

中医辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎研究进展

胡枋利¹, 张 杨^{2*}

¹黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院消化内科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年5月9日; 录用日期: 2024年6月1日; 发布日期: 2024年6月11日

摘 要

慢性萎缩性胃炎是消化系统的常见疾病, 通常起病隐匿且缺乏临床特异性, 其发病率逐年递增引起了国内外高度重视, 对于疾病诊治方面现代医学效果不甚明显, 而祖国医学基于辨证论治的诊疗思路具有其独特优势并取得了令人满意的疗效。故本文从辨证分型论治的维度对慢性萎缩性胃炎进行论述, 为当代医家后续研究和治疗本病提供可行的依据。

关键词

慢性萎缩性胃炎, 中医, 辨证分型

Progress of Research on the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis by Identification and Typing in Chinese Medicine

Fangli Hu¹, Yang Zhang^{2*}

¹The First Clinical Medical College, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gastroenterology, First Affiliated Hospital to Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: May 9th, 2024; accepted: Jun. 1st, 2024; published: Jun. 11th, 2024

Abstract

Chronic atrophic gastritis (CAG) is a common disease of the digestive system, which usually has an insidious onset and lacks clinical specificity, and its increasing incidence has attracted great at-

*通讯作者。

tention both at home and abroad. However, the effect of Western medicine is not obvious at present, Chinese medicine based on the diagnostic and therapeutic ideas of identification and typing treatment has its own unique advantages and has achieved satisfactory therapeutic effects. Therefore, this paper discusses CAG from the dimension of identification and typing, and provides a feasible basis for contemporary medical practitioners to follow up the research and treatment of this disease.

Keywords

Chronic Atrophic Gastritis, Chinese Medicine, Syndrome Differentiation

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是因感染幽门螺旋杆菌或自身免疫障碍而导致的以胃痛、腹胀、嗳气、吞酸、嘈杂等为临床特征的消化系统疾病,可伴有异常精神状态[1],目前其具体发病机制尚不明确,研究表明亚洲属于CAG高发地区,其中中国和日本又是其重灾区[2]。对于CAG的治疗,现代医学暂无明确有效的诊疗方案,且存在治疗周期长、价格高昂、愈后易复发及易产生耐药性等不足之处[3]。而祖国医学以整体观念和辨证论治为治疗理念,可有效缓解CAG的临床症状和减轻药物不良反应,其辨证分型论治的诊疗方式,能有效把控疾病的发展变化过程,具有疗效精准恳切的独特优势。现将近年来有关中医药辨证分型治疗CAG的研究论述如下。

2. 病因病机

传统医学方面并无慢性萎缩性胃炎的病名,根据其症状多归属于“痞满”“胃脘痛”“吞酸”“嘈杂”的范畴。痞满见于《素问》:“心胃生寒,胸膈不利,心痛痞满”,《内经》云:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛”,首次出现关于“胃脘痛”的记载,吞酸见于《诸病源候论》:“流饮宿食者……脾得湿气则不能消食,令人噫……或吞酸”,嘈杂见于《丹溪心法》曰:“嘈杂,是痰因动火,治痰为先”。现代医学多将CAG归名为“胃痛”。

2.1. 病因

CAG的致病因素不外乎内外两类。外因主要与外邪侵袭、饮食不节相关,《诸病源候论》云:“虚劳损伤,血气皆虚,复为寒邪所乘……故令心腹痞满也”,阐述了外感寒邪可导致痞满。对于饮食方面,《素问》言:“且如酒之味苦而性热,能养心火,久饮之,则肠胃怫热郁结,而气液不能宣通,令人心腹痞满”,强调了饮食不节,日久郁热,一样可以导致心腹痞满。内因方面与情志不和、体质虚弱有密切联系。《临证指南医案》云:“肝病必犯土,是侮其所胜也”,提出肝气不疏过克脾脏,导致脾胃病变。《丹溪心法》曰:“有中气虚弱,不能运化精微为痞者……有湿热太甚为痞者”,提出痞证的发生或和中焦虚弱或湿热有关。

