

论 坛

中医药抗溃疡病复发研究的若干问题

唐旭东*

主题词 消化性溃疡/中医药疗法 复发

目前对于消化性溃疡的治疗,中、西药均能获得令人较为满意的疗效,尤其近十余年来,西药 H_2 受体拮抗剂、质子泵抑制剂等的不断涌现,使溃疡病的治愈率明显提高,但1年复发率仍高达80%以上,引起医学界的高度重视,因此,抗溃疡病复发成为当前研究的热点。为此,笔者就中医药抗溃疡病复发研究的若干问题谈谈个人的看法,供同道参考。

1 现存的问题与认识

近十余年来,中医药对消化性溃疡的研究,主要集中在疗效观察及新制剂的开发上,抗复发的临床和实验等实质性研究涉及较少,缺乏深度,对溃疡病复发的有关概念也缺少深入的认识。

1.1 从“溃疡愈合质量”说起:溃疡病的愈合质量直接关系到溃疡病的复发率,这已为国内外学者所公认。临床观察发现,溃疡病多在原来的部位或附近复发。实验研究也表明,溃疡面虽然愈合,但组织学检查可以发现粘膜下血管、腺体的结构、粘膜厚度、结缔组织等尚未完全恢复至正常状态,而这些将直接影响细胞的氧合作用、营养供应和粘膜的防御功能,成为复发的病理基础。为此,国外学者Tarnawski提出了“溃疡愈合质量”的概念^[1],认为溃疡的愈合单从镜下观察粘膜上皮层的修复是不够的,还需要粘膜以下组织结构的修复和重建。北京医科大学李益农教授撰文认为^[2],对溃疡愈合质量的评价应包括内镜下的成熟度、组织学的成熟度和功能的成熟度3个方面,这使得评价溃疡病愈合质量更为科学和系统。

提高溃疡愈合质量的办法,亦即根据溃疡病发病学说而针对各种发病因素所采取的对策。目前现代医学指导溃疡病治疗的学说仍是保护因子与攻击因子失衡的“天平学说”,而且尤重酸相关学说,认为影响溃疡愈合的3个因素为:(1)抑酸的程度;(2)24小时内抑酸

的时间;(3)抑酸治疗的疗程。因而“无酸无溃疡”、“一旦得溃疡病则终身溃疡病”等观点普遍为人接受,从而抑酸治疗、延长疗程等成为目前较为盛行的抗溃疡病复发的方法。从某种程度上说,抗复发的手段和方法基本上还是治疗手段的重复和延续。近几年来,幽门螺杆菌在溃疡病发病、复发中的作用受到重视,有“无幽门螺杆菌无溃疡”之说,杀灭幽门螺杆菌疗法也成为抗溃疡病复发中的重要内容。

中医药对消化性溃疡的治疗及抗复发研究是否也要全盘按照上述现代医学的方法搞下去,进行一味地抑酸、抗幽门螺杆菌等现代医学模拟治疗呢?回答是否定的。就以十二指肠球部溃疡的治疗为例, H_2 受体拮抗剂和硫酸胶体铋是两个治疗着眼点完全不同的药物,虽然二者的治愈率大致相同,但从起效时间上看,还是前者占优。可是,据统计^[3],1年后的复发率前者为85%,后者(胶体铋)仅为59%,令人深思。而中医药对溃疡病的治疗及抗复发作用,从现代医学药理学分析,具有增强胃粘膜保护作用、抑酸、抗幽门螺杆菌等多种的综合治疗作用,这是中医药的优势所在,因此,中医药在抗溃疡病复发研究上是大有可为的。从中西医结合角度看,“溃疡愈合质量”概念的提出,对中医药研治溃疡病同样具有启发意义。在运用中医药治疗溃疡病时,应该明确溃疡病在发生、发展、愈后复发等不同病期和阶段的不同,而这种认识应该建立在通过大量临床研究、掌握溃疡病证候特点和病机演变规律的基础之上,从而提高中医药治疗溃疡病的愈合质量,减少溃疡病复发率。

