

• 学术探讨 •

中西医结合诊治慢性胃肠疾病的探讨

北京市中医研究所 危北海

慢性胃炎、溃疡病和慢性结肠炎等是一组以慢性炎症为基本病理变化的慢性胃肠道疾病，其病因和发病机理等迄今尚未完全阐明，治疗亦无特殊有效的方法。目前应用中医药治疗这些疾病疗效较好，副作用少，疗效也较稳定。因此，今后从中医方面加强对本病的理论探讨和疗效观察，是值得重视和具有苗头的课题。

一、从中医和现代医学共同探讨病因病机，逐步形成慢性胃肠道疾病的新的发病学观点

近年来，我们通过中、西医对慢性胃炎和溃疡病病因病机认识的对比分析，即发现有一些共同的理论认识。如中医认为肝气横逆或肝气郁结可以克伐脾土，形成肝胃不和或肝郁脾虚等证；现代医学则认为植物神经功能失调和幽门括约肌舒缩功能障碍可引起胆汁返流和胃肠功能紊乱，从而发生慢性胃炎或溃疡病等。其次如脾胃虚弱与胃肠功能减弱、胃粘膜屏障功能降低之间的关系，与胃肠吸收、分泌和运动功能失调或低下之间的关系，以及瘀血与胃肠局部血循环和微循环障碍之间的关系，也都能找到某些共同的理论认识。

以溃疡病而言，现代医学认为其发病机理主要是胃肠道在神经体液的调节下出现的攻击因子和防护因子的相互失调。在精神情绪，应激状态，药物和饮食等致溃疡诱因的作用下，通过神经体液机制的调节紊乱，促使攻击因子增强，防护因子减弱，因而粘膜屏障功能降低或有胆汁返流，造成 H^+ 离子逆流，胃酸和胃蛋白酶加强对粘膜的损害，而粘膜本身的抵抗力减弱，粘液分泌减少，上皮细胞再生不足和血循环障碍，最后便可以产生溃疡和炎性改变。中医则认为溃疡病的病因病机是精神刺激、过度劳累、饮食不节和外感六淫等致病因素引起的肝郁脾虚，气滞血瘀，阴阳失调，这与现代医学所提出的攻击和防护因子失调有相似之处。肝气郁结可以损伤脾胃，而胆汁返流可以损害粘膜屏障功能。溃疡病之所以成为一种慢性迁延、难以治愈的病理过程，这与溃疡底部及其周围的形态和机能改变有关。在溃疡底部及其周围的血管可见血管内膜炎，血管壁纤维性增厚或有透明性病变，管腔狭窄，局部血循环障碍，供血不足，而导致局部组织细胞的代谢障碍和病理损伤，这也证实了祖国医学认为久

病入络，久病必瘀的理论，应用活血化瘀药物也能取得较好的效果。事实说明中西医在理论和临床实践上的结合，不仅有助于在病因病机学找出共同的结合点，而且可以为临床治疗提供更多的治疗途径。

二、辨病和辨证相结合，逐步建立新的胃肠道疾病的诊断模式

近年来在慢性胃肠道疾病中，中西医结合的辨病和辨证的诊断模式体现了中西医诊断上的特点，已摸索出一些对中医辨证有参考意义的客观指标，正在逐步形成一种新的诊断模式。

从目前情况看，提高医疗质量，加强中西医结合研究的深度，中西医都要进一步提高其本身的诊断水平，只有在这个基础上，才能找到更多更深的结合点，更好地揭示疾病的发生发展及其临床表现的客观规律。现代医学不仅有疾病分类学诊断，而且有病因学、形态学、机能学的诊断。不仅要诊断出是什么病，而且要尽可能地阐明这种病的发生发展的病因基础、病理组织变化、生理紊乱状态、临床表现特点和病程发展阶段等。要充分综合反映每一个患者的具体病情，真正达到诊断的全面化、个体化和动态化，还要综合患者临床各方面的病情，而作出总的临床表现形式的诊断和对疾病发展过程的动态变化，作出某一阶段性的病情诊断。

在慢性胃炎的辨病和辨证的结合上，目前一种是西医辨病中医辨证，另一种是结合四诊所见和有关现代医学的客观指标，彼此参照，互相验证，以探索一些有规律性的结合点，共同进行辨病和辨证。

