

论 坛

中医药治疗慢性萎缩性胃炎

专家经验谈 (续完)

主题词 胃炎, 萎缩性/中医药疗法

杨春波 (福建中医学院第二附属医院),

慢性萎缩性胃炎(CAG)临床表现以脾虚、气虚、气滞、热郁为主, 兼有肾虚、阴虚、血瘀、湿阻等病理变化。我们同意 CAG 属中医“胃痛”范畴。基于临床实践, 我们经反复验证, 现在定为气虚湿热 (脾虚或脾胃气虚, 气滞血瘀, 湿热相兼) 和阴虚郁热 (胃阴虚或肾阴虚, 气滞血瘀, 热郁) 两个证型。在剖析 31 张治脾胃病常用古方配伍, 分析每例用药规律的基础上, 我们选用李东垣的枳实消痞丸组成胃炎 I 号 (党参、黄芪、白术、仙灵脾、砂仁、黄连、枳实、莪术、甘草等), 温脾益肾, 理气活血, 化湿清热; 以叶天士的养胃法为指导组成胃炎 II 号 (北沙参、黄精、花粉、生山药、枸杞、丹皮、白芍、佛手干、五味子等), 养胃益肾, 疏气活血, 清热育阴。制定疗效标准时我们以胃粘膜病理为主, 胃分泌功能为辅, 参考症状、体征和舌象以及其他实验指标, 来综合评定疗效。我们观察 128 例, 获显效 (胃粘膜未见萎缩病变) 42.0%, 进步 27.2%, 稳定 22.2%, 加重 8.6%。中医组疗效明显高于服维酶素为主的对照组。中医组对肠化的有效率高于对照组, 但对不典型增生的有效率略低于对照组。为全面评价中医药对 CAG 的疗效, 我们还作了多项胃分泌功能的检测, 治疗后中药组胃泌酸功能恢复正常例数, 日、夜和 24 小时尿蛋白酶原含量, 均与对照组有明显差异。有学者认为类固醇与细胞的修复有密切关系, 我们测定了尿 17-羟类固醇含量, 中药组治疗前低于或高于正常者, 治疗后均恢复正常。治疗前后我们还观察中医证型演变情况, 气虚湿热型治疗后尚有较多的气滞存在, 但程度明显减轻, 且多热化; 阴虚郁热型治疗后也以热邪未尽为多。可见不论 CAG 辨为哪一型, 治疗后期清热、疏气、养阴等治则是重要的。

李乾构 (北京中医医院),

笔者查阅的全国中医内科学会脾胃病学组两次 CAG 专题学术交流会大会发言的论文和本单位能查到的公开发表与内部刊登的有关 CAG 论文共 96 篇, 共 7496 例, 就 CAG 辨证的证型进行了分析统计。从统计结果看, 目前对本病辨证总共有 23 个证型, 但以脾胃虚弱证 (1667 例)、肝胃不和证 (1527 例)、胃阴不足证 (1116 例)、脾胃湿热证 (685 例) 四个证型为最多见, 在总病例数 7496 例中占 4995 例 (66.64%)。23 个证在论文中共出现 201 次, 以上四个证型出现的次数最多, 为 135 次 (占 67.16%)。1989 年笔者归纳分析本院 CAG 730 例, 以脾虚型最多 317 例 (占 43.4%)、肝胃不和型次之, 124 例 (占 16.9%), 第三位是脾胃阴虚型 105 例 (占 14.3%), 其他的如气阴两虚型 80 例, 肝郁脾虚型 44 例, 湿热型 43 例, 瘀血型 17 例。根据文献分析和我院就诊病例分析, 我认为分以下四证型比较符合临床实际。一是脾胃 (气) 虚弱, 气滞血瘀证; 二是肝胃不和, 郁火燥热证; 三是胃阴不足, 气虚血滞证; 四是中虚湿阻, 寒热夹杂证。每证中分主症、次症, 诊疗时根据患者具有的主症或次症项数, 确定证型。

