

· 名医传承 ·

周福生辨治调护慢性萎缩性胃炎经验

何婉婉¹ (指导: 周福生²)

(1. 广州中医药大学护理学院, 广东广州 510006; 2. 周福生全国名老中医传承工作室, 广东广州 510006)

摘要: 总结周福生教授辨治调护慢性萎缩性胃炎的临床经验。周福生教授认为慢性萎缩性胃炎发病为多因素综合作用的结果, 其中幽门螺旋杆菌是常见的外因, 脾气虚弱则是关键内因。慢性萎缩性胃炎的病性为本虚标实, 以脾胃虚弱为本, 气滞、湿热、瘀血为标, 气机升降失常贯穿病程始终。周福生教授提出宏观辨证与微观辨证相结合、“辨病-辨证-辨质”三位一体的辨证思路及治养结合的观点; 治疗与调护以扶正祛邪、注重顾护脾胃与调整气机为原则, 将慢性萎缩性胃炎通常分为脾胃气虚、脾虚肝郁、气阴两虚和脾胃湿热4型, 分别采用陈夏六君丸或香砂六君丸、柴芍六君子汤、益胃汤、藿朴夏苓汤进行加减治疗, 并根据夹湿、夹瘀、夹肝郁气滞、夹热毒等兼夹证的不同而随证加减。提出“近期治疗-中期治疗-延期随访”的疗程与随访方案, 即包括半年内的中医药近期治疗, 近期治疗结束至慢性萎缩性胃炎逆转为非萎缩性胃炎后的再巩固治疗半年的中期治疗, 以及所有疗程结束后的追踪观察; 慢性萎缩性胃炎轻度萎缩者, 一般需辨证治疗3~6个月, 中度萎缩者, 需治疗6个月以上。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 周福生; 辨治经验

中图分类号: R256.3; R573.3*2

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1249-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.06.030

Experience of ZHOU Fu-Sheng in Treating and Regulating Chronic Atrophic Gastritis

HE Wan-Wan¹ (Advisor: ZHOU Fu-Sheng²)

(1. Nursing School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China;
2. ZHOU Fu-Sheng National Famous Physician Studio, Guangzhou 510006 Guangdong, China)

Abstract: The clinical experience of Professor ZHOU Fu-Sheng in treating and regulating chronic atrophic gastritis was summarized. Professor ZHOU Fu-Sheng believes that chronic atrophic gastritis results from the multiple pathogenic factors, of which the infection of *Helicobacter pylori* is the common exogenous factor, and the weakness of spleen *qi* is the key endogenous factor. The pathogenesis of chronic atrophic gastritis is characterized by deficiency in the origin and excess in the superficiality, the deficiency in the origin is manifested as the weakness of spleen and stomach, and the excess in the superficiality is manifested as *qi* stagnation, damp-heat, and blood stasis, while *qi* movement disorder is throughout the course of the disease. For the treatment of chronic atrophic gastritis, Professor ZHOU Fu-Sheng puts forward the thoughts of combination of macroscopic syndrome differentiation and microscopic syndrome differentiation, combination of disease differentiation, syndrome differentiation and constitution differentiation, and combination of treatment and regulation. The treatment and regulation of chronic atrophic gastritis aim at supporting healthy *qi* to eliminate pathogens, preventing the function of spleen and stomach and regulating *qi* movement. Syndrome types of chronic atrophic gastritis can be differentiated as spleen and stomach *qi* deficiency, spleen deficiency with liver depression, both *qi* and yin deficiency, and spleen and stomach damp-heat, which can be treated by the modification of *Chen Xia Liujunzi*

收稿日期: 2020-09-18

作者简介: 何婉婉(1975-), 女, 硕士, 副研究员; E-mail: hewwan@gzucm.edu.cn

基金项目: 国家中医药管理局第六批“全国老中医药专家学术经验继承工作”项目

Decoction or *Xiang Sha Liujun Decoction*, *Chai Shao Liujunzi Decoction*, *Yiwei Decoction*, *Huo Pu Xia Ling Decoction* respectively, and modified syndrome treatment should be performed following the complications of dampness, blood stasis, liver depression with *qi* stagnation, or heat toxin. The regimen of short-term treatment, medium-term treatment, prolonged follow-up was suggested by Professor ZHOU Fu-Sheng, including short-term treatment for about half a year of traditional Chinese medicine treatment, maintenance treatment for half a year from the completion of short-term treatment to the reversion of chronic atrophic gastritis into non-atrophic gastritis, and the follow-up after the completion of the course of treatment. The course of treatment for mild chronic atrophic gastritis usually lasts for 3-6 months, and the course of treatment for moderate chronic atrophic gastritis usually lasts for over 6 months.