因此,CAG的发病多与肝脾胃相关,通常以机体脾胃虚弱为基础,在外感邪气、情志不和、饮食不节等其他内外因素影响下,各种病理产物蓄积损伤脾胃是导致CAG的关键。

2.2. 病机

CAG 病机复杂多样, 大多是与气虚、气郁、血瘀、湿热、火邪、阴虚等有关, 但其发病一般是几种因素综合作用的结果[4]。周斌教授认为 CAG 是以脾胃虚弱为本, 在此基础上或招致木乘, 或产生痰瘀毒等病理产物因素, 或久伤肾阳, 层层递进最终机体受损而发病[5]。吴勉华教授指出虚实夹杂贯穿 CAG 疾病演变全程, 疾病发生是以脾胃虚弱和肝气郁滞为基础, 痰热、瘀毒联结而致, 且病久易耗伤阴津[6]。姜莉云教授认为 CAG 是因先天肾阳不足, 不充脾阳, 脾胃运化无力, 气机失调, 痰瘀互结而来[7]。

由此可知, CAG 是基于机体脾胃虚弱, 脏腑功能失调, 继而产生痰瘀热毒等病理产物, 长期以往迁延不愈耗气伤阴损伤脾胃而发病。

3. 辨证论治

目前, CAG 的分型标准尚未完全统一, 对于疾病的辨证分型, 当代医家各持己见、博采众长。刘启泉教授指出, CAG 病机不外乎气、湿、热、瘀、阴五种, 故分为气机郁滞、痰湿中阻、热毒蕴结、瘀血停滞、阴液亏虚五种类型[8]。另外, 劳绍贤教授采用个人独特诊法, 运用舌象来诊断疾病, 将 CAG 分为湿热中阻、肝气犯胃、脾气亏虚三种证型, 若脾气虚极, 还可见其气阴两虚证[9]。王庆国教授以时相规律为辨证基础, 指出 CAG 的发展演变为三个阶段, 分别为脾胃气虚、脾胃湿热和瘀阻胃络[10]。CAG 中医诊疗共识意见将其分为肝胃气滞、肝胃郁热、脾胃虚弱、脾胃湿热、胃阴不足、胃络瘀血等六种证型[1]。基于众多医家经验论断和专家共识对 CAG 的阐述, 再结合相关文献, 发现本病总属本虚标实之证, 初期以本虚为主, 久病不愈从而各种病理产物蓄积, 易导致虚实夹杂, 疾病发展后期可伤及阴津, 故将其分为肝胃气滞、脾胃湿热、脾胃虚弱、胃络瘀血、胃阴不足等五种证型来进行论治。

3.1. 肝胃气滞型

情志因素与 CAG 的发病有强相关性, 抑郁焦虑状态是诱导疾病发生的重要因素, 也是疾病发展过程中的病理产物[11][12]。由于平素情志不和, 肝气郁结, 横逆犯胃, 胃失和降而发病, 治应以疏肝和胃理气法[13]。杨楚琪等人[14]观察 73 例肝胃气滞证的 CAG 患者, 将其随机分为两组, 治疗组给予柴胡疏肝散加减, 六个月后发现胃镜下炎症状态缓解, 且胃脘胀痛和痞满等消化系统症状明显减轻。邓璐璐等人[15]对 48 例肝郁脾虚的 CAG 患者在常规西药的基础上施予加味逍遥散治疗, 结果显示有效率远高于普通西药治疗的对照组, 内镜下见组织学检查向愈, 且幽门螺旋杆菌转阴率有所提高。赵先群等人[16]将 128 例肝胃气滞 CAG 患者随机分为四组, 结果发现应用常规西药联合柴胡舒肝丸和胃痞消颗粒的联合组, 无论是在临床症状的治疗有效率还是增高血清胃泌素和胃动素水平上, 都明显优于单纯使用西药和西药联合单独一种中药方剂的其它三组, 且疾病好转之后的复发率也远低于另外三组。另有动物模型研究发现, 给予柴芍六君汤的肝郁脾虚组大鼠, 用药后精神活动状态良好、组织细胞受袭程度较轻、且代谢紊乱得到调节纠正[17]。

因而可知, 传统医学运用疏肝理气疗法可缓解肝胃气滞型 CAG 患者的临床症状, 保护胃黏膜组织并减轻炎症因子对其的损害, 在疾病向愈上具有积极意义。

3.2. 脾胃湿热型

随着现代科技水平的进步和社会经济快速发展, 居民生活习惯和饮食结构发生变化, 越来越多的人好肥甘厚味, 长此以往, 饮食不节日久蓄积化热, 脾胃运化无权, 湿热内生而致 CAG, 应以清热利湿和胃法治之。黄焱等人[18]将脾胃湿热 CAG 患者随机分为两组, 对照组单纯使用西药兰索拉唑片, 观察组在西药的基础上施以清热祛湿方加减, 结果表明观察组不仅临床症状明显好转, 而且可改善机体氧化应

