

思路与方法

抗消化性溃疡复发的临床思路与方法

北京中医学院东直门医院(北京 100700) 江 杨 清

摘要 现代医学未能解决消化性溃疡的复发问题。作者认为,抗溃疡病复发,中医应以健脾温中为主法,合理使用制酸剂,参用活血化瘀药和敛疮生肌药,着眼点是改变患者的溃疡体质。

主题词 消化性溃疡/中医药疗法 复发 抗溃疡剂/治疗应用

一、问题的提出

攻击因子与防御因子失衡是溃疡病致病和复发的主要原因。根据这一目前占主导地位的天平学说,西医界提出的治疗溃疡病原则是:(1)抑制攻击因子,主要是抑制胃酸分泌;(2)增强胃粘膜屏障功能,使胃粘膜免受胃酸、胃蛋白酶等的自身消化;(3)恢复胃、十二指肠正常的运动、分泌功能。八十年代问世的 H_2 受体拮抗剂,由于能强力抑制胃酸、加速溃疡愈合和治愈率高,从而使溃疡病的治疗发生了根本的变革,目前有逐渐取代制酸剂和抗胆碱能药物之势。综合许多临床资料,4~6 周的溃疡愈合率约在 70% 以上,8 周治愈率可达 80% 以上。但这类药物由于复发率高和有一定副作用,使临床使用仍受到限制。据郑芝田教授报告,甲氧咪呱经 4 周正规治疗,溃疡愈合后,改用安慰剂,半年内的复发率可达 60~90%,愈后用半量维持,半年内仍有 15~20% 的复发率,雷尼替丁半年内则有 10% 的复发率。尽管目前又出现了新的更强抑酸作用和更快促进溃疡愈合的药物,但仍然没有有效解决复发问题,而且由于强烈抑酸使胃处于非生理状态,导致致癌物质的形成等副作用,这类新药尚不能作为一般溃疡病的常规治疗。一些临床学家提出,这种过强的胃酸抑制所致的溃疡愈合并非为健康的愈合,最终仍然未能解决真正的痊愈和不复发问题。因此认为,在药物选择上应以既能维持胃的正常分泌功能,又能防止复发的药物为首选,这就为中医

临床防治本病提供了研究方向。

二、中医药抗溃疡病复发的前景

中医药对消化性溃疡取效较慢,但一旦取效,则复发率较低,这一带有普遍性的临床倾向和规律,也未能排除溃疡病临床治疗所获得的印象。五六十年代,中医辨证施治与西医抗酸剂在溃疡愈合上相近的报道屡见于杂志。近年来 H_2 受体拮抗剂虽普遍运用,但仍有经正规足程治疗失败而求助于中医者。据我们观察与体验,中医辨证论治对溃疡病不仅有较好的近期疗效(溃疡愈合率可达 50~80% 不等,总有效率在 90% 以上),而且对一些病情迁延、顽固难愈的溃疡病也有较好效果。复发率低也是中医的治疗特点。由于辨证施治基于整体考虑,在抑制攻击因子,增强防御因子,尤其是在纠正胃肠道的异常功能状态,使运动、分泌功能和整体状况趋于正常,改善胃的内环境等方面,可能起到了很好的协调作用。现代药理研究也证实,许多中药如黄芪、白芍、白及、甘草等有抗溃疡作用。中医在改善胃症状、改善全身状况、稳定病状和无副作用等方面仍具有相当的优越性。如果能结合西医对溃疡病的病因病理认识,在辨证施治的同时,结合辨病治疗,加强溃疡愈后的继续治疗,以消除部分病因和阻断溃疡病的发病和复发环节,改善胃的内环境,将对减少溃疡病复发起到更好的作用,这是值得探讨的、很有意义的临床课题。

