

从《脾胃论》发挥到萎缩性胃炎以痛论治学说

——解读李玉奇教授脾胃病临床经验

张会永

(辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110032)

摘 要:李玉奇教授,为我国首批名老中医之一,工精中医内、妇、儿,尤其擅长脾胃病,精研脾胃病 30 余载,在国内首先提出“萎缩性胃炎以痛论治”学说。本文对李玉奇教授脾胃病临床经验作了全面总结,并系统分析了“萎缩性胃炎以痛论治”学说之端倪。

关键词:李玉奇;脾胃病;胃脘痛;脾胃论;萎缩性胃炎;学术经验

中图分类号: R249

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2007)02-0208-05

Development from the Application of *Treatise on the Spleen and Stomach* to the Doctrine of Treating the Chronic Atrophic Gastritis with the Therapy Curing Carbuncle

——Master LI's Clinical Experiences with Spleen and Stomach Diseases

ZHANG Huiyong

(Liaoning University of TCM, Shenyang 110032 Liaoning China)

Abstract My tutor professor LI Yu-qi, one of the national preeminent physicians of TCM, is awarded by the government. My tutor obtained his honor the first time the authority began to confer. Professor Li does well in internal medicine, gynaecology and paediatrics of TCM, especially in curing the diseases of spleen and stomach. He deeply and comprehensively studied the symptoms of the spleen and stomach for more than 30 years. Early in the 1960s, he was the first scholar who introduced the doctrine of treating the chronic atrophic gastritis with the therapy curing carbuncle. In this article, I comprehensively summarize the clinical experiences of my tutor during his personal practice, and also explain the derivation of his doctrine treating the chronic atrophic gastritis with the therapy curing carbuncle.

Key words LI Yu-qi; Diseases of spleen and stomach; Carbuncle of gastric wall; *Treatise on the spleen and stomach*; 'Chronic atrophic gastritis'; Academic experience

- [13] 魏庆宇,李刚,柳春,等.加味玉屏风散对哮喘大鼠支气管上皮 AM 21 的表达及 BALF 中 IL-25 含量的影响[J].中国实验方剂学,2001,7(5):40-42
- [14] 罗凤鸣,何成奇,杜建,等.加味肾气丸对支气管哮喘气道炎症抑制作用的临床研究[J].福建中医学院学报,2001,10(1):54-55
- [15] 刘玉山,张爱民,王玉民.射干麻黄汤加味治疗小儿哮喘 103 例疗效观察[J].河北中医,2001,23(6):454
- [16] 简小云,黄兆祺,赖昕,等.定喘汤对哮喘发作患者 TNF- α 及 IL-6 的影响[J].现代中西医结合杂志,2002,11(14):1307
- [17] 陈凤鸣,于素霞,王宏长.45 例支气管哮喘的冬病夏治[J].上海中医药杂志,1999,33(9):26-27
- [18] 黄铁军,张吉,蔡普旺.针刺对哮喘患者外周血单个核细胞培养上清中 IL-4 分泌活性、血清总 IgE 水平的影响[J].针刺研究,2000,25(4):292-295
- [19] 赖新生,李月梅,张家维.天灸对哮喘患者血清可溶性 IL-2 受体及 T 淋巴细胞亚群的影响[J].中国针灸,2000,20(3):33
- [20] 刘贵云,伍参荣,向华林,等.治喘贴对实验大鼠嗜酸粒细胞凋亡及对 IL-5 的作用研究[J].中国中西医结合急救杂志,2001,8(5):273-275
- [21] 王微,韩春生,符思,等.温肺化痰散经肺靶向给药对支气管哮喘(寒哮证)肺功能及生亿指标影响的临床研究[J].新中医,2005,37(12):26-27
- [22] 陈健,张晨美,陈华,等.中药穴位电超导辅助治疗轻中度发作期儿童哮喘的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2005,25(12):1120-1122

