

新加黄龙汤在危重症治疗中的应用思路探析

李芷瑛¹ 赖芳^{2,3,4} 张燕^{2,3,4} 韩云^{2,3,4}

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东广州 510006; 2. 广东省中医院, 广东广州 510120; 3. 晁恩祥名中医药专家传承工作室, 广东广州 510120; 4. 广东省中医急症研究重点实验室, 广东广州 510120)

摘要 目前危重症的治疗仍以西医为主,但中医药可以从整体观念、辨证论治的角度出发,对危重症进行干预,进一步改善危重症患者的症状,弥补西医治疗手段的不足,提高治愈率。新加黄龙汤出自吴鞠通《温病条辨》,为“扶正通腑法”“邪正合法”的代表方,可用于治疗多种危重症证属气阴亏虚、腑气不通者。脓毒症、急性重症胰腺炎、低血容量性休克、重大手术后的胃肠功能障碍等危重症患者症见神疲乏力、皮肤干燥、口干,伴腹胀便秘、舌淡苔少、脉细者,可选用新加黄龙汤,并随证加减。附验案1则以佐证。

关键词 危重症;新加黄龙汤;治疗应用

中图分类号 R289.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)06-0077-04

基金项目 国家自然科学基金(81974538,81703856);广东省科技厅项目(2016ZC0129,2016A020215196,2017ZC0133);广东省中医急症研究重点实验室(2017B030314176);广东省中医院“优势病种”突破专项:脓毒症优势病种

危重症是指由于各种疾病或创伤等引起的机体内部环境严重失衡,单个或多个器官、系统功能障碍或衰竭,如脓毒症、各种类型的休克、多器官功能障碍综合征、急性呼吸衰竭等。因其危、急、重的性质,目前治疗仍以西医为主流,为患者提供各种器官功能的支持,如呼吸支持、循环支持、肾脏支持,并且需要进行抗感染、抗炎、抗休克、纠正内环境紊乱等治疗。但临床也发现,西医治疗手段若攻伐太过,容易导致危重症患者脏器亏损。如现代研究发现,糖皮质激素主要的作用靶点为少阴肾脏,在应用大剂量糖皮

质激素时患者可先出现阴虚,而后发展为阳虚、阴阳两虚^{[1]44};当抗生素治疗有效时,原有的发热等症状将逐渐减轻,热证缓解,因此抗生素可以归属于中药中的“清热药”范畴^{[1]45},而清热之力太过极易损伤脾胃运化功能。加之患者自身的水饮、痰浊、瘀血等病邪纠集,从而形成正虚邪盛的局面。危重症患者病情复杂,变化快,更应强调因人制宜,而中医药具有整体观念、辨证论治的特色,因此危重症患者加用中医药干预,可以进一步改善症状,并弥补西医治疗手段的不足,提高治愈率。新加黄龙汤出自吴鞠通

参考文献

- [1] 戴宁,李峰,关静,等.中医腹诊的研究进展[J].世界中医药,2017,12(1):217.
- [2] 刘宁,王宁元,赵进喜,等.明辨方证,腹诊先行;经方应用,当识腹证[J].环球中医药,2018,11(11):1697.
- [3] 稻叶克,和久田寅.腹证奇览[M].梁华龙,陈玉琢,陈宝明,编译.北京:中国中医药出版社,2017:113.
- [4] 仝小林,刘文科,翟翌,等.经方本源剂量在2型糖尿病治疗中的应用[J].世界中西医结合杂志,2008,3(12):695.
- [5] 柯雪帆,赵章忠,张玉萍,等.《伤寒论》和《金匱要略》中的药物剂量问题[J].上海中医药杂志,1983,17(12):36.
- [6] 郝万山.汉代度量衡制和经方药量的换算[J].中国中医药现代远程教育,2005,3(3):48.
- [7] 刘海涵.仲景《经方》汉制度量衡考[J].陕西中医学院学报,1986,9(3):19.
- [8] 陈明.柴胡加龙骨牡蛎汤证解读及运用[J].中华中医药杂志,2015,30(10):3420.
- [9] 郜妞妞,孟毅,赵晨怡,等.柴胡加龙骨牡蛎汤治疗顽固性失眠验案举隅[J].中医研究,2018,31(9):41.

