

国医传承

沈舒文教授运用相反相成思维治疗 慢性萎缩性胃炎的临床经验^{*}

叶峥嵘¹ 吴琳² 沈舒文¹

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046; 2. 咸阳市中心医院, 陕西 咸阳 712000)

摘要:总结沈舒文教授运用相反相成思维治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验,主要有依整体观念、尊望闻问切,提出慢性萎缩性胃炎的“虚实关联”证和“滞损交加”论;经辨证论治,以临床科研,治疗慢性萎缩性胃炎应用“反向配伍”药和“补虚通滞”方。

关键词:沈舒文;相反相成;慢性萎缩性胃炎;虚实关联;滞损交加

中图分类号:R573.3⁺1 文献标识码:A 文章编号:2096-1340(2021)04-0033-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2021.04.007

Clinical Experience of Professor SHEN Shuwen in Treating Chronic Atrophic Gastritis

YE Zhengrong¹ WU Lin² SHEN Shuwen¹

(1. Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shaanxi Xianyang 712046, China;

2. Xianyang Central Hospital, Shaanxi Xianyang 712000, China)

Abstract: To summarize Professor SHEN Shuwen's clinical experience in treating chronic atrophic gastritis by using the opposite and complementary thinking, we mainly put forward the theory of “deficiency and excess correlation” and “stagnation and damage combination” of chronic atrophic gastritis according to the overall concept and respecting the four diagnose methods; Through syndrome differentiation and treatment, clinical research, the treatment of chronic atrophic gastritis application of “reverse compatibility” medicine and “Bu Xu Tong Zhi” prescription.

Key words: SHEN Shuwen; Be both opposite and complementary; Chronic atrophic gastritis; The relationship between the excess and deficiency; Stagnation and damage combination

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)是一种胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体减少的慢性胃部疾病^[1],为机体消化系统的多发病及难治病。若伴发中度以上胃黏膜上皮肠型化生和(或)中、重度异型增生,则被称为胃癌前病变(Precancerous lesion of gastric cancer, PLGC)^[2]。因此,对其进行干预就成为胃癌二级

预防的重要内容之一^[3]。《道德经》曾云:“道生一,一生二,二生三,三生万物。万物负阴而抱阳,冲气以为和。”万物都是一阴一阳、一正一反的统一,“相反”的现象普遍地存在于一切事物之中,这种内在的相反双方既互相排斥又互相吸引,从而推动了事物“相成”的运动变化。这种相反相成的

^{*} 基金项目:第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医药办人教发[2017]29号);国家中医药管理局全国名老中医传承工作室项目(国中医药办人教发[2016]42号)

思维是中华优秀传统文化的内核之一。沈舒文教授为博士研究生导师,陕西省首批名中医,全国名老中医专家传承工作室传承人,全国第四、五、六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,擅长治疗疑难杂症,尤其对慢性萎缩性胃炎等消化系统疾病有独到的见解。现将沈舒文教授运用相反相成思维治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验探析如下,以飨同道。

1 提出慢性萎缩性胃炎的“虚实关联”证和“滞损交加”论

“相反相成”一词,始见于我国古代历史家班固所著的《前汉书》。其意是相反的东西,不仅相反,而且相生。虚实是邪正盛衰的两个相反纲领。虚指正气不足,实指邪气盛实。在临床中辨识病性的虚实,可以掌握患者的邪正盛衰情况,为治疗提供依据。邪正的消长盛衰,不仅可以产生单纯的虚或实的病性特征,更会多见虚实错杂的病性反映。这是由于病邪久留会损伤机体正气,或正气不足无力驱邪外出,或正虚内生水湿痰饮瘀血,导致病性由实转虚或因虚致实的转化,从而形成正虚邪实、正衰邪恋等虚实夹杂的情况。此即相反相成思维下的虚实病性认识。以整体观念为指导,辨析患病机体的虚实结构特征和虚实因果关系,沈舒文老师认为在CAG的进展过程中,常常存在着正虚与邪实的交错状态,虚与实变动于正邪的相互消长之中,虚证与实证间极少能截然划分。他将这种本虚与标实相兼、虚与实关联的状态称为“虚实关联”证^[4]。基于这一认识,沈舒文老师通过国家自然科学基金项目“胃黏膜异型增生虚实关联证候结构特征与血清肿瘤相关物质水平的动态研究(30572383)”的研究,对CAG伴胃黏膜异型增生患者的证候结构类型进行聚类统计,并监测其血清肿瘤相关指标,结果表明PLGC的虚实关联证有5类11种,其中肝胃气滞并/兼气阴两虚类占30.9%;湿热蕴胃并/兼胃阴不足类占23.5%;瘀阻胃络并/兼气阴两虚类占15.4%;湿热蕴胃并/兼脾胃虚寒证占12.3%;痰湿中阻并/兼脾气虚弱类占11.1%。血清肿瘤相关指标的高峰值出现在湿热蕴胃并/兼脾胃虚寒证、瘀阻胃络并/兼气阴两虚证。为CAG基础上的PLGC中医药干预提供了循证医学依据^[5-10]。

