

## · 诊疗标准 ·

## 消化性溃疡的中西医结合诊治方案(草案)

(中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会 2003 重庆)

1 概念 胃或十二指肠黏膜的局限性组织缺损,表浅者为糜烂,深达肌层者为溃疡。组织缺损系由胃酸、胃蛋白酶自我消化所致,故称消化性溃疡。近年发现其发病与幽门螺杆菌( $H_p$ )感染关系密切,故对  $H_p$ (+)者又称  $H_p$  相关性溃疡。

2 临床表现 起病缓慢,病程迁延,上腹痛具有周期性、节律性等特点,伴反酸嗳气,上腹部有局限性压痛,可有神经功能症候群。

## 3 类型

3.1 西医分类 胃溃疡、十二指肠溃疡、穿透性溃疡、隐匿型溃疡或特殊类型溃疡,如:幽门管溃疡、多发性溃疡、复合性溃疡、球后溃疡、巨大型溃疡、老年性溃疡、小儿溃疡以及类固醇性溃疡等。

## 3.2 中医证型

3.2.1 肝胃不和证 (1)主要证候:①胃脘胀痛,窜及两胁。②善叹息,遇情志不遂胃痛加重。③嗳气频繁。④嘈杂泛酸。⑤脉弦。(2)次要证候:①口苦。②胸闷食少。③性急易怒。④舌质淡红,苔薄白或薄黄。(3)证型确定:具备主证2项加次证1项,或主证第1项加次证2项。

3.2.2 脾胃虚寒证 (1)主要证候:①胃脘隐痛,喜暖喜按。②空腹痛重,得食痛减。③泛吐清水。④舌质胖,边有齿痕,苔薄白。(2)次要证候:①畏寒肢冷。②头晕或肢倦。③纳呆食少。④便溏腹泻。⑤脉沉细或迟。(3)证型确定:具备主证2项加次证1项,或主证第1项加次证2项。

3.2.3 胃阴不足证 (1)主要证候:①胃脘隐痛或灼痛。②似饥而不欲食,口干不欲饮。③大便干燥。④舌红少津裂纹、少苔、无苔或剥苔。(2)次要证候:①口干舌燥。②纳呆干呕。③失眠多梦。④手足心热。⑤小便淡黄。⑥脉细数。(3)证型确定:具备主证2项加次证1项,或主证第1项加次证2项。

3.2.4 寒热夹杂证 (1)主要证候:①胃脘隐痛或胀痛,喜温按。②口苦而淡。③呕吐酸水。④舌淡或淡红,体胖有齿痕,苔黄白相间或苔黄腻。(2)次要证候:①口干失眠。②大便时干时稀。③小便淡黄。④脉细弦。(3)证型确定:具备主证2项加次证2项。

3.2.5 瘀血阻络证 (1)主要证候:①胃脘痛如针刺或如刀割,痛处不移。②胃痛拒按,食后胃痛加重。③舌质紫暗或见瘀斑。(2)次要证候:①胃痛剧烈,可痛彻胸背,肢冷汗出。②呕血或黑便史。③脉涩或沉弦。(3)证型确定:具备主证2项加次证1项。

## 4 诊断标准

4.1 慢性、周期性、节律性上腹痛伴反酸者—初步诊断。

4.2 伴有上消化道出血、穿孔史或现症者—基本诊断。

4.3 胃镜发现消化性溃疡病灶(兼查  $H_p$ ,方法如尿素酶实验或  $C^{14}$ -UBT),或上消化道钡双重造影检查见胃或十二指肠有龛影或球部变形者—确定诊断。

良性溃疡内镜下分三期六段:活动期(A期、 $A_1A_2$ )、愈合期(H期、 $H_1H_2$ )和瘢痕期(S期、 $S_1S_2$ )。  $A_1$ 期:溃疡呈圆形或椭圆形,中心覆盖厚白苔,可伴有渗血或血痂,周围潮红,充血水肿明显;  $A_2$ 期:溃疡覆盖黄色或白色苔,无出血,周围充血水肿减轻。一些十二指肠溃疡表现为多个散在、浅表溃疡,斑点状或小片状,内镜下酷似白霜覆盖在充血、水肿黏膜上,称为“霜斑样溃疡”,可能是溃疡处于A期进展过程或愈合中的一种表现。

