

综 述

中医药治疗慢性萎缩性胃炎的现状与展望

辽宁省锦州市中医研究所 孙 本 林

慢性萎缩性胃炎(以下称CAG)是消化系统的一种常见病,一般占胃镜受检病例数的7.5~13.8%⁽¹⁾,在胃癌高发区内CAG的发病率可高达28.1%⁽²⁾。1978年世界卫生组织将CAG列为癌前状态之一。现代医学认为CAG是胃粘膜固有腺体减少的一种退行性改变,部分学者认为病变形成后不能逆转。国内CAG多属B型,胃粘膜萎缩主要见于胃窦部⁽³⁾。CAG迄今尚无理想的防治方法。

CAG属于中医“胃脘痛”、“嘈杂”、“吞酸”等范畴。近年来中医药治疗CAG有一定的疗效。现将有关文献综述如下。

病机探讨

现代医学认为,CAG以胃腺体萎缩、胃粘膜变薄、粘滞肌层增厚及伴有肠上皮化生为其病理特点。据金氏⁽⁴⁾报道胃粘膜血管扭曲、血管壁增厚和管腔狭窄是CAG病理组织学基础。据肖氏⁽⁵⁾报道CAG分为自身免疫型、高分泌型、环境型三型,其中第一、三型和胃癌的发生有密切关系。中医认为CAG很少为单一的病理变化,多为虚实兼见。正虚多为脾虚,少数为气阴两伤;邪实多为肝逆犯胃、气滞血瘀和湿热内蕴。不少文献报道CAG常见胃阴不足。正如唐容川所说:“胃燥不能食,食少不能化,譬如釜中无水,不能熟物也。”引起胃阴不足的原因,其一为嗜食辛辣食物或过嗜烟酒,其二为肝气郁结化火乘胃。正如《素问·天元纪大论》说:“肝郁之发,民病当心而痛。”对胃阴不足的认识也有不同看法:张继泽等⁽⁶⁾对CAG病人197例初步统计,胃阴不足型仅占16.9%;又据解放军271医院⁽⁷⁾报道83.17%的CAG病人经用五肽胃泌素法测定其泌酸功能属于正常酸或高酸。李恩复⁽⁸⁾认为本病病因以饮食不节、情志所伤为突出,病人脉多弦滑或弦细滑,符合本病多实证、热证或虚中夹实。笔者认为CAG患者中证见胃阴不足者虽高

于浅表性胃炎和溃疡病患者,但胃阴不足在CAG病人中不屈多数。CAG属慢性病变,病程很长,久病入络,CAG的肠上皮化生、息肉及假息肉的形成均与其久病入络、血瘀症结有关。CAG的病位在胃,胃为阳土,喜湿恶燥,病久多寒湿化热,燥热伤阴;或气郁日久,化火伤阴;或久病入络,胃络瘀闭;或过食肥甘,湿热内生。CAG病机总的说来不外热(胃热)、虚(胃阴不足或脾胃虚弱)、气(气滞或气逆)、瘀(瘀血阻络)、湿(内湿)五个方面,病变多属虚中夹实之证。

治疗方法

CAG的中医药治疗方法各地报道较多,不外乎以下三种:辨证分型治疗、专方验方治疗、专方验方结合辨证用药治疗。辨证分型方法归纳起来较为常见的有以下五型。

一、胃阴不足型^(9,10-15)。此型的诊断依据是胃脘隐痛,嘈杂不适,胃纳欠佳,口干舌红,苔黄少津,脉细数。治以甘凉养胃为主或佐以微酸,临床常用沙参麦冬汤加减。药用:沙参,麦冬,石斛,花粉,竹茹,山楂,麦芽,生甘草。若兼见烦渴、干呕、齿衄,证属胃阴亏损、虚火内灼者,治以甘寒、酸甘合用,少佐清泄之品,可用玉女煎加减;若兼见胸胁腹痛、口干口苦、脉弦数,证属肝胃阴虚、血燥气郁者,治以养肝益胃、润燥解郁,可用一贯煎加减。朱氏⁽¹⁶⁾报道用“胃安II号丸”治疗CAG属于胃阴不足者60例,结果显效19例,好转37例,总有效率为93.3%。“胃安II号丸”由白芍、甘草、石斛各3克,北沙参、黄精、山楂、枳壳各6克,黄连5克组成(一日量),制成胶丸,每次6~8粒,每日3次。朱氏⁽¹⁷⁾治疗胃阴不足、肝火乘胃而致本病者,治以养胃阴以制肝木,药用沙参、麦冬、知母、芍药、乌梅、柿霜、甘草等酸甘化阴之品,并参以少许轻清之品如佛手片、谷麦

