

# 慢性萎缩性胃炎的中医治疗进展研究

姜寅瑞\* 陈潇雅 冯昱宁 刘启家 卢楚湘  
武警后勤学院学兵二大队, 天津 300300

**摘要:** 在消化系统疾病中, 慢性萎缩性胃炎(CAG)是一种常见慢性疾病, 由多种因素所致。在治疗该病症时, 目前现代医学治疗有限, 且多数患者治疗后病情易反复发作。而采取中医药治疗该病症, 其具有显著疗效和独特优势。本文特从CAG的中医病机、病因、治疗等研究进展做详细阐述。

**关键词:** 慢性萎缩性胃炎; 中医; 治疗进展; 研究

## 一、前言

在慢性消化系统疾病中, 慢性萎缩性胃炎(CAG)较为常见, 其主要特征为胃黏膜基层增厚, 黏膜变薄, 黏膜上皮和腺体数目减少、萎缩, 伴有不典型增生, 或肠腺化生和幽门腺化生等。该病症一旦发生, 则其临床表现缺乏特异性, 部分患者以非特异性消化不良症状为主要表现, 如疼痛、饱胀、上腹部不适, 且伴有消化道症状如嗝气、嘈杂、口苦、早饱、纳差等, 患者症状表现与病理严重程度无显著相关性。在中医学理论中, 该病症属于“胃脘痛”、“痞满”等范畴, 而通过对患者采用中医药治疗, 则可发挥较好的优势<sup>[1]</sup>。本文特将CAG的中医药治疗研究进展作如下综述。

## 二、慢性萎缩性胃炎的病机、病因分析

### (一) 脾胃虚弱为本

中医学理论中, CAG具有复杂多样的病因, 久病体虚诸劳、情志失调、饮食内伤、感受外邪等均可对脾胃造成损伤, 并造成中焦气机不利、脾胃升降失调而致病。在疾病发生、发展过程中, 基本病机为气机失调、脾胃虚弱。津液输布失调、水液运化失常、脾虚失运等可造成胃阴虚或气阴两虚, 胃阴不足, 胃失和降, 气机壅滞, 则会导致水谷无法腐熟。

### (二) 气机失调、实邪内阻为标

CAG发病过程中, 湿热、血瘀、气滞等为标, 实为实邪内阻。患者以脾胃为中心发病, 且属于本虚标实之证, 与肝胆关系密切。脾胃升降功能与肝主疏泄条达关系密切, 一旦肝胆失于疏泄, 则会对脾胃升降功能造成一定影响。

### (三) 浊毒内蕴为关键

CAG发病时, 脾胃损伤致使夹瘀夹郁而成毒, 水湿不化而成浊, 浊毒内蕴, 瘀阻胃络, 瘀滞中焦, 胃腺萎缩, 胃体失于濡养, 胃络受损, 最后发展为CAG。浊毒证指的是机体因浊毒而处于浊毒状态, 并发生一系列症候群。CAG发生、发展过程中, 伏赌起着决定性作用。毒的物质基础为幽门螺杆菌(Hp)感染, 且本病的不同时期均存在瘀、毒、虚等, 三者交互为患<sup>[2]</sup>。

综上所述, CAG的发生、发展是一个动态过程, 患者初期发病以感受外邪或脾胃素虚后迁延不愈, 或气机不畅、肝郁气滞, 造成肝木乘土, 造成胃失荣养, 瘀积胃络血分, 浊毒内蕴, 积湿成浊, 脾虚湿盛, 形成了CAG复杂的病理改变, 最终造成胃黏膜营养匮乏、血运障碍, 并出现萎缩、异性增生、肠上皮化生等。

## 三、中医药治疗慢性萎缩性胃炎方法研究

针对CAG的病因, 《内经》认为是由寒邪内侵、起居不适、饮食不节所致, 且以脾胃受累为主。该病症发生过程中, 病机为升降失调、正虚邪陷, 且治疗方面拟定了辛升苦降、寒热并用的疗法, 而从脾胃内伤角度则需采取消补兼施的治疗方案, 而补中益气汤、枳实消痞丸则为代表方剂。在近现代中医学中, 针对CAG患者通过专方专治、辩证论治、针灸等治疗的效果较好, 其在逆转异性增生、逆转肠上皮化生、减轻胃黏膜萎缩程度、改善临床症状方面发挥了

\*通讯作者: 姜寅瑞, 1998年11月, 男, 汉族, 安徽亳州人, 现为武警后勤学院学兵二大队学员, 学士。研究方向: 临床医学。

显著优势。

#### (一) 辨证分型论治

针对CAG患者, 中医治疗的基本原则即为辨证论治, 各医家可结合个人经验, 并根据患者不同症状表现, 对其实施辨证分型治疗, 疗效较为理想。在中医学理论中, CAG可分为五种证型, 即胃络瘀阻证、胃阴不足证、脾胃虚弱证(脾胃虚寒证、脾胃气虚证)、脾胃湿热证、肝胃不和证(肝胃郁热证、肝胃气滞证)等。也有部分研究将其分为四种证型, 即胃阴不足证、脾虚气滞证、湿热中阻证、肝胃不和证等; 或分为三种证型, 即胃阴不足证、肝胃不和证、虚气滞证等, 分别给予养阴益胃、疏肝和胃、调中理气等治疗, 并灵活调整。大量临床研究显示, CAG患者中多为虚实夹杂证、寒热错杂证, 占比50%以上, 而治疗此类患者时应用和胃泻心汤, 则可达到86%左右的有效率。另外通过研究CAG中医症候特征分布规律, 结果发现其具有五种中医症候类型, 即胃阴不足、脾胃湿热、瘀阻胃络、肝胃不和、脾胃虚弱等, 其中最多见的即为脾胃虚弱证<sup>[3]</sup>。

