

◆思路方法◆

基于久病入络理论探讨益气活血通络法治疗老年慢性萎缩性胃炎

柳冬兵, 徐甦, 刘加新

浙江中医药大学附属湖州中医院消化科, 浙江 湖州 313000

【摘要】慢性萎缩性胃炎(CAG)是胃癌最主要危险因素之一, 萎缩程度与年龄及癌变风险呈正相关。徐甦教授基于久病入络理论, 认为老年 CAG 核心病机为气虚络瘀, 治疗当以健脾益气、活血通络为主, 以期延缓逆转萎缩、肠化进程, 防治癌变, 并在此基础上创制健脾愈萎汤。

【关键词】慢性萎缩性胃炎; 久病入络; 益气活血通络

【中图分类号】R249 【文献标志码】A 【文章编号】0256-7415 (2023) 19-0206-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.19.040

Discussion on Method of Boosting Qi, Invigorating Blood and Unblocking the Collaterals for Senile Chronic Atrophic Gastritis Based on the Theory of Chronic Disease Entering Collaterals

LIU Dongbing, XU Su, LIU Jiaxin

Department of Digestive, Huzhou Hospital of Chinese Medicine Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Huzhou Zhejiang 313000, China

Abstract: Chronic atrophic gastritis (CAG) is one main risk factor for gastric cancer, and the degree of atrophy is positively correlated with age and cancerization risk. Based on the theory of chronic disease entering collaterals, Professor XU Su believes that the core pathogenesis of senile CAG is qi deficiency and collaterals stasis, and the treatment should mainly focus on fortifying the spleen and boosting qi, and invigorating blood and unblocking the collaterals, so as to delay and reverse the process of atrophy and intestinal metaplasia, and prevent and treat cancer. On this basis, he created Jianpi Yuwei Decoction.

Keywords: Chronic atrophic gastritis; Chronic disease entering collaterals; Boost qi, invigorate blood and unblock the collaterals

慢性萎缩性胃炎(CAG)因临床表现缺乏特异性, 常在胃镜检查中被诊断, 但作为胃癌最主要危险因素之一, 萎缩程度与癌变风险呈正相关, 且萎缩范围随年龄增长而扩大。目前主张在根除幽门螺杆菌(Hp)感染的前提下, 可予补充叶酸等治疗^[1], 但仍

存在一定的争议, 部分研究甚至得出补充抗氧化维生素并不是控制高危人群胃癌的有效方法^[2]。CAG 属中医学胃脘痛、痞满、嘈杂等范畴, CAG 中医证型分布以脾胃虚弱证最常见^[3], 在既往的研究中, 笔者发现脾胃虚弱证最多见, 单纯的胃络瘀血证较少,

【收稿日期】2023-03-08

【修回日期】2023-06-08

【基金项目】浙江省医学会临床科研基金项目(2022ZY-A66); 浙江省徐甦名老中医专家传承工作室建设项目(GZS2021035)

【作者简介】柳冬兵(1987-), 男, 副主任中医师, E-mail: 2722618369@qq.com。

但胃络瘀血证发病年龄最高,病程最长,常与脾胃气虚相兼为病,表现为虚实夹杂之候^[4]。徐甦教授结合自己多年临证经验,结合久病入络学术思想,指出气虚络瘀是60岁以上老年人群CAG的核心病机,健脾益气、活血通络法是其常用治法。

1 益气活血通络治疗CAG理论渊源

《黄帝内经》首次提出经脉及络脉的概念,指出水谷精微入于五脏,在里生成营气充盈于脉中,溢于络脉与孙络,在外表现为神气,络脉是气血流通的通道,也是邪气入侵人体的途径,且脏腑气血亏虚随年龄增长而加重,指出男子“五八,肾气衰,发堕齿槁”,女子“五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕”。张仲景在《金匱要略》首篇《脏腑经络先后病脉证》中着重阐述了“经络受邪入脏腑”等脏腑经络先后病的传变规律,提出“络病证治”用药经验,如行气活血通络法、辛散宣通通络法、虫蚁搜剔通络法等。叶天士承《黄帝内经》络脉学说及张仲景“络病证治”用药经验,首创“久病入络”“久痛入络”理论,并应用在胃病的治疗当中,提出了“病经数载,已入胃络”“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”的学术观点,提出经络当分经论治的思想,创立诸多治络之法,如辛润通络、辛温通络、虫蚁通络、补气通络等。同时,叶天士认为奇经八脉为经脉之海,是络脉气血灌注的源头,特别强调“参之奇经为治”的原则,治络脉病的同时不忘补益奇经,结合其在《临证指南医案·胃脘痛》治程氏胃病案,补络气与补络血相结合的治法是其常用治法。王清任进一步明确了络病与瘀血的关系,重视气血,详细阐述气虚致瘀,其补气防瘀的观点具有深刻的治未病思想,并创立了补气活血通络法。张锡纯对久病入络亦有研究,同时重视气在人体的作用,治络病常以补气活血法取效,补气首推黄芪,并用党参、白术、山药等,通络喜用三棱与莪术等。现代医家吴以岭创立“三维立体网络系统”作为络病学说的理论框架,“络病证治”作为辨证论治体系,指出络脉是“行血气”的通路,总结出络病的病理变化有络气郁滞、络脉瘀阻、热毒滞络、络虚不荣等不同,提出“络以通为用”的治疗原则^[5-6]。燕东等^[7]提出胃络瘀阻是CAG发病的关键因素。单兆伟认为瘀血阻络是致使CAG向肠化、不典型增生,甚至癌变转化的症结所在^[8]。徐甦教授在治