Keywords: chronic atrophic gastritis; ZHOU Fu-Sheng; experience for differentiation and treatment

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是慢性胃炎的一种类型,是指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少,伴或不伴纤维替代、肠腺化生和(或)假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病^[1-3]。慢性萎缩性胃炎为消化系统的常见病和疑难病,多由慢性非萎缩性胃炎发展而来,常伴肠化生和(或)异型增生,与胃癌的发生关系密切。1978年世界卫生组织(WHO)将慢性萎缩性胃炎列为胃癌的癌前状态,在此基础上伴发的不完全型肠上皮化生和(或)中、重度异型增生被视为胃癌前病变^[4]。我国是胃癌的高发区,发病患者数约占全球的一半^[5],而慢性萎缩性胃炎患者发生胃癌的癌变率为2.55%~7.46%^[6]。因此,积极治疗慢性萎缩性胃炎,延缓、阻止甚至逆转癌前病变的病理性进程对预防胃癌有重要意义。

周福生教授为第四批国家级名老中医,第四、五、六批全国老中医药专家学术继承工作指导老师,广东省名中医,广州中医药大学博士研究生导师。周福生教授从医多年,对慢性萎缩性胃炎的辨治有独到的见解,现将其辨治慢性萎缩性胃炎的经验整理如下。

1 对病因病机的认识

1.1 多因素致病,脾胃虚弱是关键 慢性萎缩性胃炎可归属中医“胃痞”“胃脘痛”“嘈杂”“纳呆”等范畴。周福生教授认为幽门螺旋杆菌(Hp)感染、脾胃虚弱、长期生活规律失常、情志失调、各种胃病迁延不愈是其常见病因。其中,Hp感染是主要的外因,而脾胃虚弱为关键内因。脾胃为后天之本,“正气存内,邪不可干”^[7]“四季脾

旺不受邪”^[8],脾胃虚弱则正气不足,免疫功能低下,容易感受外邪,导致疾病缠绵与进展。临床上抗Hp治疗不理想的患者多属脾胃亏虚。正不胜邪,必须扶正方可祛邪。长期生活规律失常、情志失调往往是慢性萎缩性胃炎诱发和加重的因素。生活规律主要表现在饮食、起居、睡眠等方面。饮食不节、过度劳累、熬夜、季节交替时不注意生活调摄、腹部受寒、过度吹空调及喝凉茶等生活规律失常均可损伤脾胃。现代生活节奏加快,人们的压力增大,容易出现精神紧张、烦躁易怒、焦虑抑郁等情志失调,由于肝木乘脾土或土虚木乘或心胃不和,均可影响脾胃的运化功能,长期可诱发慢性萎缩性胃炎。而其他各种胃病迁延不愈所致的脾胃虚弱,亦可发展为慢性萎缩性胃炎。因此,先天禀赋不足、后天失养、久病等均可损伤脾胃,导致脾胃虚弱。脾胃功能的强弱关系着胃病是否发展为慢性萎缩性胃炎,以及病情发展变化的速度。本病为多因素致病,但脾胃虚弱是关键。

1.2 升降失常贯穿始终,脾虚为本,气滞、湿热、瘀血为标 周福生教授认为慢性萎缩性胃炎的病位在胃,涉及脾、肝、心三脏。周福生教授早年跟师全国名中医董建华教授,董建华教授尤其强调脾胃“升降相需”的观点。周福生教授继承其脾胃“升降相需”的观点,在临证中注重脾胃气机的调理。周福生教授认为脾胃为气机升降之枢纽,脾胃病发生的初始病机多为气机升降失常,这也是慢性非萎缩性胃炎常见的基本病机。慢性萎缩性胃炎患者多数经历了较长的慢性非萎缩性胃炎阶段,气机升降失常若不能及时调

