

• 文献研究 •

大承气汤治疗肠梗阻临床用量研究

闫韶花 陈欣燕 焦拥政 连凤梅 仝小林*

(中国中医科学院广安门医院,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

基金项目:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2010CB530600)

* 通讯作者: xiaolintong66@sina.com, (010)88001166

[摘要] 目的 了解大承气汤治疗肠梗阻的临床用量情况。方法 检索中国知网数据库(CNKI)1994 年至 2012 年大承气汤治疗肠梗阻的相关文献,对其中明确研究方法、处方用量及疗效判定的文献进行归纳,总结大承气汤治疗肠梗阻的所治疾病种类及组成药物临床实际用量。结果 共纳入文献 42 篇。腹部手术后粘连性肠梗阻文献 17 篇,大承气汤原方药物用量范围为大黄 9~40 g,芒硝 5~30 g,枳实 8~20 g,厚朴 8~30 g;术后早期炎性肠梗阻文献 8 篇,大承气汤原方药物用量范围为大黄 15~30 g,芒硝 9~20 g,枳实 9~15 g,厚朴 10~20 g;小儿肠梗阻文献 4 篇,大承气汤原方药物用量范围为大黄 5~10 g,芒硝 5~7 g,枳实 10~15 g,厚朴 10~15 g;急性肠梗阻文献 8 篇,大承气汤原方药物用量范围为大黄 10~30 g,芒硝 6~30 g,枳实 10~30 g,厚朴 10~30 g;老年性肠梗阻文献 2 篇,大承气汤原方药物用量范围为大黄 10 g,芒硝 10 g,枳实 10 g,厚朴 10 g;麻痹性肠梗阻文献 1 篇,大承气汤原方药物用量范围为大黄 12 g,芒硝 9 g,枳实 12 g,厚朴 12 g;机械性肠梗阻文献 2 篇,大承气汤原方药物用量范围为大黄 10 g,芒硝 10~12 g,枳实 12~30 g,厚朴 10~30 g。结论 大承气汤原方治疗肠梗阻的剂量范围为大黄 5~40 g,芒硝 5~30 g,枳实 8~30 g,厚朴 8~30 g,此结果提示了大承气汤治疗肠梗阻临床用量的有效及安全范围。

[关键词] 大承气汤;肠梗阻;药物剂量;量效关系

Dose of Dachengqi Decoction for Bowel Obstruction in Clinical Practice

YAN Shaohua, CHEN Xinyan, JIAO Yongzheng, LIAN Fengmei, TONG Xiaolin

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053)

ABSTRACT Objective To explore the dosage of Dachengqi Decoction (Major Qi-Coordinating Decoction) for bowel obstruction in clinical practice. **Methods** The articles related to Dachengqi Decoction for bowel obstruction from 1994 to 2012 were searched in China National Knowledge Infrastructure (CNKI). The articles with clear research method, dosage and efficacy determination were summarized. The dosage, indications and efficacy of Dachengqi Decoction were analyzed. **Results** Totally 42 articles were included. The dosage of Dachengqi Decoction in 17 articles related to adhesive bowel obstruction after abdominal surgery was Dahuang (Radix et Rhizoma Rhei) 9~40 g, Mangxiao (Natrii Sulfas) 5~30 g, Zhishi (Fructus Aurantii Immaturus) 8~20 g and Houpu (Cortex Magnoliae Officinalis) 8~30 g. The dosage of Dachengqi Decoction in 8 articles related to early postoperative inflammatory ileus was Dahuang 15~30 g, Mangxiao 9~20 g, Zhishi 9~15 g and Houpu 10~20 g. The dosage of Dachengqi Decoction in 4 articles related to pediatric bowel obstruction was Dahuang 5~10 g, Mangxiao 5~7 g, Zhishi 10~15 g and Houpu 10~15 g. The dosage of Dachengqi Decoction in 8 articles related to acute bowel obstruction was Dahuang 10~30 g, Mangxiao 6~30 g, Zhishi 10~30 g and Houpu 10~30 g. The dosage of Dachengqi Decoction in 2 articles related to senile ileus was Dahuang 10 g, Mangxiao 10 g, Zhishi 10 g and Houpu 10 g. The dosage of Dachengqi Decoction in one article related to paralytic ileus was Dahuang 12 g, Mangxiao 9 g, Zhishi 12 g and Houpu 12 g. The dosage of Dachengqi Decoction in 2 articles related to mechanical obstruction was Dahuang 10 g, Mangxiao 10~12 g, Zhishi 12~30 g and Houpu 10~30 g. **Conclusion** The dosage of Dachengqi Decoction for bowel obstruction is Dahuang 5~40 g, Mangxiao 5~30 g, Zhishi 8~30 g and Houpu 8~30 g. The result indicates the effective and safe dose range of Dachengqi Decoction for bowel obstruction.