收稿日期:2006-11-20

作者简介:张会永(1983-),男,河北保定人,2001 级七年制硕士研究生,研究方向:中医脾胃病。



李玉奇 教授

李玉奇, 1917 年生于辽北银州城。师从于银州名医明星垣先生。从医 60 余年, 精研中医脾胃病 30 余载。是国家人事部、卫生部遴选全国首批五百名老中医之一; 享受国务院政府特殊津贴 (首批获得者), 中华中医药学会终身理事。被辽宁中医药大学聘为教授、硕士研究生导师。曾任辽宁省卫生厅中医处处长、原辽宁中医学院副院长兼附属医院院长、辽宁省肿瘤医院常务副院长、辽宁省中医学会会长、辽宁省药品评审委员会副主任委员、辽宁省老年科技工作者联合会副会长、原中国沈阳药学院中药系兼职教授。承担“六五”、“七五”、“八五”国家攻关课题, 获得中华中医药学会首届中医药传承特别贡献奖、国家卫生部先进卫生工作者称号、辽宁省科技成果进步奖等。著有《中医验方》、《萎缩性胃炎以痛论治与研究》、《脾胃病与胃癌癌前期病变研究》、《医门心境》等。

医林天骄, 神誉遐迩的李玉奇老先生, 目今已逾耄耋之年, 但其精神旺盛、头脑清晰、谈吐如流, 毕生致力于中医事业, 堪称北国药王、杏林泰斗。师翁秉承中医诗礼传家, 一专多能, 工精内、妇、儿 3 科, 尤其擅长脾胃病, 身怀绝技, 曾潜心研究达 30 余年, 积累了丰富临床经验, 并率先提出“萎缩性胃炎以痛论治”之学说, 打破了长期来萎缩性胃炎不可逆转的论断。笔者有幸拜李老门下, 受师翁提携, 受益匪浅。不揣愚拙, 试解读师翁学术经验之端倪。

1 取法东垣 精辟辨证

尝云“人百病, 首中风”, 师谓“人百病, 首脾胃”。人百病, 首犯脾胃为先, 从婴儿呱呱坠地之伤乳、吐乳, 到青少年暴饮暴食之脾痞; 从中年酗酒劳累之脾伤, 到老年牙齿不利之运化失常, 脾胃病贯穿人的一生。东垣曰: “胃虚则五脏、六腑、十二经、十五络、四肢, 皆不得营运之气, 而百病生焉。”师谓其毕生临床治疗杂病中, 唯以脾胃病最常见。金元四大家之一李东垣前辈, 擅长“补土”并著有《脾胃论》, 有理有方有法, 为后世医家树立了铭碑。自此, 中医治疗脾胃病, 得以进一步有理有据, 有药可循, 临床疗效也随之倍加显著。

《脾胃论》曰: “夫脾胃不足, 皆为血病, 是阳气不足, 阴气有余, 故九窍不通。……今所立方中, 有辛甘温药者, 非独用也; 复有甘苦大寒之剂, 亦非独用也。以火、酒二制为之使, 引苦甘寒药至顶, 而复入于肾肝之下, 此所谓升降浮沉之道, ……是令阳气生, 上出于阴分, 未用辛甘温药接其升药, 使大发散于阳分, 而令走九窍也。”师翁精研《脾胃论》, 受其启迪, 临床辨证常从血治, 喜用桃仁; 又善用黄连, 谓之“厚肠胃”, 并佐以砂仁、白蔻, 即东垣所说: “用辛甘之药滋胃, 当升当浮, 使生长之气旺。”

师谓: “治胃先理脾, 使脾气得以运化, 为胃行其气, 胃得脾气而升降, 使药调之, 病乃告愈。同样, 肝气犯胃, 应先实脾, 使脾气得旺, 反制于肝, 肝失横肆之势, 无力劫胃, 使胃气得舒。”以此为据, 辨证多端。因脾胃为病临床见证颇为复杂, 兹分述如下。

1.1 噎膈 《素问·阴阳别论》曰: “三阳结, 谓之隔”。师翁谓之: “三阳当指大肠、小肠、膀胱也, 大肠结则便不通, 小肠结则血脉燥, 膀胱结则津液涸。”所以“噎膈虽病之于上, 治则取其下”。按本病多为郁结津血亏耗而成, 正如《医宗必读》所说: “……大抵气血亏损, 复因悲思忧恚”而成。借助现代临床检测手段, 师翁总结如下规律: 噎膈因于食道憩室者多见食不下, 饮水能下; 因于食道裂孔疝者多食水俱不下; 因于食道肿瘤者食水俱不得下, 而反呕吐; 因于贲门失弛缓者, 食水咽下费力, 卧则加重; 如无器质性改变, 因于气者, 多食水能下, 咽唾反觉噎感 (此即梅核气)。因于气者多由忧思郁结使然, 于此从气而治, 药以疏导, 投以苏子降气汤每每取效。然有顽固病例, 治疗颇为棘手, 经胃镜检查排除占位性病变者, 师翁常从郁、血、燥而治, 采用生津益胃、行气散结佐以活血化痰之法, 每奏良效。方药: 石斛 20g 威灵仙 20g 射干 15g 毕澄茄 5g 桃仁 15g 白芥子 15g 酒军 5g