第一作者:张英子(1995—),女,硕士研究生,研究方向为恶性肿瘤的规范化治疗。

通讯作者:王克穷,医学博士,主任医师,硕士研究生导师。keqiongwang@163.com

修回日期:2019-11-11

编辑:吴宁

《温病条辨》，为“扶正通腑法”“邪正合法法”的代表方，其应对的证型为气阴亏虚、腑气不通，而多种危重症患者均可发展为此种证型。本方攻补兼施，这一治法理论在危重症的治疗中有着极大的指导意义，本文试就新加黄龙汤在危重症治疗中的应用进行分析。

1 新加黄龙汤解读

《温病条辨·卷二·中焦篇》云：“阳明温病，下之不通，其证有五：应下失下，正虚不能运药，不运药者死，新加黄龙汤主之。……其因正虚不运药者，正气既虚，邪气复实，勉拟黄龙法，以人参补正，以大黄逐邪，以冬、地增液，邪退正存一线，即可以大队补阴而生，此邪正合法也。”新加黄龙汤方药组成：细生地（五钱）、生甘草（二钱）、人参（一钱五分，另煎）、生大黄（三钱）、芒硝（一钱）、玄参（五钱）、麦冬（连心，五钱）、当归（一钱五分）、海参（洗，二条）、姜汁（六匙）。此方乃吴鞠通从陶节庵《伤寒六书》之黄龙汤加减化裁而来，所谓“勉拟黄龙法”，即是在阳明腑实、气阴亏虚之时，既攻下通便，又补气养血，邪正合治。然黄龙汤之原方（大黄、芒硝、枳实、厚朴、人参、当归、桔梗、生姜、甘草、大枣），攻下过峻，扶正不足，吴鞠通非常重视对阴精的顾护，认为“须知正气久耗，而大便不下者，阴阳俱惫，尤重阴液消亡，不得再用枳、朴伤气而耗液”，故改以调胃承气汤为本，用甘草缓大黄、芒硝之攻下，并加姜汁通胃气，替枳实、厚朴承不降之胃气，“开幽门之不通”，“泻中宫之实满”，免其过于耗气伤津之弊。方中人参大补元气，扶正气之虚，“元气不支，则非加人参不可矣”。又加增液汤之玄参、麦冬、生地，玄参养阴生津，麦冬能补能润能通，生地补而不腻，兼能走络，“增液行舟”，且“保津液之难保，而又去血结之积聚”。当归能宣血中之气分，补血又行血。方中最具特色的药为海参，性平，味甘、咸，归肾经、肺经，“咸能化坚，甘能补正，按海参之液，数倍于其身，其能补液可知，且蠕动之物，能走络中血分，病久者必入络”。诸药合用，共奏益气扶正、通腑祛邪之效。

吴鞠通谓新加黄龙汤“此处方于无可处之地，勉尽人力，不肯稍有遗憾之法也”，吴又可在《温疫论》中评价黄龙汤法时也说“补之则邪毒愈甚，攻之则几微之气不胜其攻，攻不可，补不可，补泻不及，两无生理”，“不得已勉用陶氏黄龙汤。此证下亦死，不下亦死，与其坐以待毙，莫如含药而亡，或有回生于万一者”，可见新加黄龙汤确然是在疾病危重之时使用的。

2 新加黄龙汤在危重症中的使用

现代临床研究已证实，新加黄龙汤治疗某些危重症具有良好疗效。沈海平等^[2]研究发现，使用新加黄龙汤治疗脓毒症休克患者可以减少胃肠功能障碍的发生率，降低严重脓症患者肠通透性和内毒素水平，减轻炎症反应，改善胃肠道功能障碍，较单纯涤荡肠胃的调胃承气汤及小承气汤具有更好的疗效。季乔雪等^[3]使用新加黄龙汤治疗结肠癌术后患者，发现其能降低术后炎症肠梗阻发生率，缩短患者胃肠功能恢复时间，还能减轻术后炎症反应，缓解术后高凝状态，促进免疫功能恢复。

