

谢晶日运用肝脾论治疗慢性萎缩性胃炎临证经验

于存国¹,王静滨²

(1.黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150040;2.黑龙江中医药大学附属第一医院,黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要:慢性萎缩性胃炎,是一种临床常见疾病,被世界卫生组织列为胃癌前病变,目前西医药治疗的手段相对匮乏,中医药治疗具有明显的优势。肝脾论为谢晶日教授从医数十年总结前人经验基础上,结合自身临床诊疗案体会,创立的一家学说。谢教授认为肝为起病之源,脾为传病之路,胃为发病之所,运用肝脾论辨证治疗慢性萎缩性胃炎,在临床上取得显著疗效。

关键词:肝脾论;慢性萎缩性胃炎;谢晶日;名医经验

中图分类号:R573.32

文献标志码:B

文章编号:1673-7717(2016)05-1050-03

XIE Jingri's Clinical Experience on Treating Chronic Atrophic Gastritis by Applying Liver and Spleen Theory

YU Cunguo¹,WANG Jingbin²

(1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, Heilongjiang, China;

2. Department of Digestive, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, Heilongjiang, China)

Abstract: Chronic atrophic gastritis, which is classified by the World Health Organization as precancerous lesions of gastric cancer, is a clinical common disease. Compared with Western medicine treatment, Chinese medicine treatment has more superiority. The theory of liver and spleen is proposed by Professor XIE Jingri, combining the experience of predecessors and his clinical diagnosis and treatment experience. Professor XIE believes that liver causes the chronic atrophic gastritis and spleen is attack-prone and the disease occurs in stomach. He has achieved remarkable effects in the treatment of chronic atrophic gastritis by applying liver and spleen theory.

Key words: liver and spleen theory; chronic atrophic gastritis; XIE Jingri; famous physician's experience

鉴于我国胃癌存在高发病率及高病死率的情况,且近年仍呈现着上升趋势^[1],胃癌的防治工作始终是目前医学领域研究的重点内容。胃癌的发病是一个缓慢的过程,与胃癌前病变有着非常密切的关系^[2]。慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜上皮和固有腺体萎缩,数目减少,黏膜基层增厚,或伴有幽门腺化生和肠腺化生,或有异型增生为特征的消化系统疾病,已被世界卫生组织列为胃癌前病变^[3]。慢性萎缩性胃炎在我国的发病率较高,若继发完全性大肠型化生及异型增生患者癌变率则较其他胃相关疾病显著性增高^[4]。西医药目前采用的是根除幽门螺杆菌(Hp)方法,有

研究表明,根除Hp虽然能够减轻和控制胃部炎症程度,却无法改善胃黏膜的萎缩和肠化状态^[5],西医药对于萎缩性胃炎的治疗现今仍缺少明确有效的手段^[6]。另有研究显示即使进行西药根除Hp治疗,同时联合抗氧化剂的应用对于慢性萎缩性胃炎的治疗也远未能达到预期的效果^[7]。萎缩性胃炎常表现为上腹部隐痛、胀满、暖气、纳呆等症状,属于中医学的“痞满”、“嘈杂”、“胃脘痛”、“暖气”等病名范畴。目前大多中医学者认为该病为本虚标实,虚实夹杂,寒热错杂之证,其中本虚为脾胃虚弱,标实则因脾胃虚弱、运化失司而致气滞、痰凝、血瘀,故一般认为脾胃虚弱是本病之根本,而气滞、痰凝和血瘀则为本病之标^[8]。谢晶日教授经数十年总结前人经验并结合本人临床诊疗案体会,创立了肝脾论一家学说。其认为该病重点在于肝为起病之源,脾为传病之路,胃为发病之所,运用肝脾论辨证治疗慢性萎缩性胃炎数十年,在临床上取得了显著的疗效。

1 既病防变,犹未为晚

目前研究已经证实慢性萎缩性胃炎是重要的胃癌前病变之一,与胃癌的发生、发展有着密切的关系^[9]。西方医学研究显示,长期食用腌制食品或经加工的肉制品、高盐饮食、幽门螺杆菌感染等均是增加慢性萎缩性胃炎病变发生的危险因素^[10],但针对慢性萎缩性胃炎的治疗仍然缺乏有

收稿日期:2016-01-01

基金项目:国家自然科学基金项目(81473632);国家中医药管理局龙江医学流派传承工作室建设项目(LPGZS2014-14);黑龙江中医药大学研究生创新科研基金(2015005)