1.2 肝气犯胃 《金匱要略》第一篇中即已言明“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”。师谓: “治胃先理脾, 理脾先舒肝。”舒肝世人习用破气之品, 甚则以金石之药治之。如此用药, 未能领会先贤之旨。师谓: “舒肝莫过芳香化气”。芳香之品, 宣畅气机, 肝气随之调达; 而芳香之药又可化浊, 浊去而脾胃得健, 无须党参、白术之添足, 此乃肝脾同调, 理脾舒肝, “当先实脾”之奥旨。方药: 柴胡 15g 紫苏 15g 藿香 15g 苍术 15g 丁香 5g 檀香 5g 木香 10g 桃仁 15g

1.3 胃脘虚寒 尝谓“十胃九寒”, 人们常不顾护脾胃, 多食生冷, 伤及脾阳。近来, 世人又有晨起饮一杯凉白开的习惯, 更是有损脾胃。本病临床常见胃气被寒气所阻致生呕吐、反胃 (此即“阳明寒呕”), 或胃腹剧痛, 但欲饮热等。本病多为即得, 病程较短。师翁常告诫, 温补脾胃, 药宜轻灵, 即“以温药和之”, 最忌大辛大热, 反灼胃津致生他病。方药: 毕澄茄 5g 小茴香 5g 丁香 5g 陈皮 15g 半夏 10g 白寇 15g 生姜 3 片。

1.4 胃脘虚寒化热 饮食伤胃, 胃脘虚寒, 久治不愈, 多从热化, 出现寒热错杂。患者常表现为胃脘灼热, 反喜热饮, 胃脘嘈杂不适, 莫可名状, 似寒非寒、似热非热、似辣非辣。于此常投以左金丸化裁, 寒盛重用吴茱萸, 热盛重用黄连。方药: 吴茱萸 5g 黄连 10g 香附 15g 连翘 20g 败酱 20g

1.5 胃脘湿热 寒热错杂日久, 寒皆化热。而此时, 脾气已弱, 无力运化水湿, 呈现湿热交阻之势。脾喜燥恶湿, 今脾被湿困, 脾气不振, 出现心烦易怒、食少纳呆、脘腹胀满、口干口苦、舌苔黄腻、脉弦而数之症。东垣谓: “脾胃脉中见浮大而弦, 其病或烦躁闷乱……或口干舌干咽干。盖心主火, 小肠主热, 火热来乘土位, 乃湿热相合, 故烦躁闷乱也。”此时, 胃疾渐次加重, 已由上述虚寒之气分证转入湿热之血分证。仔细观察可见舌质由红润转绛。特征表现为: 口干, 但欲漱水不欲咽。此时宜从血治, 采取滋阴凉血之法, 佐以豁痰理脾。方药: 芦根 20g 茅根 20g 石斛 20g 黄连 10g 连翘 20g 败酱 20g 竹茹 15g 陈皮 15g 半夏 10g

1.6 胃脘瘀血 病由胃脘湿热已完全转为血分。热入营血, 血热灼津, 口干漱水之症加重。血热瘀结, 胃络受阻, 出

现胃脘痛,痛有定处。此病治疗急从血论,切不可妄加渗利或以温热,急宜凉血化瘀导滞。正如《脾胃论》所说:“饮食不节,劳役所伤,以致脾胃虚弱,乃血所生病,主口中津液不行,故口干咽干也。病患自以为渴,医者治以五苓散,谓止渴燥,而反加渴燥,乃重竭津液,以至危亡。”方药:生蒲黄 10g 五灵脂 10g 槐花 20g 桃仁 15g 黄连 10g 元胡 15g 川楝子 15g 败酱 20g

