

慢性萎缩性胃炎癌前病变中医健康管理模式思考※

● 朱景茹^{1,2} 涂文玲^{1,2} 甘慧娟^{1▲}

摘要 慢性萎缩性胃炎癌前病变是胃癌发生的必经始动环节,其病程迁延,病情反复发作,严重者可导致胃癌的发生。中医健康管理本着“治未病”思想,以状态为核心进行全程式、连续性服务,顺应“疾病医学”向“健康医学”模式转变,助力“健康中国2030”战略。因此,本文根据慢性萎缩性胃炎癌前病变患者的发病特点,从管理方式、疗效评价两个方面探讨其中医健康管理模式,以期实现实时评估、有效防控,达到阻断胃癌发展进程的目的。

关键词 慢性萎缩性胃炎癌前病变;整体观念;状态辨识;中医健康管理;服务模式

胃癌前病变(precancerous lesions of chronic atrophic gastritis, PLGC)指胃黏膜上皮不典型增生和不完全性结肠型肠上皮化生两种病理学改变,常伴见于慢性萎缩性胃炎中,患者可出现胃胀、胃痛、暖气、恶心、泛酸等一系列临床症状。目前研究发现,慢性萎缩性胃炎与胃癌的发病率呈正相关,我国慢性萎缩性胃炎的癌变率约为1.2%~7.1%^[1]。根据公认的 Correa 模式^[2],胃癌的发展经历由正常胃黏膜到胃癌等多环节转变过程,每一个环节都具有可逆性。如何有

效地逆转癌前病变胃黏膜,阻断其进一步向胃癌发展,一直是研究者关注的热点。由于胃癌病因尚未完全明确,实施针对病因的一级预防非常困难^[3],而如何对慢性萎缩性胃炎癌前病变进行干预则是降低胃癌发病率的重要途径和二级预防的关键环节。西医目前尚缺乏特异性药物逆转胃黏膜病理和改善预后;中医在本病的治疗上则具有独特优势与应用前景。因此,笔者根据慢性萎缩性胃炎癌前病变的发病特点,从管理方式和效果评价展开论述慢性萎缩性胃炎癌

前病变的中医健康管理模式。

1 慢性萎缩性胃炎癌前病变发病特点

1.1 本虚标实,虚实夹杂 当代医家对慢性萎缩性胃炎癌前病变多从“胃脘痛”“胃痞”“嘈杂”“反胃”来进行认识和论治,归纳起来主要认为本病在脾胃虚弱、情志失调、饮食不节、药物攻伐、感受外邪等多种因素的影响下,气滞、湿热、痰湿、瘀血等病理因素阻滞胃中,妨碍其正常生理功能,最终形成本虚标实的病机特点^[4]。有研究表明^[5-6],本病反复发作,病情迁延,核心证型涉及脾胃气虚证、脾胃湿热证、肝胃气滞证、胃阴亏虚证、瘀阻胃络证,证型分布虚实夹杂;慢性胃炎在慢性非萎缩性胃炎(CNAG)→慢性萎缩性胃炎(CAG)→PLGC 发展阶段,病位证素由“胃、肝”转向“胃、脾”,病性证素表现为热>

※基金项目 国家自然科学基金项目(No.81873237;No.U1705286);福建省自然科学基金项目(No.2018J01889);福建省2011中医健康管理协同创新中心(No.2890-755020001)

▲通讯作者 甘慧娟,女,医学博士,教授,博士研究生导师。主要从事中医诊断学研究。E-mail:hjganzz@126.com

• 作者单位 1.福建中医药大学中医证研究基地(福建 福州 350122);2.福建省中医健康状态辨识重点实验室(福建 福州 350122)

阳虚>阴虚>气滞>血瘀>湿>气虚,其中气虚、气滞作为基本病性证素贯穿于本阶段的始终。慢性萎缩性胃炎癌前病变在整个疾病转化过程中由单一脏腑受损累及多个脏腑,逐渐呈现出“由实致虚、渐见阴虚、血瘀”的病变特征。

