

思路与方法

胃脘痛现代中医治疗思路与方法

李 军*

摘要 探讨慢性胃炎、消化性溃疡等属于中医“胃脘痛”范畴的微观辨证、辨病诊治的思路与方法。胃脘痛中医术语规范是准确描述微观征象的前提;胃镜、病理组织形态学征象的中医概括是微观辨证的关键;中药的现代研究分类是辨病用药的基础;辨证与辨病结合是胃脘痛现代中医治疗的趋势。

主题词 胃脘痛/中药疗法

大量实践表明,随着内窥镜、病理活组织检查的普遍开展,在中医诊治胃脘痛的过程中,单纯采用中医辨证的观察方法难以对胃镜征象和胃粘膜显微组织病理等微观形态作出确切辨别与判断;采用宏观上遵循中医辨证这一基本原则,结合微观胃镜、病理形态特点,灵活伍用一些具有特殊治疗意义的中药来治疗本病,能够提高疗效,已被广大中医师、中西医结合医师所认同或不自觉地应用于临床。

本文旨在探求现代医学对慢性胃炎、消化性溃疡等良性病变常见的胃镜、病理组织所示微观的形态以及病因学特点,联系中医宏观辨证、中药的现代研究与治疗实践,分析、归纳这些病变诊断与治疗上的结合点,从而为辨证与辨病有机地结合提供客观依据,并运用这些规律指导临床用药,以缩短疗程,提高疗效。

1 胃脘痛中医术语规范是准确描述微观征象的前提

中医文献对胃脘痛证型的论述不尽相同,中医术语运用亦不规范。因此,对胃脘痛作微观辨证的基础性研究之前,首先要规范中医术语,明辨其内涵及差异。笔者对大量慢性胃炎、消化性溃疡等中医属于“胃脘痛”范畴的病例初步分析后,认为这类病例至少可分为 7 个基本证型,即脾气虚弱、脾胃虚寒、肝气犯胃、肝胃郁热、胃阴不足、痰饮中阻和瘀阻胃络。其中以脾气虚弱和肝气犯胃两证最为常见,另外临床所见病例大凡以单纯某个证型出现少见,以虚实相兼,寒、热、湿、痰、瘀错杂多见。前述 7 个证型以脾气虚弱和肝气犯胃两证为中心,常出现如下演变过程:脾气虚弱进一步发展或过食生冷导致脾胃虚寒;肝气犯胃,因肝郁日久化热形成肝胃郁热;肝胃郁热伤阴进一步形成胃阴不足;气

虚、气滞、寒凝、热结均可形成瘀阻胃络;脾虚运化不健或外湿所伤形成痰饮中阻。对于证型的中医术语描述,笔者认为前述 7 个名称比较确切,能够反映这类胃脘痛的病因、病理及其演变的基本情况。中医文献中有些术语所反映的概念范围较广,如脾虚、脾胃虚弱至少应该包括脾气虚和脾阳虚两种情况;胃热炽盛中胃热也有实热和虚热两种情形;肝胃不和常见两种表现:一为肝郁化火,横逆犯胃,二为寒邪内犯肝胃^[1];肝气犯胃只是肝郁气滞横逆犯胃时的证候;有些术语实际反映了虚实相兼或寒、热、湿、痰、瘀错杂的情形,如脾虚肝郁,脾胃湿热;有些术语则是概念大同小异,如肝胃气滞和肝气犯胃,脾胃阳虚和脾胃虚寒。因此,证型名称及其中医病因、病机术语的规范使用对于诊断学中外征象的中医术语定量定性的准确描述具有重要意义。

2 胃镜、病理组织形态学征象的中医术语概括是微观辨证的关键

胃脘痛微观辨证的方法必须从中医形态诊断学基本理论出发,综合中医证的现代研究和中药治疗实践,并努力探求与现代医学病因、病机及演变的结合点。现就胃镜下粘膜形态、蠕动度与通畅度、分泌物与潴留物、纵径长度、病理组织形态方面结合中医寒、热、虚、实、气血、津液等辨证方法详述如下。