1.7 胃气欲绝 顾名思义,此时胃气已衰败至极,危及生命。临床可见,形体消瘦,精神萎靡,面色灰垢无华。胃脘反无明显症状,或稍有胀满,疲乏无力,舌体瘦小萎缩,舌面满布黄腻之苔,脉来弦实有力,伴随体重急剧下降。此病多处于胃癌及胃癌癌前期病变,活检病理可见:中 重度萎缩性胃炎伴中 重度不典型增生及(或)中 重度肠上皮化生。若能及早发现胃癌及早手术,中药抗癌治疗,尚有生存希望,此外,癌前期病变若能监护治疗也可逆转。方用师翁秘方“十三方”(因与药厂尚有协议,暂不录入。师翁表示,该秘方不久也要公开于世)典型病例详见下章论述。

1.8 脾痞 本病多发青少年,由饮食不节、暴饮暴食而来。饮食积聚,脾胃受损,久而成痞。如不能及时治疗会发展成脾痞,可见形如枯木,腹胀如鼓,面色萎黄,脉细如丝,甚为虚劳。然而,治疗本病贵以疏导,切勿妄补,补反助疾。方药:(以小儿童量计算)榧子 5g 藜实 5g 胡连 5g 桃仁 10g 麦芽 15g 内金 10g 神曲 10g 山药 15g

1.9 脾虚泻 《难经》将泄泻分为五种,曰“胃泻、脾泻、大肠泻、小肠泻、大瘕泻”。泄泻一病,常言脾不言胃,虽分大小肠、胃之不同,但其因则一。多由嗜食生冷或职业性不能定时就餐等原因,伤及脾气,致使脾气虚或伴肾气弱而来。临床多见便溏,甚则如稀水样便,每多晨起或餐后数次,伴或不伴腹痛。方药:山药 20g 莲肉 20g 苍术 15g 砂仁 20g 白芍 20g 莱菔子 15g

值得注意的是,如大便中夹有脓血,泄泻达数月以上,应作结肠镜确诊,排除占位性病变。本病肠镜常见提示有:溃疡性结肠炎、结核性结肠炎、直肠炎、直肠息肉等。治疗宜随症加减用药:如便脓血者,加白头翁、秦皮;腹痛者,重用白芍,甚则加入米壳;肠鸣者,加防风;泄泻严重时,可酌情加入芡实、石榴皮等,但不可过早收涩,以免关门留寇,反生呕吐等。此外,如无典型肾泻症状外,禁用肉蔻、吴茱萸等大辛大热之品,以免加重病情。

1.10 脾约 脾约之名首见《伤寒论》,“趺阳脉浮而涩,浮则胃气强,涩则小便数。浮涩相搏,大便则硬,其脾为约。”李东垣对本病因作了详细阐述:“苦饥饱失节,劳逸过度,损伤胃气,及食辛热味厚之物,而助火邪,伏于血中,耗散真阴,津液亏少,故大便结燥。”此病多见中老年人,但随着饮食规律的改变,加之父母溺爱,青少年患者逐渐增多,治疗颇为棘手。我亲眼目睹师翁治疗一例青少年患者,颇费脑筋。

患者陈某,男,17岁,学生,大便燥结 3 年之久。初起自服泻下药尚能解急,然而服药致病情逐渐加重,10 日不排便亦无所苦,只得凭借物理方法排便。其母焦急万分,遍访名医,足及各地,花钱无数,历时 2 年不见声效。后

辗转求治于师翁,师翁苦心调治 2 月初见成效,半年方愈。该患曾服大黄、承气、麻仁丸、补气养血、甚至理中附子之剂,不见成效。师翁正色的告诉吾,于此病临床铭记三禁: 大黄; 附子; 三承气。谆谆教导,告诫勿入庸医之流,误病伤人。

按 此病原由胃津受损,脾不得为胃行其津液,久而母病及子,致使肺津干涸,肠中燥结。疗此疾当治肺、胃,滋阴宣肺,润肠通幽。授予秘方:桃仁 15g 炒杏仁 10g 杷叶 15g 桑椹 20g 阿胶 15g 当归 25g 荆芥 15g 火麻仁 15g 皂角仁 15g 槐花 20g

