

俞尚德治疗胃癌前期验案举隅

俞文武* 邓建平*

主题词 胃肿瘤/中医药疗法 癌前状态/中医药疗法 @俞尚德

1 病例介绍

例1:朱某,男,45岁,2001年10月9日初诊。患者因胃痛,于1995年首次作胃镜检查为慢性浅表性胃炎。以后每年作1~2次胃镜检查,就诊前已作过11次检查。2001年9月胃镜检查示胃体、胃窦部粘膜增粗,部分见点、片状红斑,血管纹理显露,色泽灰暗,皱襞细小,胃窦可见4~5处隆起糜烂,质脆。诊断:(1)慢性浅表萎缩性胃炎,胃窦为主;(2)疣状胃炎,HP(+)。病理诊断示:胃窦粘膜慢性中度萎缩性胃炎伴重度肠化。粘液染色分型为不完全性结肠型化生。初诊时诉,长期服中西药治疗,现无明显胃部不适,食欲佳,大便常溏,日1~2行,无粘液血液,无肠鸣腹痛,舌质较红、苔薄,脉微弦。诊为气虚血瘀,脾运不健,内蕴湿热。治拟益气健脾,通络活血,清热解毒。处方:黄芪20g,党参15g,炙甘草10g,赤芍、白芍各15g,茯苓30g,白及10g,制乳香3g,莪术15g,龙葵15g,丹参15g,薏苡仁20g,香茶菜30g,三七粉3g,7剂。以后连续诊治,处方常以香茶菜与重楼轮替使用,其它加减甚少,药后患者排便正常,无自觉症状。连续服药14周后,胃镜复查示食道无殊,贲门、胃底、胃体、胃角粘膜光滑整齐,胃窦粘膜光滑柔软,可见片状红斑;十二指肠粘膜光整。诊断:慢性浅表性胃炎,HP(+),病理诊断示胃窦粘膜慢性炎。随访患者无异常不适。

按:此例由慢性浅表性胃炎逐步发展成慢性萎缩性胃炎,并伴随胃粘膜萎缩性病变的加重,而出现肠上皮化生亦由轻度而转为重度,符合现代医学对本病演变规律的论述。患者长期便溏,显示脾运不健。病延7年,“久病及虚”。胃镜所见胃粘膜增粗,血管纹理显露,色泽灰暗及病理示腺体萎缩,可认为是中医学“久病必瘀”的微观表现,故治以益气活血、清热解毒之剂,又以白及、乳香等生肌去腐,使隆起的糜烂亦趋消失。

例2:张某,男,49岁,1998年12月25日初诊。患者有胃病史22年。1998年12月5日胃镜活检病理诊断示:胃窦重度萎缩性胃炎伴中度肠化,粘液染色分型

为不完全性结肠型,HP(++++)。近半月来,胃脘疼痛,食欲不振,食后心窝区作胀,嗳气有馊腐味,大便正常,舌苔黄白厚腻,脉象细滑。诊为中气虚弱,血络涩滞,内蕴湿热。治拟益气健脾,通络行瘀,清化湿热。处方:黄芪20g,苍术10g,甘草15g,白芍30g,桂枝10g,莪术15g,白花蛇舌草15g,重楼15g,茯苓30g,薏苡仁20g,三七粉3g,7剂。7天后复诊,腻苔已化,症状消失,处方减去苍术,加炒党参15g,并以重楼与香茶菜轮替使用。期间2次出现血清消化道肿瘤相关标志物(CEA)阳性。连续服药24周后,胃镜活检病理诊断示:胃窦慢性轻度萎缩性胃炎伴轻度肠上皮化生。粘液染色分型为不完全性结肠型及完全性小肠型化生。仍按原方略作加减,间歇服药8周,再次胃镜复查示:胃底大弯粘膜下出血斑,有糜烂;胃窦、胃角粘膜红白相间,白相为主,余无殊。诊断:慢性浅表萎缩性胃炎伴胃底粘膜糜烂。病理示:胃角慢性浅表性胃炎(活动期);胃窦粘膜慢性炎;未见肠上皮化生。

