

中医药治疗胃肠动力紊乱性疾病进展

骆云丰, 郑立升

骆云丰, 福建中医学院 福建省福州市 350003
郑立升, 福州中医医院 福建省福州市 350001
项目负责人: 郑立升, 350001, 福建省福州市, 福州市中医医院消化内科.
juquanshuiwen@hotmail.com
电话: 0591-87678576
收稿日期: 2004-04-28 接受日期: 2004-08-21

摘要

胃肠动力紊乱是目前胃肠病学研究的热点之一. 传统中医学虽没有胃肠动力紊乱这一概念, 但对于相似病症的治疗却积累了丰富的经验. 近年来, 随着相关概念的提出, 中医学开始介入到胃肠动力紊乱性疾病的治疗与研究当中, 并且取得了较好的临床疗效和科研成果, 随着该课题研究的不断深入, 又涌现出许多新理论、新方法、新成果. 笔者选择功能性消化不良(FD)、反流性食管炎(GERD)、肠易激综合征(IRS)、糖尿病性胃轻瘫(DGP)4种最为常见的胃肠动力紊乱性疾病为综述对象, 将近5、6 a来中医药在该领域的研究给予全面的总结和回顾.

骆云丰, 郑立升. 中医药治疗胃肠动力紊乱性疾病进展. 世界华人消化杂志 2004;12(10):2413-2419

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2413.asp>

0 引言

近10多年来, 随着胃肠动力学的不断深入, 中医药治疗胃肠动力紊乱性疾病已经成为一热门的前沿课题, 并受到国内外消化界的广泛关注. 胃肠动力紊乱所表现的各种临床症状, 虽然在中医学的相关疾病中早有记载, 但中医学真正切入胃动力学概念及其现代化研究却比较晚, 就目前而论, 尚缺乏从基础理论到临床实践较为系统的认识和研究, 本文试将近年来中医学对胃肠动力学的认识作一简要的回顾和分析.

1 理论探讨

1.1 对胃肠动力的认识 西方医学认为胃肠动力功能是消化系统重要的生理功能之一, 其功能正常与否同各种胃肠激素、脑肠肽以及中枢神经系统、肠神经系统密切相关. 功能紊乱常会引起腹胀、腹泻、腹痛等症状, 临床中以胃食管反流病(GERD)、功能性消化不良(FD)、糖尿病性胃轻瘫(DGP)、肠易激综合征(IRS)最为常见. 中医学无胃肠动力之说, 但中医学同样的认为脾胃在机体正常生理功能中发挥着不可替代的作用, 脾胃的正常运转不仅与自身的气血阴阳有关, 而且与其他脏腑如肝、胆、肺等密切相关, 当气血不和、阴阳失衡时, 常会引起呕吐、腹胀、泻泄等症状,

临床中以呕吐、痞满、腹痛、泄泻等病最为常见. 比较而言, 中西医对“胃肠动力学”的认识, 在发病原因、病理机制等方面完全不同, 具体的两个疾病也决不同, 如IBS实际包涵了中医学的腹胀、腹痛、泻泄等病的一部分, 而中医的腹胀可能涉及到西医的IBS、FD以及假性肠梗阻. 虽然, 两种医学在胃肠动力学的认识上属于两种不同的理论, 但两种认识并非毫不相关, 而是在许多方面存在相似性, 沈舒文 *et al*^[1]认为现代医学对胃肠消化运动的认识与中医脾胃纳运, 在形式上具有一致性, 其运动的动力与脾胃气机的升降所产生的动力具有类似性, 动力障碍所表现的症状与气机阻滞的征候特征具有相似性. 笔者认为这些相似性恰是中医学介入胃肠动力学的切入点, 他为中医学开展胃肠动力学的研究提供了依据和思路.

1.2 对传统理论比较 周吕 *et al*^[2]将胃肠动力紊乱总结为八大临床症状: 吞咽困难、胸痛、恶心呕吐、腹痛、腹胀、腹泻、便秘、大便失禁. 以此为切入点, 以《中医内科学》第六版教材为参考, 笔者发现中医学的噎膈、胃脘痛、呕吐、腹痛、痞满、泄泻、便秘这7种病(腹泻与大便失禁统属泄泻)的主要临床表现与之存在相似性. 在病因病机认识上, 中医学认为: 噎膈是由于七情内伤、饮食所伤、年老肾虚引起; 胃脘痛是寒邪客胃、饮食伤胃、肝气犯胃、脾胃虚弱等引起; 呕吐是由外邪犯里、饮食不节、情志失调、脾胃虚弱、命门火衰等引起; 腹痛是由于外感时邪内传于里、饮食不节肠胃受伤、情志失调气滞血瘀、阳气素虚脏腑失煦等引起; 痞满是由于表邪入里、食滞中阻、七情失和、脾胃虚弱等引起; 泄泻是感受外邪、饮食所伤、情志失调、脾胃虚弱、命门火衰等引起; 便秘是由于肠胃积热、气机郁滞、阴寒积滞、气虚阳衰、阴亏血小等引起. 将以上7种疾病的病因病机做横向比较, 不难发现: 外邪犯胃、饮食不节、气机瘀滞、脾胃虚弱为7种病所共有. 传统认识上的异同为我们的研究提供了两个重要的思路: (1)中医学胃肠动力紊乱可以从以上7种疾病入手进行相关研究; (2)对于病因病机的研究可以从共同的4个方向考虑.

1.3 对新理论的研究 《素问·灵兰秘典》言“脾胃者仓廪之官, 五味出焉”《素问·经脉别篇》“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行”可见, 脾胃是消化系统的主要脏器, 处于主导地位, 是受纳食物运化精微的根本, 而其他脏腑则居于从属地位, 协助脾胃发