作者简介:于存国(1977-),男,山东黄县人,副主任医师,博士研究生,研究方向:中西医结合预防及治疗肿瘤疾病的科研及临床工作。

通讯作者:王静滨(1976-),男,黑龙江铁力人,副主任医师,博士,研究方向:消化系统疾病的研究。E-mail: stwon@qq.com。

效手段,新版指南建议进行临床观察,定期予以胃镜复查,中医药在治疗该病方面具有明显的优势^[11]。目前研究表明,中药及复方制剂具有保护胃黏膜,改善胃黏膜的血液循环,增加胃黏膜上皮细胞再生和修复能力,逆转萎缩性胃炎发生的作用。取得该疗效的机制可能与中药的多环节、多靶点干预作用相关,从而在一定程度上纠正了胃黏膜细胞增殖与凋亡的失衡状态,使细胞可以正常有序地增殖,并使得有恶性转化潜能的胃黏膜细胞向良性的表型转化^[12]。祖国医学早在《黄帝内经》中即提出“未病先防”、“既病防变”的理论,并成为中医防治疾病的重要学术思想之一。谢教授认为萎缩性胃炎是胃病治疗的关键时期,既病无足惧,重在防其变。一旦经病理确诊萎缩性胃炎,及时进行中医药治疗,不仅可以显著改善患者症状,而且通过镜下及组织病理学检查,显示患者的胃黏膜病变亦能够得到改善甚至逆转,由此可见,对于萎缩性胃炎进行中医药治疗的意义重大^[13]。

2 肝为起病之源,脾为传病之路,胃为发病之所

谢教授认为随着人们生活水平的日渐提高,饥饿已不再是造成消化系统疾病的主要病因。现代文明社会给人们生活带来了巨大的变化,价值观、世界观的改变和冲击,使烦恼、焦虑、压抑等不良情绪渐渐成为临床常见的致病因素^[14-15]。或因为愤怒郁闷,思虑忧愁,情绪多变,缺乏有效的排解途径;或因为工作需要,应酬往来,以酒为浆;或因为追逐享乐,喜静少动,过食肥甘……凡此种种情况,日复一日,容易引起肝气郁滞,失于疏泄,横逆乘脾犯胃,脾胃失和,失于运化,气机不畅,而发为痞满。是故,谢教授认为痞满一证,肝为起病之源,脾为传病之路,胃为发病之所。另有病机可见,木不疏土,肝木乘克脾土,脾失健运,积而化湿,湿邪碍胃,胃失和降亦可生痞满之证^[16]。肝木与脾土的生理病理皆息息相关,肝郁为其因,脾虚为其果,胃部痞满则为其发病之象。肝脾之病相互影响而成肝脾不调,肝脾同病之疾,脾胃伤,则元气衰;元气衰,则痞满诸疾由之而生。正如《医贯》中云“饮食入胃,犹水谷在釜中,非火不熟,脾以化食,全借少阳相火之无形者”,即为肝胆之相火助脾胃以化食之意。基于以上几点原因,谢教授认为萎缩性胃炎的病机关键是病之本在于肝,病之标在于胃。

3 调畅气机,意在求本

调畅气机法为肝脾论治疗的根本之法,运用于萎缩性胃炎治疗之中贵在求本。如《血证论》所云“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化”,即脾胃运化主司饮食物的消化、吸收及转输;肝主疏泄,调畅气机,并疏利胆汁,肝胆共疏中焦,协调脾胃运化,即取“土得木而达”之意。脾主升清,胃主降浊,脾气不升,胃气上逆,则痞满,嘈杂,噎气之证随即而生;然而脾之升,胃之降,均有赖于肝之疏泄,故谢教授临证多重于疏肝以调畅气机,兼于健脾以运化水谷。临床上谢教授重视将肝脾在机体变化放在举足轻重的地位,善以“肝脾论”为指导,从调肝理脾入手,肝脾同治,运用于萎缩性胃炎治疗中,疗效颇佳。谢教授虽重视肝脾不调,但证治时运用十分灵活,虽痞满之证多以肝失疏泄、脾失健运为多见,但治疗绝不局限于泻肝、补脾。如《内经》云“气有余,则乘其所胜而侮其所不

胜。其不及,则己所不胜,乘而侮之;己所胜,轻而侮之。”谢教授认为在临证上必须要明辨其本,分清主要矛盾与次要矛盾,治疗上以治肝为主兼调脾胃,或治脾为主兼调肝胆,亦或肝胆、脾胃并重同治,或他脏之病兼调肝脾,用药分清君臣佐使,这样才能取得切实的临床效果。