穿等,以使动静结合,滋而不膩,补而不滞。许氏⁽¹³⁾治疗 CAG 的体会认为胃阴不足和脾阳虚弱二者实难截然分开,治当滋阴与健脾合用。许氏认为,治疗 CAG 不可单用甘酸之品,若纯补可致气壅,药力难达病所;胃以通为补,但辛通太过可致化燥伤阴。因此对 CAG 的治疗应在养胃健脾之中略兼疏通,慎用开破之药。他常用“地丁散”治疗,该方系朱南山先生家传秘方。药用:生地,丁香,黄连,白术,陈皮,厚朴,党参,麦冬,五味子,乌梅,甘草。本方以滋阴为主,温补辛通为辅。

二、肝胃不和型^(9,8~14)。此型的诊断依据是胃脘胀痛,攻撑胸胁,嗳气吞酸,口干而苦,舌红苔黄,脉弦或脉数。治以疏肝和胃为主,方用四逆散合柴胡舒肝散加减。药用:柴胡,枳实,白芍,甘草,香附,黄连,丹参,山楂,麦芽,薏仁,陈皮。若症见胸胁胀满、胃痛喜按、得食而缓、食后欲呕、脉濡无力者,证属“土虚木贼”,治疗时忌投刚燥行气之品,偏气虚者可用异功散加减,偏阴虚者可用一贯煎加减。朱氏⁽¹⁰⁾报道用“胃安 I 号丸”治疗 50 例,获显效 5 例,好转 35 例,总有效率为 80%。“胃安 I 号丸”由川楝子、元胡、山楂各 6 克,佛手 3 克,砂仁 1.5 克,黄连 5 克,维生素 C 300 毫克组成(一日量),制成胶丸,每次 6~8 粒,一日 3 次,适用于 CAG 属于肝胃气滞型者。殷氏⁽¹¹⁾等自拟“胃炎冲剂”治疗 CAG 310 例,结果治愈 8 例,显效 224 例,好转 70 例,总有效率为 97.4%。该冲剂由檀香、肉桂、细辛、山楂、内金、苡仁、木香、乌梅等制成,每包 20 克(内含生药 4 克),每日 3 次,适用于 CAG 属于肝胃气滞兼脾虚湿(食)阻者。

三、脾胃虚弱型(包括脾胃虚寒)^(9,10,12~15)。此型的诊断依据是胃脘疼痛,食后尤甚,喜得温按,纳呆乏力,肠鸣便溏,舌淡苔白,脉缓无力。治以健脾和胃为主,方用六君子汤或参苓白术散加减。药用:党参,炒白术,苡仁,茯苓,木香,砂仁,陈皮,半夏,麦芽。若腹痛便泻,苔白脉紧,虚寒偏重者治以温补脾胃,方用黄芪建中汤合良附丸加减。李世俊⁽²⁰⁾自制“养胃冲剂”治疗 CAG 之属于脾胃气虚者 132 例,结果显效 54 例,好转 57 例,总有效率为 84.1%。“养胃冲剂”由黄芪、党参、白芍、生甘草、山药、陈皮、生香附、乌梅、白糖等制成,每次 15 克,每日 3 次。据王氏⁽¹²⁾报道,北京中医学院东直门医院检查 50 例 CAG 病人,发现其中 27 例淡舌者临床表现均有正气不足之象,王氏认为脾胃虚弱或脾胃虚寒在 CAG 病变中是最常见的。另据李氏⁽²¹⁾报道,在 108 例 CAG 病

人中,属阴阳两虚者 66 例(61%),说明本病阴损及阳或阳损及阴的现象是普遍存在的。治疗时温阳之剂宜温而不燥,免伤阴液;养阴之剂不宜过于滋腻,以免滞气。临床治疗 CAG 时应依据不同的主症和兼症,合理用药,兼顾阴阳以顺应脾胃之气。

