

朱永康运用“运脾法”治疗外科腹部手术后胃肠功能障碍之经验

朱 宏

(南京中医药大学附属医院, 江苏省中医院, 江苏南京 210029)

指导: 朱永康

摘 要 外科腹部手术后由于疾病本身、术前肠道准备、麻醉等多种因素,常导致胃肠功能障碍。现代医学对此缺乏针对性强且效果明显的治疗方法,而中医药在围手术期的应用是创新之举,具有显著的特色和优势,是现代医学治疗的有力补充。朱永康教授长期从事外科临床实践,认为腹部手术后的胃肠功能障碍属于虚实夹杂之证,病机重点是“滞”,治法核心在“运”,擅长采用“运脾”之法,并随证予以灵活变化。针对脾气阻滞证,使用理气运脾法,予木香槟榔丸加减;针对湿困气滞证,使用化湿运脾法,予参苓白术散加减;针对食积气滞证,使用和胃运脾法,予保和丸加减;针对脾虚气滞证,使用益气运脾法,予异功散加减。四种运脾法运用于临床,疗效满意。附验案1则以佐证。

关键词 术后胃肠功能障碍;运脾法;木香槟榔丸;参苓白术散;保和丸;异功散;朱永康;名医经验

基金项目 2022年全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2022〕75号);第三批江苏省名老中医药专家传承工作室建设项目(苏中医科教〔2019〕10号);第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医药人教发〔2017〕29号)

外科腹部手术后,由于疾病本身、术前肠道准备、麻醉、手术创伤、引流管放置、腹腔炎症、疼痛等多方面因素易导致不同程度的胃肠功能障碍,临床常见纳差、恶心、腹胀、疲乏等症状,影响患者康复。而胃肠功能的恢复是术后康复的重要条件,如果术后胃肠功能抑制的时间越长,越易导致肠管扩张,甚至产生肠梗阻、营养不良、多器官功能衰竭等严重并发症。由于目前对腹部手术后胃肠功能障碍发生的确切机制尚未明确^[1],因此现代医学仍缺乏针对性强且效果明显的治疗方法。中医药在围手术期的应用是创新之举,是现代医学治疗的有力补充,具有显著的特色和优势^[2]。

朱永康教授为江苏省名中医、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事外科临床工作四十余载,擅长运用中医辨证思维治疗外科疾病,特别在围手术期的中医药应用方面颇有心得,是国内最早一批开展围手术期中医药应用的专家。对于腹部手术后出现的胃肠功能障碍的辨治,朱师有独特的见解和证治体会,认为其临床表现既不同于“胀、痛、吐、闭”的里热实证,也不同于单纯的脾胃虚弱证,而是脾运失常、气机阻滞的特殊证候,所以治法上既不能以攻为主,也不能单纯补脾,而应注

重对脾脏运化功能的调节,可用“运脾”之法。“运脾”是调和脾胃、扶助运化之意,具有补中寓消、消中有补、补不碍滞、消不伤正的特点。笔者有幸长期随师侍诊,受益匪浅,现将朱师运用运脾法治疗外科腹部手术后胃肠功能障碍之经验总结如下,与同道分享。

1 “滞”是病机重点

朱师在临床中发现,腹部手术后的胃肠功能障碍主要表现为恶心、纳差、腹胀、肛门排气排便减少或困难,认为其病机为脏腑功能失调,气机运行不畅,滞塞于中。同时,腹部手术后患者由于疾病本身以及手术等因素,均存在正气受损的情况。综合考虑,朱师认为腹部手术后胃肠功能障碍的病机重点是“滞”,属虚实夹杂之证。

2 “运”为治法核心

中医古籍对脾主运化功能重要性的阐述为临床正确应用“运脾”法提供了理论依据。《素问·经脉别论》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精”,“散精”正是对脾主运化功能的生动描述。《素问·灵兰秘典论》曰:“脾胃者,仓廩之官,五味出焉”,说明脾胃为后天之本,气血生化之源,五脏六腑的濡养有赖于脾之健运。《景岳全书·饮食》记载:“胃司受纳,脾司运化,一纳一运”^[3],正式提出了脾主运

化。《幼科发挥》谓：“胃者主纳受，脾者主运化，脾胃壮实，四肢安宁，脾胃虚弱，百病蜂起”^[4]，说明脾失运化则百病丛生。宋代著名儿科专家钱乙的名方异功散，就是在四君子汤中增加一味陈皮，使补而不滞、补运兼施。清代张隐庵在《本草崇原》中云：“凡欲补脾，则用白术；凡欲运脾，则用苍术”^[5]，提出了运脾、补脾在药物应用上的差别。全国著名儿科专家江育仁教授在20世纪80年代提出了“脾健不在补贵在运”的观点，“欲健脾者，旨在运脾；欲使脾健，则不在补而贵在运也”^[6]。

朱师基于经典医籍中对脾主运化的论述和名医前辈的学术经验，结合自己长期从事外科临床的实践和思考，认为在生理上脾主运化是非常重要的功能，包括运化精微及运化水湿两个方面。腹部手术后患者出现的胃肠功能障碍，主要是脾主运化功能失司导致，精微运化失常会导致脾虚、积滞，水湿运化失常会导致气滞、湿困，大多表现为虚实夹杂之证，所以治疗不能单纯泻实或补虚，而应该注重对脾运化功能的调节，采用“运脾”之法。

