

专题笔谈

上 消 化 道 出 血 证 治

黄一峰主任医师(苏州市中医院):余按上消化道出血的临床表现分为五型:一、胃热型;二、气滞型;三、肝火型;四、血瘀型;五、气虚型。治疗当分别以清热、理气、泻肝、化瘀、益气为法,以达到和胃安络止血之目的。清热常选用川连、竹茹、焦芩;理气常选用苏梗、绿萼梅、陈皮,并配桔梗、紫菀,以开宣肺气,利中焦升降之机;泻肝常选用黑山栀、丹皮、左金丸、龙胆草;化瘀常选用失笑散、铁树叶、制军、参三七、制乳没;益气常用黄芪建中汤。

为了适应临床复杂多变的情况,应经常加减化裁。胃痛甚者加川楝子、延胡索;反酸重者可加乌贼骨、煅牡蛎、煅瓦楞;苔腻者加砂仁;寒象明显者可加炮姜炭;气随血脱者,急投独参汤以益气固脱,并采取中西医综合治疗的方法。至于参三七末、白及末、沉香末,其药性平稳,止血疗效可靠,各型均可选用。

临证时,还必须注意到胃肠道本身的生理功能,即宜通不滞,以通为用,故滋腻、涩敛药物当慎用。正如《临证指南医案》徐灵胎评语所告诫的:“不宜轻补”。

再者,选择药物,在可能情况下要争取做到一药多用。例如参三七既止血,又化瘀;白及既止血,又生肌;乌贼骨既止血,又制酸;大黄既止血,又清热化瘀。此外,在呕血与黑便的处理上又有所不同,呕血者用药宜清,黑便者用药宜温。总之,上消化道出血的治疗,应该本着辨证严谨的原则,同时尽量做到循常规而不拘于教条,善变通又不失其法度。

曹鸣高教授(南京中医学院附属医院):上消化道出血为临床所常见,可表现为呕血、呕褐或黑便(远血)。究其病因,常与饮食、情

志、劳倦内外伤等有关。正如《内经》所云:“饮食自倍,肠胃乃伤”;“怒则气逆,甚则呕血”;“起居不节,用力过度则络脉伤。阳络伤则血外溢,血外溢则衄血”。

在治疗方面,上消化道出血总属营分郁热,络脉损伤。宜用大生地、地榆炭、白芍、炙甘草、淡芩炭、阿胶珠、煅乌贼骨、槐花炭、白及。以清营、止血、和络为常法。

呕血时,若血色鲜紫或深红,气粗口渴,喜冷饮,脉数实,舌苔黄则属火盛气逆,血热妄行。宜凉血止血,顺气降火,并以止血为当务之急。可用犀角、生地、生石膏、牛膝炭、知母、丹皮、紫降香、茜草炭、醋制大黄等。若失血过多,见头眩心慌,肢冷气短,汗出,脉细数,则需急煎人参、麦冬、五味子、熟附片、淡干姜、桂枝、白芍、炙甘草、煅龙骨、煅牡蛎、紫降香、黛蛤散等,以回阳救逆,敛阴止汗,预防厥脱。又若呕血色紫,中夹血块,脘胁刺痛,胸膈痞闷,烦躁不安,饮水不欲咽,为内有蓄血。慎勿妄用大凉或补涩之剂,以防瘀蓄于胃,心下胀满,食不得入,延成虚损。宜用生地、黄芩、制大黄、桃仁泥、紫降香、茜草炭、参三七、焦丝瓜络、红花、丹参、郁金等,以活血化瘀,祛瘀生新。再若吐血不止,血色淡红,咽干口渴,虚烦不寐,舌质红,少苔,脉细弦数,属阴虚火旺,血随气上。治宜滋阴顺气,如生地、麦冬、玄参、阿胶、白芍、生甘草、青铅、白及、墨旱莲、丹皮、仙鹤草、甘杞子等。昔人曾谓气有余便是火。补水则火自降,顺气则血不逆。单方方面,如童便咸寒,能引血归原,导血下行,有止血之功,无留瘀之弊,可以试用。用时宜取中段,温服为宜,或入煎剂亦可。陈菜油单

服,也有止血效果,用量为60克,生服。大失血后多数病人表现面色㿔白,精神疲乏,心慌气短,怯寒肢冷,脉沉细软,舌苔薄、质淡,一派阳气衰馁,气血双亏之象,应及时转方,改用归脾汤加减,投党参、黄芪、白术、当归、熟地、炙甘草、山药、茯苓、白芍、益智仁等,通过补益气血,以复阴阳和降之常,调理脾胃,以畅生化滋养之源。

