

# 杨晋翔教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验

邱岳 李志钢 苏琳 潘雪

**【摘要】** 文章介绍了杨晋翔教授对慢性萎缩性胃炎中医药治疗的临证经验以及慢性萎缩性胃炎的病因病机、辨证论治、调摄等方面的认识。杨教授指出气阴亏虚、胃络瘀毒为慢性萎缩性胃炎的两大基本病机,益气养阴、化瘀解毒为慢性萎缩性胃炎的治疗大法,并应针对不同情况,合理准确地遣方用药。

**【关键词】** 慢性萎缩性胃炎; 杨晋翔; 病因病机; 经验介绍

**【中图分类号】** R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.08.030

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是以胃黏膜固有腺体萎缩为主要表现的慢性炎症。目前认为 CAG 的发生是一个多病因综合作用的、漫长的、多阶段、多基因的变异积累过程;其次 CAG 的演变规律为“正常胃黏膜→浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生→异型增生→胃癌(肠型)”<sup>[1]</sup>,CAG 已明确被世界卫生组织认定为癌前疾病<sup>[2]</sup>。据调查,中国慢性萎缩性胃炎的癌变率为 3%~5%<sup>[3]</sup>,近几年又有上升的趋势。胃癌死亡居恶性肿瘤死亡首位,20 世纪 90 年代胃癌死亡占恶性肿瘤死亡的 23.2%,并且在过去的 20 年中,呈上升趋势<sup>[4]</sup>。因此,胃癌是目前肿瘤防治的重点,但临床上始终缺乏特异的治疗方法,而 CAG 的早期发现和治疗是降低胃癌发病率的有效途径。

导师杨晋翔教授从事中医临床、科研工作近 30 年,是董建华院士学术传承继承人,长期从事消化病的临床及实验研究,在胃癌前病变的临床和实验研究中,对抗胃癌前病变的中药筛选与机制研究等方面有丰富研究经验,尤其在临床实践中对胃癌前病变的病机、病性、治则和方药具有独到的认识,颇具造诣,积累了丰富的临床经验。笔者跟师学习,感触颇深,现将杨教授对慢性萎缩性胃炎的认识及临床治疗萎缩性胃炎的经验举要阐述如下,以飨同道。

## 1 胃以降为顺,以“通降”为指导思想

胃为阳明燥土,主受纳水谷,有“太仓”“水谷之海”之称。胃属六腑,《素问·五脏别论篇》曰:“六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也。所以然者,水谷入口则胃实而肠虚,食下则肠实而胃虚。”可见胃的功能即受纳、通降水谷,故胃

以降为顺。若胃主通降功能失常则胃气上逆,出现纳呆、恶心、呕吐、嗝气等症。脾宜升则健,胃宜降则和,脾胃居于中焦,为气机升降之枢纽,脾胃升降有序,中焦气机通畅,气血生化有源,胃失和降不仅会影响脾胃的功能,还会影响全身气机升降。在临证治疗慢性萎缩性胃炎时,杨教授继承了董建华院士临床治疗脾胃病的学术思想及临证经验,以通降、调气血为指导思想。杨教授认为通则不痛,气血调和也;痛则不通,气血瘀滞也,胃脘胀痛,归根结底也是气血不通造成的。诚如清·高士宗在《医学真传》中所说:“通之之法,各有不同,调气以和血,调血以和气,通也;上逆者使之下行,中结者使之旁达,亦通也;虚者助之使通,寒者温之使通,无非通之之法也。”治疗胃病采取这样多种通法,目的是为了胃气通降,完全符合胃气主降,胃宜降则和,腑以通为补的原则。在 CAG 患者以胃腹胀满,痞满不舒,气机不调为主要表现时,酌加香附、苏梗、香椽皮、佛手、橘皮、枳壳、大腹皮等理气而不伤阴的药物,共奏理气通降之功,在临证中取得了满意的疗效。

