

g, 山楂 20 g, 马齿苋 20 g, 槐花 10 g, 白蔻仁 18 g (后下), 槟榔 10 g, 泽泻 10 g, 陈皮 10 g, 鸡内金 10 g, 黄芩 10 g, 葛根 15 g。5 剂。水煎, 每日 1 剂, 分 2 次口服。二诊: 药后小便淡黄, 舌苔薄腻, 脉象弦缓, 余症轻减, 大便常规: 粘液便, WBC: +, 守上方去泽泻、黄芩, 加藿香 10 g, 白蔻仁 10 g (后下), 继进 5 剂。三诊: 诸症大减, 大便常规检查正常。守上方继进 10 剂, 后以香砂六君子汤调理善后。

3 老年人

慢性肠炎为老年人常见病之一, 多因脾虚不运, 肾气不固, 肾阳不足, 肠失传导等因素形成。临床多表现为面色萎黄, 精神不振, 肢倦乏力, 饮食减少, 食后脘闷不舒, 稍进油腻则大便次数明显增多, 腹胀肠鸣, 完谷不化, 或黎明泄泻, 形寒肢冷, 腰腿酸软, 舌苔薄白, 舌质淡白, 脉象沉细或细弱。治当益气健脾, 温阳补肾, 固肠止泻, 方用参苓白术散、四神丸、桃花汤合方加减。

病案举例: 陈某某, 男, 66 岁, 干部。于 2004 年 8 月 17 日就诊。自述患慢性肠炎 3 年余, 时发时

止, 饮食不慎或受寒后发作, 半个月来, 自感神倦乏力, 不思饮食, 畏寒肢冷, 口淡无味, 腹胀肠鸣, 大便日行 3~4 次, 质稀带有粘液, 小便清白, 舌质淡白, 舌苔薄白, 脉象沉细。中医诊断: 泄泻 (脾虚失运, 肾阳不振)。西医诊断: 慢性肠炎。治法: 益气健脾, 温阳补肾, 固肠止泻, 方用参苓白术散、四神丸、桃花汤合方加减: 党参 15 g, 白术 12 g, 茯苓 10 g, 炙甘草 10 g, 砂仁 10 g, 干姜 10 g, 制附片 10 g (先煎), 赤石脂 10 g, 广木香 10 g, 马齿苋 20 g, 芡实米 18 g, 炒扁豆 18 g, 补骨脂 15 g, 肉豆蔻 10 g, 山楂 30 g, 鸡内金 15 g, 槟榔 10 g。5 剂, 水煎, 每日 1 剂, 分 2 次服。二诊: 药后大便粘液明显减少, 日行 2~3 次, 余症轻减, 继服上方 5 剂。三诊: 大便无粘液, 日行 1~2 次, 质软不稀, 余症明显好转, 守上方去槟榔、赤石脂, 加淮山药 15 g, 陈皮 10 g。四诊: 药后诸症大减, 舌脉正常, 守原方继进 10 剂, 水煎, 隔日 1 剂, 分 2 次服。药后病告痊愈, 随访 2 年, 病未发作。

(收稿日期: 2007-03-26)

十二指肠球部癌误诊为胃溃疡、十二指肠息肉一例报告

★ 涂飏 邹后发 熊小林 (江西省上高县中医院 上高 336400)

关键词: 十二指肠球部癌; 胃溃疡; 十二指肠息肉; 误诊

中图分类号: R 574.51 文献标识码: B

患者, 女性, 28 岁, 因反酸、嗝气、上腹饱胀 2 个月, 餐后呕吐伴体重减轻 1 个月入院。患者于 2 个月前在无明确诱因下出现反酸、嗝气、上腹饱胀等症状而自服胃药 (具体用药不详) 治疗, 但症状无缓解。在广州市常平镇医院内科保守治疗 1 周无效, 故转入本院要求进行手术治疗。胃镜检查示: 胃溃疡, 十二指肠巨大息肉; 胃镜病理活检结果: 十二指肠息肉; 术前诊断: 胃溃疡, 十二指肠巨大息肉; 拟行手术: 胃次全切除术。术中所见: 十二指肠球部后壁见一大约 4.5 cm × 2.5 cm × 1.8 cm 瘢痕, 质硬、活动度差、阻塞整个肠腔, 病灶周围无肿大淋巴结, 行毕罗 II 式胃次全切除术。分离十二指肠系膜时, 球部后壁形成瘢痕组织与胆总管下段粘连紧密, 小心分离粘连, 关闭十二指肠残端。标本送病理检查。

术后病理结果: 十二指肠球部粘液腺癌。

讨论: 原发性十二指肠癌临床少见, 尤其以十二指肠球部癌罕见。50 万例尸检资料显示, 十二指肠癌发生率为 0.035%, 占胃肠恶性肿瘤的 0.3%, 占小肠癌的 33~45%。十二指肠肿瘤首发症状以体重减轻和腹痛、腹胀为主, 部位以降段多见, 大体可呈溃疡型、息肉型等。因本例患者以反酸、嗝气、上腹饱胀、呕吐为主要症状, 术前病检为息肉, 术中探及球部后壁瘢痕, 也无淋巴结肿大, 且以往未碰到过球部溃疡癌变病例, 我们认为此病诊为十二指肠球部息肉并溃疡, 而未行术中冰冻切片检查是造成误诊的主要原因。

(收稿日期: 2007-03-30)