

# 大承气汤在腹部外科的应用举隅

李桂, 马军宏, 尚海涛, 周振理

## ■背景资料

大承气汤古时即有记载及广泛应用, 目前临床上应用也较为广泛, 最常应用于腹部外科急腹症、急性肝炎、急性肾炎和糖尿病等。

李桂, 尚海涛, 天津南开医院肿瘤外科 天津市 300100  
马军宏, 周振理, 天津南开医院胃肠外科 天津市 300100  
作者贡献分布: 此课题由李桂与马军宏设计; 收集资料由李桂, 马军宏, 尚海涛及周振理完成; 本论文写作由李桂, 马军宏及周振理完成。  
通讯作者: 李桂, 300100, 天津市, 天津南开医院肿瘤外科。  
giantaoding@163.com  
电话: 022-27022268-2810  
收稿日期: 2007-12-12 修回日期: 2008-03-14

## Application of Dachengqi decoction in abdominal surgery

Gui Li, Jun-Hong Ma, Hai-Tao Shang, Zhen-Li Zhou

Gui Li, Hai-Tao Shang, Department of Oncological Surgery, Nankai Hospital of Tianjin City, Tianjin 300100, China

Jun-Hong Ma, Zhen-Li Zhou, Department of Gastrointestinal Surgery, Nankai Hospital of Tianjin City, Tianjin 300100, China

Correspondence to: Gui-Li, Department of Oncological Surgery, Nankai Hospital of Tianjin City, Tianjin 300100, China. giantaoding@163.com

Received: 2007-12-12 Revised: 2008-03-14

## Abstract

Dachengqi decoction was documented and applied widely since the ancient time, and at present it still has been used widely, usually in acute abdomen, acute hepatitis, acute nephritis and diabetes, etc. This paper reviewed Dachengqi decoction from perspectives of clinical and experimental research. For clinical research, its healing effects on acute ileus, acute pancreatitis, postoperative gastrointestinal disorder, delayed gastric emptying, gastrointestinal floating caused by mechanical ventilation as well as its influence on multiple organ dysfunction syndrome (MODS) were reviewed; experimental research confirmed that Dachengqi decoction can enhance experimental rats' antibacterial capability, effectively regulate gastrointestinal motility and reduce antiperistalsis, promoting the recovery from digestive disorders. And it is effective in treatment and prevention of Endotoxemia and multiple organ failure and promote the immunological function of severely injured patients.

## ■同行评议者

许玲, 副教授, 中国人民解放军第二军医大学长征医院中医科

Key Words: Dachengqi decoction; Clinical research; Experimental research

Li G, Ma JH, Shang HT, Zhou ZL. Application of Dachengqi decoction in abdominal surgery. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2008; 16(15): 1672-1676

## 摘要

大承气汤自古时起即有记载及广泛应用, 目前临床上应用较为广泛, 最常应用于腹部外科急腹症、急性肝炎、急性肾炎和糖尿病等。本文就临床研究及实验研究两方面加以综述。临床研究阐述了其在治疗急性肠梗阻、急性胰腺炎、治疗术后胃肠功能障碍、治疗胃排空障碍、治疗机械通气所致胃肠胀气、对MODS的影响等六方面的研究及应用; 实验研究证实了大承气汤可提高试验用小鼠的抗菌能力, 并且可有效调节胃肠动力, 减少胃肠逆蠕动的发生, 从而促进消化障碍性疾病的康复, 同时大承气汤可以有效防治内毒素血症和多器官功能损害的发生, 并可提高严重创伤感染患者的免疫功能。

关键词: 大承气汤; 临床研究; 实验研究

李桂, 马军宏, 尚海涛, 周振理. 大承气汤在腹部外科的应用举隅. 世界华人消化杂志 2008; 16(15): 1672-1676  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/1672.asp>

## 0 引言

大承气汤为苦寒攻下峻剂, 原为阳明腑实, 热结旁流, 里热实证之热厥、痉病或发狂者而设。目前, 临床将该方常用于急腹症、急性肝炎、急性肾炎和糖尿病等, 且对于该方的研究已取得了明显的进展。现将2000年以来对该方的研究综述如下。

## 1 临床研究

1.1 治疗急性肠梗阻 大承气汤治疗急性肠梗阻一直是临床上研究的课题, 贺立群<sup>[1]</sup>以大承气汤为主, 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻30例, 结果全部治愈; 王维钊<sup>[2]</sup>用大承气汤及足三里穴位注射VitB1治疗术后早期炎性肠梗阻, 结