整,势必影响脾胃的运化功能,脾失健运则湿浊内生,湿郁化热则可出现湿热内蕴,日久损伤脾胃,导致脾胃虚弱,这是慢性非萎缩性胃炎发展为慢性萎缩性胃炎的关键病机。另外,气机阻滞日久,久病入络,亦会出现气滞血瘀。

因此,慢性萎缩性胃炎的病性为本虚标实。本虚是脾胃虚弱,是本病的发病关键,包括脾胃气虚与胃阴不足;标实主要是气滞、湿热、瘀血,是病情发展变化的重要因素,而脾胃升降失常则贯穿始终。

1.3 心胃相关不容忽视 在长期的临床实践中,周福生教授发现不少胃病的患者常出现心神不宁、心烦易怒、紧张焦虑、失眠多梦等症状。临床以疏肝调脾法治疗,虽有部分患者能取得满意的疗效,但还有一部分患者的效果差强人意,而加入养心安神之药往往可以起到意想不到的良效,故而提出“心胃相关”的理论^[9]。《灵枢·邪客》云:“心者,五脏六腑之大主,精神之所舍也。”而心与胃的关系,不仅仅是君臣关系,两者在经络上亦相互联系,在五行属性中又属母子关系。胃病可影响心的功能,心的功能失调也会加重胃病。因此,周福生教授认为心胃不和也是慢性萎缩性胃炎发生发展过程中的一个重要病机。

2 辨治原则

2.1 宏观辨证与微观辨证相结合 周福生教授从事临床与胃肠镜工作50余年,积累了丰富的临床经验。周福生教授认为胃镜下的表现可作为中医望诊的延伸和深化^[9],胃镜所见和胃黏膜病理组织学检查对临床辨证有重要的参考价值。如胃镜下见胃黏膜萎缩,黏膜红白相间,以白为主,黏膜皱襞扁平甚至消失,多因脾胃虚弱或脾虚血瘀,脾不升清,气血敷布失常所致,治疗时应加强健脾补气,升提活血;胃黏膜局部炎症,胃黏膜呈颗粒状或结节状改变,病理检查见胃黏膜的肠上皮化生,多与脾胃湿热有关;胃黏膜异型增生或多发息肉者,则多与血瘀有关,均由胃不降浊演变而来,治疗时需加强和胃降逆,祛湿活血。临床上将宏观整体辨证与微观胃镜所见互为合参,辨病与辨证、宏观与微观有机结合,是提高疗效的重要途径之一,这是周福生教授多年的临证体会。

2.2 辨病、辨证与辨质相结合的临证思路 周福

生教授认为,临床上单纯的辨病与辨证相结合还不够精准,中医强调治疗的个体化,所以对于不同的病变性质、不同的体质,即使是病、证一样,遣方用药也应不同。因此,周福生教授提出辨病、辨证与辨质相结合的三位一体的临证思路^[9]。该临证思路主要体现在以下几方面:(1)不同体质患者的用药选择不同。例如同为脾虚证的慢性萎缩性胃炎患者,部分患者平时较易出现湿热之证,这种平时的情况就属于“质”的范畴,此类患者在健脾补气时不适合过于温燥,可选用五爪龙、太子参、牛大力等健脾不燥且兼有祛湿之品来代替党参、黄芪。(2)不同病理结果的用药及随访不同。周福生教授对于证型一致但病理上胃黏膜萎缩程度不同的慢性萎缩性胃炎患者,用药及随访不同。临床上,轻度萎缩患者采用辨证辨质治疗即可,但中重度的萎缩则要密切观察与追踪,一般需每3~6个月复查胃镜及病理检查,治疗除辨证辨质外,这类患者多伴血瘀和郁热,必须加强活血和清热解毒之功,但又不可过于寒凉,以免损伤脾胃。(3)对于合并Hp感染的患者,需根据患者的病情、体质和细菌量的情况决定杀菌的方案。Hp感染是慢性萎缩性胃炎发病的主要外因,抗Hp四联疗法被推荐为杀灭Hp的主要方法。但对于反复发作、西药效果不理想、体质差而不耐受或者细菌量较低的患者,则可用中药扶正祛邪进行治疗。

