

肺与大肠相表里理论在重症医学中的应用体会

潘长林, 许建新, 胡国强

长兴县中医院重症监护室, 浙江 长兴 313100

[关键词] 重症医学; 肺与大肠相表里; 肠病治肺; 肺病治肠

[中图分类号] R459.7; R278 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0238-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.094

肺与大肠相表里是中医学脏腑学说的重要内容, 这一理论在古今中医学界不论在学术研究或是临床治疗均被广泛运用, 并反复被临床所证实。这一理论至今在重症医学领域仍有效地指导着临床治疗, 对减少医源性并发症的发生、提高治疗的成功率、缩短ICU住院时间等都具有现实意义。笔者试分别从治肺与治大肠讨论肺与大肠表里在重症医学的重要作用, 体会如下。

1 肺与大肠的生理与病理

从现代医学角度含义, 中医学的肺与大肠不单纯是一个解剖学概念, 更重要是一个生理、病理学概念。从功能上来说, 肺与大肠相当于现代医学的呼吸和消化部分功能。中医学认为, 肺的主要生理功能为主气、司呼吸; 通调水道; 宣散卫气; 朝百脉、主治节, 肺的生理功能决定了其病理特点: 肺气不宣则喘、咳、闷、胀; 而肺失肃降则气逆、咳、呕。大肠的主要生理功能是传导, 大肠传导失常, 会出现大便的异常, 包括便质、量、次数和排便感的异常, 如便溏、泄泻、便脓血、大便秘结及腹痛、里急后重等。肺通过促进水液代谢和维持水液平衡之作用, 使大肠水分不致过多, 以保证大肠的燥化功能; 若大肠实热, 腑气不通, 则可影响肺的肃降, 而产生胸满、喘咳等症。肺气的肃降有助于大肠传导功能的发挥; 大肠传导功能正常则有助于肺的肃降。发生病变时, 肺与大肠可互传, 即脏病及腑, 腑病亦可及脏。故治肺疾可通利大肠, 治大肠病可宣通肺气。在重症医学领

域, 经常会有同时存在胃肠功能衰竭与呼吸衰竭的患者, 通常的胃肠功能衰竭是指不能正常开展肠内营养, 包括有呕吐、腹泻、腹胀、便秘等症状; 而呼吸衰竭即指呼吸功能不全, 需呼吸机辅助机械通气治疗。笔者在临床中看到, 很多存在这两方面疾患的患者, 任意一方面的纠正困难均可导致治疗的失败。

2 肠病治肺

《黄帝内经灵枢集注·卷五》云: “大肠为肺之腑而主大便, 邪痹于大肠, 故上则为气喘争。故大肠之病, 亦能上逆而反遗于肺。”如肺气不降, 气机郁滞, 则津液不能下达, 大肠蠕动缓慢, 致大便干燥便秘。此虽为津枯便秘, 但辨治时调整大肠气机可从调理肺之气机入手, 使肺气的宣肃功能先得以恢复, 从而大肠的排浊功能也随之能恢复正常, 中医学称此法为提壶揭盖法。肺气虚弱、气虚推动无力, 则可见大便艰涩而不行, 此为气虚便秘, 如老年习惯性便秘则是肺气虚而引起。治疗以补肺气为主, 促进大肠蠕动功能, 气足则便得以通。如气虚不能固摄, 清浊混杂而下, 亦可见大便溏薄。治疗亦以补肺气为原则, 肺气足, 则固摄有常。陈培琼^[1]治疗便秘同时注重补肺气, 主要缘于水液代谢有赖于肾的气化。采用金水相生、滋养肺肾法, 补肺同时兼顾益肾, 使水之上源得以肃降, 则水液代谢有常, 大肠得以濡润。笔者在前人经验的基础上, 运用黄芪汤加减方(《金匱翼》黄芪汤: 黄芪 20 g, 陈皮 6 g, 火麻仁、白蜜各 30 g 等)治疗老年慢性支气管炎伴习惯性便秘患者,

[收稿日期] 2013-09-18

[作者简介] 潘长林 (1978-), 男, 主治医师, 研究方向: 重症医学中西医结合诊疗。

疗效颇著。

例1：某男，年过花甲。宿有肺疾数十年，常有气喘、咳嗽，遇寒发作。便秘十余年，大便四五天一次，解时困难异常，便后常有胸闷、气急发作。服药治疗时或有少效，然停药则如故。每必用开塞露，多方求治无效。诊见：脉寸细弱、右关洪浮。笔者初因其大便结而小便多，考虑有阳明火盛之症，断为脾约，处仲景麻子仁丸。服药半月余，服药时大便正常，便后气喘异常，停药如故。余思其肺气不足、推动无力为因，故再拟黄芪汤加减，处方：黄芪20g，火麻仁、蜂蜜、冬瓜仁、桃仁各30g，郁李仁15g，防风12g，人参9g，陈皮、五味子、生甘草各6g。每天1剂，水煎服。服5剂后大便可自解，每1~2天1次，便畅，虽亦有气急发作，小憩后可缓解。

