中西醫結合治療急性非靜脈曲張性上消化道出血

Treatment of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding by combination of Chinese and Western medicine

胡杰輝[1]　張 潔[2]　張學斌[3] *HU Jiehui, ZHANG Jie, ZHANG Xuebin*

（1.廣州醫科大學附屬中醫醫院；2.香港註冊中醫師；3.香港浸會大學）

[摘要] 近年來，隨着中國人口老齡化的到來，我國老年患者急性非靜脈曲張性上消化道出血發病率逐年增加，由於大多數老年患者基礎疾病多且長期服藥，使得本病的治療更加複雜困難。治療方法上，中西醫各有所長，西醫的早期鏡下止血聯合西藥靜脈用藥，配合中醫的針灸，有效地提高了ANVUGIB的止血率，避免失血性休克的發生。口服中藥介入中後期治療，一方面幫助患者恢復氣血生成減輕貧血程度，另一方面可以加快胃腸功能的恢復改善臨床症狀，預防再出血的發生。ANVUGIB若處理不當則危及生命，臨床上，醫師在充分評估患者情況後，如何合理制定中西醫結合治療的方案，對搶救患者生命，幫助患者預後顯得尤為重要。本文旨在與各位探討中西醫結合治療急性非靜脈曲張性上消化道出血的現況與臨床治療，並通過兩則急危重症的臨床案例的分享，以期對本病的臨床診治有所裨益。

[關鍵詞] 急性非靜脈曲張性上消化道出血；中西醫結合；中醫藥；針灸；艾灸

上消化道出血為臨床內科急症的常見病之一，中醫稱之為「嘔血」「便血」。上消化道出血在短時間內失血超過1000 mL或失血量超過自身循環血量的20%稱為急性上消化道出血（acute upper gastrointestinal bleeding, AUGIB）。急性非靜脈曲張性上消化道出血（ANVUGIB）是一種以嘔血和（或）黑便為主要臨床表現的食管、胃、十二指腸、膽胰等屈氏韌帶以上部位的非靜脈曲張性疾患引起的消化道出血，大量出血時會導致周圍循環衰竭和相應臟器功能不全等症狀[1]。相比於非老年性ANVUGIB患者，老年性患者往往有合併症，且發病率、死亡率更高。近年來，隨着中國社會經濟的發展，我國上消化道出血發病率逐漸增加，老年人口的比重日益增長，ANVUGIB患者中的老年患者比重不斷增高，且大多數老年患者伴隨症狀較多，沒有良好的身體基礎條件，造成了治療中的諸多困難，且治療後死亡率並沒有降低，仍然維持着高死亡率。本文就目前中西醫對ANVUGIB的認識做一概述，同時分享臨床案例，旨在與大家共同探討中西醫治療本病的臨床經驗[2-6]。

1　關於ANVUGIB的認識

1.1 現代醫學病因及發病機制

現代醫學認為ANVUGIB的病因多為上消化道病變所致，我國目前ANVUGIB最常見的病因主要是消化性潰瘍、上消化道惡性腫瘤、急性胃黏膜病變等。急性胃黏膜病變引起的出血占比較高，食管賁門黏膜撕裂綜合征占4%~7%，上消化道惡性腫瘤占2%~4%，其他的診斷約占2%~7%。其中以消化性潰瘍引起的出血最為常見，占28%~61%（十二指腸潰瘍17%~37%，胃潰瘍11%~24%）。近年來，藥物也逐漸成為上消化道出血的重要病因之一，包括非甾體類抗炎藥、抗血小板類藥、抗腫瘤藥及抗生素類藥和皮質類固醇等激素類藥物。另外，我國HP感染率較高且根除率較低，幽門螺桿菌（HP）感染是常見的危險因素之一，這也進一步促使HP相關的消化性潰瘍性出血居高不下[7-8]。

