

陈玲辨证论治慢性胃炎经验介绍

饶娟 指导：陈玲

江西新余市中医院内二科，江西 新余 338025

[关键词] 慢性胃炎；病因病机；辨证论治；陈玲

[中图分类号] R573.3 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2018) 07-0245-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.07.077

慢性胃炎是指不同病因引起的各种慢性胃黏膜炎性病变，以淋巴细胞浸润为主要的病理特点，在疾病后期亦可部分出现腺体萎缩和黏膜肠上皮化生，甚者出现上皮内癌变，可能导致胃癌的发生^[1]。慢性胃炎是临床常见多发病，发病率在各种胃病中居首位^[2]。陈玲教授是江西省新余市中医院主任医师，脾胃病科主任，江西中医药大学硕士生导师，临证30余载，擅长脾胃病治疗，尤其对慢性胃炎积累了丰富的经验，疗效甚佳。笔者有幸跟师学习，现将老师经验总结如下。

1 病因病机

慢性胃炎，中医学见于胃痞、胃脘痛、痞满等范畴。胃脘痛之名最早记载于《内经》，并提出胃病的发生与肝脾有关。如《素问·六元正纪大论》谓：“木郁之发……民病胃脘当心而痛，上支两肋，膈咽不痛，饮食不下。”《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“胃病者，腹臌胀，胃脘当心而痛。”张仲景《金匮要略》谈到胃痛的治疗，提出“按之不痛者为虚，痛者为实”的辨证要点，创立了小建中汤、黄芪建中汤、理中汤、吴茱萸汤等治疗胃痛的有效方剂。陈老师认为，慢性胃炎的病因与诸多因素有关，初期在气，实证居多，由外邪、饮食、情志不遂等所致，且病因较为单一，常见为胃气壅滞、胃中蕴热、肝胃郁热等实证；如胃病失治，由胃及脾，脾病多虚，虚实夹杂，间而有之，如胃热兼有阴虚，脾胃阳虚兼见内寒，以及兼夹痰、食、气滞、痰饮等。就胃痛的病位而言，初在胃，久病及脾，也与肝有密切关系；若化源不足，可累及肝胆、肾。而其基本病机多为：胃气阻滞，胃络瘀阻，胃失所养，不通则痛。

2 辨证论治

2.1 肝胃气滞，治以疏肝和胃健运 慢性胃炎的病位在胃，与肝脾有密切关系，且相互影响，如情志不遂，肝气郁结可横逆犯胃，肝郁气滞久而化火，脾胃受损，运化失司，生化无力，症状可见胃脘痛，痞满，嘈杂，吐酸，大便溏薄，舌质红、舌苔黄，脉弦滑等。故胃痛治疗常以“通”为法^[3]，通之

之法，各有不同，调气以和血，调血以和气，通也；虚者补之，寒者温之，通也。临床上陈老师主张以疏肝和胃理气为法，方选四逆散加香砂六君子汤加减，此方可疏肝和胃、理气止痛、健脾化湿，通过气血双调，使肝体得养，气血调畅，通则不痛。

2.2 脾胃湿热，治以辛开苦降，分清别浊 慢性胃炎久病可致湿热证候。饮食不节，情志不畅，气郁恼怒，肝郁而化火，横逆犯脾，从而导致脾胃湿热。观其生理、病理，慢性胃炎发病及加重的原因不外乎湿、热、虚、瘀，患病日久入络则可致瘀，瘀血不去，则新血不生，病渐转虚，从而加重脾胃功能的下降，加重气滞、湿热等病理产物^[4]。半夏泻心汤主治寒热错杂之痞证，治以寒热平调，辛开苦降，消痞散结。该方源自《伤寒论》，方中以半夏消痞散结，降逆止呕，为君药；干姜温中散寒，黄芩、黄连苦寒，清热消痞，为臣药；人参、大枣甘温益气，补脾胃气，为佐药；甘草调和诸药为使。若寒湿胃痞，则以辛开苦降温法，选用加减平胃散(厚朴、苍术、陈皮、干姜、草豆蔻、茯苓)治疗。

2.3 胃络血瘀，活血理气，气血兼治 胃腑为水谷之海，喜润恶燥，主通降，乃多气多血之腑。慢性胃炎初起多为气机阻滞，气滞日久则血瘀，胃络不通，瘀血停胃，致气血同病，此即“初在气，后入血”。此时陈老师常用活血化瘀之法治疗，并适当配合养血之品，而破血耗血之品则忌之。从现代医学的生理病理角度来看，活血可以减少胃黏膜充血、水肿、增生等情况，改善血运，加快炎症或溃疡的愈合^[5]。临床上陈老师擅长使用失笑散或丹参饮加减，方中重用丹参活血化瘀，三七通利血脉，消止痛，二者配伍祛瘀而不伤正，也可配合四物汤活血养血。其他常用的中药还有延胡索、徐长卿、郁金、赤芍、桃仁、红花、莪术等。

2.4 脾胃虚弱，补益消运 肝主疏泄，胃主通降，正常状态下，肝的疏泄助胃的通降，胃的通降可以防止肝疏泄太过，一

[收稿日期] 2017-04-18

[作者简介] 饶娟 (1982-), 女, 主治中医师, 研究方向: 脾胃病。

升一降，升降相因。中医学认为，情志内伤，肝主怒，肝气郁结，横逆犯胃，胃失和降，则病发痞满、胁痛。脾胃乃仓廪之官，主受纳和运化水谷。若素有脾胃虚弱，阳气欠亏，运化无权，升降失职，气机不畅而致痞满、胀痛、肢冷、便溏等。此如《兰室秘藏·中满腹胀论》曰：“脾胃久虚之人，胃中寒则生胀满，或脏寒生满病。”临床上陈老师常选用加味黄芪建中汤(黄芪、桂枝、白芍、生姜、饴糖、甘草、大枣、陈皮、法半夏、干姜、柴胡)治疗，该方源于黄芪建中汤化裁，全方温而不燥，刚柔相济，散中有收，升降相因，有温中补虚、缓急止痛之效。

