

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.01.018

从胃内瘢痕论治慢性萎缩性胃炎

独思静¹, 赵晓琳^{1,2}, 马丹^{1,2}, 周斌^{1*}

1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053; 2. 北京中医药大学

[摘要] 根据慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现, 认为胃内瘢痕是本病关键病理因素, 其实质为痰瘀互结, 主要责之气滞不行和阳虚不化。结合慢性萎缩性胃炎病因病机和主要病理因素, 治疗宜从健脾益肾、培元固本, 疏肝利胆、调和枢机, 行气化痰祛瘀、平消瘢痕, 调饮食、畅情志四个方面入手。以此思路治疗, 不仅能缓解临床症状, 且可逆转胃黏膜萎缩、肠上皮化生及异型增生。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 瘢痕; 健脾益肾; 疏肝利胆; 行气化痰祛瘀

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是以胃黏膜上皮和腺体萎缩、数目减少, 或伴肠化生、异型增生为特征的慢性消化系统疾病。Correa 等^[1] 提出渐进性致癌模式即“正常胃黏膜-慢性浅表性胃炎-萎缩性胃炎-肠上皮化生-异型增生-胃癌”。CAG 作为胃癌前疾病, 一直是消化领域研究的热点和难点。CAG 的诊断主要依靠胃镜检查 and 病理结果, 胃镜延伸了传统中医四诊中望诊的深度和范围。我们在临床中发现, 结合胃镜微观辨证有助于更为准确地把握本病病理病机, 从而提高临床疗效。现将从胃内瘢痕论治 CAG 体会介绍如下。

1 胃内瘢痕的胃镜下征象

CAG 胃镜下可见黏膜红白相间, 以白相为主, 皱襞变平甚至消失, 部分黏膜血管显露, 可伴有黏膜颗粒或结节状等表现; 病理常提示黏膜固有层内腺体萎缩, 伴不同程度的肠化生, 或出现异型增生^[2]。近年来, 诸多研究发现本病中医证型与胃黏膜病变和病理关系密切^[3-6], 《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》^[7] 提出应参考胃镜表现进行病证结合治疗。我们认为, 胃黏膜征象是胃腑气血充盛与否的直接体现, CAG 胃镜下所见黏膜以白相为主是脾胃虚弱、胃络失养之象, 为本病中医病理基础, CAG 胃镜下所见颗粒或结节是胃内瘢痕, 为本病中医病机关键。

2 胃内瘢痕的实质

胃内瘢痕的病理实质为痰瘀互结, 主要责之气

滞不行和阳虚不化。CAG 的发生多因情志不畅、饮食失调、外邪犯胃、禀赋不足、久病体虚及药物损害等致脾胃虚弱, 其中情志不畅、饮食失调和禀赋不足占多数。情志不畅常影响肝脾二脏, 忧思伤脾致脾气不运, 郁怒伤肝致肝气郁结, 肝木克伐脾土, 脾胃更虚。饮食失调, 或过食肥甘, 或恣食生冷, 或过饥过饱, 均可导致中焦阻滞, 升降失司, 其中恣食生冷较为突出, 可直接损伤脾胃阳气, 致寒湿内盛。若禀赋不足, 素体脾肾两虚, 先后天之本俱弱, 则纳化及温煦失司, 中焦寒湿阻滞。总之, 脾胃虚弱, 痰湿瘀血内生, 病理因素相互胶结, 病久入络, 致胃络瘀阻, 逐渐形成胃内瘢痕, 同时胃黏膜失于滋润荣养, 腺体萎缩, 黏膜变薄, 日久成萎^[8]。此外, 本病病久常累及肾, 肾阳不足, 火不暖土, 无以化寒湿, 亦可导致胃络气血渗灌无力, 血流不畅, 久之停留成瘀^[9]。