1.2 祖國醫學的病因病機

中醫本無上消化道出血病名，根據其病因病機和臨床表現當屬於中醫學「血證」「吐血」「便血」的範疇。血證是指凡血液不循常道，或上溢口鼻諸竅，或下泄於前後二陰，或滲出於皮膚所形成的一類出血性疾患。本病最早見於《黃帝內經》，其中《素問·調經論》雲「五藏之道，皆出於經遂，以行血氣。血氣不和，百病乃變化而生」，《素問·至真要大論》曰「火氣內發，上為口糜口爛、血溢、血泄」，《素問·舉痛論》「怒則氣逆，甚則嘔血」。《濟生方·吐衄》曰「夫血之妄行也，未有不因熱所發，蓋血得熱而淖溢，血氣俱盛，熱隨氣上，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

乃吐衄。」指出血證不離火熱而發，或實或虛。《景嶽全書》曰：「血本陰精，不宜動也，動則為病。血主榮氣，不宜損也，而損則為病。蓋動者多由於火，火盛則迫血妄行；損者多由於氣，氣傷則血無以存」「凡治血證須知其要，而動血之由唯火唯氣耳」「出血必有瘀血」。古代醫家張景嶽在《景嶽全書·血證》中系統歸納與總結了血證的病機，總不離「火盛」和「氣虛」，同時將血證的治療歸納為治火、治氣、治血三方面。唐宗海《血證論》首倡「治血四法」，即「止血」「消瘀」「寧血」「補虛」，既體現「急則治其標」的思想，又不忘「治病必求於本」的原則，臨床應用互為補充[9-10]。現代醫家在繼承古代各位醫家的理論認識的基礎上，在《急性非靜脈曲張性上消化道出血中西醫結合診治共識（2019年）》將本病具體病因分為如下幾類：一是感受外邪：外邪侵襲主要以風、火、熱、燥為主，風邪、燥邪侵襲肺部，損傷脈絡，則引起咳血；濕熱侵及腸道，流注下焦，則引起尿血；二是情志過極：情緒失常，肝失疏泄，肝鬱化火，肝火犯胃或憂思過度，心脾受損引起吐血；三是飲食不節：飲酒過度、嗜食厚味辛辣，從而內生濕熱，引起吐血、蛆血，或脾胃氣虛，血失於統攝，引起便血、吐血；四是勞欲體虛：現代人易神勞、體勞、房勞過度，均可致心、脾、腎氣受損，氣虛不能攝血，血失統攝，溢於脈外；五是久病之後：久病導致人體的陰精虧耗、正氣虧損，加上久病血脈痹阻，可引起血溢於脈外，引起出血[11]。

2 ANVUGIB的診療特色

2.1 中西結合，優勢互補

對於ANVUGIB患者，除非病情危重已處於休克狀態需立即搶救外， 都應在短時間內初步確定出血的病因和部位，採取及時有效的止血措施。西醫治療本病常用藥物包括質子泵抑制劑、H2受體拮抗劑、凝血酶類製劑、去甲腎上腺素等藥物治療，其他治療方法有內鏡下治療、介入治療（DSA）和外科手術治療，同時配合禁食、營養支持、維持生命體征等輔助方法，這些措施一定程度上降低了ANVUGIB早期的死亡率，但也具有痛苦大、副作用多、併發症多、再出血率高等缺點。中醫藥通過整體觀念、辨證論治，針刺艾灸加中藥口服，在減輕藥物自身不良反應、降低復發率、調整出血後的胃腸功能紊亂等方面具有很大優勢。中西醫結合，優勢互補，各有所長，在臨床診療中起到了相輔相成的作用[12-13]。

2.2 急則治標，止血為先

關於血證的治療，唐宗海雲「血之原委，不暇究治，唯以止血為第一要法」「存得一分血，便保得一分命」，都強調了止血的重要性。現代醫學也將內鏡下止血列為早期重要的治療手段。內鏡在急性上消化出血的運用中優勢顯著，在診斷方面，它可以辨認出80%以上患者的出血部位，也有助於區分動脈和靜脈的出血來源。在治療上，內鏡下治療選擇也較多樣化，如內鏡下套紮（EBL）、止血夾止血、硬化劑注射、藥物噴灑、內鏡下電凝止血技術等，在24h內進行可減少患者再出血風險、降低輸血需求，改善患者的預後、減少住院治療時間。臨床醫生在對患者作出ANVUGIB的診斷後，應立即評估患者的失血量和病情的嚴重程度，對於危重患者，應立即收入搶救室或ICU並進行液體復蘇。內鏡檢查時，對出血性病變應行改良的Forrest分級判斷患者發生再出血的風險，同時立即判斷是否需要對患者行內鏡下止血治療。

