

葛惠男辨治慢性萎缩性胃炎之经验

余荣荣

(南京中医药大学附属苏州市中医医院, 江苏苏州 215009)

指导: 葛惠男

摘要 慢性萎缩性胃炎(CAG)为临床常见的脾胃病,葛惠男教授认为该病基本病机为本虚标实,病本在于脾胃气虚,瘀血病理因素贯穿CAG始终。该病临床以气虚血瘀型最为多见,其次为肝胃不和、肝胃郁热、气滞湿阻、胃阴亏虚等证型。葛师临证擅长运用吴门医派“益气活血通络法”辨治气虚血瘀型及其他证型CAG,并结合疏肝和胃、清肝和胃、理气化痰、益胃养阴等法,配合饮食调摄、情志调节及适量运动,临床疗效显著。附验案1则以佐证。

关键词 慢性萎缩性胃炎;胃痛;益气活血通络法;吴门医派;葛惠男;名医经验

基金项目 全国中医学学术流派传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2019〕62号);第三批省名老中医药专家传承工作室建设项目(苏中医科教〔2019〕10号);2021年度苏州市中医医院院级青年课题(YAN2021005)

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是一种胃固有腺体减少或消失的消化系统疾病,发病较为隐匿,无特殊临床表现,但症状易反复,有癌变风险^[1]。目前CAG的发病机制尚不明确,普遍认为该病由幽门螺杆菌(Hp)感染、免疫、遗传、年龄、胆汁反流及理化等因素造成^[1]。西医治疗以对症治疗为主,如抗Hp感染、抑酸、促胃动力、保护胃黏膜等^[1]。

葛惠男教授为江苏省名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,江苏省名中医,从事内科脾胃病临床及科研工作近40年,擅长中西医结合治疗内科杂病及胃肠道等消化系统疾病。葛师尊崇吴门医家叶天士“久病入络”^{[2]446}、“久病入络”^{[2]448}理论,提出本病之本在于脾胃气虚,治疗时应以顾护脾胃为主,兼活血化瘀通络。笔者有幸跟师学习,现将葛师辨治慢性萎缩性胃炎之经验整理介绍如下,以饬同道。

1 谨守病因,明晰病机

CAG可归属于中医学“胃痞”“虚痞”“痞满”“胃痛”等范畴,病位在胃,与肝、脾有关。葛师认为本病主要病因为外邪犯胃、饮食不节、情志失调、素体脾虚等,基本病机属本虚标实,本乃脾胃虚弱,标乃寒、热、湿、瘀、毒等。脾胃本虚多为胃阴不足、脾气或脾阳虚衰,邪气标实多为气机阻滞、湿邪内阻或郁久化热及血脉瘀阻,而气虚血瘀为本病核心病机,瘀血病理因素贯穿CAG始终。

2 审证求因,分型论治

2.1 气虚血瘀型——益气活血 气虚血瘀型CAG临床多见胃脘隐痛或胃脘痞满不适,空腹或夜间时

明显,胃痛甚者痛如针刺,得食则缓,体倦乏力,大便多溏稀,舌质暗淡、舌体胖大,舌边有齿痕或有瘀斑、瘀点,脉虚弱或细涩。葛师认为现代人因工作学习压力大,加之生活作息不规律、饮食不节/洁,极易损伤脾胃后天之本,导致脾胃虚弱,脾虚不运,水谷精微物质生成输布障碍,气虚血少,脉络不充,造成气血瘀滞;气血瘀滞日久,脉络不畅,则出现不荣则痛、不通则痛;体倦乏力、得食痛缓乃中焦脾胃气虚之兆,甚则气虚及阳,出现怕冷、腹凉等中阳不足之征;舌有瘀斑或瘀点、脉涩均为络脉瘀阻之象。治宜益气活血、通络止痛,临证可选用葛师自拟方益气活血通络方——黄芪30g、炒白芍20g、桂枝10g、五灵脂10g、生蒲黄10g、延胡索20g、川楝子10g、土鳖虫10g、地龙20g、刺猬皮10g、海螵蛸30g、制乳香3g、铁树叶30g、炙甘草6g。全方由黄芪建中汤、失笑散、金铃子散及虫类药化裁而成。方中重用黄芪为君药,增补中之效;桂枝温经通脉、助阳化气,使肝气条达、脾气上升;炒白芍以补为主,养营血、泻邪热,补而不滞,又可调和肝脾、缓急止痛,与桂枝为伍以调和营卫;五灵脂、生蒲黄共奏活血化瘀、通络止痛之效,兼调气血;“初为气结在经,久则血伤入络”^{[2]179},地龙、土鳖虫通经达络、活血化瘀止痛,以“追拔沉混气血之邪”^{[2]342};铁树叶止痛效果佳,与川楝子、延胡索合用可加强行气活血止痛的作用;制乳香活血止痛消肿、祛腐生肌,临证时考虑服用过多会引发呕吐,故葛师常以少量佐之;海螵蛸制酸和胃,兼止痛;炙甘草与桂枝、炒白芍合用,

