**针药结合宣肺调肠法治疗脓毒症急性呼吸窘迫综合征**

**合并肠功能障碍的临床应用探讨**

**袁金霞 韩云**

**(广州中医药大学第二附属医院 广东省中医药芳村医院ICU,广州510145)**

**广东省中医药大学院内专项**

**通讯作者：韩云，E-mail:hy660960@126.com**

**摘要**：急性呼吸窘迫综合征（Acute respiratory distress syndrome）是重症监护病房（ICU）常见病之一，该病发病急骤，病死率高。脓毒症是ARDS发病的最常见病因，肠道在脓毒症的全身应激反应和多器官功能障碍的发生和发展中起着中心作用。大量研究证实，胃肠功能障碍与疾病严重程度及预后相关，合并胃肠功能障碍的脓毒症ARDS患者死亡率更高，但目前尚未对肠功能障碍形成统一评价及治疗手段，而中医药的多靶点、多环节的治疗方法显示出其独特优势。本文试对针药结合宣肺调肠法的理论进行探讨，以期为危重症患者胃肠功能障碍的临床辨治提供思路。

**关键词**：针药结合；宣肺调肠法；脓毒症；ARDS；肠功能障碍

危重病人胃肠障碍发生率高，对疾病的发展及预后产生不可忽视的影响，对此，西医目前没有理想的治疗手段[1]。中医历来重视脾胃功能，李东垣著《脾胃论》，视脾胃为一身之重；张仲景在《伤寒论》中遣方用药也处处体现出顾护“胃气”的思想。在危重病方面，中医更是强调脾胃功能的重要性，所谓“有胃气则生，无胃气则死”。因此，预防性保护胃肠功能在危重病领域有重要意义。

1. **西医对脓毒症ARDS肠功能障碍的治疗现状**

在脓毒症期间，肠道黏膜屏障遭到破坏，加上肠道菌群生态失调及机体免疫功能下降，导致肠道细菌/毒素易位（I/R），触发机体异常的宿主反应，最终导致器官功能损害。因肠道功能的复杂性及肠功能障碍的多因联合、交互作用，目前尚未对其形成统一的临床相关的定义及分级标准。对此，现代医学的治疗主要是积极处理原发病，维护肠粘膜屏障功能，予以胃粘膜保护剂，促胃动力药，肠内营养支持，调节微生态以及免疫治疗等处理，但并不能从根本上解决问题。如近年来提出早期肠内营养，但胃储留、腹胀、呕吐、反流等相关并发症，使肠内营养的耐受率降低；而以抗菌药物为治疗基石的同时，又减少了肠道菌群的生物群多样性及功能多样性，加上抑酸剂的使用，导致宿主对肠道损伤引起系统性感染的易感性增加，甚至诱发肠源性脓毒症。另有关于不饱和脂肪酸、谷氨酰胺及其他生态制剂相关研究，但大多新型药物尚处于动物实验阶段，一旦发展到肠功能衰竭则治疗手段有限。随着中医药治疗脓毒症的研究的不断深入,在预防多重感染的发生、应对炎症反应和免疫损害、治疗胃肠功能障碍等问题上,中医药的思路方法逐渐发挥其优势。

1. **中医治疗脓毒症ARDS肠功能障碍现状**

危重病患者因毒热内盛、瘀毒内阻、气阴耗竭或阳气暴脱导致气机瘀滞、通降失调，容易损伤胃气，出现腹胀、便秘、胃肠潴留等胃肠功能障碍的表现，属中医的“痞满”、“反胃”、“除中”等范畴。中医药在“治未病”“防传变”的思想指导下注重“整体观念”、扶正与祛邪并重，主要从整体出发，辨证论治，立足机体自身，提高胃肠粘膜防御机制。治疗方面，中医药研究以大黄及承气汤类为主，并已取得相应进展。药理研究证实大黄具有保护胃肠道粘膜屏障，促进肠蠕动恢复及肠道细菌和毒素的排泄，加快胃肠营养的恢复以及免疫调节等作用[2]；同时，已证实承气汤类具备增强胃肠道平滑肌推进蠕动，改善胃肠道血流灌注和降低血管通透性、控制肠源性感染等作用；临床实践研究证明，承气汤类主方能够减少ARDS机械通气患者胃肠功能障碍的发生，并减轻炎症反应[3]。胡瑞英[4]等发现电针足三里、关元可减轻脓毒症患者的炎症反应，改善脓毒症患者的肠功能障碍，减轻疾病的严重程度。苏玉杰[6]等应用以大黄为主要成分的穴位贴敷，可显著改善脓毒症胃肠功能障碍患者肠鸣音及胃肠功能障碍评分，具有较好的临床疗效。此外，还有关于中成药、中药封包外敷以及中药灌肠等方法的临床研究。

