

王捷虹分期辨治慢性萎缩性胃炎之经验

刘 奇

(陕西中医药大学第一临床医学院, 陕西咸阳 712000)

指导: 王捷虹

摘 要 慢性萎缩性胃炎病程较长, 病机复杂, 王捷虹教授将本病分为4期辨治: 初期——脾胃气虚, 治以益气健脾、理气通滞, 予白术健脾汤化裁; 发展期——寒热错杂, 治以平调寒热、辛开苦降, 予半夏泻心汤化裁; 活动期——火热伤阴, 治以养阴疏肝、滋阴降火, 予养阴疏肝汤化裁; 后期——瘀血阻络, 治以滋阴降火、祛瘀生新, 予益胃化瘀汤化裁。验之临床, 疗效甚佳。附验案1则以佐证。

关键词 慢性萎缩性胃炎; 辨证论治; 分期治疗; 名医经验; 王捷虹

基金项目 陕西省中医药管理局中医药防治消化道癌前病变重点实验室项目(陕中医药发〔2019〕9号); 陕西中医药大学附属医院科研课题(2020XZ001)

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)病程缠绵, 治疗周期长, 病情易反复, 多伴有肠上皮化生或异型增生等胃癌前病变。本病的致病因素与患者饮食、生活环境、情绪以及幽门螺杆菌(Hp)的感染都有着重要关系。慢性萎缩性胃炎初期有胃痛、胃胀、呕吐、失眠、情绪焦虑、大便异常等表现, 多数症状都与患者饮食习惯有关, 病情发展至后期可能出现贫血、消瘦、肠上皮化生、消化道出血等严重症状^[1], 研究表明CAG在10年左右转变成胃癌的发病率为4.41%^[2], 须引起医者重视。因本病在临床上并没有特异性症状, 故治疗上易耽误最佳治疗时机。近年来中医药在治疗CAG方面, 因其独特的治疗体系与较好的疗效被患者广泛接受。在无器质性病变时可以根据患者症状调理脏腑功能以防止疾病发展, 在肠上皮化生与异型增生阶段予以辨证施治可在一定程度上逆转胃黏膜病理改变^[3]。

吾师王捷虹主任医师是陕西省名中医, 从事医教研工作20余年, 对于CAG的诊治经验丰富, 王师认为CAG的发生主要经历4个时期: 初期——脾胃气虚证, 发展期——寒热错杂证, 活动期——火热伤阴证, 后期——瘀血阻络证。王师采用分期辨治CAG, 临床收效甚佳, 笔者有幸跟随王师门诊, 获益匪浅, 现将其经验总结介绍如下。

1 病因病机

CAG病因复杂, 病情缠绵, 日久不愈。基于此, 王师认为, 本病属本虚标实, 虚实夹杂, 发病之初以

本“虚”为主, 脾胃气虚, 运化失司, 邪气有可乘之机, 继而痰气交阻, 停于中焦, 使得气机郁滞, 痰郁化火; 内伤七情, 饮食不适, 中焦枢机不利, 导致上下不通, 阴阳不相顺接, 阳胜则热, 阴胜则寒, 发为寒热错杂证, 王师认为此阶段是疾病病性的转折点, 疾病继续发展多从阳化热, 火热伤阴, 木火乘土, 出现胃脘灼痛、烧心、反酸等症状; 疾病后期胃络损伤, 瘀血停滞, 病情缠绵, 易发展为肠上皮化生, 进一步则有癌变风险。

1.1 脾胃虚弱, 痰气交阻 王师认为CAG缠绵难愈, 致病因素广泛, 但发病根本不离脾胃虚弱之因。脾胃虚弱, 气化失司, 无力运化水谷精微, 使得五脏六腑气血乏源, 继而正气不足, 易感邪气。结合现代临床研究认为“萎”与《内经》中“治痿独取阳明”中的“痿”意思相似。从广义上讲萎指四肢萎废不用, 而从狭义上讲则指脾胃虚弱无力抗邪导致胃黏膜上皮细胞萎缩变性^[4]。脾胃虚弱, 纳化失司, 水液代谢异常, 则生痰湿, 痰气交阻, 结于中焦, 此阶段患者可表现为胃脘胀满, 不思饮食, 少气懒言, 面色淡黄, 舌质淡白、苔白腻等。

