

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.01.017

• 经验交流 •

杜晓泉教授从湿热蕴脾论治慢性萎缩性胃炎经验*

刘娟¹ 刘力^{2△} 杜晓泉³

¹陕西中医药大学第一临床医学院,陕西咸阳 712000

²陕西中医药大学,陕西咸阳 712000

³陕西中医药大学附属医院消化二科,陕西咸阳 712000

关键词 慢性萎缩性胃炎;湿热蕴脾;杜晓泉;名医经验

中图分类号 R249 **文献标志码** A

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是以腺体萎缩或肠化,部分伴有不典型增生为特征的消化系统疾病^[1],其流行率在中国和日本等东亚国家高于世界其他地区,且与年龄呈正相关^[2]。CAG 的临床表现无特异性,多见上腹部胀满,疼痛,可伴暖气、反酸、嘈杂、恶心、呕吐等症状,病情易迁延反复,腺体萎缩病理难以逆转^[3]。幽门螺旋杆菌(Hp)感染被认为是引起 CAG 的主要原因,并且被定义为胃癌的Ⅰ类致癌因素^[4],但目前根除 Hp 存在较大挑战^[5]。而中医药在改善胃黏膜萎缩、逆转肠上皮化生及异型增生、缓解不适症状、提高生活质量等方面具有明显优势^[6-7]。杜晓泉教授是陕西省名中医、医学硕士、主任医师,师承国家级名老中医沈舒文教授;其从事中医消化疾病的临床诊治 20 余年,善于运用经方,重视脏腑理论及辨证思路,随证用方灵活加减,且用药轻灵,疗效显著。现将杜老师治疗 CAG 的临床经验总结如下。

1 从湿热蕴脾论 CAG

CAG 在中医学多归属于“胃痞”。湿热蕴脾证是其常见证型之一,病情多缠绵、日久难愈。杜老师根据临床实践对其病因病机进行总结,认为湿热蕴脾型 CAG 的病机存在着一定的演变规律,多有内外之邪入侵,损伐脾胃,导致运化不及,内生湿热;湿热蕴结脾胃,日久灼伤胃阴,导致阴液不足,胃黏膜、腺体失养,逐渐变薄或萎缩;久则耗伤脾气,更不易运化水湿,必助长湿热之邪留恋之势;气阴两虚致胃络瘀阻,瘀久

则会出现肠化、增生。徐晓惠等^[8]研究发现,CAG 湿热蕴脾证病机有由湿热致虚、湿热致瘀的转化趋势,并且血瘀在重度萎缩和肠上皮化生中出现的频率明显高于其他证型^[9]。《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[3]指出,随着时间的推移,CAG 的证候可出现动态转变。沈丽萍^[10]通过对中医经典的深入研究发现在 CAG 的慢性进展中有湿热致虚致瘀之势。石芳等^[11]在 CAG 治疗中强调对于湿热中阻型患者给予分期、分阶段治疗,并在临床上取得较好的疗效。可见,湿热蕴脾型 CAG 存在一定的演变规律,且总体上由湿热蕴脾转化为气阴两虚,日久胃络瘀阻,也不乏湿热直接致瘀之势。

2 从湿热蕴脾治 CAG

《医学真传·心腹痛》曰:“夫通者不痛,理也,但通之之法,各有不同。”杜老师主张湿热蕴脾型 CAG 的治疗以“胃气以通为用”为原则,审证求因,以通为用。在病情演变方面,早期多以清化湿热、既病防变为主;中期益气养阴、标本兼治;后期以通络活血、以通为用为治疗大法。杜老师认为虽有湿热,但不宜过用苦寒之药,故临床用药多轻灵,以免苦寒败胃,更伤脾阳而留为寒湿,甚至久留不去。

2.1 清化湿热、既病防变

CAG 多由慢性非萎缩性胃炎失治误治进展而来;而湿热蕴脾型多由于脾胃素虚,或饮食不节,嗜酒肥甘,损伐脾胃,导致湿热内生。临床表现为胃脘部胀痛,时有暖气、反酸、烧心,晨起口干口苦,小便色稍黄,肢体倦怠乏力,大便闭结或溏,偶有烦躁易怒,舌红、苔白腻或黄厚而干,脉滑数或濡数。治疗宜清热化湿、益气健脾。杜老师选用黄连温胆汤加减化裁,旨在清热燥湿化痰。常用药为黄连 5 g,炒白术 15 g,

