

• 综述 •

中西医结合治疗消化性溃疡 临床及实验研究进展

北京中医学院 施安慎

消化性溃疡为常见病，据广州数万住院患者中的调查⁽¹⁾，消化性溃疡患者占 5.23%。近年来中西医结合治疗本病取得了不少进展，现将有关资料综述如下。

证型与治疗的研究

溃疡病属中医学之“胃脘痛”的范畴，对于这样一个经现代医学手段可明确诊断的疾病，是否仍需要采取辨证分型的治疗，一直颇多争议。当代著名中医秦伯未先生在六十年代初即提出⁽²⁾，溃疡病既然是胃痛中的一个特殊症候，就不能再依胃痛分类；同时气郁、食积、痰饮等多不是溃疡病的主因，不能把它归划一型，这些症状只需在治本的基础上适当照顾，不必另起炉灶。他认为，溃疡病多属脾胃虚寒证，故以温养中焦为基本治法，以黄芪建中汤为主方，再据临证之不同而有所加减。第一军医大学⁽³⁾从临床观察对此进行了考证，他们将 280 例溃疡病人分为对照组、分型治疗组及基本方分型加减组进行治疗。对照组的平均治疗日为 54.1 天；分型治疗组为 39.6 天；而基本方分型加减组仅为 31.3 天。但是，也有人认为，对本病采取分型辨治可使复杂的病证有法可循，同时注意各证型中出现的不同兼挟证，注意方药的灵活运用，亦可收到预期的效果。如王宁等⁽⁴⁾将本病分为五型：脾胃虚寒型用胃舒灵方加黄芪建中汤（黄芪、白术、良姜、香附、五灵脂）；肝胃不和型用柴胡舒肝散加减；脾胃虚弱型用香砂六君子汤加减；胃阴不足型用益胃汤加减；血瘀气滞型用丹参饮、失笑散加减。165 例中，治愈 58 例（35.2%），好转 103 例（62.4%），无效 4 例（2.4%）。南京军区八一医院⁽⁵⁾治疗本病 202 例，共分为脾胃虚寒、肝胃不和、混合及出血四型，既注意病人的整体及体质，如寒、热、虚、实等情况；又注意到局部病变，如溃疡的部位、胃酸的高低、有无胆汁返流等，随证加入相应的药物，治疗有效率达 96.98%。张宗瑚⁽⁶⁾则将本病仅分为土虚木横和脾胃虚寒两型，前者以溃疡一号方（白

芍、川楝、炒黄芩、麦冬、元胡、沉香、海螵蛸、茯苓、白芨、炙草）治疗；后者用溃疡二号方（黄芪、白术、白芍、吴萸、海螵蛸、肉桂、炮姜、炙草、红枣），共治疗 170 例，治愈 145 例（85.3%），好转 25 例（14.7%）。兰州部队总医院⁽⁷⁾把 200 例溃疡病分为胃药 204 组（乌贼骨、元胡、枯矾）；舒胃灵组（郁金、青皮、木香、茴香、元胡、枯矾、碳酸氢钠、乌药、良姜、油桂、白芍、吴萸、香附、维生素 U）；中医辨证组和西药对照组。其愈影消失率依次为 56.2%、57.5%、68.7% 及 35%。此外，症状改善方面中医辨证组亦明显高于其它组。说明了以辨证分型法治疗本病，仍不失为一有效途径。

值得提出的是，近年来不少人为探讨溃疡病分型的病理基础作了大量工作，初步得出了⁽³⁾“溃疡病的分期和证型都是以病理改变为基础”的结论，“病期与证型必有内在联系，随着病期的发展必然出现相应的证候演变”。第一军医大学⁽³⁾根据 269 例内窥镜所见和临床分型的对照分析，提出溃疡病证型演变的大体规律是：急性活动期多为寒热挟杂型，慢性退行期多为胃阴不足型或寒热挟杂型，愈合过程期多为脾胃虚寒型，疤痕期主要表现为肝胃不和型或无明显症状。成都部队总医院⁽⁸⁾则从中医分型与疗效关系的分析，验证了这一结论。他们看到肝胃不和型和肝郁脾虚型痊愈率最高（100%），其余依次为脾胃虚寒（92.3%）、胃阴不足（83.3%）及气滞血瘀型（78.9%）。王宁等⁽⁴⁾亦有相似的报道。