关于前一种，各地提出了不同的分型方案。徐州医学院附院将本病分为肝胃气滞和胃阴不足二型⁽¹⁾，北京中医研究所分为脾胃阳虚、胃阴亏乏、肝胃气滞三型⁽²⁾，湖北中医学院分为肝胃气滞、脾胃湿热、脾胃虚寒、脾胃阴虚四型⁽³⁾，武汉医学院分为阴液枯竭，胃失濡养；胃阴不足，脾气亦虚；肺络受损，气滞成瘀等三型⁽⁴⁾。综合以上分类归纳起来，多数分为三型即脾胃虚寒、胃阴不足和气滞血瘀。

关于后一种，潘秀珍等⁽⁵⁾认为慢性胃炎一般多虚实兼见，寒热交错，分为（1）气滞湿阻者，多见于浅表性胃炎，胃酸过多和肥厚性胃炎；（2）气滞热郁者，多见于浅表性胃炎低酸者、轻度萎缩性胃炎或慢

性胃炎活动期；(3)血瘀湿阻者，多见于萎缩性胃炎，胃酸正常或高者，或部份肥厚性、浅表性胃炎；(4)血瘀热郁者多见于萎缩性胃炎低酸或无酸者，或浅表性胃炎低酸者。第一军医大学附属医院提出⁽⁶⁾肝胃不和型大致相当于慢性胃炎的早期，或以胃肠的功能紊乱为主要表现者；胃阴不足型相当于本病的急性发作期，急性炎症如充血、水肿、溃疡较明显；脾胃虚寒型相当于本病的慢性期或急性发作消退期或有明显的萎缩性病变；寒热夹杂型则相当于本病的急性活动期或急性炎症病变较明显者。张镜人等⁽⁷⁾根据122例慢性胃炎的胃镜及病理活检分析，认为肝胆郁热者常见胃粘膜充血、糜烂较重，伴出血点，或见胆汁返流；脾胃虚弱者常见慢性胃炎并发十二指肠炎症及胃粘膜脱垂；阴虚胃热者，常见浅表性胃炎伴局限萎缩或属萎缩性胃炎；瘀热交阻者常见炎症较重，有肠腺化生或间变上皮细胞等。北京军区总院⁽⁸⁾将本病分为肝胃不和、脾胃虚弱、胃阴不足三型，前二型以胃窦部病变为主，病情较轻，后一型胃内多有弥漫性病变，病情较重。陈泽民报告⁽⁹⁾阴虚型者从胃镜下肉眼观察多有粘膜干燥而粗糙；胃热型者多有胃粘膜慢性炎症，肠腺化生及不典型增生，宜治以清热解毒，如白花蛇草、半枝莲、败酱草、鱼腥草等。

还有人将中医辨证分型与胃镜所见进行对比分析，发现气滞型者以肥厚性、浅表性和吻合口炎症为多，占50%；血瘀型以糜烂性胃炎为多；热郁型者以浅表性胃炎伴有溃疡为多；虚寒型则各种胃炎均可见到，但病程多较长⁽⁹⁾。脾胃虚弱型一般胃镜所见多属胃窦苍白，幽门舒缩不良，胃体粘膜出血及溃疡；肝胃不和型多见胃体红白相间以红为主，胃窦粘膜皱起粗乱，常伴有胆汁返流；痰湿中阻型多见胃窦分泌物多，局限性隆起、溃疡、粘膜皱襞细薄和胃体溃疡⁽¹⁰⁾。有人认为局部病灶静止，趋向愈合者多表现为脾虚⁽¹¹⁾，而局部病灶活动，炎症明显的多表现为肝郁或胃热。潘秀珍采用辨证分型治疗慢性胃炎134例⁽⁵⁾，对脾或脾肾气虚的气滞湿阻或血瘀湿阻证者用胃炎Ⅰ号，对脾或脾肾气阴两虚的气滞热郁或血瘀热郁证者用胃炎Ⅱ号。治疗结果，显效者55例，进步23例，无效6例。作者认为胃酸缺乏有脾气虚和脾阴虚之分，前者用益气健脾法，后者用养阴健脾法均可促使胃酸分泌恢复。通过胃镜观察，用健脾补肾、补气养阴、理气化痰等法似有促使胃粘膜再生和使胃粘膜不典型增生灶消退的可能。有的病例治疗后病变由广泛重度的萎缩性胃炎，伴显著的肠上皮化生，转变为病变较为局限的萎缩性改变，或浅表性胃炎，肠上

