

颈内膜有无增厚、宫颈内有无异常回声和宫颈血流信号有无异常对于早期宫颈癌的诊断有提示作用。超声观察发现,早期宫颈癌的患者宫颈线出现毛糙、连续性中断的表现;宫颈内膜厚度增加,超过4 mm为异常现象,若合并异常血流信号常提示病变可能;宫颈内出现点状、条状或边界模糊的异常强或低回声,若合并血流信号增多往往也提示宫颈病变。因为恶性肿瘤的显著表现就是出现新生的血管,通过观察异常血流信号,尤其提高对细小血流信号的检测,有助于早期宫颈癌的检出。

与宫颈活检病理结果作为金标准比较,超声诊断的灵敏度、特异度、阳性预测值均较高。在宫颈癌的诊断中加强超声的检测作用,注意观察宫颈病变的声像图改变,有助于早期宫颈癌的诊断,同时可以应用超声声像的异常改变,指导患者做相关的液基细胞学检查,引导和监测临床取材进行病理活检,对

提高早期宫颈癌及癌前病变的诊断有重要临床意义。

【参考文献】

[1] 余秀华,施红,李黎,等.经阴道彩色多普勒超声诊断宫颈病变的价值[J].中华医学影像学杂志,2006,14(1):4-7.
 [2] 章文华.宫颈癌筛查方法与我国宫颈癌筛查面临的新问题[J].中华肿瘤杂志,2008,30(12):881-884.
 [3] 朱梅,李景,刘家开,等.经阴道超声对宫颈癌的应用价值[J].中国超声诊断杂志,2006,7(1):58-59.
 [4] 林萍,苏建平.B超在宫颈癌诊断中的临床价值[J].中国超声诊断杂志,2004,5(2):115-117.
 [5] 宋红.经阴道彩色多普勒超声对早期宫颈癌的诊断价值[J].中国基层医药,2010,17(23):3288-3289.
 [6] 刘长云.阴道镜联合经阴道彩色多普勒超声诊断早期宫颈癌与癌前病变的临床价值[J].中国内镜杂志,2013,19(5):541-544.

• 短篇报道 • 文章编号:1002-0217(2015)03-0291-02

育阴熄风法治疗慢性胃炎伴低级别上皮内瘤变一例

韩诚正¹,黄宁²

(皖南医学院附属弋矶山医院 1. 中西医结合门诊; 2. 消化内科,安徽 芜湖 241001)

【关键词】育阴熄风法;叶天士;慢性胃炎;上皮内瘤变
 【中图分类号】R 573.3; R 259 【文献标识码】A
 【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2015.03.028

慢性胃炎,是指多种病因引起的胃黏膜慢性炎症,病理上以淋巴细胞浸润为主要特点,部分患者后期可出现胃黏膜固有腺体萎缩和化生,继而出现上皮内瘤变,与胃癌发生密切相关^[1]。笔者运用育阴熄风法治疗慢性胃炎伴低级别上皮内瘤变1例,取得满意效果,现报道如下。

