

病例讨论

小肠血管畸形便血病案

杨建民* 严仲庆* 胡松春* 杜洪桥*

章国琳* 张菁* 沈伟刚* 整理

主题词 便血/中医药疗法 @ 小肠血管畸形

患者张某,男,83岁,入院时间:2004年5月27日。主诉:反复便血1年半,再发3天而入院。

现病史:患者1年半前无明显诱因出现大便出血,在某医院住院对症止血治疗1天后出血不止而行外科手术,切除小肠85cm,送病理科会诊,诊断为“小肠血管畸形”出血。2004年3月22日再次出现便血,在某医院住院,内科保守治疗欠佳,于2004年4月9日再次手术,切除小肠1m余,术后反复大便出血8次,半月后症状好转出院。5月初患者再次出现上症,于2004年5月9日去某地住院,经输血及使用止血敏、止血芳酸、立止血等药后于5月14日便血止,20日回到绍兴,出院诊断为“小肠血管畸形”。3天前患者再次出现便中带血,色鲜红,量不甚多,每日1~2次,血与粪混杂而下,患者转而要求中医治疗。

既往史:患者既往体健,无肝炎、结核等病史,无心脏病、肾脏、内分泌及神经系统病史,亦无外伤史。

体格检查:体温37.0℃,脉搏88次/分,呼吸19次/分,血压110/60mmHg,神清,发育及营养尚可,面色苍白,重度贫血貌,全身皮肤未见皮疹,浅表淋巴结不大,无皮下结节,巩膜无黄染,双肺未闻及啰音,心界正常,心率88次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹软无压痛,肝脾肋下未及,双肾区无叩击痛,肠鸣音无亢进,中下腹部可见一纵向15cm手术疤痕,双下肢略有浮肿,神经反射无异常。实验室检查:血白细胞 $6.7 \times 10^9/L$,中性0.705;红细胞 $1.65 \times 10^{12}/L$,血红蛋白43.80g/L,血小板 $194.10 \times 10^9/L$,血沉49mm/h,血生化:白蛋白27.7g/L,其余基本在正常范围,肿瘤全套检查无异常,大便隐血(++++)+,腹部CT提示:肝胆胰脾未见明显异常,腹部未见明显肿块,腹膜后淋巴结未见肿大。

患者住院1天后西药止血药药效不明显,便血次数增多,病情呈加重趋势:每次解暗红色血样便200ml左

右,中夹粪渣,每日3~4次,心电监护提示血压在80~100/50~60mmHg左右,心率90~100次/分,患者感头晕、心悸心慌、口干、微汗出,疲乏肢软,寐差,神志模糊,精神萎靡不振,面色苍白,口唇、爪甲淡白,四肢末端触之凉,未闻及异常气味,全身未见皮疹及紫斑,无齿、鼻衄,咽不红,未见乳蛾,无癰瘤瘰癧,腹软,无症瘕痞块,小便黄少,舌质红、光剥无苔,脉浮大中扎,沉取无力。

2 病例讨论

杨建民医师:患者反复便血1年半余,再发3天,结合既往手术史、病理检查及本次住院辅助检查,诊断明确为“小肠血管畸形”出血,基本可排除肠道恶性肿瘤、痔疮和痢疾所致出血。本次发病急,出血较多,病情危重,西药止血药已用立止血、止血敏、止血芳酸等,效果不理想,考虑出血未止住,可加强止血药物用冰盐水加去甲肾上腺素及凝血酶粉交替口服。中医辨证结合目前患者每日便血3~4次,每次200ml左右,色鲜红,同时伴头晕、乏力、心悸心慌、微汗出,舌质红、光剥无苔,脉浮大中扎,沉取无力等症状,考虑患者年老体衰,近期又有过手术史,元气不足,气虚统血无力,血不循常道而溢于脉外,出现便血及气血亏虚的症状,治疗应予健脾益气、收敛止血之剂,考虑用归脾汤加减。

杜洪桥医师:根据病史和辅助检查,患者诊断明确。目前病情反复发作,临床表现较重,出血量多,已有低血容量性休克表现,应及时向患者家属讲明病情,告病危,在加强止血药的同时,可予输全血或红细胞400~600ml。中医辨证主要归结为火热熏灼、迫血妄行及气虚不摄、血溢脉外两类。结合患者目前症状和体征,认为属虚证,主要是年老体衰,病情反复发作且逐渐加重,再加上手术之后,元气外泄,导致气虚更甚不能摄血所致;同时,血出之后或手术之后,离经之血未排出体外,留积体内,蓄结而为瘀血,则会妨碍新血的生长及气血的正常运行,瘀血阻络,同样也可以引起反复出血,所以治疗上应重用益气、化瘀之品,益气摄血、行血止血,可考虑用黄芪四物汤加减。

胡松春医师:本例诊断明确,病情危重,因患者年

* 浙江省绍兴第二医院中西医结合科,绍兴市延安路141号

(312000)

