

# 中医治疗慢性萎缩性胃炎研究近况

董凡<sup>1</sup> 邓银香<sup>2</sup> 商竞宇<sup>3</sup> 商洪涛<sup>2</sup>

(1. 南京中医药大学, 江苏南京 210029; 2. 江苏省中医院, 江苏南京 210029;

3. 云南中医药大学, 云南昆明 650011)

**摘要** 中医治疗慢性萎缩性胃炎具有独特优势, 可有效延缓疾病进展、预防癌前病变发生。近年来慢性萎缩性胃炎的中医治疗取得了一定研究进展, 主要包括辨证论治、自拟方、中成药、单味中药及组分、针灸治疗等方面。但研究仍存在不足之处, 亟须建立统一的辨证标准和疗效评价体系, 加强基础实验研究等, 从而更好地为临床诊疗提供参考。

**关键词** 慢性萎缩性胃炎; 中医药疗法; 综述

**中图分类号** R259.733.2 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 07-0088-03

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是一种常见的消化系统疾病。胃癌是全球最常见的消化道恶性肿瘤之一, 近30年来, 我国的胃癌发病率和死亡率总体呈上升趋势, 且处于世界较高水平<sup>[1]</sup>。慢性萎缩性胃炎与胃癌的发生密切相关, 目前国际公认肠型胃癌的发生模式为Correa模式, 即“正常胃黏膜—慢性浅表性胃炎—慢性萎缩性胃炎—肠上皮化生—异型增生—胃癌”<sup>[2]</sup>。因此, CAG的治疗目标是改善患者的临床症状以及延缓甚至逆转疾病进展、降低癌变风险。现将近年来中医治疗CAG的研究进展概述如下。

## 1 辨证论治

不同医家对CAG的病因病机认识不同, 辨证论治也不同。王伟等<sup>[3]</sup>认为“毒损胃络”是CAG的重要病机, 从“毒”论治CAG, 将本病分为6种证型: (1) 脾胃虚弱、中虚毒蕴证, 治以益气解毒, 方以四君子汤加味; (2) 胃阴不足、邪毒内蕴证, 治以养阴解毒, 方以益胃汤加味; (3) 中焦虚寒、毒蕴胃络证, 治以温中解毒, 方以黄芪建中汤加味; (4) 瘀毒内蕴证, 治以活血解毒, 方以失笑散合丹参饮加减; (5) 浊毒内蕴证, 治以化痰解毒, 方以二陈平胃散加减; (6) 热毒损胃证, 治以清热解毒, 方以黄连解毒汤加减。蒋士生教授临床上将本病辨为以下5证: (1) 胃阴亏虚证, 治宜健脾益气、养阴生津; (2) 脾胃湿热证, 治宜健脾行气化湿; (3) 胃络瘀阻证, 治宜健脾益气、活血化瘀止痛; (4) 脾胃虚寒证, 治宜健脾益气、温胃止呕; (5) 肝胃不和证, 治宜健脾理气、舒肝和胃<sup>[4]</sup>。

傅宗翰教授将本病分为4种证型: (1) 肝气犯胃

型, 治宜疏肝泄热、安胃和中; (2) 胃阴不足型, 治宜滋养胃阴; (3) 脾气亏虚型, 治宜健脾和中; (4) 瘀血阻滞型, 治宜理气养阴和血<sup>[5]</sup>。季明昌教授则将CAG分为5型论治: 脾胃虚弱型, 治宜温中健脾和胃, 以香砂六君子汤加减; 胃阴不足型, 治宜滋阴养胃, 以沙参麦冬汤加减; 肝胃不和型, 治宜疏肝和胃, 以柴胡疏肝散加减; 脾胃湿热型, 治宜清热化湿、健脾和胃, 以藿朴夏苓汤加减; 胃络瘀阻型, 治宜理气化瘀, 方药: 制香附、乌药、陈皮各10 g, 红藤、生山楂、丹参各15 g, 降香、郁金、三棱、九香虫各6 g<sup>[6]</sup>。

单兆伟教授认为脾胃虚弱为本病的病理基础, 湿热、血瘀为主要病理因素, 主张益气健脾、养阴和胃治其本, 清热祛湿、活血通络疗其标, 并将CAG分为4个基本证型论治: 脾胃气虚证, 选用香砂六君子汤加减; 湿热中阻证, 选用苓连平胃散化裁; 瘀血停胃证, 选用丹参饮加减; 胃阴不足证, 选用麦门冬汤加减<sup>[7]</sup>。谢晶日教授认为气阴两虚、夹瘀夹毒是本病的根本病机, 将本病分为3种证型: 脾胃虚弱、气阴两虚证, 治以健脾养胃、益气养阴; 肝胃不和、气机阻滞证, 治以疏肝和胃、调理气机; 胃络瘀阻证, 治以化瘀解毒、疏通胃络<sup>[8]</sup>。

