

• 学术探讨 •

关于慢性萎缩性胃炎中医药研究 若干问题的探讨

中国中医研究院(北京 100700) 黄宏昌 唐旭东*

国内开展中医药治疗慢性萎缩性胃炎(以下简称CAG)的研究工作已有10余年,取得了可喜的进展。但还存在着一些亟待解决的问题。笔者就此谈一点个人的看法,以求正于同道。

一、研究状况的简要回顾

CAG的病理表现特点为胃腺体萎缩,粘膜变薄,粘膜肌层增厚及伴有肠上皮化生(肠化)、不典型增生。自开展纤维胃镜检查以来,对国人CAG检出率有了较明确的报道。吴氏报道CAG检出率约占胃镜受检病例总数的7.5~13.8%^[1],其患病率随着年龄增长而递增。据胃镜检查统计,50~60岁年龄组慢性胃炎的患病率达80%,其中CAG占50%;70岁以上年龄组慢性胃炎达80~90%,CAG占70%以上^[2]。所以,很多学者认为CAG是一种不可逆的“半生理现象”。CAG之所以引起人们的重视,主要是其与胃癌的发生关系密切。1978年世界卫生组织将CAG列为癌前状态之一。一些学者认为^[3],从正常胃粘膜经CAG、肠上皮化生、异型增生到肠型胃癌,是胃粘膜多步骤癌变的发展过程。Silva S 报告^[4],对241例CAG伴肠化者作长达6年的随访,不完全型肠化的恶变危险性增加。因此,在肠上皮化生中,特别是大肠型化生与胃癌关系密切,异型增生是发生癌变最直接的癌前病变。运用中医药治疗和研究CAG就是在这种背景下开展的。

回顾10余年来的研究状况,在现代医学对于CAG尚缺少良好的治疗方法和药物的情况下,中医药取得了可喜的疗效。归纳起来,有下列几个特点:(1)以临床研究为主,治疗方法着重于辨证施治,强调中药复方的作用,剂型以汤剂为主,也有不少系列成药。(2)通过临床治疗观察和流行病学调查,初步加深和积累了有关CAG的病因、病机、治法、方药等方面的认识和经验,为进一步研究奠定了基础。(3)疗效是肯定的,不仅对减轻、消除临床症状令人满意,而且胃镜与病理疗效也是肯定的。

二、疗效评估及焦点问题

1. 疗效与逆转可能 自CAG被列为癌前状态而

又缺少有效疗法及药物的现代难治病之一以来,中医药治疗CAG从最初个案或少数病例的报道到今天大样本且设有西药对照的疗效观察,已引起医学界人士的瞩目。10余年来,从各种中医药、中西医结合杂志上发表的百余篇论文,数千例的临床观察资料看,其临床症状有效率在70~90%,胃镜有效率为70%左右,病理有效率达40~70%,且对伴见的肠上皮化生和异型增生也有较好的疗效。上海市第一人民医院中医科运用“萎胃安冲剂”治疗CAG^[5],对腺体萎缩、肠化、异型增生的有效率分别为78.76%,76.67%、88.0%,显效率分别为30%、42%、76%。北京中医学院附属东直门医院消化内科报道^[6],甘平养胃等冲剂对腺体萎缩伴肠化,异型增生的有效率达74%,显效率达50%。上海第二医科大学秦兰芳等报道^[7],运用迪乐冲剂等治疗104例慢性胃炎,治疗前CAG占66例(63.5%),伴肠化57例(54.8%),粘膜层有淋巴滤泡形成61例(58.7%);治疗后CAG53例(51%),伴肠化者36例(34.6%),有淋巴滤泡者38例(36.5%)。当然,胃镜活检时取样的部位、块数、深浅的不稳定性对判断疗效都会带来一定的影响,但是,不可能百余篇报道均出现类似效果,况且许多观察报告设立了西药对照组,经过统计学处理,疗效均明显优于对照组。因此,可以证明中医药治疗CAG的疗效是确切的。应该承认,CAG经过中医药治疗后,腺体萎缩的胃粘膜是可以逆转的。各地报道的疗效有较大的差异,笔者考虑,主要原因有病变轻重的差异、疗效标准的差异以用药和地域等差异所致。不难看出,中医药对轻、中度的CAG患者,疗效是肯定的。

