

·综述·

胆汁返流性胃炎的中西医研究概况

南京中医学院 田耀洲

本世纪 60 年代 Duplessis 提出胆汁返流可能在胃炎和胃溃疡的发病中起重要作用后,胆汁返流与胃部病变的关系引起了人们的重视。近 10 年来国内学者对胆汁返流性胃炎(BRG)的研究颇多,特别是在中西医结合领域取得了一定的成绩。现综述如下。

发病及诊断

BRG 是胃切除后经常发生的综合征,发病率为 5~35%^[1]。但目前无手术史而发病的也很多。张安田等报告了 4633 例胃镜检查中 22.7% 见有胆汁返流,占胃炎的 24.2%,其中仅 2 例做过胃切除术^[2]。在胆系疾病患者中 BRG 发病率尤高。范南对 65 例慢性胆囊炎、胆石症患者作胃镜检查,80% 合并 BRG;203 例胆囊切除术后因有消化道症状而作检查者,40% 伴有 BRG^[3]。李群亦证实了胆道病患者伴有 BRG 较对照组多,炎症的范围也较对照组广泛、严重^[4]。对 BRG 发病机制的研究国内报道不多,主要有以下几点:(1)吸烟:在对吸烟与胆汁返流关系的研究中发现胃病患者吸烟者较不吸烟者胆汁返流发生率明显增高,胃病患者吸烟其胆汁返流发生率也较正常人吸烟者高,其中慢性胃炎比其它胃病更明显^[5]。(2)胃粘膜屏障:萧树东报道了对胃炎及健康人胃粘膜屏障与空腹胃液三羟胆酸检测结果,显示了胃粘膜屏障、胃粘膜萎缩和胆汁返流之间密切相关,说明胆汁返流可损害胃粘膜屏障,引起炎症、萎缩和肠化生。提出胆汁返流是 B 型萎缩性胃炎的病因之一^[6]。(3)幽门括约肌压力:在纤维胃镜直视下作幽门括约肌压力测定,结果慢性胃炎患者中 80% 幽门括约肌压力降低。说明了慢性胃炎存在幽门机能不全,支持返流学说在慢性胃炎发病中的致病作用^[7]。

BRG 的炎症部位大多局限在胃窦部,随着病情的加重其病变自窦部开始向上逆行扩散。童瑞田等报道以幽门为界,部位越高病变越轻,返流越重,糜烂、出血及细胞学炎症改变越明显^[8]。炎症的性质大多是浅表性胃炎,其次是萎缩性胃炎,肥厚性胃炎极少。合并症常见十二指肠溃疡,十二指肠球炎和胃溃疡。十二指肠疾病与胆汁返流的关系值得重视。

对 BRG 的诊断标准尚未定论,目前比较推崇的检测手段是同位素测定和胃液中胆酸的检测,当然胃镜

检查还是目前普遍采用的方法。同位素测定是一种非侵入性方法,可排除机械因素的干扰。临床上有以显像剂 ^{99m}Tc -EHIDA (二乙基乙酰苯胺亚氨酰胺)、 ^{99m}Tc -PI (吡哆醛异亮氨酸) 胃显象诊断方法的报道^[9,10]。缺点是肝胆功能不良可降低检出率,已行胆囊切除者不宜采用。有人利用测定胃液胆酸浓度、胆酸返流量来研究,解决了胃镜不能定量的问题^[11]。胃镜检查中剧烈干呕及胃镜进出幽门口之后都可引起暂时性反流现象,因此周大业等人认为利用胃镜作诊断必须强调两点:(1)胃镜检查中不能有剧烈干呕的动作。(2)胃镜在进入幽门口之前必须使镜身静止不动,观察 1 分钟以上,若有反流现象才能确认^[12]。钱世玲对 120 例 BRG 的病理形态进行了观察,提出其病变不同于一般浅表性胃炎与萎缩性胃炎,是以粘膜上皮及腺体的活跃增生为主,一般炎症较轻为其特征^[13]。一般认为上消化道钡餐检查对本病诊断并无多大帮助,史玉峰等报告如发现钡剂返流即十二指肠降段的钡剂间歇性地返流入球部以及球部的钡剂又逆流入胃,对本病诊断是有价值的^[14]。

