

• 思路与方法学 •

试用中医理论探讨慢性胃炎的病理改变

四川康定 52 陆军医院 罗珠林

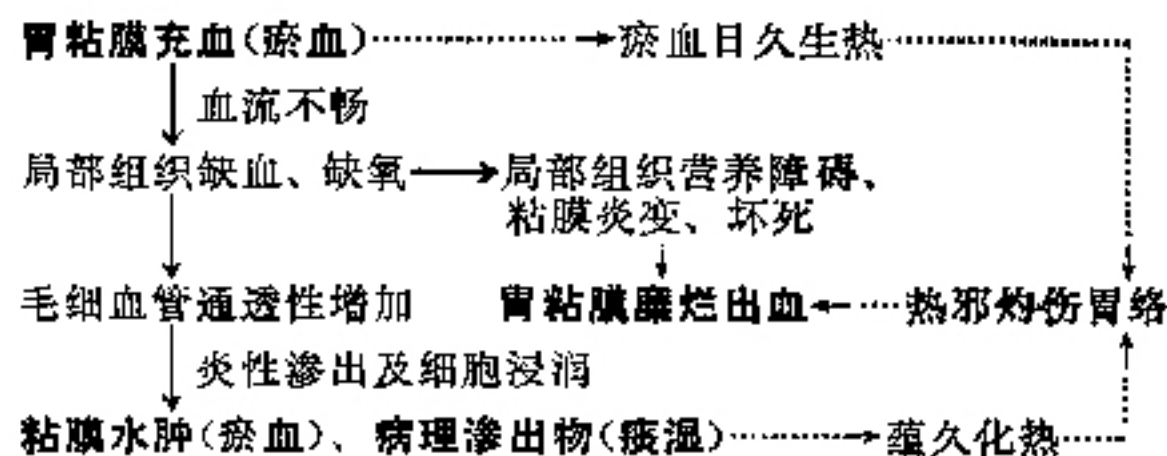
原发性慢性胃炎(简称慢性胃炎)是一种常见病、多发病。部分慢性萎缩性胃炎被认为是胃癌前期病变,其B型有10%发生癌变⁽¹⁾。然而,对本病治疗的研究进展甚慢,对萎缩性胃炎治疗更感困难。运用中医理论探讨本病的病理改变,寻找中西医结合诊治本病的病理学依据,可能会使疗效提高。下面就胃镜和病理检查所见浅表性、萎缩性、肥厚性三种慢性胃炎的主要病变^(2,3),运用中医理论,结合临床实践,对此问题作粗略探讨。

浅表性胃炎 主要病理改变为胃粘膜充血水肿,伴灰黄色或灰白色的病理渗出物,可有糜烂、出血等。

充血水肿——可以认为是中医的瘀血。中医认为瘀血是人体某一局部或某脏腑血行不畅,或血液留滞不行所发生的病变,这与西医的炎性静脉充血相似。西医病理学认为,在炎性充血初期为动脉性充血,随着发炎过程加深,动脉充血就进一步发展为静脉充血。这时,血管扩张,血流缓慢,甚至有血液淤滞的现象,这与中医瘀血的概念有相似之处。而慢性胃炎的胃粘膜病变以慢性炎症改变为主,其炎性充血主要为静脉充血,所以胃粘膜充血可以认为是瘀血。胃粘膜水肿是炎性静脉充血、微循环障碍的结果,故认为是瘀血所致。

病理性渗出物——可以认为是中医痰湿之类的病理改变。此种病理渗出物,是指胃粘膜病变局部复盖的增多的粘液,因其外观似痰涎,粘滞不易脱落,与中医痰湿的特性相似,故认为是痰湿之物。据渗出物的颜色和性状可以判断胃炎的寒热属性。若渗出物粘稠色黄,则偏热,清稀色白则偏寒。

胃粘膜充血(瘀血),是浅表性胃炎最基本、最主要的病理改变,并由此而引起下列病理改变:



萎缩性胃炎 主要病理改变为大部分腺体萎缩,

粘膜变薄,失去正常有光泽的桔红色,变为灰白或灰黄或灰绿色,并出现血管透见像。在萎缩后常合并腺窝增生或肠上皮化生,以致粘膜变厚,血管反不易透露,粘膜呈颗粒状增生隆起,或成粗大皱襞,或成息肉。

