

引用:隋焯,姜树民.姜树民分期论治慢性萎缩性胃炎经验[J].湖南中医杂志,2021,37(3):30-32.

姜树民分期论治慢性萎缩性胃炎经验

隋焯¹,姜树民²

(1. 辽宁中医药大学,辽宁 沈阳,110032;2. 辽宁中医药大学附属医院,辽宁 沈阳,110032)

[摘要] 介绍姜树民教授分期论治慢性萎缩性胃炎(CAG)的临证经验。姜教授认为,CAG 病程缠绵,病位较深,以脾胃虚弱为疾病发生的根本原因、湿热内蕴为疾病发展的重要条件、瘀毒阻络为疾病恶化的关键因素,临床可分为脾胃虚弱、湿热内蕴、瘀毒阻络三期论治。根据不同阶段病情特点,辨证施治,以“调”“平”“夺”为法,分别治以健脾化湿、疏肝和胃、清热祛湿,益胃生津、化瘀生新,解毒化积。姜教授用动态思维把握疾病发展,随症加减,疗效颇佳。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;分期论治;名医经验;姜树民

[中图分类号] R259.733⁺.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.03.010

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是一种以胃黏膜固有腺体萎缩、数量减少甚至消失为特征的慢性消化系统疾病,镜下可见肠上皮化生、不典型增生等病理改变。中医学对本病无特定名称,依据其暖气、恶心、中上腹不适等表现,可将其归属于“胃痞”“胃痛”“嘈杂”“虚痞”等范畴。近年来研究显示,约有 10% 伴有不完全肠化生和中重度不典型增生的 CAG 患者发展为胃癌^[1],故及早发现并治疗、逆转 CAG 进展是预防胃癌发生的关键。姜树民教授师从李玉奇、周学文 2 位国医大师,从医三十余载,研读经典,中西互参,现将其分期论治 CAG 的经验总结如下,以飨同道。

1 病因病机

1.1 脾胃虚弱为疾病发生的根本原因 脾胃乃后天之本,谷食水饮经胃之腐熟、脾之运化转为精微物质,与先天元气、肺中清气相合,化为气、血、精、津、液,充养机体。东垣《脾胃论》有云:“胃中元气盛,则能食而不伤……胃气之本弱,而饮食自倍……诸病之所由生也。”若脾胃素虚,加之外感寒热、饥饱无度、情志不畅、劳倦所伤,则脾虚不思饮食,胃弱无力消谷,枢机不畅,湿热壅结,气血生化乏源,日久精失所养、津液干涸,于微观处则表现为胃腺体萎缩、胃黏膜变薄,日久体虚诸病蜂起,故医家常谓“百病皆由脾胃衰而生”。CAG 病位在胃,与脾密切相关,脾胃虚弱为本病发生的根本原因。姜教授临床治疗以健脾益胃为本,扶助正气,脾胃之气健旺,则上可升清,滋养五脏,防病之传变;下可

通降,糟粕尽出,给毒邪以出路。脾胃功能正常,腐熟健运各司其职,则人能食而肥,毒邪亦无蕴藏之处。

1.2 湿热内蕴为疾病发展的重要条件 “太阴司天,其化以湿;阳明司天,其化以燥”,脾为湿土,胃乃燥腑,湿热邪气最易在脾胃中滋生盘踞,其病因可见于外感与内伤。外感之源多见长夏季节,此时为夏秋之际,湿气最盛之时,脾气最易为湿所困,湿土之气,同类相召,脾胃疾病多重于长夏^[2]。薛生白《湿热病篇》有载:“湿热之邪,始虽外受,终归脾胃。”内因一为今人恣食辛辣肥甘厚腻之品,饮酒无度,饮食失节酿生湿热;二为情志失调,木气壅滞,郁久化热,肝木乘土,脾失健运,水液代谢失司。饮食经胃之腐熟、小肠泌别清浊、大肠传化糟粕而后自魄门而出,若胃失和降、食物久留于胃而所生之湿热,实与糟粕无异,日久则表现为肠上皮化生。现代研究发现幽门螺旋杆菌(Hp)感染为 CAG 发病的重要原因之一,根除 Hp 感染可显著降低胃癌发生的风险^[3],临床采用清热祛湿法联合根除 Hp 治疗脾胃湿热型胃炎效果显著,从而证明了 Hp 感染与脾胃湿热的密切相关性^[4]。

