

# 杨国红教授辨治慢性萎缩性胃炎经验

康美清, 丁源

(河南中医学院 2003 级硕士研究生, 河南 郑州 450000)

**摘 要:** 杨国红教授临证经验丰富, 擅长以中医为主治疗胃肠道疾病, 尤其对慢性萎缩性胃炎颇有见解, 注重辨证论治, 中西医结合, 现经验总结。

**关键词:** 杨国红; 慢性萎缩性胃炎; 辨治; 经验

**中图分类号:** R259.733.2

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1009-5276(2006)09-1610-02

杨国红教授, 女, 硕士研究生导师, 河南中医学院第一附属医院消化内科主任医师, 中医药管理局首批“112 人才临床专家”; 国家中医药管理局 200 名“优秀中医临床人才”; 中华医学会河南消化内镜委员会委员; 中华中医药学会河南肝胆疾病专业委员会委员。从事医、教、研工作 20 余年, 擅长以中医为主治疗胃肠道疾病。

笔者有幸, 得杨师论治慢性萎缩性胃炎经验点滴, 冒昧述之。慢性萎缩性胃炎(CAG)是一种病因不明, 临床上常见, 治疗上颇为棘手, 不易治愈的胃病, 1987 年世界卫生组织将本病列为胃癌的前期状态。其诊治已成为当前研究的重要课题。大量临床报道证实, 控制和逆转 CAG 向胃癌转化是可能的, 中医药日益显示其优越性。杨师指出: “这就是中医学‘治未病’原则中‘已病防变’思想的重要体现。我们必须抓住运用中医药诊治 CAG 为胃癌前期病变这个良好的治疗机遇, 防止其病变。”

## 1 详察病机 辨证施治

慢性萎缩性胃炎据主症不同可归属中医学胃脘痛、胃痛、虚损等范畴。其发生多与素体虚弱, 外邪入侵、饮食失宜、七情过极、劳倦过度等有关, 致脾胃受损, 气血生化乏源, 胃络失于濡养而渐成胃黏膜腺体萎缩之疾。临床多见胃脘隐痛、乏力、痞满、纳差等虚弱症候, 故脾胃虚弱是本病

的发病基础。胃损日久, 由胃及脾, 脾胃更虚, 不能运化水谷精微, 则水反为湿, 谷反为滞, 湿阻、郁热、气滞、血瘀接踵而至, 而这些病理产物又是加重脾胃虚弱的因素, 致疾病缠绵难愈, 是 CAG 向胃癌前病变转化的重要条件。张锡纯谓: “胃痛久而屡发, 必有凝痰聚瘀”, 此之谓也, 是故辨证总属本虚标实。

杨师对本病灵活辨证, 治疗上重视整体调节, 标本兼顾, 通补兼施。强调遣方用药既要重点突出, 又要兼顾全面。

慢性萎缩性胃炎大多病程日久, 中虚证居多, 故论治中注意首先确属虚证, 若补之要得法, 抓住脾胃虚弱之本, 注重培土, 常以健脾助运法为治疗 CAG 的大法。循“脾以运为补, 胃以通为补”这一原则, 反对漫补、壅补, 无论脾胃气(阳)虚证, 还是脾胃阴虚证, 其中焦气滞是病变过程中的重要环节。气(阳)虚证多兼痰湿, 而阴虚证多兼郁热, 盖胃主受纳, 宜降则和; 脾主运化, 宜升则健。在治疗上注意补中兼通, 使补而不滞, 润而不腻, 能升能运, 以顺脾胃升降。故临证常选四君子汤、补中益气汤及参苓白术散等方加减, 药用党参、白术、茯苓、黄芪、山药、薏苡仁等以甘淡补中, 少佐辛散开发郁结, 畅通气机之品, 多用陈皮、枳壳、木香、丁香、乌药、吴茱萸等以健运中洲。从而恢复脾胃的正常生理功能, 使脾升胃降, 枢机运转正常, 气血生化有源, 则

