



慢性萎缩性胃炎中医“虚证”证候的辨治思路

田琳¹, 陈琴², 黄铭涵¹, 林翠丽¹, 黄晓峰¹

(1. 福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州 350003; 2. 福建医科大学附属协和医院, 福建 福州 350003)

摘要:慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是临床常见病,多见虚证或虚实夹杂证。中医辨证论治对CAG的临床诊治具有十分重要的意义,但现阶段缺乏系统的针对CAG“虚证”的辨治体系,文章以“虚证”为着力点,指出纲领性的证病结合的辨证思路。结合内镜技术,简述了内镜及病理检查下CAG“虚证”的微观表现,并阐释了微观视野下胃黏膜不同表征所体现的辨证意义。治疗上,指出须从气、阴、阳虚论治,并重视先、后天的作用,通过补益脾肾达到更好的治疗效果,据此为临床多角度、多层次辨治CAG“虚证”提供治疗思路。

关键词:慢性萎缩性胃炎;中医证候;虚证;辨治思路

中图分类号:R256.3

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2024)07-0024-03

Thoughts on Differential Diagnosis and Treatment of Deficiency Syndrome of Chronic Atrophic Gastritis in Traditional Chinese Medicine

TIAN Lin¹, CHEN Qin², HUANG Minghan¹, LIN Cuili¹, HUANG Xiaofeng¹

(1. The Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003, Fujian, China;
2. Union Hospital Affiliated to Fujian Medical University, Fuzhou 350003, Fujian, China)

Abstract:Chronic atrophic gastritis (CAG) is a common clinical disease, it is common to see deficiency syndrome or mixed syndrome of deficiency and excess. Syndrome differentiation and treatment has great significance to the clinical diagnosis and

基金项目:国家自然科学基金项目(82174365);福建省自然科学基金项目(2020J01253);福建省卫健委中青年骨干人才培养项目(2019-ZQN-79)

作者简介:田琳(1996-),女,四川南充人,硕士,研究方向:中医脾胃病。

通讯作者:黄铭涵(1978-),男,福建莆田人,副主任医师,硕士,研究方向:消化系统疾病的临床与基础。E-mail:huangminghan2010@163.com。

配合用和法,和枢机,解郁结,利三焦,化水饮。灵活变通加减应用,在前人经验基础上去拓展新的诊疗思路。

参考文献

- [1] 廖华君,张雯,朱章志,等.立足六经探讨张仲景辨治心悸的研究[J].中华中医药杂志,2019,34(9):3939-3942.
- [2] 罗富锟,金子轩,于悦,等.心律失常的中医认识与经方治疗策略[J].中国中药杂志,2023,48(10):2613-2619.
- [3] 薛丕良,李丽琦,杜虹韦,等.《伤寒杂病论》对心悸的论述及应用体会[J].中国医药导报,2021,18(15):175-179.
- [4] 唐飞,刘建和.小柴胡汤和解少阳治疗心悸[J].中医药临床杂志,2020,32(2):256-258.
- [5] 邱月清,王振涛.和法辨治心悸探析[J].国医论坛,2022,37(2):17-18.
- [6] 李李.小柴胡汤对少阳病”和”法论治的探讨[J].饮食科学,2018(10):16.
- [7] 王政山,沈福珍.基于“少阳为枢”谈柴胡类方临床应用[J].环球中医药,2022,15(8):1393-1396.
- [8] 蔡然,宋轶.《伤寒论》六经辨治心悸探析[J].国医论坛,2022,37(4):4-6.
- [9] 赵云川,陈曦,曾宪彪,等.从三焦气化理论探析《金匮要略》水气病[J].中医药临床杂志,2022,34(6):1016-1019.

