

中医药治疗慢性萎缩性胃炎 73 例临床观察

林盛毅 周锴 虞华珍  
(上海市黄浦区中西医结合医院 上海 200010)

关键词:慢性萎缩性胃炎;中医药疗法;益气 and 胃;活血化痰  
中图分类号:R 573.32 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2007)01-0015-02

慢性萎缩性胃炎(CAG)是消化系统常见病、多发病,因其与胃癌的发生有一定的关系,WHO 将其列为癌前病变<sup>[1]</sup>。根据对慢性萎缩性胃炎临床症状、基本病机的分析,我们以健脾和胃、益气活血为法则,运用中医药对 73 例慢性萎缩性胃炎、肠化生患者进行治疗,取得了较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 共观察慢性萎缩性胃炎 73 例,其中男性 38 例,女性 35 例;年龄最小 35 岁,最大 72 岁,平均(50.28±7.98)岁;病程最短 0.5 年,最长 20 年,平均(10.24±6.22)年。实验病例均符合:(1)具有明显的胃脘痞闷、胀满不舒、纳差、嗝气、恶心呕吐,或兼有胃脘胀痛等胃部症状。(2)经胃镜及病理检查确认为 CAG 者(以病理切片为主要诊断依据)。胃

1.5 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

2 结果

见表 1。

| 表 1 2 组临床疗效比较 例(%) |    |          |           |          |
|--------------------|----|----------|-----------|----------|
| 组别                 | n  | 显效       | 有效        | 无效       |
| 治疗组                | 18 | 6(33.33) | 10(55.56) | 2(11.11) |
| 对照组                | 17 | 3(17.65) | 6(35.29)  | 8(47.06) |

注:经  $\chi^2$  检验,2 组总有效率差异有显著性( $P<0.05$ )。

3 讨论

急性放射性肺炎临床上多数是胸部恶性肿瘤放射治疗后,放射肺野正常肺组织受到不同程度的照射,发生放射性损伤,表现为急性渗出性炎性改变的一种疾病。它的发生与受照射肺的容积、受照射剂量、分割方式、受照射部位、射线种类、是否合并化疗及其他如肺部原来健康状况不良等因素有关<sup>[2]</sup>。其发生病理主要是受放射线影响,肺血管内皮细胞损失和肺泡的直接损伤,内皮细胞肿块、渗出物增多,炎细胞浸润,肺泡崩溃所致。轻者无症状,炎症可自行消散。一般在放疗后 2~3 周出现症状,以刺激性干咳为主,常可伴胸闷、胸痛、气急,紫绀,不发热或低热,偶可有高热。如不能及时有效地治疗,严重者可发生肺脏广泛纤维化、慢性肺心病,致呼吸功能损害,甚至呼衰,属肿瘤治疗过程中的严重并发症。西医治疗无特殊有效方法,常予激素抗渗出,合并感染者抗生素抗感染,气喘甚者平喘,对症治疗为主。而长期大剂量使用激素可引起股骨头坏死、骨质疏松等疾病。

肿瘤的放射治疗在西方国家也仅有一百多年的历史,传统中医对放射性肺炎无明确的记载。但根据四诊合参,此病急性期应属“咳喘”范畴,慢性期纤维化后当属“肺痿”范畴。肺为华盖,乃属“娇脏”,易受内外邪侵袭而为病,故有“外邪袭人,首先犯肺”之说。放射线属外来火热毒邪,进入体内致肺热蕴盛,肺气上逆,肺失宣降,故常见咳嗽,伴有发热等;又

镜检查结果:本组 73 例 CAG 患者中,合浅表性胃炎者 11 例。病理检查结果:伴有胃黏膜上皮不典型增生者 22 例,其中轻度 11 例,中度 11 例;伴肠上皮化生者 43 例,其中灶性肠化 11 例,轻度肠化 19 例,中度肠化 10 例,重度肠化 3 例;肠化合并异型增生者 6 例。(3)治疗期间停用其它药物。

1.2 诊断标准

1.2.1 病理诊断标准 根据 1982 年 10 月重庆慢性胃炎诊治座谈会制定的《慢性胃炎的分类、纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的病理诊断标准》<sup>[2]</sup>。(1)固有腺体萎缩,减少 1/3 以内者为轻度,减少 1/3~2/3 为中度,减少 2/3 以上者为重度。(2)黏膜肌层增厚。(3)肠上皮化生或假幽门腺化生(可有可无)。(4)固有膜炎症(可轻可重)。(5)淋巴滤泡形成(可有可无)。

