

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.05.019

# 朱克俭辨治慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生经验浅析<sup>\*</sup>

许方沥<sup>1</sup> 朱克俭<sup>2</sup>

<sup>1</sup>内江市中医医院脾胃病科,四川内江 641000

<sup>2</sup>湖南省中医研究院附属医院,长沙 410006

**关键词** 慢性萎缩性胃炎;名医经验;朱克俭;肠上皮化生

**中图分类号** R573.3<sup>+</sup>2 **文献标志码** A

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指由于胃黏膜腺体萎缩减少,伴或不伴肠上皮化生及不典型增生的胃黏膜慢性炎症<sup>[1]</sup>。高盐饮食、偏食辛辣是其常见的致病因素<sup>[2]</sup>。早在 1978 年,世界卫生组织将其列为癌前疾病,在 CAG 基础上发生的肠上皮化生和上皮内瘤变被列为肠型胃癌的癌前病变。近年来,肿瘤性疾病发病率及病死率逐渐增加,统计资料显示,2017 年内江市恶性肿瘤类单病种死因中,胃癌排在第 3 位<sup>[3]</sup>,而 CAG 是早期胃癌的独立危险因素<sup>[4]</sup>,早期治疗 CAG 对于预防胃癌的发生具有重要意义。

湖湘欧阳氏杂病流派是国家中医药管理局确定的全国首批 64 家国家级中医学学术流派之一,最早可追溯至明清时代。创始人欧阳履钦(1884-1951)临床擅长内科疾病诊治,亦精通妇、儿、眼、喉及外科。该流派在学术上重视杂病临证思维,以“寒温并重、不偏不倚”“对比思辨、同中求异”“抽添补泻、层次分明”为主要特点。朱克俭教授作为湖湘欧阳氏杂病流派第 3 代传承人,临床上擅长应用中药治疗 CAG。笔者有幸在朱克俭老师处跟随学习 1 年,收获良多,兹将其治疗 CAG 的临床经验总结如下。

## 1 CAG 的病机及治则

中医将 CAG 归属于“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴,认为其病因为饮食不节、起居不适及寒气为患等。张仲景在《伤寒论》提出了“痞”的基本概念:“但满而不痛者,此为痞”“心下痞,按之濡”,并进一步指出其病因病机为正虚邪陷,升降失调。《诸病源候论·痞噎病诸候》提出“胃痞”病因有风邪外入、忧忿气积、坠

堕内损,病机为营卫不和,阴阳隔绝,血气壅塞,不得宣通。关于“胃脘痛”的论述,最早见于《内经》。如《素问·六元正纪大论篇》谓:“木郁之发,……民病胃脘当心而痛。”《素问·至真要大论篇》云:“厥阴司天,风淫所胜,民病胃脘当心而痛。”以上条文说明胃痛与肝气郁滞、肝胃不和有关。《素问·举痛论篇》还阐述了寒邪入侵引起胃痛的机理。《兰室秘藏》论其病因病机多系饮食劳倦而致脾胃之虚,而后又为寒邪所伤。而关于“嘈杂”的论述始见于《丹溪心法》,认为痰为其病因,应治痰为先。《医学入门·嘈杂》有载:“心嘈似饥又烦杂。”《景岳全书·杂证谟》言:“总之,嘈杂一证多由脾气不和,或受伤脾虚而然。所以治此者,不可不先顾脾气。”现代医家以李佃贵教授、王彦刚教授等为代表,提出了从“浊毒”论治 CAG 的重要学术观点,认为虚、瘀、浊毒在该病的发生发展中起重要作用<sup>[5-6]</sup>。虚可以致瘀、生浊毒,浊毒、血瘀又会加重气虚,总的来说是互为因果的过程。朱克俭教授经过多年的临床实践总结出 CAG 的中医病因病机为“湿热瘀结胃络,脾胃气阴(阳)两伤,久则蕴毒结聚”,治宜祛湿除热、化瘀通络、健脾益胃(温阳),伴息肉、肠上皮化生及上皮内瘤变则兼解毒散结,常以“健胃祛痛方”为基础方,根据具体情况临证化裁。

