

慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证中医研究进展

郑雨煊¹, 王文荣^{2*}

(1. 福建中医药大学, 福建 福州 350003; 2. 福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州 350003)

摘要:慢性萎缩性胃炎(CAG)是一种发病率较高的胃癌前状态,备受临床关注。中医将CAG分为不同证型,既往多项研究认为,脾胃虚弱证为CAG的发生、传变之源,早期治疗有助于延缓疾病的下一步传变,甚至起到逆转作用。中医治疗随证加减用药,对症状及病理改善均起到明显疗效,具有其特色优势,故将中医辨证与现代医学的微生物认识、血清学检查、胃镜检查等相结合,分析各指标及镜下表现等与中医辨证的关联性,并从中医病因病机、用药、选方、外治法等综述CAG脾胃虚弱证的研究进展,以期后续CAG相关研究提供参考。

关键词:慢性萎缩性胃炎;脾胃虚弱证;CAG;中医;研究进展

DOI:10.11954/ytctyy.202501043

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

中图分类号:R256.3;R573.32

文献标识码:A 文章编号:1673-2197(2025)01-0218-05



Progress in Traditional Chinese Medicine Research on Spleen and Stomach Weakness Syndrome in Chronic Atrophic Gastritis

Zheng Yuxuan¹, Wang Wenrong^{2*}

(1. Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003, China; 2. The Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003, China)

Abstract:Chronic atrophic gastritis (CAG) is a precancerous state with a high incidence rate, which clinical doctors have widely valued. Traditional Chinese medicine divides CAG into different syndrome types. Previous studies have suggested that spleen and stomach weakness syndrome is the source of the occurrence and transmission of CAG. Early treatment can help delay the next step of disease transmission, and even have a reversal effect. Traditional Chinese medicine (TCM) has shown it has unique advantages and significant therapeutic effects in improving symptoms and pathology by adjusting medication according to the symptoms. Therefore, TCM syndrome differentiation is combined with Western medicine's understanding of microecology, serological examination, and gastroscopy to analyze the correlation between various indicators and endoscopic manifestations with TCM syndrome differentiation. The research progress on spleen and stomach weakness syndrome and its concurrent syndromes in CAG is summarized from the aspects of TCM etiology and pathogenesis, medication, prescription selection, and external treatment methods, to provide a basis for subsequent CAG related research.

Keywords:Chronic Atrophic Gastritis; Spleen and Stomach Weakness Syndrome; CAG; Traditional Chinese Medicine; Research Progress

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是一种慢性胃炎的分型,指胃黏膜反复遭受炎症等因素损害,使得固有腺体减少,伴或不伴肠腺化生和(或)假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病,被定义为一种胃癌前状态。CAG临床表现无特异性,可出现上腹部不适如饱胀、疼痛等,亦可出现纳差、嘈杂、嗝气、反酸、烧心、口苦等消化道症状。中医学将

其分为肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证(脾胃虚寒证)、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证,其中以脾胃虚弱证、肝胃气滞证多见^[1],更以脾胃虚弱为发病之根本^[2]。中国胃癌患病率及致死率均居于前列,抑制CAG的发展对降低胃癌的发病率具有重要意义。“治病必求于本”,为进一步归纳慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证的近期研究成果,本研究就该病

收稿日期:2024-04-01

基金项目:福建省自然科学基金项目(2023J01821)

作者简介:郑雨煊(1999—),女,福建中医药大学硕士研究生,研究方向为中西医结合诊治消化系统疾病。

通讯作者:王文荣(1967—),男,硕士,福建中医药大学附属第二人民医院主任医师,副教授,博士生导师,研究方向为中西医结合诊治消化系统疾病。E-mail:wangwenrong88@sina.com

证的中医研究进展综述如下,以供临床参考。

1 中医学认识

慢性萎缩性胃炎在古代中医学中未提出明确病名,现代中医学根据其临床表现将之归入“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”“吐酸病”等范畴。其病多因饮食不节、外邪入侵及情志内伤诱发,初期为脾失健运、胃失和降,亦有肝失疏泄、肝胃不和,久则痰浊阻滞、气滞血瘀、痰瘀互结,气血运行失常,最终发生该病,更可发展为肠化生,病位在肝、脾、胃,病性为本虚标实、虚实夹杂,脾胃虚弱为本,瘀、滞、湿、热为标^[3]。

