

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。有人追访发现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

来桔皮竹茹汤控制十二指肠液返流并不次于胃复安的疗效。天津南开医院等按中医辨证分型,运用柴胡疏肝散加减和四君子汤加味治疗,其胆汁返流消失和好转占75.0%。

二、关于非特异性溃疡性结肠炎和过敏性结肠的研究:目前对于溃疡性结肠炎的治疗比较困难,其疗效不够满意,而中西医结合治疗可提高疗效。西安医学院附一院采用中草药灌肠治疗136例,每日一次,治疗30~60日,有效率为94.1%,治愈率占61.0%。北京友谊医院报道,用锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎31例,结果28例有效,3例无效。这种用法,不仅对中医理论有所阐发,而且对方剂的临床应用和研究也有所发展。

一般认为,过敏性结肠是临床上比较难治的病,近年来我们采用赤医穴埋线治疗过敏性结肠64例,有效率92.2%,治愈率70.3%。埋线穴位为“赤医主穴”(第六胸椎棘突上缘)和“赤医二穴”(第一腰椎棘突上缘)。从祖国医学的经脉循行路线来看,赤医主穴和赤医二穴都位于腰背部督脉线上。督脉是储藏和调节阳气之枢纽,而阳气可以振奋全身脏腑功能,如果长期刺激此穴,则能调整全身脏腑功能,恢复机体正常活动。

总之,胃肠病的中西医结合研究,近年来有一些新的进展,特别是对治疗的研究进展较大,但是实验研究、理论研究很少,今后应加强这方面的工作。

有关深入开展中医脾胃学说研究的看法

北京市中医研究所 危北海

近年来,全国各地对脾胃学说中的有关理论问题进行了不少的临床观察和实验研究,取得了较大的进展,为了使此项研究更好更深入地开展,现谈一些个人看法。

一、发扬中医特色,搞好科研设计。脾胃学说是一个涉及面广泛,包含内容繁多的,既有系统理论又有丰富实践经验的重大课题。在选证选方选药方面要按照中医理论本身的涵义加以明确。例如脾胃学说理论认为胃主受纳,脾主运化;脾的生理功能有脾主运化,脾主肌肉,脾主统血等不同作用;脾主运化又可分为脾运化水谷精微和运化水湿两方面。因此,研究脾虚证,对该证型的涵义,辨证标准及其相应的治则方药,就必须分清脾虚证包含有脾气虚,脾阳虚,脾阴虚等不同证型,脾气虚又可分为脾虚失运、脾虚发

热、脾虚寒凝、脾不统血等证型。所以,在科研设计中,从中医理论方面,首先要明确研究的是那一种证型,其辨证标准是否恰当,所采用的治则方药是否相符,若能做到理法分明,药证相符,则研究的成果可能更大。其次在选定疗效标准方面,亦要按照中医理论的特色来考虑,西医疾病的疗效标准可以参照,而要更多地重视以反映这种生理病理变化的客观指标作为评定证型的疗效标准。

现代实验设计的一些基本要求,如实验的对比性和严格性,指标的敏感性和特异性,以及研究资料的统计学处理等,同样都必须应用于中医课题的研究,但必须使其适应中医的特点。例如为了观察脾气虚证客观指标的敏感性和特异性,就要运用齐同对比的原则,要在证型与正常人,不同证型之间进行对比,如正常人与脾虚,脾虚与肾虚和肺虚之间,脾虚中的脾气虚与脾阳虚和脾阴虚之间,一个证在不同病种之间和一个病在不同证型之间等进行同一指标的观察对比,并且要有足够的例数和病程中的动态变化,只有这样,才能得出脾气虚证某一指标的敏感性和特异性的初步资料。

目前证的辨证标准的确定,一方面要求制定一个可供全国试用的统一标准,另一方面对每一个证型的统一标准,要明确说明其涵义和应用范围。国内采用过的制定证的辨证标准的办法有三种,一是分主次证候法,二是累加积分法,三是浮动阈值法。在广州召开的全国虚证学术会议所制定的虚证的统一辨证标准,即是按照第一种办法而拟订的,不管采用那一种办法所拟订出来的证的辨证标准,都只能有一定的涵义和应用范围。

二、充分运用现代科学方法,找出能反映脾胃学说本质的敏感而特异的客观指标。中医脏象学说中的各个脏腑的涵义是一个概念性统一体,它包括有代谢、形态和功能的综合概念。例如中医的脾胃,既不同等于西医所谓的消化系统,又与消化系统有密切联系。目前在脾胃学说的研究中,采用过的观察指标就不下50多个,就其所得的实验结果来看,可归纳为二种情况,一种是发现有不少阳性率较高而特异性较差的只能反映一般虚证的共性的指标,另一种是发现有少数特异性较高,有一定阳性率的反映脾虚证的个性的指标。然而,我们研究的最好结果是找出能反映某一证型本质的既敏感又特异的客观指标。至于如何寻找一些特异性较高的指标呢?可从以下几方面探讨:

1. 胃肠道激素。近年来它是内分泌学中发展最迅速的领域之一,在调节胃肠道功能及某些全身的生理病理