2.1 胃粘膜形态:胃镜下正常胃表现为光滑柔软,粘膜色泽红润均一。胃粘膜的病态表现一般均可散见于各个基本证型,但各有偏颇。总的来说,胃粘膜充血、水肿常见于脾气虚弱和肝气犯胃两证,糜烂、溃疡则是在两证基础上的进一步发展,或脾胃虚寒,或肝胃郁热,且以兼有湿热征象者更多见。胃粘膜颜色偏红见于胆汁郁积、胃热(包括湿热及虚热,下同);颜色淡白多属脾虚;苍白见于贫血胃,属气血亏虚;颜色偏暗见于瘀阻胃络。红色条索状充血自幽门向胃窦部放射,状如西瓜皮条纹,常见于肝病日久的患者,多属气血亏虚。猩红色样细疹、樱桃色红斑、Mosaic 样改变为门脉高压性胃病的特征性表现,属肝郁或/兼湿热、脾虚、血瘀^[2]。胃粘膜变薄,色淡见于脾虚;色红干燥见于胃阴不足;粘膜下透见毛细血管网伴见(有时也可单独出现)粘膜颗粒、结节、鱼鳞状改变,红白相间白相为主,

* 江苏省无锡市新区硕放医院胃肠病诊疗中心,无锡市新区塘宅路 19 号(214142)

收稿日期:2002-04-27

常为肠上皮化生;根盘微隆起,表面褪色,常为异型上皮增生,皆为脾虚、胃热、气滞、血瘀错杂证候。皱襞粗大,充气后不能展平,伴多量粘液,为脾胃虚寒,津液不化,痰湿凝聚。胃粘膜粗糙呈大小不匀的疣状隆起,甚至是息肉样隆起,为湿热(热毒)、气血瘀滞。胃粘膜糜烂分散浅表,周围色红为脾胃湿热尚轻;成片呈凹陷者为湿热壅盛;溃腐日久,周围淡红或淡白色多属脾虚。胃粘膜出血(包括陈旧性出血)原因有三:胃热伤络;脾气虚弱,不能摄血;气滞血瘀,血不归经。其中点状糜烂出血以肝气犯胃为主,片状出血以肝胃郁热夹湿为主,溃疡出血以肝胃郁热夹湿、脾胃虚寒为主。胃黄色瘤(斑),多属脾虚、痰凝、血瘀。胃底静脉曲张、曲张,见青色瘀斑、瘀块,多属肝郁、脾虚、血瘀。

2.2 蠕动度与通畅度:胃镜下因受插管、充气影响,蠕动可比平时增多。胃蠕动无力、缓慢,功能性幽门关闭障碍,辨证为脾虚。胃蠕动亢进,临床较少见,在功能性幽门开放障碍时可见蠕动频繁有力,且常出现逆蠕动,辨证为胃气上逆。胃镜下见诱发恶心后胃粘膜疝入食管,甚至贲门弛缓,齿状线上移等食管裂孔征象,病程短者常为肝气犯胃,病程长者脾胃虚寒、气血瘀滞。

2.3 分泌物与潴留物:正常胃经十二小时空腹后胃液平均为 50ml,无色或灰白色,透明,含少量粘液,无食物残渣。胃镜下见食糜,辨证为食积,主要见于脾虚、肝郁证。胃内见痰浊,辨证为脾不健运,痰湿中生。胃内分泌物呈大量清稀水样,中医属“痰饮”范畴,为脾阳虚弱,湿从内生,聚而为饮。胃内见分泌物质粘、秽浊,为脾胃湿热;见黄绿胆汁,辨证多属肝胃郁热,多夹湿邪。胃内分泌物少,甚至粘膜干燥,为胃阴不足,津液损伤。

2.4 胃纵径长度:胃镜插管部在到达幽门孔时一般为 60~80cm,不足 60cm,为纵径过短,辨证为痰饮中阻、胃阴不足、脾胃虚寒;超过 80cm 有胃下垂可能,辨证为脾气虚弱、中气下陷,肝气犯胃亦较多见。

2.5 病理组织形态:慢性胃炎、消化性溃疡病理组织形态主要为炎症(依据淋巴细胞和浆细胞浸润程度分级)、活动度(依据中性粒细胞浸润分级)、胃固有腺体的萎缩、肠上皮化生、粘膜上皮不典型增生和幽门螺杆菌(HP)检出。上述各种病理组织形态散见于 7 个基本证型中,且以脾气虚弱或脾胃虚寒、肝气犯胃或肝胃郁热居多。临床发现,脾气虚弱和肝气犯胃证中淋巴细胞、浆细胞或中性粒细胞浸润分别比脾胃虚寒和肝胃郁热证轻,基本符合脾气虚弱→脾胃虚寒,肝气犯胃→肝胃郁热的演变过程;但脾气虚弱证胃粘膜淋巴细胞、浆细胞中度以上浸润者明显少于肝气犯胃证^[3],说明脾气虚弱与肝气犯胃不能简单地等同于现代医学中炎

