

总主编●巩昌镇 刘一凡

编 著●杨佃会 杨孟祥



中国医药科技出版社



难病奇方

系列丛书 第三辑

大承气汤

大承气汤

「诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制」

内 容 提 要

本书分上、中、下三篇，上篇理论研究系统介绍了大承气汤的来源、组成及用法、功效与主治、临床应用及衍生方、古今医家的论述；中篇临床应用详细介绍了国内公开出版期刊有关大承气汤在临床各科中的应用报道；下篇实验研究系统介绍了大承气汤及其单味药的现代药理研究成果。全书内容丰富，为有关大承气汤研究与应用专著，可供中医院校师生和临床医师阅读参考。

《难病奇方系列丛书》(第三辑)编委会

总 主 编 巩昌镇 刘一凡

副总主编 刘 伟 姜 文

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 元	马英鹏	王 丽	王 永
王 健	王 哲	王其建	王中琳
王伟芹	王金明	王争艳	王瑞祥
井夫杰	公 洁	古 励	田 林
白志军	代献科	宁云红	吕筱霞
成艳丽	刘 明	刘 力	刘 波
刘 勇	刘 伟	刘建永	刘利平
刘晓丽	刘一凡	刘金星	刘静君
孙淑娜	孙建光	孙丰雷	孙少芳
曲正军	师 伟	巩昌镇	巩昌靖
衣华强	李春红	李伟宁	李国香

杨佃会	杨孟祥	何永	何新蓉
陈勇	陈红	陈丛丛	陈宪海
陈会苓	张丽	张玉慧	张晓杰
张永臣	张丽娟	张加英	沈涛
迟程	房繁恭	贺文彦	段春霞
姜文	高华	高清环	高兆旺
高华伟	徐玮	徐进秀	展照双
唐代屹	曹华	宿成君	彭伟
焦安钦	程丽	董娟	董正显
韩萍	韩文霞	路玉滨	樊凯方
薛良			

分册编著

小柴胡汤	刘金星	刘伟
四物汤	高华	吕筱霞
二陈汤	孙丰雷	田林
四逆散	高兆旺	张丽
六神丸	李春红	宿成君
大承气汤	杨佃会	杨孟祥
四君子汤	杨佃会	彭伟
桂枝茯苓丸	刘静君	白志军
柴胡疏肝散	刘一凡	刘伟
丹栀逍遥散	刘一凡	贺文彦

理中丸	刘一凡	董正显
温胆汤	孙建光	巩昌靖
黄连解毒汤	张晓杰	李伟宁
五味消毒饮	张晓杰	姜文
乌梅丸	焦安钦	徐进秀
白虎汤	刘明	陈会苓
麻黄汤	王中琳	席加秋
藿香正气散	何永	韩文霞
葛根芩连汤	陈宪海	刘伟
越鞠丸	陈宪海	姜文

总策划 孔立 吴建华

《难病奇方系列丛书》第三辑

前言

《难病奇方系列丛书》是为中医医生，中医研究者和中医学生而写的。我希望其他中医爱好者也从中获益。这套大型丛书试图对下列问题做出回答：中医的经典方剂为中医临床、中医理论、中医实验研究提供了什么？中医临床医生从中医经典方剂中借鉴什么？中医研究者从中医经典方剂中发现什么？中医学生从中医经典方剂中学习什么？中医方剂为人类健康留下了什么样的遗产？我们解剖每一个经典方剂，特别是那些在临床各科上有着广泛应用的著名方剂，为中医医生，中医研究者和中医学生提供一个便利的使用指南。

中医以理法方药，辨证论治形成了独特的理论与临床体系。理是指中医理论对病因病机作出的解释与判断。法是指针对病因病机所确定的治疗原则和方法。方是根据治疗法则选择的恰当处方与剂型。药是指方剂中君臣佐使药的选择与搭配。辨证论治贯穿于理法方药运用于临床实践的始终。理法方药逻辑严谨，四个要素环环相扣。法随证立，方从法出，方以药成。方剂是理法方药完整体系的最终载体。中医几千年的发展为我们创制了广泛而有效的方剂。

中医方剂，浩如烟海。历代方剂的权威著作总是以超越以往，跨越时代为己任。战国时期的《五十二病方》开方剂之先河，载方280首。汉代张仲景的《伤寒杂病论》筑经方之峰巅，收方323首。唐代孙思邈所著《备急千金要方》与《千金翼方》集前贤之大成，收入方剂6500首。宋代的

《太平圣惠方》和《圣济总录》开官修方剂之大门，前者载方16 934首，后者收方2万首。明代《普济方》登方剂之绝顶，汇总方剂61 139首。近年南京中医学院编写的《中医方剂大辞典》汇古今方剂之成果，收录历代方剂96 592首。这些方剂印刻着张仲景勤求古训，博采众方的开拓传统；孙思邈大医精诚，医为仁术的高尚医德；李时珍格物致知，师古不泥的深邃睿智；王清任定方救逆，理精识卓的革新精神。

千方易得，一效难求。临床上没有人以方多剂广而著称，而是以一效之方而闻名。著述者更是以一方足已。钱乙以六味地黄丸名垂青史，李东垣以补中益气汤流芳百世，张介宾以左归丸、右归丸独树一帜，王清任以血府逐瘀汤闻名于世，刘渡舟以应用小柴胡汤而声名远扬。正是沿着这一思路，美国中医学院的儒医研究所发起了这套为中医临床医生、中医研究人员和中医学生编写的集理论、临床与研究于一书的大型系列丛书——《难病奇方系列丛书》。这套丛书已经出版了三辑。第一辑包括10本，《六味地黄丸》、《补中益气汤》、《血府逐瘀汤》、《桃红四物汤》、《金匱肾气丸》、《桂枝汤》、《归脾汤》、《阳和汤》、《银翘散》、《逍遥散》，由山东中医药大学和美国中医学院联合完成。第二辑包括11本，《参苓白术散》、《补阳还五汤》、《防风通圣散》、《龙胆泻肝汤》、《小青龙汤》、《八珍汤》、《玉屏风散》、《生脉散》、《五苓散》、《中医急症三宝》、《云南白药》，由中国中医科学院和美国中医学院协作完成。第三辑包括20本，《小柴胡汤》、《四物汤》、《温胆汤》、《四逆散》、《六神丸》、《大承气汤》、《桂枝茯苓丸》、《柴胡疏肝散》、《四君子汤》、《二陈汤》、《黄连解毒汤》、《五味消毒饮》、《乌梅丸》、《白虎汤》、《丹栀逍遥散》、《麻黄汤》、

《藿香正气散》、《理中丸》、《葛根芩连汤》、《越鞠丸》，由山东中医药大学和美国中医学院携手完成。美国中医学院儒医研究所将在这一方向上继续拓展。

千百年来中医理论与临床的发展，几十年来的中药与方剂的试验研究催生出了理论方剂学、临床方剂学、试验方剂学。这些千锤百炼的经典古方便成了方剂研究的核心内容。在《难病奇方系列丛书》中，每一方剂都是按照理论研究、临床研究、试验研究三部分构成一个有机整体。理论研究探讨药方的组成、用法、功效、适应证、应用范围、组方原理及特点、古今医家评述、方剂的现代理论研究。临床研究重点介绍研究者对该方的系统性的临床观察以及大量临床医家的医案和经验总结。试验研究探讨方剂中的每一味中药的现代药理，并以此为基础研究该方治疗各系统疾病的作用机制。

一方在手，便可启发治病救人之思路，发现异病同治之奥秘，开发临床研究之思维，通晓理法方药之灵魂，这正是《难病奇方系列丛书》的最高目标。《难病奇方系列丛书》每一卷都汇集了众多医家的研究成果，在此，丛书编委会对那些发明与发展这些经典方剂的古代先贤们致以崇高的敬意，向所有对《难病奇方系列丛书》每一个方剂做出贡献的现代作者和医家们致以诚挚的谢意。

巩昌镇 博士

2008 年夏

上篇 理论研究

第一章 概述	(3)
第一节 大承气汤的来源	(3)
第二节 大承气汤的组成及用法	(4)
第三节 大承气汤的功效与主治	(4)
第四节 大承气汤的临床应用	(16)
第五节 大承气汤的衍生方	(16)
第二章 古今医家的论述	(19)

中篇 临床研究

第一章 内科病证	(48)
第一节 心脑血管疾病	(48)
一、脑出血	(48)
二、脑梗死	(55)
三、肝性脑病	(57)
四、狂证	(60)
五、脑血管病意识障碍	(64)
六、肺心病心衰	(64)
第二节 胃肠道疾病	(67)
一、腹胀便秘	(67)
二、消化不良	(69)
三、胃肠胀气	(71)
四、胃轻瘫综合征	(71)
五、胃石症	(73)
六、糖尿病性胃潴留	(77)
七、烧伤应激性溃疡	(78)

八、胃出血	(79)
九、胃痛	(80)
第三节 呼吸系统疾病	(82)
一、大叶性肺炎	(82)
二、哮喘	(84)
三、支气管炎	(86)
四、肺脓疡	(87)
五、慢性阻塞性肺病	(88)
六、严重创伤呼吸窘迫综合征	(89)
七、肺动脉栓塞	(91)
第四节 肝胆系统疾病	(93)
一、慢性重症肝炎	(93)
二、慢性亚急性肝衰竭	(94)
三、肝硬化并上消化道出血	(96)
四、肝硬化并自发性细菌性腹膜炎	(97)
五、原发性肝癌并发肝性脑病	(97)
六、胆系感染	(98)
七、胆道蛔虫症	(101)
八、急性胰腺炎	(103)
第五节 泌尿系统疾病	(113)
一、急性肾功能衰竭	(113)
二、慢性肾功能衰竭	(115)
三、泌尿系结石	(116)
第六节 急性中毒	(118)
一、有机磷农药中毒	(118)
二、急性铅绞痛	(123)
第七节 多器官功能障碍综合征	(125)
第八节 破伤风	(129)
第九节 癌症发热	(130)
第十节 头痛	(131)
第二章 外科病证	(133)

第一节 肠梗阻	(133)
一、单纯性肠梗阻	(133)
二、粘连性肠梗阻	(136)
三、不完全肠梗阻	(145)
四、麻痹性肠梗阻	(148)
五、格林-巴利综合征并发肠梗阻	(151)
六、老年肠梗阻	(151)
第二节 腹部术后胃肠功能障碍	(155)
一、胃肠功能紊乱	(155)
二、术后胃排空障碍	(160)
三、残胃无张力症	(163)
四、术后腹胀	(165)
五、术后胃轻瘫综合征	(168)
第三节 腹腔间隔室综合征	(170)
第四节 腹内感染	(171)
第五节 痔疮术后	(172)
第六节 术前清洁肠道	(173)
第七节 心脏起搏器植入术后胃肠功能障碍	(174)
第三章 妇科病证	(178)
第一节 盆腔炎	(178)
第二节 妇产科术后肠胀气	(180)
第三节 术后肠梗阻	(184)
第四章 儿科病证	(187)
第一节 休克型大叶性肺炎	(187)
第二节 急性肺炎	(188)
第三节 胃肠功能障碍	(190)
第四节 中毒性肠麻痹	(192)
第五节 食积腹痛	(193)
第五章 骨科病证	(195)
第一节 脊柱骨折后腹胀	(195)
第二节 腰椎骨折便秘	(199)

第六章 皮肤科病证	(203)
第一节 湿疹	(203)
第二节 荨麻疹	(205)
第七章 口腔科病证	(207)
复发性口腔溃疡	(207)

下篇 实验研究

第一章 大承气汤制剂研究	(211)
第二章 药理研究	(212)
第一节 大承气汤组成中各药的药理研究	(212)
一、大黄	(212)
二、厚朴	(215)
三、枳实	(217)
四、芒硝	(218)
第二节 大承气汤全方药理作用	(219)
一、对消化系统的影响	(219)
二、对免疫功能的影响	(226)
三、抗感染作用	(227)
四、对脑出血的保护作用	(232)
五、对肺损伤的影响	(232)
六、对细胞膜稳定性的影响	(234)
七、对急性胰腺炎的影响	(235)
八、对肿瘤患者炎症介质的影响	(235)
九、对多脏器器官功能不全综合征 (MODS) 的影响	(236)
十、对失血性休克的影响	(236)
十一、对微量元素的影响	(237)
十二、对大鼠肝脏核酸含量的影响	(237)

上

篇

理论研究

第一节 大承气汤的来源

大承气汤来源于汉·张仲景所著《伤寒论》，功效峻下热结，主治阳明腑实证，热结旁流，里热实证之热厥、痉病或发狂。六腑以通为用，胃气以降为顺，本方峻下热结，承顺胃气下行，可使塞者通，闭者畅，故取名“大承气汤”。正如《温病条辨》所言：“承气者，承胃气也……曰大承气者，合四药而观之，可谓无坚不破，无微不入，故曰大也。”《伤寒明理论》曰：“承，顺也，糟粕秘结，壅而为实，是以正气不得舒顺，以汤荡涤，使实者利而闭者通，正气得以舒顺，是以承气名之也。”陈修园云：“方名承气，殆即‘亢则害，承乃制’之义乎！亢极反兼胜己之化，承者以下承上也。夫天地一理，万物一气，故寒极生热，热极生寒，物穷则变，未有亢极而不变者。伤寒邪热入胃，津液耗，真阴虚，阳胜阴病。所谓阳胜阴虚，汗之则死，下之则愈。急以苦寒胜热之剂，救将绝之阴，泻亢盛之阳，承气所以有挽回造化之功也。然不言承亢，而言承气，何哉？夫寒热流转，不过一气

之变迁而已。用药制方，被气机之不可变者，力难矫之。亦第就气机之必变者，而承之耳。设其气有阳无阴，一亢而不可复，则为脉涩，直视，喘满者死。何则？以其气机已绝，更无可承之气也。由是言之，圣人虽尽人工之妙，止合乎天运之常耳，不云承气而云何？”

第二节 大承气汤的组成及用法

大承气汤是一首泻下的方剂，其药物组成为大黄 四两（酒洗）（12g）、厚朴 半斤（去皮炙）（24g）、枳实 五枚（炙）（12g）、芒硝 三合（9g）。

【用法】水煎服，大黄后下，芒硝溶服。

第三节 大承气汤的功效与主治

（一）方中药物的功效与主治

1. 大黄 始载于《神农本草经》，本品为蓼科植物掌叶大黄、唐古特大黄、药用大黄的根茎。性味苦、寒。归胃、大肠、肝经。

（1）功能 泻下攻积，清热泻火，止血解毒，活血祛瘀，除湿退黄。

（2）主治 用于积滞便秘证。治阳明腑实证，或杂病热结便秘者，常配伍厚朴、枳实、芒硝（如大承气汤）。治疗大便秘结，配伍牵牛头末（如大黄牵牛丸）。配伍麻仁、杏仁、蜂蜜等（如麻子仁丸）以润肠通便，泻下力缓和。阳明腑实证见气血不足者，配伍人参、当归（如黄龙汤），以补气养血。热结津伤，燥屎不行者，配伍麦冬、生地、玄参等（如增液承气汤），以养阴生津、增液通便。脾阳不足，冷积便秘，配伍附子、干姜（如温脾汤）以温阳。

用于血证。吐血衄血，常配伍黄连、黄芩（如泻心汤）。因干血内结产妇腹痛，多配伍桃仁、廋虫、炼蜜为丸（如下瘀血汤）。下焦蓄血所致之发狂及妇女经闭、少腹硬满拒按，常配水蛭、虻虫、桃仁（如抵当汤）。下焦蓄血及血瘀经闭、痛经等，配伍桃核、桂枝、芒

硝、甘草（如桃核承气汤）。跌打损伤，胸胁瘀肿疼痛之证，配当归、红花、穿山甲等（如复元活血汤）。

用于肠痛。多配伍牡丹皮、桃仁、芒硝等（如大黄牡丹汤）。

用于奶痛。配伍粉草共研末（如金黄散）。

用于湿热痢疾。治疗泻痢湿热证，亦常配黄连、黄芩、白芍等（如芍药汤）。

用于黄疸。湿热黄疸者，常配伍茵陈、栀子（如茵陈蒿汤）。

用于淋证。治湿热淋证，常配木通、车前子、栀子等（如八正散）。

（3）历代医家论述

综论大黄主要功用及机制：①李时珍：“主治下痢赤白，里急腹痛，小便淋沥，实热燥结，潮热谵语，黄疸，诸火疮。”（《本草纲目》）②缪希雍：“《经》曰，实则泻之。大黄气味大苦大寒，性稟直遂，长于下通，故为泻伤寒温病、热病、湿热，热结中下二焦，二便不通，及湿热胶痰滞于中下二焦之要药，祛邪止暴，有拨乱反正之殊功。”（《本草经疏》）③王好古：“大黄，阴中之阴药，泄满，推陈致新，去陈垢而安五脏，谓如戡定祸乱以致太平无异，所以有将军之名。入手、足阳明，以酒引之，上至高巅，以舟揖载之。胸中可浮。以苦泄之性峻至于下，以酒将之，可行至高之分，若物在巅，人迹不至，必射以取之也。故太阳阳明、正阳阳明承气汤中，俱用酒浸，惟少阳阳明为下经，故小承气汤中不用酒浸也。杂方有生用者，有面裹蒸热者，其制不等。”（《汤液本草》）④《本草切要》：“凡蕴热之症，藏府坚涩，直肠火燥而大便秘；痈肿初发，毒热炽盛而大便结；肥甘过度，胃火盛而大便结；纵饮太盛，脾火盛而大便结，必用苦寒，以大黄可也。至若跌扑损伤，血有所瘀，闭而不行，用桃仁、红花之剂，必加酒炒大黄。又有阳明胃火，痰涎壅盛，喉闭乳蛾，腮颊肿痛连及口齿，用清痰降火之剂，必加姜制大黄。若光明科以之治目，在时眼初发时，以之泻火可也；疮肿科以之散热拔毒，在红肿时解毒可也。如产后失血过多，血虚闭而便不行，当用养血润肠之剂，必禁大黄为要。又若老人气虚血闭，当用麻仁丸，肥人痰闭，当用半硫丸，大黄亦所必戒。治者不可畏而不用，亦不可忽而轻用。若元虚

不足者不可用，恐正气耗而亡阳也。风寒表证未解不可用，恐里气一虚，表邪内陷也。里证当下，脉劳无力不可用，恐热邪去而正气脱也。故阳证当下，误下早而表邪内陷成结胸；里证当下，误下早而余邪留结成痞气，是用大黄之误也。《要诀》曰，气血者，有形无形之分也，如热在气分，无形之邪也，热在血分，有形之邪也，有形之邪当用大黄荡涤之，若无形之邪而用大黄，是谓诛伐无过，（悞）之甚矣。然张仲景立大陷胸汤丸，皆用大黄，实泻胸胃血分之邪，若结胸在气分，则用小陷胸汤，痞满在气分，则用半夏泻心汤，如是则气分、血分之别，若冰炭之不同矣，可忽乎哉？”⑤刘若金：“大黄，《本经》首曰下瘀血、血闭，固谓剿功专于血分矣。阳邪伏于阴中，留而不去，是即血分之结热，唯兹可以逐之。《本草》所谓肠间结热，心腹胀满，亦指热之结于血中者而言。如仲景治痞满及结胸证，胥用大黄，乃时珍能晰其微，谓用之以泻脾邪，初不干于气分也，是非其一端可以类推省乎。”（《本草述》）⑥《药征》：“大黄主通利结毒也，故能治胸、腹满、腹痛及便闭，小便不利，旁治发黄瘀血肿脓。考征：大陷胸汤证曰，从心下至少腹鞭满而痛（以上一方，大黄六两）；小承气汤证曰，腹微满，大便不通；厚朴三物汤证曰，痛而闭者；大黄甘遂汤证曰，少腹满如敦状，小便微难；大承气汤证曰，腹满痛者；大黄消石汤证曰，黄疸腹满，小便不利；桃核承气汤证曰，少腹急结；大黄牡丹汤证曰，少腹肿痛；大黄甘草汤证不具也；调胃承气汤证曰，腹胀满，又曰大便不通（以上九方，大黄皆四两）。大黄附子汤证曰，胁下偏痛；抵当汤证曰，少腹鞭满；大黄黄连泻心汤证曰，心下痞，按之濡；桂枝加大黄汤证曰，大实痛（以上四方，大黄或三两、或二两、一两，而亦四两之例）。历观此诸方，张仲景氏用大黄者，特以利毒而已，故各陪其主药，而不单用焉。合厚朴、枳实则治胸腹满；合黄连则治心下痞；合甘遂、阿胶则治水与血；合水蛭、虻虫、桃仁则治瘀血；合黄蘗、梔子则治发黄；合甘草则治急迫；合芒硝则治坚块也，学者审诸。仲景方中用大黄者，不止于兹，而以其用之之征，显然著明于兹，故不复游贅也。”⑦张锡纯：“大黄，味苦、气香、性凉，能入血分，破一切瘀血，为其气香，故兼入气分，少用之亦能调气，治气郁作疼。其力沉而不

浮，以攻决为用，下一切癥瘕积聚，能开心下热痰以愈疯狂，降肠胃热实以通燥结，其香窜透窍之力，又兼利小便。性虽趋下，而又善清在上之热，故目疼齿疼，用之皆为要药。又善解疮疡热毒。以治疗毒，尤为特效之药（疗毒甚剧，他药不效者，当重用大黄以通其大便自愈）。其性能降胃热，并能引胃气下行，故善止吐衄，仲治吐血衄血有泻心汤，大黄与黄连、黄芩并用。《本经》谓其能‘推陈致新’，因有黄良之名。仲景治血痹虚劳，有大黄廔虫丸，有百劳丸，方中皆用大黄，是真能深悟‘推陈致新’之旨者也。凡气味俱厚之药，皆忌久煎，而大黄尤甚，且其质经水泡即软，煎一两沸，药力皆出，与他药同煎宜后入，若单用之，开水浸服即可，若轧作散服之，一钱之力可抵煎汤者四钱。大黄之力虽猛，热有病则病当之，恒有多用不妨者。是以治癫狂其脉实者，可用至二两，治疗毒之毒热甚盛者，亦可以用至两许，盖用药以胜病为准，不如此则不能胜病，不得不放胆多用也。”（《医学衷中参西录》）⑧张德裕：“大黄，迅速善走，直达下焦，深入血分，无坚不破，荡涤积垢，有犁庭扫穴之功。生用者其力全，迅如走丸，一过不留，除邪而不伤正气；制过者其力已缓，颇难速效。东垣谓治在上者，非酒不至，必用酒浸，引上至高之分，驱热而下，未免矫揉造作，用违其长。但久制者，可从小便以导湿热，惟清宁丸能有此功，而寻常之酒制军、非其伦比。近人亦有谓生者走后阴，熟者走前阴，殊不确也。《金匱》泻心汤治吐血衄血，明是阳亢上逆，迫血妄行，故以大黄、芩、连直折其炎上之势，而乃云心气不足，必是传写有误，致令古今诸家，为此节作说解者，皆喑喑而不可解，不若《医宗金鉴》径改为心气有余，何等直捷爽快。承气法得枳实则其行尤速，得芒硝则软坚，可化燥矢为溏粪。但其味大苦，最伤胃气，胃弱者得之，无不减食，且不知味，苟非湿热蕴结，不必轻率采用。”（《本草正义》）

论大黄临床配伍应用：①徐之才：“大黄，得芍药、黄芩、牡蛎、细辛、茯苓疗惊悸怒心下悸气；得硝石、紫石英、桃仁疗女子月闭。”（《雷公药对》）②李时珍：“大黄，乃足太阴、手足阳明、手足厥阴五经血分之药，凡病在五经血分者，宜用之。若在气分用之，是谓诛伐无过矣。泻心汤治心气不足吐血衄血者，乃真心之气不足，而

手厥阴心包络、足厥阴肝、足太阴脾、足阳明胃之邪火有余也，虽曰泻心，实泻四经血中之伏火也。又仲景治心下痞满、按之软者，用大黄酒泻心汤主之，此亦泻脾胃之湿热，非泻心也。病发于阴而反下之，则作痞满，乃寒伤营血，邪气乘虚结于上焦，胃之上脘在于心，故曰泻心，实泻脾也。《素问》云：‘太阴所至为痞满。’又云：‘浊气在上则生腹胀’是矣。病发于阳而反下之，则成结胸，乃热邪陷入血分，亦在上脘分野，仲景陷胸汤丸，皆用大黄，亦泻脾胃血分之邪，而降其浊气也。若结胸在气分，则只用小陷胸汤，痞满在气分，则用半夏泻心汤矣。成无己《注解伤寒论》亦不知分别此义。”（《纲目》）③张介宾：“大黄，欲速者生用，泡汤便吞；欲缓者熟用，和药煎服。气虚同以人参，名黄龙汤；血虚同以当归，名玉烛散。佐以甘草、桔梗，可缓其行，佐以芒硝、厚朴，益助其锐。用之多寡，酌人实虚，假实误用，与鸩相类。”（《本草正》）④寇宗奭：“大黄损益，前书已具，仲景治心气不足，吐血、衄血，泻心汤用大黄、黄芩、黄连。或曰，心气既不足矣，而不用朴心汤，更用泻心汤何也？答曰，若心气独不足，则不当须吐衄也，此乃邪热因不足而客之，故吐衄，以苦泄其热，就以苦补其心，盖两全之。有是证者，用之无不效，量虚实用药。”（《本草衍义》）

2. 厚朴 始载于《神农本草经》，本品为木兰科植物厚朴、凹叶厚朴的干燥树皮、根皮及枝皮。性味甘、辛。归脾、胃、大肠经。

（1）功能 行气燥湿，消积除满，下气平喘。

（2）主治 用于脾胃不和，脘腹胀满疼痛。①湿阻中焦，气机不畅，脾胃失和，脘腹胀满，食少纳差，呕恶便溏，苔白厚腻等症，常配伍苍术、陈皮等（如平胃散），以行气燥湿、健脾和胃。脾胃寒湿，气滞不利，脘腹胀满，或客寒犯胃，时作疼痛者，多配伍陈皮、干姜、草豆蔻、木香等（如厚朴温中汤），燥湿温中行气。脾胃气弱，运化迟滞，腹胀满者，多配伍人参、生姜、半夏、甘草（如厚朴生姜半夏甘草人参汤）。老人、虚人中寒下虚，心腹膨胀，不喜饮食，脉来浮迟而弱者，多配伍附子（如朴附汤）。②湿温初起，湿阻肺气，胸闷不饥，呕恶不食，头痛身重，舌苔浊腻，多配伍杏仁、薏苡仁、白蔻仁（如三仁汤），以辛开苦降、调气化湿。湿热蕴伏，胸

脘痞闷，霍乱吐利，口渴心烦，常配伍黄连、石菖蒲、半夏等（如连朴饮）。湿伤脾胃，升降失司而致胸膈痞满者，多配伍藿香、砂仁、半夏、木瓜等（如六和汤）。③食积不化，脘腹胀满，噎腐吞酸，常配伍山楂、神曲、麦芽、谷芽等（如枳实消痞丸）。脾失健运，食积不化，致心下痞满，食欲不振者，常配伍枳实、白术、茯苓、半夏等（如枳实消痞丸）。④脾胃气滞，食积内停，胸腹胀痛，大便秘结，多配伍大黄、枳实（如厚朴三物汤）。实热与积滞互结肠胃，大便秘结，腹满痛者，常配伍大黄、芒硝、枳实（如大承气汤），以峻下热结，消积导滞。虫积腹痛，多配伍槟榔、乌梅（如虫积方）。

用于泄泻痢疾。湿邪偏盛，下注大肠，大便水泻者，常配伍车前子、泽泻等（如立止水泻方）。伤湿濡泻不定，常配伍黄连（如厚朴汤），燥湿止泻。妊娠洞泄寒中，常配伍干姜（如厚朴丸），以温中散寒，燥湿止泻。妊娠脏腑虚泄泻，常配伍肉豆蔻、草蔻（如妊娠脏腑虚寒泄泻方）。脾胃气虚滑泄，下痢白脓，常配伍干姜（如厚朴汤）。冷痢日久不止，常配伍肉豆蔻、白术、龙骨（如厚朴饮），以温中健脾、涩肠止泻痢。

用于咳喘证。痰饮阻肺，肺气不降，咳喘胸闷，多配伍苏子、橘皮、半夏等（如苏子降气汤）。寒饮化热，胸闷气喘，喉间痰声漉漉，烦躁不安，多配伍麻黄、石膏、杏仁等（如厚朴麻黄汤）。宿有喘病，因外感风寒而发，多配伍桂枝、杏仁等（如桂枝加厚朴杏子汤）。

用于梅核气。七情郁结，痰气互阻，咽中如有物阻，咽之不下，吐之不出之梅核气证，常配伍半夏、茯苓、苏叶、生姜等（如半夏厚朴汤）。

（3）历代医家论述

综论厚朴的主要功用及机制：①李杲：“厚朴，苦能下气，故泄实满；温能益气，故能散湿满。”②王好古：“《本经》云厚朴治中风、伤寒头痛，温中益气，消痰下气，厚肠胃，去腹胀满。果泄气乎？果益气乎？若与枳实、大黄同用，则能泄实满，《本经》谓消痰下气者是也。若与橘皮、苍术同用，则能除湿满，《本经》谓温中益

气者是也。与解利药同用，则治伤寒头痛。与治痢药同用，则厚肠胃。大抵苦温，用苦则泄，用温则补。”（《汤液本草》）③朱震亨：“厚朴，气药也。温而能散，消胃中之实也。”“厚朴能治腹胀，因其味辛以提其气。”④缪希雍：“厚朴，主中风、伤寒头痛、寒热，气血痹死肌者，盖以风寒外邪，伤于阳分，则为寒热头痛；风寒湿入腠理，则气血凝涩而成痹，甚则肌肉不仁，此药辛能散结，苦能燥湿，温热能祛风寒，故悉主之也。《别录》又主温中、消痰、下气，疗霍乱，及腹痛胀满，胃中冷逆，胸中呕不止，泄痢心烦满者，何莫非肠胃气逆壅滞，及痰饮留结，饮食生冷所致？得此下泄开通，温热暖肾，则诸证不求其止而止矣。至于淋露，虽属下焦为病，然多因胃家湿热下流；三虫亦肠胃湿热所生，苦能燥湿杀虫，故亦主之也。《本经》又主惊悸，及《别录》除惊去留热者，皆非其所宜。惊悸属心虚，于脾胃绝无相干，气味大温之药，又岂能去留热哉。至益气厚肠胃，盖亦指邪气去正气自益之谓，积滞消肠胃自厚之意耳，非消散之外，复有补益之功也，用者详之。”“厚朴气味辛温，性复大热，其功长于泄结散满，温暖脾胃，一切饮食停积，气壅暴胀，与夫冷气、逆气、积年冷气入腹，肠鸣，虚吼，痰饮吐沫，胃冷呕逆，腹痛泄泻及脾胃壮实之人，偶感风寒，气实人误服参、耆致成喘胀，诚为要药。然而性专消导，散而不收，略无补益之功。”（《本草经疏》）。⑤倪朱谟：“厚朴，宽中化滞，平胃气之药也。凡气滞于中，郁而不散，含积于胃，羁而不行，或湿郁积而不去，湿痰聚而不清，用厚朴之温可以燥湿，辛可以清痰，苦可以下气也。故前古主中风、伤寒头痛寒热，呕逆泻利，虫积痞积，或肺气胀满，痰涎喘嗽，或胃气壅滞，水谷不行，用此消食化痰，去湿散胀，平土、金二脏，以致于中和也。”⑥沈孔庭云：“厚朴辛苦温燥，入脾胃二经，散滞调中，推为首剂。然配他药，无往不可，与枳实、大黄同用，则泄实满，故大柴胡汤用之；与陈皮、苍术同用，则除湿满，故平胃散用之；与人参、白术、麦蘖同用，则治虚满，故调中汤用之；又同半夏、胆星，能燥湿清痰；同甘草、白术，能和中健胃；同枳壳、莱菔子能下气宽肠；同紫苏、前胡能发散风寒；同山楂、枳实能疏气消食；同吴萸、肉桂能行温燥阴，实有理气行气之功。但气之盛者，用无不验，气之

弱者，宜少用之。”（《本草汇言》）⑦陈念祖：“厚朴，气味厚而主降，降则温而专于散，苦而专于泄，故所主皆为实症。中风有便溺阻隔症，伤寒有下之微喘症，有发汗后腹胀满症，大便硬症，头痛有浊气上冲症，俱宜主以厚朴也。至于温能散寒，苦能泄热，能散能泄，则可以解气逆之惊悸。能散则气行，能泄则血行，故可以治气血痹及死肌也。宽胀下气，《经》无明文，仲景因其气味苦温而取用之，得《本经》言外之旨也。”（《神农本草经读》）⑧张锡纯：“厚朴，治胃气上逆，恶心呕啰，胃气郁结胀满疼痛，为温中下气之要药。为其性温味又兼辛，其力不但下行，又能上升外达，故《本经》谓其主中风、伤寒头痛，《金匱》厚朴麻黄汤用治咳而脉浮。与橘、夏并用，善除湿满；与姜、术并用，善开寒痰凝结；与硝、黄并用，善通大便燥结；与乌药并用，善治小便因寒白浊。味之辛者，又能入肺以治外感咳逆；且能入肝，平肝之横恣，以愈胁下掀疼。……兼入血分，甄权谓其破宿血，古方治月闭亦有单用之者。诸家多谓其误服能脱元气，独叶香岩谓多用则破气，少用则通阳，诚为确当之论。”（《医学衷中参西录》）

3. 枳实 始载于《神农本草经》，本品为芸香科植物酸橙、枳橘、香橼等未成熟幼果。味苦酸。归脾、胃经。

（1）功能 破气消积，化痰除痞。

（2）主治 用于积滞内停、痞满胀痛、泻痢后重、大便不通。①食积不化，脘腹胀满疼痛，噯腐气臭，常配伍山楂、莱菔子、麦芽等（如枳实散），以破气消积导滞。②脾胃虚弱，运化无力，食积不化，脘腹痞满，不思饮食，常配伍白术、木香、砂仁（如香砂枳术丸）。脾胃虚弱，寒热互结所致之心下痞满，不欲饮食，体弱倦怠，或胸腹痞胀，食少不化，大便不畅，常配伍人参、白术、茯苓、半夏、干姜、厚朴、黄连、麦芽等（如失笑丸），以健脾和胃、消痞除满。③积滞内阻，生湿蕴热，脘腹痞满，闷乱不安，食欲不振，大便秘结，或泻痢后重，舌红苔黄腻，脉沉实，常配伍大黄、黄芩、黄连、神曲、泽泻等（如枳实导滞丸），以消积导滞、清热利湿。④阳明腑实，大便秘结，胸脘痞闷，腹部胀满，硬痛拒按，甚则潮热谵语，苔黄厚而干，或焦起刺，脉沉实；或热结旁流，虽下利清水臭

秽，而腹满痛不减，按之坚硬，口干舌燥，脉滑数等，常配伍大黄、厚朴、芒硝（如大承气汤），以攻积导滞，峻下热结。肠胃燥热，大便硬，小便数者，常配伍麻子仁、大黄、厚朴、杏仁（如麻子仁丸）。⑤产后宿食为病，腹中胀满，里急窘迫等，常配伍木香、槟榔、厚朴等（如枳实汤）。产后血气凝而致少腹作痛，烦满不得卧者，常配伍芍药（如枳实芍药散），以破滞行血。

用于痰滞气阻、胸脘痞闷、胸痹结胸。①寒邪痰饮，停留胸膈，胸中气塞，短气痞闷的胸痹轻症，常配伍橘皮、生姜（如橘枳姜汤），以宣畅气机、化痰除痹。②痰浊痹阻胸阳，心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心之胸痹重症，常配伍薤白、桂枝、瓜蒌、厚朴（如枳实薤白桂枝汤）。胸痹，心下气坚，气促咳唾，引痛不可忍者，常配伍桔梗、陈橘皮、薤白等（如枳实桔梗汤）；配伍前胡、陈皮、木香等（如枳实散）。③痰热结胸，胸脘痞闷疼痛，常配伍瓜蒌、半夏、黄连（如小陷胸加枳实汤），以清热化痰、消痞散结，如《温病条辨》。伤寒结胸欲绝，心膈高起，实满作痛，手不得近体虚不能受攻，常配伍人参、白术、炙甘草、炮姜等（如枳实理中丸）。④水饮停滞于胃，心下坚，大如盘，边如旋盘，常配伍白术（如枳术汤），以破气消痞、燥湿利水。⑤热病余热未清，与痰气交结胸中，胸满心烦懊恼，常配伍栀子、豆豉（如枳实栀子豉汤）。⑥痰涎壅盛，胸膈痞塞，或咳嗽恶心，饮食少思，常配伍半夏、天南星、橘红、茯苓等（如导痰汤）。

（3）历代医家论述

综论枳实的功用及机制：①寇宗奭：“枳实、枳壳，一物也。小则其性酷而速，大则其性和而缓。故张仲景治伤寒仓卒之病，承气汤中用枳实，此其意也；皆取其疏通、决泄、破结实之义。他方但导败风壅之气，可常服者，故用枳壳，其意如此。”（《本草衍义》）②张元素：“去胃中湿热。”（《珍珠囊》）③张元素：“《主治秘诀》云，主心痞，化心胸痰，消食，散败血，破积坚。”（《医学启源》）④《用药心法》：“枳实，洁古用去脾经积血，故能去心下痞，脾无积血，则心下不痞。”⑤王好古：“枳实，益气则佐之以人参、干姜、白术；破气则佐之以大黄、牵牛、芒硝；此《本经》所以言益气而

复言消痞也。非白术不能去湿，非枳实不能除痞。壳主高而实主下，高者主气，下者主血，主气者在胸膈，主血者在心腹。”（《汤液本草》）⑥缪希雍：“枳实，细详神农主治，与本药气味大不相侔，究其所因，必是枳壳所主，盖二物古文原同一条，后人分出时误入耳。其《别录》所主除胸胁痰癖，逐停水，破结实，消胀满，心下急痞痛，逆气，胁风痛，安胃气，止溏泄者，是其本分内事，皆足阳明、太阴受病，二经气滞，则不能运化精微，而痰癖停水，结实胀满所自来矣。胃之上口名曰贲门，贲门与心相连，胃气壅则心下亦自急痞痛。邪塞中焦，则升降不舒，而气上逆，肝木郁于地下，则不能条达而胁痛，得其破散冲走之力，则诸证悉除。所以仲景下伤寒腹胀实结者，有承气汤，胸中痞痛者，有陷胸汤。洁古疗心下痞满者，有枳术丸。壅滞既去，则胃气自安而溏泄亦止矣。末云明日者，《经》曰，‘目得血而能视’，气旺乃能生血，损气破散之性，岂能明目哉，无是理也。”“此药性专消导，破气损真，观朱震亨云，泻痰有冲墙倒壁之力，其为勇悍之气可知。凡中气虚弱，劳倦伤脾，发为痞满者，当用补中益气汤补其不足，则痞自除，此法所当忌也。胀满非实邪结于中下焦，手不可按，七八日不更衣省，必不可用。挟热下痢，亦非燥粪留结者，必不可用。伤食停积，多因脾胃虚，不能运化所致，慎勿轻饵。如元气壮实，有积滞者，不得已用一二剂，病已即去之。即洁古所制枳术丸，亦为脾胃有积滞者设，积滞去则脾胃自健，故谓之益脾胃之药，非消导之外，复有补益之功也。”（《本草经疏》）⑦贾九如：“枳实专泄胃实，开导坚结，故主中脘以治血分，疗脐腹间实满，消痰癖，祛停水，逐宿食，破结胸，通便闭，非此不能也。若皮肤作痒，因积血滞于中，不能营养肌表，若饮食不思，因脾郁结不能运化，皆取其辛散苦泻之力也。为血分中之气药，惟此称最。”（《药品化义》）

4. 芒硝 始载于《名医别录》，本品为硫酸盐类矿物质芒硝经煮炼精制而成的结晶体。性味辛、咸、苦，寒。归胃、大肠经。

（1）功效 泻热通便。

（2）主治 用于积滞便秘证。实热积滞，大便燥结，常配伍大黄（如大承气汤、调胃承气汤），以增强泻下泄热之功。

用于外感热证。外感热病，肺胃热盛，见壮热烦渴，谵妄，大便秘结，常配伍大黄、黄芩、栀子等（如凉膈散、紫雪丹）。伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之硬，常与大黄、甘遂配伍（如大陷胸汤）。

用于咽喉肿痛、口舌生疮。常配伍硼砂、朱砂、冰片等（如冰硼散）。

（3）历代医家论述

综论芒硝的功用及机制：①张元素：“《主治秘诀》云，治热淫于内，去肠内宿垢，破坚积热块。”（《医学启源》）②陈嘉谟：“清心肝明目，涤肠胃止疼。”（《本草蒙筌》）③王好古：“《本经》谓芒硝利小便而堕胎。伤寒妊娠可下者，用此兼以大黄引之，直入大肠，润燥软坚泻热，子母俱安。《经》云，有故无殒，亦无殒也，此之谓欤。以在下官之，则便溺俱阴，以前后言之，则前气后血，以肾言之，总主大小便难，，溺涩秘结，俱为水少。《经》云，热淫于内，治以咸寒，佐以苦。故用芒硝大黄，相须为使也。”（《汤液本草》）④赵其光：“马牙消，治齿痛，食蟹龈肿，喉痹肿痛，重舌口疮，鹅口。”（《本草求原》）⑤成无己：“《内经》云，咸味下泄为阴。又云，咸以软之，热淫于内，治以咸寒。气坚者以咸软之，热盛者以寒消之，故张仲景大陷胸汤、大承气汤、调胃承气汤皆用芒硝以软坚去实热。结不至坚者，不可用也。”（《注解伤寒论》）⑥《本草再新》：“涤三焦肠胃湿热，推陈致新，伤寒疫痢，积聚结癖，停痰淋闭，瘰癧疮肿，目赤障翳，通经堕胎。”

（二）大承气汤的功效与主治

【功效】峻下热结。

【主治】①阳明腑实证。大便不通，矢气频频，脘腹痞满，腹痛拒按，按之则硬，日晡潮热，神昏谵语，手足濇然汗出，舌苔焦黄起刺，或焦黑燥裂，脉沉滑或沉迟有力。②热结旁流。下利清水，色纯青，其气臭秽难闻，脐腹疼痛，按之坚硬有块，口舌干燥，脉滑数。③里热实证之热厥、痉病或发狂。

在《伤寒论》中主治阳明腑实证。系由伤寒之邪内传阳明之腑，

入里化热，与肠中燥屎相结而成之里热实证。由于实热与积滞互结，浊气填塞肠道，腑气不通，故大便秘结，频传矢气，脘腹痞满疼痛；里热消灼津液，糟粕结聚，燥粪积于肠中，故腹痛硬满而拒按；邪热炽盛，上扰心神，故见谵语；四肢禀于阳明，阳明里热炽盛，蒸迫津液外泄，则手足濇然汗出；热盛伤津，燥实内结，故见舌苔黄燥，甚或焦黑起刺，脉体沉实。至于“热结旁流”，乃因腑热炽盛，燥屎结于肠中，逼迫肠中津液从旁而下所致，故见自利清水，色青而臭秽不可闻，并见脐腹疼痛，按之坚硬有块。若实热积滞闭阻于内，阳气受遏，不达四肢，可致热厥；热盛伤阴，筋脉失养，又可出现抽搐，甚至胸满口噤，卧不著席，脚挛急之痉病；如邪热内扰心神，则见神昏，甚至发狂。上述诸症，症状虽异，病机则同，皆由热结肠胃、津伤气滞所致。此时均当急下邪热积滞，以救阴液，即“釜底抽薪，急下存阴”之法。方中用苦寒之大黄泻热通便，荡涤肠胃，凉血祛瘀，为君药；配以咸寒之芒硝助大黄泻热通便，并能软坚润燥，为臣药，二药相须为用，则峻下热结之力增强；积滞内阻，则腑气不通，故以性善下行之厚朴、枳实破气散结，消痞除满，并助硝、黄推荡积滞以加速热结之排泄，共为佐使。四药合用，既有大黄、芒硝泻下通便，以治燥实，又有厚朴、枳实行气散结，以治痞满。泻下行气并重，共奏峻下热结之功。

本方为寒下剂的代表方，证见“痞、满、燥、实”。若腑实兼见口唇干燥，舌苔焦黄而干，脉细数者，为腑实兼阴津不足之证，可加玄参、麦冬、生地等；若腑实兼见至夜发热，舌质紫，脉沉涩等瘀血证，宜加桃仁、赤芍、当归等，以活血化瘀，促进气血流痛，消除积滞瘀血；若兼气虚，加人参。治急性坏死性肠炎，加黄芩、栀子、地榆、槐花、白头翁；治疗急性胰腺炎，去厚朴，加生山楂、红藤、败酱草。服用本方应注意煎煮方法，先煮枳实、厚朴，后下大黄，去滓，再下芒硝溶服。如气虚阴亏，六脉沉微，或胃肠无热者均不宜服用。

第四节 大承气汤的临床应用

内科应用：神经内科临床应用较广，主要用于急性脑血管病、中枢神经感染性疾病、中毒性脑病、感染性精神障碍、躁狂症等。若热结腑实，或痰热腑实，气机壅滞，腑气不痛，或痰热上扰清窍，出现昏迷、谵妄、躁狂、亢奋等精神神志异常，伴有大便不通，腹部胀满，口气臭秽，舌质红，苔黄腻或黄燥，常用此方加减。

外科应用：大承气汤外科应用较为广泛，可用于急性肠梗阻、急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性阑尾炎等。根据病人的不同情况和病邪有气滞、血瘀、热结、寒凝、湿阻、食积、虫结的不同，分别采取寒下法、温下法、攻水遂饮法或用峻下、缓下、润下等不同方法。在治疗过程中，往往还需要配合输液、胃肠减压、针刺或穴位注射及灌肠疗法。在中西医结合治疗急腹症中，强调辨证施治的重要性。将急性肠梗阻分为实热、寒实、体虚邪实等型。实热者寒下，主要用大承气汤加减（大黄、厚朴、枳实、芒硝、桃仁、木香等）。寒实有温下，用大黄、附子、细辛、莱菔子、木香、枳壳、玄明粉。也有寒下无效而改用温下治愈的病例。

五官科应用：无论是结膜炎、角膜炎，还是鼻膜炎、咽喉炎、口腔炎、化脓性扁桃体炎等急性五官疾患，红、肿、热、痛俱甚，而又大便坚硬不通，均属热无去路、实火上冲为患，皆可治以大承气汤。便通，火热泄下，则红肿疼痛速退，此即“上痛下治”之意。

第五节 大承气汤的衍生方

自仲景创制大承气汤后，经后世医家的临床实践，衍化出不少通下的有效方剂，这些衍生方均以大承气汤为基础加增减裁，但组方法度不拘一格，各具特色，功效主治亦同中有异，各有侧重，使其治疗范围不断扩大。

宣白承气汤（生石膏五钱、生大黄三钱、杏仁粉二钱、瓜蒌皮一钱五分）：从承气之意加麻杏石甘汤衍化而得，具有宣肺化痰、泄

热攻下的作用，主治痰热阻肺、腑有热结。症见潮热，便秘，痰涎壅滞，喘促不宁，苔黄腻或黄滑，脉右寸实大，属肺气不通，腑气不降者。出于肺与大肠相表里，肺气不降则腑气不通，故方用生石膏清肺胃之热，杏仁、瓜蒌皮宣畅肺气，配合生大黄攻下腑实，合为宣上通下、脏腑合治之法。

导赤承气汤（赤芍三钱、细生地五钱、生大黄三钱、黄连二钱、黄柏二钱、芒硝一钱）：为导赤散合调胃承气化裁而来，主治阳明腑实兼小肠热盛。症见身热烦渴甚、大便不通、小便涓滴不畅、溺时疼痛、尿色红赤等。方用黄连、黄柏泻小肠之火，大黄、芒硝通便泻大肠之火，赤芍、生地凉血养阴。本方既泻小肠之热，又通大肠之结，故称二肠同治之法。

牛黄承气汤（安宫牛黄丸二丸，化开，调生大黄末三钱）：先服一半，不知再服。安宫牛黄丸加大黄，能清心开窍，攻下腑实，主治热闭心包兼阳明腑实。症见身热、神昏、肢厥、舌謇、便秘、腹部按之硬痛、舌绛苔黄燥、脉数沉实，属腑实不通，饮不解渴者。即阳明邪热灼心经，又耗肾水而闭厥之危候，急宜开窍攻下。方中牛黄丸开手少阴心经热闭，以承气急下阳明，而救足少阴之肾水，以达手足少阴合治之妙。用牛黄丸化开，调生大黄末，泻热通便，荡涤肠胃，意在求其急救。

增液承气汤〔增液汤（玄参一两、麦冬（连心）八钱、细生地八钱，加大黄三钱，芒硝一钱五分）：为攻补兼施之剂，能滋阴攻下，主治津液不足、大肠干燥无水停舟之证。由于热邪耗伤津液，大肠失于濡润，以致便结不通。故用增液汤滋阴润肠，增水行舟，又用大黄、芒硝推荡腑实，攻下邪热，则便结自下。

新加黄龙汤（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、麦冬五钱、当归一钱五分、海参（洗）二条、姜汁六匙）：即增液承气汤加味而得。具有补益气液、育阴通便功。主治阳明温病，热实正虚，津枯便秘，下之不通者。出于热邪耗伤气津，以致正虚不能运药，故虽用下法腑气仍然不通。方中以承气缓下腑实，又用人参、姜汁益气和胃，麦冬、生地、元参养阴滋阴，润肠通便，当归、海参养血滋阴。为正邪合治之

剂，使邪却而正气渐复。

护胃承气汤〔生大黄三钱、玄参三钱、细生地三钱、牡丹皮二钱、知母二钱、麦冬（连心）三钱〕：即增液承气汤去硝，入知、丹而成。主治温病下后数日，发热仍不退或热退不尽，并有口燥咽干，苔干燥而黑或老黄色，脉沉而有力等症。由于攻下后阴液被伤，余邪未尽，复聚于阳明之故。故仍用大黄攻下实邪，玄参、生地、知母润肠通便以柔制刚，牡丹皮、麦冬清热养阴。诸药相合，既有护胃阴的作用，又有轻下之功。

桃仁承气汤（大黄五钱、芒硝二钱、桃仁三钱、当归三钱、芍药三钱、牡丹皮三钱）：即《伤寒论》桃仁承气汤加减而成。具有攻下、泻热、活血、逐瘀的作用。主治蓄血证。症见少腹坚满，小便自利，大便色黑，神志如狂或清或乱，口干漱水而不欲咽，舌绛紫色暗或有瘀斑，脉沉实或涩。出于邪气隐伏在阴分，与血相搏，血受热邪煎熬而成为血热互结之证。方中丹皮凉血清热，当归、桃仁行血消瘀，大黄、芒硝破血行瘀，清热荡实。合用则有疏通血分闭结的作用。

古今医家的论述

成无己：承，顺也。伤寒邪气入胃者，谓之入府，府之为言聚也。胃为水谷之海，荣卫之源，水谷会聚于胃，变化而为荣卫，邪气入于胃也，胃中气郁滞，糟粕秘结，壅而为实，是正气不得舒顺也。《本草》曰：通可去滞，泄可去邪，塞而不利，闭而不通，以汤荡涤，使塞者利而闭者通，正气得以舒顺，是以承气名之。王冰曰：宜下必以苦，宜补必以酸，言酸收而苦泄也，枳实苦寒，溃坚破结，则以苦寒为之主，是以枳实为君，厚朴味苦温。《内经》曰：燥淫于内，治以苦温，泄满除燥，则以苦温为辅，是以厚朴为臣，芒硝味咸寒。《内经》曰：热淫于内，治以咸寒，人伤于寒，则于病热，热气聚于胃，则谓之实，咸寒之物以除消热实，故芒硝为佐，大黄味苦寒。《内经》曰：燥淫所胜，以苦下之，热气内胜，则津液消而肠胃燥，苦寒之物，以荡涤燥热，故以大黄为使，是以大黄有将军之号也。（《伤寒明理论》）

成无己：阳明病脉迟，若汗出多，微发热恶寒者，表未解也；若脉迟，虽汗出而不恶寒者，表证罢也。身重、短气、腹满而喘，有潮热者，热入府也。四肢诸阳之本，津液足，为热丞之，则周身汗出；津液不足，为热丞手，

其手足濇然汗出，知大便已硬也，与大承气汤，以下胃热。经曰：潮热者，实也。其热不潮，是热未成实，故不可便与大承气汤，虽有腹大满之急，亦不可与大承气汤。与小承汤微和胃气。《内经》曰：燥淫所胜，以苦下之。大黄、枳实之苦，以润燥除热。又曰：燥淫于内，治以苦温。厚朴之苦，下结燥。又曰：热淫所胜，治以咸寒，芒硝之咸，以攻蕴热。《伤寒明理论》）

许宏：中满者，泄之于内，此方乃通泄之剂也。伤寒之邪，自表传里，若至阳明，则为内实之盛也。如谵语有燥屎，大热便闭，腹满不得通，烦热，脉沉实，阳明汗多，少阴口燥，厥阴囊缩，此非大下泄之剂不能已也。轻者小承气汤，重者用大承气汤也。小承气汤少厚朴而无芒硝，以芒硝性寒而能润坚，厚朴能破大实，病未至盛，以此减之。大承气汤多厚朴而加芒硝，以其病之盛，而大满大实，非此不能除也。经曰：热淫所胜，治以咸寒，芒硝是也。燥淫所胜，以苦下之，大黄枳实是也。燥淫于内，治以苦温，厚朴是也。《金镜内台方议》）

吴昆：调胃承气汤不用枳朴者，以其不作痞满，用之恐伤上焦虚无氤氲之元气也。小承气汤不用芒硝者，以其实而未坚，用之恐伤下焦血分之真阴，谓不伐其根也。此则上中下三焦皆病，痞满燥实坚皆全，故主此方以治之，厚朴苦温以去痞，枳实苦寒以泄满，芒硝咸寒以润燥软坚，大黄苦寒以泄实去热。虽然仲景言急下之证，亦有数条：如少阴属肾水，病则口燥舌干而渴，乃热邪内炎，肾水将绝，宜急下之，以救将绝之水；又如腹胀不大便，土胜水也，宜急下之；阳明属土，汗出热盛，急下以存津液，腹满痛者为土实，急当下之；热病目不明，热不已者死，此肾水将竭，不能照物，则已危矣，须急下之。此皆大承气证也。若病未危急而早下之，或虽危急而下药过之，则又有寒中之患，寒中者急温之，宜理中汤。《医方考》）

方有执：承气者，承上以速下，推陈以致新之谓也。曰大者，大实大满，非此不效也。枳实泄满也，厚朴导滞也，芒硝软坚也，大黄荡热也，陈之推新之所以致也。《伤寒论辨条》）

喻昌：阳明一证，分为太阳、正阳、少阳三等，而以大小调胃承气下之者，按《本草》曰：大黄酒浸，入太阳经；酒洗入阳明经，

浸久于洗，得酒气为多，故能引之于至高之分，若物在山崖，人迹不及，必射之也。故仲景以调胃承气，收入太阳门，而大黄下注曰：酒浸，及详其用本汤，一则曰少少温服，二则曰当和胃气，与调胃承气汤。又详本汤之证，则曰不吐不下心烦者，又发汗不解，蒸蒸发热；又吐后腹胀满，是太阳阳明，去表未远，其病在上，不当攻之，故宜缓剂以调和之也。及至正阳阳明，则皆曰急下之，与大承气汤。而大黄下注曰：酒洗是洗轻于浸，微升其趋下之性，以治其中也。至于少阳阳明，则去正阳而逼太阴，其分为下，故小承气汤中大黄，不用酒制，少阳不宜下，故又曰：少与。曰：微溏之，勿令大泄，此仲景之妙法也。（《尚论篇》）

喻昌：《金匱》治瘕为病，胸满，口噤，卧不着席，脚挛急，必齕齿，可与大承气汤，乃死里求生之法也。《灵枢》谓热而疼者死，腰折，瘕，齿齕也（齕、音械，齿相切也。瘕，音记，狂也，瘕狗。瘕，音纵）。兹所云卧不着席，即腰折之变文；脚挛急，即瘕之变文，且齕齿加以胸满、口噤，上中下三焦热邪充斥，死不旋踵矣。在伤寒症，腹满可下，胸满则不可下，然投是汤者，须知所谓胸满，谓其邪尚在表，故不可下（有此条，为下能存阴之一证）。此证入里之热，热深极重，匪可比伦，况阳热至极，阴血立至消亡，即小小下之，尚不足以胜其阳，救其阴，故取此汤以承领其一线之阴气，阴气不尽为阳热所劫，因而得生者多矣。“可与”二字甚活，临证酌而用之，初非定法也。既有下之重伤其阴之大诫，复有下之急救其阴之活法，学者欲为深造，端在此矣。仲景圣法昭然。（《尚论篇》）

喻昌：海云：大小调胃三承气之汤，必须脉浮头痛，恶风恶寒，表证尽罢，而反发热，恶热谵语，不大便，方可用之。若脉浮紧，下之必结胸；若浮缓，下之必痞气，已上三法，不可差也。若有所差，则无形者有遗害，假令调胃承气证，用大承气下之，则愈后元气不复，以其气药犯之也。大承气证，用调胃承气下之，则愈后神凝不清，以其气药无力也。小承气汤，若用芒硝下之，则或下利不止，变而成疟矣，三承气岂可差乎！（《尚论后篇》）

柯琴：夫诸病皆因于气，秽物之不去，由于气之不顾，故攻积之剂必用行气之药以主之，亢则害，承乃制，此承气之所由。又病去而

元气不伤，此承气之义也。夫方分大小，有二义焉，厚朴倍大黄，是气药为君，名大承气，大黄倍厚朴，是气药为臣，名小承气。味多性猛制大其服，欲令泄下也，因名曰大。味少性缓制小其服，欲微和胃气也，故名曰小。二方煎法不同，更有妙义。大承气用水一斗，先煮枳朴，煮取五升，内大黄煮取三升，内硝者，以药之为性，生者锐而先行，熟者气纯而和缓，仲景欲使芒硝先化燥屎，大黄继通地道，而后枳朴除其痞满，缓于制剂者，正以急于攻下也。若小承气则三物同煎，不分次第，而服只四合，此求地道之通，故不用芒硝之峻，且远于大黄之锐矣，故称为微和之剂。（《伤寒附翼》）

徐彬：论曰：朴去痞、枳泄满、硝软坚、黄泄实。海藏谓：必痞满燥实四证全而后可用，不易之论矣。总以大便实为主，便实必以手足濇然汗出为第一验，盖表解后，周身无汗而手足濇然，非燥屎热气不能使诸阳之本独蒸蒸而润也。但外之解不解、内之燥不燥，虚不虚，非手足汗之所能尽，故表则验之恶寒、或无汗，或脉浮则表尚未清也。内则验之不转矢气或脐腹痛、或脉弱、或便溏、或小便不利、或热微、或热不潮则里实未甚也。以消息燥实痞满四字方确，然脉证参差，又不可泥。如汗多微恶寒，脉迟禁下；若脉迟汗出而兼见不恶寒、身重短气，腹满，喘、潮热，即为外欲解，可攻里之象，以里热多，故知脉迟为表欲解也；若烦躁，心下硬而无太阳柴胡证，似可下矣。然脉弱虽能食，不可以为胃强而轻下也。大便六七日，似可下矣，然小便少，屎未定硬，故虽能食，不可以为燥屎而轻下也。至谵语有潮热，反不能食等症，则真胃中有燥屎矣。大承气虽重剂，以此详辨，宁有误乎。（《伤寒原方发明》）

吴鞠通：此苦辛通降，咸以入阴法。承气者，承胃气也。盖胃之为腑，体阳而用阴，若在无病时，本系自然下降，今为邪气盘踞于中，阻其下降之气，胃虽自欲下降而不能，非药力助之不可，故承气汤通胃结，救胃阴，仍系承胃腑本来下降之气，非有一毫私自穿凿于其间也，故汤名承气。学者若真能透彻此义，则施用承气，自无弊窦。大黄荡涤热结，芒硝入阴软坚，枳实开幽门之不通，厚朴泻中宫之实满。曰大承气者，合四药而观之，可谓无坚不破，无微不入，故曰大也。非真正实热蔽痼，气血俱结者，不可用也。若去入阴之芒

硝，则云小矣；去枳、朴之攻气结，加甘草以和中，则云调胃矣。（《温病条辨》）

汪琥：或问大承气汤，乃阳邪入府，大实痞满且坚者，方可用之，今《内台方议》云：少阴口燥，厥阴囊缩，非此大下泄之剂，不能已，何也？余答云：仲景法，三阴热证，总系胃府邪实，阴经近里，府实则经壅热，所以热伤太阴，则噤干腹满；伤少阴则口燥咽干；伤厥阴则烦满囊缩，此为入府可下，均宜用大承气汤主之。（《伤寒论辨证广注》）

汪昂：此正阳明药也。热淫于内，治以咸寒，气坚者以咸软之，热盛者以寒消之，故用芒硝之咸寒，以润燥软坚。大黄之苦寒，以泻热去瘀，下燥结，泄胃强。枳实、厚朴之苦降，泻痞满实满，经所谓土郁夺之也。然非大实大满不可轻投，恐有寒中、结胸、痞气之变。（《医方集解》）

周禹载：大黄血分药也，乃仲景命为承气何哉？热邪结于肠胃，使中焦之津液干枯，而上下之气，不复升降，非气味苦寒，力猛性速者，不足攻其滞而顺其气也。故一味大黄则热可去，邪可下，实可通矣。然圣人以为未也，邪热既盛膈且痞，使大黄欲下，而膈间之痞，足以当之，势必急下不得，而反上呕，故厚朴去痞者也，加厚朴而上焦之逆气可下矣。然圣人又以为未也，邪热既结胸必满，使大黄、厚朴欲下而胸中之满足以滞之，势必急下不能而反增其满，故枳实泄满者也，合枳实而中焦之滞气可下矣；然圣人又以为未足也，邪热即定，中必燥，爆则津液已干，而大黄合枳朴，性急如火，若奔马委轡而一枘当住，可奈何，于是圣人思所以软之，芒硝味咸，咸则润，润则无坚不软，遂使上中二焦之气，得以直达于下而无壅滞之患矣。（《伤寒论三注》）

钱潢：热邪归胃，邪气依附于宿食粕滓而郁蒸煎迫，致胃中之津液枯竭，故发潮热而大便硬也。若不以大承气汤下之，必致热邪败胃，谵语狂乱，循衣摸床等变而至不救。故必咸寒苦泄之药，逐使下出，则热邪随宿垢而泄，犹釜底抽薪，薪去则火亦随薪而出矣。然非必宿垢满实而泄之也。胃中之热邪盛者，亦在所必用，古人所谓用之以逐热邪，非下糟粕也。其制以苦寒下泄之大黄为君；咸寒软坚下走

之芒硝为臣；又以辛温下气之厚朴为佐；破气泄满之枳实为使，而后可以攻坚泻热也。若脉弱气馁，热邪不甚者，未可轻用也。（《伤寒溯源集》）

张锡驹：大承气者，所以通泄大肠而上承热气者也，故用朴实，以去留滞，大黄以涤腐秽，芒硝上承热气。（《伤寒直解》）

尤怡：承者顺也，顺而承者，地之道也。故天居地上，而常卑而下行，地处天下，而常顺承乎天。人之脾胃，犹地之上也。乃邪热入之，与糟粕结，于是燥而不润，刚而不柔，滞而不行，而失其地之道矣，岂复能承大之气哉？大黄、芒硝、枳、朴之属，涤荡脾胃，使糟粕一行，则热邪毕出，地道即平，天气乃降，清于复旧矣。曰大、曰小，曰调胃，则各因其制而异名耳。盖以硝黄之润下，而益以枳、朴之推逐，则其力颇猛，故曰大。其无芒硝，而但有枳、朴者，则下趋之势缓，故曰小，其去枳、朴之苦辛，而加甘草之甘缓，则其力尤缓，但取和调胃气，使归于平而已，故曰调胃。（《伤寒贯珠集》）

吕震：大承气汤治阳明胃实之主药。必申明表证尽罢，不恶寒，但恶热，或潮热潮出谵语，腹满痛或喘冒不能卧，口干燥，脉滑而实或涩者，方可用之。下之不宜早，早则阳陷；并不宜迟，迟则阴亡。恰好在阳明胃实之界，一下夺而诸病尽解，临证时不可错过。阳明居中土，万物所归，无所复传，大热入胃，惟下夺一法。盖阳明胃实之证，有从太阳传入者，有从少阴转属者，并有从三阴转属者；三阴经中，少阴更有急下之证，此乃伤寒一大归宿，若应下失下，变证蜂起，津液之亡，可立而待。孟浪不可，因循亦不可。大承气汤开阳明之结，直达下焦，其力猛而效速，故曰大。盖胃大实，故重任厚朴以破结，而数独倍于大黄；矢已硬，故虽有枳实以导下，而功必资于芒硝。至其煎法，尤有深意。厚朴、枳实之汁，以浓而力锐；大黄、芒硝之性，以生而力锐。故分作三次煎，此斩关夺门之将。用此以急下存阴也。（《伤寒寻源》）

王子接：芒硝入肾，破泄肾气，用以承气者，何也？当知夺阴者芒硝，而通阴者亦芒硝。盖阳明燥结日久，至于潮热，其肾中真水，为阳明热邪吸引，告竭甚急矣。若徒用大黄、厚朴、枳实制胜之法，以攻阳明，安能使下焦燥结急去，以存阴气，故用假途灭虢之策，借

芒硝直入下焦，软坚润燥，而后大黄朴实得破阳明之实，破中焦竟犯下焦，故称之为曰大。因《经》言，下不以偶，所以大黄芒硝再分两次内煎，乃是偶方而用奇法，以杀其势，展转回顾有如此。（《绛雪园古方选注》）

吴谦：诸热积于里而成痞满燥实者，均以大承气汤下之也。满者，胸胁满急腹胀，故用厚朴以消气壅；痞者，心下痞塞硬坚，故用枳实以破气结；燥者，肠中燥屎于结，故用芒硝润燥软坚；实者，腹痛大便不通，故用大黄攻积泻热。然必审四证之轻重，四药之多少，适其宜，始可与之。若邪重剂轻，则邪气不服；邪轻剂重，则正气转伤，不可不慎也。（《医宗金鉴》）

王旭高：大黄治大实，芒硝治大燥大坚，二味治有形血药；厚朴治大满，枳实治痞，二味治无形气药。盖肠胃燥实，气必不通，故攻积之剂，必用气分之药。其煎法先煎枳、朴，次纳大黄，再入芒硝，取生则气锐而先行，熟则气钝而和缓。仲景欲使芒硝先化燥屎，大黄继通地道，而后枳、朴除其痞满，俾燥屎去，地道通，则阴气上承，故曰承气。（《王旭高医书六种》）

邹澍：柯韵伯云，厚朴倍大黄为大承气，大黄倍厚朴为小承气，是承气者在枳、朴，应不在大黄矣，曰此说亦颇有理，但调胃承气汤不用枳、朴，亦名承气则不可通耳。二承气汤中有用枳、朴者，有不用枳、朴者；有用芒硝者，有不用芒硝者；有用甘草者，有不用甘草者；惟大黄则无不用，是承气之名。固当局之大黄。况厚朴二物汤，即小承气汤，厚朴份数且倍于大黄，而命名反不加承气者，犹不可见承气不在枳、朴乎。夫气者血之帅，故血随气行，亦随气滞，气滞血不随之滞者，是气之不足，非气之有余；惟气滞并波及于血，于是气以血为窟宅，血以气为彻侮，遂连衡宿食，蒸逼津液，悉化为火。此时惟大黄能直捣其巢，倾其窟穴，气之结于血者散，则枳朴遂能效其通气之职，此大黄所以为承气也。（《本经疏证》）

冉雪峰：此方以大黄四两为主药，但佐药厚朴为半斤，较大黄倍之，又异之以枳实。方名承气，而立方用药之内容，即侧重气药，意义其显。且用下义蕴，系着重无形之气化，而非徒重有形之实质，亦可窥见。腹满燥实坚痛，为用下之要证。长乐陈修园谓阳明三急下证

及少阳三急下证，所重并不在此，颇有见地。惟是用下法，则病已深沉，急转直下，为出死入生之关键。用之得当，有赫赫之功。失当，则变证亦速、不易救药。故昔贤谓既有下之重伤其阴之大戒，复有下之急救其阴之活法，而仲景伤寒，对本方本证，反复推勘，不下二十条，其叮咛示人之意，至深切矣。学者其不可潜心体会乎。（《冉注伤寒论》）

文梦香：此升阴障阳治阳明三焦结热实证之方也。名承气者取亢则害，承乃制之意。夫所谓承者，以下奉上之谓也。庸医以为大下而不敢轻用者，乃是未能深究此意，致病家耳食既久，遂亦不敢轻服，若果为大下之剂，何以少阴证中用之以急救其阴，惟少阴火衰之症，太阳水旺之症，不可用耳。夫人一身之中，阴水当升，阳火当降，是为水火既济，倘阴水下降，阳火上升，是为凝阴亢阳，水火未济也。夫凝阴之症，自有五苓、真武、吴茱萸汤以治之，而亢阳一症非三承气汤不可。盖厥阴之症，乃太阳与太阴合病，其病根于血分一路之水，而阳明之症，乃少阴与少阳合病，其病根于气分一路之火。厥阴之症有降火、利水、温经三法；而阳明之症，有滋阴、升水、补火三法。厥阴之症，用泻心汤以降火，猪苓汤、五苓散以利水，当归四逆以温经；而阳明之症以附子汤补火，以白虎汤滋阴，以承气汤升水降火，此千古未发之秘，余故絮而论之——方中厚朴以升膀胱之水，而使之上承，亢火以交于肺；枳实以降肺中之气，而使之下行，亢火以交于膀胱；用生军以泻心肺中之亢火，而使之下出于大肠；用芒硝以化胃中之燥结，而使之直达地道耳，名承气者，非直下之谓也。大承气统治肺胃、大肠、三焦之重病，故借用枳朴加芒硝，而上升下降之力，重统治三焦，故曰大。小承气治肺与大肠，去芒硝不犯中焦，大黄多而枳朴少，升提轻而下降亦轻，独治上下二焦，故曰小。大黄多而反云下降亦轻何也？因与枳朴同煎，伴随枳朴上升故耳；非若大承气之后纳大黄、芒硝，使之先下降而后上升者可比。若调胃承气，只用硝黄草三味，以化胃中之结而通大肠，全不用枳朴以升降阴阳之气，故曰调，所谓调者，全藉甘草缓之之力耳。此三方从来诸家之论，率多含糊，皆未深达其奥，故不敢轻用，即用之而亦不得其当，至刘河间于方中妄加甘草，名曰三一承气汤，以为稳当，而后人宗

之，可发一笑，是全未窥见仲景之门，尚望其升堂入室耶。（《百一三方解》）

姜国伊：厚朴苦温，主气血痹除满气也；枳实苦寒，主除寒热破结气也；大黄苦寒，主荡涤肠胃开地道也，泄热也；芒硝苦寒，主胃胀闭承气也，制热也。胃家实三字，大承气注也。夫实者，气实也，热气、燥气、悍气也，故君厚朴、臣枳实，先煮融化深入以行气，大黄芒硝后煮，迅烈奋发以泻热，《经》所谓亢则害，承乃制也。（《伤寒方经解》）

张秉成：夫六淫之入里也，无形之邪，必依有形之物，以为固结，故胃者土也，万物所归，是以热邪一入于胃，无所复转，即挟胃中之滓秽，互相团结，而成可下证。然此方须上中下三焦痞满燥实全见者，方可用之。以大黄之走下焦血分，荡涤邪热者为君，又恐其直下之性，除其下而遗其上，故必以酒洗之；但大黄虽能攻积推陈，不能软坚润燥，所以胃中坚结之燥屎仍不能除，故必以芒硝咸寒润下之品，软坚润燥，乃克有成；枳实、厚朴苦降，破上中二焦之气，以承顺之，为硝黄之先导，而后痞满燥结全消耳，此之谓大承气汤也。（《成方便读》）

张志民：本方用药特点：①大黄必须后下，后下则气锐行速（其余两承气汤不后不下）。②厚朴用量为大黄之一倍，较小承气汤大四倍（小承气汤厚朴为大黄之半）。③枳实亦重用，用五枚，比小承气汤多二枚。④行气药在本方中占较大比重，故名大承气。对重用厚朴之体会：凡服大黄方剂而泻下者，多伴有腹痛，如加适量厚朴则可缓减，因厚朴能行气、散满。本方重用之，有宽胸、除滞气作用。若用治湿热温病，可减肠出血之危。反之，用本方若枳、朴之量不大，虽重用大黄，其泻下作用亦不一定大。厚朴辛温燥湿，但得硝黄为伍，其辛燥可得到抑制。用厚朴概以腹胀满及厚腻舌苔为依据，本方证腹胀满显著，舌苔大多厚而燥中见腻，时用矢气，气机痹塞现象显著，故本方行气药偏重，而重用厚朴^[1]。

顾维彰等：我们根据大承气汤中的主药为大黄，大黄的主要致泻成分是大黄酸，而且其蒽醌成分的含量与泻下作用成正比的理论，采用薄层析及薄层扫描法，对用经典法和群煎法制得的汤剂中大黄酸及

