

# 时吉萍主任医师治疗慢性萎缩性胃炎的经验

● 沈世林<sup>1\*</sup> 苏小军<sup>2</sup> 指导:时吉萍<sup>2▲</sup>

**摘要** 本文总结了时吉萍主任医师治疗慢性萎缩性胃炎的经验。认为该病病机为本虚标实,故治疗以健脾益气、滋阴养胃治其本,以疏肝理气、和胃降逆、辛开苦降、清热化湿及行气活血等治标,并介绍了其治疗慢性萎缩性胃炎的临床用药特点。充分体现了时吉萍主任医师圆机活法的辨证治疗思路,对我们治疗慢性萎缩性胃炎有现实的指导意义。

**关键词** 慢性萎缩性胃炎 时吉萍 名医经验

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)属慢性胃炎的一种,以粘膜固有腺体萎缩,粘膜变薄,粘膜肌层变厚,伴有肠上皮化生或假幽门腺化生为其病理特点。临床主要表现为上腹部的饱胀感,伴有疼痛、嗳气、纳呆、泛酸、乏力等症状。其病情反复发作,不易治愈,且重度慢性萎缩性胃炎伴发有不完全肠腺化生及中、重度不典型增生,与胃癌的关系密切。我院著名中西医结合专家时吉萍主任医师在 30 余年的临床实践中,对本病治疗积累了丰富的经验,取得了显著疗效。笔者随师学习,受益匪浅。现试析其辨治思路于下,以飨同道。

## 1 探求本源,发微病机

脾胃学说奠基于《内经》,阐发于《金匱要略》,成说于李东垣。历代医家对其各有发挥,形成庞大的

理论体系。时吉萍主任医生根据慢性萎缩性胃炎临床症状,认为此病属中医“胃脘痛”、“嘈杂”、“痞证”等范畴。其病因与饮食不节、情志失调、脾胃素虚兼夹外邪侵犯有关,病机关键是本虚标实;本虚是指脾胃中虚(气虚、阳虚、阴虚),标实是指气滞、湿阻、火郁、血瘀等。各种因素导致肝失疏泄,脾失健运,胃失和降,气机紊乱。中焦气虚和气机失调,是本病的病理基础。气滞失调,痰湿中阻,影响脾胃的收纳、运化、升降功能,导致清浊相干而产生痞满、胀闷、纳呆、便溏等症状。气郁化火,灼伤胃阴,或病久气阴两虚而胃络失养,易见口干舌红、胃脘隐痛、饥不欲食等阴虚火郁之症状。本病初起在气分,病久由气及血,致使气滞血瘀;由功能性病变演变成器质性病变,甚至产生癌积(相当于肠化、异型增生)等病证。本病本虚标实,由

虚致实,由实转虚,互为因果,恶性循环的病理特点,存在于病变的全过程。

## 2 谨守病机,综合施治

时吉萍主任医师认为本病的病变部位在胃,与肝脾关系密切,脾胃气虚为发病之本;肝郁气滞、气机紊乱、湿热中阻、瘀血停滞为起病之标;故治疗上以调气(补益脾气,疏肝理气、协调升降)、化湿、活血法为基本治则,标本同治。

**2.1 健脾益气,滋阴养胃** 脾胃为水谷之海,仓廪之官,主受纳和运化水谷。若饥饱失常,为情志所伤或劳倦过度等,均易导致脾胃受损。脾为后天之本,气血生化之源。脾虚不运,则中气不足,气血亏虚。慢性萎缩性胃炎的患者,临床表现面色无华、形瘦体弱、食欲不振、神疲乏力、舌淡胖、脉细弱等脾虚之象。时吉萍主任医师认为脾气虚弱是导致慢性萎缩性胃炎缠绵不愈的重要内在因素,故治疗本病的关键是健脾益气扶正,但健脾益气并不是一味地运用补气药。

\* 作者简介 沈世林,男,医学博士,硕士研究生导师。研究方向:中医药教育文献。

▲ 通讯作者 时吉萍,女,主任医师。E-mail:sjpihp-200g@163.com.

• 作者单位 1. 兰州大学第一医院(730000);2. 兰州大学(730000)

脾贵在运,治疗过程中用药宜选灵动、平和、轻灵之品鼓舞胃气,增强脾胃运化功能。导师常选用太子参、白术、甘草、白扁豆等甘缓平和之品健脾益气治其本,配以木香、石菖蒲、枳壳、青陈皮、砂仁、佛手、甘松等疏肝理气助运,以运助补。《临证指南医案》指出“太阴湿土,得阳始运;阳明燥土,得阴自安;以脾喜刚燥,胃喜柔润也”。脾恶湿喜燥,而健脾助运化之药往往偏于香燥,若过用之则易伤胃阴,临床常可见纳呆不饥、不思饮食、口干舌燥、大便不通、舌红少苔等症候。胃阴不足、阴虚胃热的患者,在使用健脾益气药物时,应注意切勿过于温燥。根据“胃喜润、以通为用”的特点,选用养阴不碍胃、清热不伤阳的甘平、甘凉之品,药用如沙参、麦冬、玉竹、石斛、山药等。胃阴虚且火旺者,配以芦根、花粉等。