三、抗溃疡病复发的中医思路和方法

个人认为,溃疡愈合后,为防止复发,从思路和方法上应强调以下几个方面。

1. 健脾温中法的继续使用:脾胃虚寒证在溃疡病,尤其是在十二指肠溃疡中占有的比重至少超过 70%。绝大多数脾胃虚寒型溃疡病在使用黄芪建中汤、良附丸、附子理中汤、左金丸等类温阳建中制酸等方化裁的汤剂治疗 2 月左右而获愈的同时,脾胃虚寒证

象如胃部怕凉、不敢进生冷饮食、遇凉易诱发、肢冷便溏等虚寒征症有改善或有较明显改善,但不易根除,持续时间较长。仅有少数患者的症状能获消除,但体征如舌淡、脉细则多依然。这种由长期胃病,或是基于体质、遗传因素造成的病理现象,我认为是导致溃疡病再发的重要病理基础。西医最近也开始有人提出溃疡病体质问题。溃疡病复发的周期性变化多发生在冬春、夏秋之交,而大多不是发生在秋冬、春夏之交,就是因为此期寒热转变陡剧,处于由阴出阳、由阳入阴的天时阴阳转折之际,而不象秋冬、春夏之交那样由阴至至阴,由阳至阳的渐移阶段,患者对冷热气候已有相当长时间的适应过程。冬春、夏秋之交季节,节气的陡变造成了溃疡灶局部血管舒缩状态的急剧变化,使血管痉挛,局部缺血,供能不足。在此基础上,攻击因子作用加强,从而诱致宿疾复发。从这个意义上讲,溃疡应该说是个“寒疡”、“阴疮”。当胃部得温得按后,或使用温阳建中健脾方药后,改善了胃局部血循环,胃的功能得以振奋,分泌运动功能得以调整或改善,增强了胃粘膜的抵抗力,使胃酸等刺激因素对溃疡灶末梢神经的刺激得以松缓或变得无效,从而达到减缓疼痛,促进溃疡修复的目的。这就是祖国医学说的“血遇寒则凝滞,遇热则淅泽”。这种寒、热,不在于其程度,而在于突变性。

基于上述认识,可以认为仅溃疡的暂时愈合,并没有消除“虚寒”这一基本病理和体质状态,仍可能是溃疡复发的“温床”,不能认为已经从根本上解决了问题而中断治疗。因此当健脾温中法治愈溃疡病后,仍需延用这一法则,继续治疗以求彻底消除溃疡病复发的潜在因素,达到“四季脾旺不受邪”,增强胃粘膜自身抵抗能力。相信当溃疡病脱离这种脾胃虚寒体质后,再复发的机率将大为减少。

在巩固治疗阶段,以健脾温中的黄芪建中汤、四君子汤为基本方,药常选用炙黄芪15~30克,桂枝10克,白芍10克,炙甘草6克,生姜3片,大枣5个,党参10~15克,饴糖30克,乌贼骨30克。该方以高良姜为止痛主药,寒痛者可加入。根据具体情况增减白芍剂量,如苔白腻,伴脘痞,属寒湿者量宜少用;如苔少或净,胃痛有拘紧感,可用至15~30克。饴糖在便溏或湿重者不宜。如血虚面白无华,加当归、党参或红参须;便溏加煨肉蔻、焦白术、炮姜炭;寒象重或疼痛明显者加重附子10~30克、细辛6克、当归10~15克,这类药止痛温阳效果好。外寒诱发者加苏叶、吴茱萸,加重生姜至10克。

