

· 基层园地 ·

中药治疗胃粘膜中重度
异型增生 60 例

上海嘉定区中心医院(上海 201800) 陈磐华

1996 年 12 月~1998 年 12 月,笔者用中药治疗胃粘膜中重度异型增生 60 例,并与单用西药治疗的 60 例作对照,现报告如下。

资料和方法

1 临床资料 诊断标准参照文献[中华内科杂志 1983;22(5):261—262]。病例来源于本院中医脾胃病专科门诊及病房,经胃镜和病理检查,确诊为慢性萎缩性胃炎合并中重度胃粘膜异型增生 120 例。采用随机双盲法对照,分为两组。治疗组 60 例,门诊 29 例,住院 31 例;男 36 例,女 24 例;年龄 27~64 岁,平均 38.1 岁;慢性萎缩性胃炎病程 2.6~25 年,平均 16.8 年;其中中度异型增生 47 例,重度异型增生 13 例。对照组 60 例,门诊 32 例,住院 28 例;男 38 例,女 22 例;年龄 26~67 岁,平均 36.8 岁;慢性萎缩性胃炎病程 3.4~26 年,平均 17.6 年;其中中度异型增生 49 例,重度异型增生 11 例。两组一般资料比较无统计学差异,具可比性。

2 治疗方法 治疗组:治以健脾益气、活血化瘀、清热解毒、化湿和胃。药用:党参 15g 沙参 15g 黄芪 15g 麦冬 12g 半夏 9g 白术 9g 红花 6g 蒲公英 30g 白花蛇舌草 30g 丹参 30g 砂仁 3g 桔梗 6g 枳实 10g 乌贼骨 30g 等,每天 1 剂,水煎分 2 次服,同时服外形与对照组相似的西药安慰剂。对照组:口服叶酸片(每片 5mg,上海辛帕斯制药厂生产,批号:960821),每次 10mg,每天 3 次;西维尔片(每片 50μg,牡丹江龙泉制药厂生产,批号:960607),每次 100μg,每天 2 次,同时服与治疗组颜色相似的中药安慰剂。两组疗程均为 6 个月。全部病例在观察期间停用可能影响本观察疗效评价的中西药物。

3 观察项目 建立临床随访卡,记录治疗前后症状变化,根据胃痛、痞满、嗳气、嘈杂、泛酸、纳呆、舌象、脉象等症状,按轻、中、重分别予以记 1、2、3 分,无症状则记 0 分,治疗后根据总积分判断临床疗效。纤维胃镜检查:观察治疗前后胃粘膜色泽、萎缩程度、血管透见的变化,分轻、中、重判断疗效。病理组织活检:观察治疗后异型增生减轻级度,判断两组疗效。随访 1 年,主要观察胃镜和病理检查结果。

4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效评定标准 参照慢性胃炎中西医结合诊断辨证和疗效标准(试行方案)[中西医结合杂志 1990;10(5):318—319]。显效:临床症状消失,胃镜检查腺体萎缩转为浅表性或基本正常胃粘膜,病理检查异型增生恢复正常或减轻 2 个级差以上。有效:临床症状明显减轻,胃镜检查腺体萎缩程度减轻,面积明显缩小,病理检查异型增生减轻 1 个级差。无效:临床症

状、胃镜及病理检查均无变化。

2 两组临床疗效比较 治疗组显效 41 例(68.3%),有效 16 例(26.7%),无效 3 例(5.0%),总有效率 95.0%;对照组显效 19 例(31.7%),有效 30 例(50.0%),无效 11 例(18.3%)。总有效率 81.7%。两组总有效率比较有显著性差异($\chi^2 = 3.962, P < 0.05$)。

3 两组胃镜检查结果比较 治疗组显效 30 例(50.0%),有效 21 例(35.0%),无效 9 例(15.0%),总有效率 85.0%;对照组显效 14 例(23.3%),有效 31 例(51.7%),无效 15 例(25.0%),总有效率为 75.0%。两组显效率比较有显著性差异($\chi^2 = 8.074, P < 0.01$)。

4 两组病理检查结果比较 治疗组 4 例重度异型增生逆转为轻度异型增生,20 例中度异型增生恢复正常,17 例中度异型增生逆转为轻度异型增生,3 例重度异型增生逆转为中度异型增生,显效率 40.0% (24/60 例),总有效率 73.3% (44/60 例);对照组 1 例重度异型增生逆转为轻度异型增生,5 例中度异型增生恢复正常,20 例中度异型增生逆转为轻度异型增生,2 例重度异型增生逆转为中度异型增生,1 例中度萎缩性胃炎转为重度萎缩性胃炎,显效率 10.0% (6/60 例),总有效率 46.7% (28/60 例)。两组显效率及总有效率比较,均有显著性差异($\chi^2 = 7.812, P < 0.01; \chi^2 = 12.844, P < 0.01$)。