1.2 从临床研究存在问题说起:在中医药治疗消化性溃疡的理论、临床、实验研究中,临床研究是中心、是前提。西医学现代化的特点之一就是医学的社会化,流行病学研究则是社会医学的重要研究方法之一,临床研究依据流行病学方法可以获取许多宝贵的资料,而中医药抗溃疡病复发研究工作在这方面尤为欠缺,概而言上,有发病因素、证候病机、治疗用药3个方面。在病因上,据万余人统计^[4],溃疡病的发病诱因有受凉、劳累、饮食不当、精神紧张、饮酒等等,其中尤以饮食不

* 北京中医药大学东直门医院内科,北京市东直门
 北海运仓5号(100700)

收稿日期:1995-06-12

当、受凉占多数。由于既往的溃疡病调查中对发病诱因和复发诱因没有加以应有的区分,因此,对溃疡病复发尚缺少深入的了解,是否具有与溃疡病发病同样的特点呢?笔者临床体会,劳累因素在溃疡病复发诱因中占很大比例,这对于从中医病机角度认识溃疡病复发的机制是很重要的。在证候及其病机规律上,也须进一步摸索和思考。溃疡病病变部位不同,中医学的证候特点及其病机也有差异,随着溃疡位置从十二指肠球部、幽门管、胃窦部、胃体部、胃底部、贲门等处不断升高,其表现的热证、湿热证、实证愈多,而寒证、虚证也相对减少。此外,现代医学认为攻击因子增强为主的十二指肠溃疡在中医证候学特点上脾虚较为突出,而现代医学认为防御因子减弱为主的胃溃疡在中医证候学特点上则以肝胃不和、湿热中阻为多见。据此,如何认识高酸分泌与中医学病机证候的关系,目前均缺少大宗病例的调查分析及思辨。在抗复发的治疗用药上,既往仅有部分文章就“脾旺四季不受邪”、“木土相克”等做一些探讨和设想,而在健脾益气、疏肝和胃、行气活血等方药对抗复发的具体疗效上缺少前瞻性的临床观察和比较,当然难度是存在的,但不致于做不到。由于抗溃疡病复发临床研究的资料甚少,因而理论研究方面也难以有进一步的认识。实验研究方面更为薄弱,某些方药在某种动物造模方法下拮抗溃疡发生的报道,缺少考虑到治法方药比较、诸多复发因素、针对性的抗复发实验研究,有待进一步完善。

2 抗复发的思路与对策

2.1 科学治疗,提高溃疡愈合质量:提高溃疡愈合质量,是中医药抗溃疡病复发的第一步。而溃疡愈合质量的提高,必须建立科学的诊疗标准,严格采用日本的3期6级法,通过正规治疗,使溃疡愈合达到镜下的白色瘢痕期或近乎正常粘膜。这就要求我们在治法上力求全面而科学。

2.1.1 整体治疗与局部治疗相结合:溃疡病在中医证候学上的表现是多种多样的,如脾虚血瘀、肝胃不和、湿热中阻等等,治疗多通过整体辨证、归纳病机,然后采用相应的益气活血、疏肝和胃、清热化湿等整体治法,疗效是肯定的。但仅此是否已臻完善?笔者认为,只强调整体治疗是不够的,对溃疡病的中药治疗,随着胃镜的普及,作为中医望诊的延伸,在重视传统辨证论治方法的同时,不可忽视对溃疡病灶的局部治疗。近十余年来,有关外用类中药内服治疗消化性溃疡取得良效的大量报道正说明了这一点^[5],这类常用的成方和药物有:锡类散、加减生肌散、云南白药及珍珠粉、珍珠层粉、乌贼骨粉、三七粉、儿茶等,从现代医学药理作用

