

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.19.004

当代名医

赵文霞治疗肝硬化合并门脉高压性胃病出血经验

马素平^{*}, 贾攀², 刘江凯¹ 指导: 赵文霞¹

(1. 河南中医药大学第一附属医院, 河南省郑州市金水区人民路 19 号, 450000; 2. 河南中医药大学)

摘要 总结赵文霞治疗肝硬化合并门脉高压性胃病出血的经验。提出火、瘀、虚为本病三大病机, 其中血瘀贯穿病程始终, 为疾病中心环节, 火和虚皆可致瘀, 为导致出血的关键病机。临证治疗时首当详辨火、瘀、虚何为主要病机。注重标本缓急的治疗原则, 出血活动期以止血为主, 出血恢复期当以防止再次出血为主, 可根据病机辨证施治巩固疗效。并将“杂合以治”的理念运用于临床实践, 在辨证治疗的基础上运用不同的中药剂型、给药途径, 同时将中药灌肠、针灸等多种治疗方法并用以提高疗效, 且强调辨证调摄以防止复发。

关键词 肝硬化; 门脉高压性胃病; 胃出血; 名医经验; 赵文霞

赵文霞 (1956—), 女, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 国家第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 国家首届中医药高等学校教学名师, 河南省首届名中医。从事中医药防治慢性肝病研究近 40 年, 在治疗肝硬化及相关并发症方面积累了丰富的临床经验。发表学术论文 159 篇, 主编、参编著作 16 部, 其中全国规划教材 7 部, 发明专利 2 项, 获省部级科技进步二等奖 7 项、三等奖 1 项, 先后主持国家级课题 9 项, 省部级课题 8 项, 其他课题 6 项。

门脉高压性胃病出血系胃黏膜下的动-静脉交通支广泛开放, 胃黏膜毛细血管扩张, 广泛渗血。肝硬化患者门脉高压性胃病发病率为 50% ~ 80%, 其出血多为反复或持续少量呕血、黑便及难以纠正的贫血, 少数甚至出现上消化道大出血^[1-2]。西医治疗原则均以止血、降低门脉压力、保护胃黏膜、改善胃黏膜局部血管血液淤滞状态等为主。若为急性大出血可采取经内镜下食管-胃底静脉曲张套扎、硬化、组织胶粘合, 经手术贲门-胃底静脉曲张离断, 以及门体静脉分流术等治疗方法^[3-5]。若为慢性广泛渗血, 以上微创及手术治疗方法则均不适用, 而中医药在提高临床疗效、控制门脉高压性胃病出血及复发等方面具有独特优势。赵文霞主张出

血活动期应禁食不禁药, 在西医止血、降低门脉压力、保护胃黏膜等治疗方法基础上, 早期使用中药干预。出血停止后合理选择中药剂型、用法、用量巩固治疗, 临床中收效显著。现将赵文霞治疗肝硬化合并门脉高压性胃病出血的经验介绍如下。

1 临证详辨火、瘀、虚

赵文霞认为, 本病可归属于中医学“吐血”“便血”范畴。原发病为肝积, 而血瘀是肝积的基本病机, 肝积患者多因邪毒侵袭, 或因酒食损伤, 或因情志抑郁, 或因黄疸、胁痛等他病续发, 导致脏腑失和, 气血运行不畅, 痰浊内生, 气滞血瘀痰凝。瘀血留滞于肝脏, 可致肝脏脉络阻滞, 气血运行障碍, 日积月累, 凝结成块则为肝积, 故有“恶血归肝”之说^[6]。肝气横逆犯胃, 可致胃络瘀阻, 血溢脉外而成出血。除瘀血之外, 肝积所致血证的共同病机还有火和虚, 在火热之中又有实火、虚火之分。肝积患者情志过极, 忧思恼怒过度, 肝气郁结化火, 或因饮食不节、饮酒过多及过食辛辣厚味, 滋生湿热化火, 为实火。劳倦过度, 心主神明, 神劳伤心, 耗伤阴液, 则阴虚火旺; 或久病或热病使阴精耗伤, 以致阴虚火旺, 为虚火。火热之邪侵犯血脉, 轻则加速血行, 甚则可灼伤脉络, 迫血妄行, 引起出血。虚主要有气虚、阴虚之别。肝积患者疾病早期多为正盛邪实, 而久病或热病使正

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目; 河南省中医药科学研究专项 (2017ZY2008)

