

慢性萎缩性胃炎的中西医辨治

周超宏

(西安华仁医院,陕西 西安 710300)

摘 要:通过对慢性萎缩性胃炎的形成、病理机制、解剖结构改变的分析,提出西医的一些新治法。重点介绍该病的中医病机、分型、治法。

关键词:肝胃不和;脾胃虚弱;脾胃湿热;胃阴不足;胃络瘀阻;寒热错杂;浊毒瘀结;气阴两虚

中图分类号:R573.3⁺2 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-0571(2019)06-0073-04

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2019.06.022

慢性萎缩性胃炎是长期各种胃炎经久治不效或患者又没有及时有效的保养导致胃粘膜上皮细胞变性,粘膜炎症反应和固有腺体萎缩数量减少,功能减低,常伴有肠上皮化生及不典型增生,是胃粘膜发生器质性的改变^[1]。人类各种年龄段都可以患上该病,但还是以中老年患者为主要的发病人群,临床症状表现为消瘦、乏力、食纳减少、脘腹胀满不舒,劳动能力大减甚至丧失,严重影响了患者的体质和生活质量。

1 西医对慢性萎缩性胃炎诊断、治疗

慢性萎缩性胃炎失常见病因有幽门螺杆菌(HP)感染,饮食习惯、免疫因素、胆汁、十二指肠液反流、体质因素、遗传因素等。慢性萎缩性胃炎病情与病变严重程度并不完全一致,常出现胃脘部胀满、胃脘部疼痛、烧心及消化不良症状,大便异常及虚弱症状和贫血症状,慢性萎缩性胃炎的症状、体质无特异性,不能作为诊断的依据,确诊主要靠胃镜和胃粘膜活组织病理检查,胃镜检查表现为:①胃粘膜颜色变淡;②粘膜下血管透见;③粘膜皱壁细小甚至消失;④萎缩性胃炎伴腺体颈部过度增生或肠上皮化生时,粘膜表面粗糙不平,呈颗粒状或结节状,可见假息肉形成,粘膜下血管显露的特征常被掩盖;⑤萎缩粘膜脆性增加,易出血,有糜烂灶;⑥萎缩性胃炎同时伴有慢性浅表性胃炎的表现,或充血红斑、附着粘液,以及反光增强等。病理检查表现为:①胃粘膜内固有的腺体萎缩;②化生;③增生;④癌变。实验室检查

表现为:①胃液分析:A型CAG患者多无酸或低酸,B型CAG患者可正常或低酸;②胃蛋白酶原测定:胃蛋白酶原由主细胞分泌,萎缩性胃炎时,血及尿中的胃蛋白酶原含量减少;③血清胃泌素测定:胃窦部粘膜的G细胞分泌胃泌素。A型CAG患者,血清胃泌素常明显增高;B型CAG患者胃窦粘膜萎缩,直接影响G细胞分泌胃泌素功能,血清胃泌素低于正常;④免疫学检查:壁细胞抗体(PCA)、内因子抗体(IFA)、胃泌素分泌细胞抗体(GCA)测定,可作为慢性萎缩性胃炎及其分型的辅助诊断。慢性萎缩性胃炎常见并发症有胃出血、贫血、胃溃疡、癌前病变等。西医治疗方法大概有以下几种:①一般性治疗:戒烟酒,避免使用损害胃粘膜的药物如阿司匹林、消炎痛、红霉素等,饮食宜规律,避免过热过咸和辛辣食物,积极治疗慢性口、鼻、咽部感染病灶。②弱酸治疗:口服适量米醋,10%稀盐酸1mL,同时服胃蛋白酶合剂,每次10mL,1日3次;多酶片或胰酶片治疗,改善消化不良症状。③抗幽门螺杆菌治疗:幽门螺杆菌检出阳性很高,行抗HP治疗。④抑制胆汁返流和改善胃动力:消胆胺可络合反流至胃内的胆盐,防止胆汁酸破坏胃黏膜屏障,硫糖铝与胆汁酸及溶血卵磷脂结合,用于治疗胆汁反流。胃复安、吗叮啉、西沙比利片等可增强胃蠕动,促进胃排空,协助胃、十二指肠运动,防止胆汁反流,调节和恢复胃肠运动。⑤增加粘膜营养:合欢香叶酯增加胃粘膜更新,提高细胞再生能力,增强胃粘膜对