Keywords Dachengqi Decoction; bowel obstruction; dosage; dose-effect relationship

《伤寒论》因其理法方药缜密、药少而精、药专力宏,在临床被广泛运用。然而,经历了几千年的发展,历代度量衡发生了重大的变化,古方今用在剂量问题上争议颇大。后世有以《伤寒论》一两为今

1.6 g^[1]、3 g^[2]、6.96 g^[3]₃₄₁₋₃₄₃、13.92 g^[4]、15.625 g^[5]等多种观点,令人莫衷一是。剂量问题开始成为阻碍中医学进一步发展的桎梏。

大承气汤方出自《伤寒论》,原文第 212 条、215

条、217条、220条、241条、242条、238条、239条、252~253条均为大承气汤证。大承气汤用于伤寒阳明腑实证,属阳明腑实内结程度最重者,可谓痞、满、燥、实、坚具备^{[3]168-172}。据此,现代临床将此方广泛用于肠梗阻、急性胰腺炎、多器官功能紊乱综合征、手术后肠粘连、胃瘫等属于阳明腑实证者。

同大多数中药汤剂一样,大承气汤的临床用量没有固定标准,一方面是由于中药汤剂因人、因证、因病势不同而用量不同;另一方面是由于缺乏系统研究及总结,无法得出明确有效的用量范围,导致临床处方时用量存在一定的随意性,难以明确用药的安全性及有效性。针对这一问题,我们对目前临床上使用大承气汤治疗肠梗阻的临床用量情况进行了研究。

1 资料与方法

1.1 文献来源及检索方法

选择中国知网数据库(CNKI),检索1994年1月至2012年12月出版的文献。关键词为“大承气汤”、“肠梗阻”,进行模糊查找。

1.2 文献纳入标准

①研究类型属随机对照试验、病例观察或验案报道;②有明确的研究对象(治疗疾病种类固定);③原发病以肠梗阻症状为主;④大承气汤原方在总方中所占比重 $\geq 30\%$;⑤研究方法、给药剂量、给药方法及疗效判定等信息明确。

1.3 资料分析方法

对纳入研究的文献按照主治病症进行分类。继而进行关键资料的提取,包括文献中提到的方药组成、总方剂量、大承气汤的药物总量、大承气汤原方的药物总量在总方剂中所占比例、大承气汤原方组成药物各自的剂量以及相对应的疗效。对文献中目标方剂的用量范围、疗效及治疗特点进行采集及描

述。采用SPSS 19.0软件对其中计数资料进行统计描述,得出最大值和最小值。

2 结果

检索初步得到292篇相关文献。根据纳入条件进行筛选,符合纳入标准的文献共42篇,研究类型主要包括随机对照试验、病例观察、验案报道。疾病种类包括:腹部手术后粘连性肠梗阻、术后早期炎性肠梗阻、急性肠梗阻、小儿肠梗阻、老年性肠梗阻、麻痹性肠梗阻和机械性肠梗阻7类。

2.1 大承气汤治疗腹部手术后粘连性肠梗阻的药物用量范围

大承气汤治疗腹部手术后粘连性肠梗阻共有17篇文献^[6-22]。药物用量范围见表1。17篇文献中,随机对照试验7篇,对照组给予西医基础治疗(胃肠减压,维持水、电解质平衡,抗生素等),总有效率70.0%~81.4%,平均治愈时间3~5天;治疗组在基础治疗同时给予大承气汤口服(或胃管注入),总有效率92.5%~95.7%,平均治愈时间2~5天。病例观察文献9篇,基础治疗外给予大承气汤,有效率71.7%~97.5%。验案报道1篇。结果表明大承气汤对腹部手术后粘连性肠梗阻疗效显著。

2.2 大承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻的药物用量范围

大承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻共有8篇文献^[23-30]。药物用量范围见表1。8篇文献中,随机对照试验文献5篇,对照组给予基础治疗(胃肠减压,维持水、电解质平衡,抗生素及质子泵抑制剂,生长抑素等),治愈率34.21%~71.4%;治疗组在基础治疗同时给予大承气汤口服(或胃管注入)及保留灌肠,治愈率50%~100%。病例观察文献3篇,在禁食禁水、胃肠减压,静脉营养支持,维持水电解质平衡,应用抗生素、糖皮质激素和生长抑素等治疗的

