

梅建强从毒犯胃络、瘀阻成积论治慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生之经验

李 鑫¹ 郭军利¹ 张玮超¹ 刘嘉祎¹ 杜泽坤¹ 高天慈¹ 陈分乔²

(1. 河北中医药大学研究生学院, 河北石家庄 050091; 2. 河北中医药大学第一附属医院, 河北石家庄 050017)

指导: 梅建强

摘 要 慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生(以下简称肠化生)是临床上常见的胃部疾病之一,其病理表现为胃黏膜上皮因遭受反复损害导致固有腺体萎缩伴肠化生。梅建强教授根据胃“宜通宜降”的生理特性和“受纳五谷”的生理功能,认为慢性萎缩性胃炎伴肠化生的病因责之外受、内生之毒侵犯胃络,病机关键在于胃络瘀阻成积。梅师临证以解毒通络、行瘀化积为治疗思路,通过解毒邪以通胃络之畅达、行瘀血以化胃体之瘀积,并自拟解毒通络方化裁,每每获效。附验案1则以佐证。

关键词 慢性萎缩性胃炎;肠上皮化生;络病;解毒通络方;梅建强

基金项目 2022年全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药办人教函〔2022〕75号);第二届全国名中医传承工作室建设项目(国中医药办人教函〔2022〕245号)

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)临床主要表现为胃部钝痛、嘈杂、嗝气、反酸、食欲不振及胃脘部胀满等症状,反复发作、迁延难愈,其病理变化为胃黏膜上皮遭受反复损害导致的固有腺体萎缩,伴或不伴有腺体化生^[1]。现代医学发现,幽门螺杆菌(Hp)感染是导致萎缩性胃炎和进展为肠上皮化生(以下简称肠化生)的重要原因,故治疗方法主要是根除Hp及对症治疗^[2]。根除Hp虽能一定程度地改善及控制胃黏膜炎症症状,但尚无彻底逆转胃黏膜萎缩以及肠化生状态的明确证据。中医治疗不仅能够控制、截断CAG病情进展,还能一定程度上逆转腺体肠化生,可明显改善患者的临床症状和生活质量^[3]。

梅建强教授系全国名中医、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,河北中医药大学第一附属医院主任医师,从事中医内科临床及研究工作40余年,临证经验颇丰,在治疗CAG及逆转肠化生方面有独特的见解。梅师根据胃的生理特性和功能,认为胃受纳饮食,易感饮食之毒,毒邪猛烈,侵犯胃络,致使胃络受损,气血津液运行输布失常,瘀阻成积。梅师基于浊毒理论、络病理论并结合《丹溪心法》^[4]中“五味入口,即入于胃,留毒不散,积聚既久,致伤冲和,诸病生焉”之说及“以通为顺”的基本治法,创新性提出“脾胃分治、通降解毒、行瘀

化积”的治疗观,运用解毒、通络之法辨治CAG伴肠化生,临床获效满意。笔者有幸侍诊左右,现将其从毒犯胃络、瘀阻成积论治CAG伴肠化生之经验介绍如下。

1 病因责之毒犯胃络

中医治疗CAG具有悠久的历史,学者认为CAG多由饮食劳倦,或肝郁气滞,或禀赋不足,或气机阻滞所致,常涉及多个脏腑,尤与胃、脾、肝关系最为密切^[5]。梅师取百家之所长并结合临证经验认为毒犯胃络是CAG发病及向肠化生进展的根本原因,而毒又有外受、内生之分,内、外毒相互影响,密不可分。外毒侵袭机体,引起脏腑功能失调,胃体功能失常,阻碍脾胃运化,造成机体内饮食毒物堆积,进而形成内生毒邪;内生毒邪又会不断地损伤脏腑,引起正气不足,无法抵御外部毒邪,加重外毒入侵,胃络、胃膜进一步受损,形成恶性循环。综上,外受、内生之毒相互叠加共犯胃腑,长久以往导致胃腺体萎缩、肠化生。

1.1 秽浊入胃,毒自外受 外来毒邪主要指饮食之毒或Hp之类的特殊之毒。梅师将Hp归为外感“伏毒”,与外感六淫不同的是,Hp具有一定的传染性,其发病隐袭,当人体正气充足时,其作为“伏毒”寄生于胃膜上,与机体争夺精微物质,致使正气乏源。当正气不足、阴阳失衡时,其作为毒邪阻滞气机,气机

