

中医药治疗胃十二指肠溃疡 88 例分析

南京中医学院附属医院 徐景藩

一般的胃、十二指肠溃疡病(以下简称溃疡病)临床治愈率较高。但顽固久病、反复发作或溃疡病灶长期不愈合者,治疗效果尚不甚满意。我们近四年来收治住院治疗顽固性溃疡病 88 例,现就病因、证候、治疗等问题,初步总结如下。

一、临床资料

(一)一般资料:88 例患者中男性 80 例,女性 8 例,这与病床设置男多于女有一定关系。年龄自 15~62 岁不等,其中以 25~45 岁较多,共 78 例(占 88.6%),平均年龄为 38 岁。按其职业分布,侧重于体力劳动与脑力劳动者之比为 1.1:1,无明显差别。病史为 4~21 年不等,平均 9.5 年。

(二)临床主症:全部病人均有不同程度胃脘痛主症。自觉疼痛与压痛部位以中脘为多,计 66 例(占 75%),其中 14 例痛位偏近右梁门穴,连及上脘痛者 5 例。脘痛及胁下者 12 例。痛位限于下脘者 10 例。胃脘痛得食后有所缓解者 58 例,得食痛增 13 例,与饮食关系不明显者 17 例。伴有泛酸 41 例(占 47%),嗝气 62 例(占 70%),心下痞满不适 28 例(占 32%),饮食明显减少者 26 例(占 30%)、嘈杂 18 例(占 21%)。

(三)舌诊、脉象:入院时舌质偏淡 67 例(占 76%),其中淡而兼紫(轻微)12 例。舌质红 9 例,舌质正常 12 例。舌苔薄白 58 例(占 66%),舌净少苔 12 例,薄白腻 10 例,薄黄 8 例。脉象以细占多,濡(浮而细小)脉 52 例,细弦 20 例,细数 9 例,细缓 2 例,共 83 例(占 94%)。其它如滑脉、弦脉共 5 例。

(四)物理检查:全部病例经 X 线钡餐或

配合纤维内窥镜检查。溃疡病灶部位以十二指肠最多,计 61 例(占 69%),其中 59 例在球部。胃小弯 16 例,幽门管 2 例,复合性溃疡 8 例,胃部多发性溃疡 1 例。十二指肠溃疡伴见胃下垂 5 例,幽门不全梗阻 1 例,十二指肠部滞症 4 例。胃镜检查伴有慢性浅表性胃炎 21 例,慢性浅表萎缩性胃炎 14 例。

(五)证候分类及治法方药:根据病人主症及舌诊、脉象,综合辨证,归纳为以下三种主要证候进行治疗。

1. 胃脘痛得食可以缓解,心下痞满食后减轻,大便溏薄,周身乏力,舌质偏淡,舌苔薄白或舌净少苔,脉细(以濡为多),证属中虚气滞。计 67 例(占 76%)。治法:健脾和胃理气。主要方药:炙黄芪、炒党参、炒山药、炒白术、炙甘草、茯苓、煨木香、炒陈皮等。(汤剂每日一剂,二次煎服。下同)

2. 胃脘痛及胁下,进食后疼痛加重,嗝气明显,脘痛的发作与加重和情志不畅关系比较明显,舌苔薄白,脉细弦,证属肝胃不和。计 12 例(占 14%)。治法:疏肝和胃。主要方药:炙柴胡(或苏梗)、白芍、制香附、枳壳、炒陈皮、佛手片、生甘草等。

3. 胃脘痛与饮食关系不明显,消瘦,舌质红,脉细数,证属胃阴不足。计 9 例(占 10%)。治法:养胃理气。主要方药:北沙参、麦冬、山药、白芍、当归、生甘草、绿萼梅、木蝴蝶等。

上述中虚气滞证常兼胃寒,肝胃不和证气郁可以化火,胃阴不足证亦易兼郁热。尚有兼证如血瘀、湿阻,前者可见于胃阴不足患者,后者多见于中虚气滞和肝胃不和证。在病程中又常见到短时的食滞证。对上列兼证,处方用药随证加减,兹不多赘。此外,以上三类证候,

凡泛酸较多者,加用乌芍散(由乌贼骨、白芍组成,用药比例:2:1.5,共研细末),每次1.5克,一日2~3次。胃脘痛较著,配加白及,煎剂每日6~10克,粉剂每次1~1.5克,一日2~3次,或与甘草粉同服,每次0.3克,一日2~3次。白及用粉剂者,调成薄糊状服。有28例曾配合针灸(中脘、梁门、足三里等穴),37例配用丁桂粘胶(丁香、肉桂等量)外敷中脘、阿是穴等部位。

