

慢性萎缩性胃炎中医辨证分型及其治疗近况

★ 杨维佳 俞佳 (浙江中医药大学 杭州 310053)

摘要:综述慢性萎缩性胃炎辨证分型的发展近况,选取四个临床较多的证型(胃阴不足型,肝胃不和型,脾胃虚寒型,脾胃湿热型)来论述本病的治疗进展,提出需要通过大样本的临床调查后统一分型标准,并确立相应的疗效判断标准以避免临床疗效判别的差异。

关键词:慢性萎缩性胃炎;辨证分型;分型治疗

中图分类号:R 256.33 **文献标识码:**A

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis,以下简称 CAG)是消化系统疾病中常见病和难治病之一,以胃粘膜萎缩变薄,固有腺体减少或消失,粘膜肌层增厚及伴有肠上皮化生、不典型增生为特征,临床上以胃脘胀满、疼痛、嘈杂纳少,大便或干或稀为主要表现。由于本病以慢性上腹部疼痛为特点,所以归为中医范畴的“胃痛”、“胃痞”等。WHO 将 CAG 列为胃癌的癌前状态,其病因病机复杂,容易复发及癌变,对人类威胁很大。近年来,中医药治疗 CAG 取得了较好的疗效,本文将对慢性萎缩性胃炎中医辨证分型及其治疗概况作一综述。

1 辨证分型

由于各地气候、环境各异,患者体质不同,以及不同医家对 CAG 的认识、诊断经验和辨证分型依据不同,临床上对 CAG 的辨证分型种类很多。林氏^[1]将 CAG 分为脾胃虚弱、脾胃虚寒、胃阴亏损 3 型。康氏^[2]指出 CAG 临床以脾胃虚寒型、肝郁气滞型、胃阴不足型、湿热内蕴型 4 型为多见。王氏^[3]临床中随病因、病机不同结合临床症状分为脾虚夹瘀型、阴虚木横型和阴虚夹湿型。李氏^[4]临床分为肝胃气滞型、胃热炽盛型、瘀阻胃络型辨证施治。吴氏^[5]将本病分为脾胃虚寒型、胃阴亏虚型、肝胃郁热型、湿热内蕴型、寒热错杂型、瘀血阻络型等 6 型进行辨证施治,取得了显著的效果。陈氏等^[6]选择了近 5 年来 50 篇辨证治疗 CAG 的临床研究文献,共计 5107 例,辨证分型共 29 个型,其中肝胃不和型 939 例;胃阴不足型 902 例;中虚气滞型 844 例;脾胃虚寒型 418 例;脾胃虚弱型 411 例;脾胃湿热型 268 例;其余分型所占比例都在 5% 以下。

2 分型治疗

2.1 胃阴不足型 王氏等^[7]通过临床分析表明胃阴不足型

的总体水平为 71.8%,并常兼脾胃虚弱和胃络瘀血。姚氏^[8]认为 CAG 病因多为胃阴不足,病位在胃。胃为阳土,喜润恶燥,病久多寒湿化热,燥热伤阴,或气郁日久化火伤阴。治以甘凉养胃为主或佐以微酸,临床常用沙参麦冬汤加减。宣氏等^[9]认为 CAG 患者腺体萎缩,胃壁变薄,胃酸及胃蛋白酶分泌减少,甚至完全无游离酸,与中医所说胃阴、津液缺乏相似,主张治疗本病当滋阴养胃,采用一贯煎加味治疗 42 例,有效率为 92.9%。陈氏^[10]结合临床实践,认为胃阴不足型临床表现为胃脘嘈杂灼热似痛不适,饥不欲食,口干喜冷饮,五心烦热,夜寐不安,溲黄便秘,舌红少苔,脉细数,治宜养阴益胃散郁为主,常选用一贯煎、益胃汤、沙参麦冬汤加减。金氏^[11]治疗 CAG 养阴理气和胃,选用养胃汤合柴胡疏肝散加减的“萎胃Ⅲ号方”(沙参 12 g,麦冬 12 g,柴胡 6 g,木香 6 g,枳壳 6 g,延胡索 12 g,白芍 6 g,石斛 12 g,鸡内金 12 g,乌梅 6 g,五味子 6 g,甘草 6 g)。唐氏^[12]观察了百合养胃汤(百合 30 g、沙参 15 g、麦冬 10 g、黄芪 15 g、白芍 20 g、鸡内金 6 g、山楂 10 g、黄连 6 g、乌药 10 g、丹参 10 g、郁金 10 g、炙甘草 6 g)治疗此型 CAG 的疗效,结果治疗组总有效率为 90.48%,对照组为 70.0%。

