

## • 名医经验 •

查安生治疗慢性萎缩性胃炎临床经验探析  
Analysis on the clinical experience of ZHA Ansheng in treating  
chronic atrophic gastritis孙安<sup>1</sup> 查安生<sup>2</sup> 胡慧婷<sup>3</sup>

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 名医经验; 从肝论治; 脾虚瘀毒; 胃络枯萎; 查安生

Key words chronic atrophic gastritis; experience of famous doctor; liver-based treatment; spleen deficiency and stasis toxin; withered gastric collaterals; ZHA Ansheng

DOI: 10.3969/j.issn.1671-038X.2021.08.12

[中图分类号] R573.3 [文献标志码] A

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是多因素反复损伤胃黏膜上皮,导致内在胃黏膜层变薄,腺体萎缩,数量减少,常伴有假幽门腺化生,大肠、小肠腺体化生,或不典型增生的一种慢性疾病。临床症状多为上腹隐痛、嗝气、反酸、胀满<sup>[1]</sup>。随着疾病的进展,甚至有癌变可能<sup>[2]</sup>。

查安生,教授,主任医师,博士研究生导师,系国家中医脾胃病重点专科带头人,江淮名医,安徽省名中医创新人才,现已成立“查安生名医传承工作室”。查师从事医疗、教学、科研工作 20 余载,学验皆丰,擅长治疗消化内科常见病、多发病,对 CAG 的治疗有独到之处。笔者有幸侍诊左右,收获颇丰,现将其经验介绍如下。

### 1 病因病机

查安生认为脾胃虚弱是发病之基,可因长年吸烟、饮酒、幽门螺杆菌、药毒、饮食不节、情志失调、作息紊乱等损伤脾胃,病理因素多是“痰、湿、毒、瘀”阻滞胃络。本病具有 2 个明显特点:一是胃腑气血凝滞,郁闭不通,“血不得散,小络急引故痛”;二是脾胃升降失常,“脾失运化,湿聚而不散,则为痞满”。查安生在诊疗实践中多通过电子胃镜观察胃黏膜手段,基于现代医学技术扩大中医望诊的视野,拓展搜集中医临床客观资料途径,提供评估胃黏膜修复疗效评价的证据。

#### 1.1 肝胃不和,升降失常

生理情况下,肝气疏泄可助脾胃之气机,协助胃之腐熟,又助脾之运化,反之胃腑下降有利益于肝胆疏泄<sup>[3]</sup>。查安生认萎缩性胃炎早期多遭受多种邪气伤害脾胃功能,中焦气机不畅,升降功能失常,肝(胆)失疏泄,脾(胃)失和降,邪热郁胆,肝胆之气壅而不解。《临证指南医案》中说:“肝为起病之源,胃为传病之所”<sup>[4]</sup>。查安生教授认为肝胃不

和多由以下两者引起,因郁致病:CAG 患者常见焦虑、抑郁等精神方面的疾病<sup>[5]</sup>,少阳为枢,气机、阴阳交阖出入的枢轴,气血生化乏力,奉养周身无能,临床常见肝郁脾虚,表现为情志不畅、烦躁易怒、喉如痰塞等症状;因逆致病:少阳之气主升,肝胃失和,使肝木之气对胃之燥土克制太过,或土虚木乘,或肝气升发太过,皆易致肝气暴戾,横逆犯胃,临床常见肝胃不和、肝胃郁热等证,表现为上腹痛、上腹胀、急躁易怒等症状。侵扰胆腑,可见晨起口苦、口臭、烧心,从西医方面来说,胆汁反流是导致 CAG 发生、发展的重要因素之一,胆汁(胆汁酸、胆盐)对胃肠的消化功能具有重要的作用,而在病理过程中,胆汁中的胆汁酸和胆盐反流入胃对胃黏膜屏障具有显著的破坏作用<sup>[6]</sup>。查安生临床时宏观和微观结合,运用电子胃镜联合舌苔、脉象综合辨析。胃黏膜像提示胃黏膜色泽发红,皱襞粗大水肿,提示胃黏膜炎症,若患者口中异味,口苦,舌苔污秽,多覆黄腻苔,胃黏膜散在条索状糜烂,甚者呈樱桃红或绛红色改变,皱襞粗大,辨热毒炽盛,多数患者伴有 Hp 感染<sup>[7]</sup>。若患者胃内嘈杂,口苦咽干,右肋部胀痛,反酸,舌红苔黄腻,脉弦数,胃蠕动节律增快及胃痉挛,幽门开放,十二指肠球部及胃底黏液湖可见少量至大量黄绿色液体,多由肝胆郁滞、气机逆乱、胃肠不和所致。若胃镜下点状出血灶,如为鲜红色,患者伴口干、口渴,手足微热,胃脘部烧灼感,则为胃热炽盛,血热妄行。

