

理功能,免受疾病困扰方面,则肝脾的功能正常最为重要。

中医理论的形成并非如西医理论的实验过程,而中医理论的产生和确定同样必须经过“验证”,这种验证就是在实践中进行检验,必须有实践的基础,多年的临床实践既是对传统中医理论的实践过程,也是对这些理论的验证过程。肝脾论学说的提出,是对既往认知的总结与提高,当然也需要经过更多实践的检验。

#### [参考文献]

[1] 于存国,王静滨. 谢晶日运用肝脾论治疗慢性萎缩性胃

炎临证经验[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(5): 1050-1052.

[2] 王静滨. 无郁不成酸[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(10): 1218-1220.

[3] 于存国,谢晶日. 去菀陈莖在恶性肿瘤治疗中的运用[J]. 四川中医, 2016, 34(1): 27-28.

[4] 于存国,徐扬,周超. 中西医防治胃癌前病变的临床研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(7): 897-900.

(责任编辑:冯天保)

## 保胃气理论在危重病治疗中的应用

黄建略

清远市中医院重症医学科,广东 清远 511500

**[摘要]** 通过追溯中医学胃气的概念,探究胃气理论在生理病理等方面的内涵,分析了保胃气理论与现代胃肠功能保护、肠内营养支持之间的关系,以及保胃气对危重病治疗的指导作用。并以温扶阳气,补土保元;辛开苦降,调脾和胃;通腑泄热,化痰扶正等治法为例,阐述了保胃气理论在危重病治疗中的具体运用。

**[关键词]** 危重病;胃肠功能;保胃气;中医治法

**[中图分类号]** R2-03 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 06-0220-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2018.06.065

### Application of Stomach-qi Protection Theory in Treating Critical Illness

HUANG Jianlue

**Abstract:** **Objective:** By tracing the concept of stomach-qi of Chinese medicine, the author explored the connotation of stomach-qi theory in physiopathology, analyzed the relationship among stomach-qi protection theory, the protection of modern gastrointestinal function and enteral nutrition support as well as the guiding role of stomach-qi protection theory in treating critical illness. And the author took some treatment strategies as an example, like warming yang and benefiting qi to nourish earth and protect the presence, acrid opening and bitter descending to regulate the spleen and balance the stomach, and purgation and purging heat and removing blood stasis and strength centralization, thus to elaborate the specific application of the stomach-qi protection theory in the treatment of critical illness.

**Keywords:** Critical illness; Gastrointestinal function; Stomach-qi protection; Chinese medicine treatment strategy

“胃气”一词,最早见于《内经》。《灵枢·五味》曰:“五脏六腑皆禀气于胃。”《素问·平人气象论》曰:“平人之常气禀于胃,胃者平人之常气也。人无胃气曰逆,逆者死。”胃气理论是《内经》藏象理论重要组成部分。几千年来历代医

家均十分重视胃气理论,对其不断传承和发展,认识到胃气是判断疾病的轻重缓急及预后的重要指标,强调“有胃气则生,无胃气则死”。保胃气理论与现代医学胃肠功能保护、肠内营养支持理念异曲同工,具有重要的临床指导作用,是危重病救

**[收稿日期]** 2017-12-17

**[作者简介]** 黄建略 (1971-),男,副主任中医师,研究方向:重症医学、消化内科。

治的基本出发点。

### 1 胃气理论的内涵

胃气的概念不离中医学“气”的范畴,同肺气、肾气等一样,是指构成和维持人体生命活动的精微物质。现代《中医大辞典》对胃气解释是:一指胃的生理功能;二泛指人体的精气;三指脾胃的功能在脉象的反映,即和缓流利的脉象<sup>[1]</sup>。胃气也可概括为两点:一是狭义胃气,即指胃的功能;二是广义胃气,即指脾胃运化而形成的水谷精气<sup>[2]</sup>。《内经》系统阐述了胃气是机体化生精、气、神的物质基础。如《素问·经脉别论》云:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋。食气入胃,浊气归心,淫精于脉……饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。”《素问·六节脏象论》云:“五味入口,藏于肠胃,胃有所藏,以养五气,气和相生,津液相成,神乃自生。”五脏皆禀胃气浇灌以行生化之机,胃气不足则胃不能受纳腐熟水谷,脾失健运,气血化生无源,脏腑皆衰,或因中焦闭塞,南北不能贯通,阴阳失于交合,则内忧外患齐至。《脾胃论》则高度概括为“内伤脾胃,百病由生”。因而在病理方面,胃气之存亡、强弱对疾病的发生和发展始终起着决定性作用。

