**针药结合宣肺调肠法治疗脓毒症肠功能障碍的**

**临床应用探讨**

袁金霞1  赖 芳2 杜炯栋2 韩 云2

1. 广州中医药大学，广东 广州 510405；2.广州中医药大学第二附属医院，广东省中医院芳村医院ICU，广州510145)

基金项目：国家自然科学基金项目（81703856）广东省自然科学基金项目（2107ZC0133）

广东省中医院晁恩祥名中医药专家传承工作室项目

通讯作者：韩云，E-mail:hy660960@126.com

**摘要**：脓毒症患者多伴有不同程度的胃肠损伤，但目前西医尚无确切有效方法。中医依据“肺与大肠相表里”的理论，采用肺肠同治法，对防治肠功能障碍有独特优势。本文主要对针药结合宣肺调肠法的临床应用进行探讨，以期为脓毒症肠功能障碍的临床诊治提供思路。

关键词：针药结合；宣肺调肠方；脓毒症；肠功能障碍；

**Abstract**：Although patients with sepsis are often associated with various degrees of gastrointestinal injuries,there is no effective therapies in modern medicine by far,According to the classic theory of "superficies-interior relationship between lung and large intestine", “treating lung and intestines together” has unique advantages for prevention and treatment of intestinal dysfunction. This paper mainly attempts to discuss the clinical application of acupuncture combined with Xuanfei Tiaochang prescription, and to provide methods and ideas for diagnosing and treating sepsis patients with gastrointestinal dysfunction.

**Key words**: Combination of acupuncture and Chinese medication；Xuanfei Tiaochang prescription；Sepsis；Gastrointestinal dysfunction；

脓毒症是由感染引起的宿主失调的炎症反应，可导致危及生命的器官功能障碍[3]，是临床常见的急危重症，具有高发病率和死亡风险。近年来，大量研究表明肠道在脓毒症的发生和发展中起着中心作用[4]，故维护肠道的正常功能，抑制触发全身炎症反应综合征（SIRS）是成功救治脓毒症的关键之一。现代医学对此进行了大量研究，但由于肠衰竭临床症状的非特异性且未纳入重症评分系统，目前临床诊疗未能尽全[2]。随着中医药治疗脓毒症研究的不断深入,在预防多重感染的发生、治疗肠功能障碍等方面,中医药的多靶点、多环节的治疗方法逐渐显示出其优势。

**1.脓毒症肠功能障碍的中医病因病机**

中医理论认为正气亏虚为发病之本，所谓“正气存内，邪不可干”“邪之所凑，其气必虚”，这与临床上脓毒症发病人群多见于老年患者的情况相符。脓毒症在中医疾病中无相应的病名，多归属于“毒热证”范畴。正气不足，感受温热毒邪或风寒湿邪入里化热，热盛化火，甚则热极为毒，形成热毒壅盛之证。肺为华盖, 其位最高, 为五脏中之娇脏, 不耐诸邪之侵, 热邪上受, 首先犯肺,故脓毒症所致脏器损伤以肺为首。又肺与大肠相表里，邪犯于肺，传入阳明，与肠中积滞相结而致热结肠燥，毒邪积聚，气机壅滞，上逆则喘，中阻则满。肺病及肠，肠病及肺，形成恶性循环，预后不佳。正如《素问·阴阳应象大论》载“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”，说明阳热之气亢盛于内，卫气郁闭，上焦之气不通，肺失宣降，发为喘促；进一步发展可致热甚伤阴，若再现腹满，则病情危矣。因气机升降出入为脏腑功能活动的基本形式，而脾胃为气机升降之枢纽，若阳明脉失调，脾胃运化失常，气血津液受损，肠道屏障损伤，使病邪深入机体，毒壅血络，致使脏腑功能紊乱。

**2.针药结合宣肺调肠法的临床应用探讨**

中医历代医家均重视脾胃功能，《伤寒论》中遣方用药处处体现出顾护“胃气”的思想；李东垣视脾胃为一身之重，倡导“内伤脾胃，百病由生”；《皇帝内经》有言“有胃气则生，无胃气则死”，故改善和恢复胃肠功能对于危重症患者的救治具有重要临床意义。目前，中医药防治胃肠功能障碍方面的研究仍以大黄及承气汤类为主[5]，而临床观察危重症患者的中医证候特点以虚实夹杂最为多见，故临证不能一味使用寒凉泻下之品,在祛邪的同时,需扶助正气，其中以补益肺气、宗气为首要。因肺主一身之气，肺气充沛，宣降有序，全身气机调达，则腑气自通，胃气复生。

中医认为胃肠功能障碍归属六经辨证的阳明病及太阴病。足三里穴位是足阳明胃经的合穴，有健脾和胃，益气升清之功。电针足三里具有健脾助运、扶正祛邪的功效，可通过多个环节促进胃肠功能、保护胃肠粘膜[6]。研究发现，电针足三里时血浆胃泌素值明显升高，胰多肽明显降低；且针刺足三里可显著提高损伤后胃肠粘膜的血流量[7]；因此，我们把电针足三里作为脓毒症肠功能障碍的基础治疗以扶正固本，并采用针药结合宣肺调肠法以早期实现肠道治疗目标。

宣肺调肠方是以辨治温病经典名方宣白承气汤为基础，结合国医大师晁恩祥教授及广东省名老中医刘伟胜教授经验加减而成，用以治疗气虚湿热瘀结型脓毒症肺损伤患者。组方中的宣白承气汤是肺肠同治的代表方，源自《温病条辨》曰：“阳明温病，下之不通......喘促不宁，痰涎壅滞，右寸实大，肺气不降者，宣白承气汤主之”。

