

· 综述 ·

中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展*

李 猛* 姜晓华 王 深 杨苏美 吴福宁
铜陵市中医医院肝病科(安徽 铜陵 244031)

【摘要】 中医药在慢性萎缩性胃炎的防治方面, 辨证施治、方法多样、特色明显、优势独特, 疗效肯定, 本文通过检索中国知网、万方、维普等数据库, 查阅近年来中医药治疗该病的文献, 从慢性萎缩性胃炎不同中医分型的中药内服, 针刺、艾灸、穴位埋线、穴位敷贴、耳穴压丸等中医外治以及内外联合等多种治疗手段方面归纳整理分析, 总结中医药临床治疗该病研究进展, 为今后临床及基础深入研究提供参考。

【关键词】 慢性萎缩性胃炎; 中医药; 研究进展

【中图分类号】 R573.3

【文献标识码】 A

【基金项目】 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2022〕75号)

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.2.067

Advances in Clinical Research on Traditional Chinese Medicine Treatment for Chronic Atrophic Gastritis*

LI Meng*, JIANG Xiao-hua, WANG Shen, YANG Su-mei, WU Fu-ning.

Department of Hepatology, Tongling Traditional Chinese Medicine Hospital, Tongling 244031, Anhui Province, China

Abstract: Traditional Chinese medicine (TCM) has unique advantages in the prevention and treatment of chronic atrophic gastritis, with definite cur effect. This paper summarizes and analyzes the clinical treatment of the disease by TCM in recent years, by searching the CNKI, Wanfang, and Weip databases. The analysis covers various treatment methods, including oral administration of Chinese medicine for different TCM syndromes of chronic atrophic gastritis, acupuncture, moibustion, acupoint embedding, acupoint patching, ear acupoint pressing, and combination of internal and external treatments. The paper aims provide a reference for future clinical and basic research.

Keywords: Chronic Atrophic Gastritis; Traditional Chinese Medicine; Research Progress

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis,CAG)是由于各种因素导致胃黏膜、腺体损伤使黏膜萎缩、固有腺体减少, 伴或不伴有肠化生和(或)假幽门腺化生的一种常见消化系疾病。临床多表现上腹部饱胀、疼痛等不适, 或伴有嗝气、反酸、纳差等症。CAG是常见的癌前病变疾病, 若不及时正规干预, 有可能进一步恶变, 严重危害健康。根据CAG临床症状, 本病属于中医学“胃脘痛”、“痞满”等范畴。中医辨证论治干预本病, 手段多样化, 具有较好临床疗效, 安全性高, 通过辨证分型, 运用汤剂内服、经验方、中药颗粒, 针灸、穴位埋线、中药贴敷等不同措施治疗本病, 能够充分考虑患者的个体化需求, 注重个体化治疗, 改善临床症状。现将近年来中医药治疗CAG的临床研究文献整理如下。

1 慢性萎缩性胃炎致病因素

1.1 幽门螺旋杆菌(Hp)感染 曾静等^[1]研究者对264例慢性萎缩性胃炎(CAG)患者进行幽门螺旋杆菌(Hp)感染检测及中医辨证分型研究分析, 研究认为Hp感染是CAG的主要致病因素, 研究纳入的患者中感染率以脾胃湿热证为主, 持续的炎症反应可导致胃黏膜结构改变, 诱发癌变。顾丹阳等^[2]对诊断慢性萎缩性胃炎(CAG)、慢性浅表性胃炎(非CAG)患者以及健康志愿者分为三组研究, 通过检测幽门螺旋杆菌(Hp)感染情况、血清胃泌素-17(G-17)、胃蛋白酶原(PG)值进行分析其相关性。研究证实当非CAG疾病进展至CAG, 其Hp感染率伴随增高, 可认为Hp感染是疾病进展的致病因素之一。并证实Hp感染与胃黏膜血清指标均有关联性。

1.2 胆汁反流 郝海蓉等^[3]对不同中心确诊的慢性萎缩性胃炎(CAG)及CAG伴胆汁反流(BR)患者进行对比研究, 研究发现CAG伴BR组肠化率65.40%, CAG组为56.59%, CAG伴BR组显著升高, 并对两组肠化程度比较, CAG伴BR组肠化更严重, 特别是中-重度及重度肠化更高。研究认为胆汁反流反复刺激胃、食管黏膜, 是肠上皮化生的重要致病因素, 两者紧密相关, 并且胆汁反流与肠上皮化生的严重程度呈正相关。