* 通讯作者: masuping@163.com, 13523526616

气亏损或阴液耗伤, 气虚不摄, 血溢脉外而致出血, 在气虚之中亦有气虚和气损及阳之别。阴虚不能制阳, 则阳气偏亢而虚热内生。因此, 火、瘀、虚是肝硬化合并门脉高压性胃病出血的主要病理因素, 其中血瘀贯穿病程始终, 为中心环节, 火和虚皆可致瘀, 为导致出血的关键病机。

肝硬化合并门脉高压性胃病出血临床多见便血, 严重者可见吐血。赵老师认为, 临证首当辨火、瘀、虚何为主要病机。肝火犯胃而致出血者, 一般症见出血色红或紫暗, 口苦胁痛, 心烦易怒, 寐少梦多, 舌质红绛, 脉弦数。以阴虚火旺为主者, 通常出血量少, 反复不止, 颧红, 心烦, 口渴, 手足心热, 或有潮热, 盗汗, 舌质红、苔少, 脉细数。气虚血瘀导致出血者, 出血缠绵不止, 或量少而不畅, 血色暗, 或可见赤掌、颈胸部蛛丝纹缕, 或腹壁青筋暴露, 右胁胀痛不适, 或刺痛, 舌质暗、舌下脉络增粗, 脉弦细。

2 标本缓急精施治

赵老师精于妥善处理标本虚实关系, 出血时“急则治其标”, 止血为急。正如《素问·标本病传论篇》所言“知标本者, 万举万当; 不知标本, 是谓妄行”^[1]。《古今医鉴》亦记载“病有标本, 急则治标, 缓则治本。法分攻补, 虚而用补, 实而用攻”^[2]。表明了正确把握疾病的标本缓急, 在临床治疗疾病过程中具有重要意义。根据标本缓急, 在本病的不同阶段, 采取不同的中药剂型、不同的给药途径, 随症加减化裁中药, 提高抢救成功率。

出血活动期当“急则治其标”, 以止血为主。此期不宜大量口服药物, 在西医对症治疗基础上, 阴虚为主者给予康复新液以养阴生肌止血, 血瘀为主者予云南白药以化瘀生肌止血, 或以白及、三七溶水少量频服。白及首载于《神农本草经》, 味苦、甘、涩, 性寒, 主入肺、胃经, 为收敛止血要药, 可用于周身内外出血, 因其归肺、胃经, 故尤其善止肺、胃出血。现代研究认为, 白及能增强血小板第三因子活性, 显著缩短凝血时间及凝血酶原形成时间, 抑制纤维蛋白溶酶活性, 对局部出血有止血作用^[3]; 同时其含有丰富的白及甘露聚糖、挥发油等, 对消化道黏膜有良好的保护作用^[4]。三七首载于《本草纲目》, 又名田七, 味甘、微苦, 性温, 归肝经, 入血分, 既能止血, 又能化瘀生新^[5]。现代研究报道, 本品有止血作用, 能缩短出、凝血时间及凝血酶原时间, 同时也有抗血小

板聚集及溶栓作用, 即“止血不留瘀, 化瘀不伤正”之意, 制成散剂后更易分散, 奏效快, 对出血创面具有更强的机械性保护作用^[3]。赵老师认为, 白及、三七粉联合应用具有协同作用, 可广泛应用于门脉高压性胃病、食管-胃底静脉曲张、胃十二指肠溃疡等多种原因引起的消化道出血。常用量为白及 10~15 g, 与三七粉 3 g 联合使用, 其中三七粉冲服, 对于出血创面较大, 出血量较多的患者亦可加大其用量, 而三七同时具有补气摄血的作用。

为迅速控制出血, 还可运用中医药的特色止血药炭剂, 制药成炭后改变了药物的寒凉、辛散之性, 增强了药物的收涩能力, 正如《景岳全书》云“夫物之经火煨者, 其味皆咸涩, 而所以用煨者, 非欲去其生刚之性, 则欲用其苦涩之味”。现代药理研究亦表明, 炭剂的止血机理主要与其所含的炭素、鞣质、钙离子、挥发油成分变化等相关^[3]。以药炒炭增强止血之效, 确有其理, 但绝不可一见血证便都炒炭用。气损及阳之虚寒证及寒热错杂、虚实并见之出血, 可辨证使用大黄炭、侧柏叶炭、黄芩炭、牡丹皮炭等炭剂, 减其药性之寒凉, 增加其逐瘀止血之功。而实火及阴虚所致出血, 则一般不宜使用炭剂^[4]。

