

慢性萎缩性胃炎中医药临床治疗进展

★ 高建华 (浙江中医药大学 2004 级硕士研究生 杭州 310053)

★ 傅志泉 (浙江中医药大学 杭州 310053)

关键词:萎缩性胃炎;中医药疗法;综述

中图分类号:R 573.3⁺2 文献标识码:A

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)是消化系统的一种常见病、多发病、疑难病。其主要病理特征为胃粘膜变薄,固有腺体萎缩或伴有不同程度的肠上皮化生、异型增生等。现代医学公认其为癌前状态,因此阻断、逆转其癌变成为目前临床上研究的重点,但仍缺乏有效的治疗方法。近年来中医学对 CAG 积极探索,在临床治疗方面也取得了较大的进展,现将近年状况作一综述如下。

1 辨证论治

CAG 属于中医“胃脘痛”、“胃痞”等范畴,其病位在胃,与肝脾关系密切。病变日久,寒热虚实夹杂,临床治疗非常棘手,中医运用辨证论治常收到较好的疗效。如高富贵^[1]把 CAG 分为胃阴虚、胃阳虚及胃阴阳两虚 3 种,分别予自拟三酸汤加味(党参、乌梅、麦芽各 12 g,香附、天冬、麦冬、山楂、砂仁、杭芍、石斛、鸡内金、玉竹、神曲各 10 g,五味子 10 g)、香砂六君子汤合理中汤加减以及益胃汤加减。若合并胃出血者加白及粉 3 g,每日 3~4 次,或加清热凉血止血药如血余炭、大小蓟等;合并胃下垂者加黄芪、升麻、扁豆、大枣等。结果:108 例患者中,临床控制 75 例(69.4%),临床好转 26 例(24.1%),无效 7 例(6.5%)。李超林^[2]将慢性萎缩性胃炎分为脾胃虚寒夹瘀、肝胃不和、气滞血瘀、胃阴虚夹瘀三型。分别治以温中健脾养胃、活血化瘀、疏肝理脾和胃、活血化瘀、养阴清胃、活血化瘀。对照组依据临床症状、HP 阳性及胃酸分泌等情况给予胃酶合剂、维酶素等西药。共治疗 346 例,两组均为 173 例。结果:中药治疗组治愈 67 例,好转 87 例,有效率 89.02%;对照组治愈 37 例,好转 81 例,有效率 68.21%。两组经统计学分析差异明显($P<0.05$),说明治疗组疗效高于对照组。黄继荣^[3]把 76 例 CAG 分为以下五型:(1)脾胃湿滞型,用香砂六君子汤加减。(2)脾胃虚寒型,用黄芪建中汤加减。(3)血瘀型,用失笑散加减。(4)肝胃不和型,用柴胡疏肝散化裁。(5)胃阴亏虚,自拟养阴和胃汤(沙参、石斛、玉竹、丹参各 15 g,玄参、麦冬各 12 g,天花粉、麦芽、鸡内金各 10 g,生甘草 6 g)。结果:临床显效 35 例,有效 33 例,无效 8 例,有效率 89.5%;内镜病理疗效:显效 20 例,有效 33 例,无效 23 例,有效率 69.74%。魏道祥^[4]将 1276 例 CAG 分为中虚气滞型,肝胃不和型,胃阴不足型。中虚气滞型,拟建中理气法,方选黄芪建中汤加减;肝胃不和型,拟疏肝和胃法,方选柴胡疏肝饮加减;胃阴不足型,拟酸甘化阴法,方选沙参麦冬汤合一贯煎化裁。每周 5 剂,70 天为 1 个疗程。结果:1276 例中痊愈 457 例,显效 410 例,好转 368 例,无效 41 例,总有效率为 96.79%。邓达荣^[5]选用《伤

寒论》方辨证治疗慢性萎缩性胃炎。湿热型宜清化中焦湿热,恢复脾胃的升降功能,治以半夏泻心汤加减;痰热型拟和胃降逆、消痰理气之法,方用旋覆代赭汤合小陷胸汤;血瘀型宜活血化瘀,兼以清热,方用桃核承气汤加减;气滞型疏肝和胃,方用四逆散加味;虚寒型治宜温中散寒、补脾益胃,用桂枝人参汤加减。临床上取得较好的疗效。

