

林吉品辨治慢性萎缩性胃炎验案3则

宋增杰 王 斌

(慈溪市中医医院, 浙江慈溪 315300)

指导: 林吉品

关键词 慢性萎缩性胃炎; 林吉品; 益气化瘀阻萎方; 验案

基金项目 2022年全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2022〕75号); 2020年度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)是指胃黏膜上皮因遭受反复损害,固有腺体减少,伴有肠腺上皮化生和/或异型增生的慢性胃部疾病。本病临床发病率较高,且有一定的癌变倾向^[1],可归属于中医学“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴^[2]。CAG患者大都症状不显,主要表现为上腹痛或不适、上腹胀满、早饱、嗳气、恶心等非特异性消化不良症状,少数患者还可出现乏力、消瘦、贫血等全身症状或者健忘、焦虑、抑郁等精神症状^[3]。本病病程较长,易反复发作。现代医学对CAG的病因及发病机制尚不明确,治疗以缓解症状、延缓病情为主,虽有一定疗效但复发率较高、安全性偏低^[3]。中医药治疗CAG具有独特优势,可有效延缓疾病进展,预防癌前病变发生^[4]。

林吉品系第五批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师、浙江省名中医,从事脾胃病临床、科研工作40余年,学验俱丰,尤其对CAG的治疗有独到见解。林师独创“消除症状、祛除病灶、巩固善后”三步法治疗CAG:对症状明显者应先予消除症状,谓“急则治标”;症状消失后予自拟之益气化瘀阻萎方祛除病灶,谓“缓则治本”;临床症状反复或病灶易复生者,治愈后当继续以健脾益胃为主,予巩固善后治疗,谓“病愈防复”。林师以“祛除病灶”为核心,并强调不必按部就班,三步悉具,如无临床症状,可针对病灶直接予益气化瘀法。笔者有幸侍诊林师左右,受益颇多,现择其治疗CAG验案3则介绍如下。

1 胃痞案

方某,男,51岁。2020年10月29日初诊。

主诉:胃脘痞满1年余。患者1年多前因醉酒后出现胃脘痞满,泛泛欲吐,间断服用奥美拉唑胶囊、瑞巴派特片等抑酸护胃治疗,症状反复,遂至我院就诊。电子胃镜示:浅表性胃炎伴糜烂,胃体息肉,反流性食道炎;活检病理示:(胃窦小弯)重度慢性萎缩性胃炎、重度肠上皮化生(以下简称肠化),(胃体后壁)慢性浅表性胃炎。刻诊:胃脘痞满,偶有反酸,心下灼热感,纳谷不馨,小便短赤,大便干,3~4日一行,舌红、苔黄腻,脉滑数。西医诊断:慢性萎缩性胃炎;中医诊断:胃痞(湿热内蕴证)。治以清热化湿,消痞和胃。方选小柴胡汤合楂曲平胃散化裁。处方:

柴胡10g,黄芩10g,姜半夏10g,生栀子10g,焦山楂20g,神曲10g,黄连6g,吴茱萸3g,制厚朴10g,苍术10g,槟榔20g,生甘草5g。14剂。每日1剂,水煎,早晚分服。

2020年11月12日二诊:患者痞满、反酸基本消失,胃纳转佳,大便通畅,每日可解,舌黯、苔薄腻,脉细滑。辨证为气虚血瘀夹湿,改投益气化瘀阻萎方加减。处方:生黄芪30g,莪术15g,猫爪草25g,八月札10g,白花蛇舌草30g,党参15g,生白术15g,生地榆15g,蒲公英20g,白藜10g,土茯苓30g。14剂,煎服法同上。

以二诊方化裁调治半年余,其间患者未诉不适。2021年8月18日复查胃镜示:反流性食管炎,慢性浅表性胃炎,胃息肉;活检病理示:(胃窦)黏膜慢性炎,轻度腺上皮肠化。随访至今,未见异常。

按:仲景言:“满而不痛者,此为痞,柴胡不中与,宜半夏泻心汤”^[5],指出痞满病机为正虚邪陷,升

降失调。《景岳全书》曰：“凡有邪有滞而痞者，实痞也；无物无滞而痞者，虚痞也。有胀有痛而满者，实满也；无胀无痛而满者，虚满也”^{[6][166]}，明确了痞满首辨虚实。林师认为CAG早期以实为主，若失于治疗，可由实转虚，虚实夹杂，因此尽早消除患者症状为治疗本病的关键。本案患者平素嗜酒，湿浊热毒浸淫，致脾胃升降失调，乃成痞证。清阳不升，浊邪上逆，故见反酸、烧心；腑气不通，胃气不能下行为顺，故见纳差、便秘。林师辨为湿热内蕴证，治以清热化湿、消痞和胃，方选小柴胡汤合楂曲平胃散化裁。方中柴胡、黄芩、姜半夏取仲景小柴胡汤之意，辛开苦降，为林师消痞之基础组合；左金丸配生栀子，泻火行湿开痞；苍术燥湿兼能健脾，标本兼顾；焦山楂、神曲、制厚朴、槟榔行气消食，助腑气下行；生甘草调和诸药。药后湿去热消，脾升胃降，诸证自除。林师强调，本病症状消失不代表病灶消除，标象消失之后，应抓住“气虚血瘀”之根本病机，予益气化瘀以祛除病灶，故二诊投益气化瘀阻萎方化裁。方中生黄芪、党参、生白术健脾益气，生黄芪兼活血；莪术益气活血；八月札、白花蛇舌草理气疏肝、清热解毒；生地榆、白蔹清热凉血、消肿散结止痛；猫爪草消肿散结；蒲公英凉润清热、消肿散结；患者湿毒较甚，故加土茯苓加强除湿解毒之力。方证相合，二诊方化裁调治半年余，终获效验。

