

慢性萎缩性胃炎的中医药研究近况[※]

● 赖虔青¹ 林平²

摘要 中医药治疗慢性萎缩性胃炎有较明显的优势和前景,本文根据2013年以来的相关论文,对其病因病机、中药内服、针灸疗法、针药结合、心理干预等研究进行综合阐述,并指出亟待改进之处。

关键词 慢性萎缩性胃炎 中医药 综述

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是一种以胃黏膜上皮和腺体萎缩为特征的慢性消化系统疾病,其起病隐匿、病程长、症状无特异性、难以治愈。1978年世界卫生组织(WHO)已将CAG列为癌前状态,其常伴假幽门腺化生和肠上皮化生,或不典型增生阶段等癌前病变。目前现代医学治疗本病主要以改善症状、手术介入为主,在腺体萎缩、肠化生方面尚无良策。而中医药在逆转异型增生、修复胃黏膜、提高患者生存质量等方面具有一定的疗效和优势。现将其综述如下。

1 病因病机

中医学中并无慢性萎缩性胃炎之称,但大多研究者根据其症候特点将其归属于“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”“嗝气”“吞酸”“呕吐”等病症范畴。

1.1 病因 有关CAG的病因,可从外感和内伤两方面进行阐

述。外感方面,孟景春^[1]认为,幽门螺杆菌(Helicobacter pylori, Hp)是CAG的重要致病因素,属中医外邪,当人体正气不足时则无力抵抗外邪入侵,若湿阻中焦,气机不畅,又有利于Hp的繁殖;张锐^[2]认为,六淫过极易化生为毒,尤其是火热毒邪,是导致胃萎缩、癌变的重要因素。内伤方面,林慧光^[3]认为主要与饮食不节、七情内伤、劳逸过度、年老体衰有关,导致痰湿、瘀血、浊毒等病理产物,而进一步损伤脾胃,甚至癌变。

1.2 病机 张露^[4]通过文献整理和总结,发现从气虚血瘀论治CAG有充分的理论依据。康英梅^[5]认为久病邪壅胃腑,损伤脾胃之气,脾胃损伤,故经络郁滞,蕴化为毒,可见本病为气血入络的过程。王伟^[6]则提出“毒损胃络”之说,认为诸邪蕴结成毒,毒伤胃络,使腺体萎缩,甚至肠上皮化生、异型增生,若诸毒蕴久不化,癥积则成胃癌。周斌^[7]从寒

湿入络诊治CAG,认为寒湿阻中而致脾胃阳虚,气虚血不行,久则成瘀;脾胃阳气虚弱,寒湿无以温化,胃络气血停滞而致瘀;患者面色晦暗,舌黯淡亦为久病入络之象。林平^[8]以脾虚气滞为基本病机,提出病位胃是CAG肠上皮化生发生的危险因素,病位肝是CAG上皮内瘤变发生的危险因素,而病位脾则是CAG伴肠上皮化生或上皮内瘤变发生的保护因素。

2 中医治疗

2.1 中药内服

2.1.1 辨证论治 陈光伟^[9]根据CAG的临床表现,将CAG分为4型治疗:(1)脾胃气虚型,以健脾益气和胃为法,予香砂六君子加减;(2)肝胃不和型,以疏肝理气、健脾和中为法,予柴胡疏肝散加减;(3)胃阴不足型,以养阴生津、益胃清热为法,予沙参麦冬汤加减;(4)脾胃湿热型,以健脾祛湿,清热化湿为法,予藿朴夏苓汤加减。卫新国^[10]通过辨证分析,将CAG分为5型治疗:(1)胃气虚弱,脾失健运,气失健运型,以

※基金项目 福建省科技厅重点项目(No. 2015Y0023)

• 作者单位 1. 福建中医药大学(350122); 2. 福建中医药大学中医学院(350122)

