

从气阴论治慢性萎缩性胃炎合并焦虑抑郁摘要

李丹阳 惠建萍

(陕西中医药大学第一临床医学院, 陕西咸阳 712046)

摘要 伴有焦虑抑郁的慢性萎缩性胃炎患者临床症状较一般患者明显, 病情反复无常, 生活质量严重下降。针对此类患者, 根据中医学理论中脾胃肝三脏自身的生理功能及生理特性, 将病机分为两个方面: 气机升降失常, 肝失疏泄, 脾失健运, 胃失受纳; 胃阴不足, 津液耗伤, 久而肝阴亦损, 胃阴损甚。临证倡导“理气机、补阴液”的治疗新法, 旨在“木顺土和、木柔土润”。附验案1则以佐证。

关键词 萎缩性胃炎; 并发症; 焦虑; 抑郁; 病因病机; 中医疗法

中图分类号 R259.733.2 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2021) 02-0049-04

基金项目 陕西省中医药管理局科研课题 (2019-ZZ-JC00)

慢性萎缩性胃炎是一种病理上被描述为固有腺体萎缩甚至伴有肠化、异型增生的常见胃部疾病^[1]。由于饮食习惯、生活压力以及疾病迁延反复等客观因素存在, 绝大部分慢性萎缩性胃炎患者存在焦虑抑郁等心理障碍, 其伴随疾病发生发展的整个过程, 可使症状加重或出现复发, 从而影响预后转归^[2]。现代医学把慢性萎缩性胃炎作为胃癌发生发展的重要前驱病变, 推测大多数胃癌患者都曾有过胃萎缩的病史^[3], 所以有效治疗慢性萎缩性胃炎是阻断胃癌发生的重要手段。目前中医治疗慢性萎缩性胃炎, 特别是针对伴有焦虑抑郁的患者, 通过辨证论治、标本兼顾、个体化治疗的方式, 能够明显改善或消除其临床症状, 延缓甚至逆转胃黏膜萎缩向胃癌转变, 对于防治胃癌起到主导作用^[4]。

本病常见的症状主要有胃脘疼痛或痞闷不舒、噯气、不欲饮食、嘈杂、呃逆、暖气等。古往今来有不同医家论述情志因素与其症状密切相关。如《杂病源流犀烛》曰: “胃痛, 邪干胃脘病也。惟肝气相乘为尤甚, 以木性暴, 且正克也。”又云: “下气, 肠胃郁结病也。盖惟郁结, 则肠胃之气不能健运, 所纳谷食之气, 从内而发, 不得宣通, 往往上行则多噯气。”《景岳全书》云: “怒气暴伤, 肝气未平而痞。”无一不在言明情志因素在本病病因病机中发挥着重要作用。我们认为焦虑抑郁既可归属于致病因素中的情志因素——忧思恼怒, 也是本病的主要临床表现, 病机可从以下两方面分析: 气机升降失常, 肝失疏泄, 脾

失健运, 胃失受纳; 胃阴不足, 津液耗伤, 久而肝阴亦损, 胃阴损甚。治疗上倡导“理气机、补阴液”的新法, 旨在“木顺土和、木柔土润”。现将从气阴论治慢性萎缩性胃炎合并焦虑抑郁的诊疗思路阐述如下。

1 病因病机认识

1.1 气机升降失常, 肝失疏泄, 脾失健运, 胃失受纳 《丹溪心法·六郁》云: “气血冲和, 万病不生, 一有怫郁, 诸病生焉, 故人身诸病, 多生于郁。”气机升降出入, 血脉通利, 阴阳顺接, 万病不生, 一旦气机郁结, 脏腑功能失和, 诸病始生。我们思脾胃之病, 无不与气机升降无序有关, 而气机升降离不开肝脾胃三脏的功能协调。一方面, “脾为谏议之官, 知周出焉”, 脾胃位居中央, 气机以脾胃为轴, 脾为己土, 主升清, 脾升则肝肾亦升, 胃为戊土, 主降浊, 胃降则心肺亦降, 一升一降, 维持机体正常生命活动; 脾在志为思, 思虑过重, 气机郁结, 清气不升, 不能运化水谷精微输布周身, 久而脾气亏虚, 患者往往消瘦明显, 常感乏力; 而浊气不降, 反逆于上, 常致胃脘满闷, 可伴噯气、呃逆、呕吐; 脾性喜燥, 当气不布津, 水液积聚不化内停中焦, 湿、痰等病理产物形成阻碍脾胃, 致使胃失受纳, 不能腐熟水谷, 久而胃气亦损, 可见胃脘疼痛, 食欲不振, 食后症状明显等症; 水液聚于下焦, 小肠泌别清浊失司, 大肠传导失常, 水谷湿滞混下, 则发生便溏; 此外, 忧虽为肺之志, 然子母相通, 肺伤及脾, 故亦脾虚气滞而失运。另一方面, 肝禀木性, 主升发, 肝气条达, 疏泄脾土之壅滞, 可协助

