活血祛瘀方联合常规西药治疗急性上消化道出血临床研究

潘小琴，肖辉，尹强龙

浙江新安国际医院急诊医学科，浙江 嘉兴 314001

［摘要］**目的：**观察活血祛瘀方联合常规西药治疗急性上消化道出血的临床疗效。**方法：**选取80例急性上消化道出血患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和观察组各40例。对照组给予常规西药治疗，观察组在对照组基础上给予活血化瘀方治疗。评价2组临床疗效，统计2组临床症状体征情况及不良反应发生率，比较2组治疗前后中医证候积分、凝血指标、胃黏膜指标及血流动力学指标变化情况。**结果：**观察组总有效率为95.00%，高于对照组80.00%（$P<0.05$）。观察组完全止血时间、腹痛消失时间短于对照组（$P<0.05$），胃管引流量、输血量少于对照组（$P<0.05$）。2组治疗后中医证候积分、纤维蛋白原水平、门静脉内径、门静脉血流速度、门静脉血流量低于治疗前，且观察组低于对照组（$P<0.05$）；2组治疗后凝血酶原时间及凝血酶时间短于治疗前，且观察组短于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组空腹胃酸pH值高于治疗前，且观察组高于对照组（$P<0.05$）；2组治疗后胃泌素、胃动素水平低于治疗前，且观察组低于对照组（$P<0.05$）。2组不良反应总发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**活血祛瘀方联合常规西药治疗急性上消化道出血能促进凝血功能恢复，改善血流动力学，且能缩短临床症状消失时间，临床疗效显著。

［关键词］急性上消化道出血；活血祛瘀方；奥曲肽；泮托拉唑；中医证候积分；凝血功能；血流动力学

［中图分类号］R573.2 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）03-0078-04

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.03.016

Clinical Study on Huoxue Quyu Recipe Combined with Routine Western Medicine for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

PAN Xiaoqin, XIAO Hui, YIN Qianglong

Abstract：Objective： To observe the clinical effect of Huoxue Quyu Recipe combined with routine western medicine for acute upper gastrointestinal bleeding. **Methods：** A total of 80 cases of patients with acute upper gastrointestinal bleeding were selected as the study subjects, and divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 40 cases in each group. The control group was treated with routine western medicine, and the observation group was treated with Huoxue Quyu Recipe based on the treatment of the control group. The clinical effects in the two groups were evaluated. The clinical symptoms and signs and the incidence of adverse reactions in the two groups were counted. Before and after treatment, the changes in traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, coagulation indexes, gastric mucosal indexes, hemodynamic indexes were compared between the two groups. **Results：** The total effective rate was 95.00% in the observation group, higher than that of 80.00% in the control group ($P<0.05$). The complete hemostasis time and the disappearance time of abdominal pain in the observation group were earlier than those in the control group ($P<0.05$), and the drainage volume of gastric tube and the blood transfusion were less ($P<0.05$). After treatment, TCM syndrome scores, fibrinogen levels, and internal diameter, blood flow velocity and blood flow of portal

［收稿日期］2021-09-28
［修回日期］2022-10-17
［作者简介］潘小琴（1988-），女，主治中医师，E-mail：panxiaoqin008@163.com。

vein in the two groups were lower than those before treatment，and the indexes in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$)；the prothrombin time and thrombin time in the two groups were shorter than those before treatment，and the time in the observation group was shorter than that in the control group ($P<0.05$). After treatment，the pH values of fasting acid in the two groups were higher than those before treatment，and the value in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$)；the levels of gastrin and motilin in the two groups were lower than those before treatment，and the levels in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of the total incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**：Huoxue Quyu Recipe combined with routine western medicine has a significant clinical effect in treating acute upper gastrointestinal bleeding，which can promote the recovery of coagulation function，improve hemodynamics，and shorten the disappearance time of clinical symptoms.

