

• 述评 •

近年来中西医结合诊治消化系统疾病进展

北京中医研究所(北京 100010) 危北海

近年来中西医结合诊治消化系统疾病取得了长足的发展,不论是临床观察还是实验研究,其学术水平都较过去有所提高。一方面遵循中医理论,另一方面,充分运用现代科学方法,尤其尽可能结合现代医学的最新进展,从而提高了中西医结合的先进性。

在慢性胃病方面,新近发现慢性胃炎中幽门弯曲杆菌(*Campylobacter Pyloridis*, CP)感染的阳性率和程度与中医辨证分型有一定的相关性,邪盛者 CP 阳性率增高,正虚者则偏低,其排列次序是脾胃湿热>肝胃不和>脾胃虚寒>脾胃阴虚。肝胃不和的发病机制可能主要是由于植物神经功能紊乱引起幽门括约肌舒缩障碍,胆汁返流,和胃肠功能失调所致。脾虚证溃疡病患者胃粘膜内 Zn、cAMP、前列腺素 E_2 含量降低, DNA 含量增高,并且与肠上皮化生和癌变成正相关。在辨病和辨证方面,一方面对慢性胃病的中医辨证分型的标准已逐步趋向统一化和规范化,另一方面对各种证型的病理生理学、组织形态学和分子生物学的变化进行了深入的探讨,初步得出了一些规律性的认识。尤其把中医证型的宏观辨证与胃粘膜相的微观辨证有机地结合起来,可以找出其中确实存在某些内在联系,不仅可以部分阐明有关证型的发病机制和物质基础,而且有利于对证用药,提高疗效。例如热证者,胃镜观察多见粘膜明显充血,溃疡,糜烂,隆起和胆汁返流;寒证者多见粘膜苍白水肿,红白相间,以白为主和血管纹理透见。从病理活检来看,急性活动性炎症,中度以上炎症多属热盛的表现,非典型增生、肠上皮化生和粘膜萎缩多属虚寒之象。

治疗方面,中医中药治疗慢性胃炎或溃疡病,不论辨证论治还是固定专方,总有效率均在90%左右,胃镜和病理疗效在60~70%左右。根据文献报告,上千例的分组对比的疗效观察,其结果表明中药的疗效优于西药,尤以症状改善较为明显,病理疗效则以急性活动性炎症和龛影的消退较快,肠上皮化生、非典型性增生和萎缩性病变似亦可出现逆行性好转,并观察到慢性萎缩性胃炎的胃癌高危患者中出现的胃癌单克隆抗体阳性者,应用中药治疗后,也能促使其转阴。

肠道疾病方面:一般中医理论认为慢性结肠炎的

辨证多属大肠湿热内蕴,肝脾不和,脾胃虚弱和脾肾两虚,所用方剂多为白头翁汤,葛根芩连汤,四神丸,痛泻要方和真人养脏汤等加减。一般多用内服加灌肠,轻症病例则单用灌肠亦能取得良效。综合近10年来国内文献1505例的中医疗效报道,总有效率和显效率分别为90%和60%左右,并与偶氮酞柳磺胺嘧啶(SASP)作了随机分组对比,较后者为优。在用免疫法复制成功的溃疡性结肠炎模型上作了疗效机制的研究,取得了与临床一致的疗效结果,证实中药有改善胃肠功能,促进营养吸收,调节免疫反应和修复病理损伤的作用。临床上随着症状改善的同时,检测患者结肠粘膜的前列腺素 E_2 和己糖胺的含量,大便乳酸定量以及纤维结肠镜的病理活检,均有相应的好转。其他如应用中药舒肝理气法治疗肠道易激综合征,通腑泻热解毒法配合西药治疗急性出血性坏死性肠炎,温中健脾、收涩消炎法治疗霉菌性肠炎,健脾利湿、止泻退热法治疗轮状病毒性肠炎等,都取得了优于单纯西药的疗效。

肝胆胰疾病方面:中医中药治疗急慢性肝炎仍是临床上的首选途径,多年来的临床实践表明中药治疗急性肝炎的治愈率和治愈天数较一般保肝疗法为优。对于重症肝炎,在西药治疗的基础上加用清热解毒,凉血清心,活血化瘀等法的辨证论治,一般能提高存活率,对病情恢复有所帮助。对于慢性乙型肝炎,重点是恢复肝功能和抑制感染病毒的复制。血清转氨酶的下降仍以五味子、垂盆草和联苯双酯较为常用,凉血活血法(重用赤芍)对瘀胆型肝炎的退黄作用有明显的效果,抑制乙肝病毒感染标志方面,则仍未发现具有明确疗效而又可重复性的药物。一般多用白花蛇舌草,山豆根,土茯苓、虎杖,野菊花之类。肝硬化的治疗较为复杂,代偿期治疗重点是消除症状,恢复肝功能,改善肝纤维化,应用滋补脾肾,活血化瘀等法可有裨益。失代偿期重点先是消退腹水,中药加利尿药的综措施,可减轻电解质紊乱和提高血清白蛋白含量,其他与代偿期的治疗基本相同。中医中药治疗胆结石症,据全国26个单位的4235例的统计,应用总攻疗法的排石率约60%,排净率只有5.9%,但对缓解症状和减轻炎症有帮助。对于术后胆管残余结石,经

