

## 段素社从痿论治慢性萎缩性胃炎

段浩博 周焕荣 赵艳

**【摘要】** 慢性萎缩性胃炎是临床常见的消化系统疾病,由于病变严重程度与临床表现并不一致,导致本病辨证困难,证型林立或无证可辨,给临床应用带来困难。段素社医师将胃镜所见纳入中医望诊范畴,重视辨病、辨证相结合,以“胃痿”立论,提出“胃热阴伤、瘀血阻络”是其发生、发展的基本病机,给临床辨治本病提供新的思路。

**【关键词】** 慢性萎缩性胃炎; 胃痿; 辨病论治; 名师经验

**【中图分类号】** R273 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.03.017

段素社医师是石家庄市第三届名中医、石家庄市优秀医学专家、原河北省中西医结合消化病研究所所长。段师长期致力于消化系统疾病的临床研究工作,主张中西医结合互参,辨证与辨病相结合,对脾胃病颇有研究,尤其对慢性萎缩性胃炎的辨治有独到见解。笔者有幸侍诊,收益颇多,现将段素社老师治疗慢性萎缩性胃炎的经验介绍如下。

### 1 重辨病,执简御繁

慢性萎缩性胃炎的临床表现为胃脘部胀满、疼痛、早饱、纳差、暖气、乏力、消瘦等,临床医家多将其归为中医学的“胃脘痛”“痞满”等范畴。在辨证分型上,医家根据不同的临床表现各抒己见。但由于该病临床表现缺乏特异性,医学界尚未提出得到广大医务工作者接受并用于临床实践的辨证分型规范,导致医生辨证时多以自身临证经验为基础,主观性强,如蔡罗平等<sup>[1]</sup>认为此病辨证分型包括:脾胃虚弱气失健运型、肝气不舒气机阻滞型、胃阴不足气机不利型、瘀血阻滞气机不畅型和胃热上亢胃气上逆型。而黎军<sup>[2]</sup>则将此病分为气滞、血瘀、湿阻、热郁、阴虚、气虚多达六个证型。如此证型林立,重复性差,不易推广,因此在临床应用上有一定的困难。

段师强调,辨病论治与辨证论治同为中医识病疗疾的重要手段,两者相得益彰,不可偏废。慢性萎缩性胃炎病程缠绵,临床表现复杂多变,且该病在诊断上并不主要依靠临床表现。在本病的诊治中,重视辨病论治有利于把握疾病的发生、发展规律,在辨病基础上总结出该病的基本病机,以此指导治疗,避免陷入证型林立、莫衷一是的情况。

段师还指出,慢性萎缩性胃炎临床表现与病变严重程度并不完全一致,相当数量的患者临床症状不明显,但在胃镜

下却显示胃黏膜萎缩、黏膜皱襞变平甚至发生癌前病变。对于此类病人,不能仅因临床症状不明显而说他们病情不严重、不需要治疗。可见对于慢性萎缩性胃炎,传统的中医诊察手段——“望、闻、问、切”有时也难以客观反映患者的疾病,因循守旧只会陷入无证可辨的尴尬境地。段师认为望诊是识病辨证的重要手段之一,正所谓“望而知之谓之神”。由于历史条件的限制,古代中医的望诊局限于体表皮毛等肉眼可见的部分。消化内镜等现代技术的发展使医生可以直接观察脏器黏膜表面的外观改变,应当拿来为我所用。例如段师在治疗反流性食管炎的实践中,已将胃镜所见的食管壁红肿、糜烂、溃疡与患者临床表现综合考虑,从痼立论,施以清热解毒、生肌敛疮之法,取得良好疗效<sup>[3]</sup>。可见只要应用得当,现代科学技术成果完全可以作为传统中医四诊的延伸,纳入到中医辨病、辨证论治之中。

