

半夏泻心汤加味治疗慢性胃炎82例观察

● 卢致鹏 指导:顾武军 教授

关键词 伤寒论 半夏泻心汤 慢性胃炎 临床观察

慢性胃炎(Chronic Gastritis)是由各种病因所引起之胃粘膜慢性炎症性病变或萎缩性病变。其在临床上可分为慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎、慢性糜烂性胃炎、胆汁反流性胃炎及特殊类型等数种,为临床上常见病、多发病。其约占接受胃镜检查病者的90%以上,且其发病率有随着年龄的增长而升高的趋势。

慢性胃炎在祖国医学可归属于“痞”、“心下痞”、“心下痞满”、“心下痞鞭”、“胃脘痛”、“嘈杂”等范畴。“痞”证以心下痞,按之濡为其主要特征。而“心下痞”乃自觉心下堵闷不适,按之柔软而不痛等等云。其形成主要由于“太阳病,本应以汗法治之,而医以发汗,继续发热,足见汗不如法,病不除,表证仍在,当再行解表,而医又反用攻下之法。此时汗之已伤其表,复下又伤其痞,故表里俱虚,阴阳气并竭,表邪因其误下,而乘虚入里,结于心下,致气机窒塞,阻滞于中,形成痞证,而此时表证虽除,而心下痞之证独存……”(见:《伤寒论》第151、153条)等。

而“半夏泻心汤”则主治“伤寒痞证。胃气素虚,或吐下伤正。肠胃不和,升降失序,运权无度,心下痞满,按之柔软而不痛,肠鸣下利,干呕,舌苔薄黄而腻,脉弦数……”(见:《伤寒论》第149条及《金匱·呕吐哕下利病脉治第十七》第10条)等。

1 临床资料

1.1 研究对象 2004年9月~2006年9月广东省中山大学附属第五医院和天文诊所等门诊、病房、胃镜室的慢性胃炎患者82例。其中男性52例,女性30

例,年龄15~73岁,男女比例为1.733:1。临床表现以胃痛为主症,部分有消化不良的表现,包括上腹饱胀不适,特别于餐后无规律性的上腹隐痛、嗝气、呕吐、泛酸等。用药前均经胃镜检查确诊,并无其它并发症及严重合并症者。

1.2 诊断标准 采用2000年中华医学会消化病慢性胃炎诊治共识意见,参考中华医学会消化内镜学分会2003年9月大连会议后之定稿:慢性胃炎内镜分型分级标准及治疗试行意见。

根据临床症状、体征、胃镜、病理检验结果诊断等因素,其诊断要点如下:

(1)病史、体检:评估慢性胃炎对人体的影响程度:视患者消化不良症状之有无、严重程度等找出可能出现的病因或其它诱因:如酒精因素、药物、胃十二指肠反流等。

(2)内镜检查:内镜下慢性胃炎分为浅表性胃炎(又称非萎缩性胃炎)和萎缩性胃炎。如同时存在隆起糜烂或胆汁反流或平坦糜烂者,则诊断为浅表性或萎缩性胃炎伴糜烂或伴胆汁反流。其病变的分布及范围:胃体、胃窦、全胃等。①活检取材:详见“病理组织诊断”项。②内镜下慢性胃炎的诊断依据:a.萎缩性胃炎:粘膜血管可呈显露,粘膜呈颗粒状,皱襞细小样,其色泽暗黑或灰暗。b.浅表性胃炎:粘膜呈粗糙不平,红斑可呈片状、点状,出血点(斑)。

(3)组织学诊断标准:其有Hp、慢性炎症、活动性、萎缩和肠腺化生5种形态学变化要分级,并分成无、轻度、中度、及重度(或0、+、++、+++)等。其它组织的特征:分非特异性和特异性两类,不需要分级,出现时须注明。前者如小凹上皮增生、肠腺化生、假幽门腺化生、和淋巴滤泡等;后者则如肉芽肿、明显上

● 作者单位 澳门科技大学中医药学院中医学博士研究生

皮内淋巴细胞浸润、特异性病原体、集簇性嗜酸性粒细胞浸润等。而假幽门腺化生则为胃底腺萎缩的指标,判断时须明确取材部位。而异型增生则要分轻度、中度、重度3级。

1.3 证型证候标准 采用中国中西医结合研究会消化专业委员会《慢性胃炎中西医结合诊断辨证标准》作为证型辨证的相对辨证标准。

1.4 治疗方法 治以半夏泻心汤加味,组成:半夏10~15g,干姜6g,黄芩10g,人参10g,炙甘草6g,黄连5g,大枣8枚。辨证加减:临床兼证如见痛甚者,加木香6g,郁金10g,香附8g;呕吐颇甚者,加吴茱萸6g,代赭石25g;暖气吞酸上逆者,加牡蛎20g,龙骨20g,白术10g;腹痛纳差呆滞不化者,加神曲15g,山楂10g,木香10g;腹胀欲闷者,加佛手10g、莱菔子15g、藿香10g;食积者,加布渣叶15g、枳壳15g、神曲20g。三个月为一疗程。