1. **针药结合宣肺调肠法治疗脓毒症ARDS肠功能障碍**

3.1对病机的认识

脓毒症致ARDS在中医疾病中无相应的病名，但依据临床表现可概括为“喘”“昏”“满”“热”，多属中医的“暴喘”“喘脱”范畴[7]。《素问·阴阳应象大论》云“阳胜则身热，腠理闭喘粗为之仰，汗不出而热，齿干以烦冤，腹满，死”以上论述指出热病致喘的严重性，恰和脓毒症所致的ARDS病死率高相符合。

在病机方面，普遍认为其关键在于热、瘀、水(湿)、虚四个方面。肺为娇脏, 不耐诸邪之侵, 温邪上受, 首先犯肺。ARDS早期因正气不足，感受温热毒邪，热迫血瘀，导致肺失宣降，一身之气升降失序，血循不利, 血不利则为水, 致水饮瘀血壅滞肺络,这也与现代医学中ARDS高通透性肺水肿的病理改变即“湿肺”相符。温热毒邪犯肺，传入阳明，与肠中积滞相结而致热结肠燥，气机壅滞，上逆则喘，中阻则满。肺失宣降致气不下行、津不下达，影响大肠传化物之功能，使秽浊填塞中焦而腹胀、纳差、便秘等；腑气不通，浊气上逆乘肺，可致使肺气壅塞而出现咳、痰、喘等症。这样的发病机制也符合“肺与大肠相表里”的规律，二者在生理上相互属络，在病理上相互影响，肺病及肠，肠病及肺，形成恶性循环。

脓毒症ARDS患者在短时间内可发生气血阴阳亏虚，符合急性虚证的病理特点，这与传统观念“新病多实, 久病多虚”有所不同。在各虚证中我们更重视气虚，治法上以补益肺气、宗气为首要，因肺朝百脉，主一身之气，肺气充沛，血循调畅，水饮气化则利。

综上，我们认为脓毒症ARDS核心为正气不足，感受温热毒邪，热迫血淚，导致肺通调水道功能失司，水液不化而内停，最终热、瘀、水（湿）互结。

3.2 治法方药

中医学在几千年的发展过程中，历代医家在治疗暴喘方面，积累了丰富的宝贵经验，为我们治疗脓毒症致ARDS拓宽了思路。针对上述核心病机，我们提出针药结合宣肺调肠法治疗脓毒症ARDS肠功能障碍。足三里穴位是足阳明胃经的合穴、天枢穴属于足阳明胃经,为手阳明大肠经募穴，有健脾和胃，益气升清之功。同时，在临床实践中，我们发现老年脓毒症患者多表现为本虚标实证，而电针足三里具有健脾助运、扶正祛邪的功效，对于促进胃肠功能、保护胃肠粘膜的作用已为大量的临床观察及实验研究所证实。因此，我们把针刺作为治疗脓毒症肠功能障碍的基础治疗，采用针药结合法来治疗脓毒症ARDS患者，以达到肺肠同治的目的。

宣肺调肠方是通过总结国医大师晁恩祥教授及名老中医刘伟胜教授经验所提出的，用以治疗气虚湿热瘀结型ARDS患者。刘伟胜教授对危急重症疾病坚持中西医综合治疗，其中医理论功底深厚，辨证角度独特，灵活运用“肺与大肠相表里”理论，对于重症感染、SIRS、ARDS等引起急性呼吸衰竭患者，有丰富救治经验。刘教授认为ARDS早中后三期都要注意扶助正气，肺与大肠之功能早期调护是治疗的关键。而晁恩祥教授，从医近50载, 尤对于肺系病、脾胃病等颇有研究, 造诣较深。晁教授善用下法治疗内科急症，且收效显著，此外他认为“提壶揭盖法”属于一种独特下法。所谓肺朝百脉, 主一身之气, 宣肺能开中导下, 提壶揭盖, 气机调达, 则燥屎得下。因此, 晁老认为提壶揭盖法实质上亦属“病在下,取之上”的下病上取法。故综上二老经验，结合中医药学经典化裁理论，以宣白承气汤加减组成了宣肺调肠方。在前期基础研究中，该方已被证实能够减轻脓毒症大鼠肠组织损伤,对肠道有保护作用。现组方如下：生石膏30g（先煎），生大黄10g（后下），杏仁10g，瓜蒌皮15g，枳实15g，厚朴10g，黄芪30g。该方重用黄芪以补益宗气，化生气血，体现出重视危重症过程中虚证的学术思想。具有通腑功效的药物有生大黄、枳实、厚朴，其中，厚朴行气消痞除胀，大黄苦寒，能泻热通肠，凉血解毒，逐瘀通经可涤荡肠中湿热瘀结之毒，使肺热从大肠解泻，体现了肺肠同治之法。清肺热的药物有生石膏、杏仁，佐以瓜蒌皮清热利气。杏仁既宣肺平喘，润肠通便，又可开散水中之气, 气行而水自利矣。该方中的宣白大承气汤是肺肠同治的代表方，方药联用，既能够防治肺失肃降而下累大肠，又能防治大肠秽浊邪毒上犯于肺。诸药合用，共奏通腑泻下、清热解毒、益气扶正之功效。

