

· 名老中医学术传承 ·

孟景春教授论治慢性萎缩性胃炎的临床经验

刘舟*, 张卫华, 骆殊

(南京中医药大学基础医学院, 江苏 南京 210023)

摘要:总结了孟景春教授论治萎缩性胃炎三方面的经验:一是对胃黏膜萎缩的治疗重在提高胃的气血生化能力,补虚通滞;二是对幽门螺旋杆菌(Hp)的杀灭重在改变滋生 Hp 的胃内环境,宣化湿浊;三是对胃的癌前病变的防治重在审时度势,攻伐适度。

关键词:慢性萎缩性胃炎;孟景春;临床经验

中图分类号:R249.2 文献标志码:A 文章编号:1672-0482(2013)05-0486-03

Professor Meng Jingchun's Clinical Experience of Treating Chronic Atrophic Gastritis

LIU Zhou*, ZHANG Wei-hua, LUO Shu

(College of Basic Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210023, China)

ABSTRACT: This paper summarizes Professor Meng Jingchun's clinical experience of treating chronic atrophic gastritis. Firstly, improve the formation of qi and blood to treat gastric mucosa atrophy, that is, tonifying deficiency for unobstruct the stagnant. Secondly, improve the internal environment of the stomach to kill *Helicobacter pylori* (Hp), that is, dissolving dampness and turbid. Thirdly, judge the hour and size up the situation to prevent precancerous of stomach, that is, proper tonification and reducing.

KEY WORDS: chronic atrophic gastritis; Meng Jingchun; clinical experience

孟景春教授(1922—)是南京中医药大学首批硕士研究生导师,江苏省名中医。孟老熟读经典,学验俱丰。他从医 60 年,对于慢性萎缩性胃炎的诊治积累了丰富的临床经验。笔者有幸成为孟景春教授学术经验的继承人,侍诊师侧,深感获益匪浅,现将有关经验介绍如下。

慢性萎缩性胃炎的诊治,通常必须面对三大难题:一是胃黏膜萎缩的治疗,二是幽门螺旋杆菌(Hp)的杀灭,三是胃癌前病变的防治。孟老诊治该病时认真借鉴现代科技检测手段,实行辨病与辨证相结合,充分发挥中医统筹兼顾、整体调治的特长和优势,从而形成了比较系统而又成熟的临床治疗思路。

1 对胃黏膜萎缩的治疗

慢性萎缩性胃炎的胃镜检验报告往往提示:胃黏膜红白相间,以白为主,黏膜呈萎缩性改变,分泌

物减少。因此,临床上有人认为:萎缩即不荣,不荣则失濡,失濡则阴伤,只有濡润胃络,滋养胃阴,才是针对慢性萎缩性胃炎的根本大法。其遣方用药,自然以南北沙参、麦冬、石斛、乌梅、百合等滋阴之品为主。但是,据孟老观察,本病临床阴虚者甚少,多数属于中焦湿热或阳虚寒湿。此时如果单纯强调胃喜润恶燥,用药偏于柔润,而忽视“胃为阳明燥土,脾乃太阴湿土”的深刻含义,遣方用药势必失之偏颇。且“肝为起病之源,胃为传病之所”^[1],慢性萎缩性胃炎病所单纯在胃的,临床并不多见,其症候往往是多脏器功能的异常。倘若单纯就胃论治,聚焦于胃,轻言阴虚,势必忽视整体调治,使疗效大打折扣。加之柔润之药多兼补益之性,性质滋腻,若投于湿、热、痰、瘀等证,极易阻滞气机,既令邪气愈加胶固难解,又使体内湿浊潴留严重,从而导致中焦气机更加滞碍不畅,脾胃津液流行布散更加困难。

收稿日期:2013-04-14;修稿日期:2013-05-26

基金项目:江苏高校优势学科建设工程资助项目(PADA)

作者简介:刘舟(1978—),女,江苏江阴人,南京中医药大学讲师,医学博士。*通信作者:xiwangzhizhou@126.com

孟老认为,病理检查胃黏膜出现萎缩,反映的是机体局部生机的萎缩。因此,欲治胃黏膜萎缩,必先焕发其生机,而生机的焕发则有赖于气血的流通无碍。由此可见,萎缩虽属不荣,更是气血不通,基本治法宜补虚通滞,具体可用益气活血通络之法。孟老通常以人参、黄芪、白术、甘草配合三棱、莪术、徐长卿、刘寄奴为基本药物,以通助补,通补兼施,以提高胃的气血生化能力,激发其原已萎缩的生机,使胃黏膜萎缩得到明显的改善。关于上述配伍组合,实际上孟老是得益于民国名医张锡纯。张氏曾言三棱、莪术二药“既善破血,尤善调气……有瘀者可徐消,即无瘀者亦可借其流通之力,以行补药之滞……与参、术、芪诸药并用,大能开胃进食”^[2]。