挥正常的生理功能。近年来,对胃肠功能的研究大部分仍宗脾胃,部分学者从脾胃气机升降失调、阴阳亏虚的角度对胃肠动力紊乱进行了探索,如吴致中^[3]认为胃动力障碍有虚实之别,中焦气虚、脾胃阳虚、胃阴不足常致胃动力低下;陈文渊 *et al*^[4]认为脾胃之功在于运,脾胃升降运动所产生的动力是一个中医胃肠动力的生理概念,认为“脾宜升则健,胃宜降则和”,把脾胃升降失调作为胃肠动力紊乱的因机。但实际临床中阴阳的失衡与气机的紊乱很少单独发生,往往同时存在,如张小萍^[5]认为脾气虚弱清阳不升,胃阴不足气无阴濡,就会造成脾胃气当升不升、当降不降或当升反降或降而太过而为病。除了对作为主要脏腑的脾胃进行研究外,李涯松 *et al*^[6]还从肝肺的角度探讨了肝肺气机升降与胃动力的关系,他认为肝主疏泄,调畅气机,肺主气,司呼吸,肝主升,肺主降,肝肺的生理功能决定了其对整个机体气机升降调节的重要作用,脾胃正常运化须依赖肝肺疏之,肝肺升降失常,则导致脾胃升降失常而出现胃动力障碍。另外,张亚声 *et al*^[7]从血的方面考虑,认为胃气不和,胃络受伤,脾胃运化无力,久则气血运行不畅而见瘀血。严光俊 *et al*^[8]认为胃气不和,胃络受伤,脾胃运化无力,久则气血运行不畅,故见血瘀。

近年来,对胃肠动力紊乱因机的探讨主要体现在以下3个方面:(1)以脾胃亏虚、气机不调两个方面的研究为主且程度较深,不仅涉及脾胃本身的阴阳失衡、气机失调而且探讨了其他脏腑如肝、肺等对胃肠动力的影响;(2)对“瘀血至病”的重新认识。中医脾胃病瘀血理论早已有之,《脾胃论》曾言“脾胃不足皆为血病”,但从近年来的研究来看,从瘀血探讨胃肠动力的文献报道并不多,该方向的研究值得进一步的深入;(3)脾主运化,喜燥恶湿,故食滞脾胃、湿困中州均碍脾运而致胃肠动力紊乱,但目前对此两方面的理论研究尚缺乏较为系统的论述。

2 辨证论治

2.1 灵活的辨证 左振素 *et al*^[9]总结了54例胃动力障碍者,认为肝郁是基础,临床辨证上常分为肝郁气滞、肝郁湿阻、肝郁脾虚3型。吕汉华 *et al*^[10]以胃热炽盛型、脾胃虚寒型、肝胃气滞型、胃阴亏虚型4型,对106例胃动力障碍胃痛的患者进行了辨证治疗。在具体各疾病的治疗中,庞龙 *et al*^[11]参考历代医学家相关疾病的辨证经验,对97例24 h食管PH值动态监测和胃镜检查确诊为GERD的患者进行总结和分析,最终确立本病有肝胃郁热、肝胃不和、脾胃虚弱、胃热气逆、痰气郁阻5型;陈洪利^[12]认为GERD的发生与痰、气、热、瘀结于食管有关,临证上分为脾胃湿热型、肝郁化火型、气滞血瘀型、脾胃阴虚型、痰气交阻型、痰瘀胶结型、脾虚痰湿型、脾胃虚寒型8型;朱生梁 *et al*^[13]将之统计为肝胃郁热、中虚气逆、臧军现 *et al*^[14]对219

例FD患者进行观察,将之分为脾胃虚弱型、湿阻脾胃型、肝胃不和型3型;刘力 *et al*^[15]将IBS分为肝旺脾虚证、湿困脾胃证、湿滞气机证、水湿下注证、脾虚乏运证、肝肾两虚证等6个证型进行治疗。吴成胜 *et al*^[16]从肝脾论治腹泻型肠易激综合征将腹泻型IBS分为肝脾失调型、肝郁脾虚型、脾虚肝乘型、肝脾湿热型4个证型进行治疗。袁小琴^[17]从国家级和省级中医杂志中收集有关IBS中医辨治的文章共40篇,将南北地域所共有的证型进行了比较分析,发现其共同的证型为肝木乘脾、脾胃湿热、寒湿困脾、脾胃阴虚、脾肾阳虚。徐涟 *et al*^[18]将93例DGP患者按照湿热中阻、脾胃气虚、胃阴亏虚3型进行治疗。刘志勤 *et al*^[19]以饮食停滞型、脾胃虚寒型、肝气犯胃型、胃阴不足型4型对214例DGP患者进行了治疗总结。作为中医学最具诊疗特色的辨证论治,始终以人为本,认为人异病异,证随病变,故辨证论治最能体现“个体化”的治疗思想,近年来有关胃肠动力紊乱疾病的辨证分型的研究也证明了这一观点,辨证的灵活性决定了实际临床中各证名的纷杂各异,但总的原则仍未离开脾、胃、肝、痰、湿、气6个方面。

2.2 规范化的证型 由于辨证的灵活多变,导致中医证型难以规范化,所以中医证型的精确化、规范化、量化的研究一直为中西医界密切关注的热门话题,近年,一些学者将西医学的诊疗检测手段引进到中医辨证当中,力求从这些物理、化学的量化指标中为中医证型的规范化寻求客观依据。黄穗平 *et al*^[20]选择动力障碍型FD患者30例(肝郁气滞型16例、脾胃虚弱型14例)均予X线钡条法测试胃排空,同步进行胃窦十二指肠消化期间移动性运动复合波和胃电图的检测,并在测压当天清晨空腹抽取静脉血以检测血浆胃动素,以此来探求中医证型与胃肠动力及胃内激素之间的关系,结果显示:FD两型的胃排空、MMCⅢ相的收缩波幅、空腹胃电图主功率均较正常下降。两个证型之间比较发现,脾胃虚弱组的各项指标比肝郁气滞组有显著性降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。陈芝芸 *et al*^[21]将94例IBS患者,按中医分型标准分为肝郁脾虚组、脾胃虚弱组、脾胃阴虚组,采用放免法检测血浆神经肽Y(NPY)、P物质(SP)、血管活性肠肽(VIP)、胰高糖素(Glu)的含量,结果显示,3组的VIP, Glu的含量都高于健康的对照组,脾胃阴虚组的SP含量较其他两组为高,肝郁脾虚组的NPY变化不显著但比脾胃阴虚组高。这一研究表明:不同患者的血浆胃肠激素含量存在差异。何以蓓 *et al*^[22]观察了IBS不同中医证型的肛管直肠动力学的变化,结果肝郁脾虚、脾胃虚弱、脾胃阴虚3组中:肝郁脾虚组的直肠耐受性降低,脾胃阴虚组排便反射不协调,直肠敏感性降低,但耐受性增高。孙维峰 *et al*^[23]探讨了DGP中医证型与血浆胃动素(MOT)及体表心电图(EGG)改变关系,结果显示: DGP中医证型不同, MOT含量及胃电参数不同,胃肠动力功能存在明显的差异。庞龙 *et*

al^[11]将确诊为 GERD 的 97 例患者分为五型并观察了各证型的 GERD 患者与食管酸反流各指标的关系, 结果显示 GERD 的中医辨证分型与某些食管酸暴露参数之间存在明显差异. 近年来关于中医证型客观化的研究虽然取得了可喜的成果, 但从中医发展的长远来看, 该方向的研究特别是胃肠动力学的证型客观化的研究仍处于起步阶段, 其研究所选择的各项指标、仪器有待斟酌.

