

专

题

笔

谈

慢性萎缩性胃炎治则探讨

中国人民解放军海军总医院中医科(100037)

江 海 身

我们通过复习文献,并结合临床体会,现就慢性萎缩性胃炎的治则探讨如下。

1 升清降浊,开胃为先

慢性萎缩性胃炎,其主要病理变化是固有腺体萎缩,胃黏膜萎缩变薄,胃酸及胃蛋白酶的分泌水平、胃壁的张力及蠕动能力均大为减弱。中医表现为脾胃两虚,纳化无权,脾之清阳不升,胃之浊阴不降。临床可见食欲不振,或知饥不食,纳谷不馨,食后脘腹饱胀,或痞满作痛,甚则大便不通等症。本病属中医“胃痞”范畴。慢性萎缩性胃炎本虽虚而不可补,标虽实而不可攻;当务之急是恢复脾胃的纳化功能,使其在药物的作用下清升浊降,“纳”、“化”有权。正如《医学正传·痞满》所说:“故心下痞,宜升胃气,以血药兼之。若全用利气之药导之,则痞尤甚。痞甚而复下之,气愈下降,必变为中满鼓胀,皆非其治也。”临床上我们常宗李东垣“升阳益胃汤”方意,弃用人参、黄芪之壅补,羌活、独活之升散;选用荷叶、葛根、升麻等清润之品以升其清阳,兼润其胃;半夏、黄连、泽泻等苦辛之品降其浊阴,兼燥其脾。并加砂仁、白豆蔻等醒其脾气,枳实、绿萼梅等开其胃气,山楂、神曲、麦芽等化其腐气。旨在辛开苦降,化腐开痞,以顺其性,俾中焦枢机得转,脾胃升降得复。

2 扶正补虚,刚柔相济

慢性萎缩性胃炎是以正虚为本的疾病,中焦不运,脾胃两虚、纳化无权、后天乏源是其基本病机。而脾胃为气血生化之源,如土德日衰,水谷不运,必然导致气血两虚,机体失养。患者可见面黄肌瘦、少气懒言、肢体无力、心悸头晕、动则喘喝、脏器下垂等症,并可出现继发性贫血。而脾胃久病,后天无力充养先天,亦可由脾及肾,导致肾精命火不足。此时可出现腰背酸困、神疲腿沉、畏寒肢冷,或自汗盗汗、手足心热,小便频或短少,甚至面浮肢肿、月经失调、精少不育症。如此,萎缩性胃炎患者后期多呈脾肾两亏、元气大伤的局面。因此,当中焦的纳化功能得到初步恢复,脾胃有受药之机,必须继之以扶正补虚。或健脾益气,或补肾填精,使脾运有权,肾气得继,精生血化,胃黏膜与腺体的萎缩

倾向得以抑制或逆转,方是治本之图。一般来说,本病病位在中焦,脾虚常最先出现并贯穿于始终,故健运脾气显得尤为重要。诚如《景岳全书·痞满》所说:“虚寒之痞,治宜温补,但使脾胃气强,则痞开则饮食自进,元气自复也。”又说:“脾气受伤不能运行而虚痞不开者,当专扶脾气。”在胃气有复,脾气得运的情况下,又当兼及胃体,以血肉有情之品补之,温肾化气之品煦之,如此阳蒸阴化,方有可能使萎缩的“胃体”得以恢复。

然不论补脾抑或补肾,均不可壅补或蛮补。因脾为阴土,喜刚燥,恶阴柔;胃为阳土,喜阴柔,恶刚燥。二者相反相成,共同担当对饮食的纳化与吸收。而慢性萎缩性胃炎为脾胃同病,阴土与阳土均虚,故无论过用刚燥或阴柔,皆非所宜。此时用药应特别注意既悦其脾,又润其胃,刚柔相济,以顺其性。笔者的经验,健脾益气可选用党参、黄芪、黄精、山药、白术、白扁豆、莲子等;益胃养阴则选用沙参、石斛、玉竹、麦冬等。二者搭配,气阴同补,脾胃兼顾,补而不壅,滋而不腻。后期顾及胃体之损,则可参入枸杞子、当归、何首乌、菟丝子、肉苁蓉、巴戟天等温柔补肾之品,既能温助命火,又能培补精血,实助火以生水也。诸药同用,脾肾双补,刚柔既济。

