

临 证 心 得

中医治疗蛋白丢失性胃肠病的体会

王 新 华*

主题词 蛋白丢失性胃肠病/中药疗法

现代医学所指蛋白丢失性胃肠病(protein losing gastroenteropathy)临床少见,是各种病因引起血浆成分,特别是血浆蛋白质由胃肠道粘膜向肠腔内大量涌出,导致低蛋白血症的一种综合征。引起该病的病因主要为胃肠粘膜上皮的炎症、糜烂、溃疡,使粘膜的完整性破坏,上皮细胞间隙通透性升高,毛细血管扩张,大量蛋白质漏于胃肠道。其代表性疾病有巨大肥厚性胃炎,部分变态反应性肠病,嗜酸细胞增多性肠炎,系统性红斑狼疮,特发性溃疡性结肠炎等。西医采用制酸、肾上腺皮质激素及补充白蛋白、利尿等对症处理,但往往疗效欠佳,费用昂贵。中医治疗鲜有报道,近年来笔者临诊治疗该病数例,疗效比较满意。现介绍临床体会如下。

1 病例介绍

例 1: 皮某,男,62 岁,因双下肢浮肿 5 年,加重 3 年入院。详询病史,患者有胃脘部胀滞不适及慢性泄泻史 40 年,曾患急性黄疸型肝炎,平时每日饮白酒 90g,近 5 年出现下肢浮肿。先后在当地各级医院住院治疗诊断为“肝硬化,低蛋白血症”,均予对症处理。入院前半年在某院住院诊断为:蛋白丢失性胃肠病——巨大胃粘膜肥厚性胃炎,经每周输注蛋白 1~2 次、支持疗法及抑制胃酸分泌药物治疗后水肿好转,来本院作中西医结合治疗。入院后复查:血清白蛋白 13g/L,球蛋白 18g/L,乙型肝炎病毒标志物阴性。胃镜示:整个胃腔粘液较多,粘膜皱襞粗大,胃液内蛋白含量增高(8.2g%双缩脲法),诊断:十二指肠球炎,巨大肥厚性胃炎。入院继用西药法莫替丁、654-2,每周输注白蛋白与支链氨基酸等及中药益气养血、滋阴利水之剂共 3 月余,病情依旧而请会诊,但见面色白,两下肢浮肿到小腿肚,口干唇燥,大便偏烂,舌红少津,脉细。辨证属脾气虚弱,中阳不振,气不化水,水邪泛滥,水湿停滞,郁久化热。治法补气益脾,佐以清化。处方:黄芪 20g,

煨益智仁 12g,山药 30g,煨肉果 15g,诃子 15g,乌贼骨 30g,浙贝母 30g,炒白芍 15g,白及粉 3g,黄连 3g,吴茱萸 1g,蒲公英 30g,厚朴 12g,焦山楂、神曲各 9g,另加别直参 3g 炖服,期间停用西药和白蛋白输注,多次复查血清总蛋白维持于 39~47g/L,双下肢浮肿获愈。出院 1 年,精神及整体生活质量均有不同程度好转。

