

专家论坛

消化系统疾病中医药研究述评(上)

唐旭东* 王维武*

唐旭东(1963~),男,医学博士,主任医师,博士研究生导师。现任中国中医研究院广安门医院副院长,中华中医药学会内科分会常委与脾胃专业委员会委员、中国中西医结合学会消化专业委员会副主任委员、国家药品监督管理局中药新药审评专家、中华医学会医疗事故技术鉴定专家。先后师从于山东中医药大学肝病专家王文正教授,中国工程院院士、脾胃病专家董建华教授等名老中医,在防治消化系统疾病方面很有造诣。先后主持国家级、部局级、院校级科研课题10余项,发表学术论文20余篇,主编学术著作4部,获得国家中医药管理局中医药基础研究三等奖和北京市科技进步三等奖各1项。

消化系统疾病包含的病种很多,至今还有许多疾病的病因、发病机制尚未被现代医学完全阐明,更缺乏有效的治疗方法。近年来,中医药对此从基础到临床都进行了广泛而深入的研究,并取得了一些令人振奋的成果,兹择要述评如下。

1 胃肠功能性疾病

1.1 胃食管反流病(GERD):GERD系由于抗反流屏障的缺失,导致胃内容物异常反流进入食管。该病在西方国家十分常见,约占人群的7%~15%,近年亚洲发病率也在逐渐增加^[1]。西医药的治疗包括非药物治疗如改变生活方式,避免服用某些药物;药物治疗,如抗酸或抑酸,促动力等;内镜(射频消融、镜下缝合及注射)下治疗,手术等。目前的问题是利用上述药物治疗方法虽可在短期内较好地控制症状,但多数GERD患者停药后复发,尤其是长期、大量地使用强力抑酸剂,不仅影响消化功能和胃肠生态,而且造成患者对强力抑酸剂的药物依赖和心理依赖。本病似可与中医之“吞酸”、“嘈杂”、“反胃”、“胸痹”、“噎膈”等相对应。目前对本病的辨证分型尚未达成一致意见,可大致归纳为脾胃虚弱证、肝胃不和证及气滞血瘀证3个主要证型,在此基础上可兼夹痰湿、寒热等。国外学者 Fass 与 Olman^[2]提出本病可分为3个独立的病理类型:非侵蚀性反流病(NERD)、侵蚀性食管炎(erosive esophagitis)与 Barrett 食管(BE),约可与上述3型相对应。治疗可分别予健脾益胃、疏肝和胃及行气活血法,

并针对兼夹而加以化痰、清热等法。专方专药治疗也报道甚多,常用者如补中益气汤、半夏泻心汤、旋覆代赭汤、左金丸、柴胡疏肝散、启膈散等。自拟方则更多,报道的效果都较好,但有待进一步的临床检验。对于既往未长期使用强力抑酸剂患者的治疗,中医药有着良好的近、远期疗效;对于已经存在强力抑酸剂药物依赖的患者,如何中、西药配合,逐步减少、停用强力抑酸剂,消除症状和证候,巩固疗效,是目前临床需要解决的问题。

1.2 胃轻瘫(GP):胃轻瘫可由多种原因如糖尿病、胃部手术及某些代谢性疾病等引起。前者又称糖尿病胃轻瘫(DGP),是近年研究较多的一个病种。糖尿病合并胃轻瘫者非常多见,杨文英等^[3]用同位素法检测了31例糖尿病患者的胃排空,胃轻瘫的检出率为48.4%。DGP的主要症状有恶心、呕吐、早饱、腹胀、纳差等,相当于中医学的“痞满”、“积滞”等范畴。其病机多由消渴日久,耗伤脾胃气血,中焦运化不力,水谷杂陈于中,久而化湿生痰,或络脉瘀滞,而致阳明经脉萎软,胃腑弛废失用。故其病性属虚中夹实,治以调理气血,补虚泻实为要。但临床病机重点不同,治法也应有所侧重。国内报道较多的治法有健脾和胃、燥湿化痰、活血祛瘀等。常用方有乌梅丸、半夏泻心汤、旋覆代赭汤、四君子汤、温胆汤、麦门冬汤、丹参饮、血府逐瘀汤^[4]等,都与上述病机契合。尚有报道通过刺激足三里、中脘、胃俞等穴位治疗者。中医药治疗DGP有着较为广阔的应用前景,值得深入研究。

