

# 林吉品运用微观辨证治疗慢性萎缩性胃炎之经验

宋增杰

(慈溪市中医医院, 浙江慈溪 315300)

指导: 林吉品

**摘要** 林吉品主任中医师认为慢性萎缩性胃炎属中医学“胃脘痛”“痞满”等范畴, 早期病机以实为主, 随着病情发展, 可由实转虚, 虚实夹杂。因本病症状缺乏特异性, 故在临床辨证时, 提倡传统宏观辨证与胃黏膜微观辨证相结合, 将中医辨证的内涵延伸至微观, 提高了中医辨证的客观性和准确性。在治疗上提出“消除症状→祛除病灶→巩固善后”三步曲, 具有较好的临床疗效。附验案1则以佐证。

**关键词** 萎缩性胃炎; 中医病机; 微观辨证; 中医药疗法; 名医经验; 林吉品

**中图分类号** R259.733.2 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2021) 08-0023-02

**基金项目** 宁波市医学科技计划项目(2019Y68); 慈溪市农业和社会发展科技计划项目(CN2020014)

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是慢性胃炎的一种类型, 现代医学对CAG的病因及发病机制尚不完全清楚, 治疗以缓解症状、延缓病情为主, 虽然具有一定疗效但是复发率较高, 安全性偏低。中医药治疗慢性萎缩性胃炎具有独特的优势<sup>[1]</sup>。

林吉品主任中医师是浙江省名中医, 在脾胃病诊治方面具有丰富经验。林师认为本病发病缓慢, 病势缠绵, 迁延难愈, 且临床症状缺乏特异性, 症状和病变常不相一致, 临床症状的消失不代表病灶消除, 故提倡中医传统宏观辨证与胃黏膜微观辨证相结合, 在治疗上提出“消除症状→祛除病灶→巩固善后”三步曲, 运用中医药治疗CAG, 取得较好的效果。

## 1 审因察机, 治病求本

CAG临床表现为腹胀、嗝气、胃脘部嘈杂、疼痛等, 根据临床特点, 可归属于中医学“胃脘痛”“痞满”等范畴<sup>[2]</sup>。《黄帝内经》云:“脏寒生满病”, “卑监之纪……其病留满痞塞”, “思伤脾”; 又云:“饮食自倍, 肠胃乃伤。”《脾胃论·脾胃盛衰论》载:“百病皆由脾胃衰而生也。”故本病发生常认为与外感六淫、内伤饮食、情志不畅、先天禀赋不足等有关。

林师认为CAG病位在胃, 但与肝、脾、肾密切相关。从早期症状看, 本病病机以实为主, 表现为食积、湿热、气滞; 随着病情进展, 又会出现因实致虚, 表现为脾胃虚弱。脾胃虚故不能运化水谷、生化气血, 久虚又可致实, 主要表现为气虚血瘀, 瘀久伤络, 致水停血瘀、湿毒热毒内生, 最终成虚实夹杂之证。

## 2 宏微结合, 三步辨治

2.1 消除症状 如前所述, CAG临床主要表现为: 腹胀、嗝气、胃脘部嘈杂、疼痛等。林师认为, CAG患者常因临床症状难以缓解及对疾病预后的担忧而出现焦虑、抑郁等不良情绪, 而不良情绪的存在又会使症状加重、病程延长。因此, 为了调整患者不良情绪, 增强抗病信心, 临证时消除症状十分必要。林师临证多用楂曲平胃散加减: 焦山楂、六神曲、炒苍术、厚朴、佛手、姜半夏、枳壳、陈皮、炒谷麦芽、蒲公英。

然而, CAG临床症状较一般胃炎并无特异性, 且症状轻重并不能提示病情轻或重, 此时在传统辨证的基础上, 可结合胃黏膜微观辨证, 并随证化裁基本方。如黏膜色泽灰暗或红白相兼, 黏膜皱襞变平, 伴疣状增生者, 多兼气滞血瘀, 临床常见胃脘痛、痞满、嗝气, 加延胡索、杭白芍、广木香、紫苏梗等理气活血止痛; 黏膜色泽淡红、粗糙、轻度充血、分泌减少者, 多兼胃阴不足, 症见口干、嘈杂、易饥等, 则加北沙参、浙石斛、麦冬等益养胃阴; 黏膜色泽深红, 弥漫充血, 隆起性糜烂者, 多兼肠胃火盛, 常见口苦心烦、大便秘结等症, 则加川黄连、焦山栀、槟榔、全瓜蒌等清热泻火通便; 黏膜红肿, 散在糜烂, 胃液色黄黏稠, 伴胆汁反流者, 多兼肝胃不和, 症见反酸、恶心、呕吐等, 则加蒺藜、海螵蛸、姜竹茹、炒刺猬皮等疏肝和胃。本阶段一般服药14~28 d症状可消除。

