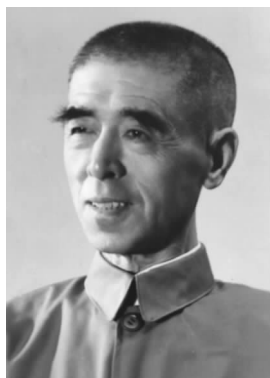


疑难病临床家傅宗翰诊治慢性萎缩性胃炎的经验

刘永年 黄永澄 朱翔 吴同启
(南京市中医院, 江苏南京 210001)



傅宗翰教授

摘要 傅宗翰先生为国家级名中医,擅治内科及妇科疑难杂病。傅老对萎缩性胃炎(CAG)的理论认识和临床诊治有独到的见解,创青蒲饮治疗肝气犯胃型CAG,合理地处理了疏肝和养阴的矛盾;在治疗胃阴不足型CAG时注意滋而不腻,不碍脾运;注重护膜,增强胃动力中药的使用;在治疗脾气亏虚型CAG时强调温而不燥,顾护胃阴;认为血瘀成癥的成因有久病、气滞、阴伤、内热等,强调“因病致瘀”,将活血化瘀法与养阴健脾和胃相结合从整体上防控疾病癌变。

关键词 慢性萎缩性胃炎 中医药疗法 名医经验
中图分类号 R259.733.2 **文献标志码** A
文章编号 1672-397X(2016)05-0001-05

傅宗翰先生(1917—1994),男,满族,江苏南京市人,主任中医师,教授,国家级名中医,享受国务院政府特殊津贴。他曾任南京市中医院院长,南京中医专科学校副校长,中华中医药学会理事,江苏省中医药学会副理事长,南京市中医药学会会长,南京市科学技术协会副主席。他还曾被遴选为江苏省第四、五届人大代表,任农工民主党中央委员,江苏省委副主任委员。傅老出身中医世家,自幼承袭庭训,后又师承金陵名医张简斋先生。傅老勤奋好学,天资聪慧,记忆力超人,他跟随张老习业,常能心领神会,更兼勤思善悟,深得张老赏识,是以能够得其真传,成为金陵医派的杰出代表。傅老从事中医临床近六十年,擅治内科及妇科疑难杂病,尤长于免疫系统疾病、高脂血症及心血管疾病。他以诊治疑难杂病为己任,思路灵活,开拓创新,善于利用西医学的手段扩展中医学对疾病辨识的能力,对干燥综合征、高脂血症、乙型肝炎等病的病机与辨证论治都有深入的研究和独到的见解。傅老著有《傅宗翰先生医术集锦》,1980年曾率中医访问团赴日本考察讲学,深受异邦医界的欢迎和好评。

消化系统疾病为中医药诊治的优势病种,慢性萎缩性胃炎(CAG)是消化系统顽疾,病程长预后欠佳,部分患者后期还有转化为胃癌的风险。傅

老对该病理论分析精辟,治疗特色突出。在傅老行医的20世纪七八十年代,胃镜尚不十分普及,萎缩性胃炎对部分中医医师来说还是一个相对比较陌生的疾病。傅老从学术创新的角度出发,在20世纪70年代就对本病的中医诊治规律做了很多有益的探索^[1]。本文爰择傅老诊治慢性萎缩性胃炎的学术见解和经验做简要介绍,以供后学同道参考。

1 肝气犯胃,疏调清泄

傅老曾作《论肝》一文发表于《中医杂志》,对肝脏与其他四脏在生理病理上的转化与联系有详细的论述^[2]。肝脏与脾胃的关系尤为密切,在生理上胃土得肝木之疏泄才能畅达通调,此即《内经》所说:“土得木而达。”在病理上肝木郁而化火,可横逆犯胃。现代医学研究亦证实胃的病变与精神因素异常密切相关,如情绪不佳时,则可出现胃脘部的胀痛不适,有人称胃为“人的第二张面孔”。肝气犯胃型慢性萎缩性胃炎临床多见胃脘或胀或痛,引及胁肋,或有嘈杂,暖气泛酸,口或干苦,大便不黑,苔或黄厚,舌质多粗,舌色偏红,脉弦或数,多见一派实证之象。病久不愈常可转为胃阴或中气虚乏之证。傅老诊治这类胃炎不仅局限于胃,而且常考虑到肝脏的病变。临床诊察中重视对情志失调致胃气不和的辨治。本证以疏肝泄热、安胃和中为主要治法。傅老据此治法拟经验方“青蒲

