

临床报道

对胆汁返流性胃炎的认识及43例
临床治疗观察

北京中医学院东直门医院 殷凤礼 房长茂

胆汁返流性胃炎目前尚无理想的治疗方法,多种西药的疗效常不可靠,少数严重病人甚至不得已而采用外科手术治疗。我们通过温习祖国医学理论,复习文献和分析病历,初步探讨这一通过现代科技手段发现的新病症的病机和治疗,并在临床上进行治疗观察,以加深对本病的认识和提高疗效。

临床资料

一、诊断依据

43例病人均有上腹部疼痛,或有呃逆、反酸、食欲不振、纳差、口干苦、大便不调、体重下降等症状。全部病人均无胃大部切除史,并均经纤维胃镜检查、胃液胆红素测定、病理活检确诊为本病。

二、一般资料

本组43例中,男性38例,女性5例;病程在5年以下者32例,5年以上者11例。

观察方法

一、治疗分组

全部病例随机分为两组,中医组22例,西医对照组(以下简称对照组)21例。

1. 中医组:采用健脾和胃、舒肝降胆治则,并结合辨证分型选方用药。

(1) 脾气虚弱型:共7例。症见胃脘疼痛,食少纳差,怠倦乏力,大便不调,肌肉消瘦,舌淡苔薄,脉缓无力。治以健脾益气为主,方选黄芪建中汤加减。药用黄芪、党参、桂枝、

大枣、芍药、甘草,酌加柴胡、佛手、半夏、生姜等。

(2) 胃阴不足型:共2例。胃脘疼痛,口干唇燥,纳少便干,消瘦乏力,舌红少津,脉细而数。治以濡养胃阴为主,方选叶氏益胃汤加减。药用沙参、麦冬、生地、白芍、乌梅,辅用柴胡、佛手、枳壳、苏梗、半夏等。

(3) 气阴两亏型:共7例。胃脘疼痛,食少乏力,口苦干燥,形体消瘦,大便不调,舌红而胖,脉弱无力。选用生脉散加味。药用太子参、麦冬、五味子,酌加柴胡、佛手、半夏、赭石等。

(4) 肝胃不和型:共6例。胃脘疼痛,胁脘满闷时痛,嗳气吞酸,食少腹胀,脉弦苔薄。此由土虚不及、肝胆偏胜所致,与中土不虚、肝气有余之肝胃不和有别。治宜扶土为主,抑木为辅。治疗时可根据病情标本兼顾,或前后分施,即“急则治标”先调肝胆,“缓则治本”以扶脾胃。方选小柴胡汤、半夏泻心汤、旋覆代赭汤加减。药用柴胡、黄芩、郁金、川楝子、半夏、生姜、竹茹、大黄、山药、扁豆、甘草、大枣等。

如有兼夹证候则随证加减。寒者温之,加党参、干姜等;热者清之,加马尾连、黄芩等;湿痰者燥之,酌加二陈等;瘀者则活血,加丹参、蒲黄、五灵脂等。总之,要谨守病机,知常达变,才能收效。

2. 对照组:口服胃复安(Paspertinum) 5~10毫克,生胃酮(Biogastrinum) 50毫

克,每日三次。

中医组和对照组的疗程均规定为一个月。

二、观察项目及其评分标准

1. 临床症状: 观察内容有上腹部疼痛、口干苦、恶心呕吐、反酸呃逆、食欲不振、纳差消瘦、大便不调等。如上腹部疼痛严重, 其他症状部分存在, 病人自我感觉差, 定为3分; 上腹部疼痛一般, 其他症状部分存在, 病人自我感觉差, 定为2分; 上腹部疼痛轻微, 其他症状部分存在, 病人自我感觉尚可, 定为1分; 上腹部疼痛消失, 其他症状大部减轻或消失, 病人自我感觉好, 定为0分。

2. 胃液胆红素半定量测定: 抽取空腹胃液, 用 Ictotest 药片测定胃液胆红素, 与标准比色板比较, 得出等级, 分别记为3、2、1、0分。

3. 纤维胃镜检查:

(1) 胆汁返流情况: 胃液呈黄或黄绿色, (自见幽门起) 15分钟内如有3次以上胆汁返流入胃, 定为3分; 胃液呈黄或黄绿色, 15分钟内有1~2次返流, 定为2分; 胃液呈黄或黄绿色, 15分钟内无返流或超过15分钟有1~2次返流, 定为1分; 胃液澄清无色, 15分钟内无胆汁返流现象, 定为0分。

(2) 胃十二指肠粘膜情况: 粘膜颜色变白, 萎缩变薄, 可见血管走行, 或有过形成发生, 或粘膜呈严重充血水肿、糜烂出血, 有溃疡形成, 定为3分; 粘膜充血水肿, 或溃疡缩小1/2以上, 定为2分; 粘膜轻度充血水肿, 溃疡消失, 定为1分; 粘膜正常定为0分。

(3) 幽门形态与运动: 幽门变形, 失圆, 充血水肿, 开合不正常, 记为1分; 幽门圆形, 无充血水肿, 开合正常, 记为0分。

4. 病理活检: 活检部位为胃窦大小弯和胃体大小弯。根据1978年全国胃癌协作组病理专业组拟定的胃炎病理诊断标准, 将慢性胃炎分为重、中、轻三级, 分别记为3、2、1分; 正常记为0分。

5. 空腹血清胃泌素测定: 正常值 <100 微克/毫升。异常记为1分, 正常记为0分。

6. 胃液分析与pH值: 异常记为1分, 正常记为0分。

7. X线钡餐透视: 观察胃排空及胃蠕动情况, 异常记为1分, 正常记为0分。

三、疗效标准

根据各项观察指标的评分标准, 先计算每例各项指标治疗前后的自身差值(治疗前分值-治疗后分值), 然后将各项指标治疗前后所得差值相加, 得出总分。总分在10分以上者评为显效, 5~10分者评为有效, 4分以下者评为无效。

观察结果与分析

一、两组观察指标变化的比较

1. 临床症状: 治疗后上腹部疼痛等症状, 中医组22例均有不同程度的减轻, 治疗前后相比较得3分(为治疗前后分值的差值, 下同)者5例, 2分者9例, 1分者8例; 对照组得2分者3例, 1分者16例, 0分者2例。两组得分比较有显著差异($p<0.01$)。

2. 胃液胆红素半定量测定: 治疗前后相比较中医组得3分者1例, 2分者6例, 1分者12例, 0分者3例; 对照组得3分者2例, 2分者1例, 1分者6例, 0分者12例。两组得分比较有显著差异($p<0.05$)。

3. 纤维胃镜检查:

(1) 胆汁返流情况: 中医组治疗前后相比较得3分者1例, 2分者9例, 1分者9例, 0分者3例; 对照组得2分者5例, 1分者11例, 0分者5例。两组比较无显著差异($p>0.05$)。

(2) 胃十二指肠粘膜情况: 治疗前后相比较中医组得3分者2例, 2分者5例, 1分者11例, 0分者4例; 对照组得2分者3例, 1分者6例, 0分者12例。两组比较有显著差异($p<0.05$)。

(3) 幽门形态与运动: 43例病人中有34例(中医组15例, 对照组19例)可见幽门变形、失圆、充血水肿、开合不正常。治疗后局部病理改变好转、幽门开合基本正常者, 中医

组7例(46.9%),对照组2例(10.5%)。两组比较有显著性差异($p<0.05$)。

4. 病理活检:治疗后两组作病理活检者各7例。治疗前后相比较,中医组得2分者4例,1分者3例;对照组得2分者2例,1分者5例。两组得分比较无显著性差异($p>0.05$)。

5. 空腹血清胃泌素测定:治疗前43例病人的空腹血清胃泌素水平皆高于正常人;治疗后中药组2例、对照组3例降为正常值。

6. 胃液分析与pH值:治疗后中医组和对对照组各有2例由高酸分泌降为正常。

7. X线钡餐透视:治疗前中医组3例和对对照组5例均有较明显的胃排空障碍、胃潴留及胃蠕动迟缓等现象;治疗后均无明显改善。

二、两组疗效比较

按本文疗效标准统计,中医组22例中获显效3例(13.6%),有效14例(63.6%),无效5例(22.7%);对照组21例,有效9例(42.9%),无效12例(57.1%)。两组疗效经统计学处理有显著性差异($\chi^2=6.95$, $p<0.05$)。