腺体萎缩、粘膜变薄——根据人“生之本,本于阴阳”及“阳化气,阴成形”的理论,胃壁的腺体及粘膜为有形之物,属于胃阴,故胃壁的腺体萎缩及粘膜变薄提示胃阴不足。由于胃壁腺体萎缩,所以此型胃炎常有胃液分泌量减少,这也是胃阴不足的表现。而胃液(阴精)的化生必须靠胃阳的作用,故胃液分泌量减少也是胃的阳气不足的表现。同样,胃阴不足必然影响胃阳的化生,因为胃阳的化生需要胃的阴精作为物质基础,胃阴不足则胃阳化生无源,这是阴损及阳的结果,所以此型胃炎可以有胃阴胃阳俱虚的证候。

胃粘膜失去正常的光泽及颜色——可以用中医望色的理论来分析。胃粘膜变为灰白、灰黄或灰绿色,可以认为胃粘膜气色晦暗而带白、带黄或带绿色。胃粘膜气色晦暗,提示脾胃精气虚衰。由于精与气都是构成人体的基本物质和各种机能活动的物质基础,所以脾胃精气虚衰必然影响脾胃机能活动,使胃之受纳、胃气下降、脾之运化、脾气上升等功能受到影响。所以此型胃炎临床上可以出现消化不良型上腹部症状群(即餐后出现比较弥漫的上腹胀、钝痛、不适、纳差、暖气等),或有消瘦、腹泻、贫血等脾胃功能不足表现。中医望诊所说的白色,可主虚证或寒证,或主失血;黄色可主虚证或热证或湿热证,或主寒湿证;绿色可视为青色,青色主痛证或瘀血等。结合萎缩性胃炎有上述脾胃功能不足的临床表现,胃粘膜灰白色可以考虑为胃的气阴不足,或有血虚;如果胃粘膜为灰黄色,则可以考虑为脾胃气虚或脾胃有寒湿或脾胃有热。究竟属何证,需结合望、闻、问、切所获资料进行辨证。如果胃粘膜为灰绿色,结合固定的上腹疼痛,或呕血、黑便等证候,则应考虑有瘀血存在。

胃粘膜颗粒状增生隆起、皱襞粗大、息肉——均可视为病理性块状物。根据王清任“结块者必有形之血也”的理论,考虑这些病理性块状物为瘀血所致。

肥厚性胃炎 主要病理改变为胃皱襞肥厚,有多

数小结及多发性糜烂或溃疡。胃皱襞肥厚、小结为瘀血表现(结块者必有形之血也); 糜烂、溃疡为瘀血所致(瘀血使血行不畅, 组织失去濡养, 细胞变性坏死, 组织发生糜烂、溃疡)。

综合以上分析, 慢性浅表性胃炎的病理改变以胃粘膜充血水肿(瘀血)及病理性渗出物(痰湿)为主。由于胃粘膜瘀血, 故临床有胃脘疼痛, 甚至呕血、黑便(如浅表出血性胃炎); 由于胃粘膜上有病理性渗出物(痰湿), 故临床有恶心、呕吐、食少等痰湿犯胃的证候(如浅表单纯性胃炎)。萎缩性胃炎的一系列病理改变提示胃阴不足和血瘀存在, 或兼有脾胃阳气虚或血虚, 或脾胃有寒湿, 故此型胃炎临床主要表现为脾胃功能不足。肥厚性胃炎的主要病理改变提示以瘀血为主, 故临床主要表现为胃部瘀血的证候; 如固定于胃脘部较剧烈的疼痛, 食后痛加, 甚至呕血、黑便等。

以上病理分析, 可供临床辨证参考。根据病理分析, 浅表性胃炎可辨证为痰湿瘀血型, 治疗宜以燥湿化痰、活血化瘀为主, 佐以清热或温胃, 可用平胃散与活络笑灵丹加减治疗。萎缩性胃炎多为虚证, 可为胃阴虚、脾胃阳虚、气血俱虚、阴阳俱虚、阳虚湿困等型, 各型萎缩性胃炎都可以有瘀血存在, 治疗应分别轻重缓急, 标本兼施。肥厚性胃炎以气滞血瘀为主, 治宜理气化痰、镇痛, 可用四逆散与失笑散加减治疗, 若兼有虚证, 宜同时补虚。除上述中医分型外, 各型慢性胃炎可出现肝胃(脾)不和的临床表现。

