

临 证 心 得

徐景藩诊治慢性胃炎伴肠化、HP 感染经验

罗斐和¹ 徐丹华²

主题词 胃炎/中医药疗法 化生/中医药疗法 @ 徐景藩

徐景藩教授擅治脾胃疾病,笔者有幸侍诊学习,现将徐老对慢性胃炎伴有肠化、异型细胞增生以及幽门螺旋杆菌(HP)感染等诊疗经验整理如下。

1 慢性胃炎伴肠化、异型细胞增生

肠上皮细胞化生(肠化),是指正常的胃粘膜上皮被肠型上皮所替代,化生的细胞浆内含有正常胃粘膜所不应有的小肠细胞内的酶类。大肠型细胞的分化不成熟,细胞核的异型比较明显者,与胃癌的发生有密切关系。查见中度、重度异型细胞增生者被称为是癌前病变。肠化、异型细胞增生多见于慢性萎缩性胃炎,且与年龄有一定关系,50岁以上,特别是老年患者的发生率比较高,这对辨证辨病有一定参考意义。

徐老按临床所见,认为基本证候以中虚气滞、肝胃不和、胃阴不足3类主证为多,尚有兼寒、夹湿、郁热、血瘀等等兼证。

中虚气滞证的主要特点为胃脘痞胀不适,嘈杂,甚则隐痛,均于空腹时占多(如夜间、黎明、进食之前),舌质偏淡,或淡而紫暗。结合胃粘膜病理,治法以调中理气为宜。药如太子参、炙黄芪、炒山药、茯苓、炙甘草、炒陈皮、法半夏、煨木香、炙鸡内金、三棱、当归;兼胃寒显著者,酌加高良姜、香附、乳香等。

肝胃不和证的主要特点为胃脘痞胀(或兼隐痛)及胁或及背,食后尤甚,嗳气多,舌质淡红、舌苔薄白,或见舌有紫点。结合胃粘膜病理,治法以疏肝和胃,佐以行瘀。药如苏梗(或炙柴胡)、炒枳壳、炒白芍、佛手、陈皮、橘络、制香附、麦芽、茜草、广郁金、红花等。

胃阴不足证的主要特点为口干,饮食少,胃脘痞胀不适,甚者可兼有嘈杂、灼热之感,舌质红,脉小数。结合胃粘膜病变,治法以养胃理气行瘀为主。药如北沙参、麦冬、石斛、百合、玉竹、绿萼梅、佛手、木蝴蝶、丹参、木香、丹皮等。

在以上方药中均可参用石见穿、仙鹤草、半枝莲、白花蛇舌草、八月札、薏苡仁、重楼等,选其1~2味,加入主方中。如肝胃气滞兼有郁热、胃阴不足、阴虚里热者,酌加蒲公英、黄芩、栀子等。如兼有舌苔腻、口粘、夹有湿浊者,加厚朴、炒苍术、薏苡仁、陈皮、法半夏等,不欲饮水者,短期加入草豆蔻。如胃阴不足而夹湿,舌红苔腻,病机矛盾较著,宜加芦根、薏苡仁、陈皮、冬瓜子等。如食滞中宫、脘痞纳呆者,酌加鸡内金、谷芽、麦芽、莱菔子、焦山楂、建曲,必要时参用枳实、槟榔、大黄等。总之气虚与血瘀是导致胃粘膜病损的主要病理因素。如无明显症状,可用简易方:黄芪口服液10g,每日2~3次,餐前1~2小时服;并以石见穿(或仙鹤草)15g,纱布袋装,开水泡代茶饮服,每日1剂。

病例:患者潘某,男,50岁。初诊日期:1998年6月8日。病起2年余,胃脘痞胀、嘈杂,空腹尤甚,1月来大便溏泄、神倦乏力,上腹中脘轻度压痛,舌质偏淡、舌苔薄白,脉象细弦。大便常规未见异常,半月前查胃镜诊断为中度萎缩性胃炎、肠化伴中度不典型增生。证属中虚气滞。良由长期劳倦,饮食不当,脾胃气虚,又兼气滞,运化无力。治宜健运脾胃、行气助运为主。处方:太子参15g,炙黄芪10g,炒白术10g,炒山药15g,炒陈皮6g,佛手10g,炒薏苡仁20g,藿香10g,仙鹤草15g,茯苓15g,焦建曲15g,三棱10g,炙甘草3g,每日1剂,水煎分2次服。