脾胃之气升降;调情志,使人体气血平和,心情舒畅。本病患者往往被工作、生活、疾病反复等因素所累,情志难畅,导致肝气郁结,疏泄失常,木乘土位,使脾运不畅,胃受不安,五脏六腑失养而功能紊乱,百病生,即“脾病则五脏不安”;肝随脾升,当脾胃受损,水湿不化,脾土亦可反侮肝木,致使肝气不畅,如同自然界中树木长于土里,雨水过于充足,树木伸长受限,甚至根烂木枯。此外,《血证论》曰:“肝属木,木气冲和条达,不致遏郁,则血脉得畅。”胃为气血汇聚之地,忧思恼怒影响气之运行,气行受阻,肝失疏泄或病及脾脏,均可使脉道血流不畅,重则停滞不通,瘀毒内生,渐而内结癥瘕,最终发展为西医所说之胃癌^[5],符合镜下黏膜色暗粗糙,有颗粒状或结节状改变^[6]及Correa描述的萎缩性胃炎-肠化生-异型增生-胃癌的演变形式。所以,调理气机对于本病至关重要,其选方用药也需围绕着“木顺土和”这一理念。

1.2 胃阴不足,津液耗伤,久而肝阴亦损,胃阴损甚 慢性萎缩性胃炎病理上表现为胃黏膜上皮及腺体萎缩,固有层纤维化,上皮细胞分泌盐酸、碳酸氢盐及黏蛋白5AC、三叶因子1等黏液功能减退。其中碳酸氢盐及黏蛋白5AC、三叶因子1等黏液形成黏液-碳酸氢盐屏障可防止胃酸破坏胃黏膜而引起糜烂、溃疡甚至穿孔的发生^[7]。《类经·藏象类》注曰:“盖津者,液之清者也;液者,津之浊者也。”从中医学角度分析,人体内一切正常水液皆为津液,津与液相辅相成,难以分割,起到濡养、保护脏腑的作用,所以由盐酸、碳酸氢盐组成的消化液及黏蛋白5AC、三叶因子1等黏液形成的凝胶层应当归于中医学“津液”范畴。胃为阳土,易阳亢而燥热,需津液不断地滋润才能发挥其自身功效,前人言:“阳明燥土得阴自安”,而津液,《读医随笔·燥湿同形同病》谓:“水之入胃,其精微洒陈于脏腑经脉,而为津液”,也就是说胃为水谷气血之海,津液赖于胃受纳腐熟水谷而生,通过脾散布于全身脏腑经脉。概而言之,津液与胃相辅相成,胃黏膜上皮及腺体萎缩既是胃阴失养的表现,也是胃阴不足的原因,所以本病患者常出现饥不欲食、嘈杂不舒、口燥咽干等胃阴亏损的症候。《灵枢·痼疽》云:“中焦出气如露,上注溪谷而渗孙脉,津液和调,变化而赤为血。”当津液亏虚时,无法注入脉中而化生血液,而肝为藏血之脏,现无血可藏之,肝阴亦不足,肝体失于柔养,不能制约阳气,肝木亢奋,又易横逆犯土,加重脾胃功能失司之象,即“胃汁竭,肝风动”。通过临床观察发现慢性萎缩性胃炎合并焦虑抑郁患者中女子居多,年龄一般在45~60

