

中西医结合治疗不明原因多发血栓伴消化道出血个案报道

胥悦¹, 唐玥明¹, 张宏^{2*}

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院急诊科, 四川 成都

收稿日期: 2026年8月12日; 录用日期: 2026年9月9日; 发布日期: 2026年9月22日

摘要

文章报道1例全身多发动静脉血栓伴反复消化道出血的病例。患者病史长达3年, 既往针对血栓行抗凝治疗疗效不佳且出现反复消化道出血, 最终致重度贫血难以纠正。外院检查均未明确诊断, 属于难诊断、难治疗的复杂病例, 西医治疗在止血、抗凝之间存在显著矛盾, 常规抗凝治疗因存在活动性出血、高出血风险而无法实施。中医药分阶段干预: 急性期先以甘草人参白芨汤益气固脱、止血; 出血控制后改予参芪四物汤合凉血四物汤加减, 益气养血、凉血散瘀、活血止血双向调节。治疗后患者出血停止, 血红蛋白逐步回升, D-二聚体下降, 病情显著改善。通过该案例, 文章探讨了血栓与出血并存状态下的中西医结合治疗策略, 突出中医药在“益气养血、祛瘀生新、双向调节”方面的独特优势, 为类似疑难危重症提供了治疗思路与参考。

关键词

血栓, 消化道出血, 参芪四物汤, 凉血四物汤, 双向调节

A Case Report on the Integrated Chinese and Western Medicine Treatment of Unexplained Multiple Thrombosis with Gastrointestinal Bleeding

Yue Xu¹, Yueming Tang¹, Hong Zhang^{2*}

¹Clinical College of Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Emergency Department, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

*通讯作者。

文章引用: 胥悦, 唐玥明, 张宏. 中西医结合治疗不明原因多发血栓伴消化道出血个案报道[J]. 中医学, 2026, 15(9): 305-315. DOI: 10.12677/tcm.2026.159514

Abstract

A case report of systemic multiple arterial and venous thrombosis complicated by recurrent gastrointestinal bleeding is presented. The patient had a three-year history, with previous anticoagulant therapy for thrombosis proving ineffective and resulting in repeated episodes of gastrointestinal bleeding, ultimately leading to severe anemia that was difficult to correct. Despite extensive investigations at other hospitals, no definitive diagnosis was reached, making this a complex, challenging case involving both diagnostic and therapeutic difficulties. Conventional Western medicine faced significant contradictions between hemostasis and anticoagulation; standard anticoagulant treatment could not be administered due to active bleeding and high bleeding risk. A phased integrative approach using traditional Chinese medicine (TCM) was adopted: during the acute phase, Gancao Ren Shen Baiji Decoction was used to tonify qi, stabilize vital energy, and stop bleeding; after bleeding control, the treatment was switched to modified Shenqi Siwu Decoction combined with Liangxue Siwu Decoction to regulate qi and blood, cool the blood, resolve stasis, and promote circulation while controlling hemorrhage—achieving dual regulation. Following treatment, the patient's bleeding ceased, hemoglobin levels gradually increased, D-dimer decreased, and the clinical condition significantly improved. This case illustrates an integrated TCM-Western medical strategy for managing coexisting thrombosis and bleeding, highlighting the unique advantages of TCM in tonifying qi and blood, resolving stasis, promoting regeneration, and achieving bidirectional regulation. It offers valuable insights and reference for treating similar complex and critical conditions.

Keywords

Thrombus, Gastrointestinal Bleeding, Shenqi Siwu Decoction, Liangxue Siwu Decoction, Dual Regulation

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

血栓栓塞性疾病是指由于血管内形成异常血凝块堵塞血管腔，导致血流中断或受阻，从而引起相应组织或器官缺血、缺氧甚至坏死的疾病总称[1]。这类疾病的核心病理环节是“栓塞”，即循环血液中的血栓随血流移动，最终停滞在口径较小的血管中，造成阻塞。根据栓塞发生的血管类型和后果，血管栓塞性疾病可分为：动脉栓塞性疾病(缺血性脑卒中、心肌梗死、急性肢体动脉栓塞等)、静脉栓塞性疾病(深静脉血栓形成、肺栓塞等)[2]。关于血栓栓塞性疾病的治疗，目前临床上以抗凝治疗为主要手段。抗凝药物的选择仍以低分子肝素和华法林为主；仅在反复应用各种抗凝药物无效时，才考虑溶栓治疗及外科介入等[3]。然而，当无法明确多发血栓的病因时，抗凝治疗往往依赖肝素或直接口服抗凝剂(DOACs)等经验性用药，这可能导致抗凝失效或血栓复发。同时，长期抗凝会增加出血风险，尤其合并消化道出血时需暂停抗凝，极易导致血栓进展；此外，免疫调节或血液净化等干预措施尚缺乏针对性证据。加之部分患者存在肝素耐药或 DOACs 禁忌，治疗选择受限，难以从根本上纠正高凝状态，导致复发率较高。针对这一困境，中医可通过辨证施治，在抗凝与止血的矛盾中寻求平衡，并通过调节气血阴阳整体改善微循

环障碍,减少对单一抗凝药物的依赖,从而在控制血栓进展与防治出血并发症之间建立双向调节机制。本文报道了1例中西医结合治疗不明原因多发性血栓伴消化道出血的病案,旨在揭示中医药在治疗类似疾病的潜在优势,为临床治疗提供参考。