- [10] 曹魏,尹冰,白长川.白长川少阳水气病经气一体、寒温同治探析[J].实用中医内科杂志,2011,25(8):6-7.
- [11] 李义松,李娟.陈五一从燮理少阳疏利三焦论治心悸经验介绍[J].新中医,2020,52(23):191-193.
- [12] 谢天峰.小柴胡汤治疗心悸举隅[J].临床医学研究与实践,2017,2(21):100-101.
- [13] 盘晓芳,韩璇雪,左明明,等.浅谈小柴胡汤在《伤寒论》中的运用规律[J].中医临床研究,2023,15(3):25-29.
- [14] 张芳,孙培养,刘辉.冠心病心律失常中医治疗概况[J].实用中医内科杂志,2022,36(12):47-49.
- [15] 李悦,朱灵妍,裴福荣,等.近20年心律失常中医证候分布规律的文献分析[J].世界中医药,2023,18(17):2474-2479.
- [16] 徐亚,刘岩.中医经方防治心律失常研究进展[J].中医临床研究,2022,14(33):25-28.
- [17] 奚然然,付书璠,赵永璐,等.从性味配伍探析小柴胡汤组方特点及临床运用[J].江西中医药,2022,53(10):15-17.
- [18] 宋锦华,刘秀萍.小柴胡汤和枢机治疗糖尿病刍议[J].环球中医药,2019,12(6):946-949.
- [19] 韩啸,谭祥,李军祥.基于少阳为枢理论谈脾胃病从胆论治[J].环球中医药,2019,12(10):1551-1554.

(本文编辑:张丽)



treatment of CAG, but there is no systematic diagnosis and treatment system for CAG “deficiency syndrome” at the present stage. Taking “deficiency syndrome” as the focal point, this paper points out the programmatic syndrome differentiation idea of the combination of syndrome and disease. Combined with endoscopic technology, this paper briefly describes the microscopic manifestations of CAG “deficiency syndrome” under endoscopy and pathological examination, and explains the syndrome differentiation significance of different representations of gastric mucosa in microscopic vision. In terms of treatment, it is pointed out that it is necessary to treat deficiency of Qi and Yin, and pay attention to the role of antecedent and acquired, so as to achieve a better therapeutic effect by tonifying the spleen and kidney, from this to provide treatment ideas for clinical multi-angle and multi-level differentiation and treatment of chronic atrophic gastritis “deficiency syndrome”.

Keywords: chronic atrophic gastritis; syndrome of traditional Chinese medicine; deficiency syndrome; thinking of differentiation and treatment

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是以胃黏膜固有腺体萎缩甚至消失、胃黏膜变薄, 伴或不伴肠腺化生、幽门腺化生, 或有不典型增生为特征的慢性消化系统疾病。根据主要症状的不同, 可诊断为中医“胃痞”“胃痛”“嘈杂”等疾病, 是中焦脾胃常见病、多发病。临床上患者常出现上腹部隐痛、胀满、纳呆、乏力、消瘦等症状。中医认为 CAG 多因脾胃亏虚而起, 或夹痰瘀、或兼肝郁、或见湿热, 其基本病机在于本虚标实, 正如《杂病源流犀烛》所云: “痞满, 脾病也, 本由脾气虚, 及气郁运化, 心下痞塞满”。根据 CAG “本虚”的病机特点, 从“虚证”角度多层次阐述 CAG 的中医辨证思路, 可为中医药防治该病提供积极借鉴。

1 CAG“虚证”的辨证思路

虽然中医学者对于 CAG 的辨证分型存在差异, 但对其病因病机本质的认识是基本相同的。《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》^[1] 将 CAG 实证分为肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃湿热证、胃络瘀血证, 虚证分为脾胃虚弱证 (脾胃虚寒证)、胃阴不足证。是中医学者运用中国传统医药理论治疗疾病的基础与重要手段, 通过辨证总结疾病发展过程中某个阶段的病理本质, 从而把握疾病的病因病机。

