

降逆顺气法治疗慢性萎缩性胃炎 47 例

江苏省无锡市第二人民医院中医科 谢启舜

我院中医科于 1984 年 7 月起设立胃病专科门诊,以慢性萎缩性胃炎患者作为重点治疗对象,要求留存病历,连续服药,定期复查。至 1987 年底已有 47 例进行了胃镜和病理组织复查,现将复查结果报告如下。

一、临床资料

本组 47 例中,男性 28 例,女性 19 例。年龄 30~40 岁 16 例,41~50 岁 10 例,51~60 岁 16 例,61 岁以上 5 例;病程 4 个月至 45 年,平均 7.5 年。临床自觉症状主要为脘痛(24 例)、脘胀(20 例)、嗝气(26 例)、食欲差(10 例)、嘈杂(8 例)、泛恶(6 例)、反胃(5 例)、口苦(4 例)等。

经胃镜与病理组织学检查,诊断为慢性浅表—萎缩性胃炎 22 例,慢性萎缩—浅表性胃炎 7 例,慢性萎缩性胃炎 13 例,胃镜检查为慢性浅表性胃炎而病理检验有肠上皮化生者 5 例。

二、治疗方法

本组病例均用下列基本方加减治疗。基本方由苏梗、制半夏、茯苓、川朴、佛手、麦芽、木瓜组成。脘痛加金铃子、元胡;胀甚加木香、枳壳;嗝逆不已加降香、沉香、旋复花;纳少不知饥加生山楂、焦神曲、鸡内金;嘈杂、口苦加黄连、蒲公英;便秘加乌梅、生薏仁、生山药;舌红少苔或光剥少津去川朴,加石斛、白芍、生甘草。

患者均门诊给药,每日一剂。文献报道胃粘膜的再生和重建以及恢复其正常机能可能需要 3~5 个月*,故本组病例规定以治疗四个月为一疗程。

三、治疗效果

本组病例疗程最短 4 个月,最长 2 年,平

均为 7.5 年。治疗结束后重点观察其胃镜和病理组织学改变以评定疗效。

疗效分显效、好转、无效、恶变四级。显效:胃镜复查为浅表性胃炎,病理检验示肠上皮化生消失者;好转:胃镜复查与病理检验示病灶较前有好转者;无效:胃镜复查与病理检验示病灶无好转者;恶变:经病理组织复查确诊为胃癌者。按以上疗效标准评定,本组 47 例,治疗后获显效 16 例(34%);好转 13 例(27.7%);无效 17 例(36.2%);恶变 1 例(2.1%)。总有效率为 61.7%。

治疗后临床症状消失或好转者占 93.6%。

四、病案举例

高××,男,31 岁,干部,1987 年 2 月 28 日初诊。胃病 12 年,1986 年作胃镜检查(6760 号),诊断为“慢性萎缩性胃炎”。近半月来,进食时常作噎,每餐后约一小时腕部胀痛不适,无明显压痛,不嗝气,不泛酸,便秘日二三次,腹不痛,肠鸣,矢气多,舌淡红,苔薄,脉细滑。证属胃气失降,木郁不达,治宜降逆顺气。处方:苏梗 10 克,制半夏 10 克,茯苓 15 克,佛手 10 克,木瓜 10 克,生山楂 20 克,生山药 15 克,焦薏仁 20 克,乌梅 6 克,木香 6 克。

服药 20 剂,症状消失,纳佳,大便成条状,日解一次。患者共服药 120 剂。1987 年 7 月 4 日胃镜复查(871293 号)为“慢性浅表性胃炎”,病理报告(87332 号)为“胃窦部轻度慢性浅表性胃炎”。1988 年 3 月体检时诉述胃部无不适。

五、体会

慢性萎缩性胃炎患者多因腕部胀痛、纳减、嗝气等不适而来求诊,临床常表现有肝郁气逆,

胃失和降证象。随着纤维胃镜的广泛应用,确诊为本病者日益增多。对本病的治疗除改善其症状外,医患双方都要求能使病灶逆转,防止其发展和恶变。遵照“胃主降浊”“六腑以通为用”之古训,笔者采用降逆顺气治疗。基本方采用《金匮》半夏厚朴汤以行气降逆消胀为主,增入佛手、木瓜、麦芽顺气舒肝和中,随症加减。症状消退后仍需继续服药巩固,以促进病灶的恢复。

