



慢性 萎缩性胃炎 中医证治

蔡慎初 主编



MAN XING
WEI SUO XING
WEI YAN

ZHONG YI ZHENG ZHI

上海科学普及出版社



封面设计：诸黎敏



MAN XING WEI SUO XING WEI YAN

ZHONG YI ZHENG ZHI

ISBN 7-5427-3063-0



9 787542 730633 >

定 价： 12.00 元

慢性萎缩性胃炎 中医证治

蔡慎初 主 编

上海科学普及出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

慢性萎缩性胃炎中医证治/蔡慎初主编. —上海: 上海科学普及出版社, 2006. 6
ISBN 7-5427-3063-0

I. 慢… II. 蔡… III. 慢性病; 萎缩性胃炎—
中医治疗法 IV. R259. 733

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 020775 号

责任编辑 宋惠娟

慢性萎缩性胃炎中医证治

蔡慎初 主编

上海科学普及出版社出版发行

(上海中山北路 832 号 邮政编码 200070)

<http://www.pspsh.com>

各地新华书店经销 上海新文印刷厂印刷

开本 850 × 1168 1/32 印张 6 字数 132 000

2006 年 6 月第 1 版 2006 年 6 月第 1 次印刷

印数 1—5100

ISBN 7-5427-3063-0/R · 315 定价: 12.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题
请向出版社联系调换

内 容 简 介

慢性萎缩性胃炎是指不同病因引起的胃黏膜的慢性炎症和固有腺体的萎缩，常伴有肠上皮化生、不典型增生，被认为与胃癌有一定关系。而胃癌在我国为高发的肿瘤，因此慢性萎缩性胃炎引起国内外医学界的广泛关注，对该病进行了广泛深入的探讨与研究，并取得了进展。

本书介绍了中医药治疗慢性萎缩性胃炎的精华及现代医学在诊断慢性萎缩性胃炎方面的最新研究进展。全书共分为七章，主要包括慢性萎缩性胃炎的概述，介绍了现代及古代名老中医治疗慢性萎缩性胃炎的特色与经验；阐述了慢性萎缩性胃炎的病因、病机、证治、预防调摄、食疗、体疗、常用中药与方剂等，体现了作者对慢性萎缩性胃炎的独到认识，同时还介绍了慢性萎缩性胃炎的中西医证治，本书体现了科学性、实用性，适合中西各级医务人员参考，也可供广大患者及家属阅读。

前 言

慢性萎缩性胃炎是一种常见病，随着年龄的增长，发病率逐渐增高，且病程长，易反复发作，被认为与胃癌有一定相关性，因此，越来越受到国内外医学界广泛重视。近年来中医药治疗慢性萎缩性胃炎也取得了令人可喜的成果和经验，为此，我们组织编写了这本书。

该书是由全国第三批老中医药专家蔡慎初教授担任主编，蔡教授从事慢性萎缩性胃炎的临床实践工作已三十八年，深刻体会到中西医结合治疗本病有一定优势。参加该书编著的作者均是业务骨干，他们长期在临床一线工作，都具有扎实的中医基础理论功底、丰富的临床经验和一定的科研能力，是浙江省中医胃癌重点专科的主要成员。书中既有他们对中医理论的探析，更有他们临床经验的总结和现代科技的体现。