3 胃内瘢痕的治疗

CAG 病程较长, 病机复杂, 常呈虚实夹杂, 本虚标实。首先, 面对复杂病情应仔细分析, 进而厘清标本所在, 治疗时才能标本结合, 灵活施治。本病气滞痰凝血瘀为标, 脾胃虚弱为本, 与肝肾密切相关。其次, 疾病的发展是动态过程, 只有分阶段与层次论治才可药达病所, 以求精准治疗。胃内瘢痕的形成是由气入血的过程, 痰瘀阻络是 CAG 发展变化的关键病机阶段。最后, 本病多为脾胃虚寒, 久病累及肾阳, 温阳应贯穿治疗始终。

3.1 健脾益肾, 培元固本

脾胃虚弱是形成胃内瘢痕的基本环境, 肾元虚

* 通讯作者: zbp518@163.com

损是疾病的后期局面。治病必求于本，故以健脾益肾为法，临床常用党参、炒白术、茯苓、干姜、高良姜、仙茅、淫羊藿、蛇床子、盐黄柏、盐知母。党参健脾益气，炒白术甘温燥湿，茯苓甘淡渗湿，三药合用共奏益气健脾、温运后天之本之功；干姜、高良姜加强温中之效；仙茅、淫羊藿、蛇床子入肾经，温补肾阳、补益肾精，可益火之源，温补先天之本；黄柏、知母苦寒，能泻相火而坚肾阴，盐制后可引药下行，专入于肾，并可缓和苦燥之性，不伤脾胃，长于滋阴降火^[9]。

3.2 疏肝利胆，调和枢机

脾胃之气升降相因、平衡协调是其发挥运化功能的前提。肝主疏泄，调畅气机，有助于脾胃气机的升降，从而促进脾胃运化机能；食物吸收还要借助于胆汁的分泌和排泄，此“精汁”乃肝之余气所化。若忧思恼怒，气郁伤肝，肝气横逆，连及胆腑，势必克脾犯胃，致脾胃升降失调，运化失司。肝胆郁久可化热，可见胃脘灼热、口干口苦、胸胁烦闷等症状，或胃镜见胆汁反流征象。临床常用醋柴胡、醋香附、白芍、黄连、吴茱萸、青蒿等。柴胡、香附辛香入肝，行气解郁，醋制既可引药入肝经，又可减缓其辛散之性；佐白芍和营养血，又可敛肝；黄连、吴茱萸、青蒿可清肝利胆。

3.3 行气化痰祛瘀，平消癥瘕

在脾胃虚弱基础上，气滞痰凝瘀血内生，结聚形成胃内癥瘕，阻滞经络气血运行，治疗应标本兼治，在健脾益肾基础上行气化痰祛瘀。临床常用枳壳、莱菔子、薏苡仁、法半夏、当归尾、醋三棱、醋莪术、生蒲黄、五灵脂等。枳壳利胸膈之气，可散留结痰滞，莱菔子下气宽中降痰，攻肠胃积滞，薏苡仁除湿化痰，三药合用可畅三焦、化痰湿；法半夏燥湿化痰，消痞散结；当归尾破血入络，可加强活血通络的作用；三棱、莪术醋制更入血分，可消滞散结，为活血通络之主药；生蒲黄、五灵脂祛瘀止痛、推陈出新。同时强调“缓消缓散”，注意活血药的剂量不可过大。患者本已脾胃虚弱，不堪攻下，故用缓消之法，不伤正气，以竟全功。另外，临床可用白及、刺猬皮保护胃黏膜。

3.4 调饮食，畅情志

疾病的康复除药物治疗外，生活调摄亦非常重要，主要包含调饮食和畅情志。现代研究^[10]表明，长期饮酒、饮浓茶、高盐饮食、辛辣饮食、喜食过热、过冷、干硬粗糙食物、进食速度过快及饮食不规律可导致胃黏膜的反复损伤。临床中应常嘱咐患

者饮食规律，不可过饥过饱，主食宜粗细搭配，多进食新鲜水果蔬菜，忌生冷油腻。同时提倡患者畅情悦志，豁达胸怀。临床中发现，患者常因本病为癌前病变而紧张焦虑，应针对不同部位和程度的病变提供合理预后意见，可有效减轻患者对于病情的忧虑。