果显示32例全部治愈;张宇 *et al*<sup>[3]</sup>对46例术后早期炎性肠梗阻患者随机对照观察,结果两组差异有显著意义( $P<0.05$ ),均证明中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻是一种满意而有效的治疗方法<sup>[4]</sup>。为了探讨术后早期炎性肠梗阻非手术疗法的疗效,王永勤<sup>[5]</sup>采用生大黄及复方大承气汤保留灌肠,发现上述方法可协同保护胃肠屏障功能<sup>[6-9]</sup>,促使肠管蠕动<sup>[10-12]</sup>,有加速炎性粘连吸收的作用。杨湘跃 *et al*<sup>[13]</sup>以大承气汤为主的中西医结合非手术治疗单纯性肠梗阻82例,总有效率91.46%,明显高于对照组。叶新民<sup>[14]</sup>以复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻78例,78例均于用药后2-4 h自觉肠蠕动增强,听诊肠鸣音活跃,但无气过水音,继之排便,排气直至痊愈,均于第一次用药1-2 h后,患者即可有肛门排气,或排便,于第2次药后0.5-1 h出现排稀水样便,随之腹痛腹胀消失或明显缓解。轻者用药1剂的占52例,中等者用药2剂占14例,重者用药3剂占12例,无1例中转手术。赵园 *et al*<sup>[15]</sup>将117例患者随机分为2组。对照组52例,予西医保守治疗;治疗组65例,在对照组治疗基础上予复方大承气汤(胃管注入,并予大承气汤滴注灌肠,治疗组总有效率、治愈率分别为90.77%、75.38%,对照组对应分别为71.15%、55.77%。

**1.2 治疗急性胰腺炎** 中医学认为,急性胰腺炎主要由于肝郁气滞,脾胃实热进而转化为湿热郁滞引起<sup>[16-17]</sup>,治疗应给与疏肝理气、通里攻下<sup>[19-22]</sup>、清热利湿为主。西医认为应该限制患者饮食,让患者胃肠充分休息,以避免胰腺组织的过度分泌,戴勇 *et al*<sup>[23]</sup>将78例急性胰腺炎患者随机分成两组,对照组采用西医常规治疗同时给与大承气汤等低位灌肠,结果发现在24-48 h内,对照组的腹痛腹胀缓解率为17.5%,治疗组为28.9%。3 d以内,对照组缓解率为62.5%,治疗组为89.4%。两组患者血清淀粉酶化验结果比较5 d后,结果有显著性差异( $P<0.01$ ),提示用大承气汤分次低位灌肠治疗急性胰腺炎,利于毒素的排出<sup>[24-26]</sup>,纠正了由于毒素所引起的肠麻痹<sup>[27-29]</sup>,又避免了胰腺可能引起的胰腺分泌亢进<sup>[30]</sup>,能明显缩短疗程、减少并发症<sup>[31-32]</sup>、提高治愈率<sup>[33-34]</sup>、减少住院时间。欧宏宇<sup>[35]</sup>采用大承气汤及清胰汤治疗重症急性胰腺炎43例,结果以治愈,好转,无效表示(治愈:腹部体征消失,血、尿淀粉酶等实验室检查正常,无假性胰腺囊肿形成,无慢性胰腺炎症状。好转:腹部体征减轻、血尿淀粉酶降低,腹腔内无渗出液,转为慢性胰

腺炎及有假性胰腺囊肿形成。无效:腹部体征未消失,较治疗前加重,根据Ranson氏指标评估预后差),结果43例中18例中转手术治疗,其余均中西医结合非手术治疗,并且明显降低了病死率,减少或避免术后并发症。李志新 *et al*<sup>[36]</sup>对6例重症胰腺炎合并腹腔间隔室综合征(abdominal compartment syndrome, ACS)患者采用大承气汤通腑攻下为主的中西医结合综合治疗,结果5例患者成功缓解病情,大便通畅,腹胀明显缓解,呼吸减慢,心率下降,血压降低,避免进展为典型的ACS<sup>[37]</sup>,体现了通腑攻下法的恰当应用对ACS的预防作用<sup>[38]</sup>。李俊达 *et al*<sup>[39]</sup>用加味大承气汤治疗急性胆源性胰腺炎29例,治疗组有效率为93.1%,对照组有效率为79.3%,认为加味大承气汤可能有利于十二指肠乳头炎症水肿的消退<sup>[40]</sup>,促使细小结石和胆汁胰液的排出,降低胰胆管内压,而起治疗作用,所以取得较好的疗效。