1.3 此外, 心理、年龄、遗传因素、饮食结构、地域环境差异均可影响本病的发病。

2 中医内治法

2.1 肝胃气滞证 杨楚琪等^[4]研究者选取73例确诊慢性萎缩性胃炎癌前病变中医证属肝胃气滞证患者, 分为两组对比研究, 对照组口服胃复春片, 观察组口服中药煎剂柴胡疏肝散, 根据兼症加减组方, 分别观察两组临床疗效、中医证候积分以及胃镜活检病理组织胃黏膜萎缩、肠上皮化生(IM)和异型增生(Dys)变化。结果显示两组均能改善患者胃脘胀痛、痞满、纳差、嗝气等中医证候, 但治疗组积分优于对照组, 通过对病理分析, 口服柴胡疏肝散组胃黏膜萎缩、IM、Dys积分优于对照组, 治疗组临床疗效高。黎玉仙等^[5]运用疏肝和胃汤(柴胡、炒白芍、枳壳、木香、青皮、陈皮、白豆蔻、姜半夏、黄芩、炙甘草、香附、川芎、郁金等)加减治疗肝气犯胃型胃痞病, 对照组口服奥美拉唑及胃复春片治疗, 每组各50例观察对象。结果显示口服疏肝和胃汤加减治疗, 患者在胃黏膜萎缩、肠上皮异常增生、慢性炎症、肠上皮异常化生等病理学指标以及C反应蛋白、血清胆碱酯(S-ChE)、成纤维细胞生长因子23(FGF-23)等血清炎症指标改善方面优于口服对照组, 并且在缓解中医证候方面疗效优于口服奥美拉唑及胃复春片。鲍小凤等^[6]将80例中医证属肝胃气滞, 西医确诊CAG且伴肠化患者纳入研究对象, 对照组口服黛力新抗焦虑, 并配合口服胃复春益气活血, 治疗组运用中药疏肝益胃汤(柴胡、白芍、枳实、香附、法半夏、茯苓、陈皮、丹参、炒薏苡仁、鸡内金、莪术、半枝莲、仙鹤草、白花蛇舌草)煎服。经过6个月研究观察发现, 疏肝益胃汤在改善临床症状及胃黏膜病理状况方面疗效更优。

2.2 肝胃郁热证 杨勇等^[7]选择确诊CAG中医证属肝胃郁热型患者80例, 对照组给予雷贝拉唑口服抑酸及硒酵母抗氧化辅助治疗, 观察组在口服雷贝拉唑肠溶片基础上, 口服中药煎剂健脾消萎方(黄芪、白术、茯苓、党参、黄芩、丹参、陈皮、白芍、白花蛇舌草、枳壳、山药、甘草)。通过3个月临床研究, 统计肝胃郁热型中医证候胃痛、嘈杂、心烦易怒、腹胀等症积分, 评判胃镜下胃黏膜糜烂程度, 评定胃黏膜组织病理腺体萎缩、肠化生和异型增生不同程度。根据各项积分综合分析认为, 健脾消萎方联合西药治疗肝胃郁热型CAG, 能有效缓解临床症状, 疗效优于单纯西药治疗。袁欣^[8]运

*第一作者 李 猛, 男, 主任医师, 主要研究方向: 中西医结合诊治肝胆脾胃病。E-mail: huanwang278@163.com

【通讯作者】李 猛

用清火健脾丸(白术、枳实、半夏、陈皮、炒栀子、炒黄连)治疗肝胃郁热型CAG, 并运用果胶秘及多潘立酮口服作为对照治疗, 持续2个月观察。研究认为清火健脾丸能提高Hp根除率, 降低中医证候积分, 改善临床症状, 提高疗效积分, 且优于口服西药。