若出现汗出、肢冷、四肢不温等气随血脱之象, 根据辨证予以生脉注射液、参附注射液或黄芪注射液等中成药静脉滴注以益气摄血, 起效迅速。肝硬化并发门脉高压性胃病出血患者, 若出血量大, 多病情急、程度重、预后不佳。因此, 临床中宜采用中西医结合治疗, 共同发挥优势, 如及时输血、补液, 加用药物止血, 质子泵抑制剂抑制胃酸, 血管活性药物如生长抑素、奥曲肽、特利加压素等以降低门静脉压力。

赵老师认为, 出血稳定 24 h 后, 治疗当以控制原发病、预防再出血为主, 应以“缓则治其本”为主要原则, 四诊合参, 根据辨证给予汤药治疗, 如肝火犯胃型, 以泻肝清胃、凉血止血为治法, 方选丹栀逍遥散合十灰散加减, 常用药物有柴胡、当归、白芍、牡丹皮、栀子、黄芩、白术、茯苓、侧柏叶、白茅根、藕节、大黄、茜草等; 胁痛甚者, 加郁金、制香附理气活络定痛; 或加疮家之圣药连翘清热解毒, 利于出血创面修复。以阴虚火旺为主要病机者, 治以滋阴降火、宁络止血, 方选知柏地黄汤或茜根散加减, 常用药物有知母、黄柏、生地、麦冬、山萸肉之类, 配养阴止血药, 如墨旱莲、阿胶珠等。若兼有气虚者予以太子参、甘草健

脾益气生津,以促进气阴相生。气虚血瘀导致出血者,治以益气活血止血,急则用独参汤,缓则用当归补血汤合四君子汤加减,常用药物有白术、黄芪、人参、三七、白及、茜草、生大黄、木香、当归、炙甘草等。

出血停止后,处于恢复期,此时当以防止再次出血为主,病情基本稳定,可根据病机辨证使用中成药巩固疗效。此类剂型具有成分相对固定、易于储运携带、使用便捷等优势,可用于长期控制肝硬化门脉高压病情进展,预防复发,改善生活质量。肝火犯胃型常选用丹栀逍遥散合鳖甲煎丸,阴虚火旺型常选用龟甲养阴片,气虚血瘀型常选用复方鳖甲软肝片。

3 “杂合以治”增疗效

肝硬化合并门脉高压性胃病出血的病机复杂,且出血时口服药物受限,赵老师主张将“杂合以治”的治疗理念运用于本病的临床实践中以提高疗效。“杂合以治”最早记载于《黄帝内经》,曰“故圣人杂合以治,各得其所宜。故治所以异而病皆愈者,得病之情,知治之大体也”。“杂合以治”即是综合治疗之意,集多种治法于疾病,是中医学整体观念的最佳体现^[4]。根据此治疗理念,赵老师提出在辨证治疗的基础上运用不同的中药剂型、给药途径,并随症加减化裁,同时提出中医外治法亦是防治肝硬化合并门脉高压性胃病出血的有效方法,临床中可内外同治以增强疗效。中医外治治疗本病主要可采取中药灌肠,体针、耳针、头皮针等针刺法,穴位贴敷,艾灸法。赵老师提出,血止初期,大量积血留滞肠腑,易化热并发腹痛,或秽浊之气上蒙清窍而并发肝厥,此时胃络破裂尚未修复,不宜口服峻烈之剂,根据辨证论治予以中药加枳实、厚朴、大黄、芒硝等直肠滴入,以通腑降浊除痞,预防肝性脑病、感染等并发症在疾病缓解期尤为重要。此外,将汤药保留灌肠,使药物通过肠黏膜吸收进入血液,参与体循环,到达治疗部位,以增强治疗效果。针刺主要选取膈腧、公孙、内关、三阴交、足三里、胃俞等穴。耳针主穴为耳中、脾、肾上腺、前列腺、垂体前叶等,并随证选用配穴^[4]。穴位贴敷主要选取神阙、涌泉等以益气摄血。灸法具有扶助阳气、举陷固脱的功效。《扁鹊心书·须识扶阳》记载“真阳元气衰则人病,真阳元气脱则人死,保命之法,灼艾第一”,说明阳气下陷或气随血脱之危证,可用灸法^[7]。

