

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2015.11.007

张仲景阳明腑实腹痛诊治理论对急性胰腺炎治疗的指导意义

王 佳¹, 钦丹萍^{1,2*}, 张绍珠¹

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江省杭州市滨文路 548 号, 310053; 2. 浙江中医药大学附属第一医院)

摘要 张仲景对阳明腑实腹痛的诊治是系统的、有层次性的, 按照腹痛的不同部位、不同性质及其不同的本证及兼证、变证, 在通腑导滞的基础上治疗方药各有化裁。梳理阳明腑实腹痛诊治的层次性, 讨论腹痛诊治理论的层次性对急性胰腺炎不同阶段、不同表现诊疗的指导意义, 并提出“通腑导滞、中病即止”在重症急性胰腺炎治疗中的新观念, 即通腑导滞不应仅局限于“得快利即止”, 而应涵盖于重症急性胰腺炎治疗全过程。

关键词 急性胰腺炎; 阳明腑实; 腹痛; 通腑导滞

张仲景对腹痛的诊治有着丰富的经验, 其对阳明腑实腹痛的诊治更是具有系统性、层次性, 按照腹痛的不同部位、不同性质及其不同的本证及兼证、变证, 在通腑导滞的基础上, 其治疗方药各有化裁。梳理阳明腑实腹痛诊治理论的层次性, 对急性胰腺炎不同阶段的治疗具有指导意义。针对重症急性胰腺炎, 目前采用的治疗共识是通腑导滞法, 然而由于其特殊的发病机制及病程经过, 如将“得快利即止”作为“中病即止”的目标则显得不足。如何将张仲景的腹痛诊治理论更好地用于急性胰腺炎的治疗, 尤其是对其中的重症急性胰腺炎, 通腑导滞法的应用如何确定“中病”的目标与内涵, 均需在继承基础上有所发展, 而这些正是本文研究目的之所在。

1 阳明腑实本证及其兼变证

1.1 阳明腑实本证与兼证

外邪直中或由他经相传而引起六经气化功能失调的病证称本证^[1]。外邪入里化热, 与大肠的燥热相合, 以致津液被耗, 燥结成实, 阻滞于中, 出现痞、满、燥、实等症, 此为阳明腑实本证。在某经病基础上又出现了一些本来不是此经病所应有的一般症状称兼证^[1]。阳明病, 除见腹痛胀满、大便秘结等本证, 另见心烦、潮热、谵语等证候, 此

为阳明病兼证。《伤寒论·辨阳明病脉证并治篇》曰: “阳明病, 不吐不下, 心烦者……”, 此为阳明腑实燥热初结, 热浊之气上扰心神, 故见心烦; “阳明病, 谵语, 发潮热, 脉滑而疾者……”, 此为阳明腑实轻证, 里热未实, 阳明经气旺于申酉之时, 邪正斗争剧烈, 故见潮热; “不大便五六日, 上至十余日, 日晡所发潮热, ……独语如见鬼状, 若剧者, 发则不识人, ……微者但发热谵语者……”, 此为阳明腑实重证, 肠腑燥实, 热盛火炎, 心神被扰, 故见谵语。

1.2 变证

由伤寒病失治误治而引起的内科杂病称为变证^[2]。阳明病变证^[2]主要有发黄证和血热证、蓄血证。阳明邪热与湿邪相合, 出现阳明发黄证, 或邪热不解, 侵入血分, 出现阳明血热证、蓄血证。阳明发黄证又根据湿热表里、轻重而有所不同: 1) 阳明发黄兼表: “伤寒瘀热在里, 身必黄”, 此为湿热内蕴, 兼表证未解, 熏蒸肝胆而致发黄; 2) 阳明发黄湿热郁里: “伤寒七八日, 身黄如橘子色, 小便不利, 腹微满者……”, 此为湿热闭结, 阻滞胃肠, 腑气不通, 熏蒸肝胆而发黄疸; 3) 阳明发黄热重湿轻: “伤寒身黄发热”, 此为湿热相和, 熏蒸肝胆而发黄疸; 4) 阳明发黄兼邪郁少阳: “阳明中风……腹都满, 胁下及心痛, ……一身及目悉黄, 小便难, 有潮热”, 此为少阳阳明郁热发黄, 水湿与邪热互搏, 变生湿热而郁蒸发

基金项目: 浙江省中医药软科学研究计划(2009RA006)

* 通讯作者: qindp19841@sina.com, 13606805004

黄。血证又可见下血证和蓄血证。当出现阳明病下血证时，“阳明病，下血谵语者，此为热入血室”，即邪热侵犯血分；当出现阳明病蓄血证时，“阳明病，下血谵语者，此为热入血室”，即阳明病热入血室。此外，“阳明证，其人喜忘者，必有蓄血。所以然者，本有久瘀血，故令喜忘，屎虽硬，大便反易，其色必黑者……”，此为燥热源于胃肠，与久瘀相结，血不妄行。

