

慢性糜烂性胃炎诊治探讨

陆雯艳 胡雨峰

(南京中医药大学, 江苏南京 210029)

指导:李春婷

摘要 慢性糜烂性胃炎(CEG)是临床常见的消化系统疾病,具有病情缠绵、反复发作的特点。发病总属本虚标实,其中脾胃虚弱为本,气滞、湿热为标,而幽门螺旋杆菌的致病作用亦不容忽视。辨证强调四诊合参,结合现代医学,宏观与微观相结合。治疗以益气健脾、清热祛湿为常法,标本兼顾,三因制宜,随证变通。同时,调摄食性,防治并举。

关键词 慢性糜烂性胃炎 脾虚湿热 益气健脾 清热利湿 中医病机 中医药疗法 辨证 验案

中图分类号 R259.733.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)01-0041-03

基金项目 南京中医药大学自然科学基金资助项目(13xzz10);南京中医药大学哲学社会科学基金资助项目(13xsk29)

慢性糜烂性胃炎(chronic erosive gastritis, CEG)系不同原因引起的胃黏膜破损而未达肌层的炎症性病变^[1],临床多表现为上腹部不适、疼痛、泛酸和嗳气,甚至无典型症状,归属中医学“胃痛”“胃痞”“反酸”等范畴。现代医学治疗多以抑制胃酸分泌、保护胃黏膜等对症处理为主,虽有一定的疗效,但停药后复发率较高,而中医药在此方面有其独特的优势。笔者根据临床跟师试诊,总结诊治CEG经验整理如下,以飨同道。

1 本虚标实之发病观

1.1 脾胃虚弱为发病之本 CEG多呈慢性过程,其反复发作之根源,在于“脾虚”。脾胃为仓廪之官,多气多血之腑,主受纳、腐熟水谷和转输水谷精微,化生气血,同为“后天之本”。《素问·玉机真脏论》曰:“五脏者,皆禀气于胃;胃者,五脏之本也。”起病之初为气滞湿热阻滞,久之朝伤暮损,日积月累,必损伤脾胃,致中土羸弱,运化不利,气血化源不足,胃体失养,脾气虚弱,成为本病反复发作的病理基础。

1.2 气滞、湿热为标,以湿热为重 CEG多表现为上腹部疼痛、泛酸、口苦等症状,其病变部位在胃,与肝脾密切相关。胃为六腑之一,其气宜通而不宜滞。或因饮食不当,或因情志刺激,或因劳倦过度,或因药物损伤,或因反复持续的外邪侵袭,均可损伤脾胃,或肝胃不和,纳运失职,升降失常,胃气阻滞,形成本病。脾失健运,饮食不化,则水反为湿,谷反为

滞,湿滞蕴久,从热而化,加之“气有余便是火”,以致湿热内阻,进一步妨碍气机升降,不通则痛。临床所见,本病患者口苦口黏,口有异味,舌红苔黄腻者较多,胃镜下多有黏膜的充血糜烂,这与湿热之邪密切相关,“湿热”改变了脾胃生理性的“内环境”,损害了胃黏膜屏障固有的防御功能,最终导致胃酸分泌过多,侵蚀胃体,引起黏膜受损。

1.3 幽门螺旋杆菌致病作用不容忽视 研究发现,幽门螺旋杆菌(Hp)通过释放各类毒素因子,对胃上皮细胞等起破坏作用,从而引起胃黏膜的糜烂,甚至溃疡。赵丹云^[2]观察了104例慢性胃炎患者,其中糜烂性胃炎患者的Hp检出率最高,超过90%。而Hp属于中医“外邪”范畴,多通过不洁饮食入侵脾胃,其超强的活性与繁殖功能,能够粘附于胃上皮细胞表面并定植的特性,与“湿”“热”相类似,但感染Hp后是否致病,依然与脾胃正气强弱及湿热邪毒有关,若脾胃之气不虚,或湿热之邪不重,胃黏膜损伤较轻,则Hp无以生存,或即使生存也较少出现临床症状,反之则Hp定植、繁殖、致病,出现胃痛、嗳气等症状,故在清湿热的同时需配合健运脾气的中药,才能邪去正安。

2 衷中参西之辨证观

临证之时,不能一味拘泥于中医的四诊,要结合现代医学,将宏观辨证与微观辨证相结合。传统的望诊可以从人体表面得到整体宏观的信息,而通过胃镜则可以延伸我们的视野,发现胃黏膜表面的变化从而

得到微观信息。CEG以脾胃虚弱为先,胃镜像黏膜多红白相间,以白相为主。而在疾病的不同阶段,内镜下表现不尽相同。如起病初期,湿热较轻,胃黏膜以淡红水肿为主,黏液湖稀薄质清;中期湿热蕴结为甚,则胃黏膜充血水肿,或有糜烂及痘疹样隆起,黏液湖多浑浊黄稠;病久则湿热与瘀血并重,胃黏膜以暗红为主,粗糙不平,可见颗粒样或结节样增生,散在出血点及瘀血斑。因此,中医的宏观辨证结合西医胃镜下微观辨证,不仅提高了辨证的准确性和完整性,而且直接影响了治疗效果,使临床疗效得到进一步的肯定。