2.3 脾胃虚弱证 刘宇等^[9]收治诊断为CAG证属脾胃虚弱证患者78例, 对照组口服阿莫西林+呋喃唑酮(2周)、奥美拉唑+枸橼酸铋钾(3月), 治疗组在口服西药基础上加服参芪消痞汤(黄芪、党参、半夏、白术、厚朴、枳实、木香、柴胡、白花蛇舌草、草豆蔻、甘草), 通过检测患者癌胚抗原(CEA)、糖类抗原(CA)72-4、白细胞介素-8(IL-8)等肿瘤标志物及血清p53蛋白、丙二醛(MDA)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)值, 进行治疗前后对比分析, 并观察两组临床疗效。结果显示, 两组治疗均能降低中医证候积分, 且中西医结合治疗疗效高于西药根除HP治疗。通过血清检验值发现, 中西医结合治疗后患者CEA、CA72-4、IL-8明显低于西药组, 研究认为参芪消痞汤能够纠正氧化损伤, 降低癌变风险。贾靖等^[10]运用健脾益气方(黄芪、茯苓、白芍、当归尾、党参、白术、薏苡仁、升麻、柴胡、半夏、木香、白花蛇舌草、甘草、草豆蔻)结合根除HP四联药物治疗脾胃虚弱型CAG患者, 对照组仅采用根除HP四联疗法。治疗后, 在胃痛、腹胀、神疲乏力、气短懒言、食少纳呆、大便不爽等中医证候积分上, 中西医结合治疗组低于对照组。胃镜下根据黏膜形态、颜色等局部特征进行评分, 治疗组积分均低于对照组。治疗后, 病理各项评分值低于对照组。并检测胃蛋白酶变化情况, 治疗后两组血清胃蛋白酶原(PG) I、(PG) II、PGI/PG II值均较治疗前升高, 且治疗组高于对照组。治疗后, 治疗组核转录因子- κ B(NF- κ B)指标升高且高于对照组, 环氧合酶-2(COX-2)、白细胞介素-8(IL-8)水平值降低且低于对照组。并比较两组临床有效率, 治疗组有效率达92.73%, 高于对照组。邓鑫等^[11]收集确诊CAG伴肠上皮化生患者123例, 中医辨证均属脾胃虚弱证。选取82例患者运用六君子加减方(生黄芪、党参、炒白术、茯苓、陈皮、清半夏、炙香附、三七粉、炙甘草)治疗, 其他患者口服硒酵母和惠加强-G片治疗作为对照组。两组均治疗6个月。对比观察干预前后胃黏膜病理情况以及改善程度, 统计中医症状积分、症状改善率, 观察Hp复发情况。在上述观察指标方面, 中药治疗后各项指标均优于西药组, 研究认为本方益气健脾兼具活血化痰, 可改善化生性CAG胃黏膜病变, 并可有效改善胃部胀满、疼痛、气短、嗝气、反酸、大便溏薄或干燥等临床症状。邓鑫等^[12]运用六君子加减方治疗脾胃虚弱型CAG, 发现在改善胃黏膜轻、中度异型增生方面, 本方具有显著效果。刘伟锋等^[13]对脾胃虚弱型CAG患者采用健脾益胃方(党参、茯苓、白术、绞股蓝、制半夏、丹参、木香、白芍、甘草)配合三联疗法(雷贝拉唑+阿莫西林+克拉霉素)进行疗效观察, 对照组仅采用三联疗法。观察两组治疗前后中医证候积分, 检测治疗前后血清胃蛋白酶原(PG)值, 以及监测两组治疗前后的不良反应。疗程为8周。结果发现中西药联合治疗后中医证候评分和不良反应发生率均较西药组低, PG指标改善优于西药组, 临床痊愈、显效及有效患者数均高于西药组。奚肇宏等^[14]收集24-44岁之间的青年脾胃虚弱型CAG患者, 在根除HP治疗后, 对照组运用瑞巴派特及维酶素口服, 试验组口服瑞巴派特及益气健脾方(黄芪、党参、白术、茯苓、半夏、陈皮、木香、砂仁、芍药、甘草, 加减运用瓜蒌皮、厚朴、石斛、百合、玉竹、葛根、仙鹤草、丹参、莪术、生苡仁、黄连、白花蛇舌草), 结果发现在改善患者症状, 胃镜及病理状况以及临床疗效方面, 配合中药益气健脾治疗, 较单纯运用西药更有优势。

2.4 脾胃湿热证 干晓花等^[15]对收治的94例西医诊断CAG, 中医辨证属脾胃湿热患者进行干预评估。对照组给予胃复春片口服, 治疗组在口服胃复春片基础上加服健脾清热化湿汤(法半夏、黄连、黄芩、山栀、厚朴、陈皮、广藿香、六一散、白花蛇舌草、吴茱萸、炙甘草), 治疗观察12周, 通过中医证候积分、胃镜下黏膜萎缩评分、血清胃蛋白酶原(PG)值等指标进行评定。治疗组通过中药汤剂干预, CAG脾胃湿热主要症状胃脘胀满、胃部疼痛、口苦口干、恶心呕吐、小便色黄、胸闷气短、食欲不佳、胃脘灼热等证候积分均较治疗前降低, 胃镜下黏膜症状及病理分级评估均低于治疗前, 并且均低于对照组。治疗后, 治疗组血清胃蛋白酶原(PG)值均较治疗前增

高, 并高于对照组。研究认为健脾清热化湿汤能够有效缓解脾胃湿热型CAG症状, 并能防止胃黏膜萎缩进展。马贞等^[16]运用连朴饮(黄连、姜半夏、石菖蒲、厚朴、淡豆豉、炒栀子、芦根)联合黎药治疗脾胃湿热型CAG, 对照组口服荆花胃康胶丸、硫酸铝分散片, 并予以三联疗法根除HP治疗。研究发现试验组方药能够改善胃脘痞满、胃脘胀痛、胃脘灼热感、嗝气、恶心呕吐、口干口苦等症状且明显优于对照组, 并且在胃镜疗效、血清胃蛋白酶原(PG)值比较上, 也优于对照组, 但对HP的根除作用低于对照组。王春红^[17]在四联疗法基础上加用连朴饮治疗, 发现中西治疗能够降低血清炎症指标肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-2(IL-2)、白介素-6(IL-6)值, 升高胃泌素-17(G-17), 减少机体炎症反应, 提高免疫功能指标CD3+、CD4+值, 降低CD8+值, 提升免疫能力, 并且指标改善均优于对照组。在中医证候积分及临床疗效指标观察上, 中西医结合治疗较西药四联疗法有优势。王艳威等^[18]予试验组病例口服半夏泻心汤+胃复春片, 对照组口服胃复春片及根除HP四联疗法, 通过12周治疗发现, 试验组疗效达88.0%, 高于对照组72.0%, 通过内镜观察, 半夏泻心汤能抑制胃黏膜及腺体的病变, 且能够减轻炎症反应, 下调胃肠激素胃泌素-17(G-17)、内皮素(ET)、表皮生长因子(EGF)的表达。魏家等^[19]运用胃炎方(半夏、黄芩、黄连、干姜、党参、炙甘草)结合四联疗法, 研究发现胃炎方能够提高G-17、超氧化物歧化酶(SOD)值, 降低干扰素- β (IFN- β)、白细胞介素-23(IL-23)、丙二醛(MDA)值, 认为本方能够改善脾胃湿热证者炎症状态, 减轻过氧化损伤。

