

慢性萎缩性胃炎中医辨证施治的研究

中国人民解放军北京部队总医院消化内科 周 兰 陈 震 郑 力

慢性萎缩性胃炎(下称CAG)的中医辨证施治,国内已有不少报道,由于各家的诊断指标与疗效标准不一,不易肯定其确切的疗效。本文选择一组在我院长期随访的CAG患者,对其中胃内CAG病变较重、最大泌酸功能(MAO)低于8毫克当量/小时、临床症状明显的14例患者进行中医辨证施治,治疗期间两周复诊一次,半年为一疗程,最长不超过1年(2个疗程)。通过对本组的长期观察,摸索CAG的中医分型、方剂的选择以及治疗前后各项指标的变化,以观察中医对CAG治疗的效果。

治疗对象与方法

一、病例选择

为我院长期随访、有临床症状、胃粘膜病理证实CAG病变较重、胃酸分泌功能测定MAO在8毫克当量/小时以下的CAG患者。其中男12例,女2例;41~50岁3例,51~60岁6例,61~70岁5例。

二、中医辨证施治方法

治疗前由固定消化专业的中医进行辨证分型定方,治疗第一个月在已定方剂上辨证加减,逐步达到方剂固定,守方治疗半年至1年,治疗中每两周复诊一次。

三、胃镜检查要求

治疗前后由固定医生做胃镜检查,观察胃内病变,并于胃体和胃窦的大小弯、前后壁共八处取胃粘膜活检,送病理组织学检查。

四、胃酸分泌功能测定

治疗前后皆做五肽胃泌素胃酸分泌功能测定。

五、中医辨证分型

1. 脾胃虚寒型:共5例。患者具有胃脘

胀满隐疼,食后加重,喜暖喜按,纳差,便溏,神疲懒言,脉沉细无力,舌质淡、苔薄。治以健脾益气开郁为主,方宗黄芪建中汤加减:生芪,桂枝,白芍,甘草,云苓,陈皮,半夏曲,大枣,良姜,旋复花。黄芪建中益气,加陈皮、旋复花开泄郁闭,全方有益气开郁之功。

2. 脾胃湿热型:共4例。患者具有嗳气不暢,胃脘胀满,口干不欲饮,头重身倦,大便不爽,脉濡滑,舌红、苔白厚黄腻。治以宣郁醒脾,通利三焦为主,方用藿朴夏苓汤合三仁汤加减:藿香,佩兰,苏梗、云苓,川连,半夏,葛根,滑石,甘草、车前草,白扁豆。本方以三仁汤通利三焦,重用苏梗、藿香、佩兰以开泄中焦,醒脾和胃宣郁。

3. 肝胃不和型:共4例。患者具有胃脘胀疼,嘈杂不适或胁疼,嗳气反酸,情志不遂时症状加重,脉弦滑,舌质边尖稍红、苔薄白。治以疏肝和胃解郁为主,方选柴胡疏肝散加减:枳壳,赤白芍,丹参,白术,香附,当归,半夏曲,川连,旋复花,代赭石。在以柴胡疏肝和胃解郁的基础上,重用香附、枳壳、旋复花、代赭石以理气机,镇气逆,降痰血解肝气之郁结。

4. 胃阴不足型:1例。患者胃脘灼热不适,口干喜冷饮,五心烦热,夜寐不安,搜黄便秘,脉细数,舌红少苔。治以养阴益胃散郁为主。方用一贯煎加减:沙参,麦冬,石斛,当归,香附,川楝子,香橼皮。在养阴益胃通滞涩的基础上,重用香附、川楝、香橼皮以散郁。

本组病例坚持1年以上治疗者10例,半年以上者4例,在中医辨证治疗过程中全部戒烟,并禁用其他药物。

结果与分析

一、临床症状改善情况

CAG患者一般均有不同程度的症状表现,但亦有一些患者胃内病变较重而无任何不适。本文选择有症状者进行治疗以便观察疗效。全组14例治疗前共有症状45项,治疗后尚存5项症状未消失,本组临床症状消失率为88.9%,见表1。

表1 治疗前后症状对比

	胃脘 不 适	胃脘 疼 痛	腹 胀	噯 气	纳 呆	腹 泻	口 干	反 酸 烧 心	喜 热	总 计
治疗前	8	7	7	7	5	5	3	2	1	45
治疗后	0	1	1	1	0	0	1	1	0	5