疗老年CAG中,受叶天士及张锡纯影响颇多,认为老年患者,脏气亏虚是CAG癌前病变的病理基础,加之病久,气滞、血瘀、食积及毒邪互结进一步耗伤气血,最终导致毒损胃络,胃络瘀阻是其基本病机。

2 老年CAG病机特点

老年CAG患者内镜下表现为腺体萎缩变薄,固有腺数目减少,黏膜粗糙呈颗粒状改变,肠上皮化生明显,甚至伴随不典型增生等。胃黏膜象与萎缩性胃炎中医证型具有明显相关性^[9]。徐教授认为,中医望诊需拓宽视野,镜下表现及病理应作为中医望诊的重要部分,如内镜下胃黏膜色淡,以白像为主,黏膜变薄,胃壁蠕动减弱,病理显示腺体萎缩,属中医气虚之象;黏膜粗糙呈颗粒状,病理肠化明显,甚至伴随不典型增生,为中医血瘀之证。临证中徐教授重视舌脉的诊断,尤其舌下络脉的观察,认为舌下脉络的色泽、充盈度、扭曲度及脉络的分支密度可辨别血瘀的轻重程度,脉象跳动的沉细程度可辨别气虚的严重程度。徐教授认为内镜望诊及脉诊先于舌下络脉,因奇经八脉初期的代偿作用,络病初期舌下络脉未必有明显瘀血征象。然脾胃气虚为本,病久迁延,气虚血液运行不畅则致络脉瘀阻为标,如叶天士在《临证指南医案》中提出:“初病在经,久病入络,以经主气,络主血,则知其治气治血之当然。”徐教授认为,胃属阳明,本为多气多血之府,然随年老体衰,气血必将衰败,胃络从胃之大络分出,无处不到,纤细微小,血流之速渐缓,加之易受外邪侵袭或饮食自伤,则易于凝滞,迁延日久,络脉不通则生瘀血,久而不化,积聚成瘤。当然,徐教授认为气虚络瘀虽为老年CAG的核心病机,但临证中仍需辨证,仍有肝胃不和、脾胃湿热、胃阴亏虚、寒热错杂等不同,不可以偏概全。

3 老年CAG用药规律

现认为CAG和肠上皮化生属于癌前状态,Hp被认为是急性胃炎发展为慢性胃炎,到萎缩性胃炎并最终发展为恶性肿瘤的主要驱动力之一^[10]。根除Hp可消退炎症,减轻萎缩,并降低胃癌的发生风险^[11-12]。针对老年萎缩性胃炎,同样需要根除Hp,但基于老年生理病理特点,老年患者常合并其他疾病,如高血压、糖尿病、肾病等,常规含铋剂14天四联疗法虽根除Hp效率较高,但易产生不良反应,

