。

2.2 患者 2, 女性, 67 岁, 既往有冠心病、慢性心功能不全、慢性肾衰竭、2 型糖尿病、COPD 病史, 因尿路感染、脓毒症、慢性心力衰竭(心衰)急性发作入院。给予抗感染、改善心功能等治疗, 效果不佳, 出现 II 型呼吸衰竭转入重症医学科。转入后患者气促明显、少尿、低血压, 给予气管插管呼吸机辅助通气、床旁血液净化、维持血压、改善心功能等治疗。经治疗后, 患者尿量逐渐恢复, 气促改善, 插管 11 d 后拔除气管导管, 因气促加重再次行气管插管呼吸机辅助通气, 且出现少尿, 需间断床旁血液净化治疗。1 个月后患者仍间断喘促发作, 经口插管呼吸机辅助通气, 腹胀, 明显胃潴留, 尿量每日 <400 mL, 需间断血液透析, 四肢水肿, 腹部膨隆叩诊鼓音, 无移动性浊音, 膀胱压 18.8 cmH₂O。舌淡红苔白腻微黄, 脉弦。辅助检查显示有感染。西医继续维持抗感染、解痉平喘、静滴白蛋白(albumin, ALB), 暂停血液净化, 严格控制液体输注, 停止瑞代营养液鼻饲, 改为鼻饲米汤 50 mL, 每 8 h 1 次。中医辨太阴阳明合病, 拟温中化饮、行气通腑、清热泄浊, 具体处方为麻黄 10 g, 细辛 5 g, 清半夏 10 g, 炙甘草 5 g, 醋五味子 10 g, 干姜 10 g, 桂枝 10 g, 白芍 10 g, 炒苦杏仁 10 g, 草果 10 g, 姜厚朴 15 g, 砂仁 10 g, 黄连片 5 g, 大黄 10 g, 附子 10 g, 党参 10 g; 3 剂, 煎 6 包, 每包 100 mL, 每 8 h 1 次, 鼻饲。服药后患者尿量逐渐恢复, 继续以温肺化饮、健脾益气为法中药调理后拔除气管导管, 转出监护病房。

按: 患者气促、腹胀、胃潴留、少尿、四肢水肿, 舌淡红苔白腻微黄, 脉弦。根据伤寒论六经辨证, 辨太阴阳明合病, 予温脾汤加减, 考虑患者气促, 为水凌心肺, 合用小青龙汤。患者有气促、胃潴留、尿不利, 为三焦水气代谢失常, 合用达原饮。总体以温中化饮、行气通腑、清热泄浊为治法, 药证相符, 故能取得较好疗效。

2.3 患者 3, 男性, 78 岁, 既往有腹股沟疝修补术病史。因外伤导致急性消化道穿孔、急性弥漫性腹膜炎入院行气管插管全身麻醉下小肠穿孔修补术。术后给予抗感染、营养支持、稳定内环境等治疗, 患者感染仍控制不佳, 并出现意识不清、反复发热、喘促。11 d 后患者出现氧合差, 转入重症医学科行气管插管机械通气。刻诊: 患者发热、微汗出、气促、气道可吸出少量黄稠脓痰; 腹部胀满, 留置胃管胃肠减压, 可见墨绿色胃内容物及气体引出; 尿少, 大便多日未解。查体腹部膨隆叩诊鼓音, 无移动性浊音, 膀胱压 27 cmH₂O; 舌红苔黄腻稍干, 脉弦数有力。辅助检查显示有感染。西医治疗继续给予抗感染、化痰、肠外营养支持、血液净化, 严格控制液体输注。中医治疗辨太阳、阳明、太阴合病, 前期给予大承