由于我们专业水平有限，书中不足之处在所难免，我们殷切希望广大中、西医各级医务人员提出宝贵意见，以利改进提高。

目 录

第一章 概述	1
第一节 慢性萎缩性胃炎定义	1
一、定义	1
二、中医相应的病证名	4
第二节 现代中医对慢性萎缩性胃炎的认识	6
一、董建华诊治经验	6
二、朱良春诊治经验	9
三、徐景藩诊治经验	10
四、陈泽霖的诊治经验	11
五、陈泽民诊治经验	12
六、张镜人诊治慢性萎缩性胃炎经验	15
七、翟济生以温中法为主治疗萎缩性胃炎	16
八、赵金铎诊治经验	18
九、张羹梅以补为主治疗萎缩性胃炎	20
十、路志正诊治经验	20
十一、马山诊治经验	21
十二、许芝泉诊治经验	23
十三、张泽生诊治经验	24
十四、王子俊诊治经验	25
十五、孙咸茂诊治经验	25
十六、贺清义诊治经验	26
十七、蔡妙珊治疗慢性萎缩性胃炎经验	27
十八、单兆伟治疗萎缩性胃炎伴中度以上肠化、 不典型增生的临床经验	28
第三节 历代中医对慢性萎缩性胃炎的认识	30

一、《内经》对脾胃病的认识	31
二、张仲景对脾胃病的认识	32
三、张元素对脾胃病的认识	34
四、李杲创立脾胃学说	35
五、叶天士论胃阴论	37

第二章 中医证治经验 38

第一节 慢性萎缩性胃炎的病因病机 38

一、病因	38
二、病机	42

第二节 慢性萎缩性胃炎的中医证治 45

一、辨证论治	45
二、对症治疗	63
三、慢性萎缩性胃炎治疗体会	84

第三节 常用中药及辨证用药体会 91

一、理气药	91
二、温里药	97
三、化湿药	101
四、活血药	106
五、清热药	109
六、降逆药	111
七、制酸药	115
八、补益药	116
九、消导药	121
十、其他	124

第三章 中西医结合证治	125
第一节 幽门螺杆菌相关性胃炎的中西医结合治疗	126
第二节 慢性萎缩性胃炎的微观证治研究	128
第三节 慢性萎缩性胃炎的中西医结合防治	130
第四节 慢性萎缩性胃炎的实验研究概况	132
第五节 中西医结合治疗存在的问题与展望	137
第四章 常用方剂	139
一、肝胃不和型	139
二、寒邪犯胃型	140
三、肝胃郁热型	141
四、食滞肠胃型	142
五、胃络瘀阻型	142
六、肝胃阴虚型	142
七、脾胃虚弱型	143
第五章 预防和调摄	145
第一节 中医预防原则	145
一、未病先防	145
二、既病防变	146
第二节 预防调摄方法	148
一、畅情、调心、静神	148
二、适起居、顺自然	150
三、调饮食	156
四、调理脾胃功能	159

第六章 饮食疗法	160
一、慢性萎缩性胃炎并发贫血的饮食调养	161
二、慢性萎缩性胃炎伴心烦、失眠食疗方	161
三、慢性萎缩性胃炎不同证型的饮食疗法	162
第七章 体育疗法	175
一、自我按摩法	175
二、体疗法	176
三、其他体疗法	176
四、药浴疗法	177
参考文献	179

第一章 概 述

第一节 慢性萎缩性胃炎定义

一、定义

慢性胃炎是胃黏膜对损伤的炎症反应，是世界各国普遍存在的消化道常见疾病。慢性萎缩性胃炎的概念早在1947年由Schindler首先提出，当时将慢性胃炎分为浅表性、萎缩性和肥厚性3类。1972年Whitehead将胃炎分为浅表性胃炎和萎缩性胃炎2种，1973年Strikland将病因免疫因素加入分类中，根据病变部位进一步将慢性萎缩性胃炎分为A、B两型。1990年，第九届世界胃肠疾病学术会议由Misiewicz和Tytgat提出悉尼胃炎分类法。它由组织学和内镜两部分组成。组织学以病变部位为核心，以腺体有无萎缩为基础，确立了3种基本诊断：①急性胃炎②慢性胃炎③特殊类型胃炎。内镜部分以肉眼所见描述为主，确定7种内镜下的胃炎诊断，其中包括了慢性萎缩性胃炎的诊断。

自从带活检钳的消化道内镜问世和应用以来，通过对消化道黏膜活检的病理检查，逐渐对消化道黏膜的各种癌前病变有所认识。根据WHO 1980年专家会议关于“癌前病变的组织学定义”，将癌前变化（precancerous changes）

