

俞尚德治疗特殊类型溃疡病验案 3 则

高 寒*

主题词 消化性溃疡/中医药疗法 @ 俞尚德

俞尚德主任医师认为消化性溃疡病的治法是补中益气、行瘀生肌、温化痰饮。随症加减,可以执简驭繁。笔者随师临证,获益良多。现整理俞师治疗特殊类型溃疡验案如下。

1 小儿十二指肠溃疡

患儿,男,11岁,初诊日期:1998年4月11日。患儿近3年间已有2次因黑便住院,均经胃镜检查诊断为十二指肠溃疡。此次于4月1日又因排柏油样黑便,潜血试验强阳性,于翌日住院,检查血红蛋白60g/L,胃镜检查示:十二指肠球部溃疡(活动期)。服用雷尼替丁1周后出院。来诊时诉空腹时微嘈杂,不泛酸,夜间口腔分泌清水,苔薄白,脉微弦,贫血貌。证属久病气虚,脾胃虚弱,运化失健。治以补中益气,温运脾胃之阳兼活血养血。处方:炙黄芪30g,炒党参10g,炙甘草12g,赤芍10g,茯苓30g,白及6g,制乳香3g,吴茱萸3g,当归6g,蒲公英10g,7剂。复诊时无明显不适,按原方连服8周,胃镜检查示:十二指肠球部溃疡愈合期。以后用生黄芪30g,大枣7枚,每日煎服1剂,服用5周。追踪观察3年,无自觉不适,发育良好。

2 十二指肠球部巨大溃疡

患者,女,42岁,初诊日期:1997年12月31日。患者有上腹疼痛史10年,于餐前及午夜心窝区疼痛、喜按,疼痛向后腰背放射,伴有嘈杂泛酸。因B超检查示胆囊小息肉,10年来一直作为胆囊炎治疗。2周前心窝部剧痛,伴有黑便。4天后又有剧痛,大便不黑。查血尿淀粉酶正常范围,肝功能正常。胃镜检查示:十二指肠球部大弯有直径2.5cm溃疡,上被黄厚苔,幽门孔正常,胃窦部粘膜红白相间,以红相为主,食管中段大弯侧见一静脉显露。诊断:(1)十二指肠球部巨大溃疡;(2)慢性浅表性胃炎;(3)食管中段静脉曲张。症见纳呆,嘈杂,泛酸,空腹时心窝区痛,大便正常,苔薄腻,脉细弦,血压正常。证属脾胃气虚,肝木乘土。治以补中益气,温阳化饮。处方:炙黄芪30g,炒党参15g,炙甘草15g,赤芍10g,茯苓30g,白及10g,制乳香5g,当归

10g,吴茱萸3g,黄连3g,炒神曲30g,甘松6g,7剂。复诊时已无嘈杂,但泛酸多,午夜胃痛。处方:前方去神曲、黄连,加益智仁10g,蒲公英15g,三七粉3g(分吞),7剂。三诊时症状好转,大便隔日一行,原方加瓜蒌仁。连续服药7周后,无自觉症状,X线钡餐胃肠造影示:十二指肠球部充盈良好,十二指肠未见明显器质性病变。以后处方:炙黄芪30g,炒党参15g,炙甘草15g,赤芍10g,茯苓30g,白及10g,制乳香3g,吴茱萸4g,蒲公英15g,半枝莲15g,三七粉3g(分吞),14剂。胃镜复查示:十二指肠球部前壁见白色疤痕形成,周边部分充血,胃上中下粘膜花斑样充血,未见食管静脉曲张。诊断:(1)十二指肠球部溃疡愈合期;(2)慢性浅表胃炎,HP阴性。

3 食管溃疡合并胃溃疡

患者,女,49岁,初诊日期:2000年8月8日。患者因子宫肌瘤长期服中药。2年前又因滑膜炎服中西药物。今年1月,少量吐血。此次因呕吐咖啡样血液,量多,作胃镜检查示:食管中段见一条状溃疡,边缘充血水肿明显;胃底部粘膜片状出血,水肿明显。胃角中央见一0.5cm×0.5cm浅溃疡,基底有白苔;胃窦粘膜红白相间,以白为主。诊断:(1)食管溃疡;(2)胃角溃疡;(3)出血性胃炎。病理检查示:(胃角)中度萎缩性胃炎(活动期)伴中度肠腺化生。染色分型为完全性小肠及完全性结肠型化生。症见进食时食管中下段位置隐痛已半年多,吞咽无困难,能吃软饭,有嘈杂感,泛酸较多,苔薄,脉细弦。证属脾阳不振,停痰聚饮。治以补益中气,温运理中,行瘀通络。处方:炙黄芪30g,炒党参15g,炙甘草15g,炒白芍30g,茯苓30g,白及10g,制乳香3g,吴茱萸4g,煨益智仁10g,苏木6g,炒枳壳6g,7剂。复诊时诉食管部疼痛已轻,微感嘈杂,泛酸。按原方加三七粉3g(分吞),7剂,以后临床症状不明显,按原方加蒲公英出入,服药13周后,胃镜复查示:食管粘膜光滑,贲门齿状线清,开放自然,胃底、胃体粘膜皱襞呈脑回状。胃窦、胃角粘膜散在斑片状充血,伴粘膜糜烂,无溃疡。诊断:慢性疣状胃炎伴轻度糜烂。病理检查示:(胃窦)慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生。粘液染色分型为完全性小肠型及部分不完全性结肠型肠化。

(下转第756页)

* 浙江省人民医院科教科,杭州市朝晖新村四区(310014)

收稿日期:2002-06-05

附表 AS 患者治疗前后不同类型斑块声学密度比较(%, $\bar{x} \pm s$)