2.3 多样性的治法 叶仁群 *et al*^[24]系统的阐述了疏肝调气治疗 FD 的因机、治法; 何琳^[25]用温脾化湿法治疗 42 例 FD 患者, 结果总有效率 90.5%; 张燕 *et al*^[26]以益气活血法治疗 35 例 FD 患者, 结果治愈 10 例, 显效 12 例, 总有效率为 94% 远远高于对照组的 70.0%; 王耀^[27]以疏导宁神法治疗 76 例 IBS 患者, 其中治愈 43 例、有效 26 例、无效 7 例, 总有效率 90.8% 与丽珠肠乐组的 73.3% 有显著性差异 ($P < 0.05$); 朱生梁 *et al*^[28]用降气和胃法治疗 GERD 患者 33 例, 结果: 治愈 11 例, 显效 13 例, 有效 14 例, 无效 5 例, 总有效率为 84.9%; 叶庆莲 *et al*^[29]用降气和胃法治疗 GERD 患者 32 例, 结果: 痊愈 14 例 (占 43.7%), 显效 12 例 (占 37.5%), 有效 4 例 (占 12.5%), 无效 2 例 (占 6.2%). 王小超 *et al*^[30]以益气养阴活血法治疗 DGP 患者 32 例, 结果显效 29 例, 有效 2 例, 无效 1 例, 总有效率 96.9%, 显著高于对照组的 80.0%. 庄玉刊 *et al*^[31]以健脾养阴法为主治疗 DGP 患者 20 例, 结果 8 例痊愈, 6 例好转, 总有效率 70.0%. 辨证的灵活性必然导致治法的多样性, 从近年来中医药治疗胃肠动力紊乱的方法来看, 有以下两方面的特点: (1) 以四诊合参为依据, 遵循“有是证则用是药”的原则, 体现了个体化、多样化的原则, 但从临床的报道来看, 大多数的治法的范围仍未离开脾、胃、肝、气、血几项. (2) 治法的确立比证型更加灵活, 如在因机、证型的探讨中尚未见有脾气亏虚、湿浊中阻、气机郁滞、心神不安的报道, 而治疗中却出现了温脾化湿、疏导宁神等方法.

3 药物研究

3.1 新理论的创新与发展 1993 年沙建飞^[32]第一次提出胃肠动力中药的新概念, 并将行气疏肝类 (枳实、枳壳、厚朴等)、消食类 (山楂、神曲、谷芽等)、补气健脾类 (人参、党参、白术等)、芳香化湿类 (藿香、佩兰、白豆蔻等)、利胆类 (茵陈、郁金、金钱草等)、降下类 (大黄、芒硝、番泻叶等)、活血化痰化痰类 (三棱、莪术、莱菔子等) 中药, 根据其功效定为胃肠动力药并列举一些有效方剂. 1995 年全小林 *et al*^[33]即以“胃动力中药的临床应用体会”为题, 谈了自己通过临床实践对胃动力药的认识及体会. 继之, 李惟芳^[34]从理论上探讨和证实了胃肠动力中药治疗痞满的有效性, 认为“通过健运、升降、疏泄、补消、温化等法调理机体的失衡, 使之顺畅和通, 此乃胃肠动力

中药在临床运用之法”. 葛涓菲 *et al*^[35]通过腹痛 1 号敷脐治疗小儿食积腹痛的 130 例的对比观察证实了胃肠动力中药的有效性. 以中医基础理论为基础, 拿用西医学医学名词来发展中医新理论, 不失为发展中医的一种方法. 笔者认为沙氏这一理论的创立不仅为中医消化界提供了典范而且为整个中医理论的发展提供了一新思路.

随着国内外医学界特别是西医学界对中药及其提取物研究的增多, 近年来, 在西医学界, 涌现出许多新的与中药有关概念及理论, 杨奎 *et al*^[36]首次提出中药胃肠动力学的新概念, 魏睦新 *et al*^[37]对近年来胃肠动力中药的调节机制的研究作了系统的总结, 发现白术、木香、丹参、槟榔等药物是通过兴奋胆碱能神经受体来达到对胃肠神经的调节, 而旋覆代赈汤、力胃颗粒则是通过抑制肾上腺能神经受体来对胃肠神经进行调节; 对于脑肠肽的研究方面, 有研究表明大黄、藿香、牛蒡子是通过胃动素进而对脑肠肽进行调节, 而大腹皮、大承气汤、桂枝汤则是通过调节血管活性肽以及 P 物质, 从而调节脑肠肽. 另外, 朱金照^[38]还总结了大黄、砂仁、枳实等 20 味中药与六君子汤、五苓散等 7 个方剂的胃肠动力的研究情况. 中医界对于创立的新理论新模式的想法, 从肇始至今, 一直争论不休, 部分学者认为这种理论是全盘西化, 他将中医研究引向歧途, 应给予全面否认; 另一部分学者则认为这是中药现代化与国际接轨的最佳方式. 综观近年来的研究成果, 笔者认为有关胃动力中药的研究, 特别是理论的研究, 目前还处于初始阶段, 故而对于其日后的发展及作用不可武断的予以否决, 目前的理论和成果虽然还不能为传统中药学所接纳, 但仍可作为中药学发展中的重要一支而予以保留和发展.

3.2 单味药的功效与应用

3.2.1 木香 能行气、调中止痛. 张元素言其能“散滞气、调诸气、和胃气、泄肺气”《本草汇言》言其“和胃气”、“快脾气”、“消积气”、“顺逆气”, 张景岳认为“行肝脾肺气如神, 止心腹胁痛甚捷, 和胃气止吐泻霍乱, 散冷气除胀满呃逆”. 运用上《太平惠民和剂局方》中的木香分气丸,《医学发明》中的木香顺气丸,《内外伤辨惑论》中的木香化滞汤以及《杂病源流犀烛》中的木香调气饮均为理气除胀、化滞止痛的良方. 药理研究表明木香能通过迷走神经的作用, 使大肠兴奋, 收缩力加强, 蠕动加快. 朱金照 *et al*^[39]通过在体动物实验, 观察了木香对大鼠胃排空及肠推进的影响, 结果显示不同剂量的木香煎剂对胃排空及肠推进均有促进作用, 并呈剂量依赖关系.

