



严光俊温中通痞汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎经验

赵义宏¹, 李哲¹, 李洁^{2*}

(1. 湖北中医药大学, 湖北 武汉 430065; 2. 湖北中医药大学附属荆州市中医医院, 湖北 荆州 434000)

摘要:慢性萎缩性胃炎是一种消化系统慢性疾病,伴有胃黏膜炎性病变,临床上以脾胃虚寒型多见。严光俊教授总结多年临床经验,在“气机论”和“培土论”的基础上,自拟温中通痞汤加减治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚寒型,在临床防治中具有显著优势。

关键词:慢性萎缩性胃炎;脾胃虚寒;痞证;温中通痞

中图分类号: R573.3

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.64.028

本文引用格式:赵义宏,李哲,李洁.严光俊温中通痞汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎经验[J].世界最新医学信息文摘,2022,22(064):152-155.

0 引言

慢性萎缩性胃炎(GAC)是消化系统常见的慢性临床疾病,是指胃黏膜上皮反复受损后固有腺体减少。胃黏膜慢性炎症病变,伴有或不伴有纤维化、肠腺化生和/或假幽门腺化生^[1]。其临床表现无特异性,主要包括上腹部不适、饱胀和疼痛,可能伴有厌食、反酸、打嗝等,或无明显症状。其诊断主要依靠胃镜下观察及胃黏膜组织病理学检查。慢性萎缩性胃炎属于癌前病变的范畴,有肠化生和异型增生后胃癌的发病率可达10%^[2]。目前,现代临床医学治疗主要集中在抑酸、护胃、消除HP感染等方面,COX-2抑制剂可以改善和逆转胃粘膜萎缩、肠化生和异型增生。单纯使用西药治疗可迅速缓解不适症状,但对于CAG的复发及预后,缺乏特异性、优效性及有效的干预措施,部分患者仍无法获得满意疗效。胃癌癌前病变的概念由世界卫生组织于1971年提出,并已应用于CAG的临床实践。中医药在预防和治疗方面有其显著优势。2017年中国中西医结合协会消化系统疾病专业委员会将慢性萎缩

性胃炎分为肝胃郁热证、肝胃气滞证、脾胃湿热证、脾胃虚弱证(脾胃虚寒证)、胃阴不足证、胃络瘀血证,其中脾胃虚寒在临床上多见^[3]。严光俊教授是第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,国家重点专科的学科带头人,享受国务院特殊津贴的中医专家,已从事中医临床、科研、教学工作三十余年,临床经验丰富,以温中通痞汤为主加减化裁,对治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎发挥了重要作用。

1 病因病机

慢性萎缩性胃炎在中医古代文献中没有相关记录痕迹,是属于现代医学的病理学概念。通过不断研究、归纳、总结其临床表现及发病机制,发现与“痞症”、“嘈杂”、“呃逆”、“胃脘痛”等中医病症密切相关,属于中医学“痞证”范畴。脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎与饮食不慎、情志失调、劳倦体伤有关。《素问·异法方宜论》:“脾胃久虚之人,胃中寒则生胀满,或脏寒生满病。”脾胃虚弱,脾阳亏虚,运化无力,升降失常者,临床常表现为隐

作者简介: 赵义宏(1997-),女,2020级硕士研究生。研究方向:中医内科学(脾胃病方向);李哲(1997-),女,2020级硕士研究生。研究方向:中医内科学(脾胃病方向)。

通信作者*: 李洁(1980-),女,副主任医师,硕士研究生导师。研究方向:中医内科学(脾胃病方向)。

隐胃痛、绵绵不断、喜按喜温、劳倦或受凉后发作甚则加重，神疲，清水上泛，纳呆，四肢疲乏，手足不温，大便溏薄，舌淡，苔薄白，脉细弱等。《素问·太阴阳明论》中也指出饮食不慎，则阴邪易伤及五脏等。《脾胃论》提出劳倦体伤者，脾胃衰，容易引发痞满不适的观点。体虚劳倦者，阳气多亏虚，易感受寒邪，运化失调，则中焦气机不畅。由于劳倦过度，累及脾胃，从而脾胃虚弱、寒从中生，表现出胃胀、胃痛、痞满、便溏、肢冷等胃痞症状^[4]。