二、中医舌、脉诊改变

本组CAG患者治疗前后舌质、舌苔、脉象的表现,以舌质的改变最为明显。中医认为舌质淡红者是近似正常的。本组治疗前舌质淡红者6例,治疗后增加至10例。舌苔与脉象治疗前后变化不大,与国内多家报告一致^(1~3)。

三、胃酸分泌功能改变

治疗前全部病例胃酸最大分泌量皆低于8毫克当量/小时,治疗后胃酸最大分泌量测定结果,较治疗前有上升者11例,无变化者2例,下降者1例。治疗后胃酸分泌功能上升者占78.6%。

四、胃粘膜活检组织学变化

14例CAG患者治疗前后皆由专人进行胃镜检查,并于胃镜下取胃窦和胃体的大小弯、前后壁共八处胃粘膜活检,经组织学检查观察,对比治疗前后胃粘膜表浅炎症、肠上皮化生程度及固有腺体受损情况,结果见表2。

表2 治疗前后胃粘膜组织学变化

	炎 症			固有腺受损			肠上皮化生			
	轻	中	重	轻	中	重	无	轻	中	重
治疗前	2	6	6	1	5	8	1	6	2	5
治疗后	7	7	0	3	10	1	4	5	3	2

其中治疗后固有腺体受损有好转者9例,好转率为64.3%。

讨 论

我国CAG的发病率较高,一般占内镜受检病例的7.5~13.8%^(4,5),在胃癌高发区内,CAG的发病率可高达28.1%⁽⁶⁾。国内随访CAG 10年以上资料中胃癌发生率为1~10%,我院随访65例CAG,10年中胃癌发生率为3.1%⁽⁷⁾。1978年世界卫生组织将CAG列为胃癌前状态之一,因此,如何防治CAG与防治胃癌工作有着密切关系。

近年来,虽已报道不少治疗CAG的方法,包括中医中药治疗在内,终因CAG的发生是一个长期缓慢的过程,疗效的指标不易判定,至今尚未获得较为满意的治疗方法。本研究在我科长期随访(平均7年,最长者10年)CAG患者的基础上,选择其中胃内CAG病变较重、胃酸分泌功能偏低且又具有临床症状的14例患者,进行中医辨证施治半年至1年的观察,结果临床症状消失率88.9%,胃酸分泌功能MAO上升者78.6%,胃粘膜活检组织学证实固有腺体受损程度有好转者为64.3%。

本组14例CAG患者,经中医辨证分型,其中仅1例为胃阴不足型,余13例皆由脾胃之气不畅所致。因脾胃之气为一身之气的枢机,交通上下,布达四末,为后天之本。如中气虚弱则枢转气机被郁,可导致中焦脾胃之气升降失调,气血运行受阻,日久必使胃之脉络失养,胃壁粘膜失荣。又如脾胃湿热时,中焦气机受阻,湿邪内停,蕴郁生热,久之亦发为“胃萎”。另一方面,中焦受阻,土虚木克,可出现肝胃不和的一系列症候。调畅气机使脾胃功能恢复是非常重要的。因此,我们认为CAG的治则应以开郁、宣郁、解郁、散郁为主。本文所列四型之治则均不离调畅气机。如寒性收引,阻碍气机治以开郁;湿热之邪,性质粘腻,治以宣郁;肝气郁结,横逆犯胃,治以解郁;阴血不足,滞涩气机,治以散郁。由于观察病例尚少,遇到的分型不多,尚需进一步摸索。

通过以上工作,有一些体会供同道讨论。首先是关于CAG治疗的认识。由于CAG的治疗困难,一是疗程太长不易坚持,二是没有理想的治疗方法,因此一般停留在每年一次内镜随访以未发现癌的征兆为止的被动防治状态。根据我院随访(平均七年)的CAG患者65例中,有11例胃内病变加重,其中2例发展为粘膜内癌,余54例胃内病变长期处于稳定状态。经对比分析,我们对随访的65例CAG中病情较重的40例患者,分别进行了半年以上的治疗观察,包括小剂量5-肽胃泌素肌注、中医辨证施治等,同时对患者生活、饮食、戒烟酒、解除对疾病顾虑等进行医疗指导,可以看出其中绝大部分患者的症状消失或改善,胃酸分泌功能及胃粘膜活检组织学表现,有一定程度好转或稳定,因此认为对CAG的治疗与不治,其发展的后果并不一样,应积极研究CAG的治疗方法,至少对不断加重的CAG患者必须给予较为合理的治疗。其次是关于对CAG的