在中醫藥治療ANVUGIB急性期，我們可將獨參湯運用其中，人參有生津養血、複脈固脫、回陽救逆、大補元氣等功效，在中醫急症治療中療效獨特。《本草經疏》曾讚譽人參「回陽氣於垂絕，去虛邪於俄頃」。在患者病情相對穩定的中後期，我們在辨證論治的基礎上，要善用特色類止血中藥。白及粉在本病的應用歷史悠久，現代研究表明，白及能夠通過調節轉錄因數kB（NF-kB）p65蛋白表達增強胃粘膜的防禦能力，另外白及多糖可以控制促炎因數的表達水準，減輕傷口炎症反應，促進上皮細胞生長，改善纖維化程度和促進血管生成以加速傷口癒合。另外，中藥中的炭劑如荊芥炭、血餘炭、大黃炭等，炭劑作為中藥的一種特殊的炮製藥物早在《本草綱目》中就有記載並沿用至今。關於炭類中藥的部分研究表明：荊芥，生品無止血作用，但炒炭後其所含提取物有較強的止血作用，可明顯縮短出血時間和凝血時間；血餘炭可誘發血小板聚集，縮短凝血出血和血漿再鈣化時間；大黃本身有止血抗菌作用，炮製成炭增加了其中游離型蒽醌大黃酚、大黃素甲醚和鞣質等成分含量，幫助加速止血。另外，炭劑附着在出血點及潰瘍表面形成保護膜，減輕了胃酸對局部的刺激，減輕了患者的疼

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

痛不適，促進止血[14-16]。

2.3 針藥結合，治病求本

《黃帝內經》曰「急則治其標，緩則治其本」，中醫藥在ANVUGIB的治療中具有獨特優勢，本病的各個階段都可以中西醫結合治療。早期治療患者需禁食，我們可用外治法，在西醫的基礎治療的同時針刺艾灸並用，提升ANVUGIB的止血率。針灸治療作為中醫的特色外治療法，源於中醫的經絡學說，它認為人體是一個氣血循環的整體，經絡可外絡肢節、溝通表裏、運行氣血，通過針灸刺激人體相應的腧穴，維持機體陰陽平衡。臨床中，我們可艾灸上脘、下脘、中脘、神闕、關元、氣海，雙天樞、雙外陵、雙梁門溫經止血。同時，針刺足三里、三陰交、梁丘、天樞、中脘、關元、氣海等腧穴協同西醫治療提高ANVUGIB的止血率，改善貧血。足三里為足陽明胃經之合穴，具有健脾和胃，調補氣血之功；三陰交屬足太陰脾經經穴，為三陰交會之所，可補脾生血、調補肝腎；梁丘是足陽明胃經的穴位，是足陽明胃經氣血所聚的郤穴，具有理氣和胃的作用；天樞屬於足陽明胃經，為人體氣機升降之樞紐，可補氣升提；中脘屬任脈，具有健胃和胃、補中益氣之功效，常用於治療消化道疾病；關元、氣海均具有扶正固本、培元補虛、溫陽益氣的功效，諸穴相配，共同發揮調氣止血的作用。

早期屬急則治標之法，血止之後須防再發，應溯本求源以寧血方可真正達到止血的目的。中後期介入中醫辨證論治能夠有效降低再出血率，恢復患者的胃腸功能。本病病機總屬氣血失和，根據臨床表現的不同病因主要是氣虛、血熱，氣虛者，主要涉及肺脾兩髒，血熱分實火、虛火，涉及各個臟腑，主要在肝、肺、胃和大腸。氣為血之帥，血為氣之母。本病患者在中後期表現為氣血虛弱者十之八九，臨床上我們以歸脾湯和補中益氣湯作為基礎方，再根據患者的臨床表現加減治療，部分患者經辨證論治後或施以清氣涼血、清熱瀉火、滋陰降火等法，取得較好的療效。另外，瘀血貫穿了ANVUGIB疾病的始終。瘀血既是病理產物，又是新的致病因素，阻礙新血生成的同時會導致出血不止或再次出血，治療的同時不忘活血化瘀，則瘀去新生，標本兼治[17-18]。

