

密 级：

学校代码：10075

分类号：

学 号：20111530

医学硕士学位论文

# 慢性萎缩性胃炎中医证候规律研究

学位申请人：路瑞香

指导教师：郝斌

学位类别：医学硕士

学科专业：中西医结合临床

授予单位：河北大学

答辩日期：二〇一五年六月

**Classified Index:**

**CODE: 10075**

**U.D.C.:**

**NO: 20111530**

**A Dissertation for the degree of M. Medicine**

**Research of The Characteristics of  
Chinese Medical Syndromes of  
Chronic Atrophic Gastritis**

**Candidate : Lu Ruixiang**

**Supervisor : Haobin**

**Academic Degree Applied for : Master of Medicine**

**Specialty : Clinical way of Integrated Traditional  
Chinese and Western Medicine**

**University : Hebei University**

**Date of Oral Examination : June, 2015**

## 河北大学 学位论文独创性声明

本人郑重声明： 所呈交的学位论文，是本人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知， 除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写的研究成果，也不包含为获得河北大学或其他教育机构的学位或证书所使用过的材料。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了致谢。

作者签名： 路瑞香 日期： 2015 年 6 月 10 日

## 学位论文使用授权声明

本人完全了解河北大学有关保留、使用学位论文的规定，即：学校有权保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。学校可以公布论文的全部或部分内容，可以采用影印、缩印或其他复制手段保存论文。

本学位论文属于

- 1、保密 ☐ ，在\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日解密后适用本授权声明。
- 2、不保密 ☒ 。

（ 请在以上相应方格内打“√” ）

## 保护知识产权声明

本人为申请河北大学学位所提交的题目为（慢性萎缩性胃炎中医证候规律研究）的学位论文，是我个人在导师（郝斌）指导并与导师合作下取得的研究成果，研究工作及取得的研究成果是在河北大学所提供的研究经费及导师的研究经费资助下完成的。本人完全了解并严格遵守中华人民共和国为保护知识产权所制定的各项法律、行政法规以及河北大学的相关规定。

本人声明如下：本论文的成果归河北大学所有，未经征得指导教师和河北大学的书面同意和授权，本人保证不以任何形式公开和传播科研成果和科研工作内容。如果违反本声明，本人愿意承担相应法律责任。

声明人：路瑞香 日期：2015年6月10日

作者签名：路瑞香 日期：2015年6月10日

导师签名：郝斌 日期：2015年6月10日

## 摘要

**目的:** 慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是消化系统的常见病。大量研究表明中医中药在促进萎缩胃粘膜腺体细胞新陈代谢、降低该病复发率方面具有一定的优势,这主要取决于中医证候辨证分型标准对临床医生的有效指导。然而,目前 CAG 中医分型缺乏统一标准,大大制约了中医药对本病治疗的规范性和有效性。本课题在研究 CAG 中医证型分布情况及辨证用药的基础上,探讨中医证型与不同病理变化的相关性,进而探讨 CAG 的规范化治疗,从而为临床治疗 CAG 提供有力的参考。

**方法:** 本研究由文献研究和临床病例观察研究两部分组成,通过对中医辨证施治 CAG 的文献以及对临床上收集的 100 例 CAG 病人的有关资料的收集整理和计量分析,探讨 CAG 的中医证候特征、辨证用药,将 100 例 CAG 患者证型的分布和年龄、病程、有无肠上皮化生和/或异型增生等有关因素进行分析。

**结果:** 文献研究中 CAG 有五种证型最为常见,依次为脾胃虚弱证、肝胃不和证、胃阴不足证、脾胃湿热证、胃络瘀血证。脾胃虚弱证常用香砂六君子汤加减;肝胃不和证常用柴胡疏肝散合金铃子散为基础方药加减;胃阴不足证常用一贯煎或沙参麦冬汤加减;脾胃湿热证常用清中汤为基本方加减;胃络瘀血证常用丹参饮或失笑散为基础方加减。临床研究可见,本组患者小于 35 岁者所占比例最低,以 50-65 岁患者所占比例最高;不同病理之间各证型的分布有显著性差异( $P<0.05$ ),五种证型的分布与病理有无肠上皮化生和/或异型增生有一定的关系,不伴肠上皮化生和/或异型增生者以脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证及胃阴不足证为主要证型,伴有肠上皮化生和/或异型增生者以胃络瘀血证为主要证型。临床研究中各证型出现频率依次为脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证。

**结论:** 临床病例观察研究与文献研究所得 CAG 主要证型大体上是相似的,本研究揭示了 CAG 中医证候特点,有无肠上皮化生和/或异型增生和中医证候的相关性规律。该病局部病灶病机特点可以在一定程度上提示宏观辨证证型,证型分布与不同病理变化等密切相关,但二者也会出现分离现象。CAG 局部病灶病机特点可以为指导临床用药提供一定的参考。提出了局部病灶之胃粘膜腺体萎缩以腺体细胞再生为期;整体环境辨证之气血阴阳,以平为期的治疗理念,同时兼顾局部和整体。

## 摘 要

---

**关键词** 慢性萎缩性胃炎 伴或不伴肠上皮化生和/或异型增生 中医 证候 研究

## Abstract

**Objective:** Chronic atrophic gastritis is a common disease of the digestive system. A large number of studies have shown that Chinese medicine in promoting atrophic gastric mucosa gland cell metabolism and reducing the disease recurrence rate has a certain advantage, which mainly depends on the effective guidance of TCM syndrome standards to clinical doctors. However, currently TCM syndrome of chronic atrophic gastritis lack of unified standards, thus treatment of this disease by using the Chinese medicine is short of normativeness and effectiveness. To further summarize the characteristics of TCM syndrome, diagnosis and prescription of CAG, based on it then discuss the relationship between syndrome type and different pathological changes, finally to investigate the standard treatment of the CAG. This study will provide strong evidence for clinical and scientific research.

**Methods:** This research is composed by two parts of the literature and clinical studies. Through collection and quantitative analysis of literature about TCM treatment of CAG and relevant clinical information of 100 patients of CAG, the TCM syndromes characteristics, diagnosis and prescription regulations of CAG were investigated. The evidence-based distribution as a function of age, course of the disease, with or without IM and/or Dy and other relevant factors was analyzed.

**Results:** There are five syndrome types most common based literature analyses: weakness of the spleen and stomach, incoordination between the liver and stomach, insufficiency of stomach yin, damp-heat obstructing in spleen and stomach, blood stasis in gastric venation. Commonly used Prescription for weakness of the spleen and stomach syndrome is Xiang sha Liu jun zi soup. Commonly used Prescriptions for incoordination between the liver and stomach Syndrome are Chai Hu Shu Gan San and Jin Ling Zi San. Commonly used Prescriptions for insufficiency of stomach yin syndrome are Yi Guan Jian or Sha Shen Mai Dong Soup. Commonly used Prescriptions for damp-heat obstructing in spleen and stomach syndrome are Qing Zhong soup. Commonly used Prescriptions for Gastric collateral stasis

syndrome are Shi Xiao San or Dan Shen Yin. Clinical studies have shown that the patients of less than 35 years old account for the lowest proportion and the patients of 50-65 years old account for the highest proportion in the total sample. The distribution of each card type between different pathology has significant difference( $P<0.05$ ). Five TCM syndromes distribution and with or without IM and/or Dy of pathological have a certain relationship. The positive of without IM and/or Dy include weakness of the spleen and stomach, incoordination between the liver and stomach, damp-heat obstructing in spleen and stomach, insufficiency of stomach yin. The positive of with IM and/or Dy include only blood stasis in gastric venation. Clinical studies the frequency of the card-type followed by weakness of the spleen and stomach, incoordination between the liver and stomach, damp-heat obstructing in spleen and stomach, insufficiency of stomach yin, blood stasis in gastric venation.

**Conclusion:** The results of clinical case study were similar to the literature. In this study, the syndrome characteristics of CAG were summarized, and the correlation between with or without IM and/or Dy and the syndromes were revealed. Local pathological characteristics of CAG can imply macroscopic syndrome differentiation of syndrome of CAG. Its differentiation syndrome and different pathological changes have a close relationship, however sometimes they are separate to each other. The mechanism features of CAG localized lesions can provide a reference for clinical medicine. In this study, we proposed a new type of TCM syndrome of treatment guideline of CAG that promoting atrophic glands cell regeneration at local, but also according to the macro make the whole a balance of Yin and Yang, making the whole and partial unifies.

**Key words** Chronic atrophic gastritis With or without IM and/or Dy Characteristics of TCM syndrome Principle Research



# 目 录

|   |    |
|---|----|
| 第 1 章 前言.....                               | 1  |
| 1.1 对病因病机的研究.....                           | 1  |
| 1.1.1 对古代文献的研究.....                         | 1  |
| 1.1.2 对现代文献的研究.....                         | 1  |
| 1.2 临床分型及中医治法研究.....                        | 2  |
| 1.2.1 辨证论治研究.....                           | 2  |
| 1.2.2 专方专药研究.....                           | 3  |
| 1.2.3 中西药结合治疗 CAG 的研究.....                  | 4  |
| 第 2 章 文献及临床的 CAG 中医证候研究.....                | 6  |
| 2.1 基于文献资料的 CAG 中医证候研究.....                 | 6  |
| 2.1.1 研究目的.....                             | 6  |
| 2.1.2 材料与方法.....                            | 6  |
| 2.1.3 结果.....                               | 7  |
| 2.2 临床病例观察的 CAG 中医证候研究.....                 | 9  |
| 2.2.1 研究目的.....                             | 9  |
| 2.2.2 研究对象与方法.....                          | 9  |
| 2.2.3 结果.....                               | 12 |
| 第 3 章 讨 论.....                              | 17 |
| 3.1 CAG 主要证型分布情况分析.....                     | 17 |
| 3.2 不同病理变化的证型分布情况分析.....                    | 18 |
| 3.3 CAG 中医证候整体辨证与局部微观病灶特点矛盾现象分析.....        | 19 |
| 3.3.1 根据现代医学分析 CAG 局部病灶病机的特点, 指导临床辨病治疗..... | 19 |
| 3.3.2 宏观辨证分型和局部病灶的病机, 有一定分离现象.....          | 20 |
| 3.3.3 寻求矛盾中的统一, 运用局部辨病与整体辨证相结合的方法治疗.....    | 20 |
| 3.3.4 针对局部微观病变辨病治疗, 以促进萎缩胃腺体细胞再生为期.....     | 20 |
| 3.3.5 从整体环境上辨证治疗, 以平为期.....                 | 21 |

## 目 录

---

|                    |    |
|--------------------|----|
| 3.4 临床资料分布特点.....  | 24 |
| 3.5 创新点.....       | 24 |
| 3.6 存在的问题.....     | 24 |
| 第 4 章 结 语.....     | 26 |
| 参考文献.....          | 27 |
| 附 录.....           | 30 |
| 致 谢.....           | 33 |
| 攻读学位期间取得的科研成果..... | 34 |

## 第1章 前言

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)为慢性疾病,反复发作,是慢性胃炎的特殊阶段,其病理表现为胃黏膜腺体萎缩甚至伴有肠上皮化生及异型增生,因此此病与胃癌相关,随疾病发展可致胃癌变。西医对 CAG 的研究虽然已经研究到分子生物学程度,但治疗方法相对局限。中医药在治疗 CAG 方面能够在一定程度上促进胃腺体细胞新陈代谢,还能同时调理人体整体的气血阴阳的平衡,具有很大的优势。中医多将该病归属于“痞满”、“胃脘痛”等范畴。现将近年来对该病的研究综述如下。

