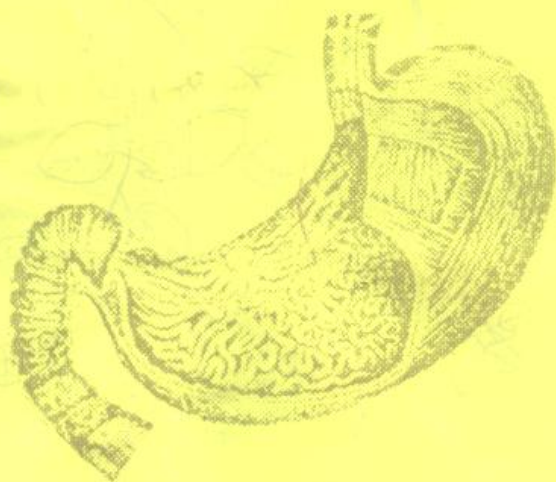


金乃时 主编

中西医结合防治 萎缩性胃炎

◆安徽科学技术出版社◆

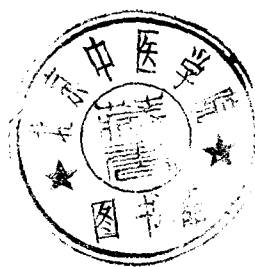


6.33
18

样 本 库

中西医结合防治萎缩性胃炎

金乃时 主编



安徽科学技术出版社

1203921

中西医结合防治萎缩性胃炎

金乃时 主编

安徽科学技术出版社出版发行

(合肥市九州大厦8楼)

安徽日报第二印刷厂印刷

开本· 787×1062 1/32 印张: 4.75 插页· 1 字数· 51,000

1991年2月第1版 1991年2月第1次印刷

印数: 00,001-5,000

ISBN7-5337-0666-8/R·114

定价: 2.15元

前 言

萎缩性胃炎是一种常见病多发病，近年来引起国内外医学界的重视，在对它的治疗上，国内亦多方探求。作者从中西医结合角度，把中医和现代医学的观点结合起来，对本病病因、诊断、治疗及生活指导等方面加以论述，定名为《萎缩性胃炎中西结合的防治》，希望本书对中医、西医及中西医结合的同道们有所启发和帮助。

本书是我们依据1979年11月安徽省科学委员会下达的“李东垣温胃汤化裁治疗萎缩性胃炎临床研究”的课题，于1984年11月将成果通过省级鉴定，并于1987年此成果获全国中医药重大科研成果奖的基础上，结合国内外有关资料及我们多年工作资料撰写而成的。

本书共分七章，包括发病，病因、诊断、实验室检查技术（如泌酸功能、免疫功能、微量元素、前列腺素、胃蛋白酶、胃运动功能及血清胃泌素、壁细胞抗体等）、治疗及生活指导等内容，以中西医结合方式加以阐述。并在相关内容中配有光镜及电子显微镜病理的治疗前后变化的插图23幅。本书内容还将中医分型与萎缩性胃炎的A、B、AB分型加以比较，探讨了中医辨证与病所的关系。根据15年的观察，提出近期及远期的变化规律及生活指导。

参加本书撰写中还有：苏椿郎、曹国英、张大正、石磊、邱宽生、曲陆谦、翟玉兰、鲍继鹏、朱斌、周云、田韧。尤其是苏椿郎副教授身在国外，仍对部分资料作了精心

修改，在此一并表示感谢。

因该研究成果已于1985年转让给合肥中药厂，成品药即温胃舒及养胃舒，故本书对治疗药物组成不加详细介绍，为此请读者予以谅解。

囿于我们的理论知识和临床经验，尤其是对中西医学结合中的观点等认识多有不足，本书反映出的缺点、错误实属难免，敬请读者给予批评。

金乃时

于解放军第105医院

1990年10月

目 录

第一章 发病率、病因与病机	1
第二章 症状与体征	6
第一节 中医各型主证.....	6
第二节 临床症状与体征.....	7
第三节 舌象与辨证.....	9
第四节 脉象与辨证.....	14
第三章 诊 断	16
第一节 胃镜诊断.....	16
第二节 中医分型.....	18
第三节 西医分型与中医证型的比较.....	20
第四章 实验室检查	22
第一节 胃泌酸功能测定.....	22
第二节 胃蛋白酶测定.....	30

