

中医药治疗慢性萎缩性胃炎的现状和问题及展望^{*}

李岩¹ 王垂杰¹

[摘要] 慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是消化系统常见疾病,中医药对于治疗 CAG 的治疗有独特之处,文章综合论述了中医药治疗 CAG 的现状,诊治过程中存在的问题,并对未来治疗进行了展望。希望对从事该病研究的广大临床科研工作者有所借鉴和帮助。CAG 以胃黏膜萎缩,固有腺体减少为特征,伴或不伴有肠上皮化生(或)假幽门腺化生。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;中医;治疗现状;问题;展望

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.06.14

[中图分类号] R573.32 **[文献标志码]** B

Current situation, problems and prospects of chronic atrophic gastritis treated with Traditional Chinese Medicine

LI Yan WANG Chuijie

(Department of Gastroenterology, Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang, 110032, China)

Corresponding author: WANG Chuijie, E-mail: lnzyxhk@163.com

Abstract Chronic atrophic gastritis is a common disease of the digestive system. Traditional Chinese Medicine has its unique features in the treatment of chronic atrophic gastritis. This article comprehensively discusses the current situation of Traditional Chinese Medicine in the treatment of chronic atrophic gastritis, the problems in the process of diagnosis and treatment, and looks forward to the future treatment. It is hoped that it can be used for reference and help for clinical researchers engaged in the research of this disease. Chronic atrophic gastritis is characterized by atrophy of gastric mucosa and reduction of intrinsic glands, with or without intestinal metaplasia (or) pseudopyloric metaplasia.

Key words chronic atrophic gastritis; Traditional Chinese Medicine; current situation; problems; prospects

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是以胃黏膜萎缩、固有腺体减少为特征,伴有或不伴有肠上皮化生(或)假幽门腺化生为主要病理表现的一种疾病。现代医学尚无有效的治疗手段和方法。中医药充分发挥其独具特色的优势,采用多种治疗手段和治疗方法在临床上开展对 CAG 较为广泛而深入的研究探索,取得了可喜的临床成绩,进而确立了中医药在 CAG 治疗领域不可替代的优势地位。与此同时,我们也应看到,在萎缩性胃炎的治疗中,中医中药也有着其固有的局限性,存在着治疗上的一些问题和难点。如何解决这些问题和难点,这也是未来本领域工作的重点和努力方向。

1 中医中药对 CAG 的治疗现状

中医将 CAG 归属于“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”等范畴,综观近几十年来中医临床治疗 CAG 多采用辨证分型治疗,或采用经方、验方治疗,或采用中药配合针灸、艾灸等治疗。辨证分型治疗是针对患者的临床症状特点,四诊合参进行辨证,进而对不同证型对证施治,这种治疗模式符合中医辨证论治思想,仍是目前中医治疗 CAG 领域的主流认识。由于 CAG 发病因素多,病机复杂,病程迁延,故四诊所见也多有不同,因此导致临床上的辨证分型颇为繁杂。赵欢等^[1] 对全国 87 位名老中医治疗 CAG 的临床经验进行归纳总结,结果发现名老中医对该病辨证分型出现的频率由高到低依次是脾气虚 > 血瘀 > 气滞 > 湿热 > 脾胃阴虚 > 寒湿 > 脾胃虚寒 > 痰湿 > 邪毒 > 脾肾阳虚 > 火邪 > 食滞 > 血虚。张鸿彬等^[2] 汇总近年来 CAG 中医辨证分型论治的文献进行统计,结果发现,临床上对 CAG 的辨证以脾胃虚弱证、肝胃气滞证、脾胃湿热证、胃阴不

^{*}基金项目:第五批全国中医临床优秀人才研修项目[No: 国中医药人教函(2022)1号];王垂杰全国名老中医专家传承工作室[No: 国中医药人教函(2022)75号]

¹辽宁中医药大学附属医院消化内科(沈阳,110032)

通信作者:王垂杰, E-mail: lnzyxhk@163.com

足证、肝胃郁热证和胃络瘀血证最为常见。随着中医对 CAG 临床研究的不断深入和经验的不断积累,人们对 CAG 发病机制,病机转化,临床病、证、症之间的关系也逐步有了比较清晰的认识,见解上也趋向一致。中华中医药学会脾胃病分会和中国中西医结合学会消化疾病专业委员会两大专业学术组织均出台《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)》^[3]和《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[4],在这两个共识意见中,其中中医辨证分型上是高度一致的,均有肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证(脾胃虚寒证)、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀阻证。这两个共识意见的出台,为规范本领域 CAG 的中医诊疗起到了很好的示范作用。