3 寓泻于补,兼顾其实

慢性萎缩性胃炎,不但胃黏膜及固有腺体发生萎缩性病变,而且还可继发胃黏膜不典型增生及肠上皮化生等,且久病入络。久病致虚,因虚而致实,故慢性萎缩性胃炎多呈现本虚标实,虚实夹杂的病理格局。另外,有相当一部分慢性萎缩性胃炎患者同时兼有浅表性胃炎,或幽门螺杆菌(HP)呈阳性反应。中医证候可表现为湿热、气滞、瘀血、痰浊等数端。此时如单补其虚,则易助邪而滞气。因此,用药必须兼顾其实。然久虚之体,不耐攻伐,因此,只能补中兼泻,寓泻于补,使祛邪而不伤正。笔者常以黄连温胆汤合丹参饮为基本方,根据实邪的兼夹情况,随症化裁。

对这种由虚致实的“胃痞”证,应当采取分步分层用药治疗的方法,绝不可一蹴而就。对此古人亦早有认识,如《证治汇补·痞满》所说:“大抵心下痞闷,必是脾胃受亏,浊气夹瘀,不能运化为患。初宜舒郁化痰降火,二陈、越鞠、苓连之类;久之固中气,参、术、苓、草之类;佐以他药。有痰治痰,有火清火,郁则兼化。若妄用克伐,祸不旋踵。又痞同湿治,惟宜上下分消其气,如果有

内实之症，庶可疏导。”《类证治裁·痞满》则说：“痞虽虚邪，然表气入里，热郁于心胸之分，必用苦寒为泻，辛甘为散，诸泻心汤所以寒热互用也。杂病痞满，亦有寒热虚实之不同。”这些论述，仍具有较现实的指导意义。

4 方简药轻，缓以制胜

治疗慢性萎缩性胃炎有两大难点：一是胃不受药，二是胃体难复。不能只看到患者病机错综复杂，大虚与大实交结并存，就众药杂投，面面俱到，且剂量偏大，重药猛投。对胃部的病变，由于药力可直达病所，故用药比其他疾病更易取效，但也更易致损。笔者的经验，慢性萎缩性胃炎用药既不宜过多，也不宜过重，宜少其药味，轻其剂量，抓住重点，渐进渐趋，缓以制胜。如脾气虽虚，但党参、黄芪、白术等剂量都不宜超过 10g；胃液虽竭，沙参、麦冬、石斛也不宜过用；其他如开胃醒脾之药，如砂仁、半夏、枳实等也均是如此。至于攻伐之品，则更不宜过重过猛。另外，临证选方遣药，只可取其“意”而不可泥其“全”。统筹考量，“法”到为度。

5 病案举例

于某某，女，58 岁，干部。2001 年 3 月 21 日初诊。患者既往有慢性胃炎病史 20 余年，近年来逐渐加重，形体日渐消瘦，面色苍白，短气乏力，上腹饱胀，暖气频作，呃声深沉响亮。纳减，大便干结，数日一行。中药稍服补药则胃胀如鼓，稍服泻药又泄泻无度。脉沉细濡弱，舌暗淡体胖，舌面光红少苔，有碎裂纹。血常规：血红蛋白 50g/L，呈中度贫血。胃镜示：胃黏膜呈花斑状，胃底部色泽灰暗，血管透见，胃酸分泌功能降低。病理诊断为慢性萎缩性胃炎（中度），伴肠上皮化生。中医辨证：脾胃气阴两虚，兼气滞血瘀。治疗：先以升清降浊，开胃为法。处方：荷叶 10g，葛根 10g，砂仁、白豆蔻各 6g（后下），黄连 6g，清半夏 10g，枳实 10g，炙甘草 6g。上药浓煎，每服半茶杯，每日 3 次，饭后服。服后卧床半小时，并稍事翻身。4 月 5 日二诊：上方服 2 周，纳食稍增，胃脘稍舒，矢气通，大便仍干，但较前改善。脉仍沉细，舌象如前。前方增损，参以益气养阴：党参 10g，山药 10g，石斛 10g，砂仁、白豆蔻各 6g，清半夏 10g，炒莱菔子 10g，黄连 6g，焦槟榔 10g。5 月 8 日三诊：上方化裁出入，患者服 1 个月，胃脘饱胀明显减轻，纳食增加，面色较前红润，气力有加，大便已恢复正常。脉缓稍弱，舌质偏暗稍红、体胖、苔薄白。此为血气有复，脾胃升降得调之征。上方加枸杞子 10g，菟丝子 10g，桃仁 10g，制成水丸，每服 6g，每日 2 次。8 月 8 日四诊：患者服上述丸药近 3 个月。自觉上腹饱胀基本消失，纳食基本恢复正常，唯不敢进硬食。脉缓，舌淡红体稍胖、苔薄白。复查血红蛋白，已升至 90g/L；复查胃镜，胃底部黏膜

