

王自立名中医运用运脾汤治疗慢性萎缩性胃炎 180 例

张参军 舒劲 田旭东 王煜 张竹君 魏淑兰

(甘肃省中医院 兰州 730050)

关键词:慢性萎缩性胃炎;运脾汤;王自立;名医经验

中图分类号:R 573.32

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.052

王自立主任医师是全国名中医,享受国务院政府特殊津贴,其工作室获全国先进名医工作室。现任甘肃省中医院首席主任医师,兼任中华中医药学会理事、中华中医内科学会委员、甘肃中医药学会副会长、甘肃省医师协会副会长、《甘肃中医》主编。连任四届全国名老中医师带徒指导老师并获优秀指导老师,先后获全国卫生系统模范工作者、首届全国中医药传承特别贡献奖、甘肃省名中医、优秀专家。业医 50 余年来,精研历代各家名医论著,积累了丰富的临床经验,尤擅长于中医脾胃病的治疗。近年来王老运用运脾汤治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)取得了显著的临床疗效,现整理报告如下:

剂,如心得安等,对 β 受体阻滞剂有禁忌证、不耐受或依从性差者可选用 EVL。EVL 是控制急性食管静脉曲张出血的首选内镜疗法,当因技术原因不能实施 EVL 时,则推荐 EVS。硝酸酯类(无论单用或与 β 受体阻滞剂合用)、TIPS 或 EVS 均不推荐用于 EVB 的原发性预防^[9]。国内一项研究认为^[9],急性 EVB 的各种治疗疗效比较,依次为联合治疗、外科治疗、EVS、药物治疗、EVL 及三腔二囊管,药物治疗是我国现阶段 EVB 救治中最常用的方法。

1980 年 Lebrech 首先使用心得安治疗门脉高压^[9],适用于肝功能 A、B 级患者,C 级患者慎用。心得安预防 EVB 方法简便易行,与内镜下治疗相比,具有风险低、花费少的优点,可终身服用,遗憾的是一旦停药,出血危险会恢复到原来水平,并有更高的病死率,且其用量个体差异较大。心得安的主要副作用为心功能不全和肝功能损害,因此用药的安全性也是临床使用时注意的因素之一。EVL 于 1980 年由 Stiegmann 首先报道,是控制急性 EVB 的首选方法,止血率高达 90%,其操作简单,患者痛苦较小,且能重复使用,目前在国内外得到广泛应用。EVL 的缺点是复发率高,如套扎的静脉组织过早脱落时可引起致命的大出血。因此,为防止术后并发出血,除应用抑酸药促进套扎所致溃疡愈合外,同时应用心得安可降低门脉压力。

从国内外的报道来看,在食管静脉曲张破裂再出血的预防方面,非选择性 β 受体阻滞剂的使用已

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 180 例,均为门诊病人,经胃镜和病检确诊,均符合慢性萎缩性胃炎诊断标准。180 例中,男 117 例,女 63 例;年龄最小 28 岁,最大 82 岁;病程最短 5 个月,最长 30 余年;病理诊断:胃黏膜轻度萎缩 86 例,中度萎缩 62 例,重度萎缩 32 例;伴不典型增生 51 例,伴肠上皮化生 37 例。

1.2 治疗方法 所有患者均以运脾汤治疗为主。基本药物组成:党参 10~30 g,白术 30 g,茯苓 10 g,佛手 15 g,枳壳 30 g,石菖蒲 15 g,炒麦芽 15 g,仙鹤草 30 g。加减用药:若气虚明显者加黄芪;中虚有寒者达成共识,虽然多数研究认为其不能降低患者死亡率,且 EVL 及 EVS 的使用有较大分歧,但多数研究认为 EVL 安全性较 EVS 高,并发症少,且能重复使用。我们研究发现,套扎术联合心得安治疗静脉曲张消失率达 100%,再出血率及曲张复发率较低,与国内黄艳兰及孟晓光等报道相似^[7,8]。套扎术联合心得安预防 EVB,术中及术后无并发出血,效果较好,有肯定的临床价值。由于本研究病例偏少,随访期短,且未能反映远期生存率和死亡率;对于 EVL 联合心得安预防 EVB,应一次密集套扎或是多环分次套扎,以及结扎点数、次数等在治疗中的意义,麻醉状态下行 EVL 术对患者的疗效及价值等,还有待进一步研究。

