

田德禄辨治慢性萎缩性胃炎之经验

张忠绵¹ 郭志玲² 刘大铭¹ 张轶斐¹ 李志红¹

(1.北京中医药大学东直门医院,北京100700;2.北京中医药大学中医学院,北京100029)

指导:田德禄

摘要 慢性萎缩性胃炎可归属于中医学“虚痞”范畴。田德禄教授结合多年临床经验,认为本病以脾虚为本,食积、痰热、血瘀结为患;病位在胃,日久累及肝脾肾等脏腑;病情演化,初起病在腑、在气、在中焦,病久入脏、入血、入下焦;实邪为主,当清降和胃,祛实邪;脾虚为重,当甘平养胃,益脾气。附验案1则以佐证。

关键词 慢性萎缩性胃炎;名医经验;田德禄

基金项目 国家自然科学基金资助项目(82074187);北京市中医管理局北京中医药薪火传承“3+3”工程建设项目“田德禄名医传承工作站”(2012-SZ-C-40);国家重点研发计划资助项目(2018YFC1704100,2018YFC1704106)

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指胃黏膜上皮的固有腺体减少,伴或不伴有肠上皮化生(简称肠化)的一种慢性疾病,属于慢性胃炎的一种类型^[1]。CORREA P^[2]揭示了从正常胃黏膜→慢性萎缩性胃炎→肠上皮化生→异型增生→肠型胃癌的过程,在此过程中,CAG属癌前状态,肠上皮化生及异型增生属癌前病变^[3]。如何有效地逆转萎缩、肠化,以期阻断向胃癌的进程成为研究的重点。课题组前期在理气活血解毒法的理论指导下提出参白颗粒可通过下调哺乳动物雷帕霉素靶蛋白(mTOR)、核因子激活的B细胞的 κ -轻链增强(NF- κ B)、低氧诱导因子-1(HIF-1 α)的表达,从而改善甚至逆转CAG伴肠化的状态^[4]。

田德禄教授为全国名中医、首都国医名师,他于20世纪70年代开始进行CAG及癌前病变的基础及临床研究,提出CAG属“虚痞”范畴,并主张分阶段辨证论治CAG,同时结合临床表现、内镜检查结果、病理检查结果等治疗CAG,真正做到辨病与辨证相结合,以期逆转CAG及癌前病变,阻断肠型胃癌的进程。现将田教授辨治CAG的经验介绍如下。

1 病本脾虚,食痰瘀结为患

《诸病源候论》首次详细地论述了痞满的病因,认为“荣卫不和……而风邪外入,与卫气相搏……而成痞也。……由忧恚气积,或坠堕内损所致”。指出了痞满之因多为风邪所侵或情志忧思恼怒,并在《伤寒论》误下成痞的基础上,提出了寒邪、热邪、痰浊、食积等邪气阻塞胃脘致痞及脏腑虚竭等病因^[5]。

后世对于CAG病因病机认识多遵前人所言,认为CAG的发生多缘于饮食不节,或情志郁结,通过临床对CAG的研究来看,其症状为胃脘痞闷,多食则胀满不行^[6],兼见面色萎黄、神疲乏力、气短懒言,此皆为脾虚不运之象。《景岳全书》云:“有邪有滞而痞者,实痞也;无邪无滞而痞者,虚痞也。……实痞实满者,可散可消;虚痞虚满者,非大加温补不可。”田老认为疾病随着时代而变迁,实痞当以消以散为主,但在当代“虚痞”已不是无邪无滞的状态。“至虚之处,便是容邪之所。”脾虚之本,加之外邪侵袭,渐成CAG之虚实夹杂之机,故其病性当属本虚标实,以脾虚为本,食积、痰热、瘀毒等实邪盘踞中焦,碍气伤血。故在治疗时若大加温补则壅滞脾气,实邪更遽,首当辨明标实与本虚之轻重,方能将补虚与泻实的比例把握得当。