上方服15剂后,症状有所改善,便溏好转。原方加白花蛇舌草15g,丹参10g,去建曲、藿香,续服15剂。以后隔日服1剂,至10月中旬,胃脘痞胀、嘈杂、乏力等症均已不著。12月中旬复查胃镜示:轻度萎缩性胃炎(未见肠化及异型细胞增生)。1999年7月又复查胃镜,示慢性浅表性胃炎。

2 慢性胃炎伴HP感染

胃炎及溃疡的发病与HP感染有一定关系,所以在临床上应重视有关HP的诊断和治疗。

临床上对慢性胃炎伴HP阳性者,徐老在补中理气的同时,注意祛邪。如有的患者兼有湿浊,表现为舌苔白腻、口粘、不欲饮水、胸脘痞闷、食欲不振,可用藿香、厚朴、苍术等药。有的患者湿热互阻,表现为舌苔黄

1 南京飞东照明有限公司医疗中心,江苏省南京市中央门外迈皋桥(210028)

2 江苏省中医院

收稿日期:1999-06-24;修回日期:1999-12-06

腻,口粘而苦,口干而饮水不多,胃脘痞胀嘈杂灼热,不思纳谷,宜用黄连、黄芩、蒲公英等清热及厚朴、陈皮、薏苡仁、半夏。大便秘结者酌加少量大黄。泛酸者配加浙贝母、瓦楞子。

如无明显症状,可参考舌诊,服用简易便方:如舌质偏淡者,用太子参 10~15g,炙黄芪 10g(或山药 10~15g),甘草 3g,仙鹤草 15g,每日 1 剂,2 次煎服,或代茶饮服。如舌质偏红者,用麦冬 10~15g,乌梅 10g,女贞子 10g,半枝莲 10~15g,每日 1 剂,2 次煎服,或代茶饮服。如舌红且干者,用麦冬 10~15g,川石斛 10g,黄芩 6~10g,蒲公英 15g,甘草 2~3g,每日 1 剂,煎服或代茶饮服。如有薄白腻苔,可加入藿香 10g,薏苡仁 15g,陈皮 5g。

病例:患者郑某,男,40 岁。初诊日期:1998 年 7 月 17 日。主诉:胃痛反复发作 4 年,近 3 月来加重。胃脘

隐痛、胀痛,黎明为著,得食可缓解,但食后痞胀不适,以致饮食减少,伴嗳气,偶有泛酸,乏力,中脘轻度压痛,大便不黑(日行 1 次)。视其面色不华,舌质淡红、苔色边白、中间微黄,脉濡。2 周前查胃镜示:十二指肠球部溃疡(活动期),中度浅表(糜烂)性胃炎,HP(++)。证属中虚气滞,兼有郁热。拟予调中理气,兼清郁热。处方:太子参 15g,炙黄芪 10g,炒白芍 15g,炙甘草 5g,炒陈皮 10g,法半夏 10g,佛手 10g,厚朴 10g,黄芩 10g,浙贝母 10g,蒲公英 15g,茯苓 15g,每日 1 剂。

上方服 7 剂后,胃脘疼痛已基本控制,食后胃部痞胀亦减轻,未见泛酸,嗳气较多,舌苔中间微黄之色已去,原方加刀豆壳 15g,焦建曲 10g,续服 14 剂,症状均已缓解。此后改为隔日 1 剂。至 8 月 23 日复查胃镜示:中度浅表性胃炎,HP(-),溃疡已愈。随访 8 个月,症状不著,饮食正常,面色红润,精力充沛。

地黄饮子为主治疗脑梗塞 29 例

孙 墨*

1995 年元月~1999 年 4 月,笔者运用地黄饮子为主治疗脑梗塞 29 例,并随机与对照组 25 例对比观察,发现地黄饮子为主方加减治疗脑梗塞效果明显,疗效优于对照组,报道如下。

