◆肿瘤研究◆

浅谈扶脾摄血法论治胃肠道肿瘤出血

陈文君[1]，王如洁[1]，陈滨海[2]

1. 浙江中医药大学第二临床医学院，浙江 杭州 310053
2. 浙江中医药大学附属第二医院，浙江 杭州 310005

［摘要］胃肠道肿瘤极易合并出血。中医学认为，血为中焦所化，慢性疾病日久消耗，以致脾阳不振、统摄失司，则血不循经，渐生离经之血。胃肠道肿瘤出血的核心病机为脾虚失摄，应以扶脾摄血为治疗大法。以黄土汤为代表的通过扶脾来发挥止血作用的一类方剂治疗胃肠道肿瘤出血，均可取得较好的临床疗效。

［关键词］胃肠道肿瘤；出血；脾虚；扶脾摄血法；黄土汤
［中图分类号］R273 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）08-0153-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.08.031

Discussion on Spleen-Reinforcing and Blood-Containing Method for Gastrointestinal Tumor Bleeding Based on Syndrome Differentiation

CHEN Wenjun, WANG Rujie, CHEN Binhai

Abstract: Gastrointestinal tumors are prone to bleeding. According to traditional Chinese medicine, the blood formed by the middle energizer, is chronically consumed because of chronic disease, and this results in poor spleen yang and failure to control the blood, which makes the blood not transmit along channels and generates the out-of-channels blood. The core pathogenesis of gastrointestinal tumor bleeding is spleen deficiency and failure to control the blood, and therefore, the Spleen-Reinforcing and Blood-Containing Method should be adopted. In the treatment, formulas like Huangtu Decoction which plays the role of stopping bleeding by reinforcing the spleen can achieve a good clinical effect.

Keywords: Gastrointestinal tumor; Bleeding; Spleen deficiency; Spleen-Reinforcing and Blood-Containing Method; Huangtu Decoction

根据国际癌症研究机构2020年GLOBOCAN项目的统计，胃肠道癌症是全球范围内最普遍、最致命的肿瘤之一，约占全球癌症发病率的15.0%，以及所有癌症相关死亡的18.0%[1-2]。出血是胃肠道肿瘤的主要临床表现，肿瘤的直接浸润、转移、手术治疗、术后应激等易引起消化道大出血，加重病情，甚至加速患者死亡。据报道，恶性肿瘤患者消化道出血后30 d内病死率高达44.9%[3]。临床主要使用止血药或内镜下、介入手术等直接止血方式治疗，往往疗效不佳，中医药干预可以提高患者的生活质量，延长生存期。不同于食管胃底静脉曲张破裂、消化性溃疡等导致的非癌性出血，胃肠道肿瘤出血

［收稿日期］2022-07-11
［修回日期］2023-01-17
［基金项目］浙江省中医药科技计划项目（2020ZB116）
［作者简介］陈文君（1996-），女，硕士研究生，E-mail：2519696644@qq.com。
［通信作者］陈滨海（1984-），男，副主任中医师，E-mail：bess200309@163.com。

常常是由于恶性肿瘤侵犯所致。中医学认为，胃肠道肿瘤患者往往脾气虚衰，脾虚无力抗邪，则癌瘤迅速生长，损伤血络，血络破溃，继而出血。同时，脾虚无力统血，对血的固摄作用减弱，则血溢脉外。气随血脱，反致脾气进一步亏虚，癌瘤继续生长，形成恶性循环。故针对胃肠道肿瘤出血，中医主张以扶脾摄血为核心进行治疗。

1 脾主统血为立法依据

脾主统血是指脾气具有控制血液在脉内运行而不溢出脉外的功能。《素问·示从容论》言：“于此有人，四支解堕，喘咳血泄……是脾气之外绝，去胃外归阳明也。”指出血泄与脾气外绝有关。《难经·四十二难》云：“(脾)主裹血，温五脏。”正式提出了“脾主统血”的理论，认为脾能包裹血液，使其不外溢，于是血循常轨，运行于经脉之中以温养五脏。《古今医案按》亦云：“经曰：甚则胜而不复也，其脾大虚，安得血不大下乎？且脾裹血，脾虚则血不归经而妄下矣，法当大补脾经为先，次宜补气祛湿，可得渐愈矣。”强调脾裹血即指脾统摄血液行于脉内，脾虚则血不归经。后世医家皆宗此说，清·沈明宗《金匮要略注》也明确指出“五脏六腑之血，全赖脾气统摄”。