4 辨证调摄防复发

肝硬化合并门脉高压性胃病出血的常见诱因主要有进食粗糙质硬及辛辣刺激食物、饱餐、饮酒、服用非甾体类抗炎药、情绪激动、用力排便等,因此,饮食及生活调摄是防治出血复发的关键。赵老师强调,该类患者应注意饮食有节,起居有度,调畅情志,配合治疗,避免进食粗糙质硬、辛辣刺激食物,避免饮酒,适量进食避免饱餐;避免情志过极,尽量消除紧张、恐惧、忧虑等不良情绪;劳逸适度,注意休息;避免使用非甾体类抗炎药等易诱发消化道出血的药物;同时定期复查是防止出血复发的重要保障。

5 验案举隅

患者,女,60岁,2012年1月21日初诊。主诉:间断呕血、便血7年,再发1日。现病史:患者7年前进食粗糙饮食后出现呕血、便血,呕血量约1000 ml,伴心慌、汗出,在某医院治疗血止后行脾切加贲门周围血管离断术。2年前再次出现呕血、便血,行内镜下食管曲张静脉套扎、胃底曲张静脉硬化治疗,半年后因呕血再次行胃底曲张静脉硬化治疗。1年来无明显诱因先后4次呕血、便血,胃镜诊断门脉高压性胃病,无法再进行局部治疗。每次均予以生长抑素等药物及输血治疗。1日前劳累后再次出现黑便,每日4次,总量约300 g,呕血1次。入院症见:脘腹胀闷,甚则作痛,吐血色紫暗,口干,大便色黑,潮热,面色晦暗,颧红,乏力,齿衄,舌体瘦小、质红、苔薄少,脉细数。心率100次/min,血压90/55 mmHg。既往史:慢性乙型肝炎史20余年,肝硬化史10年,拉米夫定片联合阿德福韦酯片抗病毒治疗10年,乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸(HBV-DNA)阴性。辅助检查:HBV-DNA未检出;肝功能:总胆红素37 mmol/L、白蛋白31 g/L、丙氨酸氨基转移酶27 U/L、胆碱酯酶2.7 KU/L;血常规:白细胞 4.9×10^9 /L、中性粒细胞56%,血红蛋白95 g/L,血小板 28×10^9 /L。中医诊断:血证,吐血(阴虚火旺);肝积。西医诊断:门脉高压性胃病并上消化道出血失血性贫血(轻度);肝炎肝硬化乙型(失代偿期,活动性)。治法:滋阴降火,凉血止血。方药:急予以康复新口服液10 ml、6小时1次、口服。禁食,西药予以扩充血容量、降低门脉压、止血,对症支持治疗。予生长抑素针500 μ g/h微量泵入以降低门脉压力,奥美拉唑针8 mg/h微量泵入以抑酸,蛇毒血凝酶

2KU 肌肉注射、2KU 静脉推注以止血。

2012 年 1 月 22 日二诊: 患者黑便 3 次, 总量约 250 g, 无呕血, 潮热, 颧红, 乏力, 舌体瘦小、质红、苔薄少, 脉细。入院后尿量 1000 ml。心率 86 次/min, 血压 96/60 mmHg。予以知柏地黄汤加味。生地黄 24 g, 山药 12 g, 山萸肉 12 g, 牡丹皮 9 g, 泽泻 9 g, 茯苓 9 g, 知母 6 g, 黄柏 6 g, 白及 15 g, 三七粉 3 g (冲), 仙鹤草 30 g, 白茅根 15 g, 厚朴 10 g, 3 剂, 浓煎取汁 120 ml, 每次 20 ml, 分 6 次温服。西药继续以上述方案治疗。

2012 年 1 月 25 日三诊: 患者大便转黄, 每日 1 次, 量少, 无呕吐, 潮热、颧红减轻, 舌体瘦小、质红、苔薄少, 脉沉细。中药 3 剂, 守上方, 水煎取汁 200 ml, 分 4 次温服。流质饮食。23 日起, 生长抑素针减量为 250 μ g/h 微量泵入, 奥美拉唑针改为 40 mg、12 小时 1 次静脉滴入, 余药同前。25 日起停生长抑素针、奥美拉唑针、蛇毒血凝酶, 给予盐酸普萘洛尔片 (每次 10 mg, 每日 2 次) 口服以降低门脉压力, 奥美拉唑胶囊 20 mg, 每 12 小时 1 次, 口服以抑酸。