治肺利大肠、肺肠同治已被古今临床医家所认知和事实印证，且在近年的重症医学研究中亦有运用实践。肖红丽等^[2]在研究支原体肺炎的肺外表现中就有关于消化系统腹泻、便秘的论述。ICU中呼吸衰竭的患者常伴有胃肠功能不全，导致便秘、呕吐等症发生。经过呼吸机机械通气治疗，通气状况改善后上述症状也有好转。呼吸衰竭往往都是因为感染、心衰、血流动力学因素等诱因所致，全身炎症反应综合征(SIRS)及脓毒症(SPEIS)、心衰而导致炎症因子的释放，脏器严重的缺血、缺氧(包括肠道的缺血、缺氧)为产生便秘、腹泻等症状的病理机制。治疗时经过呼吸机机械通气使通气状况改善，便秘等症即随之能纠正。临床常常还有呼吸机脱机困难发生，现代医学采用了营养支持治疗提高呼吸肌力，依治病求本原则，中医学采用补肺气，促进大肠蠕动。笔者曾自拟补肺汤(组成：冬虫夏草10g，党参30g，黄芪、磁石各20g，沉香、熟地黄、五味子、紫菀、法半夏、坎脐、胡桃肉、款冬花各15g，炙甘草5g)加减方联合营养支持疗法治疗，患者的呼吸机脱机成功率及消化道症状均明显改善。

例2：张某，男，耄耋之年。有肺疾数十年，因喘咳、呼吸困难、呼吸衰竭日久，气管插管后行气管切开，赖呼吸机呼吸5月余。纤维支气管镜洗肺后无发热，痰量大减，肺疾得缓。然胃管灌注进食困难，大便稀烂，每天8~10次，或有腹胀明显，体重减轻明显，多次欲行呼吸机脱离不能。中药施清肺泄热、平喘祛痰、开窍醒脑、化痰通络之法，处以鱼

腥草、金荞麦、石菖蒲等化痰开窍；白术、茯苓、半夏健脾化痰燥湿，以绝生痰之源，肺病得除，而脱机难。乃行补脾益胃之方，然胃肠道症状始终无改善。余虑其固摄失常、肺气不足所致，遂再拟补肺汤加减方治之。处方：冬虫夏草10g，黄芪50g，灵磁石各20g，沉香、熟地黄、五味子、紫菀、制半夏、坎脐、胡桃肉、款冬花各15g，炙甘草5g，茯苓、石菖蒲、炒莱菔子、鱼腥草(后下)、金荞麦各30g，白术、郁金、牡丹皮、丹参、厚朴各15g，红参(另炖、兑服)、桃仁、红花、瓜蒌皮、瓜蒌仁各10g。每天1剂，水煎服。3天后大便见好转，腹胀消失，胃管渐进食正常，同时给予白蛋白、生长激素等治疗。继续治疗5天后精神状态好转。逐渐试脱机，脱机2天后封管，10天后好转出院。

3 肺病治肠

中医学理论认为，脏腑并治，脏在前，且脏病往往更重，腑病为次，治疗亦是如此。但腑病可及脏，腑病的治疗尤不可忽视，这一观点在重症医学领域中尤为重要，这也体现了ICU的任何一个细节决定了治疗的成败。

现代医学发现，肠麻痹的患者很多进展后发生肠梗阻，甚至穿孔、肠痿等形成，在手术介入治疗的同时，肠功能的恢复相当重要。近年来的临床治疗观察表明，许多有严重肠道功能异常的患者，如麻痹性肠梗阻、肠扭转、坏死性肠炎等，常伴有急性呼吸衰竭。郑姍等^[3]在肺表面活性物质治疗大鼠小肠缺血再灌注所致肺损伤实验研究中，不仅证实了钳夹肠系膜上动脉后时间越长，肺组织、呼吸功能损伤越严重，而且有再灌注损伤，同时也证实了肺表面活性物质对此类小肠缺血后肺损伤有治疗作用。

腑气不通，肠道壅实，阳明腑气上升影响肺的肃降，可采用攻积、泄热、通便以泻下的方法治疗。《灵枢·四时气》曰：“腹中常鸣，气上冲胸，喘不能久立，邪在大肠。”此时若行泻下通里，排便排气，能使肠道气压下降。在肃肺平喘之中参以通腑之品，不但可以改善肠道组织功能，而且也可以减轻肺部排泄气体的负担，间接地改善肺循环、促进病灶清除。如采用通腑法治疗发作期哮喘，腑气得通，气机逆乱得以平息，痰饮积滞得以降泻，有利于肺之宣肃功能恢复。谢邦军^[4]运用加味宣白承气汤直肠滴注治疗痰热腑实型肺性脑病，直肠给药，通过经脉上输于肺，

肺朝百脉，而将药物运送到全身，使腑气通而肺气肃，心窍开，痰热自除。患者经治疗后神志清，呼吸畅，胃纳平。又如痰热阻肺的实喘，因肃降失司往往下累大肠造成肠壅便秘，传导不畅而宿垢不去，积热内充而产生腹胀，热浊不降反而循经上犯，形成恶性循环，互为因果。因此，应肺肠同治。