1.1 以辨病为纲, 辨证与辨病相结合

辨证论治是中医诊治疾病的核心环节, 中医辨证理论体系, 对 CAG 的临床诊治具有重要的指导意义, 但 CAG 临床表现多样、轻重不一, 缺乏特异性。脾胃属土, 居中央灌四旁, 为全身气机升降之枢纽, 同时受纳水谷, 与外界相通。这些生理特性及功能使脾胃成为易受邪之地, 受药食、情志、气候等因素影响, 使症状时常发生变化。因此, 中医辨证 CAG 时常无确切的症状为依据, 使得辨证结果常缺乏准确性, 且时效性较短。同时, 随着现代医疗检验技术与手段的迅速发展, 通过体检发现的 CAG 的患者日益增多, 此类患者常常无明显不适, 但仍有治疗的需求与必要性。因此, 辨病也是必不可少的治疗手段, 在结合现代诊断技术之前, 中医辨病多通过疾病的主要症状做出诊断。以 CAG 为例, 当主症为胃脘疼痛时, 可诊断为胃痛; 主症为胃脘胀满者, 则诊断为胃胀, 诊断依据存在原始、粗略等缺陷。现代医学的发展与应用, 可通过检查结果明确诊断, 或排除某些疾病, 使中医辨病更加科学、准确。因此, 对 CAG 不应拘泥于固有思维, 粗略地根据症状进行辨病, 应结合现代技术, 以辨病为纲, 辨证为目, 进一步准确的判断、评估病情, 选择最适宜的治疗方法。现代医学所诊断的“病”和中医辨证的“证”相结合, 称为病证结合模式。这种辨病、辨证相结合的模式, 在近年临床实践中, 已被证实是一种可行和务实的方法^[2]。

1.2 结合现代诊疗技术的“微观”辨证

王清任云: “……病因之于内, 必形于外”。随着现代医学的发展, 中医学者就逐渐意识到, 此“外”已非只是肉眼所及之处, “微观”辨证应运而生。1986 年, 沈自尹首先提出微观辨证的概念, 在微观辨证提出之初, 就与现代诊疗技术有着不可分割的联系。《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见 (2017)》^[3] 中提出了内镜下的微观辨证, 指利用消化内镜技术, 观察胃黏膜的颜色、质地、蠕动、分泌物及黏膜血管等表象, 以黏膜像为切入点, 指导辨证分型, 为中医辨证论治提供了新方法和新思路, 提高了 CAG 辨证的准确性。尤其是在患者未见明显不适、无证可辨的情景下, 结合现代诊疗技术, 如电子胃镜、病理检查等, 辨析 CAG 的中医证型, 为下一步论治提供可靠的临床依据。在 CAG “虚证”微观辨证过程中, 已有学者^[4-5] 提出, 不同证型在胃镜下的黏膜像有着不同的表现, 如属脾胃虚弱证 CAG 患者胃黏膜多苍白或灰白, 黏膜变薄, 皱襞细少、低平, 黏液稀薄而多, 或黏膜水肿, 黏膜下血管清晰可见, 胃蠕动减弱; 胃阴不足证黏膜像则表现为黏膜表面粗糙不平, 变薄变脆, 分泌物少, 皱襞变细或消失, 呈龟裂样改变, 或黏膜下小血管网透见, 较少见出血点。上述胃镜下黏膜像变化基本符合对应证型的病理改变。微观辨证不仅可借助消化内镜, 还可通过病理检查来完成更进一步的“微观”辨证, 为中医分型提供更多的客观依据。研究发现, 普通白光内镜下萎缩与病理诊断萎缩的符合率较低, 尤以轻度萎缩的符合率最低^[6]。病理检查是诊断疾病的金标准, 积极探索、分析病理检查层面的微观表现, 可进一步增强中医辨证的严谨性和准确性。有研究^[7] 证实, 脾胃虚弱证患者胃黏膜组织中、重度萎缩发生率较高; 胃阴不足证患者胃黏膜组织轻度萎缩发生率最高, 可达 73.3%。而 CAG 辨证属虚证者, 发生肠化、糜烂的概率明显低于“脾胃湿热”“胃络瘀阻”等实证^[8]。上述病检的结果亦可与所属证型的病理特征相对应, 虚证者与实证者相比, 较少发生肠化、糜烂等正邪剧烈交争的病理改变。这些研究结果提示, 电子胃镜、病理检查可提供可靠的辨证依据。作为传统中医视、触、叩、听的延伸, 临证可将中医辨证应用于电子胃镜及病理检查中, 以提高辨证的准确性。CAG 作为公认的癌前疾病, 特别是伴有异型增生、肠化时, 更应警惕恶化的风险。这种特殊性使得中医的宏观辨证无法充分了解病情, 也无法准确评估治疗效果。将电子胃镜、病理检查等作为辨证对象进行微观辨证, 可进一步开阔临床视野, 发挥中医善治疑难杂症的优势, 提高诊疗疗效。

