

基于现代病理生理机制的“远血”内涵解读 及黄土汤治疗急性冠状动脉综合征合并 急性上消化道出血等急危重症临床体会

熊兴江

(中国中医科学院 广安门医院, 北京 100053)

[摘要] 黄土汤出自汉代医家张仲景的《金匮要略》,为先后便血的“远血”而设,主治脾阳亏虚、不能统血证。“远血”内涵较为广泛,不但包括传统意义上的消化性溃疡出血、消化道肿瘤、胃黏膜病变、血管发育异常、食管胃底静脉曲张破裂出血、胰胆道损伤等上消化道出血,而且包括部分结肠及直肠癌肿或息肉、痔疮与肛裂等肛肠科疾病、鼻衄、血小板减少症、功能性子宫出血、先兆流产、不明原因尿血等其他部位的出血,也包括部分虚寒性津液不能内守疾病,如夜尿多、遗尿、清涕如注、自汗、冷泪、白带多等,还包括抗血小板聚集、抗凝血药物过量导致的消化道出血、不明原因的便常规潜血试验阳性等临床面临的新问题。黄土汤指征不仅涵盖下血、先后便血、远血、吐血、衄血等传统中医疾病,还包括出血、虚证与郁热。临床可用于治疗急性上消化道出血、急性冠状动脉综合征合并急性上消化道出血、抗血小板聚集与抗凝血药物过量导致的出血事件、不明原因的便常规潜血持续阳性、消化道肿瘤伴出血、血小板减少症等急危重症。黄土汤中灶心土、生地黄与阿胶的药物剂量是该方止血关键。

[关键词] 黄土汤 《金匮要略》; 远血; 急性冠状动脉综合征; 急性上消化道出血; 便常规潜血试验阳性; 急危重症

Connotation of distal bleeding based on modern pathophysiological mechanism and application of Huangtu Decoction for acute coronary syndrome complicated with acute upper gastrointestinal hemorrhage in critical care medicine

XIONG Xing-jiang

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

[Abstract] Huangtu Decoction, first recorded in *Essentials from the Golden Cabinet (Jin Kui Yao Lue)* from ZHANG Zhong-jing in Han dynasty, is used to treat distal bleeding. It is mainly treated for the syndrome of failing to control blood with spleen-yang deficiency. The connotation of distal bleeding is more extensive, including not only upper gastrointestinal bleeding in the traditional sense such as peptic ulcer bleeding, gastrointestinal tumors, gastric mucosal lesions, vascular dysplasia, esophagogastric variceal bleeding, and pancreatic and biliary tract injury, but also other anorectal diseases such as part colon and rectal cancer swelling or polyps, hemorrhoids, and anal fissure and other parts of bleeding such as epistaxis, thrombocytopenia, functional uterine bleeding, threatened abortion, and unexplained hematuria. Distal bleeding also involves syndromes of failing to keep part deficient and cold fluids in interior, such as nocturia, enuresis, clear nose, sweating, cold tears, and leucorrhea, and excessive gastrointestinal bleeding caused by antiplatelet and anticoagulant drugs, unexplained positive in the fecal occult blood test, and other modern clinical new problems. The indications of Huangtu Decoction include not only lower blood, defecation before blood, distant blood, hematemeses, epistaxis, and other

[收稿日期] 2022-11-22

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81403375, 81904064); 中国科协青年人才托举工程项目(2017QNRC001); 中国中医科学院育苗基金培育专项(ZZ11-073); 中国中医科学院优秀青年科技人才项目(ZZ13-YQ-018, ZZ14-YQ-023); 中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A03804); 中国中医科学院中药研究所启航人才项目(ZXKT21017); 中国中医科学院中药研究所国家自然科学基金培育专项(ZXKT23015)

[作者简介] 熊兴江, 博士, 副主任医师, 主要从事经方治疗心血管病临床与基础研究, Tel: (010) 88001566, E-mail: xiongxingjiangcm@163.com

2583

diseases in traditional Chinese medicine, but also three types of clinical manifestations including bleeding, deficiency syndrome, and stagnant heat syndrome. In the clinic, Huangtu Decoction can be used to treat acute upper gastrointestinal bleeding, acute coronary syndrome complicated with acute upper gastrointestinal bleeding, bleeding events caused by excessive antiplatelet and anticoagulant drugs, unexplained positive in the fecal occult blood test, gastrointestinal tumor with bleeding, thrombocytopenia, and other acute and critical diseases. The dosage of Cooking Stove Earthkey, Rehmanniae Radix, and Asini Corii Colla in Huangtu Decoction is the key to hemostasis.

[Key words] Huangtu Decoction; *Essentials from the Golden Cabinet (Jin Kui Yao Lue)*; distal bleeding; acute coronary syndrome; acute upper gastrointestinal hemorrhage; positive in the fecal occult blood test; critical care medicine

DOI: 10.19540/j.cnki.cjcm.20230219.501

黄土汤出自汉代医圣张仲景的《金匱要略·惊悸吐血下血胸满瘀血病脉证治》，由灶心土、阿胶、生地黄、白术、附子、黄芩、甘草组成。本方具有温阳健脾、养血止血功效，主治脾阳亏虚、不能统血证，症见大便下血、吐血、衄血、妇人崩漏、血色黯淡、四肢不温、面色萎黄、舌淡苔白、脉沉细无力者。现代临床多用于治疗消化性溃疡、上消化道出血、食管下段静脉曲张破裂出血、消化道肿瘤、溃疡性结肠炎、糖尿病腹泻、肺癌咯血、先兆流产、功能性子宫出血、鼻衄、痔疮便血等。笔者在临床不仅将本方用于急性上消化道出血等传统的“远血”类疾病，还用于消化道肿瘤伴黑便或便常规潜血试验阳性、不明原因的便常规潜血试验阳性、抗血小板聚集、抗凝血药物导致的出血事件等“远血”类疾病的延伸，更用于急性冠状动脉综合征合并急性上消化道出血等心血管科、消化科急危重症的治疗。且当面临急性失血而又无法行胃镜下止血时，常能在1~2剂内止血而愈^[1]。

在心血管重症监护病房(CCU)的工作中，积累了大量临床运用黄土汤治疗急危重症的临床经验，笔者深刻体会到：①“远血”与“近血”不完全以病位距离肛门远近为划分标准；②“远血”内涵较为广泛，不但包括传统意义上的消化性溃疡出血、消化道肿瘤、胃黏膜病变、血管发育异常、食管胃底静脉曲张破裂出血、肝胆道损伤等上消化道出血，而且包括部分结肠及直肠癌肿或息肉、痔疮、肛裂等肛肠科疾病、鼻衄、血小板减少症、功能性子宫出血、先兆流产、不明原因尿血等其他部位的出血，也包括部分虚寒性津液不能内守疾病，如夜尿多、遗尿、清涕如注、自汗、冷泪、白带多等，还包括抗血小板聚集、抗凝血药物过量导致的消化道出血、不明原因的便常规潜血试验阳性等现代临床面临的新问题；③黄土汤指征涵盖下血、先便后血、远血、吐血、衄血等传统中医疾病，也包括出血、虚证与郁热3类临床表现；④急性冠状动脉综合征合并急性上消化道出血为心血管科较为常见的急危重症，病死率极高，治疗方案上需视病情变化把握现代医学“禁食水”和中医学“有胃气则生，无胃气则死”的治疗原则，且针对部分患者遵循“禁食不禁水”原则，运用本方1~2剂即能达到快速止血目的，使患者平稳渡过急性期，大幅降低病死率；⑤抗血小板聚集、抗凝血药物导致的出血事件在心血管病房较为常见，包括替罗非班、肝素钠、阿司匹林、硫酸

氢氯吡格雷、华法林、达比加群酯、利伐沙班等，但临床常面临“无证可辨”难题，针对寒证、阴证、虚证，可选黄土汤温阳止血；⑥部分不明原因的便常规潜血试验阳性很可能为“远血”的“早期病变”，及早运用黄土汤很可能能达到“未病先防”“既病防变”，阻断疾病进展目的，部分可在2~7d达到转阴；⑦黄土汤中灶心土、生地黄与阿胶的剂量是止血关键，灶心土达到120~360g时，其温阳止血疗效增强，生地黄常从30g起，最大剂量可达180g，阿胶常用剂量为15~30g；⑧黄土汤方证善后有规律可循，归脾汤常用；⑨同为治疗血证，黄土汤需与炙甘草汤、黄连阿胶汤证、三黄泻心汤等方证进行鉴别。

1 黄土汤方证溯源

原文记载“下血，先便后血，此远血也，黄土汤主之。亦主吐血、衄血。黄土汤方：甘草、干地黄、白术、附子(炮)、阿胶、黄芩各三两，灶中黄土半斤。右七味，以水八升，煮取三升，分温二服”。由上述条文可知，黄土汤的经典指征包括大便出血、先便后血。

2 基于现代病理生理学的黄土汤方证条文内涵解读

2.1 “下血”内涵

“下血”即下部出血，主要指便血，是针对《惊悸吐血下血胸满瘀血病脉证治》篇中吐血、衄血等上部出血类型而言。正如民国医家陆渊雷先生在《金匱要略今释》中指出“下血，有因上半身脏器之出血，血液流入肠内而致者。又有乳儿吮损伤之乳房，误吞母血而致者。此等皆下血不多。下血多者，必为肠出血”。在现代医学中，“下血”属于“黑便”等范畴。因此，在病位上，条文里的“下血”很可能与屈氏韧带以上的上消化道出血有关。另外，在特征上，“下血”很可能伴见血色暗黑、肢冷脉迟。正如清代涂蔚生在《推拿抉微·第四集·治疗法》中指出“血色黑暗，脉迟，手足冷者，属虚寒，黄土汤主之”，对此，秦伯未也赞同此说“黄土汤时温补止血，……应用时也不能固执先后”^[2]。经方大师胡希恕认为黄土汤的方证为大便溏而下血黑紫，兼见四肢冷痹反心烦躁^[3]。浅田宗伯在其《橘窗书影》中记载黄土汤治疗肠伤寒出血“一妇女，患肠伤寒，发热持续数日不退，某日突然下血数次，或如豚肝，或如黑漆，下血块数次，四肢厥冷，冷汗淋漓，喘鸣，呼吸困难，其气欲绝。与黄土汤，下血止，手足变暖。其后再次发热，谵语，脉微细。这次与升阳散火汤而