* 中医消化领域优势病种专科专病循证能力提升专项(No. 2019XZZX-XH011);陕西省第三届名中医(中药师)项目(No. 陕卫中医发[2018]95 号)

△通信作者,Corresponding author, E-mail: 980706910@qq.com

白豆蔻 6 g(后下),陈皮 15 g,茯苓 15 g,滑石 10 g,刺猥皮 10 g,枳实 10 g,白扁豆 15 g,神曲 10 g,甘草 3 g。方中黄连苦寒、清热燥湿为君,炒白术甘苦温、健脾益气化湿;黄连与白术一凉一温,用量虽轻,但具备清热化湿健脾之功。取陈皮理气健脾燥湿之性、茯苓甘淡利水渗湿健脾之功,渗湿于外,兼以健脾。滑石甘淡寒,清热除湿;白豆蔻辛温,化湿行气温中;枳实辛苦酸,消积化滞;三药合用,亦有清化湿热消积之效。刺猥皮苦涩平,《本草纲目》中记载:“猥皮治胃逆,有开胃气之功,其字从虫从胃,深有理焉”,能降逆化瘀止痛,为治胃病日久之良药,也是杜老师治 CAG 的经验药。杜老师认为脾为娇脏,用药宜轻灵,如取黄连 5 g,白豆蔻 6 g,白术 15 g,旨在轻清透湿外达,且不忘健脾固本。全方合用,不寒不燥,渗湿除热,以甘润兼顾阴分,如是则复其宁谧,诸症自愈。

2.2 益气养阴、标本兼治

《温病条辨》言:“两伤脾胃……其伤脾胃之阴若何?湿久生热,热必伤阴,古称湿火者是也。”湿热之邪阻遏气机,水液内聚不能运化,阻于中焦,日久灼伤胃阴,阴液不足,胃黏膜腺体失养。表现为胃脘部胀满,嘈杂不舒,脘痞满闷,不欲饮食,恶心嗳气,口燥咽干,大便不畅,舌红少苔,脉濡数。治疗宜益气滋阴、清化湿热。杜老师自拟滋胃饮加减。常用麦冬 10 g,生地 15 g,太子参 15 g,石斛 15 g,沙参 10 g,玉竹 10 g,连翘 9 g,白豆蔻 6 g(后下),石菖蒲 6 g,白扁豆 10 g,刺猥皮 10 g,炒白术 15 g,炙甘草 3 g。方中生地甘寒、凉血滋阴,麦冬甘苦微寒、滋阴益胃生津;二者合用甘凉生津,养阴益胃。以玉竹、沙参、石斛加强益胃养阴之功。配以连翘 9 g、白豆蔻 6 g、石菖蒲 6 g,清热化湿和中,使湿热轻清得透。刺猥皮化瘀止痛,治疗胃病日久,为治疗 CAG 经验药。炒白术、白扁豆健脾益气化湿。全方清润滋阴,滋阴而不敛湿,化湿而兼健脾,湿去阴复而病自愈。国医大师路志正^[12]认为在 CAG 阴虚夹湿之证中,湿热为标、阴虚为本,故治疗以祛湿邪,使湿去而热孤,配养阴甘凉之味,邪去则六分合,气机得畅。

2.3 通络活血、以通为用

《丹溪心法》释:“血受湿热,久必凝浊。”《读医随笔》述:“夫血犹舟也,津液水也;津液为火灼竭,则血行瘀滞。”章津敏等^[13]在对湿热证患者的临床治疗中发现湿热有致瘀之势,在清热化湿的基础上灵活应用活血化瘀药,疗效有所提高。吕文亮^[14]通过对湿热证的深入了解得出胃黏膜的病理变化确与湿热日久致瘀有着密切关联。刘艳莉等^[15]用调气理血、清热化湿