### 1.1 对病因病机的研究

#### 1.1.1 对古代文献的研究

CAG 属于中医“胃脘痛”、“痞证”及“嘈杂”等诸多范畴,与此相关的古文论述甚多。叶天士在《临证指南医案·胃脘痛》中说:“初病在经,久病入络,……胃痛久而屡发,必有凝痰聚。”李东垣在《脾胃论》中指出:“肠胃为市,无物不受,无物不入,若风、寒、暑、湿、燥一气偏胜,亦能伤脾损胃。”《素问·生气通天论》云“阴之所生,本在五味,阴之五官,伤在五味。”《素问·本病论》有“劳倦伤脾”之说,可见劳累过度亦可使脾胃之气耗伤。素问有云久坐久卧伤气伤肉。《素问·病机气宜保命集》说脾不能行气于肺胃,凝聚而不散,则可形成疼痛。《伤寒论》云:“脉浮而紧,而复下之,紧反入里,则作痞。”《医学正传·胃脘痛》云:“更原厥初致病之由,多因纵恣口腹,喜好辛酸,恣饮热酒煎焖,复食寒凉生冷,朝伤暮损,日积月深,自郁成积,自积成痰,痰火煎熬,血亦妄行,痰血相杂,妨碍升降,故胃脘疼痛。”关于本病的病因病机,各医家意见不尽完全相同,但归纳起来,基本的病因及病机不外乎外感所伤、饮食所伤、情志所伤、脾胃虚弱。胃痞之病位于胃,与肝脾密切相关。中焦气机不利,为其基本病机,并与痰湿、瘀血等病理因素相关。正虚邪实,虚实夹杂,为其病机特点。

#### 1.1.2 对现代文献的研究

各医家从不同方面阐述了慢性萎缩性胃炎的病因病机。有的从标论述,有的从本论述,均对慢性萎缩性胃炎有自己独到的见解,对临床治疗此病起到很好的理论指导。程超超等<sup>[1]</sup>认为 CAG 病因为饮食不节或不洁、情志不畅和感受邪气,三者皆损伤胃腑使

胃失通降，脾失运化，致水湿内停，郁而化热，耗伤津液，化瘀化毒，形成“浊”、“毒”及“瘀”三邪内壅之势。三者使胃粘膜腺体萎缩，日久成萎。王常松<sup>[2]</sup>认为：“虚”是 CAG 发病的内在因素；加重 CAG 病情的重要条件是“郁”；促进 CAG 发生及进展的重要因素是“毒”；“瘀”既是病理产物又是致病因素。蔡淦<sup>[3]</sup>通过对大量 CAG 患者病机分析，认为此病以脾胃虚弱、气阴不足为本，痰湿热毒、气滞血瘀为标。王常松等<sup>[4]</sup>认为本病病机可总结为虚、郁、毒、瘀四种因素杂合为患，病情反复迁延，终至痼疾，病程绵长。雷作汉<sup>[5]</sup>认为“脾胃虚弱，痰瘀互阻”是 CAG 的病机枢纽，本虚是发病和转变的关键，痰瘀是该病发展的结果。顾庆华<sup>[6]</sup>对 100 例 CAG 患者的临床表现及内镜下的胃粘膜相特征进行分析，认为湿热阻中或脾虚湿热为 CAG 的主要病机。陈一清<sup>[7]</sup>认为 CAG 以虚损为本，血瘀、湿为标。陈福如<sup>[8]</sup>对 178 例患者调查后认为该病为本虚标实，其中标实包含血瘀、气滞等。病变虚实夹杂，病位在胃，可涉及其他脏器。蔡春江等<sup>[9]</sup>认为毒和浊既是病理产物，也是致病因素。张杰等<sup>[10]</sup>认为慢性萎缩性胃炎的病因病机复杂，其产生主要为“毒邪”所致，致病因素中的物理、化学等因素均属于“毒邪”范畴且人体内的湿热、瘀血等病理产物日久可生毒。王汝新等<sup>[11]</sup>亦提出脾肾两脏虚损，又遭受邪气侵袭，致胃血络淤阻导致胃固有腺体萎缩。何氏<sup>[12]</sup>认为该病病因可归为以下几方面：一是饮食不节；二是情志不舒；三是久病，累及后天之本；四为感受外邪，治疗不当，病邪内传至中焦，使脾升胃降功能失常而成本病；五是脾胃素虚。姚保泰<sup>[13]</sup>亦提出胆汁反流入胃可致病。

## 1.2 临床分型及中医治法研究

### 1.2.1 辨证论治研究

临床诸家对 CAG 的治疗从不同角度多有研究，从临床经验辨证论治，各有说辞，有的从标论治，有的从本论治，临床中亦能取得一定的疗效。辩证治疗能充分根据患者的具体病情，不同体质进行施治。马祥洲<sup>[14]</sup>将 CAG 进行辨证分型论治如下：肝胃不和型，主症 胃脘胀满，疼痛连胁，暖气频频，嘈杂吞酸，舌苔薄黄，脉细而弦，治以疏肝和胃，理气止痛为法则，采用柴胡疏肝散化裁；脾胃阳虚型，主症 胃脘隐痛，痞闷不适，喜温喜按，空腹痛甚，神疲无力，大便不成形，舌淡，苔薄白，脉迟而缓，治以温中健脾养胃止痛为法则，用黄芪建中汤化裁；脾胃阴虚型，主症 胃脘隐痛或有灼热感，饥不欲食，口燥咽干，干呕呃逆，大便干结，小便短少，苔薄少，舌红少津，脉细

偏数，当滋阴养胃缓急止痛，方选养胃汤加减；脾胃湿热型，主症 胃脘胀痛明显，食后尤甚，肢倦体乏，暖气不爽，大便黏滞不畅，口渴，尿黄，苔黄腻，舌质红，脉弦滑，治疗以清热化湿为法，方选连朴饮加减。刘忠伟<sup>[15]</sup> 将 CAG 分为：肝气犯胃证、脾虚湿热证、脾胃阳虚证、胃阴亏虚证及气血两虚型等，分别选用柴胡疏肝散化裁、参苓白术散合二妙散化裁、理中丸合丹参饮化裁、麦门冬汤化裁、八珍汤合丹参饮化裁等进行治疗。单氏等<sup>[16]</sup>将 CAG 辨为 5 型，即气虚血瘀型、中阳不足型、胃阴亏耗型、肝郁气滞型、湿热蕴中型，分别选用补中益气汤合丹参饮加味，小建中汤或理中汤合生化汤、失笑散加减，益胃汤合通幽汤化裁，四逆散、柴胡疏肝散合失笑散、丹参饮，黄芩滑石汤合没药散加减进行治疗。陈良金<sup>[17]</sup>将 CAG 分为 6 型：①肝胃失和，治以疏肝和胃为法则，方选用柴胡疏肝散加减；②胃阴不足，治宜养阴护胃为主，常选用益胃汤或沙参麦冬汤加减；③脾胃阳虚，治宜健脾补阳气为主，用黄芪建中汤加减；④脾胃湿热，治宜清利湿热，通利三焦为主，方选三仁汤化裁；⑤气滞痰阻，治宜行气化痰，方选香砂枳术丸加减；⑥瘀阻胃络型，治宜化瘀理胃为主，方用失笑散合丹参饮加减。严西昌等<sup>[18]</sup>将 CAG 辨证分型论治如下：①饮食停滞证，治以消食导滞，方用保和丸化裁，方药用山楂、神曲、莱菔子、半夏、陈皮、茯苓、连翘、枳实、砂仁、槟榔等。②肝气犯胃证，治宜疏肝理气和胃，方用柴胡疏肝散化裁，方药用柴胡、郁金、香附、当归、白芍、陈皮、枳壳、苏梗、木香、佛手、砂仁、甘草、丹参、元胡等。③脾胃气虚证，治宜健脾益气，在补中益气汤基础上临证加减，方药可用黄芪、生地、党参、白术、豆蔻、茯苓、当归、陈皮、石斛等。④胃阴不足证，治以养阴益胃，方选沙参麦冬汤化裁，方药用沙参、知母、麦冬、太子参、鳖甲、五味子、鳖甲、玉竹等。⑤胃络瘀滞证，治以活血化瘀，方用膈下逐瘀汤化裁，方药用五灵脂、枳壳、当归、川芎、红花、桃仁、香附、丹皮、延胡索、赤芍等。赵氏等<sup>[19]</sup>将 CAG 患者分为脾胃虚弱证、中焦瘀阻证及胃阴不足证行辨证治疗。结果表明治疗效果明显。

### 1.2.2 专方专药研究

运用专方专药治疗 CAG 充分体现了中医辨病论治的原则，药物在深入并治疗病灶的同时，尚能调理人体整体环境，辨病论治在临床中亦能取得一定的疗效。肖旺东<sup>[20]</sup>运用补阳化痰汤治疗 CAG 58 例。结果：总有效率为 93.11%。胡美兰<sup>[21]</sup>用补中康胃汤同时联合食疗治疗 CAG 患者，结果：胃镜及病理总有效率治疗组比对照组高出 17.9%；

治疗结果比较差异有显著性差异( $P<0.05$ )。成坤等<sup>[22]</sup>采用当归芍药汤加味治疗 88 例 CAG 患者,方药组成为:当归、黄芪、白芍、白术、金钱草、茯苓、吴茱萸、黄连、川楝子、鸡内金等,和对照组比较疗效差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。李佃贵等<sup>[23]</sup>采用化浊解毒和胃方治疗 55 例 CAG 患者,治疗 6 个月后观察结果。结果病理疗效治疗组较对照组治愈率高。孙大伟<sup>[24]</sup>用健脾养胃化瘀汤加减治疗 CAG 患者 33 例,对照组 32 例口服胃复春片治疗,治疗 16 周后,治疗组总有效率比对照组高 17.2%,两者比较有显著统计学差异( $P<0.05$ )。张延芬<sup>[25]</sup>将 80 例患者随机均分为两组,治疗组经安胃汤治疗后其总有效率是 92.15%;对照组予养胃冲剂治疗后临床总有效率为 70.10%,比治疗组低 22.05%。两组治疗比较,差异具有显著性( $P<0.05$ )。吴宇金<sup>[26]</sup>将 80 例患者随机分为 2 组,治疗组 40 例给予半夏泻心汤治疗,对照组 40 例予胃复春片口服。均以 3 个月为 1 个疗程,共治疗 2 疗程。观察 2 组临床症状改善情况及病理检查胃黏膜腺体萎缩、肠上皮化生、异型增生和幽门螺杆菌(HP)感染的变化。结果:治疗组治疗结果均优于对照组( $P<0.05$ )。王玲玲等<sup>[27]</sup>将 151 例 CAG 患者随机治疗组(76 例)和对照组(75 例),对照组予化瘀消萎汤治疗,每天一剂,分两次口服,对照组给予维酶素片治疗,lg 3 次/d。治疗 6 个月后,观察两组的临床疗效、症候积分的改变及胃镜的变化。结果:治疗组治疗疗效明显优于对照组( $P<0.05$ )。熊有明等<sup>[28]</sup>用健脾活血消萎汤治疗 45 例 CAG 患者,对照组服用胃复春治疗,两组均治疗 150 天后,观察疗效。结果:健脾活血消萎汤治疗 CAG 有明显临床效果。沈玉明<sup>[29]</sup>采用胃舒康治疗,总有效率 95.6%。