症的慢性期与急性期。

3 中药的现代研究分类是辨病用药的基础

参考现代医学治疗慢性胃炎、消化性溃疡的基本模式,不外乎增加胃动力、制酸、抗菌、结合胆酸、止血、粘膜覆盖、助消化、解痉止痛等 8 个方面,中药几乎在上述 8 个方面都有药可选,而且还可通过单药组合或复方用药来调节机体神经内分泌系统、增加免疫功能、改善血循环,增加胃粘膜血流量。中药现代药理研究具体分类举例如下。

3.1 胃肠动力中药^[4]:如大黄、槟榔、枳实、枳壳、白豆蔻等药能促进胃肠收缩,增加蠕动。

3.2 制酸中药:如煅瓦楞子、煅乌贼骨、白螺丝壳、浙贝母等。

3.3 抗炎、促进炎症吸收的中药:如黄连、黄芩、白花蛇舌草、蒲公英、紫花地丁等清热利湿药;丹参、三七、赤芍等活血化瘀药具有抗 HP 的作用。

3.4 利胆中药:如柴胡、金钱草等药可以增加排泄胆汁,配合胃肠动力中药则能降低十二指肠紧张度,纠正胆汁反流。

3.5 解痉止痛中药:如白芍加甘草、佛手、厚朴等药有缓解胃肠平滑肌痉挛的作用;延胡索、徐长卿等药有镇痛作用。

3.6 止血中药:如大黄粉、三七粉、白及粉等。

3.7 粘膜覆盖中药:如白及、滑石等药能修复、保护受损粘膜。

3.8 助消化中药:如谷芽、麦芽、焦楂曲、鸡内金等消食药,鸡内金还具有增加胃液分泌的功能。

3.9 调节机体神经内分泌系统的中药:如健脾(四君子汤)和疏肝(柴胡疏肝散)分别能恢复脾虚和肝郁证神经—内分泌—免疫网络的正常调控^[5]。

3.10 增加机体免疫功能的中药:如党参、黄芪、白术、甘草等健脾益气药能通过机体免疫调节保护胃粘膜屏障。

3.11 改善血循环的中药,如丹参、莪术、三七等活血化瘀药;增加胃粘膜血流量,如紫草、茜草等药。

4 辨证与辨病结合是胃脘痛现代中医治疗的趋势

辨证包括宏观辨证与微观辨证,前者指用传统中医四诊合参的方法辨证,后者指结合现代医学辅助检查结果的分析,用中医诊断学方法概括,并得到临床验证的辨证。辨病,指现代医学的诊断与鉴别诊断、病因病理及演变过程的辨别。实践证明,三者的有机结合,对于补充传统宏观辨证的不足,扩展临床用药思路具有重要意义,是胃脘痛现代中医治疗的必然趋势。

在熟悉中药的现代药理研究分类并运用于临床实

践前,必须强调的是,中医的治疗必须以整体辨证用药为基本原则方可发挥其独特作用,而不是单纯的中药西化运用^[6]。即使使辨病用药的药性与宏观辨证的要求尽可能达到吻合,有悖于宏观辨证的辨病用药则应少用或不用。如宏观辨证为脾胃虚寒的患者胃镜下见糜烂或溃疡,若仍一味地清热解毒利湿,势必加重脾胃阳气的损伤,使虚者更虚。临床微观辨证、辨病用药举例如下。

充血渗出,实证(多伴见糜烂)常用清热利湿药(参见前述部分,下同);虚证常用健脾益气药。疣状、息肉样隆起,常用清热散结药(如连翘、天葵子);活血化瘀药(如丹参、三七、赤芍)。出血用止血护膜药。门脉高压性胃病,认为与肝功能损害、 H^+ 反渗、高胃泌素血症有关,故在制酸护膜同时加用保肝及改善血循环的中药。皱襞肥大,多认为与十二指肠球部溃疡、胃泌素瘤、蛋白丢失性胃病等高酸因素有关,故选用健脾益气药、温化痰湿药(如桂枝、干姜、吴茱萸)的同时,常加用制酸中药。胆汁反流,认为必然存在两个条件:幽门的异常开放,继而发生痉挛;胃肠动力紊乱使得十二指肠收缩活动推动其内容物逆向移动。故临床选用疏肝利胆药的同时可选用清热利湿药改善粘膜炎症;胃肠动力中药加速胃肠蠕动,以利于胆汁排泄。分泌物呈痰浊样,多为鼻咽部分泌物下咽所致,选用健脾化痰药(如半夏、陈皮、茯苓、莱菔子)。潴留食糜,其原因一是胃蠕动无力、缓慢;二是幽门口欠通畅,包括幽门管溃疡、胃粘膜脱垂、胃窦部炎症所致开放障碍。结合胃镜表现的不同情况选用药物,如胃蠕动缓慢、粘膜脱垂用补中益气升清药(如黄芪、升麻、柴胡);幽门开放不畅,逆蠕动增多,短期使用泄降逆气药(如旋覆花、赭石)。另外,值得一提的是胃粘膜脱垂症胃镜下常见胃窦部炎症、胃蠕动增强,辨证以肝气犯胃居多,故切不可见脱垂即用益气升清药。幽门松弛、蠕动无力、功能性幽门关闭障碍,常在健脾益气药改善胃排空节律紊乱的基础上加