2. 逆转机理探讨 如何看待中医药治疗CAG的作用机制,中药对胃腺体萎缩的逆转机理,这是目前中医药治疗CAG科研的重点内容。从目前积累的初步认识和经验看,中医药治疗着重从整体出发,注重脏腑间的生克制化规律,通过调整脏腑乃至全身的机能活动,来促进胃粘膜局部病变的好转。简而言之,突出抓住虚实并治及调和气血两点。虚,重在脾气(阳)虚弱和胃阴不足;实,主要指湿浊、郁热、瘀血的阻滞。无论扶虚与泻实,皆以使肝气及脾胃气机调和,

*北京中医学院附属东直门医院博士研究生

胃腑血络通畅为中心。由于CAG的发病机理复杂,而且常伴有其他疾患,加之患者体质的不同,致病因素错综复杂。因此,中药取效的机理也相当复杂。全国各科研单位有关这方面的药效学、药理学实验正在广泛地展开。从一些资料看,中药对CAG的逆转作用并非是现代药理学的某种机制所能全部解释的,而是多因素的综合作用。我们考虑主要包括下列几点:(1)替代治疗作用。部分CAG患者胃酸分泌量显著降低,需要象稀盐酸、胃蛋白酶合剂、维生素C等替代治疗,而许多中药、中成药具有类似功效。(2)制酸解痉作用。部分CAG伴浅表性胃炎、疣状胃炎或溃疡的患者,胃酸分泌增加,临床上胃痛、嘈杂、泛酸等症状明显,而中药对此的疗效是较为理想的。(3)抗幽门弯曲菌作用。幽门弯曲菌感染与胃炎的关系近来已引起人们的关注,慢性胃炎临床症状的消失,内窥镜和病理的改变与幽门弯曲菌转阴率有平行关系。实验证明⁽⁸⁾,多种中草药对幽门弯曲菌有良好的抑菌、杀菌作用。(4)调节胃肠运动功能、阻止胆汁返流作用。胆汁返流是胃窦部炎症的一个重要原因。动物实验证明,长期的胆汁返流可造成CAG。临床上,CAG患者常见胃肠运动功能失调,出现食后饱胀、暖气、食欲不振等消化不良症状。疏肝理气和胃等中药具有良好的调节胃肠运动功能作用,增加胃窦张力,加快胃排空速度,阻止胆汁返流。(5)增强胃粘膜屏障作用。胃粘液-碳酸氢盐屏障、胃粘膜血流与微循环、胃粘膜上皮更新以及前列腺素对胃粘膜的细胞保护作用等因素是胃粘膜屏障的重要构成,并发挥着重要作用。目前中医药有关这方面的研正在逐步开展。部分实验证明,中药可以促进胃粘液、 HCO_3^- 的分泌,改善胃粘膜微循环,增加胃粘膜充血量,具有类似前列腺素样的细胞保护作用。(6)免疫调节作用。免疫因素的参与,是CAG发病的一个重要因素。因而调节CAG患者的免疫功能是十分必要的。健脾益气、活血化瘀等药物具有调节人体细胞和体液免疫功能的作用。诚然,有关中药治疗CAG逆转机理的研究并建立CAG的动物模型,仅仅处在起步阶段,在减轻、阻止、逆转胃腺体萎缩、肠化、异型增生,调节泌酸功能及胃蠕动、排空功能等方面,对中药进行更广泛深入、针对性的研究,还有待努力。

3. 辨证分型讨论 关于中医药治疗CAG的辨证分型问题已经摸索了近10年,各地的分型有共同之处,但也存在着较大的差异。据北京中医院李乾构统计⁽⁹⁾96篇文献,共7496例患者,共辨证23个证型,可见证型是繁多的。固然其中有南北地域、患者体质、

伴随病变及医者认识等方面差异的影响,但从另一个角度说明了中医药在CAG的研治上经历了一个由简到繁、认识逐步深化的过程,反映了中医学术界在该认识上争鸣的局面。从当初胃阴不足证占CAG绝对多数的观点到目前中虚气滞证较为多见的一致认识,就说明了这一点。笔者认为,10年来的研究工作已经对CAG的辨证分型初步摸索到一些规律,现在是删繁执简的时候了。分型应逐渐统一,使其更精练、扼要,更切合临床,便于临床医师掌握,便于科研工作深入。目前看来,CAG的病机特点是虚实夹杂,以虚为主;病变以脾胃为中心,影响肝、肾等脏。临床分型以分2~4型比较适宜,或主型挟带兼证,或主型单立、相兼。今后,须在临床实践中,结合流行病学调查分析以及胃镜粘膜像、免疫生化检查等进行进一步的规范化分型,使分型更具体和明确。

