

潘智敏教授证治肠梗阻的经验

袁国荣^{1,2}, 指导: 潘智敏

(1 浙江省人民医院肿瘤科, 浙江 310014 2 上海中医药大学, 上海 200032)

摘 要:潘智敏教授系第四批全国名老中医药学术经验继承指导老师, 博士生导师, 师出名门, 得著名中医临床学家杨继荪教授的真传, 学验俱丰, 尤其在急、重、危病人诊治方面积累了丰富的经验。潘智敏教授在证治肠梗阻方面有独到的经验, 认为肠梗阻可分为痞结、瘀结、疽结三期, 其病机为腑气闭绝, 气滞血瘀, 热毒内结。治疗原则为理气攻下, 清热解毒, 活血化瘀。治疗的关键在于理气通下, 及早使用清热化瘀。

关键词:肠梗阻; 中医药疗法; 名老中医经验; 潘智敏

中图分类号: R249

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2010)08-1791-02

Professor Pan zhi-min's experience on treatment of intestinal obstruction

YUAN Guo-rong advisor PAN Zhi-min

(1 Department of Medical Oncology, Zhejiang Provincial People's Hospital Hangzhou 310014, Zhejiang China

2 Shanghai University of Chinese Medicine Shanghai 200032 China)

Abstract Professor Pan zhi-min is the guidance teacher of the 4th Famous TCM Experts Academic Experience and doctoral Advisor. She is a student of Professor Yang ji-sun, the Famous TCM Expert and has a great deal of experience on treating the critically ill, emergency case and dangerous patient. She is ripe and particular experience on treatment of intestinal obstruction. She holds that intestinal obstruction undergoes 3 process: oppression, stasis and bough, and further that it derives from stagnancy, blood stasis and heat-toxin. So she thinks that the principle of curing intestinal obstruction is catharsis, clearing heat-toxin and promoting blood circulation for removing blood stasis.

Key words intestinal obstruction, treatment of TCM, famous TCM expert's experience, PAN zhi-min

潘智敏教授从事中医临床 30 余年, 学验俱丰, 尤其在急、重、危病人诊治方面积累了丰富的经验。笔者有幸成为其学术继承人随师学习, 将其治疗肠梗阻的治疗特色总结如下。

1 治疗肠梗阻应首重理气攻下

肠梗阻是指肠内容物不能正常运行、顺利通过肠道, 是外科常见的急腹症之一。临床表现为腹痛、腹胀、呕吐、肛门排气排便减少或停止。临床上肠梗阻可分为机械性肠梗阻、动力性肠梗阻、血运性肠梗阻、炎症性肠梗阻、粘连性肠梗阻等, 西医以抗感染补液保守治疗或外科手术, 但有时治疗效果欠佳, 而中医中药治疗肠梗阻有一定的优势。

肠梗阻属中医“腹痛”、“呕吐”、“肠结”、“阳明腑实”的范畴。潘智敏教授认为肠梗阻根据中医理论及临床表现可分为痞结、瘀结、疽结 3 个阶段。早期为痞结, 多为肠腑气机不利, 滞塞不通, 呈现痛、胀、吐、闭四大症状; 中期为瘀结, 肠腑瘀血阻滞, 痛有定处, 胀无休止, 甚至瘀积成块或血不归经, 导致呕血、便血; 后期为疽结, 气滞血瘀进一步发展, 郁久而化热生火, 热与瘀血壅积不散, 血肉腐败, 热毒炽盛, 邪实正虚, 甚至正不克邪而产生亡阴亡阳之危象。临床上肠梗阻病情复杂, 上述 3 期并非绝然分开, 往往相互夹杂。但无论痞结、瘀结、疽结其基本病机均表现为腑气不通或闭绝。根据上述病机潘师认为治疗当首重理气攻下。气畅则不致化热生瘀, 通下则不致腑气闭绝, 理气和攻下相得益彰。理气可重用川朴、枳壳; 攻下可重用大黄、芒硝, 尤其是大黄的用量, 如用量不足, 难以取效。