2.3 分型论治,顾护脾胃,调整气机的治则 基于上述病因病机的认识以及临床实践,周福生教授认为临床上慢性萎缩性胃炎最常见的证型有脾胃气虚、脾虚肝郁、气阴两虚和脾胃湿热4种^[10]。其中前3个证型在南北方都非常普遍,而脾胃湿热证主要在岭南地区多见,这与岭南地区“地卑土薄,濒海潮湿,气候炎热”有较大关系。临床上亦有胃络瘀阻、肝胃郁热的情况,但基于脾胃虚弱的内因,单纯以胃络瘀阻和肝胃郁热为主要证型的并不多见,通常在上述证型中兼夹出现。

慢性萎缩性胃炎的治则为扶正祛邪,标本兼顾。由于本病的发病关键是脾胃虚弱,故不管哪种证型都需要顾护脾胃,不可使用太过寒凉及攻伐峻猛之品,以免损伤脾胃。同时,脾胃“升降相需”,故无论何时何证都应注意调节脾胃气机,使其升降平衡,此即《温病条辨》中云:“治中焦如衡,非平不安”。

3 用药施治特点

3.1 特色用药 在临证施治慢性萎缩性胃炎时,对于脾胃气虚者,周福生教授认为应健脾益气,常用陈夏六君丸或香砂六君丸加减;对于脾虚肝郁者,应健脾疏肝,常用柴芍六君子汤加减;对于气阴两虚型患者,应益气养阴,常用益胃汤加减;对于脾胃湿热者,应清热祛湿,常用藿朴夏苓汤加减治疗。

除主要证型外,临床上亦常见夹湿、夹瘀、夹肝郁气滞、夹热毒等兼夹证情况。周福生教授常在选方用药时根据兼夹证的不同随证加减化裁治疗。夹湿者,可用藿香、佩兰、石菖蒲、白蔻仁等芳香化湿;偏湿热者,可加用鸡骨草、绵茵陈等清热祛湿;偏寒湿者,则用草果、苍术等辛温燥湿;夹瘀者,常用醋三棱、三七、延胡索、丹参等活血化瘀;夹肝郁气滞者,常用木香、厚朴、佛手、郁金、柴胡、素馨花等疏肝行气;夹热毒或郁热在里者,如表现为口干、大便干、苔黄者,则常用蒲公英、半枝莲、八月札等清热解毒而不伤正之品,取蒲公英兼有通便及半枝莲与八月札兼有抗肿瘤的作用;兼失眠多梦、烦躁易怒、焦虑不安、心悸等心胃不和的表现者,可加夜交藤、合欢皮(花)、素馨花、煅龙骨、珍珠母、酸枣仁等养心安神。病理检查见肠上皮化生或异型增生者,多属湿热、血瘀在胃,则常用半枝莲、八月札、千层纸等,取八月札清热解毒祛湿、疏肝活血、抗肿瘤的功效,而千层纸则可疏肝润肺,清热利咽,和胃生肌。病理检查见中重度异型增生的患者,多属热毒瘀血严重,则需用全蝎、重楼、肿节风等以加强化瘀通络、清热解毒之功。对于伴Hp感染而细菌滴度低且不耐受西药或病情反复的患者,可在辨证基础上加蒲公英、黄芩、佩兰、薏苡仁等清热祛湿之品。

3.2 疗程与随访 在长期的临床实践中,周福生教授总结出本病的疗程与后续随访规律。周福生教授认为,轻度萎缩者,一般辨证治疗3~6个月可恢复;中度萎缩者,需要6个月以上,有些患者6~8个月即可取得较好的疗效。因此,治疗6个月后又应复查胃镜、病理组织学检查。临床上,周福生教授提出了慢性萎缩性胃炎的“近期治疗-中期治疗-延期随访”的具体方案。近期治疗,是指半年内的中医药治疗;中期治疗,是指近期治疗结束至慢性萎缩性胃炎逆转为非萎缩性胃炎后

