

# 李汉文主任治疗慢性萎缩性胃炎经验

王玉娟 邓华亮

【摘要】 慢性萎缩性胃炎病势缠绵,迁延难愈。李汉文主任医师治疗慢性萎缩性胃炎强调立足于脾胃气阴两虚,气滞痰凝,气滞痰凝的本虚标实的病理机制,病证结合,圆机活法,通过采用和中消痞、宣畅气血、寒热并用、祛瘀生新等治疗大法,以和为圣度,奏扶正祛邪之功。举隅典型病案,以反映李汉文主任治疗慢性萎缩性胃炎的学术思想。

【关键词】 慢性萎缩性胃炎; 李汉文; 中医药; 经验

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.10.023

慢性萎缩性胃炎系指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体减少,常伴不完全型肠上皮化生或中、重度异型增生的一种慢性胃部疾病<sup>[1]</sup>,病情缠绵难愈,世界卫生组织将其列为胃癌前状态,属临床多发病、疑难病。中医文献中对本病并无独立的病名记载,根据其发病特点及临床表现而散见于“胃痞”“胃脘痛”等病证范畴。

山东省名老中医李汉文主任临证30余载,临床经验丰富,认为本病或寒凝气滞,或寒热并存,或虚实夹杂,多呈复杂之势,临证立足于脾胃气阴两虚,气滞痰凝,气滞痰凝的本虚标实的病理机制,强调圆机活法,辨证施治,通过病证结合,采用和中消痞、宣畅气血、寒热并用、祛瘀生新等治疗大法,共奏扶正祛邪之功,以和为圣度,取得了满意的临床疗效。笔者有幸侍其左右,现谨对李老治疗该疾病的经验作一总结,与同道共勉。

## 1 圆机活法,和为圣度

李主任结合本病长期慢性胃病的病程,认为虚实夹杂,本虚标实可以概括其发病机理,而脾胃气阴两虚是其根本机

转,气滞痰凝、气滞痰凝则贯穿了疾病的整个病理过程。

李老认为任何一种致病因素破坏了人体“内稳态”,引起脾胃功能紊乱,影响水谷腐熟与运化,导致气机不畅,血络失调,均可形成痞满、脘痛等病症。临证中要善于立足于整体观念,正确分析病因病势与邪正消长,圆机活法。施治以客者除之,结者散之,热者寒之,寒者热之,虚者补之,实者泻之。升降之气得调,阴阳相和,《素问·生气通天论篇》中“因而和之是谓圣度”,所言极是。

## 2 条畅气机,脾胃兼顾

气机升降出入运动是人体生命活动的基本形式,升降失调是疾病发生的渊藪<sup>[2]</sup>。脾与胃经络相属相关,互为表里,在生理功能及病理改变上相互影响。华岫云评注《临证指南医案》有云“脾宜升为健,胃宜降则和”。脾胃为全身气机之枢纽,胃主通降,脾升清阳,一升一降,共同完成水谷的运化和输布,二者互为必要条件。

李老强调升清与降浊之间,既是对立,又是统一的,病理条件下,二者常常相因为病。脾虚则清阳易于下陷,胃弱则浊阴之气易于上逆,因此在该病的治疗过程中,始终贯穿着条畅脾胃气机升降的基本治则,兼顾脾胃,升清降浊,祛疾为安。

临证遣方组药时,常遵叶天士“忌刚用柔”之旨,慎用辛香温燥之品,多以四君子汤或六君子汤化裁,胃阴不足则酌加木瓜、乌梅、芍药、甘草等以酸甘化阴,以求脾气以升为顺,胃气以降为和,诚如吴鞠通“中焦如衡,非平不安”之谓。

当然,虽然升阳降逆贵为治疗脾胃疾患之大法,但在临

基金项目:山东省自然科学基金(ZR2012HM051)  
作者单位:250012 济南市中医医院脾胃肝胆科(王玉娟);山东中医药大学科技处(邓华亮)  
作者简介:王玉娟(1971-),女,硕士,主治医师。研究方向:消化系统疾病的中医药防治。E-mail:yujuanwang2004@126.com  
通讯作者:邓华亮(1971-),博士,副教授。研究方向:证候规范化研究与中医临证实践。E-mail:dh11002@sina.cn

证中更当详辨脾胃之别,切勿升降太过。若脾阳一度得升,然胃气不得顺降,浊气则无从下行,反致胃气上逆;如过度应用厚朴、枳实、代赭石等降气药物,力降胃气,可致脾气不能上升反成中虚气陷之弊。

### 3 燮理阴阳,辛开苦降

慢性萎缩性胃炎常因脾胃升降乖戾,运化功能薄弱而助湿生痰,痰湿之邪作祟既可挫伤阳气,又可郁而化热,从而引起寒热互结,虚实错杂之“夹热”“夹寒”等多端变证。日本·丹波元坚《药治通义》尝言:“有病但冷但热而寒热并行者,是一取其性,一取其用,性用适自成一种方剂矣。”而清·张志聪在《侣山常类辨》寒热补泻兼用辩篇中亦有“寒热补泻兼用、在邪正虚实中求之”的记述。

李老临证每见心下痞满,或肠鸣泄泻,或呕吐,苔多黄白相兼之病患,常寒热并用燮理阴阳,多施和胃降逆,辛开苦降之法,疏以泻心汤类方治之。

李老强调运用此法针对中气不足,寒热互结,升降失常,脾胃不和,可使热处得清、寒处得温、实者得泻、虚者得补,脾胃得和,升降相因,消补同施,务求其平。而有学者 Meta 分析比较,辛开苦降立法之中药组方治疗慢性萎缩性胃炎的有效率明显优于单纯西药<sup>[3]</sup>。

