

综 述

中医药治疗胃癌前病变研究进展

宋梦蝶¹ 李晓宁² 张 丽² 毛宇湘¹

(1 河北中医学院附属医院,石家庄,050011; 河北中医学院研究生学院,石家庄,050200)

摘要 收集并整理近 5 年来关于中医药治疗胃癌前病变的相关文献,从胃癌前病变病因病机、辨证分治、经方、验方、中成药加减治疗及其他治疗方面概述本病的中医特征,总结各名家经验和临床试验研究,同时对中医药治疗机制研究进行概括。归纳中医药治疗该病的优势与不足,指出未来研究重点方向。

关键词 胃癌前病变;病因病机;辨证分治;经方;验方;中成药;中医药治疗;研究进展

Progress in Study of Treatment of Precancerous Lesions of Gastric Cancer with Traditional Chinese Medicine

Song Mengdie¹, Li Xiaoning², Zhang Li², Mao Yuxiang¹

(1 TCM Hospital of Hebei Province, Shijiazhuang 050011, China; 2 Graduate School of Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang 050200, China)

Abstract This paper reviewed the literature related to the treatment of precancerous lesions of gastric cancer with traditional Chinese medicine in the past 5 years. The traditional Chinese medicine characteristics of precancerous lesions of gastric were summarized from the etiology, pathogenesis, syndrome differentiation, classical prescription, proved recipes, Chinese patent medicine and other treatments. Meanwhile, this paper not only summed up the experience of lots of famous experts and clinical trials, but also summarized the advance on precancerous lesions of gastric cancer therapeutic mechanism of TCM. This paper summarized the characteristics and advantages of Chinese medicine treatment of precancerous lesions of gastric cancer and explained its current deficiencies. At the same time, the future research directions and keys were also pointed out.

Key Words Traditional Chinese medicine; Precancerous lesions of gastric cancer; Etiology and pathogenesis; Syndrome differentiation; Classical prescription by modified treatment; Proved recipes; Chinese Patent medicine; Progress in study

中图分类号:R273 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.11.058

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gas, CAG)是消化系统常见病、多发病、棘手病之一,指胃黏膜上皮反复损伤后所引起的黏膜固有腺体萎缩或消失,伴或不伴有肠上皮化生、异型增生为特征的病理特点。在 CAG 基础上伴有胃黏膜上皮中、重度肠上皮化生、异型增生 2 种病理改变已被世界卫生组织(WHO)定义为胃癌前病变(Precancerous Lesions of Gastric Cancer, PLGC)^[1]。一般认为,PLGC 进展为胃癌是一个时间相对较长的发展过程,要经历由慢性浅表性胃炎→CAG→胃黏膜肠上皮化生→胃黏膜异型增生→胃癌癌变模式。相关调查资料^[2]显示,我国内镜下胃癌前病变的发病率为 17.7%,其中 23.6% 患者伴有肠上皮化生,7.3% 伴有异型增生,癌变率达到 5.6%~8.9%。

1 中医病名范畴

胃癌前病变是现代医学病名,我国传统医学对本病没有明确的记载,根据其症候特点多归为“痞满”“胃脘痛”“吐酸”等疾病范畴。

“痞满”本病名记载最早可追溯到《黄帝内经》中痞塞、痞满、痞隔等病名,且“否”通于“痞”。《素问·五常政要大论》曰:“备化之纪……其病否”“卑监之纪……其病留满否塞”。张仲景所著《伤寒论》明确提出“满而不痛者,此为痞”。《兰室秘藏》更有“脾湿有余,腹满食不化”“风寒有余之邪,自表传里,寒变为热,而作胃实腹满”之说,与痞满病因病机相似。张介宾《景岳全书·痞满》对本病进行了透彻的辨析,其曰“痞者,痞塞不开之谓;满者,胀满不行之谓”。林佩琴《类证治裁》说“痞则闭而不开,满

基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(2017030,2019012)

作者简介:宋梦蝶(1992.07—),女,硕士研究生,住院医师,研究方向:中医消化病,E-mail:1793472797@qq.com

通信作者:毛宇湘(1962.07—),男,本科,教授,主任医师,研究生导师,研究方向:中医消化病、艾滋病临床与科研,E-mail:maoyuxiang88@sohu.com

