

# 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究概况

张红霞<sup>1</sup>, 齐洪军<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>青海大学医学院, 青海 西宁

<sup>2</sup>青海省中医院, 青海 西宁

收稿日期: 2022年7月11日; 录用日期: 2022年8月5日; 发布日期: 2022年8月12日

## 摘要

慢性萎缩性胃炎作为消化系统常见的慢性病, 被认为是胃癌的高危因素。近年来诸多研究表明中西医结合疗法可取得一定的临床疗效, 本文对中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究状况进行综述, 为临床治疗提供参考。

## 关键词

慢性萎缩性胃炎, 中西医结合, 研究概况

# Clinical Research on Chronic Atrophic Gastritis Treated by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

Hongxia Zhang<sup>1</sup>, Hongjun Qi<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Medical College of Qinghai University, Xining Qinghai

<sup>2</sup>Qinghai Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xining Qinghai

Received: Jul. 11<sup>th</sup>, 2022; accepted: Aug. 5<sup>th</sup>, 2022; published: Aug. 12<sup>th</sup>, 2022

## Abstract

As a common chronic disease of digestive system, chronic atrophic gastritis is considered as a high risk factor for gastric cancer. In recent years, many studies have shown that integrated traditional Chinese and Western medicine can achieve certain clinical efficacy. This paper reviews the clinical

research status of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of chronic atrophic gastritis, so as to provide reference for clinical treatment.

## Keywords

Chronic Atrophic Gastritis, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Research Work

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)具有难治性、复杂性等特点,是胃癌的首要危险因素,尤其对肠上皮化生、上皮内瘤变者,其患胃癌风险更高,严重影响患者生活质量[1]。目前对于 CAG 的治疗,西医主要以抗幽门螺旋杆菌(Helicobacter pylori, HP)、抑酸、保护胃黏膜、促胃动力为主,虽然临床疗效显著,但复发率较高,同时随着抗生素使用率的增加,耐药性相关问题也随之产生[2]。所以积极寻找高效的治疗方法,是我们在临床上亟待解决的重要问题。

## 2. 西医对 CAG 的认识

### 2.1. 病因病机

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)作为消化系统常见的慢性病,其发生是多因素、多环节共同作用的结果,根据现有研究结果,幽门螺旋杆菌(HP)感染、自身免疫等因素在 CAG 的发生中具有重要作用,其破坏正常的胃黏膜组织,导致慢性炎症的发生,从而使患者出现一系列非特异性消化不良的症状[3];此外,胆汁反流、环境因素也与 CAG 的发生密切相关。

#### 2.1.1. 幽门螺旋杆菌(HP)

1983 年澳大利亚学者发现胃内低酸环境下有种细菌,根据生理特点,将其命名为幽门螺旋杆菌,近年来研究表明,HP 与 CAG、消化性溃疡、消化道肿瘤等疾病息息相关[4];曹阳[5]等人对 454 例慢性萎缩性胃炎和 458 例慢性非萎缩性胃炎患者的生活方式、行为习惯等进行 Logistic 回归分析,结果显示在所有感染性因素中,HP 感染是最重要的危险因素。所以,早期预防 HP 感染是防治 CAG 发生的重要途径。

#### 2.1.2. 胆汁反流

胆汁作为帮助脂质消化、吸收的物质主要在肝脏产生并储存于胆囊中[6],不仅具有腐蚀性,而且是一种潜在的致癌物质,其浓度与致癌风险呈正比[7];郝海蓉[8]等人对 263 例慢性萎缩性胃炎伴胆汁反流患者(胆汁反流组)及 440 例慢性萎缩性胃炎患者行胃镜及组织病理学研究,以观察两组肠化率,结果显示胆汁反流组肠化率(65.40%)显著高于对照组(56.59%),尤以重度肠化为主。由此表明,胆汁反流可增加肠化发生率。

#### 2.1.3. 环境因素

居住环境的差异可在一定程度上增加 CAG 的发病率,杨桂英[9]等人对青海地区 CAG 患者进行流行病学调查,结果显示,与平原地区居民相比长期居住在高海拔缺氧地区的居民胃部疾病发生率显著增加,

而两者间的饮食生活习惯无明显相关性, 进一步分析得知高海拔患者发病率增高可能与体内氧自由基代谢失衡相关; 周加太[10]等人研究结果也表明, 高原地区 CAG 发病率明显高于平原地区, 而且发病率与年龄增长成正比, 考虑此现象可能与长期慢性缺氧相关。该结论进一步证实 CAG 发病率与环境密切相关。

