

中医辨治慢性萎缩性胃炎研究进展*

白靖旋^{1,2} 甘雨然^{1,2} 胡健^{1,2} 姚鹏^{1,2,Δ}

1. 天津中医药大学第一附属医院消化科, 天津 300380; 2. 国家中医针灸临床医学研究中心, 天津 300380

摘要:慢性萎缩性胃炎是现代发病率较高的消化系统疾病之一, 其具有致病因素多、治疗难度大、病程长等特点, 且公认为胃癌的癌前病变, 如不尽早有效治疗, 可能会进展为胃癌, 预后不良。目前西医尚无特效药治疗此病, 多采用对症治疗延缓其发展进程, 而中医依据辨证论治此病疗效显著, 可以很大程度上缓解患者的不适症状, 甚至使胃镜病理下胃黏膜病变实现逆转, 有效预防胃癌的发生发展。此文结合近年来中医药对不同证型慢性萎缩性胃炎的治疗, 总结中医辨证论治慢性萎缩性胃炎的研究进展。

关键词:胃脘痛; 慢性萎缩性胃炎; 中医药疗法; 辨证论治; 综述

中图分类号: R573.3

文献标志码: A

文章编号: 1003-8914(2025)-16-3581-04

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指胃黏膜在致病因素的作用下, 固有腺体萎缩, 可伴有或不伴有肠化生及假幽门腺化生等病理改变的消化系统疾病。随着社会的发展, CAG 发病率越来越高, 且公认为癌前病变的一种, 因此其早诊断和早治疗愈发受到重视, 也是预防胃癌的重要防线。临床上无明显特异性症状, 部分患者可表现为胃脘痛、反酸烧心、口干口苦、食欲不振等^[1]。西医通过胃镜及病理组织学结果诊断 CAG, 并认为其发病最主要的原因由幽门螺杆菌(Hp)感染, 此外还有胃酸过多或胆汁反流损伤刺激胃黏膜、长期药物影响、自身免疫等原因^[2]。采取的治疗方法多为对症治疗, 但是疗效不甚理想。而研究表明, 中医治疗该病疗效较好, 遵循整体观念、辨证论治的原则, 根据不同证型, 随证处方, 可以有效缓解或消除患者的不适症状, 提高生活质量, 胃黏膜的病理变化也有明显改善和逆转^[3]。现就近年来中医针对不同证型 CAG 的治疗方法进行综述, 旨在为治疗 CAG 提供系统理论依据。

1 CAG 的病因病机

中医将 CAG 归属“胃脘痛”“胃痞”等范畴, 主要与饮食不节、情志失调、外邪犯胃、禀赋不足脾胃虚弱有关^[1]。此病病位在胃, 与肝、脾关系密切, 属本虚标实、虚实夹杂之证^[4]。目前主要病机学说为瘀毒郁致病理论, 本虚主要体现在脾胃虚弱、胃阴亏虚, 邪实主要体现在瘀血、气滞、湿邪等^[5]。《脾胃论·脾胃虚实传变论》提到:“元气之充足, 皆由脾胃

之气无所伤, 而后能滋养元气。若胃气之本弱, 饮食自倍, 则脾胃之气既伤, 而元气亦不能充, 而诸病之所由生也。”胃主受纳, 脾主运化, 二者共同作用完成后天水谷精微的运化以营养全身, 如果脾胃功能受损, 气血难以运化会导致胃络失养、气机阻滞, 进而内生瘀血、气滞、郁热、湿浊等病理产物, 这是 CAG 炎癌转化的关键病机, 随病情日久耗伤人体气血, 会加重胃黏膜病变, 出现肠化生、异型增生等病理改变^[6]。肝主疏泄的功能有助于协调脾胃气机升降, 西医学认为肝主疏泄具有神经系统和内分泌系统的双重作用, 调节内脏神经的同时也影响消化酶的分泌, 因此如果肝的功能发生障碍, 也会影响脾胃的运化功能^[7]。

2 CAG 的中医辨证论治

《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[1]总结了现代医家对 CAG 的普遍辨证分型, 包括肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证, 分别采用柴胡疏肝散、化肝煎合左金丸、黄芪建中汤、连朴饮、一贯煎合芍药甘草汤、失笑散合丹参饮等加减治疗。此文尝试探究治疗不同证型的其他中医治疗方法, 包括中药内服、针刺、艾灸等实验理论研究。