目前CAG的辨证分型尚未形成统一意见, 且临床上病情常多证兼夹, 故有学者认为不宜拘泥于分型。

## 2 自拟方

近年来大量医家总结临床经验, 自拟方药治疗CAG。国医大师李振华提出本病脾易虚、胃易滞、肝易郁的发病特点, 在治疗上认为脾宜健、胃宜和、肝宜疏, 并自创“香砂温中汤”, 具体药物为: 白术、茯

苓、陈皮、半夏、枳壳、木香、砂仁、川朴、香附、桂枝、白芍、乌药、甘草,临床取得良好疗效<sup>[9]</sup>。国医大师徐景藩根据数十年临床经验总结出“疏肝和胃汤”,基本方为:炙柴胡6 g(或紫苏梗10 g),炒枳壳10 g,炒白芍15 g,制香附10 g,佛手10 g,橘皮络(各)6 g,广郁金10 g,炙鸡内金10 g,甘草3 g,川芎10 g,莪术10 g。此方治疗肝胃不和型CAG患者有效率达90.0%,显著优于对照组(胃乐宁片)的有效率76.7%<sup>[10]</sup>。国医大师朱良春教授自拟“胃安散”主要用于治疗CAG病情基本稳定的患者。毛玉安<sup>[11]</sup>以“胃安散”化裁的汤剂治疗,组成:生黄芪30 g,潞党参30 g,山药20 g,枸杞子15 g,蒲公英30 g,制莪术10 g,玉蝴蝶6 g,刺猬皮10 g,参三七末3 g(分吞),白及10 g,徐长卿10 g,鸡内金10 g,炒薏苡仁30 g,仙鹤草20 g,生白芍10 g,炙甘草6 g。共治疗CAG患者42例,总治愈率33.3%,总有效率92.8%,疗效显著。

商洪涛教授自拟“梅卿汤”加减(基本方组成:乌梅15 g,徐长卿15 g,片姜黄10 g,佛手10 g,太子参10 g,白花蛇舌草10 g,莪术10 g等八味药)治疗气虚血瘀型CAG50例,总有效率为94%,高于对照组(胃复春)的有效率78%<sup>[12]</sup>。JI WANSHEG等<sup>[13]</sup>自拟方剂“和胃汤”(药物组成:太子参20 g,山药25 g,白术12 g,柴胡10 g,枳实10 g,香附12 g,白芍12 g,黄连5 g,吴茱萸3 g,鸡内金6 g,山楂15 g,麦芽15 g,神曲12 g,生甘草6 g,厚朴12 g,法半夏12 g)治疗不同证型CAG患者90例,并取得良好疗效,且研究表明此方治疗幽门螺杆菌阳性者疗效优于幽门螺杆菌阴性者。

### 3 中成药

目前,治疗CAG的中成药数量众多,因其服用简便、方便携带而受到患者喜爱。李可歆等<sup>[14]</sup>纳入8篇文献,共1 116例患者,进行Meta分析,结果显示:与单纯西药组相比,摩罗丹及摩罗丹联合西药治疗CAG在临床综合疗效、胃镜下疗效、胃黏膜病理改善方面均具有一定的优势,且差异具有统计学意义。王军荣等<sup>[15]</sup>运用温胃舒胶囊治疗CAG患者30例,并与对照组比较,结果临床有效率为90%,显著优于对照组。徐明星等<sup>[16]</sup>将240例CAG患者随机分成2组:对照组给予西药常规对症治疗,观察组在对照组治疗基础上加用胃复春。结果观察组临床有效率为80.00%,显著高于对照组的65.38%,且研究证实胃复春在提高Hp转阴率、改善胃镜下黏膜状况及临床症状方面效果优于常规西药。王春<sup>[17]</sup>将60例Hp阳性CAG患者随机分为2组:气滞胃痛颗粒联合叶酸