2.5 胃阴不足证 周永添等^[20]选择诊断胃阴不足型CAG患者64例, 在根除HP治疗后, 对照组口服奥美拉唑抑酸, 配合铝镁加混悬液口服中和胃酸治疗, 试验组在口服上述两种西药基础上服用中药煎剂滋培汤健脾益胃, 养阴生津, 通过对本证主要证候特征进行观察评分, 并检测早期胃癌筛查指标, 评估CAG癌变风险分期评分, 基于观察数据, 认为滋培汤能够改善胃阴不足主要中医证候, 改善血清胃蛋白酶原指标, 降低癌变风险, 甚至逆转CAG进展, 且临床疗效优于单纯口服西药治疗。褚雪菲等^[21]运用芍药甘草汤合一贯煎加减(白芍、炙甘草、当归、沙参、玉竹、太子参、麦冬、枸杞子、生地、佛手、丹参、川楝子、麸炒白术)治疗本病, 对照组口服养胃舒胶囊。通过观察胃镜病理, 在胃黏膜病变进展程度、炎症反应和活性评分比较方面, 治疗组均低于对照组, 通过检测幽门螺杆菌密切相关致病因子细胞毒素相关蛋白(CagA)和空泡细胞毒素(VacA)值, 发现CagA和VacA阳性率均低于对照组, 研究认为本方可缓解胃阴不足CAG临床症状, 缩小胃黏膜萎缩程度和范围, 降低癌变风险系数, 组织疾病进展。顾洁等^[22]运用麦冬汤加减(扁豆、生甘草、玉竹、沙参、麦冬、天花粉)治疗本病, 通过检测受试者胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)胃肠道功能指标, 前列腺素E2(PGE2)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)机体炎症反应指标, 超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)氧化应激指以及表皮生长因子(EGF)、尾部同源框转录因子2(CDX2)癌变因子, 以及观察中医证候积分。研究发现本方能够改善胃阴不足CAG症状, 调节胃肠激素水平, 减轻炎症反应, 增强细胞生长因子活性, 降低氧化应激相关因素水平。许亚培等^[23]在益胃汤基础上化裁出益胃化浊解毒方(北沙参、麦冬、生地、石菖蒲、当归、丹参、香橼、佛手、鸡内金、甘草、白花蛇舌草), 配合口服维酶素片治疗胃阴不足型CAG癌前病变病例, 根据患者症状加减方药, 通过观察临床证候表现以及检测胃黏膜Ki-67基因蛋白表达情况, 认为本方能够改善CAG癌前病变的病理状况, 缓解临床不适, 下调Ki-67蛋白表达。

2.6 胃络瘀血证 曾微微等^[24]对诊断胃络瘀血型CAG患者进行分组治疗, 对照组口服奥美拉唑肠溶胶囊, 试验组在奥美拉唑基础上加用理气通络愈萎汤(黄芪、地龙、白芍、延胡索、桂枝、生蒲黄、五灵脂、铁树叶、海螵蛸、制乳香、甘草)。研究发现, 通过胃镜检查, 在胃黏膜萎缩、肠化和异型增生评分比较上, 试验组分值降低幅度优于对照组, 对本证中医证候的改善程度优于对照组, 其机制可能是本方能够提高胃泌素17(G-17)水平, 促进胃固有腺体数量增加。任晓刚等^[25]将瑞巴派特片联合旋复花汤合温胆汤(炙甘草、石菖蒲、旋复花、枳壳、陈皮、石斛、竹茹、半夏、桃仁、薤白、桂枝、茜草、葱管、丹参、茯苓、当归、炒蒲黄)治疗痰瘀阻络型CAG,

研究发现本方能够降低血管功能因子血清内皮素-1(ET-1)、低分子多肽表皮生长因子(EGF)值,提高胃泌素17(G-17)水平,认为本方能够促进胃黏膜血液循环,助使黏膜修复,改善胃肠道功能,避免腺体损伤、萎缩,控制疾病进展。谢东明等^[26]采用四联疗法根除HP配合丹芪祛瘀止痛汤(黄芪、丹参、地榆、厚朴、乌药、白芍、北沙参、苦参、桂枝、枸杞子、莪术、三七、黄连、柴胡、丁香、大黄)治疗气虚血瘀型CAG,结果发现本方能够改善胃窦小弯、前壁、大弯、后壁黏膜血流量,调节胃蛋白酶原,降低炎症反应,修复黏膜,阻止黏膜萎缩进展。寇媛等^[27]通过养胃清热化痰汤(丹参、百合、半枝莲、白花蛇舌草、延胡索、石斛、白术、檀香、砂仁、生甘草、三七粉)治疗胃热血瘀型CAG伴肠上皮化生(IM)及不典型增生(ATP),通过胃镜病理表现结果发现,本方能够改善症状,延缓黏膜病变。