2 专方专药治疗

近几年来研究出很多治疗 CAG 的专方(包括成药和汤剂)。它们作用专一、效果明显。对 CAG 的临床症状、胃镜及病理组织学改变均有较好的疗效,且服用方便,容易推广。如李双^[6]采用中药治疗组 46 例,西药对照组 43 例。中药为加减乌梅汤方:乌梅 20 g,细辛 4 g,干姜 10 g,黄连 10 g,当归 10 g,制附子 10 g,川椒 10 g,桂枝 10 g,党参 30 g,黄柏 10 g,白豆蔻 10 g。食欲不振者加麦芽 10 g、鸡内金 10 g(冲服);贫血重者加黄芪 10 g;烧灼感明显者加石斛 10 g;恶心呕吐明显者改干姜为生姜、乌梅减至 10 g。对照组用胃蛋白酶、黄连素、维生素 B₁ 等支持对症疗法。结果:治疗组临床治愈 12 例,显效 24 例,有效 4 例,无效 6 例,总有效率 86.8%;对照组相应为 4、6、2、31 例,总有效率 26.1%。经统计学分析 $P<0.01$,说明治疗组疗效高于对照组。周爱生^[7]认为,脾胃虚弱是慢性萎缩性胃炎的病机关键,坚持脾胃肝同治,益气健脾,疏肝和胃为主要治则。方用六君子汤合柴胡疏肝散化裁。结果:64 例患者中,临床痊愈 36 例,有效 23 例,无效 5 例,总有效率 92.1%,并指出自身调养是 CAG 治疗中的重要方面。王汝新^[8]等将 CAG 患者分为治疗组 30 例,以消萎灵(黄芪、党参、陈皮、木香、川厚朴、丹参、川芎、牡丹皮、白芍、柴胡、黄连、黄芩、大黄、败酱草等粉碎后水泛为丸)治疗;对照组 30 例,以三九胃泰胶囊治疗。两组均 3 个月为 1 疗程,1 疗程后复查胃镜、病理及 HP 清除情况。结果:治疗组、对照组临床症状改善总有效率分别为 96.7%、73.3% ($P<0.01$);抑杀 HP 有效率分别为 90.0%、83.4% ($P<0.05$);胃镜检查有效率分别为 80.0%、65.04% ($P<0.05$);病理组织检查显示消萎灵能明显改善胃粘膜腺体萎缩和粘膜的充血、水肿 ($P<0.05$);但对肠上皮化生和腺体增生的改善与对照组无显著性差异 ($P>0.05$)。孙志广^[9]等用益气清热活血方(炙甘草、炒白术、黄芩、薏苡仁、半枝莲、丹参等)治疗 CAG 及其癌前病变患者 64 例,并与和胃冲剂组 63 例加以对照,结果前者临床有效率 95.3%,明显高于后者 (63.5%)。张凤武^[10]等认为,CAG 的病机为肝脾不调,虚痞寒热互结,治疗以疏肝健脾、开结除痞为大法。临床运用(柴

胡、枳实、白芍、甘草、玫瑰花、蒲公英、黄连、干姜、太子参、石斛、大枣)治疗,结果四逆散加味组治疗效果明显高于维酶素加胃复安组。廖妙娥^[11]治疗 CAG 以补气养阴、健脾兼湿中、祛湿、消滞、祛瘀为法,自拟胃萎汤治疗 42 例。处方:生黄芪、山药、鸡内金、春砂、山楂、莪术、白花蛇舌草。气虚加党参、白术;阴虚加北沙参、麦冬、白芍、莲子,或加石斛、生麦芽;虚寒加高良姜、桂枝;气滞加香附、陈皮、苏梗;食滞加神曲;呕吐加生姜、法夏、粳米。结果痊愈 6 例,用胃镜加活检及胃电图加胃单克隆抗体检测均恢复正常;好转 33 例临床症状消失,镜检为慢性浅表性胃炎;无效 3 例临床症状反复存在。总有效率达到 93%。谢树胜^[12]收治 140 例 CAG 病人,分为中药治疗组(80 例)和西药对照组(60 例)。治疗组用生黄芪、乌梅、白术、茯苓、当归、白芍、延胡索、沙参、石斛、天花粉、葛根、知母、麦冬、玄参、厚朴、生甘草、川酒军(后下)。对照组用胃泌素、维生素 B₆ 和维生素 C。结果:治疗组显效 32 例,有效 40 例,无效 8 例,总有效率 90%;对照组显效 18 例,有效 32 例,无效 10 例,总有效率 83.3%。两组临床、胃镜及病理经统计学检查有显著性差异($P < 0.01$)。

3 中西医结合治疗

随着中西医对慢性萎缩性胃炎深入研究,采用中西医结合疗法取得较好疗效。如羊毅^[13]将收治的慢性萎缩性胃炎患者 310 例,随机分为两组。观察组 170 例采用常规西医药疗法配合中医辨证论治,调理气机、益气健脾、专病用药和随症加味治疗。脾胃气虚型用异功散加厚朴、黄芪、枳壳;脾胃湿热型用陈平汤加黄连、蒲公英、白花蛇舌草;肝胃不和型用柴胡疏肝散加苏梗、郁金;胃阴亏虚型用沙参麦冬汤加石斛、山药、山楂、蒲公英、白芍。以上各型随症加减。对照组 140 例采用同西药(维酶素、喉头菇片、多酶片,伴有贫血肌注维生素 B₁₂ 或口服维生素 B₁₂ 补血露等)治疗。结果显示:观察组 170 例临床治愈 51 例,显效 109 例,无效 10 例,总有效率 94%;对照组 140 例,临床治愈 11 例,显效 49 例,无效 80 例,总有效率 42.3%。经统计学处理,观察组疗效明显优于对照组($P < 0.01$),从而表明中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎疗效明显优于西医治疗方法,且中西医结合,标本兼治,互补长短,疗效显著,无明显副作用。黄青^[14]等将 120 例经胃镜证实为 CAG 的患者随机分为治疗组 80 例和对照组 40 例。对照组按照常规给予祛除病因、对症治疗及抗 HP 治疗(丽珠得乐、甲硝唑、阿莫西林)。治疗组在对照组综合治疗的基础上加用中药治疗。处方:太子参 10 g,白术 10 g,茯苓 12 g,甘草 6 g,半夏 10 g,陈皮 10 g,木香 10 g,川黄连 3 g,连翘 12 g,蒲公英 30 g,三棱 15 g,莪术 15 g,甘松 6 g,白花蛇舌草 30 g,砂仁 3 g,白豆蔻 3 g。治疗组 80 例中,有效 76 例,无效 4 例,有效率 95.0%;对照组 40 例中,有效 14 例,无效 26 例,有效率 35.0%。经 χ^2 检验,两组有效率比较有显著性差异($P < 0.01$)。