参考文献

[1]李定国,范平.胃底食道静脉曲张破裂再出血的预防[J].中华消化杂志,2002,22(11):645-646
[2]中华消化内镜学会.食管胃底静脉曲张内镜下诊断和治疗规范试行方案[J].中华消化内镜杂志,2000,17(4):198
[3]曾民德.食管胃静脉曲张出血的预测及其治疗对策[J].中华肝脏病杂志,1998,6(2):65-66
[4]李建生,张明礼.2007 年美国肝硬化胃食管静脉曲张及出血的防治指南[J].胃肠病学和肝病杂志,2008,17(2):85-92
[5]胃食管静脉曲张调查协作组.全国多中心食管静脉曲张破裂出血治疗调查分析[J].中华消化杂志,2007,27(6):374-377
[6]邱德凯.慢性肝病临床并发症[M].上海:上海科技出版社,2001. 191-192
[7]黄艳兰,陈小龙,黎卓江.内镜下结扎术联合心得安预防肝硬化食管静脉曲张出血的疗效与安全性研究[J].现代消化及介入治疗,2007,12(2):77-80
[8]孟晓光,王忠颖,张黎.套扎术联合应用心得安治疗食管静脉曲张出血临床分析[J].中国冶金工业医学杂志,2007,24(2):226

(收稿日期:2011-05-17)

加高良姜、香附；阴血亏虚者加当归、白芍；气滞明显者加香附、砂仁；兼有痰湿者加半夏、陈皮；湿盛苔厚腻者去党参，加苍术、厚朴；郁热者加浙贝、连翘、黄芩；便秘者在重用白术、枳壳、炒麦芽的基础上，酌加郁李仁、肉苁蓉、槟榔、大黄；肝郁犯胃而泛酸者加浙贝、黄连、吴茱萸；痰积者加瓜蒌、浙贝；久病入络者酌加莪术、川芎、郁金等活血通络之品。每日 1 剂，水煎分服，1 个月为 1 个疗程，共服药 1~3 个疗程，后期可用运脾颗粒（甘肃省中医院自制药）口服。服药期间忌烟酒、生冷、辛辣刺激之品，忌暴饮暴食，每日三餐定时进食，每餐吃至八分饱，并保持愉快、舒畅的心情，坚持适当的运动锻炼。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 根据卫生部《中药新药治疗萎缩性胃炎临床研究指导原则》（第三辑）拟定^[1]。治愈：临床症状消失，胃镜复查慢性炎症好转达轻度，活检组织病理证实胃镜所见，腺体萎缩消失；好转：临床症状明显好转，胃镜复查慢性炎症好转，活检组织病理证实胃镜所见，腺体萎缩减轻；无效：临床症状无改善，胃镜复查慢性炎症无改变。

2.2 治疗结果 治愈 73 例，占 40.56%；好转 93 例，占 51.67%；无效 14 例，占 7.78%；总有效率 92.22%。经治 180 例患者服药期间未见任何毒副作用，复查肝功、肾功均无异常。

3 典型病案

李某，女，61 岁，2006 年 3 月 10 日初诊。主诉：胃脘部胀满作痛反复发作 10 余年，加重 1 周。初诊：患者 10 余年来每因饮食失节致胃脘部胀满反复发作，甚则作痛，经对症治疗可缓解，常服三九胃泰，疗效渐差。1 周前因饮食不慎而复发，自服上药效不显，查胃镜示：慢性萎缩性胃炎（中度），病检示：胃窦黏膜轻度肠上皮化生。现空腹、餐后均感胃脘部胀满作痛，食凉后尤甚，纳呆不思食，偶呃，大便干、不畅，日一行，小便可。舌体胖，舌质淡暗，舌苔薄白腻，脉象沉略滑。诊断：中医：胃痞（寒湿滞脾）；西医：慢性萎缩性胃炎。辨证：患者饮食失节，损伤脾胃，久病及阳，寒湿内阻，气机不畅，胃痞乃现。治当温阳散寒，健脾化湿，方用良附丸合平陈汤加减。处方：良姜 12 g，香附 15 g，半夏 10 g，陈皮 10 g，苍术 15 g，厚朴 12 g，石菖蒲 15 g，炒麦芽 15 g，莪术 15 g，木瓜 10 g，甘草 6 g，白芍 12 g，枳壳 30 g，肉苁蓉 15 g。水煎分服，每日 1 剂。