痊愈”。

2.2 “先便后血”内涵 “先便后血”指先排大便,而后出血。大便在先,出血在后。笔者推测,这里的出血颜色以暗红色或黑色为主。一般粪便颜色取决于出血的部位、量及速度。当出血部位位于上、中消化道,出血量达到60 mL但不甚多时,血红蛋白与肠内硫化物结合形成硫化亚铁,与粪渣混合从肛门排出时即表现为黑便。但当出血量大而迅速时,由于血液刺激,肠道蠕动增快,可导致粪便颜色呈暗红甚至鲜红色。因此,《医碥·吐血》中也指出“后出者为中下焦远血,其色深红”。另外,虽然条文中提到“先便后血”问题,但倘若上消化道出血量不多(5 mL左右),便常规潜血试验可呈阳性,此时也可按照“先便后血”对待。

2.3 “远血”内涵 “此远血也”指出血部位偏远,因其为远离肛门部位的出血故名。“远血”是相对于“下血,先血后便”的“近血”而言。临床上多见于上消化道出血,其病位多见于食管、胃、十二指肠及胆道系统,正如张景岳在其《景岳全书·杂症谟》中所说“血在便后者,其来远,远者或在小肠,或在于胃”。赵以德在其《金匱要略衍义·卷中》中也说“肠胃者,阳明二经也。阳明主阖,气本收敛,血上者为逆,下者为顺,以下血者言之,皆属大肠之上。若聚于胃,必先便后血,去肛门远,故曰远血”。其病因很可能与消化性溃疡出血、消化道肿瘤、胃黏膜病变、血管发育异常、食管胃底静脉曲张破裂出血、胰胆道损伤、抗凝血药物等有关。

2.4 “吐血”内涵 “亦主吐血、衄血”中的“吐血”指血液经呕吐而出,属于现代医学的“呕血”范畴。在消化道大量出血时,胃内或反流入胃内的血液经口腔呕出称为呕血。其常见病因包括贲门失弛缓症、消化道炭疽、凝血系统疾病、食管癌、食管损伤、食管破裂、食管静脉曲张破裂、胃癌、急性胃炎、胃食管反流病、Mallory-Weiss综合征(即贲门黏膜撕裂)、消化性溃疡、急性憩室炎及继发性梅毒、疟疾及黄热病等来自于上消化道部位的出血。值得注意的是,呕血与黑便同为上消化道出血的特征。呕血可伴有黑便,但黑便不一定伴呕血。因呕血与远血同为消化道病变,可以认为呕血也属于“远血”的内涵延伸。

2.5 “衄血”内涵 “衄血”指鼻腔出血,但亦泛指出血,包括鼻衄、肌衄、齿衄、舌衄等。《医学入门》指出“血从鼻出者,谓之鼻衄;从汗孔出者,谓之肌衄;从齿龈出者,谓之齿衄;从舌出者,谓之舌衄”。衄血的中医病机虚实皆有。甘均权^[4]曾用黄土汤治疗鼻衄(患者某,女,38岁,岑溪县三堡公社三合大队社员。1968年春,鼻衄3日不止,经赤脚医生用中药止血剂和注射仙鹤草素、维生素K、凝血质等无效。诊见面色苍白,腹部冷痛,心悸,肢冷,脉沉弱而芤。证已属虚,用黄土汤治之。1剂鼻衄全减,2剂鼻衄全止)。因衄血的病位较远,同样可归属于“远血”的内涵延伸。

3 黄土汤方证条文内涵延伸

除上述条文中提到的下血、先便后血、远血、吐血、衄血

外,其方证条文内涵并不局限于上述5类,肛肠科疾病、子宫出血,以及夜尿多、遗尿、清涕如注、自汗、冷泪、白带多、久泻不止等津液不能固摄诸症也属于方证主治范畴。正如清代医家陈修园在《金匱要略浅注补正·卷七》所说“黄土汤不独粪后下血方也,凡吐血、衄血、大小便出血、妇人崩漏及血痢久不止,可以统治之,此方暖中宫土脏”。其核心则在于脾阳亏虚,不能统血固摄,正如《景岳全书·卷十三·血证》中所言“远血,……虽血之妄行由火者多,然未必尽由于火也。故于火证之外,则有脾阳虚而不能统血者,……大都有火者多因血热,无火者多因虚滑,故治之但当知虚实之要”。

首先,“远血”与“近血”不完全以病位距离肛门远近为划分标准。一般认为,“近血”是指先血后便,正如《景岳全书》卷三十中所言“血在便前者,其来近,近者,或在广肠,或在肛门”。“近血”多见于肠风、脏毒,亦可见于结肠及直肠癌肿或息肉、痔疮、肛裂等肛肠科疾病。然而,痔疮等肛肠科疾病也可见于先便后血。因此,不可根据大便与出血先后关系判断出血部位。临床上倘若颜色鲜红,喷、滴、手纸带血,则痔疮、肛裂、直肠息肉可能性大;颜色暗红,混合于大便,则考虑肠道炎症、器质性病变、胃十二指肠等。因此,针对痔疮等肛肠科疾病属脾阳亏虚出血证患者,也可考虑运用本方。

其次,部分出血类疾病,包括子宫出血等也可归属“远血”黄土汤方证范畴。黄土汤也可用于子宫出血(患者某,女,42岁,岑溪县三堡供销社职工。1968年冬,子宫出血持续多日不断,12月20日晚,出血更多,色淡红。诊见面目浮肿、精神萎靡、四肢倦怠、气短懒言、不思饮食、舌质淡、苔白嫩、脉虚弱而芤。证为虚寒型血崩,治用黄土汤送服血余炭。1剂血减,2剂血止,3剂精神好转,再以人参养荣汤调补十余剂而恢复健康^[4])。

第三,部分虚寒性津液不能内守诸症,包括夜尿多、遗尿、清涕如注、自汗、冷泪、白带多、久泻不止等,也可归属“远血”黄土汤方证范畴。李少皓^[5]曾用黄土汤治疗小儿长期遗尿(患者某,男,8岁,1982年2月就诊。患儿体质羸弱,行动迟缓,食少纳呆,经常自汗,长期遗溺。诊见舌体淡胖、苔薄白、脉弱。细思此乃先天不足,后天调养亦失摄。若论健脾缩溺,想必前医皆为。前以黄土汤能止血摄溺,患儿虽是汗泄遗溺之症,然其病机仍为脾虚失其统摄,肾虚失其气化。遂取异病同治之理,与黄土汤加龙骨、牡蛎2剂。1周后告曰诸症已瘥。嘱其加强营养调理,体质锻炼)。

4 黄土汤药证解读

4.1 灶心土 灶心土又名灶心黄土、伏龙肝,是用柴草熏烧多年而结成的炉灶中的土块,具有温中止血、止呕、止泻功效。灶心土首载于晋代医家陶弘景的《名医别录·下品石》,原文谓灶心土能够治疗妇科出血、吐血、下血等,即“伏龙肝,味辛,微温。主治妇人崩中,吐下血,止咳逆,止血,消痈肿毒气”。《日华子本草》中也记载灶心土能够治疗妇科出血、下血、尿血、遗精、白带,即“治鼻衄,肠风,带下血崩,泄精尿

血’。《本草便读》则认为灶心土可治疗诸多血症,即“凡诸血病由脾胃阳虚而不能统摄者皆可用之”。《日医应用汉方释义》指出,灶心土可以“止呕吐(《产论》)、治心痛、反胃、中恶、产后恶血攻心而痛、崩漏、带下、吐血、咳血、催生,下胞衣,有大效(《腹证奇览》)”。由此可见,灶心土的功效包括止血、收敛固涩、镇吐,其临床运用指征包括3类:①出血类(下血、吐血、衄血、崩漏、咳血、尿血等);②不固类(遗精、白带、泄泻等);③消化类(反胃、恶心、呕吐等)。而在本方中,大剂量灶心土则可温阳固摄止血,主治各类出血。

4.2 生地黄 生地黄具有清热凉血、养阴生津功效,主治热入营血、温毒发斑、吐血、衄血、热病伤阴、舌绛烦渴、津伤便秘、咽喉肿痛。然而,在《伤寒论》《金匱要略》中,多将生地黄用于血症(出血及瘀血)及虚证的治疗。首先,生地黄可用于出血类疾病,尤其是子宫出血、便血、吐血等。胶艾汤、三物黄芩汤、内补当归建中汤、黄土汤等经方均将其用于止血。以方测证,其出血病机既包括血虚血瘀,还包括火热内蕴、阴阳两虚、脾虚不固等。日本汉方医家吉益东洞在其《药征》中也指出“地黄主治血症及水病也”。南京中医药大学黄煌教授认为,其所主治的血证出血量较多,而且难止,色鲜红,且其人必羸瘦,皮肤枯燥而少光泽,舌质红。其次,生地黄可用于瘀血类疾病,大黄廙虫丸可用于“内有干血,肌肤甲错,两目黯黑”的瘀血内阻证,其治疗瘀血症的机制可能与养阴生津、增水行舟有关。第三,生地黄还可用于虚证的治疗,包括心阴不足、肝阴不足、肾阴不足等。防己地黄汤、炙甘草汤、薯蓣丸、肾气丸、百合地黄汤等经方均将生地黄用于虚证的治疗^[6-8]。在《神农本草经》中谓地黄“味甘,寒。主折跌绝筋,伤中,逐血痹,填骨髓,长肌肉,作汤,除寒热积聚,除痹,生者尤良。久服轻身不老”,其中“主折跌绝筋,伤中,逐血痹”是言其活血之功;而“填骨髓,长肌肉”,则言其补虚之功。本方中,用生地黄则取其止血、活血、补虚之功,既可配合灶心土以止血,又可活血化瘀以治“离经之血”,更能养血补血以治失血后的血虚证。