1.2 寒热错杂, 胃肠失调 寒热错杂为CAG发生的一个重要枢纽, 王师认为此阶段寒热共存, 病机复杂难辨, 但总不离“阴阳”二字。《灵枢·五邪》中提出“阳气有余, 阴气不足”, 则消谷善饥; 阳气不足, 阴气有余, 则寒从中生, 肠鸣腹痛。阴阳偏倚, 胃肠功能失调, 出现上热下寒, 上热则阳气浮越, 水谷善消,

胸中烦热,下寒则固摄失司,肠鸣泄泻。临床可见口干,口苦,食欲亢进,小便清长,大便稀溏。上寒下热,上寒则阴邪上犯,呕吐痰涎,下热则水液浑浊,排出不畅,小便黄赤,大便秘结。临床可见不欲饮食,纳差,胃脘痞满不舒,按之不痛,喜热饮,小便短赤,大便秘结,数日一行。

1.3 肝火犯胃,灼伤胃腑 火邪在CAG的发生发展过程中起着关键作用,王师认为在脾胃虚弱的基础上饮食不节、劳倦内伤、内伤七情、五志过极皆可化火,尤其以肝火为主。肝经雷火上扰胃腑是导致胃黏膜损伤的重要因素,故王师在此阶段主要以滋肝阴、养肝血为主,佐以补脾护胃屡获良效。正如《难经·七十七难》云:“见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气,无令得受肝之邪也。”更加明确了肝病之疾,多传及脾胃,脾胃之病,治肝每获良效,两者在病理上互相影响,临证不可不辨。在此阶段,患者主要表现为胃脘灼痛、反酸、烧心、烦躁易怒、大便干燥、小便黄赤、夜寐差、舌红、苔薄黄、脉弦细。

1.4 火热伤阴,瘀血阻络 CAG为慢性疾病,病情缠绵,经久不愈,脾胃虚弱,气血不足,继而五志过极,火热伤阴,灼伤胃络,病久瘀血停滞,胃黏膜损伤,伴肠上皮化生则易向癌症发展。王师认为此阶段病机主要为瘀血阻络,并伴火热伤阴。在此阶段,患者主要表现为胃痛隐隐、痛处固定、手足心热、情绪易激、舌质暗淡、苔白、脉沉涩。

2 分期论治

2.1 初期益气健脾、理气通滞——白术健脾汤化裁 王师认为CAG发病之初以脾胃气虚为主,脾胃虚弱,中气不足,不能正常运化水谷精微,气机停滞中焦,则引发胃脘胀满疼痛,继而气机紊乱,胃气上逆,则生呕吐、嗝气;脾气在下,则生飧泻、大便不成形、完谷不化。王师受黄元御思想的影响,也意识到中气的调达在疾病中的重要性,黄氏的中土斡旋理论,也是“戊土降”“己土升”,脾胃升降有序,中气才能斡旋枢转,如果中气虚,则土气不旺,水湿不化,湿浊内生,阻滞气机运转,中土壅滞,五脏皆殆^[5]。王师根据多年临床经验,治以益气健脾、理气通滞为主,兼以燥湿化痰、活血化瘀,拟白术健脾汤化裁,疗效较佳。方中生白术、党参、炙甘草护卫中气;茯苓健脾渗湿;法半夏燥湿化痰,恢复脾运;紫苏、佛手疏肝健脾,宽胸理气止痛^[6];莪术、丹参行气活血,化瘀止痛。王师善用活血化瘀药,并称此类药物为灵动之品,可以促进气机运转,使气血调达,即“血无气不动,气无血不生”,动静结合以旺土气之妙法。