看^[6],其特点在于药粉或药糊易于吸附于胃、十二指肠的粘膜表面,对溃疡形成保护膜,减轻粘膜炎症,改善微循环,加速粘膜的修复,促进溃疡的愈合。从而达到敛溃疡、护胃膜、制胃酸、生新肌的作用。因此,溃疡病中医药治疗,既要重视整体辨证立法,也要根据胃镜下粘膜相辨病选药,整体治疗与局部治疗相结合,这样才能提高溃疡愈合质量。

2.1.2 证效、证效、病效相结合:衡量溃疡病治疗药物优劣的5个标准是^[8]:(1)止痛效果好;(2)溃疡愈合快;(3)复发率低;(4)副反应少;(5)价格便宜。中医药治疗溃疡病,在后2点上有自己的优势,暂且不论。在前3点中,“止痛效果好”首先强调的是证效,“溃疡愈合快”,突出的是病效,而从证着手、审证求因、辨证论治是中医药治疗溃疡病的根本方法,也是抗溃疡病复发、减少溃疡病复发率的根本着眼点,因此,中医药治疗溃疡病并提高溃疡愈合质量,做到证效、证效、病效三者的统一非常重要,证效是基础,证效是根本,病效是目的。就以主症疗效止痛为例,中药有金铃子散、失笑散、川芎、乳香、没药、白芷、芍药、甘草等,是否一概可以用之?还须服从辨证这一前提。溃疡病多属中医学“胃脘痛”范畴,胃气阻滞、不通则痛,而不通之因不一,或为寒凝气滞,或为湿热阻滞,或为肝郁犯胃,治疗上良附丸之温中以散寒凝,温胆加大黄之清化以通热结,四逆加味之疏理以解肝郁均是止痛的好办法。再譬如,大家都知道珍珠粉、乌贼骨粉等均是溃疡病治疗的良药,具有收敛、制酸、生肌的作用,但同是溃疡病人,证候不同则选药亦异,如果溃疡伴见幽门不全梗阻,多属湿热中阻、气滞血瘀,不宜使用珍珠粉、乌贼骨粉等收敛药,而应伍以大黄粉、三七粉以通降胃气、行气活血;如果溃疡位置高,证候表现热象明显,则可选用锡类散配合汤药更为适宜。

2.1.3 辨病论治与三因制宜相结合:有资料表明,50%以上的胃溃疡患者胃酸分泌正常或略少,此外10~20%患者对抗胃酸药物和外科手术治疗效果欠佳。因此,只强调溃疡病的高酸分泌与抑酸治疗,忽视上皮细胞粘液和碳酸氢钠分泌物、前列腺素E₂的产生、上皮细胞的增殖、完整等胃粘膜防护因子的改变,显然是片面的。溃疡病病因多样,病理生理改变在胃溃疡、十二指肠球部溃疡、胃其它部分溃疡均有不同的特点,因此,区分胃、十二指肠溃疡,个体化治疗很有必要。这也是现代医学新近研究进展所强调的,而这种方法论思想在中医学中早已有之,即三因制宜。溃疡病因时不同,则夏季易湿热、秋冬多脾虚或虚寒、春季每肝郁或化热。因地不同,则南方易伤阴津而多气阴两虚,舌红

少津者不少,北方则每每湿热阻滞气血、苔腻舌质暗红者常见。因人不同,或男女有别,女性更兼经带胎产;或老少有异,老者每伴脾肾亏虚;或素体禀赋不一,中气素虚,劳倦过度,病则脾气愈虚;肝气素旺,情志郁怒,则肝郁常易化火犯胃。因此,在治疗用药上,综合考虑上述诸多因素,不仅是治疗上的需要,也是抗复发的思路。笔者临床体会,胃溃疡与十二指肠溃疡的证候学规律有明显差异,而同部位的溃疡病,各人症状表现也不尽相同,因此讲求辨病施治规律,同时强调三因制宜,对提高溃疡病愈合质量大有裨益。