郁滞化火,衍生热毒,侵袭胃络,损伤胃膜。此外,随着人们饮食结构的改变一定程度上促进了CAG的发生,其中烧烤、腌渍之品具有大量亚硝酸盐等物质,过量长期服用极易引起胃络损伤,导致胃腺体萎缩、肠化生,甚至癌变^[6-7]。现代医学证实,频繁吃烧烤、腌渍等食物会增加罹患CAG及诱发胃癌的风险^[8-9]。

1.2 饮食堆积,毒自内生 胃为传化之腑,以通为顺。《临证指南医案》^{[10]212}有言:“脾宜升则健,胃宜降则和”,一旦气机郁滞,枢机不畅,水液停聚而化浊毒,谷停滞久亦化热生毒。《医学正传·胃脘痛》^[11]提出:“初致病之由,多由纵恣口腹,喜好辛酸,恣饮热酒煎煇,复餐寒凉生冷,朝伤暮损,日积月深……故胃脘疼痛。”饮食不节,暴饮暴食,饮食停滞,损伤脾胃,致使脾胃运化失司,水液停聚,日久化浊成毒。国医大师李佃贵教授^[12]认为湿多秽浊,易化毒生热,热毒瘀结是导致CAG发生及向肠化生进展的重要原因。梅师亦指出,浊邪阻碍中焦气机,致使脾胃升降失常,进一步加重湿浊之毒内生。

2 病机关键为瘀阻成积

现代医学认为,CAG多是慢性炎症长期作用胃黏膜的结果。梅师认为,胃络瘀阻是胃黏膜萎缩的中心环节,也是发展为肠化生阶段甚至癌变的重要病理基础,而瘀阻成积是疾病进展的关键因素。

2.1 胃络瘀阻是胃黏膜萎缩的中心环节 胃络将富含着水谷精微之气、营气、卫气的血液输到经脉之中,运行全身以供养脏腑器官,同时将胃体组织产生的代谢废物输送到体外,维持着胃体组织的稳态。《灵枢·终始》^{[13]26}曰:“久病者邪气入深”,叶天士《临证指南医案》^{[10]428}明确指出:“百日久恙,血络必伤。”若CAG治疗不及时或不当,毒邪侵犯胃络日久,易造成气血凝滞,而成瘀阻。胃络瘀阻日渐加重,毒瘀胶结,氤氲难化,持续阻滞胃络,导致胃络运化气血功能严重受损容易彻底阻塞气血运行。气不布津,血不养胃,此时胃黏膜呈现为苍灰色,固有腺体减少,胃黏膜变薄,脾胃功能严重失常,胃失滋润营养而腺体减少导致胃黏膜萎缩,出现胃部钝痛、嘈杂等不适症状。而CAG往往缠绵难愈、反复发作,这与浊毒黏性重浊的特性有很大关系,亦与络病发病易入难出的特点相似^[14]。梅师多年临证发现,致病毒邪侵犯胃黏膜,易引起胃黏膜血管病变,故而提出胃络瘀阻是胃黏膜萎缩的中心环节,也是发展为肠化生阶段甚至癌变的重要病理基础。

2.2 瘀阻成积是胃黏膜萎缩发展为肠化生的关键因素 毒邪侵犯,胃络受损,脉络瘀阻,气血不畅,津液停聚,久则成积。《灵枢·百病始生》^{[13]111}言:“虚

邪之中人也,始于皮肤……留而不去,传舍于肠胃之外,募原之间,留著于脉,稽留而不去,息而成积”,指出毒邪久聚络脉,稽留不去,瘀阻过久成积。又说:“肠胃之络伤,则血溢于肠外,肠外有寒,汁沫与血相搏,则并合凝聚不得散,而积成矣”^{[13]112},指出积乃瘀血不散与津液不布积聚而成。血在络中运行,津血在络脉末端互渗互换,凝滞不畅而成瘀阻。现代医学解释为胃膜血管因缺血缺氧发生痉挛、破裂,导致胃黏膜腺体得不到充足的津血滋养,进而致使腺体分泌减少,最终出现胃黏膜萎缩、肠化生^[15]。梅师认为,胃上皮细胞之所以转化为肠上皮细胞,是“物极必化”的结果。当机体某些细胞出现坏死消亡,很快便有新的细胞出现并替代缺损的“空位”,以维持结构的稳态。“物生谓之化,物极谓之变”^{[16]348},“夫物之生从于化,物之极由乎变”^{[16]369},当事物上升到定或达到高峰时,易转变成新的事物。“其微也,为物之化。其甚也,为物之变”,CAG伴肠化的发生发展可追溯至几年、几十年前由最初的胃部轻微炎症开始,逐渐发展为慢性炎症,最后形成胃腺体萎缩、肠化生,属“量变”条件满足后产生的“质变”结果。

