

· 学术探讨 ·

临床应用大柴胡汤治疗腹腔间室综合症的体会和思考

毛 帅 张敏州

摘要 梳理古今文献对《伤寒论》大柴胡汤证的阐述,提出“心下急”为其主要症状,病机在于少阳失疏,胆胃不和,邪热内结。临床所见腹腔间室综合征同样是以严重腹部胀闷为主要特征,用大柴胡汤“下之”,效果显著。临床使用经方应当着眼主症,把握病机。

关键词 腹腔间室综合征;大柴胡汤;心下急

Clinical Experience and Thinking of Treating Abdominal Compartment Syndrome by Dachaihu Decoction MAO Shuai and ZHANG Min-zhou Second Clinical College, Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou (510405), China

ABSTRACT The descriptions about Dachaihu Decoction (DD) were retrieved from ancient and modern literatures. A feeling of being oppressed in stomach or abdomen was raised to be a main symptom of Dachaihu Decoction syndrome (DDS). The pathogenesis of DDS includes failure of shaoyang to flow upward, abnormality of gallbladder and stomach, and inner stagnation of heat. The main clinical feature of abdominal compartment syndrome is severe abdominal distension, which is similar to that of DDS. Significant effects could be achieved by using DD. The clinical use of classical prescriptions should focus on main symptoms and grasp the pathogenesis.

KEYWORDS abdominal compartment syndrome; Dachaihu Decoction; oppressed feeling in stomach or abdomen

《伤寒论》是一部以论述外感病为契机论述疾病辨证论治的医书。其一线贯穿的理法方药,完备的六经辨证思想被历代医家奉为圭臬。笔者在临床实践4年之后,重读《伤寒论》有很多心得体会,对有些条文的理解也豁然开朗。实际上在重症医学领域,许多《伤寒论》的名方都正在发挥着力挽狂澜的作用。现就本人感触最深的大柴胡汤,拟从理论探讨和临床实践两个方面,论述其在危重病中运用的思路。

1 理论探讨 腹腔间室综合征(abdominal compartment syndrome, ACS)是指因各种原因引起腹内高压(intra-abdominal hypertension, IAH)导致心血管、肺、肾、腹腔内脏、腹壁和颅脑等功能障碍或衰竭的综合征。文献报道,严重创伤后 ACS 发病率为 10%~15%^[1],重症胰腺炎患者中 ACS 的发病率更是高达 31.4%^[2]。ACS 以 IAH、严重腹胀合并少尿、心输出量下降、呼吸窘迫为特征,抢救不及时病死

率极高。现代医学以剖腹减压为主要治疗手段,但由此给患者造成的巨大创伤得不偿失。因此寻求有效而创伤较小的方法显得尤为重要。

严重腹部胀闷是 ACS 的临床特征。似乎符合《伤寒论》^[3] 254 条:“腹满痛者,急下之,宜大承气汤。”但在应用泻下重剂后,症状并不能缓解,相反患者的身体机能却每况愈下。此前一些医家指出,应用大承气汤必须具备痞、满、燥、实、坚,而临床所见 ACS 患者并无后三种表现。生搬硬套、机械地运用经方就失去了辨证的精髓,背离了仲景的本意。

重读《伤寒论》^[3] 原文 103 条:“太阳病,过经十余日,反二三下之,后四五日,柴胡证仍在者,先与小柴胡汤;呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤下之则愈。”其中“心下急”当作何解?《方剂学》^[4] 叙述大柴胡汤为和解剂,为何仲景称“与大柴胡汤下之”?通过古今文献的查阅,笔者逐渐找到了答案。

关于“心下急”,姜建国的《伤寒思辨》^[5] 给出了这样的解释:“是指胃脘部有拘急不舒的感觉。”汪苓友的《伤寒论辨证广注》^[6]:“心下者正当胃腑之中,急则满闷已极,郁烦为热结在里……”。古汉语中“心下”

基金项目:国家自然科学基金资助项目(No. 81202782)

作者单位:广州中医药大学第二临床医学院(广州 510405)

通讯作者:毛 帅, Tel: 020-39318471, E-mail: shuai.mao@sick-

kids.ca

作剑突下胃脘部解。这恰恰也是 ACS 患者自我感觉最为不适的地方。

关于“下之”，笔者认为仲景是为了强调大、小柴胡汤的区别所在。病位虽同在少阳，但大柴胡汤证的“心下急”较小柴胡汤证的“胁下痞硬”，邪已偏结于半里，属少阳重症。重症用小柴胡汤恐效果不佳，改用大柴胡汤攻之，故言“下”。少阳失疏，胆胃不和，邪气内结，容易造成阳明胃腑的病证，“呕不止、心下急”正是胆气犯胃的表现。胆、胃同为腑，六腑以通为用，此即解释了方中大黄、枳实的用意，用大黄泻热散结，枳实行气导滞，契合了少阳胆火郁结重证的病机。