2.2 系统治疗,减少溃疡病复发率:所谓系统治疗,就是活动期溃疡的病人通过接受科学治疗达到高质量愈合后,必须接受阶段性的抗复发治疗,充分体现中医学防患于未然的思想,而不是简单的痛止治亦止,或病愈治亦停。

2.2.1 综合预防,消除溃疡病诱发因素:现代医学认为,消化性溃疡的发病绝非涉及一种因素,而是涉及环境、遗传、精神等多种因素或这些因素的组合,溃疡病不是一个单一的疾病,而是以溃疡这一共同临床表现为基础的多种疾病所构成,病因和发病较为复杂,因此,在抗复发治疗上也必须针对各个环节综合治疗。溃疡病复发的诱发因素很多,诸如饮食不当(过于饥、饱、生冷等)、情志因素(忧虑、郁怒、紧张等)、饮酒、吸烟、受凉、药物副作用等等,对此,古代医家多有论述,如《素问》之“人饮食劳倦即伤脾”、《薛氏医案》之“七情五贼总伤二脉,饥饱伤胃,劳役伤脾……”等,充分阐述了诸因对脾胃病证发病的重要影响,时至今日仍富有指导意义。当然,减少溃疡病复发的诸多诱发因素,与人们的经济文化水平及卫生保健常识有密切关系,医者要多多宣讲医学科普知识,提高溃疡病患者乃至大众对该病的认识。

2.2.2 脏腑辨证,以调整肝脾功能为主:许多学者认为,溃疡病的反复发作性主要缘于溃疡病体质问题没有解决。从临床实践到理论认识即审证求因的程序看,其复发的机制主要在于胃腑失于和降(胃气阻滞、胃络瘀阻、胃膜溃烂)和脏腑关系失调、病机的反复迁延,而这些是以患者素禀的脏腑阴阳强弱及外感、七情、饮食诸因的作用为基础的,因此,通过脏腑辨证,调整胃、脾、肝等相关脏腑功能,是抗溃疡病复发的主要着眼点。

脾气健旺作根本。脾虚,不仅是溃疡病发病及转归的关键,也是溃疡病愈后复发的关键,这点目前已成为大多数学者的共识。它在溃疡病上的表现,大致有4点:其一,在溃疡病的临床症状上,脾虚证候较为多见,

其中十二指肠球部溃疡、老年性消化性溃疡尤为突出,如胃脘疼痛绵绵,得食痛缓、喜温喜按、食后腹胀、乏力便溏、舌质淡或胖、边有齿痕等等。其二,中医学认为,脾有主司运化、化生气血、防御外邪的作用,为“后天之本”,这在溃疡病发病上有重要意义,诚如《脾胃论》中所云:“元气充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气,若胃气之本弱,饮食自倍,则脾胃之气既伤,元气不能充,而诸病由之生也”。其三,无论溃疡病患者表现为单纯的脾气虚证,还是脾虚合并湿阻、寒热、气滞、血瘀等证候,采用健脾补虚或补脾与化湿、清热、散寒、行气、活血诸法并用,都是行之有效的,可根据具体情况选用生黄芪、炙黄芪、党参、太子参、白术、炙甘草、大枣等健脾益气之品。其四,现代医学药理研究证明^[9],上述健脾益气之品具有抗胃粘膜损伤、增加胃粘膜血流和前列腺素E₂、促进溃疡愈合等作用,还对实验性胃溃疡的造模具有预防和保护作用。因此,对于见有脾虚证候的溃疡病人的抗复发治疗,健脾益气、调和脾胃是根本的治法,不仅对溃疡愈合后而脾虚之症、舌、脉尚未完全消失的病人,要守法继进,不给溃疡复发留下潜在因素,而且对无明显脾虚证候出现的患者,也应重视调补脾胃,以期达到“脾旺四季不受邪”,提高机体抗溃疡病复发的能力。