饮”,此方疗效突出,至今仍为后世医生常用,药物组成为青木香(今多以云木香代之)、蒲公英、白芍、黄连、生甘草,功可清热疏肝和胃,主治肝胃气滞,郁而化火,胃失和降者。方中青木香疏肝达郁,可使郁解而气顺;蒲公英、黄连清泄胃热而缓灼痛嘈杂;白芍柔肝体,养胃阴,与甘草相配又可缓急止痛。本方体现前贤“治肝即可安胃”之议,本方主症受病在胃,主病在肝,症在气滞,因在郁热。中脘胀痛明显者可酌加佛手、郁金、延胡索、绿萼梅;嘈杂灼热较甚者酌加四季青、枇杷叶、竹茹、凤凰衣;噎逆明显者可加代赭石、降香、枳壳;胃镜下见黏膜糜烂或有出血可加仙鹤草、参三七、凤凰衣、刺猬皮、白及等;腹胀便溏者可配伍扶脾助运之品,如茯苓、白术、神曲、鸡内金等;肝气上逆而见噎气、呃逆可加佛手、绿萼梅;热盛伤阴者可加石斛、玉竹养阴柔肝。本证候在治疗时往往还存在着一个矛盾,即疏肝与养阴之间的矛盾。肝气郁结,横逆犯胃,一般治疗应予疏肝理气,但疏肝理气药多性味辛燥,多用于易伤阴,而CAG又常伴有胃阴不足,用药后可能导致病情加重,而有“投鼠忌器”之嫌。傅老在处理此种矛盾时,多注意选用性味平和之品,如青木香、娑罗子、金橘叶、绿萼梅、铁树叶等,其中铁树叶功可清热止血散瘀,用于CAG可清肝泄热护膜,一些传统上比较常用的疏肝药如柴胡、香附等傅老所用不多。

例1.于某,男,37岁。初诊日期:1977年4月8日。

1977年春末胃痛发作,在外院胃镜示:慢性浅表萎缩性胃炎。2个月来脘痛日剧,持续不已,频频噎气,口咽干苦,大便秘结,脉弦,舌边色红,苔黄。此为肝气郁结,气从火化,横乘胃土,形成热郁气滞,肝胃不和之证。治以清疏和胃,方用青蒲饮加味,处方:

青木香 5g,蒲公英 6g,四季青 9g,川黄连 2g,玫瑰花 3g,娑罗子 6g,佛手片 3g,杭白芍 10g,粉甘草 2g,鸡内金 6g,川石斛 10g。21剂。常法煎服。

复诊:上方间断服药3周,噎气渐止,胃痛已平,口干也除。前法有效,循意继进,原方减川连、玫瑰花、娑罗子等清疏之品,加凤凰衣、太子参等护膜和中之剂,继续服药近半年,病情一直稳定,胃镜复查好转,嘱以清养和胃之剂于胃脘稍有不适时间段服用。

