

# 中西医结合治疗胆胃综合征 194 例

陈兴华

(湖北省江北监狱医院 江陵 434110)

**摘要:**目的:观察中西医结合治疗胆胃综合征的疗效。方法:采用自拟利胆和胃汤(柴胡、三棱、莪术、桃仁、红花、枳实、黄芩、神曲、山楂)加减,配合西药利胆醇九、丙谷胺片口服。结果:194 例中,痊愈 102 例,显效 54 例,有效 38 例,总有效率 100%。结论:中西医结合治疗胆胃综合征效果好,值得推广。

**关键词:**胆胃综合征;中西医结合疗法;利胆和胃汤;利胆醇九;丙谷胺片

中图分类号:R 57

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0011-02

胆胃综合征是临床上的一种常见病,胃炎和消化道溃疡与胆道疾病关系密切,胆汁返流到十二指肠及胃造成黏膜的炎症或溃疡,形成胆结石、胆囊炎与慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡同时存在。5 年来,笔者用中西医结合方法治疗 194 例,效果比较满意。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 194 例中,男性 98 例,女性 96 例;年龄最小者 21 岁,最大者 73 岁,30 岁以下者 37 例,31~40 岁 46 例,41~50 岁 57 例,51~60 岁 37 例,60 岁以上者 17 例。

1.2 诊断依据 (1)临床表现:右季肋部隐痛、口干、口苦、嗝气、胃脘胀闷痞满、纳差、恶心、厌油腻等。(2)B 超提示:胆囊液性暗区增大,胆囊壁增厚,内有胆汁淤积;或提示胆囊内有结石。(3)胃镜或钡餐提示:慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡。

1.3 治疗方法 用自拟利胆和胃汤加减治疗:柴胡、大黄各 6g,三棱、莪术、桃仁、枳实、黄芩各 10g,红花 3g,神曲、山楂各 12g。加减:大便秘结者,加芒硝;有发热恶寒者,加败酱草、连翘;脘胁痛甚者,加川楝子、玄胡;口苦者,加黄连;胸脘痞

满者,加黄连、半夏、瓜蒌;口臭者,加蒲公英、黄连,重用大黄;B 超提示胆结石者加鸡内金、金钱草、海金沙;胆汁淤积较重者加丹皮、赤芍;充血性胃炎加三七粉冲服;糜烂性胃炎加白及、三七粉;十二指肠溃疡加黄芪、冰糖;胃溃疡加三七粉、蒲公英。1d1 剂,水煎服,30d 为 1 个疗程。西药:利胆醇九,每次 0.2g,每日 3 次;丙谷胺片,每次 0.4g,每日 3 次。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 痊愈:症状体征消失,B 超、胃镜或钡餐检查正常。显效:症状体征消失,B 超、胃镜或钡餐检查未完全正常。有效:症状体征大部分消失,B 超、胃镜或钡餐未完全正常。无效:症状体征均无改善,B 超、胃镜或钡餐检查无变化。

2.2 治疗结果 痊愈 102 例,显效 54 例,有效 38 例,总有效率 100%。

## 3 典型病例

陆某,男,48 岁,沙市水瓶厂工人。因腹胀、纳差、口苦,在沙市某医院确诊为慢性胆囊炎,慢性充血性、糜烂性胃炎。用西药治疗疗效不显,于 2006 年 9 月 16 日到我院就诊。证见脘腹胀满,纳差,口苦,大便干结,舌质红,苔黄腻,有少许黑

慢性萎缩性胃炎临床表现为胃脘隐痛或灼痛,饥不思食,咽干口渴,或胃脘刺痛,大便干结,或纳呆乏力,食后胀闷,舌红少津,少苔,脉细弱或脉涩。属于中医的“胃脘痛”范围,辨证属于气阴两虚,瘀阻胃络,毒侵中焦,治宜益气养阴,活血解毒。复方五参汤中党参、黄芪、黄精补中固本,益气生津;沙参、玄参、麦冬、石斛功专滋养胃阴;丹参、川芎活血化痰;玄参、苦参、黄连抗炎解毒;旋复花行气除胀。据现代药理研究,以上药物配伍具有增强细胞免疫,抑制肥大细胞释放组胺等炎症介质,抗氧化、提高血中超氧化物歧化酶的活性,清除细胞内自由基,改变血液流变性、改善微循环、增加胃组织的血液灌注以及杀灭幽门弯曲菌、促进胃黏膜细胞修复和功能恢复的作用。

