

大承气汤合小陷胸汤中药灌肠治疗 急性弥漫性腹膜炎 1 例体会

● 殷银霞*

关键词 急性弥漫性腹膜炎 中药疗法 大承气汤合小陷胸汤 中药灌肠

大承气汤,小陷胸汤均源自于东汉末年张仲景所著的经典之作《伤寒论》。其中大承汤主治阳明腑实证,症见:腹胀满硬痛或绕脐痛,拒按,心烦不解,潮热,甚者喘冒不得卧,神昏谵语,脉沉实等。病机是邪热与有形糟粕相搏结导致气机阻滞,腑气不通。小陷胸汤主治太阳病变证的结胸证,症见:正在心下,按之痛,脉浮滑者。病机为表邪不解,入里化热,邪热内陷,与有形之痰搏结于心下(胃脘部)。笔者应用二方加减,水煎浓缩灌肠治疗一例急性弥漫性腹膜炎,疗效显著,现报道如下:

1 病案

柳某,男,80岁,因突发腹部胀满,气喘,气急一天,加重2小时急诊收住。一周前,不慎受凉,出现下午低烧,体温 37.5°C ,咳喘,在家自服感冒药,疗效欠佳,伴不大便3日,但无腹胀,腹痛。一天前,

患者病情有所变化,气喘气憋明显加重,伴发烧,体温在 38°C 左右,表情痛苦,腹部膨隆,不矢气,汗多,老伴在家予以开塞露及温盐水灌肠后,疗效不佳,又予以通便胶囊2粒,口服,症状仍未见明显改善。于晚间10时左右即入院前2小时,症状呈进行性加重,气急,气喘,腹胀,不能平卧,张口呼吸,汗多,伴低烧,遂急诊收住入院。入院症见:全腹胀满,张口呼吸,呻吟不止,气喘,气急,汗多,无大便,小便量少,纳食不能,眠差,舌质红,苔萎缩干燥,寸脉浮,关脉沉实。

既往有慢性支气管炎,肺气肿,慢性肺源性心脏病十余年,老年性痴呆症十余年,右侧股骨颈骨折术后2年余。无药物,食物过敏史,体查: $T37.8^{\circ}\text{C}$, $P120$ 次/分, $R32$ 次/分, $BP155/80\text{mmHg}$,神清,精神倦怠,抬入病房,表情痛苦,查体不合作,对答不切题,发育正常,营养中等,口唇发绀,皮肤巩膜无

黄染,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,咽部看不清,颈静脉无怒张,桶状胸,叩之过清音,双侧呼吸动度一致,双肺底呼吸音粗,可闻及散在湿啰音及哮鸣音,心率122次/分,律偶不齐,心界不大,心音低钝遥远,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹部明显膨隆,腹肌紧张,全腹压痛明显,叩之鼓音,肠鸣音消失,未见肠形及蠕动波,生理反射存在,病理反射未引出。入院急查血常规:白细胞: $19.6 \times 10^9/\text{L}$,中性:0.87,淋巴:0.1;血红蛋白: $156\text{g}/\text{L}$;血小板: $246 \times 10^9/\text{L}$ 。初步诊断:急性弥漫性腹膜炎,(肠梗阻?)。急请外科会诊,考虑同意上述诊断,建议转入外科治疗。遂于当日转入外科。立即查生化全项,提示:除 $\text{BUN}: 8.4\text{mmol}/\text{L}$, $\text{GLU}: 9.3\text{mmol}/\text{L}$ (随机血糖), $\text{UA}: 520\mu\text{mol}/\text{L}$ 偏高外,其余均正常;出凝血时间检查: $\text{Pt}13.7$ 秒, $\text{APTT}39.4$ 秒, $\text{Fbg}: c3.9\text{g}/\text{L}$, $\text{TT}7.5$ 秒。心电图示:肺型P波,短阵房速,窦性心动过速(125次/分)。腹部平片示:腹腔内较多气体及肠内容物,未见液平。腹部B超示:右肾囊肿,慢性胆囊炎。尿RT示:正常。诊断:1急性弥漫性腹膜炎(肠梗阻?肠穿孔?),3慢性阻塞

• 作者简介 殷银霞,女,主任医师。甘肃省中医学会老年病专业委员会委员。国家中医药管理局第二批全国优秀中医临床人才研修项目培养对象。主持及参与完成省级立项课题5项,获甘肃省皇甫谧中医药科技进步三等奖2项,兰州市科技进步三等奖1项,甘肃省教委科技进步三等奖1项。完成及参与编写论著2部,发表省级或国家级学术论文22篇。主要从事中医和中西医结合呼吸病、老年病的临床工作和《伤寒论》的教学工作。

• 作者单位 甘肃中医学院附属医院呼吸科(730020)