(六)治疗结果:本组患者平均住院52天。治疗结果主要从主症和病灶改变等情况综合判断。凡症状消失,X线钡餐或配合纤维内窥镜检查溃疡愈合者为痊愈,计32例(占36.4%)。主要症状消失或显著改善,X线钡餐或配合纤维内窥镜检查溃疡病变有明显改善者为显著好转,计39例(占44.3%)。主要症状改善,复查溃疡病变无明显改善者为好转,计15例(占17%)。症状和复查溃疡病变均无改善者为无效,计2例(占2.3%)。总有效病例为86例(占97.7%),但其中溃疡愈合率尚较低。

治疗结果以中虚气滞证及肝胃不和证比较好,肝胃不和证的痊愈率比较高。各证与疗效的关系详见下表:

88例胃、十二指肠溃疡病证候与
疗效关系统计表

证 候 疗 效	中虚气滞	肝胃不和	胃阴不足	合 计	(%)
痊 愈	24	7	1	32	36.4
显著好转	31	4	4	39	44.3
好 转	11	1	3	15	17.0
无 效	1	—	1	2	2.3
合 计	67	12	9	88	100

二、讨 论

(一)病因以饮食不当为主。本组88例患者均有胃脘痛症状,从病因分析,由饮食不当引起疼痛或发作者计80例,占91%。其中以饥饱失常因素为多,计63例。其它如多食生冷(4例)、饮酒较多(3例)和嗜食辛辣(1

例)等。上述诸因也常相互为患。“饥饱失常”一般以多次逾时进餐为主,待进食之时,饥饿感明显,进食量较多,时间稍长,每易致病。此外,如饮食不当而兼劳倦者24例,兼情志不畅如易躁易怒21例,性情抑郁又兼精神刺激者8例。说明饮食不当是主要病因,劳倦、情志不调尚属其次,但劳倦、情志不调往往是促成或引发的重要因素。综上所述,提示对本病的预防及治疗均应认真重视饮食因素,包括进食的质、量、时间、温度和进餐时的心理卫生等等。

(二)证候以中虚气滞占多。本组患者属中虚气滞证计67例,占76%,似属溃疡病的基本或多数证候。因饮食不当,饥饱失常,逾时进餐,胃气先虚,空腹进食量较多,致使脾胃超过正常负荷,受纳、消磨、运化功能受其影响,日久脾胃之气受损。功能不足负荷有余,故呈现中虚气滞之征,以虚为本,以实为标,这是溃疡病病机的特点之一。

本组入院时属于胃阴不足证有9例,经治疗2月左右,有4例患者的阴虚证候改善,逐渐呈现中虚气滞之征,复查溃疡病灶1例愈合,3例改善。提示本病可能先有脾胃气虚,由于中虚不复,由气虚发展至阴虚。经及时辨证治疗,如阴虚证候获得改善,有可能仍现气虚证候。又按临床多年的体验,不少胃阴不足证患者,仍常伴见气虚的症状,由于阴虚矛盾比较显著,故定为胃阴不足证,但治法尚须根据病证适当配以补气而不耗阴之品。

(三)肝胃不和,可及于胆。胃脘痛病位主要在胃,可及于脾,但与肝经亦密切相关。胆附于肝,肝气不调,疏泄失常,有时每易病及于胆。肝胆失疏,湿热之邪也易内留。本组肝胃不和证患者有12例,脘痛及于胁下,以右胁下为多(11例)。其中3例原系慢性胆囊炎症(或伴结石),经治疗后,胆囊疾患好转,胃脘疼痛又起,再查X线钡餐或纤维内窥镜,发现溃疡病。还有5例先发现溃疡病,鉴于脘痛及于右胁,经超声探查(B型或A型),也发现有胆囊炎或兼结石。综上所述,提示在临床上

应注意：1. 凡遇脘痛及右胁下痛的患者，最好应诊断为“胃脘痛”及“胁痛”。2. 对患者胃、肝、胆最好同时检查。3. 对肝胃不和证患者，应密切观察病情，如有肝胆湿热征象，须随证治之，勿使延误病情。本组有4例肝胃不和证患者，由于出现轻微的肝胆湿热证候，及时佐以清利之法，症状随即缓解，胃病与肝胆疾患均得好转。