4.3 白术 白术具有燥湿利水、止汗、安胎功效,主治脾虚食少、腹胀泄泻、痰饮眩悸、水肿、自汗、胎动不安等。《伤寒论》中,白术为传统的利水药,主要用于水饮内停证,包括水肿、小便不利、口渴、眩晕、四肢沉重疼痛、心下逆满。吉益东洞在《药征》中也说,白术“主利水也,故能治小便不利、不利,旁治身烦疼、痰饮、失精、眩冒、下利、喜唾”。《医学启源》谓其“除湿益燥,和中益气,温中,去脾胃中湿,除胃热,强脾胃,进饮食,止渴,安胎”。本方用白术则取其健脾利水之功,恢复脾胃运化机能。

4.4 附子 附子具有回阳救逆、补火助阳、散寒止痛功效,主治亡阳虚脱、肢冷脉微、心阳不足、胸痹心痛、虚寒吐泻、脘腹冷痛、肾阳虚衰、阳痿宫冷、阴寒水肿、阳虚外感、寒湿痹痛等病症。《伤寒论》中,附子为温阳散寒止痛、回阳救逆的要药。吉益东洞《药征》谓其“主逐水也,故能治恶寒,身体、四

肢及骨节疼痛,或沉重,或不仁,或厥冷,而旁治腹痛、失精、下利”。黄煌教授谓其主治“脉沉微与痛症”。中医基础理论中的“亡阳虚脱”“阳虚厥逆”,与现代医学的冷休克(失血性休克、低血容量性休克、心源性休克)等较为接近^[9-10]。在本方中,用附子取其回阳救逆,主治便血、吐血、衄血等血症导致的气随血脱,轻者仅为气虚阳虚,重者则可为失血性休克、低血容量性休克。

4.5 阿胶 阿胶具有补血、滋阴、润肺、止血功效,主治血虚诸证、出血证、肺阴虚燥咳、热病伤阴、心烦失眠、阴虚风动、手足痲疯等。在古代阿胶为传统的止血要药,且已得到共识^[11]。《神农本草经》谓其“主心腹内崩,劳极洒洒如疟状,腰腹痛,四肢酸痛,女子下血,安胎”。《伤寒论》中,胶艾汤、白头翁加甘草阿胶汤、黄土汤、温经汤等均将阿胶用于血症的治疗,包括便血、吐血、衄血、漏下、崩中去血、月水来过多、产后下利。《本草纲目》谓其“疗吐血、衄血、血淋、尿血、肠风下痢”。吉益东洞门人邝井椿在其《药征续编》中谓“阿胶主治诸血症。故兼治心烦、不得眠者”。黄煌教授也主张“阿胶主治血症,又以便血、子宫出血、尿血为主”。本方用阿胶取其止血之功,以主治各类出血。

4.6 黄芩 黄芩可以清热燥湿、泻火解毒、止血、安胎,主治湿温、暑湿、胸闷呕恶、湿热痞满、泻痢、黄疸、肺热咳嗽、高热烦渴、血热吐血、痈肿疮毒、胎动不安等。本方用黄芩取其泻热、止血之功。首先,黄土汤以阳虚出血为主,离经之血郁而化热,因此原文用黄芩三两以清郁热^[12]。现代经方大家叶橘泉先生也认为黄土汤方证除出血、体力衰弱、贫血、营养不良、面色萎黄或苍白、皮肤枯燥、气上逆、畏寒外,还当含有心烦、手足烦热、身有低热等虚热证^[13]。因此,《神农本草经》中记载“黄芩,味苦平,主治诸热黄疸”。其次,黄芩有止血之功,《本草纲目》谓其主治“火咳肺痿喉腥,诸失血”。黄芩的止血功效在胃溃疡动物模型上也得到了验证。以无水乙醇致小鼠胃黏膜损伤的胃溃疡模型,观察黄土汤和黄土汤去黄芩方对凝血时间、胃溃疡指数、溃疡组织病理的影响,发现黄土汤和黄土汤去黄芩方均能缩短凝血时间,明显降低溃疡面积,但黄土汤的止血疗效显著优于黄土汤去黄芩方,提示黄芩在黄土汤中配伍意义并非佐制,同时兼有止血作用^[14]。第三,《伤寒论》中“心下痞”是黄芩的主要运用指征。吉益东洞在《药征》中指出“黄芩治心下痞也,旁治胸胁满、呕吐、下利也”,黄煌教授在《张仲景 50 味药证》中也指出“黄芩兼治心下痞,下利,干呕,胸胁苦满”。在消化道出血合并便血时,患者出现的胃脘部位的痞满、饱胀,也是临床运用黄芩的指征之一。

4.7 甘草 甘草可以补脾益气、清热解毒、祛痰止咳、缓急止痛、调和诸药,主治脾胃虚弱、倦怠乏力、心悸气短、咳嗽痰多、脘腹、四肢挛急疼痛、痈肿疮毒、缓解药物毒性。但在经方中,甘草不全为佐使药。本方用甘草取其缓急、补中之功。首先,消化道出血、便血等,伴见的胃痛、腹痛、挛急、急迫症

是甘草的运用指征。《药征》中载“甘草主治急迫也。故治里急、急痛、挛急。而旁治厥冷、烦躁、冲逆之等诸般迫急之毒也”。黄煌教授认为甘草可以主治躁、急、痛、逆诸证。其次,甘草有补益脾胃之功。黄土汤方证的便血虽然以阳虚不能固摄血液为其核心病机,然而脾胃气虚为必然伴见的病机之一。因此,方中用甘草也取其补脾益气之力,加强健脾止血之功。

5 黄土汤方证特征

现代医学疾病方面:①黄土汤可用于下血、先便后血、远血、吐血、衄血等传统中医疾病;②黄土汤可用于黑便、呕血等为主要临床表现的疾病,包括消化性溃疡出血、消化道肿瘤、胃黏膜病变、血管发育异常、食管胃底静脉曲张破裂出血、胰胆道损伤等上消化道出血;③黄土汤可用于便常规潜血试验阳性、华法林等抗血小板聚集、抗凝血药物,导致便常规潜血试验阳性、上消化道出血、尿血等出血事件;④黄土汤还可用于结肠及直肠肿瘤或息肉、痔疮、肛裂等肛肠科疾病,子宫出血等。

症状方面,黄土汤指征包括出血、虚证与郁热3种类型。

①出血:黑便,血色暗黑或鲜红;吐血、衄血、崩中漏下、尿血。
②虚证:可伴见头晕、心悸、精神不振、畏寒、肢冷、舌淡、苔薄白、脉迟;或胃胀、胃痛、腹痛;夜尿多、遗尿、清涕如注、自汗、冷泪、白带多、久泻不止等津液不能固摄诸症。
③郁热:手足烦热。

6 黄土汤在急危重症中的运用

6.1 冠状动脉粥样硬化性心脏病、永久性房颤、华法林过量致急性上消化道出血、重度贫血案 患者某,男,82岁。主因“胸闷憋气40余年,加重伴黑便1周”于2016年7月28日入院。患者于40年前无明显诱因出现胸闷、憋气,就诊于当地医院,诊断为“冠心病、阵发性房颤”,给予胺碘酮转窦。后房颤反复发作,发作时胸闷、憋气症状明显,规律服用胺碘酮片(200 mg po qd)控制心率。后上述症状加重,伴大汗出,多次于我科住院治疗,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定型心绞痛、心律失常、持续性心房颤动、心功能Ⅲ级(NYHA分级)”,予扩张冠状动脉、降血脂、稳定斑块、抗凝血、活血化瘀等对症治疗后出院。2016年6月,患者开始口服华法林钠片(2.5 mg qd),后未规律监测国际标准化比值(INR)。1周前出现黑便、四肢水肿,为求系统治疗收住我科。刻下症:胸闷、憋气、时有咳嗽、咯白黏痰、乏力、气短、躁热、汗少、不恶心、无口干、无口苦、纳可、眠差、多梦,大便2~3日一行,色黑,小便可。舌淡嫩,少苔,脉结代。

既往有高血压病史10余年,平常口服苯磺酸氨氯地平片(5 mg qd)、富马酸比索洛尔片(5 mg qd),血压控制可;2型糖尿病病史3年余,未规律服药;慢性肾功能不全病史5年;陈旧性脑梗死病史2年。既往诊断为“多发动脉硬化伴斑块形成,双侧颈动脉硬化伴斑块形成,双下肢动脉硬化伴斑块形成,慢性阻塞性肺疾病,肺气肿,前列腺增生,高尿

酸血症,高脂血症,脑萎缩,双肾囊肿,重度骨质疏松,腰椎间盘突出症”。

查体:脉搏(P)87次/min,血压(BP)113/39 mm Hg(1 mm Hg \approx 0.133 kPa)。体形中等偏瘦,面色萎黄,皮肤弹性差,双侧呼吸音正常,心率(HR)99次/min,律不齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,腹部无压痛及反跳痛,腹部未触及包块,肝脾肋下未触及,墨菲征阴性,移动性浊音阴性。肠鸣音活跃,双下肢水肿。

全血细胞分析+C反应蛋白(CRP):白细胞计数(WBC)7.44 $\times 10^9$ 个/L,红细胞计数(RBC)2.07 $\times 10^{12}$ 个/L,血红蛋白(Hb)61.0 g \cdot L $^{-1}$,血小板计数(PLT)436.0 $\times 10^9$ 个/L,中性粒细胞百分比(NEUT%)76.0%,淋巴细胞百分比(LYMPH%)13.7%,CRP 27.10 mg \cdot L $^{-1}$ 。生化+心肌肌钙蛋白(cTNI):肌酐(Cr)96.8 μ mol \cdot L $^{-1}$,尿酸(UA)494 μ mol \cdot L $^{-1}$,血糖(Glu)7.9 mmol \cdot L $^{-1}$,白蛋白(ALB)30.40 g \cdot L $^{-1}$ 。DIC初筛试验:凝血酶原时间(PT)23.1 s,凝血酶时间(TT)11.3 s,活化部分凝血活酶时间(APTT)36.0 s,凝血酶原活动度(PT%)34.9%,D-二聚体(D-Dimer)0.16 mg \cdot L $^{-1}$ FEU,INR 2.06。快速血气分析:二氧化碳分压(PCO₂)35.3 mm Hg,氧分压(PO₂)49.7 mm Hg,pH 7.423,碳酸氢根浓度(CHCO₃)22.5 mmol \cdot L $^{-1}$ 。便常规+潜血:阳性。胸片示:动脉硬化,左心室增大。心脏超声示:主动脉瓣退变并反流(轻度),二尖瓣反流(轻度),三尖瓣反流(轻度),肺动脉高压(轻度),左心房增大(44 mm),右心房饱满。腹部超声示:脾内多发低回声区,脾梗死?建议进一步检查;餐后胆囊;双肾皮质回声略增强,双肾多发囊肿。