本研究中西医结合治疗组临床疗效及多项观察指标的改善方面均明显优于单纯西药对照组 ( $P < 0.01$  或  $P < 0.05$ ),说明中西药物配伍应用,能够相得益彰,提高疗效,用于治疗慢性萎缩性胃炎疗效满意,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.125
- [2]陈孝治,李煥德,卢安琪,等.药物处方手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2005.611

(收稿日期:2007-01-30)

表 3 治疗前后黏膜病理形态变化及 HP 阴转情况比较 例

组别	n	腺体萎缩	肠上皮化生	不典型增生	HP 阳性
治疗组	治前	80	45	8	56
	治后	80	16 <sup>△</sup> *	22 <sup>△</sup>	4 <sup>△</sup>
对照组	治前	50	28	5	35
	治后	50	22 <sup>△</sup>	15 <sup>△</sup>	3 <sup>△</sup>

注:与本组治前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治后比较,\* $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

慢性萎缩性胃炎是一多因素引起的疾病,包括胃黏膜损伤及细胞保护功能下降,胃运动功能失调等。硫酸铝是硫酸化二糖和氢氧化铝的复合物,在酸性胃液中,凝集成糊状黏稠物,附着于胃黏膜表面,阻止氢离子向黏膜内逆弥散,有利于黏膜上皮细胞的再生。莫沙比利直接作用于胃肠肌间神经丛,促使生理性乙酰胆碱释放,增加胃动力,改善胃窦、十二指肠的协调性,有利于胃损害因子的清除。该药具有以下特点<sup>[2]</sup>:(1)受体选择性强,本品选择作用于 5-HT<sub>4</sub> 受体,与多巴胺受体、肾上腺素受体、5-HT<sub>1</sub> 和 5-HT<sub>2</sub> 受体等均无亲和力,故不引起锥体外系反应及作用于其他受体导致的不良反应。(2)药代动力学特性好,本品的吸收不受食物的影响,故餐前餐后均可服药。(3)选择性作用于上消化道,对结肠运动影响小,不会导致结肠运动亢进引起腹痛。叶酸为基因损伤时修复所必需,叶酸在阻止细胞凋亡及基因突变中起重要作用。

# 中西医结合治疗肝硬化门脉高压性急性上消化道出血疗效观察

黄达荣 陈薇 左昔清

(浙江省杭州市余杭区中医院 杭州 311106)

关键词:肝硬化;中西医结合疗法;急性上消化道出血;生大黄;三七;五倍子;善宁;止血敏

中图分类号:R 575.21

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0012-02

笔者于 2003 年 1 月~2006 年 12 月应用中西医结合治疗肝硬化门脉高压性急性上消化道出血 43 例,疗效满意。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选自本院住院病人 82 例,全部经 B 超、胃镜、肝功能及生化检查诊断为肝硬化门脉高压引起急性上消化道出血。治疗组 43 例,其中男 25 例,女 18 例;平均年龄 49.2(35~65)岁。对照组 39 例,其中男 23 例,女 16 例;平均年龄 52.2(36~63)岁。所有病人均有呕血和/或柏油样便,出血量在 600mL 以上,伴不同程度血压下降,头晕,冷汗,心率增快。

1.2 治疗方法 治疗组和对照组均采用常规禁食、输血、补液、补充血容量等治疗,再应用善宁 0.1mg 加入生理盐水 20mL 中静推(5min 内),继之 0.1mg 善宁加入生理盐水 40mL 中以 25μg/h 速度静脉 24h 维持;潘托拉唑 40mg 加入生理盐水 100mL 中静滴,每日 2 次,并选用抗生素、维生素 K<sub>1</sub>、止血敏等,以上几种药物视病情变化调整,严密监测生命体征、呕

苔,脉弦滑。此乃胆胃综合征之中焦湿热型,治以利胆和胃,消食导滞,用利胆和胃汤化裁:柴胡 6g,枳实 10g,三棱 10g,莪术 10g,桃仁 10g,红花 3g,神曲 12g,山楂 12g,大黄 6g,茵陈 15g,黄连 10g,半夏 10g,瓜蒌 10g,丹皮 15g,赤芍 18g,1d 剂,水煎服。西药口服利胆醇丸,每次 0.2g,每日 2 次;丙谷胺片,每次 0.4g,每日 3 次。二诊:9 月 23 日,服上药后大便通,腹胀减轻,舌苔黄腻,脉弦滑,守上方加砂仁 10g,蔻仁 10g,西药治疗同前。三诊:10 月 7 日,诸症皆除,舌质红,苔薄黄,脉弦,效不更方,继续用利胆和胃汤化裁治疗。四诊:10 月 15 日,诸症皆除,舌质红,苔薄,脉弦,在沙市某医院胃镜检查正常。嘱其服逍遥丸、利胆醇丸、丙谷胺片以巩固疗效。