2. 病例资料

2.1. 病情简介

患者男性,49岁,2021年无明显诱因反复解黑便,2~3日后大便颜色可自行恢复正常,遂于当地医院就诊,辅查:凝血6项(2021-11-20):凝血酶原时间:12.8秒,国际标准化比值:0.95、凝血酶时间:15.5秒、纤维蛋白原:5.99g/L、D二聚体定量检测:3.56mg/L、纤维蛋白原降解产物测定:10.96mg/L。肝胆胰脾彩超(2021-11-19):门静脉(主干、左支及右支起始部)内低弱回声,考虑栓塞可能。胸部+上腹部平扫+增强CT型计算机断层扫描(CTA)(2021-11-20):门静脉、脾静脉及扫描层面肠系膜上静脉栓塞,伴脉管炎可能,请结合临床及CTA检查。可见腹膜炎征象。十二指肠壁增厚、水肿,考虑炎症。肝脏灌注不均,低灌注。外院诊断:1)门静脉、脾静脉、肠系膜上静脉血栓形成并静脉炎;2)十二指肠炎?等,予内科治疗后患者大便颜色正常,遂办理出院,出院后患者规律口服利伐沙班片抗凝(剂量不详);至2022年,患者突发咯血,于当地医院就诊,完善相关检查:血常规(2022-08-17):红细胞 $3.95 \times 10^{12}/L$,血红蛋白117g/L,淋巴细胞数: $0.68 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比:84.1%,淋巴细胞百分比:10.7%。DIC(2022-08-17):凝血酶原时间:13.2秒,国家标准化比值:1.21、凝血酶时间活动度:66.4%、纤维蛋白原:1.82g/L。心电图(2022-08-17):窦性心律,电轴左偏,II、III、AVF可见Q或q波,怀疑陈旧性下壁心肌梗死。肺动脉CTA(2022-08-14):右肺中下叶及左肺上下叶部分动脉内低密度影,多考虑栓塞;余双肺中远段肺动脉密度欠均匀,造影剂充盈不均所致?肺动脉高压征象。支气管动脉CTA(2022-08-17):支气管动脉(R1L1型):右支气管动脉起自降主动脉右侧、明显迂曲增粗;左支气管动脉单独起自左锁骨下动脉,走行迂曲、起始处及肺门区增粗。扫及右肺中叶及左肺下叶感染灶,右肺中叶支气管痰栓?颅脑核磁平扫+磁共振血管成像(MRA)(2022-08-19):右侧颞叶皮层局限性异常信号灶,局灶梗死?其他?患者住院期间完善支气管动脉造影,术中提示:右侧支气管动脉与左侧动脉共干,右侧支气管动脉异常增粗,明显迂曲,远端分支与肺动脉形成广泛交通,栓塞困难。当地医院与患者及其家属沟通后,无法行支气管栓塞止血,同时结合患者既往病史,不排除易栓症可能,考虑止血与抗凝治疗冲突,暂不予药物治疗,咯血症状缓解后遂办理出院。此后患者未服用抗凝药物,出院后患者仍反复出现黑便,伴全身乏力,食欲下降,于外院完善相关检查:血常规(2024-12-19):红细胞 $3.12 \times 10^{12}/L$,血红蛋白81g/L,红细胞压积:25%,平均红细胞体积:79.8fL,平均红细胞血红蛋白含量:26pg。生化(2024-12-19):总胆红素:27.9umol/L,直接胆红素:7.8umol/L,间接胆红素:20.1umol/L,总蛋白:63.8g/L,白蛋白:37.8g/L,尿素:14.7mmol/L,甘油三酯:3.46mmol/L。DIC(2024-12-19):凝血酶原时间:13.1秒,活化部分凝血活酶时间:21.9秒、凝血酶时间:12.7秒,抗凝血酶III:68%,纤维蛋白原:1.30g/L,D二聚体定量检测:1.79mg/L。腹部彩超(2024-12-18):脂肪肝,门静脉走行迂曲(考虑门静脉海绵样变),胆囊切除术后,脾大。头部+胸部+上下腹部CTA(2024-12-20):1)右肺动脉中下叶、段及左肺上下部分分支多发充盈缺损,多系肺栓塞;双肺上叶其余部分分支及双肺下叶肺动脉远端分支内密度不均,管壁稍毛糙,远端管腔显示欠清,肺动脉主干及左右肺动脉较大分支未见明显充盈缺损影;2)肺静脉以四支主干形式(右二左二)进入左心房。房间隔区见封堵器,左心室区见斑片状致密影,心尖部见斑片状稍低密度影,陈旧性梗塞?脂肪浸润?其他?左室见条片状低密度影,腱索乳头肌?其他?主动脉弓上分支壁少许粥样硬化,管腔轻度狭窄,心包少许积液;3)纵隔内多发迂曲小血管影,起源于降主动脉,部分增粗,支气管动脉扩张?其他?4)腹主动脉下段及双侧髂动脉管壁散在钙化斑块及附壁血栓形成,管腔轻度狭窄;腹腔干、