中医学对本病的认识由来已久,《灵枢·四时气篇》“邪在胆,逆在胃,胆液泄则苦,胃气逆则呕苦。”近代董元御也指出,“木生于水长于土,土气冲和则肝随脾升胆随胃降”。病机是肝气失疏、胃气不降、胆气上泛、逆而犯胃。现代对本病的认识有所提高,殷凤礼等认为病位涉及脾胃肝胆,以脾胃为本,肝胆为标,病机为“本虚”或“本虚标实”,治疗以扶土抑木为法^[15]。宋国增等结合现代医学认为发病机理中幽门机能不全、胃排空能力低下,这是脾胃气虚之故;十二指肠压力增高与肝气郁结有关^[16]。王仁强等报道在胃镜检查时往往会发现以下几种情况:(1)幽门久闭不开;(2)幽门轮舒缩无力,胃蠕动迟缓。(3)幽门畸形或有疤痕形成。(4)幽门前区粘膜呈暗红或暗紫色;(5)部分患者胃粘膜有新鲜或陈旧性瘀点、瘀斑。结合临床表现提出了两个重要病机:中气虚弱和气滞血瘀^[17]。

治 疗

一、中西医结合治疗

李德帮等以胃镜像和粘膜活检结果与中医的辨证

相结合分型治疗。(1)单纯型(中医为气滞型):胃镜下胃粘膜呈轻度或重度红白相间,粘膜活检见炎细胞浸润。治疗用二陈汤加味(当归10g,丹参15g,云苓10g,陈皮、枳壳各6g,炒白芍15g,黄芩、延胡索、制半夏各10g,炙甘草6g)配用胃复安和安定。(2)糜烂型(中医为血瘀型):胃镜下见粘膜充血、水肿,甚至糜烂出血,粘膜活检腺体颈部有表层上皮细胞脱落及坏死。治疗除按上述方案外,二陈汤方中加煅牡蛎30g 制军6g 黄芩10g 丹参、炒白芍各15g,另加服云南白药及庆大霉素。(3)萎缩型(中医为虚热型):胃镜下见胃粘膜粗糙或有形成或胃体部小区粘膜变薄,皱襞消失,粘膜下血管显露,粘膜活检示腺体减少或萎缩者。治疗以二陈汤方中加乌梅、山楂、麦冬、炒白芍各15g,当归10g,丹参10g,另内服庆大霉素、维生素B₆、猴头菌片、维生素B₁₂。(4)其它型(中医为血瘀兼虚热型):胃镜检查有其它特殊结果。如伴十二指肠球部溃疡者除按单纯型治疗方法外,二陈汤方中加乌贼骨、丹参各30g,炒白芍15g,黄芩、当归各10g。共治疗51例,痊愈36例,好转12例⁽¹⁸⁾。

宋国增等报道在治疗中一方面用胃复安、谷维素以促进胃的排空,调整胃肠植物神经;另一方面以疏肝理气、健脾和胃为治则。服汤药:柴胡9g 枳壳12g 郁金12g 木香10g 党参15g 白术12g 山药30g 白芍15g 炙甘草6g 焦三仙各12g,随证略有加减。结果中西药合用组疗效明显高于纯西药组和纯中药组⁽¹⁹⁾。

二、固定方治疗

张安田等用桔皮竹茹汤治疗有效率87.4%,认为方中甘草、陈皮和木香具有缓解平滑肌痉挛,消除十二指肠逆蠕动作用;干姜可促进胃的蠕动,有利于将胃内返流的十二指肠液排出,并能防止返流;龙骨因含有大量碳酸钙和磷酸钙,故有镇静、止痛作用;党参、白术、大枣为健脾药,因此可恢复胃肠功能⁽²⁾。

孙威茂等运用“胃炎片”(柴胡、白芍、枳实、甘草、甘松、连翘、丹参、白芷、儿茶、延胡索)、治愈率为67.6%。明显高于用胃复安、维生素B₆、谷维素作对照组的治愈率(13.79%)。方中连翘能增强毛细血管抵抗力,减低其脆性和通透性,有利于组织修复;连翘、丹参还可促进十二指肠排空,减少胆汁郁积;枳实、白芍、甘草可降低迷走神经的兴奋性,提高幽门括约肌的张力,加延胡索、白芷、儿茶可加强消炎止痛作用⁽¹⁹⁾。

李世德等报道运用加味良附丸治疗40例,其中痊愈30例,好转8例⁽²⁰⁾。周大业等用胃舒散(白芨、枳

壳等量研末)收效亦较满意,并认为枳壳等下气药对控制返流有一定作用⁽¹²⁾。

另外有许多学者根据中医临床辨证,以疏肝理气、健脾和胃、清胆降逆为治则,采用固定方剂并随证加减治疗亦取得了良好的效果。其基本方有小柴胡汤加味、温胆汤加味、四逆散合二陈汤、旋覆代赈汤等。