除了中医辨证分型治疗 CAG 外,用个人经验方或中药联合外治法治疗 CAG 的文献报道亦不少见^[5-12]。所谓经验方是医者在自己的临床实践中,通过较长时间探索,总结出来的方药,是医者在自己临床实践中不断改进、积累和总结出的精华。有些经验方经过进一步的临床验证已通过国家药监部门审批,成为临床治疗 CAG 的中成药。细观这类经验方也好,中成药也好,从其药物组成来看,实际上也只是适合 CAG 的某一证,要更好地将这些经验方或中成药治疗 CAG 提高其疗效,其前提仍离不开中医的精髓——辨证。使用经方治疗 CAG 亦是如此,它所讲究的是方证对应,如果患者的症状与这里所说的证完全一致,便可以直接投方,而不需要审证求因这样一个过程。即所谓的有是证用是方,一证对一方。其实方证对应也是基于辨证,只是在临床上根据经验依据患者的主症而识其证,进而使用对应的方药予以治疗。可以说方证对应是一个简捷的诊疗方法,而当一个有经验的医生判断某些患者不能用这个方法处方时,便自然会使用辨证分型的方法去诊治。在治疗实践中,这两个方法的使用往往是反复交替,不能截然分开的。可见中医药治疗 CAG 的各种方法均离不开辨证这个关键环节。

临床上亦有用针药、灸药并举治疗 CAG 的。因 CAG 临床症状众多,采用中药煎剂口服加用艾灸、针灸治疗,对改善患者的诸多不适症状以及改善胃黏膜的病损程度均有明显作用^[13-18]。中药加针灸等外治法治疗也是针对 CAG 病因复杂,症状繁多的实际情况,满足患者的多种需求,提高临床疗效所采取的应对之策。

现代科技水平的提高,促进了现代医学对 CAG 发生发展机制的认识上的深化,也推动了中医对 CAG 病因病机上新的认识和对“证”的客观化的积极探索。如对导致非萎缩性胃炎向萎缩性胃炎转化的重要致病因素 Hp 感染的中医认识,CAG

患者胃黏膜相与中医“证”的内在联系,CAG 患者舌象特征及其微生物菌群结构的变化等方面都进行了十分有意义的探索和实践^[19-23],这不仅仅使 CAG 中医的“证”由主观向客观迈出了有意义的一步,也使 CAG 中医治疗由辨证论治向辨病论治或辨证与辨病相结合的模式转变上迈出了可喜的一步。

2 存在的问题

中医药治疗 CAG 方法手段多样,虽有中医和中西医结合的 CAG 诊疗共识意见出台,但这些共识意见在临床上的指导作用还有待提高。各临床各医家往往是以自身认识和既往的临床检验来潜方用药,存在着一人执一方的乱象,在治疗原则和治疗方法上差别很大,极不统一。

CAG 临床症状与萎缩的严重轻度之间无明显相关性。单纯以传统的宏观辨证不能准确地判断疾病的严重轻度。许多学者虽在 CAG 的中医辨证与内镜下表现之间进行了有益探究,但相关研究尚没有得到共性的较为一致的结论。尚未能在临床上提供简明实用的病证结合的辨证诊疗方案。

Hp 感染已被证实在 CAG 的发生、发展中有着重要的致病作用。尽管多个单味中药或复方中药制剂在体外实验能有效抑杀 Hp 已得到证实,临床上也有许多报道中药制剂有抑杀 Hp 的作用,但目前能有效根除 Hp 的中药复方或者是能够配合西药根除方案,提高 Hp 根除率的疗效确切、作用机制明确的中药复方尚属少见。

CAG 患者伴焦虑抑郁者有 50% 以上。病程缠绵反复不愈,患癌的风险伤害给患者带来很大的心理压力。过度的精神心理压力反过来又可加重胃黏膜的损伤。即是说焦虑抑郁状态既是 CAG 造成的结果,反过来其结果又进一步加重了患者的临床症状。精神情志调节本是中医药治疗的优势,但在 CAG 的临床诊疗上,其作用往往被一定程度的忽视,有关这方面的临床研究报道较为少见。

CAG 发病因素多,病程迁延缠绵,病机复杂,临床上由实向虚,由虚向实,从热向寒,从寒向热的相关转化,造成虚实互见,寒热互结的临床表现比单纯的一个证更为多见。造成此结果的内在病理机制是什么? 现代医学病理基础是什么? 如何及时有效应对处置这样的病机转化和临床表现? 目前尚缺乏高水平的研究成果和统一的治疗方案。

关于 CAG 萎缩的胃黏膜能否逆转的问题,现在临床上许多相关的临床研究均得出可以逆转的结论^[24-25],但试验研究中缺少内镜病理的明确支持,尤其是内镜定标活检的病理结果的支持。目前尚未有用内镜病理定标活检的方法作为判定标准的相关试验文章发表。