随着对溃疡病研究的深入，有人提出胃溃疡很少单独存在，往往伴有不同程度的胃内炎症和胃功能失调，这些伴随病变得不到纠正，溃疡很难治愈或愈后再发。鉴于此，不少西医在治疗时常兼用痢特灵、腐植酸等消炎药。研究已证实⁽⁹⁾，痢特灵治疗溃疡病确有较优的远期疗效。有人观察到⁽³⁾，胃粘膜或溃疡周缘的充血、水肿、糜烂性病变是寒热挟杂型和胃阴不足型具有热象的病理基础。当溃疡周缘炎症消退时，这种热象亦消退而寒象显露，多属脾胃虚寒证。

因此,对于脾虚肝郁型有热象者,采用先清肝泄热,后健脾理气的治法,或合用左金丸等方药^[10],均使疗效明显提高。

此外,有人^[3,11]对溃疡病患者植物神经功能进行了测定,以探讨其与辨证分型的关系;有人观察了溃疡病人唾液淀粉酶活性^[11],唾液钾、钠含量^[3]与分型的关系;还有人对各型溃疡病人的尿17-酮、17-羟类固醇进行了测定比较。目前,虽对溃疡病的分型标准尚未取得完全统一的意见,但初步的研究结果已表明:溃疡病的分型是有据可依,治疗是有法可循的。

方药的运用与研究

一、古方、成方:1.黄芪健中汤:目前被公认为治疗本病的有效方剂。解放军总医院^[12]以本方治疗72例,有效率达95.8%,平均溃疡愈合天数为28.9天;而西药对照组有效率为72%,平均愈合天数为31.7天,说明本方疗效优于西药。北京医学院的研究证实^[13],本方治疗效果的取得,与提高机体免疫功能有关。广东、江苏等地研究^[14],证实了本方及以黄芪为主药的一批方剂对机体植物神经机能、肠体运动及免疫功能的平衡均有促进或调节作用。因此,许多人或以本方为主,或在本方基础上加减化裁,灵活运用,均获一定疗效。

2.四君子汤:目前认为十二指肠溃疡的发病,主因过多胃酸进入十二指肠。因此,抗乙酰胆碱类药物仍为治疗本病的基本药物。许鑫梅等发现^[15]:一定剂量的四君子汤对动物离体小肠有明显的对抗乙酰胆碱和组织胺的作用。他们以本方加减治疗,临床治愈率达65.25%,脾虚型的治愈率可达77.78%。解放军184医院报道六君子汤亦有同样的作用,临床疗效满意^[16]。

3.锡类散:本方系清尤在泾治疗烂喉痧方,多年来用于治疗口腔溃疡和溃疡性结肠炎有良效。北京部队总医院^[17]以扫描电镜从细胞水平观察锡类散改进方“785”(青黛、珍珠层粉、牙屑、枯矾、冰片)和单用青黛治疗消化性溃疡后的形态学变化,则是一新的尝试。计治57例,两组溃疡愈合率分别为87.5%和84.6%,说明两种药物均有较好疗效。电镜下,有效病例的粘膜细胞已恢复半圆球状,细胞间排列整齐,经放大可见细胞游离端上有微突相连。证实了本方对溃疡的修复作用。王苑本等^[18]通过甲氰咪胍和锡类散对十二指肠球部溃疡远期疗效的比较,发现前者复发率为80%,后者为56.25%,二者相比有显著差异

