

3 讨论

肝硬变门脉高压症时, 肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)常被激活, 血管紧张素转换酶水平升高^[1]. 该研究显示: 卡托普利可降低门脉阻力和自由门脉压, 作用迅速, 连续用药后仍能维持降压效果. 其机制可能于抑制局部组织中 RAAS 有关, 局部 RAAS 主要参与局部功能和血管紧张性调节^[2], 血管紧张素 II 可使星状细胞收缩, 血管阻力增加^[3]. 卡托普利降低门脉压但不减少门脉血流量, 对保持肝储备功能有益.

ISSN 1007—9319 CN 14—1218/R 华人消化杂志, 1998;6(2):182

中药善胃冲剂辨证治疗胃癌前期病变 156 例

□袁红霞

Subject headings stomach neoplasms/zhong yi yao liao fa; precancerous conditions/zhong yi yao liao fa; codonopsis pilosula/therapeutic use; astragalus membranaceus/therapeutic use

主题词 胃肿瘤/中医药疗法; 癌前状态/中医药疗法; 党参/治疗应用; 黄芪/治疗应用

中国图书资料分类号 R 735.2

1 对象和方法

1.1 对象 将 156 例病例随机分为两组, 即观察组和对照组按随机数字表进行分配, 其中观察组 122 例, 对照组 34 例, 男 112 例, 女 44 例. 年龄 25 岁~75 岁, 多在 30 岁以上 (占 96.8%). 病程 1a~10a 者占多数. 病因多为饮食不节, 情志不畅及过度劳倦. 观察组与对照组之间一般资料中的各项, 经统计学处理均无显著性差异, 两组之间有较强的可比性. 本组所选病例均为中度以上慢性萎缩性胃炎伴中度以上肠上化皮生及/或不典型增生者. 全部病例均由专人进行内镜及病理检查, 治疗前后取相同部位、同样深度的胃粘膜, 取材数目一致.

1.2 方法 观察组病例, 根据中医理论和临床经验总结, 本着辨证与辨病相结合的思路, 按照本病的演变规律和中医辨证论治规律, 配制了善胃一、二、三号系列冲剂, 临床中辨证选用. 对发病早期, 病变程度轻, 辨证为脾虚气滞者, 选用健脾益气, 理气化滞的善胃一号冲剂 (主要由党参、黄芪、太子参、枳壳、砂仁等药物组成); 对发病中期, 病变程度相对较重, 辨证为脾虚湿蕴, 血瘀热毒者, 选用健脾活血, 化湿清热的善胃二号冲剂 (主要由党参、黄芪、丹参、桃仁、半枝莲、蜂房等药物组成); 对发病后期, 病变程度严重, 辨证为气阴两虚, 脉络瘀滞者, 选用养阴益胃, 解毒化瘀之善胃三号冲剂 (主要由党参、黄芪、黄精、天花粉、女贞子、桃仁、蚤休等药物组成). 对照组病例, 用维酶素和三九胃泰治疗, 常规服用. 3 mo 为 1 疗程.

2 结果

2.1 疗效标准 根据南昌会议制定的慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准进行评定. 分为近期临床治愈 (临床主要症状消失, 内镜及病理证实活动炎症消失, 腺体萎缩、肠化和不典消失)、显效 (临床主要症状基本消失, 内镜及病理证实急性炎症消失, 腺体萎缩、肠化和不典减轻两个级度以上)、有效 (临床主要症状明显减轻, 内镜及病理证实炎症减轻, 腺体萎缩、肠

化和不典减轻一个级度以上) 和无效 (临床症状、内镜及病理无改善) 四种.

2.2 治疗效果

2.2.1 综合疗效 经 Ridit 法检验, $P<0.01$, 两组间疗效有极显著性差异, 观察组疗效明显优于对照组 (表 1).

表 1 观察组与对照组综合疗效比较

分组	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效
观察组	122	23(18.9%)	73(59.6%)	18(14.8%)	8(6.6%)
对照组	34	1(2.9%)	5(14.7%)	19(55.9%)	9(26.5%)

2.2.2 病理疗效 经秩和检验法统计, $P<0.01$, 说明观察组的病理疗效明显优于对照组 (表 2).