#### 1.2 脾胃气虚,瘀毒阻络

基本病机为中虚气滞、瘀毒损络。脾胃虚弱,不能受纳水谷、运化精微,反聚水成湿,积谷为滞,无力斡旋气机之升降、推动血液之运行,则胃络瘀阻益甚,致使胃络枯萎,胃黏膜受损、萎缩<sup>[8]</sup>。查老师认为气机郁滞、湿痰内蕴、瘀毒交结源于脾胃虚弱。病始于无形之气,继成为有形之质。足阳明为多气多血之经,气虚血亦随之停积,久病血伤入络,瘀血停聚于胃络,痰瘀互结可酿腐成毒。多表现为

<sup>1</sup>安徽中医药大学(合肥,230038)

<sup>2</sup>安徽中医药大学第一附属医院脾胃病科

通信作者:查安生,E-mail:zhaansheng@163.com

胃痛隐隐,空腹痛、夜间痛,或痛如针刺,绵绵不休,舌暗有瘀斑瘀点,舌下络脉青紫迂曲,脉涩或沉弦。王清任《医林改错》云:“无气则虚,必不能达于血管,血管无气,必停滞而瘀”<sup>[9]</sup>。内镜下胃黏膜可见颗粒状增生,胃窦丘疹样隆起,色泽黯红,实为气血瘀阻,患病日久,诸邪与瘀血胶结一起,氤氲难化,阻滞于脉络,出现增生样改变<sup>[10]</sup>。正常空腹胃腔黏液池清亮,少数患者胃镜下胃体、胃底见黏腻附着物,实为脾胃无力运化水谷精微,形成痰、湿、饮、热,停聚黏膜局部,可出现咽部异物感,反酸,胸骨后堵塞及烧灼感。大量临床与实验资料证明,产生血瘀证是由于血液成分与性状改变而黏、浓、凝、稠、聚<sup>[11]</sup>。

### 1.3 胃阴不足,络脉干涸

患者多素体阴虚,津液亏少或因过服、久服辛辣香燥之品,形成胃燥热致使胃阴不足,亦可因情志失调而肝气横逆脾胃,气郁化火伤阴;亦有肾之相火妄动者,皆为虚火,受虚火烧灼而变薄、上皮萎缩,久之胃体黏膜失于营养滋润而呈枯萎;或年老体衰脾胃衰退,均可致脾之运化功能下降,胃之受纳运功能下降,致使脾之升清、胃之降浊功能失和,中焦不畅,食纳减少,水谷难化精微,后天气血生化之源匮乏,胃体失养,渐呈枯涸,成为本型胃阴不足、络脉干涸之萎缩性胃炎<sup>[12]</sup>。胃黏膜萎缩,胃底腺、贲门腺、幽门腺减少,内镜下可见胃体、胃底黏膜以白相为主,皱襞缩小,是由浅入深、由气及血逐渐演变的过程。胃脘痞胀疼痛,餐后加重,胃部隐痛,喜温热、喜按,纳差不欲饮食,或饥而不能食,舌质淡红,中间裂纹,苔薄白,脉细无力。胃镜下可见胃黏膜色泽呈淡白,血管显露,粗糙不平,甚者呈龟裂样改变,无光泽,胃液量少。

## 2 辨证论治

### 2.1 调和肝胃,从肝论治

查教授遣方时,注重顾护肝气,选用偏于轻宣薄温药使肝胆之气升发,加用辛温芳香之品,脾胃居于中央,连于四脏,可使药力布散四周,选药应用“用辛理气而不破气,用滑润燥而不滋腻气机,用宣通而不拔苗助长”原则。证属肝胃不和,见胃脘痛连胁,恼怒甚,治宜疏肝解郁,和胃止痛,方用柴胡疏肝散合香砂六君子汤或木香顺气丸加减,两方中药多为理气药,辛、辣、燥为刚,香辛窜行,其行甚速,破泄气分,助其动而能行。现代药理研究表明,理气药具有促进胃排空、修复胃黏膜等作用<sup>[13]</sup>。泻肝清胃法用于肝胃郁热证,表现为症见胃脘部灼热,脘痛急迫,嘈杂,烦躁易怒,舌红苔黄、脉弦或数,治以清肝泄热,和胃通降,方用化肝煎合枳术丸化裁,青皮、陈皮理气,栀子清肝泄热,白芍柔肝养阴,枳实(壳)和胃降逆,白术甘平健脾。症见纳呆泛吐,或寒热往来,苔白厚腻,脉弦数,辨证为胆胃