5 随访 治疗结束后 1 年对两组患者进行胃镜和病理检查。治疗组随访 27 例(其中显效 9 例,有效 12 例,无效 6 例)均无明显变化。对照组随访 21 例(其中显效 7 例,有效 10 例,无效 4 例)有 2 例轻度萎缩性胃炎转为中度萎缩性胃炎,病理检查结果 3 例轻度异型增生转为中度异型增生。

讨 论 中医学认为本病的发生是由于气滞血瘀、湿热、毒邪导致血行不畅,胃腑失养,日久易形成慢性萎缩性胃炎→肠化→异型增生→胃癌,属于本虚标实。方中党参、黄芪以培补中焦,增强机体免疫力,提高胃粘膜防御因子,防止有害物质侵袭;丹参、红花意在行气活血化瘀,增加胃粘膜血液供应;桔梗、枳实以顺应脾升胃降的生理特性;用沙参、麦冬等滋润养胃,从而促进萎缩的腺体再生,逆转异型增生。在滋润同时又配合辛温的半夏、白术、砂仁,防止滋阴药物碍胃,起化湿醒脾之功。黄芪配乌贼骨,意在补气托毒生肌,修复糜烂的胃粘膜,防止癌性物质侵袭。现代药理研究表明,补气、活血、清热药物内含有大量有机硒,硒能提高机体免疫力,起到清除氧自由基和防止脂质过氧化物生成,保护细胞膜完整性,增强淋巴细胞对肿瘤的抑制作用。诸药配伍,可逆转异型增生,使萎缩的腺体得以复生,取得理想的治疗效果。

(收稿:1999-08-02 修回:2000-03-30)

中西医结合治疗伤寒型
沙门氏菌病 26 例

云南省红十字会医院中西医结合科(昆明 650021)

龙明照

沙门氏菌病的临床表现多种多样,按其主要症候群可分为

4 种类型。其中伤寒型是因感染了非伤寒沙门氏菌后,产生类似伤寒临床表现的一种证型。1997 年 12 月~1999 年 12 月,笔者应用中西医结合治疗伤寒型沙门氏菌病 26 例,疗效满意,现报告如下。

临床资料 46 例患者均符合《实用内科学》(戴自英主编,第 8 版,上海:人民卫生出版社,1986:139)关于伤寒型沙门氏菌感染的诊断标准,随机分为两组。治疗组 26 例,男 18 例,女 8 例;年龄 18~23 岁 15 例,24~30 岁 7 例,31~40 岁 4 例,平均(31.4±7.37)岁;病程 3~5 天。对照组 20 例,男 16 例,女 4 例;年龄 20~23 岁 13 例,24~30 岁 5 例,31~40 岁 2 例,平均(27.6±8.47)岁;病程 2~4 天。感染途径:来自同一流行地区治疗组 18 例,对照组 15 例;近日在外吃过蒸菜或未煮透食物者治疗组 5 例,对照组 3 例;无明显诱因治疗组 3 例,对照组 2 例。46 例患者均有发热(或高热),头胀痛,胸脘痞满,不思饮食,恶心呕吐;B 超检查提示:脾脏轻度肿大;血常规:白细胞 $<4 \times 10^9/L$;肝功能:谷丙转氨酶值均略有升高;肥达反应 O 凝集素 $\geq 1:80$ 。治疗组中血培养出甲型副伤寒杆菌 5 例,大便多日未行 16 例,解稀便 10 例,大便隐血 13 例。对照组中血培养出甲型副伤寒杆菌 6 例,大便多日未行 15 例,解稀便 5 例,大便隐血 16 例。两组患者性别、年龄、病程、病情比较无显著性差异,具有可比性($P>0.05$)。

治疗方法 治疗组:中药基本方参考《伤寒论》干姜黄芩黄连人参汤和白头翁汤加减:干姜 8g 黄连 8g 黄柏 12g 白头翁 15g 秦皮 15g 茯苓 15g 白术 12g 薏苡仁 15g 香附 12g 冬瓜仁 15g。随症加减:有恶寒发热表证加金银花、连翘、菊花;高热不退、谵语加知母、石膏(先煎)、栀子;呕吐明显者加旋复花、生代赭石(先下)、制半夏、竹茹;胸脘痞满加厚朴、枳实、焦三仙、槟榔;大便未解加生大黄、芒硝(后下),但应便解即停服。同时给予:乳酸左氧氟沙星注射液 100ml 静脉滴注,每天 2 次;氨苄青霉素 5.0g 加入 5% 的糖盐水中静脉滴注,每天 1 次。同时视病情予能量合剂或林格氏液静脉滴注,加强支持、对症处理。对照组:除不用中药治疗外,其余治疗同治疗组。两组均以 7 天为 1 个疗程,疗程结束后评定疗效。统计学方法采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效评定标准 参考《临床常见疾病诊疗标准》(陶天遵主编,北京:北京医科大学出版社,1993:147—148)。临床痊愈:症状及体征消失,血、尿、粪便细菌培养沙门氏菌阴性,无并发症存在;有效:症状消失,脾肿大等部分体征尚未完全恢复,某些并发症尚未治愈,但明显减轻,血、尿、粪便细菌培养尚为阳性;无效:临床症状改善不明显或无变化。

