

专家论坛

中医药治疗疣状胃炎的思考

戴高中*

戴高中(1963~),男,江苏南通人,汉族,消化内科副主任医师,南通大学医学院副教授,医学博士。1987年南京中医学院中医系毕业,20世纪90年代初曾在南京中医药大学师从著名中医脾胃病专家、博士研究生导师单兆伟教授攻读硕士学位,从事中医药治疗消化系统疾病的临床和实验研究,90年代末期在上海中医药大学师从著名中西医结合专家陈汝兴教授攻读博士学位,从事中西医结合内科疾病的治疗的临床和实验研究。先后参与了国家自然科学基金重点课题研究1项,省级课题研究2项,在国家及省级杂志公开发表论文20余篇,作为副主编参予编写专著2部。

主题词 胃炎/中医药疗法 @ 疣状胃炎

疣状胃炎(VG)由Moutler和Corner于1947年首次报道的一种内镜形态,内镜下呈扁平疣状隆起、中央脐样凹陷糜烂的胃黏膜病变。这是最早关于疣状胃炎的报道。其特点是再发性或持续性胃黏膜多发性疣状隆起病灶,圆形或不规则形,多数散布于胃窦部,也可见于胃体部,有时沿皱襞连成串珠样,亦可为胃窦孤立的单个隆起或少数几个病灶,直径约5~10mm,高约2~3mm,活动期常见隆起中央糜烂、凹陷,可有血痂、污秽苔覆盖其表面。国内文献一般称之为疣状胃炎,其病因及发病机理迄今尚未完全阐明,治疗方案不统一。近年来有研究报道其有癌变的倾向,故应引起临床工作者的关注。近年来,对疣状胃炎的病因病机诊断及治疗的研究均取得了一定进展,但也存在许多问题,笔者就此抛砖引玉,与同道讨论。

1 名称的混乱

长期以来对疣状胃炎的认识十分的粗浅,且存在很大的分歧,以至于在命名上也不一致,国内多习惯根据其典型的病灶形态特征称为疣状胃炎,日本亦较多使用。而在英文文献中有varioliform gastritis, complete erosions, chronic erosions, gastric aphthous ulcers and octopus sucker gastritis等多种名称。在1990年胃炎分类悉尼系统发布以前,多数人称其为慢性糜烂性胃炎(chronic erosive gastritis)^[1]并以为是一种特殊类型的胃炎。在悉尼系统中则被视作为普通慢性胃炎的一种

内镜下表现,属于内镜下的隆起糜烂性胃炎(raised erosive gastritis)的类别^[2]。在MEDLINE能检索到文献最多的名词是痘疹样胃炎(varioliform gastritis)。疣状胃炎(verrucosa gastritis)在英文文献中几乎不用。国内文献习惯使用疣状胃炎,但晚近也有使用糜烂性胃炎的趋势,也有很少或极个别使用痘疹样胃炎。笔者查阅CHKD期刊全文库1994年1月~2005年1月的国内文献,疣状胃炎161篇,糜烂性胃炎143篇,痘疹样胃炎4篇,痘疮样胃炎1篇。也有人把糜烂性胃炎分为急性糜烂性胃炎、亚急性糜烂性胃炎和慢性糜烂性胃炎,急性者又称出血糜烂性胃炎,不在讨论范围之内,亚急性糜烂性胃炎和慢性糜烂性胃炎根据其镜下隆起表现可分为未成熟型和成熟型,如隆起型病变主要由于组织水肿所致,称未成熟型常在数日或1周内消失,一般不超过3个月;如隆起型病变主要由于组织纤维化所致,则持续存在,不易消失,为成熟型,称为疣状胃炎,这也是一家之言。从近些年的文献来看,无论中医和西医,对疣状胃炎的名称的认识存在着混乱的状态,大多数以疣状胃炎命名,其次以糜烂性胃炎或慢性糜烂性胃炎或慢性隆起糜烂性胃炎命名,极少用痘疹样胃炎、痘疮样胃炎。此种名称的混乱状态无疑阻碍了疣状胃炎的中医或中西医结合治疗研究的深入,是目前迫切需要解决的问题。

