

中医药干预治疗慢性萎缩性胃炎 伴肠上皮化生的研究进展

杨晋翔¹ 邱 岳² 李志钢³

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis CAG) 临床以上腹胀痛、纳少、嗳气、消瘦乏力为主要表现,是消化系统中常见病和难治病之一,属于中医“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”、“腹胀”、“暖气”等范畴。目前西医药治疗虽然进展迅速,但临床上仍无特效疗法。中医药在 CAG 治疗上有其独特的优势,近年来亦取得了一些成果,现将中医药干预治疗 CAG 伴肠上皮化生方面研究进展综述如下。

1 病因病机的认识

1.1 标本论

邓铁涛认为萎缩性胃炎为本虚标实的虚损病。本病之虚,主要为脾胃亏虚,脾亏虚于阳气,胃亏虚于阴液,此为发病的前提和本质。本病之实,多为虚损之后所继发,脾气亏虚,血失鼓动,血滞成瘀阻络;脾失健运,湿浊不化,痰湿停聚;痰阻湿郁,加之阴液亏损,则易引起虚火妄动。其中脾胃亏损是本病较为突出的病理表现。胃阴亏损加胃络瘀阻,胃失于滋润濡养,是导致胃腺体萎缩的重要病机^[1]。周信有认为其病因病机有虚实两个方面:虚者表现为素体不足,脾胃虚弱,或久病不愈,脾阳不足,寒从中生,或胃阴不足,胃络失养而痛;实者表现为寒邪客胃、饮食不节、情志失调而导致胃气阻滞,和降失司,食滞不化,痞满疼痛。实多是在脾胃气虚的基础上所形成的气滞、寒凝、血瘀,因而形成了本病虚实夹杂,本虚标实的病理特点^[2]。

1.2 脾虚论

单兆伟认为本病乃本虚标实之证,治疗应标本兼顾,才能取得较好临床疗效。脾胃虚弱为本病的基本病机,健脾益气是基本的治疗方法^[4]。黄明河认为,本病的基本病机是脾胃气虚,气滞血瘀,往往兼有阴虚、肝胃不和或湿热中阻。总属本虚标实,虚实夹杂,以益气健脾、活血化瘀为治疗大法^[4]。陈福如^[5]认为饮食不节,劳倦所伤是导致该病发生的最常见病因。脾胃虚弱、运化无权是决定性因素。七情所伤、气血不和、络脉瘀阻是常见病因。且慢性浅表性胃炎失治也可演变成该病。药物因素亦可导致或诱发 CAG 的发生或复发。因此,应从脾胃的生理功能、脏腑功能相关论、CAG 的转归及病程来认识本病的病机。

1.3 瘀毒论

田德禄^[6]认为,本病病机特点是虚实夹杂,虚重在脾胃气(阳)虚、阴虚;实主要是气滞、血瘀、湿阻等,病变以脾胃为中心,可影响到肝肾,本病缠绵难愈,与邪毒未尽有关。一方面病程迁延,正虚邪恋;另一方面,胃为阳土,易从阳化火。热盛化火,火盛成毒;湿性秽浊,久蕴成毒。结合现代医学本病与 Hp 感染有关,提出与虫毒密切相关,毒可生热、致瘀,若痰、瘀、毒互结,往往导致变证发生。蔡春江^[7]等认为 CAG 形成和发展过程中毒和浊既作为病理产物,也做为一种致病因素。CAG 患者胃腑损伤,气机壅滞,日久则气滞、血瘀、湿阻、浊聚、食积、痰结、郁火诸证蜂起,而最重要的莫过于浊毒之邪。浊毒相干,如油入面,难解难分,终使胃热阴伤,气滞络阻,胃络瘀滞,胃失滋润荣养,胃液减少,腺体萎缩,黏膜变薄,日久成萎。

1.4 血瘀论

李秀仙^[8]认为,瘀血与 CAG 有密切关系。气虚血运无力,气滞血行不畅,阴虚胃热,液枯津亏,血脉不充,血行不畅均可致瘀。结合胃镜下 CAG 患者胃黏膜萎缩变薄、黏膜下血管透见,类似于瘀血证的表现之“血缕”;认为黏膜血管扭曲、血管壁增厚、管腔狭窄等一系列病理改变亦属血瘀的范畴。并提出适当合理选用活血化瘀之品,具有改善胃黏膜血液循环、抑制组织异常增生、消除炎症、镇痛、调节免疫等作用,从而达到改善临床症状,逆转胃黏膜萎缩、肠上皮化生及不典型增生的目的。有研究证明^[9],除肝胃不和型外, CAG 患者均有显著的全血黏度异常,呈明显高黏状态,微循环障碍,胃黏膜存在瘀血的病理改变,指出与气虚、热邪、阴虚、瘀阻所致血瘀证有内在联系。