2 结果

2.1 疗效标准

2.1.1 胃镜疗效判断标准 (1)胃黏膜颜色基本恢复正常;(2)胃黏膜颗粒状的增生基本消失;(3)萎缩变浅表象,血管网透见不清楚。以上具备一项即为显效;任何一项减轻或病变范围缩小,即为有效;胃黏膜萎缩病变及肠化生不典型增生无改变者为无效。

2.1.2 临床症状疗效标准 显效:症状消失,饮食正常;有效:症状减轻明显减轻或大部分消食,饮食改善者;无效:症状减轻不明显或无变化者。

2.2 治疗结果 治疗82例慢性胃炎患者中,显效46例,有效32例,无效4例,总有效率达95.12%。其症状频数变量聚类分析:脾胃湿热证、肝胃郁热证频率>10%的症状共有25个。聚为第一类者有胃胀痛、灼痛、纳差、暖气、泛酸、口苦、口干、尿黄、排便不爽、舌红、苔黄、脉弦、脉滑。纳差其在聚类分析中列为第一类症状,然从慢性胃炎之主症分析中可知纳差为慢性胃炎之常见症状,故不纳入为脾胃湿热证、肝胃郁热证之辨证症状。而苔腻在聚类分析中列为第二类症状,然考虑到苔腻为此证的常见症状(频率>55%),故苔腻可纳入此证之辨证症状。而其余聚为第一类之12个症状经频次分析、聚类分析结果一致,可作为本证之主要辨证症状。综上,脾胃湿热证、肝胃郁热证之主要辨证症状为:胃胀痛或灼痛,泛酸、暖气,口苦、口干,排便不爽,尿黄,舌红,苔黄或腻,脉滑或弦。肝胃不和证、脾虚气滞证频率≥10%之症状有

以上26个。聚为第一类之症状为胃胀痛、纳差、暖气、舌淡红、苔白、苔薄,其余皆聚为第二类。同聚为第二类的口干、失眠为慢性胃炎常见之全身伴随症状,故不作为肝胃不和、脾虚气滞证之辨证症状。而暖气、纳差、胃胀痛、舌淡红、苔白、苔薄经聚类分析聚为第一类,考虑六者为肝胃不和证、脾虚气滞证之常见症状(其频率皆>50%),故亦可纳入肝胃不和证、脾虚气滞证之主要辨证症状,而其余之18个症状经频数分析、聚类分析,结果一致,可作为本证之主要辨证症状。最后,得出肝胃不和证、脾虚气滞证(包括肝郁脾虚证)之主要辨证症状为:胃胀痛或痛窜两胁,泛酸,暖气,脉弦,舌质淡红,苔薄或白(均为“肝胃不和”之象);胃痛(隐隐作痛,绵绵不休)或胀痛,食后发作或加重,乏力,纳差,大便时溏时结,脉细或弱,舌体胖或有齿痕(均为“脾虚气滞”之象),便溏或排便不爽,脉弦(为“肝郁脾虚”之象)。此临床见证亦与文献记载相合。详见表1~4。

表1 脾胃湿热证、肝胃郁热证之症状变量聚类分析

症	胃胀	胃	胃	食后发作	饱食后发	暖灼	泛	纳	口	口	得食	大便	排便
状	痛	胀	痛	或加重	作或加重	气	酸	差	干	苦	则减	秘结	不爽
聚类	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1

表2 脾胃湿热证、肝胃郁热证之症状之变量聚类分析(续表)

症	尿	失	舌淡	舌	苔	苔	苔	苔	脉	脉	脉
状	黄	眠	红	红	薄	黄	白	腻	弱	弦	滑
聚类	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1

注:聚为第一类者有胃胀痛、灼痛、纳差、暖气、泛酸、口苦、口干、尿黄、排便不爽、舌红、苔黄、脉弦、脉滑。

表3 肝胃不和证、脾虚气滞证之症状之变量聚类分析

症	胃胀	胃	胃痛,痛	痛	食后发作	隐隐作痛,	暖	泛	乏	纳	喜	脉
状	痛	痛	窜两胁	胀	或加重	绵绵不休	气	酸	力	差	按弱	
聚类	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2

表4 胃不肝和证、脾虚气滞证之症状之变量聚类分析(续表)

症	口	口	腹	时	溏	排便	大	失	舌	舌	胖	苔	苔	脉	脉
状	淡	干	泻	时	结	不爽	便	眠	淡	红	或有	薄	白	弦	细
聚类	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	

注:聚为第一类之症状为胃胀痛、纳差、暖气、舌淡红、苔白、苔薄,其余皆聚为第二类。

3 病案举例

案1 杨某某,男,73岁。2005年8月来本院就诊,诉由右上腹痛,一小碗饭即已脘胀,胃镜检查示:慢性糜烂性胃炎。胃活检病理检查报告:示慢性中度萎缩性胃窦胃炎,灶状腺上皮细胞肠上皮化生。观其形体消瘦,面色瘦白,查其有口苦,口干,舌稍暗有齿印,苔薄脉细。此为脾虚血瘀型慢性胃炎。处以:半夏泻心汤加味。半夏9g,干姜5g,黄芩9g,人参5g,炙甘草6g,黄连5g,大枣8枚,北芪10g,太子参5g,白术5g,云苓5g,莪术5g,香附5g,郁金5g,五灵脂5g,枳实5g,砂仁5g。六剂后,症状大减。之后又如上法去莪术、加玄参10g,调治半年收功。