3 正本清源之治疗观

3.1 谨遵古训,调和为先 《脾胃论》云:“善治者,唯有调和脾胃。”脾胃为后天之本,是气血之所出,正盛则邪去,故在治疗时以顾护脾胃为先,乃治病求本之意。在补益脾胃时,重在健运,补而不滞,方为上策。临床可用六君子汤、参苓白术散等清补平润之品,健运中焦之气,使脾胃运化正常,气血才能生化无穷。另外,还要谨遵吴鞠通“治中焦如衡,非平不安”之训,在培补中焦之时,不忘畅通脾胃气机,待气机斡旋,升降功能复常,才能自行仓廩之职,故临床常以升麻、荷叶、葛根等升发脾气而达脾升胃降之功。

3.2 清热化湿,祛邪安正 湿热之邪,最易困阻气机,影响脾胃升降,又能助邪滋生,所以湿热之邪宜尽早祛除。在辨治湿热证时,要详辨湿热之轻重,用药不可偏激,要以药性之偏,纠邪气湿热之证。根据邪气的轻重、体质的偏差,施以不同的治法。若湿重于热,则治以“开泄”,以温燥为主,佐以淡渗,如三仁汤、二陈平胃散加减;若湿热并重,则苦温苦寒并用,如甘露消毒丹、王氏连朴饮加减;若热重于湿,以“苦泄”法寒凉清泄,佐以苦温,如白虎汤加苍术、蒿芩清胆汤等。对于Hp感染,则加入经现代药理研究证实有明显的抑杀Hp功效的药物,如黄芩、仙鹤草、蒲公英等。同时,结合西医理论,认为胃黏膜的糜烂主要由胃酸过多造成,因此在治疗上选用乌贼骨、大贝母、瓦楞子等抑酸护胃之品,且又能保护胃黏膜,促进损伤黏膜的修复。

3.3 三因制宜,善加调配 中医诊治时讲究“因时、因人、因地制宜”,故在治疗本病时还需考虑季节气候、患者的个体差异、地域环境等因素。春夏湿热为重,易困遏脾胃,用药时宜选用清泄郁热之品,如黄芩、白花蛇舌草、半枝莲等,避免大苦大寒损伤胃气,秋冬干燥寒冷,需谨防胃阴耗伤,多用太子参、山药、薏苡仁等养阴清补之品;年轻人体质强健,正气旺盛,多以邪实为主,可用连朴饮、清中汤等驱邪安正,而老年人素体亏虚,治疗时应以扶正为主,兼以驱邪,多以香砂六君子汤、七味白术散等加减;南方天

气多阴雨潮湿,且民多喜食甜腻之品,湿热症状显然较北方更重,故在用药时清热利湿药的剂量和药味可相对多一些,但切记药味不可太过繁杂,否则似群龙无首,不能切中要害,反伤正气。因此,临证当详细询问患者病史,全面分析外在环境对机体的影响,从而在辨证施治中灵活运用方药及其剂量。

3.4 调摄食性,防治并举 CEG停药后常易复发,此为病治疗难点,应“三分药治,七分食养,治养结合”。临床上宜嘱患者加强生活调摄,祛除诱发因素。如饮食上,建议采取分餐制,餐具用后及时消毒,以防止Hp交叉感染,忌过食生冷、油腻、辛辣、浓茶、咖啡等刺激性食物,戒烟限酒,饮食规律,避免过饥过饱,平时可常食莲子、山药、薏苡仁、百合、白扁豆、蒲公英等药食同源、健脾养胃之物,正气旺则邪无所居也;生活上,宜起居有常,“虚邪贼风,避之有时”,加强身体锻炼,增强体质,并保持心情舒畅,怡悦性情,切勿过急过躁。

4 典型案例

王某,女,50岁,南京人。2016年10月18日初诊。

胃脘部疼痛间作3年余,加重2月,期间间断服用兰索拉唑、铝碳酸镁等西药,但停药后症状反复。就诊时见:患者胃脘部隐痛间作,伴脘胀,时有反酸暖气,烧心,口苦,胃纳一般,夜寐尚安,小便可,大便1~2日一行,质偏干。已绝经1年。舌质偏红,边有少许瘀点,苔薄黄腻,脉弦数。胃镜示:慢性胃炎伴糜烂增生;病理:(窦大)轻度慢性非萎缩性胃炎(慢性浅表性胃炎),Hp(+)(1642903)。诊断为“胃脘痛”。四诊合参,辨证属脾虚湿热,治以健脾清热、抑酸护膜。处方:

党参10g,炒白术10g,炒白芍15g,茯苓15g,法半夏10g,苏梗10g,炒黄芩10g,仙鹤草15g,瓦楞子20g,延胡索10g,炒枳实10g,莱菔子15g,炙甘草3g。14剂,水煎服,每日1剂,早晚温服。嘱患者注意调摄生活起居,忌辛辣饮食。