CAG多迁延难愈,病史漫长。沈老师在临床根据患者望闻问切的四诊信息认为,若见胃脘胀满、口淡无味、早饱纳差、舌淡苔白和脉弦滑等,多为脾气虚运化不及致气滞于胃,继而使谷反为滞、水反为湿,形成食和湿停滞于胃;若兼胃脘冷痛、惧怕凉食、畏寒怕风、腹泻便溏、舌淡苔白和脉沉弦等,则为气虚及阳,中阳不足,胃失温煦,寒滞内生在胃;若有胃脘痞满烧灼、噯腐吞酸、口干不欲饮、舌红苔白腻或黄腻和脉滑数等,多为脾胃化纳不及,久则湿热伤阴,形成胃阴亏损兼湿热内蕴;若是患病日久,胃脘刺痛或隐痛不适、甚或吐血便血、舌暗或有瘀斑和脉弦涩等,多是久病多虚,虚则气血运化无力,血不行则为瘀,形成胃络瘀滞;若兼胃痛屡发,久治不愈,舌暗苔白和脉沉涩等,考虑为脾虚津变为湿,湿聚成痰,酿成痰瘀凝滞。总之,根据相反相成思维,沈老师提出,CAG因虚而滞,因滞而虚,虚中常兼有滞,虚滞因果相关联,且虚与滞常变动于彼此的盛衰演化过程中,疾病多处处在“滞损交加”的病机状态^[11-12]。其损要区别气虚与阴虚,且多见气阴两虚;滞多有气滞、食滞、湿滞、络滞的不同,并常呈兼夹之势。临床常见气虚与食滞同现,阴虚与湿热共存^[13-14]。

2 治疗慢性萎缩性胃炎应用“反向配伍”药和“补虚通滞”方

“相反相成”是指事物内部或事物之间看起来相互对立、排斥的两个方面,实际上却相互补充促进,既对立又统一。作为存在于易经及老子的道家学说之中的哲学观点之一,它对中医药理论产生着重要的影响,指导着疾病治疗的法则确定和药物配伍及方剂组成,具有双向调节特性,符合生命整体和谐规律,避免顾此失彼纠枉过正,对复杂病证的治疗具有重要指导意义^[15]。寒与热、升与降、燥与润、攻与补等性质相反的药物配伍应用,看似自相矛盾,实际上正是阴阳互根原理的具体运用,并常可取得单纯对应性治疗所不能取得的疗效^[16]。这种配伍的矛盾治法,一是不同性质的疾病同居一体,理当双解而用不同性质的药物;二为矛盾治法的双方常能相反相成、相互为用;三者矛盾治法的双方可相互监制,取长补短,免于顾此失彼^[17]。CAG归于中医脾胃病范畴,胃为阳明燥土,功主受纳,性喜润恶湿,以降为用;脾为太阴湿

土,功主运化,性喜燥而恶湿,以升为健。二者一升一降,共司人体升降清浊、斡旋中焦乃至全身气机升降之大任。沈舒文老师认为脾和胃的纳与运、升与降、燥与润特性相反,具有相反相成的特征。因此,在CAG的辨证论治中,根据相反相成思维,针对湿热内蕴致使化纳失施出现胃脘痞满饱胀、嗳气烧心、嘈杂反酸和舌淡苔黄等,治以法半夏、干姜、吴茱萸配黄连、黄芩寒热并用,辛开苦降,以达胃纳脾运^[11];针对脾胃升降失常导致中焦气机壅滞出现脘腹胀满、食欲不振、排便不畅和舌淡苔白等,常在黄芪、葛根、升麻、藿香、荷叶等升补脾气的基础上,配伍苏梗、佛手、枳实、炒莱菔子、槟榔等降胃通腹,升降合用;针对脾湿胃燥引起水谷纳运转输异常出现纳呆腹胀、恶心呕吐、胃脘隐痛灼热、口干饥不欲食和舌红苔白等,常以平胃散加砂仁、寇仁等配伍太子参、麦冬、石斛等甘润养阴,燥湿(润)相济^[18]。上述“反向配伍”用药在临床中取得了显著的疗效。