2 阳明腑实腹痛诊治理论的层次性

张仲景所指腹部的范围是“从心下到少腹”^[9]。《伤寒论》论述腹痛证候甚详，有腹满痛、绕脐痛、心下至少腹硬满而痛不可近、少腹硬痛等等。伴随着病机的转化，《伤寒论》腹痛表现与腹痛部位呈现不同地演变，由此在处理上也有了相应地调整，体现了张仲景腹痛诊治理念的层次性。

2.1 按腹痛部位讨论

腹痛位于“心下”，即《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》：“呕不止、心下急……”，其心下急为阳明腑气不通，与少阳枢机不利，气机阻滞所致，此为实邪滞于胆胃^[9]。腹痛位于“脐周”，即《伤寒论·辨阳明病脉证并治篇》：“病人不大便五六日，绕脐痛……”，此为阳明燥实内结，腑实已成，大肠传导失常，腑气不通，不通则痛。腹痛位于“少腹”，即《伤寒论·辨阳明病脉证并治篇》：“其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满，小便自利者……”，此为邪热与瘀血互结于下焦，阻滞经脉，气机不畅，不通则痛。腹痛发展为“心下至少腹硬满而痛”出现全腹部弥漫性、广泛性疼痛拒按，即《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》所言：“不大便五六日……从心下至少腹硬满而痛，不可近者……”，此为水火交结于三焦腔腑^[9]，气机不通，阳明之腑受累所致。

2.2 按腹痛性质讨论

腹痛表现为“腹满痛”，即《伤寒论·辨阳明病脉证并治篇》所言：“六七日不大便，烦不解，腹满痛者……”，此为阳明燥实内结，腑实已成，大肠传导失常，腑气不通，不通则痛，腹痛表现为“按之石硬”，即《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》所言：“伤寒六七日，……心下痛，按之石硬者……”，此为阳热之邪内陷与有形之邪相结，气血阻滞不通而致腹痛拒按，甚则坚硬如石。腹痛表现为“硬满而痛”，即《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》所言：“少腹当硬满……下血乃愈”，此为邪热与瘀

血互结于下焦，阻滞经脉，气机不畅，不通则痛。

2.3 按腹痛兼证与变证讨论

在兼证上，由于病机的兼杂或发展，腹痛可兼有轻重不一的表现，轻者如阳明里实，又兼少阳胆郁，横逆犯胃，则胃失通降，可出现“呕不止，郁郁微烦”，或由于阳明经气旺于申酉之时，阳明炽热，如逢其旺时则炽热增剧，可出现“潮热”之象；重者如燥热结实，热邪深伏于里，如燥热上迫于肺，则肺失清肃，治节不行，气机上逆则喘^[9]，表现为“喘冒不能卧”，或者热盛火炎，上扰心神，又可出现“谵语”。在变证上，由于失治误治，可合并多种杂病，如湿热闭结阳明，熏蒸肝胆，胆汁外溢肌肤，合并“身黄”；阳明热入血分，与久瘀相结，血不妄行，反成蓄积，则会致“下血”之变证。

3 腹痛理论的层次性与急性胰腺炎临床的相关性

急性胰腺炎急性反应期临床表现出的腹痛甚或拒按、腹胀、便秘、身热烦躁等痞满燥实坚的临床表现，用六经辨证可归属于典型阳明腑实证范畴^[9]。《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治篇》曰：“病者腹满，……痛者为实，可下之”，故治疗上应予通腑导滞。当急性胰腺炎发展至不同阶段时，按腹痛理论的层次性变化，在通腑导滞的基础上，其治疗方法各有化裁。

当病程阶段为轻症急性胰腺炎时，由于胰腺局限或弥漫性水肿、包膜张力增高，炎症刺激和牵拉其包膜上的神经末梢，出现上腹痛、恶心、呕吐，无压痛及反跳痛，可表现为张仲景所描述的“呕不止、心下急”。《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》云：“呕不止、心下急、郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈”，此证关键在郁郁微烦。近代医家陆渊雷云：“呕不止而心下急，郁郁微烦，视小柴胡之默默不欲饮食已更进一步。盖少阳未解，胃家已实，特未至大承气证之大实痛耳。少阳未解，则不可用承气；胃家已实，又得不下，所以有取乎大柴胡也”^[9]；现代医家刘渡舟认为，“大柴胡汤证为内里少阳阳明并病，胃里有热，误下后邪热不但在少阳，而且并于阳明，少阳胆气抑郁，阳明胃热甚，故予大柴胡汤和解少阳兼下阳明”^{[9] 104}。因此，大柴胡汤证病机为“少阳未解，胃家已实”。针对少阳阳明并病表现，《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》作了进一步论述，即“伤寒发热，汗出不解，心中痞硬，呕吐”，故此阶段