脾气是一身之气分布到脾脏的部分，一身之气充足，则脾气充盛；而脾气健运，则一身之气自然充足。脾统血与气摄血是统一的，气足方能摄血。气与脾的运化功能密切相关。正如《素问·经脉别论》所言：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精。”饮食中营养物质的吸收全赖脾气的转输和散精功能。《灵枢·决气》曰：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”说明血主要来自所摄入的食物经脾胃消化吸收而生成的水谷精微，即“脾为气血生化之源”。脾生血也可称为脾统血。薛立斋在《女科撮要》中提出：“盖血生于脾土，故云脾统血。凡血病当用苦甘之剂，以助其阳气而生阴血，俱属不足。”其所言之“脾统血”既指脾对血液的统摄作用，也将脾生血称为脾统血。

脾对血的统摄作用，是由脾阳与脾阴共同完成的，脾阴可以保持血液之“形”，摄血向内而不外溢；脾阳可保持血液流动，防止血液凝滞，温通向外而不内滞。正如清·唐宗海在《血证论·脏腑病机论》中所言：“脾统血，血之运行上下，全赖乎脾。脾阳虚则不能统血，脾阴虚则不能滋生血脉。”进而把脾主统血理论在治疗失血及其他血证中的运用，由单纯的补脾益气，扩展至温脾助阳、健脾养阴，进一步拓宽了脾主统血理论之内涵。

2 脾虚失摄是核心病机

脾虚为胃肠道肿瘤发生之根本。全国名老中医邱佳信提出脾胃虚弱是胃癌发生、发展的核心[4]。刘沈林教授在胃癌的防治中也以脾虚为本，癌毒为标[5]。国医大师周仲瑛认为，大肠癌是由于机体脾虚胃弱、湿热浊瘀，癌毒内生所致[6]。总之，胃肠道肿瘤的核心病机是脾气亏虚，又阳气受损而聚阴成形，导致体内痰浊、瘀血、寒凝、毒邪等病理产物堆积，日久成瘤。研究还发现，脾阳虚会影响人体代谢功能，使体内脂肪酸水平下降，刺激癌细胞，使之更具侵略性，更容易增殖或转移[7-8]。

消化道出血常常是胃肠道肿瘤的主要临床表现或首发症状。以胃癌为例，胃部血流供应丰富且黏膜毛细血管密布，肿瘤生长会破坏正常组织，引发消化道大出血[9]。主要原因一方面是，胃癌进展常伴有局部黏膜改变、微血管异生，当黏膜糜烂、坏死或形成溃疡便会出血。另一方面，晚期胃癌瘤体较大，至少侵及肌层或浆膜下层，胃肠脉络受侵，肿瘤组织缺血坏死，加之胃黏膜保护屏障破坏，胃酸腐蚀刺激，也会发生消化道出血，临床表现为呕血、便血、黑便等。在此，可用脾虚失摄理论来阐释。

首先，脾虚失摄根本上是气与血之间的关系失衡。脾统血的作用主要是通过气对血的固摄作用实现，《血证论·脏腑病机论》云：“人身之生，总之以气统血。”气能摄血即气对血有统摄作用，气能使血液正常循行于脉管之中而不溢出脉外。如果气虚则固摄血液的作用减弱，会导致各种出血病证发生。又气能行血，血属阴而主静，不能自行，有赖于气的推动。气行则血行，气机逆乱，血行亦会随之逆乱。如血随气升，可见吐血；血随气陷，可见下血。而随着胃肠道肿瘤不断生长，逐渐破坏正常组织，损伤血络，血溢脉外，营血渐损，病程日久耗伤人体正气，气虚不能摄血，则出血加重。

