

• 急难重症诊治 •

慢性萎缩性胃炎

上海医科大学中山医院 陈泽霖

自纤维胃镜检查广泛开展以来,慢性萎缩性胃炎(CAG)患病率较前有较大增加,值得引起重视。

一、CAG的分型 1973年 Strickland 等提出把CAG分为二类,一类为炎症过程使胃底、胃体粘膜变薄及肠腺上皮化生(以下简称肠化),称为A型,此型血中常有抗壁细胞、抗内因子等抗体;另一类主要侵犯胃窦部,胃体及胃底粘膜很少波及,此型较A型发病率高4倍,且易并发胃消化性溃疡及胃癌。以后发现另有一型CAG主要病变在胃窦部,但血清中又可找到抗壁细胞抗体,称之为AB型或C型,但较少见。1982年Correa又重加分型:1.自身免疫型:与A型相同,且认为与血型A有一定相关,与胃癌有一定关系;2.高分泌型:萎缩病变局限于窦部,体部病变较少且多为浅表性,肠腺上皮化生少见,胃酸多增高,常合并球部溃疡或胃窦溃疡;如合并胃角溃疡,则萎缩性改变常向胃体小弯蔓延。此型与胃癌关系不大;3.环境型:此型的流行分布情况与胃癌相似,认为与环境中致癌物质有关,故有此名。病变常为局灶性,起始于窦体交界处,逐渐沿小弯侧向胃窦及胃体蔓延,最后胃窦及部分胃体受累。胃酸先升高,常合并小弯溃疡,以后胃酸逐渐下降,溃疡愈合,而萎缩性病变加重。Correa等认为此型病变多从青年开始,病初多无症状,患者饮食多以谷类为主,少吃牛奶、脂肪、动物蛋白及新鲜蔬菜;胃内环境的改变如pH升高,细菌增加,亚硝酸盐及N亚硝基化合物增加等与胃癌相似。我国大量发现的CAG可能包括高分泌型及环境型两者,其中较多类似B型而又不全同于B型的所谓AB型,可能与环境型相同。由于此型与胃癌关系密切,应加强随访。

二、CAG的诊断 诊断指标现已明确应以胃镜检查加粘膜活检为准。一般CAG胃镜所见:胃粘膜颜色变淡呈淡红、灰色、灰黄色,严重者呈白色。如在灰白色粘膜中还保留一些正常桔红色粘膜,可见有“红白相间”,但以白为主,由于粘膜变薄,粘膜的皱襞变细变狭;粘膜下树枝状血管清晰可见;胃粘膜萎缩,可见小块糜烂,容易出血,由于萎缩与增生的不平衡,有时粘膜上可见不典型增生,出现细小颗粒或较大结节,甚或息肉形成。

目前胃镜所见病变与活检病理检查之间有25~

35%不相符合,因此认为应以活检为主要依据。萎缩性病变易被误诊为浅表性,因萎缩性病变系由浅表性而来,且均以点状开始,逐渐融合成片,两种病变必然以不同程度共存。如果不加选择,活检1~2块组织,则钳取萎缩灶,即为CAG;反之则为浅表性胃炎(CSG)。因此活检时应结合肉眼所见,有目的地钳取,同时应在不同部位,多取几块,以免误诊。一般认为,在CSG中,炎性细胞浸润应在小凹水平以上,不应侵及固有腺体周围。但在我国常见以胃窦病变为主的胃炎中,窦部炎性细胞浸润几乎都是全层性的,因此,只要没有腺体的减少,不管细胞浸润范围深浅,仍诊断为CSG;CAG的病理切片可见粘膜全层圆细胞浸润、胃小凹延长、颈腺增生、间质组织如胶原、网织、肌纤维及血管增生、肠化或假幽门腺化生代替了原固有腺体及固有腺体的减少等,其中以固有腺体的减少为主要依据。

其他检查如X线钡餐造影,CAG者可见胃大弯皱襞消失,胃底光滑,胃张力减退;胃液分析有一定价值,据报道306例CAG中,无酸50%,低酸46%,正常4%;尿胃蛋白酶测定,306例中,缺乏48%,降低48%,正常4%;胃泌素测定:血清胃泌素正常值 $58.7 \pm 8.2 \text{ pg/ml}$,A型CAG,胃窦无萎缩者常增高,为 920 pg/ml ,胃窦粘膜有严重炎症者则可正常或降低。

三、关于肠腺上皮化生问题 对肠化的意义,历来有两种看法,多数认为肠化本身不直接转变为癌,因而不是癌前病变。少数人报道曾见到在肠化细胞上发展起来的胃癌,认为肠化细胞可吸收脂肪,但却缺乏把它排入血中的乳糜管,因此脂肪类物质沉积在肠化细胞内,可成为致癌物质。现在比较一致的意见,把肠化分为两种类型:小肠型肠化上皮类似分化完全的小肠上皮,含唾液酸粘液及很多酶,与胃癌的关系不大;大肠型肠化上皮分化多不完全,含硫酸粘液,很少或不含各种酶,与癌的关系较密切,需密切随访。Jass等将肠化分为Ⅰ型:同小肠型肠化;Ⅱ型为肠化上皮分化不完全,含唾液酸粘液;Ⅲ型即大肠型肠化。认为Ⅲ型与癌相关。有人随访70例中,重度肠化的CAG,检出胃癌7例,值得重视。