肠系膜上动脉及脾动脉管壁毛糙，局部管腔狭窄，胃左动脉起源于腹腔干可能并明显纤细；门静脉及分支、肠系膜上静脉显示不清，管腔密度不均匀，门脉海绵样改变可能，合并其他待排；下腔静脉及主要属支管腔内密度欠均匀，灌注不均？其他？5) 右侧椎动脉较对侧纤细，部分显示不清，基底动脉明显纤细；右侧大脑前动脉明显纤细，双侧大脑中动脉 M1-2 段局部中度狭窄，右侧大脑后动脉 P1 段小突起，圆锥？其他？左侧胚胎型大脑后动脉，双侧大脑后动脉局部显示不清。粪便常规 + 隐血(2024-12-22)：(+)。纤溶酶原激活物抑制剂-1 (PAI-1) (2024-12-26)：4G/5G。该患者 PAI-1 基因检测结果为 4G/5G 杂合型，发生静脉血栓的风险较高。无痛结肠镜(2025-01-02)：结直肠多发息肉、内痔。无痛胃镜(2025-01-02)：食管静脉曲张(中下段，重度，RC+)；胃静脉曲张(重度、RC+)，门脉高压性胃病，慢性非萎缩性胃炎伴胆汁反流。自身免疫抗体谱 + 抗核抗体 + 抗心磷脂抗体(2025-01-07)：正常。先后于多家医院对症治疗，效果欠佳。2025 年 2 月 19 日于我院住院治疗。入院症见：神差，头晕，四肢乏力，语声低微，恶心欲吐，畏寒，纳眠可，大便色黑，夹杂鲜红色血便，约 100~200 ml 左右，小便正常。入院查体：T：36.5℃，P：79 次/分，R：20 次/分，BP：79/55 mmHg，贫血面容，颜面口腔苍白，发音低微，全身皮肤粘膜苍白，结膜苍白。舌绛紫苔白，脉沉细弱。入院后辅助检查：血常规(2025-02-19)：红细胞 $2.43 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 50 g/L，红细胞压积：16.6%，平均红细胞体积：68.4 fL，平均红细胞血红蛋白含量：20.6 pg，平均红细胞血红蛋白浓度：301 g/L。生化(2025-02-19)：总蛋白：59.9 g/L，白蛋白：32.2 g/L，门冬氨酸氨基转移酶：13 U/L，胆碱酯酶：4609 U/L，总胆红素：26.2 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素：8.1 $\mu\text{mol/L}$ ，间接胆红素：18.1 $\mu\text{mol/L}$ ，高密度脂蛋白胆固醇：0.73 mmol/L，前白蛋白：146 mg/L，肌红蛋白 36.1 ng/ml，血浆降钙素原：0.08 ng/ml。DIC 检测(2025-02-19)：凝血酶原时间：15.2 sec，血浆纤维蛋白原：1.52 g/L，血浆凝血酶时间：15.9 sec，D 二聚体：2.75 ug/mL，纤维蛋白(原)降解产物：7.16 ug/mL。自身免疫抗体谱 + 抗核抗体(2025-02-20)：抗 nRNP 抗体：可疑(±)。粪便常规 + 隐血(2025-02-20)：阳性(+)。抗中性粒细胞胞浆抗体/抗肾小球基底膜抗体(2025-02-21)：阴性(-)。24 小时尿蛋白定量无异常。心电图(2025-02-19)：窦性心律，QRS 电轴左偏(-8°)，重度顺钟向转位，肢导联低电压趋势，RV1-V3 递增不良/逆向递增，II、III、avF 见异常 Q/q 波，T 波：V4 低平。颅脑核磁平扫 + MRA (2025-02-19)：伪影干扰，目前见：脑白质高信号，Fazekas I 级，请结合临床。头部 MRA：右侧椎动脉颅内段纤细；左侧胚胎性大脑后动脉：双侧颈内动脉虹吸部管壁略毛糙；颅脑核磁平扫 + 核磁静脉血管成像(MRV)：左侧乙、横窦显示欠清，请结合专科检查。双下肢动/静脉彩超(2025-02-20)：双侧股总动脉硬化斑形成，请结合临床。腹部 CTA (2025-02-25)：1) 左、右肺动脉及其分支内不规则充盈缺损影，考虑肺栓塞；肺动脉主干稍增粗；2) 腹主动脉下段、双侧髂总动脉管壁下腹壁混合斑块形成，致管腔轻度狭窄，双侧髂总动脉管壁局限性钙化，余腹部 CTA 未见确切异常；3) 扫及脾大、腹水、门静脉高压伴多发侧支循环形成：肝脏形态欠规则，肝硬化？请结合临床；4) 门静脉主干栓子形成：门静脉海绵样变。扫及食道下段、胃底静脉曲张；5) 胆囊切除术后，残端及胆总管上段轻度扩张；6) 左侧肾上腺外支局部可疑结节样增粗；7) 腹部脂肪间隙模糊，肠系膜肿胀，双侧肾前筋膜增厚；8) 腹腔及腹膜后多发淋巴结，部分增大。

2.2. 诊治经过

西医诊断为：(1) 低血容量性休克；(2) 消化道出血；(3) 重度贫血；(4) 门静脉、脾静脉、肠系膜上静脉栓塞；(5) 肺栓塞；(6) 脾大、腹水、门静脉高压伴多发侧支循环形成；(7) 食管静脉曲张(中下段，重度，RC+)；(8) 胃静脉曲张(重度、RC+)；(9) 门脉高压性胃病；(10) 慢性非萎缩性胃炎伴胆汁反流；(11) 脑梗死个人史；(12) 髂内动脉重度狭窄；(13) 双侧大脑中动脉 M1-2 段局部中度狭窄；(14) 内痔；(15) 结直肠多发息肉，中医诊断为便血(气虚血脱证)。西医治疗上予禁饮禁食，持续奥美拉唑泵入抑酸护胃、生长抑素泵入降低门脉压力，先后予悬浮红细胞 2U 静脉滴注纠正贫血，间羟胺静脉泵入升压，人血

白蛋白静脉滴注补充白蛋白,比例糖水静脉滴注营养支持,及对症补液等治疗;入院1天后停用生长抑素;入院4天,大便隐血阴性,停用奥美拉唑,恢复流质饮食;入院7天后停用间羟胺,改予口服利可君改善骨髓造血功能,叶酸片补充造血原料,沙肝醇片促进骨髓造血,肌苷片改善细胞代谢。出院后继续口服利可君、叶酸片、沙肝醇片、肌苷片两周。