3.2.2 莪术 功能行气破血, 消积止痛, 用治血气瘀痛, 饮食积滞, 脘腹胀痛.《日华子本草》言其“主心腹痛”,《会约医镜》“治气滞膨胀”, 缪希雍则言“心腹痛者, 非血气不得调和即是邪居中焦所致……茂气香烈, 能调气通窍, 窍利则邪无所容而散矣.”《杨氏护

命方》中治疗小肠脏气非时痛不可忍以及孙用和的正元散,皆以莪术为主.现代药理表明,莪术能够直接兴奋平滑肌,低浓度莪术,能使肠管紧张度升高,魏兰福 *et al*^[40]用 250 g/L 莪术水提液给大鼠灌胃,结果显示:莪术能够使胃动力障碍大鼠的胃排空恢复接近正常.

3.2.3 白术 补脾益气,燥湿利水,《药性论》“主心腹胀痛,破消宿食,开胃”《本草从新》“甘补脾、温和中、苦燥湿……补脾则能进食,……和中则能止呕吐……燥湿则能利小便,生津液,止泄泻”,《金匱要略》以之配枳实治疗脾虚饮停,脘腹胀满,《丹溪心法》用之伍芍、陈、防共组痛泻要方,治疗肝脾不和,腹泻腹痛.现代药理研究表明该药能兴奋胃、十二指肠平滑肌,朱金照 *et al*^[41]通过动物实验探讨了白术促进胃肠运动的机制,即通过增加空肠肌间神经丛中AChE阳性神经分布及空肠黏膜下和肌间神经丛中SP阳性神经的含量来促进肠道运动.

3.2.4 大黄 攻积导滞,泻火解毒,活血化瘀.《神农本草经》言“主留饮宿食,荡涤胃肠,推陈致新,通利水谷,调中化食”《名医别录》言“平胃、下气、除痰实,肠间结热,心腹胀满”,《伤寒论》治疗阳明府实之大承气汤,《千金要方》治疗脾虚腹满之温脾汤均以大黄为主.药理研究表明大黄含苦味质,小剂量可促进胃液分泌,还可以通过刺激大肠局部增加大肠张力而促进运动.朱金照 *et al*^[42]探讨了大黄促进肠道运动的机制认为其大鼠小肠传输的机制可能与促进肠道的MTL、SP,抑制VIP疗效有关.

3.2.5 藿香 功能祛暑解表,化湿和中,行气止痛,《本草图经》言之:“治脾胃吐逆,为最要之药”张元素谓之能“助胃气、开胃口、进饮食”《脾胃论》用藿香安胃散治脾胃不和,饮食少进;《温病条辨》5个加减正气散皆以藿香为主,治疗不同病因引起的脘闷腹胀等症.现代药理表明藿香含有挥发油,可抑制胃肠道过激蠕动,促进胃液分泌,增强消化力.朱金照 *et al*^[43]用藿香提取液给大鼠灌胃,以观察藿香对大鼠小肠一氧化氮合酶分布的影响,从而研究藿香促进小肠运动的机制,结果显示,灌提取液1h后,空回肠NOSI阳性神经明显减少($P < 0.01$),证明了藿香对小肠促动作用与空回肠NOSI分布降低的相关性.

3.2.6 砂仁 辛温,归脾胃心经,功能化湿行气,温肾下气,安胎止泻.《玉楸药解》中言“和中调气,行郁消滞,降胃阴而下食,达脾阳而化气,呕吐与泻泄皆良.”《本草求真》“其言醒脾调胃,快气调中,则于腹痛痞胀有功”张元素言其“治脾胃气结滞不散”,杨士瀛言其能“和中、行气、止痛、安胎”,《幼活新书》中“和胃气,消宿食,理腹痛”之缩砂饮,《小儿卫生总微证方》中治“小儿滑泄,肛头脱出”之缩砂散,皆以砂仁为主.现代药理表明,木香对离体平滑肌具有兴奋作用,能够加强肠道推进运动.朱金照 *et al*^[44]对砂仁促进大鼠胃肠运动的机制进行了探讨,发现其机制可

能与砂仁增加血及胃肠道中MTL、SP含量有关.

3.2.7 槟榔 苦辛,温.功能杀虫,破积,下气,行水.《用药心法》言其“苦以破滞,辛以散邪,专破滞气下行”;《本草汇言》言其能“治诸气,祛瘴、破滞气、开郁气、下痰气、去积气、解蛊气、消谷气、逐水气、散脚气、杀虫气、通上气、宽中气、泄下气之药也”.《方脉正宗》用之配白术、麦芽、砂仁,治疗脾胃两虚,水谷不能以时消化,腹中胀满疼痛.现代药理研究表明该药具有兴奋M胆碱受体的作用,嚼食槟榔可使胃肠平滑肌张力升高,增加肠蠕动,消化液分泌旺盛,食欲增加.邹百仓 *et al*^[45]通过观察槟榔对正常大鼠和功能性消化不良模型大鼠胃肠激素分泌的影响来探索其促胃肠运动的机制,结果表明模型大鼠胃肠组织中胃动素(MTL)和血管活性肽(VIP)均升高.灌服槟榔后两组大鼠胃肠组织中的MTL含量明显升高,VIP含量明显降低,揭示槟榔促进胃肠运动和调节胃肠激素的分泌有关.

近年来关于中药胃肠动力机制探讨的研究和报道不断增多,除上述中药外对大腹皮、丹参、莱菔子、枳实等的研究亦有报道.但综观各种药物,都未离开沙建飞所提及的几大类药,这一事实提示我们:中医传统药理学与现代药理学具有相关性,可以相互启发,互为参考.