再巩固治疗半年;延期随访是指所有疗程结束后的追踪观察,一般来说疗程结束后半年复查1次胃镜和病理组织学检查,以后每年复查1次,以追踪观察。胃镜复查时应注明原活检的部位,以便对该部位病变进行前后对比。同时,应定期复查Hp情况及胃蛋白酶原、胃泌素和糖类抗原199(Ca-199)的水平。值得一提的是,出现肠上皮化生和异型增生不一定就意味着会癌变,中重度的肠上皮化生及异型增生则需密切观察,以免发生癌变。

3.3 辨证并辨质调养 由于慢性萎缩性胃炎的发病是多因素作用的结果,故需治养结合。治疗需扶正祛邪,调护则需根据患者体质情况,辨证辨质施养,调摄好生活规律,注意调饮食、慎起居、畅情志、劳逸结合,勿熬夜、受凉,避免损伤脾胃的其他有害因素。如在饮食上应注意摄取清淡、温软易消化的食物,定时定量,细嚼慢咽,七八分饱,避免进食生冷、辛辣刺激、肥甘厚腻、湿热粗硬之品,以及戒烟酒等。由于脾胃虚弱是最重要的内因,临床上周福生教授常嘱患者采用五指毛桃或莲子、淮山煲汤,平日可根据情况用红参、西洋参、三七、陈皮泡水代茶饮。对于慢性萎缩性胃炎伴阳虚者,可加用巴戟天、肉桂等,同时可进行艾灸,穴位可选中脘、足三里等。患者若伴阴虚,可加灸三阴交、涌泉,但艾灸的次数、穴位和时间不宜过多过久。此外,放松心情、适当运动、摩腹、穴位按压等均可调畅气机,也是日常调护的重要内容。慢性萎缩性胃炎患者的治疗不可单靠药物,需治养结合,才能更快更有效地逆转病情。

4 病案举例

患者卓某,女,33岁,因“胃胀、喜叹息2年余”于2016年12月10日初诊。患者于2014年开始无明显诱因出现胃脘部胀闷不适、嗝气频繁等症状,多方求医治疗效果不理想,遂求治中医。2016年6月体检发现:Hp(+),未予治疗。2016年12月7日在广州军区总医院行胃镜检查显示:胃窦黏膜粗糙,呈红白相间花斑样充血,可见颗粒样改变。病理检查结果示:(胃窦)慢性萎缩性胃炎伴腺体低级别上皮内瘤变,固有层淋巴滤泡形成。西医诊断:慢性萎缩性胃炎。刻下症见:胃胀,嗝气频作,早饱,进食1~2口饭就觉饱胀,纳呆,胃稍痛,喜叹息,无反酸,大便调,舌淡

黯胖, 苔白, 脉细。先予抗Hp四联抗菌治疗14 d。嘱规律生活、调畅情志, 并注意饮食宜忌与调养。

2016年12月26日二诊: 患者抗Hp治疗2周后, 胃胀、纳食有所改善。刻下症见: 胃胀, 暖气频作, 早饱稍好转, 纳一般, 胃稍痛, 喜叹息, 无反酸, 大便烂, 舌淡黯胖, 苔白, 脉细。中医诊断: 胃痞病(证属脾虚肝郁)。结合胃镜与病理检查微观所见, 治以健脾益气、疏肝行气之法, 佐以清热解毒、祛湿活血之法。以柴芍六君子汤为主方加减化裁, 方药如下: 党参20 g, 白术15 g, 茯苓15 g, 甘草6 g, 法半夏10 g, 乌药15 g, 砂仁10 g(后下), 紫苏梗15 g, 佛手10 g, 白芍15 g, 半枝莲30 g, 八月札20 g, 三七10 g(先煎)。处方21剂, 每日1剂, 水煎取汁约200 mL, 早晚分两次温服。

2017年1月12日三诊: 服药后胃胀减轻, 胃脘部时有灼热感, 无暖气, 无反酸, 胃纳可, 眠可, 口苦, 二便调。舌淡黯苔薄白, 脉细。效不更方, 处方21剂, 每日1剂, 煎服法同前。

2017年2月23日四诊: 胃胀明显好转, 无暖气, 无反酸, 纳眠可, 二便调。舌淡黯苔薄白, 脉细。在原方基础上去紫苏梗, 加太子参20 g, 以加强健脾益气之功效。处方14剂, 每日1剂, 煎服法同前。复查¹³C呼气试验结果: Hp(-)。

