

## ● 综述与进展 ●

## 肝胃不和型慢性浅表性胃炎研究概况

陈永锋<sup>1</sup> 指导:黄贵华<sup>2</sup>

(1 广西中医学院 2005 级中西医结合专业研究生 南宁 530001; 2 广西中医学院 南宁 530001)

关键词:肝胃不和;胃炎;综述

中图分类号:R 573.3

文献标识码:A

文献编号:1671-4040(2007)05-0087-02

慢性浅表性胃炎是指由各种原因所致的胃黏膜的慢性炎症改变,是炎症细胞浸润局限于胃小凹和黏膜固有层的表层,腺体则完整无损的病变,是慢性胃炎中最多见的一种类型。本病多由肝失条畅、肝胃不和而致,肝失条畅多由于精神心理失衡所造成,且多表现为胃肠功能失调。现就目前对肝胃不和型慢性浅表性胃炎的研究总结如下:

## 1 病机及实验研究

1.1 病机 中医认为,胃主受纳,脾主运化,两者互相协调方能消化饮食,摄取水谷精微以滋养人体,这种“胃气”的正常运作,全赖“肝气”正常之疏泄<sup>[1]</sup>。正如《血证论·脏腑病机论》所说:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。”若因恼怒忧思,气郁伤肝,肝木失于疏泄,则可乘犯胃土,可发生肝胃不和证。《沈氏尊生书·胃痛》曰:“胃痛……唯肝气相乘为甚,以木性暴,且正可也。”肝属乙木,喜条达而恶抑郁,以升发为顺。如情志抑郁肝之疏泄不及,甚或郁久化火;或因暴怒伤肝,肝气逆乱,均可致肝失条达逆犯胃木,胃失和降,故其病在胃,其本在肝<sup>[2]</sup>。饮食水谷的受纳与消化固然是脾胃功能的直接体现,但脾的升清与胃的降浊须依赖于肝胆的疏泄条达,肝胆脾胃的功能失调进而引起消化功能紊乱的症状。

1.2 造模研究 乔明琦<sup>[3]</sup>采用束缚刺激法,绑带束缚大鼠前后肢,以不脱落且造成大鼠行动困难为度,饮食不限,制造肝郁模型。情志失调型模型:小白鼠前后肢分别安置正负电极,人为控制调压器,使之每日接受大小不同的电击 10 次,电压在 20~80V 之间,从而产生紧张、焦虑、痛苦、愤怒情绪,连续 4d<sup>[3]</sup>。肝胃不和型慢性胃炎模型:用钳子夹大鼠尾部,使之保持激怒、争斗状态,每天 30 min,同时每 3 周予 0.1% 肾上腺素腹侧皮下注射,每次 0.1mL(含肾上腺素 0.1mg),造模时间 28 周<sup>[3]</sup>。肝胃不和型胆汁反流性胃炎模型:采用模拟胆汁反流液灌胃及高压低电流瞬间电刺激的方法。结果模型组大鼠激怒行为、胃黏膜炎细胞浸润程度、胃壁结合黏液量与对照组比较均有显著性差异( $P < 0.05$ )<sup>[3]</sup>。高碧珍等<sup>[4]</sup>以不同证候胃炎的病理生理学为基础,建立脾虚、肝郁、胃肠燥热 3 种证候大鼠模型,结果表明胃黏膜浅表性炎症病理中存在着不同的证候,神经内分泌失调对胃肠分泌和运动的影响与证候的热、郁、虚、实有关,MTL、GAS、SOD 和 MDA 的变化是其证候表现的物质基础,可以作为证候诊断和病情轻重判断的客观依据之一。

1.3 实检查 毛志远<sup>[5]</sup>通过对肝胃不和证 259 例的肝胆超声表现观察,发现肝胃不和证病人有非常突出的肝胆超声异常表现,即存在不同程度的肝脏实质、胆囊回声的改变以及两者兼见异常的改变。徐国纛<sup>[6]</sup>等对慢性浅表性胃炎、慢性萎

