

# 补、消、润三法治疗慢性萎缩性胃炎

杨云霜, 张蓉, 陈秀丽

中国人民解放军第二炮兵总医院, 北京 100088

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 补法; 消法; 润法

[中图分类号] R573.3\*2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 04-0005-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.002

慢性萎缩性胃炎是慢性胃炎的一种类型, 是以胃黏膜上皮和腺体萎缩、黏膜变薄、黏膜肌层增厚及伴有肠上皮化生、不典型增生为特征的慢性胃病。其发病率占胃镜检查者的 7.5%~13.8%, 且随着年龄的增长而增高<sup>[1]</sup>。因此在临床上表现为病程较长, 病情迁延难愈。慢性萎缩性胃炎属中医胃痞、虚痞、痞满、胃痛、嘈杂等病范畴, 病位在胃, 与肝、脾密切相关, 其基本病机为中焦气机不利, 脾胃升降失宜, 涉及食滞、痰湿、气滞、血瘀等多方面<sup>[2]</sup>。胃癌的形成遵循“正常胃黏膜——浅表性胃炎——萎缩性胃炎——肠上皮化生——不典型增生——癌(肠型)”的发展规律<sup>[3]</sup>, 故有学者认为慢性萎缩性胃炎是胃癌发生的中间环节, 及早阻断并逆转其病变是预防胃癌的有效方法。当病理变化出现肠上皮化生及不典型增生时, 则称为癌前病变<sup>[4]</sup>, 而吴燕敏等<sup>[5]</sup>认为肠上皮化生是机体组织对环境刺激的一种适应性改变, 根据胚胎学发生行为理论, 在特定的条件下, 这种转化是可以逆转或清除的, 具有潜在的可逆性。因此对萎缩性胃炎伴肠化生的治疗非常有意义。

关于慢性萎缩性胃炎的治疗, 现代医学暂无特效疗法, 多为对症处理, 包括抗幽门螺杆菌、抑酸、改善胃动力、保护胃黏膜等药物治疗, 只能抑制萎缩性胃炎的进一步发展而不能逆转已受损的胃黏膜。并且, 如抗幽门螺杆菌的三联、四联疗法, 因多种寒凉的抗生素联合使用, 可能会加重胃肠道的不良反应, 导致脾胃更虚, 影响后期康复。因此, 大量患者选择中医治疗。

## 1 病因病机

笔者通过文献整理和临床病例总结, 对慢性萎缩性胃炎的病因病机有以下认识: 慢性萎缩性胃炎患者病因多为饮食不节, 嗜食辛辣炙煨之味, 不按时进餐, 饥饱失常, 情绪急躁或抑郁, 导致脾胃功能失常, 胃酸分泌过多或不足, 胃黏膜受损, 形成局灶炎症。胃炎迁延日久, 脾气虚弱, 胃腑失去濡养; 或入睡过晚, 暗耗肾阴, 水液不能上承濡养胃腑, 也会导致胃阴不足, 胃受纳腐熟功能减弱, 进而发展为慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生或不典型增生。临床多见胃胀、胃痛、嘈杂灼热、口干、纳食不馨、大便干结或稀薄、消瘦、舌红裂纹苔少或紫暗有瘀斑, 脉细数或弦涩等诸症。胃镜下可见胃黏膜颜色变淡, 黏膜变薄而凹陷, 黏膜下血管透见; 黏膜皱襞细小甚至消失; 萎缩黏膜脆性增加, 易出血, 并可有糜烂灶; 当慢性萎缩性胃炎伴有腺体颈部过度增生或肠上皮化生时, 黏膜表面粗糙不平, 呈颗粒状或结节状, 有时可见假息肉形成, 而黏膜下血管显露的特征常被掩盖; 可同时伴有慢性浅表性胃炎的表现, 如充血红斑、附着黏液, 以及反光增强等。病理检查可见固有腺体萎缩, 黏膜肌层增厚, 肠上皮化生, 假幽门腺化生, 固有膜炎症, 淋巴滤泡形成。根据慢性萎缩性胃炎的发病机理, 笔者从补、消、润三法入手治疗。