国医大师为中医学研究者的杰出代表人物,其思想往往体现了目前该病的最高中医治疗水平,具有重要临床指导意义^[4]。国医大师杨春波认为,脾胃病多因正气虚弱,外邪渐伤脾胃,致脾虚之证。脾虚为本,是该病迁延难愈的根本原因,也是治疗的核心;湿热为标,以气滞络瘀之症为重要的辨识特点,复有寒热因素,故强调详辨寒热变化,治以理脾固本贯穿治病始终,兼以清化湿热、平调寒热、调气舒络^[5]。国医大师路志正提出 CAG 的主要证候为以阴虚为主的胃阴不足、气阴两虚证,并伴气虚、气滞、阳虚、血瘀、湿阻、热郁等证素,认同 CAG 虚实夹杂、本虚标实的病性,治疗上强调“需时时顾护胃气,更不可劫夺胃阴”,常予益气生津、酸甘化阴、甘凉濡润之法,并结合具体症状佐以相应理气、化湿、升阳等作用的药物治疗该病^[6]。张伟健等^[4]总结大量名中医著作及多位国医大师病案处方,研究结果表明,历届国医大师多数认同 CAG 的核心证候为脾胃气虚证、气滞血瘀证及肝胃不和证,三者贯穿 CAG 整个病程,且以脾胃气虚为著,治疗时当以健脾益气为基本大法。

唐旭东等^[7]回顾既往 CAG 相关研究认为,传统中医多以胃阴亏虚为 CAG 主要病机,但多项现代中医学研究认为,CAG 多以中虚气滞为主要病机。黄远程等^[8]分析多篇 CAG 相关文献得出结论,CAG 的病机以脾胃气虚更为显著,而胃阴亏虚证、胃络瘀阻证是 CAG 区别于慢性非萎缩性胃炎(Chronic non-atrophic gastritis, CNAG)的主要证候。张泰等^[9]的研究亦证实,CAG 发病多自脾胃气虚而来,经脾胃阴虚发展至脾胃阳虚,其炎—癌转化过程的中医辨证以脾胃亏虚(脾胃气虚、脾胃阳虚、胃阴虚)贯穿疾病始末,以湿热、浊毒、瘀血、热毒为黏膜恶性病变的重要条件。赵晓琳等^[10]分析 252 例 CAG 病例后发现,CAG 患者属脾胃虚弱证者明显多于其他证候,伴多种兼夹证,该研究结果也举证了多项既往研究成果,使该观点更具可信度。

此外,无论古籍还是现代中医研究,舌下络脉均被认为是人体气血运行、脏腑功能变化的一种客观

反映,对辨证、观察病情转归、用药等具有重要意义。王亚楠等^[11]提取分析 256 例 CAG 患者舌下络脉信息,总结出脾胃虚弱证的舌下络脉特点:舌下络脉仅见下端稍隆起,主干颜色、长度、宽度、曲张程度正常,未见小血管密集。这提示脾胃虚弱证舌下络脉瘀象相对不明显,而瘀象最明显的证型为胃络瘀阻证。该研究结果的舌下络脉指标与舌色研究结果^[12]具有一致性,可提供参考。

2 现代医学认识

CAG 是胃癌前状态的分类之一,其病理特点为腺体的破坏与减少,病变逐渐深入至胃黏膜深部,发生黏膜变薄,胃黏膜固有层纤维化等。CAG 的诊断包括:通过胃镜及病理确定诊断、辅以血清学检查、明确是否有幽门螺杆菌感染^[1]。

2.1 幽门螺杆菌感染

幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)为常见胃部疾病致病菌,是一种革兰氏阴性菌,感染率高,是导致胃癌病变的重要致病因素之一。Hp 感染对应中医学中的外感毒邪,多见于脾胃湿热、寒热错杂及脾胃气虚证,并以脾胃湿热最多见,而脾胃气虚致运化失调,湿热内郁,引动毒邪,为 CAG 炎—癌起始的根本原因。根除 Hp 对炎—癌转化进程的减缓甚至逆转有明显效果,但对于发展至肠上皮化生后的治疗效果远低于萎缩,这也提示肠上皮化生是炎—癌转化过程的一个重要节点^[9]。乔楠等^[13]综述重要研究结果认为,出现 Hp 感染的 CAG 患者多属脾胃湿热、脾胃虚弱证,这印证了该病之根本在脾胃虚弱的观点。目前对 Hp 阳性 CAG 患者的治疗多以西药(四联疗法等)为主要手段,以具有抑菌作用的中药如黄柏、黄连、三颗针、陇马陆,以及具有补气、活血、清热解毒等功效的中药作为辅助治疗方式。

