

辨证治疗慢性胃炎癌前病变 45 例疗效分析

陈 瑜* 吴丹明* 兰春英*

主题词 胃炎/中医药疗法 辨证论治 癌前状态/中医药疗法

胃粘膜不典型增生(Atypical hyperplasia, ATP)和肠上皮化生(Intestinal metaplasia, IM)均是胃内疾病的伴随改变,与胃癌的发生有密切关系。1972年世界卫生组织将其列为“癌前病变”,我科近年来辨证治疗本病取得较好疗效,现将资料完整的45例总结报告如下:

1 临床资料

1.1 病例选择:经胃镜病理检查的慢性胃炎包括浅表性胃炎(CSG)和萎缩性胃炎(CAG)伴随IM和/或ATP,取病灶重者作为观察对象。有上消化道外科手术者不列入观察。

1.2 一般资料:本组45例,男32例,女13例;年龄24~77岁,平均46.7岁;病程0.5~35年,平均10.3年;CAG 31例,CSG 14例。全部病例均伴有肠上皮化生,其中轻度14例,中度23例,重度8例,有3例同时伴随轻度不典型增生。

以上病例治疗前均有不同程度的不适主诉,如胃脘病、闷胀、泛酸、嗳气、恶心、呕吐、纳差等。均曾经各种不同的中西药治疗。

2 治疗方法

依据全国统一标准辨证分型^[1],给予相应方药并随症适当加减治疗:

脾胃虚弱型(22例):给予香砂六君子汤:党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、木香、砂仁、炙甘草。寒象重加桂枝或干姜,气虚重加黄芪,食滞加六曲、焦三仙。

肝胃不和型(13例):予柴胡疏肝散加减:

柴胡、陈皮、白芍、枳壳、川芎、香附、郁金、木香、炙甘草。疼痛较甚加川楝子、元胡,闷胀重加苏梗、白蔻仁等。

脾胃湿热型(6例):予藿朴夏苓汤加减:藿香、厚朴、半夏、茯苓、杏仁、白蔻仁、苏梗、枳壳、竹茹、莱菔子、黄连。泛酸明显者加吴萸,嗳气甚加沉香或旋复花。

胃络瘀血型(3例):方用丹参饮加味:丹参、檀香、砂仁、莪术、元胡、泽兰、柴胡、郁金、枳壳等。热重加黄连、山栀,虚重加阿胶、当归,寒重加灶心土等。

胃阴不足型(1例):予一贯煎加减:沙参、麦冬、生地、枸杞、当归、川楝子、香橡皮、佛手。胃脘嘈杂泛酸加黄连、吴萸,隐痛绵绵加白芍、炙甘草。

所有方药均水煎服,一日1剂,治疗时间平均为3.5个月。治疗结束后1周内胃镜复查。活检部位尽量与前次相同,一般取材2~4块,病灶重者增加活检部位。

3 结果

3.1 疗效标准:根据南昌会议标准修订。近期临床治愈:主要症状消失,次症消失或基本消失;胃镜复查见糜烂、充血、出血等急性炎症消失,粘膜颗粒状或结节状改变基本消失;病理活检示腺体萎缩、IM或ATP复常或消失。显效:临床主要症状消失,次症基本消失,粘膜急性炎症和粘膜颗粒结节状改变基本消失,病理证实腺体萎缩、ATP和IM减轻两个级度以上。有效:主要症状明显减轻,粘膜颗粒、结节状改变有所减少,活检证实腺体萎缩、ATP和IM减轻一个级度以上。无效:达不到有效标准但又未恶化。恶化:症状加重、胃镜象及病理表明病变加重或上升一个级度。

3.2 治疗结果:45例患者近期治愈27例,显效5例,有效9例,无效3例,恶化1例,总有效

* 中国中医研究院西苑医院,北京市海淀区西苑(100091)

收稿日期:1994-02-26;修回日期:1994-04-05

率 91.12%。大多数病例的急性炎症及粘膜颗粒状、结节状病变在治疗后有好转,其中近期治愈 9 例,显效 8 例,有效 18 例,无效 9 例,恶化 1 例,总有效率为 77.78%。3 例 ATP 均消失,其他异常在大多数病例都有不同程度的好转。表 1 示,治疗前后对照,经秩和检验均有显著差异(表 1)。结果表明肝胃不和型 IM 疗效最低,胃络瘀血型次之,脾胃虚弱型的有效率达 95.45%,但各型之间却无显著差异(表 2)。

