

• 临床研究 •

慢性萎缩性胃炎伴糜烂中医治疗后胃粘膜的变化与证型的相关性研究*

杨晶璐¹, 时昭红^{1△}, 张书¹, 胡峰²

(1. 武汉市中西医结合医院, 湖北 武汉 430022; 2. 湖北中医药大学第一临床学院, 湖北 武汉 430061)

摘要: **目的** 观察不同证型慢性萎缩性胃炎伴糜烂中医辨证论治前后的胃粘膜内镜及病理的变化, 探讨该病中医证型与胃粘膜变化的相关性, 为临床诊治不同证型该病患者提供一定试验依据。 **方法** 将 68 例慢性萎缩性胃炎伴糜烂患者辨证分为 6 个证型, 脾胃虚弱证 18 例、肝胃郁热证 16 例、脾胃湿热证 12 例、胃阴不足证 9 例、肝胃气滞证 8 例、胃络瘀血证 5 例, 予中医辨证治疗 3 月, 比较治疗前后胃粘膜变化程度, 并分析其与各证型的关系。 **结果** 证型例数从多到少依次为: 脾胃虚弱证(26.5%), 肝胃郁热证(23.5%), 脾胃湿热证(17.6%), 胃阴不足证(13.2%), 肝胃气滞证(11.8%), 胃络瘀血证(7.4%); 胃粘膜轻度萎缩以脾胃虚弱证最常见(88.9%, $P < 0.001$), 胃粘膜轻度肠上皮化生以脾胃湿热证最常见(91.7%, $P < 0.01$), 重度萎缩和重度肠上皮化生均以胃络瘀血证(100%、80%, $P < 0.05$)最常见, 胃粘膜 I 级糜烂以脾胃虚弱证(77.8%, $P < 0.05$)最常见, IV 级糜烂以脾胃湿热证(75.0%, $P < 0.05$)最常见; 脾胃虚弱证在中医治疗后胃粘膜萎缩程度积分变化最大($\Delta = 0.94 \pm 0.42$, $P < 0.05$), 胃络瘀血证在中医治疗后胃粘膜肠上皮化生程度变化最大($\Delta = 1.80 \pm 0.45$, $P < 0.05$), 脾胃湿热证在中医治疗后胃粘膜糜烂程度变化最大($\Delta = 1.67 \pm 0.49$, $P < 0.05$)。 **结论** 慢性萎缩性胃炎伴糜烂中医治疗前后证型与胃粘膜的变化存在一定的相关性, 可为临床诊治不同证型患者提供部分试验依据。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 糜烂; 辨证论治; 胃粘膜; 中医证型

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2018)05-0015-06

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.05.004

Research on the Relationship between the Changes of Gastric Mucosa and Syndromes after TCM Treatment of Chronic Atrophic Gastritis with Erosion

YANG Jinglu¹, SHI Zhaohong¹, ZHANG Shu¹, HU Feng²

(1. Wuhan Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine, Wuhan 430022, China,

2. Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430061, China)

ABSTRACT: Objective To observe the changes of endoscopy and pathology of gastric mucosa before and after treatment of chronic atrophic gastritis with erosion in different syndromes and to explore the relationship between TCM syndromes of chronic atrophic gastritis with erosion and the changes of gastric mucosa, which provides evidence for clinical diagnosis and treatment of chronic atrophic gastritis with erosion. **Methods** 68 cases of chronic atrophic gastritis with erosion was divided into 6 TCM syndrome type: deficiency of spleen and stomach in 18 cases, stagnation of heat in liver and stomach in 16 cases, dampness and heat of spleen and stomach in 12 cases, deficiency of stomach and yin in 9 cases, stagnation of qi in liver and stomach in 8 cases, and blood stasis of stomach in 5 cases. All patients were treated with TCM syndrome differentiation for 3 months. Then compared the changes of gastric mucosa before and after treatment, and analyzed the relationship between the changes of gastric mucosa and the types of syndromes. **Results** The number of syndrome types was as follows: deficiency of spleen and stomach (26.5%), stagnation of heat in liver and stomach (23.5%), dampness and

收稿日期: 2018-09-18

* 基金项目: 2014 年中医药行业科研专项(201407001-12)

第一作者简介: 杨晶璐(1993-),女,在读硕士研究生,研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。