其他蒽醌成分的溶出量做了比较测定。实验结果证明,用经典法煎得的药液中大黄酸及其他蒽醌成分的溶出量多10%~14%。本实验探讨了影响大黄蒽醌成分溶出量的因素。认为:①大黄与枳实、厚朴共煎时后者影响大黄蒽醌成分的溶出。枳朴先煎,去渣,取药液下大黄的方法,有利于有效成分的溶出。②煎煮时间对大黄蒽醌成分的溶出有影响,煎沸15min恰到好处。经典法与群煎法的另一区别是前者将芒硝溶入药液后微热服用,后者则把芒硝与三药共煎。用常法检测两种汤液中的钠盐与硫酸盐发现,经典法制取的汤液反应明显典型。故推测将芒硝溶入药液,对保持芒硝性咸寒,发挥软坚润燥作用有利。总结以上认为,经典的煎煮大承气汤的方法是很科学的^[2]。

孙爱贞等:本实验采用¹²⁵I-白蛋白放射性测定小鼠腹部血管通透性。实验结果,对血管渗出过程,大、小承气汤均能降低腹部血管通透性,抑制异物从血循环渗出。对血管吸收过程,大承气汤呈现明显增强效应,小承气汤则起降低作用;组成大承气汤的各单味药,也无升高效应。大承气汤的双向调节作用,因戊巴比妥钠的麻醉而丧失^[3]。

吴崇奇:有人认为本方的厚朴用量独重,应是方中的主药,亦有人认为枳实为主药,如成无己说:“枳实苦寒,溃坚破结,则以苦寒为之主,是以枳实为君,厚朴味苦温,泄满除燥,则以苦温为辅,是以厚朴为臣;芒硝味咸寒,以除消热实,故芒硝为佐,大黄味苦寒,以荡涤燥热,故以大黄为使,是以大黄有将军之号也。”又如柯韵伯说:“诸疾皆因于气,秽物之不去,由气之不顺也,故攻积之剂,必用行气之药以主之,亢则害,承乃制,以承气之所由,故以承气名汤……厚朴倍大黄是气药为君名大承气……大黄倍厚朴是气药为臣名小承气。”个人认为成氏与柯氏二说不妥。其一,厚朴气味为苦温之品,具有宽肠化滞、行气除满之功,而枳实苦微温,下气消痞破结,二药主要针对兼证痞满腹胀而设,不能治疗热结便秘之主证,故不能为方中之主辅药,应为佐使药,而大黄苦寒,既能泄热通便,又能攻下除实,即针对疾病病因,主证而进行治疗,故为全方之主药。其二,三承气汤中有用枳朴者,有不用枳朴者,有用芒硝者,有不用芒硝者,有用甘草者,有不用甘草者,惟大黄则无方不用,可见三方之

主药当属大黄。如果主药是枳朴则调胃承气汤方中不用枳朴，而方名亦称承气，其义则不可理解。其三，《金匱要略》中的厚朴三物汤，主治气滞腹胀便秘，故厚朴药量倍于大黄，重点在于行气通便为主，其方剂命名反不加“承气”二字，可见方名称“承气”者，不在于有无枳朴二药而得名。大承气汤中，大黄苦寒，泄热通便，攻下除实为主药，芒硝咸寒，泄热润燥软坚，助大黄荡涤泻下，推陈致新为辅药，二药相须为用，增强泻热通便作用，枳实苦微寒，消痞破结，厚朴苦温，行气除满，二药相合，调畅气机，消痞除满，有助于硝黄泻下，共为佐使药。全方虽药仅四味，但药简效宏，结构严谨，配伍精当。既有硝黄之泻实，又有枳朴之下气。泻下与行气并用，相得益彰，则痞满燥实四症俱去，从而达到急下存阴的目的。综上所述，大承气汤方义中的主从关系不能简单以行气药厚朴、枳实的剂量而定，应以药物在方中的主要功效来决定^[4]。

高国青等：“大便硬”并非一个单独的临床症状，而是一个具备了其他几个客观症状之后的病理性概念，是一个推断之词。腹满而喘，短气，可推断为大便已硬；潮热，手足濇然汗出，可推断为大便已硬；谵语，可推断为有燥屎；绕脐痛，烦躁，可推断为有燥屎。究竟大便已硬与否和胃肠中有否真正的燥屎，必须参照病人的其他症状（如不大便，绕脐痛，腹满而喘，短气，潮热，手足濇然汗出，谵语等）来推断。也就是说，只有这些外在症状的出现，才是内在所谓大便硬或有燥屎的标志。追本溯源，凡病因病机上符合邪热化燥，结聚胃肠，阻滞腑气，上扰神明，不论大便硬与不硬，就可用大便硬这一病理性概念概括之，就可用大承气汤荡涤胃肠，通腑泻热。因而，“大便硬”这一医学术语，既有症状之意，又寓概念之旨。我们用大承气汤治疗的急性胆囊炎、急性阑尾炎、急性胰腺炎、肠梗阻等，不一定有大便硬或有燥屎的症状，但它符合大承气汤证的病因病机，符合大便硬这一病理性概念，用承气汤治疗就可取得满意疗效。大承气汤的适应证候，并不局限于“大便硬”这一腑气不通的病理性概念之中，还被广泛应用于热扰神明的谵语，独语如见鬼状，循衣摸床等症^[5]。

杨麦青：承气汤证主要病机是“胃家实”。所谓“胃家实”不应

单纯地视为消化道局部紊乱现象,而大承气汤实是通过消化道血行的急剧改变,诱导、改善了脑部血行,从而纠正了脑微循环瘀滞所致的脑细胞中毒状态。因此,应用承气汤的最远疗效能达到脑部而不仅在“胃家”。所以临床上对刚痉,婴幼儿的高热惊厥,年长儿的谵语、循衣摸床,以及伴随消化道黏膜腺分泌而出现的热结旁流等均可使用此一疗法^[6]。

祁自忠等:本方为攻下法之代表方,有通腑逐邪、推陈致新之功,与清热解毒、清营凉血、和解退热、疏肝利胆、肃肺涤痰、活血化瘀,杀虫安蛔等药物配伍,可广泛用于内、外、妇、儿各科,特别在危重急症的救治中,运用恰当,常能收到立竿见影之效。大承气汤的应用指征,前人以“痞、满、燥、实”四字概之,已无争议。舌苔和脉象,为辨证之重要依据,苔见黄燥,焦黑起刺者固当攻下,黄腻苔亦属可下。我们体会,只要腑气不畅,大便不通,而且确实有燥结、食积、虫积、浊痰、瘀血等阻闭于内,有时亦不必囿于舌象,不必待四证具备,即可下之。当然,下法有峻下、润下、缓下之别。大承气汤药性峻猛,宜用于实、热、里、结之证,中病即止。腑气通利后及时转用它法善后,不可一味攻逐,损其正气。病情较轻而需用攻下者,亦可选用调胃承气汤,小承气汤之辈。急症病人有的服药困难,可采用鼻饲、灌肠法给药。将药液煎成 300~500ml,灌肠后保留 20min 以上,使药物从肠道吸收,直达病所,往往起效更快。对于昏迷、呕吐、小儿等服药困难者,为一比较理想的给药途径^[7]。

余文华:《内经》记载的肾实证的主要表现为实则胀、前后不通、腹满引背等。这与皮质醇增多症的主要典型体征如面部红润多脂如满月,腹部胀满,后颈脂肪堆积较厚像水牛背,大便干燥数日一行极为相似。笔者根据实则泻之的论治原则采取大承气汤加味治疗,结果证明是有效的。尽管患者的临床表现十分繁杂,涉及机体的各个系统,但其病理根本却在肾上腺皮质功能亢进,分泌了过多的皮质醇类激素,而大承气汤加味的“峻烈泻下”作用能排出水分,增加胃肠道的蠕动和容积,改善胃肠道的血液循环和降低毛细血管通透性,以及改善脂肪代谢和糖代谢,其内在机制主要是对肾上腺皮质功能呈现较为缓慢的抑制作用^[8]。

刘锦波：迨至王好古，提出“痞满燥实四证备则用之”。后世注家多依附此说，“痞满燥实坚”被视为使用本方指征。痞满燥实，固为用下要证。然必待四证备而后下，则非仲景本意。只要审定肠中有燥屎，脉证无虚象，即是用下指征。本方非为专攻燥屎而设。在燥热炽盛，热灼津伤，真阴垂竭之际，不待痞满燥实俱全，可急投大承气攻下燥热，釜底抽薪。阳明三急下证和少阴三急下证，即是其例。热邪不燥胃津，必耗肾液。所以，不论阳明三急下证或少阴三急下证，都既有阳明燥热壅滞的一面，又有少阴真水将竭的一面。峻下之义，在于急驱燥热，则垂竭之阴可救。诚如程郊倩所说：“此等之下，皆为救阴。”本方又能因势利导，治疗湿热积滞之下利，可竟邪除利愈之功。利本自通，何以反行通下？因心下坚，脉滑，至时复发皆是实热或宿食积滞于中所致。仲景透过现象，看清本质，以大承气汤推荡实热积滞，不止利而利自己，正合《内经》“通因通用”之旨。综上所述，仲景用本方，既有其稳妥之处，又有其果敢之时，根本不存在什么“痞满燥实四证备”的框框。本方配伍剂量，枳朴重于硝黄。义重无形之气化，徒非重有形实质。“魄门亦为五脏使”，峻下之功，非但荡涤燥屎，又可逐脏腑间邪热燥气，从魄门而出。本方主要功能，可概括为通泄里热，夺实救阴。适应证偏于阳热里实。痞满燥实具备论，乃以偏概全。摆脱其束缚，则可扩大本方应用范围，如可用于各种急腹症，乃胃肠外感染性疾病极期阶段，证见高热，神昏谵语、惊厥发狂者，有显著疗效。所需注意的是：峻下之剂，易伤胃气。凡病位偏表、偏上者，病性偏虚、偏寒者，及病势偏缓者，皆不可贸然急下。纵辨证确切，亦当参酌“若一服利，则止后服”之嘱。要在正确理解仲景既有误下伤阴之大戒，复有急下救阴之活法，则临证不惑矣^[9]。

裴业民等：大承气汤乃仲景之方，本为治疗伤寒阳阴腑实之证，因寒邪入里所化，故原方以温燥之厚朴、枳实为君。若将仲景方机械地搬到温病治疗上，方中温燥之药对于伤阴之温热病，无异于抱薪救火，岂不更伤阴津？吴鞠通大承气汤与仲景原方有所不同，将枳朴为君改为大黄为君（防其更伤阴液）^[10]。

刘福成等：用油酸复制家兔呼吸窘迫综合征（RDS）模型，灌入

大承气汤后测定动脉血氧分压,观察肺组织病变。结果表明,本方对RDS有提高动脉血氧分压和改善肺组织病变的作用,为临床治疗RDS提供了实验依据。由于RDS出现肺水肿、肺出血、血管内微血栓形成等病理改变,致使肺气郁闭,宣降失常,扰乱了“肺与大肠相表里”的生理状态,引起胃肠气机窒塞,胃肠气机不畅,必然加重肺气郁闭。大承气汤本为泻下通腑方剂,具有增强胃肠道蠕动,增加其容积,改善其血液循环,降低毛细血管通透性作用,同时还能加快微循环血流速度。这些作用对改善家兔RDS肺组织病变,提高肺的通、换气功能,升高 PaO_2 是有积极意义的。实验中发现,RDS组肺部病变形成时,尿量不多,大便干少,剖腹后肠腔无充盈,实验治疗组灌入大承气汤后,尿量增多,排出多量稀软粪便,剖腹后肠腔显著膨胀充盈,内含多量水液,而组织学检查肺部病变明显减轻,可能与通过大承气汤的泻下通腑作用,促使“肺与大肠相表里”的功能状态得到恢复有关^[11]。

陈树章:对邪闭于里(阳明)而致的痞满燥实之大承气汤证,病机为里热积滞,气机壅滞不通,故非枳朴硝黄之强烈泻下,走而不守之动药莫能荡涤实热积滞^[12]。

孙其然:取急下存阴法,用大黄、芒硝夺其内实,使偏盛之阳邪泻之而病愈^[13]。

柴中元:张锡纯在寒解汤下说“即承气汤,亦可为汗解之药”。在《伤寒·风温始终宜汗解说》中又说:“愚临证以来,恒有投以三承气汤,大便犹未降下而即得汗者。盖因胃府之实热既为承气冲开,其病机自外越也。若降之前未尝得汗,即降之后亦必于饮食之时屡次些些得汗,始能脉静身凉。若降后分毫无汗,其热必不能尽消,又宜投以竹叶石膏汤,或白虎加入参汤,将其余热消解将尽,其人亦必些些汗出也。”这说明因燥屎阻其气化而应汗不汗,热不得越者(肺与大肠表里,大肠壅则影响肺气之宣化,故不能微微汗出,使里热从表越出),通过承气开内壅兼能起热从汗散,邪从表解之作用,故张氏谓发汗不拘于汗剂,而关键在“视用之如何耳。”^[14]

李凌鸿:血卟啉病为一罕见代谢病,表现有皮肤、腹部及神经系三大症群。本例腹痛便秘、神志模糊、谵语、直视,且伴高血压及低

热等，符合阳明腑实证。经大承气汤治疗后腑气得通，大便解，腹痛止，神志清楚，血压下降，说明本方可用于治疗肝性血卟啉病具备腑实证者。本方为《伤寒论》中治疗阳明腑实证的代表方剂，对于卟啉原在肝内过多郁积所引起的腹部及神经精神病变，能达到“荡涤肠胃，推陈致新”及“安和五脏”的效果。据有关药理研究，大黄所含鞣质，能抑制蛋白分解，对氮、氨等物质代谢有显著影响，常用于肝、肾等代谢功能失常的重症。它对肝内过量的不正常卟啉产生是否有抑制作用尚待研究。新近有人证实，大黄、厚朴皆含血管紧张肽转化酶抑制物质，也可能是本方治疗这例肝性血卟啉病有效的机制之一^[15]。

李友弟等：剖腹产、子宫切除和附件手术等，虽不涉及肠道，但因腹腔手术能引起交感神经兴奋，致使胃肠道活动受到抑制，故术后早期胃肠道活动减弱，可导致肠麻痹。研究表明，大承气汤能对肠管平滑肌起直接兴奋作用，明显增加肠道的蠕动功能。诸药中对小肠起作用的主要是芒硝、大黄、枳实及厚朴，对肠道的兴奋作用主要在大肠。据此用本方煎剂保留灌肠能发挥直接兴奋肠道平滑肌、增加肠管蠕动和推进功能的作用，从而能有效地促进术后肠功能早期恢复，防治肠麻痹。有人认为产后多虚宜大补之，不宜凉，不宜下。我们认为产后病并非都是虚证，应具体辨证。产妇大多年轻体壮，因胎火多有大便秘结，术后腑实肠结症是主证，故用通里攻下不为误治。古代医家张景岳亦主张：产后即有表邪，不得不解，即有火邪，不得不清；即有内伤停滞，不得不开通消导……遇此等实证，若用大补，是养虎为患，误矣。大承气汤煎剂保留灌肠药性并非峻烈。本组用药后无亡津伤液、腹泄不止、产后出血等不良反应和并发症。但因此法有较强泻下作用，故对有急慢性肠炎者应慎用或不用。本方煎剂术后保留灌肠的优点：①术后用药不产生腹胀气、肠麻痹，一般患者可进食，肠功能恢复早。以通为补，气机升降协调，调动机体的抗病能力，术后发热反应轻。患者能尽早活动，故可能有避免肠粘连之功效。②产妇术后进食不限，乳汁分泌早，有利于婴儿的喂养。③输液和其他用药减少。④操作简便，安全可靠，无不良反应和并发症，易于掌握，便于推广^[16]。

任彦彬：应该突出大承气汤峻下热结中的热字，特别是要重视本方对热扰神明方面的治疗作用，才是正宗仲景本意。如果单纯以痞满燥实之症状作为本方的适应症，是有悖治病求本这一治疗原则的，仲景本意也绝非如此。我们用本方治疗的急性胆囊炎、急性阑尾炎、急性胰腺炎、肠梗阻等，不一定全具痞满燥实之症状，反倒有热扰神明等症，但是它符合本方的病因病机的，所以就可以取得满意的治疗效果。言承气者，承顺胃气也。从药物性能看，枳实、厚朴苦辛破气消积除满，应为承气之药，但其无泻热通肠作用，仅为治标之辅佐药物，而大黄确有此功能，其性苦寒沉降，峻下实热，荡涤肠胃，清血分实热，为大承气汤的主药，正中阳明腑病机。前贤邹澍说“柯氏云，厚朴倍大黄为大承气，大黄倍厚朴为小承气，是承气者在枳朴，应不在大黄矣，但调胃承气汤不用枳朴，亦名承气何也？且三承气汤中有用甘草者，有不用甘草者，惟大黄则无不用，是承气之名，固当属之大黄。况厚朴三物汤即小承气，厚朴分数且倍于大黄，而命名不加承气字，犹不可见承气不在枳、朴乎”。这一段话，精辟地指出大黄是本方的君药。《内经》曰：“其实者，散而泻之。”吴又可也说：“承气本为逐邪，而非为结粪而设。”故肠胃实热积滞除，痞满燥实诸症去，热扰神明诸症无。将军之旨意在清热泻实。现代药理研究指出，大黄具有对机体多方面的作用，有广泛的治疗范围。大黄对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌等多种革兰阳性菌，以及痢疾杆菌、伤寒杆菌、绿脓杆菌等多种革兰阴性菌都有较强的体外抗菌作用。其原理主要是大黄蒽醌衍生物对细菌的核酸和蛋白质合成有显著的抑制作用。这些更为大承气汤能治外感热性病热扰神明提供了理论根据。综上所述，我们应该全面理解本方在热性病中的治疗作用，而决不能囿于痞满燥实四字^[17]。

赵辉：①运用此方要严格掌握其适应证，方不致鲁莽攻下，酿成大错。但看准时机，当攻则决不犹豫，以免燥热之患成燎原之灾。故而部分病例虽不全具阳明腑实重证之痞满燥实坚，或里实证并非很显著，但只要燥极津竭，腑气不通，实热之证已见，则皆可给予“釜底抽薪”，以达“急下存阴”之目的。其次对有些患者虽脉尚有力，但年迈体弱，不攻则邪盛为患，攻则担有风险，此时标实邪盛是矛盾

的主要方面，故驱邪是当务之急。本着“急则治其标”的原则，掌握好尺度，严密观察脉舌变化，给予大胆攻下，下后再扶本善后。②谨守病机，但“师其法而不泥其方”，不管是什么病，只要病机相近，也就是说不相同之病处于同一时，采用“异病同治”的法则，用同一方化裁而收功。胃癌、胃肠功能紊乱、急性牙周炎、精神失常等虽非同病，但病机相近，均具里有实热，腑气不通。其次病机相同是相对而言，人有差异，病有轻重，故运用时应随证加减，灵活掌握煎服方法和药味的此例，较原方更为理想。在治疗胃癌时，原方加活血化瘀的桃仁、红花、郁金等；急性牙周炎加清热解痛的连翘、山栀；胃肠功能紊乱加养阴生津的石斛等；精神失常加清热化痰的胆星，服1剂大便通利后将大黄减量改为同煎，减枳实加行气解郁的郁金及开窍逐痰的菖蒲再服1剂病愈^[18]。

傅晓晴：仲景立承气汤治腑气壅实，燥屎内结。以大黄、芒硝苦寒泻下、通腑动荡除胃肠邪热积滞。然欲动有形之燥屎，当先推其无形之气机，故借枳朴辛苦温流行掘壅之力，破气散结推荡积热燥屎而出。此为寒温之药相辅相成，从不同侧面发挥协同作用之法^[19]。

金守强：《伤寒论》之三承气，皆为阳明腑实而设，大黄之量均为四两（约折四钱），而《温疫论》之三承气，则为逐邪热而用，大黄之量都用五钱。《伤寒论》之大承气汤，芒硝之量（三合）轻于调胃承气之量（半斤），而枳实（五枚）、厚朴（半斤）的用量则又重于小承气汤（枳实三枚、厚朴二两）。盖大承气汤证痞满燥实俱全，虽得硝黄泻热荡实，但行气破滞、消痞除满之力欠足，故须重用枳实、厚朴以善其功；调胃承气汤证则以燥实为主，痞满不显，故重用芒硝资助大黄径去其实；小承气汤证则因痞满为主，是证较轻，故去芒硝而减枳朴之量。而《温疫论》之大承气汤，芒硝之量（三钱）却重于调胃承气汤中用量（一钱五分）；枳实，厚朴之量（各一钱）则又与小承气汤均等。盖吴氏立意于逐除客邪为主，而大承气汤证邪害最烈，为证最急，因而犹恐大黄力所未及，故相对重用芒硝之量以助大黄，全其荡涤之能，调胃承气汤证唯存宿结而有瘀热，故稍加芒硝软坚润燥以资大黄，泻其实热。之所以大、小承气汤之枳实、厚朴用量均等，则因二证皆有痞满见证，但大承气汤已有芒硝相辅以通腑

逐邪，邪去腑通则痞满自消，故不再加重枳实、厚朴之量。从中可见，吴氏之用承气，主次分明，重点突出，不仅在原则上以大黄为主，余药为辅，而且在剂量上，大黄更重于《伤寒论》之量，其余药物则又小于《伤寒论》之量，从而在药物配伍比例上，增加了大黄的比重，突出了大黄在承气汤中的首要地位。吴氏之所以如此推重大黄，是有其独特见解的。他认为：“疫邪首尾，以通行为治”，而“大黄走而不守”、“润而能降”、“至是邪结去，胀满除，皆藉大黄之力”、“是以大黄为专功”。而仍需枳实、厚朴相配者，则因“大黄非破气药……故逐邪拔毒，破结导滞加以枳朴者，不无佐使云尔”。由此所及，联系妊娠患时疫而具下证者，本着“有故无殒亦无殒”之义，大黄亦就“反为安胎之圣药”，盖“虽投承气，但可愈疾而全母也”。可见吴氏对大黄的认识，实为其深究承气之奥的经验之谈^[20]。

张孟林：本方泻火导热，多用于热盛伤津、火炽阴劫之便秘、摇身撮肚、鼻煽气粗，面色红赤、口渴尿黄、舌红苔黄、脉洪数等多种感染性疾病。如热甚加生石膏、青蒿、知母；白细胞增多加金银花、连翘；上焦部位感染加黄芩；下焦部位感染加黄柏；口渴加玉竹、麦冬；神昏加远志、菖蒲；抽搐加天麻、僵蚕；黄疸加茵陈^[21]。

田在善等：实验研究表明：①增强胃肠运动力：无论是寒下法的大承气汤、大黄、大黄的复方制剂锦红片，温下法的三物备急散、巴豆，还是峻下法的甘遂都能明显增强小白鼠的胃肠道推进功能，提高炭末在消化道中的推进率。药物的作用强度依次为大承气汤、甘遂末、甘遂通结汤、三物备急散。大黄、巴豆、甘遂等分泌性攻下药大于渗透性泻下药芒硝。巴豆、甘遂能使家兔离体小肠紧张性明显提高，收缩幅度变小，其作用可被阿托品所拮抗，而大黄对肠管的作用似乎有调节作用，8次实验中有5次表现为紧张性下降，另3次呈相反的效应，推测可能与肠管原来的紧张性状态有关。增强肠道推进功能的作用多来自于以下两个方面：增加肠道内液量与对平滑肌的兴奋，两者相辅相成。用家兔小肠分段结扎法比较了下法药物对肠腔内液量的影响，结果表明，注入去芒硝大承气汤组、巴豆组、甘遂组、大黄组肠段内液量相当于生理盐水组的2~3倍，分别为 $3.80 \pm 3.0\text{ml}$ 、 $3.80 \pm 1.38\text{ml}$ 、 $3.20 \pm 2.26\text{ml}$ 、 $4.90 \pm 1.99\text{ml}$ （生理盐水组

为 $1.64 \pm 1.35\text{ml}$), 大承气汤组则为生理盐水组的数倍以上 ($11.17 \pm 3.72\text{ml}$)。由此看来, 大承气汤组肠管中液量的激增, 显然与方剂中的芒硝有关。关于肠腔内液量增加的原因, 周才一等用大鼠所做的研究表明, 2% 大黄水溶液能明显增强水分与 Na^+ 向肠道内移行的速度, 即大黄的泻下作用与肠道内黏膜向肠管内分泌水分有关。关于兴奋肠管机制的研究, 南开医院曾进行了如下的实验观察, 并初步认为大承气汤对肠管的兴奋作用可能是对肠管平滑肌直接作用的结果, 即大承气汤不仅能提高炭末在完整小鼠消化道内的推进率, 而且对摘除双侧肾上腺、切断双侧颈部迷走神经及用阿托品阻断迷走神经效应后的小鼠, 仍然具有提高消化道推进功能的作用, 且静脉给药无效。进一步以高体肠鼠回肠标本分析了其作用方式, 表明大承气汤对各种神经组织阻断剂处理过的肠管标本的反应与组织胺相同, 而与烟碱不同, 其反应均不被阿托品、六羟甲胺及丁基卡因所阻断。由于组织胺能直接兴奋肠壁平滑肌, 而烟碱为壁内神经节的兴奋药, 故认为大承气汤对离体肠管的兴奋效应可能是直接对肠管平滑肌兴奋的结果。

②增加肠血流量: 南开医院用狗游离肠袢实验表明, 肠腔内注入大承气汤后肠血流量明显增加而注入生理盐水则无此作用。大承气汤在增加肠血流的同时还见有肠运动的增加。这一肠血流增加的现象与肠节律性收缩可增加肠静脉引流从而对血流起推进性作用有关。大承气汤增加肠血流量的作用在临床急腹症的治疗上有着重要的意义: 增加肠壁或腹腔脏器的血氧供应, 有利于保存肠壁的功能, 并可借此改变肠腔内腐败物质分解及细菌学状态。因在肠麻痹或肠循环不足的情况下, 肠内腐败分解过程加速, 厌氧菌繁殖亦可能加强, 肠壁血流循环增加, 还有利于腹腔内渗出物的吸收。

③促进腹膜吸收: 腹膜对等渗液、血液、空气和微生物颗粒有强大的吸收能力。有些泻下药物有加强腹膜的吸收作用, 从而有利于炎症的吸收消散。甘遂末水悬液组的吸收速度较生理盐水组提高近 1 倍, 而次碳酸铋组的吸收速度则较生理盐水组减慢约 50%, 提示由于消化道运动功能的增强, 加强了对血流的推进作用, 从而使腹膜吸收能力增高。大黄、芒硝、巴豆对小鼠腹腔内异种血都有加速吸收的作用, 同时还证明芒硝对机体排除进入体内的异种血色素有较强的促进作用, 从而表明应用下法促进腹

腔炎性渗液的吸收是合理的。④抑菌：大承气汤对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌都有抗菌作用，方中的单味药大黄、厚朴的抗菌活性与大承气汤相似，但对变形杆菌的作用比全方差；枳实仅对金黄色葡萄球菌、变形杆菌有抗菌活性，而对大肠杆菌、绿脓杆菌无抗菌作用。甘遂煎剂、巴豆水悬浮液则全无抗菌活性。但大黄、巴豆组成的巴黄片则具有与大黄单味药相似的抗菌活性，说明这一作用来自大黄。⑤抗炎作用：炎症早期毛细血管通透性呈升高改变，致使炎性渗出增强，而大承气汤具有降低或调节毛细血管通透性的作用。南开医院以往的实验表明，大承气汤有降低小鼠循环血中酰胆脂向腹腔内移行的作用，指示其对腹腔血管床毛细血管的通透性有抑制作用。以家兔皮丘兰染法也证实，大承气汤能减低循环血液中与血浆蛋白结合的染料从毛细血管透出的能力。新近有人报道大承气汤对腹部毛细血管的通透性有双向调节作用，该调节作用可因动物被麻醉而丧失，提示有神经机制参与。双向调节作用表现在：当投大承气汤于腋下脓肿组小鼠后，药物有抑制¹²⁵-白蛋白从血循环渗出进入腹腔的作用，而对腹腔炎症组小鼠则呈增强作用。前者对于防止腋窝部位的外邪入侵腹腔有一定积极意义，后者将有利于促进细菌和毒素的吸收和排除^[22]。

高绍利：中焦气滞，腑气不通皆可下。重在逐邪，勿拘结粪而畏下。虚实夹杂，扶正祛邪仍可下。通下取效，大黄、芒硝要重用。成人剂量一般需 15g，生大黄更应重用，临床有 1 日用至 30~60g 者，并无明显不良反应。不过，若属脾胃虚弱者，大黄、芒硝则不宜重用。若属洞泻寒中，正虚而邪气不实者，则应禁用，免犯虚虚之戒^[23]。

张工或等：分析了大承气汤对结肠平滑肌的药理作用，同时对豚鼠结肠平滑肌细胞膜上的 L 和 T 型钙通道以及对 β 受体、环磷腺苷和神经因素等影响进行了探讨。认为大承气汤对结肠平滑肌的舒张作用和收缩抑制作用机制是阻断了豚鼠结肠平滑肌收缩依赖的 T 型电位依赖性钙通道，与 β 受体无明显关系，能提高环磷腺苷的水平，并对神经具有一定的作用。总之，大承气汤对结肠平滑肌的舒张作用和收缩抑制作用的机制可认为是阻断了豚鼠结肠平滑肌收缩依赖的

type 的电位依赖性钙通道, 与 β 受体无关, 能提高环磷腺苷的水平并对神经具有一定的作用^[24]。

杨胜兰等: 大承气汤能显著降低氧自由基代谢产物 MDA 的含量。说明其具有清除自由基、增强抗氧化能力的作用, 且能调节和改善自由基代谢的平衡。此可作为通腑利肺的作用机制之一。肺系数、BALF 中白蛋白含量, MDA 含量是衡量肺损伤程度的常用指标。本研究结果显示, 体外直肠不全结扎模型大鼠肠腑不通导致了急性肺损伤, 经过通腑法治疗后, 肺损伤指标较模型组均降低, 表明通过大肠传导功能的改善, 表现为 MDA 等肺和气道内的“浊物”得以减少, 使肺主肃降的功能得以逐渐恢复, 从而也证实了肺与大肠相表里的客观性^[25]。

田在善等: 采用 LPS (po) 同时 5-HT 和 Pb-Acet (iv) 方法对大鼠进行肠源性内毒素血症 (EETM) 造模, 治疗组同时经口投予大承气汤 (DT)。实验结果表明: 造模后 3h, 心、肝、肾生化功能指标即呈异常改变, 而给药组呈保护效应, 提示 DT 对大鼠 EETM 所致脏器功能损害具有保护作用^[26]。

游飞霞: 中风闭证以突然昏倒、不省人事、牙关紧闭、口噤不开、两手握固、大小便闭、肢体强痉为主要表现。在发病的第一周内, 病人常出现以下征象: 烦躁不安、面红耳赤、口干口臭、腹部胀满、大便秘结甚或不行、苔黄或黄腻、脉弦或洪大。《伤寒舌鉴》说: “黄苔者, 里证也。” 阳明腑实, 胃中火盛, 火乘土位, 故有此苔黄腻, 是说明腑实兼痰。《中医舌诊》说: “凡苔厚腻而色黄, 为痰热, ……为食滞, 为湿痰内结、腑气不利”。脉弦滑或洪大, 是由于腑内燥结化热, 引动肝风挟痰上扰所致, 洪大脉象说明腑实甚而伤及阴津。究其病机, 此证型常由肝阳暴张或痰湿内盛所致。病人呈现一派热象, 热灼阴液, 致大便秘结甚或不行, 腑气不通, 体内胀气不得下行, 清气不能上升, 空窍得不到滋养。同时, 西药脱水剂的应用, 使体内原已缺乏的津液更少, 病证进一步加重。在中风闭证的治疗中, 大承气汤适用于伴有阳明腑实证的病人, 应随证型进行加减:

①阳闭兼有热象者: 表现为肝阳暴张, 阳升风动, 气血上逆, 挟痰上蒙清窍, 此时应加清肝熄风育阴潜阳之药, 如羚羊角、龟板、石决

明、生地、牡丹皮、菊花、夏枯草、蝉蜕等；②阴闭兼有热象者：表现为痰湿偏盛，风挟痰湿，上蒙清窍，内闭经络，此时应加燥湿化痰、开窍醒神之剂，如陈皮、半夏、胆星、茯苓、菖蒲、地龙、钩藤等；③如抽搐严重，可酌加全蝎、蜈蚣、僵蚕等熄风镇惊之剂。大承气汤还可适用于实证病人，故对中风伴虚证，尤其是脱证患者应禁用，并注意中病即止。在中风病的早期，即发病的第一周内，根据辨证，正确恰当地应用大承气汤，辅以平肝熄风药物进行治疗，会使内风逐渐平息，腑气逐渐通畅，浊气不断下降，清气循序上升，清窍不断滋养，使病人顺利地度过危险期，转危为安^[27]。

益建华：痉病是以项背强急、口噤不开、甚至角弓反张等为主症的一种病证。因本病在筋，多与肝有关，因而应以治肝为主。《金匱》用大承气汤主治“痉为病，胸满，口噤……”之证，是由热邪内郁阳明，热盛灼津，筋脉失养所致，用大承气汤泄热通腑、急下存阴，非此勿用。正如《医宗金鉴》所谓“此皆阳明热甚灼津，筋急而甚之象，故以大承气汤直攻其热”。今临床治疗急性热病之高热抽搐，属于热盛阳明者，可加减用之^[28]。

引起发热证的原因有外感、内伤等，治有温清补泄等法。《伤寒论》用大承气汤主治“阳明病，发热，汗多者”。笔者认为，主治阳明病，发热，当伴见大便秘结、腹胀疼痛、舌苔黄燥、脉沉实有力等症，方可应用。临床对传染性或非传染性发热性疾病的极期，出现高热、大便秘结、舌苔黄燥、脉沉实有力等阳明腑实证者，亦可用大承气汤加减治之^[28]。

丁元庆：大承气汤是通腑泻热之代表方，主要用于温热病热结腑实证，也是目前神经内科临床的常用方剂，主要用于急性脑血管病、中枢神经感染性疾病、中毒性脑病、感染性精神障碍、躁狂症等。若热结腑实，或痰热腑实，气机壅滞，腑气不通，或痰热上扰清窍，出现昏迷、谵妄、躁狂、亢奋等精神神志异常，伴有大便不通，腹部胀满，口气臭秽，舌质红，苔黄腻或黄燥时，常用此方加减。中风病痰热腑实证应尽快应用通腑法，一可通畅腑气，祛瘀达络，敷布气血，使半身不遂等症状进一步好转；二可清除阻滞于胃肠的痰热积滞，使浊邪不得上扰神明，气血逆乱得以纠正，达到防闭防脱之目的；三可

急下存阴，以防阴劫于内，阳脱于外。胃络通心，胃热可以扰乱心神，此时，通腑调气，泻热降浊，即能宁心安神。临床所见，阳明腑气不通，气机壅遏，津液结滞形成痰浊，日久化热，痰热、痰火内结，扰乱神明，易发生失眠、头痛、烦躁、躁狂等。临床失眠、躁狂的患者，若面赤垢浊，口气秽恶，不食不便，舌质红或绛，苔黄浊腻，脉滑有力，用大承气汤合礞石滚痰丸、生铁落饮加减治疗，常获良效。大承气汤为阳明胃热炽盛热结腑实证而设，热盛最易导致阴津耗伤，而苦寒之品虽能泻热，用之不当则极易损伤阴液，故应用本方，首先强调辨证准确；其次，应中病即止，勿过剂伤正；第三，腑气未通，热邪、浊气未尽，阴液已伤，当参照后世温病医家之增液承气汤、黄龙汤、新加黄龙汤，通腑泻热降浊与生津救阴并重。临证常加麦冬滋阴生津，清心除烦；加生地清热凉血，养阴生津。火与元气不两立，阳明热炽，饮食少进，火盛伤气，表现为精神异常，神志障碍，精神疲惫，形神萎顿，懒言懒动，舌质红少津，苔黄燥，脉虚数。治疗当通腑泻热与益气培元并举，其要在人参与大黄为伍，有泻不伤正、补不碍邪、泻下与补益相得益彰之妙。《辨证奇闻》谓冬月伤寒，谵语发潮热，以承气汤下之不应，脉反微涩，用人参一两，大黄一钱，名曰人参大黄汤。谵语潮热为急下之征，不下不足以祛邪，微涩之脉，是气液俱损，妄下反伤其正，故于大力益气补虚扶正之中，兼泻热通下，以求立足于不败之地。因本方泻下之力猛，在使用时应把握分寸，所谓“得下，余勿服。”临床使用本方时应注意其煎煮方法，即后下大黄以取气锐力峻^[29]。

陈世钧等：脑卒中急性期患者以痰浊壅盛腑气不通为中心环节，故应及时通腑泻浊。一方面积滞一除，清阳上升，浊阴下降，利于神志转清。另一方面，腑气通畅，气血得以敷布，经脉通畅，利于半身不遂的恢复。再一方面，急下存阴，不致变证百出。可用大承气汤荡涤之，亦可配合0.1%~0.2%肥皂水灌肠，而病者不致腹泻，亦不会因泻下伤正，反而邪去正安。若素体气阴不足，则用轻剂，或润肠通便法，配合甘油栓塞肛，以大便通畅为度^[30]。

王俊卿等：大承气汤在方剂学中属泻下剂，是最具代表性的通腑泻下方剂，各类承气汤加减治疗急性脑出血已被广泛应用于临床，但

承气汤临床治疗急性脑出血的机制尚未见报道,本实验通过大承气汤对急性脑出血病人免疫功能的影响,从一方面寻找该方治疗本病的机制,为该方治疗急性脑出血打下理论基础。本研究设西药组和中西药组进行对比研究,结果显示西药组各项指标较治疗前均有好转,但无统计学意义,中西药组治疗后与西药组治疗后比较吞噬率、吞噬指数、CD8 和 CD4/CD8 有显著性差异 (P 均 < 0.05),提示大承气汤可增强巨噬细胞的吞噬能力,减少 CD8 细胞,提高 CD4/CD8 的比值,从而对急性脑出血病人的免疫功能起明显的调节作用。神经内分泌免疫网络是一个整体,脑出血可带来病人免疫功能的降低;反之,免疫功能的异常也可影响脑出血病人的功能恢复。大承气汤对急性脑出血病人免疫功能的调节,可促进患者的功能恢复,因此我们认为大承气汤对免疫功能的调节作用为其治疗本病的机制之一。大承气汤对急性脑出血病人免疫功能调节的机制尚不清楚,是否通过神经内分泌免疫网络而起作用有待进一步研究^[31]。

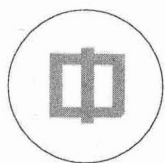
张一帆:经方大承气汤在治疗脑病中的应用颇多,只要抓住病机要点,屡试屡效,但因其仍为峻下剂,多适用于实证,虚证应慎用、减量用或禁用(极虚者)。此外,应用时还要注意中病即止或逐渐减量,防止攻伐太过而伤正,适当之时应攻补兼施。虽然大承气汤在治疗脑病中有其独特的优势,但临证时仍需注意辨证与辨病相结合,不可妄投^[32]。

参 考 文 献

- [1] 张志民,周庚生. 试探三承气汤及六急下证. 新中医, 1983, (2): 26
- [2] 顾维章. 不同煎法对本方主要成分大黄蒽醌类溶出的影响. 内蒙古中医药, 1983, (4): 59
- [3] 孙爱贞. 从大承气汤对血管通透性的双向调节探索中药复方的作用. 中成药研究, 1983, (10): 28
- [4] 吴崇奇. 浅谈大承气汤方义. 吉林中医药. 1984, (6): 19
- [5] 高国青, 田凤鸣. 《伤寒论·阳明病》篇寒下法刍议. 河北中医. 1985, (1): 4
- [6] 杨麦青. 从儿科临床探《伤寒论》六经本质与传经规律. 新中医, 1985,

- (5): 14,
- [7] 祁自忠, 周春祥, 汪受传. 大承气汤急症应用二则. 湖北中医杂志, 1986, (1): 33,
- [8] 余文华. 大承气汤加味治愈皮质醇增多症一例. 广西中医药, 1986, (2): 29
- [9] 刘锦波, 王琦. 略论大承气汤. 云南中医中药杂志. 1986, (2): 36
- [10] 裴业民, 石恩权. 从《温病条辨》探讨医源性阴虚. 新中医. 1986, (10): 15
- [11] 刘福成, 薛芳, 崔志永, 等. 大承气汤治疗严重创伤呼吸窘迫综合征的实验与临床研究. 中国中西医结合杂志, 1992, (9): 541
- [12] 陈树章. 试论动静中药之配伍运用. 山西中医, 1987, (3): 44
- [13] 孙其然, 胡炳文. 从桂枝汤及其类方看仲景“调整阴阳”的学术思想. 辽宁中医杂志, 1987, (8): 8
- [14] 柴中元. 张锡纯汗法方药理论和经验. 北京中医杂志, 1987, (4): 43
- [15] 李凌鸿. 大承气汤治疗肝性血卟啉病 1 例. 中西医结合杂志, 1987 (9): 553
- [16] 李友弟, 肖合湘. 妇产科腹部术后大承气汤保留灌肠的疗效观察. 中西医结合杂志, 1987, (10): 604
- [17] 任彦彬. 全面理解大承气汤的治疗作用. 河北中医, 1987, (6): 13
- [18] 赵辉. 大承气汤的临床应用. 新疆中医药, 1987, (4): 58
- [19] 傅晓晴. 《伤寒论》寒温并用法浅识. 四川中医, 1987, (11): 3
- [20] 金守强. 吴有性运用三承气汤治疗瘟疫浅析. 安徽中医学院学报, 1988, (1): 15
- [21] 张孟林. 下法在儿科中的临床应用. 四川中医, 1988, (1): 16
- [22] 田在善, 吴咸中. 通里攻下法实验研究进展. 天津中医, 1988, (1): 25
- [23] 高绍利. 承气汤在内科急症中运用的体会. 湖南中医杂志, 1988, (2): 24
- [24] 张工斌, 五味保男. 大承气汤对 Ach 和高浓度钾所致豚鼠结肠平滑肌收缩的药理作用解析. 长春中医学院学报, 1998, 14 (72): 52
- [25] 杨胜兰, 王鹏. 大承气汤对肠源性肺损伤大鼠肺组织抗氧化保护作用的研究. 湖北中医学院学报, 2003, 5 (3): 21
- [26] 田在善, 郑治纲, 李东华, 等. 大承气汤对肠源性内毒素血症大鼠心、肝、肾生化功能致损的保护作用. 中国实验方剂学杂志, 1996, 2 (5): 34
- [27] 游飞霞. 中风闭证用大承气汤. 河南中医, 1997, 17 (1): 19
- [28] 益建华. 张仲景大承气汤一方多用探析. 国医论坛, 2002, 17 (4): 3

- [29] 丁元庆. 大承气汤治疗脑病心得. 中国中医药学报, 2007, 3月22日, 第6版
- [30] 陈世钧, 潘铭. 中风临证辨治探析. 甘肃中医, 1994, 7(5): 12
- [31] 王俊卿, 武志耀, 周筱燕. 大承气汤对急性脑出血病人免疫功能的影响. 中医杂志, 1996, 37(1): 28
- [32] 张一帆. 大承气汤在脑病治疗中的运用. 实用中医内科杂志, 2004, 18(5): 390~391



临床研究

第一节 心脑血管疾病

一、脑出血

脑出血，即出血性中风，一般有高血压病史，其发病急出血后很快形成血肿引起急性占位效应，破坏周围组织，引起脑神经功能障碍，导致病人致残、致死，严重危害了人的健康。而传统的西医治疗只是利尿、脱水、支持、对症治疗。中风病多因情志、饮食、体质等因素导致肝肾阴虚，水不涵木，肝阳上亢，一旦遇到诱因，致肝阳暴张，阳化风动，痰火上扰，气血逆乱，蒙蔽清窍而发病。中风病可概括为“本虚标实”4个字。本虚即肝肾不足；标实即“风、火、痰、瘀”四端。中风的死亡率和致残率的高低往往取决于急性期的治疗是否得力，而急性期又以标实因素为主要矛盾。中风发病后可导致神经功能障碍致便秘，又经过脱水降颅压治疗，肠道黏膜腺体分泌功能降低，肠液分泌减少，同时肠内容物水分吸收增加，导致大便秘结。另外，由于大便不通，可使肠内容物产生肠源性毒素，加重脑

循环功能障碍。此外,病人会用力排便,反射性地导致血压及颅内压的升高,加重脑出血。中风急性期多阳火亢盛,邪热内炽,既可灼液成痰,助阳化风,又可消灼津液,加重病情。因此,腑气不通在中风病中,既可作为诱发因素,又可作为一种病理状态持续存在于病变过程中。因既有痰火上扰,又有腑实内结,壮火灼津,阴液亏乏,非急下泄热,腑气通利,气血条达,则难以令血脉复常。现代医学研究表明,急性脑血液循环障碍是中风的基本病理改变,中风急性期胃肠蠕动受到抑制,肠内容物积留过多,肠内毒素吸入血液进一步加重血液循环障碍,此时速予通腑泻下,不但能增加胃肠蠕动排除毒性产物,还具有脱水降颅压作用,改善血液循环,增加脑氧供应,从而促进神经功能早日恢复,降低中风急性期的死亡率、致残率。故治疗宜釜底抽薪,上病下取,通其腑气,孤其热势,导热下行,不但可使腑气通畅,气血得以敷布,痹通络活,利于肢体恢复,而且使阻于肠胃之痰火积滞迅速排除,浊气下降,不能上冲熏扰神明而使神志复苏。

【临床应用】

赵氏^[1]采用大承气汤抢救治疗出血性中风(急性期),取得了满意疗效。将60例病人,随机按1:1分为治疗组30例和对照组30例。对照组进行传统的利尿、脱水、支持对症治疗。治疗组在对照组治疗的基础上加用大承气汤,两组传统用药完全相同,具体用法:大黄10~15g,芒硝10~20g,厚朴10~15g,枳实10~15g,芒硝冲服,其余3味药水煎至200ml,早晚各100ml口服或鼻饲。治疗组的治愈率为36.67%,总有效率为93.33%;对照组治愈率为23.33%,总有效率80%。结果经统计学处理: $P < 0.05$,有显著差异。

按:《伤寒论》指出:阳明腑实证,燥粪内结,可引起意识昏蒙,目不识人,甚则独语谵语、循衣摸床、惊惕直视等多种精神症状,这与现代医学的认识相一致。因此,选用《伤寒论》中的大承气汤治疗出血性中风(急性期),泄其热,下其燥结,祛其肠胃积滞,使邪热无所依,气血条达,逆转病势,起到釜底抽薪,急下存阴的效用。使中风诸证缓解,弥补现代医学治疗中风的不足。应用大承气汤方一定要严格掌握适应证:腹胀满痛、便秘为重要用药指征,且中病即止,以防泻下而致脱证。大承气汤由4味药组成,大黄为泻下

药，有抗菌、利尿、止血、降压作用，为君药；芒硝有促进肠蠕动作用；厚朴、枳实为理气药，四药组合共奏峻下热结、荡涤胃肠积滞之效。

覃氏^[2]以大承气汤保留灌肠为主，配合西医脱水及支持疗法，治疗脑出血急性期 46 例。大承气汤：大黄 30g，芒硝 10g（冲），厚朴 15g，枳实 10g，水煎沸 15min 取汁 150ml，给药方法：待药物温度在 37~38℃ 之间，患者取左侧或右侧卧位，通过输液器下接导尿管（插入深度 20~30cm）灌入，抬高臀部保留 30~60min，每日 1 次，每次 150ml，配合绝对卧床，保持呼吸道通畅，吸氧，防治脑水肿，控制血压，维持水、电解质平衡，防治感染等。治疗结果：基本治愈 10 例，显效 18 例，有效 11 例，恶化 7 例。治疗有效率 84.78%，无效 15.22%。

按：灌肠疗法是从直肠治疗的一种方法，特点是克服了患者服药困难，避免药物对消化道的刺激及消化液对药物作用的影响，避免肝脏的“消化药效”作用，保证有效的血药浓度，使中药发挥更好的全身治疗作用，并且方法简单，费用低廉，疗效确切。脑出血急性期中医辨证属中风，病因病机：系气血亏虚，心肝肾阴阳失调，复加诱因致，阴虚阳亢，化火动风，炼痰中阻，腑气不通，粪便干结，邪热上壅，闭阻清窍，气机逆乱而发病。刘河间认为中风主“心火暴盛，益用大承气汤治疗便溺阻格”，可见古代医家已注意到邪热内盛、腑气不通对本病的重要性。故通腑泻热、开窍涤痰为治疗中风急症的重要环节。大承气汤出自东汉末年张仲景所著《伤寒论》，水煎口服治疗阳明腑实痰热互结之证，现用于保留灌肠治疗脑出血急性期为新的用法，其通腑泻热、开窍涤痰更为直接、简单，疗效确切。方中重用大黄，是据近代名医张锡纯创制的镇肝熄风汤主治“脑充血”、“类中风”等重用大黄，其性善下行，通腑泻浊，凉血止血，防再出血。大黄配芒硝疏泄热邪通腑，乃釜底抽薪之法，厚朴、枳实宽肠行气、化滞，诸药配合达到治疗便溺阻格的效果。现代医学研究表明，急性脑血液循环障碍是中风的基本病理改变，中风急性期胃肠蠕动受到抑制，肠内容物积留过多，肠内毒素吸入血液进一步加重血液循环障碍，此时速取通腑泻下，不但能增加胃肠蠕动排除毒性产物，还具有

脱水降颅压作用,改善血液循环,增加脑氧供应,从而促进神经功能早日恢复,降低中风急性期的死亡率、致残率。

【病案举例】

1. 陆某,男,68岁,退休干部,于2002年10月6日入院。患者有高血压病史5年,血压常在20~25/12~14kPa,曾间断服西药治疗。2天前活动后突然昏仆,不省人事,左侧半身不遂,不能言语。头颅CT示右侧颞、顶叶脑出血,血量62ml,诊为“脑出血”。因家人不愿手术治疗,经脱水、降颅压、抗感染及支持疗法等处理后,症状未见明显改善而入院。现患者不醒人事,面红身热,口臭唇燥,喉中痰鸣,躁动不安,失语偏瘫,大便3天未解,舌红绛,苔黄厚腻,脉弦滑。体温39℃,血压24/12kPa,呼吸24次/min,脉搏105次/min。中医诊断:中风、中脏腑(痰热腑实、风阳上扰)。西医诊断:①脑出血;②高血压病Ⅲ期;③肺部感染。入院后西医治疗继续按急性脑出血常规处理,给予20%甘露醇250ml静脉滴注与速尿40mg静脉注射相隔6h交替进行,并给予吸氧、维持水电解质酸碱平衡、控制血压、抗感染、营养支持、防治并发症等对症处理。中医应用大承气汤加味:大黄(后下)20g,芒硝10g,厚朴10g,枳实10g,胆南星10g,竹沥10g,石菖蒲10g,石决明30g。加水煎至150ml,由胃管注入。上方再加水复煎至300ml,待温度适中保留灌肠,每日1次,连用2天。经上述处理后,患者解大便2次,初为燥屎,色黑味秽臭,后为黄褐色软便,量较多。神志转清,仍失语但可会意,痰鸣音减少,烦躁症状消失,左侧偏瘫,舌稍红,苔薄黄稍腻,脉弦,体温37.2℃,脉搏82/min,呼吸20次/min,血压21/12kPa。上方大黄减半以防耗气伤津,去芒硝,加牡丹皮10g、赤芍12g、地龙10g以活血通络化痰,加水煎至150ml,由胃管注入。连用5天后,患者神志清,可对答,但语音含糊不清,左侧肢体偏瘫减轻,拔除胃管后可进食肉粥,大便通畅,1~3次/d,无头晕头痛,无发热,无痰鸣,无烦躁,舌淡红,苔薄白,脉弦。后期治疗,西医以营养神经、控制血压为主,中医以补阳还五汤加减,配合针灸、按摩治疗促进肢体功能恢复,3个月后可拄拐杖行走,生活基本自理^[3]。

按:临床上中风病多因情志、饮食、体质等因素导致肝肾阴虚,

水不涵木，肝阳上亢，一旦遇到诱因，致肝阳暴张，阳化风动，痰火上扰，气血逆乱，蒙蔽清窍而发病。肝为起病之源，胃为传病之所，木横土衰，必损脾胃升降之气，致中州运化传导失职，糟粕内停，大便秘结，而腑气不通，邪热不得下泻，阳明实热上壅，又会使痰火更甚，加重气血逆乱，加重病情。从病机上看，中风急性期多阳火亢盛，邪热内炽，既可灼液成痰，助阳化风，又可消灼津液，加重病情。因此，腑气不通在中风病中，既可作为诱发因素，又可作为一种病理状态持续存在于病变过程中。因既有痰火上扰，又有腑实内结，壮火灼津，阴液亏乏，非急下泄热，使腑气通利，气血条达，则难以令血脉复常。故治疗宜釜底抽薪，上病下取，通其腑气，孤其热势，导热下行，不但可使腑气通畅，气血得以敷布，痹通络活，利于肢体恢复，而且使阻于肠胃之痰火积滞迅速排除，浊气下降，不能上冲熏扰神明而使神志复苏。再者，急下存阴，可防阴劫于内，阳脱于外。用大承气汤加味为首剂，口服与灌肠并用，意在速取通腑泄热之效，使腑气通，热结去，痰热清，阳亢平。使邪去正安，清窍爽利，胸腹畅快，诸症减轻。据临床观察，药后大便通畅的患者，神志障碍和半身不遂等症恢复较快，预后良好；服药后大便仍不通的患者，病情多趋恶化，预后不良。中风急性期，由于胃肠蠕动受到抑制，肠内容物积留过多，肠内毒素吸收入血液，进一步加剧脑血液循环障碍。此时速取通腑泻下，不但能增加胃肠蠕动，排除肠内积滞物和毒性产物，促进胃肠功能恢复，还可脱水降颅压，改善脑血液循环，增加脑部氧供应，从而促进神经功能早日恢复。但大承气汤在中风急性期运用时须注意不可通泻过度，以防泻后失水过多，耗伤阴液，使血液黏稠度增高而加重病情。体壮者可予重剂，体弱者则用轻剂或攻补兼施，高龄者可改增液承气汤加减治疗。

2. 姚某，男，56岁，2000年11月6日急诊入院。患者于4h前因情绪激动，随即昏倒在地，神志不清，右侧肢体瘫痪，口眼歪斜，面红目赤，小便失禁，素即大便秘结，舌质红，苔薄黄，脉弦有力。查体：血压29.3/17.3kPa，意识不清，双瞳孔等大、对光反射略迟钝，颈有抵抗，右上肢肌力均为0，右侧巴氏征(+)。头颅CT示左侧基底节区血肿。中医辨证为中风中脏腑，肝阳暴亢，风火上扰清

窍。治宜平肝通腑，泻火潜阳，开窍醒神。方用调胃承气汤合天麻钩藤饮加减。药用：生大黄 30g，芒硝 10g（冲服），天麻 10g，钩藤 20g，石决明 20g，川牛膝 15g，黄芩 10g，栀子 10g，夏枯草 10g，丹皮 10g，赤芍 10g，甘草 6g。每日 1 剂，浓煎鼻饲，同时鼻饲安宫牛黄丸 1 丸，每日 2 次，服至神志清醒。服用 2 剂，解大便 6 次，腑气通畅，亢阳下潜，而神志转清，测血压 24.0/13.8kPa。服药 1 周后，血压稳定在 21.3/12.0kPa，右上肢肌力 I 级，右下肢肌力 II 级，后改用滋补肝肾、活血化瘀通络法治疗 1 月余，肌力基本正常出院^[4]。

3. 王某，男，64 岁，1999 年 11 月 23 日初诊。患者于 6h 前因情志刺激后突感头痛剧烈，遂出现神志不清，右半身不遂，伴呕吐咖啡样物，烦躁不安，面赤气粗，大小便闭，舌质暗红有瘀斑，苔薄黄，脉弦数。既往有高血压病史。查体：血压 28.6/18.0kPa，神志不清，双侧瞳孔等大，双眼向左凝视，颈强直，右上肢肌力 0，右侧巴氏征（+）。头颅 CT 示左侧丘脑出血。呕吐物潜血（++）。中医辨证为中风中脏腑，肝阳暴亢，瘀血阻脑。治宜平肝化瘀通腑，醒神开窍。方用桃仁承气汤合天麻钩藤饮加减。药用：酒大黄 15g，芒硝 10g，桃仁 10g，当归 10g，赤芍 15g，黄芩 10g，黄连 6g，川牛膝 15g，天麻 10g，钩藤 20g，水蛭 15g，三七粉 4g，蒲黄 10g。每日 1 剂，水煎服。同时鼻饲安宫牛黄丸 1 粒，每日 2 次，服至神志清醒。服 1 剂后，当晚解恶臭大便 3 次，未呕吐咖啡样物。3 剂后神志转清，诸症改善，血压 22.7/13.3 kPa。原方去三七、蒲黄，加地龙 10g，鸡血藤 20g，续服 3 剂。6 天后诸症进一步改善，血压稳定在正常范围，右侧肢体肌力略有恢复。急性期过后，用补阳还五汤加味善后，乃好转出院^[4]。

按：中风病急性期是在脏腑经络功能失调、阴阳气血偏盛偏衰的基础上，产生火、痰、瘀、虚，导致内风、腑实、窍闭证的发生。“风”指病势而言，而火、痰、瘀、虚为生风之源，也是引起腑实、窍闭的主要原因。腑气不通，则火热、痰浊、瘀血之邪无下走之路，使实邪肆虐更甚，骤然出现大壅大实之象；或原有阴虚，因腑气不通，而火热之邪进一步耗竭真阴，从而加重病情。通腑泻下虽为中风急性期治疗的重要治则，但不可一味下之，必须辨证选用通腑法，才

可取得理想的效果。

4. 赵某, 男性, 63 岁。1982 年 9 月 10 日就诊。患者素有头晕病史, 今在劳动时突觉右下肢使唤不灵, 随之跌倒在地半小时入院。入院时体检: 神志不清, 呕吐, 口眼歪斜, 右侧肢体呈强直性瘫痪, 左手躁动不时摸头, 小便失禁, 无发热, BP 25.1/13.1kPa, 心音各瓣膜区均无明显的杂音, 颈项轻度抵抗感, 右下肢 Babinski 征 (+), Chaddock 征 (+), 舌红苔淡黄腻, 脉弦数。诊断为脑出血 (因附近医院无 CT 机故未做检查)。中医辨证为: 肝阳上亢, 日久化火, 风火上扰, 脉络受损, 治以泻火清热、熄风潜阳。处方: 制军 12g, 芒硝 5g, 川朴 12g, 枳实 12g, 生龙牡各 30g (后下), 煎汤鼻饲给药 1 次, 2 小时后大便得解, 随之躁动减少, 呕吐也止, 经调理 2~3 天, 舌苔始化, 脉象缓和, 治疗半月好转出院^[5]。

按: 中风是一种急性非外伤性脑部血供障碍引起的局灶性神经损害, 病情进展迅速、凶险。应用加味大承气汤治疗中风, 是治疗中风病方法中的一部分, 对控制和减轻症状有较好的作用。因中风起病急骤, 肠胃宿食未能排空而满实, 起病后又由于甘露醇等脱水剂的应用, 肠内液体的减少和不同程度的肠麻痹, 使郁积化热, 症状日趋加重, 因此, 必须及时用药, 使大便在 24 小时内排出体外。现代医学对中风的治疗以降颅压、降血压为原则, 泻下剂则有不同程度的解除血管痉挛、降血压、降颅压的功能, 两者有异曲同工之意。所以, 应用加味大承气汤治疗中风是可取的。另外, 大承气汤可使大便保持通畅, 避免因大便坚结难排出, 用力排便而引起的脑部血管病变再出血而加重病情。

5. 王某, 男, 58 岁, 2001 年 12 月 1 日诊。有高血压病史 10 余年。3 天前突然右侧肢体偏瘫, 失语, 头痛, 随即入院。查 BP 14/10.6kPa, 意识清晰, 完全性运动失语, 双侧瞳孔等大等圆, 光反射灵敏, 右侧鼻唇沟变浅, 右侧肢体肌力 I 级, 右侧巴彬斯基征 (+), 颈强 (+)。舌质淡红, 苔白厚, 脉弦滑。CT 示左侧基底节区出血, 约 4ml。证属风痰阻络型中风。予中西医结合常规治疗, 病情无好转, 且逐渐出现嗜睡, 时有烦躁, 大便未行。12 月 1 日出现浅昏迷, 舌质红, 苔黄, 脉滑数。病情加重, 由中经络转为中脏腑。

辨为腑气不通，痰热闭窍。投大承气汤加味：大黄 15g，芒硝 10g，厚朴 15g，枳实 15g，郁金 20g，石菖蒲 20g，苍术 15g。每日 1 剂，分 2 次鼻饲。并继续西医治疗。服药 2 剂后，排出少许干便，嗜睡、烦躁均减轻，继续服上方 2 剂，患者神志转清^[6]。

按：脑出血属中医学“中风”范畴，主要与血瘀、痰盛、阳亢、阴亏等有关。痰瘀均可化热，加之此病的致残率高，患者病后情绪不稳、抑郁可致郁而化热化火。火热之邪在上扰神明；在下与有形之积结于肠中，腑气不通，浊气不降，进而加重意识障碍，故该患者 3 天未大便，予大承气汤峻下热结、通腑祛积，加用化痰开窍之品而效。

二、脑梗死

由于血管狭窄或闭塞、血供应不足而使相应的局部脑组织缺血坏死称为脑梗死。绝大多数为白色缺血梗死，少数梗死区的血管坏死，继续出血，形成出血性梗死。按不同的病因和发病机制，临床上较常见的有以下类型：脑动脉血栓性形成性脑梗死、栓塞性脑梗死和腔隙性脑梗死。最常见的病因是动脉粥样硬化，伴有高血压，高血压与动脉硬化相互促进。高血脂症、糖尿病可加速动脉硬化等血管病损的发展。

脑梗死属中医学“中风”范畴，其病机主要由于脏腑功能失调，阴阳偏盛过极所致，以虚（阴虚、气虚）、火（肝火、心火）、风（肝风、外风）、痰（风痰、湿痰）、气（气逆）、血（血瘀）等六方面为主，其中以火热之邪尤甚。热盛伤津、热极生风，气机逆乱，气血妄行。脑梗死虽然不及脑出血凶险，但是病人大多数年老体弱，诸多慢性病缠身，在治疗上有许多谨慎用药的情况，加之梗死区可以短时间内扩大，还会发生许多合并症，所以脑梗死应尽早及时地治疗。治疗原则主要是改善脑循环，防治脑水肿，治疗合并症。

【临床应用】

彭氏^[7]将 170 例，随机分为对照组和治疗组各 85 例。治疗方法：两组患者均予吸氧、预防感染、治疗并发症、维持水电解质及酸碱平衡，必要时予 20% 甘露醇降低颅内压。两组均用血栓通 0.4g、胞二磷胆碱 0.75g，分别加入生理盐水 250ml 静脉滴注，每日 1 次，连续

用药2周。治疗组大承气汤为基本方,药用:大黄12g(后下),厚朴10g,枳实12g,芒硝10g(溶),白芍18g,天麻10g,钩藤12g,丹参30g,毛冬青30g,地龙10g。痰浊内盛者酌加竹茹、胆南星、石菖蒲;血压高者加珍珠母、怀牛膝。水煎服,每日1~3剂。治疗2周后进行疗效评定。结果:治疗组基本治愈32例,显效28例,好转16例,无效6例,治愈显效率70.59%,总有效率89.41%。对照组基本治愈23例,显效25例,好转14例,无效23例,治愈显效率56.47%,总有效率72.94%。治疗组疗效显著高于对照组($P < 0.01$)

按:本方以大承气汤为主要组成部分,通便泻热力强,有“釜底抽薪”之效,有“急下存阴”的作用;配合化痰通络祛风之品,作用全面,药力强,起效快捷。对于中风属里热实证的患者,比单纯用平肝化痰息风之法,更能收到标本兼治的良好效果。结合现代中药药理及脑卒中的病理变化考虑,本方有以下几方面作用:①增加灌注压:方中毛冬青、丹参、大黄等活血化瘀药有扩张血管作用,促进侧支循环的建立,增加脑血流量,改善脑组织局部缺氧。方中白芍、钩藤、天麻有舒缓平滑肌作用,能解除血管痉挛,维持一定的血压水平和改善心脏功能,以改善灌注压。②降低血黏度和抗血小板聚集:方中毛冬青、丹参、大黄等活血化瘀药能加速血流,有降低血黏度和抗血小板聚集作用,有利于脑血管内栓子移动、溶解,加速血管再通,同时对脑出血形成的血肿也有促进吸收作用。③减轻脑水肿:方中芒硝含有硫酸镁、氯化镁、氯化钠等成分,留在肠内形成高渗溶液,使肠内水分增加。大黄、枳实、厚朴能加速肠道蠕动,把肠道内容物排出体外,可使机体水分重新分布,有利于减轻脑水肿。另外,通过泻下作用,可减轻肠道病理产物对机体的刺激,免使病情加重。④镇静:方中白芍、钩藤、天麻具有一定的镇静抗惊厥作用,能降低心、脑血管的基础代谢,使其对缺血、缺氧的耐受性增加,提高对心、脑的保护作用。

【病案举例】

1. 徐某,男,65岁,离休干部,1993年2月14日诊。有高血压、冠心病史15年。患者半夜醒后如厕,突觉右侧肢体活动不利,

口眼歪斜，语言不清，跌仆在地。由家人送我院急诊。T 37.2℃ BP22.5/14kPa，头颅 CT 示：左基底节区脑梗死、右基底节区腔隙性软化灶。舌苔厚腻少津，脉象弦滑鼓指。此属肝阳上亢、痰瘀阻络。治拟：通腑涤痰、活血平肝。大承气汤加钩藤、南星、菖蒲、丹参、牛膝。水煎取汁鼻饲。3 剂后血压渐趋稳定，肌力有所改善，继用前方加减，配合丹参注射液、华佗再造丸及针灸治疗，2 月后痊愈出院^[8]。

按：中风急性期多表现为阳亢火盛。火热内炽既可灼液成痰，助阳化风；又可致胃肠燥结，腑气不通。因此临床上常伴见腹胀便秘、舌苔厚燥、吐血黑便等一系列植物神经功能紊乱症状，严重影响原发病的治疗，且直接危及患者生命。因为大便秘结，肠腑不通，浊气上熏，则肝风痰火更旺，清窍蒙塞难清，而致神昏加重。再者腑气不通，中焦气机受阻，有碍气血的输布流通，则肢体功能恢复延缓。取承气汤通腑气、祛燥结、清痰热、除瘀血，使“脏邪以腑为通路”，邪去则正安。

2. 曹某，男，69 岁，2000 年 5 月 2 日初诊。因右半身不遂伴舌强语謇 3 天入院。患者原有脑动脉硬化病史 5 年。入院时症见右半身不遂伴麻木，舌强语謇，眩晕耳鸣，烦躁失眠，手足心热，大便秘结，舌质红绛，少苔，脉细弦。查体：血压 21.3/12.7kPa，神志清，双瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，颈软，伸舌偏右，右上下肢肌力均为 I 级，右侧巴氏征（+）。头颅 CT 示左侧基底节区脑梗死。中医辨证为中风中经络，肝肾阴虚，风阳上扰。治宜滋阴通腑，潜阳熄风。方用增液承气汤合镇肝熄风汤加减：大黄 15g，芒硝 6g（冲服），玄参 30g，麦冬 15g，生地黄 30g，龟板 20g，天冬 15g，牛膝 30g，白芍 15g，代赭石 20g，地龙 10g，钩藤 20g，夜交藤 20g。每日 1 剂，水煎分 2 次服。3 剂尽，解大便 5 次。服药 1 周后，语言转清，眩晕、失眠消失，患肢肌力明显好转。后改用六味地黄汤合补阳还五汤化裁，治疗 1 月余而好转出院^[4]。

三、肝性脑病

肝性脑病是严重肝病引起的，以意识障碍和昏迷为主要表现的临

床综合征,是内科临床常见的危重症。一般表现以代谢紊乱为基础,中枢神经系统功能障碍为主的综合征。临床上表现有性格改变、行为失常、意识错乱、昏睡、意识丧失等现象。肝性脑病是因肝功能衰竭,使其代谢功能障碍,不能排除血液中有毒代谢产物导致机体代谢极度紊乱,而致血氨增高,使脑干网状结构上行投射系统受到抑制,降低了意识水平所致。另一方面,血氨含量升高,刺激了人脑边缘系统,使后者兴奋性增高而出现以情感改变为主要表现的各种精神症状、植物神经症状和行为异常。目前,氨中毒学说被公认为仍处于肝性脑病众多发病机制假说的中心地位。理论认为是由于各种毒性物质(主要是肠道细菌代谢产生)不能被肝解毒,滞留血中,血脑屏障受毒性物质作用遭破坏,使正常不能进入脑的物质进入脑组织而发生毒性作用,临床上常采用综合性治疗,尤其是降低血氨水平来控制肝性脑病的出现。

【临床应用】

邢氏等^[9]用复方大承气汤保留灌肠结合西药综合治疗肝性脑病16例。全部病人都在西药保肝、降血氨,纠正氨基酸及水、电解质失衡等综合疗法的基础上给予中药灌肠。方用复方大承气汤,处方:大黄(后下)20g,芒硝(冲服)20g,厚朴30g,枳实15g,桃仁10g,炒莱菔子30g,赤芍15g。加水1000ml,水煎至150ml,保留灌肠,2次/d。至病人完全清醒后3d停用。治疗结果:16例病人除1例上消化道出血抢救无效死亡外,余15例皆在用药后3~8d完全清醒后,经中、西药综合治疗好转出院。所有病人未见因灌肠所致不良反应。

按:中药灌肠疗法始于张仲景。近年来广泛应用肛肠疾病、肾功能不全等病证。应用中药灌肠治疗肝性脑病和以往单纯用西药综合治疗相比,病人昏迷时间明显缩短,抢救成活率提高。方中大黄、芒硝通腑泄浊;厚朴、枳实、莱菔子消滞行气;赤芍养血柔肝,凉血化瘀。另外,大黄具有利胆退黄、活血化瘀之功效。诸药合用具有通腑泻热、泄浊解毒之功能。可能通过抗菌、减少肠道氨及其他毒素产生、促进其排泄等发挥治疗作用。

【病案举例】

1. 童某,男,16岁。1994年8月28日入院。腹部膨大,腹胀,腹痛半月,伴饮食减退,神疲乏力,腹泻,尿少气急,午后发热(38.6°C),巩膜黄染,腹水征+,脾左肋下6cm。舌红、苔薄黄,脉沉弦。肝功能:TTT12U, TFT++, SGPT26005.2nmol $\cdot\text{S}^{-1}/\text{L}$, HBsAg 1:64。诊为肝硬化。经疏肝行气利水治疗,腹水消退,食欲有增。入院第五天,因饮食不慎,疲劳过度,于当晚突然出现烦躁不安,谵语撮空,哭笑无常,腹胀坚满,大便2日未行,尿少如酱油色,两手呈扑翼样震颤。舌红、苔黄燥,脉滑。诊为肝昏迷。证属肝胆湿热郁阻,壅滞阳明之腑,浊蒙清窍。治以急下阳明,通腑泄热,开闭化浊。大承气汤加味:生大黄(后下)、枳实、厚朴各10克,玄明粉(冲)、石菖蒲各9克。加紫雪丹1支,分2次冲服。1剂后,大便畅通,腹胀减,尿量增多,神志渐清。上方加猪苓、茵陈、金钱草,再服3剂,神志清晰,两手撮空消失,黄疸渐退,苔转淡黄,再拟调理肝脾善后^[10]。

按:肝昏迷属于中医学“闭证”的范畴。本例因肝胆湿热郁阻,热陷心营,湿热痰蒙,腑实燥结,痰热交阻,上扰清阳,闭塞清窍所致。予大承气汤攻积通下,不仅有助于肝胆疏泄,排除湿热,且对降浊开窍,挽救厥深之危候,具有重要的临床意义。加紫雪丹清热开窍、镇痉安神,石菖蒲开窍醒神。现代药理研究表明,大黄可改善氨基酸代谢作用,使血清中必需氨基酸增高,非必需氨基酸减少。诸药合用,以收奇功。

2. 刘某,男,52岁,2001年9月28日诊。有肝硬化病史3年。3d前出现黑便、呕血,在当地医院按上消化道出血治疗2d,未排便,亦未呕血。于6h前出现烦躁,渐至昏迷。查BP 13.3/8.6 kPa,意识不清,躁动不安,面色晦暗,颈部、胸部见蜘蛛痣,心率104次/min,腹壁静脉曲张,肝脏未触及,腹水征阳性,双下肢不肿;舌质暗红,苔微黄而厚,脉弦细数。证属瘀血内积,毒邪扰神。予大承气汤加味:大黄10g,芒硝10g,厚朴15g,枳实15g,当归20g,白及10g,桃仁5g,石菖蒲20g。每日1剂分2次鼻饲。并予西医常规处理。服药3天后,排出黑色干便,烦躁减轻。续服药3剂后神志转

清，排出黄色大便^[11]。

按：肝性脑病的发病机制尚未完全阐明，一般认为其主要由于来自肠道的有害代谢产物不能被肝脏解毒和消除，并通过血脑屏障，导致大脑功能紊乱而致。尤其是在消化道出血时，肠道积血可产生更多的氨及有害代谢产物。投大承气汤加止血开窍之品，一方面促进肠道积滞排出，减少有害物质的产生；另一方面止血醒神开窍，故收到满意疗效。