4 针灸治疗

此外,针灸在 CAG 的治疗中也有较好的疗效。如孙玉霞^[15]等将 CAG 分为治疗组 30 例采用针灸治疗,取穴胃俞、中脘、内关、曲泽、足三里等。方法:选取 30 号 1~1.5 寸毫针。针刺胃俞穴行补法;中脘行平补平泻手法;内关行平补平泻手法;曲泽行泻法;足三里行平补平泻手法,留针期间配

合温针灸。每日 1 次,每次留针 40 分钟,连续 5 次休息 2 天,2 个月为 1 个疗程。对照组 28 例采用常规口服克拉霉素、甲硝唑及维生素 B₁、B₆,对症处理给予胃肠动力药,严重贫血者予维生素 B₁₂ 注射。结果:治疗组总有效率 90%,对照组总有效率 75%。提示:本方法具有改善胃黏膜炎症,增强胃黏膜保护功能的作用。

5 讨论

综上所述,中医药治疗 CAG 无论是从症状改善,还是从胃镜、病理检查等方面均取得了较好的疗效。极大丰富了临床治疗 CAG 的经验。尽管如此,中医药在 CAG 的研究中还有许多问题亟待解决:(1)中医的分型标准及疗效标准有待统一。分型过杂及过分强调经验性,缺乏客观统一标准的制订,在一定程度上制约了中医经验的推广和运用。有效解决经验的可重复性是提高临床疗效的一大捷径。(2)科研的局限性:对本病的研究多以临床研究为主,科研设计不合理,缺乏大宗病例的流行病学调查。有些甚至缺少必要的对照组,或即使有对照组,但两者间缺乏可比性。为了更好地体现中医对本病研究的客观性,今后应加强实验研究,从微观上阐述中医疗效的机制,在此基础上筛选出有效方药或有效成分,将辨证与辨病结合起来,寻找更为简便和合理的治疗方法。

参考文献

- [1]高富贵.慢性萎缩性胃炎中医辨证治疗 108 例[J].医学理论与实践,2004,17(8):908~909
- [2]李超林.慢性萎缩性胃炎中医药治疗观察[J].川北医学院学报,2002,17(4):70~71
- [3]黄继荣.辨治慢性萎缩性胃炎 76 例[J].河南中医,2003,23(9):32~33
- [4]魏道祥.辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 1276 例[J].山东中医杂志,2003,22(11):673~674
- [5]邓达荣.辨证选用《伤寒论》方治疗慢性萎缩性胃炎验案[J].国医论坛,2001,16(6):6~7
- [6]李双.加减乌梅汤治疗慢性萎缩性胃炎 46 例临床观察[J].湖南中医药导报,2004,10(8):17~18
- [7]周爱生.辨证施治慢性萎缩性胃炎 64 例[J].中医药学刊,2004,22(8):1515~1516
- [8]王汝新,牛华珍.消萎灵治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].山东中医杂志,2000,19(11):656~657
- [9]孙志广,李春婷,单兆伟,等.益气清热活血方治疗慢性萎缩性胃炎及其癌前期病变的临床研究[J].南京中医药大学学报,2001,17(6):349
- [10]张凤武,张燕.四逆散加味治疗慢性萎缩性胃炎 58 例[J].医学集悟,2000,15(4):79
- [11]廖妙娥.42 例萎缩性胃炎的中医治疗[J].深圳中西医结合杂志,1997,7(3):30
- [12]谢树胜.慢性萎缩性胃炎中医药治疗探析[J].辽宁中医杂志,2003,30(9):733~734
- [13]羊毅.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 170 例观察[J].中华临床医学研究杂志,2003,81(12):79~30
- [14]黄青,王竹芳,刑学锋.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 80 例[J].河北中医,2004,26(2):132
- [15]孙玉霞,李苏民.针灸治疗慢性萎缩性胃炎 30 例[J].陕西中医,2005,26(9):955~956

(收稿日期:2006-05-15)