

辨证治疗慢性浅表性胃炎的体会

——附 69 例资料分析

北京中医学院东直门医院内科 王淑兰

慢性浅表性胃炎(以下简称慢浅胃炎)是临床常见病,属祖国医学“胃脘痛”、“心下痞”的范畴。其发病率约占受检人数的1/3以上,现根据临床观察,将 69 例慢浅胃炎病人的资料作一初步分析。

临 床 资 料

一、观察对象

69 例患者中,男 51 例,女 18 例,男女之比约为 2.8:1。年龄在 29 岁以下 15 例,30~49 岁 36 例,50 岁以上 18 例。病程最短者 15 天,最长者 20 年,其中半年以内 8 例,6 月~5 年 33 例,5⁺~10 年 17 例,10⁺~20 年 7 例,记载不详者 4 例。多数患者有情志不舒、饮食不节、饥饱无常等病史。治疗前多曾接受过中、西药物治疗,治疗中停用其他药物。临床上慢浅胃炎常与溃疡病或其他慢性胃炎并发,为了不受其他合并症的干扰,本文选择单纯性慢浅胃炎病例进行分析。

二、临床表现

慢浅胃炎患者多伴有胃脘痛、胃脘堵闷、嗳气、纳食差、大便异常及舌象变化等六项主要症状和体征。本组病人中胃脘痛(或胀痛、或隐痛、或灼痛)60 例,占 87%;胃脘堵闷、食后腹胀 52 例,占 75.3%;嗳气 49 例,占 71%;纳食差(食欲不振或脘痞纳呆)35 例,占 50.7%;大便异常(便秘、便干、便溏或便滞不爽)46 例,占 66.6%;有舌象变化者(舌质淡、黯、红,舌苔黄、腻等)46 例,占 66.6%。另外还有烧心、嘈杂、吐酸等次要症状,可供判定疗效时参考。

三、诊断依据

慢浅胃炎的诊断,全部依据我院纤维内窥镜检查确诊。根据慢浅胃炎镜下改变程度的不同,分为轻重两型。凡镜下以粘膜充血、水肿、呈麻疹样或花斑样充血者为轻型,本组共 51 例,占 73.9%;凡镜下粘膜高度充血,或表层粘膜形成糜烂,或粘膜下出血者为重型,本组共 18 例,占 26.1%。

辨证分型与治疗

根据临床症状、舌象、脉象综合分析,本组病例可归纳为以下五型:

肝胃气滞型: 31 例(45%)。胃脘堵闷,食后腹胀或胀痛,嗳气方舒,或有烧心、吐酸,大便正常或稍干,恼怒后病情加重,脉弦或弦滑,舌象多正常。治以理气和胃,方用我院董建华教授的“理气通降”方。本方主药有香附、苏梗、香橼、佛手、陈皮、枳壳、大腹皮等。

脾胃气虚型: 18 例(26.1%)。胃脘隐痛、绵绵不休,纳呆食少,食后胀闷,嗳气,便溏或虚秘,或伴神疲乏力,面色㿔白,舌质淡或胖淡,苔薄白,脉沉细。治以健脾助运,升脾降胃,方取香砂六君子汤合良附丸加减。

脾胃虚寒型: 3 例(4.3%)。胃脘隐痛,喜温喜按,得温痛减,食欲不振,泛吐清水,或饮后水停心下,神疲畏冷,手足不温,大便溏薄,舌质胖淡而嫩,苔薄白或呈水滑状,脉沉细而迟。治以温中健脾,散寒止痛,方取大、小建中汤,理中汤,苓桂术甘汤加減。

以上三型均可有夹湿、夹瘀的不同兼证。夹湿者脘痞胸闷,便滞不爽,舌罩腻苔,脉象

濡滑,可在原方中加藿梗、苏梗、草薢、苍术、厚朴、炒谷稻芽、柴胡、杏仁等化湿之品;夹瘀者痛重于胀,痛有定处,舌质紫黯或有瘀斑,可于原方中酌加土鳖虫、九香虫、炙刺猬皮、延胡索、蒲黄、五灵脂等祛瘀通络、活血止痛之品。