### 1.2.3 中西药结合治疗 CAG 的研究

大量研究资料表明,中西医结合治疗方法对此病确有较好的疗效。林一帆等<sup>[30]</sup>使 68 例脾虚血瘀型萎缩性胃炎和(或)伴有肠上皮化生(intestinal meta-plasia, IM)及异型增生(dysplasia, Dys)患者均服用甲硝唑与叶酸,其中三联组 34 例同时服用加味四君子汤(党参 9 g,白术 9 g,茯苓 9 g,五灵脂 8 g,川芎 8 g,白花蛇舌草 6 g,甘草 6 g),甲硝唑服用 1 周,其他服用至第 24 周,结果:三联组治疗后 COX-2 蛋白表达较对照组减弱( $P<0.01$ ),病理改变逆转优于对照组( $P<0.05\sim0.01$ )。张登峰<sup>[31]</sup>将 70 例病人,分为治疗组 36 例,对照组 34 例。对照组给予常规治疗:奥美拉唑胶囊 20 mg, 2/日,分早晚服;阿莫西林胶囊 0.5 g, Bid;甲硝唑片 0.4 g, Bid;叶酸 50 mg, Bid。治疗组运用常规治疗基础上加柴芍六君子汤合丹参饮加减治疗,药物组成:黄芪,黄芩,人参,柴胡,茯苓,白芍,白术,

木香, 丹参, 半夏, 当归, 砂仁, 檀香, 随症加减。结果: 治疗组总有效率明显较对照组高。邓玉宏<sup>[32]</sup>将164例CAG患者随机分为3组, 西药对照组54例, 予以法莫替丁、丽珠得乐(枸橼酸铋钾)、吗叮啉、Hp阳性者加甲硝唑, 阿莫西林常规治疗; 治疗组56例, 在西药对照组的基础上加服中药, 中药方为: 党参 白术 乌梅 山药各15g, 白芍 丹参 茯苓 莪术各10g, 炒柴胡 川楝子各6g, 甘草 黄连各5g等, 根据病情加减用药, 水煎服用, 日1剂, 分早晚两次服。中药对照组54例给予单纯中药治疗。药物的组织、剂量、加减、煎服法及疗程均与治疗组相同。结果: 治疗组总有效率比西药对照组高22.47%, 比中药对照组高13.22%。治疗组在疗效上明显优于其他两组 ( $P<0.05$ )。李仲禧<sup>[33]</sup>将186例CA患者随机分为两组, 治疗组服用西药基础上加中药汤剂治疗, 药用: 黄芪15~20 g 党参15~20 g 白术10~15 g 云苓10~15 g 陈皮10~15 g 半夏10~15 g 砂仁10~15 g 木香5~10 g 桂枝10~15 g 白芍10~15 g 甘草5~10 g 大枣5~10枚。每日服1剂, 总共服60付。另外加用西药治疗, 2月为1疗程。对照组单用治疗组中的西药治疗。结果: 治疗组的治疗疗效明显优于对照组( $P<0.01$ )。

综上所述, 现代医学迅速发展, 中医药对 CAG 的治疗在基础及实验研究方面均取得很大成效, 大量的临床实践证明了中医中药能明显逆转 CAG 病变所形成的胃黏膜腺体的萎缩, 中重度肠上皮化生与异型增生, 体现出了中医药在这方面的优势, 大大提高了治愈好转率, 但目前 CAG 的中医药研究还存在一些问题。首先是医者多根据自己的临床经验对 CAG 进行分型, 因而缺乏统一的分型标准; 其次, 目前各种统计资料多局限于近期疗效的观察, 缺少随访; 再次, 近似的、重复的研究较多, 对 CAG 的临床研究设计不够合理、严密。造成医药资源的浪费。故笔者认为今后对 CAG 的研究需着力建立一套规范的中医辨证论治体系, 还应提高医务人员的科研水平。

## 第 2 章 文献及临床的 CAG 中医证候研究

CAG 在临床上属多发病及常见病，且与胃癌关系密切。早发现并早治疗该病对于降低胃癌的发病率及死亡率有很重要的意义。中医药对此病的研究已历经了多年，随着现代化先进的研究手段在中医、中药方面的应用，近年来中医医者在诊治 CAG 方面不断探索并呈现出一些新的特点，亦取得了一些有非常重要意义的研究成果。但是我国目前的现状是 CAG 中医证候标准的制定尚不统一，临床辨证分型多种多样，各有各的依据，从而大大制约了中医药对本病治疗的规范性和有效性。本课题研究从文献研究和临床病例观察研究两部分出发，通过整理历年文献和采用临床病例研究的方法，一方面进行统计分析近年来相关文献中 CAG 的中医证候特点，另一方面在临床病例中收集患者的一般资料、中医症状、伴或不伴肠上皮化生和/或异性增生等相关资料，运用统计方法对 CAG 中医证候特点作出分析，统计分析伴或不伴肠上皮化生和/或异性增生和中医证候的相关性，希望能为后续建立 CAG 新型中医诊治指南等相关研究提供一些参考。

### 2.1 基于文献资料的 CAG 中医证候研究

#### 2.1.1 研究目的

通过对相关文献有关数据的整理、分析，来总结归纳 CAG 的主要中医证型及辨证用药，为临床治疗该病提供参考。

#### 2.1.2 材料与方法

##### 2.1.2.1 文献收集方法

选取 2002-2014 年的各个中文数据库报道的辨证治疗 CAG 的临床研究文献。

##### 2.1.2.2 文献纳入标准

- (1) 有关临床试验性的研究；
- (2) 有关病例对照的研究；
- (3) 有关对临床病例系列观察的研究；
- (4) 有关用药经验的总结；
- (5) 有关学术探讨和交流。



### 2.1.2.3 文献排除标准

- (1) 文献中未涉及辨证分型及辨证用药的。
- (2) 辨证分型术语不够规范，难以提取者。

### 2.1.2.4 文献筛选及资料提取

按以上的标准，严格筛选相关文献，建立 Excel 表格，录入文献中的资料。

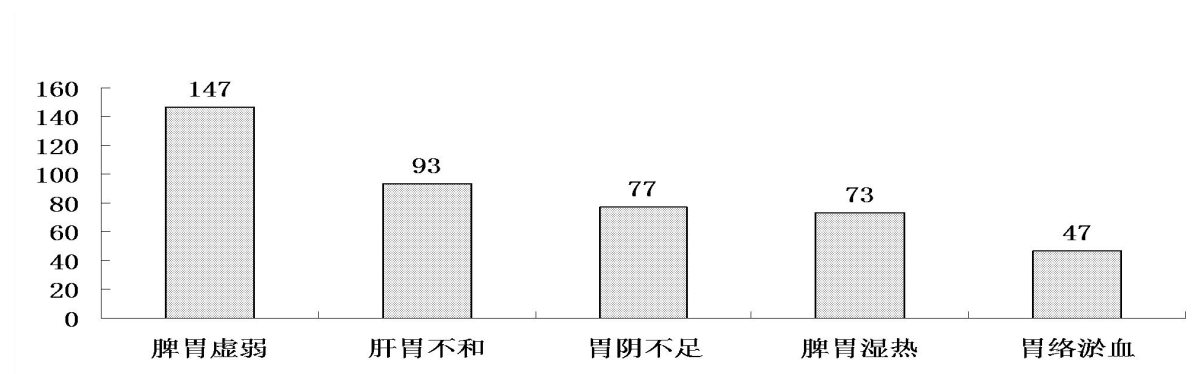
### 2.1.2.5 数据统计分析

应用 SPSS16.0 统计软件来进行分析，其中病机、病位、证候类型、证候要素以及用药都为计数资料，频数及其构成比作为统计描述，记录频次超过证型总数 10%以上的药物并简要分析。

## 2.1.3 结果

本研究共纳入的 140 篇文献中共计有 440 条辨证用药数据。传统中医学从古代到现代经历了各种发展与变迁，造成了对中医术语的描述多种多样及杂乱无章，这样就给人们继承及发展传统中医带来了很大不便，对中医理论的总结与升华造成困难。通过分析，我们发现历代医家对该病临床表现和证型用词描述、名称繁杂多样，无统一的标准，致同义多名的情况，因而对证候的理解也各有看法。通过对文献的分析，对该病的中医证型描述大致有 30 多种，同一证型的描述有多种，且存在一定差异。考虑到统计分析的方便，我们将文献中所述中医证型进行统一归类，设立了归类原则：1、疾病病因、病机、病位、病性相同的归为一类的原则；2、参照国家标准《中医临床诊疗术语》的名称归类原则规范文献中提到的中医证型名称。

### 2.1.3.1 辨证分型



注：脾胃虚弱证中包含脾胃虚寒证、脾胃气滞证、气阴两虚证，肝胃不和证中包含肝

胃郁热证、肝气犯胃证，脾胃湿热证包含湿浊中阻证。

图 1 CAG 五种主要的证候类型

由图 1 可见，CAG 中主要有五种证型最为常见，依次为脾胃虚弱证、肝胃不和证、胃阴不足证、脾胃湿热证、胃络瘀血证。

### 2.1.3.2 五种常见的证型用药

对出现频次大于 10%以上的药物纳入分析，各证型用药见表 1。

表 1 五种常见证型用药分布

| 药物    | 频次  | 药物    | 频次 | 药物    | 频次 | 药物    | 频次 | 药物    | 频次 |
|-------|-----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|
| 脾胃虚弱证 |     | 肝胃不和证 |    | 胃阴不足证 |    | 脾胃湿热证 |    | 胃络瘀血证 |    |
| 炒白术   | 108 | 柴胡    | 68 | 麦冬    | 66 | 制半夏   | 52 | 蒲黄    | 52 |
| 茯苓    | 98  | 香附    | 66 | 北沙参   | 65 | 黄连    | 48 | 五灵脂   | 31 |
| 生黄芪   | 97  | 白芍    | 62 | 生地黄   | 64 | 豆蔻    | 43 | 丹参    | 30 |
| 半夏    | 95  | 枳壳    | 60 | 枸杞子   | 63 | 茯苓    | 43 | 檀香    | 29 |
| 砂仁    | 84  | 元胡    | 59 | 川楝子   | 60 | 陈皮    | 42 | 砂仁    | 28 |
| 陈皮    | 72  | 川楝子   | 57 | 玉竹    | 59 | 甘草    | 35 | 赤芍    | 28 |
| 白芍    | 60  | 陈皮    | 56 | 黄精    | 58 | 梔子    | 30 | 延胡索   | 22 |
| 木香    | 55  | 白术    | 55 | 天花粉   | 57 | 白术    | 29 | 玉竹    | 21 |
| 当归    | 54  | 佛手    | 54 | 石斛    | 55 | 丹参    | 24 | 党参    | 20 |
| 香附    | 53  | 当归    | 53 | 白芍    | 53 | 黄芩    | 22 | 白术    | 19 |
| 枳壳    | 50  | 川芎    | 52 | 当归    | 49 | 厚朴    | 20 | 黄芪    | 18 |
| 厚朴    | 49  | 半夏    | 43 | 丹参    | 45 | 石菖蒲   | 19 | 当归    | 15 |
| 丹参    | 47  | 丹参    | 40 | 厚朴    | 30 | 姜黄    | 18 | 莪术    | 15 |
| 石斛    | 44  | 莪术    | 36 | 香附    | 28 | 竹茹    | 17 | 三七    | 14 |
| 元胡    | 35  | 郁金    | 34 | 元胡    | 18 | 党参    | 15 | 生地    | 14 |
| 高良姜   | 34  | 茯苓    | 31 | 陈皮    | 15 | 柴胡    | 15 | 麦冬    | 13 |
| 玉竹    | 32  | 石斛    | 29 | 枳壳    | 14 | 香附    | 14 | 香附    | 13 |
| 党参    | 30  | 玉竹    | 28 | 桃仁    | 13 | 枳壳    | 13 | 白芍    | 12 |
| 荷梗    | 30  | 党参    | 27 | 火麻仁   | 11 | 苏梗    | 11 | 川芎    | 11 |