1.11 大肠郁滞 此病方书鲜有记述,为师翁独创。临床表现为:脐下胀满,排便困难,而大便并非干燥。虚劳努责,排出大便细如面条。由于下部不畅,肠气上逆,患者每每感到口中臭味,影响交际,痛苦异常。临床鲜有良方,束手无策。本病多由平素大便燥结,屡用泻下药物,迫使食物过早进入大肠,积于大肠而发酵,产生气体而胀满,浊气上逆而口臭。此病宜逐瘀导滞、行气散结。师翁毫无保留的将秘方献出,取“山穷水尽疑无路,柳暗花明又一村”之意命名为迴溪汤:苦参 10g 槐花 20g 槟榔 20g 厚朴 15g 桃仁 15g 莱菔子 15g

1.12 胃中风 胃中瘙痒难堪,临床少见。师翁在众多病例中精心留意,观其不同,发现本病。因风邪善行数变,瘙痒之症多因风邪作祟,故以胃中风命名之。临床主要表现为胃中瘙痒难堪,又苦于无法搔抓,伴随胃脘胀满,打嗝不畅等症,亦常闻及胃中水气声。治以祛风消肿、行气除胀。方药:桂枝 10g 防风 15g 细辛 5g 威灵仙 20g 白寇 15g 生姜 3 片。

1.13 胃心痛 胃心痛,古书多有记载。现代医学认为本病多指急性心肌梗死。然而亦有患者痛苦异常,做心电图无病理改变者,常被遗漏。根据师翁经验,此类患者如不能及时得以治疗,大多会引发胸痛心痛。此时宜防病于未然,上工治未病即此也。本病每多由积劳成疾,耗伤肾精而成。肾气虚为本,痰瘀互阻为标。治疗当首益肾气,佐以化痰豁痰。方药:苦参 10g 丹参 15g 人参 10g 瓜蒌 20g 薤白 15g 王不留 15g

2 师古不泥 创立新说

《黄帝内经》提出“人以胃气为本”,李中梓倡导“脾胃后天之本”;李东垣升脾阳,叶天士养胃阴;李东垣“调脾胃以治五脏”,张景岳“治五脏以调脾胃”,凡此种种论述,阐述脾胃学说,发难解惑,各成体系。

起初,在治疗萎缩性胃炎时,师翁也曾沿用古方从寒热虚实施以辨证论治。然而临床实践证明,应用这种方法治疗萎缩性胃炎时,虽症除而病却经久不愈。后来受《金匱要略》之启发:张仲景在治疗五劳虚极羸瘦之证,不用大补气血之剂,反以大黄蛰虫丸攻坚破积,其意旨在化瘀而后生新。得此启示,敢于跳出框框之外另立学说,以痛论治。

2.1 胃脘痛的古代论述 以痛论治并非凭空设想,而是有古法可循的:《黄帝内经》首先记载胃脘痛,《素问·病能论》:“黄帝问曰:人病胃脘痛者,诊当何如?岐伯对曰:诊此者,当候胃脉,其脉当沉细,沉细者气逆,逆者,人迎甚盛,

甚盛则热;人迎者,胃脉也,逆而盛,则热聚于胃口而不行,故胃脘为病也”。《经济总录》中对胃痛作了精辟分析并提出治疗方剂:“夫阴阳升降,则营卫流,以咳治热聚胃脘,留结为痛,连翘升麻汤方;胃腑实热,留结为痛……犀角汤方;营卫不流,热聚胃口,血肉腐坏,胃脘成痛,射干汤方;胃脘蓄热,结聚成痛,芍药汤方;热气留聚胃脘,内结成痛,麦门冬汤方。”

2.2 胃脘痛之本质 师谓:“胃痛之为病,乃胃阳之气不得宣发而受遏抑,所谓胃阳遏抑亦可视作胃之表证,即寒气隔阳;胃的里证乃热聚于胃口,故萎缩性胃炎是因脾胃俱病而出现的寒热交错诱发的瘤痛。”

其实,“痛”是一个广义的疾病概念,是中医对感染和热毒引起的发炎和化脓性疾病的总称。从现代医学的观点看,大多数中医的“痛”证都同细菌和微生物感染有关。中医治疗痛的方法是“清热解毒”,而很多清热解毒的中药都具有抗菌和抗病毒的作用。师翁提出的“以痛论治”中医理论的核心是用“清热解毒”的方法治疗胃炎,常用大量的苦参、黄连、黄芩、蒲公英等,每每取得奇特的疗效。近年来澳大利亚科学家巴里·马歇尔(Barry J Marshall)和罗宾·沃伦(Robin Warren)在胃内发现幽门螺旋杆菌,并因此获得诺贝尔医学奖。幽门螺旋杆菌的发现与胃脘生疮是何等相似。可以说是东西方的不谋而合,这并非巧合,也非偶合。