岁之间,与患有更年期综合征的女性发病年龄相仿^[8],古人言:“七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通”,认为女子以肝为先天,当女子七七之后,任脉、冲脉虚衰,经络脏腑气血本就不足,加之此类患者想事诸多,压力过大,心理和生理上都过度消耗阴精血液,造成肝阴亦常亏损,从而出现面色憔悴、睡眠不佳、形体消瘦、心情烦闷等症。此外,阴虚亦可导致血瘀,一则,“血犹舟也,津液者水也”,津液不足以行血,血涩不通,阴伤及气,久而气阴皆亏,瘀者更甚;二则,“营分受热,则血液受劫”,阴虚化热,本就匮乏之阴液经煎熬而浓缩凝聚,形成瘀血^[9]。此处需强调的是补阴液即补津液血,因津液血均源于水谷精气,与气相比,其性均可属阴。

2 临证治法方药

2.1 理气机,木顺土和 基于肝脾胃气机升降失职的病机关键,拟木顺土和方加减治疗本病,旨在疏肝健脾,理气畅中。基本方组成:柴胡、白芍、党参、白术、茯苓、木香、枳壳、法半夏、陈皮、炒麦芽、薄荷。先疏其郁,令肝气条达,胃不受侮则病除可安和。柴胡,《神农本草经》注:“主心腹,去肠胃中结气,饮食积聚,寒热邪气,推陈致新。”本病患者常因郁致病,因病致郁,非柴胡不足以疏肝解郁,并且其性微寒,具有清热之功,可清解气机不畅日久郁而化热之火热证。白芍具有和营止痛、平肝缓急之效,《药性赋》言其功效有三:“扶阳气大除腹痛,收阴气陡健脾经……损其肝能缓其中”。两者一散一敛,疏肝解郁同时缓解木胜脾土所致诸痛,有利于和解肝脾而无耗阴伤血之弊,同为君药。《脾胃论》云“脾胃之气既伤而元气亦不能充,而诸病之所由生也”,即本土虚方可被木乘,而补土者必以甘,故以党参、白术、茯苓为臣。方中党参能健脾助运、振奋中气而无刚燥之弊,功效与人参不甚相远,对于食少无味、倦怠乏力等脾虚之症其功益彰;土虚不能四布津液,水谷长留则生湿,白术甘温而燥,前人称之为“补脾胃之药,更无出其右者”;茯苓渗湿益脾,可生津上行,亦可导浊下行。三者同用健运脾胃,土盛湿败,气机通畅。木香其味辛,气能上升,具有管统一身上下内外诸气之能,理气郁自消,郁消脾自运,亦为臣药,同党参配伍可达补而不滞之效。枳壳味辛散苦降,下气消积,行滞宽中,与柴胡、木香合用加强舒畅气机、升清降浊之效;配伍法半夏、陈皮,二者皆以陈久者为良,有“二陈”之美誉,可行中焦之气机,除中焦之浊邪,助脾胃运化之功,而无过燥伤阴之弊。最后,佐炒麦芽消积化滞,疏肝健胃,以助胃腑腐熟水谷,脾气得以化生。少量

薄荷辛凉透达,入肝经以清解忧郁。张锡纯言其力内至脏腑筋骨,外至腠理皮毛,皆能透达^[10]。全方补散升降并用,共奏木顺土和之曲,医理相通。

2.2 补阴液,木柔土润 针对本病胃阴不足,肝阴久耗的病机特点,拟木柔土润方加减治疗,旨在柔肝顺气、益胃滋阴。基本方组成:北沙参、麦冬、玉竹、生地、当归、白芍、丹皮、枸杞、陈皮、郁金、炙甘草。《理虚元鉴》谓:“阴虚为本者,其治之有统,统于肺也”,方中北沙参、麦冬、玉竹三药味甘,性微寒,归肺胃经,可直补胃阴,生津止渴,又可润肺养阴,制约横逆之肝气,用其佐金平木之意,以救其亏虚之阴,故为君药。“保津即保血,养血即可生津”,针对本病患者津液亏虚,久而阴血随之耗伤,予当归、生地、白芍为臣,取四物之妙以养血滋阴。其中当归能补血活血、调经通便,《本草备要》载:“血滞能通,血虚能补,血枯能润,血乱能抚”。生地味甘润阴,性寒清热,为清凉滋润之品,具有滋阴清热、凉血生津之功,《本草便读》言其“色黄味甘性寒,专入脾胃,散血清热,凡热邪内干营分,胃阴告竭者,颇属相宜”。白芍为“养肝阴之主药”,配当归是于养血当中而寓有柔肝之意,协生地则于滋阴之中而有生新之道。佐药为丹皮、枸杞、陈皮、郁金。其中丹皮味苦微辛,善除血热散积聚,可助生地、当归以凉血散血,防火热煎熬,营血瘀滞胃络;甘平之枸杞助归芍养肝血以充肝体,《本草汇言》载:“枸杞能使气可充,血可补,阳可生,阴可长,火可降,风湿可去,有十全之妙用焉。”气赖津载,气赖血载,津血不足,气亦不行,故以陈皮理气宽中,入肝脾经,直达病所,《神农本草经百种录》言:“橘柚通体皆香,而皮辛肉酸,乃肝胆通气之药也。故凡肝气不舒,克贼脾土之疾,皆能已之”;郁金以疏肝见长,辛能逆气滞血瘀,苦能泄肝胆郁热,与陈皮合而用之,既能使中焦气行血运,又可防止滋阴过度碍胃。最后,加一味炙甘草,调和药性,益气健脾为使。纵观全方,补中有行,行而不滞,肝胃调和,共奏木柔土润之效。若气阴俱虚,可用太子参替换北沙参,其药力平和,取清补之性,补虚而不峻猛,从而达到益气生津、助脾胃之气阴的目的。