**4.病例举隅**

患者，男，90岁，2017年10月10日不慎外感后出现高热，咳嗽咯黄粘痰，喘促，全身酸痛，无心胸闷痛，无夜间阵发性呼吸困难，无双下肢水肿，未行特殊诊治。10月12日18:00许患者出现嗜睡伴发口唇紫绀，遂由家属急送我院急诊就诊。入院查体：体温（T）:38℃，心率（HR）：140次/分，呼吸（RR）28次/分，血压（BP） 140/70mmHg，动脉血氧饱和度（SaO2）90%(未吸氧)；双肺呼吸音弱，两肺布满湿啰音，右叩诊呈实音。胸片：双侧中下肺野渗出，考虑肺水肿，合并炎症，肺气肿；双上肺陈旧性结核。WBC：2.59\*10E9/L,NEUT%：85%；PCT：28.65ng/ml；CRP：231.8mg/L；血气分析：PH：7.394，PO2 43.6 mm Hg(1 mm Hg=0.133k Pa)，PCO2 43.7mm Hg,Lac 4.5mmol/L；BNP: 180.8pg/ml，心酶肌钙未见异常；急诊医师予无创呼吸机辅助通气（FiO2 60%）、抗感染及补液退热等治疗后，未见明显缓解，SaO2 波动于86-90%,遂转入ICU监护治疗。既往前列腺肥大、双侧腹股沟疝病史，否认其他内科疾病。转入后症见：嗜睡状，喘促，口唇紫绀，四肢乏力，小便量少，肢体轻度浮肿，发热，舌淡暗，苔黄微腻，脉弦细。测T 38℃，HR 100次/分，RR 30次/分，BP 70/36mmHg；复查血气分析：PH7.314，PO2 58.6mmHg，PCO2 50.3mmHg；Lac 2.2mmol/L。诊断为ARDS（重度）、MODS（呼吸、循环）、脓毒症休克、重症肺炎。转入后立即予经鼻气管插管，呼吸机辅助通气，采用A/C模式：吸入氧浓度（FiO2）100%，潮气量（VT）380ml，吸气末正压（ PEEP） 10mmHg，SaO2波动在92-96%；同时予血管活性药物升压，中度镇静及抗感染、抑酸护胃、免疫调节、肠内营养及补液支持等治疗。D2患者喘促较前缓解，但出现严重腹胀，肠鸣音减弱，胃肠潴留量达530ml,遂暂缓肠内营养，予宣肺调肠方浓煎至150ml鼻饲，并电针双侧足三里穴位。2剂后患者大便通畅，腹胀减轻，胃液反流减少。D3家属因经济原因要求拔管，并拒绝无创呼吸机辅助通气，遂于41h有创机械通气后改行中流量给氧（SM 4L/min）。密切观察24小时，患者神清，血压平稳，SaO2 波动于93-97%，HR 90-115次/分，RR 20-30次/分。D5患者病情平稳，D6转下级医院继续治疗，一周后电话随访，患者维持中流量给氧，一般情况可。

按语：患者既往体健，此次发病，多因正虚致邪入侵，而后邪气侵袭更伤正气，导致气机、阴阳失调，即所谓＂邪之所凑，其气必虚＂。故更应从整体出发，通补并用，调护肺与大肠。本案例中采用宣肺调肠方，并配合电针足三里及大黄穴位贴敷等中医传统疗法，阻止了患者肠功能进一步恶化，最大限度的发挥综合治疗效应，体现出中医药对防治肠功能障碍方面的独特优势。

**参考文献：**

[1] 马晓春.欧洲危重病学会（2012）急性胃肠损伤共识解毒[J].临床外科杂志，2013,21（3）：159-161.

[2] 王虑，何超，瞿金龙，等．大黄单体对脓毒症大鼠肠黏膜上皮细胞凋亡和增殖的影响［Ｊ］．中华急诊医学杂志，2017,26（02）：155-160.

[3] 宋然，刘健，宋培，郭瑞霞.大承气汤加味对急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征机械通气患者胃肠功能及炎症因子的影响研究，现代中西医结合杂志[J]，2017,26（30）：3363-3365.

[4] 胡瑞英，杨广，李健，等.电针治疗脓毒症肠功能障碍的临床研究［J］.辽宁中医杂志,2015（11）:2193-96.

[5] 苏玉杰，叶勇，李云华，等.如意散贴敷神阙穴治疗脓毒症胃肠功能障碍疗效观察［Ｊ］．现代中西医结合杂志，2013,22（16）：1736-1737.

[6] 杨英伟．急性肺损伤／急性呼吸窘迫综合征中医病因病机及辨证分型的研究进展［Ｊ］．2013,9（40）：1937-1939．

[7] 韩云，赖芳，林燕创，等．刘伟胜教授治疗脈毒症致ALI/ARDS经验介绍［Ｊ］．新中医，2011，4(43):135-136.