2.1 肝胃气滞证

肝胃气滞证多与情志刺激有关, 肝气过旺会克伐脾土导致脾胃功能失常、气机阻滞, 气为血之帅, 气滞而血行不畅, 不能濡润胃黏膜而发病。可出现两胁肋及胃脘胀痛、嗝气、胸闷等症状, 治疗多以和胃降逆、疏肝理气为主^[8]。

*基金项目: 天津市医学重点学科建设项目(No.2021107)

Δ通信作者: E-mail: 75232745@qq.com

赵先群等^[9]发现使用柴胡舒肝丸联合胃痞消颗粒治疗肝胃气滞证CAG, 共奏疏肝解郁、活血行气、消痞散结之功, 可以有效改善患者的临床症状及胃黏膜病变, 升高血清胃泌素-17(G-17)和胃动素(MOT)水平, 进而提高胃动力, 改善消化功能, 且总有效率、不良反应发生率和复发率都优于单纯西药治疗。王建平等^[10]将40例肝胃气滞型CAG患者分为观察组和对照组, 各20例, 予奥美拉唑口服, 观察组在对照组基础上联合脐针, 脐针选穴为神阙, 并按照四隅位依次取艮、巽、坤、乾4个方位进行针刺, 留针20分钟, 不予行针手法。2组治疗后胃脘及肋肋胀满、嗳气等症积分均低于治疗前, 观察组各症状积分低于对照组, 且观察组临床有效率(95.0%)显著高于对照组(75.0%)。脐针通过刺激内脏神经、血管以及内分泌系统等调节全身脏腑气血循环, 舒畅气机, 以缓解气滞等症状。

2.2 肝胃郁热证

肝胃郁热证CAG患者多表现为胃脘灼痛、心烦易怒、口干口苦、反酸烧心、大便干燥等症状, 胃镜下常可见胃黏膜萎缩伴有胆汁反流^[11], 治疗用和胃止痛、清肝泻火之法。

刘俊等^[12]予加味小柴胡汤(柴胡、黄芩、党参、茯苓、郁金、人参、清半夏、炙甘草、生姜、大枣)治疗该证型CAG患者4周后发现, 观察组的总有效率(94.74%)及Hp转阴率(86.84%)分别高于对照组单纯西药治疗的总有效率(78.95%)和Hp转阴率(65.79%), 且该中药方剂可降低血清白细胞介素-32、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、Toll样受体4(TLR4), 升高胃泌素(GAS)、生长抑素(SS)水平, 提示加味小柴胡汤具有疏肝解郁、健脾和胃、清热燥湿的作用, 可以明显影响胃肠激素指标, 抑制胃黏膜脂质过氧化和炎症反应, 减轻胃黏膜损伤并促进黏膜修复^[13], 提高临床疗效。郑成^[14]将64例该证型的CAG患者, 分为对照组32例, 予达立通颗粒; 试验组32例, 予调气平萎方(柴胡、白芍、枳壳、白术、佛手、当归、白花蛇舌草、白及、半枝莲、夏枯草、浙贝母、黄连、吴茱萸)治疗。治疗后发现, 试验组患者中医证候和胃镜及病理下胃黏膜萎缩、肠化生改善情况明显优于对照组, 但在改善异型增生方面差异无统计学意义。并且通过网络药理学研究发现, 调气平萎方治疗CAG的有效成分有129个, 可通过作用于AR、RELA、STAT1、AKT1、MAPK1等靶点以及AGE-R AGE、PI3K/Akt、TNF、白细胞介素-17等信号通路起到干预CAG进展的作用。

2.3 脾胃虚弱证

脾胃为后天之本, 若脾胃虚弱, 气血生化乏源, 可导致脾胃自身运化失司、失于濡养, 进而产生气滞、痰浊、湿热、瘀血等病理产物, 此乃CAG病机的本虚, 患者多伴有胃部喜暖、食欲欠佳、便溏腹泻、乏力少气、懒言、舌淡、脉细弱等临床表现, 多治以温中健脾、益气和胃止痛。

