

欧阳汝忠治疗上消化道出血经验

冯伟勋 王 评 张毅之

(清远市中医院, 广东省清远市桥北路 10 号, 511500)

关键词 上消化道出血/中医药疗法; @ 欧阳汝忠

上消化道出血是临床常见病之一, 吐血及黑便是其主要表现, 属中医学“血证”范畴。如若治疗不当, 失血过多, 往往造成气血虚脱之象。欧阳汝忠是岭南中医名家、中医内科主任医师、广州中医药大学客座教授, 从事医疗、教学与科研工作 40 余载, 学术造诣精深, 临床经验丰富, 擅长治疗各类内科出血性疾病, 疗效显著。现将欧阳汝忠名老中医论治上消化道出血的经验介绍如下。

1 病因病机

欧阳教授认为上消化道出血的本质是络伤血溢。引起络伤血溢的病机均责之于火盛和气虚, 正如《景岳全书·血症》谓:“血动之由, 惟火性气耳”。气虚不能摄血, 血不循经, 溢于脉外, 或火热邪毒灼络, 迫血妄行, 血液不循常道而成本病。从病因上看, 火热之邪中又分实火和虚火, 气虚之中又分单纯气虚和气损及阳而致阳气虚衰等两种情况。从证候虚实上说, 实火属实证, 虚火及气虚属虚证。从病机变化上, 常发生实证向虚证转化的情况, 正所谓“久病必虚”, 血证始为火热偏亢者, 若反复发作, 阴分必伤, 虚火内生, 或火热伤络, 反复发作不愈, 出血既多, 气亦不足, 气虚阳衰, 更难摄血, 如此循环不已, 则是造成某些血证缠绵难愈的原因。一般说来, 初病多实, 久病多虚, 而久病入络者, 又为虚实夹杂。此外, 瘀血的存在是导致本病反复发作的一个重要机理, 热煎津液为瘀, 血得寒则凝, 气虚血行无力, 均可导致血瘀阻络, 血不归经而溢于脉外。

2 临证思路

2.1 明辨寒热虚实 欧阳教授指出凡临证必识寒热、分虚实。就血证而言, 首辨虚实。大体而言初发者以火迫妄行居多, 气虚不摄较少; 久病不愈者则以气虚、阳虚者居多。凡胃火炽盛, 肝胃郁火, 迫血妄行等实证, 起病较急, 舌红苔黄厚, 脉滑数或弦数; 而气虚、阳虚、阴虚等虚证, 则起病较缓, 舌淡苔薄白或舌红少苔, 脉细。再辨寒热。临床上突然出现呕血或排暗红色血便之上消化道出血, 多责之火热; 起病慢, 大便干结色暗, 以寒、瘀居多。气为血之帅, 血为气之母, 急性大出血往往出现气随血脱之危候, 正如《医宗金鉴》云:“失

血之初, 固属阳热, 失血之后, 热随血去, 热虽消而气逐血虚, 阳亦微也”。《血证论》亦云:“血尽气亦尽也, 危脱之证”。可见, 急性大出血寒热虚实变化急骤, 临证应灵活变通。

2.2 谨守病机, 分型论治 血证病机可以用“火、虚、瘀”三字概括。《景岳全书·杂证谟·血症》云:“凡治血证, 须知其要。而血动之由, 惟气惟火耳。故察火者察其有火无火, 察气者但察其气虚气实, 知此四者而得其所以, 则治血之法无余义矣。”鉴于此, 欧阳教授临证治疗本病以治火、治气、治血为基本原则。

2.2.1 治火 欧阳教授认为血证属实属火者十居八九, 属寒属虚者十中一二, 临证喜用清火泻火之品, 深得“治火即治血”之精髓。临床可分为: 1) 胃中积热。症见脘腹胀闷, 甚则作疼, 并有灼热感, 口气臭秽, 呕血鲜红或紫暗, 或夹有食物残渣, 小便短黄, 舌红、苔黄, 脉滑数。治以清胃泻火、凉血止血。遵唐容川“泻心即泻火, 泻火即止血”之旨, 欧阳教授临证多以泻心汤加味治疗。常用大黄炭、黄连、黄芩、侧柏炭、炒山栀等。若阴虚火旺, 迫血妄行, 则以滋阴清热为法, 方选玉女煎加味, 常用石膏、玉竹、麦冬、黄连、天花粉、知母等。2) 肝火犯胃。症见胃脘灼痛, 痛势急迫。口干口苦, 泛酸, 烦躁易怒, 尿黄少, 大便黑, 呕血, 舌红绛, 苔黄或黄干, 脉弦数。治以清肝泻火, 凉血止血。方用龙胆泻肝汤加味。常用炒山栀、黄芩、大黄炭、牡丹皮、水牛角、龙胆草、生地黄、仙鹤草等。

2.2.2 治气 可分为单纯气虚及气虚损及阳两型。1) 气虚不摄。症见神疲乏力, 少气懒言, 面色无华, 胃脘隐痛不舒, 纳少, 舌淡, 苔白, 脉沉细无力。治以健脾益气止血。方用归脾汤加味。常用黄芪、白术、山药、茯苓、党参、当归、龙眼肉、白及、海螵蛸等。若湿热内生, 可酌用大黄、虎杖等。2) 脾胃虚寒。症见形寒肢冷, 便溏, 呕血暗淡, 神疲乏力, 口淡无味, 腹痛隐隐, 喜温, 喜按, 舌淡苔薄白, 脉细缓无力。治以温中健脾, 益气止血。方用黄土汤加味。常用熟附子、炮干姜、炒白术、黄芪、党参、白芍、地榆炭、三七、仙鹤草、侧柏叶等。