其次，脾运化的水谷精微是血液生成的物质基础。脾的运化功能健旺，则气血充盈，气旺则固摄作用亦强，血液不会溢出脉外。反之，脾的运化功

能失调，水谷精微生成不足，脾气虚，生化无源，则统摄无权，进而出血。同时脾虚失摄与脾阳也有密切关系，脾运化转输功能的正常运行，除了需要脾气推动激发，还需脾阳温煦，脾阳虚衰亦不能统摄血液。临床上，胃肠道肿瘤患者往往还会经历化疗，化疗药物大多性热，作为火毒热邪，极易灼伤阴血，耗伤人体气阴，以致阴血亏虚，夹杂瘀热，迫血妄行，而至出血。可见，脾阳和脾阴充足都是血液正常循行的必要条件。

此外，脾为气血运行上下之总枢，其气上输心肺，下达肝肾，外灌溉四旁，充溢肌肤，所谓居中央而畅四方，血即随之运行不息。血液运行于脉管之中，流布全身，取决于多个脏腑生理功能的协同作用，其中，心为血液循行的动力，肺助心行血，亦为其动力，肝主疏泄、藏血，脾主统摄，肾精化而为血。当瘤邪肆行，使脾胃功能受损的同时，也会影响其他正常脏腑的功能，如引发肝藏血功能障碍，使之难以维持正常的血行，血溢脉外而出血。脾虚不能摄血，血出则脾愈虚，血不得生，日久脾愈虚，则血溢愈烈，形成恶性循环。

现代医学研究证实，脾脏能及时破坏并回收衰老的血细胞，以供人体再利用，脾亦是人体最大的外周免疫器官，胃肠道肿瘤患者免疫功能低下、脾功能异常，则衰老的血细胞会进入血液循环，而这些细胞的细胞膜很脆弱，容易受力而破碎，其内容物渗出血管，即发生出血[10]。

3 扶脾摄血为基本治法

胃肠道肿瘤出血归属于中医学血证范畴，核心病机为脾气亏虚，血失统摄，又气虚日久，逐渐损阳。治疗应扶脾摄血，意在扶脾之正气，以温补脾阳为主，少兼滋阴。《灵枢·百病始生》云：“阳络伤则血外溢，血外溢则衄血。”针对脾阳虚，要遵循“虚则补之”的治则，凡是通过扶脾来发挥止血功能的一类方均可用于治疗胃肠道肿瘤出血，如黄土汤、理中丸、归脾汤、桃花汤、一味薯蓣饮等。

黄土汤出自《金匮要略》，主治大便下血，或吐血、衄血。原方中药物可分为三类，一类是扶阳药，如附子、白术，一类是益阴药，如干地黄、阿胶、黄芩，一类是调和之药，如甘草。君药取灶心土，温暖脾阳，恢复脾运，又能止血；白术健脾益气、燥湿利水，附子补火助阳、散寒止痛，两者共为臣药；干地黄、阿胶、黄芩为佐，干地黄滋阴养血，阿胶补血、滋阴、止血，黄芩苦寒清热，一则苦以坚阴，一则制约阳热亢极；甘草为使，其性能缓急，调和诸药。以上药物合用可达温补脾阳、养血止血的功效。药理学研究证实，灶心黄土能抑制纤维蛋白溶解酶，增加血小板第三因子活性，发挥止血作用[11]；附子、白术具有抗菌、抗炎的作用，可改善胃内酸性环境，有效止血，抑制炎症因子释放，促进胃肠黏膜屏障修复，改善胃功能[12-13]。阳虚甚而有畏寒肢冷者，去黄芩、干地黄，加鹿角霜、艾叶、炮姜等温阳止血之品；气虚较甚者酌加人参益气摄血；出血量多者加白及、海螵蛸收敛止血。

