

李世增教授治疗慢性胃炎经验总结

刘仁慧¹ 杨 铮¹ 李慧安² 李世增¹

(1 首都医科大学中医药学院,北京,100069; 2 丰台区右安门社区服务中心,北京,100069)

摘要 李世增教授为北京市第四批老中医专家学术经验继承工作指导老师、第五批全国老中医药专家学术经验继承工作及学位指导老师,从事中医临床及科研工作近 50 年,擅长治疗消化系统疾病,特别在治疗慢性胃炎(浅表性胃炎、萎缩性胃炎)方面,积累了丰富的经验,注重辨病施治,同中求异,应用清、和、润、补、化痰等法,用药注重清、轻、简而不再伤胃之虞,临床取得较好的效果。

关键词 慢性胃炎/中医药疗法;名医经验;@ 李世增

Summary of Professor Li Shizeng's Experience on the Treatment of Chronic Gastritis

Liu Renhui¹, Yang Zheng¹, Li Hui'an², Li Shizeng¹

(1 School of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100069, China;

2 You'anmen Community Service Center, Beijing 100069, China)

Abstract Objective: To sum up the experience of Professor Li Shizeng on the treatment of chronic gastritis. **Methods:** By collecting a large number of cases of chronic gastritis treated by Professor Li Shizeng, this paper summarized his treatment methods on chronic gastritis, and evaluated the treatment efficacy through the means of clinical observation. **Results:** Professor Li Shizeng often applies five treatment methods, namely clearing heat, harmonization, moistening, supplement and invigorating blood, combining pattern differentiation with disease differentiation. **Conclusion:** Professor Li Shizeng has accumulated rich clinical experience about the treatment of chronic gastritis and has achieved satisfactory clinical efficacy.

Key Words Chronic gastritis; Clinical experience; Chinese medical therapy; Li Shizeng

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.11.020

慢性胃炎是西医病名,以慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎为主,按照临床证候特点,属于中医“胃脘痛”“痞满”“吞酸”“嘈杂”“纳呆”等病范畴^[1]。临证体会,慢性浅表性胃炎患者以胃痛(超过 80%)、吐酸多见,或刺痛,或隐痛,或胀痛,或灼痛,或窜痛;兼有饱胀不适,暖气,食欲不振,泛酸及恶心。一般表现为饭后上腹部不适,有饱闷或压迫感;暖气则自觉舒适;可见一时性胃痛甚,无明显体征。胃镜示^[2-3]:炎症病变,充血、水肿、渗出、黏液增多或有胆汁反流。而慢性萎缩性胃炎患者临证多以痞满、少酸常见,以胀满为主,伴有或不伴有疼痛,严重有出血、贫血、消瘦。主要表现为食欲减退,饭后饱胀;可有上腹部痛及贫血、消瘦、倦怠或腹泻。胃镜示^[2-3]:黏膜炎症轻,黏膜红白相间以白为主,血管络透见,黏膜干燥,分泌物减少;腺体萎缩甚至消失;腺化生或肠腺化生;间质炎细胞浸润显著。

1 病因病机

李老认为慢性胃炎系以饮食、情志为主的多种病

因长期作用的结果,病机多属虚实夹杂、本虚标实。本虚为脾胃气虚或脾胃阴虚,病程日久多气阴两虚兼见;实系气滞、湿阻、血瘀、胃热。慢性浅表性胃炎病情较轻,以实证为主居多;而慢性萎缩性胃炎多以虚证为重,且虚中夹实。

1.1 病因强调饮食、情志 慢性胃炎主要致病因素之一为药食不节,《素问·痹论》云“饮食自倍,肠胃乃伤”;其次是情志不畅,临床实践发现,慢性胃炎的发作或病情的进退,常与情志变化有关,其病机离不开肝气郁结,进而殃及脾胃的升降。正如《素问·六元正纪大论》云“木郁之发,民病胃脘当心而痛”;叶天士亦言“肝为起病之源,胃为传病之所”。