缩性胃炎以及门脉高压性胃病进行辨证分析,3 组胃黏膜血流量值差异有非常显著性意义, $P < 0.01$ ,对三种胃病结合中医辨证分析,慢性浅表性胃炎病位较浅,主要病因病机为气滞热郁,因其病变尚在气分而未入血,所以其胃黏膜固有腺体未见减少,血流灌注尚属正常。肝胃不和在镜下多表现胃胆汁反流,因反流液中所含胆汁、胆盐、溶血性卵磷脂、胰酶等物质成分,可溶解来自胃黏膜的胆固醇和磷脂,并干扰胃黏膜屏障的完整性,促使  $H^+$  及胃蛋白酶逆向弥散入黏膜,进一步引起损伤,导致炎症发生。

1.4 精神心理因素 肝胃不和多与精神相关,精神心理因素影响胃肠运动功能的具体机制尚不明了。精神心理异常的变化,是对中枢神经系统的不良刺激,通过大脑边缘系统和下丘脑,使自主神经功能发生改变,并通过内分泌、免疫系统、酶系统和神经递质的中介作用,引起胃肠功能失调<sup>[4]</sup>。抑郁悲伤失望时,可使胃分泌量下降和胃运动减少;而恐惧激动焦虑时,可使胃分泌量和酸性增高,这种改变的原因可能是由于情绪反应引起了自主神经功能改变,特别是通过神经内分泌机制为中介,如血管活性肠激素、胃抑制因子、胃动素等分泌的变化,使胃血管收缩和胃分泌增加。长期处于情绪激动中,可使胃酸分泌增加,抑郁状态下,胃动素分泌降低,消化期间运动时限延长,而使胃、十二指肠内容物清除受限,容易引起十二指肠反流。抑郁可以延缓胃的消化与排空,焦虑可以加快胃肠的运动,从而产生胃肠运动失衡,并影响内脏感觉而引起一系列症状。张立生等<sup>[7]</sup>研究发现 BRG 患者的 SCL-90 自我症状评量分升高,且 SDS 与 SAS 评分异常升高,超出其他胃炎患者,更高于常模指数,间接说明精神心理因子的低下,可能是引起胆汁淤留及反流和胆汁反流性胃炎的一个重要因素。陈泽奇等<sup>[8]</sup>研究显示肝气郁结证患者血清胃泌素水平显著低于健康人,因而认为胃泌素水平的降低可能是肝气郁结时出现呃逆、纳呆、腹胀等消化功能失调的重要的病理生理基础之一。根据脑-肠肽分泌及释放与中枢神经系统、植物神经功能状态等的密切关系,推论肝气郁结证患者中枢对精神情志活动调节功能异常,进而使某些脑-肠肽水平降低,影响胃酸、小肠液、胰液及肝胆汁的分泌和消化道的运动功能,出现消化功能紊乱。

## 2 治疗研究

2.1 中医方药 刘玲等<sup>[9]</sup>用柴胡疏肝散合平胃散加减治疗该型胃炎,随证加减,结果治疗组总有效率 91.43%,对照组总有效率 72.72%,2 组比较  $P < 0.05$ ,说明治疗组有显著疗效。赵玉瑶<sup>[10]</sup>采用柴胡桂枝茎甲汤随证加减治疗肝胃不和证 52 例,结果痊愈 23 例,显效 18 例,有效 9 例,无效 2 例,总有效率达 96.15%。房家毅等<sup>[11]</sup>治疗该型胃炎,治疗组服用柴胡疏