关于 CAG 临床试验研究报道虽然较多,也取

得了很多成绩,但也存在着诸多不足之处。如试验设计不规范,疗效判定标准欠合理,缺乏统一的CAG中医辨证分型标准,样本数量过少,缺乏动态观察,少有设计严谨的临床随机对照研究。

3 展望

尽管中医药治疗CAG取得了十分可喜的成绩,并得到了业界的认可,确立了中医药治疗CAG的独特地位,但其发展过程中的不足之处是明确存在的。这些问题可以说是中医药治疗过程中的难点,也是有待突破的瓶颈之处。解决难点、突破瓶颈应该是中医药治疗CAG临床工作的当务之急、重中之重。因此,笔者认为在今后的中医药治疗CAG领域我们应着重做好如下工作。

3.1 制定规范严谨科学可行的流调方案

整合资源,充分发挥专业学术团体的学术引领和人才汇集的技术优势,制定规范严谨科学可行的流调方案。在全国范围内开展关于CAG中医证候要素的流行病学调查,探明CAG中医证型分布及证候兼杂的特点,以期为今后规范性地辨证诊疗CAG打下坚实的基础。

3.2 制定统一的中医辨证标准和疗效判定标准

应规范中医药诊疗CAG的临床试验方案,制定统一的中医辨证标准和疗效判定标准(应以定标病理组织学改变情况为判定核心,参以能反映萎缩程度的血液生化指标及患者生存质量为一体的更客观、更全面、更细致,可量化的综合疗效判定标准),开展大样本多中心随机对照临床研究以期高质量地研制出疗效确切,药理机制明确的中药制剂,应用于临床。

3.3 开展CAG血液生化指标与临床征象的临床对比观察研究

重视微观辨证对宏观辨证的补充、完善和延伸的作用,加大力度开展CAG胃黏膜相关胃蛋白酶原、胃泌素、Hp等血液生化指标与临床征象的临床对比观察研究,以期寻找探明内在联系,进而提高CAG临床辨证的准确度。

3.4 探寻有效抑杀Hp和抗胆汁反流的中药单方或复方

Hp感染、胆汁反流是CAG发生、发展的重要病理因素,开展探寻有效抑杀Hp和抗胆汁反流的中药单方或复方,亦是中医药治疗CAG的重点目标所在。

3.5 开展中医、西医联合治疗

在这方面笔者比较赞同全小林^[26]的态靶医学理论。一方面,结合现代中药药理研究结果,在处方用药中酌情加入现代中药药理学研究具有较好的对于CAG作用的单味中药,从而达到病证结合的结果;另一方面,也可以在中药治疗的同时,结合应用对CAG有较好作用的西药治疗,从而达到中

医药宏观调整状态,西药微观打靶的效果。比如,在Hp感染的治疗中,一方面应用西医四联疗法进行治疗,另一方面应用中药针对患者的状态及不适症状进行治疗,这样可以明显改善抗生素的耐药问题,提高Hp根治效率。这也是中西医结合治疗CAG的一个新的探索方向。

3.6 制定区域性CAG临床诊疗方案或专家共识意见

由于我国地域广泛,南北差异大,不同地区的CAG患者可能由于气候环境不同,饮食习惯不同而有不同的临床表现,故而针对其不同地区的临床特点,制定出针对性更强的区域性CAG临床诊疗方案或专家共识意见以指导临床,应该说也是很有意义的一项工作。

3.7 高度重视精神情志因素

应高度重视精神情志因素在CAG发展中的作用。除了在临床中医辨证诊疗中不可忽视外,建立规范的医患沟通机制,加强对CAG患者的健康宣教,及时地疏导和消除患者的不安情绪和疑虑,让患者树立正确的疾病观,使之从根本上缓解焦虑抑制情绪,这也是在目前医学诊疗模式转变的大背景下,我们中医人的责任。

4 结束语

中医药治疗CAG无论是在治疗手段的多样性,还是在治疗的有效性上都具有较好的优势地位。但同时也应看到中医药治疗CAG仍存在许多不足和难点困扰着我们。梳理出难点,总结出不足,寻找到解决的方式方法,中医药诊疗CAG的各项工作一定会取得更大的成就。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 赵欢,杨巧芳. 名中医治疗慢性萎缩性胃炎病因病机思路与用药规律[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(6): 1518-1520.
- [2] 张鸿彬,王小荣,李天鹏,等. 基于文献分析的慢性萎缩性胃炎中医证候研究[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(2): 127-130.
- [3] 张声生,李乾构,唐旭东,等. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 345-349.
- [4] 李军祥,陈諳,吕宾,等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [5] 李珍,张小云,孙晓娜. 胃乐康片治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(9): 90-92.
- [6] 杨勇,王翼洲,李林. 健脾消萎方治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(5): 71-73.
- [7] 余桂荔,龚雨萍,李凯,等. 胃祺饮加减治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎32例[J]. 上海中医药杂志, 2019,