1.2 脾胃虚弱,气阴不足为发病之本 脾胃虚弱是本病的根本。脾胃为仓廪之官,后天之本,主受纳和运化水谷,“人之一身,以脾胃为主……脾胃既虚,四肢俱无生气”,故脾胃尤为重要。若诸因易致脾胃受损,日久即导致脾胃虚弱,中气不足;或久病失治、误治,湿热邪

毒胶结,严重损伤脾胃之气阴,脾气虚弱,脾阴亏损,脾失健运,气不行血,胃阴亏乏,阴不荣络,致胃络瘀阻,胃失所养而成本虚标实、虚实夹杂之顽疾。

1.3 胃热、气滞、血瘀、湿阻为发病之标 李老认为胃热贯穿慢性胃炎发病的始终。首先胃为阳明之腑,多气多血,有易于化热生火之特点,若腐熟通降功能不畅,则宜积热或郁滞化热;或情志致病,肝火犯胃;或湿热壅滞中焦均表现为胃热之征。表现为胀痛,嗳气,嘈杂反酸、口干口苦等热症。另外结合现代医学认识^[1],导师认为慢性胃炎胃黏膜的慢性炎症表现,符合中医“内痛”之红肿表现,将慢性胃炎归类于内痛,故为热证。

慢性胃炎总归“气病”。脾与胃为气机升降之枢纽,脾胃升降失司,必气滞于中,胃腑气机阻滞,胃失和降,常见脘腹痞满,嗳气,纳少,大便干结或稀薄。病久及血,血滞成瘀,多气滞血瘀并见。早在《素问·痹论》就有“病久入深,营卫之行涩”之论,清代叶天士更明确指出“病初气结在经,久病则血伤入络”,即本病易致脾胃受伤,日久脾胃虚弱,中气不足,“气虚不足以推血,则血必有瘀”。

重视湿浊之邪在慢性胃炎发病中的重要地位。脾主运化水湿,脾胃内伤,运化失常,水湿内停,或脾失健运,湿浊不化致湿邪阻滞;另病本有胃热,湿热互结于中焦,湿热并见。或过嗜肥厚油腻,或纵恣口腹,嗜好烟酒,或偏食辛辣炙,或久服损脾胃药物,皆可使胃腑失和,脾气不运,湿热内蕴。

总之,慢性胃炎以脾胃中虚为本,以气滞、湿阻、血瘀、胃热为标。标本互为因果形成一恶性循环,最终导致因虚致实,因实致虚的虚实兼夹、寒热错杂的病理状态。但慢性浅表性胃炎以实证为主,而慢性萎缩性胃炎以虚证为主。

2 治疗——清、润、补、和、化瘀诸法结合

2.1 清法 对于慢性浅表性胃炎,如属于慢性胃炎初期,一般炎症活动较为明显,临床上多出现胃痛胃痞、嘈杂泛酸等症状,它们都与炎症的活动即中医的气滞郁热病机密切相关。即使该病病程较长,出现了纳呆、乏力少气、舌胖大等虚象,仍不能忽视胃热病机的存在。所以,治疗上“清胃法”应贯穿慢性浅表性胃炎治疗之始终。而慢性萎缩性胃炎常兼有郁热内蕴之证,清解郁热也是慢性萎缩性胃炎治疗原则,但清热不可过于苦寒,否则易损伤脾胃阳气,无力祛邪外出。清法可调节胃液分泌,减轻、消除胃黏膜充血、水肿、糜烂等炎症^[4-5]。

李老治疗慢性胃炎最常使用的中药为蒲公英、夏枯草、白花蛇舌草、连翘、知母、石膏、桑白皮、黄芩、黄

柏等,且很少大剂量使用苦寒药,很少同时使用黄连、黄芩、黄柏等苦寒药物。而其中用于清胃热的中药,李老特别推崇蒲公英、连翘,二者均善治痈肿,认为胃炎属于胃内之痈,蒲公英善清肝胃热,“降滞气”,消瘀血,健胃助运,连翘尚有消食、清心、消痈之功。二者合用并有抗幽门螺旋杆菌、保护胃黏膜、保肝利胆等效^[6-7]。