### 2 保胃气理论与现代危重病胃肠功能保护

危重病人由于严重感染、创伤、失血、中毒等原因,极易引起胃肠激素分泌紊乱,导致胃肠功能障碍。有研究资料显示:综合性 IUC 病房内,危重患者胃肠功能障碍的发生率为 60.3%<sup>[3]</sup>。另一方面,胃肠功能障碍也加剧了病情的演变。因胃肠壁的血液循环丰富,对缺血缺氧和再灌注损伤十分敏感,胃肠道表面黏膜代谢活跃,对营养需求相当大,如胃肠道因血流灌注不足或长时间缺乏肠内营养供给,就会严重影响黏膜自我修复能力和完整性,降低其生物、机械、化学、免疫屏障功能<sup>[4]</sup>。已知肠道是人体内最大的储菌库和内毒素池,肠道内的细菌或内毒素可通过受损的胃肠黏膜向肠外组织移位,引起细菌及内毒素血症,诱发多种病理作用,如发热反应,激活补体系统,使白细胞介素、干扰素等内源性介质过度释放,引起全身炎症反应综合征(SIRS)和实质器官相继障碍甚至衰竭<sup>[5]</sup>。因而有学者认为,胃肠道不仅是多器官功能障碍综合征(MODS)的生理病理变化中心,更是 MODS 的启动者<sup>[6]</sup>。胃肠道营养、通畅与否对危重病人病情演变的重要性不言而喻。对此仲景早在《伤寒论》中已有论述,创立了涤荡肠胃、通腑泄热之法,使邪有出路的保胃气方法。

现代临床营养支持主要包括肠内营养(EN)和肠外营养(PN)。肠内营养具有明显优越性:胃肠道黏膜可直接从食物中摄取营养自我“滋润”,食物机械刺激可促进胃肠蠕动功能,防止肠道内细菌移位,营养更加均衡全面等。肠内营养提倡“如果胃肠还能工作并能安全使用,就使用肠内营养”的原则。研究也表明早期(18~24 h 内)行肠内营养是防治胃肠功能障碍(衰竭)最有效的办法<sup>[7]</sup>。其它如使用血管扩张剂、氧自由基清

除剂、胰岛素样生长因子等药物对改善胃肠功能、修复及保护胃肠黏膜有一定作用,但很多药物尚处于动物实验阶段,并未取得确切临床疗效。危重病预防性保护胃肠功能尤为重要,一旦出现胃肠功能衰竭则治疗手段有限,病死率将大幅升高。

笔者认为,狭义的保胃气理论与现代医学胃肠功能保护、肠内营养支持异曲同工,本质都是饮食营养与生命机能之间的内在联系,但两者概念有所区别。因为营养制剂多为滋腻之品,性阴,可益胃保津,但易困脾土,致脾胃升降失职,清浊不分。事实上临床 ICU 危重症病人肠内营养支持治疗过程中,容易出现胃潴留等饮食不化情况。保胃气则是从整体观念出发,对个体进行辨证论治,有补脾气、益胃阴、化湿浊、疏肝和胃、通腑和胃等不同方法,充分发挥中医药优势,能获得更好临床疗效。