按:此例病史久长,胃粘膜癌前病变长期持续。初诊时舌苔黄白厚腻,纳呆噯腐,系湿热内蕴之象,故处方以苍术、茯苓、薏苡仁燥湿健脾,白花蛇舌草、重楼清热解毒,莪术、三七活血行瘀,佐以桂枝温经通络,更以黄芪、甘草、芍药益气和营。药后腻苔即化,症状消失,最终顽固之病理改变亦被阻抑而逆转。

例3:朱某,女,26岁,1984年9月7日初诊。因患胃癌,于2年前行胃大部分切除术。术后仍常有上腹部嘈杂疼痛,空腹为著,并有作胀,纳便尚可。胃镜检查示:吻合口前壁有一粘膜肿胀,呈颗粒样隆起,苍白僵直,组织变脆,残胃体前壁粘膜红白相间,以白为主,见血管网。诊断:(1)吻合口炎症;(2)吻合口复发癌。病理诊断:吻合口慢性萎缩性胃炎伴腺体异型增生Ⅱ级。诊见舌苔薄白,脉象细滑,形体瘦弱。此乃恶疾之后,气血耗损,中虚失运,血络瘀涩之证。拟补益气血为主,佐以活血通络,清热解毒为治。处方:黄芪30g,党参15g,炙甘草15g,赤芍、白芍各10g,茯苓30g,当归10g,莪术10g,白花蛇舌草15g,三七粉3g,14剂。药后症状完全消失,守原方略作加减,服药11周后胃镜复查示:吻合口前壁有一粘膜呈息肉样隆起,柔软,充血明显;残胃部分粘膜略苍白,可见蓝色血管。诊断:(1)吻合口炎;(2)残胃部分粘膜萎缩。病理诊断示:吻合口慢性萎

* 浙江省杭州市第四人民医院,杭州市严官巷34号(310002)

收稿日期:2003-05-14

缩性胃炎伴肠化。以后续诊,按原处方加山楂 15g,乌梅 10g,败酱草 20g,再服药 20 周后临床症状消失。胃镜检查示:吻合口前壁有粘膜呈息肉样隆起,色苍白,附白苔;残胃粘膜充血水肿,大弯侧粘膜红白相间及血管显露。诊断:吻合口炎及息肉样病变。病理诊断示:吻合口粘膜慢性炎。患者由于长期服药近 3 年,已感厌烦,此后改为每月服前方 7 剂,于 8 个月后再作胃镜检查示,见多量胆汁反流,吻合口粘膜充血水肿,色泽潮红,表面光滑;残胃粘膜光滑,色泽较淡,透见红色及蓝色血管网,未见粘膜隆起。诊断:(1)吻合口炎;(2)残胃萎缩性胃炎。病理诊断示:吻合口和残胃体部粘膜慢性炎,有急性炎症细胞浸润。随访至 2003 年 5 月,健康状况良好。

按:此例系胃癌手术之后,患者舌脉神态均显虚弱之象,临床症状之嘈杂胃痛以空腹为著,并有作胀,系中虚失运表现,故以益气补中为主导,佐以补血活血、清热解毒。服药后胃镜所见残胃隆起病变已显柔软,但未消失,处方中加山楂、乌梅、败酱草,以增强散瘀、消肿、去恶肉及解毒作用,再次胃镜复查虽仍见息肉样隆起,但病理检查已明显改善。继续服原方治疗,最后从