胃阴不足型:9例(13%)。胃脘隐隐灼痛,口干咽燥而不欲饮,似饥而不欲食,大便干,舌红少津,脉细弦或细数。治以滋阴益胃,方用益胃汤合芍药甘草汤加减。

胃热内蕴型:8例(11.6%)。或为肝胃热盛,或为湿热中阻,症见胃脘部灼痛,伴有嘈杂,吐酸,口臭口渴,大便干,舌苔黄,或舌质淡红,脉弦数。治当清泻肝胃,投金铃子散,加味左金丸等方,酌加清热解毒之败酱草、半枝莲、连翘、凤凰衣、龙胆草,甚者可加生大黄以通腑泻热。偏于湿热者,舌苔黄腻,脉滑数,治以清热利湿。取连朴饮、柴芩温胆汤加减。

根据上述分型标准,本组69例患者辨证分型分布见表1和表2。

表1 辨证分型与病变程度关系

辨 证	总例数	轻 型 (51例)			重 型 (18例)		
		单纯	夹湿	夹瘀	单纯	夹热	夹湿热
肝胃气滞	31	15	11	2	0	3	0
脾胃气虚	18	8	4	2	4	0	0
脾胃虚寒	3	3	0	0	0	0	0
胃阴不足	9	2	1	0	1	3	2
胃热内蕴	8	3	0	0	5	0	0
合 计	69	31	16	4	10	6	2

表2 辨证分型与病程关系

辨 证	总例数	<6月	6月~5年	5+~10年	10+~20年	不详
肝胃气滞	31	4	23	2	0	2
脾胃气虚	18	1	3	9	5	0
脾胃虚寒	3	0	0	1	2	0
胃阴不足	9	0	2	5	0	2
胃热内蕴	8	3	5	0	0	0
合 计	69	8	33	17	7	4

治 疗 结 果

一、疗效判定标准

由于慢性胃炎是一种慢性疾病,短时期内不易观察镜下变化,本文主要根据病人临床症状改变,并追踪观察2~3个月以后,病情平稳,无反复,参考胃镜象变化,综合评定疗效。(1)痊愈:胃镜象恢复正常,或六项主症(征)及次要症状全部消失;(2)显效:胃镜象明显好转,或主症(征)消失4~5项,次要症状基本消失;(3)有效:胃镜象好转,或镜下变化不大而六项主症(征)均减轻,或有2~3项主症(征)消失;(4)好转:六项主症(征)及次要症状均有不同程度减轻;(5)无效:胃镜象或主症(征)无变化,或在治疗期间时轻时重,反复发作。

二、治疗效果

如表3所示,本组69例治疗结果:痊愈5例(7.2%),显效19例(27.5%),有效31例(45%),好转13例(18.8%),无效1例(1.5%)。总有效率为98.5%。

表3 辨证分型与疗效关系

辨 证	总例数	痊愈	显效	有效	好转	无效
肝胃气滞	31	3	10	17	0	1
脾胃气虚	18	0	5	7	6	0
脾胃虚寒	3	0	0	1	2	0
胃阴不足	9	0	2	2	5	0
胃热内蕴	8	2	2	4	0	0
合 计	69	5	19	31	13	1

典型病案举例

病例一:岳××,女,45岁,工人,病历号96278。1982年9月4日初诊,述胃脘胀痛4年,饭后饱胀,喜暖气,每于情志不遂后病情加重,口干欲饮但饮后心下不舒,大便时干时稀,排便不爽,脉弦,舌苔白腻。10月7日纤维内窥镜检查:胃窦部明显水肿,小弯侧及前壁粘膜呈麻疹样点状充血,诊断为慢性胃炎。证属肝胃不和,气滞湿阻,治以平肝和胃,理气化湿。取理气通降方加柴胡、半夏、藿梗、上方加减,断续治疗5月余,饱胀、噎

气渐平,唯于恼怒后仍有发作,因排便不畅,遂于上方加杏仁 12 克。进方 6 剂后大便畅下,诸症基本消除。1983 年 3 月 19 日复查胃镜,胃窦部水肿减轻,仅窦前壁近胃角处粘膜红白相间。因到疗养院疗养,改服丸药巩固。