溃疡愈合后,汤药可维持1个月左右;以后改为

隔日1剂,或每周2~3剂,可间或伍用香砂六君子丸或附子理中丸等成药,连用半年至1年(盛夏除外),可望脾胃虚寒证获彻底根除和溃疡获得根治。

2. 制酸剂需坚持作佐使药伍用:十二指肠溃疡胃酸较正常人高3~20倍,在溃疡愈合期高泌酸毫无改变,即使溃疡愈合以后,泌酸仍然很高。胃溃疡的胃酸分泌虽然多数不高或偏低,但实践证明使用碱性抗酸剂或 H_2 受体阻滞剂仍然有效。虽然制酸剂并不加速溃疡愈合过程,但对改善胃症状、保护胃粘膜等仍有一定作用。 H_2 受体拮抗剂使用时能有效控制,停药后则易复发,正是由于停药后不能抑酸的结果。因此在溃疡愈合后,需继续配用中药止酸剂,而不管其有无反酸、吞酸等症,因为反酸症的有无与实际胃酸分泌的高低多不成比例。尽管中药苦辛剂、止酸剂尚缺乏对胃内pH值影响的实验和文献依据,但它对改善烧心、泛酸等胃症状有良好的作用,推测这类药物在抑酸、保护胃粘膜、调整胃的运动和分泌等方面均有协调的促进作用。因此,这类药物作为中医在辨病治疗上的辅助性措施和佐使药物,应予以重视。属虚寒者,可选乌贼骨15~30克,煅龙牡各30克,白螺丝壳10~30克,甘草6克;属实热者,可选浙贝母10克,左金丸6~10克(入煎或另吞)。至于瓦楞子、鸡蛋壳、海蛤壳等属性平之品,虚实均可酌选。上述药物一般选取一、二味即可。

3. 注意参用活血化瘀药:许多临床和实验资料均证明,溃疡基底及周围的血管血流不畅,导致局部营养、血循环障碍,是溃疡发生、发展和复发的重要原因。

以下的事实有助于说明这一点:当溃疡病并发上消化道出血后,胃痛自然停止,这当然是与血液偏碱性,中和了胃酸有关。但胃癌无胃酸,出血后为何也能缓解原有的胃痛?显然还存在别的因素。个人认为,出血后使瘀血外流,使得溃疡灶及其周围的压力骤减,是疼痛得以缓解的重要原因。犹如疔疮脓肿在切开排脓后,瘀血脓液外流,脓腔内张力骤减,改善了局部的血循环,从而使疼痛顿减的道理一样。

溃疡愈合阶段,局部组织纤维化瘢痕化,以及溃疡愈合后或反复发作后导致的幽门、十二指肠球、胃角、胃小弯等处的变形和其他病理组织的改变是溃疡复发的重要因素。而这些病理状态或复发因素与中医的瘀血现象有密切联系。活血化瘀药口服后,不仅通过吸收,作用于血循环,还可直接接触病灶局部,渗入组织血管脉络,起到直接的化瘀疏络和修复病灶的作用。因此强调活血化瘀作为一个重要的辨病治疗手

段,在减少后遗症、防止溃疡复发方面,同样具有实际价值。

活血化瘀药究竟在多大程度上降低了病灶内压力、改善了微循环,还需要加以进一步研究。

瘀血征的表现不一定均有刺痛、部位固定等的症状和体征,刺痛和部位固定不一定是瘀血现象。相反,下列情况却能提示有瘀血存在的可能:(1)性情善郁,寡言内向,这类人唇舌多偏紫暗;(2)“宿有嗜饮,必有蓄瘀”,这类人舌多紫润;(3)病程久或久治少效,对理气药反应差;(4)痛而拒按,压痛部位固定而局限;(5)有反复胃出血史,或新近便血后仍感胃痛,或出血紫暗有块;(6)舌底舌背青筋显露,舌质呈暗红、瘀滞或映紫;(7)只痛不胀,持续时间长而无规律性;(8)胼胝样溃疡或反复发作的慢性溃疡、复发性吻合口溃疡。