孟老从提高胃部气血生化入手,补虚通滞,治疗胃黏膜萎缩,使胃的生机得以重新焕发。他的这一经验,对于临床上其他慢性萎缩性性疾病的治疗,有着宝贵的借鉴意义。

2 对幽门螺旋杆菌(Hp)的杀灭

由于目前公认 Hp 感染是导致慢性胃炎的主要病因之一^[3]。因此 Hp 的杀灭在治疗慢性胃炎中,有着举足轻重的地位。而中医临床亦已证明:依靠大量清热解毒药来杀菌、抗菌,结果往往事与愿违,不但 Hp 没有杀灭,反而苦寒败胃。而损伤脾胃又会大大降低病人接受治疗的依从性。这一情况说明,对 Hp 的杀灭,需要探索新的路子。

孟老也曾细细研究抗 Hp 作用较明显的十多味中药,这些药物中既有清热解毒的虎杖、大黄、紫花地丁,也有温中散寒的桂枝、高良姜、丁香,既有清利湿热的黄连、黄柏、土茯苓、苦参,又有温燥寒湿的苍术、厚朴等药。显而易见, Hp 的杀灭,并非全靠清热解毒。孟老认为, Hp 在人体中的滋生,有如植物根植于土壤,实与人体内环境,尤其是脾胃系统的胃内环境有着极大的关系。 Hp 的生存也和生物界的每个物种一样,其所以能生存,皆有赖于适合其生存的生态环境。而生态环境的彻底改变,往往导致该物种消亡。所以,关于 Hp 的杀灭,单纯杀菌未必能斩草除根,只有治病求本,改变它赖以滋生的体内环境, Hp 才会被彻底消灭。孟老还形象地将这种情形比喻为两军作战,一方如能困住对方,再断其粮道,绝其水源,则可不战而胜。例如临床上有一部分病人服用西药抗菌疗效不显,其病机往往属于湿阻中焦,气机不畅,而这正是适宜 Hp 滋生的胃内环境。孟老对这类患者的治疗,通常坚持整体调治、辨证施

治的原则,采用调理气机、宣化湿浊的方法,从而令津气流行布散。这样一来,胃气渐和,正气来复,胃内环境彻底改变, Hp 的生存难以为继,最终达到了杀灭 Hp 的预定目标。

面对现代医学种类繁多的细菌、病毒,孟老并不倚重就事论事式地直接杀灭,而是坚持中医思维,将细菌置于整个机体的大背景下进行考量,从细菌与机体的内在联系着手。孟老的这一思维,实际上充分展现了中医对于细菌、病毒的独特态度和处置风格。

3 对癌前病变的防治

目前,胃癌发生的模式,即慢性萎缩性胃炎→胃黏膜肠上皮化生→胃黏膜不典型增生→胃癌,这一过程已为国内外多数学者所认同^[4]。所以,胃黏膜的肠上皮化生和不典型增生被认为是胃的癌前病变。虽然及早识别和防治胃的癌前病变有着积极的意义,但孟老认为不必谈癌色变,也不必见癌必攻。针对慢性萎缩性胃炎的癌前病变,如果将多种抗癌中药集合运用,势必容易伤及正气,有时甚至会导致灾难性后果,令人扼腕。

胃的癌前病变期是一个关系疾病预后情况的特殊时段。此时,虽然邪毒结聚未甚,侵入未深,但从整体还是局部看,机体的正虚都是客观存在的。“坚者削之,结者散之”^[5],邪毒固然需要攻伐,但是孟老认为:不能离开机体的承受能力而盲目攻伐,因其只会徒伤正气,克伐生机。稳妥之法是审时度势、仔细权衡,着眼全局,适度攻伐。临床可在辨证前提下,适当选用与证型较为相符的抗癌中药配伍运用。如气滞血瘀型,孟老常配合运用莪术、三七等药以化瘀抗癌;痰湿壅盛型,则选用薏苡仁、半夏等化痰抗癌;热毒内蕴型,则选用白花蛇舌草、土茯苓等解毒抗癌。孟老通过辨病与辨证相结合,从化瘀、解毒、祛湿等多个渠道给邪以出路,从而将邪毒危害降至最低程度。此外,为顾护正气,孟老还常加焦神曲、红枣等以保护胃气。

孟老关于攻邪考虑承受能力,逐邪给以出路的这些临床感悟,适用范围其实并不仅仅局限于慢性萎缩性胃炎的癌前病变。面对当今癌症的高发态势,其指导意义,有待医界同仁的更多共识。