则闷而不舒”。不仅指出该病的临床分型,而且在选方用药方面讲求辨证施治。

“胃脘痛”之病名始见于《黄帝内经》,如《灵枢·邪气脏腑病形》中提到:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛”。孙思邈《千金要方》中有9种心痛之说,实则是对胃脘痛与心痛在病因和临床表现方面的归类。《兰室秘藏》为“胃脘痛”专篇论述,将其与心痛在病因病机、证候及治法方面做了明确区分,并首立一门,使其成为独立的病证。

“吐酸”之名首见《素问·至真要大论》,谓:“少阳之胜,热客于胃,烦心心痛,目赤欲呕,呕酸善饥”。《诸病源候论·噎醋候》又谓:“噎醋者,由上焦有停痰,脾胃有宿冷,故不能消谷”。《景岳全书》曰:“凡喉间噎噫,即有酸水如醋浸心,嘈杂不堪者,是名吞酸……时多呕恶,所吐皆酸,即名吐酸,而渥渥不行者是也”。对吞酸和吐酸提出了相关论述。

1989年,全国第五届脾胃病学术交流会议上通过了CAG胃癌前病变属中医学“胃痞”范畴,以“痞满”为主。虽然胃癌前病变中医命名仍需进一步探讨,但临床上“胃痞”更为常见。

2 病因病机的认识

2.1 古代医家对本病病因病机的认识 CAG癌前病变病因复杂,故古典文献中对该病病因病机的认识亦仁者见仁,智者见智。如《素问·平热论》云:“邪之所凑,其气必虚”。《脾胃论》云:“内伤脾胃,百病由生”。可见脾胃虚弱是发为本病之本。《素问·举痛论》云:“寒气客于胃肠之间,膜原之下,血不得散,小络引急,故痛”。《素问·异法方宜论》云:“北方者,天地所闭藏之域……脏寒生满病”。《兰室秘藏·中满腹胀论》亦云:“风寒有余之邪,自表传里,寒变为热”。提出外感邪气直中脾胃可致胃脘痛。《素问·痹论》曰:“饮食自倍,脾胃乃伤”。《兰室秘藏》曰:“或多食寒凉,乃脾胃久虚之人,胃中寒……亦有膏粱之人,湿热郁于内”。《寿世保元》曰:“胃脘痛证,多是纵恣口腹,喜好辛酸,恣饮热酒煎爆,复食寒凉生冷……故胃脘疼痛,吞酸噎气”。《杂病源流犀烛》曰:“心下痞塞满,有食积而成者,有痰结而成者,有湿热太甚而成者”。认为饮食内伤对本病的发生也有重要影响。《素问·六元正纪大论》云:“木郁发之,民病胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不通,饮食不下”。《景岳全书》云:“胃脘痛,多因食、因寒、因气不顺……盖食则气滞,寒留则气凝”。《血证论》亦云:“木之性主于疏泄,而水谷不化”。说明肝郁气滞是本病发病的重要原因之一,

其中气机不利与本病的发生密切相关。

无论是古典文献,抑或是各家学说。概而言之,本病病因多归结于脾胃虚弱、感受外邪、饮食内伤、肝郁气滞等,基本病理因素包括气滞、寒凝、痰浊、湿热、瘀血等,病位主要在胃,与肝、脾至密相关,为本虚标实,虚实夹杂之证。

2.2 现代医家对本病病因病机的认识 徐力教授^[3]认为脾胃素虚是贯穿疾病始终的根本因素。刘沈林教授^[4]认为脾胃虚弱、气机瘀阻是本病的主要病机,其中脾胃虚弱为本,气滞、血瘀、痰湿为标,强调以健脾为主,兼肝脾同治。张强等^[5]认为PLGG发病的基本病机为脾胃虚弱、运化失常,气滞血瘀为基本病理过程,而瘀毒互结则为胃癌前病变的最终结局。

杨宏升^[6]认为以寒邪为主的六淫邪气为重要致病因素,发病基础为脾胃受损、胃阴不足,常因饮食不节、情志不畅而诱发,故自拟调气温中方以温中散寒治疗,疗效显著。刘友章教授^[7]认为素体禀赋不足、饮食不节、肝气郁滞为常见致病原因,本虚以脾胃虚弱为主,标实以瘀血阻络、毒邪丛生为主,故治以健脾益气、散瘀通络、清热解毒。

