

· 浊毒研究专题 ·

# 李佃贵从浊毒论治慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生

刘小发 刘建平 杜艳茹 白海燕 毛宇湘

**【摘要】** 本文介绍了李佃贵教授对慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的治疗经验,在传统中医对本病认识的基础上,李佃贵教授提出浊毒内蕴是本病的重要病机之一。临床上既重视辨症与辨证的有机结合,将本病复杂的临床表现归纳为痛、胀、痞满、寒、呆、噎、烧、泻、秘九症,并分证论治,又重视宏观和微观的结合,参考胃镜、病理等,运用现代中药药理成果综合论治。

**【关键词】** 慢性萎缩性胃炎; 肠上皮化生; 名医经验; 李佃贵

**【中图分类号】** R573.3+2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.11.004

**Discussion of treating chronic atrophic gastritis with intestinal metaplasia based on Zhuodu theory by LI Dian-gui** LIU Xiao-fa, LIU Jian-ping, DU Yan-ru, et al. Department of Spleen and Stomach Diseases, Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011, China  
Corresponding author: MAO Yu-xiang, E-mail: maoyuxiang88@sohu.com

**【Abstract】** This article introduces the clinical experience of Professor LI Dian-gui treating chronic atrophic gastritis (CAG) with intestinal metaplasia. Professor LI suggests that internal stasis of turbidity and toxicity is one of the main causes of CAG with intestinal metaplasia, based on traditional Chinese medicine (TCM) understanding of the disease. He combines symptom differentiation and syndrome differentiation in clinical practice, and concludes nine symptoms from the complicated clinical presentations of the disease: pain, flatulence, distention and fullness, coldness, loss of appetite, belching, heartburn, diarrhea, and constipation, then adapts different treatments according to different syndromes, combining macroscopic and microscopic, taking the results of gastroscopy and pathological examinations into consideration, using modern TCM pharmacological achievements for treatment.

**【Key words】** Chronic atrophic gastritis; Intestinal metaplasia; Doctor's experience; LI Dian-gui

慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜上皮和腺体萎缩,数目减少,胃黏膜变薄,黏膜基层增厚为主症的消化系统疾病;肠上皮化生是指胃黏膜上皮转变为含有帕内特细胞或杯状细胞的小肠或大肠黏膜上皮组织,肠上皮化生是胃黏膜损伤的一种指标,也是慢性萎缩性胃炎的重要上皮变化<sup>[1]</sup>,慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生被普遍认为是一种胃癌前病变,所

以日益受到人们的重视,李佃贵教授认为慢性萎缩性胃炎及其癌前病变应从浊毒论治。浊毒多由脾胃运化失司,水液代谢失常,聚湿生浊,迁延日久而成。脾胃为后天之本,气血生化之源,而饮食不节(不洁),或情志不舒,皆可导致脾胃运化水谷之功能失司,水反为湿,谷反为滞,湿滞日久则生浊邪,叶天士谓“湿久浊凝”,浊邪日久不解而生浊毒,浊毒不唯伤胃阴,更阻胃络,导致胃体失于濡养,胃腺萎缩,并在此基础上变生恶病。慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的主要病理改变为:胃黏膜由桔红色变为苍白色;黏膜变薄,血管显露;腺体广泛萎缩破坏,出现肠上皮或假幽门腺化生的还可见黏膜颗粒状隆起,皱壁粗大<sup>[2]</sup>。这些病理变化,也在一定程

基金项目:河北省中医药管理局资助课题(2015091)

作者单位:050011 石家庄,河北省中医院脾胃病科

作者简介:刘小发(1980-),硕士,主治医师。研究方向:中医治疗胃癌前病变。E-mail:dsds80@126.com

通讯作者:毛宇湘(1962-),硕士,主任医师,教授。研究方向:中医治疗消化系统癌前病变。E-mail:dsds80@126.com

度上验证了以上所述的发病机理。

## 1 辨症和辨证相结合

辨证论治是中医治疗疾病的一大特色,但是李教授认为对慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的治疗,既要重视辨证,又要重视辨症。本病临床表现复杂多样,根据多年临床经验,李佃贵教授总结出了慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的九个主要临床症状,即痛、胀、痞满、寒、呆、噎、烧、泻、秘,九症可单独出现,也可几症同时出现。每个症的病机各不相同,或气滞、或血瘀、或浊毒内蕴、或胃阴亏虚。对于就诊患者,首先要明确其主证,然后再辨证论治其主证,方能标本兼治,效如桴鼓。