例 2: 徐某,男,80 岁,因反复胸闷气急 2 年半入院。2 年半前出现气急不能平卧,无发热,无咳嗽咳痰,曾在某医院检查发现双侧胸腔积液,并给予抗痨治疗,病情曾有好转。2 年前气急症状再次明显,检查发现胸腔积液较前增多,且抗痨治疗无效,去某医院就诊,考虑双侧胸腔积液系低蛋白血症所致,遂停抗痨治疗而予输白蛋白及抽胸水治疗,症状曾好转,胸水减少。1 年半前气急加剧,并出现双下肢明显浮肿,再次在某医院给予对症输白蛋白和利尿,疗效不佳。来本院尝试中医治疗。入院时气急,半卧位,双侧胸腔积液体征,双下肢高度浮肿,大便溏,小便量少,舌质红、少苔,脉细。查血清白蛋白 24.3g/L,球蛋白 30.5g/L,血清各酶系均正常,肾功能正常,乙型肝炎病毒标志物均阴性。尿常规:蛋白(+~++),尿蛋白定量 0.34~1.8g/24h。血沉 77mm/h。肝胆脾肾胰 B 超均正常,胸腔 B 超发现双侧中量到大量积液,胸水为漏出液。入院后予对症补充白蛋白(隔天或每天 10~20g),抽胸水,利尿,中药以养阴逐水为法,方用沙参麦冬汤合五苓散、十枣汤加减,治疗 1 月余,但仍双下肢浮肿明显,胸水未减少,白蛋白持续下降,最低至 18g/L。怀疑有蛋白合成障碍,停用中药,用思增(生长激素)4U 皮下注射,共用 10 天,血清白蛋白无明显升高,故考虑蛋白由胃肠道丢失。经胃镜检查排除巨大肥厚性胃炎。小肠造影示:空肠粘膜皱襞肥厚,粗大。查中性粒细胞胞浆抗体(+). 诊断:肠道微血管炎。予强的松 30mg/日,对症利尿,每日补白蛋白,治疗约 1 月,血清白蛋白仍在 25g/L 左右,双下肢浮肿明显,双侧中等量胸腔积液。再用中药,改益气养阴、涩肠固塞之法。处方:生黄芪 30g,茯苓 15g,山药 30g,炒白术 15g,生、炒薏苡仁各 30g,麦冬 15g,石斛 30g,诃子 15g,赤石脂 30g,禹余粮

* 浙江省中医院中医内科,杭州市邮电路 54 号(310006)

收稿日期:2000-12-27

30g, 煨肉果 15g, 山茱萸 15g, 丹参 30g, 枳壳 18g。另加别直参每日 3g 炖服、五倍子粉每日 5g 装胶囊口服。上方加减服用 3 月余, 其中黄芪曾用至 120g。期间逐渐停用白蛋白、强的松, 但血清白蛋白上升至 36~45g/L, 双下肢浮肿消退, 双侧胸腔积液吸收。出院后以上方研末装胶囊继续服用半年余, 患者精神佳, 面色红润, 胃纳好, 与前判若二人。

2 体会

蛋白丢失性胃肠病, 中医属“水肿”、“阴水”等范畴。治疗阴水一般常用补脾温肾、化气利水之法, 而笔者根据本病的发病特点, 不用利水, 反用固塞收敛之法, 竟获良效。

由于蛋白质属阴血之类, 白蛋白的大量丢失, 临床上见舌红少苔或无苔、口干咽燥、脉致等明显阴虚之象, 医者见之, 以大剂补阴利水而罔效, 笔者初治此病, 亦是如此。但根据患者面色少华、神疲乏力、大便稀溏、

下肢浮肿等症, 发现阴虚是果, 气虚是因。治病必求其本, 必须抓住其气虚之本质。中医学认为, 气能摄血敛阴。气虚则固摄无权, 蛋白质丢失, 进一步造成气虚益甚, 如此恶性循环, 沉痾难起。因此打断此恶性循环, 是治疗本病的关键。应根据病变部位不同而采用收敛固涩之法。

如例 1 病在胃, 因肥厚性胃炎所致, 故用及贝散、及乌散、左金丸制酸收敛, 诃子加强固涩。例 2 病在肠, 因血管炎性肠病所致, 故用赤石脂禹余粮丸、诃子、五倍子涩肠固塞。在整体上, 应补气摄血, 因脾主统血, 故以生黄芪、别直参、白术、茯苓、山药、薏苡仁等益气补脾。其中黄芪是治疗本病的要药, 用量宜大, 一般 30~60g, 大者可达 120g, 并可加用别直参小剂量每日 3~5g 炖服。因脾肾关系密切, 乃再配合肉豆蔻、益智仁、山茱萸等温肾助脾之品。经笔者临床验证, 结果疗效良好。

