

沈洪辨治消化道出血验案 4 则

陈丹丹¹ 蔡超² 沈贤发¹

(1. 南京中医药大学附属盐城市中医院, 江苏盐城 224001; 2. 南京中医药大学第一临床医学院, 江苏南京 210029)

指导: 沈洪

关键词 消化道出血; 血证; 沈洪; 验案

消化道出血可分为上消化道出血与下消化道出血, 上消化道出血指发生在屈氏韧带以上的食管、胃、十二指肠、上段空肠以及胰管和胆管的出血, 而屈氏韧带以下的肠道出血称为下消化道出血^[1]。随着内镜技术的发展, 消化道出血病因的诊断越来越明确^[2]。目前西医治疗本病多使用质子泵抑制剂、生长抑素类似物及内镜下手术等手段, 虽可短期内取得较好的止血效果, 但远期效果不佳, 尤其是再次手术率高, 增加了患者医疗负担, 影响后续生活质量。消化道出血可归属于中医学“血证”范畴, 血证是指血液不循常道, 或上溢于口鼻诸窍, 或下泄于前后二阴, 或渗出于肌肤所形成的一类出血性疾患, 消化道出血常见的吐血、便血等症状与血证吻合。

沈洪教授系岐黄学者、全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 擅长消化系统疾病的诊断与中医及中西医结合治疗, 对于消化道出血的诊疗经验丰富。沈师认为血证发病责之于热证与虚证, 其中热证分为实火与虚火, 火盛则灼胃导致出血; 虚者表现为脾虚, 脾气虚弱而不能摄血, 因此血溢脉外。其立法用药考虑全面, 着眼于患者的长远恢复, 强调止血需防留瘀生弊。笔者临证跟师学习, 观其治疗各类消化道出血疾患疗效显著, 现择验案 4 则介绍如下, 以飨读者。

1 瘀阻经络, 络伤血溢, 治当活血化瘀, 瘀散则血自归经

曹某某, 女, 78 岁。初诊日期: 2015 年 5 月 6 日。

主诉: 腹痛、反复解血便 7 月余, 加重 1 d。患者 2014 年 11 月无明显诱因下自感脐周疼痛剧烈, 呈持续性, 伴恶心、呕吐, 呕吐胃内容物, 无呕血, 腹泻 4~5 次, 后解暗红色血便 10 余次, 解大便后腹痛无缓解。就诊于南京鼓楼医院, 查 CT 示: 横结肠全程管壁增厚, 肠系膜上动静脉重建; 电子肠镜示: 结肠

多发溃疡性质待定; 病理示: 慢性活动性肠炎伴溃疡形成, 坏死、炎性肉芽组织形成。诊断为缺血性肠病, 予抗凝、抗血小板聚集、输血等治疗后, 好转出院。患者于 2014 年 12 月、2015 年 1 月、2015 年 2 月、2015 年 4 月多次因便血出现“出血性休克”住院进行输血治疗。此次患者因再次出现便血遂至沈师处求诊。刻诊: 下腹部阵发性隐痛, 便后不能缓解, 大便偏干, 先便后血, 自觉口苦, 无反酸暖气, 无恶心呕吐, 纳可, 小便调, 舌淡、苔白腻, 脉弦细。西医诊断: 缺血性肠病; 中医诊断: 血证(血瘀阻络证)。治以活血化瘀止血。方选桃红四物汤加减。处方:

桃仁 10 g, 红花 6 g, 炒当归 10 g, 生地黄 15 g, 炒白芍 15 g, 川芎 10 g, 炒枳壳 10 g, 火麻仁 15 g, 炙甘草 3 g。7 剂。每日 1 剂, 水煎, 分 2 次服。

2015 年 5 月 14 日二诊: 患者大便偏干, 日行 1 次, 未见血便, 便前腹部稍有隐痛, 口干, 纳食可, 舌淡、苔薄白, 脉弦细。予初诊方加白茅根 15 g、五味子 6 g, 14 剂。