如肝肾损害,甚至如克拉霉素等因应用时间长,有延长Q-T间期风险而导致心脏不良反应,产生心血管意外。徐教授认为,健脾益气、理气活血有助于改善胃黏膜微环境及胃黏膜血流,减轻黏膜的炎症反应,抑制Hp的黏附和定植,有条件地区可在Hp药敏试验的基础上,采用10天四联根除方案联合中药可能对老年患者更为合适。Hp根除后,逆转萎缩、延缓肠化的进展,预防胃癌的发生为治疗的重点,现代医学尚无有效方法。针对老年CAG气虚络瘀的病机特点,徐教授临证中以补气健脾为主,常选用党参、茯苓、白术、山药、甘草等;活血以辛味药为主,常选用莪术、川芎、香茶菜、丹参、红景天等。在补气通络的同时,不忘理气,避免过补壅滞,加重胃病症状,常选用枳壳、香附、陈皮、莱菔子、沉香曲、槟榔、木香、紫苏梗等。若患者反酸症状明显,常选用黄连、制吴茱萸、浙贝母、海螵蛸、乌贼骨等。若患者胃脘疼痛明显,常加用延胡索、预知子。此外,除结合患者病机组方用药外,还结合患者内镜下表现及病理特点选择一些特定药物,如有明显肠化者,加用白花蛇舌草、香茶菜,伴不典型增生者,加用九香虫、藤梨根等。徐教授治疗CAG经验方为健脾愈萎汤,全方由茯苓、炒白术、陈皮、党参、炒枳壳、厚朴、香茶菜、川芎、桂枝、炒白芍、延胡索、鸡内金、炙甘草、炮姜组成,患者若有时煎药服用不便,徐教授常以中成药胃复春与汤药交替使用,胃复春由红参、香茶菜和枳壳组成,同样具有健脾益气、活血通络的功效,研究发现胃复春可有效改善萎缩性胃炎的临床症状及病理组织学情况^[13-14]。徐教授虽认为益气活血通络为老年CAG常用治法,但并不拘于此,临证中仍需仔细辨证,若患者胃阴亏虚口干少苔明显,则以养胃阴为主,辅以通络,常选用北沙参、麦冬、石斛、生地黄等;若见患者口中黏腻不爽,苔白厚或黄厚,脉濡,则以化湿为要,常选姜半夏、苍术、草豆蔻、荷叶、藿香等。若见胃脘灼热,口苦口渴,口臭,舌红苔黄,则需清胃热,常选用蒲公英、白茅根、黄芩、焦栀子、芦根等。若常法不效,则思大开大合,用血肉有情之品,常选用醋鳖甲、牡蛎、羊肉等。

4 病案举例

沈某,男,68岁,2021年8月31日初诊。主

诉:胃脘部疼痛不适半年,加重1个月。病史:患者半年前出现胃脘部疼痛不适,伴进食后腹胀,查胃镜示:CAG伴糜烂,病理提示:“胃窦、胃角”中度萎缩,轻度肠化,Hp阴性。间断服用奥美拉唑、胃苏颗粒等药,症状无明显好转。现症见胃脘部剑突下疼痛,上腹部胀满不适,神疲乏力,恶心,无呕吐,胃纳较差,二便正常。查体:腹部平软,剑突下压痛,无反跳痛,肝脾未触及肿大,墨菲氏征阴性,心肺听诊未见异常。舌淡红,舌下络脉青紫增粗,苔薄白,脉细涩。西医诊断:CAG伴肠上皮化生。中医诊断:胃脘痛(气虚血瘀证);治则治法:健脾益气,活血通络,予健脾愈萎汤加减。处方:茯苓、炒白术各15g,党参、香茶菜、川芎、厚朴、炒白芍、鸡内金各10g,陈皮、延胡索、桂枝、炒枳壳各6g,沉香曲9g,炙甘草3g,炮姜5g。7剂,每天1剂,早晚2次煎服。

2021年9月7日二诊:诉胃脘部偶有隐痛,腹胀好转,于初诊方药基础上减沉香曲,加莪术10g,继服14剂。

2021年9月21日三诊:诉胃脘部无疼痛不适,无腹胀,神疲乏力感不明显,胃纳好转,于二诊方药基础上减延胡索、炮姜。

调治3个月后面色红润而有神,脉平复,继续以胃复春胶囊每次4粒,每天3次,口服3个月后复查胃镜:慢性浅表性胃炎,病理:“胃窦”轻度浅表性胃炎,“胃角”轻度浅表性胃炎,轻度肠化。

按:本例属CAG,胃脘痛典型案例,患者老年男性,长期剑突下疼痛,腹胀,神疲乏力,胃纳差,结合舌下络脉青紫增粗,苔薄白,脉细涩,辨证属气虚血瘀证。气虚血液运行不畅,络脉瘀阻,治疗当以健脾益气、活血通络,方选健脾愈萎汤加减。方中茯苓、白术、党参、甘草具四君子汤之意,善健脾益气;陈皮理气健脾;川芎、延胡索辛散温通,活血行气止痛;香茶菜活血散瘀解毒,现代药理研究发现其所含的二萜类成分具有抗肿瘤作用^[15],徐教授在萎缩伴肠化,甚至不典型增生时常喜用;桂枝合甘草温阳化气,助血运行,合炮姜温胃止恶;枳壳、厚朴行气除满;沉香曲由沉香、柴胡、砂仁、郁金、乌药、前胡、白芷、藿香等20余味中药制成,善疏肝健脾,和胃化滞,《饮片新参》谓之其能“理脾胃气,止痛泻,消胀满”,李乾构认