中医治疗:入院后第1~2天先予甘草人参汤(人参30g,白及30g,甘草60g)水煎服,1日1剂,共2剂,代茶饮。入院后第三天改予参芪四物汤合凉血四物汤加减(人参30g,黄芪50g,生地黄20g,当归15g,川芎15g,赤芍30g,牡丹皮30g,炒栀子15g,半枝莲30g,白花蛇舌草30g,蒲黄30g,三七粉15g,仙鹤草30g),水煎服,2日1剂,共6剂,每日三次。

出院情况:患者神清,精神可,面色较前稍红润,舌绛紫苔薄黄,脉细,血压波动于100~120/50~70 mmHg之间,大便色黄,辅查血常规(2025-03-03):血红蛋白:57 g/L。DIC(2025-03-03):D二聚体:0.76 ug/mL FEU↑,纤维蛋白(原)降解产物:34.84 ug/mL↑。出院后继续口服利可君、叶酸片、沙肝醇片、肌苷片两周,并予参芪四物汤合凉血四物汤加减口服,2日1剂,共7剂,每日三次。

2025年4月13日二诊:患者乏力较前好转,偶咳嗽,干咳无痰,食少,眠一般,小便黄,大便正常,余无特殊不适。舌紫苔白腻,脉沉缓,复查血常规(2025-04-10):血红蛋白62 g/L。处方:上方(人参30g,黄芪50g,生地黄20g,当归15g,川芎15g,赤芍30g,牡丹皮30g,炒栀子15g,半枝莲30g,白花蛇舌草30g,蒲黄30g,三七粉15g,仙鹤草30g)加炒鸡内金30g、龙胆草5g、蜜紫菀30g、白前15g。患者近期受寒感冒咳嗽,干咳无痰,故予紫菀、白前润肺止咳;患者纳差,食少,加予炒鸡内金消食健脾,患者湿热下注膀胱,故加以龙胆草清利湿热。

2025年4月23日三诊:患者神清,精神一般,乏力较前好转,食少,眠一般,小便黄,舌绛紫苔白腻,脉缓。复查血常规(2025-04-23):血红蛋白74 g/L。处方:二诊方去龙胆草、蜜紫菀、白前,加黄柏15g、隔三撬20g。三诊去龙胆草防过寒伤胃,患者外感症状缓解,去紫菀、白前,仍食少,在鸡内金基础上加隔山撬健脾消食,患者湿热下注膀胱,予龙胆草后症状无明显改变,遂加黄柏加强清热燥湿之效。

3. 讨论

3.1. 疾病诊治难点

3.1.1. 诊断困难

本病例特点突出,病程长,此次发病表现为血栓与出血并见。回溯其病史,当是血栓为因,出血为果。生理状态下,血液中的凝血系统、抗凝系统、纤维蛋白溶解系统相互拮抗,既保证了血液的流体状态,也保证其具体潜在的可凝固性。而在某些促凝血因素影响下,血液有形成分在心脏或血管内凝集形成血栓[1]。血栓的出现与心血管内皮损伤、血流状态改变或是血液凝固性增高等密切相关。本病案中,患者全身出现多处血栓,包括但不限于肺动脉、肠系膜上静脉、门静脉、髂内动脉、颅内血管等,均提示患者存在严重的系统性高凝状态。从现代医学角度出发,应高度怀疑获得性高凝状态、遗传性易栓症等[4]。此外,结合患者发病年龄<50岁,无吸烟、饮酒、不良饮食嗜好,无化工材料、放射性物质接触史,家族内未见类似症状者,以及上述辅助检查结果,患者遗传性易栓症以及自身免疫相关的血管炎症性疾病的可能性较大。

从遗传性易栓症以及自身免疫相关的血管炎症性疾病这两种角度分析,患者基因检测为PAI-1 4G/5G杂合型,PAI-1是纤溶系统的关键抑制物。4G/5G基因型会导致PAI-1水平升高,从而抑制纤维蛋白溶解,使血液处于高凝状态,极易形成血栓[5]。同时,由于自身免疫的异常激活而引起的一系列炎性反应,可直接攻击心血管内皮细胞,暴露胶原纤维,从而激活了内皮细胞的促凝机制并促进了血小板的活化。

此外,受损的血管内皮细胞还可通过分泌纤维蛋白溶酶原活化物的抑制因子(PAIs)抑制纤维蛋白的溶解,共同参与血栓的形成[6]。因此,患者开始出现全身多处血栓,如门静脉、脾静脉、肠系膜上静脉等处形成血栓。血栓堵塞门静脉主干,导致门静脉系统血液回流肝脏受阻,压力急剧升高,从而形成门静脉高压,为代偿回流,门静脉系统被迫通过其他血管建立侧支循环[7],其中,最主要、最危险的侧支就是食管-胃底静脉丛,该处血管壁薄、压力高,极易扩张、迂曲,形成食管胃底静脉曲张,在门静脉高压的持续冲击下,或在食物摩擦、腹压增高等诱因下,曲张的静脉破裂,极易导致致命性的上消化道出血[8]。生理状态下,肠系膜上静脉是收集小肠及右半结肠血液回流至门静脉的主要通道,当肠系膜上静脉主干或其属支形成血栓,造成血管腔部分或完全阻塞,血液在阻塞的静脉属支及毛细血管网中淤积,导致肠系膜静脉压力和毛细血管静水压急剧升高,血管内的液体及少量红细胞在高压下被迫渗出到组织间隙,此时,肠壁出现肿胀及点状或片状出血。而2022年8月和2024年12月的胸部CTA多次证实肺栓塞,血栓来源可能有两个:一是门静脉系统血栓通过门-体侧支循环进入体循环,经右心到达肺动脉;二是高凝状态直接在下肢深静脉或右心室内形成血栓,脱落后导致肺栓塞。患者有“脑梗死”病史5+年,颅脑核磁共振提示多发缺血梗塞灶。这同样可由心源性栓子或动脉系统本身在高凝状态下形成的原位血栓所致。2024年腹部CTA还提示了髂动脉、肾动脉等全身多处动脉的粥样硬化斑块和附壁血栓,这同样是全身性高凝和血管内皮损伤共同作用的结果。

