

思路和方法

急性上消化道出血的辨证思路与方法

湖北中医学院附属医院中医急症研究室 柯新桥

急性上消化道出血是指食管、胃、十二指肠、空肠上端以及胰腺、胆道的急性出血，为内科常见的急症之一。由于呕血和便血是本病的基本特征，因而中医学每每将此归类于“血证”范畴。近年来，中医对于本病的治疗积累了较丰富的经验，从而弥补了单纯运用西药的某些不足之处。笔者在临床实践中对此亦略有心得，现不揣粗陋，就本病的临床辨证思路与方法，从四个方面简述如下。

一、辨证论治与专方专药相结合

与其他病证一样，急性上消化道出血于临床治疗时亦必须注重辨证。由于病者有发病原因的不同，体质有强弱的差异，病情有轻重缓急的区别，加之尚有地域、环境、气候变化等因素，目前各地有关本病的辨证报道颇不一致。如有的分为三、四型，亦或分成六、七型不等，治法亦是灵活多变。

综合各地经验，其中最基本的证型主要有三：一是胃火炽盛型，证以脘腹胀痛、口苦乏味、口干口臭、舌苔黄腻、脉弦有力为主，且多呕血，或呕血、便血同时存在，治疗重在清胃泻火、凉血止血，常用三黄泻心汤、大黄甘草汤加减；二是脾胃气虚型，证以面色无华、神疲消瘦、口淡乏味、舌淡脉弱为主，且常表现为反复少量便血，治宜益气养血摄血，代表方如归脾汤、黄土汤等；三是寒热虚实夹杂型，往往寒热兼夹，虚实互见，出血之时伴有头昏乏力、面色无华、脘痛、肢冷、口苦乏味、口干口臭、舌苔黄而舌质淡，常用半夏泻心汤加大黄、黄芪、白及等，乃取其寒热并用，和其阴阳，辛苦并进，顺其升降，补泻同施，调其虚实，于病机颇相吻合。在此三型基础上，再随证增减。

目前国内使用专方专药治疗本病亦取得了可喜的经验。我们发现，各地应用的单验方虽有不同，但主要成分则不外乎大黄、白及、云南白药、三七、地榆等味。尤其是大黄，其疗效确切，安全无毒，对虚证、实证同样有效。我们在借鉴他人经验基础上，逐步摸索总结出了一些符合武汉地区实际情况的治疗方法，

其中很重要的一点就是专方专药与辨证论治相结合，以提高临床止血疗效。

1. 专方与辨证用药相结合：《金匱要略》曾谓：“吐血衄血者，泻心汤主之。”《景岳全书·血证》亦指出：“凡治血证，须知其要，而动血之由，唯气唯火耳。”临证亦观察到，本病多与恼怒忧愁、饮食不节、寒热邪气侵犯有关，这些因素最终均可导致气血瘀积化热，进而灼伤胃络而出血。不仅发病之初，即便病久正气大伤之人，亦每常兼见口苦乏味、口臭口干等胃热之象。据此，本病急性出血阶段每选三黄泻心汤为主方：生大黄（后下）、黄芩各10克，黄连6克，白及20~30克。脾虚血亏者加党参（或人参10克另炖服）、黄芪各15克，当归12克；寒热错杂、脘痞不舒或痛加炮姜、半夏各6~9克；瘀象明显则加丹参、当归、赤芍各15克。煎取汁250~300毫升，分4~6次微温服下。临床大量病例说明，专方结合辨证用药，无论是止血有效率还是平均止血时间，均优于常规辨证分型，故此法值得推广。

2. 专药与辨证用药相结合，采用专药配合辨证用药亦有较显著的止血效果。专药一般指单味中药，亦包括由几味药合制的粉剂或糊剂等。（1）大黄作为首选，常用粉剂或冲剂，每次3~5克，每日4次，微温水调服；或将大黄粉调成糊剂，冷冻，以不凝为度，用量与次数同上。（2）三黄散（大黄、黄芩、黄连的比例为2:2:1），制成冲剂，每次5克，每日4次，必要时可1~2小时服一次。（3）白及粉，首次服20克，以沸水冲调，凉后服，2~3小时一次，后逐渐减量；三七粉，每次5克，4~6小时一次；成药云南白药止血效果亦较好。三者亦可制成冷冻糊剂以增强止血效果。在采用某一专药治疗的同时，结合辨证用药，既可尽快止血，又能巩固疗效。在服药时间上，专药与汤剂最好间隔2小时左右分服。

