

# 从“脾虚寒热瘀毒互结”辨治慢性萎缩性胃炎

刘涛<sup>1</sup>, 张霞<sup>2</sup>, 魏玮<sup>1</sup>

1. 中国中医科学院望京医院, 北京 100102; 2. 大同大学医学院, 山西 大同 037000

**摘要:**慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是胃癌前疾病, 积极防治本病可预防胃癌的发生。中医治疗本病有较大优势。CAG 病程长, 应辨病与辨证相结合, 宏观与微观辨证相补充, 以“脾虚寒热瘀毒互结”为基本病机, 立“平调寒热, 补脾益胃, 祛瘀解毒”为基本治法, 以法制方, 随证用药, 阻断或逆转 CAG 进展, 防止胃黏膜炎癌转化。

**关键词:**慢性萎缩性胃炎; 脾虚寒热瘀毒互结; 平调寒热; 病机

DOI: 10.3969/j.issn.1005-5304.2018.02.029

中图分类号: R274.915.31 文献标识码: A 文章编号: 1005-5304(2018)02-0124-03

## Diagnosis and Treatment Based on Syndrome Differentiation for CAG Based on Spleen Deficiency, Cold-heat and Stasis Toxin

LIU Tao<sup>1</sup>, ZHANG Xia<sup>2</sup>, WEI Wei<sup>1</sup>

1. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medicinal Sciences, Beijing 100102, China;

2. Medical College of Datong University, Shanxi 037000, China

**Abstract:** Chronic atrophic gastritis (CAG) is pre-cancerous condition of gastric cancer. The active treatment for CAG can help with prevention of gastric cancer. TCM has superiority in efficacy for this disease. CAG is the chronic disease with long duration and generally slow progression. Treatment according to syndrome differentiation and symptom differentiation should be combined, and macrocosm and microcosm differentiation should be supplemental. The basic pathogenesis of CAG is mutual acting of “spleen deficiency, cold-heat and stasis toxin”. In view of the above, “regulating cold and heat, replenishing spleen and stomach, removing the blood stasis and detoxifying the toxin” should be set as basic treatment method, formulating principle of prescriptions and medicating according to syndromes, which can stop or reverse the progression of CAG and prevent the transformation from CAG to gastric cancer.

**Keywords:** chronic atrophic gastritis; spleen deficiency, cold-heat and stasis toxin; regulating cold and heat; pathogenesis

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是以胃黏膜上皮和腺体萎缩、数目减少, 黏膜变薄, 黏膜肌层增厚, 或伴幽门腺和肠腺化生, 或有异型增生为特征的慢性消化系统疾病。其癌变以肠型胃癌为主, 与肠上皮化生、异型增生有关<sup>[1]</sup>。Correa P 等<sup>[2]</sup>提出的肠型胃癌癌变模式为目前所公认, 即正常胃黏膜→浅表性胃炎→慢性萎缩性胃炎→肠化生→异型增生→肠型胃癌。由于现代医学治疗的5年生率低, 因此, 在胃炎癌转化的关键阶段——慢性萎缩性胃炎时期进行干预, 可预防胃癌的发生。

CAG 属中医“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”“吐酸”等范畴。其病机复杂, 临床常见本虚标实, 寒热夹杂。现代医学治疗尚无有效方法, 而中医在改善患者临床症状、延缓甚至逆转胃黏膜萎缩癌变进程方面疗效确

切。笔者现基于“脾虚寒热瘀毒互结”的认识, 就 CAG 辨治探讨如下。

### 1 注重寒热平调, 调畅气机

脾与胃相表里, 同居中焦, 胃主受纳, 脾主运化, 胃主降, 脾主升, 脾升则水谷精微得以输布, 胃降则水谷及其糟粕才能下行, 故《临证指南医案》有“脾宜升则健, 胃宜降则和”。脾升胃降, 共同调节人体气机, 为气机升降之枢纽。脾喜燥恶湿, 胃喜润恶燥, 脾病多因阳气不足, 阴气有余, 寒证多见; 胃病多见阴液不足, 阳气有余, 热证居多。脾胃患病, 多寒热互结, 气机升降失常。CAG 病程漫长, 病位在胃, 实则脾胃俱病, 寒热夹杂, 气机不利。临床上见上腹部不适、胀满、早饱、噯气等症状, 长期反复发作。寒、热为“八纲”中两大纲领, 为阴阳盛衰的具体形