表1 纳入研究的文献中大承气汤用药剂量表

病种	纳入文献数量	原方药物总量(g)	原方药物总量占总方剂量比重(%)	大黄用量(g)	芒硝用量(g)	枳实用量(g)	厚朴用量(g)
腹部手术后粘连性肠梗阻	17	30~82	31.03~66.66	9~40	5~30	8~20	8~30
术后早期炎性肠梗阻	8	46~81	40.14~100	15~30	9~20	9~15	10~20
小儿肠梗阻	4	30~45	33.02~75.00	5~10	5~7	10~15	10~15
急性肠梗阻	8	40~100	44.44~66.66	10~30	6~30	10~30	10~30
老年性肠梗阻	2	40	50.00~55.68	10	10	10	10
麻痹性肠梗阻	1	45	100	12	9	12	12
机械性肠梗阻	2	44~80	44.00~57.14	10	10~12	12~30	10~30

基础上,给予大承气汤口服(或胃管注入),或同时给予足三里穴位封闭、腹部按摩,治愈率84.85%~100%。

2.3 大承气汤治疗小儿肠梗阻的药物用量范围

大承气汤治疗小儿肠梗阻共有4篇相关文献^[31-34]。药物剂量范围见表1。4篇文献中,验案报道2篇,均为蛔虫性肠梗阻,口服大承气汤治疗时间分别是24h和48h。病例观察2篇,均为基础治疗同时给予大承气汤胃管注入及保留灌肠,治愈率96.6%~99.4%。平均治愈时间41~42.5h。

2.4 大承气汤治疗急性肠梗阻的药物用量范围

大承气汤治疗急性肠梗阻共有8篇文献^[31,35-41]。药物剂量范围见表1。8篇文献中,验案报道4篇,治疗时间12~24h,均治愈。随机对照试验文献1篇,两组均予禁食、有效胃肠减压、静脉营养支持等常规治疗,纠正水、电解质和酸碱平衡失调,维持内环境稳定,常规应用抗生素;治疗组在此基础上给予大承气汤胃管注入,结果治疗组总有效率92.5%,对照组总有效率76.4%。病例观察3篇,均在禁食、有效胃肠减压、静脉营养支持等常规治疗基础上给予大承气汤胃管注入及保留灌肠,治愈率87.3%~93.3%。

2.5 大承气汤治疗老年性肠梗阻的药物用量范围

大承气汤治疗老年性肠梗阻共有2篇相关文献^[42-43]。药物剂量见表1。纳入的2篇文献均为病例观察,均在禁食、有效胃肠减压、静脉营养支持等常规治疗基础上给予大承气汤口服(或胃管注入)及保留灌肠,治愈率分别为69.56%和100%。

2.6 大承气汤治疗麻痹性肠梗阻的药物用量范围

大承气汤治疗麻痹性肠梗阻共有1篇相关文献^[44]。药物剂量见表1。纳入文献为病例观察。在开塞露及灌肠无效的情况下,用激素、抗生素及细胞代谢药等治疗格林巴利综合征,同时给予大承气汤口服,治愈时间24h。

2.7 大承气汤治疗机械性肠梗阻的药物用量范围

大承气汤治疗机械性肠梗阻共有2篇相关文献^[45-46]。药物剂量范围见表1。纳入文献均为验案报道,给予大承气汤口服及保留灌肠,治愈时间分别为72h和20h。

3 讨论

《伤寒论》原文中大承气汤组成为“大黄四两,厚朴半斤(炙,去皮),枳实五枚(炙),芒硝三合”,根据文献考证中使用剂量一两等于13.8g或一两等于

15.6g^[47]、枳实1枚5.5g、芒硝1升合今之124g^[3,341-343]进行折算,经方中使用大承气汤治疗“阳明腑实证”的剂量范围为大黄55.2~62.4g,厚朴69~78g,枳实27.5g,芒硝37.2g。这一剂量与现行药典规定剂量及现代临床实际用量有明显不同。

