

## • 临床研究 •

徐景藩三型论治慢性萎缩性胃炎癌前病变  
186 例临床观察赵 雷<sup>1\*</sup> 陆为民<sup>2</sup>

1. 河南省中医药研究院附院肝胆脾胃科, 河南省郑州市城北路 7 号, 450004; 2. 江苏省中医院消化科)

基金项目: 国家中医药管理局“国医大师徐景藩学术经验传承研究室”建设项目(国中医药人教发[2010]59 号);

江苏高校优势学科建设工程资助项目(012062003010-B211); 江苏省科技厅社会发展项目(BE2009614-1);

江苏省中医药管理局课题(LZ09045)

\* 通讯作者: zhaolei4132@163.com, (0371)66322735

**[摘要]** 目的 观察徐景藩三型论治慢性萎缩性胃炎(CAG)癌前病变的临床疗效及其对生活质量的影响。方法 将 186 例 CAG 癌前病变患者按徐景藩教授三型辨证分为中虚气滞证 86 例、肝胃不和证 70 例、胃阴不足证 30 例, 分别给予相应中药治疗 6 个月。观察患者临床、胃镜、病理疗效及治疗前后中医脾胃系疾病之慢性胃炎患者报告的结局指标量表(CM-SSPRO)评分。结果 中虚气滞证、肝胃不和证、胃阴不足证临床总有效率分别为 89.54%、92.85%、70.00%, 3 种证型临床疗效比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 各证型患者胃镜疗效、腺体萎缩疗效、肠上皮化生疗效、腺体异型增生疗效比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 各证型患者治疗前后 CM-SSPRO 评分比较, 在生理、心理、独立性、社会环境 4 个领域及总积分上差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 3 种证型治疗后 4 个领域及总积分组间比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 徐景藩三型论治 CAG 癌前病变可以显著改善患者临床症状、胃镜及病理表现, 提高患者生活质量。

**[关键词]** 慢性萎缩性胃炎; 癌前病变; 三型论治; 徐景藩

**Clinical Observation of Treatment Based on Three Syndrome Types Divided by Prof. XU Jingfan for 186 Cases of Chronic Atrophic Gastritis with Precancerous Lesions**

ZHAO Lei<sup>1</sup>, LU Weimin<sup>2</sup>

(Henan Academy of TCM, Henan Province 450004; 2. Jiangsu Province Hospital of TCM)

**ABSTRACT Objective** To observe the therapeutic effect of treatment based on three syndrome types divided by Prof. XU Jingfan for chronic atrophic gastritis (CAG) with precancerous lesions and its effect on quality of life (QOL). **Methods** Totally 186 cases of CAG with precancerous lesions were divided into three syndrome types, i. e. center-deficiency qi-stagnation syndrome (86 cases), liver-stomach disharmony syndrome (70 cases) and stomach-yin deficiency syndrome (30 cases). Three kind of relevant Chinese medications were used for patients with different syndrome types respectively for 6 months. The clinical efficacy, gastroscope, pathological efficacy and Chinese medicine-spleen-stomach patients reported outcomes scale (CM-SSPRO) were observed before and after treatment. **Results** The total effective rate of center-deficiency qi-stagnation syndrome, liver-stomach disharmony syndrome and stomach-yin deficiency syndrome was 89.54%, 92.85% and 70.00% respectively, with a significant difference between syndrome types ( $P < 0.05$ ). There were no significant differences in efficacy of gastroscope, glandular atrophy, intestinal metaplasia, and the glandular dysplasia between syndrome types of center-deficiency qi-stagnation syndrome, liver-stomach disharmony syndrome and stomach-yin deficiency syndrome ( $P > 0.05$ ). The scores of physiology, psychology, independence, social environment and CM-SSPRO were significantly decreased after treatment ( $P < 0.05$ ), but with no significant difference between syndrome types ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** The treatment based on three syndrome types divided by Prof. XU Jingfan could obviously improve the clinical efficacy, gastroscope, patholog and QOL for CAG with precancerous lesions.

