

# 加减柴胡疏肝散治疗 肝胃不和型慢性萎缩性胃炎的临床观察

## Clinical observation on treating chronic atrophic gastritis With Chaihu Shugan San

周永志

(开封市中医院, 河南 开封, 475400)

中图分类号: R256.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)27-0021-02 证型: IGB

**【摘要】**目的: 观察加减柴胡疏肝散治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法: 对 50 例辨证分型为肝胃不和证的慢性萎缩性胃炎患者采用加减柴胡疏肝散治疗。结果: 治疗后临床疗效有效率为 92.0%。结论: 柴胡疏肝散以疏肝和胃为指导思想, 以辨证论治为特点, 发挥整体调节作用, 疗效显著, 体现中医治疗慢性萎缩性胃炎的特点和优势, 是治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎的有效方剂。

**【关键词】** 加减柴胡舒肝散; 慢性萎缩性胃炎; 临床观察

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical efficacy of Chaihu Shugan San on chronic atrophic gastritis. Methods: 50 cases of chronic atrophic gastritis took part in the treatment. Results: the clinical efficacy was 92.0% after treatment. Conclusion: Chaihu Shugan San can benefit the stomach as the guiding ideology, based on syndrome differentiation characteristics, play an overall adjusting role for chronic atrophy gastritis, with better clinical efficacy.

**【Keywords】** Modified Chaihu Shugan powder; Chronic atrophic gastritis; Clinical observation

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.27.009

慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜腺体萎缩为特征的一种常见的消化系统疾病, 其临床表现缺乏特异性。中医学虽无萎缩性胃炎这一病名, 但根据其临床表现, 历代医家将其归纳到“胃脘痛”“胃痞”“呕吐”“嘈杂”“泛酸”等范畴。

### 1 中医药对慢性萎缩性胃炎病因病机的认识

#### 1.1 病因研究

多数医家及近现代学者对本病的病因认识基本趋向一致。脾脏体阴而用为阳, 以升为健, 胃脏体阳而用为阴, 通降则和。而脾胃是仓廩之官, 同居中焦, 燥湿刚柔相济, 阴阳相合, 共奏腐熟受纳之功, 运化水谷之职, 而致化生气血, 脾胃之中气充足, 则水谷精微物质能运善消, 气血化生充足, 周身得以充养; 诸多因素皆可损伤脾胃, 以致升降失常, 水谷精微不能正常运化, 气血生化不足, 胃府失于濡养而发为本病。概括起来, 本病常见原因有饮食不当、情志失调、感受外邪、劳倦久病、先天禀赋不足等<sup>[1]</sup>。

#### 1.2 病机研究

中医理论认为, 慢性萎缩性胃炎当属“痞满”之范畴, 其病位虽在胃, 但与肝、脾的关系密切, 中焦气机不利, 脾胃升降失职是本病发生的主要病机。治疗以调理脾胃升降, 行气除痞消满为基本法则<sup>[1]</sup>。

### 2 临床资料

#### 2.1 一般资料

50 例慢性萎缩性胃炎患者均于门诊治疗, 均是 2006 年 1 月—2014 年 12 月来我院诊疗的患者, 其中男性 30 例, 女性 20 例; 年龄 18~65 岁; 病程 1~20 年。所有病例均经电子胃镜及病理检查确诊。

#### 2.2 西医诊断标准

参照中国医药科技出版社 2002 年 5 月制定的《中药新药临床研究指导原则》制定的慢性萎缩性胃炎的诊断标准<sup>[2]</sup>。

##### 2.2.1 内镜检查

①黏膜颜色改变: 正常黏膜为橘红色, 萎缩时黏膜呈灰白色, 灰黄或灰色; 同一部位的胃黏膜深浅不一致, 红色强的地方也带灰白色, 一般灰黄或灰白的地方可有隆起的红点或红斑存在; 但萎缩性胃炎黏膜的范围或是弥漫或是局限的, 甚至是局灶性的黏膜变薄而凹陷, 境界常不明显。

②血管透见: 萎缩性胃炎初期可见到黏膜内小血管, 重者可见到黏膜下的大血管如树枝状, 暗红色; 胃底贲门的血管正常时也可见到。

③腺体萎缩: 腺体萎缩后腺窝可增生延长或有肠上皮化生而见到过形成的表现, 黏膜层变厚, 此时看不到黏膜下血管, 可见黏膜表面粗糙不平, 有颗粒或结节僵硬感。

##### 2.2.2 病理诊断标准

固有腺体萎缩, 黏膜肌层增厚, 肠上皮化生或假幽门腺化生; 固有膜炎症; 可有淋巴滤泡形成。

### 2.3 中医辨证标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗慢性萎缩性胃炎临床研究指导原则”的标准(2002年国家药政监督管理局)及2006年中华中医药学会脾胃病分会会议组织编写的《中医消化病诊疗指南》,制定的萎缩性胃炎肝胃不和型的中医证候诊断标准如下<sup>[1]</sup>。