用胃肠动力中药治其标。胃内分泌物呈大量清稀水样,认为与胃张力缺乏,胃动力障碍所致潴留有关,故治疗上选用苓桂术甘汤加用胃肠动力中药;胃十二指肠糜烂、溃疡及变形大多与胃酸分泌过多有关,可用制酸中药;分泌物缺乏可加用酸甘敛阴药(如鸡内金、山楂、乌梅)。萎缩、肠上皮化生、上皮不典型增生则根据胃粘膜、分泌物、蠕动度等不同改变,脾虚用健脾益气药;血瘀用活血化瘀药;胃热中湿用清热利湿药;虚热用养阴清润药(如沙参、麦冬、玉竹);肝郁用疏肝解郁药(如柴胡、郁金、川芎、香附)。十二指肠白点征,认为与胃炎引起或加重脂肪消化吸收功能障碍有关,故可选用善消油腻肉食之山楂。胃黄色瘤(斑),认为与脂质沉积有关,常伴见于粘膜萎缩,治疗上采用健脾加用活血化瘀之郁金。病理检查示 HP 阳性者选用抗该菌有效的清热利湿、活血化瘀药。

由于中西医学理论体系的差异,两种医学认识对同一患者同一疾病不可能有一一对应关系,实践中也发现胃镜、病理组织形态的某一表现往往存在于大部分基本证型中,本文所述的某些规律只能是最常见最主要的方面,只有通过实践证实确实有效的规律,才能在指导临床用药过程中真正发挥作用。微观辨证将随着现代医学的发展,提高到一个新的认识水平,同时,它的某些结论更需要我们在临床实践中不断总结、求证。

参考文献

- 1 邓铁涛主编. 中医诊断学. 上海: 上海科学技术出版社, 1984, 128.
- 2 李军. 辨证分型治疗门脉高压性胃病 31 例临床观察. 浙江中医杂志, 2001, 36(11): 485-486.
- 3 沈鹰, 刘正民, 韦嵩, 等. 中医脾胃与胃粘膜防御功能关系的研究. 中医杂志, 1997, 38(12): 743.
- 4 郑柏菁. 对胃肠动力中药的认识. 中医杂志, 1996, 37(11): 697.
- 5 冯五金, 苏娟萍, 李玉莲, 等. 胃肠激素与中医证型关系的临床研究. 中医杂志, 1997, 38(5): 298-299.
- 6 李军. 辨证结合胃镜辨病治疗胃脘痛体会. 浙江中医杂志, 2001, 36(1): 8-9.

2003 年学术会议计划及征文通知

中国农村中医药学术研究中心、中华创新医学会、中华医药研究与创新杂志社等单位将在 2003 年联合举办下列学术会议, 特征文。

第 10 次新世纪优秀特色专科名医学术会, 于 2003 年 7 月在郑州市举办, 截文时间 5 月 15 日以前。

第 11 次新世纪优秀特色专科名医学术会, 于 2003 年 9 月在辽宁省丹东市举办, 截文时间 6 月 30 日以前。

第 12 次新世纪优秀特色专科名医学术会, 于 2003 年 11 月在海口市举办, 截文时间 8 月 30 日以前。

第 6 次中国民间名中医专科专病学术成果推广交流会, 于 2003 年 8 月在江西省庐山市举办, 截文时间 5 月 15 日以前。

第 3 次中华医药研究与创新学术会, 于 2003 年 9 月在北京举办, 截文时间 5 月 30 日以前。

中华医药研究与创新杂志为正式出版刊物, 具有国际国内统一刊号, 欢迎投稿, 题材不限, 收稿后 1 周内即处理回复作者。

上述会议应征稿件均请打印, 另纸附 100 字作者简介, 凡入选会议交流的论文, 均安排在《中华医药研究与创新杂志》上发表。投稿请寄:

湖北省武汉市徐东路 23 号 1—1—8C 信箱中华医药研究与创新杂志社通联部收, 邮编: 430062, 联系电话: (027) 86730065。