2.2 血清学检查

目前,CAG 的血清学检查指标主要包括胃蛋白酶原(Pepsinogen, PG)、胃泌素-17(Gastrin-17, G-17)等。PG 是胃黏膜主细胞分泌的一种在胃中可转化为活性胃蛋白酶的胃蛋白酶前体,根据其生物特性可分血清胃蛋白酶原 I、II(PGI、PGII)两个分型;G-17 由胃 G 细胞分泌,是反映胃窦分泌功能的敏感指标;PGI、PGII、G-17 有助于判断胃黏膜萎缩是否发生及发生的部位。此外,维生素 B12、抗壁细胞抗体、抗内因子抗体等有助于排查自身免疫导致的 CAG^[1];Ig 是免疫活性分子中的一类,检测该类因子水平可反映胃黏膜萎缩程度;免疫细胞 CD₃⁺、CD₄⁺、NK 细胞在中、重度 CAG 时会水平下降;IL-1、IL-6、IL-8 和 TNF- α 等促炎细胞因子能体现胃黏膜炎症的强度,常用于评价胃黏膜损伤的炎症程度^[14]。

CAG 的血清学诊断以 PGI、PGII、PGI/PGII(即

PGR)为关键参照指标^[15],罗长琴等^[16]研究发现,CAG伴Hp阳性的患者中,血清GH、PGI/PGII、TGF- β RII水平表达降低,IL-6、TNF- α 水平升高,各指标密切参与疾病的发生和发展。柳冬兵等^[17]发现CAG中Hp感染患者的血清PGI、PGR降低与PGII升高更为明显。有学者研究血清学检查与中医证型变化的相关性,以期用客观化的指标为判断中医辨证分型提供帮助。汪悦等^[18]以统计学方法分析268例CAG患者的PG及G-17水平,研究显示,脾胃虚弱证患者占比最高,体现中医证型的分布受PGI影响,其中脾胃虚弱证、胃络瘀血证、胃阴不足证的PGI、G-17水平与肝胃不和证、脾胃湿热证相比较低,表明脾胃虚弱证、胃络瘀血证、胃阴不足证的胃黏膜分泌功能较弱,更有萎缩的可能性;PGII水平以脾胃虚弱证最低,脾胃湿热证、肝胃不和证较高,表明脾胃虚弱证相较脾胃湿热证及肝胃不和证更易发生慢性或活动性炎症。

2.3 胃镜及病理检查

内镜检查和胃黏膜组织学检查对确诊CAG有极大帮助。YE M等^[19]对胃镜诊断价值的既往研究成果进行Meta分析,结果表明,胃镜诊断结果与病理活检诊断的检出率存在一定差异,且不受不同的诊断标准影响。但在临床应用中仍具有可靠价值,采用胃镜诊断CAG可表现出低诊断敏感性和高特异性,对治疗效果的反映更直观,可以有效监测患者的病理变化。

《黄帝内经》言:“有诸内必形诸外。”有学者将胃镜下表现与中医证型相结合,二者对疾病表现的诠释具有一致性。杨振华等^[20]指出,胃镜可以视为另一种胃部疾病的望诊,通过观察内镜下胃黏膜的不同特点,可以辅助中医证型诊断并把握病情具体变化。杨振华等^[20]通过分析347例CAG患者的资料,并与既往其他学者的研究结果相佐证,认为脾胃虚弱证、肝胃气滞证、肝胃郁热证多为单纯性萎缩,病理以轻度萎缩为主,再次证明脾胃虚弱证及肝胃气滞证可能发生于CAG早期。许戈林等^[21]通过统计分析124例CAG患者的胃镜检查结果,认为CAG中最多见的证型为脾胃虚弱证,该证型内镜下表现多为黏膜粗糙、黏膜白相、单纯性病变以及轻度萎缩,且本证型的Hp感染相对其他证型少见。秦珂馨等^[22]对中医证型联合内镜下表现的研究论文进行Meta分析,结果发现,脾胃虚弱证或胃阴不足证在胃镜下的具体表现为黏膜灶性白相增多、皱襞变平,多有血管透见,少见黏膜出血,与中医脾虚失于濡养致胃络不荣的病机相符,并发现CAG胃镜下表现的发展变化与中医证型由浅入深的发展过程及病邪强弱具有一致性。