1 病例介绍

俞某,女,58岁,因“上腹部隐痛不适20余年,加重6月”于2011年9月1日在中西医结合门诊就诊。20余年前,患者无明显诱因下,出现上腹部隐

痛不适,反复发作,曾服用中西药治疗,症状时轻时重,4月起上腹部隐痛加重,伴有腹胀,无明显时间规律,与进食无关,无放射痛,无反酸,有时暖气,口干、口苦,6月至我院消化内科就诊,查胃镜及病理提示胃窦、胃角病变,病理:(胃角)慢性浅表性胃炎中度伴肠化,部分腺体呈低级别上皮内瘤变(轻度不典型增生);(胃窦):黏膜慢性炎症伴肠化,未见黏膜肌(见图1)。嘱其密切随访,定期复查胃镜,并建议行EUS检查。患者未行特殊诊治,9月至中西医结合门诊就诊,初诊时,患者诉胃脘隐痛不适,有时痞塞,口中不和,甚则舌部辣痛,下肢乏力,右侧尤其,头晕不适,有时前额疼痛,大便干稀不调。既往有“高血压病、痔疮及尿路感染”病史。查体:生命体征平稳,浅表淋巴结未及明显肿大,心肺(-),上腹部无压痛及反跳痛,双下肢不肿,舌质红,苔薄白,中心剥脱,左脉濡,右脉细弦。首诊予以益胃汤合香砂六君子汤加减治疗,处方:党参15g,炒白术10g,炙黄芪15g,茯苓25g,青、陈皮各6g,法半夏10g,麦冬10g,玉竹15g,炒白芍15g,白芷6g,葛根20g,柴胡6g,防风10g,砂仁10g,丹参10g,莪术10g,石菖蒲10g,炒谷、麦芽各20g,合欢皮10g,炙甘草5g。二诊,患者诉药后病情无进退,予以麦门冬汤加减,后症状缓解,其后予以麦门冬汤及益胃汤加减或合方治疗,症状时轻时重;2011年10月24日予以石决明阿胶方后,患者自觉诸症减轻明显,处方:石决明^{先煎}15g,阿胶^{烊化}10g,生地10g,枸杞12g,茯苓15g,桑寄生20g,石斛12g,桑枝6g,元胡12g,苏子3g,钩藤^{后下}8g,当归12g,小茴香3g,灯

收稿日期:2014-07-31

作者简介:韩诚正(1985-),男,住院医师,硕士(电话) 15155331629(电子信箱) hanczdp@wnmc.edu.cn.

苡草 3 g, 生甘草 5 g。11 月 2 日复查胃镜后提示胃角形态正常 黏膜光滑, 胃窦病变, 病理: 黏膜慢性炎伴肠化, 未见黏膜肌。其后予以石决明阿胶方调理数月, 2012 年 5 月复查胃镜为慢性浅表性胃炎, 病理: 黏膜慢性炎, 未见黏膜肌(见图 2)。且查体时, 中心剥脱的舌苔已修复如初。1 年后 2013 年 7 月随访症状未再复发, 胃镜提示慢性浅表性胃炎。

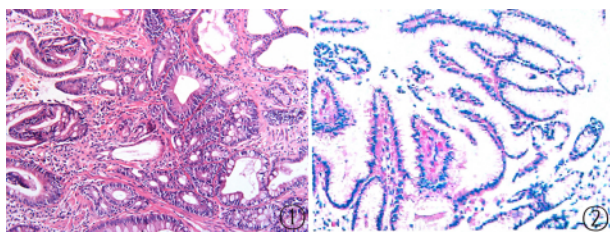


图 1 2011 年 6 月胃镜活检组织病理(HE, 10 × 20)

图 2 2012 年 5 月胃镜活检组织病理(HE, 10 × 20)

3 讨论

慢性胃炎是临床上的常见病、多发病, 现代医学认为, 多以幽门螺杆菌的感染、自身抗体的存在、十二指肠液反流及胃黏膜损伤因子的存在为主要病因。目前现代医学治疗多有明确治疗方案, 但有时症状控制欠佳, 患者症状持续存在, 生活质量欠佳^[1]。根据 2006 年中国慢性胃炎共识意见^[1]: 中药治疗可拓宽慢性胃炎的治疗途径, 并指出萎缩性胃炎每年的癌变率为 0.5% ~ 1%, 伴有轻度异型增生(低级别上皮内瘤变) 并剔除取癌旁者或明显局部病灶者, 根据内镜和临床情况缩短至 6 个月左右随访 1 次。该患者于 2011 年 9 月就診中西医结合门诊, 患者上腹痛、饱胀、反流症状较明显, 既往虽服用中西药物, 但症状反复。有研究显示, 对于胃癌前状态单用西医痊愈率仅为 10.00%, 总有效率也仅为 66.67%; 而联用中药后痊愈率可达到 23.33%, 总有效率可达 90.00%^[2]。依照患者要求予以中药汤剂治疗。