胃脘灼热痞塞,乏力纳差,又见畏寒喜暖,或便溏肠鸣,多属脾寒胃热,痰湿阻滞,泻心汤类方既温煦脾阳又清泻胃热,可和胃消痞,清热散寒,临床效果明显。

### 4 祛瘀生新,活血通络

病久入络,慢性胃脘痛一般病程较长,多有血络瘀阻<sup>[4]</sup>。脾胃失和,气滞痰凝,胃络瘀阻概括了慢性萎缩性胃炎的病理机制并涵盖了其病理演变过程。李老认为络脉瘀阻,胃络失于濡养,是导致胃腺体萎缩的重要因素,临床上有时瘀血体征不甚明显,但病理组织学及胃镜检查可发现黏膜充血、水肿,色黯或灰黯,结节隆起,粗糙不平,则提示了局部组织血运不畅,缺氧缺血,致使腺体萎缩,肠上皮化生、增生、恶化等病理表现。

血行不畅、络脉失养、气血瘀滞、津凝痰结、络毒蕴结等病理变化涉及了血管活性物质调控异常、血管内皮细胞平滑肌细胞的损伤机制、细胞外基质代谢异常、细胞因子及信号传导通路调控异常等生物学内容<sup>[5]</sup>。

基于此种认识,临证中李老多用丹参、莪术、穿山甲、皂刺、酒大黄等以活血通络,祛瘀生新,效果颇佳。而现代研究表明,活血化瘀药可以改善胃癌前病变胃黏膜微循环灌注,并建立侧支循环,使局部缺血缺氧得到改善,增加胃黏膜血流量,促进局部炎症吸收,使萎缩腺体复生<sup>[6]</sup>。

本病的病位在胃,与肝脾关系密切,脾胃不合,木郁乘土,导致胃气阻滞,胃络瘀阻,胃失所养,不通则痛。

### 5 临证举隅

患者,男,42岁,2013年8月10日初诊。多年胃病史,素喜辛辣肥甘厚味。胃痛较著,伴脘腹痞满,嘈杂暖气,大便溏结不调,舌体胖大质暗,苔薄黄,根略腻,脉弦细。胃镜提示:慢性萎缩性胃炎;病理诊断:(胃窦)慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生,少许腺体上皮细胞轻度非典型增生。中医诊断:胃脘痛。证属胃络瘀阻、寒热错杂,治以和中消痞,祛瘀活络,燮理阴阳。拟方:枳壳 12 g、炒白芍 12 g、柴胡 12 g、石斛 12 g、佛手 15 g、黄连 9 g、干姜 12 g、半夏 12 g、丹参 30 g、莪术 15 g、乌贼骨 30 g、浙贝母 15 g、生甘草 6 g,14 剂,水煎早晚分服,每天 1 剂。

8月26日复诊:自述疼痛明显减轻,纳食稍增,二便调可,胃脘微有饱胀感,舌胖质暗,苔薄白根黄略腻,脉沉弦。沿袭前法,方用逍遥散加味以疏肝健脾,行气化滞:柴胡 24 g、当归 15 g、白芍 12 g、茯苓 20 g、炒白术 15 g、蒲公英 30 g、煨木香 12 g、黄连 9 g、干姜 12 g、半夏 12 g、丹参 30 g、莪术 15 g、乌贼骨 30 g、浙贝 15 g、酒大黄 9 g、生甘草 9 g。

遵循上述理法方药,患者服药半年,病情趋稳,自觉机体状况良好,已无明显不适症状,胃镜示慢性浅表性胃炎。病理诊断:(胃窦)黏膜轻度慢性炎症。

按 该案脾虚木乘、胃阴亏虚与络脉瘀滞并存,寒热虚实错杂,治以和中消痞,祛瘀活络,燮理阴阳。以四逆散疏肝和脾,解郁透热,乌贝散以制酸消积,合半夏泻心汤燮理阴阳,契合寒热错杂之病机,寒热并行而不悖;酌加活血通络,祛瘀生新之品并逍遥散疏肝健脾,药证相符,辄收良效。慢性萎缩性胃炎病机复杂,治疗棘手,李主任注重病证结合,临床上强调圆机活法,辨证施治,随症加减,疗效明显。

### 参 考 文 献

- [1] Wang J, Chi D. S., Kalin G. B., et al. Helicobacter pylori infection and oncogene expressions in gastric carcinoma and its precursor lesions[J]. Dig Dis Sci, 2002, 47(1): 107-113.
- [2] 邓华亮, 王玉娟. 试论气机升降[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(7): 36-37.
- [3] 安静, 杨晋翔, 来要良, 等. 辛开苦降法治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的荟萃分析[J]. 环球中医药, 2013, 6(7): 505-510.
- [4] 王垒, 高积, 粮王皓. 慢性胃脘痛治疗经验浅析[J]. 世界中医药, 2014, 9(6): 764-765.
- [5] 李岩, 赵雁, 黄启福, 等. 中医络病的现代认识[J]. 北京中医药大学学报, 2002, 25(3): 1-5.
- [6] 宋立人. 现代中药学大辞典: 上册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 750-751.

(收稿日期: 2014-10-16)

(本文编辑: 董历华)