2.2 发展期平调寒热、辛开苦降——半夏泻心汤化裁 王师认为发展期主要病机为寒热错杂,脾为阴土,胃为阳土,脾升,胃降,脾喜温,胃喜凉,无不体现着阴阳之机。脾为阴脏,主藏精气,而化精微,充养五脏,故多不足;胃为阳腑,主纳饮食,通利糟粕,其气易动,故多有余。《黄帝内经》有云:“阴道虚”、“虚则太阴”,是指脾为阴脏,阳气易损,故致病多为“寒化”的病理特点,治疗上多以温化为主;“阳道实”、“实则阳明”,是指胃为阳腑,多气多血,易从燥化伤阴,故致病多为“热化”的病理特点,治疗上多以滋润为主^[7]。综上可知,胃热脾寒是造成寒热错杂的根本病机,基于此王师以平调寒热、辛开苦降作为治疗大法,方选半夏泻心汤加减。方中清半夏、干姜、吴茱萸辛温主升,燥湿温中升脾阳,黄芩、黄连苦寒直折降胃热,白术、人参、炙甘草、大枣顾护脾胃之气,调理中焦,使生化有源,升降有根。方中亦有黄连、吴茱萸对药的配伍,且研究表明,左金丸具有抗幽门螺杆菌、调节中枢神经系统、抗胃肠道肿瘤、抗肺癌以及镇痛等作用^[8]。全方味有辛有苦、性有寒有温、气有升有降,为调理脾胃阴阳的代表方,且近代药理研究表明此方有保护胃肠道黏膜、改善患者情绪、抗肿瘤等作用^[9]。王师在临床上总结出发展期的病人,多以上热下寒、表寒里热、寒热错杂病机为主,在此主张药性以“寒热”配伍,药味以“辛苦”为用,意在调理身体阴阳,方可除寒热之证。

2.3 活动期养阴疏肝、滋阴降火——养阴疏肝汤化裁 王师认为活动期以火热伤阴为主要病机,脾胃气滞,中土壅滞,运化不及,则木气亦不舒,肝为刚脏,喜调达而恶抑郁,气郁化火,肝火循经上扰胃络,灼伤胃阴,在活动期王师主张以养阴疏肝、滋阴降火为主,自拟养阴疏肝汤。方中生地黄为君药,因乙癸同源,滋肝阴必须顾护肾阴,滋阴养血,调养肝肾,取滋水涵木之意;当归、枸杞子补血柔肝,养精益肾;北沙参、麦冬养阴生津,清肺益胃,有佐金平木之意;白芍、炙甘草配伍,酸甘化阴,调节营卫,滋养胃阴;川楝子可降冲逆之肝气,使肝气调达,药理研究证实其有抗炎、镇痛、抗肿瘤等作用^[10];香橼、佛手、柴胡疏肝理气,健脾和胃,正如《素问·五常政大论》云:“土疏泄,苍气达”,莫过于是对肝与脾胃生理功能最恰当的概括,水谷精微,布散全身,吸收清阳,排泄浊物,共为消化之职^[11]。详论此方,不难看出方中为“一贯煎”与“芍药甘草汤”两首名方加减化裁而来,方中一贯煎乃出自清代名医魏之琇《续名医类案·心胃痛门》卷十八中的名方,后世医家在此基础上化裁,可滋阴疏肝,对于肝肾阴虚型胁痛、胃溃疡、胆囊

炎,及缓解癌症患者疼痛等有良好的效果^[12]。王师在胃黏膜损伤时经常加用白及,因白及汤液形似胃液,以形治形,从而补养胃络。现代药理研究发现白及在治疗胃炎方面有两种作用,一方面,白及含有大量的黏液质在溃疡表面形成一层保护膜,防止溃疡受到胃酸的过度刺激,对于已经损伤的胃黏膜可以调控蛋白以及基因来修复其损伤的部位;另一方面,白及含有丰富的多聚糖,可抑制人胃癌细胞和肝癌细胞的生长增殖,从而发挥抗肿瘤作用,也有助降低CAG转化为癌症的风险。方中白芍、炙甘草配伍,酸甘化阴,有养阴益胃、缓急止痛之功,现代药理研究证实其也有止咳平喘、保肝、缓解平滑肌痉挛、保护胃黏膜等作用^[13]。王师在治疗此阶段胃炎时,认为应从五行理论出发,木火伤胃土,其势必甚;在治疗上注重“治胃必先疏肝”的原则。