1.2 脏腑相关,形神相依 中医强调整体观念,认为人是有机体的整体,脏腑之间生克制化,形体与精神相互依存。邓铁涛教授认为“脾胃虚损,五脏相关”,慢性萎缩性胃炎癌前病变的发生不仅关乎本脏,也可因其他脏腑疾病发展而来。“见肝之病,知肝传脾”,言明在疾病传变过程中肝木易乘脾土,肝木受邪发病极易累及脾胃功能而导致中焦气机升降失司,日久湿浊瘀毒阻于胃络,气血生化乏源,胃络失养,胃黏膜逐渐萎缩甚至出现癌变。另外,机体的老化、情志的焦虑或抑郁也会加重病情。《中国慢性胃炎共识意见(2017年)》就曾指出,慢性萎缩性胃炎患病率随着年龄的增长而普遍升高,胃黏膜萎缩、肠化生与年龄老化有关^[7]。苏泽琦等^[8]研究发现,情志不遂、肝郁气滞是慢性萎缩性胃炎癌前病变向胃癌发展演化过程中不容忽视的危险因素。突然强烈的精神刺激或长期持续的郁闷情绪不利于肝气疏泄,肝失疏泄,横逆犯胃,从而出现胃脘胀满、嗝气、吞酸、嘈杂、恶心欲呕等肝胃不和的表现。

1.3 多重因素,共同作用 慢性萎缩性胃炎癌前病变的轻重程度还与四时气候、昼夜晨昏、地域差异等密切相关。《素问·脏气法时论篇》言“病在脾,愈在秋,秋不愈,甚于春,春不死,持于夏……日昃慧,日出甚,下晡静”,提示慢性萎缩性胃炎癌前病变易受四时气候的影

响而出现春天加重、夏天稳定、秋天转好以及日出时加重、日落后好转、下午3~5时相对平稳的变化。气候急剧骤变、冷热刺激也容易导致脾胃气机失调,升降功能运行障碍,从而影响本病的发生发展。胃喜燥而恶湿,以通降为顺。长江以南地区大多阳热潮湿,对脾胃功能影响较大,加之过食肥甘滋腻、辛辣烟熏制品,湿热困脾,胃腑通降不畅,内外环境双重刺激也使慢性萎缩性胃炎癌前病变的发病率高于其他地区。不仅如此,随着现代社会的高速发展,生存资源污染、高压工作强度、繁复人际交往都在影响着本病的发展方向及预后。因此有必要针对慢性萎缩性胃炎癌前病变的发病特点进行长期、有效地中医健康管理,监控疾病进展,阻断胃癌发生。

2 管理方式

中医健康管理运用整体观念的核心思想,将中医四诊疗法同现代健康管理的模式、技术、方法相融合,提供信息采集、风险评估、健康干预等服务,从而对人体生命活动全过程的状态进行动态、个性、全面的管理^[9],不仅顺应“健康中国”战略大局,而且体现了中医学同时代科技、系统工程相结合的与时俱进的发展趋势。在中国,胃癌是发病率和死亡率分别高居第二、三位的恶性肿瘤,癌症负担持续上升。PLGC作为慢性萎缩性胃炎发展成胃癌的关键一环,有必要对其进行中医健康管理,管理方式主要包含以下4个方面。

2.1 建立中医健康档案 中医健康档案是涵盖各种健康相关因素的系统文件记录,是实现中医健康动态、个性化管理的重要依据^[10]。

中医健康档案的建立可由专业的中医健康管理师对PLGC患者进行基本信息和三观(宏观、中观、微观)参数采集。其基本信息包括姓名、性别、年龄、就诊时间等;宏观资料包括发病季节、症状加重时间、风俗习惯、居住环境;中观资料为望、闻、问、切四诊内容,包括主诉、证候、舌脉象、既往史等,以及让患者配合填写汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)得出的情绪积分所反映出的此刻心理状态;微观资料为胃镜、¹³C呼气试验、血清胃蛋白酶原I和II、血清胃泌素G17、维生素B₁₂、消化系彩超、体液排泄物等辅助检查及脉诊仪、舌诊仪、红外检测、太空舱等现代化中医诊断分析仪得出的报告。PLGC患者中医健康档案记录详细、内容规范完整,则有助于后期管理的可记录、可重复、客观化的综合判别和监测。