本文中恶变一例,系38岁男性教师,因平时饮食饥饱无时,焦虑劳累太过,病理报告为“胃体部III级腺癌”,经外科手术切除,目前情况尚好。说明在治疗过程中,注意生活起居规律,保持情绪稳定和精神愉快,是病灶好转的关键所在。

* H·W·戴文波特,消化道生理学,北京:科学出版社,1976:163。

颅内感染性肉芽肿辨证论治1例

湖南医科大学第一临床医学院儿科 李一丁 虞佩兰

病例 患儿彭某,女,10岁。住院号:257722。患儿于1982年7月~1983年7月因反复发热、头痛、呕吐和脑膜刺激征阳性等先后4次住院。4次入院时脑脊液检查:外观混浊,潘氏试验+~+++ WBC $1200 \times 10^6/L \sim 6450 \times 10^6/L$, N 55~92%, L 8~45%, 蛋白质 0.4~0.7 g/L; 糖 1.68~2.75 mmol/L, 氯化物 118~122 mmol/L, 细菌涂片和培养阴性。脑脊液压力 230~400 mmH₂O。周围血 WBC $11.8 \times 10^9/L \sim 18.3 \times 10^9/L$, N 66~90%, L 10~30%。OT 试验阴性。诊断为再发性化脓性脑膜炎。

1985年10月患儿因行走不稳、易摔倒2年余,伴夜间阵发性睡眠呼吸暂停1年,第五次住院。患儿夜间入睡后出现呼吸暂停发作,喉中痰鸣、四肢挣扎,持续2~3分钟,每晚5~6次。神经系统检查不能行“一字”步。头颅CT检查在颅后窝中线中脑与小脑蚓部之间有一约58×52 mm大小边缘欠清的低密度影,侧脑室和第III脑室中度扩大。

1988年2月25日因左眼内斜视伴左耳听力减退来儿科中医门诊就诊。检查见神情,步态欠稳,左眼外展受限,双眼球水平震颤,双侧腱反射亢进,昂白氏征可疑,不能行“一字”步。脑干听觉诱发电位(BAEP)检查左耳完全无反应(刺激强度130 dBHL),右耳波I-III和波I-V波间期延长。头颅CT复查在中脑和脑桥后部见一约13×18 mm大小高密度影,周围轻度水肿,侧脑室和第III脑室扩大较明显。西医诊断为颅后窝感染性肉芽肿。中医辨证为气虚血瘀、脑络痹症。以血府逐瘀汤加减治疗:当归10克,桃仁10克,红花10克,赤芍10克,川芎10克,桔梗10克,

丹参10克,党参10克,茯苓10克,防风8克,荆芥8克,鳖甲15克,半边莲10克,半枝莲10克,白花蛇舌草10克。

1988年4月21日门诊复诊。服药8剂后夜间呼吸暂停发作次数始减少,喉中痰涎减少。服50剂后,发作次数每晚仅2~3次,发作时无喉痰鸣、呛咳及四肢挣扎。左耳听力改善,跌跤较前减少。但躯干性共济失调和左眼外展受限仍存在。BAEP复查左耳出现正常I波,右耳恢复正常。

讨论 患儿因再发性化脓性脑膜炎后相继出现躯干性共济失调,夜间阵发性睡眠呼吸暂停,左眼外展受限和左耳听力下降等现象,提示脑干和小脑蚓部功能受损。CT扫描征实在脑桥和中脑后部有一局部病灶,且很可能累及第IV脑室而致阻塞性脑积水,小脑蚓部受累的可能性不能排除。BAEP进一步证实了脑桥和中脑的功能障碍。根据其病史和病灶区的密度改变,病灶性质很可能为反复感染后形成的肉芽肿。由于外邪内侵,反复发作,久病必致气虚,气虚运血无力而致血行迟缓,久则血瘀而成结。属于虚中夹实,以实为主。治疗应该攻补兼施。方中桃仁、红花、当归、川芎、丹参、赤芍均有活血化瘀之功效。加用半边莲、半枝莲和白花蛇舌草等清热解毒、消炎抗肿瘤药物及具有软坚散结作用的鳖甲以促进肿块的消散。而党参、茯苓有健脾补气功能,当归、丹参有补血之功能。通过中医辨证论治,病人症状明显改善,呼吸暂停发作停止。BAEP亦有所改善。目前患儿正在继续中医治疗和随访中。