傅宗翰主任医师(南京市中医院):余在临床实践中,对于本症主要抓寒热虚实的辨证。经验证明,十二指肠球部溃疡(以下简称球溃)者以虚寒为多;胃溃疡者以实热为多。前者每责之脾;后者多咎于胃。球溃出血者,其量较多,大便色黑,如胶似漆,粪质溏薄,常伴见脘宇隐痛,喜按,一般饥时痛作,得食稍缓,形体不健,面色少华,脉形偏细,舌质淡胖,大便隐血试验强阳性。此系胃病及脾,脾失统摄,气病及血。余常以归芪建中汤为基本方,随证变通。其中桂枝宜用蜜炙,用量宜轻;白芍之量宜重,并可酌加炮姜炭、乌贼骨、参三七粉等。胃溃疡之出血,常呕血与便血并见,呕出多夹胃内容物,便血色常暗红,询知病前多有脘痛灼热嘈杂症状,大便不实,苔多黄浊或腻,舌红,脉弦细或数。此为肝胃并病,气逆血动,阳络伤则血不守。余常以黄连温胆汤出入,酌加青木香、蒲公英、四季青、代赭石、羊蹄、石决明、藕节等。如上下出血而寒热夹杂者,则用白及粉、三七粉、大黄粉等分装胶囊吞服,急则治标也。本症的这两种常见证型,如其出血量多而又一时难止,则病情往往急转直下,均可见神疲力怯,肢冷面㿔,气短音低,自汗便频,口干唇淡,脉细而散,血压下降,血红蛋白低落,此又急当温中摄血,益气护阴,扶阳固脱,选用理中、黄土、独参、参附等方,以备不测。必要时可中西医结合抢救,共济危难。必须指出,止血方药甚多,应注意收敛止血药之分寸,以防止血留瘀之不良后果。若在辨证的同时,酌遣既能止血又能化瘀之品,如三七、大黄、藕节等,则有利无弊,两相兼顾,力求愈病而不留后患。

经云:“阳络伤则血外溢”,“阴络伤则血内溢”。出血既缘络伤,而络伤不复,血自难守。故在治疗过程中,除应正确辨证外,还当在“络”字上面下功夫。按络犹膜也,出血止后,膜络犹未修复,此时护膜固络之品尤在必选,藉此以助溃疡之愈合。余每用象牙屑、凤凰衣、刺猬皮、白及、糯米粉之属,装入胶囊吞服。酸多者加乌贼骨粉,酸少者用蜂蜜、乌梅煎汤送服。由于血乃阴所化,血溢阴必伤,血动气必耗,故当出血停止,进行善后治疗时,务必注意脾气及胃阴的维护。凡脾胃阳(气)虚者,余常投建中糖浆(我院经验方),或理中、健脾之类;阴津不足者,则用沙参、麦冬、山药、石斛、白芍、生谷、麦芽等品。此外,对于出血久而不止,或反复小量持续出血,且伴有食欲不振、形体消瘦的老年患者,应及早积极检查,要警惕腹内症积(上消化道癌变)形成的可能。切不可出血幸止而掉以轻心,致貽误病机。

屠揆先院长(常州市中医院):引起上消化道出血之原因既非一端,更有相互错综、一病数因者。故在临证时,应按不同之体质及见证,详细分析。但当出血(特别出血较多)之际,则无论何种原因引起之出血,总以止血为首要,所谓急则治标也。个人首选独参汤(人参)合止血散(参三七、白及、制军炭、黑山栀、明矾共研成细粉)。在具体运用过程中,可按不同的病与证,灵活进退。例如属中虚气不摄血,并有气随血脱之象者,应重用人参,减去山栀、制军。如湿热较重,出血不多,体质尚可者,可去人参,或减少其用量。有瘀血证者,三七、制军不宜少用。对于慢性胃炎的胃粘膜糜烂出血,舌苔黄腻,口干苦者,黑山栀及明矾粉常具卓效。

服用时,独参汤(人参)应浓煎,以参汤调止血散(粉剂),拌成浆糊状,分多次缓缓服下;不宜一次大量进药,以防药液冲击胃部,反而导致继续出血。至于人参及止血散之用量,可按出血之多少及症状之轻重而定。对出血较多者,人参的一日量可至30克。