为气痞宜用沉香曲^[16]，现代药理研究发现沉香具有促进胃肠排空及抗溃疡等作用^[17]，徐教授临证中喜用沉香曲，认为其融合多种药性，功效丰富，而 CAG 有时病机繁杂，常相兼为病，故能针对繁杂的病机起到一药多用的作用；白芍合甘草其义有二：一为缓急止痛，二为酸甘化阴，顺“胃喜湿而恶燥”之性，防辛温药耗气伤阴；辅以鸡内金健胃消食。二诊时患者腹胀腹痛好转，因沉香曲价格较昂贵，故减之，加用莪术以增强行气活血止痛之力。三诊时患者无疼痛不适，减延胡索，继续予川芎、莪术活血行气，减炮姜防长期温燥伤及胃阴，患者诸症平复后续予胃复春胶囊口服益气活血通络。

5 小结

徐教授认为随着年龄的增长，气血渐衰败，络脉为气血运行通道，加之病久，气滞、血瘀、食积及毒邪互结进一步耗伤气血，最终导致毒损胃络、胃络瘀阻是老年 CAG 患者的基本病机，络脉当以通为用，治疗以健脾益气、活血通络为主。徐教授基于“久病入络”理论创制的健脾愈萎汤，具有健脾补气、理气活血、消痞止痛之功，将在今后的临床及科研中进一步论证其治疗 CAG 的作用机理。

[参考文献]

- [1] ZHU S, MASON J, SHI Y, et al. The effect of folic acid on the development of stomach and other gastrointestinal cancers[J]. Chin Med J (Engl), 2003, 116(1): 15-19.
- [2] PLUMMER M, VIVAS J, LOPEZ G, et al. Chemoprevention of precancerous gastric lesions with antioxidant vitamin supplementation: a randomized trial in a high-risk population[J]. J Natl Cancer Inst, 2007, 99(2): 137-146.
- [3] 杨静, 茹淑瑛, 张福文, 等. 慢性萎缩性胃炎的证型分布规律探析[J]. 山东中医杂志, 2019, 38(2): 146-148.
- [4] 柳冬兵, 李莉, 刘加新, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与胃蛋白酶原及幽门螺杆菌感染相关性分析——附 108 例临床资料[J]. 江苏中医药, 2021, 53(3): 27-29.
- [5] 吴以岭. 络病学概要[J]. 疑难病杂志, 2004, 3(1): 37-39.
- [6] 于莉英, 王旭东. “络病学说”与中医临床文献研究[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(12): 3103.
- [7] 燕东, 王少丽, 白宇宁, 等. 基于络病理论探析慢性萎缩性胃炎的中医病机[J]. 中医杂志, 2015, 56(15): 1282-1285.
- [8] 王丽华, 单兆伟. 单兆伟慢性萎缩性胃炎诊疗经验浅探[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(6): 1194-1195.
- [9] 施文杰, 王艳, 袁成业, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与胃粘膜象相关性研究[J]. 云南中医学院学报, 2018, 41(3): 61-64.
- [10] JUKIC I, VUKOVIC J, RUSIC D, et al. Adherence to Maastricht V/Florence consensus report for the management of Helicobacter pylori infection among primary care physicians and medical students in Croatia: A cross-sectional study[J]. Helicobacter, 2021, 26(2): e12775.
- [11] PIMENTEL-NUNES P, LIBANIO D, MARCOS-PINTO R, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019[J]. Endoscopy, 2019, 51(4): 365-388.
- [12] BANKS M, GRAHAM D, JANSEN M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma[J]. Gut, 2019, 68(9): 1545-1575.
- [13] 徐明星, 彭波, 张昌敏, 等. 胃复春治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中医学报, 2018, 33(8): 1537-1541.
- [14] 于莹, 张功, 韩涛, 等. 临床常用中成药辅助治疗慢性萎缩性胃炎的网状 Meta 分析[J]. 中草药, 2022, 53(6): 1790-1800.
- [15] 滕飞, 杨波, 林能明. 浙江香茶菜属植物抗肿瘤活性成分的比较研究及药效物质的快速发现[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(3): 297-302.
- [16] 杨帅, 张亮亮, 汪红兵, 等. 李乾构运用曲类药治疗胃病经验[J]. 北京中医药, 2022, 41(1): 16-18.
- [17] 李红念, 梅全喜, 宋叶, 等. 沉香破壁饮片及传统饮片胃肠动力及抗胃溃疡药理作用比较研究[J]. 中药材, 2020, 43(9): 2278-2281.

(责任编辑: 郑锋玲)