

王邦才“养胃和络饮”治疗阴虚络瘀型慢性萎缩性胃炎擷菁

丁佳璐 王玲玲 魏冬梅 张 斌

(宁波市中医院, 浙江宁波 315010)

指导: 王邦才

摘 要 慢性萎缩性胃炎病程缠绵, 迁延难已, 其中阴虚络瘀型病情尤为深痼, 王邦才教授认为其根本病机为久病顽疾、胃阴伤损、络道枯涩、痰毒瘀滞、胃失濡养, 终致胃膜萎缩, 治疗必须以养胃阴为本, 兼以通络化瘀解毒。自拟养胃和络饮滋养胃阴、化瘀通络, 药味平简, 但通补并施, 合机中病, 故临证多有效验。

关键词 养胃和络饮; 阴虚络瘀; 慢性萎缩性胃炎; 王邦才; 名医经验

中图分类号 R259.733.2

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2019) 03-0019-03

基金项目 浙江省王邦才名老中医专家传承工作室(GZS2017018); 宁波市科学技术项目(2014C50074); 宁波市自然科学基金(2018A610423)

王邦才主任中医师为全国第二批优秀中医临床人才、浙江省名中医、浙江中医药大学硕士研究生导师。王教授杏林悬壶30余载, 精研古籍, 临床经验丰富, 尤其在诊治慢性萎缩性胃炎(CAG)颇有见地。

该病是指胃黏膜上皮经历多次损害, 导致固有腺体数目减少甚至消失, 或伴有不同程度的肠上皮化生, 甚至异型增生的病变。临床表现为痞满、疼痛、纳呆等。由于本病发病率高, 病情缠绵难愈, 又与胃癌发生关系密切, 因而引起社会越来越多的关注。目前西医药治疗该病缺乏特效药物, 多以改善症状为主, 临床治疗效果欠佳, 而中医药在该病治疗方面有其自身优越性。通过病证结合、辨证论治, 显著改善患者症状, 逆转腺体萎缩, 甚至使不完全肠化生及异型增生逆转^[1], 从而减少胃癌的发生。笔者有幸随其临证, 获益良多, 兹将王师治疗阴虚络瘀型CAG的经验总结如下, 与同道共享。

1 证属本虚标实 要在阴虚络瘀

慢性萎缩性胃炎属于中医学“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴。王师总结前人经验, 并经多年临床观察, 认为CAG为本虚标实、虚实夹杂之证, 其发病特点为“久病多虚多瘀”。本虚指脾胃虚弱, 包括脾气(阳)亏虚、胃阴虚损。平素嗜食辛辣肥甘, 燥热内生, 炼液灼津; 或肝郁化火, 劫伤胃阴; 或久病失治、汗吐大泄, 胃中津液耗伤; 或素体阴虚、年老津亏……多种原因都可导致脾胃受损、胃阴不足、

失于濡润, 久之胃络失养而萎缩。标实主要指气滞、痰浊、火郁、血瘀等。CAG多从慢性胃炎演变而来, 病程较长, 病势迁延, 而胃为多气多血之腑, 多气则气机易于壅滞, 多血则脉络易于瘀阻。瘀血不仅是CAG的病理产物, 亦是其致病因素, 瘀血不去, 新血不生, 瘀血一旦形成, 血液即失去原有的濡养作用, 并且瘀血的存在还会影响机体的血运, 最终使胃黏膜缺血缺氧, 发生萎缩、甚至恶变。故瘀血在本病的发生发展甚至恶变过程中起着关键的病理作用。

王师认为, 尽管CAG的病因病机复杂, 但随疾病发展, 都可发生胃阴亏虚, 络脉失养之象, 终致胃中阴津耗竭、津枯血涸、胃络瘀阻。因此, 临床上阴虚络瘀型慢性萎缩性胃炎病情尤为深痼, 应积极治疗。