朱方石教授^[8]认为CAG病程长久、病机复杂,其发病基于脾胃虚弱,而病程常见因情志不调所致土虚木乘之象,并且血瘀阻络是贯穿疾病发生发展过程的重要病理因素,提出健脾养胃、疏肝和胃、活血通络等治疗原则。赵绍华教授^[9]认为大部分CAG患者发病与肝脾失调功能有关,病机为肝木过旺,木郁乘土。其中初病在气,久病入络伤血,影响疾病进一步转归,晚期出现胃黏膜肠化生或者不典型增生改变,故临床治疗重视补益脾胃、疏肝健脾、活血化瘀、解毒散结。

朱西杰教授^[10]认为“毒”是导致PLGG发病的重要病因病机,“邪距胃脘,久酿成毒”,HP感染之虫毒、痰湿瘀热毒为其发病之关键病理因素,临证采用解毒排毒法治疗。李海文^[11]集各家理论之长,从癌毒角度论治PLGG,认为癌毒既是致病因素又是病理产物,强调癌毒夹湿夹瘀为初期致病因素,若病程日久,治疗不当,则气血凝滞,癌毒结聚为有形之物,可转归为恶性肿瘤。

3 临床治疗

3.1 辨证分型论治 卞嵩京教授^[12]认为CAG肠上皮化生的病机为中阳不足、痰凝血瘀,治疗上辨证分为四型:1)中阳虚寒型,治以温中祛寒、化湿扶阳,方用附子理中汤合半夏泻心汤加减。2)中虚气滞

型,治以调中益气、和胃降逆,方用参苓白术散、四逆散合香橼散加减。3)寒凝瘀阻型,治以温运化湿、化瘀行血止痛,方用理中丸、半夏泻心汤合失笑散加减。4)气阴两虚型,治以温胃养阴,方用香砂六君子汤合麦门冬汤加减。

李俊等^[13]探讨中药辨证论治胃癌前病变的临床疗效,将 146 例患者分为五型:1)脾胃虚弱型,治以健脾益气,方用黄芪建中汤加减。2)肝胃不和型,治以疏肝和胃,方用柴胡疏肝散加减。3)脾胃湿热型,治以清利湿热,方用藿朴夏苓和三仁汤加减。4)气滞瘀血型,治以理气通络,方用丹参饮加减。5)胃阴不足型,治以滋养胃阴,方用一贯煎加减。经治疗总有效率高达 71.2%。

马宝林教授^[14]认为该病基本病变与发病机制多由气、痰、瘀交络,阻滞于胃脘所致。病机关键为气阴两虚、瘀血内阻。临床上将该病分为两类常见证型:1)寒凝气滞型,治以理气和胃、温中散寒,方用砂半理中汤加减。2)血瘀痰阻型,治以理气化痰、祛瘀止痛,方用四合汤加减。

谢晶日教授^[15]认为本病发病基本病机为气阴两虚,夹瘀夹毒,根据 PLGC 病因病机并结合患者临床症状,将本病分为四型:脾胃虚弱型、胃阴不足型、气滞血瘀型、瘀毒互结型。治疗 PLGC 擅长用对药,如沙参、石斛;川芎、当归;三棱、莪术;乳香、没药;半枝莲、白花蛇舌草;露蜂房、蚤休。

杨少山教授^[16]主张慢性胃炎伴肠化异形增生从肝论治,将本病分为四型:1)肝郁气滞型,治以疏肝理气和胃。2)肝胃郁热型,治以清热疏肝和胃。3)肝郁阴虚型,治以养阴柔肝和胃。4)肝郁脾虚型,治以疏肝健脾和胃。

3.2 经方加减治疗 席晓平^[17]认为现代社会生活节奏快,普遍生活压力大,加之情志不畅,恼怒忧思,平素脾胃虚弱,故肝郁脾虚型患者居多。观察组选用加味柴芍六君方对 80 例肝郁脾虚型 PLGC 患者进行治疗,组方如下:白芍、白花蛇舌草、茯苓、丹参、党参、白术、半枝莲、蒲公英、半夏、莪术、陈皮、柴胡、甘草。加减:痛甚加延胡索;腹胀加莱菔子、大腹皮;反酸加海螵蛸;口干加石斛、淮山。对照组予胃复春片口服治疗。经治疗,观察组总有效率达 92.5%,对照组总有效率 72.5%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