2017年4月20日五诊: 患者服上药坚持1个月余, 无胃胀, 无暖气反酸, 近日觉咽部异物感、烧心感, 眠一般, 易心慌, 二便调。舌淡黯苔白, 脉细。在上方基础上去乌药、佛手, 改用合欢皮20 g、夜交藤30 g以养心安神。处方21剂, 每日1剂, 煎服法同前。

2017年5月16日六诊: 患者服药后咽部异物感、烧心感减轻, 饭后偶有不适, 纳眠可, 二便调。舌淡黯, 苔白, 脉细。2017年4月26日于民航广州医院复查胃镜, 结果示: 慢性非萎缩性胃炎, 未活检。方药如下: 党参25 g, 炒白术15 g, 茯苓15 g, 桂枝10 g, 干姜5 g, 法半夏10 g, 砂仁10 g(后下), 玄胡15 g, 香附10 g, 甘草6 g, 半枝莲20 g, 八月札20 g, 柴胡10 g, 郁金15 g, 夜交藤30 g。以此方为主服用5个月, 每日1剂, 煎服法同前。

2017年10月19日七诊: 患者无不适症状, 舌淡红黯, 苔白, 脉略细。方药如下: 党参30 g, 白术15 g, 茯苓15 g, 桂枝10 g, 干姜5 g, 法半夏

10 g, 砂仁10 g(后下), 玄胡15 g, 乌药15 g, 木香10 g(后下), 佩兰10 g, 甘草6 g, 佛手15 g, 素馨花10 g, 郁金15 g。共处方28剂, 每日1剂, 煎服法同前。

2020年8月2日八诊: 患者服上药后一直无不适症状, 故未前来就诊及复查, 其于2020年7月31日在广州中医药大学第一附属医院复查胃镜示: 胃窦黏膜充血水肿, 少许糜烂灶(活检), 未见溃疡, 蠕动好。病理检查结果显示: (胃窦)轻度慢性浅表性胃炎。诊断: 慢性浅表性胃炎伴糜烂。

按: 本病案患者初诊以胃胀、暖气、早饱、喜叹息、大便烂为主症, 由于Hp(+), 结合胃镜结果与症状, 先予抗Hp四联药物治疗2周。二诊结合舌脉, 辨证为脾虚肝郁。周福生教授认为, 胃镜和病理检查所见可作为中医望诊的延伸, 患者胃镜下见胃窦黏膜颗粒样改变, 活检显示慢性萎缩性胃炎伴腺体低级别上皮内瘤变, 说明在脾虚肝郁基础上合并湿热血瘀, 属虚实夹杂。治疗当扶正祛邪、标本兼顾, 治法以健脾补气、疏肝行气为主, 佐以清热祛湿、解毒活血, 方以柴芍六君子汤加减。方药中以乌药代替陈皮, 加强行气止痛之功; 因患者以胃失和降为主, 故去柴胡之升散, 改用紫苏梗、佛手、砂仁配合白芍加强疏肝行气、和胃降逆之功; 加用半枝莲、八月札以清热解毒、祛湿、抗肿瘤, 三七活血化瘀。全方共奏健脾疏肝、行气祛湿、活血解毒之效。患者服药后症状明显改善, 2个月后胃胀明显好转、无暖气反酸, 此时可适当减弱行气之力, 加强健脾益气, 故去紫苏梗, 加太子参。服药期间患者曾一度出现咽部异物感、烧心、眠差、心悸等症状, 此乃在服用健脾疏肝中药后出现的症状, 根据心胃相关理论, 在原方基础上去乌药、佛手, 改用夜交藤、合欢皮以养心安神。治疗4个月, 复查胃镜显示慢性萎缩性胃炎已逆转为非萎缩性胃炎, 此时邪气渐退, 为防止死灰复燃, 需进一步加强健脾益气、活血化瘀, 并不忘疏肝解毒、祛湿活血, 故六诊时方中加入桂枝、干姜进一步顾护脾胃阳气, 减量使用半枝莲和八月札, 同时加入玄胡、香附以加强活血化瘀, 柴胡、郁金疏肝, 夜交藤养心安神。该方服用5个月, 患者无不适症状。七诊时稍变换疏肝行气之中药, 治法不变。整个治疗过程中, 健脾益气、疏肝行气一以