蔡宗宗等^[15]予健脾益胃通络方(黄芪、丹参、白芍、党参、麸炒白术、厚朴、柴胡、法半夏、莪术、砂仁、陈皮、炙甘草)联合四联疗法治疗, 结果为联合治疗总有效率(94.23%)高于单纯四联疗法的总有效率(80.77%), 且联合组患者的Hp转阴率以及胃镜病理改善情况, 包括胃黏膜萎缩、肠化生、异型增生等都优于西药组, 提示治疗中加入健脾益气、运中和胃的中药治疗脾胃虚弱型CAG的效果更明显。陈君等^[16]应用隔姜灸脐法和胃复春胶囊联合治疗。结果为患者的临床症状明显好转, 胃黏膜病理组织学评分降低, 治疗后血清GAS、胃蛋白酶原(PG)II、胃动素(MTL)水平均较治疗前升高。胃复春胶囊具有健脾益胃、益气活血的作用, 隔姜灸神阙可益气养血、温通元阳、扶正祛邪、健运脾胃, 二者合用可以有效调节胃肠激素, 提高临床疗效。

2.4 脾胃湿热证

研究表明, 脾胃湿热证CAG多伴有Hp感染^[17], Hp分解尿素会产生毒性作用、损伤自由基、影响免疫功能、造成维生素缺乏等, 都会加速CAG的发生发展^[18]。该证型胃镜下多显示胃黏膜隆起糜烂、皱襞肿胀粗大、花斑样充血、胃液白浊黏稠等特点^[11], 治疗用具有和中止痛、化湿清热功效的中药。

范普雨等^[19]予连朴泻心汤(黄连、黄芩、厚朴、清半夏、茯苓、陈皮、广藿香、竹茹、郁金、鸡内金、甘草)治疗后发现, 患者临床症状明显改善, 且该方具有一定清除Hp的功效。依据网络药理学研究结果显示, 连朴泻心汤中清半夏、黄芩、黄连等中有效成分可以通过影响MAPK14、ICAM-1、PPAR- γ 蛋白表达, 降低炎症因子水平, 从而改善萎缩性胃炎的相关不适症状, 改善胃黏膜病理情况。麦联任等^[20]将76例脾胃湿热证CAG患者分为对照组38例(常规西医治疗), 试验组38例(在西药常规治疗基础上采用清热化湿通阳汤辅助治疗)。试验结果显示, 试验组有效率(94.74%)明显高于对照组(78.95%), 前者中医证候评分较后者更低。此外, 试验组生化指标胃黏膜丙二醛(MDA)、超氧化物歧化酶(SOD)水平改变程度也较对照组明显, 其中MDA低于对照组, SOD

高于对照组,且2组治疗后PG I、PG II水平均升高,试验组也高于对照组。清热化湿通阳汤中柴胡、葛根、芦根、茵陈等共同作用,共奏泻热祛湿通阳之功,可显著改善生化指标,提升清除MDA的能力,增强SOD的活性,减少对胃黏膜的损伤,有助于胃黏膜修复,具有较好的临床治疗效果。

2.5 胃阴不足证

胃阴不足证也是CAG的常见证型之一,其病因可分为饮食不当、年老素体津液亏虚、感受温热燥邪,或不当服用辛温药物不当、久病大吐大泄等,造成胃阴液亏虚、虚火灼络、胃络失养,久之引起胃黏膜萎缩等病理表现^[21]。胃镜下多表现为胃黏膜凹陷糜烂、萎缩程度较为明显、胃液白透稀少^[11],患者多伴有口干口渴、饥不欲食、大便干燥、消瘦等表现,治以滋阴润燥、理气和胃止痛。

蒋冰等^[22]运用滋培汤(炙甘草、牛蒡子、玄参、陈皮、生赭石、白芍、白术、山药)治疗胃阴不足证CAG患者2周后发现,总有效率高达100%,患者MOT、GAS以及ELISA法测定生长激素(hGH)、CD4⁺T细胞水平等指标水平均明显升高,SS水平、可溶白细胞介素-2受体、CD8⁺T细胞水平均降低。滋培汤以山药为君,发挥滋养脾阴的作用,以白芍为臣,可化阴并补脾阴;胃阴不足证CAG患者多虚火亢盛,因此加入玄参、牛蒡子凉血滋阴,泻胃火,调节脾胃气机。此外,白术可加强细胞免疫功能,促进机体清除自由基;炙甘草中有效成分甘草总黄酮可以抗炎、保护胃黏膜^[23]。各药物配伍共同作用可减轻胃黏膜的炎症反应,并提高机体免疫功能,有助于CAG的治疗。陈萍^[24]论述胃阴不足证CAG病位在脾和胃,其病机为不荣则痛,胃失于濡养阴液亏虚会导致胃黏膜一系列病理变化,出现胃灼痛、隐痛、胃黏膜萎缩等症状,迁延不愈。中药多采用沙参、玉竹、黄精、麦冬、石斛、百合等治疗,现代药理研究发现,北沙参、麦冬可以调节机体免疫功能、抗肿瘤、减轻炎症反应;百合还可以抗炎、抗氧化以保护胃黏膜,诸药合用可以防止胃“炎-癌”转化,为中药治疗CAG提供了诊疗思路和理论支持。

