

疼痛,痛势较剧,痛有定处,拒按,舌紫暗或有瘀点瘀血、苔薄润,脉弦细涩(多见有心血管疾病的老年患者);治宜健脾活血、理气和胃;选用“萎胃Ⅳ号方”(“萎胃Ⅱ号方”加丹参 15g、三七 12g,徐长卿 12g)。

郁热型肝胃不和证(肝胃郁热型):症见脘胁胀闷疼痛,嗳气,呃逆,吐酸嘈杂,烦躁易怒,舌红苔黄,脉弦数;治宜清热理气和胃;选用“萎胃Ⅴ号方”(“萎胃Ⅰ号方”加黄连 6g,蒲公英 15g,白花蛇舌草 15g)。

3 强调辨治四要点

金师对本病的治疗强调“和胃加重理气;健脾不忘化瘀;兼顾清热养阴;诊治调护结合”的辨治四要点。

和胃加重理气:萎缩性胃炎最常见症状为胃脘胀闷或胀痛不适,其病机为胃失通降,系肝气郁结,横逆犯胃所致,故肝胃不和为临床病理基本特点。脾胃气虚,食浊不化,可导致胃气失和,升降失常,故调理气机,理气和胃对促进脾胃功能的恢复有重要的意义。药物选用柴胡、紫苏梗、木香、枳壳、砂仁、佛手等。因理气药大都具有促进胃动力、加速胃排空功效,如木香能加速胃对钡剂的排空,同时可直接刺激胃肠黏膜细胞产生内源性胃动素,促进血中胃动素升高而加速胃排空,且与枳壳配伍,对促进胃动力具有协同作用;而柴胡、木香、延胡索等理气药物又具有调节胃酸分泌与修复胃黏膜屏障功能。

健脾不忘化瘀:萎缩性胃炎因病情迁延,反复发作,“久病正虚”、“虚多挟瘀”。故本病因虚致瘀而导致胃痛不解者临床并不少见,临床上对久病不愈者,在治疗上不宜一味壅补,但亦不可单用破血行瘀药物,而要注意因虚致瘀这一病理特点,健脾不忘化瘀,使气血充盈,血行瘀散,通则不痛,诸症消失,对脾虚型肝胃不和证尤为重要。处方时在健脾理气和胃药物基础上选用延胡索、三七、丹参、徐长卿等,具有解除平滑肌痉挛,改善血液循环及营养状况,有助于萎缩细胞与病变黏膜的修复,对因虚致瘀者,采用健脾益气配以活血化瘀药物对减轻临床症状和改善病理变化均有积极意义。

兼顾清热养阴:萎缩性胃炎肝胃不和,肝郁化火,常能导致热的产生;脾胃虚弱,中焦运化不足,导致痰湿食浊郁滞不化,郁久可化热;又因病情反复迁延,久病阴虚亦可产热,故萎缩性胃炎可夹有不同程度的热象。在治疗中理气和胃要兼顾清热,清热药物常选用黄连、蒲公英、白花蛇舌草等。同时,金师还认为 HP 感染与萎缩性胃炎的发病和发展相关,慢性胃炎肝胃不和证 HP 感染高于正常人与脾胃虚弱证患者。HP 为湿热之邪,在治疗时应投以清热药物。临床上,黄连、黄芩等药物均有抗 HP 功效。萎缩性胃炎可夹有不同程度的

阴虚之证,在治疗时当兼顾滋养胃阴,应配用白芍、五味子、乌梅、石斛等酸甘化阴之品,利于胃阴自复。

从瘀论治萎缩性胃炎

湖南省中医药研究院(410006)

周 慎

萎缩性胃炎的病变部位主要在于胃部,其特征是胃的黏膜出现萎缩性改变,不仅仅是胃的功能受到影响,而且已经损伤及胃的实质。笔者认为,胃的实质受到损伤,主要是在多种因素的综合作用下导致胃实质的局部络脉不通畅,因胃络不通而形成瘀血,因瘀血内阻、新血不生而引起胃实质的局部缺血、失于濡养,因胃实质失于濡养而出现萎缩性改变,这与痹病日久因经络阻滞、失于温养而出现局部肌肉萎缩的机理是一致的。

就临床所见,萎缩性胃炎的胃黏膜病变,胃镜下可见到黏膜红白相间,以白相为主,色泽变淡,黏膜变薄,可透见黏膜下血管,或见黏膜呈颗粒状或结节状改变;显微镜下可见黏膜全层炎性细胞浸润,腺体大部消失,严重者可见肠化和不典型增生。这些局部表现实际上是胃络瘀阻的外在现象。瘀血内阻于胃络,新血不生,胃黏膜失于濡养,故见色泽变淡,黏膜变薄,腺体消失;瘀血阻滞于内,气血运行不畅,结聚不散,可见黏膜呈颗粒状或结节状改变,或见不典型增生。

由于萎缩性胃炎的根本原因是瘀阻胃络,故宜以活血散结作为本病的基本治法,但必须在中医辨证、西医辨病及针对患者主症等方面进行加减,以期既调节全身躯体功能,又改善胃黏膜局部病变,使之更加切合病情,提高临床疗效。(1)基本方:丹参 15g,生蒲黄 15g,延胡索(醋炒)10g,三七粉 3g(分冲),莪术 10g,枳壳 10g,败酱草 15g。水煎服。(2)辨证加减:辨证为气虚血瘀证者,加党参、白术、茯苓、陈皮;阳虚血瘀证者,去败酱草,加党参、白术、干姜、砂仁、乌药;阴虚血瘀证者,加沙参、麦冬、白芍、石斛、山楂;气滞血瘀证者,加柴胡、香附、郁金、乌药;瘀热阻络证者,加酒炒黄连、酒制大黄、酒制川楝子;瘀湿互结证者,加法半夏、茯苓、石菖蒲、陈皮。(3)辨病加减:萎缩性胃炎伴肠化或不典型增生者,加白花蛇舌草;伴糜烂性胃炎者,加白及、梔子;伴胆汁反流性胃炎者,加赭石、旋覆花或酒制大黄;伴消化性溃疡者,去蒲黄,加黄芪、白及、知母、煅瓦楞子。(4)对症加减:恶心呕吐者,加法半夏、陈皮或竹茹;反酸者,加瓦楞子、左金丸;纳少者,加麦芽、鸡内金;脘腹胀满明显者,加大腹皮;大便秘结者,加酒制大黄;苔腻者,加藿香、佩兰。