

● 诊疗经验 ●

周继友主任从肝论治慢性萎缩性胃炎经验

李秀丽

(山东中医药大学附属济南市中医医院 济南 250012)

关键词:慢性萎缩性胃炎;从肝论治;经验;周继友主任

中图分类号:R573.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.030

慢性萎缩性胃炎(CAG)是慢性胃炎的一种类型,系指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少,伴或不伴纤维替代、肠腺化生和/或假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病^[1]。中医古籍中没有慢性萎缩性胃炎的病名,根据临床症状,本病可归属中医“胃痞、虚痞、痞满、胃痛、嘈杂”等病范畴^[2]。

周继友主任是山东中医药大学附属济南市中医医院主任医师,医院首席专家,山东中医药大学兼职教授,山东中医药学会肝胆病专业委员会副主任委员,济南市中医学会理事,内科专业委员会主任委员,全国著名肝胆病专家陈伯咸教授嫡传弟子。笔者有幸随周师学习,侍诊左右,亲聆教诲,耳濡目染,启迪良多。观其治学独具特色,深有获益终身之感大有裨益于后学之鉴。兹就领悟周师从肝论治慢性萎缩性胃炎治学思想与经验略予归纳,以见其概。

1 从肝论治慢性萎缩性胃炎的理论基础

1.1 肝与胃在生理功能上相互依存 正如《素问·宝命全形集》所述:“土需木疏,土得木而达”、“木赖土荣,木得土而发”;《知医必辨》:“故凡脏腑十二经之气化,皆必籍肝胆之气化以鼓舞之,始能条畅不病。”即胃的受纳腐熟功能、脾的运化功能、中焦脾胃的气机升降均有赖于肝胆的疏泄帮助才能够正常完成。木气条达、土气自舒,脾胃肝胆功能协调才能够共同完成对食物的消化吸收,气血运行正常,则无疾病产生。

1.2 肝与胃在病理上相互影响 早在《内经·灵枢》指出:“胃病者,腹臌胀,胃脘当心而痛。”并首先提出胃痛与肝有关,如《素问·六元正纪大论》说:“木郁之发,民病胃脘当心而痛。”《沈氏尊生书·胃痛》也说:“胃痛……惟肝气相乘为甚,以木性暴,且正克也。”明代王肯堂在《证治准绳·胃脘痛》中指出,胃脘痛“惟肝木之相乘者尤甚,胃脘当心为痛,上支两胁,饮食不下。”由此可见,慢性萎缩性胃炎病变部位在胃,但与肝脾关系密切。

1.3 从肝论治胃病是重要治法 叶天士在《临证指南医案》指出:“培土必先制木”,“制肝木,益胃土”,“肝为起病之源,胃为传病之所”;清·陈士铎^[3]《石室

秘录》所言:“诸痛者皆属于肝”、“诸痛治肝”。张简斋先生^[4]论肝胃两病,胃脘作痛,应用四逆散和戊己丸加减以两调肝胃,收效颇佳。张珍玉先生^[5]也特别重视从气机角度把握肝与脾胃的关系。张老指出,肝气对全身之气(包括脾胃之气)的运动均有调节作用,正所谓“土得木而达”。又因肝主疏泄、主调畅情志,结合现代临床研究,提出“多情交织首先伤肝”之说。

若忧思恼怒,气郁伤肝,肝气横逆,势必克脾犯胃,致气机阻滞,胃失和降而发为本病。若肝郁日久则化热,热邪犯胃,则表现为胃脘部灼热疼痛,痛势急迫,肝胃郁热逆而上冲,则表现为心烦易怒,泛酸嘈杂;热郁日久,病久入络,波及血分,易导致瘀血停留损伤胃络而痛。