3.1 用量范围的古今对比

《中华人民共和国药典》(2010年版,以下简称《药典》)中规定,大承气汤使用剂量范围为大黄3~15g,厚朴3~10g,枳实3~10g,芒硝(玄明粉)3~9g。《药典》中药物剂量的规定,除了药物的效用,安全性也是一个重要的考虑因素,因此用量范围较窄,而且对于有毒副作用的药物,用量规定更为严格。这些规定在中药的实际使用中起到一定的指导及规范作用,但临床常根据情况进行处量,当病情较重、病势较急时,常根据医师的经验处量,因此具有较宽泛的用量范围。从以上纳入研究的文献来看,这一剂量范围已经突破了《药典》中对于大承气汤类药物的规定剂量。在这样的剂量范围下,临床治疗效果良好,与单纯西医基础治疗相比疗效更优,同时并未报告有不良反应,安全性较好,此剂量范围可能是大承气汤治疗肠梗阻的安全剂量范围。

3.2 在整体组方中起到的作用

从研究结果中还可以看出,单纯使用大承气汤四味药物治疗肠梗阻的情况较少。尽管在选择纳入文献时,规定大承气汤原方剂量在总方剂量中所占比重 $\geq 30\%$,但是,仍无法肯定大承气汤为总方治疗肠梗阻的核心。主方及加味药物在治疗肠梗阻过程中分别具体发挥了哪些及多少作用,需要进一步讨论。此外,大承气汤在治疗肠梗阻时常与哪些药物相配伍,以及药物之间的比例与治疗的总有效率(或治愈率)有怎样的关系也有待于进一步研究探讨。

剂量是辨证遣方后的重要步骤,也是影响疗效的关键因素。“医药为本体”的剂量理论和“以人为本体”的剂量理论是方药量效关系研究的重点和必然趋势^[48]。本研究通过对有限文献的总结与归纳,初步得出大承气汤治疗肠梗阻的临床有效及安全用量范围,从侧面证明了《伤寒论》一两折合现代15.6g的临床有效性和安全性^[49]。这一结果具有一定提示性,为下一步临床医师用药调查等更加深入广泛的研究提供了一定的研究基础。

参考文献

- [1]王伊明.为古方权量正本清源[J].北京中医学院学报,1986,9(2):10.