**Keywords** chronic atrophic gastritis; precancerous lesions; treatment determination according to three kinds of syndrome types; Prof. XU Jingfan

慢性萎缩性胃炎(CAG)是以胃黏膜腺体萎缩、炎症浸润至黏膜下层、胃酸及胃蛋白酶分泌减少为特点的常见消化系统疾病,在其基础上伴发的不完全型肠上皮化生和/或中、重度异型增生被列为胃癌

的癌前病变,属于中医“胃脘痛”、“痞满”等范畴。我们根据全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师徐景藩教授三型论治的经验治疗 CAG 癌前病变患者,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 诊断标准

西医诊断标准:参照《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[1]</sup>。

中医辨证标准:根据徐景藩教授经验,按三型辨证标准制定<sup>[2]</sup>,分为中虚气滞证、肝胃不和证、胃阴不足证。

### 1.2 纳入和排除标准

纳入标准:符合西医诊断及中医辨证标准;年龄 18~65 岁,性别不限;1 周内未使用治疗 CAG 癌前病变的中西药物;患者知情同意。

排除标准:合并有胃、十二指肠溃疡,胃黏膜有重度异型增生或病理诊断疑有恶变者;妊娠期、哺乳期妇女;有严重的原发性心、肝、肺、肾、血液或影响其生存的严重疾病者;有酒精、药物滥用病史;过敏体质者;正在参加其他药物临床试验者。

### 1.3 一般资料

选择 2009 年 3 月至 2011 年 9 月在江苏省中医院消化科接受治疗的 CAG 癌前病变患者 186 例,男 70 例,女 116 例;年龄 25~65 岁,平均(52.28±9.80)岁;病程 0.96~144 个月,平均(27±21.12)个月;其中中虚气滞证 86 例,肝胃不和证 70 例,胃阴不足证 30 例;腺体萎缩轻度者 68 例,中度者 88 例,重度者 30 例;肠上皮化生轻度者 81 例,中度者 76 例,重度者 29 例;异型增生 37 例(中虚气滞证 18 例,肝胃不和证 11 例,胃阴不足证 8 例)中轻度者 14 例,中度者 23 例。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

按三型主证进行辨证治疗<sup>[2]</sup>:①中虚气滞证:治以调中理气佐以化瘀,处方:炒党参(或太子参)10~15g,炒白术 10g,黄芪 10g,炒山药 15g,茯苓 15g,炙甘草 5g,陈皮 10g,炙鸡内金 10g,佛手 10g,莪术 10g,仙鹤草 15g,薏苡仁 30g。②肝胃不和证:治以疏肝和胃佐以化瘀,处方:柴胡 6g(或紫苏梗 10g),制香附 10g,炒枳壳 10g,炒白芍 15g,佛手 10g,橘皮 6g,橘络 6g,郁金 10g,炙鸡内金 10g,甘草 3g,莪术 10g,薏苡仁 30g。③胃阴不足证:治以养胃理气佐以化瘀,处方:北沙参 10g,麦冬 10g,石斛 10g,白芍 15g,乌梅 10g,炒山药 15g,甘草 5g,香橼皮 10g,佛手 10g,炙鸡内金 10g,丹参 10~15g,牡丹皮 10g,薏苡仁 30g。运用以上方药时,除随症加减外,可结合辨病加减,如伴肠上皮化生、异型增生等,加用石见穿 15g、仙鹤草 10~15g、半枝莲 15g、白花蛇舌草 15g、重楼 10~12g 等中的 2~3 种。每日 1 剂,水煎

2 次,每次煎 250ml,每日 2 次,3 个月为 1 个疗程。共治疗 2 个疗程。

### 2.2 观察指标与方法

观察治疗前后症状、体征的变化情况,并在治疗前后进行胃镜、病理检查,进行胃镜、腺体萎缩、肠上皮化生、腺体异型增生疗效评定<sup>[3]</sup>。生活质量观察指标参考广州中医药大学刘凤斌等研制的中医脾胃系疾病之慢性胃炎患者报告的结局指标量表(CM-SSPRO)<sup>[4]</sup>,从生理、心理、独立性、社会环境 4 个领域,精力与形色、疼痛与不适、消化功能、独立性方面、心理方面、社会关系、医疗 7 个方面,评价治疗前后患者生活质量。

### 2.3 疗效评定标准

综合疗效参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》<sup>[5]</sup>。治愈:临床症状、体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度,病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常。显效:临床主要症状、体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症好转,病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常或减轻 2 个级度。有效:主要症状、体征明显减轻,胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,病理组织学检查证实慢性炎症减轻 1 个级度以上,腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生减轻。无效:达不到上述有效标准或恶化者。

### 2.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 软件进行统计分析,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验;计量数据用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,正态分布数据采用  $t$  检验或方差分析,非正态分布采用非参数检验。

## 3 结果

### 3.1 各证型患者临床综合疗效比较

表 1 示,各证型患者治疗后临床总有效率比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3.2 各证型患者胃镜疗效比较