目前现代中医治疗上, 根据其主症的不同, 辨病时可以归属于“胃痛”、“痞满”、“吐酸”、“嘈杂”等病候。病机上认为本虚标实, 虚实相兼, 寒热错杂; 治法上多为疏肝和胃、养阴活血、清热燥湿、化浊解毒等法^[3], 但如若审证不清, 仅以黄芪、太子参等益气, 或以丹参、莪术之品活血, 或以藤梨根、蛇舌草等解毒祛邪则有失偏颇。诊疗初期, 考虑该患者脾胃亏虚, 气阴不足, 故予以香砂六君子汤、麦门冬汤及益胃汤, 症状时轻时重, 诊疗效果欠佳。后根据患者时有头晕, 口中不和, 舌部辣痛等症状, 考虑此为胃汁被劫, 胃阴不复, 气血生化乏源而致心肝血虚, 心

火鸱张, 肝风内旋, 风助火势, 复厥逆胃府而痛, 与《临证指南医案·胃脘痛》中顾氏一案症候甚合, 为“肝厥胃痛”, 故投以此案所载之石决明阿胶方而得桴鼓之效。叶天士反复强调戊己中土与甲乙风木之间的调和, “肝木肆横, 胃土必伤, 医治既僻, 津血必枯。唇赤舌绛咽干, 谷味即变酸腻。显是胃汁受劫, 胃阴不复。夫胃为阳明之土, 非阴柔不肯协和, 与脾土有别故也。”(木乘土·卜案)。而仲景云“厥阴之为病, 消渴, 气上撞心, 心中疼热, 饥而不欲食……”厥阴风木, 体阴用阳, 或外邪火热, 或七情内焚, 或馆课诵读, 动心耗气损营, 或操持劳累, 气弱营血皆祛, 客热留扰, 消烁津液, 耗竭胃汁, 损伤营血。特别是此处消渴为症状, 而非病名, 依《说文》解, “消者, 尽也。”形容枯水期河流变细, 古语本义形容此症的病机为体内营血津液受损, 而出现口渴等症状, 非如现今牵强附会于西医之“糖尿病”。所以肝厥之症, 为肝体营血内消, 风火杂陈而留扰于胃, 胃阴消烁而渴。叶氏深谙其旨, 故以石决明平抑肝风, 生地、阿胶育肝阴柔肝体, 枸杞、石斛养胃汁润己土, 茯苓健脾淡渗以防滋腻太过, 《本经》所载谓茯苓主“心下结痛, 寒热烦满”与症甚合, 桑寄生补肝肾强筋骨。诸药合和, 共奏育阴熄风之效。通过本案始末, 笔者窃以为, 以传统中医治疗胃低级别上皮内瘤变等胃癌前病变时, 症状和病机的审辨尤为重要, 有时是需要舍病从证的。此外, 医籍所载病案仍需仔细揣摩, 训诂求真, 弄通本义。该则病案可谓“古之人诚不欺我也”。值得注意的是, 常用中药使用经验在审证后可有突破, 阿胶虽偏滋腻碍胃, 但有是证用是药, 诚如吉益东洞氏在《类聚方》、《药征》中提倡“实证亲试”、“方证相对”。由于患者厥阴犯胃, 肝体不足, 而阳气易充, 阴血难复, 病程较长, 病机复杂, 病情多变, 非以血肉有情之品, 则难以填充, 病位虽在胃脘, 但已伤及营血, 审证明确后予以育阴熄风之法, 则取得满意疗效。对于临床上常见病、多发病, 虽然现代医学有着较明确的方案, 但随着整合医学的发展, 中医在治疗的重要性上终会逐渐体现。

【参考文献】

[1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学 2006, 11(11): 674 - 684.
 [2] 屈静虹. 慢性萎缩性胃炎治疗分析[J]. 中外医疗, 2009, 28(36): 58.
 [3] 谢晶日, 葛阳, 张杨. 中医药治疗胃癌前病变的研究进展[J]. 中华中医药学刊 2013, 31(04): 714 - 715.