2 病位在胃,肝脾肾脏腑相关

CAG的症状多为胃脘部痞闷不适,古今各医家在治疗时多从胃论治^[7],其病位当在胃,胃属腑、属阳,脾胃以膜相连,互为表里,胃恙日久,脾气渐虚,由腑及脏^[8]。《素问·五常政大论》中论土运不及有“卑监之纪,是谓减化……其病流满否塞,从木化”之说指出痞之关键在于中焦脾运不及,易从木化,故脾病日久与肝密切相关。朱震亨又云:“人生诸病多生于郁,而六郁之成以气郁为先。”结合现代人情志郁结,恼怒多伤肝,肝郁日久则乘其脾胃,故在治疗CAG时田老多加入疏肝、清肝、柔肝之品以养肝体,平肝阳。脾胃乃后天之本,脾胃病久不愈,先后天互

养互助,后天之本乏源,先天之肾精则易耗伤,在统计CAG患者临床症状时可见部分CAG患者出现夜尿频多、腰酸,四诊合参,当为CAG后期脾虚及肾,故田老认为治疗CAG时应在健脾养胃的基础上酌加滋养先天肾精之品。

3 病情演化,实渐虚层层递进

3.1 初病在腑,久病入脏 CAG初病在胃,饮入于胃、情志不舒横逆犯胃,初病属实,病在胃,属腑,实邪郁遏日久生热,耗伤胃阴,脾胃互为表里,以膜相连,久病及脾,属脏。脾之中气不足,胃之实邪犹存,脾虚愈甚,胃阴愈损。本病的演变从胃及脾,由腑及脏。

3.2 初起在气,久病动血 疾病初起,食积、气滞、痰热之实邪客于胃脘,气机不畅,郁而生热,热郁于中,当通腑和胃,理中焦之气滞,散郁遏之邪热,必宣郁清热,使郁开热清而愈,若中焦气郁不得开,邪热不得泻,入血耗血则致血虚血瘀,胃镜下可见胃黏膜苍白,黏膜下血管网显露郁紫。邪热入血动血则见出血,胃镜下可见黏膜糜烂出血,“离经之血即为瘀血”,治疗时当加入清热凉血、活血化瘀药物。此正是初病在气分,久病入血分,本病之发生发展也即由气入血之变^[9]。

3.3 初病中焦,久及下焦 初起病在中焦,脾胃之居,脾胃乃后天之本,气血生化之源,邪气入于脾胃,首伐胃之阴津,久病及脾,以脾之中气不足为主,气血伐伤。后天生化无源,先天之精无以滋养,肾精耗伤,症见神疲乏力、腰膝酸冷、夜尿频多,正是后天生化无源以损先天,先天之精愈虚无以滋养后天之气血。此即本病自起病之初源于中焦,渐至久病损及下焦肝肾之精血的过程。

4 病证结合,清降补相兼为用

田老常言,中医诊病,当讲究辨证论治。辨证论治,当先明其重,而后知所从治。田老治疗CAG时,时时谨守本虚标实这一基本病机,处方遣药时时斟酌本虚与标实之轻重。在疾病的初期,胃镜下可见以浅表性胃炎为主,见胃黏膜红斑充血糜烂等实证夹杂着少许点片状萎缩、肠化斑时,此时主要以胃中实证、热证居多,属“实痞”之期,尚不可补虚,当以清法、降法为主,以“清降论”为指导^[10]。田老提出治疗“实痞”的方药“实痞通”^[11],其主要组成为紫苏梗、香附、陈皮、枳壳、佛手、焦三仙、连翘、蒲公英等。组方以香苏散化裁,理中焦之气机壅滞不畅,加入焦三仙、鸡内金等消积导滞药物,使实邪尽早得消。在众多清热解毒药物中,田老取连翘之意有二:一则胃脘中食积停留日久,化腐生热,类于“保和丸”中选连翘之意;二则连翘乃清热药中入血分之品,可清血中之郁

热,与金银花等不同^[12]。蒲公英则是在清热之中,尚可轻疏气,疏肝散结。通过在同类中药中取有特异性的药物足以说明田老在临证处方时思路之广泛及严谨,中药配伍得当,方可中病即止。在此期中,本虚之象尚未显露,胃病不可补之过急,此时当以祛实为主。