主症:①胃脘胀满;②胃脘疼痛。次症:①嗳气泛酸;②嘈杂;③口干口苦;④纳差;⑤脉弦。证型确定:具备主症①加主症②或次症2项。

## 3 治疗方法

### 3.1 方药组成

方由柴胡、陈皮、川芎、枳壳、赤芍、香附、炙甘草、元胡、苏梗、木香、莱菔子、川楝子等药物组成。1剂/d,水煎取汁400ml,早晚2次分服,忌食辛辣刺激之品。

### 3.2 疗程及依据

疗程3个月。停药1个月后再随访1次。根据2002版《中药新药临床研究指导原则》中关于“慢性萎缩性胃炎”治疗观察要求:观察时间不少于10周。

## 4 疗效标准及结果

### 4.1 疗效标准

参考中国医药科技出版社2002年版《中药新药临床研究指导原则》中制定的疗效判定标准,制定慢性萎缩性胃炎标准如下。

#### 4.1.1 临床痊愈

临床中症状基本消失;胃镜以及组织学检查,黏膜慢性炎症好转达到轻度,病理组织学的检查结果证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生达到正常或消失。

#### 4.1.2 显效

临床中主要症状、体征消失;胃镜复查黏膜慢性炎症好转,病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常或减轻2个级度。

#### 4.1.3 有效

主要症状、体征明显减轻;胃镜复查黏膜病变范围缩小1/2以上,病理组织学检查证实慢性炎症减轻1个级度以上,腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生减轻。

#### 4.1.4 无效

达不到以上标准或恶化者。

### 4.2 结果

50例患者经治疗后治愈2例(4.0%),显效28例(56.0%),有效16例(32.0%),无效4例(8.0%),有效率92.0%。

## 5 讨论

胃居中焦,主受纳腐熟水谷,以通降下行为顺。《素问·逆调论》云:“胃者,六腑之海,其气亦下行。”可见胃气下降

通顺是胃的正常生理功能。但《素问·厥论》又说:“脾主为胃行其津液者也”,所以胃的受纳腐熟功能,必须和脾的运化功能配合,才能使水谷化为精微,濡养全身。《素问·病机气宜保命集》云:“脾不能行气于肺胃,结而不散,则为痞。”

《素问·六元正纪论》说:“木郁之发,民病胃脘当心而痛”。可见本病病位虽在脾胃,但与肝相关。从生理上,肝与脾胃关系密切,脾为己土,属脏,以太阴而主升,胃为戊土,以阳明而主降,升降之权,则靠肝的疏泄条达。如唐容川在《血证论》里说:“木之性,主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化;设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之症,在所不免。”反之,胃气的下降,亦有利于肝经之气的正常疏泄。肝之疏泄可从不同层次对胃之通降,脾之升清给以影响,是脾胃升降的动力所在。从病理方面,肝木之气过盛而克制脾胃,此即病理中所说“肝木乘土”,反之肝木过弱则达不到疏通作用,使脾胃之受纳及腐熟功能受阻。肝气郁滞,进一步影响胆囊功能,胆汁分泌及排泄功能失调,有损脾胃之运化功能正常发挥。清·叶天士《临证指南医案·木乘土》中指出:“肝为起病之源,胃为传病之所”。正如医家周学海所说:“世谓脾为生发之本,非也。脾者,生发所由之径;肝者,升降发始之根也。”

慢性萎缩性胃炎,病位在胃,与脾失健运、肝失疏泄、气机郁滞有密切关系,基本病机为中焦气机不利,脾胃升降失常。根据相关研究,临床上除脾胃虚弱证外,以肝胃不和证多见,方中使用柴胡疏肝解郁为君药,臣药之一香附,有理气疏肝,宽中和胃之功效,助柴胡解肝郁;臣药之二郁金,有行气活血并解郁止痛,助柴胡祛肝经郁滞,二臣药合用,行气活血及和胃之效甚。陈皮及枳壳二药,理气并有行滞和胃之功,合陈皮安神,芍药合甘草柔肝养血敛阴,并能缓急止痛,共行佐药之功。甘草兼调诸药,亦为使药之用。诸药相合,在辨证论治的基础上疏敛并用,共致疏肝理气,活血解郁并和胃之功,达到肝气调达,及脾胃升降有序,而寒热亦除。因此,我们认为疏肝和胃法是治疗慢性萎缩性胃炎的常用治法。当然,慢性萎缩性胃炎病程长,且多迁延反复,故临床上常表现为本虚标实,虚实寒热夹杂之证,故临证时一定要灵活多变,不可拘泥一个证型、一种治法,适当加减,才不失我中医之特色。

### 参考文献:

[1]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:207-208.  
[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.  
[3]李乾构.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006.

### 作者简介:

周永志,男,中医内科主治医师,毕业于河南中医学院。

编辑:赵聪 编号:EB-15062302F(修回:2015-07-15)