健脾益胃、理中益气为法,予黄芪建中汤合良附丸加减;(2)肝气不舒,气机阻滞型,以疏肝理气、行气止痛为法,予柴胡疏肝散加减;(3)胃阴不足,气机不利型,以滋养胃阴、理气止痛为法,予一贯煎加减;(4)瘀血阻滞,气机不畅型,以活血化瘀、理气止痛为法,予丹参饮合失笑散加减;(5)胃热上亢,胃气上逆型,以清热养阴、育阴止痛为法,予清胃散加减。谢晶日^[11]临床上将CAG分为5型:(1)肝郁脾虚型,予柴胡疏肝散加减;(2)脾胃郁热型,予化肝煎加减;(3)脾胃虚寒型,予黄芪建中汤加减;(4)胃阴亏虚型,予益胃汤合芍药甘草汤加减;(5)胃络血瘀型,予膈下逐瘀汤或失笑散加减。

2.1.2 基本方加减 基本方是指针对基本病机、结构简明、药物配伍规范、疗效确切的处方,临床医生常以此为基础,根据病情的具体差异进行辨证加减。林平^[12]常以自拟调脏运气汤加味,随证加减,基本方:炒白术、柴胡、白芍、茯苓、炒麦芽、稻香陈、醋延胡索、紫苏子、浮小麦、甘草。辨证属肝气郁滞者,加香橼、川楝子、青皮;胃热气逆者,加竹茹、代赭石;虚寒气逆者,加旋覆花合丁香柿蒂汤;肠腑气滞者,加莱菔子、大腹皮、枳壳、槟榔、枳实;湿热者,加姜半夏、佩兰、黄芩、黄连、黄柏、茵陈;血寒血瘀者,加桂枝、艾叶、炮姜;胃镜见黏膜粗糙、颗粒增生或病理见上皮内瘤变改变者,加桃仁、路路通;Hp感染者,加黄芩、黄连、茵陈;热毒明显者,加连翘、蒲公英、白花蛇舌草;胆汁反流性胃炎者,加枳壳、川楝子、钩藤;反流性食管炎者,加瓜蒌、竹茹;糜烂性胃炎者,加白及、

瓦楞子、珍珠母。包维佳^[13]擅用胃萎康方:黄芩、蒲公英、鸡内金、炒白术、党参、丹参、黄连、山楂、砂仁、白豆蔻、百合、白芍、败酱草、茯苓、香附、炙甘草。湿热型加滑石、茵陈、薏苡仁;脾胃虚弱型加陈皮、炒麦芽、半夏。曲智杰^[14]则常用自拟健脾养胃方治疗此病,药用:党参、山药、当归、炒白术、炒茯苓、枳壳、砂仁、厚朴、炙甘草。临床上根据患者症状加以辨证,将上方加减:胃脘痛者,加延胡索;纳呆者加焦三仙;嗝气者加旋复花、代赭石;胃酸过多者加海螵蛸;反胃呕吐者加姜竹茹。黄铭涵^[15]以复方胃炎合剂(炙黄芪、党参、麸炒白术、茯苓、枳壳、白芍、法半夏、砂仁、佩兰、黄连、陈皮、地龙干、莪术、甘草)为基本方,随证加减:脾胃虚弱者,炙黄芪、党参、白术加量;中焦虚寒者,去黄连,加补骨脂、桂枝;肝胃不和者,枳壳改为枳实,加柴胡、香橼;脾胃湿热者,黄连加量,加黄芩、苍术、豆蔻;津亏阴虚者,加麦冬、石斛;胃络血瘀者,加蒲黄、赤芍。从症状上看,嗝气者,加旋覆花、代赭石;纳差者,加麦芽、鸡内金。

2.1.3 专方专药 袁芳^[16]给予益气解毒化瘀方(由黄芪、黄精、丹参、莪术、薏苡仁、藤梨根等组成)治疗CAG,对照组给予胃复春片(由人参、香茶菜、炒枳壳等),一次4片,每日3次口服。临床观察表明,实验组的胃镜病理改变(萎缩、异型增生)、Hp改善的综合疗效较对照组显著($P < 0.05$)。王琦^[17]予平胃胶囊治疗CAG患者45例,由平胃散加味组成(黄芪、莪术、苍术、厚朴、陈皮、炙甘草等12味),对照组给予维酶素,共治疗6个月,对CAG癌