**2.2 疏肝理气,和胃降逆** 脾胃属土,位居中焦,与肝关系密切。因脾胃司饮食消化吸收,而肝禀木性、功主疏泄,木能疏土则脾胃功能正常。若情志抑郁不舒,木郁不伸,每常横逆克脾犯胃,引起气机失常、胃失和降;症见胃脘及两胁痞满或疼痛,在情绪变化时加重,嗳气频作,胸闷善太息,或泛酸嘈杂,脉弦等。时吉萍主任医师认为其病在胃,其本在肝,故应治肝为主,或肝脾、肝胃同治。治疗当疏肝理气、和胃通降,药用柴胡、郁金、白芍、青陈皮、香附、枳壳、佛手、炒麦芽等。气郁日久则化热,肝胃郁热则烧心吞酸明显,药用柴胡、黄芩、丹皮、川楝子、白芍等。

**2.3 辛开苦降,清热化湿** 慢性萎缩性胃炎临床症状,常演绎为寒热错杂的状态。时吉萍主任医师认为此与脏腑的基本属性相关。慢性萎缩性胃炎病位在中焦脾胃,

胃为阳明,多热多实;脾为太阴,多虚多寒。根据患病诱因之不同及个人体质方面的差异,邪可从寒从热,如《伤寒论》中的“太阳病误下”,或因脾气虚弱、外邪乘隙入里而邪结于胃,或湿热留恋中焦损伤脾阳、热郁胃中,均可导致寒热错杂之痞满证。实热者多伤于胃,症可见胸膈以及胃脘灼热不适,泛酸,口苦,烦躁,或喜冷饮等;虚寒者多病于脾,脾之不足,温运功能低下,谷气下流,症可见肠鸣腹泻等,腹部喜暖喜按,腹中冷痛坠胀便溏或冷饮即泄。导师根据上述症状,用辛开苦降、寒热并用治疗。“辛”可开发行散、宣浊,“苦”能降泄、通利祛湿;辛热与苦寒相配则一阴一阳,一升一降,二者相反相成,使之相制不偏,性用无过,既可祛邪治病,又可扶正调中。在临床具体辨证应用时,应根据寒热的轻重灵活化裁。如胃中灼热明显而虚寒之象不显时,可重用黄芩、黄连,少用或不用干姜;如患者畏凉食、喜热饮、纳呆、便溏等寒象明显,而仅见舌苔微黄腻的热象,则少用黄芩、黄连,重用干姜。另外党参、半夏二味药物,扶正祛邪、升清降浊,为必用之品。

脾虚生湿,湿郁日久则可化热,所以脾胃湿热在本病的发病过程中亦常见之,临床上表现为口干而苦、口中发粘、胸脘满闷、舌苔黄腻,脉濡数等。时吉萍主任医师临证时根据患者的上述症候特征,选择适当的清热化湿之品如茵陈、黄芩、连翘等。《温病条辨》认为“湿为阴邪,非温不化。”况且本病单纯属于热证者虽然有之,但同时兼有脾虚或寒热错杂者更为多见,故在应用苦寒清热药的同时还常需配伍少量的健脾药或温中药物,如干姜、桂枝等;同时佐以白术、石菖

蒲、砂仁、枳壳、制半夏、白豆蔻、薏苡仁等芳香、开窍之品,以宽中健脾,顺气化湿。如此寒热并用,既加强了化湿之效,又能清热而不使苦寒败胃,暖胃而不使辛燥助热。清胃热可选甘寒之品,苦寒药物应注意减少剂量,遵“苦味少量健胃,多量败胃”之古训。本病的病机错综复杂,故处方用药方面应处处顾及病机的复杂性和中焦脾胃的特点,常须注意寒热并用、灵活机动,根据病机的转归适当加减调整用药。

**2.4 久病入络,行气活血** 叶天士在《临证指南医案》中指出“初病在气,久必入血”。慢性萎缩性胃炎往往病情缠绵难愈、病程长,患者随着病情的发展常伴发胃脘部隐隐刺痛,嘈杂似饥,不多饮,舌质偏紫,舌下静脉瘀阻,脉细或涩等症状。时吉萍主任医师认为阳明多气多血,萎缩性胃炎发病之初气血尚盛,虽发壅滞之弊但络脉通畅;随着疾病日久而邪入脏腑、损经伤脉,造成气滞血涩而血瘀不行,于是不通而发生隐隐或明显刺痛。治疗应以行气活血为主,处方常用五灵脂、莪术、当归、蒲黄、元胡、香附、郁金等行气、养血、活血之品,但慎用破血逐瘀以防正气受损,处处维护脾胃之气。导师认为临床中,气虚、气滞、血瘀、阴亏、湿热等证候常兼而见之,单纯血瘀者较少。所以临证时,根据四诊结果灵活配伍益气养阴、清热化湿、降气行气等法,标本同治,环环相扣,方能提高疗效。