中医诊断:胸痹,血证,便血。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定性心绞痛、心律失常、永久性房颤、心功能Ⅲ级(NYHA分级);急性上消化道出血;重度贫血;高血压病2级(很高危);多发动脉硬化伴斑块形成、双侧颈动脉硬化伴斑块形成、双下肢动脉硬化伴斑块形成;2型糖尿病、糖尿病周围神经病变;慢性肾功能不全(CKD3期);陈旧性脑梗死;脑萎缩;慢性阻塞性肺疾病,肺气肿;前列腺增生;高尿酸血症;高脂血症;重度骨质疏松;腰椎间盘突出;低蛋白血症。

入院后给予营养支持、抑酸、保护胃黏膜、纠正贫血、补蛋白、利尿、降压、控制心室率等对症治疗。考虑患者目前因房颤口服华法林导致急性上消化道出血、黑便为主,且与《金匱要略·惊悸吐血下血胸满瘀血病脉证治》中条文“下血,先便后血,此远血也,黄土汤主之”高度相似。在病机上,其面色萎黄、皮肤弹性差,黑便2~3日一行,舌淡嫩,少苔,脉结代,均为气、血、阴、阳亏虚,脾阳亏虚不能统血所致。虽然还存在冠心病、慢性阻塞性肺疾病合并感染等,但根据“急则治其标,缓则治其本”的原则,先予止血。方用黄土汤加减。处方:伏龙肝90 g,黄芩15 g,生地黄45 g,麸炒白术15 g,黑顺片10 g,阿胶珠20 g。3剂,水煎服,日1剂,浓煎100 mL,分

2次服。

二诊(2016年8月1日):患者胸闷、咳嗽好转,咯白黏痰,仍有乏力,汗少,纳可,眠差,多梦,时有烦躁,大便3日一行,不干,色黑,小便可。舌淡嫩少苔,脉结代。全血细胞分析+CRP:WBC 6.11×10^9 个/L, RBC 2.89×10^{12} 个/L, Hb $84.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, NEUT% 71.2%, LYMPH% 16.5%, CRP $8.37 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化:UA $614 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, Glu $8.4 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Cr $103 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。便常规+潜血:未见异常。考虑患者出血已经停止,血红蛋白未见明显下降,便常规转阴,虽然还在黑便,但未再出血,且可能与黄土汤处方中含有大剂量生地黄有关。患者目前以乏力为主,证属气血两虚,治以益气养血,暂停黄土汤,改用归脾汤益气养血、宁心安神。处方:生黄芪 30 g,党参 15 g,麸炒白术 15 g,甘草 10 g,茯苓 30 g,制远志 10 g,炒酸枣仁 30 g,木香 6 g,龙眼肉 15 g,当归 15 g。7剂,水煎服,日1剂,浓煎 100 mL,分2次服。

三诊(2016年8月9日):患者服用上方后,胸闷、乏力、气短、烦躁减轻,纳眠可,睡眠改善,大便1~2日一行,不干,色黄,小便可。舌暗红,苔薄白,脉结代。复查Hb升至 $112 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, Cr降至 $89 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。准予出院。

按:在《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中,根据出血与大便的先后,将便血分为远血与近血。其中,先便后血为远血,用黄土汤;而先血后便为近血,用赤小豆当归散。在现代医学中,远血相当于上消化道出血,近血则相当于下消化道出血。

笔者常将黄土汤用于急性上消化道出血、急性冠状动脉综合征合并急性上消化道出血、华法林过量导致急性上消化道出血、便常规潜血持续阳性、消化道肿瘤伴出血等疾病的治疗。该患者为华法林过量导致急性上消化道出血,所幸服用黄土汤后逐渐止血,血红蛋白逐步上升。笔者还将归脾汤视为黄土汤止血后益气补血的调理方。即在急性活动性出血时用黄土汤止血,止血后则需养血益气补虚,可以考虑运用归脾汤。

6.2 冠状动脉粥样硬化性心脏病(三支病变)、急性非ST段抬高型心肌梗死、急性上消化道出血、血小板减少症、中度贫血、肺部感染、慢性肾功能不全(CKD3期)案 患者某,男,83岁。主因“反复胸痛21年,加重1d”于2017年5月9日由门诊收入院。患者于21年前无明显诱因出现胸痛、胸闷、气短,休息后未见明显好转,于北京某三甲医院急诊就诊,急查心电图示:急性下壁心肌梗死,住院保守治疗后出院。15年前再次出现活动后胸前区疼痛,放射至左肩背,行冠状动脉造影示:冠状动脉粥样硬化性心脏病,三支病变,累及右冠、前降支、回旋支。医院建议行冠状动脉旁路移植术(CABG),患者拒绝,并长期口服冠心病二级预防药物治疗。后胸痛症状反复发作。1年前患者情绪激动后胸痛、胸闷再次加重,放射至左肩背,就诊于上述医院,急查cTNI $1.114 \text{ ng} \cdot \text{mL}^{-1}$,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病、急性非ST段

抬高性心肌梗死、陈旧性下壁心肌梗死、心功能II级(NYHA分级);高血压病3级;慢性肾功能不全;陈旧性脑梗死;高脂血症;前列腺增生;痛风;高尿酸血症;反流性食管炎”,予以抗血小板、降血压、降血脂、控制心室率、扩张冠状动脉等治疗,再次建议行冠状动脉造影检查,必要时行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或冠状动脉旁路移植(CABG)术,患者及家属均拒绝。后多次因胸痛、胸闷在我院行中医药治疗。1d前夜晚,患者因吵架情绪激动后再次出现胸前区疼痛伴烧灼感,自行服用速效救心丸未见明显缓解。晨起就诊于我院急诊,急查cTNI $0.025 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$,N端脑钠肽前体(NT-proBNP) $707.0 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$,全血细胞分析+CRP、急诊生化、快速血气分析(微电极)均未见异常。考虑患者虽然目前cTNI正常,但可能尚未达峰,再发心肌梗死可能性大,笔者将其以冠状动脉粥样硬化性心脏病收住入院。

既往有高血压病史21年,最高BP 200/100 mm Hg,现口服硝苯地平控释片(30 mg qd)、富马酸比索洛尔片(2.5 mg, qd)控制血压;前列腺增生病史11年,现口服非那雄胺片(5 mg qn)改善前列腺增生;痛风、高尿酸血症病史5年;脑梗死病史4年;慢性肾功能不全病史6年;动脉硬化症11年。曾行阑尾切除术、扁桃体切除术、双眼白内障手术。

中医诊断:胸痹、痰瘀互结证。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定性心绞痛、陈旧性下壁心肌梗死、心功能III级(NYHA分级);高血压病III级(极高危);高脂血症;慢性肾功能不全(CKD3期);陈旧性死;动脉硬化症;前列腺增生;反流性食管炎;阑尾切除术后;扁桃体切除术后;白内障术后;胆囊结石;痛风。

患者于入院当天下午开始出现恶寒、寒战、发热($39.2 \text{ } ^\circ\text{C}$),周身疼痛,无汗,口干,口涩,咽痒,咽干,欲咳嗽,心电监护示:HR 109次/min。笔者考虑冠脉三支病变的高龄患者一旦出现高烧不退,很容易导致炎性因子大量释放,促进冠脉血管中的不稳定斑块脱落,引起急性心肌梗死,甚至猝死。根据《金匱要略》“夫病痼疾加以卒病,当先治其卒病,后乃治其痼疾”先表后里的指导思想,此时亟需退热以期邪去正安。笔者分析其发热以上呼吸道感染可能性大,病机以邪在三阳为主,予以《伤寒六书》柴葛解肌汤,患者仅服药半剂,即退热身凉^[15]。然而,第2天晨起复查WBC升至 12.09×10^9 个/L, NEUT%升至 83.5%, cTNI升至 $18.28 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$,结合心电图,考虑“急性非ST段抬高型心肌梗死、心功能I级(Killip分级)”。然而,患者高龄、慢性肾功能不全(CKD3期)、血小板减少(80.0×10^9 个/L)以及血红蛋白偏低($91.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$)继续予以低分子量肝素钠注射液(0.2 mL q12h,皮下注射)、硫酸氢氯吡格雷片(75 mg po qd)抗凝血及抗血小板聚集。

患者于入院第3天(2017年5月21日)开始出现胸痛加重,频繁发作,值班大夫予以硝酸甘油注射液扩张冠状动脉后疗效不明显,复查便常规+潜血试验阳性,补充诊断急性上

消化道出血,加强抑酸治疗。2017年5月22日笔者接班后,予以瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤合小陷胸汤,且予以大剂量瓜蒌后患者胸痛得以显著改善^[1]。

2017年5月24日复查全血细胞分析+CRP: WBC 4.13×10^9 个/L, NEUT% 76.0%, RBC 3.40×10^{12} 个/L, PLT 112.0×10^9 个/L, Hb $93.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, CRP $127.11 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$; 生化+ cTNI: 镁(Mg) $0.71 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 钠(Na) $136 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 钙(Ca) $1.99 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, cTNI $1.897 \text{ } \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$, NT-proBNP $4381 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。便常规+潜血试验: (-)。考虑患者 cTNI 持续下降, 血红蛋白及血小板较前持续上升, 便常规+潜血试验转阴, 继续予以抗血小板聚集、抗凝血、降血脂、稳定斑块、扩张冠状动脉、利尿、改善心力衰竭等治疗方案。