还应该强调的是,师翁虽然是传统中医出身,但是十分尊重西医,力主用科学方法研究和提高中医。自胃内窥镜发明后,多年来众多病例在借助胃内窥镜、活检病理,屡屡看到胃粘膜充血水肿呈花斑状,甚至还可伴有糜烂、出血、溃疡及胆汁反流等程度不等的病理改变。这种胃镜下所见与萎缩性胃炎热聚胃口,血肉腐坏为痛十分吻合。

由此可见,中医临床借鉴于现代检测手段,提高疗效,是现时代的需要,并非中医临床之缺如。回顾西方医学,早年只借助听诊器来诊查疾病。可见后世的发明应用权并不属于西医独有,只不过是拿来抢先使用而已。反观现在,多数临床医家,过分依赖现代检测手段,不深研舌脉,将中医四诊弃之不用,失掉中医本色,这对中医继承是十分危险的。师翁采用拿来主义借鉴胃镜用于诊断,非但没有削弱中医四诊,相反反而促进四诊提高,尤其以舌诊突出。他独创“观舌识病”之长,通过放大镜检查患者舌象变化,就能准确的判断疾病的性质、轻重及预后转归,与胃镜、病理诊断相比,总符合率达 90% 以上,“观舌识病”堪称中国一绝,声蜚海内外。

2.3 胃脘痛之诊断 在众多萎缩性胃炎临床观察中,师翁凭借中医四诊总结出发现胃癌癌前期病变的三大指征:脉来弦实有力;望诊可见肿瘤面容,舌面萎缩无神无根;体重急剧下降,胃脘胀满,全无食欲。

如在临床遇有脾胃病患者,面色灰垢无华,形体消瘦,舌体萎缩,舌面少津,无神无根,口干渴而不欲饮,胃脘胀满而无痛楚,体重急剧下降,特别是脉来弦实有力,多为癌前病变。按病久当虚,脉应无力,今反弦实有力,乃因正邪交争,正气被病邪所夺,阴阳离决,故脉反大于外,并非正常。

乃病使然。舌面无神无根,胃津匮乏,证明胃气衰败而离决;口干渴不欲饮水,乃病在血分不在气分;体重急剧下降,乃胃阳欲脱,脾阴匮乏,病入险境,多为癌前病变指征。对这样的患者,师翁主张暂停施方用药,一俟胃内窥镜、病理(需钳取活检病理 4~6 块)为准,定性后再立治疗方案。通过本程序经治病例,几乎没有漏诊或误诊。

2.4 胃脘痛的治疗与预后转归 萎缩性胃炎的一般发展演变趋势,可见图 1。

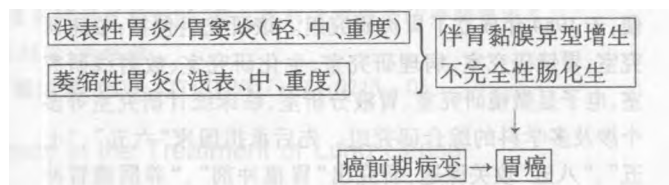


图 1 萎缩性胃炎的发展演变趋势

针对本病的演变转化趋势,师翁制定了严密的治疗观察方法,提出了治疗本病的四大法则,即升阳益胃、生津救阴、解毒除湿、去腐生新。在此大法下选用黄芪、苦参等中药组方配伍,研制成治疗萎缩性胃炎的特效方剂——十三方。

临床根据中医四诊发现萎缩性胃炎伴异型增生或肠上皮化生改变,处于癌前病变,经胃镜病理确诊后,立即给予阻断监护治疗,并规定 4 个月一次胃镜病理复查,根据病变程度指导治疗,直到病变解除免于癌变的发生。

