

· 综述 ·

中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[▲]

孙玉霞 李燕辉

广西梧州市中医医院内科 梧州市 543002

【提要】 慢性萎缩性胃炎(CAG)是临床常见的消化系统疾病,由多种致病因素引起,易反复发作,会进展为癌前病变甚至胃癌。目前西医无特效药治疗慢性萎缩性胃炎患者,而近几年的一些研究结果表明中医药治疗疗效显著,无明显的不良反应。本文就CAG的中医病因病机以及中医药治疗的研究现状进行了综述,旨在为临床治疗提供参考。

【关键词】 慢性萎缩性胃炎;病因病机;中医药治疗;综述

【中图分类号】 R 573.3 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-7768(2021)02-0221-03

DOI: 10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2021.02.24

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是临床常见的消化系统疾病,指各种病因反复长期作用于胃黏膜上皮而导致胃黏膜的固有腺体广泛性或局部性萎缩、减少,伴或不伴假幽门腺化生和(或)肠腺化生。CAG发病率呈逐年上升趋势,目前被公认为癌前状态。CAG患者临床上无特异性表现,症状不明显,一些患者可出现上腹部不适、腹痛、饱胀、反酸、嗝气、恶心呕吐、胃灼烧等症状,反复发作,难以治愈。目前,临床上尚无治疗CAG患者的特效药,近年来不少的研究结果显示,中医药治疗CAG患者具有显著效果和明显的优势。本文就CAG的中医病因病机以及中医药治疗研究现状综述如下。

1 中医病因病机

中医对CAG并无具体的论述,一般将其归属“胃脘痛”“胃痛”“腹痛”“反酸”“嘈杂”等范畴,但其病因病机历代均有论述。《素问·本病论》指出“饮食劳倦则伤脾”;《素问·举痛论》中提及“寒气于膜原之下,肠道之间客之,血散之不去,小络急引,故痛”;在《伤寒论》中,张仲景论述误下误治致痞《脾胃论》明确提出“痞自血出”,文中还提到寒温不适、喜怒忧恐、饮食失节均会导致气火失调、内伤脾胃。《景岳全书心腹痛》云“食、寒、气不顺均会胃脘痛症,然食寒二者皆关于气,食停滞气,寒留凝气,故其治病应以理气为主,观其果属实邪”。

现代中医学者在总结古人经验的基础上提出了自己的一些看法。徐新宇等^[1]认为,CAG以阴虚为根本,多见兼有阳虚,故而表现出阴阳两虚之象;周宜

轩教授提出了CAG的肾—脾胃—肝病机理论,即肝气郁结化火累及脾胃,同时积食伤及脾,肾阴阳缺失累及脾胃运化。梁丽丽等^[2]报道,引起CAG的内在因素主要为脾胃虚弱、运化无权,其次为湿浊中阻,胃阴亏虚是胃腺体萎缩的重要病机;由于患者病程较长,病情反复缠绵难愈,后期往往以脾胃阳虚居多。沈丽萍^[3]认为,脾胃正虚才是CAG致病的关键因素,常见的致病要素主要有阳虚、阴虚、气虚、湿热、气滞、血瘀等。韩树堂^[4]指出,CAG以胃气失和、脾失健运、胃阴损耗、胃络瘀阻为基本病机,虚实之间可以互相兼夹及转化,共同损伤脾胃,使二者虚弱;运化失调,引起血气津液亏虚,最终会导致血瘀、痰凝、气滞等,引起胃黏膜腺体萎缩及肠上皮化生。王道坤^[5]认为,CAG病因较为复杂,患者发病主要由于素来脾胃虚弱,再加上外邪内邪的侵袭,引起胃阴脾阳升降失调所致;CAG的病机兼具虚实,标实本虚,而瘀血阻络贯穿整个病程,长期郁久化热,瘀血停滞,瘀热互结是伴有异常增生改变和肠化生CAG患者的主要病机。独思静等^[6]认为,胃内癌变是该病的关键病理因素,其实质为痰瘀互结,主要责之气滞不行和阳虚不化。张乃霖等^[7]认为,CAG发病之本为脾气枢机升降失调以及脾运失常,主要发病因素为肝失调达、木郁土壅;肾虚失养、先天不足是CAG久治不愈的关键因素。党梓铭等^[8]认为,CAG多由机体脾胃不健,或患者在迁延不愈胃病的基础上饮食长期不规律、情绪起伏大、吸烟、喝酒、使用药物、感染等危险因素的相互作用下,积食加重,湿气、痰、热气、瘀血、毒素等对脾胃进一步损害,引起胃肠失养、失煦,最终导致黏膜层的萎缩而引起;由于患者脾胃不健,驱邪能力下降,邪气久聚不散,恶性循环致使脾胃进一步虚弱,表现