若CAG疾病迁延,由胃及脾,由气入血,伤及下焦肝肾之精,此时症见胃脘胀满、暖气频多、口中异味、知饥不食、神疲乏力、倦怠懒言,舌质暗红、苔薄黄腻,脉弦细滑。四诊合参,此时虽有脾虚之象,其症状、舌苔、脉象等可知其胃脘中尚有实邪未除,治当于补脾之中加入泻实之品,正所谓“虚则补之,实则泻之”。此阶段当以甘平养胃法为治,以百合乌药汤加减,其主要组成有百合、乌药、鸡内金、香橼、太子参等。百合乃平补肺胃气阴之首选,其补而不滞,缓缓图之,此时尚需固护未除之实邪^[13];加入消导药鸡内金,理气宽中药物如佛手、香橼等,补养之中尚需消散,方可扶正祛邪。若见夜尿多、乏力等明显虚象,可加入功劳叶、仙鹤草、灵芝等,从田老选用的补虚药中尚可知其补而不壅,以清补、平补之品为多,时时防止碍胃之气机。在此阶段,治疗当以甘平养胃法为宜,尚需注意标实之不同,根据气滞、湿热、食积、血瘀之不同选用不同的泻实药。

在CAG疾病之后期,胃镜可见黏膜大片苍白,黏膜下血管网清晰可见,甚者见血管迂曲增粗之象。此期患者由于胃病日久,脾胃俱伤,生化乏源,多见气血亏虚之象,甚则伴有贫血之症,症见胃脘痞满、隐痛不舒,休息或进食稍缓,面色萎黄或㿗白、神疲乏力、纳少便溏,舌淡苔薄,脉象虚弱。此期治法当以甘温健胃为主,此时胃中实邪已不是主要矛盾,首当补虚为主,方以香砂四君子汤合当归补血汤化裁。此期患者,标实不著,主要以脾虚为主,一派气血大虚之象,以甘温健胃为法,不可再以清法祛除实邪,防止伐伤脾胃之阴。

5 验案举隅

李某某,男,61岁。2019年11月20日初诊。

主诉:胃脘隐痛伴胀满2年余。刻下:胃脘隐痛,入夜尤甚,伴有胃脘胀满,餐后、情绪不佳时尤著,暖气则稍舒,无反酸烧心,无恶心呕吐,纳尚可,乏力,腰膝酸软,夜尿3~4次,因起夜睡眠不佳,大便日一行,尚成形。舌淡黯、苔薄黄腻,脉弦细滑。患者自发病以来体重未见明显变化。2019年10月31日于外院查胃镜示:慢性萎缩性胃炎;病理示:胃窦小弯不平——轻度萎缩性胃炎伴轻度肠化;胃窦大弯不平——慢性萎缩性胃炎伴重度肠化;胃角切

迹不平——浅层黏膜轻度慢性炎症伴肠化；体小弯——轻度慢性浅层炎症伴轻度肠化。碳13尿素呼气试验：阴性。西医诊断：慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生；中医诊断：胃脘痛（肝胃不和、气虚血瘀证）。治则：疏肝和胃，益气化瘀。予四逆散合香苏散、百合乌药汤化裁。处方：

青蒿10g，炒枳实10g，赤芍10g，白芍10g，紫苏梗10g，炙香附10g，佛手10g，炙百合30g，乌药10g，丹参15g，砂仁3g，三七粉3g（冲服），灵芝30g，焦三仙（各）10g，鸡内金10g，鹿衔草30g。予中药颗粒剂14剂，早晚饭后2h，200mL开水冲后温服。（若服药期间无特殊不适，可按照原方续服14剂后复诊。）

2019年12月23日二诊：服用上方1个月，患者自觉隐痛不明显，胃脘胀满时左侧卧位可缓解，纳可，大便可，小便稍不通利，欲要二胎，自觉房事欠佳。舌黯、苔薄黄腻，脉弦滑。予初诊方加黄精30g、生甘草梢10g，14剂，颗粒剂，服法及守方要求同前。

2020年1月20日三诊：服药1个月，患者时有饮食不慎则脘痞，舌淡黯、苔中心薄黄腻，脉细滑，此时稍议进补，予初诊方加人参6g、生薏苡仁30g，14剂，颗粒剂，服法及守方要求同前。