2.2 润(润养脾胃之阴)以治本阴虚 润养脾胃之阴,注意养阴不要滋腻碍胃。强调胃阴与脾阴并重并注意区分,胃阴虚以胃之纳化功能失常为主,症见饥不欲食,食不知味,胃中灼热,干呕呃逆,大便秘结等;而脾阴虚则以运化失常为主,临床以纳食不化,肌肉消瘦,四肢懈惰,低热焦虑,涎少唇燥而红,皮肤干燥等为主症。治疗胃阴虚偏于生津清热,用药多甘寒之品,如沙参、麦冬、生地黄、天花粉、玉竹、石斛等,酌选用益胃汤、麦门冬汤、沙参麦冬汤之类方药;而脾阴虚则养阴和营,用药多甘淡、甘平,如山药、黄精、薏苡仁、茯苓、石斛、玉竹等。

2.3 补(补气健脾)以治本气虚 益气健脾,常用生黄芪、党参、太子参、白术、山药、炙甘草等药补益脾气,最常用的药是太子参,该药又名孩儿参,系石竹科植物太子参的根,性味功效与党参相似,但药性平和,不仅能补气而且能养阴,生津止渴,由于补气作用较党参稍弱,所以较少壅滞气机。

注意补气要防治过于壅滞。组方尤其重视健脾运脾药物的应用,促使脾胃运化功能。根据病情或选用健脾理中之品,如陈皮、枳壳之品;喜用芳香健脾之药,如藿香、佩兰、厚朴、砂仁、豆蔻之类,且可化湿;还常用健脾消食焦三仙、炙鸡内金、生谷芽、麦芽之类。健脾类药物的应用有助于补气药效的发挥,使补而不滞。

2.4 和以调中焦气机 脾胃同居中焦,脾升胃降,为气机升降运动枢纽,脾胃有病首先表现出气机升降失调,所以对于慢性胃炎的治疗,理气和胃是其基本治则,可达到调节胃肠蠕动及幽门括约肌功能,减轻胆汁返流,缓解黏膜下血管痉挛等作用。李老常用陈皮、半夏、枳壳、莱菔子、苏梗和胃降逆,理气调中;若腑气不通者,常以全瓜蒌合熟大黄通腑导滞。根据肝脾木土之间关系,重视情志因素对脾胃气机的影响,对合并有肝郁气滞者,重视调理肝气,常用柴胡、郁金、枳壳、合欢花、制香附等疏肝理气。但对于慢性胃炎病程较长者,使用理气药时当遵循叶桂“忌刚用柔”原则,使用理气而不伤阴的药物,如佛手、绿萼梅、合欢花、香橼,对于有阴伤的患者在使用理气药时常配合使用养阴药,如沙参、麦冬、石斛等;为防止理气药伤阴,还可通

过药物炮制的方法,减少阴伤,如使用醋柴胡。

2.5 化瘀 李老认为,胃为多气多血之腑,本病之血瘀多由气虚或气滞波及血运,导致气血同病,即《临证指南医案》所谓“初病在气,久病入血”。故活血化瘀亦是李老治疗慢性胃炎常用之法,注意兼顾养血,少用破血耗血之品。现代研究认为活血法适用于慢性胃炎充血、水肿、组织变性或增生,血运障碍,以及溃疡的病理状态;可增加胃黏膜血流量,改善微循环;加速炎症吸收和溃疡愈合;促进固有腺体再生^[8]。常用的药物有当归、丹参、三七、延胡索、郁金、桃仁、红花、莪术等药物。尤多用丹参、三七或以二者配伍,因二者祛瘀而不伤正,“一味丹参,功同四物”,而三七则活血兼养血,善止痛消肿。