▲基金项目:广西中医药适宜技术开发与推广项目(GZSY20-72)

为迁延难愈。

2 中医药治疗

2.1 辨证论治 徐伟超等^[9]通过收集 279 例 CAG 医案进行总结发现, CAG 的常见证型为浊毒内蕴、胃阴不足、胃肝郁热、胃肝气滞、胃络瘀阻、脾胃虚弱; 常用的治疗方剂为百合乌药散、当归芍药散、逍遥丸、香苏散、大承气汤、左金丸、清中汤、枳实导滞丸等。陈瑶等^[10]报道, 根据临床经验可将 CAG 为 3 个证型, 即湿热内蕴、阴虚夹湿、血瘀气虚, 治疗以通络止痛、益气活血为宜, 金铃子散合四君子汤加减具有运气消滞、濡润甘凉之效; 半夏泻心汤加减、益胃汤或左金丸均具有除湿健脾、清热解毒之功; 采用平胃散等治疗可明显改善患者的临床症状。颜勤等^[11]报道, 按照疾病进程的不同, 可将 CAG 分为肝胃虚弱、阻滞湿热, 治疗以祛湿清热、和胃疏肝为主, 对脾虚肝郁的患者主要进行健脾疏肝治疗; 对脾胃虚弱、瘀血阻滞的患者宜给予补虚活血以及中西医结合治疗。房汉南等^[12]按照中医辨证分型, 将 CAG 分为肝胃气滞、脾胃虚弱、肝胃郁热、脾胃湿热、胃阴不足、胃络瘀血等证型; 针对不同证型辨证运用中药治疗发现, 中药治疗 CAG 患者不仅疗效较好, 而且对改善脾胃虚弱证患者的胃黏膜萎缩有明显优势, 对改善胃络瘀血证患者的胃黏膜肠上皮化生效果显著, 缓解脾胃湿热证患者的胃黏膜糜烂的效果明显。

2.2 经方验方 刘艳莉等^[13]认为, CAG 患者以肝郁血瘀为标, 采用活血行气疏肝方加减进行治疗, 其改善患者症状、根治 Hp 的效果以及治疗后胃镜检查结果均明显优于采用西药治疗。林秋甘等^[14]应用温阳健脾汤方对 86 例脾胃虚弱证 CAG 患者进行治疗, 结果显示治疗总有效率为 90.70%, 明显优于西药治疗组患者。祖丽华^[15]对比分析了西医常规疗法联合桃红四物汤加味与西医常规疗法治疗 136 例 CAG 患者的临床效果, 结果显示治疗 8 周后, 联合治疗组患者的治疗总有效率(96.7%) 显著高于西医常规疗法治疗的对照组患者(80.4%), 因此认为, 桃红四物汤加味具有活血通络、和胃止痛作用, 能提高临床治疗效果, 西医常规疗法联合桃红四物汤加味治疗 CAG 患者临床疗效显著。杨健康^[16]报道, 采用西医常规疗法联合自拟的理气健脾和胃汤治疗 CAG 患者, 可有效减少患者的胃肠道症状, 显著提高患者胃黏膜修复效果, 临床疗效显著。