第三节	微量元素测定·····	34
第四节	免疫功能检测·····	37
第五节	前列腺素与TXB ₂ 测定·····	41
第六节	胃运动功能测定·····	47
第五章	治 疗 ·····	53
第一节	治疗概况·····	53
第二节	温胃舒与养胃舒治疗萎缩性胃炎的 可行性研究·····	56
第三节	温胃舒与养胃舒治疗萎缩性胃炎的 临床研究·····	63
第四节	温胃舒与养胃舒两种剂型的临床 药效研究·····	84
第五节	温胃舒与养胃舒治疗萎缩性胃炎 远期疗效研究·····	114
第六节	温胃舒与养胃舒治疗萎缩性胃炎后 的胃粘膜研究·····	123
第六章	预 后 ·····	134
第七章	生活指导 ·····	137

第一章 发病率、病因与病机

中医无萎缩性胃炎的病名，有关症状均概括于脘痛范畴，因此难以找到本病的发病率，只在辨病与辨证相结合时，才能谈及萎缩性胃炎。就萎缩性胃炎而论，自纤维胃镜问世以来，肉眼观察加上活检，对萎缩性胃炎的诊断更为明确。一般认为萎缩性胃炎的发病随年龄的增长有增高趋势，国内有报告，萎缩性胃炎约有74.2%发生在40岁以上，而30岁以下的青年人仅占8.7%。萎缩性胃炎的患者每增长1岁，其发病率平均增加1.25%，与我们研究结果相似。西班牙Pena对大系列病例进行分析发现，萎缩性胃炎的发病率及严重程度随年龄的增长而增加，多数日本学者亦认为胃粘膜的萎缩性改变系增龄变化。均说明其发病与年龄有关。

其次，萎缩性胃炎发病与种族、地理有关，多米尼加Limardo用配对法研究发现，居住在该国25年以上的日本人，萎缩性胃炎及肠上皮化生的发病率显著多于多米尼加人。中国国内总的发病率为4~30%，男性发病率较女性高3~4倍。但在各地区也不相同，据不完全统计，北京为10.04%，浙江为11.65%，福建为35.6%，江西为25.2%，兰州为10.21%，安徽为16~20%，上海为17.31%，说明本病有明显的地区差异。

萎缩性胃炎可能是由急性胃炎移行而致，即当各种因素（化学的、物理的、机械的）反复地或持续地作用于胃粘

膜，使浅表胃粘膜受损害，而致腺体障碍导致功能受到影响。但实际上并无明确的佐证。目前尚不能制成合理的动物模型来探讨它发病原理及诱因，而中医对萎缩性胃炎的病因病机也无专著。现就辨病与辨证结合，据各家之见，综述如下：

一、胃阴不足，津液耗伤

胃阴不足，津液耗伤。多因饮食失节，经常不规律进食或食物单调，缺乏蛋白质或维生素B族可导致胃粘膜病变。过食辛辣（辣椒、花椒、胡椒等）肥甘、胃腑积热、耗伤胃阳，或因阴虚生内热，热郁而胃体枯槁，导致胃阴亏损，和降失常而发病。

二、脾胃虚弱，中气不足

脾胃虚弱，中气不足。多因进食生冷，或气候寒冷，或服寒药过多等，这里所指寒药不仅是中药的寒药，也包括西药如阿斯匹林、消炎痛、乙酰水杨酸一类，均可引起胃粘膜损伤，使胃粘膜内前列腺素 E_2 （ PGE_2 ）减少，导致脾阳受损。或病延日久，阴伤及阳，导致脾阳亦虚、运化失健而发病。

三、肝失条达，气逆犯胃

肝失条达，气逆犯胃。这里肝失条达，是指中医的肝的生理功能而言，泛指内分泌功能障碍，如甲状腺功能低下、桥本氏病、阿狄森氏病、垂体功能减退等，甚至也包括内分泌激素障碍（因近年来发现许多内分泌激素参与屏障机

制，如PGE₂有增强胃粘膜屏障作用，胰高糖素可预防阿司匹林对胃粘膜屏障作用的损害）。因此，认为萎缩性胃炎患者胃酸减低，并不是单纯由于胃泌酸功能减低，而主要是由于胃粘膜屏障被破坏，以及胃腔内H⁺逆弥散到胃壁所致。因历史条件所限，中医只能以五行生克乘侮联系整体的思想，称其为气郁伤肝，横逆犯胃，胃失和降而发病。

