

中医药治疗慢性萎缩性胃炎研究近况

赵凤英

关键词 慢性萎缩性胃炎;中医药疗法;研究近况

中图分类号:R573.32 文献标识码:A 文章编号:1005-7145(2002)02-51-02

慢性萎缩性胃炎(CAG)是以胃黏膜萎缩变薄,腺体减少或消失为特征的消化系统疾病,属中医“胃痛”、“胃痞”等范畴。世界卫生组织将其列为胃癌的癌前状态或癌前疾病。表明 CAG 已成为极受医学界重视的一个疑难杂证。本文就近几年来国内中医界对 CAG 的研究作一综述。

1 病因病机

殷氏等^[1]认为本病主要病机是饮食不节,劳倦过度,伤及中焦,致脾胃虚弱,气虚血少,血运无力而为瘀。说明发病与瘀血有关。单兆伟^[2]、王晓凤^[3]也认为 CAG 的病机关键在脾胃气虚,瘀血内阻。瘀阻胃络可使胃黏膜腺体血运障碍,营养匮乏,促使本病的发生及腺体萎缩加重,甚至恶变。李胜^[4]认为它的形成与肾虚有密切关系。张文尧^[5]认为本病的主要病机为肝郁脾虚,脾胃阳虚,脾胃阴虚,脾胃湿热。张占海^[6]认为 CAG 病机关键是虚中挟实,脾肾两虚为本,气血瘀滞为标。姚保泰^[7]认为本病多为饮食劳倦、损伤脾胃,或肝气郁结,使胃失和降而上逆,则胆汁返流入胃,水湿停滞,生痰蕴热,痰热交阻,灼伤胃膜、气机阻滞,血运不畅,胃失濡养。总之多数学者均认为本病的病位在胃,以脾胃为病变中心,可涉及肝胆肾等脏腑。

2 辨证论治

张明昌^[8]认为 CAG 以虚实夹杂为多,其用药根据胃腑“实而不满”之特点,常使“补而不滞”。他指出久病必伤气血,所以方中既用黄芪、党参,也用乌梅、木瓜、甘草、山楂等酸甘化阴之品,还会加少许理气药如陈皮、砂仁、枳壳和活血药如三七、延胡索、丹参等。张氏还认为患者仍有未伤之正气,尚可抗邪,故他用药往往“中病即止”。李克强等^[9]将 CAG 分为肝胃郁热和脾胃虚寒 2 型。唐万和^[10]把本病分为 3 型:脾胃虚弱型用香砂六君子合四逆散;肝胃不和用金铃子散合逍遥散;痰浊中阻型用温胆汤。治疗 3~6 个月,总有效率 92.5%,胃镜复查显示病理总有效率为 84.8%。董建华^[11]则认为 CAG 病机的关键是虚、滞、热、瘀。他强调虚是本质,滞是核心,以通为补,治在通降。食积郁久化热,久必入络成瘀,故董老喜用香附、佛手、苏梗行气;用陈皮、鸡内金、莱菔子化食滞;用石斛、麦门冬、沙参滋阴;用黄芪、桂枝、甘草祛虚寒;用大黄、黄连泻实热;用大腹皮、佩兰燥湿;用丹参、川楝子、川芎活血化瘀。

3 临床治疗

3.1 自拟方加减治疗

3.1.1 活血化瘀法 徐氏^[12]等自拟丹莪汤:丹参、莪术、生山楂、蒲公英、太子参、炒薏苡仁、百合、白芍各 15 g,佛手、乌药各 10 g,白花蛇舌草 30 g,甘草 6 g,治疗 168 例,显效 34 例,有效 124 例,无效 10 例,总有效率 94%。周慎^[13]认为局部瘀象是 CAG 的主要表现,活血化瘀散结是基本治法。

3.1.2 健脾益气法 巫氏^[14]用归芍六君子汤加减治疗 48 例,方用党参 15 g,白术 15 g,陈皮 10 g,茯苓 15 g,黄芪 20 g,炙甘草 6 g,焦三仙各 45 g,当归 15 g,白芍 20 g,法半夏 8 g,随症加减,结果显效 33 例,有效 13 例,无效 2 例,总有效率为 95.8%,胃镜、病理疗效为 83.3%。李氏^[15]等自拟消痞汤,药用党参、白术各 15 g,枳实、半夏、莪术、苦参各 10 g,丹参 30 g,黄连 5 g。气滞者加黄芪 30 g,桂枝 6 g,湿盛者去白术、枳实,加炮干姜 5 g,炒白芍 10 g,茯苓 15 g;虚火型去半夏、莪术,党参易太子参,加石斛 20 g,乌梅 10 g。治疗 105 例,显效 67 例,有效 23 例,好转 12 例,无效 3 例,总有效率为 97.4%。

