

大承气汤一方两法治疗重症急性胰腺炎

方国栋¹ 魏霞²

(1.浙江中医药大学附属第二医院消化内科,浙江杭州 310005; 2.杭州师范大学附属医院急诊科,浙江杭州 310015)

摘要 重症急性胰腺炎(SAP)是临床危重急症,并发症多,病死率高。SAP患者痞、满、燥、实四症俱齐,是典型的阳明腑实证,临床运用仲景之大承气汤治疗,取得较好效果。针对SAP不同阶段,分别给予“通腑导滞”以及“通因通用”两种治则,但处方均以大承气汤为主。该病早期,患者腹痛、便秘,运用大承气汤“通腑导滞”,促使大便得下,大便通畅后继以大承气汤“通因通用”,促进肠蠕动,防止细菌移位。

关键词 重症急性胰腺炎 大承气汤 通因通用 通腑导滞

中图分类号 R576.05 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)01-0061-03

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是一种病情凶险的急腹症,发病急,病情重,进展快,并发症多,变化复杂,死亡率高^[1]。据文献报道,20世纪六七十年代SAP病死率高达50%^[2],而近10年来SAP的诊断和治疗取得较大进展,但其病死率仍高达20%左右^[3]。中医药治疗SAP优势明显,有研究报道其治疗SAP病死率降至6.1%^[4-5]。大承气汤早期通腑导滞治疗SAP已成共识^[6],全程治疗也逐步得到认可^[7-8]。研究发现全程运用大承气汤在恢复肠道功能、防止肠功能衰竭、抑制细菌移位、防止继发感染等方面具有一定优势^[9]。中药大承气汤临床治疗SAP具有一方两法之效;SAP早期腹痛、腹胀、便秘,大承气汤治以通腑导滞;后期腹痛缓解,大便通畅,继以大承气汤通因通用。试分析如下。

1 大承气汤之通腑导滞

SAP早期有典型的阳明腑实证表现,患者主要表现为腹痛、腹胀、腹部压痛及便秘等症状。张仲景在《伤寒论·阳明病篇》中指出采用通腑导滞法治疗阳明病,代表方有大、小、调胃承气汤及大陷胸汤。SAP患者痞、满、燥、实四症俱齐,最适合的就是大承气汤。正如“大下后,六七日不大便,烦不解,腹满痛者,此有燥屎也。所以然者,本有宿食故也,宜大承气汤”。

大量文献及临床研究证实大承气汤治疗SAP取得了较好的疗效^[10-11]。SAP病机为燥热内结,中焦之气宣泄不利,腑气升降失常,腑气不通则见腹痛、腹胀、便秘等症。根据“六腑以通为用,不通则痛”的理论,中医药运用“通腑导滞”法通里攻下,泄热除

积。大承气汤为寒下峻剂,具有“釜底抽薪,急下存阴”之效,主治阳明腑实证。方中大黄泻热通便,荡涤肠胃,芒硝助大黄泻热通便,并能软坚润燥,二药相须为用,峻下热结之力甚强;积滞内阻,则腑气不通,故以厚朴、枳实行气散结,消痞除满,并助硝、黄推荡积滞以加速热结之排泄。四药共奏通腑导滞之效。方证相合,故收效甚佳。

2 大承气汤之通因通用

仲景强调治疗阳明病须“得快利即止”,“中病即止”,不可通下过度。众医家遵此理念,但凡大便通畅、腹痛缓解便停止用药。但发现部分SAP患者在临床症状缓解停止用药后会出现疾病再次加重,发生脓毒血症及多脏器功能衰竭,甚至导致死亡,这和SAP特殊的病理生理过程密切相关。

SAP临床病程可以分为三期,第一期急性炎症反应期,第二期全身感染期,第三期残余感染期。而第二期出现的继发感染往往会导致肠功能衰竭,肠黏膜通透性增加,肠道细菌发生移位,对胰腺等器官造成“二次打击”,危害甚大。故急性炎症反应期使用通腑导滞治疗后,腑气得通,大便得下,但不可停止大承气汤的应用。患者大便通畅,腹痛缓解,临床症状缓解,但肠功能尚未完全恢复,肠道细菌仍有机会发生移位,引起胰腺重复感染、坏死,继发致死性脓毒血症。此时根据中医辨证,须用“通因通用”法继续促进肠蠕动,防止肠功能衰竭,预防细菌移位。

“通因通用”出自《内经》,属于“反治”法范畴。《素问·至真要大论》云:“逆者正治,从者反治。”《素

基金项目:2010年浙江省中医药科学研究基金计划(B类)资助项目(2010ZB117)

问·六元正纪大论》云：“有假者反常。”王冰注：“逆病气而正治，则以寒攻热，以热攻寒。虽从顺病气，乃反治法也。”所谓“正治”、“反治”是针对疾病症状而言，当疾病的临床症状与病变的性质不符，出现假象时，如“阴盛格阳”、“大实有羸状”等，当辨证求因，治疗则采取顺从症状而逆于病变本质的方法。“通因通用”即用通利的药物治疗具有通利症候的疾病。