二陈汤加味治疗产后子痫伴左额叶梗塞 1 例

张建华* 赵桂芳*

笔者近年用二陈汤加味治疗产后子痫伴左额叶梗塞 1 例, 取得了良好的效果, 兹报道如下。

1 病例介绍

患者向某某, 女, 24 岁, 因“停经 39 周, 阵发性腹痛 1 天多”, 于 1998 年 1 月 14 日上午 10 时入院。

查体: 营养中等, 一般情况良好, 体温 37℃, 脉搏 82 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 14~16/10~11kPa。血常规: 红细胞 $3.6 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 116g/L, 白细胞 $9.0 \times 10^9/L$, 中性 0.80, 淋巴 0.20; 尿常规: 尿蛋白(一), 尿红细胞(一), 出凝血时间在正常范围内; 血电解质正常; 肾功能: 尿素氮 5.22mmol/L, 肌酐 48μmol/L。入院诊断为宫内足月孕临产。入院后 10 小时因宫口仍未开全, 产程无力, 并应患者及家属要求, 在持续硬膜外麻醉下行子宫下段剖宫产术, 娩出一活男婴, 手术顺利, 麻醉差, 术中各项生命体征正常, 出血约 100ml。术后 20 分钟突然抽搐, 呈全身强直阵挛性抽搐, 伴意识障碍, 测血压 23/16kPa, 立即静脉推注 25% 硫酸镁 30ml, 利血平 1mg 肌肉注射, 持续约 10 分钟抽搐停止。此后 10 小时抽搐反复发作 4 次, 每次持续约 3~5 分钟, 性质同前。查尿常规: 尿蛋白(++)。随后病员失语。查: 神清, 不完全性运动性失语(偶有单音调“嗯”), 眼底正常, 无面瘫及舌瘫, 右上肢肌力 IV 级, 摸索和持握反射、噉齿反射均(+), 肌张力和腱反射正常, 锥体束征未引出。头颅 CT 提示: 左额叶梗塞。据上诊断为: 产后子痫合并左额叶梗塞, 不完全性运动性失语。经西医改善血液粘度和脑循环, 活化脑细胞、营养脑

神经, 清除有害自由基、抗感染等综合措施治疗 2 周后, 病情无明显好转, 停西药改中药治疗。

2 月 4 日初诊: 诊见面色㿖白, 少气懒言, 神清, 反应迟钝, 仍不语, 舌淡苔白厚腻, 脉细濡涩。辨证为: 痰湿瘀阻、蒙闭清窍, 气虚血滞。治宜健脾除湿、通络化痰、益气开窍, 予二陈汤加味治疗。药用: 半夏 15g, 茯苓 20g, 陈皮 10g, 苍术(米泔水炒) 20g, 厚朴 15g, 白术 20g, 地龙 10g, 当归 15g, 石菖蒲 15g, 海蛤粉 15g, 黄芪 30g, 甘草 5g, 5 剂, 水煎服。

5 天后复诊: 已能讲话, 但不流利, 活动自如, 患者自述头昏痛, 纳差乏力, 舌脉同前。原方加蔓荆子 20g, 改黄芪用量为 40g, 5 剂。

2 月 16 日三诊: 病员对答如流, 除头昏外, 余无不适, 原方去海蛤粉, 加大黄芪用量至 50g, 5 剂。

2 月 21 日四诊: 精神倍增, 诸症若失。复查尿常规、血常规正常, 复查头颅 CT 示: 左额叶未见异常。予香砂六君子汤调理 1 周, 随访 3 年未见复发。

2 体会

本病例西医诊断为产后子痫合并左额叶梗塞, 不完全性运动性失语, 经抢救治疗 2 周多, 虽脱离了危险, 但失语症治疗颇为棘手, 疗效也不理想。笔者采用中医辨证施治原则, 认真分析病因病机, 辨证为痰湿瘀阻、蒙闭清窍、气虚血滞, 用二陈汤加味治疗。治疗中始终抓住痰湿瘀阻、蒙闭清窍这一主要矛盾, 治以健脾除湿、通络化痰; 同时注重久病必虚, 久病多瘀这一疾病变化规律, 辅以益气健脾、活血祛瘀等法。方中重用黄芪以益气升阳健脾, 气旺脾健则痰湿无以滋生, 从而收到满意的治疗效果。

* 四川省通江县人民医院中医科(636700)

收稿日期: 2001-05-14