周师从业 50 余年,他根据丰富的临床经验,总结出:随着社会的发展,情志因素逐渐成为导致慢性萎缩性胃炎的最主要病因,其基本病机在气滞。肝主疏泄调畅全身气机,肝的疏泄功能失常,气机不畅,不通则痛。周师强调:肝失疏泄是慢性萎缩性“气滞”基本病机的根本。体现在临床上则突出了老师重视调肝气的用药特色。

2 主要治法

2.1 疏肝和胃法 证见胃痛且胀,攻撑连背,胁痛噯气,纳食益甚。若肝郁化火,热邪犯胃则口咽干苦,脘中灼病,泛酸嘈杂,大便秘结,舌苔薄黄,脉弦数等。因为肝气是矛盾的重要方面,土病是木旺的结果,使肝胆脾胃不得协调一致,治疗大法当然以和为主,尽快祛除致病的因素,促其恢复正常相互资生和相互制约的生理功能。治疗原则是疏肝理气,常用药柴胡、白芍、香附、郁金、枳实、川楝子、佛手、延胡索、苏梗、瓦楞子、陈皮、炒谷芽。

2.2 疏肝清热法 肝胃郁热者在疏肝理气的基础上加用连翘、黄连、吴茱萸、黄芩清泻湿热,辛开苦降。其中延胡索配川楝子为金铃子散方,川楝子可直泄肝阳;延胡索专理气滞血涩之痛,两者共奏流通络止痛之力,故凡木克己土而见气滞疼痛者均可用之。黄连、茱萸乃左金丸方,此方出自《丹溪心法》主治肝气横逆,胃失和降,逆而上冲之噯腐吞酸,口干

苦,胁肋胀痛等,确有清金平木之功。意在用黄连之苦寒直折火邪,降逆止呕止酸。取茱萸主辛温开郁,舒散且下气降逆之效。若咽中有物,吞吐不利,腕痞反酸,食入易呕,呃逆频频者,加用缘萼梅、半夏、竹茹行气降冲。娑罗子又名天师栗,为肝胃病痞闷胀痛之佳品。

2.3 疏肝化痰法 慢性萎缩性胃炎系胃病日久而成,由于病延日久,屡治不愈,必有气血瘀阻脉络,症见胃痛如刺,休作有时,痛之不移或拒按,或面色晦暗,便血,舌质现瘀点,脉细涩等。遵循《素问·至真要大论》“疏其血气,令其条达”之宗旨,气血同治极为相宜。如若专事理气,恐力所不及。然专事攻瘀,也难如愿,临证应权衡气滞与血瘀的轻重,或以行气为重,或以活血行瘀为重,或两者并重,总权衡之度,当理清痛与胀,有形与无形,痛有定处与走窜作痛的程度作为比较的依据而定夺用药的比重。常用药有柴胡、香附、郁金、丹参、三棱、佛手、延胡索、八月札、枳实、泽兰、川楝子、木香、鸡内金、玫瑰花、陈皮等。

2.4 疏肝健脾法 脾属土,肝属木,土需木疏,木赖土荣,脾气虚,土虚木乘,木郁土中,需养血柔肝,健脾和胃。证见胃脘隐痛、神疲倦怠、四肢无力、脘腹胀满,食少便溏,舌质较淡有齿印,苔薄白,脉弦细等。常用药党参、黄芪、白术、茯苓、陈皮、白芍、鸡内金、砂仁、木香、黄精、当归、山药、炒麦芽等。若肝木乘脾,运化失常而致腹痛则泻,正如吴鹤皋云:“泻责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,故令痛泻”。痛泻要方即是代表方剂。方中用白术重在健脾振奋;白芍缓舒肝木;陈皮醒中理气;防风散肝助脾,诸药相应,补脾舒肝。