七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊）是胃炎的发生或诱发因素之一。七情常影响肝脾功能，也与萎缩性胃炎发病临床症状关系密切。因为脾在表为思，劳思可伤脾。张景岳说：“苦思难释则伤脾，思则气结”。陈无择在《三因方》中曾提出忧思并举之说，如忧思伤脾，在临床上出现食纳呆滞，不思饮食。肝表为怒，大怒则伤肝，肝郁气滞，必犯脾胃，出现肝胃不和之证，即中医俗称“侮其所胜也”；肝气久郁，可化火耗伤胃阴，则出现胃阴不足之证。这些描述与现代的中枢神经功能相似。在七情因素反复作用下，这些强的病理性冲动不断传入大脑皮层，使皮层神经细胞过度紧张，导致皮层兴奋与抑制过程之间的平衡失调，结果使皮层机能弱化甚至衰竭。同时皮层下中枢失去来自皮层的抑制，其兴奋性则过度增加，首先在植物神经中枢即视丘下部产生优势兴奋灶，神经细胞长期处于兴奋状态，因此使植物神经机能失调，导致胃壁血管痉挛性收缩，形成区域性缺血，胃粘膜则发生营养不良，胃腺体分泌异常，长期失调可致胃炎的发生。

四、久病入络，气滞血瘀

久病入络、气滞血瘀。“久病入络”，“气既久阻，血

亦应病，循行之脉络自痹”，瘀血积于胃络而形成郁结，故形成局部循环障碍，多见于高龄病人。伴有心血管疾病，如动脉硬化、肾功能障碍等多导致胃粘膜局部血循环障碍。

五、体质素虚

体质素虚。体虚则任何外邪都会内犯人体，导致胃粘膜局部血循环障碍。体质素虚常与现代医学免疫，即自身免疫性因素相关。从 Schwartz、Taylor 等从恶性贫血患者血清中发现内因子抗体以来，且证明胃壁细胞抗体（PCA 抗体）检出率很高，从而推定恶性贫血患者并发萎缩性胃炎与自身免疫有关。近来有的学者采用胃组织的提取物注入受试动物体内，可产生自身抗体——壁细胞抗体（PCA），并发生胃粘膜萎缩，故对萎缩性胃炎的发生机制有了新的认识，但对其机理尚未完全明瞭。国内外许多作者，从细胞免疫、体液免疫等方面作了大量工作，证明自身免疫过程，有细胞免疫及体液免疫参与的现象。我们在临床也证明了萎缩性胃炎存在细胞免疫及体液免疫失调现象。说明由于不同原因造成胃粘膜损伤的自身抗原引起了胃粘膜的结构发生改变，或因遗传因素等也可导致抗体免疫稳定性失常，以致抑制性 T 细胞功能缺陷，自身反应性 B 细胞（禁株）活跃，从而产生自身抗体（PCA）。自身抗原是壁细胞的微粒体成分，与自身抗体（PCA）形成免疫复合体，激活物吸引中性粒细胞释放出溶酶体酶，造成壁细胞损伤，受损的壁细胞又成为抗原进一步损伤壁细胞，从而使胃体发生弥漫性病变，胃腺体被破坏而引起萎缩。我们在临床上采用中药扶正治疗后，发现细胞免疫功能上升，体液免疫改善，电镜观察到治疗前微

粒体减少，和治疗后微粒体增多，这说明与改善免疫功能，阻止微粒体与自身抗体形成免疫复合体有关，从而取得了临床上显著的疗效。实践证明免疫失调是萎缩性胃炎致病的重要因素，也说明中医所称的体虚也含有免疫功能失调之意。

（金乃时 苏椿郎）

第二章 症状与体征

萎缩性胃炎无特异及典型症状，病变程度与临床症状亦不一致。以往由于对萎缩性胃炎检查方法有限，无统一诊断标准。自纤维胃镜问世后，则可发现胃全貌病变，可识别窦部体部的病变范围、侵犯的主次。但由于个人对症状耐受程度不同，其主诉症状程度也不一，因而产生症状和病变程度的不一致。发病时间也难推定。尽管如此，症状对本病与其他疾病的鉴别，指导治疗仍有一定意义，是望、闻、问、切四大诊法中不可缺少的组成部分。

