

· 名医心鉴 ·

# 赵卫国治疗慢性萎缩性胃炎经验

杨亚梅 王响

**【摘要】** 介绍赵卫国治疗慢性萎缩性胃炎经验,认为慢性萎缩性胃炎根本为虚实夹杂,基本病机为肝郁脾虚、胃络瘀阻,其中肝郁脾虚为本,气滞、胃络瘀阻、湿热是其标,治疗大法为疏肝解郁、行气活血,佐以清热祛湿、化瘀散结、解毒化痰,用升降通顺的胃炎合剂进行加减,有层次、有针对性地治疗本病。

**【关键词】** 慢性萎缩性胃炎; 名医经验; 胃炎合剂; 旋覆代赭汤; 四物汤; 赵卫国

**【中图分类号】** R573.3+2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.07.018

赵卫国教授临床擅长治疗脾胃、肝胆、肿瘤等疾病及其并发症,尤其是应用胃炎合剂治疗各种疾病积累了丰富的临床经验,有独到的学术见解。笔者有幸侍诊于左右,受益匪浅。

## 1 结合地域与气候探寻病因

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)为消化系统的常见病、多发病,属于中医学的胃脘痛、胃痛、痞满等范畴。赵师提出了区域与气候制约病因的观点,即六淫偏燥湿,肝郁多见,日久郁而化火伤阴,久病入络、气滞血瘀,认为本病病位在胃,与肝、脾相关;虽然多种原因可导致本病,但赵师在长期的临床观察中,发现衡水地区 CAG 的临床症状除了胃脘痞满不舒等一般表现以外,多伴有暖气、胁痛等肝郁的症状。赵师久居之衡水地区位于华北平原,易燥易湿,是燥湿邪气的敏感区<sup>[1]</sup>,究其影响因素多为气候燥热所致。燥热伤肝,肝气郁滞,“木不疏土”或“木旺克土”,日久脾胃虚弱,郁久而化热、化火为患,灼伤胃液,胃阴不足,胃和降失司,致胃气积滞中焦。病情缠绵,经久难愈,“初病在气,久则入血”(《临证指南医案》),病程迁延久蕴致络脉瘀阻;又或日久气郁,酿湿生热,瘀热互结;瘀久、郁久化热,进一步损伤胃腑,共同形成了脾胃虚弱、肝郁伤阴、痰瘀兼夹的病理机制。

## 2 运通化清为治疗原则

针对病机赵师提出了运通化清的治疗原则,和胃理气并进,化痰、清热兼施,升降复常,中气振作。

### 2.1 “运通”以治其本。

《临证指南医案》:“六腑以通为顺……脾宜升则健,胃

宜降则和。”只有脾胃健运,脾胃之功能恢复,使脾升胃降,升清阳出上窍,降浊阴出下窍,脾胃气机升降出入有序,才能实现真正意义上的通降。赵师在治疗萎缩性胃炎时恪守传统的中医辨证论治宗旨,针对肝郁脾虚,胃失和降,运用“通”为其总则。对脾胃病的临证治疗用药贵在运通而不在补,避免太过温燥、寒凉、滋腻。故治疗 CAG 常选用运通、使上下通行的胃炎合剂进行加减,以达到疏肝理气、和胃降逆止痛之效,处方:旋覆花 10 g、代赭石 15 g、杏仁 10 g、焦白术 15 g、橘红 10 g、酒黄芩 15 g、当归 10 g、白芍 10 g、鸡内金 12 g、炒莱菔子 10 g、佛手 10 g、砂仁 6 g。胃炎合剂由旋覆代赭汤加减而成,“伤寒发汗,若吐若下,解后心下痞硬,噎气不除者,旋覆代赭汤主之”(《伤寒论·辨太阳病脉证并治》)。旋覆花下气除痰,逐痰水除胁满,降胃兼以平肝为君,以代赭石镇冲为臣,平肝降胃逆镇其虚气;旋覆花、代赭石合用有下气消痞、化痰宽胸降逆、潜镇肝气、平肝潜阳、镇肝熄风作用,两药配合,有升有降,通畅气机,有宣有化,祛痰消壅,适用于痰饮气结上逆<sup>[2]</sup>。焦白术、白芍建中固本,使脾旺运血有力,加当归补血、活血,祛瘀生新,促进癌前细胞凋亡;黄芩酒炒苦降泄热,燥湿解毒以奏清胃热、祛湿邪之功,消除炎性感染;鸡内金、砂仁既养胃又消食,炒莱菔子通腑理气、消痞除满,推动肠蠕动以助消化;杏仁、橘红以祛痰湿散结气,以调畅气机,同时能纠酸,维持酸碱平衡;佛手宽胸散结。诸药以通降为本,佐以健中、活血、清热、助消化等,若脾胃气滞明显者,常适当重用佛手,加入玳玳花、玫瑰花等行气之物。