2.3 中成药 樊燕峰^[17]报道, 采用胃复春片 + 雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗 CAG 患者的总有效率

(92.59%) 明显高于单纯采用雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗的患者(78.43%)。陈朝聪等^[18]将 110 例 CAG 患者随机分成两组, 对照组患者给予胶体果胶铋胶囊治疗, 观察组患者给予胶体果胶铋胶囊及胃炎宁颗粒治疗, 疗程 4 周, 结果发现观察组患者的临床症状缓解、血清学指标改善和炎症反应水平降低效果均明显优于对照组。项红霞等^[19]报道, 采用枳术宽中胶囊 + 维酶素片治疗 CAG 患者的临床疗效以及改善胃黏膜炎症, 降低 C-反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、前列腺素 E2(PGE2) 等炎症因子水平的效果均明显优于单纯采用维酶素片治疗。张洁^[20]通过研究发现, 郁金免煎颗粒治疗不仅能有效缓解 CAG 患者的临床症状、改善胃镜下表现, 而且具有萎缩胃黏膜固有腺体及逆转不典型增生的效果。万学亮等^[21]报道, 采用莫沙比利 + 益气和胃胶囊治疗 CAG 患者的总有效率(90.0%) 明显高于单纯采用莫沙比利治疗的患者(78.0%), 同时能显著降低患者外周血 sIL-2R 水平, 提高外周血胃泌素水平。

2.4 中医外治 朱凤彬^[22]将 120 例 CAG 患者分为两组, 对照组患者给予常规西医治疗, 观察组患者给予常规西医及针灸治疗, 结果发现针灸治疗不仅能显著提高患者的临床疗效, 而且能降低患者肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素(IL-11 及 IL-8) 等炎症因子水平, 保护胃黏膜。王璐瑶等^[23]报道, 穴位贴敷可通过增强机体的胃黏膜屏障作用、调节脑肠肽、消除损伤因子、调控细胞增殖凋亡等途径防治 CAG。谢宇锋等^[24-25]报道, 御寒暖胃膏贴敷胃经穴可下调大鼠胃黏膜肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、增殖细胞核抗原(PCNA)、胃肠激素 P 物质(substance P, SP)、饥饿素(Ghrelin)、胆囊收缩素(CCK) 表达水平, 增加胃黏膜的血流量, 促进慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜损伤的修复。唐新风^[26]报道, 康复护理联合药饼灸可促使 CAG 患者血清胃蛋白酶原及胃泌素表达水平升高, 对改善患者的临床症状具有很好的作用。李嘉萍等^[27]报道, 穴位埋线配合灸法治疗脾胃虚弱型 CAG 患者对改善患者的中医证候、胃黏膜病理组织学状况效果明显。

3 结 语

综上所述, 中医治疗 CAG 患者临床疗效显著, 在缓解患者临床症状以及胃黏膜炎症等方面具有一定的优势, 但目前中医对 CAG 的病因病机、临床辨证分型等的研究仍存在明显不足, 如辨证分型、疗效评价