$H_1$ 期:溃疡处于愈合中,其周围充血、水肿消失,溃疡苔变薄、消退,伴有新生毛细血管;  $H_2$ 期:溃疡继续变浅、变小,周围黏膜皱襞向溃疡集中。  $S_1$ 期:溃疡白苔消失,呈现红色新生黏膜,称红色瘢痕期;  $S_2$ 期:溃疡的新生黏膜由红色转为白色,有时不易与周围黏膜区别,称白色瘢痕期。诊断内容举例:十二指肠球部溃疡,  $A_1$ 期,寒热夹杂型,  $H_p$ (+)。

## 5 疗效判定标准

临床治愈:症状全部消失,溃疡疤痕愈合或无痕迹愈合,  $H_p$ 根除;显效:主要症状消失,溃疡达愈合过程期( $H_2$ ),  $H_p$ 根除;有效:症状有所减轻,溃疡达愈合过程期( $H_1$ ),  $H_p$ 根除;无效:症状、内镜及  $H_p$ 检查均无好转者。

## 6 治疗

6.1 避免致病外因 避免精神紧张,保持心情舒畅,树立战胜疾病信心,避免刺激性食物、烟、酒、咖啡、浓茶和非甾体抗炎药物。

6.2 改善机体内因 调节神经功能,进行精神心理治疗,针对患者实际情况,给予镇静剂或抗抑郁药,调节胃肠功能,酌情分别给予解痉剂(阿托品、普鲁本辛、颠茄片等)、促动力剂(吗丁啉、西沙比利、莫沙比利、曲美布汀等)、抗胆汁反流剂(消胆胺、铝碳酸镁、甘氨酸铝等)。

6.3 克服攻击因子 抑酸、抗- $H_p$ 、增强胃黏膜屏障为主治疗即所谓合理治疗。抑酸为基本治疗,根除  $H_p$ 可提高愈合质量,增强胃黏膜屏障为减少复发重要因素。(1)制酸剂:如碳酸氢钠、碳酸钙、氢氧化镁、氢氧化铝、氢氧化镁等。(2)抑酸剂:如  $H_2$ 受体拮抗剂(西米替丁、雷尼替丁、法莫替丁、尼扎替丁等)、质子泵抑制剂(奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑等)、胃泌素受体拮抗剂(丙谷胺)、毒蕈碱受体拮抗剂(颠茄、阿托品、山莨菪碱、哌吡氮平等)。

6.4 增强防御因子 应用黏膜保护剂如铋剂(德诺、丽珠得乐、果胶铋等)、硫糖铝、米索前列醇(喜克溃)、麦滋林、施维舒等。

6.5 抗  $H_p$  治疗

6.5.1 Hp 感染治疗适应症 见表 1。

表 1 HP 的根除指征

| Hp 阳性的下列疾病     | 必须 | 支持 | 不明确 |
|----------------|----|----|-----|
| 消化性溃疡*         | ✓  |    |     |
| 早期胃癌术后         | ✓  |    |     |
| 胃 MALT 淋巴瘤     | ✓  |    |     |
| 明显异常的慢性胃炎△     | ✓  |    |     |
| 计划使用 NSAIDs    |    | ✓  |     |
| 部分功能性消化不良(FD)▲ |    | ✓  |     |
| GERD           |    | ✓  |     |
| 胃癌家族史          |    | ✓  |     |
| 个人强烈要求治疗者      |    |    | ✓   |
| 小儿 Hp 感染       |    |    | ✓   |
| 胃肠道外疾病         |    |    | ✓   |

注：\*PU(GU 或 DU)：无论活动或陈旧，无论有无并发症；△明显异常：指合并糜烂，中－重度萎缩，中－重度肠化生，中－重度不典型增生；▲溃疡型 FD 或其他疗法无效者

6.5.2 Hp 根除推荐的治疗方案 一线方案(按疗效顺序排列)：(1)PPI/RBC(标准剂量)+A(1.0)+C(0.25),Bid×7 天；(2)PPI/RBC(标准剂量)+M(0.4)+C(0.25),Bid×7 天；(3)PPI/RBC(标准剂量)+A(1.0)+F(0.1),Bid×7 天；(4)B(标准剂量)+F(0.1)+C(0.25),Bid×7 天；(5)B(标准剂量)+M(0.4)+T(0.5),Bid×14 天；(6)B(标准剂量)+M(0.4)+A(0.5),Bid×14 天。因病情或经济状况也可以用 H<sub>2</sub>受体阻断剂(H<sub>2</sub>RA)替代 PPI(如：西米替丁 400 mg、雷尼替丁 150 mg、法莫替丁 20 mg)。