3 治疗

3.1 中药

各医家对CAG本证有不同的治疗思路,在药物使用上具有趋同性。马颖聪等^[23]、黄彦子等^[24]、姚国召等^[25]以数据挖掘技术分析大量文献后得出相似结果:在CAG脾胃虚弱证的治疗中,单味药的使用以党参、白术、茯苓、半夏、陈皮、白芍、黄芪、甘草8味药最为核心,马颖聪、黄彦子等还认为莪术为核心常用药之一。其中,前四味药恰为四君子汤之组成,佐证了该证型的基本治法为健脾益气。

此外,马颖聪在研究中得出5种聚类结果:①茯苓、白术、麦芽、木香、丹参、甘草;②白术、茯苓、白芍、黄芪、党参、甘草;③白术、黄芪、党参、白花蛇舌草、莪术、甘草;④白术、半夏、茯苓、吴茱萸、黄连、甘草;⑤白术、半夏、党参、砂仁、茯苓、甘草。研究表明,兼有食滞、血瘀、湿盛、痰凝等病理因素的脾胃虚弱型CAG患者病情更为复杂,以上组合多为四君子汤或香砂六君子汤兼用行气、活血、化湿等功效的药物,这提示本证的治法除健脾益气也要兼顾其兼夹证,全面把握病情变化,灵活用药。

黄彦子通过统计分析得到,治疗本证的关联系数最高的潜在药对前3对为:三棱-丹参、枸杞子-黄精、三七-藤梨根。其中,三棱-丹参、三七-藤梨根两组均有活血化瘀之效,中医学认为CAG病久入络,脉络瘀滞,则发为癌前病变,故该病治法除健脾益气外亦应兼予活血化瘀的药物。枸杞子-黄精体现的是脾肾同治的治法,肾中精气的充盈有赖于脾气运化水谷精微的充养培育,脾的运化又有赖于肾的蒸化,二者相互滋生,关系密切,故补脾益肾为该病常规治疗外的另一思路。此外,作者从收集的处方中得出2首更符合临床实际的处方:①白花蛇舌草、白术、陈皮、三七、黄精;②白花蛇舌草、半枝莲、鳖甲、麦冬、石斛、丹参、灵芝。处方1消补兼施、标本同治,适用于脾胃虚弱兼夹湿热、气滞、血瘀的证型。处方2针对该病发展为癌前病变的治疗收效明显,也可用于论治血瘀、气滞、阴虚、内热等病机。

姚国召等^[25]通过聚类分析得到6个药物分组:①茯苓、半夏、党参、白术、炙甘草,功善健脾益气、降逆止呕、散结除痞;②桂枝、白芍、黄芪,长于温补脾阳;③干姜、黄连、大枣,寒热同用,起辛开苦降、清热除寒、散结消痞、温脾泻胃、调和脾胃之效;④丹参、枳壳、砂仁,用于肝胃气滞、湿邪瘀阻者;⑤陈皮、木香,行气健脾,适用于脾虚气滞证;⑥当归、香附、莪术、山药,适于脾胃虚弱兼肝郁、气滞、血瘀者。CAG最常用的治法为健脾益气,其次多采用具有理气、补血、利水渗湿及活血化瘀作用的中药,在实际运用中常以群组1为基础加予其他群组的药物加减形成

处方。

3.2 选方

目前,对该病的治疗多采取中药或中西药结合的方式,不同医家根据其临床思路、用药习惯,因人、因地、因时制宜,采用不同的处方,大量临床研究反映中药汤剂或中西医结合治疗的疗效均明显优于纯西医治疗。

3.2.1 脾胃虚弱证 香砂六君子汤对于 CAG 脾胃虚弱证的疗效较好,该结果得到多项研究结论支持。黄春全等^[26]综述香砂六君子汤治疗该病的相关文献,总结该方对本证型的作用机制为保护胃黏膜、改善胃黏膜分泌、减轻炎症反应、调节胃动力、根除 Hp 及阻断癌变发展等,具有较好疗效及安全性。曹元媛等^[27]整理多首经典名方及诸多医家观点,以上文献互相佐证加味香砂六君汤对脾胃虚弱型 CAG 有良好疗效。

