

专题笔谈

肠 梗 阻 证 治

吴咸中(天津医学院、天津市中西医结合急腹症研究所):肠梗阻是常见的急腹症之一,占急腹症的第三四位,目前仍是一个病死率较高的病种。对于单纯性肠梗阻采用以口服中药为主的中西医结合疗法,可取得满意的疗效,但对于各类绞窄性肠梗阻,则应早期诊断、早期手术治疗。

早在《内经》中,已有关于肠梗阻病状的记载。《灵枢·四时气篇》有“腹中常鸣,气上冲胸,咽不得久立,邪走大肠”的记载;在《灵枢·百病始生篇》中,对该类病状的成因作了叙述,并对由于病邪附着部位不同而产生的不同症状作了进一步的描述。张仲景在《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》中,对腹满、腹痛作了详细的论述。如第十四条:“心胸中大满痛,呕不能饮食,腹中寒,上冲皮起,出见有头足,上下痛而不可触近,大建中汤主之。”这段生动的描述,使人们立刻联想到这一例可能是肠梗阻患者,“上冲皮起,出见有头足”,描写在肠蠕动增加时出现的肠形及蠕动波。书中还提出了相应的治疗方剂,有些方剂现在还在应用。后世医家对肠梗阻的认识与治疗不断有所发展。赵献可在《医贯》中对“关格”作了精辟的论述,他指出:“关格者,忽然而来,乃暴病也。大小便秘,渴饮水浆,少顷则吐,又饮又吐”,“数日后脉亦沉伏,此寒从少阴肾经而入,阴盛于下,逼阳于上。”这段描写很像由于肠梗阻所引起的失液性休克。近代名医张锡纯所创制的治疗燥结的硝菴通结汤及赭遂攻结汤,经过验证疗效颇佳。现在治疗急腹症常用的莱菴通结汤及甘遂通结汤,就是在张氏方的基础上发展起来的。

徐长生(上海中医学院附属龙华医院):

急性肠梗阻是一种常见的急腹症。具有病因复杂、病情多变、发展迅速等特点,如处理不当,可造成严重后果。

对急性肠梗阻的中医辨证有以下几种:

(1) 八纲辨证:急性肠梗阻为肠腑之病,一般为里、实、热证,临床上以阳证为最常见,阴证偶见于重危病人;(2) 病因辨证:可分为气滞、血瘀、寒凝、热结、湿阻、食积、虫结七类。气滞的特点是时痛时止,痛无定处,叩之如鼓,舌苔白腻,脉弦细;血瘀的特点是痛有定处,刺痛为主或有痛性包块,舌暗红或有瘀斑,脉涩;寒凝的特点是腹痛剧烈,痛有定处而怕冷喜热,面色青晦,苔黄淡,甚则白,脉沉迟或沉紧;热结的特点是腹痛拒按,恶热,小便短赤,舌质红,苔黄腻或燥,脉滑数或弦数;湿阻的特点是腹胀痛,肠间可闻漉漉之声,舌胖、苔腻,脉弦滑;食积的特点是多有饱餐史,腹胀而痛,吐酸臭物,苔黄厚腻,脉滑而实;虫结的特点是痛于脐周,可吐蛔虫,腹可有绳索状团块,呈花剥舌,脉弦或紧;(3) 分型辨证:按正邪相争的不同阶段分为三型:① 痞结型:由于肠腑痞塞不通,气机停滞,运化失职,属正盛邪轻阶段,临床表现腹胀轻,无腹膜刺激征,全身情况好,相当于无血运障碍的单纯性肠梗阻;② 瘀结型:由于肠腑血瘀,上下不通,属正盛邪实阶段,临床表现较痞结型为重,如腹痛、腹胀加重,可有腹膜刺激征,相当于有早期或轻度血运障碍的各种急性肠梗阻;③ 疽结型:发展到晚期阶段,由于肠腑疽结,肠管有明显血运障碍,肠管坏死,可伴有休克,属正衰邪陷阶段,临床特点为病人全身情况差,脉细数无力,体温升高,腹胀及腹膜刺激征明显加重,甚至有感染性休