我们体会到，运用专方与专药结合辨证用药进行治疗均具有良好的止血效果。不过在具体选用时，病情较急、较重者多用专药加辨证用药（尤其是冷冻糊剂），

而病情较轻、较缓者则以专方加辨证治疗为好。

二、中医辨证与西医辨病相结合

实践证明,中医辨证与西医辨病相结合,对于提高急性上消化道出血的诊疗效果是十分重要的一环。

1. 结合辨病,了解发病原因,以便预测中医药的治疗效果及预后。西医学亦充分认识到急性上消化道出血的发病原因是比较复杂的,预后也各不相同。所以病人入院之后,在以中医药治疗的同时,一定要从西医学角度诊断清楚,分清是溃疡病、胃炎、食管胃底静脉曲张,还是肿瘤、血液病……。临床上内窥镜检查对于病因诊断甚为重要。急诊内窥镜检查多在出血停止24~48小时后,操作技术熟练者可在出血时进行。内窥镜检查不仅可观察到出血病灶,还可发现同时存在的其他病变。一般来说,凡系上消化道本身病变所致的出血,如溃疡病、糜烂性胃炎、十二指肠溃疡、吻合口溃疡以及药物所致者,中药疗效是比较肯定的,难以止血者仅是少数;而由全身性疾病所致之出血,效果则要差一些,抑或容易反复,甚至基本无效,如门静脉高压所致的食管胃底静脉曲张、血液病以及上消化道肿瘤等即是。对于后者,中药治疗时要密切注意病情变化,一旦血止即应治疗原发病。倘若诊断不清,中药效果又不理想,却仍一味地坚持原法治疗,常常容易延误病情,以至造成不良后果。

2. 结合各项检查结果,采取相应的其他治疗措施。上消化道出血的病人,因失血及摄食相应减少,血容量必然相对不足,故必须适当给予支持疗法,包括糖盐液、能量合剂等。出血量多,以致造成中、重度贫血(血红蛋白在6~9克%以下),或轻度贫血而出血不止者,即应考虑输血。若病情进一步发展,血压下降有休克时,应在补充血容量的同时用独参汤、参附汤等频服,必要时可选用血管活性药物。

因全身性疾病所致的上消化道出血更应注意综合治疗。如慢性肾衰合并出血者,应同时结合化验结果而运用利尿、纠酸等中西药物综合治疗。

三、整体治疗与局部用药相结合

笔者以为,对于急性上消化道出血若能坚持正确的整体治疗,即可增强机体的抗病能力,提高治疗效果,并能减少本病的复发;而有效的局部用药,乃为尽快止血,血止就可避免正气的进一步耗伤,从而有利于病体的康复。现就这两方面的注意事项分述如下。

1. 整体治疗:应从以下几个方面入手。

(1) 注意休息。部分出血病例常与劳累过度有关,出血期应注意休息或绝对卧床休息。环境要清静,注

意保暖,并由专人照料。

(2) 饮食忌宜。许多上消化道疾患主要由饮食失调所致,所以除了平时应注意调理饮食之外,出血期间尤当如此。现习惯上主张出血时禁食一天左右。我们的体会是,除非出血量大或伴有休克,一般病例可不禁食,宜给少量无渣流质饮食如牛奶、藕粉、豆浆、大枣粥(去渣,仅服其汁)等,微温服。对质硬或有刺激性的饮食,皆应禁之。

(3) 心理疗法。一些患者常在情绪激动如忧怒后发病,大多数病人见到吐血、便血后思想紧张,故应配合进行疏导、宽慰、鼓励,消除紧张、恐惧心理,树立战胜病痛的信心。

(4) 中药调理。即结合全身情况,针对病因病机而调治。如前述之清热凉血、益气养血等,均是从整体着眼治疗的。

(5) 支持疗法。如前述之输液、输血等。

2. 局部用药:大黄、三七粉、白及、云南白药等均有较好的局部止血功能。这种作用可能是中药中的纤维素、有效凝固成分与血液凝集的结果。尤其是大黄,不仅有局部止血作用,而且还可通过全身而进行止血。局部用药的给药途径一般可采用下述方法。

(1) 口服法。凡能口服者应尽量口服,粉剂最好装进胶囊,冷冻糊剂不可凝结成块。

(2) 胃管注入法。对部分服药易吐或昏迷病人,我们常从胃管给药,药物应调制成半流质状或流质状,最好待药汁冷却后注入。

(3) 内窥镜下直视给药。如以大黄或大黄、三七、白及等量共为末,于纤维内窥镜直视下给药,可连续用至黑便转黄或潜血转阴为止。此外,必要时还可通过内窥镜用冷冻盐水冲洗局部,用高频电灼或激光照射出血灶进行止血。