张晶晶等^[28]以调中和胃舒痞汤治疗脾胃虚弱型 CAG,调中和胃舒痞汤以香砂六君子汤为底方,加用健脾益胃、益气生津、化痰散结、养血活血等功的药物,以“调补气血阴阳”为基本思路,健脾益气、和胃消痞,在改善症状方面疗效显著,并可提高 G-17、PGI、PGI/PGII 水平,降低 PGII 水平,改善胃黏膜病变程度及胃镜下病理表现。

黄茂建中汤起补虚固本、健脾养胃之功,在《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[1]中为本证型的共识选方。李天伦等^[29]以该方为底,根据患者症状进行药物加减,并辅以西药治疗,与单纯西药治疗的对照组患者对比后发现,PGI、PGI/PGII 以及由胃黏膜腺体合成,具有促进胃肠道动力作用的胃肠道激素 GAS 水平更高,可见该方使胃镜下萎缩相关表现评分减低,疗效确切,安全性良好。

3.2.2 兼夹证 邱健行教授认为 CAG 病机总不离“虚-瘀-毒”,针对此病机自拟 CAG 经验方白莲治萎方,全方清补兼施、祛邪扶正,在补脾的基础上兼有活血、解毒、除垢的作用^[30]。林剑良等^[30]研究认为,该方治疗脾胃虚弱证 CAG 患者的疗效较之胃复春片更佳,可有效缓解临床症状,改善胃黏膜病理学改变及血清 PGI、PGII、PGI/PGII 水平。

固本通络汤的基本药物组成有党参、茯苓、炒白术、砂仁、法半夏、生薏苡仁、醋香附、炒白芍、醋柴胡、淫羊藿、仙茅、蛇床子、当归尾、盐黄柏、盐知母、醋莪术、丹参、滑石、青黛(六一散),主要功效为健脾温肾、活血通络,对 CAG 伴广泛肠化生的脾胃虚弱证兼肾虚、血瘀的患者有明显疗效,降低患者的癌变风险。马丹等^[31]予 45 例 CAG 伴广泛肠化生(累及胃窦、胃角和胃体)的患者服用固本通络汤治疗,治疗总有效率为 91.10%,病理组织学见各部位萎缩及

肠化生均出现不同程度逆转,治疗后属于胃癌分期分期及新型胃癌筛查评分系统的高危人群比例明显下降。

香茶花芽汤为临床治疗胃脘痛的经验方,全方标本兼治,针对脾胃虚弱兼有血瘀的 CAG 患者,起健脾和胃、活血化瘀之效。蒙仕祥等^[32]以香茶花芽汤方治疗脾胃虚弱型 CAG,研究认为该方可有效改善症状,并可减少腺体萎缩、异型增生,减轻肠化生程度及胃黏膜局部炎症反应,在改善胃泌素、小肠 Mo 细胞分泌的 MOT、CD₄⁺、CD₄⁺/CD₈⁺、可介导机体炎症反应过程的复合性黏蛋白 sIL-2R、引起小血管痉挛致黏膜缺血性损伤的 ET 水平方面,更优于西药常规治疗者,起到帮助消化、修复胃黏膜、改善炎症损伤、提高免疫功能的作用,值得临床推广使用。

3.3 外治法

中医外治法治疗 CAG 另有其独特优势,治法多采用针刺类、灸法类、贴敷类、联合治疗等,也常采用针药结合的方式治疗 CAG。

吴灿等^[33]在西药基础上予加味香砂六君子汤联合针刺对胃肠动力及胃酶激素水平变化调节有明显作用的穴位,结果显示,联合针刺治疗的患者治疗效果、内镜下表现、中医证候等方面均出现更为明显的改善。药物和针灸通过不同途径和作用机制,产生不同作用,起到协同治疗的效果。BAI W J 等^[34]采用穴位埋线疗法(脾俞、胃俞、中脘、足三里)联合四联疗法治疗 Hp 阳性的脾胃虚弱型 CAG 患者,分别予对照组胃复春片+常规四联疗法、治疗组穴位埋线疗法,治疗后两组 Hp 根除率比较差异无统计学意义($P>0.05$),但治疗组复发率低于对照组,两组患者 G-17、PGI、PGII、PGI/PGII 均升高,提示胃黏膜修复、G-17 及 PG 敏感性增强,临床疗效显著。此外,治疗组患者在症状、体征、胃镜下表现、焦虑情绪、G-17 水平的改善更优于对照组患者。