1.3 瘀毒阻络是疾病恶化的关键因素 清·叶天士谓:“初病湿热在经,久则瘀热在络。”湿热内蕴日久,可致瘀血入络,络脉细小,分布广泛,内络脏腑,外联肢节,邪气入络脉标志着疾病的发展与深入。其病机有四:1)湿性黏滞,阻遏气机,气滞则血停,血滞不行,脉络不通;2)热为阳邪,煎熬津液,《金匱

第一作者:隋焯,女,2018 级硕士研究生,研究方向:中医内科学(脾胃病方向)

通讯作者:姜树民,男,主任医师,博士研究生导师,研究方向:消化系统疾病的临床诊治,E-mail:shuminjiang@yahoo.com

要略》有云:“热之所过,血为之凝滞”;3)热灼血络,血液离经,不循常道而为衄血;4)湿热日久,耗气伤阴,脉络枯涩,因虚致瘀。瘀血阻滞脉络,与湿、热胶结,日久则蕴积成毒,黏膜溃烂坏死,秽浊盘踞,甚则癌变,对应的病理学改变则为不典型增生,癌变风险增大。实验室研究表明,胃络瘀阻型胃炎在胃镜下的病损程度及病变形态也较其他证型胃炎更重,运用活血化瘀法治疗 CAG 不仅可显著改善患者症状,还可在一定程度上逆转 CAG 癌前病变,降低胃癌发生率^[5]。

2 分期论治

《素问·至真要大论》载:“微者调之,其次平之,盛者夺之。”即在疾病进展的过程中,根据正邪的交争演变,将疾病分为不同阶段论治。病情轻浅时,可用轻剂扶助正气,驱邪外出;病情逐渐进展时,用中剂攻补兼施平复病势;病情深重时,则需重剂先攻其邪气,邪不去则正不安。慢性胃炎的病程演变较为明确,即慢性炎症→萎缩性胃炎→萎缩性胃炎伴肠化→不典型增生→胃癌^[6]。姜教授临证时辨病与辨证相结合,以胃镜诊断、组织病理为参,将 CAG 分为脾胃虚弱、湿热内蕴、瘀毒阻络三期,根据不同阶段干预治疗,可阻止病势演变。

2.1 脾胃虚弱期 此期正气渐虚,邪气未盛,病情较轻,病机为脾胃虚弱,肝胃失和,临床症见:食少纳呆,倦怠乏力,脘腹饱胀,形体偏瘦,舌淡或红、苔白或薄黄,脉沉或缓。胃镜下多见黏膜变薄,颜色灰白,病理改变以中轻度萎缩为主。如疾病初期患者食欲尚可,而运化功能减弱,易食积化滞,湿气困脾,肝胃不和。姜教授认为脾胃重在健运不在补,故以“调”为法,健脾化湿,疏肝和胃。同时可投以清补、平补之品以提振中焦之气,芳香化湿、宽中消食之品疏达中焦之郁,不可妄投温燥、苦寒、滋腻之剂,使中焦正气愈虚,郁滞愈甚。基础方:黄芪、茯苓、砂仁、鸡内金、生麦芽。《本草备要》谓黄芪“益元气,温三焦,壮脾胃”,为补益药之首,善补脾气,提振中焦,“脾旺四季不受邪”。若气虚甚者,倦怠乏力明显,可酌加太子参、党参、白术、白扁豆,以助黄芪补脾益气。茯苓健脾渗湿,味淡故能利窍,微甘以助扶阳,为利水除湿之圣药。砂仁辛温香窜,其性宣行,故可醒脾和胃,顺气调中,对因食痰壅塞而致腹胀功效尤彰,二者一淡渗一温化,相须为用,使湿气分消。若湿气甚,齿痕重而苔不厚者,可酌加白豆蔻、薏苡仁、陈皮淡渗利湿。鸡内金消食健

胃,乃同气相求之意,《滇南本草》谓之“宽中健脾,消食磨胃”。若食积甚,伴有暖气酸腐、胃中嘈杂者,可加山楂、神曲、槟榔、豆豉,共奏消食之功。生麦芽为谷之萌芽,取其生发之性,疏肝理气,畅达肝木。若肝郁甚,胁肋隐痛不适,脘腹胀满疼痛者,可加柴胡、郁金、川楝子、白芍以疏肝柔肝、调和肝脾。