贯之,结合胃镜所见与病理检查结果,佐以清热祛湿、解毒活血,这是本病案的总治法与调护原则。中药治疗4个月后逆转为慢性非萎缩性胃炎,继续延期治疗6个月,其后随访,3年未见复发,充分体现了周福生教授宏观辨证与微观辨证结合,辨病、辨证与辨质三位一体的辨治思想,以及顾护脾胃、重视气机升降、扶正祛邪、治养结合的治护原则,体现了慢性萎缩性胃炎“近期治疗-中期治疗-延期随访”整体方案的确切疗效。

参考文献:

- [1] RUGGE M, CORREA P, DIXON M F, et al. Gastric mucosal atrophy: interobserver consistency using new criteria for classification and grading [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2002, 16(7): 1249-1259.
- [2] ANNIBALE B, CAPURSO G, LAHNER E, et al. Concomitant alterations in intragastric pH and ascorbic acid concentration in patients with helicobacter pylori gastritis and associated iron deficiency anaemia[J]. *Gut*, 2003, 52(4): 496-501.
- [3] 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)[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2018, 26(2): 121-131.
- [4] 罗仕娟, 吴庆和, 王静, 等. 艾灸联合中药治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. *新中医*, 2014, 46(6): 69-70.
- [5] 左婷婷, 郑荣寿, 曾红梅, 等. 中国胃癌流行病学现状[J]. *中国肿瘤临床*, 2017, 44(1): 52-58.
- [6] 赵霞, 潘华峰, 刘静. 慢性萎缩性胃炎与细胞凋亡和增殖的研究进展[J]. *江西中医学院学报*, 2005, 17(3): 79-80.
- [7] 黄帝内经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 53, 95, 391.
- [8] 张仲景. 金匱要略方论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 3.
- [9] 陈冠林, 罗琦, 陈坚雄. 周福生中医学验传薪[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 3, 66, 188, 23.
- [10] 陶双友, 梁嘉恺, 刘佳, 等. 周福生教授治疗萎缩性胃炎的经验介绍[A]//广东省肝脏病学会. 2012年(第3次)广东省肝脏病学会中医药学专业委员会学术会议暨国家继续教育项目《中西医结合治疗肝病进展学习班》论文汇编[C]. 广东东莞: 广东省肝脏病学会, 2012: 181-183.

【责任编辑: 贺小英】

李宜瑞从脾论治儿童孤独症谱系障碍探讨

林晓玲¹, 汤顺莉¹, 刘华² (指导: 李宜瑞²)

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东广州 510405)

摘要: 孤独症谱系障碍(ASD)是一组以社交障碍、语言障碍、兴趣狭窄和刻板行为为主要临床特征的疾病,目前病因尚未明确。李宜瑞教授认为,儿童ASD病因为先天禀赋不足、后天脏腑失养;基于小儿“脾常不足”及“脾藏意与智”“脾主四脏”“脾升胃降”等理论,李宜瑞教授提出“脾养神”的观点,并运用该理论指导临床治疗,通过健运脾胃治本(太子参、茯苓),辅以化痰(白术、半夏、石菖蒲)、消积(山楂、莱菔子、炒麦芽)、调气(枳壳、厚朴)治标,以达到“脾健智增”之效。李宜瑞教授认为,“调理脾胃”这一原则应贯穿ASD患儿治疗始终。同时需配合心理疏导及生活调摄,可取得确切疗效。

关键词: 儿童孤独症谱系障碍; 脾养神; 健运脾胃; 化痰; 消积; 调气; 李宜瑞

中图分类号: R272.6

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1254-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.06.031

收稿日期: 2020-08-14

作者简介: 林晓玲(1993-),女,在读硕士研究生; E-mail: 932334786@qq.com

通讯作者: 刘华(1975-),女,医学博士,主任医师,硕士研究生导师; E-mail: liuhua0321@126.com

基金项目: 李宜瑞全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2018]134号)