斑块类型	例数	治疗前	治疗后	变化百分率
脂质型	29	61.35±5.24	68.29±4.72*	10.7%±5.91
纤维型	23	82.53±9.38	85.64±7.41	3.88%±5.64
钙化型	7	108.35±7.13	109.71±14.69	0.62%±3.71

与治疗前比较, * $P < 0.05$

(AII—I)和外膜(AII—A)的平均回声强度。为消除仪器增益、探测深度及个体差异对 AD 测值的影响,采用校正的 AII 值(AIIc%)作为统计指标, $AIIc\% = AII—I / AII—A \times 100\%$, 以此公式计算正常血管内膜和斑块的 AIIc%。

3.2 患者治疗前后各型斑块声学密度测值比较:附表表示,因溃疡型斑块例数过少,未进行统计学分析,从动脉正常内膜 AIIc%的变化分析,各型斑块声学密度值均随时间而增高,其中脂质型斑块的 AIIc%与治疗前相比有统计学差异($P < 0.05$)。

4 讨论

随着近年对斑块稳定性研究的深入,斑块的组织学特征已成为比斑块的大小更重要的反映临床预后的指标。不稳定斑块的特点是纤维帽薄,脂质池大,易于破裂,造成急性心脑血管事件。因此,AS 的消退治疗除应重视斑块体积的缩小外,更应重视斑块的质地变化,即减小脂质池,加厚纤维帽,从而稳定斑块,预防急性心脑血管临床事件的发生。

超声影像可以用不同的超声波回声强度反映斑块的组织学构成,并根据一定的标准对斑块进行组织学诊断,从而可更全面地做出临床干预的效果判断。声学密度定量技术(AD)是以背向散射积分为基础理论的定量方法^[2]。在本研究中,我们将该技术应用于斑块声学特性的定量分析。由于背向散射积分受到探头频率、探测深度、聚焦点水平等技术因素的影响,绝对测值常不能准确反映组织学的差异。动物实验的研究已经证实,内膜与外膜平均回声强度的比值(AIIc%)可排除体内检测时仪器设置、探测密度及个体差异的影响,较准确地反应内膜的声学密度。我们的研究表明,经祛瘀

消斑胶囊治疗 8 个月后,各型斑块的声学密度均有增大的趋势,说明此药能在一定程度上改变斑块的组织学构成,增大斑块的密度,起到稳定斑块的作用。祛瘀消斑胶囊组方注重活血化瘀通络,方中水蛭含有多种活性物质,其主要成分是水蛭素,它是目前最强的凝血酶抑制剂,可有效地降低血脂血小板凝聚率,改善血液的流变性,起到强有力的“破血化瘀”作用^[3];海藻咸寒,具有软坚散结、消痰化瘀之功,其提取物与水蛭相似,有抗血液凝固的作用,并能降脂降压^[4];生山楂酸甘微温,入血分,活血化瘀止痛,能通过调节脂质代谢、抗脂质过氧化、保护血管内皮细胞等途径起到延缓和抑制 AS 病变的作用^[5];莪术能抑制血小板,可通过不同途径使 TXA 的生成减少,抑制外源性 ADP 的聚集^[6];大黄苦寒,活血祛瘀,能明显降低血清胆固醇和减少肝胶原含量,防止动脉粥样硬化斑块形成^[7]。本研究显示,经本方治疗后虽然只有脂质型斑块与治疗前差异显著,但各型斑块的声学密度均有增大的趋势,说明中药复方制剂能在一定程度上改变斑块的组织学构成,增大斑块的密度,起到稳定斑块的作用,由于 AS 是一个缓慢发展的病理过程,斑块组织学构成的改变也需要很长的一段时间,若进一步延长随访时间,有可能得到更有意义的结果。

参考文献

- 1 国家中医药管理局发布. 中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994:18.
- 2 钱董秋. 心肌超声背向散射的研究进展. 中国超声医学杂志, 1997, 13:8—11.
- 3 高纪理, 王志杰, 张明远, 等. 水蛭对血小板聚集率升高的心脑血管病的治疗作用. 中医杂志, 1993, (5):261.
- 4 奚九一, 王健, 赵兆琳, 等. 软坚清脉方抗肢体动脉粥样硬化的临床研究. 上海中医药杂志, 1997, (1):2—5.
- 5 陈红宾, 江京俐, 於兰, 等. 4 种山楂属植物的药理作用及其 LD50 比较. 中国中药杂志, 1994, 19:25—27.
- 6 许俊杰. 莪术对大鼠血液流变学及血栓形成的影响. 中药材, 1992, (5):33—35.
- 7 刘兴祥. 大黄的药理作用及其临床应用. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(9):571—573.

(上接第 739 页)

4 体会

例 1 为小儿溃疡,临床并不少见,以十二指肠溃疡为多,临床表现常不典型,部分表现为无症状性而并发出血,该例属于此类。儿童溃疡,经胃镜检出的不少,但治疗后复查病例的报道尚少。该例用黄芪加大枣煎服,儿童的顺从性较好,对预防溃疡复发似有一定作用,值

得进一步作较多病例观察。例 2 为十二指肠巨大溃疡,十二指肠巨大溃疡是指溃疡直径在 2.0cm 以上者,其发病率为全部十二指肠溃疡的 1.6%,以男性多见。该例溃疡愈合的质量好,当于处方中的活血行瘀药促进纤维组织吸收有关。例 3 为食管溃疡,溃疡一般发生于食管中下段,该例同时还存在胃角溃疡,故仍按基本方加减,方中苏木、枳壳等有较好的促消化道动力作用。