3 验案举例

3.1 病例资料 金某,男,59岁,2014年3月2日初诊。胃脘胀痛反复发作10年余,加重半月。饥饿时痛重,纳食后则胀满,嗳气频作,呕恶不适,有时疼痛如绞,呈痉挛样,食欲减退,舌红苔白腻,脉弦细。胃镜检查示:胃窦部黏膜呈花斑样改变,且伴有充血水肿。病理结果示:慢性萎缩性胃炎伴急慢性发炎。证属肝胃不和、肝气郁滞,治宜疏肝和胃、行气化痰。方药:柴胡10g、芍药15g、郁金10g、香附10g、木香15g、延胡索30g、枳壳10g、陈皮10g、清半夏

10g、砂仁10g、吴茱萸3g、黄连6g、炒金铃子10g、茯苓10g,日一剂,水煎400ml分早晚2次空腹温服。服药6剂,胃胀、痞闷感明显减轻,暖气反胃、呕恶不适感渐消,食欲增加。但由于患者饮食不节,过食肥甘厚腻后致胃脘部疼痛加重,伴有恶心呕吐、头晕,舌苔白腻,脉濡数,证属胆胃不和,湿浊郁于胃腑,治疗当以疏利肝胆、和胃化浊为主要原则,选药:黄连6g、竹茹10g、陈皮10g、清半夏10g、茯苓10g、焦山楂18g、麸炒枳壳10g、佩兰10g、白豆蔻10g、姜厚朴10g、延胡索10g、炒金铃子10g、白芍15g。服药7剂后,胃脘部疼痛、胀满明显减轻,偶有恶心,未再呕吐,仍有纳呆,周身疲乏无力,两胁窜痛不适,舌苔白腻质淡,脉细弦,以疏肝健脾治之。方药:党参18g、炒白术12g、茯苓10g、陈皮10g、白芍15g、香附10g、砂仁10g、柴胡10g、当归10g、清半夏10g、枳实10g、丹参15g、鸡内金10g、醋延胡索10g、炒海螵蛸30g、炒谷芽15g。守方加减服用30余剂,精神增,体力强,纳食如常,胃胀痛消失。上方10剂配为散剂,每服6g,每日3次。2个月后复查,症状完全消失,胃镜下胃黏膜呈橘红色,无明显充血水肿。随访1年来未见复发。

3.2 讨论 肝气郁结,肝失疏泄,气机郁滞,脾胃气机升降失职则胃痛,气滞津停,湿浊困脾,脾升胃降失调则胃痞闷,肝胃不和,治以疏肝和胃理气消滞。二诊患者因过食肥甘厚腻后致中焦湿气郁结,故应用黄连温胆汤加佩兰、豆蔻等芳香化湿之品以清化中焦湿浊。三诊方药对证,药后胃胀明显减轻,仍有周身疲乏无力、纳呆等症则以疏肝健脾治之,药后诸症控制,效不更方,治宗上方意,继服月余,后以丸剂及巩固疗效。

参考文献

[1]张声生,李乾构,唐旭东,等.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349
[2]张万岱,李军祥,陈治水,等.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
[3]清·陈士铎.石室秘录[M].北京:中国中医药出版社,1991.138
[4]马超,柴可夫.张简斋从肝胃论治内伤杂病学术思想探析[J].中医杂志,2015,56(3):264-265
[5]魏凤琴.张珍玉从肝论治胃脘痛治则治法用药经验[J].四川中医,2007,25(5):1-2

(收稿日期:2016-08-14)

(上接第55页)

[2]梁小连.氨溴索口服液联合阿奇霉素治疗儿童支原体肺炎疗效观察[J].中国现代医生,2013,51(24):65-66
[3]蒋颖超,陈凡,佟鑫.阿奇霉素联合氨溴索治疗儿童支原体肺炎疗效分析及研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2016,16

(2):43
[4]张丽娟.氨溴索联合阿奇霉素对儿童支原体肺炎的治疗效果探讨[J].中国卫生标准管理,2015,6(22):97-98
[5]刘冬华.小儿支原体肺炎应用阿奇霉素与氨溴索联合治疗的临床分析[J].吉林医学,2014,35(6):1184

(收稿日期:2016-08-01)