2 理论依据

“痞”，病名最早来源于《黄帝内经》，“痞证”的概念明确提出于《伤寒论》，且有经方治疗的具体描述^[5]。痞证多由于气血痰等瘀滞不通，中焦气化失常而成，其症状多表现为心下胀闷、痞满不舒，按之柔软，触之无形，压之无痛等。治疗主以“通”字立法。

慢性萎缩性胃炎的脾胃虚寒证与饮食无节、寒温不适、情志失调或劳倦所伤、久病等因素相关。《黄帝内经》云：“饮食不节，起居不时者，阴受之。”喜食寒凉之品，或暴饮暴食，熬夜等生活规律失衡，则主内的经络（如太阴经）所主的相关功能易失常，脏腑易受阴邪所伤。《临症指南医案》中有关于郁伤脾胃阳虚的相关病案，情绪失调后木郁乘脾土，则胃脘部胀痛，日久则伤及脾阳，喜温喜暖，饮食难化。《景岳全书》中有“盖脾胃之伤于外者，惟劳倦最能伤脾。”的记载，长期疲劳之人，身体虚弱，易感受寒邪，累及脾胃，脾胃阳气亏虚，易寒从中生。

脾主运化，宜升则健，胃主受纳、腐熟水谷，宜降则和。《黄帝内经》云：“脾胃者，仓廩之官”，又云“六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也”，胃为腑脏，水谷气血之海，以通为用，以降为顺，气机通降则生化有源，出入有序，通降失常则传化无由，壅滞而

病。故，胃通降失调，气机失常，则表现出噎气、呃逆、恶心欲吐等胃气上逆的症状，也可出现胃脘胀满、闷痛不适等胃气不降的表现。

“通降法”最早源于《黄帝内经》，在《伤寒论》中得到应用与发展^[6]，“胃宜降则和”的观点于清代叶天士提出后，调理脾胃以“胃主和降”理论开始广泛应用。我国首次提出脾胃“通降论”的是近现代著名中医药大师董建华院士，通过不断探索、研究不同时期医家对脾胃病的治疗，并结合多年临床诊治经验，提出了以“脾胃生理上以降为顺，病理上因滞为病，治疗上以通祛疾”为核心观点的“通降论”^[7]。严光俊教授在脾胃学说研究方面，受到了董建华院士脾胃“通降论”学说的影响，并结合江汉平原的常见脾胃病的证型特点，提出了“气机论”、“培土论”的观点：（1）气机论：气的升降出入运动简称为气机，气机正常是人体生命健康的根本，升降出入平衡失调，则各病始生。《素问·六微旨大论》云：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危，故非出入，则无以生长壮老已，非升降，则无以生长化收藏。”《景岳全书·诸气》中有“气之为用，无所不至，一有不调，则无所不病。”的记载。人体的整个生命活动离不开脏腑之气的升降出入。如若升降失调、气机出入失常、阴阳失衡，则精气不足，生机湮灭。明代，著名医家龚居中在《红炉点雪》中言“气贵顺而不贵逆，顺则百脉畅利，逆则四体违和”，人体生命活动得以正常运行的基本条件是气机通畅。脾胃乃气机升降的枢纽，脾气上升，则水谷精微得以吸收、传输，诸脏得以提升，各安其位；胃气下降则饮食下行，水谷精微经过初步消化后下移于小肠，再供给于脾运化传输奉养周身脏器。严光俊教授认为气机通降是胃的生理特点的集中体现，胃气壅滞是慢性胃病的病理特征。通降胃气是治疗慢性胃病的大法。治疗脾胃病应做到降而不伤胃气，同时也应注意脾气的运化。脾升胃降是气机通畅的关键，只

有胃气通降，脾胃功能正常，气机才得以通畅，才能正常发挥胃的传化腐熟、脾的运化升清作用。(2)培土论：严光俊教授认为，中焦之痞满不通，责之于脾虚、脾失健运、寒湿困脾，可致脾气不温，其病理关键在于通痞。只有脾具有正常的生理功能，其根本问题才能得以解决。故，严光俊教授提出了以补脾、运脾、温脾治法为基础的“培土论”。禀赋不足，长期饮食不节，或过虑多思，或久病失治等导致脾虚。补脾：脾虚，一则运化失常，易生痰湿，或凝而为饮，或积而为水，从而产生许多慢性疾病；又或运化失常，无法使水谷精微正常化生气血，导致脏腑失养，使得诸多疾病发生或久治迁延难愈。运脾：张景岳有云：“是皆脾虚不运而痞塞不开也。”运脾是治疗中焦痞证重要治法，是治疗通痞的关键。温脾：由虚寒导致的痞证，忧思所伤，亦或劳伤体倦，或饥饱失节，或脾气失运，或平素脾胃虚弱，或滥用寒凉之品而重伤脾胃所致。治宜温补脾胃，使痞满开而饮食渐进，元气恢复，痞满自通。