2.2 肝胃不和型 证见胃脘胀痛,攻窜不定,连及胁肋,饮食减少,得暖气或矢气则舒,遇抑郁、恼怒则复发或加重,大便不爽,或结或溏,舌苔薄白或薄黄,脉弦。乔氏^[13]认为肝胃不和型多见于发病的初期,患者常有平素情志不遂、烦躁易怒,好生闷气等,胃镜下可见胃黏膜充血相间,胆汁反流,胃蠕动快。李氏^[14]认为肝气郁结,克伐脾胃导致肝胃不和,气滞血瘀。治疗常用柴胡、广木香、香附、赤白芍、枳壳等。魏氏等^[15]采用苦润化痰健胃冲剂(方由黄连、半夏、柴胡、神曲、瓜蒌皮、白芍、三七、麦冬、陈皮等组成)治疗肝胃不和兼

[18] Arung ET, Shimizu K, Kondo R. Inhibitory effect of artocarpone from Artocarpus heterophyllus on melanin biosynthesis [J]. Biol Pharm Bull, 2006, 29(9): 1966-1969.

[19] Pitaksuteepong T, Somsiri A, Waranuch N. Targeted transfollicular delivery of artocarpin extract from Artocarpus incisus by means of microparticles [J]. Eur J Pharm Biopharm, 2007, 67(3): 639-

645.

[20] Pereira-da-Silva G, Moreno AN, Marques F, et al. Neutrophil activation induced by the lectin KM + involves binding to CXCR2 [J]. Biochim Biophys Acta, 2006, 1760(1): 86-94.

(收稿日期:2008-05-20 责任编辑:曹征)

气滞挟瘀型 204 例,总有效率为 74.5%。魏氏^[16]拟疏肝和胃法,方选柴胡疏肝饮加减(紫苏梗、枳壳各 12 g,当归、白芍、香附、木香、川楝子、延胡索各 10 g,佛手 6 g,柴胡 5 g)治疗收到较好疗效。陈氏等^[17]用疏肝健脾,调肝和胃法治疗脾虚肝胃不和型 14 例,其中胃镜示胃底及胃体局灶性小血管显露萎缩者 10 例,胃窦小弯侧血管显露者 2 例,粘膜苍白伴小血管显露者 2 例,方用疏肝健脾调胃汤:柴胡、当归、香附、旋覆花(包)各 9 g,炒黄芩、生白术、赤芍、白芍、麦芽各 12 g,炙甘草、炒枳壳各 6 g,八月札、平地木、代赭石各 15 g,炙乌梅 5 g,总有效率为 92.86%。应氏等^[18]用益气治萎汤加五花芍药汤(黄芪 30 g,太子参 30 g,莪术 10 g,蛇舌草 30 g,蒲公英 30 g,香茶菜根 30 g,土茯苓 30 g,炮山甲 5~10 g,川朴花、佛手花、玫瑰花、代代花、绿萼梅、白芍)治疗 32 例此型患者,总有效率为 96.88%。