湿热,治以清胆利湿、和胃降浊,临床上常用黄连温胆汤与三仁汤加减,川连、竹茹清少阳、阳明郁热,陈皮、半夏、茯苓理气化痰,白蔻、薏仁米、佩兰、枳实、炒白术和中化浊,方中包含“清、利、调、和”诸多药效作用,以恢复中焦气机。因郁患者多表现为愁眉不展,食谷难下,寝食难安,CAG伴失眠在就诊患者占一定的比例,多属肝脾不调证,中焦热邪侵犯心神。《素问·逆调论》:“胃不和则卧不安”<sup>[14]</sup>。肝胃不和致寐寝不安者即子病犯母之病理状态均可从胃论治,往往通过辅栀子、黄芩之品清泻胃火并清心利胆,用之可得良效。兼症多为胃脘部灼烧、口吐清水、口苦,浊阴瘀滞,病性属柔属静,针对CAG伴胆汁反流的合病治疗。查主任认为其病机为胆胃同病,常蒿芩温胆汤合浙贝母、制海螵蛸、制瓦楞子、木蝴蝶制酸护膜之品,海螵蛸制酸敛疮,白及收敛生肌。胆石症加金钱草、广郁金。临床上灵活加减乌贝散常用于肝气犯胃患者,见胃痛伴呕吐酸水等,采用散剂,睡前少量温水冲服。静药主守,用其静而能守津,辛药窜行,破泄气分,动静相参,阳气可行,阴津可安。

### 2.2 健脾化湿,通络解毒

患者口中黏腻、舌麻,多为病程较长,呈慢性、易复发等,所谓久病必瘀夹痰,气不布津,水湿痰停,阳微阴伏,则精微之道显。查教授善用二陈汤,藿朴夏苓汤,半夏泻心汤方。脾胃为阴阳升降之枢纽,气机郁结而见脘腹部痞满胀痛,查安生认为化湿的核心在于调畅中焦气机,运用陈皮、半夏等宣通湿邪,升清醒脾开启气机之郁闭,又借助芳香化湿药如石菖蒲、佩兰等燥湿取其达四周以和胃降逆,使邪有出路。查安生喜用药对,如半夏配黄连,一温一清,石菖蒲配佛手,一化一疏,沉香配桔梗,一降一升,麦冬配白及,一润一敛,青皮配陈皮,一肝一脾。CAG的发生、发展乃至复发与Hp感染均密切关系,查安生认为Hp感染多数湿热中阻之候,常用炒苍术、川朴、藿香、菖蒲等清化湿热,以助抑菌<sup>[15]</sup>。此外,痰、湿、水、饮四者同源异流,聚久化毒,毒为阴邪久聚化热之极,由内而生,邪气蕴结不解瘀阻胃络,导致胃体失滋润,胃黏膜层萎缩。临床理气活血法常与诸法合用,又当根据证候寒热,治则清利、宣温通络,因瘀致毒,中结者破之使通。蒲公英、连翘、半枝莲清热解毒,消肿散结;藿香、白花蛇舌草芳香祛湿化浊解毒;浊毒之邪滞留不去,利湿解毒善用陈皮、佩兰,陈皮其气温平,善于通达;化痰解毒喜用清半夏、竹茹,半夏辛苦开泄,故能行痰,竹茹甘寒清热化痰,两药合用对胃气上逆者较佳,且共奏化浊解毒、消痰降逆之功;CAG迁延不愈者,三七、莪术攻毒散结通络。诸邪内凝脏腑,水饮和血瘀皆可生化毒邪(痰毒、瘀毒),即是病理产物,又能够成为致病因素,毒邪再生痰瘀,形