## 2 脾胃亏虚为本,胃络瘀毒为标

关于慢性萎缩性胃炎病机的认识,多数学者认为其关键是虚与瘀,而虚主要是指气虚与阴虚<sup>[5]</sup>。杨晋翔教授认为萎缩性胃炎为本虚标实的虚损病。本病之虚主要为脾胃亏虚,脾为太阴湿土,常亏虚于阳气,胃为阳明燥土,常亏虚于阴液,此为发病的前提和本质。本病之实,多为虚损之后所继发,脾气亏虚,血失鼓动,血滞成瘀阻络;脾失健运,湿浊不化,痰湿停聚;痰阻湿郁,加之阴液亏损,则易引起虚火妄动。其中脾胃亏损是本病较为突出的病理表现,胃阴亏损加胃络瘀阻,胃失于滋润濡养,是导致胃腺体萎缩的重要病机。综上所述,杨教授认为本病的基本病机是气阴亏虚、胃络瘀毒,往往兼有脾虚血瘀、肝胃不和或湿热中阻,总属本虚标实,虚实夹杂。

鉴于对本病气阴两虚、胃络瘀毒的病机认识基础上,杨晋翔教授指出“治病必求于本”,治疗慢性萎缩性胃炎重在

基金项目:北京中医药大学 2013 青年教师专项计划(2013-QNJSZX-003)

作者单位:100029 北京中医药大学第三附属医院呼吸科(邱岳);新疆自治区中医院内科(李志钢);北京中医药大学第三临床医学院[苏琳(硕士研究生)、潘雪(硕士研究生)]

作者简介:邱岳(1984-),硕士,主治医师。研究方向:中医药治疗消化系统疾病。E-mail:springqiu@163.com

“溯本求源”,盖气虚不能温运,阴虚不能滋养,本病发生与转归,无不与脾胃之气阴有关。胃腑功能以通降为顺,中焦气机失调,瘀毒内阻,血行不畅则诸症生。因此,治以“益气养阴、化瘀解毒”为法,关键有三点:一则使纳化复常,气血生化之源充盛,胃腑、形体得以充养;二则使清升浊降,中焦气机舒达,而痞消结散;三则使气盛阴充,血脉畅利,消除胃络瘀毒。

### 3 中西互参,微观辨证

同时杨教授还结合现代辅助检查手段进行微观辨证<sup>[6]</sup>,即参照胃镜下黏膜的表现,联系中医理论,进行辨证。《素问·阴阳应象大论篇》指出“阳化气,阴成形”,因此通过望色、望形质可以判断胃腑阴阳盛衰虚实。慢性萎缩性胃炎之胃腺体萎缩、胃酸和胃蛋白酶分泌明显减少,与中医认为胃阴不足、阴津虚损的病机相关;胃镜下可见黏膜下蓝色或暗红色血管网,胃黏膜血流量明显低于正常人,与中医辨证瘀毒内阻、血行不畅的认识相合。如黏膜变薄、苍白,黏膜下血管清晰可见,胃壁蠕动减弱,辨证为脾气不足,治以健脾益气,以党参、黄芪、甘草、茯苓、白术等为主;如黏膜光滑,变薄变脆,颜色以红为主,分泌物少,认为胃阴亏虚,治以养阴益胃,以太子参、生地、麦冬、石斛、枸杞子、知母等滋阴之品为主;若见到胃镜下黏膜暗红、水肿,或黏膜粗糙不平,有结节隆起呈颗粒状或鹅卵石样,或有瘀点瘀斑、幽门变形、瘢痕形成等,考虑为瘀血阻滞,治以活血化瘀,加用丹参、川芎、莪术、三七等;若伴有不同程度的肠上皮化生或不典型增生,酌加莪术、白花蛇舌草、薏苡仁等以达清热解毒、活血消癥之目的,并尚有一定的抗癌作用,利于癌前病变的恢复。

### 4 用药经验

针对本病气阴两虚、血瘀的基本病机,用药以杨教授提出的“益气养阴、化瘀解毒”治法为原则。叶天士亦指出:“胃为阳土,宜凉宜润”,胃乃阳明燥土,属阳,生理特性喜润恶燥,故益气养阴以治其本。张景岳根据阴阳互根原理,提出“善补阴者,必于阳中求阴”,气阴亏虚日久,气虚及阳或阴损及阳,气虚血瘀或寒凝血瘀日久而成阳虚血瘀之证,则当于益气养阴之剂中配温阳、活血通络之品,温运气血,活血通络,瘀祛新生,则气血充,胃腑得其濡养,为治标之法。如此标本兼顾,胃腑得其所养,则胃纳腐熟功能正常,则诸症消。同时,寒凝则气滞,行气之药必不可少,但理气之药多数偏于温燥,易伤胃阴,临床应随症斟酌使用。临证时,必须把握气阴亏虚这一根本病机,同时明辨阳虚与血瘀及其他兼证的轻重主次,随症加减;有杂和之病,要用杂和之方,并需时时注意证型的转变,做到方随证转,不可拘泥。