表 2 示,各证型患者治疗后胃镜总有效率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 3.3 各证型患者病理疗效比较

表 3 示,各证型患者治疗后腺体萎缩总有效率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 4 示,各证型患者治疗后肠上皮化生总有效率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 5 示,各证型患者治疗后腺体异型增生总有效率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表1 各证型患者临床综合疗效比较[例(%)]

| 证型    | 例数 | 治愈        | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效       |
|-------|----|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 中虚气滞证 | 86 | 7(8.14)   | 17(19.77) | 53(61.63) | 9(10.46) | 77(89.54) |
| 肝胃不和证 | 70 | 11(15.71) | 20(28.57) | 34(48.57) | 5(7.15)  | 65(92.85) |
| 胃阴不足证 | 30 | 1(3.33)   | 1(3.33)   | 19(63.33) | 9(30.00) | 21(70.00) |

表2 各证型患者胃镜疗效比较[例(%)]

| 证型    | 例数 | 治愈        | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效       |
|-------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 中虚气滞证 | 86 | 33(38.37) | 12(13.95) | 19(22.09) | 22(25.58) | 64(74.42) |
| 肝胃不和证 | 70 | 13(18.57) | 13(18.57) | 31(44.29) | 13(18.57) | 57(81.43) |
| 胃阴不足证 | 30 | 2(6.67)   | 6(20.00)  | 11(36.67) | 11(36.67) | 19(63.33) |

表3 各证型患者腺体萎缩疗效比较[例(%)]

| 证型    | 例数 | 治愈        | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效       |
|-------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 中虚气滞证 | 86 | 23(26.74) | 15(17.44) | 35(40.70) | 13(15.12) | 73(84.88) |
| 肝胃不和证 | 70 | 17(24.29) | 9(12.86)  | 30(42.86) | 14(20.00) | 56(80.00) |
| 胃阴不足证 | 30 | 5(16.67)  | 2(6.67)   | 13(43.33) | 10(33.33) | 20(66.67) |

表4 各证型患者肠上皮化生疗效比较[例(%)]

| 证型    | 例数 | 治愈        | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效       |
|-------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 中虚气滞证 | 86 | 22(25.58) | 14(16.28) | 34(39.53) | 16(18.60) | 70(81.40) |
| 肝胃不和证 | 70 | 14(20.00) | 11(15.71) | 30(42.86) | 15(21.43) | 55(78.57) |
| 胃阴不足证 | 30 | 4(13.33)  | 3(10.00)  | 11(36.67) | 12(40.00) | 18(60.00) |

表5 各证型患者腺体异型增生疗效比较[例(%)]

| 证型    | 例数 | 治愈       | 显效       | 有效       | 无效       | 总有效       |
|-------|----|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 中虚气滞证 | 18 | 2(11.11) | 3(16.67) | 8(44.44) | 5(27.78) | 13(72.22) |
| 肝胃不和证 | 11 | 1(9.09)  | 1(9.09)  | 5(45.45) | 4(36.36) | 7(63.64)  |
| 胃阴不足组 | 8  | 1(12.50) | 1(12.50) | 2(25.00) | 4(50.00) | 4(50.00)  |

表6 各证型患者治疗前后 CM-SSPRO 量表积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 证型    | 时间  | 例数 | 生理          | 心理         | 独立性        | 社会环境       | 总积分         |
|-------|-----|----|-------------|------------|------------|------------|-------------|
| 中虚气滞证 | 治疗前 | 86 | 27.85±6.24  | 5.92±2.43  | 2.69±1.53  | 8.67±3.17  | 45.13±10.13 |
|       | 治疗后 | 86 | 20.67±4.62* | 4.07±1.96* | 2.19±1.44* | 6.12±2.55* | 33.05±6.42* |
| 肝胃不和证 | 治疗前 | 70 | 24.30±4.99  | 4.38±2.11  | 2.00±1.20  | 6.81±2.65  | 37.49±6.88  |
|       | 治疗后 | 70 | 18.61±3.71* | 3.30±1.73* | 1.39±1.02* | 5.48±2.07* | 28.78±4.81* |
| 胃阴不足证 | 治疗前 | 30 | 20.63±4.88  | 4.03±1.59  | 1.90±1.18  | 6.03±2.62  | 32.60±5.42  |
|       | 治疗后 | 30 | 18.40±3.41* | 3.43±1.10* | 1.20±0.81* | 4.93±1.86* | 27.97±3.96* |