其郁结, 每收捷效。例如一急性大叶性肺炎患者, 经用青、链霉素及中药清热解毒剂, 7 日热退, 因纳差, 乏力, 查血白细胞低, 认为病后体弱中虚, 遂令服八珍汤以补不足, 服后出现低热, 续服 10 日, 低热不退, 血象无改善。视其舌苔白腻, 脉弦滑略数, 症见乏力, 纳差, 夜寐不安, 白细胞  $2 \times 10^9/L$ , 血小板  $20 \times 10^9/L$ 。脉证合参, 断为温补过早, 湿热闭郁, 治以升降开郁, 宣透湿热, 疏方蝉衣、僵蚕、片姜黄、杏仁、炒山栀、香豆豉、焦麦芽之属, 数剂后, 低热全退, 血象也恢复正常。本案为以升降散加减救误之例。通过宣肺疏气, 升降开郁, 使气机流通, 三焦通畅, 郁结得开, 湿热得化, 生理功能自然恢复。故药后随着症状的消失, 血象也逐渐恢复正常。若拘于血象低下, 便谓中虚, 而投温补, 湿热之邪何能得出? 误治之咎, 其能免乎?

要而言之, 湿热当先治湿, 治湿当先化气, 化气必当宣

肺。肺气宣则一身之气皆化, 则三焦畅, 郁结开, 津液布, 湿得化, 热乃清。故宣肺疏卫以治上焦湿热, 宣肺展气以治中下焦湿热, 宣肺开郁以治误治之湿热, 总不离宣肺二字也。

笔者临床几十年一直运用赵老这一理论治疗肾病综合征、肾病尿毒症取得良好的效果, 1996 年 7 月曾治一妇人, 56 岁, 患肾病多年, 曾服中西药加激素治疗, 效果不佳。后经友人介绍来本院求治, 当时全身浮肿, 恶心呕吐, 面色黯滞, 激素面容, 小便不利, 大便滞涩, 舌苔厚腻有瘀斑, 脉沉弦数, 实验室检查: 血肌酐  $584 \mu\text{mol/L}$ , 尿素氮  $19.8 \text{ mmol/L}$ 。属中医“关格”、“溺毒”范畴, 然笔者遵赵老“宣肺展气”、“提壶揭盖”之法, 药用: 苏叶、杷叶、杏仁、淡豆豉、桑叶、前胡各 10g, 水红花子 15g, 冬葵子 10g, 荆芥炭 20g, 生地榆 10g, 每日 1 剂水煎服。月余后上述诸证均减。实验室检查: BUN  $13.6 \text{ mmol/L}$ , Cr  $379 \mu\text{mol/L}$ 。坚持上方续服 3 个月, 诸证转愈。实验室检查: BUN  $9.8 \text{ mmol/L}$ , Cr  $196 \mu\text{mol/L}$ 。从而可以看出, 只有以此理论为指导, 才能取得理想的效果。也充分揭示了《内经》“同病异治, 异病同治”和仲景“大气一转, 其结乃散”之经旨的正确性和实用性。

收稿日期: 2006-03-22

作者简介: 康美清(1971-), 女, 内蒙古呼和浩特人, 硕士研究生, 研究方向: 脾胃病。

病邪可祛, 所谓“正气存内, 邪不可干”。治胃之法, 通降为要, 但辛香理气药, 耗气伤阴, 应中病即止, 不可长服; 阴血不足及火郁者, 治甘寒宜胃为法, 以益胃汤化裁, 药用沙参、麦门冬、石斛、玉竹、生白芍、丹参、生甘草等, 酌加佛手、香橼皮、焦三仙、鸡内金等行气导滞之品使补而不滞。