△通信作者: 时昭红, E-mail: zhaohshi@126.com

heat of spleen and stomach(17.6%), deficiency of stomach yin(13.2%), stagnation of qi in liver and stomach(11.8%), and blood stasis of stomach (7.4%). The most common type of mild atrophy of gastric mucosa was deficiency of spleen and stomach (88.9% $P<0.001$). The most common type of mild intestinal metaplasia of the gastric mucosa was dampness and heat of spleen and stomach (91.7%, $P<0.01$). The most common type of severe atrophy and severe intestinal metaplasia was blood stasis of stomach (100%, 80%, $P<0.05$). The most common type of erosion in grade I of gastric mucosa was deficiency of spleen and stomach (77.8% $P<0.05$). The most common type of erosion of grade IV was dampness and heat of spleen and stomach (75.0%, $P<0.05$). Spleen and stomach deficiency syndrome had the biggest change in the degree of gastric mucosal atrophy after TCM treatment ($\Delta=0.94\pm0.42$, $P<0.05$). Blood stasis of stomach had the biggest change in the degree of intestinal metaplasia of gastric mucous membrane after TCM treatment ($\Delta=1.80\pm0.45$, $P<0.05$). Spleen and stomach damp-heat syndrome had the biggest change in the degree of gastric mucosal erosion after TCM treatment ($\Delta=1.67\pm0.49$, $P<0.05$).

Conclusion Chronic atrophic gastritis combined with erosion has a certain correlation with the changes of gastric mucosa before and after TCM treatment, which can provide some basis for clinical diagnosis and treatment of different types of chronic atrophic gastritis with erosion.

KEY WORDS: chronic atrophic gastritis; erosion; syndrome differentiation treatment; gastric mucosa; TCM syndrome type

慢性萎缩性胃炎是指胃粘膜固有腺体减少或消失,伴或不伴纤维组织替代、肠腺或假幽门腺化生的一种慢性疾病,是我国消化系统的多发病、难治病之一。内镜下若伴见平坦型或隆起型糜烂者,则称为慢性萎缩性胃炎伴糜烂。调查显示,慢性萎缩性胃炎的患病率与胃癌发病率呈正相关^[1],慢性萎缩性胃炎伴隆起型糜烂具有高度的恶变潜质^[2]。故针对慢性萎缩性胃炎伴糜烂患者,需要早期监控、早期干预、定期随访。目前,西医对慢性萎缩性胃炎尚无特效治疗,而中医药治疗该病有独特优势,具体体现在个体化治疗,具有针对病理改变的特效中药,并可改善患者体质^[3]。所以,探究慢性萎缩性胃炎伴糜烂中医证型与胃粘膜变化的相关性具有实际意义。

本研究通过观察不同证型慢性萎缩性胃炎伴糜烂中医辨证论治前后的胃粘膜内镜及病理的变化,综合运用统计学方法,分析了不同证型与胃粘膜变化的关系,为临床诊治不同证型的慢性萎缩性胃炎伴糜烂提供部分试验依据。

1 资料与方法

1.1 资料 68例患者均来自2016年10月至2018年3月就诊于湖北省武汉市第一医院消化内科门诊经胃镜及病理组织学检查确诊为慢性萎缩性胃炎伴糜烂符合纳入标准的患者。年龄35~70岁,男性32例,女性36例。

检查仪器:胃镜型号为OLYMPUS(CLV-290SL);一次性活检钳型号为JHY-FB-23-180-O-0。

1.2 诊断标准 慢性萎缩性胃炎及糜烂性胃炎诊断

标准参照《中国慢性胃炎共识意见(2012,上海)》^[4]。中医辨证标准:所有病例辨证均以镜检近1周的症状及当天的舌象、脉象为依据,参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)》^[5]进行辨证分型。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:符合慢性萎缩性胃炎及糜烂性胃炎诊断标准者,年龄在18~70岁之间。排除标准:合并消化性溃疡或病理诊断疑有恶变者;合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,或影响其生存的严重疾病,如肿瘤、艾滋病等及精神病患者;妊娠、哺乳期妇女。

1.4 研究方法 给予全部患者中医辨证治疗(具体方药如下文所述)3月后复查胃镜及胃粘膜病理组织学,应用统计学方法分析胃粘膜的病理组织学和镜下糜烂改变程度与中医证型的关系。