表 1 五种常见证型用药分布 (续)

|     |    |     |    |    |    |     |    |    |    |
|-----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|
| 小茴香 | 29 | 金钱草 | 18 | 党参 | 10 | 金钱草 | 10 | 枳壳 | 10 |
| 麦芽  | 28 | 黄连  | 14 | 山药 | 10 | 麦芽  | 9  | 黄连 | 8  |
| 鸡内金 | 25 | 焦三仙 | 12 | 麦芽 | 8  | 山楂  | 9  | 神曲 | 7  |

由表 1 可见,脾胃虚弱证常用香砂六君子汤化裁,在补益脾胃扶中的同时还配伍有其他药物;肝胃不和证常用柴胡疏肝散合金铃子散化裁,在疏肝理气的同时还配伍其他药物;胃阴不足证常用一贯煎或沙参麦冬汤化裁,在滋养胃阴的同时还配伍有其他药物;脾胃湿热证常用清中汤化裁,在清利湿热的同时还配伍有其他药物;胃络瘀血证常用丹参饮或失笑散化裁,在活血化瘀的同时还配伍有其他药物。所以,对于 CAG 主要的各个证型的治疗,并没有完全按所辨的证治疗,而是在证的基础上有加减。

## 2.2 临床病例观察的 CAG 中医证候研究

### 2.2.1 研究目的

本课题通过对 100 例 CAG 患者中医证候特征的调查研究,对 CAG 的发病特点、中医证候与不同病理变化的相关性进行分析。

### 2.2.2 研究对象与方法

#### 2.2.2.1 研究对象

诊断明确的 100 例 CAG 患者,均来自解放军第 252 医院消化内科和中医科的门诊和住院部。按统一研究的方案收集。病例的选取时间为 2013 年 8 月 1 日至 2014 年 7 月 30 日。由中医主治以上医师对所观察病例进行中医辨证,按患者实际表现证型结果如实记录。

#### 2.2.2.2 研究方法

设计统一的 CAG 中医证候研究表格进行观察,记录内容包括患者基本信息、患者症状、胃镜下所见及诊断、病理变化、舌脉象等,客观的收集相关数据,详实填写观察表格,最后进行统计分析。

通过综合分析 CAG 患者四诊资料,依据中医基础理论和“证”相关临床判断标准,由中医主治以上医师对纳入病例进行中医辨证,记录患者客观中医证型。

### 2.2.2.3 病例纳入标准

凡符合中医辨证标准和西医诊断标准的 CAG 伴或不伴 IM 和/或 Dys 患者。

### 2.2.2.4 诊断标准

#### 2.2.2.4.1 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（试行）及相关文献制订<sup>[34-35]</sup>。

#### 2.2.2.4.2 西医诊断标准

参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》制订<sup>[36]</sup>

#### 2.2.2.4.3 胃镜诊断标准<sup>[36]</sup>

胃部黏膜为苍白、灰白或者灰黄色，呈红白相间，以白为主；黏膜下血管显露可见；黏膜皱襞变平或者消失；黏膜粗糙不平，部分甚至呈现颗粒状或者结节状改变。

#### 2.2.2.4.4 腺体萎缩病理组织学分度标准<sup>[36]</sup>

轻度：2/3 以上的正常胃固有腺体数仍然保留；

中度：正常胃固有腺体数在 1/3-2/3 之间，且分布不规整；

重度：小于 1/3 胃正常固有腺体数仍然保留。

#### 2.2.2.4.5 肠上皮化生病理组织学分度标准

应区分小肠化生和大肠化生。

轻度：2/3 以上胃粘膜无肠化表面上皮和/或腺体；

中度：1/3~2/3 胃粘膜无肠化表面的上皮和/或腺体；

重度：1/3 以下胃粘膜无肠化表面的上皮和/或腺体。

### 2.2.2.5 中医相关辨证标准

参照中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会所制定慢性胃炎中西医结合诊断标准（1989 年 11 月 10 日南昌）

辨证分型

脾胃虚弱型：

主证：（1）胃痛隐隐；（2）胃痛喜揉按喜温；（3）食后脘腹满闷；（4）纳呆不欲食；（5）便溏；（6）神疲乏力，四肢酸软。

次证：（1）胃粘膜可见呈红白相间以白为主；（2）粘液稀薄而量多；（3）胃酸偏低。

舌象脉象：脉细弱；舌淡苔薄白。

证型确定：(1)具备主证 中 3 项，舌脉象基本上符合；(2)具备主证中 2 项和次证 1 项，舌脉象基本上相符合即可确定。

肝胃不和型：

主证：(1)胃脘胀痛和两胁疼痛；(2)嗳气频发；(3)胃脘嘈杂泛酸。

次证：(1)胃粘膜可见呈急性活动性的炎症；(2)胆汁有反流。

舌象脉象：舌淡苔薄白；脉弦。

证型确定：(1)具备主证中的 2 项，舌脉基本上符合；或 (2)同时具备主证中 1 项和次证 中 1 项，舌脉象基本上相符合即可确定。

脾胃湿热型：

主证：(1)胃脘痛剧伴灼热感；(2)口苦、口干、口臭；(3)大便不畅、色黄，尿黄；(4)脘腹胀闷，渴而不欲饮。

次证：胃粘膜可见呈急性、活动性的炎症，充血糜烂明较重。

舌象脉象：舌红苔黄腻，脉滑而数。

证型确定：(1)具备主证中 2 项，舌脉基本上相符合；或 (2)具备主证 中 1 项及次证，舌脉象基本上相符合即可。

胃阴不足型：

主证：(1)胃脘灼痛隐隐；(2)口燥咽干；(3)大便干结。

次证：(1)胃粘膜可见片状呈红白相间，粘膜较正常薄； (2)胃粘膜干且粘液较正常量少；(3)胃酸分泌减少。

舌象脉象：舌红少津，脉细而数。

证型确定：(1)具备主证 中的 2 项及舌脉象中的 1 项，或 (2)具备主证中 1 项及次证中 2 项，舌脉象基本上相符合即可。

胃络淤血型：

主证：(1)胃脘疼痛，似针刺，痛有定处，拒按；(2)胃脘疼痛持久，食后加重，入夜为重；(3)大便潜血实验阳性或可见吐血、黑便。

次证：胃镜下胃粘膜可见充血肿胀，同时伴有淤斑或出血点。

舌象脉象：舌暗红，或紫黯，或可见有淤斑，脉涩。

证型确定：(1)具备主证中 2 项，舌脉象基本上相符合；(2)具备主证中的 1 项并次

证，舌脉基本上相符合即可。

## 2.2.2.6 数据的整理及统计方法

### 2.2.2.6.1 数据整理

对资料完整的病例进行数据录入及统计分析。设计EXCEL表格，录入初始数据，建立数据库并对资料进行分析。

### 2.2.2.6.2 统计方法

计数资料用频数及其构成比表示。采用 SPSS16.0 统计软件对数据资料进行统计学分析，分析相关数据是否存在统计学意义， $P < 0.05$  为有统计学意义。计数资料之间比较采用  $\chi^2$  检验。

## 2.2.3 结果

### 2.2.3.1 临床资料的分布

#### 2.2.3.1.1 年龄及性别分布

表 2 100 例患者年龄及性别的构成情况

| 年龄（岁） | 女性 |       | 男性 |       | 合计  |        |
|-------|----|-------|----|-------|-----|--------|
|       | 例数 | %     | 例数 | %     | 例数  | %      |
| <35   | 2  | 2.00  | 2  | 2.00  | 4   | 4.00   |
| 35~50 | 9  | 9.00  | 15 | 15.00 | 24  | 24.00  |
| 50~65 | 17 | 17.00 | 21 | 21.00 | 38  | 38.00  |
| >65   | 14 | 14.00 | 20 | 20.00 | 34  | 34.00  |
| 合计    | 42 | 42.00 | 58 | 58.00 | 100 | 100.00 |

由表 2 可见，本研究共调查 100 名患者，男性 58 人(占 58.0%)，女性 42 人(占 42.0%)，性别比例男性：女性为 1.38：1。小于 35 岁的患者所占比例最低为 4.00%，35~50 岁患者所占比例为 24.00%，以 50~65 岁患者所占比例最高为 38.00%。

#### 2.2.3.1.2 病程分布

表 3 100 例 CAG 患者的病程的构成情况

| 病程 | 例数 | 构成比（%） |
|----|----|--------|
| <1 | 9  | 9.00   |

表 3 100 例 CAG 患者的病程的构成情况 (续)

|      |     |        |
|------|-----|--------|
| 1~5  | 29  | 29.00  |
| 5~10 | 22  | 22.00  |
| ≥10  | 40  | 40.00  |
| 合计   | 100 | 100.00 |

由表 3 可见, 100 例患者病程为 10 年或以上者所占比例最高为 40.00%, 其次是病程 1~5 年的患者所占比例为 29.00%。

#### 2.2.3.1.3 病理表现与病程构成

表 4 100 例 CAG 患者病理表现和病程构成情况

| 病程   | CAG 伴有 IM 和/或 Dy |    | 合计  | IM 和/或 Dy 比例% |
|------|------------------|----|-----|---------------|
|      | 无                | 有  |     |               |
| <1   | 8                | 1  | 9   | 11.11         |
| 1~5  | 27               | 2  | 29  | 6.90          |
| 5~10 | 15               | 7  | 22  | 31.82         |
| ≥10  | 17               | 23 | 40  | 57.5          |
| 合计   | 67               | 33 | 100 | 33.00         |

由表 4 可见, 病程在 1~5 的患者伴有 IM 和/或 Dy 的比例最低为 6.90%, 病程小于 1 年的患者伴有 IM 和/或 Dy 的比例为 11.11%, 而病程为 10 年或以上者伴有 IM 和/或 Dy 的比例最高为 57.5%。

#### 2.2.3.1.4 Hp 感染与病程构成

表 5 100 例 CAG 患者 Hp 感染和病程构成情况

| 病程   | HP 感染 |    | 合计 | 感染率<br>(%) |
|------|-------|----|----|------------|
|      | 有     | 无  |    |            |
| <1   | 6     | 3  | 9  | 66.67      |
| 1~5  | 14    | 15 | 29 | 48.28      |
| 5~10 | 14    | 8  | 22 | 63.64      |
| ≥10  | 10    | 30 | 40 | 25.00      |

表 5 100 例 CAG 患者 Hp 感染和病程构成情况（续）

|    |    |    |     |       |
|----|----|----|-----|-------|
| 合计 | 44 | 56 | 100 | 44.00 |
|----|----|----|-----|-------|

由表 5 可见,病程小于 1 年的患者 HP 感染率最高为 66.67%,其次是病程 5~10 年的患者 HP 感染率为 63.64%,病程 1~5 年的患者 HP 感染率为 48.28%,病程 10 年或以上者 HP 感染率最低为 25.00%。