2.2 祛除病灶 CAG临床症状消除后,仅依靠传统辨证常会陷入无证可辨的困境,而此时疾病并未痊愈,仍需采取针对病灶的治疗。故林师认为,此阶段治疗当以胃黏膜微观辨证为主,结合传统宏观辨证予以施治。林师多年临证发现,此阶段微观上多表现为黏膜红白相间,以白为主,黏膜弹性减低,固有腺体减少,伴见黏膜颗粒状隆起,血管显露等,多呈气虚血瘀表现,瘀久伤络,水停血瘀致湿毒热毒内生。对此林师以自拟益气化痰阻萎汤为基本方,益气活血、清热解毒,药用:生黄芪、莪术、猫爪草、八月札、白花蛇舌草、炒党参、生白术、生地榆、蒲公英。若见黏膜色泽淡红,分泌减少,呈偏阴虚者,加石斛、南北沙参;若见黏膜苍白,皱襞变细或消失,呈偏气虚者,加炒白术、淮山药;若伴有肠化、异型增生,颗粒样结节、隆起、血管显露,瘀血湿毒明显者,加三七头、土茯苓。本阶段的治疗应不少于5个月。

2.3 巩固善后 因胃黏膜正常机能的恢复需要一段时间,故CAG经过上述二步治疗后,应观察临床症状有无反复,复查胃镜及病理切片,若临床症状反复,病灶尚未清除,胃黏膜尚未恢复生成,则继续予前两步治疗。若症状消失,胃镜及病理切片显示萎缩的胃黏膜固有腺体已恢复生成,则予善后巩固治疗,以健脾益胃、升脾气、降胃腑为主,使其升降有司,林师常用六君子汤加减。此阶段治疗以1~2个月为宜。

### 3 病案举隅

吴某,男,50岁。2018年1月30日初诊。

患者自诉患慢性萎缩性胃炎1年余,电子胃镜示:胃窦四壁散在条状黏膜充血,小弯侧可见一斑片状充血糜烂。诊断:慢性萎缩性胃炎;胃体息肉。病理切片示:(胃窦)慢性中度萎缩性胃炎,中度肠化,淋巴滤泡形成。刻诊:暖气、腹胀、泛酸,胃纳欠佳,二便尚可,舌淡苔白腻,脉濡。辨证属湿滞脾胃证。予以楂曲平胃散加减。处方:

焦山楂20g,神曲10g,姜半夏10g,厚朴花10g,茯苓12g,黄芩10g,炒白术12g,炒黄连5g,吴茱萸3g,紫苏梗10g,炒麦芽20g,炒谷芽20g,生甘草5g。每日1剂,水煎分2次服。

3月1日复诊:随证加减共进28剂后,患者临床症状基本消失,舌淡偏黯、苔薄腻,脉弦细。辨证属气滞血瘀夹湿,改投益气化痰阻萎汤。处方:生黄芪30g,莪术15g,猫爪草25g,预知子10g,白花蛇舌草30g,炒党参12g,生白术12g,生地榆15g,蒲公英20g,白芍10g。每日1剂,水煎分2次服。

6月3日复诊:随证加减共进90余剂,复查胃镜示:胃黏膜色泽淡红,胃液分泌少,予3月1日方加浙石斛12g、北沙参12g益养胃阴。

按法调治半年,复查电子胃镜示:慢性浅表性胃炎(中度);病理切片示:(胃窦)幽门黏膜轻中度慢性浅表性炎,肠化(-)。之后间断服用中药调理,随访至今未见异常。

### 4 结语

CAG临床症状相较一般胃炎并无特异性,其成因与情志、饮食及寒热湿浊诸邪损伤脾胃相关,宏观症状上有湿、滞、积的特点,而从微观胃黏膜表现来看,其“萎缩”之病灶又呈现出虚、瘀、湿热的特征。林师治疗CAG,注重吸收现代医学成果,重视微观辨证的应用,针对症状,以楂曲平胃散为代表方,燥湿运脾、行气和胃,以消除症状;针对病灶,林师专设益气化痰阻萎汤,益气活血、疏肝理气止痛、清热解毒、消肿散结。另外,待症状、病灶消除后,林师提倡继续巩固调理一段时间,以防复发。

辨证论治是中医药赖以发展的学科特色与优势,传统的四诊辨证法有一定的局限性,诸多疾病早期或疾病变化轻微时较难被宏观四诊捕捉,现得益于科技发展,原“司外揣内”的诊察法已发展实现为“司内知内”,故在中医理论指导下,利用好现代诊断技术,对提高中医诊疗水平具有积极意义。微观辨证是通过微观指标辨识证的过程,是对传统中医四诊的继承与发展,它能更本质地阐明证的物质基础,为认识疾病本质、指导临床诊疗、判断疾病预后提供一定依据<sup>[1]</sup>。林师在传统中医辨证理论基础上,将中医辨证的内涵延伸至微观,提高了中医辨证的客观性和准确性,从而提高临床疗效。

### 参考文献

- [1] 朱永钦,朱永革,黄连梅,等.慢性萎缩性胃炎中医病因病机和辨证分型的临床研究进展[J].中华中医药学刊,2017,35(2):322.
- [2] 张声生,李乾构,唐旭东,等.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J].中医杂志,2010,51(8):749.
- [3] 薛飞飞,陈家旭.对微观辨证的思考与展望[J].中医杂志,2007,48(2):104.

第一作者:宋增杰(1990—),男,医学硕士,主治中医师,研究方向为中医内科疾病的诊疗。357772824@qq.com

修回日期:2021-02-20

编辑:傅如海