**1.3 治疗术后胃肠功能障碍** 王庆才 *et al*<sup>[41]</sup>用大承气汤加味治疗肠癌术后或腹盆腔灌注化疗药后所致粘连性肠梗阻(燥屎内结型)取得了较好的临床效果。龚发军 *et al*<sup>[42]</sup>用大承气汤灌胃观察对腹部术后胃肠动力障碍的影响,结果治疗组肠鸣音恢复、肛门排气及排便时间明显早于对照组( $P<0.01$ ),证明大承气汤有明显改善腹部术后动力障碍的作用<sup>[43]</sup>,可促进术后胃肠功能的恢复<sup>[44]</sup>。为了探讨复方大承气汤治疗胃癌术后功能性胃排空障碍的疗效,李保东<sup>[45]</sup>将22例患者分成中西医结合及西药两组,治疗组加服复方大承气汤,结果治疗组进食的恢复时间、每日平均胃液量与对照组比较有显著性差异( $P<0.01$ )。刘吕敏<sup>[46]</sup>以大承气汤治疗48例机械通气所致胃肠胀气时发现,大承气汤加味对机械性所致胃肠胀气具有良好的疗效<sup>[47-48]</sup>。李辉<sup>[49]</sup>以大承气汤加减,观察腹部术后47例患者腹胀缓解情况,结果显效35例,好转12例,总有效率为100%<sup>[50]</sup>。杨利群 *et al*<sup>[51]</sup>采用莱菔承气汤灌肠的方法,对急腹症术后127例患者进行分组观察,结果治疗组术后显效率、有效率和无效率分别为70.7%、23.9%、5.4%,对照组术后显效率、有效率和无效率分别为45.7%、20.0%、34.3%<sup>[52]</sup>。

**1.4 对MODS的影响** 武若君 *et al*<sup>[53]</sup>观察了大承气汤灌肠对多脏器功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)的影响,结果两组对比,治疗组肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、腹胀消退时间、MODS好转及恢复时间差异具有显著意义,说明该方可改善MODS患

#### ■ 研发前沿

目前,大承气汤在临床及试验研究方面已取得明显成绩,其发展还将需要大量的临床研究和实验探索。

## ■应用要点

大承气汤可以有效防治内毒素血症和多器官功能损害的发生,并可提高严重创伤感染患者的免疫功能。

者的器官功能<sup>[54]</sup>。陈海龙 *et al*<sup>[55-56]</sup>对SD大鼠进行ip无菌酵母多糖A制备大鼠MODS模型,结果显示MODS时大鼠肠道细菌微生态出现明显变化,发生肠源性内毒素血症和细菌易位;从而说明大承气汤可以调整肠道菌群,恢复肠道微生态平衡,增加机体定植抗力,防治细菌易位和内毒素血症。

## 2 实验研究

**2.1 大承气汤或其组分大黄对小鼠抗菌能力的影响** 胡萍 *et al*<sup>[57]</sup>分别对小鼠ip大承气汤或大黄煎预防治疗2 d后,再ip大肠杆菌( $10^{11}$ /L)或变形杆菌( $10^9$ /L)建立腹膜炎模型,继续用药治疗2 d,发现模型治疗组小鼠死亡数及相应菌血症发生率明显低于对照组( $P<0.05$ ),大承气汤和大黄煎对大肠杆菌和变形杆菌感染的小鼠均有良好保护作用,预防加治疗组和模型组治疗后存活鼠进行心脏血涂片,血培养细菌呈阴性,而死亡鼠呈阳性结论,证实大承气汤<sup>[58]</sup>及大黄<sup>[59]</sup>有良好的抗菌作用。