($P<0.05$)。他们认为,使用锡类散可无胃酸反跳之虞,对球部溃疡的远期疗效优于甲氰咪胍。张安田^[19]通过临床治愈的311例消化性溃疡,对锡类散与其它五种疗法的疗效进行了比较,得出了“锡类散是目前治疗消化性溃疡的最佳药品”的结论。

4.如意金黄散:本方系中医疮科常用药,局部调敷治疗“顽恶热疮,无不应效”。而用本方内服的报道则鲜见。河北省医院^[20]在锡类散内服治疗溃疡病的启发下,以本方内服治疗溃疡病50例,三周疼痛缓解率为96%,溃疡愈合率为90%,较甲氰咪胍(6周疼痛缓解率67.5%,溃疡愈合率85%)有较优的疗效。

此外,尚有应用芍药甘草汤、四逆散、麦门冬汤等治疗本病的报道。

二、单味药:1.甘草:1946年Revers报告了甘草流浸膏治疗溃疡病有显著效果,到目前,甘草制剂治疗溃疡病的疗效优于一般疗法已被公认。综合国内725例以甘草治疗的溃疡病病例,其中590例有效(81.4%),135例无效(18.6%)。由甘草提取的甘草次酸衍生物——生胃酮,至今仍为治疗消化性溃疡的主要药物之一。

2.珍珠层粉:中山医学院的研究表明^[21],本药能明显促进乙酸法大白鼠早期胃溃疡的愈合,并显著优于甲氰咪胍、生胃酮和硫酸钙;临床亦显示出其在提高溃疡愈合率和控制上腹痛方面有显效,40例治疗6周后,安慰剂组溃疡平均面积比治疗前增加3%,治疗组则缩小43%;前者溃疡愈合率为15%,有效率为45%,后者愈合率为50%,有效率达85%,两组比较 $P<0.05$ 。

3.积雪草:江西省第一人民医院^[22]以本药治疗溃疡病,10天内止痛率达48%,返酸嗝气消失率达51.5%,2~3月后龛影消失率达65.4%。实验证实,积雪草对大白鼠幽门结扎溃疡和应激性溃疡都有显著抑制效果,本药并不减少结扎幽门大白鼠的胃液分泌量,但有抑制胃酸分泌的作用。

4.肿节风:据楼大达等观察^[23],本药治疗胃溃疡痊愈率为62%,总有效率为92%;而十二指肠溃疡痊愈率为7%,总有效率为61.5%,说明肿节风治疗胃溃疡疗效较为满意。动物实验发现,本药有与硫糖铝相似的抗溃疡作用,且能与胃粘膜蛋白结合形成保护膜。

5.斑蝥:南昌市第三医院^[24]在用斑蝥治疗胃痛过程中,发现有些胃溃疡患者用药后症状缓解,根据这一启示开展了斑蝥治疗胃溃疡的临床研究,共治21例,有效率达90.48%。

三、中西药的并用：近年来，不少人选择中西医显效药物制成合剂或并用。如张万岱等⁽²⁵⁾对活动期溃疡病，中医辨证有虚证表现者，以健脾益胃汤为基本方（黄芪、白芍、白芨、两面针、茯苓、炙草、大枣），同时服用痢特灵。92例治愈率达63.4%，总有效率为96.74%，与对照组比较有非常显著差异（ $P < 0.01$ ）。吴学海⁽²⁶⁾以黄芪健中汤加用痢特灵治疗本病，亦获满意效果。陈东斌⁽²⁷⁾将白芍、白芨与氢氧化铝、氧化镁合用，治疗90例，有效率达91.11%，翟跃⁽²⁸⁾以验方“七味散”（草拨、鸡内金、肉桂、佛手、木香、良姜等）与碳酸氢钠及碱式碳酸铝混合服用，92例的总有效率为73.9%。