## 2 CAG 的专方解析

“健胃祛痛方”由太子参 15 g,白术 12 g,薏苡仁 15 g,女贞子 20 g,黄连 6 g,法半夏 12 g,蒲黄 10 g,蒲公英 15 g,厚朴 12 g,陈皮 10 g,甘草 5 g,三七 3 g,延胡索 15 g 组成。方中太子参味甘、微苦,性平,归脾、肺经,能益气健脾、生津润肺,具备“大补元气”之效;黄连苦寒,归心、脾、胃、肝、胆、大肠经,可清热燥湿、泻火解毒。该方以太子参健脾益胃、黄连清热祛湿共用为君药,直中 CAG“脾虚”和“湿热”的基本病机。白

<sup>\*</sup> 全国中医临床特色技术传承骨干人才培养项目(No. 国中医药人教函〔2019〕36 号)

术甘、苦、温，归脾、胃经，能益气健脾、利水燥湿，乃扶植脾胃，散湿除痹，消食除痞之要药也；薏苡仁甘、淡、凉，归脾、胃、肺经，其味甘气和，清中浊湿，能健脾阴、大益肠胃；蒲公英甘、平，归肝、心包经，专入血分，以治香之气，兼行气分，故能导瘀结而治气血凝滞之病。上述三味共用为臣药，辅君药补脾胃、祛湿热、化痰止痛。蒲公英苦、甘、寒，归肝、胃经，能清热解毒、消肿散结、利尿通淋。延胡索辛、苦、温，归肝、脾经，活血，利气，止痛，《医学启源》言其可“治脾胃气结滞不散，主虚劳冷泻，心腹痛，下气消食”。三七甘、微苦、温，归心、肝、脾经，可散瘀止血、消肿定痛。厚朴苦、辛、温，归脾、胃、肺经，能燥湿消痰、下气除满。本方以蒲公英清热解毒，法半夏和胃燥湿且化痰，延胡索调肝而通行气血，加上三七活血化痰，厚朴燥湿消痰、下气除满，共为佐药，佐助君臣理气和胃、活血止痛，清热消痞。另有炙甘草甘、平，归心、肺、脾、胃经，补益脾胃、调和诸药。戚经天等<sup>[7]</sup>通过数据挖掘方法分析近 30 余年公开发表的治疗萎缩性胃炎的文章，发现目前治疗萎缩性胃炎的药物普遍以健脾益气、和胃降逆、化痰解毒为主，且药性平和。健胃祛痛方的组方用药与该研究结果相符。

### 3 临证加减及注意事项

临证加减：胃脘胀满者，加枳壳 12 g、牛皮冻 15 g；胃脘刺痛者，加红花 12 g、丹参 15 g；脘肋窜痛者，加白芍 15 g、郁金 15 g；冷痛喜温者，加桂枝 12 g、高良姜 6 g、香附 15 g；伴灼热口苦者，加黄芩 12 g、山栀 12 g；伴乏力便溏者，太子参改党参，或加黄芪 15 g；伴口干苔少者，加石斛 15 g、麦冬 12 g；伴泛酸嘈杂者，加乌贼骨 12 g、瓦楞子 10 g 等。针对镜像病理加减：胃黏膜鲜红按郁热、湿热加减；以白为主按气虚、虚寒加减；糜烂出血加白及 6 g、三七 3 g；腺体萎缩加丹参 15 g、莪术 10 g；炎性息肉及肠上皮化生加浙贝 15 g、夏枯草 12 g、牡蛎 20 g；上皮内瘤变加臭牡丹 30 g、藤梨根 15 g 等。