2.2 健康状态辨识 状态辨识^[11]是中医健康管理的关键步骤。状态表征参数是判断和辨别状态的主要依据,而状态要素则是辨识的核心。状态要素分为疾病部位、性质及程度轻重三部分内容。病位在胃的表征参数表现为胃脘部疼痛、嘈杂痞胀、呃逆、嗝气、进食无味、饥不欲食或多食易饥、纳呆恶食、口臭、齿衄、柏油便等临床症状,而病情程度的轻重可参照证素辨证积分来实现。慢性萎缩性胃炎癌前病变的状态辨识可基于五辨诊治思维^[12],通过中医健康管理系统^[13]、中医问诊仪等状态辨识软件对表征参数、状态要素进行辨别分析,从而产生涵盖病、证、体质的实时性辨识结果,最终确定PLGC患者当前处于已病或病后状态,并完善相应的状态名称,方便后续疾

病风险评估。

2.3 疾病风险评估预警 疾病风险评估预警是根据慢性萎缩性胃炎癌前病变规律或观测到发出紧急信号的前兆来报告病情危险情况并及时止损的。慢性萎缩性胃炎癌前病变的不同证型在癌变率上也有所侧重。李映珊等^[14]通过计算 142 例 PLGC 患者不同病理阶段与中医证型的相关系数得知,不完全性结肠型肠化生及中度异型增生阶段脾胃虚寒证分别占比为 37.04%、32.26%,重度异型增生阶段瘀阻胃络证占 30.19%。宋健^[15]对 133 例 PLGC 患者进行血清胃蛋白酶原检测发现,瘀阻胃络/气阴两虚证、湿热蕴胃/脾胃虚寒证这两类证型既有胃黏膜中重度萎缩和异型增生,又有血清胃蛋白酶原呈现出中度强阳性,可能是癌变的高危证型。因此,综合此前掌握的中医健康档案病情资料和状态辨识结果,形成不同 PLGC 患者风险评估报告,再据此辨证用药,提供个性化中医健康管理方案。

2.4 提供专业、个性化管理方案 专业、个性化健康管理方案的形成是管理方式的具体体现。慢性萎缩性胃炎癌前病变的中医健康管理方案主要涵盖以下几方面内容。

2.4.1 辨证用药 区分不同证型以辨证施治,同时结合 PLGC 证型-癌变相关性及中药四气五味合理选择用药。有报道指出,黄芪、黄芩、黄连、丹参、陈皮、延胡索、吴茱萸、白芍等能有效地抑制幽门螺旋杆菌;白花蛇舌草、半枝莲、半边莲具有抗癌作用;三七、莪术、三棱在逆转癌前病变胃黏膜方面略显成效^[16]。诊治过程应当遵循方随证转、药随机变、量势同步的用药

原则,以求先安未病脏腑,五脏同调。

2.4.2 针灸推拿 根据慢性萎缩性胃炎癌前病变阳虚、气虚、阴虚、血瘀、气滞、湿热证素的不同,选择有效的补泻手法。如脾胃阳虚证的 PLGC 患者可坚持早晚自我摩腹 15 分钟;用补法针刺内关、胃俞、脾俞;灸足三里、中脘、神阙;一指禅推膈俞至三焦俞,横擦肾俞、命门穴直至透热,以温阳健脾,和胃止痛。