因患者来自外地，疫情缘故无法面诊，守三诊方服用3月余。

2020年5月26日四诊：患者病情较为平稳，入夜时有脘痞，纳可，大便尚调，小便通利。舌黯齿痕明显、苔薄黄腻，脉弦细滑。以香苏散合丹参饮化裁。处方：紫苏梗10g，紫苏子10g，制香附10g，青皮5g，陈皮5g，猪苓15g，茯苓15g，丹参20g，砂仁3g，三七粉3g，炒枳实15g，生薏苡仁30g，灵芝30g，鹿衔草30g，焦山楂10g，焦神曲10g，焦麦芽10g，清半夏10g。嘱守方服用。

2020年7月22日五诊：脘痞不著，时有情绪不佳，纳可，自觉阴囊潮湿，大便尚调，小便通利。舌黯有齿痕、苔根黄腻，脉弦细滑。以四逆散合四妙散化裁。处方：青蒿10g，炒枳实15g，赤芍10g，白芍10g，紫苏梗10g，紫苏子10g，制香附10g，陈皮10g，黄柏10g，炒薏苡仁30g，焦槟榔10g，焦山楂10g，焦麦芽10g，焦神曲10g，清半夏10g，猪苓15g，茯苓15g，鹿衔草30g，灵芝30g。嘱守方服用。

2020年8月12日于北京大学第三医院查胃镜示：慢性萎缩性胃炎；病理示：胃窦小弯——浅层黏膜轻度慢性炎症伴肠化；胃窦大弯——浅层黏膜轻

度慢性炎症伴肠化；胃体小弯——轻度慢性炎症伴灶性肠化。

按语：本案患者为老年人，病程迁延日久，结合患者四诊及胃镜等检查，病属“虚痞”范畴，证型为肝胃不和，病位在肝胃，病性属本虚标实。患者老年男性，新近迎娶新妇，男子“八八，天癸竭，精少，肾脏衰”，患者正值天癸竭之阶段，房劳更加耗伤精血，此肾虚之本，先天之本亏虚，脾肾同源，后天之本化源不足，故本病责之脾肾两虚。食积、痰浊等实邪停聚胃中，胃腑气血不畅，气机壅滞，故见胃脘胀满；餐后加重胃腑之负担，故餐后尤甚；胃为阳土，土壅日久反侮肝木，肝失疏泄，肝胃气机不和，故嗳气则胃脘得舒；脾主肌肉，肾主骨生髓司二便，先后天之本亏虚，故可见乏力、腰膝酸软、夜尿频多。病之初起在经，久则入络，故舌黯红、胃痛入夜尤甚；“舌为脾胃之外候”，舌苔薄黄腻，表明尚有实邪^[4]。初诊辨证虽明确为本虚标实，但标实之症尚未祛除，当以祛邪为先，补虚次之，防进补更加有碍胃之气机升降，治法当以疏肝和胃、益气化瘀为主。方以四逆散合香苏散、百合乌药汤加减，酌加丹参饮、三七等活血化瘀定痛，焦三仙、鸡内金等药物消积导滞、醒脾调胃，另予鹿衔草、灵芝等平补肾气之品，使补而不滞。二诊时患者胃部诸症有所缓解，小便不通利，房事欠佳，乃湿热下注茎中，因生甘草梢“善治茎中痛”，故酌加之以清火解毒；因患者有生育需求，虑脾气肾精亏虚，加入黄精以补脾益肾精。三诊时患者胃脘症状不明显，实邪已清，故加入人参、生薏苡仁健脾益气以固后天之本。因疫情之故，患者未能及时复诊，守方继进。四诊时查患者脘痞反复，以香苏散合丹参饮化裁，仍以通降胃气为法，酌加活血化瘀、理气消积之品，辅以太平补肾气之品。五诊时正值暑天，患者下焦湿热之象明显，以四逆散合四妙散化裁，于通降大法中加入四妙散清利下焦湿热。

田老治疗本病历时数月，以理气活血、消积导滞祛邪为先，培补脾肾之法在后，将“补虚泻实、标本兼治”的中医药特色发挥得淋漓尽致，体现出在治疗CAG时当着重辨清虚实之轻重，治法当辨明“补虚与泻实”之主次，从中医整体观出发达到逆转病势的效果。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121.
- [2] CORREA P.Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process—first American cancer society award lecture on cancer epidemiology and prevention[J].Cancer Res,1992,52(24):6735.