#### 2.2.3.1.5 不同病理变化与证型分布

表 6 不同病理变化与证型分布

| 病理          |     | 证 型  |      |      |      |      | 总计  |
|-------------|-----|------|------|------|------|------|-----|
|             |     | 脾胃   | 肝胃   | 脾胃   | 胃阴   | 胃络   |     |
|             |     | 虚弱   | 不和   | 湿热   | 不足   | 瘀血   |     |
| 伴 IM 和/或 Dy | 例数  | 6    | 5    | 6    | 5    | 12   | 34  |
|             | %病理 | 17.7 | 14.7 | 17.7 | 14.7 | 35.3 | 100 |
|             | %证型 | 26.1 | 23.8 | 30   | 26.3 | 70.6 | 34  |
|             | %总计 | 6    | 5    | 6    | 5    | 12   | 34  |
| 无 IM 和/或 Dy | 例数  | 17   | 16   | 14   | 14   | 5    | 66  |
|             | %病理 | 25.8 | 24.3 | 21.2 | 21.2 | 7.6  | 100 |
|             | %证型 | 73.9 | 76.2 | 70   | 73.7 | 29.4 | 66  |
|             | %总计 | 17   | 16   | 14   | 14   | 5    | 66  |
| 总计          | 例数  | 23   | 21   | 20   | 19   | 17   | 100 |
|             | %病理 | 23   | 21   | 20   | 19   | 17   | 100 |
|             | %证型 | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100 |
|             | %总计 | 23   | 21   | 20   | 19   | 17   | 100 |

注:  $\chi^2=12.398$       自由度=5      P=0.015



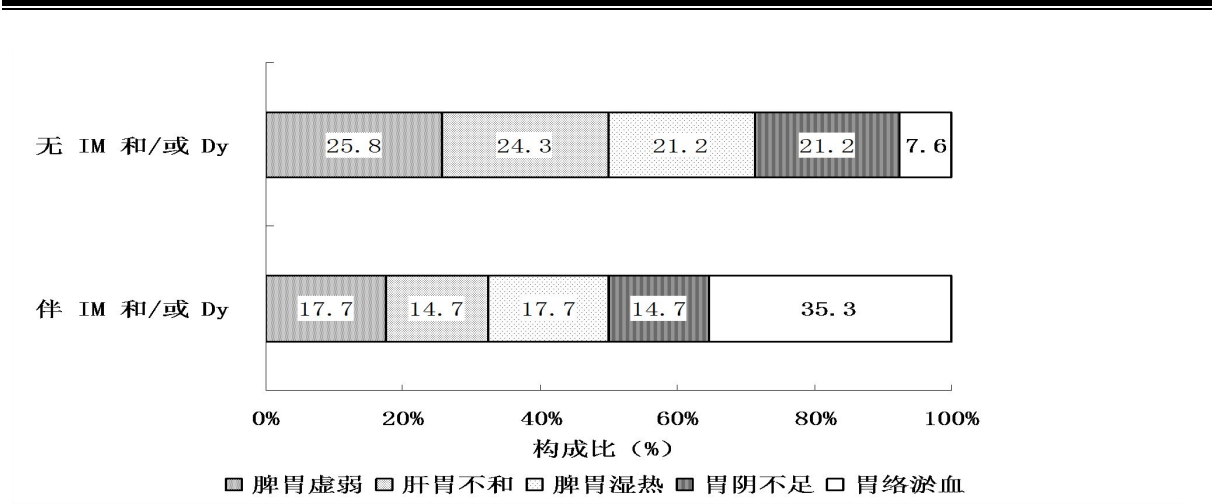


图 2 不同病理变化证型分布

由表 6、图 2 可见，经  $\chi^2$  检验， $P<0.05$ ，两组差别具有统计学意义，即两组中医证候分布差异有显著性。不同病理改变与证型关系：本组 CAG 患者中，不伴 IM 和/或 Dy 者以脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证等证型为主；伴有 IM 和/或 Dy 者以胃络瘀血证为主。

2.2.3.2 证候分布

2.2.3.2.1 症状分布的特点

对 100 份患者的症状进行频数统计，选取出现频率在 10% 及以上的症状进行下一步分析。

表 7 CAG 患者症状分布特点

| 症状    | 例数 | 构成比(%) | 症状    | 例数 | 构成比(%) |
|-------|----|--------|-------|----|--------|
| 胃脘胀满  | 86 | 86     | 胸骨后不适 | 42 | 42     |
| 胃脘疼痛  | 81 | 81     | 脉弦    | 40 | 40     |
| 烧心    | 79 | 79     | 舌胖大   | 38 | 38     |
| 暖气    | 77 | 77     | 恶心    | 35 | 35     |
| 食欲减退  | 74 | 74     | 反酸    | 31 | 31     |
| 口干    | 70 | 70     | 乏力    | 27 | 27     |
| 大便不成形 | 65 | 65     | 口粘    | 24 | 24     |
| 口苦    | 63 | 63     | 呕吐    | 16 | 16     |
| 脉弱    | 60 | 60     | 口涩    | 15 | 15     |

表 7 CAG 患者症状分布特点 (续)

|      |    |    |     |    |    |
|------|----|----|-----|----|----|
| 脉细   | 57 | 57 | 背痛  | 13 | 13 |
| 舌淡   | 53 | 53 | 消瘦  | 12 | 12 |
| 畏生冷  | 50 | 50 | 脉涩  | 11 | 11 |
| 苔腻   | 47 | 47 | 苔稍黄 | 10 | 10 |
| 无饥饿感 | 45 | 45 | 舌红  | 10 | 10 |
| 脉滑   | 44 | 44 |     |    |    |

由表 7 可见, 所收集 100 例 CAG 患者的症状主要是胃脘胀满、胃脘疼痛、烧心、暖气食欲减退、口干、大便不成形、口苦、脉弱等, 其次还有呕吐、口涩、背痛、消瘦等症状。

#### 2.2.3.2.2 中医的宏观辨证证型分布:

表 8 100 例患者中医证候分布

| 证型    | 例数  | 构成比 (%) |
|-------|-----|---------|
| 脾胃虚弱证 | 23  | 23      |
| 肝胃不和证 | 21  | 21      |
| 脾胃湿热证 | 20  | 20      |
| 胃阴不足证 | 19  | 19      |
| 胃络淤血证 | 17  | 17      |
| 合计    | 100 | 100     |

注:脾胃虚弱证中包含脾胃虚寒证、脾胃气滞证、气阴两虚证, 肝胃不和证中包含肝胃郁热证、肝气犯胃证, 脾胃湿热证包含湿浊中阻证。

表 8 可见, 本研究 100 例 CAG 患者中医宏观辨证证候分布以脾胃虚弱证最为多见占 23%, 其次为肝胃不和证占 21%, 脾胃湿热证占 20%, 胃阴不足证占 19%, 胃络淤血证最为少见占 17%。

## 第3章 讨论

根据文献分析和临床研所得出的 CAG 证候分布规律及辨证用药规律,通过对是否伴 IM 和/或 Dys 和 CAG 中医证候相关性的数据及临床病例资料特点的分析,结合相关理论知识,本课题从以下几个方面进行讨论:

### 3.1 CAG 主要证型分布情况分析

文献分析及临床研究发现,CAG 主要有五种证型即脾胃虚弱证、肝胃不和证、胃阴不足证、脾胃湿热证、胃络淤血证。脾胃虚弱者在两种研究中均最多;肝胃不和证型在文献研究及临床研究中,都具其次,临床研究中脾胃湿热证较胃阴不足证多,而文献研究中胃阴不足证多于脾胃湿热证;在文献研究及临床研究中,胃络淤血证所占比例均最少。

CAG 在长期的致病因素的作用下形成,病程较长,在慢性的经过中,饮食不节,偏嗜烟酒,情志内伤,劳逸失常和反复而持续的外邪侵袭(特别是 HP 感染),最终导致脾胃虚损,根据中医理论“正气存于内,则邪不可干”、“邪之所以凑,其气必虚”、“四季脾旺不受邪”,若脾气不旺,则胃粘膜的防护功能较正常减弱,各种外邪则乘机而入。脾胃两虚,不能驱邪外达,正邪相持,致疾病反复不愈,进一步的损伤脾胃,使虚者更虚,因而脾胃虚弱证多见。

由于时代的变迁,生活节奏明显的加快,现代社会学习、工作压力大,社会竞争激烈,焦虑、抑郁情绪更加普遍。现今许多疾病不仅仅是器质性因素,精神性因素在促使疾病的发生、发展过程亦有很大作用,在疾病反过来又会加重焦虑症状<sup>[37]</sup>,在临床实践中,我们发现 CAG 的患者常伴有精神上不安的临床症状;该病局部表现为胃粘膜及腺体萎缩,粘膜变薄为特征<sup>[38]</sup>,属中医胃脘痛、痞满等范畴。其病因病机复杂多样,多与饮食不节,情志不畅有关。其病位在胃,与肝脾密切相关。现代经济日趋发展,人们的各种压力也较前加大,精神因素也促使了该病的发生。肝胃不和型慢性萎缩性胃炎在临床中也呈现上升趋势。思虑焦灼,情志不畅,气机逆乱,郁而伤肝,肝失于疏泄,横逆犯胃,肝胃失和,故发为胃脘胀痛,嗳气、纳呆、乏力,大便不爽等为主要临床表现的一类病变。

《金匱要略·禽兽鱼虫禁忌》中说“凡饮食滋味,用于养生,食之有妨,反而能为

害”，若饮食失当，必然伤脾碍胃。脾胃一伤，则百病随之而来。我国古代的医家很早就意识到了饮食平衡的重要意义所在，强调饮食要合理搭配。《饱生要录》：指出“所好之物不可一味偏耽，偏耽则易伤而生疾；所不喜欢之味不可全弃，若全弃则脏气不均”。适量的饮酒虽可以舒筋活络，但是大量饮酒则可容易造成疾病，酒性既热又湿过度的饮酒可损失脾胃，易酿生湿热。《内经》中说：“酒者是水谷之精，熟谷之液，其气彪悍，入于胃之中，胃胀，气上逆，满于胸之中，肝浮胆横”。过度食肥甘厚味致病在古代的文献中也有论述。《素问》：“肥者易令人内热，甘者易令人中满”。《潜斋医话》：“肥甘厚味过度，每发痼疽，酒肉充于肠，必滋秽浊，熏蒸为火，易凝聚成痰”。今人由于物质生活极大丰富，经常嗜食肥厚酒酪，或辛辣刺激食物，易生湿热。所以，临床研究中脾胃湿热证较文献研究中增多。

文献研究发现，各医家对 CAG 的分型存在较大差异，缺乏客观统一标准，且治疗中并未完全按照证候类型辨证用药治疗，而是在主要方剂基础上，增减药物。例如在治疗脾胃虚弱证的患者时所应用药物除了补益脾胃的药物外，还加入了其他几种药物，在治疗胃络瘀阻证的患者时除应用活血化瘀药外，还配伍了其他药物，同时证型之间又相互夹杂、融合。随着现代医疗检查技术的发展，单纯辨证论治显露出很大弊端<sup>[39]</sup>：临床上存在无症状可辨者或症状描述不完整者；症状描述因人而异；四诊手段具有局限性等。所以，辨证治疗不能规范的指导治疗且单纯的给予宏观辨证治疗该病，疗效缺乏肯定性。还需探索其他治疗方法。

### 3.2 不同病理变化的证型分布情况分析

本研究表明不伴 IM 和/或 Dy 的 CAG 中医证候以脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证为主，伴有 IM 和/或 Dy 的 CAG 以胃络瘀血证为主。该病常由慢性浅表性胃炎发展而来，病情反复发作，迁延日久难愈并具有进展性，后期严重时可伴有 IM 和/或 Dy，甚至癌变。《金匱要略》指出腹部并不满，但其人言我满，是因为有瘀血的存在；《诸病源候论·诸痞候》也认为痞证是由“营卫失调，阴阳相互作用出现异常，致血气不畅，不得宣通”所致；胃腺体萎缩致胃津不足，不能正常濡润胃络，致血行迟缓，瘀血停于内；可见，该病存在局部血瘀的病理变化。脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证及胃阴不足证，虽存在胃络血瘀的局部微观变化，但仍不能影响到人体整体环境，不能体现胃络瘀血的宏观辨证表现即胃脘部刺痛、且痛有定处，舌淡紫、舌下的

