

李春婷教授治疗慢性萎缩性胃炎经验

王海燕

(南京中医药大学,江苏 南京 210029)

[关键词] 慢性萎缩性胃炎 李春婷 治疗经验

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2012)01-0021-02

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis,CAG)发展缓慢,病情顽固,缠绵多变。李春婷是南京中医药大学教授,在消化系统常见疾病慢性萎缩性胃炎治疗方面有着丰富的经验和独到的见解,疗效卓著。笔者有幸随师侍诊,受益良多,现将其治疗该病的经验介绍如下。

1 审察病机,治病求本

慢性萎缩性胃炎是中老年人多发病,1978年世界卫生组织将其列为胃癌前期状态之一。本病的临床表现以胃脘部痞塞、满闷不舒为主症,伴有食欲减退,饭后饱胀,噎气便溏,口中干苦或乏味,甚则脘中隐痛、灼热嘈杂、全身乏力、贫血消瘦。中医根据CAG的临床特点,将其归属于“痞满”、“胃脘痛”、“嘈杂”等范畴。老师认为本病的发生主要与脾胃素虚,饮食不节,以及药物、烟酒或情志不畅等多种因素有关,其主要病理改变为本虚标实。

脾胃本为后天之本,胃主受盛腐熟水谷,脾气磨而消之,运而化之,日积月累最易磨损劳伤。故CAG之发病原委,乃基于“脾常不足”这一易发因素。脾胃中虚为病之本(包括脾胃气虚、阳虚和阴虚)。临床表现可见乏力短气、明显厌食、日渐消瘦、贫血、长期便溏等全身虚弱的表现。脾胃虚弱则运化失司,首先表现

出气虚不运的本虚症状,进而出现气机升降失常的气滞征象。“浊气在上,则生瞋胀”,而痞满由作。气机不畅,气化失调则诸郁丛生,气滞、食积、湿阻、痰凝、火郁和血瘀虽然是病理产物,但又可加重脾胃之虚。老师认为:“本为病之源,标为病之变”。脾胃中虚,运化失司而使病理产物停滞于中,此乃“因虚而滞”,为病之标。若迁延日久,误治失治则最易出现热化、寒化之变端。阳土从阳化热则胃热,阴土从阴化寒则脾寒,因而出现寒热夹杂之证型。若郁久化火,灼伤脾胃之阴,或久病气阴两伤,胃络失养而酿成中虚火郁,阴亏胃热之证。本病初起在气分,病久由气及血,气滞血瘀胃络痹阻,胃络失养渐至萎而不荣,形成恶性症结之变。

总之,CAG以脾胃中虚为本,以气滞食积、痰湿中阻、火郁血瘀为标。标本互为因果形成一恶性循环,最终导致因虚致实,因实致虚的虚实兼夹、寒热错杂的病理状态。

2 治疗特点

2.1 辨证分型 吾师认为萎缩性胃炎宜辨证论治,且辨证与辨病相结合,一般分4型:气虚血瘀、肝胃不和、脾虚湿热及胃阴不足。脾胃位处中焦,乃人身气机之枢纽,为后天之本。久患胃病,脾胃虚弱,气虚则血瘀,气虚血瘀互为因果是萎缩性胃炎发生和发展

《医案》在辨证、治疗、用药诸方面既注重五脏的内在联系,又灵活地将天、地、人有机结合起来,突出了法随时(时令)立,方随时变,药随时加,服药适时等顺应四时的思想,体现了因时制宜的辨证观,不枉为中医学时间观的典范之一,至今仍不失为我们的临床指导。

参考文献

[1] 叶天士.临证指南医案[M].上海:上海人民出版社,1976

- [2] 山东中医学院,河北医学院.黄帝内经素问校释(上、下册)[M].北京:人民卫生出版社,1982
- [3] 孙永生.《内经》“因时制宜”学术思想探讨[J].国医论坛,2001,16(5):52
- [4] 刘石坚.岭南中医药名家何炎燊[M].广州:广东科技出版社,2009:62
- [5] 劳光生.中药降压的研究[J].临床合理用药,2009,2(6):85-86

(收稿日期:2011-10-08 编辑:朱民)

的重要因素。而脾失健运,胃失和降,升降失调,气机阻滞,肝失条达,气郁化火,所以常有肝胃不和之表现。脾胃虚弱,水湿内生,蕴郁生热,而为湿热内结,而患者胆汁反流、嗜食辛酒或幽门螺杆菌感染,亦易湿热内生,寒热夹杂,久病化源匮乏,或热邪伤津,或辛燥太过,均可见胃阴亏虚之证,据此确立相应治法。但老师也指出萎缩性胃炎病机复杂,证情多变,不可拘于一隅,当随证情变化而加减用药。

(1) 健脾益气,活血化瘀法 适用于气虚血瘀。症见胃脘胀痛刺痛,痞满纳少,噎气矢气,消瘦乏力,舌质暗红或夹瘀斑瘀点,脉沉弦细,方用黄芪建中汤合活络效灵丹化裁,若脾胃虚寒者加党参、干姜,脾胃阴虚者去桂枝、生姜加百合、知母、麦冬,营血不足者加当归、熟地,气滞痛甚者加延胡索、川楝子、陈皮、香附。