①胃络瘀血证:丹参15g,木香15g,砂仁10g,蒲黄15g,五灵脂10g,香附10g,延胡索10g,三七粉15g。

②肝胃郁热证:苏梗12g,香附12g,陈皮10g,炒枳实12g,砂仁(后下)6g,龙胆草6g,黄连6g,吴茱萸2g,乌贼骨30g,蒲公英18g,生甘草6g。

③脾胃湿热证:党参15g,苍术15g,半夏9g,陈皮12g,黄芩12g,佩兰15g,炒枳实12g,砂仁(后下)6g,白蔻仁(后下)6g,滑石10g,浙贝母15g,炙甘草6g。

④肝胃气滞证:柴胡9g,白芍15g,枳壳12g,香附12g,青皮9g,陈皮9g,香橡皮12g,佛手12g,川芎9g,延胡索12g,砂仁(后下)6g,生甘草6g。

⑤脾胃虚弱证:生黄芪 18 g,党参 15 g,炒白术 18 g,茯苓 18 g,半夏 9 g,木香 12 g,炒枳壳 15 g,砂仁(后下)9 g,焦神曲 15 g,延胡索 12 g,生甘草 6 g。

⑥胃阴不足证:北沙参 15 g,麦冬 15 g,百合 30 g,乌药 12 g,石斛 12 g,炒白术 15 g,炒枳壳 12 g,佛手 15 g,砂仁(后下)6 g,煅瓦楞子 30 g,白芍 15 g,炒谷芽 15 g,炒麦芽 15 g,生甘草 6 g。

汤剂每日 1 剂,分 3 次水煎服,一般情况下于 3 餐后 1 h 左右服用,若有餐前饥嘈感,可于餐前服用,用药疗程均为 3 个月。

1.5 观察指标

1.5.1 胃粘膜糜烂镜下评分 对胃粘膜糜烂情况评分,评分标准:1分:1~2处糜烂;2分:3~5处糜烂;3分:6~10处糜烂;4分:10处以上糜烂。

1.5.2 病理组织学分级评分 萎缩:轻度(1分):固有腺体数减少介于原有腺体的 1/3;中度(2分):固有腺体数减少介于原有腺体数的 1/3~2/3 之间;重度(3分):固有腺体数减少超过 2/3,仅残留少数腺体,甚至完全消失。

肠化:轻度(1分):肠化区占腺体和表面上皮总面积的 1/3 以下;中度(2分):肠化区占腺体和表面上皮总面积的 1/3~2/3 之间;重度(3分):肠化区占腺体和表面上皮总面积的 2/3 以上。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差表示,多组均数比较采用方差分析;计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验,等级资料采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 证型分布情况 脾胃虚弱证(26.5%)>肝胃郁热证(23.5%)>脾胃湿热证(17.6%)>胃阴不足证(13.2%)>肝胃气滞证(11.8%)>胃络瘀血症(7.4%)

2.2 胃粘膜病理组织学与中医证型的相关性

2.2.1 胃粘膜萎缩程度与中医证型的相关性 经秩和检验(Kruskal-Wallis 检验)得出,6组证型患者胃粘膜萎缩程度有显著差异($\chi^2=37.090, P<0.001$);再将各证型中不同萎缩程度所占的比例进行卡方检验得出,脾胃虚弱证轻度萎缩的比例(88.9%)明显高于其它证型($P<0.001$),胃络瘀血症重度萎缩的比例

(100%)明显高于其它证型($P<0.001$),见表 1。

表 1 胃粘膜萎缩程度与中医证型的相关性 $n(\%)$

证型	n	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
肝胃气滞证	9	5(55.6)	2(22.2)	2(22.2)
肝胃郁热证	16	11(68.8)	4(25.0)	1(6.3)
脾胃虚弱证	18	16(88.9)	2(11.1)	0(0)
脾胃湿热证	12	3(25.0)	5(41.7)	4(33.3)
胃阴不足证	8	2(25.0)	3(35.7)	3(37.5)
胃络瘀血症	5	0(0)	0(0)	5(100)
χ^2		22.899	6.171	27.084
P 值		<0.001	0.290	<0.001

2.2.2 胃粘膜肠上皮化生程度与中医证型的相关性 经秩和检验(Kruskal-Wallis 检验)得出,6组证型患者胃粘膜肠上皮化生程度有显著差异($\chi^2=32.858, P<0.001$);再将各证型中不同肠上皮化生程度所占的比例进行卡方检验得出,脾胃湿热证轻度肠上皮化生的比例(91.7%)明显高于其它证型($P<0.01$),胃络瘀血症重度肠上皮化生的比例(80%)明显高于其它证型($P<0.05$),见表 2。