“脾胃居中州，为气机升降之枢纽”，“顺其升降”为林师治疗脾胃病之要旨，如本案中选用柴胡、黄芩、半夏等辛开苦降。然脾胃虽为升降之枢，但全身气机之条畅仍与肝升、肺降、心运、肾纳等相关，临证当悉心辨证，活用疏肝、宣肺、益肾诸法，调气重脾胃而限于脾胃。

2 胃痛案

刘某，男，43岁。2021年6月16日初诊。

主诉：胃脘反复疼痛半年。患者平素郁郁寡欢，半年前因受气后出现脘腹刺痛，于当地医院治疗，效果不佳，加之忧罹患癌症，整日惶惶致病情加重。电子胃镜示：慢性萎缩性胃炎伴胆汁反流伴糜烂，重度胆汁反流；活检病理示：（胃角）黏膜中度慢性萎缩性胃炎、腺上皮中度肠化，（胃窦）黏膜慢性炎、腺上皮中度肠化。刻诊：胃脘刺痛，痛处不移，按则痛甚，喜太息，神疲，胃纳减退，夜寐欠安，二便尚调，舌暗胖大、苔薄白，脉弦细涩。西医诊断：慢性萎缩性胃炎；中医诊断：胃痛（气滞血瘀证）。治以理气活血，和胃止痛。方选柴胡疏肝散合金铃子散化裁。处方：

柴胡10g，炒枳壳10g，炒白芍10g，香附10g，川芎10g，炙甘草6g，川楝子10g，延胡索10g，刺猬皮10g，砂仁6g。14剂。每日1剂，水煎，早晚分服。

2021年6月30日二诊：患者胃痛明显好转，夜间偶发，夜寐改善，神疲纳差仍存，舌暗胖大、苔薄白，脉细涩。予初诊方去川楝子、延胡索，加党参15g、当归10g，14剂。

2021年7月14日三诊：患者胃痛基本消失，精神较前改善，情绪稳定，舌脉同前。予益气化瘀阻萎方化裁。处方：生黄芪15g，莪术10g，三棱10g，柴胡10g，炒枳壳10g，八月札10g，白花蛇舌草30g，蒲公英20g，白蔹10g，生地榆15g，党参15g，生甘草5g。14剂，煎服法同上。

以三诊方调治8月余，患者胃痛症状消失，情绪佳。2022年3月1日复查胃镜示：浅表性胃炎伴糜烂，胆汁反流；活检病理示：中度慢性浅表性胃炎，轻度肠化。

按：《内经》曰：“木郁之发……民病胃脘当心而痛”^{[7][60]}，“土得木而达”^{[7][175]}。《金匱要略》云：“见肝之病，知肝传脾。”《景岳全书》言：“脾胃之伤于劳倦情志者，较之饮食寒暑为更多也。”^{[6][109]}中焦脾胃气机升降有赖肝气条达，肝郁气滞则脾胃失和为病。林师认为CAG病势迁延，患者常因症状得不到缓解及对疾病预后的担忧而出现焦虑、抑郁等不良情绪，而不良情绪又会加重症状、延长病程。故消除症状有利于缓解患者情绪，增强抗病信心。本案患者素来忧郁，气机郁滞，气为血帅，气久滞则血必瘀，加之情志刺激，肝气横犯脾胃，则成气滞血瘀之胃痛。林师辨为气滞血瘀证，方选柴胡疏肝散合金铃子散理气活血、和胃止痛。方中柴胡、香附、川楝子疏肝理气解郁；川芎、延胡索、刺猬皮活血行气止痛；炒枳壳、砂仁行气化滞；肝体阴用阳，炒白芍、炙甘草既能柔肝缓急止痛，又能顾护肝阴，以防疏泄太过，炙甘草兼调和诸药。二诊时患者症状好转，本虚之象显露，故去开破之力较强之金铃子散，加党参、当归，一则防耗气破血之弊，二则取气旺血行之意。三诊时患者标象已除，投益气化瘀阻萎方化裁以除病灶。其中三棱、莪术为林师常用流通气血之药对，张锡纯有言：“能破癥瘕者，三棱、莪术之良能，非二药之性烈于香附也”，棱、莪通理气血，效优而弊少。全方补而不滞、攻补相成，方证针芥相投，故能药到病除。

