

• 综述 •

慢性萎缩性胃炎的中西医研究近况

北京协和医院 柯美云 董自强

慢性萎缩性胃炎 (CAG) 在祖国医学中属于“胃脘痛”、“痞证”范畴, 为常见的胃病。各家的报道 CAG 占胃镜检查例数的 4.7~13.0%⁽¹⁾。近年来, 人们重视研究本病, 主要是由于本病与胃癌有着某种关系^(2~4)。本文复习文献, 扼要地讨论了 CAG 的病因、与胃癌的关系、其诊断和分类, 以及中西医治疗 CAG 的概况, 提出 CAG 临床研究中存在的问题和设想。

一、CAG 的病因与胃癌的关系 CAG 的病因还不十分明确。中医认为本病多因饮食不节、情志不畅、嗜烟喜酒、过食辛辣肥甘、粗糙食物, 或过服、久服刺激性强的药物所引起。病机主要责之于脾胃虚损, 脾胃为后天之本, 气血生化之源, 脾虚则生化不足, 变生诸病; 脾喜燥恶湿, 脾虚则湿胜, 湿浊郁久化热, 胃喜润恶燥, 脾胃互为表里, 热盛也必伤阴。故本病, 病位在脾胃, 累及肝肾。西医认为酗酒吸烟、药物、咽喉部的慢性病灶都可能是 CAG 的病因。异常的免疫反应可能参与 CAG 的发病^(1,5)。因为从一些 CAG 患者的血清中检查出壁细胞抗体 (PCA), G 细胞抗体 (GCA)、内因子抗体 (IFA), 还有增高的 IgA、IgG 和 IgM, 胃粘膜活检组织内有大量淋巴细胞和浆细胞的浸润。在胃镜检查中, 慢性浅表性胃炎 (CSG) 相当常见。不论 CAG 或 CSG 都以胃窦为常见部位, 或二者并存。CSG 可以演变为 CAG, 其演变因素为年龄和某些持续存在的因素。此外, 动物和临床研究已证明胆汁返流损害胃粘膜屏障, 引起炎症, 粘膜萎缩、肠化, 并刺激胃泌素释放, 后者抑制幽门括约肌, 使胆汁返流, 形成恶性循环。胃粘膜屏障功能减退⁽⁶⁾, 使大量 H^+ 反弥散, H^+ 净流出量减少, 胃腔内 pH 上升, 使某些致癌物质增多, 如亚硝酸盐化合物, 产毒真菌等。

CAG 和胃癌的发病率在老年人均增高。但 CAG 发展成胃癌的仅少数。合并肠化的癌变率仅 0.95%⁽³⁾, 不比一般的 CAG 的高, 故不宜将所有肠化均视为癌前病变。CAG 肠化合并中度至高度不典型增生时, 可发生癌变^(2,3)。

二、CAG 的诊断和分类 CAG 的诊断主要依赖于胃镜和镜下组织活检⁽⁵⁾。胃镜下: (1) CAG 的粘膜由正常的浅红色变为灰白、灰黄色, 同一区域内粘膜色调深浅不一, 红白相间, 以白为主; (2) 粘膜下血管透

见; (3) 腺萎缩后腺窝增生, 延长或有肠上皮化生过形成结节, 粘膜表面粗糙不平, 颗粒或结节僵硬感, 失去正常的光泽。这些特征表现从胃镜下可作出 CAG 的诊断。但比较一致的看法是 CAG 的诊断基础是组织病理, 即光镜下有: (1) 固有腺体萎缩, 按其萎缩的程度可分为轻度 (减少 1/3 以内), 中度 (减少 1/3~2/3), 重度 (减少 2/3 以上); (2) 粘膜肌层增厚; (3) 固有膜内炎症轻重不一; (4) 可能伴有肠上皮化生, 假幽门腺化生及淋巴滤泡形成。CAG 的诊断还应包括: (1) 病因诊断 (常常不易); (2) 功能诊断; (3) 有无免疫异常; (4) 有无伴随病变⁽⁷⁾。通过测定最大排酸量及血浆胃蛋白酶原 I 含量以反映胃体粘膜壁细胞的最大分泌功能及主细胞的分泌功能。胃窦粘膜萎缩程度可通过空腹血清胃泌素水平、试餐后胃泌素总体反应、胃窦部粘膜 G 细胞显示及其胃泌素浓度来判断。测定 PCA 和 GCA 等免疫指标有助于判断病变部位与免疫反应有无关系。