表 2 胃粘膜肠上皮化生程度与中医证型的相关性 $n(\%)$

证型	n	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
肝胃气滞证	9	4(44.4)	3(33.3)	2(22.2)
肝胃郁热证	16	9(56.3)	4(25.0)	3(18.8)
脾胃虚弱证	18	10(55.6)	5(27.8)	3(16.7)
脾胃湿热证	12	11(91.7)	1(8.3)	0(0)
胃阴不足证	8	1(12.5)	6(75.0)	1(12.5)
胃络瘀血症	5	0(0)	1(20.0)	4(80)
χ^2		18.374	11.030	15.176
P 值		0.003	0.051	0.010

2.3 胃粘膜糜烂程度与中医证型的相关性 经秩和检验(Kruskal-Wallis 检验)得出,脾胃湿热证型患者胃粘膜糜烂程度较其他证型有显著差异($\chi^2=30.353, P<0.001$);再将各证型中不同萎缩程度所占的比例进行卡方检验得出,脾胃虚弱证 I 级糜烂的比例(77.8%)明显高于其它证型($P<0.01$),脾胃湿热 IV 级糜烂的比例(75%)明显高于其它证型($P<0.01$),见表 3。

表3 胃粘膜糜烂程度与中医证型的相关性 $n(\%)$

证型	n	积分(分)			
		I级 (1分)	II级 (2分)	III级 (3分)	IV级 (4分)
肝胃气滞证	9	3(33.3)	3(33.3)	1(11.1)	2(22.2)
肝胃郁热证	16	4(25.0)	6(37.5)	2(12.5)	4(25.0)
脾胃虚弱证	18	14(77.8)	2(11.1)	1(5.6)	1(5.6)
脾胃湿热证	12	0(0)	1(8.3)	2(16.7)	9(75.0)
胃阴不足证	8	2(25.0)	2(25.0)	1(12.5)	3(37.5)
胃络瘀血症	5	2(40.0)	1(20.0)	1(20)	1(20.0)
χ^2		21.497	5.507	1.289	17.786
P值		0.001	0.357	0.936	0.003

2.4 中医治疗后胃粘膜病理组织学变化与中医证型的相关性

2.4.1 中医治疗后胃粘膜萎缩程度变化与中医证型的相关性 治疗前后各证型胃粘膜萎缩程度都有显著差异($P<0.001$),将治疗前后积分差值 Δ 组间比较得出,脾胃虚弱证与其余各组相比均有统计学意义($P<0.05$),而在治疗后胃粘膜萎缩积分差值为各组中最大,故脾胃虚弱证在中医治疗后胃粘膜萎缩程度变化最大,见表4。

表4 中医治疗后胃粘膜萎缩程度变化与中医证型的相关性

证型	n	积分(分)		
		治疗前	治疗后	Δ
肝胃气滞证	9	1.67±0.87	1.33±0.87	0.33±0.50*
肝胃郁热证	16	1.38±0.62	0.94±0.77	0.44±0.51*
脾胃虚弱证	18	1.11±0.32	0.17±0.38	0.94±0.42
脾胃湿热证	12	2.08±0.79	1.42±0.67	0.67±0.49*
胃阴不足证	8	2.13±0.84	1.63±0.74	0.50±0.76*
胃络瘀血症	5	3.00±0.00	2.20±0.45	0.80±0.45*
F值		9.518	11.854	2.624
P值		<0.001	<0.001	0.032

注: Δ =治疗前-治疗后,与脾胃虚弱证相比,* $P<0.05$

2.4.2 中医治疗后胃粘膜肠上皮化生程度变化与中医证型的相关性 治疗前后各证型胃粘膜肠上皮化生程度都有显著差异($P<0.05$),将治疗前后积分差值 Δ 组间比较得出,胃络瘀血症与其余各组相比均有统计学意义($P<0.05$),而在治疗后胃粘膜肠上皮化生积分差值为各组中最大,故胃络瘀血症在中医治疗后胃粘膜肠上皮化生程度变化最大,见表5。