当出血趋向停止时,即应根据不同病因及病证,按辨证原则,配合其他合适方药,标本兼顾。出血完全停止后,可以不用止血散,改为随证施治,以治本为主。

徐景藩院长(南京中医学院附属医院):我们在近4年内收治200例上消化道出血患者中,先有呕血,继有便血(黑粪)者16%,主要表现为便血者84%。如从病因分析,由于饮食不当引起者45%,劳倦所伤而致出血者44%,两者合计约为89%。

治疗必先静卧。据笔者经验,用白及粉1.5~3克,参三七1.5~2克,一日三次或6小时一次,温开水调成糊状内服(按1克粉剂加8毫升水的比例)。服后半小时内不饮水。血止后续服三日,酌减其量后再服三日。数十年来,深感其疗效确切。如无参三七,单味白及适当加量,效亦相仿。白及性涩而收,历代本草均载其入肺经,内服疗肺疾,治咳血,但近代已广泛用于治上消化道出血。个人体会,该药属于“阻遏”止血之品,其止血用途广,固不限于肺。凡吐血胃热证,常用清热凉血法,药如黄芩、黄连、大黄、生甘草、赤芍、丹皮等。便血气虚证当以益气摄血为要,药如党参、焦白术、炒山药、炙甘草、白芍等,如气虚显著加炙黄芪、当归。山药甘而不温,补而不滞,与黄芪相伍,补气止血而兼“护膜”,有利于胃及十二指肠溃疡的愈合。上述两证均可配用地榆、侧柏叶,以加强止血作用。夹湿者常加陈皮、法半夏;气滞者酌加煨木香、炒枳壳。汤剂应浓煎,每次服量以100~150毫升为宜。吐血胃热证如血出过多,常随之而见气血两虚,病机亦每由实转虚。故血热证常为早期证候。多数病人仅见便血。在一定意义上说,脾虚是本,胃热为标。如不谙此要领,对脾虚之证,过用苦寒清热,使脾气更伤,血亦难止。反之,若一见出血,泥于脾虚当补之见,动辄参芪甘温升阳,则尤增血热,亦可导致吐血不止。

马荣康院长(无锡市第三人民医院):十余年来,我院开展中西医结合诊治急性上消化道

出血,取得较好效果。兹就我院1970~1982年收治1797例的住院资料分析,谈谈我们的粗浅体会。

导致上消化道出血的因素是多方面的,因此,《血证论》特别强调“审病之因”的重要性,俾治疗有所依据。从本组具有明确记录的438例来看:属劳倦引起者242例,占55.25%;属受冷引起者18例,占4.11%;属饮食不当引起者85例,占19.41%;属饮酒引起者37例,占8.45%;属情志刺激引起者16例,占3.65%;其他(外感、外伤等)40例,占9.13%。

在辨证施治的过程中,除将患者分为脾虚、肝郁、胃热三型外,还按病情分为轻、中、重三类。一般轻、中类胃热型和肝郁型,用黄及散(大黄粉1.5克、白及粉3克调成糊状,日2~3服);脾虚型用乌及散(乌贼骨粉3克,白及粉3克);中、重类脾虚型用黑归脾汤加减;肝郁型用柴胡疏肝饮加减;胃热型用泻心汤加减。

汪朋梅主任(无锡市第三人民医院):在治疗过程中,辨证之旨不容忽视。上消化道出血固均有血络破损这一共性,但血络之所以破损,又各有其特殊性。从病情而论,至少应有虚实寒热之分;从病位来说,又与脾、肝、胃等脏相关;从病因(包括诱因)来看,又有饮食不当、外感、情志、劳倦及内外伤等不同。如果抛开这些因素,惟独考虑“络伤血溢”这一共性,冀能收敛血络,促进血凝以止血,无疑是片面的。因此,我们必须从胃中积热,或肝郁化火,或脾失统血等方面考虑,概分为胃热、肝郁、脾虚三型,按清热止血、疏肝止血、益气止血三法施治。即使单方散剂,也以黄及散治胃热、肝郁型;乌及散治脾虚型,亦初具辨证论治之意。在此基础上,进一步随证加减。如脾虚兼寒,面色㿔白,脉象迟缓,黑便多日不止,阳不摄阴,因而阴血走溢者,黑归脾汤就难当其任,宜用黄土汤或借助于姜附。上热下寒,呕血不止者,侧柏叶汤,甚或泻心合黄土、芩连与姜附同用。又有阴虚火旺之辈,更