- [2]李时珍. 本草纲目(上册)[M]. 北京: 华夏出版社, 2002; 41.
- [3]熊曼琪. 伤寒学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007.
- [4]朱晟. 古今汤方剂量异同的考证[J]. 中医杂志, 1956(10): 531.
- [5]柯雪帆, 赵章忠, 张玉萍, 等. 《伤寒论》和《金匱要略》中的剂量问题[J]. 上海中医药杂志, 1983(12): 36.
- [6]黄达仁, 李光昭. 肠梗阻的中西医结合总攻疗法[J]. 广东医学, 2005, 26(5): 701-702.
- [7]吴伟兵, 陈刚, 张剑敏, 等. 大承气汤加味治疗术后粘连性肠梗阻 40 例[J]. 中医杂志, 2012, 53(8): 696-697.
- [8]彭公文. 大承气汤临床运用举隅[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(5): 53-54.
- [9]冯文进, 宋慧柱. 复方大承气汤为主治疗粘连性肠梗阻 60 例[J]. 内蒙古中医药, 2001, 20(S1): 6.
- [10]刘绪娟, 张文成, 高鸿雁. 复方大承气汤治疗术后粘连性肠梗阻 68 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2006, 12(2): 163.
- [11]张友. 复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻[J]. 中外医疗, 2009, 10(27): 110.
- [12]刘爱萍, 刘战河, 冯立中. 复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻 38 例[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(16): 127-128.
- [13]张宇, 刘晓虹, 蒋敦厚, 等. 复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻 54 例疗效观察[J]. 新中医, 2007, 39(1): 13-14.
- [14]徐一宁, 许环应, 龚航军. 复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻的临床观察[C]//中国中西医结合学会. 全国第七届农村基层中西医结合学术暨工作交流会论文汇编. 2002: 121-123.
- [15]李国华. 复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻体会[J]. 内蒙古中医药, 2002, 21(5): 41.
- [16]尹兆均. 加味大承气汤治疗术后慢性粘连性肠梗阻 93 例[J]. 广西中医药, 2004, 27(3): 49-50.
- [17]李长选. 加味大承气汤治疗粘连性肠梗阻(附 48 例报告)[J]. 光明中医, 1999, 14(1): 53-54.
- [18]李友侠. 加味大承气汤治疗粘连性肠梗阻临床分析[J]. 安徽医药, 2005, 9(10): 741.
- [19]唐志安. 粘连性肠梗阻的中西医结合治疗[J]. 临床和实验医学杂志, 2008, 7(11): 93-94.
- [20]张跃强. 中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻 283 例[J]. 河南中医, 2007, 27(9): 68.
- [21]窦维宏, 汪刘华. 中西医结合治疗粘连性肠梗阻 40 例疗效观察[J]. 山西中医, 2009, 25(7): 24-25.
- [22]王金虎. 中西医结合治疗粘连性肠梗阻 46 例临床观察[J]. 时珍国医国药, 2002, 13(1): 53.
- [23]温建云. 大承气汤内服加保留灌肠治疗术后早期炎性肠梗阻疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2008, 2(5): 57-58.
- [24]王晨光, 刘永平, 傅芬兰, 等. 大承气汤在阑尾穿孔术后早期炎性肠梗阻中的应用效果观察[J]. 临床军医杂志, 2010, 38(2): 216-218.
- [25]张晓东, 顾群浩, 朱晓明, 等. 大承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2012, 32(6): 25-26.
- [26]董志超. 复方大承气汤联合红霉素治疗腹部术后早期肠梗阻 40 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(5): 545-546.
- [27]张宇, 何清源, 蒋敦厚, 等. 复方大承气汤治疗腹部术后早期炎性肠梗阻分析[J]. 陕西中医, 2007, 28(1): 53-54.
- [28]李秀山. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 28 例体会[J]. 吉林中医药, 2008, 28(9): 655-656.
- [29]陈茂惠, 殷发林. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的体会[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(1): 8.
- [30]赵春霖. 中西医结合治疗早期炎性肠梗阻[J]. 甘肃科技纵横, 2006, 35(4): 239.
- [31]王拥军. 肠梗阻治验 3 例[J]. 四川中医, 2001, 19(9): 37.
- [32]任晓丹. 大承气汤加味治验 2 则[J]. 新中医, 2003, 35(2): 66.
- [33]张杰, 刘建航, 周元明. 中西医结合保守治疗小儿粘连性肠梗阻 104 例[J]. 广西中医药, 2000, 23(4): 33-34.
- [34]张华, 段秉兰. 中西医结合治疗小儿粘连性肠梗阻 58 例[J]. 内蒙古中医药, 2000, 19(S1): 49.
- [35]罗化云, 党爱军. 肠通汤治疗急性不全性肠梗阻 30 例[J]. 陕西中医, 2010, 31(9): 1155-1156.
- [36]石桂珍, 徐淑华. 大承气汤的临床应用[J]. 内蒙古中医药, 2010, 29(3): 83-84.
- [37]王冠彬, 黄永欣. 大承气汤加味治疗急性肠梗阻验案 2 则[J]. 实用中医内科杂志, 2002, 16(2): 90.
- [38]乔军华, 习拴成. 大承气汤验案 3 则[J]. 河北中医药学报, 2002, 17(1): 21-22.
- [39]方殿璧. 大承气汤治疗肠梗阻 254 例[J]. 光明中医, 2004, 19(2): 54.
- [40]朱红林. 加味大承气汤治疗急性肠梗阻 63 例疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(1): 66.
- [41]隋国德, 胡三元, 牛兆建, 等. 中西医结合治疗急性粘连性肠梗阻 216 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2006, 16(5): 303-304.
- [42]帅剑锋. 复方大承气汤为主治疗老年性肠梗阻 23 例分析[J]. 安徽中医临床杂志, 1999, 11(3): 178.
- [43]路军华, 张宪文. 老年粘连性肠梗阻 25 例临床分析[J]. 中国城乡企业卫生, 2012, 27(4): 35-36.
- [44]高庆云, 高国莉, 李文玲. 大承气汤在格林-巴利综合征麻痹性肠梗阻时的应用[J]. 河北医学院学报, 1995, 16(6): 370.
- [45]戴宏宇, 赵丹, 陆阳, 等. 大承气汤治验 2 则[J]. 新中医, 2007, 39(8): 85.
- [46]韦麟. 大承气汤加味治疗妊娠中期大量进食番石榴果致肠梗阻 1 例[J]. 广西中医药, 2003, 26(1): 30.
- [47]刘宇政, 章军, 王跃生, 等. 葛根芩连汤剂量相关问题探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(16): 216-218.
- [48]全小林, 王跃生, 傅延龄, 等. 方药量效关系研究思路探讨[J]. 中医杂志, 2010, 51(11): 965-967.
- [49]全小林, 穆兰澄, 姬航宇, 等. 《伤寒论》药物剂量考[J]. 中医杂志, 2009, 50(4): 369-372.

(收稿日期: 2013-06-50; 修回日期: 2013-08-22)

[编辑: 焦 爽]