关于 CAG 的分类, 近年来的争论较多。Strickland 根据胃粘膜病变的分布和血清 PCA 的有无分成 A 和 B 型⁽⁷⁾。病变累及胃体, 血清 PCA 阳性者为 A 型, 这在西方国家较多见, 而病变仅仅累及胃窦部的归于 B 型, 此型 PCA 阴性。我国的研究表明, CAG 以累及胃窦为主, 而仅累及胃体的则较少^(5,8)。而 PCG 的有无与 CAG 的分布不尽相同⁽⁹⁾。所以, 认为 CAG 的分类应以胃粘膜的组织病理, 结合萎缩性病变的部位来决定。

中医对 CAG 的分类是根据临床症状表现进行辨证分型的。大致可分为胃阴不足、脾胃虚弱、肝胃不和三型。不少中医研究报道经胃镜或结合病理活检确诊 CAG 后, 再进行辨证分型。

三、CAG 的西医治疗 西医治疗 CAG 的方法较多, 但效果不肯定。掌握以下原则, 可能会收效。(1) 抗酸、解痉: 我国的 CAG 累及胃窦的较多见, 不一定影响胃酸分泌。王苑本等报告的 101 例 CAG 中⁽¹⁰⁾, 47.5% 有烧心, 吐酸水, 其中 83.3% 胃粘膜充血, 水肿, 糜烂, 五肽胃泌素刺激胃液分析为正常或高酸 (达 83.2%)。这些患者的胃体萎缩轻, 抗酸止痉是有效的。(2) 稀盐酸, 胃蛋白酶制剂: 对病变仅累及胃体的, 胃酸低或偏低的 CAG 可有效。但要注意由于大

量 H^+ 反弥散而引起 H^+ 净流出量减少造成的低胃酸与壁细胞病变造成的真正低酸不一样,这时不宜用制酸剂。(3)五肽胃泌素:可最大限度地刺激壁细胞的分泌功能,中等度增加胃蛋白酶的分泌,使胃粘膜和上胃肠道粘膜增厚,故可用于治疗胃体萎缩性胃炎伴低酸、无酸以及血清胃泌素 $<100\text{pg/ml}$ 的患者。徐乐等报道的结果⁽¹¹⁾表明五肽胃泌素刺激后会代替胃窦的G细胞的功能,因而使G细胞的分泌功能低下,也使壁细胞的分泌减退,故以小剂量,长疗程给药为宜。(4)糖类皮质激素:血清内PCA和GCA可分别作用于胃体壁细胞和胃窦G细胞内的抗原,在补体的参与下形成抗原-抗体-补体复合物,使壁细胞或G细胞受到损害,粘膜萎缩。糖类皮质激素可抑制上述免疫反应,防止壁细胞或G细胞的进一步损害。对这一类CAG,如果胃镜下无粘膜活动病变如充血、糜烂,以为及无低酸或无酸者可试用糖皮质激素。(5)胃复安:多巴胺受体阻滞剂,促进胃蠕动排空,减少胆汁返流,改善胃粘膜屏障功能。(6)前列腺素 E_2 、生胃酮、生长抑素等可强固屏障,减少 H^+ 反弥散,使 H^+ 净流出比例增加,pH下降,为CAG治疗新的途径。(7)其他如猴菇菌片、维酶素对治疗CAG有一定的疗效,其作用机制需进一步探讨。

四、CAG的中医治疗 许多文献报道,中医治疗CAG有效。如殷德熹等⁽¹²⁾报道胃炎冲剂治疗310例CAG后,72.2%病人取得显效。表1总结部分中医治疗CAG的病例298例^(13~17),治疗后症状消失为57.0%,128例可统计的胃镜检查中,CAG基本消失为22.7%^(14,15),而110例可统计的病理活检显示CAG消失为25.5%^(14,17)。按辨证分型,对三型CAG的治疗如下:

1. 胃阴不足:此型症见胃脘灼热不适,口干喜凉饮,五心烦热,夜寐不安,皮黄便结,脉细数。治则为滋阴养胃,外加酸甘化阴,增加胃酸,帮助消化。可选用玄参、寸冬、玉竹加乌梅、五味子、山楂⁽¹⁸⁾,或沙参、麦冬、石斛加木瓜、乌梅、绿萼梅、橘络等⁽¹⁹⁾。这一类患者可有脾虚,用乌梅、白芍、炙甘草的酸甘以养胃阴,党参、白术、茯苓等的甘温以养脾气,刚柔相济,遂可奏效。李氏等报道12例CAG,胃阴不足患者用复胃汤2号⁽¹⁵⁾(沙参、麦冬、玉竹、山药、生地、香附、白芍、元胡、山楂、乌梅、炙甘草)后,症状基本消失,胃镜及组织学的CAG表现基本消失。

