

胃热型上消化道出血全身与局部的辨证关系

周亨德* 孙 岩*

主题词 胃肠出血/中医药疗法 胃热/中医药疗法

上消化道出血是临床常见病。由于疾病的变化,患者在某一阶段内可同时存在着病变性质相反的全身性证候与局部性证候。此时必须全面、深入、细致地辨明局部性证候与全身性证候,否则,稍有不周,容易贻误诊治。本文对我院2年来上消化道出血住院病人(除外消化道肿瘤伴出血者和食道与胃底静脉曲张破裂出血者和内科止血治疗无效转外科手术者),中医辨证为胃腑实热型(以下简称胃热型)病例87例,作一分析,探讨上消化道出血全身性证候与局部性证候的辨证关系。

1 临床资料

1.1 一般情况

1.1.1 性别与年龄:男性76例,女性11例;年龄最小者15岁,最大者86岁,平均39岁。

1.1.2 发病诱因:以暴饮醇酒,过食辛辣酸涩,饮食过烫、粗糙或暴食为主者58例;以服药不慎为主者6例;以暴怒、忧郁过度为主者6例;胃腑蕴热素盛又劳累过度者8例;无明显诱因者9例。

1.1.3 发现出血至入院时间:2天以内者43例;3~4天者21例;5~6天者19例;7~8天者4例。

1.1.4 总出血量估计:中量出血(800~1000 ml)52例;大量出血(1000 ml以上)35例。

1.2 症状与证候

1.2.1 病史症状

原有脾胃虚证:胃脘部隐痛反复发作半年以上,喜温喜按,疼痛饥时尤甚,得热食可减者32例,伴暖气泛酸者21例,伴脘中嘈杂者9例。

原有胃热证:胃脘部隐痛、胀痛反复发作

半年以上,得食尤甚者12例,伴脘中烧灼感者7例;平素经常感口苦口干者6例。原无明显胃脘不适者:有43例。

1.2.2 入院时症状:87例中,有呕吐血者31例,便血者85例,口苦口干者70例,口气臭秽者24例,纳呆者67例,呕吐非血性胃内容物者6例,面色㿔白、唇甲色淡、头晕目眩者87例,自汗者58例,畏寒肢冷者28例,心悸气短者22例,卒倒晕厥者19例。

1.2.3 舌苔脉象:舌质淡者87例,舌苔黄腻者84例,其中薄黄腻者56例,黄厚腻者28例,舌苔白腻者3例;脉象以弦、滑、数为主者25例,以细数、弦细、细为主者62例。

1.3 理化检查

1.3.1 血红蛋白:5.9 g%以下者36例,6~8 g%者51例。

1.3.2 急诊纤维胃镜检查:“急性胃粘膜病变、糜烂出血性胃炎”3例,“十二指肠球部溃疡伴出血”4例,“胃角膜溃疡伴出血”1例,“胃窦部多发性溃疡伴出血”1例。

1.4 辨证结果:当时仅根据临床症状辨为胃热型54例;33例初辨为气血亏虚型,后改辨为胃热型。

1.5 治疗:以清泄胃热兼以化湿为原则,结合随症加减。87例中配合西药者20例。疗效以大便隐血试验转阴为准。入院至大便隐血试验转阴时间2天者13例,2~4天者27例,5~6天者41例,7天以上者6例。有33例,初误辨为气血亏虚型,投补益气血之剂,结果出血不止,在第5天改用清泄胃热药为主,止血疗效较为明显。

2 讨论

以某一脏腑、经络为基础的阴阳气血失衡的证候,可称为局部性证候。如胃脘部隐痛、噎腐吞酸、口气臭秽、口苦而干、呕血、黑便、

* 浙江省中医院,杭州市邮电路54号(310006)

收稿日期:1991-08-29

苔黄腻、脉数等,均为局部性胃热证候。如以多脏腑、多经络或脏腑经络并存的阴阳气血失衡的证候,可称为全身性证候。如头晕目眩、面色㿔白、汗出肢冷、心悸气短、卒倒晕厥、脉细、舌质淡等,均为全身性气血亏虚证候。