2.4.3 膳食指导 忌饥饱失常,少食生冷、煎炸、甜腻、高盐高脂、浓茶烈酒之品;宜少食多餐,调整膳食结构,饮食物营养均衡,增加蛋白质类、谷薯类、畜禽肉类食物摄入;适当配合药膳养生,可选择山楂麦芽茶、薯蓣半夏粥、牛筋祛瘀汤、砂仁肚条等。

2.4.4 情志疏导 在慢性萎缩性胃炎癌前病变既病防传的过程中,注重疏肝解郁,调畅情志,运用中医情志疗法如五行音乐法、移精变气法、七情相胜法、暗示解惑法加强情志开导和心理疏通。

2.4.5 运动锻炼 进行体育锻炼(如跑步、游泳、打太极拳、拍打脊柱)以增强体质。可常练八段锦之单举式(该式与脾胃、肝胆均相关,关键动作在两手掌根分别往上下方向撑按,上下抻拉两胁),常练此式既能调理脾胃气机的升降,又可疏泄肝胆气机^[17]。

2.4.6 教育宣传 通过宣传手册、公众号健康小短文推广、临床医师的专业指导等多种方式使 PLGC 患者认识本病的转归及预后,积极寻求有效的治疗和健康管

3 效果评价

3.1 证候转归与主观感觉的变化 中医健康管理效果的好坏直接反映于机体症状和主观感觉的改变。借助状态调整效果评价工具,从患者和医生两个角度对症状、体征、精神情绪进行评价,评价结论大致以痊愈、显效、缓解、无效、恶化来区分。有效的中医健康管理可体现在患者胃脘部不适症状改善、机体精神活动恢复、生活质量提高等多个方面。若患者生理-心理状态未见好转甚至恶化,则健康管理的目的就没有达到,因此需要对状态辨识结果和管理方案重新进行思考以作进一步调整。

3.2 应用现代生物学检查指标 现代生物学检查指标如实验室检查、体格检查、组织病理学检查、影像学检查均可作为中医健康管理效果评价的客观依据。胃镜、Hp 检测、病理活检、肿瘤标志物 Ca199、胃液分析等消化系统常规检查则有助于判断慢性萎缩性胃炎癌前病变的中医健康管理效果。比如 PLGC 患者在进行一段时间的中医健康管理后,胃镜检查提示胃黏膜充血、水肿程度减轻,黏膜颜色由苍白转为淡红,条形红斑或散在出血点减少等征象,病理活检中胃黏膜固有腺体萎缩程度有所恢复,这些都是病情向愈的表现。中医健康管理显效与否可直接反映于生物学检查报告中。

3.3 构建健康动态跟踪反馈模型 中医健康管理不同于暂时性的医疗救治,整个过程呈现出完整的闭环,即对健康信息的采集→建档→评估→干预→效果评价→再采集→再评价→再干预^[18]。构建健康动态跟踪反馈模型,利用互联网技术和微信、QQ 等交往媒介定

期、主动追踪 PLGC 患者方案的执行进度和效果并进行评价,多次收集病情资料,比对前后管理档案的差异,并对管理方案进行针对性优化,获取干预后整体变化的反馈信息,以备进行下一阶段的中医健康管理。只有周而复始地坚持对 PLGC 患者的中医健康管理,方能取得预期的管理效果。

4 结论

“治未病”学术思想是中医健康管理的发端,而中医健康管理是中医发展过程中延伸出的新概念、新方式,是在整体观念指导下的实行生理—心理—社会—环境相互适应的管理模式。对慢性萎缩性胃炎癌前病变的中医健康管理必须以掌握本病的发病特点为前提。在运用中医诊察技术和临床检测手段评估患者状态后进行个性化、全方位的中医健康管理,并且提供相应的调治、养生、健康维护和教育方案。对 PLGC 患者长期跟踪反馈并优化干预方案,执行后进行再评价、再干预的闭环式服务,如此才能真正达到“未病先防”“既病防