刘礼剑等^[18]认为本病病机为精血不足、阴虚火旺、脾虚血瘀,故以滋补精血、潜降虚火、健脾化瘀为治疗大法,方选当归芍药散加减治疗。观察组予口

服当归芍药散(当归、白芍、泽泻、川芎、白术、茯苓、生牡蛎、生龙骨、乌梅、三七粉)治疗。对照组予成药胃复春片口服。经过 6 个月治疗,观察组患者纳呆、胃胀及症状积分均优于对照组($P < 0.05$)。观察组有效率为 91.7%,对照组有效率为 70%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

代二庆教授^[19]认为本病以脾虚为本,胃络瘀血为标,治以升阳益气,活血通络,方选升阳益胃汤。比较 2 组改善 PLGC 主要症状和胃镜检查指标的疗效,观察组选用升阳益胃汤(党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏、柴胡、防风、羌活、独活、泽泻、白芍、黄连、三棱、莪术);对照组选用胃复春片。治疗后观察组总有效率为 89.75%,明显高于对照组的 66.67% ($P < 0.05$)。

王建斌^[20]运用半夏泻心汤加减作为观察组,胃复春片治疗作为对照组。观察组口服半夏泻心汤(半夏、黄连、黄芩、甘草、干姜、大枣、木香、枳壳、厚朴、大腹皮、焦麦芽、焦神曲、焦山楂、焦槟榔、延胡索)加减:郁者加青皮、陈皮、香附、佛手;中气虚者,佐以补中益气汤;寒者,加良附丸、干姜、附子、川椒;阴虚者,加寸冬、天花粉;瘀血者,加五灵脂、蒲黄、三七粉;湿者,加藿香、佩兰、炒苍术;胃灼热者,加瓦楞子、海螵蛸;反胃者,加橘皮;口苦口臭者,加鸡内金、炒莱菔子;便秘者,加炙淫羊藿、熟大黄。观察组有效率为 85.18%,对照组有效率为 66.67%。2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.3 验方加减治疗 李云^[21]自拟益胃活血汤(黄芪、半枝莲、甘草、太子参、鸡内金、薏苡仁、白术、山楂、三七粉、石斛、莪术、枳实、白及、桃仁)治疗 PLGC,对照组予西药(维酶素片、猴头菌片)口服治疗,连续治疗 3 个月后,观察组在临床证候改善、胃镜下及病理方面的疗效、肿瘤标记物(CA125、CA19-9、CEA)指标疗效均明显优于对照组,观察组有效率为 93.33%,对照组有效率为 76.67%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。该方临床治疗 PLGC 取得了满意的疗效。

康英梅^[22]主张本病以胃络瘀阻为基本病机,故以健脾益气、活血通络为治法,并在此基础上拟活血健脾方治疗 PLGC。观察组予活血健脾方(党参、炒白术、茯苓、炒枳壳、莪术、丹参、川芎、当归、三七、白芍、乌梅、炙甘草)随证加减,对照组予胃复春片治疗。经治疗后,观察组有效率为 87.50%,对照组有效率为 65.00%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

曹绍法教授^[23]认为本病性质为本虚标实,脾胃气虚是胃癌前病变根本,气滞血瘀是该病发生发展的病理关键,脾虚血瘀与虚实夹杂是该病的关键病机,故以健脾益气、清热解毒、活血益气散结为主要治疗原则。并结合患者的症状、体征及内窥镜表现,自创经验方“复胃煎”,基本组方:党参、白术、甘草、茯苓、白花蛇舌草、蒲公英、半枝莲、木香、白及。

姚乃礼教授^[24]认为脾胃虚弱是本病重要的发病基础,而瘀毒内结、损伤胃络是贯穿疾病始终的关键病理特征,故以健脾通络解毒为治疗原则拟健脾通络解毒方加减治疗 PLGC。组方如下:太子参、白术、茯苓、法半夏、丹参、莪术、三七粉、藤梨根、甘草。加减:气虚者,加炙黄芪;中焦虚寒者,加干姜、桂枝;阴虚津亏者,加北沙参、麦冬、石斛;湿浊者,加厚朴、豆蔻;湿热者,加黄连、黄芩、蒲公英;肝气郁结者,加北柴胡、麸炒枳壳、白芍。治疗 6 个月后,40 例患者临床症状改善、胃黏膜病变疗效明显优于治疗前,其中显效 1 例,有效 30 例,无效 9 例,临床总有效率 77.50%。