### 3 典型病例

**病例1** 王某,女,48岁,2010年2月2日初诊。主诉胃脘胀痛伴食欲差10年,加重两月。02年胃镜检查报告慢性萎缩性胃炎,于

今年元月份再次复查胃镜仍报告慢性萎缩性胃炎改变。曾先后服用奥美拉唑、阿莫西林、克拉霉素等药物后,病情反复,时好时坏,遂求治于中医。就诊时患者表现为胃脘闷胀疼痛不舒,嗳气,食少,头晕乏力,形体消瘦,大便溏薄,舌质淡红苔薄,脉细弱。辨证为胃痞,脾虚肝郁型。处方:柴胡 10g、黄芩 6g、党参 10g、白术 10g、山药 20g、干姜 10g、佛手 10g、木香 10g、石菖蒲 10g、郁金 10g、枳壳 10g、炙甘草 6g。7 剂水煎服,每日一剂,服药后胃脘胀闷,纳差症状明显好转。2 月 9 日复诊,结合症候特征在前方基础上,加麦冬 10g、炒麦芽 10g、醋元胡 10g、五灵脂 10g,10 剂。患者服药后诸症明显减轻,再进 10 剂后改服我院自制胃康胶囊 2 粒、每日三次,以善后。

**按** 慢性萎缩性胃炎为临床常见之病,本例患者病史长达 10 年,临床表现为脾虚肝郁的症候特点,导师方用太子参、白术、山药益气健脾治其本,配以干姜温暖中

焦,釜底加薪,以助补气药力。配以佛手、木香、陈皮、枳壳、炒麦芽疏肝理气、和胃降逆,石菖蒲、醋元胡、五灵脂、郁金活血化瘀治其标,柴胡、黄芩和解中焦。疏利之药,皆稍有伤阴之弊,故加入甘草、麦冬疏养结合,以利肝脏条达柔顺之性。萎缩性胃炎,以脾胃气虚为本、气滞湿瘀为标,病情虽见转机,但脾胃久虚尚难短时彻底恢复,当仍以健脾和胃之剂调理巩固,故配以我院自制胃康胶囊以善后。

**病例 2** 陈某,男,61 岁,2010 年 2 月 9 日初诊。主诉胃脘胀痛伴食欲差 7 年,加重半月。09 年在我院胃镜检查示:慢性萎缩性胃炎。就诊时症见:上腹部胀痛明显,嗳气不舒,口中粘腻,大便不畅,胸闷痞塞,纳差,食后胀痛加重,舌质偏红,苔黄厚腻,脉弦滑。辨证为胃痞,肝郁脾虚、湿热中阻证。处方:柴胡 10g、黄芩 10g、党参 10g、法半夏 10g、茵陈 20g、白芍 10g、白术 10g、木香 10g、枳壳 10g、

炒莱菔子 20g、炒麦芽 20g、郁金 10g、炙甘草 6g,7 剂水煎服,每日一剂。服药后胸闷痞塞,胃脘胀痛症状好转,饮食量明显增加。2 月 13 日复诊,根据证型变化在前方基础上,加薏苡仁 30g、砂仁 10g、元胡 10g,前后服用 30 剂,并嘱患者适饮食和节寒热。六月初走访患者,胃脘部痞满胀痛症状消失,胃镜复查未见异常。随嘱其畅情志、节饮食以巩固疗效。

**按** 肝郁脾虚、湿热中阻为慢性萎缩性胃炎临床常见之证候,湿浊即成,困阻中焦,又进一步影响脾胃升降之枢。导师用党参、白术益气健脾,陈皮、枳壳、木香、炒莱菔子、炒麦芽疏肝、理气、和胃,配茵陈、半夏、薏苡仁、砂仁以芳化湿浊,郁金、元胡理气活血止痛,柴胡、黄芩和解中焦,肝体阴用阳,柴胡配白芍舒养结合。全方辛甘酸苦、寒热并用,用药加减得当,祛邪顾正,有法有章。嘱其畅情志,节饮食,以绝致病之源。

(上接第 13 页)

之;第 362 条:“下利、手足厥冷、无脉者,灸之不温,若脉不还,反微喘者,死;少阴负趺阳者,为顺也。”此三条皆主张对阳气衰微所致的四肢厥逆施行艾灸治疗,显然张氏应用的是艾叶点燃后具有温经散寒、通阳救逆的功效。厥阴包括手厥阴心包和足厥阴肝,并分别与手少阳三焦和足少阳胆相表里,上接君火,下连肾水,与心肾相连,关乎性

命。厥为阴之尽头,乃阴至极点之象,凡四肢厥冷多为阴寒至极所致,故灸厥阴可使阴极逆反,转为阳气生发,含否极泰来之意。

### 3 小结

张仲景在《伤寒论》中提到的灸法非常零散,缺乏系统性。对于灸法的种类、部位、时间、疗程、注

意事项及预后均未作系统说明,远不如论中方药那般详细且有迹可循。在涉及到灸法的内容里张氏只是对灸法的部分适应症和禁忌症做了一定程度的说明,且文字简奥,需要读者反复推敲。即便如此,其对于灸法应用的宏观原则也有了一个大概的描述,为后世灸法的发展奠定了基础。