门静脉是肝脏70%~80%的血供来源[9],门静脉血栓形成将导致肝脏血流灌注减少,长此以往可能加剧肝纤维化甚至肝硬化(2025年腹部CTA提示“肝硬化?”)。肝脏功能受损又会进一步影响凝血因子、抗凝血蛋白的合成,进一步扰乱凝血平衡;此外,肠系膜上静脉血栓可导致肠道静脉回流受阻,引起肠壁充血、水肿、缺血,加重门脉高压,导致代偿回流的静脉曲张破裂可能性大大提升,消化道出血的发生频率提高,造成患者失血性贫血。而长期贫血和反复肺栓塞亦会增加心脏负荷,导致“左心增大,左室肥厚”,进一步影响全身循环,极易形成血栓。上述病理生理改变的恶性循环,如不及时纠正,极易出现生命危险。

3.1.2. 治疗困难

患者此次入院时已是失血性休克状态,生命体征不稳,止血与抗凝的矛盾极为尖锐,治疗陷入两难境地。活动性大出血是抗凝治疗的绝对禁忌。患者存在重度食管胃底静脉曲张(RC+),出血风险极高,且已发生失血性休克,任何形式的抗凝治疗(包括肝素、华法林、DOACs)都可能加剧出血,危及生命。在此情况下,临床决策必须优先处理最危及生命的问题,控制活动性出血、纠正休克是绝对第一位的。对于食管胃底静脉曲张破裂出血,内镜治疗包括内镜下食管曲张静脉套扎术(EVL)、注射食管曲张静脉硬化剂(Endoscopic Injection Sclerosis, EIS)和使用组织黏合剂等,为食管、胃底静脉曲张破裂急性出血的一线疗法[10]。但本例患者出血时一般情况极差(休克),无法立即耐受内镜操作。且即使止血成功,仍需解决根本的门脉高压问题。经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)可有效降低门脉压力,但手术本身复杂,且术后可能诱发肝性脑病和更易导致血栓形成,对于高凝状态患者风险极高[11]。因此,治疗方案选择了积极的止血、输血、降门脉压力和支持治疗,而暂缓了抗凝治疗。这是一种基于风险效益比的权衡,是多学科诊疗(MDT)模式下个体化治疗的体现。但若单纯采用强力止血措施,虽可能暂时控制出血,但会进一步加重本已存在的全身性高凝状态,可能导致门静脉、肠系膜静脉及肺动脉等处的血栓急剧进展,引发肠坏死、肺栓塞加重等灾难性后果。此前外院因“止血与抗凝治疗冲突”而暂停所有药物治疗,正是这一困境的体现。患者高凝状态的根源为PAI-1水平升高导致的纤溶抑制和潜在的自身免疫性血管炎背景,缺乏特异性的靶向治疗药物。常规的免疫抑制治疗缺乏强有力的证据支持,且在此出血状态下应用亦需承担巨大风险。入院后予输血、补液、升压等支持治疗是维持生命的基础,但无法逆转根本的病理生理紊乱。因此,急

需一种能够打破“血栓-出血”恶性循环的治疗策略。而中医药可在整体调节和辨证论治方面发挥重要作用。

3.2. 中医药的优势

3.2.1. 甘草人参白芨汤

本例患者病情错综复杂，其中医病机演变是一个动态的、由实转虚、因虚致实、虚实夹杂的过程。患者既往有“脑梗死”病史，此为“中风”范畴，核心病机已有“瘀血”存在。加之先天禀赋异常，属于“伏邪”或“体质偏颇”。此时患者瘀血阻滞脉络，气血运行不畅。血行不畅，则新血不生，日久可致血虚。瘀血阻于中焦脾胃之脉络，致胃络损伤，血不循经而妄行，下泄肠道，故见“黑便”。此时病机以血瘀为主，兼有血虚。“血为气之母”，长期慢性失血，必然导致气随血脱。出血与血虚形成恶性循环。气能摄血，气虚无力统摄血液，则血溢脉外；脾为气血生化之源，长期失血耗气，加之瘀血阻络影响脾胃运化，导致气血生化无源，故见面色苍白、乏力、头晕等气血双亏之象。此时病机转为虚实夹杂，以气虚血瘀为核心。气虚为本，血瘀为标。本次入院，患者“大量血便半天”，急性、大量失血，是病情急剧加重的诱因。

血为气之载体，大量失血导致气无所依，随之暴脱。症见：血压骤降(79/55 mmHg)：为气随血脱，脉道不充的直接表现。精神差、语声低微、头晕、肢冷、畏寒：此为元气大伤，五脏六腑功能衰竭，阳气不能温煦四肢百骸，阳虚乃至阳脱之兆。舌绛紫苔白，脉沉细弱：舌绛紫为瘀血内停和阴血大亏之象；苔白、脉沉细弱则为阳气衰微之征。恶心欲吐：中气大虚，胃气上逆。辨证：此阶段诊断为“便血-气虚血脱证”是准确的，但已至危候，有阴阳离决之势，病机为本虚标实，以虚为急。虚，指气、血、阳的极度亏虚；实，指内在的瘀血宿根未除。