2.7 证候夹杂 陶鸣浩等^[28]运用参芪桃红汤(党参、黄芪、桃仁、红花、白术、山药、当归、川芎、木香、香附、枳壳、丹参、炙甘草)治疗脾虚瘀阻型CAG,通过中医证候积分、胃镜及病理学检查、统计伴有低级别上皮内瘤变的例数,活检胃黏膜损伤修复因子三叶因子2(TFF2)以及多向转录调节蛋白核因子 κ B(NF- κ B)表达情况作为观察指标,研究发现参芪桃红汤能够通过调节胃黏膜中TFF2和NF- κ B的表达,修复黏膜损伤,阻止脾虚瘀阻型CAG进展。汪楠^[29]对肝郁脾虚痰湿证CAG患者进行研究,对照组采用果胶铋+多潘立酮+阿莫西林口服治疗,试验组在口服上述西药同时配合煎服中药汤剂健脾化痰,方由党参、白术、半夏、厚朴、贝母等组成,随症加减,治疗前后,胃镜下取病理组织,并检测胃黏膜匀浆热休克蛋白70(HSP70)扫描峰面积,结果发现试验组扫描峰面积大于对照组。研究认为,健脾化痰中药能够提高肝郁脾虚痰湿证CAG患者HSP70的表达水平,有助于修复胃黏膜上皮细胞。马燕等^[30]对肝郁脾虚型慢性CAG患者运用瑞巴派特+枸橼酸莫沙必利+奥美拉唑钠,在此基础上煎服加味逍遥散中药汤剂,组方用柴胡、茯苓、白芍等药共奏健脾疏肝之效。研究认为加味逍遥散能够调节胃蛋白酶,提高胃泌素17(G-17)水平,减轻胃黏膜炎性活动,延缓肠化进展,修复损伤胃黏膜和腺体。刘洋等^[31]运用沙参益萎汤(北沙参、茯苓、炒白术、玉竹、石斛、赤芍、白芍、郁金、佛手)治疗气阴亏虚证兼胃络瘀阻CAG,通过胃镜及病理检查,发现本方滋阴养胃能够改善胃黏膜腺体萎缩和肠上皮化生。

3 中医外治法

姬旭等^[32]选取脾胃虚寒型CAG患者进行针灸治疗,对照组仅采用温针灸胃、肝、膀胱经等穴,试验组采用温针灸结合火针针刺,火针针刺任脉、胃经等穴,对比观察胃肠道症状、胃黏膜组织病理、生活质量以及中医证候评分,检测血清胃泌素17(G-17)水平以及血清蛋白酶原(PG) I、(PG) II、PGI/PG II值。结果发现联合针刺组能显著改善脾胃虚寒型CAG患者胃脘灼痛、嗳气反酸和食欲不振等临床症状,且胃肠道症状、胃黏膜组织病理及生活质量评分得到明显改善,并明显优于对照组,通过检测,G-17、(PG) I、PGI/PG II水平值显著提高,温针灸结合火针刺明显提高临床疗效。周炜等^[33]对比分析不同取穴针刺治疗CAG,试验组采用经络诊察法结合经络能量测定仪经络检测法选取经络及取穴,并按照实则泻其子、虚则补其母进行穴位配伍。对照组取任脉、脾经常规腧穴,随症加减。观察患者临床症状、胃肠病症状指标(PRO)量表评分以及胃黏膜病理组织评分。两组临床数据观察均较治疗前改善,但在随访6月时观察,试验组PRO评分低于对照组,对照组评分有回升,研究认为试验组取穴针刺疗效稳定持久优于常规针刺治疗。薛茸丹等^[34]研究者发现CAG患者左右经脉存在阴阳虚实差异,并、原穴表现有上实下虚的特征。辨证采用左阴右阳调整经络法针刺治疗。结果发现本针法了调整脏腑失衡,调理气血失调,能改善CAG黏膜病变,提高疗效。范丽红等^[35]研究者在根除HP后,分别采用针刺、艾灸、口服维酶素片治疗肝胃不和以及脾胃虚寒型CAG。通过观察三组临床症状及中医证候评分。结果发现,针刺干预肝胃不和型CAG,疗效优于其他两组,艾灸针对脾胃虚寒型疗效稳定持久。顾沐恩等^[36]运用隔姜灸和隔药饼灸组(制附子、肉桂)治疗CAG,通过观察中医症状积分、胃镜病理组织评分,以及检测分析DNA甲基化测序进行评定。研究发现两种灸法均能改善临床症状,

减轻黏膜炎性活动,组织黏膜萎缩、肠化进展,但隔药饼灸在减轻疼痛,改善食欲等症状方面优势明显,隔姜灸治疗烧心、反胃等不适效果佳。通过研究分析,艾灸能够改善黏膜病变,可能是艾灸通过调节DNA甲基化水平参与作用。