此外,对于早期发现胃癌,立即行之手术治疗,术后配合中药抗放化疗毒性反应,挽救了无数患者生命。

2.5 病案举例 付某,男,54 岁,某部门经理。2004 年 5 月 14 日由随行秘书陪伴来诊。来诊时患者症见胃脘胀痛伴暖气,餐后加重,食纳尚可,无其他不良反应,唯脉来弦实有力。师翁当即告知随行秘书,傅某脉来与症不符,应立即检查防患于未然。半月后,付某因病情加重来复诊,此时才得知其本人未遵医嘱,轻视病情。诊得其脉,惶惶然,如循刀刃。师翁再三嘱托,付某才在秘书的陪伴下到省肿瘤医院检查胃镜。胃镜提示:进展期胃贲门癌(隆起样病变);慢性浅表萎缩性胃炎;十二指肠球炎。活检病理:贲门腺癌。

患者立即到北京某权威医院行手术治疗。腹腔打开后,该院手术人员惊诧万分,因为此例为该院建院来胃癌手术发现最早最及时的一例。

出院回沈后,患者脉象由弦实有力转为沉细无力,此为邪去正安之象,为脉之顺证,提示暂无生命危险。为缓解放化疗之副反应,治以健脾和胃,化瘀消痞之法,方用救胃延龄汤。处方:苦参 20g 槐花 10g 甘草 15g 藏红花 5g 茯苓 20g 乌贼骨 25g 红豆蔻 15g 败酱 20g 白薤 25g 麦芽 15g 扁豆 15g 瓦楞子 20g 藜实 15g。

上方加减共服药半年余,病情比较稳定,患者食欲可,偶有胃脘胀闷不适感。师翁嘱其定期复查胃镜,病情变化随时就诊。至今,该患者身体状况一直保持良好的。

3 年逾古稀 主持攻关

有调查表明:我国胃癌在各种恶性肿瘤中居首位,年平均死亡率为 25.53/10 万。胃癌之所以有如此高的发病率,是因为其无明显临床症状,未能早期发现,早期治疗。回顾

历年体检中发现中晚期胃癌者, 颇不乏人。因为这些带癌一时生存的患者本人, 并未察觉胃口过分不适的苦楚, 嗣经临床医生详细追问下, 才回忆体重下降、胃脘不适、消化不良、嗜食酸性食物、厌油腻等症状。

正因如此, 胃癌及癌前病变者在临床容易漏诊、误诊, 致使延误病情, 丢掉生命。有感于此, 师翁决定精研脾胃病, 尤其是对胃癌癌前期病变进行系统研究, 以此展开了长达 20 余年的专病科研临床研究。为是, 师翁利用职能之便, 于 1984 年成立了胃炎研究组。该研究组包括: 临床研究室、胃镜研究室、病理研究室、生化研究室、放射线研究室、电子显微镜研究室、胃液分析室、临床统计研究室等多个涉及多学科的综合研究组。先后承担国家“六五”、“七五”、“八五”攻关课题, 研究出“胃福冲剂”、“养阴清胃冲剂”等国家三类新药, 出版《萎缩性胃炎以痛论治与研究》、《脾胃病与胃癌癌前期病变研究》专著。这种对名老中医经验继承整理, 除师徒配合整理的部分医案外, 能将老中医的临床经验提到科研尺度进行系统研究, 并用现代手段进行观察整理的, 可以说是为数不多。现将师翁“萎缩性胃炎以痛论治”科研研究结果概述于下。

在“六五”、“七五”期间, 第 1 阶段 (1984 年 7 月—1986 年 4 月) 进行“萎缩性胃炎中医辨证论治的临床研究”。治疗萎缩性胃炎患者 102 例, 总有效率达 92.16%。其结果见表 1。

表 1 萎缩性胃炎第 1 阶段疗效

疗效	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
例数	29	39	26	8	94
百分比	28.43%	38.24%	25.49%	7.84%	92.16%

在第 2 阶段 (1986—1989 年) “治疗萎缩性胃炎中药剂型改革与药理作用和临床研究”中, 将中药汤剂制成冲剂 (其工艺、质量标准、药理药效、毒理等各项指标均按国家卫生部研究国家级三类新药标准进行规范), 完成了 128 例萎缩性胃炎的疗效总结, 总有效率达 97.66%。结果见表 2。

表 2 萎缩性胃炎第 2 阶段疗效

疗效	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
例数	84	28	13	3	125
百分比	65.63%	21.88%	10.16%	2.34%	97.66%