由于活血化瘀、养血和血药性多阴柔,而溃疡病又多脾胃虚寒,故有时在活血化瘀药物的选用上感到棘手。我认为应掌握好辨证为主、辨病为辅这一基本原则,在用药主次上做到恰到好处;并应注意药物之间相互协调、相互制约等内在的配伍机制。此外,还应掌握初治阶段主要辨证,巩固阶段注重辨病,而且辨病药物应无悖于辨证,即使与辨证相抵触,亦要通过配伍调整到较合适的程度。例如正规内科治疗阶段,有虚寒而无瘀血证,当以小建中汤、良附丸为主方,加当归养血和血,有助于止痛。当经过一段时间治疗,脾胃虚寒证好转,阴柔之活血化瘀药可适当加强,酌加丹参、红花等。虚寒现象渐除,呈现瘀血征象,或虽无血瘀征,但胃镜等所见病理状态属血瘀象,则宜选用桃红四物饮、丹参饮为主方,痛者可参用失笑散、金铃子散、当归拈痛丸等。瘀痛重者可参用导师董建华教授自拟的猬皮香虫汤合活络效灵丹、手拈散。也可用炙黄的刺猬皮,研末调服,每服2~3克,一日2~3次,也有较好的止痛化瘀和促进溃疡愈合、防止复发的作用。如虚寒与瘀血并见,巩固阶段则以归芍六君子汤或补中益气汤加丹参、红花为主。使用活血化瘀药时,还应注意以下几点:(1)适当配用行气药,以加强活血行瘀效果;(2)脾虚便溏者暂缓;(3)不宜用之过久,尤其兼有脾虚气弱者,应注意与益气健脾药的恰当配伍;(4)有气滞证时,行气活血药大抵可以用气中之血药或血中之气药代之,如香附、川芎、元胡、当归等;(5)如便血有块属瘀伤血络者,选用既能活血又具止血作用的药物,如制大黄、丹皮、花蕊石、蒲黄炭、三七粉、茜草、丹参等。

4. 敛疮生肌药的择机配伍:尽管消化性溃疡不同

于肌表溃疡,是神经体液等内在的调节机制失调所致,但溃疡的愈合过程均需祛腐生肌,促进组织修复。近年来用久不收口的外疡药物锡类散等治疗消化性溃疡的报道很多,每次4分,一日2~3次,2~6周的溃疡愈合率在65~90%之间,认为其作用机理主要是增强了胃粘膜的屏障、加速组织修复、促进上皮细胞的增生,并可能有利于幽门弯曲菌的阴转。笔者认为本药主要适用于有热象、瘀象之活动性溃疡,在使用或配用此类药物促使溃疡愈合后,作为巩固治疗剂量宜减半,并延长疗程至2个月左右。但对伴有脾胃虚寒的“寒疡”、“阴疮”,则宜同时加强健脾温阳药物的配伍使用,锡类散的疗程也应适当缩短或再减量,可采用饭前30分钟至1小时调糊锡类散口服,晚上服健脾温中汤药。对反复复发的溃疡、久不愈合的慢性溃疡和术后吻合口溃疡,应以此药为重点,疗程可延至3~6月,并采用少量多次分服。

四、结语

溃疡病的发病和复发是多种因素综合作用的结果。上述分别从辨病的角度探讨了防止溃疡病复发的中医临床见解和方法,相信这些措施如能综合运用,对减少溃疡病的复发必将从措施上得到有力加强。但是综合运用以上法则仍应结合体质类型、天时、地域差别等,从辨证的角度有所侧重、有所取舍和灵活变通。例如活血化瘀药在脾胃虚寒、寒湿内困阶段就很难入选,只能待寒湿证改善后方能逐渐加入。法腐生肌的锡类散,在虚寒型溃疡病巩固治疗阶段容易受到限制,但如同时加强温中健脾措施,也可使该药得到较长疗程的治疗。止酸药也存在辨证用药的问题。关键在于识证、巧妙配伍和灵活变通。当摸索出稳定的治疗方药后,可将汤剂改制为丸剂守方治疗,有变化时再间配汤药以适应之。需要强调的是,这种预防复发的辨病治疗,首先必须基于辨证,在符合辨证的前提下,有机地综合运用上述辨病诸法,并掌握好主次,相信这样会达到更好的预期效果。另外,中医抗消化性溃疡复发治疗,也可试与西药减量同用,既可减少西药的副作用,又可改善患者体质,降低复发率。

更 正

本刊1991年第12期41页“补肾对神经内分泌老
化调节作用研究(II)”一文,第一作者应为王文健,第
三作者为张新民。