朱方石诊治慢性萎缩性胃炎思路探讨

张碧文
（南京中医药大学第三临床医学院，江苏南京210028）
指导：朱方石

摘　要　朱方石教授认为，慢性萎缩性胃炎的发病基于脾胃虚弱，健脾益气为其治疗的基本大法；而病程常见土虚木乘，疏肝解郁为其常法；血瘀阻络贯穿病理过程之中，并影响着萎缩的加重、肠化和异型增生，活血通络化瘀则能控制萎缩进程；病久多有胃津损耗，滋阴濡润则能养胃，强固胃黏膜屏障。

关键词　慢性萎缩性胃炎　脾胃虚弱　健脾益气　中医病机　中医药疗法　朱方石
中图分类号　R259.733.2　　**文献标志码**　A　　**文章编号**　1672-397X（2018）01-0024-03
基金项目　国家自然科学基金资助项目（81573966）

慢性萎缩性胃炎（Chronic Atrophic Gastritis，CAG）是一种胃黏膜固有腺体萎缩，黏膜变薄，或伴肠上皮化生、异型增生为特点的消化系统疾病[1]，属胃癌前期病变之一，其癌变率为2.55%~7.46%[2]，临床治疗较为棘手。南京中医药大学附属中西医结合医院博士生导师朱方石教授，从事消化临床、科研和教学工作30余载，学贯中西，对胃肠病诊治积累了丰富的临床经验，尤其对CAG的治疗，治验俱丰。笔者有幸侍学三载，收获良多，兹就朱师对CAG诊治思路试作探讨如下。

1　发病基于脾胃虚弱，健脾益气为其治疗基本大法

众所周知，现代中医将CAG归属于“胃痛”“痞满”等范畴，痛、痞、胀、满是CAG主要症状之一；论其发病，有寒热客胃日久、有饮食失节所伤、有情志失调犯胃、有药物损伤胃络等诸多因由，其病因多端而病变复杂，临床可见肝郁气滞而胃失和降，或脾阳不足而运化失司，亦可见湿热困脾而碍脾阻胃，或瘀血内阻而胃络失养，尚可见肝郁热而灼伤胃络，或胃阴受损而胃失濡养，其病机变化随证情而变。然朱师认为，CAG发病虽病因多端，病机复杂，脾虚为其基本病理改变，脾胃虚弱既为CAG的病理基础又为病理后果[3]。正如金·李杲《脾胃论》所云：“百病皆由脾胃衰而生。”朱师指出，寒热久客、饮食失常、精神失调等致病因素皆可导致CAG的脾虚症状，如“湿热郁于内而成胀满者……或多食寒，乃脾虚之人，胃寒则生胀满”（金·李杲《兰室秘藏》），说明湿热、寒邪致胀满亦与脾虚相关；此外，膏粱厚味、辛热炙煿等饮食所伤，可直接害胃损脾；情志肝郁、木旺乘土亦致土虚脾弱；久之皆可导致脾胃虚弱的系列证候出现。朱师曾说：不同致萎因素与中医脾虚病机及证候密切相关，各种因素导致胃黏膜损伤是中医脾虚病理改变的主要原因，同时，脾虚体质或脾虚的病理状态又为胃黏膜损伤的致萎因素提供了客观条件，如此形成的恶性循环，加重了脾虚的病理改变[4]。朱师对CAG病因病机认识观为建立CAG“从脾虚论治”的治疗大法提供了思路和基础。此外，朱师曾对8056例确诊CAG患者的中医治法现状进行归纳、整理，结果在60余种中医治法中排在首位的是健脾益气法（治法构成比为35.45%）[5]；因此，朱师提出了健脾益气为治疗CAG基本大法的治则思想，有其理论基础和临床依据。故朱师以香砂六君子为基础方，结合辨病，创健脾益气抗萎方，针对初发脾虚患者，临床疗效满意。

2　病程常见土虚木乘，疏肝解郁、扶土健脾为其治疗常法

朱师认为，CAG以脾虚为发病基础，但胃脘胀痛、痞满、嗳气等症又为CAG常见症状，此多为土虚木乘或肝旺乘土所致。明·王肯堂《证治准绳·心痛及胃脘痛》曾曰“惟肝木之相乘者尤甚，胃脘当心而痛”，故肝郁气滞亦为CAG常见证候之一。朱

