

· 名老中医经验 ·

于己百诊治慢性胃炎经验

邓 沂¹ 崔庆荣² 李金田¹ 陈光顺¹ 张 晶¹

(基金项目:“十五”国家科技攻关计划“名老中医学术思想、经验传承研究课题” No. 2004BA721A01Z40)

¹ 甘肃中医学院, 甘肃省兰州市定西东路 35 号, 730000; ² 甘肃中医学院附属医院)

关键词 胃炎, 慢性/中医药疗法; @ 于己百

慢性胃炎是指由各种原因引起的胃黏膜炎性病变, 一般根据形态学变化分成浅表性胃炎与萎缩性胃炎两型。临床表现为无特异性的上腹饱胀不适、暖气、食欲减退, 或兼无规律性的上腹疼痛。在疾病后期, 出现乏力、短气、厌食、形体消瘦、贫血、长期腹泻等全身虚弱的表现。本病多见于青壮年, 发病率随年龄的增长而增高, 是临床上最为常见的胃肠病症, 一般需通过胃镜检查及病理活检确诊。萎缩性胃炎特别是伴有肠上皮化生和不典型性增生者有一定的癌变危险, 因此医患双方都比较重视。于己百教授从医、执教 60 余年, 擅长内、妇、儿科常见病、疑难病的治疗, 尤其对消化系统疾病的治疗最有心得。现将于老应用半夏泻心汤、黄连汤合旋覆代赭汤治疗慢性胃炎的经验整理如下。

1 对病因病机的认识

慢性胃炎的临床表现, 主要是胃脘饱胀、食后尤甚, 或有暖气、胃痛、大便不调等兼症。根据这一临床特征, 于老认为本病属于中医学中“痞满”、“胃痞”等病症的范畴。

痞满一证, 在《内经》中称为痞、满、痞满、痞塞等。《素问·五常政大论》曰:“备化之纪, ……其病痞”、“卑监之纪, ……其病留满痞塞”, 《素问·异法方异论》曰:“脏寒生满病”, 《素问·至真要大论》曰:“太阳之复, 厥气上行, ……心胃生寒, 胸膈不利, 心痛痞满”。即指胸膈满闷、心下痞塞的症状。心下即胃脘部, 故心下痞又称胃痞。

张仲景所著之《伤寒论》明确提出了“满而不痛者, 此为痞”的概念。并认为其成因主要是伤寒病太阳阶段, 医者过早使用下法, 致使正虚邪陷、升降失调而引起。在治疗上, 仲景依不同情况而拟诸泻心汤方, 辨证明确, 立法精当, 一直为后世医家所用。从中医的痞满、胃痞去认识现代医学的慢性胃炎, “痞”为本病的主证, 乃脾失健运、升降失职所致。痞则气机升降失常, 胃脘不通、胃纳失司, 故见胃脘饱胀、痞满作痛, 或是食欲不

振。胃纳失职、胃气不降, 水谷不得消化, 致使陈滞宿积不化之气上逆, 又可发为暖气。胃与脾互为表里、同居中州, “脾为胃行其津液”。今胃既失和, 脾运亦滞, 水谷不能化为精微, 气血便无从生成, 后天化源既乏, 周身势难得以充养而日渐衰伤, 故慢性胃炎尤其是慢性萎缩性胃炎患者于疾病后期常见面黄肌瘦、神疲乏力、食少便溏等全身虚弱的表现, 健康状况日趋下降。于老认为, 慢性胃炎以痞满胀痛为主症的一系列症状的出现, 其机理主要就是脾胃升降失调, 并由此影响及脾胃的其他功能也随之失调。

结合临床来分析, 引起脾胃升降失调的原因是多方面的, 但较为常见的是寒热互结、中宫虚满痞塞。慢性胃炎患者大多属脾阳虚弱而胃阴不足。脾阳虚弱则易生寒, 胃阴不足则易生热。脾寒胃热则清气不升而浊气不降, 必致寒热互结, 清浊相杂, 阴阳反作, 天地不交, 遂致胃脘痞满胀痛、纳呆暖气、大便不调, 诸证变生。因此, 在同一患者、同一时期的慢性胃炎中, 既可见到口干口苦、大便干结、舌红等热证表现; 又可见到虽口渴喜冷饮而饮食生冷或服用寒凉方药后即肠鸣泄泻、大便溏薄、脉沉缓等寒证表现。同时, 该病常常是受凉、劳累后症状明显加重。

2 治则治法

慢性胃炎以胃脘痞满胀痛为主, 病机属脾寒胃热, 寒热互结、中宫痞塞, 致使升降失调、胃气失和。因此治疗原则重在温脾清胃、平调寒热、消痞除胀、燮理升降。同时, 于老强调慢性胃炎所表现的胃脘痞满胀痛、纳呆食少、食不甘味等胃腑功能减退的症状, 其矛盾的主要方面在于胃气失于和降, 治疗时需重点采取和胃降气之法。

3 基本方药

基本处方: 半夏泻心汤合黄连汤、旋覆代赭汤加减。药用: 半夏 10g, 黄芩 10g, 黄连 6g, 党参 12g, 炙甘草 10g, 干姜 10g, 赭石 20g (先煎), 莱菔子 15g, 枳实 10g, 芍药 15g。