表 1 治疗前后病理疗效的比较

程度	萎缩		肠化		不典型增生		炎症	
	疗前	疗后	疗前	疗后	疗前	疗后	疗前	疗后
轻	18	15	14	16	3	0	16	8
中	12	7	23	5	0	0	22	19
重	1	0	8	1	0	0	7	4

表 2 不同证型肠上皮化生疗效的比较

证型	例数	消失	减轻 II 级	减轻 I 级	无效	恶化
脾胃虚弱	22	13	1	7	0	1
肝胃不和	13	6	2	0	2	3
脾胃湿热	6	2	2	2	0	0
胃络瘀血	3	1	0	1	1	0
胃阴不足	1	1	0	0	0	0

4 讨论

据流行病学调查,胃癌发生率与胃粘膜 IM 和 ATP 的发生率之间有显著的正相关^[2]。特别是近年来,由于组织化学技术的应用,发现不完全性结肠型 IM 合并 II 型 ATP 者,更具有临床意义^[3]。Cuell 氏等提出“萎缩性胃炎—IM—ATP—癌”的演变设想^[2]。

慢性胃炎多有血瘀的临床和实验室指征^[4]。在出现 IM 和 ATP 时,胃镜下可见到因肠上皮化生或胃小凹上皮增生而使粘膜呈颗粒状或结节状,更说明血瘀的存在。已有研究表明,活血化瘀药可增加胃粘膜血流量,改善微循环,降低毛细血管通透性,可减少炎性渗出,促进炎症的吸收,活血化瘀药对增生性病变也有不同程度的软化和促进吸收的功能^[4,5],故对胃粘膜固有腺体的再生、肠化应有改善作用,临

床应用已证实^[6]。

我们认为:“久病必瘀”,气郁、脾虚、湿热、阴寒和津亏等诸多因素皆可致瘀。慢性胃炎及 IM、ATP 病变,也是因致病因素长期作用而致。故是以诸因为本,血瘀为标,活血化瘀是为治标之法,而辨证分型,审因论治方为治本之道,虽两种方法在胃镜象改善及 IM、ATP 逆转方面都取得较好疗效,但在临床症状的缓解方面,后者更为明显。

本组病例以脾胃虚弱型为最多,占 48.89%,其他各型如脾胃湿热、胃阴不足等也直接或间接与脾虚有关,故健脾法及方药适用于本病各型的治疗。健脾方药可调节植物神经和机体的免疫功能,升高 cAMP/cGMP 比值,有改善临床症状的作用。同时,某些健脾药也可加快血液循环,可促进新陈代谢,修复损伤组织^[7,8]。这可能与辨证分型治疗,症状改善较好,且可逆转 IM 和 ATP 病变的机理有关。但我们也不否认活血化瘀对改善胃粘膜微循环有更强、更直接的作用,如能在辨证论治的基础上,加入活血化瘀药,标本同治,定可取得更好的临床疗效。

5 参考文献

- 周建中,等.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)中西医结合杂志 1990; 10(5): 318.
- 蒋红玉.胃粘膜不典型增生与肠化研究进展.湖南中医学院学报 1987; (2): 53.
- 陈士葆,等.胃炎.第一版.上海科学技术出版社,1989: 199.
- 吴丹明,等.活血清热药治疗慢性胃炎的临床观察及胃液分泌的实验研究.北京中医 1991; (4): 18.
- 田庚善,等.活血化瘀法实验研究进展.天津中医 1989; (1): 33.
- 张继玫.活血化瘀治疗胃癌前期病变 90 例疗效分析.中国中西医结合杂志 1992; 12(8): 492.
- 厉兰娜.慢性萎缩性胃炎治疗现状.浙江中医杂志 1988; (1): 43.
- 周金黄主编.中药药理学.第一版.上海科学技术出版社,1986: 238.

本刊启事

凡发现本刊有印刷、装订错误,请直接与北京印刷一厂质量检验科联系,厂方负责调换。地址:北京市西便门内大街 53 号,邮编:100053。