肝散随证加减,对照组服用气滞胃痛冲剂,结果治疗 1 个疗程总疗效:治疗组痊愈 30 例,显效 19 例,有效 10 例,无效 1 例,总有效率达 98.3%;对照组痊愈 11 例,显效 11 例,有效 5 例,无效 3 例,总有效率达 90.0%,2 组经  $\chi^2$  检验,具有统计学差异( $P < 0.05$ ),提示柴胡疏肝散加减对肝胃不和证疗效肯定。赵仕伟等<sup>[17]</sup>以柴胡疏肝散加减治疗,并与对照组比较,结果近期疗效:治疗组治愈 46 例,好转 10 例,未愈 4 例,总有效率 93.33%;对照组治愈 37 例,好转 14 例,未愈 9 例,总有效率 85.00%,2 组比较疗效有显著性差异( $P < 0.01$ )。HP 清除率,治疗组为 85.00%,对照组为 75.00%,差异也有显著性 ( $P < 0.01$ )。杨宝寿等<sup>[18]</sup>应用藏药佐塔德子玛治疗慢性浅表性胃炎(中医辨证为肝胃不和) 116 例,对照组药用气滞胃痛冲剂,结果治疗组临床痊愈 24 例,显效 55 例,有效 27 例,无效 10 例,总显效率 68.1%,总有效率 91.4%;对照组 33 例临床痊愈 8 例,显效 17 例,有效 6 例,无效 2 例,总显效率 75.8%,总有效率 93.9%,2 组比较,无显著性差异( $P > 0.05$ )。对疼痛症状及压痛体征均能明显改善,其综合疗效和对照药气滞胃痛冲剂相似,并对改变胃镜下水肿的效果较好。

2.2 自拟方药的治疗 陈清素<sup>[19]</sup>用自拟的疏肝和胃、理气散结的“疏肝和胃汤”治疗 60 例慢性胃炎患者,其方为党参、茯苓、柴胡、枳壳、干姜、半夏、黄芩、砂仁等,结果总有效率 93%,HP 转阴率 87%,提示本方具有疏肝、和胃、理气之效,是治疗慢性胃炎的有效药物。张学英等<sup>[20]</sup>自拟疏肝行气汤(柴胡、枳壳、醋延胡索、佛手、救必应、白芍、怀山药、茯苓、厚朴、蒲公英)治疗慢性浅表性胃炎,并与常规西药(雷尼替丁胶囊、莫沙比利)联用对照,结果治疗组治愈 16 例,好转 32 例,未愈 2 例,总有效率 96%;对照组治愈 12 例,好转 30 例,未愈 8 例,总有效率 84%;2 组治愈率、好转率、总有效率相比有显著性差异( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ),治疗组明显优于对照组。刘玲等<sup>[21]</sup>应用其导师龚占悦教授经验方柴胡和胃安神汤治疗慢性胃炎合并神经衰弱,治疗组 30 例,用柴胡和胃安神汤治疗,对照组 20 例,用丽珠得乐、甲硝唑、阿莫西林、舒乐安定,1 月后观察疗效,结果 2 组治疗前后症状均有所改善,2 组间比较差异有显著意义( $P < 0.05$ ),提示柴胡和胃安神汤治疗慢性胃炎合并神经衰弱疗效确切。

综上所述,在实验研究与机理研究方面,从建立此种证候的动物模型到临床机制及客观指标都进行了深入的研究,这些方法为正确认识和把握中医肝胃不和证型的客观内在本质规律指出了一条可探之路,中医也只有以此作为切入点,才能排除人为辨证的主观性,从而最终为正确辨治肝胃不和提供客观的理论补充和支持。然而,目前的实验研究还没有为肝胃不和的诊断提供真正意义上的有价值的参考指标,由于人体和证候兼夹的复杂性,老鼠模型及实验结论和人的单纯肝胃不和是否直接相关,仍是进一步研究的课

题。在治疗研究方面,中医辨证论治疗效确切,其疗效的关键在于正确把握证候,特别是在证候兼夹之中,正确认识和把握肝胃不和证型的主要矛盾地位,成为治疗该型胃炎的关键。对肝胃不和证 HP 阳性者及明显精神症状者的治疗,因为 HP 属于中医学的邪气范畴,可以认为肝胃不和和气机郁滞致正气受损,在形成“邪之所凑,其气必虚”的局面,在采用中西医联合调畅气机、恢复正气功能的同时,要杀菌驱邪,以防邪进一步伤正。关于肝胃不和的各项研究,还应从广度深度方面继续开展研究,只有真正找到肝胃不和的诊断参考指标,才能正确而有针对性的治疗,才能为中医走向世界打开一个良好的局面。