4 验案举隅

龚某,男,48岁,教师。初诊日期:2007-07-08。

主诉:胃脘胀痛10年余。病史:10多年以前,因胃脘隐痛,纳谷不馨,故多次进行胃镜检查,确诊

为慢性萎缩性胃炎。胃镜显示:中度浅表萎缩性胃炎,肠上皮化生,伴腺体增生,Hp(+).某人民医院曾予三联疗法,病人服用了奥美拉唑、阿莫西林、克拉霉素等药。其后,症状仍然没有改善,反而胃痛较前明显加重,食欲更差。于是转求某中医院汤药调治。观其处方,或投养阴和胃之品,如南北沙参、麦冬、石斛、乌梅、百合之属,患者服后即感胃脘痞满如石,腹胀腹痛,苦不堪言。或投大黄、黄连、黄芩等苦寒清热药,希期抑菌,服后食欲有减无增。或投半枝莲、山慈菇、莪术、白花蛇舌草等药,意在抗癌,服后纳谷更差,转增恶心欲吐。病人渐对各种治疗失去信心,自觉无药可治,感叹唏嘘,悲观之情溢于言表。

刻诊:面色少华,神疲乏力,四肢清冷,整日不思饮食,饭后脘痞加重。大便常 4~5 日 1 行,然而便质软而形细,舌淡苔白腻,脉濡弱无力。诊断为慢性萎缩性胃炎。辨为中阳虚衰,络阻湿滞证。治以健脾化湿,温阳通络。

处方:生白术 40 g,制苍术 10 g,厚朴花 10 g,陈皮 6 g,白豆蔻(后下)3 g,熟附子 3 g,鸡内金 10 g,广木香 5 g,淡苡蓉 6 g,炙紫菀 12 g,焦神曲 12 g,刘寄奴 10 g,炒谷芽 30 g,炒麦芽 30 g。共 7 剂,每日 1 剂。

嘱平时忌食荤腥肥腻及牛乳、生冷等品,宜食清淡易消化食物,且必须有饥饿感后方可进食,宜少食多餐,并宜养成定时大便习惯。

二诊胃脘胀满已减,但食后仍稍胀。略有饥饿感,口不渴,大便 2 日 1 行,量不多,苔白腻稍化。此为湿邪渐化,脾胃运化之机尚未复,再以原方继进 7 剂。

三诊诸症缓解,大便 2 日 1 行,较前通畅,但仍觉神疲乏力,胸痞气短。再以补中和胃,佐以活血。处方:炙黄芪 20 g,生白术 30 g,制苍术 6 g,熟附子 3 g,鸡内金 6 g,太子参 12 g,陈皮 3 g,京三棱 6 g,蓬

莪术 6 g,玫瑰花 6 g,橘络 6 g,炒谷芽 30 g,炒麦芽 30 g。共 7 剂,每日 1 剂。

四诊来报,纳谷渐佳,精神来复,已恢复授课,每日 2 节。观其舌质转红,脉渐有神,再以原方加白花蛇舌草 20 g,土茯苓 20 g,红枣 6 枚。共 14 剂,每日 1 剂。

五诊胀去便通,渐成条理,再以前方 20 倍剂量,炼蜜为丸,每次 12 g,日 3 次,饭前服用。

数月之后,丸药服毕,经胃镜复查,慢性萎缩性胃炎已转为慢性浅表性胃炎,轻度肠上皮化生消失,Hp(-)。孟老嘱其继服中成药香砂六君丸,进一步调理巩固。

参考文献:

- [1] 叶桂. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:88.
Ye G. A guide to clinical practice with medical Records[M]. Beijing: People's medical publishing house, 2006:88.
- [2] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄:河北人民出版社, 1974:8.
Zhang XC. Records of tradition Chinese and western medicine in combination [M]. Shijiazhuang: Hebei people's publishing house, 1974:8.
- [3] 王琳,任美书,王鸿博,等. 幽门螺杆菌感染对老年人胃黏膜环氧化酶-2 表达的影响及意义[J]. 世界华人消化杂志, 2009, 17(30): 3140-3143.
Wang L, Ren MS, Wang HB, et al. Effects of helicobacter pylori infection on expression in gastric mucosal epithelium of elderly population [J]. World Chin J Digestol, 2009, 17(30): 3140-3143.
- [4] 文学贵,彭安邦. 胃癌癌前病变研究[J]. 医学综述, 2007, 13(9): 676.
Wen XG, Peng AB. Progress study of gastric precancerous lesions[J]. Med Recapitul, 2007, 13(9): 676.
- [5] 王庆其. 内经选读[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:184.
Wang QQ. Selected readings from Neijing [M]. Beijing: Chinese publishing house of traditional Chinese medicine and pharmacology, 2007:184.

(编辑:叶亮)

• 投稿须知 •

统计学 统计学方法部分,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计分析方法。统计结果应提供所用统计分析方法的具体名称(如成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析等)和统计量的具体值和 P 值(如 $t=3.45, P<0.05$);涉及到总体参数(如总体均数、总体率等)时,在给出显著性检验结果同时,还应给出 95% 置信区间。统计学符号按中华人民共和国国家标准 GB3358-1982《统计学名词及符号》的有关规定书写,一律用斜体。