

化浊解毒法治疗胃癌前病变患者 61例

霍永利^{*} 李佃贵¹ 马小顺²

(1. 河北省中医院消化内科, 石家庄市长安区中山东路 389 号, 050011; 2. 河北医科大学中医学院)

基金项目: 河北省中医药管理局中医药、中西医结合科研计划资助项目 (2009110)

^{*} 通讯作者: 345315817@ qq. com, 13131178418

[关键词] 化浊解毒; 胃癌前病变; p53

慢性萎缩性胃炎 (CAG) 伴肠上皮化生 (IM) 和不典型增生 (ATP) 是胃癌的癌前病变。胃癌前病变 (PLGC) 是胃黏膜从正常向胃癌转化过程中的一个重要阶段。阻断和逆转 PLGC 的发展, 是降低胃癌发生率的有效措施之一, 中医药在该领域具有良好的疗效和前景。我们从“浊毒”入手, 治疗胃癌前病变患者, 疗效确切。现将报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准

参照 1982 年重庆召开的全国胃炎诊治座谈会所制定的《慢性胃炎的分类及纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的病理诊断标准》(试行方案)^[1]。

1.2 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中有关萎

缩性胃炎的中医证候诊断标准。

1.3 纳入和排除标准

① 纳入标准: 纳入试验前半个月病理证实为慢性萎缩性胃炎伴中、重度异型增生和 (或) 中、重度不完全结肠化生, 且能配合治疗者。② 排除标准: 合并消化性溃疡者; 病理诊断疑有恶变者; 合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者; 精神病患者。

1.4 一般资料

所有患者均为 2008 年 10 月~ 2010 年 4 月在河北省中医院消化内科经病史提示、胃镜病理证实为不典型增生或中、重度肠上皮化生, 且配合治疗者, 共 130 例。试验结束时共剔除 11 例患者, 其中治疗组 4 例, 对照组 7 例, 最终可供分析的患者数为 119 例。治疗组 61 例, 男 33 例, 女 28 例; 萎缩病理分

3.3 两组临床疗效比较

表 1 示, 治疗组与对照组比较, 经统计学处理, 差异有统计学意义。治疗组疗效明显为优 ($P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	65	14	33	13	5	60 (92.3)
对照组	55	5	19	23	8	47 (85.5)

3.4 两组内镜疗效比较

表 2 示, 治疗组与对照组比较, 经统计学处理, 差异有显著性。治疗组疗效明显为优 ($P < 0.05$)。

表 2 两组内镜疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
治疗组	65	37	18	10	55 (84.6)
对照组	55	16	22	17	38 (69.1)

4 讨论

反流性食管炎属中医学“反胃”、“嘈杂”、“呕

吐”、“吞酸”等范畴。本病多因饮食不节, 情志不遂, 劳逸不均, 致肝胆疏泄失职, 脾胃运化失常, 气机上逆。我们经过多年临床观察发现, 反流性食管炎的患者多因情志不畅, 肝郁侮脾, 脾胃失和, 胃气上逆, 而见烧心、吐酸、胸骨后疼痛等症状, 故治以疏肝健脾, 和胃降逆, 佐以制酸止痛。方用平胃散、二陈汤、竹叶石膏汤、左金丸、金铃子散等化裁而成。方中平胃散健脾化湿, 二陈汤化痰降逆, 竹叶石膏汤清胃热, 左金丸疏肝清肝、降逆止呕, 金铃子散理气止痛, 蒲公英清热养阴, (煅) 瓦楞子制酸止痛, 莪术止痛, 共奏疏肝健脾、和胃止痛之功, 临床观察结果表明, 益气清胃汤治疗反流性食管炎确有良效。

参考文献

- [1] 全国反流性食管病 炎研讨会制定反流性食管病 炎诊断及治疗方案 (试行) [J]. 现代消化及介入治疗, 2000, 5 (1): 3-4.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 1995: 114-117.