二线方案：(1)PPI(标准剂量)+B(标准剂量)+M(0.4 Tid)+T(0.5),Bid×7~14 天；(2)PPI(标准剂量)+B(标准剂量)+F(0.1)+T(0.5),Bid×7~14 天。

\*代号说明：①PPI(质子泵抑制剂)，目前有埃索米拉唑(E)20 mg、雷贝拉唑(R)10 mg、兰索拉唑(L)30 mg、奥美拉唑(O)20 mg；②RBC(枸橼酸铋雷尼替丁)350 mg；③A：阿莫西林；④C：克拉霉素；⑤M：甲硝唑或替硝唑；⑥T：四环素；⑦B：铋剂(枸橼酸铋钾、果胶铋等)；⑧F：呋喃唑酮。

6.5.3 如何选择治疗方案 (1)方案因病种稍异：活动性消化性溃疡疼痛症状明显时，选用抗酸分泌剂为基础方案。(2)以疗效为主：选择的抗生素中包含克拉霉素，可使 Hp 的根除率提高 10%~20%。(3)考虑经济问题：H<sub>2</sub>RA 或铋剂+2 种抗生素(选价格便宜者，如甲硝唑、替硝唑、呋喃唑酮、阿莫西林、胃内滞留型庆大霉素缓释片等)。(4)短疗程：含克拉霉素的方案，疗程为 1 周。(5)根除治疗失败者：可改用二线方案或酌情更换敏感药物或适当增加抗生素(克拉霉素、阿莫西林)的剂量与疗程。

6.5.4 如何避免耐药株的产生 (1)严格掌握 Hp 根除的适应症，选用正规、有效的治疗方案。(2)联合用药，避免使用单一抗生素，与胶体铋剂或 RBC 合用可以降低或避免 Hp 的耐药性。(3)加强基层医生对 Hp 治疗知识的普及与更新。(4)有条件的单位治疗前先做药物敏感试验，避免使用对 Hp 耐药的抗生素。(5)不断开发治疗 Hp 的新药，包括中西医结合治疗。(6)由于 Hp 的耐药性，PPI 三联方案必要时可以使用两周。

(7)对一线治疗失败者，改用补救疗法或替代疗法时，尽量避免使用咪唑类药物，可改用其他药物，如呋喃唑酮、胃内滞留型庆大霉素缓释片等。(8)努力研究开发 Hp 疫苗，让 Hp 感染的免疫防治变成现实。

6.6 中医治疗

6.6.1 辨证论治

6.6.1.1 肝胃不和证 治则：疏肝理气，健脾和胃。方药：柴胡疏肝散合五磨饮子加减(柴胡、炒白芍、炙甘草、枳壳、川芎、香附、沉香、郁金、青皮、川楝子)。加减：疼痛明显者加元胡、三七粉(冲服)；暖气明显者加沉香、白蔻仁(后下)；苔厚腻者加厚朴、薏苡仁；伴反酸者加海螵蛸、浙贝母。

6.6.1.2 脾胃虚寒证 治则：温中散寒，健脾和胃。方药：黄芪建中汤加味(黄芪、桂枝、白芍、高良姜、香附、广木香、炙甘草、生姜、大枣)。加减：吐清水明显者加姜半夏、陈皮、干姜；反酸明显者加吴茱萸、乌贼骨、瓦楞子；大便潜血阳性者加炮姜炭、白及、仙鹤草、地榆炭。

6.6.1.3 胃阴不足证 治则：健脾养阴，疏肝益胃。方药：一贯煎合芍药甘草汤加减(沙参、麦冬、炒白芍、甘草、生地、玉竹、石斛、香橼、柴胡、生山楂)。加减：大便干燥者加火麻仁、柏子仁；反酸嘈杂者加瓦楞子、浙贝母；神疲乏力者加黄芪、太子参；舌红光剥者加玄参；伴失眠者加酸枣仁、合欢皮。