基于胃炎组取得的上述可喜成果, 由师翁领导的胃炎组在国家“八五”攻关中医药项目中再次中标, 在 1992—1995 年 4 年时间内完成了“中医药治疗胃癌癌前期病变的临床及实验研究”课题。相应部门提出攻关要求: “通过中医药治疗胃癌癌前期病变的临床及实验研究, 探索反突变及抑制癌细胞的规律, 研制出疗效好的预防胃癌的新药, 使胃癌的发病率有所下降。”为了解除萎缩性胃炎患者的痛苦, 师翁毅然决定把自己毕生经验, 治疗胃癌癌前病变的秘方——十三方献给全人类, 做出自己的一点贡献。后十三方因科研需要更名为“阻癌冲剂”。经阻癌冲剂与维霉素制剂双盲对照, 对 117 名病例进行治疗分析。经阻癌冲剂治疗 86 例, 总有效率达 89.54%, 而对照组维霉素制剂治疗 31 例, 总有效率达 61.29%, 治疗组明显高于对照组, 见表 3。

表 3 疗效比较

分组	疗效	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
阻癌冲剂	例数	28	24	25	9	125
治疗组	百分比	32.55%	27.90%	29.09%	10.46%	89.54%
维霉素制	例数	5	4	10	12	125
剂对照组	百分比	13.13%	12.90%	32.26%	38.71%	61.29%

后期毒理实验研究表明, 阻癌冲剂除大剂量组对肝脏可产生可逆性毒性作用外, 对其他脏器组织均无毒性发现 (因阻癌冲剂中含黄药子)。药效学实验表明, 阻癌冲剂对胃癌癌前期病变有明显的防治作用, 而且对已产生的癌前病变有明显的治疗作用。在抗突变试验中, 应用 Ames 试验、染色体畸变试验和微核试验均证明阻癌冲剂有显著的抗突变作用, 呈良好的量效关系 (注: 阻癌冲剂在二期临床后因对肝功有可逆性损害而被迫搁浅)。

4 熠熠闪光 照耀四方

师翁高风亮节, 德高望重, 清贫守志, 经常教育我们: “医者仁术, 决不可以治病为商贾, 要把良心摆正, 研究真正的学问。”早年行医时, 他的高尚医德就为世人所称颂。行医看病不分贫富, 不计官民, 遇有穷苦病人不但分文不收, 有时还解囊相助。

人们将师翁比喻为我国中医界一颗熠熠闪光的红宝石。近年来, 年逾古稀的师翁走出国门, 足迹遍及美国、前苏联、日本、韩国、斯里兰卡等地。

1990 年, 师翁应前苏联国家卫生部部长之邀, 前往苏联参与筹划组建苏联东方最高疗养院, 院内设中国式疗养馆。苏联国家卫生部部长许诺疗养院建成后, 聘任师翁为名誉院长并给予高额年薪……

1991 年, 师翁以个人名义亲自主持召开中国沈阳中医药国际学术会议, 共同交流中医学术, 商讨中医发展大计。与会嘉宾达 786 人, 其中不乏各地名老中医及国际友人、知名专家。大会动用了英、俄、日、韩多语通译, 可谓盛事空前。

1991 年 10 月, 在科伦坡举行的世界卫生组织第 24 届针灸辅助医学国际学术会议上, 师翁在大会作题为《中国传统医学将对人类健康做出贡献》的精彩演讲, 震撼与会各国学者, 誉满科伦坡, 赢得斯里兰卡人民爱戴。世界卫生组织特地授予其“中医学博士”学位, 斯里兰卡总统夫人代表总统本人亲自授予其“红宝石”勋章, 为国争光, 可喜可贺!

1992 年, 师翁前往美国旧金山斯坦福大学美国国家中药研究中心访问, 受到主人热情款待, 并挽留师翁和他们一道工作。回国后, 师翁想到众多病人之疾苦并种种原因未能成行。

同年, 应韩国明智大学之邀请, 师翁前往汉城参与筹划成立明智大学中药系事宜。

为了解除患者病苦, 师翁每到一国, 每临一处都毫不保留的将其毕生经验传授给当地同仁。受业于师翁的外籍门第早已遍及俄罗斯、美国、加拿大、韩国、日本、法国、澳大利亚、马来西亚等世界各地, 中华医药得以在世界各地大放异彩。