根据朱克俭老师的临证经验，连续治疗 1~2 个月可明显改善症状；连续治疗 3~6 个月可以改善胃镜镜像及病理炎症程度；坚持服药 6 个月以上可达到控制息肉复发、逆转腺体萎缩或消除肠化、上皮内瘤变的目标。在治疗用药的同时，应对患者的饮食、起居、劳作、心理等方面进行指导，要求患者积极遵以医嘱。如辨证为胃热阴虚津伤者，饮食宜多食清润养阴生津之品，如清炖水鸭、薏苡仁百合小米粥、冰糖蒸梨及新鲜水果、蔬菜等；忌食辛辣刺激、燥热肥腻、煎炸

烧烤等食物，如尖椒、花椒、胡椒、烟酒、羊肉、狗肉、荔枝、炒瓜子等等。

### 4 病案举隅

患者孙某，男，59 岁，于 2020 年 7 月 11 日初诊。近 3 年以来上腹部胀痛不适，胃脘畏冷，食欲差，泛酸，大便不成形，胃镜检查提示：慢性萎缩性胃炎（C-1 型）。病理：胃窦萎缩（++），肠化（+++），单个核细胞浸润（++），个别腺体低级别上皮内瘤变。幽门螺旋杆菌呼气试验（-）。舌质暗红，边齿痕，苔白腻，脉沉弦。处方：太子参 20 g，黄连 7 g，白术 12 g，薏苡仁 12 g，蒲公英 15 g，法半夏 10 g，延胡索 12 g，三七 5 g，蒲公英 15 g，厚朴 12 g，炙甘草 5 g，臭牡丹 15 g，藤梨根 15 g，浙贝 15 g，煅牡蛎 20 g，夏枯草 9 g，高良姜 6 g，牛皮冻 15 g。上方 10 剂，每剂水煎取汁 300 mL，每次温服 100 ml，2 次/日。7 月 26 日二诊：患者诉胃脘疼痛不适缓解，纳食增加，胃脘畏冷感觉减轻，但胃脘仍较明显，进食后尤甚，大便仍不成形，舌质暗红，边齿痕，苔白，根部苔微黄厚，舌面有裂纹，脉沉弦。处方：太子参 15 g，炒白术 12 g，茯苓 15 g，陈皮 10 g，姜半夏 9 g，高良姜 6 g，黄连 6 g，枳实 10 g，厚朴 10 g，薏苡仁 20 g，蒲公英 15 g，三七 5 g，白花蛇舌草 15 g，浙贝 15 g，煅牡蛎 30 g，夏枯草 15 g，炙甘草 5 g，藤梨根 15 g，白屈菜 10 g。上方 20 剂，每剂水煎取汁 300 mL，每次温服 100 ml，2 次/日。8 月 25 日三诊，患者诉胃脘不明显，口干，无腹痛，无明显泛酸，仍有胃脘畏冷感，大便不成形，舌质暗红，边齿痕，苔白腻有裂纹，脉沉弦。处方：太子参 15 g，炒白术 12 g，茯苓 15 g，陈皮 10 g，姜半夏 9 g，木香 10 g，砂仁 6 g，蒲公英 15 g，三七 5 g，白屈菜 10 g，八月札 15 g，白芍 12 g，白花蛇舌草 30 g，枳实 10 g，甘草 6 g，浙贝 15 g，牡蛎 30 g，夏枯草 15 g，桂枝 12 g。上方 20 剂，煎服法同前。患者四诊、五诊继续服药 3 月余，于 2021 年 1 月 13 日复查胃镜检查，提示慢性萎缩性胃炎（C-1 型），病理：胃窦萎缩（+），未见肠化及上皮内瘤变。

按语：CAG 是胃癌的癌前疾病，好发于中老年患者，临床上多表现为胃脘部饱胀不适、嗝气、食欲不振等消化不良症状。相较于普通胃炎，CAG 具有相对较高的癌变率；为降低胃癌的发生率，有必要在 CAG 阶段给予临床干预。在 CAG 的治疗上，西医仍以抗幽门螺旋杆菌、保护胃黏膜、调节胃肠功能等对症处理为主，远期疗效不甚理想。中医药治疗 CAG 具有显著的临床疗效，其可通过影响肿瘤相关炎症因子的表达，

