

中医辨证论治在上消化道出血中的临床应用

金智利

(贵州省务川仡佬族苗族自治县中医院 遵义 564300)

摘要:目的:探讨中医辨证论治在上消化道出血中的临床应用价值。方法:对我院内科 108 例上消化道出血患者临床资料进行回顾性分析,辨证分型,总结治疗措施,观察其临床疗效。结果:成功止血 99 例(91.67%),因出血过多转外科或上级医疗机构及死亡 9 例(8.33%);胃火炽盛型、肝火犯胃型、气不摄血型、脾胃虚寒型、瘀血内滞型、湿热淤结型患者的总有效率分别为 90.32%、95.00%、86.67%、91.30%、90.00%、100%。结论:中医治疗上消化道出血疗效显著、副作用小、价格低,值得临床推广应用。

关键词:中医;辨证论治;上消化道出血

中图分类号:R 573.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.011

上消化道出血是内科常见急症,中医认为其属于“吐血”、“便血”范畴。基于辨证论治基本原则的中医学对该病的治疗积累了丰富的经验,临床疗效显著,且治疗具有一定的优势和特色^[1]。中医认为该

病多由饮酒、暴饮暴食、食辛辣等不良饮食习惯导致,病位涉及脾、胃、肝、胆等多个脏器,中医不同证型治疗存在差异^[2]。作者通过对上消化道出血患者进行辨证分型,然后采取相应治疗措施,疗效满意。

后病情开始变化,逐渐产生较为严重的血肿周围水肿,如果脑组织的损伤程度与受压时间有关,时间越长损伤越严重,且具有不可逆性,所以 7~12 h 是出血后清除血肿的最佳时机,当颅内压降低,周围组织摆脱了血肿的压迫,病理过程被中断,死亡率和致残率将大大地降低,脑功能可尽早恢复^[3]。

3.2 手术注意事项 (1)穿刺点的确定。根据 CT 片,明确出血位置、出血量、形态(肾形、球形、百爪形等),确定一个立体概念,以便更精准地确定穿刺点。依据血肿的位置形态,主要选择从前额、颞部、枕下穿刺。额叶和基底节长形血肿在前额穿刺,颞叶及基底节不规则血肿可在颞部穿刺,小脑血肿选择枕下穿刺。为不损伤重要血管和功能区,有些血肿选择切开头皮钻孔直视下穿刺。颅内血肿置管位置最好在血肿中心靠下,这样有利于较彻底引流血肿,也方便调整引流管位置。(2)置管抽吸血肿后常规用冰盐水注入,注意是否有活动性出血。尿激酶注入时要严格无菌操作防止颅内感染^[4]。(3)手术后处理。根据复查头 CT 情况,逐次使用尿激酶溶解液化血肿,引流管的调整要依据血肿的减少情况进行,并且放置时间尽量短,以免导致颅内的感染。复查 CT 显示血肿仅有 20%以下的范围,患者的意识开始出现清醒时,可以考虑引流管的拔出。通常情况下,一周后即可拔出,但需要注意的是,要严加观察患者的情况,预防出现以下各类情况:(1)颅内再出血。当血压持续性升高时,再出血可以在不同时间出现,主要原因为术中吸除血肿太快太多,或者患者原有非高血压性血管病变。例如本组中 1 例患者穿刺后引起再出血,及时做开颅血肿清除,病理报告为海绵状血管瘤。后期再出血主要为血压得

不到有效控制,因此术后应用降压药物及镇静剂有效控制血压尤为关键。(2)颅内感染。原因有手术及药物注入时没有严格遵守无菌操作,手术伤口感染及血液逆流回引流管产生。所以保持引流管干燥并及时更换,及时给伤口换药,预防性进行消炎处理等措施可有效阻止伤口感染,出现脑脊液漏。(3)肺部感染。意识障碍者、高龄患者最容易发生,故需加强翻身吸痰,必要时及早作气管切开。(4)消化道出血。多发生在小脑出血和深部出血(包括脑室)患者。术后使用泮托拉唑可很大程度减少其发生率。一旦出现,应立即禁食,并应用洛赛克及胃黏膜保护药物。(5)水电解质平衡紊乱:主要原因为摄入不足和排出过多引起,过多使用脱水和利尿药物也是其发生的原因。所有术后要定期复查生化,电解质有异常时及时给以纠正,适当使用脱水利尿药物^[5]。经统计,本次研究 5 例死亡患者的中因肾衰竭 1 例,肺部感染 1 例,再出血 2 例。

