

· 病例报告 ·

反复消化道出血验案 1 则

刘 煊 巨大维 赵 颖 孙大志

(第二军医大学长征医院中医科, 上海市黄浦区凤阳路 415 号, 200003)

[关键词] 反复消化道出血; “三步法”; 验案; 魏品康

1 病历摘要

患者, 男, 45 岁。自 2008 年 8 月起, 无明显诱因出现头晕、乏力, 黑便, 每日一二次, 每次 50~200g, 就诊于当地医院, 血常规: 血红蛋白(Hb) 43g/L; 大便隐血(++) ; 胃镜: 浅表性胃炎。肠镜: 回肠末端及结肠直肠未见器质性病变。全消化道钡餐造影: 第 4 组小肠息肉充盈缺损, 小肠功能亢进(蠕动加快)。肿瘤标记物未见明显异常, 骨髓报告提示: 缺铁性贫血。予“生长抑素”、“叶酸”等对症治疗后, 症状仍有反复, 遂于 2008 年 9 月 25 日在上海某医院就诊。入院后小肠镜检查未见明显异常, 胶囊镜示: 小肠活动性出血。消化道出血(DSA)检查: 回结肠动脉见小片状造影剂外溢征象。住院期间予止血敏、止血芳酸、善宁、输血等治疗后, 病情稳定出院。两个月后患者再次出现黑便、乏力等不适, 就诊于上海某医院。行小肠镜检查, 未见明显异常。小肠 CT 增强扫描及重建均未见明显异常。血常规: 白细胞(WBC) $4.6 \times 10^9/L$, N 0.50, L 0.38, 红细胞(RBC) $2.97 \times 10^{12}/L$, Hb 74g/L, 血小板(PLT) $279 \times 10^9/L$ 。对症治疗后, 患者黑便等症状未见明显改善, 遂于 2008 年 10 月 28 日就诊于我科门诊。症见: 形体消瘦, 面色苍白, 爪甲色淡, 纳食不馨, 大便色黑, 小便正常, 舌淡红、苔薄白, 脉细滑。魏品康教授认为, 患者当务之急乃为“止血”, 治当益气固涩, 清热止血, 拟四君子汤合地榆散加减。处方: 黄芪 30g, 党参 30g, 茯苓 15g, (炒) 白术 15g, 浙贝母 9g, 地榆(炭) 30g, 仙鹤草 30g, 当归 15g, 乌贼骨 30g, 蒲公英 15g, 白花蛇舌草 30g, 棕榈(炭) 30g, 白及 15g, 血余(炭) 15g, (炒) 鸡内金 15g, (制) 大黄 9g, 炙甘草 6g, 每日 1 剂, 水煎服。治疗 14 天后, 患者大便颜色转浅, 复查血常规: RBC $3.3 \times 10^{12}/L$, Hb 76.3g/L。继续坚持治疗, 上方加鸡冠花 15g, (炒) 槐花 30g、三七 2g (吞)、血余(炭) 增至 30g。每日 1 剂, 水煎服。服药 30 天后, 复查大便隐血(-), 遂停药。2008 年 12 月 24 日患者因发现黑便再次入院, 小肠镜: 未见明显异常。小肠

CT 增强扫描及重建: 未见明显异常。大便隐血(++)。住院期间无明显有效治疗方法, 遂于 2008 年 12 月 30 日求治于我科门诊。患者诉乏力明显, 双下肢萎软, 耳鸣, 无头晕, 纳食不馨, 大便日行一二次, 成形, 色黑。舌苔薄白, 脉细。魏老师认为, 患者反复消化道出血已 5 个月余, 虚象由生。血去气伤, 以致气虚阳衰, 无以摄血; 反复出血, 阴血亏虚, 虚火内生。治当补益气血、清热止血, 拟归脾汤加减。处方: 炙黄芪 30g, (炒) 白术 15g, 茯苓 15g, 仙鹤草 60g, 浙贝母 9g, 当归 15g, (炒) 槐花 30g, 地榆(炭) 30g, 棕榈(炭) 30g, 生地黄(炭) 15g, 血余(炭) 15g, 白及 15g, 三七 2g (分吞), 白花蛇舌草 30g, 重楼 30g, 黄连 6g, 鸡冠花 9g, (炒) 鸡内金 15g, (制) 大黄 9g, 炙甘草 6g。2009 年 3 月 2 日, 患者大便已正常, 偶有腹胀、胃痛, 小便正常。舌淡红、苔薄, 脉细。血常规: WBC $3.84 \times 10^9/L$, RBC $2.8 \times 10^{12}/L$, Hb 86g/L。患者消化道出血症状已得到控制, 继以温中健脾、固涩止血为治, 予小建中汤化裁。处方: (炒) 白术 15g, 茯苓 30g, 仙鹤草 60g, 桂枝 15g, 细辛 10g, 黄芪 30g, 白芍 15g, 重楼 30g, (炒) 槐花 30g, 地榆(炭) 30g, 棕榈(炭) 30g, 白及 15g, 白花蛇舌草 30g, 黄连 6g, (制) 大黄 9g, (炒) 鸡内金 15g, 浙贝母 9g, (炒) 枳壳、(炒) 枳实各 15g, 天花粉 15g, 蒲公英 30g, 佛手 15g, 香橡皮 15g, 炙甘草 6g。在此方基础上加减治疗, 其间迭用艾叶(炭)、侧柏叶(炭)等药。至 2009 年 9 月 8 日, 患者坚持服用中药半年余, 症情好转, Hb 恢复至 125g/L。其后停药, 并随访 3 个月余, 患者未再出现黑便等不适症状。