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$

### 3.4 各证型患者治疗前后 CM-SSPRO 量表积分比较

表6示,各证型患者患者治疗后与治疗前比较,在改善生理、心理、独立性、社会环境4个领域上差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。CM-SSPRO总积分治疗后与治疗前比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。各证型治疗后在4个领域及总积分比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 3.5 不良反应

观察期间患者的不良反应主要表现为恶心、呕

吐、大便不调。其中中虚气滞组5例,肝胃不和组6例,胃阴不足3例,停止用药并对症治疗后症状均缓解。肝功能、肾功能、血常规等安全性指标在治疗前后未见明显变化( $P>0.05$ )。

## 4 讨论

CAG及其癌前病变中医辨证证型不同。陈晶等<sup>[6]</sup>对50篇辨证治疗CAG的相关文献进行分析,共计5107例,辨证分型多达29型。李国春等<sup>[7]</sup>采用结构化方程模型,结果发现最常见的中医证型是肝胃不和证、脾胃湿热证、脾胃虚弱证、胃阴不足证。

归其原因:一是分型依据不同,二是证型缺乏规范化,三是地域不同。徐景藩教授治疗 CAG 癌前病变,强调当顺应胃的生理功能和特点:①主纳,能磨谷;②体阳用阴,多气多血;③上清下浊,主降宜和。临床应辨别脏腑病位,重视气血辨证,分清寒热虚实,辨别湿、食、痰、瘀。诊查时必须运用腹诊,重视腹部分部的重要意义(一胃三脘:上脘清阳居多、以气病为主,下脘浊阴居多、以血病为主,中脘气病血病兼见)。强调中医药治疗 CAG 癌前病变,重在辨证,按临床所见,以中虚气滞、肝胃不和、胃阴不足 3 类证候为多。三型论治 CAG 癌前病变,可执简驭繁,易于掌握。对出现的兼证,分别随证予以化湿、行瘀、清热、温中、消导等中药。

叶天士在《临证指南医案》中指出:“初病在经,久病入络;以经主气,络主血,则可知其治气治血之当然也;凡气既久阻,血亦应病,循行之脉络自痹。”CAG 癌前病变最常见的症状为疼痛、痞胀,多有定处、反复难愈,病程大多较长,许多患者舌质紫暗,或暗红,或有瘀斑。因此,徐景藩教授认为血瘀是 CAG 癌前病变发生、发展甚至恶变的关键病理环节,并将活血化瘀作为治疗 CAG 癌前病变的重要法则之一。本研究中对各证型患者在辨证治疗的基础上均佐以行瘀,酌情加入莪术、(紫)丹参、石见穿

等活血化瘀之品。

结果表明,徐景藩教授三型论治 CAG 癌前病变疗效确切,治疗后患者的临床症状和生活质量显著改善,胃镜征象及胃黏膜萎缩、肠化、异型增生明显减轻。

#### 参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674-684.
- [2]徐景藩. 徐景藩脾胃病治疗验辑要[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999: 112-113.
- [3]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [4]刘凤斌, 王维琼. 中医脾胃系疾病 PRO 量表的研制与条目筛选[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2009, 11(4): 527-531.
- [5]张万岱. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(2): 172-175.
- [6]陈品. 慢性萎缩性胃炎辨证分型研究近况[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(1): 19-21.
- [7]李国春, 李春婷, 黄蓝平, 等. 结构方程模型探讨慢性萎缩性胃炎证候分型规律[J]. 南京中医药大学学报, 2006, 22(4): 217-219.

(收稿日期: 2012-04-13; 修回日期: 2012-07-20)

[编辑: 叶 晨]



**浓缩包装 1+1 膏剂生产全自动**

——真空浓缩收膏机 开启膏方制作自动化新革命

东华原医疗历经数年精心研制而成的全新产品。采用真空浓缩、低温提取技术, 科技含量更高、功能更强大; 产品兼具压力和无压力双重煎煮功能, 每小时可实现3000—4000毫升收膏量, 远超传统膏方制作工艺; 根据需求, 全自动化包装机可进行10—50毫升不同容量产品的包装, 更实用更便捷!

YZN50 多功能真空浓缩收膏机      YB10-50A 膏体包装机

北京东华原医疗设备有限公司 网址: [www.donghuagroup.com](http://www.donghuagroup.com) / [www.donghuayuan.com](http://www.donghuayuan.com) 400-888-0258 800-810-0359