4 病案举例

李某,女,51岁,2013年10月20日初诊。患者诉半年前因琐事与夫争吵后自感胃脘胀满不舒,反复发作,加重2个月。半年前曾到西医院就诊,经检查后诊断为慢性萎缩性胃炎,因幽门螺旋菌阳性予口服雷贝拉唑,阿莫西林,克拉霉素,胶体次枸橼酸铋剂等药物后症状有所缓解,但停药2周后症状出现反复。来院前复查电子胃十二指肠镜检查显示:慢性萎缩性胃炎,十二指肠球部溃疡。病理示:(胃窦)黏膜慢性炎症伴萎缩(中度),部分腺体轻度不典型增生。碳13呼气试验:Hp(-)。初诊证见:胃脘胀满,胸胁疼痛不舒,嘈杂吞酸,寐差,倦怠乏力,食欲不振,面色萎黄,形体消瘦,大便2日1行,舌质紫黯,边有瘀斑,苔白腻,左脉沉弦,右脉沉滑。西医诊断:(1)慢性萎缩性胃炎伴不典型增生,(2)十二指肠球部溃疡。经中医四诊合参,观察其舌脉,诊断为胃痞,辨证属肝郁脾虚兼血瘀证。治以疏肝健脾,化瘀和胃。药予柴胡10g,郁金10g,香附10g,黄连10g,吴茱萸5g,半夏10g,佛手10g,砂仁15g,苏子15g,陈皮15g,川芎10g,浙贝母25g,海螵蛸25g,三棱10g,莪术10g,大黄10g。7剂水煎服,每日1剂,早晚分服。方中柴胡为君,升清解郁,疏泄肝胆;郁金,香附共入肝经,辅助柴胡以行气解郁,消胀除满,郁解气顺,诸证得缓;左金丸与浙贝,海螵蛸伍入胃酸消,胃和卧安;半夏,佛手,砂仁,苏子,陈皮,诸药同用,共调气机,契合调畅气机法为肝脾论治疗的根本之法,因“浊气在上,则生瞋胀”,脾胃气机复常,痞满之证自除。又因肝气郁滞,气机不行,血运不畅,络脉不通,而现血瘀之证,故加川芎,三棱,莪术,大黄,以达活血祛瘀,行气止痛,化瘀消痞,气血双施之效。嘱患者服药期间忌食生冷,油腻,辛辣之品,保持心情舒畅。一周后复诊:患者诉服药后自觉神清气爽,胃脘胀满,胸胁疼痛不舒,嘈杂吞酸,寐差诸证明显减轻,仍觉遇劳则自感乏力,纳差。予上方去浙贝,海螵蛸,加黄芪20g,鸡内金10g,10剂,水煎服,早晚分服。酸已抑,痛亦缓,去海螵蛸,浙贝母以防苦寒伤正,加黄芪以固正抑邪,用内金取导而不郁,运而不滞之意。患者三诊来院诉诸证皆消,复诊舌脉:舌质暗,苔薄白,脉弦细,嘱守原方调治1个月,随诊半年,患者叙述未见反复。半年后复查胃镜提示慢性浅表-萎缩性胃炎,病理:胃窦灶性萎缩,十二指肠球部黏膜完整,HP(-)。

按 本病虽病变在胃,然病源于肝、脾二脏,病机乃肝失疏泄,乘脾犯胃,脾胃不和,气机升降失常,壅阻于中焦,此正为萎缩性胃炎发生的关键所在。如《景岳全书·痞满》中云“怒气暴伤,肝气未平而痞。”脾胃为气机升降之枢纽,肝为控制脾胃气机之关键,肝气不舒,中焦气机无法斡旋升降,浊气留滞于中焦,则发为痞满。又如《类证治裁·痞满》提出“脾虚失运,食少虚痞”及“胃虚气滞而痞”,脾胃同居中焦,脾主升清,胃主降浊,肝若疏泄如常,清升浊降,则气机调畅,痞满即消。谢教授遵循“中焦如衡,非平不

血府逐瘀汤对血凝素样氧化低密度脂蛋白受体-1 等炎症因子表达的影响

姜华, 姜玉姬

(延边大学附属医院, 吉林 延吉 133000)