2.4 后期滋阴降火、祛瘀生新——益胃化瘀汤化裁 王师认为CAG处于瘀血阻滞阶段为癌前病变期,此时火热之邪损伤胃体,导致胃黏膜以及固有腺体发生萎缩,并刺激胃黏膜异常分化,临床上可分为小肠型化生和结肠型化生两种形式。此阶段为疾病发展至癌症的危险阶段,胃黏膜损伤后加之阴虚之火与脾胃湿热相合,火热易破血妄行,血溢脉外,停滞胃脘,日久成瘀。患者常表现为胃脘疼痛固定,呈隐痛或针扎样疼痛,舌下络脉青紫,脉沉涩,王师以滋阴降火、祛瘀生新为法,自拟益胃化瘀汤加减治疗。方中太子参为君药,益气生津,补肺健脾,善治热病后期、胃阴不足等病症;麦冬、石斛为臣药,酸甘柔润,助君药养胃阴、润燥土,保护胃肠功能。“只有津液来复,虚火才能得降。”君臣配伍,可达到益阴护胃之功。黄连、清半夏、佛手、刺猬皮、九香虫为佐药,黄连味苦性寒,清热燥湿,兼解瘀毒,其力在下,半夏味辛性温,燥湿化痰,消痞散结,其力在上,二药一升一降,可调脾胃气机,国医大师张学文教授认为,黄连、半夏配伍,寒热并用,阴阳兼顾,也符合胃喜凉、脾喜温的特点^[14]。病程日久,气滞血瘀,予以佛手疏肝理气,理血先调气,气行血自通,刺猬皮、九香虫皆为动物类药材,为血肉有情之品,活血化瘀、通络止痛,且九香虫有较好的抗肿瘤活性以及抗溃疡作用,有效抑制胃癌的发生^[15]。炙甘草补气健脾、调和诸药,且有研究表明,甘草中提取的甘草总黄酮可调节胃液、改善胃黏膜炎症反应,并提高机体防御机制,从而达到修复胃黏膜之目的^[16]。诸药合用,共奏滋阴降火、祛瘀生新之效。

3 验案举隅

段某,女,63岁。2021年1月19日初诊。

主诉:胃脘胀满疼痛5年,加重1周。5年前因家庭琐事生气懊恼后出现胃脘部胀满疼痛,自行于小诊所购买药物(具体不详),此后症状反复发作。于2020年8月在陕西中医药大学附属第一临床医学院门诊就诊,服用中药后效果不佳,平素自行服用“奥美拉唑肠溶胶囊”局部症状稍缓解,1周前上述症状加重,遂来王师处就诊。刻诊:胃脘连及两胁部胀满不舒,情绪激动时加重,并有反酸、烧心症状,平素情志不遂善太息,两胁部烧灼感,口干欲饮凉水,晨起口苦明显,恶心欲呕吐,偶有头晕头痛,纳食一般,大便2~3 d一次,便质干,小便黄,夜梦多,偶有夜间手脚心发热,舌边红苔少,脉弦细。既往史:有慢性腔隙性脑梗死5年。胃镜示:胃窦黏膜发红;慢性萎缩性胃炎(C1)。碳13呼气试验:Hp阴性。病理:(胃窦)黏膜中度慢性萎缩性炎伴肠上皮化生(轻度)。西医诊断:慢性萎缩性胃炎(C1);中医诊断:胃痛(肝胃阴虚兼肝气郁结证)。治法:养阴疏肝,滋阴降火。予以养阴疏肝汤加减。处方:

北沙参15 g,麦冬15 g,生地黄15 g,枸杞子12 g,当归12 g,醋川楝子5 g,生白芍15 g,香橼10 g,佛手10 g,炙甘草6 g,白及5 g,黄连3 g,吴茱萸5 g。7剂。水煎,每日1剂,早晚温服。同时嘱患者饮食宜清淡易消化,忌恼怒。

2021年1月26日二诊:服药后,胃脘胀痛较前缓解,仍有反酸烧心,两胁烧灼感减轻,因自觉症状减轻,饮食油腻后自觉咽喉有痰浊,为黄痰易咳出,口干、口苦症状稍缓解,大便1~2 d一次,便质稍软,小便可,睡眠未改善,舌质淡红、苔微黄。予以初诊方加竹茹10 g、浙贝母15 g、首乌藤15 g、酸枣仁10 g、海螵蛸15 g、烫刺猬皮10 g,续服10剂。

2021年2月5日三诊:服药后胃脘胀痛较前明显减轻,两胁烧灼感消失,偶有胀痛,咽喉中痰浊减轻,偶有口干,口苦,睡眠明显改善,夜间烦躁减轻,二便调,舌淡红、苔薄白,脉微弦。再服二诊方14剂以巩固疗效。同时嘱患者回家调畅情志,注意饮食,平时练习八段锦养生操调养身心。

2021年2月20日四诊:患者自诉偶有胃胀,情绪不畅时仍有口干口苦症状,其余症状未再发作,予以初诊方加郁金、合欢皮各12 g,14剂。

半年后复查胃镜示:慢性萎缩性胃炎,病理:(胃窦)黏膜轻度慢性萎缩性炎,肠上皮化生消失,患者情绪亦较前平稳。

按:本案患者为中老年妇女,平素脾胃虚弱,又因肝气不舒,暴怒伤肝,使得肝气失于疏泄,气郁化火,损伤肝阴,继而发展为肝阴虚,虚火灼伤胃络,使

胃内津液缺乏,最终导致肝胃阴虚,发为本病。中医辨证为肝胃阴虚兼肝气郁结证,予以养阴疏肝汤化裁。患者平素情志暴躁,肝火偏盛,夜间手足心热,结合舌脉,此乃肝肾阴虚,方中生地黄,其性偏寒凉,可滋肝阴,补肾水,除虚热,王师取其有滋水涵木之意;考虑患者为中老年女性,精血亏损,遂加入当归养血活血,枸杞子补精益髓,又因精血同源,精足则血旺,使得肝经之气血充足,进而补养肝体;患者胁肋灼痛,口干、口苦,乃肝阴不足,虚热循经上犯,故予北沙参、麦冬滋阴清热,热除则津液自复;患者发病之初始于肝气郁滞,气郁化火,醋川楝子、佛手、香橼三者合用可使肝气调达,气机通畅,气顺则血调,正如《医学正传》中云:“气为血之帅,血为气之母。”两者相互影响,继而改善患者因情志不遂导致的两胁疼痛不舒;方中生白芍味酸性寒、炙甘草味甘性温,酸甘化阴以滋阴液,又可柔肝止痛,以护肝体,且肝为刚脏,得芍药之味酸,则其气柔缓,不易上亢无制;在此基础上加黄连、吴茱萸,为左金丸配伍,治疗肝火犯胃所导致的反酸、烧心等症状,疗效显著;最后佐以白及收敛止血,消肿生肌,防止火热之邪灼伤胃络导致胃黏膜出血,并且可以滋养胃络,固护胃体。二诊时患者胃脘疼痛较前缓解,但因饮食肥甘厚腻后自觉痰多、色黄易咳出,此乃患者病久体虚,又饮食肥甘厚味,导致脾胃运化无力,产生湿热,炼液为痰,存储于肺中,继而咳出,遂加竹茹、浙贝母清热化痰。患者夜休差故加首乌藤、酸枣仁养心补肝,此药对治疗失眠多梦疗效较好。因其反酸烧心严重,故加海螵蛸制酸止痛。胃脘疼痛,恐其日久化瘀,故加烫刺猬皮化瘀止痛,有未病先防之意。三诊时患者诸症均减轻,故服用二诊方以巩固疗效,王师因知患者疾病本源为平素脾胃虚弱,加之情绪不畅肝气不舒导致本病,故嘱患者回家练习八段锦,身心同治,提升正气,抵御疾病。四诊时王师认为患者体质属于气郁之体,情志易怒,遂在初诊方基础上加郁金、合欢皮,起调畅情志、解郁安神之效。