当滋阴清火以止血,可选玉女煎。门脉高压出血,肝络瘀阻,湿热郁结化火,入血动血,即非泻心汤或柴胡疏肝饮所能应付,必用犀角地黄汤凉血散血以止血。至于出血过多,气随血脱之证,当用独参汤或参附汤急固其气。

病程中,各型又往往可有转化,如胃热、肝郁型病人出血过多,或在血止之后,都可表现出脾虚脉证;且三型之间每有标本关系,往往相互错杂,如热郁未解之时,已见气血两虚端倪,诸如此类,都必须随机应变,灵活掌握。

此外,临床常有不够典型之证,更宜察审详细,辨证精严。曾有病例某,宿患十二指肠溃疡,黑便仅100多毫升,十余天内止血针药杂投,补液从未间断,输血2000余毫升,但血色素反不断下降,形容日见羸瘦,精神更趋萎靡,酷若癌变,乃邀会诊。证见舌红苔薄、焦黑不干,脉细数,有低热口臭,腑气不行,气息奄奄,虚虚实实,颇为惑人。最后据口臭、便秘、脉数,诊为出血未止,留于肠道,津血大伤,郁热未解,积瘀与阳明腑热互结。由于腑不通则热不退,热不退则络不安,络不安则血不止。乃投黄及散,解黑便三次,积瘀外出,郁热渐解。3天后大便转黄,改予滋阴养血调理而痊。

任达然主任(扬州医学院附属医院):上消化道出血的治疗,前人已积累丰富经验,如唐容川有通治血证四法,缪仲淳有治吐血三诀,程履新列止血八法等等,均可供后世参考。根据历来医家著述及自己的临床实践,对本症一般多以胃热、肝火、脾虚分型论治,在立法和选方用药方面,可概括为以下三句话:第一、胃热肝火宜乎清,凉血柔肝常同进。因胃热、肝火均是实火,治当寒凉直折,极夺其实,以降气止血。虽然过用寒凉之品,有损伤胃气及造成血凝瘀阻络道之弊;但是只要掌握分寸,使用得当,效果是显著的。我较喜采用大黄,因该药兼具清热及化瘀之功,热清腑通则气火自降,活血逐瘀则血循经脉。至于对肝火犯胃之上消化道出血,常加入生地、丹皮、白芍等

凉血柔肝之味,使肝气得平,血有所归。第二、若遇血涌当急止,为防瘀留应祛清。不论本症的病因、病理有何不同,出血甚者“惟以止血为第一要法”,通过应用“阻遏”止血之剂,以求达到迅速有效的止血目的。故清代程履新将其列入八法之一。我对卒暴出血且量多者,常急用白及、地榆、藕节、阿胶、蒲黄、花蕊石、侧柏叶等药。白及取其“性涩而收”,有“涩血散瘀”的特点;阿胶有胶粘凝滞及护膜止血之功,我常用阿胶加蒲黄,使止血不留瘀,滋阴不碍脾。离经之血,郁积体内,必然致瘀,故应祛之。多在止血同时加入丹参、蒲黄、三七粉等;如尚有瘀血残留,经脉不通则痛,则可酌遣失笑散及制乳没。第三、生血统摄赖乎脾,见虚当补理易明。李用粹曾云:“血证常有脾虚者,当补脾以统其血。”上消化道出血后,常见气血双亏,因此调理脾胃,培补脾土成为要务。我常重用参、芪、山药、白术、茯苓、甘草,辅以当归、白芍等养血之品,同时少佐半夏、陈皮等调气之药,以期补而不滞。

贝叔英副教授(南京医学院第一附属医院):上消化道出血一症,虽然大多为胃本身的疾患,但亦常受其他脏腑的影响,从而导致胃络受伤,引起出血。《诸病源候论》就说:“上焦有邪,则伤诸脏,脏伤则血入于胃,胃得血则闷满气逆,气逆则吐血也。”因此,不论何种原因,如胃中积热,暴饮暴食;或七情所伤,肝郁化火;或瘀血停留,阻滞胃脘;或胃病日久,脾虚不能摄血,均可造成出血。所以,治疗之道宜从整体出发,不独治胃,还要顾及肝脾。各家对辨证分型虽有大同小异,但多数从胃、肝、脾三脏的寒热虚实着眼,各家选用方药虽亦各有其独到之处,然均遵循实则泻之,虚则补之的原则。

唐容川治疗本症,认为“通治血证之大纲”有四,即:止血为第一要法,消瘀为第二法,宁血为第三法,补血为第四法。在上消化道出血时,往往血出如涌,来势较凶,此时应急则治标,以止血为首要目的,医者临危不乱,沉着冷静,采取果断措施,但应避免见血止血之

