

俞尚德治疗胃病验案 3 则

胡 剑 鸣*

主题词 胃疾病/中医药疗法 胃脘痛/中医药疗法 @ 俞尚德

俞尚德老中医,从事脾胃病研究 50 余载,对胃病的诊治有丰富的经验。笔者有幸跟师随诊,现整理 3 则医案如下。

1 腹痛

孟某,男,12 岁。初诊日期:1994 年 6 月 14 日。患儿 6 年来反复发作性腹痛,无明显诱因。疼痛位于中上腹,发作时剧痛,嚎哭,可间歇连续发作数月。无畏寒发热及呕吐腹泻。1989 年曾两次住院,查体均见痛苦貌,剑突下至脐上轻压痛,无其他阳性体征。血、尿、粪常规检查正常;血钙、血淀粉酶、血沉、抗“O”均正常;腹部 B 超检查正常;脑电图正常。静脉滴注消炎解痉药数日后缓解。以后常因腹痛而急诊,应用各种“胃药”,疗效不显。1994 年 6 月以间歇性腹痛连续 10 天治疗无效,经用肾上腺素注射液 0.1ml 肌注后疼痛缓解。但 10 小时后腹痛再发,后经胃镜检查示十二指肠球炎、浅表性胃炎,胃肠造影示胃轻度下垂。诊见:近半月来中上腹部疼痛频发,无规律性,但喜按,伴呕吐、泛酸、嘈杂,无畏寒发热,不痛时一切如常,苔薄白,脉细弦,诊为气滞血涩腹痛。处方:炒苍术 6g,炙甘草 10g,赤芍 10g,苏木 6g,炒枳壳 6g,吴茱萸 3g,桂枝 6g,白及 5g,制乳香 3g,干姜 3g,赭石 15g,7 剂。7 月 5 日复诊,服药后诸症已安,苔净,脉微弦。前方去桂枝,加黄芪 10g,炒党参 6g,21 剂。随访到 2000 年 12 月,其间无腹痛发作。

按:此例患儿根据多种实验室检查及影像检查可排除全身性疾病引起的腹痛如腹型过敏性紫癜、腹型癫痫、腹型风湿热及低钙低钠性腹痛等。其疼痛的发作过程亦不能以十二指肠球炎、浅表性胃炎来解释,现代医学诊断不明,疗效不确定。俞师从中医理论出发,抓住疼痛的特性,辨证“痛而喜按”“久病入络”为气滞血涩之证,治拟利气和血,佐温中降逆,故用甘草、芍药、枳壳、苏木、制乳香通络行气,桂枝、干姜、吴茱萸、赭石温中降逆。腹痛缓解后加用黄芪、党参以益气健脾扶正,巩固疗效。症药合拍,奏效甚捷。

2 胃巨大溃疡伴复合性溃疡

李某,男,45 岁。初诊日期:1997 年 12 月 15 日。半年来胃脘隐痛,空腹尤甚,进食则安,喜温喜按,泛酸、嘈杂,伴有恶心,无呕吐,大便质烂,每日 1 次,舌苔薄白,脉细弦。10 天前胃镜检查示:胃巨大溃疡伴复合性溃疡(胃角 3.5cm×4.0cm;胃窦 0.8cm×1.0cm;球部大弯 1.2cm×1.2cm)。病理示:(胃角)粘膜重度浅表性胃炎伴少量坏死组织;(胃窦)粘膜重度浅表性胃炎。证属脾胃阳虚,络脉瘀痹。拟补中益气,通络行瘀。处方:黄芪 40g,炒党参 15g,炙甘草 10g,赤芍 10g,白及 10g,制乳香 3g,当归 10g,茯苓 30g,乌贼骨 15g,吴茱萸 3g,甘松 6g,蒲公英 15g,参三七粉 3g(分吞),7 剂。二诊诉胃痛已好转,仍有嘈杂,无泛酸,苔薄,脉细弦,前方黄芪改为 60g,继服 14 剂。同年 12 月 30 日胃镜复查示:胃角 2.0cm×1.0cm 溃疡,球部大弯 0.4cm×0.5cm 溃疡。病理示:胃窦、胃角粘膜重度浅表性胃炎。三诊时胃脘隐痛,嘈杂已除,微暖气饱胀,舌苔薄白,脉细弦。拟前方去甘松,加苏木 6g,炒枳壳 6g。14 剂后诸症尚和,1998 年 2 月 10 日再次胃镜复查示:胃角溃疡愈合期,浅表性胃炎。病理示:(胃角)粘膜中度浅表性胃炎。