疗效判定标准。CAG在胃内病变呈灶性或弥漫性,若以胃粘膜活检观察固有腺体的受损程度作为主要判断指标,就必须要求活检组织钳取的深度达到粘膜肌,活检的部位能代表病变的真实性。目前我们采取的治疗前后固定专人在胃窦和胃体的大小弯、前后壁钳取组织的方法是否合理,尚待认真讨论。此外,应多设疗效观察指标如胃酸分泌功能测定、血清胃泌素测定等,以便疗效的分析更为全面。

参 考 文 献

- (1) 周丽萍等:非胃理气汤治疗萎缩性胃炎14例小结。浙江中医杂志19(11):511, 1984。
- (2) 张继祥:关于慢性萎缩性胃炎几个问题的探讨。江苏中医杂志3(6):1, 1982。
- (3) 陈泽民等:中医药治疗萎缩性胃炎伴肠上皮化生35例疗效观察。中医杂志25(4):36, 1984。
- (4) 唐谊海等:2200例胃粘膜活检的病理组织学研究。内部资料, 1984。
- (5) 吴锡源:慢性胃炎 胃肠疾病。81页,江苏科技出版社, 1981。
- (6) 陶嘉泳等:11411例纤维胃镜分析。内部资料, 1984。
- (7) 周兰等:浅表性胃炎和萎缩性胃炎随访分析(待发表)。

黄连食醋白糖山楂饮治疗萎缩性胃炎

辽宁省锦县中医院 张茵州 方桂成 郝政华 陈守信

我们自1979年底参照1978年6月郑州胃粘膜病变讨论会所定分类标准,筛选了经胃镜检查、胃液分析明确诊断为萎缩性胃炎的病例共24例,采用自拟黄连食醋白糖山楂饮观察治疗,收到较好疗效,报告如下。

一般资料:患者均为男性,年龄24~39岁。其临床表现及饮食共性为:形体虚弱,食欲不振或减退,上腹部钝痛,餐后饱胀,腹泻大便不成形,面黄,咽干,舌红少津,喜食酸甜味,喜饮白酒或其他烈性酒。胃镜检查:粘膜颜色苍白或红白相间,粘膜下血管显露,其状如树枝样变,或胃粘膜橘红色泽丧失,呈灰色或灰绿色,粘膜变薄,在局限之萎缩区其周围粘膜稍隆起,粘膜下血管分枝清晰可见。24例胃液分析,空腹总酸度均为10度;游离酸度0度。

黄连食醋白糖山楂饮配制、服法及用量:取黄连500克,食醋500毫升(瓶装醋为优),白糖500克,山楂片1000克,加开水4000毫升,混合浸泡7日,即可服用(禁用塑料制品装存)。每日3次,每次50毫升,

饭后服。

治疗结果:24例中,除1例因患坏死型胰腺炎合并DIC死亡终止治疗外,其余患者服药90~150天。胃镜复查除2例由萎缩性胃炎转变为浅表性胃炎外,另外21例胃粘膜萎缩性病变消失,恢复正常。临床表现形体渐丰,胃痛、胃胀消失,饮食量增加或正常。胃液分析空腹总酸度、游离酸度均达正常范围。随访至1985年无一例癌变或复发者。

讨论与体会:本组观察治疗对象均不同程度较长时间服稀盐酸、胃蛋白酶等药,疗效不理想。在治疗中服从医嘱忌服白酒及其他烈性酒。本组病例临床多表现形体消瘦虚弱,食欲不振或减退,面黄,咽干,舌红少津,上腹部钝痛,餐后胀饱,大便不成形,喜食酸甜之味。证属胃阴不足,食积内停,郁而化热,热伤津液。食积郁热为其本,热伤阴液为其标。取黄连苦寒清热,又取山楂、白糖、食醋酸甘化阴,消食健胃,故收其效。