3.3 复方研究

3.3.1 传统经时方的研究 (1)旋覆代赭汤:《伤寒论》用治“伤寒发汗,若吐,若下,解后,心下痞硬,噎气不除者”,《吕同杰中医学术经验集》有用之治疗幽门梗阻、肠梗阻伴肠粘连所致的顽固性呕吐的验案,《寓意草》用治疗噎膈反胃.李月岚 *et al*^[46]用旋覆代赭汤加減治疗胃肠动力不足30例,其中治愈5例,显效14例,总有效率90.3%.王长洪 *et al*^[47]通过大鼠实验证实了旋覆代赭汤具有确切的促胃动力作用,党参、旋覆花、代赭石对大鼠胃底条肌收缩具有显著的促进作用.代二庆 *et al*^[48]通过大鼠实验观察了旋覆代赭汤对反流性食管炎模型大鼠食管黏膜一氧化氮的影响,发现旋覆代赭汤能改善模型大鼠食管黏膜的病理状况,并推测其作用机制可能为降低模型大鼠食管黏膜NO浓度,减轻炎症反应,减少下食管括约肌松弛.(2)半夏泻心汤:功能和胃降逆,开结消痞,《伤寒论》用之治痞,149条言:“但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心汤.”《李克绍学术经验辑要》有用半夏泻心汤治疗外邪入肝以至神识昏狂、胸腹按痛、微呕、渴饮的验案.刘国强^[49]用半夏泻心汤治疗胆汁反流性胃炎60例,结果,治愈46例,占76.7%,好转9例,占15.0%,总有效率91.7%,麻春杰^[50]观察了半夏泻心汤对实验性大鼠胃运动的影响,证实了半夏泻心汤不仅能增强大鼠胃运动具有胃动力作用,而且对胃运动具有双向调节作用.刘晓霓 *et al*^[51]以100只SD大鼠为对象观察了半夏泻心汤及其类方对大鼠食管中MDA、SOD、

GSH-PX 的含量, 结果表明, 半夏泻心汤及其类方具有减轻食管黏膜的损伤, 抑制食管黏膜的增生, 减轻食管局部炎症细胞浸润的作用, 为半夏泻心汤治疗反流性食管炎提供理论依据. (3) 香砂六君子汤: 出自《古今名医方论》, 用之治呕吐、痞闷、脘腹胀痛, 《中医内科学》[6]版) 用治“脾胃虚弱”之呕吐. 陈亮^[52]用香砂六君子汤治疗 68 例 FD 患者, 结果治愈 57 例, 好转 7 例, 总有效率 94.1%, 与对照组 68.8% 有显著性差异 ($P < 0.01$), 张英福 *et al*^[53]通过实验观察了香砂六君子汤对大鼠离体胃平滑肌条运动的影响, 结果显示, 香砂六君子汤能增高胃底肌条的张力, 对胃底具有兴奋作用, 对胃体、窦、幽门具有抑制作用. (4) 枳实消痞丸: 出自《兰室秘藏》, 东垣言其能“治右关脉弦, 心下虚痞, 恶食, 懒倦, 开胃进饮食”, 《中医内科学》[6]版) 用之治疗饮食停滞之腹痛, 《曹仁伯医案》有用枳实消痞丸治疗脾气久虚的大便溏薄不调的验案. 彭文洪 *et al*^[54]用枳实消痞丸治疗 FD 患者 54 例, 结果显效 31 例, 有效 19 例, 总有效率为 92.6% 与对照组的 74.0% 之间存在显著性差异 ($P < 0.05$), 窦丹波 *et al*^[55]通过大鼠实验探讨了枳实消痞丸对大鼠胃排空及血浆胃动素的影响, 结果显示, 枳实消痞丸具有促进 MOT 释放, 促进排空的作用.

3.3.2 自拟方药的研究 在实验研究方面, 李涯松 *et al*^[56]通过大鼠实验探讨了和胃胶囊(百合、枳壳、桔梗、莱菔子等)对胃排空的促进作用, 结果: 和胃胶囊能够加快小鼠胃排空, 明显快于生理盐水, 但与吗丁琳、西沙必利作用相当, 在观察其作用机制时, 李涯松 *et al*^[57]给大鼠腹腔注射盐酸左旋精氨酸(L-Arg)造成胃电、胃肠激素的异常, 同时给予和胃胶囊以观察和胃胶囊对 L-Arg 所致大鼠胃电、胃肠激素异常的改善作用. 结果显示和胃胶囊能有效抑制 L-Arg 引起大鼠血清及胃黏膜一氧化氮含量的升高, 对 L-Arg 所致的大鼠胃电波幅对血浆胃动素水平下降和血清胃泌素水平升高有明显的对抗作用, 从而揭示和胃胶囊的多途径作用机制. 在临床应用方面, 王立春 *et al*^[58]以疏肝悦脾汤(柴胡、枳壳、绿萼梅、川朴花、元胡、白术、茯苓、半夏、黄芩、藿香、神曲、陈皮)治疗 FD 122 例, 结果痊愈 52 例, 显效 35 例, 有效 28 例, 无效 7 例, 总有效率 94.3% 与对照组(91.7%)相比, 痊愈率有显著性差异 ($P < 0.01$), 有效率存在显著性差异 ($P < 0.05$), 但总有效率无显著性差异 ($P > 0.05$). 陈更新 *et al*^[59]以胃祺 II 号方(炙黄芪、党参、枳壳、白术、降香)治疗 37 例 FD 患者, 结果中药组总有效率 89.2%, 对照组(西沙比利组)为 83.9%, 二者之间无显著性差异 ($P > 0.05$); 在症状改善方面, 除在厌食(实验组为 92.3%, 对照组为 64.7%)的改善上有显著性差异 ($P < 0.05$) 外, 其他症状如: 上腹痛或不适、餐后饱胀、早饱、嗝气、恶心呕吐, 都未见明显差异; 在不良反应方面, 对照组有便溏 3 例, 肠鸣 2 例, 腹部隐痛 1 例, 共为 9.7%, 实验组未见不良反应, 但是二者无显著性差异; 在远期疗效方面实验组无复发