按:胃角巨大溃疡伴复合性溃疡,并发出血、穿孔的机会较多,且胃角巨大溃疡极易导致癌变,原则上宜作手术治疗。俞师认为本病主要病理机制是中气虚,运化不健,胃中有痰火煎熬,局部有络脉瘀痹。治宜补益中气,温运脾胃阳气,通络行瘀,运化痰饮,复护溃疡创面,促进组织新生。方中黄芪、党参、甘草、茯苓是补益中气、理脾健运的首选药。其中黄芪是传统治疗体表溃疡、久不收口的要药,从其生肌的作用来说对消化性溃疡的愈合是有益的,巨大溃疡时须重用 60g。此外,甘草、芍药镇痛,白及止血生肌,当归、乳香通络行瘀,吴茱萸、乌贼骨温化痰饮,参三七祛瘀生新。

3 幽门不全梗阻

汪某,男,50 岁。初诊日期:1997 年 1 月 20 日。患者诉上腹部隐痛、饱胀 2 月余,近 4~5 天来进食后饱胀明显,有堵塞感,伴有泛酸、暖气,晨起症状较轻,至晚间症状加重,需呕吐后方舒,呕吐物有宿食;不能吃固体食物;大便 3 日一行,量少。自服泰胃美后症状无明显改善。舌淡苔白腻,脉细弦。2 日前胃镜检查示:幽

* 杭州市第四人民医院消化科,浙江省杭州市上仓桥严官巷 34 号(310002)

收稿日期:2001-04-10;修回日期:2001-08-08

门管溃疡伴幽门不全梗阻。证属脾胃阳虚,停水积饮。治拟甘温健脾、降逆通积。处方:炒苍术 10g,炙甘草 10g,赤芍 10g,苏木 10g,炒枳壳 10g,吴茱萸 4g,炙鸡内金 10g,丁香 2g(后下),肉苁蓉 10g,干姜 5g,附子 3g,赭石 45g(先煎),蒲公英 30g,7 剂。二诊时上腹部饱胀好转,晚间呕吐已除,仍有泛酸、暖气,有时恶心,大便溏,隔日一行,舌苔薄白,脉细滑,前方再进 7 剂。三诊时上腹部饱胀隐痛感已除,无呕吐,仍有泛酸,暖气已减少,大便溏,每日 1 行,舌淡红、苔薄白,脉细滑。前方去肉苁蓉、蒲公英,加煨益智仁 10g,白及 10g,赭

石减量至 30g,7 剂。共治疗 4 周后复查胃镜,幽门不全梗阻已除。

按:幽门不全梗阻是十二指肠球部溃疡或幽门管溃疡、胃窦溃疡的常见并发症。俞师认为,幽门不全梗阻属中医“反胃”范畴。主要病理机制为脾肾阳虚,久病及肾,肾阳虚损,治宜甘温健脾,辛热益火,活血解痉,降逆通积。方中干姜、附子、苍术、甘草益命火、补脾阳,苍术又善消胃中停饮,赤芍配甘草活血解痉,苏木通络行瘀,吴茱萸、丁香暖胃止呕,枳壳宽中下气,鸡内金磨化积滞,赭石降逆通积(必须生用、重用、久煎)。

102 例急性脑血管病患者血糖、血脂、中医辨证关系观察

马卫琴* 宋忠耿* 何咏梅* 徐青* 韩建秋*

急性脑血管病早期应激性血糖增高临床报道很多,但血糖、血脂与中医辨证关系的报道较少,我们观察本院 1999~2001 年 102 例急性脑血管病患者血糖、血脂水平及中医辨证分型,发现一些规律,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择:急性脑血管病 102 例,男 40 例,女 62 例。年龄 35~84 岁,平均 54.95±9.99 岁,所有病例均经头颅 CT 确诊。其中脑出血组 46 例,脑梗塞组 56 例。脑出血组中,小量出血(<20ml)27 例,中量出血(20~50ml)12 例,大量出血(>50ml)7 例。脑梗塞组中,腔隙性梗塞 14 例,大面积梗塞 15 例,非腔隙性梗塞 27 例。全部受试对象既往均无糖尿病史。正常对照组 52 例,男 24 例,女 28 例,年龄 39~76 岁,平均 57.40±8.94 岁。中风中医辨证参照 1986 年中华全国中医学会制定的《中风病诊断疗效评定标准》,中经络 75 例,中脏腑 27 例。