法治疗 CAG 患者发现,服药后患者胃黏膜血液循环得以改善,固有腺体恢复较快,从而延缓胃黏膜病理进展,临床疗效令人满意。在湿热蕴脾证进展中,湿热过甚,血受灼炼则浓浊黏稠,血液流通不畅而致瘀。瘀久则会出现肠化、不典型增生,表现为胃脘部刺痛,按之痛甚,疼痛日久屡发,食后加剧,入夜尤甚,甚则出现黑便或呕血;舌质紫暗或有瘀斑,脉涩。杜老师循焦树德教授四合汤^[16]之法自拟益胃化瘀饮,以益气 and 胃、通瘀化湿。常用半枝莲 15 g,刺猥皮 10 g,九香虫 6 g,莪术 10 g,黄连 6 g,白豆蔻 6 g(后下),法半夏 10 g,佛手 10 g,太子参 15 g,麦冬 10 g,石斛 15 g,炙甘草 5 g,大枣 3 枚。方中半枝莲化瘀止痛,重用为君;刺猥皮为治 CAG 经验药,与半枝莲相合止痛力倍增,且通络理气止呕;九香虫温阳理气止痛,莪术破血行气止痛,二药相合共增通瘀之势;另加黄连、白豆蔻各 6 g,一寒一温,清透湿热之邪;法半夏燥湿和胃,佛手疏肝理气止痛,气行则血自通;太子参、麦冬、石斛清热滋阴。全方气血并治,顾护脾胃,刚柔相济,气行血畅,诸痛自除。此方在临床上治疗湿热致瘀 CAG 患者疗效显著,有患者在服药半年后复查胃镜示浅表性胃炎,腺体萎缩有所改善。

3 验案举隅

杨某某,女,48 岁,2021 年 1 月 5 日初诊。主诉:间断性胃脘部胀痛 6 年,加重 1 月余。1 月余前患者因饮食不节出现胃脘部胀痛,伴嗳气、反酸、烧心,无恶心呕吐。就诊于西安交通大学第一附属医院,查胃镜示:慢性萎缩性胃炎(C2);病检:(胃窦)黏膜中度萎缩性胃炎急性活动并淋巴滤泡形成;C13 呼气试验阴性;给予西药(具体不详)治疗,药后患者过敏,未再继续服用。现为求进一步诊治,遂来我院门诊就诊。实验室检查:胃泌素-17 0.8 pmol/L;胃蛋白酶原-I 59.87 μg/L;肝肾功能、血常规无异常。刻下:胃脘部胀痛,时有嗳气、反酸、烧心,晨起口干口苦,夜寐差,小便色稍黄,肢体倦怠乏力,大便时而闭结时而溏泄,偶有烦躁易怒,舌红、黄厚而干,脉濡数。西医诊断为慢性萎缩性胃炎(C2);中医辨证属胃痞(湿热蕴脾证),治以清化湿热、益气健脾,方用黄连温胆汤加减。方药:黄连 5 g,陈皮 15 g,茯苓 15 g,炒白术 15 g,滑石 10 g,黄芪 20 g,枳实 10 g,海螵蛸 12 g,刺猥皮 15 g,白通草 10 g,佛手 10 g,百合 12 g,远志 15 g,神曲 10 g,共 14 剂,1 剂/日,2 次/日,饭前 30 min 服用,注意清淡饮食及休息。

2021 年 1 月 19 日二诊:自诉服药后胃脘部胀痛

减轻,乏力稍有好转,时有口苦,服药后疗效尚可。原方减滑石为 6 g、去白通草,加白扁豆 12 g、白豆蔻 6 g(后下),共 14 剂,用法同前。半月后三诊,患者偶感胃脘部胀痛,食欲增加,无反酸、烧心,时有口干无口苦,已无明显湿热之象。改服益胃化瘀饮加减巩固疗效,处方:半枝莲 15 g,刺猥皮 10 g,九香虫 6 g,莪术 10 g,黄连 6 g,白豆蔻 6 g(后下),法半夏 10 g,佛手 10 g,太子参 15 g,麦冬 10 g,石斛 15 g,炙甘草 5 g,大枣 3 枚,共 14 剂,用法同前。嘱患者保持情绪舒畅,清淡低脂饮食。6 月 4 日复查:胃泌素-17 2 pmol/L、胃蛋白酶原-I 70.55 μg/L,胃镜示慢性浅表性胃炎。患者偶感胃脘部不适,已无其他明显不适,先暂停服药,嘱其按时休息,清淡低脂饮食,定期复查胃功能及胃镜,不适随诊。