脉络瘀紫、脉象弦而涩等。说明疾病的微观表现有隐到显、有微到著、有内到外、有局部病灶影响到整体环境都并非一朝一夕能形成，需要一定的疾病演变进展过程。且疾病的任何一个证型的形成是一个动态的症候群演变的结果，CAG 胃络淤血证也不例外，最初时各种致病的因素引起胃腑血运不畅通，随着疾病的迁延反复出现血液停留堆积现象，可见血瘀的形成是有缓到重的过程，随着病程的延长和疾病的进展才会出现胃络淤血证的宏观辨证表现。CAG 的微观血瘀是随 CAG 的形成、进展而由轻到重、由浅入深，直至影响到人体整体环境。《素问·痹论》阐明：“疾病反复不愈，病情加重，荣卫之行不畅通，则经络不通。”指出了久病致淤的病机。根据以上阐述，可知宏观辨证的证型与局部病灶病机特点会出现不一致的现象。

### 3.3 CAG 中医证候整体辨证与局部微观病灶特点矛盾现象分析

通过研究可知，不伴有 IM 和/或 Dy 的患者主要有脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证，而伴有 IM 和/或 Dy 的患者主要以胃络淤血证为主，说明 CAG 局部微观病变特点在一定程度能反映、提示整体宏观辨证的病机，并影响整体宏观辨证类型。同时，通过传统四诊资料得到的整体宏观辨证分型，和局部微观病变提示的病机，在临床上有一定分离现象，不完全一致。例如即使伴有 IM 和/或 Dy 的患者，在宏观辨证时，也有时并不表现出胃络淤血证的特点而表现为其他证候特点。导师在临床治疗中发现脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证中亦有伴有 IM 和/或 Dy 的患者，与临床研究结果相符，对此，本课题结合导师治疗该病临床经验针对 CAG 治疗试从以下方面进行总结和分析：

#### 3.3.1 根据现代医学分析 CAG 局部病灶病机的特点，指导临床辨病治疗

西医学认为 CAG 系指由于各种原因反复损害胃粘膜，导致固有腺体的减少、萎缩，甚至部分患者还伴有肠上皮化生和/或不典型增生的一种疾病。近年来祖国医学研究发现，胃粘膜缺血、缺氧是导致本病病理变化的主要原因，胃粘膜苍白色、较正常变薄、腺体减少、粘膜下血管清晰可见、肠上皮化生及不典型增生等病理组织学的变化与中医淤血相符；胃镜下可见到胃粘膜红白相间，其中以白为主，色泽浅淡，粘膜变薄，粘液分泌变少。“阳化气，阴成形”，有形之胃粘膜变薄，腺体细胞萎缩、变少等征象均可归纳为胃阴亏虚的范畴，胃酸的分泌量变少或不足，“津液减少属于阴伤”，此也可视为胃阴不足。现代研究可证实，随着年龄的增长，长期粗糙、辛辣刺激食物等物理因素可以

直接损伤胃粘膜。幽门括约肌张力减退致胆汁返流增加可导致胃壁损害。胃粘膜小血管的扭曲、玻璃样变、血管腔狭窄、血粘度增高、血流减缓,均可致胃微血管瘀血,使有效血流量减少以及氧弥散距离增加,进而影响胃粘膜上皮的物质代谢,造成胃壁的损害以及胃壁防御系统功能的减退,伴有瘀血的粘膜微血管更加容易暴露于有害的环境,相应地增加了致损因素的损害机会及相对强度<sup>[40-41]</sup>。结合西医对于该病的认识,可见在 CAG 的发生发展的过程中均存在血瘀及胃阴不足的病理状态,贯穿于 CAG 的全部过程。因此,无论 CAG 证候怎么变,局部有胃粘膜腺体萎缩即中医学所说的胃阴亏虚及血瘀这个特点是不变的,因此本病可以围绕这个特点,结合整体辨证来治疗,可取得较好的临床效果。

### 3.3.2 宏观辨证分型和局部病灶的病机, 有一定分离现象

通过研究发现,即使伴有 IM 和/或 Dy 的患者,在宏观辨证时,也有一部分不表现出胃络淤血证的特点,而是表现为脾胃虚弱证,肝胃不和证,脾胃湿热证、胃阴不足证。这部分患者如果按证用药,应给予补益脾胃,疏肝和胃,清热化湿、养阴益胃等药物治疗,实际临床治疗中,导师也往往经常加一些活血药及滋阴药,而且往往能有很好的疗效,甚至能逆转胃粘膜腺体萎缩及肠上皮化生。

### 3.3.3 寻求矛盾中的统一, 运用局部辨病与整体辨证相结合的方法治疗

单纯的察外揣内,局限于传统四诊,必然会对内部病变有误判和遗漏重要信息的时候。因此,传统四诊以及传统辨证,必须结合现代医学,重视局部病灶特点,把局部病灶辨证和整体辨证统筹在一起,具体分析,分清主次、标本和真假,再拟定治法。

### 3.3.4 针对局部微观病变辨病治疗, 以促进萎缩胃腺体细胞再生为期

所谓辨病论治,即指辨西医之病,并且在中医理论的指导下用中药给予治疗;或结合现代医学对该疾病的认识和现代中药药理学所研究出的成果来用中药进行治疗。治疗 CAG 无论辨证用药怎么变化,但针对局部胃粘膜腺体萎缩这一改变治疗的药物没有变化,辨病治疗其针对性更强。如胃镜下可直观见到 CAG 患者胃的蠕动减弱,粘膜皱壁较正常者浅,甚至皱壁消失不见,粘膜苍白光泽消失,或有颗粒状增生,血管网络可见,或能分清动脉、静脉,粘膜亦或红紫白相兼,成为花斑样,或者可见粘膜糜烂、出血、溃疡,亦或见陈旧性出血点等。病理则可见炎性浸润、胃粘膜腺体萎缩、肠上皮化生、

不典型增生或伴见胃腺囊形成等，以上变化可体现 CAG 的局部或微观病变为胃阴亏虚、胃络淤血，可从辨病治疗的思路给予治疗。常用丹参、莪术、姜黄、当归、茜草、三七、蒲黄、赤芍、元胡等活血化瘀；用石斛、玉竹、生地、麦冬、沙参、黄精、白芍、甘草等甘寒生津或酸甘化阴之品以润胃燥。近年来有研究显示“湿热之邪”既易致幽门螺杆菌(HP)感染，又可促使 HP 的生长、繁殖<sup>[42]</sup>。张琳认为 HP 感染属于中医理论的湿热邪气范畴，其促使了胃病的发生<sup>[43]</sup>。脾胃湿热证和 HP 感染作为中医和西医的两种不相同的病理现象，有着极为相近的临床表现和共同的发病基础—炎症改变。脾胃湿热证是邪气最亢盛以及邪正的交争最为剧烈的阶段，此型慢性萎缩性胃炎是以胃炎血、水肿的持续性的活动或者以急性发作为主，其胃粘膜的病理特点的主要表现以急性充、糜烂或者伴有出血点等急性炎症的改变，大多为活动性的炎症，此时 HP 感染严重，菌量多且密度值高，HP 的定植因子及致病因子的作用很强，胃粘膜的炎症的程度和感染 HP 的数量以及密度有关系，且中性粒细胞浸润和渗出坏死越明显，HP 阳性率也越高<sup>[44-46]</sup>。HP 感染与 CAG 的形成及发展有密切关系根据急性期胃炎胃粘膜的病理表现，我们认为，这些充血、糜烂、水肿、出血点等炎性病理改变，与中医学中的具有致病广泛、易变化、易阻滞气机、影响气血运行、对人体造成浸淫腐蚀、重浊粘滞、病程缠绵不愈临床特点的湿热有关。常用苍术、厚朴、黄芩、蒲公英、黄连、砂仁、豆蔻等清化湿热解毒。

血瘀使胃粘膜局部缺血、缺氧，从而加重胃粘膜腺体萎缩；腺体萎缩致胃络失于濡润，反过来加重血瘀，二者互为病因，因此在治疗时同时加用滋养胃阴及活血化瘀药。活血化瘀药和滋养胃阴药合用可明显改善高粘度血流状态，改善微循环，使局部血流增多，促进胃粘膜细胞的新陈代谢，促进胃粘膜腺体细胞再生，如丹参对多种凝血因子发挥作用，从而起到抗凝作用。三棱、莪术等活血破血药还有抗肿瘤和增强免疫的作用。如石斛有研究显示可养阴生津、增强免疫、促进胃酸分泌并有抗肿瘤作用；如白芍具有调剂免疫、抗炎、抗菌、抗病毒、解痉等作用。对于伴有 HP 感染的患者清热解毒药如蒲公英，现代药理研究此药具有杀灭微生物、抗肿瘤、增强免疫等作用。

### 3.3.5 从整体环境上辨证治疗，以平为期

治疗 CAG 在注重滋养胃阴、活血化瘀，如有 HP 感染给予清热化湿解毒的药物的同时，还需强调在此基础上分析人体整体环境的寒热虚实，因该病不同证型常兼夹为病，错综复杂，所以须注意辨别，这就需要时时细心审察气血阴阳，不断观察整个疾病过程

中的病情转化。导师在辨证治疗时强调“以平为期”的用药理念，切忌用药大寒、大热、大补、大泻，这样才可使整体环境达到平和、协调和稳定的生理状态，正如《内经》中提出的理论“阴平阳秘，精神乃治”。

脾胃虚弱证 症见脘腹胀满、纳呆、神疲乏力、便溏、舌淡、苔白、脉弱。常以益气活血滋阴为法。常用药物有豆蔻 12g 石斛 18g 白术 20g 茯苓 30g 党参 15g 丹参 18g 黄芪 20g 当归 20g 姜黄 12g 赤芍 20g 生地 15g 玉竹 10g 小茴香 10g 陈皮 12g 麦芽 20g。白术、茯苓、党参、黄芪健脾益气，丹参、赤芍、姜黄、当归活血补血，石斛、生地、玉竹滋养胃阴，陈皮行气以活血，小茴香温胃阳以活血，麦芽消食导滞，减轻脾胃负担。诸药合用使脾气充盛，胃津得以补充，淤血祛除。

肝胃不和证 症见胃脘堵闷感、胀感、痛或不痛、欲或不欲饮食、食后胀感更为明显、打嗝或暖气频繁、舌红、苔白、脉弦。常以理气滋阴活血为法，常用柴胡 15g 薄荷 12g 香附 15g 郁金 15g 生白芍 20g 生地 20g 厚朴 15g 枳实 12g 陈皮 12g 佛手 10g 丹参 18g 元胡 13g 豆蔻 12g 石斛 18g。其中柴胡、薄荷、生白芍疏肝养肝，厚朴、枳实、佛手、香附、豆蔻等药物条畅气机，郁金、丹参、元胡活血化瘀，生地、石斛滋阴润燥。诸药合用使肝胃气机调，促使胃粘膜腺体细胞恢复生机活力。

胃阴不足证 症见胃脘灼热隐痛、口干、咽干、饥不欲食、大便干燥或几天一行、舌红少津、脉细数。常以养阴活血为法，常用石斛 18g 玉竹 15g 北沙参 15g 生地 20g 生白芍 20g 丹参 18g 元胡 15g 生当归 20g 酒大黄 6g 香附 15g。石斛、玉竹、北沙参、生地、生白芍滋养胃阴，丹参、元胡、生当归活血补血，酒大黄通便，香附理气活血。诸药联用使阴血能够得以补充，胃络血行得以畅通。