胃酸的抵抗力,达到保护胃粘膜作用,或选用硫糖铝、尿素囊、生胃酮、前列腺素 E 等。⑥五肽胃泌素:促盐酸,胃蛋白酶原分泌对胃粘膜及其他上消化道粘膜有明显增殖作用。以上是西医对慢性萎缩性胃炎的诊断、治法等问题,西医对该病具有缓解症状快,但不能彻底治愈该病,且需要长期服药维持,长期疗效不尽如人愿,副作用较大,所以就让我们详细学习一下中医对该病辨治、疗效如何吧!

2 中医对慢性萎缩性胃失辨治

慢性萎缩性胃炎属中医的胃痞,病变脏腑主要在脾胃。《素问·灵兰秘典论》云:“脾胃者,仓廪之官,五味出焉。”^[2]脾胃同居中焦,脾主运化,升清、统血,胃主受纳,腐熟,主通降。脾与胃,一阴一阳,互为表里,共同参与饮食的消化吸收。痞主要指气机郁滞不畅,所谓“不通则痛”。《伤寒论》云:“满而不痛,此为痞。”^[3]《景岳全书·痞满》云:“痞者,痞塞不开之谓;满者,胀满不行之谓。”^[4]脾体阴而用阳,胃体阳而用阴,两脏腑阴阳既济,共同对饮食、水谷精微的受纳、运化、代谢。胃痞的病机主要是脾胃虚弱、升降失常、中焦气滞,多由脾胃素虚,内外之邪乘而袭之,使脾胃升降失常所致,《丹溪心法》云:“脾气不和,中央痞塞,皆土邪之所为也。”^[5]脾胃为气机升降之枢,脾燥而恶湿,胃喜润而恶燥,若过饮过饱,恣食生冷,酒食不节,嗜烟酗酒等导致寒湿内盛或燥热内炽,皆可损伤脾胃,影响脾胃的受纳升降,遂致气机紊乱,脾胃不和,升降失司,中焦气滞则痞胀。肝胆属木,脾胃属土,木疏土达,若情志失和,忧思过度,大怒伤肝,导致肝气郁滞,郁则肝气横逆,影响脾胃升降,导致脾胃升降不利,中焦气滞则痞胀。平素脾胃虚弱,或年老体弱,中气久虚,或病中过用寒凉克伐之剂,易耗脾胃之气,或病后胃气未复,皆能导致胃纳呆滞,脾胃失健,升降失常,因虚致郁,中焦气滞则痞胀。外感邪气,误治失治,由表及里,导致脾胃不和;或五脏疾病失于调治,久病传脾;或滥服药物损伤脾胃,皆可导致脾胃不和,升降失司,中焦气滞则痞胀。脾胃不和,升降失职,清气不升则腹泻,浊气下降则便秘、恶心呕吐,中焦气滞则腹胀腹痛,脾胃运化失职,则水谷不化、清气不升、浊气下降,清浊相干,故纳差、食

滞、腹泻或便秘。胃为阳腑,多气多血,中焦气滞则血瘀,胃腑气血瘀滞则疼痛,气滞瘀血日久则蕴积化毒生热,损伤胃膜,以上种种病因、病机致使胃粘膜上皮细胞变性、粘膜腺体萎缩的病理改变。