治疗组(联合治疗组)与叶酸单独治疗组(单独治疗组),每组各30例。治疗后联合治疗组血清胃泌素17、胃蛋白酶原I(PGI)水平均显著高于单独治疗组( $P<0.05$ ),胃蛋白酶原II(PGII)水平显著低于单独治疗组( $P<0.05$ ),CD4<sup>+</sup>T、CD4<sup>+</sup>T/CD8<sup>+</sup>T均显著高于单独治疗组( $P<0.05$ ),CD8<sup>+</sup>T显著低于单独治疗组( $P<0.05$ )。结果说明气滞胃痛颗粒联合叶酸治疗较叶酸单独治疗更能有效改善Hp阳性CAG患者血清胃泌素17、胃蛋白酶原水平及免疫功能。

### 4 单味中药及组分

对于CAG,临床上许多医家应用乌梅、徐长卿、白花蛇舌草、藤梨根等中药预防和治疗CAG伴癌前病变。现代药理研究表明,乌梅及其中药复方可以通过调控信号通路、抑制致癌基因的表达、诱导肿瘤细胞凋亡、抑制肿瘤细胞的增殖与侵袭、抑制瘤体生长从而发挥抗肿瘤作用<sup>[18]</sup>。在常规肿瘤治疗的基础上使用白花蛇舌草可通过影响肿瘤细胞信号通路、增强免疫功能、诱导细胞凋亡等机制控制疾病进展,促进肿瘤患者康复<sup>[19]</sup>。JEONG MIGYEONG等<sup>[20]</sup>将感染幽门螺杆菌且高盐饮食的小鼠分为5组:对照组、给予蒿属植物提取物组(MP组)、绿茶提取物组(GT组)、蒿属植物和绿茶提取物组(MPGT组)以及胃黏膜保护剂组(ES组,依卡倍特钠颗粒30 mg/kg),分别在24周和36周后评估胃的大体和病理损伤,并在胃组织匀浆中测量其潜在的分子变化,如肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、核因子 $\kappa$ B(NF- $\kappa$ B)等,并在体外细胞模型中进一步评估其机制。研究表明,长期摄入蒿属植物和/或绿茶提取物可有效治疗幽门螺杆菌萎缩性胃炎或抑制肿瘤发生。

因此,在中药方剂中适量加入具有抗癌作用的中药可预防甚至逆转CAG及癌前病变,延缓病程。

### 5 针灸治疗

大量临床研究表明针灸治疗CAG有独特疗效。曹雯等<sup>[21]</sup>采用特定穴(气海、中脘及双侧足三里和内关)隔姜灸治疗老年CAG取得了良好疗效,治疗组(特定穴隔姜灸+口服胃复春)临床疗效优于对照组(口服胃复春),且能改善患者临床症状及胃黏膜的萎缩、肠上皮化生。舒文娜<sup>[22]</sup>通过动物实验表明针刺与艾灸均可降低环氧化酶-2(COX-2)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )基因的表达量,抑制胃黏膜炎性损伤从而治疗或延缓CAG的发生、发展,两者均有抑制促炎因子的作用。张勇等<sup>[23]</sup>对针刺治疗CAG合并幽门螺杆菌感染进行临床研究:对照组采用口服西药治疗(奥美拉唑+阿莫西林+甲硝唑+塞来昔布),治疗组采用

针刺治疗(主穴:足三里、中脘、脾俞、胃俞、太白、内关,随证配穴)。结果表明针刺治疗CAG疗效优于药物治疗。刘霞等<sup>[24]</sup>将56只大鼠分为正常组、正常+艾灸组、模型组、模型+艾灸组,每组14只。正常组和模型组不予以治疗,正常+艾灸组和模型+艾灸组予以艾灸足三里、中脘穴治疗。治疗后模型+艾灸组大鼠胃组织病理改变较模型组有一定程度的改善。与正常组比较,模型组大鼠胃组织中的乳酸、谷胱甘肽、N-乙酰天门冬氨酸、尿苷二磷酸葡萄糖、肌糖升高( $P<0.05$ ),亮氨酸、甜菜碱、磷酸胆碱、尿嘧啶降低( $P<0.05$ );艾灸足三里穴后浓度发生逆转的代谢物有谷胱甘肽、N-乙酰天门冬氨酸、磷酸胆碱、尿嘧啶。该实验从代谢组学角度证明了胃经穴位与胃之间存在一定的相对特异性联系,谷胱甘肽、N-乙酰天门冬氨酸、磷酸胆碱、尿嘧啶等差异性代谢物可能是介导艾灸胃经穴位产生效应的代谢物质基础。