师云：肝郁之证，为CAG常见之标象，自当疏肝解郁，扶土健脾治之。肝郁不解，可横逆犯胃，肝郁不除亦可郁而化热；肝胃郁热又可伤损耗胃阴；肝郁气滞亦能致血瘀内阻……故疏肝理气治之，则能使肝疏而胃和，胃和则土旺，亦即“土得木而达”（《素问·宝命全形论》）之意也。疏肝既可和胃，又可健脾；既可理气活血，又可防内郁生热。朱师常以柴胡疏肝饮化裁，但不忘少佐茯苓、薏苡仁、白扁豆等扶脾之品。观之临床，疏肝解郁已成为治疗CAG常用治法之一[6]，同时也是基于“见肝之病，知肝传脾”（汉·张仲景《金匮要略》）中医传变理论的“实脾”方法之一。此外，朱师前期研究认为，肝气郁结导致胃失和降是CAG重要病理过程之一[7]，CAG虽以脾胃虚弱为其基础，但肝胃不和常反复贯穿在CAG病程之中[8]。诚可见，疏肝解郁、扶土健脾是朱师提倡临床治疗CAG的常用方法，且含有预防“知肝传脾”的“治未病”思想。

3 萎缩加重与瘀血阻络病机相关，控制病变发展注重活血通络化瘀

中医自古有“久病入络”“久病多瘀”之说。有学者认为，胃黏膜上皮遭反复损害后导致黏膜固有腺体萎缩，甚至消失是由气及血的渐变过程，瘀血阻络是CAG重要的病理改变[9]；亦有人认为，CAG病久则胃黏膜腺体血运障碍，营养匮乏，导致胃黏膜固有腺体萎缩，肠上皮化生等瘀阻胃络之证候[10]。而朱师认为，CAG特征之一是病程缠绵，病势反复，病久胃黏膜病理常见有萎缩加重、肠化级别的增高，甚则异型增生乃至癌变，此病理征象往往多与血瘀相关。朱师云：在CAG中医证型构成分布中，气滞血瘀（或胃络瘀血/瘀血阻络型）为主要证型之一[3]，而CAG胃镜下胃黏膜萎缩的表现为花斑样改变、血管扭曲、血管壁显露、黏膜色暗或灰暗以及肠化和不典型增生所常见的胃黏膜红白相间[11]，树枝样血管，色暗红，黏膜呈颗粒状或结节样增生，这些内镜特征均表明是胃络瘀阻表现[12]。正如清·叶天士《临证指南医案》所云，胃疾“久痛在络，气血皆窒”。朱师将血瘀视为CAG发病加重的继发因素，并认为是其病理变化的结果之一，血瘀始终贯穿在CAG病理过程之中。故朱师常对CAG日久具有中、重度萎缩或伴有中、重度肠化及低级别上皮内瘤变患者，注重结合活血化瘀的治法，常配合使用莪术、郁金、川芎、红花等药。朱师认为，活血化瘀能改善胃黏膜血流，抑制和减轻胃黏膜腺体萎缩的进一步发展。

4 萎缩迁延多有胃津损耗，病久不忘滋阴养胃，强固胃黏膜屏障

中医学认为，胃为阳土，喜润恶燥，胃津充足，胃腑得以濡润，则胃能和降，方能受纳腐熟，化生精微。正如清·唐宗海《血证论》所云：“胃燥不能食，食少不能化，譬如釜中无水，不能熟物也。”众所周知，CAG因体质差异、个体饮食嗜好、病因不同以及失治误治等原因，会出现肝气郁结、湿热内蕴、脾胃虚寒、瘀血内阻、胃阴不足等不同的病理状态，而朱师认为，其中的胃阴不足也是CAG慢性发展迁延中常见的病理征象和发展趋势之一。如肝郁气滞亦可致胃津不布，湿热日久则能碍胃伤阴，脾胃虚寒又可使水津运化疏布失职，瘀血内阻亦可致阴血不行，加之倘若过多使用理气、温阳之品，伐阴伤津，皆可致胃阴不足。有学者研究发现，在CAG脾胃虚弱、肝胃不和、脾胃湿热、胃络瘀阻和胃阴不足5种证型中，胃阴不足型的肠化率仅次于胃络瘀阻型而排在第2位，且重度萎缩以胃阴不足型多见；此外，胃阴不足型患者，内镜下多见胃黏膜白相，血管透见，黏膜粗糙等[13]。朱师云：胃阴不足型CAG患者，往往病势缠绵迁延日久，与瘀血内阻型是呈两个不同方向的病理发展与病机变化，胃阴不足型多伴有肠化，而瘀血内阻型则更见有上皮内瘤变和癌变倾向；内镜下胃黏膜干枯苍白、缺少光泽、透亮度增高、血管显露等是中医胃阴不足的微观表现。因此，朱师常倡导对慢性迁延具有胃阴不足证型的CAG患者，予以养阴益胃，常用益胃化裁汤加减[7]，滋阴益胃则能濡润胃腑，而强固胃黏膜屏障，改善胃黏膜营养，促进胃黏膜的修复和再生，稳定和控制胃黏膜萎缩的进一步加重。

综上，朱师认为，CAG发病的基本病机为脾胃虚弱，且建立了健脾益气具有一定共性和普遍性的基本治疗大法，并根据病程、病情症状、胃镜病理征象、既往用药以及萎缩、肠化和不典型增生的个体差异而辨证立法，配合疏肝解郁、活血化瘀和益胃养阴之法，遣方用药。然而，朱师亦注重“衷中参西”，在辨证的基础上常选用白花蛇舌草、云母、半枝莲、山慈菇等辨病用药，意在抗癌防变。朱师对CAG的治则思想，颇为独特，应用临床多获良效，值得吾辈学习沿用。

参考文献

[1] 房静远，萧树东. 中国慢性胃炎共识意见（2006，上海）解读[J]. 中华消化杂志，2007，27（3）：182.