#### 4 结语

随着生活环境和饮食结构的变化,目前小儿 CVA 发病率呈上升趋势,其咳嗽等症状严重影响患儿的正常生活、学习,甚至导致发育迟缓;早期采取得当治疗措施、截断疾病发展,显得尤为重要。中医治疗小儿 CVA 优势显著,叶教授经验方“小儿肺热咳喘方”组方精当,清宣并用、攻补兼施,切合小儿 CVA 的病机,且充分考虑到小儿的体质特点,并在临床上得到充分验证。临证在使用“小儿肺热咳喘方”时,务求轻灵,在充分辨证的基础上,随机变化。此外,小儿咳嗽用药也要特别慎重,慎用或禁用有毒、峻烈、苦寒之品。总而言之,在小儿 CVA 临床诊治过程中,务必牢记小儿“稚阴稚阳”的体质特点,才能达到“治病不伤正”的目的并取得较好的临床疗效。

#### 参 考 文 献

[1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗

指南(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-354.

[2] Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, et al. Global strategy for asthma management and prevention:GINA executive summary[J]. Eur Respir J,2008,31(1):143-178.

[3] Pavord ID. Cough and asthma[J]. Pulm Pharmacol Ther, 2004,17(6):399-402.

[4] 席寅,赖克方,陈如冲,等. 咳嗽变异性哮喘的临床特征及其与典型哮喘的关系[J]. 中华哮喘杂志(电子版),2011,5(3):150-155.

[5] Fujimura M, Ogawa H, Nishizawa Y, et al. Comparison of atopic cough with cough variant asthma: is atopic cough a precursor of asthma? [J]. Thorax,2003,58(1):14-18.

[6] 冯文杰,李向林. 咳嗽变异性哮喘的中医治疗现状[J]. 临床肺科杂志,2011,16(1):99-100.

[7] 罗社文. 晁恩祥治疗咳嗽变异性哮喘经验[J]. 中医杂志,2002,43(1):74.

(收稿日期:2021-03-25)

(上接第 349 页)

达到调节免疫、控制炎症、逆转“炎-癌转化”的作用<sup>[8]</sup>。朱克俭教授从“湿热、虚、瘀”探查病机,结合中医望闻问切及内镜和病理提示,制定了以健脾益胃治本,以祛湿除热、化痰通络治标,兼解毒散结为辅的治法原则,以健胃祛痛方为主方,临证加减,寒热并用,攻补兼施,标本兼治,同时嘱咐患者坚持用药,并指导其改掉不良的饮食习惯,故每获良效。

#### 参 考 文 献

[1] Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, et al. Classification and grading of gastritis. [J]. Am J Surg Pathol,1996,20(10):1161-1181.

[2] 崔宸心. 慢性萎缩性胃炎危险因素及血清标志物的研究[D]. 天津:天津医科大学,2018.

[3] 魏念伊. 内江市 2017 年恶性肿瘤死亡状况分析[J]. 内江

科技,2019,40(2):82-83.

[4] 朱旭东,党旖旎,孔子昊,等. 同时性多发早期胃癌的相关风险因素和临床病理特征[J]. 南京医科大学学报(自然科学版),2020,40(9):1319-1324.

[5] 王彦刚,李佃贵. 基于浊毒学说治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2009,24(3):353-355.

[6] 李佃贵,李海滨,裴林,等. 慢性萎缩性胃炎从浊毒论治[J]. 四川中医,2004,22(1):17-18.

[7] 戚经天,苗嘉萌,刘海娜,等. 基于数据挖掘技术探讨治疗萎缩性胃炎方剂组方规律分析[J]. 中国中西医结合杂志,2017,37(8):922-925.

[8] 吉跃进,沈洪,朱磊. 中医治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J]. 中华中医药学刊,2021,39(5):166-170,289.

(收稿日期:2021-03-21)