

虚实标本辨治慢性胃炎癌前病变的思路与方法

惠建萍^{1*} 沈舒文¹ 刘力¹ 宇文亚² 赵运³

(1. 陕西中医学院中医临床医学院, 陕西省咸阳市渭城区世纪大道中段, 712046;

2. 中国中医科学院中医临床基础医学研究所; 3. 陕西中医学院第二附属医院)

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(30873266)

* 通讯作者: jbtm369@163.com, 13659105219

[摘要] 虚实标本辨治法是中医诊治慢性难治病的基本辨证思维方式, 以慢性胃炎癌前病变为范例, 阐述了慢性胃炎癌前病变的概念、病因病机及发展现况, 指出该病虚实夹杂、本虚标实的特点, 强调中医治疗慢性胃炎癌前病变需标本兼治。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 胃癌前病变; 虚实标本辨治; 中医药治疗

全世界胃癌的发病率和死亡率居恶性肿瘤的第二位。胃癌是我国最常见的恶性肿瘤, 每年死于此病者超过 16 万人, 约占全部肿瘤死亡病例的 1/5^[1]。由于胃癌的病因还不完全清楚, 实施针对病因的一级预防比较困难, 因此, 对胃癌前病变 (precancerous lesions gastrics cancer, PLGC) 的研究就成了胃癌二级预防的重要内容之一。及早识别、防治癌前疾病和癌前病变, 成为降低胃癌发生率和死亡率较为行之有效的方法。

1 慢性胃炎 PLGC 的概念及研究现状

慢性胃炎 PLGC 是一个病理性概念, 包括肠上皮化生 (intestinal metaplasia, IM) 和异型增生 (dysplasia, dys), 肠上皮化生系指胃黏膜及腺管出现肠腺上皮, 异型增生系指胃黏膜上皮细胞及腺管结构偏离了正常状态, 其增生的细胞向不成熟的方向发展, 介于癌前状态, 主要伴存于慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG), 是从正常胃黏膜向胃癌转化过程中的一个重要阶段。

现代医学对慢性胃炎 PLGC 的基础研究取得了新的进展, 从镜下的肉眼病理诊断, 以计算机图像分析为辅助手段的形态定量诊断, 发展至先期于形态改变的细胞代谢变化诊断, 如细胞酶学、免疫学、细胞增殖动力学变化等, 以及从细胞、亚细胞、分子生物学等多角度、多层次探讨慢性胃炎 PLGC 的机理, 但对慢性胃炎 PLGC 的治疗及研究并没有突破性的进展, 对慢性胃炎 PLGC 的追踪观察仍旧是预防胃癌的主要措施, 对慢性胃炎 PLGC 的治疗大多是针对胃癌的癌前疾病, 如慢性萎缩性胃炎等进行。一旦伴有重度的异型增生, 有癌变趋向时, 就考虑进行外科手术治疗^[2]。β-胡萝卜素、叶酸对胃黏膜异

型增生的逆转治疗作用仍在研究中^[3-4]。慢性胃炎 PLGC 的化学干预治疗 (如维甲酸类、丁酸钠、有机锗、硒制剂等) 虽起步较晚, 但初步结果令人鼓舞, 尤其是细胞分化诱导剂的研究, 最为引人注目。但由于其安全性、可行性等问题尚未得到解决, 目前仍难以广泛应用于临床^[5]。

2 虚实标本辨治方法解析

中医临床辨证虽存在个体化经验, 但其总体离不开中医基础理论的指导, 临床上辨析一些长期性、难治性疾病虚实兼夹的证候, 行业公布的诸类证候标准, 甚至教科书都不能规范。本虚标实是存在于一些难治性疾病漫长病程中最常见的证候结构特征, 最常用的治疗法则是虚实标本辨治。如冠心病、老年性慢性支气管炎、慢性萎缩性胃炎、糖尿病、肾病综合征等许多中医的特色优势病种, 临床基本采用虚实标本辨治思维, 进行补虚泻实、标本兼顾的干预措施。慢性胃炎 PLGC 与它的基础病变慢性萎缩性胃炎一样, 在疾病正邪盛衰的演变中多处于一种正邪交错、虚实兼夹的病机状态, 对其临床辨证论治采用虚实标本辨治思维方法, 分析证候结构特征并加以治疗, 则为虚实标本辨治。

3 虚实标本辨治慢性胃炎 PLGC

中医证候研究是近几年来研究的热点问题, 但对慢性胃炎 PLGC 的证候研究则很少有人涉及。由于慢性胃炎 PLGC 临床没有特异性的症状和体征, 故对慢性胃炎 PLGC 的辨证论治依据其基础病变 CAG 进行, 但二者毕竟有病理组织学上的差异。早在 1989 年, 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会就已经制定了《慢性胃炎辨证分型标准》, 但其只是针对单证候的辨证标准, 不能够完全反映