激反应和降低炎症因子水平。王伟东[19]将三仁汤给予 60 例脾胃湿热的 CAG 患者, 治疗 6 个月后结果表明应用三仁汤的观察组总有效率远高于使用常规西药治疗的对照组, 且不良反应发生情况明显降低。刘倩[20]将 78 例脾胃湿热型 CAG 患者随机分为两组, 其中治疗组在常规西药的基础上加以经典名方半夏泻心汤, 临床观察发现治疗组患者不仅精神状态有所好转, 且胃功能水平得到改善, 结果表明半夏泻心汤通过调节胃黏膜分泌水平, 以此缓解 CAG 患者的临床症状。干晓花等人[21]给予 47 例脾胃湿热型 CAG 患者胃复春片和健脾清热化湿汤, 12 周后结果显示研究组联合用药不但可改善胃黏膜萎缩情况, 且能缓解胸闷气短、食欲不佳等 CAG 疾病的伴随症状。

因此, 祖国医学通过清热化湿法不仅能提高脾胃湿热型 CAG 疾病治疗有效率, 调整机体内环境, 延缓其病理进展, 还可以改善患者的心理状态, 有利于疾病的治疗。

3.3. 脾胃虚弱型

在古代就有百病皆由脾胃生的论述, 先天禀赋不足或久病体虚皆可造成脾胃虚弱, 脾胃运化无力, 脏腑功能失调, 从而引发它病, 对于此种类型的 CAG, 应以补脾益胃法来对证治疗。叶国繁等人[22]给予 30 例脾胃虚弱 CAG 患者中药汤剂胃祺饮, 六个月随访发现使用中药治疗的治疗组有效率远高于使用莫沙必利和硒酵母胶囊的对照组, 且研究发现胃祺饮可阻碍胃腺癌细胞的增值, 从而有效减缓萎缩病变进程甚至逆转癌变的发展。时艳华等人[23]对 39 例脾胃虚弱型 CAG 患者在西药奥美拉唑和阿莫西林的基础上给予扶正消萎汤治疗, 发现胃镜下见组织学检查胃粘膜病变减轻, 且幽门螺旋杆菌转阴率增高。蒙仕祥等人[24]将 102 例脾胃虚弱型 CAG 患者随机分为两组, 观察组采用香茶花芽汤治疗, 两周后发现患者胃痛胃胀等临床症状有所缓解, 内镜下病变得改善, 且免疫功能得到增强。马丹等人[25]给予 48 例 CAG 伴肠化生脾胃虚弱型患者固本通络汤, 治疗后观察发现总有效率增高, 且胃黏膜萎缩程度得到了改善, 病情进展速度得到了有效缓解。

总之, 中医药治疗脾胃虚弱型 CAG 具有明显优势, 利用中药方剂扶正、健脾益胃, 可有效修复损伤胃黏膜细胞, 减缓疾病病变进程, 增强机体抗邪能力, 疗效较好, 值得推广。

3.4. 胃络瘀血型

本证型或由气虚无力推动津血, 或气痰火湿食等实质性产物瘀堵脉管而致, 应采用活血化瘀通络法治疗。胡兴萍等人[26]给予 29 例胃络瘀血 CAG 对照组患者常规西药替普瑞铜胶囊, 治疗组在对照组的基础上予以中药汤剂胃祺饮口服, 一个月后观察发现胃祺饮除改善腹胀、嗝气、烧心等消化道临床症状外, 还可降低炎症因子指标、调节胃肠激素水平、修复损伤的胃黏膜细胞。研究结果表明胃祺饮对脾胃虚弱无力推动血液运行而致的胃络瘀血型 CAG 有显著的临床疗效, 王德芳等人[27]对 76 例胃络瘀血型 CAG 患者施予加味丹参汤治疗, 结果发现患者痞满、嗝气泛酸等临床症状得到明显缓解, 丹参汤通过调节胃蛋白酶原和炎症反应状态来改善病变情况, 从而控制疾病发展。马学慧等人[28]将 65 例气虚络瘀型 CAG 患者随机分为两组。治疗组(33 例)采用扶正活萎汤治疗, 3 个月后发现治疗组有效率远高于使用胃复春片的对照组(32 例), 且内镜下胃黏膜病变进展得到明显缓解。有动物模型实验发现, 应用健脾化瘀方的大鼠模型胃黏膜组织形态最接近空白组胃部状态, 且炎性细胞较少, 此自拟方对损伤的胃黏膜细胞有一定的保护作用[29]。