法,禁忌单纯使用固涩或寒凝类药物,以防发生血止留寇之弊。必须迅速找出损伤胃络的致病因素,然后法因证施,药随法用,针对性强,才能收到较为理想的治疗效果。

出血太急,可急用云南白药以止血。待血止之后,再予辨证施治,同时补血和血,以固根本。我们曾在本院中西医结合病房以中医中药为主,治疗了111例上消化道出血患者,除进行辨证施治外,还加用自制地榆侧柏叶煎剂内服,取得了较好功效。

若因屡用寒凉方药而出血仍不止者,则应考虑是否为脾阳损伤,因而不能统血所致,为此,用药应按温阳摄血,引血归经的法则,切忌克伐生生之气。多数医家对吐血常加灶心土和炮姜炭;对便血则加参三七及陈棕炭。若大量失血,四肢厥冷,汗出不止,甚至躁扰不安,脉微细,是为虚脱之象,除当绝对静卧,安定情志外,应急投重剂独参汤以救之。南通市中医院朱良春院长推崇应用秘红丹及化血丹,前者配方中大黄与油肉桂并用,寒热相济,性归和平;后者由花蕊石、三七、血余组成,疗效均较满意,且服用方便,可根据病情需要,推广使用。

裘国祥主任(南京铁道医学院附属医院):上消化道出血后,不管引起出血的原因如何,病人主要表现为气血两虚的症状。我予服两仪膏(党参、熟地),每日2~3次,每次一匙。平均服用15~25天,病人的血色素平均值由服药前的8.65克%升至11.3克%;红细胞平均值由225万增加到343万。服两仪膏期间,病人无明显不适,不影响食欲及大便隐血试验的检查。

陈泽霖副教授(上海第一医学院中山医院):上消化道出血目前以中医药为主治疗者主要为消化性溃疡、胃癌及胃炎引起之出血,疗效较好,而对食管静脉曲张破裂和胆道出血之经验尚少。临床辨证分型目前报道颇不统一,有分为胃热、脾虚、肝郁三型;有分为脾胃虚寒、脾胃湿热、肝郁气滞、气滞血瘀四型;有分为肝胃郁热、脾虚肝热、脾不统血、

气虚血脱、气血瘀阻五型者。总的来说,根据我们经验,辨证分型的止血疗效尚不及应用单方、验方者。我们过去治疗上消化道出血以参三七40%、白及40%、生大黄20%的比例,配成药末,每服3~4.5克,日3~4次温开水调服,出血量多势急者,可每2小时服药一次,有效率为96%左右,后减去价昂之参三七,疗效反有所提高,可达100%。后又减去白及,只用单味大黄,有效率在94%左右。由于应用了祛瘀生新、清热攻下的生大黄,使瘀积在肠内的积血得以清除,减少了瘀血停留所致的吸收热,对病人十分有利,而且应用这些简方止血时间多在3天左右,故为病人所乐于接受。

我在1978年曾作过动物实验,打开狗之胃壁,剪断一根动脉造成大出血,用大黄白及粉、参三七粉、单纯生大黄粉、白及粉及8号止血粉、氢氧化铝、止血环酸、抗血纤溶芳酸等以止血,结果以大黄白及混合粉末止血作用最快最好,单纯白及粉及参三七粉次之,单纯大黄粉及其他药物均无明显止血作用,与在人体之结果有所不同。考大黄之用于止上消化道出血,早在前人朱丹溪、唐容川等均已用之,认为:“大黄之性,亦无不达,盖其药气最盛,故能克而制之。使气之逆者,不敢不顺,既速下降之势,又无遗留之邪。今人多不敢用,惜哉!”近年来用单味大黄止血之报道日多,但我认为还宜配合白及以提高疗效。因白及中含有白及胶,其性极粘,有收敛止血及生肌作用,并能促使红细胞及血小板凝集,形成血栓而达止血目的。据观察,其局部作用胜于明胶海绵。

对食管静脉曲张破裂引起之大出血,由于出血量大势猛,多用中西医结合抢救。我曾在部分病人插入三腔管后,先将胃气囊充气,拉紧后牵引固定,然后口服大黄白及粉糊剂,使药物堆积于胃底及食管下段,再把食管气囊充气,以压迫止血,可使食管静脉出血止住,且在三腔管放气后再出血之可能减少,可以一试。