2012 年 1 月 28 日四诊: 患者胃脘痞满, 食欲差, 颧红消失, 手脚心热, 舌体瘦小、质红、苔薄, 脉沉细。中药守上方, 去知母、黄柏, 加连翘 15 g、鸡内金 15 g, 14 剂, 水煎取汁 400 ml, 分 4 次温服。

2012 年 2 月 18 日五诊: 患者胃脘痞满减轻, 纳食量少, 手脚心热, 面色晦暗, 舌体瘦小、质红、舌下脉络迂曲、苔薄, 脉沉细。中药守上方, 14 剂, 水煎取汁 400 ml, 分 2 次温服。加用鳖甲煎丸, 每次 1 g, 每日 3 次, 口服。嘱, 如无不妥, 3 个月内鳖甲煎丸逐渐加量至每次 3 g、每日 3 次口服。

2012 年 5 月 20 日六诊: 患者未再呕血、便血, 纳食量少, 手脚心热基本消失, 面色晦暗减轻, 舌体适中、质红减轻、舌下脉络迂曲、苔薄, 脉沉细。辅助检查: 血常规: 红细胞 $3.9 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 118 g/L, 血小板 $117 \times 10^9/L$, 白细胞 $4.1 \times 10^9/L$; 大便常规: 黄褐色软便, 隐血试验阴性。中药以滋补肝肾为主, 兼以活血化瘀。六味地黄丸每次 8 粒, 每日 3 次, 口服; 健脾丸每次 8 粒, 每日 3 次, 口服; 鳖甲煎丸, 每次 3 g, 每日 3 次, 口服。嘱: 饮食有节, 忌粗糙食物, 起居有常, 劳逸适度, 避免情志过极。

按语: 该患者原有“肝积”, 肝血瘀阻, 脉络

不通, 反复呕血、便血, 先后行脾切加贲门周围血管离断术、两次胃底曲张静脉硬化治疗, 仍反复呕血、便血, 每次量少, 不易止血, 胃镜示: 门脉高压性胃病, 胃黏膜弥漫性渗血, 治疗棘手。久病或使阴精伤耗, 以致阴虚火旺, 迫血妄行, 再加之劳累耗伤气血津液, 诱发出血, 血溢脉外, 导致便血、呕血, 呕血量大, 病情急骤, 迅速出现脉细数、心率加快、血压降低, 有气随血脱的危险。《景岳全书·血证》云“血本阴精, 不宜动也, 而动则为病。血主荣气, 不宜损也, 而损则为病。盖动者多由于火, 火盛则迫血妄行; 损者多由于气, 气伤则血无以存。”治疗以“急则治其标, 缓则治其本”为治则, 先以生肌止血为主, 血止后再以滋阴降火、软坚散结为法。初诊先用康复新口服液以养阴生肌止血, 二诊继以知柏地黄汤为主方以滋阴降火、凉血止血, 方中将熟地黄改为生地黄作为君药, 使滋阴生津, 又能清热凉血。伍以白及、三七、仙鹤草、白茅根清热化瘀止血, 另予厚朴调畅气机, 使补而不滞。三诊, 患者诸症悉减, 中药守二诊方以巩固疗效, 出血停止故禁食水改为流质饮食。四诊, 阴虚火旺之症状消失, 故去知母、黄柏, 胃脘痞满, 食欲差, 上方基础上加连翘、鸡内金以清热散结运脾。五诊, 出血停止已 20 余日, 诸症俱减, 上方基础上加用鳖甲煎丸以软坚散结治病之源。六诊, 患者虚火之象以去, 给予六味地黄丸、健脾丸及鳖甲煎丸具有成分相对固定、使用便捷等优势的中成药巩固疗效。反复出血, 气阴不足之象逐渐明显, 予以健脾丸益气健脾, 恢复气血之源。

赵老师善于合理选择中药剂型、用法、用量, 该患者急性出血时, 不宜进食水, 在西药予以扩充血容量、降低门脉压、止血, 对症支持治疗基础上, 予以中成药康复新口服液少量频服; 呕血稍缓后, 予以知柏地黄汤加减口服; 出血停止已近 1 个月, 加用中成药饭后服用, 药量从小剂量起, 逐渐加至常规量, 病情进一步稳定, 改成中成药巩固疗效。随访 3 年, 患者间断中药治疗, 未再呕血便血。赵老师认为, 本病的治疗应注意标本缓急, 临证时全面了解病情, 准确辨证, 不可纯用温补或单纯止血, 应通过调和寒热气血, 并随证加减, 临床中收效显著。