克,相当于晚期绞窄性肠梗阻。

疑有肠梗阻存在时,必须明确肠梗阻的部位、性质和原因。我院放射科黄贤权主任自1979年起创用口服大承气汤X线快速肠道造影的方法,先口服硫酸钡胶浆150毫升,按常规检查食道、胃和十二指肠后,即服大承气汤1剂:厚朴9克,枳实9克,大黄9克(后入),芒硝9克(冲服)。加水200毫升,浓煎成100毫升。经观察,大承气汤不但有促排作用,且较灭吐灵更佳,并可缩短检查时间。大承气汤虽然对胃的排空是正常的,但对小肠和大肠肠管能起到很好的促排作用。利用其不同时间的充盈规律,分别获得所需要的充盈像,如30分钟左右可获得胃、小肠和回盲部及升结肠的充盈像;1小时左右可获得胃、小肠及大部分大肠的充盈像;2小时左右,小肠大部分已排空,可获得全部结肠的充盈像。这不仅能观察脏器本身的病变,且还能了解到脏器之间的相互关系。一般在服大承气汤后30、60、120分钟时进行透视或摄片。本法简便易行,效果明显,除胃肠道穿孔和完全性结肠梗阻外,无其他禁忌症,对年老体弱或其他原因不能行钡剂灌肠检查的病人,尤为适宜。我院常规应用液体石蜡或植物油60~80毫升,经胃管注入抽吸净的胃腔内,然后夹管2小时,必要时可隔2~4小时后重复使用。灌药后观察病人有否在矢气或排便中含油样物质排出,若有多量油样物质排出,提示为不完全性肠梗阻,不但能缓解症状,且预后一般良好;反之,如灌注两次后,仍无矢气,无油样物质排出者,则可认为是完全性肠梗阻,需改变治疗方案。

党正洋(西安医科大学附院):急性肠梗阻为肠腑之病,在临床可分为痞结型、痰结型及疽结型,其目的是指导划分手术与非手术治疗界限。下面我重点谈一下对痞结型的非手术治疗。

痞结型是肠腑气机不利,痞结不通,其临床表现为痛、吐、胀、闭四大症,但较轻,舌苔白,脉弦。属部分性肠梗阻、单纯性机械性肠梗阻及早期动力性肠梗阻。其治疗以通里攻

下为主,中药方剂有:

(1)复方大承气汤:适用于青壮年体壮者。

用法:每剂药煎至200毫升,经胃管注入80~100毫升,每4~6小时一次,观察治疗24小时。

(2)肠功能恢复汤:适用于年老体弱者。药物组成为:党参、白术、陈皮、桃仁、赤芍、木香各10克,枳实15克,火麻仁30克,大黄15克(后下)。水煎,浓缩为100毫升,50~70毫升胃管注入,4~6小时一次,观察治疗24小时。

(3)大黄蟅虫丸:适用于痞结型肠梗阻发作期或梗阻缓解后,特别适用于粘连性肠梗阻。用法与时间:每次2丸,每日2~3次,一般病人服三周,有粘连者可服三个月(一个疗程)。

有些病人从胃管注入中药缓解较慢,如能把一剂中药煎至250毫升,纱布过滤后经适当装置向结肠内点滴(2~2.5小时滴完),或用中药150毫升保留灌肠,均能促进肠梗阻的缓解。

针刺治疗也是不可缺少的治疗手段。我们选穴的原则是:上腹痛刺中脘,下腹痛刺关元,腹胀针双侧天枢穴。粘连、蛔虫团引起的肠梗阻针双侧大横穴,留针30分钟。以上穴位均需深针刺,刺入腹腔4~7寸效果更好。通用穴足三里,亦可使用电针或水针。

肠梗阻近端肠管扩张、充血、水肿,特别是近期腹膜炎引起的粘连性肠梗阻,我们以土大黄外敷,有消肿、消炎、止痛、促进肠梗阻缓解的作用。用法:取土大黄叶子,洗净捣烂以纱布包裹,外敷肠梗阻患者疼痛处,每次2小时,敷后擦净局部,每日敷2~3次。