3 “运脾” 贵在于 “活”

朱师针对腹部手术后患者不同的病机及临床表现，归纳出理气运脾法、化湿运脾法、和胃运脾法、益气运脾法四个具体治法，强调由于病机及证型的复杂性，临证不能拘泥于一方一法，要根据临床实际灵活运用。

3.1 理气运脾法，用于脾气阻滞证 脾气阻滞证患者临床表现为术后纳呆，暖气频作，脘腹胀满，叩之如鼓，便后或矢气后胀痛减轻，舌苔多薄白。本证由气机壅滞，运行不利所致。朱师认为，脾喜舒而恶郁，若湿阻、食积导致气滞不畅，中焦气机不利，脾气失展，气滞不行，治当理气行滞、开郁运脾，方选木香槟榔丸加减，常用药物有苍术、陈皮、木香、枳壳、丁香、香附、佛手、香橡皮、槟榔等。朱师经验，外科术后患者往往存在气血受损，处方时要注意不能过用香燥之品以防进一步伤阴。临床上本证型常与湿困、食积、脾虚相兼出现，故常与化湿、和胃、益气之法配伍应用，可收到调畅全身气机的效果。

3.2 化湿运脾法，用于湿困气滞证 湿困气滞证患者临床表现为术后胸闷纳呆，时有恶心、脘痞腹胀，口腻不渴，小便短少，大便稀溏，舌苔厚腻。本证由湿困脾气，运输无权所致。朱师认为，脾喜燥而恶湿，湿阻中州则脾气受遏，运化无权，治当化湿运脾，方选参苓白术散加减。朱师经验，若见脘腹胀满、不思饮食、恶心呕吐、肢体沉重、怠惰嗜卧、大便稀溏、

苔白腻而厚、脉缓等，其病机以湿困脾胃为主，则选择芳香化湿药，使湿浊内消、脾运复常，常用苍术、佩兰、藿香、厚朴等，其中苍术一味，功专入脾，燥湿宽中，其性走而不守，尤属要药；若见泻下清稀、小便不利、舌苔白、脉濡等，其病机以水湿内盛为主，则治以淡渗利湿，使湿从下泄，常用车前子、泽泻、茯苓皮等；若证属湿蕴化热者，又当配以生薏苡仁、青蒿、六一散、黄芩等清化之品。

3.3 和胃运脾法，用于食积气滞证 食积气滞证患者临床表现为术后纳差，脘腹胀满，暖气酸馊，泛恶厌食，腹痛泄泻，大便腐臭，或夹不消化食物，舌苔多腻。本证由脾运失常，食滞于中所致。朱师认为，脾喜运而恶滞，饮食积滞，内停不化，则脾失健运，清浊不分，纳运失常，治当运脾和胃、消食化积，方选保和丸加减。朱师经验，由于脾运失常，术后患者刚开始进食时常易导致食积，故常用山楂、鸡内金、神曲、谷芽、麦芽等以消食导滞，对于积滞腹胀较重者，可酌加枳壳、莱菔子、槟榔、厚朴等以行气导滞。

3.4 益气运脾法，用于脾虚气滞证 脾虚气滞证患者临床表现为术后纳呆厌食，大便不化，食后即泻，神疲乏力，动则易汗，甚则出现形体消瘦、面色少华、精神不振，舌质淡、苔薄白。本证由脾虚失运导致。朱师认为，脾胃为后天之本、气血生化之源，脾胃虚弱则气血生化不足，治当益气运脾，方选异功散加减。朱师经验，本证主要由脾虚运化功能失常导致，治当益气健脾，恢复脾的运化功能，但腹部术后患者往往脾胃虚弱，运化乏力，如单纯补脾则有碍脾运，而应采取补运兼施的益气助运法，使补而不滞，生化有源，常用苍术、茯苓、陈皮、山药、莲子、白扁豆、薏苡仁、砂仁、桔梗等。临床应用时，还需根据患者证情，确定补多运少或补少运多。

4 验案举隅

王某，男，21岁。2020年9月25日初诊。

主诉：脘腹胀、隐痛2d。患者2020年9月16日因小肠梗阻行小肠部分切除、肠吻合术，术后第3天胃肠功能恢复后进食少量流质。2d前出现进食半流质后腹胀纳差，消化道造影检查提示吻合口通畅，无明显狭窄，予肠外营养支持治疗，但症状改善不明显。既往有小肠克罗恩病病史。刻下：脘腹胀，时有隐痛，便后或矢气后减轻，纳谷不香，身重乏力，便溏，日行2~3次，小便不利，夜寐欠安，舌淡红、苔薄腻，脉细滑。查体：全腹平软，无压痛及肌紧张，未扪及包块，肠鸣音弱。西医诊断：小肠部分切除术后胃肠功能障碍，小肠克罗恩病。中医诊断：腹痛（湿困