2 治重涵养胃阴 兼佐化瘀通络

基于上述认识, 并结合叶桂“通降和胃”的理论, 王师提出养阴通络为治疗阴虚络瘀型慢性萎缩性胃炎的基本法则。

叶桂认为, “脾宜升则健, 胃宜降则和”, “脾喜刚燥, 胃喜柔润”, 并指出“胃为阳土, 非阴柔不肯协和”。胃为六腑之一, “腑宜通即是补, 甘濡润, 胃气下行, 则有效验”。萎缩性胃炎为本虚标实之证, 王师强调在治疗上应通补兼施, 以顺承脾升胃降之性。CAG的病理改变为胃黏膜腺体减少、胃酸、胃蛋白酶分泌不足, 这种表现在中医可被归为胃阴亏虚、津液不足、胃失濡养, 从而导致胃分泌功能低

下、黏膜发生病变,故CAG病因以胃阴不足为根本,胃中阴液是否充足对疾病的预后起着十分关键的作用。这就提醒我们应时刻注意顾护胃阴。遵吴鞠通之“复胃阴者,莫若甘寒;复酸味者,酸甘化阴也”,王师治疗胃阴不足证选用之药均为甘凉濡润之品,一来柔养,二来清降,既可以益胃生津,又可以消除胃肠之燥火,使胃阴得充,胃气下行,则通降之力恢复。

慢性萎缩性胃炎一般病变时间较长,缠绵难愈,“胃病久而屡发,必有凝痰聚瘀”。叶桂指出“初为气结在经,久则血伤入络”。王师认为,CAG病变初期,病在气,以痞满为主,久则入络,以痛为主,故在治疗时应重视行气活血,使脉络通顺,气血畅通,胃腑得以滋养,最终改善病变黏膜。同时,因CAG从慢性胃炎演变而来,病程较长,王师指出,在临证时不必拘泥于舌质是否紫暗、瘀斑,适当配伍活血化瘀之药物,往往有事半功倍之效。

CAG患者因胃酸、胃蛋白酶分泌低下,胃镜下可见黏膜变薄、干燥、血管纹理透见等表现,随病情进展,内镜下可观察到黏膜粗糙、颗粒样改变,病理从腺体萎缩逐渐发展至肠上皮化生、上皮内瘤变,这种现代医学的“望诊”表现与中医学阴虚络瘀证基本相符。故在治疗上,王师认为当标本兼顾,由此创立养胃和络饮,以滋养胃阴为本,化瘀通络为标,既虚则补之,又扶正不忘祛邪。

3 方拟养胃和络饮 随证加增减增效

养胃和络饮组成:鲜石斛12g,北沙参20g,竹茹10g,瓜蒌皮15g,炒白芍20g,炙甘草6g,炒麦芽20g,八月札20g,桃仁10g,九香虫10g。

方中鲜石斛甘寒,养胃生津,滋阴清热;北沙参益气养阴、益胃生津,善补五脏之阴,二者同为君药,合用则养阴生津之力显著。据现代药理研究指出石斛能促进胃酸分泌,其提取物能使患者的胃黏膜上皮细胞日常的增殖以及凋亡处于一种均衡状态,最终改善甚至逆转CAG的病理状态^[2];北沙参中的多糖成分参与机体免疫功能的调节^[3]。瓜蒌皮、竹茹味甘苦微寒,清化痰热,利气和胃,以顺胃腑通降之性;炒白芍性苦酸,微寒,既能敛阴养血,缓急止痛,又能平抑肝阳,同为臣药。研究表明,白芍具有显著的抗炎作用^[4];瓜蒌皮可降低血小板凝集,改善血液高凝状态^[5]。八月札、九香虫、桃仁理气活血祛瘀,通络止痛,用之为佐。现代研究表明活血药物能改善血液循环,缓解组织供血供氧不足的状况,使炎症消退,修复病变黏膜^[6]。麦芽行气消食、健脾开胃,甘草益胃和中、调和药性,为使药。药理证实麦芽具有促进胃酸、胃蛋白酶分泌,助消化等作用^[7]。甘草总黄酮