成恶性循环,致使疾病迁延恶化,解毒根据毒之深浅、在气在血分为以下几种:清热解毒常用蛇舌草、半枝莲,配用地骨皮、丹皮清热凉血;气滞明显者,加用香附、青皮,香附之气香而能窜,其味多辛能散,微苦能降,青皮辛苦,性温,具有疏肝破气、消积化滞功效,利湿解毒善用陈皮、佩兰,陈皮其气温平,善于通达,祛瘀解毒以一味丹参饮常用;伴有肠上皮化生者,可酌加石见穿、山慈菇消癥散结。化痰散结常用药如半夏、浙贝母、夏枯草、海蛤壳等。活血软坚常用药如丹参、桃仁、红花、三棱、莪术、乳香、没药等,随症加减,不失兼症。

### 2.3 滋养胃阴,通降润枯

患者常常伴有口干、胃中嘈杂、烧心者。《素问·至真要大论》云:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”<sup>[16]</sup>。此系久郁生热,为火郁,或阴虚气滞证,气郁化火,伤津耗液、胃阴受损所致,证见胃脘部隐隐作痛,午后尤甚,饥不欲食,伴两胁胀满隐痛,舌红苔少,患者中不乏地图舌及裂纹舌,脉弦细。查师根据长期临床经验,抓住对脾胃的认识:“生理上以通降为顺,病理上因滞而病”<sup>[17]</sup>,治疗上“以通为法,以润为助,以清为辅,三位一体,胃为中心,纲目分明”。“病发于阴不足,反而润降,因作痞”,根据脾胃升降,常离不开麦门冬汤的运用,体现润中有通降的调治思想<sup>[18]</sup>。临证若见燥热伤津,或病后余热未尽,胃液耗伤,常以甘凉濡润之品调治,阴伤明显,麦冬、石斛、天冬、太子参倍用,常配枳实、旋覆花,以甘滋胃,以降为补,舌红口干,加用天花粉、芦根滋清释津,常与苏梗、佛手、白术相伍为用,刚柔相济,烧心、反酸重,加用瓜蒌皮,黄连;刺痛,痛处固定者,可加醋元胡、失笑散活血散瘀止痛。病后宜薄味,使阳明气爽,斯清阳流行不息,使阳明气爽,司清阳兴不止,胃部络脉舒通,可除病之根。

### 3 病案举隅

患者,女,47岁,2020年5月19日来诊。主诉:反复上腹部胀满,伴隐痛5个月。患者5个月前无明显诱因下出现上腹部胀痛,有胃脘部嘈杂感,伴暖气,时感两胁胀满。未至医院进行正规诊治。近1个月以来自觉上腹部胀隐加重,5月21日至某三甲医院查电子胃镜示:CAG(C2),胆汁反流性胃炎,快速尿素酶试验阴性。病理:(胃窦)黏膜腺体萎缩(中度),少量淋巴细胞。患者平素有长期“饮酒、吸烟”史。大便秘结,2~3d一解,小便正常,纳谷不馨,夜寐欠佳。舌红,少苔,脉弦数。四诊合参,辨为肝胃郁热、火盛伤津之证。方选“化肝煎”加味。处方:青皮10g,川厚朴9g,全瓜蒌10g,炒山栀9g,黄连3g,浙贝母10g,瓦楞子15g,广木香5g,石见穿10g,半枝莲10g,共7帖,浸泡0.5h,砂锅水煎0.5h,一日一剂,早晚各100mL温服。

2020年5月27日二诊:患者诉服药后上腹部胀满,隐痛,暖气,嘈杂感均有所好转,现出现空腹时有烧心或感胃部发凉,伴两胁胀满,大便每日一解,便质干,舌红,苔黄,脉弦数。前方去厚朴,石见穿,加入蒲公英10g,佛手10g,白及10g,麦冬20g,三七粉3g。又14剂,服法同前。

2020年6月10日三诊:患者诸证见好,偶有餐后暖气,口干舌燥,舌淡红,苔少,脉弦细。前方去黄连,青皮,加石斛10g。继服14剂后,诸证已平,后续方1次,共14剂,服法同前。

2020年7月25日复查电子胃镜示:慢性非萎缩性胃炎;病理:浅表性胃炎(轻度)。嘱患者饮食调理,勿食辛辣、酸甜、刺激之物,调摄情志。后随访未诉特殊不适。

按:本案中患者症见上腹部胀痛,伴烧心,口干口苦,暖气,大便秘结,属内有火热,伤津耗液之象;时感两胁胀满,平素情绪抑郁,为肝气郁结所致。肝火犯胃,郁热致胃失和降,胃气上逆,肝火炼液为酸,肝横逆犯胃,故表现上腹部胀痛,烧心。结合患者舌红,苔黄燥,脉弦数,可辨肝胃郁热、火盛伤津之证。查教授以清肝泻火、顺气止痛为原则,“化肝煎”配化痰,制酸之品治之。二诊时痰瘀互结,久郁化火,血燥胃络成瘀,伏毒胶结,进而病机杂见,病象环生,故有清利通补解毒、调血以清毒等法相辅以治。后期邪毒伤正,最易伤阴耗气,故多见气血之虚,治疗当以益胃养阴为主。在治疗全过程中,时刻注意温通脾胃,确保气血生化有源。每法皆宗“但见一症便是”,以“症候”为主,结合“征象”,明辨病性、病机转化,缓解临床症状到阻断本病病变过程为定位。

