

• 专题笔谈 •

慢性胃炎的诊治

慢性胃炎临床研究应重视 动物模型的验证

北京首都医学院 高寿征

目前,在慢性胃炎的治疗中,有一个很重要的问题值得商榷。虽然大家认为胃粘膜的活体组织学检查是一种比较客观的、重要的评估指标,但是胃粘膜的组织学检查由于治疗前后取材部位不同,染色切片等技术不同可以产生很大差异,因此其客观性受很大限制。为补其不足,我认为探索治疗慢性胃炎、溃疡病的临床新疗法中,寻找合适的动物模型来验证,是一个重要的客观的手段。

自1986~1988年我们对408例慢性浅表性胃炎和慢性浅表萎缩性胃炎,采用中药配制的“胃宁”冲剂(同仁堂监制)治疗,取得了临床总有效率90.5%,胃镜观察总有效率81.9%,组织学检查总有效率72.8%的优异效果。为了验证其疗效,我们采用了三种动物模型来验证“胃宁”的效果和分析其药理作用。我们选用了(1)Shay氏大白鼠胃炎模型。(2)组织胺肌肉注射造成的豚鼠胃炎模型。(3)阿斯匹林肌肉注射造成的大白鼠胃炎模型。三种模型都证实了中药“胃宁”冲剂有显著的保护大白鼠和豚鼠免遭胃酸、胃蛋白酶、组织胺和阿司匹林攻击的效果。而且初步看到了“胃宁”的药理作用是减少胃蛋白酶的分泌而不是对胃酸的抑制,完全不同于目前广泛应用的H₂受体抑制剂的药理作用。对我们的临床研究作出了极有说服力的佐证。

此项工作使我们体会到,动物模型的使用有下述几个优点:(1)验证临床效果客观而有说服力。(2)把动物分组既可以与有效药物对比,又可设正常对照,粘膜损伤又都有量化表,完全可以用统计学处理,对比客观。弥补了临床不可能分很多组的缺点。(3)有的模型可以同时作胃液分析,提供药理作用的研究。(4)如已验证有效的方剂,还可进一步随机或有根据地调正组合,进一步探索最佳方剂组成。所以动物模型的采用应引起我们临床中西医结合的同志们的注意。有条件时应多加采用,并进一步改进模型。

慢性胃炎的诊治

北京市中医研究所 危北海

慢性胃炎是内科临床上的常见多发病,近年来中西医结合诊治这类疾病进行了大量的临床实践,取得了明显的进展,主要表现在以下两方面。

一是辨病与辨证的结合。首先发现慢性胃炎胃粘膜相的微观辨证,与中医的一般宏观辨证确有明显的相关性。若以胃粘膜相的红白相间,以白为主,丝状血管网可见为萎缩性胃炎的基本病变,在中医辨证上多属于脾胃虚弱证,若病机转化,以热化为主,从而出现热象,或虚中挟实,出现虚热证候,则多见胃粘膜充血、红肿、溃疡、出血、糜烂等急性活动性炎症病变。若病机转化,以寒化为主,出现虚寒证候,则多见胃粘膜苍白、水肿、肠化生,非典型增生和萎缩性病变。若为阴液亏损,则多见胃粘膜分泌量少,呈龟裂样改变。若为痰浊内阻,则多见胃粘膜分泌粘液量多而稀薄。若为肝胃不和,则多见幽门括约肌舒缩障碍,胆汁返流。其次,新近发现幽门弯曲杆菌感染在慢性胃炎的发病中的作用引起了国内外的广泛重视,我们研究了102例幽门弯曲杆菌感染(CP)与中医辨证的关系,发现CP感染阳性率与程度的高低与证型有明显的相关性,邪盛者CP的阳性率增高(占83.19%),正虚者偏低(占45.76%),其排列次序是脾胃湿热>肝胃不和>脾胃虚寒>脾胃阴虚。临床上也观察到慢性胃炎的胃液pH值,血清胃泌素量,血乙酰胆碱含量,血胆碱酯酶活性,胃粘膜组织内的cAMP含量,Zn,Cu和DNA含量等,与中医证型,肠上皮化生以及胃炎向胃癌转化有一定联系,提供了反映各种不同证型生理病理变化的客观依据,有利于辨证用药,提高疗效。

二是慢性胃炎的临床疗效的提高,不仅可以使临床症状绝大多数得到恢复或基本缓解,而且可以使一般认为不易逆转的肠化生,非典型增生和萎缩性病变得到不同程度的消退。初步的临床经验认为健脾滋阴法对胃粘膜肠化生,非典型增生和萎缩性病变的疗效较好,常用药如黄芪、党参、白术、芍药、甘草、黄精、石斛等,清热利湿、解毒化痛法对胃内急性活动性炎症和糜烂出血等病变的消退更优,常用药如金银花、连翘、蒲公英、大黄、土茯苓、野菊花、白花蛇舌草、