初入院时，患者因大量失血致使元气将脱，无力摄血、生血。中医理论奉行“气为血之帅，血为气之母”、“有形之血不能即生，无形之气所当急固”一语，明确了补气以止血的法则，人体发生大量出血时，有形的血液不能马上复原，由于气能摄血，重用补无形之气的方法，以固摄血液防止气随血脱。故选用甘草人参白芨汤代茶饮频服峻补元气，摄血补血[12]。大量研究证明，甘草人参白芨汤是治疗上消化道出血较为有效的中医药方剂，方中人参味甘微温，大补元气，复脉固脱，是“拯危救脱”之要药。元气充盛，则摄血有权，循行有帅，方能扭转脱势[13]。白芨味苦甘涩，性微寒，质极粘腻，常用于体内外诸出血证，且白芨归入肺、胃经，用于肺、胃出血之证效果更宜[14]。《本草汇言》称其为“敛气、渗痰、止血、消痈之药”。甘草在本方中用量巨大，用意深远，一则甘能补中，辅助人参补益脾胃之气，助气血生化之源；二则甘草能“通经脉，利血气”，调和百药，缓和白芨之粘腻峻烈，使全方补而不滞，敛而不瘀。此方药简力宏，一切围绕“固气”和“止血”两个核心，是中医抢救危重症的经典思路。

现代药理学研究表明，人参的主要活性成分人参皂苷具有强心、扩张血管、改善微循环、抗休克的作用，能提高机体在应激状态下的适应能力和耐受力，稳定血压，这与“固脱”的现代含义“抗休克、稳定循环”高度吻合[15]-[17]。而白芨富含白芨胶(一种黏液质)，能在胃黏膜表面形成一层保护膜，机械性地堵塞穿孔和出血点，并能促进红细胞聚集，形成人工血栓，从而达到局部止血效果，其抗菌作用也有助于预防感染[18]-[20]。甘草中甘草酸和甘草次酸具有类肾上腺皮质激素样作用，能抗炎、抗过敏、保护胃黏膜。其糖皮质激素样效应在抗休克治疗中起到重要作用，同时能解痉，抑制胃酸分泌，为黏膜修复创造条件[21]-[23]。

3.2.2. 参芪四物汤合凉血四物汤加减

当患者消化道出血稳定后，出血虽止，但离经之血即为瘀，瘀血的病理基础仍在。气虚无力推动血行，亦可加重血瘀。大出血后，气、血、阴、阳皆受损，难以速复，故见持续乏力、食少、贫血。病机转

为“气虚血弱，兼有余瘀”，此时患者舌质舌绛紫苔微黄，则提示阴血未复，瘀血宿根未除，且瘀久有化热之象。病机转变为气虚血弱为本，瘀热互结为标，此时当以益气养血以治其本，凉血散瘀以治其标，标本同治，故选用参芪四物汤合凉血四物汤加减。

此方重用的人参、黄芪，大补脾胃之气，以资气血生化之源。气旺则能生血，亦能行血摄血。黄芪用量至 50 g，凸显其“补气之长”之力；同时，本方选用生黄芪而非炙黄芪，旨在强力推动气血运行，兼有利水之功，有助于缓解门脉高压及腹水，且生黄芪温性较炙黄芪稍弱，不易滋长热势。方中取《医宗金鉴》中凉血四物汤的主要组成[24]——生地黄、当归、川芎、赤芍、牡丹皮、炒栀子，其中生地黄滋阴凉血，牡丹皮、赤芍清热凉血、活血散瘀，重用丹皮、赤芍至 30 g，旨在强力清解血分瘀热。炒栀子清泄三焦之火，凉血解毒，当归养血和血，川芎活血行气，为“血中气药”，能上行头目，下行血海，与大量益气药同用，使补而不滞，活血而不伤正。此处的“活血”有助于化解残留的离经之瘀血，改善微循环，促进新血生成。半枝莲、白花蛇舌草清热解毒，活血利水。三七粉、蒲黄二者为化瘀止血之圣药，针对主证之“瘀血”与“出血”。三七“止血而不留瘀，化瘀而不伤正”，蒲黄活血祛瘀，收涩止血，二者协同，既能止血，又能活血，避免了单纯止血可能导致“闭门留寇”(留下瘀血宿根)的弊端，完美契合了“血栓”与“出血”并存的复杂病态。此方选蒲黄而非蒲黄炭，正是意在其兼具止血与活血双重作用，尤其适用于出血兼瘀血阻滞的情况，为“止血不留瘀”之佳品。方中仙鹤草收敛止血，补虚强壮，其“涩”性与三七、蒲黄之“散”性相制相成，共同达成止血目的。

此方益气药(参、芪)与活血凉血药(地、芍、丹、蒲、七等)剂量并重，体现“气行则血行”和“祛瘀生新”的思想，绝非单纯活血或单纯补气。同时重用凉血解毒药，丹皮、赤芍、半枝莲、白花蛇舌草均用至 30 g，表明对“瘀热互结”、“热毒”病机的重视，这与现代医学对血栓形成中炎症因子和免疫紊乱参与的认识不谋而合。同时，三七、蒲黄(活血止血)、仙鹤草(收敛止血)与川芎、赤芍(活血散瘀)同用，构建了复杂的双向调节网络，既防过度止血致血栓加重，又防过度活血致出血难止。诸药合用，共同达成“扶正不留邪，祛邪不伤正”的治疗目的。