宋静等^[25]认为脾胃虚弱是 PLGC 的重要发病病机,湿热瘀毒是发病的关键环节,故以健脾益气、托毒消痈为法,自拟补气托毒消痈方加减治疗 PLGC。组方如下:黄芪、党参、茯苓、白豆蔻、苏梗、白花蛇舌草、金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、薏苡仁、儿茶。加减:肝郁气滞者,加柴胡、枳壳、香附;阴虚郁热,加牡丹皮、栀子;脾胃虚寒,加党参、附子、吴茱萸。观察组予补气托毒消痈方加减治疗,对照组予胃复春片治疗。治疗后,观察组有效率为 80.00%,对照组有效率为 63.30%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.4 中成药治疗 拉巴普尺等^[26]应用藏药仁青常觉作为观察组,胃复春片作为对照组,经治疗 3 个月后,观察组总有效率为 66.67%,对照组为 37.78%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组疗效明显优于对照组,且观察组的不良反应少于对照组,说明藏药仁青常觉治疗 PLGC 效果优于胃复春片。

刘涛等^[27]报道应用胃康宁治疗脾虚寒热瘀毒型慢性 CAG 伴胃癌前病变患者 90 例,将 90 例患者随机分为 2 组,观察组 45 例予胃康宁治疗,对照组 45 例予胃复春片口服。经治疗 3 个月后,观察组总有效率为 93.30%,明显高于对照组 57.60%,组间疗效差异有统计学意义($P < 0.05$)。可见胃康宁治疗脾虚寒热瘀毒型慢性 CAG 伴胃癌前病变有较好

的临床效果。

何孙香等^[28]应用消痞和胃胶囊治疗胃癌前病变患者 64 例,将 64 例患者随机分为观察组和对照组,2 组均予奥美拉唑镁肠溶片、枸橼酸铋钾、克拉霉素片治疗,连续服用 2 周后,对照组加服胃复春片,观察组同时加服消痞和胃胶囊,均连续服用 6 个月。经治疗后,观察组总有效率为 93.75%,高于对照组的 78.13%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组患者治疗后 Hp 感染改善情况均优于对照组($P < 0.05$)。

唐少波等采用健胃愈疡片治疗胃癌前病变,将 80 例患者随机分为 2 组,对照组 40 例单纯用氩气刀 + 安慰剂治疗,观察组 40 例在对照组基础上联用健胃愈疡片口服治疗。2 组患者在治疗过程中均适当饮食(适当进食流食和忌辛辣油腻刺激等食物)和注意休息,结果显示观察组总有效率为 95.00%,对照组 84.00%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),说明健胃愈疡片对 PLGC 有良好的治疗作用。

3.5 其他治疗(针灸、推拿、耳穴、穴位贴敷) 中医对于 PLGC 的治疗,除中药口服治疗外,还有其他特色疗法,例如耳穴、艾灸、埋穴、针灸等。

邓建梅等^[29]将 60 例患者随机分为对照组和观察组,观察组以疏肝通络方联合耳穴压豆治疗,其总有效率为 86.70%,2 组间总有效率比较,观察组疗效明显优于对照组。由此得出结论:疏肝通络方联合耳穴压豆治疗胃癌前病变,疗效确切。

陈家伟等^[30]认为胃癌前病变的基本病机以脾胃虚弱、正气不足为主。足三里穴作为足阳明胃经的下合穴,通过艾灸可起到健脾和胃扶正的作用,并且艾灸足三里穴还可以提高机体免疫功能、抑制胃黏膜损伤,成为抑制胃癌前病变发展的新治疗靶点。

郑逢民等^[31]观察中药内外敷合掀针埋穴治疗 CAG 伴癌前病变疗效,治疗 3 个月后,128 例患者中痊愈 35 例,显效 51 例,有效 34 例,无效 8 例,总有效率 93.70%。