### 1.1 痛症

李教授认为痛之产生,不外二因,一为不通,二为不荣,不通者,或气滞,或血瘀,或浊毒内蕴;《内经》曰:“木郁之发,民病胃脘当心而痛。”元代医家危亦林在《世医得效方·大方脉杂医科》中认为“忧气、喜气、惊气、怒气”皆可致“心腹刺痛,不能饮食”<sup>[3]</sup>。叶天士云“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”,不荣者多为胃阴亏虚。《临证指南医案》提出此病多因“胃汁之枯”“平昔液衰”致病,亦有用药不当耗伤胃津而致胃脘痛者<sup>[4]</sup>。气滞之痛,多为胀痛,牵及胸胁,遇怒痛甚,治以自拟二胡汤为主,药物包括柴胡、延胡索、白术、白芍、青皮、陈皮等;血瘀之痛,痛处多固定,如针刺刀割,夜晚明显,治以失笑散和丹参饮为主;另外李教授在多年临床经验的基础上,创造性地提出浊毒的概念,并认为浊毒内蕴是慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的主要因素之一,浊毒多是由于脾胃运化水湿功能失调,湿浊聚积中焦日久化热所成,常夹痰夹瘀,病势缠绵,浊毒内蕴,胃脘疼痛,常伴嘈杂灼热,大便不爽,治以自拟化浊解毒汤,药用茵陈、黄连、蒲公英、藿香、黄芩等。胃阴不足,不荣则痛,多为隐痛,饥不欲食,舌红少津,方用自拟养阴消萎汤,药用沙参、麦冬、石斛、天花粉、白芍、玄参等药物。

### 1.2 胀症

李教授认为胀症之因,不外有二,一者肝气郁结,忧思郁闷,情志不畅,致肝失疏泄,胃失和降,发为胀满,情志不遂多为诱因,胀满多牵及胸胁,脉多见弦象。治以疏肝理气,和胃消胀,多以柴胡舒肝散为主方加减;二者浊毒瘀阻,浊毒内蕴,夹痰夹

瘀,中焦气机不畅发为胀满,多夜间加重,怕冷,面色暗滞,治以化浊解毒,行瘀消胀,药选茵陈、黄连、川芎、延胡索、三七粉、丹参、全蝎等。

### 1.3 痞满症

张景岳谓“痞者,痞塞不开之谓;满者,胀满不行之谓。盖满则近胀,而痞则不必胀也”<sup>[5]</sup>,将痞满分开论述,并各分虚实论治。李教授临床亦将两者分开论治,痞者多因脾胃虚弱,湿浊中阻,致脾胃升降失司,治当攻补兼施,但是李佃贵教授临床上不喜用人参、党参等纯滋补之品,认为“脾少真虚,多为湿困”,故恐滋腻碍脾、中焦壅滞胀满,反助病邪。而喜白术、苍术合用,正如张志聪《本草崇原》云:“凡欲补脾,则用白术;凡欲运脾,则用苍术;欲补运相兼,则相兼而用。”<sup>[6]</sup>常以白术、茯苓、砂仁、紫豆蔻等健脾扶正,石菖蒲、茵陈、黄连、藿香、佩兰、半夏等芳香化浊,燥湿消痞;而满之为症,多为脾虚中焦气机不畅,治以健脾行气为主,药用白术、半夏、枳实、川厚朴等。