辛甘化阳、酸甘化阴,发挥益气健脾、缓急止痛、调和诸药之功。

2.2 肝胃不和型——疏肝和胃 肝胃不和型CAG临床多见胃脘胀满或胀痛,牵及胁肋,常因情绪激动时诱发或加重,胸闷不适,嗳气或矢气后稍缓,善太息,舌苔薄白,脉弦。《素问·六元正纪大论》^[3]记载:“木郁之发……故民病胃脘当心而痛,上支两胁。”肝木以条达为顺,若肝之疏泄功能失司,肝气郁滞易横逆犯脾,脾胃互为表里,脾失运化致胃失和降,则出现胃脘及胁肋部疼痛,正所谓“见肝之病,知肝传脾”,肝为起病之源,脾胃为传病之所。葛师认为该证型治法在于疏肝“和”胃,“和”法包括和解少阳、调和肝胃、调和营卫、调和肝脾、调和气血等,临证可选用葛师自拟方疏肝和胃方——紫苏梗10 g、香附10 g、柴胡10 g、白芍15 g、炙甘草5 g、姜半夏10 g、陈皮10 g、木香10 g、枳壳10 g、川楝子10 g、延胡索20 g。全方由香苏散、芍药甘草汤、金铃子散化裁而成。方中紫苏梗、香附、柴胡为君药,和解少阳、疏肝理气和胃;白芍养阴和营以缓急,川楝子疏肝行气以解郁,延胡索活血行气以调和气血,三药为臣药共奏疏肝行气和中之功;姜半夏辛散开结,陈皮、枳壳、木香理气宽中健脾胃,四药共为佐药;炙甘草合白芍酸甘化阴,缓急止痛,调和诸药为使药。

2.3 肝胃郁热型——清肝和胃 肝胃郁热型CAG临床多见胃脘痞胀或灼痛,嘈杂吐酸,恶心或呕吐,口干口苦,口臭,烦躁易怒,大便黏滞或干结,舌红、苔黄,脉滑数或弦数。肝气郁结,横逆犯胃,胃脘痞胀,郁久化热则灼痛感明显,烦躁易怒,常伴两侧胁肋部不适感,邪热郁积,发为嘈杂;肝胃之气不降反升,升降失常,则发吐酸、恶心呕吐等症;邪热伤津,故见口干欲饮、大便偏干、舌红、苔黄、脉数等邪热内郁之象。治宜清肝和胃,临证可选用葛师自拟方清肝和胃方——黄连3 g、吴茱萸3 g、焦栀子10 g、柴胡10 g、川楝子10 g、延胡索20 g、姜半夏10 g、陈皮10 g、煅瓦楞子30 g(先煎)、五灵脂10 g(包煎)、生蒲黄10 g、白芍15 g、生甘草5 g。全方由左金丸、金铃子散、失笑散、芍药甘草汤化裁而成。方中黄连、吴茱萸为君药,《丹溪心法》^[4]云:“凡火盛者,不可骤用凉药,必兼温散”,故以苦寒之黄连入心泻火,心为肝之子,心火清则肝火自平,少佐吴茱萸辛热,疏肝开郁、降逆止呕,且制黄连苦寒之性,使泻火而无凉遏之弊,两味配合,一清一温、苦降辛开;臣以柴胡、川楝子、延胡索、焦栀子、白芍,柴胡合川楝子、延胡索增疏肝行气活血之效,焦栀子清肝泻火,白芍养阴和营、缓急止痛;佐以姜半夏、陈皮辛开散结理气,五