气滞证)。治法:理气化湿运脾。方选参苓白术散化裁。处方:

苍术 10 g,白术 10 g,陈皮 10 g,厚朴花 6 g,云茯苓 12 g,白扁豆 10 g,炒薏苡仁 20 g,白及 10 g,苦参 10 g,地锦草 15 g,葛根 10 g,川黄连 3 g,六一散 10 g(包煎),莱菔子 10 g,泽泻 10 g。14剂。水煎,每日1剂,分2次服。

2020年10月9日二诊:药后患者腹胀、腹痛不显,饮食增加,仍时有乏力,大便日行1次,不成形,腻苔好转。予初诊方加党参 10 g、黄芪 10 g,继服 14剂。

2020年10月23日三诊:患者腹胀、腹痛症状缓解,食纳恢复正常,大便成形,乏力症状明显好转。予二诊方去苦参、川黄连、六一散,继服 14剂。

后随访,患者诸症缓解,大便成形,日行1次,食纳复常,体力明显好转,体重较术前有所增加。

按:本案患者以术后腹胀、腹部隐痛,便后或矢气后减轻,以及纳差、乏力为主症,基础病为小肠克罗恩病。根据四诊表现,分析其病机为素体脾虚,术后气血受损则脾虚益甚,中焦气机阻滞、水湿运化失常。中焦气机阻滞,故见脘腹作胀,时有隐痛,便后或矢气后减轻;水湿运化失常,故见纳谷不香、困重乏力、每日便溏多次、小便不利、舌淡红、苔薄腻、脉细滑。本案患者证属脾虚湿阻、运化失常,故朱师治以运脾理气化湿,在运脾理气的基础上,加强化湿之力,方选参苓白术散化裁。朱师考虑患者术后气滞不畅,为湿困脾胃之证,故去人参、山药等益气之品,加苍术、陈皮理气运脾。方中以苍术、厚朴花、苦参、川黄连燥湿运脾;云茯苓、泽泻、炒薏苡仁淡渗利湿,使湿从下泄;配以白术、白扁豆健脾化湿;莱菔子消食除胀。原发病为小肠克罗恩病,故方中酌加地锦草、葛根、六一散清化肠道湿热,白及保护胃肠道黏膜。二诊时患者腹胀、腹痛不显,仍有乏力,大便次数减少,说明水湿渐去,运化好转,而脾气仍虚,故朱师适当加用党参、黄芪以益气运脾。三诊时患者诸症缓解,乏力症状好转,食纳正常,大便成形,日行1次,说明经过1个月治疗后,患者脾运如常,水湿运化正常,气机通畅,朱师于二诊方中去苦参、川黄连、六一散等苦寒、清化之品,使处方功专益气运脾以作巩固。

5 结语

外科腹部手术后患者出现的恶心、纳差、腹胀、肛门排气排便减少或困难这些胃肠功能障碍症状,主要由于脾主运化功能的失司导致,大多为虚实夹杂之证。朱师认为本病病机重点是气滞,治法核心在于“运脾”。

“运脾”在中医历史上由来已久,历代医家的学术观点中多有“运脾”的内涵,在临证中也经常使用“运脾”法^[7-8]。朱师将“运脾”法灵活运用到外科临床,归纳出理气运脾法、化湿运脾法、和胃运脾法、益气运脾法四个具体治法。临证时,运脾四法往往参合应用,灵活变通。例如,脾失健运导致运化水湿功能失常,在气滞的基础上往往兼有湿邪,所以治疗以理气运脾合用化湿运脾法;脾失健运导致运化精微功能失常,在脾虚基础上往往合并食积,所以治疗以健脾助运合用和胃消导法。朱师灵活运用“运脾”法治外科腹部手术后胃肠功能障碍,临床获效满意,拓展了这一治法的应用范围,是中医药在外科传承发展的具体实践,对手术后的中医治疗具有一定的指导意义。

参考文献

- [1] 谈善军,吴国豪,虞文魁,等.术后胃肠功能障碍的病因研究进展[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(3):351.
- [2] 张国磊,王宇立,韩力,等.中医药治疗胃癌术后胃肠功能障碍的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(21):238.
- [3] 张介宾,著.景岳全书:上册[M].李继明,王大淳,王小平,等,整理.北京:人民卫生出版社,2007:392.
- [4] 万全,著.幼科发挥[M].何永,整理.北京:人民卫生出版社,2006:5.
- [5] 张志聪,著.本草崇原[M].刘小平,点校.北京:中国中医药出版社,1992:4.
- [6] 江育仁.脾健不在补贵在运[J].上海中医药杂志,2002,36(1):4.
- [7] 刘迎春,郁晓维.运脾法研究进展[J].现代中医药,2005,25(2):60.
- [8] 陈永辉,汪受传,赵霞.运脾法的理论与实践[J].天津中医药,2004,21(1):17.

第一作者:朱宏(1980—),男,医学硕士,副主任中医师,从事围手术期中医药干预研究。

通讯作者:朱永康,医学硕士,主任中医师,博士研究生导师。zhuyk8888@126.com

修回日期:2024-01-05

编辑:吴宁