**2.2 有效调节胃肠动力,促进消化障碍性疾病康复** 齐清会 *et al*<sup>[60]</sup>应用消化道灌注测压、胃电图描记、胃动素的放免测定、口-盲传输时间测定等手段,直接观察大承气冲剂对人体消化道运动功能的影响,结果发现大承气冲剂可显著改善术后胃电节律的紊乱,提高移动性运动复合波(migrating motor complex, MMC)III期的幅度和时间,减少胃肠逆蠕动的发生,增加血中胃动素水平<sup>[61]</sup>,减少口-盲传输时间,促进胃肠运动功能的恢复<sup>[62]</sup>,结果显示大承气冲剂是有效的胃肠动力药,能有效治疗消化道运动障碍疾病。许继德 *et al*<sup>[63]</sup>观察小、中和大剂量大承气汤在内毒素血症中对小鼠炭末推进率和湿粪计数的影响。结果显示中剂量大剂量大承气汤组均能显著增加炭末推进率( $P<0.05$ 和 $P<0.01$ )。提示大承气汤可增强内毒素血症小鼠胃肠运动。

**2.3 抑制血清内毒素** 万幸 *et al*<sup>[64]</sup>选用酵母多糖诱导小鼠全身性炎症反应综合征模型,给予大承气汤后,分别在6、12和24 h等时点用鲎试剂微量法测定小鼠血清内毒素含量,用放射免疫法测血清肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )和白介素-6(IL-6)含量,结果证实SIRS状态下模型小鼠血清内毒素、TNF- $\alpha$ 、IL-6均升高,与同时点模型组比较,大承气汤6、12 h时点可以明显抑制血清内毒素的升高( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ );大承气汤6 h组TNF- $\alpha$ 水平降低(与造模后6 h组相比,  $P<0.05$ );

血清IL-6水平方面,大承气汤各组比正常组升高的幅度均较模型组低,在24 h时点,大承气汤组与模型组相比显著降低( $P<0.05$ ),说明大承气汤在治疗SIRS过程中,可以有效抑制内毒素的转移<sup>[65]</sup>和TNF- $\alpha$ 、IL-6等炎症反应性细胞因子的产生<sup>[66]</sup>。李红<sup>[67]</sup>将大白鼠作为实验对象,制成4组模型,分别用加味大承气汤、大承气汤、甲硝唑和生理盐水对大鼠进行治疗并检测24、72 h、给药后6 d血清中ET及TNF含量,结果提示清、下、益、活四法并用的加味大承气汤组能血清中ET及TNF的浓度迅速地降低。给药6 d后内毒素减毒率达50%,与另3组比较有显著性差异,并且大鼠组织器官的病理损害较轻,提高了大鼠的生存率,说明加味大承气汤可有效防治内毒素血症和多器官功能损害的发生<sup>[68]</sup>。

**2.4 对严重创伤感染患者免疫功能的影响** 邢迎红 *et al*<sup>[69]</sup>将严重创伤感染患者45例随机分为两组,治疗组应用大承气汤鼻饲治疗24例,对照组采用常规治疗21例,观察患者外周血核细胞表面人白细胞抗原DR(HLA-DR)表达变化及MODS发生情况,结果对照组HLA-DR恢复缓慢,治疗组HLA-DR恢复迅速,对照组MODS发生率为66.67%,治疗MODS发生率为29.17%( $P<0.05$ ),提示大承汤可调节患者的免疫功能<sup>[70]</sup>,降低严重创伤感染MODS的发生率。唐文富 *et al*以承气汤加减治疗急性胰腺炎,结果显示能改善SAP患者受损的细胞免疫功能,改善病情<sup>[71]</sup>。

## 3 参考文献

- 1 贺立群. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻30例. 南华大学学报 2003; 31: 362-363
- 2 王维钊. 术后早期炎性肠梗阻32例中西结合治疗的临床分析. 右江医学 2006; 34: 634-635B
- 3 张宇, 何清源, 蒋敦厚, 叶永青. 复方大承气汤治疗腹部术后早期炎性肠梗阻分析. 陕西中医 2007; 28: 53-54
- 4 王继弟, 李滨, 张素君. 大承气汤研究进展. 山东中医杂志 2004; 23: 571-573
- 5 王永勤. 术后早期炎性肠梗阻非手术疗法探. 腹部外科 2003; 16: 181-182
- 6 吴威中, 崔乃强, 何清宇, 田在善, 林秀珍, 杨文修, 齐请会, 伍孝先, 解基良, 郭世铎. 通里攻下法在腹部外科疾病中的应用与基础研究. 中国中西医结合外科杂志 2004; 10
- 7 李志军, 汤日波, 张万祥. 肠道屏障功能损害与SIRS/MODS的发生及其防治. 中国危重病急救医学 2000; 12: 766-768
- 8 肖菲, 康焰. 肠道细菌移位的研究现状. 中国普外基础与临床杂志 2006; 13: 240-243
- 9 梁存河, 蒋朱明. 胃肠屏障研究的几个热点问题. 中国危重病急救医学 2001; 13: 202-204
- 10 杨红, 胡军. 复方大承气汤灌肠对腹部手术胃肠功能