药后腹痛、便干等症状皆有改善, 予二诊方调方治疗 3 个月。随访至今, 未再出现出血性休克。

按: 缺血性肠病是因肠壁缺血、乏氧出现的一类症候群, 甚有发生肠梗死的风险。造成结肠缺血的直接原因多为肠系膜动、静脉, 特别是肠系膜上动脉因粥样硬化或血栓形成引起的血管闭塞及狭窄。本案患者下腹疼痛、便血, 责之于瘀阻经络, 血溢脉外, 正如《灵枢·百病始生》^[3]所云: “络伤则血外溢, 血外溢则衄血; 阴络伤及血内溢, 血内溢则后血。”出血之后, 离经之血不能排出体外, 留积于体内, 蓄结而为瘀血, 瘀血留滞体内, 妨碍新血生长, 使出血反复难止, 加之肠络不通, 不通则痛, 导致患者下腹疼痛; 出血日久, 耗伤阴津, 故而见大便偏干。因此, 沈师治以活血化瘀止血, 方选桃红四物汤加减。方中桃仁、红

花活血化瘀,《用药心法》言桃仁“苦以泄滞血,甘以生新血,故凝血须用。又去血中之热”,具有止血不留瘀的优势;舌淡、苔白腻、脉弦细皆为血瘀阻络之象,以生地黄、炒当归补肝养血调经,炒白芍养血和营增补血之力;腹部隐痛,予川芎活血行气、调畅气机;佐炒枳壳行气,气行血行则痛止;大便偏干,予火麻仁润肠通便;炙甘草调和诸药。诸药配伍,瘀去则新血生,疗效满意。二诊时,患者便血症状已除,但仍有腹痛、大便干等,考虑阴虚夹瘀,加白茅根凉血清热、五味子收敛养阴。药证合拍,故能瘀散而血自归经。

沈师治疗缺血性肠病时,一方面积极控制肠壁缺血、坏死,缓解出血症状,另一方面纠正病因,通调肠络,从整体入手治疗出血,而不是见血止血,止血过急易致留瘀,若瘀血留滞,气机壅塞,则会加重病情^[4-5]。

2 阴虚生热,迫血妄行,治当养阴凉血,热清则血宁

武某某,女,62岁。初诊日期:2017年5月9日。

主诉:乏力伴间断解黑便5年,加重2个月。患者5年前无明显诱因自感头晕、乏力,解成形黑便,每日1~2次,于当地医院间断补充铁剂、输血以纠正贫血,症状时轻时重。2013年6月7日患者至南京鼓楼医院就诊,查电子胃镜示:胃窦毛细血管扩张症?胃潴留。诊断为胃窦毛细血管扩张症,住院行内镜下氩离子凝固术(APC)、输血治疗,好转后出院。2014年10月、2016年12月多次因“上消化道出血”于鼓楼医院行APC。近半年来平均2个月1次因“上消化道出血”住院进行输血治疗。既往史:高血压病,干燥综合征,类风湿关节炎,心脏起搏器植入术后。2017年3月开始自觉乏力明显,解黑便次数较前增多,2017年5月8日南京鼓楼医院粪便常规示:隐血(OB)+;血常规示:血红蛋白(Hb)81 g/L(正常值范围115~150 g/L)。刻诊:贫血貌,上腹隐痛,无明显腹胀,反酸,无嗝气,乏力,大便日行1~2次,尚成形,色黑,食欲不振,夜寐欠安,舌淡红、苔少,脉细滑尺弱。西医诊断:胃窦毛细血管扩张症;中医诊断:血证(阴虚血热证)。治以养阴凉血止血。方选益胃汤加减。处方:

北沙参15 g,麦冬15 g,石斛15 g,生地黄15 g,炒白芍15 g,地榆10 g,墨旱莲15 g,仙鹤草15 g,佛手6 g,炒海螵蛸20 g,白及6 g,炒稻芽20 g,黄连3 g,白茅根30 g,炙甘草3 g。14剂。每日1剂,水煎,分2次服。

2017年5月24日二诊:患者上腹隐痛较前好转,偶有反酸,大便尚成形,色黄,食欲一般,夜寐一般,舌淡红、苔少,脉细滑。予初诊方去黄连,加瓦楞子15 g、芦根30 g,14剂。

后以二诊方加减服用3个月。随访至今患者未再进行输血治疗。

按:胃窦毛细血管扩张症内镜表现为扩张的血管呈红色条纹状沿黏膜皱襞顶部向幽门集中,即条状胃窦血管扩张,因其外观类似西瓜皮上的条纹,故也称西瓜胃^[6]。本病主要表现为长期消化道隐性出血,大便潜血试验持续阳性,失血量多者每日可达100~200 mL,可伴黑便和呕血,病程可长达数年至数十年。本案患者素体阴虚,患干燥综合征日久,阴虚不能濡养胃络,胃络失津,加之虚火灼烧,故而出现消化道反复出血,精血亏耗进一步加重阴虚。阴虚火旺既是引起出血的病理因素,又是出血所导致的病理结果。《景岳全书·血证》有言:“凡治血证,须知其要,而血动之由,惟火惟气耳。”火热熏灼,损伤脉络,是血证最常见的病机^[7]。本案患者出血病程较长,阴虚较甚,不能荣养胃络,虚火灼络,症见胃黏膜出血,大便色黑;舌淡红、苔少、脉细皆为阴虚火旺之象。故沈师治以养阴凉血止血,方选益胃汤加减。方中生地黄、麦冬甘寒,养阴清热、生津润燥,为君药;北沙参、石斛养阴生津,为臣药。病位在胃络,症见反酸,加白及、炒海螵蛸护膜止血,《本草纲目》言白及“性涩而收,故能入肺止血,生肌治疮也”,为收敛止血药物,现代药理研究证实白及除止血作用外,还可保护胃黏膜^[8];炒白芍养血敛阴柔肝;地榆、墨旱莲、白茅根凉血止血;仙鹤草收敛止血;佛手、炒稻芽理气和胃助导;黄连清胃热。以上十味合为佐药。炙甘草调和诸药,为使药。诸药合用,共奏滋养胃阴、凉血止血之效。二诊时,患者症状好转,食欲较差,反酸仍有,加瓦楞子制酸止痛,芦根清热生津以加强养阴之效。药证合拍,故服药后胃络得安,热清血宁。

3 脾不统血,气血双亏,治当益气养血,气充则血不妄行

杨某某,女,19岁。初诊日期:2016年8月16日。

主诉:间断解黑便10月余,加重1月余。患者2015年11月20日无明显诱因出现便血,于上海同济医院就诊,查电子胃镜示:胃多发蓝色橡皮大疱痣,见畸形静脉;电子肠镜示:大肠多发蓝色橡皮大疱痣。诊断为蓝色橡皮疱痣综合征。于2015年11月26日、2016年7月8日多次住院行套扎+硬化治疗,便血难止,遂就诊于沈师处。刻诊:贫血貌,大便色偏黑,稍乏力,怕热,无明显腹痛腹胀,平素易便秘,舌质淡红、苔薄白,脉细弱。2016年8月16日查粪常规:Ob(+),Hb 70 g/L。西医诊断:蓝色橡皮疱痣综合征;中医诊断:血证(气血两亏证)。治以益气养血止血。方选归脾汤合生脉饮加减。处方:

生黄芪15 g,炒当归10 g,生地黄15 g,炒白芍15 g,麦冬15 g,火麻仁15 g,地榆10 g,炒槐米15 g,茜草15 g,炒枳壳10 g,醋乌梅10 g,五味子6 g,太子