## 2 健运脾胃, 培补中焦

慢性萎缩性胃炎病情迁延日久, 脾胃功能长期受损。病理性质以“虚”为主, 长期饮食、作息、药物不当易损脾气, 脾运化水谷和水湿能力下降, 胃受纳

[收稿日期] 2015-11-20

[作者简介] 杨云霜 (1981-), 女, 副主任医师, 研究方向: 脾胃病中医诊疗, 藏象学说。

[通讯作者] 张蓉, E-mail: zhangrongyisheng@sina.com。

腐熟功能失调,水谷不化,停滞中脘,易出现胃脘痞塞、胀满作痛、纳食不馨;脾为后天之本,气血生化之源,提供生命活动所必须的能量,若脾气亏虚,不能转化水谷精微充养四肢百骸,易出现神疲乏力、四肢倦怠、形体消瘦。针对脾胃虚弱之症,治疗多以四君子汤为基础方益气健脾,培育后天。四君子汤来源于《太平惠民和剂局方》,由人参、白术、茯苓、甘草四味组成,药少而功专,为补气之基本方,方中药物甘温平和,补而不滞,利而不峻,作用冲和平淡,如宽厚平和之君子。擅治脾胃气虚证,适用于食少、腹胀、便溏、神疲、面色萎黄不华、舌淡脉细弱诸症。考虑人参性过燥烈,易生内热,多以党参易人参,性味甘平,作用较人参缓和,党参补脾益气,改善胃肠动力;白术甘温而兼苦燥之性,甘温补气,苦燥健脾,补脾而复脾之健运,平素喜用炒白术,若脾虚过甚,不耐补益,改用焦白术增加健脾消食之功。党参的用量一般控制在6~10g,白术的用量一般为10~15g,党参:白术一般为1:1~1:2,以免补益太过,阻碍脾之动力,进而影响药效;茯苓健脾渗湿,健脾助运之功益彰,增强白术健脾除湿作用,从而加强脾胃运化的功能;炙甘草益气补中、斡旋中州、缓急止痛、调和诸药,药理研究显示甘草能够抑制胃酸分泌,具有缓解胃肠平滑肌痉挛及镇痛作用。四药配合,共奏健脾益气之功。邢燕玲等<sup>[6]</sup>通过动物实验验证四君子汤对慢性萎缩性胃炎模型大鼠的疗效,结果显示四君子汤中、高剂量组胃黏膜血流量较模型组明显增加( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),故补益脾胃是治疗慢性萎缩性胃炎的重要方法。

### 3 消食化滞,疏通胃络

慢性萎缩性胃炎患者,临床上常表现为进食后脘腹胀痛加重,伴呃逆、反酸、矢气频、大便不畅诸症。本病的病理性质:脾胃虚弱为本,饮食不化为标,为了减轻和恢复脾虚症状,寓攻于补减轻胃腑的负担,对饮食不化的患者,宜加入炒谷芽、炒麦芽、焦神曲、厚朴、半夏等药物以消食导滞。谷芽、麦芽善消米面谷物,两者配伍以增强疗效,对胃酸及胃蛋白酶的分泌有轻度促进作用;神曲善消金石之物,对胃黏膜具有较好的保护作用,适合长期服药的患者;厚朴苦燥辛散,善行气消积,为消除胀满之要药;半夏降逆止呕,胃以降为和,对于胃气上逆之证,多用法半夏治之,同时消痞除满,可以加快胃肠新陈代

谢,有利于脾胃积食水湿痰饮的消散;同时现代研究表明,半夏有明显抑制胃液分泌作用,对于胃黏膜的损伤修复作用明显。对于肝气不疏,肝郁侮脾的患者,多用疏肝理气之品,见情志不畅,急躁易怒、胁肋胀满、脉弦紧之人,常配合使用柴胡疏肝散、四逆散之属,或酌加玳瑁花、佛手花、厚朴花、玫瑰花等理气宽中、消食除胀,取其芳香质轻,醒脾开胃之效。慢性萎缩性胃炎患者胃痛剧烈,隐痛刺痛,舌暗瘀斑,舌下静脉迂曲者,考虑瘀血阻络。瘀血不仅是病理产物,更是一种致病因素,进一步影响脾胃运化。血不循经则胃黏膜表现为糜烂充血,血瘀不荣则胃黏膜失养变薄,血瘀阻络则导致肠上皮化生或不典型增生。治疗时笔者喜加蒲黄、五灵脂活血化瘀止痛,止血而不留瘀,疏通胃络,增加胃动静脉血流量,改善微循环,促进胃黏膜愈合;尤喜用白及,其对胃黏膜损伤有明显保护作用。由此可见,消法也为治疗慢性萎缩性胃炎之大法,与补法配合使用,一补一消,使得补而不滞,消而不虚。

### 4 益胃生津,修复胃膜

《临证指南医案》所云:“太阴湿土得阳始运,阳明燥土得阴自安”,胃喜润恶燥。慢性萎缩性胃炎为胃络失养而致,胃腑失去阴血津液的濡养,胃黏膜及腺体萎缩,黏膜变薄,患者可表现胃脘隐痛、嘈杂灼热、口干欲饮、大便干结,舌苔光剥或舌红少津等症。方中可加沙参、玉竹、生地黄、麦冬等药物养胃生津、润燥止渴,研究表明滋阴药物能促进胃液的分泌而助消化,促进胃肠蠕动而通便。临证中,最常用麦冬,其味甘柔润,性偏苦寒,长于滋养胃阴、生津止渴,兼清胃热。润法是对补法和消法的重要补充,是慢性萎缩性胃炎病情逆转的一个重要阶段。

补法侧重脾胃功能的修复,消法侧重消除致病因素和病理产物,减轻胃腑的持续损伤,均以缓解临床症状,防止病情进一步发展为主;而润法侧重修复已损伤的胃黏膜,减轻炎症发生及腺体破坏,可逆转上皮增生和肠化生现象。三法合用,可达到提高机体免疫力,改变病灶局部血液循环,促进黏膜修复;加快胃肠蠕动,加速胃排空及胃动力功能恢复的疗效。