慢性萎缩性胃炎的发病都有一个缓慢、多种致病因素,外邪长期斗争与综合因素致病的发展过程。该病病理基本上可以概括为本虚标实。所谓本虚即胃体(气血、阴阳)的亏损,胃的受纳作用失常,致使胃气上逆,胃脘部痞胀、厌食,脾的运化功能下降,气血生成不足,脾胃的升清降浊功能失常,使患者头晕、眼花、心慌、乏力、失眠、多梦、面色无华等一派虚弱之象;标实指由于脾胃气虚,气虚气滞不通畅,胃肠传导功能下降,使肠道便秘,气机郁结,胃脘及下腹部胀满,排气不顺,恶心、反胃呕吐,胃腑损伤,气机逆乱,升降不利,势必气滞血瘀,日久则蕴毒生热,损伤胃膜。脾虚津液运化失常,湿浊内生,湿为阴邪,既可困阻脾胃,壅塞中焦,损伤阳气,使清阳不升,又可蕴热酿毒而损伤胃粘膜,湿邪郁结则痰浊内阻,湿胜则时有大便溏薄,久病则多虚多瘀。痰湿、瘀血日久,痰瘀互结则病情缠绵。脾胃为后天之本,气血生化之源,胃病日久则生化不足,气血方虚,正不胜邪,故常因寒热失调而反复发作。针对脾胃气血阴阳的不足,痰湿浊、湿热、瘀血及兼加其他脏腑病理产生,治则以补益脾胃、调畅气机升降、调和气血为原则。临床根据阴阳寒热虚实和脏腑合并症状,适当佐以疏肝、养阴、清热、温中、燥湿、消食、导滞、通腑、解毒等法。现根据慢性萎缩性胃炎的不同分期、症状大概总结如下几种证型,并附以治法、方药:①肝胃不和:治法舒肝理气,和胃解郁,用柴胡疏肝散加减。②脾胃虚弱:治法温中健脾,用香砂六君子汤加减。③脾胃湿热:治法清理湿热,和胃顺气,用温胆汤合左金丸加减。④胃阴不足:治法养阴益胃,用沙参麦冬汤加减。⑤胃络瘀阻:治法活血化瘀,通络止痛,用失笑散合丹参饮加减。⑥寒热错杂:治法辛开苦降,升清降浊,用半夏泻心汤合左金丸加减。⑦浊毒瘀结:治法健脾和胃,解毒化瘀,用六君子汤加味。⑧气阴两虚:治法健脾和胃,益气养阴,用健胃汤加减。

以上重点介绍了慢性萎缩性胃炎的病机、病理、临证分型及治法方药。但由于患者身体千差

万别,合并病种的不同,兼夹的脏腑各异,感邪的轻重不同,病情的轻重缓急,分期等各不相同,所以临证需灵活变通加减,重在随机变化方更符合实际病情,所以下就介绍几个慢性萎缩性胃炎的中医病案的诊治情况。

3 病案举例

3.1 案一 王某某,男,64 岁,2014 年 6 月 25 日初诊。患者于 10 年前因打工期间饥饱失常,后胃脘部疼痛,给予消炎止痛药缓解后,以后每隔十天半月左右胃脘部总感到痞胀,反胃等不舒,某医院给予消炎利胆片、胃酶合剂、香连化滞丸等药有所缓解,剂量不详。所以每次有胃脘不舒服后,总用以上药物治疗。十余年间吃过的中成药、西药患者数也数不清。2014 年 3 月 27 日经某医院胃镜检查诊断:慢性萎缩性胃炎,并且胃粘膜有陈旧性溃疡钙化点、胃窦部炎症。B 超示:胆囊壁毛糙,胆囊内有 1.5 厘米结石数枚。在多家医院经中、西药、输液等治疗后效果不甚明显情况下,经熟人介绍向我求治。查患者形体较瘦,患者自诉体重约 108 斤,面色苍黄少华,精神一般,血压:98/65mmHg,舌淡红,苔薄白,脉沉细数。诊断:①胃痞(慢性萎缩性胃炎);②肝气郁滞。辨证:脾胃气虚,肝气郁滞。治法:健脾益气,降逆和胃,疏肝解郁。处方:党参 20g,姜半夏 12g,代赭石 30g,陈皮 10g,当归 15g,佛手 20g,木香 10g,生山楂 20g,炒白芍 30g,枳壳 15g,丹皮 15g,生麦芽 30g,元胡 15g,草叩 15g,砂仁 15g,炒白术 15g,炙草 6g 十五付,水煎服,日一付,煎 2 次,共取汁 600mL,每次 300mL,分早晚于饭前温服下。