2 CAG“虚证”的治疗思路

2.1 从气、阳虚论治

“萎”可解说为枯萎、衰落, “缩”亦有后退、减小之意, 即可



见 CAG“虚”的病机本质。《素问·评热病论篇》曰：“邪之所凑，其气必虚”，在辨治 CAG 时，应注重从“虚”论治。有学者认为脾胃气虚是 CAG 发病的根本原因，并贯穿疾病的始终^[9]。因此，当 CAG 虚证表现突出时，治疗上更应重视脾气亏虚。在中医学中，“气”可分为元气、水谷之气及清气。这里的脾胃之“气”，主要指的是水谷之气。脾胃之气推动脾胃发挥正常生理功能，促进全身气、血、津液的生成与输布，且具有抵御外邪、促进自身修复的作用。当脾胃气虚时，无力运送精微物质营养胃腑，胃腑失于温养，则见腺体萎缩，黏膜变薄，发为萎缩性胃炎。胃主受纳，腐熟水谷，与外界相通，易受邪扰，且胃为多气多血之腑，最易滋生邪毒。当脾气虚弱、无力顾护时，邪毒致病，则发生胃黏膜炎症、糜烂、异型增生，甚至进展为恶变。气虚日久，则易逐渐进展为阳虚，病变进一步加重，更难逆转，即所谓“气虚乃阳虚之渐，阳虚乃气虚之甚”，阳虚多责之脾肾，表现为中阳不足、元阳虚衰。有研究^[10]显示，阳虚患者更易发生中、重度肠化。因此，从阳虚论治阻断疾病的进一步发展，对辨治 CAG 有重要意义，如《素问》中云：“阳气固，虽有贼邪，弗能害也”。

2.2 从阴虚论治

疾病初期，辨证以脾胃气虚为主，而阴虚不甚。当脾胃久虚，耗精伤血，则可致胃阴不足，出现胃脘隐痛、灼烧感、痞闷嘈杂等 CAG 常见的临床症状。“胃阴”有着十分广泛的内涵，既指胃中液体，也指胃通降下行、喜润的生理功能与特性。叶天士在《临证指南医案·脾胃》中云：“太阴湿土，得阳始运，阳明燥土，得阴自安，以脾喜刚燥，胃喜柔润也”“胃为阳土，非阴柔不肯协和”。可见，胃之本性喜润而恶燥，治疗时投以甘凉、濡润等养阴之品，则胃阴得安，则诸症除。现代医学将胃内分泌物统称为胃液，主要成分有水、电解质、胃蛋白酶原、脂肪酶等^[11]，这些由各种腺体分泌的物质，中医均称之为“阴液”“阴津”，是“胃阴”的重要组成部分。胃黏膜、腺体萎缩及分泌物减少等 CAG 的重要病理改变，也属于“胃阴不足”的范畴。胃的生理功能、特性及病理特点，均体现出“胃阴”在 CAG 辨治过程中的重要实践意义。