皮化生也好转或消退。

近年来，越来越多的学者主张从辨证入手，开展中西医结合的临床研究工作，因为中医的辨证反映了病因、病机、病位和病性的综合认识，因此抓住“证”这个环节，通过对“证”的客观指标的验证和药证疗效的分析，就可能把证的病理生理学基础和临床表现的特点阐明出来，如此对慢性胃肠道疾病，一个病，一个病，一个证，一个证地进行中西医结合的诊断分析，就可以逐步为建立一个胃肠道疾病的新的诊断模式打下良好的基础。

三、中西医结合治疗慢性胃肠道疾病，提供了丰富的治疗途径和方法，也明显地提高了临床疗效

近年来我们对300多例慢性胃炎和溃疡病进行了中医和中西医结合的治疗观察，并综合部分文献报道的1000例左右的资料^(12~14)，可将慢性胃肠道疾病的中医治法归纳为以下几种：(1)辨证分型法：即根据中医理论，临床上以四诊所见，将慢性胃肠道疾病分为三个或四个临床类型，每型采用相应的方药随证加减进行治疗。(2)分型专方法：即根据中医理论，对每一型患者在整个疗程中，应用一个相应的固定方剂进行治疗而不随证加减化裁。(3)固定方剂法：即以一個相应的固定方剂治疗，而不进行辨证分型，或仅在固定方剂上稍有加减。(4)中西药结合法：即应用中西药物，互相配合，取长补短共同进行治疗。

根据以上四种方式治疗慢性胃肠道疾病的疗效可归纳如下：(1)不仅可使临床症状很快恢复，而且疗效稳定，副作用少，不易复发，尤其通过X线、胃镜和病理活检的复查和治疗前后对比资料的分析，证实溃疡病的溃疡愈合，慢性胃炎和慢性结肠炎的活动性炎症，萎缩性退化、肠上皮化生和非典型增生等均可得到不同程度的恢复或消退。(2)中药的疗效等于或优于西药，如中药治疗溃疡病的溃疡愈合率达80~90%左右，较一般的制酸解痉剂的效果更好，与甲氧咪呱、呱吡啶平、丙谷胺和痢特灵的疗效相似。中药治疗慢性胃炎的疗效，与五肽胃泌素，粗制核黄素对比，不论在症状和病理的改善上，中药均较现有的一些西药的疗效为好，而且患者易于接受，可较长期间断服药，以巩固疗效和防止复发，并有其他全身性的综合的调整和强壮作用，增强了患者的体质。(3)辨证分型，采用相应的固定(协定)方药，或以固定方药为主随证稍有加减的方法，其疗效优于单纯只应用一个固定方药而不分型论治的疗效，同时似乎也优于完全不固定方药的辨证论治的疗效。由此可见，正确运用辨证分型拟定适当的治则和方药，可以达到提高临

床疗效的目的。(4)中西药有机结合,配合得当,可以提高疗效,如应用中药白花蛇舌草,半枝莲等配合胃复安治疗慢性胃炎,应用黄芪建中汤或204片(元胡、海螵蛸、枯矾)配合痢特灵治疗溃疡病,应用锡类散或云南白药保留灌肠,配合内服柳氮磺胺吡啶治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎,均较单一药物的疗效为优。

