

沈舒文教授治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变经验

宇文亚¹, 杨志宏²

(1. 中国中医科学院中医临床基础医学研究所, 北京 100700 2 陕西中医学院附属医院, 陕西 咸阳 712000)

摘 要: 沈舒文教授是全国第 4 批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 擅长治疗脾胃病及内科疑难杂症, 注重学术创新上的疗效突破。对慢性萎缩性胃炎癌前病变有独到的见解与临床经验, 对其治疗经验进行介绍。

关键词: 沈舒文; 慢性萎缩性胃炎; 癌前病变; 经验

中图分类号: R249

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2010)04-0713-02

Experience of Professor SHEN Shu-wen in Treating Precancerous Lesion of Chronic Atrophic Gastritis

YUW EN Ya¹, YANG Zhi-hong²

(1. Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

2. Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang 712000, Shaanxi, China)

Abstract: Professor SHEN Shu-wen is the national TCM academic expert of the fourth group. He specializes in the treatment of stomach diseases and rare illness of internal medicine, and emphasizes on the clinical efficacy in the process of innovation. Professor Shen has original view and rich clinical experience on precancerous lesion of chronic atrophic gastritis. This paper introduce his experience briefly.

Key words: SHEN Shu-wen; chronic atrophic gastritis; precancerous lesion; experience

慢性萎缩性胃炎 (Chronic Atrophic Gastritis, CAG) 是消化系统常见病、多发病、难治病之一, 是胃癌的癌前疾病之一。胃黏膜发生癌肿由慢性萎缩性胃炎→胃黏膜肠上皮化生→胃黏膜不典型增生→胃癌^[1]的发展模式目前已为国内外多数学者所认同。及早识别和积极防治胃癌前病变, 阻止其向胃癌发展, 是减少胃癌发生率的积极有效的方法。沈舒文教授是上海中医药大学博士研究生导师, 陕西省名中医, 全国第四批名老中医药学术经验继承指导老师。

从事中医内科医疗、教学、科研四十余年, 对 CAG 胃癌前病变 (Precancerous Lesion of Gastric Cancer, PLGC) 有独到的见解与显著的临床疗效。笔者曾有幸随师临证, 领悟先生治验颇有心得, 现总结如下。

1 首辨虚实论标本 补虚通滞为治要

CAG 伴肠腺化生或异型增生是在 CAG 病变基础上演化而成, 中度以上肠腺化生或异型增生被称为癌前病变, 对这一漫长的病变过程, 临床用虚实标本辨证思维辨析证候,

物模型, 通过其自身行为学的变化和 EFM 测试即横向和纵向的比较来评价该模型的可行性和有效性。虽然动物的情绪变化远不如人类丰富, 动物身上也较难准确模拟人类发病的心境。但是, 他们也存在并非单一的情绪变化, 有些情绪变化如焦虑、愤怒、恐惧等与人类存在相似性, 在情绪变化时同样也存在行为学和复杂的神经内分泌变化^[5-6]。本研究结果提示: 不确定性空瓶刺激作为一种慢性心理应激模型, 能诱导动物出现明显的焦虑行为, 从病因学上较好模拟了 GAD 的发病状态, 与现有的焦虑应激模型相比, 该模型在很大程度上避免了掺杂物理 (躯体) 性应激成分, 是一种相对“纯粹”的心理应激模型。本课题组将在此行为学研究的基础上, 进一步开展焦虑症神经生物学方面的探索

性研究。

参考文献

- [1] Pellow S, Chopin P, File SE, et al. Validation of open-closed arm entries in an elevated plus-maze as a measure of anxiety in the rat [J]. J Neurosci Methods, 1985, 14(3): 149-167.
- [2] 林文娟, 王玮雯, 邵枫. 慢性情绪应激对大鼠行为、神经内分泌和免疫反应的影响: 一个新的情绪应激模型 [J]. 科学通报, 2003, 48(9): 926-929.
- [3] 沈渔邨. 精神病学 [M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 599.
- [4] Cladis L K, Moraes Leandro J. Interplay between glutamate and serotonin within the dorsal periaqueductal gray modulates anxiety-related behaviour of rats exposed to the elevated plus-maze [J]. Behavioural Brain Research, 2008, 194(2): 181-186.
- [5] 曹碧茵, 施建蓉, 童瑶, 等. 心理应激动物模型的研制及其应用 [J]. 中国行为医学科学, 2005, 14(2): 191-192.
- [6] 王玮文, 邵枫, 林文娟. 不同时间应激对大鼠行为、免疫和交感神经系统反应的影响 [J]. 心理学报, 2007, 39(2): 292-298.