为了验证以上疗法的确切效果，第一军医大学⁽²⁹⁾总结了以“生胃宁”（生胃酮、痢特灵、乌贼骨、洋金花、白芨、川芎、黄芪）治疗溃疡病105例的疗效，治愈率较对照组（锡类散组）及单独应用生胃酮、痢特灵、中药等都有明显提高，从而认为“选择中医显效药物，适当配伍，是中西医结合治疗溃疡病的好方法”。

不少单位在药物剂型，给药途径上作了一些改革。将中药或中西药合剂制成片剂、散剂、粉剂、糖浆、胶囊及针剂。如张万岱等⁽²⁹⁾对此作了研究，说明剂型对提高疗效至关重要。

诊断及实验研究

一、诊断研究：随着纤维胃镜的广泛应用，溃疡病诊断率已大大提高。自1977年起许多单位开展了舌象、纤维胃镜象的对比观察研究，观察病例已超过8,207例⁽³⁰⁾。事实证明，舌质舌苔的变化与胃粘膜病变有一定的联系，因而在中医辨证分型基础上，可以利用舌象作为诊断消化性溃疡病变的参考指征。尤其是动态观察同一患者的舌苔变化，对鉴别诊断、推断病情、选择方药等都有较大的参考意义。

殷凤礼等⁽³¹⁾观察到，17例单纯胃溃疡，见黄苔12例；10例单纯十二指肠溃疡，见黄苔2例，两种病变的黄苔率有显著差异（ $P < 0.05$ ）。各类胃溃疡60例，见黄苔38例，厚苔33例；各类十二指肠溃疡40例，见黄苔16例，厚苔13例，两类病变的黄苔率及厚苔分布率均有显著差异（ $P < 0.05$ ）。沈家足等⁽³²⁾发现18例胃癌患者中，6例有花剥苔，而37例胃溃疡患者，无一例出现花剥苔。表明花剥苔对良恶性溃疡的鉴别诊断有参考价值。

“苔之黄者，胃热也”，研究表明⁽³¹⁾，胃溃疡所以出现黄苔，是由于溃疡基底部及周边往往伴有充血、水肿或糜烂等改变，这种改变属于中医的热证。因而

在治疗时，“黄苔是运用清法的最可靠的客观依据之一。”胃镜见粘膜充血、出血者，多有舌质青紫暗滞或瘀斑瘀点，故凉血化瘀也是本病的基本治则之一。石关畔等⁽³³⁾则根据“辨舌质可辨五脏之虚实，视舌苔可观察六淫之浅深”之说，对溃疡病等消化系统疾病采用胃镜象和苔象的对照观察，并相应确立了益气健脾法；清热利湿理气清导法；疏肝和胃清热理气法；清热解毒理气和中法等治则及相应方药，临床效果满意。不少人经胃镜检查时注意到，胃内病变转化的同时舌苔也有相应的改变。且舌苔与临床自觉症状相比，舌苔较为客观可靠。江汉才⁽³⁴⁾对68例溃疡痊愈者治疗前后的舌苔进行了比较，治疗前异常38例，治愈后为17例（ $P < 0.01$ ），说明舌苔的消退与增长，是邪正消长的表现。

此外，秦宝民⁽³⁵⁾发现针刺足三里穴，可明显提高钡餐检查溃疡龛影的发现率。许白诚等的研究表明⁽³⁶⁾，胃蛋白酶活性增强意味着溃疡属中医热证，反之则属寒证。胃蛋白酶活性的变化可作为判断溃疡病寒、热证的客观指标之一。寒证者胃内温度偏低，热证者胃内温度偏高，在作胃镜检查的同时，将测温管经活检孔插入胃腔，观察胃内形态变化，又测量了胃内温度，为中医寒、热证的诊断提供了新的方法。