王霞芳从脾论治小儿慢性肠炎之经验

陈柏陆 封玉琳

(上海中医药大学附属市中医医院, 上海 200071)

指导: 王霞芳

摘要 小儿慢性肠炎为儿科临床常见病, 病因众多往往不能精确辨证, 施治难获佳效。根据本病主要临床特点, 可将其归于中医学“泄泻”范畴。王霞芳教授认为本病病机以脾虚失运、湿邪相兼为主, 临证多从脾论治, 治宜化气行水、芳香化湿以运脾, 振奋脾阳、补肾制水以醒脾, 补中寓清、消中兼补以健脾, 验之临床, 每获良效。附验案2则以佐证。

关键词 慢性肠炎; 小儿; 脾虚; 从脾论治; 名医经验; 王霞芳; 验案

基金项目 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划项目[Z Y (2018-2020) -CCCX-1013]; 上海市临床重点专科建设项目 (shslczdk04101)

慢性肠炎是指肠道炎症性疾病, 其发病与细菌、霉菌、病毒、原虫等微生物感染有关, 亦可由过敏、变态反应等导致^[1], 主要表现为腹痛、腹泻、稀水便、黏液脓血便等, 常被误诊为感染性腹泻, 予抗生素治疗后病情反复难愈。通过调整患儿饮食结构, 或采取静脉补充水和电解质及微量元素, 运用抗生素、肠黏膜保护剂等方法, 均能短暂取效, 然往往因不能确定病因, 致使病情反复。小儿慢性肠炎可归属于中医学“泄泻”“飧泄”“濡泄”等范

畴。近年来中医药在治疗各型肠炎方面优势明显, 其中芍药汤、四神丸等作为常用方剂^[2-3], 临床获效显著。

王霞芳为上海市名中医, 认为小儿慢性肠炎的辨治应结合脾之生理病理特点, 重视湿邪相兼为患, 提倡从脾论治, 灵活运用“运脾、醒脾、健脾”之法遣方用药。笔者有幸侍诊学习, 见其治疗小儿慢性肠炎屡获佳效, 现将王师从脾论治本病之经验总结如下, 以饬同道。

- [3] 王萍, 尹晓岚, 张北华, 等. 近40年慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变中医研究述评[J]. 中医杂志, 2020, 61 (22): 1943.
- [4] 林稼樱. 理气活血解毒法治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化的疗效与机制研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- [5] 独思静. 基于古代文献关于痞的论述总结周斌教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[D]. 北京: 中国中医科学院, 2019.
- [6] 张忠绵. 基于数据挖掘的田德禄教授治疗慢性萎缩性胃炎经验传承研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- [7] 王凤云, 唐旭东, 李振华, 等. 慢性胃炎中痞证论治[C]//中国中西医结合学会养生学与康复医学专业委员会委员会会议暨第七次学术研讨会论文集, 2011: 7.
- [8] 董建华, 田德录, 麻仲学, 等. 虚痞 (慢性萎缩性胃炎癌前病变) 中药治疗观察[J]. 中国医药学报, 1989, 4 (6): 12.
- [9] 曹云, 郭志玲, 黄佳钦, 等. 田德禄教授基于“瘀毒论”治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 现代中医临床, 2019, 26 (5): 42.
- [10] 李志红, 田德禄. 运用田德禄教授“清降”理论治疗功能

性消化不良的经验[J]. 北京中医药大学学报 (中医临床版), 2013, 20 (2): 45.

- [11] 李晓林. 田德禄老师学术思想和临床经验总结及诊疗FD经验的临床研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2011.
- [12] 张厂, 田德禄. 田德禄教授治疗胃食管反流病用药规律聚类分析[J]. 现代中医临床, 2014, 21 (6): 13.
- [13] 步玉如, 周乐年, 饶旺福. 运用百合汤治疗胃脘痛的体会[J]. 中医杂志, 1982, 23 (8): 16.
- [14] 殷凤礼, 田德录, 王长洪. 447例纤维胃镜象与舌诊观察[J]. 中医杂志, 1981, 22 (11): 23.

第一作者: 张忠绵 (1994—), 女, 博士研究生在读, 研究方向为中医药防治胃癌前病变。

通讯作者: 李志红, 医学博士, 主任医师, 教授。lzhls1966@126.com

收稿日期: 2021-11-10

编辑: 傅如海