- 恢复作用观察. 中国中医急症 2008; 17: 112
- 11 毕恩旭, 孙文娟, 王光军. 急腹术后延迟性肠麻痹临床分析. 菏泽医学专科学校学报 2007; 19: 41-42
- 12 王君, 邹原, 宫德正. 中药对胃肠运动的促进作用. 大连医科大学学报 2001; 23: 72-74
- 13 杨湘跃, 王小华. 中西医结合治疗单纯性肠梗阻82例. 四川中医 2002; 20: 30-31
- 14 叶新民. 复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻78例. 上海中医药杂志 2005; 39
- 15 赵园, 彭金军, 韩红军. 中西医结合治疗粘连性肠梗阻65例疗效观察. 新中医 2006; 38: 53-54
- 16 潘万能, 徐刚, 叶宇, 刘月刚, 李劲, 李荣祥. 全疗程中西医结合治疗重症急性胰腺炎的疗效观察. 四川中医 2006; 24: 47-48
- 17 崔乃强, 吴咸中. 重症急性胰腺炎治疗的现状与展望. 中国危重病急救医学 2004; 16: 75-76
- 18 张继良, 王东君. 大柴胡汤治疗急性胰腺炎52例. 陕西中医 2006; 27: 31
- 19 黄海涛, 王学友. 重症急性胰腺炎中西医结合治疗近况. 中国临床医生 2006; 34: 43-45
- 20 陈剑. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎临床研究. 河南中医学院学报 2005; 20: 35-36
- 21 郑晓梅, 黄宗文. 通里攻下法治疗急性胰腺炎进展. 中国中医急症 2005; 14: 264-265
- 22 王幼黎, 陈文寿. 通里攻下法在重症急性胰腺炎治疗中的作用. 现代中西医结合杂志 2002; 11: 1197-1198
- 23 戴勇. 中西医结合治疗急性胰腺炎38例. 陕西中医 2005; 26: 19
- 24 孙成考, 卞耀臣. 血必净对重症急性胰腺炎患者内皮细胞功能及血浆内毒素影响的临床研究. 长春中医药大学学报 2007; 23: 37-38
- 25 王友清, 叶子. 通腑清下汤对急性胰腺炎患者肠道屏障保护作用的影响. 中医杂志 2007; 48: 325-327
- 26 邓碧珠. 清热解毒通腑、活血化瘀治疗急性胰腺炎临床观察. 中国中医急症 2005; 14: 840-841
- 27 曹福凯, 钱峻, 金小晶, 张明德. 调味承气加味方治疗轻型急性胰腺炎并发肠麻痹31例. 河南中医 2003; 23: 67-68
- 28 林瑜. 中药灌肠治疗急性胰腺炎肠麻痹33例. 福建中医药 2006; 37: 39-40
- 29 陈洁明, 沈跃进, 莫耘松, 白玉芬. 大承气汤加味灌肠治疗急性胰腺炎肠麻痹36例. 中国中医急症 2006; 15: 1289
- 30 张相彩, 徐颖颖. 急性胰腺炎的药物治疗进展. 中国医院药学杂志 2004; 24: 433-434
- 31 刘淑梅, 窦雅丽, 梁桃. 个体化阶段性营养支持治疗急性胰腺炎. 中国临床医学 2007; 14: 532-533
- 32 熊炯圻, 韩保卫, 王春友, 陶京, 李晓辉. 分阶段营养对重症急性胰腺炎患者感染性并发症的影响. 消化外科 2006; 5: 86-88
- 33 刘俊, 范崇九, 殷杰, 张德进, 吕振冠, 谢孝东, 陈玉泉, 沈洪薰, 朱良春. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床研究. 肝胆胰外科杂志 2004; 16: 269-270
- 34 吴骏, 温思齐, 谢鐸. 对提高重症急性胰腺炎治愈率的临床思考(附28例报告). 岭南现代临床外科 2005; 5: 237-239
- 35 欧宏宇. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎. 陕西中医 2005; 26: 883
- 36 李志新, 邱锦芳, 张忠. 通腑攻下法治疗重症胰腺炎合并腹腔间隔室综合征临床体会. 新中医 2004; 36: 33-34
- 37 张贻华, 酆岳. 大承气汤治疗腹腔间隔室综合征疗效观察. 浙江中西医结合杂志 2007; 17: 612-613