由此可见, 中草药对于胃络瘀血型 CAG 的治疗具有极大优势, 不仅可以通过益气扶正法或者活血化瘀法缓解嗝气、吞酸等常见胃部疾病临床症状, 而且其中的特殊成分能有效控制病情的进展。

3.5. 胃阴不足型

胃阴不足是 CAG 发病最常见的原因之一, 在 CAG 疾病发展过程中, “虚”证贯穿全程, 因久病阴

虚或药食伤阴或年老体虚而致,应采用滋阴补益法来治疗。郑玉等人[30]对30例治疗组的胃阴不足型CAG患者施以二参芍麦汤,30例对照组患者给予养胃舒胶囊口服,3个月后观察结果显示治疗组的临床有效率和症状改善情况明显优于对照组,且研究指出二参芍麦汤可改善受损的胃黏膜情况,改善患者生活质量,而且其不良反应少,因此具有显著的安全性和有效性。褚雪菲等人[31]给予观察组56例胃阴不足型CAG患者芍药甘草汤合一贯煎联合用药治疗,16周后观察发现观察组临床治疗有效率远高于使用常规西药的对照组,且患者生活质量有了显著提高。彭芑等人[32]自拟滋阴养胃汤来治疗胃阴亏虚型CAG患者,胃痛、痞满、乏力等临床症状均有所减轻,总有效率远高于使用养胃舒胶囊的对照组。周永添等人[33]将64例胃阴不足型CAG患者随机分为两组,治疗组在常规西药的基础上给予滋培汤治疗,结果表明治疗组中医证候评分有所降低,其有效率也高于使用西药的对照组,对于延缓CAG疾病的发展具有积极的作用。

所以,中药方剂不仅可以有效缓解CAG患者临床症状,提高其生活质量,而且能减轻胃镜下胃黏膜受损情况,具有独特的优势。

4. 结语

慢性萎缩性胃炎是公认胃癌前状态中重要的一环,CAG的诊治成功对逆转胃癌的发生有积极正向的作用。随着近年来中医药诊治疾病的深入发展,其辨证论治的个体化治疗方案受到越来越多人的青睐,具有有效缓解临床症状、修复内镜下胃黏膜、提高患者生活质量等疗效。但中医药辨证论治CAG还有一些现实问题需要迫切解决:1)因各派医家众说纷纭,故未有统一完整的CAG辨证分型标准和治疗模式。2)因临床研究的样本量较小且有地域性限制,故试验缺乏严谨性。3)对于临床研究结果的有效性评判标准,主要依据患者主观症状改善情况,缺乏客观性。4)由于CAG病程较长,短期的疗效结论可能会出现偏差的风险,因此需要以年为单位的长期治疗及疗效观察方式。总之,对于CAG的临床观察的进一步完善和如何将CAG的诊疗方案规范化是后续医家研究重要的课题。

参考文献

- [1] 张声生,李乾构,唐旭东,王萍,李振华.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J].中医杂志,2010,51(8):749-753.
- [2] Weck, M.N. and Brenner, H. (2006) Prevalence of Chronic Atrophic Gastritis in Different Parts of the World. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 15, 1083-1094. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-05-0931>
- [3] 伊斯马伊力·热合曼,文宁,曾斌芳.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].新疆中医药,2023,41(4):126-130.
- [4] 王龙华,李萍,张福文,等.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].世界中西医结合杂志,2023,18(6):1261-1265.
- [5] 赵泽世,周斌.基于“先安未受邪之地”学说治疗慢性萎缩性胃炎经验探析[J].中华中医药杂志,2022,37(9):5197-5201.
- [6] 李黎,王子昊,吴勉华,李文婷,周红光.吴勉华教授治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J].时珍国医国药,2022,33(3):715-716.
- [7] 孔维红,王画,周冰,蔡悦青,姜莉云.姜莉云补火生土法治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].中华中医药杂志,2021,36(3):1438-1441.
- [8] 李京尧,赵蓓蓓,卫静静,王盼,刘文静,韩增银,刘启泉.刘启泉应用角药治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].中华中医药杂志,2021,36(6):3397-3400.
- [9] 李振,劳绍贤,郭文峰.劳绍贤诊治慢性萎缩性胃炎经验[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(5):691-692.
- [10] 高婧,范淑月,倪钰莹等.国医大师王庆国时相辨证辨治慢性萎缩性胃炎[J].长春中医药大学学报,2023,39(7):728-731.
- [11] 路理杰,杨阔,刘华一.情志因素与慢性萎缩性胃炎患者病理结果的相关性[J].中医杂志,2021,62(4):324-327.

