

论 坛

中医药治疗慢性萎缩性胃炎专家经验谈

主题词 胃炎, 萎缩性/中医药疗法

◎ 名医经验

马 山 (中国人民解放军海军青岛疗养院 山东 266000),

近十余年来, 我们共诊治慢性萎缩性胃炎(以下简称CAG)三千余例, 获得较好疗效。我认为CAG临床症状很多, 辨证时要抓主要矛盾, 不能完全凭症论治, 要抓本病的基本病机和病理变化。根据对三千余例CAG的统计, 上腹部疼痛、胀满、嗳气、遇寒加重、得热则舒者占90%左右, 一派脾胃虚寒证象; 再则齿龈及上下唇系带周围粘膜紫色或暗紫色或暗红色者共占90%左右, 有夹瘀表现。因此, 我认为CAG辨证分型, 多数为虚寒夹瘀。再则, 胃镜象见胃粘膜变薄, 充血水肿、色暗或灰暗, 红白相间以白为主, 粘膜粗糙不平或呈结节隆起, 表明病变局部瘀阻, 缺血缺氧, 以至缺乏营养供给, 导致腺体萎缩等病变。我们以补气温中、活血化瘀为基本治则制定基础方, 根据辨证或病理变化再予适当加减。基础方组成: 黄芪30克, 桂枝10克, 细辛3克, 吴茱萸10克, 丹参30克, 川芎10克, 当归10克, 赤芍10克, 桃仁10克, 红花10克, 三棱10克, 莪术10克, 蒲黄10克, 乌药10克, 丹皮10克, 水蛭10克, 甘草6克。若胃内除炎症外, 还见粘膜隆起, 粗糙不平, 加炮山甲、王不留行、白花蛇各10克; 炎症区胃粘膜顶端见有粘膜缺损或脐样凹陷者或中央有糜烂者加蒲公英、生地、半夏、泽泻、银花各10克。

我认为合并胆汁返流是CAG复发的主要原因。我们发现, 造成胆汁返流有三个原因: 其一, 胆道感染合并胆汁返流, 这类病人多有胃部烧灼感, 不宜用三黄, 因为三黄水煎剂偏碱性, 对胃酸少并有胆汁返流者加用乌梅、山楂等; 其二, 十二指肠有畸型, 肠液潴留并胆汁返流, 对此, 只能松解畸型, 通畅肠道; 其三, 胃大部切除后合并残胃炎, 加之胆汁返流。要重视这三种胆汁返流, 否则CAG易复发。

我们认为, 对CAG腺体已恢复者, 每年仍需服

药1个月, 每年作1次胃镜复查, 预防其复发。

张继泽(南京中医学院附属医院 江苏210029),

根据张泽生老中医的经验, 我对CAG的辨证抓以下三点: 辨虚实、病位, 辨寒热, 辨气血。在治疗上大抵遵“脾以守为补, 胃以通为补, 肝以散为补”这一原则。CAG以虚证为多见, 是临床的主要病机和证型, 治疗上应以补虚为主, 少佐辛散。对中虚气滞证, 治用益气温阳法, 小建中汤加减, 其中重用桂枝、白芍, 但白芍量应倍于桂枝, 既可加强止痛之力, 又能抑制桂枝辛温伤阴之弊, 如痛势不挫可加用白芷、川贝; 对肝胃不和证, 治用疏肝和胃法, 柴胡疏肝饮加减, 其中柴胡应醋制, 以免疏泄太过, 嗳气甚者可用旋复代赭汤; 对胃阴不足证, 治用甘凉养胃法, 或佐微酸法, 沙参麦冬汤或一贯煎加减, 烧灼感明显者宜加重乌梅炭、白芍、炙甘草量; 对气滞血瘀证, 治用化瘀通络、理气和胃法, 血府逐瘀汤加减, 用炙五灵脂、九香虫、煅瓦楞效果好。