药后胃脘部疼痛较前缓解,仍反酸,口苦不显,大便已畅,舌红边有瘀点,苔薄黄,脉弦。药已见效,原方去莱菔子,加浙贝母10g,继进14剂,患者胃脘部疼痛不显,反酸未作,口稍干,舌淡红,苔薄黄,脉弦。再以原方去延胡索、瓦楞子,加麦冬10g,继续巩固治疗。后续服药1月余,诸症皆无。

按:本例患者病程较长,久病多虚,脾虚不运,加之饮食不慎,湿热随之而生,属本虚标实之证。治以党参、白术、茯苓、炙甘草等取四君子汤之意,健脾益气以治其本,黄芩、仙鹤草清热化湿以治其标,兼抗Hp,瓦楞子清热抑酸护膜,延胡索行气活血止痛,半夏、苏梗降逆和胃,枳实、莱菔子下气通腑。诸药

孙增涛表证辨治撷粹

李云辉

(天津中医药大学, 天津 300193)

摘要 表证是临床常见病证和多发病证,是指外感六淫等邪气或从口鼻而入,或从皮毛而入,侵犯肺卫,正气与邪气交争于表的轻浅证候,表证在临床治疗中常为医患所忽视,而导致失治、误治,发生传变。孙增涛教授从事中西医辨治呼吸系统疾病数年,辨治表证经验丰富,善于把握表证中寒热正邪的变化,并注意表证易于传变之特性,以动态的眼光辨治疾病,辨证用药中着重对于经方、时方思路与方法的继承,并于临证中根据病情之变化灵活运用,加减变化,合理选方,适当用药,有是证用是方,从而使药达病所,疗效立显。

关键词 表证 中医药疗法 寒温并用 扶正祛邪 解表 验案 孙增涛

中图分类号 R254.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)01-0043-03

基金项目 天津市高等学校创新团队(TD12-5036)

表证是临床常见病证和多发病证,是指外感六淫等邪气或从口鼻而入,或从皮毛而入,侵犯肺卫,正气与邪气交争于表的轻浅证候,临床以新起恶风寒或恶寒发热、头身疼痛、喷嚏、鼻塞、流涕、咽喉痒痛、舌淡红、苔薄、脉浮等为主要表现,《景岳全书》指出:“表证者,邪气自外而入者也。凡风寒暑湿火燥,气有不正,皆是也……病自表而入者,方得谓之表证。”其一年四季之中均可发生,但因其病程较短、病位较浅,常可自愈或初期症状较轻,临床上常为医患所忽视,治疗时往往不详加辨治、斟酌,而导致表证常因失治、误治而发生传变,病邪由表入里,病程由短拖长,甚至变生它证而使患者病情较重,临床治疗愈加困难,为医患双方造成更多的不便。

孙增涛教授是天津中医药大学第二附属医院主任医师,博士研究生导师,长期从事中西医结合防治呼吸系统疾病的临床和研究工作,先后承担国家级、省部级等各类课题20余项,多次获得国家级及省部级奖励。孙教授熟谙中医学理论,于表证的治疗经验丰富,在表证的治疗中,善于把握其寒热正邪的变化,及时准确用药,截断其病势,防止其病邪传变或变生他病。现举孙教授辨治表证验案,介绍其经验如下。

1 寒温并用以解表

寒温并用是相反相成用药的具体体现之一,孙教授指出寒温并用不仅是指在寒热病机并存的病机较为复杂,其治法不得以其中一方面而疗之时,当寒温并用,一举两得,并辨证权衡病机的主次、寒热的

同用,共奏健脾清热、抑酸护膜、和胃止痛之效。二诊时,前方奏效,但泛酸仍作,加用浙贝母抑酸护胃。临证之时,可根据病情适当加减,如胃纳不佳者加炒谷芽、炒麦芽、炙鸡内金等健脾开胃;情绪不畅时加合欢皮、玫瑰花等疏肝解郁;夜寐不安可加夜交藤、百合、茯神等养心安神。

5 结语

CEG是临床常见病、多发病,具有病程长、易反复等特点,中医疗法从本虚标实出发,以整体观洞察其发病机理,多方位辨证,并随证遣方用药,结合对患者生活调摄加以指导,在临床取得了很好的疗效,值得我们进一步关注。

参考文献

- [1] 房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2013,18(1):24.
- [2] 赵丹云.幽门螺旋杆菌感染与慢性胃炎的相关性研究[J].求医问药(学术版),2012,10(7):8.
- [3] 陆为民,徐丹华,周晓波.国医大师徐景藩教授诊治胃食管反流病的经验[J].中华中医药杂志,2013,28(3):703.

第一作者:陆雯艳(1991—),女,硕士研究生,中医内科学脾胃病方向。

通讯作者:胡雨峰,医学博士,讲师。ra96012@126.com

收稿日期:2017-08-16

编辑:王沁凯