Keywords：Acute upper gastrointestinal bleeding；Huoxue Quyu Recipe；Octreotide；Pantoprazole；Traditional Chinese medicine syndrome scores；Coagulation function；Hemodynamics

上消化道出血多是因食管胃底静脉曲张破裂、胃癌、消化道溃疡等疾病诱发，目前多采用奥曲肽及泮托拉唑治疗，可加快血小板聚集及血块收缩，起到较好的止血效果[1]。中医学认为，经络不通、瘀滞胃脘是上消化道出血的共同特征，患者气虚不能摄血，致出血不止或加重，且失血过多会导致离经之血内留，瘀血凝滞而化火，进而灼伤经络[2]，故需在应用止血药的同时给予祛瘀药联合治疗。活血祛瘀方是由牡丹皮、侧柏叶、茜草等组成，可活血化瘀、凉血止血，故本研究对急性上消化道出血患者给予活血祛瘀方联合奥曲肽、泮托拉唑治疗，旨在探究联合治疗的临床疗效及对患者凝血功能的影响，报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 根据《急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识》[3]诊断为急性上消化道出血，并经内镜检查确诊；参考《中医病证诊断疗效标准》[4]辨证为瘀阻胃络型，以黑便、呕血、胃脘疼痛为主症，以面色暗黑、口渴不欲咽为次症，舌质紫暗或有瘀点，脉弦或细涩；患者对本研究知情并签署知情同意书。

1.2 排除标准 严重心、肺功能异常者；入组前已接受止血治疗者；存在药物过敏史者；妊娠或哺乳期妇女；血液功能障碍性疾病患者；恶性肿瘤疾病患者；重度肝肾功能障碍者。

1.3 一般资料 选取2018年5月—2020年7月浙江新安国际医院收治的80例急性上消化道出血患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和观察组各40例。观察组男23例，女17例；年龄47～75岁，平均(63.28±6.02)岁；原发疾病：消化性溃疡21例，急性胃黏膜病变10例，肝硬化6例，胃癌3例。对照组男21例，女19例；年龄49～73岁，平均(62.16±5.73)岁；原发疾病：消化性溃疡23例，急性胃黏膜病变9例，肝硬化5例，胃癌3例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2组患者均绝对卧床，取头侧卧位，给予吸氧、补液、止血治疗，必要时需给予输血等常规治疗，同时密切观察患者血液、心率、尿量等。

2.1 对照组 给予常规西药治疗。醋酸奥曲肽注射液(海南中和药业股份有限公司，国药准字H20103210)0.3 mg加入44 mL 0.9%氯化钠溶液静脉泵入，输注速率为0.025 mg/h，连续泵入48～72 h；注射用泮托拉唑钠(河南辅仁怀庆堂制药有限公司，国药准字H20083941)80 mg+0.9%氯化钠溶液100 mL静脉滴注，每天1次。连续治疗5 d。

2.2 观察组 在对照组基础上给予活血化瘀方治疗。处方：牡丹皮、侧柏叶、茜草、甘草各10 g，丹参、赤芍、花蕊石、藕节各15 g，三七3 g，加水煮沸，去渣凉服，每天1剂，早晚饭后温服，连续治疗5 d。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①中医证候积分。主症按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分，次症按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分，总分为主次症得分相加之和。②临床症状。统计2组完全止血时间、腹痛消失时间、胃管引流量及输血量。③凝血功能。于治疗前后采集患者空腹静脉血5 mL，采用自动血凝检测仪检测患者纤维蛋白原水平及凝血酶原时间、凝血酶时间。④血流动力学。采用日本东芝140A型彩色多普勒超声仪测量患者治疗前后的门静脉内径、血流速度等，探头频率为3.75 MHz。⑤胃黏膜指标。采集患者空腹静脉血3 mL，离心分离血清，采用放射免疫法检测血清胃泌素、胃动素水平(试剂盒由浙江爱康生物科技有限公司提供)；采用胃肠动态pH检测仪检测患者空腹胃酸pH值。⑥不良反应。统计2组患者治疗期间恶心、呕吐等不良反应发生情况。

3.2　统计学方法　采用SPSS21.0统计学软件分析数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较用独立样本t检验，组内治疗前后比较用配对样本t检验；计数资料以百分率(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　显效：24 h内成功止血；有效：24～48 h内成功止血；无效：48 h内未止血成功或出血情况加重。止血成功标准：患者心率及血液等恢复正常；黑便、呕血等症状消失；内镜检查显示无活动性出血；胃管检查显示胃液颜色清亮。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。观察组总有效率为95.00%，高于对照组80.00%($P<0.05$)。