范明等^[32]采用随机对照法将 30 例患者分为对照组(辨证中药健脾养胃化瘀方联合蜂针)和观察组(胃复春片),疗程 3 个月,发现辨证中药联合蜂针治疗逆转胃癌前病变有较好的疗效。

4 中医药治疗机制研究

王霞等运用化痰消瘀方治疗胃癌前病变大鼠,通过形态学变化以及免疫组化染色观察胃癌前病变胃黏膜组织中 bcl-2、bax、mTOR、及 LKB1 的表达,得

出结论:化痰消癥方可下调 bcl-2、mTOR、上调 bax、LKB1 蛋白表达,该方逆转胃癌前病变的机制可能与上述机制有关。邱岳等^[33]观察化痰解毒益气法对胃癌前病变大鼠 p16 基因甲基化的影响,采用甲基化特异性 PCR 方法检测胃黏膜细胞 p16 基因甲基化水平。化痰解毒益气法通过降低 p16 抑癌基因启动子区域 CpG 岛甲基化水平,改善胃黏膜腺体,进而发挥治疗胃癌前病变的作用。黄柳向等^[34]选用 MNNG、脱氧胆酸钠制作胃癌前病变大鼠模型,运用莪蚕健胃方进行干预,观察其对 HIF-1 α 、VEGF 基因转录及表达的影响。通过抑制胃癌前病变血管生成、削弱 HIF-1 α 、VEGF 基因转录及蛋白表达强度的机制可能是莪蚕健胃方治疗胃癌前病变的作用机制。

5 体会与展望

近几年来,从治疗 PLGC 的临床观察及动物研究结果来看,中医药治疗本病相对于单纯的西医治疗有明显的优势,疗效显著,复发率低,不良反应小,越来越引起人们的广泛重视与关注。随着现代医家对 PLGC 的认识逐步深入,积累了丰富的理论基础与临床经验,并开展了多样化中医特色疗法,其中中药内服、外敷、穴位注射效果明显,针灸、艾灸不良反应小,耳穴、脐疗效果显著,易操作,且患者普遍认可。

然而,由于 PLGC 病因繁多,病机复杂,目前中医药在治疗本病方面仍存在一些问题。如:1)对本病病因病机辨证分型方面的认识尚未统一,使诊疗方面缺乏规范性,可重复性不强;2)临床观察和动物研究缺乏公认的中医证候模型的制备方法,样本量少,且各地区的中医证候分布各异;3)临床设计不严谨,缺乏较明确的调查量表,治疗标准不统一;4)临床治疗周期较长,部分中药的用药安全性有待确定。因此,在今后的研究中,应将现代医学研究方法 with 中医辨证理论紧密结合,制定相关标准和共识意见。规范临床设计方案,并以循证医学理论为指导,进而提高中医药治疗 PLGC 的临床疗效。

参考文献

- [1] Torres VJ, VanCompernelle SE, Sundrud MS, et al. Helicobacter pylori vacuolating cytotoxin inhibits activation-induced proliferation of human T and B lymphocyte subsets[J]. J Immunol, 2007, 179(8): 5433-5440.
- [2] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [3] 付艳, 杜楠, 孙君重, 等. 香菇多糖联合化学疗法治疗胃癌的疗效观察[J]. 中国医药, 2012, 7(10): 1248-1250.
- [4] 卢冬雪, 刘沈林. 刘沈林教授辨治胃癌前病变的临床经验撷菁