参15 g, 仙鹤草15 g, 炙甘草3 g。14剂。每日1剂, 水煎, 分2次服。

2016年9月1日二诊: 患者大便色转黄, 乏力较前改善, 仍有怕热, 舌淡红、少苔, 脉细弱。予初诊方去火麻仁, 加桑叶10 g、焦栀子6 g, 14剂。

予二诊方调整用药2个月。随访至今, 患者查粪常规未见异常。

按: 蓝色橡皮疱疮综合征(BRBNS)是一类罕见的先天性疾病, 以皮肤和消化道等脏器多发血管畸形并伴消化道出血或隐性失血、继发贫血为特征, 发病率仅为1:14 000, 多为散发^[9]。本案患者先天禀赋异常, 罹患先天性疾病, 素体脾胃虚弱, 气血生化不足, 故症见乏力、怕热、出血病程长, 皆属阴虚血热之象; 脾不统血, 虚火扰络, 故便血难止。沈师辨为气血两亏证, 以归脾汤、生脉饮之意组方, 达益气养血止血之目的。方中炒当归、生地黄、炒白芍补血养血, 配伍生黄芪补气摄血; 症见怕热, 予太子参、麦冬、五味子气阴双补; 大便色偏黑, 选地榆、炒槐米、茜草凉血止血; 大便偏干, 予炒枳壳理气、火麻仁润肠泻热通便。患者胃镜诊断为胃多发蓝色橡皮大疱疮, 镜下见畸形静脉, 可选用醋乌梅、五味子等酸味药治之, 酸味药物有收敛固涩的作用, 可辅收涩血管, 降低出血风险^[10]。此外酸味药物归肝经, 柔肝敛肝可治出血之本。辅以仙鹤草收敛止血; 炙甘草健脾益气, 调和诸药。二诊时, 患者怕热明显, 大便易解, 故去火麻仁, 加桑叶疏风散热, 焦栀子除烦清热、凉血止血。调摄恰当, 故气充而血不妄行。

4 脾虚湿毒, 风扰肠络, 治当扶正祛邪, 风息毒清则血安

王某某, 女, 53岁。初诊日期: 2017年5月23日。

主诉: 鲜血便5月余。患者2014年10月至2015年6月因宫颈癌(T2N0M0, IIb期)行术后放化疗, 2016年12月出现大便带血, 每日数十次, 外院诊断为放射性肠炎, 后停放疗改为化疗, 多次因“重度贫血”进行输血治疗。2017年5月23日南京鼓楼医院查血常规: 红细胞计数 $2.47 \times 10^9/L$ [正常值范围 $(3.8 \sim 5.1) \times 10^9/L$], Hb 49 g/L, 红细胞压积0.191 (正常值范围0.35~0.50), 平均红细胞体积77.3 fL (正常值范围82~100 fL), 平均血红蛋白含量19.8 pg (正常值范围27~34 pg)。刻诊: 大便夹有鲜红色血样便, 每日数十次, 量多, 左下腹隐痛, 劳累及受凉后明显, 周身乏力, 时有心慌, 纳食可, 夜寐安, 舌淡、边有齿印、苔薄白, 脉细弱。西医诊断: 放射性肠炎; 中医诊断: 血证(脾虚湿毒证)。治以扶正祛邪、清肠疏风、凉血止血。方选参苓白术散合槐角丸加减。处方:

党参15 g, 炒白术10 g, 茯苓15 g, 陈皮10 g, 炒薏苡仁20 g, 山药20 g, 六神曲15 g, 炙甘草3 g, 地榆

10 g, 炒槐米15 g, 紫草15 g, 茜草15 g, 阿胶珠15 g, 荆芥炭10 g, 当归炭6 g, 仙鹤草15 g, 炒白芍15 g, 椿根皮15 g。7剂。每日1剂, 水煎, 分2次服。