四、狂证

狂证以精神亢奋、狂躁不安、喧扰不宁、骂詈毁物、动而多怒为特征，最早见于内经《灵枢·癫狂篇》“狂始发，少卧不饥，自高贤也，自辨智也，自尊贵也，善骂詈，日夜不休”，张仲景《伤寒论》对狂证也有记载，“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂。”王清任《医林改错》对癫狂的描述较为独特，“癫狂一证、哭笑不休，骂詈歌唱，不避亲疏，许多恶态乃气血凝滞脑气与脏腑气不接，如同做梦一样”。多由七情内伤，饮食失节，禀赋不足致痰火壅盛，神机逆乱，以痰、气、火、瘀为主要病理因素，四者常相互兼夹、相互影响，且以气郁为先，“气有余，便是火”，气郁日久化火，灼津为痰，痰火上扰，心窍蒙蔽，神志错乱，“诸躁狂越，皆属于火”。《证治汇补·痰证》曰：“有因热而生痰者，有因痰而生热者，故痰即有形之火，火即无形之痰……，痰得火而沸腾，火得痰而煽炽，或升于心肺，或留于肠胃，或渗于经络……，种种不同，治者欲消痰之标，必先顾其本。”故通腑泻热化痰之法可作为治疗狂证的主要手段之一。

【临床应用】

梁氏^[12]运用大承气汤加味，治疗狂证49例，取得了较为满意的疗效。药用：大黄60g，芒硝10g，枳实15g，厚朴15g，桃仁15g，远志15g，菖蒲15g，胆星15g。每日1剂，水煎分2次服，15天为1个疗程。结果：痊愈38例，显效6例，无效5例，总有效率89.8%。

按：现代医学认为，狂证多由阴阳失调，七情内伤，痰气上扰，气血凝滞为主要因素。梁氏运用大承气汤加味，重用大黄、大黄苦寒，泻热通便，荡涤肠胃，芒硝协大黄泻热通便，软坚润燥，二药相

须使用，峻下热结之力甚强；厚朴、枳实苦辛之品，能行气散结，燥湿化痰；桃仁苦平，活血祛瘀、润肠通便，与大黄配合能增加活血化痰，通下泻热的作用；远志、菖蒲、胆南星宁心安神，祛痰开窍定惊。诸药合用，有泻热通便、行气化痰、祛痰开窍、宁心安神之功效。李时珍的《本草纲目》曰：“大黄下瘀血血闭，荡涤肠胃，除痰实，肠间结热，心腹胀满，通宣一切气，泻诸实热不通，除下焦湿热，实热燥结”，故大黄在治疗狂症中是一味不可多得的奇药。

张氏等^[13]用龙郁承气汤为主，辨证加减治疗癫狂 50 例，效果显著。基本方：龙胆草、郁金、枳实、桃仁、茯神各 10 ~ 15g，胆南星、天竺黄各 8 ~ 12g，黄芩 10 ~ 12g，木通 10 ~ 20g，大黄 10 ~ 100g，芒硝 10 ~ 45g。每日 1 剂，早中晚 3 次煎服。每 10 剂为 1 个疗程，间隔 2 天可进行下一疗程。起病急骤、突然狂乱、两目怒视、逾垣上屋、大便秘结、舌质红绛、苔黄厚、脉弦大滑数者，属痰火上扰，本方加菖蒲 15g，朱砂 3g（冲服），龙骨 30g，大黄、芒硝可用最大量，并加服安宫牛黄丸；精神抑郁、表情淡漠、神志痴呆、语无伦次或喃喃独语、舌苔白腻、脉弦滑者，属痰气郁结，本方加芦荟 6g，大黄、芒硝用中等量，兼神昏志乱者加服麝香或至宝丹；神志恍惚、心悸易惊、食少肢倦、面黄无华、舌质淡、苔薄白、脉沉细数者，属血虚痰火，本方加炒枣仁 30g，珍珠母、当归各 15g，大黄、芒硝用小量；狂病已久、多言善惊、时而烦躁、颊红目涩、口干渴饮、舌质红、脉细数者，属火盛伤阴，本方加生地 24g，生石膏 60g，大黄、芒硝用小量。结果：痊愈 43 例，有效 5 例，无效 2 例，总有效率 96%。服药 2 个疗程者 16 例，不足 2 个疗程者 34 例。

按：气郁痰阻、热炽火盛是本病的主要特点。本组中大便秘结者 48 例，小便短赤者 46 例，五志过极皆能生火，于是心火、肝火、胃火等火势燔灼，热邪内蕴，上扰神明；若内热炽盛可酿液成痰，痰火胶结阻凝灵窍可发病。据此可以推论，癫狂发病是上述病因病机相互作用的结果。针对热火炽盛、气郁痰阻的病理特点，本方以龙胆草、黄芩清泻肝胆实火；以郁金行气解郁；胆南星、天竺黄消除风热痰浊；木通利小便导心火下行，加速热郁排出体外；桃仁行血分瘀滞；茯神宁神安神；重用大黄、芒硝辅以枳实以峻下火、热、痰浊、瘀

血，釜底抽薪使火势急解，对火热急迫者施大量以猛攻，病势缓和者施小量以轻下，即使体弱者若属实证，用之无妨。

【病案举例】

1. 李某，男，15岁，学生。1978年2月5日初诊。代诉：半月前和同学纠纷后抑郁不畅，头痛失眠，易怒善惊。两天前饮酒后遂发生狂言妄语，撕衣毁物，小便短赤，大便5日未解。诊见赤足垢面，怒目直视，烦躁多动，舌质红绛，苔黄躁，脉洪数。证属痰火上扰，蒙蔽清窍，药用：龙胆草、郁金、木通、茯神、菖蒲各15g，胆南星10g，黄芩、枳实、天竺黄、桃仁各12g，龙骨30g，大黄90g（分3次后下），芒硝45g（分3次冲服），朱砂3g（分3次冲服）加服安宫牛黄丸，每次1粒，日3次。服上方1剂即排出羊矢状黑便数枚，随后泻下大量秽臭浊物，狂暴行为停止，神志转清，上方改大黄为40g，芒硝30g，续进两剂火势再减，能安然入睡，遂承上方减安宫牛黄丸，改大黄为24g，芒硝12g，服10剂后停药。症状全部消失，神志恢复至病前水平，复入校学习，观察两年未复发^[13]。

2. 曾某某，男，19岁，农民，于1989年10月23日入院。患者缘于7月初因中考未被录取，回家务农，遂产生悲观情绪，以致精神失常。表现为精神抑郁，自言自语，语无伦次，或哭笑无常，时悲时喜；有时又胡言乱语，狂躁妄动。经县人民医院诊断为“狂躁抑郁症”，曾用中西药治疗月余，不瘥。遂至我院求治。症见：发热，面赤口干，胡言乱语，狂躁妄动，时有四肢抽搐，小便黄赤，大便5日未解，舌质紫黯、苔黄腻，脉大滑数。查体：T38℃，咽不红，双侧扁桃体不肿大，两肺（-），心率100次/分，律齐，腹（-）。血、尿常规正常。中医辨证为胃燥痰瘀互阻肠胃。处方：大黄15g，芒硝10g，厚朴10g，枳实10g，桃仁10g，红花10g，茯神10g，钩藤10g，胆南星10g。1剂未效，半日后，加服1剂，即便泻数次，泻下污酱奇臭般粪水，热退，举止亦安静，问之能答，舌淡紫、苔薄黄，脉细滑。改用调理脾胃兼化痰之品，连服6剂后，精神完全恢复正常，随访2年无复发^[14]。

按：患者思虑太过，所求不得，郁怒不伸，肝气郁结，木不疏土，脾气不升，痰湿内蕴，痰气郁结，阻蔽神明，则见精神抑郁，自

言自语，语无伦次或哭笑无常，时悲时喜。“气有余，便是火”，气郁日久化火，灼津为痰，痰火上扰，心窍蒙蔽，神志错乱，“诸躁狂越，皆属于火”，则见胡言乱语，狂燥妄动，火热亢于上，则见面赤口干，气郁日久血滞，故见舌质紫黯；火热迫于下，痰火相煎，伤津灼阴，故见小便黄赤，大便不解，苔黄腻，脉大滑数，邪热炽盛于阳明，肠中燥屎内结，则见发热，并形成胃燥痰瘀互结肠胃、上扰神明之狂躁证。用大承气汤荡涤积实，以胆南星清热化痰，桃仁、红花、大黄攻瘀下积，茯神安神定志，钩藤平肝潜阳，合有攻积泻热、涤痰清火、镇心安神之功。《证治汇补·痰证》曰：“有因热而生痰者，有因痰而生热者。故痰即有形之火，火即无形之痰……，痰得火而沸腾，火得痰而煽炽，或升于心肺，或留于肠胃，或渗于经络……，种种不同，治行欲消痰之标，必先顾其本。”本方以通腑泻热化痰之法为主，上病下取，治病求本，效验桴鼓。

3. 智某，男，16岁，学生。1986年6月17日入院。其父代诉，患者平时学习基础差，5月上旬，复受老师批评，从此抑郁不乐，头痛失眠，易怒善惊，入院前两天病情加剧，胡言乱语，伤人毁物。诊见蓬头垢面，面红目赤，兴奋躁动，喧扰不宁，小便赤黄，大便数日未行，舌质红，苔黄腻，脉滑数。症属痰火上扰，蒙蔽清窍，治以通腑散结，泻火逐痰，施以礞半承气汤去厚朴，加黄连10g，玄参20g，地龙10g。服药两剂后，便出燥屎数枚，继服3剂后，泻出大量秽臭浊物，暴狂行为缓减，或将芒硝、大黄量减为各10g，酌加瓜蒌、海浮石、珍珠母等，连服20余剂，神志逐渐转清，自知力恢复，后改为每早服礞石滚痰丸10g，每晚服朱砂安神丸1丸，住院40天，神志完全恢复，临床治愈出院后入学就读，随访至今未复发^[15]。

按：中医学认为，狂病多由恼怒愤愤，不得宣泄，肝胆气逆，郁而化火，炼液为痰，痰火并升，神志逆乱而发。礞半承气汤以黄芩、连翘清上焦之热，大黄、芒硝泻下焦之热，礞石、半夏攻逐稠黏老痰，菖蒲开窍、地龙熄风定狂，枳实、厚朴、郁金行气破瘀、舒畅气机，使有余之气得消，不再化火生痰，诸药合用可逐痰降火，理气破瘀，故对痰火为患的狂证，颇具疗效。狂之剧者，必是腑气不通、燥屎内结之剧者，本方含大承气汤，故用之可通泻腑气，使痰火下泄，

不得上犯清窍，则神明自安。

五、脑血管病意识障碍

脑血管病患者伴昏迷时，大脑皮层功能处于高度抑制状态，排便的神经反射严重障碍，昏迷期间进食少，肠壁受到的刺激减弱，使肠内大量废物不能排出。肠道内大量积聚的食物残渣，可被肠内的细菌分解，使肠内产生大量的腐败废物，其中有许多对人体有害的物质，如胺、酚、氨、吲哚、硫化氢等，这些多为神经毒物质，可直接或间接损害神经系统，使病人昏迷程度进一步加重。许多研究表明，通腑能帮助排泄积于肠中的代谢产物包括那些过量的氨类、吲哚等有害物质（肠源性毒素），改善血液循环，促进新陈代谢，降低腹腔压力，从而起到降低颅内压、减轻脑水肿的作用，对减轻中风意识障碍和恢复大脑功能有积极作用。

【临床应用】

严氏^[16]在给予脑血管病常规治疗基础上，同时给予大承气汤1剂，药用：大黄7g，厚朴6g，枳实9g，芒硝15g，水煎约150ml，一次鼻饲，2h后用1%肥皂水300ml~500ml保留灌肠。治疗结果：于清除肠内废物24h后对患者进行昏迷程度评分。均采用 Glasgow - Pittsburgh 昏迷观察表评分，结果观察组平均分为24.2分，对照组平均分为18.4分，平均提高达5.8分，经统计学t检验 $P < 0.01$ ，差别有显著性。

按：脑血管病昏迷患者肠内废物增加可使体液平衡和心、肺功能及肝脏解毒功能等发生障碍，在治疗急性脑梗死、脑出血伴意识障碍的同时，辅以大承气汤清除肠内废物能够明显改善患者意识障碍，取其通腑泻热之力，使热结去，胃肠积滞除，并可排出其痰、热、瘀毒，使浊邪不能上扰清窍，则清窍利，可使神识清，减轻脑血管病患者的意识障碍。

六、肺心病心衰

肺心病是由胸廓或肺动脉的慢性病变所致。肺循环阻力增加，肺动脉高压，进而引起右心室肥厚、扩大导致右心衰竭。肺心病患者除

了咳嗽、胸闷、端坐呼吸、心悸及水肿等症外，常伴有腹胀、大便干结、食欲减退等症。《灵枢》云：“肺合大肠”，《理瀹骈文》云：“风寒入肺皆令人咳，肺络大肠又与大肠相表里，肺咳不已，往往大肠受之”。所以临床上肺心病患者常伴有腹胀、便秘、舌质紫暗、苔黄、脉数等肺热下移大肠的实热证。此时可用大承气汤加减治疗。

【临床应用】

杨氏^[17]应用大承气汤加减配合西药治疗肺心病心衰 32 例，收效甚佳。药用：大黄、厚朴、芒硝（后下）各 15g，枳实、赤芍、桃仁各 10g，连翘 12g，金银花、杏仁各 8g，鱼腥草 30g，麻黄、炙甘草各 6g，茯苓 50g，日 1 剂，分 3 次口服，配合西药抗炎、利尿、扩管、强心及支持对症处理。治疗结果：临床治愈 20 例，好转 11 例，无效 1 例。临床治愈率 62.5%，总有效率为 96.8%。

按：大承气汤中，大黄、芒硝、枳实能促进大肠蠕动，由于泻下的机械作用，可降低腹内压，有助于呼吸运动的进行，改善血液循环，减少心脏负荷；鱼腥草、金银花、连翘有清热解毒的作用，可协助消炎、抑菌、减轻肺部炎症，从而改善机体缺氧并减少二氧化碳潴留；茯苓有利尿消肿的作用，可缓解胸闷、心悸及下肢水肿。配合西药扩管及对症处理，可明显改善肺心病心衰的临床症状与体征，使病情缓解而愈。

【病案举例】

张某，女，68 岁，1998 年 11 月来我科就诊。诉患肺心病多年，因受凉后出现咳嗽、咳白黏痰 10 天，伴胸闷、气促不能平卧，腹胀、纳差，小便量少，大便 5 天未解。查体：T 37.8℃，半靠位，口唇紫绀，桶状胸，双肺呼吸音低，右下肺可闻湿罗音，HR：108 次/min，律不齐。双下肢水肿（++）。血常规：WBC：5.2 × 10⁹/L，N 0.86。X 线示右下肺感染，肺气肿，肺动脉段增宽。EKG：肺性 P 波，窦性心动过速，可见房性早搏。舌紫暗，苔黄腻，脉数。临床诊断为：肺心病心衰。中药治疗：大黄、厚朴、芒硝各 15g，枳实、桃仁、赤芍、连翘、金银花各 12g，鱼腥草 30g，麻黄 6g，茯苓 50g，炙甘草 6g。水煎服，1 剂/d。同时给予西药来立信 200ml 静滴，吸氧，支持及对症处理。治疗 1 天即解出黑色干结大便数枚，自觉精神

好转。第3天诉咳喘缓解,尿量增加。1周后咳喘、心悸、水肿明显缓解,并可下床活动。坚持用上法治疗半月,患者能平卧入睡,纳食增加,胸闷、心悸、气促缓解,大小便正常临床治愈出院^[17]。

参考文献

- [1] 赵敬东. 大承气汤治疗出血性中风(急性期) 30例. 实用中医内科杂志, 2003, 17(1): 57
- [2] 覃香. 大承气汤灌肠治疗脑出血急性期的疗效观察. 广西中医学院学报, 2000, 17(1): 2
- [3] 刘健红. 大承气汤在中风病急性期的应用体会. 福建中医药, 2003, 34(6): 35
- [4] 赵敏. 王新志. 辨证运用通腑法治疗急性期中风病的经验. 山西中医, 2002, 18(4): 6
- [5] 曹产高. 加味大承气汤治疗中风22例体会. 浙江中西医结合杂志, 2001, 11(5): 303
- [6] 贺丽, 顾艳芳, 乔虹. 大承气汤在急症中的应用. 中国中医急症, 2003, 12(1): 89
- [7] 彭家柱. 加味大承气汤治疗里热实证型脑梗死体会. 岭南急诊医学杂志, 2003, 8(2): 127
- [8] 彭江宁. 大承气汤在急症中的应用. 湖北中医杂志, 1995, 17(4): 44
- [9] 邢刚, 于美红, 刘珍华. 复方大承气汤保留灌肠治疗肝性脑病16例. 时珍国医国药, 2000, 11(8): 726
- [10] 杨正如, 杨俊龙. 大承气汤在急危症中的运用. 浙江中医杂志, 1995, (4): 163
- [11] 贺丽, 顾艳芳, 乔虹. 大承气汤在急症中的应用. 中国中医急症, 2003, 12(1): 89
- [12] 梁宝利. 大承气汤加味在狂症中的应用. 中国民间医学杂志, 2003, 15(7): 429
- [13] 张启元, 邱荣琼. 龙郁承气汤治疗癫狂50例. 陕西中医, 1985, (12): 539
- [14] 戴军. 大承气汤加味治愈狂躁抑郁症1例. 江西中医药, 1994, 24(4): 62

- [15] 王守玺. 礞半承气汤治疗狂症 310 例. 陕西中医, 1989, 10 (5): 197
- [16] 严林. 大承气汤灌肠对脑血管病患者意识障碍的改善作用. 山西中医学院学报, 2002, 3 (3): 32
- [17] 杨惠琴. 大承气汤辅助治疗肺心病心衰 32 例. 湖北中医杂志, 2000, 22 (6): 21

第二节 胃肠道疾病

一、腹胀便秘

腹胀便秘是腹部手术后常见的一种并发症。患者手术后 1~2d 由于胃肠道运动功能受到抑制而停止排气排便, 肠腔内积气过多。可出现轻度腹胀、便秘, 甚至腹内窜痛等。但如果手术后 2~3d 后仍不能自肛门排气而出现高度腹胀, 可致膈肌上升和运动受限而引起呼吸困难, 烦躁不安, 下腔静脉回流也可受到一定影响, 对胃肠吻合口和腹壁切口的愈合也有不良影响, 甚至有崩裂的危险。同时, 伤科早期腹胀便秘是骨伤科常见的并发症之一。临床尤以年老体弱、脊柱损伤、肢体骨折脱位卧床或大手术后患者为多见, 需及时处理。胸腰椎骨折多由高处坠落或滑倒臀部着地, 暴力传达或直接暴力作用所致, 伤后常出现腹胀便秘并发症, 严重者恶心呕吐, 不能进食, 大便不通, 原因是由于腹膜后血肿刺激周围神经, 使植物神经功能紊乱, 交感神经兴奋, 导致胃肠蠕动功能减弱, 腹腔脏器功能改变, 而产生腹胀、腹痛、便秘等症状, 符合麻痹性肠梗阻的诊断。西医外科治疗常以禁食, 静脉输液营养支持, 灌肠, 肛门排气, 甚至胃肠插管减压治疗, 病程延长, 给患者造成极大的痛苦, 甚至延误病情。

【临床应用】

陈氏^[1]以大承气汤加味治疗伤科早期腹胀便秘 120 例, 效果满意。治疗方法: 药用: 大黄 20g (后下), 芒硝 15g (冲服), 当归 12g, 厚朴 12g, 木香 12g, 枳实 12g, 生地 12g, 白芍 12g, 甘草 6g, 每日 1 剂, 分 2 次服完, 服药最多 2 剂。多数患者服完 1 剂便解, 某些患者服药后出现腹胀、腹痛加重及欲便不能现象, 用开塞露 1 枚塞

肛，若无效再用高渗盐水积肛，同时注意增加补液量。

按：暴力致伤后，气乱血溢，任脉阻滞不通，形成瘀血，瘀血化热，热毒内侵，肠胃燥热，耗伤津液，津液失却输布，不能下润大肠，故便结不通，早期多表现为实证。证见脘腹胀满，大便燥结难下，欲解不能，甚则六七日不大便，口干口臭，烦热心悸，夜寐不宁，舌质红或紫暗，出现瘀斑，苔黄腻，脉弦数，治疗宜采用攻下逐瘀之法，清泻实热，逐瘀散结，荡涤肠胃。根据中医药学记载，大黄苦寒泻热，通便去实，可荡涤肠胃实热。芒硝咸寒，软坚润燥，助大黄泻热通便。枳实、厚朴可行气散结，宽肠下气。现代医学药理研究证明，大黄入肠后，可刺激肠黏膜，抑制钠离子在肠腔内吸收，使大肠内水分增加，蠕动亢进而致泻。芒硝主要成分为硫酸钠，其硫酸根离子在肠内不易被肠壁细胞吸收，使肠腔内形成高渗状态，阻止肠内水分吸收，使肠内容积增大，引起机械性刺激而导泻。枳实、厚朴对胃肠运动均有兴奋作用。药物灌肠后，X线下观察，肠蠕动明显加强。所以，大承气汤灌肠对治疗不同程度的腹胀均有明显效果。

唐氏等^[2]运用中药桃核承气汤治疗 94 例和外科对症支持治疗对照观察。桃核承气汤：桃仁 10g，大黄（后下）12g，桂枝 6g，芒硝（冲服）6g，甘草 6g。并根据患者年龄、体质、性别及临床表现对药味及用量进行加减，如大黄的用量应根据患者的年龄大小、体质的强弱确定，大便通后应立即减量、停用或与其他药物同煎，反之则加大剂量，剂量加到最大达 30g。若肿胀疼痛甚者加用苏木 10g，地龙 18g，以消肿止痛；若口干口苦、恶心呕吐者加用黄芩 10g，竹茹 10g，姜半夏 10g，以清热止呕；若少腹胀满、小便不利者加用白术 12g，泽泻 10g，茯苓 20g，以利尿消肿。每日 1 剂，水煎取汁 300ml，早晚分服。结果：中药组 94 例，优 32 例，良 48 例，可 12 例，无效 2 例，总有效率 97.87%。对照组 59 例中，优 1 例，良 8 例，可 19 例，无效 31 例，总有效率 47.46%。

按：中医学理论认为，由于外伤引起脉络受损，血行脉外，气滞血瘀，瘀血化热，津液内耗，不能润肠通便，同时气滞腹中，故出现腹胀满等症。《素问·缪刺论篇》中指出：“人有所堕坠，恶血留内，腹中满胀，不得前后，先饮利药。”胸腰椎骨折早期腹胀便秘乃气滞

瘀血留内所致，治宜破血下瘀，方用桃核承气汤。方中大黄与桃仁并用为君，桃仁活血破瘀，大黄破瘀泻热，两者配伍瘀热并治。芒硝咸寒润燥软坚，泻热通便，桂枝通行血脉，助桃仁活血行瘀，共为臣药。甘草护胃安中以调和诸药为佐使。五药共同协作起到逐瘀通便、泻热止痛的作用。通过临床中西医对照治疗观察表明，胸腰椎骨折早期腹胀便秘用中药桃核承气汤治疗，不仅能够起到逐瘀通便、泻热止痛的作用，而且其活血破瘀之功效对促进骨折的愈合也起到积极作用。中药服用简单，而且药到病除，免去胃肠插管减压的痛苦，临床中可灵活应用。

【病案举例】

1. 徐某，男，50岁，建筑工人。高处坠下后出现腰背部疼痛4h就诊。X光拍片示第一腰椎椎体压缩性骨折。入院时仅感腰部疼痛，次日起腰痛加重，转侧不能，脘腹胀满，腹痛拒按，大便未解，舌红、苔黄、脉数。药方：厚朴15g，炒莱菔子15g，枳壳10g，赤芍10g，生大黄（后下）10g，芒硝（冲服）。上方煎水250ml，顿服。2h后自感腹中肠鸣，肛门排气，解出宿粪数条。次日起仍感纳呆，苔黄厚腻，将上方中大黄、芒硝用量减半，加入陈皮6g，法半夏8g，连服3剂，病情明显好转，纳谷增，精神振^[3]。

按：方中大黄泻热通便，荡涤胃肠，并能活血祛瘀；芒硝咸寒泻热，软坚润燥；厚朴、枳壳行气散结，消痞除满；配以莱菔子、赤芍、桃仁活血化瘀，行气消导。该方对于年老体虚，新产血亏，妇女妊娠或正值经期，损伤时出血较多者，应禁用或慎用。另外，服药后得效即止，不可久服，以免损伤气阴。

二、消化不良

消化不良是一种由胃动力障碍所引起的疾病，也包括胃蠕动不好的胃轻瘫和食道反流病。症状表现为断断续续地有上腹部不适或疼痛、饱胀、烧心（反酸）、噯气。常因胸闷、早饱感、腹胀等不适而不愿进食或尽量少进食，夜里也不易安睡，睡后常有恶梦。引起消化不良的原因很多，包括胃和十二指肠部位的慢性炎症，使食管、胃、十二指肠的正常蠕动功能失调。患者的精神不愉快、长期闷闷不乐或

突然受到猛烈的刺激等均可引起。

功能性消化不良,属中医学胃脘痛范畴。病情随季节变化,与情志不畅有关。多由情志不遂、饮食伤胃、劳倦伤脾、寒温失调等因素导致脾胃气机升降失常。病位在胃,涉及肝脾两脏。以肝郁气滞、脾运失职、胃失通降为基本病机。气机不畅、壅滞不行,则是病机关键。壅滞形成之因,不外“气滞、湿阻、食积、火郁、血瘀”。因此,治疗上可采用苦寒泻下之剂,佐以消积、祛滞、健脾之品治之。

【临床应用】

王氏^[4]使用大承气汤加味,治疗功能性消化不良 96 例,取得了较满意的效果。治疗方法:治疗组给予加味大承气汤(生大黄 30g,厚朴 30g,枳实 20g,芒硝 30g,鸡内金 60g,炒延胡索 30g,炒白术 60g)制成粉,以 0.5 g 胶囊,每粒含生药 1.5g。饭前 30min 口服 4~6 粒,每日 3 次。30 天为 1 个疗程。对照组以吗丁啉 20mg,每日 3 次,饭前 30min 口服。30 天为 1 个疗程。治疗结果:治愈治疗组 71 例,对照组 13 例;有效治疗组 23 例,对照组 15 例;无效治疗组 2 例,对照组 4 例。治疗组明显优于对照组, $P < 0.05$ 。

按:功能性消化不良多为脾胃虚弱,运化失司,水谷停于胃,因实致虚,因虚致实,互为因果,导致虚实夹杂,反复发作,缠绵在身。初则壅滞,继而胃气上逆,气滞于胃。六腑以通为顺,不通则痛。因此,采用苦寒泻下之剂,佐以消积、祛滞、健脾之品治之。方中大黄调理胃肠,祛瘀,杀菌,增加胃肠机械运动;芒硝利胆,促进胆汁、胰液分泌,调节十二指肠内分泌激素,促进脂肪消化吸收;厚朴、枳实行气,除满;炒白术、鸡内金健脾消谷;延胡索舒肝止痛。诸药相伍,可祛滞消食,健脾止痛,舒肝理气,调整胃肠运动节律,不伤脾胃。故能取得良效。

【病案举例】

某女,47 岁,农民,间断性上腹痛 10 余年,伴烧心嗝气。生气后加重,近半年频繁发作,饮食差,夜间反酸、嗝气、难以入眠,体重轻度下降(3kg),每日大便 2~3 次,软黄便。曾用多种药物治疗,停药后症状复发,每日餐后必烧心。数次钡透俱诊为慢性胃炎,胃镜诊断为浅表性胃炎,大便常规正常,潜血阳性。给予大承气汤加

味胶囊4粒,每天3次口服。1天后嗝气症状消失,3天后腹痛、烧心缓解,7天后诸症消失。30天后体重增加。随访6月无复发^[4]。

三、胃肠胀气

胃肠胀气是指腹部胀大饱满而中空无物的一种病症,且排除腹腔内肠梗阻、肿瘤等器质性病变。此病是机械通气和腹部手术后的常见并发症之一。多由情志不畅、寒温失于调理、饮食伤于脾胃等原因导致腑气不通,气体阻滞积于腹中。脾胃受伤,清阳之气不能上升荣养机体而倦怠乏力,腑气不能通畅而腹胀。病人因腹胀十分痛苦,如不及时处理,甚至会造成肠黏连、肠梗阻等严重并发症。

【临床应用】

刘氏^[5]采用大承气汤加味治疗机械通气所致的胃肠胀气,取得了良好的效果。药用:生大黄(后下)10~15g,枳实、厚朴、木香、青皮、陈皮各10g,芒硝(烊化)20g。煎取头二汁,各150ml,分两次口服或经胃管注入,以大便软烂或溏薄,每天2~3次为度。治疗结果:显效:34例占70.8%,有效11例占22.9%,无效3例占6.3%,总有效率93.7%。

按:大承气汤方中,大黄、枳实、厚朴、芒硝攻下通腑、荡涤肠胃,加用木香、青陈皮更添行气破气之功。药理研究显示:大黄主要成分为大黄素、大黄酸、芦荟和鞣质等,具有攻下泻火、荡涤肠胃、清热解毒和凉血行瘀等功能。现代医学证实大黄为钙通道阻滞剂,可防止细胞内钙超载而起保护作用。肠麻痹患者经大黄治疗后,能显著提高胃肠黏膜内pH,亦能改善胃肠黏膜血流灌注,促进胃肠蠕动的恢复,保护胃肠黏膜屏障。

四、胃轻瘫综合征

胃轻瘫综合征是一种以胃排空延缓为特征的临床症候群,主要表现为恶心、呕吐、早饱、餐后饱胀、体重减轻等,而无胃肠道器质性病变,也有人称其为胃麻痹、胃无力。其发病机制尚不十分清楚,临床多因饮食不节、情志不舒等原因引起。西医治疗本病多采用胃复安、吗丁啉、西沙比利等促胃动力药。中医学认为“六腑以降为顺,

以通为用”，“所谓食则呕吐，物盛满而上逆”。其病机为通降失司，治疗宜以通为主，本虚者通补兼施，恢复胃之通降。因此治疗以通腑降逆为主，通补兼施，恢复胃的通降下行功能，矫正肠胃虚实更替节律。

【临床应用】

沈氏^[6]应用加味大承气汤治疗胃轻瘫综合征 35 例，取得了满意效果。治疗方法：对治疗组和对照组中有原发疾病者，均同时治疗原发疾病，糖尿病者控制血糖，胃手术后者重置胃管、维持水电酸碱平衡等。治疗组予加味大承气汤，药用：大黄（后下）15g、厚朴 10g、枳实 9g、芒硝 9g、莱菔子 30g、桃仁 9g、赤芍 15g。痰盛者加半夏 9g、茯苓 12g、白术 12g；脾虚者加党参 20g、黄芪 20g；阴虚者加麦冬 10g、石斛 10g、天花粉 10g、知母 8g。上药加水 500ml，煎成 200ml，分 2 次口服或由胃管注入。对照组予胃复安 10~20mg 肌注，每天 2 次，或胃复安 10mg 口服，每日 3 次。两组各治疗 2 周。治疗结果：显效 17 例，有效 14 例，无效 4 例，总有效率 89%；对照组显效 13 例，有效 12 例，无效 10 例，总有效率 71%。两组结果比较有显著性差异（ $P < 0.05$ ），加味大承气汤能有效促进胃肠蠕动，缩短胃排空时间。

按：胃轻瘫综合征不论原发性或继发性，其发病机制尚不甚明了。中医学认为：其病机为通降失司，治疗宜以通为主，本方药用大黄通里攻下，厚朴、枳实宽中理气、除中散满；莱菔子降气消食，芒硝泻热通便、软坚散结，赤芍、桃仁活血行瘀。诸药调和，收通里降逆、散满宽中之功效。现代药理学研究证实，大黄可刺激胃肠增加推进性蠕动，促进排便；枳实通过调节小肠平滑肌钙离子浓度，既可降低胃肠平滑肌张力有解痉作用，又可兴奋胃肠增进其逆蠕动，其双向调节有利于恢复胃肠运动的协调性；桃仁、赤芍活血化瘀，改善微循环，可能有利于增加胃动素等胃肠激素分泌。通过与对照组比较，证实加味大承气汤可促进胃肠功能恢复，增加胃肠蠕动，明显缩短胃排空时间，改善胃轻瘫综合征的临床症状。

五、胃石症

多为进食某种食物、药品或异物，既不能被消化，又不能通过幽门，在胃内滞留并聚结而成。临床上常见的是柿胃，是由于空腹进食大量柿子，柿子中所含的果胶、红鞣质、矢布醇等与胃酸作用后产生凝块，经胃的机械碾转形成团块。胃石症属中医学腹痛、呕吐范畴，其病机为因饮食不节，饥饱失调，损伤脾胃，脾失健运，湿疾内生，疾湿互阻，痰阻气机，血行不畅，脉络壅塞，积食相结，积而成石，正如《景岳全书·痢疾·论积垢》云：“饮食之滞，留蓄于中，或结聚成块，或胀满腹痛，不化不行，有所阻隔者，乃为积。”根据“积者消之，坚者削之”及“腑以通为用”的原则采用通腑泻下、消积导滞的方法治疗。

【临床应用】

宋氏^[7]用大承气汤加味治疗胃石症 31 例，取得了较好的效果。治疗方法：全部病例均采用中药内服，以大承气汤加味，药用：大黄、枳实、厚朴、芒硝、神曲、麦芽、山甲、桃仁。伴有脱水或食入较少者给以必要的液体疗法。方中重用大黄后下，但要根据体质强弱调整用量，体质差者去芒硝。中药每日 1 剂，水煎 2 次，混合后分 2~3 次空腹服。治疗结果：31 例中 29 例治愈，治愈率 93.5%。其中 2 剂治愈 5 例，3 剂治愈 15 例，5 剂治愈 5 例，6 剂治愈 4 例。所有治愈病人均症状消失并经 X 线钡餐透视证实。2 例病人因胃石较大，用药 3 天后改用手术取石；1 例采用胃镜碎石后内服中药 1 剂而愈；1 例因结石较硬，胃镜碎石失败而转外科手术，取出一茄形胃石，质硬如石，直径约 8cm，长约 13cm。

按：胃石症病因多为乳食积滞而成，故可采用通腑泻下、消积导滞的方法治疗。方用大承气汤通腑泻下，神曲、麦芽、桃仁消食化积，穿山甲软坚消积。诸药合用，具有消积导滞、通腑泻下、软坚散结之功，使胃石从大便而出，使腑气通畅，其症乃除。

张氏等^[8]用大承气汤加味治疗胃结石 14 例，疗效满意。药物组成：大黄 12g，枳实 12g，厚朴 12g，芒硝（冲）6g，槟榔 12g，三棱 10g，莪术 10g。水煎服，每日 1 剂，早晚分服。若泛酸烧心者加黄

连6g, 吴茱萸3g; 腹痛甚者加川楝子10g, 延胡索10g。结果12例全部治愈, 其中服药最多者10剂, 最少者9剂, 平均服药8剂。

按: 胃结石属于中医学积聚范畴。14例患者均系实证胃痛。使用大承气汤加味治疗, 方中大黄、芒硝、枳实、厚朴、槟榔行气宽中, 通便导滞; 三棱、莪术行气破血, 化瘀消积, 软坚散结。诸药合用, 使气行结破, 痞消瘀化, 腑气通畅, 其症乃除。

石氏^[9]用大承气汤加味治胃山楂石26例, 疗效显著。治疗方法: 采用大承气汤加味: 大黄12g (后下), 枳实12g, 厚朴15g, 芒硝9g (冲服), 青皮15g, 莱菔子12g, 三棱10g。痛甚者加延胡索, 恶心想吐者加旋复花、代赭石。每日1剂, 水煎早晚分服。治疗结果: 经治后26例全部治愈。一般服药3~6剂, 临床症状消失, X线复查胃石消失。

按: 胃石症, 临床以柿石较多, 但胃山楂石亦不少见。本组26例, 均因过食大量山楂而发病。山楂味酸, 诸多本草书籍中均载有“健胃气, 消食化积”之功, 但服食过量, 亦可成为导致胃脘痛形成积滞的致病因素, 即“饮食自倍, 肠胃乃伤”。酸性收敛固涩, 用之不当, 则积滞胃中而不下, 而成结石。治法宗仲景承气汤之意, 下之则愈。

孙氏^[10]用大承气汤加减治疗胃柿石7例, 效果颇佳。治疗方法: 方用大承气汤加减, 药用: 芒硝 (冲服) 15g, 大黄 (单包) 5g, 枳实12g, 厚朴10g, 鸡内金20g, 甘草6g, 乌贼骨15g, 莱菔子15g, 川楝子15g, 延胡索15g。方中芒硝为主药, 取其味咸性寒降下, 涤胃肠中之宿垢, 破坚积之实邪, 冲入药汁中服; 大黄单包主要控制大便通下状况, 首煎大黄与众药同下, 助芒硝通下散结。如服药后不泻下则将大黄改为后下, 增强实邪泻排之力; 如服后大便泻下如水而硬结不动则改大黄先煎, 取其钝而缓之功; 因胃柿石与食物相结合加鸡内金、莱菔子、乌贼骨软坚消导; 金铃子散行气活血止痛, 并有通泄下行之性。服药时间: 胃柿石主要关系到胃、大肠二经功能, 治疗从胃以软坚消导降下, 大肠以利传导, 二者需要密切配合。因辰时7~9点胃经旺, 有利于消化; 卯时5~7点大肠经旺, 有利于排泄; 午时11~13点心经旺, 有利于周身血液循环, 心火升胃土有利于胃功

能增强。所以在服药时首煎7至9点服,第二煎在12点到13点服,1日1剂。治疗结果:一般服药2至3剂,多者4剂,胃柿石化解而下,经纤维胃镜检查7例全部痊愈,症状消失,然后再用健脾调胃剂分别调治。

按:胃柿石一病一般由进食不当所致,主要为空腹进食柿子、山楂等物,柿子口感甜、凉吃后给人一种心中痛快的感觉,但其中涩味浓重,山楂酸重于甜,酸涩之性相似,收敛固涩,再与不易消化之食物结聚在一起,胶固不化而成石。大承气汤本为泻下峻剂,应以痞、满、燥、实为依据,主要用于阳明有形之实邪积滞不通。胃柿石表现剑突下胀、硬、满、痛等胃的受纳功能障碍,而不存在大承气汤之热结大便闭而不通。但胃主受纳,大肠主传导,柿石积聚于胃中应首先考虑消导、软坚散结,通过增强大肠传导功能,才能使之排出体外。实验研究表明:大承气汤不仅有增强胃肠蠕动、增加胃肠容积作用,还有改善血液循环及降低毛细血管通透性作用,亦是治疗消化道梗阻及炎症性疾病的一首极好方剂。胃柿石症以燥结且坚置于胃中,所以方中以芒硝为君,软坚散结;大黄活血散结攻下力强,加枳实、厚朴散结除满助硝黄之力,又增强消胀之功,鸡内金、莱服子消食软结;甘草调和诸药;川楝子、延胡索理气活血止痛力强。大承气汤治胃柿石疗效肯定。但值得说明,对于结石过大4cm以上的,时间过长超过2周的,症状难以忍受或体质太弱不胜攻下的,可考虑手术取石法。

【病案举例】

1. 李某,男,35岁,1995年2月6日初诊,10天前空腹吃山楂约200g,进午餐又饮酒过度,即感心下痞闷,脘腹胀痛,伴暖气泛酸、恶心,食欲不振,大便不畅。曾服吗丁啉、黄连素不见效果,来院诊治。诊见精神萎靡,痛苦表情,按之上腹部压痛,并可触及一鸡蛋大包块,质软,推之活动。舌苔厚腻,脉弦滑。胃钡餐透视示:胃内有活动性8cm×6cm充盈缺损,胃腔壁软,轮廓完整,黏膜粗,窦部痉挛。诊为胃结石、胃炎。中医辨证为湿浊挟气血瘀阻中焦。治以消积导滞,行气破血,散结化石,服大承气汤加味5剂自觉症状及包块消失,继服3剂,钡透视未见胃内异物,告愈^[8]。

2. 刘某, 男, 23岁, 农民, 1994年4月5日诊。2年前患病毒性肝炎, 经治疗而愈。3天前感上腹部胀痛不适, 时有恶心呕吐, 食欲不振, 乏力, 大便微稀, 无厌油腻感, 在家未经治疗, 疑肝炎复发而来诊。查患者巩膜、皮肤无黄染, 肝脾未及, 肝功能正常。详问其病史, 言5天前服食大量山楂后即感上腹部不适, 3天前始出现上述诸症。此乃饮食不节, 过食辛酸, 瘀积胃肠, 腑气不通所致, 病不在肝而在胃。行X线钡餐透视示: 胃石症(9cm×6.5cm), 治以通腑行气化积。方选大承气汤加味。5剂后症状减轻, 钡餐复查胃石消失。继服香砂六君子丸5天以善后^[9]。

3. 胡某, 女, 46岁。2001年8月就诊。自述8天来胃脘胀、满、硬、痛, 逐渐加重, 近3天来进食则吐, 胃脘痛, 曾有胃病史3年。追问病史大约10天前空腹吃柿子后胃痛加重, 自服大黄苏打片2天无效前来就诊。刻下: 症见胃脘痛甚, 硬满, 自觉有一物积于胸中。查剑突下压痛, 拒按, 脘部较硬, 经胃镜检查提示胃柿石、“胃炎”。投以大承气汤加乌贼骨30g, 甘草6g, 鸡内金15g, 莱菔子5g, 半夏10g, 延胡索15g, 川楝子15g。2剂水煎服, 按以下时间服药: 第一煎7至9点服, 第二煎12至13点服, 日1剂, 第一剂大便溏泻, 日行5次, 但症状未减, 次日改大黄后下, 下午排下2块硬结之物, 症状得以缓解, 经胃镜检查胃柿石消失, 存有胃底黏膜糜烂, 再用调理脾胃之剂进行调治^[10]。

4. 秦某某, 男, 35岁, 1992年11月8日初诊。1周前患者曾空腹服大量柿子后, 即出现上腹不适、饱胀。1周以来, 剑突下隐痛, 食欲不振, 恶心, 口臭, 食后呕吐, 呕吐物为胃内容物。于11月8日急行纤维胃镜检查发现: 胃腔可见一3.0cm×2.5cm×2.5cm大小的团块, 用活检钳触之较硬, 此即柿胃石, 预约3日后在纤维胃镜下碎石治疗。笔者试用大承气汤加味。大黄6g(后下)、芒硝15g、枳实10g、甘草6g、牵牛子5g、生山楂15g、鸡内金10g、莱菔子9g、神曲10g、麦芽10g。每日1剂分2次口服, 连服2剂。每日大便4~6次, 且色黑, 秽臭。第三日上腹部不适和隐痛明显缓解, 口臭、呕吐消失。于11月11日上午胃镜复查: 胃石消失, 胃黏膜仍有轻度糜烂、充血, 给予得乐冲剂10袋以消炎, 保护胃黏膜, 大获痊愈^[11]。

按：本患者即属柿胃石。大承气汤出自张仲景《伤寒论·阳明篇》以治腑实证。今试治于柿胃石获得满意疗效。方用大黄、芒硝以软坚润燥、泄热通便、荡涤肠胃；辅以生山楂、鸡内金、神曲、麦芽以消食化积滞、结石；以牵牛子、枳实消痰涤饮，破气消积以通下。甘草调和诸药。共奏消积化结、泻下通便，从而使胃石从大便而出。现代药理学表明：生山楂、莱菔子、麦芽能促进胃蛋白酶和胃酸的分泌，促进消化作用；神曲、鸡内金、枳实、牵牛子能使胃肠蠕动加强，胃排空加速；大黄、芒硝能刺激胃肠道运动加强，分泌增多。从而共同作用使胃石从大便排出。

5. 郑某，男，56岁，于1993年5月10日就诊。患者半年来经常有上腹部满闷不适。近1月来，上腹部疼痛加重，食欲不振，伴周身倦怠乏力。查体发现左上腹可触及鸡卵大小包块，质硬、活动、游走。舌质红，苔黄厚腻，脉沉数。有酒后食柿史。X线胃肠钡剂造影显示胃内有4cm×5cm光团，可上下移动，表面毛糙不平，胃黏膜粗厚。诊为“胃内结石和慢性胃炎”。证属脾胃湿热，运化失职，宿食停滞，积结成块。治宜消积化滞，行气散结通便。方用大承气汤加味：大黄、木香各10g，枳实、砂仁、槟榔各12g，厚朴、白术各15g，芒硝（冲）、甘草各6g，鸡内金20g。水煎服，1剂/d，早晚分服。药进3剂，痛减食增，大便稀，日2~3次。效不更方，继用3剂后，疼痛消失，包块变小。又进3剂，X线胃肠钡餐透视：胃内结石消失^[12]。

按：患者有酒后食柿史。酒助湿热，阻碍脾胃升降之机，脾失健运，食滞不化，积而成块。运用大承气汤，消积泻下，行气散结软坚；加用白术、鸡内金、砂仁、木香等药以健脾行气，调整脾胃升降之功能。诸药配合，共奏消积排石之功。

六、糖尿病性胃潴留

糖尿病性胃潴留是糖尿病胃肠植物神经病变常见的症状。典型症状为腹胀、早饱、厌食、噯气、恶心、呕吐、体重减轻，症状通常在餐后较为严重。属中医学“痞满、呕吐”范畴，多为消渴日久、耗伤脾胃之气、脾胃虚弱、运化无力、升降失司、胃失和降而致。主要

病机为以中气虚弱、脾胃升降失调为主，脾气虚弱、运化无力为本，气滞食积、胃失和降、气滞血瘀等为标，为虚实夹杂之证，故治疗上可采用健运脾胃、荡涤积滞、消痞除满为主。

【临床应用】

肖氏等^[13]用加味大承气汤治疗糖尿病性胃潴留患者 20 例，并与胃复安治疗的 10 例作了对照。治疗方法：治疗组继续按糖尿病饮食常规和降糖治疗（其中单用优降糖 4 例，优降糖联合降糖灵 11 例，优降糖联合胰岛素 3 例，达美康联合降糖灵 2 例），均同时加服加味大承气汤，药用：大黄 10g，芒硝 12g，枳实 12g，厚朴 12g，黄连 12g，槟榔 12g，牵牛子 12g，莪术 12g，水煎服，每日 1 剂分 2 次服，2 周为 1 个疗程，第一疗程结束后停服 3 天，开始第二疗程，共治疗 2 个疗程。对照组继续按糖尿病饮食常规和降糖治疗（其中单用优降糖 4 例，优降糖联合降糖灵 5 例，优降糖联合胰岛素 1 例），并均同时加服胃复安片 20mg，每日 3 次，2 周为 1 个疗程，第一个疗程结束后，停服胃复安 3 日。再继续第二个疗程，共 2 个疗程。结果治疗组治疗后 2 周和 4 周胃电活动有显著性改善（ $P < 0.05$ ）；主要临床症状改善情况，治疗组优于对照组，两组有显著性差异（ $P < 0.01$ ）；血糖改善情况治疗组优于对照组（ $P < 0.01$ ）。

按：大黄、芒硝是苦寒咸之泻药，主要泻血分实热，下肠胃积滞。枳实、厚朴有理气破气、消积滞之功；黄连消炎燥湿；槟榔、牵牛子下气导滞，莪术破中气滞。以上 8 味药相互配合可达到荡涤积滞、消痞除满、消炎泻下的功效。这是一种对局部和全身状态具有协同作用的治疗，是通过调整机体全身状态而巩固疗效的治疗。

七、烧伤应激性溃疡

应激性溃疡已成为大面积烧伤患者的常见并发症。烧伤后应激性溃疡发病率高达 75%，并发急性消化道出血发生率约 4.2%，多见于严重休克和败血症病人。因各种应激作用于中枢神经系统和胃肠道，通过神经内分泌和消化系统的相互作用，使得维持胃十二指肠黏膜完整的攻击因子和保护因子之间的平衡破坏，最终导致黏膜发生病变形成应激性溃疡出血。早期除偶有腹部隐痛和黑便以外，其他症状甚

少，多在发生大出血或穿孔后方被发现，故早期预防非常重要。应激性溃疡的病灶有4大特点：①急性病变，在应激情况下产生；②多发性的；③病变散布在胃体及胃底含壁细胞的泌酸部位，胃窦部甚为少见，仅在病情发展或恶化时才偶尔累及胃窦部；④并不伴高胃酸分泌。

【临床应用】

徐氏^[14]应用大承气汤预防烧伤应激性溃疡126例，收到良好效果。大承气汤的制备：大黄15g，厚朴10g，枳实12g，芒硝10g，加水500ml，浸泡30min后文火煎25min，过滤后即成。治疗方法：患者均于伤后8小时内入院，入院前均未作任何处理。入院后立即输平衡液、全血等抗休克治疗，于伤后24小时内口服大承气汤250ml，每日2~3次，直到伤后2周为止，首次口服中药后1小时即开始给予口服流质或半流质饮食，无须禁食。结果126例伤后3周均无呕血，各次大便隐血测定结果均为阴性。

按：大承气汤预防烧伤后应激性溃疡的发生效果较好，其机制可能为：大黄中的大黄素可使胃黏液分泌增加，保护胃黏膜屏障功能。枳实、厚朴对胃肠道平滑肌有兴奋作用，可使胃肠运动收缩节律性增加，促进胃肠功能早期恢复。大黄有抗氧自由基的作用，防止胃肠黏膜因复苏而发生再灌注损伤。口服大承气汤后早期进食，即可提供营养，增加总热量，有利于增加对感染的抵抗力，还促进了胃肠功能的早期恢复，对预防肠源性感染是有益的，又有助于维持胃液pH中性。

八、胃出血

上消化道出血是临床常见急症之一，病死率较高。出血原因以酸相关性疾病最多，尤以消化性溃疡多见（占43.8%）。上消化道出血与患者的年龄密切相关，年龄越大，出血的危险性越高，程度越重，其原因可能与其不良生活习惯如吸烟、饮酒等有关。有急、慢性之分。急性大量术后出血多采取缝合止血，慢性出血多采取中医中药治疗。

【验案举例】

查某，男，40岁，干部。1993年4月28日诊。患者有“胃病”史10年。发作即服西药缓解，近因饮酒过度致旧恙复发。黑便2小时急诊入院。诊断为上消化道出血，胃、十二指肠球部溃疡。症见：胃脘疼痛，恶心欲吐，嗳气泛酸，口干且苦，大便呈柏油样，舌红苔黄腻，脉象弦滑数。此属胃热炽盛，迫血妄行。治拟清泄胃火、化瘀止血，大承气汤加黄连、白及、地榆、乌贼骨、吴茱萸、生甘草。水煎取汁200ml，凉后分4次服下，同时予禁食，支持疗法。服药5剂出血止，复查大便隐血试验转阴，以参苓白术散剂调理，痊愈出院^[15]。

按：上消化道出血属中医血证范畴，临证以呕血、黑便为其主候，常见于胃与十二指肠球部溃疡、胃炎、食道、胃底静脉曲张破裂等。其主要病因是火盛、胃中积热或肝火犯胃，或积滞伤胃而导致络伤血溢。用承气汤清泻胃火，化瘀止血，通腑导滞，澄源塞流，以达止血效验。

九、胃痛

胃痛，又称胃脘痛，指上腹部近心窝处疼痛。多由于胃酸刺激胃黏膜（可能是胃酸分泌过多，也可能是胃黏膜对胃酸的敏感性增加）而产生的症状；由变质食物等引起的细菌感染造成的急性胃炎，也是疼痛的原因之一。常见于西医的急、慢性胃炎、消化性溃疡、胃痉挛、胃扭转、胃下垂、胃黏膜脱垂症及胃神经官能经等。

中医学认为，无论是胃腑本身的原因还是其他脏腑的病变影响到胃腑，均可使胃络不通或胃失濡养而导致胃痛。多由寒邪客胃、饮食伤胃、肝气犯胃、脾胃虚弱等各种病因引发。其中实证多因肝，虚证多涉及脾。无论何种胃痛，胃气失和、胃络不通、胃失濡养是其基本病机，常因饮食不慎、情志不畅、劳累、受寒等因素而诱发或加重，治疗以和胃止痛为原则。

【病案举例】

王某某，男，64岁，1992年4月26日初诊。胃痛4年，时作时止，与饮食关系不明显。胃脘胀满灼痛，痛引胁背，服止痛药暂缓。

胃镜检查：发现胃黏膜红白相间，皱壁平滑、变薄，胃液分析提示游离胃酸缺乏，诊断为慢性萎缩性胃炎。近半年胃部灼热胀痛愈甚，经人介绍来我处就诊。症见：胃脘痞满灼痛，牵及胁背，口干唇燥，渴欲冷饮但饮不多，恶心干呕，饮食如常，食后饱胀，大便燥结，二三日一行，舌红少苔，脉细数。辨证为阳明燥结，热伤津液，胃阴不足。治当泄热通便，养阴生津，益气和胃。选用大承气汤合麦门冬汤加味：大黄 10g（后下），芒硝 10g（冲），枳实 10g，厚朴 10g，麦冬 35g，半夏 5g，北沙参 15g，石斛 10g，党参 15g，白芍 15g，延胡索 15g，生姜 3 片，甘草 6g，川楝子 6g。水煎 1 剂，便通痛减^[16]。

参考文献

- [1] 陈红. 大承气汤加味治疗伤科早期腹胀便秘. 现代中西医结合杂志, 2000, 9 (16): 1572
- [2] 唐鑫, 李书振. 桃核承气汤加味治疗胸腰椎骨折早期腹胀便秘的临床应用. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9 (6): 110 ~ 111
- [3] 尹逸麟. 复方大承气汤在骨科临床中的运用. 南京中医药大学学报, 1998, (2): 109
- [4] 王中生, 穆绪超. 加味大承气汤治疗功能性消化不良 96 例. 河南中医, 2003, 23 (8): 9
- [5] 刘吕敏. 大承气汤加味治疗机械通气所致胃肠胀气. 四川中医, 2002, 20 (4): 49
- [6] 沈省博. 加味大承气汤治疗胃轻瘫综合征 35 例. 现代中西医结合杂志, 2004, 13 (3): 338
- [7] 宋学建. 大承气汤加味治疗胃石症 31 例. 河南中医药学刊, 2000, 15 (4): 29 ~ 30
- [8] 张长义, 张庆新. 大承气汤加味治疗胃结石 14 例. 陕西中医学院学报, 1996, 19 (3): 30
- [9] 石绍刚. 大承气汤加味治胃山楂石 26 例. 国医论坛, 1995, (4): 16
- [10] 孙秀清. 大承气汤加减治疗胃柿石 7 例. 实用中医内科杂志, 2002, 16 (2): 88
- [11] 冯少华. 大承气汤加味治疗胃石 1 例. 中医药研究, 1994, (2): 39
- [12] 周美利, 赵海燕. 大承气汤加减治疗胃柿石症 1 例. 湖北中医杂志, 2000,

22 (5): 45

- [13] 肖裕光, 汤蓓. 加味大承气汤治疗糖尿病性胃潴留 20 例. 中国中西医结合杂志, 1997, 17 (10): 626 ~ 627
- [14] 徐昌政, 张依飞, 郝超. 大承气汤预防烧伤应激性溃疡. 实用医学杂志, 1997, 13 (5): 345
- [15] 彭江宁. 大承气汤在急症中的应用. 湖北中医杂志, 1995, 17 (4): 44
- [16] 蒋玉珍. 大承气汤在痛证中的应用. 江西中医药, 1995, 增刊, 28 ~ 29

第三节 呼吸系统疾病

一、大叶性肺炎

大叶性肺炎是由肺炎双球菌等细菌感染引起的呈大叶性分布的肺部急性炎症。常见诱因有受凉、劳累或淋雨等。临床表现起病急骤、寒战、高热、胸痛、咳嗽、咳铁锈色痰，病变广泛者可伴有气促和紫绀，部分病人有恶心、呕吐、腹胀、腹泻等症状。重症者可有神经精神症状，如烦躁不安、谵妄等。查体可见呼吸运动减弱，语颤增强，叩诊浊音，听诊呼吸音减低，有湿啰音或病理性支气管呼吸音。

本病属中医学“风湿”、“肺胀”等范畴。《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治》曰：“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮大者，越婢加半夏汤主之。”“肺胀，咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水，小青龙加石膏汤主之。”中医辨证有虚实之分。实证多由邪气壅肺，肺气不降；虚证多由肺肾两虚，导致肾不纳气，而肺气上逆。

【临床应用】

邝氏^[1]运用白虎汤合大承气汤加减治疗大叶性肺炎 15 例，取得良好效果。治疗方法：白虎汤、大承气汤加减，药用：石膏 50g（先煎）、知母 15g、甘草 6g、大黄 15g（后下）、芒硝 6g（冲）、枳实 10g。水煎服，每日 1 剂。随症加减：痰热盛者加贝母、天竺黄；热邪甚加连翘、黄芩、栀子；面唇青紫（合并心衰缺氧）加紫丹参、赤芍、红花。心衰者配合西医强心剂治疗。结果：12 例痊愈，痊愈

率占82%，3例好转。治愈者服中药6剂5例，8剂5例，10剂2例，3例好转者服中药15剂。

按：大叶性肺炎多为外感风寒，化热入里，炼液成痰，痰热壅肺，气道失宣而上逆所致，肺与大肠相表，故肺中热邪，下移大肠，使肠道失传，与燥屎互结，而为阳明腑实之证。故宜泻热通腑，使火热之邪借阳明之道而出，方中重用石膏清肺泻热，大黄泻火通便、清上泻下，简便效佳，临床值得一用。

【病案举例】

1. 男，40岁，职工，1993年5月10日入院。患者入院前3日受凉后出现畏寒，继而发热、头痛、少许咳嗽，门诊按“风热外感”治疗后汗出，热退。数小时后出现寒战，壮热，体温 $38.5\sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间，次日逐渐出现胸痛，咳痰，舌赤唇焦，大汗引饮，神昏、谵语、大便3日未解。查体：体温 39.5°C ，急性热病容，意识模糊，呼吸困难，鼻翼煽动，右侧胸廓活动受限，语音震颤增强，叩诊呈浊音，听诊呼吸音减弱，可闻支气管呼吸音及湿啰音。实验室检查：白细胞 $18.5\times 10^9/\text{L}$ 、中性0.80，淋巴0.20，X线拍片示：右侧大叶性肺炎，舌质红绛，苔黄厚腻，脉洪数而滑。方药：石膏50g（先煎）、知母25g、大黄15g（后下）、芒硝6g（冲）、栀子15g、连翘15g、甘草5g，3剂后热退神清、燥屎排出。咳嗽较前突出，咯黄稠痰。遂将前方减竹叶、大黄同煎，加杏仁10g、桔梗10g，连服5剂症状消失，血象恢复正常，X线拍片复查病灶全部吸收^[1]。

2. 邓某，男，32岁，出租车司机。于1995年7月23日因高热、寒战、咳吐黄痰3天，胸痛2天就诊。诉3天来经静脉滴注先锋霉素V，口服清热解毒口服液病情不见好转。查体：急性病容，T 38.9°C ，口唇疱疹。听诊在背下部可闻及密集中小水泡音。心脏、腹部正常。实验室检查：白细胞总数 $16.1\times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞为86.7%，胸片示左肺下野大片模糊阴影。痰细菌培养：肺炎双球菌。诊断：肺炎双球菌肺炎。治疗用大承气汤加味通腑泻热。药用生大黄10g（后下），芒硝、蒲公英、金银花各30g，厚朴、栀子各12g，枳实10g，黄芩15g，水煎服。1日2剂。服药2剂，泻下脓冻样大便7次，热退身凉，并进食小米稀饭1碗。第二天复诊，测T 38.3°C ，偶咳，吐少量

白黏痰，乏力，舌红苔薄黄，脉沉略数。治以滋阴清肺、止咳化痰之剂巩固疗效，并配合口服西药新达罗 0.5g。1 日 3 次。4 天后再诊，患者未至，其妻代诉云：“服药后咳嗽、发热、胸痛均已消失，饮食及睡眠正常，今晨 6 时已开车外出营运”。至此，病获痊愈^[2]。

二、哮喘

哮喘是由多种细胞特别是肥大细胞、嗜酸性粒细胞和 T 淋巴细胞参与的慢性气道炎症，是世界公认的医学难题，被世界卫生组织列为疾病的四大顽症之一。据流行病学调查，我国近年上海、广州、西安等地抽样调查，哮喘的患病率约 1% ~ 5%。可引起反复发作的喘息、气促、胸闷或咳嗽等症状，多在夜间或凌晨发生。哮喘的发病原因还不十分清楚，大多认为是多基因遗传有关的变态反应性疾病，环境因素对发病也起重要的作用。多数人认为，变态反应、气道慢性炎症、气道反应性增高及植物神经功能障碍等因素相互作用，共同参与哮喘的发病过程。哮喘早期可见气道上皮下有肥大细胞、肺泡巨噬细胞、嗜酸粒细胞、淋巴细胞与嗜中性粒细胞浸润。哮喘发作期，气道黏膜下组织水肿，微血管通透性增加，支气管内分泌物贮留，支气管平滑肌痉挛，纤毛上皮剥离，基底膜露出，杯状细胞增殖及支气管分泌物增加等病理改变。若哮喘长期反复发作，表现为支气管平滑肌的肌层肥厚，气道上皮细胞下的纤维化等致气道重构和周围肺组织对气道的支持作用消失。

中医学认为，本病主要因痰饮伏肺而引发。外感风寒或风热，吸入花粉、烟尘等可致肺失宣肃而凝津成痰；饮食不当，脾失健运则聚湿生痰；每当气候突变、情志失调、过分劳累、食入海腥发物等而触引内伏之痰饮，痰随气升，气与痰结，壅塞气道，肺气上逆而发为哮喘。病初在肺，多属实证；若反复发作，则致脾、肺、肾、心诸脏俱虚。脾虚则运化失常，酿生痰浊；肺虚则气无所主，短气喘促；肾虚则摄纳无权，动则喘甚；心虚则脉动无力，唇甲青紫，汗出肢冷，甚则出现神昏、烦躁等危候。

【病案举例】

1. 刘某某，男性，46 岁，于 1995 年 4 月 11 日来诊。患者气喘

咳嗽反复发作 20 余年,以春季发作为主,此次发作 10 天,曾在诊所及医院门诊用抗菌素、抗过敏、止咳平喘(青霉素 G 80 万 U 肌注,每日 2 次,3 天后用头孢唑林 4g 加入 10% 葡萄糖注射液 500ml 中,加地塞米松 20mg,静脉点滴,每日 1 次,连用 4 天,氨茶碱 0.25g 加入 50% 葡萄糖注射液 40ml 中静脉注射,口服氟哌酸、复方新诺明、必嗽平、博利康尼、扑尔敏、息斯敏等药),以及中药清肺止咳平喘的麻杏石甘汤加味,后用温补肾阳、涤痰行瘀治疗,疗效不显,于 4 月 11 日来本院门诊就诊,病人气喘咳嗽,痰浓稠,色时黄时白,每天中午 12 点至下午 4 点时气喘加剧,喘前有呛咳,胸痞腹胀满,纳食欠佳,大便二日 1 次质干,小便尚可,呼吸急促,喉中痰鸣有声,口唇发绀,形体肥胖,两肺可闻哮鸣音,心率 96 次/min,律尚齐,舌暗红,苔黄腻,脉滑数。处方:大承气汤加味:芒硝(冲) 6g,生大黄(后下) 10g,枳实 15g,厚朴 10g,法半夏 10g,细辛 3g,皂荚 6g,服 3 剂,气喘减轻腹胀消失,大便一日 1~2 次。继续用上方 2 剂,气喘大减偶有咳少量白痰,大便一日 3~4 次,舌偏红,苔薄白,脉弦滑,给用蠲哮汤加减,葶苈子 15g,青皮 15g,陈皮 15g,桃红 10g,槟榔 10g,生大黄 10g,皂荚 10g,路路通 30g,水蛭 6g,3 剂,服后哮喘咳嗽消失,食欲增进,二便正常,以防哮喘再现,守上方加养麦根 20 克,继续服 3 剂^[3]。

按:《景岳全书·喘促》说:“喘有夙根”。是于肺不布津,聚液成痰,脾失健运,饮食不归正化,痰浊内生,肾不能蒸化水液,以致津液凝成痰,伏藏于肺,成为发病的“夙根”,遇气候变化,饮食不当、情志失调,劳累等多种诱因,均可引起发作,壅塞气道,气管狭窄,呼吸通畅不利,肺气宣降失常,引动停积之痰,而致喘鸣如吼。本例病人,每到春天潮湿季节发病,形体肥胖,肥胖者多痰湿,自感胸痞胀满,根据肺与大肠相表里的理论,通下宣上,上病下取,上壅者疏其下的治则,采用大承气汤加味治疗,取得满意疗效。

2. 沈某,女,32 岁,2001 年 4 月 22 日诊。患发作性呼吸困难 3 年,于 2 天前再次发作,自行服用氨茶碱、强的松等药,效果欠佳。症见平卧困难,口干渴,大便干结、3 天未行,呼吸急促, R30 次/min,表情痛苦,半卧位,汗多,口唇发绀,双肺广泛哮鸣音,呼气

音延长,无水泡音;心率112次/min,律齐;舌质红苔白厚,脉弦数。血WBC $10 \times 10^9/L$,N 0.62,L 0.38;X线胸片示肺纹理紊乱。证属肺热郁积,腑气不通。予大承气汤加味:大黄10g,芒硝15g,厚朴20g,枳实20g,紫苏子20g,款冬花15g,杏仁10g,莱菔子15g。每日1剂,早晚分服。并予西医常规处理。服药1剂后,排大便1次,呼吸困难减轻;继续服药2剂,呼吸困难消失^[4]。

按:支气管哮喘属中医学“哮证”范畴,病位在肺。肺与大肠相表里,腑气不通则肺气不降,投大承气汤加降气之品,使腑气通、肺气降,而收止哮之功。

3. 王某,女,29岁。每年好发于冬春季节已7年。1993年1月27日又胸闷气喘,不能平卧,痰少稠黄,烦热口渴,大便8天未行,欲解时气急更甚,苔黄厚腻,脉滑数。双肺布满哮鸣音,已在西医内科急诊静滴抗生素、氨茶碱、激素2日,未见好转。由家属陪来我科治疗,辨证为痰热壅肺,移热于大肠,致腑气壅滞不通所致。法当通腑泻肺、清热化痰:大黄(后入)、银翘各15克,芒硝(冲)、枳实、厚朴、前胡、杏仁、陈皮各10克,甘草6克。水煎,昼夜分服2次。配合吸氧、抗生素等西药。1剂服后3小时大便通,胸闷气喘大减,能平卧休息。待3剂服完,症状明显好转^[5]。

三、支气管炎

支气管炎是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以长期咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作为特征。慢性咳嗽、咳痰或伴有喘息,每年发作持续3个月,连续2年或以上,并能排除心、肺其他疾患而反复发作,部分病人可发展成阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病。可有急、慢性之分。主要原因为病毒和细菌的重复感染形成了支气管的慢性非特异性炎症。当气温骤降、呼吸道小血管痉挛缺血、防御功能下降等利于致病;烟雾粉尘、污染大气等慢性刺激亦可发病;吸烟使支气管痉挛、黏膜变异、纤毛运动降低、黏液分泌增多有利感染;过敏因素与本病也有一定关系。

本病属中医学“咳嗽”范畴。多因病情迁延日久,多与肺、脾、肾三脏功能失调有关。肺虚则宣降失司,气无所主;脾虚则水湿内

停,湿聚成痰;肾虚则摄纳无权,息短气促;若肝火犯肺,肺热伤津,则咳嗽阵作,甚则痰中带血。多为虚证或本虚标实之证。

【病案举例】

李某,男,24岁。于1991年6月25日,以咳嗽,吐黄稠痰,发热3天,静脉滴注青霉素及口服中药汤剂无效来诊。查患者颜面发红,时有咳嗽,咳声有力,吐痰黄稠,大便干燥,舌红,苔黄,脉数有力。 $T 39.2^{\circ}\text{C}$,两肺听诊呼吸音粗糙,偶闻干鸣音;化验血白细胞 $15.4 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞82%;X线胸透提示肺纹理增粗。诊断:急性支气管炎。鉴于病人已经中西药物治疗3天而罔效,所以与其扬汤止沸,莫如釜底抽薪,急予大承气汤加味通腑泄热、肃肺化痰。药用生大黄10g(后下),芒硝20g,枳实、厚朴、紫菀各12g,百部15g,杏仁、款冬花各10g,鱼腥草30g,水煎服。药后5时许,腹中雷鸣,继之泄下先干后稀粪便5次,临床症状随之缓解。第二天复诊,患者精神明显好转,偶闻咳嗽,痰由黄稠而为白黏。 $T 37.3^{\circ}\text{C}$,肺部呼吸音略粗,舌红、苔薄黄、脉沉。考虑邪热虽祛,但余热犹存。治以竹叶石膏汤善其后,继服2剂,咳嗽、发热诸症悉除,病告痊愈^[2]。

四、肺脓疡

肺脓疡是由多种病原菌所引起的肺组织化脓性病变。早期为化脓性肺炎,继而形成脓肿。本病起病急骤,以高热、咳嗽和咳吐大量浓臭痰为主要症状。体温可高达 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$,常伴有出汗、畏寒、胸痛、气急,其他还有精神萎靡,周身无力,食欲减退。有时痰中带血或中等量咯血。约1周左右,脓肿自行破溃,痰量骤增,往往每日可咳出300~500ml的脓性臭痰。此外,有一少部分人还可出现胸膜炎、支气管不同程度的扩张、脓气胸或脑脓肿。现代医学认为,本病的病因与细菌、原虫或免疫功能降低等因素有关。

本病属中医学“肺痈”范畴。中医学认为本病多由外感风热,或疮疡热毒客于营血,内传肺脏,热壅血瘀,郁结而成。治宜清肺化痰,解毒排脓,一般可选用《千金》苇茎汤、清金饮、麦冬平肺饮、葶苈大枣泻肺汤、元参清肺饮等方。

【病案举例】

郑某,男,35岁,农民。平素喜食辛辣,善饮,不慎外感风寒致病。病症寒热,咳嗽,胸部闷痛不适,继则咳吐黄色脓臭痰。在当地医院治疗9天(用药不详),病情逐日加剧,于1996年2月24日求治于郑州管城中医院。诊断:多发性肺脓疡。予西药先锋铋、氟哌酸、丁胺卡那、甲硝唑等治疗1周余,寒热虽退,但病情未见缓解,咳嗽频繁气急,右胸痛明显,咳吐黄稠脓样痰,不能平卧,饮食俱废,食入则吐,发病20多天,体重减轻8公斤,行走艰难,病势危重。该医院建议转胸科医院进一步检查治疗。因患者前期治疗费用较多,家中经济困难,欲放弃治疗。适逢吾友前往探视,并介绍来院就治。胸X片示:①右侧肺脓疡;②右胸腔积液。化验血白细胞总数 $15.7 \times 10^9/L$,N87%。考虑肺痈已成,痰火蕴肺,血败肉腐,正气已虚,予大承气汤加味通腑泄热、托毒排脓治疗。处方:生大黄10g(后下),枳实10g,芒硝、桔梗各15g,厚朴12g,苇茎、薏苡仁、冬瓜仁、鱼腥草、沙参各30g,煎汤代茶频饮,日进2剂。服药3天,咳吐黄色脓臭痰甚多,大便每日3~5次,并予静脉补液以支持。5天后,咳、痰、胸痛大减,气急渐平,饮食渐增,并能下床在室内适量活动。10日后大黄量减至5g,日进1剂,大便每日1~2次。4月23日复查胸片示右胸腔积液吸收,肺脓疡病灶缩小大半;血白细胞 $8.7 \times 10^9/L$,N71%。继守上方治疗,患者咳嗽渐瘥,胸痛消失,饮食恢复正常,体质逐渐复原。5月3日胸X线片再查:右侧胸肺病灶已完全吸收,血常规化验正常,临床诸症消失,病告痊愈收功^[2]。

五、慢性阻塞性肺病

慢性阻塞性肺病(COPD)是一种慢性进行性加重的气道疾病,其特征为气流受限,并有慢性支气管炎和肺气肿。据WHO估计,截至2002年,COPD将成为全球第五常见的疾病,在死因顺位中位列第三。患者小气道狭窄,很难吸入和排出肺内的空气。慢性阻塞性肺病患者的第一秒用力呼气量比正常不吸烟者低3~4倍。一般认为,香烟烟雾可诱发小气道和肺实质的炎症。过量酶(蛋白酶)产生后可刺激黏膜分泌,破坏呼吸道壁和肺组织,毁损局部免疫系统。吸烟

者在长年吸入毒性香烟烟雾后,会发生慢性支气管炎和肺气肿。发生COPD的机会与每日吸烟量和吸烟持续时间成正相关。其治疗主要是戒烟、配合药物治疗。

【临床应用】

刘氏等^[6]将87例慢性阻塞性肺病患者分为治疗组45例采用大承气汤灌肠治疗,对照组42例未采用大承气汤治疗,观察慢性阻塞性肺病用大承气汤灌肠对于治疗腹胀的临床疗效。治疗组:常规予以吸氧、抗感染、解痉平喘化痰、纠正失衡的电解质,同时采用中药大承气汤,药用:川厚朴30g,桃仁10g,炒蒴子30g,枳实10g,赤芍10g,生大黄15g,芒硝10g(冲服),水煎至50~100ml,每日2次,50~100ml保留灌肠并抬高臀部20~25cm,高位保留灌肠。对照组:常规予以吸氧、抗感染、解痉平喘化痰、纠正失衡的电解质,未予以中药保留灌肠治疗。治疗结果:治疗组无腹胀28例,占62.22%,轻度腹胀11例,占24.44%,重度腹胀4例,占8.88%。对照组无腹胀16例,占38.1%,轻度腹胀18例,占42.86%,重度腹胀8例,占19.05%。两组比较有显著性差异($P<0.05$)。