回顾临床病例,笔者治疗有以下3个特点:  
①初期以治标为主:初诊患者均表现出典型的消化不良症状,如胃脘胀满、胃痛、胁肋胀痛、纳食不馨、进食后加重、便干结或大便稀溏等。因为治疗周期较

长,治疗初期首先以减轻或消除患者胃脘不适为主,让患者在短期(1~2周)内主要症状迅速缓解,才能使其树立坚持治疗的信心。②疗程及药物选择:多在中药连续治疗1~3月后,根据患者病情转归可选择继续中药治疗或改用中成药治疗,一般而言,症状基本消除,如患者不愿继续服用中药汤剂,可改服中成药胃复春或摩罗丹。③重视胃镜复查:距上次胃镜检查≥1年并且总疗程≥6月以上,建议患者复查胃镜。总之,治疗该病笔者多会三法同施,标本兼顾,各有侧重。

### 5 病案举例

庞某,女,38岁,2013年4月9日初诊。诊断为慢性萎缩性胃炎伴肠化生。无既往史和过敏史。

患者1年前因情志不畅和饮食不节导致胃脘胀满,胃镜(2012年8月17日)检查示:慢性胃炎。病理提示胃窦幽门型黏膜慢性萎缩性胃炎伴局灶肠化生。症见:胃脘胀满,进食后加重,饥饿时和情绪低落时胃脘胀痛,伴口中黏腻不爽,咽喉不利,善太息,腰背窜痛,易疲乏,纳食不馨,情绪急躁,夜寐欠安,大便不畅,舌暗红苔微腻,脉右关微弦,余脉沉细。查体:腹平软,肝脾不大,莫非氏征(-),剑突下压痛(-),腹内未扪及包块。中医诊断:痞满(脾虚夹湿,肝气不疏),治则:健脾化湿,疏肝行气,给予四君子汤合半夏厚朴汤加味。处方:党参、茯苓、紫苏梗、佛手、炒麦芽、炒谷芽各10g,炒白术12g,炙甘草、玳瑁花各6g,法半夏、姜厚朴各8g。嘱患者按时进餐,忌饥饱失度,调畅情志。1周后,患者胃胀、纳食不馨较前缓解。坚持每1~2周复诊1次,期间自行停药月余,病情略有起伏。笔者在治疗过程中随症加减,依次加入五灵散、金铃子散、四逆散等方药,共服用96剂汤药。后患者脘腹无明显不适,情绪尚平稳,饮食、夜寐可,二便调。复查胃镜(2013年8月27日)示:胃窦黏膜欠光滑,花斑样,散在片状充血,蠕动良。镜检诊断:慢性胃炎,病理提示轻度慢性浅表性胃炎。至此,慢性萎缩性胃炎已逆转为浅表性胃炎,肠化生消失。嘱患

者服用胃复春片以巩固疗效。

按:本例患者因不能按时进餐,饥饱不均,损伤脾胃运化功能,导致脾失健运,胃失受纳,故食少、腹胀、大便不畅等脾胃虚弱症状较为明显,治疗时侧重补法,以四君子汤为基础加减。同时患者易受情绪波动的影响,情志不畅,痰气互结咽喉出现咽喉不利,合用半夏厚朴汤以加强疏肝健脾化痰散结的效果。后患者因大怒导致胃痛加剧,《素问·六元正纪大论篇》曰:“木郁之发,民病胃脘当心而痛”,由肝木偏盛导致心下胃脘痛,给予金铃子散增加疏肝行气止痛之功,为防止行气劫肝阴,遂加白芍滋阴柔肝。纵观本病例,诸药合用,结合补法和消法,以补法为主线,随病情变化依次配合半夏厚朴汤、五灵散、金铃子散、四逆散等药物消除或消散气郁、血瘀、水停、痰滞、食积等病理因素,最终达到良效。患者电子胃镜复查无严重病变后,建议服用胃复春片,主要成分为人参、香茶菜、枳壳,能健脾益气、活血解毒、行气除痞,比较适合脾胃气虚气滞患者后期的调理。

### [参考文献]

- [1] 罗和古,孟静岩.慢性萎缩性胃炎[M].北京:中国医药科技出版社,2003:103.
- [2] 宋滕,刘冬梅,王德运.毒损胃络与慢性萎缩性胃炎[J].山西中医,2014,30(2):1-3.
- [3] 吕农华.规范慢性胃炎的诊断与治疗[J].中华消化杂志,2005,25(2):65-66.
- [4] 祁向争,李慧臻,赵双梅,等.邵祖燕教授治疗慢性萎缩性胃炎经验拾零[J].陕西中医,2014,35(3):341-342.
- [5] 吴燕敏,魏睦新.胃黏膜肠化生病因及逆转性研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2010,2(1):62-65.
- [6] 邢燕玲,游俊.四君子汤对脾气虚型慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜血流量及血清SOD与MDA含量的影响[J].山西中医学院学报,2007,23(8):22-24.

(责任编辑:骆欢欢)