临床缺乏统一标准、方法等,这些问题尚需进一步深入研究并加以解决,才能更好地发挥中医药在慢性萎缩性胃炎患者治疗中的作用。

参 考 文 献

- [1] 徐新宇,周先强,杨帅,等.周宜轩阴阳分论辨治慢性萎缩性胃炎经验[J].中医学报,2019,34(12):2584-2587.
- [2] 梁丽丽,张庆,戴明.慢性萎缩性胃炎中医病机探讨[J].医学信息,2020,33(1):154-155.
- [3] 沈丽萍.从“虚、瘀、热”病机论慢性萎缩性胃炎的发病机制[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(1):194-195.
- [4] 周婉,韩树堂.韩树堂治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].实用中医内科杂志,2020,34(4):5-8.
- [5] 王斑,段永强,巩子汉,等.王道坤治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍[J].新中医,2019,51(12):345-346.
- [6] 独思静,赵晓琳,马丹,等.从胃内癥瘕论治慢性萎缩性胃炎[J].中医杂志,2020,61(1):82-84.
- [7] 张乃霖,郑晓佳,石芳,等.从“五脏相通”论治慢性萎缩性胃炎的思路与方法[J].中医杂志,2019,60(23):2006-2008,2012.
- [8] 党梓铭,岳贯达,岳士才.岳氏胃病诊疗法对萎缩性胃炎的病因分析[J].长春中医药大学学报,2019,35(2):217-220.
- [9] 徐伟超,许玉龙,张增博,等.基于隐结构模型的名老中医药专家辨证论治京津冀地区慢性萎缩性胃炎用药规律研究[J].中国中药杂志,2020,45(7):1691-1697.
- [10] 陈瑶,张学智.张学智教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].时珍国医国药,2015,26(6):1502-1503.
- [11] 颜勤,徐学义.徐学义教授治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍[J].贵阳中医学院学报,2016,38(3):75-77,2.
- [12] 房汉南,江晓波,蔡东林.中药治疗不同证型慢性萎缩性胃炎伴糜烂相关胃黏膜变化观察[J].山西中医,2019,35(12):12-14.
- [13] 刘艳莉,敦泽,张伊萌,等.疏肝行气活血方治疗慢性萎缩性胃炎的临床分析[J].河北中医药学报,2018,33(6):27-29.
- [14] 林秋甘,林国彬,李建松.温阳健脾汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的应用分析[J].黑龙江中医药,2018,47(5):109-110.
- [15] 祖丽华.桃红四物汤加味佐治慢性萎缩性胃炎90例疗效观察[J].国医论坛,2019,34(1):39-40.
- [16] 杨健康.自拟健脾理气和胃汤治疗慢性萎缩性胃炎68例疗效观察[J].国医论坛,2017,32(1):39-40.
- [17] 樊燕峰.胃复春片联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中国民间疗法,2020,28(5):65-66.
- [18] 陈朝聪,蔡水苗,刘海珊,等.胃炎宁颗粒联合胶体果胶铋治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].药物评价研究,2020,43(1):98-102.
- [19] 项红霞,王岩,冷静,等.枳术宽中胶囊联合维酶素片治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(4):668-672.
- [20] 张洁.郁金免煎颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[D].唐山:华北理工大学,2019.
- [21] 万学亮,乔华.益气和胃胶囊联合莫沙比利治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效比较[J].现代医药卫生,2019,35(5):658-660.
- [22] 朱凤彬.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对炎症因子和生活质量的影响[J].中医临床研究,2019,11(29):42-44.
- [23] 王璐瑶,曹家桢,王富春.穴位贴敷治疗慢性萎缩性胃炎的机制研究概况[C]//新时代 新思维 新跨越 新发展——2019中国针灸学会年会暨40周年回顾论文集.武汉,2019:987-990.
- [24] 谢宇锋,陈赞,冯军,等.御寒暖胃膏对慢性萎缩性胃炎修复机制的影响[J].光明中医,2016,31(14):2034-2038.
- [25] 谢宇锋,陈赞,冯军,等.御寒暖胃膏穴位贴敷对慢性萎缩性胃炎大鼠胃肠激素的影响[J].新中医,2016,48(6):267-271.
- [26] 唐新风.康复护理加用药饼灸对慢性萎缩性胃炎患者血清胃蛋白酶原及胃泌素的影响探究[J].中国现代药物应用,2020,14(6):179-181.
- [27] 李嘉萍,李敏,王坤.穴位埋线配合灸法治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].山东中医杂志,2019,38(10):933-937.

(收稿日期:2021-01-05 修回日期:2021-03-11)