表 2 观察组与对照组病理疗效比较

分组	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效
观察组	122	20(16.4%)	71(58.2%)	23(18.9%)	8(6.6%)
对照组	34	1(2.9%)	5(14.7%)	21(61.8%)	7(20.6%)

2.2.3 实验室检测 本组病例治疗前表现为 D-木糖吸收率降低, 空腹血清胃液素水平降低, 免疫功能低下等, 说明脾虚证存在于本病的发生发展过程中. 此外, 患者还存在血液流变性的异常, 表现为全血粘度、血浆粘度、红细胞压积明显升高, 提示患者有红细胞变形能力降低及红细胞聚集性增强的情况, 可见本组患者存在气虚血瘀证, 而经过健脾活血为主法的治疗后, D-木糖吸收率、胃液素水平及有关免疫指标均接近正常, 全血粘度、血浆粘度及红细胞压积较治疗前也有降低. 由此可见, 健脾益气及活血化瘀法的运用, 对于改善患者的消化吸收功能、免疫功能及血液流变性有重要作用, 从而促进本病的好转治愈 (表 3~5).

表 3 善胃系列治疗前后 D-木糖吸收率及胃液素比较 ($\bar{x}\pm s$)

指 标	<i>n</i>	治疗前	治疗后
D-木糖吸收率	39	234.4±31.2	271.6±42.8 ^b
血清胃液素	31	86.6±32.5	127.6±44.5 ^a

^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$, vs 治疗前.

表 4 善胃系列治疗前后 T 细胞亚群比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=29$)

指标	治疗前	治疗后
CD3	65.0±2.5	70.7±2.0 ^b
CD4	41.0±4.4	45.6±5.6 ^b
CD8	30.6±4.0	33.1±5.3
CD4/CD8	1.3±0.2	1.9±0.1 ^a
CD20	9.4±2.9	11.5±3.2 ^a

^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$, vs 治疗前.

天津中医学院中医研究所脾胃研究室 天津市 300193

通讯作者 袁红霞

收稿日期 1997-09-26 修回日期 1997-12-02

表 5 善胃系列治疗前后血液流变性比较 (x±s, n=29)

指 标	治疗前	治疗后
全血粘度		
230.00S ⁻¹	5.9±1.2	4.7±1.3 ^b
150.00S ⁻¹	6.3±1.4	5.1±1.3 ^b
85.50S ⁻¹	7.7±1.7	6.7±1.4 ^a
30.75S ⁻¹	9.0±1.6	8.0±1.6 ^a
7.75S ⁻¹	12.1±2.4	10.0±2.4 ^b
3.25S ⁻¹	16.5±3.6	13.5±4.2 ^b
血浆粘度(mPa·S ⁻¹)	2.0±0.23	1.6±0.18 ^a
血球压积(0.00)	0.5±0.03	0.41±0.04 ^a
血沉(mm/h)	21± 8	21± 9 ^c
屈服应力	0.11±0.02	0.06±0.03 ^a
纤维蛋白原(mg/L)	389± 50	359± 38 ^a

^aP<0.05, ^bP<0.01, ^{vs} 治疗前.

3 讨论

胃癌前期病变在祖国医学中并无此病名,根据其临床特点可将其归属于“胃脘痛”、“痞满”等范畴,本病的发生多由长期饮食不节或情志失调所致,与素体脾胃虚弱也有一定关系.由于饮食不节,饥饱无度,可损伤脾胃,使中焦运化失权,水谷、水湿不能正常运化,阻滞气机,郁而化热,热邪煎熬津液,致血行不畅,胃络瘀阻,日久而生本病;情志失调,则肝气郁结,肝气犯胃,肝郁犯脾,致使脾胃运化、升降功能失常,气滞而致血瘀,从而导致本病的发生.我们发现,本病的病因病机是随着疾病的发展变化而相应地发生动态变化的,因此不能单纯用某一型

或两型来全面概括. 本病在早期病变程度轻时,多属脾虚气滞,中期病变程度相对较重时,多属脾虚湿蕴,血瘀热毒,后期病变程度严重时,多属气阴两虚,脉络瘀滞. 同时认为,脾虚是本病的根本,脾虚贯穿于整个疾病发生发展的始终.