2017年6月1日二诊: 患者大便转黄, 日行2~3次, 乏力较前好转, 纳食可, 夜寐一般, 舌淡、边有齿印、苔薄白, 脉细弱。予初诊方去阿胶珠、荆芥炭, 加酸枣仁15 g、合欢花6 g、炙黄芪15 g, 14剂。

2017年8月2日三诊: 查血常规: 红细胞计数 $3.56 \times 10^9/L$, Hb 82 g/L, 红细胞压积0.284, 平均红细胞体积79.8 fL, 平均血红蛋白含量23.0 pg。予二诊方续服1个月。

患者于门诊定期复诊调治2年, 期间未有输血治疗。

按: 放射性肠炎是对腹、盆腔脏器恶性肿瘤进行放射治疗后不可避免的并发症, 控制不善除妨碍肿瘤的治疗外, 还会导致肠穿孔、肠粘连、肠狭窄, 甚至肠梗阻^[11]。本案患者系肿瘤患者, 其正气不足为本, 加之癌毒及放疗损伤, 促使热毒聚集肠道, 肠络受损, 故症见腹痛、便鲜血。癌毒结聚为之标, 正气亏虚为之本, 湿热毒邪互搏, 故沈师在扶正基础上, 辅以清肠疏风解毒, 方选参苓白术散合槐角丸加减。“有形之血不能速生, 无形之气宜当速固”, 患者乏力明显, 首当补气生血, 药用党参、炒白术、茯苓、炙甘草补气健脾, 沈师认为此时不可选黄芪等升散补气之品, 因大剂量黄芪升散力量太过, 会导致气随血行, 血不循经, 加重出血。舌淡、边有齿印、苔薄白、脉细弱皆属脾虚湿浊、风扰血络之象, 故予陈皮、炒薏苡仁、山药健脾化湿; 六神曲和胃助运; 患者每日数十次鲜血便, 故止血为其首要任务, 沈师伍以大队止血药以求速效, 其中荆芥炭祛风止血, 紫草清热止血, 地榆、炒槐米、茜草凉血止血, 阿胶珠、当归炭补血止血, 仙鹤草解毒收敛止血, 椿根皮清热燥湿、涩肠止血; 炒白芍养血敛阴。诸药配伍发挥祛邪不伤正、扶正不敛邪之功, 标本兼顾。二诊时, 患者大便已转黄, 故去阿胶珠、荆芥炭, 大便次数仍偏多, 属中气下陷, 加炙黄芪升提中气, 血虚夜寐欠安, 加酸枣仁、合欢花养血安神助眠。

5 结语

临床中血证的病因病机多样, 但其共同的病理变化离不开“火热熏蒸, 迫血妄行”及“气虚不摄, 血溢脉外”两类, 临床常遵循止血、消瘀、宁血、补血的治血大法^[12]。沈师认为血证病理因素常有血瘀、阴虚、气虚、湿热之区别, 临证可分为瘀血阻络、阴虚生热、脾不统血、湿毒风扰等证型。在诊断方面, 沈师不仅使用中医四诊手段, 更结合消化内镜诊断, 扩大了中医“望诊”的范畴, 中西合参, 明确出血病因。在治疗上, 沈师根据血证病因, 明确证型, 有针对性地使用经典方, 结合治疗血证的经验药, 标本

刘喜明基于“至虚有盛候”辨治危急重症验案3则

付守强^{1,2} 朱莉莉² 周英梅¹ 朱晓云¹

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京 100053; 2. 北京中医药大学生命科学院, 北京 100029)