表5 中医治疗后胃粘膜肠上皮化生程度变化与中医证型的相关性

证型	n	积分(分)		
		治疗前	治疗后	Δ
肝胃气滞证	9	1.78±0.83	1.22±0.83	0.56±0.53*
肝胃郁热证	16	1.63±0.81	1.00±0.89	0.63±0.50*
脾胃虚弱证	18	1.61±0.78	1.17±0.71	0.44±0.51*
脾胃湿热证	12	1.08±0.29	0.50±0.52	0.58±0.52*
胃阴不足证	8	2.00±0.54	1.63±0.74	0.38±0.52*
胃络瘀血症	5	2.80±0.45	1.00±0.71	1.80±0.45
F值		4.902	2.426	6.236
P值		0.001	0.045	<0.001

注: Δ =治疗前-治疗后,与胃络瘀血症相比,* $P<0.05$

2.5 中医治疗后胃粘膜糜烂程度变化与中医证型的相关性 治疗前后各证型胃粘膜糜烂程度都有显著差异($P<0.05$),将治疗前后积分差值 Δ 组间比较得出,脾胃湿热证与其余各组相比均有统计学意义($P<0.05$),而在治疗后胃粘膜糜烂积分差值为各组中最大,故脾胃湿热证在中医治疗后胃粘膜糜烂程度变化最大,见表6。

表6 中医治疗后胃粘膜糜烂程度变化与中医证型的相关性

证型	n	积分(分)		
		治疗前	治疗后	Δ
肝胃气滞证	9	2.22±1.20	1.44±0.73	0.78±0.83*
肝胃郁热证	16	2.38±1.15	1.56±1.03	0.81±0.54*
脾胃虚弱证	18	1.39±0.85	0.67±0.69	0.72±0.58*
脾胃湿热证	12	3.67±0.65	2.00±0.74	1.67±0.49
胃阴不足证	8	2.63±1.30	1.88±1.03	0.75±0.46*
胃络瘀血症	5	2.20±1.30	1.40±1.14	0.80±0.45*
F值		7.095	4.174	4.859
P值		<0.001	0.002	0.001

注: Δ =治疗前-治疗后,与脾胃湿热证相比,* $P<0.05$

3 讨论

慢性萎缩性胃炎是消化系统的常见病,中医学没有相同的病名记载,现多根据该病临床表现将其纳入“胃脘痛”“胃痞”“嘈杂”“吐酸”等疾病的范畴。慢性萎缩性胃炎的临床表现无特异性,可无明显症状,有症状者表现为上腹部不适、饱胀、疼痛,可伴有反酸、烧心、嘈杂等。该病临床症状与疾病的严重程度之间并

无明显相关性,因此,确诊主要依赖于胃镜和胃粘膜组织学检查。慢性萎缩性胃炎发病机制目前尚不明确,多认为与Hp感染、胆汁反流、免疫、遗传等相关。中医认为,其发病多与脾胃虚弱、饮食不节、六淫外袭、情志郁闷不舒等因素有关。本研究结果表明:中医治疗前后胃粘膜萎缩评分差以脾胃虚弱证最大,与其它证型比较有统计学意义;脾胃虚弱证患者也主要以轻度萎缩和I级糜烂为主。说明脾虚为慢性萎缩性胃炎病程初期即存在的病理变化。符合“初病在气”之说。同时,初期病情轻浅,正气尚足,故在早期予以药物干预能取得较好的疗效。本研究予以脾胃虚弱型患者香砂六君子汤加减治疗,香砂六君子汤出自《古今名医方论》,方中党参补脾益气,茯苓、白术、陈皮健脾理气、燥湿化痰、培土生金,半夏化痰消痞,甘草调和诸药。作为慢性胃炎尤其是脾胃虚弱型的基础方,全方兼顾慢性胃炎中医病机的主要方面,有着充分的理论依据。证据表明,香砂六君子汤能通过调节机体免疫系统功能、神经系统功能、胃肠内分泌功能等发挥治疗胃肠道疾病的作用^[5]。有研究^[6]报道,香砂六君子汤可修复脾气虚证模型大鼠小肠Cajal间质细胞(ICC)及肠神经-ICC间信号传导通路的损伤,对脾气虚证的胃肠运动功能障碍具有良好的恢复作用。脾胃主运化、受纳和腐熟水谷,先天禀赋不足、久病体虚和过度劳损均可导致脾胃虚弱,继而脾胃升降失调,产生气滞、食停、湿(痰)阻、寒凝、火郁、血瘀等各种病理产物,诸郁碍胃,又可进一步影响脾胃的升降功能。可见,脾胃虚弱是慢性萎缩性胃炎的发病基础,与单兆伟^[7]、丁世芹^[8]、周秉舵^[9]、朱振华^[10]、王道坤^[11]等的研究结果一致。