按语:肝为刚脏,性喜条达,疏泄失度,则易犯胃。今春木当令,肝气横乘,患者脘痛不已,频频噎

气而形气不衰,为肝郁气逆,而正气不衰,口咽干苦、大便秘结为肝郁化热之象,临床主证热郁气滞,故初诊即以青蒲饮为主方。方中青木香、玫瑰花、娑罗子、佛手片理气疏肝降逆,为主治气分之药,青木香因含马兜铃酸,可能引起肾毒性,故现已少用,当代医家多以煨云木香代替,但从青蒲饮的方义分析,本方用于治疗肝郁有热者,而云木香过温,故也可用丹皮代替;蒲公英、四季青、黄连清胃泄热,祛除邪热以通滞,清疏并投;再佐以白芍、甘草缓急止痛,仿《伤寒论》芍药甘草汤之意,青蒲饮的核心就是清热、理气和缓急三法的联合;此外因患者口干,又加入石斛护胃阴。药证合拍,得以奏效。“治肝即可安胃”,此例可证。治疗后肝气渐疏,胃热渐清,这时一定要注意理气药物不可久用,否则有辛燥伤阴的危害,故应及时减少清疏之品,而配以太子参、凤凰衣扶正护膜,诸症渐安,胃炎之病理改变也趋好转。

2 胃阴亏乏,滋柔护膜

CAG主要病理表现为胃的腺体萎缩,消化液胃酸及胃蛋白酶的分泌减少,傅老认为这与中医病理上胃阴不足,胃气失和相通。如唐容川说:“胃燥不能食,食少不能化,譬如釜中无水,不能熟物也。”胃阴亏虚是本证的病理关键所在,也可能是胃火经久灼炼的结果。胃阴不足则纳少不化,脘中嘈杂,烧灼如燎;胃液亏少,胃膜燥涩则进食阻滞;津亏滞气,则胃脘或胀或痛;津气亏虚,胃动迟缓,顺降不及,则肠燥便结;津不上承则口中干苦,舌红苔干少津,或苔剥露底,脉多细弦或细数。种种虚象,彰显无余。胃阴不足当滋柔养胃,傅老常宗叶氏养胃汤、沙参麦冬汤或一贯煎为主方,总不离滋养胃阴为治疗大法,但求滋而不膩,故多用沙参、麦冬、石斛、芦根、白芍之类,而避免使用熟地、阿胶等膩滞胃气之品。傅老也擅用酸甘化阴之法,如乌梅、木瓜等,其中木瓜酸而通降,乌梅涩而益阴,配合绿萼梅、橘络,可增加胃酸,有助运化。阴虚者常可伴内热,这时可加柿霜、竹茹、黄连等清热,噎气腹胀者加用娑罗子、刀豆壳理气消胀。

傅老认为阴液的亏虚导致胃气的郁滞,与西医学理念胃黏膜屏障的缺失导致胃形态及功能上发生异常有所关联。他认为胃膜受损是胃气虚弱、受纳熟腐水谷功能障碍的病理基础,中医药治疗应注意对阴液的保护和胃之膜络的修复。胃黏膜屏障主要分为上皮前、上皮及上皮后,上皮前胃黏膜保护主要由凝胶及碳酸氢盐组成,故西药常用铋剂或弱

碱类抗酸药来保护胃黏膜。中药亦有类似的胃黏膜保护药物,如白及、海螵蛸、凤凰衣、鸡内金、刺猬皮、四季青等,其中以白及、海螵蛸最为常用。白及富含黏液质,质黏性涩,功擅去腐生新、收敛止血、消肿生肌,有良好的凝胶样胃黏膜保护作用。海螵蛸长于收敛固涩、制酸止痛,其中含碳酸钙超过85%,是类似碳酸氢盐的胃黏膜保护药物,治疗胃炎应使用煅炒者利于碳酸钙盐的吸收利用,对胃黏膜的损伤具有较好的保护作用,但常服本品须注意可能引起便秘,可酌加瓜蒌、浙贝等以缓之。白及、海螵蛸二者均可护膜,但机理不同,故可联用于胃膜溃损的出血,以促进溃疡的愈合。凤凰衣养阴润肺,和胃护膜,补虚宽中,用于慢性萎缩性胃炎能起到护膜生新的作用;鸡内金能消食和胃,是一味作用较强的消食药,以膜护膜,尚具有祛腐生肌、护膜敛疮的作用;刺猬皮含有胶原和角质蛋白,其味苦泄,性善收敛,可收敛止血、护膜止痛、和胃降逆,其有类似凝胶样的护膜作用,但因为动物胶原,入汤剂腥味较重,使用时应注意;四季青长于清热解毒、凉血敛疮,常用于水火烫伤,将其移用于慢性胃炎、胃溃疡患者,能起到护膜止痛、促进胃黏膜修复之效。临床在辨证的基础上选其一二护膜,常能获得良效。