表1　2组临床疗效比较　例(%)

组　别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	12	26	2	38(95.00)
对照组	40	10	22	8	32(80.00)
χ^2值					4.114
P值					0.043

4.3　2组临床症状体征比较　见表2。观察组完全止血时间、腹痛消失时间短于对照组($P<0.05$)，胃管引流量、输血量少于对照组($P<0.05$)。

4.4　2组治疗前后中医证候积分及凝血功能指标比较　见表3。治疗前，2组中医证候积分及凝血功能指标比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗后中医证候积分及纤维蛋白原水平低于治疗前，且观察组低于对照组($P<0.05$)；2组治疗后凝血酶原时间及凝血酶时间短于治疗前，且观察组短于对照组($P<0.05$)。

表2　2组临床症状体征比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	例数	完全止血时间(h)	腹痛消失时间(h)	胃管引流量(mL)	输血量(mL)
观察组	40	12.41±2.76①	19.83±3.46①	251.95±42.05①	149.24±28.72①
对照组	40	14.04±3.02	27.31±4.53	293.41±46.83	162.63±31.02

注：①与对照组比较，$P<0.05$

表3　2组治疗前后中医证候积分及凝血功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	时　间	例数	中医证候积分(分)	纤维蛋白原(g/L)	凝血酶原时间(s)	凝血酶时间(s)
观察组	治疗前	40	16.23±2.95	3.02±0.39	13.28±2.74	16.92±2.10
	治疗后	40	9.35±1.03①②	2.45±0.41①②	9.64±1.59①②	11.96±2.04①②
对照组	治疗前	40	15.37±2.64	3.10±0.51	13.85±2.87	17.53±2.31
	治疗后	40	10.07±1.12①	2.76±0.45①	11.17±2.03①	13.23±2.26①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.5　2组治疗前后血流动力学指标比较　见表4。治疗前，2组血流动力学指标比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗后门静脉内径、门静脉血流速度、门静脉血流量低于治疗前($P<0.05$)，且观察组低于对照组($P<0.05$)。

表4　2组治疗前后血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	时　间	例数	门静脉内径(mm)	门静脉血流速度(cm/min)	门静脉血流量(mL/min)
观察组	治疗前	40	14.69±2.18	18.83±2.68	947.82±95.26
	治疗后	40	10.32±1.89①②	14.68±2.64①②	758.23±71.51①②
对照组	治疗前	40	15.02±2.31	19.02±2.71	960.34±98.02
	治疗后	40	11.90±2.02①	16.87±2.70①	792.71±75.39①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.6　2组治疗前后胃黏膜指标比较　见表5。治疗前，2组空腹胃酸pH值及胃泌素、胃动素水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组空腹胃酸pH值高于治疗前，且观察组高于对照组($P<0.05$)；2组治疗后胃泌素、胃动素水平低于治疗前，且观察组低于对照组($P<0.05$)。

4.7　2组不良反应发生率比较　见表6。2组不良反应总发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

5　讨论

上消化道出血是内科常见急症，主要临床特征

表5　2组治疗前后胃黏膜指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	空腹胃酸pH值	胃泌素(pg/mL)	胃动素(pg/mL)
观察组	治疗前	40	2.04±0.41	126.32±21.89	416.23±21.33
	治疗后	40	5.97±0.62①②	95.25±13.03①②	379.36±22.75①②
对照组	治疗前	40	2.13±0.46	130.18±20.04	419.36±22.72
	治疗后	40	5.52±0.57①	106.17±14.92①	391.49±23.10①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

表6　2组不良反应发生率比较　例(%)

组别	例数	恶心	头晕	呕吐	合计
观察组	40	2	1	0	3(7.50)
对照组	40	1	0	1	2(5.00)
χ^2值					0.213
P值					0.644