### 2 立新说,从痿论治

论及本病,段师认为,慢性萎缩性胃炎可归属于中医的“痿证”。痿证最早见于《素问·痿论》,本指肢体筋脉弛缓,软弱无力,日久而致肌肉萎缩为特征的疾病。受技术手段限制,无论是“肺热叶焦,则皮毛虚弱急薄”的“皮痿”,还是“胃干而渴,肌肉不仁”的“肉痿”,都只是局限于体表的皮肉。而慢性萎缩性胃炎临床多发且难治,其临床过程是由慢性非萎缩性(浅表性)胃炎演变而来,患者的胃黏膜已发生萎缩性改变,胃镜下表现为红白相间、以白为主,胃黏膜萎缩,黏膜皱襞变平甚至消失,部分黏膜血管显露、结节隆起或糜烂。病理所见胃黏膜固有腺体减少。痿者萎也,枯萎之义,慢性萎缩性胃炎不管是病程演变,还是借助胃镜(望诊)所见,以及微观病理都呈现出胃腑内在之“皮肉”失于濡养,萎缩失用。这是借助现代科学技术看到的疾病本来面目,各种临床症状正是胃腑痿弱不用的外在表现。

段师认为“胃痿”的病位在胃,病机为胃热阴伤、瘀血阻络,强调针对病机进行施治,从而避免在临床上论治慢性萎缩性胃炎的无证可辨或证型林立。段师常讲,胃痿患者胃镜

作者单位: 300193 天津中医药大学研究生院[段浩博(硕士研究生)]; 石家庄长城中西医结合医院脾胃病科(周焕荣、赵艳)

作者简介: 段浩博(1985-), 2013 级在读硕士研究生。研究方向: 中西医结合肿瘤学。E-mail: duan. hb@qq. com

下所见黏膜表面糜烂、红肿等表现,与火热之邪有关,是胃热伤阴、黏膜失养的表现。细追此类患者的病史,大多有喜食辛辣香燥之品,或烟酒炙烤进食无度,这种饮食生活习惯易致火热伤阴,故在治疗时,不厌其烦地叮嘱患者一定要改变生活习惯,配合医生治疗。处方善用清热养阴之品,以清解胃之火热。慢性萎缩性胃炎内镜多见结节隆起,血管显露,段师认为其形成大多经过较长的病理过程,是致病因素日积月累作用于胃黏膜所致,这些表象正符合中医瘀血阻络的表现<sup>[4]</sup>。段师常引用叶天士《临证指南医案·胃脘痛》的“初病在经,久病入络,经主气,络主血”来诠释胃脘瘀血为病的病机<sup>[5]</sup>,认为经络气血不通,荣卫不行,胃阴受伤,水谷精微不能输布于胃,是胃黏膜失去濡养,乃至胃腑痿弱不用的重要原因。治疗时当以活血通络。络通血活,水谷精微物质方能输布于胃,胃黏膜得以濡养,才能使萎缩改善,恢复生机。段师认为,“胃痿”虽然临床表现略有不同,但皆有胃热、阴伤、瘀血为病,此三者贯穿疾病的发展过程,紧扣基本病机立法处方便可纲举目张。

### 3 精组方,创九味饮

针对慢性萎缩性胃炎“胃热阴伤,瘀血阻络”的基本病机,段师创立了自拟方“九味饮”,药用黄连、大黄、蒲公英、麦冬、石斛、黄精、三棱、莪术、土鳖虫,治以清热养阴、活血通络。方中黄连味苦性寒,入脾、胃经以清中焦之热毒;大黄通腑泻浊,涤荡菟陈,虽未用气药而有行气之功;蒲公英清热解毒之品,泻火而不损土,助黄连、大黄之力,共奏清胃泻火之效;邪热在胃,必销铄津液,故用麦冬、石斛,此二者甘寒养阴,入胃经,可养胃中亏耗之阴津;黄精味甘性平,为气阴双补之品,合麦冬、石斛则滋阴之功愈著。三药配伍,津液复则胃腑得养。但单纯用清热养阴治疗,疗效却难以令人满意,必不忘此病迁延缠绵,邪居中焦日久,留舍于络脉,故虽清热滋阴而经络不通,病必不除。譬如良田久旱,今虽遮阳引水,然水道瘀阻,沟渠废弛,津液不至。故以三棱、莪术活血祛瘀,又以性善走窜之土鳖虫搜剔经络,疏浚河道,瘀血去而络脉调通,胃津得复。临床以此方治疗慢性萎缩性胃炎屡见良效。