- 38 汤耀卿, 雷若庆. 提高对重症急性胰腺炎合并腹腔间隔室综合征的认识. 外科理论与实践 2001; 6: 361-362
- 39 李俊达, 葛君华, 何剑琴. 加味大承气汤治疗急性胆源性胰腺炎29例. 中国中西医结合杂志 2004; 24: 657
- 40 王洪源. 复方大承气汤治疗急性胆源性胰腺炎16例. 医药产业资讯 2006; 3: 69
- 41 王庆才. 仲景方药与肿瘤临床. 辽宁中医杂志 2002; 2: 344-346
- 42 龚发军, 申巧云. 大承气汤对腹部术后胃肠动力障碍的影响. 湖南中医药导报 2003; 9: 42-43
- 43 张细江. 大承气汤对危重症患者胃肠功能衰竭防治作用的研究. 实用中西医结合临床 2005; 5: 7-8
- 44 金伟飞, 王仲迪. 复方大承气汤灌胃促进腹部手术后胃肠功能恢复的疗效观察. 现代中西医结合杂志 2004; 13: 1301-1302
- 45 李保东. 复方大承气汤治疗胃癌术后功能性胃排空障碍. 中国现代医学杂志 2002; 12: 78-80
- 46 刘吕敏. 加味大承气汤治疗机械通气所致胃肠胀气. 四川中医 2002; 20: 49
- 47 王兰, 李黎明, 晁彦公, 边伟帅, 焦庆贵. 加味大承气汤对机械通气患者胃肠功能保护作用临床研究. 北京中医药大学学报 2006; 29: 788-789
- 48 余丹凤, 张庚, 胡马洪. 大承气汤加味对危重症患者胃肠功能衰竭及肺部感染的影响. 中国中医急症 2003; 12: 416-418
- 49 李辉. 中药消胀排气汤治疗术后腹胀47例. 陕西中医 2001; 22: 26
- 50 孟伟, 李保东. 复方大承气汤治疗食管贲门癌术后胃排空障碍. 中国煤炭工业医学杂志 2001; 4: 732
- 51 杨利群, 陈哲宇. 莱菔承气汤灌肠对术后腹胀的治疗作用. 中国中西医结合外科杂志 2003; 9: 194-195
- 52 黄继东, 陈国盛. 大承气汤熨剂对急腹术后恢复的临床研究. 辽宁中医药大学学报 2007; 9: 10-11
- 53 武若君, 李秦, 刘京涛, 魏福岭. 大承气汤灌肠对多脏器功能障碍综合征的临床应用. 中国现代医学杂志 2003; 13: 76-77
- 54 孙元莹, 李志军, 王今达. 大承气汤与多脏器功能障碍综合征. 辽宁中医学院学报 2006; 8: 36-37
- 55 陈海龙, 吴咸中, 关凤林, 康白. 大承气汤对MODS时肠道细菌微生态学影响的实验研究. 中国微生态学杂志 2007; 19: 132-134
- 56 陈海龙, 吴咸中, 关凤林. 中医通里攻下法对多器官功能不全综合征时肠道屏障功能保护作用的实验研究. 中国中西医结合杂志 2000; 20: 121-123
- 57 胡萍, 白凤菊, 李东升, 张才丽, 吴咸中. 大承气汤及大黄治疗小鼠细菌性腹膜炎. 中国中西医结合杂志 2000; 20: 53-54
- 58 魏生林, 魏淑艳. 中西医结合治疗急性阑尾炎116例观察. 甘肃中医 2003; 16: 27
- 59 岳云升, 李仲兴, 王秀华, 赵建宏, 杨敬芳, 王鑫. 用新方法进行大黄对308株临床菌株抗菌活性研究. 航空航天医药 2004; 15: 16-18
- 60 齐清会, 王简, 回建峰, 江力, 吴咸中. 大承气冲剂对人体胃肠运动功能的影响. 中国中西医结合杂志 2004; 24: 21
- 61 冯敬坤, 岳华, 李爱英, 张风华, 宋翠森, 曹刚. 大承气汤对家兔胃动素分泌和胃电活动影响的实验研究. 河北中医药学报 2002; 17: 1-4
- 62 徐璐, Theo Peeters. 胃动素受体突变对胃动素和红霉素激活作用的影响. 滨州医学院学报 2004; 27: 318-319
- 63 许继德, 樊雪萍, 孙黎明, 李建华. 大承气汤对内毒素血症小鼠胃肠运动的影响. 现代中西医结合杂志 2004; 13: 3249-3250
- 64 万幸, 刘倩娟, 王培训. 大承气汤对全身性炎症反应干预作用的实验研究. 广州中医药大学学报 2003; 20: 153-156
- 65 冯立民, 陈海龙, 关凤林. 阳明腑实证时内毒素与炎症介质的变化及复方大承气汤的治疗作用. 中国中西医