当予大柴胡汤和解少阳，通下里实。

当病程阶段为重症急性胰腺炎时，由于胰腺炎性渗出出现腹膜刺激症状，或肠壁黏膜通透性增加，肠道细菌移位，腹腔内继发感染，出现全腹痛甚、拒按，可表现为《伤寒论》所描述的“心下至少腹硬满而痛不可近”。《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》云：“不大便五六日，舌上燥而渴，日晡所小有潮热，从心下至少腹硬满而痛，不可近者，大陷胸汤主之”，此证关键在心下至少腹硬满而痛不可近。明清医家喻嘉言云：“不大便，燥渴，少腹硬满，证与阳明颇同，但小有潮热则不似阳明大热，从心下至少腹手不可近，则阳明又不如大痛，因是辨其为太阳结胸，兼阳明内实也，比用陷胸汤，由胸胁及胃肠荡涤始无余”^[1]；现代医家刘渡舟^[15]认为，大陷胸汤证为“结胸有似阳明”，结胸的范围不仅仅是“阳明胃家实”之“绕脐痛”，而是热与水结于整个腹部、腹膜，而用大承气汤泻燥热只限于肠胃已然不够，需以大陷胸汤既下水热之结，又兼下阳明之燥。因此，大陷胸汤证病机为“热结于里”“水结在胸胁”，故应以大陷胸汤泻热逐水，峻下破结。

重症急性胰腺炎出现腹膜炎可表现为弥漫全腹，也可局限于上腹。《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》大陷胸汤证对此有类似讨论，前者如“从心下至少腹硬满而痛”，后者如“心下痛，按之石硬”，两者在腹痛的范围上虽有不同，但病机相同，故以大陷胸汤证治之。

阳明腑实腹痛可以出现兼证、变证，重症急性胰腺炎可以出现多种并发症，两者也具有相似性。当重症急性胰腺炎出现急性肺损伤，甚至急性呼吸窘迫综合征，可表现为“喘冒不得卧”；出现胰性脑病，可表现为“谵语”；出现胆道感染或胆道梗阻，可表现为“身黄”；出现消化道黏膜应激受损或结石损伤胆道或出现弥散性血管内凝血，可表现为“下血”等，这些兼证、变证的认识同样对重症急性胰腺炎的治疗有重要意义。

4 通腑导滞的中病即止观对重症急性胰腺炎的指导意义

张仲景在《伤寒论》中针对通腑导滞的应用提出“中病即止”“得快利即止”，其意义是在大便通畅、腹痛减轻后，应停止通腑导滞以免伤及正气^[1]。目前对急性胰腺炎的治疗采用通腑导滞法是共识，但中止通腑导滞治疗的界限是模糊的，对

重症急性胰腺炎来说，按照张仲景“得快利即止”的观点，患者是否在大便通畅、腹痛缓解后即予停止通腑导滞，也即“中病即止”是否以大便通畅、腹痛缓解为目标呢？

已有研究证实，通腑导滞能促进肠蠕动，拮抗细菌移位，大承气汤、大陷胸汤均明确有此作用^[12-13]。临床上重症急性胰腺炎分为 3 个阶段，即急性反应期、全身炎症感染期和残余感染期^[14]。由于重症急性胰腺炎发生时肠功能衰竭，肠黏膜屏障破坏，细菌移位，引发肠源性的细菌感染，对胰腺等靶器官造成“二次打击”^[13]，并促使全身炎症反应综合征和多器官功能衰竭的发生^[14]，即重症急性胰腺炎在急性反应期后仍存在继发感染的风险，而肠功能衰竭、肠黏膜屏障受损与继发感染具有相关性。基于此，通腑导滞“中病”的目标如仅限于大便通畅、腹痛缓解，则其治疗的过程也仅止于急性炎症反应期，这样其后续的肠源性细菌移位导致的感染仍存在发生的可能。因此，对重症急性胰腺炎来说，通腑导滞的“中病”涵义应与张仲景所述的“中病”涵义不同，将“得快利即止”作为重症急性胰腺炎“中病”的目标是不够的。

研究表明，针对重症急性胰腺炎病程全程运用大承气汤治疗较单纯早期运用大承气汤能更有效促进肠功能恢复，抑制细菌移位，从而防止继发感染^[17]。对于重症急性胰腺炎开展通腑导滞治疗更应关注后续的继发感染，并将通腑导滞涵盖疾病治疗全过程。相应地对于中止通腑导滞的界限，不仅要结合腹痛缓解、大便通畅等临床症状的变化，更应结合增强 CT 上胰腺渗出、炎症指标 C 反应蛋白、相应的生化指标是否恢复正常，以及肠蠕动是否持续保持正常等观察内容，并应将这些内容作为决定是否停止通腑导滞治疗的依据，以防止后续感染的发生^[14]。