3.1.3 清脾胃湿热法 邱氏^[16]等自拟健胃汤:藿香、党参、白术、茯苓各 15 g,蒲公英 20 g,炙甘草 10 g。脾胃湿热型加黄连 6 g,脾胃阴虚型加白芍 15 g,沙参 30 g。治疗组 96 例,显效 39 例,好转 49 例,无效 8 例,总有效率 91.7%。对照组 76 例,口服维酶素胶囊及猴头菌片,显效 12 例,好转 42 例,无效 22 例,总有效率 71.1%。两组相比 $P < 0.01$,有显著差异性。

3.2 专方专用

笔者统计资料后发现,这些专方均融健脾疏肝、清热燥湿、活血化瘀等药物为一体,对治疗 CAG 确有成效。陈磐华^[17]用健脾化湿方(党参、沙参、黄芪、麦门冬、半夏、白术、红花、蒲公英、白花蛇舌草、丹参、砂仁、桔梗、枳实、乌贼骨)治疗 CAG 伴中重度异型增生 60 例,结果临床有效率为 95.0%,病理有效率为 73.3%。曲智威等^[18]用胃炎灵(黄连、黄芩、延胡索、丹参、陈皮、半夏、木香、乌梅、麦门冬)治疗 CAG 50 例,结果临床有效率为 94.4%,胃镜有效率为 68.0%,病理有效率为 62.0%。张喜奎等^[19]用胃萎灵(乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、桂枝、人参、附子、黄柏、蜀椒)治疗 CAG 伴肠化 40 例,临床有效率为 90.0%,病理有效率为 75.0%。王氏等^[20]用善胃冲剂,由党参、太子参、枳壳、砂仁、丹参、桃仁、蜂房制成,治疗 122 例,治愈 23 例,显效 73 例,有效 18 例,无效 8 例,总有效率 93.4%;对照组 34 例,口服维酶素、三九胃泰,治愈 1 例,显效 5 例,有效 19 例,无效 9 例,总有效率 73.5%。詹氏^[21]用胃萎汤

作者单位:300451 天津市塘沽向阳医院

作者简介:赵凤英(1964-),女,主治医师,从事中医内科临床研究工作。

(党参、白术、茯苓、山药、石斛、升麻、枳壳、莪术、三七、黄连、蒲公英、白花蛇舌草、焦山楂等)每次 50 mL,2 次/d,饭前 30 min 服用,口服 6 个月为 1 个疗程,总有效率 96.96%。唐氏^[10]用血府逐瘀汤加减治疗 46 例,药用桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、枳壳、桔梗、黄连、蒲公英、甘草各 10 g,黄芪、绞股蓝各 15 g,显效 18 例,有效 23 例,无效 5 例,总有效率 89.1%,对照组 24 例,服用维酶素,显效 3 例,有效 12 例,无效 9 例,总有效率为 62.5%。两组相比,治疗组疗效优于对照组,差异显著($P < 0.01$)。

4 问题与展望

综合以上资料可以看出,中药对 CAG 的治疗有着优于西药的疗效。CAG 乃慢性病,需长期调理方可治愈。中医治疗 CAG,意在从虚着手,补益脾胃,活血化瘀,清热解毒。但由于始终缺乏一个统一的分型标准,故笔者认为今后中医药研究应注意确定统一的诊断、辨证、疗效标准体系,把 CAG 的胃镜下病理表现、病理检查结果及其他客观检查指标等量化并使之与中医辨证有机的统一起来。用病理检查评价疗效,用西药协助促进腺体重生,修复胃黏膜,防止该病向胃癌转化。

参考文献:

[1] 殷允诚,耿玉清.浅论慢性萎缩性胃炎从瘀论治[J].吉林中医,2001,21(2):5.
[2] 单兆伟,王爱云.慢性萎缩性胃炎从瘀血论治[J].中国中西医结合脾胃杂志,2000,33(7):5.
[3] 王晓凤.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 98 例[J].中国中西医结合杂志,1998,18(4):248.
[4] 李胜.从脾肾论治慢性萎缩性胃炎虚寒证 38 例[J].中国中西医结合脾胃杂志,2000,8(2):117.
[5] 张文尧,徐辉,顾鹤定.中医药对慢性萎缩性胃炎伴胃黏膜不
[6] 典型增生患者的临床及实验研究[J].中医杂志,1998,39(8):481.