### 2.2 活血化痰通络、清热祛湿以治其标

针对“痰瘀”,治疗上,“心下痞满,宜理脾胃,以血治之,若全用气药通利,则痞益甚”(《古今医统大全》),固胃炎合剂中在“运通”的基础上加入活血通络、清热祛湿之功效的中药,如当归、蒲黄、五灵脂、红花、桃仁、杏仁、橘红、黄芩等。取桃红四物中当归、桃仁、红花活血化痰之效;杏仁、橘红醒脾化痰;用蒲黄合五灵脂之失笑散,达到祛瘀止痛之功;用黄芩、黄连、龙胆草、苦参等清热祛湿之品,祛除湿邪阻滞、日久

作者单位: 053000 河北省衡水市哈励逊国际和平医院中医内科

作者简介: 杨亚梅(1981-),女,本科,主治医师。研究方向:主要从事中医脾胃及肿瘤研究, E-mail: echo818mei@163.com

蕴藉之化热反酸、烧心等症,与通降之品合奏疏肝健脾、活血化瘀、清热祛湿之效,诸药合用补而不滞、补中寓通、通不伤正、攻补兼施。

慢性萎缩性胃炎胃黏膜中常见有肠上皮化生、假幽门腺化生,肠上皮化生临床定义为癌前状态<sup>[3]</sup>。CAG 患者病程多迁延,常入血入络,导致瘀血停聚,阻滞新生,脾胃虚弱日益加重反复,患处日益萎弱加重而发生变化。因此有效地控制病理上的胃黏膜慢性炎症反应,阻断或逆转癌前状态尤为重要。赵师在中医理论指导下结合现代药理学研究,加入能提高人体的免疫功能、以逆转癌前病变的中药,如冬凌草、白花蛇舌草、半枝莲、薏苡仁等。其作用机理为通过调节细胞周期基因表达平衡、抑制异常细胞生长、增殖,促进分化,增加血流量促进细胞凋亡,促进逆转以达到使萎缩的黏膜、腺体长期处于不变或缓变状态<sup>[5]</sup>。

### 3 用药经验

#### 3.1 药精量小

赵师认为临证用药并非药物列举、堆砌,偏大、偏多会给脾胃增加负担,同时还会增加药物毒性危险,不利于疾病恢复<sup>[5]</sup>,主张“凡看病施治,贵乎精一”(《景岳全书》),对于遣方用药,秉承“药精、量小”的原则。

#### 3.2 药物分组

在本案中以“平”剂胃炎合剂为基础,合理选用加入具有优化药物组合功效的药物组,取其协同作用,以达到增效、纠偏、缓毒等作用。药物组分为通降组(厚朴、枳实、青皮、陈皮)、理气组(玫瑰花、玳玳花、佛手、香橼)、健中助消化组(茯苓、白术、焦三仙、炒麦芽、炒谷芽)、活血止痛组(延胡索、香附、蒲黄、五灵脂)、清热组(车前子、车前草、金银花、蒲公英、炒知母、炒黄柏)、抑酸组(瓦楞子、乌贼骨、浙贝母、马齿苋)、治失眠组(合欢花、首乌藤)、调和营卫组(大枣、生姜)、抗癌组(冬凌草、白花蛇舌草)。各药物组合效果显著,主次分明,层次清晰,具有较强的针对性。如通降组之厚朴、枳实,厚朴以行气滞、散实满、燥湿浊见长,枳实性勇善破气除痞,临证对寒热互结之气机痞塞之心下痞满及腑气不畅者效佳。又如理气组中佛手、香橼,佛手善疏肝,香橼善行脾胃滞,二药同用,既疏肝解郁,又化湿行气,可用于胸胁腹满不舒、情志不舒则加重者。健中助消化组谷芽组合,取麦芽力猛消食,谷芽力平益元气,两者相得益彰,升发脾胃气,开胃健脾,针对腹胀、食积、纳谷不香等多联合应用。