式,相对并相互转化。本病寒热错杂、气机阻滞,治疗应寒热平调、辛开苦降、调畅气机。笔者运用辛开苦降法治疗CAG,临床总有效率为93.3%<sup>[3]</sup>,其他医家运用此法的有效率也在87.1%~94.8%<sup>[4]</sup>。临床常以仲景半夏泻心汤为代表方,通过辛温药温脾散寒,使清阳之气得升,苦寒药清热和胃,使胃气得降,一升一降,气机通畅。现代药理研究表明,半夏泻心汤中辛苦、辛开、苦降等各类中药可显著降低胃黏膜bcl-2基因表达,提高细胞凋亡阈值,抑制细胞凋亡,调节胃酸分泌与修复胃黏膜屏障功能,从而控制CAG临床症状<sup>[5]</sup>。当然,临证还需详辨寒热孰多孰少,升降孰轻孰重,以调整辛温与苦寒药的用量比例。如病程短者,有胃中灼热等明显热象而虚寒不显,应重用黄芩、黄连,少用干姜;病程久者多虚,常仅见舌苔微黄腻等热象,而畏凉食、喜热饮、纳呆便溏等寒象多见,可少用黄芩、黄连,重用干姜。但人参、半夏扶正祛邪、升清降浊,为必用之品。

## 2 补脾益胃为根本

脾胃为气血生化之源,后天之本,《脾胃论》有“百病皆由脾胃衰而生也”之说。CAG病程较长,迁延难愈,多因外邪侵袭,饮食所伤,七情不调,劳倦过度等导致脾胃纳运失调,日久损伤正气。脾胃虚弱,气血生化乏源,不能滋养胃脘,正气虚不能抗邪,寒热瘀毒乘虚而入发为本病。各种致病因素致胃黏膜的屏障和自我修复功能受损,受寒热刺激,加之外邪(如幽门螺杆菌感染)和/或内毒(如胆汁反流等)侵袭,黏膜反复损伤,日久不能完全修复,上皮萎缩,腺体减少,甚者修复紊乱,粗糙不平,伴随出现肠化和异型增生。有研究表明,脾胃虚弱与胃黏膜的屏障功能下降,尤其与黏膜萎缩有密切关系<sup>[6]</sup>;胃黏膜萎缩时,黏膜和黏膜下层血流量下降,局部供血减少,胃黏膜细胞内的线粒体数目降低,ATP减少,供能不足,而且认为脾虚证是CAG的病理基础<sup>[7]</sup>。基于循证医学研究表明,脾胃虚弱证型是CAG中最多见的<sup>[8]</sup>。可见,脾胃虚弱是CAG形成与发展的关键因素,故治疗应以补脾益胃、扶正固本为基础。大量研究表明,补脾益胃可调节胃黏膜细胞增殖与凋亡,抑制癌基因蛋白表达,抗氧化、清除自由基,调节免疫功能,从而达到修复胃黏膜的作用<sup>[9]</sup>。

脾健贵在升与运,胃安贵在纳与降。脾胃虚弱的治疗应根据脾胃为气机升降枢纽的生理特点,恢复运化输布及受纳腐熟的生理机能。健脾益胃并非单纯补益营养,而应寓补中有消有运之义,补运兼施。根据脾胃气虚、阳虚和阴虚的不同遣药组方,如气虚以四