张迪等^[35]总结多项研究认为,艾灸对胃黏膜细胞增殖因子的表达起抑制作用,从而得以逆转 CAG,在大鼠试验中也起到修复急性胃黏膜损伤的作用。邓登华等^[36]提出“健脾补中益气、活血化瘀通肠”治疗方式,予调中益胃汤加减联合募合配穴艾灸治疗脾胃虚弱型 CAG 患者,并与单独使用调中益胃汤加减的患者相比,疗效更为显著,且举例多项中药联合艾灸治疗的研究佐证其结果,认为多种中医疗法对该病进行综合干预疗效较单一疗法更佳。

陈贤等^[37]总结既往多名学者对升阳益胃汤药物组成的研究,分析认为该方对 CAG 患者具有消炎、除胀、镇痛等作用。将子午流注择时耳穴贴压法与升阳益胃汤联合使用,在辰时与巳时按摩耳穴,使气血流于脾、胃经,分析结果显示,耳穴联合汤药的

治疗方式对 CAG 患者的疗效明显优于单独使用耳穴贴压,二者作用机理可能途径不同,但主要通过减轻炎症反应及调节 miR-26a 及 miR-32 表达等来改善患者症状及胃蛋白酶原水平。

胃复春片对 Hp 感染、促炎因子的抑制及胃液 pH、胃蛋白酶原水平的调节均具有明显效果,可减少胃黏膜损伤,有效逆转肠化水平,降低胃部恶性病变发生率。腹针疗法集中于腹部取穴,意在输布气血灌注全身,调控机体,调理全身脏腑气机、疏通经脉,从而达到治疗目的。张晶晶等^[38]采用腹针联合胃复春片的疗法对脾胃虚弱型 CAG 患者进行治疗,并与单纯使用胃复春片的对照组进行比较,分析结果认为,胃复春片结合腹针疗法的临床疗效较单纯使用胃复春片有显著提高。

4 结语

综上所述,目前关于 CAG 病因病机的阐述,不同医家存在不同见解,但一致认为该病总属脾胃虚弱,以气、血、湿、瘀、食、毒、外邪为标,多方病理因素混杂于脾胃,是一个多因素、多阶段进展的疾病,其形成原因较复杂,胃镜检查可以明确诊断。中医治疗该病对延缓进展甚至逆转均起到明显作用。目前,学界从中医、西医多角度进行了研究,但仍存在一些不足之处。李岩等^[39]针对目前中医治疗 CAG 存在的问题提出:①各医家治疗原则和治疗方法极不统一;②宏观辨证对疾病严重程度的判断不明晰,其中医辨证与内镜下表现的相关性未得到统一认识,临床上尚无符合临证实际的辨证诊疗方案;③具有明确根除 Hp 作用或提高 Hp 根除率的中药复方少见;④中医病机联系现代医学病理的研究尚欠缺;⑤尚无以胃镜病理定标活检判断胃黏膜萎缩是否逆转的相关研究;⑥临床试验设计规范性、疗效判定标准合理性及 CAG 中医辨证分型标准统一性还存在缺陷,以及样本数量过少、动态观察缺乏、临床随机对照研究设计欠严谨等。完善以上不足,以及开展 CAG 血液生化指标与临床征象的临床对比观察研究、制定区域性 CAG 临床诊疗方案或专家共识意见、重视精神情志因素,是李岩等学者针对该病相关研究提出的展望。目前的文献多为短期观察,缺少长期随访疾病进展及转归的研究,且大多为多样本的随机对照研究方法,大样本、多中心、双盲的随机对照研究相对缺少,使研究存在一定误差,不够全面;缺乏动物实验也使用药、选方的研究成果不够精确;在对患者的实验中有时无法完全排除影响因素,使得研究结果出现误差。今后,中医药治疗 CAG 的优势需与现代医学技术相结合,完善上述不足,在 CAG 的辨证及治疗中发挥中医药更大作用。

参考文献:

- [1] 李军祥,陈喆,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.
- [2] 陈艺楠,纪海静,白雪松,等. Hp 阳性慢性萎缩性胃炎中医药治疗研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2023,25(1):95-98.
- [3] 朱永钦,朱永莘,黄连梅,等.慢性萎缩性胃炎中医病因病机和辨证分型的临床研究进展[J].中华中医药学刊,2017,35(2):322-325.
- [4] 张伟健,梁艺钟,黄彦子,等.国医大师治疗慢性萎缩性胃炎证型证素分布及用药规律研究[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(3):37-41.
- [5] 何友成,骆云丰,杨正宁,等.国医大师杨春波辨治慢性萎缩性胃炎的经验[J].湖南中医药大学学报,2021,41(7):977-981.
- [6] 苏泽琦,于春月,张文君,等.国医大师路志正治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J].现代中医临床,2017,24(3):34-36.
- [7] 唐旭东,张泰,卞立群,等.萎缩性胃炎与胃癌前病变诊疗研究的关键问题及其对策[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(5):317-322.
- [8] 黄远程,黄超原,梁怀枫,等.慢性非萎缩性胃炎与慢性萎缩性胃炎证候、证素分布规律文献研究[J].中医杂志,2019,60(16):1417-1422.
- [9] 张泰,张北华,马祥雪,等.慢性萎缩性胃炎炎—癌转化中医病机探析[J].中华中医药杂志,2022,37(11):6414-6417.
- [10] 赵晓琳,诸葛丽,马尚清,等.252例慢性萎缩性胃炎中医证候分布规律及其病理相关性研究[J].中华中医药杂志,2022,37(12):7405-7408.
- [11] 王亚楠,袁莉,汪莉,等.慢性萎缩性胃炎中医证型与舌下络脉特征相关性分析[J].中国中医药信息杂志,2023,30(5):158-163.
- [12] 刘越洋,黄雅慧,王俊,等.慢性萎缩性胃炎癌前病变与中医舌象的相关性研究[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(5):351-354.
- [13] 乔楠,夏军权.中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性萎缩性胃炎的研究[J].西部中医药,2020,33(11):157-160.
- [14] 刘跃平,柳茂森,朱临江,等.慢性萎缩性胃炎胃黏膜免疫相关指标变化研究[J].中国预防医学杂志,2017,18(1):39-43.
- [15] YK H,JC Y,WM K,et al. Significance of serum pepsinogens as a biomarker for gastric cancer and atrophic gastritis screening: a systematic review and meta-analysis[J]. PloS One, 2015, 10(11):e0142080.
- [16] 罗长琴,肖翔,申光富.慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染患者血清 GH、PG I/PG II、TGF- β R II、IL-6 和 TNF- α 水平的变化及临床意义[J].海南医学,2021,32(18):2334-2337.
- [17] 柳冬兵,李莉,刘加新,等.慢性萎缩性胃炎中医证型与胃蛋白酶原及幽门螺杆菌感染相关性分析——附 108 例临床资料[J].江苏中医药,2021,53(3):27-29.
- [18] 汪悦,邹晓华,章小平,等.268例慢性萎缩性胃炎患者中医证型分布及与胃蛋白酶原、胃泌素 17 关系的研究[J].现代消化及介入诊疗,2022,27(7):817-821.
- [19] YE M,CHENG J,JIN D,et al. Systematic review and meta-analysis based on the composition of risk factors of chronic atrophic gastritis under gastroscopy detection[J]. Annals of Palliative Medicine,2021,10(9):9742751-9749751.
- [20] 杨振华,孙波,黄傲霜,等.慢性萎缩性胃炎中医证候的胃镜及病理特征分析研究[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(1):58-61.

中医药诊治室性早搏研究进展

黄一婷¹, 曾建斌^{2*}

(1. 江西中医药大学, 江西 南昌 330004; 2. 江西中医药大学附属医院, 江西 南昌 330006)

摘要:室性早搏是最常见的心律失常之一,患者可有心悸、胸闷、乏力、心跳停搏感,甚至黑矇晕厥、诱发心绞痛,严重者发生心源性猝死。通过查阅、整理与分析中医药诊治室性早搏的文献,可将其归属于中医学“心悸”“惊悸”“怔忡”等范畴,室性早搏病位在心,与肾、肝、脾、肺关系密切,病机不外乎虚实两端,气血阴阳亏虚,心失所养;痰饮瘀火扰心,心神不宁。室性早搏的分型虽尚未统一,但主要可分为气阴两虚证、肝郁气滞证、气阴两虚夹瘀证、气血两虚证等。中医药治疗室性早搏采用口服中药为主,针刺、揠针、穴位贴敷等中医特色疗法为辅,使其阴平阳秘,心神安宁。