6.6.1.4 寒热夹杂证 治则：清补兼施，寒热并用。方药：三黄泻心汤合理中丸加减或半夏泻心汤(黄芪、黄连、黄芩、白术、桂枝、白芍、炙甘草、陈皮、佛手、丹参、半夏、枳壳)。加减：胃寒明显者加高良姜、香附；胃脘痞满、纳呆者加干姜、砂仁；反酸烧心等热象明显者煅瓦楞子、乌贼骨、浙贝母。

6.6.1.5 瘀血阻络证 治则：活血化瘀，通络止痛。方药：失笑散合丹参饮加减(蒲黄、五灵脂、丹参、延胡索、三七粉(冲服)、郁金、枳壳、川楝子)。加减：兼气虚者加黄芪、党参；泛酸者加海螵蛸、浙贝母；瘀热者加赤芍、大黄。

6.6.2 中成药治疗

6.6.2.1 胃必宁片 健脾和胃，清热祛瘀。适用于脾胃湿热兼气滞血瘀者，每次 5 片，每天 4 次；也可用于溃疡病恢复期巩固治疗，每次 4 片，每天 3 次。

6.6.2.2 健胃愈疡片 疏肝健脾，理气止痛，生肌愈疡。适用于肝胃不和、肝郁脾虚证，每次 4~6 片，每天 3 次。

6.6.2.3 胃苏冲剂：适用于肝郁气滞证溃疡病，每次 1 包，每天 2 次，口服。

6.6.2.4 胃热清胶囊：适用于胃热证溃疡病，每次 4 粒，每天 3 次，口服。

6.6.2.5 胃乃安胶囊：适用于脾胃虚弱证溃疡病，每次 4 粒，每天 3 次，口服。

6.6.2.6 金佛止痛丸：适用于肝气犯胃型溃疡病，每次 1 丸，每天 3 次，口服。

6.6.2.7 四方胃片：适用于肝胃郁热型溃疡病，每次 4 片，每天 3 次，口服。

6.6.3 针灸疗法 主穴：中脘、足三里、内关、胃俞、脾俞、肾俞。配穴：肝胃不和者，加肝俞、期门、膈俞、梁门、梁丘、阳陵

泉,用泻法。饮食积滞者,加梁门、下脘、天枢、脾俞、支沟,用泻法、强刺激。脾胃虚弱者,加章门,用补法,另外加灸脾俞、胃俞、下脘、气海、关元、天枢。胃阴不足者,加三阴交、太溪,用补法。胃热者,刺金津、玉液出血。胃寒者,主穴加灸。瘀血阻络者加肝俞、期门、三阴交。每天 1 次,10 天为 1 个疗程。

#### 7 巩固疗效防止复发

7.1 避免复发诱因:如精神紧张、刺激性饮食、过劳、受冻、饮酒、吸烟等均应尽量避免。

7.2 彻底解决并发症:如并发慢性胃炎、Hp 感染者必须彻底治疗根除之。

7.3 巩固治疗:溃疡治愈后应继续选用一种抑酸剂或黏膜保护剂低剂量继续治疗 3 个月以上。

7.4 根据中医辨证,以中药辨证论治结合西医西药治疗,以巩固治疗,预防复发。

(张万岱 陈治水 危北海整理)

(收稿 2004-06-15)

## 胃癌不同证型的性别构成比较分析

施俊许玲孙大志

笔者 2002 年 11 月—2004 年 5 月收集 297 例原发性胃癌患者,分析胃癌不同证型的性别构成差异,现报道如下。

临床资料 病例来自长征医院住院患者,均为原发性胃癌且经病理证实,其中男 214 例,女 83 例,年龄最小者 20 岁,最大者 82 岁,平均年龄 59.14 岁,其中腺癌 237 例、低分化腺癌 9 例、黏液腺癌 21 例、印戒细胞癌 23 例、恶性间质瘤 4 例、恶性淋巴瘤 3 例。