按:大承气汤是张仲景《伤寒论》中治疗阳阴腑实证的主要方剂,具有通里攻下作用。主治“痞、满、燥、实”四症。中医辨证肺与大肠相表里,大肠中浊气不降,肺中清气不能形成,故发生咳嗽、胸闷、大便干结、不排便等一系列病症。采用大承气汤,清除大肠的浊气,导浊气从大肠排出,清气上升,腹胀消失,咳嗽也好转。现代医学证实:大黄、芒硝等具有抗感染、抗内毒素的作用,能加速血中内毒素的清除,还能促使肠管蠕动,降低毛细血管的通透性,提高血浆渗透压,以达到扩容和改善微循环的作用,减少内毒素的吸收,从而加快肠壁功能的恢复。利用大黄、芒硝导滞泻下、泻热排毒;枳实通腑利水等作用,促进胃肠蠕动、促进肠道内废物排泄,通过“结肠透析”作用使积热、积毒、积水排出体外,达到辅助治疗的目的。

六、严重创伤呼吸窘迫综合征

严重创伤呼吸窘迫综合征(RDS)是由创伤诱发的急性进行性缺

氧性呼吸衰竭为主要特征的综合征，起病急，进展快，病死率高达40%~80%。临床以呼吸窘迫、发绀、便秘、鼓肠为主要表现。应早期诊断和治疗，措施包括：实行机械通气并使用呼气末正压，以纠正低氧血症；控制液体入量，保持液体负平衡，以解除肺水肿；使用 α 受体阻断剂、低分子右旋糖酐、肾上腺皮质激素药物改善微循环；及时发现并处理各种并发症，如消化道出血、急性肝肾功能衰竭、DIC、感染、心力衰竭、心律失常。

【临床应用】

薛氏等^[7]将严重创伤呼吸窘迫综合征病人随机分为大承气汤组和对照组。治疗方法：大承气汤组治疗原发病的同时抗休克、机械通气、抗感染治疗，全部病人没有使用抗凝血剂、肾上腺皮质激素、利尿剂、洋地黄类制剂及 α 受体阻滞剂等。在动态血气监测下，采用中医《伤寒论》中峻下热结的名方大承气汤，药用：大黄15g、厚朴20g、枳实20g、芒硝9g。先将厚朴、枳实煮沸15min，再下大黄煮沸5min，最后下芒硝，待完全溶解后，滤液去渣，1剂药液为150~200ml左右。口服或鼻饲每次50ml左右，2h内服完。对照组：综合治疗措施，包括原发病的治疗、机械通气给氧，在血气监测情况下，全组均用地塞米松40mg静脉注射，3~4天停药。酚苄胺20~40mg静脉内滴入，2小时后可重复1次。并用苄胺唑啉2~4mg静脉内滴注。当血小板计数低于10万并呈进行性下降，试管法凝血时间少于7分钟，不论鱼精蛋白副凝试验结果如何，此时及时应用肝素，首次50mg，以后每1~2h给10mg，并连续观察凝血时间（使之延长到20min左右）、血小板计数及其他项目。日累积液体摄入量均限制在1400~1600ml以下，常用速尿20~40mg或利尿酸钠25~50mg静脉内注射，每日可给4~6次，并应用10%~25%人血白蛋白10~20mg静脉滴入，每日2~3次。5天后病情稳定后停药。结果：大承气汤组病人30例，死亡4例（占13.3%），依据本组确定本病的血气监护资料，死于呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒1例，死于呼吸性碱中毒合并代谢性酸中毒2例，死于呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒1例。大承气汤组有效率为86.7%。对照组病人30例，死亡14例（占46.7%），同样依据血气监护资料进行分析，死于呼吸性碱中毒

3 例,呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒 4 例死亡,呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒 4 例死亡,呼吸性碱中毒合并代谢性酸中毒 4 例死亡。对照组有效率为 53.3%。

按:根据 RDS 的临床症状特点,认为与阳明腑实证相似。盖肺主气司呼吸,主宣发和肃降,若肺气被邪毒所遏失其宣肃,则逆而为喘促、息数,呼吸窘迫。大肠主传导,邪热传入阳明,与肠道糟粕搏结,肺气不通,浊气又不能从下而出,则腹满痞胀益甚,胃肠气机室塞、浊气上迫于肺,愈使肺气塞窒郁闭,喘促更甚,如此恶性循环,扰乱了“肺与大肠相表里”的生理状态,引起上喘下满的病理变化。肺与大肠的病及其出现的“喘”、“满”证情,两者彼此相互影响,互为因果,愈喘愈满,愈满愈喘,病情恶化,日渐危笃,最后因喘满造成正气脱竭而死。鉴于上述病机,当用大承气汤泻下热结,荡涤积滞,通畅腑气。RDS 的基本病理改变在于肺内血循环(特别是微循环)障碍,肺内开放的血管减少,并有微血栓形成,血管通透性增强,肺表面活性物质代谢紊乱,间质水肿,肺泡扩张,肺气肿或肺萎缩,引起呼吸功能障碍,甚至呼吸衰竭。由于 RDS 的这种病理改变,致使肺气郁闭,宣降失常,扰乱了“肺与大肠相表里”的生理状态;引起胃肠气机室塞;胃肠气机不畅,必然加重肺气郁闭。大承气汤本为泻下通腑方剂,具有增强胃肠道蠕动,增加胃肠道容积,改善胃肠道血液循环,降低毛细血管通透性作用,同时还能加快微循环血流速度。这些作用对改善 RDS 肺组织病变,提高肺的通换气功能,升高 PaO_2 是有积极意义的。RDS 的肺部病变形成时,尿量不多,大便干少,应用大承气汤后,尿量增多,排出多量稀软便,内含水分亦较多。可使肺体积减少、肺系数降低,组织学检查肺水肿、肺出血等病变减轻。表明大承气汤有提高 PaO_2 和改善肺组织病变的治疗作用。通过大承气汤治疗严重创伤 RDS 的临床研究,大承气汤的泻下通腑作用促进了“肺与大肠相表里”的功能状态恢复,严重的肠道功能紊乱可能导致肺脏损害,同理改善肠道功能,可能促使肺脏损害的修复。

七、肺动脉栓塞

肺动脉栓塞（PE）是内源性和外源性栓子堵塞肺动脉引起肺循环障碍的临床和病理生理综合征，其发生率、病死率和误诊率高，严重者可在12小时内死亡。PE的栓子多来源于下腔静脉系统，以股静脉和髂静脉多见；发病大致经过静脉血栓形成、静脉血栓栓子脱落栓塞肺动脉和栓塞后期3个病理生理阶段；心肺功能改变的程度决定于肺动脉堵塞的范围、速度、原心肺功能状态及肺血管内皮的纤溶活性等，轻者可无明显改变，重者可导致低氧血症、低碳酸血症、碱血症和肺循环阻力增加、肺动脉高压、急性右心功能衰竭及猝死。形成血栓的因素主要有血流瘀滞、静脉损伤和血液高凝状态，常见于久病或长期卧床病人，在突然活动、体位改变或用力排便时可诱发栓子脱落。肺动脉造影是诊断PE最可靠的方法。

【病案举例】

患者李某某，女，45岁，因月经淋漓不断半年余住本院妇科，被诊为子宫肌瘤，行子宫次全切术，手术进行顺利。术后第3日晚大便时突然出现右胸部刺痛，深呼吸时明显加剧，伴心悸气短，不能平卧，咳嗽、烦躁汗出，彻夜不能入眠，当时因诊断不明确，予支持疗法，对症处理，肌注杜冷丁后疼痛缓解不明显。2日后，胸透发现右肺下野底面向胸膜面、顶尖向肺门的楔状阴影，肋角变钝，听诊右下肺有小水泡音， P_2 亢进，心电图示窦性心动过速，诊为右下肺动脉栓塞，请中医科会诊。刻诊见：右胸部刺痛，深呼吸加剧，咳嗽，咯少量暗红色血痰，气促不能平卧，口渴心烦。彻夜不寐，腹胀痛，大便5日未解，尿短赤，舌质红暗、苔黄厚，脉数，中医诊为胸痹，证属气机不畅，气滞血瘀，腑气不通，治疗以通腑行气、活血化瘀为法，方用复方大承气汤加味治之。药用：大黄10g（后下），芒硝10g（冲服），枳实10g，厚朴20g，赤芍15g，桃仁9g，炒莱菔子15g，香附15g，丹参30g，川楝子15g，炒枣仁15g，牛膝10g，甘草5g。水煎服，日1剂。1剂后泻下黄色稀水样便夹杂硬粪块3次，胸痛明显好转，呼吸平稳，腹胀痛消失，当夜安静入睡。后经舒肝理气、活血止血治疗，配合西药抗生素治疗10余日，胸痛、咳血、心悸等症消

失,心电图复查恢复窦性心律,右下肺小水泡音消失,胸透:胸腔积液完全吸收,楔状阴影消失,遗留索条状阴影,治愈出院^[8]。

按:本病人由于手术后情志不畅,肝郁气滞,再加之腑气不通,致使肺失宣肃,气滞血瘀,发为胸痹。该病人病机主要表现为腑气不通,气机不畅,故在治疗上先以通腑行气为主,佐以活血之品,使气机通,瘀血化,取得了良好的疗效。

参考文献

- [1] 邱巧玲. 白虎汤合大承气汤加减治疗大叶性肺炎. 广东医学, 1997, 18 (5): 334~335
- [2] 苏志胜. 大承气汤在肺系急症中的运用与体会. 中医药学报, 1998, (5): 17~18
- [3] 吴莲香. 大承气汤加味治疗哮喘发作一例. 赣南医学院学报, 1997, 17 (2): 178
- [4] 贺丽, 顾艳芳, 乔虹. 大承气汤在急症中的应用. 中国中医急症, 2003, 12 (1): 89
- [5] 邓惠民. 加味大承气汤治疗急症验案三则. 上海中医药杂志, 1996, (4): 37
- [6] 刘军, 吴国伟. 大承气汤治疗慢性阻塞性肺病腹胀的临床观察. 临床肺科杂志, 2007, 12 (11): 1188
- [7] 薛芳, 崔志永, 李宏林, 等. 大承气汤治疗严重创伤呼吸窘迫综合征的临床研究. 河北中医, 1994, 16 (5): 2~3
- [8] 包德刚. 复方大承气汤加味治疗肺动脉栓塞1例. 中医杂志, 1995, (11): 678

第四节 肝胆系统疾病

一、慢性重症肝炎

慢性重症肝炎多由慢性肝炎病变持续反复波动,肝细胞大量破坏,或活动性肝硬变肝组织功能容量已很少,又有大量融合性坏死所

致。其病情凶险，并发症多，病死率高，目前仍无特效治疗方法。

中医学认为慢性重症肝炎属急黄范畴，是由于湿热疫毒侵袭，蕴积肝胆，阻滞气机，气滞血瘀，进而热毒炽盛，耗伤正气，内入营血，导致出血、昏迷、动风等，最终出现本虚标实、虚实夹杂的复杂证候。本病病机为湿热毒瘀蕴结所致，故宜以清热利湿、凉血活血、通腑解毒之法治之。

【临床应用】

孙氏^[1]观察病例 56 例，随机分为治疗组 32 例，对照组 26 例，采用大承气汤治疗慢性重型肝炎取得了较好的疗效。治疗方法：两组同时采用综合基础疗法。基础疗法包括：①血浆及白蛋白治疗。②支链氨基酸 250 ~ 750ml。③促肝细胞生长素 60 ~ 100mg 治疗。④补足能量及维生素治疗。⑤预防感染及对症治疗。治疗组用基础疗法后加用大承气汤灌肠，药用：大黄 30g，芒硝 10g，枳实 10g，厚朴 10g，赤芍 30g，白芍 20g，黄连 15g，浓煎成 150ml，保留灌肠 30 ~ 60min，每日 1 次，连续 3 天后隔日 1 次，连用 5 次。结果：临床治愈治疗组 7 例，对照组 2 例；显效治疗组 8 例，对照组 5 例；有效治疗组 10 例，对照组 5 例；无效治疗组 7 例，对照组 12 例。治疗组有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)，且治疗组患者的腹胀及便秘情况改善也优于对照组。

按：慢性重型肝炎由于肝脏受损重，肝脏对肠源性内毒素灭活降低，患者常出现腹胀、便秘。因有害物质停留在肠道时间过长，肠壁对毒素吸收增多，易形成肠源性内毒素血症。大承气汤方中，大黄苦寒，泻热通便，为君药，臣以芒硝，咸寒泻热，软坚通便，并配伍枳实、厚朴消痞除满，破气散结，诸药共奏峻下热结之功。在大承气汤灌肠治疗中，应注意患者大便次数，每日 3 ~ 5 次黄软便为宜，治疗中因人而异调整剂量，大承气汤能促进肠道蠕动，改善肠道血液供应，现代药理学认为大黄能有效改善肝脏微循环、促进肝细胞再生。将口服液改为灌肠后，药物直接经肠黏膜吸收可减少腹泻及电解质紊乱，能有效减少不良反应，减少肠源性内毒素血症产生，提高疗效。

二、慢性亚急性肝衰竭

慢性亚急性肝衰竭是指发生在慢性肝病（慢性病毒性肝炎、慢性酒精性肝炎或脂肪肝、自身免疫性肝炎，不包括原发性胆汁性肝硬化、肝豆状核变性、 α 抗胰蛋白酶缺乏症、肝糖元累积症等等一系列广泛的慢性肝病）基础上的肝衰竭。大量研究表明，本病患者血浆内毒素水平明显增高，其内毒素血症发生率为 93.3% ~ 100%。在内毒素等因素刺激下，活化单核巨噬细胞释放肿瘤坏死因子 - α (TNF - α)、IL - 1（白细胞介素 - 1）、IL - 6、IL - 8、血栓素、血小板活化因子、白三烯、转化生长因子 β (TGF - β)、内皮素、反应氧中间物 (ROI) 等炎性因子，彼此构成一个独特的细胞因子网络，共同参与肝细胞坏死、肝衰竭及多种并发症（如肾功能衰竭、消化道出血、弥散性血管内凝血等）的发生，因此治疗本病可以通腑排毒之法，促使内毒素从大便排泄，减少内毒素血症的发生，对治疗本病有积极的作用。

【临床应用】

李氏等^[2]观察 64 例慢性亚急性肝衰竭患者，按不同时间段分治疗组和对照组。治疗方法：两组均给予基础用药包括胸腺肽 100 ~ 200mg 静脉滴注、促肝细胞生长素 80 ~ 120mg 静脉滴注和前列地尔 100 ~ 200 μ g 静脉滴注，还原型谷胱甘肽钠 1200mg 静脉滴注及防治并发症等内科综合治疗，治疗 30 天。观察组加用大承气汤加味，药用：生大黄 30 ~ 60g，芒硝 30g，厚朴、枳实、黄连、黄芩、金银花、地榆、槐花各 15g。水煎取汁 300 ~ 600ml，待药温达 38℃ 左右，取右侧卧位，行高位保留灌肠 1h，每日 2 次，使大便质地稀薄、每日 2 ~ 3 次，连续应用 30 天。结果：观察组病死率 (11.1%) 与对照组 (59.5%) 比较，差异有显著性 ($P < 0.01$)。观察组治疗后并发症的发生率与对照组比较，差异有显著性 ($P < 0.01$)，治疗后 TBIL 下降与对照组比较，差异有显著性 ($P < 0.01$)。

按：现代中医药理研究证实，大承气汤通过攻下作用使大量细菌和内毒素随肠内容排出体外，缩小了肠道内毒素池。大黄等抑制细菌的生长和代谢，并促进胃肠蠕动，减少了内毒素的产生和吸收。改善

微循环,降低血管通透性,调动体内因素,增强网状内皮细胞功能等,促进内毒素灭活。对血流中的内毒素直接起拮抗作用。增加腹腔脏器血流和改善组织微循环状态,达到保护脏器的作用。同时,大黄、芒硝等泻下药可以加速粪便排泄,抑制异常菌群,改变肠道碱性环境,阻止氨的形成与吸收,降低了肝性脑病的发生。大承气汤加黄连、黄芩、金银花、地榆、槐花,增强了抑制肠道细菌的作用,进一步阻断肠源性内毒素血症的发生,防治消化道出血。同时,采用灌肠给药,可增强大承气汤促进肠道蠕动的作用,直接改善肠道血液供应,终止胆红素的肠肝循环,促进退黄;使药物直接经肠黏膜吸收,减少腹泻及电解质紊乱,减少肠源性内毒素血症产生,提高疗效。

三、肝硬化并上消化道出血

上消化道出血是肝硬化常见的并发症之一。基本病理多是消化道黏膜肌层或肌层,甚或浆膜层的血管因糜烂、坏死、破裂而出血。肝硬化早期属中医学胁痛、积聚范畴,晚期属膨胀范畴。其病因为感受外邪,或情志郁结,或饮酒,饮食失节,肝性喜条达疏泄,如机体抵抗力减弱,在上述致病因素的作用下,肝失条达,则肝气郁结,气郁则血液运行不畅,随形成气滞血瘀。

上消化道出血属中医学血证范畴,一般认为由黄疸、胁痛或鼓胀迁延不愈,肝火犯胃,劳倦久病所致,病机特点是肝胆脾胃功能受损,热邪伤络或脾虚失调,损伤脉络,而致吐血、黑便。血溢脉外,循肠道而下。其有害物质经肠道而吸收,导致精神错乱,甚至出现昏迷。故治疗上可据“通因通用”之则,采用理气通腑之法治之。

【临床应用】

魏氏等^[3]用复方大承气汤灌肠治疗肝硬化并上消化道出血42例,效果较满意。治疗方法:①输血、输液维持有效容量及休克治疗。②垂体后叶素60单位,0.2单位/min持续静脉滴注,并加用硝酸甘油0.3mg,每30min一次舌下含化。③保肝治疗。④复方大承气汤灌肠治疗。药用:大黄(后下)15g,枳实12g,厚朴12g,鸡内金15g,炒莱菔子30g,甘草6g。加水1500ml煎至1000ml,保留灌肠,每晚1次。至大便颜色变为正常。治愈29例,有效9例,无效4例。

按：脑细胞对氨极敏感，而产生临床症状。采取复方大承气汤保留灌肠，涤清肠道内瘀血，防止其再吸收。枳实、炒莱菔子可理气，以减轻腹胀，改善腹水。诸药合用，调理气机，使瘀血速去，并可防止肝性脑病的发生。

四、肝硬化并自发性细菌性腹膜炎

自发性细菌性腹膜炎是肝硬化合并腹水患者的常见、严重的并发症，发生率高达10%~30%。在临床观察中，及时发现腹膜炎先兆，早期、正确、合理地使用抗菌药物。

中医学认为其病机为湿热邪毒作祟，气机失宣而致。故治疗上可应用解毒祛邪、通里攻下佐以扶助正气之法。

【临床应用】

李氏等^[4]以大承气汤为基础方，治疗肝硬化并自发性细菌性腹膜炎，取得较满意的疗效。治疗方法：中西医结合组以大承气汤为基础方，随证加减。脾胃虚弱者加白术、党参、黄芪，腹水甚尿少者加泽泻、猪苓，腹胀者加川朴、广木香。每日1剂，加水400ml文火煎至200ml，早晚分服，共7天，氟哌酸0.6g/d，分3次服，共10天；氟哌酸组剂量疗程同上，头孢唑啉组，2.0g静滴，2次/天，共10天。三组对症及支持疗法基本相同。治疗结果：显效中西医结合组13例，氟哌酸组6例，头孢唑啉组12例；有效中西医结合组16例，氟哌酸组12例，头孢唑啉组16例；无效中西医结合组6例，氟哌酸组15例，头孢唑啉组5例。

按：应用大承气汤依据六腑以通为用、以降为顺的理论，取其清下兼施，菌毒并治之功效，达肝舒气行则郁解，热除邪去则病除之目的。主方中大黄推陈致新，通腑导滞；厚朴宽中理气，消滞除胀。辨证时兼顾“老弱久病补虚为先”，酌加白术、党参扶正祛邪，实脾祛湿；黄芪性温，取其补气以帅血行，有助祛湿而消退腹水。据此组方，泻中有补，缓冲峻猛之品，力求药性平和。诸药合用有邪去正安之功，无拾标遗正之弊，故能取得较好疗效。

五、原发性肝癌并发肝性脑病

肝性脑病是原发性肝癌最常见的并发症，占肝癌死因的 34.9%。其发病原因为肝脏解毒功能严重障碍，来自肠道的有害物质通过血脑屏障进入脑部致脑细胞受损而诱发昏迷。

中医学则认为肝癌的发生，多因肝失疏泄，气机阻滞，气不行血，瘀血内停，加之脾气不足，湿浊内停，郁久生热，湿热毒浊之邪蕴结，日久渐积而成。治疗上可应用通腑排毒之法。

【临床应用】

嵇氏^[5]应用大承气汤滴肛治疗原发性肝癌并发肝性脑病 38 例，取得了显著的疗效。治疗方法：应用大承气汤，药用：大黄 30g（后下），厚朴 60g，枳实 30g，芒硝 20g（冲）。用 1000ml 水慢火煎至 500ml，待药液温度降至 39~41℃ 时，以滴肛法将药液滴入结肠 40~60cm 处，并尽量延长药液保留时间以利吸收。每日使用 1 剂滴肛，连续 7 天为 1 个疗程。治疗结果：治愈 3 例，显效 19 例，有效 3 例，无效 3 例。总有效率为 92.1%。

按：大承气汤是仲景经方寒下剂的代表方，有泄热通便、荡涤胃肠、活血行滞、推陈出新之效。现代药理研究证实该方能使肠运动和容积增加。其增加肠道运动的原因不是药液被动吸收后直接作用于消化道本身。使用大承气汤滴肛治疗，能加速肠道内有害物质的排泄，从而达到改善肝性脑病症状之目的，对延长病人生命、减轻病人痛苦起到了积极作用。

六、胆系感染

胆系感染是胆囊黏膜因浓缩的胆汁或反流的胰液的化学性刺激而产生炎变。在此基础上又极易招致继发性感染而加重炎症。包括急性胆囊炎、胆管炎、慢性胆囊炎急性发作及胆石症。细菌能分解胆汁酸为游离胆酸，后者形成微粒的能力较差。感染性胆汁中的细菌多为大肠杆菌。细菌性 β -葡萄糖醛酸酶能将结合胆红素转变为游离胆红素。胆系炎症时胆汁中钙离子含量增多，胆囊黏膜分泌的钙明显增加，胆红素钙更易形成沉淀和析出。此外，寄生虫残体、虫卵、胆囊

中脱落的上皮细胞和黏液等常可构成胆石的核心,有助于胆固醇结晶的不断沉积,形成胆石或胆沙。黏液又可增加胆汁的黏稠性,使之易于网罗胆固醇结晶,促使胆石增大。在我国胆道寄生虫(蛔虫、华枝自睾吸虫)感染相当多,与胆红素钙石的发生有重要的因果关系。但这种关系并不是绝对必然的,其中还涉及个体差异性或内在因素的问题。

中医辨证属实热证,以发热、胁痛、呕吐、黄疸为主要症状。胆为中精之府,以通降疏达为顺。胆系感染可影响胆的正常生理功能,出现一系列病理过程。故应尽早运用通腑法,通腑泻实,急下存阴,邪去正复。

【临床应用】

段氏^[6]用大承气汤加减治疗胆系感染 54 例,疗效满意。治疗方法:以大承气汤为基础方辨证加减,药用:生大黄 10g、芒硝 10g、枳实 10g、厚朴 15g。加减方法:热甚加金银花 30g、柴胡 20g;痛剧加延胡索 20g、川楝子 15g;黄疸加茵陈 30g、车前 30g;呕吐加半夏 15g;合并结石加金钱草 20g、鸡内金 20g。水煎服,日 1 剂,早晚分服。痊愈 38 例,占 70%;好转 16 例,占 30%;总有效率达 100%,疗效满意。

按:大承气汤出自张仲景的《伤寒杂病论》,系苦寒泻下法的代表方,主治阳明腑实证,在临床中,多以“痞、满、燥、实”为主。主要药物大黄,不仅可消除多种病因所致的郁结、热瘀等病理改变,还可调整六腑功能。大黄是利胆作用最强的一种中药,能加强胆囊收缩,降低奥狄括约肌的紧张性而利胆。且与阿托品不对抗,并对胆囊正常活动无影响,具有抑制血小板花生四烯酸代谢产物血栓素 A_2 、17-三烯酸生物合成的作用,故可防止血小板聚集、小动脉收缩、支气管痉挛。

【病案举例】

1. 患者男性,51 岁,干部。诉腹胀痛 3 日,伴发热、厌油,大便溏,舌质红,脉滑。体温 38°C ,查体莫非征(+);化验检查白细胞 $13.6 \times 10^9/\text{L}$,N 82%;B 超检查示胆囊轻度肿大,胆囊内泥沙样结石。诊为慢性胆囊炎急性发作,证属湿热郁阻、肝胆失于疏泄,治

以泻下清热、舒肝利胆。方用基本方加金钱草 20g、鸡内金 20g、川楝 20g、穿山甲 5g、生甘草 10g，水煎早晚服。2 剂后腹痛减轻，厌油好转，大便每日 2~3 次，原方去芒硝，生大黄减为 6g，再服 5 剂后诸症状消失。此时起将方中生大黄改为熟大黄，再连服 15 剂复查。胆囊结石消失，唯胆囊壁稍厚，血象亦正常，莫非征（-）^[6]。

2. 葛某，女，38 岁，职工。1995 年 5 月 30 日初诊。患者右肋肋持续性疼痛，阵发性加剧，痛彻肩背 2 天，伴寒热往来，恶心呕吐，心烦口苦，纳呆，大便秘结，舌质红苔黄腻，脉弦数。在某院注射消炎止痛针效不佳，遂前来求诊。查体：T38.8℃，巩膜无黄染，肝区叩击痛（+），莫非征（+）。白细胞总数 $12.5 \times 10^9/L$ ，B 超提示，胆囊肿大，囊内多发性泥砂结石。据其证候，中医诊断：胁痛，肝胆郁热。西医诊断：急性胆囊炎，胆石症。治拟通腑利胆，疏肝泻热；方用大承气汤加味：酒大黄（后下）、芒硝（烊化）、川楝子各 10g，枳实、厚朴、茵陈各 15g，柴胡 12g，金钱草 30g，郁金 7g，2 剂，水煎服，忌煎炒油腻食物。6 月 2 日二诊：痛减，寒热平，呕止便通；欲纳无味，黄苔渐退，脉弦数。守前方，枳实、厚朴减为 7g，续进 3 剂。6 月 5 日三诊：疼痛平定，肋有不适，食有口味，大便溏稀，血象正常，苔黄全退，脉弦不数。前方调整：酒大黄（后下）、郁金各 5g，枳壳 7g，金钱草 15g，柴胡、茵陈、佩兰、太子参、淮山药各 10g，服 4 剂，胁痛告愈。后随访 1 年未复发^[7]。

按：肝主疏泄，胆附于肝，肝气郁结，胆气不通，则肋肋疼痛，肝气犯胃，故恶心呕吐，纳呆；郁热内蕴肝胆，引少阳不和，则寒热往来，心烦口苦；胆乃“中清之腑”，郁热日久，胆液凝结，煎熬成砂石，火热下注肠道，故大便秘结；舌质红、苔黄腻，脉弦数，为邪热之征。本例采用大承气汤加疏肝之品，急泻腑热，通则不痛，危难一解，调整方药用量，并佐健脾和胃之品，而达除疴之功。

3. 徐某某，女，49 岁，1988 年 5 月 6 日初诊。右肋隐痛已 4 年，多见每年四五月份发作较甚，自服止痛药缓解，一直未治。昨天晚饭后，右肋持续疼痛加剧，经厂医针刺、注射阿托品及庆大霉素疼痛缓解，本院 B 超检查：胆囊为 40mm × 21mm，胆囊壁毛糙增厚，胆囊与胆总管开口处有 1.2cm × 1.6cm 圆锥结石嵌顿，西医劝其手术未

愿,就诊我处。患者痛苦面容,右胁胀痛,并放射右肩背,胸闷腹胀,恶心欲呕,口苦而干,烦躁易怒,不思饮食,莫非征阳性,小便短赤,大便4日未解,舌淡苔黄而干,脉弦数有力。患者喜食辛辣煎炸之物及高胆固醇食物,素有便秘史,体胖。中医辨证为阳明热结、肝郁脾壅。治以泄热通便、疏肝理脾、软坚化石。拟大承气汤合四逆散加味:大黄12g(后下),芒硝10g(冲),枳实10g,厚朴10g,柴胡10g,白芍30g,金钱草60g,海金沙30g,山楂30g,鸡内金30g,甲珠3g(研粉冲)。水煎,1剂大便通,疼痛大减。守服3剂,B超显示结石进入胆囊,诸症消失,至今未出现疼痛,结石未排出,但没有增大^[8]。

4. 吴某,男,46岁。自述3年前患胆囊炎,常用中西药物治疗,病情时愈时差,反复发作。近1星期来因饮食不节发病,初起发热,寒战,继则上腹部剧痛,并向右肩背放射,口苦,不能进食,便干溲赤,精神不振,皮肤巩膜轻度黄染。舌质红、苔黄,脉弦。体温:38℃,右上腹明显压痛。血象:WBC $17 \times 10^9/L$ (N 0.9, L 0.1)。B超提示:胆囊体积增大,胆壁内毛糙。西医诊断:慢性胆囊炎急性发作。中医辨证:邪热熏蒸肝胆,阳明燥结热盛。治宜疏肝利胆,清热通便。方用大承气汤加味:大黄15g(后下),芒硝6g(冲),枳实12g,厚朴9g,黄芩9g,柴胡9g,白芍15g,茵陈15g,金钱草20g,半夏9g,延胡索9g,大枣6枚,生姜5片。服3剂后,大便通,热退痛止,精神转佳。守上方继服6剂,诸症消失。经B超复查胆囊恢复正常^[9]。

七、胆道蛔虫症

蛔虫经十二指肠乳头钻入胆道,引起胆道阻塞、感染。寄生于小肠中下段的蛔虫受到激惹,上窜胆道,引起奥狄括约肌强烈痉挛,出现上腹阵发性绞痛。随之侵入的细菌造成胆道感染、胆源性肝脓肿。穿破胆道即造成胆汁性腹膜炎,还可引起急性胰腺炎、胆道出血、败血症、中毒性休克等。虫体残骸、虫卵是原发性胆管结石的成因之一。儿童、青年多见,常有驱虫或胃肠功能紊乱史。①突然阵发性上腹剧痛、间歇期宛若常人。②绞痛时伴频繁恶心呕吐,可呕蛔虫。③

初期全身症状轻微，后期有胆管炎及各种复杂并发症表现。中医学认为：“蛔虫得酸则静，得辛则伏，得苦则下”。多服乌梅丸加减。

【验案举例】

1. 陈某，男，11岁。因右上腹阵发性绞痛伴呕吐3天就诊。4天前腹泻2次，次日右上腹阵发性绞痛，时呕恶。前医以“胃肠炎”论治，服西药无效。腹痛呈阵发性加剧，呕吐蛔虫2条，诊断为“胆道蛔虫症”，服中药“乌梅汤”2剂，其痛依然，故来我处就诊。患儿表情痛苦，辗转呼号，捧腹蜷曲，时时呕恶，不食，口干喜饮，右上腹拒按，腹部可扣及包块。舌红苔黄少津，脉弦紧。证属蛔虫内扰，腑气不畅，治宜行气通腑，拟大承气汤：生大黄（后下）12g、芒硝（冲服）8g、厚朴10g、枳实10g。嘱服1剂。当晚排大便1次，为稀糊状，中夹坚硬粪块，其中有蛔虫数条，腹痛顿减。次日原方再进1剂，泻下多为水泡样便，至傍晚腹痛消失。尔后服驱蛔灵排出蛔虫数条^[10]。

按：胆道蛔虫症属中医学“虫证”范畴，此例虫证，乃蛔虫内扰、腑气不通所致，故用大承气汤行气通腑为主而获效。

2. 胡某，女，30岁。1996年4月29日突然右上腹绞痛，捧腹屈膝，全身出汗，并呕出蛔虫2条，有时疼痛放射肩背部，B超检查描述：胆囊轮廓模糊、壁增厚、毛糙，胆总管扩张约0.9cm，在扩张的胆总管内见平行管状强回声。提示：胆囊炎，胆道蛔虫。经使用头孢唑林钠抗感染，阿托品、杜冷丁、氯丙嗪等药物镇痛解痉，其疼痛不减，4月29日B超复查如前，外科建议立即手术，患者及家属不同意手术于当日下午求诊。见患者巩膜发黄，发热恶寒，右上腹压痛，腹肌轻度紧张，口干苦，舌尖边红，脉象弦数。以安蛔利胆、泻下驱虫为法，乌梅大承气汤主之：乌梅、金钱草、茵陈各30g，黄连9g，黄柏、虎杖各20g，干姜、附子、桂枝、芒硝各12g，蜀椒、细辛各5g，郁金、枳实、当归、大黄、厚朴各15g。服药1剂后胸腹豁然开朗，疼痛减轻，2剂后疼痛停止，略有隐痛不适感。仍守前方，再投2剂后黄疸消退，口干口苦大减，舌尖边仍红，苔黄，脉弦数。守前方将大黄减至10g，芒硝减至8g，服药2剂。5月13日B超复查描述：胆囊增大，胆汁透声差，提示：慢性胆囊炎。至此疼痛停

止,黄疸消退,胆道蛔虫已排出,已临床治愈^[11]。

3. 曾某,女,57岁。1994年1月在我院做胆囊切除术,取出2cm×2.5cm胆囊结石1粒。1996年6月3日手术区域剧烈疼痛,经街道医院治疗无效,6月13日我院B超检查描述:胆囊已切除,现探及胆囊切除部位,见3.4cm×1.7cm“伪胆囊”,其内见蜷曲强回声带,并见蠕动,揭示“伪胆囊”内蛔虫活体。自诉每天绞痛数次,屈膝,仅能右侧卧,绞痛停止后一直隐痛,局部压痛明显,痛时放射右肩胛,舌尖边红,苔黄厚,口干苦,脉弦数。治疗以安蛔利胆、泻下驱虫为法,服乌梅大承气汤1剂后疼痛停止,服药3剂后于6月24日复查,B超描述:胆总管扩张,内径0.8cm,但未见其他异常回声^[11]。

按:乌梅大承气汤即乌梅丸加大承气汤组方,治疗胆道蛔虫症疗效显著,笔者认为临床运用要抓住3个要点:①上下兼治,寒热并用:乌梅丸治上,安蛔止痛;大承气汤治下泻下通滞。姜附辛热以温中,连柏苦寒以安蛔。②安蛔驱虫,宽肠理气:脾胃调和,蛔虫安静,胆管扩张,虫易排出。③坚持通泻,逼虫下行:蛔虫上窜,阻滞作痛,单一安蛔,蛔虫不除则疼痛不止,应剿抚并举;硝黄峻猛,驱虫有功,畏而不用,姑息养奸,坚持通泻,不能迟疑。

八、急性胰腺炎

急性胰腺炎是指胰酶被激活后引起胰腺组织自身消化的化学性炎症。系常见急腹症之一,临床上通常具有急性上腹痛及血清淀粉酶升高。病变轻重不等,轻者胰腺以水肿为主,病性有自愈性,1周内可完全恢复,愈后良好。重者胰腺出血坏死,伴休克、腹膜炎及多种并发症,死亡率高。

中医辨证属少阳、阳明病变,邪热内入少阳,枢机不利,气机阻滞,故腹剧痛;病邪兼入阳明,化燥成实,故腹按之紧张而疼痛;胆热犯胃,胃气上逆,则呕吐;胃肠升降失司,则腹胀。治疗上以通腑泄热、行气导滞为主。

【临床应用】

林氏^[12]将91例随机分为两组。治疗方法:对照组采用禁食、静

脉补液、胃肠减压、应用抗生素。治疗组在此基础上,采用中药大承气汤加减,煎 200ml,从胃管注入,每次 100ml 注入后夹管 30min,每隔 2h 1 次。大承气汤为基础方,药用:大黄 12g,厚朴 10g,枳实 10g,芒硝(后冲) 9g。腹胀痛加金铃子、延胡索;发热加龙胆草;呕吐加生姜;胆系结石加金钱草;暴饮暴食加莱菔子;胆道蛔虫加使君子。水煎服。治疗结果:显效治疗组 39 例,对照组 23 例;有效治疗组 5 例,对照组 10 例;无效治疗组 2 例,对照组 12 例。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

按:大承气汤由大黄、芒硝、枳实、厚朴组成。大黄苦寒泄热通便、荡涤肠胃为主药,芒硝辅大黄咸寒泻热、软坚润燥;积滞内阻,少阳气机不利,故以枳实、厚朴行气散结,消除腹胀,佐大黄、芒硝加速泻热通便。应用加减:金铃子、延胡索疏肝泄热,行气止痛;龙胆草清肝胆湿热;生姜既能和胃止呕,又能牵制大黄峻猛速下之力;莱菔子消食化气;金钱草排除结石。

李氏^[13]选择部分急性水肿型胰腺炎(AEP)患者单独使用清胰汤,急性胰腺炎(ANP)患者在西药治疗的同时,加服清胰汤或大承气汤治疗,取得较满意的疗效。AEP 的治疗主要包括禁食,维持水、电解质及酸碱平衡。西医组加静滴 H_2 受体拮抗剂及加贝酯以控制胰酶的分泌及活性。中西医结合组则加口服清胰汤加减(金钱草、柴胡、黄连、黄芩、木香、白芍、芒硝、大黄),无胆石症者去金钱草。将大黄、芒硝的用量调整至患者每天大便 1~2 次,使大便呈软便至稠糊状。ANP 除上述治疗外,少数采用持续胃肠减压及早期使用抗生素防治感染。西医组还静脉滴注生长抑素(善得定或施他宁)、 H_2 受体拮抗剂或质子泵阻滞剂、抑肽酶等以抑制胰酶的合成、分泌及活性。早期使用低分子右旋糖酐、尿激酶以改善胰腺及周围组织的微循环,加强营养支持疗法(静脉滴注人体白蛋白、脂肪乳、复方氨基酸等)。中西医结合组则以复方丹参注射液代替尿激酶,根据患者经济条件选用抑制胰酶合成、分泌及活性的药物,并口服大承气汤加减(枳壳、厚朴、青皮、芒硝、大黄),有胆石症者加用金钱草。大黄、芒硝的用量调整至患者每日大便 2~3 次,呈稠糊状,或服用清胰汤加减。大承气汤服至血、尿淀粉酶恢复正常(连续检查 3

次均在正常范围内)后停药。治疗结果:西医组 12 例 ANP 中 9 例住院 30~57 天痊愈出院,余 3 例中 1 例住院 85 天后死于消化道出血及多脏器功能衰竭,另 2 例经内科保守治疗无效转外科手术治疗,均死于 ARDS。中西医结合组 7 例 ARDS 住院 34~62 天均痊愈。两组腹痛缓解所需时间及血、尿淀粉酶恢复正常所需时间西医组分别为 3~6 天和 18~23 天,中西医结合组分别为 4.5~7.2 天和 21~25.5 天。统计学处理差异无显著性差异($P>0.05$)。

按:ANP 时因胰腺出血坏死,胰液及坏死组织液通过血液循环及淋巴管途径输送到全身,引起全身多脏器损伤,导致相应的并发症发生。故 ANP 起病急,病情危重,死亡率高。因此,对有严重并发症(胰腺周围脓肿、ARDS、胰性脑病、休克等)的 ANP 应积极外科手术治疗。无严重并发症的 ANP 可酌情选用西药,同时服用大承气汤或清胰汤。虽然中西医结合治疗组腹痛缓解时间及血、尿淀粉酶恢复正常所需时间比西医组稍长(统计学处理差异无显著性),且中西医结合治疗组的死亡率似有减少。实验研究表明:清胰汤对胆汁酸所致小鼠急性胰腺炎有明显防治效果,可减轻炎症强度,抑制胰腺细胞蛋白质合成,抑制胰蛋白酶活性。大承气汤为下法代表方剂,具有显著的通下、抗菌、抗炎、改善肠道缺血、抑制胰蛋白酶活性等作用。上述两方均是治疗 AP 的有效方剂,本文观察表明,在一般治疗的基础上,合理应用清胰汤及大承气汤无论对 AEP 或 ANP 都有明显治疗意义。

周氏^[14]将 44 例急性胰腺炎患者随机分为治疗组和对照组。治疗方法:两组患者均常规予禁食,制酸,维持水电解质平衡,营养支持,解痉止痛,抗感染治疗,抗生素选用氨苄青霉素联用甲硝唑针。治疗组:在此基础上加用大承气汤。药物组成:大黄 12g,厚朴 15g,枳实 12g,芒硝(后冲)9g。水煎取汁 500ml,分早晚 2 次保留灌肠。对照组:用抑肽酶 10 万单位,皮下注射每 12h 1 次。治疗结果:治疗组 22 例,全部治愈,治愈率 100%,临床症状消失平均 3.2 天,临床治愈平均 5 天。对照组 22 例均治愈,治愈率 100%,临床症状消失平均为 4.5 天,临床治愈平均为 7.5 天。

按:急性胰腺炎是临床常见的消化系统急症,其发病机制和治疗

方法一直是临床治疗的难点之一。目前世界上尚无特效药和特殊治疗,关于抗生素、生长抑素及其类似药物等的使用尚有争议。而中药治疗有其独到之处。临床研究表明,中药大承气汤治疗急性胰腺炎能迅速缓解腹痛、发热、呕吐、便秘等症状,并迅速降低胰腺炎患者的血尿淀粉酶。急性胰腺炎的病机多由于外感湿热,或饮食、情志所伤,酿生湿热,蕴结肠腑,腑气不通,气机阻滞。大承气汤具有通腑泄热、行气导滞的功能。现代药理研究表明,大黄能抑制胰蛋白酶、胰脂肪酶等的活性,提高血浆胶体渗透压,促进细胞外液向血管内转移,降低血液黏稠度。大黄还能:①抑制血小板的聚集和小动脉的收缩作用,改善微循环障碍,阻止病情发展;②对葡萄球菌、溶血性链球菌及大肠杆菌有抑制作用;③对环氧化酶的活性也有抑制作用,使前列腺素血栓生成素减少。大承气汤能增加肠蠕动,增加胃肠动力排出积粪,减轻或避免细菌或内毒素等引起的内毒素血症。

杨氏等^[15]应用大承气汤高位低压灌肠法治疗急性胰腺炎 60 例,取得了满意效果。治疗方法:常规禁食,胃肠减压,输液纠正水、电解质失衡、酸中毒,营养支持,解痉止痛,应用广谱抗生素抗感染。大承气汤每剂水煎至 300ml 左右,趁热纱布过滤入输液器内,按普通灌肠操作,将胃管插入肛门内 25cm 以上,然后快速滴入,滴完后拔去胃管。急性水肿型胰腺炎 1 剂/6h,重症胰腺炎重用大黄(为原方量的 2~3 倍),1 剂/4h。直至病人临床体征基本消失,体温降至正常,胃肠功能恢复,有饥饿感,食欲恢复。治疗结果:本组 50 例急性水肿型胰腺炎全部治愈,重症胰腺炎治愈 8 例,死亡 2 例。死亡原因为中毒性休克呼吸及循环衰竭。

按:由于我国人民生活水平的提高,饮食结构的改变,急性胰腺炎已成为常见病、多发病。应用大承气汤治疗急性胰腺炎比单纯西医治疗显效快、疗程短。尤其是重症胰腺炎,发病急骤,进展迅猛,病情凶险,并发症多,病死率高,而大承气汤能够荡涤肠腑,保护和修复肠黏膜屏障,迅速清除肠道内的细菌与毒素,阻止肠道微生物及内毒素的移位及有效地清除体内已移位的内毒素。并且能够保护胰外脏器和治疗胰外脏器的损害。其中起主导作用的乃是君药大黄,通过本组病例,我们体会到急性水肿型胰腺炎应用大黄,原方量足矣,而重

症胰腺炎则必须重用。大承气汤采用常规灌肠法导入体内,药物保留时间短,作用不充分,我们采用高位低压滴注法,给药及时,保留时间长,药物作用充分,病人无不良反应,均能接受。

唐氏等^[16]以加味大承气汤以肛门滴注结合西药治疗急性胰腺炎 38 例,并与西药对照组进行了比较。治疗方法:一般治疗两组均给予:①禁食;②全量补液;③制酸;④解痉止痛,654-2 20mg 加入输液中 1 次/日;⑤抑制胰腺外分泌,5-Fu 0.75g 加入输液中 1 次/日;⑥纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱;⑦控制胰性糖尿病。对照组治疗在一般治疗的基础上,加用:①胃肠减压;②使用抗生素预防感染;③使用抑制胰酶活性的药物,如甲磺酸加贝酯;④对于 SAP 加用生长抑素或奥曲肽。治疗组治疗在一般治疗的基础上,采用中药肛滴,方选大承气汤加味:大黄 30g,芒硝 12g,厚朴、枳实、延胡索各 15g,木香 10g。每剂浓煎 250ml,盛入输液瓶。肛滴操作:病人取左侧卧位,臀部垫高 15°,肛门内注入石蜡油 30ml,然后作肛门指检,若无异常,扩肛两横指,以 F16 导尿管缓慢插入 20~25cm。导尿管内注液证实通畅后,接输液瓶,药液温度以 38~40℃ 为宜,滴速控制在 80~120 滴/min。滴完后病人取右侧卧位 15min;每日 2 次。两组均治疗 7 天比较疗效。治疗结果:治疗组 38 例中,治愈 22 例,显效 9 例,有效 3 例,无效 4 例。对照组 34 例中治愈 18 例,显效 2 例,有效 10 例,无效 4 例。与对照组比较有效率差异明显。

按:急性胰腺炎,中医学无此病名记载,其病机主要是中焦湿热阻滞、气机不畅。根据中医学“六腑以通为用”、“不通则痛,通则不痛”的观点,本病中医治疗的原则是通结泄热、理气止痛。方中大黄、芒硝攻积导滞,荡涤腑实,增强肠蠕动,扩大肠容积,改善胃肠功能和降低毛细血管通透性,从而解除肠麻痹所致的瘀滞。通过泻下减少肠源性毒素的吸收,通过抑制胰酶活性减轻胰腺微循环障碍,有利于胰腺炎症消散、吸收。厚朴、枳实,疏肝理气、宽中行气,为推荡浊邪发力,另外有松弛 Oddi 括约肌、清除胰管阻塞和内冲洗的作用。木香、延胡索,行气消胀,缓急止痛,促进胰腺功能恢复。传统的中药治疗 AP 投药方法多为口服,经胃、小肠吸收起作用,这样就难以使胰腺充分“休息”。用中药肛滴的方法,药液经结肠吸收或

直接作用于结肠，发挥作用，既没有对胰腺的干扰作用，同时，消化液经肛泻出与从胃管吸出相比更符合生理排泄规律，所以肛滴是中药治疗 AP 的有效途径。但在操作上要注意几个问题：①导尿管插入深度一定要超过 20cm，以便药液直接刺激结肠蠕动；②肛滴过程中，病人若有面色苍白、多汗、心悸、胸闷等，应立即停止操作，取平卧位，休息片刻即可；③药液中的大黄可引起红色丘疹，可加服苯海拉明，无需停药；④肛滴治疗时，不宜量体温；⑤体克未纠正、肛门指检时指套染血以及女病人处于行经期或妊娠期为肛滴治疗的禁忌症，老年人剂量减半；⑥注意病人中药肛滴治疗后的排便量、次数以及性质，并做记录，每日排便超过 5 次，药物应减量。

张氏等^[17]运用大承气汤对急性胰腺炎患者腹腔内压及腹腔隔室综合征发生率进行了观察。研究方法：对照组给予胰腺炎早期常规治疗，包括：①胰腺休息疗法：禁食，胃肠减压及使用胰酶抑制剂。②补液，抗休克，静脉营养及维持水电解质平衡。③预防性使用抗生素及抗真菌药物。④对症治疗：镇静，解痉及止痛。⑤考虑诊断 SAP 患者早期给予动脉插管胰周灌注疗法。⑥对照组入院后第二天开始给予温生理盐水 100ml 保留灌肠 2h，1 次/d，共使用 7 天。观察组除上述治疗外，自入院后第一天开始给予大承气汤 100ml 保留灌肠，灌肠法同对照组。方剂组成为：大黄 10g，芒硝 10g，厚朴 10g，枳壳 10g，赤芍 10g，炒莱菔子 10g。于入院当日及治疗期间每日监测两组患者膀胱内压（ICP）值 2 次，取平均值作为测量值以反映患者 IAP 情况。治疗结果：治疗期第四、五天，观察组 ICP 值较对照组明显降低（ $P < 0.05$ ），余时间段两组比较无差异（ $P > 0.05$ ）。全组非手术治疗 57 例，其中胰周动脉插管灌注治疗 11 例；手术治疗 3 例，均行胰腺坏死组织清除加腹腔引流术。全组临床治愈 47 例，并发胰腺假性囊肿及转为慢性胰腺炎 10 例，2 例自动离院，1 例死亡，死于中毒性休克继发多器官功能衰竭（MODS）。两组治疗期间诊断 ACS 病例 13 例，对照组发生 8 例，观察组发生 5 例，两组比较无差异性（ $P > 0.05$ ）。

按：大承气汤具有峻下热结之功，主治阳明腑实证。现代临床及试验性研究证实大承气汤在促进胃肠运动、抗菌、抗内毒素、调节细

胞因子分泌、保护组织器官功能、调节机体免疫等方面均有重要的药理作用。大承气汤对 AP 患者 ICP 的影响做一比较研究以反映其对 AP 患者 IAP 的影响,发现观察组和对照组 ICP 值于治疗期第 4、5 天时存在有显著性差异,观察组 ICP 值较低,余时间段两组无显著性差异;组内比较,观察组 ICP 值于治疗第 3 天开始下降而对照组于第 5 天出现 ICP 值下降,上述结果提示大承气汤存在有降低 AP 患者 IAP 的作用。评价两组治疗期间 ACS 发生率情况,发现观察组 ACS 发生例数少于对照组,但统计学分析两组无差异,这一方面提示 AP 患者 ACS 的发生是一个多因素作用的结果,单纯降低 IAP 并不能完全阻止 ACS 的发生;另一方面也提示可能与本研究样本量不够有关。大承气汤具有降低 AP 患者 IAP 的作用,但是否可以降低 AP 患者 ACS 的发生率及其具体机制有待进一步研究。

【病案举例】

1. 肖某,男性,36 岁,农民。1994 年 9 月 15 日初诊。患者 2 天前饮酒饱食后引起上腹部疼痛,伴恶心呕吐,继则呈持续性疼痛阵发性加剧,并放射至左肩、腰背部。其亲友护送至我院求治。经血清淀粉酶和尿淀粉酶测定,B 型超声波检查,诊断为“急性胰腺炎”,在内科住院治疗 2 天后转至本科治疗。症见腹痛剧烈,痛引左肩及腰背部,腹胀,烦热口渴,大便秘结,舌苔黄腻,脉弦滑数。证属邪热内结,腑气不通,肝气郁结,气机壅滞。治宜泄热通便,疏肝解郁,行气活血止痛。拟方:大黄 20g(后下),厚朴 12g,枳实 12g,芒硝 12g(冲服),柴胡 10g,郁金 12g,木香 12g,黄芩 12g,黄连 8g,金银花 20g,金铃子 20g,延胡索 20g,白芍 20g,甘草 4g。每日 2 剂,水煎服,1 日服 4 次。服药 2 剂后,大便通畅,腹痛腹胀减轻,烦热口渴亦除,患者病情明显好转。故上方去芒硝,每日 1 剂,水煎服,每日服 2 次。服药 10 剂后,临床症状消失,经血清淀粉酶和尿淀粉酶测定,B 型超声波检查正常,治愈出院,随访至今,身体健康^[18]。

按:急性胰腺炎属中医内科病证腹痛范畴,以上腹部持续性疼痛,阵发性加剧,并放射至左肩、腰背部,伴有呕吐,腹胀为主要症状。腹痛的病因病机不外寒、热、虚、实四端,以饮食不节,腹痛为多见。其治法以“通则不痛”为原则。本方用大黄、芒硝泄热通便;

枳实、厚朴破气导滞；黄芩、黄连、郁金、芍药、甘草柔肝缓急止痛；金铃子、延胡索行气活血止痛。诸药相伍，共奏通便泄热、疏肝解郁、行气活血止痛之功，腹痛即愈。

2. 患者王文采，男，66岁，天津津南农民，2006年3月23日初诊，家属代述，患者1周前腹肋疼痛，前往某医院救治，查体温 38.7°C ，白细胞 $16.7 \times 10^9/\text{L}$ ，中性83%，血淀粉酶1800U，医院诊断为急性胰腺炎，治疗1周后病情不见好转，且医药费用昂贵，家属难以支付，要求出院治疗。先后在本区两所医院就诊，均推诿不治，病情加重，在家待毙。经友人推荐邀请余治疗，见病人身体羸弱面容憔悴，目光呆滞，不能站立，动则呼吸急促，语言断续，但声音较亮，口干不欲饮，时干呕，便秘10日，小便黄赤，脉滑数略长，舌红黄腻苔。查体腹胀如鼓，左上腹肋疼痛剧烈，手不可进并有向腰部放射感，大肠部可以触及硬结。证属本虚标实，阳明腑实，湿热熏腾冲延胰腺。治则：急应攻实通腑，清热凉血解毒为要。处方：大黄50g，芒硝30g，厚朴10g，枳实10g，竹茹15g，丹皮20g，败酱草30g 1剂（另购山萸肉200克煎汁备用）。余亲自如法煎制，得药液约500毫升，分为3次服。首次服药后顷刻药液大部分吐出，并且夹杂许多痰涎黏液，吐出后患者感觉胸腹舒服了许多，待30分钟后加生赭石细末20g，再与2次药同进，后虽干呕几次，但未吐出，1小时后，腹中肠鸣有放屁之意。2小时后服下剩余之药，约1时辰肠鸣增多，矢气频频，继之泻下少许黏液，肛门有灼热感，片刻解下球形燥屎几枚。患者言我病有救了，诸症大减，头见微汗，当夜睡眠极佳。次日再诊，患者精神大增，面露微笑。按脉其势大减，右尺部仍有力，舌红稍干，薄黄苔。再按原方一剂，服法同前，一日间泻下燥粪数十枚，后见黄色软便。三诊，疼痛止，胀气消，腹平软。体温 37°C ，血压18.6/11.3kPa，舌淡红较干，脉柔和结代较频，法当益气复脉养心安神。炙甘草汤加味：炙甘草15g，党参15g，麦冬15g，生地50g，阿胶10g（烊化），桂枝10g，酸枣仁20g，柏子仁15g，生姜3片，大枣15枚（掰开），3剂，二煎，早晚服。此方为基础方，迭进50余剂，诸证痊愈，至今1年余随访健康如初^[19]。

按：中医学未有胰腺炎之名，但古书多有类似记载，如“腹胀

满，胃脘当心痛，上肢两肋手不可近，胃心痛。”现代临床多伴有体温、血压、血糖、血淀粉酶升高等症状。其治疗古人有“心胃痛需用劫药”之法。方中大黄苦寒，泻火解毒，荡涤胃肠之污物；芒硝咸寒，润燥软坚；厚朴、枳实行气助大黄斩将通关，配竹茹，赭石和胃降逆敛冲；丹皮、败酱草增加活血凉血解毒，以求速效。此方切对病症，药专力宏，直达病所，故效如桴鼓。又，山萸肉，张锡纯谓：其性酸敛，其救脱之功，胜参芪，凡人体阴阳气血将散者皆能敛之，故救脱之药当以山萸肉为第一。因患者本虚标实，身体极度虚弱，恐不胜泻药而虚脱，故备之预防不测。

3. 侯某，女，43岁，农民。1992年9月27日就诊。近4日发热，上腹部持续剧痛，伴恶心呕吐。昨日突然加重，腹痛呈持续性发作，阵发性加剧，向两侧腰背部放射，痛如刀割，发热恶寒，便干溲赤，不能进食。检查右上腹胆囊区压痛，腹肌紧张且有肿块如李子大，体温 39.1°C ，白细胞 $13.8 \times 10^9/\text{L}$ ，舌红苔黄，脉洪数。B超检查诊为急性胰腺炎。证属实热型，宜疏肝理气、清热通里攻下。给大承气汤加郁金、广木香、梔子、金银花、连翘、蒲公英，水煎服。用后体温降至 38.2°C ，腹痛腹肌紧张缓解，肿块缩小但仍恶心呕吐，便干不能进食。在前方基础上加竹茹、青陈皮、大白，重用大黄，又服4剂，大便通，体温正常，腹肌紧张、肿块基本消失，但仍恶心、上腹部不适、饮食欠佳，去芒硝、川朴、郁金、青陈皮、大白，加焦三仙、增液汤调理脾胃，补充阴液，又服3剂诸症皆消^[20]。

按：急性胰腺炎，临床一般分为气滞、实热、湿热、蛔虫上扰等型，均为胰脏气滞血瘀化热，内阻中焦，胃失和降，腑实不通，故用大承气汤加减疏通升降，开泄结合，辨证分型用药，便可取得良好效果。

4. 刘某，男，35岁。患者嗜酒好肥甘，昨夜赴宴回家后即睡，今晨突然上腹部剧烈疼痛，并向左肩背放射，大汗，恶心呕吐，口干苦，大便秘结，舌质红、苔厚黄，脉弦滑。查体：上腹部压痛(+)、反跳痛(+)、肌紧张(±)。尿淀粉酶1012单位。血象：WBC $23 \times 10^9/\text{L}$ ，N 0.85，L 0.15。B超提示：胰头水肿。西医诊断：急性胰腺炎。中医辨证：肝郁气滞，湿热内蕴。治宜疏肝理气、通腑

泄热。投大承气汤加味：大黄 15g（后下），芒硝 10g（分冲），枳实 9g，厚朴 6g，木香 9g，白芍 15g，柴胡 9g，甘草 6g。服药 1 剂后，大便日数次，泻下大量污秽粪便。2 剂后，大便稀溏量减少，矢气频繁，腹胀痛减轻。效不更方，原方去芒硝、厚朴，加川楝子 15g，木香 6g，继服 3 剂，诸症消失。血常规和尿淀粉酶均降至正常^[9]。

参考文献

- [1] 孙楠. 大承气汤灌肠治疗慢性重型肝炎 32 例临床观察. 贵阳中医学院学报, 2002, 24 (4): 14~15
- [2] 李建阳, 张庭澍, 罗蓬, 等. 加味大承气汤灌肠佐治慢加亚急性肝衰竭 27 例. 实用肝病杂志, 2007, 10 (5): 338~339
- [3] 魏之海, 刘兴元, 刘玉英. 复方大承气汤灌肠治疗肝硬化并上消化道出血 42 例. 河北中医, 2004, 26 (7): 517
- [4] 李清甫, 王好善, 申纪轩, 等. 大承气汤加氟哌酸治疗肝硬化并自发性细菌性腹膜炎疗效分析. 中西医结合杂志, 1995, 5 (4): 32
- [5] 稽玉峰. 大承气汤滴肛治疗原发性肝癌并发肝性脑病 38 例临床疗效观察. 中医药研究, 1998, 14 (4): 29~30
- [6] 段成林. 大承气汤加减治疗胆系感染 54 例. 中国民间疗法, 1998, (4): 37
- [7] 康萍. 大承气汤在消化系急症中的应用. 陕西中医, 1997, 18 (11): 517
- [8] 蒋玉珍. 大承气汤在痛证中的应用. 江西中医药, 1995, 增刊, 28~29
- [9] 吴盛荣. 大承气汤在痛证中的应用. 江西中医药, 1995, 增刊, 30
- [10] 唐小明. 大承气汤临床应用举隅. 湖南中医杂志, 1997, 13 (5): 39
- [11] 陈遵泰. 乌梅大承气汤治疗胆道蛔虫症. 四川中医, 1997, 15 (8): 27
- [12] 林甦. 大承气汤治疗急性急性胰腺炎 46 例. 河南中医, 2004, 24 (2): 11
- [13] 李白云. 清胰汤、大承气汤治疗急性胰腺炎疗效观察. 中药药理与临床, 1998, 14 (5): 36~37
- [14] 周建武. 大承气汤治疗急性胰腺炎 22 例临床观察. 河南中医, 2004, 24 (11): 14
- [15] 杨茂森, 程先能. 大承气汤高位低压灌肠法治疗急性胰腺炎 60 例. 中国中西医结合外科杂志, 2002, 8 (2): 116
- [16] 唐建东, 孙慧. 加味大承气汤肛滴为主治急性胰腺炎. 四川中医, 2003, 21 (6): 29~30

- [17] 张明, 张鸣杰, 袁文斌. 大承气汤对急性胰腺炎患者腹腔内压及腹腔隔室综合征发生率的影响. 浙江中医药大学学报, 2007, 31 (5): 569~573
- [18] 古勇. 大承气汤加减治疗急性胰腺炎1例. 中国民间疗法, 2004, 12 (4): 40
- [19] 王锡森. 大承气汤加味治疗急性胰腺炎一例. 医学导刊, 2007, (10): 67
- [20] 韩咏梅. 大承气汤治疗急性胰腺炎一得. 河南中医学报, 1994, 9 (3): 51

第五节 泌尿系统疾病

一、急性肾功能衰竭

急性肾功能衰竭是肾脏本身或肾外原因引起肾脏泌尿功能急剧降低, 以致机体内环境出现严重紊乱的临床综合征。主要表现为少尿或无尿、氮质血症、高钾血症和代谢酸中毒。根据发病原因的不同和各自的病理生理特点, 病因可分肾前性如失血、休克、严重失水、电解质平衡紊乱, 急性循环衰竭等, 肾性如急性肾小球肾炎、急性肾小管坏死、大面积挤压伤等; 肾后性如完全性尿路梗阻等。

中医学对急性肾功能衰竭的辨证以热证、实证为多, 后期可伤及正气, 一般分为热邪炽盛、火毒瘀滞、湿热蕴结、邪陷心肝、内闭外脱、气阴亏损等证型。治疗以祛邪为主, 适当佐以扶正, 常用清热解毒、清营凉血、活血化瘀、开闭固脱、救阴敛阳、回阳救逆、益气养阴等法治疗。出血热急性肾衰属热毒、血瘀、水肿、关格等范畴, 发展到尿闭为疫毒深伏、气滞血瘀、伤及肾阴、化源枯涸、尿无来源所致。治疗应遵循“下不厌早”、“急下存阴”的理论, 及早应用泻热排毒之法治之。

【临床应用】

薛氏等^[1]用大承气汤加紫草治疗出血热急性肾衰11例, 取得了满意的疗效。治疗方法: 西医利尿、导泻无效即改用大承气汤加紫草治疗: 大黄20g (后入)、芒硝15g (冲)、厚朴9g、枳实9g、紫草30g。每日1剂, 药量随证加减, 水煎服。治疗结果: 用药最短2d, 最长5d, 一般4d进入多尿期。显效11例, 有效5例, 无效1例, 总

有效率 94.12%。

按：出血热急性肾衰出现尿闭是病情最危重阶段。由于肾小管的广泛坏死，此时即使超大剂量或频繁联合应用利尿剂也难出现利尿效应，因为药物失去了发挥作用的基础，此期应用导泄治疗不失为有效方法。大承气汤适应于痞、满、燥、实四症，大剂量大黄通便而利小便，紫草凉血止血、解毒、利尿滑肠，五药合用，泻热排毒。六腑“以通为用”、“泻而不藏”、“动而不静”，此方以大黄为帅，荡涤胃肠污秽，无有不通。佐以紫草止血解毒，减轻了肾脏的损害，改善微循环，增加肾血流量，促进肾功能的恢复，减轻氮质血症和代谢性酸中毒，故取得较好效果。

【病案举例】

1. 患者，男，30岁。因发热、头痛、腰痛、头晕、眼眶撑胀感、纳差、恶心、呕吐5d，视物不清、尿少1d，于1986年2月25日入院。查体：体温35.9℃，精神不振，面部、颈部、胸部潮红，眼睑浮肿，双腋下见鞭痕样出血点，双肾区明显压痛、叩击痛。化验：白细胞 $18.8 \times 10^9/L$ ，中性78%，异常淋巴细胞6%。心电图ST-T段改变。入院后查尿蛋白++，白细胞++，颗粒管形0~1/低倍镜。诊为出血热急性肾衰。给予扩容、利尿、血管活性药、抗生素、对症处理。入院28h，给利尿药后无尿，改速尿静推，用至每次300mg仍无尿，又改速尿200mg、丁尿胺2mg（首剂4mg）6h交替静脉推注，应用24h后仍无效。加用20%甘露醇400ml、50%硫酸镁40ml，分两次在12h内喝完。48h共用4次，病情反而加重，至此已达114h无尿，神志不清，呃逆，全身浮肿，血压12/9kPa，化验尿蛋白++++，白细胞++，红细胞++，颗粒管形1~4个/低倍镜，尿中出现膜状物。血钾6.1mmol/L，血钠107mmol/L，血尿素氮76.4mmol/L，一氧化碳结合力11.48mmol/L。停用甘露醇、硫酸镁，改用大承气汤加紫草方。服药后2h出现便意，3h大便1次，小便约100ml，当日再给第2剂。24h内共大便5次，尿量800ml，神志转清，呃逆消失，全身浮肿减轻，第二、三日各给1剂，病情明显好转，尿量达3000ml以上，进入多尿期停用中药。多尿7天进入恢复期，住院54天症状消失出院^[1]。

2. 孔某,男,57岁,1992年4月21日入院。患者原有多囊肾病史50余年,4天前出现腰痛、尿血,尿量骤减,每日约350ml,腹胀便结不通,恶心呕吐,发热头痛。舌红、苔黄燥,脉滑数。血常规: Hb 90g/L, WBC 1.1×10^9 /L, N 0.75, L 0.25。尿常规: PROS (++) , WBC (+) , BUN 17mmol/L, Cr 294 μ mol/L。诊为急性肾功能不全。证属湿热毒邪,瘀热相结,蕴结肾与膀胱,气化失司所致。治以逐瘀通下,化气行水。用大承气汤化裁: 大黄、枳实各12g,姜半夏、玄明粉(冲)各10g,猪苓、泽泻各15g,厚朴、甘草各6g。配合西药抗感染、利尿、纠正水电解质失调等治疗。2天后尿量增加,大便得行。综合治疗半月,肾功能恢复正常而出院^[2]。

按:急性肾功能不全,属中医学“关格”之范畴,多因湿浊毒邪壅塞三焦,气化功能失司所致,治以通腑降浊法。用大黄攻下降浊,枳实、厚朴行气导滞化浊,半夏降逆止呕,猪苓、泽泻化气疏浊、渗利小便。全方可使腑气通,湿浊降,小便行而获效。大黄可降低血中含氮化合物毒性作用,促进肠道尿素氮排泄。

二、慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭简称慢性肾衰,由于肾单位受到破坏而减少,致使肾脏排泄调节功能和内分泌代谢功能严重受损而造成水与电解质、酸碱平衡紊乱出现一系列症状、体征和并发症。各种慢性肾脏疾病,随着病情恶化,肾单位进行性破坏,以至残存有功能肾单位不足以充分排出代谢废物和维持内环境恒定,进而发生泌尿功能障碍和内环境紊乱,包括代谢废物和毒物的潴留,水、电解质和酸碱平衡紊乱,并伴有一系列临床症状的病理过程,被称为慢性肾功能衰竭(CRF)。慢性肾功能衰竭,严重时称尿毒症,不是一种独立的疾病,是各种病因引起肾脏损害并进行性恶化,当发展到终末期,肾功能接近于正常10%左右时,出现一系列的综合症状。

中医学认为本病多由水肿、淋证、尿血、腰痛等多种疾病发展而来,临床也不乏隐匿起病者,其发病病因复杂,与体质因素、外感六淫、饮食失宜、劳倦内伤、久病及肾等因素有密切关系。其病机为脾肾两虚,湿浊毒邪壅塞。治疗当以通腑泄浊为主。

【临床应用】

韦氏等^[3]用大承气汤保留灌肠治疗早中期慢性肾衰竭 38 例, 取得较好疗效。治疗方法: 治疗组与对照组在维持水电解质平衡、纠正酸中毒、控制高血压病(或)肾小球毛细血管内高压、防治并发症等基本相同, 治疗组在上述基础上加用大承气汤合益母草保留灌肠, 药用: 大黄 30g, 芒硝 20g, 枳实 20g, 厚朴 20g, 益母草 30g。水煎, 保留灌肠, 日 1 次。治疗结果: 治疗组痊愈率、显效率分别为 31%、65%, 总有效率 96%; 对照组痊愈率、显效率分别为 20%、53%, 总效率 85%。两组临床治愈率、显效率及总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

按: 大承气汤是通腑泻浊的代表方, 方中大黄是近年来被认为是治疗慢性肾衰竭最有希望的药物之一, 大黄的作用机制, 目前认为有几方面: ①改善氮质血症的作用机制: 减少肠道吸收合成尿素的原料——氨基酸; 提高血中必需氨基酸浓度; 利用尿素氮合成蛋白; 抑制肌蛋白的分解, 使尿素氮和肌酐含量降低。②延续慢性肾功能不全进展的作用机制: 对肾小球系膜细胞的作用, 降低残余肾单位的高代谢状态, 抑制机体氮化磷酸化功能, 使能量代谢处于较低水平, 并可减低肾小管的高代谢状态。对脂质代谢的影响: 对高凝、高糖血症有良好的改善作用。大承气汤可通胃结、救胃阴, 方中枳实能开幽门之不通, 厚朴能泻中宫之实满。

三、泌尿系结石

泌尿系结石是指在人体肾盂、输尿管、膀胱、尿道出现的结石, 全球性的常见病, 在我国的发病率也较高, 且多发于青壮年, 其病因与全身代谢、泌尿系局部感染环境和饮食因素有密切关系。有研究认为, 结石的形成根源是错综复杂的, 主要由于一些溶解度较低的物质如草酸钙、磷酸钙、尿酸等的析出并逐渐形成。简单地说, 结石就是由许多微小的结晶经年累月的堆积而成。主要症状有膀胱刺激症(如尿频、尿痛等)、血尿、绞痛、尿路梗阻等。发现有结石一定要尽早治疗。随着医学技术的飞速发展, 微创彻底治疗结石的方法很多, 如气压弹道碎石、钬激光碎石。

本病属中医学石淋范畴，其病机多为湿热蕴结下焦，尿液受其煎熬，日积月累，尿中浊质凝结为石。故治疗可采用泄下热结、通淋排石之法为主。

【临床应用】

李氏^[4]用加味大承气汤治疗泌尿系结石 30 例，取得了满意的疗效。治疗方法：治疗组应用加味大承气汤，药用：酒大黄 10g，芒硝 9g，枳实 12g，厚朴 15g，金钱草 30g，海金沙 15g，鸡内金 12g，王不留行 10g，穿山甲 10g，车前草 10g，木通 9g，泽泻 12g。疼痛明显加延胡索 10g，田三七 10g；湿热明显加金银花 15g，黄柏 10g；排尿困难加石韦 15g，路路通 10g；气虚加党参 15g，黄芪 20g；肾虚加杜仲 10g，枸杞 10g。1 日 1 剂，两煎取汁 600ml，分早晚 2 次服。对照组口服排石冲剂（南京同仁堂药业有限责任公司生产），每次 20g，开水冲服，每天 3 次。两组均 30 天为 1 个疗程，连续观察 2 个疗程。治疗结果：治疗组治愈 14 例，有效 13 例，无效 3 例；对照组治愈 8 例，有效 10 例，无效 9 例。治疗组疗效明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）。

按：中医学认为本病多为湿热蕴结下焦，尿液受其煎熬，日积月累，尿中浊质凝结为石。故取大承气汤泄下热结；加金钱草、海金沙、鸡内金溶石排石；穿山甲、王不留行行气活血，化瘀软坚；车前草、木通、泽泻利湿通淋。诸药合用，共奏泻热、利湿、通淋、化瘀、溶石、排石之功。

【病案举例】

邓某，男，28 岁，工人。因左腹阵发性绞痛 5 天入院。外院诊断为“左侧输尿管中段结石”，经肌注杜冷丁等药及口服“排石汤”罔效。诊见：患者表情痛苦，左腹绞痛呈阵发性加剧，厌食，腹胀且可叩及硬块累累，大便已七日未行，口臭，唇燥，舌质红、苔黄燥，脉弦。证属湿热蕴结，腑气不通。治以清热化湿，行气通腑。取大承气汤加味：生大黄（后下）12g，枳实 12g，芒硝（冲服）12g，厚朴 15g，广木香 8g。药后 3h 许患者腹痛加剧，多次临厕而不得便，嘱其忍耐，复以肥皂做成锥形沾水纳肛内。是夜 2 时许，排出大量坚硬粪块，腹痛顿减，安睡 4h。次日原方更进 1 剂，中午以肥皂水灌肠。