4 病案举例

患者，男，52岁，2018年6月1日初诊。主诉：间断胃脘胀满5年余。2013年1月患者无明显诱因出现胃脘胀满，行胃镜检查示：反流性食管炎，慢性萎缩性胃炎；病理结果：胃窦固有腺体减少。予质子泵抑制剂等药物治疗，患者症状缓解。后常因饮食不规律或情志不畅症状反复发作。2018年5月23日复查胃镜示：慢性萎缩性胃炎伴轻度胆汁反流，十二指肠假憩室形成；病理结果：胃窦小弯偏前壁轻度慢性炎症伴轻-中度肠上皮化生；胃窦大弯轻度慢性炎症；胃角轻度慢性炎症伴少数腺体轻度肠上皮化生；胃体小弯轻度慢性炎症，轻-中度萎缩和轻度肠上皮化生；胃体大弯轻度慢性炎症。刻诊：进食后胃脘胀满，伴胃脘隐痛，嗳气，晨起稍觉口干口苦，右肋下隐痛，胃脘部畏寒，易急躁，纳少，眠差多梦，小便可，大便不成形、有排不尽感，舌暗、边尖红、苔白腻，脉弦滑。西医诊断：慢性萎缩性胃炎。中医诊断：胃痞（脾胃虚寒，痰瘀互结，兼肝胆郁热）。治法：温中健脾，化痰祛瘀，兼清利肝胆。处方：紫苏梗20g，茯苓20g，麸炒白术15g，姜半夏9g，醋柴胡10g，炒白芍20g，麸炒枳壳15g，炒莱菔子15g，薏苡仁20g，醋三棱9g，醋莪术9g，黄连6g，制吴茱萸3g，青蒿12g，炙甘草6g。7剂，2日1剂，水煎分早晚两次口服。忌生冷辛辣油腻，调畅情志，适当运动。

2018年6月20日二诊：进食后胃脘胀满减轻，胃脘隐痛明显缓解，仍有口干口苦，右肋下隐痛，情绪急躁，眠差稍好转，上方加醋延胡索12g、川楝子9g。7剂，2日1剂，水煎分早晚两次口服。

2018年7月11日三诊：胃脘胀满进一步减轻，晨起口干口苦及右肋下隐痛均明显减轻，胃寒喜暖，情绪急躁较前改善，二诊方加干姜15g、高良姜12g。7剂，2日1剂，水煎分早晚两次口服。

2018年8月8日四诊：胃脘胀满及隐痛减轻，已无夜间右肋下轻微隐痛及口苦，胃脘畏寒减轻，

三诊方去青蒿、醋延胡索、川楝子，易紫苏梗为党参 15 g。15 剂，2 日 1 剂，水煎分早晚两次口服。

2018 年 9 月 19 日五诊：已无明显胃脘胀满及隐痛，胃脘畏寒进一步缓解，四诊方加制刺猬皮 12 g、仙茅 5 g、淫羊藿 5 g、蛇床子 3 g、盐黄柏 10 g、盐知母 15 g。15 剂，2 日 1 剂，水煎分早晚两次口服。

2018 年 10 月 24 日六诊：胃脘基本无不适，偶反酸，口干，大便较前成形。2018 年 10 月 17 日复查胃镜：慢性萎缩性胃炎，十二指肠球腔布氏腺增生；病理结果：胃窦前壁小弯侧局灶轻度慢性炎症伴轻度肠上皮化生；胃窦后壁轻度慢性炎症；胃体小弯轻度慢性炎症。处方以五诊方加煅赭石 20 g（先煎）、乌梅 12 g。15 剂，2 日 1 剂，水煎分早晚两次口服。药后患者不适症状基本消失，胃镜及病理结果亦明显好转。后随访半年无复发。