3 案例分享

譚某，65歲，女性，2023年6月13日初診。主訴：黑便伴腹痛1天。現病史：患者今晨無明顯誘因下進食後出現解黑便兩次，大便呈柏油樣，量約400ml，伴上腹部劍突下持續悶痛不適，噁心欲嘔，無嘔血，少許頭暈，無頭痛，伴冷汗淋漓，心慌心悸，乏力，為求進一步系統診療，來我院門診心病科就診，由門診擬「急性消化道出血」收入院治療。入院症見：神清，精神疲倦，胸悶氣促，活動後甚，噁心欲嘔，無嘔血，偶有頭暈無頭痛，納眠差，今日解柏油樣便1次，量400ml，小便調，近期未見體重明顯下降。患者2017曾因「急性腦梗死」於廣州紅十字醫院溶栓治療，長期服用阿司匹林腸溶片100mg qd；既往史：平素健康狀況一般，既往有高血壓病史，無規範治療，否認冠心病、糖尿病、腎病等，否認肝炎、結核等傳染病史。查體：T：36.2℃、P：108次/分、R：20次/分、 BP：110/72mmHg。輔助檢查：2023-06-13血常規：白細胞計數5.8x10^9/L，血紅蛋白91.0g/L，紅細胞比容26.7%，紅細胞計數3.06x10^12，血小板212x10^9。中醫望、聞、切診：神志清楚，面色蒼白，形體中等，姿態自然，活動自如，語聲低危，靜息下呼吸稍促，無異常氣味，大便今日1次，柏油便，無嘔血，納差，乏力，眼瞼蒼白，舌淡紅，苔薄白，脈沉細。

2023-06-13診療經過：患者有高血壓及腦梗死病史，由心病科門診轉住院治療。住院後以急性消化道出血診治，予家屬告病重，禁食、臥床、計出入量、停止阿司匹林腸溶片、暫予醋酸奧曲肽注射液、注射用艾司奧美拉唑、氨甲環酸注射液、注射用尖吻蝮蛇血凝酶加強止血，因患者禁食靜脈予氯化鉀、複方氨基酸、脂溶性維生素、葡萄糖等增強靜脈營養治療。邀請脾胃科會診。

2023-06-14復查血常規：血紅蛋白77g/L，紅細胞計數2.61x10^12，紅細胞比容23.0%，血小板198x10^9；心率60次/分，血壓110/60，提示消化道出血持續，脾胃科會診後建議轉入專科治療。轉科後立即予急診胃鏡治療，胃鏡下發現球腔變形，黏膜充血水腫，球部大彎近幽門可見1個凹陷，約5×6mm，周邊充血水腫，底披厚黃苔，中央見有暗紅色血凝塊，予肽夾夾閉後，未見活動性出血。目前診斷：十二指腸球部潰瘍（ForrestIIb）、慢性非萎縮性胃炎、幽門螺旋桿菌感染。

2023-06-15血常規：血紅蛋白74g/L，西醫治療同上。中醫治療以益氣止血為主。中醫外治予灸法（腹部：

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

上脘、下脘、中脘、神闕、關元、氣海、雙天樞、雙外陵、雙梁門）溫經止血。針灸針刺（雙足三里、三陰交、梁丘、天樞、中脘、關元、氣海）。中醫處方如下；黃芪30g、黨參20g、炙甘草10g、白朮15g、當歸15g、陳皮10g、柴胡5g、廣升麻5g、山藥30g、砂仁15g後下、木香10g（後下）、稻芽30g、焦麥芽30g、三七粉3g、白及粉3g（沖），煎服法：600ml水煎至300ml，兩次分服。