从现代药理学角度分析此方，人参能增强心肌收缩力，扩张血管，改善微循环，稳定血压，同时还可刺激骨髓造血干细胞增殖分化，升高外周血红细胞、血红蛋白和血小板计数，纠正贫血[25][26]。此外，人参具有双向调节免疫功能，既可增强机体免疫力，又能抑制过度炎症反应，减轻氧化应激对血管内皮的损伤。黄芪可通过降低血小板黏附率及抑制血小板聚集预防血栓形成，还能与人参协同作用，促进各类血细胞生成[27][28]。研究表明，三七的主要活性成分三七皂苷具有双向调节作用：既能激活血小板止血，又能抗凝、促进纤溶，抑制血栓形成。同时，还具有抗炎、抗氧化应激作用[29][30]。而蒲黄中的黄酮类化合物能促进凝血，又能扩张血管、改善微循环、降低血脂，抗动脉粥样硬化，对动脉斑块和附壁血栓有改善作用[31]。生地黄、牡丹皮、赤芍、炒栀子的主要活性成分环烯醚萜苷、丹皮酚、芍药苷、栀子苷具有强大的抗炎与免疫抑制作用：这组药物能显著抑制 NF- κ B 等炎症信号通路，降低 TNF- α 、白细胞介素-6(IL-6)等促炎细胞因子水平，从源头上减轻内皮损伤和高凝状态。此外，赤芍、丹皮能抗血小板聚集，延长凝血时间；生地能促进凝血，亦体现了双向调节的雏形。栀子、丹皮还具有好的保肝作用，对于门脉高压、肝脏灌注不佳的患者有益[32]-[35]。而半枝莲、白花蛇舌草是经典的清热解毒药，也是目前常用于抗肿瘤的經典药对之一，具有强大的抗炎和免疫调节作用，能增强巨噬细胞吞噬功能和溶菌酶活性，提升机体抵御病原体入侵的先天免疫能力，还可能促进自然杀伤细胞(NK 细胞)的活性，增强机体的免疫监视功能，从而提高机体的非特异性免疫应答。部分研究提示，莲蛇药对可能通过调节免疫细胞分泌的细胞因子水平，来调控免疫反应的强度和方向，并且莲蛇药对对淋巴细胞增殖有一定促进作用，从而提升机体针对特定抗原的特异性免疫反应。而且还能够促进免疫细胞分泌多种促炎或调节性细胞因子，如白细胞介素-2(IL-2)、干扰素- γ (IFN- γ)等，协调免疫细胞间的相互作用，增强免疫效应[36]-[39]。

而川芎、当归的主要活性成分川芎嗪、阿魏酸具有改善微循环,抗血栓形成的作用,其中川芎嗪更是公认的抗血栓形成药物[40]-[42]。仙鹤草能收缩周围血管,增加血小板数量,促进凝血,同时还可激活固有免疫和适应性免疫、调节免疫细胞亚群与细胞因子网络、抑制过度炎症,以及强效抗氧化等多重途径,发挥其复杂而精妙的免疫调节作用[43]。

本方剂并非药物的简单堆砌,而是一个有机整体,其药理作用机制环环相扣:生地、丹皮、赤芍、栀子、半枝莲、白花蛇舌草协同作用,强力抑制血管炎症,稳定内皮功能,从根本上减轻血栓形成的启动因素。三七联合蒲黄、川芎、当归,构成强大的双向调节网络,既能抗血小板、抗凝、促纤溶以治疗血栓,又能通过激活血小板、收缩血管以防止出血;仙鹤草则加强止血功能。人参、黄芪促进造血,改善心脏功能和循环稳定性,为机体恢复提供物质基础和能量支持,克服了单纯攻邪伤正的弊端。诸药共同作用,改善了心、脑、肝、肠等器官的微循环灌注,减轻了门脉高压的后果,促进了受损组织的修复。

4. 结语

本例患者所患不明原因全身多发血栓合并消化道出血,病情危重复杂,其诊治过程充分体现了临床上面临血栓与出血矛盾时的决策困境。现代医学在病因探索和支持治疗方面发挥了基石作用,但在解决“抗凝”与“止血”的根本性冲突时,常规治疗方案显得捉襟见肘,甚至可能加剧恶性循环。本病例的成功诊治提示我们,中西医结合策略为此类疑难危重症提供了新的视角和出路。对于西医诊断、治疗手段受限的复杂病例,中医药的整体调节和辨证论治优势不容忽视。其“双向调节”的治疗思想,特别是运用如三七等兼具活血与止血功效的药物,为解决血栓与出血并存的临床难题提供了宝贵的思路和切实可行的方案,值得进一步深入研究和临床推广。

本研究仍存在一定的局限性,如样本量小、缺乏对照病例、无法完全排除混杂因素的干扰、随访观察时长较短。后续将进一步积累更多同类病例,开展对照研究,延长随访周期,补充机制层面的探索,为该类疑难危重症的诊疗提供更高级别的循证依据。

声 明

本报道为回顾性个案诊疗总结,全部诊疗行为均以患者病情实际需求为唯一依据,研究过程未对原有临床方案造成任何干扰,也未增加任何与常规治疗无关的特殊干预。患者已签署正式知情同意书,明确授权将其匿名化后的病例资料用于学术论文发表。

参考文献

- [1] 李家增. 血管血栓性疾病的发病机制和防治[J]. 基础医学与临床, 2006(6): 561-565.
- [2] 《中国血栓性疾病防治指南》专家委员会. 中国血栓性疾病防治指南[J]. 中华医学杂志, 2018, 98(36): 2861-2888.
- [3] Guyatt, G.H., Akl, E.A., Crowther, M., Schünemann, H.J., Gutterman, D.D. and Lewis, S.Z. (2012) Introduction to the Ninth Edition: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, **141**, 48S-52S. <https://doi.org/10.1378/chest.11-2286>
- [4] 中华医学会血液学分会血栓与止血学组. 易栓症诊断与防治中国指南(2021 年版) [J]. 中华血液学杂志, 2021, 42(11): 881-888.
- [5] Urano, T., Suzuki, Y., Iwaki, T., Sano, H., Honkura, N. and Castellino, F.J. (2019) Recognition of Plasminogen Activator Inhibitor Type 1 as the Primary Regulator of Fibrinolysis. *Current Drug Targets*, **20**, 1695-1701. <https://doi.org/10.2174/1389450120666190715102510>
- [6] 叶梓, 王世杰, 李辉, 等. 血管内皮细胞中的凝血物质: 理论研究新进展[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(4): 627-632.
- [7] 中华医学会肝病学分会. 肝硬化诊治指南[J]. 中华肝脏病杂志, 2019, 27(11): 846-865.