胃镜和病理两方面看,残胃粘膜已接近正常,远期临床效果亦属满意。

2 体会

慢性萎缩性胃炎中医分型繁杂,病因病机亦众说纷纭。我们认为,“久病必虚”,气虚是萎缩性胃炎的主导病因。同时“久病入络”,以致血络瘀滞。由于运化不健,导致内蕴湿热,因此气虚、血瘀、湿热是萎缩性胃炎的病因病机。从胃镜所见分析,如胃镜所见的粘膜苍白,透见血管网及组织的腺体萎缩等,是络阻血瘀的现象,为“久病必瘀”的微观表现。气为血帅,气行则血运,由于久病气虚不能助血运行,故气虚为血瘀的主导,治疗必须益气行瘀。如胃镜检查有胃粘膜的红斑或糜烂,这是脾运失健,湿热之邪郁久化腐所致,故应酌加清热解毒之品。但在久病气虚这种情况下,不可过用苦寒损伤胃气,我们选用辛苦微寒之重楼为主,既可清热解毒,《本草求原》还言其有活血消肿作用,我们在临床未发现有毒副反应。但据《南方主要有毒植物》指出,其有一定毒性,鉴于萎缩性胃炎的疗程较长,故常将其与香茶菜交替使用。香茶菜气味辛凉,亦具有较好的清热解毒之功。

温针灸针刺局部四穴治疗髌下脂肪垫损伤 49 例

陈 仲 新*

髌下脂肪垫损伤是指髌骨下脂肪垫的无菌性炎症病变引起膝前痛及膝关节功能受限的临床症候群,是膝痛证中最多见的病种之一。笔者近年来采用温针灸局部 4 穴治疗本病,并与单纯针刺治疗作对比观察,取得了较好的效果,现报告如下。

1 临床资料

98 例中,男 52 例,女 46 例;年龄 30~69 岁;病程 2 个月~5 年;单侧 82 例,双侧 16 例。按照随机抽样法,随机分为治疗组 49 例,对照组 49 例,两组性别、年龄、病情、病程相比差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

临床诊断依据:起病缓慢,初为膝部不适,酸楚,凉感及隐痛,关节不稳,行走无力易跌跤,病情时轻时重,最后发展为持续性局限性疼痛。症状:胫骨粗隆上、髌韧带内上方疼痛,膝关节屈伸欠利,上下楼梯时疼痛更加明显,严重者膝关节不能伸屈。诊断依据:(1)有膝关节劳损史;(2)令患者患肢伸直,检查者立于患者右侧,左手拇指食指分别按住髌底的内外缘,并将髌骨推向远端,使髌骨尖向前突出,右拇指掌面向上,用指尖按压髌骨粗面或滑动髌骨,可引起髌底部剧烈疼痛;(3)嘱患者屈曲膝关节,令其迅速伸直膝关节,多不能完成,且引起髌骨下疼痛加剧。病例排除标准:膝关节骨与关节病变、关节损伤、韧带

损伤、滑膜炎、类风湿性关节炎、痛风、结核、肿瘤等。

2 治疗方法

2.1 治疗组:取穴:内膝眼、外膝眼,以及内外膝眼与髌韧带连线的中点各取 1 穴。方法:患者仰卧位,用 28 号 2 寸毫针,针尾呈扇形刺入穴位,针尖达髌尖粗面脂肪垫附着区,得气后每穴行捻转平补平泻法 5 秒钟,然后剪取长约 2cm 艾条若干段,在其一端中心戳一小孔(注意勿穿透另一端)套置在每个针柄尾部,针旁皮肤放置纸片以防艾段散落灼伤皮肤,点燃艾条,燃尽 1 段为 1 壮,每穴灸 3 壮,1 天 1 次,10 次为 1 个疗程。

2.2 对照组:单纯针刺,取穴、针刺法同治疗组。1 个疗程后观察疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治愈:症状体征消失,功能恢复正常;有效:症状体征基本消失,偶感膝前疼痛;无效:症状体征无明显改善。

3.2 治疗结果:治疗组 49 例,治愈 35 例,有效 10 例,无效 4 例,有效率为 91.84%;对照组 49 例,治愈 26 例,有效 9 例,无效 14 例,总有效率为 71.43%。两组疗效比较差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

膝关节因外伤引起水肿、渗出,形成髌韧带与脂肪垫的纤维粘连,使髌韧带活动受到限制。温针灸局部四穴,改善局部血液循环,消除无菌性炎症水肿刺激及粘连。

* 河南省三门峡市人民医院,三门峡市崤山路中段(472000)

收稿日期:2003-06-23