2.6 辨证结合辨病指导治疗 李老治疗本病,重视辨证与辨病相结合。在中医四诊合参、辨证论治思想指导下,结合现代医学的影像学、内镜及病理检查结果,并参考中药的现代药理研究指导临床治疗,达到提高临床疗效之目的。病理检查示肠上皮化生、不典型增生之胃黏膜癌前病变者,李老常用活血化瘀、清热解毒的丹参、莪术、三七、白花蛇舌草等治疗。幽门螺杆菌感染:现代研究证实慢性胃炎的发生与幽门螺旋杆菌感染关系非常密切^[9-10],李老认为幽门螺旋杆菌,属中医湿热毒邪,对幽门螺杆菌(HP)检测阳性者,酌加连翘、蒲公英、白花蛇舌草、半枝莲等化湿解毒。炎症为主:胃镜示胃炎活动期,以炎症为主,选用清热利湿、解毒消痛药,如金银花、连翘、蒲公英、大黄、野菊花、白花蛇舌草、芦根等;见胃黏膜水肿者,加茯苓、薏苡仁、苍术、白术等;胃黏膜充血加蒲公英、连翘、白茅根、白花蛇舌草等。反流:应用辛开苦降法。如为胆汁反流(胆到胃),以疏肝利胆,和胃降逆治之,利胆之枳壳、郁金必用,酌情加柴胡、白芍、黄芩、川楝子、木香、半夏等,以四逆散、柴胡疏肝散、逍遥散等化裁;若胃酸反流到食管:多选用紫苏梗、半夏,或加用瓜蒌、炒莱菔子。

胃酸增高:表现为泛酸、吞酸、灼心、嘈杂等,可采用“以酸制酸”法,药用乌贼骨、煅瓦楞、石决明、煅牡蛎等;或“见酸益酸”,李老认为用酸性药物可使胃本身分泌酸减少,药用焦三仙、川楝子、黄连合木香(或吴茱萸)等。胃酸分泌过少:或加补酸药如山楂,或养酸药如乌梅,阴虚酸少须增津化酸加生地黄、麦冬、石斛类;若为阳虚者酸少,可消导促酸,加鸡内金、麦芽;寒证酸少,加高良姜、肉桂以刺激胃黏膜以助胃酸分泌;痰浊者低酸,加芳香药,如藿香、石菖蒲以促进消化和胃酸分泌。胃中糜烂:伴糜烂、溃疡一般正虚为本,标为郁热,在辨证施治基础上,配合使用白及、浙贝母、川

贝母、三七、仙鹤草类消炎生肌、敛疮护膜。

胃癌前期病变(肠上皮化生和异型增生):主要病机是正虚而血瘀郁热,在扶正的基础上,加白花蛇舌草、半枝莲、土茯苓等防治结合以防癌变,结合活血化瘀之品,如丹参、赤芍、桃仁、红花、三七、莪术等;或软坚散结之品,如牡蛎、川贝母、浙贝母、半夏等。

3 用药特色及配伍特点

3.1 用药平和 对于慢性胃炎的治疗选药,李老强调清、轻、简而不再伤胃之虞。因脾胃既病,则用药更须注意勿戕伐脾胃生生之气。临证组方,李老强调整体制方不能过偏于寒热温燥之一端。因现代社会压力大,工作紧张,生活富足,慢性胃炎辨证以热证为主,典型寒证少见,故清胃之法多用,温中之方少用;用药轻灵,剂量不能过大,常以“四两拨千斤”之比喻,希冀以轻灵之药复脾胃之正常;组方简约,处方不宜太大,遵“中焦如衡,非平不安”之说,根据阴阳、气血、寒热的转化、五脏的生克乘侮、邪正的盛衰及虚实的消长立法,注意相反相成之用药配伍,选药多用平和之品,少投味厚、性烈、性偏之物。

3.2 补泻兼施 慢性胃炎临证虽有虚实之分,治法用药故有补泻之别。但临证难见纯虚或纯实之证,因此治疗用药须补泻兼施,或补虚扶正为主兼祛邪通降为辅,或祛邪通降为主兼扶正。另慢性胃炎根治很难,用中药根治尚费时较长,很多患者往往缺乏耐心。故治疗之中,须注重减轻或缓解其症状收效较速之品的应用(泻法),治本的同时配合治标效果更佳。

