

• 专题笔谈 •

消化系统疾病与脾胃学说研究

充分利用现代科学技术开展研究

首都医院 陈敏章*

关于在消化系统方面如何进行中西医结合的研究问题, 我们没有做什么系统的工作。但我想在八十年代科学技术有很多革新的条件, 如何把中西医结合的研究起点搞得高些, 而不是停留在五十或六十年代的科技方法。例如有些中医中药、针灸有效的, 用宏观的影像学或传统的病理形态学看不出明显的变化, 或许用放射免疫法测定, 用组织荧光抗体染色, 用消化道激素的变化, 用电生理仪的测定, 用离体的细胞培养检测等方法能看到一些一般情况下看不到的改变, 或提供一些疗效机理的线索。

总之, 我想能充分利用现代科学新技术的成果, 作为探索传统医学的丰富实践经验的成果及其固有的理论体系, 可能会提供一些开窍性的信息。这对中医的脾胃学说的中西医结合研究, 我想也适用。

在这里我还想到一个问题, 要应用现代科学新技术, 就必须强调建立严谨的符合科学研究要求的方法学, 否则一切数据和信息的综合或分析都将失去科学性价值, 其结论也就经不起历史的考验。目前不少单位也正应用一些现代化的科技方法来探索祖国医学宝库中的一些精华, 但在建立一些新技术的方法学时不够严谨, 这样就会使人联想到由此得出的推理和结论是否科学, 这在临床单位和医院可能问题更多些。

中西医结合治疗萎缩性胃炎的管见

兰州医学院第一附属医院 许自诚

慢性萎缩性胃炎(以下简称 CAG), 是目前甚为常见的胃部疾患, 它与胃癌有一定的关系, 故对本病的治疗已引起国内外医学界的广泛重视。近年来国内中西医结合治疗 CAG 的研究有了较好的进展, 为了进一步作好其研究工作, 提出个人的一点看法。

诊断的依据 CAG 的诊断, 目前比较一致的看法是依靠纤维胃镜和胃粘膜活检。泌酸功能的检查仍属需要。胃肠钡餐透视无明显器质性病变者, 胃镜检查或/或胃粘膜活检常发现本病。诊断的标准, 现应按 1982 年重庆会议制订的《慢性胃炎的分类, 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)。值得注意的是, 纤维胃镜下肉眼观察与粘膜活检病理的差异性较大, 其符合率为 50~70%, 故应以粘膜活检为准。活检病理报告单应明确注出 CAG 病变程度(轻、中、重), 以及有无肠化, 不典型增生和轻、中、重程度, 对临床医生指导治疗和追踪观察有重要的意义。至于 CAG 的分型有无必要问题, 过去一直按 strickland 分类法分为 A、B 两型, 我国有些学者后又提出 C 型或 AB 型, 但按照多数学者的意见, A、B 两型都有免疫机制参与, 同时过去认为 PCA 阳性者不癌变, 阴性者 10% 发生癌变, 现时随访结果证明, PCA 阳性者癌变率较阴性者更高(前者 3.4%, 后者 1.1%)。因此, 一般主张分型价值不大, 似无重要意义。CAG 患者的泌酸功能的检查, 仍属需要, 五肽胃泌素刺激法是当前较好的测酸方法, 尤应注意 MAO, PAO 值的高低, 因与胃腺体萎缩、肠化程度有关, 但与不典型增生的关系不明显。

辨证分型问题 CAG 的中医辨证, 至今全国尚无统一的辨证标准, 各地报告互有差异。华东地区多以肝胃气滞和胃阴不足分型; 北京地区多以肝胃不和, 脾胃虚弱和胃阴不足分型, 其中以脾胃虚弱或脾胃虚寒型最常见; 成都地区似以脾胃虚弱, 脾胃虚寒, 胃阴不足及肝胃不和分型, 其中以脾胃虚弱型最多; 华南地区还尚未见到报道。我们将兰州地区 CAG 分为脾胃虚寒, 肝胃不和, 胃阴不足和脾胃湿热四型, 其中以前两型较多。由于多数报告例数较少, 地区范围还不够广泛, 分型中亦兼有其他虚证(如胃阴不足兼脾气虚型)等问题。今后宜抓住 CAG 的主要临床表现, 以胃腑为主, 联系有关脏腑, 结合寒热、虚寒、阴阳及病机, 以确定证型, 而证型也不宜过多, 以 3~4 型为宜, 并注意证型的转化, 以利论治和研究。

治疗的关键 中西医结合治疗 CAG 的方法, 就目前看, 主要用辨证论治的原则和中医辨证与西医辨病相结合的方式, 运用中药或中药加西药治疗。辨证论治是中医治疗学的精髓, 先议病后议药, 有是证用是药, 但药物的配伍关系至关重要, 配伍不当, 往往影响疗效。鉴于 CAG 是一种难治的慢性病, 首先要减轻患者的症状, 不然, 较长期的治疗常常不易坚持。

* 现任卫生部副部长

治疗的关键, 还在于所用药物能否改变病理组织学变化, 对萎缩腺体、肠化、不典型增生有无恢复作用以及能否抑制癌变等。因此, 疗效的判断, 也应从临床症状的消减、胃酸提高的情况、胃镜下病理形态学改变和活检组织的改变相参照, 而以活检为主。可否定为显效、有效、无效、恶化四级。治疗的时间, 多数报告者主张三个月为一疗程, 时间过短不易看出病理变化, 过长患者又不易坚持治疗, 还要善于守法守方, 持之以恒。住院比门诊好, 若条件许可, 出院后仍应在门诊继续治疗第2、3疗程, 观察疗效。