如有大便秘结、小便清长、腰膝酸软、舌淡苔白、脉沉迟等症候者可用济川煎加减以温肾益精、润肠通便，使老年肾虚、产后血虚便秘患者便秘得通，寓通于补之中，寄降于升之内。自利清水、色纯清，脘腹胀满、腹痛拒按、身热口渴、神倦少气、谵语甚或循衣撮空、神昏肢倦、舌苔焦黄或黑、脉虚者可用黄龙汤以攻下扶正、邪正合治、攻补兼施。用辨证分析法可将便秘分为热结、寒结、燥结，分别采用寒下、温下、润下及攻补兼施等方法治之，待肠功能恢复后，患者又可开展肠内营养支持，各脏器功能因此获得良好开端。肠内营养又抑制了危重患者的应激反应，减轻机体的分解代谢，促进了机体蛋白质的合成^[5]，缩短了 ICU 病程。

例 3：张某，女，73 岁。因腹痛暴急入院。有结肠肿瘤直肠造瘘手术史 1 年。患者 3 天前腹痛作，未引起重视，直肠造瘘口肛袋内多天未见粪便，未闻及肠鸣。行腹部 X 线摄片见有液平，考虑肠梗阻。中医诊断为关格。行理气通便方治疗 2 天，腹痛不缓解，且 3 天后腹痛加重。再行 CT 检查提示肠穿孔，急诊行肠穿孔修补术，术后曾有感染性休克表现，经液体复苏、抗感染等治疗后病情趋于稳定，但肠内营养不能进展，呼吸机不能脱离，因此而行气管切开处理。此后经灌肠、胃肠动力剂给药、十二指肠鼻饲、新斯的明足三里穴位注射等方法治疗，肛袋内大便极少，未闻及肠鸣，或有恶心、呕吐。考虑患者久病阴津亏虚，先予大承气汤急下以存阴。处方：生大黄、芒硝各 10 g，枳实、厚朴各 15 g。2 剂，每天 1 剂，水煎后早晚直肠造瘘口灌入。药后见肛袋内偶有稀烂便少许，不灌药时无。思病已津亏液耗，大肠失于濡润，推动无力，上方灌药治疗 2 天后再予增液承气汤治疗，以期达养阴生津、润肠通便之效。处方：生大黄 10 g，厚朴、麦冬、枳实、玄参各 15 g，生地黄 20 g。5 剂，每天 1 剂，水煎后早

晚依旧造瘘口灌入。如是灌增液承气汤 2 天后即闻及肠鸣，予以少量肠内营养，翌日肛袋内见粪便出，逐渐加量肠内营养后大便亦增多。肠内营养增量至 30 Kcal/(kg·d)后，肠鸣及大便正常，同时给予血浆蛋白、生长激素制剂等加强营养支持，约 1 周后其营养状况明显改善，呼吸肌力增加，改用 CPAP 模式自主呼吸锻炼可，遂逐渐脱呼吸机并行封管处理。此后病情持续平稳而转至普通病房，约半月后康复出院。

再如在治疗肺炎高热兼有便秘的患者中，采用宣上通下的治法，宣通肺气，腑气下行。反之腑气通畅，又利于肺气宣通，有釜底抽薪之效。在治疗气胸兼便秘的患者中，胸腔闭式引流术俨然重要，更重要的是保持大便通畅，以免排便时用力过度使气胸复发。叮嘱患者出院后多吃蔬菜水果，保持大便通畅已是必然之事。

4 结语

从以上临床实践中论证了肺与大肠在病理生理上的关联，也是中医学整体观在临床上的运用。在肺病发生机制上，尚有“母病及子、子病侮母”、“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”、“肺主呼气，肾主纳气”；“木叩金鸣，木火刑金”甚至“肺司呼吸，稟气于胃”等理论，包括现代医学所谓的担心综合征、胆胃综合征等，与肺与大肠相表里这些理论其实都是整体观的体现。

[参考文献]

- [1] 陈培琼. 从肺肾论治老年性便秘 71 例[J]. 广东医学, 1999, 20(3): 8.
- [2] 肖红丽, 刁宗礼, 马素霞, 等. 肺炎支原体肺炎的肺外表现[J]. 中国医刊, 2009, 44(11): 14-16.
- [3] 郑姝, 张文颖, 孙波, 等. 肺表面活性物质治疗大鼠小肠缺血性再灌注所致肺损伤[J]. 中华小儿外科杂志, 2001, 22(1): 49-51.
- [4] 谢邦军. 加味宣白承气汤直肠滴注治疗痰热腑实型肺性脑病 20 例[J]. 中医外治杂志, 1997, 6(3): 16.
- [5] 朱留勤. ICU 机械通气患者肠内营养的应用探讨[J]. 医药论坛杂志, 2009, 30(21): 23-24.

(责任编辑：黎国昌)