在治疗CAG时我有以下几点体会: (1) 甘温调中, 慎用开破。CAG以中虚证多见, 甘温补中法为主, 佐以辛散, 甘温常用党参、白术、当归、甘草, 行气多用木香、佛手、陈皮、苏梗等。对虚痛虚痞, 应补中兼通, 通而不伐。(2) 散中有收, 气药常配血药。如中虚气滞, 常配白芍、当归于益气药中; 肝胃不和、胃气不降, 常用白芍配沉香; 脘胁痛, 头晕目眩, 用白芍配川芎、制首乌、五味子、白蒺藜。(3) 根据脾胃升降, 权衡升降润燥。如胃气上逆者, 多以二陈汤为主, 根据寒热兼症, 选配药物。(4) 开痹散结, 当先疏启其中。如舌苔灰腻, 胸脘痞塞, 以瓜蒌薤白半夏汤通阳开结; 脾虚失运, 食少虚痞, 用香砂六君汤健运疏导。

另外, 我认为CAG辨证为气滞者, 服冲剂不宜, 目前冲剂中多数加有30%左右的糖, 服用后很易造成中气更滞, 不利于治疗。建议制作各类胃炎冲剂时应考虑此问题。

严佩贞(上海市第一人民医院上海 200000),

在张镜人老师的指导下, 十余年来本项研究取得

了一些成果,曾获1986年国家中医药管理局甲等成果奖。张老认为,CAG肯定有一个中医的症候群。慢性胃炎的病变虽在胃部,但亦涉及肝、脾二脏及少阳胆腑。慢性浅表性胃炎偏重于肝胃失调,而呈气滞郁热证候;而CAG偏重于脾胃不和,而呈气虚血瘀证候,气愈滞则热愈郁,气愈虚则血愈瘀,互为因果,逐步演变为虚实错杂的病理变化及临床证候。临床观察证实,CAG辨为气虚血瘀者占70%左右,另30%有兼症,如肝郁、湿阻、里热、阴虚等。张老抓住这70%者的主证立法,创立调气活血法,调气包括补气、理气,活血包括和营、通络、化瘀、养血。我们拟定了萎缩安冲剂,并随症加减。萎缩安冲剂由太子参、柴胡、炒黄芩、丹参、制香附、徐长卿等组成。兼肝郁者加八月札、玉蝴蝶;湿阻加佩兰、炒苡仁;里热者加连翘、知母;阴亏者加南沙参、川石斛;胃脘胀满加炒枳壳、佛手片;胃脘疼痛加炙元胡、九香虫;纳呆加香谷芽;嗳气加旋覆花、代赭石;胃内嘈杂加炒山药、扁豆;便溏加炒山楂、炒六曲;低酸加炙乌梅、木瓜等。经治疗后,症状有效率为89.4%,病理有效率为78.8%,腺体萎缩逆转率为27%。治疗后多数患者症状消失或好转,舌质转为淡红舌,舌苔转为薄白苔,疗效明显高于服用维酶素片的对照组。

我们还对CAG患者作了血清微量元素观察。治疗前CAG者血清硒、铁含量降低,治疗后硒、铁含量提高,接近于正常。胃癌者血清硒亦降低。对萎缩安冲剂的测定表明,硒含量较高,似乎表明冲剂可以阻断CAG向胃癌的发展。CAG者血浆环核苷酸测定表明:治疗前cAMP低于正常,cGMP在正常下限;治疗后血浆cAMP有明显提高,cGMP也有所提高。以上这些微观指标的改善,部分阐述了中医药治疗CAG的疗效机理。

李恩复(河北中医学院附属医院 河北050000);

经过十余年来对CAG的临床实践,我认为CAG的病位在胃。对CAG的病因病机及辨证的认识,首先要了解胃的生理特点。其一,胃为阳土,喜湿恶燥,喜濡润;其二,胃喜降恶升,腑气是宜通畅的;其三,胃喜通恶滞,以通降为顺;其四,胃喜凉而恶温,故宜凉润。由于胃的上述生理特点,其发病机理与脾迥异。据我们对1172例CAG发病原因统计,饮食不当者达84.81%,其中又以进食热烫辛辣引起者最多。CAG发病后,胃的病变向阳、实、热方向转化。为此拟定凉降润通的法则,其基本处方如下:当归9克,白芍30克,川芎9克,麦冬15克,元参15克,黄连6克,瓜蒌9克,清半夏9克,茵陈12克,菖蒲

12克,茯苓12克,香附12克,鸡内金9克,三七粉2克(冲服)。可随症加减,并配合服用我们研制的成药摩罗丹。我们对596例CAG进行了疗效观察,症状消失率达56.88%,症状减轻率33.26%。病理复查示,胃粘膜萎缩的治愈率达50.82%,其中轻度萎缩为74.55%,中度萎缩为20.81%,重度萎缩为12.5%。上述方药对不典型增生和肠上皮化生亦有显著治疗作用。