1 临床资料

治疗组 29 例,男 18 例,女 11 例,年龄 45~70 岁,平均年龄 56 岁;对照组 25 例,男 16 例,女 9 例,年龄 42~66 岁,平均年龄 53.5 岁。以上病例均经颅脑 CT 或 MRI 证实为脑梗塞。治疗组与对照组的性别、年龄、病情差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组以地黄饮子为主方,治法为滋补肾阴、温养下元、开窍化痰,具体用药如下:干地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、肉苁蓉、附子、五味子、肉桂、白茯苓、麦冬、石菖蒲、远志各 12g,薄荷 6g,生姜 3 片,大枣 3 枚。肝阳偏亢、痰火盛者去附子、肉桂,加夏枯草 15~30g,天竺黄、胆南星各 12g。每日 1 剂,浓煎取汁,日服 3 次。并以地奥黄芪注射液 30ml 加入 5%葡萄糖液 250ml 静脉滴注,每日 1 次。对照组,以胞二磷胆碱及丹参注射液静脉滴注,口服脉通胶囊 2 粒,日 3 次。观察期间根据病情对症给予补液、抗感染、维持电解质平衡、吸氧等治疗,同时对两组患者患侧肢体予点穴、按摩及功能锻炼治疗,1 月为 1 个疗程。

3 结果

参照孟氏标准,显效:指症状消失或明显改善,如瘫痪肢体恢复超过用药前Ⅱ级以上,语言功能改善,吐词清晰,意识障碍恢复 2 个级别以上。改善:症状减轻,如瘫痪肢体恢复超过治疗前Ⅰ级以上,语言功能改善,吐词较治疗前清晰,意识障碍恢复

1 个级别以上。无效:症状和体征或神经功能障碍无明显变化或加重。治疗组 29 例中,显效 22 例,改善 5 例,无效 2 例,总有效率 93.1%。对照组 25 例中显效 14 例,改善 4 例,无效 7 例,总有效率 72.4%,两组疗效比较,总有效率差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

脑梗塞临床表现属中医“中风”范畴,以肝肾阴虚为其根本。地黄饮子出自刘河间《医学方书》,其方论云:“语声不出,足废不用,中风瘫痪,非为肝木之风实甚,亦非外中于风,良由将息失宜,心火暴甚,肾水虚衰,不能制之,则阴虚阳实所致。”本方以干地黄、山茱萸滋补肾阴,为主药;肉苁蓉、肉桂、巴戟天、附子温壮肾阳,为辅药,主辅相协使下元得以温养。真阴下虚,虚火上越,故用石斛、麦冬、五味滋阴敛液。虚火上炎,火动痰生,堵塞窍道,故用石菖蒲、远志、茯苓交通心肾,开窍化痰,均为佐药;少用薄荷利咽,姜枣和中均为使药,诸药合用,共成滋肾阴,补肾阳,开窍化痰之功,使水火相济,虚火得清,痰浊得除,正适合于对脑梗塞的治疗。若见肝阳偏亢、痰火盛者去附子、肉桂,加夏枯草、天竺黄、胆南星以平肝清热化痰。

历代医家治疗中风有不同用药特点,经历了补益气血,祛痰除风,滋阴养血平肝熄风,直至今日之活血化瘀等阶段。主要因人们对中风认识不同所致。笔者认为,治疗中风首先应借助 CT、MRI 等设备,明确区分脑梗塞与脑出血。其次,脑梗塞中医病机以肝肾阴虚为根本,兼有痰凝,中医治则应为:滋补肾阴,温养下元,开窍化痰。而今千篇一律用活血化瘀治疗脑梗塞有不足之处。笔者认为,在滋阴温阳基础上,佐以化痰,不仅不伤阴,反而可助气血通畅,阴阳互生;而活血易伤阴耗气,有致血液妄行之嫌。

* 湖北省荆州市沙市中医院,荆州市沙市毛家坊(434000)

收稿日期:1999-09-06