## 2.2. 西医治疗

### 2.2.1. 药物治疗

#### 1) 抗 HP 治疗

HP 感染作为 CAG 的主要致病因素, 不管患者是否出现临床症状或并发症, 都应积极行抗 HP 治疗[11]; 研究结果也证实, 积极、有效的根除 HP, 可减轻黏膜组织学炎症、降低肠化发生率, 同时可减缓胃黏膜向胃恶性肿瘤的转变, 对异时性胃癌也具有预防作用[12] [13]。故早诊断、早治疗 HP 对于 CAG 患者愈后具有积极意义。

#### 2) 抑酸治疗

正常情况下, 胃酸具有助消化和促进食物吸收的作用, 但当胃酸分泌异常时, 易出现消化不良的症状[14]。研究表明, 胃酸分泌异常与 CAG 发生密切相关, 质子泵抑制剂(Proton pump inhibitor, PPIs)作为临床抑制胃酸分泌最强的药物[15], 通过抑制胃壁细胞  $H^+/K^+-ATP$  酶, 减少胃酸的分泌, 对胃黏膜产生保护作用[16]; 但也有研究显示, 长期服用 PPIs 会导致维生素  $B_{12}$  吸收障碍, 增加骨折风险[17]。故在临床应用过程中, 我们应结合患者实际情况, 合理选择用药。

### 2.2.2. 内镜治疗

随着科学技术手段的发展, 内镜下黏膜切除术(Endoscopic mucosal resection, EMR)和内镜下黏膜剥离术(Endoscopic submucosal dissection, ESD)已普遍应用于临床, 与传统手术方式相比, EMR 和 ESD 对病变组织的切除更完整, 也为临床获得更精确的病理结果提供便利[18]。有学者[19]对 101 例早期胃癌患者在非治愈性内镜下黏膜剥离术后附加治愈性胃切除术(ESD 后组)与无 ESD 的标准胃切除术(手术组)的手术安全性和长期结果进行回顾性研究, 结果显示与手术组相比, ESD 后组患者手术安全性、患者生存率均增高。但也有研究表明[20], 与传统手术相比, ESD 术后患者出现异时性病变的几率增高, 故对 ESD 术后患者应密切、持续监测内镜, 以便早期发现异时性病变。

## 3. 中医对 CAG 的认识

### 3.1. 病因病机

CAG 在中医学中无特定名称, 根据其临床症状的不同而归于痞满、嘈杂、泛酸等范畴。其病因主要有饮食失调、情志失宜、感受外邪、素体本虚等, 在上述病因共同作用下, 致脾胃运化功能失常, 出现胃脘部胀满、疼痛等症状。不同学者对 CAG 病因病机有不同的见解, 潘慧琴[21]等人对古籍文献、临床流行病学资料进行研究分析, 结果显示 CAG 的核心病机为胃精伤败, 并认为病因主要责之于燥邪。胃喜润而恶燥, 而燥邪伏于胃脘, 日久耗伤气血津液, 致胃受纳腐熟功能失常, 影响精液化生, 最终失于濡养而发为胃萎。刘启泉[22]等人在总结医家理论上结合临床病例对 CAG 进行分析, 结果显示虽然病机复杂多变, 但主要以气机郁滞、湿浊中阻、热毒蕴结、瘀血停滞、阴液亏虚为主。由此可见, CAG 中医病因病机复杂, 各路医家各持己见, 缺乏统一论。

### 3.2. 中医治疗

#### 3.2.1. 中药汤剂治疗

中药汤剂制备简单, 吸收迅速, 在临床治疗本病中具有优势。李淑玲[23]等人对加味半夏泻心汤治疗

CAG 的临床疗效进行探讨,结果显示加味半夏泻心汤试验组总有效率为 94.2%,显著高于对照组的 74.2%,且试验组不良反应发生率显著低于对照组( $P < 0.05$ )。半夏泻心汤源于《伤寒论》,半夏降逆除痞,黄连、黄芩燥湿、解毒,干姜温中散痞,甘草调和诸药、补脾益气、止痛,再此基础上根据患者具体症状,加用延胡索、莪术等行气活血药,在燥湿、降逆基础上行气、活血,加快血液流通,增加胃部血液流量,进而促进胃黏膜组织修复。朱景茹[24]将 26 只大鼠分为模型组、维酶素组和柴芍六君汤组,并对柴芍六君汤调节慢性萎缩性胃炎肝郁脾虚证大鼠胃黏膜细胞增殖凋亡的分子生物学基础进行探讨,结果表明相较于模型组和维酶素组,柴芍六君汤不仅能减轻胃黏膜组织炎症反应、逆转萎缩胃黏膜腺体,同时对胃黏膜组织细胞过度增殖凋亡具有调节作用。综上,中药汤剂不仅临床疗效显著,还能延缓疾病进展、逆转腺体萎缩,具有较高的临床应用价值。