## 同行评价

本文将大承气汤的应用及其部分实验研究进行了综述, 有一定的可读性和参考意义。

- 结合外科杂志 2003; 9: 351-353
- 66 王春妍, 杨世忠, 迟宝荣. 大承气汤对急性肝损伤大鼠肠源性内毒素血症生物学效应的阻断作用. 中西医结合肝病杂志 2006; 16: 356-358
- 67 李红. 加味承气汤对继发性腹膜炎大鼠血清ET及TNF影响的实验研究. 湖北中医学院学报 2002; 4: 24-25
- 68 蔡光先, 王银山, 周兵, 郑爱华, 胡学军. 大承气汤对失血性休克大鼠IL-6、IL-10影响的研究. 中医药学刊 2003; 21: 1229-1230
- 69 邢迎红, 崔克亮, 曹书华, 李健, 高红梅. 大承气汤对危重患者单核细胞表面人白细胞抗原DR表达的影响. 中国急救医学 2002; 22: 226-227
- 70 陈光远, 唐文富, 黄宗文, 夏庆, 梁文琼, 蒋俊明, 邹才华. 大承气汤对犬急性坏死性胰腺炎红细胞免疫影响的实验研究. 湖南中医药导报 2003; 9: 94-95
- 71 唐文富, 万美华, 朱林, 陈光远, 夏庆, 黄熙. 生长抑素联合中药对急性胰腺炎患者免疫功能的影响及临床疗效. 中西医结合学报 2005; 3: 103-107

编辑 程剑侠 电编 郭海丽

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2008年版权归世界华人消化杂志

## • 消息 •

### 世界华人消化杂志修回稿须知

**本刊讯** 为了保证作者来稿及时发表, 同时保护作者与世界华人消化杂志的合法权益, 本刊对修回稿要求如下.

#### 1 修回稿信件

来稿包括所有作者签名的作者投稿函. 内容包括: (1)保证无重复发表或一稿多投; (2)是否有经济利益或其他关系造成的利益冲突; (3)所有作者均审读过该文并同意发表, 所有作者均符合作者条件, 所有作者均同意该文代表其真实研究成果, 保证文责自负; (4)列出通讯作者的姓名、地址、电话、传真和电子邮件; 通讯作者应负责与其他作者联系, 修改并最终审核核稿; (5)列出作者贡献分布; (6)来稿应附有作者工作单位的推荐信, 保证无泄密, 如果是几个单位合作的论文, 则需要提供所有参与单位的推荐信; (7)愿将印刷版和电子版出版权转让给本刊编辑部.

#### 2 稿件修改

来稿经同行专家审查后, 认为内容需要修改、补充或删除时, 本刊编辑部将把原稿连同审稿意见、编辑意见寄回给作者修改, 而作者必须于15 d内将修改后的稿件及光盘寄回编辑部, 同时将修改后的电子稿件上传至在线办公系统; 逾期寄回的, 作重新投稿处理.

#### 3 版权

本论文发表后作者享有非专有权, 文责由作者自负. 作者可在本单位或本人著作集中汇编出版以及用于宣讲和交流, 但应注明发表于《世界华人消化杂志》××年; 卷(期); 起止页码. 如有国内外其他单位和个人复制、翻译出版等商业活动, 须经得《世界华人消化杂志》编辑部书面同意, 其编辑版权属本刊所有. 编辑部可将文章在《中国学术期刊光盘版》等媒体上长期发布; 作者允许该文章被美国《化学文摘》、《荷兰医学文摘库/医学文摘》、俄罗斯《文摘杂志》、《中国生物学文摘》等国内外相关文摘与检索系统收录. (常务副总编辑: 张海宁 2008-05-28)