理中丸出自《伤寒论》，清·程郊倩在《伤寒论后辨》中有言：“阳之动，始于温，温气得而谷精运，谷气升而中气赡，故名曰理中，实以燮理之功，予中焦之阳也。”认为本方适用于治疗中焦虚寒、脾胃健运失职之证。肠癌便血的主要症状有腹部坠痛，大便后出血、血色暗紫，面色无华，神疲乏力等，多因脾阳素虚，或寒湿内侵，使脾阳受遏，脾不统血，血溢于肠，故便后出血。以理中丸加减治之，方中干姜辛热散寒、振奋脾阳、温经止血，为君药；易人参为党参大补脾胃，培补后天之本，有助运化，为臣药；炒白术燥湿健脾，为佐药；炙甘草补中益气，调和诸药。诸药合用，可温中焦之阳、祛中焦之寒、健中焦运化，扶正脾阳以统血。临床上可加白芍柔肝止痛，养血敛阴，白芍与炙甘草同用，能缓和腹中经脉挛急，止痛和营；加煅瓦楞子，擅制酸敛疡，又可止血散瘀定痛。加味后的处方中党参、白术固本培元，白芍、炙甘草柔肝和胃，干姜、煅瓦楞子止血敛阴，可使中阳得复，血有统帅，脾自统血而不妄行。

归脾汤出自宋·严用和《济生方》，能益气补血、健脾养心，主治气血不足、脾不统血所致的便血。方以人参、黄芪、白术、甘草之甘温补气健脾，酸枣仁、茯神、远志宁心安神，当归、龙眼肉补血养心，加木香理气醒脾，使补气血之药补而不滞，另加生姜、大枣，意在调和脾胃，以滋化源。全方重在补气，气旺则血自生，使脾气足以摄血。临床可加减使用止血药物，如加栀子炭清热止血，加荆芥炭、海螵蛸以收敛止血，均能明显改善患者的出血症状。现代医学研究发现，归脾汤具有增强

免疫力、促进造血功能的作用[14]。药理学研究显示，黄芪中的黄芪甲苷、黄酮类成分等能改善血管通透性，减少毛细血管损伤，减少出血风险[15]。

桃花汤出自《伤寒论》，原用于治疗虚寒性便脓血，以腹泻、大便中有脓血为主症，伴神疲、腹痛、恶寒等脾阳虚衰的症状。根据笔者临床观察，胃癌性出血，尤其是反复出血的患者，多为久病体虚、损伤脾胃致气虚而不统血，亏损较甚，气损及阳，导致脾胃虚寒，统摄无权，以致血离于脉道，溢入肠道而成便血。考虑到病机与虚寒性便脓血相同，故用桃花汤加味大黄、海螵蛸、白及等治之，以健脾温中止血。方中赤石脂质重性温，入下焦血分而涩肠固脱，干姜辛温祛寒，粳米滋阴养胃以补正气，《本草纲目拾遗》中提及："粥油(即煮粳米粥时所成的稠汁)能实毛窍，益阴之功胜熟地。"诸药合用，涩中寓通，扶脾温中以摄血。药理学研究表明，海螵蛸壳聚糖、白及多糖均能保护胃肠黏膜，收敛溃疡面[16-17]；大黄的醇提取物可通过降低血管通透性发挥局部止血之效[18]。阴血亏虚者加阿胶；气虚者加人参、黄芪；偏热者加地榆、黄连；肾阳虚者加附子。

一味薯蓣饮出自张锡纯《医学衷中参西录》，药物组成仅有一味薯蓣，即山药。清·张志聪在《本草崇原》中有言："山药气味甘平，始出中岳，得中土之专精，乃补太阴脾土之药，故主治之功皆在中土。"本方主治劳瘵发热，或喘或咳，或自汗，或怔忡，或因小便不利致大便滑泻，以及一切阴分亏损之证，是通过补益脾阴来发挥收涩之功，临床上胃肠道肿瘤出血亦可以其治之。实验研究表明，山药多糖能够增加家兔血小板数量，且与之呈正相关，提示山药具有止血作用[19]。