灵脂、生蒲黄活血化瘀,煅瓦楞子制酸和胃;生甘草为使药,调和诸药且缓急。若胃热壅盛之象明显,酌加黄芩10 g以增清热燥湿之力。

2.4 气滞湿阻型——理气化湿 气滞湿阻型CAG临床多见胃脘痞胀或疼痛,自觉口中黏腻,或口淡无味,或口中甜味,食纳欠佳或呆滞,不渴或渴不欲饮,大便黏滞或稀溏,舌淡、苔腻,脉濡或濡滑。《温病条辨·寒湿》^[5]有言:“脾主湿土之质,为受湿之区,故中焦湿证最多”,若湿浊困阻于脾,气机运行不畅,加重湿浊停聚,从而产生痰凝、气滞、血瘀等病理产物。葛师指出,自古吴地(主要指以苏州为中心的长江下游城市,如苏州、无锡、常州等地)地处长江下游,地势低、湿气重,居民极易外感湿邪,内伤脾胃,升降失调,导致内湿自生,气滞湿阻。芳香之品善化湿理气,芳香之性不仅能入脾以祛湿行气,亦能入肝以调达肝气,临证可选用葛师自拟方化湿理气方——藿香10 g、佩兰10 g、姜厚朴10 g、姜半夏10 g、紫苏梗10 g、香附10 g、薏苡仁30 g、茯苓20 g、木香10 g、五灵脂10 g(包煎)、生蒲黄10 g。全方由藿朴夏苓汤加减而来。方中藿香、佩兰为君药,二者相须为用以化湿和中;姜厚朴、姜半夏为臣药,燥湿理气和中;紫苏梗、香附、木香行气和中,薏苡仁、茯苓健脾渗湿使湿有去路,共为佐药;五灵脂、生蒲黄行气活血化瘀,旨在调理气血,使周身气血通、营卫和,水湿得化。

2.5 胃阴亏虚型——益胃养阴 胃阴亏虚型CAG临床多见胃脘痞胀或胃脘灼痛,嘈杂烦热,饥而不欲食,口干咽燥,大便干结,舌红少津或光剥无苔,脉弦细无力。葛师秉承叶氏“胃阴学说”,认为养胃阴贵在清、柔、润,多用甘凉濡润之品济之,使津液来复,通降自成。治宜益胃养阴,临证可选用葛师自拟方益胃养阴方——北沙参10 g、麦冬10 g、石斛10 g、白芍15 g、生甘草6 g、知母10 g、姜半夏10 g、茯苓20 g、海螵蛸30 g、五灵脂10 g(包煎)、生蒲黄10 g。全方由益胃汤(《温病条辨》)、失笑散化裁而来。方中北沙参、麦冬养阴生津益胃为君药;石斛甘凉,清热生津、滋养胃阴,白芍养阴和营,共为臣药;知母清胃火、滋阴润燥,姜半夏辛开散结和胃气,茯苓健脾,海螵蛸制酸和胃止痛,五灵脂、生蒲黄活血化瘀,共为佐药;生甘草调和诸药。

3 验案举隅

张某,女,47岁。2021年9月7日初诊。

主诉:胃脘部隐痛间作2年。患者2年前出现胃脘部隐痛间作,饥饿时症状明显,进食后可稍缓。患者2020年3月于外院住院治疗,查胃镜示浅表萎缩性胃炎,予抑酸护胃、营养支持等对症治疗,好转后

出院,出院后症状反复发作。患者2021年6月于外院复查胃镜示:慢性萎缩性胃炎伴糜烂;(胃窦黏膜)病理示中度活动性炎症伴萎缩,局灶性肠化。患者自行服用雷贝拉唑、铝镁加混悬液(安达)后症状未见好转,遂来葛师处寻求中医治疗。刻诊:胃脘部隐痛间作,多于餐前及夜间发作,进食后稍缓,进食较多则易腹胀,乏力纳差,反酸,暖气,口苦,平素自觉上腹部冰凉,无心慌胸闷,无发热恶寒,小便正常,大便日行2~3次,不成形,夜寐欠佳,多梦易醒,舌淡有紫气、苔薄,脉细。患者平素饮食无规律,常不食早餐。西医诊断:慢性萎缩性胃炎;中医诊断:胃痛(气虚血瘀型)。治以益气活血、通络止痛。方选葛师自拟方益气活血通络方化裁。处方:

黄芪30g,桂枝10g,白芍15g,炙甘草5g,五灵脂10g(包煎),生蒲黄10g,铁树叶30g,制乳香3g,海螵蛸30g,煅龙骨30g,首乌藤20g,川楝子10g,延胡索20g,土鳖虫10g,地龙20g,黄连3g,姜半夏10g,焦神曲10g。10剂。水煎,每日1剂,早晚饭后半小时温服。嘱患者少食多餐,适量运动。