一点建议 我认为中西医结合研究治疗CAG很有前途。从目前治疗CAG的近期疗效看, 今后似应注意以下几点: (1)治疗的着眼点仍应放在提高疗效上。如徐州医学院附院用胃安丸治疗110例, 临床总有效率达80~93.3%, 病理好转率高于对照。成都部队总院用801~4号浸膏片合并胃炎一号治疗140例, 总有效率达87.14%, 并认为胃粘膜组织学恢复较慢, 多数稳定在原有水平。说明治疗对病理的改变还不够理想, 需要在现有疗效的基础上, 继续寻找CAG治疗的规律性, 尤应在病理组织的恢复上下功夫。(2)统一中医辨证分型标准。建议在全国召开讨论制订CAG分型标准。(3)重视药理、药化的研究。目前治疗CAG的中药, 几乎全为复方, 用药的原理是根据中医药传统的理论, 而进一步用现代科学技术阐明作用机理的工作赶不上。因此需要对CAG有肯定疗效的复方, 从现代药理、药化上研究其有效成分及作用机理。(4)重复方, 药味不宜过多。中医治疗的优越性在于复方, 对CAG的治疗应重视和坚持这个方向。现时所观察探索到的有效复方, 多为8~9味药, 少数还在10味药以上。为了有利于治疗和机理研究, 一个复方可否尽量限制在5味药左右。(5)加强对CAG患者的随访及动态观察。一般患者每年应全面复查一次(包括胃镜、活检和胃酸), 持续观察10~15年, 动态地观察胃腺体萎缩、肠化、不典型增生以及癌变情况。有人随访发现9例癌变者, 其不典型增生往往迅速加重, 在不长的时间即可癌变。故对某些必要的患者宜半年或3个月复查一次。

浅谈胃肠病中西医结合研究体会

哈尔滨医科大学附属第二医院 张安田

近年来, 随着中西医基础理论及临床实践研究的不断深入, 胃肠病的中西医结合研究工作有了一定的进展。特别是别开生面的古方新用正在推陈出新, 不断发展, 并且运用现代医学科学技术, 对古方、古代

治疗方法不仅做了大量的验证工作, 而且还发展了一些方剂的新性能和新作用, 开辟了一些新用途, 对胃肠病的治疗增添了新的动力。

一、关于消化性溃疡和碱性返流性胃炎的研究: 消化性溃疡在中西医结合研究方面成绩较为显著, 所做的工作很多。如本院曾报道中西医结合治疗胃及十二指肠溃疡病, 按中医辨证分型治疗, 分为肝胃不和型、脾胃虚寒型和肝郁脾虚型, 肝胃不和型用龙牡柴胡疏肝汤, 后两型用龙牡理中汤加味治疗。有效率为97.0%, 而治愈率占69.7%。上述治疗由于发展了柴胡疏肝汤和理中汤这两个方剂, 两方均增添龙骨、牡蛎, 故命名为龙牡柴胡疏肝汤和龙牡理中汤。因龙骨、牡蛎含有大量碳酸钙、磷酸钙, 所以有镇静、止痛和制酸作用。再加上各方均有白芍、甘草和陈皮, 白芍、甘草可以缓急止痛, 主要能缓解胃肠平滑肌痉挛, 故有解痉止痛作用, 陈皮能开胃助消化。综上所述, 其药理作用为镇静、解痉、止痛、制酸和健胃。这几种药理作用基本体现了现代医学治疗消化性溃疡的原则。再加上运用上述方剂根据中医之辨证治本而取得了较好疗效。

据报道, 对肝胃不和型用四逆散和逍遥散; 对脾胃虚寒型用黄芪建中汤、理中汤、四君子汤、六君子汤和香砂六君子汤等治疗均取得较好疗效, 说明这些方剂都有抗溃疡的作用。据动物实验研究, 黄芪建中汤煎剂皮下注射, 能防止结扎幽门所致大白鼠溃疡的发生。还有报道对胃阴不足型用一贯煎、麦门冬汤; 对寒热夹杂型常用甘草泻心汤, 对气滞血瘀型常用活血化瘀药, 如三七、蒲黄、五灵脂、当归和丹参等。实验证明, 活血化瘀药有扩张血管, 改善局部血液循环, 维持胃粘膜充足的血供等作用, 故可促进溃疡愈合。近年来, 按中医辨证分型治疗消化性溃疡, 有效率达到95.3~97.5%, 其中治愈率为69.7~90.0%。

我们还应用锡类散治疗消化性溃疡86例, 以锡类散600mg, 每日二次口服, 经15~60日观察, 有效率为95.4%, 治愈率占89.5%。锡类散系清朝尤在泾治疗烂喉痧方, 有清热解毒、生肌止痛、收敛创面作用。由于该药有生肌和收敛创面等作用, 所以用于治疗消化性溃疡有良好效果。还有一些单方、单药治疗消化性溃疡, 其疗效也很明显。

其次, 关于碱性返流性胃炎的研究, 十二指肠液返流在胃炎、球炎和溃疡的发病中占有重要地位, 因此, 消除十二指肠液返流应成为治疗的重点。我们应用胃复安治疗44例, 消除十二指肠液返流为61.3%, 应用桔皮竹茹汤治疗21例, 消除返流为63.6%。看