2023-06-16血常規：血紅蛋白67g/L，患者大便無血便，無嘔血，恢復全流飲食，中醫治療同前。2023-06-17血常規：血紅蛋白72g/L。2023-06-20血常規：血紅蛋白74g/L。2023-06-24：患者神清，精神可，無氣促胸悶，無噁心嘔吐，無嘔血便血，大便色黃，日行1-2次，無頭痛頭暈，納眠一般。查體：心率70次/分，血壓120/80mmHg。囑患者出院後維持中醫藥治療。門診定期復診根治Hp感染，恢復阿司匹林腸溶片口服，聯合雷貝拉唑腸溶膠囊、硫糖鋁混懸液護胃。定期復查血常規、凝血功能、胃鏡檢查，脾胃科隨診。予辦理出院。

按：患者老年女性，腦梗病史，長期口服阿司匹林腸溶片，有Hp感染，是常見的消化道潰瘍的病因。患者經藥物保守治療後出血未有停止，短期內出血量較大，患者出現明顯的貧血及輕度休克狀態，如持續出血不止，有效循環量不足，可出現生命危險。此時中西醫結合治療尤為重要。西醫治療包括專科急診胃鏡下止血術，聯合西藥靜脈用藥，常見的用藥包括PPI、生長抑素類似物等止血藥物。中醫切入點在於提高止血率，改善貧血，配合恢復飲食後，貧血可有效改善。方中使用補中益氣湯，升陽舉陷，益氣止血，黃芪、黨參益氣止血，白朮、山藥健脾益氣，當歸養血生血，升麻、柴胡升陽舉陷，砂仁、木香、陳皮理氣和胃，稻芽、焦麥芽消食和胃，三七粉、白及粉收斂止血。配合中醫外治法包括艾灸、針刺主要功效以益氣止血為主。此例患者治療效果顯著，出院後對病因治療，包括根治Hp、配合護胃藥口複阿司匹林等，配合中藥等減低患者再出血率，病後恢復等有較好的作用。臨床中醫師應熟悉中西醫操作步驟，此病病情較急、危、重症，每日血紅蛋白量持續大量丟失，如不能定期監測及時處理，則病人可走向垂危甚至死亡。充分評估患者情況，結合中西醫治療，對患者預後尤為重要。

4 小結

急性非靜脈曲張性上消化道出血為臨床常見的內科急症，老年性患者往往發病率、死亡率很高。隨着中國老齡化程度加重，ANVUGIB患者中的老年患者比重不斷增多，並且大多數老年患者伴隨症狀較多，沒有良好的身體基礎條件，造成了醫生在為此類患者治療時難度大、死亡率高。本病病情急、危、重，隨着患者的血紅蛋白量持續大量丟失，如不能定期監測及時干預，則病人可走向病危甚至死亡。中西醫各有所長，醫師應熟悉中西醫操作步驟，把握好中醫治法的切入點。當ANVUGIB病情來勢兇猛，現代醫學內鏡下止血可精准對病灶進行操作處理，輸血手段亦可挽救循環衰竭，避免失血性休克的發生，是重要的搶救手段。傳統的中醫治療方法雖搶救措施相對缺乏，但是可提高病情的預後改善。早期，鏡下止血聯合西藥靜脈用藥，配合中醫的針刺艾灸，有效地提高了ANVUGIB的止血率，口服中藥介入中後期治療，一方面幫助患者恢復氣血生成減輕貧血程度，另一方面可以加快胃腸功能的恢復改善臨床症狀，預防再出血的發生。因此，醫師需要充分評估患者情況，運用好中西醫結合治療方法，才能使得中西醫協同治療，優勢互補，在臨床診療中起到了相輔相成的作用，降低老年性患者的死亡率，提高本病的治癒率。

Copyright 中醫學會 版權所有 All Rights Reserved

參考文獻

[1] 梁富庭,侯中寧.消化內鏡配合地榆止血湯治療高危急性非靜脈曲張性上消化道出血臨床觀察[J].實用中醫藥雜誌,2022,38(05):765-767.

[2] 張聰聰.上消化道出血採取急診內科治療的臨床療效探討[J].中國醫藥指南,2019,17(31):131-132.

[3] 田新誠,邵旭鵬,劉委宏等.人參止血湯治療急性非靜脈曲張性上消化道出血（脾不統血證）的臨床研究[J].中國中醫急症,2022,31(11):1918-1920+1932.