按:本案患者西医诊断为 CAG,中医诊断为胃痞(湿热蕴脾型)。患者多因脾胃素虚,饮食不慎,内生湿热而出现胃脘部满闷胀痛不适,反酸、烧心,晨起口干口苦。予以黄连温胆汤调之。轻取黄连 5 g、滑石 10 g 以清化湿热;茯苓渗湿于外;枳实、佛手、白通草疏肝理气;海螵蛸制酸止痛;刺猥皮为治 CAG 经验药;炒白术、黄芪益气健脾,利水燥湿;百合、远志清心除烦;神曲消食导滞。二诊恐苦寒伤胃,减滑石为 6 g;加白扁豆、白豆蔻各 6 g 以轻透湿热。三诊已无明显湿热之象,改服益胃化瘀饮,以巩固胃气,湿去气复则病自愈。

4 结语

杜晓泉教授认为,湿热蕴脾型 CAG 存在一定的演变过程,但不外湿热致虚,湿热致瘀之候,早期治疗以清化湿热、既病防变为主,为防苦寒之药败胃,常用药轻灵,顾护脾胃。中期益气养阴、标本兼治,以清润滋阴,滋阴而不敛湿,化湿而兼健脾,湿去阴复而病自愈。后期通络活血、以通为用,旨在气血并治,顾护脾胃,气行血畅而瘀自去。杜晓泉教授治疗 CAG 辨证思路清晰,根据患者病情阶段不同给予个体化治疗,在临床上取得了较好的疗效。

参 考 文 献

[1] Rodriguez-Castro KI, Franceschi M, Noto A, et al. Clinical manifestations of chronic atrophic gastritis[J]. Acta Bi-

omed, 2018, 89(8-S): 88-92.

- [2] Aoki K, Kihaile PE, Wenyuan Z, et al. Comparison of prevalence of chronic atrophic gastritis in Japan, China, Tanzania, and the Dominican Republic[J]. Ann Epidemiol, 2005, 15(8): 598-606.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [4] den Hollander WJ, Kuipers EJ. Current pharmacotherapy options for gastritis[J]. Expert Opin Pharmacother, 2012, 13(18): 2625-2636.
- [5] Holleczer B, Schöttker B, Brenner H. Helicobacter pylori infection, chronic atrophic gastritis and risk of stomach and esophagus cancer: results from the prospective population-based ESTHER cohort study[J]. Int J Cancer, 2020, 146(10): 2773-2783.
- [6] 魏玮, 杨洋. 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. 中医杂志, 2016, 57(1): 36-40.
- [7] 董凡, 邓银香, 商竞宇, 等. 中医治疗慢性萎缩性胃炎研究近况[J]. 江苏中医药, 2020, 52(7): 88-90.
- [8] 徐晓惠, 章程鹏, 孙易娜, 等. 脾胃湿热型慢性胃炎证候演化规律研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2019, 21(6): 51-57.
- [9] 杨洋, 瞿先侯, 杨敏, 等. 慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 319-324.
- [10] 沈丽萍. 从“虚、瘀、热”病机论慢性萎缩性胃炎的发病机制[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(1): 194-195.
- [11] 石芳, 刘阳, 李浩, 等. 从“气增而久, 夭之由也”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(1): 186-188.
- [12] 苏泽琦, 于春月, 张文君, 等. 国医大师路志正治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J]. 现代中医临床, 2017, 24(3): 34-36.
- [13] 章津敏, 朱方红, 蒋莉. 湿热致瘀理论临床运用举隅[J]. 光明中医, 2017, 32(5): 740-742.
- [14] 吕文亮. “湿热致瘀”理论及其临床意义浅探[J]. 湖北中医学院学报, 2004, 6(3): 21.
- [15] 刘艳莉, 敦泽, 张伊萌, 等. 调气理血清热化湿法治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(3): 3-5.
- [16] 刘毅, 张卓. 三合汤、四合汤辨治胃脘痛[J]. 实用中医内科杂志, 2018, 32(2): 66-67.

(收稿日期: 2021-06-25)