### 1.4 寒症

萎缩性胃炎伴肠上皮化生的患者多胃部畏寒,甚至全身畏寒,此时尤应当辨别是真寒还是假寒,真寒者,盖因日久脾肾阳虚,不能温煦,多精神萎靡,小便清长,苔多白腻,脉多迟缓,切诊腹部,皮温偏凉,假寒者,精神状况尚可,多大便黏腻,小便黄赤,苔多黄腻,脉多弦滑有力,皮温多正常或偏热,《素问·六元纪大论》云:“动复则静,阳极反阴。”李教授谓真正的脾肾阳虚临床少见,多为湿热浊毒内蕴,阻遏气机,阳气不能覆布而出现的假寒证,此时若妄投温补,常常加重病情,并以暖气管道为例,浊毒即管道中之污垢,非锅炉不烧,而是污垢积塞,管道不同所致。所以用芳香苦寒之药化浊、燥湿、解毒才是治本之法,常用大量苦寒之药,药用藿香、佩兰、茵陈、黄连化浊解毒,全蝎、蜈蚣走窜性强,以通经络而使阳气得以覆布,如患者畏寒较为明显,则可稍加干姜、肉桂等反佐。需要指出的是寒因寒用必须以黯红或红色舌,黄腻或黄厚腻舌苔,脉象多弦滑为用药依据。

### 1.5 呆症

呆者,即纳呆,或谓“胃纳呆滞”,指患者不欲饮食或进食后有饱滞之感,甚则厌食,是一种临床常见的脾胃病症状。呆症的出现大致有三种:一为饮食不节,宿食停滞,症见纳呆腹胀,噎腐吞酸,

舌苔厚腻,脉弦,治以消食导滞,调和脾胃,药用枳实、大黄、白术、鸡内金等;二为情志所伤,肝郁反胃,症见纳呆噯气,善太息,脉象多弦治以疏肝理气开胃,药用香附、青皮、柴胡、香橼、佛手等;三为湿浊困阻,症见纳呆口黏,身重倦怠,治以化浊运脾,顺气宽中,药用陈皮、半夏、茯苓、佩兰、砂仁、紫豆蔻等。

### 1.6 噯症

李教授认为噯气当从以下三个方面论治:一是气机郁滞,胃气上逆,发为噯气,隋·巢元方《诸病源候论·噯噯候》云:“谷不消,则胀满而气逆,所以为噯而吞酸。”<sup>[7]</sup>《类证治裁》云:“肝木性升散,不受遏郁,郁则经气逆,为噯、为胀、为呕吐、为暴怒胁痛、为胸满不食、为飧食泄……皆肝气横决也。”<sup>[8]</sup>治以顺气解郁,和胃降逆,药用旋覆花、代赭石、木香、乌药、半夏、紫苏梗等。二是痰火浊毒犯胃,胃失和降,《丹溪心法·噯气》认为噯气是因“胃中有痰火”。多伴见口臭烦渴,脘腹满闷等,治以化浊解毒,和胃降逆,药用茵陈、黄连、藿香、紫苏叶、陈皮、竹茹等。三是心火上炎,《素问·宣明五气篇》云“五气所病,心为噯”,多伴见心烦、失眠、尿赤等症,心火上炎,母病及子,治以开心气、清心火,药用石菖蒲、远志、郁金等。

### 1.7 烧症

烧即烧心,又名“嘈心”“嘈杂”,即患者感到胸骨后或胃脘部烧灼感,李教授认为临床上此症的出现大约有三端:一为饮食不节,痰火热盛为患,《寿世保元·嘈杂》云:“夫胃为水谷之海,无物不受。若夫湿面鱼腥、水果生冷,以及烹饪不调,黏滑难化等物,恣食无节,朝伤暮损,而成清痰稠饮,滞于中宫,故为嘈杂噯气吞酸痞满。甚则为翻胃膈噎。……实痰火之为患也。”<sup>[9]</sup>热盛者或胃火过盛,多伴见牙龈肿痛,便干溲赤,治以清热解毒,方用石膏、黄连、栀子等。或为浊毒阻胃,多伴口黏肢困,大便黏腻不爽,治以化浊解毒。药用藿香、佩兰、薏苡仁、砂仁、紫豆蔻、滑石、茵陈、黄连等;二为肝火犯胃,《周慎斋医学全书》曰:“嘈杂,是脾虚肝火得以乘聚也。”<sup>[10]</sup>多以丹栀逍遥为主方加减治疗;三为阴血不足,《景岳全书·杂症谟·嘈杂》“……又有误用消伐等药,以致脾胃亏损,血少嘈杂,中虚则烦杂不饥,脾弱则食不运化,此宜专养脾胃……”<sup>[5]</sup>阴虚所致的烧心,多隐隐灼痛,似饥而不食,心烦少寐,