- [12] 赵飞, 彭雪峰, 刘毅等. 从“六郁”理论辨治慢性萎缩性胃炎伴焦虑抑郁状态经验[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(1): 211-214.
- [13] 樊明智, 王柏林, 曹剑冰, 等. 基于“木郁达之”理论探讨慢性萎缩性胃炎辨治[J]. 河南中医, 2023, 43(10): 1478-1482.
- [14] 杨楚琪, 崔言坤, 李冀. 柴胡疏肝散加味治疗肝胃气滞证慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 580-583.
- [15] 邓璐璐, 牛桂芳, 冯彩霞, 刘少鹏. 加味逍遥散治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(4): 104-106.
- [16] 赵先群, 裴书飞, 田春阳, 等. 柴胡舒肝丸联合胃痞消颗粒对肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎患者临床症状、血清学指标、疗效及复发率的影响[J]. 中国合理用药探索, 2023, 20(10): 110-115.
- [17] 朱景茹, 洪银洁, 黄婉仪, 黄安闻, 林泽豪, 杨宗保, 甘慧娟. 柴芍六君汤对慢性萎缩性胃炎肝郁脾虚证模型大鼠胃黏膜组织代谢物表达的影响[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(8): 2672-2680.
- [18] 黄焱, 饶容丽. 清热祛湿方加减辅助兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(7): 115-119.
- [19] 王伟东. 三仁汤对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的治疗效果[J]. 慢性病学杂志, 2020, 21(3): 463-464+467.
- [20] 刘倩. 半夏泻心汤治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(20): 3736-3738.
- [21] 干晓花, 袁成业. 健脾清热化湿汤对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者中医证候积分、萎缩评分及 PGI、PGII 的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(12): 109-112.
- [22] 叶国繁, 李凯, 姜文琴, 等. 胃祺饮治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效评价[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(8): 595-599.
- [23] 时艳华, 任喜尚, 秦芳, 薛冰. 扶正消萎汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(5): 86-88.
- [24] 蒙仕祥, 陈卜伟, 冯永锋. 香茶花芽汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎患者的疗效及异型增生、腺体萎缩的改善研究[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(3): 96-99.
- [25] 马丹, 潘晨晨, 吴忆雪, 周惠志, 程若东, 赵兵, 兰青, 马尚清, 独思静, 赵晓琳, 郭哲宇, 莫方正, 周斌. 固本通络汤对慢性萎缩性胃炎伴广泛肠上皮化生脾胃虚弱患者癌变风险干预研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(4): 2391-2394.
- [26] 胡兴萍, 廖述利, 詹雅珍. 胃祺饮联合西药治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀血证临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(8): 64-68.
- [27] 王德芳, 赵明, 董笑一, 李晓艳. 基于络病理论观察丹参饮加味治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀阻证的临床疗效及机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(23): 122-127.
- [28] 马学慧, 沈旦蕾, 张征波, 过忆. 扶正活萎汤治疗气虚络瘀型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(6): 809-813.
- [29] 邵金华, 郑金玲, 王垂杰, 李岩. 健脾化瘀方对慢性萎缩性胃炎小鼠胃黏膜细胞凋亡和 NF- κ B/Bcl-2 通路的影响[J]. 现代免疫学, 2022, 42(4): 279-285+291.
- [30] 郑玉, 姜莉云, 李焱, 等. 二参芍麦汤治疗慢性萎缩性胃炎(胃阴不足型)的临床研究及影像学改变[J]. 中医临床研究, 2022, 14(23): 41-44.
- [31] 褚雪菲, 刘道龙, 韩广明. 芍药甘草汤合一贯煎加减治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(18): 107-112.
- [32] 彭芑, 任玲. 自拟滋阴养胃汤治疗胃阴亏虚型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(23): 3994-3996.
- [33] 周永添, 姚民武. 滋培汤治疗胃阴不足型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(5): 1027-1032.