林师认为，CAG发病与肝郁不舒、气机阻滞有关。情志不遂，肝木之气横犯脾土，肝胃不和则引发

脾胃病;同时,脾胃虚弱,不能运化水谷,精神思维活动失去物质基础,亦使人产生负面情绪。情绪与疾病相互影响、互为因果,故林师强调在治疗本病时应观察患者心理状态,注重“身心同治”。

3 无症状慢性萎缩性胃炎案

许某,女,69岁。2020年9月20日初诊。

主诉:确诊慢性萎缩性胃炎1周。患者平素无明显不适症状,1周前体检检查胃镜示:慢性浅表性胃炎伴胃窦糜烂;活检病理示:(胃窦小弯)中度慢性萎缩性胃炎伴糜烂、中度肠化。刻诊:无不适症状,舌淡红、可见瘀点、苔薄白,脉沉涩。西医诊断:慢性萎缩性胃炎;中医诊断:虚损病(气虚血瘀证)。治以益气化瘀。方选益气化瘀阻萎方。处方:

生黄芪30g,莪术15g,猫爪草25g,八月札10g,党参15g,生白术15g,生地榆15g,白芍10g。14剂。每日1剂,水煎,早晚分服。

以初诊方调治7月余,于2021年5月25日复查胃镜示:胃窦黏膜粗糙,色泽橘红,红白相间,以红为主;活检病理示:(胃窦)中度慢性浅表性胃炎。停服中药,嘱健康生活方式。

按:林师认为,慢性萎缩性胃炎病变程度与症状轻重呈非线性相关,有症剧而黏膜病变轻微者,亦有症轻甚至无症状而病变颇重者,加之本病症状缺乏特异性,因此林师提出传统宏观辨证与胃黏膜微观辨证相结合的诊疗模式,将中医辨证的内涵加以延伸,以提高中医辨证的客观性和准确性^[8]。本案患者胃窦黏膜粗糙充血,见散在充血糜烂灶,为热毒血瘀之征象,腺体萎缩兼肠化为气虚之征象,宏观上与淡红瘀点舌、沉涩脉对应,方药上与益气化瘀阻萎方契合,虽无症状却能因证施治,是对“治未病”思想的延伸与发展。使用益气化瘀阻萎方调治7月余,检查示患者萎缩性病灶及肠化已祛,可知其转为非萎缩性浅表性胃炎,已达治疗目的,故停服中药,嘱注重生活调摄以防病复。

4 结语

益气化瘀阻萎方为林师经验方,由生黄芪、莪术、猫爪草、八月札、白花蛇舌草、党参、生白术、生地榆、蒲公英、白芍组成,可用于治疗轻、中、重度各型萎缩性胃炎伴或不伴有肠化,临床疗效显著^[9-10]。全方具有益气活血、疏肝理气止痛、清热解毒、消肿散结之功效,切中CAG虚、瘀、热、毒之病机,起到阻萎之功效。林师强调,临证运用本方时,可根据患者症状进行灵活加减:血瘀明显兼气滞者,酌加延胡索、木香、紫苏梗等理气活血止痛;兼胃阴不足者,加

沙参、石斛、麦冬等益养胃阴;兼胃肠热盛者,加黄连、栀子、槟榔、瓜蒌等清热泻火;兼肝胃不和者,加蒺藜、姜竹茹、炒刺猬皮等疏肝和胃。

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:354.
- [2] 张佳艺,丁杰,杜璐瑶,等.中医药治疗慢性萎缩性胃炎概况[J].中医学报,2019,34(12):2570.
- [3] 邱士江.慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗的分析[J].中国医药指南,2019,17(30):187.
- [4] 董凡,邓银香,商竞宇,等.中医治疗慢性萎缩性胃炎研究近况[J].江苏中医药,2020,52(7):88.
- [5] 熊曼琪,主编.伤寒学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:123.
- [6] 李志庸,主编.张景岳医学全书[M].2版.北京:中国中医药出版社,2015.
- [7] 佚名.黄帝内经[M].人民卫生出版社,整理.影印本.北京:人民卫生出版社,2013.
- [8] 宋增杰.林吉品运用微观辨证治疗慢性萎缩性胃炎之经验[J].江苏中医药,2021,53(8):23.
- [9] 王斌,郑军状,宋增杰,等.林吉品运用“症-因-脉”三阶梯法治疗慢性萎缩性胃炎经验探析[J].浙江中医杂志,2021,56(3):195.
- [10] 王斌,应艺,裘磊.林吉品治疗脾胃病经验摘要[J].浙江中医杂志,2019,54(12):868.

第一作者:宋增杰(1990—),男,医学硕士,主治中医师,研究方向:中医内科疾病(脾胃及肾脏病)的诊治。357772824@qq.com

收稿日期:2022-03-21

编辑:傅如海 蔡强