(四) 辨证拟方，重视护膜。本组患者均采用辨证治疗。有25例患者胃痛较著，在前述各证主要方药的基础上，加用白及粉剂(21例)或煎剂(4例)。从临床观察，凡配用白及粉剂调成薄糊状内服者，溃疡愈合率较高(9

例愈合)。按白及富于粘性，苦平而入肺经，习惯用以补肺止血。近代已普遍用治溃疡病合并上消化道出血，似与近贤章次公先生生前所创“护膜”法治胃痛之旨相符。胃、十二指肠内腔组织损伤，形成溃疡(或炎症)，用白及护膜，不仅可以止血，也可促使病损的改善，值得进一步研究。前述黄芪、怀山药、甘草等药，也具有一定的护膜作用。联系护膜的原则，对具有胃寒征象而运用辛燥之姜、桂、川椒等药，注意勿多用久用，肝胃不和致痛或胀，运用理气药物，勿过辛燥，以免耗伤胃阴，在一定意义上，也包含防止有损胃膜的副作用，这与“护膜”的宗旨是一致的。

丹田降脂丸治疗高脂血症的疗效分析

广东省心血管病研究所 黄震东 林曙光

1983年起，在广东省七家医院进行了丹田降脂丸治疗高脂血症251例临床验证，并进行血液流变学观察。现介绍如下：

一、临床资料：血清总胆固醇 ≥ 251 毫克%或甘油三酯 ≥ 201 毫克%，无明显肝肾功能损害者，即列入治疗范围。丹田降脂丸组251例患者平均年龄55.4岁，其中高胆固醇血症115例，高甘油三酯血症136例。部分患者伴有冠心病、脑动脉硬化症、高血压病等。为对比观察疗效，设西药对照组79例，平均年龄52岁，其中高胆固醇血症34例，高甘油三酯血症45例。

二、观察方法：中药组予丹田降脂丸(由丹参、田七、川芎、泽泻、人参、当归、首乌、黄精等组成)，每日4克，分早晚二次服，一个半月为一疗程。部分患者每日2克，清晨一次口服，三个月为一疗程。西药组服烟酸肌醇酯，每次0.4克，日三次，一个半月为一疗程。部分患者服三个月。

三、治疗结果与分析：中药组患者服药后多数症状获明显改善或减轻，以精神疲倦、食欲减退、乏力、心绞痛、肢麻、胸闷、眩晕、头痛等症改善较为明显。中药组高胆固醇血症115例，获显效(下降 $\geq 20\%$ 者)38例(33.0%)，有效(下降10~19%者)45例(39.2%)，无效(下降10%以下者)32例(27.8%)；高甘油三酯血症者136例，获显效97例(71.3%)，有效14例(10.3%)，无效25例(18.4%)。对照组高胆固

醇血症34例，获显效11例(32.4%)，有效7例(20.6%)，无效16例(47.1%)；高甘油三酯血症45例，获显效24例(53.3%)，有效7例(15.6%)，无效14例(31.1%)。经统计学处理，中药组疗效稍优于西药组，但无统计学差异(P 均 >0.05)。

中药组治疗前总胆固醇平均为298.1毫克%，治疗后为245.3毫克%，平均下降52.8毫克(下降率为17.7%)；治疗前甘油三酯为417.3毫克%，治疗后为270.1毫克%，平均下降147.2毫克(下降率为35.3%)。西药组治疗后胆固醇平均下降26.4毫克%(下降率为9.6%)，治疗后甘油三酯平均下降93.9毫克%(下降率为25.1%)。中药组两项指标下降率较西药组为优。经观察，中药组服本丸1个半月血清总胆固醇和甘油三酯就有明显下降，随着疗程的延长，其下降幅度更为明显，停药一个月后仍继续下降。

三、小结：丹田降脂丸经临床验证观察，有益气通脉、活血化瘀、健脾化浊、滋养肝肾的功效，对临床症状改善有明显效果，对降低血脂，软化血管，流通血液，加速脂质残余颗粒的清除和排泄有一定作用。其作用强度略优于烟酸肌醇酯。

血液流变学研究表明，丹田降脂丸对心脑血管疾病患者可降低全血粘度、血浆粘度、红细胞电泳率、血小板聚集率。本丸临床服用未见任何毒副作用，患者易接受，这为临床又提供一种治疗高脂血症的可选择药物。