2017年5月30日: 患者排黑色软便3次, 便常规+潜血试验阳性, 无其他不适主诉。

2017年5月31日: 患者无不适主诉。查体: BP 126/65 mm Hg, HR 68次/min, 律齐, 双肺呼吸音稍粗, 未闻及明显干湿啰音, 腹部微凹陷, 听诊肠鸣音活跃, 双下肢不肿。全血细胞分析+CRP: WBC 6.30×10^9 个/L, NEUT% 74.6%, RBC 4.43×10^{12} 个/L, Hb $118.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, PLT 184.0×10^9 个/L, CRP $35.78 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化+ cTNI: cTNI $0.028 \text{ } \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$, 尿素氮(BUN) $8.94 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, UA $526 \text{ } \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, Glu $8.4 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Cr $89.3 \text{ } \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。DIC 初筛试验: D-Dimer $0.56 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ FEU, PT 45.3 s, APTT 85.2 s, 纤维蛋白原(FIB) $5.67 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, PT% 18.0%。尿常规: 高倍镜视野中的红细胞(RBC-M) 68.51/HP, 高倍镜视野中的白细胞(WBC-M) 26.39/HP。便常规+潜血试验: (-)。考虑复查便潜血阴性, 暂停硫酸氢氯吡格雷, 请肛肠科会诊, 明确有无肛周疾病。

2017年6月1日: 患者昨晚胸骨后疼痛发作1次, 舌下含服速效救心丸后缓解, 纳差, 眠可, 排深色软便4次, 小便可。舌淡红, 苔薄白, 脉细。复查便常规+潜血试验: (+)。考虑患者既往存在血小板减少症病史, 本次主因急性心肌梗死入院, 给予小剂量抗血小板聚集、抗凝血药后出现急性上消化道出血、Hb下降, 在治疗方案上存在矛盾。患者反复出现便血、黑便、便常规+潜血试验阳性, 与“远血”内涵高度相似, 急予中药黄土汤温阳健脾止血。处方: 伏龙肝 30 g, 黄芩炭 10 g, 生地黄 30 g, 麸炒白术 15 g, 黑顺片 10 g, 阿胶 15 g, 甘草 15 g, 薤白 15 g。4剂, 水煎服, 日1剂, 浓煎 50 mL, 今日急煎1剂, 分2次服。

2017年6月6日: 患者服药期间, 未见明显不适, BP 132/67 mm Hg, P 88次/min。今日复查便常规+潜血试验转阴, 血常规提示 Hb $96.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, PLT 162.0×10^9 个/L。后连续2次复查便常规+潜血试验均为阴性, 提示上消化道出血得以改善。

然而, 患者再因受凉出现体温升高($37.4 \text{ } ^\circ\text{C}$), 伴咳嗽咳痰, 咳白色清稀痰, 量多。复查 WBC 14.90×10^9 个/L, NEUT% 89.7%。细菌真菌血清学检查: PCT $3.64 \text{ ng} \cdot \text{mL}^{-1}$,

cTNI $1.655 \text{ } \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$, NT-proBNP $6145 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ 提示再发心肌梗死、心力衰竭伴感染, 给予对症治疗后疗效不理想。后相继出现高渗、抗生素后维生素 K 缺乏症、呼吸衰竭、休克, 最后死于急性心肌梗死。

按: 该患者在入院第3天出现便潜血阳性, 后复查转阴。然而, 在入院第12天相继出现便血、黑便、便常规+潜血试验阳性, 患者服用黄土汤6d后急性上消化道出血得以痊愈。既往笔者运用黄土汤治疗急性上消化道出血1~2d即能止血。推测该患者止血疗效不理想有2个原因: ①患者高龄, 既往有慢性肾功能不全(CKD3期)、血小板减少及血红蛋白偏低等多系统病变, 一般状况较差, 且其在临终前复查 DIC 初筛试验: PT 149.7 s, APTT 111.8 s, INR 12.76, 多种因素表明患者凝血系统相对脆弱; ②可能与处方中伏龙肝、生地黄、阿胶等药物剂量不足有关, 且易黄芩为黄芩炭后, 止血疗效也受一定影响。这也提示, 面对重症, 一定要大剂量用药方能为后续治疗赢得时间。

6.3 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 急性非 ST 段抬高型心肌梗死, 慢性阻塞性肺病合并感染, 二型呼吸衰竭, 昏迷, 抗血小板聚集、抗凝血药物致便常规潜血试验阳性、尿血等案 患者某女, 78岁。主因“胸闷喘憋反复发作13年, 加重伴心悸1周”于2018年2月22日入院。患者于2005年开始每因感冒或受凉后出现胸闷喘憋, 伴咳嗽, 迁延难愈, 于当地医院就诊, 经治疗后好转。2015年12月25日无明显诱因出现胸闷喘憋, 伴胸痛心悸, 意识欠清, 就诊于我院急诊, 诊断为“肺部感染、二型呼吸衰竭、冠状动脉粥样硬化性心脏病”, 对症治疗后好转, 出院后规律口服心元胶囊、麝香保心丸。1周前无明显诱因再次出现胸闷喘憋, 不能平卧, 现为求进一步诊治, 收入我科。刻下症: 胸闷喘憋、不能平卧、心悸、偶有胸痛、口干、乏力、迎风流泪, 晨起口中有少量血丝, 无头晕头痛、无咳嗽、无恶心呕吐, 纳眠可, 小便频数, 大便调。舌暗红, 苔薄白, 脉弦滑。

既往有高血压病史8年, BP最高达180/100 mm Hg, 现规律口服苯磺酸氨氯地平片(5 mg, qd)、厄贝沙坦片(0.15 g, qd), BP控制在130~140/60~70 mm Hg; 2型糖尿病病史4年, 间断口服拜糖平, 未监测血糖; 慢性支气管炎病史10年, 未服药; 高血脂症病史多年, 间断口服阿托伐他汀钙片。

查体: 体温(T) $36.1 \text{ } ^\circ\text{C}$, 脉搏(P) 88次/min, R 20次/min, BP 129/60 mm Hg。体形偏胖, 神志清晰, 精神萎, 双侧肺叩诊清音, 双侧呼吸音低, 双侧可闻及散在湿啰音, HR 88次/min, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹膨隆, 无压痛与反跳痛, 双下肢轻度水肿, 生理反射存在, 病理反射未引出。

全血细胞分析+CRP: WBC 13.16×10^9 个/L, NEUT% 86.2%, RBC 5.25×10^{12} 个/L, HGB $156.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, PLT 238.0×10^9 个/L, CRP $7.58 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化全项+风湿常规+cTNI: cTNI $0.044 \text{ } \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$, 类风湿因子(RF) $73.3 \text{ IU} \cdot \text{mL}^{-1}$, 肌酸肌

酶同工酶(CK-MB) $137 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,超敏C反应蛋白(hs-CRP) $28.45 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$,UA $459 \text{ } \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, HCO_3^- $30.4 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,钾(K) $5.55 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,Glu $9.49 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,氯(Cl) $91.4 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。甲状腺检查:促甲状腺激素(TSH) $0.345 \text{ } \mu\text{IU} \cdot \text{mL}^{-1}$,甲状腺过氧化物酶抗体(anti-TPO) $14.16 \text{ IU} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。心电图示:未见明显异常。心脏超声:EF 55%,主动脉瓣退变,左室舒张功能减低。

中医诊断:胸痹、痰瘀互结。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病,不稳定型心绞痛,心功能II级(NYHA分级);慢性阻塞性肺病并感染;高血压病3级(很高危);2型糖尿病;高脂血症。

入院后常规给予扩张冠状动脉、抗血小板聚集、降血脂、稳定斑块、降血糖、降血压、抗感染等治疗^[16]。因当晚未佩戴家用无创呼吸机,入院第2天8:30 am突然出现意识淡漠,呼之可应,压眶反射存在,口唇紫绀,双侧瞳孔等大等圆,BP波动在110~120/60~80 mmHg,P波动在70~80次/min,血氧饱和度(SpO_2)波动在40%~60%,双肺呼吸音粗,未闻及明显哮鸣音,左下肺可闻及湿啰音,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理杂音,双下肢轻度水肿,四肢肌力V级,病理反射未引出。急查血气分析示:pH 7.196, PO_2 33.6 mmHg,氧合血红蛋白(O_2Hb) 48.5%, PCO_2 292.4 mmHg,细胞外液碱剩余(BE_{ecf}) 6.8 mmol·L⁻¹,碱剩余(BE) 3.1 mmol·L⁻¹。考虑“二型呼吸衰竭、呼吸性酸中毒”诊断,立即予无创呼吸机ST模式辅助呼吸(IPAP 18 mmHg,EPAP 6 mmHg,频率18次/min,氧浓度80%),同时予盐酸洛贝林注射液静滴兴奋呼吸中枢,碳酸氢钠注射液静滴以纠正酸中毒,并转入CCU治疗。

全血细胞分析+CRP:WBC 14.94×10^9 个/L,NEUT% 83.6%,RBC 5.21×10^{12} 个/L,Hb $153.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$,PLT 255.0×10^9 个/L,CRP $46.85 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化一、五+cTNI:Cr $136.3 \text{ } \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$,cTNI $0.132 \text{ } \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$,CK-MB $133 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,BUN $12.61 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,K $5.82 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,Na $137.8 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,Cl $94.4 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。DIC初筛试验:D-Dimer $0.75 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ FEU。

中医诊断:喘证,肺气郁闭。西医诊断:慢性阻塞性肺疾病合并感染,二型呼吸衰竭;冠状动脉粥样硬化性心脏病,急性非ST段抬高型心梗,心功能II级(Killip分级);急性肾损伤;高钾血症;高血压病3级(很高危);高脂血症;2型糖尿病;动脉硬化症。

转入后强化抗感染、化痰、解痉、平喘、抗血小板聚集、抗凝血治疗。考虑患者目前以 CO_2 潴留、二型呼吸衰竭为主,中药治以宣肺平喘,促进 CO_2 排出,用麻黄汤原方。处方:生麻黄20g,桂枝20g,炒杏仁20g,甘草15g。3剂,水煎服,日1剂,浓煎50mL,急煎1剂,分2次服。