3 治疗当以解毒通络、行瘀化积为主

3.1 解毒邪之黏滞,通胃络之畅达 梅师认为,CAG伴肠化生的根本病因是内、外毒邪侵犯胃络,故可运用解毒通络法解毒邪之黏滞以通胃络之畅达,自拟解毒通络方化裁治之。方中藿香、佩兰解外受、内生之毒,当归、白芍、川芎、茯苓通胃络黏滞之气血。藿香味辛性微温,能够芳香避秽化浊、通利九窍,能散邪气、祛浊毒;佩兰芳香化浊、醒脾开胃,既能清除内生浊毒,又能驱除外感浊毒,与藿香相须为用,共奏解毒之功,可有效缓解胃脘胀满、疼痛、嘈杂等症^[17-18];当归、白芍、川芎、茯苓相伍取当归芍药散之意,梅师认为当归芍药散虽为妇科病常用方,但其本意不离调肝理脾、行气活血,故而用之,正如《时病论》^[19]所言:“在医者,必须临证权衡……不可拘于某病用某方,某方治某病,得能随机应变,则沉痾未有不起也。”当归活血补血、白芍养血柔肝,两者有通肝体、活肝血之功,肝血足则肝气疏;川芎活血祛风、止痛定志、温经止血,其可上行头目、下行血海;茯苓健脾宁心、利水渗湿,行其所积,予毒邪从小便而出。脾胃既生毒邪,其气本虚,其体本弱,更易受肝气袭扰,加重毒邪结聚。而四者合用可使肝血活、肝气舒、胃络通,毒邪难聚,毒瘀难结。

3.2 行瘀血之阻滞,化胃体之瘀积 梅师认为,CAG伴肠化生的病机关键在于胃络瘀阻成积,故可运用行瘀化积法行瘀血之阻滞以化胃体之瘀积,在解毒

通络方基础上加用青皮、蒲公英、蒲黄、五灵脂、三七等活血化瘀消积之品。梅师认为,毒热入络进血,煎熬血液,致使血液黏稠,运行缓慢,易在脉道中瘀积,形成积块,故选用青皮、蒲公英既清瘀热,又通胃络、消积结,二者合用能显著改善胃脘部疼痛不适等症,甚至逆转肠化生。胃络瘀阻是CAG进展的重要病理过程,梅师认为应用化瘀通络药是阻断炎症向肠化生发展的关键手段。蒲黄善于活血行瘀、收敛止血,兼有良好的止痛效果;五灵脂善通利血脉,具有活血止痛、散瘀止血功效,与蒲黄相伍取失笑散之意;三七散瘀止血、消肿定痛,有止血不留瘀、活血不伤正的特点。三者相伍,功专行瘀以改善胃黏膜血液循环,使气血充养胃体,疼痛自解。生甘草防诸药猛烈伤正,调和诸药。

4 验案举隅

王某某,男,64岁。2023年2月15日初诊。

主诉:间断胃部胀满半年余。平素嗜食油腻辛辣之品,既往饮酒30余年。半年前饮酒后出现胃部胀满不适,伴有烧心反酸等症状,于当地医院查胃镜示:慢性萎缩性胃炎伴肠化。病理示:黏膜中度慢性炎症,中度肠上皮化生。予口服奥美拉唑肠溶胶囊(10 mg/次,1次/d),烧心反酸症状缓解,胃部胀满不适仍间断发作。病情时有反复,为求进一步治疗遂就诊于梅师门诊。刻下:胃部胀满间断发作,食后为甚,偶有胃痛,烧心,嗝气,口干口苦,食欲减退,纳食不香,寐一般,小便可,大便稍不成形,一日一行,舌暗红、苔黄腻,脉弦滑。电子胃镜示:慢性萎缩性胃炎;病理示:中度肠上皮化生。西医诊断:慢性萎缩性胃炎(中度肠化生);中医诊断:胃痛(浊毒犯胃、瘀热内阻证)。治以解毒行瘀,通络化积。予解毒通络方合失笑散加味。处方:

藿香15 g,佩兰12 g,当归12 g,白芍15 g,川芎9 g,茯苓15 g,青皮12 g,蒲公英20 g,蒲黄9 g,五灵脂6 g,三七4 g,生甘草6 g。14剂。每日1剂,水煎,早晚饭后温服。另嘱清淡饮食,戒酒。

2023年3月1日二诊:患者胃脘部胀满稍减轻,偶隐痛,仍觉口干口苦,偶烧心、反酸,纳可,眠可,二便可,舌暗、苔黄腻,脉弦滑。予初诊方加麦冬15 g、石斛6 g、白花蛇舌草15 g、黄连6 g,14剂。

2023年3月15日三诊:患者胃脘部症状基本消失。嘱患者调摄饮食、调畅情志,予二诊方去白花蛇舌草、黄连,21剂。

3个月后复查胃镜示:慢性萎缩性胃炎;病理示:黏膜轻度慢性炎症,轻度肠上皮化生。

按:本案患者为老年男性,平素喜食辛辣油腻

之品,长期饮酒损伤脾胃,滋生湿浊、饮食之外毒客于胃体,阻滞胃气通降,致使胃气上逆,故而胃脘部胀满、胃痛、反酸、嗝气;胃体通降失常,气血运行不畅,致使胃络瘀阻,故而胃痛;胃受纳不畅,故而食欲减退、纳食不香;毒聚久则化热,燔灼津液,故而有烧心、口干口苦之症。梅师四诊合参,辨为浊毒犯胃、瘀热内阻证,以解毒行瘀、通络化积为治法,方选解毒通络方合失笑散加味。患者因病程日久,瘀热耗伤阴液,使胃阴不足,胃体失养,故口干口苦之症难解,故二诊时加用麦冬、石斛益胃生津,以滋养胃体;黄连尤善清中焦湿热毒邪,与白花蛇舌草合用可消口苦。三诊时症状基本消失,故去白花蛇舌草、黄连防久服苦寒伤胃。药证合拍,炎症得消,肠化得逆。

5 结语

梅师认为慢性萎缩性胃炎伴肠化生的病因责之外受、内生之毒侵犯胃络,强调胃络瘀阻是胃黏膜萎缩的中心环节,而瘀阻成积是胃黏膜萎缩向肠化生发展的关键因素,临证应以解毒通络、行瘀化积为基本治法,以解毒通络方为基本方进行化裁,通过解毒邪、行瘀血,达标本兼顾之目的。同时,梅师强调“冰冻三尺,非一日之寒”,本病病程较长,短期治疗难以痊愈,需嘱患者配合长期治疗,并重视饮食调摄,改变不良的饮食习惯,戒烟戒酒,方能转愈。

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] 王晓楠,张亚峰,许翠萍.慢性萎缩性胃炎的诊治进展[J].中南医学科学杂志,2020,48(3):323.
- [3] 魏玮,杨洋.慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J].中医杂志,2016,57(1):36.
- [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,1997:112.
- [5] 刘赓,张声生.调肝理脾法治疗慢性萎缩性胃炎[J].世界中医药,2015,10(5):695.
- [6] 赵兵,崔一鸣,陈璐,等.基于萎缩、肠化、异型增生严重程度影响因素的Logistic回归探讨慢性萎缩性胃炎的预防[J].中华中医药杂志,2018,33(5):2145.
- [7] 国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海),国家消化道早癌防治中心联盟,中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组,等.中国胃黏膜癌前状态和癌前病变的处理策略专家共识(2020年)[J].中华消化杂志,2020,40(11):731.
- [8] 张海桢,王燕,杨泽奇,等.热、辛辣饮食对慢性胃炎患者胃肠功能的影响[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(25):3.