同时我们开展了中医药治CAG的多角度研究。以肌注五肽胃泌素为刺激剂测定最大泌酸值和高峰泌酸值,CAG者泌酸值显著异于正常人,摩罗丹能使低酸型或高酸型CAG者的泌酸功能得到较好恢复,具有良好的双向调节作用。用微型玻璃电极测定胃粘膜pH值,无酸及低酸者占63.68%,高酸者占4.04%。以热敏电阻探头直接测定胃粘膜温度,CAG男性患者,胃内各部位温度显著低于正常人,随病变发展,温度有显著差异的部位逐渐增多,而女性患者则无明显差异。以消化道运动功能测定仪测定幽门括约肌压力,CAG患者幽门括约肌压力降低,容易形成胆汁返流,这是导致CAG的一个致病因素。胃液免疫球蛋白含量测定示,CAG患者胃液pH>5时,IgG、IgA高于正常值。胃液中微量元素测定中,重度CAG患者,其胃液Cu、Zn含量高于正常人。我们认为从多角度探讨CAG的发病和变化规律,可能为辨证论治提供客观指标及评定疗效的可靠依据。

张琳(黑龙江中医研究院 黑龙江150000);

自1988年以来,我们一直从事幽门螺旋菌(以下简称HP)与CAG关系及中医药防治CAG的研究。我们对485例慢性胃炎患者,采用尿素酶试验、HP涂片镜检及细菌培养、电镜等方法进行综合检查,其总阳性率以CAG为最高,达66.7%,其次为胃溃疡(62.5%)和慢性浅表性胃炎(55.0%)。我们对CAG阳性患者进行辨证分型研究,经分析发现肝气犯胃、气滞血瘀型患者(多为初病者)的HP阳性率为56.7%,脾胃湿热夹血瘀型患者(病情加重者)的HP阳性率为78.4%,脾虚湿盛、寒凝血瘀型患者(久病病人,或上二型转化,有恢复者或加重者)的HP阳性率为63.6%。

我们还对53味中药作了对HP的抑菌试验,结果显示,三七、厚朴、党参对HP敏感,乌梅、元胡中度敏感,黄连、大黄、桂枝高度敏感。

经对二千余例的临床辨证研究,舌质暗淡有瘀点(斑)或暗红或淡紫,舌下静脉瘀张者占96%,正常对照组仅为10%。我认为血瘀证候存在于各型及病的全

程中, 我们根据患者的临床证候拟定了清热化瘀为主的方药: 黄连、大黄、白花蛇舌草、丹参、三七、黄芪、党参、白芍、乌梅、厚朴、葛根、桂枝等。大黄、黄连泻火解毒、化湿泄热, 并有很强的抑制、根除 HP 的作用; 白花蛇舌草清热解毒; 三七、丹参活血祛瘀而不伤正, 还能改善局部血液循环; 黄芪、党参补虚生肌, 加速胃粘膜上皮细胞的新生; 佐用桂枝, 以防苦寒伤胃, 并温通经脉; 胃痛者可重用白芍; 厚朴、葛根消痞除满; 乌梅涩肠止泻, 促进消化。治疗 3 个月为一疗程。经对 500 例治疗 1 个疗程的临床观察, 临床症状有效率为 98.1%, 胃镜有效率为 85.4%, 病理有效率为 79.6%, HP 清除率为 81.4%, 血瘀状态获明显改善。

田德禄 (北京中医学院附属东直门医院 北京 100700),

CAG 的症状表现与中医虚痞密切相关, 多起病缓慢, 病程长, 常反复发作, 时轻时重, 临床证候多以本虚为主。我们将 CAG 分为三个证候分别予以治疗。气阴两虚证予甘平养胃方: 太子参、炙百合、乌药、鸡内金、香橼皮等; 虚火灼胃证予酸甘益胃方: 沙参、麦冬、丹参、石斛、乌梅、佛手等; 脾胃虚弱证予甘温健胃方: 党参、黄芪、茯苓、白术、木香、当归、三七粉等。用上述方法治疗 3~6 个月, 症状改善率达 98.78%, 症状消失率为 65.45%。胃粘膜活检示, 中度以上萎缩和/或中度以上非典型增生和肠化, 治疗后消失率达 33.6%。