4 结语

王师在多年的临床实践中,认为CAG是处于动态发展的过程,临证中形成了自己独特的治疗体系,将疾病的发生发展分为4个时期,临证中根据四诊内容,确定疾病所处时期辨证论治。其次CAG属慢性疾病,病程缠绵难愈,稍有不慎病情易反复,因此王师秉承三分治、七分养的治疗理念,并以饮食调控、身心调摄作为辅助治疗,取其食补更易滋养脾胃,促进气血化生,使中气充沛,百病不生,并在此基础上嘱患者平素练习中医养生功法八段锦、健脾养生操等,以增强体

质,调养身心。临证采取药食同用,治养相合,方为治病之久计,切不可执于一法一方,影响治疗时机,此为预防CAG发展至癌前病变提供新的治疗思路。

参考文献

- [1] 韩付金.慢性萎缩性胃炎的临床治疗研究进展[J].继续医学教育,2021,35(8):84.
- [2] 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.
- [3] 吴秀霞,李鲜,党中勤,等.资生汤加减治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的临床研究[J].中国中药杂志,2017,42(24):4882.
- [4] 熊为锋,贺娟.“治痿独取阳明”涵义解析及临床应用[J].现代中医临床,2021,28(6):72.
- [5] 林秀华,胡学军.黄元御中气升降理论阐释[J].广州中医药大学学报,2013,30(3):430.
- [6] 王捷虹,秋增超.对药在治疗腹腰痛中的运用[J].河南中医,2010,30(1):88.
- [7] 张泰,张北华,马祥雪,等.“阳道实,阴道虚”理论在上消化道出血中的应用探讨[J].中医杂志,2021,62(16):1400.
- [8] 管懋莹,徐蔚杰,李和根.左金丸现代药理研究进展[J].中国药学报,2020,48(5):78.
- [9] 石敏,王茜,刘宇,等.基于Keap1/Nrf2/ARE信号通路探讨半夏泻心汤对慢性萎缩性胃炎大鼠的影响及作用机制[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(20):31.
- [10] 王昆阳,聂安政.中药川楝子药理毒理探讨与合理用药思考[J].中华中医药学刊,2022,40(3):54.
- [11] 王鑫.肝胃关系与消化性溃疡诊治规律的研究[D].济南:山东中医药大学,2011.
- [12] 公培强,池晓玲,蒋元烨.一贯煎在肝胆病中的运用[J].中华中医药学刊,2020,38(1):165.
- [13] 曲缘章,马生军,朱广伟,等.芍药甘草汤的历史沿革与现代研究[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(6):216.
- [14] 严亚锋,白海侠,周海哲,等.国医大师张学文运用半夏泻心汤对经验[J].中华中医药杂志,2020,35(9):4439.
- [15] 李莎,李磊,彭洪兵,等.九香虫化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J].中国中药杂志,2020,45(2):303.
- [16] 郑君,林晓春,陈育尧,等.甘草总黄酮抑制慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜腺体萎缩及机制研究[J].中国药理学通报,2014,30(1):113.

第一作者:刘奇(1998—),男,硕士研究生在读,中医内科学脾胃病方向。

通讯作者:王捷虹,医学硕士,主任医师,教授,硕士研究生导师。2389400120@qq.com

修回日期:2022-10-16

编辑:傅如海