指导: 刘喜明

关键词 危急重症; 水肿; 淋证; 厥证; 右心衰竭; 泌尿系统感染; 脑梗死; 刘喜明; 验案

“至虚有盛候”是中医诊断学中的经典学说,最早源于苏轼的《苏轼文集·求医诊脉》^[1],书中云:“脉之难明,古今所病也,至虚有盛候,而大实有羸状,差之毫厘疑似之间,便有死生祸福之异”,《中医大辞典》^[2]释义为“虚弱证发展至严重阶段时出现类似盛实的假象”。但是如何精准辨治真虚假实的复杂病机,一直是中医临床研究的焦点问题。临床上各类心、肺、肾等脏器功能衰竭继发导致的危急重症患者,若兼有高龄、病程较长等情况,多会出现此种真虚假实的征象。但因各类病证气血阴阳的虚损偏重不同,导致盛实假象各异,且其症状复杂多变,虚实判别较为棘手,而权衡攻补治法时,稍有不慎便病转危笃。

刘喜明教授是第二届全国百名杰出青年中医,出身中医世家,潜心临床30余年,运用中医中药治疗危急重症患者经验丰富。笔者侍诊于侧,受益颇多,现择刘师基于“至虚有盛候”辨治危急重症医案3则介绍如下。

1 因虚生滞——水肿

案1.尚某,男,61岁。2021年4月11日初诊。

主诉:双下肢水肿5个月。患者5个月前运动劳累后出现双下肢轻度水肿,未予重视。后水肿逐渐加重,伴胸闷喘憋、小便量少,遂于2021年3月29日于当地医院(具体不详)就诊,住院查空腹血糖7.15 mmol/L,尿白蛋白(++++) ,肾小球滤过

兼顾,故能获得较好的近远期疗效,值得我们细细揣摩学习。

参考文献

- [1] AWADIE H, ZOABI A, GRALNEK I M. Obscure-overt gastrointestinal bleeding: a review[J]. Pol Arch Intern Med, 2022, 132 (5): 16253. doi: 10.20452/pamw.16253.
- [2] 张金敏, 葛存锦, 全巧云. 住院患者消化道出血的病因分布与临床分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2014, 23 (8): 961.
- [3] 佚名. 灵枢经[M]. 戴铭, 金勇, 员晓云, 点校. 南宁: 广西科学技术出版社, 2016: 112.
- [4] 叶璐, 吕菁君, 魏捷. 走好中庸之道——急性冠状动脉综合征合并消化道出血的急诊诊治策略[J]. 临床急诊杂志, 2016, 17 (8): 654.
- [5] 刘扬浪, 陈升金, 莫如聪, 等. 中西药合用治疗缺血性肠病临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38 (4): 632.
- [6] INGRAHAM K M, O'BRIEN M S, SHENIN M, et al. Gastric antral vascular ectasia in systemic sclerosis: demographics and disease predictors[J]. J Rheumatol, 2010, 37 (3): 603.
- [7] 张为. 消化性溃疡出血的中医证候及相关因素研究[D]. 南

宁: 广西中医药大学, 2018.

- [8] 张永红, 寇元改, 郑涛, 等. 白及止血作用机制及临床应用研究进展[J]. 中国药师, 2022, 25 (2): 321.
- [9] 尚巧利, 何乐人. 蓝色橡皮疣综合征诊治进展[J]. 中华医学美容美容杂志, 2022, 28 (4): 340.
- [10] 蒋洪耀, 王滕民. “酸性收敛”刍议[J]. 国医论坛, 2000, 15 (1): 49.
- [11] 黄子健, 李纪强, 周洁灵, 等. 放射性肠炎的诊疗进展[J]. 中国肿瘤临床, 2019, 46 (21): 1121.
- [12] 陈祥华, 林平, 何友成, 等. 基于唐宗海“治血四法”探讨急性非静脉曲张性上消化道出血的诊疗思路[J]. 世界中医药, 2022, 17 (15): 2216.

第一作者: 陈丹丹 (1991—), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向为中医治疗脾胃病、老年病。

通讯作者: 沈贤发, 硕士研究生在读, 副主任中医师。2057651763@qq.com

收稿日期: 2022-10-22

编辑: 蔡强