2021年9月21日二诊:患者胃脘隐痛频次减少,偶于餐前发作,夜间少发,夜寐尚可,乏力纳差明显好转,无口干口苦,仍觉上腹部冰凉,大便次数减少,日行1~2次,色黄成形,舌脉大致同前。予初诊方去黄连、煅龙骨、首乌藤,加干姜3g,10剂。

2021年10月8日三诊:患者胃脘隐痛不显,偶有暖气,余症好转,舌淡稍有紫气、苔薄,脉细有力。予二诊方去干姜、姜半夏,加炒枳壳10g,14剂。

以三诊方随症加减服用2月余,患者2021年12月于外院复查胃镜示:慢性胃炎;(胃窦黏膜)病理示慢性活动性炎症。

3个月后随访,患者偶有饮食不慎出现胃脘隐痛,余症皆平。

按:本案患者胃脘部隐痛间作2年余,结合胃镜检查结果诊断为慢性萎缩性胃炎。患者因饮食不规律损伤脾胃,导致脾虚不运,气化失常,运行不畅,胃黏膜无以充养,日久黏膜萎缩,故见胃脘部隐痛、乏力纳差;脾胃虚弱,升降失常,胃气不降致反酸、暖气,脾气不升致大便次频、质稀;口苦乃气运无力、气郁化热所致;病情迁延日久,气虚不运致血脉受阻,胃黏膜微循环障碍,气滞血瘀,不荣致痛兼不通致痛,故见胃脘隐痛加重,镜下可见胃黏膜萎缩程度加重;气虚日久及阳,中焦虚寒,故自觉腹部冰凉不适,加之中虚不运,气血生化乏源,血不养心,心神不安,可见多梦易醒、夜寐不安。葛师辨证为气虚血瘀型,治以益气活血、通络止痛,予益气活血通络方化

裁。方中大剂量黄芪为君,建中焦以补诸虚;桂枝温经通脉、助阳化气;白芍调和肝脾、缓急止痛,与桂枝配伍以和营卫、调阴阳;五灵脂、生蒲黄活血化瘀、通络止痛;川楝子、延胡索、制乳香、铁树叶行气活血止痛;海螵蛸制酸和胃,兼止痛;病久入络,故非虫类药不可解,加用地龙、土鳖虫通经达络、活血化瘀;煅龙骨、首乌藤镇心安神;佐以少量黄连清郁热;姜半夏降逆和胃止反酸、暖气;焦神曲健脾消食助运化;炙甘草益气健脾、缓急止痛、调和诸药。二诊时患者无明显口苦,热象不显,去苦寒之黄连;夜寐好转,去煅龙骨、首乌藤,患者腹部冰凉,中焦虚寒,酌加干姜以温中。三诊时患者诸症好转,仍偶有暖气,继予益气活血通络法标本兼治,去辛燥易助火之干姜,易姜半夏为炒枳壳以理气宽中。药证合拍,故诸症悉平。

4 结语

气为血之帅、血为气之母,若气虚不运导致血脉受阻,气滞血瘀,瘀阻日久兼夹痰、湿、毒等证,使脾气虚损、胃体失养、胃络不通,甚则发展为积聚、血证等。葛师临证注重治病求本、辨证施治,认为CAG之病机关键在于脾胃气虚,治疗提倡顾护脾胃、扶助正气为主,又瘀血病理因素贯穿CAG始终,故兼顾活血化瘀、通络止痛。临证时葛师根据病邪入络之深浅轻重遣方用药,若病轻浅者,多以辛香通络为主,常用木香、乳香、薤白、细辛、桂枝等;若病深重者,则重用化瘀通络,常用桃仁、红花、当归、延胡索等;若瘀浊、痰凝难去且病久者,则用虫蚁搜络之品,常用五灵脂、九香虫、土鳖虫、地龙、刺猬皮、全蝎等。临证时葛师常根据病情,三法合用以助气血行、脉络通。

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] 叶天士.临证指南医案[M].华岫云,编订.北京:华夏出版社,1995.
- [3] 佚名.素问[M].北京:中国医药科技出版社,1996:437.
- [4] 朱震亨.丹溪心法[M].鲁兆麟,主校.彭建中,点校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:13.
- [5] 吴瑭.温病条辨[M].张志斌,校点.福州:福建科学技术出版社,2010:121.

第一作者:余荣荣(1994—),女,医学硕士,住院医师,研究方向:消化系统疾病的治疗。

通讯作者:葛惠男,医学硕士,主任中医师,教授,博士研究生导师。szzyy88@163.com

修回日期:2022-09-20

编辑:傅如海 蔡强