### 3 保胃气理论在危重病治疗中的运用

危重病起病急骤,病势凶险,涉及诸多脏器。脾胃位居中焦,统摄联络四方,为气机升降出入枢纽,危重病无论从何处起始,必然影响中土脾胃,或胃气上逆而见呕吐、呃逆、反酸;或肝脾气机郁滞,水液输布失常而出现水肿少尿;或正气本虚,外邪入侵致虚虚之变,脾胃更加受纳升降无力,出现胃潴留、腹胀、腹泻、肠梗阻等。张景岳云:“夫胃气之关于人者,无所不至,即脏腑,声色,脉候,形体,无不皆有胃气,若失,便是凶候。”李中梓云:“胃气一败,百药难施。”因此保胃气无疑是危重病的救治之关键。

具体如何保胃气?《伤寒论》对此作了很好的诠释。仲景以胃气言病机、测预后、断死生,更以胃气立大法、制方药、调饮食,寓保胃气于“八法”之中,或祛邪以保胃气,或扶正以保胃气,创立了桂枝汤类、四逆汤类、承气汤类、泻心汤类、白虎加人参汤类等大量临床用之有效的方剂,对后世医家影响深远。显而易见,保胃气并不等同于补脾胃之气,须遵循热者清之、寒者温之、实者泻之、虚者补之法则。危重病无论外感还是内伤,多为本虚标实或虚实夹杂、气血阴阳失调之证,病情瞬息万变病机复杂难辨。古人有云:“上下交损,当治其中”“虚人病表建其中”“保胃气以安五脏”。因而治疗从中焦脾胃入手,往往能执简驭繁,切中病机,临床取得良效。

**3.1 温扶阳气,补土保元** 重症医学科诸多危重症如各种类型休克、急性心肌梗死、MODS 等,中医辨证大多为阳气衰微甚至阴阳离决的表现。对此治当回阳救逆,温通经脉。清陆渊雷云:“是以良工治病,不患津之伤而患阳之亡也。”《伤寒论》常在补“阳气”举措之中体现“保胃气”思想,如四逆汤类证。当代中医名家卢崇汉在《扶阳讲记》中说:“四逆”实际上是指“人没有胃气了”<sup>[8]</sup>。笔者亦崇扶阳之学,危重病临床处方立法当中,首重顾护脾胃之阳,以经方为主进行化裁,常用大剂人参、姜、桂枝、附子等温热药来固护脾胃阳气,通调三焦,以取良效。

例1: 段某, 男, 71岁。2016年5月3日因胸痛就诊, 诊断为急性前壁ST段抬高型心肌梗死。急诊行PCI支架置入术后转ICU监护治疗。患者反复出现心衰, 予扩冠、强心、利尿等治疗效果不佳。5月5日患者再次出现急性左心衰, 呼吸困难, 咳粉红色泡沫痰, 血氧80%, 行气管插管呼吸机辅助呼吸。机械通气3天气血指标改善, 但撤机困难。刻诊患者症见胸痛, 面色苍白, 四肢厥冷, 动则气喘, 不能平卧, 面浮足肿, 舌紫暗、苔白, 脉沉细。辨为元气大亏, 中阳不运, 寒凝血瘀之证。予以红参、干姜各15g, 制附子30g, 桂枝10g, 山茱萸45g, 水煎400mL, 每天分2次从胃管注入。连续治疗4天后患者心衰症状明显改善。5月11日撤机转出ICU。

3.2 辛开苦降, 调脾和胃 危重病人出现脾不升清、胃失和降固然与脾胃虚弱有关, 也与肝的功能失调关系密切, 肝气横逆可致肝胃不和、肝气乘脾等, 有虚实寒热错杂临床诸症。法取仲景辛开苦降、理气和胃之法, 多以泻心汤、柴胡疏肝散之类化裁, 药选柴胡、黄芩、黄连、半夏、紫苏梗、藿香、砂仁之属。然辛开理气之药用量宜轻, 苦寒之药当中病即止, 以免反伤中气。

