

病例 2:沈某,男,41 岁,病程 7 年,于 1995 年 7 月来我院就诊。平素身体强壮。来诊时精神感觉疲劳,伴有胃纳不佳,胸闷,经常失眠,面色晦暗不华,大便溏,小便正常,舌胖苔白腻,脉沉滑。经多方治疗,精神有所好转,纳佳,睡眠好,但硬核仍存未消,泛发颈部、背腹,连及四肢内侧,分布大小不等硬核近 200 余枚,大如杏核(1.5cm×1.0cm×0.8cm),小如豌豆(0.4cm×0.3cm×0.3cm),再小如绿豆者,泛发于全身,皮肤晦暗粗糙不华。化验:白细胞 $8 \times 10^9/L$,红细胞 $3.4 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 100g/L,经服三虫威灵汤加减 45 天痊愈。

按:以三虫威灵汤为基础方加以化裁,姜半夏、胆南星、远志化痰散结;全蝎、蜈蚣、土鳖虫化痰逐瘀,攻坚散核,佐以温肾助阳;白术健脾益气;威灵仙走十二经脉,起到引经载药作用。经服上方有明显效果后,加郁金、白芥子二药,以加强理气化痰散结作用。以上 2 例多发性神经纤维瘤,属中医顽痰结核之怪病,笔者着眼于涤痰散结,祛瘀活血,兼理脾益气,从而取得疗效。对于某些疑难杂症,或现代医学认为病因未明之病症,往往可以从“痰”论治,故中医有“痰注全身”、“百病兼痰”、“百病多由痰作祟”、“顽痰怪症”之学术观点。此 2 例纤维瘤患者,其色晦暗,为痰浊凝聚,气机阻滞,痰气郁结而成;痰饮停伏胸中,逼阻阳气,故见胸闷不适;痰浊上蒙清窍则头眩、精神疲倦;痰浊阻塞充斥肢体,故肌肉松软;舌胖、脉沉滑亦为脾虚生痰、痰湿内停之象。因此,治疗上以涤痰散结,兼健运脾气为法。

自拟柴苏调节汤治疗胃节律紊乱综合征 38 例

浙江省海宁市袁花中心卫生院(314416)

查 益 中

胃节律紊乱综合征(GDS),中医辨证为肝郁脾虚而致胃失和降,从而出现一系列肝胃不和症状,一般服用胃动力药能暂时部分缓解临床症状,但不能恢复胃肌收缩正常节律。本组 38 例为 1992~1998 年经胃电图检查诊断明确及临床症状符合者,经柴苏调节汤治疗取得一定的疗效,现报道如下。

1 临床资料

诊断标准:胃电图(EGG-1A 型)表现:节律失常,频率 2.5~5.5 次/分之间不等。波幅小波小于 $50\mu V$,大波大于 $500\mu V$,波型各异(正常值:餐前频率 3.0 ± 0.2 ,波幅 $150 \sim 250\mu V$,餐后频率 3.06 ± 0.3 ,波幅 $150 \sim 350\mu V$)。临床表现:(1)恶心和/或呕吐;(2)腹胀;(3)上腹疼痛;(4)早期饱食感;(5)纳差;(6)嗝气。其中符合 3 项以上者。本组患者女性 26 例,男性 12 例。30 岁以下 6 例,30~50 岁 28 例,50 岁以上 4 例。年龄 16~65 岁,平均 38.2 岁。病程数天~2 个月不等,以中年女性占多数。

2 治疗方法

柴苏调节汤组成:柴胡、苏梗、枳壳、白芍、姜黄连、川楝子、白术、绿萼梅、旋覆花、厚朴花、甘草等。加减:症属脾胃气虚加党参、黄芪。中焦虚寒加川楝子,加黄芪、桂枝。气机上逆加赭石、姜半夏。湿浊痰阻合二陈汤。湿热合半夏泻心汤。肝经郁热合左金丸。疗程 1 个月。

3 疗效标准及结果

疗效判断标准:痊愈:临床症状全部消失,胃电图恢复正常波型。显效:胃电图节律紊乱波消失,以其他非正常波取代,临床症状明显好转。无效:临床症状部分好转或未消失,胃电图无改变。结果:痊愈 14 例,显效 18 例,无效 6 例,总有效率 84.2%。