3.3 寒热并用 慢性胃炎病久多见日久化热或胃阴不足之证,但亦常兼脾气不足之像。治疗多用寒凉之品以清解胃热或益胃养阴,亦多用温热之品以补气健脾化湿。故组方寒热药物并用,且起反佐之意。因药物过于温燥,易伤胃阴,而过于寒凉则伤脾阳,唯寒热并用,方顾护脾胃之阴阳两端。

3.4 升降相宜 脾胃气机升降相因,相反相成。本病治疗升降之法常常并用,将不同升降作用的药物进行合理搭配,使药剂的作用与脾胃气机升降相因的规律相顺应,以升促降,以降促升。李老常用辛开苦降之法仿仲景泻心汤类。《素问·阴阳应象大论》:“辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴。”苦辛配伍之意即以苦能降能泄而和阳,辛能通能开而和阴。两者合用,泄中有开,通而能降,阴阳相和,用以通阳散结,流通气机,而恢复中焦升降转输之机能。

3.5 柔润相见 脾喜刚燥,胃喜柔润,“阳明燥土,得阴始安”,“胃为阳土,非阴柔不肯协和”。故当遵循叶

(下接第 1328 页)

生地黄 12 g, 山药 10 g, 牡丹皮 10 g, 茯苓 10 g, 泽泻 10 g, 郁金 6 g, 浙贝母 10 g, 荷叶蒂 10 g, 粳米 20 g。水煎服, 1 日 1 剂, 令长服之。患者遵医嘱服上方近百余剂后, 病患诸症全消, 在当地医院复查已无病变。嘱患者用前方 10 剂之量, 粉碎过箩, 炼蜜为丸, 每丸 6 g 重, 饭后服, 日服 3 次, 每次 1 丸, 以善其后^[5]。

按语: 食管癌患者以进行性吞咽困难、饮食难下为主要临床表现, 属于中医学“噎膈”的范畴, 预后差。裴老认为“噎膈”的病机为痰瘀气结, 常选用启膈散加减化裁以治疗。对于启膈散, 裴老体会尤深, 认为此方之核心系茯苓、丹参、郁金三味, 盖茯苓健脾利湿化痰, 丹参活血化瘀, 郁金行气解郁, 三味药配合, 正中噎膈病机, 令痰消瘀散气行, 多数患者都有不同程度的疗效, 有些患者甚至能彻底痊愈。此案患者服用启膈散加减的方药 100 余剂, 终获痊愈, 由此可见, 启膈散确为治疗食管癌的良好方, 丹参诚为治疗食管癌不可挪移之品。也许有人不禁要问: 此病之治疗可否以其他活血化瘀药代替丹参? 以裴老的经验来看是不行的。裴老常说: “古人的经验方能流传至今, 是大浪淘沙, 经过无数次临床验证的, 不可轻易加减^[7]。”

2 小结

裴老曾感言: “中医典籍浩如烟海, 苍苍茫茫看不见尽头。黄帝内经、伤寒杂病、六朝医典、金元诸说……。让视野五彩缤纷, 眼花缭乱。活人的法宝, 济生的良策就在此中, 却又云深难见。张仲景是太阳, 李时珍是月亮, 太阳和月亮率领群雄、轮番起舞, 于是天庭彩云翻飞, 霞光万道, 这就是举世无双的中医宝库。五