2 临床疗效 治疗组 26 例,临床痊愈 22 例(84.6%),有效 3 例(11.5%),无效 1 例(3.8%),总有效率 96.2%。对照组 20 例,临床痊愈 4 例(20.0%),有效 10 例(50.0%),无效 6 例(30.0%),总有效率 70.0%。治疗组总有效率优于对照组($\chi^2=4.87, P<0.05$)。

讨 论 中医学认为本病多属“腹痛”、“泄泻”等范畴。其成因可为误食馊腐不洁之物,或外感时邪致“热气留于小肠,肠中痛,瘴热焦渴而坚干不得出”,致湿热壅滞于中,气机失于调

畅,从而腑气通降不利。古人所谓“湿胜则濡泄”、“六腑以通为用”、“通则不痛”等论述,为本病治疗从利湿、分清湿热、调畅腑气提供了理论依据。方中以黄连、黄柏、白头翁、秦皮为主药,可清热解毒,分清湿热;佐干姜、茯苓、白术,主要作用是温运脾阳,健脾化湿,同时,防止苦寒过重伤中;香附可理气醒脾;薏苡仁、冬瓜仁则加强肠道湿热的清除。乳酸左氧氟沙星能对人体血浆中的沙门氏菌产生迅速的杀灭作用,已证实是治疗伤寒的有效药物。临床观察发现,对照组在静脉滴注乳酸左氧氟沙星后,易致恶心、呕吐、腹痛等症状发生,而治疗组则少见,表明中西医结合治疗可减轻药物副作用,缩短抗生素的临床使用时间。观察还发现:(1)对胸脘痞满,饮食不进者,治疗组在助消化振胃气方面优于对照组;(2)单用抗生素治疗,患者发热时间往往较长,而配合中药清热解毒药物治疗,既可加强抗菌作用,又可缩短发热时间;(3)对大便多日未解者,治疗组配合中药临时泻热通便,可使体温降至正常,夜间安卧,有助进食。

(收稿:1999-09-01 修回:2000-02-28)

加服中药治疗糖尿病单纯型 视网膜病变 32 例

陕西延安大学医学院附属医院(陕西 716000)

李社莉 李士新

1996 年 8 月~1999 年 9 月,笔者采用中药治疗糖尿病性视网膜病变 32 例,并与西药治疗 20 例进行比较,现报告如下。

临床资料 52 例糖尿病视网膜病变患者均符合 WHO 1985 年推荐的糖尿病诊断标准(WHO Study Group. Diabetes Mellitus. Technical Report Series 727, Geneva: 1985, 77)及第三届全国眼科学术会议制定的单纯型(I~III 期)分期标准[眼底病 1985;1(1):42],随机分为两组。治疗组 32 例,男 12 例,女 20 例;年龄 29~68 岁,平均 56 岁;糖尿病病程 6~22 年,平均 10.5 年;合并糖尿病肾病 26 例,合并神经病变 29 例;视网膜病变 60 只眼,其中 I 期 16 只眼,II 期 37 只眼,III 期 7 只眼。对照组 20 例,男 7 例,女 13 例;年龄 27~71 岁,平均 57.5 岁;糖尿病病程 5.8~21 年,平均 10.8 年;合并糖尿病肾病 14 例,合并神经病变 18 例;视网膜病变 38 只眼,其中 I 期 9 只眼,II 期 22 只眼,III 期 7 只眼。两组患者性别、年龄、病程、合并症等相似,具有可比性。

治疗方法 两组均实施严格糖尿病饮食,口服降糖药或用胰岛素控制血糖。治疗组予益气滋阴、清热化瘀中药,处方:太子参 20g 麦冬 10g 五味子 10g 黄芪 30g 炒白芍 30g 牡丹皮 10g 当归 10g 茯苓 12g 丹参 20g 枸杞子 15g 淮山药 15g 益母草 10g。口苦、烦躁、舌红等火盛者加夏枯草 10g,焦栀子 6g;五心烦热、舌苔花剥者加玄参 20g。每天 1 剂,水煎服。对照组予复方芦丁片(陕西咸阳第三制药厂生产),每次 2 片,每日 3 次;维生素 C,每次 0.2g,每天 3 次。两组疗程均为 3 个月。治疗期间每周查空腹及餐后 2h 血糖、糖化血清蛋白,同时查视力,用裂隙灯及眼底镜观察眼内变化。统计学方法:两组总疗效比较用 Ridit 分析,计量资料用 t 检验。