### 4 验案举隅

患某,女,51岁,2013年6月12日初诊。患者胃脘部胀满疼痛、恶心4年余,时有夜间痛醒。近2年体重下降8kg,乏力,常服奥美拉唑及丽珠得乐等药物,症状时有轻重,患者舌暗红有齿痕,少苔,脉缓。半年前于当地医院行胃镜等检查诊断为慢性萎缩性胃炎、幽门螺杆菌感染。服用中药半年,上腹胀满明显减轻,仍有胃痛,遂来就诊。复查胃镜显示:胃窦部黏膜呈脐样增生,顶端糜烂,部分血管显露;病理结果:胃窦部黏膜异型增生;现代医学诊断:慢性萎缩性胃炎、幽门螺杆菌感染;中医诊断:胃痿;证型:胃热阴伤,瘀血

阻络;治法:清热养阴,活血通络。处方:九味饮加减,药用黄连3g、大黄6g、蒲公英20g、麦冬12g、石斛6g、黄精10g、三棱15g、莪术10g、土鳖虫3g,每天1剂,早晚分服。配合西药治疗幽门螺杆菌感染。

复诊时病人诉服药1周后未见夜间痛醒,服药1月后腹痛消失,饮食如常,但仍腹胀,体重无变化,经<sup>14</sup>C检查阴性,提示幽门螺杆菌已根除,嘱患者每月取中药1次,待服用中药总共3个月后可复查胃镜及病理。患者服药2个月后来取药,诉体重增长4kg,腹胀消失,舌仍有齿痕,苔薄白。用药3个月后复查胃镜,未见黏膜变薄及血管显露,仍有痘疹样增生,但顶端已无糜烂。病理显示:黏膜慢性炎症。嘱患者继续巩固治疗3个月后即可停药,停药后一年随访复查胃镜慢性萎缩性胃炎未复发。

按 本例患者诊断为胃痿。其久病不愈,黏膜病理为非典型增生,结合胃镜及舌脉,考虑胃热伤阴,兼有瘀血之象,故在根除幽门螺杆菌的基础上,应用九味饮清热养阴,活血通络。治疗本病非一日之功,守方常服既方便患者取药,又针对基本病机,因而取得良好效果。经临床观察在治疗时嘱患者睡前服药,以便让药物更久地停留在胃部,直接作用于胃黏膜,疗效更好。

### 5 结语

慢性萎缩性胃炎是临床常见病、多发病,其中医诊治难点在于症状缺乏特异性,并且部分病人临床表现与病变严重程度相异,故仅以传统四诊方法,易导致证型标准繁杂、难以把握,或辨证不准、治疗失于偏颇,或无证可辨。段师结合临床经验,主张对于慢性萎缩性胃炎应辨病与辨证相结合,根据本病发展规律、患者症状、胃镜检查及病理所见,提出本病实为胃热阴伤、瘀血阻络所致之胃痿。以此为指导立法处方,用“九味饮”清热养阴、活血通络,切合病机,故能化繁为简、效如桴鼓,值得临床推广。

### 参 考 文 献

- [1] 蔡罗平,卫新国. 卫新国治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 光明中医, 2014, (9):1988-1989.
- [2] 黎军. 中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎66例[J]. 中国医药指南, 2012, 10(17):301-302.
- [3] 段素社,周焕荣,段浩博,等. 清热解毒、生肌敛疮从痢论治反流性食管炎的疗效观察[J]. 河北中医学报, 2011, 26(4):19-20.
- [4] 郑东升. 益气养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎的机制探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(3):428-430.
- [5] 清·叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008:437.

(收稿日期:2015-10-05)

(本文编辑:韩虹娟)