2.5 胃阴不足，益胃生津 早在汉代张仲景创制麦门冬汤治疗“大逆上气，咽喉不利”，即寓养胃阴之意。至金元刘河间谓“脾胃干涸……宜以寒润之药补阴泻阳”，实已明确提出胃阴虚证及治法，此时对胃阴虚的认识和实践基本成形^⑥。临床上胃阴虚主症可见胃脘隐痛，灼痛，嘈杂似饥，饥不欲食，口干不欲饮，大便干结，舌质红，少苔，无苔，舌体瘦，脉细数等；胃病及脾，脾阴虚常以纳食不化，肌肉消削，四肢懒言，焦虑，涎少唇燥而红，皮肤干燥等为主症。临床上陈老师主张润养脾胃，但同时注意不能滋腻碍胃。方药多选芍药甘草汤、益胃汤、麦门冬汤、沙参麦冬汤等。所选中药多为甘寒、甘淡之品，如芦根、南沙参、北沙参、乌梅、黄精、麦冬、生地、黄、天花粉、玉竹、石斛、山药等。

3 病案举例

例1: 王某，男，50岁，2015年3月21日初诊。患者咽喉部不适伴泛酸7年余，伴胃脘嘈杂，口干口苦，性情急躁，夜寐不安，食后时有胀满，舌红、苔黄，脉弦细。曾行胃镜检查示萎缩性胃炎。常自服雷贝拉唑等药，用药时有效，停药后诸症复现。陈老师辨证为肝胃不和，郁而化热。治以苦降辛开，疏肝和胃。处方：黄连、甘草各4g，吴茱萸2g，制半夏、紫苏梗各10g，茯苓12g，陈皮、黄芩、香橼皮各6g，郁金15g，代赭石(先煎)、白芍、瓦楞子(包煎)各30g。7剂，每天1剂，水煎服。服药后患者喉部烧灼感消失，暖气反酸明显减轻，仍感胃纳欠佳。前方加谷芽、麦芽各20g，鸡内金10g续服14剂，诸症改善。

按: 患者表现为肝胃郁热之证，陈老师常取丹溪左金丸为主施治。方中以黄连之苦寒清心泻火，取“实则泻其子”之意，泻肝经横逆之火；少佐辛热疏利之吴茱萸，辛可制酸，热可制寒，少投辛热疏利之品于大剂苦寒药中，相反相成，达到开郁散结、降逆邪热之功。吴茱萸下气速，助黄连降逆和胃止呕，一寒一热，寒热并用，辛开苦降，直导肝经，清肝泻火、

开泄肝气。治疗看似治肝，实则心、肺、胃兼顾，使肝火得清，胃气得降，而诸症自除。

例2: 李某，女，67岁，2016年10月14日就诊。慢性胃炎20余年，3周以来无明显诱因胃脘部闷痛，口干，纳差，大便干结，小便一般，舌质红、苔少津，脉滑数。陈老师辨证为胃阴不足。治以疏肝益胃，养阴生津。方选一贯煎合胃苓汤加减。处方：北沙参、生地、川楝子、麦冬、枸杞子、焦白术、陈皮、法半夏、茯苓、莲子、炒扁豆、炒山药、木香、紫苏梗各10g，当归、厚朴、炙甘草、炒薏苡仁、藿香、焦麦芽、焦山楂、焦神曲各15g，延胡索6g。6剂，每天1剂，水煎服。服药后症状好转，继服7剂，病愈。

按: 患者胃病日久，阴津匮乏，脉络失养，证见胃脘隐痛；胃津亏虚，胃纳失司，故见饮食不佳，津不上乘，故咽干唇燥，阴液不足则肠道干涩，大便干结；结合其舌脉均为阴虚内热之象。本病乃胃病久治不愈，病久伤阴，加上季节因素，内外因合为病，脾属阴，喜燥恶湿；胃为阳，喜润而恶燥。陈老师治以一贯煎疏肝益胃，主治肝肾阴虚、气郁滞证；合用胃苓汤以健脾助运。并予大剂量甘草补益脾气、缓急止痛以治标。处方用药兼顾了脾、胃的不同生理特性，体现了陈老师从肝论治胃病的思想。

【参考文献】

- [1] 韩诚正, 黄宁. 育阴熄风法治疗慢性胃炎伴低级别上皮内瘤变一例[J]. 皖南医学院学报, 2015, 6(15): 54-55.
- [2] 张阳. 加味黄芪建中汤联合西药治疗慢性胃炎脾胃虚寒证的疗效分析[J]. 检验医学与临床, 2017, 5(28): 100-101.
- [3] 乔智慧. 疏肝健脾和胃方加减治疗慢性胃炎临床研究[J]. 中医临床研究, 2015, 7(20): 22-24.
- [4] 张岩, 张焱. 中医从湿论治慢性胃炎研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 8(5): 40-42.
- [5] 刘仁慧, 杨铮, 等. 李世增教授治疗慢性胃炎经验总结[J]. 世界中医药(优先出版), 2013, 3(12): 14-15.
- [6] 赵梅梅. 慢性胃炎胃阴虚辨证的探讨[J]. 陕西中医, 2005, 9(25): 51-52.
- [7] 李蓉, 青献春. 青献春教授治疗慢性胃病的思路方法总结[J]. 中国当代医药, 2015, 4(28): 63-64.
- [8] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀, 等. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 1911.

(责任编辑: 冯天保)