4 病案举例

患者，男，71岁。主诉：确诊胃癌1年，上腹部隐痛1周。于2016年7月1日收住入浙江中医药大学附属第二医院。患者1年前(2015年7月2日)因胃脘不适就诊于当地医院，行胃镜检查示食管-贲门-胃体部癌，病理检查提示低分化腺癌。因脑梗死不能耐受手术治疗，一直中药保守治疗。1周前，患者再发上腹部隐痛，查血常规示白细胞计数4.6×10⁹/L，中性粒细胞百分比71.5%，血红蛋白43 g/L，血小板计数338×10⁹/L，门诊以胃癌伴重度贫血收住入院。入院症见：神清，精神萎靡，面色白，上腹部隐痛，乏力，纳少，夜寐安，大便1~2 d一次，色黑，舌淡红、苔薄白，脉细弱。既往体质可，有丘脑梗死1年余。入院查体：体温37 ℃，心率70次/min，呼吸频率20次/min，血压92/60 mm Hg(1 mm Hg≈0.133 kPa)，重度贫血貌，近期体质量无明显减轻，全身皮肤巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，两肺呼吸音清，未闻及明显干湿啰音，心律齐，未闻及病理性杂音，腹平软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及明显包块，移动性浊音(-)，肠鸣音不亢，双下肢无浮肿。中医诊断：积证，辨为脾胃气虚证。西医诊断：胃恶性肿瘤(食管-贲门-胃体部癌，低分化腺癌)，贫血(小细胞低色素性)，丘脑梗死(陈旧性)。入院后完善检查，予输注红细胞、抑酸护胃药、营养支持等治疗。

2016年7月4日二诊：输注300 mL悬浮红细胞后，复查血常规示白细胞计数5.5×10⁹/L，中性粒细胞百分比61.8%，血红蛋白57 g/L，血小板计数429×10⁹/L。患者述乏力，仍有上腹隐痛，疼痛数字评分法(NRS)评分0~1分，面白，神疲乏力，纳少，无发热、口渴、咳嗽、气急、胸闷、胸痛、腹胀、腹泻等不适，小便畅利，大便每天2~3次，色黑、质溏，舌淡嫩、苔白，脉细弱。患者此期脾气亏虚及阳，应以扶阳为要，治以黄土汤加减。处方：赤石脂(包煎)30 g，生地黄炭18 g，黄芩炭、麸炒白术各12 g，附子(先煎40 min)10 g，阿胶(烊化)、炙甘草各9 g。5剂，每天1剂，水煎，分早晚2次口服。

2016年7月14日三诊：复查血常规示白细胞计数4.0×10⁹/L，中性粒细胞百分比72.3%，血红蛋白72 g/L，血小板计数344×10⁹/L。大便常规隐血示弱阳性。患者自觉乏力较前好转，仍有上腹部隐痛，NRS评分1分，面白无华，胃纳欠佳，大便质稀、色黑，每天2~3次，舌淡、苔白，脉细弱。患者此期脾阳亏虚，脾胃虚寒，予黄土汤合理中丸加减治疗。处方：赤石脂(包煎)30 g，生地黄炭18 g，炒党参、干姜各15 g，黄芩炭、麸炒白术、白芍各12 g，附子(先煎40 min)10 g，阿胶(烊化)、炙甘草各9 g。7剂，每天1剂，煎服法同前。服药7剂后，患者血红蛋白逐渐恢复至110 g/L，大便隐血转阴。体力恢复，随后转入后续化疗。

按：本案患者年逾古稀，胃癌诊断明确。首诊

时因患者长期消化道大量失血，气随血脱，辨为脾胃气虚证，考虑到其重度贫血及家属迫切要求输血的治疗意愿，暂未予中药治疗。二诊时结合患者面白、上腹部隐痛、乏力、纳少、黑便、舌淡嫩、脉细弱等一派阴盛之象，以及有阳虚的贫血貌。阳气亏虚应为长久脾虚所致，气虚日久，逐渐损阳。且老年患者大多脾肾虚寒、脾阳易亏，脾不统血，血溢脉外而出血，辨为脾阳亏虚、脾不统血证。治以扶阳摄血为法，选用黄土汤加减。该方所治疾病的病位以中焦为主，兼及下焦。方中灶心土难以获得，故以赤石脂代之，该药既有灶心土的收涩之性，又有其止血之功。再加麸炒白术健脾燥湿，附子补火助阳，生地黄炭凉血止血，阿胶补血止血，黄芩炭清热止血，炙甘草健脾益气、调和诸药。综观全方，寒热并用、标本兼治，共奏扶阳摄血之效。三诊时复查血红蛋白上升，消化道出血逐渐好转，但患者仍感腹部隐痛明显，患者脾阳亏虚，阳虚则寒，虚寒腹痛，再则血虚不荣则痛，遂加用理中丸加减以扶脾助阳、摄血止痛。理中丸加减方中干姜辛热散寒，可振奋脾阳；炒党参补益脾胃；麸炒白术燥湿健脾；白芍柔肝止痛，与炙甘草同用，可缓和腹中经脉挛急，止痛和营。诸药合用，可扶脾统血，温阳祛寒止痛。患者服药后血红蛋白继续回升，整体疗效较好。