前病变的临床症状、胃镜征象以及病理改变有显著的改善作用。付航^[18]治以敦煌平胃丸,由人参、土鳖虫、当归、苦参、大黄、玄参等组成,制备成浓缩丸,临床干预CAG癌前病变疗效确切。田园^[19]予疏肝和胃汤(党参、丹参、白术、仙鹤草、茯苓、柴胡、半夏、枳壳、厚朴等)治疗CAG患者36例,对照组服用摩罗丹。结果:治疗组总有效率为89.4%,明显优于对照组77.8%;治疗组胃镜、病理疗效、Hp阳性转阴率、症状改善情况均高于对照组。

2.2 针灸治疗 张勇^[20]利用针刺治疗53例CAG合并Hp感染患者,取中脘、内关、足三里、脾俞、胃俞、太白。随症加配穴,留针20~30min,每10min行针1次。每周治疗5次,6周为1个疗程。对照组口服阿莫西林、奥美拉唑、塞来昔布等药物。两疗程后,结果治疗组总有效率优于对照组。郭金颖等^[21]在对照组用药的基础上加用毫火针治疗脾胃虚寒型CAG患者28例,取穴:中脘、脾俞(双)、胃俞(双)、足三里(双),对照组服用阿莫西林、克拉霉素、胃复春等,结果治疗组有效率明显高于对照组。景卫政^[22]选取足三里、气海、关元、膈俞、血海等穴位,对照组口服奥美拉唑、阿莫西林、甲硝唑、叶酸,两组相比,针灸治疗慢性萎缩性胃炎的有效率高。李璟^[23]采用隔物灸法,取穴内关(双)、中脘、气海、足三里(双);对照组采用安慰灸法,取穴同治疗组。结果提示隔物灸有效改善CAG临床症状,提高了血清PGI浓度、PCR值,对GAS有调整作用。

2.3 针药结合 安贺军^[24]将70例CAG患者随机分成治疗组与

对照组,对照组予自拟温阳活血方(干姜、党参、白术、炙甘草、肉苁蓉、高良姜、红花、益母草、石斛、神曲、陈皮)加减;观察组再加针灸治疗,取穴内庭、冲阳、中脘、足三里等,结果观察组总有效率明显优于对照组。赵崇智^[25]以中药内服结合腹针疗法,中药以健脾养胃,益气养阴,化瘀止痛为法,处方:党参、黄芪、郁金、佛手、延胡索、沙参、麦冬、石斛、赤芍、丹参,每日1剂,腹针采用薄氏腹针标准化处方取穴:中脘(深刺)、下脘(深刺)、气海(深刺)、关元(深刺)、天枢(中刺/双)。王秀荣^[26]将60例患者随机分为两组,对照组内服中药,予参苓白术散加减,治疗组在对照组基础上加用针灸治疗,主穴:中脘、内关(双)、公孙(双)、足三里(双)、阴陵泉(双),并随症加减。每天治疗1次,每周治疗6天。2个月后,胃镜病理显示,治疗组与对照组在改善胃黏膜慢性病变,如腺体萎缩、肠化生方面相比有明显优势。

2.4 心理干预 李凯^[27]将80例CAG患者随机分为两组,治疗组采用纯中药制剂宁肝调中方配合认知疗法、森田疗法进行心理干预,对照组给予宁肝调中方。治疗8周后,治疗组疗效优于对照组;干预后治疗组SCL-90、SAS评分明显低于对照组,可知心理干预可以减轻CAG患者的症状,提高生活质量。CAG患者往往因病程长、易复发而烦闷不安,处于不同程度的焦虑状态^[28],多有情志不畅、肝气郁结之象。这些负面心理因素对患者的治疗和预后产生不利影响。应想方设法多与患者进行沟通,耐心地劝导,帮助他们从焦虑、抑郁