脾胃湿热证 症见胃脘疼痛并有灼热感、口干、口苦、舌红、苔黄、脉数。常以清热滋阴活血为法。常用生白芍 20g 金钱草 8g 黄芩 15g 竹茹 12g 茜草 10g 赤芍 20g 丹参 18g 蒲公英 15g 黄连 6g 生地 20g 石斛 18g 玉竹 15g 香附 15g 陈皮 12g。金钱草、黄芩、黄连、竹茹以清胃热止呕吐，生白芍、生地、石斛、玉竹滋阴益胃，赤芍、丹参、茜草凉血活血，蒲公英清热解毒，陈皮、香附理气化湿、理气行血。以上药物联用使湿热祛除，胃阴得到补养，淤祛新血得以生。

胃络瘀血证 症见痛如针刺、拒按、痛有定时、舌淤紫、脉涩。常以活血化瘀养阴为法。常用丹参 18g 当归 20g 姜黄 10g 赤芍 20g 蒲黄 10g 黄芪 20g 白术 15g 香附 15g



生地 20g 白芍 20g 石斛 18g 佛手 15g 莪术 6g 佛手 15g。黄芪、白术补气以助血行，香附、枳壳、佛手理气而助血行，丹参、当归、姜黄、赤芍、莪术活血化瘀，生地、白芍，石斛滋养胃阴。诸药合用使胃络血行通畅，胃阴得以滋养。

因此，CAG 局部病变以胃粘膜变薄、腺体萎缩为特点，无论证候怎么变，有萎缩这一特点是不变的，因此本病可以围绕萎缩这一特点，按中医“胃阴不足、胃络血瘀”用药，结合整体辨证来治疗，可取得较好的临床效果。通过本课题证候规律研究，并结合现代医学，提出抓住核心病机和整体辨证相结合的临床思路，进一步深化辨病治疗与辨证治疗的内涵。CAG 的西医诊断标准中，病理示有胃粘膜腺体萎缩，即可诊断，因此，胃腺体萎缩为该病的核心，对应的中医病机为胃阴亏虚、胃络血瘀，万变不离其宗，无论证候怎么变，萎缩是不变的即局部有胃津不足及血运淤阻是不变的，如伴有 HP 感染则局部有湿热也是不变的。在治疗局部病灶基础上，同时根据整体寒热虚实的证候特点，进行配伍用药，并注意药到病位、给邪出路、整体协调等处方法则，即可成方。这样开出的处方，才能达到丝丝入扣的特点，才能保证临床疗效的提高。

典型病例报告：李某，男，52 岁。2014 年 1 月 2 日就诊。患者反复发作性胃脘部胀感、隐痛 10 年，加重 10 天就诊。既往胃镜相示：胃窦小弯粘膜色泽红白相间，以白为主，血管透见呈树枝状，粘膜皱襞细少，粘膜质地粗糙，有肠化结节，粘膜有红斑伴有糜烂；病理检查回报示：胃窦部慢性萎缩性胃炎伴重度肠化。曾给予胃复春 4 粒每日 3 次饭后服，莫沙必利 5mg 每日 3 次饭前服用，雷尼替丁胶囊 1 粒每日 2 次分早餐前和临睡前服用。以上药物治疗 15 天后治疗效果欠佳。故而想服用中药治疗，患者就诊于某医院中医科治疗，辨证为脾胃虚弱证，给予香砂六君子汤治疗，服用中药 15 付治疗后，治疗效果不理想。于 2014 年 1 月 2 日于我院导师门诊处就诊，西医诊断：慢性萎缩性胃炎伴肠化。症见：脘腹胀满时有疼痛、频繁嗳气、不欲饮食、口干口粘舌部时有涩感、神疲乏力、后背时有不适感，大便不成形、舌质淡、苔白、有齿痕、脉弱。中医诊断：痞满，辨证为脾胃虚弱证。导师根据局部病灶特点及患者宏观辨证病机为气虚、脾胃虚，给予处方：豆蔻 12g 石斛 18g 白术 20g 茯苓 30g 党参 15g 丹参 18g 黄芪 20g 荷梗 10g 当归 20g 姜黄 12g 赤芍 20g 生地 15g 玉竹 10g 小茴香 10g 陈皮 12g。7 剂，水煎服。服药后症状明显减轻，继续服用本方加减研磨装胶囊治疗半年以来均无明显症状，复查胃镜及病理示：胃窦部萎缩性胃炎伴轻度肠化。患者对疗效满意。

按：此为典型病例，通过传统四诊得到的整体宏观辨证分型为脾胃虚弱证，但局部病变提示为腺体细胞萎缩、重度肠上皮化生，揭示局部病灶中医病机为胃津不足及胃络血瘀，二者出现了分离现象，不完全一致。从中医思维来看，此例患者整体环境表现为气虚、脾胃虚，局部病灶特点虽存在而未明显显露于外，在治疗中除了应用补气、健脾胃的药物外，还加用了活血化瘀、滋养胃津的药物，取得了显著效果，此病例足可说明综合考虑整体辨证和局部辨证特点，二者同时兼顾，在临床治疗 CAG 时，确实能从根本上治疗疾病，从而提高治疗疗效，值得作为规范化的治疗方法去推广。

### 3.4 临床资料分布特点

本组患者男性 58 人，女性 42 人，男性：女性为 1.38：1，男性多于女性。小于 35 岁的患者所占比例最低为 4.00%，35-50 岁患者所占比例为 24.00%，以 50-65 岁患者所占比例最高为 38.00%。100 例患者病程最长的 35 年，最短的 3 个月。病程为 10 年以上的所占比例最高为 40.00%，其次是病程为 1-5 年的患者所占比例为 29.00%。病程在 1-5 的患者伴有 IM 和/或 Dy 的比例最低为 6.90%，病程小于 1 年的患者伴有 IM 和/或 Dy 的比例为 11.11%，而病程为 10 年或以上者伴有 IM 和/或 Dy 的比例最高为 57.5%。病程<1 年的患者 HP 感染率达到 66.67%，病程 1-5 年的患者感染 HP 的比例占到 48.28%，病程 5-10 年的患者感染 HP 的比例占到 63.64%，而病程≥10 年的患者感染 HP 的比例仅为 25.00%。

### 3.5 创新点

结合胃镜相及病理结果等现代医学对该病的认识，提出胃阴亏虚、胃络瘀血为 CAG 的局部病变，治疗本病需在治疗局部病灶基础上根据整体寒热虚实辨证治疗。提出局部治疗以萎缩腺体细胞再生为期，整体治疗人体气血阴阳以平为期的治疗理念。将治疗思路规范化，打破了以往治疗 CAG 以主要方剂加减的思路。为临床治疗 CAG 提供了新的思路和方法。

伴有 IM 和/或 Dy 的 CAG 主要证候类型为胃络瘀血证，还可表现为其他证候类型特点，提出宏观辨证与局部微观辨证病机，会出现分离现象的观点。

### 3.6 存在的问题

由于时间有限及受本研究客观条件的限制本次临床病例观察所采集的样本量较小，

可能对统计检验效度有一定影响。

临床观察病例来源比较单一，可能存在一定偏倚，因此只反应本次研究所调查到的病例中医证候特点。

本次研究结果有待进一步的实验研究的证实，需进一步深入的研究以养阴和活血为基础的治疗，对于大鼠胃粘膜及腺体细胞再生能力的影响，力求为 CAG 的治疗提供更多的理论依据。

由于时间限制未能将中医证型分布与是否伴有 HP 感染结合起来，进一步探讨 CAG 中医证型与 HP 感染的相关性。

## 第4章 结 语

### 1、 CAG 证候分布特点

通过文献分析及临床病例观察，CAG 主要有五种中医证候类型。可以为临床辨证分型论治 CAG 提供理论参考。

### 2、不同病理变化中医证候分布特点

通过文献分析及临床病例观察，不伴 IM 和/或 Dys 的中医证型以脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证为主，伴有 IM 和/或 Dys 的中医证型以胃络瘀血证为主。可以为辨证治疗不同病理变化的 CAG 患者提供理论参考。

3、CAG 局部病灶特点可在一定程度上提示病机，对临床拟定治法和用药，有一定指导作用。

CAG 局部病变以胃腺体萎缩为特点，无论证候怎么变，有腺体萎缩这一特点是不变的，因此本病可以围绕这一特点，按中医“胃阴不足、胃络血瘀”用药法度，结合整体辨证来治疗，可取得较好的临床效果。

4、宏观辨证证型和 CAG 局部病灶特点反映的中医病机会出现分离现象。

5、寻求矛盾中的统一，运用局部辨病与整体辨证相结合的方法治疗 CAG。

通过证候分布规律数据的分析，本课题认为，疾病的表现，在整体和局部存在一定的不一致现象，是因为疾病的发展有从微到著、由表及里、由浅及深等不同特点，单纯的察外揣内，局限于传统四诊，必然会对内部病变有误判和遗漏重要信息的时候。因此，传统四诊以及传统辨证，必须接纳现代科技的发展，重视局部病灶特点，把局部病灶辨证和整体辨证统筹在一起，具体分析，分清主次、标本和真假，再拟定治法。

6、提出 CAG 的治疗指南：局部治疗以“滋养胃阴、活血化瘀”为法使萎缩胃粘膜腺体细胞恢复再生为期，宏观辨证治疗气血阴阳以平为期，同时兼顾局部和整体。

## 参考文献

- [1] 程超超, 雷威, 刘冬梅等. 浊、毒、瘀与慢性萎缩性胃炎的发生[J]. 河南中医, 2009, 29 (8): 766-767.
- [2] 王常松. 从虚郁毒瘀辨治慢性萎缩性胃炎初探[J]. 山东中医药大学学报, 2010, 34 (2): 117-119.
- [3] 蔡淦. 治疗慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的经验[J]. 江苏中医药, 2007, 39 (8): 1.
- [4] 王常, 周嘉鹤等. 从虚郁毒瘀治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 长春中医药大学学报, 2009, 25 (5): 680-682.
- [5] 雷作汉, 段永强等. 慢性萎缩性胃炎中医因机证治谈[J]. 河南中医, 2009, 29 (6): 566-567.
- [6] 顾庆华. 慢性萎缩性胃炎病机新探[J]. 中国中医药信息杂志, 1999, 6 (3): 34-35.
- [7] 陈一清. 慢性萎缩性胃炎证治规律若干问题探讨[J]. 四川中医, 2004, 22 (6): 18-20.
- [8] 陈福如. 178 例慢性萎缩性胃炎的病因调查及病机探讨[J]. 中国医药学报, 1997, 12 (2): 41-42.
- [9] 蔡春江, 李佃贵, 裴林. 从“浊”“毒”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10 (1): 40.
- [10] 张杰, 吕明安等. 浅谈慢性萎缩性胃炎的病机与证治[J]. 中医杂志, 2005, 46 (9): 656-657.
- [11] 王汝新, 牛华珍. 温阳补肾活血法治疗慢性萎缩性胃炎 180 例观察[J]. 实用中医药杂志, 2000, 16 (11): 117.
- [12] 何颖. 慢性萎缩性胃炎辨治体会[J]. 新中医, 2008, 40 (2): 105-106.
- [13] 姚保泰, 王磊, 王洪京等. 萎缩康冲剂治疗萎缩性胃炎癌前病变的临床与实验研究[J]. 中医杂志, 1999, (11): 73.
- [14] 马祥洲. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 中国热带医学, 2009, 9 (2): 365.
- [15] 刘忠伟. 辨证诊治慢性萎缩性胃炎[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3 (23): 72-73.
- [16] 单兆伟. 中医临证与方药应用心得[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 23-25.
- [17] 陈良金. 慢性萎缩性胃炎辨证分型与治法特点[M]. 第二十一届全国中西医结合学会消化系统疾病学术会议, 2010, 550-552.
- [18] 严西昌, 张联军. 慢性萎缩性胃炎辨证论治之探[J]. 现代中医药, 2009, 29 (5): 122-123.
- [19] 赵民, 齐金刚. 辨证治疗慢性萎缩性胃炎 32 例临床观察 [J]. 陕西中医, 2007, 28 (9): 1147.
- [20] 肖旺东. 补阳化痰汤治疗慢性萎缩性胃炎 58 例[J]. 光明中医, 2009, 24 (10): 1885-1886.
- [21] 胡美兰. 补中康胃汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27 (12):

2632-2633.