1.3 肠易激综合征(IRS):IRS是一种十分常见的功能性肠病,症状主要为腹痛、腹胀及排便习惯、大便性状的改变。到目前为止,尚无哪一种单味药被证明对IRS有着确切的疗效^[5]。因此,大力寻找IRS的有效治疗药物具有十分重要的意义。本病一般分为腹泻型IRS(IRS-D)、便秘型IRS(IRS-C)及交替型IRS(IRS-A)。中医对“泄泻”、“便秘”、“腹痛”积累了丰富的治疗经验。本病虽病位在肠,而实与脾胃肝肾等均有密切联系。其中尤与肝脾两脏关系密切,正如《临证指南医案》所云:“肝病必犯土,是侮其所乘也,克脾则腹胀,便或溏或不爽”。临床可按肝脾不和、脾胃虚弱、脾胃阴

* 中国中医研究院广安门医院消化内科,北京市宣武区北线阁5号(100053)

收稿日期:2004-11-08

虚、脾肾阳虚等来分型论治,或选用某些经验方或经方化裁口服治疗,亦可用保留灌肠、针灸、推拿等方法。对于久病不愈者,要进一步考虑是否有气滞、湿阻、食积、湿热、痰饮、瘀血等中间病理产物的存在而予以相应的处理,否则难以取得应有的疗效。如黏液便多可从痰饮论治,顽固腹痛则要考虑瘀血的可能。应关注三个问题:(1)风药的应用。郭汉卿^[6]认为 IBS 呈发作性,发时痛势急迫,痛无定处,便后痛缓,与风善行数变的特性相合。痛泻的代表方中含有风药防风,是治疗 IBS 的重要药物,故从风论治 IBS 十分必要。需要补充的是,考虑风邪的因素时既要脏腑辨证,还要区分内风和外风。临床在治疗 IBS 方中适当加以防风、荆芥、煅龙骨、赭石等平息内外风的药,常可取得意想不到的效果。(2)从肺论治的必要性。这一点常不为人重视,但肺与大肠相表里,肠病往往与肺相关。肺又主通调水道,肺病则水液失其运输之常。肺气虚者水液下注于大肠可产生腹泻型 IBS,肺阴虚者肠燥失润则可产生便秘型 IBS。如桔梗升提肺气或麦冬滋养肺阴,治疗上述两型 IBS 可获效。(3)关于从肾论治。肾为胃关,司二便。肾阴虚或肾阳虚均可引起大便的质地、性状异常而出现 IBS 的表现。近年有报道用金匱肾气丸治疗 IBS 取效者^[7],反证从肾论治具有一定意义。目前,有关中医药治疗 IBS 的研究,在实验方面尤其是对胃肠激素、结肠运动的药理学研究比较深入,缺乏的是科学设计的大样本、随机、盲法、对照的临床疗效评价。

2 消化道炎症

2.1 慢性胃炎(CG):CG 是最常见的消化系统疾病,通常可分为浅表性、萎缩性及特殊类型的胃炎。对于慢性胃炎,临床已经习惯大量使用抑酸药如 H_2 受体阻滞剂(H_2RA)、质子泵抑制剂(PPI),这种现象是很普遍的。但事实上并不是所有 CG 都有高酸分泌,大部分患者胃酸分泌正常甚至偏低,只是分泌的节律紊乱。对这部分患者也大量使用抑酸药显然是不明智的,带来的直接后果就是消化功能减退(胃蛋白酶必须在一定的酸度下才能发挥其功能,酸刺激可促进胆汁、胰液分泌),肠道菌群失调,胃肠功能紊乱。因此,我们建议以循证的方法,在患者有高酸分泌的事实的基础上再使用抑酸药,否则患者的病痛不但得不到缓解,反可因医源性因素而加重。CG 按中医之认识,分属于“痞满”、“胃痛”、“嘈杂”等范畴。虽然辨病可不同,论治则有共通之处。1989 年 11 月中西医结合学会消化专业委员会将 CG 分为 5 型:肝胃不和型、脾胃虚弱型、脾胃湿热型、胃阴不足型及胃络瘀血型,各型可采取相应的方法予以治疗。此外有关临床报道甚多,采取不同的分型

标准及相应方药,或以基础方据症加减或用中成药、针灸、敷贴等方法治疗,均取得一定疗效。胆汁反流性胃炎(BRG)作为一种特殊类型的胃炎,近年中医药治疗的报道也越来越多。综合近年文献,本病约可分为肝胃不和、脾胃虚弱、湿热中阻、寒热互结、气滞血瘀及胃阴不足 6 种类型,其基本病机在于肝胃不和,肝胆失其疏泄之常,横逆犯胃,正如《灵枢·四时气》所云:“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦,故曰呕胆”。病情演变的过程中可渐化湿生热、瘀阻气血甚或伤及阴阳。治疗不离疏肝健脾和胃、清热燥湿、辛开苦降、行气活血及养阴益胃诸法。此外可用专病专方、穴位注射或灸法治疗。疣状胃炎(VG)是另一类难治性胃炎,大多主张从湿热内蕴、肝胃不和、气滞血瘀及脾胃虚弱等证论治,亦有认为 VG 属于“痰”、“痛”者。由于 VG 在病理上除了浅表性炎症之外,常伴有腺体萎缩以及肠化、异型增生,应引起重视。由于文献报道中出现频率较高的药物有乌梅、僵蚕、薏苡仁、鸡内金、穿山甲、半枝莲等,对这些常用药物有必要深入探讨其药效。