舌质少津,治以滋阴润胃,药用百合、乌药、沙参、麦冬、五味子、乌梅等。

### 1.8 泻症

泻症的出现,不外有三端,一是食滞肠胃,《素问·痹论》:“饮食自倍,肠胃乃伤。”伴见噯腐吞酸,泻下粪便臭如败卵,舌苔垢浊或厚腻,治以消食导滞,药用神曲、山楂、莱菔子、鸡内金、半夏、茯苓、陈皮等;二是湿热下注,《素问·太阴阳明论》“湿胜则濡泄”,《素问·至真要大论》“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”,伴见泻下急迫,或泻而不爽,肛门灼热等,治以清热燥湿,条畅气机,药用葛根、黄芩、黄连、白头翁、芍药、败酱草等;三是脾胃虚弱,巢元方《诸病源候论》“腹内肠鸣而泄利,此由脾胃气虚冷故也”,《景岳全书》“泄泻之本,无不由于脾胃”“饮食不节,起居不时,以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,乃致合污下降而泻利作矣”<sup>[5]</sup>。泄泻多是由于脾胃气虚,阴寒内盛,水谷不得运化,清浊混杂而下,而发生肠鸣、泄泻。或脾虚清阳不升,发为泄泻,伴见完谷不化,迁延反复,神疲倦怠等,治以健脾益气,升阳止泻,药用人参、白术、山药、扁豆、莲子肉、茯苓、薏苡仁、砂仁等。日久脾虚及肾,脾肾两虚,则见五更泻,治以四神丸加减。

### 1.9 秘症

秘症有虚实,实者或因气机郁滞,《症因脉治·大便秘结论》提出:“诸气怫郁,则气壅大肠,而大便乃结。”<sup>[11]</sup>或因火热内结,刘完素谓:“阳气怫郁”则“结滞壅塞而气不通畅,所谓热甚则腠理闭塞而郁结也”,致肠腑气结,发为便秘,治以顺气导滞或清热泻火,药用川厚朴、枳实、大黄、槟榔、芦荟等;或肝气不舒,叶天士《临证指南医案》中载有“多郁多怒,诸气皆闭,肠胃不司流通”<sup>[4]</sup>,治当通气降气,厚朴三物汤加减治疗。虚者或因气虚推动无力,或以液亏而舟不能行,窦材《扁鹊心书·便秘》云:“老人气虚,及妇人产后血少,致津液不行,不得通流,故大便常结。”<sup>[12]</sup>补气通便,药用黄芪、白术等,养阴通便,药用当归、瓜蒌、火麻仁、柏子仁、郁李仁、肉苁蓉等。

## 2 宏观与微观相结合

所谓宏观,即指传统意义上的望闻问切,微观即是指借助现代的高科技仪器所获取的信息。临

床上,李教授既反对一味照搬西医西药、“唯西为上”的做法,也反对置现代高科技于罔闻,操古方以治今病的所谓“纯中医”,认为当代中医正确的做法应该是“衷中参西”“中体西用”。要善于借鉴现代一些先进的医疗器械,并指出胃镜、病理其实都是望诊的延伸。除了对患者进行传统意义上的望闻问切,还应该参考胃镜、病理等,方能更准确地抓住疾病的本质,取得满意疗效。