案2 黄某某,男,36岁,2005年8月来院诊治,自诉胃脘部胀满疼痛3年余,曾于他院诊治病情反复,近期经纤维胃镜检查,诊其为慢性萎缩性胃炎伴中度肠上皮化生,幽门螺杆菌阳性。前2日因自感胃脘部痛疼胀满,噯腐吞酸,不思饮食,时感呕吐,便秘臭不爽,查其舌质淡红,舌苔厚腻,脉滑,中上腹部轻压痛,检查未见其它明显异常。诊其为:慢性萎缩性胃炎,辨证饮食停滞型。治以理气和胃、导滞消食、泻痞去胀。方用:半夏泻心汤加减主之。山楂15g,炒莱菔子10g,半夏15g,木香10g,蒲公英10g,建曲10g,大腹皮10g,黄芩10g,炙甘草6g,黄连3g,大枣8枚,枳实10g,鸡内金12g,丹参15g,虎杖8g,陈皮5g,连翘6g,合炖服,连续14天,症状好转。之后又如上法去虎杖、连翘,再加玄参10g,太子参10g,调治半年收功。

案3 施某某,男,45岁,曾于2005年6月来院诊治,自诉胃脘部痞满,隐隐作痛,每因情志失畅郁滞波动而加重3年,前曾服三九胃泰冲剂、其它止痛药,效果欠佳。近一个月前曾作胃镜等检查,确诊为慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生,因近段时胃脘部胀满疼痛,喜暖喜按,恶心欲吐,噯气泛酸,口渴喜饮,便秘尿黄,查其舌质淡胖有齿痕,舌苔黄白相间,脉弦细数。归之临床诊断为慢性萎缩性胃炎,中医辨证属寒热错杂型胃脘痛。处以辛开苦降,消痞和胃,安中健脾为治法,方选用半夏泻心汤加味主之。半夏12g,黄芩10g,黄连10g,佛手12个,茯苓12g,蒲公英10g,陈皮6g,乌贼骨10g,佛手10g,干姜6g,大枣8枚,炙甘草6g,沙参6g,丹参8g,炒玉竹6g,生地6g。连续服用半

月,症状大减,胃脘部胀满痛、噯气泛酸基本消失,其它自觉症状亦大有好转。之后用前方再加木香10g,香附5g,白术10g,郁金5g,续服一月,其自觉症状完全消失,复查纤维胃镜呈浅表性胃炎,胃粘膜固有腺体基本恢复。后再如上方加减复服一月,以巩固疗效。之后随访1年,未见复发。

4 体会

本方主治因寒热错杂、中焦痞寒失滞、升降失常等所引之心下痞诸证。其于临床治疗上应用广泛,亦非仅仅心下痞而已,凡属中焦滞郁失畅不消诸证者皆可用之。而脾胃系统疾病,大多由中焦滞郁失畅等引起,病机大多为气机不畅。脾胃同属中焦,互为表里,于经络则为络属关系。而脾主运化,胃主纳,脾主升清,胃主降浊,一纳一化,一升一降,共成生化气血之功,共同完成饮食消化、吸收及水谷精气之输布。因此任何脾胃之升降失常均可引起脾胃系统疾病。而慢性胃炎系指在不同病因所引起之慢性胃粘膜炎症性病变或萎缩性病变——大部分系属脾胃升降失常之病机。慢性胃炎之各种症状均与脾胃升降失常有关,又知脾为阴土,喜燥恶湿,脾气以升为顺;而胃为阳土,喜润恶燥,胃气以降为和。脾胃之间之阴阳互助、湿燥相济,显示出其升降相因之气化关系。唯有通调升降揉之平衡,方能治其病之根。另脾胃生理上之相互联系关系,亦使病理上亦相互影响,如脾为湿困,运化失调,清新之气不能上升,可影响胃之受纳与和降,而见之脘腹胀、食少、噯气、恶心、气上升、呕恶等病证。反之,若饮食失节,食滞胃脘腹部之间,胃失和降,亦可影响至脾之升清与运化,而出现胃腹胀泄泻痢等症。故治以半夏泻心汤加味,方中以半夏和胃消痞、降逆止呕为主药;痞因寒热错杂、气机痞塞而成,故以黄芩、黄连苦寒降泻除其热,干姜、半夏之辛温开结散其寒;并佐以甘草、人参、大枣之甘温益气,以补脾胃之虚,而复其升降之职。此七味相奏合配,寒热并用,辛开苦降,和中补气,则自然邪去正复,升降得畅,诸症悉良。临床见证凭此方加减,并可兼治其它,如胃粘膜脱垂症、顽固性非溃疡性消化不良、慢性胆囊炎结石症、反流性食管炎、复发性口疮、重症恶阻、肠泻型肠易激综合征、溃疡性结肠炎者等,均可奏功。