2.2 炎症性肠病(IBM):炎症性肠病包括溃疡性结肠炎(UC)与克隆病(CD),以前者多见。这二种疾病似可归入中医学“肠风”、“脏毒”、“血证(便血)”、“腹痛”、“泄泻”、“痢疾”等范畴。西医认为与自身免疫、遗传、肠道感染等因素有关,治疗十分棘手,无特效方法。中医认为,湿邪内蕴,气血壅滞,脾肾亏虚乃本病的发病关键所在。吕永慧^[8]归纳为如下分型论治:(1)溃疡性结肠炎:湿热内蕴型以白头翁汤加味,脾胃虚弱型以参苓白术散加减,脾肾阳虚型以四神丸加味,肝郁脾虚型以痛泻要方加味,阴血亏虚型以生脉散加味,气滞血瘀型以膈下逐瘀汤加减。(2)克隆病:湿热内蕴型以芍药汤加减,脾胃虚弱型以参苓白术散加减,脾肾阳虚型以四神丸加味,气结血瘀型以膈下逐瘀汤加减。除全身治疗外,近年也有很多局部治疗的报道,如灌肠法、直肠点滴法、直肠糊剂注入法、栓剂疗法、直肠喷药法及气压药液布散法等^[9]。动物实验表明,某些中药灌肠可提高白细胞的吞噬功能,促进结肠黏膜病理改变的修复,抑制免疫增加剂引起的免疫反应及清除氧自由基等,可有效治疗 IBM。目前对于 IBM 的临床研究还应侧重分期进行严格的随机对照研究,既往众多有关溃疡性结肠炎的临床疗效观察的报道存在很多问题有待进一步解决。

3 消化道癌前期变化

胃癌前期变化:WHO 于 1972 年提出将胃癌前兆分为两类:其一,癌前疾病或癌前状态,这是一个临床概念,如慢性萎缩性胃炎(CAG)、胃息肉、慢性胃溃

疡、残胃炎或残胃溃疡等,这类胃病患者中有相对较多的病例发生了胃癌;其二,癌前病变,这是一个病理学概念,是指在癌瘤发生之前出现的一类容易发生癌变的组织学改变,如异型增生和不完全性大肠型肠上皮化生。由于CAG发病率高,且常伴有异型增生等癌前病变,因此受到广泛的重视,尤其对伴有重度异型增生、不完全性大肠型肠上皮化生的CAG患者,应定期复查胃镜,做好防治工作。近年对CAG的研究尤为集中。CAG约可对应于中医之“痞满”、“胃痛”等,其治疗方药繁多。在治疗方面,笔者有如下看法:(1)重视活血化瘀药的应用。CAG多由慢性浅表性胃炎(CSG)或其它慢性胃病发展而来,病程绵长,病情迁延反复难愈,这种长期的病变过程就为内伤、外邪等诸多因素导致血络瘀阻奠定了基础。胃为多气多血之腑,以通降为顺,情志、饮食、劳倦诸因损伤导致胃病,无论是虚实,均可使胃气阻滞,和降失司,而后气滞血亦瘀滞,而致瘀阻。最常见,也最有诊断价值的血瘀征象,是CAG患者大多见舌质紫暗,或暗红,或淡暗,或有瘀斑,具有普遍意义。临床不必拘泥于既往的血瘀证的全部症状和体征,“但见一症便是,不必悉具。”一般实证选用活血化瘀作用较强的药物,如蒲黄、五灵脂、川芎、延胡索、郁金、红花、三棱、莪术、乳香、没药、穿山甲、水蛭等。虚证则选用活血化瘀作用缓和的养血和血药物,如当归、丹参、鸡血藤、芍药等。(2)重视伴随病变的治疗。一般CAG多由CSG发展而来,因此,CAG患者伴有CSG是最常见的。从病机与辨证上讲,CAG多虚实夹杂或以虚为主,而CSG多以实为主,治疗上须标本兼顾,或治标为先,以调理肝胃气机、清化中焦湿热、活血通络等通降法治疗为主,这样方能缓解患者症状,使之长期稳定地接受治疗。其次,胆汁反流在CAG患者也极其常见,它可引起反流性食管炎、CSG等,患者常表现为肝失调达、胃失和降、胆随气逆或痰热中阻的病机和证候,出现胃脘烧灼感、烧心、恶心、反酸、口苦等症状。一般治疗上多结合疏肝利胆、和胃清热之法,采用小柴胡汤、温胆汤等方药。对伴有肠化、不典型增生者,笔者认为,应在辨证论治的基础上加用抗癌中药,做到既要抗癌,又不伤正气。一般抗癌中药复方多采用活血祛瘀、清热解毒、软坚散结或结合扶正等治法,常用药物如莪术、三棱、半枝莲、白花蛇舌草、石见穿、白英等。(3)重视疗程与用药剂型的把握。CAG是一个病程很长而且较为难治的慢性胃病,其症状缓解较易,但镜下及病理改善较难,尤其对肠化、不典型增生要有所突破,如攻难关。一般病理学上认为,萎缩腺体的重建需3~5个月,因此,治疗CAG的疗程较长。多数医家主