- 53(1):67-69.
- [8] 瞿先侯,杨洋,苏晓兰,等.半夏泻心汤为基础方辨治慢性萎缩性胃炎伴癌前病变的经验[J].环球中医药,2019,12(2):263-265.
- [9] 孙明明,李聪,史林.王庆国教授对慢性萎缩性胃炎的治疗经验探析[J].陕西中医,2019,40(2):260-263.
- [10] 方慧,刘俊宏,符博雅,等.经方对慢性萎缩性胃炎的病名、病机和治法探讨[J].山西中医,2022,43(11):1625-1627.
- [11] 刘平,李振华,王萍.李振华教授运用经方治疗慢性萎缩性胃炎经验摘要[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(14):34-36.
- [12] 沈静,袁红霞,陈军亮.袁红霞教授运用经方治疗慢性萎缩性胃炎并癌前病变论证举隅[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(5):450-453.
- [13] 袁珍珍,廖安,廖金平,等.生胃散联合温针灸对慢性萎缩性胃炎的疗效以及对血清胃蛋白酶原水平的影响[J].成都中医药大学学报,2018,41(1):60-63.
- [14] 关烽,周猷,梁妹燕.香砂六君子汤联合温针灸治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚寒证的临床观察[J].中医民间疗法,2022,30(16):79-81.
- [15] 吴春燕.针灸联合参苓白术散治疗脾虚夹湿型慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].继续医学教育,2019,33(10):161-162.
- [16] 王向阳.胃舒合剂联合针灸治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床观察[J].西部中医药,2022,35(5):116-118.
- [17] 吴灿,邓行行,罗燕文,等.针灸联合加味香砂六君子汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎中医证候、组织学及疗效的影响[J].中华中医药学刊,2022,40(7):185-188.
- [18] 彭雪,韩俊,尹诗,等.针灸配合当归四逆汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2020,39(8):960-963.
- [19] 朱亚楠.慢性萎缩性胃炎患者的中医证候与病理变化及幽门螺杆菌感染的相关性研究[J].现代中西医结合杂志,2018,27(36):4068-4071.
- [20] 叶彬,来丽群.慢性萎缩性胃炎中医辨证分型与胃镜表现的相关性研究[J].浙江中医,2014,49(3):159-160.
- [21] 张金丽,王春浩,李佃贵,等.慢性萎缩性胃炎 6 种证型胃镜像和病理学表现研究[J].中医杂志,2012,53(11):942-944.
- [22] 王亚楠,袁莉,汪莉,等.慢性萎缩性胃炎与浅表性胃炎患者舌象特点及其微生物群落结构分析[J].中国中医药信息杂志,2022,29(10):116-123.
- [23] 毛若楠,王石红,郭爽.运用中医辨证思维治疗逆转肠上皮化生[J].河北中医药学报,2018,33(6):30-32.
- [24] 肖曼丽.化痰消瘀剂治疗胃部癌前病变的效果评价[J].实用医院临床杂志,2019,16(4):92-94.
- [25] 惠建萍,马小兵,沈舒,等.解毒化痰法治疗毒瘀交阻型胃癌前病临床观察[J].陕西中医药大学学报,2019,42(3):97-101.
- [26] 仝小林.态靶医学——中医未来发展之路[J].中国中西医结合杂志,2021,41(1):16-18.

(收稿日期:2023-03-04)

科技论文中阿拉伯数字的规范化用法

中华人民共和国国家标准关于出版物上数字用法的规定,凡可以使用阿拉伯数字且很得体的地方,均应使用阿拉伯数字。

公历世纪、年、月、日和时刻必须使用阿拉伯数字。如 20 世纪 90 年代不能写成二十世纪九十年代。日期可采用全数字式写法,如 2003-04-15,年月日之间使用半字线“-”,当月和日是个位数时,在十位上加“0”。年份用 4 位数表示,如 2003 年不能简写为 03 年。日的时间表示,采用每日 24 小时计时制,时、分、秒的间隔符为冒号“:”,如下午 3 时 9 分 38.5 秒应写作 15:09:38.5 或 150938.5;上午 4 时应写作 04:00:00。

计量和计数单位前的数字一律使用阿拉伯数字,如 15 kg,13 只,等。

多位数的阿拉伯数字不能拆开转行

小数点前或后超过 4 位数(含 4 位),应从小数点起向左或向右每 3 位空半个阿拉伯数字(1/4 汉字)的空隙,不用千分撇“,”分节法。如:48 363,1 285.41,9.806 6 等。年份、部队代号、仪器型号等非计量数字不分节。参考文献中的版次、卷号、期号、页码均应使用阿拉伯数字,如第 2 版,36(11):68-70。