## 4 讨论

胆胃综合征相当于中医的胃脘痛、胁痛,胆囊在致病因素下发生病理变化,通过周围管道、韧带、神经等影响到邻近脏器及组织而出现一系列消化系统症状与体征的总称叫胆胃综合征。慢性胆囊炎是以各种原因导致胆囊部位反复发生慢性炎症为主的一种病症,临床主要症状表现为上腹或右肋部隐痛、胀痛,或右腰背部不适,可有餐后上腹胀、嗝气、打呃、消化不良等,多在进油腻食物后症状明显。胆囊结石是引起慢性胆囊炎的主要原因,胆囊结石致胆囊管梗阻引起急性胆囊炎反复小发作而形成慢性胆囊炎。

中医认为,肝居胁下,其经脉布于两胁,胆附于肝,其脉

血、便血、尿量和血象变化。治疗组在此基础上加中药生大黄粉 8g、三七粉 8g、五倍子粉 8g 混合,用温开水冲服,每日 3 次,出血停止后改为每日 2 次。7d 为 1 个疗程,疗程结束统计疗效。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照 1987 年全国中医血证急症协作组评定标准。近期治愈:治疗 1 周内呕血或黑便停止,大便隐血试验连续 3d 阴性,出血伴随症状明显好转。显效:1 周内呕血或便血停止,连续 3d 大便隐血试验(+),出血伴随症状有所改善。有效:1 周内出血减少,大便隐血试验(+~++) ,伴随症状有所改善。无效:1 周内出血不止或加重,大便隐血试验无好转,重度出血经治疗 24h 后无好转甚至加重,伴随症状无改善甚至加重。

2.2 治疗结果 治疗组近期治愈 32 例,显效 6 例,有效 3 例,无效 2 例,总有效率 95.35%。对照组近期治愈 21 例,显效 7 例,有效 4 例,无效 7 例,总有效率 82.05%。2 组总有效率及近期治愈率比较有显著性差异( $P < 0.05$ ),治疗组疗效明显优

循于胁,故胁痛之病,主要责于肝胆。《景岳全书·胁痛》篇说:“胁痛之病本属肝胆二经,以二经之脉皆循肋肋故也。”外感六淫,内伤七情,跌仆损伤,饮食不调以及禀赋不足均可致肝胆枢机不利,脉络不通而致胁痛,即所谓“不通则痛”。因为肝主疏泄调达,关系到人体枢机之升降,气血流畅,气机调达,升降正常,才能保持本脏腑及其他内脏生理功能,若肝胆失去正常功能,致使脉络不通而致胁痛。肝胆与脾胃之间是相克关系,若因肝胆之气,失于疏泄调达,可以乘脾犯胃,而影响脾胃功能失常,在胁痛的同时,常常出现脾胃病变的症候。肝属木,为刚脏,性喜条达而主疏泄,肝胃之间,木土相乘,故肝气郁结,易于横逆犯胃,遂致胃痛。故临床所见,肝气犯胃之胃脘痛,多属气滞或血瘀。

胆胃综合征以右季肋部隐痛、口干、口苦、嗝气、胃脘胀闷痞满、纳差、恶心、厌油等为其主症,从临床所见,舌质红、苔黄或黄腻,脉弦为多数病例所共有,因此,在治疗胆胃综合征时要采用疏肝解郁、活血化瘀、消食导滞、和胃降逆之法,方中三棱、莪术、桃仁、红花、大黄活血化瘀利胆汁;柴胡、大黄、枳实、黄芩疏肝利胆,通利肠胃,使胆汁循其常道;神曲、山楂消食导滞以化胆汁;全方共奏利胆和胃之功,故用之于临床每获良效。配合西药利胆醇丸促进胆汁分泌及消化作用;丙谷胺片对胃黏膜有保护和促进愈合的作用。中西药合用,加速疾病的恢复。

(收稿日期: 2007-03-08)