2. 脾胃虚弱:此型患者常纳呆,进干食或流质均觉不适,或口干而不思饮,大便或干或溏,舌质淡胖,舌苔薄白,脉细弱等。治则为健脾和胃,佐以养阴之剂。李氏的复胃汤1号(党参、炒白术、山药、香

附、枳壳、元胡、木香、白芍、山楂、乌梅、六神、炙甘草,寒者加肉桂、吴茱萸)⁽¹⁵⁾,18例中有10例获得显效,症状消失,胃镜、病理活检显示CAG消失。周氏报导用黄芪建中汤加减⁽¹³⁾,调畅气机、促进脾胃功能恢复。许氏报导用黄芪建中汤合良附丸加减以温补脾胃法取得疗效⁽¹⁴⁾。

3. 肝胃不和:患者表现为胃脘胀痛,涉及两肋,噯气、反酸或恶心,口干苦,急燥易怒,情志不畅时诱发,舌苔薄黄,黄腻、黄燥,舌质红,脉弦或弦数。许自成等以柴胡疏肝散合黄芩丹加减治疗⁽¹⁴⁾,也有以逍遥散或柴平散随证加减。

除上述三型外,还有气滞血瘀型,表现为胃脘刺痛或胀痛,拒按,噯气则舒或有出血史,大便不畅或黑便,舌质淡紫或有瘀斑,脉弦或弦涩,赵氏利用丹参饮加味:柴胡、枳壳、生甘草治疗36例气滞血瘀型⁽¹⁶⁾,其结果是7例治愈,显效21例。

钱岳年报道用中药治疗后⁽²⁰⁾,40例中度以上胃窦肠上皮化生中60%明显减轻或消失。他的另一报告的结果是37例中45.9%明显减轻或消失⁽²¹⁾。许氏报道88例CAG中有42例肠上皮化生⁽¹⁴⁾,治疗后26.2%肠上皮化生消失,27例不典型增生经过治疗,62.3%消失(见表2)^(14,20~21)。中药治疗肠上皮化生,尤其是不典型增生的疗效有重要的临床意义,可以防止某些病例转为癌前病变。

为数不多的中医治疗CAG设有对照组。徐州医学

表1 中医治疗 CAG 的疗效

作者	例数	疗程(月)	症状消失(%)	胃镜显效(%)	活检显效(%)
周兰等 ⁽¹³⁾	14	6~12	88.9		
许自成等 ⁽¹⁴⁾	88	3	53.4	13.6(12/88)	25.0(22/88)
李琪轩等 ⁽¹⁵⁾	40	2~3	42.5	42.5(17/40)	
赵汉鸣等 ⁽¹⁶⁾	102	1~3	63.7		
潘秀珍等 ⁽¹⁷⁾	54	3	53.7		27.3(6/22)
	298		57.0	22.7(29/128)	25.5(28/110)

注:小括号内数字为参考文献序号。下表同

表2 CAG肠上皮化生和不典型增生的疗效

		肠上皮化生	不典型增生
钱岳年等 ⁽²⁰⁾	中药+胃复安	24/40中度以上; ↓↓或消失	
钱岳年等 ⁽²¹⁾	中药+胃复安	17/37中度以上; ↓↓或消失	
许自成等 ⁽¹⁴⁾	中药	11/42;消失	17/27轻、中度; 消失

注:↓↓为明显减轻

院附属医院报告110例中药加胃复安治疗CAG,并比较了50例安慰剂组⁽²²⁾,结果表明前者使21.8%患者症状基本消失,后者仅为2%。前者使41.2%的胃镜复查和51.4%的病理复查明显改善。而安慰剂组分别为3.3%和6.6%。钱岳年等报告106例CAG应用中药加胃复安治疗,其中59.4%的胃镜和病理复查明显改善⁽²⁰⁾,而27例用五肽胃泌素治疗的为29.6%。他的另一研究中,18例西医治疗(包括镇静、止酸或胃酶加胃复安)后⁽²¹⁾,15例胃镜下改善显著(83.3%),而32例用中药加胃复安后显效为62.5%。此外10例用猴头菌片治疗者显效为30%。钱岳年的这一研究提示西医治疗CAG如能针对各种病因治疗,亦可取得显效。

中医治疗CAG已充分表明,医者必须恪守中医学辨证论治的法则,随证用药,才能提高疗效。

五、CAG临床研究中存在的问题和设想

1. 胃镜和病理活检变化为CAG治疗前后疗效评定的重要指标。但实际上,胃镜下所见和组织病理常有差异,符合率约为50~70%。这是由于:(1)CAG胃内病变程度可轻重不一;(2)取材过浅时,取不到粘膜肌层,不易判断有无萎缩;(3)取材数目有限,不反映全貌;(4)胃镜复查活检部位较难一致,不利于前后对比。所以CAG的组织病理诊断有一定的局限性。CAG胃镜下病变程度,范围要作描述、分级。CAG的诊断要结合胃镜的病理活检。取活检时,对病变均匀的CAG可在规定部位取活检,而对不均匀者,还要在病变严重部位取活检。