马贵同 (上海中医学院附属龙华医院),

我认为脾胃虚弱是造成 CAG 的基础。“脾胃阳虚而病湿, 脾胃阴虚而病燥”, 故气虚及气阴两虚是其根本原因, 而食滞、瘀血则是在脾胃虚弱基础上产生的。由此认为造成 CAG 的病理基础, 一是本虚, 二是瘀滞。根据这个原则, 我们制定了益气养阴活血的治疗法则。我们拟定两个方剂, 新胃 I 号方 (党参、莪术、当归、菖蒲、蒲公英、生甘草等), 以大剂量党参为君药, 补益虚弱之脾胃, 再加上活血消胀之品更有推陈致新之疗效, 适宜于气虚瘀滞型; 新胃 II 号方 (太子参、北沙参、丹参、八月扎、炒山楂、生甘草等), 以太子参为君药, 再配合北沙参等益气养阴生津, 使胃中津液充沛, 源泉不竭, 润濡食物, 适用于气阴两虚夹有瘀滞者。两方用于临床确实取得较好疗效。

我们在临床上着重观察了胃电图在 CAG 研究中的应用。通过 40 例 CAG 治疗前后对比观察, 显示胃电生理特性决定了胃电参数可以反映机体的胃运动状态, 空腹胃电与非消化期胃电的周期性兴奋有关, 餐后胃电波幅高低反映胃的排空功能, 而胃电的形态及负荷试验亦均能较客观地反映胃的运动功能。CAG 患者不仅在组织学上有明显改善, 在胃功能方面亦有不同程度的减退。本组 40 例 CAG 患者的胃电图表现为空腹频率为 2.94 次/小时, 餐后为 3.036 次/小时, 波幅 65%, 均低于正常, 波形不规则如有多峰波等出现, 进食后胃窦、胃体两处胃电图调整不明显或差。40 例患者中药治疗后, 部分患者胃运动功能已趋于正常, 与临床症状、胃镜、病理结果呈一致性趋势。由于 CAG 在胃电图上有其特殊的改变, 因此我们认为胃电图检查可作为诊断该病的一种无创性检测指标。

陈泽民 (同济医科大学附属协和医院):

我们认为 CAG 的病理变化特点, 是以脾胃功能损伤为重点, 多系统多脏器功能受损的一组综合性症候群。辨证论治是当前治疗 CAG 最佳方法, 我们根据临床证候辨为六种证型施治。在此基础上, 笔者还归纳为八个治疗原则。一、调理脾胃是治疗 CAG 的基本原则, 在各个证型中, 选用党参、太子参、白术、苍术、山药、茯苓、鸡内金、山楂、谷麦芽、神曲、砂仁、蔻仁等; 二、调节升降功能是缓解临床症状的基本措施, 对临床表现为打呃、嗝气、甚则呕吐等胃气上逆之证, 在组方中宜选加柿蒂、苏梗、代赭石、沉香、半夏、炒竹茹等; 三、消痞闷是治疗 CAG 的基本要求, 痞闷的病因有脾虚气滞、肝郁气滞、湿热中阻、阴虚内热、阴寒内盛、浊气上逆、腑气不通等, 治宜审证求因, 辨证用药; 四、CAG 的基本病变是炎症性变化, 清胃热是治疗 CAG 的基本方法, 常用药味有黄连、蒲公英、金刚藤、连翘、白花蛇舌草、半枝莲, 每个证型均可选用配方, 但不宜单独久用, 易伤胃气; 五、祛瘀通络, 使胃部病变组织之微循环得到改善, 药味可选用赤芍、丹参、三棱、莪术、壁虎、土鳖虫、红花、川贝、川芎等; 六、重视养胃阴, 久病易耗伤胃阴, 有时虽为脾胃虚弱或虚寒, 但温药一用, 即现胃阴不足之证, 常用药物可选用沙参、石斛、麦冬、生地等; 七、补益气血有助于修复胃粘膜病变组织, 常用当归补血汤、归脾汤等; 八、化湿浊、醒脾胃常用于临床症状重者, 可选用藿香、蔻仁、砂仁、茯苓、茵陈等。

许自诚 (兰州医学院第一附属医院):