二、实验研究：1.“脾”虚与消化性溃疡：有不少作者已作了详尽介绍，本文不再赘述。

2.“久痛入络”的研究：浙江医科大学⁽³⁷⁾对103例胃脘痛患者胃组织纤溶活性进行了观察，中医分型各组中见血瘀兼证者较无血瘀兼证者胃组织纤溶活性显著增高（ $P < 0.05$ 或 0.01 ），血循环中Fbg及FDP亦有增高，提示中医血瘀与血凝增高密切相关，并随病程延长，血瘀兼证的发生率与胃组织纤溶活性均成比例增高，说明了“久痛”与“入络”确有关系。这一点也在临床实践中得到验证^(10,14)。

3.发病因素的研究：赵连根⁽³⁸⁾拟定了温中散寒Ⅱ号方（良姜、吴茱萸），以家兔和大白鼠为观察对象，实验结果表明，该方对胃运动有抑制作用，可降低胃张力，从而解除平滑肌痉挛；亦可明显抑制大鼠胃酸分泌，作用可持续2小时以上。他们认为，以温中散寒法治疗溃疡病有效，是与上述药理作用有关的。

4.从分子生物学角度进行的研究：北京部队总医院⁽³⁹⁾在中药复方“六味煎”（白芍、当归、香附、丹参、甘草、煅瓦楞）治疗胃溃疡临床有效基础上，经动物实验表明，凡经该方治疗的，所剩溃疡面积小的，治愈率高的，DNA含量亦高；反之，DNA含量则低。提示了该方中某些成份能促使胃细胞核DNA的复制

加速, mRNA 的转录加快, 蛋白质合成增加, 从而促进了胃粘膜修复。尽管他们的工作尚属初步的研究, 但从分子生物学水平探讨消化性溃疡的中西医结合治疗, 是值得注意的新课题。

有人提出“中西医结合治疗溃疡的标准是不能单借用西医的标准的”, 因此, 有必要在实验研究及临床观察上建立统一的探讨性指标。如脾胃虚寒型相当于溃疡病的愈合期等, 据此可建立统一的胃镜检查指标; 活血化瘀法可提高本病疗效, 由此可建立甲皱微循环作为观测指标; 舌苔的变化与溃疡病的分型有关, 因而可考虑建立电镜察舌等观测指标。大量的临床对照观察已为我们提供了丰富的线索, 建立统一的探讨性指标, 也是核实临床观察结果, 将研究深入下去的基本措施。