本研究予以胃络瘀血型患者失笑散合丹参饮加减治疗,失笑散出自《太平惠民和剂局方》,丹参饮出自《时方歌括》,丹参、蒲黄、五灵脂、三七粉等活血化瘀,木香、砂仁理气以使气畅血行。有研究表明活血化瘀药物可能通过改善胃黏膜循环而发挥作用^[12],如直接改善胃黏膜血流量、加强胃壁屏障、清除自由基等^[13]。通过研究发现,胃络瘀血证患者的胃粘膜往往以重度萎缩伴重度肠化为主,予以中药治疗后在肠化积分上可有明显的改善(与其它组比较有统计学意义, $P<0.05$),但该证型治疗后的胃粘膜萎缩积分与其

余证型比较并无优势。推测可能与“萎缩”“肠化”二者所属病程阶段不同有关。按照目前公认的正常胃粘膜癌变的模式“正常胃粘膜—慢性浅表性胃炎—萎缩性胃炎—肠上皮化生—异型增生—胃癌”,随着病情的发展,胃粘膜萎缩可进展成为肠上皮化生。肠上皮化生因萎缩病程的延长、病情的加重,病变由气入血而致瘀血壅阻胃络。故辨证为胃络瘀血证的患者服用活血化瘀的药物后肠化能较前改善,而胃粘膜萎缩积分的改善可能需要更长的疗程。本研究结果可以证实血瘀在慢性萎缩性胃炎胃粘膜改变过程中的关键作用。中医认为,气为血之帅,血的正常运行依赖于气的推动作用。一方面,可因肝失疏泄或食积、痰湿等实邪阻碍胃腑气机,致使气滞,气滞日久则血亦随之瘀滞;另一方面,《医林改错》载:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”慢性萎缩性胃炎患者脾胃元气受损,气虚血运无力,亦可导致血瘀。胃为水谷之海,又是多气多血之腑,故胃腑病变既能波及气分也可波及血分,慢性萎缩性胃炎病程较长,病情往往呈渐进性发展,反复迁延不愈,久病则入血伤络而成肠化。

在诊治慢性萎缩性胃炎的过程中可发现,大多数患者可并见糜烂性胃炎,可能与其病程长、致病因素持续作用而致胃粘膜损伤有关。本研究中脾胃湿热证患者胃粘膜糜烂分级多属III—IV级,脾胃湿热证治疗前后胃粘膜糜烂评分差值高于其余各组,推测可能与湿热内蕴,致胃粘膜受损有关。与多数学者认为糜烂与湿热密切相关^[14]及应从“湿热”论治糜烂^[15]的观点相符。湿热内蕴,由微及渐,可终致瘀毒互结,因此,近年来有不少学者提出从“瘀毒”论治慢性萎缩性胃炎^[16]。本研究结果显示,脾胃湿热证患者以胃粘膜轻度肠上化生为主,提示在本病早中期,及时纠正“湿热”,可有效防止病变进一步加重。本研究予以脾胃湿热型患者黄连温胆汤加减治疗,黄连温胆汤出自《六因条辨》^[17],功用清热化湿、宽中醒脾。研究提示^[18]黄连温胆汤加减治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证具有保护胃黏膜及其胃黏膜腺体损伤的作用,促进血清中G-17和PGI分泌。