“通因通用”法通常用于新痢。“无积不成痢”，新痢用通法，清除肠中宿食积滞，则痢疾之因自然消失，这就是下痢用通法之依据。基于此，我们将通法用于SAP经通腑导滞治疗后大便通畅，甚至轻微腹泻的患者。SAP患者经大承气汤通腑导滞治疗后大便次数较多，人为造成下利，下利乃机体抗击邪气之损害，祛除体内秽浊之物的一种征象。因此，治利当“因势利导”，“通因通用”，给邪气以出路，万不可以“见利止利”，否则易“闭门留寇”，正如《素问·阴阳应象大论》所述之“其下者，引而竭之”。

SAP患者在病程第一期经大承气汤通腑导滞治疗后，出现下利，疾病进入第二期，其内在本质是肠道细菌移位，邪气攻里，故治疗上应“通因通用”，继用大承气汤通下，促使肠蠕动，防止细菌移位，促使邪气从下而走。此法体现了“不治已病治未病”的思想。《素问·阴阳应象大论》曰：“善治者，治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏，治五脏者，半死半生也”，提倡病从浅治，早期阻断疾病发展的趋势，防患未然。SAP患者一旦细菌发生移位，产生脓毒血症，此时运用大承气汤则效果欠佳，正如《素问·四气调神大论》：“病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎！”

3 验案举隅

边某，女，46岁。初诊日期：2015年9月21日。

因“左中上腹痛”1日入院。临床表现为左中上腹持续性钝痛，程度剧，伴腰背部放射，进食后加重，伴腹胀明显，伴恶心呕吐，吐后疼痛不缓解，伴肛门停止排气排便，舌红苔黄腻，脉弦数。急诊查血淀粉酶10985U/L，急诊腹部CT平扫示急性胰腺炎。体检：T 37.1℃，皮肤巩膜轻度黄染，腹隆，中上腹压痛明显，伴反跳痛，肝区叩击痛阳性，墨菲氏征阴性，肠鸣音每分钟1~2次。次日CT增强扫描：胰腺体积明显增大，边缘模糊，密度均匀降低，胰周可见多处液性低密度渗出性改变，增强扫描后胰腺呈不规则强化，胆囊外形增大，内可见不规则密度增高影，胆总管未见扩张，腹腔内见液性暗区。Balthazar CT分类为E级。西医诊断：重症急性胰腺炎(胆源性)；胆囊炎、胆石症。中医诊断：腹痛，阳明腑实证。

入院后除禁食、抑酸等常规西医治疗外，急予大承气汤加味方灌肠通腑导滞，处方：

生大黄20g(后下)，芒硝10g，厚朴10g，麸枳壳10g，桃仁15g，莱菔子30g。

同时予芒硝500g外敷减少渗出。

当日灌肠后，患者排出少许黄色粪水，腹痛腹胀略有缓解。连续灌肠3天后，患者大便仍较少，肛门排气增多，腹痛缓解不明显。入院第4天予内镜下空肠营养管置入，次日加用中药营养管注入增强通腑导滞，处方：生大黄9g(后下)，芒硝6g，厚朴10g，麸枳壳10g，桃仁15g，莱菔子30g。

口服联合灌肠后患者大便通畅，腹痛缓解。入院第13天，开放饮食，停止灌肠，继予中药口服促进肠蠕动，防止细菌移位，处方：生大黄9g(后下)，芒硝6g，厚朴10g，麸枳壳10g，柴胡10g，黄芩9g，莱菔子15g，桃仁15g，丹参10g，炙甘草6g。

患者大便保持通畅，日解2~3次，稀便为主。入院第19天，病情稳定，转外科行腹腔镜下胆囊切除术。

按：本例患者之腹痛，痞、满、燥、实四症俱齐，是典型的阳明腑实证。治以通腑导滞、行气止痛，处以大承气汤加减以软坚润燥、破结除满、荡涤肠胃。本例SAP发病初期为急性炎症反应期，腹痛、腹胀、便秘、呕吐明显，先予大承气汤加味方灌肠通腑导滞，原方基础上加用桃仁、莱菔子二味中药，以增强活血化痰、行气除满之效。灌肠后排气增加，腹痛稍缓解，大便仍不畅，疗效欠佳，随即联用中药空肠管注入以增强通腑导滞之功效，联用后患者大便增加，腹痛缓解明显。入院第13天，此时病程已进入全身感染期，应继续保持大便通畅，防止细菌移位，导致继发感染，故效以“通因通用”之法，继服中药大承气汤加味方，在口服中药方基础上加用柴胡、黄芩、丹参等药味，以增强行气清热、活血化痰之效。