#### (二) 中医治疗经验

针对CAG患者, 有研究采用甘缓酸收、辛散苦泄之法治疗, 前者主要用于治疗脾胃虚弱、胃炎久病者; 后者主要用于治疗升降失司、寒热互结者; 通过采取个体化治疗, 则需对本虚、标实的缓急轻重进行衡量, 注重通阳、养血、益气等。作为CAG主要证型, 气阴两虚证者可见热郁、湿阻、血瘀、气滞等, 基本病机为“本虚标实、虚实夹杂”, 所以需对寒热虚实予以全面考虑。对于气阴两虚、胃阴不足者, 治疗时需注意扶正为本, 配合疏肝理气、活血化瘀、清热化湿解毒等治疗。而以浊毒理论对CAG患者进行治疗时, 则需注重合用虫类药、苦寒药、芳香药等, 同时联合使用精神疗法、饮食疗法、药物疗法等<sup>[4]</sup>。

#### (三) 专方专药研究

有研究选择CAG患者147例, 并采用资生汤加减联合法莫替丁治疗, 结果发现联合用药的效果明显好于单纯西药组和中药组。其中资生汤组方包括牛蒡子、鸡内金、白术、玄参、山药等, 其功效在于化瘀去浊、补脾健胃等。也有研究选择CAG患者80例, 采用抗Hp常规治疗对照组, 基于此联合胃复春治疗观察组, 结果显示观察组的杀菌有效率优于对照组, 且该组临床症状、胃黏膜炎症等显著减轻。而采用半夏泻心汤治疗CAG患者后, 治疗组血液流变学指标改善显著, 且各项指标改善程度优于对照组。有研究采用补中益气汤加减治疗CAG患者, 结果显示治疗组治疗有效率高达85.94%, 明显优于对照组。也有研究显示, 采用复春片治疗对照组, 治疗组采用安胃汤(基本方包含甘草、白花蛇舌草、丹参、陈皮、黄芩、莪术、党参、白术、茯苓等)加减治疗, 结果显示治疗组HCT、ESR、血浆粘度、全血还原粘度等均明显低于对照组。其中安胃汤加味治疗的功效在于活血化瘀、健脾益气等。另有研究对于脾胃湿热型痞满患者80例随机分组研究, 对照组治疗时采用西药莫沙必利, 而治疗组治疗时采用黄连温胆汤, 结果显示两个组别对比中医症候疗效、临床有效率时治疗组均明显高于对照组, 且二者表现出了显著差异, 但二者胃镜病理差异不明显<sup>[5]</sup>。对于CAG患者而言, 常规西药治疗与中西药联合治疗相比, 后者的效果更为理想。

#### (四) 针灸治疗

有研究选取脾胃虚寒型CAG患者63例, 采用合募配穴艾灸法治疗A组, 采用胃复春片治疗B组, 结果显示12w后A组总有效率93.8%, 且该组中医症状积分降低明显, 胃泌素水平、PGR、胃蛋白酶原I等显著增高。也有研究选取上述患者84例, 采用叶酸、胃复春片治疗对照组, 采用穴位埋线、针灸、中药等联合治疗观察组, 结果显示观察组总有效率85.42%, 患者健康调查量表评分明显更高, 且临床症状显著改善。另有研究选取CAG患者60例, 均接受针刺治疗, 方法为升清降浊针法, 结果显示半年后患者治愈31例、有效7例、显小17例。而通过对CAG采取药物与针灸联合治疗, 则可达到理气活血、健脾和胃作用<sup>[6]</sup>。

#### (五) 中医调护

CAG发病时, 七情失和、饮食不节也属于重要病因, 而中医治疗中, 情志调节和饮食调节也需予以重视。饮食方面需注意以清淡为主, 进食速度宜缓慢, 注意饮食规律, 尽可能减少辛辣刺激、腌制、油腻等食品, 注意戒烟戒酒等。由于抑郁、焦虑等情绪与患者发病关系密切, 所以需加强心理疏导, 根据患者心理和情绪状态, 采用抗焦虑、抗抑郁等药物进行治疗, 以防止病情进展, 缓解病情, 提升患者生活质量。

### 四、结论

综上所述, 针对CAG患者采用中医药辨证论治可阻止病情发展、保护胃黏膜、改善临床症状, 可为临床辨病辨

证、中西医结合治疗等提供新的思路,从而将中医优势充分发挥出来。但目前中医药治疗多为临床研究,中药在改善肠化、胃黏膜萎缩方面尚缺乏可靠、确切依据,加之病理诊断和胃镜诊断一致性存在差异,评价标准并不统一,所以还需深入探索促胃黏膜修复中中药制剂的微观作用机制。

**参考文献:**

- [1]魏玮,杨洋.慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J].中医杂志,2016,57(01):36-40.
- [2]王莹,刘晏.针药结合治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中成药,2016,38(11):2439-2443.
- [3]徐坤福.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].光明中医,2018,33(14):2140-2142.
- [4]郭慧霞,郭淑云.中医药治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中医研究,2019,32(04):77-80.
- [5]程传奇,王晓素.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].当代医学,2019,25(32):190-192.
- [6]伊凡,曾韦苹,郭红梅,等.中医药治疗CAG的临床研究进展[J].新疆医科大学学报,2015,38(02):148-152.