参考文献

- [1] PURBEY BK, GURUNG RB, PANDAY R, et al. The etiology of upper gastrointestinal bleeding in patients with liver

- cirrhosis in dhulikhel Hospital [J]. Kathmandu Univ Med J, 2017, 15(60): 292-295.
- [2] SEMENOVA TS, PALTSEVA EM, ZHIGALOVA SB, et al. Portal hypertensive gastropathy [J]. Arkh Patol, 2014, 76(6): 64-68.
- [3] CREMERS I, RIBEIRO S. Management of variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis [J]. Therape Adv Gastroenterol, 2014, 7(5): 206-216.
- [4] PRIMIGANI M, TOSETTI G. Portal hypertensive gastropathy after variceal eradication: more bleeding risk or just more reddening? [J]. Hepatol Int, 2016, 10(6): 847-850.
- [5] KARKI L, GORKHALY MP, KARKI BB. Study of upper gastro-in-testinal tract endoscopic findings in portal hypertension [J]. J Nepal Med Assoc, 2013, 52(6): 337-342.
- [6] 金瑛, 王爱君. 恶血归肝理论及其在针灸科临证摭拾 [J]. 中医药学报, 2009, 37(5): 80-81.
- [7] 王洪图. 内经选读 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 142-206.
- [8] 戴锡孟. 中医基础理论文献辑要 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1998: 406-411.

- [9] 赵菲菲, 简良才, 杨馨, 等. 白及非多糖组分对大鼠血小板活化及血液流变学的影响 [J]. 中成药, 2017, 39(2): 244-249.
- [10] 王巍, 程明和, 高静, 等. 白及止血海绵止血作用的实验研究 [J]. 药学实践杂志, 2016, 34(1): 32-35.
- [11] 李时珍. 本草纲目 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 767-768.
- [12] 周晨, 刘辉. 三七功用与化学成分 [J]. 实用中医内科杂志, 2018, 32(8): 4-7.
- [13] 何燕飞, 周祺, 陈华, 等. 中药炭药的临床应用及作用机理研究 [J]. 氨基酸和生物资源, 2015, 37(3): 1-6.
- [14] 卢在和. 中药炭剂止血的临床应用 [J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(2): 359.
- [15] 侯献兵, 刘英, 宋雅婷. “杂合以治”在中医体质调治中的应用 [J]. 中医杂志, 2013, 54(17): 1514-1515.
- [16] 王丽娟, 王明杰, 孙中莉, 等. 《伤寒论》中血证治疗规律刍议 [J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(1): 124-125.
- [17] 王宏才, 白兴华. 中国针灸交流通鉴(历史卷·上) [M]. 西安: 西安交通大学出版社, 2012: 238.

ZHAO Wenxia's Experience in Treating Hepatic Cirrhosis Complicated with Portal Hypertensive Gastropathy Caused Bleeding

MA Suping¹, JIA Pan², LIU Jiangkai¹

(1. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000; 2. Henan University of Chinese Medicine)

ABSTRACT This paper summarized ZHAO Wenxia's experience in treating hepatic cirrhosis with portal hypertensive gastropathy caused bleeding. It is proposed that fire, stasis and phlegm are the three major pathogenesis of this disease. Blood stasis runs through the course of the disease, and it is the central link of the disease. Both fire and deficiency can cause stasis, which is the key pathogenesis leading to bleeding. In the case of clinical treatment, main pathogenesis of fire, stasis and phlegm should be carefully differentiated first. Pay attention to the principle of superficial or roots as well as chronic or acute. Stop bleeding during the active period of bleeding, and prevent re-bleeding during the recovery period, and to consolidate the curative effect according to the syndrome differentiation. The concept of "mixed treatment" is applied to clinical practice. Different forms of Chinese medicine and administration are applied on the basis of syndrome differentiation treatment. Meanwhile, various treatment methods such as enema of traditional Chinese medicine and acupuncture are used to improve the curative effect, and the syndrome differentiation is emphasized to prevent recurrence.

Keywords cirrhosis; portal hypertensive gastropathy; gastric bleeding; experience of famous doctor; ZHAO Wenxia
(收稿日期: 2019-06-22; 修回日期: 2019-08-11)

编辑: 贾维娜