(收稿日期: 2010-11-17; 修回日期: 2011-01-31)

[编辑: 黄健]

级为轻度 20例、中度 25例、重度 16例;其中伴有肠上皮化生 17例,伴有异型增生 13例。对照组 58例,男 32例,女 26例;萎缩病理分级为轻度 19例、中度 23例、重度 16例;其中伴有肠上皮化生 15例,伴有异型增生 10例。两组患者在年龄、性别、病理、病程等方面比较,差异无统计学意义 ($P> 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组观察期间均不使用其他相关治疗的药物,如质子泵抑制剂、H2受体阻滞剂、抗生素、胃黏膜保护剂等。治疗组予化浊解毒中药复方(由柴胡、黄芩、连翘、藿香、瓜蒌、砂仁、山慈菇、全蝎、莪术、苦参、蒲公英、半枝莲、白花蛇舌草、三七等组成),将上述药物加水煎煮取汁 300ml,早晚分 2次空腹服用。对照组予三九胃泰冲剂(深圳南方制药厂生产,批号:200709129,规格:2.5g/袋),每次 2.5g,每日 3次。治疗周期均为 3个月。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

参照制定的《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)》^[3]和《中国常见肿瘤诊疗规范》制定。显效:临床主要症状消失,次症基本消失;胃镜复查黏膜急性炎症基本消失,慢性炎症好转;病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常或减轻 2个级度。有效:临床主要症状明显减轻;胃镜检查黏膜病变范围缩小 1/2以上,炎症有所减轻;病理组织学检查证实所见急、慢性炎症减轻 1个级度以上,腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生减轻;胃酸分泌功能和胆汁反流改善,达原病变异常值量的 1/2以上。无效:未达到上述有效标准,未恶化或恶化者。

3.2 临床综合疗效比较

治疗后,治疗组总有效率为 83.61%,对照组总有效率为 68.96%,两组患者总有效率比较差异有统计学意义 ($P<0.01$)。见表 1。

表 1 两组患者临床综合疗效比较(例)					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	61	31	20	10	51(83.61)
对照组	58	13	27	28	40(68.96)

3.3 p53蛋白阳性表达情况比较

表 2示,两组患者胃黏膜 p53阳性细胞率治疗后较治疗前均明显降低,差异有统计学意义 ($P<$

0.05),治疗后,治疗组明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2 两组治疗后 p53蛋白阳性率比较						
组别	例数		p53			阳性率(%)
			-	+	++	
治疗组	65	治疗前	14	23	28	78.5
	61	治疗后	36	13	12	40.9 [△]
对照组	65	治疗前	16	21	28	75.7
	58	治疗后	28	18	12	51.7

注:与治疗前相比,* $P<0.05$;与对照组相比,△ $P<0.05$

4 讨论

我们从“浊毒”论治胃癌前病变患者取得了良好的临床疗效。基础方中蒲公英、连翘、白花蛇舌草清热解毒、消肿散结;莪术、三七、当归等活血化瘀散结;柴胡疏肝行气,取气行则血行之意;藿香、砂仁芳香祛湿化浊。诸药相互配伍,相辅相成,正本清源,标本同治,故疗效显著。同时在研究中还发现,p53蛋白在胃癌前病变胃黏膜细胞中有很高的阳性表达率。在胃癌前病变细胞中,细胞的凋亡主要受抑癌基因 p53的调控。正常的 p53基因为野生型,而发生变异者为突变体。p53基因的生物学意义是监护细胞基因组的完整性,如 DNA 受损,尤其在 G1期,则 p53蛋白累积,复制停止,以利 DNA 修复,如修复失败则 p53基因引导程序使细胞“自杀”,阻止其向恶性转化。突变体 p53基因不但丧失了其抑癌活性,反而具促进恶性转化的功能,p53基因由抑癌基因转化为原癌基因。结果提示,治疗组和对照组经过治疗后,p53基因蛋白的表达率均较治疗前明显降低,尤其以化浊解毒法治疗后,p53基因表达减少更明显,与三九胃泰组有显著差异。由此说明,化浊解毒法对 p53基因有调控作用。正是由于减少了 p53基因的表达,从而增加了胃黏膜细胞凋亡,进而阻止了胃癌前病变的进展。化浊解毒法对临床症状的改善与 p53蛋白表达的降低具有统一性。

参考文献

[1] 李益农,萧树东,张锦坤,等.慢性胃炎的诊治问题[J].中华内科杂志,1983,22(5): 257- 262.
[2] 邵筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002: 125- 129.
[3] 周建中,陈泽民,危北海.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)[J].中西医结合杂志,1990,10(5): 318- 319.

(收稿日期: 2010- 11- 17;修回日期: 2011- 01- 21)

[编辑: 黄健]