分为两个范畴：①癌前状态（precancerous condition）：属临床范畴，指某些具有癌易发倾向的疾病。②癌前病变（precancerous lesions）：属病理范畴，指容易发生癌的一组病理组织学变化，即异型增生。

慢性萎缩性胃炎和肠化，是胃癌前状态中最常见的一类，其主要的特征变化是胃黏膜的慢性炎症和固有腺体的萎缩，并常伴有不同类型的胃黏膜上皮和腺体的化生。根据病变的部位、萎缩和化生的成分以及发病原因，慢性萎缩性胃炎可分为甲（A）和乙（B）型两类。

1. 甲型慢性萎缩性胃炎

常发生在胃体，表现为胃体固有腺（包括壁细胞、主细胞及黏液分泌细胞）的萎缩，甚至完全消失；可伴有腺颈部黏液细胞的增生和替代胃腺体，出现幽门腺化生或由上皮和腺体替代，形成肠绒毛样的黏膜，即肠化，胃体黏膜严重萎缩以至正常的皱壁消失。少数患者可出现恶性贫血，或由于维生素 B₁₂ 缺乏出现外周神经症状。此类胃炎具有遗传性和家族性倾向，属自身免疫性疾病。此类胃炎在北欧等国家比较多见，但在我国比较少见。

由于胃体萎缩而胃窦常保持完整，患者常出现胃酸缺乏，而胃窦胃泌素细胞（G 细胞）代偿性增生和分泌增加，可出现高胃泌素血症，甚至发生胃内分泌细胞的结节状增生。此类胃炎并发胃癌的机会据估计比一般人群高 2~3 倍，并以胃体癌为其特征。如胃镜活检发现重度异型增生或明显癌变则为胃切除的手术指征。

2. 乙型慢性萎缩性胃炎

占所有慢性萎缩性胃炎病历的绝大多数（95%），年轻人少见（10%），随年龄的增长而增多，并逐渐扩大和加重。起初常为多灶性分布在胃角和胃窦小弯附近，以后

可向胃近端扩展，并融合而呈弥漫性分布。其组织学表现可变，早期炎细胞浸润限于胃黏膜胃小凹水平的浅层，为慢性浅表性胃炎；随病情进展，炎症向胃黏膜胃腺体所在的深层发展，并伴有幽门腺的萎缩，遂成为慢性萎缩性胃炎。若该病为活动性，则在上皮和固有层内可有中性粒细胞浸润，并可伴有表面糜烂；若为非活动性则固有层中只有慢性炎细胞浸润。及至晚期，炎症可不明显而以萎缩为主要表现。由于病变主要在胃窦部，故胃酸缺乏及恶性贫血少见。除非病变广泛扩展，与甲型胃炎不能区别，这种合并的类型称为甲乙型（AB型）胃炎。

乙型慢性萎缩性胃炎在胃癌高发地区的发病率很高，于活动性炎症时在胃表面或胃小凹的黏液层内常可见幽门螺杆菌（Hp）。Hp在乙型胃炎的许多病例中常起病因学作用。因为70%~90%有活动性乙型胃炎的活检中可发现Hp菌或培养出此菌。如用药物（如铋剂）或抗生素治疗根除Hp后，胃炎活动性可减轻以至消失。故认为Hp菌可引起慢性萎缩性胃炎的活动性炎症，并破坏黏膜屏障，使病情发展，甚至形成溃疡。

乙型慢性萎缩性胃炎常伴有肠化。近年来应用黏液组织化学和酶组织化学等技术把肠化分为完全型和不完全型。在有肠化的胃黏膜上，发生“肠型”胃癌的机会还是比非肠化的胃黏膜为高。故在胃癌高发区乙型慢性萎缩性胃炎和肠化仍是胃癌最常见癌前变化。至于它们的癌变率究竟有多少，各家报导相差甚大，长期随访的结果认为在10%左右（8.6%~13%）。因此对慢性萎缩性胃炎患者，尤其是对大肠型不完全肠化或有中度异常增生以上的胃癌高危人群，应进行随访监护，注意其癌前变化的动态演变，是当前胃癌二级防治工作的重要手段之一。