下午 2h 排出大量硬粪块，臭秽不堪，自此腹已不胀，疼痛部位明显下移，复予四君子汤合六味地黄汤加车前仁、牛膝脾肾同治，3 天后，随小便排出结石 1 粒^[5]。

按：输尿管结石属中医学“石淋”。本例石淋，乃湿热蕴结，腑气不通，燥实内结所致。故先用大承气汤加味，清热化湿、行气通腑为主，继用四君子汤合六味地黄汤加减脾肾同治而病愈。

参考文献

- [1] 薛景岐，杨学然，汪兰云．大承气汤加紫草治疗出血热急性肾衰 11 例．山东中医药大学学报，1997，21（3）：203～204
- [2] 杨正如，杨俊龙．大承气汤在急危症中的运用．浙江中医杂志，1995，（4）：163
- [3] 韦慧琴，胡开明．大承气汤保留灌肠治疗早中期慢性肾衰竭 38 例疗效观察．中国民族民间医药杂志，2004，（67）：85～86
- [4] 李复生．加味大承气汤治疗泌尿系结石 30 例．安徽中医临床杂志，2000，12（4）：287
- [5] 唐小明．大承气汤临床应用举隅．湖南中医杂志，1997，13（5）：39

第六节 急性中毒

一、有机磷农药中毒

有机磷农药中毒为农村常见急症，病情往往凶险，处理不当，治疗不及时可致严重后果。其治疗关键在于及时、反复、彻底地清除进入消化道的毒物。单凭洗胃完全清除胃肠道残留的毒物非常困难，因为胃肠道多皱襞，残留毒物在肠道内重吸收，容易引起反跳而危及生命。另外，阿托品化可令病人出现口干、烦躁、腹胀等症状。因此，通过中药泻下的方法，以促使胃肠道内的有机磷农药快速排出体外，并缓解阿托品化后出现的口干、烦躁、腹胀等症状。

【临床应用】

宋氏等^[1]用加味大承气汤鼻饲（或口服）并灌肠，抢救急性有机

磷农药中毒,效果良好。对照组,在常规抢救措施(常规洗胃,早期、足量、反复地使用阿托品,适当用复能剂等)的基础上,加用4.16mmol/L(50%)硫酸镁30~60ml鼻饲(或口服)导泻。治疗组在洗胃、用阿托品和复能剂的同时,加用加味大承气汤,药用:大黄30g,芒硝20g,枳实10g,甘草20g,厚朴10g。用法:先将枳实、甘草、厚朴煮沸15min,再下大黄煮沸5min,最后下芒硝溶化后滤汁,以渣再煎,两次煎药液共500ml,各半用于鼻饲(或口服)和灌肠,6h后如不解稀便,可重复使用,连用2天,以大便溏泻,2~4次/d为度。治疗结果:治疗组阿托品用量明显少于对照组,且其通下作用好,症状消失快,并发症少(<1例并发轻度上呼吸道感染),无反跳者,住院时间明显缩短。而对照组并发呼吸道感染4例,上消化道出血2例,脑水肿2例。多种指标对照,两组差异显著。

按:口服有机磷农药中毒,来势凶,病情急,变化快,毒陷中焦,邪在阳明,最先受损的是胃肠。西医抢救洗胃后用硫酸镁导泻总难彻底排除体内毒物,究其原因:①多种缘故使洗胃难以彻底。②已吸收的毒物再分泌入胃肠。③中毒时胃肠功能有障碍,加之大量阿托品的使用又抑制了肠蠕动,用硫酸镁很难达到导泻的目的。大承气汤乃《伤寒论》中名方,由大黄、芒硝、枳实、厚朴4药组成,方中大黄素有将军之称,长于通下;芒硝亦为泻下药,而行气消胀的枳实、厚朴更助大黄、芒硝的通腑之力;所加甘草亦可解诸毒。故使用本方,可使邪毒积滞尽除。即或中毒二三天后,只要患者大便干燥,亦为使用本方之指征,这是因为已被吸收的毒物经肝-肠循环排入肠道,此时,再用大承气汤加甘草方可阻断毒物的重吸收。

苏氏^[2]对100例口服有机磷农药中毒患者采用大承气汤导泻,促进毒物的排泻,取得较好的疗效。治疗方法:两组中毒患者均为口服有机磷农药,均按常规洗胃,清洗皮肤,留置胃管,给予抗胆碱药物及胆碱酯酶复能剂、利尿、导泻等对症治疗,对残留肠道毒物导泻措施,对照组采用20%甘露醇250ml胃管法。治疗组采用大承气汤胃管注入100ml。高位保留灌肠200ml。大承气汤的组成:大黄、芒硝、厚朴、枳实、赤芍、莱菔子、桃仁。煎煮方法:先煎赤芍、厚朴、莱菔子、桃仁、枳实加水500ml,待水开后30min下大黄,煮约5min

取出(300ml)纳芒硝搅匀,温度35℃左右即可用。治疗结果:治疗组与对照组导泻后排便时间比较,治疗组导泻后平均排便时间、平均住院天数均较对照组明显缩短,统计学处理, $P < 0.05$ 。

按:在抢救急性有机磷农药中毒时应用较大量抗胆碱能神经药物,抑制了胃肠蠕动,甚至肠麻痹,导致肠道残存的有机磷毒素难以排出,给抢救成功带来一定的困难。而用20%甘露醇等药物导泻往往效果欠佳。应用大承气汤进行胃管注入及高位保留灌肠,均能在24h排出肠道残存物,减少了毒素的吸收,缩短了住院天数,减轻了患者痛苦和经济负担,提高了抢救成功率。大承气汤乃医圣张仲景之成方,为峻下之剂,专为阳明腑实证痞、满、燥、实而设。有机磷农药中毒患者达到阿托品化后,出现颜面潮红、口干、皮肤干燥、瞳孔散大、心率加快、脘腹胀满、舌质红、苔干燥、脉滑数有力,乃切中大承气汤之病机。方中大黄、芒硝具有泻热通便、攻积导滞、荡涤胃肠之功效;枳实、厚朴行气消积、破气除胀,以通痞塞;赤芍清肝火、除血分郁热;桃仁润燥滑肠。大承气汤的组成是泻热通便、顺胃气之下行的良方。所以,在抢救口服有机磷农药中毒患者时应用屡见成效,值得推广。

谭氏^[3]用大承气汤加味结合西药治疗有机磷农药中毒48例,并与24例单纯西药治疗对照。治疗方法:对照组患者入院后均用清水反复洗胃,直至洗出液清澈无农药气味为止。同时给予解毒药,轻度者单独予以阿托品或胆碱酯酶复能剂,中度和重度者两药并用,并根据病情适当调节阿托品及胆碱酯酶复能剂的剂量。治疗组在对照组治疗方法的基础上加用中药大承气汤加味(自拟方),处方:大黄10~30g,川朴、枳实各10g,芒硝20~30g,生地15g,沙参、麦冬各10g。用法:先将大黄用沸水浸泡待用,将余药(除芒硝外)先武火后文火煎至150~200ml后,兑入大黄汁煎2~3min。煎好的药汁加入芒硝,晾凉备用。患者洗胃结束后将制好的药汁从胃管灌入,以后每日早晚各服1次,不能口服者用鼻饲,直至患者各项检查恢复正常为止。治疗结果:治疗组治愈16例(占33.33%),好转27例(占56.25%),无效5例(占10.42%)。对照组治愈6例(占25%),好转11例(占45.83%),无效7例(占29.17%)。

按：在农村，经口服致有机磷农药中毒是较为常见的急症，其治疗关键在于及时、反复、彻底地清除进入消化道的毒物。单凭洗胃完全清除胃肠道残留的毒物非常困难，因为胃肠道多皱壁，残留毒物在肠道内重吸收，容易引起反跳而危及生命。另外，阿托品化可令病人出现口干、烦躁、腹胀等症状。因此，通过中药泻下的方法，以促使胃肠道内的有机磷农药快速排出体外，并缓解阿托品化后出现的口干、烦躁、腹胀等症状。大承气汤具有荡涤胃肠积滞作用，方中大黄有泻下攻积之效，《药品化义》云：“大黄气味重浊、直降下行、走而不守，有斩关夺门之功……”，故取其“破癥瘕积聚，留饮宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水道”之功，佐以芒硝、川朴益助其锐。枳实能破气除胀、消积导滞，生地、麦冬、沙参益胃生津、清心除烦。全方应用能促进肠蠕动增加，将残留的有机磷农药排出，又能抑制水分吸收，大大减少有机磷农药的重吸收，有效地降低有机磷农药在体内的浓度。临床证明较之单纯应用西药疗效大大提高，缩短治疗时间，减少西药用量，无反跳现象出现。但临床应用中应注意：①本方泻下力较强，肠液大量排出体外，体内电解质不平衡，须及时补充；②有机磷农药完全排出后及时给予健脾止泻之剂，使肠胃尽快恢复正常功能达到早日康复的目的。

刘氏等^[4]对经口服急性重症有机磷农药中毒 34 例患者在洗胃后采用中药大承气汤导泻，效果良好。治疗方法：34 例均在洗胃后采用大承气汤导泻。方剂组成：大黄 12g，川朴 15g，枳实 15g，芒硝 9g。方法：每剂经水煎后取上清液 200ml，在彻底洗胃后经胃管注入；2 小时后不排便者，按上述剂量再注入 1 次。治疗结果：34 例中，23 例在注入 1 剂后排便，9 例在第 2 次注入 1 剂后排便，2 例严重休克者无排便，排便率 94.1%。

按：在急性重症有机磷农药中毒抢救中，使用大剂量阿托品等抗胆碱药，其与胆碱能神经递质乙酰胆碱竞争胆碱能神经末梢效应膜上 M 受体，阻断了乙酰胆碱的作用，导致了胃肠蠕动及肠腺体分泌功能的阻抑，所以硫酸钠与硫酸镁导泻很难奏效，而且硫酸镁导泻有致高镁血症的危险，而高镁血症可加重对中枢神经及呼吸的抑制，急性中毒时肾功能不佳及少尿加重了其危险性。故有人主张抢救急性

有机磷农药中毒以不使用硫酸镁导泻为宜。用大承气汤导泻不受阿托品等抗胆碱药阻抑而产生良好导泻效果，其机制在于大承气汤对肠平滑肌细胞电活动的直接影响。有研究发现：大承气汤煎剂和大黄煎剂可以不经过胃肠的消化、吸收、分解等中间环节。而直接作用于肠平滑肌细胞，显著增强肠管平滑肌细胞的电兴奋性，增加慢波和峰电位的发放频率，而平滑肌细胞峰电位的发放是其收缩的基础，所以促进了肠道收缩运动。这是大承气汤煎剂和大黄煎剂泻下作用的细胞水平机制。

王氏^[5]观察大承气汤对口服急性有机磷农药中毒的导泻作用。治疗方法：所有病例入院后均充分洗胃，并保留胃管，常规纠酸，给予阿托品和东莨菪碱等抗胆碱药以及氯磷定，尽可能在短时间内达到阿托品化，且无阿托品过量的临床表现。治疗组予大承气汤，先将炒枳实 10g、厚朴 10g 煎取药液 150ml，加入大黄 15 ~ 20g，煎 5min 后冲入芒硝 9 ~ 15g，冷却后从胃管注入；对照组从胃管注入 20% 甘露醇 500ml；两组均再灌入生理盐水 500 ~ 1000ml。呼吸衰竭者予呼吸机支持呼吸。治疗结果：治疗组 20 例，轻度中毒 7 例均有效，中度中毒 5 例亦有效，重度中毒 8 例中有效 6 例、无效 2 例；对照组 30 例，轻度中毒 10 例均有效，中度中毒 9 例中有效 8 例、无效 1 例，重度中毒 11 例中有效 2 例、无效 9 例。结果显示，两组轻、中度中毒患者导泻结果差异无显著性 ($P > 0.05$)，但重度中毒患者导泻结果差异有显著性 ($P < 0.01$)。

按：在 AOPP 抢救中，由于使用阿托品等抗胆碱药，特别是患者达到阿托品化后，胃肠道平滑肌因 M 受体被阻断而呈收缩抑制，使残存在胃肠道中的有机磷农药被人体吸收。同时，由于有机磷农药在体内代谢过程中有“肠肝循环”存在，使其被反复吸收而加重中毒，甚至出现反跳和中间综合征等急危重症。成功导泻可以最大限度排除肠道中的农药，并阻断“肠肝循环”。20% 甘露醇为高渗液，其被注入肠道后吸收组织中水分，并阻止肠道内水分被吸收，使肠道被动扩张，牵拉肠道感受器，增加肠道蠕动，加速肠内容物传导速度而导泻。此种导泻作用受神经支配，能被阿托品等药物所阻滞。故重度 AOPP 患者中，特别是达到阿托品化后，用 20% 甘露

醇导泻效果不佳。大承气汤有急下实热燥结功效,主治表现为面红、口干、腹部胀满、大便不通等症候的阳明腑实证。阿托品化则表现为皮肤干燥无汗、面红、口干、腹胀、大便不通等,辨证属里热燥实(阳明腑实),正符合大承气汤使用指征。药理研究证实,大承气汤的导泻机制为作用于平滑肌,不被阿托品等药物所阻断。故大承气汤对口服 AOPP 患者,特别是重度患者有良好的导泻作用。

二、急性铅绞痛

急性铅中毒多由于误服醋酸铅、碳酸铅、铬酸铅、四乙基铅及呼吸其粉尘或烟尘、蒸汽以及皮肤吸收或口服其他溶剂而中毒。过量接触、吸入铅化合物或含铅中药,如樟丹、黑锡丹、羊癫疯丸等,以及使用含铅化妆品等也可引起中毒。急性铅中毒的临床表现:①消化系统表现如恶心、呕吐、食欲不振、口有金属味、流涎、腹胀、便秘、便血、腹绞痛并喜按,还可有肝肿大、黄疸和肝功能减退等。②神经系统表现为头痛、眩晕、烦躁不安、失眠、嗜睡、易激动,重者可有谵妄、抽搐、惊厥、昏迷,甚至脑水肿和周围神经炎的表现也可出现。③血液系统表现出面色苍白、心悸、气短等贫血症状。④泌尿系统症状有腰痛、水肿、蛋白尿、血尿、管型尿,严重者还可出现肾衰竭。

铅绞痛是急性铅中毒或慢性铅中毒急性发作的突出症状之一,其机制目前尚未完全阐明,可能有:①铅作用于肠壁的平滑肌引起痉挛;②铅直接作用于血管平滑肌,致肠壁局部贫血;③铅抑制了肠壁的碱性磷酸酶和三磷酸腺苷酶的活性而干扰了葡萄糖和钾离子的正常代谢。

急性铅中毒的急救法:①口服中毒者,可立即给予大量浓茶或温水,刺激咽部以诱导催吐,然后给予牛奶、蛋清、豆浆以保护胃黏膜。②对症急救。对腹痛者可用热敷或口服阿托品 0.5~1.0mg;对昏迷者应及时清除口腔内异物,保持呼吸道的通畅,防止异物误入气管或呼吸道引起窒息。③经上述现场急救后,应立即送医院抢救,以免耽误时间,危及患者生命。

【验案举例】

1. 某男, 29岁, 从事化铅及蓄电池修理2年。因脐周疼痛阵发性加剧, 伴呕吐2小时入院, 无发热。呕吐均为胃内容物, 大便二日未行, 腹痛呈阵发性, 约5~10分钟1次, 查体: T 37.80℃, P 82次/分, R 30次/分, BP 14/10kPa, 神清, 急性痛苦面容, 呻吟屈曲位, 面色苍白, 两侧颊黏膜可见深灰色铅线, 心肺(-), 腹平软, 肝、脾肋下未触及, 脐周按痛明显, 未见肠型和肿块, 入院血常规 HB 70g/L, WBC 1.9×10^9 /L, N 0.68, L 0.27, T 0.05, 尿常规(-), 肝、肾功能正常。舌苔灰腻, 脉弦数。予中药大承气汤急煎内服, 药后5分钟便通, 疼痛缓解, 日行大便5次, 查大便常规(-), 第三天痊愈出院^[6]。

2. 某男, 43岁, 从事化铅及蓄电池修理20多年。因脐周疼痛阵发性加剧, 伴呕吐1小时入院, 主要阳性体征均同上例, 入院时血红蛋白95g/L, WBC 2.7×10^9 /L, N 0.75, L 0.24, E 0.01, 尿、大便常规(-), 肝肾功能正常, 治疗方法同上例^[6]。

按: 中医学认为“六腑以通为用, 不通则痛, 通则不痛”。上述二例病例均具备了“燥、实”二证, 选用大承气汤治疗, 以通腑泻实, 缓解绞痛, 故中医仍辨为阳明腑实证。处方特点: 方中以大黄、番泻叶通便, 涤肠, 为君药; 芒硝软坚润燥, 以助大黄、番泻叶之效, 为臣药; 枳实、厚朴行气散结为佐药。现代药理研究证实: 大黄、番泻叶均含有番泻苷A, 主要作用于大肠, 使中、远段结肠张力增强, 蠕动加快; 枳实既有降低肠管平滑肌张力和解痉作用, 又能兴奋胃肠, 增强蠕动, 具有双向调节作用, 因而使用本方治疗本症, 药证相符, 效果显著。

参考文献

- [1] 宋明星, 张磊. 用加味大承气汤抢救急性有机磷农药中毒的体会. 中西医结合实用临床急救, 1995, 2 (3): 115~116.
- [2] 苏萍. 大承气汤在抢救口服有机磷农药中毒中的应用. 全国中医、中西医结合护理学术会议论文汇编, 2003年, 68~69

- [3] 谭少瑜. 大承气汤加味治疗有机磷农药中毒 48 例. 右江医学, 2000, 28 (6): 479
- [4] 刘家奇, 刘玉强. 大承气汤导泻抢救急性重症有机磷农药中毒 34 例分析. 天津中医, 2000, 17 (4): 44
- [5] 王仕汉. 大承气汤对口服急性有机磷农药中毒的导泻作用. 中国中医急症, 2003, (5): 448
- [6] 叶旭, 潘旭星. 大承气汤治愈急性铅绞痛二例. 中国中西医结合外科杂志, 1995, (1): 21

第七节 多器官功能障碍综合征

多器官功能障碍综合征 (MODS), 又称为多系统器官功能衰竭 (MSOF) 或称多器官衰竭 (MOF), 是指在严重感染、创伤或大手术等急性疾病过程中, 同时或相继并发一个以上系统或 (和) 器官的急性功能障碍或衰竭, 一般肺先受累, 其次为肾、肝、心血管、中枢系统、胃肠、免疫系统和凝血系统功能障碍。多器官功能障碍综合征发病的特点是继发性、顺序性和进行性。具有发病急、进展快、病死率高的特点。主要病因有: ①严重创伤: 如严重的多发性创伤、大面积烧伤、多发性骨折等。②严重感染: 如急性重症胆管炎、脓毒败血症等。③各种原因引起的休克。④大手术: 如胰十二指肠切除术、肝叶切除术等。⑤某些疾病: 如出血坏死性胰腺炎、绞窄性肠梗阻、心肺复苏后等。⑥其他: 如病人具有某些潜在的危险因素、年老体弱、免疫力下降等。近年来人们认识到, MODS 是由肿瘤坏死因子 (TNF)、白介素-1 (IL-1)、IL-6 等炎性介质过度释放引发的免疫紊乱状态。

【临床应用】

崔氏等^[1]应用大承气汤颗粒剂加用西医常规治疗多器官功能障碍综合征, 取得较好的疗效。治疗方法: 治疗组在西医常规治疗基础上加用大承气汤颗粒剂 (天津南开医院制剂室提供, 每次 4 袋, 2 次/d, 连续 10d); 对照组纯西医治疗加用安慰剂。大承气汤治疗组患者的体内炎性介质水平普遍改善, 治疗组患者的 MODS 病死率显著降低 (28.57%、70.59%, $P=0.032$)。

按：MODS 是一个复杂的过程，不仅发病原因各异，而且过度的炎症反应与免疫功能障碍并存，单纯拮抗炎性介质或阻断炎症反应并不能有效地阻止 MODS；而早期诊断或预测可能发生的 MODS，在抗感染、代谢与器官支持、去除原发病的基础上，维持炎症反应与免疫抑制的相对平衡可能是解决的办法之一。近年来，国内学者采用中西医结合方法研究 MODS 的防治，取得了一定成绩，其中以大承气汤为主的通里攻下法是防治 MODS 的重要措施之一。大承气汤由大黄、芒硝、枳实和厚朴 4 味中药组成，具有下瘀血、破癥瘕积聚、荡涤肠胃、推陈致新等功效；它不仅能够改善胃肠道缺血，抑制菌群移位，减少内毒素的吸收，而且具有良好的免疫调节功能，为 MODS 的防治开辟了一条新的途径。

武氏等^[2]随机选择存在胃肠功能障碍 MODS 患者 50 例，分 2 组，用药组在常规治疗基础上，加用大承气汤灌肠，疗效满意。治疗方法：两组患者常规胃肠减压，禁食，消除病因，抗感染。呼吸机辅助呼吸，改善氧供。各主要脏器功能支持治疗基本相同。用药组均于术后或出现胃肠功能障碍 2d 给予大承气汤保留灌肠，其药物组成：生大黄 30g，厚朴 15g，枳实 30g，芒硝 6g。其他根据病情加減：莱菔子 15~30g，败酱草 15~30g，桃仁 10~12g，黄柏 10g，牛膝 15g，延胡索 15g，黄连 10g。上方每日 1 剂加水浓煎至 300ml，分 2 次（1/12h），温度 37~38℃，保留灌肠 0.5h。治疗结果：总病死率无显著差异，4 个以下器官功能障碍组，病死率差异具有显著意义，表明 2~3 个器官功能障碍（4 个以下器官功能障碍组）患者用药后病死率可降低。

按：MODS 是指同时或相继发生 2 个或 2 个以上器官系统功能不全或衰竭，起源于持续的难以控制的炎症反应，它是创伤及感染后最严重的并发症，其发病率高并且来势凶猛，病死率很高。有资料证明，创伤、休克及感染后，胃肠黏膜严重灌注不足，即使循环系统显示高动力状态，但某些局部组织器官（如胃肠道）仍处于严重缺血、缺氧状态，这是由于神经内分泌系统受致病因素激发，而使全身血流重分布所致，造成组织器官损伤。胃肠道是 MODS 的敏感器官，胃肠功能障碍救治的成败直接影响患者的治疗质量和预后。近年来的研

究证明,胃肠道是危重病病理生理过程的积极参与者,胃肠蠕动减弱或消失,肠道内细菌和毒素排泄障碍,肠道菌群紊乱,胃肠黏膜糜烂、水肿,屏障功能破坏,肠腔内细菌、内毒素发生移位,肠道内细菌和毒素侵入系统循环,胃肠道免疫屏障减弱,为肠源性感染的发生奠定了物质基础。经久不愈的胃肠黏膜损伤,使肠道内细菌和毒素不断侵入系统循环,导致全身白细胞系统持续激活并释放大量炎性介质和细胞因子,致血管收缩、管壁通透性升高、血管内微血栓形成,促使组织进一步缺血缺氧和肠屏障功能损害,使系统炎症反应加剧、失控,最终引起 MODS。通里攻下法为中医学八大治则之一,常用于疏通肠腑、增强肠蠕动、恢复肠功能等。大承气汤为中医通里攻下法中寒下法的代表方剂,其荡涤肠腑、泻热除满等作用的临床功能早已为古今医学临床实践所证实,临床上用于梗阻型、血运障碍性腹部疾病已经取得一定的效果,现代实验研究表明,大承气汤有增强胃肠道平滑肌的蠕动、推进运动功能,有明显增强肠容积作用,还有增加肠祥血流量、降低血管通透性、减轻组织水肿、促进坏死组织吸收以及抑菌抗感染等作用。应用大承气汤保留灌肠患者肠鸣音、肛门排气、腹胀消退等肠功能恢复指标明显快于对照组,体温、血象恢复也较快,胃肠营养也能较早进行,这对于 MODS 患者各器官功能恢复非常有利。大承气汤能显著增加胃黏膜、空肠、回肠组织血流量,使低灌注、缺血缺氧状态恢复。推论大承气汤增加肠组织血流量的作用可能有:经通腑泻热后,大量细菌和毒素被机械排除,缩小了内毒素池;抑菌减毒作用,对血浆中的毒素及多种炎性介质、细胞因子具有直接拮抗作用;保护肠黏膜屏障,改善肠道微循环、降低微血管通透性,使组织血流量恢复;增加机体网状内皮系统吞噬和清除病理微生物的能力,调节机体免疫功能。

【病案举例】

胡某,男,55岁,1989年10月8日会诊。结肠腺癌手术后在化疗过程中发现肝脏有 $36\text{mm} \times 22\text{mm}$ 、 $26\text{mm} \times 22\text{mm}$ 的转移性多发性肝癌。诊见:头痛,乏力,嗜睡,脱发,纳呆,微有黄汗,腹胀,小便黄赤,大便2天未解,舌淡红、苔干少津,脉弦滑数。检查:精神尚可,面部、巩膜及全身皮肤暗黄色,深度黄疸;R 28次/分,P 110

次/分, T 38℃, BP 14.7/9.3kPa; 双肺呼吸音粗, 有少许湿性啰音; 肝区叩击痛, 肋下触诊不满意, 腹水征明显, 腹围 102cm, 脾肿大, 左肋下 3cm; 双下肢中度水肿; 神经系统检查正常。肝功能: ALT 5201.04nmol · S⁻¹/L, 胆红素 AST 8768.42mmol · S⁻¹/L, TP 116μmol/L, TP 56g/L; 血常规: RBC 2.65 × 10¹²/L, Hb70.2g/L; 尿常规: ERY (+ + +), PRO (+ +); 大便潜血试验 (+ +)。心电图提示: ST 段改变。B 超示: 转移性多发性肝癌, 门静脉增宽 2.5cm, 脾肿大左肋下 3cm, 胆囊壁明显水肿、增厚, 腹部大量积液。X 线摄片示: 肺部感染。证属本虚标实, 气虚将脱, 湿毒不除。方用自拟人参大承气汤合茵陈蒿汤加减荡涤肠胃, 急下存阴, 兼利湿退黄。处方: 高丽参 (另炖和服)、茵陈、栀子 (打碎)、猪苓、黄芪、白花蛇舌草、白术各 30g, 生大黄 (后下)、大腹皮、重楼各 15g, 芒硝 (冲)、厚朴、枳实、车前子 (包煎)、山楂、麦芽、谷芽各 10g, 陈皮 5g。3 剂, 每天 1 剂, 水煎分 2 次服。服药后 30 分钟小便 500ml, 1 小时后大便先硬后溏泄约 1000ml, 臭秽。次日大便 2 次, 质稀量多, 小便也多, 腹水减少, 热退至 36.5℃, 患者知饥欲食; 第三天大便多至 5 次, 先稀后呈水样, 改方用参苓白术散合茵陈蒿汤加减。处方: 高丽参 (另炖和服)、白术、大黄、栀子、车前子 (包煎) 各 10g, 茯苓、白花蛇舌草、山药、茵陈、猪苓、茯苓皮、党参、黄芪各 30g, 薏苡仁 50g, 陈皮 5g, 半枝莲 20g, 重楼 (打碎)、防己、大腹皮各 15g。又服 3 剂后, 黄疸明显好转, 腹水明显消退。续服上方 15 剂, 复查肝功能: ALT 583.45nmol · S⁻¹/L, AST1133.56nmol · s⁻¹/L, TB 32 μmol/L, 肾功能恢复正常; 小便常规: 尿蛋白正常, 红细胞少量; 大便潜血试验正常; 血常规: WBC 3.1 × 10⁹/L, Hb 100g/L; B 超示: 腹水少量, 脾肋下 2cm, 转移性肝癌缩小。一诊方去高丽参、大黄、防己、猪苓, 茯苓皮改为 15g, 加甘草 5g。再服 7 剂后症状明显好转, 纳佳, 二便调。上方去大腹皮、茯苓皮, 加杜仲 10g, 淫羊藿 15g, 鳖甲 (打碎先煎) 30g。服 17 剂后, 复查肝功能正常, 血 WBC 4.56 × 10⁹/L, Hb125g/L; 肾功能、尿常规均正常。B 超示: 未见腹水, 转移性肝癌 10mm × 11mm, 脾肿大肋下 1cm。三诊方加三七 5g, 服 7 剂后出院, 转门诊继续治疗

5月,肝功能正常^[3]。

参考文献

- [1] 崔克亮, 曹书华, 王今达, 等. 大承气汤对多器官功能障碍综合征防治作用的临床研究. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10 (1): 12~15
- [2] 武若君, 李秦, 刘京涛, 等. 大承气汤灌肠在多器官功能障碍综合征中的临床应用. 中国现代医学杂志, 2003, 13 (2): 76~77
- [3] 王耀邦. 人参大承气汤加减治疗多功能多脏器损害1例报告. 新中医, 2002, 34 (8): 76

第八节 破伤风

破伤风是破伤风杆菌在化脓菌感染的伤口中繁殖产生外毒素引起的中枢神经系统暂时性功能改变。破伤风的临床表现为全身骨骼肌持续性强直和阵发性痉挛, 严重者可发生喉痉挛窒息、肺部感染和衰竭。《金匱》中提到“痉为病, 胸满口噤, 卧不着席, 脚挛急, 必齟齿, 可与大承气汤”, 此症状与破伤风的症状相似, 故可应用大承气汤治疗破伤风。

【临床应用】

徐氏^[1]以大承气汤加蝉蜕、灭滴灵灌肠, 配合西医综合治疗破伤风 351 例, 疗效显著。治疗方法: 大承气汤加蝉蜕 50g, 煮取 200ml, 冷后再加灭滴灵 1g 灌肠。4~14 岁用半量, 重型每天 2 次。务必做到尽早腑通, 保持每天解大便 1 至 2 次。配合西医综合疗法抗感染、中和外毒素、止痉、积极治疗各种并发症、支持疗法, 常规用青霉素、灭滴灵、破伤风抗毒素、安定。病情处于高峰期采取静脉补给各种营养物质, 候病情稳定后再鼻饲高营养流质。结果: 轻、中型患者全部治愈, 重型患者死亡 33 例, 占重型患者的 32.35%。

按: 厌氧菌感染多是内源性 (如口腔、胃肠道、泌尿生殖道) 感染, 可侵入血液循环引起厌氧菌菌血症或败血症, 并产生大量的内毒素, 特别是肠源性内毒素的吸收已引起人们的重视。中医学虽然无

内毒素血症之名称，但明代吴又可在《温疫论》中已提到“毒”，如“元气胜者毒易传化”，大便一通，则毒邪亦从外解。通腑法与抗生素联合应用是治疗厌氧菌感染的重要措施，通腑法的代表药大黄，可清除肠道内积滞的细菌、毒素、代谢产物及其他有害物质，大黄尚有解热降温、增强防御功能、抗内毒素、改善微循环、抑制血小板聚集之功能，对厌氧菌有抑制作用。重型破伤风病人，常并发肺部感染、脑水肿，因肺与大肠相表里，所以通腑法可治疗肺部感染及脑水肿。

参考文献

- [1] 徐风翔. 大承气汤配合西药治疗破伤风 351 例. 中国中医急症, 1995, 4 (3): 110

第九节 癌症发热

发热是恶性肿瘤的常见症状之一，在中、晚期患者中尤为多见。一方面由于肿瘤组织本身血供不良，发生坏死或液化，或肿瘤细胞的代谢产物被吸收，刺激体温调节中枢而引起发热；另一方面，由于肿瘤病人免疫功能低下，或放、化疗后粒细胞明显减少，或肿瘤压迫致使管腔、血脉受压或梗阻，均有利于感染的发生而致发热。感染所致的发热多以高热为主，可伴寒战、畏寒或感染部位的相应症状和体征，外周血白细胞计数明显升高或显著减少，血、尿或痰培养中有致病菌菌落形成，广谱抗生素治疗多数有效；而癌性发热常以低热为主，或仅自觉身热，而体温并不升高，外周血中白细胞计数及中性粒细胞比值大多正常，抗感染治疗无效。少数患者以持续高热或不规则间歇发热为首发症状，此种常见于恶性淋巴瘤或肾癌，经联合化疗或手术切除肿瘤后，体温即随之降至正常。也有一部分病人经抗感染治疗后，体温有所下降，但始终不能降至正常，则往往是感染与肿瘤因素兼而有之。

根据癌性发热的临床特点，按照中医辨证论治，随症加减的原则，将其分为毒热炽盛型、湿热内蕴型、肝经郁热型、阴虚发热型及

瘀毒内阻型进行治疗。

【病案举例】

张某，男，53岁，2001年3月8日诊。被确诊为肝癌2月，1周前出现发热（体温波动在38.5~39℃），自行服用安乃近及抗生素，服药后汗多，但热不退，伴有口干渴，大便干结，4天未行。检查：BP120/70mmHg，T 38.7℃，消瘦汗多，浅表淋巴结未扪及，肺部无啰音，心率110次/min，腹平坦，肝大质硬，可扪及结节，压痛（+），腹水征（-），双下肢不肿；舌质暗红，苔黄厚而干，脉弦细数；腹部CT示肝右叶占位性病变；血WBC $4.6 \times 10^9/L$ ，N 0.72，L 0.28。证属瘀血化热，腑气不通。予大承气汤加味：大黄15g，芒硝10g，枳实15g，厚朴10g，三棱7.5g，莪术7.5g，麦冬15g。每日1剂，分早晚服。同时予以输液，每日不少于2000ml。用药2剂后，排出干便，体温随之下降（37.5~38℃）。继服上方3剂，体温降至37℃，患者精神状态转佳^[1]。

按：癌性发热属中医学“内伤发热”，其病因为气阴两虚、气郁血瘀、癌毒内蕴等，致邪热内生，耗伤津液，阴液不足，则大便干结不行，腑气不通。故用大承气汤通腑泻热，同时鼓励多饮水并静脉补液，使干便下行，腑气得通，邪热随之而去。

参考文献

- [1] 贺丽，顾艳芳，乔虹．大承气汤在急症中的应用．中国中医急症，2003，12（1）：89

第十节 头 痛

头痛，指以头部疼痛为主要临床表现的病症，是临床上常见的症状之一，原因繁多，可见于感染性发热性疾病、高血压病、颅内疾患、神经官能症、脑震荡和偏头痛等病。

中医学认为，凡外感六淫，内伤脏腑，导致阳气阻塞，浊邪上聚，肝阳上亢，精髓气血亏损，经络运行失常者，均可发生头痛。按

病因分，头痛有外感、内伤之别。外感头痛，有感冒风寒、风热、风湿、伤暑、火邪致痛及伤寒头痛等。内伤头痛，有气虚、血虚、阳虚、阴虚、肝阳、伤食、瘀血致痛等。从经络分，有三阳头痛（太阳头痛、阳明头痛、少阳头痛）、三阴头痛（太阴头痛、少阴头痛、厥阴头痛）等。

【病案举例】

文某某，男，43岁，1994年7月11日初诊。患者自诉：前额头痛间歇发作已半年。无鼻塞流涕。发时常自服镇静止痛药有所缓解。西医曾诊断为神经性头痛。头痛日久自觉发现，头痛往往与大便秘结有关。便秘即可出现头隐隐作痛，大便排出，头痛渐渐好转。平常便秘，三四日一行。近日头胀痛、灼热，有股热气上冲，面赤气粗，口渴口臭，腹胀，恶心干呕，小便短赤，大便1周末行，舌红苔黄，舌根黄厚、少津，脉滑数，自服止痛药未效，就诊中医。处方：大黄12g（后下），芒硝10g（冲），枳实10g，厚朴10g。水煎1剂，便通、痛止。二诊拟小承气汤3剂以巩固疗效^[1]。

按：本例头痛，部位在前额，为阳明之处。虽为头痛，然痛本实在阳明胃经。腹胀便秘为阳明热结之象，热结阻碍大肠气机。使之腑气不通，清阳不升，浊阴不降，秽浊之气上干清窍而致头痛，口渴口臭乃热伤津液。治当峻下热结，上病下取，釜底抽薪。

参考文献

[1] 蒋玉珍. 大承气汤在痛证中的应用. 江西中医药, 1995, 增刊: 28

第一节 肠 梗 阻

一、单纯性肠梗阻

单纯性肠梗阻是指肠内容物通过受阻，而无肠管血运障碍，若梗阻得不到及时解除，继之引起肠胀气，肠壁充血水肿，通透性增加，水和电解质缺失，感染、中毒、休克，呼吸和心脏功能障碍等局部及全身性病理变化。临床表现以腹部绞痛、呕吐、腹胀及便秘与肛门排气停止。腹痛呈阵发性或波浪式绞痛，部位多在脐周或下腹，往往伴有肠蠕动的增加。所以腹部检查时常见腹部膨胀以及肠的轮廓甚至见到肠蠕动所致的肠型，一般无腹膜炎的压痛，反而在按压腹部时自觉好受些，病变部有深压痛，肠鸣音明显亢进。梗阻原因的判断一般来讲较难，除非临床有明确腹部手术史，则梗阻估计与术后黏连有关；又或在照片中见到散在钙化斑点则可推测梗阻与结核性腹膜炎有关；或在梗阻部见到扭曲成团的蛔虫，则蛔虫性梗阻的诊断明确。

单纯性肠梗阻属于中医学“肠结”和

“关格”的范畴，肠为传导之腑，其功能以通降下行为顺，由于气滞、血瘀、热结、寒凝、湿阻、虫结、食积而造成通降失调，均可发生肠结。

【临床应用】

王氏^[1]用复方大承气汤加味治疗单纯性肠梗阻 58 例，取得了良好效果。成人 1 日药物剂量：厚朴 15g，炒莱菔子 30g，枳实 15g，桃仁 9g，赤芍、大黄（后下）、芒硝（冲服）、枳壳各 15g，苍术 20g，陈皮 12g，蒲公英 30g，延胡索 20g，甘草 3g，水煎服，1 次内服 50ml，1 日 3 次，用药 1~3d。治疗结果：58 例治疗后阵发性剧烈腹痛、腹胀、呕吐缓解肛门排气排便，腹部透视无肠内液平面及气胀肠袢，服药后 6 小时解除梗阻，最慢 3 天显效，平均临床治疗 2 天显效，总有效率 100%。

按：单纯性肠梗阻是指肠内容物通过受阻，而无肠管血运障碍，若梗阻得不到及时解除，继之引起肠胀气，肠壁充血水肿，通透性增加，水和电解质缺失，感染、中毒、休克，呼吸和心脏功能障碍等局部及全身性病理变化。单纯性肠梗阻属于中医学“肠结”和“关格”的范畴，肠为传导之腑，其功能以通降下行为顺，由于气滞、血瘀、热结、寒凝、湿阻、虫结、食积而造成通降失调，均可发生肠结，属实证急证，以“实则泻之，急则治其标”为治疗原则，给予通里攻下、行气活血的复方大承气汤加味治疗，大黄、芒硝荡涤肠胃积滞而解梗阻，佐以枳实、厚朴、炒莱菔子、枳壳、陈皮、苍术以行气下气，健脾除胀，增大黄、芒硝攻下之力；桃仁、赤芍、延胡索活血化瘀、理气止痛，兼能润肠通便，既助诸药泻结，又可防止梗阻导致局部血瘀可能引起的组织坏死；蒲公英清热解毒防止积久化热。诸药合用，有通里攻下、行气活血之功。可为单纯性肠梗阻迅速解除梗阻，防止病情恶化，降低死亡率。

张氏等^[2]用大承气汤灌肠治疗单纯性肠梗阻 42 例，疗效满意。治疗方法：厚朴 15g，枳实 15g，大黄 12g（后下），芒硝 20g（溶化）。加水 400ml，水煎取汁 300ml。用灌肠器或输液器（去针头）保留灌肠，患者忍住大便至不能坚持后排便。如 1 次大便不下可重复使用，连续 3 次大便不下为无效。治疗结果：治愈 36 例，无效 6 例，

治愈率 85%。

按：大承气汤为治疗实热积滞内结胃肠的腑实证，其功效是峻下热结。近年来临床用于治疗单纯性肠梗阻取得了一定效果。但也存在一些问题：①口服后呕吐不能发挥药效。②服后胀痛加剧。病人难以接受。③体虚患者不应用。④与胃肠减压相矛盾。采用灌肠方法，较好地解决了这些矛盾。由于灌肠药液在梗阻部位以下，可使梗阻部位以下肠腔扩大，肠溶液增多，更利于粪块软化下行，变“攻逐”为“导引”，同样起到解除梗阻的作用，并能与胃肠减压同步进行，以减少并发症。在临床实践中观察得知，梗阻部位越低效果越好，梗阻部位高及机械性梗阻欠佳。

【病案举例】

1. 李某，女，62岁。于1998年4月10日因感冒发热，口服解热止痛片2片，土霉素3片，3天未便，腹痛，腹胀，呕吐而入院。刻诊：腹部膨隆，疼痛拒按，以左腹明显，呕吐频作，吐物为胃肠溶液及胆汁。经X线腹部透视可见多个液平面，诊为单纯性肠梗阻。治疗：①5%葡萄糖生理盐水500ml加青霉素800万U；②5%葡萄糖500ml加维生素C 3g、维生素B₆ 0.2g，氯化钾1g静脉点滴；③胃肠减压；④中药煎剂灌肠：厚朴5g，枳实15g，大黄12g（后下），芒硝20g（溶化）。加水400ml煎后取汁300ml，保留灌肠。1h后便出药液及水分，以上药物又重复灌肠1次，1h后便出羊屎状粪块数枚，继之便出干燥粪便，随之腹胀、腹痛、呕吐消失。翌日一切如常人^[2]。

2. 康某，男，36岁，职工。就诊时间：1997年5月7日16时。患者因昨天午餐时，过食油炸鲮鱼和烈酒，下午遂感腹部胀气不适，至傍晚腹部胀痛难忍，呕吐2次，大便不通，肛门亦无排气。曾到某医院急诊求治，理化检查，白细胞总数 $11.2 \times 10^9/L$ ，血淀粉酶68.6苏氏单位，尿淀粉酶342.9苏氏单位，小便化验正常，腹部平片未见异常，B超检查：肝胆胰双肾未见占位病变。以腹痛待查观察治疗一昼夜，症状无缓解，遂转求中医治疗。刻下见：腹胀痛拒按，小腹痛甚，烦躁不安，呕吐，大便不通亦无肛门排气，舌苔黄腻，脉弦数。平素有嗜酒好煎炒香燥之品习惯。查体：T37℃，腹壁压痛（+），

肠鸣音稍减弱。腹部反跳痛(-)，莫非征(-)，麦氏征(-)，腰大肌试验(-)，闭孔肌试验(-)。依其临床表现和理化检查结果，中医诊断：腹痛，肠胃积热。西医诊断：急性单纯性肠梗阻。治拟：泄热通腑，方选大承气汤加味：酒大黄(后下)、芒硝(烊化)、黄连、赤芍、白芍各10g，厚朴、枳实各15g，金银花、大血藤各20g，1剂，水煎服。服下约3h，肛门开始排气，并解大便，胀痛顿减，夜间解大便数次且时有排气，次日胀痛全消，继以木香槟榔汤调理3日而愈^[3]。

按：患者平素嗜酒好香燥之品，胃肠早有积热，病发当天又食烈酒煎炸之物，犹火上浇油，实热积结胃肠，以致气机郁滞，腑气不通，不通则痛，故腹胀痛拒按，烦躁不安；浊气填塞，则大便不通，亦无排气；胃气失降，则见呕吐；苔黄脉弦数为燥热内结之象。证适大承气汤，以釜底抽薪法急下存阴救危难。佐加金银花、黄连清热解毒；大血藤解毒又活血，赤白芍解痉止痛。诸药相伍而奏良效。

3. 陈某，男，45岁。患者腹痛、便秘2天，腹痛加剧，呕吐、腹胀3小时而急诊入院。入院后诊断为“急性肠梗阻”，经西药抗炎、止痛及对症处理治疗未见明显好转，病情反而加剧，而要求服中药治疗。刻诊除见上症外，尚见患者辗转难安，面色红赤，腹胀如鼓，疼痛拒按，肠鸣音亢进，并有气过水声。X线提示：可见数个水气平面，并见腹中部横列充气小肠样。舌质红、苔黄燥，脉弦数。西医诊断为机械性肠梗阻。中医辨证：腑实热结，气机上逆。治宜破积除满，峻下热结。方用大承气汤加味：大黄15g(后下)，芒硝10g(另冲)，枳实10g，厚朴12g，桃仁12g，赤芍12g，炒莱菔子15g，槟榔10g。1剂，水煎服，嘱其少量频服，以防呕出，当天共服4次，服药2小时后腹痛、矢气频作，先后大便10余次。泻下大量粪便，腹满胀痛明显好转，药不更方，再守原方1剂，腹痛消失，呕吐停止。继以香砂六君子汤3剂调理善后，一切如常^[4]。

二、粘连性肠梗阻

粘连性肠梗阻是肠粘连或腹腔内粘连带压迫所致的肠梗阻，是临床常见病，占各类梗阻的19%~20%。多因腹腔内手术、感染、出

血、外伤等造成，而以手术后所致者最为多见。粘连常见有两大类：①广泛性粘连，包括片状粘连；②索带状粘连。粘连最常见的部位是小肠，容易发生在阑尾切除手术后（尤其是阑尾穿孔腹腔引流术后）或盆腔手术后。及时、正确治疗腹腔炎症对防止粘连的发生有重要意义。还要特别注意的是：腹腔手术止血不彻底而形成的血肿、肠管暴露于腹腔外过久或纱布敷料长时间覆盖接触损伤浆膜，手套上未洗净的滑石粉等异物带入腹腔，腹膜撕裂、缺损，大块组织结扎，腹腔引流物的放置等，都是促成粘连的医源性因素，应予以防止。

其典型临床表现，中医学为“痞、满、燥、实”，西医为“痛、吐、胀、闭”。

【临床应用】

徐氏^[5]用大承气汤加味治疗术后粘连肠梗阻 58 例，疗效满意。治疗方法：以通腑破瘀、调理气血为治疗大法，攻补兼施，使瘀散滞行而不伤正。方药：大黄、芒硝、枳实、厚朴、乳香、延胡索、乌药各 10g，人参、桔梗各 6g，当归 20g。若腹痛较剧、部位固定、舌暗红或舌有瘀斑等以血瘀征象显现者，酌加三棱、莪术、没药、桃仁之类；腹痛阵作、肠鸣音亢进、腹胀较剧、脉弦紧等气滞征象显现者，酌加莱菔子、木香、降香等。呕吐轻者煎汤频服，每日 1 剂；呕吐严重无法口服者，煎汤 600ml，保留灌肠，每日 2 剂。若见呕吐严重、眼窝凹陷、脉细弱等伤津耗液征象者，应配合西医补液疗法；若见发热恶寒征象，或血常规检查白细胞总数及中性粒细胞增高者，配合西药抗感染治疗。结果：58 例中，痊愈 52 例，无效 6 例，痊愈率为 89.6%。痊愈的 52 例中，肠梗阻症状与一般体征，1 天内解除者 48 例，2 天内解除者 4 例，无效的 6 例均行手术治疗，其中 1 例属化脓性阑尾炎术后造成广泛性粘连。

按：术后粘连性肠梗阻症，中医学无记载，散见于“关格”、“肠结”等篇。做过腹腔内手术，多因剧烈运动，饮食不当，寒热不调而诱发。表现有腹痛难忍，腹胀，恶心呕吐，面色无华，肛门排气停止，大便秘结，或有大汗淋漓，口渴，神疲短气，四肢不温等程度不同的伤津耗气症状；舌暗红或暗淡，或舌有瘀斑，脉沉紧或细涩。病因系手术损伤致局部血瘀，影响功能，兼感外邪，使六腑失和、血

瘀气滞、腑气不通，不通则痛，进而形成梗阻，这是本病的主要病机。粘连日久脾胃运化失健则兼见虚象，此为实中挟虚。方中大承气汤破气通便荡积；当归活血润燥亦可通便；桔梗升提肺气，使上窍通而下窍泄；人参补气固脱，生津止渴；配以乌药、延胡索、乳香取其顺气降逆、化瘀止痛之功。现代中药药理研究表明，理气之品有增强肠蠕动、促进肠道气体排出的作用；活血化瘀之类，具有抗炎、镇痛、抗菌、减毒、改善微循环、调整肠管运动功能。诸药合用，使瘀滞消散，六腑气机通畅，所谓“通则不痛”，故获较满意的疗效。

李氏^[6]采用大承气汤加減中药滴肛，治疗术后腹痛、腹胀，预防和控制粘连收到满意效果。方药组成以大承气汤为主，大黄 15g，厚朴 15g，芒硝 10g，炒莱菔子 15g，桃仁 10g，赤芍 15g，里热重加金银花 30g，蒲公英 15g；腹胀甚则重用厚朴，加陈皮 15g，枳壳 10g；腹痛甚加延胡索 15g；年老体虚者去大黄，用火麻仁 15g，郁李仁 15g，黄芪 10g。用法：上药按常法煎成后取汁 500ml，置输液瓶内，用输血器下端接导尿管，末端插入肛门内约 10cm，每分钟 10 ~ 30 滴，滴速不易过快，否则药液外溢。治疗结果：本组 23 例病人全部显效，随访 1 年无 1 例发生术后肠粘连等并发症。

按：急腹症的发病多是湿热凝滞、肠道阻塞、气血瘀滞，多为有形邪实阻塞而发病，多为实证、里热证，这类病人术后的主要合并症之一就是肠粘连，继而由于粘连引起梗阻，排便困难，多数病人长年不愈，最终二次手术。根据中医学“六腑以通为用，不通则痛”的理论为指导，采用中药肛滴，经直肠黏膜直接给药，使胃气下行，内蕴之热结随大便而去，腑气通则胀痛减轻，气血运行正常，方中大黄泄热通便、荡涤肠胃，芒硝助大黄泄热通便；能软坚润燥，二药相须为用，峻下热结之力较强，厚朴、枳实、炒莱菔子行气散结、消除积滞、消痞除满、通腑气，并助硝黄推荡积滞；桃仁、赤芍活血化瘀，兼能润肠通便，既助诸药泄热结，又可防止腑气不通、梗阻导致局部血瘀、组织坏死；金银花、蒲公英配合承气汤在此清除热邪，以达清解热毒之功。有资料记载：复方大承气汤对肠道有兴奋作用，芒硝对小肠有促进作用，大黄、厚朴对大肠有促进作用，能增加肠道血流量，改善肠管血运状态，大黄、厚朴、芒硝有显著的抑菌作用，并能

促进腹腔内血液的吸收,预防术后腹腔内粘连,再配合活血化瘀药消除炎症后的残存浸润及包块有显著疗效。对病人早期恢复生活能力,是一种行之有效的治疗方法。

张氏等^[7]对 500 例外科急腹症术后的患者,采用大承气汤加减,预防急腹症术后肠粘连、肠梗阻,获得了较满意的效果。治疗方法:对照组术中仅用生理盐水冲洗腹腔,术后无特殊用药。联合用药组术中用生理盐水和甲硝唑液冲洗腹腔,术后 24~48h 开始服中药大承气汤加减:大黄 12g、厚朴 12g、芒硝 12g、枳实 15g、木香 15g、莱菔子 20g、苍术 20g、甘草 12g、白术 12g、木香 20g。每日 1 剂,水煎内服,每日 2 次,每次 100ml,共服 2~3 天。若留置胃管持续胃肠减压者,可将药液用注射器直接通过胃管推注入胃内,并夹管 30min 停止减压,尔后再开始行胃肠减压。肠通气后立即拔除减压管。术后第三天开始服吗丁啉片 10mg,每日 3 次,胃复安片 10mg,每日 3 次,饭后 10min 口服,7~10d 左右停药。结果:联合用药组无或轻度肠粘连 165 例 (66%);中度肠粘连并不完全性肠梗阻 85 例 (34%);无重度肠粘连并梗阻病例。对照组无或轻度肠粘连 121 例 (48.5%);中度肠粘连并不完全性肠梗阻 112 例 (45%);重度肠粘连并完全性肠梗阻 17 例 (7%)。重度肠粘连肠梗阻中有 12 例曾行二次肠松解和肠减压术,其中有 4 例合并中毒休克而死亡。从两组病例统计分析看,重度肠粘连肠梗阻有显著差异,术后肠粘连肠梗阻 ($P<0.01$) 情况,联合用药组明显低于对照组;说明联合用药组对预防术后肠粘连肠梗阻有明显效果。

按:用菌必治或甲硝唑与其他相应的广谱抗生素联合应用控制腹腔炎症疗效较好,而中草药从另一角度促进肠蠕动的恢复,两者结合对预防术后肠粘连、肠梗阻起着举足轻重的作用。其中,中药对胃肠吻合口无任何影响,并能协同抗生素,起到良好的抗菌消炎作用,对防止术后肠粘连、肠梗阻十分有利。方中大黄有致泻、泄热、泻火、解毒等作用,其结合状态的蒽醌类物质,能刺激肠壁,引起肠壁收缩、分泌增加而发生泻下通便作用。现代药理实验已证明,大黄对葡萄球菌、痢疾杆菌、绿脓杆菌、肺炎双球菌等均有明显的抑菌作用;芒硝有润燥、软坚、破结作用,主要成分硫酸钠有显著的致泻作用。

厚朴有宽中行气、化湿行滞的作用，且有较强的抗菌作用。枳实可破气消积导滞，促进和增强肠蠕动。木香有理气、止痛，解痉作用。莱菔子具有降气行滞、消食化痰作用，同时可抑制多种细菌的生长，具有良好的抗菌消炎作用。苍术燥湿健脾益胃，甘草调和诸药并和胃缓冲泻下。白术益胃健脾，养血柔肝，山楂消食益胃。以上方剂大多数患者服后，均能在12~24h内排便排气，配合胃动力药吗丁啉，可以及早促进胃肠动力恢复，并可拮抗多巴胺受体，促进胃肠蠕动。然而，在运用过程中，应注意患者的水、电解质平衡，及时补钾以及能量合剂等。这样才能有助于术后康复。

于氏等^[8]用大承气汤加味治疗粘连性肠梗阻37例，取得了满意效果。予大承气汤加味：生大黄（后入）30~50g，芒硝（冲服）8~10g，枳实、厚朴各10~15g，莱菔子15~30g，桃仁、赤芍各15g，蒲公英、败酱草各30g。方中生大黄后入，芒硝冲服，余药均先煎，两煎取汁600~1000ml，分3次服，每次间隔1小时左右，药后腹部肠鸣音恢复，肠道通，燥屎泻下，腹部胀痛缓解。若不效，继服原方1剂，加强疗效，便通则停用本方，另遣方治疗。治疗结果：痊愈29例，显效8例，总有效率为100%。服药最多2剂，最少1剂，平均1.27剂。

按：此类病人多数有术后肠粘连及慢性阑尾炎病史，肠道局部充血、水肿、粘连，最终导致肠道不通而发生梗阻。肠中积滞难下，气滞不通，故病人腹胀腹痛，肠鸣音消失，不矢气；燥屎久积肠中，故出现明显肠型，肠道不通，则胃气不降而上逆，故恶心呕吐。大承气汤是治疗痞、满、燥、实四大症的有效方剂，粘连性肠梗阻四症皆俱，故用之切中病机。但此方峻猛，要中病即止，以免过伤正气，方中生大黄一般用30~60g（宜后入），加强肠蠕动，荡涤积滞，通便缓解腹痛；芒硝软润燥屎之坚，协助大黄通泻；枳实与厚朴破结行气、消痞满，且枳实又助大黄增强肠蠕动；莱菔子行气消滞；桃仁、赤芍活血化瘀，松解粘连；败酱草与蒲公英解毒消肿。全方通腑导滞，泻下行气，活血消肿，故使肠粘连松解，积滞泻下，诸症解除。

曾氏等^[9]用大承气汤加减治疗术后粘连性肠梗阻22例，疗效满意。治疗方法：以腹痛拒按、胸闷不舒、大便秘结为主症者，治宜泄

热通腑，方用大承气汤合红藤煎加减：芒硝（冲）、莱菔子、薏苡仁、厚朴、枳实各 10g，紫花地丁 15g，生大黄（后入）、红藤各 30g。水煎，取药液适量胃管内注入。若燥结不甚，湿热偏重者，可去芒硝加黄芩、山栀等；若腹痛引及两胁者，可加柴胡、郁金。治疗结果：本组 22 例中，临床治愈 13 例，好转 4 例，无效 5 例（转手术治疗）。总有效率为 77%。

按：中医学强调“六腑以通为用”。通降是胃肠道的生理特点，粘连性肠梗阻病人由于肠道闭塞，通降失和，故致痛、吐、胀、闭诸症丛生，其中闭是病变的本质所在。因此，治疗的关键就应该“通”，即疏其阻塞，消其郁滞，秉承肠腑下降之性，引导壅滞下行，给邪以出路。粘连性肠梗阻约有 1/3 病人必须手术治疗，其死亡率约占 4%，本组采用综合性治疗措施，中转手术率仅为 22.7%，说明中药治疗和预防粘连性肠梗阻确有其独到之处。但是，在治疗过程中应注意此类病人病情变化快，有时在短期内病情急转直下。因此，首先要严密观察病情的变化，做出有无肠绞窄和坏死的判断，如经治疗 6~12h 后梗阻症状加重，腹痛拒按，并可触及肿块时，应考虑肠绞窄的可能；尤其是伴有持续高热，脉压差缩小，血压下降，或经治疗虽然腹痛缓解，但病人神志淡漠或烦躁，则为肠管坏死的先兆。其次是发病时间短而症状频作，或病程长而反复发作者，多提示有索带粘连，因素带粗大、坚韧而压迫肠管，故此类病人中药治疗常常难以奏效。再者是经 X 线检查提示绞窄性肠梗阻或梗阻处呈长段扭曲狭窄，或提示肿瘤所致的梗阻等，这对确定治疗方案及预后是十分重要的，应不容忽视。如发现有肠绞窄或坏死先兆者，必须尽快转手术治疗，并在术后早期采用本法治疗，以利扬长避短，提高粘连性肠梗阻中药的治愈率。

陈氏^[10]用复方大承气汤保留灌肠为主，中西医结合治疗粘连性肠梗阻 30 例，获较好效果。两组患者均采用西医治疗，包括禁食、胃肠减压、抗炎、补液、纠正酸碱中毒及支持等治疗。治疗组同时给予复方大承气汤（厚朴 20g，枳壳 20g，炒莱菔子 30g，桃仁 10g，赤芍 20g，芒硝 10g，大黄 15g），浓缩煎剂 200ml 保留灌肠，每日早晚各 1 次。梗阻解除后口服自拟粘连松解汤（炒莱菔子 20g，厚朴 15g，

枳壳 15g, 香附 9g, 乌药 9g, 陈皮 10g, 青皮 10g)。治疗组: 30 例中治愈 24 例 (占 80.0%), 无效 6 例 (占 20.0%)。经 3~5 天治疗, 腹痛腹胀加剧而改为手术治疗, 术中证实系索带压迫 4 例, 行松解而治愈; 腹内疝 (胃大部切除毕氏 II 式吻合后) 及小肠切除后吻合口狭窄粪性梗阻各 1 例, 分别行复位及肠切除后治愈。对照组: 20 例中治愈 12 例 (占 60.0%), 无效 8 例 (40.0%), 经 3~5 天治疗而改为手术治疗, 术中证实均为腹内粘连及索带压迫。

按:粘连性肠梗阻是外科急腹症中常见病, 是肠梗阻中最常见的一种类型, 其中手术后粘连为最常见类型, 其他为炎症性粘连以及少见的先天性粘连。粘连性肠梗阻可发生在术后任何时间, 但多发生于术后 1~2 周, 有时 4~5 天即可发生。中医学认为, “六腑以通为用”、“传化物而不藏”, 实而不满, 动而不静, 降而不升, 通降失常就会出现痛、吐、胀、闭。单纯西医治疗以对症、支持、维持机体内环境的稳定; 而中西医结合治疗, 除上述特点外还可达到泻热通便、通里攻下、行气祛瘀的目的。应用中医整体观念, 辨证施治可以加快患者的康复。现代研究认为, 大承气汤对肠梗阻的解除机制包括: 直接兴奋肠道平滑肌, 使平滑肌电活动增加; 血中胃动素水平升高; 增加内脏血流量, 通过对血管活性肽 (VIP) 和 P 物质的调控, 改善局部血供, 减少渗出及氧自由基的产生, 加速氧自由基的清除, 以及一定的抗菌、降解内毒素、抑制内毒素诱生细胞因子及改善肠屏障等作用。中药灌肠疗法能发挥中药之所长, 克服内服煎剂口感差、药效慢之缺点, 药物直接作用于病变部位, 且作用时间长, 更利于发挥作用。

【病案举例】

1. 何某, 女, 53 岁, 干部, 于 1997 年 10 月 5 日经门诊以“急性胆囊炎并胆结石”收入我科治疗, 于 10 月 6 日上午在硬膜外麻醉下行“胆囊摘除术”, 术后约 6 小时病人恶心、呕吐, 继而腹部胀痛; 由于术中用杜冷丁, 加之胃管刺激病人反复呕吐, 引起腹部剧烈胀痛, 急给大承气汤加蒲公英 30g, 金银花 30g, 肛滴, 用药后病人排出少量稀便, 腹部胀痛缓解, 呕吐减轻, 第二天继续中药肛滴, 病人未再呕吐, 随访 1 年后无肠粘连情况发生^[6]。

2. 贾某,男,53岁,因腹痛腹胀,5日未大便,于1997年4月4日住普外科治疗,诊为粘连性肠梗阻,治以胃肠减压,大量抗生素静滴,并多次灌肠导泻,内服活血化瘀中药,大便仍不通,并出现频繁呕吐现象,腹胀痛进一步加重。于4月12日会诊,病人插胃管引流,精神较差,痛苦面容,烦躁不安,夜不得眠,腹胀痛拒按,肠鸣音消失,肛门无矢气,左腹部有明显肠型,伴恶心呕吐,舌质暗红,舌苔黄厚,脉弦滑。病人既往有慢性阑尾炎病史3年余,反复发作疼痛,根据病史、症状、体征属肠痈(阳明腑实证),宜通腑导滞、泻下通便,用大承气汤加味。处方:生大黄(后下)50g,芒硝(冲服)10g,枳实、赤芍各15g,厚朴、桃仁各12g,莱菔子、败酱草各30g。煎法同前,两煎取汁1000ml,自上午11时经胃管推药,至下午3时,分3次推完,晚6时病人家属来述,药后偶有肠鸣音,但不强,无便意,腹痛依然,考虑药力不到,再进1剂,晚10时用完,药后肠鸣音渐加强,11时左右有便意,泻出大量燥屎,臭秽难闻,当即腹痛腹胀减轻。到次日晨5时,共泻大便4次,腹胀腹痛完全缓解,8时查房时病人精神明显好转。腹部软,肠型消失,已喝少量稀粥,上方中病即止,另处活血消肿散结中药调治,1周后病愈出院,随访半年,病情未复发^[8]。

3. 侯某,男,21岁,学生。半月前有化脓性阑尾炎手术史。发病突然,中腹部剧烈胀痛,呈持续性阵发性加重,恶心,间断呕吐,不排气。体检: T 37℃, P 75次/分, R 18次/分, BP 20/12kPa, 神清,痛苦病容,腹中部稍隆起,有时可见肠型,腹肌稍紧张,中腹部压痛,反跳痛,肠鸣音亢进,可闻气过水声,舌红苔黄厚,脉沉。腹透中腹部液平。治疗方法:禁食水,胃肠减压,静点青霉素及补液支持。并给大承气汤加味。方药:厚朴15g,木香9g,乌药9g,莱菔子15g,番泻叶9g,桃仁9g,枳实9g,芒硝6g(冲服),生大黄6g(后下)。每日2剂,每次煎药汁200ml,早晚两次经胃管注入。最初2天每日少量排气,腹痛稍减轻。于第3日上方合入芍药甘草汤:芍药20g,甘草10g。当晚排出干燥粪块3块,腹痛即缓解^[11]。

按:本例为手术后引起的粘连性肠梗阻,属中医学腑实证范畴。初以通腑泻浊为法,方中番泻叶、大黄、芒硝泄下通腑;川朴、木

香、乌药、莱菔子、枳实行气导滞；桃仁通瘀破结；加用芍药甘草汤解痉止痛，使粪块泻下，症状缓解，疗效满意。

4. 魏某，男，13岁，学生。因阵发性腹痛并发呕吐半月、便秘1周，于1998年11月20日入院。询问病史，半年前行阑尾炎切除术，3个月前行肠粘连松解术。查体：腹胀如鼓，拒按，肠鸣如雷声，腹部平片见小肠明显扩张，并见多个液平面。诊断为急性粘连性肠梗阻，在基础治疗的同时，用大承气汤加沙参10g，白花蛇舌草10g，每日1剂，分2次服下。服用3剂后，开始排气通便，服药1周后症状消失出院。2000年元月因进食冰糖葫芦诱发急性粘连性肠梗阻再次入院，口服大承气汤4剂无效，后改用胃管注入给药3次，前2次未及片刻即呕出，第三次尽量抽空胃液后，注入浓煎剂60ml，2小时后突然通便排气，腹痛骤减，继服大承气汤加减2周后治愈出院，至今未发^[12]。

按：治疗粘连性肠梗阻时，西医的非手术疗法主要有禁食、胃肠减压、口服石蜡油、补液、抗炎等，其疗效通常十分有限，该方具有较强的攻泻热结、破气行气和润燥通便的功效。有时口服不能奏效，则改用胃管注入法，先抽空胃液，使胃肠更易受纳药液，同时避免了中药对口、咽部、食道的直接刺激，注入的浓煎剂药效更加集中而强劲。

5. 患者，女性，35岁，因腹痛、腹胀、发热并呕吐及便秘5日，以“肠梗阻”于2000年5月3日入院。曾于2000年1月13日因“胆囊炎、胆石症”在某院行胆囊切除，胆总管切开取石，“T”管引流术，术后恢复良好。出院3个月后，出现腹痛腹胀、恶心呕吐，未见排气排便，肠鸣音有气过水声。腹部X线平片有气液面。血象白细胞及中性粒细胞增高。诊断为粘连性肠梗阻。入院后，经禁食，补液，使用抗生素，给予加味大承气汤150ml口服，服后8h排出臭秽难闻的燥屎，当即腹胀腹痛减轻。入院第二天，腹部X线平片示：肠腔气液平面消失。进半流饮食，无复发。再服加味大承气汤1剂。2000年5月5日出院。出院后再服加味大承气汤3天，每日1剂。随诊3年，未见复发^[13]。

6. 王某，男，24岁，2002年5月12日初诊。2月前因急性阑尾

炎而在某医院行阑尾切除术,术后伤口愈合良好,住院10天出院。术后4周出现腹胀、腹痛,排便量少不畅,排气减少,无明显恶心、呕吐,诊为粘连性肠梗阻,给予输液、抗炎治疗2天,症状无缓解。诊见腹部胀满、疼痛、暖气频作,舌红、苔腻,脉弦滑。证属气血瘀阻,腑气不通。予加味大承气汤,药用:生大黄(后下)、厚朴各15g,枳实8g,芒硝(冲服)、桃仁、赤芍、木香各10g,炒莱菔子30g,生白术20g。服1剂后,解大便2次,有肠鸣音及矢气,腹胀腹痛大减,次日原方减芒硝剂量,生大黄与诸药同煎,再进1剂,诸症平息,继用健脾理气缓下中药调理月余,随访至今未发^[14]。

三、不完全肠梗阻

肠粘连是腹部外科手术后最常见的并发症。患有肠粘连的病人平时伴有不同程度的腹胀、腹痛、便秘和排气不畅等临床症状、并可经常导致不全性肠梗阻。不完全肠梗阻一般是由于长期卧床、肠蠕动缓慢所引起。机械性肠梗阻病因多端,腹部手术损伤、疝气嵌顿、巨大胆石及腹内肿块癌瘤压迫、先天性肠管狭窄及闭孔畸形、肠腔内梗阻、饮食不节等均可导致本病的发生。不完全性机械性肠梗阻是肠梗阻较轻的,大多采用内科保守治疗。但由于其可由不完全性肠梗阻向完全性肠梗阻发展,由单纯的肠腔阻塞向肠壁缺血坏死发展,故临床应高度警惕绞窄性肠梗阻的发生,一旦出现腹膜炎体征、血压下降应立即行手术治疗。

本病属于中医学“肠结”范畴,多由实邪内积,化生热毒,或气滞血瘀壅遏肠腑,使肠体活动异常而搏结不通,大便经常难解,有时甚至十几日不大便,很容易引起肠腔阻塞。同时饮食不节,暴饮暴食,伤及脾胃,食滞内停,影响脾胃之健运,使之气机失于调畅,腑气通降不利;或湿热壅滞中焦以致传导失职,腑气不通均可导致本病的发生。治疗当根据急则治其标的原则,给予急下通腑之法。

【临床应用】

张氏等^[15]用大承气汤加减治疗不完全性肠梗阻,取得满意的疗效。治疗方法:可以口服中药者,中药每日1剂,少量频服,大便通则停药;不能进食者,下胃管行胃肠减压,或肛门排气,中草药煎剂

从胃管内注入，每次 40ml，分次注入。同时，配合西药抗感染、补液、维持水和电解质平衡等对症支持治疗。药用：大黄 10g（后下）、芒硝 10g（冲服）、川朴 10g、枳壳实各 10g、甘草 5g、赤白芍各 10g、败酱草 30g、蒲公英 30g、大腹皮 12g。随症加减：腹痛甚者加川楝子 12g、延胡索 9g 行气止痛，脑血管意外者加用天麻 10g、陈胆星 5g、石菖蒲 10g、僵蚕 10g 化痰通络，去败酱草、蒲公英等清热解毒药，有喘息性支气管炎、肺气肿、肺心病、呼吸衰竭患者在急则治其标的同时注意加用平喘止咳之品如定喘汤等。结果：12 例中 10 例痊愈，2 例无效。

按：采用大承气汤治疗此病时，只要出现“痞、满、燥、实”四大主症均可运用，其中大黄苦寒泄热，荡涤肠胃；芒硝咸寒，软坚润燥；枳实、厚朴苦温行气，破结除满。四味相合，有峻下热结之功。大便通畅，主症皆愈，但此方不能长用，中病即止，脾胃虚弱者，需服中药健脾和胃巩固疗效。若无效，立即手术治疗。运用本法的最大特点，使不愿意手术、多病缠身不能手术者，得以治疗。

张氏^[16]用大承气汤治疗 8 例不完全性肠梗阻，取得满意疗效。治疗方法：所有病例初始采用大承气汤（大黄 15g，川朴 10g，枳实 10g，武火煎 20min 去渣纳芒硝 30g）煎剂 200ml 保留灌肠，继之以大承气汤（大黄 10g，川朴 10g，枳实 10g，武火煎 20min 去渣纳芒硝 20g）煎剂 200ml ~ 300ml 胃管注入，并针刺足三里、合谷穴调整胃肠功能以止痛，再配以广谱抗菌素静脉滴注，积极补液，纠正电解质失衡。治疗结果：8 例病者通过前述治疗均排大便数次、腹痛、恶心呕吐症状逐渐消失，痊愈出院。

按：按“五脏满而不能实，六腑实而不能满，六腑以通为顺”之古训，处以大承气汤，通腑泄热，配合针刺合谷、足三里来调整胃肠功能，静滴广谱抗生素及纠正水、电解质紊乱等治疗。此方法经济简便，疗效满意，既为患者解除痛苦，又减轻其经济负担，同时也体现了中医学在急诊中的优势。

【病案举例】

1. 刘某某，女，82 岁，有冠心病、房颤病史 20 余年，常年口服地高辛 0.125mg，鲁南欣康 20mg，下肢浮肿时口服双氢克尿噻和氨

体舒通。1996年曾经患有肠梗阻，经保守治疗后痊愈，本次因饮食不节10余天，腹部胀满，不能正常进食，大便极少，近1周来腹胀腹痛，在家请人输液后小腹胀甚，小便量少，不易解出，故来我院住院治疗。查体：T 36.5℃，P 88次/分，R20次/分，BP13.3/9.3kPa。神清，精神萎靡，急性痛苦面容，形体消瘦，营养差，肺未闻及干湿性啰音，心率88次/分，律不齐，房颤律，腹膨，满腹压痛（+），反跳痛（-），以脐周及下腹部压痛明显，肝脾肋下未及，两下肢轻度凹陷性浮肿。B超提示胆囊炎，腹腔有积液。腹部立、卧位片提示左侧不完全梗阻征象。EKG：房颤。血RT：WBC $4.3 \times 10^9/L$ ，RBC $2.96 \times 10^{12}/L$ ，HGB 50g/L，N 82.1% L 10.6%。血清蛋白：总蛋白 50.10g/L，白蛋白 30.33g/L，球蛋白 19.76g/L，大便常规：黄稀、镜检：白细胞 2~4/L，红细胞 0~2/L，隐血（阳性）。入院中医诊断：肠结（湿热壅滞），胸痹（气滞血瘀）。西医诊断：不完全性肠梗阻；冠心病，房颤；低蛋白血症；贫血原因待查。请外科会诊后同意转外科治疗，但患者因年高体弱，多病缠身不同意手术，故留在本科服中药。第一剂中药为大黄5g（后下），芒硝5g（冲服），川厚朴10g，枳壳实各10g，甘草5g，赤白芍各10g，败酱草30g，蒲公英30g，大腹皮12g，同时用西药抗感染、补液，当日腹痛剧烈，满腹胀，有矢气，小便难解，并呕吐大量粪渣样液体，予胃肠减压、导尿、肛门排气，患者腹胀腹痛仍然不缓解，次日予大黄10g（后下）、芒硝10g（冲服）、川朴10g、枳实10g、枳壳10g、败酱草15g、大腹皮12g、川楝子12g、延胡索10g、白芍12g、甘草5g，1剂煎成汤药后注射器抽取40ml左右分次从胃管中注入，约至次日清晨5时许，解出大量稀软便，腹胀明显好转，仍诉腹痛。查体：腹膨，下腹部压痛明显。考虑湿热下注，胃肠传导功能失常，膀胱气化失司。故予川厚朴10g、枳壳10g、枳实10g、败酱草30g、蒲公英30g、车前草12g、台乌药5g、泽泻10g、赤白芍各10g、甘草5g，煎服，继续补液、抗感染、补充人体白蛋白等对症支持治疗，患者大便通畅，小便正常，无腹部胀痛，故拔导尿管、胃管，第二天晨起有饥饿感，能吃半流饮食，尿常规正常，痊愈出院^[15]。