(2) 辛开苦降,清热化湿法 适用于脾虚湿热,寒热夹杂证。症见胃脘胀满痞闷,口苦气秽,纳少乏力,大便干燥或溏而不爽,舌暗红,苔黄厚腻,脉细弦滑等,方用半夏泻心汤化裁,药用:法半夏、太子参、炒黄芩、炒川黄连、干姜、藿香、陈皮、炒二芽等,若恶心欲呕,加竹茹、苏梗,脘腹胀满者加厚朴、枳实,胃胀满痛甚加延胡索、川楝子,血行瘀滞加桃仁、丹参、赤芍,大便色黑加白茅根、乌贼骨、三七等。

(3) 疏肝理气,调理肝胃法 适用于脾胃失运,肝郁气滞,横逆犯胃。症见脘部胀痛或灼热,痛窜胁肋,心烦易怒,口苦嘈杂,便干尿黄,舌红苔黄脉细弦等,用柴胡疏肝散或逍遥散化裁,药用醋柴胡、赤白芍、炒枳壳、厚朴、郁金、香橡皮、川楝子、丹参、炒栀子、当归、茯苓、焦三仙等。恶心欲吐加竹茹、法半夏,反胃嘈杂加左金丸,胁肋胀痛加金铃子散,胃脘灼痛加川黄连,生石膏,腹痛则泻,泻后痛减为肝气乘脾加痛泻要方。

(4) 酸甘养阴,理气止痛法 适用于脾胃阴伤,虚火灼胃。症见胃脘隐痛,纳呆痞满,嘈杂吞酸,口干咽燥,五心烦热,便秘倦怠,舌红苔少,脉细数,用益胃汤合芍药甘草汤加减,药用:沙参、麦冬、玉竹、生地、石斛、白芍、佛手、陈香橼、绿萼梅、炙甘草等。

2.2 选药轻灵活泼,忌刚燥苦寒

老师选药倡导轻灵活泼,忌用过于刚燥、苦寒、滋腻壅补之品。慢性萎缩性胃炎属慢性病变,治疗用药时间较长,短期难以治愈。较长时间用药,如过于刚燥,则易耗气伤阴,过于苦寒,则易损伤脾胃,过于滋补,则易壅滞碍胃,甚则可能助邪留寇。老师用药,行气常选佛手、陈皮、香附、香橡皮、白蔻仁、绿萼梅等芳香之品,活血常选丹参、丹皮、当归、白芍、三七、延胡索等活血和络之类,清热善用黄芩、蒲公英、白花蛇舌草、八月扎、

金银花、连翘、鬼箭羽等,而黄连、龙胆草、秦皮、大黄等苦寒药物则间歇、轮换小量使用,以免伤正。北湿常用藿香、砂仁壳、白豆蔻、薏苡仁、半夏、陈皮、雅舌苔厚腻,湿浊重方可用草豆蔻、苍术、草果等浓烈之品,养胃扶正善用沙参、麦冬、石斛、玉竹、天花粉养阴,太子参、黄芪、白术、芡实、山药益气。老师认为慢性萎缩性胃炎以寒邪为主者较少,如欲温中祛寒,可选干姜、高良姜、砂仁、附子、吴茱萸等少少用之,不可过剂。

3 生活调理方面

胃病与肝胆、饮食有着密切的联系,慢性萎缩性胃炎一般病变发展缓慢,病情迁延难愈,易反复发作,而又随情绪的变化和饮食的调摄常易使病情变化。因此吾师重视治疗本病的全过程,保持心情舒畅,避免各种精神刺激,根据自身的身体状况及年龄进行适当的体育锻炼,劳逸结合,起居有常,顺应四时,树立战胜疾病的信心。饮食调节,根据不同的体质和不同的病情选择结构合理的饮食,对辛热化火粗糙之物,煎炸油爆、过于生冷等食品不宜进食,切忌烟酒,但常食蘑菇、黑白木耳、酸牛奶、生山楂等,则大有裨益。力避七情刺激,保持心情舒畅,并注意适当的体育锻炼,则药易收效,愈后不易反复。

附 典型病例

张某,男,49岁,2009年11月21日初诊。患者嗜好饮酒20多年,近半年来自觉饮酒不香,纳食减退,中上腹部总是饱胀不适,暖气稍作,偶感隐痛,但与进食无关。病来头晕口淡,喜温喜按,二便如常。舌淡、苔白稍腻,脉沉细滑。同年3月开始在外院治疗至今,胃镜诊断为慢性萎缩性胃炎伴胃窦轻度糜烂,曾服用西药吗丁啉混悬液、莫沙比利片及中成药等无明显好转,特来本院脾胃病专科治疗。观其脉症:证属脾胃虚寒,纳运失常。治拟温中补虚,健脾和胃。药用:党参、炙黄芪、泽泻各10g,茯苓、怀山药各15g,白芍、炙甘草、白术、生鸡内金各10g,佛手、生姜各8g,桂枝、砂仁各6g,并加用和胃颗粒1袋/次,3次/d。服药10d后患者感觉中上腹饱胀略有缓解,暖气、隐痛、头晕均已消失,而纳呆、口淡依然。故原方去泽泻,加藿香、佩兰各10g,继服5d后口淡改善,胃纳大增,同时因饱胀未除,大便转溏,次数增多,又加谷芽、炒山楂各20g,改炙鸡内金10g。12月6日再诊时诸症均无,恢复如初。继续治疗2个月后在本院胃镜检查提示为慢性浅表性萎缩性胃炎,Hp阳性。即予以抗Hp三联治疗1周后,继服1个多月中药和胃颗粒,然后查C₁₄,Hp转为阴性。随访至今,未见症状再发。

(收稿日期:2011-10-09 编辑:朱民)