2 治疗肠梗阻宜早用清热化瘀

潘师认为肠梗阻患者, 整个病程均可兼有热邪, 而且热邪是导致疾病加重或病情反复的重要因素之一。腑气不通

或闭绝最易化热, 无论痞结、瘀结、疽结均可郁而化热, 故清热解毒为常用的治法。潘师认为热邪煎熬最易致瘀, 热与瘀结, 可变为败证, 故治疗肠梗阻宜及早使用清热解毒之品, 以阻截病情向瘀结、疽结阶段发展。这与现代医学使用抗生素治疗肠梗阻十分相合。潘师常选用蒲公英、红藤、败酱草、黄柏、黄芩等药以解热邪。另外, 肠梗阻早期, 痞结实为气滞, 气滞日久可致血瘀, 而瘀结、疽结本有血瘀, 潘师认为瘀阻是肠梗阻的基本病理因素之一, 故活血化瘀也为常用的治疗方法。潘师还认为肠梗阻患者也应及早使用活血化瘀之品, 使热无所依, 可阻截肠梗阻患者病情向瘀结、疽结阶段发展。综上所述, 潘智敏教授认为肠梗阻患者, 气滞一久, 易郁而化热生瘀, 热与瘀结, 则血肉腐败, 耗损正气, 产生亡阴亡阳之危象, 故应及早使用清热化瘀之品, 使热清瘀消, 阻截肠梗阻病情的进展、恶化。

3 肠梗阻治则: 理气攻下 清热化瘀

潘智敏教授认为肠梗阻病机为腑气闭绝, 气滞血瘀, 热毒内结, 治疗原则: 理气攻下, 清热解毒, 活血化瘀。另外, 老年性肠梗阻病机以正虚为本, 腑气不通为标, 病机表现为虚、闭。治疗虽在于解决腑实证, 但也需兼顾扶正。扶正攻下, 标本兼顾。

潘智敏教授治疗肠梗阻常用基本方如下: 生大黄 (后下) 12~30g 芒硝 15~30g 川朴 12~30g 枳壳 12~30g 蒲公英 30g 败酱草 15g 桃仁 9g 虎杖根 30g 杏仁 9g 郁金 12g 瓜蒌仁 30g 炒莱服子 30g 大腹皮 12g

方解: 生大黄、芒硝重用为君, 攻下闭结; 川朴、枳壳重用为臣, 理气导滞; 蒲公英、败酱草清热解毒, 以祛热结; 桃仁、虎杖根、郁金活血化瘀, 以祛瘀结; 更佐杏仁、瓜蒌仁润肠通便去结, 炒莱服子、大腹皮理气消胀。全方共奏理气攻下、清热解毒、活血化瘀之效。

辨证加减: 闭积明显, 在使用上方基础上辨证施治, 生大黄用量可酌情逐渐增至 90g 或加芦荟 1~3g 加强攻下;

收稿日期: 2010-03-17

作者简介: 袁国荣 (1968-), 男, 浙江绍兴人, 副主任医师, 博士, 研究方向: 肿瘤学。

热势重则加黄芩 30g 黄连 6~10g 红藤 30g 等;因肝胆系统病变相关导致的肠梗阻,可加金钱草 30g 郁金 12g 等,此为取大柴胡汤之意;老年性肠梗阻,多为气虚推动无力或津亏肠燥所致,气虚者初用参芪,以其虚实夹杂,且早期以实证为主,故剂量宜小,后逐渐增加剂量,常用黄芪 6~30g 党参 6~15g 津伤者可合用增液汤:生地 30g 玄参 30g 麦冬 30g

用药要点: (1) 肠梗阻治疗关键在于理气攻下,理气可重用川朴、枳壳,二药均可用至 30g 攻下的关键在于大黄、芒硝的用量,尤其是大黄的用量,可用至 90g (2) 攻下的药物既要大胆使用,又要注重个体化,注意中病即止,以防耗正伤津。 (3) 老年性肠梗阻可合用增液汤。 (4) 肠梗阻日久,热毒内积,耗气伤津,临床虚症明显,表现为“大实有羸状”,此时不可为虚象所惑,应大胆攻下。 (5) 部分肠梗阻患者往往表现为“热结旁流”,此时当通因通用,大胆攻下。 (6) 中药起效,需要一定的作用时间,一般需 4~6h 甚至 1~3 天。如病情允许,须耐心等待。并非一剂起效,有时需 2~3 剂才能奏效。