- [8] 中华医学会肝病学会, 中华医学会消化病学分会, 中华医学会消化内镜学分会. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(1): 57-72.
- [9] 陈学洪, 李启华. 系统解剖学[M]. 北京: 化学工业出版社, 2020: 231.
- [10] 中华医学会外科学分会脾及门静脉高压外科学组. 肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2025版)[J]. 中华外科杂志, 2025, 63(3): 177-186.
- [11] 中国医师协会介入医师分会. 中国门静脉高压经颈静脉肝内门体分流术临床实践指南[J]. 中华肝脏病杂志, 2019, 27(8): 582-593.
- [12] 苏玉杰, 董琼芬, 胡瑞, 等. 中西医结合治疗消化性溃疡并失血性休克疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(7): 722-724.
- [13] 刘有春. 甘草人参白芨汤联合奥美拉唑治疗消化性溃疡并失血性休克的临床分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(2): 38-40.
- [14] 黄章豫, 吴金兰. 甘草人参白芨汤联合奥美拉唑治疗消化性溃疡并失血性休克临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(22): 113-114, 119.
- [15] 李峰, 包海鹰. 人参的本草考证及现代药理学的研究进展[J]. 人参研究, 2017, 29(2): 43-46.
- [16] 王悦虹, 娄大伟, 于晓洋, 等. 人参的药理学作用研究进展[J]. 吉林化工学院学报, 2010, 27(2): 38-41.
- [17] 龙玉婷, 孙志会, 王志文, 等. 人参大补元气的功效内涵浅析[J]. 中国中医急症, 2019, 28(9): 1679-1682.
- [18] 万大群, 赵仁全, 刘海, 等. 白芨的成分、药理作用和临床应用研究进展[J]. 中国药业, 2017, 26(2): 93-96.
- [19] 王瑶, 范宝军, 葛冬, 等. 中药白芨治疗消化性溃疡研究进展[J]. 临床军医杂志, 2021, 49(7): 830-832.
- [20] 李世琴, 熊丽丹, 何海伦, 等. 白芨的药理作用和临床研究进展[J]. 中国美容医学, 2021, 30(11): 176-178.
- [21] 陈辉, 王科闯, 李丽, 等. 甘草人参汤治疗 104 例上消化道出血临床应用分析[J]. 中医临床研究, 2016, 8(24): 47-49.
- [22] 王波, 王丽, 刘晓峰, 等. 中药甘草成分和药理作用及其现代临床应用的研究进展[J]. 中国医药, 2022, 17(2): 316-320.
- [23] 肖先, 李春燕, 刘晓龙, 等. 甘草的主要化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2023, 40(3): 280-285.
- [24] 郑金生. 医宗金鉴[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 519.
- [25] 尹利明, 郑智茵, 沃立科, 等. 人参总皂苷促进再生障碍性贫血小鼠造血及其机制探讨[J]. 中国病理生理杂志, 2015, 31(4): 732-737.
- [26] 杜坤航. 人参皂苷 Rg1 在骨髓移植中促进骨髓功能障碍小鼠造血重建的机制研究[D]: [博士学位论文]. 重庆: 重庆医科大学, 2024.
- [27] 胡妮娜, 张晓娟. 黄芪的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2021, 38(1): 76-82.
- [28] 韩玲, 陈可冀. 黄芪对心血管系统作用的实验药理学研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2000(3): 234-237.
- [29] 蔡琳, 彭鹏. 三七药理作用的研究进展[J]. 山东化工, 2021, 50(3): 70-71.
- [30] 杨娟, 袁一征, 尉广飞, 等. 三七植物化学成分及药理作用研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2017, 19(10): 1641-1647.
- [31] 焦增华, 杨亚军, 刘希望, 等. 蒲黄药理作用研究进展[J]. 兽医医药杂志, 2017, 36(3): 85-88.
- [32] 李雪丽, 雷根平, 陆娴, 等. 生地黄药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(12): 135-139.
- [33] 蒋丽丽, 张彦龙, 王春杰, 等. 牡丹皮中有效成分丹皮酚的药理活性研究进展[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(22): 4223-4224.
- [34] 吴玲芳, 王子墨, 赫柯芊, 等. 赤芍的化学成分和药理作用研究概况[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(18): 198-206.
- [35] 卜妍红, 陆婷, 吴虹, 等. 栀子化学成分及药理作用研究进展[J]. 安徽中医药大学学报, 2020, 39(6): 89-93.
- [36] 罗瑞林, 殷成. 白花蛇舌草药对的临床应用[J]. 中医药导报, 2014, 20(7): 153, 156.
- [37] 周斌, 崔小弟, 程丹, 等. 半边莲的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(4): 679-681.
- [38] 马婷婷, 张甘霖, 张博然, 等. 半枝莲和白花蛇舌草药对的研究现状[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(6): 3491-3494.
- [39] 黄岚, 等. 白花蛇舌草的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中国药事, 2023, 37(12): 1451-1460.
- [40] 李芊, 吴效科. 川芎化学成分及药理作用研究新进展[J]. 化学工程师, 2020, 34(1): 62-64, 44.

-
- [41] 马艳春, 吴文轩, 胡建辉, 等. 当归的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2022, 50(1): 111-114.
 - [42] 向璐, 张巧艳, 赵琦明, 等. 黄芪-当归化学成分、药理作用及临床应用的研究进展[J]. 中草药, 2022, 53(7): 2196-2213.
 - [43] 陈文鹏, 卢健棋, 庞延, 等. 仙鹤草化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(6): 118-122.