2. 任某某，女性，65岁，农民，主因突发性腹胀痛，恶心呕吐

1天,无恶寒、发热,不欲进食,大便七日未行,不排气2天,于1999年6月25日上午9时许来我院急诊住院。查体:体温37℃,血压15/9.5kPa,脉搏80次/min,呼吸20次/min,心肺(-),腹肌稍紧张,全腹压痛,以中腹部最明显,无反跳痛,肠鸣音亢进。X线腹部透视提示:中腹有两处较大气液平面。血常规:白细胞 $22 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.92,诊断为不完全性机械性肠梗阻。予以0.9%氯化钠液200ml加络饮2.0g静滴,每12h1次,同时予以大承气汤(大黄15g,川厚朴10g,枳实10g,武火煎20min后去渣冲入芒硝30g)200ml保留灌肠,30min后胃管注入大承气汤(大黄10g,枳实10g,川朴10g,武火煎20min后去渣纳入芒硝20g)煎剂200ml,针刺双侧合谷、足三里穴约1h后患者排气1次,90min时排出少量粪块1次,腹痛稍减轻,6h后如前法再应用1次,至入院12h后患者排出大量粪便,腹痛锐减,呕吐消失,次日晨,无明显不适感,体检及X线腹部透视未见异常,观察一日痊愈出院^[16]。

四、麻痹性肠梗阻

麻痹性肠梗阻是指腹部手术后由于手术刺激及麻醉影响致使胃肠平滑肌暂时处于麻痹状态,一般在术后第3~4天胃肠开始恢复功能,出现排气排便;若合并有腹膜炎其术后第5~6天开始恢复,并且很易出现肠粘连及梗阻发生。治疗方法是禁止饮食,用静脉输液,让肠管休息,同时治疗再发症。物理性肠梗阻,如肠管扭转,通常要用外科手术来治疗。中医治疗上当以理气降逆、消积导泻为主,尽快恢复胃肠功能。

【临床应用】

冯氏^[17]用大承气汤加减治疗麻痹性肠梗阻15例,疗效满意。治疗方法,大承气汤加减,药用:大黄15g(后下),厚朴12g,枳实9g,芒硝6g、莱菔子15g。每次1剂,加水至400ml浓煎至150ml,置凉后保留灌肠。4h后无排便、排气可重复使用2~3次,儿童适当减量。治疗结果:全部治愈。

按:本方中大黄、芒硝是苦寒咸之峻泻药,主要泻血分实热,下肠胃积滞,二者合用泻下力增强,使肠中水分增多,改善肠襻周围血

循环达到软坚润肠,攻下效果增强。枳实、厚朴有理气破气、消积滞之功;莱菔子有降气、平喘、化痰、消积、除胀之效,以上五药相伍配合可达到理气降逆、消积导泻的功效。现代药理实验也证实了前人对此药的论断。大承气汤能直接增强肠管平滑肌的细胞电兴奋性,从而加强胃肠蠕动和张力,并能增加胃肠道血流量、消除自由基,降低血黏稠度和酸溶性蛋白含量以及减弱血管活性肽的作用,从而加强胃肠蠕动和张力。

贾氏^[18]用大承气汤加味治疗腹部术后肠麻痹 93 例,收到显著效果。治疗方法:生大黄 10~20g,芒硝 10~20g,枳实 10~15g,厚朴 10~15g,瘀血甚加丹参 15~30g、赤芍 10~15g、桃仁 10g,腹胀甚加木香 10g、延胡索 10~15g、莱菔子 20~30g,气虚甚加党参 15g、黄芪 30g,湿热甚加金银花 15g、蒲公英 15g、或芩连之类。随证加减,并根据年龄、体质、病情酌量使用。煎服法:加水 500ml,煎至 300ml,生川军后下入煎,元明粉冲服。一般情况下每日 1 剂,于术后 6 小时开始服用半量,2~4 小时再服半量或分 2 次服完,对于行胃肠减压患者待减压彻底后行胃管内注药,药量及方法同前,注后 2 小时内不宜负压抽吸,以防药液吸出,对于腹膜炎患者术后可根据情况每日 2 剂使用,方法同前。服药后若患者出现排气排便后应减量应用及加减变化,保持患者每日排 1~2 次稀软便即可,至患者胃肠功能恢复正常为止。西医治疗中应注意体液及电解质平衡,鼓励病人术后早期下床活动,对于体弱或不能下床者不必勉强。治疗结果:本组 93 例病人有 81 例在术后 24 小时排气排便,占 87%;于术后 36 小时内出现排气排便者有 7 例,占 8%;于术后 48 小时内出现排气排便者 5 例,占 5%。其中于术后 24 小时以外排气排便者均为合并腹膜炎患者。本组病人无一例出现术后肠粘连梗阻。

按:大承气汤能明显使患者排气排便,促使胃肠道功能尽早恢复,再者本方因能增加肠壁血流量及促进肠蠕动,故可降低吻合口张力,并促进吻合口愈合,所以对胃肠吻合或穿孔修补不属于禁忌使用之列,本组病人中阑尾穿孔 17 例及肠吻合修补 11 例也证明了这一点。术后早期应用本方对于年老体弱者或不能下床活动的患者胃肠功能恢复尤为重要,具有可靠的临床使用价值。

【病案举例】

1. 王某,女,42岁,家庭妇女,于1990年9月1日诊。有哮喘病史30年,因不堪病痛折磨,产生自杀念头,口服氨茶碱200片,2小时后被家人发现急送本院。经急诊科综合抢救后转入病房,并发中毒性肠麻痹。患者腹部胀痛难忍,端坐喘鸣,大汗淋漓,只求速死。当时因新斯的明有禁忌症,肛管排气无效,故用大承气汤1剂浓煎顿服,20分钟后患者腹中鸣响,矢气频作,排出少量稀便,腹部胀痛明显轻减,下半夜巡视病房时,病人已能安寐^[19]。

2. 万某某,女,28岁,1992年6月3日初诊。阵发性腹痛2天,停经4个月,已确定早孕。2天前突感右下腹阵发性剧痛,进行性加重住院。体检记录:体温38.5℃,心肺(-),腹部膨胀,拒按,右下腹有压痛,麦氏点无压痛,未扪及肠型及蠕动波,肠鸣音减弱,肝脾未触及。B超发现右侧卵巢有囊肿约7cm×5cm×4cm,疼痛难忍,当日手术切除。次日腹部胀痛加剧,肠鸣音减弱,诊断为急性麻痹性肠梗阻,经禁食、胃肠减压,症状未减,乃请我会诊。患者痛苦面容,腹部膨胀而痛,口渴唇干,喜冷饮,时伴恶心,胸闷,小便短赤,大便5天未行,夜寐不安。舌红、苔黄少津,脉滑数。中医诊断为腹痛,由阳明腑实、气机阻滞、肠道传化失职而致。治宜大承气汤,荡涤积滞,宽肠理气。处方:大黄12g(后下),芒硝10g(冲),枳实6g,厚朴6g。1剂水煎服,服后腹痛加剧,即频传矢气,尔后排臭秽之粪便甚多,顷刻腹痛腹胀大减,精神、胃纳转佳。继以健脾调中安胎以善后。本例妊娠何以攻下?经曰:“有故无殒,亦无损也。”以大承气汤直捣病所,中病即止^[20]。

3. 某男,42岁,因腹痛待诊,在乡医院滴庆大霉素、654-2、阿托品,已有4天,因症状加重,送来我院急诊。患者急性面容,表情痛苦,时作呻吟,泛恶,大便6日不得,无肛门排气。查体:腹稍膨隆,肠鸣音消失,X线摄片,右下腹部有较多积气及液平。诊断为麻痹性肠梗阻。予大承气汤:生大黄12g,芒硝30g,枳实、厚朴各15g。2剂,分别浓煎,每剂100ml,口服及保留灌肠,仍未解大便,嘱下床活动后解大便,量甚多,干燥,终免除手术^[21]。

五、格林-巴利综合征并发肠梗阻

格林-巴利综合征是指一种急性起病，一组神经系统自身免疫性疾病。以神经根、外周神经损害为主，伴有脑脊液中蛋白-细胞分离为特征的综合征。任何年龄和男女均可得病，但以男性青壮年多见。格林-巴利综合征的病因目前不明确。一般认为是感染后自身免疫性疾病。常发生于受凉或上呼吸道感染后，症状为体温轻度升高（亦可正常），四肢弛缓性麻痹，亦可有颅神经麻痹，严重的有呼吸肌麻痹，多无感觉障碍，偶有四肢远端感觉减退或消失。有部分病人出现麻痹性肠梗阻。

【临床应用】

高氏等^[22]用大承气汤治疗格林-巴利综合征麻痹性肠梗阻，取得了较好的疗效。治疗方法：用开塞露及灌肠无效，即采用中药大承气汤，药用：大黄 12g（后下），厚朴 15g，枳实 12g，芒硝 6g（冲服），水煎服。煎法宜先煎枳、朴，后下大黄，取药汁冲服芒硝。1 日 2 次分服，大便得下，勿再服用。因大便量大，患者有脱水现象时，应适量补充液体及电解质。治疗结果：本组 30 例患者中 25 例服 1 剂后肠鸣音恢复，大便即下，量较大，腹膨隆恢复正常，腹痛、腹胀消失；5 例服 2 剂，大便即下，症状好转。

按：格林-巴利综合征并发麻痹性肠梗阻临床上单纯用西药治疗，尚无明显疗效。中药大承气汤可降低血管活性肠肽。血管活性肠肽是胃肠功能抑制剂，使胃肠张力低下，蠕动减弱或消失。大承气汤解除胃肠功能抑制，从而增加胃肠蠕动功能和张力，还可增加腹腔内脏器血流量，清除自由基，降低血液黏度。

六、老年肠梗阻

老年人由于全身各脏器的退行性改变，肠道功能低下，肠道的消化、吸收、分泌、顺逆蠕动等功能易出现紊乱。一些食物不易被消化及排出，堵塞肠腔，而导致肠梗阻。可由肠粘连、肠炎或肿瘤、消化道功能低下、蛔虫、肠道异物、粪块、结石等因素引起。在老年肠梗阻中，又以食物性肠梗阻为多见，危害性也大，当引起足够重视。治

疗当以理气通腑为主，促进肠蠕动。

【临床应用】

帅氏^[23]用复方大承气汤为主治疗老年性肠梗阻 23 例，疗效满意。治疗方法：置胃管，采用中药通里攻下，辅以理气、活血化痰。复方大承气汤药用：生大黄 10g（后下），芒硝 10g（冲），枳实 10g，厚朴 10g，莱菔子 10g，桃仁 10g，红花 10g，木香 10g。第一煎 200 ml 自胃管注入，夹管 2h 后，注入石蜡油 20ml；第二煎 100ml 保留灌肠，注意观察腹痛、肠鸣、腹部压痛及有无排气、排便。同时予以输液，纠正脱水、电解质紊乱、酸中毒。治疗结果：16 例中药治疗后，梗阻解除，大便内有油性液体；7 例观察 12h 后症状有加重趋势，中转手术，其中术后死亡 3 例，死因为多脏器功能衰竭。

按：老年人胃肠功能减低，直肠功能低下，易致便秘。故虽数日不排气、排便也难引起足够重视，导致从发病到就诊时间延长。老年人腹部肌肉萎缩，对疼痛感觉迟钝，机体反应能力差，且多伴有其他疾患，临床表现与病理变化常不相符。由于各脏器功能退化，加上梗阻时间长，易发生脏器衰竭。故而在保守治疗过程中严密观察病情变化，及时采取适当的治疗方案尤为重要。大黄、芒硝具有促进肠蠕动，抑制肠腔内细菌生长，增加肠血流量的作用。枳实、厚朴、莱菔子有理气通腑作用；桃仁、红花、木香主要起活血化痰作用。诸药合用可促进肠蠕动，加速梗阻解除。注入石蜡油可通过观察灌肠后排出的粪便有无油性液体，以明确梗阻解除与否。如 12h 内症状缓解，可继用中药至畅泄为度；如病情无改善，或改善不明显，需及时中转手术，观察的时间应控制在 12h 内为宜。在治疗中还要注意纠正脱水、电解质紊乱、酸中毒等。高龄病人补液过程中易发生肺水肿，补液速度宜缓，具体视脉率、血压、尿量而定。

王氏等^[24]用胃肠减压加复方大承气汤治疗老年脑血管病合并急性肠梗阻 3 例，效果满意。治疗方法：在治疗原发病的同时，胃肠减压 4~6 小时后，胃管内注入或口服复方大承气汤。方药组成：生大黄 15g（后下），芒硝 15g（冲服），厚朴 30g，枳实 15g，丹参 30g，莱菔子 15g，代赭石 30g。水煎 300ml，每日服 1 剂，连用 3 剂。治疗结果：服药 2 剂后，患者即有排气排便，3 剂后肠梗阻症状消失，

3 例患者肠梗阻全部治愈。

按：老年患者，因长期卧床，肠蠕动功能减退，食物在肠道中停留时间长，水分吸收多，大便易干结，加之饮食不节等因素而致肠腔阻塞。既往多采用手术治疗，但如合并较严重的脑血管病，较易发生麻醉意外及其他合并症。在胃肠减压、对症支持治疗的同时，根据“六腑以通为用”的理论，以复方大承气汤通里攻下。方中大黄、芒硝、厚朴、枳实荡涤肠道，行气除胀，润燥泻下，更辅以丹参活血，莱菔子、代赭石消导积滞，降逆止呕，标本兼治，共奏解结决闭之功。

【病案举例】

患者女，67岁，因急性脑梗死，右侧偏瘫入院。入院第12天，因饮食不当，突然腹痛腹胀，恶心呕吐，开始呕吐为所进食物及胆汁样物，次日呕吐频繁，呕吐物为黄褐色液体，有粪臭味，24小时无排气排便。查体：意识清，痛苦表情，感觉性失语，颈软，心肺正常，腹胀，全腹压痛，无腹肌紧张及反跳痛，肠鸣音亢进，有气过水声，右上肢肌力Ⅱ级，右下肢肌力Ⅲ级。腹部X线透视：腹腔内可见数个大小不等的液平面，呈阶梯状排列。西医诊断：脑梗死合并急性机械性肠梗阻。中医辨证：本例原患中风，痰热内盛，复为饮食所伤，传导失司，肠道阻塞，虽届高年，体质尚盛，今痛、呕、胀、闭俱见，且舌质红、苔黄，脉沉数有力。六腑以通为用，治当通里攻下，以期达到解结疏滞、通降下行、恢复肠道生理功能的作用。方选复方大承气汤：生大黄15g（后下），芒硝15g（冲服），厚朴30g，枳实15g，丹参30g，莱菔子15g，代赭石30g，水煎服。于胃肠减压4小时，抽吸黄褐色液体600ml后，给予中药，少量频服。同时给予输液支持治疗。当晚即有排气，腹痛腹胀减轻，次晨矢气频频，下午排便1次，第三天患者腹部症状、体征消失，共服药3剂，肠梗阻痊愈^[24]。

参 考 文 献

- [1] 王廷彬. 复方大承气汤加味治疗单纯性肠梗阻. 浙江中西医结合杂志,

- 2004, 14 (3): 176~177
- [2] 张延金, 陈拥军. 大承气汤灌肠治疗单纯性肠梗阻 42 例. 吉林中医药, 2000, (2): 39~40
- [3] 康萍. 大承气汤在消化系急症中的应用. 陕西中医, 1997, 18 (11): 517
- [4] 吴盛荣. 大承气汤在痛证中的应用. 江西中医药, 1995, 增刊: 30
- [5] 徐新荣. 大承气汤加味治疗术后粘连性肠梗阻 58 例. 河南中医, 2003, 23 (4): 13
- [6] 李云霞. 大承气汤加减预防腹部术后肠粘连. 河南中医, 1999, 19 (3): 16
- [7] 张留贵, 陈海燕, 张丽琼, 等. 大承气汤加减预防急腹症术后肠粘连梗阻 500 例临床疗效观察. 成都军区医院学报, 2003, 5 (5): 28~29
- [8] 于丽荣, 杨学芝. 大承气汤加味治疗粘连性肠梗阻 37 例. 实用中医药杂志, 1999, 15 (6): 10~11
- [9] 曾莉, 张亚大. 大承气汤加减治疗术后粘连性肠梗阻 22 例. 国医论坛, 2003, 18 (1): 8
- [10] 陈志军, 鲁广恩. 复方大承气汤保留灌肠为主治疗粘连性肠梗阻 30 例报告. 中医药临床杂志, 2004, 16 (2): 128
- [11] 舒世敏, 寇复兴. 大承气汤合芍药甘草汤加味治疗粘连性肠梗阻一例. 河南中医, 1994, 14 (5): 318
- [12] 杨先玉. 大承气汤治疗粘连性肠梗阻 66 例体会. 江西中医药, 2003, (2): 18
- [13] 尹兆均. 加味大承气汤治疗术后慢性粘连性肠梗阻 93 例. 广西中医药, 2004, 27 (3): 49~50
- [14] 巩惠琴. 加味大承气汤治疗粘连性不全性肠梗阻 36 例. 实用中医药杂志, 2003, 19 (11): 579
- [15] 张华, 胡玲玲, 胡素颖. 大承气汤加减治疗不完全性肠梗阻. 基层中药杂志, 2002, 16 (2): 58
- [16] 张淑娥. 大承气汤治疗 8 例不完全性肠梗阻的临床疗效观察. 中医药研究, 2000, 16 (2): 24
- [17] 冯丽萍. 大承气汤加减治疗麻痹性肠梗阻 15 例临床观察. 河北中西医结合杂志, 1998, 7 (2): 216
- [18] 贾新成. 大承气汤加味治疗腹部术后肠麻痹 93 例. 陕西中医函授, 1995, (3): 35
- [19] 彭江宁. 大承气汤在急症中的应用. 湖北中医杂志, 1995, 17 (4): 44
- [20] 蒋玉珍. 大承气汤在痛证中的应用. 江西中医药, 1995, 增刊: 28~29

- [21] 王紫逸. 大承气汤治疗急性肠梗阻 30 例. 实用中医药杂志, 1999, 15 (5): 19
- [22] 高庆云, 高国莉, 李文玲. 大承气汤在格林-巴利综合征麻痹性肠梗阻时的应用. 河北医科大学学报, 1995, (6): 370
- [23] 帅剑锋. 复方大承气汤为主治疗老年性肠梗阻 23 例分析. 安徽中医临床杂志, 1999, 11 (3): 178
- [24] 王繁荣, 孙培乐, 张家驹. 胃肠减压加复方大承气汤治疗老年急性肠梗阻. 中西医结合实用临床急救, 1996, 3 (7): 309

第二节 腹部术后胃肠功能障碍

一、胃肠功能紊乱

外科手术, 尤其是腹部手术导致的胃肠道结构和功能的改变, 对胃肠动力影响很大, 术后常发生不同程度的胃肠动力障碍。腹部手术后, 患者由于手术创伤、麻醉药物对神经的阻滞、镇痛泵的广泛应用, 使胃肠功能受抑制, 可引起术后肠麻痹, 严重者会使膈肌升高影响呼吸功能, 使下腔静脉受压影响血液回流而影响腹部切口愈合, 同时腹部手术后肠功能恢复迟缓可引起机体内环境紊乱及诱发各种并发症。所以如何促进胃肠道功能恢复、及早进食对于改善机体营养、增强机体抵抗力、促进切口愈合、减少术后并发症非常有利。

【临床应用】

金氏等^[1]对腹部手术患者予复方大承气汤灌胃促进胃肠功能恢复, 疗效显著。治疗方法: 两组术后常规予禁食、胃肠减压、输液、抗感染及静脉营养等, 同时鼓励并协助患者早期活动。治疗组于术后 6h 给予复方大承气汤灌胃。方药组成: 大黄 10g (后下)、芒硝 10g (冲)、枳实 9g、厚朴 20g、桃仁 9g、赤芍 15g、炒莱菔子 20g。上方浓煎至 200ml, 温度 38~39℃, 用灌注器胃内灌注药汁 100ml (灌注前先抽尽胃液), 夹管 1h 后开放胃管, 每 6h 灌注 1 次, 至肛门恢复排气。对照组于术后 6h 用生理盐水 100ml 胃内灌注, 每 6h 1 次, 至肛门恢复排气。治疗结果: 治疗组肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、排便时间与对照组相比明显缩短 ($P < 0.05$), 总输液量明显减

少 ($P < 0.05$)。对照组 3 例患者术后 3d 胃肠功能仍未恢复, 腹胀明显, 改用复方大承气汤灌胃后第 4 天肛门恢复排气, 腹胀消失。

按: 中医理论认为, 麻醉和腹部手术的创伤可造成腹腔脏器气滞血瘀、肠腑气机运化失调、传化之物停滞和肠腔积气积液增多。而大承气汤具有通里攻下、通腑荡积、行气散结之功效。其主要成分大黄能泻下攻积, 芒硝能软坚润燥以通便, 枳实、厚朴能宽中下气行滞。复方大承气汤加炒莱菔子、桃仁、赤芍增加了大承气汤行气通腑、活血化瘀的功效, 在促进术后胃肠蠕动功能恢复上更有优势。现代国内研究资料证实: 大承气汤能加强胃尾区平滑肌的收缩力, 使胃内压升高, 并能增加单位时间内胃的收缩, 可促进胃肠道平滑肌的蠕动和推进, 能改善腹腔内血运及肠壁血液循环, 减轻组织水肿, 促进坏死组织吸收及抗菌抗炎作用。大承气汤可降低因创面而增多的血管活性肠肽, 后者是胃肠功能的抑制剂, 从而解除其对胃肠功能的抑制。术后早期使用大承气汤具有促进术后患者血浆胃动素浓度恢复的作用, 使其分泌高峰提前出现, 加速胃肠道运动功能的恢复进程; 同时还具有明显改善术后肺功能的作用。复方大承气汤灌胃能够明显缩短术后肠鸣音、肛门排气排便恢复时间, 使进食时间提前, 从而改善机体营养, 增强了机体抵抗力, 减少了术后并发症的发生, 促进了切口愈合。同时胃内灌注防止了口服中药可能产生的恶心、呕吐等现象, 且可加速胃肠功能恢复。

郑氏等^[2]对腹部手术后病人 146 例, 采用复方大承气汤口服或胃管注入, 观察对肠功能的影响, 并与 40 例做了对照。方剂与方法: 厚朴 12g、枳实 12g、炒莱菔子 15g、桃仁 12g、赤芍 12g、生大黄 12g、芒硝 9g, 水煎滤液备用。用药组于手术结束后 24h 口服或经胃管注入药液 200ml 夹闭 1h 后松开, 必要时间隔 24h 重复应用 1 次。记录手术结束到肛门首次排便或排气时间, 并与对照组对比。两组病人术后肠功能恢复时间正常。治疗结果: 用药组术后肠功能恢复时间 $86.38 \pm 25.42\text{h}$, 对照组术后肠功能恢复时间 $62.73 \pm 21.27\text{h}$, 两者比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。

按: 在肠功能恢复正常之前要靠禁食、胃肠减压来减轻胃肠道负担, 以静脉补液来维持水电解质平衡及部分营养。虽然如此, 部分病

人仍可出现不同程度的腹胀,增加病人痛苦和经济负担,同时也增加了肠粘连、刀口裂开等并发症的发生。促进肠功能早日恢复,对减少术后并发症、加快病人康复是十分必要的,也是临床外科医生十分关注的问题。复方大承气汤具有寒下作用,能明显增加肠蠕动,使腹部手术后病人肠功能平均提前 24h 左右恢复正常。部分病人有腹部阵发生隐痛感,全部病人均无严重的用药并发症,鉴于该汤为寒下方剂,故我们建议对年老体弱及小儿应慎重应用。

毕氏等^[3]观察大承气汤对急腹症术后胃肠道功能抑制的影响。治疗方法:全部病例均手术中常规冲洗腹腔,术后留胃管、输液、禁食。对照组无特殊用药,治疗组术后 12 小时后自胃管注入大承气汤浓缩液。大黄(后下) 6~12g、枳壳 10g、厚朴 10g、芒硝 6~10g,水煎浓缩 150~250ml。自胃管注入常规夹管 2 小时,每日 1 剂,效果不佳者自肛门保留灌肠,灌注后 4~6 小时后矢气,肠蠕动增强,分别出现腹痛。10h 后矢气频出,腹痛可缓解。如果临床表现腹胀痛、痞满、舌质红、苔黄或苔黄腻或黄燥、脉弦数或弦紧者可继续用药,直至症状缓解为止,通后则停药,以免过剂伤正。结果:两组病例行统计学分析,结果证明大承气汤对部分术后胃肠道功能抑制疗效与对照组相比有显著差异($P < 0.01$)。

按:胃肠功能抑制是急腹症手术中常见的一种反应,西医多用胃肠减压,肌注新斯的明,效果有时多不尽人意,本治疗组常规术后运用大承气汤胃管注入或灌注可明显改善胃肠道功能抑制,其机制是大承气汤四味相合攻下实热,下气消痞除满。大黄味苦性寒能入胃、大肠、脾、肝、心经,泻热去实、推陈致新,药理研究证明,大黄中所含大黄素能刺激肠壁,改善肠收缩,使分泌增加。芒硝味咸性寒入胃、大肠经,能软坚润燥,通利大便,其中含 Na_2SO_4 80% 以上,另外含 NaCl 、 MgCl_2 、 MgSO_4 、 CaSO_4 无机盐类,服后这些盐不易被肠所吸收,形成高渗透压盐溶液,于是肠内水分增加,由于液体的增长而加强了肠管的反射蠕动。枳实味辛性微寒,入脾、胃、大肠经,有苦降下行、理气、消积除满、导滞通便的作用,其主要成分含新橙皮苷和橙皮素的衍生物,实验证明其作用为兴奋胃肠功能,使胃肠蠕动增强而有节律。厚朴味苦辛性温,入脾、胃、大肠经。苦能下气,辛能

散结，温能燥湿，善除胃肠中之滞气，辛能散结、温能燥湿，善除胃肠中之滞气，燥脾家之湿邪，故既能下有形之实满，又能散无形之湿满，凡食积停留、气滞不通、肠腹胀痛满痰湿均可用之。厚朴煎液能刺激消化道黏膜引起反射性兴奋，四味药物均入胃、大肠经，相合之后消痞除满之功力高。现代动物实验证明，大承气汤能显著提高结肠道平滑肌细胞的电兴奋，增强慢波和峰电位的发放频率，从而提高胃肠道平滑肌的收缩运动，通过神经介质及肠道运动的本身调节肠道，增加血浆胃动素浓度，促进胃肠道运动，达到防治胃肠道术后抑制的作用。

邹氏等^[4]应用大承气汤加味治疗剖腹术后早期炎性肠梗阻 66 例，疗效明显。治疗方法：以大承气汤加味，处方：川朴 15g，炒莱菔子 30g，枳实 9g，桃仁 9g，赤芍 15g，大黄 15g（后下），芒硝 9g。水煎去渣，取药液 200ml 装入空输液瓶中放凉备用。用时将药液通过输液装置缓慢滴入直肠，滴速 60~120 滴/min，每日 2 次。灌入肠道后尽量控制不排大便，使药液在肠道保留 30min 以上，以利于药物有效成分充分吸收。待药物显效后开始逐渐进食，并继续用中药保留灌肠 2~3 天，以巩固疗效。若小儿灌肠，处方中各药剂量不变，但每次灌肠容量和滴注速度均应酌减。治疗结果：治愈 62 例，占 93.9%；无效改手术治疗 4 例，占 6.1%，其中 1 例并发肠穿孔终因呼吸循环衰竭死亡。

按：术后早期炎性肠梗阻是由于剖腹术创伤、炎症等各种因素导致肠壁水肿、渗出而形成的一种机械性、动力性同时存在的肠梗阻。梗阻后肠管扩张，静脉和淋巴回流障碍，进一步引起水肿、梗阻加重，如此循环使梗阻不易自行缓解。大承气汤加赤芍、桃仁、莱菔子具有活血化瘀、攻里通下、改善肠壁微循环功能的作用，有利于肠道水肿吸收，肠蠕动功能恢复，使肠梗阻逐渐缓解。以往治疗多采用大承气汤口服，这种方法弊端有二：①肠梗阻病人多伴有呕吐或插有胃肠减压管，呕吐或经胃管抽出药液后往往易降低药效。②口服药液后可加重梗阻近段肠道的负担，由于梗阻近段肠壁水肿，吸收功能障碍，不利于药物吸收及药理作用的发挥。而灌肠则可克服以上缺点，即便梗阻暂不缓解，所灌药物也可排出体外。

李氏等^[5]应用大承气汤加味肛滴治疗术后胃肠运动功能低下, 获得了满意效果。治疗方法: 厚朴 12g、枳实 10g、炒莱菔子 30g、桃仁 12g、赤芍 12g、大黄(后下) 15g、芒硝(冲服) 10g、金银花 30g、蒲公英 30g。上药水煎至 200ml, 温度适中, 纱布过滤, 装入输液瓶内, 输液管接导尿管, 按普通灌肠操作方法, 将导尿管插入肛门内约 10~15cm, 以每分钟 20~30 滴的速度缓慢滴入。于术后 6 小时, 治疗组给予中药肛滴, 对照组给予生理盐水 200ml 肛滴。肛滴前及肛滴后 3 小时, 分别记录肠鸣音 3 分钟, 并观察腹胀、排气、排便等症状的改善。治疗结果: 肛滴前胃肠功能均未恢复。肛滴后胃肠功能恢复例数: 治疗组 52 例, 对照组 6 例, 恢复率分别为 86.67% 和 12.50%, 二者差异有高度显著性 ($X^2 = 60.35$, $P < 0.01$)。

按: 本方剂在大承气汤的基础上, 加炒莱菔子、桃仁、赤芍、金银花、蒲公英, 以加强其降气消胀、活血祛瘀、消痈散结、清热解毒等作用, 促进胃肠功能的尽快恢复。一般在急腹症早期及术后肠麻痹期, 病人不能进食或口服中药, 这就影响了病人的迅速康复。而中药煎剂肛滴不受这些限制, 早期即可给药, 药物在肠内局部发挥作用, 也可经肠道吸收入血发挥全身治疗作用, 从而使肠麻痹得到早期治疗, 病人早日康复。同时也避免了口服中药后恶心、呕吐的胃肠道反应。肛滴给药临床上未发现有毒性及不良反应, 病人无特殊不适。

【病案举例】

张某, 男, 64 岁。于 2000 年 12 月 20 日行直肠癌根治术, 术后第 4 天肛门排气, 第 5 天有稀便 1 次, 体温正常, 血压正常, 术后 12 天进食流质少量, 于 2001 年元月 3 日中午 11 时 30 分, 即术后第 13 天, 出现腹部阵发性隐痛, 腹胀, 停止排气, 继而呕吐 1 次。查体: 全腹胀满, 深压痛但无固定点, 未及包块, 肠鸣音不能闻及, 舌苔黄腻, 脉洪数。体温 37.5℃, 腹部平片提示肠腔多个液平。辨证为热积中焦, 腑气不通, 阳明腑实证。治宜通里攻下。处方: 生大黄(后下)、炒枳壳、厚朴各 10g, 金银花、红藤各 30g, 广木香、芒硝(冲)各 9g。并如法用醋炒葱白外敷。药后于当晚 7 时肠鸣音由弱变活跃, 并大便 1 次, 于 4 日晨 0 时 20 分腹痛好转, 大便 1 次, 4 日晨 7 时 30 分解水样便 1 次, 继服上方, 生大黄改为 15g, 并继续外敷醋

炒葱白，于4日晚又解较多量水样便，腹部舒适，5日停用外敷。此时舌苔白腻、质淡，上方改为：生大黄（后下）、制川朴、桂枝各9g，炒枳壳、桃仁各10g，红藤30g，芒硝（冲）6g。水煎内服，每日1剂。6日进流质后无不适，于8日始进半流质饮食，每日大便1~2次，腹痛腹胀不再现，调理20日后痊愈出院^[6]。

按：醋炒葱白外敷与加味大承气汤内服治疗，旨在由外而内，内外相应促进肠蠕动恢复，促使炎症吸收。《本草从新》记载：葱白“发汗解肌，通上下阳气，若面赤而格阻于上者，尤须用之”。葱白为石蒜科植物葱类，内含挥发油，主要成分为大蒜辣素，辛、温、窜，渗透力强，易于透皮吸收，有广谱的抗菌作用。而醋又能软坚散结，二者合用起协同作用。

二、术后胃排空障碍

功能性胃排空障碍（FDGE）是指胃部手术术后继发的以非机械性梗阻引起的胃排空延迟为特征的临床症候群，主要表现为恶心、呕吐、早饱、餐后饱胀、体重减轻等，而无胃肠道器质性病变，也有人称其为胃麻痹、胃无力，为术后常见的近期并发症之一。由于该病变有被误诊为吻合口梗阻或输出袢机械性梗阻的可能，可导致病情加重，使疾病恢复更趋缓慢。因此，采用积极有效的方法进行防治，避免盲目再次手术、减轻病人痛苦，缩短病程具有重要意义。

中医学认为，“六腑以降为顺，以通为用”、“通则不痛，立足于通”。本病中虚胃缓为本，中满上逆为标，病机为通降失司。治疗宜以通为主，通补兼施，恢复胃的通降下行功能，矫正肠胃的虚实更替节律。

【临床应用】

韩氏^[7]采用复方大承气汤治疗胃切除术后残胃排空障碍20例，取得较好的治疗效果。治疗方法：两组均采用禁食、重新置放胃管、维持水电解质和酸碱平衡、胃肠外营养（TPN）、酌情间断输全血、血浆或白蛋白。除此之外，治疗组加用复方大承气汤：厚朴15~30g，炒莱菔子30g，枳实、桃仁各9g，赤芍、大黄（后下）各15g，芒硝（冲服）9~15g，部分患者加用黄芪20g，党参15g。加水

500ml,煎成200ml,分2次经胃管注入,夹管2h,第1天半量。对照组加用高渗盐水(3%)300ml、地塞米松5mg、庆大霉素16万U洗胃;胃复安20~40mg,每日3次肌内注射。治疗结果:治疗组进食恢复所需时间明显短于对照组($P<0.01$),日均胃液量治疗组明显少于对照组($P<0.01$),说明复方大承气汤能有效地促进胃肠蠕动,缩短残胃排空障碍时间。

按:复方大承气汤是临床常用的经典方剂。本方借其大黄通里攻下;厚朴、枳实宽中理气、散结除满;桃仁活血化瘀;芒硝软坚散结、泻火通便,助大黄通里;莱菔子行滞消食;赤芍养血敛营、活血化瘀,故用于DEG治疗。现代药理研究发现,大黄可刺激大肠增加推进性蠕动,促其排便,并发现大黄、厚朴对金黄色葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌等分别有不同程度的抗菌和抑菌作用;枳实通过调节小肠平滑肌钙离子浓度,既可降低胃肠平滑肌张力和解痉作用,又可兴奋胃肠增进其逆蠕动,这种双向调节对术后病理状态下胃肠功能失调的恢复是有利的;桃仁、赤芍活血化瘀,能够促进恢复残胃和吻合口血供,改善其微循环,和大黄配伍尚能有效促进吻合口炎症吸收和水肿消退。通过与传统治法比较,证实复方大承气汤用于治疗DGE是有效的,可促进肠功能恢复,增加胃肠蠕动,明显缩短残胃排空障碍时间,避免了消极等待恢复和再次手术给患者带来的痛苦。芒硝属攻坚之品,对于体弱者需减量或不用,并加黄芪、党参辅以补中益气,可避免复方大承气汤引起的不良后果。治疗过程须注意观察腹部体征、肠鸣音恢复情况、胃液量的多少等,如出现明显腹痛,应及时停药观察。

张氏等^[8]用大承气汤治疗胃大部切除术后排空障碍6例,取得了满意效果。治疗方法:①以大承气汤为主方:生大黄(后下)、厚朴各25g,枳实20g,芒硝(冲)、赤芍、木香各15g,莱菔子40g,桃仁5g。加水600ml,浓缩至200ml,每日1剂从胃管注入。病程长、体质虚弱者,可隔日1剂,一般3~5剂即可痊愈。②进中药前行胃肠减压:首先取得病人配合,插管时要严格按操作规程进行操作,插管完后要妥善固定,接负压引流器并保证有效的吸引,密切观察引流的量、色、性质及腹部情况,并随时报告医生。减压完毕后,将温

度为 35~37℃ 的中药汤剂（大承气汤）缓慢推入，然后再用少量温盐水冲净胃管，夹管 2 小时并注意观察病人的反应。治疗结果：6 例病人均在用大承气汤 3~5 剂后自主排气、排便，病情逐日好转，住院 20~30 天均痊愈出院。

按：本病是由于手术后胃肠道变态反应，致使植物神经调节功能紊乱，胃肠反射性抑制延长，以及严重吻合口炎又加重了吻合口水肿和痉挛，导致胃排空障碍。用咸寒的芒硝润燥软坚；大黄泻实消结，增强肠蠕动；再配用枳实、厚朴下气除痞满以通三焦。此为大承气汤的妙用。胃肠减压，纠正水电解质平衡紊乱对恢复胃肠功能至关重要；提高血浆蛋白胶体渗透压后，维持正氮平衡，以减轻吻合口水肿，加强基础护理、精神护理，使病人精神愉快，处于接受治疗的最佳状态，也是治愈本病的重要一环。

边氏等^[9]采用大承气汤治疗胃术后吻合口排空障碍 12 例，疗效满意。治疗方法：治疗组用大承气汤：大黄 12g、厚朴 15g、枳实 9g、芒硝 6g，每日 1 剂，浓煎至 400ml，每次将 200ml 自胃管注入胃内，夹闭胃管 2h，早晚各 1 次。同时给予禁食、胃肠减压、洗胃、维持水电解质平衡，酌情给予输血及人血白蛋白。对照组采用综合疗法，即禁食、胃肠减压、洗胃、输液，维持水电解质平衡，酌情输血及人血白蛋白；并给予灭吐灵、穴位注射新斯的明。两组均治疗 3 天评价疗效。结果：治疗组全部治愈。其中注入大承气汤 1 次（4h 内）治愈 6 例，给药 2~3 次（12~30h）治愈 5 例，给药 4 次（48h 内）治愈 1 例。对照组治愈 3 例，无效 8 例。

按：胃大部切除术后吻合口排空障碍较为常见，术后残胃张力低，蠕动消失，导致吻合口排空障碍。西医治疗多采用禁食、胃肠减压、输液及应用灭吐灵等综合疗法。因其促进胃蠕动和增加胃肠张力不够，故其治疗时间长，疗效慢。据现代药理研究证实，大承气汤可降低因创伤而增多的血管活性肠肽，后者是胃肠功能的抑制剂，使胃肠张力低下，蠕动减弱甚至消失。并可解除其对胃肠功能的抑制，从而增加胃肠蠕动功能和张力，还可增加腹腔脏器血流量，清除自由基，降低血液黏稠度和急性反应物质（酸溶性蛋白）的含量。这为大承气汤治疗吻合口排空障碍提供了理论依据。实践证明，大承气汤

治疗吻合口排空障碍，其疗效快，时间短，无毒性和不良反应，值得推广和应用。

马氏等^[10]采用加味大承气汤防治术后功能性胃排空障碍，取得了满意的效果。治疗方法：对照组患者采用综合疗法保守治疗，禁水，禁食，持续胃肠减压，维持水、电解质及酸碱平衡。同时给予营养支持、酌情输血或白蛋白，口服或经胃管注入胃动力药如吗叮啉等。实验组在对照组治疗方法基础上加用加味大承气汤，药用：大黄（后下）15g、厚朴10g、枳实9g、芒硝9g、炒莱菔子20g、当归9g、桃仁9g、赤芍15g。上药加水500ml，煎成200ml，分2次口服或由胃管注入（夹管1~2小时）。治疗结果：实验组出现功能性胃排空障碍患者14例，发生概率为6%，经治疗后显效7例，有效6例，无效1例，总有效率92.8%。对照组出现功能性胃排空障碍患者11例，发生概率为5%，经治疗后显效3例，有效3例，无效5例，总有效率54.5%。两组结果经统计学处理有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。说明加味大承气汤能有效促进胃肠蠕动，缩短胃排空时间。

按：大承气汤是促进胃肠功能恢复的代表性方剂。现代医学证明，大承气汤中的枳实可增加胃肠平滑肌兴奋性，并使胃肠蠕动规律化；中医学认为其有通里攻下、通腑荡积、行气散结、六腑通畅的效果。动物实验表明，大承气汤有增强胃肠运动功能、改善微循环和抗炎抑菌等作用。方中大黄破积导滞，芒硝软坚润燥，厚朴、枳实理气散结、消积除痞。药理研究认为，大黄能刺激肠管收缩，增强蠕动功能，从而降低腹腔压力，呼吸运动功能亦不受影响，有利于腹腔渗液的吸收，降低纤维蛋白的粘合作用，减少或避免肠粘连。大黄所含的大黄酸、大黄素等还具有广谱抗菌作用。当归含挥发油、多种内酯及氨基酸成分，有扩张血管、抑制血小板聚集、抗菌消炎及镇痛作用。加味大承气汤中的桃仁、赤芍活血化瘀，当归补血活血有利于腹腔手术创伤的恢复，与主方药物配合，具有较好的协同作用。

三、残胃无张力症

残胃无张力症是指胃切除术后或腹腔手术后的少见并发症之一。胃大部切除术后残胃无张力症的发生率为3~4%。实验研究发现，

腹部大手术后及大肠杆菌腹膜炎时,门静脉血流中血管活性肠肽(VIP)明显增加。VIP是胃肠功能的抑制剂,使胃肠全部功能低下,胃肠张力降低,蠕动减弱甚而消失,致胃肠麻痹。腹部大手术后及腹膜炎时,血浆脂质过氧化物(LPO)及酸溶性蛋白(ASP)升高。红细胞内超氧化物歧化酶(SOD)活力下降,使氧自由基增加,出现脂质过氧化物损害作用。

【临床应用】

边氏等^[11]等采用大承气汤治疗残胃无张力症,效果满意。治疗方法:1989年以前,采取综合疗法,即禁食、胃肠减压、温盐水洗胃、输血、输液及人体白蛋白、激素、灭吐灵、针灸理疗等,治愈11例。时间最长28天,最短5天,平均12天。1989年以后,采用大承气汤治疗。先将胃内容物尽量抽出,以38℃生理盐水洗胃后,自胃管内注入大承气汤200ml。将胃管夹闭2小时。每6小时1次。治疗结果:经胃管注入大承气汤1次,4小时内胃有落空感伴有饥饿,X线钡透证实胃液潴留消失者6例。用药2~3次,12~36小时有饥饿感,解稀大便1~2次,胃液潴留消失者5例。连续用药4次,48小时胃液潴留消失者1例。

按:大承气汤还有清除自由基、抵御其损害作用,并能降低血液黏稠度和急性反应物质(酸溶性蛋白)的含量,这都为大承气汤治疗残胃无张力症提供了理论依据。手术创伤后血中血管活性肠肽升高是导致残胃无张力症的主要原因。而大承气汤能降低血管活性肠肽的含量,解除其对胃肠功能的抑制,增加胃肠蠕动和张力,增加其血流量。故治疗残胃无张力症具有疗程短、疗效好的优点,且无任何毒性和不良反应,值得临床采用。

【病案举例】

张某,男,56岁,高级工程师。胃癌术后6天。确诊为残胃无张力症。给予常规综合治疗。连续3天无效。每天胃肠减压量1200~1500ml。一般情况差,电解质紊乱。术后第9日晚8时,经胃管注入大承气汤200ml,一夜安静入睡。清晨解稀大便1次。精神好,有饥饿感。证实残胃无张力症消失。进流汁无任何不适后出院^[11]。

四、术后腹胀

腹部外科手术后,由于原发病、手术和麻醉的影响,胃肠道多处于静息状态,临床主要表现为腹胀、腹痛、胃肠道功能紊乱,严重者可发展成为麻痹性肠梗阻。

中医学认为,腹部手术后损伤血络,使之胃肠津伤蕴热,灼热内结,气血瘀滞,而致腑气不运。其治疗必须遵循中医辨证论治的原则,根据“六腑以通为用,不通则痛”的理论,术后腹痛腹胀首先要考虑的问题是疏通肠道,恢复其传送、吸收和消化功能,通里攻下法则是应急治标之关键。腑气得通,脾胃之职得司,五谷精微才能输送入脏,充养精血,正气始得恢复。治疗多以行气活血、通腑泻下为治则,并结合具体病症加减治疗。

【临床应用】

周氏^[12]用大承气汤加味治疗腹部手术后腹胀 110 例,获得了满意效果。治疗方法:大承气汤加味,药物组成:厚朴 15g,枳实 10g,炒莱菔子 30g,赤芍 15g,桃仁 10g,大黄 15g,芒硝 10g。加减:高热不退,并发腹膜炎,加金银花 30g、连翘 15g、蒲公英 30g;胆道术后加金钱草 30~60g、郁金 15g、柴胡 10g;胃切除术后加白及 10g、延胡索 15g、三七粉 3g;剖宫产术后加五灵脂 10g、蒲黄 10g、益母草 30g;若术后多汗口渴,可加炙黄芪 30g、麦冬 15g。用法:术后腹胀即开始服药,日 1 剂,每剂二煎,约 500ml,每次服 125ml,日服 4 次,3 剂为 1 个疗程。治疗结果:本组 110 例中治愈 65 例,占 59.1%;有效 45 例,占 40.9%;总有效率 100%。其中 4 例术后 10h 采用二煎药剂约 250ml,予以口服或从胃管中分 2 次注入;2 例采用生理盐水 200~300ml 保留灌肠,均在 15h 以后才出现腹胀减轻,有肠鸣音,肛门排气、排便。

按:复方大承气汤乃大承气汤加莱菔子、赤芍、桃仁而成,方中厚朴以消气壅,枳实以破气结,芒硝润燥软坚,大黄攻积泻热,莱菔子理气消胀,赤芍凉血散瘀,桃仁活血润燥,共奏通腑消胀泄浊之效。腹部术后患者一般用本方 2~3 剂后,可使大便畅通,腹胀腹痛消除。但要中病即止,以免过泻伤正。临床表明术后恰当地应用此

方,可使胃肠功能早期恢复,获得满意的效果。

苏氏等^[13]等由肛门直肠滴入复方大承气汤治疗腹部手术后合并腹痛、腹胀患者 107 例,疗效满意。治疗方法:除给予外科手术后的常规治疗外,以复方大承气汤加减(大黄 15g(后下),芒硝 10g,厚朴 12g,枳实 10g,桃仁 15g,赤芍 10g,莱菔子 30g,焦三仙各 12g,金银花、蒲公英各 30g),水煎 250ml,盛入输液器内,适温令患者侧卧将肛管插入肛门内约 10~15cm 深,接输液器以每分钟 60~70 滴速滴入肛门直肠内,滴完后平卧至有便意时,即计算排气、排便时间,若 6 小时后未见排气、排便,可再滴 1 剂,分上、下午各 1 剂。治疗结果:本组 107 例中,1 次肛门直肠滴入后 2~6 小时内即排气、排便和腹痛、腹胀消失者 102 例,占 95.3%;因腹腔感染严重,行第 2 次肛门直肠滴入后排气、排便者 5 例,占 4.7%。

按:应用复方大承气汤肛门直肠滴入,对术后胃肠功能恢复有明显作用,对术后伴腹痛、腹胀者,具有消除腹胀、减轻腹痛的效果。大多数患者通过肛门直肠滴入复方大承气汤数小时后即可见效。复方大承气汤肛门直肠滴入后药液缓慢滴入直肠,通过直肠黏膜吸收进入体内,通过血液循环刺激肠道,促进肠蠕动,从而发挥与口服中药不同的作用:①药物通过直肠黏膜血管吸收,部分药物进入腔静脉而不通过肝脏代谢,可保持药效。②药物不受胃酸及肠液中和破坏。③药物刺激肠壁植物神经,引起反射性肠蠕动,达到排气、排便的目的。④药物经肛门直肠滴入后积于结肠,远离手术部位脏器,不会造成手术区的压力,同时克服了患者因腹痛、腹胀不宜口服中药的缺点,安全可靠,疗效确切满意。

张氏等^[14]经胃管注入中药复方大承气汤加减治疗腹膜炎术后腹胀 251 例,取得满意效果。治疗方法:对术后 24h 腹胀明显者(除肠吻合术和有哮喘、心绞痛病史者外)可先予新斯的明、VitB₁ 双侧足三里封闭,术后 48h 仍不能通气且腹胀加重,腹部体征明显者给予复方大承气汤加减 1 剂胃管注入。基本方药组成如下:厚朴 15~30g、炒莱菔子 15~30g、枳实 9g、桃仁 9g、赤芍 15g、大黄 15g(后下)、芒硝 9~15g(冲)、甘草 6g。如气胀甚莱菔子可加至 60g 或加木香 9g;如腹痛较重,在除外手术因素后可加川楝子 12g 或延胡索 9g;如

发热烦躁可加黄芩 15g、栀子 9g；如腹腔脓液较多，感染重者，芒硝可加至 20g，亦可加蒲公英 15g、金银花 15g；如年老体弱有脱水者可加党参 12g、麦冬 9g、黄芪 30g。制法：以上药 1 剂加水 500ml，两遍煎成 200ml，混匀后分 2 次胃管注入，每次夹管 2~3 h。治疗结果：显效为注入 1 次即通气排便者（多有腹泻）共 227 例，占 88.7%；有效为注入 2 次通气排便者，共 20 例，占 7.9%。起效为注入 2 剂 4 次通气排便者，共 4 例，占 3.4%。

按：腹膜炎术后尤其是继发性化脓性腹膜炎术后病人的及早通气排便，是术后康复的关键。复方大承气汤加减能够避免黏连性肠梗阻的形成及手术-黏连-再手术-再黏连的恶性循环，并能排除肠道内积存的血块、炎性物质、细菌毒素等，使肠功能尽快恢复，明显减少了术后并发症，尤其是在足三里封闭无效或禁忌者效果更佳。方中重用厚朴、莱菔子下气除胀，更配枳实、大黄、芒硝荡涤积滞解除梗阻，桃仁、赤芍活血化瘀兼能润肠，既助诸药泻结，又可防止梗阻导致局部瘀血可能引起的组织坏死。现代药理研究证实：大黄、木香能增强肠壁的肌张力和节律蠕动；芒硝口服后不易吸收，在肠道内形成高渗液致泻；厚朴行气导滞，对金黄色葡萄球菌有较强抑制作用；金银花、蒲公英清热解毒，对大部分球菌和杆菌有明显抑制作用；莱菔子含挥发油和芥子碱，具有增强肠蠕动、抑菌、降压作用；枳实含挥发油和黄酮苷，有增强肠蠕动、抑制血栓形成的作用；桃仁含脂肪油和苦杏仁甙，有润肠、抗凝、改善微循环作用；赤芍含芍药苷和苯甲酸，有抗凝、解痉、镇静、抗炎、改善微循环和降低门静脉高压作用。全方能中和细菌毒素、血清毒素，抑制炎性介质和产生消化酶，使神经内分泌和免疫系统得到良好的调节，达到预防腹膜炎术后腹腔内黏连的目的。

【病案举例】

男，37 岁，因患胆囊炎、胆结石症于 2003 年 1 月 9 日做胆囊切除术。术后第 7 天腹胀腹痛加剧，大便燥结不畅，西药治疗无效，症见口干唇燥，神志恍惚不清，脘腹胀满，腹痛拒按，辗转不宁，呻吟不止，腑气不通，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉弦数。证属胃肠燥结，气血瘀阻。治以通里攻下，行气活血，投复方大承气汤加

味：大黄 10g（另后下），芒硝 10g（另兑服），枳实 10g，厚朴 15g，炒莱菔子 30g，桃仁 10g，赤芍 15g，金银花 30g，连翘 15g，郁金 15g，柴胡 12g，金钱草 30g。水煎服。上午服药 1 剂，下午便通神清，腹痛腹胀顿减，体温由 38.2℃ 降至 36.4℃。上方去大黄、芒硝，金钱草增至 60g，继进 3 剂，后以行气活血法加减治疗，腹痛、腹胀消失，肠鸣音恢复正常，肛门排气、排便顺畅，于 2 月 23 日痊愈出院^[12]。

五、术后胃轻瘫综合征

胃轻瘫综合征是因胃动力障碍所引起的一组临床征候群，主要表现为功能性消化不良等，如上腹饱胀、嗝气、恶心、呕吐等。根据病因可分为原发性和继发性两种类型。原发性又称特发性胃轻瘫，多发于年轻女性。根据起病缓急及病程长短可将胃轻瘫分为急慢性两种。临床上慢性多见，症状持续或反复发作常达数月甚至 10 余年。如食管或贲门癌手术时不可避免地切断迷走神经、手术通过多种途径激活抑制交感神经反射系统、胃被游离后提入胸腔内而形成胸腔胃以及麻醉等原因造成胃蠕动减弱，从而形成术后胃轻瘫综合征。

胃轻瘫患者应给予低脂肪、低纤维饮食，少食多餐，流质为主，以利于胃的排空。由于吸烟能减慢胃排空，应予戒烟。应尽量避免使用能延迟胃排空的药物。

【临床应用】

薛氏等^[15]将 5 例胸科食管贲门癌术后发生胃轻瘫综合征，随机分为试验组 3 例和对照组 2 例。治疗方法：复方大承气汤，大黄（后下）10g、芒硝（冲服）5g、枳实 10g、厚朴 15g、桃仁 10g、赤芍 10g、黄芪 30g、党参 30g，100ml 保留灌肠，bid，连用 3d；对照组用胃复安 20mg 静滴，bid，连用 3 天。两组其他治疗措施相同，如加强营养、维持水电质酸碱平衡、胃肠减压等。结果：复方大承气汤和胃复安对促进胃泌素的分泌都具有较好的疗效。其中，试验组用药后胃泌素的生长值明显高于对照组，说明复方大承气汤保留灌肠较胃复安能更好地促进胃泌素分泌，进而促进胃肠蠕动。

按：西医治疗本病多采用胃复安、吗叮啉、西沙比利等促胃动力

药,但效果一般、不良反应较大、难以长期服用;口服或胃管注入中药汤剂又会使患者上腹饱胀等症状加重,同时对吻合口的愈合也不利。而中药汤剂灌肠的生物利用度高、有效成分吸收快、显效迅速,符合中医辨证施治的要求,与口服中药具有同等的灵活性,且制备简便易行、用药方便安全、价格较低。

参考文献

- [1] 金伟飞,王仲迪.复方大承气汤灌胃促进腹部手术后胃肠功能恢复的疗效观察.现代中西医结合杂志,2004,13(10):1301
- [2] 郑新启,周雪梅,李伟利.复方大承气汤对腹部手术后肠功能影响的观察.井冈山医学学报,2004,11(6):100
- [3] 毕恩旭,王颖.大承气汤防治急腹症术后胃肠道功能抑制.中国乡村医生杂志,1997,(10):40
- [4] 邹景平,梁继英,卢千超.大承气汤灌肠治疗术后早期炎性肠梗阻66例.国医论坛,2003,18(2):10
- [5] 李华国,陈术芳,崔英岩.大承气汤加味肛滴治疗术后胃肠运动功能低下108例.中国中西医结合外科杂志,1997,3(1):35~36
- [6] 李敏贤,周醒华,杨关根,等.葱白醋炒外敷合加味大承气汤内服治疗大肠癌术后早期炎性肠梗阻56例观察.浙江中医杂志,2003,(1):10~11
- [7] 韩海龙.复方大承气汤治疗胃切除术后残胃排空障碍20例.辽宁中医杂志,2003,30(8):648
- [8] 张玉芳,周志敏,薛宁.大承气汤治疗胃大部切除术后排空障碍的疗效观察.四川中医,1998,16(1):21
- [9] 边进科,麦玉发,房毓庆,等.大承气汤治疗胃术后吻合口排空障碍12例.中国中西医结合杂志,1994,(10):594
- [10] 马波,许洪宝,王大禹.加味大承气汤对胃部手术后功能性胃排空障碍的治疗作用.当代医学,2007,(8):93~94
- [11] 边进科,麦玉发,房玉庆,等.大承气汤治疗残胃无张力症.江苏中医,1994,15(7):13
- [12] 周清华.大承气汤加味治疗腹部手术后腹胀110例.山东中医杂志,2004,23(8):478
- [13] 苏如海,杜英汉,王结实.直肠滴入复方大承气汤治疗术后腹痛腹胀107

例. 中西医结合实用临床急救, 1997, 4 (4): 166

- [14] 张建东, 孙建国, 任颖菁. 胃管注入复方大承气汤加减治疗腹膜炎术后腹胀疗效分析. 甘肃中医学院学报, 2004, 21 (4): 35~36
- [15] 薛涛, 张军, 潘立群等. 复方大承气汤保留灌肠治疗食管/贲门癌术后胃瘫. 中国组织工程研究与临床康复, 2007, 11 (25): 4953~4956

第三节 腹腔间隔室综合征

腹腔间隔室综合征 (ACS) 是多种原因所导致的急性腹腔内压力升高 (IAH)。过高的腹腔内压力使腹腔内器官循环受阻, 胃肠道有效循环血量不足, 胃肠黏膜上皮细胞缺血、坏死, 肠黏膜通透性增加、修复能力降低, 肠黏膜屏障受损, 为致病微生物的入侵敞开大门, 进一步导致肠源性内毒素血症。内毒素引发的全身炎症反应呈瀑布样释放, 加快了 MODS 的发展。

【临床应用】

张氏等^[1]用大承气汤治疗腹腔间隔室综合征 45 例, 分为治疗组 20 例和对照组 25 例。治疗方法: 对照组予以止血、抗感染、禁食、胃肠减压、肥皂水灌肠, 呼吸、循环支持治疗, 营养支持治疗, 合并肾衰者抗肾衰治疗。治疗组在上述治疗的基础方, 加用中药大承气汤加减治疗, 重用大黄。组方: 生大黄 (后下) 15~30g, 芒硝 10g (冲服), 柴胡、黄芩各 15g, 厚朴、枳实各 10g, 丹参 18g, 生三七 6g, 广木香、延胡索各 10g。体温高加金银花、连翘各 15g, 有黄疸加茵陈、栀子各 10g。1 天 1 剂, 水煎取 150ml, 每次胃管注入 50~100ml 注入后夹管 2 小时, 1 天 2 次。结果: 治疗组肠鸣音恢复时间、排便时间较对照组明显提前; 治疗组入住 ICU 时间明显短于对照组, 治疗组治疗后 24 小时腹腔内压力即明显下降, 与治疗前及同时段对照组比较差异有显著性; 对照组治疗后 48 小时, 腹腔内压力开始明显下降, 与治疗前比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

按: 大承气汤是通里攻下的著名代表方。大黄主要成分是大黄素、大黄酸、芦荟和鞣质等, 具有攻下泻火、荡涤肠胃、清热解毒等功效, 增加肠蠕动和减少水分吸收, 抑制肠道细菌移位和肠道内中毒

素的吸收,维护胃肠屏障功能。研究证实,大黄为钙通道阻滞剂,可防止细胞内钙超载,消除氧自由基,通过排出肠内蓄积毒素,促进肠功能尽快恢复,预防肠缺血-再灌注损伤,防止肠源性细菌移位,降低内毒素对内皮细胞、血小板等靶细胞的刺激,使细胞因子及炎症介质造成的损伤易于控制,脏器功能逐步恢复;柴胡、枳实促进胃排空;枳实、厚朴增加小肠蠕动;芒硝有清热泻下之功效,能清除肠道燥热实积,降低肠管压力,协助大黄通腑泄浊。

第四节 腹内感染

腹内感染迄今仍然是腹部外科经常遇到的难题之一,病情严重时可导致死亡。一般的腹部感染和继发性腹膜炎系指腹腔内有源自肠道的脓性渗出。急性腹内感染病人的内毒素血症对人体有严重的危害,可使脏器发生一系列严重、广泛复杂的病理生理改变。对于急性腹内感染内毒素血症的防治是阻止危重感染发展为脏器功能衰竭的重要措施。

【临床应用】

解氏等^[2]对大承气汤冲剂防治急性腹内感染内毒素血症进行了研究。治疗方法:大承气汤冲剂(大黄、芒硝、厚朴、枳实)由天津急腹症所药研室提供,每袋重3.5g,每4袋相当1剂原方的药量,投入200ml开水浸泡20min,充分溶出药物成分后弃去药袋,此为病人一次用量。中药治疗组病人术后1~3天在无禁忌症情况下每天早晚各口服或胃管注入1次。对照组给予等量温开水。二组病人分别于术前及术后1、3、7天外周静脉取血测定血浆内毒素含量。结果:二组病人术前均有不同程度的内毒素血症,术后一天二组病人的外周血浆内毒素含量均有下降,无显著性差异。术后第三天中药治疗组病人外周血浆内毒素含量与治疗对照组比较明显下降($P < 0.01$),并且与正常对照组比较无显著性差异($P > 0.05$),说明已降至正常。术后第七天,两组病人外周血浆内毒素含量进一步下降至正常水平,两组比较无显著性差异。

按:内毒素血症及其内毒素诱生细胞因子的生物学效应在急性腹

内感染中起着重要作用。大量临床与实验研究已证实了中医学通里攻下法能促进肠道运动功能,改善脏器血流及腹膜吸收、控制肠源性感染、促进腹腔炎症的吸收消散等。这为我们将通里攻下法用于防治急性腹内感染内毒素血症提供了理论根据。本研究应用通里攻下法的代表方剂大承气汤,为服用方便加工制作为冲剂,在药效确切的基础上克服了汤剂服用困难和剂量不易掌握的缺点,对于急性腹内感染病人术后早期使用,确实有明显效果。目前对于这方面的研究还在进行,故将通里攻下法对于内毒素血症的作用初步归纳如下:①减少了内毒素的吸收:通过攻下法作用使大量细菌和内毒素随肠内容排出体外,缩小了肠道内毒素池,同时大黄及其他清热解毒药物抑制细菌的生长和代谢,减少了内毒素的产生和吸收;②对血液中内毒素产生直接拮抗作用;③经过通腑泻热后改善了脏器血流、改善微循环、促进术后胃肠功能早期恢复,调动体内因素,保护肠屏障功能和增强机体免疫力,促进了内毒素的灭活。

第五节 痔疮术后

凡是直肠下段黏膜和肛管皮肤下的静脉丛瘀血、扩张和屈曲所形成的柔软静脉团都称为“痔”。痔疮是一种十分常见的疾病。以久坐办公室的成人多见。痔疮以肛门锯齿线为界,分为内痔与外痔。外痔的症状以疼痛瘙痒为主。而内痔则以流血及便后痔疮脱出为主。一般来说,第Ⅰ期及第Ⅱ期的痔疮以保守疗法为主,而第Ⅲ、第Ⅳ期的痔疮则常需借助手术来治疗。痔术后局部疼痛、肿胀、分泌物多等均与术后局部湿热外袭,瘀血凝滞,血行不畅,经络阻滞有关。可配合清热利湿,活血化瘀之法治之。

【临床应用】

凌氏^[3]用大承气汤加味熏洗治疗痔术后患者 983 例,取得了满意的效果。治疗方法:药物组成:生大黄 15g,芒硝 15g,马齿苋 30g,枳实 15g,厚朴 15g,制乳、没药各 10g。共煎成 1000ml,去渣,每次便后将药液倒入盆内,并置于熏洗架中,患者坐于熏洗架上,先熏蒸,待药液温后,肛门部坐于药液中,并用毛巾蘸洗患部,共约 30

分钟,创口清洁后用京万红软膏外涂。治疗结果:本组患者均痊愈出院,平均住院10.8天,治疗过程中轻度疼痛者903例;中度疼痛者69例,占7%;重度疼痛者11例,占1%。轻度水肿者821例,占83.5%;中度水肿113例,占11.5%;重度水肿49例,约占5%。分泌物少881例,占89.6%;分泌物较多占102例,约占10.4%。

按:本方选用生大黄清血热,消肿毒,破血瘀;芒硝清热散瘀,软坚消肿;枳实、厚朴行气散结;马齿苋清热解毒,散血消肿;乳香、没药活血消肿,生肌止痛,诸药合用有清热解毒、活血消肿、生肌止痛之功效。大承气汤原用于痞、满、燥、实之阳明热结重症,内服有清热通腑、急下存阴之功,药效峻猛。现代药理实验证明,大承气汤有增加肠襻局部血流量,降低血管通透性,以及抑菌、抗感染等作用。故不管从理法方药,还是从实验研究看,本方应用较为对症。在运用本方熏洗时应注意如下几方面:①本方组方简单,成本不高,做到一剂一洗。②掌握好熏蒸及浸润的温度,温度高时以熏蒸为主,一般35~40℃时再浸洗,防止局部烫伤。③保证足够熏洗时间,冬季气温低时药液容易冷却,可在药盆外套一大盆,并酌加热水以保持药液温度。④保持药盆适当高度,一般情况下,药盆应尽量低,以使熏洗时充分暴露创面,使创面易清洁并促进药物吸收。年老体弱患者适当调高药盆,但在熏洗时指导患者用手牵开臀部暴露创面。⑤熏洗完毕后再次检查创面,防止创面污浊,再涂上京万红软膏,起到湿润创面,减轻疼痛,消肿生肌的作用。

第六节 术前清洁肠道

在结肠镜检查前,肠道清洁是一项十分重要的工作,直接影响到检查的结果。目前大多采用口服番泻叶、大黄粉、大黄水煎剂、甘露醇、蓖麻油、硫酸镁及清洁灌肠等方法。

【临床应用】

田氏等^[4]采用大承气汤用以结肠镜检查前清洁肠道,收到良好效果。治疗方法:予大承气汤1剂,药用:大黄6~15g(后下),芒硝10g(冲服),枳壳15g。水煎10分钟,取药汁300ml于检查前1

日晚8时,1次服用,服药后须饮用淡盐水1500ml,检查当日可进餐。观察结果:依据结肠镜检查结果,肠道清洁优者97例,良31例,可18例,差4例。

按:大承气汤是针对阳明腑实而设立的峻下之剂,后人用之慎之又慎,恐犯“虚虚之误”,在临床运用过程中体会到:汤剂在运用时,应根据病人体质状况而定剂量,体质强,便秘患者,大黄可用15g后下,芒硝可冲服;体弱,长期腹泻者,可减大黄量,且不必后下,芒硝亦可同煎。在服用药物后,需饮淡盐水1500ml,可提高肠道清洁度,亦可防止脱水的发生。应用过程中夜间腹泻次数最多6次,服药后无腹痛、脱水及其他不适症状发生,晨起进食早餐,在餐后3小时检查至回盲部时,无粪便增多现象,提示药性属一过性,无持续腹泻现象。

第七节 心脏起搏器植入术后 胃肠功能障碍

起搏器植入术后患者需卧床休息,以免起搏电极脱位,因而常引起手术后腹痛、腹胀,难以排出大便,甚至出现动力性肠梗阻。

【病案举例】

1. 某,男,71岁,因胸闷反复发作10余年,伴黑蒙加重1周,于2002年12月10日以“病态窦房结综合征、窦性心动过缓、窦性静止、交界性逸搏心律”入院。入院时T36.5℃,P50次,R20次,BP17.3/10.6kPa,神志清,两肺未闻及干湿性罗音,心界区无异常搏动,心界不大,心率50次,律不齐,心音低钝,心脏各瓣膜区未闻及杂音,肝脾肋下未触及,肠鸣音正常。心电图:窦性静止、交界性逸搏心律。胸片、B超肝脾未见异常,12月12日在局麻下行左锁骨下途径安装VVI心脏起搏器植入术,手术顺利,起搏器感知功能良好,心率70次。术后12小时出现腹胀、腹痛,渐加重并出现呕吐胃内容物多次,肛门无排气、排便。体检:心肺无异常发现,腹部膨隆,未见肠型及蠕动波。腹软全腹有轻压痛,无反跳痛,叩诊呈鼓音,移动性浊音阴性,肠鸣音减弱,未闻及气过水声。化验:血常规

正常, 电解质均正常; 按动力性肠梗阻处理: 经禁食、输液、并灌服中药 (大黄 15g, 厚朴 20g, 枳实 9g, 芒硝 9g, 甘草 10g, 黄芪 10g, 川黄连 5g 水煎), 经过 3 天, 肛门排气、排便, 症状完全消失^[5]。

2. 男性, 65 岁, 因反复晕厥 10 余次于 1999 年 10 月 5 日以“病态窦房结综合征 (慢 - 快型)”入院。入院时 T36.5℃, P48 次/分, R20 次/分, BP136/70mmHg。神志清、两肺未闻及干、湿性罗音, 心前区无异常搏动, 心界不大, 心率 48 次/分、律不齐、二尖瓣区可闻及 II/6SM, 腹软、肝脾肋下未触及, 肠鸣音正常。动态心电图示: 房性早搏部分呈二联律、三联律, 阵发性房性心动过速, 偶发室性早搏。电解质正常, 10 月 7 日在局麻下行左锁骨下途径安装 AAI 心脏永久起搏器植入术, 手术顺利。起搏器感知功能良好, 心率 70 次/分。术后第一天出现腹胀、渐加重并呕吐胃内容物 1 次, 肛门无排气、排便。体检: 心肺无异常发现, 腹部膨隆, 未见肠型及蠕动波。腹肌紧张, 全腹有轻压痛, 无反跳痛, 叩诊呈鼓音, 移动性浊音阴性, 肠鸣音减弱, 未闻及气过水声。化验: 血常规正常, 电解质 K^+ 5.31mmol/L, Na^+ 130mmol/L, Cl^- 100.3mmol/L, Ca^{2+} 2.2mmol/L, 腹部 X 片见数个大的肠腔内液平面, 且见大量肠管扩张, 按动力性肠梗阻处理, 经禁食、补液, 胃肠减压、抽出大量气体及少量胃液, 并灌服中药 (大腹皮 30g、厚朴 15g、枳实 30g、大黄 10g、芒硝 10g、甘草 5g 水煎), 经过 5 天症状才缓解, 术后第五天肛门排气、排便, 症状完全消失^[5]。

3. 男性, 67 岁, 因发现血压高 30 年, 胸闷反复发作 1 年, 人事不省半小时于 1999 年 10 月 21 日以“高血压病、冠心病 (心律失常型)、交界逸搏心律、双束支传导阻滞, 阿斯综合征发作”入院。入院时: T37℃, P72 次/分, R20 次/分, BP180/95mmHg, 神志清, 双肺未闻及干、湿罗音, 心尖搏动弥散, 触及抬举性心尖搏动, 心界向左下扩大, 二尖瓣区可闻及 III/6SM。腹软, 无压痛、肝脾肋下未触及, 血常规正常, 尿常规: 蛋白 (+)、未见管型。心电图: 交界性逸搏心律, 双束支传导阻滞。头颅 CT: 双侧基底节及双侧脑室旁多发性腔隙性脑梗塞、老年性脑改变, 皮层下动脉硬化。经卡托普利 12.5mg, 3 次/日, 尼群地平 10mg, 3 次/日, 血压控制在 135/

85mmHg。于10月23日在局麻下行左锁骨下途经安装VVI心脏永久起搏器植入术，手术中顺利，起搏器工作良好，心率70次/分。术后第二天出现腹胀，给予吗叮啉口服无效，腹胀渐加重并伴恶心、呕吐胃内容物，肛门无排气、排便。体格检查：两肺未闻及罗音，心率70次/分，律齐，心音强，二尖瓣区可闻及Ⅲ/6SM，腹膨隆，腹肌稍紧张，轻度压痛，无反跳痛，叩诊呈鼓音，移动性浊音阴性，电解质正常。按动力性肠梗阻处理，禁食，补液，胃肠减压，并灌服中药（大黄10g、厚朴20g、枳实15g、芒硝9g、甘草5g、川黄连5g，水煎），术后第四天肛门排气、排便，症状消失^[5]。

按：老年人术前无消化系统疾病、感染、肿瘤及腹部手术史，胃肠功能良好，无习惯性便秘史，而永久心脏起搏器安装术后出现动力性肠梗阻，且电解质正常的，其梗阻多与手术有关。分析其原因：①老年人生理性胃肠分泌、运动功能下降，神经反射易引起肠壁肌肉功能紊乱，使肠蠕动丧失或肠管痉挛，以致肠内容物停止运行，术后卧床加重其功能紊乱。②围手术期病人思想负担重、紧张焦虑、恐惧情绪、环境改变等应激变化，加重了胃肠功能失调，胃肠蠕动减少或丧失，胃内容物不能正常运行，导致肠梗阻。因此，对老年人植入心脏起搏器前要做好思想工作，解除思想顾虑，练习床上进食、大小便，术后饮食应以进清淡产气少的食物为宜，适当给予胃肠动力药物，如吗叮啉、开塞露；一旦出现肠梗阻表现应及时处理，禁食、补液、必要时行胃肠减压，中药治疗。大承气汤具有促进胃肠蠕动、改善胃肠血液循环、降低毛细血管通透性作用。大承气汤为通里攻下的代表方剂，临床上用于梗阻性、血运障碍性腹部疾病已取得一定的效果。大承气汤有增强胃肠道蠕动的功能，不失为术后促进胃肠功能恢复的良好药物。