损耗肺气,熏灼肺阴,肺之脉络失濡,则咳嗽多为刺激性干咳为主,伴有胸闷、气短、气急;肺之气阴不足,气虚气滞,血瘀络脉,则胸痛、紫绀。故本病急性期的病机主要为火毒犯肺,气亏阴虚,宣肃失调。治疗拟清热解毒,滋阴润肺,清热解毒为清解放射火热之毒,化解痰热瘀邪,达到止咳的目的;滋阴润肺为滋肺阴,补肺气,促进肺组织损伤修复,恢复或增强机体正常组织器官的功能。如胸痛、紫绀明显,当加活血化瘀改善微循环,降低毛细血管通透性,缓解及修复肺之纤维化。

自拟中药清火润肺方中,鱼腥草、野菊花、金银花、黄芩清热解毒;沙参、大麦冬、天花粉滋阴润肺;生地则既清热解毒且养阴生津;紫菀、百部入肺经,性温而不热,润而不寒,化痰止咳;五味子入肺经,益气生津,收敛肺气;杏仁苦泄降气,止咳平喘;黄精补养脾肺之气;甘草益气养阴,化痰止咳。喘甚加炙麻黄,宣肺平喘,与杏仁一宣一降,增强平喘之功;干咳较甚加桔梗清热解毒,化痰镇咳;痰黏难咯加瓜蒌化痰止咳;发热较甚加石膏加强清除肺热之功;紫绀明显加丹参、川芎活血化瘀,改善微循环。诸药同用,宣肺泄热,化痰止咳,与西药结合提高疗效,作用优于仅用西药对照组。

通过长期观察显示,中西医结合治疗急性放射性肺炎,临床症状改善迅速,缓解时间缩短,有效率明显提高,值得推广。而中药在提前预防放射性肺炎的发生及动物实验方面有待进一步研究。

参考文献

[1]胡继顺,马中骥,蒋则达.10 例放射性肺炎临床分析[J].中华放射肿瘤学杂志,1995,4(4):254  
[2]陈灏珠.实用内科学[M].第 11 版.北京:人民卫生出版社,2003. 1 589  
[3]骆建华,曾兴炳.放射性肺炎[J].西南国防医药,2003,1(1):104

(收稿日期: 2006-09-05)

# 中西医结合治疗 56 例老年功能性消化不良的临床观察

彭爱萍

(浙江省杭州市上城区中西医结合医院 杭州 310008)

**摘要:**目的:观察中西医结合治疗老年功能性消化不良(FD)的临床疗效。方法:将 111 例老年 FD 患者随机分为治疗组和对照组。对照组 55 例予西药常规治疗;治疗组 56 例在对照组治疗基础上加用中药。观察 2 组治疗效果及治疗前后症状积分值。结果:治疗组总有效率 87.50%,对照组总有效率 74.54%,2 组对比,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:中西医结合治疗老年 FD,疗效优于单纯西医组,值得在临床上推广应用。

**关键词:**功能性消化不良;中西医结合疗法;老年人;多潘立酮;黄连汤

**中图分类号:**R 574.4      **文献标识码:**B      **文献编号:**1671-4040(2007)01-0016-03

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是指一组尚无器质性原因可查,持续性或反复发作性的消化不良综合征,为消化内科常见病之一,发病率 20%~30%,占消化系统疾病门诊量的 30%~40%<sup>[1]</sup>。我科将近两年收集的 111 例老年 FD 病人随机分为 2 组,治疗组 56 例采用中西医结合治疗,并与

1.2.2 胃黏膜炎症分级标准 轻度:炎性细胞浸润位于胃小凹底部以上;中度:炎性细胞浸润深达腺体固有膜;重度:炎性细胞浸润深达黏膜肌层。

本组 73 例患者中属于轻度(固有腺体萎缩和 / 或胃黏膜慢性炎症,下同)者 40 例,占 54.79%;中度者 22 例,占 30.14%;重度者 11 例,占 15.07%。

1.3 治疗方法 基本方:黄芪 30g,人参 10g,茯苓 12g,白术 12g,白芍 12g,甘草 12g,丹参 15g,莪术 12g,乌梅 9g,陈皮 9g,白花蛇舌草 15g。随症加减:兼阴虚者加天冬 15g,麦冬 15g;兼湿热者加砂仁 3g,苍术 9g;兼肝郁者加柴胡 9g,八月札 15g。60d 为 1 个疗程,以 3 个疗程为判断疗效的极限。疗程结束后均做胃镜及病理检查以对比。治疗期间嘱患者保持精神愉快,忌食辛辣、咸酸、油腻等食物,禁止吸烟、饮酒。