肝气调达去标因。溃疡病从病因、病机与病位综合考虑,其病性特点是本虚标实,而且每因标实引致本虚而发病或复发。就标实而言,常见肝郁、湿浊、食滞、寒凝等,但以肝气郁结、肝木克土最为多见,这一点尤以胃溃疡、女性患者、青壮年肝气素旺患者最为突出。《谦斋医学讲稿》云:“正常的肝气和肝阳是使肝脏升发和条畅的一种能力,故称做‘用’。病则气逆阳亢,即一般所谓‘肝气’、‘肝阳’证……”。《玉机微义》载:“脏气不平,胜乘相因为病,如怒伤肝,肝克脾,脾气不正,必胀于胃,名曰胜克”。或因工作过度紧张,心绪不畅,使肝气郁结,木失条达,疏泄因之不及;或为精神刺激,肝气不和,横窜为患,终致胃失和降。前者木不疏土,其性消沉;后者肝气横逆,木旺克土。因此,在抗溃疡病复发的治疗上,要抓住肝木与脾(胃)土这个关系,尤其对于工作紧张、易致抑郁,或肝气素旺、阳热亢盛的患者,应注重疏肝和胃、清热疏泄治法的应用。现代医学药理实验证明,疏肝清热和胃的方药如小柴胡汤、左金丸等具有抑制胃酸、减轻胆汁返流、促进胃排空、抗幽门螺杆菌等作用。

气血通畅护胃络。如上所述,脾虚为本,肝郁是标,标本兼顾之外,勿忘胃气阻滞、胃络瘀阻乃是胃粘膜溃烂、溃疡形成的关键,即胃络瘀阻既是病理产物,又是

病因。现代医学病理研究表明^[10], 溃疡底部及周围的血管可见血管内膜炎症, 血管壁纤维性增厚或有透明性变, 管腔狭窄, 局部血循环障碍供血不足, 而导致组织细胞代谢障碍和病理损伤。结合临床所见胃脘刺痛, 夜间为甚, 痛点固定、舌质暗以及病程绵长的特点, 说明瘀血的存在, 这也符合祖国医学“久病入络”、“久病留瘀”的理论。著名中医学家董建华教授在其通降论学术思想中^[11], 非常重视气血与胃主通降之性及胃病的关系, 认为胃为多气多血之腑, 胃内气血状况如何, 直接决定着胃的强盛衰弱, 凡情志不遂、饮食不节、冷热失常、劳倦过度等内外因素均能使胃的气血功能异常而导致气滞血瘀。因此, 他主张治疗胃病必调气血。这个观点在溃疡病的治疗及抗复发研究上很有指导意义。笔者认为, 学习古代医家王清任、唐容川等有关活血化瘀治疗脾胃病的论述, 选用《时方歌括》之丹参饮、《局方》之失笑散、《奇效良方》之手拈散等方药, 对活动期溃疡以求活血生肌、促使溃疡愈合, 对溃疡愈合后则通过调理气血达到气血流畅、养护胃络的作用, 抗溃疡病复发。目前溃疡病发病机理研究提示^[12], 胃粘膜对缺血的耐受性很差, 由粘膜局部缺血引起的能量代谢障碍是关键性的病理机制。充足的胃粘膜血流, 一则可以随时带走逆扩散到粘膜 H^+ ; 二则为保证粘膜细胞的快速新陈代谢提供丰富的 O_2 和其它营养物质, 维持上皮细胞的正常功能, 从而对维持胃粘膜的防御机能起重要作用。药理研究表明, 活血化瘀类中药具有明显的增加胃粘膜血流的作用。

2.2.3 镜下辨病, 根治溃疡病伴随病变: 在溃疡病的抗复发治疗上, 原则上强调辨证论治, 即从整体观念、脏腑辨证角度出发调整脾胃功能状态, 但不可因此而放弃辨病论治, 要重视对溃疡病伴随病变的治疗, 如酸相关性慢性胃病、胆汁返流性胃炎、幽门螺杆菌相关性胃炎、消化不良等, 这些伴随病变得不到纠正, 溃疡病很难治愈或愈而复发。