局部用药止血以大黄粉等冷冻糊剂效果较显著,然由于大黄等药多属于寒品,加之冷冻,用之太过则易伤及中阳或造成血瘀,故血止之后即应停药。

四、急则治标与缓则治本相结合

发病阶段出血(尤其大出血)是为主要矛盾,故当务之急是把血止住,如上述局部用药、三腔二囊管压迫止血等。急性出血阶段常用三黄泻心汤加减;但若气随血脱,血压下降,面色苍白,四肢厥冷,脉微欲绝,即应选独参汤、参附汤、生脉饮等急速救治。此即所谓“急则治其标”。在治标的同时应积极配合整体治疗,包括辨证用药,这样方有利于巩固治标效果。

血止之后,即应以治本为主。如胃热仍盛者,仍

可用三黄泻心汤，并加扶正之品，邪去则正自安。瘀血为患，法当活血化瘀；气血阴阳亏耗，必用扶正（如益气养血）药物；抑或数法合而用之。由于脾胃为气血生化之源，加之本病病位又在脾胃，故治本过程中调补脾胃最为关键，方法包括补气健脾、理气和中。另外，一些全身性疾病如血液病、尿毒症以及癌症所致的急性上消化道出血，血止之后更应针对原发病因进行治疗。

在正确处理治标与治本关系的同时，还应注意解决好两个问题。

1. 止血与留瘀的矛盾。止血药物（尤其是冷冻糊剂）常易造成局部瘀滞，久之容易形成局部瘀血。因此选择药物应当注意以下几点：（1）选用既可止血又可消瘀之品，如大黄、三七等；（2）任何止血剂，一旦血止，即应停用或逐渐减量；（3）收涩止血药如荆

芥炭、血余炭等，宜少用或不用；（4）“治本”过程中适当加用养血活血之品如当归、丹参等。

2. 祛邪与伤正的矛盾。即使本病辨证属于邪热炽盛，然其正气往往是不足的。传统理论认为大黄、三黄泻心汤以及活血化瘀之品，大都有苦寒攻伐之性，具有败胃或耗伤正气的弊病，显然与病情不大吻合，以至人们不敢用之。笔者认为，凡具攻邪之证，即使正气大亏，仍可用之无妨，不必瞻前顾后。当然，攻邪应当中病即止，否则，每易耗伤机体正气，反与病情不利。

经验告诉我们，急性上消化道出血是诊断并不困难、止血方法甚多、却又难以彻底治愈的一种常见急症，治疗若不恰当或不及时，常易危及生命。所以临床上掌握一些基本的辨治思路与方法，方能不断提高中医药对于该病的诊疗效果。

不同功率氦-氖激光穴位照射治疗 精神分裂症对比观察

北京医科大学精神卫生研究所 贾云奎 罗和春 唐 丽

我们从1978年起，选用氦-氖（He-Ne）激光穴位照射治疗精神分裂症取得了一定疗效。在此基础上，近年来设计单盲法，进一步观察了两种大小不同功率氦-氖激光穴位照射，以探讨不同功率照射疗效对比。

一、一般资料

我们根据我所制定诊断标准并参照国际上ICD₁₀及DSM-III多种诊断标准，确诊为精神分裂症者。两组病人共15例。25毫瓦功率组9例，男性4人，女性5人，平均年龄24.8岁，平均病程13.6月。5.9毫瓦功率组共6例，男性3人，女性3人，平均年龄27.3岁，平均病程25.6月。

二、治疗方法与结果

将病人随机分成两组，分别选用5.9毫瓦与25毫瓦的氦-氖激光照射“哑门穴”。每日一次，每次10分钟，6周为1疗程，本治疗期间，不合并其他任何治疗。在治疗前，治疗中每周进行一次疗效评定，选用三种国际上常用的精神症状评定量表即：“慢性精神病人标准化精神病评定量表”（简称五分量表），“简明精神病评定量表”（简称简明量表），及“临床总体

印象量表”，两位医师评定量表的一致测验在88%以上。

结果经五分量表与简明量表分别对每组病人，进行治疗前、后疗效评定，经t检验每组治疗后分数下降，均有显著性差异。而两组之间疗效对比无显著性差异（资料略）。在“临床总体印象”量表中，两组患者在疾病严重性、总进步、疗效指数三项评分中，分数是接近的，经t检验，两组对比无显著性差异（资料略）。

三、讨论

通过临床实践观察两种不同功率的氦氖激光照射哑门穴治疗精神分裂症取得了相似的疗效。两组病例疗效对比，经统计学处理，无显著性差异，也可能与病例数目少有关，尚待继续积累资料，进一步观察。此外，在治疗方法上，由于采用单盲法，故可以排除患者对激光功率大小与疗效关系的心理作用。

关于激光治疗副作用问题，我们在临床上初步地进行了常规实验室检查。从目前所获资料来看，尚未发现经氦氖激光照射后对人体的肝、肾功能，血白细胞计数与分类，有明显不良影响。其他实验室检查如对染色体的影响我们尚在积累资料。