### 3.2.2. 针灸治疗

针灸治疗历史悠久,以其简便、安全、高效的特点而被广泛应用。张瑶[25]观察了热敏灸“中脘”穴对 CAG 模型大鼠 Wnt2、 $\beta$ -catenin ( $\beta$ -连环蛋白)、MMP-7 (基质金属蛋白酶-7)的影响,结果显示与非热敏灸组相比,热敏灸组大鼠精神状况明显改善、未见明显胃黏膜排列紊乱状况,且 CAG 大鼠胃黏膜 Wnt2、 $\beta$ -catenin、MMP-7 表达下降。中脘穴为胃之募穴,针刺该穴可产生疏利中焦气机的作用,加之艾灸温经通脉之效,促进大鼠全身气机通畅、血液循环流通,对于延缓疾病进展、促进胃功能恢复均有积极意义。朱凤彬[26]按随机、对照原则将 120 名患者分为对照组(常规西药治疗)和观察组(辨证选穴予以针灸治疗),规律治疗 2 月后进行数据统计,结果显示观察组患者身心健康状况评分、胃黏膜萎缩程度均优于对照组,不良反应发生率(3.3%)显著低于对照组(20.0%)。该结论也进一步证实针灸治疗 CAG 具有明显的临床价值。

## 4. 中西医结合治疗

中医、西医治疗 CAG 各具特色,但是随着临床研究的进展,显示中西医结合治疗更具临床优势。丁爱国[27]用暖肝煎联合三联疗法(奥美拉唑 + 克拉霉素 + 阿莫西林)治疗脾胃虚寒型 CAG 合并 HP 感染者,结果显示治疗组在降低患者临床症状积分、增加 HP 转阴率方面明显高于对照组,且其临床疗效优于单纯使用西药治疗。暖肝煎具有温补肝肾、行气止痛的效果,结合奥美拉唑抑制胃酸分泌、克拉霉素、阿莫西林抗菌的作用,共同起到缓解临床症状,提升临床疗效的作用。胡起超[28]将 80 例患者分为观察组(40 例,取关元、气海、足三里、隔俞等穴)和对照组(奥美拉唑 + 阿莫西林 + 甲硝唑 + 叶酸),以观察针灸治疗 CAG 的临床疗效,结果显示经过 8 周治疗,观察组患者胃脘部胀痛、暖气等临床症状明显改善,黏膜病变及组织病理学改善程度也明显优于对照组。可见,温针灸可促进血液循环,增加胃脘部血液供应,延缓黏膜病变进程,明显改善患者临床症状,临床应用安全性较高。综上所述,中西医结合治疗 CAG 疗效显著,安全性高,值得进一步推广和应用。

## 5. 不足与展望

诸多研究表明,中西医结合治疗 CAG 临床疗效显著,安全性较高,可明显缓解临床症状,提高患者生活质量。但仍有不足之处:首先,CAG 病因病机复杂,在治疗过程中缺乏统一的疗效评价标准;其次,对于中药效用机制研究较少,无法用现代科学知识进行解释。所以在今后的研究中,我们应积极的将传统中医药的优势和现代科学技术手段相结合,深入研究中药效用机制,并制定统一的标准供临床参考,也为临床治疗本病提供更优、更多的理论依据。

## 参考文献

- [1] 张声生,唐旭东,黄穗平,卞立群.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):