4 病案举例

现整理潘智敏教授治疗肠梗阻的验案四则,以供同道揣摩。

4.1 理气通腑清热化痰治肺癌合并肠梗阻案

孙某,男,44岁,因左肺腺癌伴肺内转移 2 月入院,入院后完善各项检查,符合化疗指征,予健择加顺铂静脉化疗,化疗后 10 天,患者出现恶心呕吐,腹胀,并逐渐出现腹痛,解少量粪水,诊查:腹隆,肠鸣音亢进,全腹可及压痛,未及反跳痛,舌质红,苔黄厚腻,舌下有瘀筋,脉弦滑。腹部 X 片:肠梗阻。肠镜检查:直结肠未见肿瘤病灶。腹部 CT:肠梗阻,未见明显腹腔内肿块。西医诊断:肠梗阻。中医辨证属腹痛:气滞血瘀热结。治拟理气通腑清热化痰,笔者拟中药:生大黄 30g 枳壳 12g 厚朴 12g 大腹皮 12g 莱菔子 12g 赤芍 12g 丹参 15g 红藤 30g 甘草 6g 3 剂。药后,腹痛便闭未缓解,舌质红,苔黄厚腻同前,请潘师会诊,潘师认为辨证基本正确,但攻下清热之品力薄,且患者苔黄腻,甘草壅中之品应去之。可增生大黄至 45g 枳壳 21g 厚朴 21g 加芒硝 21g 蒲公英 30g 败酱草 30g 金钱草 30g 黄芩 30g

拟方:生大黄 45g 枳壳 21g 厚朴 21g 加芒硝 21g 蒲公英 30g 败酱草 30g 金钱草 30g 黄芩 30g 虎杖 30g 地骷髅 30g 桃仁 12g 赤芍 12g 留行子 12g 大腹皮 12g 3 剂。

二诊:患者排出大量粪水和大便,腹痛腹胀明显缓解,腹部变平变软,舌质红,苔黄厚腻转为薄黄腻。将生大黄减至 30g 余药同前,再予 3 剂,梗阻缓解。

按 患者肠梗阻属中医腹痛范畴,气滞血瘀热积于肠腑,导致腑气闭绝,热结旁流,潘师认为笔者辨证正确,但攻下力薄,并指出凡苔厚腻者,不宜用甘草甘补壅中之品。潘师认为攻下之法,生大黄配芒硝疗效明显好于单用生大黄,如不应,可加生大黄剂量,潘师有用至 90g 攻之之抢救成功的病例,药中病受,未见明显毒副作用。如仍不应,可再加芦荟 3g 加强攻下。

4.2 理气通腑清热活血治粘连性肠梗阻案

潘某,女,46岁,因子宫肌瘤术后,肠粘连松解术后 10 天,腹痛 1 天入院。患者于 10 天前在本院行子宫肌瘤切除术,术中发现肠粘连明显,即同时予肠粘连松解术,手术顺利。1 天前出现腹痛腹胀,肛门排气排便减少。诊查:腹隆,肠鸣音亢进,下腹可及压痛。双下肢不肿,舌质红,苔厚腻,脉弦细。腹部 X 片检查发现:小肠梗阻。西医诊断:粘连性肠梗阻。中医辨证属肠结,为气滞血瘀热结所致。治拟理气通腑清热活血。方药:生大黄后下 30g 川朴 15g 芒硝 15g 枳壳 15g 蒲公英 30g 败酱草 15g 桃仁 9g 虎杖根 30g 杏仁 9g 郁金 12g 炒莱菔子 30g 大腹皮 12g 地骷髅

30g 3 剂。药后大便通畅,腹痛缓解。

按本例患者为肠粘连松解术后,又出现粘连性肠梗阻,予肠梗阻基本方加减,取得明显疗效。潘师认为此类患者,病情容易反复,需长期间隙服用上述方药,经临床验证可明显减少发作次数和减轻发作的症状,实为经验之谈。