1.4 疗效判定标准 参照 1989 年南昌会议制定的标准。

1.4.1 近期治愈 (1)临床症状消失或基本消失。(2)胃镜复查活动性炎症消失,慢性炎症好转达轻度。(3)活检组织病理证实胃镜所见:腺体萎缩、肠化和异型增生恢复或减轻两个级度以上(含两个级度)。(4)胃酸分泌功能和胆汁返流明显改善。

1.4.2 有效 (1)主症明显减轻。(2)胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,炎症有所减轻。(3)活检组织证实胃镜所见:急慢性炎症减轻一个级度以上,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。(4)胃酸分泌功能和胆汁返流改善。

1.4.3 无效 达不到有效的标准或恶化。

1.5 病理检查结果 经过 1~3 个疗程治疗后多数患者获得改善,少数无变化或进一步恶化。其中 22 例胃黏膜上皮不典型增生 18 例消失,占 81.8%。43 例肠上皮化生 28 例消失,占 65.1%;8 例减轻,占 18.6%;5 例无变化,占 11.6%;2 例加重,占 4.7%;总有效率为 83.1%。

## 2 典型病例

葛某,女,59 岁。症状见胃脘胀痛,痞满不适,嗳气嘈杂,神疲乏力,大便溏薄,舌暗红、边见齿痕,苔薄腻,脉弦细。2002 年 7 月 21 日胃镜病理报告为:(胃窦)慢性萎缩性胃炎中度,活动(+),不典型增生(+),HP(-),肠化(+~++)。拟健脾和

55 例单用西医治疗的病人做对照,取得满意的疗效。现总结如下:

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 111 例病人均符合罗马 II 诊断标准<sup>[2]</sup>:(1)持续或间断性消化不良,表现为上腹痛或不适、腹胀、早饱、嗳胃、益气活血治之。方药:黄芪 30g,人参 10g,茯苓 12g,白术 12g,白芍 12g,甘草 12g,丹参 15g,莪术 12g,乌梅 9g,陈皮 9g,白花蛇舌草 15g,半枝莲 12g,柴胡 9g,川楝子 30g,延胡索 20g。随症加减服用 5 个月 after 患者诸症消失,2003 年 1 月 18 日胃镜后病理活检报告为:(胃窦)慢性浅表性胃炎轻度,活动(-),HP(-),个别腺体肠化。

## 3 讨论

慢性萎缩性胃炎病机的关键是虚中夹实,以脾胃亏虚为本,瘀血凝滞为标,因此本病治疗应当以益气 and 胃、活血化瘀为法。黄芪、人参、茯苓、白术补中益气,以扶正气而治脾胃之虚;乌梅酸温调中,以补胃酸分泌之不足;白芍、甘草缓急止痛;丹参、莪术散瘀生新。此外人参的有效成分蛋白质合成促进因子(prostisol)能促进蛋白质代谢,提高机体免疫力,对癌细胞有明显抑制作用<sup>[3,4]</sup>。黄芪、白花蛇舌草对慢性萎缩性胃炎伴不典型增生有较强抑制作用<sup>[5]</sup>。有实验表明黄芪可以提高 SOD 的活性而且呈量效关系<sup>[6]</sup>,SOD 是存在于生物体内防御自由基损伤的主要酶类之一,能防止超氧阴离子对人体的损伤,从而对机体起到保护作用<sup>[7]</sup>。从临床观察结果可以发现,我们运用益气 and 胃、活血化瘀治疗 73 例慢性萎缩性胃炎、肠化及不典型增生患者取得了较好的疗效。

## 参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].第 10 版.北京:人民卫生出版社,1997. 1 585

[2]李益农,萧树东.慢性胃炎的诊治问题[J].中华内科杂志,1983,22 (5):257~261

[3]刘昌孝.国外对人参有效成分的研究[J].中草药通讯,1975,6(5):57

[4]李向高,滕芬婷.人参有效成分的研究[J].中草药通讯,1979,10(2): 1~6

[5]张文尧.中医药对慢性萎缩性胃炎伴胃黏膜不典型增生患者的临床及实验研究[J].中医杂志,1998,39(8):481

[6]张银娣.黄芪甙抗生物氧化作用的研究[J].中药药理与临床,1991, 7(6):14

[7]王文杰.超氧自由基和超氧化物歧化酶[J].生物学进展,1985,16(3): 196

(收稿日期:2006-04-26)