现综上二老经验，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（生石膏、大黄、杏仁、瓜蒌皮等中药）。全方既清肺脏之热邪，又泻大肠之秽浊，兼补脏腑之虚，诸药合用，共奏通腑泻下、清热解毒、益气扶正之功效。

1. **病例举隅**

梁某，女，71岁，2017年12月17日晚餐后出现持续上腹部胀痛，无放射痛，伴发热，恶心呕吐胃内容物2次。次日至外院就诊，测T 38.4℃，血常规：WBC 122.8\*10E9/l,NEUT 90.8%；血淀粉酶1035 U/L,腹部CT：胰腺炎并胰头囊肿、腹腔积液，子宫直肠隐窝积液。诊断为“急性胰腺炎”收入院，予抗感染、抑酸等治疗后腹痛有所缓解，至19日开始出现气促，少尿，查肾功Cr199umol/L,Urea 15.4 mmol/L,考虑病情危重，由外院转我科监护治疗。入院症见：神清，精神疲倦，上腹胀痛，偶有咳嗽，痰少，发热，口干，留置胃管、尿管，禁食，尿少，大便2日未解。既往高血压3级病史，维持硝苯地平缓释片10mg bid。查体：T 38.4℃，HR 76次/分，R 36次/分，BP 107/53mmHg ，腹部膨隆，腹壁稍紧张，压痛（+），无反跳痛，肠鸣音1-2次/分。舌黯淡，苔腻微黄，脉弦滑。诊断为急性重症胰腺炎（SAP），脓毒症，肠功能障碍，急性肾衰竭，高血压3级；

治疗上，西医予无创呼吸机辅助通气，补液、抗感染、利尿及抑酸护胃等处理；中医方面予丹参注射液静脉滴注活血化瘀，四黄水蜜外敷上腹部清热祛湿、化瘀止痛，予大承气汤灌肠行气通便，并辅以电针足三里健脾行气。针刺具体操作：常规消毒双侧足三里后，取30号3寸毫针，捻转行针，采用平补泻法，得气后连接电针仪，疎密波，频率20Hz，强度以针柄轻微颤动，患者能耐受为度，留针30min，每日2次。经治疗后患者腹痛、气促缓解，每日大便1-2次，量少，不成形，停中药灌肠治疗，改中流量给氧。4天后，患者病情反复，呈嗜睡状，气促加重，体温呈升高趋势，双肺可闻及散在干湿啰音。查血气：PH 7.20,PCO2 34.6mmHg,PO2 113.0mmHg，BE-ecf -13.4mmol/L；血常规：26.20\*10E9/L，NEUT 89.6%。考虑感染失控，警惕ARDS出现，予升级抗生素方案；中医方面治以通泻肠腑、宣肺平喘，改宣肺调肠方灌肠，诸药以水500m，煎取200m，放凉至37℃左右，予保留灌肠，肛管深度约10cm，每日1次。经上述治疗后，患者病情渐好转，予转普通病房继续治疗，后痊愈出院。

**按**：患者老年女性，脏腑精气渐衰，SAP初期出现腹痛腹胀肠鸣音减弱，考虑少阳阳明合病，当急则治其标为则，予大承气汤灌肠以行气通便，同时配合中医特色疗法以促进胃肠功能恢复。后期病情加重，出现呼吸功能障碍，根据中医学“肺与大肠相表里”理论，此时一味清肺或使用攻下均非良策，而应“肺肠同治”，改宣肺调肠方灌肠，反复多次治疗后，患者腑气得通，肺气顺降，气息渐平稳，可逐渐脱离呼吸机，病情向愈。

1. **结语：**

人体是一个有机的整体，对于急危重症患者的诊治更应从整体出发。肠道的功能正常，离不开肺的宣降调节作用，对脓毒症肠功能障碍患者，应肺肠同治，通补并用，早期调护肺与大肠，立足机体自身以抵抗全身炎症反应。本文中采用针药结合宣肺调肠法，并配合中医特色传统疗法，最大限度的发挥综合治疗效应，体现出中医药的独特优势。多靶点、多环节的治疗方法显示出其独特的优势

**References:**

[1]. Piton, G., et al., Enterocyte Damage in Critically Ill Patients Is Associated With Shock Condition and 28-Day Mortality. Critical Care Medicine, 2013. 41(9): p. 2169-2176.

[2]. Klingensmith, N.J. and C.M. Coopersmith, The Gut as the Motor of Multiple Organ Dysfunction in Critical Illness. Crit Care Clin, 2016. 32(2): p. 203-12.

[3]. Singer, M., et al., The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, 2016. 315(8): p. 801-10.

[4]. Mittal, R. and C.M. Coopersmith, Redefining the gut as the motor of critical illness. Trends Mol Med, 2014. 20(4): p. 214-23.

[5]. 宋然等, 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, 2017. 26(30): 第3363-3365页.

[6]. 胡森等, 电针足三里对脓毒症大鼠小肠促炎症因子、二胺氧化酶活性及组织含水率的影响. 世界华人消化杂志, 2009. 17(20): 第2079-2082页.

[7]. Bai, L., et al., [Effects of electro-acupuncture at Zusanli point on gastric and intestinal blood flow in rats with acute necrotizing pancreatitis]. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban, 2013. 44(6): p. 982-6.