的状态中解脱出来,从而稳定患者的情绪,提高疗效^[29]。

3 小结与展望

CAG为慢性胃炎转变为胃癌的重要阶段,积极治疗CAG对预防其癌变、降低胃癌发病率有着深远意义。西医药方面,癌前病变患者口服替普瑞酮、COX-2抑制剂塞来昔布对胃黏膜重度炎症、肠化、萎缩及异型增生的逆转有一定的好处;对药物不能逆转的不典型增生,可考虑手术治疗^[30-31]。但考虑到患者经济、身体耐受情况,中医药未尝不是一个不错的选择。笔者认为,基本方结合辨证分型治疗CAG有一定的优势,因为CAG在病情发展中,基本病机变化不大,基本方可以贯穿始终,随证、症加减,简化了诊疗过程,值得推广。但是在临床科研中,分型辨治之法众说纷纭,缺乏统一的诊断和疗效的量化标准,一定程度上影响了中医药治疗CAG的普遍推广;在临床上崇尚个人经验心得,辨病与辨证结合不够;有关基础实验和药理实验缺乏,仅仅局限于临床观察,没有深入探讨其作用机理;科研实验样本普遍偏少,患者地区分布较为局限,远期疗效不够明确,科研设计的严谨性亟待提高。总之,需要寻找一条规范而简便的诊断和治疗方案,从而阻断胃炎到胃癌的转变,推动防治CAG的临床工作。

参考文献

[1]刘舟,张卫华,骆殊,等.孟景春教授论治慢性萎缩性胃炎的临床经验[J].南京中医药大学学报,2013,29(5):486-488.
[2]张锐,李永乐,李鸿涛,等.慢性萎缩性胃炎中医病因病机研究[J].国际中医中药杂志,2015,37(10):948-950.

[3]张伟煌,林慧光.林慧光教授辨治慢性萎缩性胃炎经验拾萃[J].浙江中医药大学学报,2015,37(10):756-758.
[4]张露,沈洪,周晓波,等.从气虚血瘀论治慢性萎缩性胃炎癌前病变[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2013,20(1):16-20.
[5]康英梅.活血通络法用于慢性萎缩性胃炎癌前病变治疗观察[J].中国医学创新,2015,12(6):101-103.
[6]王伟,刘冬梅,袁方,等.慢性萎缩性胃炎癌前病变从“毒”论治新思路[J].江苏中医药,2016,48(3):12-14.
[7]陈璐.周斌从寒湿入络论治慢性萎缩性胃炎思路[J].中国中医药信息杂志,2013,20(5):87-87,109.
[8]吴菱菱,林平.林平主任诊治慢性萎缩性胃炎[J].吉林中医药,2016,36(4):344-346.
[9]蒋喆.陈光伟主任医师治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].陕西中医,2014,35(9):1226.
[10]蔡罗平,卫新国.卫新国治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].光明中医,2014,29(9):1988.
[11]戴国令,梁国英.谢晶日教授诊治慢性萎缩性胃炎的经验[J].中医药信息,2013,30(6):85.
[12]林煜,林平.林平主任医师辨治慢性萎缩性胃炎的经验[J].福建中医药,2016,47(03):27.
[13]包维佳.采用胃萎康方加减治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果[J].大家健康(下旬版),2016,10(9):46-46.
[14]曲智杰,张博.自拟健脾养胃方辅助治疗慢性萎缩性胃炎效果观察[J].山东医药,2016,56(34):38-39.
[15]黄铭涵,黄健,李思汉,等.复方胃炎合剂逆转胃癌前病变的临床研究[J].中国中医药信息杂志,2016,23(4):20-23.
[16]袁方,刘冬梅,王伟,等.益气解毒化瘀方防治慢性萎缩性胃炎临床研究[J].山西中医,2016,32(6):21-23.
[17]王琦,杨少军.平胃胶囊治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床研究[J].时珍国医国药,2013,24(11):2685-2686.
[18]付航,刘喜平,李沛清,等.敦煌平胃丸治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变48例[J].中医研究,2015,28(1):20-22.
[19]田园.疏肝和胃汤治疗慢性萎缩性胃炎38例[J].陕西中医,2013,34(10):1316

- 1318.

[20]张勇,薛志欣,胡薇,等.针刺治疗慢性萎缩性胃炎合并幽门螺杆菌感染疗效观察[J].陕西中医,2016,37(8):1078-1079.

[21]郭金颖,吴永华.毫火针治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎28例.浙江中医杂志,2014,49(12):912.

[22]景卫政.针灸治疗慢性萎缩性胃炎临床体会[J].现代养生,2015,(6):223-223.

[23]李璟,李琪,王硕硕,等.隔物灸法对慢性胃炎患者胃黏膜保护的临床效应研究[J].世界科学技术-中医药现代化,

2016,18(3):361-367.