## 6 结语

综上所述,中医治疗慢性萎缩性胃炎的优势在于辨证论治、个体化治疗、标本兼治等方面,对于改善患者临床症状、延缓甚至逆转胃黏膜萎缩以及预防癌前病变有确切效果。但是,现阶段中医对于CAG的研究仍有许多不足,例如,目前临床上对于中医辨证分型、疗效评价等尚无统一标准,临床试验缺乏大样本以及长期随访数据,注重临床疗效观察而忽略基础药理作用研究,追求热点靶点而忽略基础抗炎机制研究,确诊及疗效判断主要依靠胃镜及病理等有创检查。上述这些问题阻碍了CAG中医治疗的推广,因此,亟须制定中医的量化标准体系,完善大样本、多中心的临床研究,加强基础实验研究,深入研究分子水平机制,为中医治疗CAG提供确切的依据。

## 参考文献

[1] 邹文斌,李兆申.中国胃癌发病率及死亡率研究进展[J].中国实用内科杂志,2014,34(4):408.

[2] 陈凡.慢性萎缩性胃炎伴异型增生的治疗进展[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(6):346.

[3] 王伟,刘冬梅,袁方.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.

[4] 魏冬琴,王红梅,蒋士生.蒋士生治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].湖南中医杂志,2018,34(11):21.

[5] 刘永年,黄永澄,朱翔,等.疑难病临床家傅宗翰诊治慢性萎缩性胃炎的经验[J].江苏中医药,2016,48(5):1.

[6] 杜洪乔,季明昌.分型论治慢性萎缩性胃炎经验[J].浙江中医杂志,2019,54(2):116.

[7] 严湖,单兆伟,龚长志,等.单兆伟诊疗慢性萎缩性胃炎特色举要[J].辽宁中医杂志,2017,44(12):2507.

[8] 海仁古丽·艾尔肯,梁国英,孙志文.谢晶日治疗慢性萎缩

性胃炎伴低级别上皮内瘤变的经验[J].江苏中医药,2019,51(7):24.

[9] 郭淑云.李振华诊治慢性萎缩性胃炎的思路与方药[J].辽宁中医杂志,2010,37(10):1883.

[10] 王露,陆为民.徐氏疏肝和胃汤治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎60例疗效观察[J].吉林中医药,2013,33(6):590.

[11] 毛玉安.朱良春经验方胃安散化裁治疗慢性萎缩性胃炎42例[J].江西中医药,2016,47(7):44.

[12] 邓永珊.梅卿汤治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎的疗效观察[D].南京:南京中医药大学,2016.

[13] JI W S, GAO Z X, WU K C, et al. Effect of Hewei-Decoction on chronic atrophic gastritis and eradication of *Helicobacter pylori*[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(7): 986.

[14] 李可敬,肖琨琨,李园,等.摩罗丹治疗慢性萎缩性胃炎的Meta分析[J].世界中西医结合杂志,2019,14(5):602.

[15] 王军荣,王俊.温胃舒胶囊治疗慢性萎缩性胃炎30例[J].江苏药学与临床研究,2001,9(2):32.

[16] 徐明星,彭波,张昌敏,等.胃复春治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].中医学报,2018,33(8):1537.

[17] 王春.气滞胃痛颗粒联合叶酸对Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素17、胃蛋白酶原及免疫功能的影响[J].湖北中医药大学学报,2018,20(2):32.

[18] 钟元涛,赵远红.乌梅及其相关复方抗肿瘤机制研究进展[J].陕西中医,2018,39(3):406.

[19] 赵亚兰.白花蛇舌草在肿瘤治疗中的应用[J].甘肃科技,2018,34(19):141.

[20] JEONG M, PARK J M, HAN Y M, et al. Dietary intervention of Artemisia and green tea extracts to rejuvenate *Helicobacter pylori*-associated chronic atrophic gastritis and to prevent tumorigenesis[J]. Helicobacter, 2016, 21(1): 40.

[21] 曹雯,张靖娟.特定穴隔姜灸治疗老年慢性萎缩性胃炎的效果[J].中外医学研究,2018,16(23):36.

[22] 舒文娜.针刺、艾灸对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜COX-2及炎症细胞因子表达影响的对比研究[D].长沙:湖南中医药大学,2018.

[23] 张勇,薛志欣,胡薇.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.

[24] 刘霞,余畅,钟欢,等.基于代谢组学技术研究艾灸“足三里”对慢性萎缩性胃炎大鼠胃组织代谢物的影响[J].针刺研究,2019,44(2):113.

第一作者:董凡(1995—),女,硕士研究生,研究方向为脾胃病临床研究。

通讯作者:商洪涛,医学博士,主任中医师,硕士研究生导师。554053849@qq.com

修回日期:2019-11-19

编辑:傅如海