4. 活血化瘀刍议 活血化瘀在内科领域的广泛运用已不再是新的课题,在CAG的中医药研究方面有关活血化瘀中药运用的报道越来越多。笔者就近10年来有关中医药治疗CAG的文献报道的粗略统计,组方中活血化瘀药物的使用率达50~60%,这也引起了专家学者的重视。部分学者认为,不仅对CAG的血瘀证使用活血化瘀治法和药物,而且应更深入地探讨血瘀与CAG基本病机、活血化瘀与CAG疗效的关系。除CAG宏观辨证见血瘀证候外,据纤维胃镜所见,本病病变处胃粘膜有局部缺血性改变,即粘膜颜色苍白或红白相间、粘膜变薄、腺体萎缩等,并有颗粒状增生隆起、息肉,病理为肠化、异型增生等改变。而活血化瘀方药能改善微循环,增加局部血液供应,并且有抑菌、镇静、镇痛等作用。某些活血化瘀药物还可以抑制免疫反应,调节免疫功能,这都有利于CAG病变的修复。因此,正确认识血瘀病机和使用活血化瘀方药是提高CAG疗效的重要途径。分析地看,血瘀与活血化瘀法在慢性胃病中确有独特的地位和作用,中医学强调“脾胃为水谷之海”,胃乃多气多血之腑。胃病势必影响中州气机的升降,而致胃气郁阻,气滞必致血瘀。调畅气机,复其通降,活血化瘀,和其血络确是慢性胃病治疗中的重要原则。诚如董建华教授指出,治疗胃病必调气血。北京中医研究所危北海教授也认为,瘀血阻络可能是慢性胃炎后期的一个基本病变。当然,强调CAG治疗中活血化瘀药物的使用,不是单调地、一味地活血化瘀,而应该在辨证施治的基础上,或活血化瘀为主,或兼以活血理气,适量、恰当地根据血瘀程度选用和血、活血、破血等不同层次的活血化瘀类中药,对CAG疗效的提高会起到促进作

用。

5. 疗效标准的制定 去年9月在青岛举行的由中医杂志社召集的全国中医药治疗CAG专家座谈会上,专家们一致认为,制定出科学的、实用的CAG疗效判定标准势在必行。这对于在全国范围内开展广泛的、深入的、科学的中医药治疗CAG的研究有着重要意义。近10年来,中、西医专家学者对慢性胃炎、CAG的疗效标准制定做了大量的工作。如1982年10月全国慢性胃炎的诊治问题座谈会所拟定的标准(试行方案);1983年“全国胃炎诊治座谈会纪要”;1984年7月辽宁中医学院、江西中医学院和河北中医学院关于CAG研究协作会议拟定的标准;1989年1月南昌会议由中西医结合学会消化疾病专业委员会制定的慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)以及1989年10月庐山会议由全国中医学会内科分会脾胃专业学组制定的疗效标准等等。人们对病变的认识在不断地加深,疗效标准也在逐步地完善,但就目前而言,全国各科研单位及中西医科研工作者所采用的疗效标准还存在着较大的差异。就此,笔者谈几点意见和建议。(1)赞成疗效分为临床治愈、显效、有效、无效、加重五级。固然,重度的腺体萎缩、肠化及异型增生通过中医药治疗能否达到恢复或消失,还有待进一步论证,但近年来中药疗效不断提高,部分轻、中度CAG经治疗后可以恢复,或仅留轻度浅表性炎症。因此,设立“临床治愈”是可行的,而且对于进一步攻克重度CAG病变,也是有必要的。此外,对于重度的腺体萎缩、肠化、异型增生,经治疗后降一级该列为“显效”,而对于中度的腺体萎缩、肠化、异型增生须降两级方为“显效”。为避免与癌变的“恶化”概念相混淆,宜设“加重”级而非“恶化”级。(2)处理好中医证候学、胃镜、病理疗效三者的关系。中医药治疗CAG的研究工作尚属起步阶段,重视对CAG患者的证候学动态观察,体质与证型的关系,证候与用药、疗效的关系是很有必要的。这对于深化CAG的中医学病机认识、中医药治疗CAG的客观化和规范化有重要意义。在疗效标准上,要以现代医学的胃镜与病理诊断为基础。对于胃镜与病理的关系,笔者赞同第九届世界胃肠病学大会上推出的悉尼胃炎新分类法的观点^[10],认为腺体萎缩仅仅是慢性胃炎形态变化的一种,把萎缩和炎症、肠化等并列起来。当内镜与病理诊断不一致时,应以病理诊断为主,即以病理诊断定性,而以“内镜胃炎”的形态描述为辅。当然,要以尽量缩小治疗前后活检部位的误差为前提。在活检方面,病变部位宜多取,正常部位不一定取,重度病变