有抑制固有腺体萎缩,减轻固有层损伤,促进病变黏膜上皮细胞修复之功^[8]。

全方共奏养阴益胃、润降通络之功。该方通补兼施,滋而不腻,通而不燥,祛瘀生新,从而达到恢复病变胃黏膜之效。

加减运用:大便干燥者,去八月札,加麻仁20g、麦冬15g;Hp感染者,加黄连6g、蒲公英20g;重度肠上皮化生者,加莪术15g、蛇舌草20g、藤梨根20g。

4 病案举例

吴某某,男,56岁,退休工人。2016年9月14日初诊。

主诉:反复上腹部胀闷不适伴嘈杂2年余。患者2年来时感上腹部胀闷不适,呈间断性,进食后加重,伴暖气,嘈杂,口干,无恶心呕吐,无胸闷心悸等。有长期饮酒病史。间断服用“金奥康、快力”等抑酸护胃、促动力药物,症状时有反复。今至我院胃镜示:胃窦大弯侧黏膜苍白,血管纹理透见,黏膜呈颗粒样改变。诊断为慢性萎缩性胃炎。病理:(胃窦)黏膜慢性炎症伴中度肠上皮化生。刻下:胃脘痞满、嘈杂,暖气,口干而燥,消瘦貌,倦怠乏力,胃纳差,夜寐难眠,排便困难,小便调,舌质偏暗红中有裂纹,苔少,脉细数。西医诊断:慢性萎缩性胃炎。中医诊断:痞满,证属胃阴不足,瘀血阻络。治法:滋养胃阴,化瘀通络。处方:

鲜石斛12g,北沙参20g,竹茹20g,瓜蒌皮20g,炒白芍20g,炙甘草3g,炒麦芽20g,八月札20g,苏梗10g,桃仁10g,九香虫10g,麻仁20g。7剂。

二诊(2016年9月21日):服药后,胃脘痞满、嘈杂均缓解,口干时有,纳谷稍增,夜寐好转,大便偏干,舌暗红苔薄白,脉细数。上方减苏梗,加佛手10g、麦冬15g。7剂。

三诊(2016年9月28日):患者自诉痞满症状已止,嘈杂明显好转,口稍干,纳寐调,大便畅,舌暗红苔薄白,脉细。上方减麻仁,加藤梨根20g化瘀解毒。

此后又以上方加减治疗3月后,患者诉无所苦,王师建议复查胃镜。胃镜示:慢性浅表性胃炎。病理:(胃窦)黏膜慢性炎症,轻度肠化生。1年后随访,病情稳定,无明显不适。

按:本例患者长期饮酒损伤脾胃,导致燥热内生,阴液受劫,胃阴不足,胃失濡养而罹患本病。胃阴不足,则无力受纳腐熟水谷,产生痞满、纳差等症;胃气上逆则出现暖气;病程迁延,中焦气机阻滞,郁而化火,炼液灼津,津液更亏,故产生嘈杂、饥不欲食之症;津不上承则口干舌燥;肠失濡润则排便困难;津血同源,津亏则血虚,血虚则脉络失养;阴虚日久又可伤津耗气,无力推动血液运行,终致脉道滞涩,

瘀阻不畅,故舌质暗红、中有裂纹,内镜下黏膜变薄、粗糙,病理提示肠上皮化生等。审因求本,王师以滋养胃阴、化瘀通络为原则,投用养胃和络饮。方中鲜石斛、北沙参滋养胃阴,生津润燥,兼清胃热,补中有清,清中有补。瓜蒌皮、竹茹清化痰热,和胃顺气;炒白芍味酸,养血滋阴,与甘草同用酸甘化阴;八月札、九香虫、桃仁理气活血,祛瘀通络;麦芽健脾开胃,行气消食;炙甘草补中益气,调和诸药。药中病机,故有此效。