较小柴胡汤证的“呕”，大柴胡汤证是胆火犯胃之“呕不止”；较大承气汤证的“心下硬痛”，大柴胡汤证为郁热内结所致“心下急”；较白虎汤证的“烦”燥显著，大柴胡汤证只是郁郁微烦。

回顾临床上所见到的大量 ACS 患者，在胃脘胀满不适的同时，往往表现出舌红苔黄腻、脉弦滑有力的少阳郁热之象。大柴胡汤枢转少阳、开结泻热的功效，不是正为此而设吗？解决了理论问题就要应用到临床实践中去。对 ACS 在西医对症治疗的同时，采用大柴胡汤减轻腹内压，收到了很好的效果。现举一例临床病案与读者共享。

2 临床实践 患者卓某，男性，48 岁，2010 年 11 月 4 日因“重物砸伤腰背部，剖腹探查术后”由外科转入重症医学科。患者于当日工作中被重物砸伤腰背部，急诊行剖腹探查手术见：腹腔出血、腹膜后位巨大血肿、回盲部肠系膜撕裂，肠管颜色发黑，行病变肠管切除，肠吻合术。术后因腹膜后出血、腹腔内出血以及腹腔填塞止血，并发严重 ACS，转入 ICU。既往有高血压病史 10 余年。转入症见：体温 40.0℃，心率 148 次/min，呼吸 40 次/min，血压 134/85 mmHg，昏迷，左上肢及双眼眶周围存在散在皮下出血点，双侧瞳孔直径 2 mm，对光反射迟钝，双肺呼吸音粗糙，可闻及散在湿性啰音。心率 148 次/min，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。全腹膨隆，肠鸣音消失，剑下轻压痛，无反跳痛，腹部见约 20 cm 手术伤口，纱布覆盖，未见渗血渗液。血氧饱和度仅 85% 左右，血气分析：pH 7.32，PCO₂ = 31 mmHg，PO₂ = 62 mmHg。尿量 300 mL/天，膀胱压 25 mmHg。肾功能：尿素氮 9.14 mmol/L，血肌酐 126 μmol/L。即以“剖腹探查术后、ACS”行呼吸机辅助通气，抗感染，纠正水、电解质、酸碱平衡，胃肠减压、营养支持。于次日鼻饲盐水无反流（确认无胃潴留），遂开始鼻饲中药液：柴胡 60 g、大黄 15 g、枳实 15 g、半夏 30 g、黄芩 15 g、白

芍 30 g、大枣 15 g、生姜 15 g。浓煎至 100 mL，早晚各鼻饲 1 次。用药 2 天后即 11 月 7 日患者体温降至 38.1℃，心率 112 次/min，呼吸 21 次/min，血压 136/82 mmHg，试脱呼吸机成功。患者自觉腹胀明显减轻，肠鸣音恢复，膀胱压 16 mmHg。效不更方，继续服药至 11 月 12 日，患者生命体征稳定，转回外科。

3 思考 参见《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》^[7] 对大柴胡汤的描述：“按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤。”ACS 辨证多属胆郁气滞、邪热内蕴，属少阳里证，法当和解少阳、开结泻热，方用大柴胡汤。以柴胡透邪解表，黄芩清解里热，半夏和胃止呕，枳实、白芍分治气、血之热结，大黄攻里泻热，生姜助半夏和中止呕，大枣助白芍养胃敛阴。共奏枢转少阳、开结泻热之功。根据笔者临床应用实践，大柴胡汤证的辨证重点在“心下急”，只要见到剑突下拘急不舒、舌红苔黄腻、脉弦即可果断应用。

学习运用《伤寒论》的经方，强调审证求因，追本溯源。正如《内经·至真要大论》所说：“有者求之，无者求之，虚者责之，盛者责之”。切不可“头痛医头、脚痛医脚”，如一见便秘即用大黄、当归、白芍、蜂蜜、麻仁、郁李仁，一见小便不利，便是木通、车前、滑石，或谓其病属虚而滥投补剂，或谓其病属实而妄施攻下，这些都违背了伤寒辨病辨证的本质。必须透过症状的现象，把握病机的本质，应用经方才能得心应手。

参 考 文 献

- [1] DeKeulenaer BL, DeWaele JJ, Malbrain ML. Non-operative management of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: evolving concepts[J]. Am Surg, 2011, 77(Suppl 1): 34-41.
- [2] 汤耀卿,雷若庆.提高对重症急性胰腺炎合并腹腔间隔室综合征的认识[J]. 外科理论与实践, 2001, 6(6): 361-362.
- [3] 张仲景.伤寒论[M].北京:人民卫生出版社, 2005: 133,76.
- [4] 邓中甲.方剂学[M].北京:中国中医药出版社, 2010:182.
- [5] 姜建国.伤寒思辨[M].济南:山东大学出版社, 1995:98.
- [6] 汪苓友.伤寒论辨证广注[M].上海:上海卫生出版社, 1958:67.
- [7] 张仲景.金匱要略[M].北京:人民卫生出版社, 2005:84.

(收稿:2012-09-13 修回:2013-03-20)