[24]安贺军,郭雁冰,朱宏,等.温阳活血方配合针灸治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].中医学报,2015,30(10):1506-1508.

[25]赵崇智.中药配合腹针治疗慢性萎缩性胃炎1则[J].光明中医,2013,28(5):1018

[26]王秀荣,甘爱芳,陈晓枫,等.针灸联合参苓白术散治疗脾虚夹湿型慢性萎缩性胃炎30例[J].光明中医,2015,30(5):1018-1020.

[27]李凯,刘艳,柳文,等.肝脾调中方联合心理干预用于慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].国际中医中药杂志,2013,35(5):

435-437.

[28]邵丹杰,马伟明,康年松,等.慢性萎缩性胃炎伴癌前病变155例健康需求调查[J].中国乡村医药,2016,23(6):43-44.

[29]张晓菊,曾霞.护理干预对慢性萎缩性胃炎患者疗效及心理状态的影响[J].现代中西医结合杂志,2015,24(10):1130-1132.

[30]董耿.西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,15(41):118-119.

[31]陈灏珠.实用内科学[M].12版.北京:人民卫生出版社,2014:366.

(上接第54页)

白术6g,薏苡仁20g,砂仁6g,甘草3g,桔梗6g,淮山30g,扁豆15g,陈皮6g,防风6g,薄荷6g,狗脊15g。14剂。日1剂,水煎服,分2次服用。再诊时诸症悉除。

按 患者素有慢性肾脏病病史,暑气未散之时,复感寒湿,寒湿困脾,升清失常,胃失受纳,通降失常,故见便质稀溏,甚则水样便。结合舌脉,辨为暑湿困脾,治以温脾解暑,处方以缩脾饮加减。草豆蔻、草果、砂仁、木香芳香燥湿醒脾;葛根升阳止泻;合扁豆、乌梅、明党参、甘草益气养阴;佐以黄连、

土茯苓、车前子清热燥湿。复诊时,因患者又感风邪,二阳合病,风热犯上,诸窍不利;原有大热,内伤元气,气弱不行,湿邪留著,清浊相干,故予参苓白术散益气健脾,渗湿止泻,少佐疏风药解表,以善其后。

3 总结

综上所述,暑邪与肾病关系密切。暑邪既可以是慢性肾脏病的发病因素,亦可加重慢性肾脏病的病情,而影响到慢性肾脏病的预后及转归。在慢性肾脏病的治疗中

需重视祛除暑邪,倘肾病初起,即予驱邪,则不致伤及五脏元真;若素有肾病痼疾,复感暑气者,当谨遵仲师所言“夫病痼疾,加以卒病。当先治其卒病,后乃治其痼疾也”。万不可固守常法,一见“气虚乏力、汗出、口干”等症,便处以补脾肾之品而犯下虚虚实实之戒。总之,暑邪与夏月肾病休戚相关,临证时当多予留意。

参考文献

[1]郭霭春.黄帝内经素问校注[M].北京:人民卫生出版社,2013:101.

医论

脾阳合中五说

今夫万物之所以托命者,土也,而五行亦无土不成。故土者后天之根本,而金木水火之枢机也。洛书一图中五称为皇极焉。盖天地太和之气,而万物之所以生长收藏者也。在人身则为脾,内而脏腑,外而肢体百骸之所资养,而气血之所从生也,且水得之而不汩,火得之而不炎,木得之而畅茂,金得之而坚凝,况饮食入胃,得脾为之健运,则清者由是而上升,浊者由是而下降。脾土一伤,则一身之枢机不灵,而百体皆困矣。经云:有胃气则生,无胃气则死。盖言土为后天资生之本,而即洛书之中五也。夫中五阳也,病则不能运,因之上有中满腹胀不食等证,病则不能化,必至下有泄泻下痢清谷等证,皆五土之失职也。故仲景有建中、理中之制,他如四君、六君子诸方,所以培中建中五建皇极之意也。夫或曰脾土属阴,何以为洛书之中五曰脾土体阴而用阳者也。其质虽阴,而其健运之机则阳也,非洛书之中五而何?

(摘自清·芬余氏·《医源》)