三、辨证施治

1.辨证分型:根据临床症状及脉、舌象的分析,一般分为两大证型:肝胃不和型和脾胃虚弱型。有人又细分出许多亚型,伯运宽分肝胃气滞和脾胃虚寒型⁽²¹⁾;周大业分析肝胃不和、脾胃虚弱、肝郁兼脾虚三型⁽¹²⁾;殷凤礼等分脾气虚弱、胃阴不足、气阴两耗、肝胃不和四型⁽¹⁵⁾;陈民泽等分脾胃虚寒、胃阴不足、寒热互结、肝气犯胃四型⁽²²⁾。

王仁强等结合胃镜观察认为镜下见有粘膜充血、水肿、糜烂出血者,临床多见肝胃郁热证;气滞血瘀型镜下多见粘膜暗红、水肿或有瘀点、瘀斑,幽门变形,疤痕形成;脾胃虚弱型镜下多见胃蠕动迟缓,幽门开闭无力⁽¹⁷⁾。

2.证治方药:肝气犯胃治宜疏肝理气、和胃降逆;方以柴胡疏肝散合旋覆代赈汤;药用柴胡、枳壳、白芍、香附、青皮、川楝子、木香、旋覆花、代赈石。

脾胃气虚治宜健脾益气、温中降逆;方以理中汤加味;药用党参、黄芪、白术、干姜、甘草、苏梗、半夏、陈皮、吴茱萸、砂仁。

肝胃郁热治宜清泻肝胃、降逆和中;方以黄连温胆汤合左金丸;药用黄连、吴茱萸、黄芩、半夏、枳实、竹茹、蒲公英、丹参、代赈石、连翘、白芍、甘草。

寒热互结治宜清热温中、镇肝降逆;方以半夏泻心汤合旋覆代赈汤;药用半夏、陈皮、党参、炮姜、白术、茯苓、黄连、薤仁、旋覆花、代赈石。

胃阴不足治宜养阴生津、降逆和胃;方以益胃汤加味;药用北沙参、生地、麦冬、石斛、川楝子、玉竹、代赈石、竹茹、佛手、芍药、甘草。

气滞血瘀治宜活血化瘀、行气止痛;方以膈下逐瘀汤;药用五灵脂、当归、川芎、桃仁、红花、丹皮、赤芍、乌药、元胡、香附、枳壳。

伯运宽认为BRG病机在于中焦气机升降失和,无论哪一型均应加用理气、降逆、和胃之品,选用降香、木香、乌药、延胡索、砂仁、半夏、代赈石;另外还用大黄、黄连两味,因为这两味药作用于中、下

焦,小剂量应用有健胃作用⁽²¹⁾。陈泽霖认为慢性胃炎辨证多属热属瘀,见有十二指肠返流者示胃失和降,治宜清热行苏、和胃降逆,药用铁树叶、蒲公英、川连、当归、香附、藿苏梗、川朴、八月扎、芍药、甘草、生大黄或制大黄⁽²³⁾。

疗效及评价

现代医学除外科手术外,内科治疗 BRG 要首推“胃复安”了。胃复安能调节幽门功能,增加胃窦蠕动而减少碱性返流,缩短排空时间从而达到治疗目的⁽²⁴⁾。有人报道治疗44例总有效率为86.3%⁽²⁾。伯运宽运用中药治疗100例,有效率达92.5%⁽²⁵⁾。宋国增等报道中西药合用显效率(66.6%)明显高于纯西药(37.5%)和纯中药(55.5%)⁽¹⁶⁾。李德帮等运用中西医结合治疗总有效率为94.4%⁽¹⁸⁾。因此,中医、中西医结合治疗本病有广阔的前景。

对于疗效标准的确定,各地报道不一,主要根据以下几点:(1)自觉症状是否好转。(2)胃镜复查幽门口胆汁返流、胃粘液糊中黄绿色及胃粘膜上的黄绿色斑块是否减少或消失。(3)胃镜下粘膜像及胃粘膜活检是否好转。(4)胃液的分析及胃液中胆酸测定量是否好转。(5)同位素测定。其中第1项受主观因素影响较大。第2、4项可由器材引起假阳性反应。胃粘膜活检应该是判断疗效的确切指标,但是目前在治疗上虽然对改善症状、抑制胆汁返流疗效比较明显,而组织学改变近期疗效差,所以一般不采用此项。有人发现复查患者中胆汁返流消失及减轻者占71.4%;而胃炎好转者仅47.6%⁽¹²⁾。同位素检测被认为是首选方法,由于条件有限各地还开展的不多。