2. 由于CAG患者病因不尽一致,因此,治疗必须因人而异,不求统一。中医治疗CAG取得较好的疗效,显然是由于对CAG患者辨证分型,予以不同治则的结果。以一方为主,随证加减。西医对CAG患者的病因,胃的分泌功能、有无免疫异常以及有无伴随病变的判断,有助于提高疗效。

3. CAG为常见的胃病,发病率随年龄而上升。治疗和随诊的重点宜选择:(1)症状明显的患者;(2)胃镜下CAG病变较重,尤其粘膜粗糙不平,颗粒或结节僵硬感时;(3)病理活检示重度肠化生,尤其伴有不典型增生者。要注意患者的症状与病变的严重性不一定成比例,同时,还要进一步提高胃镜下识别胃粘膜不典型增生的表现。根据症状、病变轻重以及疗效作定期随诊。要观察CAG的胃镜下和组织病理能否逆转,如萎缩的固有腺能否增生,不同程度的粘膜不典型增生能否消失,以及摸索有效的治疗方法,乃是广大医者研究的课题。

4. 目前有对照组的报告不多,单盲或双盲研究几

乎还没有,为正确评价中西医结合治疗CAG的疗效,这样的研究是必要的。

5. 由于CAG疗程较长,为能坚持治疗,要改革剂型,把中药做成不同的片剂和水剂。

参 考 文 献

1. 郑芝田,等。北京地区慢性萎缩性胃炎免疫分型的探讨。中华消化杂志 1981; 1(1):7.
2. 鲁重美,等。慢性萎缩性胃炎的临床和病理观察。中华内科杂志 1983; 22(5):272.
3. 徐采朴,等。慢性胃炎肠化及不典型增生的随访观察。中华消化杂志 1984; 4(1):10.
4. 张齐联,等。胃粘膜上皮不典型增生的胃镜、病理特点和临床意义。中华内科杂志 1983; 22(5):265.
5. 萧树东,等。慢性胃炎的胃粘膜屏障。中华内科杂志1983; 22(5):268.
6. 李益农,等。慢性胃炎的诊治问题。中华内科杂志 1983; 22(5):257.
7. Strickland RG, et al. A reappraised of the nature and significance of chronic atrophic gastritis. Am J Dig Dis 1973; 18(5):426.
8. 萧树东,等。慢性萎缩性胃炎分型的探讨。中华消化杂志 1981; 1:110.
9. 张 正,等。慢性萎缩性胃炎的诊断和分型评价。中华内科杂志 1983; 22(5):276.
10. 王苑本,等。慢性萎缩性胃炎治疗问题的探讨。天津医药 1983; 11(9):521.
11. 徐 乐,等。五肽胃泌素治疗萎缩性胃炎的疗效观察。中华消化杂志 1982; 2(2):79.
12. 殷德燧,等。胃炎冲剂治疗萎缩性胃炎310例临床观察。中医杂志 1985; 26(7):516.
13. 周 兰,等。慢性萎缩性胃炎中医辨证施治的研究。中医杂志 1986; 27(6):426.
14. 许自成,等。中医治疗慢性萎缩性胃炎 88 例疗效观察。中西医结合杂志 1986; 6(6):342.
15. 李琪轩,等。复胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 40 例。陕西中医 1984; 5(8):9.
16. 赵汉鸣,等。丹参饮加味方治疗慢性萎缩性胃炎 102 例。中医杂志 1986; 27(4):260.
17. 潘秀珍,等。中药胃炎合剂治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察。中医杂志 1984; 25(2):107.
18. 韩玉秀,等。萎缩性胃炎中医辨证分型。陕西中医 1983; 4(5):35.
19. 潘文奎,等。萎缩性胃炎的辨证施治。江苏中医杂志 1980; 1(3):9.
20. 钱岳年,等。萎缩性胃炎治疗前后胃镜及活检病理对比观察。中西医结合杂志 1986; 6(9):533.
21. 钱岳年,等。慢性萎缩性胃炎60例治疗前后胃镜及直视活检病理对照评价。中西医结合杂志 1984; 4(12):184.
22. 徐州医学院附属医院。胃安丸治疗慢性萎缩性胃炎110例疗效观察。中医杂志 1982; 23(2):30.