败酱草等。舒肝和胃、解郁导滞法对胆汁返流性胃炎的症状缓解为佳，常用药如木香、川楝子、鸡内金、丁香、郁金、乌药、沉香等。活血化瘀法则可贯穿于整个治疗的始终，配合其他治法均可相得益彰，配合清热利湿则急性炎症消退更快，配合健脾滋阴，则退行性病变逐步好转。总的来看，总有效率在90%以上，胃镜和病理有效率在60~70%左右，中药的疗效优于西药，尤以临床症状的改善更胜一筹，中西药的有机结合可以提高疗效，尤其慢性胃炎病人中出现胃痛单克隆抗体阳性者，应用中药能使其转阴，是一个值得重视的苗头。中药的远期疗效和对复发的预防则缺乏系统的观察，因此疗效的巩固应是今后研究的重点之一。

慢性胃炎的诊治问题

中国中医研究院西苑医院 周建中

根据个人的临床经验和认识谈三个问题：

一、一般的治疗问题：(1)辨证施治是治疗本病的一个方面，它可以通过调整机体反应性，来促进疾病的向愈发展。(2)针对性治疗，主要是针对胃粘膜的病变和其他治疗上的重要环节，重点应放在解决炎症性病变、萎缩性病变、肠上皮化生和异型增生等问题上。(3)驱邪性治疗，目的是治疗象幽门弯曲菌等一类的外在致病因子和外在诱发因素。

二、关于高酸的认识和治疗问题：个人临床体会和临床实验观察，泛酸、吞酸、灼心、嘈杂等，都是胃酸增高的症状，只不过是胃粘膜炎症病变之部位、程度不同，病人的敏感性不同而症状之主诉不一样。使用制酸药如乌贼骨、煅瓦楞、石决明、螺丝壳、煅蛋壳、煅牡蛎等是明智的；对于泛酸、吞酸加降逆药如旋复花、半夏等；对于灼心加用护膜药如白芨、阿胶等；对于嘈杂加用消导或柔润药如枳壳、砂仁或大枣等；以上各药配合制酸药辨证使用，可获较好效果。

有以上症状的病人，给予检查胃液时，胃酸不一定都表现增高，可能和以下原因有关：(1)病人主诉反应不确切，本来不是以上的症状，但病人胃脘不适莫名其妙，而被主诉成以上症状。(2)检验时吸取胃液不彻底。(3)胃内容中混有十二指肠碱性返流液。(4) H^+ 返弥散进入胃壁粘膜。

三、低酸的问题和用药：低酸并不一定都是因为腺体萎缩，壁细胞的泌酸功能状态，除了数目的问题，还有一个功能调节问题。对于低酸，各地医家使用了各类不同的药物治疗，据报道都能收到不同程度

的疗效。个人经验愿意把这些药物分成两类，即适用于阴虚者和适用于阳证者；阴虚可用补酸剂、养酸剂和增津引酸剂；三者微有不同，补酸剂如山楂，其性味甘、酸，本可生津养酸，但由于有消导作用，服后虽可补胃酸之不足，帮助消化，但病人无食积或长期用之于虚证病人，不免有克伐之嫌；养酸剂如乌梅，可起酸甘化阴养酸之作用，是比较公认的养酸药，其作用不仅是补酸，与山楂有些区别；增津化酸药如生地、麦冬、石斛等，是甘寒生津引致胃酸，这些药本身并无酸味，无补酸的作用。阳证或阳气虚之病人，低酸时可用促酸分泌之药，对于食积酸少或脾胃气虚食滞酸少的病人，除可用适量之山楂补酸外，可用消导促酸药如鸡内金、麦芽，鸡内金本身无补酸作用，但服后可致胃液及胃酸分泌提高，可能是鸡内金促进胃肠运动增强之结果；此外，对寒证病人酸少，可用良姜、肉桂等辛温药，刺激粘膜促酸分泌；对于有痰浊之病人低酸，可用芳香药如藿香、水菖蒲促进消化和酸分泌。

治疗慢性胃炎用药配伍体会

北京协和医院中医科 张育轩

慢性胃炎的治疗，关键在于用药配伍。重点需考虑四个方面。

一、补药与泻药相配伍(补泻兼施)：慢性胃炎以虚证(脾胃虚弱)为主，但往往兼有气滞、血瘀或水湿等实邪，故用药配伍，一方面要健脾和胃，以冀增强脾胃的功能和改善全身的健康状况，并有助于减轻胃脘不适、胀满等症候；另一方面，还要根据实邪的情况，适当配伍理气、活血、祛湿等祛邪药物，其中，理气、活血药的配伍，尤属必要，因脾虚易气滞，气滞则血瘀，“六腑以通为用”，理气活血有助于减轻或消除慢性胃炎病人常见的胃脘胀满、胀痛、刺痛等症候。

二、温里药与清热药相配伍(寒热并用)：慢性胃炎以寒证多见，但脾虚日久，因脾失健运，以致水湿内停，湿郁化热者，亦非鲜见；“胃喜润而恶燥”，因胃寒而久服温热药，招致燥热伤阴，虚火上炎者，并不乏其例。故用药配伍，一方面要温胃散寒，另一方面又要佐以清热。温胃可选用良姜、毕拔、肉桂、桂枝等药。寒象不甚者，选用其中一味即可，良姜可配香附(良附丸)，桂枝可配伍倍量的白芍(建中剂)；寒象较明显时，则可选用其中的2~3味。剂量均宜较小，一般用3g即可，最多不要超过5g。干姜性较燥烈，宜慎用。清热可选用蒲公英、黄柏、黄连等