按:此案为气滞湿阻型,经辨证治疗后症状基本消失,胃镜象及病理变化均明显好转。方中柴胡既能疏肝理气,又能散风祛湿;更加杏仁一味,诸证明显改善,因肺主一身之气,又与大肠相表里,肺气宣畅,腑气亦行,宣肺又可行湿。

病例二:邵××,男,47岁,工人,病历号 214448。1982 年 12 月 6 日初诊,述胃脘部闷痛,食后饱胀,嗳气后舒,口干唇裂,纳食不香,病史 2 年,脉沉细,舌质胖嫩淡红,舌苔薄白。12 月 9 日纤维内窥镜检查,诊断为窦体交界处重度浅表糜烂性胃炎,病理确认部分腺上皮呈中度不典型增生。前医曾投理气导滞,疏肝理气诸方,症无进退,来诊后详辨其证,为一派脾胃气虚之象,改投香砂六君子汤升脾以降胃。药后诸证减轻。一个半月后胃镜复查,窦体交界处仍红白相间,原有的糜烂面全部愈合,无其他病理变化。

按:脾胃同居中焦,为一身气机升降的枢纽,脾气升则健,胃气降则和。古人有“虚则太阴,实则阳明”之见解,认为脾胃之实证多为胃气失降,其治在胃;脾胃之虚证多为脾气不升,其治在脾,俟脾气健升,胃气便能顺降。

病例三:马××,男,32岁,工人,病历号 83829。患者因胃脘痛,疑为十二指肠球部溃疡,服中西药物治疗年余,病情不减,1982 年 7 月 8 日来我组进行纤维内窥镜检查,证实为广泛性重度慢浅胃炎、糜烂性十二指肠球炎。证见胃脘部灼痛,烧心、吐酸,口渴思饮,大便干,舌质淡红,苔薄黄,脉弦滑略数。肝胃郁热,治当清泻,取方金铃子散加知母、连翘、半枝莲、凤凰衣、马勃、赤芍、三七粉、五灵脂等药加减变通。服药 24 剂,证候明显减轻。8 月 26 日胃镜复查,除幽门口前壁有一正在愈合中的糜烂面及十二指肠降部开口处散在

小片糜烂面外,其余胃体、胃窦部大片糜烂面均已愈合。

按:胃为多气多血之腑,又为阳明燥土,容易化热,其热或因投药辛燥,或因肝热所犯,热者当清无疑。凤凰衣即鸡蛋内膜,为血肉有情之品,取其以膜补膜之用,马勃长于清肺利咽、解毒止血,既能凉血,又可疗疮,且能制酸,乃章老独到经验(见章次公医案)。

讨 论

一、慢浅胃炎的辨证及其与病程、疗效的关系

从表 1 看出,本组病例辨证以肝胃气滞型最多,共 31 例,占 45%,其中又有湿阻、血瘀的不同兼证;脾胃气虚型次之,共 18 例,占 26.1%,此型亦有夹湿夹瘀的兼证;胃阴不足及胃热内蕴型多见于重型慢浅胃炎病人,两型共 17 例;脾胃虚寒型病人最少,仅 3 例。

慢浅胃炎的辨证分型与病程有关,从表 2 可以看出,实证病程一般较短,虚证病程则较长。病程在 5 年以内的 41 例中,肝胃气滞型 27 例,胃热内蕴型 8 例,两型共 35 例,占 85.3%;而脾胃气虚、胃阴不足两型仅 6 例,占 14.6%。病程在 5 年以上的 24 例中,肝胃气滞、胃热内蕴型仅 2 例,占 8.3%;而脾胃气虚、脾胃虚寒和胃阴不足型共 22 例,占 91.6%。

慢浅胃炎的疗效与辨证分型间亦有一定关系,从表 3 看出,凡属实证者疗效较好,获愈的 5 例中,肝胃气滞型 3 例,胃热内蕴型 2 例,全属实证;显效、有效的 50 例中,实证 33 例,占 66%,其中肝胃气滞型 27 例、胃热内蕴型 6 例。疗效较差的 14 例中,13 例为虚证,占 92.8%,其中脾胃虚寒型 2 例,脾胃气虚型 6 例,胃阴不足型 5 例。