讨论与体会

一、祖国医学对胆的认识

早在一千多年前,中医文献就有“胆在肝之短叶间,重三两三铢,盛精汁三合”⁽¹⁾、“肝之余气,溢于胆,聚而成精汁”⁽²⁾、注精于小肠以“行津液”、“化水谷”⁽³⁾的记述,这与现代医学对胆的认识基本相同。中医文献还认为“心主神明”,“心与胆相通”⁽⁴⁾、“胆者,中正之官,决断出焉”⁽⁵⁾、“肝主谋虑,胆主决断”,“肝气虽强,非胆不断,肝胆相济,勇敢成”⁽⁶⁾。这些记述说明,祖国医学中的胆,不仅指现代医学中的胆,而且还包含有中枢神经系统的部分功能。

由于“足少阳胆经自头走足”,故胆在生理状态时“其气本降,病则上逆”⁽⁷⁾。足少阳胆与肝相为表里,关系密切,且与脾胃的气机活动亦息息相关。它们之间的气机升降制约,在正

常情况下,是有一定规律的。“木生于水,长于土,土气冲和,则肝随脾升,胆随胃降。”⁽⁸⁾说明它们的关系是“肝赖脾升,胆从胃降”⁽⁹⁾,为临床和胃降胆的治疗提供了理论依据。

二、对胆汁返流性胃炎病机的认识

根据我院对1700例胃痛患者作纤维胃镜普查的结果表明,本病发生率为20%。本组病例具有病程较长(均在2年以上)、年龄分布偏高(30岁以上者占75%)的特点。询问其发病诱因,发现都与长期饮食不节、寒温不适、劳累过度及思虑忧伤等有关。以上诱因均能损耗元气,伤其脾胃。提示脾胃虚弱可能是导致本病发生的主要病因之一。

祖国医学认为,胃为传化之府,以通为用,以降为顺;又认为“上自胃脘,下至小肠、大肠,皆属于胃”,“如咽门、贲门、幽门、阑门、魄门,皆胃气之所行也”⁽¹⁰⁾、“胃气上逆固病,即不上逆,但不通降亦病矣”⁽¹¹⁾。说明由上而下的胃肠蠕动,以及使食物下行而不上逆,具有类似“单向阀”功能的贲门、幽门等运动,均为胃气通降的具体生理表现。这些功能的失调,必然会表现出胃气通降机能的紊乱。“胆随胃降”,如胃失和降,则胆气不降,逆而犯胃,遂出现胆汁返流等症。此为“木克土”的表现之一。故用“甲木之升缘于胃气之逆,胃气之逆缘中气之虚”⁽¹²⁾来阐明本病病机是较为恰当的。

三、胆汁返流性胃炎的治疗

本病病位涉及脾、胃、肝、胆,以脾胃为本,肝胆为标,其病机为“本虚”或“本虚标实”。治疗总以扶土抑木为法,主以健脾和胃,辅以舒肝降胆,根据病情,或本标兼顾并治,或本标先后分施。

培土固本则风木自安。对本病治疗,处处要顾护脾胃,不忘通调气机。所应注意者,扶土健脾和胃,不可太温、太峻,以防助热为患;通胃和降,不可过执苦寒,重伤脾胃;养阴时宜酌加疏解之品;抑木舒肝泄胆时宜加理气治血之品;清热降逆时,不可过用苦寒香窜之药,以防耗气伤阴。中医治疗本病,从整体出发,

重视气机升降, 强调脏腑联系, 扶土抑木, 升清降浊, 从而使逆乱气机升降有序、偏胜脏腑阴阳和平, 故诸症减轻, 取得了较好疗效。说明就目前说来, 具有独到之处的中医中药, 对本病的治疗不失为一种较好的方法。

四、其他

利用Ictotest药片半定量测定胃液胆红素, 经多次实验表明, 本法简便、迅速、可靠, 在国内尚无理想检验方法的情况下可以试用。

本组43例的空腹血清胃泌素水平平均高于正常人、与一些资料提出, 胃泌素抑制幽门括约肌收缩、限制胃排空, 是本病发病原因之一的认识是相吻合的。但经治疗后, 两组血清胃泌素仍高于正常水平, pH值也偏高, 说明胆汁返流只是血清胃泌素升高的附加因素。