辨证分型 运用循证医学方法进行文献回顾[许玲.胃癌中医证型分类的文献研究.世界华人消化杂志 2004;12(6):1457—1459)],同时参照 1978 年全国第一届胃癌学术会议北京市胃癌协作组制定的分型方法确定 6 型,即肝胃不和、瘀毒内阻、痰湿凝结、脾胃虚寒、胃热伤阴、气血双亏,其中前 3 型为实证,后 3 型为虚证。采用主症次症打分法,具备主症 2 项,舌脉象基本符合,或者主症 1 项,次症 2 项,舌脉象基本符合即可。具体标准如下:肝胃不和型:主症为胃脘胀痛或窜及两胁、嗳气频繁、嘈杂泛酸;次症为呃逆呕吐;口苦口干;大便不畅,舌质淡红,苔薄白或薄黄,脉沉或弦细。脾胃虚寒型:主症为胃脘隐痛、胃痛喜按喜温、食后胀闷痞满、纳呆少食、便清腹泻;次症为朝食暮吐、暮食朝吐、面色苍白、肢冷神疲、便溏浮肿,舌淡而胖,苔白滑润,脉沉缓。瘀毒内阻型:主症为胃脘刺痛不移、胃痛日久不愈、大便潜血或黑便;次症为心下痞硬、吐血、皮肤甲错,舌质暗紫,可见瘀斑,脉沉细涩。胃热伤阴型:主症为胃脘灼热食后疼痛、口干欲饮、大便干燥;次症为胃脘嘈杂、五心烦热、食欲不振,舌红少苔,或苔黄少津,脉弦细数。痰湿凝结型:主症为胸闷痞满、呕吐痰涎、进食发噎、痰核累累;次症为腹胀便溏、面黄虚肿、口淡无味、乏力纳呆,舌淡红,苔滑腻。气血双亏型:主症为神疲乏力、面色无华、头晕目眩;次症为心悸气短、虚烦不寐、自汗盗汗、畏寒肢冷,舌淡苔薄,边有齿痕,脉沉细无力。

统计学方法 运用 SAS 统计软件包,进行  $\chi^2$  检验。

#### 结果

1 胃癌不同证型性别构成比较 肝胃不和、瘀毒内阻、痰湿凝结、脾胃虚寒、胃热伤阴、气血双亏 6 型各计 78、44、45、50、44、36 例,女性患者各为 20 例(25.64%)、9 例(20.45%)、6 例(13.33%)、12 例(24.00%)、25 例(56.81%)、11 例(30.55%),胃癌不同证型女性所占比例存在差异( $\chi^2=24.844, P<0.01$ ),特别是胃热伤阴型,女性患者多于男性患者,有异于其他各型。

2 胃癌虚实证型性别构成比较 实证患者合计 167 例,其中女性 35 例(20.95%);虚证患者合计 130 例,其中女性 48 例(36.92%),胃癌虚实证型间男女性别构成也有差异( $\chi^2=9.221, P<0.01$ ),男性患者以实证为多见。

讨论 男为阳,女为阴,女性具有经带胎产乳等生理特点,同时女性情感丰富,多愁善感,又常见肝气郁结,化热灼阴,阴血常常不足,阴虚体质为多见。不同性别在相同致病因素的作用下,所发生的疾病,其证候不完全相同。从本观察来看,男性患者明显多于女性患者,男性以实证为多,而女性虚证比例明显升高,胃热伤阴型女性患者多于男性患者,其余证型反之。中医临床分型复杂,多见夹杂,笔者曾以数名临床医师就同一患者分别观察辨证作为分型依据,统计结果与较为客观的主症次症打分法统计结果近似,这提示在胃癌的治疗中女性患者易出现虚证,特别是阴血亏耗,临床在祛邪抗瘤的同时应注意扶正配合,特别是补益阴血。

女性激素与胃癌的关系研究目前已经深入到分子水平,现代研究表明雌激素受体(Estrogen Receptor, ER)和孕激素受体(Progesterone Receptor, PR)与胃癌的发生发展有密切关系,不仅关系到癌细胞的分化,还与胃癌病理类型和预后相关。从蛋白与基因水平探索胃癌证型的本质是近年来的研究热点。本观察结果发现不同证型患者的性别构成有显著差异,这提示胃癌证型差异是否与女性激素水平存在相关性,从 ER、PR 角度有可能发现胃癌证型的部分本质特征,值得进一步探索。

(收稿 2004-08-13 修回 2005-01-15)

基金项目 国家自然科学基金课题(No.30271626)

作者单位 上海第二军医大学长征医院中医科(上海 200003)