具体而言, 酸相关性慢性胃病主要指由于高酸分泌引起的十二指肠及胃、食道的糜烂和溃疡, 当溃疡治愈后, 其高酸分泌特性及粘膜的糜烂仍是治疗的重点和着眼点, 这类病人的临床症状特点是易饥多食、空腹不适疼痛、进食后缓解、嘈杂烧心等, 辨证多为肝胃郁热、湿热中阻、肝郁脾虚之证, 治疗宜使用疏肝、抑肝、清热、和胃等法, 配以煅瓦楞子、乌贼骨、凤凰衣、大贝母等制酸之品。

胆汁返流性胃炎、幽门螺杆菌相关性胃炎临床也极为常见。胆汁返流性胃炎主要由于幽门功能失调所

致, 涉及精神、应激、烟、酒等诸多因素, 最终环节是胃内环境的改变, 胃粘膜的损伤。临床常见嘈杂、烧心、泛酸、口苦、恶心、嗳气等症状, 中医辨证多属肝郁、胆逆、胃热之证, 因此治疗上采用疏肝、利胆、清热、和胃、通降之法, 运用柴芩温胆汤、左金丸、加味香苏饮等方药具有明显效果。临床观察体会, 幽门螺杆菌相关性胃炎证候学特点复杂, 以肝胃郁热证、湿热中阻证较为多见, 治疗上主张在辨证的基础上选加虎杖、公英、黄连、黄芩、半枝莲等抗幽门螺杆菌之品, 辨证施治作基础, 辨病用药体现灵活性, 方能收效快而明显。

总之, 中医药对溃疡病的治疗研究工作较为广泛、深入, 而中医药抗溃疡病复发的研究工作尚很薄弱, 亟待加强。其进程应以临床研究为中心, 理论和实验研究随之进一步深入。其思路和方法, 应以提高溃疡病愈合质量为前提, 以流行病学研究加深对溃疡病复发的中医学认识, 以重点调整相关脏腑功能、结合辨病论治为基本方法, 踏实而深入地开展研究工作, 会取得确切的成果。

3 参考文献

- 1 Tarnawski A, et al. Quality of gastric ulcer healing: a new emerging concept. J Clin Gastroenterol 1991;13(Suppl 1): 42.
- 2 李益农. 溃疡病的愈合质量与复发. 中华内科杂志 1994; 33(8): 511.
- 3 Isenberg JI. 抗溃疡药的副作用与用药选择. 中华消化杂志 1993;13(3): 167.
- 4 河北省溃疡病调查协作组. 溃疡病住院患者 13711 例的临床分析. 河北医药 1984;(5): 282.
- 5 唐旭东. 外用中药内服治疗消化性溃疡概述. 山东中医学院学报 1989;(6): 47.
- 6 王苑本, 等. 锡类散治疗十二指肠球部溃疡的多中心双盲对比研究. 天津医药 1984;(1): 36.
- 7 周兰, 等. 用扫描电子显微镜观察锡类散改进方对溃疡病治疗作用的研究. 中医杂志 1980;(10): 45.
- 8 郑芝田. 消化性溃疡的研究现状. 中华消化杂志 1982;2(3): 126.
- 9 董明国. 抗溃疡方药实验研究进展. 中国医药学报 1993;8(2): 49.
- 10 李宇萍, 等. 从形态和机能变化探讨溃疡病与中医胃痛病机的内在联系及其临床意义. 新中医 1982;(6): 48.
- 11 唐旭东, 董建华“通降论”学术思想整理. 北京中医药大学学报 1995;18(2): 47.
- 12 程澍田, 等. 消化性溃疡发病机理的某些新进展. 中级医刊 1993;(9): 36.