2.6 胃络瘀血症

胃络瘀血症多为CAG本虚标实病机的实证阶段,已有瘀血等有形实邪,一般病情较重,患者会出现胃脘部疼痛拒按且痛处相对固定,可能出现黑便、面色晦暗、舌紫暗、脉弦涩等临床症状。治疗以活血化瘀、理气止痛为主。胃镜下可见血管网及胃黏膜粗糙、有散在陈旧性出血点,病理学表现多与异型增

生呈正相关^[25],该证型胃黏膜的炎性反应、萎缩程度(OLGA)也较强,在CAG的病情进展过程中起着至关重要的作用,是防治胃癌的关键环节^[26]。

陆祖煜等^[27]应用自拟活血温通方(丹参、浙贝母、赤芍、郁金、薏苡仁、檀香、鸡内金、川芎、虎杖、砂仁、三七粉、炙甘草)。治疗8周后,患者的临床症状、舌象脉象及胃黏膜病理表现改善明显,检测血清前列腺素E₂(PGE₂)、降钙素基因相关肽(CGRP)含量也明显较前升高。PGE₂是胃黏膜保护因子,可反映胃黏膜的防御能力强弱,CGRP是一种血管活性肽,可促进胃黏膜血流量增加,提高胃黏膜自我修复能力,活血温通方中各中药共同作用健运脾胃、活血化瘀,还可以抗炎、抗肿瘤、增强免疫、调节肠道菌群、抗氧化、保护胃黏膜等,能有效促进胃黏膜的修复,改善患者症状。康文婷等^[28]通过研究86例该证型CAG患者,发现健脾活血方联合针刺疗法总有效率达95.35%,可以有效缓解患者不适症状,减轻胃黏膜的炎性活动、萎缩、肠化生以及异型增生程度,可以有效清除Hp,降低中性粒细胞/淋巴细胞比值、白细胞介素-1 β ,升高PG I、PG II和G-17水平,且治疗过程中不良反应发生率也较低。健脾活血方具有调和寒热、健脾和胃、活血抗炎抑瘤的作用,通过网络药理学研究分析,其中核心有效成分槲皮素、姜黄酮、 β -谷甾醇、姜黄素、豆甾醇等作用于核心靶点肿瘤蛋白p53、苏氨酸蛋白激酶1、信号转导和转录激活因子3、TNF、表皮生长因子受体影响基因表达、细胞凋亡、炎症反应、蛋白磷酸化等发挥治疗CAG的作用。再配合针刺胃脘、中脘、足三里等进一步调节中焦脾胃气机、活血化瘀,可以在一定程度上逆转胃黏膜的病理变化,提高治疗CAG的有效率,阻止CAG进一步向胃癌方向发展。

3 总结与展望

近年来,中医疗法以辨证论治为原则治疗各种证型的CAG具有很好的临床疗效,不仅可以有效缓解患者的临床症状,还可以有效改善胃黏膜的病理改变,延缓其向胃癌的发展进程甚至实现逆转。中药治疗通过作用于多靶点、多通路对CAG起到干预作用,可以调节胃肠道激素水平、减轻胃黏膜损伤及炎症反应、抗肿瘤、增强免疫功能等。针刺治疗主要以调节全身脏腑气机鼓舞正气抗邪。此外,中医其他疗法如艾灸、刮痧等对治疗CAG是否有作用的研究目前较少,有待进一步完善。