总之, 深入细致的临床观察与立足于现代科学技术的实验室研究并举, 是推动消化性溃疡中西医结合研究的有力手段, 只要我们坚持下去, 必会取得新的进展。

参 考 文 献

1. 郑芝田. 消化性溃疡的研究现状. 中华消化杂志 1982; 3:125.
2. 秦伯未, 等. 关于溃疡病辨证分型和治法的我见. 中医杂志1961; 2:7.
3. 第一军医大学第一附属医院溃疡病科研协作组. 溃疡病的中医分型及其病理基础初探. 中医杂志 1980; 2:17.
4. 王 宁, 等. 中医辨证治疗胃及十二指肠溃疡病 165 例临床分析. 新中医 1982; 4:20.
5. 钱岳年, 等. 中西医结合分型治疗溃疡病 202 例观察分析. 江苏中医杂志1980; 3:23.
6. 张宗珊. 治疗溃疡病 170 例临床观察. 浙江中医杂志1980; 5:209.
7. 兰州部队总医院消化科. 中西医结合治疗溃疡病. 资料汇编(中华医学会甘肃分会内科学会)1978:33.
8. 解放军成都部队总医院内一科. 中西医结合诊治溃疡病55例. 中医杂志1980; 9:34.
9. 郑芝田, 等. 痢特灵治疗消化性溃疡. 中华消化杂志1982; 3:131.
10. 李宇萍, 等. 从形态和机能变化探讨溃疡病与中医胃脘痛病机的内在联系及其临床意义. 新中医 1982; 6:48.
11. 广州中医学院脾胃研究组. 试从胃、十二指肠溃疡病探讨脾的实质. 新中医 1979; 1:15.
12. 陈树森, 等. 黄芪建中汤治疗溃疡病 72 例临床小结. 湖北中医杂志1982; 3:20.
13. 杨承进, 等. 黄芪建中汤和补中益气汤对虚寒胃痛和脾虚泄泻免疫功能的影响. 中医杂志 1983; 1:53.
14. 黄松柏, 等. 以升阳益气、活血化瘀为主治疗脾虚型溃疡病 50 例疗效分析. 广东医学 1981; 8:35.
15. 许鑫梅. 溃疡病的病机与治法初探. 新中医 1982; 11:12.
16. 解放军第 184 医院内二科. 香砂六君子汤加减治疗胃及十二指肠溃疡病. 陕西中医1983; 4:17.
17. 周 兰, 等. 用扫描电子显微镜观察锡类散改进方对溃疡病治疗作用的研究. 中医杂志1980; 10:45.
18. 王苑本, 等. 甲氧咪胍和锡类散对十二指肠球部溃疡远期疗效的比较. 辽宁中医杂志 1984; 4:33.
19. 张安田. 锡类散治疗消化性溃疡 86 例疗效分析. 中西医结合杂志1983; 3(3):177.
20. 刘兰亭, 等. “如意金黄散”治疗溃疡病 50 例的临床及内镜近期疗效观察. 河北医药 1981; 5:18.
21. 朱兆华, 等. 珍珠层粉治疗消化性溃疡的临床和实验研究. 中华消化杂志1982; 2(3):167.
22. 江西省第一人民医院消化组, 等. 积雪草治疗溃疡病的临床观察及实验研究. 新医药学杂志 1979; 3:28.
23. 楼大达, 等. 肿节风治疗胃溃疡的临床观察. 中医杂志 1980; 8:45.
24. 宋思奇, 等. 斑蝥治疗胃溃疡 21 例临床观察. 浙江中医药1979; 2:49.
25. 张万岱, 等. 中西医结合治疗溃疡病虚证 92 例的临床观察. 中西医结合杂志1983; 3(2):90.
26. 吴学海. 溃疡合剂加痢特灵治疗十二指肠球部溃疡. 中原医刊1984; 2:24.
27. 陈东斌. 胃宁II号治疗消化性溃疡 90 例疗效观察. 湖北中医杂志 1981; 4:39.
28. 翟 跃. 七味散治疗胃、十二指肠球部溃疡. 吉林中医药1983; 2:22.
29. 张万岱, 等. 胃镜鉴定生胃宁治疗溃疡病 105 例的临床观察与实验研究. 广东医学1981; 4:7.
30. 陈泽霖. 望诊客观化研究的思路和方法. 上海中医药杂志1983; 11:44.
31. 殷凤礼, 等. 447 例纤维胃镜象与舌诊观察. 中医杂志 1981; 11:23.
32. 沈家足, 等. 胃部疾病的舌象观察. 上海中医药杂志 1979; 5:33.
33. 石美晖, 等. 670 例消化系疾病的胃镜象与舌象对照分析. 浙江中医杂志 1983; 7:300.
34. 江汉才, 等. 405 例胃、十二指肠疾病舌苔分析(摘要). 浙江省中医药研究所资料汇编 1981:55.
35. 秦宝民. 针刺探查十二指肠球部溃疡龛影. 河南中医 1982; 3:38.
36. 许自成, 等. 胃寒、热证与胃内温度的关系. 中西医结合杂志 1983; 3(6):351.
37. 洪允祥, 等. “久痛入络”的研究. 中医杂志 1983; 4:28.
38. 赵连根. 温中散寒 II 号方对胃溃疡发病学因素的影响. 中医杂志 1982; 8:62.
39. 张东瀛, 等. 中药“六味煎”对造成胃溃疡的大白鼠在组织修复中 DNA 含量的影响. 北京部队总医院医学资料选编. 1982; 1:72—73.