[7] 张占海,杨彩丽,危北海,等.荣胃煎治疗萎缩性胃炎癌前病变 49 例疗效分析[J].中医杂志,1999,40(10):601.
[8] 姚保泰,王磊,王洪京,等.萎缩康冲剂治疗萎缩性胃炎癌前病变的临床与实验研究[J].中医杂志,1999,40(11):673.
[9] 林国裕,宋靖范,林淑凡.张明昌治疗萎缩性胃炎的经验[J].河南中医,1999,19(2):51.
[10] 李克强,殷西道,韦晓峰.中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎[J].中国
[11] 中西医结合杂志,1993,13(3):114.
唐万和.辨证论治萎缩性胃炎[J].湖北中医杂志,1999,19(4):39.
[12] 王长洪.董建华治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J].浙江中医学院学报,1999,14(4):41.
[13] 徐甘嘉,李淑英.丹莪汤治疗慢性萎缩性胃炎 168 例[J].河北中医,1999,21(1):21.
[14] 周慎.浅谈治疗慢性萎缩性胃炎的经验与方法[J].新中医,2000,32(7):5.
[15] 巫浣宜.归芍六君汤加减治疗萎缩性胃炎 48 例[J].北京中医,2000,19(1):25.
[16] 李志民,于家军.消痞汤治疗慢性萎缩性胃炎(胃癌前病变)105 例临床观察[J].新中医,1998,30(10):18.
[17] 邱志南,潘俊辉,梁淑仪.健胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 96 例疗效观察[J].新中医,1998,30(2):25.
[18] 陈磐华.中药治疗胃黏膜中重度异型增生 60 例[J].中国中西医结合杂志,2000,20(7):545.
[19] 曲智威,史淑君,刘岩红.胃炎灵治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中国中西医结合脾胃杂志,1998,8(3):141.
[20] 张喜奎,陈亦人.胃萎灵治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].中医杂志,2000,14(9):536.
[21] 王永录,吕锦芳,倪锦满,等.善胃冲剂治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].中国中西医结合脾胃杂志,1999,7(4):26.
[22] 詹杰.胃萎汤治疗慢性萎缩性胃炎 33 例[J].辽宁中医学院学报,2001,28(3):35.
唐存雄.血府逐瘀加减治疗慢性萎缩性胃炎 46 例[J].陕西中医,1999,20(4):160.

(收稿日期 2001-12-10)

投 稿 须 知

参考文献的写法 采用顺序编码制著录参考文献,依照其在正文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号标出,在表格或插图说明中引用的文献,亦应按照该表格或插图在正文中出现的顺序来编码。参考文献仅限作者亲自阅读过的主要文献,其中近 5 年内的文献应占 50% 以上。未发表的资料和个人通讯一般不作为参考文献。参考文献中的作者,1~3 名全部列出,3 名以上只列前 3 名,后加“等”或“.et al”。外文期刊的名称缩写以美国国立医学图书馆编辑的 List of Journals Indexed in Index Medicus 所列为准。作者应仔细核对所引参考文献以保证各项内容准确无误。将参考文献按引用的先后顺序(用阿拉伯数字标出)排列于文末。

数字的用法 执行 GB/T 15835-1995《出版物上数字用法的规定》。凡是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。数值的修约不能采用“四舍五入”法则,应为“四舍六入五看后,五后有数进上去,五后为零看左数,左数奇进偶舍弃”。数值修约只可一次完成。数值范围的表示形式 5 至 10 应为 5~10,5 万至 10 万应为 5 万~10 万,不能写成 5~10 万,3×10⁹ 至 5×10⁹ 应为 3×10⁹~5×10⁹ (或 3~5)×10⁹,不能写成 3~5×10⁹,60% 至 70% 应为 60%~70%,不能写成 60~70%。以百分数表示的均值和标准差应写作(50.2±0.6)%形式,而不写作 50.2±0.6%形式。分数的分号用斜线表示,数普公式例外。测得的数据不得超过其测量仪器的精密程度。一组中 $\bar{x} \pm s$ 的有效数字一般以 s 的 1/3 来定位数,例如(3819.5±410.6)g,s/3>100g,平均值波动在百位,故应写为(3.8±0.4)kg;又如(6.82±0.15)g,s/3 为 0.05g,达小数点后第 2 位,故平均数也应到小数点后第 2 位,写为(6.82±0.15)g。