糜烂性胃炎系不同原因引起的胃粘膜破损而未达到肌层的炎症性病变,现代医学对其发病机制尚未

完全阐明,多认为与Hp感染、变态反应、自身免疫机制、胃壁屏障功能减退等因素有关^[14],治疗多以抑酸、保护胃粘膜等对症处理为主。有研究表明胃粘膜糜烂原因之一是胃酸分泌过多^[19],而导致胃粘膜萎缩的因素包括局部泌酸减少^[20],此为单纯西药治疗萎缩性胃炎伴糜烂的矛盾所在。慢性萎缩性胃炎的患病率与年龄呈正相关,老年患者的下食管括约肌松弛尤为突出,易形成反流;流行病学调查也发现部分慢性萎缩性胃炎患者同时合并胃食管反流病^[21]。魏玮^[21]指出,对于此类慢性萎缩性胃炎、胃食管反流病并见的患者是否进行抑酸治疗,抑酸剂的使用是否会加重胃粘膜固有腺体的损失,都是目前临床药物治疗的难点及困惑。中医运用整体观念,相对于西医弱化微观病理机制,但在临证中重视对每一个患者个体化辨证论治,同时中药组方也可提供多靶点治疗作用,故在本研究中可见到中医治疗慢性萎缩性胃炎伴糜烂取得的较好疗效。经过研究可以发现,脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃络瘀血证三个证型在胃粘膜病理组织学和/或镜下糜烂评分的改善上较为明显,提示在治疗慢性萎缩性胃炎伴糜烂的过程中,不必完全拘泥于患者辨证分型,可酌加具有健脾、化痰、清热解毒作用的中药,以期取得更好的临床疗效。但是,由于收集病例时间和地区有限,筛查后符合入组条件的每组病例数较少,只能初步分析治疗前后胃粘膜变化与各证型的相关性,后期有条件将继续进行多中心大样本研究,为中医辨证论治慢性萎缩性胃炎提供更多依据。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会,房静远,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见(2012年,上海)[J]. 中华消化内镜杂志, 2013,30(1):1-6.
- [2] 冯莉,谢蕴,吴云林. 萎缩性胃炎伴隆起糜烂与环氧合酶-2、c-met 癌基因蛋白的关系[J]. 上海医学,2007,30(12): 917-919.
- [3] 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(1):36-40.
- [4] 李军祥,陈詒,吕宾,等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018,26(2):121-131.
- [5] 汪辉,石一杰,钟国辉. 香砂六君子汤治疗慢性胃炎的中医药临床优势研究[J]. 广州中医药大学学报,2017,34(6):828-832.
- [6] 丁伯龙,齐清会. 香砂六君子汤对脾气虚证大鼠肠神经-ICC 间信号转导通路损伤的作用[J]. 中国中西医结合外科杂志,2013,19(4):397-400.
- [7] 唐昭荣,单兆伟. 单兆伟教授论治脾胃病集萃[J]. 中医药通报,2013,12(1):20-22.
- [8] 王晶. 丁世芹主任医师论治慢性萎缩性胃炎经验述要[J]. 光明中医,2012,27(8):1519-1520.
- [9] 周秉舵,朱生樑. 朱生樑辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 上海中医药杂志,2007,41(2):19-21.
- [10] 王利峰. 朱振华治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 江西中医药,2009,40(1):28-29.
- [11] 段永强,王道坤. 王道坤教授从“脾胃失调”论治慢性萎缩性胃炎病机要素分析[J]. 时珍国医国药,2014,25(7): 1715-1717.
- [12] 陈晨,周正华. 活血化痰法治疗慢性萎缩性胃炎临床研究进展[J]. 河北中医,2016,38(3):469-472.
- [13] 刘华一,杨阔. 中医药对慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变研究进展[J]. 辽宁中医杂志,2012,39(9):1666-1668.
- [14] 魏国清. 中西医结合治疗糜烂性胃炎临床观察[J]. 湖北中医杂志,2017,39(6):32-33.
- [15] 陆雯艳,胡雨峰,李春婷. 慢性糜烂性胃炎诊治探讨[J]. 江苏中医药,2018,50(1):41-43.
- [16] 史亚飞,潘华峰,王超,等. 慢性萎缩性胃炎从痰毒论治机理探讨[J]. 新中医,2011,43(11):1-2.
- [17] 刘倩,马玉萍,苏进义,等. 黄连温胆汤的临床应用举隅[J]. 国际中医中药杂志,2012,34(11):1052-1053.
- [18] 徐清喜,吴仁凯,刘姗姗. 黄连温胆汤加减治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证35例[J]. 浙江中医杂志,2018,53(3):193.
- [19] 周文功,刘燕平. 慢性糜烂性胃炎中医证型和证素研究综述[J]. 江西中医药大学学报,2017,29(5):109-111.
- [20] 杜雯文,宁宝森. 慢性萎缩性胃炎的发病机制、治疗及胃复春片的临床应用[J]. 社区医学杂志,2013,11(23): 22-23.
- [21] 魏玮,杨洋. 慢性萎缩性胃炎中医药研究难点及对策[J]. 现代中医临床,2017,24(6):20-22.