例2.王某,女,49岁。初诊日期:1978年6月12日。

宿有胃疾,曾做各项检查,钡餐发现胃下垂,胃液分析结果为胃酸缺少,胃镜示浅表萎缩性胃炎。平素一向饮食量少,1977年3月起,食道及中脘经常灼热干痛,如烫如灼,迄今已年余,食量日仅二两,以流质为主,若进干咸食物则疼痛加重。常有暖气口干,形体干瘦,大便间日一行,脉细,舌红少苔。此系胃阴不足,胃气困顿。治用柔养胃体,兼醒胃气。处方:

太子参 10g,麦冬 6g,川石斛 6g,白芍 6g,绿萼梅 3g,娑罗子 6g,凤凰衣 6g,炒谷麦芽(各)12g,明党参 6g,橘络 1g。10剂。常法煎服。

复诊:服用10剂病情好转,原方出入,酌加养阴清胃助运之北沙参、柿霜、炙枇杷叶、鸡内金等,脘痛烧灼感递次减轻,食量逐渐增加,形体渐丰。前后治疗3月,诸症均安,随访1年余,胃疾未作。

按语:本案患者胃下垂伴胃酸减少,同时又有胃痛日久、纳少形瘦、脉细的症状,虚象明显;舌红少苔、口干、大便秘结、进干燥及咸味食物后胃脘疼

痛加剧,这是胃脘阴伤,不能腐熟化谷的表现;阴虚则气结,故还出现暖气症状。辨其病理以胃阴虚为主,水涸则舟停,故以柔养胃阴为主,投以沙参、麦冬、石斛、白芍,佐以明党参、柿霜润燥生津,辅以内金、二芽理气助运。在胃阴亏虚伴胃气不和时,虽当调和胃气而用理气药,但不用香砂枳朴,而用娑罗子、绿萼梅、橘络,这是由于理气药常辛燥易伤阴,而娑罗子、绿萼梅等理气而不破气耗液,是理气药中之润药也,胃喜润而恶燥,理胃气药之选用不可不慎。此外用凤凰衣护膜养胃。综观处方配伍,养阴而不滋腻,理气而不刚烈,丝丝入扣,恰到好处,所以效果显著。

3 中虚气滞,健脾助运

从气与阴液的关系来看,胃之阴津有赖于脾之气化布输,脾气散精是脾的重要生理功能。慢性胃炎发病之初多以实证为主,随着疾病的进展,黏膜病变由浅表性变为萎缩性,病情常由实转虚。由于患者禀赋差异或治疗因素的影响,可逐渐出现脾气虚或胃阴虚为主,或二者俱虚的表现。气虚易生寒,阴亏多内热,脾虚易湿聚,津亏多燥涩。临床每每表现为胃病及脾,阴伤及阳,寒热兼见,燥湿并存的复杂征象,但在辨治时医家必须明辨主次,而有侧重不同。以脾气亏虚为主者,患者表现为纳少、食欲不振、进食不畅、空腹痛剧、食后腹胀。当出现大便溏薄不成形,形体消瘦,中脘喜按,或见浮肿,四肢欠温,苔薄滑或腻,舌质淡红少津,边有齿痕,脉濡或细,此时脾气(阳)虚与胃阴虚的情况同时存在,寒热错杂,增加了治疗的难度。