2 讨论

消化道出血, 属于中医“便血”范畴, 是由于胃肠脉络受损导致血液从肛门排出体外。血证的病机特点一般可以归结为火热熏灼、迫血妄行, 气虚不摄、血溢脉外及瘀血阻络、血不循经三类。治疗上一般遵从止血治其标, 紧扣病机治其本的治疗原则。

《血证论》说: “存得一分血, 便保得一分命”, 体现出“止血”的重要性, 也是治疗标证的基础。魏老师擅用炭类药加用白及止血。炒炭是一种常用的中药炮制方法, 现代研究认为, 中药炒炭的止血作用比较复杂, 炒

炭后增强或产生了止血作用,是一个多成分、多环节、多靶点的综合作用。其原因主要包括:①中药炒炭时在高温下产生的可溶性钙离子增多,从而促进了血液凝固,缩短了血液凝固时间;②生成了一定数量的具有吸附、收敛作用的炭素,加速了血液凝固;③某些药物经炒炭后,鞣质含量增加,它能促进血管收缩,降低血管通透性,从而使凝血时间缩短。常用止血的炭类中药包括地榆(炭)、棕榈(炭)、生地黄(炭)、血余(炭)、槐花(炭)、艾叶(炭)、侧柏叶(炭)等等。白及归肺、胃、肝经。有收敛止血,消肿生肌之功。现代研究证实,白及内含有的白及胶,质极黏腻,性极收涩,有收敛止血及生肌作用,并能促使红细胞聚集,形成人工血栓而局部止血。炒炭类药物与白及合用,不仅能缩短血液凝固时间,而且能黏附于消化道黏膜之上,从而起固涩止血的作用。

魏老师认为,在“止血”的基础上,当针对病机“治其本”。认清疾病的发生发展规律是关键,治疗上要根据疾病阶段采取不同的针对性治疗。此患者无明显诱因下出现消化道出血,早期失血,止血为要;继而气随血脱,气血两亏,当气血同治;再其后反复出血导致阴血亏损,虚火内生;出血过多,血去气伤,以致气虚阳衰,当温阳。《景岳全书·血证》曰:“血本阴精,不宜动

也,动则为病,盖动者多由于火,火盛则迫血妄行”。此患者因反复出现消化道出血、黑便近 1 年,血红蛋白水平一直低于正常水平,后期阴血亏虚,虚热内生,治宜清热凉血,药用(炒)槐花、生地黄(炭)、黄连、重楼、蒲公英、白花蛇舌草等。另一方面,患者病程迁延,历久不愈,正气亏虚。而气为血之帅,气能统血;气之不足,常导致血不循经,血溢脉外。《医贯》曾云:“血随乎气,治血必先理气”,可见气与血休戚相关,所以治疗中应气血并治。治宜益气摄血、理气治血,药用黄芪、(炒)白术、仙鹤草、(炒)枳壳、(炒)枳实等。至疾病后期,患者黑便状况得到改善,但是脾胃方面仍显虚弱,魏老师以小建中汤化裁,温中健脾、固涩止血,预防复发。经治疗,患者未再出现黑便,Hb 水平逐渐恢复正常。另外,魏老师全程使用了浙贝母,取其“开通肺气”“肺与大肠相表里”之意,在出血证的治疗中有一定借鉴意义。纵观治疗全过程,魏老师在此例病案中,采用了“三步走”的治疗法则,收效满意。第一步,止血宁血;第二步,益气摄血,清热凉血;第三步,温中健脾,调和肠胃。体现了“急则治其标,缓则治其本”的治疗原则。

(收稿日期:2010-02-26;修回日期:2010-03-12)

[编辑:黄健]