参考文献

- [1] 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.
- [2] NING E. The exploration of the clinical treatment of chronic atrophic gastritis[J]. Jour Advin Med Sci, 2019, 2(4): 6.
- [3] 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.
- [4] 翁宇, 阳正国. 从脾、胃、肝探讨慢性萎缩性胃炎的病因病机[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(12): 15-18.
- [5] 张泰, 张北华, 马祥雪, 等. 从“瘀、毒、郁”探讨慢性萎缩性胃炎的病机[J]. 中医杂志, 2022, 63(3): 229-233.
- [6] 班彦然, 张楠楠, 李昱芑, 等. 刘华一教授从“痰瘀浊毒”理论论治慢性萎缩性胃炎的经验撷菁[J]. 中国医药导报, 2022, 19(12): 142-146.
- [7] 郑敏麟. 论中医“肝”藏象的宏观和微观实质[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(5): 305-307, 316.
- [8] 李晓红, 陈家旭. 肝主疏泄与脑-肠轴的相关性探讨[J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 872-874.
- [9] 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.
- [10] 王建平, 王庆莲, 陈文辉, 等. 脐针疗法联合奥美拉唑治疗肝胃气滞证慢性萎缩性胃炎的效果研究[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2024, 30(3): 533-535, 561.
- [11] 王欢黎. 慢性萎缩性胃炎中医证候与胃镜像关系研究[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2023.
- [12] 刘俊, 杨霞兰, 万浪. 小柴胡汤治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 光明中医, 2024, 39(3): 520-523.
- [13] 姚鹏, 康洪昌, 王江, 等. 荜铃胃痛颗粒联合三联疗法治疗慢性萎缩性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床研究[J]. 天津中医药, 2021, 38(9): 1138-1143.
- [14] 郑成. 调气平萎方治疗慢性萎缩性胃炎(肝胃郁热证)的临床观察和网络药理学研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2024.
- [15] 蔡宗宗, 余维微, 陈志坚, 等. 健脾益胃通络方联合四联疗法治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(12): 52-56.
- [16] 陈君, 童晓群. 隔姜灸脐法联合胃复春胶囊治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(8): 121-126.
- [17] 刘长明, 冯全林, 张剑治, 等. CAG的中医证型与幽门螺旋杆菌、IL-10的相关性研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(10): 1271-1274.
- [18] 黄妙灵, 刘序友. 慢性萎缩性胃炎病理改变与幽门螺旋杆菌感染及血清胃蛋白酶原、胃泌素-17的相关性[J]. 实用医学杂志, 2020, 36(20): 2838-2842.
- [19] 范普雨, 金先红, 周志文. 连朴泻心汤治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 河南中医, 2024, 44(4): 571-575.
- [20] 麦联任, 曾微微, 张清, 等. 清热化湿通阳汤辅助治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证的疗效及对生化指标的影响[J]. 四川中医, 2023, 41(5): 124-127.
- [21] 何竟靖, 严红梅, 郑翔. 郑翔运用滋阴法治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 国医论坛, 2023, 38(6): 57-59.
- [22] 蒋冰, 王艳. 胃阴不足型慢性萎缩性胃炎患者的滋培汤治疗效果及对GAS、MOT水平的影响[J]. 世界复合医学, 2023, 9(5): 1-4, 9.
- [23] IRSHAID L, ROBERT ME, ZHANG XC. Immune checkpoint inhibitor-induced upper gastrointestinal tract inflammation shows morphologic similarities to, but is immunologically distinct from, helicobacter pylori gastritis and celiac disease[J]. Arch Pathol Lab Med, 2021, 145(2): 191-200.
- [24] 陈萍. 基于“不荣则痛”论治老年胃阴不足型慢性萎缩性胃炎胃癌前病变[J]. 中医学报, 2023, 38(2): 283-286.
- [25] 程若东, 崔一鸣, 陈璐, 等. 基于Logistic回归模型的慢性萎缩性胃炎癌前病变中医证型规律研究[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(8): 3623-3626.
- [26] VANNELLA L, LAHNER E, ANNIBALE B. Risk for gastric neoplasias in patients with chronic atrophic gastritis: A critical reappraisal[J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(12): 1279-1285.
- [27] 陆祖煜, 陆维宏, 陶苗苗. 活血温通方治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀血证的疗效观察及对血清PGE₂、CGRP的影响[J]. 中国中医药科技, 2024, 31(3): 437-440.
- [28] 康文婷, 时昭红, 刘嵩, 等. 健脾活血方联合针刺法治疗胃络瘀血型慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对炎症指标和胃黏膜功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(5): 103-110.

(本文编辑: 郭金秋 收稿日期: 2024-08-01)