3 典型病例

宫某某,女,58岁。2019年8月22日初诊。

患者反复胃脘部胀满疼痛4年余,加重伴反酸、烧心2月余。电子胃镜示:慢性萎缩性胃炎(C1)。刻下:胃脘部胀满疼痛,情绪不畅后加重,反酸,烧心,口干,口苦,呃逆,食纳少,无恶心呕吐,烦躁,乏力,无恶寒发热,大便3~5日一行,质

不干不稀,便意不明显,小便可,夜眠差,舌红瘦小、苔中黄腻,脉弦细。辨证为肝郁不畅、气阴内耗。治以柔肝顺气,养胃止痛。选方木柔土润方加减。处方:

太子参15 g,生地15 g,麦冬15 g,柴胡15 g,白芍10 g,延胡索15 g,枳壳10 g,陈皮10 g,郁金10 g,浙贝母15 g,海螵蛸15 g(先煎),炒麦芽15 g,黄芪30 g,酸枣仁15 g,茯神15 g。5剂。每日1剂,水煎300 mL,分早晚2次服用。

8月26日二诊:服药后反酸、呃逆不明显,烧心、口干、口苦减轻,胃脘胀满缓解,食纳少,夜休差,乏力,自述昨夜夜间胃脘痉挛疼痛明显,双上肢轻微震颤,烦躁不安,恶心欲呕,手足心热,烘热汗出,观其舌红瘦小、苔中黄腻较前减轻,脉弦细而弱。考虑其肝阴不足,虚风内生。原方减浙贝母、海螵蛸、酸枣仁、麦冬、茯神,加玉竹10 g、甘草6 g、防风15 g、木瓜15 g,改陈皮12 g、枳壳15 g、白芍30 g、炒麦芽20 g。7剂。上法煎服。

9月2日三诊:胃脘疼痛减轻,未再痉挛,双上肢无震颤,食纳较前好转,乏力、手足心热缓解,仍感心中烦躁,夜眠差,舌红瘦小、苔中白腻,脉弦细而弱。原方减防风、木瓜,加焦栀子10 g、淡豆豉10 g。改白芍20 g、炒麦芽15 g。

经治疗2个月后,胃脘疼痛明显减轻,食纳好转,乏力、烦躁减轻,无思虑则夜休佳。后患者间断来门诊就诊,随证加减,目前患者病情平稳。

按:本例系素体脾胃虚弱,久病气阴耗损,胃络失于润养,加之忧思疾病,气机郁结,伤肝损脾,故本病为虚实夹杂。本虚为气阴亏虚,标实为肝郁乘脾。患者反复胃脘胀满疼痛4年余亦是不荣则痛与不通则痛相结合的表现。治疗上单纯补气阴或只疏肝郁皆不能使诸症自愈,这也是患者反复就诊效果不理想的原因。治以柔肝顺气、养胃止痛,方选木柔土润方加减。方中太子参、生地、麦冬滋阴润燥,加黄芪益气健脾,气阴双补,并且兼顾通便之效;柴胡、白芍疏肝解郁,缓急止痛,患者病程较长,久病必有瘀,配伍延胡索、枳壳、郁金以行气活血止痛,加强止痛之效,使其补中有散,散中有敛,开中有阖;佐以浙贝母、海螵蛸制酸散结止痛;炒麦芽消食解郁;酸枣仁、茯神安神定志。二诊中重用白芍配伍甘草,可缓解因阴液亏虚筋脉失养引起的痉挛性疼痛;佐以防风、木瓜以舒筋活络。三诊中加焦栀子、淡豆豉以清热宁心除却心中烦躁。诸药合用,药证合拍,故诸症自愈。

