

益气止血方联合常规疗法治疗上消化道出血临床观察

蔡佳吟, 胡人匡

温岭市中医院, 浙江 温岭 317500

[摘要] 目的: 观察益气止血方联合常规疗法治疗上消化道出血脾不摄血证的临床疗效。方法: 选取 68 例上消化道出血脾不摄血证患者, 随机分为对照组和治疗组各 34 例。2 组均予常规西医干预措施, 对照组予注射用泮托拉唑钠静脉滴注, 治疗组在对照组治疗基础上予益气止血方内服, 2 组均连续治疗 5 天。比较 2 组的脾不摄血证症状评分、临床疗效, 记录患者的止血时间、输血量、住院时间。结果: 治疗后, 治疗组总有效率 94.12%, 高于对照组的总有效率 (70.59%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组脾不摄血证症状 (胃脘隐痛、面色萎黄、腹胀肠鸣、心悸头晕、神疲懒言、口淡乏味) 评分均较治疗前下降 ($P < 0.01$); 治疗组各症状评分均低于对照组 ($P < 0.01$)。治疗组止血时间、住院时间均较对照组缩短 ($P < 0.01$), 输血量低于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 在常规治疗基础上加用益气止血方治疗上消化道出血脾不摄血证, 可有效改善临床症状, 提高临床疗效, 促进患者康复。

[关键词] 上消化道出血; 脾不摄血证; 中西医结合疗法; 益气止血方

[中图分类号] R573.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 11-0088-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.11.024

Clinical Observation of the Prescription of Invigorating Qi and Hemostasis Combined with Routine Therapy for Upper Gastrointestinal Bleeding

CAI Jiayin, HU Renkuang

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of the prescription of invigorating qi and hemostasis combined with routine therapy for upper gastrointestinal bleeding with syndrome of spleen failing to control blood. **Methods:** Selected 68 cases of patients with upper gastrointestinal bleeding with syndrome of spleen failing to control blood and divided them into the control group and the treatment group randomly, 34 cases in each group. Both groups were given western medicine intervention. The control group was given intravenous infusion of pantoprazole sodium for injection, while the treatment group was additionally given the oral administration of the prescription of invigorating qi and hemostasis. The treatment for both groups lasted for 5 days. Compared the symptom scores and clinical effects of the failure of spleen in controlling blood syndrome, and recorded hemostasis time, blood transfusion volume and hospitalization time of the patients in the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 94.12% in the treatment group, being higher than that in the control group (70.59%), difference being significant ($P < 0.05$). Symptom scores of the failure of spleen in controlling blood syndrome (epigastric dull pain, sallow complexion, abdominal distension and borborygmus, palpitations and dizziness, mental fatigue and disliking talking and dysgeusia and poor appetite) in the two groups were lower than those before treatment ($P < 0.01$). Each symptom score in the treatment group was lower than that in the control group ($P < 0.01$). The hemostasis time and hospitalization time in the treatment group were shorter than those in the control group ($P < 0.01$), and the blood transfusion volume was lower than that in the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** The application of the prescription of invigorating qi and hemostasis for upper gastrointestinal bleeding with syndrome of spleen failing to control blood based on routine treatment can effectively improve clinical symptoms, develop the clinical effect and promote the recovery of patients.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding; Syndrome of spleen failing to control blood; Integrated Chinese and western medicine therapy; Prescription of invigorating qi and hemostasis

[收稿日期] 2018-07-04

[作者简介] 蔡佳吟 (1985-), 女, 主治中医师, 研究方向: 消化系统疾病。

上消化道出血指由食管、胃以及十二指肠等器官发生病变所引起的急性出血,临床主要表现为呕血、黑便等,属临床常见急、危、重症,如失治、误治,易诱发肝性脑病、出血性休克等,造成患者死亡,且病死率较高^[1]。目前临床对上消化道出血的治疗方法有内镜治疗、气囊压迫、药物止血以及手术治疗,药物干预是最常用方法^[2]。单纯予上述疗法短期内未能起到止血效果,因未能切中上消化道出血的根本病因,故远期效果欠佳。上消化道出血归属于中医学血证范畴,有虚、实之分,虚者多见于脾气亏虚、气不摄血,治疗宜健脾补虚、益气摄血。益气止血方由归脾汤加减而成,功用健脾补虚、益气摄血,以消除上消化道出血的根本病因。本研究在常规治疗的基础上加用益气止血方治疗上消化道出血脾不摄血证患者,效果显著,现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 筛选2015年10月—2018年5月本院收治的上消化道出血患者,共68例,按随机数字表法分为对照组和治疗组各34例。对照组男22例,女12例;年龄40~67岁,平均(56.89±6.44)岁;出血原因:胃溃疡15例,十二指肠球部溃疡10例,出血性胃炎5例,复合性溃疡4例;出血量:900~1500 mL,平均(1203.77±121.67)mL。治疗组男24例,女10例;年龄41~69岁,平均(57.05±6.41)岁;出血原因:胃溃疡14例,十二指肠球部溃疡11例,出血性胃炎6例,复合性溃疡3例;出血量:950~1450 mL,平均(1195.82±121.33)mL。2组基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究取得本院医学伦理委员会审查批准。