2.3 脾胃虚寒型 李氏等^[19]认为脾胃虚寒型常见于久病患者,由于失治或多方服药效果不著,以致正气渐伤,病情加重,反复发作,症见胃脘隐痛,胀满,喜热食,食少,便溏,舌淡而胖,苔薄白或白腻,脉沉细,胃镜下见胃粘膜变薄,桔红色中混有不同程度的灰白色,粘膜下血管呈红色细网状分布,胃粘液比较清。贾氏等^[20]提出 CAG 若病久不愈,胃阴过耗,阴津枯竭,阴损及阳,由热转寒而为脾胃虚寒,症见胃脘隐痛,喜按喜暖,食后胀闷,便溏乏力,四肢酸软。舌质淡胖,苔薄白,脉细弱。张氏^[21]对于此型治以温胃健脾,用温中养胃冲剂(黄芪、桂枝、延胡索、苦参等)治疗,总有效率为 85.19%。阮氏^[22]拟温中健脾,和胃止痛治疗此型,处方:当归、茯苓各 10 g,黄芪、炒白芍各 20 g,桂枝、甘草各 6 g,佛手、法半夏各 8 g,疗效较好。李氏^[23]治疗 28 例脾胃虚寒型患者,方用黄芪健中汤加减以健脾温中和胃,疗效较好。朱氏^[24]亦用加减黄芪建中汤(炙黄芪 35 g,白芍 20 g,桂枝 10 g,饴糖 50 g,生姜 3 g,大枣 12 g,人参 10 g,白术 18 g)治疗此型获得显著疗效。李氏等^[25]采用消萎汤 II 号方(黄芪、太子参、蒲公英、焦三仙各 20 g,云苓、薏苡仁各 30 g,高良姜 10 g,延胡索 15 g,草澄茄、梔子、川楝子、莪术各 12 g,乌梅、苏梗各 15 g,甘草 6 g)治疗此型患者,疗效较佳。

2.4 脾胃湿热型 郝氏^[26]认为胃之病,湿为因,治脾胃病,应以祛湿立论。提出祛湿理气、健脾和胃法;温中和胃、健脾化湿法;清热化湿、健脾和胃法。李氏等^[27]亦认为湿邪为 CAG 发生的主要病理因素,患者在临床上所表现的脘闷、纳呆、便溏、舌苔厚腻及病情缠绵难愈等,无一不与湿邪内停有关,治疗当以祛湿为要务。王氏^[28]辨证与辨病相结合,根据胃粘膜相进行分析,发现脾胃湿热型胃粘膜充血、水肿、糜烂。李氏^[29]辨证此型治宜清热化湿,健脾和胃,用藿朴夏苓汤加减,取得较好疗效。王氏^[30]认为一般可用藿朴夏苓汤合连朴饮作为基本方治疗此型患者。李氏^[31]治疗湿热困阻脾胃,拟清热化湿,醒脾和胃,方选苓连平胃散加减,效果显著。包氏等^[32]认为本证多有瘀血,由于病程漫长,病情发展缓慢,湿邪阻塞血道,血行迟缓,常可导致瘀血内停。症见胃脘满闷,暖气嘈杂,身重不扬,便溏不爽,舌淡红,苔薄黄腻,脉弦滑。治以清热除湿,活血化瘀,方用三仁汤加减。常用

药为薏苡仁、白蔻仁、滑石、云苓、车前草、大黄、白扁豆、三棱、莪术、丹参。

3 小结

综上所述,中医药在治疗 CAG 上确实具有较好的临床疗效,总结出了很多有效的经验方,不仅改善了临床症状,且毒副作用小。但是也注意到 CAG 的临床辨证分型繁多,比较杂,缺少统一的辨证分型标准,迫切需要通过大样本的临床调查后统一分型标准,并确立相应的疗效判断标准以避免疗效判别的差异。