参考文献

[1]吴敦序,刘燕池,李德新,等.中医基础理论[M].上海:上海科学技术出版社,1995.68  
 [2]王永炎,李明富,戴锡孟,等.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1997.161  
 [3]叶庆莲.肝胃相关与胃痛证治探析[J].上海中医药杂志,2002,36(4):30~33  
 [4]乔明琦.肝气逆、肝气郁两证客观指标实验研究[J].山东中医学院学报,1992,16(3):23~25  
 [5]郭宏敏,毕建军,王雅如,等.中胃脘痛病因学的动物模型研究[J].中医杂志,1991,32(4):43~44  
 [6]陈小野,邹世洁,张宇鹏,等.大鼠 CAG 证病结合模型舌肌超微结构观察[J].辽宁中医杂志,2002,29(1):55~56  
 [7]王希利,倪力强,周学文,等.肝胃不和型胆汁反流性胃炎模型的实验研究[J].中国中西医结合脾胃杂志,1998,6(4):233~234  
 [8]高碧珍,黄爱民,李灿东,等.不同证候胃炎模型生生化指标的实验研究[J].福建中医学院学报,2005,15(1):30  
 [9]毛志远.肝胃不和证的肝胆超声分析[J].浙江中西医结合杂志,2004,14(8):507~508  
 [10]徐国纓,蒋勇,周萍.胃粘膜血流改变与慢性胃病中医辨证关系的研究[J].浙江中西医结合杂志,2002,12(9):536~537  
 [11]李心天.医学心理学[M].北京:人民卫生出版社,1994.43~44  
 [12]张立生,巩俊卿,李凌泉,等.胆汁反流性胃炎相关精神因素病因的初步探讨[J].武警医学,2005,16(10):791~792  
 [13]陈泽奇,李学文,陈国林,等.肝气郁结证患者血清胃泌素含量分析[J].湖南中医学院学报,1998,18(1):3~4  
 [14]刘玲,崔晓红,李爱丽.柴胡疏肝散合平胃散加减治疗慢性胃炎疗效观察[J].河北中医,2006,28(8):602  
 [15]赵玉瑶,高天旭.柴胡桂枝鳖甲汤治疗肝胃不和证 52 例[J].山西中医,1999,15(3):31  
 [16]房家毅,赵建新,田元祥.柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和证 60 例[J].陕西中医,2006,27(1):23  
 [17]赵仕伟,莫激勤,赵永群.柴胡疏肝散加减治疗慢性浅表性胃炎[J].浙江中医杂志,2006,41(1):39  
 [18]杨宝寿,张毅,黄泰基,等.藏药佐塔德子玛治疗慢性浅表性胃炎(肝胃不和证)临床观察[J].成都中医药大学学报,2001,24(1):14~16  
 [19]陈清素.疏肝和胃治疗慢性胃炎 60 例[J].陕西中医,2006,26(9):1047  
 [20]张学英,邓小煌.疏肝行气汤治疗慢性浅表性胃炎 50 例[J].浙江中医杂志,2006,41(5):279  
 [21]刘玲,崔晓红,李爱丽.柴胡和胃安神汤治疗慢性胃炎合并神经衰弱的临床观察[J].中医药学报,2006,34(5):24~25

(收稿日期:2007-03-21)

义,对治疗起到了积极的作用。

参考文献

[1]张道明,王远新,戴希珍,等.酒精性肝病的临床与病理[J].中华消化杂志,1993,13(3):132~134

(收稿日期:2007-03-19)

(上接第 76 页)方治疗,方中当归、丹参、赤芍、葛根、马鞭草等活血逐瘀,白芥子、胆南星、法半夏、陈皮化湿祛浊,丹参且有促进肝细胞再生作用。治疗的同时医护密切配合,针对病因,做好心理调适和饮食指导,及时向患者及家属宣教长期饮酒对肝脏代谢的影响,戒酒本身对酒精性肝病的治疗意