2.3 从先、后天不足论治

CAG 病位在脾胃，可涉及肝、肾等脏腑，尤以脾、肾为主。本病病程较长，多由外感邪气、饮食不节、七情内伤等因素所致。多种实邪反复侵袭脾胃，使脾胃日渐衰弱，致虚实夹杂，甚或至虚无实。脾胃为后天之本，气血生化之源，输布水谷精微至五脏六腑、四肢百骸。机体病变均与脾胃有着不同程度的联系，故有“百病皆由脾胃衰而生”之说。脾胃乃机体营养之“源泉”，肾则为“脏腑之气”的根本。中医学对 CAG 与肾关系的论述较少，肾为水、火共生之脏，可推动脏腑气化、调节脏腑功能。同时，肾藏真阴而寓元阳，为水火之宅、一身阴阳之根本，故肾有先天之本之称。CAG 的发病率随年龄增长而不断增高^[12]，提示该病的发生与肾气渐衰密切相关，如陈世铎《辨证录·中满门》中曰：“人有患中满之病……人以为脾气之虚，谁知是肾气之虚”。张景岳在《求证录》中言：“命门为元气之根……五脏之阳气，非此不能发，五脏之阴气，非此不能滋”。

脾、肾二脏在机体中各自发挥着至关重要的作用，在生理上也相辅相成、相互资生，共同维持、协调人体生长发育及代谢

等机能，在病理上更可相互影响。脾胃阳气虚衰日久，“穷极必肾”，可使肾阳不展，火不暖土，又可使脾胃失于温煦，肾阴亏虚，则胃阴失于濡养。《医宗必读》有云：“肾兼水火，肾安则水不挟肝上泛而凌土湿，火能益土运行而化精微，故肾安则脾愈安”；《景岳全书》曰：“水谷之海赖先天为之主，而精血之海又必赖后天为之资”。因此，脾、肾机能充沛是防治 CAG 的重要基础。

遗传因素也是 CAG 发生的重要病因之一。中医学认为，先天禀赋不足、脾胃素虚，可致胃腑损伤，变生疾病。《灵枢·决气》曰：“两神相搏，合而成形，常先身生，是为精”。禀赋“遗传”自父母之精，禀于先天，在于肾，肾藏精，精生髓，决定人体生长壮老已，并极大影响着疾病的发生与转归。要从根源上防治 CAG，首先需从先天论治。但遗传倾向也并不意味着必发此病，亦受后天所处环境、饮食等影响。

3 小结

中医药对 CAG 的治疗虽有独特优势，但也存在着中医药研究的常见弊病，如缺乏临床证据、科学评价标准尚未建立完善等。因此，临床辨治 CAG 时，应结合现代医学将辨病、辨证紧密结合，不断完善病证结合的诊疗模式，以期进一步提高临床疗效。应总结本病不同证型在电子胃镜、病理活检中的微观表现，建立系统、科学、联系实际的中医辨证分型新标准，使临床诊治及疗效评价更具说服力，利于进一步推广应用。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 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(2): 121-131.
- [2] 冯淬灵, 王琦. 王琦辨体-辨病-辨证治疗失眠经验[J]. 中医杂志, 2020, 61(17): 1498-1502.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [4] 赵晓琳, 程若东, 赵兵, 等. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识对比分析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(9): 3840-3842.
- [5] 姜艾利. 慢性萎缩性胃炎中医证候与危险因素、内镜、病理相关性研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2020.
- [6] 陈星, 马瑞军, 汪嵘, 等. 萎缩性胃炎内镜下程度分类与病理的相关研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2009, 24(11): 592.
- [7] 李莉, 朱蕾蕾, 孙祝美, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布及幽门螺杆菌感染、胃黏膜病理变化情况分析[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(6): 20-23.
- [8] 杨晶璐, 时昭红, 张书, 等. 慢性萎缩性胃炎伴糜烂中医治疗后胃黏膜的变化与证型的相关性研究[J]. 云南中医学院学报, 2018, 41(5): 15-20.
- [9] 商婷婷, 叶丽红. 叶丽红教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(5): 455-457.
- [10] 于莉. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜病理改变与“气虚”“阳虚”证素的相关性研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2020.
- [11] DIANA MJ. Practical gastric physiology[J]. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 2009, 9(6): 173-177.
- [12] SIPPONEN P, MAAROS HI. Chronic gastritis[J]. Scand J Gastroenterol, 2015, 50(6): 657-667.

(本文编辑: 张丽)