为使基于“虚实关联”病性认识而探索的CAG辨证论治疗效评价获得国际认可,根据相反相成思维,沈舒文老师开展了国家自然科学基金项目“基于慢性萎缩性胃炎癌前病变虚实关联证候辨治的临床疗效评价方法研究(30873266)”的临床科研工作。通过入选确诊为CAG基础上的PLGC本虚标实患者200例,以就诊顺序随机分为治疗组和对照组,每组100例。对照组主要用维酶素治疗,治疗组根据虚实关联的不同分别应用以下“补虚通滞”协定方治疗:肝胃气滞并/兼气阴两虚证为太子参、白术、麦冬、香附、香橼、佛手、枸橘、黄药子;湿热蕴胃并/兼胃阴不足证为麦冬、石斛、黄连、吴茱萸、栀子、半夏;湿热蕴胃并/兼脾胃虚寒证为党参、半夏、干姜、黄芩、黄连、砂仁、莪术;胃络瘀血并/兼气阴两虚证为太子参、白术、麦冬、蒲黄、五灵脂、刺猬皮、莪术;痰湿中阻并/兼脾胃气虚证为党参、白术、茯苓、半夏、陈皮、砂仁、苏梗。治疗6个月后疗程观察结果显示,治疗组总疗效率为83.7%,对照组为68.2%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。上述5类本虚标实证候的标本兼治之间的疗效差异无统计学意义。治疗组在改善痞胀、胃痛、灼热、纳差等症状疗效显著($P < 0.01$, $P < 0.05$);治疗组胃镜、病理疗效的总有效率为

78.3%,对照组为61.4%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究结果表明,中医标本兼治对改善PLGC中医证候、临床症状和病理状态等方面疗效均优于对照组,中医标本兼治能有效阻止PLGC向胃癌的方向发展^[19]。此外,基于“滞损交加”病机认识,同为相反相成思维指导,沈舒文老师研制的金果胃康胶囊治疗CAG等胃癌前病变疗效确切且使用安全^[20],深受患者好评。

3 病案举例

陈某,男,49岁,咸阳市渭城区人。2018年11月19日初诊,以“反复餐后胃脘饱胀嘈杂6年余加重1月”为主诉求治。近6年来时有饭后胃脘饱胀嘈杂不舒,尤以进食生冷为甚。1月前因食用难消化食物症状加重。现症:胃脘嘈杂,偶有灼热、疼痛和反酸,食后饱胀明显,口苦、口干喜热饮,晨起恶心、嗳气,大便不畅,舌红苔白少津,脉弦数。胃镜检查:①慢性萎缩性胃炎伴黏膜片状糜烂,②十二指肠炎(活动期),Hp(+ +)。病理报告:(胃窦)粘膜中度萎缩性炎,急性活动。西医诊断:慢性萎缩性胃炎伴糜烂。中医诊断:嘈杂(胃阴不足兼肝胃郁热)。治宜滋养胃阴,疏肝泄热。方药:太子参、麦冬、栀子、苏梗、旋复花(包煎)各10g,石斛、知母各12g,吴茱萸4g,黄连6g,刺猬皮15g,枳壳15g,炙甘草5g。12剂,每日1剂,水煎分早晚服。12月3日二诊:胃脘嘈杂灼热疼痛明显缓解,饱胀、嗳气减轻,口苦、口干不欲饮,晨起仍感恶心,大便不畅,舌淡红,苔白腻,脉弦缓。调整方药为:太子参、麦冬、石斛、半夏、苏梗、藿香各10g,吴茱萸、黄连、干姜、白蔻仁(后下)各5g,蒲公英30g,炙甘草5g。12剂,服法同前。12月17日三诊,药后诸症明显减轻。给予院内制剂金果胃康胶囊口服,每次4粒,每日三次。服用三个月后,复查胃镜报告:慢性浅表性胃炎,Hp(-)。病理报告:(胃窦)粘膜轻度慢性炎。

按语:患者为胃镜检查诊断明确的慢性萎缩性胃炎,胃脘嘈杂、口干喜饮、舌红苔白少津等体现着胃阴不足的“虚”和“损”,胃脘灼热疼痛、食后饱胀、大便不畅等体现着肝胃郁热的“实”和“滞”,治疗用药选用太子参、麦冬、石斛、炙甘草等补虚益损,苏梗、旋复花、刺猬皮、枳壳等祛实行滞,二者相伍共奏补虚通滞之功;胃脘嘈杂反酸、食后饱