病例与对照组的 33.3% 有显著性差异 ($P < 0.05$). 在对胃祺 II 号方作用机制的研究中, 陈更新 *et al*^[60]发现用胃祺 II 号方对 FD 模型大鼠进行治疗后, 其 NO 含量明显降低, 恢复到接近正常水平, 提示胃祺 II 号治疗 FD 的机制可能与降低 NO 水平有关. 周福生 *et al*^[61]应用顺激合剂(白术、白芍、元胡、合欢皮)对 IBS 患者进行治疗并进行疗效观察, 结果治疗组总有效率为 90.0% 高于对照组 73.3%, 但二者无显著性差异. 熊文生 *et al*^[62]用疏肝舒肠汤(柴胡、郁金、乌药、元胡、香橼、白芍、枳壳、白术、夜交藤、防风、珍珠末、生甘草)治疗 IBS 60 例, 在肠道症状的改善上, 二者无明显差异 $P > 0.05$ (治疗组为 91.2%, 舒特组为 93.3%), 但在肠外症状的改善上存在明显差异 $P < 0.05$ (治疗组为 90.0%, 舒特组为 53.3%). 李兰芳 *et al*^[63]运用消化 II 号方(苏叶、香附、鱼古、陈皮、党参、茯苓、白术、黄连、甘草)对 112 例 GERD 患者进行治疗, 结果治愈 25 例, 显效 22 例, 有效 40 例, 总有效率 77.5%, 与吗丁啉组(总有效率为 67.5%)存在显著性差异 ($P < 0.01$). 邵丽黎^[64]用四逆健脾导滞汤(黄芪、柴胡、槟榔、丹参、山药、石斛、厚朴、白术、白芍、枳实、大黄、甘草)治疗 30 例 DGP 患者, 结果总有效率为 90.0%, 高于吗丁啉组的 76.9%, 二者之间存在显著性差异 ($P < 0.05$).

从一些权威杂志发表的有关自拟方疗效的报道来看, 虽然自拟方在症状改善上有一定的优势, 但大多数没有统计学意义. 这一点提示我们: 传统方药比自拟方药更具研究前景.

3.3.3 中成药的研究 (1) 六味能消胶囊: 是西藏自治区藏药厂生产的一种中成药, 由大黄、藏木香、诃子、干姜、寒水石、碱花六味药材组成, 具有宽中理气、健脾和胃、润肠通便的功效. 用法: 每次 1-2 粒, 3 次/d. 罗锡彬 *et al*^[65]应用六味能消胶囊对 30 例 FD 患者进行了临床观察, 结果有效率为 84.3%, 明显高于多潘立酮组的 60.4%; 陈广焕 *et al*^[66]运用六味能消胶囊治疗反流性食管炎 138 例结果治愈 82 例, 显效 36 例, 有效 16 例, 无效 1 例, 治愈率为 59.4%, 总有效率 97.0% 高于吗丁啉组的 96.3%. 杨成俊 *et al*^[67]应用六味能消胶囊配合西药雷尼替丁治疗反流性食管炎 30 例, 结果痊愈 18 例, 有效 11 例, 无效 1 例, 总有效率 97.0% 远远高于单纯雷尼替丁组的 75.0%. (2) 六味安消胶囊: 由贵州信邦制药股份有限公司生产, 其组成成分为土木香、大黄、山奈、诃子、寒水石等. 功用能和胃健脾, 降逆导滞, 主治胃痛胀满, 消化不良, 大便不畅, 便秘等症. 用法: 每次 6-8 粒, 1 日 3 次. 方英杰 *et al*^[68]运用六味安消胶囊治疗功能性消化不良 87 例, 结果显效 45 例, 有效 38 例, 无效 4 例, 总有效率 97.0% 高于西沙比利组的 87.4%. 杨扩美^[69]运用六味安消胶囊治疗糖尿病性胃轻瘫 52 例, 结果治愈 33 例, 显效 10 例, 有效 7 例, 无效 2 例, 总有效率 96.8%; 高成英 *et al*^[70]运用六味安消胶囊治疗胆汁反流性胃炎 40 例, 其中治愈 16 例, 有效 19 例, 无效 5 例, 总有

效率为87.5%。(3)刺五加注射液:是传统中药刺五加的提取物,具有益气健脾、补肾安神的功效。现代药理表明其能调节和补充脑中神经递质含量,加强中枢神经的抑制等作用。周青^[71]用之治疗肠易激综合征,结果106例患者中,显效56例,有效32例,无效18例,总有效率达83.0%。(4)胃苏颗粒:扬子江制药股份有限公司生产,由紫苏梗、香附、陈皮、香橼、佛手、枳壳、槟榔、鸡内金组成,功能理气消胀,和胃止痛,主要治疗胃脘胀痛。用法:每次1袋,3次/d。叶松^[72]应用胃苏颗粒治疗功能性消化不良50例,1个疗程后即刻症状缓解率84.0%。吕瑛^[73]用之与西沙比利作对照,观察50例动力障碍型FD患者的临床疗效,结果治疗组30例中显效12例,有效5例,无效3例,总有效率85.0%,疗效与对照组的西沙比利相似。

综观最近10a中医胃肠动力学的发展,笔者认为其方向不外乎传统中医、现代中医、中西医结合、中药现代化4个方面,针对这4个方向结合近年来的研究情况,笔者谈以下几点看法:(1)在传统中医学认识的基础上不断研究和发展新的理论是中医学以及中医脾胃学发展的一个重要方向,但从建国至今,尚未见到中医基础理论的研究有突破性的进展。(2)以西医学各种先进的诊断手段为补充,进一步精确简化中医学具体的证,力求中医证型的客观化、准确化,并致力于专方专病的研究,是中西医界一直以来关注的焦点。近年来,消化方面的许多学者也尝试从胃肠激素、胃排空等角度进行探索,但从研究的结果来看,虽然某一证型与某一种或几种激素具有相关性,但目前还未发现针对某一种固定证型的特异性指标,这一方面的研究是否能够最终达到目的,令人质疑。(3)以光、电等物理学原理为依据的X线、CT、MRI、胃镜、胃电图,在反应患者客观症状上较化学检验指标更加稳定、客观,从两种医学在某两种具体疾病症状上存在相似性这一角度出发,将这些能够间接反映客观症状的先进物理学检验手段纳入中医基础论特别是四诊理论中去,以之为突破口,发展理论,精确诊断,提高疗效,从而发展成为一种全新的现代中医,不失为一个很好的发展思路。但目前除少数学者如姚保泰的《中医舌像与胃镜像对照图谱》做一些尝试外,还未见到能够涵概这些检查结果的中医学理论。(4)从中医学常用的行之有效的天然药物中遴选提取有效成分,进行药代、药动、药效学研究,以期研究开发更具临床疗效的新药。从近年来国内外的报道来看,这个方向的研究早已开展并且成绩显著,其研究成果日益增多并且广泛运用到临床当中,但目前中医界对于这一方向的研究还存在争论,意见褒贬不一。这是因为,作为一种新剂型,这些胃肠外给药的中药制剂目前还不能被现有的中医理论所接纳而回归到中医临床,迄今为止尚未见到有运用中医基础理论指导这些药物进行临床运用的相关理论研究。