从升降学说论治非酒精性脂肪肝临证体悟

杨茹文¹ 商洪涛²

(1.南京中医药大学,江苏南京210029;2.南京中医药大学附属医院,江苏南京210029)

摘要 非酒精性脂肪肝的发生与过食肥甘厚味、劳逸失常、思虑过度等多种因素损伤脾胃有关。脾土亏虚,气机升降失职,病理产物损伤肝络,发为本病。临证往往治以升清健脾、清肝降浊,自拟健脾清肝饮。附验案1则以佐证。

关键词 非酒精性脂肪性肝病;升降出入;病因病机;中医疗法

中图分类号 R259.755 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)02-0052-03

基金项目 2020年江苏省研究生实践创新项目(SJ CX20_0602)

非酒精性脂肪性肝病(non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)是一种无过量饮酒史,以肝细胞脂肪变性和脂质沉积为主要特征的代谢应激性肝病^[1]。随着饮食结构向高脂高糖转变,NAFLD已经成为健康体检肝脏生化指标异常的首要原因^[2]。非酒精性脂肪性肝病在古籍中没有翔实记载,根据其临床特点及症状,中医学家大致将其归为“积聚”“肥气”“胁痛”“肝着”等范畴。我们在临床上从升降学说论治NAFLD,获效满意,兹将临证体悟介绍如下。

1 升降学说概述

“天地生杀之理在升降沉浮”,升降学说作为中医研究气机运动的核心,涉及理法方药各个层面。正如《黄帝内经》说:“升降出入,无器不有。”人体

正常水液代谢有赖于气机的升降出入,“升降相因而变化作矣”,若非升降,生长收藏无以化,百病由生。万病不离气,中医治病八法以和法为贵,即以调和气机为主。把郁结于下焦的清阳之气向上升,湿浊之气向下降收,和其不和,则“气从以顺,皆得所愿”,疾病告愈,即可称之为“平人”。

上溯伤寒,下迄温病,在各家学说争鸣发展的过程中,“气机升降圆运动规律”这一观点脱颖而出,受众多医家推崇。圆运动首重中焦脾胃,气血生化之源视为枢纽,先天之本肾中阳气乃推动升降之原动力,肺胃右降则阴生,肝脾左升则阳生,左升右降,清升浊降,升降与出入并存,对立统一,循环不息,周而复始。

参考文献

- [1] 张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060.
 - [2] 朱姣,刘晶晶,代二庆.慢性萎缩性胃炎患者心理健康状况的相关性研究进展[J].辽宁中医杂志,2014,41(12):2714.
 - [3] 王森蕾,刘俊宏,毛兰芳,等.胃癌前病变诊治中西医研究进展[J].中医药临床杂志,2020,32(1):171.
 - [4] 董凡,邓银香,商竞宇,等.中医疗法慢性萎缩性胃炎研究近况[J].江苏中医药,2020,52(7):88.
 - [5] 杨洋,瞿先侯,杨敏,等.慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性[J].中医杂志,2020,61(4):319.
 - [6] 邓洁.慢性萎缩性胃炎胃镜下表现与病理诊断的对照分析[J].临床合理用药杂志,2019,12(18):170.
 - [7] 刘先勇.三型辨证结合胃镜下辨证论治慢性萎缩性胃炎[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3039.
 - [8] 胡婷,陆为民.更年期女性慢性萎缩性胃炎中医证候分布规律研究[J].中医学报,2019,34(1):159.
 - [9] 李航,杨少山.浅谈阴虚血瘀的机理及其治法[J].中医杂志,2011,52(23):2062.
 - [10] 方奕芬,叶玺,何皓颖.张锡纯运用薄荷藜蒿[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(11):1585.
- 第一作者:**李丹阳(1994—),女,硕士研究生在读,主要从事中医药治疗消化系统疾病的研究。
- 通讯作者:**惠建萍,医学博士,副教授,副主任医师,硕士研究生导师。jbtm369@163.com
- 修回日期:2020-08-19
- 编辑:傅如海