病理活检表明, 本病多为慢性浅表性胃炎(90%), 非典型增生发生率也高(72%), 治疗后两组病理活检均无明显改善, 与一般报道相一致。联系一些病人治愈后又有复发这一事实, 可以认为胆汁返流的改善对病理组织学的改善

似无决定性作用。结合本组具有中度以上炎症、中度肠上皮化生、中度非典型增生3例, 经坚持半年以上的治疗, 组织学才有明显改善, 有助于说明本病宜坚持多疗程治疗, 才能土健木平, 得到根治。

本工作蒙中国医学科学院首都医院王慧珍医师及本院脾胃组同志给予指导和协助, 一并致谢。

参 考 文 献

- (1) 难经校释·四十二难。99页, 人民卫生出版社, 1979。
- (2) 河北医学院主编: 中医学。26页, 人民卫生出版社, 1980。
- (3) 灵枢经·本藏篇。89页, 人民卫生出版社, 1981。
- (4) 李金庸: 读医心得。36页, 上海科技出版社, 1982。
- (5) 素问·灵兰秘典论。58页, 人民卫生出版社, 1980。
- (6) 张景岳: 类经·三卷。30页, 人民卫生出版社, 1980。
- (7) 黄元御: 伤寒悬解·卷九, 焚觚精舍木版, 咸丰十年。
- (8) 黄元御: 四圣心源·浮沉大小。焚觚精舍木版, 咸丰十年。
- (9) 吴东旸: 医学求是·血证论十七。宝记书庄木版, 1919。
- (10) 张景岳: 类经。533页, 人民卫生出版社, 1980。
- (11) 叶天士: 临证指南医案。189页, 人民卫生出版社, 1976。
- (12) 黄元御: 长沙药解·卷一, 焚觚精舍木版, 咸丰十年。

中医中药治疗乳腺增生症72例小结

苏州市中医医院外科 方致和

近年来, 笔者运用中医中药治疗本病, 疗效比较满意, 兹小结如下:

一、一般资料: 本组男性9例, 女性63例。以20~40岁的青壮年妇女居多。已婚者59例, 未婚者13例。病程最短1个月, 最长5年以上, 其中半年以下者32例, 1~5年者34例, 5年以上者6例。多数病人在月经前或平时有胀痛。

二、治疗方法: 基本方: 柴胡10克, 当归12克, 赤白芍各12克, 元胡10克, 郁金12克, 青陈皮10克, 葫芦巴12克, 枸橼李30克, 逍遥丸(包)30克。肿块坚硬者加三棱10克, 莪术10克; 气虚者加党参12克, 阴虚者加天门冬15克; 冲任失调者加苁蓉12克, 巴戟肉12克, 淫羊藿12克, 鹿角片10克; 肝肾不足、痰凝气滞者加半夏10克, 蛤壳30克, 菟丝子12克, 六味地黄丸(包)30克。除上述辨证用药外, 小金丹(系《外科全生集》方)、内消片(蜈蚣、全虫、

甲片、斑蝥)及黑追龙丸(斑蝥)(均系无锡章氏验方)等攻消剂可常规选用。

三、治疗结果: 乳部胀痛及肿块完全消失为治愈, 共43例; 乳部胀痛基本消失, 月经前偶有胀痛, 肿块软化, 但尚可触及者为好转, 共27例; 治疗前后症状及体征无改善者为无效, 共2例。本组有效病例最短治疗7天, 最长治疗3个月。

四、体会: 《外证医案汇编》云: “治乳症, 不出一气字定之矣, 脾胃土气, 壅则为病, 肝胆木气, 郁则为疽, 正气虚则为岩……痰气凝结为癖, 为核……若治乳从气字著笔, 无论虚实新久, 温凉攻补, 各方之中, 扶理气疏络之品, 使其乳络疏通……自然壅者易通, 郁者易达, 结者易散, 坚者易攻”。本文所列方药, 实际上亦以疏肝理气为主要法则, 冲任失调者参入调摄冲任之品, 肝肾不足、痰凝气滞者, 参入滋益肝肾、化痰散结之品, 收到了良好效果。