摘要:目的: 研究血府逐瘀汤含药血清对血管内皮细胞血凝素样氧化低密度脂蛋白受体-1 (LOX-1)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、血管细胞黏附因子-1 (VCAM-1) 及细胞间黏附分子-1 (ICAM-1) 表达的影响, 探讨血府逐瘀汤防治动脉粥样硬化的机制。方法: 血管内皮细胞随机分为对照组、模型组、西药对照组和血府逐瘀汤组, 用 LPS 刺激 2 h 后分别加入阿托伐他汀和血府逐瘀汤含药血清干预 24 h 后收集细胞, 用荧光定量 PCR 方法和 Western blot 方法测定 LOX-1、TNF- α 、VCAM-1 及 ICAM-1 的基因及蛋白表达。结果: 用 LPS 刺激内皮细胞后, 引起 LOX-1、TNF- α 、VCAM-1 及 ICAM-1 的表达升高, 差异有统计学意义 (与对照组比较 $P < 0.01$)。而用血府逐瘀汤含药血清干预以后显著抑制 LOX-1、TNF- α 、VCAM-1 及 ICAM-1 的表达, 差异有统计学意义 (与模型组比较 $P < 0.05$)。结论: 血府逐瘀汤可抑制 LOX-1、TNF- α 、VCAM-1 及 ICAM-1 等炎症因子的表达, 这可能是其防治动脉粥样硬化作用的机制之一。

关键词: 血府逐瘀汤; 中药含药血清; 血管内皮细胞; 动脉粥样硬化; 血凝素样氧化低密度脂蛋白受体-1

中图分类号: R285.5

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2016)05-052-03

Effect of Serum Containing Xuefu Zhuyu Decoction on Expressions of LOX-1, TNF- α , ICAM-1 and VCAM-1 in Human Vein Endothelial Cells

JIANG Hua, JIANG Yuji

(The Affiliated Hospital of Yanbian University, Yanji 133000, Jilin, China)

收稿日期: 2015-12-15

基金项目: 国家自然科学基金项目 (81160476)

作者简介: 姜华 (1980-), 男 (朝鲜族), 吉林和龙人, 副主任医师, 博士, 研究方向: 中西医结合治疗动脉粥样硬化。

安”的原则, 认为医治本病应溯本求源, 以疏肝益气健脾, 通络养胃之法贯彻始终, 直中病源, 药到病除。

参考文献

- [1] 谢晶日, 孙芳, 梁国英. 胃癌前病变动物模型的研究进展 [J]. 中华中医药学刊. 2012, 30(11): 2377-2379.
- [2] 张叶丽, 胡梅洁. 胃癌前病变相关研究进展 [J]. 上海交通大学学报 (医学版). 2010, 30(02): 236-239.
- [3] Park YH, Kim N. Review of atrophic gastritis and intestinal metaplasia as a premalignant lesion of gastric cancer [J]. Cancer Prev. 2015, 20(1): 25-40.
- [4] Fielding JW. The long term results of endoscopic surveillance of premalignant gastric lesions [J]. Gut. 2002, 50(3): 378-381.
- [5] 丁小云, 李定国, 陆汉明, 等. 幽门螺杆菌根除对不同胃黏膜病变环氧化酶-2 表达的影响 [J]. 中国内镜杂志. 2005, 11(6): 586-589.
- [6] 姜宁, 黄宣, 范一, 等. 中西医结合治疗胃癌前病变疗效的系统评价 [J]. 中华中医药学刊. 2015, 33(1): 149-154.
- [7] Karaman A, Kabalar ME, Binici DN, et al. Genetic alterations in gastric precancerous lesions [J]. Genet Couns. 2010, 21(4): 439-450.

- [8] 魏玮, 史海霞, 来要良. 中医对慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的研究概况 [J]. 中华中医药杂志. 2008, 23(2): 151-153.
- [9] Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process - first American Cancer Society award lecture on cancer epidemiology and prevention [J]. Cancer Res. 1992, 52(24): 6735-6740.
- [10] Forman D, Pisani P. Gastric cancer in Japan - honing treatment, seeking causes [J]. N Engl J Med. 2008, 359(5): 448-451.
- [11] 谢焕文. 慢性萎缩性胃炎中医治疗研究进展 [J]. 四川中医. 2013, 31(5): 151-154.
- [12] 范尧夫, 魏睦新. 胃癌前病变的研究进展及防治对策 [J]. 世界华人消化杂志. 2012, 20(20): 1807-1812.
- [13] 谢晶日, 张杨, 崔希雷. 中医药防治胃癌的研究进展 [J]. 中医药信息. 2008, 25(5): 15-16.
- [14] 谢晶日, 张杨. 益气养阴化痰解毒法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察 [J]. 中医药信息. 2011, 28(6): 46-47.
- [15] 谢晶日, 李明, 张杨. 慢性萎缩性胃炎中医治疗体会 [J]. 中医药信息. 2008, 25(6): 52-53.
- [16] 李明, 李婷婷. 谢晶日教授诊治脾胃病经验浅述 [J]. 光明中医. 2013, 28(4): 663-664.