5 结语

经过长期的临床实践,王邦才教授认识到慢性萎缩性胃炎的主要病机之一是胃阴不足,瘀血阻络,治疗上须以养胃阴为本,同时兼以化瘀通络。因慢性萎缩性胃炎的临床表现常为非特异性,确诊需依靠胃镜及病理,故王师在治疗本病时,强调将中西医的诊病方式结合起来,重视四诊合参,并运用现代化检查手段——胃镜、病理来明确诊断、选用药物、判断预后。临证之时,王师还常嘱患者饮食规律,避免辛辣刺激、腌制之物,戒烟限酒,对幽门螺杆菌感染者,建议分餐。针对部分患者的恐癌心理,王师经常劝慰患者,告知CAG是一种进展缓慢的疾病,消除其心理负担,以冀身心并治,臻收良效。

参考文献

- [1] 戴明.养阴活胃合剂治疗慢性萎缩性胃炎患者胃镜组织学影响[J].陕西中医,2013,7(3):9.

- [2] 马津真,吴人照,龙华晴,等.铁皮石斛主要组分对慢性萎缩性胃炎模型大鼠的萎缩逆转作用及PCNA、Bcl-2蛋白的影响[J].浙江中医杂志,2017,52(10):760.
- [3] 荣立新,鲁爽,刘咏梅.北沙参多糖对甲亢型阴虚小鼠的免疫调节作用[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(6):640.
- [4] 李岩.白芍及其化学成分的药理研究进展[J].职业与健康,2015,31(15):2153.
- [5] 张岫秀,蔡盈,吴中梅,等.瓜蒌多糖的体内免疫活性研究[J].食品研究与开发,2015,36(24):15.
- [6] JOKIN N,PARK Y S.Clinicopathological features of eosinophilic Gastroenteritis[J].Gastrointestinal Endoscopy,2014,59(6):154.
- [7] 魏晴,王蒙,匡海学,等.麦芽及不同炮制品对小肠推进和胃排空的影响[J].中国药师,2016,19(12):2206.
- [8] 郑君.甘草总黄酮对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜保护作用及药理机制研究[D].南方医科大学,2014.

第一作者:丁佳璐(1986—),女,医学硕士,主治中医师,从事中西医结合治疗脾胃病临床工作。

通讯作者:王邦才,本科学历,主任中医师,硕士研究生导师。wbcnb@163.com

收稿日期:2018-09-08

编辑:吕慰秋

论文摘要的编写要求

摘要科技论文的重要组成部分。摘要是以提供文献内容梗概为目的,不加评论和补充解释,简明、确切地记述文献重要内容的短文。摘要应具有独立性和自明性,并拥有与文献同等量的主要信息,即不阅读全文,就能获得必要的信息。

摘要的主要功能:(1)使读者了解论文的主要内容。读者检索到论文题名后是否会继续阅读论文的其他部分,主要就是通过阅读摘要来进行判断。(2)提升论文被引用的机率。随着期刊数据网络化,摘要吸引读者和介绍文章内容的功能越来越明显。可以这样说,摘要质量的高低,直接影响着论文的被利用情况和期刊的知名度。

编写摘要的注意事项:(1)摘要中应排除本学科领域已成为常识的内容;切忌把应在引言中出现的内容写入摘要;一般也不要对论文内容作诠释和评论(尤其是自我评价)。(2)结构严谨,表达简明,语义确切。摘要先写什么,后写什么,要按逻辑顺序来排。句子之间要上下连贯,互相呼应。摘要慎用长句,句型应力求简单。每句话要表意明白,无空泛、笼统、含混之词,但摘要毕竟是一篇完整的短文,电报式的写法不足取。摘要不分段。(3)用第三人称。建议采用“对……进行了研究”、“报告了……现状”、“对……进行了调查”等记述方法标明一次文献的性质和文献主题,不使用“本文”“笔者”等作为主语。

研究类论文摘要必须包含目的、方法、结果、结论四要素,用第三人称过去式写法,不用“本文”“本研究”“作者”“该院”做主语,不分段落。专题论述、综述类文章应尽可能包括研究目的、资料来源、研究选择、资料提取、资料综合及结论六部分。临床摘要、医案医话类文章可灵活处理。