

明心气虚兼血瘀证所占比例明显高于肾气虚、脾气虚与肺气虚兼血瘀证($P < 0.05$)。提示心气虚血瘀证的微观病理改变较之其它病位血瘀证更为明显,更有其特异性。

此外,我们还发现同一病种不同的中医辨证及不同病种相同辨证,其与血小板功能变化也有内在联系。为探讨中医辨证和西医病种之间的关系,提供了一定的理论依据。但由于本资料中病种较为繁杂,故这一研究尚存在一定的局限性,有待进一步改进。

参 考 文 献

1. 中国中西医结合研究会活血化瘀专业委员会. 血瘀证诊断标准. 中西医结合杂志 1987; 7(3): 129.
2. 中国中西医结合研究会虚证与老年病研究专业委员会. 中医虚证辨证标准. 中西医结合杂志 1986; 6(10): 598.
3. 胡婉英, 等. 冠心病兼血瘀证与 β 血栓球蛋白和血小板第VI因子的关系. 中西医结合杂志 1987; 7(5): 338.
4. 徐启营, 等. 缺血性心脏病患者血浆 TXB_2 、6-keto-PGF $_{1\alpha}$ 水平与中医证型关系的研究. 中西医结合杂志 1987; 7(1): 15.
5. 吴 锦, 等. 冠心病血瘀证患者血小板吞噬能力的观察. 中华心血管病杂志 1990; 18(5): 273.

温养散结汤治疗慢性萎缩性胃炎 168 例

天津中医学院第一附属医院消化科(天津 300193) 王文仲 赵俊宏 周正华

1988~1992年间我们以温养散结汤治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)168例,取得较好疗效。现报告如下。

临床资料 168例患者均经胃镜检查、病理活检确诊。诊断参照1978年全国内窥镜镜检查经验交流会慢性胃炎的诊断及分类标准。以病理活检为主要依据,按1983年全国胃炎诊治座谈会纪要的标准。男性109例,女性59例;年龄17~76岁,平均44岁,病程2个月~31年,平均4.5年;单纯CAG 86例,伴肠化或不典型增生82例;轻度萎缩75例,中度66例,重度27例。临床表现多为非特异的消化道症状:上腹痛者136例,腹胀138例,嗝气78例,反酸60例,嘈杂38例,便溏47例,神疲乏力、失眠88例,体重明显减轻27例。

治疗方法 以温养散结汤为基础方,结合临床辨证进行固定加味。组成:苏梗10g 木香6g 三棱6g 莪术15g 太子参30g 九香虫10g 香椿花10g 生麦芽30g 鸡内金10g。气滞者加柴胡10g,枳壳10g;湿热者加茵陈15g,黄连6g;瘀血者加丹参30g,元胡10g;脾虚者加党参15g,白术10g;阴虚者加沙参15g,百合30g。微观辨证:胃粘膜充血发红或丘疹样改变为热邪,加蒲公英30g,白花蛇舌草30g;粘膜水肿为湿重,加生薏米30g,茯苓30g;粘膜变白或以白为主为脾胃虚寒,加桂枝6g,吴茱萸3g;粘膜紫暗或有瘀斑出血点为瘀血,加三七(冲)3g;CAG伴肠化和不典型增生为痰瘀,加山慈菇30g,皂刺20g。每日1剂,取汁

400ml,分2次服,3个月为1疗程,一般服用1~2个疗程,复查胃镜及病理活检。

结 果 按下列标准判定疗效:显效为临床主要症状消失,胃粘膜萎缩、非典型增生、肠化3项中有2项从重度转为中度或中度转为轻度;有效为主要症状大部分消失,胃粘膜萎缩、非典型增生、肠化有1项从重度转为中度或中度转为轻度;无效为主要临床症状及胃粘膜病变象无改善或加重。结果:168例中显效65例(38.69%),有效56例(33.33%),无效47例(27.98%)。总有效率72.02%。

讨 论 慢性萎缩性胃炎归属于中医学“胃脘痛”、“痞证”的范畴。其基本病机是气滞血瘀、气虚痰阻,故以温养散结为治疗大法。本方以太子参温养胃气,苏梗、木香、三棱、莪术、九香虫、香椿花理气化痰,软坚散结;辅生麦芽、鸡内金运脾导滞,共奏温养散结之功。辨证与辨病相结合是治疗CAG的有效方法,在辨证的基础上,结合胃镜、病理改变情况,使微观辨证与宏观辨证有机地结合,也可以认为是中医望诊的延伸,不失为整体辨证的重要补充。对CAG伴肠化或不典型增生者,重用九香虫、山慈菇、莪术、三棱等软坚散结之品,可较好改善临床症状和促进病理改善。这可能与促进病灶处血液循环,加快炎性细胞吸收,使萎缩腺体恢复功能,粘膜得到修复有关。本组部分萎缩伴肠化或不典型增生的病例经治疗后不同程度地减轻或消失,提示了肠化和不典型增生仍可逆转。