功用: 辛开苦降, 平调寒热, 和胃消痞, 补中除胀。

方义:半夏泻心汤为张仲景治疗误下伤中,以致少阳热邪乘虚内陷,郁结心下,形成寒热互结、虚实夹杂、阴阳失调、升降失常的心下痞满,或呕、或利的主方。旋覆代赭汤乃半夏泻心汤去干姜、黄芩、黄连,加旋覆花、赭石与生姜而成,为仲景治疗气虚作痞、噎气(暖气)不除之主方。于老法仲景之本意,以半夏泻心汤为主、旋覆代赭汤为辅,又随证增损,去壅中呆胃作痞的大枣与易刺喉作痒、致恶心呕吐的旋覆花,加降气和胃、消痞散结的莱菔子、枳实与酸甘化阴、缓急止痛的芍药,用治慢性胃炎,疗效满意。其机理主要在于方中半夏能和胃止呕、散结消痞,以除恶心、痞满之证;干姜与半夏合,辛开祛寒以和阴,黄芩与黄连合,苦降清热以和阳;党参、炙甘草扶正以助祛邪,可使中气得复。赭石、莱菔子苦辛通降,宜于胃虚气逆所致胃脘胀闷、纳呆食少、暖气呃逆等症的治疗。综观全方,寒热并用、苦辛并进、补泻兼施、标本兼治,服后可使寒热平调、阴阳和谐、升降复常、中气振作,因此有效。

常见加减:于老向来主张辨病与辨证结合,治疗慢性胃炎除在辨病的基础上使用基本处方外,还常常结合临床辨证,灵活加减。常用加减法如下:(1)胃脘疼痛较甚:在基本处方芍药、甘草的基础上,加木香 10g,白芷 12g,以行气消滞、和血散瘀、解痉止痛。(2)肠鸣泄泻、大便溏薄:以炮姜 10g 易干姜,加焦山楂 15g,以温中散寒,健胃止泻。(3)纳呆、食少:加陈皮 10g,砂仁 6g,或焦山楂 15g,炒麦芽 15g,以醒脾开胃、消食导滞。(4)夜卧不安、失眠:加酸枣仁 30g,川芎 12g,以养心安神。(5)寒偏盛者:加细辛 10g,川花椒 10g,以温中散寒。(6)热偏胜者:去干姜,加玉竹 10g,蒲公英 20g,以清解胃热。(7)阴虚者:去干姜,加沙参 10g,麦冬 12g,石斛 10g,以养阴生津。(8)瘀重者:去干姜,加丹参 20g,生山楂 15g,以活血祛瘀。(9)萎缩性胃炎有肠上皮化生或不典型增生者:加三棱 10g,莪术 10g,以消瘀散结、抑制

化生;加黄药子 30g,或半枝莲 30g,山慈菇 12g,以防癌抗癌。

慢性胃炎病势虽缓,但病程较长。于老强调治疗该病要缓图,取效贵在一个“守”字。即先以汤剂调治,获效后要守方数十剂,待处方相对稳定后,为服用方便,并有利于患者坚持治疗,常常改汤为丸,再连服数料以取“丸者,缓也”之意,缓图治本,以守为攻,从而达到彻底治愈、恢复健康的目的。

4 典型病例

聂某某,男,50 岁,1997 年 7 月 21 日就诊。患者胃脘痞满胀痛 4 年,1997 年 4 月胃镜检查诊断为中度慢性萎缩性胃炎,有肠上皮化生,未见不典型增生。服用各类中西药物,疗效不佳。刻诊:胃脘痞满胀痛,纳食过多或情绪不佳尤甚,时有暖气、呃逆,纳少、纳呆,大便稀溏,形体消瘦,舌尖红苔薄白,脉弦滑。证属中气虚弱,寒热互结,升降失调,胃脘作痞。治宜健脾益气,平调寒热,和胃降逆,消痞除痞。处方:半夏 10g,黄芩 10g,黄连 6g,党参 12g,炙甘草 10g,炮姜 10g,焦山楂 15g,赭石 20g(先煎),莱菔子 15g,三棱 10g,莪术 10g,丹参 20g,赤芍 15g,木香 19g,白芷 12g,陈皮 10g,砂仁 6g(后下),炒麦芽 15g,1 日 1 剂,水煎,分两次服。

上方连服 1 月,诸症缓解。后改汤为丸,又服 3 料,自觉胃脘不再痞满胀痛,纳食、体重均有增加。1998 年 3 月行胃镜复查,诊为浅表性胃炎。继以丸剂调治,基本痊愈。

5 结语

于己百教授在数十年临床实践中,对慢性胃炎尤其是慢性萎缩性胃炎的治疗积累了丰富的经验。在临床中应用中药治疗常能使腺体萎缩逆转,体现了中医药治疗疑难病的独特优势,然其突出之处在于辨证准确,用药精当,值得研究推广。

(2006-08-21 收稿)

投稿须知:关于表格

凡能用文字说明者,尽量不用表格。一篇文章中,表格应控制在 3~5 个之内。表格均应有简要的表题。表序号一律用阿拉伯数字,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,并在正文中标示。即使只有 1 张表,也须标示“表 1”。

表:表附在正文内,一律采用“三线表”,其内容不可与文字有差异。表内不设备注栏,如有需说明的事项(如 P 值等),以简练文字写在表的下方,表内依次用 *、△、▲、□、■ 号标注在相应内容的右上角。表内参数的单位应尽量相同,放在表的右上方;如各栏参数的单位不同,则放在各栏的表头内。均值±标准差,用($\bar{x} \pm s$)表示,置于表题后的括号内。表内数据要求同一指标保留的小数位数相同,一般比可准确测量的精度多 1 位。统计学处理结果统一用 *、△、▲、□、■ 表示 $P < 0.05$; **、△△、▲▲、□□、■■ 表示 $P < 0.01$,P 为大写,斜体。