君子汤健脾益气,阳虚以理中丸温中健脾,阴虚以益胃汤滋阴和胃。同时应注意佐以醒胃消滞理气之品,如紫苏梗、砂仁、枳壳、鸡内金等,使补而不滞,补消同施,以防壅塞气机。

## 3 祛瘀解毒并重

胃为“水谷气血之海”,位处中焦,主通降,以降为和,胃不和则枢机不利,气血运行不畅,气滞血瘀,络阻胃脉发为本病。患病日久,正气亏虚,行血无力,发为血瘀,痹阻胃络,《医林改错》有“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,又《临证指南医案》所言“初病在经,久病入络”“经年宿病,病必在络”。本病临床最主要症状为“痞”,其形成之诸病机中,血瘀亦为关键病机。《诸病源候论》有“血气痹塞不通而成痞”明确提出血瘀致痞。《金匱要略》亦有“腹不满,其人言我满,为有瘀血”之言。本病胃镜下可见胃黏膜粗糙不平,腺体减少,放大内镜下可见胃黏膜血管迂曲、粗细不均、走行异常,直观、清晰地表现出胃脉瘀阻之象,客观证实血瘀为本病关键病机<sup>[10]</sup>。现代研究发现,CAG患者胃黏膜存在微循环灌注不足、血液黏滞性增高、血流速度减慢、红细胞聚集增加等血液流变学改变,通过活血化瘀,可改善血流变状态和局部血供,加强组织营养,促进萎缩恢复<sup>[11]</sup>。大量临床及实验研究表明,活血化瘀治疗可以明显改善CAG患者症状和体征,逆转胃黏膜萎缩、肠化和异型增生<sup>[12]</sup>。

“毒”有外毒、内毒之分,外毒来源于六淫疫疠之气,内毒多系脏腑功能和气血运行失常所致。毒既是致病因素,又是致病之机,乃多种邪气长期作用而形成,《金匱要略心典》云:“毒者,邪气蕴蓄不解之谓。”外感六淫之邪,或饮食、七情所伤,或先天禀赋不足,致脾胃虚弱,酿生寒、热、湿、痰、瘀血等邪气侵袭胃脘,夹杂为患,胶结凝滞,缠绵不解,化邪为毒。毒邪内蕴,中焦枢机不利,脾不升而胃不降,纳化失常,损伤胃络,胃黏膜萎缩,邪毒日久,促使胃黏膜炎癌转化。其微观表现为胃黏膜粗糙凹凸不平,可见结节样改变,或表面糜烂<sup>[13]</sup>。毒邪既有无形之毒,亦有有形之毒,有形之毒如幽门螺杆菌感染、胆汁反流及烟酒刺激等,尤以幽门螺杆菌为著;无形之毒为湿气寒热痰瘀蕴结不解,耗伤正气,邪盛正虚,损伤胃络,黏膜萎缩,甚者炎癌转化。

本病发病过程中血瘀与邪毒常兼夹为患,血瘀日久,壅滞缠绵,酿生邪毒;邪毒不去,胃络受损,气血运行不畅,血瘀更甚。“瘀毒互结”是癌毒的前期状态且是可逆的,并与大多数CAG的发展模式(胃

黏膜萎缩→肠上皮化生→异型增生→胃癌)相吻合,故治疗应祛瘀与解毒并重。祛瘀活络可选用丹参、延胡索、莪术、桃仁、蒲黄、乳香、没药等,酌以理气之品,以达血随气行,增加祛瘀通络之力,如砂仁、木香、香附、紫苏梗等。如血瘀较重,可选全蝎、蜈蚣等虫类药以破血消癥。解毒多选黄芩、黄连、金钱草、苦参、半枝莲、白花蛇舌草等,如国医大师李玉奇认为CAG应“以痛论治”,采用“清热解毒”的方法进行治疗,疗效卓著<sup>[14]</sup>。