4 典型病例

杨某,女,49 岁,本镇袁东村人,农民。1993 年 3 月 5 日初诊。近年来行经紊乱,情绪不稳,1 周前与家人争吵后即出现嗝气吞酸、恶心呕吐,上腹胀满疼痛连及左肋,纳差,大便干结,睡眠不宁。经用舒乐安定、灭吐灵、输液等治疗,效果不佳。胃镜检查:浅表性胃炎,十二指肠球部溃疡。胃电图提示:高频高电压型胃节律紊乱综合征。舌边红苔薄黄而干,脉弦数,此乃肝郁化火。木旺侮土,胃失和降所致。治宜疏肝清火,和胃降逆。方用柴苏调节汤合左金丸加减。药用:柴胡 5g,苏梗 6g,郁金 6g,枳实 5g,白芍 10g,姜半夏 6g,川楝子 6g,绿萼梅 5g,厚朴花 5g,生甘草 6g,牡丹皮 10g,栀子 10g,左金丸 6g,3 剂。二诊:呕吐已止,大便已通,恶心泛酸减而未除,脘腹胀痛仍然。前方枳实易枳壳 6g,改白芍 15g,加乌贼骨 30g,5 剂。三诊:泛酸恶心腹胀已除,脘痛减轻,苔薄白,脉弦,治再前旨出入,去半夏、左金丸、栀子、牡丹皮,加黄连 5g。四诊:诸恙已除,空腹时偶有隐痛。以后随症加减,同时加服西药 H_2 受体拮抗剂半月,症状消失,胃镜胃电图复查均无异常发现。

5 讨论

GDS 中医属“胃痛”、“心下痞”范畴,其病机为气机升降失常所致。柴苏调节汤由四逆散化裁而成。四逆散证主要病理变化在肝胆及脾胃,与 GDS 的临床表现相近似。但其又有自身的规律,治疗手段应以疏肝理气为主,顾护胃气为先,药宜轻清平和。因此,在四逆散的基础上加川楝子助柴胡疏肝,佐白芍止痛。白术、甘草健脾益气,配柴胡以升清阳之气。黄连、旋覆花合枳壳泻胃浊降胃气散结气。苏梗、厚朴花理气宽中、绿萼梅开郁和中取刚症柔剂之义。GDS 仅凭临床和胃镜很难作出诊断,必须经过胃电图才能确认,临床并不少见,检出率有 10% 左右。当前的胃动力药对此症效果并不理想,但中医药以肝为主进行辨证施治,能取得一定的疗效,值得深入探讨。

中药配合治疗特发性肺含铁血黄素沉着症 11 例

湖南省娄底市中心医院(417000)

李亮斌 肖素娥

特发性肺含铁血黄素沉着症,多见于小儿,成人也可发病。以反复多次发作性贫血、咳嗽、痰中带血、肺部弥漫性浸润为临床特点。根据胃液或痰中找到含铁血黄素细胞而确认。笔者于 1978~1998 年共治疗 11 例,现总结如下。

1 临床资料

本组 11 例,男 5 例,女 6 例,年龄 2.5~29 岁,其中 2 岁半 1 例,3~6 岁 6 例,7~11 岁 2 例,21 岁 1 例,29 岁 1 例。病程 15 天~6 年。面色苍白,咳嗽各 11 例,发热 3 例,咯血 1 例,痰中带

血5例,喘憋6例,心脏杂音或心率增快5例,肝大4例,脾大1例,伴关节疼痛、盗汗2例,慢性缺氧者2例,所有病例均有贫血,其中轻度贫血3例,中度贫血7例,重度贫血1例,均为小细胞低色素性贫血。免疫球蛋白检测9例均基本正常。胃液或痰中找到含铁血黄素细胞9例,2例依典型的临床表现确诊。均于急性出血期行X线胸片检查,其中双肺透亮度减低,毛玻璃样改变6例,肺水肿样改变2例,网状或颗粒样改变3例。本组中医分为1型:气虚肺热血溢型6例,气虚血瘀型3例,肺痿气阴两虚型1例,肺痿虚寒型1例。

2 治疗及观察方法

气虚肺热血瘀型,治宜补气摄血,清热活血止血。药用黄芪30g,西洋参10g,阿胶10g,黄芩10g,鱼腥草18g,浙贝母10g,桑白皮10g,生地黄15g,三七10g,丹参10g,白及10g,金钱草18g,桔梗6g,加适量水煎煮2次,过滤去渣,合并滤液为3份,每日3次口服。气虚血瘀型,治宜补气祛瘀排铁,药用黄芪100g,党参100g,阿胶30g,山药100g,茯苓100g,枸杞子100g,当归100g,红花30g,桃仁30g,三七30g,水蛭30g,土鳖虫30g,丹参100g,金钱草100g。上药共研细末,制成蜜丸,每日3次,每次15g,忌食辛辣寒凉之品。肺痿气阴两虚型,治宜补气活血,滋阴润肺,药用黄芪200g,白人参100g,百合100g,麦冬100g,阿胶100g,龟甲胶50g,三七50g,丹参50g,红花50g,法半夏30g,金钱草100g,桔梗30g,生甘草30g。上药制成蜜膏,每日3次,每次15g,忌食辛辣之品。肺痿虚寒型,治宜补气活血,温肺化饮,药用黄芪200g,白人参100g,山药100g,茯苓100g,白术100g,干姜60g,三七50g,红花50g,桃仁30g,法半夏50g,生甘草30g,制成药丸,每日3次,每次10g,忌食寒凉之品。上为6岁儿童剂量,可根据患者年龄酌情加减。气虚肺热血溢型患者待热清血止后,可按气虚血瘀型治疗。所有病例均给予对症及投用激素治疗,激素的使用参照肾病综合征治疗方案。