2 病因病机认识的不一

疣状胃炎中医无此病名,据临床症状多归属于“胃脘痛”病证论述中。然而各家对其病因病机的认识却见仁见智,众说纷纭。顾庆华^[3]认为,据症状及胃黏膜特征与胃痛相似,病因为外感风寒,内伤饮食,加之情志不遂等,导致热毒蕴结胃腑,气血郁滞,络脉不畅,血败肉腐而成。司雁菱等^[4]根据该病患者多慢性起病,反复发作,表现出上腹不适、疼痛、反酸嗳气、餐后饱胀或恶心的症状特征,认为该病多为虚实夹杂之证,其病因主要是脾胃素虚,郁而化热,热腐血瘀而成。黄朝晖等^[5]根据近年来中西医结合诊治慢性胃炎的经验,结合临床实践,认为此病的主要病机是胃热脾寒,脾虚气滞,痰瘀阻络。龙德时等^[6]对650例胃病患者进行辨证分析,发现湿热内蕴、肝脾失调和气滞血瘀是主要的病理变化。造成这种认识不一的原因是多方面的,除与各位

* 无锡市中医医院消化科 江苏省无锡市后西溪133号 Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net
(214001)

收稿日期:2005-08-30

医家主观的辨证经验有差异有关外,可能与其观察的病例除疣状胃炎之外,还可能和伴有上消化道其它疾患不同有关。疣状胃炎患者伴发十二指肠溃疡者最多(国内文献报道大约为 8.3%~33.6%),其次为胃溃疡(4.4%~13.6%)、复合性溃疡(4.3%~5.6%)、反流性食管炎(3.7%~6.6%),较少见的伴发疾患为胃息肉、胃癌等^[7~11]。此外,可能和疣状胃炎的病灶分布不同有关,根据病灶分布不同,将其分为胃窦型和胃体/弥漫型,胃窦型与普通的胃窦炎有相同的病因,最主要的幽门螺杆菌(Hp)感染,由于共同的病因学基础,故与消化性溃疡、十二指肠球炎并存的机会多,而胃体/弥漫型与免疫因素关系密切、而与感染 Hp 关系不大。不仅如此,疣状胃炎的成熟型和未成熟型之分,也导致了中医各家在病因病机认识上的偏差。

3 治疗原则及方法的多态性

由于在中医病因病机认识上的见人见智,导致在治疗上的多态性。有辨证论治,有专方治疗,有中西医结合治疗等。其辨证分型、处方用药、中西医结合治疗方法不一。造成这种态势的原因是多方面的,就好比盲人摸象,每个人都从不同的侧面,揭示了疣状胃炎的部分病因病理的本质,疣状胃炎是借助胃镜检查根据胃黏膜的形态改变而明确诊断的。如前所述,在胃镜下,根据疣状胃炎的病灶分布将其分为胃窦型和胃体/弥漫型,胃窦型与普通的胃窦炎有相同的病因,最主要是 Hp 感染,故与消化性溃疡、十二指肠球炎并存的机会多,而胃体/弥漫型与免疫因素关系密切。不同的病变部位,由不同的病因所致,因而在治疗上以及中医的辨证上也应有所不同,而胃体/弥漫型与变态反应等免疫因素关系密切。笔者认为,在中医辨证论治的基础上配合辨病因治疗,即在辨证用药的基础上加一些祛风抗变态反应的中药,会增加其疗效。而胃窦型疣状胃炎 Hp 可能是其发病的主要病因,所以在中药辨证的基础上,必须增加抗 Hp 感染的治疗,而就目前研究表明,单用中药治疗 Hp 感染的根除率仅为 30%~50%,远较西药的疗效低,笔者认为,此类的疣状胃炎必须配合西药正规的抗 Hp 感染治疗,唯有中西医结合治疗取长补短才能收到满意的疗效。不仅如此,如前所述,疣状胃炎有成熟型和未成熟型之分,如隆起性病变主要由于组织水肿所致,中央脐样凹陷较大而浅,称未成熟型。病理活检见炎症细胞浸润,一些幽门腺或胃体腺增生,由于糜烂可以很快愈合,常在数日或 1 周内消失,一般不超过 3 个月。如隆起病变主要由于纤维化所致,其隆起持续存在不易消失,为成熟型。其隆起较高峻,中央脐样凹陷较小而深。少数无凹陷呈息肉状,隆起多

为圆形,少数呈香肠形。病理活检显示幽门腺增生,有时可见纤维化。对这一类型的疣状胃炎可以在胃镜下的电切、微波、氩离子束(APC)治疗等手段清除端病灶的基础上,再用中药辨证治疗,可能疗效更理想,另外,疣状胃炎按其病理还可分为活动期和修复期。活动期可见上皮变性、坏死、脱落,中性粒细胞浸润和纤维样物质渗出。修复期常见糜烂灶周围固有腺体、幽门腺或胃小凹上皮增生,有时可见纤维化,再生腺管可出现不同程度的不典型增生。疣状胃炎的不同分期这一点也是导致各家辨证有出入的一个重要原因。笔者认为,其活动期 Hp 阳性者,主要抗 Hp 治疗,中医辨证多以脾胃湿热为主,中药在辨证的基础上,应酌加清热化湿、解毒消痈之品以增疗效。对修复期在辨证基础上,应加以活血祛瘀、逐瘀消痈中药辨病治疗,如莪术、桃仁、浙贝母、生牡蛎、穿山甲、生薏苡仁等。其中生薏苡仁中医以往被广泛用于治疗扁平疣,有消症散结除疣之功,且现代药理研究其具有抗肿瘤作用,疣状胃炎与胃癌的关系密切,在第十届世界胃肠病大会上被列为具有高度癌变倾向的疾病之一,配合薏苡仁辨病治疗疗效往往可相得益彰。