复诊：服药 4 剂，患者精神好转，面色稍润，自觉胃脘胀痛减轻，仍食少纳呆，食后口中酸涩，大便转软，日一行。舌体胖，舌质淡，舌苔薄白，脉象沉

细。药后湿邪渐祛，故胀痛减轻，腻苔退，然脾虚失运之象仍著，故见脉转沉细。证既已变，则法随证立，以健脾助运为主，佐以理气散寒，方用运脾汤合良附丸加减。处方：良姜 15 g，香附 15 g，党参 15 g，白术 20 g，茯苓 10 g，莪术 15 g，石菖蒲 15 g，麦芽 15 g，浙贝 10 g，郁金 30 g，仙鹤草 30 g，枳壳 20 g。水煎分服，每日 1 剂。药后胃脘胀痛大减，知饥思食，纳增，效不更法，继以上方出入调服两月余，患者胃脘胀痛消失，纳食正常。3 个月后复查胃镜示：慢性浅表性胃炎，病检示：胃窦部黏膜轻度浅表性炎症。随访 3 年，病情未复发。

4 讨论

慢性萎缩性胃炎是一种常见的慢性胃病，其发病缓慢，病势缠绵，迁延难愈，治疗棘手。其病理特点为胃黏膜固有腺体萎缩、变薄，黏膜肌层变厚，胃酸分泌减少，重者伴有肠上皮化生或不典型增生。临床表现为胃脘部饱满、胀闷感，甚则作痛，进食后明显，食欲不振，食少纳呆，常伴有嗳气、呃逆。病程日久者多见形体消瘦、疲乏无力、面色萎黄无华、头晕、心烦、少寐多梦等。随着胃镜的普及，本病的诊断率日益提高。慢性萎缩性胃炎的发病随年龄的增长而增加，且有明显地区差异。我国发病率为 4%~30%，男性为女性的 3~4 倍。国内文献报道，萎缩性胃炎 40 岁以上者占 74.2%，而 30 岁以下者仅占 8.7%。世界卫生组织将本病列为胃癌前状态，尤其是伴有肠上皮化生或不典型增生者，癌变可能性更大^[2-3]。对于 CAG 的治疗方案，西医主要从疾病医学理论出发，治疗方法比较统一，但多年治疗结果表明，西医对各种胃肠疾病大多数只能一时有效，却无法从根本上解决问题，因此治疗效果并不理想。中医学文献中无萎缩性胃炎这一病名，全国中医学会第三次脾胃学术会议上将其归属于“胃痞”范畴。中医药对该病的治疗积累了丰富的经验，近年来大量的临床报道表明，中医药治疗本病不但临床疗效肯定^[4]，而且可以抑制、逆转腺体的萎缩，甚至可使不典型增生及肠上皮化生逆转^[5]。

王老认为，脾胃为后天之本，气血化生之源。脾主升清，胃主和降，脾胃健运，自能消化饮食水谷，输布津液，排泄糟粕，从而完成其“清阳出上窍，浊阴出下窍；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六腑”的正常生理功能。此外，脾气还有升发清阳、统摄血液、温煦中焦及主四肢等功能，故系全身气机升降运动之枢纽，肝胆之气亦随脾胃而升降。脾气升则上输于心肺，降则下归于肝肾。一旦脾胃功能受损，运化失健，气机不和，升降失常，变生

百病;若脾胃一败,化源断绝,诸药莫救。脾胃功能主要通过脾气来实现,而脾气极易为各种因素所耗伤,正如《内经》所说“饮食自倍,肠胃乃伤”、“劳则气耗”、“思则气结”,表现出脾胃病以气虚为本,运化失健为基本特点,亦即“实则阳明,虚则太阴”之理;然脾虚不运,则胃难和降,升降失常,清浊相干,由虚致实,产生痰饮、湿阻、食积、气滞、血瘀等,形成虚实夹杂之证。正如元代李东垣所说:“内伤脾胃,百病由生”。临床常见如运化失健,食滞胃脘,发为胃痞、纳呆;脾虚不运,胃失和降,浊气上逆,发为恶心、呕吐、呃逆、嗝气、反胃;脾失升清,合污而下,发为泄泻;脾运失职,精微不输,迁延成痞;脾胃不和,升降失常,清浊相干,中焦壅滞,气滞血瘀,痰饮内生,发为胃痛、腹痛、鼓胀、浮肿、饮证、霍乱等病。故脾胃病以本虚为主,常由虚致实,虚实夹杂;以升降失常为主要病机,以脾气不运为主要矛盾。因此,论治脾胃病既离不开一个“补”字,又不能单纯事补而不顾其实,强调“补脾不如健脾,健脾不如运脾”,临证之时当“健脾宜运脾,运脾先调气”,应该从动态的观念出发,以健脾助运、调整升降为要。若纯用滋补药品则有滋腻碍脾、壅滞胀满之嫌,久用易致脾胃之气停滞不行,变生他证;若由虚致实,兼见痰饮内停、气滞血瘀者,过用滋补则犯实实之戒。而通过健脾促运、调气和胃之剂,可以使脾气得以舒展、气机得以调和,运化功能复健,从而避免了滋补所致之壅滞。也就是说,只有脾胃功能处于正常的运化状态,才能消化水谷、运化水湿、生化气血;反之,若脾胃功能低下,处于停滞状态,则气血化生无源。所以运脾的关键不在于直接补益脾胃,而在于通过调理气机以促进运化,王老结合多年的临床实践经验,创立运脾汤一方补运同举,对消化系统疾病属脾虚失运者具有良效。