5 小结

目前采用通腑导滞法治疗急性胰腺炎已成为共识，然而由于重症急性胰腺炎特殊的发病机制及病程经过，在急性反应期后仍存在着继发感染期的风险，采用通腑导滞法将“得快利即止”作为“中病即止”的目标是不够的。因此，针对重症急性胰腺炎，不仅应将通腑导滞法涵盖在急性炎症反应期，更应关注后续的继发感染期，即将通腑导滞贯穿于重症急性胰腺炎病程治疗的全过程。

参考文献

[1] 衣伟,胡凤艳,吴秀红,等.《伤寒论》本证、兼证、变证之

- 关系 [J]. 吉林中医药, 2005, 25(1):9.
- [2] 熊曼琪. 伤寒学 [M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007:453-467.
- [3] 陶春晖. 《伤寒论》腹痛浅析 [J]. 中医药学报, 2011, 39(2):128-130.
- [4] 阴爱辉, 周振理. 浅谈《金匱要略》腹满五实方 [J]. 山东中医药大学学报, 2009, 33(1):23-24.
- [5] 刘英锋, 姚梅龄. 三焦腑病: 热实结胸的证治概要与运用举例 [J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(1):47-49.
- [6] 陈创荣, 蔡彦, 刘小虹. 《伤寒论》咳喘证治辨析 [J]. 河南中医, 2011, 31(8):829-830.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 急性胰腺炎中西医结合诊治方案 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(3):207-209.
- [8] 陆渊雷. 伤寒论今释 [M]. 北京: 学苑出版社, 2008:149.
- [9] 刘渡舟. 刘渡舟伤寒论讲稿 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [10] 喻嘉言. 尚论篇 [M]. 北京: 学苑出版社, 2009:82-83.

- [1] 钦丹萍. 西医疾病开展中医药治疗的若干思考 [J]. 浙江中医药大学学报, 2010, 34(5):639-640.
- [2] 马志杭. 大承气汤加味辅助治疗重症急性胰腺炎 50 例 [J]. 中国中医药信息杂志, 2008, 15(7):74.
- [3] 于亮, 张增峰, 段绍斌, 等. 大陷胸汤治疗急性重症胰腺炎临床研究 [J]. 新疆中医药, 2009, 27(6):1-3.
- [4] 张太平. 第七届全国胰腺外科学术研讨会纪要 [J]. 中华外科杂志, 1999, 37(3):149-150.
- [5] Capurso G, Zerboni G, Signoretti, et al. Role of the gut barrier in acute pancreatitis [J]. J Clin Gastroenterol, 2012, 46(Suppl):S46-51.
- [6] Sharma M, Sachdev V, Singh N, et al. Alterations in intestinal permeability and endotoxemia in severe acute pancreatitis [J]. Trop Gastroenterol, 2012, 33(1):45-50.
- [7] 魏霞, 钦丹萍, 赖登攀, 等. 大承气汤加味方对重症急性胰腺炎大鼠肠功能衰竭的干预作用 [J]. 中医杂志, 2013, 54(16):1407-1411.

Guiding Significance of Zhang Zhongjing's Diagnosis and Treatment Theory on Abdominal Pain with Yangming Fu-viscera Excess Syndrome for Acute Pancreatitis

WANG Jia¹, QIN Danping^{1,2}, ZHANG Shaozhu¹

(1. First Clinical Medical College, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou, Zhejiang Province, 310053; 2. First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University)

ABSTRACT ZHANG Zhongjing's diagnosis and treatment theory on abdominal pain with Yangming Fu-viscera excess syndrome is systematic and hierarchical. Based on the Fu-viscera unblocking and stasis dredging method, the therapeutic prescriptions were modified according to the pain locations, disease features, major syndrome and other accompanying and altered syndromes. The hierarchies of diagnosing and treating abdominal pain with Yangming Fu-viscera excess syndrome were analyzed. How this hierarchical theory guided the diagnosis and treatment of acute pancreatitis on different symptoms at different periods was discussed. A new opinion of "Fu-viscera unblocking and stasis dredging, medication discontinuing since recovery" in treating severe acute pancreatitis was put forward, which meant that "Fu-viscera unblocking and stasis dredging" would be not limited to the starting effect period as "once adequate diarrhea appears, stop medication" said, but during the whole severe acute pancreatitis treating process.

Keywords acute pancreatitis, Yangming Fu-viscera excess, abdominal pain, Fu-viscera unblocking and stasis dredging

(收稿日期: 2015-01-26; 修回日期: 2015-03-27)

编辑: 崔京艳