收稿日期: 2009-11-02

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (30873266)

作者简介: 宇文亚 (1978-), 女, 陕西咸阳人, 讲师, 主要从事中医脾胃病临床研究和中医临床疗效评价方法学研究。

则具有本虚标实,虚实相兼的证候结构特征。沈舒文教授认为,本病的病机特点是虚实因果相关联,因实致虚,因虚致实,虚与实动态起伏,共同存在于一个证候的矛盾统一体中。在疾病早期与活动期以实为主,实中有正虚;疾病的稳定期以虚为主,虚中常夹实。

治疗上,论病本注重“虚”,论标实强调“滞”,认为本虚以气阴两虚为主,标实则气滞、湿热、痰湿、瘀血居多。气虚病偏于脾,运化有所不及,谷不为精反为滞,气滞、湿滞、食滞、血滞旋即而生,化源随之匮乏,气血亏损可见;阴虚病偏于胃,胃络失润涸涩,阴虚与络滞并见。

治疗强调“补”与“通”并用,着重恢复胃纳脾运的功能。“脾以升运为补,胃以通降为和”,纳差、倦怠用黄芪、党参、黄精、白术、陈皮补运脾气,黄芪对气虚倦怠最有效;口干、胃脘灼热隐痛、舌红少津用西洋参或太子参、麦冬、石斛、百合之属滋养胃阴,石斛对口干灼热有殊功;胃脘冷痛寒凝气机,用黄芪建中汤配良附丸温建中宫散寒滞,泛吐清水配益智仁摄涎效佳;胀满、暖气用枳壳、甘松、佛手、香橼通降气滞;暖腐、厌食用枳实、炒莱菔子、槟榔导食滞;胀满、恶心呕吐、苔白腻用苍术、陈皮、砂仁、草果化湿滞;胃痛、舌紫暗用丹参饮、失笑散、没药通络滞。总之,治本虚恪守一个“补”,运补、润补、温补、依虚而补之有别;治标实变动一个“通”,根据气滞、湿滞、食滞、络滞通降有变化,标本兼治、通补并用方得治疗要领。

2 腺体萎缩治胃络 辛润酸甘收疗效

沈舒文教授治疗慢性萎缩性胃炎 PLGC 强调宏观辨证用药与微观病理治疗相结合,在以上标本兼治、通补并用,宏观证候治疗的基础上,同时着眼于微观病理层位的辨治用药。PLGC 的病变基础是 CAG,胃黏膜固有腺体萎缩,黏膜变薄,炎性细胞逐渐消失,表面上皮细胞失去分泌黏液功能,胃酸缺乏(尤其是 A 型胃炎),多表现为纳食不化,胃脘隐痛,似饥不欲食,口干舌红,是由于胃络涸涩,营血不畅。根据中医“以酸生酸”及“酸甘化阴”理论,用酸味药白芍、乌梅肉、木瓜、生山楂与甘味甘草酸柔甘守,化生胃阴,激活腺体分泌胃酸。中阳虚寒胃凉隐痛配炙黄芪 30g 肉桂 5g 温中健脾与酸甘化阴并用,激活腺体。与此同时,效法叶天士“辛润通络”治法,酸甘化阴并兼辛通胃络,辛散化瘀通络药常用没药、丹参、穿山甲、蜈蚣以疏通胃络。大剂量乌梅肉(30g)在大便干或排便不畅者禁用,以免涩肠致便秘。

3 论增生毒瘀交阻 毒瘀并治兼散结

沈舒文教授认为 CAG 伴异型增生或肠腺化生者,临床缺乏特异性症状体征,辨证论治多根据它的基础病变 CAG 进行,但它毕竟有病理改变的特征性。从中医证候层面探讨不典型增生或肠腺化生,其证候实质是在气阴两虚的基础上存在“毒瘀交阻”。

所谓“毒”,是阳明胃腑蕴生的湿热毒邪,“在阳旺之躯胃湿恒多,在阴盛之体脾湿也不少,然化热则一”(《外感热病篇》)。其湿热毒邪与幽门螺杆菌(HP)感染有关。现代医学研究发现,HP 是引起慢性胃炎、消化性溃疡乃至 PLGC 的主要病因,具有中医“毒”所具备的感染易、清除难的特点,而“瘀”则是在湿热毒邪蕴郁于胃,先滞气机,继凝胃络,致使毒邪与瘀血凝结交阻于胃,可能是肠腺化生或异型增生的中医病理机制。正如叶天士所云“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”(《临证指南医案》),CAG 病延日久,气阴亏损,毒瘀交阻凝结胃土,滞胃碍脾,使升降受阻,痞满不除;胃络瘀滞,疼痛屡发,进而胃不纳食进谷,食欲不振,脾