较前改善，色泽淡红，胃窦部有充血及少量渗出。病理诊断为慢性萎缩性胃炎（胃底部，轻度），浅表性胃炎（胃窦部）。未见肠上皮化生。2 年来根据上法间断治疗，患者病情一直稳定。

金亚城治疗慢性萎缩性胃炎经验

浙江省杭州市第三人民医院(310091)

傅志泉

金亚城主任医师从医 50 载，对慢性萎缩性胃炎的治疗积累了丰富的临床经验。现将导师治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验介绍如下。

1 病因病机特点

金师认为，按慢性萎缩性胃炎症状的描述，当属中医“胃痞”、“胃脘痛”等范畴，其发病机理为脾胃虚弱，情志不和，饮食不节，以及幽门螺杆菌（HP）等致病因素侵袭后，导致肝胃不和等一系列病理变化。临床上，胃脘胀闷、胁肋胀痛为肝胃不和的典型症状，也是萎缩性胃炎的主要临床表现，又是动力障碍型消化不良的临床特点，胃动力障碍是它们共同的病理基础。因此，从“病”“证”对应来看，萎缩性胃炎所表现的功能性消化不良与肝胃不和证，有着许多共同的病理特点。

2 辨证分型与治疗

肝胃不和证（肝胃不和型）基本型：症见胃脘、胸胁胀闷或胀痛，情志抑郁或烦躁易怒，暖气，呃逆，苔薄白或薄黄，脉弦；治宜疏肝理气和胃；选用柴胡疏肝散加减的“萎胃Ⅰ号方”（柴胡 6g，紫苏梗 12g，木香 6g，枳壳 6g，延胡索 12g，白芍 6g，砂仁 6g，鸡内金 12g，佛手 6g，甘草 6g）。

脾虚型肝胃不和证（脾虚肝郁型）：症见胃脘、胸胁胀闷或胀痛，暖气吞酸，食欲不振，善叹息，情绪抑郁或急躁易怒，精神不振，身倦乏力，大便溏薄或溏结不调（多见于老年患者），苔薄白或白腻，脉弦细或虚弦；治宜健脾理气和胃；选用四君子汤合柴胡疏肝散加减的“萎胃Ⅱ号方”（太子参 15g，白术 12g，绞股蓝 15g，柴胡 6g，木香 6g，枳壳 6g，延胡索 12g，白芍 6g，砂仁 6g，鸡内金 12g，佛手 6g，白豆蔻 6g，甘草 6g）。

阴虚型肝胃不和证（胃阴亏损型）：症见胃脘胸胁胀闷、胀痛（或痛势较剧），暖气，呃逆，心烦易怒，口干，饥不欲食，大便干结，舌质红、少苔或中有裂纹，脉弦数；治宜养阴理气和胃；选用养胃汤合柴胡疏肝散加减的“萎胃Ⅲ号方”（沙参 12g，麦冬 12g，柴胡 6g，木香 6g，枳壳 6g，延胡索 12g，白芍 6g，石斛 12g，鸡内金 12g，乌梅 6g，五味子 6g，甘草 6g）。

血瘀型肝胃不和证（气滞血瘀型）：症见胃脘胀闷