[参考文献]

[1] THRIFT A P, EI-SERAG H B. Burden of Gastric Cancer[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2020, 18(3): 534-542.

[2] FITZMAURICE C, YAZDI-FEYZABADI V, SOBNGWI E, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life- Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study[J]. JAMA Oncol, 2019, 5(12): 1749-1768.

[3] MALUF-FILHO F, MARTINS B C, DE LIMA M S, et al. Etiology, endoscopic management and mortality of upper gastrointestinal bleeding in patients with cancer[J]. United European Gastroenterol J, 2013, 1(1): 60-67.

[4] 陈伟霞，陈彬，竹永宝，等. 邱佳信教授健脾类复方胃肠安在胃癌治疗中的研究进展[J]. 世界中医药，2017，12(11)：2864-2868.

[5] 朱超林，薛维伟，潘宇，等. 刘沈林教授胃癌“脾虚毒蕴”学说临床实践[J]. 世界科学技术-中医药现代化，2013，15(5)：932-934.

[6] 张锡磊，霍介格. 国医大师周仲瑛从脾虚胃弱、湿热浊瘀论治大肠癌的经验[J]. 江苏中医药，2018，50(1)：16-17.

[7] 孙淑娴. 基于质谱技术的阴虚阳虚体质蛋白表达特征分析[D]. 北京：北京中医药大学，2019.

[8] KATHEDER N S, KHEZRI R, O'FARRELL F, et al. Microenvironmental autophagy promotes tumour growth[J]. Nature, 2017, 541(7637): 417-420.

[9] 杨晓瑞，梁明杰，王伟兰. 从1例溃疡型胃癌患者上消化道出血探讨抗血管生成药物的安全应用[J]. 中国药物应用与监测，2016，13(5)：280-283.

[10] 张锡兴，黄丽慧，黄木全. 中医“脾”内涵的实质分析[J]. 吉林中医药，2009，29(10)：837-838.

[11] 宋善俊，王辨明，沈迪，等. 17种止血中草药的实验研究Ⅰ. 体外血液凝固筛选实验初报[J]. 新医学，1978，9(2)：55-58.

[12] 刘沛沛. 探讨附子的药理研究和临床应用[J]. 智慧健康，2019，5(21)：24-25.

[13] 杨颖，魏梦昕，伍耀业，等. 白术多糖提取分离、化学组成和药理作用的研究进展[J]. 中草药，2021，52(2)：578-584.

[14] 倪永华，周艳. 归脾汤加减辅以西药治疗气虚不摄型消化型溃疡伴出血临床观察[J]. 中华中医药学刊，2016，34(2)：393-395.

[15] 樊懿，吴大正，胡之璧. 黄芪甲甙对组胺引起的血管内皮细胞单层通透性增高的作用[J]. 中国中医基础医学杂志，2001，7(2)：36-38.

[16] 王丹，王晶娟. 海螵蛸止血作用的现代研究进展[J]. 中医药学报，2018，46(6)：113-118.

[17] 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)：321-323.

[18] 刘瑞霞，崔立建，齐文杰，等. 中药大黄治疗器官微循环障碍的研究进展[J]. 临床和实验医学杂志，2014，13(22)：1918-1920.

[19] 陈若冰，张丽艳，梁茂新. 山药潜在功能的考察与分析[J]. 中华中医药学刊，2017，35(7)：1837-1839.

（责任编辑：刘迪成）