气汤鼻饲联合灌肠, 患者可解少量黄色稀水便。药不对症, 腹胀改善不明显, 给予麻杏石甘汤加大陷胸汤加减以宣肺清热、通腑泄水, 方药为麻黄 15 g, 杏仁 10 g, 石膏 45 g, 炙甘草 10 g, 大黄 15 g(后下), 芒硝 10 g(冲), 醋甘遂 1.5 g(冲), 大枣 30 g; 3 剂, 煎 6 包, 每包 100 mL, 每 12 h 1 次, 鼻饲。服药 2 次后, 患者开始排气、排水、排便, 腹胀降至 15 cmH₂O。予行俯卧位通气改善氧合, 继续中西医结合治疗后病情逐渐平稳。

按: 患者因小肠穿孔导致弥漫性腹膜炎, 腹腔感染导致肠道渗出水肿, 影响胃肠蠕动从而腹部膨隆。患者舌红苔黄腻稍干, 脉弦数有力, 考虑水热互结于胃肠, 借助三焦通道上冲于心肺而出现呼吸窘迫。因患者有发热、汗出、气促、腹胀症状, 结合舌脉, 辨太阳、阳明、太阴合病。给予麻杏石甘汤加大陷胸汤加减治疗后患者腑气得通, 为后续治疗赢得时机。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 中国医师协会急诊医师分会, 中国研究型医院学会休克与脓毒症专业委员会. 中国脓毒症/脓毒性休克急诊治疗指南(2018)[J]. 临床急诊杂志, 2018, 19(9): 567-588. DOI: 10.13201/j.issn.1009-5918.2018.09.001.
- [2] 张俊亮, 曾其毅. 脓毒症与胃肠道功能损伤的关系及研究进展[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(17): 2925-2927. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5725.2016.17.042.
- [3] 管向东, 陈德昌, 严静, 等. 中国重症医学专科资质培训教材[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 3.
- [4] 郝万山. 郝万山讲伤寒论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1.
- [5] 周仙仕, 叶焯, 唐光华. 从外感病证的内伤基础辨治脓毒症[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(8): 1877-1880. DOI: 10.13193/j.issn.1673-7717.2016.08.024.
- [6] 李际强, 李俊. 试论严重脓毒症与温病五死证的相关性及临床意义[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(7): 1234-1236. DOI: 10.13192/j.issn.1000-1719.2015.07.031.
- [7] 王今达, 李志军, 李银平. 从“三证三法”辨证论治脓毒症[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(11): 643-644. DOI: 10.3760/j.issn.1003-0603.2006.11.002.
- [8] 冯世伦. 胡希恕讲伤寒杂病论[M]. 北京: 人民军医出版社, 2015: 7.
- [9] 施经纬, 刘敏. 基于大柴胡汤治疗急性中风病疗效并探究六经辨证的意義[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(5): 155-157. DOI: 10.13193/j.issn.1673-7717.2020.05.036.
- [10] 唐云志, 金波. 大柴胡汤治疗急性腹症体会[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14(4): 218. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2007.04.025.
- [11] 毛帅, 张敏州. 临床应用大柴胡汤治疗腹腔间室综合症的体会和思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(6): 845-846. DOI: 10.7661/CJIM.2013.06.0845.
- [12] 杨国红, 张翠, 王晓, 等. 大承气汤、大柴胡汤四联辨证治疗胃肠实热和肝胆湿热证早期急性胰腺炎及对血清炎症因子的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(8): 165-170. DOI: 10.13422/j.cnki.syfjx.20180719.
- [13] 谢毅, 谈毅, 钱海鑫. 加味大柴胡汤对重症胆管炎大鼠 TLR4 表达的影响[J]. 江苏医药, 2009, 35(7): 831-833. DOI: 10.19460/j.cnki.0253-3685.2009.07.035.
- [14] 李士懋, 田淑霄. 李士懋田淑霄医学全集[M]. 上卷. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 7.
- [15] 田明敏, 黄煌. 《伤寒论》厥阴病篇探析[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(4): 308-311. DOI: 10.14148/j.issn.1672-0482.2016.0308.
- [16] 徐菁哈, 谷松. 从肝木脾土角度阐述厥阴病主方乌梅丸[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(2): 226-227, 242.

(收稿日期: 2021-04-21)