以上气虚不摄及脾胃虚寒均属于气虚型, 常见于反复出血、久病不愈或素体脾胃虚弱、初次出血患者。对于急性大出血致气随血脱的脱证, 欧阳教授认为不

管出血为何种原因,其治疗均应遵《医贯》“有形之血不能速生,无形之气所当急固”之旨,急以益气固脱,用独参汤或参附汤频服。尚可予大剂量参附针、参麦针静脉输注以益气固脱。正如《血证论》云:“血尽气亦尽也,危脱之证,独参汤救护其气,使气不脱则血不奔也。”

2.2.3 治血 欧阳教授认为,治血应遵循唐容川提出的“止血、消瘀、宁血、补虚”四大原则。临床上应灵活运用,出血期应宗“急则治标”,以止血为第一要法。首选止血药,但止血又易致瘀,因此必须根据不同病因选用不同化瘀止血药,如热证选大黄、牡丹皮等,止血不留瘀。常用的有清热止血法、祛瘀止血法、益气止血法、温中止血法等。上消化道出血以出血期治疗为关键;但也不能忽视静止期的治疗,此期治疗不当易再度出血,静止期多采用“宁血”大法,首推犀角地黄汤,适当加少量止血药。恢复期主要以补虚为主,可选用益气补血药,如太子参、西洋参、阿胶等。

2.3 整体辨证论治与局部用药相结合 整体观念是中医理论体系的重要特点之一,整体辨证论治是治疗疾病的基础。欧阳老指出,整体辨证论治可增强上消化道出血患者的抗病能力,并能提高疗效,减少复发。同时若能结合有效的局部用药治疗使之尽快止血,避免耗伤正气便可促进该病的康复。欧阳教授非常重视整体辨证论治与局部用药的结合,指出一些中药如大黄粉、三七粉、白及粉、地榆粉等局部应用往往能起到事半功倍的效果。通过多年的临床实践,欧阳教授总结出以下局部用药方:大黄、乌贼骨粉用冰生理盐水调成稀糊状口服或经胃管注入;大黄、三七、白及粉以开水冲调藕粉口服或胃管注入。

2.4 病证结合 欧阳教授指出,中医辨证、西医辨病、各有长短。临床实践证明传统的中医辨证论治与现代医学辨病相结合治疗该病有更好的治疗效果,并能提高治愈率。一方面,中医辨证应结合现代医学的诊断。当前,通过胃镜、超声、X线检查等手段,绝大多数的消化道出血基本能定位、定性而确诊。这对治疗措施的正确实施,有着积极的指导意义。使一些在外部体征尚未表现的病证,能够得到早期、及时的诊断。尤其是脾胃虚寒型、中气不足型患者要警惕胃癌等恶性肿瘤的可能性,而予以尽早发现或排除,切勿只予补益气血,忽视引起气血两虚的病因,以致延误时机。另一方面,当失血量大,血容量、血红蛋白急剧降低,出现严重贫血时,根据“留得一分血,便留一分生机”的指导思想,必须迅速给予有效的支持疗法,如输血、输液、输入能量等。一旦出现失血性休克、虚脱危症,应在输血输

液的同时给予血管活性药物提升血压治疗,或予以参附、参麦注射液静脉输注,或服独参汤等回阳救逆、敛阴固脱的综合治疗。

3 典型病案

例1:患者某,男,56岁,公务员,2006年5月23日因呕血、解黑便1天伴晕厥1次而收入院。诊见:呕血1次,解黑便2次,量约700mL,头晕乏力,心悸汗出,面色苍白,胃脘隐痛,喜温喜按,舌淡边有浅齿印、苔薄白,脉沉细。检查:BP 98/56 mm Hg, P 97次/min。睑结膜淡白,口唇及四肢甲床苍白,大便潜血阳性。西医诊断:上消化道出血。中医诊断:呕血。证属脾胃虚寒型。方用黄土汤加味。处方:大黄炭、制附子各10g,海螵蛸20g,阿胶(烊化)、黄芩、炮干姜、炒白术各15g,党参25g。每天1剂,早晚分服。同时予大黄、乌贼骨粉各5g用冰生理盐水调成稀糊状口服,每天3次。经治疗48h后,黑便消失,头晕乏力和心悸汗出减轻,面色转润。第3天胃镜检查示十二指肠球部溃疡A1期,出血已停止;大便潜血试验于第5天转阴。继续服上药至第8天,大便潜血连续3次阴性。出院后以香砂六君子丸善后调理。

例2:患者某,女,24岁,职员,2007年8月12日因呕血2次就诊。患者平素喜食辛辣之品,喜冷饮,昨日进食酸辣,遂感胃脘部疼痛,灼热拒按,口干口苦,随即呕吐咖啡样物2次,约250mL许,口臭咽干,欲冷饮,舌红,苔黄而干,脉滑数,大便潜血阳性。胃镜示:急性出血性糜烂性胃炎。中医辨证属胃中积热,迫血妄行。治以清胃泻火,凉血止血。方用泻心汤加味。处方:大黄、黄连各10g,牡丹皮、黄芩炭各15g,侧柏炭、栀子炭各12g,甘草6g,另配以大黄、三七、白及粉各5g以开水冲调藕粉口服,每天3次。二诊:服上药3剂后呕血消失,大便转黄,仍觉腹痛,口干欲饮,舌红少苔,大便潜血阳性。此乃余热伤阴。当拟清胃余热,养阴生津。方选玉女煎加味。处方:石膏30g,知母、玉竹、牛膝各15g,黄连5g,甘草6g,再服煎药3剂,其腹痛缓解,大便潜血转阴,诸症消失而瘥。

(2011-05-31 收稿)