慢性胃炎 PLGC 在疾病正邪盛衰的病机演进中表现出的正虚与邪实交错的病理状态。正如罗和古等^[6]所说的胃癌前病变“正虚与邪实相互兼加而成各种证候”。沈舒文将这一虚实相关、正邪相兼的证候状态称之为“虚实关联证”，并在课题“胃黏膜异型增生虚实关联证候结构特征与血清肿瘤相关物质水平的动态研究(国家自然科学基金项目)”中，首诊采集 Dys 临床资料 448 例，经《虚实关联证候辨识数据库系统》辨识，属虚实关联证者 324 例，占首诊采集病例 72.3%^[7-8]。有学者进而提出，慢性胃炎 PLGC 具有本虚标实、滞损交加的病机特点^[9]，周学文^[10]总结中医对慢性胃炎 PLGC 的认识，提出慢性胃炎 PLGC 的基本病机是本虚标实，本虚以脾胃气阴两虚为主，标实则是以气滞、血瘀、湿阻、热毒蕴胃为主，且多呈夹杂之势，表明虚实关联证是慢性胃炎 PLGC 最为普遍的证候。其证候类别涉及的结构特征有虚实均等关联证、虚实主兼关联证，其中以虚实主兼关联证居多，且为 3 证、4 证相兼。研究结果显示以下 6 种虚实关联证最为典型^[11]：肝胃气滞并/兼气阴两虚证，胃络瘀血并/兼气阴两虚证，湿热蕴胃并/兼脾胃虚寒证，湿热蕴胃并/兼胃阴不足证，痰湿中阻并/兼脾胃气虚证，肝胃气滞并/兼脾胃虚寒证，而虚实标本辨治的干预措施正是中医治疗慢性胃炎 PLGC 的疗效优势所在。

4 关于慢性胃炎 PLGC 证型演化与疗程的问题

中医证候在疾病的演化中处于一种动态的演化状态，首诊病例的证型是患者的基本证型，随着对其进行虚实标本辨治治疗，其证候类型多在气滞与瘀血、湿热与伤阴、食积伤脾之间转化，充分显示了慢性胃炎 PLGC 证候类型的多态性和证候演化的动态性。对于短期重复的胃镜、病理检查，大多数的患者不能配合。单兆伟^[12]认为，CAG 的形成是一个长期、慢性的过程，治疗不可急功，当在缓图，并且 CAG 迁延难愈，常呈进展性，所以本病治疗后即使临床症状已消失，胃镜、病理复查腺体萎缩，肠上皮化生、异型增生已经恢复者，也应坚持每年服药一段时间，以进一步巩固、提高疗效，防止复发。他曾经对慢性萎缩性胃炎 PLGC 3 个月及 6 个月的临床有效率进行比较，发现两者差异有统计学意义($P < 0.05$)，认为本病的疗程不应少于 6 个月。张声生^[13]认为，正常胃黏膜腺体的重建需要 3~5 个月时间，因此本病的治疗一般以 3 个月为 1 个疗程，需 2 个疗程。故虚实标本辨治慢性胃炎 PLGC 6 个月

后复查胃镜、病理，具有一定的可行性。

5 问题及展望

由于胃 PLGC 的本虚标实证候类型呈多态性分布，其证候类别涉及的结构特征有虚实均等关联证、虚实主兼关联证，其中以虚实主兼关联证居多，且为 3 证、4 证相兼。我们在此前的课题研究中，慢性胃炎 PLGC 证候类型达 11 种之多^[8]。因此，为了全方位反映慢性胃炎 PLGC 标本辨治的临床疗效。在以后的研究中，需要进一步扩大病例，依据慢性胃炎 PLGC 病机特点，尽可能的纳入较多的虚实关联证候进行研究。胃 PLGC 发展至胃癌，常经历持续多年的 PLGC，是一个长期的、渐进的、量变到质变的过程，以往的临床观察多因人力、物力、财力的限制，均以 6 个月为研究期限，很难对胃癌发生率作出判断，今后宜进一步延长随访时间，以“发生胃癌”为终点事件，评价虚实标本辨治法的临床疗效。

参考文献

- [1]陈伟,刘华一.中医药防治胃癌前病变机制的实验研究进展[J].天津中医药大学学报,2007,26(1):54-56.
- [2]胡玲,劳绍贤,陈蔚文,等.胃癌癌前病变治疗研究的思路[J].中国中西医结合杂志,1999,19(6):372-373.
- [3]劳绍贤.胃癌癌前病变基础与临床[M].广州:广东人民出版社,2002:1-7.
- [4]陈淑萍,β-胡萝卜素治疗慢性萎缩性胃炎[J].中国中西医结合消化杂志,2003,11(2):105-106.
- [5]葛惠男,江国荣.CAG 和 PLGC 中医药研究存在问题及前景展望[J].江苏中医药,2004,24(10):12-13.
- [6]罗和古,韩哲,李军祥,等.胃癌前病变的中医证候规律研究[J].中华中医药杂志,2007,22(6):399-401.
- [7]宇文亚,沈舒文,彭宁,等.胃黏膜异型增生虚实关联证数据库建立方法学探讨[J].中华中医药学刊,2008,26(1):80-81.
- [8]沈舒文,宇文亚,赵运,等.胃黏膜异型增生证候演变及与肿瘤标志物水平两年跟踪研究[J].中华中医药杂志,2010,25(1):38-39.
- [9]沈舒文.慢性萎缩性胃炎辨治经验[J].陕西中医,2000,21(8):358-359.
- [10]周学文.中医药治疗胃癌癌前病变的临床研究现状与展望[J].世界华人消化杂志,1999,7(4):277-279.
- [11]惠建萍,沈舒文,王捷虹.81 例胃黏膜异型增生虚实关联证标本辨治的临床研究[J].陕西中医学院学报,2009,32(2):16-18.
- [12]单兆伟.慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的治疗体会[J].江苏中医药,2007,39(8):4-5.
- [13]张声生.中医治疗慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的思路[J].江苏中医药,2007,39(8):3-4.

(收稿日期:2011-03-21;修回日期:2011-06-08)