1.2 诊断标准 根据《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2015年,南昌)》^[3]拟定上消化道出血诊断标准。①症状、体征:出现呕血和(或)黑便,伴或不伴头晕、心悸、面色苍白、心率增快、血压降低等周围循环衰竭征象。部分患者出血量较大、肠蠕动过快也可出现血便。少数患者仅有周围循环衰竭征象,而无显性出血。②内镜检查:无食管、胃底静脉曲张,在上消化道发现出血病灶,可确诊。③应避免以下情况:口、鼻、咽部或呼吸道病变出血被吞入食管,服用某些药物(如铁剂、铋剂等)和食物(如动物血等)而引起的粪便发黑。对可疑患者行胃液、呕吐物或粪便隐血试验。

1.3 辨证标准 根据《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》^[4]拟定脾不摄血证辨证标准。主症:大便色黑稀溏,呕血血色暗淡,胃脘隐痛,面色萎黄,唇甲淡白,或腹胀肠鸣,胃纳呆滞,心悸头晕,神疲乏力,少气懒言,口淡乏味,舌淡、苔薄白,脉细弱。

1.4 纳入标准 符合上消化道出血诊断标准;符合脾不摄血证辨证标准;年龄20~70岁,男女不限;既往无消化道出血史;取得患者对本治疗方案的知情同意,且签署知情协议。

1.5 排除标准 精神疾病患者;消化道肿瘤、门脉高压所致出血者;对受试药物过敏者;伴心、肺、肝、肾、血液系统等

严重功能不全者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组予常规西医干预措施。禁食或食用流质饮食,呕血者禁食4h并留置胃管;同时进行补液、扩容、止血、纠正电解质紊乱以及输血等支持治疗。

2.2 对照组 予注射用泮托拉唑钠(海南双成药业股份有限公司),每次40mg,每天1~2次,用0.9%氯化钠注射液100mL稀释后静脉滴注,15~30min内滴完。

2.3 治疗组 在对照组基础上予益气止血方内服,处方:黄芪25g,人参、龙眼肉、藕节炭各12g,白术、阿胶各10g,茯苓、当归、白及、生地黄、炙甘草各9g,三七粉6g;随症加减:入夜热甚者加秦艽12g,牡丹皮9g;胁痛者加郁金10g;黄疸者加虎杖、茵陈各12g。每天1剂,常规水煎2次混合成400mL,分2次冷服,呕血者禁食4h后口服,不能口服者给予鼻饲。

2组均连续治疗5天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①脾不摄血证症状评分:根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]拟定。按症状分级对胃脘隐痛、面色萎黄、腹胀肠鸣、心悸头晕、神疲懒言、口淡乏味记分,无(0分)、轻度(1分)、中度(2分)、重度(4分)。②记录2组患者的止血时间、输血量、住院时间。

3.2 统计学方法 应用SPSS19.0软件统计本研究所得数据。以 $(\bar{x} \pm s)$ 描述计量资料,比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]拟定。治愈:脾不摄血证症状评分减分率 $\geq 95\%$ 。显效:70% \leq 脾不摄血证症状评分减分率 $< 95\%$ 。有效:30% \leq 脾不摄血证症状评分减分率 $< 70\%$ 。无效:脾不摄血证症状评分减分率 $< 30\%$ 。脾不摄血证症状评分减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率94.12%,高于对照组的总有效率(70.59%),差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	34	5	10	9	10	70.59
治疗组	34	11	10	11	2	94.12 ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后脾不摄血证症状评分比较 见表2。治疗后,2组各症状评分均较治疗前下降($P<0.01$);治疗组各症状评分均低于对照组($P<0.01$)。