为了提高中药治疗 CAG 的疗效, 我们有下面几点经验和建议: 一是少数 CAG 患者 (我们遇到过几例) 无明显的自觉症状, 但其胃粘膜萎缩的病理较重 (中~重度), 应引起我们的警惕, 要重视治疗问题, 在中医宏观辨证“无证可辨”时, 必须着眼于微观辨证去治疗, 国外无症状人群中 CAG 的发病率, 意大利为 22%, 匈牙利为 37%, 国内未看到报告; 二是要重视 CAG 合并胆汁返流的中医治疗, 一些经系统治疗的 CAG 患者, 病状消失, 病理活检明显好转后, 经 1~2 年后随访复查时, 发现病理活检的病变较过去加重, 往往提示有胆汁返流发生; 三是幽门螺旋菌 (HP) 感染的治疗, 中医还缺乏药物, 目前, 中药仅有药敏试验的报道, 如乌梅、黄芩、诃子肉等对 HP 高度敏感, 我们做的试验发现大黄、虎杖对 HP 高度敏感, 今后应进入临床观察; 四是中医药对中度及重度 CAG 患者的治疗还不够理想, 尤其是 60 岁以上的一些老年患者, 经过 2~3 个疗程的治疗, 自觉症状明显减轻, 而病理变化始终不变, 我们估计与生理性退行性变化有关; 五是要重视开展 CAG 动物模型工作, 建立 CAG 动物模型, 这对于疗效的肯定性、可靠性极为重要, 也是进一步探讨和说明中医药治疗 CAG 的疗效机理的关键性措施, 国内目前治疗 CAG 较好的中药制剂, 还不是通过 CAG 动物模型说明机理和肯定疗效的, 希望有条件的单位开展这一工作。

张万岱 (中国人民解放军第一军医大学南方医院):

萎缩性胃炎的病理组织学表现, 主要是浆细胞和淋巴细胞浸润, 腺体减少和萎缩, 而上皮增生、血管充血、中性粒细胞浸润是萎缩性胃炎的活动性征象。腺上皮变性坏死意味着萎缩性病变在继续发展, 故可视为活动性特征之一。我们在临床将 CAG 分为肝胃不和、脾胃虚寒、胃阴不足、寒热夹杂四个型, 因脾虚和血瘀是本病共有特点, 所以不列入四型之中。在研究慢性胃炎工作中三九胃泰是我们研制的中成药, 其主要成分为三桠苦、九里香、两面针、木香、茯苓、白芍、生地、丹参等组成。实验研究表明, 本方能抑制胃蛋白酶, 调节胃肠运动, 抑菌消炎, 止血止痛, 改善微循环, 促进体内核蛋白、RNA 及蛋白质的合成代谢, 从而增强脏器功能, 免疫调节作用和组织修复能力。在临床上我们对慢性胃炎进行了数百例的观察, 三九胃泰对各类浅表性胃炎均有良好疗效, 对局部糜烂、充血、水肿有较好治疗效果, 对上腹痛、泛酸、嗝气等症也有较好的止痛等作用。在一组 302 例慢性胃炎观察中 CAG 有 82 例, 治疗后 44 例显效, 34 例

进步,总有效率为95.1%;病理活检也证明,对部分病例的萎缩病变可恢复或好转,这与实验研究结果是基本符合的。

周学文(辽宁中医学院附属医院):

我们的工作一直是在李玉奇老中医的指导下,汲取诸家之长开展的。我们认为CAG同《素问》和《圣济总录》中所述的胃脘痛很相似,从而提出CAG“以痛论治”的学术思想。在辨证上我们把本病分为虚寒、郁热、瘀血三证施治,并采取温胃健脾、养阴清热、活血化瘀和祛腐生新等相应的治疗法则,制定治疗CAG的三种主体方剂,调养胃府,理顺胃气之升降,用以治疗萎缩病变,寻求防治本病进展及恶变的发生。虚寒证治以温胃健脾,药用黄芪、桂枝、白芍、白术、大枣、鸡内金、生地榆、毕澄茄、山慈菇、麦芽、香橼、甘草。郁热证治以养阴清热,药用焦山栀、黄连、柴胡、知母、石斛、白薇、蚕沙、没药、射干、沉香、生地榆、马齿苋、五倍子。瘀血证治以活血化瘀、祛瘀生新,药用刺猬皮、羊角屑、莪术、蚕茧、重楼、急性子、白薇、没药、五倍子、生地榆、马齿苋。对128例的观察结果,临床治愈23.4%,显效46.1%,好转27.4%,无效3.1%,总有效率为96.9%。病理治愈者几乎均是轻度萎缩者。从胃酸功能来看,治疗后胃酸功能恢复者占33.3%,总有效率为82.7%,中药对胃酸功能有双向调节作用。从胃粘膜屏障功能来看,对30例的测定表明, H^+ 反弥散量、 H^+ 分泌量、幽排量均明显改善,有27例胃粘膜屏障功能得到完全或部分恢复。62例做治疗前后胃X线双重造影,53例得到控制或改善。我们观察到,CAG高龄者,胃窦、胃体混合病变,胃酸功能为零,特别是基础酸为零者,对中药反应不好,疗效欠佳。重度萎缩、增生、肠化生患者,中药治疗可以减轻或好转,但容易复发。