2.2 湿热内蕴期 此期正气已虚,邪气渐盛,病情较重,病机为湿邪久留,胃热伤津,临床症见:胃脘痞胀,胃中灼热,口干口苦,反酸烧心,舌红或绛、苔黄白相间或黄腻,脉弦或弦滑。胃镜下多见黏膜皱襞,糜烂出血,病理改变以萎缩伴轻度肠上皮化生为主。脾胃虚弱日久,病情日趋进展,脾胃失司,升降不调,湿热秽浊之邪盘踞中焦,积湿化浊,热盛伤津,此期正气已虚,邪气渐盛。其治以“平”为法,清热祛湿,益胃生津。需攻补兼施使用清热、祛湿、生津之品,不可畏其苦燥、甘寒,积邪之处,邪去正自安。基础方:苦参、蚕沙、浙贝母、石斛、知母。苦参,清热燥湿之力甚强,《本草正义》谓之“大苦大寒之品,退热降泄,荡涤湿火……较之芩、连力量益烈”。研究表明苦参提取物苦参碱可明显抑制耐药 Hp^[7]。若患者胃火素盛,口苦口臭,渴喜冷饮,胃中灼痛难忍者,可酌加连翘、石膏、栀子。蚕沙又名蚕矢,因蚕只食不饮之特性,其性温燥,祛风胜湿之力甚强,善祛湿化浊,引浊邪下行。若湿浊较重,舌苔厚腻,面目多油者,可加苍术、厚朴。浙贝母有清泄之功,可清降肺气以助胃火下行;石斛滋阴以除虚热,益胃以生清津。知母其性滑利,可泄无根之肾火,既可清肺金而泻火,又可润肾燥而滋阴。浙贝母、石斛、知母三者合用清上中下三焦虚火,如扬汤止沸、釜底抽薪。若津伤重,口中甚干、干咳无痰、舌裂少苔者,可加玉竹、百合、北沙参。

2.3 瘀毒阻络期 此期正气大虚,邪气日进,病势深重,病机为瘀血阻络,邪毒积聚,临床症见:胃脘隐痛或刺痛,胸膈满闷,偶有黑便,舌暗或紫,舌体可见瘀斑,苔白,脉弦或涩。胃镜下多见黏膜成颗粒或结节状,病理改变以中重度不典型增生为主。此期瘀血阻络,积久化毒,毒邪已成有形之积,此时虽正气大虚,亦应先攻坚破积,除瘀而后方可生新。故以“夺”为法,化瘀生新,解毒化积。基础方:姜黄、郁金、白蔹、鳖甲、半枝莲、白花蛇舌草。郁金为姜科植物姜黄的块根,其味辛,其性苦寒,因其清扬上行之特性,故可用于泄血破瘀;姜黄为姜科植物姜黄的根茎,主入脾经,兼理血中之气。二者为同

一植物的不同部位,一温一寒相须为用,活血祛瘀同时又防寒热之弊。若患者瘀血较重,胃脘刺痛,偶夹黑便,舌色紫暗者,可加三棱、莪术。白蔹善治痈疽疮损,生肌止痛。鳖甲味咸,咸可软坚,《神农本草经》谓之“主心腹癥瘕坚积”。半枝莲-白花蛇舌草是历代医家清热解毒抗癌的常用药对,研究显示二药联用可增强机体免疫力、诱导细胞分化凋亡、抑制肿瘤细胞增殖扩散,在抗肿瘤方面的临床运用十分丰富^[8]。

3 典型病案

杨某,女,58岁,2018年5月24日初诊。主诉:反酸、胃脘部隐痛近10年。患者于十余年前开始时有反酸,伴胃脘部隐痛,饮食欠佳,夜眠尚可,二便正常。舌暗红、苔白,脉弦细。胃镜:反流性胃炎;萎缩性胃炎。病理检查:不典型增生。13C呼气试验(-)。西医诊断:CAG伴不典型增生。中医诊断:胃脘痛,瘀毒阻络期。处方:黄芪、白及、延胡索、炒川楝子、苦参、连翘、半枝莲、蚕沙、浙贝母各10g,蒲公英、白蔹、姜黄、郁金各15g,茯苓、海螵蛸各20g,炒薏苡仁、茵陈、白花蛇舌草各30g。7剂,每天1剂,水煎服。6月13日二诊:时有口苦,舌暗红、苔白,脉弦细。于初诊方加荷叶15g,14剂。6月28日三诊:时有口苦,反酸,舌暗红、苔白,脉弦细。于二诊方中加木瓜15g,14剂。7月12日四诊:症状缓解,舌暗红、苔白,脉弦细。于三诊方中去海螵蛸,加荷叶10g,14剂。7月24日五诊:症状减轻,舌红、苔白,脉弦细。于四诊方加藿香15g,14剂。8月9日六诊:时有隐痛,口苦,舌红、苔薄黄,脉弦细。于五诊方加柴胡10g,14剂。8月23日七诊:症状平稳,舌红、苔白,脉和缓。于六诊方加陈皮15g,14剂。10月18日八诊:舌红、苔薄白,脉细。复查胃镜:不典型增生已消失,仍有胆汁反流。处方:栀子、淡豆豉、威灵仙、射干、黄芪、白及、延胡索、川楝子、苦参、连翘、柴胡、紫苏梗、竹茹各10g,白蔹、蒲公英各15g,茯苓20g,炒薏苡仁、茵陈各30g,14剂。11月5日九诊:症状平稳,无明显不适,偶有反酸。舌淡红、苔薄白,脉弦细。于八诊方加海螵蛸20g,14剂。