参考文献

- [1] 黄贵华,林寿宁. 林沛湘教授治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍[J]. 新中医,2005,37(10):16-17.
- [2] 王见义. 康正祥辨治萎缩性胃炎经验撷萃[J]. 江苏中医药,2004,25(1):9-10.
- [3] 王春华. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 辽宁中医杂志,2003,30(2):127-127.
- [4] 范喜军. 李恩复教授治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍[J]. 新中医,2007,39(4):11-12.
- [5] 徐清喜. 吴耀南教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验[J]. 福建中医药,2004,35(2):23-23.
- [6] 陈晶,周晓虹. 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):19-20.
- [7] 王绪霖,潘从清,孙保存. 344 例慢性萎缩性胃炎患者的辨证分型分析[J]. 天津医科大学学报,1999,5(1):90-91.
- [8] 喻玲,徐立平,罗晓晶,等. 姚奇蔚治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 江西中医药,2002,33(1):2-2.
- [9] 宣建明. 一贯煎加味治疗慢性萎缩性胃炎 42 例小结[J]. 甘肃中医,2000,13(3):38-38.
- [10] 陈良金. 慢性萎缩性胃炎辨证分型与治法特点探析[J]. 时珍国医国药,2005,16(11):1149-1149.
- [11] 傅志泉. 金亚城治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医杂志,2005,46(5):335-336.
- [12] 唐玲. 百合养胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 42 例体会[J]. 中医药导报,2005,11(2):23-24.
- [13] 乔桂凤. 慢性萎缩性胃炎证治辨析[J]. 中医药学刊,2005,23(5):885-886.
- [14] 李翠竹. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 34 例疗效观察[J]. 中国社区医师,2008,24(2):36-36.
- [15] 魏瑞民,颜凯,王三先. 苦润化湿祛瘀法治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 湖北中医杂志,2004,26(3):31-32.
- [16] 魏道祥. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 1276 例[J]. 山东中医杂志,2003,22(11):673-674.
- [17] 陈红,黄中清,陆建想. 辨证论治慢性萎缩性胃炎 40 例[J]. 实用中医药杂志,2005,21(8):460-461.
- [18] 应武江,王建康. 专方结合辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 100 例临床观察[J]. 江西中医药,2005,36(3):29-30.
- [19] 李夏凤,杜玉梅. 98 例慢性萎缩性胃炎的辨证治疗[J]. 中国中医药杂志,2004,2(5):308-309.
- [20] 贾建华,潘祖建. 浅谈中医对胃癌前病变的认识[J]. 黑龙江中医药,2001,21(1):7-7.
- [21] 张宁. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 128 例[J]. 湖南中医杂志,2004,20(3):49-49.

穴位敷贴防治支气管哮喘的研究进展

★ 吴艳松¹ 张元兵² 刘良倚² (1. 江西中医学院 2006 级硕士研究生 南昌 333000; 2. 江西中医学院附属医院呼吸科 南昌 333000)

关键词: 穴位敷贴; 支气管哮喘; 综述

中图分类号: R 256. 12 文献标识码: A

中药穴位敷贴作为中医的一种特色疗法, 因其疗效确切已被广泛应用于哮喘病的临床治疗, 现就近 5 年来穴位敷贴治疗哮喘病的研究进展作一综述:

1 穴位敷贴沿用张氏之方及其加减

1.1 张氏之方应用 依据《素问·四气调神大论》“圣人春夏养阳, 秋冬养阴以从其根”论述, 结合哮喘病夏缓冬剧的特点, 多采用“冬病夏治”法防治支气管哮喘。药用: 白芥子、延胡索、甘遂、细辛以 2: 2: 1: 1 配伍, 以姜汁调和成糊状(方出《张氏医通》)。用于哮喘缓解期, 选肺俞、定喘、心俞、膏肓、膈俞、大椎等穴, 在夏月三伏, 每 10 天敷贴一次, 每次贴敷时间约 1~6 小时不等, 3 次为 1 疗程。通过温通经络、温阳逐饮等作用, 以期涤除哮喘“宿根”, 临床有较好疗效, 广泛应用于临床。张氏等^[2]报道中药穴位敷贴治疗哮喘 88 例, 总有效率 85. 23%; 傅氏^[3]报道中药穴位敷贴治疗小儿哮喘 127 例, 总有效率 90. 6%, 临床控制率高达 57. 3%。