王蒙安(浙江省中医研究所):

我们认为,CAG发病多由外邪犯胃、饮食失调或情志内伤所致。由于脾胃受损,运化失司,化源不充,气血不足,故多见脾胃虚弱或气阴两虚证;由于正气虚衰,气血瘀滞,湿热毒邪内蕴,故也可伴有气滞、血瘀、湿热等虚实夹杂之证。近年研究表明,本病发生与胃粘膜幽门螺旋杆菌感染有关。因此,我们认为本病以气虚血瘀为本,湿热毒邪为标,健脾益气,活血解毒是治疗本病的基本原则。

我们用于治疗CAG的方药为人参香茶片,该片由人参、香茶菜、枳壳三药组成。人参补元气,提高机体免疫功能,改善整体机能状态;香茶菜活血解毒,改善病变局部血液循环,抑菌消炎,促进粘膜再生;

枳壳理气消痞,既可加强活血散瘀作用,又可防止发生过补滞气之弊。经临床验证,人参香茶片治疗CAG,比维酶素效果要好。

据文献报道,胃粘膜的再生和重建以及恢复其正常机能,可能要3~5个月。我们在临床中发现有的患者治疗后症状消失或好转,但三个月复查胃镜,粘膜病变改善不理想,延长治疗时间则疗效提高。这点值得临床医师重视。

杨秀珍(徐州医学院附属医院):

我们自七十年代末开始对CAG进行临床观察,根据临床证候,把CAG辨证分为二型施治。肝胃气滞型予胃安丸I号(川楝子、元胡、山楂各6克,佛手3克,缩砂仁1.5克,黄连5克,维生素丙300毫克,精制成药囊剂),胃阴不足型予胃安丸II号(白芍、甘草、石斛3克,北沙参、黄精、山楂、枳壳各6克,黄连5克,精制成药囊剂)。经临床观察,中药组临床疗效、胃镜及病理疗效均优于西药对照组。

对CAG患者我们测定了幽门螺旋菌(HP)的感染情况,24小时80%为阳性,48小时95%为阳性,说明HP感染与CAG关系密切。作VB₁和叶酸测定,CAG者偏低。我们还作了ASP(酸性蛋白)测定,发现胃痛者特别高,CAG重度者也呈中度偏高,这点值得注意。

殷德耀(中国人民解放军第二军医大学附属长征医院):

从我们临床观察来看,CAG患者以上腹部长期反复性闷胀,食欲减退,不同程度胃痛、嗝气、恶心及大便不成形为多见,近60%患者于进食后症状加剧,舌苔多为白腻或白厚腻。对750例的病理活检显示,有62%病例为轻度萎缩,38%为中度萎缩,无一例重度萎缩。按我们辨证,肝胃气滞占65%。结合胃的宜降、宜和的生理特点,考虑本病多伴有气滞、湿阻、食积及胃分泌功能低下等情况,设计了具有温中和胃、化湿消食理气的胃炎冲剂,其主要成分为檀香、肉桂、细辛、山楂、鸡内金、薏苡仁、木香、乌梅等。患者服该冲剂后,闷胀改善较快,1周内即可见效;1个月内食欲减退,嗝气亦可明显改善;2个月内80%以上的症状均可改善。服该冲剂后,部分病例反映于饭后1~2小时感到肠鸣增强并有矢气,在饭前发生饥饿感,食欲获改善,但胃阴虚者服药后可出现胃嘈杂和饥饿感。

我们作了多项免疫指标测定,CAG患者的免疫功能是低下的、失调的,具有获得性免疫缺陷的一些特点,主要是影响细胞免疫。将CAG患者辨证分为二大类观察,结果表明阳虚者T细胞总数、活性玫瑰花形

成率明显低于正常人和阴虚者；阳虚和阴虚者的总补体(CH₅₀)高于正常值，而辅助性T细胞(T_H)、E-玫瑰花形成率明显低于正常值，而抑制性T细胞(T_S)明显高于正常值，导致T_H/T_S比值明显低于正常值；阴虚患者B因子(BF)明显高于正常人和阳虚者。我们对210例合并有免疫功能低下或失调的CAG患者，给予益气温阳、甘温扶中的冲剂治疗，其有效率达87.5%，说明我们的治疗方法是合理的、可行的。