上消化道出血胃热型在发病过程中,通常始于局部胃腑,首先出现局部性胃热证候,轻者不累及其他脏腑、经络或全身,仅为某一脏腑或某一经络的病变。如胃脘隐痛、口苦而干等;出血时有口气臭秽、便黑如墨等。随着疾病的演变,重者可累及全身及多脏腑、多经络,出现全身性证候。当出血量多时,呈现全身性气血亏虚证候;如心悸气短、畏寒肢冷、唇甲色淡、动则汗出等。在疾病严重时,往往全身性证候与局部性证候同时存在,且全身性证候相对明显突出,而局部性证候往往处于相对次要地位。其局部性证候可被全身性证候所掩盖。87例中均存在着不同程度的神疲乏力、畏寒肢冷、头晕目眩、面色㿔白、唇甲色淡、或胸闷心悸、或动则汗出、舌质淡、脉细数等全身症候。其中有严重气血亏虚证候者占63例。入院初辨证为气不摄血、气血两亏证候者33例,当治疗2~3天,最长者5天后,因止血效果不明显,重新辨证。在这33例误辨者中,有局部胃热现象而被忽视占21例。12例在辨证中仅见口干微苦、苔根微黄,未见其他

明显局部胃热现象,忽视了过去病史中有胃热现象。2例纤维胃镜提示:“急性胃粘膜病变,糜烂出血性胃炎”,也属胃热的局部表现之一。由于辨证错误,治疗亦属无效。在重新辨证后,再以新的结论按胃热证论治时,均有不同程度的好转,甚至有显效。

在具体辨证中,在确定症状时,既要了解入院时的症状,又要了解在整个疾病过程中或病史中出现的相关症状,两者互相参照、比较,从而对采集到的各个症状有较全面的了解。在探求病因时,还要了解对某一患者的易感因素(如饮食辛辣酸涩),直接因素(如暴饮暴食),间接因素(如郁怒、劳累)。此外,对体质的了解也属必要。如素体强壮者,在某一致病因素的作用下,起病后多从热化。如素体虚弱者,原来就有气血亏虚证候,在某一因素作用下,即可出现胃热证候,胃热致病出血,加剧了全身气血亏虚证候;有些在胃热证候还不十分明显时,遂即出现全身性气血亏虚证候。

总之,把通过望、闻、问、切及现代理化检查所得到的各种资料,应区别为局部性证候与全身性证候,同时应分清主次,切不可因局部性证候的相对不突出,而忽视了局部性证候在疾病发展过程中所占地位的辨析,以至误诊误治。只有消除各种病因所造成之胃腑实热,方可较快而有效地制止出血。

中药治疗基底节区血肿5例的体会

陈文郁* 朱炯明* 舒 丹* 夏军木**

我院自从1986年5月以来应用CT扫描动态观察,中药治疗基底节区血肿5例,治疗效果满意。现报告如下:

1 临床资料:本组男3例,女2例。年龄:1.5~70岁。外伤2例,脑血管畸形1例,高血压2例。头痛3例,呕吐1例,视乳头水肿1例,抽搐1例,偏瘫4例,巴彬斯基氏征阳性4例,无1例昏迷。5例

CT扫描均提示基底节区血肿,血肿量为10~35ml之间。发病至入院时间3日~1年不等。

2 治疗方法:依照病情适当用甘露醇、激素、止血剂等对症治疗。中药采用补阳还五汤加减,药用生黄芪、桃仁、红花、白芷、赤白芍、钩藤、当归尾、地龙、川芎、菊花、柴胡、甘草,方内重用黄芪。每日1剂,分2次煎服。

3 治疗效果:本组5例应用中药治疗1~3周,症状减轻或消失,偏瘫减轻或功能恢复。同时作CT扫描复查血肿,结果血肿全部吸收。平均随访半年,均未复发。

* 中国人民解放军171医院(江西332000)

** 庐山人民医院外科

收稿日期:1990-07-30