4 内外共治法

税典奎等^[37]将诊断为脾虚湿蕴证型CAG伴肠上皮化生病例分为四组治疗,中药组选用理中通络化浊汤,方用人参、白术、半夏、茯苓等药煎服健脾化湿,穴位埋线组选取气海、中脘、脾俞、胃俞穴、足三里等腧穴进行埋线治疗,西药组口服维生素B12,治疗组采用理中通络化浊汤+穴位埋线联合治疗。通过观察胃肠病中医症状评分、胃镜病理组织评分以及检测经络红外皮温进行疗效观察。联合治疗组能明显改善患者痞满、畏寒、纳少、便溏、气短等不适症状,减轻黏膜萎缩肠化病变。且脾俞、胃俞穴、任督二脉经络皮温升高显著。研究认为,联合治疗能够祛寒湿,复阳气,调阴阳,通经络,理气机,使一气周流通畅,化生如常,达到阴平阳秘状态。刘晏等^[38]运用理中复元方(生黄芪、炒白术、生山药、制半夏、柴胡、枳壳、黄连、茱萸、丹参、生牡蛎、广郁金、炙刺猬皮、炒白芍、白花蛇舌草)+温脾散(苍术、藿香、广木香、小茴香、干姜)敷贴足三里、脾俞、关元、中脘等腧穴治疗脾胃虚弱型CAG,通过6个月干预,观察治疗前及治疗后每月临床症状及胃蛋白酶原值,研究发现内外联合治疗能缓解症状,延缓癌变进展。陈俊玲等^[39]在口服雷贝拉唑基础上,加服芍药八味汤(白芍、枳壳、厚朴、郁金、陈皮、木香、砂仁、炙甘草),并在关元、中脘、天枢、脾俞、胃俞等穴埋线治疗脾胃虚弱型CAG,研究显示内外联合治疗能减轻黏膜炎性活动,降低肠化生评分,提升胃泌素(GAS)及生长抑素(SS)值,降低血清白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-11(IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)值,缓解CAG患者痞满、口干、口苦、纳少、乏力、气短等不适,通过不良反应监测指标显示本法安全可靠。彭雪等^[40]选择足太阳膀胱经脾胃俞,手厥阴心包经络八、八脉交会穴内关,胃募穴中脘,足阳明胃经穴足三里、足太阴脾经穴公孙、足厥阴肝经输、原穴太冲以及任脉神阙针刺,并在神阙穴隔盐灸,配合口服当归四逆汤,针药并用,温中健脾和胃,养血温经止痛,结果发现内外合治能明显降低脾胃虚寒型CAG血清炎症因子值,促进损伤黏膜修复,疗效确切。邓登华等^[41]运用调中益胃汤(党参、白术、炙黄芪、熟地、丹参、陈皮、延胡索、炒白芍、香附、炙甘草)联合胃、大肠经募合配穴艾灸治疗脾胃虚弱型CAG,灸法治疗选取中脘、足三里、天枢、曲池进行悬灸,研究发现内外联合治疗健脾益气兼化痰通肠能明显降低中医证候积分,提高单纯中药治疗有效率。孙希良等^[42]通过运用西药四联疗法根除HP+口服和胃止痛颗粒(柴胡、白芍、枳壳、陈皮、砂仁、香附、丹参、木香)+耳穴压豆中西医内外联合治疗肝胃气滞型CAG,研究发现联合治疗能明显改善患者胃脘疼痛、两胁胀满、恶心呕吐、嗳气、善叹息的临床不适症状,在胃黏膜色泽、皱襞、颗粒状改变等形态方面,联合治疗有明显改善,临床有效率高且能缓解西药的副作用。赵楠等^[43]选择浊毒内蕴证CAG作为研究对象,治疗组口服化浊解毒方(茵陈、半枝莲、黄连、半边莲、黄芩、藿香、枳实、佩兰、木香、豆蔻、川芎、砂仁、白花蛇舌草、厚朴、当归、丹参、茯苓、泽泻),并运用中药木香、麸炒枳实、醋延胡索、桂枝、丁香、白芷研磨成粉调制成药贴敷于中脘、脾俞、双侧足三里、内关等穴位,研究发现内外共治能够改善浊毒内蕴CAG临床症状,且起效时间更快,疗效更优,并能够减轻黏膜炎性活动,延缓黏膜萎缩、肠化进展。刘长发等^[44]在根除HP治疗基础上运用电针百会、神庭、胃区、风池等穴结合口服丹芪祛瘀止痛颗粒治疗气虚血瘀型CAG,结果发现针药联用能够补气行气,化痰通络,行血止痛,内外同治增强胃肠收缩,缓解临床症状,提高疗效。

5 讨论

纵观近年来文献报道,中医药治疗CAG经过临床验证,无论是单纯中药内服,还是中医内治法与外治法联合诊治,或者中医治法与现代化学药物联合治疗,能有效改善患者临床症状,阻止胃黏膜萎缩、

肠化病变或延缓进展速度，并且具有安全、副作用小等优势。

通过文献总结发现，近年来临床报道对CAG脾胃虚弱证研究较多，在对肝胃郁热、胃络瘀血证型报道相对较少，疗效观察指标多采用中医症状评分、胃镜病理组织评分，在中医药治疗CAG的机制方面研究相对较少。临床研究疗效观察时间多在3个月左右，时间较短。从文献综述来看，大部分临床研究病例多在50例左右，缺乏高质量的大样本、多区域的随机对照组研究。

故而，在今后中医药干预CAG研究中，我们需要探寻客观的临床试验观察指标，应深入中医药治疗CAG的机制研究，规范中医药干预措施，加强临床与实验研究的诊断、治疗、疗效评价标准；CAG是慢性疾病，周期长，临床研究应设置长期疗效追踪评价，延长随访时间，对远期疗效进行评价，更能客观反映中医药疗效；在研究病例方面，应扩大样本量，开展多中心的随机对照研究。此外，在今后的研究中，也应重视并需要建造CAG中医特色的病证结合动物模型，对发病及疗效机制进行实验室研究，在动物实验方面，应关注单味中药在干预CAG的分子生物学机制研究，以期临床提供更多的理论依据。

参考文献

[1] 曾静, 李明, 王雄, 等. 幽门螺杆菌感染慢性萎缩性胃炎患者中医辨证分型特点与癌前病变风险的关系[J]. 四川中医, 2022, 40(3): 60-63.