方义分析:运脾汤中党参、白术、仙鹤草益气健脾以助运,其中党参健脾益气,“为强壮健胃药,用于一切衰弱症,能辅助胃肠之消化”(《现代实用中药》);白术“既能燥湿实脾,复能缓脾生津,健食消谷,为脾脏补气第一要药”(《本草求真》);仙鹤草又名脱力草,功能补脾益气,且补而不腻;茯苓健脾渗

湿;佛手气清香而不燥烈,性温和而不峻,既能舒畅脾胃滞气,又可疏理肝气以防木郁克土,且无耗气伤津之弊;枳壳善理气宽中,行气消胀,“健脾开胃,调五脏,下气,止呃逆”(《日华子本草》),“消心下痞塞之痰,泻腹中滞塞之气,推胃中隔宿之食,削腹内连年之积”(《珍珠囊补遗药性赋》),与佛手合用则突出运脾调气之功,现代药理研究表明枳壳水煎剂能促进实验动物胃肠蠕动而有规律;炒麦芽健脾化湿和中,宽肠下气通便,“消一切米面诸果食积”(《景岳全书》),兼能疏肝理气;石菖蒲芳香醒脾,化湿和胃,而《本草从新》谓其“辛苦而温,芳香而散,开心孔,利九窍,去湿除风,逐痰消积,开胃宽中”。诸药合用,既补气以助运,更调气以健运,使痰湿无由以生,则脾胃无由阻滞;兼以肝脾共调,使脏腑调畅,则脾运复健,升降如常,诸症自除。方中枳壳为调气运脾的关键药物,依脾运失健的程度而有小运(10~15 g)、中运(20~30 g)、大运(35~60 g)之别,最大可用至 80 g;而白术亦为不可或缺之药,依脾虚程度及便秘轻重决定药量,轻度者常用 15~30 g,中度用至 30~60 g,重度者可用至 60~120 g。两药一补一消,相须为用^[6]。

王老同时经常强调,临证之时应时时处处保护胃气,主张用药宜轻灵、攻补应适宜,当动静结合,行止并用;用药之时力求攻勿伤正,慎用苦寒攻下之剂以防伤脾败胃,宜小剂投入,中病即止,如大黄仅用 1~3 g;补勿敛邪,滋补药中须酌配健脾助运之剂以防碍脾妨胃。

参考文献

- [1]中华人民共和国卫生部.中药新药治疗萎缩性胃炎临床研究指导原则[S].1995.52
- [2]张参军,舒劲,田旭东,等.王自立主任运用运脾汤治疗慢性萎缩性胃炎的体会[R].中华中医药学会脾胃病分会第二十次全国脾胃病学术交流会,兰州:甘肃省中医院,2008.95-97
- [3]赵吉梅,尹燕,王连忠,等.186 例慢性萎缩性胃炎 10 年随访分析[J].中国民康医学,2009,21(1):11-12
- [4]易献春,刘平.消萎饮治疗慢性萎缩性胃炎 66 例[J].世界中医药,2009,3(4):73
- [5]陈贵银,郭喜军,安福丽,等.慢性萎缩性胃炎的中医病机和治疗[J].现代中西医结合杂志,2008,17(25):3 913
- [6]张参军,王煜,姚双吉.运脾汤治疗胃痞 120 例报告[J].甘肃中医,2004,17(12):13

(收稿日期:2011-03-22)

(上接第 46 页)耗,因而出现肺脾气虚,不能通调水道,下输膀胱,导致膀胱壅塞,小便不通。提壶揭盖之法首见于《丹溪心法·小便不通》。其治癃闭,是根据升降相因之理,取肺为水之上源、主气布津、肺气宣布则水道通畅之意。遣药当以轻清升浮之品为

主,故临床取用升麻、防风、苏叶、杏仁、桔梗、荆芥、白芷、前胡之属,宣肺从而消除下焦壅塞。本人治疗后尿潴留,运用提壶揭盖法,施用中药治疗,取得了较好的疗效。

(收稿日期:2011-03-18)