综上所述,微创颅内血肿清除术在治疗方面具有很好的疗效,不仅可以提高治愈率,改变生活质量,还具有快速安全、微创低廉等优点,值得临床推广。

参考文献

- [1]王红兵,刘秀梅,路芳振,等.微创颅内血肿清除术治疗 27 例高血压性脑出血[J].中华现代外科学杂志,2005,2(24):2 295-2 296
- [2]宋来高,孔月春,李邦民,等.微创术治疗高血压脑出血 68 例临床分析[J].社区医学杂志,2005,3(8):68-69
- [3]彭小祥,胡小红,葛林通,等.微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床研究[J].实用医学杂志,2006,22(20):2 376-2 378
- [4]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社.1998.686-689
- [5]李小进,王孟.微创治疗高血压脑出血 145 例临床分析[J].中国医学杂志,2006,4(10):612-613
- [6]吕中华,赵春波,李瑞岩,等.微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床分析[J].中华现代医学与临床,2006,(12):9-10

(收稿日期:2013-05-20)

现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2009 年 6 月~2012 年 10 月 我院内科上消化道出血患者 108 例,男 58 例,女 50 例;年龄 22~60 岁,平均年龄 42.6 岁;出血量 <400 mL 33 例,出血量 >1 000 mL 21 例,出血量 400~1 000 mL 54 例;Hb>90 g/L 32 例,Hb<60 g/L 11 例,60 g/L<Hb<90 g/L 65 例;所有患者均经 X 线或胃镜检查确诊,其中出血糜烂性胃炎 25 例,原发性十二指肠溃疡 40 例,胃溃疡 19 例,肝硬化食道静脉曲张破裂 13 例,胃癌 8 例,其他 3 例;中医辨证分型:胃火炽盛型 31 例,肝火犯胃型 20 例,气不摄血型 15 例,脾胃虚寒型 23 例,湿热淤结型 9 例,瘀血内滞型 10 例。

1.2 治疗方法 本组病例出血量较大的患者采用 西医抢救治疗,运用质子泵抑制剂,如奥美拉唑,待 病情控制后再行中医辨证治疗。所有病例均住院治 疗,入院后静卧,饮流食,若患者大量便血或呕血应 禁食,静脉滴注营养液。患者呕吐和便血停止后改 为流食,黑便消失或潜血实验阴性时,方能正常饮 食。

1.2.1 胃火炽盛型 主证:吐血颜色鲜红,大便黑 色且干结,小便短赤,口干口苦,烦躁不安,胃脘部 胀痛,舌苔黄,脉数。治以清热解毒、泻胃火为主,方 用十灰散和泻心汤加减,药用大黄、黄连、黄芩、黄 柏、大蓟、小蓟、生地等。

1.2.2 肝火犯胃型 主证:吐血颜色鲜红或暗紫, 口干口苦,舌干舌苔黄,心烦易怒,胁痛,脉弦数。治 以清肝泻火、凉血止血为主,方用龙胆泻肝汤加减, 药用栀子、泽泻、大黄、车前子、木通、生地、龙胆草、 当归等。

1.2.3 气不摄血型 主证:气短,面色苍白,神情疲 乏,吐血便血缠绵不止,唇白,舌苔白,脉细弱。治以 养血摄血、健脾益气为主,方用归脾汤加止血药,药 用白术、茯苓、远志、当归、黄芪、枣仁、龙眼肉、木 香、人参、甘草、丹皮、小蓟、大蓟、侧柏叶等。

1.2.4 脾胃虚寒型 主证:吐血颜色暗红,大便黑 且稀溏,神情疲乏,面色苍白,气短,舌伴有齿痕,腹 胀,肢体寒冷,舌淡,脉弦数,肌无力等。治以温中健 脾、益气止血为主,脾阴气虚型用归脾汤加减,脾阳 虚型用黄土汤加减,药用白术、甘草、黄芩、附子、阿 胶等。

1.2.5 瘀血内滞型 主证:大便黑,呕血,胃脘刺 痛且按之加重,舌质暗紫,苔白,脉弦细。治以行气 活血、化瘀止血为主,方用失笑散合丹参饮加减,药

用蒲黄、丹参、五灵脂、砂仁、三七、血余炭、花蕊石、 香附等。

1.2.6 湿热淤结型 主证:大便黑,胃脘闷痛,舌 质红,呕吐泛酸,苔黄,脉滑数等。治以清热祛湿为 主,方用温胆汤加减,药用陈皮、茯苓、半夏、竹茹、 批把叶、白及、侧柏叶等。