目前不少学者在运用中药治疗方面采用专方、专药,并对单味药进行药理分析,从而为中医药治疗提供了客观依据。中药的剂型除了汤剂外,还有片剂⁽¹⁹⁾、散剂⁽¹²⁾、合剂⁽²¹⁾。目前中药运用注重于促进胃肠蠕动,提高幽门括约肌的张力,减少返流,而对于保护胃粘膜,促进炎症的恢复则研究的不多,有待于进一步研究。

针灸对本病亦有明显的治疗作用。有人报道用中药加针灸治疗,其疗效相当于中药加西药组⁽¹⁶⁾。李拴位运用面针脾穴(鼻尖高点正中央)调节胆汁返流有效率85.5%,其中对41例单纯返流性胃炎作短期治疗观察,对于症状的改善功效比较显著⁽²⁵⁾。因此对于针灸的治疗作用值得深入研究。

(本文承蒙指导老师徐长桂、曹平审阅,在此表示感谢)

参 考 文 献

1. 黄平治. 碱性返流性胃炎. 国外医学·消化系疾病分册 1983; 3(1):31.
2. 张安田,等. 碱性返流性胃炎的诊断和治疗. 哈尔滨医科大学学报 1984; 18(1):27.
3. 范 南,等. 胆汁返流性胃炎与慢性胆囊炎、胆石症. 临床肝胆病杂志 1986; 2(1):41.
4. 李 群,等. 胆道疾患与胆汁返流性胃炎. 中华消化杂志 1984; 4(3):159.
5. 安子元,等. 吸烟与胆汁返流376例胃镜观察报告. 山西医药杂志 1985; 14(1):30.
6. 萧树东,等. 慢性胃炎的胃粘膜屏障. 中华内科杂志 1981; 22(5):268.
7. 张锦坤,等. 纤维胃镜直视下幽门括约肌压力测定. 中华消化杂志 1983; 3(2):73.
8. 童瑞田,等. 返流性胃炎49例报告. 山东医药 1987; 27(5):30.
9. 唐振铎,等. 对^{99m}Tc-EHIDA胃显像所诊断胆汁返流性胃炎的研究. 中华消化杂志 1985; 5(3):194.
10. 管昌田,等. ^{99m}Tc-Pi 显像测定肠胃胆汁反流. 中华消化杂志 1988; 8(3):178.
11. 关小平,等. 胆汁返流与慢性胃炎的研究. 中华消化杂志 1988; 8(1):21.
12. 周大业,等. 胆汁反流性胃炎113例分析. 天津医药 1984; 12(3):162.
13. 钱世玲. 碱性返流性胃炎—慢性胃粘膜反应120例病理分析. 中华病理杂志 1985; 14(2):121.
14. 史玉峰,等. 胆汁返流性胃炎X线表现的探讨. 哈尔滨医药 1985; 5(1):16.
15. 殷凤礼,等. 对胆汁返流性胃炎的认识及43例临床治疗观察. 中医杂志 1984; 25(2):103.
16. 宋国增,等. 中西医分组治疗胆汁返流性胃炎54例. 中西医结合杂志 1987; 7(6):345.
17. 王仁强,等. 胆汁返流性胃炎中医证治初探. 云南中医杂志 1985; 6(4):18.
18. 李德帮,等. 中西医结合治疗胆汁返流性胃炎. 江苏中医杂志 1987; 8(8):358.
19. 孙威茂,等. 胃炎片治疗胆汁反流性胃炎. 新中医 1984; 4:31.
20. 李世德,等. 加味良附治疗胆汁返流性胃炎40例疗效观察. 辽宁中医杂志 1985; 9(7):36.
21. 伯运宽. 胃炎合剂治疗胆汁返流性胃炎100例报告. 安徽中医学院学报 1987; 6(4):32.
22. 陈民泽,等. 治疗25例碱性返流性胃炎疗效观察. 湖北中医杂志 1983; 1:14.
23. 陈泽霖. 慢性胃炎证治. 中医杂志 1985; 26(3):169.
24. 傅方旺. 纤维内镜对胃复安调节胆汁返流的疗效观察. 实用内科杂志 1987; 7(9):472.
25. 李拴位. 面针脾穴调节胆汁返流400例. 中西医结合杂志 1988; 8(8):497.