二诊(2018年2月24日):患者神志转清,时有胸闷喘憋,偶有咳嗽,咳少量白痰,口干,乏力,纳眠可,二便调。查体大致同前。全血细胞分析+CRP:WBC 17.49×10^9 个/L, 2590

NEUT% 84.6%,RBC 4.78×10^{12} 个/L,Hb $144.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$,PLT 228.0×10^9 个/L,CRP $70.13 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化+cTNI:cTNI $0.568 \text{ } \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$,Cr $113 \text{ } \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$,BUN $13.5 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,谷丙转氨酶(ALT) $147.4 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,谷草转氨酶(AST) $83.4 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,肌酸肌酶(CK) $331 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,CK-MB $145 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,ALB $31.5 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ 。血气分析:pH 7.256, PO_2 70.0 mmHg, PCO_2 74.9 mmHg, CHCO_3^- $32.6 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。腹部超声:脂肪肝、肝多发囊肿。胸腔超声:双胸腔未见积液。补充诊断:肝功能不全、低蛋白血症,酌情调整治疗方案。

三诊(2018年2月25日):时有胸闷喘憋,偶有咳嗽咳痰,口干,乏力,纳眠可,小便量多,尿管中血尿,大便正常。舌淡,苔薄白,脉弦。昨日24h总入量2063mL,总出量5650mL,尿量4800mL。便常规+潜血试验:(+)。尿常规:RBC 766.3个/ μL ,WBC 108.0个/ μL 。快速血气分析:pH 7.442, PCO_2 47.5 mmHg, PO_2 68.6 mmHg,BE 6.5 mmol·L⁻¹, CHCO_3^- $31.7 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。全血细胞分析+CRP:WBC 12.67×10^9 个/L,NEUT% 77.2%,LMYPH% 16.0%,CRP $76.30 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化一、三+cTNI:cTNI $0.306 \text{ } \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$,K $3.97 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,Na $136.2 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,Ca $2.00 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,AST $56 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,ALT $108.5 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,ALB $27.4 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, HCO_3^- $30.2 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,磷(P) $0.57 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,Mg $0.73 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。患者便常规潜血试验阳性与尿血很可能与抗血小板聚集、抗凝血有关,调整治疗方案,持续膀胱冲洗。结合双下肢略肿,尿多,舌淡,苔薄白,脉弦,考虑以阳虚不能固摄为主要病机,且其便常规潜血试验阳性、尿血亦属于“衄血”范畴,急予中药黄土汤温阳健脾止血。处方:伏龙肝120g,黄芩30g,生地黄120g,麸炒白术30g,黑顺片30g,阿胶30g,甘草15g。3剂,水煎服,日1剂,浓煎50mL,今日急煎1剂,分2次服。

四诊(2018年2月28日):患者服药第2天尿尿消失。今日查房,喘憋改善,纳眠可,二便调。尿常规、便常规+潜血试验:(-)。全血细胞分析+CRP:WBC 11.42×10^9 个/L,中性粒细胞计数(NEUT) 8.92×10^9 个/L,NEUT% 78.1%,单核细胞计数(MONO) 1.01×10^9 个/L,单核细胞比例(MONO%) 8.8%,CRP $58.28 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化+cTNI:cTNI $0.050 \text{ } \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$,Cr $72 \text{ } \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$,BUN $5.2 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,K $4.28 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$,AST $34.2 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,ALT $58.2 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$ 。建议患者完善冠状动脉造影检查,患者拒绝,择期出院。

按:该患者在转入CCU后大致分为2个阶段的治疗。即呼吸支持阶段与抗血小板聚集、抗凝血药物导致的出血事件阶段。首先,呼吸支持阶段除常规运用无创呼吸机辅助外,笔者还用麻黄汤辅助改善呼吸功能。麻黄汤,又名还魂汤,是古代抢救晕厥的关键经典名方。笔者常将本方用于 CO_2 潴留等导致昏迷的抢救,促进二型呼吸衰竭患者的 CO_2 排出。其次,在出血事件阶段,笔者主要运用黄土汤改善便常规潜血试验阳性、尿血。黄土汤方证条文中有“亦主吐血、衄血”,其广义“衄血”就包括各种出血。该案为抗血小板聚

集、抗凝药导致的便常规潜血试验阳性、尿血,这也属于“衄血”范畴。三诊时,患者虽然有口干,但这与其长期佩戴无创呼吸机导致水分大量消耗有关。该患者无面红目赤,无口苦口臭,无欲冷饮,无大便秘结,无小便黄赤,综合舌脉,可知其病机当属阴证出血。因此,首选黄土汤温阳止血。值得注意的是,部分轻症患者可能在停用抗血小板聚集、抗凝药后能够自行止血,但部分患者虽然不知其化验结果,因见其尿管中有大量血尿,或见其便血、黑便,会焦虑恐惧不安,甚至会引起医疗纠纷。笔者在临床上面对此类出血事件,更倾向于运用中医药主动治疗,及时阻断出血趋势。

6.4 冠状动脉粥样硬化性心脏病,不稳定型心绞痛,PCI术后,血小板减少症,急性上消化道出血案 患者某,男,83岁。主因“胸闷憋气16年,加重3d”于2019年3月25日入院。患者于16年前无明显诱因出现胸闷憋气,休息后缓解,于北京某三甲医院就诊,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”,并行PCI术,置入支架3枚。出院后规律服用冠心病二级预防药物。3d前于行走时胸闷憋气加重,口服酒石酸美托洛尔缓解不明显,为求进一步诊治,收入我科。刻下症:胸闷憋气,时有咳嗽咳痰,痰白,易咯出,偶有恶心,呕吐,纳差,不思饮食,眠差,小便等待,淋漓不尽,夜尿频,4~5次,大便偏干,需便通胶囊辅助通便,2~3日一行。舌暗红,苔黄腻,脉弦滑。

既往有高血压病史2年,最高BP 180/90 mm Hg,目前口服苯磺酸氨氯地平片(2.5 mg qd)血压控制不佳;既往有多发性腔隙性脑梗死、高脂血症、动脉硬化斑块、脑萎缩、枕部皮下占位性病变、反流性食管炎、胆囊多发结石、前列腺增生、左肾囊肿。入院前1周在急诊查血常规:PLT 88.0×10^9 个/L,诊断为血小板减少症。

查体:T 36.7 °C, P 66次/min, R 18次/min, BP 133/66 mm Hg。神志清楚,体形中等,精神萎靡,右颌下可触及单个肿大淋巴结,枕部有一大约6 cm×6 cm的包块,左侧乳头处可见黑色样小肿物,局部肿胀,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿啰音,心腹(-),双下肢无水肿。

全血细胞分析+CRP: RBC 3.49×10^{12} 个/L, LYMPH% 18.5%, MONO 0.68×10^9 个/L, Hb $123.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, PLT 162.0×10^9 个/L。生化+cTNI: AST/ALT 1.53, IDBiL $33.90 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, DBiL $7.6 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, GLB $22.6 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, ALB $36.7 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, TBiL $41.5 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, TP $59.3 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ 。DIC初筛试验、甲状腺超声:(-)。动态血压监测:收缩压最高149 mm Hg,最低101 mm Hg,舒张压最高97 mm Hg,最低59 mm Hg,平均血压123/75 mm Hg。Holter:窦性心律,频发房早,房早成对,房性联律,短暂房速,偶发室早,不完全右束支传导阻滞,窦房传导阻滞,最长RR间期1.7 s。头颅CT(对比2018年5月21日头颅平扫CT):双侧基底节区腔隙塞,大致同前;脑白质变性、脑萎缩;右顶部头皮下血肿,请结合临床,必要时进一步检查。腹部超声:胆囊增大、壁增厚、胆囊内胆汁淤积、胆囊

多发结石、左肾囊肿。下肢动脉超声:双下肢动脉硬化伴多发斑块形成,双下肢股隐静脉瓣功能不全。

中医诊断:胸痹、痰瘀互结证。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病,不稳定型心绞痛,PCI术后,心功能II级(NY-HA分级);多发性腔隙性脑梗塞;高血压病3级(很高危);高血脂症;动脉硬化症;脑萎缩;反流性食管炎;胆囊结石;左肾囊肿;前列腺增生;枕部皮下占位性病变。

入院后常规给予扩张冠状动脉、抗血小板聚集、降血脂、稳定斑块、降血压、营养心肌、抑酸等治疗,还给予利可君片(20 mg tid)口服预防血小板减少。因患者目前血小板不低,予以阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片双抗治疗。入院第8天,笔者考虑患者年龄偏大,为避免出血风险,改双抗为单抗,停阿司匹林肠溶片。

二诊(2019年4月3日):胸闷憋气明显减轻,无恶心呕吐,纳眠可,夜尿3次,大便未行,舌暗红,苔黄腻,脉弦滑。BP 157/88 mm Hg。全血细胞分析+CRP: Hb $106.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, PLT 239.0×10^9 个/L。考虑患者既往有血小板减少症病史,入院后口服双抗治疗8d,且Hb较入院时显著下降,考虑以急性上消化道出血可能性大,暂停硫酸氢氯吡格雷片,强化抑酸止血治疗。虽然便常规+潜血试验结果未出,急予黄土汤温阳健脾止血。处方:伏龙肝180 g,黄芩20 g,生地黄60 g,炒白术30 g,黑顺片30 g,阿胶30 g。3剂,水煎服,日1剂,浓煎50 mL,今日急煎,分2次服。

三诊(2019年4月8日):未诉明显不适。4月7日便常规+潜血试验阳性,4月8日便常规+潜血试验转阴,血小板正常。

按:活动性出血可从Hb、BP、P、尿素氮、便常规+潜血试验等方面进行判断。该患者二诊时Hb从 $123 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ 降至 $106 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$,但因检测误差,Hb可以允许 $10 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ 的波动,且当时并无便常规+潜血试验证据,笔者仍按照急性上消化道出血进行治疗,这从后期的便常规+潜血试验中可以得到验证。