性肺疾病,4 慢性胆囊炎,5 老年性痴呆症,6 前列腺增生。治疗予以下病重通知,特护,禁食水,心电监护,留置导尿,持续肛管排气,抗感染,支持治疗,持续低流量吸氧,1~2L/分,记24小时出入量。于次日下午,病情无明显好转。考虑患者年龄大,病情重,基础病多,保守治疗效果不明显,外科请全院会诊,建议行剖腹探查。但经全院科主任讨论后,主张保守治疗,因外科手术风险太大。继续按前法治疗3天,病情仍未见起色,同时伴有心悸,心慌,手足汗多,气喘,张口抬肩,心率上至140次/分左右。遂请余会诊,余查病人:张口呼吸抬肩,口唇紫绀,表情痛苦,汗多,微热,以下午尤甚,气喘,全腹胀满,膨隆,按之痛甚,尤以脐周及中上腹明显,无矢气,口干,小便量少,舌质红,舌体萎缩,寸脉浮数,关脉沉实。体查:T38.5℃,心率135次/分,律齐,心音低钝遥远,各瓣膜听诊区未听到杂音,双肺底可闻及湿性啰音和哮鸣音,腹肌紧张,拒按,肠鸣音消失。考虑1.肺部感染,伴有呼吸衰竭,建议行血气分析,胸片或肺部CT检查,以明确诊断,2.同意外科诊断。目前首先应该解决腹胀,不大便的情况。考虑西医保守治疗已四天,未见好转,患者又因腹胀不能进食,建议予以中药保留灌肠治疗,结合脉证表现,符合大承气汤证及小陷胸汤证,故予大承气汤合小陷胸汤加减:大黄10g,厚朴18g,枳实15g,芒硝15g后下,黄连15g,瓜蒌实15g,川贝母18g,生甘草8g。煎煮方法:先煮厚朴,枳实,黄连,瓜蒌实,川贝,生甘草,水煎15分钟左右,再纳大黄,同煎15分钟,最后下芒硝,水煎浓缩到100~150ml,

缓慢直肠滴入,以10~20分钟为宜,灌肠约半小时左右,患者排出大量干稀交替的粪便,腹胀,气喘,汗多心悸等症大减,腹肌紧张转软,全腹压痛明显减轻,肠鸣音活跃,7次/分,心率降到80次/分,精神好转。次日继续灌肠一次,腹胀,气喘等症基本消失,纳食正常,体温36.6℃,大便偏稀,日行六次,腹鸣明显,精神尚可,舌尖红,苔薄白,脉沉细滑,辨证为脾胃虚弱,余热未尽,属寒热错杂之证,予以甘草泻心汤加减:黄连10g,黄芩10g,党参15g,炙甘草10g,生姜9g,茯苓15g,补骨脂15g,五味子10g,大枣4枚,肉豆蔻10g,山萸肉15g,煨葛根20g,木香后下10g,谷麦芽各15g,炒白术15g,生山药15g,炒扁豆15g,石榴皮15g。取4剂,水煎服,一日一剂,诸症消失,病愈出院。

2 讨论

该患者是一位年迈老人,又有许多慢性疾患,体质虚弱,脏腑功能衰退,易感受外邪,侵袭肺卫,正不胜邪,则入里化热,形成邪热内壅肺脏,而见咳喘发热等邪实之证,又因患者长期卧病在床,大肠传化功能减弱,脾胃运化功能衰弱,易造成糟粕内结胃腑及生湿生痰之象,此为虚一面,与不解的邪热相搏结。若与痰搏结于心下,则见太阳病之变证中的结胸证。与糟粕搏结于胃腑,则见阳明腑实证。由于痰与热搏结心下,可见胸中到少腹胀满,按之痛甚,寸浮关沉,而患者正有此症,故属小陷胸汤证。另外,患者又有潮热,脐周疼痛,不大便数日,烦躁不安,甚则喘冒不能卧,汗多,关脉沉实,此为

燥屎内结之重证,有亡阴之患。故应急下存阴。因此属大承气汤证。总而言之,是小陷胸汤与大承气汤的合病证,治疗上,应清热化痰,通腑存阴。根据中医肺与大肠相表里,腑以通为用的原则,又患者目前食入即吐,因此笔者不采用内服法,而是采用灌肠法以导之。起到了通腑存阴,化痰散结,开壶提盖,通则不痛的作用。方药中大黄苦寒,泻热去实,推陈致新;厚朴苦辛温,合枳实,行气除满,破气消痞;芒硝咸寒,软坚润燥;黄连苦寒,直折上焦之火,瓜蒌实甘寒润滑,清热涤痰,既可治其大便不通,又可清肺化痰;川贝母润肺化痰散结,具有宣散之性,起到开壶提盖的作用;生甘草清热解毒。该药在煎煮方面很有讲究:应先煎厚朴,枳实,黄连,瓜蒌实,川贝母,生甘草,先化痰散结,开壶提盖,宽肠除胀,中途再纳大黄,推陈致下,最后下芒硝,起到软化燥实之症。但该方毕竟是个攻下,散结之方,年老体迈之人口服该药,恐伤正亡阴,因此,在治疗上,既要使药能达病所,又要防止伤正太过,所以,采用了最直接的方法—导下法(灌肠),最终取得了良好的效果。待腑通之后,不忘扶正祛邪,以善其后,根据病情变化,采用了清利余邪,扶助正气,寒热并用之法,运用甘草泻心汤加减治疗,使病痊愈。笔者在治疗该病人的过程中,深刻体会到学习经典《伤寒论》的重要性,书里的深奥之处,后人若能学精学透,结合上现代医学的先进手段,灵活运用到临床上,一定能收到意想不到的效果。因此,主张中医学者应认真学习中医经典,将之发扬光大,服务于社会,造福于人民。