4 参考文献

- 1 沈舒文,曹海涛,宇文亚.胃肠动力与脾胃气机的相关性探讨.陕西中医学院学报 2002;25:1-2
- 2 周吕,柯美云.胃肠动力学第一版,北京:科技出版社,1999:587
- 3 吴致中.胃动力障碍中虚证辨证施治.中国中西医结合脾胃杂志 1999;7:35-36
- 4 陈文渊,倪元芳,林勤.脾胃升降与胃肠动力的探讨与运用.中国中西医结合脾胃杂志 1999;7:235-236
- 5 张小萍.气机升降与胃肠动力关系的理论探讨.江西中医学院学报 1999;11:145-146
- 6 李涯松,单兆伟.肝肺升降与胃动力障碍性疾病的关系.中国中西医结合脾胃杂志 1999;7:32-33
- 7 张亚声,刘小弟,翁雪松,张镜人,王福祺.慢性胃炎用调气活血法治疗后的胃动力变化-附86例患者胃排空功能疗效分析.上海中医药杂志 2001;35:18-19
- 8 严光俊,桂壮.活血化瘀法治疗功能性消化不良临床观察.湖北中医杂志 2002;24:20
- 9 左振素,闫汝茂,王启秀.分型辨治胃动力障碍54例.辽宁中医杂志 1996;23:117
- 10 吕汉华,李桂贤.胃动力障碍胃痛与中医证型的关系探讨.广西中医药 2001;24:263
- 11 庞龙,段国勋,熊天琴,周德瑞.胃食管反流病中医分型与酸反流的关系.世界华人消化杂志 2000;8:139-142
- 12 陈洪利.分型辨治反流性食管炎.中华现代中西医杂志 2004;2:159-160
- 13 朱生梁,李勇,朱晓燕,马淑颖.胃食管反流病证型研究.上海中医药杂志 2002;36:12-13
- 14 臧军现,李克强.中医辨证治疗功能性消化不良219例.辽宁中医杂志 2003;30:36-37
- 15 刘力,沈舒文.肠易激综合征中医辨证论治.实用中医内科杂志 2002;16:157-158
- 16 吴成胜,苏良.从肝脾论治腹泻型肠易激综合征探微.山东中医药大学学报 2004;28:25-26
- 17 袁小琴.肠易激综合征辨证施治南北地域差异的比较.海南医学 2003;14:77
- 18 徐涟,易小玲.辨证治疗糖尿病性胃轻瘫93例.中国中西医结合消化杂志 2002;10:236-237
- 19 刘志勤,吕蕾.辨证论治糖尿病性胃轻瘫214例.河北中医 2003;25:738-739
- 20 黄穗平,李叶,罗云坚,尚文王,余绍源.功能性消化不良中医证型与胃动力及激素的相关性.广州中医药大学学报 2002;19:265-268
- 21 陈芝芸,严茂祥,项柏康.肠易激综合征中医证型与胃肠激素关系的探讨.中国中西医结合杂志 2002;22:664-666
- 22 何以蓓,陈芝芸,严茂祥,项柏康.肠易激综合征中医证型与肛管直肠动力学的相关性研究.中国中西医结合消化杂志 2003;11:73-75
- 23 孙维峰,孙桂华,毛婷丽,董哲,徐伟,王小春.糖尿病胃轻瘫中医证型与胃动力改变关系的研究.安徽中医学院学报 2003;22:17-19
- 24 叶仁群,张光奇.疏肝调气法治疗功能性消化不良的探讨.吉林中医药 2003;23:1-2
- 25 何琳.温脾化湿法治疗功能性消化不良42例.国医论坛 2002;17:43
- 26 张燕,高秀芬,于晓宏.益气活血法治疗老年功能性消化不良35例.光明中医 2001;16:51-52
- 27 王耀.疏导宁神法治疗肠易激综合征76例.浙江中医杂志 2003;38:190
- 28 朱生梁,王晓素,方盛泉,李勇.降气和胃方治疗胃食管反流病33例.上海中医药杂志 2001;35:24
- 29 叶庆莲,蒙木荣,臧知明.扶脾抑肝法治疗慢性反流性食管炎32例.四川中医 2004;22:35-36
- 30 王小超,冯栋年,陈世敬.益气养阴活血法治疗糖尿病胃轻瘫32例.江苏中医 2000;21:30-31
- 31 庄玉刊,卢君仁.健脾养阴法为主治疗糖尿病性胃轻瘫20例疗效观察.新中医 2002;34:31
- 32 沙建飞.胃动力中药初探.中国医药学报 1993;8:5-7
- 33 全小林,崔新育.胃动力中药的临床应用体会.中医杂志 1995;36:463-464
- 34 李惟芳.从痞满证治认识治疗胃动力之中药.辽宁中医杂志 1999;26:163-164
- 35 葛湄菲,曲素欣.胃动力中药的临床研究.临床消化病杂志 2000;12:74-75
- 36 杨奎,蒲旭峰.论“中药胃肠药动力学研究”的意义及对策.中国实验方剂学杂志 1998;4:36-39