为呕血和黑便，中医根据其发病机理将其归为血证范畴，主要是因中气不足，脾不统血，或肝郁化火，横逆犯胃所致。胃络瘀阻型是该病的主要证型之一，阳虚无力，血行不畅，涩而成瘀，且血液溢出血管后，易形成血管外瘀血。中医学认为瘀血不去，则新血不生、血不归经，单纯应用止血药即可起到止血作用，但瘀血停滞于经络必然会导致气血运行失常，可在常规止血药物的基础上加以活血祛瘀类中药治疗。本研究采用活血祛瘀方治疗，其中牡丹皮可清热凉血、活血化瘀，侧柏叶具凉血止血之效，茜草可凉血止血、活血祛瘀，甘草益气补中、缓急止痛，丹参活血祛瘀，赤芍散瘀止痛，花蕊石化瘀止血，藕节止血、凉血散瘀，诸药联用活血祛瘀之效更佳。现代药理研究表明，牡丹皮具有抗炎及抗血小板聚集的作用[5]；侧柏叶煎剂可明显缩短患者凝血时间，改善凝血功能[6]；茜草中大叶茜草素可抑制血小板聚集，对花生四烯酸和胶原诱导的血小板聚集也有较强的抑制作用[7]。如单纯止血，易造成瘀滞，故本研究在常规西药治疗的基础上予以活血祛瘀方治疗，结果显示观察组总有效率高于对照组，中医证候积分低于对照组，完全止血时间、腹痛消失时间短于对照组，胃管引流量、输血量少于对照组($P<0.05$)，说明联合治疗可以有效改善临床症状，缩短止血时间，提高临床疗效。另外，本研究结果显示，观察组治疗后纤维蛋白原水平低于对照组，凝血酶原时间及凝血酶时间短于对照组($P<0.05$)，表明联合治疗可促进患者凝血功能的恢复。其原因在于联合治疗可降低患者内脏血流，减少胃酸和胃蛋白酶分泌，促进轴膜修复和血小板聚集，进而可改善患者凝血功能。

上消化道出血主要是因为血液流变性、凝固性改变或管壁结构改变，血管脆性和通透性增加而导致，影响患者机体血流动力学。研究发现，活血化瘀方可通利血脉、促进血液运行、消散瘀血，进而可促进患者血流动力学的恢复[8]。本研究发现，观察组门静脉内径及门静脉血流量小于对照组，门静脉血流速度慢于对照组($P<0.05$)，说明联合治疗可改善急性上消化道出血的血流动力学，这主要与联合用药时可减少流经门静脉及其侧支循环的血流量，降低门脉血管壁压力有关。

血证反复不愈，多与瘀血内阻有关，需配以活血化瘀类方剂协同治疗，以起到止血不留瘀的作用。瘀血内阻会影响气血运行，气机阻滞会导致脾胃功能失调。洋托拉唑是第三代质子泵抑制剂，通过特异性地抑制胃黏膜细胞ATP酶，阻止壁细胞内的H^+转运至胃，进而可抑制胃酸分泌，升高胃内pH值。本研究结果显示，治疗后观察组空腹胃酸pH值大于对照组，胃泌素、胃动素水平低于对照组($P<0.05$)，说明联合治疗可改善患者胃黏膜功能。另外，本研究发现，2组不良反应总发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，说明给予活血祛瘀方治疗不会增加不良反应。

综上所述，活血祛瘀方联合常规西药治疗急性上消化道出血能促进凝血功能恢复，改善血流动力学，且能缩短临床症状消失时间，临床疗效显著。

[参考文献]

[1] 董丽丽，周荣斌. 急性上消化道出血救治研究现状[J]. 中国实用内科杂志，2021，41(3)：203-208.
[2] 罗云坚，尚文璠. 上消化道出血的中医药临床研究进展[J]. 新中医，2000，32(6)：55-56.
[3] 中国医师协会急诊医师分会. 急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识[J]. 中国急救医学，2015，35(10)：865-873.
[4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1～001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京：南京大学出版社，1994：8.
[5] 张树蓉，赵宏苏，佟沫儒，等. 牡丹皮化学成分、药理作用及其质量标志物(Q-Marker)的预测分析[J]. 中草药，2022，53(16)：5215-5224.
[6] 高学敏. 中药学[M]. 北京：中国中医药出版社，2007：293.
[7] 李海峰，肖凌云，张菊，等. 茜草化学成分及其药理作用研究进展[J]. 中药材，2016，39(6)：1433-1436.
[8] 孙方亮，周元荣. 活血化瘀为主治疗上消化道出血70例疗效观察[J]. 中国中西医结合外科杂志，1996(2)：103-105.

(责任编辑：郑锋玲)