四、以临床疗效为基础,充分利用现代科学方法,深入进行临床和实验研究,是行之有效的研究途径

慢性胃肠道疾病的研究实践说明,中西医结合的研究不仅有助于探索中药的药理作用和疗效机制,也有利于阐明中医理论的实质。并且运用的方法越先进,所得的结果越多,观察的指标越深入,所得结论越可靠。例如近年来我们对慢性胃肠道的分泌、吸收和运动功能,采用胃肠道激素、同位素示踪、细胞分子生物学等方面较现代化的观察指标,验证有明确疗效的方药,对比治疗前后的变化,同时在临床患者和实验动物上进行观察,已初步发现脾气虚证和慢性胃肠道疾病的一些有规律性的变化,提供了不少有价值的、值得深入探索的苗头。我们基于大量的实验研究资料,认为可以初步提出脾气虚证是一种以消化系统的功能紊乱和病理变化为主的全身性抗病反应状态,就其主要临床表现来看,类似于消化吸收不良综合征^[15]。我们也观察到健脾益气法则和方药确有增强和调节胃肠道的消化吸收分泌和运动功能,促进肝胆和胰腺的功能,加强机体的能量代谢,改善胃肠道的病理变化,尤其值得重视的是,不少健脾益气药为细胞内的生物代谢调节剂,如环核苷酸和前列腺素等有明显的调节作用。北京师范大学生物系消化生理科研组^[16],应用体内参入³H—胸腺嘧啶核苷的放射自显影方法,观察到脾虚证动物十二指肠粘膜上皮细胞更新和周转比对照动物快,细胞增殖后向绒毛顶端的移行速度加快,细胞的寿命和长度缩短,影响了绒毛的吸收面积,使机体处于慢性消化不良和营养障碍状态。北京医学院药理系^[13]应用放射性同位素标记前体参入大分子的方法研究补益药对蛋白和核酸合成的作用,观察到黄芪和党参有促进溃疡愈合的作用,银耳多糖能促进肝结构蛋白质的合成,均可增强损伤组织的修复能力,帮助机体恢复稳态。应用肝细胞色素P—450含量的方法,研究灵芝对肝细胞解毒功能也有良好的影响。临床实践验证有效的药物,不能因为某些药理学实验的阴性结果而轻易加以否定,在运用现代科学来研究中医,特别是确有疗效而难以解释的问

题中,很可能有新的发现,这种不仅可使中医理论得到确切的阐述,而且必然会丰富和发展现代医学。

现代实验研究是向少损伤、微量、灵敏、准确和动态化的方向发展,设法制作模拟疾病和“证”的病理模型,开展微观实验,是临床疗效观察和理论机制研究的有效方法之一。因为研究药物的药理作用和代谢途径,以及机体疾病反应性的改变,都可能和体内各种活动物质的含量,受体的数量和功能状态的改变,某些酶促反应以及调控机制、反馈调节的异常等有关。这些都有待深入探索。

参 考 文 献

1. 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.
2. 赵荣莱, 等. 慢性胃十二指肠病中医辨证分型及消化功能环核苷酸变化的初步观察. 中西医结合全国消化系统疾病及肝炎学术会议资料汇编 1983:7—10.
3. 陈泽民, 等. 中医治疗萎缩性胃炎伴上皮化生 35 例疗效观察. 中西医结合全国消化系统疾病及肝炎学术会议资料汇编 1983:50—53.
4. 朱海龙. 萎缩性胃炎的临床研究进展. 浙江中医杂志 1983; 18(7):304.
5. 潘秀珍, 等. 慢性胃炎辨证论治为主治疗 134 例初步小结. 福建中医药 1981; 6:21.
6. 第一军医大学第一附院内科. 溃疡病的中医分型及其病理基础初探. 中医杂志 1980; 2:17.
7. 张镜人, 等. 122 例慢性胃炎施治探讨. 新中医 1983; 18(7):305.
8. 周兰, 等. 50 例萎缩性胃炎中医中药临床总结. 中华全国中医学会首届内科学学术交流资料 1981:65—67.
9. 李恩复. 中医治疗萎缩性胃炎的进展. 山东中医杂志 1982; 6(4):57.
10. 张继泽. 关于慢性萎缩性胃炎几个问题的探讨. 江苏中医杂志 1982; 3(6):1.
11. 陈泽霖. 清热化痰法治疗慢性浅表性胃炎临床疗效的观察. 中西医结合全国消化系统疾病及肝炎学术会议资料汇编 1983:85—88.
12. 许鑫梅, 等. 溃疡病的病机及证治初探. 新中医 1982; 17(11):12.
13. 陈贤. 中医药治疗溃疡病概述. 新中医 1981; 16(6):38.
14. 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.
15. 危北海. 脾虚证与吸收不良综合征的关系探讨. 天津中医 1987; 2:12.
16. 北京师范大学生物系消化生理科研组. 对大黄致脾虚机制的研究. 中西医结合基础临床进展资料汇编(北京分会内部资料)1986:10.