收稿日期:2004-07-01

事已高,病情反复频繁发作,近期又有过2次手术史,身体抵抗力较差,再次采取手术止血的可能性不大(外科会诊后建议内科保守治疗)。患者寄希望于中医治疗,应发挥中医药治疗优势。中医便血辨证应首分远血、近血。《景岳全书·血证·便血论治》说:“血在便前者,其来近,近者,或在广肠,或在肛门;血在便后者,其来远,远者或在小肠,或在于胃。”本患者为远血。患者反复出血之后,导致阴血亏损,虚火内生;同时出血过多,血去气伤,以致气虚阳衰,不能统血所致。阴虚火旺及气虚不摄,既是出血导致的后果,又是继续引起出血的病理因素。中医理论认为,气为血帅,气能生血,气能行血,气能统血,血与气休戚相关,治血必先理气,治疗上应结合证候的虚实及病情轻重而辨证论治,灵活运用血证的治火、治气、治血三大原则。根据患者脉证可考虑采用滋阴降火、益气摄血、收敛止血等方药,并可用中药大黄粉、白及粉、三七粉自制的胶囊口服,加强局部收敛止血作用。

严仲庆主任医师:患者目前诊断明确,综合各位医师的意见,继续予以吸氧、输血、输液等对症支持治疗,以维持水、电解质、酸碱平衡,加强营养,补充能量,防止和纠正出血性休克的发生。中医认为,便血的发病主要与肠和胃有关,一般辨证分为肠道湿热型和脾胃虚寒型。脾胃为后天之本,气血生化之源,血液生化于脾,受藏于肝,总统于心,输布于肺,化精于肾,在脉中运行不息,环周不休,以充润营养全身。当各种原因导致脉络损伤或血液妄行时,就会引起血液溢出脉外而形成血证。结合本患者病程日久,病情缠绵、反复发作,近期又有过2次小肠切除手术史,现病情逐渐加重,认为其发病机理为体衰久病之后,脾失健运,胃失和降,不能腐熟水谷,日久生化乏源,气损及阳,阳气亦虚,导致脾胃虚寒内生。《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》云:“下血,先便后血,此远血也,黄土汤主之。”根据本患者病史和现临床表现,为便血、远血,脾胃虚寒型,遵黄土汤加减。因目前便血次数多且出血量偏大,止血为当务之急,活血化瘀药恐有加重出血之虞,故暂不用。处方:灶心土60g(代水先煎),黑附子10g,黄芩15g,炒白术10g,生地黄15g,阿胶30g(烊),炙甘草10g,每日1剂,分次服。另外考虑本病与出血量的多少密切相关,出血量少者病轻,出血量多者病重,甚至可形成气随血脱的危急重证,本患者目前脉证已有气随血脱、阳气欲脱的征兆,急于高丽参1支煎汤汁频频呷服,以加强益气、回阳、固脱、止血的功效;并予大黄粉、白及粉、三七粉自制的胶囊,1次2粒,每日3次口服加强局部收敛止血作用。

3 治疗结果

病例讨论后,根据严仲庆医师的治疗方案用药。独参汤与黄土汤连用3天后,便血停止,转为棕褐色溏便,复查大便潜血(+++),患者神志转清,已无心悸心慌、出汗等症状,头晕、乏力明显好转,四肢末端转温,脉沉细数,上方减阿胶为15g,加赤石脂30~50g,白及10g,以加强止血,连用2周,半个月后,患者精神转佳,面色苍白转为红润,血压稳定在120/70mmHg左右,心率90次/分,大便基本成形,潜血(+~++),中药在上方黄土汤基础上加用黄芪20g、麦冬10g,以加强健脾益胃、和血养血之力,并口服补中益气丸3g,每日3次,以调理中气止血,同时慢慢撤减口服止血胶囊的用量。1个月余后患者病情稳定,无血便,大便每日1次,色黄质软,成形,大便潜血多次复查为阴性,无明显头晕、乏力等症状,食欲好,已能自己下地行走,生活自理,于7月9日出院。

4 体会

小肠血管畸形病因不明,Boley等认为属获得性,且是老年退行性病变,大多数患者在70~90岁才被诊断。发病机理是黏膜下静脉进入肌层时,受肌肉收缩的影响,使静脉血流呈间断性阻断,于是扩张、迂曲,逐渐发展至黏膜毛细血管扩张,毛细血管前扩约肌功能丧失,造成小动、静脉直接沟通,导致出血。临床上对急性大量出血或经内镜治疗仍有反复出血者宜考虑手术治疗。但本患者因近期已作过2次手术,再次手术已不可能,治疗较为困难。通过采用中西医结合疗法治疗收到较满意疗效,说明中医药不仅在治疗慢性病上,在治疗急症方面也有独特疗效,关键是要把握好病因病机、辨证准确、用药时机恰当,就能收到事半功倍的效果。

根据中医“急则治其标”的治疗原则,大量出血时,止血为第一要务,正如《血证论·吐血》所说,“存得一分血,便保得一分命”,应抓紧时间积极抢救治疗,先采取各种办法止血为首要任务。实践证明全身用药的同时,再采用局部用药,使药物直达病所确能收到更快、更好、更安全的治疗效果。而且,气为血帅,血为气母,大出血时要防止气随血脱,元阳外泄,形成阴阳离绝。独参汤是中医临床急救常用之药,只要掌握好病机和时机,确能达到回阳、固脱、救逆、止血之功。

患者病后的调理应根据病情逐步采取禁食、进食流质、半流质和无渣饮食;平时忌烟、酒、辛辣及粗纤维多的食物;保持精神愉快,解除紧张和恐惧心理,以达到治愈疾病的目的。

更正:本刊2005年第3期181页病例1中“行全子宫切除”应予删除,谨向读者致歉。