我们认为, CAG 病在胃脘, “胃痞”既说明了其主症特点, 又指明了病位所在, 故用之恰当。虽然《景岳全书》云: “无邪无滞而痞者, 虚痞也”, 结合临床实际看, 实为本虚标实, 而非无邪无滞。标实多为气滞、血瘀、热蕴、湿阻、痰凝等。从中医证候看, CAG 初病在胃, 以阴津损伤为先; 久病及脾, 以中气不足为主。倘若在胃阴亏虚的基础上, 虚火内生, 则表现为虚火灼胃证; 若脾虚气伤进一步加重, 则表现气阴两虚证。临床病例分析揭示了 CAG 者气阴两虚证居多, 虚火灼胃证次之, 脾胃虚弱证更次之的发病规律。

另外, 从我们观察的病例来看, 中医药治疗 CAG 有较好疗效, 我认为这与中国人的 CAG 病理特点有关。国人 CAG 的腺体萎缩是片状的、岛状的、相嵌的, 与外国人的 CAG 的病理变化是不一样的。为进一步肯定和提高中医药治疗 CAG 的疗效, 研究对胃癌癌前病变的阻断, 我认为对 CAG 病例的选择上, 应侧重中度以上的腺体萎缩, 胃镜下见红白相间, 白应占 2/3 以上, 病理取材应在这些部位进行。

赵荣莱 (北京市中医研究所 北京 100010)

1990 年在澳大利亚悉尼召开的第九届世界胃肠病学大会上, 提出了胃炎的新分类法——悉尼系统。我认为该系统在组织学上抓住了炎症、萎缩、活动、肠化, HP 密度等主要形态学变化, 并重视病因学及发病相关因素, 是完全符合临床实际的。按照这个系统进行工作, 需要临床医师在消炎、恢复萎缩、减轻或静止活动, 消除 HP、抑制肠化或不典型增生并使其复常等五个方面, 努力探索中医药的特殊疗法。但是该系统未涉及胃炎时的胃动力学障碍, 对此我们应加以补充。例如, 慢性胃炎时胃痛、胃胀、嗳气等症状, 与粘膜病变严重程度有时并不一致, 故除粘膜病变外, 还有运动功能障碍。因此, 中医药对胃动力学研究, 亦应包括在我们工作中。

关于 CAG 和 HP 的关系及中医药治疗的探索, 已愈来愈受到临床医师的重视。为了便于评价中医药对 HP 的治疗效果, 除应检测 HP 清除效果外, 还应同时观察炎症的消退及临床的好转。中药对 HP 的清除作用比西药慢, 但其副作用少, 因此服用中药疗程应适当延长至 6~8 周。在清菌治疗结束后 1 个月, 用同样操作技术, 检测 HP 是否转阴。

另外, 要评价中医药对慢性胃炎的疗效, 同样要求对某些证候和参数有统一的量化标准。悉尼系统要求对炎症、萎缩、活动、化生、HP 密度分为 0、1、2、3 四级, 我认为再应补充异型增生及胃运动两项, 当然还应包括临床常见症状如胃脘痛及胃脘胀满等。这么多项目需要分级量化, 工作量是很大的, 但国内学者在这方面已开始进行探索, 这是准确评价中医药治疗慢性胃炎的良好开端。

(待续)

• 新书出版消息 •

《中医百症用药配伍指南》再版发行。该书共收中药药对 2431 种, 方剂 2224 首, 药条 6268 条。每册 32.40 元 (含邮资) 欲购者汇款请寄: 河北省滦平县周营子书店, 邮政编码: 068253 联系人: 王卫新 开户行: 滦平农行张百湾营业所 帐号: 50102。

《全国医药新书目》由河北省承德市杏林医药书店、河北省滦平县周营子新华书店和河北省承德图书发行部三个单位联合编辑发行, 逢双月出版, 每年 6 期。书目将刊载全国各出版社近期出版发行的医药新书三千多种。每个读者只需附五角邮资即可索取当期书目一份。这些书目所载的书名也将由以上三家书店刊登在《健康报》上。上述三家书店同时办理图书邮购业务。