曹平(江苏省中医研究所)：

很多学者认为CAG与癌前病变有关，故引起胃肠病专家的普遍重视。为验证观察中药对CAG的疗效，我们采用随机双盲平行分组的方法，分别观察协定处方和对照药物对CAG的疗效。

我们在治疗胃脘痛经验基础上，根据CAG的常见临床表现分为两型施治。脾虚气滞型最多，证见脘痛且胀，痞满不舒，嗳气纳减，舌苔薄白或舌胖，脉细弦，治以行气和胃为主，兼以活血化瘀、清热解毒，

予复方参芪健中冲剂，药用党参、黄芪、茯苓、白芍等；胃阴不足型亦见，证见胃痛灼热，嘈杂似饥，口干口渴，大便干结，舌红少苔，治以滋阴养胃、活血化瘀，兼以理气止痛、清热解毒，予参梅养胃冲剂，药用沙参、乌梅、红花、甘草等。对照组予维生素U治疗。经6个月治疗，协定处方组临床症状总有效率在90%以上，对照组仅为43.8%；病理总有效率协定处方组为62.5%以上，对照组为31.1%。活检病理证实，CAG转为浅表性胃炎，协定处方组为21.3%，对照组为6.8%。

研究证明，复方参芪健中冲剂对离体大鼠的胃有调整其蠕动功能的作用，可抑制乙酰胆碱所致胃痉挛现象，对胃血管有扩张作用并能改善胃局部的微循环，可不同程度降低胃泌素的水平。以上作用可能有利于炎症消退和萎缩腺体的再生，对胃粘膜亦有一定的保护作用。

(续完)

经 络 综 合 疗 法 治 疗 颈 椎 病 131 例

河北省保定地区医院(河北 071000) 程凤宽

河北省保定市第二医院 郝增旺

河北省保定地区中医院 高大运 程连翔 王宗九 吴开基

经络综合疗法，是以取阳性穴位(穴位出现的反应物或压痛)为主进行诊断和治疗疾病的一种方法。近年来，我们应用这一疗法对131例颈椎病患者进行了治疗和实验观察，现将结果报告如下：

一、临床资料：131例颈椎病患者中，男性71例，女性60例，年龄最大者65岁，最小者30岁，其中20~39岁25例，40~49岁55例，50~65岁51例。

二、治疗方法：一般采用阳性穴位和具有活血化瘀作用的穴位，如风池、大杼、天柱、膈俞、心俞、秉风、手三里、三阴交等，每次注射4~5穴。注射药液分为两组，基本组采用维生素B₁2毫升(100mg)维生素B₁₂2毫升(250μg)混合使用。对照组：采用南京生物化学制药厂生产的“骨宁”注射液2~4毫升，皮肤常规消毒后用4~5号针头快速刺入皮肤，再缓慢进针，当患者出现酸、沉、麻、胀或经络感传后，缓慢将药液分别注入以上穴位，以加强其穴位的治疗作用。

三、疗效标准和结果：症状和体征消失，阳性反应物软化或消散，客观指标明显改善，能恢复原工作评为近期治愈者32例(24%)，症状和体征明显改

善，颈部活动无明显限制，阳性反应物基本软化和消散，客观指标大部分有变化，能恢复原工作，但天气变化或劳累后颈部有不适感。偶有轻微疼痛评为显效者60例(46%)，症状和体征有所减轻，阳性反应物有所软化，客观指标有少量改变评为有效者34例(26%)，阳性反应物未见改变，症状及体征不减轻评为无效者5例(4%)。每治疗十次为一疗程，休息三天进行第二疗程平均治疗二十次，治疗期间停用其他药物。

四、讨论：经络综合疗法是把一定量的药液注入到阳性穴位和与本病相关的穴位上，其作用是以针刺和药物刺激发经络感传促使气至病所为主，辅助以药物治疗的一种方法，所以它能使患部肌肉和血管痉挛得以缓解，血管相应扩张，管腔增大，血流量增多，射血时间延长，心脏每搏量与头部血流量比值增高，由于血管截面积增大，基础阻抗降低，从而达到活血化瘀止痛的作用。由于改善了血液循环及组织营养，从而取得了较好的临床治疗效果。实验观察结果亦表明，治疗前和治疗后推动脉血流量各项指标差别有非常显著意义。