- [J]. 中医药导报, 2018, 24(4): 43-45.
- [5] 张强, 黄明河. CAG 伴胃癌前病变辨治思路[J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 25(2): 118-120.
- [6] 杨宏升. 调气温中方对 CAG 胃癌前病变患者中医症状积分及转归的影响[J]. 四川中医, 2017, 35(5): 91-93.
- [7] 陈晓东, 潘华峰, 蔡甜甜, 等. 刘友章治疗胃癌前病变临床学术思想探讨[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(10): 4491-4493.
- [8] 张碧文, 朱方石. 朱方石论治 CAG[J]. 吉林中医药, 2018, 38(10): 1143-1145.
- [9] 梁立敏. 赵绍华治疗 CAG 经验[J]. 河南中医, 2017, 37(11): 1908-1910.
- [10] 李海文, 潘华峰, 王超, 等. 从癌毒角度论述胃癌前病变[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(2): 381-382.
- [11] 王延丽, 朱西杰, 肖清燕, 等. “解毒排毒”治疗胃癌前病变新思路[J]. 江苏中医药, 2014, 46(1): 5-7.
- [12] 杨强, 祝其荣, 卞嵩京. 卞嵩京辨治 CAG 肠上皮化生经验[J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(10): 20-21.
- [13] 李俊, 张云波. 中药辨证治疗胃癌前病变的临床观察[J]. 世界中医药, 2014, 9(7): 895-897.
- [14] 于凤芝, 马宝林. 马宝林治疗胃癌前病变经验[J]. 内蒙古中医药, 2014, 35(25): 21-22.
- [15] 张立宏, 梁国英. 谢晶日教授治疗胃癌前病变“对药”临证经验[J]. 中医药信息, 2012, 29(5): 56-57.
- [16] 林志强, 王大璇, 洪珊珊, 傅新阳. 香砂六君子汤对菌致慢性萎缩性胃炎 TLR 信号通路的影响[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(16): 3078-3083.
- [17] 席晓平. 加味柴芍六君子方治疗肝郁脾虚型胃癌前病变的临床疗效[J]. 临床合理用药, 2018, 11(100): 114-115.
- [18] 刘礼剑, 黄念慈, 文艺磊, 等. 当归芍药散加味治疗 CAG 癌前病变的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(9): 712-715.
- [19] 白玉茹, 代二庆, 高志华, 等. 升阳益胃汤治疗 CAG 癌前病变的临床观察[J]. 中药药理与临床, 2016, 32(4): 105-107.
- [20] 王建斌. 半夏泻心汤加味治疗胃癌前病变 27 例[J]. 西部中医药, 2011, 24(12): 45-47.
- [21] 李云. 自拟益胃活血汤治疗胃癌前病变的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2017, 1(1): 20-21.
- [22] 康英梅. 活血通络法用于 CAG 癌前病变治疗观察[J]. 中国医学创新, 2015, 12(6): 101-102.
- [23] 宋可可. 曹绍法自拟复胃煎方治疗胃癌前病变用药经验[J]. 江西中医药, 2014, 45(2): 16-17.
- [24] 白宇宁, 王少丽, 姚乃礼, 等. 健脾通络解毒法辨治 CAG 癌前病变 40 例临床观察[J]. 中医杂志, 2014, 55(4): 301-304.
- [25] 宋静, 顾剑平, 楼小萌. 补气托毒消痈方治疗胃癌前病变 30 例[J]. 山东中医杂志, 2013, 22(6): 396-397.
- [26] 拉巴普尺, 邹煜明. 藏药仁青常觉治疗胃癌前病变的临床研究[J]. 临床医药文献杂志, 2017, 4(36): 7074-7075.
- [27] 刘涛, 张霞. 魏玮. 胃康宁治疗脾虚寒热瘀毒型 CAG 伴胃癌前病变临床疗效及调节 COX-2 蛋白的机制研究[J]. 上海中医药杂志, 2016, 50(11): 46-48.

遂临床主从肝治,兼顾温肾补脾、调理冲任,以止痛消结汤为基础加减治疗,效果显著。

基于“女子以肝为先天”理论是从肝生理特性及其与各脏器生理相依、病理相应的角度出发。乳癖的发生多与气血、情志相关,涉及肝脾肾三脏,肝为将军之官而司疏泄、主藏血,可疏调气血、畅达情志。《素问·五藏气大论》曰:“发生之纪,是谓启陈。土疏泄,苍气达”,是谓脾病亦从肝主。《女科折衷纂要》说:“血之资根在于肾,血之资生赖于脾,血之藏纳归于肝,三者并用,乃先天之体”,《血症论》亦提出:“血室者,肝之所司,冲脉起于血室,故属肝脏,治肝即治冲任”^[18],即肝可助脾之运化,又可协肾之藏泄。强调“女子以肝为先天”之治法,为历代医家所推崇的,但并不是强调治疗必须以肝为主,忽略其他脏腑在乳房病疾病的重要性,而是指出应在中医整体观念、辨证分型理论的指导下,兼顾“女子以肝为先天”生理病理的特点,顺从疾病发展的规律来治疗。