杨师认为, 脾胃为湿热病变的中心, 但湿热之邪能否侵袭人体致病, 关键在于脾胃功能的强弱。如脾胃虚弱, 失于健运, 水湿内停, 郁而化热, 复与外界湿热之邪相引而发病, 正如章虚谷云: “湿土之气, 同类相召, 故湿热之邪, 始虽外受, 终归脾胃”。湿热郁滞证主见胃脘痞闷疼痛, 嘈杂泛酸, 便黏滞不爽或秘结不畅, 纳呆, 口干不欲饮, 舌红苔黄腻, 脉弦滑而数等症。临证常选黄连温胆汤、二陈汤等为主清热燥湿和胃, 不乏茯苓、白术等健脾之品, 亦可酌加乌贼骨、瓦楞子、白及等治酸止痛、收敛生肌, 川朴、枳壳、槟榔等行气导滞之品。肠胃失润降者, 用麻仁、肉苁蓉、木香等。亦注意“三因制宜”, 长夏初秋, 天暑下迫, 地湿上蒸, 多湿中蕴热, 热处湿中为患, 故“因时制宜”常酌加藿香、佩兰、砂仁等芳化湿浊之品。

脾胃虚弱, 脾虚气滞, 日久则气滞血瘀, 如《脾胃论》所云: “脾胃不足皆为血病”。胃为多气多血之腑, 贵在气血调畅, 生理上气血相互为用, 病理上互为因果, 因而治疗上尤对胃脘久痛拒按, 舌淡黯边有瘀斑等症, 屡用气药无效者, 每每加三七粉、五灵脂、蒲黄、当归、白芍等入血之品以祛瘀消滞、疏通血脉。现代药理亦证实活血化瘀药能改善微循环, 改善组织营养, 促进病变恢复与炎症吸收, 这些作用都可以促进慢性萎缩性胃炎病理改变的逆转。或用郁金、川芎、乌药、香附、玄胡等兼调气血之药, 使气流畅通往往可提高疗效。

总之, 辨证中注重中医学“整体观念”思想的运用, 结合患者全身状况, 详问病史, 四诊合参, 尤重视舌诊、脉像的运用。“久病入络”、“久病必瘀”, 故临床所见需灵活辨证, 治疗上重视湿阻、郁热、气滞、血瘀这些标实的清除, 亦应注意“久病必虚”, 始终不忘固护脾胃, 以扶正祛邪, 洁老人有云: “养正积自除”, 脾旺气足, 积自消矣。

## 2 衷中参西

目前, 慢性萎缩性胃炎的诊断主要是在胃镜检查的基础上由病理活检进一步确诊。古有“舌为脾胃之外候”、“苔乃胃之所熏蒸”之说, 杨师认为中医辨证需察舌, 西医辨病需观镜, 通过望舌可以察知脾胃病变, 通过胃镜观察胃黏膜变化可认为是中医望诊应用现代技术的延续。胃为多气多血之府, 胃气始弱, 则运化功能减退, 气血随之不足, 黏膜失养、腺体萎缩, 胃液分泌减少, 消化功能减弱, 常表现有脾虚运化失职、胃虚失纳等脾胃气虚证, 胃镜下可见胃黏膜灰白、变薄、皱襞细小、病理见腺体萎缩等现象, 其舌质多淡, 而胃黏膜灰白现象和中医望诊所喻白色主寒主虚相一致, 且脾胃气(阳)虚证临床舌象亦多以淡、白为主。随病情进展, 消化功能进一步降低, 胃蠕动减慢, 食物滞留易产生内热, 热伤胃津, 胃黏膜失其濡养, 致黏膜及腺体萎缩程度进一步加重, 临床多表现脾胃阴虚证。镜下可见胃黏膜花斑、血管透见、伴水肿、糜烂等, 病理表现腺体萎缩、炎症细胞浸润、肠上皮化生和不典型增生, 临床舌象可见黯红、干瘦、少苔, 此为脾胃阴虚之征。脾虚不能运化水谷精微,