四、瘀血阻滞型^(9,10)。此型的诊断依据是胃脘疼痛日久不愈,或痛有定处,痛如锥刺,或痛处可触及包块,大便色黑,形体消瘦,面色晦暗,舌有瘀斑,脉弦细或涩。治以活血化瘀为主,方用桃红四物汤合失笑散加减。药用:桃仁,红花,当归,川芎,赤芍,五灵脂,生蒲黄,元胡,丹参,泽兰,降香,九香虫。苗氏⁽²³⁾自拟“活血化瘀汤”,药用黄芪 20 克,当归、川芎、枳实各 15 克,良姜、乳香、没药、炙甘草各 10 克,治疗 CAG 属于气虚兼滞、寒凝血瘀者 50 例,结果治愈 21 例,好转 27 例,总有效率为 96%。孙氏⁽²⁴⁾自拟“益气活血汤”,药用黄芪 30 克,丹参、生蒲黄各 15 克,肉桂、乳香、没药各 8 克,吴萸、三棱、莪术、乌梅各 10 克,川芎 12 克,治疗气滞血瘀兼脾胃虚寒的 CAG 患者 60 例,结果显效 49 例,好转 7 例,总有效率为 93.3%。赵氏⁽²⁵⁾自拟“丹参饮”,药用丹参、川楝子各 15 克,檀香、莪术、元胡、佛手各 9 克,砂仁 6 克,按不同兼症加味治疗具有血瘀症状的 CAG 102 例,结果治愈 18 例,显效 54 例,有效 26 例。宋氏⁽²⁶⁾认为,本病初病在气,久病入血,虽有虚象,皆为瘀血阻络之症,不可妄投补益之剂。

五、脾胃湿热型^(9,11~14)。此型的诊断依据是胃脘满闷不适或疼痛不已,嘈杂嗳气,口臭纳呆,便溏不爽,舌红苔腻,脉弦数或滑数。治以清热化湿,健脾和胃为主,方用三仁汤合藿朴夏苓汤加减。药用:藿香,佩兰,厚朴,半夏,茯苓,苡仁,薏仁,黄连,苏梗,竹叶,大黄,滑石。潘氏⁽²⁷⁾自拟“胃炎 1 号”方,制成片剂服用,适用于 CAG 之属于气虚滞湿夹热型或气虚瘀湿夹热型患者,药用党参、黄芪、白术、白芍、神曲各 3 克,仙灵脾、黄连、元胡、当归、柴胡、莪术各 2 克,砂仁、甘草、陈皮各 1.5 克(一日量)。另拟“胃炎 2 号”方,制成片剂口服,适用于 CAG 之属于气阴虚滞热夹湿型患者。药用玉竹、沙参、黄芪、麦冬、佛手、花粉、山楂、枸杞各 6 克,山药、麦芽、谷芽、丹参各 9 克,白芍 10 克,黄连、甘草、五味子各 3 克(一日量)。潘氏用上述二方治疗 54 例,结果显效 29 例,好转 22 例,总有效率为 94.4%。潘氏认为, CAG 病人喜热恶凉者并非尽是寒证,如湿热内阻、阳气内郁出现寒象者,错投散寒温中之药是弃本从标,胃为阳明之腑,体阳而用阴,湿热之剂,尤

当慎用。

疗效标准探讨

CAG的诊断目前主要依据病理、胃镜、临床观察等方法,其疗效判定标准各地报道颇不一致。笔者综合文献和本人临床体会,提出以下综合的判断标准,供临床参考。

疗效分四级:(1)近期痊愈:临床症状和体征消失,食欲正常,体重增加;经胃镜2~5次复查,胃粘膜萎缩性改变基本消失或仅有浅表性炎症改变;病理检查示固有膜无腺体萎缩,一年内未复发者。(2)显效:临床症状和体征明显消失,食欲改善,体重增加;胃镜复查2次以上,胃粘膜灰白区消失或基本消失,呈红白相间或以红象为主,未见蓝色血管;病理检查示固有膜无腺体萎缩。(3)好转:临床症状和体征基本消失或主要症状明显减轻,食欲好转,但仍遗留部分症状;胃镜检查见胃粘膜灰白区范围缩小,蓝色血管减少;病理检查见固有膜腺体萎缩程度减轻或萎缩病变范围缩小。(4)无效:临床症状和体征无改善,甚或加重;胃镜检查见胃粘膜萎缩改变无变化或加重;病理检查见固有膜腺体萎缩无变化或加重。