### 4 结语

CAG迁延不愈,少数可发展成胃癌,早诊、早治对患者的预后极为关键。查安生不断总结古今脾胃病辨治之精华,治疗上将诸法相合,针对多种证候的演变规律而组方,随其病理因素而配药,灵活组合化裁,反映了查师临证论治时紧扣病机而不忘兼证,专法专方而不泥定见,用药平淡简易的学术特点。

### 参考文献

- [1] 李军祥,陈諳,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [2] 房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2013,18(1):24-36.
- [3] 白敏,段永强,马骏,等.王道坤应用疏肝和胃汤治疗脾胃病验案举隅[J].中国中医药信息杂志,2020,27(5):123-125.
- [4] 叶天士.临证指南医案[M].北京:中国医药科技出版社,2011:240-245.
- [5] 路理杰,杨阔,刘华一.情志因素与慢性萎缩性胃炎患



- 者病理结果的相关性[J]. 中医杂志, 2021, 62(04): 324-327.
- [6] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见精简版(2017年, 上海)[J]. 上海医学, 2017, 40(12): 705-708.
- [7] 万莹, 吕文亮, 高清华, 等. 慢性胃炎脾胃湿热证的胃镜像特点[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(10): 690-692.
- [8] 高尤亮, 黄铭涵, 方文怡, 等. 健脾清化散瘀饮对脾虚湿热血瘀证慢性萎缩性胃炎黏膜 TNF- $\alpha$ 、p53、Ki-67 表达的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(8): 590-594.
- [9] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 11.
- [10] 王庆莲, 邵岩峰, 王建平, 等. 肠化胃黏膜病理特征及中医证素的相关性研究[J]. 中国当代医药, 2020, 27(36): 151-154.
- [11] 汪悦, 查安生. 益气解毒化瘀方治疗慢性复发型溃疡性结肠炎临床疗效及对凝血状态的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(7): 490-493.
- [12] 武冬玲, 朱方石, 徐婷婷, 等. 益胃化裁方治疗胃阴不足型慢性萎缩性胃炎随机对照双盲研究[J]. 中医杂志, 2016, 57(5): 401-404.
- [13] 王蕊. 田从豁“调理气机”学术思想及消胀方贴敷治疗功能性消化不良临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2018.
- [14] 乔玲, 李娜, 周萍萍, 等. 试论“卧不安则胃不和”[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(4): 67-68.
- [15] 王春花, 齐洪军. 中药抗 Hp 研究进展[J]. 陕西中医, 2011, 32(6): 763-765, 769.
- [16] 徐荣鹏. 《黄帝内经》“病机十九条”理论与应用研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2017.
- [17] 韩建红, 王静滨, 谢晶日临床注重腑气通降思想探析[J]. 湖北中医杂志, 2017, 39(4): 14-15.
- [18] 韦冠文. 一贯煎合麦冬汤加减方治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中国医药科学, 2015, 5(13): 52-54.

(收稿日期: 2020-11-19)

## 读者·作者·编者

### 《中国中西医结合消化杂志》声明

1 凡投我刊的有国家级或省市级等各种基金资助的文稿,应在文题的末字上角注以星号(\*),并在该文章首页左下角以“\*基金项目”作为标志,注明基金项目名称,并在圆括号内注明其项目编号(No: )。基金项目名称应按国家有关部门规定的正式名称填写,多项基金应依次列出,其间以分号(;)隔开。投稿时请务必上传基金项目审批复印件。

示例:\*基金项目:国家自然科学基金(No:8187 $\times\times\times\times$ );广东省社会发展引导性项目(No:2016Y $\times\times\times\times$ )

2 凡投我刊的实验研究类论文,需有基金项目资助,并在投稿时上传原始数据,以供审稿人审核。

《中国中西医结合消化杂志》编辑部