田淑霄应用“通管五味”治疗不孕症经验浅析

郭家澍[1,2]　赵　彦[2]　宋素英[1,2]　祁浩然[3]

（1.华北理工大学，河北唐山063000；2.石家庄市中医院，河北石家庄050000；
3.河北北方学院，河北张家口075000）

摘　要　“通管五味”，即穿山甲、白芥子、皂角刺、路路通、王不留行五味药的组合，为田淑霄教授妇科临床常用经验组药。“通管五味”对不孕症治疗的意义极大，因其具有通透之性，田教授常将其应用于多囊卵巢综合征不孕及输卵管阻塞性不孕的辨证治疗，可起到通畅输卵管和通透卵泡壁的作用。附验案2则以佐证。

关键词　输卵管不通性不孕　多囊卵巢综合征　痰阻血瘀　中药复方　通管五味　田淑霄　名医经验

中图分类号　R271.14　　**文献标志码**　A　　**文章编号**　1672-397X（2018）01-0026-03

基金项目　河北省中医药管理局科研计划项目（2016101）

田淑霄教授，主任医师，博士研究生导师，第三、四、五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，著有《田淑霄中医妇科五十六年求索录》《脉学心悟》等十余部专著，擅长妇、内科等各科疾病的诊疗。田教授临床五十余载，活人无数，积累了大量的临床经验，同时喜研古籍，善于在临床中思考，因此对古人的方剂和药物都有独特的心得体会，尤其精通药学。田教授师古而不泥古，组方用药皆有创新，善用组药。所谓组药，即将几味中药结为一组同用，其意义有三：一者协同增强功用，二者产生特殊治疗效果，三者消减毒性偏性。临床遣方时既可将组药增入方剂使用，亦可以组药为基础组方，既可为佐使，亦可为君臣，全在病之所需、医者之灵活化裁。现将田师应用经验组药“通管五味”治疗不孕症之经验浅析如下。

1　“通管五味”之药物功效

田教授从事妇科临床工作多年，创制了许多组有效组药，“通管五味”就是其中之一。通管五味，即穿山甲、白芥子、皂角刺、路路通、王不留行五味药的组合，因其有通透之性，临床上田教授常用其通畅输

[2] 赵霞，潘华峰，刘静. 慢性萎缩性胃炎与细胞凋亡和增殖的研究进展[J]. 江西中医学院学报，2005，17（3）：79.

[3] 朱方石，姒健敏，王良静. 萎缩性胃炎临床证型分类研究[J]. 世界华人消化杂志，2003，11（6）：844.

[4] 徐婷婷，朱方石. 外源性胃黏膜损伤因素与脾虚相关性的研究进展[J]. 世界华人消化杂志，2010，18（28）：2981.

[5] 安振涛，苏克雷，徐婷婷. 朱方石教授慢性萎缩性胃炎证治观探析[J]. 时珍国医国药，2015，26（5）：1226.

[6] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志，2010，51（8）：749.

[7] 易平钰，朱方石. 慢性萎缩性胃炎中医治法分布及方剂运用规律[J]. 世界华人消化杂志，2011，19（36）：3696.

[8] 张肖，朱方石. 基于“治未病”思想就疏肝和胃法对慢性萎缩性胃炎治疗防变作用的理论机制探讨[J].辽宁中医杂志，2013，40（6）：1130.

[9] 柴可夫. 活血化瘀法防治慢性萎缩性胃炎辨识[J]. 中医药学刊，2004，22（3）：389.

[10] 张杰，章天寿.从“虚”“毒”“瘀”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中医基础医学杂志，2005，11（1）：44.

[11] 孙茂峰，王菌萍，范刚启. 关于活血化瘀对慢性萎缩性胃炎胃壁屏障作用的探讨[J]. 中国中西医结合杂志，2000，20（7）：554.

[12] 王建康. 慢性萎缩性胃炎中西医结合治疗[M]. 北京：人民卫生出版社，2009：64.

[13] 代二庆，杨楠，沈志红，等.64例慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜象、病理象相关性研究[J]. 辽宁中医杂志，2016，43（3）：458.

第一作者：张碧文（1990—），男，土家族，硕士研究生，研究方向为中西医结合消化系统疾病防治。569928226@qq.com

收稿日期：2017-07-04

编辑：傅如海