张以3个月为1个疗程,根据病情轻重,治疗观察1~3个疗程不等,即3~9个月进行复查判断疗效。当然,对于重度萎缩或伴重度的肠化、不典型增生则宜延长疗程,长期坚持定期复查判定病情。若于秋冬之时,佐以膏滋,则甚有裨于疾。在使用膏方之前,多着意对脾胃湿热、痰湿之邪予以针对性治疗,即所谓开路方,以改善脾胃运化功能,利于吸收,而后予以膏滋处方。处方的用药仍坚持攻补兼施,以补为主,寓通于补的原则。补,主要是补气阳,补阴血;攻,重在理气活血,通降导滞。常用药物有西洋参、沙参、党参、太子参、石斛、麦冬、黄精、山茱萸、枸杞子、沙苑子、当归、白芍、炒白术、茯苓、山药、川楝子、枳壳、砂仁、佛手、白花蛇舌草、丹参、莪术等,根据情况选用10~20味,1料相当于汤剂10~30剂,制成蜜膏,早晚各服1汤匙,温开水冲下。优点是明显改善患者的体质状况,调节胃肠功能,并使CAG病变减轻。中医药治疗CAG,其作用是多方面的,包括细胞分子水平的促细胞增生,清除氧自由基,增强EGF表达等;组织形态水平的减轻胃上皮损伤程度、减少炎症浸润范围等;微环境方面的抗HP作用、增强胃黏膜血流作用;神经内分泌方面的协调胃肠运动及激素分泌作用,已多见于文献报道。

参考文献

- 1 Manabe N, Haruma K, Mihara M, et al. The increasing incidence of reflux esophagitis during the past 20 years in Japan. *Gastroenterology*, 1999, 116(4): A244.
- 2 Fass R, Ofman JJ. Gastroesophageal reflux disease: should we adopt a new conceptual framework? *Am J Gastroenterol*, 2002, 97(8): 1901~1909.
- 3 杨文英, 曹辉碧, 韩锐, 等. 糖尿病合并胃运动功能障碍. *中华内科杂志*, 1991, 30(7): 399~401.
- 4 蔡文. 血府逐瘀汤加味治疗糖尿病性胃轻瘫 82 例. *江西中医药*, 2004, 35(3): 27.
- 5 Nobaek S, Johansson ML, Molin G, et al. Alteration of intestinal microflora is associated with reduction in abdominal bloating and pain in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*, 2000, 95(5): 1231~1232.
- 6 郭汉卿. 从风论治肠易激综合征探析. *实用中医内科杂志*, 2002, 16(2): 71.
- 7 何杭, 何欣. 金匱肾气丸治疗肠易激综合征 50 例. *浙江中医杂志*, 1998, (8): 340.
- 8 吕永慧. 炎症性肠病的中医治疗. *实用医学杂志*, 2003, 19(5): 457~459.
- 9 陈英群. 溃疡性结肠炎中医药局部治疗研究进展. *江苏中医药*, 2003, 24(3): 59~61.

本刊启事

本刊现有少量往年《中医杂志》增刊, 欢迎邮购。1996 年每册 60 元, 1998 年每册 30 元, 1999 年(2 册)每册 40 元, 2000 年(3 册)、2001 年(3 册)、2002 年(3 册)每册 40 元。邮购免收邮资, 请在汇款单附言栏内写清邮购年份及册数。联系地址: 北京东直门内南小街 16 号中医杂志医海林音像书店图书部, 邮编: 100700, 电话: (010)64035632。