T管进行中药排石和溶石治疗,可促进术后康复,缩短疗程。中西医结合治疗单纯性水肿型急性胰腺炎肯定有效,方法仍以通里攻下,清热利湿,舒肝利胆为主。对出血坏死性胰腺炎,中药治疗在降低病死率方面较单纯西医治疗有所提高。其病死率由40~50%降至10%左右,但有待观察更多病例加以验证。

总的来看,中西医结合诊治消化系统疾病具有广阔的发展远景,但今后任重而道远,很多工作处于初

步阶段,有待深入。当前的努力方向主要是在提高临床疗效的基础上,再深入探讨理论问题,一是千方百计提高临床疗效,以严谨的前瞻性科研设计,验证出高效、快效经得起重复的有效方药;二是在辨病和辨证方面,尽可能阐明中医证型的发生机理、证候特异性和病理生理基础,这样逐步深入下去,就可以为建立一个消化系统疾病的中西医结合的诊治模式打下良好基础,为发展具有我国特点的消化病学作出贡献。

复方丹参与葛根素治疗拟菊酯类农药中毒23例

解放军第一〇六医院(山东 250022) 赵淑贤

山东医学科学院 郑 玲

拟除虫菊酯杀虫剂(简称拟菊酯)为近年来应用广泛的新型高效农药,分为溴氰菊酯(商品名敌杀死Decis),氰戊菊酯(商品名速灭杀丁Sumicidin),不含氰菊酯(商品名灭害灵)等,国内时有中毒发生,在山东医学科学院动物实验的基础上,自1985年以来我们试用复方丹参、葛根素注射液治疗23例拟菊酯类农药中毒患者,取得了较好的疗效。并用一般抢救措施的10例作对照观察,现将结果报道如下。

一般资料 33例患者均为口服拟菊酯类农药中毒,男9例,女24例;年龄20~30岁12例,31~40岁8例;41~50岁7例;51岁以上6例;中毒时间平均为20分钟~3.5小时;溴氰菊酯中毒14例,氰戊菊酯13例,不含氰菊酯6例;服药20~150ml,平均65ml。口服中毒潜伏期为20~140分钟,轻度中毒17例,有头痛、头晕、乏力、恶心、呕吐、流涎、多汗、胸闷、流泪和视物模糊;中度中毒13例,除上述症状外有瞳孔缩小、肌颤、呼吸困难;重度3例,除上述症状外,肌颤明显,阵发抽搐,肺部湿罗音,昏迷。

治疗方法 除常规清水洗胃外,复方丹参组(13例):用复方丹参注射液(含丹参、降香各1g/ml,上海第一制药厂生产)30~40ml加入10%葡萄糖液500ml内静脉滴注,每日1次,共用2~5次。葛根素组(10例):用葛根素注射液(含葛根素10mg/ml,由山东医科院药物所提供)5mg/kg加入10%葡萄糖液500ml内静脉滴注,每日1次,共用2~4次。以上两组患者同时静脉滴注维生素C,因洗胃致胃出血者同时静脉滴注止血敏2~4g,甲氧咪胍0.6~1g,口服云南白药0.5g,每日2次。4例并用速尿40mg。对照组(10例):采用一般抢救措施,包括输液,大量维生

素C,ATP,辅酶A,7例用阿托品及解磷定,1例加用了肾上腺皮质激素。

结 果 观察自第一次用药开始至症状消失时间。疗效标准:痊愈:头痛、头晕、乏力、呕吐、流涎、多汗、胸闷5小时之内消失,肌颤8小时消失;显效:上述症状6~24小时消失;有效:上述症状体征超过24小时消失;无效:症状体征无明显变化。复方丹参组痊愈5例,显效6例,有效2例;葛根素组痊愈、有效各5例;对照组均超过48小时。有5例因用阿托品过量产生阿托品中毒症状,经2~4天治疗中毒症状才消失。复方丹参组和葛根素组与对照组比较疗效有显著差异(t检验, $P<0.05$)。

讨 论 复方丹参能活血化瘀,安神守心,消痛止痛,对中枢神经系统有抑制作用,并能减少皮层的自发活动,使重复刺激引起发放阈值升高,感觉刺激诱发电位增大,对心血管功能有明显改善作用。减少心肌对氧需求量,丹参拮抗藜芦生物碱作用可能是具有一定疗效的原因。

葛根素是从中药葛根分离出的多种单体之一,动物实验证明对急性溴氰菊酯中毒能减轻中毒症状,提高存活率,对心血管及中枢神经有明显保护作用。两组与对照组相比,能迅速控制症状,消除肺水肿,缩短病程,且药源丰富,副作用小,是值得探索的一种治疗拟菊酯中毒的新药物。

拟菊酯类农药中毒,胆碱酯酶活力多正常,虽然中毒症状酷似有机磷中毒,但因中毒机理不同,应用阿托品和解磷定疗效甚差,极易引起中毒,因此,应慎用或不用阿托品治疗。