本病从宏观的外在表现而言,既有胃脘隐痛、痞胀、舌苔黄腻、舌下脉络瘀紫增粗或迂曲、脉弦等血瘀气滞痰凝之症,又有面色无华、形瘦神疲、短气乏力等脾胃气虚之状。而结合微观辨证,胃镜下可见胃黏膜苍灰色,且色调不均匀,大片苍白区,组织缺血缺氧,进而胃黏膜层萎缩变薄,恰似中医学所谓“痿者萎也”,气血不足,胃络失养,萎弱不荣,当为脾胃气虚之象;胃黏膜变薄后血管隐现,胃固有腺体明显萎缩,甚至消失的同时,又可见胃黏膜充血水肿,以及在萎缩黏膜上并发胃小凹上皮细胞增生,导致局部黏膜层反而变厚,呈颗粒状或结节状凸起的萎缩性胃炎形成,这又与痰湿浊毒瘀血内阻的中医病机相吻合,如此便会对疾病的本质有更准确的把握。并且有研究发现各证型的内镜下胃黏膜各有特点,脾胃虚寒型胃黏膜相可见:胃黏膜红白相间,以白为主,丝状血管可见;也有相当部分胃黏膜红白相间,以红为主,或花斑样改变,为散在均匀的小红点,且有黏膜水肿,以胃小弯明显。肝胃不和型胃黏膜相可见:胃黏膜明显萎缩,红白相间,线状发红或小片状改变,常呈斑样充血,线状充血可常见于黏液斑,局部或大片发红,可见小丘疹状隆起,顶部有脐状凹陷。胃阴亏虚型胃黏膜相可见:胃黏膜多呈灰暗色,深浅不一,萎缩范围可以是弥漫的,也可以是局限的,皱壁变细或消失,胃液分泌量少,呈龟裂样改变,黏膜表面粗糙不平,可透见黏膜小血管网<sup>[13]</sup>。

临床上患者内镜下表现为胃黏膜灰白伴糜烂,有新鲜出血点加苦参、蒲公英、仙鹤草、三七粉清热燥湿、凉血止血;伴胆汁反流加白及、蒲公英、紫苏梗;轻度肠上皮化生、不典型增生者用白花蛇舌草、半枝莲、半边莲;中度肠上皮化生和不典型增生属

中度者用黄药子、白英;不完全型大肠上皮化生和重度不典型增生或疑为癌变者药用三棱、皂角刺、王不留行,甚或用全蝎、蜈蚣、虻虫等虫类药防癌抗癌;幽门螺杆菌阳性予苦参、蒲公英、白花蛇舌草抑菌。病程日久,久病入络加用全蝎、蜈蚣、僵蚕等虫类药;胃黏膜灰白、黏膜变薄、分泌物减少,固有腺体减少,可加当归、丹参、川芎、红花活血止痛,改善黏膜血供。真性无酸者,可加乌梅、五味子、石斛等。胃肠钡餐造影胃张力低下,蠕动缓慢,加枳实、厚朴、瓜蒌、炒莱菔子等。

总之,慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生,病机复杂,多虚实夹杂,症状变化多端,临床上既要辨清主症,又要辨准主证;既要以中医理论为指导遣方用药,又要结合现代仪器以更好地认清疾病本质,运用中药现代药理研究成果增强疗效。另外本病多病程较长,患者思想压力较大,多有焦虑、烦躁等不良情绪,要予以合理疏导,配合药物治疗,方能取得满意疗效。

## 参 考 文 献

- [1] 房静远,刘文忠,李兆申,等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学,2013,18(1):24-36.
- [2] 中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志,2004,21(2):77-78.
- [3] 许敬生. 危亦林医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,2006.
- [4] 叶天士. 叶天士医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,1999.
- [5] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京:人民卫生出版社,2007.
- [6] 张志聪. 本草崇原[M]. 北京:学苑出版社,2011.
- [7] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京:人民军医出版社,2006.
- [8] 林佩琴. 类证治裁[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [9] 龚廷贤. 寿世保元[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [10] 周慎斋. 周慎斋医学全书[M]. 海口:海南出版社,2010.
- [11] 秦景明. 症因脉治[M]. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [12] 窦材. 扁鹊心书[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011.
- [13] 李林青. 微观辨证在慢性萎缩性胃炎证治中的应用[J]. 内蒙古中医药,2007,(12):9.

(收稿日期:2016-05-13)

(本文编辑:禹佳)