- [22] 成坤, 张建荣. 当归芍药汤治疗慢性萎缩性胃炎 88 例[J]. 陕西中医, 2010, 31 (6): 685-686.
- [23] 高绍芳, 李佃贵等. 化浊解毒和胃方对慢性萎缩性胃炎胃癌前病变患者的治疗作用[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30 (4): 460-462.
- [24] 孙大伟. 健脾养胃化瘀汤治疗慢性萎缩性胃炎 33 例[J]. 山东中医杂志, 2010, 29 (3): 154-155.
- [25] 张延芬. 安胃汤治疗慢性萎缩性胃炎临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4 (4): 116-117.
- [26] 吴宇金, 陈文剑, 杨洁. 半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 中国实用医药, 2009, 4 (12): 175-177.
- [27] 王玲玲, 贾玉聪. 化瘀消萎汤治疗慢性萎缩性胃炎 76 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19 (6): 342-344 .
- [28] 熊有明, 邓碧珠, 唐茂燕. 健脾活血消萎汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35 (9): 1377.
- [29] 沈玉明. 胃舒康治疗慢性萎缩性胃炎 90 例疗效观察[J]. 浙江中医学院学报, 1997, 21 (2): 15.
- [30] 林一帆, 宋福林, 邹蕾等. 中西医结合治疗对萎缩性胃炎癌前病变环氧合酶-2 蛋白表达及胃黏膜病理改变的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2008, 16 (5): 289-291.
- [31] 张登峰. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 36 例[J]. 中医研究, 2008, 21 (3): 42-43.
- [32] 邓玉宏. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 56 例临床观察[J]. 中医药导报, 2006, 12 (6): 61-62.
- [33] 李仲禧. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 96 例临床观察[J]. 中医药导报, 2008, 14 (6): 39-40 .
- [34] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 125-129.
- [35] 李佃贵, 李海滨, 裴林等. 慢性萎缩性胃炎从浊毒论治[J]. 四川中医, 2004, 22 (1): 17-18.
- [36] 张万岱, 陈治水, 危北海. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12 (11): 2697-270.
- [37] 李志刚, 谷宁, 王凤丽. 加味一贯煎联合黛力新治疗慢性萎缩性胃炎伴焦虑远 65 例疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6 (3): 212-214.
- [38] 李帆. 补气益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 中国现代医生, 2009, 47 (19): 15-16.
- [39] 蒋健. 论辨证论治的缺陷及与辨病论治相结合的必要性 [J]. 中西医结合学报, 2005, 3 (2): 85-87.
- [40] 张玉, 林庚金, 金惠铭等. 慢性萎缩性胃炎血流量研究[J]. 中华消化杂志, 1997, 14 (2): 101.

- [41] 王雁, 朱良湘. 溃疡病、慢性胃炎和胃癌患者胃粘膜血流量的研究[J]. 中华内科杂志, 1993, 32 (4): 240.
- [42] 杨春波, 傅肖岩, 柯晓等. 慢性胃炎脾胃湿热证的免疫组织化学研究[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6 (2): 68-72.
- [43] 张琳. 幽门螺旋菌与慢性萎缩性胃炎防治研究[J]. 中医杂志, 1992, 33 (7): 27-28.
- [44] 危北海. 宏观辨证与微观辨证的结合研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1991, 11(5): 301.
- [45] 韩子岩, 韩松岩, 韩树颖. 慢性胃炎中医辨证分型与悉尼内镜胃炎分类及 HP 感染相关性研究[J]. 中医杂志, 2001, 42 (9): 556-557.
- [46] 冯莲君, 延文. 幽门螺杆菌与胃脘痛中医分型的关系[J]. 现代中西医结合杂志, 2000, 9 (2): 105-106.

## 附 录

### 临床观察病例患者资料调查表

#### 一. 基本资料

|       |   |
|-------|---|
| 出生年月: | ___年___月___日  |
| 性 别:  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |
| 婚姻情况: | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶   |
| 学 历:  | <input type="checkbox"/> 小学及以下 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中或中专 <input type="checkbox"/> 大专及本科 <input type="checkbox"/> 研究生及以上  |
| 职 业:  | <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 行政及管理人员 <input type="checkbox"/> 专业技术人员<br><input type="checkbox"/> 商业及服务人员 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 离退休 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 联系电话: |   |
| 家族史:  |   |

#### 二. 症状调查

##### 1.主要症状:

|      |     |  |
|------|-----|--|
| 胃脘疼痛 | 性质: | <input type="checkbox"/> 胀痛 <input type="checkbox"/> 隐痛 <input type="checkbox"/> 灼痛 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 其他        |
|      | 时间: | <input type="checkbox"/> 餐前 <input type="checkbox"/> 餐后 <input type="checkbox"/> 餐前餐后均有 <input type="checkbox"/> 夜间 <input type="checkbox"/> 其他___ |
| 胃脘疼痛 | 程度: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻微 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 严重                                     |
|      | 频率: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 大部分时间 <input type="checkbox"/> 整日不断    |
| 胃脘胀满 | 时间: | <input type="checkbox"/> 餐前 <input type="checkbox"/> 餐后 <input type="checkbox"/> 餐前餐后均有 <input type="checkbox"/> 夜间 <input type="checkbox"/> 其他    |
|      | 程度: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻微 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 严重                                     |
|      | 频率: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 大部分时间 <input type="checkbox"/> 整日不断    |
| 胃脘堵闷 | 时间: | <input type="checkbox"/> 餐前 <input type="checkbox"/> 餐后 <input type="checkbox"/> 餐前餐后均有 <input type="checkbox"/> 夜间 <input type="checkbox"/> 其他___ |
|      | 程度: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻微 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 严重                                     |
|      | 频率: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 大部分时间 <input type="checkbox"/> 整日不断    |
| 烧 心  | 时间: | <input type="checkbox"/> 餐前 <input type="checkbox"/> 餐后 <input type="checkbox"/> 餐前餐后均有 <input type="checkbox"/> 夜间 <input type="checkbox"/> 其他___ |
|      | 程度: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻微 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 严重                                     |
|      | 频率: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 大部分时间 <input type="checkbox"/> 整日不断    |
| 反 酸  | 时间: | <input type="checkbox"/> 餐前 <input type="checkbox"/> 餐后 <input type="checkbox"/> 餐前餐后均有 <input type="checkbox"/> 夜间 <input type="checkbox"/> 其他___ |



## 附录

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 反 酸  | 程度: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻微 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 严重                                  |
|      | 频率: | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 大部分时间 <input type="checkbox"/> 整日不断 |
| 暖 气  |     | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 大部分时间 <input type="checkbox"/> 整日不断 |
| 食欲减退 |     | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻微减退 <input type="checkbox"/> 明显减退 <input type="checkbox"/> 完全无食欲                           |

## 2. 其他症状:

|  |   |       |   |
|--|---|-------|---|
| 胸骨后疼痛  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 胃部烧灼感 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 胸骨后烧灼感   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 肋肋胀痛  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 恶心   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 腹痛    | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 呕吐   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 腹胀    | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 咽部不适   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 消瘦    | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 口干   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 心烦易怒  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 口淡无味   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 气短懒言  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 口苦   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 疲乏    | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 口粘   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 胸闷    | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 口臭   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 手足心热  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 无饥饿感   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 四肢不温  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 畏生冷  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 睡眠差   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 排便困难   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 | 便不尽感  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 |
| 排便次数 ( ) 次/日或 ( ) 日一次  |   |       |   |
| 大便质地: <input type="checkbox"/> 成型 <input type="checkbox"/> 干燥 <input type="checkbox"/> 稀塘 <input type="checkbox"/> 不成形 <input type="checkbox"/> 不爽   |   |       |   |
| 舌象: 舌体 ( ) 舌质 ( ) 舌苔 ( )   |   |       |   |
| 脉象: <input type="checkbox"/> 弦 <input type="checkbox"/> 虚 <input type="checkbox"/> 细 <input type="checkbox"/> 滑 <input type="checkbox"/> 数 <input type="checkbox"/> 沉 <input type="checkbox"/> 迟 <input type="checkbox"/> 涩 <input type="checkbox"/> 濡 <input type="checkbox"/> 缓 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 其他 |   |       |   |

## 三. 辨证分型:

|               |                               |
|---------------|-------------------------------|
| 1. 口肝胃不和      | <input type="checkbox"/> 肝气犯胃 |
|               | <input type="checkbox"/> 肝胃郁热 |
| 2. 口湿热中阻<br>、 | <input type="checkbox"/> 湿浊中阻 |
|               | <input type="checkbox"/> 湿热中阻 |
| 3. 口脾胃虚弱      | <input type="checkbox"/> 脾虚气滞 |

|         |         |
|---------|---------|
| 3.口脾胃虚弱 | 口脾胃虚寒   |
|         | 口气阴两虚   |
| 4.口胃阴不足 | 5.口寒邪克胃 |
| 6.口饮食停滞 | 7.口胃络淤血 |
| 8.口其他   |         |

四. 胃镜报告:

五. 病理报告:

六. HP 感染情况:

## 致 谢

首先我要真诚地感谢我的导师解放军 252 医院郝斌主任，感谢他对本研究及学位论文的亲切关怀和悉心指导。老师渊博的知识、严肃的科学态度，严谨的治学精神，与时俱进的思维方式和平易宽厚的为人，深深地感染和激励着我，指导着我今后的学习及工作。从选课到科研的顺利完成都凝聚着老师的心血，整个过程中老师都始终给予我细心的指导和不懈的支持。感谢老师在三年的硕士研究生生活中给予我的无私帮助和关怀。两年多来，在老师的熏陶教诲及指导下，我不仅在学业上有了很大的进步，而且在为人处世上也深深受益，在此，谨向我的导师致以最诚挚的谢意与最崇高的敬意。

我还要感谢我的母校河北大学的各级领导及各位教授、老师！感谢你们让我有机会实现我的研究生梦；感谢你们在开题时及时提出我的不足，为我在以后的科研、论文撰写能够顺利进行，为我的论文提高起了重要作用。

感谢人民解放军 252 医院中医科、消化内科、胃镜室、病理科的各位老师，正是由于你们的帮助和支持，我才能克服遇到的一个个的困难和疑惑，直至本研究的顺利完成。

感谢我的舍友李苗苗、同学马丽娟和刘聪亮在写论文期间给予我的帮助，非常感谢你们。

最后我要感谢我的家人，为了我能够顺利完成学业，你们给予了我最大的支持和帮助，永远爱你们！

## 攻读学位期间取得的科研成果

已发表文章

①2014 年 8 月于河北大学校报医学研究与教育第 31 期发表论文《益气养胃汤联合西药治疗慢性萎缩性胃炎 60 例》。

②2014 年 6 月于内蒙古中医药期刊第 23 期发表论文《以气机辨证为核心论治慢性萎缩性胃炎浅析》。