1.3 疗效评价 参考相关文献^[1]。痊愈:1 周内完全 止血,黑便停止,临床症状消失,大便隐血实验连续 3 次均为阴性。显效:1 周内呕血停止,黑便停止,临 床症状改善,大便隐血实验阳性(+)。有效:1 周内呕 血和黑便均减少,临床症状略有改善,大便隐血实 验阳性(++)。无效:呕血或黑便未减轻,临床症状未 改善甚至加重,隐血实验未见改善。

2 结果

本研究中,成功止血 99 例(91.67%),因出血过 多转外科或上级医疗机构及死亡 9 例(8.33%)。胃 火炽盛型、肝火犯胃型、气不摄血型、脾胃虚寒型、 瘀血内滞型、湿热淤结型患者的总有效率分别为 90.32%、95.00%、86.67%、91.30%、90.00%、100%。见 表 1。

表 1 不同证型上消化道出血中医疗效结果 例

中医证型	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
胃火炽盛型	31	8	15	5	3	28(90.32)
肝火犯胃型	20	11	5	3	1	19(95.00)
气不摄血型	15	8	3	2	2	13(86.67)
脾胃虚寒型	23	9	7	5	2	21(91.30)
瘀血内滞型	10	5	3	1	1	9(90.00)
湿热淤结型	9	3	4	2	0	9(100)
总计	108	44	37	18	9	99(91.67)

3 讨论

上消化道出血的主要临床症状见黑便、腹痛、 腹胀、呕血等,其发病机制尚不完全清楚,西医认为 是神经体液内分泌失调、胃黏膜屏障受损、胃酸分 泌过多等多因素综合作用结果^[2]。中医认为上消化 道出血属“吐血、便血”范畴,大多数病例可通过非 手术治疗达到止血目的,其主张辨证论治,临床具 有副作用小、价格低等优点^[3]。本研究通过对 108 例 病例辨证分型,主要见胃火炽盛型、肝火犯胃型、气 不摄血型、脾胃虚寒型、瘀血内滞型、湿热淤结型, 故分别以清胃降火、清肝泻火、健脾益气、温中散 寒、行气活血、祛湿散结等疗法治疗。近年来,三七 粉和大黄酚类止血明显的方剂被广泛应用于临床 止血中,配合各证型经典方剂可取得良好疗效^[4]。本 研究中,根据不同临床症状进行中医辨证分型,积 极治疗,总有效率达 91.67%,疗效显著。

但相比西药的飞速发展,中医中药还需努力展 开深入研究,中医药工作者应充分利用现代科学技 术,重视中医辨证的基础性研究和微(下转第 58 页)

表1 相关因素的构成比例

相关因素	n	构成比(%)
精神紧张	17	56.67
疼痛刺激	7	23.33
过度压迫、牵拉	3	10.00
血容量相对不足	2	6.67
空腔脏器的强烈刺激	1	3.33

3 讨论

3.1 相关因素分析

3.1.1 精神紧张 此次临床观察中,精神紧张是其主要因素,占 56.67%。经过调研发现大部分病人因对手术过分担心和害怕,顾虑手术后疗效,引起失眠、心率加快,加重心肌耗氧量,导致前列腺素和缓激肽释放增多,从而引起迷走神经兴奋。

3.1.2 疼痛刺激 术中因麻醉不充分或患者对疼痛耐受性差或者拔鞘管时术者操作不熟练动作过猛,使血管腔内压力突然下降,拔除鞘管时产生的疼痛刺激作用于皮层中枢和下丘脑,导致小血管强烈反射性扩张,引发血压急剧下降,心率迅速减慢。剧烈疼痛甚至可导致神经源性休克。

3.1.3 过度压迫、牵拉 在对股动脉进行反复穿刺时,容易造成穿刺点周围肿胀及血肿,血管受到过度压迫、牵拉刺激,加上术后股动脉绷带包扎过紧均可压迫股动脉导致血管牵拉,从而引起心率减慢、动脉扩张,血压下降。

3.1.4 血容量相对不足 有些患者术前比较紧张,出汗较多,加之术前术后补液不足,使血容量相对不足,血管紧张素分泌增多,引起血管平滑肌收缩而导致血管迷走神经反射的发生。