危重症患者大多虚实夹杂，或因虚致实，或因实致虚，多种危重疾病均可发展为气阴亏虚、腑气不通的证型，若症见神疲乏力、皮肤干燥、口干，伴腹胀便秘，舌淡苔少，脉细等，需要用益气养阴通腑的治法，可用新加黄龙汤益气扶正、通腑祛邪。以下就脓毒症、急性重症胰腺炎、低血容量性休克、重大手术后的胃肠功能障碍这四种危重症举例分析，说明新加黄龙汤在危重症中的应用。

2.1 脓毒症 脓毒症是由宿主对感染反应失调引起的危及生命的器官功能障碍^[4]，中医暂无对应病名，但根据其症状可归属于中医学“热病”范畴。感染初起，外邪入侵，人体正气尚存，奋起抗邪，出现高热、恶寒，以及相应脏腑的急性感染症状，绝大多数表现为实热证。但若失治误治，邪气未除，而正气已耗损，加之邪热灼津，可致气阴两虚；邪气未除，六腑以通为用，胃气主降，但邪气壅滞，阻其下降之气，可致腑气不通。症见精神疲倦，乏力，热势不高，皮肤干燥，少尿，口干，腹胀，便秘，舌淡，苔黄或厚腻，脉细滑。可用新加黄龙汤，补亏耗之气阴，通中焦之邪气。临证可根据感染部位的不同进行加减：若为肺源性脓毒症，可加宣肺化痰止咳之品，如桑白皮、瓜蒌皮、白前、前胡、法半夏等；若为尿源性脓毒症，可加利尿通淋化石之品，如车前子、瞿麦、篇蓄、金钱草、鸡内金、海金沙等；若为肠源性脓毒症，方中大黄用量可酌加，并可加活血通瘀之品，如丹参、赤芍等。

2.2 急性重症胰腺炎 急性胰腺炎是指多种病因引起的胰酶激活，继以胰腺局部炎症反应为主要特征性疾病，病情较重者可发生全身炎症反应综合征，并可伴有器官功能障碍^[5]，若伴有持续（>48 h）的器官功能衰竭则被定义为急性重症胰腺炎^[6]，可归属于中医学“腹痛”范畴。因胰酶大量分泌、激活，

引起腹腔炎症反应,腹腔神经丛受刺激和渗液直接作用于肠管,导致肠麻痹,肠蠕动减弱或停止,会出现腹胀腹痛、大便不通,甚至麻痹性肠梗阻等症状。中医学认为因气机升降失司致湿热内蕴中焦,又日久运行不畅致腑气不通,而成厥痛之证。年老体弱、糖尿病等正气本虚的患者,本就有气阴两虚,“邪之所凑,其气必虚”,若合并急性重症胰腺炎,邪气直中,可出现“急性虚证”。临床症见精神疲倦,乏力,腹痛腹胀,便秘,或发热恶寒,口干,舌淡,苔白腻,脉细滑,辨证为气阴两虚、腑气不通。对于此类本有气阴两虚的急性重症胰腺炎患者,适用新加黄龙汤,缓泻中焦之实邪,并顾护患者的正气与阴津,且方中之大黄、芒硝已被证实具有促进急性重症胰腺炎患者肠道功能恢复,降低炎症反应的作用^[6]。针对急性胰腺炎的湿邪为患,可加清热利湿理气之品,如黄芩、木香、柴胡等。在急性重症胰腺炎早期需禁食时,或麻痹性肠梗阻导致大量胃潴留时,可改为灌肠给药。

2.3 低容量性休克 低容量性休克是因急性失血、失液等,血容量在短期内急剧丢失,导致心排量减少,继而造成组织细胞缺血、缺氧和代谢障碍而致休克^[7],属中医学“厥”“脱”范畴。“气随血脱”“气随液脱”,气阴两虚为低容量性休克患者的基本病机。而胃肠道为低容量休克最先出现缺血缺氧的器官,长时间的缺血缺氧直接导致肠黏膜细胞坏死,胃肠正常功能受到损害,加之气阴两虚,体内津液不足,肠道干涩,无力运行糟粕,导致腑气不通。临床症见精神疲倦,乏力,或面色苍白,自汗肢冷,口干舌燥,皮肤黏膜干燥,少尿甚至无尿,腹胀,便秘等,舌淡,苔白,脉细弱,适用新加黄龙汤。因低容量性休克阴津亏耗、气随液脱的表现更为显著,可重用人参、玄参、麦冬、生地,并可加黄芪、黄精、沙参等,急复亏耗之气阴,或可加润肠通便之品,如火麻仁、肉苁蓉等。但对于有消化道活动性出血的患者,需要禁食禁饮,此时不可再服用中药或中药灌肠,应待出血止,开放饮食后,患者有腹胀便秘等胃肠道功能损害的症状之时,方可使用新加黄龙汤。