参考文献

- [1]侯俊明,张锐,贾勇,等.乳疾灵颗粒联合小金胶囊治疗乳腺增生的临床观察[J].世界中医药,2018,6(13):1359-1362.
- [2]张素香.“女子以肝为先天”的理论及临床意义[J].山东中医杂志,2011,29(2):80-81.
- [3]Ma HL,Gao JS,Tian F,et al. Effect of Letrozole, Berberine, or Their Combination for Infertility in Women with Polycystic Ovary Syndrome: Statistical Analysis Plan for a Multicenter Randomized Controlled Trial [J]. World J Tradit Chin Med,2016,2(3):36-42.
- [4]王广维,王莉媛,李成卫,等.当代肝主疏泄理论框架构建分析

[J].世界中医药,2015,11(10):1645-1649.

- [5]田蕾,吴昊昱,郑敏,等.从心理应激理论探讨中医肝主疏泄功能的研究思考[J].世界中医药,2016,9(11):1905-1908.
- [6]徐慧颖,李成卫,王庆国.肝脾关系内涵变迁的内外在动力及其启示[J].世界中医药,2015,11(10):1655-1657.
- [7]李雅莉,魏海峰,姜凤英,等.开郁合剂治疗抑郁症的临床观察[J].中国医药,2013,8(1):43-44.
- [8]高秉钧.疡科心得集[M].南京:江苏科学技术出版社,1983:67.
- [9]吴雪卿,唐汉钧.唐汉钧从肝、脾、肾-冲任治疗乳腺增生[J].山东中医杂志,2017,36(3):221-223.
- [10]邹建东,卞卫和,任小梅,等.消癖颗粒治疗乳腺增生病痰瘀互结冲任失调证的临床研究[J].世界中医药,2013,12(38):1439-1441.
- [11]陈志刚,张卫华.国医大师郭诚杰从肝论治乳腺增生病经验[J].江苏中医药,2017,49(7):10-11.
- [12]陈红风.中医外科学临床研究[M].北京:人民卫生出版社,2017:130.
- [13]余听鸿.外证医案汇编[M].上海:上海科技出版社,1961:1.
- [14]陈显春,蒋成刚,陈庆秋,等.675例乳腺增生女性患者的焦虑、抑郁情绪及其与生活事件和人性格的关系研究[J].第三军医大学学报,2014;36(2):174-176.
- [15]姚玲,段克姿,王瑞珍.焦虑、抑郁和运动与乳腺增生症相关性研究[J].中国妇幼保健,2013,28(29):4788-4789.
- [16]孙永强,杜业勤.疏肝散结法治疗乳腺增生临床疗效分析[J].中医临床研究杂志,2013;5(21):77.
- [17]蔺娟,蔡国良,许鹏光.止痛消结汤治疗乳腺增生病33例[J].江西中医药,2012,43(356):50-51.
- [18]郝静.“女子以肝为先天”的理论与临床研究[D].山东:山东中医药大学,2014.

(2018-12-23 收稿 责任编辑:苍宁)

(上接第 3091 页)

- [28]何孙香,熊泽民,汪波.消痞和胃胶囊治疗胃癌前病变32例临床研究[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(24):233-236.
- [29]邓建梅,苏火财.疏肝通络方联合耳穴压豆治疗胃癌前病变的临床研究[J].中外医学研究,2018,16(29):155-156.
- [30]陈家伟,张孟之.艾灸足三里抑制胃癌前病变的作用探析[J].中国民族民间药,2018,27(11):57-59.
- [31]郑逢民,郑乐乐.中药内外敷合揞针埋穴治疗CAG伴癌前病变128例[J].浙江中医杂志,2018,53(6):413-414.

[32]范明,赖洁珊,彭伟娇,等.辨证中药联合蜂针逆转胃癌前病变的临床研究[J].中医学报,2014,42(1):72-75.

[33]邱岳,杨晋翔,李志钢,等.化癥解毒益气法对胃癌前病变模型大鼠p16基因甲基化的影响[J].中医学报,2017,32(12):2289-2293.

[34]黄柳向,周晶,喻斌,等.莪蚕健胃方调控HIF-1 α 、VEGF表达对胃癌前病变的影响[J].中药药理与临床,2016,32(5):74-78.

(2018-12-13 收稿 责任编辑:芮莉莉)