李果烈“消补兼施”法治疗阴水水肿之经验

李 朝¹ 董钊瑜¹ 李海悦¹ 费 楠¹ 陆 艳²

(1. 南京中医药大学研究生院, 江苏南京 210023; 2. 南京中医药大学附属南京中医院, 江苏南京 210022)

摘 要 水肿是临床常见症状, 由于致病因素及体质的差异, 中医将其分为阴水、阳水, 两者可相互转化或夹杂。阴水多因脾肾阳气受损, 水湿输化异常而成, 浮肿部位以下肢为甚, 肿处皮肤松弛, 按之凹陷不易恢复, 甚则按之如泥。李果烈教授通过长期临床实践发现, 阴水水肿在患有慢性肾脏疾病、心功能衰竭及低蛋白血症的中老年患者中较为常见, 辨证多为虚证或虚实夹杂, 本虚常见气虚、阳虚, 病久则阳损及阴, 标实常见水饮和瘀血。李老提出治疗本病当以“消补兼施”为法, 以扶正为主, 在益气、补阳、滋阴的同时, 配以利水、活血祛瘀等, 且应视其轻重缓急, 或先消后补, 或消补同用。验之临床, 获效明显。附验案 1 则以佐证。

关键词 水肿; 阴水; 慢性心功能不全; 肾病综合征; 消法; 补法; 李果烈; 名医经验

基金项目 国家自然科学基金资助项目(81804022); 全国中医药创新骨干人才项目(国中医药人教函〔2019〕128号); 第二批江苏省名老中医专家传承工作室建设项目(苏中医科教〔2016〕6号)

水肿是指由外感、内伤多种原因造成肺脾肾三脏对水液宣化输布功能失调, 致使体内水液潴留, 泛滥于肌肤, 引起以头面、眼睑、四肢、腹背甚至全身浮肿等为临床特征的疾病^[1]。《黄帝内经》对水肿病已有了较为系统与明确的认识, 金元医家朱丹溪在《丹溪心法·水肿》中提出阴水、阳水之概念, 为后世水肿病的辨治奠定了理论基础。阴水多由饮食劳倦、久病体虚等损伤脾肾阳气, 导致水湿输化异常而成。阴水发病, 起病缓慢, 浮肿部位以双下肢为甚, 肿多由

足踝开始, 自下而上, 继及全身, 肿处皮肤松弛, 皮色萎黄灰滞, 按之凹陷不易恢复, 甚则按之如泥。阴水属里证、虚证或虚实夹杂证, 病变部位在脾肾二脏。

西医学认为, 水肿是由于人体组织间隙有过多的体液积聚, 使组织肿胀而呈现出的一种临床症状, 根据病因可分为心源性水肿、肾源性水肿、营养不良性水肿和内分泌性水肿等, 临床上肾病综合征、慢性肾小球肾炎、心功能衰竭及低蛋白血症的患者可出现类似阴水水肿的症状。

- [9] 曹阳, 顾巍杰, 杨德才, 等. 基于临床流调的慢性萎缩性胃炎发病危险因素研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(4): 1060.
- [10] 叶天士, 原著. 临证指南医案[M]. 华岫云, 编订. 北京: 华夏出版社, 1995.
- [11] 虞抟, 著. 医学正传[M]. 郭瑞华, 马湃, 王爱华, 等, 点校. 北京: 中医古籍出版社, 2002: 207.
- [12] 李佃贵. 中医浊毒论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 117.
- [13] 佚名. 灵枢经[M]. 戴铭, 金勇, 员晓云, 点校. 南宁: 广西科学技术出版社, 2016.
- [14] 吴以岭, 主编. 络病学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2004: 73.
- [15] 中国研究型医院学会中西医整合脾胃消化病专业委员会岭南萎缩性胃炎诊疗共识协作组. 岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊疗专家共识[J]. 中国研究型医院,

2022, 9(1): 2.

- [16] 佚名. 素问[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1996.
- [17] 凡杭, 聂安政, 包莉, 等. 藿香化学成分与药理作用研究进展[J]. 中国野生植物资源, 2021, 40(11): 45.
- [18] 吕文纲, 王鹏程. 佩兰化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中国中医药科技, 2015, 22(3): 349.
- [19] 雷丰, 著. 时病论[M]. 陈莲舫, 批注. 杨梅香, 郑金生, 校点. 福州: 福建科学技术出版社, 2010: 154.

第一作者: 李鑫(1995—), 男, 硕士研究生在读, 中西医结合内科学专业。

通讯作者: 梅建强, 本科学历, 主任医师, 教授, 博士研究生导师。Mjq1000000@sina.com

修回日期: 2023-08-27

编辑: 蔡 强