2 中医药干预治疗的进展

2.1 从毒论治

王彦刚^[10]治疗本病从浊毒立论,临床取得了较为满意的疗效。治疗组口服化浊解毒方治疗,方药组成:茵陈 15g 藿香 12g 佩兰 12g 茯苓 20g 砂仁 12g 黄芩 12g 黄连 12g 半枝莲 15g 半边莲 15g 全蝎 9g 白花蛇舌草 15g。对照组予口服中成药胃复春。两组均以 12 周为 1 个疗程,连用 2 个疗程。治疗组 52 例中临床痊愈 17 例,显效 21 例,有效 11 例,无效 3 例,总有效率 94.23%;对照组 40 例中临床痊愈 7 例,显效 10 例,有效 8 例,无效 15 例,总有效率 62.50%。两组临床疗效比较有显著统计学差异 ($P < 0.01$)。赵军艳^[11]以解毒和胃法治疗多例 CAG 患者,取得了满意疗效。解毒和胃法对缓解症状,逆转肠化及不典型增生确有可靠疗效,运用本法结合临床辨证,一般能在 3~6 个月收到明显效果,缓解症状的同时逆转病理化生或增生。

2.2 从瘀论治

张卫东^[12]将 66 例 CAG 患者随机分为两组:治疗组 36 例应用活血解毒法组方(蒲黄、公丁香、甘草、制没药、蒲公英等)治疗,对照组 30 例用三九胃泰治疗。观察两组治疗前后主要症状积分及胃镜下胃黏膜的病理变化。结果总有效率治疗组为 94.44%,对照组为 70.00%,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$),两组治疗前后主要症状积分、病理疗效比较,差异亦有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),表明活血解毒法是治疗 CAG 行之有效的方药之一。

2.3 从痰论治

韩吉等^[13]认为本病脾胃虚弱为本,而气虚血瘀,痰浊中阻是本病的病理基础。用自拟益脾降痰化痰方(生黄芪、姜半夏、制南星、生牡蛎、川黄连等)治疗 32 例,对照组 31 例予以胃复春片,结果治疗组的临床症状、胃镜、萎缩总有效率分别为 71.88%、81.25%、71.88%,治疗组疗效明显优于对照组。

2.4 从虚、瘀论治

莫天翔^[14]观察益气养阴化痰汤治疗慢性萎缩性胃炎 CAG 伴肠上皮化生、M 或不典型增生、ATP 癌前病变的临床疗效。将患者 124 例随机分为两组,治疗组予益气养阴化痰汤,对照组给服维酶素片。结果治疗组临床疗效及胃镜病理改善情况

均优于对照组。结论显示中医从虚、瘀论治 CAG 伴 M 或 ATP 疗效可靠。侯刚等^[15]将确诊为 CAG 伴 ATP 或 M 的患者 35 例随机分为治疗组和对照组,治疗组用自拟中药方(组成:黄芪、金银花或蒲公英、枳实、白及、益母草、白芍各 15g 当归、三七片各 5g 柴胡 6g 皂角刺 3g 鸡内金 12g);对照组用深圳南方制药厂的三九胃泰胶囊口服,结果治疗组总有效率 94.3%,对照组 45.7%,两组比较有统计学差异($P<0.05$)。赵强等^[16]观察自拟善胃方(主要药物:太子参、黄精、石斛、天花粉、白花蛇舌草等)对 CAG 伴有胃黏膜异型增生(Dys)和(或)肠上皮化生(M)的治疗效果,治疗组 30 例,给予善胃方;对照组 30 例,给予猴头菌片,两组均用药 12 周。结果显示善胃方总体疗效(90.00%)优于猴头菌片对照组(56.67%)($P<0.05$);中药治疗组患者治疗前后腺体萎缩程度缓解明显优于对照组($P<0.05$)。

3 问题与展望

中医药干预治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生已展示出可喜的前景,在加速肠化和非典型增生的逆转方面有重要意义,但在临床科研上也暴露出不少问题:①临床报道中证型分型众多不规范。目前临床上多数参照 1989 年中西医结合学会消化系疾病专业委员会制订的标准进行分型,该标准未能准确反映 CAG 虚实夹杂、寒热错杂的病理及病证特点,因而出现目前文献中分型众多的不规范现象。为了进一步研究探讨 CAG 的辨证论治规律,应尽早制订出统一规范、符合 CAG 病理病证特点,并且便于临床操作的辨证分型标准。②病例选择不一、疗效评定标准不一致导致临床疗效差别较大。目前临床疗效评定多依靠临床症状、内镜以及病理变化结合。但内镜和病理检查存在局限性,病理活检是胃癌癌前病变诊断最为基本的,同时也是现阶段最为常用的手段。病理取材部位、数量、深度不同,内镜与病理的诊断就有一定的差距,而且也不易比较不同方法、不同治疗手段之间的差别。因此,至少应该注明所取活检的位置、方法与取材数量,以便准确观察病情变化、治疗效果。③中医药治疗本病的疗程尚不统一,相互之间缺乏可比性。据报道治疗 3 个月与 6 个月的有效率有显著差异。胃黏膜的修复与再生至少需要 3 个月,目前报道临床疗效观察多采取 3 个月为 1 个疗程,但大量文献观察疗程不一致,使得病理和各组之间缺乏可比性。④科研设计是否采用前瞻性随机、双盲对照法进行研究,对疗效结论的影响也较大。在今后的研究中应采取前瞻性随机、双盲、设立对照组,并使一切可能影响疗效判断的因素,如年龄、性别、病史、干预过程都均衡可比。⑤目前临床和科研仍存在样本量小、缺乏客观性等不足。应进一步加强多中心大样本的临床观察。目前各种统计资料多局限于近期疗效的观察,缺少随访;今后应进行大量的流行病学调查,运用先进的统计方法来规范证型,进行中西医结合诊断的深入研究,早日攻克 CAG 难题。⑥临床报道缺乏中医药干预