则水反为湿, 谷反为滞, 湿阻、气滞、痰浊、血瘀接踵而至, 复黏膜损伤, 病理可出现肠上皮化生、不典型增生等改变, 临床舌象可见黯红、瘀斑、苔腻。

中医辨证有寒热虚实之别, 西医辨病有萎缩程度轻、中、重、肠化、不典型增生之分。通过大量病例观察, 如 CAG 患者见舌苔薄黄、脉弦, 伴有性情急躁, 口干苦者, 镜下常见兼有胆汁返流; 舌苔黄腻, 口中异味者, 常见胃黏膜红白相间, 以白相为主, 伴黏膜充血、水肿、糜烂、出血点等炎症改变, 大多为 CAG 活动期; 舌淡黯边有瘀斑伴舌下静脉青紫、迂曲者, 病理检查一般可常有肠化、不典型增生等改变。实践中体会到, 通过对慢性萎缩性胃炎的主症、兼症、舌、脉、胃镜、黏膜象的观察, 从多方入手, 既辨证, 又辨病, 针对性用药, 常获良效。如胃镜所见胃黏膜充血、糜烂、水肿者, 加白及、蒲公英、连翘等敛疮消肿; 辨证施治的基础上加用据现代药理研究有抗癌、抗瘤作用的莪术、白花蛇舌草、山慈菇、半枝莲等, 可使肠化及不典型增生逆转; 在治疗过程中常加入清热解毒之公英、连翘、贝母等, 可有效清除幽门螺杆菌(Hp)感染。运用中医望诊有关理论辨析胃镜下慢性萎缩性胃炎的征象, 扩大了中医临床的望诊范围, 为临床中医辨证与治疗慢性萎缩性胃炎提供了直观依据, 为中西医结合治疗 CAG 开拓了新思路。

萎缩性胃炎是一种增龄性虚损性疾病, 其发生与人体自身体质密切相关, 故平素需适当体育锻炼; 胃炎治疗亦强调“三分药, 七分养”, 尤其本病病程较长, 在诊疗过程中嘱患者饮食忌肥甘厚味、生冷辛辣, 宜清淡而具营养, 饥饱适中。情志因素在 CAG 的发病与治疗过程中亦起相当重要作用, 《临证指南医案》云: “肝为起病之源, 胃为传病之所”, 特别是当今社会飞跃发展, 竞争激烈, 人们生活节奏加快, 工作等各种压力增加, “药能医病补虚, 不能移情易性”, 故杨师在 CAG 诊疗过程中, 亦非常注重心理疏导。

## 3 病案举例

王某, 男, 55 岁。诉平素体质较弱, 半年前因饮食不节, 胃脘痞闷, 饭后撑胀, 得热得按稍减, 畏寒肢冷, 身倦懒言, 大便溏薄, 小便清长, 自认为消化不良, 服酵母片、多酶片等药物, 初时胃中稍舒, 其后症状仍时轻时重, 反复难愈。春节期间, 由于饮酒脘腹满闷撑胀加重伴暖气, 肠鸣频繁, 矢气多, 大便溏, 本院 B 超和化验均未发现异常, 胃镜示胃黏膜色淡平薄, 白相为主, 多处粗颗粒样隆起, 胃窦尤甚, 病理活检诊断为慢性萎缩性胃炎, 伴肠上皮化生。来诊症见: 胃脘痞塞满闷, 按之稍舒, 不知饥, 不欲食, 日进食 100~200g 暖气, 肠鸣, 四肢欠温, 短气乏力, 身倦懒言, 夜眠梦多, 大便溏薄, 小便清长。观其形色, 身纤瘦弱, 面色苍白无华, 精神倦怠, 不欲多言, 舌淡边有齿痕, 苔薄白腻, 脉沉细。究其症、脉、舌, 当属脾胃虚寒, 斡旋无力, 纳化失常所致之胃癌。治以益气健脾, 温中和胃。药用党参 15g 白术 10g 茯苓 15g 陈皮 10g 清半夏 12g 白豆蔻仁、乌药各 10g 焦三仙各 15g 白芍 12g 丁香 5g 柿蒂 10g 甘草 3g 服 10 剂后精神好转, 食欲增加, 但多食仍脘痞胀痛, 大便略溏, 小便清长, 舌淡黯苔薄白, 酌加温阳利水之泽泻 12g 桂枝 6g 以“利小便而实大便”, 活血通脉之三七粉 3g 丹参 10g 又服 5 剂后, 自觉气力有加, 面色红润已现, 精神振作, 大便已成形, 诸症悉减。