[2] 顾丹阳, 官跃敏. 老年慢性萎缩性胃炎患者Hp感染、血清G-17、PG表达水平变化[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2021, 18(6): 124-127.

[3] 郝海蓉, 任顺平, 吕国泰, 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.

[4] 杨楚琪, 崔言坤, 李冀. 柴胡疏肝散加味治疗肝胃气滞慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 580-583.

[5] 黎玉仙, 陈秀芳, 金明娣. 疏肝和胃加味治疗慢性萎缩性胃炎疗效及对病理组织及血清炎症因子指标改善的研究[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(9): 200-203.

[6] 鲍小凤, 魏睦新. “疏肝益胃汤”治疗肝胃气滞慢性萎缩性胃炎40例临床研究[J]. 江苏中医, 2021, 53(9): 47-50.

[7] 杨勇, 王翼洲, 李林. 健脾消痞方治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(5): 71-73.

[8] 袁欣. 清火健脾丸对肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎的临床疗效研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17(20): 1-3.

[9] 刘宇, 杜小龙, 王钢. 参芪消痞汤对慢性萎缩性胃炎癌前期病变患者肿瘤标志物及血清p53蛋白、MDA、GSH-Px的影响[J]. 中医学报, 2021, 36(1): 182-186.

[10] 贾靖, 徐甜甜, 张毅, 等. 健脾益气方治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(8): 575-579.

[11] 邓鑫, 叶晖, 成虹, 等. 六君子加减方治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生脾胃虚弱证随机对照临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(8): 901-906.

[12] 邓鑫, 叶晖, 成虹, 等. 六君子加减方治疗慢性萎缩性胃炎伴异型增生的临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(10): 691-695.

[13] 刘伟锋, 黄菊芳, 蒋玉萍. 健脾益胃方治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对胃蛋白酶原的影响[J]. 广西医学, 2021, 43(7): 815-818.

[14] 奚肇宏, 夏军权, 滑志. 益气健脾法治疗脾胃虚弱型青年慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(1): 8-11.

[15] 干晓花, 袁成业. 健脾清热化湿汤对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者中医证候积分、萎缩评分及PGI₁、PGR₁的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(12): 109-112.

[16] 马贞, 彭亚婷, 荣立洋. 连朴饮联合藜药治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(2): 236-241.

[17] 王春红. 连朴饮加味治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 四川中医, 2021, 39(1): 90-93.

[18] 王艳威, 季杰, 孔子汉, 等. 半夏泻心汤加味治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床研究[J]. 陕西中医, 2020, 41(4): 499-501, 537.

[19] 魏家, 朱春龙. 胃炎方对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效及对患者IFN- β 、自由基的影响[J]. 四川中医, 2020, 38(3): 116-119.

[20] 周永添, 姚民武. 滋培汤治疗胃阴不足型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(5): 1027-1032.

[21] 褚雪菲, 刘道龙, 韩广明. 芍药甘草汤合一贯煎加味治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(18): 107-112.

[22] 顾洁, 储开帆. 麦冬汤加味对胃阴不足型慢性萎缩性胃炎患者EGF、CDX2表达的影响研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2021, 26(11): 1404-1408.

[23] 许亚培, 李博林, 徐伟超, 等. 益胃化解毒方联合维酶素片治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前病变疗效及对Ki-67蛋白表达的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(36): 4018-4022.

[24] 曾微微, 麦联任, 张玲. 理气通络愈萎汤治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(3): 136-139.

[25] 任晓刚, 尤倩倩. 旋复花汤合温胆汤加味联合瑞巴派特片治疗慢性萎缩性胃炎临床研究观察[J]. 四川中医, 2022, 40(3): 101-104.

[26] 谢东明, 黄治胜, 罗巧. 丹芪祛瘀止痛汤对慢性萎缩性胃炎患者血清胃蛋白酶原及相关指标的影响[J]. 陕西中医, 2022, 43(4): 487-491.

[27] 寇媛, 闻新丽, 薛峰. 养胃清热化瘀汤治疗慢性萎缩性胃炎及癌前病变临床研究[J]. 陕西中医, 2021, 42(9): 1233-1235, 1298.

[28] 陶鸣浩, 戴彦苗, 陆喜荣, 等. 参芪桃红汤治疗脾虚瘀阻证慢性萎缩性胃炎的临床观察及其机制研究[J]. 南京中医药大学学报, 2021, 37(4): 503-507.

[29] 汪楠, 李岩, 高雪. 健脾化痰中药干预治疗慢性萎缩性胃炎的效果及对HSP70表达水平的影响[J]. 中国医药导报, 2021, 18(22): 149-152.