4 结语

大承气汤治疗SAP贵在一个“通”字，其在疾病不同阶段，含义不同。“通腑导滞”早期治疗SAP已成临床共识^[6]，其单纯从中医辨证的角度处置SAP。而“通因通用”则体现了辨证与辨病结合的思想，辨证是大便通畅，抑或下利，辨病是疾病处于第二期，临床症状缓解不能单纯作为SAP病情改善的一种判断，须结合血C反应蛋白、腹部增强CT等实验室及影像学检查。SAP治疗过程中下利的产生并不代表疾病的痊愈，相反，这是一种“假象”，忽略了这种“假象”，治疗就会陷入“迷雾”之中。这就需要医者在临床上去伪存真，辨清疾病本质，辨证辨病结合，依此处方遣药，方能药到病除。

《伤寒论》中生姜剂量与功效关系浅析

杜红跃

(天津市南开区三潭医院,天津 300093)

摘要 在《伤寒论》中共有 35 方在主方中用到生姜,用至三两者有 20 方,四两者 2 方,五两 3 方,六两 1 方,八两 2 方,其他 7 方,可见经方中的生姜并非可有可无之药。生姜的功效因剂量的不同也有所变化,三两用于调和营卫、发汗祛邪、和胃止呕,四两用于温通血脉、化饮消痞,五两用于降逆止呕,六两及八两用于温中散寒、宣散通阳。

关键词 伤寒论 生姜 量效关系

中图分类号 R282.71

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)01-0063-02

生姜是临床上常用的一味中药,为姜科植物姜的栽培品种菜姜的新鲜根茎^[1]。生姜始见于《神农本草经》,谓“味辛温,主胸满,咳逆上气,温中止血出汗,逐风湿痹,肠澼下痢,生者尤良,久服去臭气,通神明,生川谷”。《现代中药学大辞典》:生姜味辛,性温;归肺、胃、脾经;功效为发散风寒,温中止呕,化痰解毒^[2]。《伤寒论》共有 113 首方剂,其中 35 方用到生姜,用至三两者有 20 方,四两者 2 方,五两 3 方,六两 1 方,八两 2 方,其他 7 方,可见生姜在经方中具有重要的作用。在《伤寒论》中生姜因用量的不同会有不同的功效,试分析如下。

1 三两方——调和营卫,发汗祛邪,和胃止呕

《伤寒论》中生姜用至三两者的方剂有 20 首,主要功效有调和营卫、发汗解表、和胃止呕。调和营卫是治疗伤寒表虚证和营卫不和证的重要治法,均可用桂枝汤来治疗。方中桂枝解肌祛风,芍药养阴和营,生姜助桂枝解肌以调卫气,大枣助芍药以和营。两组药对共奏调和营卫之功。若以治疗半表半里之邪来看小柴胡汤,柴胡、生姜可以称为“表药”,黄芩、半夏、人参、大枣、炙甘草为“里药”,柴胡合黄芩和解表里之邪,生姜并大枣调卫和营,共助柴胡以祛表邪。

汗法在《伤寒论》中应用范围广泛,根据生姜在

参考文献

- [1] BUMBASIREVIC V, RADENKOVIC D, JANKOVIC Z, et al. Severe acute pancreatitis: overall and early versus late mortality in intensive care units [J]. *Pancreas*, 2009, 38(2): 122.
- [2] HARTWIG W, MAKSAN S M, FOITZIK T, et al. Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis [J]. *J Gastrointest Surg*, 2002, 6(3): 481.
- [3] EACHEMPATI S R, HYDO L J, BARIE P S. Severity scoring for prognostication in patients with severe acute pancreatitis: comparative analysis of the Ranson score and the APACHE III score [J]. *Arch Surg*, 2002, 137(6): 730.
- [4] 苗彬, 崔乃强, 李忠廉, 等. 早期通里攻下法对重症急性胰腺炎结局影响的系统评价 [J]. *世界华人消化杂志*, 2009, 17(10): 1042.
- [5] 杨国红, 王晓, 李春颖, 等. 中药四联疗法治疗早期重症急性胰腺炎 122 例 [J]. *辽宁中医杂志*, 2011, 38(12): 2396.
- [6] 韩红勤, 高雷, 朱小红, 等. 中西医结合治疗急性重症胰腺炎 120 例 [J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2005, 11(3): 209.
- [7] 钦丹萍. 西医疾病开展中医药治疗的若干思考 [J]. *浙江中医药大学学报*, 2010, 34(5): 639.
- [8] 王佳, 钦丹萍, 张绍珠, 张仲景阳明腑实腹痛诊治理论对急性胰腺炎治疗的指导意义 [J]. *中医杂志*, 2015, 56(11): 922.
- [9] 魏霞, 钦丹萍, 赖登攀, 等. 大承气汤加味方对重症急性胰腺炎大鼠肠功能衰竭的干预作用 [J]. *中医杂志*, 2013, 54(16): 1407.
- [10] 诸葛建成. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎 21 例 [J]. *中国中医急症*, 2011, 20(4): 671.
- [11] 程雪彬. 大承气汤治疗重症急性胰腺炎临床观察 [J]. *中国中医急症*, 2009, 18(5): 715.

第一作者: 方国栋 (1986—), 男, 医学硕士, 住院医师, 从事中西医结合诊治消化系统疾病研究。fgdalex@126.com。

收稿日期: 2015-10-28

编辑: 吴宁