治疗本病的有关药物作用机制研究。目前固定方药与中成药治疗 CAG 有较显著疗效,并对胃镜及病理组织学改变进行了一定的研究,但对治疗 CAG 的作用机制研究甚少,更缺乏药物化学成分、药代动力学研究等。为了尽早开发出治疗 CAG 高效的纯中药制剂的中药新药,不但要加强固定方药与中成药治疗 CAG 的临床研究,而且应注重其制剂、作用机制、药物化学成分、药代动力学研究等,是今后研究的方向。

参考文献

- [1]邓中光·邓铁涛教授临证中脾胃学说的应用(二)[J]·新中医,2000,32(3):11—12.
- [2]童亚芳·周信有教授治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍[J]·甘肃科技,2007,23(3):240—241.
- [3]谢东宇·单兆伟教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J]·云南中医中药杂志,2009,30(2):1—2.
- [4]赵国青·黄明河教授治疗慢性萎缩性胃炎临床经验[J]·中医药信息,2009,26(5):54—55.
- [5]陈福如·178 例慢性萎缩性胃炎的病因调查及病机探讨[J]·中国医药学报,1997,12(2):41—42.
- [6]张彦丽·田德禄教授治疗慢性萎缩性胃炎经验拾粹[J]·中医医学刊,2002,20(5):578.
- [7]蔡春江,李佃贵,裴林·从“浊”“毒”论治慢性萎缩性胃炎[J]·中国中西医结合消化杂志,2002,10(1):40.
- [8]李秀仙·慢性萎缩性胃炎从瘀论治浅析[J]·河北中医,2001,23(5):253.
- [9]张喜奎,陈亦人·试论乌梅丸证与慢性萎缩性胃炎[J]·中医杂志,2002,43(4):245—247.
- [10]王彦刚·基于浊毒学说治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床疗效观察[J]·中华中医药杂志,2009,24(3):353—355.
- [11]赵军艳·解毒和胃法治疗慢性胃炎伴肠化及不典型增生[J]·中国中医药信息杂志,2004,11(3):264—265.
- [12]张卫东·活血解毒法治疗慢性萎缩性胃炎 36 例[J]·中国中西医结合消化杂志,2005,13(6):399.
- [13]韩吉,章谔鸣·“益脾涤痰化瘀方”治疗慢性萎缩性胃炎 32 例临床观察[J]·江苏中医药,2006,27(9):34—35.
- [14]莫天翔·益气养阴化痰汤治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变临床观察[J]·中国中医急症,2005,14(6):523—524.
- [15]侯刚,丘伟中·中药治疗慢性萎缩性胃炎及癌前病变 35 例临床分析[J]·中国老年保健医学,2007,5(5):34—35.
- [16]赵强,代二庆,袁红霞·自拟善胃方对萎缩性胃炎癌前病变患者 p16、p21 的影响[J]·北京中医,2005,24(1):3—6.

1 北京中医药大学第三附属医院(100029)

2 北京中医药大学

3 新疆维吾尔自治区中医医院消化科

慢性肾功能衰竭中医药治疗概述

刘睿* 邓跃毅* 钟逸斐*

慢性肾功能衰竭(CRF)是指发生于各种慢性肾脏疾病后期的一种以代谢产物和毒物潴留、水、电解质、酸碱平衡失调及某些内分泌功能异常为主要表现的临床综合征,是肾脏疾病和与肾脏有关疾病的最终归宿^[1]。现代医学对 CRF 特别是终末

期肾脏疾病(ESRD)的治疗,欧美发达国家及日本多采用透析及肾移植疗法,但费用高,且只能维持生命,在我国不为所有患者接受。因此,对 CRF 进行早期预防,延缓 CRF 病程的发展,已成为各国关注的问题^[2]。中医药作为 CRF 的非替代治疗具