第一节 中医各型主证

中医对萎缩性胃炎的症状无专题描述，统称胃脘痛。因此，有关中医的脘痛，不完全是胃炎，也更不全是萎缩性胃炎。我们将胃镜确诊的萎缩性胃炎，按中医阴阳辨证归纳症状与体征如下：

（一）胃（脾）阴虚型（下简称阴虚型）。胃脘灼痛或刺痛，口干，手足热，尿黄，大便干结，舌光或舌红，苔黄，脉细或细弱。

（二）脾（胃）阳虚型（下简称阳虚型）。胃脘凉痛，腹胀，喜热饮，畏寒，四肢凉，大便或稀溏，舌淡白，苔白，脉细或濡。

上述各种症状在胃（脾）阴虚型及脾（胃）阳虚型中所占的百分比将在第二节“临床症状与体征”中分述。

第二节 临床症状与体征

(一)腹痛。由于炎症改变,胃粘膜易受其他因素如刺激性食物、气候、饮酒、吸烟等的刺激,或因胃动力的改变,均可引起不同程度的上腹痛,占89.42%。疼痛性质对中医分型有较大参考价值。由于患者的自我感觉有一定的差异,据我们的资料,阴虚型中隐痛占28.16%,灼痛占49.51%,凉痛占16.50%,而阳虚型中隐痛占23.75%,灼痛占7.50%,凉痛占51.25%。可见,在中医分型中腹痛的性质是有一定意义的。

(二)暖气。由于胃酸缺乏,胃内发酵产气以及吞入的氮气及氧气等,使胃内气体积存,常导致大量气体暖出。此症因证型不同而有差异,在阴虚型中占53.40%,阳虚型中占40.00%。

(三)腹胀。患者时称腹胀痛,发生于食物滞留排空延迟,尤其是进食不易消化食物及易发酵产气食物后。食物可因人而异,腹胀与暖气似无明显关系,在阴虚型中占30.10%,阳虚型中占27.50%。两型中亦无明显差异。

(四)纳差。为中医常用名词,即食欲不振。萎缩性胃炎均为胃酸分泌功能低下。由于胃酸分泌减少,胃蛋白酶的分泌也相应减少。另外胃蛋白酶原的活性需在酸性环境下,才能形成胃蛋白酶,而胃蛋白酶只有在高酸环境中才能发挥作用。另外加之神经体液调节障碍、胃动力学等一系列因素。因此,萎缩性胃炎多见有食欲不振或食欲时好时坏。此症在阴虚型中占59.23%,阳虚型中占46.25%。

(五)消瘦。病程长时可见体重减轻等全身反应,在阴虚型中占37.86%,阳虚型中占21.25%。各型中病例比率与

病程及食欲等因素有关。

(六) 恶心呕吐。常因理化因素、生物因素的刺激及胃肠道过度膨胀,或胃动力学障碍,如胃收缩高峰波频度增加或胃区起搏点异位,胃逆蠕动等,发生恶心呕吐,并常于呕吐前出现植物神经兴奋的症状。此症在萎缩性胃炎中有报道可高达50%,而我们所见仅6.56%,阴虚型中占8.74%,阳虚型中占3.75%。

(七) 呕血及黑便。一般认为萎缩性胃炎较浅表性胃炎易出血。这可能因为原发的胃粘膜炎症致粘膜屏障破坏,一旦遇到轻微刺激,如胃酸、饮酒、药物,或其他应激因素等便可引起糜烂或溃疡而出血。根据出血程度可出现呕血或黑便,但我们所见仅占5.46%,在阴虚型中占4.35%,阳虚型中占6.25%。

(八) 便秘与腹泻。大便性质是中医在胃病辨证中重要的参考因素之一。大便不整在萎缩性胃炎中占近50%,在各型中比例也不同。腹泻可能由于胃酸缺乏,食物在胃内未经充分消化。此外,胃酸分泌减少时胰腺的外分泌也受影响,故常导致胃源性腹泻。大便常含有中性脂肪、未消化的肌纤维与淀粉颗粒,多表现为腐败性消化不良,大便数次增多,性状多呈深褐色而带泡沫状、糊状等,时有恶臭,发作时间不一,多在晨起或餐后为明显,有时出现功能紊乱现象,如腹胀、腹痛、排气等,或有胃结肠反射敏感表现而引起绞痛。中医统称之脾运失司。便溏在阴虚型中占17.48%,阳虚型中32.50%,便干在阴虚中占27.18%,阳虚型中3.75%,故阳虚型以稀便多见,而阴虚型多为便结,体现出中医辨证理论特点。