千年的积淀, 亿万人的积累, 早就了华夏人民的繁衍, 成全了神州大地的开发, 积淀和积累中最为壮观的风景区, 就是这举世无双的中医宝库。”鉴于笔者医道浅陋, 本文仅从 4 方面介绍了裴老应用丹参的临床经验: 1) 与苦参合用, 辨病与辨证结合治疗心律不齐; 2) 与黄芪合用, 气血相配治疗肝硬化; 3) 与健脾补肾药合用, 匠心独运治疗再生障碍性贫血; 4) 与茯苓、郁金合用, 慧眼识珠治疗食管癌。足证裴老应用丹参, 善于灵活配伍, 且临床疗效颇佳, 值得学习和借鉴。著名中医学家岳美中先生曾说“慢性病要有方有守”, 丹参性较平和, 临床上慢性病瘀血证严重者, 如上述之肝硬化、食管癌等, 非大剂量、守方难以奏功。“久病入络”时尚应加入虫类药以搜剔浊邪, 化瘀通络。然活血药有耗气之弊, 不可久用, 当中病即止, 必要时应辅之以益气药, 庶不致僭事。

参考文献

- [1] 薛文翰. 裴正学教授治疗白血病经验拾粹[J]. 中医药学刊, 2004, 22(8): 1385 - 1386.
- [2] 裴正学. 裴正学医学经验集[M]. 兰州: 甘肃科学技术出版社, 2008: 366 - 367, 318 - 319.
- [3] 王晓丽. 裴正学教授治疗再生障碍性贫血经验[J]. 甘肃中医学院学报, 2006, 23(1): 3 - 4.
- [4] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 322 - 323.
- [5] 裴正学. 裴正学医话医案集[M]. 兰州: 甘肃科学技术出版社, 2008: 175 - 176, 219 - 220, 235 - 237.
- [6] 杨国栋. 裴正学教授辨治传染性肝炎学术思想特色探述[J]. 中医药学刊, 2006, 24(7): 1209 - 1210.
- [7] 鲁维德. 裴正学教授中西医结合学术思想探讨[J]. 中医研究, 2010, 23(8): 62 - 63.

(2013 - 01 - 24 收稿)

(上接第 1325 页)

天士“忌刚用柔”之说, 用药滋而不腻, 理而不燥, 温而不烈, 清而不泄, 突出“养柔”之则, 养阴当防滋腻碍胃, 同时, 切勿过于辛香温燥, 以免耗损胃阴。

4 结语

李世增教授出身医门, 三世行医, 勤学不懈, 通过近 50 年的临床实践, 对脾胃病的治疗有独到之处, 尤其在治疗慢性胃炎(慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎)方面效验颇丰, 临证密切联系脾胃之病理、生理特点遣方用药, 在辨证的基础上结合辨病施治, 注重同中求异, 酌情应用清、润、和、补、化瘀等诸法, 用药清、轻、简而不再伤胃之虞, 临床效果显著。

参考文献

- [1] 中华中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011 年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738 - 743.

- [2] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674 - 683.
- [3] 李鹏, 张澎田. 慢性胃炎的胃镜诊断标准及评价[J]. 临床消化病杂志, 2006, 18(3): 136 - 138.
- [4] 刘久法, 罗晓莎. 清热解毒法治疗幽门螺杆菌感染糜烂性胃炎 57 例[J]. 湖南中医杂志, 2005, 21(3): 70 - 71.
- [5] 徐天予. 清热燥湿法治疗慢性胃炎的体会[J]. 云南中医中药杂志, 2006, 27(1): 74.
- [6] 国家中医药管理局《中华本草》编委会主编. 中华本草(第 16 卷)[M]. 上海: 上海科技出版社, 1999: 7989 - 7992.
- [7] 国家中医药管理局《中华本草》编委会主编. 中华本草(第 21 卷)[M]. 上海: 上海科技出版社, 1999: 6157 - 6158.
- [8] 谢磊, 杨文轩. 慢性胃炎与血瘀的关系探析[J]. 实用中医内科杂志, 2005, 19(5): 401 - 403.
- [9] 闫春晓, 张翠萍, 戴素美. 幽门螺杆菌感染与慢性胃炎相关性[J]. 齐鲁医学, 2012, 27(1): 40 - 42.
- [10] 中华医学会. 临床诊疗指南·消化疾病分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 29 - 31.

(2013 - 04 - 18 收稿)