二、中医相应的病证名

中医无慢性萎缩性胃炎的病名，根据其临床表现特点，可分属于中医“胃脘痛”、“痞满”、“呕吐”、“呃逆”、“嘈杂”等范畴。

胃脘痛，简称“胃痛”，古代文献中常称本病为“心痛”，源于胃肠疾病，以胃脘部近心窝处经常发生疼痛为主症的病证。可呈持续性，也可阵发性发作，常伴见脘闷、纳呆、嗳气、大便不调等症。临床多由感受外邪、饮食伤胃、肝气犯胃、脾胃虚弱等原因引起。本病在《内经》即有明确记载，《灵枢·邪气脏腑病形》篇中说“胃病者，腹胀，胃脘当心而痛”。并较早认识到胃痛发病与肝郁有关，正如《素问·六元正纪大论》所说：“木郁之发……民病胃脘当心而痛。”《千金要方·心腹痛》所列九种心痛，则多指胃痛而言；后世医家逐渐认识两者区别的重要性，将两者严格区分，如《证治准绳·心痛胃脘痛》指出：“或问丹溪言心痛即胃脘痛然乎？曰心与胃各一脏，其病形不同，因胃脘痛处在心下，故有当心而痛之名，岂胃脘痛即心痛者哉？”

痞满在《内经》中称为痞、满、痞满、痞塞等。临床是以心下痞塞、胸膈满闷、触之无形、不痛、食欲不振为主要证候特征的病症。由外邪内陷、饮食不化、情志失调、脾胃虚弱等原因导致脾失健运、胃失和降、气机升降失常而引起，多慢性起病，时轻时重，反复发作，缠绵难愈。发病和加重常与饮食、情志、起居、冷暖等诱因有关。临床上有实痞与虚痞之分。本病最早见于《内经》，《素问·至真要大论》曰：“心胃生寒，胸膈不利，心痛痞满。”《伤寒论》对本证的理法方药论述颇详，如“但

满而不痛者，此为痞”，提出痞的基本概念，并指出该病病机是正虚邪陷，升降失调。拟定了寒热并用、辛开苦降的治疗大法，其创诸泻心汤乃治痞满之祖方。

呃逆是由于胃失和降、胃气上逆以致胃内容物上逆经口而出的病证。人体五藏六腑发生病变，有损于胃，皆可令人呕吐。本病临床多由外邪侵袭、饮食所伤、情志失调、脾胃虚弱等原因引起。祖国医学对呕吐的认识，渊源于《黄帝内经》，认为呕吐可由寒气、火热、湿浊、饮食以及胆气犯胃等引起，并提出了“上逆”的病机概念。奠定了呕吐病证的病理生理基础。张仲景秉承要旨，不仅对呕吐的病因病机有新的认识，而且，创立了呕吐病证的辨证论治体系，其中，对类似证候的鉴别与灵活组方方面尤有创见，其思路至今仍影响着中医临床论治。书中首次提出“蛔”以及“水停心下”的病因病机概念，提出苦辛酸安蛔以及“以温药和之”的治则，并设专方治疗。更立干姜黄连黄芩人参汤，开苦辛通降、益胃止呕之法门。

呃逆古称“哕”又称“哕逆”。是胃气上逆动膈而引起气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，令人不能自制为主要表现的病证。本证临床多由于饮食不节、情志失调、正气亏虚等原因导致。发病和加重多与饮食、情志、起居、冷暖、体质等诱因有关。轻重差别极为明显，如偶然突发，大多轻浅，常可自行消失，如持续不断，需给予及时的辨证治疗。《黄帝内经》称本病为哕、哕逆、呃逆。《素问·宣明五气篇》：“胃为气逆为哕。”指出呃逆发生的病因病机。《灵枢·口问篇》：“谷入于胃，胃气上注于肺，今有故寒气与新谷气，俱还入于胃，新故相乱，真邪相干，气并相逆，复出于胃，故为哕。”《金匱要略·呕