4 今后研究的方向

疣状胃炎主要有上腹痛症状,此外还有腹胀、恶心、呕吐、上消化道出血等症状,还有一部分患者无症状,这些与一般胃炎没有特异性区别。在诊断方面,基本上是以西医辨病、中医辨证为主,借助内窥镜检查根据胃黏膜的形态改变而确诊。笔者认为,首先,目前迫切需要的是规范其病名,只有这样才有利于其研究的进一步深入。其次,通过大样本多中心的临床试验研究,胃镜根据疣状胃炎发病的不同部位、成熟型和未成熟型之分、活动期和修复期之别,建立统一规范的胃黏膜微观辨证体系,且四诊合参,完善其宏观辨证体系。并研究出胃黏膜微观辨证和宏观辨证有机结合的方法。使中医的辨证论治规范化、客观化、标准化。另外,在进行辨证论治的规范化的同时,不要忽视辨“病”治疗。其“病”的含义一是中医之“病”的概念,根据中医之病,结合现代的动物或临床研究,选择出行之有效专方专药。其“病”的含义之二是西医的“病”,根据其是否有 Hp 感染或疣成熟和活动与否,加上西药的抗 Hp 治疗,或胃镜下的电切、微波、APC 治疗等手段清除病灶。再者,目前疣状胃炎还没有形成一个统一的、科学的、权威的疗效判定标准。由于采用的疗效标准各自不相同,无法进行横向对比,因而尚不能根据治愈率或有效率的高低来判定各种不同治疗方法的优劣。鉴于疣状胃炎有更高的 Hp 的感染率,病理改变存在相当比

例的肠化和不典型增生,部分病例病灶不易消退,加上目前临床观察到疣状胃炎癌变病例和一些相关基因改变的基础研究的初步证据,有理由考虑将其(特别是成熟型)作为一种癌前疾病,进行全面系统的临床随访和深入细致实验研究,以期阐明其与胃癌的确切关系及癌变机理以及中医药阻止或逆转这种恶变的可行性。有理由相信,随着中医和中西医结合对疣状胃炎的基础和临床研究的不断深入,一定会给疣状胃炎的治疗开辟一条崭新途径。

参考文献

- Gallagher CG, Lennon JR, Crowe JP. Chronic erosive gastritis: a clinical study. *Am J Gastroenterol*, 1987, 82(4): 302~306.
- Tytgat GNJ. The Sydney System: endoscopic division. *Endoscopic appearances in gastritis/duodenitis* J *Gastroenterol Hepatol*, 1991, 6

(3): 223~234.

- 顾庆华. 从胃痛论治疣状胃炎. *中医药研究*, 1995, 6: 15.
- 司雁菱, 李继安. 中西医结合治疗疣状胃炎 40 例. *中国中西医结合杂志*, 2000, 20(12): 945.
- 黄朝晖, 张光霞. 胃安合剂治疗疣状胃炎 80 例疗效观察. *实用中医药杂志*, 1996, 12(3): 7.
- 龙德时, 李超民, 冯兴华, 等. 中西药合用治疗疣状胃炎 46 例与西药对照观察. *中国中西医结合杂志*, 1994, 14(3): 150.
- 唐丽安, 张熙纯. 疣状胃炎 258 例分析. *湖南医学*, 1991, 8(3): 136.
- 柳恕中, 徐步门, 姚光弼, 等. 痘疹状胃炎的临床和内窥镜观察. *中华消化杂志*, 1983, 3(12): 75~77.
- 钱世玲. 关于疣状胃炎的病理形态观察. *临床消化病杂志*, 1990, 3(1): 1~4.
- 郝志明, 张玉厚, 吴玉娥. 疣状胃炎 198 例临床、胃镜及病理分析. *中国内镜杂志*, 1996, 2(4): 71~72.
- 李石, 黄品忠, 朱成, 等. 慢性糜烂性胃炎 191 例分析. *中华消化杂志*, 1983, 3(3): 159~161.