- 37 魏睦新, 邹百仑. 胃肠动力中药的调节机制研究进展. 浙江中西医结合杂志 2002;12:456-457
- 38 朱金照. 促胃肠动力药物的研究现状. 世界华人消化杂志 2001;9:1439-1444
- 39 朱金照, 冷恩仁, 陈东风. 木香对大鼠胃肠运动的影响及其机制探讨. 中国中西医结合脾胃杂志 2000;8:236-236, 238
- 40 魏兰福, 邹百仑, 魏睦新. 莪术对大鼠胃动力影响的实验研究. 湖南中医杂志 2003;19:58-59
- 41 朱金照, 冷恩仁, 张捷, 许其增. 白术对大鼠肠道乙酰胆碱酯酶及P物质分布的影响. 中国现代应用药学杂志 2003;20:14-16
- 42 朱金照, 冷恩仁, 史洪涛, 张捷. 大黄促进肠道运动的机制探讨. 解放军药学报 2002;18:339-340
- 43 朱金照, 张捷, 张志坚. 藿香提取液对大鼠小肠一氧化氮合酶分布的影响. 福建医药杂志 2002;24:99-100
- 44 朱金照, 冷恩仁, 陈东风, 张捷. 砂仁对大鼠胃肠运动及神经递质的影响. 中国中西医结合消化杂志 2001;9:205-207
- 45 邹百仑, 魏睦新, 原景龙. 槟榔对胃肠激素的影响与其促胃肠运动的关系. 中医药学刊 2004;22:1040-1041
- 46 李月岚, 周云彪, 韩友芳. 旋覆代赭汤治疗胃肠动力不足 30 例. 江西中医药 2002;33:21
- 47 王长洪, 陈多, 吴春福, 陆宇平. 旋覆代赭汤促胃肠动力作用的实验研究. 中国中西医结合脾胃杂志 1999;7:4-7
- 48 代二庆, 李海英, 刘子泉, 王义和, 赵占考, 袁红霞. 旋覆代赭汤对反流性食管炎模型大鼠食管黏膜一氧化氮的影响. 现代中西医结合杂志 2004;13:1425-1428
- 49 刘国强. 半夏泻心汤治疗胆汁反流性胃炎 60 例. 四川中医 2003;21:38-38
- 50 麻春杰. 半夏泻心汤对实验性大鼠胃运动的影响. 实用中医药杂志 1996;12:31-32
- 51 刘晓霓, 高艳青, 司银楚, 牛欣. 半夏泻心汤及类方治疗反流性食管炎作用机理的研究. 中医药学刊 2004;22:423
- 52 陈亮. 香砂六君子汤治疗功能性消化不良 68 例. 江西中医药 2003;34:25
- 53 张英福, 郑天珍, 李伟, 瞿颂义, 丁永辉, 卫玉玲. 香砂六君子汤及其成分对大鼠离体胃平滑肌条运动的影响. 兰州医学院学报 1999;25:1-4
- 54 彭文洪, 费志勇, 陈兴田, 沈玉法, 王瑞武. 枳实消痞丸治疗功能性消化不良 54 例. 中国中西医结合脾胃杂志 2000;8:253
- 55 窦丹波, 王松坡, 蔡淦, 唐静芬, 林江. 枳实消痞丸方及其拆方对大鼠胃排空及血浆胃动素的影响. 中国中西医结合消化杂志 2002;10:279-281
- 56 李涯松, 单兆伟, 沈洪, 吴静. 和胃胶囊对正常小鼠胃排空的影响及拆方研究. 中国中西医结合脾胃杂志 2000;8:287-289
- 57 李涯松, 单兆伟, 沈洪, 马骋, 吴静. 和胃胶囊对实验大鼠胃动力的影响. 中国中西医结合脾胃杂志 2000;6:327-329
- 58 王立春, 程军, 陈孔斌, 危北海, 郭培元. 疏肝悦脾汤治疗功能性消化不良 122 例. 中国中西医结合消化杂志 2003;11:45-46
- 59 陈更新, 马贵同, 胡鸿毅, 龚雨萍, 陆雄. 胃祺 II 号方治疗功能性消化不良疗效观察及对大鼠胃排空的影响. 中国中西医结合消化杂志 2003;11:80-82
- 60 陈更新, 马贵同, 胡鸿毅. 胃祺 II 号方对大鼠胃窦和胃底一氧化氮含量的影响. 中国中西医结合消化杂志 2002;10:89-90
- 61 周福生, 吴文江, 黄志新. 顺激剂治疗肠易激综合征综合疗效观察. 广州中医药大学学报 2002;19:269-271
- 62 熊文生, 唐锡军. 疏肝舒肠方治疗肠易激综合征 60 例. 新中医 2002;34:56-57
- 63 李兰芳, 喻清和. 消化 II 方治疗胃食管反流病 112 例. 中国中西医结合脾胃杂志 2000;8:315-315
- 64 邵丽黎. 四逆健脾导滞汤治疗糖尿病性胃轻瘫 30 例. 四川中医 2003;21:26-27
- 65 罗锡彬, 廖云彪, 熊全波. 六味能消胶囊治疗功能性消化不良的临床研究. 临床医药实践杂志 2004;13:101-103
- 66 陈广焕, 倪雪莉, 吴炳坤. 六味能消胶囊治疗反流性食管炎 138 例. 中国中医药信息杂志 2002;9:93
- 67 杨成俊, 王娟. 六味能消胶囊配合西药治疗反流性食管炎 30 例. 现代中西医结合杂志 2004;13:775-776
- 68 方英杰, 赵颖. 六味安消胶囊治疗功能性消化不良 135 例分析. 中医药学刊 2004;22:704
- 69 杨扩美. 六味安消胶囊治疗糖尿病性胃轻瘫 52 例. 现代医药卫生 2003;19:205
- 70 高成英, 焦连清. 六味安消胶囊治疗胆汁反流性胃炎 40 例. 中国中西医结合消化杂志 2002;1:243
- 71 周青. 刺五加注射液治疗肠易激综合征的疗效观察. 海南医学 2003;14:63
- 72 叶松. 胃苏颗粒治疗功能性消化不良 50 例. 医药导报 2002;20:792-793
- 73 吕瑛. 胃苏冲剂治疗动力障碍型功能性消化不良的研究. 河北医药 1999;21:313

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

World Journal of Gastroenterology 出版周期

《World Journal of Gastroenterology, WJG》将从 2004 年起由月刊改为半月刊, 以期在不增加出版篇幅的前提下进一步缩短出版周期, 力争论文的投稿时滞控制在 1-4 个月内出版, 并进入 Science Citation Index-Expanded 及 Index Medicus/MEDLINE 等国际著名检索系统, 以展示我国消化病学者在该领域的国际领先地位. 例如, 2003 年第 10 期刊出的浙江大学医学院附属第二医院普外科彭淑牖教授等撰写的“采用 PMOD 和刮吸术通过不同途径进行肝尾叶切除术: 76 例”, 是一篇具有国际领先水平的论文, 该文从收稿至出版仅用 45 天.

World Journal of Gastroenterology 栏目设置

《World Journal of Gastroenterology, WJG》主要开设以下栏目. (1)文献综述: 基于作者自己研究为主的综述性论文. (2)特色栏目 如食管癌、胃癌、肝癌、病毒性肝炎、中医中药、中西医结合等, 具有我国特色及国际领先水平的原创性研究论文. (3)基础研究 报道学术价值高、实验数据完整、具有原始性和创新性的研究成果. (4)临床研究 报道安全性和有效性的随机、双盲双模拟、多中心平行对照临床试验的临床研究论文. (5)研究快报 报道具有原始性和创新性的阶段性成果. (6)病例报告: 报道对临床工作者有指导意义的个案.