二、调理气机是治疗慢浅胃炎的关键

慢浅胃炎无论辨证是虚是实,均以脾胃气机失调为其主要病理,其中尤以胃气失降为关键,因此,调理气机就成为治疗慢浅胃炎的主要手段,常用的调气方法如下。

疏肝气,肝主疏泄,是保持脾胃升降

斡旋的重要条件。肝气条达,则脾胃升降适度,运化健全。正如《血证论》所说:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之而水谷乃化……。”当脾胃失调时,无论有无肝郁之征,疏肝理气的治法常为首选。董老的“理气通降方”中,香附、香橼、佛手等均有疏肝解郁的功能,再与枳壳、腹皮、陈皮等行气之品相配合,胃气顺降,气机斡旋即可复常。

2. 运脾气:脾为中土,灌溉四旁。脾升胃降,为一身气机升降的枢纽,二者一升一降,相互影响,升中有降,降中有升,共同维持正常的生理功能。《吴医汇讲》云:“治脾胃之法,莫精于升降。”高度概括了脾胃的功能特点。这里所说的运脾气,包含着“升脾以降胃”和“运脾以除湿”两个含义。

3. 调肺气:古人有“上焦不行,则下脘不

通”之说。肺主一身之气,主治节,与大肠相表里,肺气畅则腑气通、胃气行。所以,临症凡胃脘堵闷用理气通降、疏肝和胃诸法不效时,配合使用宣降肺气的杏仁、旋覆花等,每可获得意外效果。

三、痰湿、瘀血均为气机失调的病理产物

在51例轻型慢浅胃炎的辨证分型中,伴夹湿、夹瘀者共20例,占2/5,湿为阴邪,或自外感、饮食,或自内生,但均与脾胃运化功能密切相关。外湿所感固可困脾,脾虚失运又可生湿。湿为阴浊之邪,得阳始化,寒能伤阳,又可助湿。所以慢浅胃炎患者,无论气滞、气虚或虚寒均可有夹湿兼证。瘀血更与气机失调有关。气为血帅,气行血行,气滞血涩;寒主收引凝涩,寒则血不畅行。所以气滞、气虚、虚寒亦均可导致瘀血形成。

中药利胆和胃汤治疗慢性胆囊炎46例

江西省国营八一综合垦殖场医院 彭家森

笔者自1980年以来,自拟利胆和胃汤治疗慢性胆囊炎46例,收到满意效果,现介绍如下。

一、临床资料

本组46例,男14例,女32例;年龄17~58岁,以45岁以下为多。病程1年以内27例,1~5年16例,5年以上3例。临床主要症状以反复发作的右上腹持续性疼痛为主,并伴有口苦、纳差,或黄疸、发热、恶心、呕吐。临床检查胆区均有明显压痛,部分患者可触及肿大之胆囊,经胆囊造影、超声波检查,46例均证实为慢性胆囊炎。

二、治疗方法

46例均内服利胆和胃汤治疗,处方为:柴胡、青蒿、枳实、茯苓、郁金、陈皮、法夏各10克,白芍6~10克,威灵仙15~30克,生甘草3克。水煎,每日一剂,日服2~3次。发热甚者重用青蒿,呕吐者加竹茹、大黄。治疗期间忌吃油腻食物。

46例治疗后均收到近期疗效,其中症状和体征全部消失,体温恢复正常,评为显效者43例;症状和体征明显减轻或接近正常,评为好转者3例。服药剂数在7~20剂者43例,20剂以上者3例。42例治疗后随访,其中1年未复发者22例,2年未见复发者20例。

四、讨论

慢性胆囊炎的发作多与情志变化、劳累过度、饮酒或食油腻食物有关。胆为中清之腑,主排泄胆汁,以助脾胃运化,胆汁的排泄与肝的疏泄有密切关系,情志变化,影响胆汁的疏泄,使胆汁淤滞不通,影响中焦脾胃功能。所以慢性胆囊炎病位虽在肝胆,但发病后多可波及脾胃,因此治疗宜疏肝利胆、和胃。利胆和胃汤即体现了这一治则,方中柴胡、郁金、青蒿、白芍疏肝解郁、利胆,茯苓、陈皮、枳实、甘草、法夏和胃化湿,助脾胃运化,威灵仙走窜消克为能事,用于积滞停痰,血凝气滞之症。全方共奏疏肝利胆和胃之功。