多取,轻度病变酌减。而且,应重点在小弯侧取活检,活检块数一般以3~6块为宜。(3)疗效观察,一般以3个月为一个疗程为宜。重度病变患者可治疗两个疗程乃至三个疗程。对“临床治愈”病例,尤其是重度病变者,应在胃镜、病理疗效上及活检块数、复查次数上从严要求,从而为攻克中医药研究CAG这一难关提供严密的、科学的依据。

三、现存问题与对策

CAG,特别是伴有肠化、异型增生者,与消化性溃疡、胃息肉、恶性贫血、残胃粘膜等,有明显的癌变倾向,尤其是重度的CAG或伴重度的肠化、不典型增生,一般列为癌前期病变。国内外学者也早已认识到,对胃癌前期病变的诊断、治疗、随访是提高胃癌早期诊断率和治愈率的一种可取方法。1991年底,国家科委暨国家中医药管理局将胃癌前病变列为八·五中医药防治重大疾病研究的攻关专题之一,反映了国家对该专题研究的重视。就近10年来的研究状况、存在问题及对策,笔者谈几点看法。(1)我国CAG患者的病变特点主要为胃窦部病变多见,且多为局灶性病变,而大面积萎缩伴恶性贫血者很少见。鉴于目前中医药对轻、中度CAG治疗研究取得显著疗效,今后的工作应着重转向对中度以上的CAG及肠化、不典型增生进行重点攻关,以求真正突破胃癌癌前病变这一禁区。(2)以往的研究工作成绩是肯定的,但无论是CAG的流行病学调查,中医证候学动态观察,辨证用药疗效的系列观察都缺少大面积的数据统计资料,今后的研究工作宜在国家有关行政管理机构及学术组织的协调下,尽量提高对诊断标准、疗效标准,辨证分型、基础研究等方面的一致和完善,进行有组织的、有计划的、多单位、大面积的攻关协作研究,从而使中医药治疗CAG的研究工作走向深入。(3)现有研究工作中,CAG动物模型是薄弱环节,应尽快地弥补这一不足。现在国内外已开展的动物CAG造模方法主要有:人工免疫诱发胃炎法,如注射壁细胞抗体或内因子抗体的IgG,造成鼠胃粘膜萎缩,用胃液制剂(包括动物自体或异体胃液、恶性贫血患者及正常人的胃液)造成狗的胃粘膜萎缩;模仿幽门弯曲菌作用机制的长期低浓度氨水口服法造成鼠粘膜萎缩,或枯矾、或阿斯匹林与幽门弯曲菌液混合法造成鼠或家兔胃粘膜萎缩;强调胆汁返流作用机制的造模法,如幽门口弹簧置入法、去氧胆酸钠口服法造成鼠胃粘膜萎缩、肠化、异型增生的CAG模型。笔者认为,中药治疗CAG的动物实验应在多摸索动物CAG造模方法的基础上,进行中药对各种CAG动物模型的拮抗作用及对CAG动

物模型的治疗作用的研究,为选择治疗CAG的良好药物提供依据,为中医药攻克CAG的中、重度病变获取科学根据。

参 考 文 献

1. 吴锡琛. 慢性胃炎、胃肠疾病. 南京: 江苏科学技术出版社, 1981: 81.
2. 江绍基, 等. 老年人消化道疾病. 上海医学 1981; 4(8): 49.
3. 雷道年, 等. 胃粘膜病变的病理学研究进展. 中华病理杂志 1991; 2(20): 81.
4. Silva S, et al. Variants of intestinal metaplasia in the evolution of chronic atrophic gastritis and ulcer. A follow up Study Gut 1990; 31: 1097.
5. 张镜人, 等. 调气和血法治疗萎缩性胃炎52例疗效观察. 中医杂志 1988; 29(8): 588.
6. 董建华, 等. 虚痞(慢性萎缩性胃炎癌前病变) 中药治疗观察. 中国医药学报 1989; (6): 12.
7. 秦兰芳, 等. 不同疗法治疗幽门螺旋菌前后胃粘膜炎症和修复的比较性观察. 中华消化杂志 1991; (2): 77.
8. 张琳, 等. 中医药治疗萎缩性胃炎专家经验谈. 中医杂志 1992; 33(2): 47.
9. 李乾构, 等. 中医药治疗萎缩性胃炎专家经验谈(续). 中医杂志 1992; 33(3): 49.
10. 萧树东, 等整理. 悉尼胃炎新分类法讨论情况. 中华消化杂志 1991; 11(4): 227.