[4] 黃濤.三黃瀉心湯治療上消化道出血臨床觀察[J].光明中醫,2022,37(22):4071-4073.

[5] Yajie L,Qin L,Mingyang S, et al. Novel risk score for acute upper gastrointestinal bleeding in elderly patients: a single-centre retrospective study.[J]. BMJ open,2023,13(6).

[6] Omar K,Sophie R,Majid A, et al. Comparative Evaluation of the ABC Score to Other Risk Stratification Scales in Managing High-risk Patients Presenting With Acute Upper Gastrointestinal Bleeding.[J]. Journal of clinical gastroenterology,2023,57(5).

[7] 王勳.中醫辨證治療上消化道出血的臨床療效[J].深圳中西醫結合雜誌,2019,29(19):52-54.

[8] 湯宛瑩. 消化性潰瘍相關急性上消化道出血中醫證型與危險度分析[D].廣州中醫藥大學,2020.
[9] 陳祥華,林平,何友成等.基於唐宗海「治血四法」探討急性非靜脈曲張性上消化道出血的診療思路[J].世界中醫藥,2022,17(15):2216-2218.
[10] 黃麗瓊,唐湛淋,高洛楊.消化道出血中醫臨床研究進展[J].中醫臨床研究,2022,14(26):137-139.
[11] 劉暢,劉亞軍.急性非靜脈曲張性上消化道出血中西醫結合診治共識(2019年)[J].中國中西醫結合雜誌,2019,39(11):1296-1302.
[12] 黎林,王倩,韓丹等.半夏瀉心湯加減敷臍聯合西醫常規療法治療急性十二指腸潰瘍出血的臨床觀察[J].上海中醫藥大學學報,2022,36(S1):12-15.
[13] 黃紀棟,鄒紅順,曹冰冰.中醫治療上消化道出血的意義分析[J].光明中醫,2018,33(18):2675-2676.
[14] 王昭博,張偉,喬麗萍等.重構本草——白及[J].長春中醫藥大學學報,2023,39(05):473-475.
[15] 王新茹,周楠,李勇坤等.趙淳教授中西醫結合救治急性上消化道出血經驗[J].河北中醫,2022,44(01):22-24+138.
[16] 孫繼紅.上消化道出血的中醫辨證施治及治療效果探討[J].中西醫結合心血管病電子雜誌,2019,7(18):160.
[17] 羊燕群.降逆融通止血湯治療非腫瘤所致上消化道出血臨床研究[J].河南中醫,2019,39(05):713-716.
[18] 張辰浩,劉冠男,孔曉琳等.消化道出血與氣虛、血瘀的關聯性[J].中醫學報,2019,34(06):1148-1151.

Abstract: In recent years, with the aging of China's population, the incidence of Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the elderly patients in our country has increased year by year, because most elderly patients have more basic diseases and long-term medication, making the treatment of this disease more complicated and difficult. In terms of treatment methods, Chinese and Western medicine have their own strengths. Early endoscopic hemostasis of Western medicine combined with intravenous administration of Western medicine and acupuncture of Chinese medicine effectively improved the hemostasis rate of ANVUGIB and avoided the occurrence of hemorrhagic shock. Oral Chinese medicine intervention in the middle and late stage of treatment, on the one hand to help patients recover Qi and blood production to reduce the degree of anemia, on the other hand can accelerate the recovery of gastrointestinal function to improve clinical symptoms, prevent the occurrence of rebleeding. ANVUGIB is life-threatening if it is not properly handled. Clinically, it is particularly important for doctors to make a reasonable treatment plan of integrated Chinese and western medicine after fully evaluating the patient's situation to save the patient's life and help the patient's prognosis. The purpose of this article is to discuss the current situation and clinical treatment of Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding treated by integrated Chinese and Western medicine, and to share clinical cases, in order to be beneficial to the clinical diagnosis and treatment of this disease.

Key words: Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding; Integration of traditional Chinese and Western medicine; Traditional Chinese medicine; Acupuncture; moxibustion

（編委：徐大基審校2023.07.26）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Right Reserved