不转谷为精,气血匮乏,困倦乏力。

基于对 CAG 伴异型增生或肠腺化生“毒瘀交阻”的论点,沈舒文教授抗增生肠化,逆转癌前病变,在益气养阴、补虚治本的基础上,毒瘀并治,着重治标。解毒重在清化湿热,常用半枝莲、藤梨根、山慈菇、黄药子、蒲公英之属。藤梨根、半枝莲解毒兼可化瘀,山慈菇、黄药子解毒且可散结,蒲公英解毒又能健胃。痞满甚、口苦者用半夏泻心汤辛开苦降开泄湿热;嘈杂、泛酸用左金丸配乌贼骨、刺猬皮清泄制酸。化瘀重在通胃络,擅长用穿山甲、刺猬皮、蜈蚣、守宫等虫类药,认为虫类药通络止痛功最著,性走串可松动瘀结根基。与此同时,毒瘀并治必与散结,常用穿山甲、莪术、枸橘相配合,治疗增生才能有疗效。病发胀满半夏配莪术、枸橘消痞破结;屡发疼痛用刺猬皮配莪术、蜈蚣消瘀通络散结;病发虚寒肉桂、炙黄芪配莪术、枸橘温中散结。清热解毒药不可久用过用,若久用过用会损伤中阳,冰伏气机反生寒湿,化瘀通络药只有在胃痛屡发,“血伤入络”时可用,“气结在经”用之则徒伤血络。

4 病案举例

邓某,女,48 岁。2009 年 2 月 15 日以胃脘痞满、疼痛半年,加重两月就诊。半年前在当地医院诊断为“慢性萎缩性胃炎”,中药、西药治疗半年,时轻时重,近两月胃脘饱胀,隐痛喜温,泛吐清水,进食极差,困倦乏力,大便清稀,患者面色萎黄,爪甲无华,舌紫黯,苔滑润,脉沉细虚缓。查胃镜示:重度 CAG 伴糜烂;病理报告:重度异型增生,伴肠化;血象:RBC $2.6 \times 10^{12} / L$, Hb 95g/L, WBC $3.6 \times 10^9 / L$;大便常规:WBC(++)。临床诊断:^① CAG 伴异型增生,④中度贫血,④慢性肠炎。辨证:寒凝气机,毒瘀交阻,肠失固摄。治法:温胃散寒,解毒散结,固肠止泻。方药:炙黄芪 30g 百合 20g 乌药 10g 良姜 12g 香附 10g 半夏 10g 枳壳 12g 砂仁 5g 半枝莲 30g 莪术 15g 刺猬皮 15g 补骨脂 12g 肉豆蔻 10g 乌梅 15g 炙甘草 4g 12 剂,水煎早晚服。2 月 29 日二诊:饱胀隐痛减轻,精神好转,食欲增强,大便正常,舌紫黯,苔薄白,脉沉弱。上方去百合 10g,乌药 10g 补骨脂 10g 乌梅 10g 加入人参 10g 白术 15g 枸橘 15g 12 剂。3 月 14 日三诊:胃脘凉感、饱胀消失,精神好转,有饥饿感,偶有胃脘隐痛,暖气,口干微苦,舌暗苔薄黄,脉沉细。此乃中阳恢复,气阴受亏,毒瘀交阻,从补气养阴、解毒通络散结治疗,方药:人参 10g 炙黄芪 15g 百合 10g 石斛 12g 半夏 10g 丹参 20g 檀香 10g 砂仁 5g 刺猬皮 15g 炮山甲 6g 半枝莲 30g 枸橘 15g 山慈菇 15g 守宫 5g 陈皮 10g 上药为丸 4 月量,日服生药 30g,连服 4 月,配合维酶素每次 1g 日 3 次口服。2009 年 8 月 10 日四诊:饮食不慎时偶发胃脘不适,饮食、体力恢复正常。胃镜报告:中度 CAG,病理报告:轻度异型增生,血象正常。

5 总 结

通过长期的临床实践,沈舒文教授认识到慢性萎缩性胃炎癌前病变的主要病机是在气阴两虚基础上发生毒瘀交阻,病机特点是虚实因果相关联,因实致虚,因虚致实,虚与实动态起伏,共同存在于一个证候的矛盾统一体中。在疾病早期与活动期以实为主,实中有正虚;疾病的稳定期以虚为主,虚中常夹实。治疗上强调宏观辨证用药与微观病理治疗相结合;首辨虚实论标本,在益气养阴、补虚治本的基础上,毒瘀并治,着重治标。

参考文献

- [1] 文学贵,彭安邦.胃癌癌前病变研究[J].医学综述,2007,13(9):676.