6.5 不明原因便常规潜血试验阳性、腹泻案 患者某,男,93岁。主因“间断胸闷35年,加重1周”于2018年1月30日入院。患者于35年前劳累后出现压榨性胸痛,就诊于北京某三甲医院,具体检查结果不详,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”,未予重视。后偶有发作,未系统治疗。2017年4月6日,患者因双下肢水肿于我科住院治疗,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病,不稳定型心绞痛、心功能III级(NY-HA分级)”,予抗血小板聚集、降血压、利尿、降血脂等对症治疗后好转出院。后多次因胸闷发作住院治疗。1周前无明显诱因出现胸闷加重,伴心慌、憋气,为求进一步诊治,收入我科。刻下症:胸前区时有闷痛,心慌,憋气,口干口苦,不喜言语,言语迟钝,纳眠可,大便每日4次,质稀,色深,小便调。舌暗红,苔中根部黄厚,舌尖光剥苔,脉象弦细。

既往有高血压病史11年, BP最高170/100 mm Hg,控制可;脑梗死病史10余年,2017年3月30日因反应迟钝,话

少 就诊于我院门诊 查头颅 CT 示: 两侧脑实质多发腔隙性脑梗死灶较前增多; 既往还有高脂血症、肠道菌群失调、慢性胰腺炎、胆囊炎、肝囊肿、左肾囊肿、前列腺增生症、缺铁性贫血、双视神经萎缩、骨质疏松、颈椎病、腰椎骨关节病、腰椎压缩性骨折、肱骨骨折术后、右肋骨损伤等病史。

查体: T 36.3 °C, P 77 次/min, R 18 次/min, BP 117/73 mm Hg。神志清楚, 反应迟钝, 体形消瘦, 面色白。双侧肺叩诊过清音, 右下肺呼吸音低, 双侧未闻及干湿性啰音。心腹(-)。双下肢无水肿。全血细胞分析+CRP: WBC 6.45×10^9 个/L, NEUT 5.31×10^9 个/L, NEUT% 82.3%, RBC 3.83×10^{12} 个/L, PLT 326.0×10^9 个/L, CRP $18.59 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$, Hb $118.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化全项+cTNI: cTNI $0.101 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$, CK $1489 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, CK-MB $47 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, BUN $17.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Cr $147 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, TP $60.3 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, ALB $31.5 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, GLB $28.8 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, 白蛋白与球蛋白比值(A/G) 1.09。快速血气分析: pH 7.460, pHst 7.452, PCO₂ 39.0 mm Hg, PO₂ 86.6 mm Hg, CHCO₃ $27.1 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。

中医诊断: 胸痹、湿热内蕴证。西医诊断: 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 不稳定型心绞痛, 心功能Ⅲ级(NYHA 分级); 高血压病 3 级(极高危); 脑梗死; 高脂血症; 动脉硬化症; 肠道菌群失调; 前列腺增生症; 颈椎病; 双视神经萎缩; 重度骨质疏松; 胆囊炎; 肝囊肿; 左肾囊肿; 慢性胰腺炎; 腰椎骨关节病、胸椎 T12 压缩性骨折、S1 脊柱裂。

入院后常规给予扩张冠状动脉、抗血小板聚集、抗凝血、降血脂、稳定斑块、降血压、改善循环、活血化痰等治疗。因常规冠心病二级预防方案足以改善患者胸闷、胸痛、心慌、憋气等不适, 考虑予以中药改善其腹泻。其伴见口干口苦, 纳眠可, 大便每日 3~4 次, 质稀, 舌暗红, 苔中根部黄厚等症状, 与《伤寒论》中“呕而肠鸣, 心下痞者, 半夏泻心汤主之”条文高度相似, 且口干口苦、舌暗红属于“上热”, 腹泻、便溏属于“下寒”, 黄厚舌苔也属湿热内蕴之象。因此, 予以半夏泻心汤清热利湿。处方: 姜半夏 15 g, 黄连 6 g, 黄芩 10 g, 干姜 10 g, 甘草 15 g, 党参 15 g, 大枣 15 g。3 剂, 水煎服, 日 1 剂, 浓煎 50 mL, 今日急煎, 分 2 次服。

二诊(2018 年 1 月 31 日): 胸闷胸痛较前缓解, 腹泻 4 次, 质稀, 色深, 舌脉同前。查体: P 80 次/min, BP 133/67 mm Hg。便常规+潜血试验:(+)。难辨梭菌及毒素测定:(-)。分析病情: 在病因上, 不明原因的腹泻、便常规+潜血试验阳性, 需要进一步排除消化道肿瘤及其他相关疾病, 建议患者行腹部 CT 检查以明确诊断, 监测血压、心率、肠鸣音、血红蛋白、尿素氮等消化道出血指标。在治疗上, 暂停抗血小板聚集、抗凝血, 关注心率、血压, 强化抑酸、止血。在中医病机上, 考虑其长期腹泻可能并非湿热内蕴的半夏泻心汤方证, 而与脾阳虚弱、不能摄血有关。素体脾阳虚弱, 故见长期腹泻; 口干口苦, 黄厚舌苔, 可能与郁热有关; 舌尖光剥苔, 脉象弦细, 则可能与长期慢性失血导致营血不足, 不能荣养有关。因此, 调整中药予以黄土汤。处方: 伏龙肝 120 g, 生地黄 60 g, 黑顺

片 15 g, 黄芩炭 15 g, 麸炒白术 15 g, 阿胶 15 g, 甘草 15 g。7 剂, 水煎服, 日 1 剂, 浓煎 50 mL, 今日急煎, 分 2 次服。

三诊(2018 年 2 月 4 日): 患者服药第 1 天大便增至 5 次, 色褐, 质稀, 舌暗红, 苔黄厚, 舌尖光剥, 脉象弦细。BP 108/54 mm Hg。全血细胞分析+CRP: WBC 4.54×10^9 个/L, NEUT 3.31×10^9 个/L, NEUT% 72.9%, RBC 3.71×10^{12} 个/L, Hb $113.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, PLT 305.0×10^9 个/L。生化一+cTNI: K $4.66 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Na $132.1 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Cl $95.9 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Cr $101.6 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, BUN $9.90 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, cTNI $0.038 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ 。便常规+潜血试验:(+)。服药第 2 天大便减至每天 3 次, 便常规+潜血试验:(+)。服药至第 4 天, 大便仍为每天 2 次, 便常规+潜血试验:(+)。考虑患者虽然便潜血仍为阳性, 但大便次数从每日 4 次减为 2 次, 提示温阳健脾有效, 仍拟原方以强化温阳止血之功。处方: 伏龙肝 240 g, 生地黄 90 g, 黑顺片 15 g, 黄芩炭 15 g, 麸炒白术 15 g, 阿胶 15 g, 甘草 15 g。7 剂, 水煎服, 日 1 剂, 浓煎 50 mL, 今日急煎, 分 2 次服。

四诊(2018 年 2 月 6 日): 胸闷痛、心慌, 憋气较前明显减轻, 纳眠尚可, 仍有口干口苦, 不喜言语, 语迟, 大便 1 次, 黄褐色, 质地较前成形, 小便调。舌暗红, 苔黄厚, 舌尖光剥, 脉细。查体: BP 120/68 mm Hg。全血细胞分析+CRP: WBC 4.61×10^9 个/L, NEUT 3.48×10^9 个/L, NEUT% 75.5%, RBC 3.59×10^{12} 个/L, Hb $110.0 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, PLT 281.0×10^9 个/L, CRP $46.54 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化一+cTNI: cTNI $0.029 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$, Cr $92.5 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, K $4.69 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Na $132.4 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Cl $96.4 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。便常规+潜血试验:(-)。

后大便保持每天 1 次, 色深, 成形, 持续复查 2 次便常规+潜血试验均为阴性。再次建议患者行腹部 CT 检查以明确诊断, 家属考虑患者年龄偏大, 拒绝进一步检查, 准予出院。

按: 该患者为典型的不明原因便潜血阳性, 有如下 4 点值得关注 ①病机认识方面, 经历了从开始的寒热互结到阳虚不能摄血的转变。患者近一年来持续腹泻, 每天 3~4 次, 质地偏稀, 因并无胃痛、腹痛、腹胀、里急后重等不适, 患者及家属均未予重视。入院之初, 其便常规尚未送检, 从其伴随症状分析, 其可能为寒热互结、湿热内蕴的半夏泻心汤方证。至第 2 天便常规提示潜血阳性, 考虑可能辨证有误。结合常年腹泻, 以阳虚不能统血为主要病机, 其舌苔黄厚可能为郁热内里所致。②该患者服用黄土汤 5 d, 虽然较前大便次数减少, 但仍有潜血阳性, 调整伏龙肝至 240 g, 生地黄至 90 g, 便常规潜血得以迅速转阴。③患者的 Cr 也从入院之初的 $147 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ 降至出院前的 $92.5 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 可能与服用中药后腹泻次数减少, 肾灌注较前改善有关。因此, Cr 升高以肾前性因素可能性大。④病因方面仍然有待进一步检查, 该患者形体消瘦, 持续腹泻, 且便潜血阳性, 高度怀疑其消化道肿瘤。虽然笔者也建议患者行腹部增强 CT 检查, 但考虑估算肾小球滤过率(eGFR) 约为 $26 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1}$, 即使做检查仍有一定风险存在。