吐哕下利病脉证治》称本病为“哕”，将本病分为3种类型：属于寒呃者，如“干呕哕，若手足厥者，橘皮汤主之”；属于虚热者，如“哕逆者，橘皮竹茹汤主之”；属于实热者，如“哕而腹满，视其前后，知何部不利，利之愈”。

嘈杂是指胃中空虚、似饥非饥、似辣非辣、似痛非痛、莫可名状、时作时止的病证。其病因常有胃热、胃虚、血虚之不同。本证始见于《丹溪心法·嘈杂》，其曰：“嘈杂，是痰因火动，治痰为先。”《景岳全书·嘈杂》说：“嘈杂一证，或作或止，其为病也，则腹中空空，若无一物，似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，而胸膈懊恼，莫可名状，或得食而暂止，或食已而复嘈，或兼恶心，而渐见胃脘作痛。”

(项祖闯)

第二节 现代中医对 慢性萎缩性胃炎的认识

一、董建华诊治经验

董氏在治疗慢性萎缩性胃炎（胃痞）上往往以“通降论”为学术指导，他认为慢性萎缩性胃炎的基本病机为气机阻滞。因胃主受纳腐熟，以通为用，以降为顺。气滞于胃则升降失序，传化无由，壅塞成痞，气滞则水谷转输运化失职，而痰湿、瘀血、食积、火热随之而生。因此他治疗原则在于恢复胃的通降特性，使之能正常受纳传导，无论虚实，均贯穿通降之法，实者损之使通，虚者助

之使通。具体治疗从以下五个方面论述：

(1) 胃痞壅滞，主用通降，慎用开破：胃痞病位在胃，与肝脾关系密切，胃、肝、脾生理上相互依从，病理上互为因果，互相影响，凡胃气壅滞，或肝胃气逆，或饮食停滞，或湿热壅结，或实热壅滞、腑气不通，或胃虚脾弱、气不畅运，均可导致胃痞的发生。治疗应遵循理气通降为法则，具体用药时分上、中、下三焦和气滞所属脏腑，又要分析药性的寒凉温热。若病在上焦，用旋覆花、广郁金、柴胡、降真香等；病在中焦，选用陈皮、枳壳、香橼皮、佛手等；病在下焦则选用乌药、槟榔、小茴香、川楝子等。病在肝经，多选用柴胡、香附、娑罗子等；病在脾胃经，多选陈皮、香橼皮、大腹皮等；病在肠道，则多选用木香、枳实、槟榔等。如需温通，采用乌药、陈皮、木香、砂仁、苏梗、荜澄茄等；若需凉通，则选用枳实、川楝子、荷梗等。因胃痞多为本虚标实证，故治疗时常先通后补，或通补兼施，做到补而不碍气机，调气而不伤心，慎用开破之品，如三棱、莪术等药。

(2) 痞兼疼痛，仍气血同病，当调和气血：胃痞初起多见胃脘痞塞满闷，触之不痛，久则多兼胀痛、灼痛，或刺痛。胃为多气多血之腑，外邪内积，郁于其中，气血必受其阻。初起一般在气，日久病由气入血，气血同病。气滞则血行不利，终成血瘀。治疗采用调气以和血，和血以养阴的方法，分别制定了胀痛方、瘀痛方和虚痛方来调和胃中气血。

胀痛方组成：苏梗 10g、制香附 10g、橘皮 10g、枳壳 10g、大腹皮 10g、香橼皮 10g、佛手 10g，用于治疗气滞胃痛以胀为主。

瘀痛方有两个处方：①金延枳槟汤（金铃子、延胡