大黄芒硝灌肠抢救急性肾功能衰竭 2 例报告

空军总医院(北京 100036) 刘云海

急性肾功能衰竭(ARF)属中医“关格”、“癃闭”范畴,病死率高。现将笔者用大黄芒硝灌肠法抢救 2 例成功的案例报告如下。

例 1 李某,女,66岁,1987年1月1日因腹胀、恶心、呕吐、不能进食 12h 就医,当时已测不到血压,皮肤红白相间,无尿。在县医院抢救后,血压恢复至 7.98/5.32kPa,体温 39°C,白细胞总数 $12.5 \times 10^9/L$,中性 0.96,诊断为感染中毒性休克。经用青霉素 1200 万 u/d 及多巴胺 0.2g/L 静脉滴注 3 天,病情仍不平稳,转来我院。入院后继续用上述药物抗感染及抗休克,但血压一直波动不稳,尿少,恶心,呕吐,不进水谷,精神极差。1月5日查白细胞 $25 \times 10^9/L$,中性 0.96,尿蛋白(+),尿中红细胞 5~6/HP,白细胞 6~8/HP,3P 试验(+++),乙醇胶试验(+++),血 FDP 4g/L,凝血时间(试管法) 6 min 11s,血尿素氮(BUN) 25.8 mmol/L,血肌酐(SCr) 318.2 $\mu\text{mol/L}$,胸部X线摄片见两肺下叶大片炎性阴影。1月8日病情进一步加重,BUN 上升至 3.91 mmol/L,SCr 升至 380.1 $\mu\text{mol/L}$,血红蛋白降至 60g/L。确诊为休克性肺炎合并弥漫性毛细血管内凝血及 ARF。患者精神差,频频呕吐,口干,舌燥,大便不通,苔黄厚,舌质暗,脉细数。遂用大黄粉、元明粉各 3g 加温水 0.5L 保留灌肠,每日 1 次,灌后数小时内排稀水便 3 次。灌肠 1 天后,BUN 下降至 20.3 mmol/L,SCr 下降至 199.5 $\mu\text{mol/L}$ 。第 3 天 BUN 下降至 12.9 mmol/L,SCr 下降至 132.9 $\mu\text{mol/L}$,恶心呕吐消失,可少量进食,尿量增加至 1 L/d,精神好转。第 6 天,BUN 下降至 6.2 mmol/L,SCr 下降至 119.9 $\mu\text{mol/L}$,大、小

便通畅,消化道症状消失,摄食量增加,舌苔转白,脉细见弦,血压正常,精神复原,治愈出院。

例 2 肖某,女,60岁,1988年2月5日因发热,上腹痛,伴恶心,呕吐,尿少 3 天住院。2月6日体温 39°C,壮热,口渴,不思水谷,大便不通,舌质红,苔剥脱,脉细数。皮肤巩膜黄染,右上腹压痛明显,并可扪到肿大胆囊,右下肺可听到细小湿罗音,血压正常,24h 尿量 0.3L。实验室检查:白细胞总数 $14.2 \times 10^9/L$,分叶核 0.83,杆状核 0.01,尿蛋白(++),尿中红白细胞满视野/HP,总胆红素 85.5 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 51.3 $\mu\text{mol/L}$,BUN 27.38 mmol/L,SCr 830.98 $\mu\text{mol/L}$,肺部摄片示右下肺炎。诊断为急性胆囊炎、右下肺炎、ARF。给予氨苄青霉素 3g/d 控制感染,静脉滴注 10% 葡萄糖 3~4 L/d 补充水及热量,用大黄粉、元明粉各 3g 加温水 0.3L 保留灌肠,每日 1 次,以清除体内肾毒性物质。3 天后,BUN 降至 23.67 mmol/L,SCr 降至 601.13 $\mu\text{mol/L}$,尿量增至 1.5 L/d。7 天后 BUN 降至 13.92 mmol/L,SCr 降至 265.21 $\mu\text{mol/L}$,尿量增至 2 L/d,尿化验无蛋白及细胞,精神好转,可进流食。2 周后,BUN、SCr 均降至正常,治愈出院。

讨 论 例 1 因感染中毒性休克,频频呕吐、口干舌燥、大便不通、苔黄厚、高热不退,乃脾胃实热。例 2 因急性胆囊炎,不进饮食,壮热口渴,不思水谷、大便不通、舌红苔剥、皮肤巩膜黄染,乃肝胆湿热。两例均以热毒为主,故以泻法不但可清除体内的肾毒性物质,还有活血解毒、恢复病变肾组织的作用,值得推广。