关键词:室性早搏; 中医药; 心悸

DOI:10.11954/ytctyy.202501044

中图分类号:R256.2

文献标识码:A

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

文章编号:1673-2197(2025)01-0223-05



- [21] 许戈林. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布与病理特点分析[J]. 河南中医, 2022, 42(8): 1226-1230.
- [22] 秦珂馨, 于靖文, 王少丽, 等. 基于文献的慢性萎缩性胃炎胃镜像与中医辨证的相关性研究[J]. 云南中医学院学报, 2022, 45(6): 28-34.
- [23] 马颖聪, 苏田锐, 王亚男, 等. 采用数据挖掘技术分析中医治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证用药规律[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(12): 82-85, 167.
- [24] 黄彦子, 张伟健, 李海文, 等. 慢性萎缩性胃炎证型-证候分布及用药规律研究[J]. 世界中医药, 2022, 17(1): 112-116, 122.
- [25] 姚国召, 李志红. 基于数据挖掘探讨脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的用药规律[J]. 中医临床研究, 2021, 13(28): 18-22.
- [26] 黄春全, 韦维, 张雪莲. 香砂六君子汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎作用机理与临床研究概述[J]. 现代中药研究与实践, 2019, 33(4): 75-78.
- [27] 曹元媛, 徐春风. 中医经典名方治疗慢性萎缩性胃炎的研究[J]. 中药材, 2022, 45(4): 1015-1018.
- [28] 张晶晶, 张勇, 吴兰兰, 等. 调中和胃舒痞汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对胃黏膜损伤的修复作用研究[J]. 四川中医, 2023, 41(2): 108-111.
- [29] 李天伦, 李芳, 邢艺子, 等. 黄芪建中汤对慢性萎缩性胃炎(脾胃虚弱证)患者胃镜指标和胃蛋白酶原变化的影响[J]. 吉林中医药, 2023, 43(4): 419-422.
- [30] 林剑良, 戈焰, 蔡伟才, 等. 基于“虚-瘀-毒”论治脾胃虚弱证慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(3): 556-562.
- [31] 马丹, 潘晨晨, 吴忆雪, 等. 固本通络汤对慢性萎缩性胃炎伴广泛肠上皮化生脾胃虚弱患者癌变风险干预研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(4): 2391-2394.
- [32] 蒙仕祥, 陈卜伟, 冯永锋. 香茶花芽汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎疗效及异型增生、腺体萎缩的改善研究[J]. 中华中医药学刊, 2023, 42(3): 96-99.
- [33] 吴灿, 邓行行, 罗燕文, 等. 针灸联合加味香砂六君子汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎中医证候、组织学及疗效的影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(7): 185-188.
- [34] BAI W J, LIANG J W, MIAO X M, et al. Clinical effects of acupoint catgut embedding with quadruple therapy on Hp (+) chronic atrophic gastritis of spleen and stomach deficiency syndrome[J]. Acupuncture Research, 2022, 47(6): 537-543.
- [35] 张迪, 袁星星, 王炳予, 等. 合募配穴灸法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(12): 1401-1405.
- [36] 邓登华, 黄祖波, 周浩. 调中益胃汤加减联合募合配穴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.
- [37] 陈贤, 刘京, 郝杰, 等. 升阳益胃汤联合子午流注择时耳穴贴压法对慢性萎缩性胃炎胃蛋白酶原、炎症指标、miR-26a 及 miR-32 表达的影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(5): 248-251.
- [38] 张晶晶, 孙培养, 王玲, 等. 腹针结合胃复春片治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎 30 例[J]. 陕西中医药大学学报, 2022, 45(3): 64-67.
- [39] 李岩, 王垂杰. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的现状和问题及展望[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(6): 469-472.

(编辑: 赵 可)

收稿日期:2024-04-15

基金项目:国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(zyyzdxk-2023113); 江西省中医药管理局科技计划(2022B117)

作者简介:黄一婷(1999—), 女, 江西中医药大学硕士研究生, 研究方向为中医防治心血管疾病。

通讯作者:曾建斌(1968—), 男, 江西中医药大学附属医院主任医师, 教授, 硕士生导师, 研究方向为中西医结合防治心血管疾病。E-mail: robertzengjb@163.com