1.2 张氏方加减 寒痰伏肺为哮喘之宿根, 依据“病痰饮者, 当以温药和之”原则, 为了提高穴位敷贴的治疗效果, 多数医家在张氏方基础上加用具有较强“温通”、“温散”、“温化”作用的药物进行敷贴

治疗。余氏^[4]根据洋金花具有解痉平喘、拮抗胆碱能神经受体、扩张皮肤血管的作用, 在张氏方上加用洋金花, 并加用白酒加强温通作用, 加入凡士林保护皮肤粘膜、减少不良反应, 治疗哮喘 60 例(其中痰热壅肺型 20 例、寒痰阻肺型 10 例、肺肾气虚型 30 例), 总有效率达 93. 33%。张氏^[5]在加用白酒基础上同时加用具有化痰平喘的苏子, 治疗哮喘 150 例(其中痰热壅肺型 21 例、寒痰阻肺型 40 例、肺肾气虚型 89 例), 总有效率达 87. 33%, 其中治愈率高达 53. 3%。范氏等^[6]利用麻黄发汗解表、宣肺平喘作用, 冰片芳香走窜作用, 在张氏方上加用麻黄、冰片, 治疗哮喘 56 例(病程 0. 5~58 年不等), 连续贴敷 3 年总有效率达 89. 3%, 其中治愈率高达 53. 6%。王氏^[7]则在加用麻黄的基础上, 再加用具有良好行气活血作用的川芎、麝香, 治疗过敏性哮喘患者 82 例(其中急性发作期 23 例), 总有效率为 48. 3%, 同时显示: 肺寒型近期疗效最高(84. 62%), 肾虚型疗效最差(28. 57%), 且与病情程度无关。陆氏等^[8]在常规药物上加用辛热助阳的肉桂治疗小儿哮喘 60 例(轻度 12 例、中度 42 例、重度 6 例), 总有效率 85%。石氏等^[9]则在常规药物上加用洋金花、生麻

[22] 阮玉东. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 63 例[J]. 浙江中医杂志, 2000, 35(3): 96-97.

[23] 李国甫. 辨证治疗慢性萎缩性胃炎 72 例[J]. 中华实用中西医杂志, 2004, 17(15): 2279-2280.

[24] 朱名宸. 加减黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎 56 例[J]. 中国临床医药研究杂志, 2003, (96): 9690-9691.

[25] 李克强, 段西道, 韦晓峰. 中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(3): 175-175.

[26] 郝俊良. 从湿论治慢性萎缩性胃炎[J]. 河北中医, 2003, 25(2): 115-116.

[27] 李慧萍, 朱曙东. 从湿论治慢性萎缩性胃炎[J]. 江西中医药, 2007, 38(11): 19-20.

[28] 王天龙. 辨证结合辨病治疗慢性萎缩性胃炎 80 例[J]. 江苏中医, 1998, 19(3): 25-25.

[29] 李剑波. 辨证分型为主治疗慢性萎缩性胃炎 50 例[J]. 广西中医药, 2000, 23(5): 38-39.

[30] 王新建. 慢性胃炎癌前病变证治举隅[J]. 湖南中医药导报, 2003, 9(11): 22-22.

[31] 李文艳. 慢性萎缩性胃炎的辨证论治[J]. 江西中医药, 2003, 34(1): 14-14.

[32] 包平, 张宝春. 活血化痰法治疗萎缩性胃炎[J]. 中国临床医药研究杂志, 2004, (131): 80-81.

(收稿日期: 2008-12-11 责任编辑: 曹征)