例2: 刘某, 女, 33岁。2016年12月5日因车祸外伤就诊, 诊断为右侧硬膜下血肿, 脑挫伤, 吸入性肺炎。当日行开颅血肿清除术后转入ICU。患者昏迷, 鼻饲流质肠内营养支持。第3天患者高热, 胸部CT示双下肺炎症, 予哌拉西林舒巴坦抗感染。第4天开始反复出现呃逆、呕吐, 胃管回抽出多量未消化宿食, 考虑胃潴留。予抬高床头、减缓喂养速度、加用胃肠动力药等常规治疗无效。患者舌淡红、苔黄, 脉弦数, 考虑为邪热内陷, 胃失和降之证。拟方: 法半夏、党参、生姜各15g, 黄连5g, 黄芩、炙甘草各10g。水煎300mL每天分3次从胃管注入, 连续5剂。患者第2天解黄褐色烂便, 后逐渐增加喂食量, 未再出现胃潴留, 病情稳定好转, 于12月17日转出ICU。

3.3 通腑泄热, 化痰扶正 脓毒症在综合ICU中极为常见。严重脓毒症可短时间内序贯式损害2个或2个以上的靶器官, 最终导致MODS, 病死率可高达80%<sup>[9]</sup>。现代医学对此仍是急待攻克的难题。脓毒症的病机可概括为虚、瘀、毒<sup>[10]</sup>。在脓毒症发生发展过程中, 由于正气亏虚, 肠道无力推动浊邪排出体外, 导致大量聚于肠中毒邪又成为致病因素形成恶性循环。治宜通腑泄热、化痰扶正, 尽快使毒邪随大便而解, 恢复脾胃升降功能。

例3: 陈某, 女, 66岁。2017年3月10日因双肾多发结石, 左肾积液并发严重脓毒症入住ICU。患者高热, 继发肺

部感染, 呼吸衰竭行机械通气, 去甲肾上腺素维持血压, 肾功能损害少尿。抗感染、CRRT等综合治疗后体温下降, 生化指标好转。3月16日出现明显腹胀, 大便秘结。暂停肠内营养, 予肛门排气, 鼻饲甘油。腹胀不能缓解, 膀胱测压25cm H<sub>2</sub>O。患者舌质暗红有瘀斑、边齿印, 苔黄厚, 脉细数。辨为燥热内结, 正虚瘀阻, 脾胃失运。拟方: 黄芪30g, 党参、大黄(后下)、蒲公英各15g, 厚朴20g, 枳实、桃仁、炙甘草各10g。连服3剂后腹胀减轻, 尿量增多, 血压稳定, 逐渐恢复肠内营养, 3月29日撤呼吸机转出ICU。

《伤寒论》继承了《内经》重视脾胃的基本理论, 仲景保胃气思想和方法直至今日仍对临床治疗具有十分重要的指导意义。对于许多危重病的救治, 将中医保胃气思想贯彻其中, 通过个体化的辨证论治, 可以弥补现代医学的不足, 取得较好的临床疗效。

### [参考文献]

- [1] 李经纬. 中医大辞典[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1228.
- [2] 胡玲, 劳绍贤. 浅谈中医之保护胃气[J]. 新中医, 2008, 40(11): 104-105.
- [3] 时兢, 宋秀琴, 陆荣国, 等. 危重症病人胃肠功能障碍与预后关系的临床研究[J]. 肠外与肠内营养, 2006, 13(1): 14-15.
- [4] 黄廷庭. 多器官功能障碍、急性胃肠功能衰竭和应激性溃疡[J]. 中华外科杂志, 2005, 43(21): 1361-1363.
- [5] 张浩, 崔乃强. 肠屏障与多器官功能障碍综合征[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2007, 13(3): 316-317.
- [6] 金华, 张蕾蕾, 金钊. 从危重症胃肠保护看中医保胃气的意义[J]. 医学与哲学, 2009, 30(12): 37-38.
- [7] 杨小清. 论胃气学说与肠外和肠内营养[J]. 肠外与肠内营养, 2004, 11(6): 343-345.
- [8] 卢崇汉. 扶阳讲记[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 126.
- [9] 陈林静, 江艳芬. 脓毒血症诊治进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(11): 1244-1246.
- [10] 王丁超, 苏秀平, 李亚高, 等. 从“虚”、“瘀”、“毒”论治脓毒症胃肠功能衰竭临床研究[J]. 山西中医, 2015, 31(6): 15-16.

(责任编辑: 冯天保)