变”“瘥后防复”的目的,有效地改善胃脘部不适症状和逆转组织病理,阻断其向胃癌进展。

参考文献

[1]莫剑忠,江石湖,萧树东,等.胃肠病学[M].2版.上海:上海科学技术出版社,2014:155-156.
 [2]Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process—First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention [J]. Cancer Res, 1992, 52(24):6735-6740.
 [3]熊潭玮,江伟,范剑薇.中医药治疗胃癌前病变研究进展[J].中医学报,2018,33(6):971-974.
 [4]张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
 [5]苏泽琦,李培彩,郭强,等.慢性胃炎中医证候演变规律研究[J].北京中医药大学学报,2015,38(11):762-766,771.
 [6]黄远程,潘静琳,黄超原,等.慢性萎缩性胃炎癌前病变证型、证素演变规律文献研究[J].中医杂志,2019,60(20):1778-1783.
 [7]房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
 [8]苏泽琦,张文君,张雨珊,等.慢性胃炎恶性转化过程证候、证素演变规律[J].现代中医临床,2017,24(6):9-14.

[9]李灿东.中医健康管理学[M].北京:中国中医药出版社,2018:5-12.
 [10]李灿东,夏淑洁,徐佳君.中医健康管理的关键技术与方法[J].中华中医药杂志,2019,34(6):2562-2565.
 [11]李灿东.中医状态学[M].北京:中国中医药出版社,2016:52-168.
 [12]夏淑洁,李灿东.基于整体观念的五辨论治思维探析[J].天津中医药,2020,37(2):158-161.
 [13]杨雪梅,甘慧娟,赖新梅,等.基于证素辨证模型的中医健康管理系统的研发[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2681-2683.
 [14]李映姗,杨晓军,张理选.胃癌前病变的病理类型与中医证型的相关性初探[J].新中医,2015,47(6):231-233.
 [15]宋健.基于血清胃蛋白酶原水平胃癌前病变不同证候类型的癌变风险研究[D].广州:广州中医药大学,2015.
 [16]魏玮,杨洋.慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J].中医杂志,2016,57(1):36-40.
 [17]陈瑞芳,周波,邓铁涛.邓铁涛八段锦中的五脏相关理论[J].山东中医杂志,2017,36(10):835-837.
 [18]俞洁,林雪娟,杨雪梅,等.中医健康管理平台架构[J].中华中医药杂志,2017,32(6):2582-2584.

(收稿日期:2020-04-15)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第55页)

[22]蒋鹏飞,彭俊,彭清华.密蒙花颗粒对去势诱导的干眼症兔泪腺细胞 IL-12 及 IL-6 的影响[J].北京中医药大学学报,2019,42(6):477-482.
 [23]蒋鹏飞,彭俊,周亚莎,等.中医药治疗干眼疗效的 Meta 分析[J].国际眼科杂志,2018,18(6):1023-1027.
 [24]蒋鹏飞,彭俊,彭清华.浅析彭清华教授上病下取治疗干眼症经验[J].湖南中医药大学学报,2018,38(6):661-664.
 [25]蒋鹏飞,彭俊,彭清华.浅析从阳虚角度论治干眼[J].湖南中医药大学学报,2018,38(4):410-412.
 [26]彭俊,欧阳云,李文娟,等.密蒙花滴眼液对去势雄兔泪腺细胞炎症因子的影响(英文)[J].国际眼科杂志,2018,18(8):1359-1364.

[27]彭俊,欧阳云,谭涵宇,等.密蒙花颗粒剂对去势雄兔泪腺细胞 TNF- α 及 IL-1 β 表达的影响[J].中华中医药杂志,2018,33(3):874-877.
 [28]陈立浩,时健,刘倩宏,等.菊花总黄酮对去势所致干眼雄兔泪腺组织中 AR、AR mRNA、Bax mRNA 及形态学的影响[J].湖南中医药大学学报,2020,40(4):406-411.

(收稿日期:2019-12-21)

(本文编辑:蒋艺芬)