参考文献

- [1] 张赞华，郦岳．大承气汤治疗腹腔间隔室综合征疗效观察．浙江中西医结合杂志，2007，17（10）：612～613
- [2] 解基良，郑显理，吴咸中．大承气汤冲剂防治急性腹内感染内毒素血症的

研究. 中国中西医结合外科杂志, 1994, 1 (1): 6~8

- [3] 凌星. 983 例痔术后患者运用大承气汤加味熏洗疗效观察. 甘肃中医, 2002, 15 (6): 44~45
- [4] 田旭东, 张学平, 张参军. 大承气汤在结肠镜检查前清洁肠道 150 例观察. 甘肃中医, 1999, 12 (6): 28~29
- [5] 王云开, 王梦洪, 吴印生, 等. 加味大承气汤对心脏起搏器植入术后胃肠功能的影响. 江西省第三次中西医结合心血管学术交流会. 2006 年, 198~199

妇 科 病 证

第一节 盆 腔 炎

盆腔炎是妇科常见病之一，是指妇女盆腔内子宫、输卵管及卵巢或其周围的组织，包括盆腔内腹膜，任何一处发生炎症时，均可称为盆腔炎。炎症可局限于一个部位，也可几个部位同时发炎。盆腔器官炎症很少单独存在，特别是在急性炎症中，往往影响周围的器官和组织，易引起腹膜炎、膀胱炎、肠炎等。

盆腔炎属中医学“腹痛”、“带下”、“癥瘕”范畴，其病机为热毒、湿浊客于冲任，冲任损伤，致使气滞血瘀，“瘀血阻滞冲任胞脉”为其主要病机，故治疗可采用清热利湿、清热解毒、调理冲任之法。

【临床应用】

黄氏等^[1]在应用西药抗生素及中药清热解毒的前提下，合用大承气汤治疗急性盆腔炎，取得了满意的疗效。治疗方法：均予中西医结合治疗。西药：先锋Ⅳ号 6g 和甲硝唑 1g，每日静滴 1 次。中医治疗：均予四黄水蜜外敷下腹，复方毛冬青液保留灌肠。在治疗第 1 周内，66 例中，38 例口服大承气汤加清热解

毒药治疗（承气汤组），28例口服清热解毒药治疗（非承气汤组），方中无泻下剂。显效：治疗组38例，对照组12例；有效：治疗组0例，对照组16例；无效：治疗组0例，对照组0例。

按：大承气汤是张仲景在《伤寒杂病论》中为阳明腑实证所设。它擅通胃结，救胃阴、承顺胃气下行，散结通腑。药理研究表明，大承气汤及大黄有良好的抗菌作用。大承气汤能够稳定溶酶体膜，减少溶酶外逸，保护细胞器，减轻内毒素对机体的损害。急性盆腔炎患者虽未见腑实之证，仍予攻下之剂，使患者大便保持2~4次/d，加速了体温的下降、腹痛症状的缓解。提高了急性盆腔炎的治疗效果。

【病案举例】

患者，女，43岁，因月经后下腹痛2天入院。入院时症见：神疲，体温39℃，持续下腹痛，伴肛门坠胀感，阴道分泌物多，色黄质稠，二便正常，舌质红暗，苔黄厚，脉弦滑。查体：腹软，压痛（++），反跳痛（+++）。妇检：子宫触痛（++），双附件增厚触痛（+++）。入院后予中西医结合治疗，中药汤剂为承气汤组。治疗7天后，体温正常。查体：腹部压痛（-）。妇检：子宫触痛（+），双附件增厚触痛（±）。大便2次/d。14天后痊愈出院^[1]。

参 考 文 献

- [1] 黄晋琰，黄健玲. 大承气汤在急性盆腔炎治疗中的应用. 现代中西医结合杂志，2002，11（17）：1721~1722

第二节 妇产科术后肠胀气

近年来剖宫产率上升及宫外孕手术增加,术后肠胀气亦为临床上所常见,中医学认为本病是由于脾胃运化失司,肠蠕动缓慢,腑行不畅,浊气不降,清气不升而致。故治疗上当以通腑泄浊、理气导滞为主。

【临床应用】

钟氏^[1]应用大承气汤加减治疗妇产科术后肠胀气 100 例,取得良好效果。治疗方法:全部病例采用大承气汤加减治疗,药用:生大黄(后下) 12g,厚朴 10g,枳实 12g,炙甘草 5g,延胡索 10g,败酱草 30g,腹胀甚,加芒硝(冲) 6g,水煎服。治疗结果:本组 100 例,显效 58 例,有效 42 例,总有效率为 100%。

按:大承气汤中生大黄、芒硝有泻下通便的作用,刺激肠壁引起泻下;厚朴、枳壳能兴奋肠道平滑肌,增加肠道的蠕动,改善肠道的功能;延胡索能行气止痛,除痉;败酱草能清热解毒以清里热;甘草起调和作用。诸药合用能下气除胀,荡涤肠道积滞,祛逐肠内瘀滞。故对妇产科手术后肠胀气的病人有显著的治疗效果,并对预防性的治疗也有一定的疗效,术后 6 小时开始少量频服(去芒硝),次日再服 1 剂,可于 14~30 小时内提前肛门排气,使术后病人提早进食,早日康复。

陈氏^[2]对 120 例妇产科术后病人口服大承气汤加味,效果满意。治疗方法:治疗组应用大承气汤加味,药用:大黄 10g(后下),厚朴 10g,枳实 10g,芒硝 3g(冲服)。根据病情选加:木香 10g、赤芍 10g、丹参 10g、陈皮 10g、砂仁 10g、山楂 10g,每剂加水 500ml,煎成 150ml 左右,术后 6 小时首次服用 60~80ml,而后间隔 4 小时再服 60~80ml,一般服 1 剂排气即可停药,未排气者每间隔 2~4 小时再服 60ml,排气后即停药,进流食。对照组不服用任何药物,即术后等待自然排气。治疗结果:治疗组 <36h 排气 72 例,36~48h 排气 44 例,>48h 排气 4 例。对照组 <36h 排气 32 例,36~48h 排气 38 例,>48h 排气 50 例。两组比较有明显差异($P<0.05$)。

按：妇产科手术后病人易出现腹胀、胃肠功能差等常见并发症。大承气汤中，大黄可增进肠蠕动、促排便；枳实破气消积、化痰除痞，对胃肠有兴奋作用，使胃肠蠕动加强而有节律；厚朴功效燥湿散满，行气降逆，用于湿阻脾胃、脘腹胀满；芒硝能刺激胃肠促其蠕动及分泌，并能缓解胃肠胀气所致腹痛；丹参活血祛瘀改善微循环；砂仁对肠管呈兴奋作用，醒脾和胃，行气宽中，对脾胃气滞、脘腹胀满有良效；山楂能帮助消化。诸药合用共奏消积导滞、通下祛瘀、促进胃肠蠕动、改善微循环的作用。

李氏等^[3]采用增液承气汤加减治疗妇科肿瘤术后腹胀，取得了满意效果。治疗方法：大承气汤组方：党参 24g，玄参 10g，麦冬 10g，细生地 12g，川牛膝 6g，炒莱菔子 15~20g，厚朴 10~12g，枳壳 4.5~6g。根据辨证，部分患者去芒硝，代以番泻叶 1~1.5g，或加赤、白芍各 10g，乌药 10g，白术 15g，加水煎煮后半小时后加大黄 6~9g，取浓缩汁 100~150ml，嘱病人少量缓慢温服。治疗组在手术后第二天晨 9~10 时温服增液大承气汤，对照组在明确指征的情况下肌注新斯的明 1mg 或肛管排气，个别患者再酌情行胃肠减压。治疗结果：两种方法效果比较，治疗组显效率达 50%，对照组显效率为 0%，经 X^2 检验， $P < 0.01$ ，治疗组与对照组有显著差异。

按：中医理论认为该症因于气，秽物之不去，由气之不顺也，故攻积之剂，必用气分之药，因以承气名汤。增液承气汤，为温病治疗中的经典方剂，由大黄、芒硝、甘草组成为泻下剂中之缓剂，具有滋阴增液、泄热通便的功用。术后病人常有气虚、气不摄津，故汗多。术后禁食，造成体内津液不足。方中重用党参，以补气、生津、养血；玄参、生地、麦冬滋阴增液、润燥滑肠；大黄软坚润燥、泄热通下。诸药合用，共奏攻补兼施、“增水行舟”功力。

顾氏等^[4]用大承气汤加速妇产科腹部手术后胃肠道蠕动功能康复 175 例，并设对照组 175 例进行了比较，取得较好疗效。治疗方法：对照组采用常规疗法，即手术后常规抗炎止血，如腹胀、呕吐明显的患者加 10% 氯化钾静滴。治疗组在常规疗法基础上于手术后 6 小时受术者神志清楚后口服中药大承气汤。方药：制大黄 10g，厚朴 10g，芒硝 6g，枳实 9g。服法：上方加水 500ml，煎 30min 取汁

100ml, 分1~2次口服, 日1剂, 共服2剂。治疗结果: 治疗组175例手术患者口服大承气汤后术后肛门排气时间平均32.8h, 对照组术后肛门排气时间平均52.14h, 进行统计学处理, $P < 0.05$ 。

按: 对于进腹实施妇科与产科手术的病人来说, 术后肛门是否排气是医患共同重视的与康复相关的第一指标。加速妇产科进腹手术后肛门排气可以改善手术后受术者正常生理功能的康复, 防止各种并发症, 减轻手术带给患者的痛苦与压力。中医学认为, 手术后或因津液耗损, 燥热内结, 或因气机郁滞, 或因气血不足, 气行不畅, 以致大肠传导功能失常, 腑气不通, 肛门不排气。大承气汤中大黄泄热通便, 荡涤肠胃; 枳实行气散结, 消痞除满; 芒硝泻热除满; 厚朴行气散结, 共达行气通便泻热之效。现代实验证明, 大承气汤能促进胃肠的蠕动功能, 故术后服用大承气汤可加速肛门排气。

刘氏等^[5] 对大承气汤颗粒剂在妇科腹腔镜围手术期的作用进行了观察。治疗方法: 用法: 微中组36例, 术前服用大承气汤颗粒剂2包/次, 2次/d, 温开水200ml冲服, 第2d行腹腔镜手术治疗。微创组30例, 术前不加用大承气汤颗粒剂, 单纯以腹腔镜手术治疗。药物组成: 大承气汤颗粒剂组成: 大黄12g, 厚朴9g, 枳实9g, 芒硝6g。规格: 每包3g。来源: 南开医院制剂室提供。治疗结果: ①两组患者腹腔镜手术成功率100%, 无中转开腹。两组病例中均无损伤及术后病率(体温 $>38^{\circ}\text{C}$)。术中观察肠管胀气情况: 微中组0例, 微创组3例。术式: 输卵管切除术8例, 卵巢畸胎瘤剥除术12例, 卵巢囊性肿物切除术31例, 中侧附件切除术10例, 输卵管伞端黏连分解1例, 伞端切开成型1例, 输卵管通液3例。②术后肠功能恢复时间, 微中组术后排气、排便时间早于微创组, 差异有显著性($P < 0.05$)。③血白细胞计数, 两组病例术前血白细胞计数差异无显著性($P > 0.05$), 术后24h差异有显著性($P < 0.05$)。

按: 腹腔镜微创手术具有创伤小、痛苦小、切口小、恢复快、住院时间短等优点, 在妇科手术治疗中应用越来越广泛。但在使用电凝、止血、切割等操作时, 极易损伤肠管, 造成严重并发症。如果术前肠道准备不充分, 严重损伤时就会有肠液甚至粪便溢出, 污染腹腔, 引起腹膜炎, 严重者导致生命危险。大承气汤颗粒剂由大黄、芒

硝、枳实、厚朴组成。大黄苦寒攻下、荡涤积滞、凉血祛瘀生新为主药；枳实、厚朴行气消痞除胀；芒硝咸寒软坚导便清热为辅药。诸药合用，使痞满积实坚去除，排气通畅，肠功能迅速恢复。实验证明：大黄抑制肠道内毒素吸收及致病菌过度生长，促进肠黏膜内杯状细胞大量增生，增加肠腔内黏液分泌，清除氧自由基，保护肠黏膜。枳实破气消积，化痰除痞，对正常和松弛的肠管有兴奋作用；厚朴行气燥湿消积，具有抑制血小板聚集作用。术前使用大承气汤颗粒剂，通过其攻下作用，清洁肠道。特别是在气虚引起习惯性便秘女性患者，肠道准备应更加充分，对保证手术成功至关重要。不仅可以减少术中肠管胀气，清楚暴露术野，避免损伤，还可以缩短术后排气排便的时间，促进肠道功能早日恢复。大承气汤颗粒剂可抑制内毒素诱生的细胞因子，从而减轻机体手术后的急性应激反应，术后微中组血白细胞记数低于微创组。妇科腹腔镜微创手术术前使用大承气汤颗粒剂，通过其峻下作用，清洁胃肠道，驱除胃肠道内的细菌和内毒素，减少内毒素的吸收，降低炎性反应，加快胃肠道功能的恢复，增强了腹腔镜微创手术治疗妇科病的优势。

【病案举例】

1. 向某，24岁，农民，因孕9月，破水3天，腹阵痛1天就诊，诊断为足月妊娠、胎儿窘迫、滞产、早破水，急诊剖宫产。术后48小时腹部胀，觉腹内肠鸣气窜，但矢气不下，腹部膨胀如鼓，卧睡不安，恶心呕吐，口干，精神萎靡，脉弦数，给予杜冷丁、新斯的明治疗，腑气仍不通，上述症状加重，烦躁，疼痛，呻吟，证属湿热内蕴、燥结于里，治以理气导滞、通便攻下。处方：大黄（后下）6g，厚朴10g，枳壳12g，炙甘草5g，延胡索30g，败酱草30g，芒硝（冲）6g，水煎服。上午服1剂后口干消失，觉腹中肠鸣，下午再服1剂后肛门频频排气，并排出较少稀大便，全身顿觉舒服、轻松，症状体征消失，进食^[1]。

2. 女，43岁，1999年9月11口来院。诉近2个月来月经量增多，经期延长达半月之久，以致头晕心慌，酸软乏力，倦怠嗜卧，面色苍白，动则气喘，舌质淡、苔白薄，脉沉细弱。B超提示子宫肌瘤。9月15日行子宫全切术。术后给予能量合剂、预防感染等治疗。

至第三天出现高热、口渴、腹胀膨满、痞实，舌苔焦黑，脉滑数。至第四天仍不排便排气，患者呼吸急迫，渴欲冷饮，头汗出，躁扰不宁。此为热邪入里，转成阳明腑实之证。治宜峻下热结。用大承气汤加减，处方：生大黄 10g（后下）、芒硝 24g（冲服）、枳实 10g、厚朴 10g、莱菔子 10g、桃仁 10g。服药后当日下午即自动排气，随之解出干结大便，次日热退净，腹部舒适而愈^[6]。

参考文献

- [1] 钟新华. 大承气汤加减治疗妇产科术后肠胀气 100 例. 湖南中医药导报, 1997, 3 (5): 41~42
- [2] 陈灵. 大承气汤妇产科术后应用观察. 甘肃中医, 2003, 16 (6): 28~29
- [3] 李建英, 周慧清, 谢婷婷. 增液大承气汤在妇科肿瘤腹部手术后的应用. 杭州医学高等专科学校学报, 2000, 21 (1): 47~48
- [4] 顾江红, 孙丽珍. 大承气汤加速妇产科进腹手术后胃肠功能康复的临床观察. 浙江中医学院学报, 1995, 19 (4): 37
- [5] 刘笑梅, 曹保利, 李萍, 等. 大承气汤颗粒剂在妇科腹腔镜围手术期的应用. 天津中医学院学报, 2002, 21 (3): 18
- [6] 熊汉平. 中医药治疗术后高度腹胀便秘 100 例. 现代中西医结合杂志, 2008, 17 (16): 2504

第三节 术后肠梗阻

肠梗阻是妇科常见的术后并发症之一，现代医学认为腹部术后肠梗阻多由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等因素导致的肠壁水肿和渗出，形成的一种机械性和动力性因素同时存在的黏连性肠梗阻。

本病属中医学“腹胀”、“关格”、“肠结”的范畴。是由于外邪阻闭，瘀血内停，脏腑气机阻滞，升降失调，腑气郁结所致。治疗上当遵“六腑以通为用，以降为顺”、“不通则痛”等原则，以通里攻下、行气消胀止痛为主。

【临床应用】

李氏^[1]应用复方大承气汤治疗妇科术后肠梗阻 26 例,取得了满意效果。治疗方法:均给予禁食、水,补液,纠正水电解质紊乱及抗生素预防感染等常规治疗。21 例予胃肠减压,5 例因患者拒绝未予胃肠减压。中医治疗给予复方大承气汤:厚朴 15g,炒莱菔子 20g,枳实 10g,生大黄(后下) 6g,芒硝(冲) 10g,赤芍 15g,焦槟榔 10g,桃仁 10g。胀痛甚加延胡索、木香;恶心呕吐者加半夏;烦热舌红者加丹皮、知母、生首乌;疲乏、头晕者加黄芪、党参、玄参。水煎 200ml,1 剂/d,分 2 次口服或从胃管注入,症状重者可加用本方保留灌肠,100ml/次,1~2 次/d。治疗结果:26 例经上述治疗治愈 20 例,好转 5 例,无效 1 例转手术治疗。总有效率 96%。治疗时间最短 2d,最长 12 天,平均 5 天。

按:复方大承气汤具有通里攻下、行气消胀止痛作用。方中生大黄泻热通便、荡涤肠胃,芒硝泻热通便、软坚润燥,焦槟榔行气导滞通便,厚朴、枳实、莱菔子行气通络、消痞除满,桃仁、赤芍活血化瘀、消肿止痛。现代研究也表明,大承气汤能直接增强肠管平滑肌细胞的电兴奋性,促进肠道收缩,增进肠道推进功能。在现代医学非手术治疗的基础上,采用复方大承气汤效果确切,可避免手术,预防后期复发,疗效满意。

【病案举例】

1. 某女,27 岁孕 1 产 0,因胎儿窘迫活跃期停滞行子宫下段剖宫产术,手术过程顺利,术后第 1 天出现腹胀痛,未做特殊处理,第 2 天症状加重。腹部膨似足月妊娠。听诊肠鸣音正常,X 线显示结肠明显胀气,乙状结肠未见气体,电解质正常。给予胃肠减压等对症处理症状未缓解,疑乙状结肠扭转行剖腹探查,术中见肠管普遍胀气,结肠扩张尤甚达 8cm,肠壁薄,未见肠扭转。放置烟卷引流后关腹,术后持续胃肠减压,腹胀仍不缓解,遂考虑为假性肠梗阻。用中药大承气汤保留灌肠,药物组成:大黄、枳实、厚朴各 10g,芒硝 20g,加水煎至 150ml,35℃ 左右,直肠注入,保留 30min 以上。30min 后排气排便腹胀迅即消失。痊愈出院^[2]。

2. 某女,38 岁孕 2 产 0,以足月妊娠、高龄初产、活跃期停滞行剖宫产术,手术经过顺利,术后第 1 天出现腹胀,腹部高度膨隆,

肠鸣音活跃，心电图及电解质正常，X线显示结肠普遍胀气无气液平面。给予胃肠减压效果不著，用大承气汤，药物组成：大黄、枳实、厚朴各10g，芒硝20g，加水煎至150ml，35℃左右，直肠注入，保留30min以上。保留灌肠后排气排便，腹胀消失。痊愈出院^[2]。

按：假性肠梗阻综合征多发生于产程延长而剖宫产终止妊娠者。发病机制尚不清楚，假性肠梗阻与支配结肠的交感神经功能失调有关。此外，还可能与妊娠后体内孕激素大量增加，肠管平滑肌张力下降有关。其临床特点是术后较早出现腹胀，X线拍片显示麻痹性肠梗阻表现，但肠鸣正常或亢进，电解质正常无低钾表现，如延误治疗可导致严重后果，危及患者生命。方中大黄清泻热火、通腑行气，芒硝软坚散结，枳实、厚朴理气消胀，诸药相伍可使机体六腑通畅，胃气下顺，行气通便而消除满胀，具有刺激肠蠕动、消除肠麻痹、行气散结之功效。中药大承气汤保留灌肠药力可直接作用于病位，起到攻补兼施、通里攻下、迅速缓解腹胀的作用。

参考文献

- [1] 李莉. 复方大承气汤治疗妇科术后肠梗阻. 中国现代中医学杂志, 2007, 3 (3): 258 ~ 259
- [2] 曲群, 段创, 高庆. 大承气汤保留灌肠治疗剖宫产术后假性肠梗阻2例. 陕西中医, 2002, 23 (1): 57

第一节 休克型大叶性肺炎

休克型大叶性肺炎，属中医学厥证范畴，亦是儿科危急重证之一。现代医学认为，休克型大叶性肺炎是由细菌毒素侵犯血管舒缩中枢，引起中毒性末梢循环衰竭，最终导致休克，这与中医学邪毒内陷、肺热内闭的病机是一致的，故治以通腑泄浊、泄热解毒之法。

【临床应用】

杨氏等^[1]应用大承气汤加味治疗儿童休克型大叶性肺炎 20 例，疗效显著。治疗方法：全部病例均选用大承气汤加味：大黄 12g，芒硝（后下）10g，厚朴 10g，枳实 10g，鱼腥草 15g，连翘 15g。每日 1 剂，水煎分 2 次温服，以泻下燥粪或大便溏薄为度。咳声重浊痰多者，加桔梗、川贝、桑皮、黄芩；呼吸困难、紫绀、鼻煽、抽搐者，加杏仁、地龙、防风、羚羊角。治疗结果：20 例患儿全部治愈。休克纠正时间为 6~30h，体温降至正常时间为 2~5 天，X 线肺部阴影消失时间为 5~8 天，呼吸恢复时间为 3~8 天。

按：休克型大叶性肺炎患儿中，大多具有

腹胀、胸中灼热、大便秘结、小便黄赤等热结肠胃症状，中医学认为，肺与大肠相表里，大承气汤既能泄热解毒，又有效地减轻或消除细菌毒素的产生，清泻肠胃可起到宣降肺气、釜底抽薪的作用，邪热得泄，其病自除。

【病案举例】

王某，男，12岁，学生，1998年1月10日就诊。其母代述：3天前突然寒颤，高热，体温 39.3°C ，胸中灼热，胸背疼痛，咳吐铁锈色痰，小便黄赤，大便秘结，经输注青霉素、头孢唑林、地塞米松等（药量不详）不效，症状加重，特来我处求中药治疗。刻诊：除上述症状外，兼见口唇紫绀，意识时有不清，面色苍白，舌质红绛，苔黄燥，脉细数。体温 35.5°C ，血压 $10/7\text{kPa}$ 。中医辨属热厥证。治宜通腑泻热、宣达郁阳。用基础方加瓜蒌仁 10g ，黄芩 10g ，杏仁 10g 。每日1剂，水煎服。服药2剂后，燥粪已下，体温降至 38.3°C ，余症减轻，肺部仍可闻及湿罗音。腑气虽通，但余热未清，故二诊时于上方去大黄、芒硝，加桑皮 10g ，川贝 10g ，续服3剂。3剂服完，上述症状十去八九，体温降至 36.5°C 。最后又守二诊方观察治疗6天，痊愈出院^[1]。

参考文献

- [1] 杨献民，杨军. 大承气汤加味治疗儿童休克型大叶性肺炎20例. 国医论坛，2000，15（2）：12

第二节 急性肺炎

急性肺炎是小儿时期常见的疾病，重症肺炎是婴幼儿时期主要死亡原因之一，近年来采用中西医结合治疗，其病死率已有明显下降。临床常以病理、病原、病情及病程分类，婴幼儿以急性支气管肺炎为多见。肺炎的病因主要有感染性、理化性（如放射线、毒气、毒物、药物等），以及免疫、变态反应性（如过敏、风湿病等），但临床上所见的急性肺炎绝大多数为各类微生物引起的感染性肺炎，其病原体

包括细菌、病毒、衣原体、支原体、立克次体和寄生虫等。急性肺炎系肺实质的急性炎症，为临床上常见的感染性疾病，按解剖学分类，肺炎可分为大叶性、小叶性和间质性。近年来，由于抗生素的广泛应用，临床上以轻型或不典型的肺炎为常见，而整叶实变的肺炎已不多见。细菌性肺炎仍是最常见的肺炎，约占肺炎的 80%。但随着医疗技术的发展、抗菌药物广泛应用和易感人群结构的改变，近几年肺炎病原体的分布也发生了明显的变化。调查结果表明，医院外感染肺炎中肺炎球菌所占比例下降，而流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌和其他革兰阴性杆菌所占比例明显上升；此外，病毒性和真菌性肺炎在急性肺炎中的比例有上升的趋势。肺炎的治疗措施包括：①病原治疗；②呼吸治疗，如吸氧和机械通气；③免疫治疗；④支持治疗；⑤对症治疗等综合治疗。小儿肺炎的性质多属邪热火毒并有痰滞为患。

【临床应用】

张氏^[1]用大承气汤加味肛滴治疗小儿肺系热证 60 例，并设对照组进行了观察，取得了较好效果。治疗方法：肛滴组：药用大黄 15g（后下），枳实 10g，芒硝 10g（溶入），甘草 5g，寒水石 15g，金银花 20g，大青叶 20g，紫草 10g。上药除芒硝外先浓煎 3 次，然后混合浓缩至 400ml 时再溶入芒硝，最后用纱布过滤，取澄清液，待温度至 35℃ 左右时，取 100 ~ 200ml 置入输液瓶内备用。治疗时让患者先排空大便，取侧卧位，臀部抬高 5 ~ 10cm，按普通灌肠方法滴灌，滴速每分钟 30 ~ 100 滴，每天 1 ~ 2 次。待大便泻下，热退身凉时即可停药。对照组：应用退热剂、激素、补液、抗感染及其他退热措施。两组均以 7d 为 1 疗程观察疗效。结果：肛滴组痊愈 53 例，好转 7 例，有效率 100%，平均退热时间 1.9d；对照组痊愈 20 例，好转 36 例，无效 4 例，有效率 93.33%，平均退热时间 4.0d。肛滴组在用药 2 ~ 3h 后体温即逐渐下降，其中在 24h 内恢复正常者 28 例，48h 内恢复正常者 20 例。

【病案举例】

1. 曹某，男，1 岁 7 个月，1996 年 1 月 10 日 15 时就诊。患儿咳嗽气喘，痰多，每日午后开始发热，后渐升，至夜半始降，天明热去。在卫生室诊为支气管肺炎，用青霉素等药输液及对症治疗 3 天未

效来诊。现诊：体温 38.9℃，呼吸 47 次/分，咳喘，鼻翼煽动，喉中痰鸣，惊惕不安，时有双目直视，腹胀恶心作呕，大便 3 日未行，两肺可闻及干湿罗音。实验室检查：白细胞总数 $22 \times 10^9/L$ ，胸片示：双肺有大小不等点片状阴影。证属风温犯肺，肺气膜郁，邪毒炽盛，结于肠道。拟大承气汤加味：大黄 6g，厚朴 10g，枳实 8g，芒硝（冲）5g，桑白皮 6g，葶苈子 6g，虎杖 10g，地龙 5g，立即煎服。服后约 1 小时大便得下，极臭，量多，体温降到 37.4℃，喘促大减。后以麻杏石甘汤加减调治 8 天而愈^[2]。

按：本案例用大承气汤，一在于攻下泄热，降肺气；二在于降浊导滞，使肠内有毒物质及各种代谢产物迅速排泄。大承气汤虽用之效若浮鼓，但临证应注意小儿稚体娇嫩、易寒易热、易虚易实的特点，应辨证准确，中病即止，不必尽服。

参考文献

- [1] 张振卿. 大承气汤加味肛滴治疗小儿肺系热症 60 例. 国医论坛, 1998, 13 (1): 14
- [2] 刘传法. 应用大承气汤治疗重度小儿肺炎体会. 甘肃中医, 2003, 16 (4): 28

第三节 胃肠功能障碍

胃肠功能障碍为儿科常见病症，是机体遭受各种应激因素后所致，是重症患儿病情加重或恶化的标志之一，被称为是激发炎症反应的策源地，多系统器官功能衰竭的发动机，治疗不及时易发展为多器官功能障碍综合征而危及生命。主要临床表现为腹胀和应激性溃疡。若持续腹胀并有张力增加则可认为是病理性，多伴有急性病容和严重中毒症状，麻痹性肠梗阻时有腹痛、呕吐和不排气、不排便、肠鸣音减弱或消失。危重患儿出现腹胀常是病情恶化和不可逆转的征兆。应激性溃疡是机体严重的应激反应。尤其是在严重创伤、烧伤、休克及全身感染等情况下出现的急性上消化道黏膜病变时。早期临床表现

往往不十分明显,少数患儿可出现不同程度的腹胀、上腹痛、恶心等,因原发病危重掩盖了消化系统症状,常以出现黑便(柏油便)、突然发生呕血或吐咖啡样胃内容物为早期表现。积极控制原发病是治疗的基础,纠正各系统器官的功能障碍,保护重要脏器的功能,改善循环。控制感染和清除病灶,合理选择抗生素。做好液体疗法和热量供给。

【临床应用】

庄氏等^[1]应用大承气汤加减佐治小儿胃肠功能障碍,取得满意效果。治疗方法:两组均给予相同的综合处理,包括控制原发病,合理选用抗生素、脏器功能支持、营养支持、维持水和电解质平衡、禁食、胃肠减压,并应用5%的碳酸氢钠10~30ml,加3倍5%的葡萄糖溶液稀释后分次洗胃,至洗出液清亮后胃内注入西咪替丁10~20mg/kg,保留3~4h,酌情应用酚妥拉明,每次0.3~0.5mg/kg,静脉滴注,观察组在此基础上,给予大承气汤加减治疗,药用:大黄10g(后下),厚朴9g,枳实9g,白术10g,党参10g,甘草6g。水煎成100ml,按每次1ml/kg口服或鼻饲,8h1次,治疗有效后减量,据病情应用3~7d。治疗结果:治疗后两组血清TNF- α 、IL-6、IL-8及血乳酸均较治疗前明显下降,但以观察组下降明显,与对照组比较,差异有显著性($P<0.01$, $P<0.05$);两组治疗有效患儿肠鸣音恢复时间、腹胀缓解时间、出血消失时间观察组较对照组时间短,差异有显著性($P<0.05$)。

按:大承气汤作为传统泻下方剂,由大黄、厚朴、枳实、芒硝等组成,大黄作为大承气汤的主要成分,其含有的大黄素、大黄酸、芦荟和鞣质等,具有攻下泻火、荡涤肠胃、清热解毒、凉血行瘀等功效,已证实能有效地预防和治疗胃肠功能衰竭。现代医学证实,大黄为钙通道阻滞剂,可防止细胞内钙超载而起保护作用,而 Ca^{2+} 的跨膜流动和细胞内 Ca^{2+} 的变化对炎症介质的合成和释放必不可少。故大黄对TNF- α 、IL-1、IL-6、IL-8等细胞因子的产生有一定的抑制作用。有研究显示,大黄能抑制循环血内TNF- α 的基因表达,从而拮抗系统炎症反应。厚朴、枳实可消痞除满、破气散结。我们对其组成进行加减,芒硝属攻坚之品,对体表弱者不适,故将其弃去,而

增加白术、党参、甘草等以扶正固本、健脾理气、补中益气，从而克服了原大承气汤攻势过猛之弱点，而更适合于小儿及体弱者。

参考文献

- [1] 庄永玲, 万克林, 杨军霞. 大承气汤加减佐治小儿胃肠功能障碍的临床观察. 中国中西医结合杂志, 2004, 24 (4): 355 ~ 357

第四节 中毒性肠麻痹

中毒性肠麻痹是小儿时期危重病的常见并发症之一，尤其在新生儿时期，因腹部弥漫性膨隆而影响肺活量，并使胸、腹腔内血循环障碍，从而使原发疾病变得更加复杂棘手，故死亡率较高。

本病属于“积滞”、“关格”等范畴。其病机主要是气机阻滞，经络不畅，气血失和，甚至血瘀内结，造成肠道气血瘀结，通降失调而发病。湿热、风寒、痰浊、食滞均是促其发病的间接因素。同时，本病的形成与正气强弱密切相关。新生儿脏腑娇嫩，经脉未盛，气血虚弱，易为内外因素所干扰。肠道以通降下行为顺，经脉以流畅为和，若受病邪所伤，邪入于络，瘀阻脉道，以致气机壅滞，瘀血内停，或兼痰湿为患，或凝为癥积，皆使腹部气机不得宣通，气血运行受阻，滞塞上逆而见腹胀。治法以行气通络、活血祛瘀、温中补虚、消食导滞等为主，务使气机宣通，血脉流畅，则“通则不痛”、“气行血行”而达消除腹胀之目的。

【临床应用】

郑氏^[1]应用复方大承气汤加味治疗新生儿中毒性肠麻痹 36 例，取得较满意的疗效。治疗方法：采用复方大承气汤加味煎剂保留灌肠，一日 2 次，并取少量煎剂分次喂服。每日 1 剂，3 剂为 1 个疗程。方药由厚朴、炒莱菔子、枳实、炒大黄、芒硝、桃仁、赤芍、甘草、炒白术、陈皮组成。治疗结果：显效 14 例（38.9%），有效 20 例（55.6%），无效 2 例（5.5%），总有效率为 94.4%。

按：复方大承气汤加味具有通里攻下、行气活血的功效。方中厚

朴行气、燥湿、消积，炒莱菔子甘平、下气、除胀，同为主药；枳实消积理气而除胀；炒大黄清热通腑、荡涤肠胃之积热，且解毒活血祛瘀；芒硝泻热通便、润燥软坚共为辅；佐以桃仁、赤芍活血化瘀，兼能润肠通便以行血，又可防止因局部血瘀引起的组织坏死；炒白术、陈皮健脾温中补虚，理气祛寒化痰；甘草补脾益气、润肺止咳、缓急止痛，并可缓解药性，和大黄、芒硝同用能缓解其泻下作用，从而使泻而不速。

参考文献

- [1] 郑维. 复方大承气汤加味治疗新生儿中毒性肠麻痹 36 例临床观察. 青海医药杂志, 2002, 32 (3): 55 ~ 56

第五节 食积腹痛

食积腹痛是由于饮食停滞导致的腹部疼痛。儿童处在生长发育期，需要丰富的营养物质，但其生活不能自理，饮食不知节度，故易致饮食积滞。随着生活水平的提高，小儿食积腹痛的发病率越来越高。由于诊断和治疗的保守，致使许多患儿出现长时期的厌食腹胀、消瘦，甚至变生他证，影响健康发育。患儿过食肥甘厚味，导致饮食积滞胃肠，腑气不通，六腑以通为顺，以通为用，不通则痛，故腹痛。

【病案举例】

患者，男，9岁，持续性脐周疼痛5天，伴发热，腹胀而满，不思饮食，口中气热，噯腐食臭、未呕吐，大便4日未行，矢气臭如败卵，小便正常。曾应用延胡索止痛片、山莨菪碱、卡那霉素、双黄连等药物治疗4天无效来院。查体：体温37.3℃，脉搏88次/分，呼吸24次/分，体重30kg，痛苦面容，面色萎黄，口唇干燥，舌苔白厚少津，脐周压痛，腹部叩诊鼓音，肠鸣音减弱，左下腹可扪及条索状包块，脉滑，5天前有饮食不节史，中医诊断腹痛。治当行气通便、荡涤积滞，予以大承气汤加味：大黄10g、芒硝5g（冲服）、枳实10g、

川朴 10g、莱菔子 15g。上药水煎取汁 30ml，放入芒硝溶化，温服 150ml。服后 6 小时许，开始排气排便，初为燥屎粪球，后为水粪夹杂。排便后腹满痛即除，未服余药。嘱其回家后饮适量温稀粥，以调护胃气^[1]。

按：食积内停，必洩腐化热，而见发热；有形实邪阻于胃肠，致胃失和降，大肠传导失司，小肠受盛失常，所以厌食腹胀。《伤寒论》云：“病人不大便五、六日，绕脐痛……，腹满痛苦，此有燥屎也，所以然者，本有宿食故也。宜大承气汤。”故取枳实散结除痞，厚朴通滞泄满，芒硝润燥软坚，大黄荡涤积滞，莱菔子消食导滞，使积滞去，腑气通，诸症自除。采用大承气汤攻下通腑，可增加肠蠕动，促进机体新陈代谢，有助于饮食物的消化吸收和排泄，实为祛邪扶正的有效方法。但应注意，要中病即止，不可过用，以免过下伤正。

参考文献

- [1] 逢明梅. 大承气汤加减治疗小儿食积腹痛. 邯郸医学高等专科学校学报, 2000, 13 (5): 387

第一节 脊柱骨折后腹胀

脊柱骨折后腹胀是属骨伤科损伤之损伤腹胀的范畴。临床以脊柱骨折、骨盆骨折后较多见，以腹部胀、痛、闭，甚则呕吐为其症状特点。多在损伤后 1~2 天开始，并逐渐加重。由于脊柱骨折病人需绝对卧床休息，翻身困难，不习惯卧床解便，病人非常痛苦。现代医学认为：引起此症的原因是骨折后所形成的巨大腹膜后血肿，使支配肠道的神经功能紊乱，肠蠕动减慢而发生腹胀。另外，胸腰段的巨大腹膜后血肿，可使其前方的 Tveitz 韧带上提，压迫十二指肠，从而使肠道壅积而发生腹胀，此即肠系膜上动脉综合征。虽然此症不是完全性肠梗阻，但若失治、误治亦有死亡报道。

【临床应用】

陈氏等^[1]用大承气汤加味滴肛治疗脊柱骨折后腹胀 16 例，疗效满意。治疗方法：方药组成：大黄 13g、芒硝 22g、枳实 13g、厚朴 13g、莱菔子 18g、木香 9g、桃仁 9g、当归 13g、延胡索 13g。煎药制剂方法：由制剂室将上述药加水煎成汤剂，加防腐剂，每 300ml

装入 500ml 输液瓶中，压盖封瓶，高温灭菌，保存备用。用法：常规滴肛操作，每次 300ml，每分钟 10~15 滴，每日 1~2 次，保留 20 分钟左右即可解便。治疗结果：本组病例通过大承气汤加味滴肛治疗，滴肛 1 次解便后均自觉症状明显减轻，6 例 2 天后症状完全消失，10 例 4 天后症状完全消失。全组 16 例其腹部胀、痛、闭、呕症状均完全消失，效果满意。其骨折及脊髓损伤均得到相应治疗。

按：胸腰段的骨折或手术应引起重视，及早预防。本组病例均因坠跌而受伤，瘀血内蓄，遏久生热，产生浊气，积聚于内，腑气不通，当以攻下逐瘀之法，方用大承气汤加味。《素问·缪刺论》曰：“人有所堕坠，恶血留内，腹中满胀，不得前后。”这里所说的满胀即是腹胀。六腑以通为用，瘀血生热，燥屎内结，浊气不降，清气不升，故“不得前后”，肠道阻塞而胀痛闭呕，法宜通里攻下、行气活血，故选择了滴肛，以急则治标之法，发挥中医多部位用药之特点，直取其“后”。方药取经典攻下之剂大承气汤加味以通其腑。大肠直接吸收药物，用药确实有效。滴肛不加重胃肠负担，可以使扩张的胃肠得到休息。另外，滴肛可以刺激直肠、肛门排便，使症状得到立即缓解。方用大承气汤之大黄、芒硝、枳实、厚朴导滞泻热；燥屎内结，重用芒硝加强软坚之功；加莱菔子、木香以泻痞宽胀；当归、桃仁、延胡索活血行气，而延胡索又长于止痛。诸药同用，共奏通腑泻热、行气消胀、活血止痛之效。通过上述治疗措施，使腑气得通，瘀热得消，胀闭之症自除也。

陆氏^[2]用大承气汤加减治疗胸腰椎骨伤并发腹胀 100 例，取得了满意疗效。治疗方法：大承气汤方加减：大黄 12g、厚朴 15g、枳实 15g、芒硝 9g。取厚朴、枳实先煎汤 1200ml 去渣，后入大黄，再煮去渣，最后入芒硝，微火二沸，去渣取汁，分次温饮。如腹部胀气如鼓，可先用肛管排气后，再分次服汤药，大便通后停药。如患者气滞不通，加木香、青皮、莱菔子各 12g。血瘀甚者，加桃仁 12g。燥屎内结者，加火麻仁和郁李仁各 10g。年老体弱者，加黄芪 20g，火麻仁和郁李仁各 20g，去大黄、芒硝。服汤药后 4~5h 即可通便；如出现泄泻多次，即可饮茶水止之。治疗结果：腹胀腹痛消失，肠蠕动正

常,自觉腹部舒适者 87 例,还有轻度腹胀者 13 例。

按:胸、腰椎压缩性骨折,患者常常并发腹部胀气,特别是燥屎内结患者更是痛苦不堪,往往导致腰背部垫枕失败,达不到骨折复位的目的。自从引入古方大承气汤方加减后治疗,病人并发腹胀及早得到解决,有利腰椎骨折复位。大承气汤为古方泻下峻剂,主治实热积滞,内结肠胃,热盛而津伤所致,以痞、满、燥、实为证。大承气汤药力峻猛,显然耗伤胃气,应中病即止,孕妇禁用。根据现代药理实验,本方兴奋肠蠕动功能,明显增强对肠腔内容的推进作用。并可抑制大肠杆菌、葡萄球菌,促使胆汁分泌和胆囊收缩及松弛奥狄括约肌,十分适用于单纯性肠梗阻、腹胀膨隆的患者。老年患者元气虚弱者可酌情去大黄及芒硝,加火麻仁及郁李仁等润肠缓泻剂。

【病案举例】

1. 吴某,男性,41岁,1997年7月因车祸坠地1h入院。临床检查:脊柱胸、腰段肿胀后凸畸形,局部明显压痛及叩击痛,腰部前屈、后伸、侧弯、旋转等功能障碍,不能站立。腰部正侧位X线片显示:第一腰椎呈楔形改变,椎体压缩约2/3,确诊为第一腰椎压缩性骨折轻度后脱位并胸腰段腹膜后血肿。治疗方法:过伸位胸腰部整复,局部敷药加塔形垫固定,约2h后腹部开始胀气,腹痛隐隐,自诉口干,不思饮食,肠鸣音减弱,腹部叩诊鼓音。腹部X线透视:胃、肠腔积气,腹腔内未见液平。让患者服大承气汤,3h便通,自觉腹胀减轻,次日体检,腹平软,肠鸣音正常^[2]。

2. 汤某,女性,84岁,1998年12月因坐地跌伤4d入院。临床检查:X线片显示第一腰椎压缩性骨折。腹部膨隆,可见肠形,弥漫性压痛,无反跳痛,无移动性浊音,可见肠腔胀气,结肠内粪较多。让患者服用大承气汤方去大黄,加芒硝6g,桃仁、莱菔子、火麻仁各10g,煎汤分次温服,4h后便通,自觉腹部舒畅^[2]。

3. 陈某,男,45岁,驾驶员。因翻车而致会阴部青紫肿痛3h就诊。X光拍片发现左侧耻骨上、下支骨折,移位明显。入院时会阴部青紫肿胀,疼痛不已,小腹胀满,解小便困难,故给予导尿。次日起腹胀加重,食后即吐,大便不通,身热口干,舌红苔黄、脉数。药

用：厚朴 15g，炒莱菔子 15g，枳壳 10g，桃仁 10g，赤芍 10g，生大黄（后下）10g，芒硝（冲服）15g。将上方煎水 200ml，经胃管注入，3h 后肠鸣辘辘，矢气频频，解燥屎数枚，腹胀顿消。次日起改服活血利尿剂，嘱进流汁饮食，5 天后小便自解^[3]。

4. 徐某，男，50 岁，建筑工人。从高处坠下后出现腰背部疼痛 4h 就诊。X 线拍片示第一腰椎椎体压缩性骨折。入院时仅感腰部疼痛，次日起腰痛加重，转侧不能，脘腹胀满，腹痛拒按，大便未解，舌红、苔黄，脉数。药用：厚朴 15g，炒莱菔子 15g，枳壳 10g，桃仁 10g，赤芍 10g，生大黄（后下）10g，芒硝（冲服）15g。上方煎水 250ml，顿服。2h 后自感腹中肠鸣，肛门排气，解出宿粪数条。次日起仍感纳呆，苔黄厚腻，将上方中大黄、芒硝用量减半，加入陈皮 6g，法半夏 8g，连服 3 剂，病情明显好转，纳谷增，精神振^[3]。

按：中医学认为，气血是人体生命活动的物质基础，气血密切联系，不可分割。气为血之帅，血为气之母，血随气而运行，气得血则安宁。由于跌打损伤，而致筋伤骨断，血脉受损，血溢脉外，形成瘀血。瘀血停留又影响气血正常运行，而导致气机逆乱，清气不升，浊气不降。瘀血内停，郁而化热，灼伤阴津，肠腑失于濡润，故出现便秘。临床上根据中医学“六腑以通为用”、“留者攻之”的治疗原则，采用攻下逐瘀法治疗骨折初期伴有阳明腑实证，往往有效。上方中大黄泻热通便、荡涤胃肠，并能活血祛瘀；芒硝咸寒泻热、软坚润燥；厚朴、枳壳行气散结、消痞除满；配以莱菔子、赤芍、桃仁活血化瘀、行气消导。该方对于年老体虚、新产血亏、妇女妊娠或正值经期，损伤时出血较多者，应禁用或慎用。另外，服药后得效即止，不可久服，以免损伤气阴。

参考文献

- [1] 陈健，丁原民，杨隆奎，等．大承气汤加味滴肛治疗脊柱骨折后腹胀 16 例报告．中国中医骨伤杂志，1995，3（4）：36～37
- [2] 陆巍．大承气汤治疗胸腰椎骨伤并发腹胀疗效．传染病药学，1999，9（3）：13～14

- [3] 尹逸麟. 复方大承气汤在骨科临床中的运用. 南京中医药大学学报, 1998, (2): 109

第二节 腰椎骨折便秘

现代医学认为, 在腰椎椎体压缩骨折以后, 骨折的局部出现血肿, 血肿压迫刺激后腹膜, 从而引起胃肠蠕动减慢, 造成大便不通、腹胀腹痛等症状。

中医学认为, 脊柱骨断筋伤, 督脉受损, 督脉总督周身之阳经, 与胃、膀胱、大肠等有关, 故脊柱受损, 督脉受阻, 大肠失其温煦气化传导之功能, 故大便不通。同时, 椎体骨折, 瘀血留腑, 腑气不通, 郁而化热, 瘀热互结, 致大便秘结。《正体类要》云: “肢体损于外, 则气血伤于内, 营卫有所不贯, 脏腑由之不和”, 脏气不和、传导失司、积滞于内, 故有腰椎压缩骨折病人之阳明腑实。《内经》云: “人有所坠堕, 恶血留内, 先饮利药。”《理伤续断秘方》云: “如伤重第一用大承气汤或小承气汤”, 都充分认识到了治伤必通二便的道理。

【临床应用】

邵氏^[1]以大承气汤加减治疗腰椎骨折便秘 86 例, 取得良好效果。治疗方法: 以大承气汤为基本方, 药用大黄、枳实各 12g, 厚朴 15g, 芒硝 9g。水煎服, 大黄后下, 芒硝溶服, 每日 1 剂, 早晚分服。若痞满实不具, 结而不坚者, 可去芒硝以泻热通便、破积除满; 若年高体虚不任攻下, 不攻又不能除其燥实者, 可用大承气汤加人参、当归、桔梗、甘草, 扶正泻下、攻补兼施; 若积滞化热, 胃脘烦满, 呕恶泛酸等, 可去厚朴、枳实, 加丁香、甘草泻热和胃、调理中州; 若腹胀如鼓, 按之虽胀而不坚, 可加炒莱菔子、桃仁、赤芍行气通便; 若为二三个椎体骨折, 失血较多, 耗伤阴液, 见烦热口渴、咽干舌燥、午后发热、小便短赤、大便秘结、舌质淡、苔薄黄少津等, 可去厚朴、枳实, 加玄参、麦冬、细生地; 若见心悸怔忡、口渴欲饮、大便不通、脉细弱等伤后血虚之征, 可去厚朴、枳实, 加桃核、桂枝、当归、甘草, 补血和血、通瘀化滞。治疗结果: 本组服药最少 1 剂,

最多6剂,平均3.5剂。经1~9天治疗,全部治愈。

按:用大承气汤加减治疗腰椎体压缩性骨折病人的便秘疗效肯定。方中大黄泻热通便、荡涤肠胃为君药;芒硝助大黄泻热通便,并能软坚润燥,为臣药。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,共为佐使。诸药合用,共奏泻热结、顺胃气,使塞者通、闭者畅之效,能迅速消除大便秘结、腹胀腹痛,促进腰椎体骨折的愈合。

魏氏等^[2]用大承气汤加减治疗胸腰椎压缩性骨折早期伴腹满胀痛便秘96例,取得了满意效果。治疗方法:入院后予平卧硬板床,内服方药:生大黄15g(后下),芒硝10g(冲服),枳实10g,厚朴12g,桃仁10g,炙甘草6g。并依据证候的不同,进行药味加减:“燥实”者重用硝黄,“痞满”者重用枳朴,并可酌加木香行气消胀;骨折处肿痛甚者加用苏木、地龙以消肿止痛;胸肋伤兼咳喘憋闷者加杏仁、莱菔子之类,一宣一降,相得益彰;若口苦咽干、恶心呕吐者加黄芩、竹茹,以清热止呕。水煎分二次服。待大便通畅后,予腰部垫枕以保持腰推后伸位,1周左右指导患者行腰背肌功能锻炼。治疗结果:显效68例,好转28例,总有效率100%,其中服药剂数1~3剂,服药后排气排便时间6~30小时。

按:《素问·缪刺论》曰:“人有所堕坠,恶血留内,腹中满胀,不得前后,先饮利药。”骨折早期,因腹膜后血肿刺激交感神经纤维,致肠胃蠕动减慢,出现腹胀腹痛、便秘等症状,继而引起水、电解质紊乱及酸碱平衡失调,严重者可导致休克。大承气汤攻里通下,不仅能使本病之标——便闭、腹胀腹痛等消除,还可使腑气一通而成为气机运行之转枢,使机体逐步转向气血流畅,脏腑调和。现代药理研究表明:大承气汤具有降低毛细血管通透性,减少炎性渗出物,降低炎症病灶扩散,增强肠蠕动,增加肠血流量等作用。因此,大承气汤对于胸腰椎压缩性骨折早期治疗具有其独特的功效。其次,本方为骨折早期处理创造了有利条件。骨折早期腰部垫枕有利于骨折复位,防止或减轻永久性畸形或慢性腰腿痛。但此时腰痛引腹,腹胀便秘,予腰部垫枕等处理反而加重症状,增加患者痛苦。即投大承气汤后,

其行气导滞，泻下通便，使诸症缓解，垫枕则易。临床使用大承气汤时，应掌握时机，灵活应用，“师其法而不泥其方”。临证中凡硬满痞痛并便秘者，皆可投以大剂量攻下之剂。若便痛除，即可停服，症状未减可再服，症状减轻后改用轻剂。有些病例虽不全俱阳明腑实重证之“痞、满、燥、实、坚”或里实证并非很显著，但只要燥极津竭，腑气不通，实热证已见，均可予“釜底抽薪”，以达“急下存阴”之目的。本病多起于突然暴力，故患者一般正气较强，峻下之剂用之无碍，轻者无功。对有些患者脉尚有力，却年迈体弱，不攻则邪盛为患，攻则担有风险。但此时标实邪盛乃矛盾之主要方面，故驱邪为当务之急。本着“急则治其标”的原则，掌握尺度，密切观察，给予大胆攻下，下后再扶本善后。

【病案举例】

1. 李某，男，45岁，因腰部外伤后疼痛、功能障碍2小时入院。该患于2小时前，从3米高处跌下，当时腰部疼痛，活动受限来诊。经骨科门诊检查拍片以“L₂椎体压缩性骨折”之诊断收入院。查体：L₂棘突后凸显著，压痛阳性，脊柱轴心叩痛阳性，双下肢运动、感觉功能正常。X线片提示L₂柱体压缩2/3。入院诊断：腰₂椎体压缩性骨折。入院后嘱病人垫腰枕卧硬板床休息，口服活血接骨之中成药。第二天，病人出现大便不通，腹痛拒按，按之硬、舌质淡苔薄黄，脉弦数。证属燥实内结之症，治宜攻下实热，荡涤燥结。方用大承气汤，大黄、枳实各12g，厚朴15g，芒硝9g，水煎服。只服2剂，患者大便通畅、腹痛腹胀消失^[1]。

2. 史某，男，38岁，工人。不慎从6米多高处跌坠，臀部着地，即感腰部肿痛不能活动。摄片示：L₁椎体前缘楔形压缩约1/2，附件无骨折及脱位。入院后，腹胀腹痛逐日加重，饮食不下，大便未解，夜不能寐，烦躁不安。查：脘腹部膨隆，轻压痛，无反跳痛，叩诊呈鼓音，肠鸣音减弱，舌质红，苔黄腻，脉弦大。此乃恶血留内，阳明腑实，郁闭不通之征。处理平卧硬板床，大承气汤加减内服。方药：生大黄15g（后下），芒硝10g（冲服），木香10g，枳实15g，厚朴12g，归尾12g，桃仁10g，红花6g，土鳖虫15g，炙甘草6g。服用1剂后，患者大便解出，腹胀痛消失，腰部疼痛缓解，遂予腰部垫枕，

并按骨折三期辨证治疗。5 天后行练功活动。住院 22 天出院回家休养。随访半年余,骨折愈合良好^[2]。

参考文献

- [1] 邵东旭. 大承气汤加减治疗腰椎骨折便秘 86 例. 中医函授通讯, 1997, 16 (1): 33.
- [2] 魏学东, 高则志. 大承气汤加减治疗胸腰椎压缩性骨折早期伴腹满胀痛便秘者的应用. 黑龙江中医药, 1999, (4): 19 ~ 20

第一节 湿 疹

湿疹是一种常见的由多种内外因素引起的表皮及真皮浅层的炎症性皮肤病。其特点为自觉剧烈瘙痒，皮损呈多形性，对称分布，有渗出倾向，慢性病程，易反复发作。

中医学称之为湿癣或湿毒疱，多为风、湿、热邪郁阻肌肤所致，治疗当以清热祛风、利湿解毒为主。

【临床应用】

彭氏等^[1]应用大承气汤化裁治疗急性湿疹，取得满意疗效。治疗方法：方药组成：大黄 9g，芒硝 9g，枳实 9g，厚朴 9g，蝉蜕 9g，赤芍 9g，金银花 15g，桃仁 9g，麻黄 5g。加减：瘙痒甚者加白鲜皮 20g，苦参 10g；便溏者去芒硝，加山药 15g；丘疱破裂糜烂渗出较重，有感染倾向者加蒲公英 30g，苍术 10g；体温升高者加地龙 10g。每日 1 剂，水煎服，连服 3 剂后改为隔日 1 剂，10d 为 1 个疗程，间隔 5d 再行第二疗程。小儿用量酌减。治疗期间忌食辛辣、鸡鸭牛羊肉等发物，避免用热水烫洗和肥皂等刺激物洗涤。结果 34 例中，1

个疗程治愈 19 例, 2 个疗程治愈 13 例, 好转 2 例, 总有效率 100%。

按: 中医学认为, 湿疹系由禀赋不足, 风、湿、热邪郁阻肌肤所致。临床上大多以热、滞、郁、实为辨证要点予以施治。故运用大承气汤化裁治疗可取得良效。方中大黄、芒硝、枳实、厚朴泻热攻下兼以祛湿; 桃仁、赤芍清热凉血活血; 金银花清热解毒; 蝉蜕祛风散邪; 麻黄辛温, 宣散外邪, 利水消肿, 其性升扬, 可缓和大承气汤峻猛攻下之力。综观全方, 升降结合, 表里兼治, 故收捷效。

徐氏^[2]用四妙丸合大承气汤加減治疗湿疹 34 例, 取得满意疗效。治疗方法: 处方: 黄柏 10g, 苍术 10g, 薏苡仁 10g, 大黄 9g, 芒硝 6g, 厚朴 9g, 枳实 9g, 蝉蜕 9g, 桃仁 9g, 赤芍 9g, 金银花 20g。瘙痒甚加苦参 10g、地肤子 15g; 丘疹糜烂渗出较重加蒲公英 30g、连翘 15g。每日 1 剂, 水煎服, 连服 3 剂后改为隔日 1 剂, 10 天为 1 个疗程, 间隔 5 天再行第二疗程, 小儿用量酌减, 治疗期间忌食辛辣、鸡、羊肉等, 以确保疗效。治疗结果: 34 例中, 1 个疗程治愈 18 例, 2 个疗程治愈 13 例, 好转 3 例, 总有效率 100%。

按: 湿疹中医学称为湿癣或湿毒疮, 多为风、湿、热邪郁阻肌肤所致, 运用四妙丸合大承气汤加減取得良好效果, 方中黄柏、苍术、薏苡仁、金银花清热利湿解毒; 大黄、芒硝、枳实、厚朴泻热攻下, 祛湿; 桃仁、赤芍清热凉血活血; 蝉蜕祛风散邪, 故临床能取得良好疗效。

【病案举例】

1. 男, 42 岁。自述患湿疹七八年, 经常急性发作, 服抗组织胺类药物和激素可迅速治愈。近年来发作次数增加, 给抗组织胺类药已不再敏感。此次发病已 29d, 经多方中西医治疗未有明显好转。诊见胸背部丘疱疹成片, 面部紫红色丘疹满布, 双臂伸侧湿疹皆是, 腋窝、阴部、肛周处皮疹痒剧烈, 水疱抓破, 糜烂渗出, 舌苔黄厚, 脉沉实有力。药用: 大黄 9g, 芒硝 9g, 枳实 9g, 厚朴 9g, 蝉蜕 9g, 赤芍 9g, 金银花 15g, 桃仁 9g, 麻黄 5g, 苦参 10g, 服药 3 剂, 面部及双臂湿疹明显减少, 瘙痒大减, 又令其隔日 1 剂服之, 共服 6 剂湿疹痊愈, 至今未复发^[1]。

2. 男性, 43 岁, 1998 年 5 月 9 日初诊。患湿疹 5 年, 常反复发

作,近年来发作次数增加,经中西药治疗无效,现发病10天,诊见面部紫红色丘疹满布,两小腿伸侧散在红斑、丘疹、水疱,瘙痒,抓后糜烂、渗液,伴口苦,便干,饮水不多,舌红,苔黄腻,脉弦滑。证属湿热俱盛,泛滥肌肤。治以清热利湿。方用四妙丸合大承气汤加减:黄柏、苍术各10g,薏苡仁15g,芒硝6g,大黄、厚朴、枳实各9g,金银花30g,蝉蜕、苦参各10g,桃仁、赤芍各9g,蒲公英30g。服3剂后,面部及两腿丘疹明显减少,瘙痒大减。又隔日1剂,共服10剂湿疹痊愈,至今未复发^[2]。

参考文献

- [1] 彭万军,赵福玉.大承气汤化裁治疗急性湿疹34例.山东中医杂志,1996,15(6):261
- [2] 徐连英.四妙丸合大承气汤加减治疗湿疹34例小结.甘肃中医,2002,15(5):38

第二节 荨 麻 疹

荨麻疹俗称风团、风疹团、风疹块,是一种常见的皮肤病。由各种因素致使皮肤黏膜血管发生暂时性炎性充血与大量液体渗出,造成局部水肿性的损害。其迅速发生、消退,有剧痒。可有发热、腹痛、腹泻或其他全身症状。可分为急性荨麻疹、慢性荨麻疹、血管神经性水肿与丘疹状荨麻疹等。荨麻疹是一种常见的过敏性皮肤病,在接触过敏原的时候,会在身体不特定的部位,冒出一块块形状、大小不一的红色斑块,这些产生斑块的部位,会出现瘙痒的情形,如果没有停止接触过敏原并加以治疗,出疹发痒的情形就会加剧。治疗时找出病因以消除病因为主,有感染时常须应用抗菌素,对某些食物过敏时暂且不吃。慢性感染灶常是慢性荨麻疹的病因,但有些荨麻疹病人的病因很难确定或不能发现病因。

中医学认为,本病的发生内因禀赋不足,外因风邪为患。急性荨麻疹由于卫表不固,感受风寒或风热之邪,客于肌肤,致使营卫不

和；或因饮食不节，致肠胃湿热，郁于皮肤腠理而发。慢性荨麻疹多由情志不遂，肝郁不舒，郁久化火，耗伤阴血；或脾气虚弱，湿热虫积；或冲任失调，经血过多；或久病耗伤气血等，致使营血不足，生风生燥，肌肤失养而成。中医药治疗一般分为疏风清热、解表通里、表里双解、益气养血、疏风散寒、清热凉血等疗法。

【病案举例】

1. 男，17岁，1995年10月5日就诊时，全身大片风疹块，似地图样，全身瘙痒，自觉灼热，伴有口渴、恶心、呕吐、腹痛、便秘、小便黄，脉滑数。辨证：肠胃湿热。治则：通便清利湿热。处方：大黄（酒洗）10g，枳实10g，厚朴15g，芒硝6g，地肤子20g，连翘15g，荆芥10g。每日1剂，水煎服2剂。10月7日二诊，服药后，大便溏，痒轻，风疹有所减少，腹痛消失。“效不更方”，继续连服上方2剂后，皮疹消退、诸症消失^[1]。

2. 患者，男，31岁，1996年3月14日就诊。患者风疹块持续不已，疹色赤，发热，心烦，口渴，中脘痞满，腹痛，便干，小便红赤，舌苔黄腻，脉数。辨证：肠胃湿热。治则：清利湿热。处方：大黄（酒洗）10g，枳实10g，厚朴15g，芒硝6g，地肤子20g，连翘15g，荆芥6g。每日1剂，水煎服，服药5剂痊愈^[1]。

按：此症属肠胃积滞湿热，邪传阳明之腑，以致邪气不得疏泄，外不得透达故出现风疹块、腹痛、便秘等诸症。采用大承气汤以通便清热利湿，通过通便迫热毒及病毒从大便中排除。方中加地肤子清热利湿止痒，也可使热毒从小便中排出。连翘清热解毒透邪，荆芥疏风散热，祛风止痒。使用本方时患者大便溏而多，未见腹泻，未见不良反应。

参考文献

- [1] 袁守林. 大承气汤治疗荨麻疹2例报告. 青海医药杂志, 1998, 28(6): 11

复发性口腔溃疡

复发性口腔溃疡又称阿弗它口炎，以口腔黏膜溃烂如黄豆大小，呈圆形或椭圆形黄白色溃烂点，中央凹陷，周围黏膜鲜红为主要临床表现。

本病属中医学“口疳”、“口疮”范畴。临床以心脾积热、阴虚火旺为多见，治宜清热泻火、消肿止痛。

【临床应用】

朱氏等^[1]用大承气汤合泻心汤化裁治疗复发性口腔溃疡 62 例，并与 22 例作了对照。药用：大黄 6~10g，川朴 10g，枳实 10g，芒硝 3~6g（冲服），黄连 10g，黄芩 10g，白及 15g，白鲜皮 15~30g，蝉蜕 10g，生地 15g，焦山栀 10g，甘草 6g。加减：舌燥咽痛加麦冬 15g、桔梗 6g，纳差加焦山楂 30g、鸡内金 10g。每日 1 剂，水煎 200ml，每日 2 次早晚分服，10d 为 1 个疗程。服药期间忌辛辣、烟酒等。对照组给予阿莫西林 0.5g，左旋咪唑 50mg，强的松 5mg，每日 3 次口服，10 日为 1 个疗程。治疗结果：治疗组痊愈 38 例（61.29%），有效 22

例 (35.48%), 无效 2 例 (3.23%), 总有效率 96.77%; 对照组痊愈 9 例 (40.90%), 有效 8 例 (36.36%), 无效 5 例 (22.73%), 总有效率为 77.27%。经统计学处理, $X^2 = 8.61$, $P < 0.05$ 。

按: 根据中医学“诸痛痒疮, 皆属于心”及“舌为心之苗”的理论, 认为复发性口腔溃疡主要系心火上炎所致。方中大承气汤清热泻火为主; 黄连、黄芩、山栀苦寒泻火解毒, 生地滋阴降火, 均为辅药; 佐以白及、蝉蜕、白鲜皮生肌敛疮。诸药合用, 使心火得降, 阴液得复, 溃疡乃愈。现代药理研究表明, 黄芩、黄连具有抗炎、抗变态反应的作用, 大黄抗炎杀菌, 芒硝能清热消肿 (如冰硼散), 川朴具有广谱抗菌、抗溃疡的作用, 枳实所含挥发油可改善局部血液循环、促进溃疡的愈合。诸药合用, 既可清除溃疡炎症及并发症, 又可调节免疫反应及内分泌功能, 从而利于溃疡面的愈合。

参考文献

- [1] 朱化林, 潘建华. 经方治疗复发性口腔溃疡 62 例. 国医论坛, 2003, 18 (6): 9~10

下

篇

实验研究

大承气汤制剂研究

大承气汤冲剂的制备

【处方】 生大黄 1200g，芒硝 750g，枳实 900g，厚朴 900g。

【制备方法】 ①取大黄研粗粉，用 60% 乙醇按渗漉法浸渍 24 小时后，以每分钟 1 ~ 3ml 的速度缓缓渗漉，收集渗漉液约 3000ml，继续加乙醇浸渍渗漉，候有效成分提完。即得 60% 乙醇的渗漉液，备用。②芒硝研碎，过 80 目筛、备用。③将枳实、厚朴加水煎熬 2 次，第一次煮沸 2 小时，第二次煮沸 1.5 小时，合并 2 次药液，过滤，滤液浓缩至稠膏状，加 3 倍量 95% 乙醇，静置 24 小时，滤过，滤液合并大黄渗漉液，减压回收乙醇，浓缩液再改用水浴浓缩至稠膏状。④将芒硝粉和适量的白糊精、白糖粉与上述浓缩液搅拌均匀，过 10 目筛网制成湿颗粒干燥，整粒、分装 100 袋即得。

【用法与用量】 每次 1 袋。术后通便减半，开水冲服。灌肠 1 袋。

第一节 大承气汤组成 中各药的药理研究

一、大黄

(一) 泻下作用

大黄有缓泻作用，服药后 6~8 小时排出稀便。主要致泻成分为番泻苷和 4 种大黄酚苷 A、B、C、D。其次为芦荟大黄素和大黄酸。大黄酚、大黄素、大黄素甲醚的致泻作用较弱。

番泻苷经回肠以下部位的细菌代谢为大黄酸蒽酮后才发挥泻下作用。所以大黄致泻的部位在结肠的中段和远段，使该部张力增强，蠕动加速，并抑制钠和水的吸收，排出稀便。

番泻苷对小肠和结肠近段的运动无明显影响，因此不影响营养物质在小肠内的吸收。证实了中医学提出的大黄“除邪而不伤正气”的经验。

大黄经贮存和炮制为熟大黄后，蒽酮类可氧化成作用较弱的蒽醌类衍生物。泻下用生大

黄并后下。熟大黄的泻下效果较弱。

小量大黄鞣质能引起便秘。

(二) 解热抗炎和调节免疫作用

1. 解热 大黄有解热作用, 发热病人和家兔使用大黄 30 分钟后出现解热降温效果, 120 分钟更明显, 与石膏同用效果更显著。其解热机制为降低了中枢内升高体温的介质 PGE_2 和 $cAMP$ 的水平。

2. 抗炎 大黄素能明显抑制大鼠腹腔巨噬细胞脂氧化酶, 表现有抗炎作用。

大黄能降低急性感染时血浆内毒素的浓度, 还能抑制 TXA_2 的生成, 因而有利于防止 DIC 的发生。从而证实了中医学认为大黄有清热解毒和清热化瘀的功效。

3. 免疫调节 大黄蒽醌衍生物对细胞免疫和体液免疫均有抑制作用。如减轻脾和胸腺重量, 降低溶血素生成, 抑制巨噬细胞吞噬功能, 减少白细胞数等。较长时间使用, 可使脾、胸腺和淋巴结等免疫器官萎缩。

也有报道, 大黄多糖能增强机体的免疫功能, 大黄能增强小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能, 增强外周白细胞和巨噬细胞的吞噬活性。短期服用可增强小鼠 T 细胞的应答功能, 长期服用应答功能则明显下降。

大黄素能促进小鼠腹腔巨噬细胞内钙离子释放, 也能促进钙离子内流。提示对肠细胞具有免疫调节作用。

(三) 对胃、胆、胰的作用

1. 保护胃黏膜 大黄对乙醇所致的胃黏膜损伤有保护作用, 但不抑制五肽胃泌素对胃酸分泌的刺激作用。

2. 促进胰液排泄 大黄及其提取物具有促进胰液排泄的作用, 并对胰酶的活性有抑制作用。大黄对胰激肽释放酶、胰蛋白酶、胰脂肪酶均有很强的抑制作用。芦荟大黄素对胰激肽释放酶和胰弹性蛋白酶有较强的抑制作用。这些作用为临床使用大黄治疗胰腺炎提供了实验依据。

大黄酚和大黄素甲醚对胰酶的作用不明显。

3. 促进胆汁排泄 大黄能促进胆汁分泌, 加强胆囊收缩, 松弛奥狄括约肌, 增加胆汁酸的分泌和胆汁流量。

(四) 对肾和氮质代谢的作用

1. 改善慢性肾衰 大黄和大黄素可抑制肾小管细胞增殖, 能明显抑制糖尿病肾脏肥大及其蛋白质和 DNA 含量的增加。对慢性肾衰病人长期口服小剂量大黄可延缓慢性肾衰的进展, 减轻肾小球硬化。

对实验性肾病综合征大鼠, 大黄提取物能抑制其病理发展的效应, 血中肌酐、尿素明显降低, 甲基鸟嘌呤消失。尿中肌酐、尿素排泄量明显增多, 提示肾小球滤过率改善, 近端肾小管氨基酸转运异常得到纠正。

2. 降低血尿素氮 大黄提取物和大黄鞣质能抑制机体蛋白质的分解, 明显降低由于禁食而蛋白质分解所产生的尿素氮。大黄鞣质还能提高谷氨酰胺合成酶的活性, 促进氮质再利用。

(五) 抗菌和抗真菌作用

大黄对多种革兰阳性菌和阴性菌有抑制作用。其抗菌成分主要为大黄酸、大黄素和芦荟大黄素。其抗菌的机制主要为抑制菌糖体和糖代谢中间产物的氧化和脱氢, 并与 DNA 结合, 干扰其模板功能, 抑制蛋白质和核酸的合成。

大黄对幽门螺杆菌和对 100 株厌氧菌有很强的抑制作用。大黄对 50 株痢疾杆菌和 20 株肠炎病原菌的抑制作用强于或同于黄连素。

大黄对多种致病真菌、流感病毒、乙肝病毒也有抑制作用。对溶组织阿米巴有抑制或杀灭作用。

(六) 其他作用

1. 降压和降脂 大黄和大黄素有降压作用。大黄对高胆固醇血症兔有降低胆固醇作用。

2. 止血 大黄对内出血和外出血均有止血作用。使凝血时间缩短, 毛细血管通透性降低, 促进血小板生成。

3. 抗变态反应 大黄所含之前花青素对透明质酸酶的活化和活

性有阻抑作用。提示有抗变态反应作用。

4. 雌激素样作用 大黄素有雌激素样作用。可使去势雌大鼠迅速恢复性周期。

5. 抗癌 大黄能抑制肝癌细胞增殖, 使 G2M 期减少, 细胞破坏增多, 并能抑制甲胎蛋白生成。

大黄酸和大黄素对小鼠黑色素瘤、小鼠乳腺癌和艾氏腹水癌有抑制作用。

6. 增白 大黄有两种芪糖苷成分可抑制多巴色素形成。大黄提取物对酪氨酸酶和黑色素生物合成有强烈的抑制作用。因而大黄具有增白作用。

二、厚朴

(一) 调节肠功能和抗溃疡作用

厚朴水煎剂对兔离体肠管和支气管均呈兴奋作用, 对小鼠离体肠管小剂量时呈兴奋作用, 加大剂量时呈抑制作用。厚朴与枳实同用, 对肠管调节有协同作用。

厚朴对大鼠应激性溃疡有明显的抑制作用, 并有明显的预防出血作用。其抗溃疡、抗应激活性成分为厚朴酚, 其机制与对中枢的抑制作用有关。

(二) 中枢抑制作用

厚朴乙醚提取物腹腔注射可抑制小鼠自发活动, 对抗甲基苯丙胺等所致的兴奋作用, 剂量在 250 ~ 1000mg/kg 的范围内可使动物的任何反射消失。对土的宁等药物所致的痉挛, 也有明显的抑制作用, 还能抑制脑干网状激活系统及下丘脑激活系统。厚朴乙醚提取物的活性成分为厚朴酚与和朴酚。这二种成分具有明显的中枢抑制作用。