二诊:痞胀减轻,大便排下不少深褐色长条状粪便,大便日 2 次,反胃次数日 3 次,每次程度也减轻。夜间睡觉易醒,醒后难以入睡,大概久病多虚多瘀,且胃不和则卧不安。舌质淡苔薄白,舌两边有齿痕,双侧寸关尺六部脉沉迟。药已对症,在原方基础上加减如下:党参 20g,炒白术 15g,叶 15g,枳壳 15g,生龙牡各 30g,炒白芍 20g,炒枣仁 20g,干姜 15g,姜半夏 10g,代赭石 30g,茯神 15g,生山楂 20g,甘松 10g,炙草 6g,砂仁 10g,木香 10g,姜黄 10g 十五付,水煎服,日一付,煎 2 次,每煎沸后 30 分钟,共取汁 600mL,每次 300mL,分早晚于饭前温服。

三诊:反胃每日仅一次,胃脘部嘈杂感减少,痞胀感减轻,夜间睡觉较深沉,但睡后梦较多,大

便日 2 次,便色较黄显长条状,原来不敢吃的食物现在食后也不觉难受。大概患病时日太久,气血生化不足,肝血亏虚。舌质淡,苔薄白,舌两边齿痕消失,六部脉仍较沉迟,尤以双关部脉更明显,在原方基础上加减调整:党参 20g,炒白芍 20g,炒枣仁 20g,生山楂 20g,夜交藤 30g,海螵蛸 30g,干姜 15g,甘松 15g,木香 10g,炒白术 20g,草果 10g,姜半夏 10g,生龙牡各 30g,琥珀 15g,砂仁 10g,炙草 6g 十五付,水煎服,日一付煎 2 次,每次沸后 30 分钟,共取汁 600mL,每次 300mL,分早晚于饭前温服。四诊:胃脘痞胀感已明显减轻,已不反胃,大便呈黄色长条状,日一次或两次,睡觉较沉,梦少,面色红润,神清气爽,精神佳,行动稳健有力,体重较初诊增加十余斤,患者大喜。嘱患者合理调整膳食,不用再吃其它中西药物。近期随访患者已安全不用吃药,胃病已完全治愈,无任何不适感。

3.2 案二 李某某,男,65 岁,2014 年 8 月就诊。患者于十五年前体检时发现患有丙肝,由于工作繁忙,所以未太在意,未能系统的治疗。时常有体乏、纳差、失眠、多梦等症状,曾在多家市级医院给予西药、中成药抗丙肝病毒,保肝等治疗,效果较差,患者自觉进行性消瘦、乏力、纳差、胃脘部痞胀,大便长期稀溏。经朋友介绍试着用中医药调治。于 2014 年 7 月在市某家医院体检,血生化查肝功:总胆红素 30.7 μ mol/L,直接胆红素 15.1 μ mol/L,谷丙转氨酶 90U/L,谷草转氨酶 51.4U/L, γ -谷氨酰转氨酶 49.4U/L。胃镜检查:慢性萎缩性胃炎。初诊症见:形体消瘦,面色晦暗无光。自诉胃脘灼热胀痛,脘腹痞满,口苦口粘臭,尿黄,反胃,大便粘腻不爽。查体见:舌质红,苔黄腻,脉滑数。诊断:胃痞(慢性萎缩性胃炎)。辨证:脾胃湿热。治法:清热利湿,健脾和胃,行气消胀止痛。处方:金钱草 30g,清半夏 12g,枳实 15g,竹茹 15g,胆南星 15g,丹皮 15g,炒白术 20g,炒药米 30g,赤小豆 30g,黄连 10g,煅瓦楞子 30g,蒲公英 20g,生甘草 10g,炒大黄 8g,党参 20g,大腹皮 30g,佩兰 15g,菖蒲 10g 十付,水煎服,日一付,煎 2 次,每煎沸后 30 分钟,共取汁 600mL,每次 300mL,分早晚饭前温服。

二诊:服上药后,感觉胃胀、烧灼痛感减轻,反胃减少,每日 2 次,每次持续十余(下转第 79 页)

性好。

参考文献

[1] 郝明丽, 徐敏. 代谢组学在 2 型糖尿病研究中的应用及进展[J]. 内科理论与实践, 2016, 11(3): 191-194.

[2] 周卫征, 徐向红. 协同护理模式在提高 2 型糖尿病患者生活质量中的应用分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(17): 2444-2446.

[3] 樊爱青, 曾艺鹏, 彭欣, 等. 浦东中部社区 901 例 2 型糖尿病中医证型情况分析[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(5): 905-908.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 234-235.