在非手术治疗急性肠梗阻过程中,进行必要的基础治疗,如胃肠减压、补液、纠正酸碱平衡失调、合理使用抗生素等,至关重要,不可忽视。

王朝珍(天津市第二中心医院):急性肠梗阻为急腹症中之重症,其辨证多为实证。治疗

的重点应围绕一个“通”字,以达“通则不痛”之目的。在治疗急性肠梗阻时,以泻下通腑,为之大法。我院用中药治疗急性肠梗阻大致分为三类:第一类为年轻体壮,平素无病,突然发病者,常用大承气汤加减:大黄 15 克(后下),枳壳 10 克,厚朴 10 克,芒硝 10 克(冲服),川楝子 10 克,元胡 10 克。服药后二小时之内如无泻下,可再服一剂,直到泻下为止。一般用药最少一剂,最多四剂。如四剂用过仍不泻下而其症状加重者,应改变治法,用手术治疗为宜。第二类是年老患者,平素体虚,又患肠梗阻,常用攻补兼施的黄龙汤加减:大黄 12 克(后下),枳壳 10 克,厚朴 10 克,芒硝 10 克(冲服),当归 10 克,川芎 6 克,人参 6 克,黄芪 15 克,甘草 6 克。第三类为过去有腹部手术史,肠梗阻症状经常发生的患者,用我院自配的甘黄散冲服治疗,往往收到良好的效果。方剂组成为:甘遂一份,大黄 3 份,木香一份,共为细粉备用。每次冲服 3 克,即可达到泻下目的。如一次不成功,间隔 1~2 小时可重复给药,直到腹泻为止。此法简便易行,效果好。

杨大春(天津西郊杨柳青医院):我治疗肠梗阻的经验是:当肠梗阻诊断确立后,第一步是分型,第二步是辨邪,第三步是按寒、热、虚、实选方用药。

在分型上,我认为临床上分为痞结型、瘀结型和疽结型比较适用,有利于选择手术与非手术适应症。痞结型一律采用中药治疗;瘀结型应在严密观察下试用中药治疗,如经 4~6 小时积极治疗后,腹痛不减或反而加重,腹围增大,脉数,肠音减弱,出现腹膜刺激征者,应及时中转手术;疽结型则采取手术治疗。

对于肠梗阻的病邪,可分为气、血、寒、热、湿、食、虫七种。认为气机不行、瘀血滞留、寒邪凝滞、热邪郁闭、湿邪中阻、食积阻肠、蛔虫聚团和燥屎内结等均可致病,临床当须辨清,以利于指导用药。

最后再按寒、热、虚、实辨证选方。

对实热证以复方大承气汤或粘连缓解汤为基本方,随证加味。实热者重用大黄 15~20 克,

加银花 30 克,黄连 10 克;血瘀重者加桃仁、赤芍适量;湿重者加薏仁 15 克,木通 10 克;食积者加焦三仙 30 克,陈皮 10 克,槟榔 10 克;虫聚者加槟榔 15 克,使君子 15~20 克,苦楝皮根 30 克,燥结者加大芒硝用量。对寒实证用巴黄片 2~3 片,或去油巴豆 1~2 粒(装入胶囊吞服);对虚中夹实者选用增液承气汤或黄龙汤加豆油、花生油或石蜡油 150~200 毫升,两次分服或从胃管灌入,第二煎 500 毫升在服药后 3 小时灌肠,15 分钟后再作直肠按摩术,常易奏效。在服用去油巴豆时一定要温服,如泄泻不止可饮凉开水一杯,以止泻。在治疗肠梗阻时还要强调:一要充分胃肠减压后再用药;二要补充津液(即水、电解质的补充)以辅助正气;三要在服药或灌药前 15 分钟给阿托品 0.5~1 毫克足三里穴位封闭;四要抓住头 1~2 天的治疗,通下则减,急下存阴;五要采用综合治疗,常易获得成功。

郑显理(天津市中西医结合急腹症研究所、天津市南开医院):肠梗阻的治疗当以通里攻下为主,但用之得当,并非易事。

肠梗阻属正盛邪实者,当用峻下法,速攻之,可用甘遂通结汤或甘遂末 0.6~1 克冲服;正虚邪实者,当用攻补兼施之法,可用增液承气汤或黄龙汤;里实热证,要用寒下法,方用大承气汤,可加炒莱菔子 30 克,木香 10 克,即复方大承气汤;里实寒证,当用温下法,方用大黄附子细辛汤或用生巴豆一粒,研碎冲服。国内研制的巴黄丸(片),只大黄与巴豆两味药,不但服用方便,疗效较好,而且适用于寒、热、虚、实各型,值得大力推广。

根据临床观察,有 70% 左右病例可以在连续攻下三次后获得痊愈。要运用好通里攻下法必须注意以下几点:

(1) 攻下与胃管减压的结合:肠梗阻时胃肠积液较多,必有腹满喜呕诸症,在运用下法时必须吸空胃液再注入中药,才能更好地发挥泻下作用。

(2) 润下法的应用:当运用峻下或寒下法未能取效时,可由胃管注入植物油,如生豆油

成人200~300毫升,或可奏效。

(3) 活血药的应用:用药无效时,要调整方剂,加用当归、川芎、桃仁、红花、牛膝等,以引药下行。

(4) 针刺与穴位注射的应用:针刺足三里、内庭、天枢、曲池等穴或足三里穴位注射新斯的明可调整肠管功能。

(5) 以逐邪为度,要注意调理:攻邪不可太过,以免伤阴,攻下后要注意调理,特别是久病体虚者要调理脾胃和扶正。

漆济元(江西宜春地区医院):肠梗阻一证,是现代医学病名,以腹痛、腹胀、呕吐、大便不通四大症为特点。是由于肠内容物不能顺利通过肠道而积存于肠内引起的疾病,又称“肠结”症。病因不一,我将其划分四个类型进行治疗。

(一) 热结型:由于过食辛辣,恣饮酒浆,热积肠胃,蕴伏于内,阳明热盛,邪热熏蒸,大肠燥结,传导失职,以致腹胀满痛,呕吐,舌苔老黄而粗,脉弦数。治以苦降清热。常用加味承气汤。

病例:施××,男,46岁,菜农。1984年7月26日就诊。

初起上腹部疼痛伴呕吐,腹痛逐渐加剧,三日内腹胀大,鼓之如鼓,大便数日不解,口干饮入即吐。西医诊断为肠梗阻。须手术治疗,患者不同意,请中医治疗,症如上述,舌苔老黄而粗,脉弦数。药用黄连6克,黄芩10克,厚朴10克,大黄10克,芒硝12克,白芍15克,鲜芭蕉兜90克。防止呕吐,一匙一匙饮入,三剂便通,腹胀除,呕吐止而愈。

(二) 实滞型:由于饮食不节,宿食不化,胸膈痞塞,脘腹胀痛,呕吐,大便秘结。治以消导攻下,用保和丸加味。

病例:何××,3岁半,1953年10月20日。住西医儿科治疗。

患儿前三日多食红烧肉后,腹胀痛,辗转不安,腹部逐渐膨胀饱满,拒按,三天来未解

大便,恶心,呻吟不止,舌苔白干,脉沉数。西医诊为肠梗阻,急须手术治疗,家属不同意,要求中药治疗,于夜晚11时请余会诊。余抓住多吃红烧肉后起病,乃食滞于内。药用:山楂6克,神曲5克,茯苓6克,半夏5克,陈皮5克,莱菔子3克,连翘5克,麦芽10克,大黄6克,枳实5克,厚朴3克。服一剂,至黎明时大便解通,各症消减,后随症调治四天出院。

(三) 气虚型:由于老年人气血已衰,中气不足以运枢,不能健运食物,以致梗塞胃肠,大便不通。治以益气润肠通便。

病例:黄××,男,68岁。1981年4月10日门诊。

两天来脘腹满痛,恶心呕吐,神疲乏力,大便不解,亦未矢气。检查脐左侧有肠形突起,压之疼痛。西医诊为肠梗阻,须手术治疗,患者年迈体衰,不愿接受,来中医治疗,认为年老气虚不运。治以益气润下,药用:黄芪30克,红枣20粒,莱菔子15克,生猪油50克,瓜蒌仁15克。二剂后便通气排,各症消失。

(四) 脾虚食滞型:由于形体虚弱,饥饱失时,或强食生冷果菜。胃虚不能纳,脾虚不磨,纳磨俱失其职,停积于胃肠,形成宿食。治以健脾通便。

病例:潘××,女,45岁。1983年6月18日就诊。

患者素体虚弱,加之口腹不慎,可口的食物尽量吃,不可口的不吃,一日有合口的食物,较多纳入,次日脘腹胀痛,逐渐加剧,而辗转不安,呕吐不消化残物,三日来大便欲解不能,腹膨胀拒按,舌质红、苔白干粗。脉弦数。西医认为不全性肠梗阻。中医诊为腹胀。治以健脾通便。药用:太子参30克,白术10克,广木香10克,川楝子10克,怀山药15克,麦芽10克,山楂10克,大黄6克,厚朴10克,枳实10克。一剂大便通爽,痛减胀消,随症调治痊愈。