傅老认为当CAG出现脾虚表现时,一般以健脾和胃为主要治则,但健脾药大多甘温偏燥,对胃阴不利,故在扶养中气时需注意顾护阴液,一般健脾益气常以性平和而不温燥的太子参、淮山药、生白术为主,加入可助运化药物如炒二芽、六神曲、鸡内金等,在此种情况下,一般木香、砂仁等刚烈性燥之品不宜使用,而车前、泽泻等利湿之品也应忌用。傅老认为,本证型与西医学胃动力不足有所关联。脾气不足从西医学角度看是胃的蠕动能力减弱,动力下降,患者可出现胃脘胀满,胃中水液振响,纳差暖气,食后胀甚,经久方缓,恶心呕吐等等。这时常需要使用胃动力药,一般西医常用的胃动力药有多潘立酮、莫沙比利等;其实中药也有许多“胃动力药”。许多理气药都具有促进胃肠蠕动的作用,如青皮、陈皮、枳实、木香、槟榔、乌药、厚朴、砂仁、佛手、香橼、玫瑰花等;而补脾益气药物也具有直接或间接

类似促进胃动力的作用,如太子参、黄芪、白术、炒苡仁、炙甘草等;临床具有健脾益气、促胃肠动力作用的方剂有枳术丸、香砂六君汤等。当根据临床辨证,酌情加减选用。

例3.何某,女,43岁。初诊日期:1977年5月30日。

一向胃脘隐痛,纳少便溏。1977年5月脘痛增剧,嘈杂不适,时或嗳气,食量锐减,仅进少量流质,餐后脘胀,喜按喜揉,大便溏薄,伴有头晕目眩,肢软无力,形体消瘦。胃镜检查,诊为CAG。察其舌红少苔,脉沉细而弱,当用益气护阴之法,兼以清疏和胃。处方:

太子参 10g, 炒白术 6g, 淮山药 12g, 杭白芍 10g, 炙甘草 2g, 川石斛 6g, 乌梅肉 3g, 四季青 6g, 川黄连 1g, 娑罗子 10g, 凤凰衣 6g。15剂。常法煎服。

复诊:服药15剂,食欲渐馨,食量进增,每日已能进食三两,仍感脘胀胃嘈,再增养阴助运之剂,先后加用玉竹、龟版、明党参、谷麦芽、六曲、金橘叶等,迭经2月治疗,胃脘胀痛皆轻,食量增至日进6~7两,精神体力渐有改善,面色也转红润,脉细渐振,舌红转润,病有转机,续服半月巩固。

按语:此案患者病程长而脾失健运,临床表现为纳少便溏、头昏肢软等一派脾气衰弱之象,但同时也可以见到舌红少苔等胃阴虚乏、虚热内扰的表现。故一诊既补益脾气,又兼护胃阴,以太子参、白术、山药、甘草健中扶脾,石斛、乌梅养胃护阴,芍药、甘草缓急安中。患者舌质红为有热象,故用四季青、川黄连清热和胃,四季青临床使用还有护膜之功。经首诊治疗后患者食欲改善,食量增加,可见脾运逐渐恢复,但仍出现胃脘嘈杂痞胀之症,故二诊后着重在于滋养胃阴,并助以运化之剂,病情逐渐好转。

4 瘀血聚积,通络消坚

瘀血是CAG病程中的一类特殊病理因素,与疾病的演变相关。WHO将CAG列为胃癌的癌前状态,CAG伴有肠上皮化生或中重度异型增生,被称之为癌前病变。本病最可怕的并非胃脘的疼痛,而是其病程日久则可能向胃癌转变。傅老从中医角度分析这种疾病的转变,认为络伤、气病、内热等导致瘀血的发生是这种转变的主要病机。一是“久病入络”,络伤则血痹,血流淤塞则成瘀;二是气机不畅,气为血之帅,气虚气滞都可导致血液积滞而成瘀;三是津液不敷,胃膜失去濡养,槁涩不柔,枯萎而积瘀,

津血同源,血虚运行迟缓而成瘀;四是胃阴不足,阴虚生内热,热伤络损,积而成瘀。由此可见,瘀血的形成是CAG转变过程中的一个阶段,属“因病致瘀”,因此消除瘀积是控制CAG发展的重要方法。由于瘀血的形成,CAG患者也会有相应的临床见症,主要是胃脘疼痛,固定不移,如刺如锥,局部压痛明显,或可能见癥积,并伴纳差厌荤,饱胀不适,或易干呕,大便暗黑,隐血试验阳性,形体消瘦,面容晦暗黧黑,舌现紫气,脉形滞涩等。