1.2 检测方法:所有患者均在发病 1 周内测定血糖(BS)、血清总胆固醇(CHOL)、甘油三酯(TG),清晨空腹抽静脉血,待血清分离后即刻测定,BS 采用 GOD—PAP 法,CHOL 采用 GPO—PAP 法,TG 采用 COD—PAP 法。仪器用 ALCYON—300 全自动生化分析仪。统计学方法采用两样本均数比较的 *t* 检验。

2 结果

2.1 各组 BS、CHOL、TG 值比较:脑出血、脑梗塞组 BS (mmol/L)分别为 7.04±2.73、6.37±1.94,均高于正常对照组(4.90±0.59),差异有显著性($P<0.01$),CHOL (mmol/L)分别为 4.61±0.96、4.63±1.03,TG 值分别为 0.98±0.67、1.37±0.80 均低于正常对照组(5.20±0.86、2.08±2.04),差异有显著性($P<0.05$)。而脑出血组 TG 低于脑梗塞组,两者比较,差异有显著性($P<0.05$)。

2.2 脑出血 3 组间比较:大、中量脑出血组 BS (mmol/L)分别为 8.64±2.52、8.53±3.56,与小量出血组 BS 值(5.96±1.78)比较差异均有显著性($P<0.05$),而大中量脑出血组之间 BS

差异无显著性($P>0.05$),CHOL、TG 3 组之间比较差异均无显著性($P>0.05$)。

2.3 脑梗塞 3 组间 BS、CHOL、TG 及神经缺损评分比较:大面积梗塞组、非腔隙性梗塞组与腔隙性梗塞组比较,BS 差异有显著性($P<0.05$),明显高于腔隙性梗塞组。前两组之间比较 BS 无明显差异($P>0.05$),腔隙性梗塞组与非腔隙性梗塞组 TG 比较差异有显著性($P<0.05$),非腔隙性梗塞组明显低于腔隙性梗塞组。神经缺损评分 3 组差异均有显著性($P<0.05$),其严重程度依次为大面积梗塞组、非腔隙性梗塞组,腔隙性梗塞组。

2.4 中经络、中脏腑组 BS、TG、神经缺损评分比较:102 例中,两组 BS、神经缺损评分比较,中脏腑组明显高于中经络组,而 TG 值中经络组明显高于中脏腑组,差异均有显著性($P<0.01$)。CHOL 值组间比较差异无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

在不同的脑出血量中,大中量脑出血组 BS 值、神经缺损评分均高于小量出血组,差异有显著性($P<0.05$)。大面积脑梗塞、非腔隙性梗塞与腔隙性梗塞比较,BS 值、神经缺损评分差异均有显著性($P<0.05$)。说明病灶大小与血糖有密切关系,出血量多或梗塞面积大,脑损害愈严重,血糖愈高,神经缺损评分愈高,死亡率愈高。血糖增高与病情轻重呈正相关。其机理可能与病灶大易引起中线结构移位,使脑干、下丘脑受压刺激或损伤,导致血糖急剧增高。急性脑卒中中医辨证分中经络、中脏腑。中经络大多预后良好,中脏腑预后差,死亡率高。本组资料中经络 75 例,中脏腑 27 例,二者比较 BS、神经缺损评分差异均有显著性($P<0.01$),说明血糖可作为中医微观辨证微观指标之一,对于判断病情轻重及预后有重要意义。

我们观察还发现,急性脑血管病 CHOL、TG 均较正常对照组偏低,差异有显著性($P<0.05$),说明急性中风早期存在脂质代谢紊乱。脑出血组、中脏腑组 TG 明显低于脑梗塞、中经络组,差异有显著性($P<0.05$)。非腔隙性梗塞组 TG 低于腔隙性梗塞组,两者比较差异有显著性($P<0.05$)。结果表明,病情愈重,TG 含量愈低,病情轻重与 TG 有一定关系,其机理尚有待于进一步研究。

* 浙江省桐乡市中医院中风专科(314500)

收稿日期:2001-09-28