2.4 重大手术后的胃肠功能障碍 重症医学科也不乏收治各种重大手术后需要监护的患者,如腹部手术、脑部手术、泌尿系手术等,这些患者经过大手术的打击,且需长期卧床,久卧伤气,正气大虚,气不化阴,气不化血,导致气阴两虚。而卧床缺乏运动,术中麻醉及术后维持镇静,会使胃肠动力受到抑制,且

不同部位的手术对胃肠功能也有着各自的影响。如腹部手术因手术对胃肠道有直接刺激,损伤机体的胃肠道黏膜组织,并对机体胃肠道的形态结构造成不良的影响^[8],极易造成脾胃运化功能失常,且腹腔镜手术需要建立人工气腹,大部分患者术后会出现腹胀的症状;脑部手术对中枢神经系统的损害可引起排便反射障碍^[9],腑气不通的表现会更明显。临床症见精神疲倦,乏力,口干欲饮,皮肤干燥,腹部胀满,大便不通等,舌淡,苔白,脉细。因此各种重大手术后的患者极易出现气阴两虚、腑气不通证型,亦可使用新加黄龙汤。此类患者以胃肠蠕动功能障碍为主,可稍加行气之品,如枳壳、木香等,但枳实、厚朴、青皮之流行气力度过重,易伤气耗液,不宜使用。同样的,若为胃肠手术后的患者需要暂禁食,可改为灌肠用药。

综上,若危重症疾病发展为内有邪气不解,腑气不通,但“正虚不能运药”的情况,不可攻伐,陷入两难之地,这时就可以运用新加黄龙汤邪正合治,以求补气养阴,恢复正气,并缓下邪气,使邪有出路,此即为“异病同治”之意。

临证当注意:(1)患者使用新加黄龙汤后腑气已通,即可停药,以免攻下太过以致正气进一步亏损;(2)大黄、芒硝用量不宜过大,因危重症患者胃肠功能脆弱,对通便药较为敏感,易反致腹泻。

3 病案举隅

邝某,男,67岁。2010年11月22日初诊。

入院主诉:头晕恶心1月余,发现肌酐升高2 d。患者1个月前开始出现头晕头痛、恶心呕吐,伴双下肢轻度浮肿,外院检查提示:肌酐(Cr) 1 187 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮(Urea) 42.6 mmol/L。2020年11月2日收住入院。入院后查尿常规,白细胞3+,潜血3+;双肾CT提示双肾多发结石,并双侧肾盂、肾盏扩张积液。考虑为梗阻性因素引起的肾功能衰竭,11月8日转外科行右侧输尿管支架置入+左肾经皮肾造瘘引流术,术程顺利。11月21日出现病情进展,左肾包膜下巨大血肿形成,血色素进行性下降,肾造瘘管无液体引出。紧急送介入室行左肾动脉造影+栓塞+左髂内动脉造影、栓塞。当晚,患者出现烦躁、呼吸困难,考虑心衰,行血透超滤过程中患者血压进行性下降,呼吸喘促,血氧饱和度降至80%,遂转至ICU监护治疗。西医诊断为低血容量性休克,肾功能衰竭,予维持氧疗,床边连续性肾脏替代(CRRT)治疗,泰能抗感染,西地兰强心,去甲肾上腺素泵入升压,酚磺乙胺止血,护胃化痰及加强补液支持。

11月22日初诊时患者精神疲倦,乏力,腹胀明显,术后一直未见肠鸣音,追问已3 d未解大便,低热,体温37.4℃,仍有喘促,肤温偏凉,皮肤干燥,腋窝触摸未见湿润感,肾造瘘管无液体引出,舌淡,苔白,脉沉细数。辨证为气阴两虚、腑气不通,以益气养阴、通腑泻下为法,方选新加黄龙汤。处方:

大黄9 g(后下),芒硝3 g(冲服),生地15 g,玄参15 g,当归4.5 g,红参15 g(另炖),海参1条(另炖),生姜10 g,甘草10 g。2剂,每日1剂,三餐后鼻饲。

11月25日二诊:患者已解烂便3次,量多,色黄,腑气复通,听诊肠鸣音增至3次/min,发热退,喘促解,皮肤渐润泽,血压逐渐恢复,但仍精神疲倦,乏力,舌淡红,苔白,脉弱。辨证为脾胃气虚,治以益气健脾和胃为法,选方参苓白术散加减。处方:红参15 g(另炖),茯苓10 g,白术12 g,白扁豆15 g,陈皮9 g,山药12 g,莲子心10 g,桔梗10 g,麦冬10 g,甘草9 g。3剂,每日1剂,三餐后鼻饲。

患者服药后可规律解大便,每日1次,未见腹胀。药后第4天精神好转,乏力改善,未见喘促,续服二诊方。后患者生命体征平稳,血压恢复,肾造瘘管可引流出液体,经后续治疗后好转出院。

按:患者为泌尿道手术后,并发低血容量性休克。考虑患者术前血肿较大,术后失血量多,总体以阴阳受损,阴液耗失为主,故脉象沉细数。一诊时腑气不通,燥屎内结,故有腹胀、便秘;腑病传脏,大肠传导功能失职,影响肺脏宣发气机,故见呼吸困难、喘促;邪气郁热,故见发热;热灼津液,加上本身阴液耗损,气不化津,津液无以化,膀胱无以藏,导致津液无可排泄,故见肾造瘘管无液体引出,皮肤干燥,腋窝触摸未见湿润感。此时邪气郁滞,腑气不通,当予通腑治疗,否则必致肺脏受牵连,然阴阳受损,正气亏耗严重,不可以大承气汤峻猛攻下,应选用新加黄龙汤加减,益气养阴、通腑泻下。二诊时患者大便已解,腑气得通,发热、喘促缓解,皮肤渐润泽,津液渐复,但仍精神疲倦、乏力,考虑邪气已去,可加重扶正力度,《景岳全书》中有云“凡欲查病者,必须先查胃气,凡欲治病者,必须常顾胃气。胃气无损,诸可无虑”,故予参苓白术散加减,以健运脾胃之气,培固后天之本。

综上,中医药在治疗危重症时,需要把握患者正邪之气的消长,辨明病机,合理地运用扶正与攻伐之

法,使得危重症的治疗有的放矢,避免更进一步的失治误治,最终转变为不治之症。

参考文献

- [1] 谢东平.基于中医理法对重症患者西医治疗的思考[J].新中医,2017,49(11):144.
- [2] 沈海平,周云,何苏丽,等.新加黄龙汤对脓毒症休克患者胃肠道功能的临床研究[J].中药药理与临床,2016,32(6):189.
- [3] 季乔雪,王成阳,余晓琪.新加黄龙汤防治结肠癌患者术后炎性肠梗阻临床观察[J].安徽中医药大学学报,2019,38(2):26.
- [4] SINGER M, DEUTSCHMAN C S, SEYMOUR C W, et al. The third international consensus definitions for Sepsis and septic shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315(8): 804.
- [5] 王春友,李非,赵玉沛,等.急性胰腺炎诊治指南(2014)[J].中华普通外科学文献(电子版),2015,9(2):86.
- [6] 纪燕.中医药治疗急性重症胰腺炎近况[J].湖南中医杂志,2017,33(1):164.
- [7] 林洪远.低容量性休克的病理生理与临床[J].中华医学杂志,2002,82(10):718.
- [8] 陈锡钧,洪健,曾碧城,等.大建中汤对腹部手术后患者胃肠功能调理的效果观察[J].世界中医药,2018,13(6):1469.
- [9] 顾爱红.颅脑手术病人便秘原因与护理研究进展[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(2):93.

第一作者:李芷琪(1994—),女,硕士研究生,中医内科学专业。

通讯作者:韩云,医学博士,主任中医师,硕士研究生导师。hy660960@126.com

收稿日期:2019-10-17

编辑:吴宁