[30] 马燕, 唐伟, 陈久红. 加味逍遥散治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(4): 111-114.

[31] 刘洋, 黄鹤, 周毅. 沙参益萎汤治疗萎缩性胃炎气阴虚证临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(10): 762-765.

[32] 姬旭, 刘璐, 杜鑫, 等. 火针速刺联合温针灸治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎的疗效及对血清G17、PGI₁及PGR₁水平影响[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(4): 32-36.

[33] 周炜, 李玉潇, 张艺璇, 等. 经络诊察取穴法针刺治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(9): 928-932.

[34] 薛茸丹, 刘雅萍, 魏嘉玮, 等. 左归右阳调整经络法治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(7): 826-830.

[35] 范丽红, 方园, 黄河, 等. 针刺与艾灸治疗慢性萎缩性胃炎的多中心前瞻性临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(9): 1060-1064.

[36] 顾沐恩, 黄艳, 刘雅楠, 等. 艾灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察及其外周血DNA甲基化的影响[J]. 世界中医药, 2022, 17(3): 295-303.

[37] 祝典奎, 覃凌娜, 王琳. 基于“一气周流”理论观察理中通络化浊汤联合穴位埋线治疗脾虚湿蕴型慢性萎缩性胃炎伴肠化生临床疗效[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(5): 1162-1166.

[38] 刘晏, 竺世静, 刘莉丹. 理中复元方联合温脾散穴位敷贴对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2020, 42(9): 2537-2541.

[39] 陈俊玲, 禹霞, 戴明. 芍药八味汤结合穴位埋线对慢性萎缩性胃炎患者疗效、胃功能及血清炎症因子水平的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(1): 142-145.

[40] 彭雪, 韩俊, 尹诗, 等. 针灸配合当归四逆汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(8): 960-963.

[41] 邓登华, 黄祖波, 周洁. 调中益胃汤加味联合合配穴艾灸治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证临床疗效观察[J]. 四川中医, 2021, 39(5): 99-101.

[42] 孙希良, 吕冠华, 贾金玲, 等. 胃止痛颗粒联合耳穴压豆治疗180例Hp感染慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(7): 494-498.

[43] 赵楠, 陆玉婷, 霍永利, 等. 化解毒方联合穴位贴敷治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(9): 599-604.

[44] 刘长发, 于国强, 李丹丹, 等. 电针结合丹芪祛瘀止痛颗粒治疗萎缩性胃炎[J]. 吉林中医药, 2021, 41(7): 960-963.

(收稿日期: 2023-07-25)

(校对编辑: 姚丽娜)

(上接第 174 页)

[6] 牛晓晔, 李建友, 李田田, 等. AgNP敷料促进深度烧伤致慢性难愈性创面修复的效果及VEGF/MMP-9信号通路机制研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2022, 21(11): 1208-1211.

[7] 曹金虎, 孟庆峰, 常正奇. 单侧双通道内镜下病灶清除引流术与切开病灶清除引流术治疗腰大肌脓肿的临床对照研究[J]. 中国医师杂志, 2023, 25(8): 1241-1244.

[8] 何盛伊, 陈仙霞, 林奕, 等. 止痛如神汤定向透药联合湿润烧伤膏改善肛瘘术后创面愈合的疗效及对细胞生长因子和疼痛应激的影响[J]. 现代生物医学进展, 2024, 24(8): 1516-1519, 1565.

[9] 徐启兰, 郭翠翠, 陈敏. 红光治疗仪联合藻酸盐敷料对下肢骨折术后创面愈合的疗效[J]. 现代科学仪器, 2024, 41(1): 100-102.

[10] 周善宇, 蔡源源, 李坤, 等. 微小切口在面颈部皮脂腺囊肿摘除术中的应用[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2022, 36(12): 1398-1401.

[11] 刘钟阳, 刘浩, 张阳, 等. 1例右腋窝皮脂腺囊肿伴嗜肤菌和大芬戈尔德菌感染的诊断及治疗[J]. 中华医院感染学杂志, 2022, 32(12): 1817-1820.

[12] 彭宝钗. 针对性护理在皮脂腺囊肿感染切开引流中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2023, 21(7): 43-46.

[13] 胡浩, 曹开学, 黄攀, 等. 橡皮生肌膏联合银离子敷料对IV期骶尾部褥疮创面愈合和血清炎症细胞因子的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(7): 116-119, 254.

[14] 李建波, 王可, 周莉, 等. 糖尿病足病原菌及银离子敷料干预效果[J]. 中华医院感染学杂志, 2022, 32(22): 3419-3423.

[15] 孙好杰, 耿厚法, 窦连军, 等. 负压滴灌治疗联合红蓝光对糖尿病足创面的疗效研究[J]. 医学研究杂志, 2023, 52(11): 118-122.

[16] 丁伟伟, 龚玲, 徐红, 等. 光子照射联合藻酸盐敷料处理痔疮术后创面减痛促愈的效果研究[J]. 东南国防医药, 2022, 24(2): 205-207.

(收稿日期: 2024-04-25)

(校对编辑: 姚丽娜)