7 黄土汤临床运用体会

首先除远血、吐血、衄血等传统指征外,急性上消化道出血、急性冠状动脉综合征合并急性上消化道出血、抗血小板聚集、抗凝血药物过量导致的出血事件,不明原因的便常规潜血持续阳性、消化道肿瘤伴出血、血小板减少症等本方的现代临床运用指征值得关注。其中急性上消化道出血、消化道肿瘤伴出血、血小板减少症等可参考“吐血”“便血”“远血”等进行辨证。①急性冠状动脉综合征合并急性上消化道出血。急性冠状动脉综合征为心血管科的急危重症,包括急性ST段抬高性心肌梗死(STEMI)和非ST段抬高性急性冠状动脉综合征。其中根据心肌损伤血清生物标志物结果,NSTE-ACS又包括非ST段抬高性心肌梗死(NSTEMI)和不稳定型心绞痛(UA)。急性冠状动脉综合征合并急性上消化道出血为交叉学科难题,是心血管科与消化科的急危重症,其出血原因可能与急性心肌梗死导致的应激性溃疡以及抗血小板聚集、抗凝血药物导致出血有关。因其在治疗上存在矛盾,临床病死率极高。在CCU笔者治疗过大量急性冠状动脉综合征合并急性上消化道出血患者。深刻体会到,在治疗方案上需把握现代医学“禁食水”和中医学“有胃气则生,无胃气则死”的治疗原则,针对部分患者笔者遵循“禁食不禁水”原则,运用本方1~2剂即能达到止血目的,使患者平稳渡过急性期,大幅度降低病死率。②抗血小板聚集、抗凝血药物过量导致的急性上消化道出血、便血、黑便、便常规+潜血试验阳性与尿血等出血事件在心血管病房较为常见,包括PCI术后持续静脉泵注肝素钠注射液、皮下注射低分子量肝素钠注射液,口服阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片、华法林,口服新型抗凝血药达比加群酯、利伐沙班等。轻者停止用药即可缓解,重者需强化抑酸、止血等治疗。针对此类出血事件,常常面临“无证可辨”。此时,需要仔细诊察患者以辨寒热阴阳。若症见面红目赤、口气灼热、口干欲冷饮、口臭便秘、小溲黄赤、心烦易怒、舌红脉数等,必为热证、阳证、实证;反之,若伴见畏寒肢冷、乏力气短、神疲懒言、不欲与人交流、下肢水肿、夜尿频繁、或大量排尿、大便稀溏、受凉后加重等,多为寒证、阴证、虚证。针对前者,多以大黄黄连泻心汤、黄连解毒汤方证常见;而针对后者,多以黄土汤、胶艾汤、黄连阿胶汤、炙甘草汤方证常见。③不明原因的便常规+潜血试验持续阳性。便常规+潜血试验阳性为临床常见病变,很多患者并无其他典型消化道症状,其中医病机部分和疗程可能也有规律可循。对于其中医病机的认识,笔者的经验是“无热便是寒”,可参考抗血小板聚集、抗凝血药物过量导致的出血事件中的寒热辨证法。笔者认为部分便常规+潜血试验阳性很可能为“远血”的“早期病变”,及早运用黄土汤很可能达到“未病先防”“既病防变”,阻断疾病进展的目的。笔者曾用大剂量黄土汤治疗多例不明原因的便常规+潜血试验阳性患者,大部分能在2~7d达到转阴预期。

其次,黄土汤中灶心土、生地黄与阿胶的药物剂量是本方止血关键。①灶心土为温阳止血要药。一般认为,灶心土以炉灶之烧土陈旧者为宜。《汉方诊疗医典》《汉方概论》均认为本方证多伴见四肢寒冷。《日医应用汉方释义》指出本方主治“吐血、下血,久久不止,心下痞,身热恶寒,面青体瘦,脉弱,舌色刷白;或腹痛下利,或微肿者。治脏毒、痔疾、脓血不止、腹痛、濡泻、小便不利、面色痿黄,日渐羸瘠,或微肿者。余曰:可治痔核脱肛而漏血,身体衰弱有脑贫血之症者”。其中脾胃虚寒的心下痞、腹痛、下利即为灶心土的主治症。在黄土汤原文中,灶心土用量为半斤,按照1两等于15.625g计算,灶心土用量多达125g。在急性非ST段抬高型心肌梗死合并急性上消化道出血的医案中,笔者也发现小剂量(30g)灶心土止血效果偏弱,疗程相对较长,而当剂量达到120~360g时,其温阳止血疗效增强,能够显著缩短疗程。另外,倘若临床无灶心土,可仿《伤寒论》桃花汤例,以“主泄利,肠澼脓血,下血赤白”的赤石脂替代^[17]。②生地黄为凉血止血要药。《日本汉方医学精华》指出“本方证以诸出血证并见体力衰弱,贫血,皮肤枯燥,气上逆,手掌烦热,脉微细迟或脉紧,腹部软弱作为其应用目标”,其中的出血伴贫血、皮肤枯燥、手掌烦热即为生地黄的运用指征。笔者发现,在治疗血证时,生地黄剂量常30g起,最大剂量可达180g,且发现其出血越多,病情越重,则生地黄的剂量越大。③阿胶为养血止血要药。在治疗血证时,阿胶的常用剂量为15~30g。因阿胶价钱较贵,临床运用时可酌情以阿胶珠替代,或增大生地黄剂量以替代阿胶。

第三,黄土汤的方证加减与合方也有规律可循^[18]。以血证为主而郁热证不明显时,可改黄芩为黄芩炭;以鼻衄为主时,可加侧柏叶(侧柏叶炭)、藕节炭;以呕血为主时,可加炮姜炭、藕节炭;以便血为主时,可加槐花(槐花炭);以尿血为主时,可加血余炭;兼见瘀血证时,可加三七粉;兼见腹泻不止时,可合赤石脂禹余粮汤、理中汤。另外,清代名医陈修园在运用本方时,常去附子,加干姜或炮姜,或以赤石脂代替灶心土,即《医学实在易·卷七》载“灶心黄土八钱,怀生地、黄芩、白术、阿胶、炙草、附子(炮)各一钱五分,水煎服。余每用去附子,加炮姜八分”,《金匱要略浅注》也说“余每用此方以干姜易附子,以赤石脂一斤代黄土取效更捷。甚者加干侧柏叶四两、鲜竹茹六斤”^[19]。

第四,黄土汤方证的善后治疗也有一定规律。笔者发现,黄土汤仅为治疗远血的对症治疗方,而当血止之后的下一步治疗方案,仍和原发病密切相关,但其善后治疗也有矩可循。笔者常选《正体类要》归脾汤善后以益气补血、健脾养心。

第五,同为治疗血证,黄土汤需与炙甘草汤、黄连阿胶汤证、三黄泻心汤等方证进行鉴别。炙甘草汤以阴阳两虚证的血证伴脉结代、心动悸、心律失常为主要临床表现;黄连阿胶汤以虚热证的血证伴心中烦、不得卧、心悸,虽有失眠但精力

不减为主要临床表现;三黄泻心汤以实热证的血证伴心气不定、心悸不安、躁扰不宁、失眠焦虑、口干口苦、舌红脉数为主要临床表现;而黄土汤则以阳虚不能固摄统血的便血、吐血、衄血、尿血、崩漏伴心悸、畏寒、肢冷为主要临床表现。

综上,《金匮要略》的“远血”理论内涵极为丰富,涵盖广泛,基于中西医结合与现代病理生理机制解读黄土汤方证条文有助于阐明其条文实质,更加精准地指导临床治疗,值得深入研究^[20]。

[参考文献]

- [1] 熊兴江.《伤寒论》与急危重症:基于CCU重症病例及中西医结合诠释经典条文内涵、经方剂量与六经实质[J].中国中药杂志,2018,43(12):2413.
- [2] 朱世增.秦伯未论金匮[M].上海:上海中医药大学出版社,2009.
- [3] 冯世纶.经方传真[M].北京:中国中医药出版,1994.
- [4] 甘均权.黄土汤治验二则[J].广西中医药,1980,3(1):31.
- [5] 李少皓.黄土汤治验二则[J].新中医,1983,15(11):23.
- [6] 熊兴江.《金匮要略》“中风篇”防己地黄汤、风引汤方证及其在中风、神志疾病中的运用[J].中国中药杂志,2019,44(3):602.
- [7] 熊兴江.基于现代病理生理及CCU急危重症病例的炙甘草汤方证溯源及其复律、转竅、止血、升血小板、补虚临床运用[J].中国中药杂志,2019,44(18):3842.
- [8] 熊兴江.基于CCU重症病例及现代病理生理机制的肾气丸方证条文内涵解读及其治疗心力衰竭、肾功能不全、心肾综合征、利尿剂抵抗等急危重症体会[J].中国中药杂志,2023,48(10):2565.
- [9] 熊兴江.基于临床重症病例的麻黄附子细辛汤方证特征及其治疗脓毒症、多脏器功能衰竭、气管插管术后高热不退、急性心梗合并糖尿病末梢神经病变剧烈疼痛研究[J].中国中药杂志,2019,44(18):3869.
- [10] 熊兴江,尤虎,苏克雷.中药补益膏方对重症心衰“虚劳”的二级预防[J].中国中药杂志,2019,44(18):3903.
- [11] 熊兴江.黄连阿胶汤方证指征新解及其治疗顽固性失眠体会[J].中国中药杂志,2021,46(13):328.
- [12] 熊兴江.葛根苓连汤方证及其在糖尿病、高血压、高脂血症、肥胖中的运用[J].中国中药杂志,2020,45(12):2760.
- [13] 马永华,叶加南,叶庭兰,等.中医临床家叶橘泉[M].北京:中国中医药出版社,2005.
- [14] 刘茜.黄土汤中黄芩配伍意义的实验研究[J].中医学报,2009,35(5):53.
- [15] 熊兴江.基于CCU重症病例的《伤寒六书》柴葛解肌汤方证及其在医院内感染、急性上呼吸道感染等外感热病中的运用[J].中国中药杂志,2019,44(18):3876.
- [16] 熊兴江.基于重症病例及现代病理生理机制的小柴胡汤合麻杏石甘汤方证条文内涵解读及其治疗肺部感染、慢性阻塞性肺疾病急性加重等急危重症体会[J].中国中药杂志,2023,48(10):2606.
- [17] 许国华.运用黄土汤治疗溃疡病出血的体会[J].江苏中医,1964,9(3):38.
- [18] 王阶,熊兴江,何庆勇,等.方证对应内涵及原则探讨[J].中医杂志,2009,50(3):197.
- [19] 陈修园.医学实在易[M].太原:山西科学技术出版社,2013.
- [20] 熊兴江.《伤寒论》研究亟需中西医结合[J].中国中西医结合杂志,2021,41(7):865.

[责任编辑 张燕]