按语：患者 5 年前出现胃脘胀满，诊断为 CAG，后因饮食不规律或情志不畅病情反复。患者常饮食不规律，或过饥或过饱，致脾胃渐伤，运化无权，气滞、痰湿、瘀血内生，病久入络，痰瘀胶结，形成胃内癥瘕。病机复杂，虚实夹杂，寒热错杂，治疗以温中健脾、化痰祛瘀为主，兼清利肝胆。二诊见口干、口苦及右肋下隐痛不减，故加醋延胡索、川楝子增强行气疏肝解郁之效。三诊因畏寒喜暖，且肝胆郁热渐去，故加干姜、高良姜温中祛寒。至四诊已无右肋下隐痛及口苦，可见肝胆郁热已去，故去青蒿、醋延胡索、川楝子，以党参健脾益气。五诊加制刺猬皮以防久用活血药引起不适感，并加仙茅、淫羊藿、蛇床子、盐黄柏、盐知母补益肾精、培元固本，顾护先后天之本。至六诊患者已无明显畏寒，可见寒湿渐去，脾肾阳气渐复，

因反酸暖气酌加煅赭石制酸降逆，见温补后口干、苔薄少则酌加乌梅生津益胃。治疗过程中组方周全，药味精准，治疗后症状明显减轻，胃镜结果亦有明显好转，可见患者脾胃功能渐复，肝胆郁热已清，胃内癥瘕渐消，仍需谨守摄生，稳中取效。

参考文献

- [1] CORREA P, HAENSZEL W, CUELLO C, et al. A model for gastric cancer epidemiology [J]. Lancet, 1975, 12 (7924): 58-60.
- [2] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见 (2017 年, 上海) [J]. 胃肠病学 2017, 22(11): 670-687.
- [3] 代二庆, 杨楠, 沈志红, 等. 64 例慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜象、病理象相关性研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(3): 458-461.
- [4] 曹志军, 左明焕. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布和胃镜改变以及病理改变的关联性 [J]. 世界中医药 2018, 13(8): 2040-2043.
- [5] 许话. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布与胃镜象、病理象相关性的研究 [D]. 北京: 北京中医药大学 2014.
- [6] 张金丽, 王春浩, 周文平, 等. 慢性萎缩性胃炎 6 种证型胃镜象和病理学表现研究 [J]. 中医杂志, 2012, 53(11): 942-944.
- [7] 李军祥, 陈喆, 吕宾, 等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2017 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [8] 崔一鸣, 周斌. 慢性萎缩性胃炎寒湿入络病机探讨 [J]. 中华中医药杂志 2012, 27(5): 1327-1329.
- [9] 廉艳红, 周斌. 从脾肾亏虚、胃络瘀阻论治慢性萎缩性胃炎 [J]. 中华中医药杂志 2017, 32(9): 4064-4066.
- [10] 杨雪芹. 慢性萎缩性胃炎与饮食习惯的关联性分析 [D]. 长春: 吉林大学, 2011.

(收稿日期: 2018-10-08; 修回日期: 2019-09-25)

[编辑: 侯建春]

欢迎邮购 《中医杂志》 过刊

1988、1989、2000、2001 年合订本，每本 100 元，2002、2003 年合订本每本 105 元，2004 年合订本 115 元，2005 年合订本 125 元，2007—2010 年合订本每年 140 元。2011(缺 5、6 期)—2013 年每册 9.80 元，2014(缺 21 期)—2017 年(缺 3、5、15、18 期) 每册 15 元，2018 年每册 20 元(缺 5、7、9 期)。2011—2013 年合订本，每年 4 本，全年 280 元，2014、2015、2016、2017 年合订本(每年 4 本)，全年 400 元。2018 年合订本(4 本)，600 元。2019 年上半年合订本(2 本)，300 元。《中医杂志》2006—2008 年增刊每册 40 元。以上免费邮寄，如需挂号每件另加 3 元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街 16 号，收款人：中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信 (zyzzgz) 购买。邮编：100700，电话：(010) 64089195。