3 疗效标准及结果

疗效评定标准:完全缓解:临床症状和体征消失,肺X线片恢复正常。显著缓解:临床症状和体征消失,肺X线片好转。进步:临床症状和体征好转,肺X线片好转。无效:临床症状和体征、肺X线片无变化或恶化。结果:按上方案治疗2年后,完全缓解4例,显著好转5例,进步2例。6例10年后随访无复发。

4 讨论

本病的治疗,因患者先天不足,后天失调,导致气虚致瘀,所以在1型处方设计中首推参、芪为君,且量大力宏,使血归原道,收补气摄血之功,配当归、阿胶、枸杞子等品补血扶正,以固其本;伍三七、丹参、红花、桃仁等活血祛瘀之品,去旧生新;金钱草有排铁之功,桔梗入肺经,引药直达病所。由于病变阶段非一,在气虚血瘀的基础上,又有肺热血溢、瘀重(大量铁堆积在肺内)、伤阴、伤阳的不同,因此对肺热血溢者应加黄芩、鱼腥草、桑白皮、浙贝母、生地黄清热化痰,凉血止血;瘀重者加水蛭、土鳖虫破血祛瘀,加速肺中铁的排泄;伤阴者加麦冬汤滋阴润肺;伤阳者加甘草干姜汤温阳化饮。标本兼顾,相得益彰。同时,本组病例无明显的激素副作用表现,可能与补气活血药有关,其机理有待进一步探讨。

辛开苦降法为主治疗胆汁反流性胃炎40例

中国中医研究院望京医院(100015)

杨淑琛

胆汁反流性胃炎胃镜下可以明确诊断,可见胆汁和肠液反流入胃引起胃粘膜各种相关性炎症的病理变化,临床多以胃部灼痛、胀满、吐酸、恶心呕吐、便秘或便溏、舌红苔腻或黄腻、脉细弦或弦为主要表现,中医辨证为肝胃郁热、胃气上逆。笔者用辛开苦降法为主治疗取得满意疗效,报告如下。

1 临床资料

本组60例患者为门诊和住院病例,治疗前均经胃镜检查诊断为胆汁反流性胃炎,并做活组织尿素酶试验,化验肝功能、检测肝胆B超以排除肝胆疾病,均符合文献诊断标准。将60例病人随机分为治疗组40例和对照组20例。治疗组中男24例,女16例;年龄18~72岁,平均39.18岁;病程20天~8年;HP阳性14例。对照组中男11例,女9例;年龄22~62岁,平均40.8岁;病程2月~10年;HP阳性8例。

2 治疗方法

治疗组:用中药吴茱萸2g,黄连10g,柴胡10g,黄芩10g,清半夏10g,竹茹10g,茯苓10g,陈皮6g,熟大黄3g,便秘者熟大黄为6~9g,每日1剂,分2次水煎,空腹温服,14天为1个疗程。对照组:奥美拉唑20mg,每晨1次口服。14天为1个疗程。观察方法:两组病人在观察期间不再服用其他药物,住院病人每周查房2次,门诊病人1周到医院复诊1次,平时用电话联系寻访。饮食忌酒、辛辣、过热之品。两组病人均治疗28天,停药14天后复查胃镜。

3 治疗结果

疗效判定:治愈:自觉症状消失,胃镜检查无胆汁反流,相关炎症消失;有效:自觉症状消除,胃镜检查胆汁反流减少或无胆汁反流,粘膜组织改变好转;无效:自觉症状改善不明显,胃镜检查无明显变化。结果表明,治疗组主要症状较对照组有明显改善作用。治疗组治疗前胃脘灼痛22例,治疗后为0例,对照组治疗前为11例,治疗后为5例;治疗组治疗前胃脘胀满8例,治疗后为1例,对照组治疗前为7例,治疗后为5例;治疗组治疗前呕吐10例,治疗后为0例,对照组治疗前为2例,治疗后为2例;治疗组治疗前便秘31例,治疗后0例,对照组治疗前12例,治疗后11例。本法对胆汁反流有明显的抑制作用,治疗组治疗前有胆汁反流40例,治疗后为1例,对照组治疗前为20例,治疗后为11例。另外,对胃粘膜充血、水肿、花斑样改变、糜烂等炎性表现治疗组均较对照组有明显改善。治疗组40例中治愈26例,有效13例,无效1例,总有效率为97.5%,对照组20例中治愈2例,有效11例,无效7例,总有效率为55%,治疗组疗效较对照组为优($P<0.01$)。

4 讨论

本法用吴茱萸配黄连,辛开苦降直入厥阴疏肝解郁泄火治本,佐柴胡、黄芩、清夏和解少阳止胆逆,茯苓、陈皮、竹茹和胃止呕,熟大黄降逆。诸药配合标本兼治,取得良好疗效。