3 中药组成

严光俊教授针对脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎，依据其温中通降理论，并结合其多年临床经验自拟温中通痞汤加减进行防治。该方由黄芪30g、白术15g、大枣20g、吴茱萸6g、肉桂10g、白芍15g、赤芍15g、木香12g、金不换10g、沉香曲6g等组成。方中黄芪可“壮脾胃、益元气”，擅长补益中气，且有研究显示黄芪中含有的有效成分黄芪总苷可以起到保持组织结构的完整性、调节胃酸分泌、保护胃部黏膜屏障的作用^[8]；佐以白术、大枣加强补气健脾，现代药理学研究证实白术有增强胃肠道蠕动，促进胃肠分泌，增强胃黏膜修复功能，加速慢性胃炎愈合的作用^[9]；吴茱萸，味辛、苦、热，归脾、胃经，具有温中散寒、止呕、止痛之功。《本经》有云：“（吴茱萸）主温中下气，止痛，咳逆寒热，除

湿……”《本草纲目》记载：“（吴茱萸）开郁化滞，治吞酸……”故严光俊教授好用吴茱萸治疗脾胃虚寒之证，且有研究显示吴茱萸中含有的吴茱萸次碱对胃粘膜有保护调节作用^[10]；木香，辛、苦、温，归脾、胃、三焦经，有行气健脾，消食止痛之功；金不换可健胃止痛，且有研究显示其含有金不换总生物碱可消炎、抗氧化、改善胃黏膜血液循环以保护胃粘膜^[11]；沉香曲，性温，归肝、肺、胃经，是由多种中药研粉压制而成，有健脾和胃、疏肝行气之功；虚寒较甚者可再加肉桂以补火助阳、除积冷、通血脉；虚寒可致气血凝滞，故以白芍养血，赤芍活血散瘀，木香行气止痛。白芍性微寒，有清凉之功，可防温热太过。

4 病案举例

雷某某，男，56岁。中上腹反复胀痛5年余，偶有暖气，胃脘部嘈杂，伴头昏，乏力无反酸、烧心，畏寒，纳差，寐一般，大便时溏，小便频。舌淡红，苔白，根部苔微黄，脉沉。病检示：慢性萎缩性胃炎并糜烂。中医属胃脘痛，证型属脾胃虚寒、气机郁滞、胃失和降。自拟温中通痞汤加减，药用黄芪30g，吴茱萸6g，黄连3g，赤芍15g，白芍15g，甘草6g，肉桂10g，山药20g，薏苡仁20g，乌贼骨20g，浙贝母20g，茯苓15g，白术15g，木香12g，苍术12g，黄檗12g。15剂，每日1剂，水煎取汁300mL，分3次饭前半小时服用。二诊患者诉中上腹胀痛不适减轻，暖气减轻，胃脘部嘈杂减轻，头昏乏力缓解，仍畏寒，纳食好转，寐安，大便较前成形，小便频。舌脉同前。复查电子胃镜，病检回报：慢性中度萎缩性胃炎。根据病情，改肉桂12g，苍术15g，加白花蛇舌草30g。15剂，每日1剂，煎服法同前。三诊，患者畏寒减轻，偶有腹胀，余症消失，舌淡暗，苔白，脉细。守上方去黄檗、苍术、海螵蛸、浙贝母，加党参15g，丹参30g。服用15剂