4.4 2组止血时间、输血量、住院时间比较 见表3。治疗组止血时间、住院时间均较对照组缩短,输血量低于对照组,差

异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后脾不摄血症症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	胃脘隐痛	面色萎黄	腹胀肠鸣	心悸头晕	神疲懒言	口淡乏味	分
对照组	34	治疗前	3.33 ± 0.35	3.30 ± 0.36	3.21 ± 0.35	3.13 ± 0.32	3.23 ± 0.34	3.38 ± 0.37	
	34	治疗后	2.11 ± 0.23 ^①	2.06 ± 0.22 ^①	2.01 ± 0.22 ^①	1.97 ± 0.23 ^①	1.95 ± 0.21 ^①	1.94 ± 0.22 ^①	
治疗组	34	治疗前	3.31 ± 0.36	3.26 ± 0.34	3.15 ± 0.33	3.10 ± 0.34	3.26 ± 0.35	3.34 ± 0.36	
	34	治疗后	0.94 ± 0.12 ^{①②}	0.91 ± 0.11 ^{①②}	0.88 ± 0.10 ^{①②}	0.86 ± 0.12 ^{①②}	0.90 ± 0.13 ^{①②}	0.82 ± 0.10 ^{①②}	

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

表3 2组止血时间、输血量、住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	止血时间(h)	输血量(U)	住院时间(d)
对照组	34	21.56 ± 2.36	6.25 ± 0.67	12.43 ± 1.40
治疗组	34	15.09 ± 1.76 ^①	4.04 ± 0.43 ^①	10.04 ± 1.21 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.01$

5 讨论

中医学认为, 上消化道出血与情志内伤、饮食不节、素体脾胃虚弱或劳逸过度等密切相关, 病机虽较为复杂, 但总属本虚标实, 临床分实证和虚证, 其中脾虚不摄血为常见证型之一^[6]。脾为后天之本, 主统血, 为气血生化之源, 生血统血赖乎脾, 脾气健旺则血循于脉道。《血证论》亦指出: “脾能统主五脏而为阴之守也……血之运行上下, 全赖乎脾”。若因摄生不当, 或劳欲过度, 或伴其他疾病, 或素体虚弱等伤及脾胃, 气不摄血, 血无所主而不循经, 阳络伤则血上溢而吐血, 阴络伤则血下渗而便血^[7]。因此, 健脾补虚、益气摄血是主要治则。

益气止血方中黄芪补脾益气; 人参、白术与黄芪相配, 加强补脾益气之功; 龙眼肉既能补脾, 又能养心血; 茯苓健脾渗湿; 当归养血和血, 引血归经, 且可防诸药寒凉滞血之功, 与龙眼肉相伍, 增加补心养血之效; 生地黄、阿胶滋阴养血、止血; 藕节炭凉血止血, 并能消瘀; 白及收敛止血、消肿生肌; 三七止血、化瘀、消肿、定痛; 炙甘草补气健脾, 调和诸药。全方用药使脾旺则气血生化有源, 重在补气, 意在摄血。

本研究结果显示: 治疗后, 治疗组脾不摄血症症状(胃脘隐痛、面色萎黄、腹胀肠鸣、心悸头晕、神疲懒言、口淡乏

味)评分均低于对照组, 提示加用益气止血方可促进症状改善。治疗组止血时间、住院时间均较对照组缩短, 输血量低于对照组, 提示加用益气止血方可促进康复。治疗组总有效率高于对照组, 提示加用益气止血方可提高临床疗效。

综上所述, 在常规治疗基础上加用益气止血方治疗上消化道出血脾不摄血症, 可有效改善临床症状, 提高临床疗效, 促进患者康复。

【参考文献】

- [1] 王宏宇. 中西医结合治疗非静脉曲张性上消化道出血[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(8): 329-331.
- [2] 任廷芳. 康复新液辅助生长抑素治疗非甾体药物致上消化道出血临床疗效及安全性研究[J]. 中国免疫学杂志, 2018, 34(1): 109-111, 116.
- [3] 《中华内科杂志》, 《中华医学杂志》, 《中华消化杂志》, 等. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2015年, 南昌)[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(2): 164-168.
- [4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 114-116.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 362-364.
- [6] 黎琮毅. 健脾止血法在老年人上消化道出血应用体会[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(8): 186-187.
- [7] 戴尔珣. “时方派”任氏“然”字门治疗上消化道出血经验采撷[J]. 江苏中医药, 2012, 44(12): 71-72.

(责任编辑: 吴凌)