厚朴酚的中枢抑制作用表现为中枢性肌肉松弛。厚朴酚结构中的联苯结构本身具有持久的脊髓反射抑制作用。

厚朴水提物尚有明显影响中枢多巴胺系统的作用, 连续口服对旋转行为呈现出明显的促进作用。

(三) 肌肉松弛作用

木兰箭毒碱和厚朴碱有松弛横纹肌的作用,其作用与筒箭毒碱相似。厚朴酚与和朴酚具有持久的中枢性肌肉松弛活性,厚朴酚具有显著的抑制脊髓兴奋性传导物质谷氨酸的作用,而对脊髓抑制性传导物质 GABA 无作用。

(四) 降压和抗聚作用

1. 降压 厚朴的木兰箭毒碱和厚朴碱均有降压作用。
2. 抗聚 厚朴酚、和朴酚能明显抑制由胶原等诱导的兔血小板聚集和 ATP 的释放,还可抑制诱导的兔血小板血栓素 B_2 的产生。

(五) 提高免疫、抗过敏、抗肝损害作用

1. 提高细胞免疫 厚朴酚可提高机体 T 细胞亚群的功能。
2. 抗过敏 以厚朴为主的柴朴汤具有明显的抗 I 型变态反应,能明显抑制牛丙种球蛋白 IgE 血清引起的被动皮肤过敏反应,对 IV 型变态反应也有作用。
3. 抗炎 厚朴酚具有降低炎症区毛细血管通透性、抑制白细胞游出、抑制纤维组织增生的作用。

(六) 抗菌、抗病毒、抗癌作用

1. 抗菌 厚朴水煎剂具有广谱的抗菌作用。厚朴的酚性成分对牙病致龋菌——变异链菌株具有强力、高效、快速的抗菌作用,口服有毒性小的优点。

厚朴对引起人类恶性脓疮和人炭疽杆菌所致的疾病,有明显的抗菌作用。

2. 抗真菌 厚朴对常见致病性皮肤真菌有抑制作用。
3. 抗病毒 厚朴木兰醇与和朴酚对 EB 病毒有明显的抑制作用。厚朴酚为抗肝炎病毒的有效成分。
4. 抗癌 厚朴木兰醇有明显的抗癌活性。

(七) 其他作用

1. 抗肝损 厚朴酚对急性实验性肝损伤具有降低血清 ALT 和血氨氮的作用。可明显防止免疫性肝纤维化和肝硬变的形成。具有改善病毒性和免疫性肝病病理性损害的作用。

2. 厚朴酚 具有提高血浆 SOD 活性、降低 LPO 含量的效应。

三、枳实

(一) 双向调节胃肠平滑肌功能

对胃肠平滑肌呈现出双重功能,既能兴奋胃肠,使蠕动增强,又有降低肠平滑肌张力和解痉作用。水煎剂灌胃能兴奋胃平滑肌,对离体肠平滑肌起抑制作用,明显降低其张力,抑制收缩。在高浓度时对肠平滑肌起抑制作用,低浓度时对肠平滑肌先短暂抑制,后出现兴奋作用。

(二) 对子宫的调节作用

水煎剂对家兔离体或在体子宫、已孕或未孕子宫,均有显著的兴奋作用,收缩力、张力均增强,甚至出现强直性收缩。

枳实生物碱对兔子宫有收缩作用,除去这些生物碱则子宫松弛。

(三) 升压和强心作用

枳实注射液静脉注射能收缩外周血管,有明显的升高血压的作用,能使收缩压、舒张压均升高。其升压作用迅速,维持时间较长,且未见快速耐受现象。其有效成分为对羟福林和 N-甲基酪氨。

对羟福林能直接兴奋 α 受体,有收缩血管、升高血压的作用,并有强心作用。N-甲基酪氨是通过释放去甲肾上腺素而兴奋 α 和 β_1 受体,增强了心肌收缩力。

枳实水煎剂对蟾蜍血管略有增强作用。

枳实及其有效成分对羟福林和 N-甲基酪氨具有增强心肌收缩力,增加心搏出量,改善心脏泵血功能,提高总外周阻力,从而导致

左室压力和动脉血压上升的作用，这是枳实强心、抗休克的药理基础。

枳实的有效成分能收缩胃肠黏膜血管，胃肠吸收甚少，或易被碱性肠液水解，所以枳实水煎剂口服很难达到有效的血药浓度，故抗休克时，是采用注射剂给药的。

（四）其他作用

1. 利尿 犬静注枳实和 N-甲基酪氨酸均有明显的利尿作用，同时还可显著增加血管和肾血管的阻力。枳实的利尿作用与抑制肾小管重吸收有关。

2. 保护血管 枳实所含橙皮苷和柚皮苷具有维生素 P 样作用，能降低毛细血管通透性和脆性。

3. 镇痛和退热 枳实能抑制小鼠的痛阈而有镇痛作用，尚有退热作用。

四、芒硝

（一）泻下作用

芒硝为一渗透性泻剂，给药后短时间内不增加肠道推进功能，但可引起肠管内液体积存增多，肠管扩张，而具有泻下作用。芒硝 3g/kg 与大黄 1g/kg 相当。

大承气汤，芒硝与大黄、枳实、厚朴同用，能显著兴奋肠道蠕动功能，显著增加肠腔容积和推进能力，因而具有显著的泻下作用。

大承气汤可使家兔肠套叠全部回纳，肠扭转回复。

（二）抗炎作用

大承气汤具有显著的抗炎作用，能抑制多种致炎剂如组胺、松节油等所致的毛细血管通透性亢进，能抑制透明质酸酶的活性。能抑制中、重症腹膜炎的渗出，并能促进吸收；但不抑制轻症腹膜炎的渗出。

大承气汤全方药理作用

一、对消化系统的影响

(一) 对胃肠平滑肌的作用

大承气汤对豚鼠结肠平滑肌有舒张作用和收缩抑制作用，其机制是阻断豚鼠结肠平滑肌收缩依赖的 T 型电位依赖性钙通道，与 β 受体无明显关系，能提高环磷腺苷的水平，并对神经具有一定的作用^[1]。

有人采用测量平滑肌细胞电活动的细胞内微电极记录方法，研究了大承气汤、大黄煎剂对豚鼠结肠平滑肌细胞电活动的影响。结果表明，大承气汤、大黄均能促进细胞膜去极化，加快慢波电位发放，并能增加峰电位的发放频率。药物作用随药物浓度的增大而增强（浓度为 1% 时， $P > 0.05$ ；浓度为 10%、20% 时， $P < 0.05$ ）。大黄的作用比相同浓度的大承气汤作用明显，提示大承气汤、大黄能直接增强肠管平滑肌细胞的电兴奋性，从而促进肠道收缩运动，这可能是药物泻下作用的一种细胞水平的机制，其离子基础可能是药物降低了细胞膜上的 K^+ 通道电导^[2]。有人运用同位素技术，观察了大鼠在生理状况及实验性结肠梗阻

状态下,离体结肠平滑肌 ^{45}Ca 内流的变化,研究了大承气汤对实验性肠梗阻大鼠离体结肠平滑肌 ^{45}Ca 内流的影响。结果表明,实验组大鼠结肠平滑肌中 ^{45}Ca 内流显著增加,明显高于生理对照组。康氏等将实验大鼠的梗阻肠管制成肠片,分别加入生理盐水或大承气汤,然后分别检测结肠平滑肌 ^{45}Ca 含量。结果显示,大承气汤能够显著抑制梗阻结肠平滑肌中 ^{45}Ca 的内流含量,而对正常结肠平滑肌 ^{45}Ca 内流无明显影响。由此提示,不仅肠梗阻的发生、发展和肠道平滑肌组织内 Ca^{2+} 浓度增高有一定关系,而且提示大承气汤治疗肠梗阻似与抑制结肠平滑肌 ^{45}Ca 内流、减少组织细胞内 Ca^{2+} 浓度相关。由于大承气汤减少了肠梗阻时结肠平滑肌 ^{45}Ca 内流,有利于减轻因 Ca^{2+} 升高对肠道组织的损伤,从而缓解肠梗阻的有关症状^[3]。大承气汤经十二指肠给药后,能加强胃尾区平滑肌收缩力,使胃内压升高,并能增加单位时间内胃的收缩频率^[4]。有人观察了大承汤颗粒剂对大鼠肠平滑肌细胞内三磷酸肌醇(IP_3)的影响。体外实验发现:50%、100%、250%大承气汤可使肠梗阻大鼠肠平滑肌细胞内 IP_3 含量明显升高($P < 0.05$)。 IP_3 可介导肠道平滑肌的收缩,其通里攻下,增强胃肠道推进功能的作用很可能是通过激活肌醇脂质 IP_3 信号转导系统使胃肠平滑肌细胞内 Ca^{2+} 释放增加,再通过钙调蛋白间接地激活一系列的蛋白激酶而实现的^[5]。

采用记录翻转小肠和结肠囊葡萄糖转运电位的方法,研究大承气汤和大黄对其的影响,结果发现该方剂及大黄均能阻止糖和 Na^+ 的吸收^[6]。

(二) 对胃肠功能的影响

检测豚鼠回肠在离体状态下加入不同剂量大承气汤颗粒剂的收缩幅度和速度。实验结果表明,大承气汤颗粒剂对豚鼠离体回肠有兴奋作用,小剂量时随剂量加大而加强,大剂量时随剂量加大而减弱^[7]。

人体研究证明,该药确有增进肠道推进功能的作用。有人用模拟电子计算机分析肠鸣音法,验证了本方可兴奋小肠肠管的运动功能^[8]。以本方煎剂给小鼠口服 15g/kg ,10分钟后,明显增加肠胃推进及肠容积。但尾静脉注射则无此作用^[9]。以本药、灭吐灵与钡剂

合用做 X 线快速胃肠道造影,发现服中药患者大部分只需 30 分钟就可达盲肠、升结肠和横结肠;服促排药灭吐灵是 60 分钟后才能达到盲肠、升结肠和横结肠;而对照者则需 3 小时方可达到盲肠。同时可见灭吐灵组胃内钡剂都已排空,而中药组胃的排空是正常的^[10]。对家兔实验性肠套叠模型研究发现,于肠内加入本药后,约 15 分钟可使全部动物的单腔逆向肠套叠全部还纳。并可促进肠内容物通过部分梗阻点下行。切断迷走神经后,还纳时间仅稍有减慢,静脉注射给药无效,亦表明本方对肠道的影响是直接作用的结果^[11]。有人用正交设计 ($L_9(3)^4$) 方法对本方进行小鼠还纳、泻下、肠容积、肠容积移行速度实验,并认为此 4 项指标与中医学“通里攻下”法相符。综合上述 4 项指标结果发现,本方全药及原剂量作用最强。各单味药的特点是大黄主泻下,配芒硝则作用更强;枳实配厚朴对套叠肠管的还纳作用明显^[12]。

本方增强肠蠕动的作用机制既不是吸收后作用于植物神经系统,也不是通过刺激肠壁反射器,而可能是直接作用于肠壁所致。对事先摘除肾上腺及注射硫酸阿托品的小鼠,分别在完整切断双侧颈部迷走神经以及摘除双侧肾上腺的麻醉状态下的小鼠,进行了本药对在体小鼠小肠运动的影响观察,以探讨其作用与迷走神经及肾上腺的关系。结果证明,该药在摘除双侧肾上腺、切断双侧颈迷走神经及阿托品阻断迷走神经的效应后,仍有增强胃肠道运动的作用。由于静脉给药无效,而认为此作用不是由于吸收后作用于植物神经中枢所引起,也不是通过刺激肠壁反射器反射引起,而是直接作用于消化道本身的结果。进一步研究发现,本药对用各种神经组织阻断剂处理过的肠管标本的反应,与组织胺相同,而异于烟碱,其反应均不被阿托品、六羟甲胺及丁基卡因所阻断。同时观察到对离体回肠的运动有增强作用,对结肠的作用则不一致,不能增强乙酰胆碱及 5-羟色胺对离体肠管的兴奋作用,亦不能取消或减弱肾上腺素对离体结肠的抑制作用^[13]。

长期以来一直认为大承气汤主要作用于大肠、小肠,而对胃本身的作用仅为服药时直接刺激而表现出来的暂时性运动加强。有人将大承气汤对家兔胃运动影响进行了研究,结果显示:大承气汤对胃运动表现出先抑制后兴奋的作用特点,给药后 1~3h,胃运动(蠕动)呈

逐渐加强趋势,4h后作用逐渐减弱,可持续6~8h^[14]。观察大承气汤加味对60例宫外孕患者术后胃肠功能的影响,结果表明能有效地促进胃肠功能的恢复,防止术后腹胀^[15]。

采用模拟燥结失水便秘模型,观测大承气汤颗粒剂对便秘和正常小鼠小肠碳末推进运动、碳末排出时间及湿粪计数的变化情况。实验结果:大承气汤颗粒剂可使便秘模型小鼠外观干瘪瘦小、竖毛、活动少、尿少色深黄等症状得到改善,还可使便秘小鼠和正常小鼠小肠碳末推进率明显加快、碳末排出时间明显缩短及湿粪计数颗粒明显增加。由此可知,大承气汤颗粒剂可明显改善便秘小鼠各种症状和指标,为其临床应用提供理论依据^[16,17]。

对实验大鼠肠蠕动抑制模型的影响表明:大承气汤能促进结肠手术后大鼠的肠蠕动,表现为在肠蠕动功能恢复后能进一步加速其运动,其作用机制可能并不是通过促进胃动素的释放增加^[18]。

(三) 对肠血流量的影响

应用放射性生物微球测量器官组织血流量的方法,观察大承气汤对急性细菌性腹膜炎家兔主要脏器血流量的影响。结果表明,大承气汤能显著增加胃黏膜、空肠、回肠组织血流量,使低灌注、缺血、缺氧状态恢复^[19]。采用盲肠末端结扎加穿孔的方法,制备腹腔感染家兔模型,分别给予大承气冲剂、先锋霉素VI和生理盐水,观察家兔回肠末端黏膜下血流变化。结果给予大承气冲剂后30、60、90min肠血流量明显高于给药前,亦显著高于腹膜炎组和腹膜炎+先锋霉素VI治疗组^[20]。

对大鼠人工造成缺血性肠梗阻病态模型,给予本药一定时间后处死动物,发现给药组缺血肠段肌色正常,微循环血流通畅,血色鲜红,而对照组缺血肠段肌色紫暗、肿胀、瘀血,并且缺血肠段与周围组织有黏连、坏死或穿孔。对小鼠肠系膜血管血流速度在微循环显微镜下观察,发现给药组大部分微循环出现线流和线粒流,而对照组大部分则是粒线流和粒流^[12]。

(四) 对胃肠激素的影响

观察大承气汤冲剂对人血浆胃动素浓度的影响,发现较服药前明

显升高 ($P < 0.01$), 自服药后 55min, 血浆胃动素浓度即显著升高, 这种上升态势至少维持至服药后 145min^[21]。对于完全性家兔小肠梗阻, 15 分钟后取其动脉及门脉血标本, 以 3kPa 压力, 每次 3ml/kg 体重进行大承气汤十二指肠灌流, 最后切取十二指肠、末端回肠及升结肠标本, 测定肠壁组织血管活性肠肽 (VIP) 含量。结果表明, 实验动物完全肠梗阻 24 小时, 出现肠壁充血水肿, 肠腔液体积聚及腹水等典型肠梗阻病理改变; 动脉血浆中 VIP 由梗阻前空腹时的 $15.57 \pm 3.47\text{pmol/L}$ 升高至 $138.65 \pm 25.58\text{pmol/L}$, 为梗阻前的 7.9 倍; 门脉血中 VIP 则是动脉血中的 4 倍, 且其改变趋势与动脉血相似; 梗阻近肠壁组织中 VIP 含量增加, 远端则减少。在经十二指肠灌流大承气汤后, 血浆中 VIP 含量则下降 50%, 且肠管充血水肿减轻, 肠腔内渗液减少; 对照组则升高 65%^[22]。对家兔的不完全性肠梗阻, 在梗阻后的 24 小时, 测得血浆中去甲肾上腺素 (NA) 为 $27.02 \pm 1.63\text{mg/ml}$, 对照组为 $18.99 \pm 1.15\text{mg/ml}$, 实验组较对照组明显升高。以大承气汤按 10ml/kg 体重的剂量灌胃治疗, 对照组则给予等量生理盐水。结果, 实验组家兔在 24 小时、48 小时后血浆 NA 水平明显降低至正常水平, 分别为 $18.60 \pm 1.75\text{mg/ml}$ 和 $18.59 \pm 2.66\text{mg/ml}$ ^[23]。尤氏等采用放免方法和肠鸣音分析技术观察了腹部术后胃肠激素改变和肠运动的关系及大承气汤对其的影响。结果显示, 腹部术后肠道运动功能低下, 肠管张力减低, 运动不协调与胃动素 (MOT) 水平降低有关。大承气汤可促进肠管运动, 增强肠张力, 且血管活性肠肽、P 物质、MOT 的释放增加, 生长抑素水平也升高。使消化道处于新的动态平衡, 而有利消化功能的恢复^[24]。在大鼠回肠不完全性肠梗阻后 24 小时, 肠黏膜组织胺浓度较对照组显著降低 ($P < 0.01$), 但其血中组织胺浓度和心功能无明显影响 ($P > 0.05$); 在灌胃给予大承气汤 10g/kg 体重后, 可使大鼠肠黏膜组织胺含量恢复正常水平^[25]。大承气汤可显著升高小肠生长抑素 (SS), 降低小肠 P 物质 (SP), 降低小肠和血液血管活性肠肽 (VIP) 的含量^[26]。加味大承气汤能增加胃肠激素的分泌, 增加兔小肠推进率, 与对照组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)^[27]。

(五) 对肠梗阻的影响

有研究表明,实验性肠梗阻大鼠摄食量和体重明显降低,大承气汤能显著改善肠梗阻对小肠组织的损伤程度,降低嗜中性白细胞的数量,治疗后的大鼠肠组织坏死脱落不明显,血管反应明显减轻,炎症细胞的数量明显减少,对大鼠肠源性内毒素血症(EETM)所致脏器功能损害具有保护作用^[28]。

应用电子显微镜观察了实验性肠梗阻大鼠肠道黏膜上皮细胞的超微结构变化。结果:受累小肠黏膜上皮细胞微绒毛减少,线粒体和粗面内质网明显减少,间质明显水肿,炎性细胞浸润增多。大承气汤能明显改善肠梗阻时小肠组织超微结构的损伤,降低嗜中性白细胞的数量,促进线粒体和粗面内质网功能和形态恢复。结果提示大承气汤改善肠梗阻大鼠小肠黏膜超微结构的病变是其增强肠道防御屏障功能作用的形态学基础^[29]。

大鼠实验性肠梗阻使肠黏膜组胺含量显著降低,但对血中组胺含量无明显影响,大承气汤灌胃给药,可使肠梗阻大鼠组胺含量恢复至正常水平^[25]。

通过测定大承气汤对家兔实验性肠梗阻血浆 NA 水平的结果表明:肠梗阻后 24h 血浆 NA 水平明显升高,大承气汤治疗后可明显降低至正常水平^[23]。

采用反相高效液相色谱法分别测定了手术对照组、肠梗阻模型组、不同剂量大承气汤组的大鼠肠平滑肌细胞内磷酸二酯酶(PDE)的含量。体内、体外实验均发现:50%、100%、250%大承气汤可使肠梗阻大鼠肠平滑肌细胞内 PDE 含量明显升高($P < 0.05$)。大承气汤颗粒剂可使肠梗阻大鼠肠平滑肌细胞内三磷酸肌醇含量明显升高($P < 0.05$)。因此,大承气汤可使大鼠肠平滑肌细胞内钙调蛋白(CaM)活性提高,由此推断,大承气汤的通里攻下作用很可能是通过激活肌醇脂质(IP₃)信号转导系统使胃肠道平滑肌细胞内 Ca^{2+} 释放增加,再通过 CaM 间接地激活一系列的蛋白激酶而实现^[5,30]。

(六) 对消化液的影响

大鼠于实验前禁食 24 小时,不禁水;给予大承气汤煎剂(浓度 50%, 1.5ml/100g 体重),2 小时后麻醉开腹,结扎幽门收集胃液;向胆总管插管至近肝门处收集胆汁,每次连续收集 3 小时胆汁,收集 2 次,然后处死取出全胃,做胃液分析和硫酸钠检测与胆汁流量和胆汁成分分析;同法大鼠在近肝门处做总胆管结扎阻断胆流,在总胆管最远端插管收集胰液,计 4 小时胰液量并做胰淀粉酶测定。结果表明,大承气汤能促进胃液分泌,明显增加胃内留滞的胃液量;降低胃酸度;提高胆汁中磷脂与胆固醇含量,但对肝胆汁流量无明显影响;使胰液分泌量有增多倾向,而胰淀粉酶活力则呈降低趋势^[31]。此外,有研究表明,大承气汤具有明显缩短胆总管口括约肌收缩间期(平均缩短 1.9 秒)和延长开放排胆时间(2.45 秒)的作用,并有明显促进排胆功能的效应($P < 0.01$)^[32]。

(七) 对肠管内蠕动距离的影响

用大承气汤原方、变化方共四组处方,并与对照组比较,1 号方:大承气汤原方:大黄 20g,芒硝 10g,厚朴 40g,枳实 25g;2 号方:大黄 20g,芒硝 10g,厚朴 30g,枳实 20g;3 号方:大黄 20g,芒硝 10g,厚朴 20g,枳实 15g;4 号方:大承气汤原方将行气类药量酌减:大黄 20g,芒硝 10g,厚朴 15g,枳实 10g。对照组用蒸馏水观察它们对小鼠小肠推进运动的影响,取健康小白鼠 40 只,体重均在 $20 \pm 2g$ 范围,雌雄不拘,随机分成 5 组,每组 8 只。禁食 24h 后,分别灌服汤剂。第 1 组:1 号方;第 2 组:2 号方;第 3 组:3 号方;第 4 组:4 号方;第 5 组:蒸馏水。每只小鼠灌服药液 0.5ml。五组之间泻下作用有明显差别,统计学处理差异非常显著($P < 0.05$)。1 组与 2、3 组、对照组相比,泻下作用有明显差别($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。1 组与 4 组相比,无明显差别($P > 0.05$)。4 组与 2、3 组、对照组相比,泻下作用亦有明显差别($P < 0.01$ 、 $P < 0.05$)。2、3 组与对照组相比,泻下作用相差不大,无显著差异($P > 0.05$)。说明大承气汤原方较单用泻下药、行气药的泻下作用显著增强;大承气

汤减少行气药量,泻下作用有所减弱^[33]。

(八) 对胃电活动影响

取 1.8~2.2kg 的家兔 18 只,随机分为两组:大承气汤组 12 只和生理盐水对照组 6 只。用氨基甲酸乙酯 1g/kg 体重静脉麻醉。上腹正中切口,将铂金电极埋于胃窦区浆膜中并固定,同时经口做胃内插管,将铂金电极与四道生理记录仪相联,描记胃电曲线(DC 输出,灵敏度 0.5,纸速 25mm/min)。待胃电基本稳定后 30min,经胃管按 5ml/kg 体重注入 38℃ 的大承气汤或生理盐水,并于注药前、注药后 30min、90min、150min、210min 分别经耳动脉取血各 2ml,置低温水柜中保存,备测定胃动素用。持续观察记录 4h 以上,分别计算给药前、给药后 30min 内,30~90min、90~150min、150~219min 的胃电波发生率(P:次分)。结果发现,给药后 30min,胃动素分泌和胃电活动均受到明显抑制;给药后 90min 胃动素水平仍低于给药前,但呈上升趋势,而胃电活动已恢复至给药前水平且呈逐渐加强趋势;给药后 210min 胃动素水平超过给药前,胃电活动则明显加强^[34]。

二、对免疫功能的影响

大承气汤对正常小鼠的免疫功能无明显影响,但对感染模型小鼠的免疫功能则有明显的影响。大剂量的大承气汤使感染模型小鼠的胸腺指数、脾指数及血清溶血素生成减少,而中、小剂量组则使之增高。这表明大承气汤在体内对免疫功能的影响与机体功能状态有关。证实了大承气汤治疗急腹症的药理作用与其改善机体免疫功能有关^[35]。大承气汤能轻度刺激正常的大鼠腹腔巨噬细胞释放肿瘤坏死因子,而在脂多糖刺激腹腔巨噬细胞失控释放肿瘤坏死因子的情况下,能显著抑制脂多糖的刺激作用,且抑制效应随浓度增加而增强,表明大承气汤对腹腔巨噬细胞释放肿瘤坏死因子有双向调节作用^[36],同时对于肠巨噬细胞分泌的肿瘤坏死因子和一氧化氮的含量有抑制作用^[37]。

对 43 例急性脑出血患者的巨噬细胞吞噬功能和 T 淋巴细胞亚群的变化规律进行研究,结果表明急性脑出血患者免疫功能下降,而大

承气汤对脑出血患者有明显的免疫调节作用^[38]。

大承气汤可调节患者的免疫功能,降低严重创伤、感染后多脏器功能不全综合征(MODS)发生率。大承气汤鼻饲治疗严重创伤、感染患者,结果表明治疗组外周血单核细胞表面人白细胞抗原 DR (HLA-DR) 恢复迅速,对照组 HLA-DR 恢复缓慢;对照组 MODS 发生率为 66.67%,治疗组 MODS 发生率为 29.17% ($P < 0.05$)^[39]。

三、抗感染作用

(一) 抗菌

大黄酸 100 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 以下,对葡萄球菌、链球菌、淋病双球菌、痢疾杆菌及副伤寒菌等 14 种细菌具有抑菌作用^[40]。对于用金黄色葡萄球菌进行大鼠肠段细菌感染手术,服用本方 5 天,第六天处死动物,结果治疗组形成脓肿、黏连和腹腔炎的发生率为 13.9%,而对照组为 91.7%,表明大承气汤对大鼠体内感染金黄色葡萄球菌有抑制和杀灭作用,并能控制或治疗由该菌引起的肠脓肿和黏连^[12]。用 100% 大承气汤煎液(离心后) 1:4 稀释时,在体外对哈夫尼亚菌、乙型副伤寒杆菌、伤寒杆菌、亚利桑那杆菌、爱德华菌、雷极普罗非登斯菌、肠炎沙门菌均呈抑制效应;而对沙雷菌无抑制作用;当药液稀释至 1:8 时,对痢疾志贺菌、耶尔森菌仍具有抗菌活性,显示大承气对于肠道 G⁻ 杆菌具有一定的抑制作用^[31]。大承气汤在体内、体外均有抑制或杀灭金黄色葡萄球菌的作用^[12]。

大承气汤对小鼠有抗菌能力。建立细菌性腹膜炎模型,分别口服大承气汤或大黄,对小鼠预防治疗 2d 后,分别腹腔注射大肠杆菌或变形杆菌建立腹膜炎模型,再继续用药治疗 2d。实验结果:治疗组小鼠死亡数及相应菌血症发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$),并且有剂量依赖性。大承气汤对大肠杆菌和变形杆菌感染的小鼠均有良好保护作用,表明大承气汤具有良好的抗感染作用^[41]。

利用腹腔注射兔粪液造模,12h 后经胃管注入大承气汤每千克体重 2ml,应用放射性生物微球测量器官组织血流量的方法,观察大承气汤对急性细菌性腹膜炎家兔主要脏器血流量的影响。实验结果:大

承气汤对急性细菌性腹膜炎机体功能的改善、肝脏的代谢功能和肾脏排毒功能的提高起相当重要的作用,为大承气汤治疗细菌性腹膜炎有效性提供了一个重要依据^[19]。

给大鼠腹腔注射浓度为 10^{12} CFU/L 的大肠杆菌悬液,造成细菌性腹膜炎,灌胃给药。观察大承气汤颗粒剂对细菌性腹膜炎大鼠小肠组氨酶活性的影响。实验结果:细菌性腹膜炎模型组与正常对照组比较,组氨酶活性明显降低 ($P < 0.01$);大承气汤颗粒剂中剂量 (2.43g/kg)、大剂量 (4.86g/kg)、中剂量大承气汤加 63% 头孢克罗 (0.125g/kg) 组,均明显升高组氨酶活性 ($P < 0.05$),且大承气汤颗粒剂对组氨酶活性的影响呈剂量依赖性,大承气汤颗粒剂对肠道屏障有重要的保护作用^[42]。

以大承气汤对烫伤后大鼠休克期肠道细菌移位抑制作用进行实验研究。实验结果:烫伤后休克期灌大承气汤组,肝、脾、肾等组织中未发现细菌生长,而烫伤后不灌药组肝、脾、肾等组织中检验出肠道内常居菌,两组间对照差异显著。严重烫伤早期应用大承气汤,可能产生对肠道细菌抑制的作用,进一步研究该方剂在烧伤领域中的作用,可能为临床应用奠定理论基础^[43]。

以放射性同位素 ^{35}S 标记致病 E - coli 作示踪剂,以不同剂量酵母多糖腹腔注射所致 MODS 时肠道细菌易位造模,经口灌服大承气汤为代表的通里攻下中药对控制细菌易位有显著效果^[44]。

(二) 抗内毒素

1. 腹腔巨噬细胞 利用肿瘤坏死因子 $\text{TNF} - \alpha$ 敏感细胞系 L929,用四甲基氮唑 (MTT) 法检测大鼠腹腔巨噬细胞 (PM) 分泌的 $\text{TNF} - \alpha$ 量。实验结果表明: LPS 刺激 PM 分泌 $\text{TNF} - \alpha$ 在 8h 时达到峰值,其峰值随 LPS 浓度增加而增加;大承气汤对 PM 中分泌 $\text{TNF} - \alpha$ 有双向调节作用,低浓度大承气汤对 PM 分泌 $\text{TNF} - \alpha$ 有轻度激活作用;大承气汤对 LPS 刺激 PM 过量分泌 $\text{TNF} - \alpha$ 有显著的抑制作用,且抑制作用主要表现在给药的早期阶段,其作用随本汤剂浓度增加而增强^[45]。

利用电子自旋共振法 (ESR) 直接测定大鼠腹腔巨噬细胞经不同

浓度内毒素刺激 60min 后释放自由基水平的动态改变,以及寒下药物清除自由基作用。结果表明,内毒素体外能诱使大鼠腹腔巨噬细胞产生自由基,并呈剂量依赖效应,随内毒素刺激剂量的增加,巨噬细胞产生自由基水平增高 ($P < 0.05$);以大承气汤为代表的寒下方剂能显著抑制大鼠腹腔巨噬细胞释放自由基 ($P < 0.01$),表明寒下方剂能清除自由基,抑制巨噬细胞呼吸爆发的产生^[46]。

2. 对内毒素休克模型的影响 对醋酸铅致敏大鼠注入脂多糖的内毒素性休克模型,大承气汤可使内毒素休克大鼠的血压明显回升 ($P < 0.01$),肺动脉压明显降低 ($P < 0.01$),减轻主要脏器的损伤,延长存活时间。提示:大承气汤有逆转内毒素休克并保护机体的作用^[47]。

采用 Fura-2/AM 负载及荧光法测定对照组、内毒素休克组和大承气汤治疗组家兔白细胞内游离钙离子浓度。实验结果表明,大承气汤可使休克家兔白细胞内游离钙浓度明显降低,这是由于大承气汤抗钙超负荷,减轻其对组织的损伤,从而对细胞功能的调控起到保护作用^[48]。

用大肠杆菌毒素 ($40\mu\text{g}/\text{kg}$) 静脉注射家兔,建立内毒素休克模型,其血清溶菌酶活性较生理盐水对照组明显升高 ($P < 0.01$)。经大承气汤 ($10\text{ml}/\text{kg}$) 口服给药预防 3 天,治疗 2 天的家兔,血清溶菌酶活性较内毒素模型组明显降低 ($P < 0.05$),而接近正常水平。说明大承气汤通过其消炎、抗菌、抑制内毒素吸收及稳定细胞膜等作用使溶菌酶活性恢复正常^[49]。

3. 对内毒素血症的影响 通过腹腔注射大肠杆菌内毒素 ($10\text{mg}/\text{kg}$) 对小鼠进行内毒素血症造模,治疗组同时经口给大承气汤;采用 Griess 试剂比色法间接测定血清 NO 浓度。实验结果表明,大承气汤对内毒素血症小鼠血清一氧化氮浓度的升高有明显的降低作用^[50]。

大鼠腹腔注射大肠杆菌悬液,造成腹膜炎诱发的肠源性内毒素血症模型,分光光度法测定大鼠肝、肠、肠黏膜组织中的一氧化氮合酶 (NOS) 活性。实验结果表明,颗粒剂能降低内毒素血症时重要器官组织中的 NOS 活性,这可能是大承气汤防治中毒性休克,乃至多脏器衰竭的重要生化机制之一^[51]。

大承气汤对肠源性内毒素血症大鼠组织 PLA_2 、SOD 活性变化的影响,表明大承气汤在肠源性内毒素血症病理形成过程中能明显抑制 PLA_2 活性的升高,有益于减轻组织的损害,又可阻止 SOD 活力的下降,从而增强对过量产生的氧自由基的清除能力^[52]。

采用 LPS (口服) 和 5-HT、Pb-Acet 静脉注射方法对大鼠进行肠源性内毒素血症 (EE-TM) 造模。结果:造模后 3h,心、肝、肺、肾生化功能指标即呈异常改变,治疗组同时经口给予大承气汤,结果呈保护效应^[53,54]。

以鲎试剂定量测定法进行的体内、外实验证实:去芒硝大承气汤、胆盐对 LPS 有直接灭活效应;正常大鼠经口给予大承气汤后,其血浆对外加 LPS 灭活能力增强;经口给予大承气汤于 EETM 模型大鼠后,肝组织血流量和肝胆汁流率增加,其肝胆汁对外加 LPS 的灭活能力增强^[55]。

为了探讨大承气汤保护细胞器、治疗内毒素血症的机制,采用大肠杆菌、内毒素所致家兔全身性施瓦茨曼 (Shwarzman GSR) 反应作为弥漫性血管内凝血 (DIC) 模型,以线粒体 H^+ -ATP 酶和血清过氧化脂质 (LPO) 作为观察指标,研究了大承气汤对线粒体的影响。结果大承气汤组和地塞米松组 H^+ -ATP 酶活性明显高于 DIC 模型组而与正常对照组相近;同时,大承气汤组和地塞米松组血清 LPO 水平接近正常对照组,DIC 模型组则显著升高,电镜观察结果与生化测定结果基本一致。提示大承气汤能够拮抗内毒素所诱导的脂质过氧化损伤,保护肝线粒体,减轻内毒素对机体的损害^[56]。

4. 拮抗内毒素损伤溶酶体 体外实验选用大鼠肝溶酶体,体内实验选用内毒素所致家兔全身性 Shwariman GSR 作为弥漫性血管内凝血 (DIC) 模型,并给予不同处理,借测定溶酶体标志酶——酸性磷酸酶 (ACP) 活性,以判断溶酶体膜是否完整及大承气汤对其保护作用。实验结果表明:模型组动物肝、肠溶酶体 ACP 活性明显升高,而大承气汤治疗组则与正常对照组相似。大承气汤能够稳定肝、肠溶酶体膜,减少溶酶外逸,拮抗内毒素对机体的损害^[57]。

用内毒素所致家兔全身性 GSR 作为 DIC 模型,以 ACP 和 β -葡萄糖醛酸苷酶 (β -G) 为指标,观察了大承气汤对溶酶体膜的影响。

结果显示：DIC 模型组兔肝 ACP 和血清 β -G 活性明显升高，而大承气汤治疗组则与正常对照组相似。说明大承气汤能够稳定溶酶体膜，减少溶酶外逸，保护细胞器，减轻内毒素对机体的损害^[58]。

5. 抗内毒素损伤所致过氧化损伤 用内毒素两次静注导致家兔 DIC 模型，检测肝组织及血浆 LPO 含量及 SOD 活性。结果模型组 LPO 明显升高，SOD 活性显著下降；而大承气汤组则与正常对照组相似。提示在内毒素 DIC 时肝细胞对自由基清除能力下降，脂质过氧化损伤加重，大承气汤能增强机体对自由基的清除能力，减轻过氧化损伤^[59]。

从家兔耳缘静脉注射内毒素建立 EETM 模型，用大承气汤灌胃，实验结果表明：大承气汤有降低 EETM 时血浆及肝组织的 LPO、血浆酸溶性蛋白及血液黏度的作用，同时亦能提高红细胞内 SOD 的活力^[60]。

6. 对内毒素移位的影响 以¹²⁵I-LPS 对小鼠灌胃后，观察腹膜炎大鼠肠源性内毒素移位后各脏器中的分布。实验结果表明：急性感染性腹膜炎可致肠源性内毒素移位增加，各重要脏器中均含不同浓度的内毒素，内毒素含量由高而低依次为：肾、肺、肝、胰、肠系膜淋巴结、心脏 ($P < 0.05$)。大承气汤能明显抑制腹膜炎大鼠肠源性内毒素移位 ($P < 0.01$)，并可增加¹²⁵I-LPS 的粪便排出量 ($P < 0.01$)，这为临床治疗肠源性内毒素血症提供了一个可靠的方法^[61]。

(三) 抗炎作用

有研究以通过皮丘及腹水色素渗出实验，证明该方有降低毛细血管通透性，减少炎性渗出，抑制炎症扩散的作用^[12]。采用¹²⁵I-白蛋白放射活性测定小鼠腹部血管通透性的方法，证明经尾静脉注入¹²⁵I-白蛋白后，本药可降低腹部血管通透性，抑制其从血液循环渗出，减少其进入腹腔的数量。并认为本药对腹部血管通透性的作用是以减少“异物”为转移的双向调节作用；但本方的各单味药及其他配伍均无此作用，只有四味药配伍才有双向调节作用。而当动物经戊巴比妥麻醉后，本药使腹部血管通透性升高的效应丧失，说明其双向调节有赖于中枢神经系统的参与^[62]。对小鼠腹腔或腋窝分别注入经多次

反复增毒的金黄色葡萄球菌,造成急性腹膜炎及腋窝脓肿,服用本药后,可因炎症的部位、病程及程度的不同而显示多种双向调节效应,对于急性腹膜炎不同程度的渗出,不能抑制其轻症而可抑制其重症的渗出^[63]。大承气汤能够减少犬急性坏死性胰腺炎症反应时的腹水量和胰腺重量,提高红细胞免疫黏附功能^[64]。

用酵母多糖 A 诱导的小鼠全身炎症反应综合征 (SIRS) 模型,大承气汤在 SIRS 过程中 可以有效地抑制内毒素的转移和 $\text{TNF} - \alpha$ 、 $\text{IL} - 6$ 等炎症反应性细胞因子的产生^[65]。对于阳明腑实症患者,大承气汤能降低血中内毒素及炎症介质, $\text{TNF} - \alpha$ 的水平及 NO 的含量^[66]。

四、对脑出血的保护作用

对下丘脑 - 垂体 - 甲状腺轴有调节作用。急性脑出血可引起脑组织水肿、移位及脑细胞死亡,引起脑内血液循环障碍,直接或间接地导致体内一系列神经内分泌代谢的变化,使促甲状腺激素 (TSH) 明显增高, T_3 、 T_4 明显降低。有实验表明,急性脑出血患者除用甘露醇、呋塞米 (速尿)、胞二磷胆碱和脑活素等药外,每日加服 1 剂大承气汤,2 周后 TSH 值下降, T_3 值增高,与治疗前比较有极显著意义 ($P < 0.01$),说明可使甲状腺功能保持动态平衡^[67]。

采用健康家猫随机分组取自身股动脉血 1ml,用立体定位仪,将其注入右侧外囊造成脑出血模型,给予大承气汤。实验结果:脑出血 1.5h、12h 脑组织中一氧化氮及 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性变化,与对照组比较有显著性差异;大承气汤可明显降低实验性脑出血动物脑组织及血浆中 NO 含量,增加 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶的活性,降低脑水肿组织的含水量,与模型组比较有显著性差异,提示对急性脑出血患者后脑水肿有明显的治疗作用^[68-71]。

五、对肺损伤的影响

根据“肺与大肠相表里”的联系,较为深入地研究了大承气汤对肺脏的影响。用丝线结扎大鼠直肠,以不影响肠壁血液循环为度的直肠狭窄,于 48h 后拆除结扎线,96h 后处死;大承气汤每日 15g/kg

灌胃给予。肺组织电镜及光镜下观察,结果:光镜下对照组的肺脏组织具有不同程度的充血水肿和出血等变化,而大承气汤组与正常组无显著差异。直肠和结肠对照组均有重度扩张、胀气、肠壁变薄、呈灰褐色或黑色、肠腔内有大量粪石积滞;一半大鼠在小肠近结肠端有轻度或中度扩张、胀气,而大承气汤组大、小肠均未见异常。各组心、肝、肾脏光镜下未见明显异常。电镜下对照组肺泡 I 型上皮细胞显著增厚,胞浆电子密度明显降低,胞质内容呈轻至中度凝聚性变化; II 型上皮细胞游离面微绒毛较短少,核周隙较宽大,胞浆中内质网显著扩张,板层小体数量较少。而大承气汤组肺泡 I 型上皮细胞界限清晰,胞浆电子密度中等,偶可见细小电子密度减低区,上皮和内皮细胞中均有丰富的小泡结构; II 型上皮细胞有发达的微绒毛,内质网轻度扩张,板层小体(L)量丰富。并认为这些可能与排除肠源性内毒素等有关^[72]。同样方法的大鼠肺泡巨噬细胞死亡率的统计表明,造模组的死亡率为 31.73%,大承气汤组为 8.05%,有显著降低该细胞死亡率的作用($P < 0.01$)^[73]。以大剂量次碳酸铋给予大鼠,也证明用大承气汤能使肺泡巨噬细胞增多^[74]。呼吸窘迫综合征(RDS)与阳明腑实喘满症有近似之处,有人对家兔 RDS 模型用大承气汤予以治疗,结果:治疗组能显著降低血 PaO_2 含量,较模型组显著降低肺系数(肺重/体重),减轻肺水肿、肺出血病变等,有提高动脉血氧分压、有改善肺组织病变作用^[75]。

从兔耳缘静脉注入油酸建立家兔实验性肺水肿模型,大承气汤由胃管灌入,观察动物一般情况,分析制模后 7h 和 3d 肺形态学改变。实验结果表明,油酸可致家兔实验性肺水肿,以肺水肿、肺出血、毛细血管微血栓和肺泡内透明膜形成为主要标志。大承气汤具有改善肺水肿、促进肺泡上皮特别是 II 型上皮细胞增生、促进损伤修复的作用。提示:大承气汤的治疗作用可能与其促进肺泡上皮增生,特别是 II 型上皮细胞增生及修复、改善肺泡通气/血流比等多种作用有关^[76]。

采用逆行胰管内注射 5% 牛磺胆酸钠建立犬的急性胰腺炎(ANP)模型,用大承气汤治疗。结果:实验犬 ANP 时白细胞黏附活性增强,外周血清及支气管肺泡灌洗液(BALF)中 TNF 活性升高,

以后者升高更突出。白细胞黏附、TNF 的过度分泌参与 ANP 病理生理及肺损伤的发生；大承气汤能够减弱白细胞黏附、降低血清及 BALV 中 TNF 活性升高，减轻两者介导的肺损伤程度^[77、78]。

用酵母多糖 A 腹腔注射制备大鼠急性无菌性腹膜炎模型。分别用大承气汤、大黄、抗生素（氨苄青霉素）治疗，实验结果表明大承气汤和大黄可能通过降低外周、门脉血内毒素，抑制脂质过氧化物的产生和加强自由基的清除，从而显著减轻急性腹膜炎引起的肺损伤，保护肺功能^[79]。

采用经 LPS 活化的腹膜炎大鼠肺泡巨噬细胞与经 H-TdR 掺入的肺泡细胞及含大承气汤有效成分的血清进行细胞培养。实验结果表明，巨噬细胞在感染性炎症及肺损伤过程中发挥着重要作用。大承气汤能降低腹腔感染、减弱肺泡巨噬细胞活化后对肺泡上皮细胞的细胞毒作用^[80]。

制备大鼠重型胰腺炎模型，用大承气汤进行治疗，实验结果表明，肺泡巨噬细胞过度活化、过度分泌炎性细胞因子是重型急性胰腺炎急性肺损伤发病的重要原因之一。大承气汤能控制过度的炎性反应状态，对受损伤的肺组织细胞具有保护作用^[81]。

将大承气汤经口给予肠源性内毒素血症大鼠，结果其肺灌洗液中总磷脂、白蛋白水平、表面张力值、肺泡单核/巨噬细胞 NBT 吞噬百分率、肺组织 6-Keto-PGF_{1α}/TXB₂ 比值均较模型组不同而呈显著的保护效应^[82]。

用油酸复制家兔呼吸窘迫综合征模型，灌入大承气汤后测定动脉血氧分压，观察肺组织病变。实验结果表明，大承气汤对家兔呼吸窘迫综合征有提高动脉血氧分压和改善肺组织病变的作用，为临床治疗提供了依据^[83]。

六、对细胞膜稳定性的影响

通过体外热诱导法观察以大承气汤为代表的寒下方剂对兔红细胞细胞膜稳定性作用。结果表明：大承气汤与承气合剂均能抑制红细胞膜的溶解（ $P < 0.05$ ），与地塞米松的质膜保护作用相似，均呈剂量相关依赖效应。药物浓度越高，细胞溶解率越低。单味大黄在浓度小

于 $0.001 \mu\text{g/ml}$ 具有显著的抑制红细胞膜溶解的能力 ($P < 0.001$), 随着大黄浓度的增加, 其抑制红细胞溶解的能力逐渐下降, 提示高浓度大黄的质膜保护能力下降^[84]。

七、对急性胰腺炎的影响

重型急性胰腺炎 (SAP) 引发器官损害的动物模型以及中药对 SAP 所致胰外脏器损害的保护作用。SAP 可以造成肺微血管内皮损伤, 各脏器微循环组织灌流量均减少, 并可通过血小板活化因子的释放介导胰外脏器的损害, 大承气汤对 SAP 时胰腺和胰外脏器损害具有保护作用^[85]。

观察对胰管内逆行注入牛磺胆酸钠所致大鼠 SAP 的影响, 结果表明: 大承气汤治疗组的大鼠血中的可溶性 CD11a/CD18 表达、胰腺组织中的肿瘤坏死因子 (TNF) 含量、胰腺组织病理损害程度、胰酶血症的水平均较生理盐水治疗组明显下降或减轻。提示大承气汤治疗急性重型胰腺炎的机制可能不仅在于其能促进胰酶的排出, 还与其能减少黏附分子 CD11a/CD18 的表达, 减少胰腺组织中多形核白细胞 (PMNs) 的浸润程度, 进而减轻胰腺组织损伤有关^[86]。

观察对犬急性坏死性胰腺炎红细胞免疫影响, 结果表明: 犬急性坏死性胰腺炎模型存在红细胞免疫功能失调, 大承气汤能明显减少腹水量及动物胰腺重量, 提高红细胞免疫黏附功能^[87]。

对治疗 SAP 的分子生物学机制研究表明: 大承气汤可抑制 SAP 早期外周血多形核粒细胞表面黏附分子的表达, 减少多形核粒细胞黏附和穿越血管内皮细胞而对组织器官起保护作用^[88]。

八、对肿瘤患者炎症介质的影响

大承气冲剂对肿瘤患者炎症介质有影响, 选择了 35 例腹部恶性肿瘤手术的患者, 分为用大承气冲剂做肠道预洁的中药组和采用口服抗生素、肥皂水灌肠的西药组, 观察手术前及手术后 1d、3d、7d 血清一氧化氮 (NO)、TNF、细胞间黏附分子 1 (ICAM-1) 的变化, 以及手术后肠功能恢复情况。实验结果表明: 大承气冲剂用于术前肠道预洁与常规服用抗生素和肥皂水灌肠相比较, 能明显降低手术对恶

性肿瘤患者产生的炎症反应,减少炎性介质的分泌,促进手术后肠功能的恢复,减少术后并发症^[89]。

九、对多脏器功能不全综合征 (MODS) 的影响

采用 MTT 法观察大承气汤对 28 例腹腔内感染性炎性疾病所致的 MODS 患者外周单核细胞 TNF、IL-1 及 IL-6 分泌水平及通里攻下的影响。实验结果表明:MODS 患者外周单核细胞分泌 TNF、IL-1 及 IL-6 的水平明显升高,采用大承气汤治疗 MODS 患者可抑制单核细胞分泌炎性细胞因子、抑制过度炎症反应,从而起到保护脏器的作用^[90]。

以改良 NBT 比色法代替 2,6-二氯酚靛酚法测定急性感染性腹膜炎及肠系膜动脉缺血再灌注所致 MODS 模型大鼠肝细胞线粒体功能,并对 LPS 体外刺激大鼠肝细胞所致其线粒体功能改变及寒下药物对其影响进行观察,实验结果表明:MODS 发病或经体外 LPS 刺激活化后大鼠肝细胞线粒体功能均增强,以大承气汤为代表的寒下药能抑制线粒体功能的增强作用,抑制线粒体的呼吸爆发,因此抑制超氧化阴离子的生成,达到保护组织脏器的作用^[91]。

观察寒下药物对内毒素刺激大鼠肝细胞 DNA 及蛋白质合成的影响。实验结果表明:大鼠肝细胞体外经内毒素活化后 DNA 和蛋白质合成显著增加,含大承气汤、承气合剂、大黄有效吸收成分的兔血清体外能抑制内毒素所致大鼠肝细胞 DNA 及蛋白质的合成增加作用。急性感染性腹膜炎及肠系膜动脉血再灌注所致 MODS 大鼠肝细胞 DNA 及蛋白质合成明显增加,大承气汤能抑制 MODS 大鼠肝细胞 DNA 及蛋白质合成增加的作用^[92]。

十、对失血性休克的影响

观察对失血性休克大鼠的影响,大承气汤有明显抗细菌易位、抗内毒素易位、降低 IL-6 和 IL-10 水平升高、保护肠黏膜屏障的作用。提示:大承气汤能保护肠黏膜屏障,有效抑制炎性细胞因子的过度释放,从而减轻急性炎性反应,避免组织器官进一步损伤^[93]。

十一、对微量元素的影响

以建立的 ICR 小鼠炎症模型,测其血清锌浓度、肝脏 Cu - Zn-SOD 活性均明显低于正常组;而用大承气汤治疗后,锌浓度与 SOD 活性均明显回升。离体实验 SOD 的活性,随离子的浓度增加而升高的量效曲线提示,药物提高小鼠血清浓度是其主要因素,但对中药汤剂与组成生药的微量元素分别检测的结果揭示,药物疗效的发挥,可能是通过高层次的调整作用,而并非是简单的微量元素的直接补充^[94]。

十二、对大鼠肝脏核酸含量的影响

取健康雄性 Wistar 大鼠 60 只,体重 100 ~ 120g,随机分为大承气汤组、大承气汤加黄芪组 and 对照组。其中大承气汤组和大承气汤加黄芪组每天胃饲大承气汤 2 次(上、下午各 1 次),每次剂量为 1ml/100g 体重(1ml 含生药 4g),连续 9 天。大承气汤加黄芪组同时每天腹腔注射黄芪注射液 1 次,1ml/100g 体重,对照组胃饲等量水。实验第十天将动物断头处死,取肝组织做核糖核酸含量的定量分析。结果:大承气汤组肝脏二倍体细胞百分比增多,核糖核酸(RNA)的含量高于对照组($P < 0.01$)。提示本方可能具有促进肝细胞 RNA 合成,维持肝细胞正常结构和功能,因而具有护肝作用^[95]。

参考文献

- [1] 张工戡,五味保男.大承气汤 Ach 和高浓度钾所致豚鼠结肠平滑肌收缩的药理作用解析.长春中医学院学报,1998,14 (72): 51 ~ 52
- [2] 杨文修,金正根,许文胜,等.大承气汤和大黄对豚鼠结肠带平滑肌细胞的电活动的影响.中国中西医结合杂志,1993,13 (1): 33
- [3] 康毅,郭世铎,吴咸中,等.大承气汤对肠梗阻大鼠离体结肠平滑肌⁴⁵Ca 内流影响的实验研究.中西医结合杂志,1991,(2): 107
- [4] 岳华,冯敬坤,王桂英,等.大承气汤对家兔胃运动影响的实验研究.河北中医学院学报,1996,11 (3): 3 ~ 4
- [5] 谢文利,林秀珍,齐刚.大承气汤颗粒剂对大鼠肠平滑肌细胞内三磷酸肌

- 醇的影响. 中草药, 1999, 30 (12): 923 ~ 925
- [6] 崔志清, 郭世铎, 伍孝先, 等. 大承气汤及其主要大黄对小肠离体肠管葡萄糖转运电位的影响. 中草药, 1993, 14 (12): 635 ~ 636
- [7] 刘印忠, 马德禄, 靳珠华, 等. 大承气汤颗粒剂对正常豚鼠离体回肠运动的影响. 天津药学, 2002, 14 (1): 28 ~ 29
- [8] 田在善. 几种急腹症常用中药对正常人肠运动影响的观察. 天津医药, 1979, (4): 170
- [9] 于守志, 马小丽, 田在善. 大承气汤对胃肠道推进功能及肠容积的影响. 天津医药, 1965, 7 (10): 790
- [10] 黄贤权. 口服中药大承气汤 X 线快速肠道造影 100 例观察. 上海中医药杂志, 1980, (4): 34
- [11] 毛会亭, 赵连根, 魏宗泉. 大承气汤对家兔实验性肠套叠还纳过程的影响. 天津医药, 1965, 7 (10): 792
- [12] 赵雅灵, 吴招娣. 中医方剂的药理学研究——应用中医治则研究大承气汤的药理作用. 中药药理与临床, 1988, 4 (3): 1
- [13] 天津市南开医院. 大承气汤增强胃肠运动的作用与迷走神经及肾上腺关系. 中西医结合治疗急腹症通讯, 1976, (3): 45
- [14] 岳华, 冯敬坤, 王桂英, 等. 大承气汤对家兔胃运动影响的实验研究. 河北中医, 1996, 18 (6): 26
- [15] 张学菊, 刘秀珍, 宋博, 等. 大承气汤加味对宫外孕患者术后胃肠功能的影响. 南方护理学报, 1997, 4 (6): 3
- [16] 刘印忠, 马德禄, 靳珠华, 等. 大承气汤颗粒剂对正常小鼠肠道运动的影响. 天津药学, 2000, 12 (3): 43
- [17] 马德禄, 郑尧, 靳珠华, 等. 大承气汤颗粒剂对便秘小鼠小肠运动的影响. 天津医科大学学报, 2001, 7 (2): 178 ~ 179
- [18] 沈平, 章学林, 高炬, 等. 大承气汤对大鼠结肠手术后肠蠕动恢复的疗效初探. 江苏中医药, 2004, 25 (5): 53 ~ 54
- [19] 李文, 郑芳, 张集圣. 大承气汤对急性细菌性腹膜炎家兔重要脏器血流的影响. 中国中西医结合外科杂志, 1999, 5 (2): 114 ~ 116
- [20] 姬志伟, 罗连诚, 薛文斗. 大承气汤冲剂对腹腔感染家兔肠血流量的影响. 中国中西医结合外科杂志, 2000, 6 (4): 281 ~ 283
- [21] 周维平, 吴咸中, 鲁焕章. 大承气汤冲剂对人血浆胃动素的影响. 中医杂志, 1996, 37 (11): 676
- [22] 尤胜义, 杜宝恒, 马丽云, 等. 肠梗阻家兔血管活性肠肽改变及大承气汤

- 对其的影响. 中西医结合杂志, 1991, 11 (3): 162
- [23] 林秀珍, 等. 大承气汤对家兔实验性肠梗阻血 NA 水平的影响. 中草药, 1992, 23 (1): 30
- [24] 尤胜义, 吴咸中, 刘满林. 大承气汤对胆囊切除术后胃肠激素及肠运动的影响. 中国中西医结合杂志, 1994, (9): 522
- [25] 林秀珍, 郭世铎, 侯庆昌, 等. 大承气汤、芍甘汤、大黄素和番泻甙对肠梗阻大鼠肠黏膜组织胺水平的影响. 中国中药杂志, 1992, 17 (7): 427
- [26] 张秋菊, 贺娟. 四种调理脾胃药对大鼠胃肠激素影响的差异性研究. 中医药学刊, 2003, 21 (5): 649~650
- [27] 尹兆均, 刘应金, 梁伯进, 等. 加味大承气汤对腹部手术后肠功能恢复的实验研究. 辽宁中医学院学报, 2005, 7 (6): 628~629
- [28] 马德禄, 林秀珍, 靳珠华. 大承气汤对实验性肠梗阻大鼠治疗作用的形态学观察. 中药药理与临床, 1996, 12 (5): 1~3
- [29] 马德禄, 林秀珍, 靳珠华, 等. 大承气汤对大鼠实验性肠梗阻治疗作用的超微结构研究. 中药药理与临床, 1997, 13 (6): 4~6
- [30] 谢文利, 林秀珍, 马德禄, 等. 大承气汤对大鼠肠平滑肌细胞内磷酸二酯酶的影响. 中草药, 2001, 31 (4): 339~341
- [31] 田在善, 沈长虹, 李东华, 等. 大承气汤治疗痞满燥实机制的实验研究. 中国中药杂志, 1993, 18 (3): 171
- [32] 邓学稼, 吴盾利, 王贞榆, 等. 利胆排石汤等中药对胆道运动影响的观察. 中国中西医结合杂志, 1985, (6): 338
- [33] 何耀荣. 大承气汤的不同配伍对泻下作用影响的实验研究. 湖南中医杂志, 1988, (2): 3
- [34] 冯敬坤, 岳华, 李爱英, 等. 大承气汤对家兔胃动素分泌和胃电活动影响的实验研究. 河北中医学院学报, 2002, 17 (2): 1~3
- [35] 张京玲, 胡萍, 白风菊, 等. 大承气汤及大黄对小鼠免疫功能影响的初探. 中国实验临床免疫学杂志, 1996, 8 (6): 32~36
- [36] 杨文修, 王辉, 刘晏, 等. 大承气汤和大黄对巨噬细胞免疫活性的双向调节作用. 天津中医药, 2004, 21 (1): 53~57
- [37] 王辉, 陈海龙, 范琦, 等. 大鼠肠巨噬细胞分泌肿瘤坏死因子的规律及复方大承气汤影响研究的. 中国中西医结合外科杂志, 2003, 9 (1): 6~9
- [38] 王俊卿, 武志耀, 周筱燕. 大承气汤对急性脑出血病人免疫功能的影响. 中医杂志, 1996, 37 (1): 28~29
- [39] 邢迎红, 崔克亮, 曹书华, 等. 大承气汤对危重患者单核细胞表面人白

- 细胞抗原 DR 表达的影响. 中国急救医学, 2002, 22 (4): 226 ~ 227
- [40] 陈琼华. 大黄的试验研究和临床应用. 新医药学杂志, 1974, (5): 34
- [41] 胡萍, 白凤菊, 李东升, 等. 大承气汤及大黄对小鼠抗菌能力的影响. 中国中西医结合杂志, 1999, 5 (1): 7 ~ 9
- [42] 刘印忠, 钟佩茹, 林秀珍, 大承气汤颗粒剂对细菌性腹膜炎大鼠小肠组氨酶活性的影响. 天津医科大学学报, 2001, 7 (1): 1 ~ 3
- [43] 湛宝泉, 刘洋, 陈东来, 等. 大承气汤对烧伤大鼠休克期肠道细菌移位抑制的实验研究. 中国中西医结合外科杂志, 2000, 6 (2): 86 ~ 87
- [44] 陈海龙, 刘艳, 吴咸中, 等. 多器官功能不全综合征时肠道细菌易位及通里攻下法影响的实验研究. 中国微生态学杂志, 1998, 10 (6): 342 ~ 346
- [45] 杨文修, 刘曼, 王辉, 等. 大承气汤对内毒素刺激巨噬细胞分泌肿瘤坏死因子的抑制作用. 中国中西医结合外科杂志, 2001, 7 (6): 390 ~ 392
- [46] 赵琪, 吴咸中, 崔乃强, 等. 大鼠腹腔巨噬细胞释放自由基的直接检测及寒下药物对其影响. 中国中西医结合外科杂志, 1997, 3 (2): 79 ~ 81
- [47] 周晓虹, 翟佳. 大承气汤抗内毒素休克的实验研究. 中华实用中西医杂志, 2004, 4 (17): 2463 ~ 2464
- [48] 谢文利, 赵珊, 林秀珍. 大承气汤对内毒素休克家兔白细胞内游离钙浓度的影响. 天津医科大学学报, 1999, 5 (3): 3 ~ 4
- [49] 林秀珍, 黄斌. 大承气汤对内毒素休克模型家兔血清溶菌酶活性的影响. 中国中西医结合外科杂志, 1999, 5 (2): 81 ~ 82
- [50] 王巨存, 赵迪. 大承气汤对内毒素血症小鼠血清一氧化氮浓度的影响. 中国中西医结合外科杂志, 2000, 6 (4): 278 ~ 280
- [51] 马德禄, 谢文利, 赵珊, 等. 大承气汤颗粒剂对肠源性内毒素血症大鼠重要脏器一氧化氮合酶的影响. 天津医科大学学报, 2000, 6 (3): 292 ~ 294
- [52] 沈长虹, 田在善, 李东华. 大承气汤对肠源性内毒素血症大鼠组织 PLA₂、SOD 活性变化的影响. 中国中西医结合外科杂志, 1996, (6): 463 ~ 465
- [53] 田在善, 郑治纲, 李东华, 等. 大承气汤对肠源性内毒素血症大鼠心、肝、肾生化功能致损的保护作用. 中国实验方剂学杂志, 1996, 2 (5): 34 ~ 38
- [54] 田在善, 李东华, 沈长虹, 等. 大承气汤对肠源性内毒素血症模型大鼠肝、肺、肾损害保护作用的病理学观察. 天津中医, 1998, 15 (1): 34 ~ 37
- [55] 田在善, 李东华, 沈长虹, 等. 大承气汤介导肝脏、胆汁、血浆灭活内毒素的实验研究. 中国实验方剂学杂志, 1997, 3 (1): 15 ~ 18

- [56] 郭春花, 林秀珍, 张才丽. 大承气汤保护线粒体的实验研究. 中药药理与临床, 1999, 15 (4): 7~9
- [57] 郭春花, 林秀珍, 张才丽. 大承气汤对内毒素损伤溶酶体的保护作用. 中国中西医结合外科杂志, 1998, 4 (6): 359~362
- [58] 郭春花, 林秀珍, 张才丽. 大承气汤稳定溶酶体膜的实验研究. 中国中西医结合外科杂志, 1998, 14 (6): 3~4
- [59] 郭春花, 郑红淑, 林秀珍. 大承气汤抗内毒素所致过氧化损伤的研究. 中药药理与临床, 14 (2): 7~8
- [60] 王文俊, 袁恒达, 伍孝先, 等. 清开灵和大承气汤抗自由基损伤的实验研究. 实用中西医结合杂志, 1994, 7 (1): 48~50
- [61] 刘竞, 赵琪, 周文洛. 大承气汤对腹膜炎大鼠肠源性内毒素移位的影响. 中国中西医结合外科杂志, 1997, 3 (6): 374~377
- [62] 孙爱贞. 从大承气汤对血管通透性双向调节探索中药复方的作用. 中成药研究, 1983, 5 (10): 28
- [63] 孙爱贞. 从大承气汤对血管通透性的影响看祛邪类药物双向调节作用. 中西医结合杂志, 1984, (11): 689
- [64] 陈光远, 唐文富, 黄宗文, 等. 大承气汤对犬急性坏死性胰腺炎红细胞免疫影响的实验研究. 湖南中医药导报, 2003, 9 (4): 94
- [65] 万幸, 刘借娴, 工烙印. 大承气汤对全身性炎症反应干预作用的实验研究. 广州中医药大学学报, 2003, 20 (2): 153~156
- [66] 冯立民, 陈海龙, 关凤林. 阳明腑实证时内毒素与炎症介质的变化及复方大承气汤的治疗作用. 中国中西医结合外科杂志, 2003, 9 (5): 351
- [67] 王俊卿, 周筱燕. 大承气汤对急性脑出血病人下丘脑—垂体—甲状腺轴的影响. 中医杂志, 1998, 39 (3): 160~161
- [68] 王俊卿, 周筱燕, 杨文清. 大承气汤对家猫脑出血急性期的保护作用及一氧化氮改变的研究. 现代健康, 2001, 5 (9): 47~56
- [69] 何保健, 王俊卿. 大承气汤对家猫实验性脑出血脑组织中 NO 含量的影响. 第四军医大学学报, 2000, 21 (5): 580
- [70] 王俊卿, 王伯良, 何保健. 大承气汤对家猫实验性脑出血后脑组织水肿的影响. 第四军医大学学报, 2000, 21 (8): 1040
- [71] 王俊卿, 王伯良, 何保健. 大承气汤对家猫实验性脑出血后脑组织中 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性和含水量的影响. 第四军医大学学报, 2001, 22 (14): 1296
- [72] 韩国栋, 冯学瑞, 薛泗城, 等. 大承气汤对实验性肺损害促修复作用的观

- 察. 中国医药学报, 1994, 9 (5): 15
- [73] 韩国栋, 常繁华, 冯学瑞, 等. 对“肺与大肠相表里”理论的实验研究—大承气汤对改进动物模型肺脏的影响. 中医杂志, 1990, (2): 48
- [74] 田在善, 沈长虹, 薛泗城, 等. 大承气汤对便秘大鼠肺泡巨噬细胞活力的影响——“肺与大肠相表里”的实验研究. 天津中医, 1992, (4): 19
- [75] 薛芳, 崔志永, 李宏森, 等. 大承气汤治疗家兔呼吸窘迫症的研究. 中西医结合杂志, 1988, 8 (5): 285
- [76] 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, 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9 (1): 24~26
- [77] 夏庆, 龚旭, 蒋俊明, 等. 大承气汤抗急性坏死性胰腺炎肺损伤的实验研究. 华西大学学报, 1999, 30 (4): 397~400
- [78] 夏庆, 蒋俊明, 龚旭, 等. TNF 在犬急性胰腺炎早期肺损伤中的作用及通里攻下法的影响. 华西医学, 1997, 12 (4): 430~432
- [79] 王冬梅, 田余祥, 王景洋, 等. 酵母多糖 A 性腹膜炎时的肺损伤及大承气汤的保护作用. 中国中西医结合外科杂志, 1998, 4 (4): 229~232
- [80] 赵卫川, 赵琪, 崔乃强. 腹腔感染大鼠肺泡巨噬细胞对肺细胞的细胞毒作用及下法对其影响. 中国中西医结合外科杂志, 1998, 4 (3): 135~137
- [81] 李继坤, 韩恩昆, 吴咸中, 等. 攻下药物对重型急性胰腺炎急性肺损伤模型大鼠的治疗作用观察. 中国中西医结合外科杂志, 1999, 5 (6): 353~356
- [82] 田在善, 沈长虹, 李东华, 等. 对内毒素引致肺损害保护作用的实验研究. 中国实验方剂学杂志, 1997, 3 (1): 12~15
- [83] 刘福成, 薛芳, 崔志永, 等. 大承气汤治疗严重创伤呼吸窘迫综合症的实验与临床研究. 中国中西医结合外科杂志, 1992, 12 (9): 541~542
- [84] 赵琪, 崔乃强, 李继坤, 等. 寒下药体外质膜保护作用的实验研究. 中国中西医结合外科杂志, 1997, 3 (1): 12~13
- [85] 韩恩昆, 吴咸中. 重型急性胰腺炎大鼠胰外器官损伤与大承气汤和活血清胰汤的保护作用. 中国中西医结合外科杂志, 2004, 10 (3): 185~188
- [86] 倪弘, 孔棣, 李继坤, 等. 大承气汤对急性重型胰腺炎大鼠血中可溶性黏附分子 CD11a/CD18 表达的影响. 中国中西医结合外科杂志, 2001, 7 (1): 36~38
- [87] 陈光远, 唐文富, 黄宗文, 等. 大承气汤对犬急性坏死性胰腺炎红细胞免疫影响的实验研究. 湖南中医药导报, 2003, 9 (4): 94~95
- [88] 韩恩昆, 吴咸中. 大承气汤和活血清胰汤对重型急性胰腺炎大鼠早期炎症

- 过程的影响. 中同中西医结合外科杂志, 2004, 10 (4): 281 ~ 284
- [89] 王绍山, 齐清会. 术前服用大承气冲剂对肿瘤患者炎症介质的影响. 中国中西医结合杂志, 1999, (6): 337
- [90] 赵琪, 崔乃强, 李继坤, 等. MODS 患者外周单核细胞炎性细胞因子分泌及下法影响. 河北中西医结合杂志, 1998, 7 (5): 657 ~ 658
- [91] 赵琪, 崔乃强, 吴咸中. 等. MODS 大鼠肝细胞线粒体功能改变及下法药物对其影响. 天津中医, 1998, 15 (2): 86 ~ 87
- [92] 赵琪, 崔乃强, 李继坤, 等. 下法及其药物对 MODS 大鼠肝细胞 DNA 及蛋白质合成的作用. 河北中西医结合杂志, 1998, 7 (10): 1529 ~ 1531
- [93] 蔡光先, 王银山, 周兵, 等. 大承气汤对失血性休克大鼠 IL - 6、IL - 10 影响的研究. 中医药学刊, 2003, 21 (8): 1229 ~ 1230
- [94] 孙爱贞, 高述祥, 郭瑞新, 等. 寒下方大承气汤抗炎过程中微量元素的作用机制探索. 上海中医药杂志, 1994, (1): 29
- [95] 罗灼玲. 大承气汤影响肝脏核酸含量的实验研究. 广州中医学院学报, 1998, 15 (4): 211

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=大承气汤

作者=杨佃会，杨孟祥编著

页数= 2 4 3

S S 号= 1 2 1 0 5 3 8 2

出版日期= 2 0 0 9 . 1

前言
目录
上篇

理论研究
第一章

概述

- 第一节 大承气汤的来源
- 第二节 大承气汤的组成及用法
- 第三节 大承气汤的功效与主治
- 第四节 大承气汤的临床应用
- 第五节 大承气汤的衍生方

第二章 古今医家的论述

中篇

临床研究
第一章

内科病证

第一节

心脑血管疾病

- 一、脑出血
- 二、脑梗死
- 三、肝性脑病
- 四、狂证
- 五、脑血管病意识障碍
- 六、肺心病心衰

第二节

胃肠道疾病

- 一、腹胀便秘
- 二、消化不良
- 三、胃肠胀气
- 四、胃轻瘫综合征
- 五、胃石症
- 六、糖尿病性胃潴留
- 七、烧伤应激性溃疡
- 八、胃出血
- 九、胃痛

第三节

呼吸系统疾病

- 一、大叶性肺炎
- 二、哮喘
- 三、支气管炎
- 四、肺脓疡
- 五、慢性阻塞性肺病
- 六、严重创伤呼吸窘迫综合征
- 七、肺动脉栓塞

第四节

肝胆系统疾病

- 一、慢性重症肝炎
- 二、慢性亚急性肝衰竭
- 三、肝硬化并上消化道出血
- 四、肝硬化并自发性细菌性腹膜炎
- 五、原发性肝癌并发肝性脑病

		六、胆系感染
		七、胆道蛔虫症
		八、急性胰腺炎
	第五节	泌尿系统疾病
		一、急性肾功能衰竭
		二、慢性肾功能衰竭
		三、泌尿系结石
	第六节	急性中毒
		一、有机磷农药中毒
		二、急性铅绞痛
	第七节	多器官功能障碍综合征
	第八节	破伤风
	第九节	癌症发热
	第十节	头痛
第二章	外科病证	
	第一节	肠梗阻
		一、单纯性肠梗阻
		二、粘连性肠梗阻
		三、不完全肠梗阻
		四、麻痹性肠梗阻
		五、格林 - 巴利综合征并发肠梗阻
		六、老年肠梗阻
	第二节	腹部术后胃肠功能障碍
		一、胃肠功能紊乱
		二、术后胃排空障碍
		三、残胃无张力症
		四、术后腹胀
		五、术后胃轻瘫综合征
	第三节	腹腔间隔室综合征
	第四节	腹内感染
	第五节	痔疮术后
	第六节	术前清洁肠道
	第七节	心脏起搏器植入术后胃肠功能障碍
第三章	妇科病证	
	第一节	盆腔炎
	第二节	妇产科术后肠胀气
	第三节	术后肠梗阻
第四章	儿科病证	
	第一节	休克型大叶性肺炎
	第二节	急性肺炎
	第三节	胃肠功能障碍
	第四节	中毒性肠麻痹
	第五节	食积腹痛

下篇	第五章	骨科病证	
		第一节	脊柱骨折后腹胀
		第二节	腰椎骨折便秘
	第六章	皮肤科病证	
		第一节	湿疹
		第二节	荨麻疹
	第七章	口腔科病证	复发性口腔溃疡
	实验研究		
	第一章	大承气汤制剂研究	
	第二章	药理研究	
		第一节	大承气汤组成中各药的药理研究
			一、大黄
			二、厚朴
			三、枳实
			四、芒硝
		第二节	大承气汤全方药理作用
			一、对消化系统的影响
			二、对免疫功能的影响
			三、抗感染作用
			四、对脑出血的保护作用
			五、对肺损伤的影响
			六、对细胞膜稳定性的影响
			七、对急性胰腺炎的影响
			八、对肿瘤患者炎症介质的影响
			九、对多脏器官功能不全综合征（M
			ODS）的影响
			十、对失血性休克的影响
			十一、对微量元素的影响
			十二、对大鼠肝脏核酸含量的影响