值得探讨的是,CAG病人的临床症状和体征的改变与胃粘膜改变往往不相一致,胃镜和病理检查有时也难于反映胃粘膜的真实全面情况。据汪氏^[28]介绍,尽管许多报告都以胃粘膜活检的病理变化作为判断CAG治疗前后对比的主要依据,但胃镜诊断与病理诊断其符合率约为50~70%,而胃粘膜活检也由于受取样数目有限(萎缩性改变常为局灶性)或取样过浅(未见粘膜肌)以及复查前后取样部位不一致等因素的影响,难于真实全面地反映胃粘膜的情况,这就为CAG的疗效判断带来困难。因此提出,对CAG的疗效判断应当从多方面进行综合分析。李氏^[29]报道在CAG的实验室检查方法中,应用胃酸分泌试验、胃粘膜屏障功能测定、胃液免疫球蛋白测定、胃液乳酸测定等方法可以动态观察胃的功能状态。应用实验室生化、免疫等方法配合临床、胃镜、病理以及放射诊断等进行综合分析,能够更准确地掌握胃粘膜情况。

体会与展望

CAG病人常因病延日久,诸因交错,虚实夹杂,证候繁多,临床上不能以一法一方统治诸症,应当按不同病情,随症分析,灵活用药。

CAG的治疗应从整体出发,注重脏腑间的生克制化规律,通过调整全身的机能活动,来促进胃粘膜

局部病变的好转,如王氏^[30]报道用清金益土之法治愈CAG属于肺家痰热,继耗胃阴之证者。CAG的治疗还当注意治标与治本两个阶段,按病情各有所偏重,不可截然分开。如黄氏^[31]报道治标常用活血化痰以及养胃阴以助消化,止泻以促进营养吸收;治本常用补气养血药。

CAG的中医药治疗,按目前文献报道尚停留在临床观察对比阶段,在治疗上还缺乏足够的实验依据,今后应加强药物研究,对比筛选出有效的治疗药物。对CAG治疗的前瞻性试验研究,也需要全面展开。

CAG的疗效判断方法,目前还存在不少问题,主要是缺乏CAG治疗前后可靠的疗效判断对比标准,这就影响了疗效判断的科学性。今后如何进行双盲对照和制定出比较客观的观察指标是非常必要的。另外,如何进一步运用现代多学科的方法研究CAG的本质,不仅研究胃粘膜病变局部的疗效,也要研究病人全身机能状态的变化,使CAG的研究在理论体系和治疗方法上,力争有所创新。

目前国外对慢性胃炎的研究,比较注意作长时期的追踪观察,探索不同病理情况的转归,注意作生化、免疫等方法的综合考察,强调内窥镜所见与组织学诊断的对比观察等,值得国内今后治疗和研究CAG的借鉴。

参 考 文 献

- (1) 吴锡源:慢性胃炎·胃肠疾病。81页,江苏科技出版社,1981。
- (2) 陶嘉谟:中华医学会第一届全国消化系内窥镜学术会议选编,1984。
- (3) 江绍基:中华消化杂志(1):5,1981。
- (4) 金冠球等:中华消化杂志(1):18,1984。
- (5) 肖树东:中华消化杂志(4):203,1985。
- (6) 张继泽等:中医杂志(8):13,1982。
- (7) 解放军271医院:天津医药(9):521,1983。
- (8) 李恩复:山东中医学院学报(2):43,1985。
- (9) 陈云芝:陕西中医(11):488,1985。
- (10) 曹希和:上海中医药杂志(4):17,1983。
- (11) 陈泽民等:中医杂志(4):36,1984。
- (12) 许自成等:中西医结合杂志(6):342,1986。
- (13) 李文俊等:中医杂志(10):37,1985。
- (14) 周兰等:中医杂志(6):26,1986。
- (15) 陈光伟:陕西中医(11):490,1985。
- (16) 朱海龙等:中医杂志(2):30,1982。
- (17) 朱良春:新中医(2):4,1986。
- (18) 许继祥:浙江中医杂志,(11):512,1984。
- (19) 殷德璠等:中医杂志(7):36,1985。
- (20) 李世俊:中医杂志(11):30,1986。
- (21) 王庆其:上海中医药杂志(8):19,1982。
- (22) 李春越:中医杂志(10):27,1984。
- (23) 苗世举:中西医结合杂志(5):267,1986。
- (24) 孙威茂:中医杂志(9):23,1983。
- (25) 赵汉鸣:中医杂志(4):20,1986。
- (26) 宋凤婷等:河北中医(3):17,1986。
- (27) 潘秀珍等:中医杂志(2):27,1984。
- (28) 汪鸿志等:慢性胃炎。263页,人民卫生出版社,1985。
- (29) 李心春等:辽宁中医杂志(11):23,1986。
- (30) 王德元:上海中医药杂志(4):18,1986。
- (31) 黄秉良:辽宁中医杂志(3):29,1983。