"醒脑开窍"针刺法治疗中风后假性延髓麻痹 34 例

赵瑞珍¹ 熊杰¹ 丁淑强² 指导:石学敏²

假性延髓麻痹又称假性球麻痹,是脑血管病的严重并发症之一。临床主要表现为语言不清,吞咽困难,饮水呛咳,情绪障碍等,发病原因最常见的是脑血管病,其病变部位广泛,如两侧大脑皮层,皮层下基底节内囊以及脑干等部位。临床治疗中尚缺乏统一标准和明显奏效的药物,近年应用石学敏院士提出的"醒脑开窍"针刺疗法取得了确切的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料:全部病例均来自针灸科中风后延髓麻痹的住院患者,按入院顺序随机划分两组,治疗组、对照组各 34 例,其中治疗组中男 26 例,女 8 例,平均年龄 67 岁;对照组中男 24 例,女 10 例,平均年龄 69 岁。两组患者临床资料差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准:临床以吞咽困难、饮水呛咳、言语不清表现为主,伴有表情淡漠、强哭强笑、无舌肌萎缩、舌体不偏等。符合中风病诊断标准,除外意识不清,妊娠或哺乳期妇女,合并严重肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性及精神疾病患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组:取穴:内关,人中,三阴交,风池,完骨,金津、玉液点刺放血,咽后壁点刺。操作方法:选用石氏针灸针 0.30mm×75mm 毫针,常规皮肤消毒。内关、人中、三阴交穴选用 0.3mm×40mm 毫针,内关行提插捻转泻法 1 分钟;人中穴行雀啄手法,以眼球湿润或流泪为度;三阴交双侧直刺 1.0~1.5 寸,行提插补法 1 分钟。首次治疗先刺内关、人中。风池穴针向结喉,震颤徐入 2.5~3.0 寸,施小幅度高频率捻转补法,施术 1 分钟,以结喉麻胀为度;完骨穴操作同风池;金津、玉液位于舌底,令患者张口伸舌后,术者用舌钳或纱布将舌体提起暴露舌底部,用三棱针点刺金津、玉液,以出血 5ml 为宜;咽后壁点刺时,嘱患者张口,用压舌板压住舌体,清楚暴露咽后壁,分别用 3 寸

以上长针点刺双侧咽后壁。28 天为 1 个观察周期。

2.2 对照组:取穴:哑门、廉泉、通里、合谷。操作方法:选用 0.30mm×40mm 毫针,哑门直刺或向下斜刺 0.5~1 寸;廉泉向舌根斜刺 0.5~0.8 寸;通里穴直刺 0.2~0.5 寸。合谷穴直刺 0.5~1 寸。观察周期同治疗组。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:采用洼田氏饮水试验以及语言分级量表方法进行计分以及疗效评定。痊愈:积分减少≥80%以上;显效:积分减少≥55%而<80%;有效:积分减少≥30%而<50%;无效:积分减少不足 30%。

3.2 治疗结果:治疗组 34 例,治愈 18 例,显效 9 例,有效 6 例,无效 1 例,有效率为 97.1%;对照组 34 例,治愈 5 例,显效 10 例,有效 12 例,无效 7 例,有效率为 79.4%。经 *Ridit* 分析,两组间差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

假性延髓麻痹可见于脑动脉硬化,多发性脑梗死等疾病,其中以脑梗死引起者最为常见。中医学将本病归为"中风"范畴,与"痿痹""类噎膈"类似,发病机理因肝血肾精亏耗,经脉失于濡养,或肝郁气滞加之元阳不足,釜底无薪致脾失健运,痰湿内蕴闭阻颅脑,或肾亏于下,阳亢于上,水不涵木,肝风内动而出现构音、吞咽、情感等障碍发为本病。临床采用"醒脑开窍"针法加减治疗中风后假性延髓麻痹确有很好的疗效。内关穴为八脉交会穴之一,通于阴维,属厥阴心包经之络穴,有养心安神、疏通气血之功。人中穴为督脉、手足阳明之合穴。督脉起于胞中,上行入脑达巅,故泻人中可调督脉,开窍启闭以醒脑宁神。三阴交穴系足太阴脾、足厥阴肝、足少阴肾经之交会,该穴有补肾滋阴生髓的功能,髓主精,精生髓,脑为髓海,髓海有余于脑有益。金津、玉液、咽后壁局部取穴放血点刺,有活血化痰,通气利窍之功,有利于吞咽和语言功能的恢复。针刺风池、完骨等穴位具有扩张脑血管、增加脑血流量、改善脑部供血供氧的作用,有助于侧枝循环的建立,减轻组织损害,有利于疾病的恢复。

1 天津中医学院,天津市南开区玉泉路 88 号 300193

2 天津中医学院第一附属医院

收稿日期:2005-10-24