四、CAG的中西医结合治疗 CAG之所以引起人

们的重视,主要是它与胃癌的发生密切相关。胃癌切除标本的病理检查,发现伴有CAG改变者达90%以上。CAG长期随访并发胃癌的发生率国外较高,可达8~13%;国内这方面报道不多,1984年首都医院收集15个省市1610例CAG,随访2~8年,胃癌发生率平均1.18%;105医院报道227例,随访10年,发现早期胃癌5例7次(3.09%),远比国外报道为低,可能因随访时间较短有关。

在治疗方面,西药至今未见突破报道。饮食疗法,少吃多餐、戒除烟酒;对胃痛明显、胃酸正常者,解痉剂和抗酸药如阿托品、普鲁本辛、氢氧化铝、胃舒平等仍可应用,H₂受体拮抗剂如甲氧咪呱、雷尼替丁也可应用;有胆汁返流者可用胃复安、硫糖铝;维生素A及生胃酮基本无效;胃酸缺乏者,可适当补充1%纯稀盐酸及胃蛋白酶。胃痛剧烈者,可用胃炎小复方有一定疗效,常用链霉素(或卡那霉素、庆大霉素)7g,维生素B₁₂1mg,谷维素20片,普鲁卡因1g,复合维生素B液加至200ml,每次10ml,1日3次。

中医药对CAG治疗的报道不少,但多因未设对照组或对照组控制不严,尚难以作肯定评价。但病人一般反应良好,胃镜复查及活检也多有好转,值得进一步研究。

中医中药治疗CAG有用辨证分型,也有自拟验方。

综合各地文献对辨证分型大致早期多肝胃不和,土壅木郁;以后气病及血,久病入络,出现气滞血瘀;也有脾胃升降失调,脾湿胃热交阻或热伤气阴,出现胃阴不足或气阳之虚,因此辨证立法,约有下列几类。

1.养阴益胃:沙参麦冬汤、芍药甘草汤、地黄饮子、麦门冬汤等;2.柔肝养胃:一贯煎、养胃汤、启膈散等;3.清胃泻火:二冬二母汤、甘露饮等;4.清热化湿:藿朴夏苓汤、半夏泻心汤;5.健脾和胃:香砂六君子汤、平胃散;6.益气升阳:补中益气汤、升阳益胃汤;7.温胃散寒:理中丸、黄芪建中汤;8.疏肝和胃:橘皮竹茹汤、逍遥散、叶天士肝厥胃痛方;9.理气止痛:金铃子散、香砂养胃丸;10.活血化瘀:五灵脂散、失笑散等。

有人认为,此病病本在胃,且多胃阴不足,主张无论辨证属于何型,均应顾护胃阴,故沙参、麦冬、石斛等甘寒滋润之品均可酌加;又因本病多见胃酸分泌不足,故木瓜、乌梅、五味子等酸甘化阴之品为不可缺之药。但也有人提出,本病有胃粘膜腺体萎缩之象,结合临床表现及舌象,辨证每多脾胃气虚见

证,故不主张盲目多用酸甘化阴,而应用补气健脾和胃之品治疗,如香砂六君子汤、黄芪建中汤、补中益气汤之类。有报道用益气健脾或养阴健脾法治疗胃酸缺乏者,可促使胃酸分泌的恢复,似有促胃粘膜再生或使胃粘膜不典型增生灶消失可能。有在辨证分型治疗时,加入红花、当归等活血化瘀药,可增加胃粘膜血流量,改善微循环,并促使胃粘膜恢复正常屏障功能,并可见胃粘膜固有腺体的再生,肠化消失。

自拟验方:仅选择病例较多且有胃镜前后对照者加以介绍。读者可根据情况加以选用。

1.胃炎合剂(福建省立医院)、胃炎1号方适用于气虚夹湿热、瘀者,党参、黄芪、白术、枳实、白芍、神曲各3g,仙灵脾、黄连、元胡、当归、北柴胡、莪术各2g,砂仁、甘草、陈皮各1.5g,制成片剂,分3次饭前半小时服;胃炎2号方适用于气阴虚夹湿、瘀热者,玉竹、沙参、黄芪、麦冬、佛手、花粉、山楂、枸杞各6g,淮山药、麦芽、谷芽、丹参各9g,白芍10g,黄连、甘草、五味子各3g,服法同前。三个月为一疗程。临床有效率94.4%,胃镜活检有效率59.1%。

2.二军大长征医院用檀香、肉桂、细辛、山楂、鸡内金、薏苡仁、木香、乌梅做成冲剂,治疗CAG 310例,有效率97.4%。

3.401医院用调中活血汤:黄芪30g 肉桂8g 吴萸10g 丹参10g 乳没各8g 生蒲黄13g 三棱、莪术、乌药各10g 川芎8g,轻者服40天,中、重度者连服70天,治疗60例,有效率(包括肠化消失或好转者)93.3%。

4.上海医科大学中山医院先后几批用铁树叶(后改白花蛇舌草)、蒲公英、川朴、香附、白芍、甘草等组成的胃炎冲剂治疗CSG及CAG各60例左右,有效率在93~95%左右,肠化消失或好转者66%左右。

5.上海中医学院岳阳医院用健胃茶治CAG,药物组成有徐长卿、麦冬、黄芪、乌梅肉、生甘草。胃寒加红茶末、当归;胃热加绿茶末、丹参,共为粗末,代茶泡饮,日服二次。

通过积极治疗,扭转了以往认为CAG不可逆转的观点,现代医学认为CAG由CSG转变而来,通过治疗,CSG约有30%可好转,约50%可长期保持不变,约20%转为CAG。CAG随年龄逐渐加重,但亦有30%可逆转。在应用中西医结合治疗后,疗效有较大提高,但治疗宜早,时间宜长,使有更多的CAG可获恢复。