[5] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2010 年版)[J]. 中国糖尿病杂志, 2012, 20(1): 54-109.

[6] 杨婷, 杨晓晖. 糖尿病的中医特色疗法[J]. 中华全科医学, 2017, 15(10): 1642-1643.

[7] 何珂, 朱丽华, 陆西宛. 六味地黄丸联合二甲双胍片治疗 2 型糖尿病临床疗效观察[J]. 中成药, 2016, 38(1): 50-52.

[8] 吕旭艳, 谢敏, 陈小丽. 阿卡波糖与瑞格列奈联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病餐后高血糖的效果观察[J]. 中国药师, 2016, 19(6): 1113-1115.

[9] 范尧夫, 曹雯, 胡咏新, 等. 葛根芩连汤对新发 2 型糖尿病胰岛素抵抗的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(2): 115-117.

[10] 李先进, 王瑾茜, 刘侃. 体针配合葛根芩连汤治疗肥胖型糖尿病湿热困脾证的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(7): 1475-1478.

[11] 姚沛雨, 李鹏辉, 苏惠娟. 健脾补肾、养阴清热中药对 2 型糖尿病患者血清 CRP、IL-6 及 TNF- α 炎症因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(7): 1009-1012.

(收稿日期: 2019-02-27 编辑: 巩振东)

(上接第 75 页) 分钟, 且常在饭后发作。大便先干后稀溏, 呈褐黄色。查体见舌质红, 苔黄腻较前薄, 脉滑细数。药已切中病机, 处方在前基础上加减调整如下: 金钱草 30g, 黄连 10g, 丹皮 15g, 炒白术 15g, 清夏下 15g, 枳壳 15g, 茯苓 15g, 生药米 30g, 蒲公英 20g, 炒栀子 10g, 元胡 15g, 玉片 10g, 胆南星 10g, 车前草 15g, 生草 8g, 海螵蛸 20g, 三七粉 6g(冲服), 十付, 水煎服, 日一付, 煎 2 次, 每煎沸后 30 分钟, 共取汁 600mL, 每次 300mL, 分早晚饭前温服。

三诊: 服上药后胃痞胀痛明显减轻, 不反胃, 大便呈黄褐色长条状, 日大便 1 至 2 次。口苦、粘腻感大减, 体内湿热邪气已除十之八九。但患者仍较虚弱, 胃粘膜修复较慢, 此时重点应调补脾胃生机, 以加速愈合, 体力的恢复。查体见舌质淡红, 苔薄而不腻, 脉沉细数。处方在前基础上作较大变动如下: 党参 20g, 炒白术 15g, 干姜 10g, 当归 15g, 炒山药 30g, 茯苓 15g, 生山楂 20g, 炒白芍 30g, 枳壳 15g, 海螵蛸 30g, 黄芩 10g, 黄连 10g, 半夏 10g, 生甘草 8g, 白花蛇舌草 30g, 琥珀 10g 十付, 水煎服, 日一付, 煎 2 次, 每煎沸后 30 分钟, 共取汁 600mL, 每次 300mL, 分早晚饭前温服。四诊: 经上十付药寒热平调, 健脾和胃治疗后, 患者胃再也没

有什么不适感, 饮食量增加, 口不苦, 吃饭感到香甜可口, 面色红润, 精神佳, 行动有力, 体力大增。嘱患者注意日常饮食护理, 适寒温, 畅情志, 重点针对原发病的调理, 以期更全面的康复。

由于胃痞(慢性萎缩性胃炎)的形成是一个漫长的变化形成过程, 由于人体是一个有机整体, 是一个多病因、多病机、多病损、本虚标实的复杂病理状态, 且每个病人体质千差万别, 所以该病具体到每个病人重在随症变化加减, 处方千变万化, 即使同一个病人在该病不同时期, 处方也应随机变化才能达到比较理想的疗效。

参考文献

[1] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀, 等. 实用内科学[M]. 15 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 1508-1510.

[2] 黄帝内经. [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 26-27.

[3] 熊漫琪. 伤寒论. [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 319、326、329、330.

[4] 张景岳. 景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 531.

[5] 朱丹溪. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 130.

(收稿日期: 2018-12-13 编辑: 文颖娟)