胀、口苦口干喜热饮、恶心暖气等为湿热内蕴的寒热错杂,药用吴茱萸、干姜和黄连、蒲公英等寒热并用,反向配伍,辛开苦降,相反相成,达到了显著的临床疗效。

4 结语

胃癌发病率居我国各种恶性肿瘤中的第二位。鉴于 CAG 与胃癌的相关性,早在 1978 年世界卫生组织就将其列为胃癌前状态。迄今为止,现代医学对其尚无理想的治疗方法。如何更好的发挥中医药的作用来治疗 CAG,具有非常重要的意义。“反者道之动”是《道德经》最早从哲学高度讨论对立关系的观点,说明对立面处于既对立又相依相存、互为转化的关系。这一体现着中国古代辩证法思想中侧重于矛盾统一性的哲学认识,对中华文化产生着非常重要的影响。由此形成的相反相成思维决定着中医学的相关理论体系,是中医药的优势和特色。沈舒文老师从医四十多年,根据相反相成思维,依据整体观念,尊用望闻问切,提出 CAG 的“虚实关联”病性理论和“滞损交加”病机认识;并经辨证论治,通过临床科研,形成治疗该病的“反向配伍”用药经验和“补虚通滞”系列协定方,对 CAG 这一难治性疾病的中医药治疗有很好的指导作用,值得借鉴应用。

参考文献

[1] Rugge M, Correa P, Dixon MF, et al. Gastric mucosal atrophy: interobserver consistency using new criteria for classification and grading[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2002, 16(7): 1249-1259.

[2] 文学贵, 彭安邦. 胃癌前病变研究[J]. 医学综述, 2007, 13(9): 676-678.

[3] 孙心, 陈涤平. 胃癌前病变的干预及中医药治疗[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(2): 289-293.

[4] 杨志宏, 宇文亚. 沈舒文疑难病症治验思辨录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 4.

[5] 沈舒文, 宇文亚, 陈丽英, 等. 胃黏膜异型增生证候结构特征及其与血清肿瘤标志物水平的关系[J]. 中医杂志, 2009, 50(6): 541-543.

[6] 沈舒文, 王捷虹, 杜晓泉, 等. 81 例胃粘膜异型增生虚实关联证标本辨治的临床研究[J]. 陕西中医学院学报, 2009, 32(2): 16-18.

[7] 惠建萍, 沈舒文, 刘力, 等. 陕西省延安地区胃黏膜异型增生证候特征及发病因素探讨[J]. 河北中医, 2012, 34(9): 1295-1299.

[8] 惠建萍, 沈舒文, 刘力, 等. 胃癌前病变虚实关联证演变趋向及规律研究[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(9): 1676-1679.

[9] 沈舒文, 宇文亚, 赵运, 等. 胃黏膜异型增生证候演变及肿瘤标志物水平两年跟踪研究[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(1): 38-42.

[10] 沈舒文, 宇文亚, 陈丽英, 等. 胃黏膜异型增生证候结构特征及其与血清肿瘤标志物水平的关系[J]. 中医杂志, 2009, 50(6): 541-543.

[11] 沈舒文. 慢性萎缩性胃炎辨治经验[J]. 陕西中医, 2000, 21(8): 358-359.

[12] 沈舒文. 胃癌前病变辨证论治的临床思维与经验[J]. 现代消化及介入诊疗, 2013, 18(2): 96-97.

[13] 沈舒文. 谈脾胃病治脾调虚滞与治胃润络润[J]. 陕西中医药大学学报, 2020, 43(3): 13-15.

[14] 王捷虹, 侯英凯, 许永攀, 等. 基于络病学说的沈舒文治疗脾胃病探析[J]. 陕西中医药大学学报, 2020, 43(3): 16-18.

[15] 李印珊, 孙庆财. 相反相成治疗思路的探讨[J]. 光明中医, 2007, 22(12): 13-16.

[16] 任清良. 试论仲景组方用药的阴阳配伍[J]. 四川中医, 1990, (12): 6.

[17] 马坤范, 何珊. 仲景相反相成药对配伍研究近况[J]. 上海中医药杂志, 1998, (9): 42-44.

[18] 沈舒文, 宇文亚. 脾胃病辨治方法与用药经验[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(9): 1654-1655.

[19] 沈舒文, 惠建萍, 刘力, 等. 胃癌前病变虚实标本兼治的临床疗效研究[J]. 世界科学技术—中医现代化, 2012, 14(1): 1247-1251.

[20] 沈舒文, 宇文亚, 汶明奇, 等. 金果胃康胶囊治疗胃癌前病变的临床观察[J]. 中医药学刊, 2005, 23(1): 73-74.

(收稿日期: 2020-07-22 编辑: 方亚利)