3.1.5 空腔脏器的强烈刺激 术前禁食时间较长,术后饮食不当,均可导致术后胃肠道回缩或者扩张,压力突然改变。术后要求病人大量饮水,以促进造影剂的排出,致使膀胱过度充盈,而且术后穿刺的下肢要求制动而出现尿潴留。空腔脏器压力的改变可反射性引起血管迷走神经反射^[2-3]。

3.2 干预措施

3.2.1 加强健康教育 患者对心血管介入了解甚少,医护人员应当在患者进行手术之前对其进行详细的讲解。按照护理程序开展有计划、有组织的健康教育活动,使患者了解疾病知识、手术的步骤,增强对疾病治愈的信心。通过手术前后进行指导,使

患者具备良好的心态应对手术,减轻或消除紧张、焦虑和恐惧的心理^[4]。

3.2.2 维持有效循环血容量 患者在进行心脏介入手术之前的禁食时间尽量控制在 4 h 之内^[5],术后如无胃肠道反应,立即行清淡易消化饮食,以减少因血容量不足导致低血压的发生。

3.2.3 做好拔管前后的护理 拔管前给患者进行疏导,缓解患者焦虑的情绪,同时做好抢救准备,一旦出现不适症状应该立即告知医生。在拔管时候动作要轻柔,对于压迫的位置一定要准确,注意力度的适中^[6]。压迫过程中还应主动与患者交谈,转移其注意力,对于疼痛耐受差的患者,拔鞘时可进行局部麻醉,以阻断疼痛引起的神经反射,拔管期间密切观察患者面色、血压、心率及术侧足背动脉搏动情况。

3.2.4 术后生活指导 术后鼓励患者多饮水,促进造影剂的排泄^[7]。同时鼓励患者多排尿,防止尿潴留。若出现尿潴留,短期内可给予听流水声、按摩等诱导排尿。若术后 3 h 不排尿,必须导尿,尽早解除尿潴留。

综上所述,心脏介入术后并发血管迷走神经反射可能是单因素或多因素综合作用的结果。其防治的关键在于加强健康教育,对患者进行相关知识的宣教,减轻和消除病人的焦虑状态,同时提高主动配合能力,在拔管过程中动作轻柔,避免人为因素,术后减少体位不适及尿潴留等诱因,一旦发现并发症及时处理,预防和减少血管迷走神经反射的发生。

参考文献

[1]钱保娟.心血管介入术后 20 例血管迷走反射临床分析及护理对策[J].中国实用医药,2009,4(9):177-178
 [2]崔国峰.经皮冠脉介入治疗后发生迷走神经反射的观察及护理[J].内蒙古中医药,2011,30(19):127
 [3]穆涛.心血管介入术后发生心血管迷走神经反射的原因分析[J].当代医学,2013,19(6):61
 [4]苑丽娟.心血管介入术后发生心血管迷走神经反射分析[J].中国实用医药,2012,7(32):90-91
 [5]马艳蕊,杨春香,陈素珍.心血管介入术后发生心血管迷走神经反射 10 例观察及护理[J].中国煤炭工业医学杂志,2006,9(10):1 104
 [6]任晓静.心血管介入治疗并发迷走神经反射的护理干预[J].医药论坛杂志,2008,29(21):122-123
 [7]刘鹏,贾立新,张艳,等.心血管介入治疗致低血压的护理干预[J].护士进修杂志,2003,18(11):992

(收稿日期: 2013-05-24)

(上接第 16 页)观化研究,将实验研究和临床应用紧密结合,为进一步提高中医治疗的理论水平和临床疗效做出自己的贡献。

参考文献

[1]徐东英,潘会君,陈卫卫,等.三七配伍黄芪与三七配伍白芨对脾虚胃出血小鼠模型的补血止血作用研究[J].时珍国医国药,2008,19(11):2 743-2 744

[2]蔡陈效,冀子中,陈晓琴.上消化道出血病因趋势及相关因素分析[J].胃肠病学和肝病学杂志, 2008, 17(5): 387-388
 [3]李克振.大黄粉治疗上消化道出血 84 例分析[J].中原医刊,2004,31(9):36-37
 [4]高文丽.上消化道出血的中医治疗[J].河北医学,2011,17(4):556-558
 [5]程玲莉.中医辨证治疗脑出血并上消化道出血[J].湖北中医杂志, 2011,33(7):62-64

(收稿日期: 2013-06-04)