按语:患者自诉病程近10年,症状时好时坏,病情逐渐发展至CAG伴不典型增生。姜教授辨为胃脘痛,瘀毒阻络期。治疗当用重剂攻邪,化瘀生新,解毒化积。其中半枝莲、白花蛇舌草以抗癌消肿;郁金、姜黄、白及、白蔹以化瘀消腐、敛疮生肌;苦参、连翘、蒲公英、浙贝母以清热解毒、散结消痞;蚕沙、茵陈以祛湿和胃利胆;延胡索、炒川楝子、海螵蛸以行气制酸止痛;黄芪、茯苓、炒薏苡仁以健脾化湿,扶助正气。3个月内处方随症加减,第八诊时症状平稳,舌色由暗转红,舌苔由厚转薄,脉象由弦细转和缓,组织病理显示不典型增生已消失,故去

半枝莲、白花蛇舌草、姜黄、郁金等解毒化瘀之品,加淡豆豉、栀子、射干、紫苏梗、竹茹等清胆利咽和胃之品,以减轻胆汁反流。九诊时已无明显不适,续服14剂以善后,嘱患者随诊,定期复查胃镜。

4 小 结

CAG病情迁延,难以根治,临床某些患者的症状严重程度与其胃黏膜损伤程度并不完全吻合,症状的发作、缓解与炎症程度亦无密切关系^[9]。随着内镜诊断技术的不断发展,镜下检查已成为胃病患者的必查项目。内镜是望诊的延伸,在CAG的诊断方面,镜下观察到的黏膜形态同其病理结果符合率可达73.53%^[10],及早应用内窥镜观察黏膜形态,对本病诊断具有重要价值。此病复杂,分期论治不可拘泥成法、一概而论,需灵活变通。姜教授将辨证与辨病相结合,分期论治CAG,酌情予“调”“平”“夺”之法,使攻而不损,补而不滞,用药大胆灵活,组方严谨精妙,逐步恢复脾胃正常的生理功能,临床中每每收获良效。临床治疗应把握不同阶段的病情特点,分析患者在治疗过程中是否由重转轻,从而及时调整用药。

参考文献

- [1] 姜小艳,李京伟,张竞超,等. 萎缩性胃炎致病机制研究概况及中医药实验研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018,26(12):1049-1052.
- [2] 王家琪,王彩霞. “脾不主时”与“脾主长夏”的内涵及发展[J]. 中医杂志,2017,58(9):724-728.
- [3] 刘文忠,谢勇,陆红,等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学,2017,22(6):346-360.
- [4] 吕冠华,劳绍贤. 幽门螺杆菌感染与脾胃湿热的关系探析[J]. 辽宁中医杂志,2004,37(10):16-17.
- [5] 陈晨,周正华. 活血化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎临床研究进展[J]. 河北中医,2016,38(3):469-472.
- [6] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2018:375.
- [7] 黄衍强,黄干荣,李晓华,等. 中药提取物对耐药幽门螺杆菌生物膜形成的影响[J]. 医药导报,2013,32(11):1407-1409.
- [8] 许晶,石凤芹,杜可心,等. 基于网络药理学探讨“半枝莲-白花蛇舌草”抗乳腺癌的作用机制[J]. 中国中药杂志,2020,45(18):4448-4454.
- [9] 周学文. 慢性萎缩性胃炎诊治思路[C]//中华中医药学会脾胃病分会. 中华中医药学会脾胃病分会第十八次学术交流会论文汇编. 中华中医药学会脾胃病分会:中华中医药学会, 2006:13-17.
- [10] 周梅恺. 胃镜下黏膜形态对慢性萎缩性胃炎诊断的价值分析[J]. 医学理论与实践,2020,33(5):806-808.

(收稿日期:2020-03-12)