(九) 口干。口干是中医四诊内容之一,也是辨证组

成部分。阴虚者多见津液不足的表现，因萎缩性胃炎多为胃酸低下，对消化腺体有一定影响。口干在阴虚型中占29.10%，阳虚型为2.50%，两型有明显差异。

（十） 体征

体表外貌：萎缩性胃炎因长期食欲不振、消化不良、吸收障碍等，体质多以虚弱为主，外观常见皮肤粗糙、脱发、反甲及指甲粗糙不平等肝血气不足的表现。

腹部触诊：一般无明显体征，在触诊时部分可有剑突下压痛，或轻重不一的广泛压痛，与病变程度似无明显规律可循。中腹触诊，如伴有“胃结肠反射敏感”者，常有全腹压痛，有时较重。如有幽门梗阻者可见胃逆蠕动波或肠型，当梗阻改善后，体征可消失。

第三节 舌象与辨证

舌象变化：舌诊是中医四诊的重要组成部分，主要观察舌和苔的变化，舌是指舌体的质地即舌质，苔是指舌面上的苔垢即舌苔。舌质和舌苔是既有联系又有区别的两个方面。舌苔和脾胃的关系很密切，故有“舌为胃之镜”之说。观察舌质和舌苔的变化对临床辨证施治有指导和参考的作用。舌质内有丰富的结缔组织，神经、血管和淋巴管形成淡红的正常舌质。舌苔主要由丝状乳头上皮的顶端不断生长和角化而形成的角化层组成。这种角化的上皮呈树枝状分布，淡白色对舌粘膜有保护作用。在角化层分枝的腔隙中填有脱落细胞、细菌、食物碎屑、渗出的白细胞以及唾液等，组成正常的薄白舌苔，舌诊对全身各种证候的辨证均很重要，现就萎缩性胃炎的临床表现介绍如下：

一、舌质

舌质可反映出机体的虚实状态。在临床上主要观察其色泽变化，主要有淡白、红绛、青紫三种。

(一) 舌质淡与淡白。舌质淡是指较正常的淡红色更淡。重者全淡白，分阳虚或血气两虚。舌质淡与淡白有程度上的差别，淡白舌质同时出现面色口唇苍白，舌面缺乏光泽，称枯白舌。舌淡见于消化道大出血后、胃肠道慢性出血并发严重贫血、重度继发性营养不良、晚期恶性肿瘤伴恶病质。舌淡苔白者为虚寒之症，如慢性腹泻、营养不良等。舌淡苔黄者为阴虚之体，夹有热象，如伴有急慢性感染及便秘等。舌淡光剥无苔，轻者为阴阳两虚，胃气不足，重者为胃气将绝，往往见于疾病晚期。在萎缩性胃炎的阴虚型中见淡白舌者占1.64%，而阳虚型中见淡白舌者占37.77%，说明淡白舌主阳虚。

(二) 舌质红。是指较正常的淡红更红，程度上有红和红绛之别。舌红表示热象和阴虚，红绛为热盛。在消化道疾病中，舌红为胃阴虚。常见疾病有胃、肠、胰腺急性炎症。化脓（尤其有发热，机体代谢增高时）、水电解质代谢紊乱以及毒血症常出现黄苔，如病情恶化，会出现苔消失、红舌转红绛光剥，胃液游离酸缺乏者舌质常呈光红。在萎缩性胃炎的阴虚型中见红舌占63.93%，而阳虚型中占8.88%，二者有明显差异，但与舌苔相结合，证也有不同者。

舌红与苔黄为热证，黄苔为实热，舌红有实热和阴虚之分。高热失水时，舌红绛与黄燥苔则为热盛伤津；在胃肠炎、胃炎可出现舌红与黄苔，为湿热中阻；质红同时出现白腻苔为胃阴不足，中焦湿滞。