后, 诸症消失。

患者发病期间未行系统化的中医中药治疗, 四诊合参, 属脾胃虚寒证, 治宜温中健脾, 理气和胃止痛。方中黄芪甘温, 补气健脾为君。黄连与吴茱萸联用, 根据二者剂量配比不同, 灵活应用左金丸与反左金丸, 前者治疗胃热证, 后者治疗胃寒证。左金丸的组方特点为黄连六倍于吴茱萸, 用治肝火, 最早出自《金匱钩玄》卷一《火》, 后收于《丹溪心法》而广泛流行。此方中吴茱萸用量反重于黄连, 故为之名约“反左金”丸, 严光俊教授喜灵活应用“左金丸”与“反左金丸”, 其中吴茱萸辛热微苦, 行气下气、散寒燥湿, 少佐黄连, 以苦助其燥, 以寒制其热, 调整用量, 可以辛开苦降而相辅相成。肉桂既能温补脾胃, 又兼温阳通脉之功效。再加患者患病已久, 久病入络, 病久必瘀, 再配赤芍以行瘀止痛, 白芍以健脾缓急止痛。患者大便溏泄, 乃脾虚运化失司, 湿邪内生, 下迫肠道, 故加用山药、苡仁、茯苓、白术、苍术健脾渗湿止泻。方中海螵蛸、浙贝母, 乃严光俊教授常用药对, 以制酸止痛之功效, 凡伴有糜烂、溃疡、反酸等表现时, 均可应用之。木香, 味辛、苦, 性温, 归脾、胃、肝、大肠经, 温中行气止痛, 健脾消食导滞, 使补而不滞, 患者首诊舌根部苔微黄, 恐下焦有热, 加用黄檗清下焦热, 另可防诸药温热太过。诸药合用, 共奏温中健脾, 和胃止痛之功, 温补而不滞, 温而不热。二诊患者症状较前均有好转, 继续一诊治疗方案, 加强温中健脾之效, 白花蛇舌草微苦, 甘寒, 清热凉血、解毒消痈, 可达到防癌抗癌的功效, 凡慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生、不典型增生者, 严光俊教授加白花蛇舌草、白英等清热解毒散结之品。三诊患者胃脘疼痛消失, 根部苔黄已消失, 故去海螵蛸、浙贝母、黄檗、苍术; 考虑“病久入深, 营卫之行涩”, 病程日久, 病邪深入, 营卫滞涩, 病久致瘀, 阻滞胃络, 故胃络气血空虚, 血行不畅, “不通则痛”, 致使胃脘部疼痛逐渐加重,

故加用丹参活血祛瘀, 通络止痛。

慢性萎缩性胃炎属于癌前病变, 具有病程长、易反复发、易癌变等特点, 其治疗对于患者的预后有着至关重要的影响。随着对其研究的不断深入, 治疗方法也在不断进步, 中医药在治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎中有一定优势。严光俊教授重视脾胃病的研究, 他认为治疗脾胃病需遵循胃以通为补, 以降为顺的基本法则, 结合自身多年经验总结, 灵活运用温中通痞汤加减治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎, 做到补中有通、温中有降, 使补而不滞、温而不壅, 使痞症得解, 诸症自消。

参考文献

- [1] 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年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(02): 121-131.
- [2] 王月平, 曹翼, 杨超茅. 中西医结合治疗老年慢性萎缩性胃炎的临床疗效和安全性评价[J]. 医学综述, 2019, 25(20): 4148-4151, 4160.
- [3] 安振涛. 慢性萎缩性胃炎中医证候规范化与客观化研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(03): 234-237.
- [4] 赵智宏与董娟, 黄建中汤辅助治疗脾胃虚寒型Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者36例临床观察[J]. 四川中医, 2017, 35(08): 158-160.
- [5] 郝长浩, 李吉彦, 沈会, 等. 从“和法”思想探析经方治疗中焦“痞证”[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12): 6955-6958.
- [6] 梁旭, 王凤云, 吕林, 等. 基于《伤寒论》对痞证的认识浅谈通降治法的应用[J]. 环球中医药, 2021, 14(04): 640-642.
- [7] 唐旭东, 董建华. “通降论”学术思想整理[J]. 北京中医药大学学报, 1995, 37(2): 45-48.
- [8] 孙雪莲. 黄芪苷对胃粘膜损伤的保护作用研究[D]. 广州中医药大学, 2011.
- [9] 祝金泉, 张焜, 黄德强, 等. 白术对胃粘膜上皮细胞功能作用的实验研究[J]. 中国内镜杂志, 2003(02): 21-23.
- [10] 王丽, 朱慧清, 沈慎思, 等. 辣椒素受体介导吴茱萸次碱对大鼠胃粘膜的保护作用[C]//. 湖南省生理科学学会2004年度学术年会论文摘要汇编, 2004: 58-59.
- [11] 吴丽萌, 赖东梅, 陈娟, 等. 金不换总生物碱治疗大鼠慢性萎缩性胃炎的实验研究[J]. 中国药业, 2011, 20(02): 27-29.