4.3 清热解毒通腑祛瘀治胃癌术后合并炎症性肠梗阻案

患者张某,男,82岁,因胃癌在某省级医院行全胃切除加横结肠部分切除加右结肠造瘘术。术后四日未解大便,咳嗽咳痰,体温升高。B超:腹腔内积液,右侧胸腔少量积液。予禁食、抗感染等治疗,并予大承气汤口服,仍有腹胀。以为术后体虚,予生晒参、黄芪、桂枝等益气温通助运。患者即出“痛、胀、吐、闭”肠梗阻征象。邀潘师会诊,诊查:患者表情极度痛苦,腹部膨隆,疼痛拒按,双下肢明显浮肿,舌质红,苔黄厚,脉弦。西医诊断:炎症性肠梗阻。潘师认为患者属阳明腑实证(瘀结),治拟清热通腑化瘀,阻截病情发展,以防变生为疽结。

急拟处方 3 剂:生大黄后下 30g 芒硝 20g 杏仁 9g 炒莱菔子 30g 蒲公英 30g 败酱草 15g 大腹皮 12g 川朴 20g 桃仁 9g 虎杖根 30g 枳壳 20g 郁金 12g 芦荟 2g 瓜蒌仁 30g 决明子 30g 煎服。药后患者排便 1 次,量多臭秽,身轻气爽。

二诊:患者腹痛腹胀已明显缓解,下肢尚肿,予原方基础上加天竺黄 12g 猪苓 30g 通利。之后患者大便能解,腹痛腹胀消除,水肿消退,随症加减用药,病情好转出院。

按 患者年高,虽有术后体虚,但手术伤气动血,术后必有气滞血瘀,腑气未复或欠畅,此时治当理气通腑活血清热,而反予益气助阳之品,已犯“虚虚实实之戒”,药后助热化火,病情加重,出现肠梗阻的症状。后予清热处理气通腑化瘀之剂,取得明显疗效,可见潘师辨证精确。现代药理实验证实:大黄、芒硝、枳壳、厚朴等药具有增加肠蠕动,促进术后胃肠功能的恢复,改善肠道微循环,减轻肠腔的炎症、粘连,从而缓解肠梗阻的作用。又加败酱草、蒲公英、虎杖根 3 味增加清热解毒之力,这与现代医学治疗炎症性肠梗阻的方法十分相吻。

4.4 清热通腑化瘀止血治缺血性肠病合并肠梗阻案

王某,女,80岁,干部。主诉:腹痛黏液血便 6 月,再发腹痛 1 天。6 月前曾因腹痛伴黏液血便入住,肠镜检查示:缺血性肠病。1 天前因饮食不慎出现持续性下腹部疼痛,伴发热, T: 38℃, 诊查:腹部膨隆,左腹深压痛,无反跳痛及肌卫,腹部皮肤可见广泛出血斑,肠鸣音亢进。舌质红,苔黄燥,脉滑。既往有“特发性血小板减少性紫癜”病史,血小板 $24 \times 10^9/L$; 腹部 X 线诊断:小肠梗阻。西医诊断: (1) 缺血性肠病,肠梗阻, (2) 特发性血小板减少性紫癜。外科建议保守治疗,故予解痉、禁食、抗感染、维持水、电解质及酸碱平衡等,但治疗效果欠佳,腹痛便闭。故予中药治疗,潘师认为中医辨证属腹痛(瘀积),治当清热通腑,活血化瘀,凉血止血。

治拟中药:生大黄(后下) 30g 川朴 10g 枳壳 10g 红藤 15g 败酱草 15g 青蒿 12g 蒲公英 30g 郁金 9g 茜草 12g 藕节 12g 炒黄芩 15g 鲜芦根 30g 茯苓 15g 决明子 30g 2 剂。

二诊:药后患者腹痛好转,但大便未通。增芒硝 20g 改生大黄为 40g 加强攻下。次日肛门排气,解便 1 次,量多色褐。之后大便次数逐渐增多,便质稀,腹痛缓解,欲进食。

按 患者为缺血性肠病,血运性肠梗阻,合并特发性血小板减少性紫癜,肠道、皮肤出血,且为老年高龄患者,治疗十分棘手。治疗不当,即现变症。潘师认为患者虽有攻下指征,但毕竟年老体弱,先须投石问路,暂予生大黄 30g 攻下。为防出血,加用茜草 12g 藕节 12g 凉血止血。药后腹痛好转,腑气未通,药已中病,二诊加强攻下,芒硝 20g 生大黄为 40g,药后痛缓便解,病情好转。此案充分体现了潘智敏教授诊治重危病人胆大心细的医学精神。