· 述 评 ·

慢性萎缩性胃炎中医诊疗现状、挑战及展望

魏 玮 杨 洋 史海霞

摘要 慢性萎缩性胃炎是一种多致病因素的消化系统慢性疾病,为胃癌前状态。笔者对目前中医诊治慢性萎缩性胃炎的现状进行梳理,并结合自身临床实践经验及科研基础对中医诊治慢性萎缩性胃炎的现状、挑战及展望进行评述。

关键词 慢性萎缩性胃炎;中医药诊治;胃癌前病变;病证结合

Status, Challenges, and Prospects of Treating Chronic Atrophic Gastritis by Chinese Medical Diagnosis and Treatment WEI Wei, YANG Yang, and SHI Hai-xia Department of Gastroenterology, Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100102)

ABSTRACT Chronic atrophic gastritis (CAG), a chronic disease of the digestive system resulting from multi-pathogenic factors, is precancerous state of gastric cancer. Authors reviewed the current situation of Chinese medical diagnosis and treatment of CAG, and looked forward to its prospect by combining with their own clinical experience and scientific researches.

KEYWORDS chronic atrophic gastritis; Chinese medical diagnosis and treatment; precancerous lesion of gastric cancer; combination of disease and syndrome

自 Schindler R^[1] 首次提出慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 这一疾病命名以来, CAG 的诊断及分类的国际标准不统一, 直至慢性胃炎新悉尼系统^[2] (The Update Sydney System) 将慢性胃炎分为非萎缩性胃炎和萎缩性胃炎两大类, 重点强调萎缩和非萎缩的区别, 统一了 CAG 有关组织学定义和术语。CAG 内镜下表现可见黏膜红白相间, 以白相为主, 皱襞变平甚至消失, 部分黏膜血管显露, 可伴有黏膜颗粒或结节状等表现^[2]。病理上萎缩分为化生性萎缩及非化生性萎缩。化生型萎缩即胃固有腺体被肠化或假幽门腺体替代。非化生性萎缩指胃固有腺体被纤维组织或纤维肌组织替代或炎性细胞浸润所致。CAG 伴中重度肠上皮化生和(或)异性增生, 与胃癌的发生关系密切, 是胃癌前状态^[3]。

1 临床困境

CAG 及胃癌前状态一直以来是西医的难治病种。其西医临床困境主要集中在以下方面。

1.1 发病机制尚未完全阐明 萎缩性胃炎病因

可能涉及幽门螺杆菌 (*H. pylori*, Hp) 感染、环境因素、胆汁反流、免疫、遗传、年龄、高盐及低维生素饮食等多种因素^[4]。大部分萎缩性胃炎患者伴有情绪障碍, 目前尚不明确心理因素与萎缩性胃炎的因果关系。故而慢性萎缩性胃炎为多种生理、心理和社会因素共同参与作用的疾病。

1.2 症状治疗中的难点 CAG 患者具有广泛的症状谱, 包括上腹痛或不适、上腹胀满、早饱、嗝气、恶心等多种症状, 部分患者还可有乏力、消瘦、健忘、焦虑、抑郁等全身或精神症状。由于发病机制不明确, 治疗上除根除 Hp 及应用抗氧化剂外, 多予对症治疗, 常用促动力、保护胃黏膜、抑酸药物等。目前尚无一种多靶点药物被证实对所有的 CAG 症状有效, 一种药物只能对某些症状起治疗作用。多数患者症状反复发作, 缠绵不愈。

1.3 萎缩、肠化及异型增生的逆转 近年来研究表明, 具有生物活性功能的抗氧化维生素、β-胡萝卜素和硒可降低胃癌发生的危险性^[4]; 全反式维甲酸、COX-2 抑制剂、基因治疗等可能都是较有前途的逆转手段, 但长期应用不良反应明显或尚不明确, 仍需深入研究和临床验证。CAG 大多数处于稳定状态, 少部分患者处于进展期, 影响病变进展的因素仍不明确。目前认为胃癌前病变存在“不可逆点”, 超过该点则病变

基金项目: 中医药行业科研专项项目 (No. 201507001)

作者单位: 中国中医科学院望京医院脾胃病科 (北京 100102)