杨教授临床治疗慢性萎缩性胃炎时常以董建华院士创制的消痞颗粒为主,益气养阴、化瘀解毒之品皆可兼顾。消痞颗粒主要由党参、炙百合、乌药、香橼、丹参、三七粉、蒲公英、白花蛇舌草等组成,功能益气养阴,化瘀散结。根据患者

病情随症加减:暖气者,酌加代赭石、旋覆花、半夏;失眠者,酌加合欢皮、首乌藤、酸枣仁;胃酸不足或无酸者,酌加乌梅、山楂;胃脘嘈杂,口渴引饮,舌干红绛或舌体裂纹、苔少无津或无苔者,酌加芦根、麦冬、玄参;口渴不欲饮、舌苔白腻者,酌加藿香、厚朴、苍术;不思饮食,舌苔白腻者,酌加神曲、山楂、麦芽;大便干结者,可酌加郁李仁、麻子仁;心烦急躁者,酌加香附、绿萼梅、玫瑰花;胁痛较重者,酌加延胡索、川楝子;痞满者,酌加香橼皮、广木香、槟榔。

临证用药过程中,杨教授指出应注意以下三个方面:

(1)补法宜慎。慢性萎缩性胃炎出现痞胀乃本虚标实。补药多味甘,甘能生满壅湿,补则滞气,并使药物不能达于病所,故当慎用或清补,如参用太子参、党参等。(2)顾及胃阴。选用理气消痞药物时,当以轻清为原则,可选枳壳、佛手、香橼皮、大腹皮等理气而不伤阴之品。治疗胃阴亏虚为主时,当甘凉润燥以养阴益胃,如沙参、麦冬、石斛等,药不可过于滋腻,以免有碍脾胃、阻滞气机。如见气阴两虚,当益气养阴、健脾养胃并举,使脾气得升,胃得润降,出入有序,胃则安和。(3)活血适度。瘀血证的出现常伴有气虚、血虚、阳虚等,临证时当加以考虑。活血药物易损伤正气,脾胃虚弱者不宜用峻猛之药,更不易过服、久服。

### 5 预防调养

杨教授十分重视饮食宜忌,预防调养。合理的调养,不但可以配合治疗,增强疗效,还可增强脾胃功能,减少疾病复发。患者平素当少食多餐,五味调和,荤素搭配,不得消化;忌过热过冷、肥甘油腻、坚硬粗糙、辛辣刺激及少食产酸、产气性食物;食后忌卧、忌思考、忌剧烈活动;胃酸多者不宜食甜食、牛奶。另外,因本病可由情志变化、劳逸不当、寒温失宜而诱发,故在治疗调养过程中,舒畅情志、劳逸结合、四时起居调摄也应得到重视。

### 参 考 文 献

- [1] 孟宪镛. 胃癌癌前病变和胃癌相关疾病[J]. 交通医学, 2006, 20(4): 364-366.
- [2] 徐斌, 黄玉凯, 周进. 慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断对照分析[J]. 中华全科医学, 2014, 12(9): 1388-1390.
- [3] Correa P. A human model of gastric carcinogenesis[J]. Cancer Res, 1988, 48(13): 3554-3560.
- [4] 孙秀娣, 牧人, 周有尚, 等. 中国胃癌死亡率 20 年变化情况分析及其发展趋势预测[J]. 中华肿瘤杂志, 2004, 26(1): 4-9.
- [5] 杨晋翔, 邱岳, 李志钢. 中医药干预治疗慢性萎缩性胃炎伴异型增生的研究进展[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2010, 17(6): 37-40.
- [6] 杨晋翔, 魏玥, 彭继升, 等. 中医药治疗胃癌癌前病变临床述评[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2013, 20(1): 7-11.

(收稿日期: 2014-10-23)

(本文编辑: 蒲晓田)