CAG中瘀血的成因多端,也就导致治疗上与其他证型相比要更加复杂。瘀血阻滞,聚而成积一般当活血化瘀、软坚消积,而CAG在出现瘀血积聚的同时多有胃阴的损伤、气机的郁滞等,故在治疗时多以理气养阴和血为主法,而祛瘀化痰、软坚消积不能作为首要治法,一般可在养益气阴等相应治法的基础上使用活血软坚药物,以消除或防止瘀积成癥,如丹参、泽兰、赤芍、凌霄花、九香虫、石打穿等行而不峻、化而兼养的药物,为了加强活血消瘀作用也可用三棱、莪术、桃仁、红花、蒲黄、五灵脂等,而其他猛烈破血的动物类药物如水蛭、虻虫、蜈蚣等则不宜多用。现代医学认为胃疾是攻击因子和防御因子的平衡被打破所致。防御因子的减弱包括黏膜屏障功能降低、上皮细胞再生失调、胃黏膜血循环障碍等,攻击因子增强如幽门螺杆菌(Hp)的感染、胆汁的反流,可产生胃黏膜水肿、糜烂甚至萎缩等一系列反应,从而出现胃胀、胃痛、嗳气、泛酸等症状。治疗CAG运用活血化瘀法,可改善患者微循环,增强防御因子的力度,从而达到重新平衡的作用。

例4.林某,男,55岁。初诊日期:1977年3月13日。

胃病多年,纳运不健,脘宇经常嘈杂阻胀,谷食一向不旺。曾在他院胃镜检查,确诊为CAG。1977年春胃痛又作,持续不已,中脘如烫似燎,时或如肿物攻冲,口中干苦,大便偏干,舌红少苔,舌下青筋可见,脉来弦涩。治以理气活血,清疏并施。处方:

川楝子 10g, 青木香 5g, 郁金 6g, 娑罗子 10g, 佛手片 5g, 四季青 10g, 黄连 2g, 瓜蒌皮 12g, 蒲公英 10g, 三棱 6g, 莪术 6g, 紫丹参 10g, 泽兰 6g。10剂。常法煎服。

二诊:连服上药10剂,痛轻胀松,肿物攻冲之感已消,仍感口苦便干,中脘嘈杂不适,改用清养胃阴。处方:北沙参 10g, 石斛 10g, 麦冬 6g, 白芍 10g,

乌梅 4g,玉竹 10g,竹茹 6g,川连 2g,白薇 6g。5 剂。

三诊:5 剂后胃痛灼热显著减轻,饮食有所增加,但食欲欠香,体乏肢软。仍宗前意,撤去清柔之品,逐加健脾之药,连续服药半载,病情显著好转,间断服用清和护膜之剂以润其燥,诸症皆平。胃镜复查:慢性萎缩性胃炎较前好转,由中度转为轻度。

按语:此例病程已久,初诊虽见一派肝郁气滞、肝胃不和之象,但已有如舌下青筋可见、脉涩等瘀血之兆,加之疾病多年,久病入络,故在一般疏肝清热药中加入丹参、泽兰以和血通络,三棱、莪术以活血散结软坚。应注意活血药物一般不单用,而应配合理气和胃药使用。药后胀痛均减,瘀血之兆也消,未有恶变,但其便干口苦,是胃阴已伤,虽然前方用疏肝清热能消除其因,但难复其阴伤之病理改变,故改以柔养胃阴之沙参、麦冬、石斛、玉竹、乌梅、白芍为主,以固其本,病情日益臻效,胃痛渐安。后则随证施治,或以健脾和胃,或以护膜养阴。在本案治疗过程中,虽随证更方,但始终抓住胃阴亏虚之本质,前期既用清肝之剂以除其因,又用活血之品以防其癌变,后期以滋养胃阴配合益气健脾,以善其后,这充分体现中医辨证治疗在疾病的不同阶段的灵活性。