从以上病理分析看出, 各型慢性胃炎均有瘀血存在(这是各型慢性胃炎临床都可以出现上消化道出血的病理基础), 这一共同病理改变对于治疗慢性胃炎,

尤其是对防治瘀血所致上消化道出血有指导意义, 它提示我们治疗各型慢性胃炎宜酌情加用活血化瘀药物。据研究⁽⁴⁾, 活血化瘀药能改善微循环, 使扩张的细静脉恢复, 细胞聚集现象减轻或消失, 促进血流加速, 改善组织营养, 促进病变恢复; 活血化瘀药能降低毛细血管通透性, 减少炎性渗出, 促进炎症吸收, 使病灶局限化; 活血化瘀药有抑菌作用; 活血化瘀药能使增生性病变组织及萎缩性病变组织恢复正常; 活血化瘀药有镇静、镇痛作用等。这些作用, 对于慢性胃炎的粘膜充血水肿、炎性渗出、出血、糜烂、溃疡及粘膜、腺体的肥厚、增生或萎缩等病理改变的康复是有利的, 故能使临床症状减轻或消失。

本文运用中医理论, 结合个人点滴实践, 粗略地探讨了慢性胃炎的病理改变, 提出了治疗各型慢性胃炎的病理学依据, 并运用中西医结合理论所分析的病理改变解释了各型慢性胃炎的临床表现。由于各型慢性胃炎均有瘀血这一共同病理改变, 故建议在治疗各型慢性胃炎时酌情加用活血化瘀药物。

参 考 文 献

1. 郑芝田等: 萎缩性胃炎的免疫分型。中华内科杂志 18: 248, 1979
2. 上海第一医学院《实用内科学》编写组: 《实用内科学》第6版, 第855~856页, 人民卫生出版社, 北京, 1973
3. 郑芝田: 关于慢性胃炎的胃镜诊断和分类问题。(附件) 北京地区慢性胃炎的胃镜诊断指标及分类(试行方案) 中华内科杂志 17:(2):138, 1978
4. 余永敏: 《活血化瘀法临床应用与研究》第1版, 第97~105页, 陕西科学技术出版社, 西安, 1979
5. Sato Honma Kazuhiro, et al: Age-and sex-related changes of peritoneal free cells in mice, Quantitative morphologic study. Arch Histo Jap 43:127, 1980
6. 许渭淮等: 益气活血药对大鼠肥大细胞释放组织胺的影响。中国医学科学院学报 3:23, 1981
7. 邱安堃等: 《临床内分泌学》(上), 359~361页, 上海科学技术出版社, 1979
8. 张秀辉: 祖国医学与某些免疫问题的综述。江西中医药 2:92, 1980
9. 危北海: 中医中药有关免疫研究的初步观察。中医药学报 2:58, 1981
10. 谢海洲: 补益肾精法的临床应用。上海中医药杂志 12:29, 1981
11. 彭朴: 祖国医学理论与免疫的讨论。陕西中医 3:1, 1980
12. 施玉华等: 某些助阳药对小白鼠氢化考的松模型的作用——脾脏淋巴细胞亚微结构的变化。中医杂志23(2):71, 1982
13. 上海第一医学院主编: 《组织学》。682页, 人民卫生出版社, 1981
14. Rhodin Johannes A G: Histology, P 158, New York, Oxford University Press, 1974
15. Douglas E Smith: The tissue mast cell int Rev Cytol 14:328, 1963
16. 李之和: 微观望舌与肾病辨证论治。山西医药杂志 6:16, 1977
17. 施玉华等: 阳虚模型的舌尖及颌下腺变化和某些助阳药作用的研究。上海中医药杂志 5:45, 1980
18. 张朝: 肥大细胞与人体肿瘤。国外医学肿瘤分册2:65, 1982