- 3060-3064.
- [2] 王莉莉, 高秋芳, 焦贤飏. 中西医结合治疗慢性胃炎临床疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2019, 21(6): 75-77.
  - [3] 仇亚男, 沈明勤. 慢性胃炎治疗研究的新技术与新进展[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(2): 269-271.
  - [4] 刘梦真, 刘群. 根除幽门螺旋杆菌影响因素的研究进展[J]. 医学研究生学报, 2019, 32(12): 1339-1344.
  - [5] 曹阳, 顾巍杰, 杨德才, 刘晏, 朱春梅, 刘国萍. 基于临床流调的慢性萎缩性胃炎发病危险因素研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(4): 1060-1067.
  - [6] Hofmann, A.F. (1984) Chemistry and Enterohepatic Circulation of Bile Acids. *Hepatology*, **4**, 4S-14S. <https://doi.org/10.1002/hep.1840040803>
  - [7] Vageli, D.P., Doukas, S.G., Doukas, P.G. and Judson, B.L. (2021) Bile Reflux and Hypopharyngeal Cancer (Review). *Oncology Reports*, **46**, Article No. 244. <https://doi.org/10.3892/or.2021.8195>
  - [8] 郝海蓉, 任顺平, 吕国泰, 郭杰, 唐亚平, 晋宇清, 等. 慢性萎缩性胃炎伴胆汁反流患者胆汁反流对肠上皮化生的影响[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(10): 6106-6109.
  - [9] 杨桂英, 熊元治. 青海地区慢性萎缩性胃炎流行病学特点研究[J]. 中国消化内镜, 2009, 3(2): 22-28.
  - [10] 周加太, 南拉卡, 多杰才让, 多杰当周. 青海藏区萎缩性胃炎流行病学特点研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(54): 166+169.
  - [11] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年, 上海)[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
  - [12] 李志茹, 王滨, 杨巧芳. 慢性萎缩性胃炎与 HP 相关性研究[J]. 疾病监测与控制, 2013, 7(5): 267-269.
  - [13] 黄庭轩. 幽门螺旋杆菌根除对早期胃癌内镜切除术后发生异时性胃癌的预防作用的 Meta 分析[D]: [硕士学位论文]. 福州: 福建医科大学, 2019.
  - [14] 刘学荣. 胃酸分泌的机制[J]. 泸州医学院学报, 1980(1): 110-116.
  - [15] 谢婷婷, 郭代红, 赵粟裕, 赵靛, 赵鹏芝. 军队医院 1298 例质子泵抑制剂类药物药品不良反应分析[J]. 药学服务与研究, 2018, 18(3): 173-176.
  - [16] 王焱, 刘英, 李芳, 张国领. 质子泵抑制剂的临床应用研究进展[J]. 中华保健医学杂志, 2021, 23(4): 415-416+419.
  - [17] 王鹏, 戴倩倩, 陈海啸. 质子泵抑制剂与骨折风险相关性及其机制的研究进展[J]. 实用药物与临床, 2021, 24(6): 569-571.
  - [18] Rashid, M.U., Alomari, M., Afraz, S. and Erim, T. (2022) EMR and ESD: Indications, Techniques and Results. *Surgical Oncology*, Article ID: 101742. (Preprint) <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2022.101742>
  - [19] Park, K.B., Jeon, C.H., Seo, H.S., Jung, Y.J., Song, K.Y., Park, C.H., et al. (2020) Operative Safety of Curative Gastrectomy after Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) for Early Gastric Cancer - 1:2 Propensity Score Matching Analysis: A Retrospective Single-Center Study (Cohort Study). *International Journal of Surgery*, **80**, 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.06.041>
  - [20] Ryu, S.J., Kim, B.W., Kim, B.G., Kim, J.H., Kim, J.S., Kim, J.I., et al. (2016) Endoscopic Submucosal Dissection versus Surgical Resection for Early Gastric Cancer: A Retrospective Multicenter Study on Immediate and Long-Term Outcome over 5 Years. *Surgical Endoscopy*, **30**, 5283-5289. <https://doi.org/10.1007/s00464-016-4877-y>
  - [21] 潘慧琴, 于淼, 桑希生. 慢性萎缩性胃炎中医病因病机再探讨[J]. 中医药学报, 2021, 49(11): 5-8.
  - [22] 刘启泉, 杨翠香, 肖彦玲, 等. 慢性萎缩性胃炎的中医病机研究[J]. 河北中医, 2002(6): 473-475.
  - [23] 李淑玲, 高玉中, 张莉. 加味半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果[J]. 中国社区医师, 2021, 37(34): 80-81.
  - [24] 朱景茹. 柴芍六君汤调节慢性萎缩性胃炎肝郁脾虚证大鼠胃黏膜组织细胞增殖凋亡的生物学基础研究[D]: [硕士学位论文]. 福州: 福建中医药大学, 2021.
  - [25] 张瑶. 热敏灸“中脘”穴对慢性萎缩性胃炎模型大鼠 Wnt2、 $\beta$ -catenin、MMP-7 影响[D]: [硕士学位论文]. 南昌: 江西中医药大学, 2019.
  - [26] 朱风彬. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对炎症因子和生活质量的影响[J]. 中医临床研究, 2019, 11(29): 42-44.
  - [27] 丁爱国. 中西医结合治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎合并 HP 感染临床观察[J]. 山西中医, 2019, 35(6): 25-26.
  - [28] 谷巍, 胡起超. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎疗效对比观察[J]. 中国针灸, 2009, 29(5): 361-364.