通讯作者: 魏 玮, Tel: 13716303402, E-mail: sxxtty@sina.com

DOI: 10. 7661/CJIM. 2015. 12. 1424

难以逆转,但明确的节点尚难以确定。

1.4 Hp 根除 Hp 感染与胃黏膜活动性炎症、胃黏膜萎缩和肠化密切相关。根除 Hp 可使部分患者的临床症状得到改善,防止胃黏膜萎缩和肠化的进一步发展^[5]。但随着抗生素在 Hp 感染治疗中的广泛应用, Hp 耐药株的发生率不断上升,导致 Hp 根除难度加大, Hp 根除失败率逐年增高,且 Hp 致胃黏膜损伤所需一定的演变过程^[6]。老年人应权衡利弊,再决定是否杀菌。

2 中医药诊治萎缩性胃炎的现状

本病可归属中医学“胃痞”、“痞满”、“胃痛”、“嘈杂”等病范畴。本病的病位在胃,以脾胃为中心,与肝密切相关,其病理性质总属本虚标实。脾胃虚弱、升降失常为致病之本,血瘀、气滞、湿热、痰浊的病理因素为致病之标。日久致胃失荣养,胃腑受损,腺体萎缩,黏膜变薄,逐渐形成 CAG。中医学通过对其病因、病机的研究,并运用辨证论治、专方专治、针灸等方法取得了较好的疗效,在改善 CAG 癌前病变的临床症状,减轻胃黏膜萎缩程度,逆转肠上皮化生和异性增生等方面显示出一定优势。

对目前治疗 CAG 的临床文献研究表明,各病机中出现频次较高的分别为脾胃虚弱、肝郁、湿热、血瘀等^[7]。中医药以整体观念为核心,在辨证论治的基础上,采用辛开苦降、活血化瘀、益气养阴、清热祛湿、疏肝和胃等方法辨证治疗 CAG 及癌前病变,较之西医在个体化诊疗方面更为灵活,变化更为突出。对改善本病的临床症状、抑制其发展、逆转慢性萎缩性胃炎的萎缩腺体,甚至肠化生及异型增生逆转,有确切疗效^[8]。

中医学治疗萎缩性胃炎的经验也是随着现代医学的发展而积累。现代中医学不断整合社会与现代医学技术的进步,随着对疾病的深入认识,包括对病因、疾病性质、病位、病情、病程、病理改变等系统规范的诊断,实行辨病论治与辨证论治相结合。例如:功能性消化不良与萎缩性胃炎在中医学均可归为“痞满”的同一证型,按传统辨证论治相同证型方药大致一致。但结合辨病论治,这两种疾病的病程、病情相差甚远,不可简单一概而论。中医药在萎缩性胃炎的辨证论治基础上,加用一些针对微观病理变化的中药,充分发挥不同方剂和特效中药的互补性治疗作用,以确保疗效。

笔者认为在整体观念的指导下,在某一具体疾病的演变过程中将有一个关键病机贯穿疾病的始终,而抓住疾病关键病机,有助于把握治疗该病的原則性和方向性,认识病证关系的复杂性,从而增强临

床治疗的灵活性和有效性。CAG 的治疗起点在于缓解临床症状,延缓病变发展,甚至逆转病理改变,后者的意义更大。慢性萎缩性胃炎为慢性病,胃黏膜的萎缩、功能的下降是脾胃气虚的表现;气虚行而不畅以致气滞,气虚无力帅血行以致血瘀,胃黏膜的病理改变,肠化生、不典型增生实际是气滞血瘀而形成的“微瘢痕”,故萎缩性胃炎的基本病机为脾胃气虚、瘀血阻滞。治以“辛开苦降、益气活血”。此外,中医应强调整体质量,从饮食调摄、情志调养、起居调控等多方面综合治疗,改变患者机体内环境以达到已病防变、未病防治的目的。

3 中医药治疗萎缩性胃炎的挑战及前景展望

3.1 基于病理组织学改变的远期随访研究极少,研究质量较低。最近一项中西医结合治疗萎缩性胃炎的系统评价发现,纳入研究的疗效指标很多将症状改善作为主要疗效指标之一,多采用有效率、显效率,且疗效判定标准尚不统一,对病理改善情况描述模糊^[6]。研究周期 1~6 个月不等。按照 Cochrane 系统评价员手册版推荐的质量评价标准评价纳入的研究,均为低质量文献^[8]。

对于萎缩性胃炎,无论中医、西医临床疗效评价标准应包括:公认西医疗效评定标准,即胃黏膜的病理学改变,但绝大多数患者病理演变时间较长,如何寻求适合的中间替代指标也是科学评价萎缩性胃炎近期疗效的关键。目前研究较为成熟的有血清胃蛋白酶原、胃泌素,但其阳性区间的设定仍在研究阶段。