胃炎系列冲剂是在掌握了该病的演变规律基础上而组方用药的. 本着脾虚贯穿于疾病始终的这一特点,三种冲剂都选用了党参、黄芪、太子参等为主药,以甘温健脾,益气和中. 在此基础上,善胃一号冲剂还配合枳壳、砂仁等以疏肝和胃,行气宽中. 全方“寓补于消,标本兼顾”,使虚弱之脾胃得以振奋,上下之气机得以条达,则诸症自除;善胃二号冲剂又选用了丹参、桃仁、半枝莲、蜂房等以活血化瘀、清热解毒,全方既能健脾补气以治“虚”,又可活血化瘀清热解毒以治“实”,补泻兼施,虚实并调,达到了扶正与驱邪的统一;善胃三号冲剂还选用黄精、花粉、女贞子等甘平益胃之品,以达健脾益气益胃阴之功,并加桃仁、蚤休等活血清热之品,全方甘平养胃补虚以治本,活血清热泻实以治标,如此则虚实并治,标本兼顾. 可见,根据病变情况及辨证特点,将健脾益气与行气、活血、化瘀、清热、化湿、养阴等法配伍使用,应对演变,恰合病机,既能提高机体免疫力,又可改善局部血液循环,促进炎症吸收,从而使胃癌前期病变程度减轻,直至逆转向愈. 运用三种系列冲剂辨证治疗胃癌前期病变,其综合疗效较满意,近期临床治愈率为 18.9%,显效率以上为 78.7%,明显优于对照组. 肠化及不典转化消失率为 63.1%. 说明本系列冲剂可以使胃粘膜腺体的萎缩及肠化、不典的病理改变发生逆转,从而对胃癌前期病变有阻断作用. 其机制主要是全身扶助正气的整体调整,与活血清热改善局部病变的综合作用.

胃癌 T 抗原表达及其临床意义

□周晓东 姜 阳 迟丽萍 刘蕴蓓

Subject headings stomach neoplasms/immunology; stomach neoplasms/pathology; antigens, viral, tumor/analysis
主题词 胃肿瘤/免疫学;胃肿瘤/病理学;抗原,病毒,肿瘤/分析
中国图书资料分类号 R 735.2

肿瘤细胞表面常有一些碳水化合物分子的特异性改变,T 抗原是肿瘤相关抗原的一种,而肿瘤相关抗原的本质就是被修饰的碳水化合物链,T 抗原在正常组织中不表达. 有关胃癌 T 抗原表达的临床意义的研究不多^[1],国内目前尚未见这方面的报道. 本文对我院 1990-01/1997-01 100 例手术切除胃癌标本 T 抗原表达进行了回顾性研究,并探讨其临床意义.

1 材料和方法

1.1 材料 100 例胃癌标本均为手术切除、10%福尔马林固定,石蜡包埋组织标本,组织切片为 5 μm.

1.2 方法 组织切片经微波炉抗原修复后以 S-P 方法进行免疫组织化学染色,抗 T 抗原单克隆抗体为 Dako 公司产品,S-P 试剂盒购自北京中山公司,细胞膜或胞浆染成棕色为阳性.

统计学处理 以 χ² 检验及四表格确切概率法对相关数据进行统计学分析,P<0.05 为相差显著,P<0.01 为相差非常显著.

• 临床经验 •

表 1 T 抗原表达与胃癌临床病理参数的关系

参 数	n	T 抗原表达(%)
部位		
胃底	15	7(46.7)
胃体	30	16(53.5)
胃窦	55	28(50.9)
分化程度		
高、中	40	10(25.0) ^b
低	50	35(70.0)
印戒	10	6(60.0)
浆膜浸润		
有	56	40(71.4) ^b
无	44	11(25.0)
淋巴结转移		
有	45	35(77.8) ^b
无	55	16(29.1)
肝转移		
有	6	6(100.0) ^a
无	94	45(47.9)
腹膜播散		
有	10	9(90.0) ^a
无	90	42(46.7)
临床分期		
I ~ II	51	20(39.2) ^a
III ~ IV	49	31(63.2)

^aP<0.05, ^bP<0.01.