5 治养结合,相得益彰

从 CAG 的发生发展来看,病患形成日久,冰冻三尺非一日之寒,与平时个人长期的饮食生活习惯密切相关。本病治疗过程多漫长,除药石外,饮食指导及心理调摄是治疗成功不可缺少的部分。首先在饮食方面,傅老对饮食的质与量都有所要求,在进食的量方面要求病人做到不饥不饱。许多病人脾气亏虚,运化力弱,这时每次进食的量应当减少,而应增加进食的次数,少食多餐,以保证营养的摄入。同时进食温度合适,不寒不烫。在进食的质方面除结构合理,保证正常的营养摄入外,还需因人而异,中重度 CAG 病人胃酸缺乏,进食稀饭后可感舒适,而轻中度病人胃酸分泌较多,进食稀饭后反会感觉上腹不适。如胃动力较差,常感胃液潴留,胃肠鸣响,这部分病人进食稀饭后也会加重不适症状。从食物宜忌来看,CAG 病人一是忌辛辣,由于本病胃阴虚者多见,食物辛辣者多易动火伤阴,故葱、辣椒、生姜、大蒜、咖喱等应忌食。二是忌粗糙。萎缩性胃炎黏膜萎缩变薄,进食粗糙纤维,或油炸食物易引起蠕动摩擦而出血。果品方面宜进菠萝、柑橘,不宜梨、西瓜、柿子等太过凉性

者。此外进食宜松软,不宜坚硬。世人常说糯米难消化碍胃,但傅老经临床多年使用观察发现患者常服糯米粥有润肺养胃,生津护膜的作用,有助于胃病患者的康复。总之“胃以喜为补”,应根据病人的体质及病情选择合适的饮食方法。再者,在心理调摄方面,CAG 作为癌前病变目前越来越得到社会的重视,病人常常“淡萎色变”,觉得 CAG 病情严重,离胃癌不远,而背上沉重的心理负担。其实大部分的 CAG 患者仍然处于良性疾病的进程中,傅老主张中医医家应具备医学人文关怀的精神,对病人做好解释说明工作,缓解病人的心理负担,促使患者以愉悦达观的心情配合医者共同面对疾病,以求取得较好的预后。

6 结语

综上,傅老诊疗慢性萎缩性胃炎以肝郁、阴虚、气虚及瘀血四种病机为纲,有较为独特的诊疗思路。对肝胃同病的治疗重视处理好辛燥疏肝与滋柔养胃的关系,在养胃益阴方面注重于护膜中药的使用,在益气健脾方面注意对中药增强胃动力的研究,以活血化瘀阻断疾病向胃癌发展。其中疏肝与健脾的关系,中药护膜、增强胃动力和防止胃上皮癌变都是当今临床研究的热点问题,可见傅老之高瞻远瞩。我们将在深入研究傅老学术思想的基础上,结合现代临床与实验研究,筛选出针对各型各期 CAG 效用最佳的方药,明确治疗机理,将傅老经验发扬光大,造福更多的患者。

参考文献

- [1] 傅宗翰,潘文奎,黄永澄.萎缩性胃炎的辨证施治[J].江苏中医杂志,1980(3):9.
- [2] 傅宗翰.论肝[J].中医杂志,1980(6):4.

第一作者:刘永年(1934—),男,主任医师,兼职教授,傅宗翰先生的学术继承人,国家级名老中医,全国第二~五批名老中医药专家学术经验师承制博导,第四批优秀老师,享受国务院政府特殊津贴。从事内科临床、科研、教学工作 50 余年,擅长免疫风湿病尤其是干燥综合征、红斑狼疮等疑难杂病的诊治。主编专著有《刘永年疑难病辨治传心录》、《干燥综合征的中医诊治和研究》等 8 部,获各级科技进步奖 12 项。

通讯作者:朱翔(1974—),医学硕士,副主任医师,兼职副教授,国家级名老中医师承继承人。
1437730353@qq.com

收稿日期:2015-11-30

编辑:吴宁