中医学的疗效评价,将构成证候的若干症状的改善、消失作为判定临床疗效的标准,存在着一定的主观性。笔者认为针对以病理组织学为诊断标准的萎缩性胃炎,中医证候学改善不应作为主要疗效指标。萎缩性胃炎患者症状减轻与胃镜及病理改变有时并不完全一致。采用现有中医的证候疗效评价手段作为评价中医诊治萎缩性胃炎的主要疗效指标,其科学性有待评价。

萎缩性胃炎多数患者症状反复发作,造成了极大的心理和生活负担。无论中医、西医治疗的根本目的在于提高患者的生活质量。故其提高治疗的远期疗效也是挑战之一。目前对于本病的治疗无公认的治疗周期,根据随访研究确定恰当的治疗周期也是萎缩性胃炎治疗发展前景的重点。

3.2 机制研究 中药成方作用是多靶点的,这是其优势,但同时造成了基础研究的繁琐。探究中药的多治疗靶点难度很高。笔者认为, CAG 的中药新药研究要针对胃的生理特点及萎缩性胃炎的病理特

点,对胃分泌功能、胃肠激素的含量、氧化应激、细胞因子的表达、胃黏膜上皮增殖有关信号通路、抑癌基因及表达等方面层层深入,也不能忽视基础的抗炎研究。只有系统全面的机制研究才能诠释中药成方的多靶点作用,揭示出中医药的优势。目前很多治疗萎缩性胃炎的成方研究只求热点靶点,而忽视基础抗炎机制及毒理的研究,这种不系统、无根基的研究很难向临床转化,造成了医疗资源的极大浪费。

4 结语

中医治疗慢性病的临床优势如何形成高质量的行业成果是值得每个中医人思考的问题。笔者希望本文提出的中医诊治 CAG 的临床及科研发展思路可以为 CAG 中医成果的转化起到推动作用。

参 考 文 献

- [1] Schindler R. Chronic gastritis [J]. Bull N Y Acad Med USA, 1993, 15(5): 322-337.
- [2] Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System [J]. Am J Surg Pathol, 1996, 20(10): 1161-1181.
- [3] Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, et al. World Health Organization classification of tumours of the digestive system [M]. Lyon: IARC Press, 2010: 1-155.
- [4] 房静远,刘文忠,李兆申,等. 中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2013, 33(1): 24-36.
- [5] Pan KF, Formichella L, Zhang L, et al. *Helicobacter pylori* antibody responses and evolution of precancerous gastric lesions in a Chinese population [J]. Int J Cancer, 2014, 134(9): 2118-2125.
- [6] Veldhuyzen van Zanten SJ, Pollak PT, Best LM, et al. Increasing prevalence of *Helicobacter pylori* infection with age: continuous risk of infection in adults rather than cohort effect [J]. J Infect Dis, 1994, 169(2): 434-437.
- [7] 丁成华,李晶晶,方芳,等. 慢性萎缩性胃炎中医病机与证候分布规律研究 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(3): 582-586.
- [8] 姜宁,黄宣,范一宏,等. 中西医结合治疗胃癌前病变疗效的系统评价 [J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(1): 149-154.

(收稿:2015-08-25 修回:2015-10-07)

第 7 次全国中西医结合传染病学术会议征文通知

由中国中西医结合学会传染病专业委员会主办的第 7 次全国中西医结合传染病学术会议将于 2016 年 6 月在山东省青岛市召开。现征文要求如下。

征文内容:(1)各种传染病的中西医结合诊疗和实验研究;(2)中医药及中西医结合防治传染病的经验总结;(3)中西医结合传染病的研究方法、思路和发展战略;(4)中医药和中西医结合诊疗传染病的进展和评价;(5)运用多种疗法(如针灸、气功等)、多种给药途径(栓剂、保留灌肠、皮肤给药、器官给药、腧穴给药等)治疗各种传染病的应用和配合研究;(6)各种传染病动物模型、病理机制、检测技术、诊断标准的最新进展及动态;(7)中西医结合传染病学术定位及体系研讨。

稿件要求:在 5 000 字以内,未经正式发表,提供 500 字以内的中文摘要,注明作者姓名、单位、地址、邮编及 E-mail。

投稿方式:广东省深圳市龙岗区布澜路 29 号(邮编 518112) 深圳市第三人民医院 聂广(收), 欢迎通过电子邮件投稿,请发至 zxyjhcrb@163.com,并注明“会议征文”。

截稿日期:2016 年 5 月 20 日。