#### 4 辨病与辨证、宏观与微观相结合

辨病与辨证紧密结合是识病治病的基础,早在《伤寒论》即提出辨病与辨证相结合,有病始有证,辨病方能识证,识其病证才可施治,故病与证密不可分。古医籍无CAG病名,更无伴随肠化和异型增生的疾病发展阶段,因其特有的疾病特点,故临床应首先辨病。CAG经过短时治疗后,其症状很快消失,但不能停止治疗,因虽无临床症状,其疾病仍在向前发展,不治则可变生他病——胃癌,可见辨病的重要性。辨病清楚之后,治疗则必须辨证。笔者认为本病总辨证为“脾虚寒热瘀毒互结”,多证兼夹,但疾病不同阶段,多证各有偏盛,须临证详辨,方能施治有方。

宏观辨证体现了整体观,是中医的显著特点,主要运用望、闻、问、切等手段收集资料。现代内镜技术的发展,使“望”更加深入和精准,胃黏膜微观辨证相应兴起,发展并逐渐完善。宏观与微观辨证相结合,丰富了中医辨证理论,相得益彰,更加切合“证”的实质,以有效指导临床施治。如内镜下胃黏膜萎缩、黏膜下血管迂曲变形,则表明血瘀较重,可酌加乳香、没药、桃仁等活血化瘀之品;如见胃黏膜粗糙不平、黏膜表面腺管开口不规则,则瘀毒俱重,可酌加半枝莲、白花蛇舌草、穿山甲等解毒破瘀散结之品<sup>[14]</sup>。

#### 参考文献:

[1] TAHARAE. Genetic pathways of two types of gastric cancer[J]. IARC

Sci Publ, 2004, 157: 327-349.

[2] CORREA P, PIAZUELO M B. The gastric precancerous cascade[J]. J Dig Dis, 2012, 13(1): 2-9.

[3] 刘涛,张霞,魏玮,等.胃康宁治疗脾虚寒热瘀毒型慢性萎缩性胃炎伴胃癌前病变临床疗效及调节COX-2蛋白的机制研究[J].上海中医药杂志, 2016, 50(11): 46-48.

[4] 刘超,刘敬霞,虎喜成,等.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展[J].辽宁中医杂志, 2015, 42(10): 2033-2036.

[5] 张磊,舒锡钧,舒鸿飞.中医药对慢性萎缩性胃炎研究的简要回顾[J].光明中医, 2013, 28(1): 207-211.

[6] 姚永莉,宋于刚,赵彤,等.大鼠脾虚模型胃肠黏膜形态学研究[J].中国中西医结合脾胃杂志, 2000, 8(1): 8-10.

[7] 任宏义,牛灵地,郝万青,等.慢性萎缩性胃炎脾虚证的病理组织学与超微结构观察[J].中国中西医结合杂志, 1992, 12(10): 593-597.

[8] 陈晶,周晓虹,韩树堂.慢性萎缩性胃炎证型分布规律研究[J].江苏中医药, 2008, 40(11): 36-38.

[9] 叶悟,方盛泉.中医药治疗胃癌前病变机制研究进展[J].上海中医药大学学报, 2012, 26(6): 118-121.

[10] 刘明,刘震.健脾益胃、活血化瘀中药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展[J].中国中药杂志, 2012, 37(22): 3361-3364.

[11] 王爱云,单兆伟.慢性萎缩性胃炎从瘀血论治[J].中国中西医结合脾胃杂志, 2000, 8(5): 290-291.

[12] 路珊珊,曾斌芳.慢性萎缩性胃炎中医血瘀证现代进展[J].新疆中医药, 2014, 32(1): 70-72.

[13] 李佃贵,王燕云,陈炜.解毒化浊法结合微观检测治疗慢性萎缩性胃炎[J].中国中医药信息杂志, 2004, 11(4): 362-363.

[14] 李玉奇.以痛论治萎缩性胃炎纵横谈[J].辽宁中医杂志, 1998, 25(9): 392-394.

(收稿日期: 2016-11-20)

(修回日期: 2017-01-27; 编辑: 梅智胜)

开放科学(资源服务)标识码(OSID)

内含全文PDF和增强文件