### 4 验案举隅

患者,男,42岁,2014年3月20日初诊。主诉:间断胃脘部疼痛不适1年余,近1年来间断出现胃脘部疼痛,呈隐痛。胃镜示:慢性萎缩性胃炎,糜烂性、萎缩性,幽门螺杆菌(+).病理:慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生。刻下症:胃脘隐痛不适,伴胸胁处走窜痛,偶嗝气、反酸,纳差,大便日一

次,质干量少。消瘦,烦躁易怒,上腹轻压痛,舌淡红苔厚,脉弦滑。现代医学诊断:CAG。中医诊断:胃脘痛,肝郁脾虚证。治则:疏肝理气,和胃健脾。处方:胃炎合剂加减,旋覆花10g、代赭石15g、杏仁10g、砂仁6g、焦白术15g、橘红10g、酒黄芩15g、黄连6g、当归10g、白芍10g、鸡内金12g、炒莱菔子10g、佛手10g、玫瑰花15g、玳玳花15g、延胡索10g、香附10g、蛇草15g、冬凌草15g。7剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药后疼痛缓解,近期因情绪激动后出现口干、口渴,时泛苦水,小便黄,舌淡红苔白,脉弦滑。效不更方:上方加清利湿热、通淋的金钱草15g、金银花15g、蒲公英15g、车前子10g、车前草10g、甘草10g。服用7剂后上述诸症好转。

三诊:患者无上述之症,胃脘偶不适,继给予胃炎合剂加减治疗。服药2月后患者体重增加2斤,复查胃镜:慢性萎缩性胃炎,幽门螺杆菌(-)。病理:(胃窦)胃黏膜慢性炎症伴轻度急性炎并见轻度肠上皮化生,部分固有腺体稍减少,可见淋巴滤泡形成,提示病情好转,后续继用胃炎合剂调理。

按 此患者具有典型的焦躁易怒之禀性,又加之胃脘不适日久,肝气瘀滞损伤脾胃,脾胃运化功能失常则滋生湿邪,且日久化热,故患者表现为肝郁脾虚、湿热内蕴之势。治疗时应先抓紧患者主症,以疏肝理气、和胃健脾为治则,予胃炎合剂加减。因其肝郁易怒,佛手疏肝之势较弱,加入玫瑰花、玳玳花理气药对相助,达疏肝解郁之效;患者纳差加入鸡内金以助其消化;隐痛间作,加入活血止痛药对延胡索、香附以缓急止痛;瘀滞日久出现萎缩性胃炎伴肠上皮化生加入抗癌组冬凌草、白花蛇舌草以抑制异常细胞增生。二诊疼痛缓解,但因出现情绪波动后,肝火引动痼疾湿热,使热像更加,加以清热组金银花、蒲公英合用金钱草清利湿热,车前子、车前草使湿热从小便卸去。三诊患者湿热之象得化,仅留胃脘不适,效不更方即用胃炎合剂加减。如此治疗,本通标除,故守前方。

### 参 考 文 献

- [1] 王毅荣. 六淫之气候敏感性研究[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(7):1469-1473.
- [2] 苏仁星, 黄钻研. 旋覆代赭汤证运用体会[J]. 江西中医药, 2012, 43(8):31.
- [3] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀. 实用内科学(第14版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:1911-1914, 157-158.
- [4] 吴新正, 何迎春, 田道法, 等. 中药防治癌前病变现状及其机制[J]. 中草药, 2006, 37(7):1101-1104.
- [5] 王志强. 临床中药不良反应原因分析及对策[J]. 中医学报, 2011, 26(11):1340-1341.

(收稿日期: 2015-09-30)

(本文编辑: 董历华)