

张志明教授辨治慢性萎缩性胃炎经验总结*

王 忻¹, 王 静² 指导:张志明

1 甘肃中医药大学附属医院/甘肃省中西医结合肿瘤临床医学研究中心,甘肃 兰州 730000;

2 甘肃省人民医院,甘肃 兰州 730000

[摘要] 总结张志明教授辨治慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)的经验,张志明教授认为脾胃升降失序为CAG的核心病机,并提出以调枢思想为指导,以辛开苦降、理气活血为治则,辨证选用陷胸和胃汤、温脾汤等方加减治疗可获效验。

[关键词] 萎缩性胃炎,慢性;调枢思想;张志明;经验

[中图分类号] R256.32 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2096-9600(2025)09-0022-04

Summary of Professor Zhang Zhiming's Experience in Treating Chronic Atrophic Gastritis

WANG Xin¹, WANG Jing² Director: ZHANG Zhiming

1 Affiliated Hospital of Gansu University of Chinese Medicine/Gansu Provincial Clinical Research Center of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for Cancer, Lanzhou 730000, China;

2 Gansu Provincial Hospital, Lanzhou 730000, China

Abstract Professor Zhang Zhiming's experience in differentiating and treating chronic atrophic gastritis (CAG) is summarized in the paper, professor Zhang thinks that the dysfunction of spleen and stomach is the core pathogenesis of CAG, and adopts the herbs of pungent-warm medicine and bitter-cold medicines to regulate Qi movement and five viscera, regulating Qi and blood activating method as therapeutic principles, gaining satisfactory effects when choosing the prescriptions including *Xianxiang Hewei Tang*, *Wenpi Tang* (warming spleen decoction).

Keywords atrophic gastritis, chronic; pivot-adjusting thought; Zhang Zhiming; experience

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是慢性胃炎的一种类型,指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体减少,伴或不伴肠腺化生和(或)假幽门腺化生,或伴有异型增生的一种慢性胃部疾病^[1]。治疗CAG主要是延缓或阻滞病变进展,降低癌变风险,改善患者临床症状。目前西医抗幽门螺杆菌和对症治疗为CAG的主要治法,但临床疗效有限。中医药治疗CAG优势明显,部分疗法已在西医诊疗指南中被推荐应用。中医认为CAG属“痞满”“胃痛”范畴,不同医家对其诊治思路不同,临床疗效也各不相同。

张志明,教授,主任医师,博士研究生导师,全国名中医,长江学者,享受国务院政府特殊津贴专家,甘肃省名中医,甘肃省优秀专家,甘肃省第一层次领军人才,从事临床、教学、科研工作30余年,擅长运用中医药治疗各科疑难、危重病症,尤其在CAG治疗方面经验独到。现将其经验总结如下。

1 CAG中医病机

胃为六腑之一,水谷之海,主受纳,以通为用。《素问·五藏别论篇》论述腑受五脏浊气,传化物而不藏,实而不能满,并曰:“水谷入口,则胃实而肠虚;食下,则肠实而胃虚。”《临证指南医案》载:“胃

宜降则和。”因此,胃的生理功能以通降为常^[2]。外感寒邪,饮食不节,嗜食生冷及辛辣煎炸,直伤胃腑,或忧思恼怒,伤肝损脾,致中焦气机升降失序、胃失和降、气滞不通,发为CAG。脾胃同居中焦,以膜相连,升降相因,纳化相得。脾为阴土,喜燥恶湿,脾不升清,水反为湿,谷反为滞,湿滞胃腑,胃失和降。胃为阳土,属阳明经,为多气多血之脏,湿阻气滞,易从热化,形成湿热,湿热滞中,气病及血,则痛久不愈。因此,张志明教授认为CAG病位虽在胃,但与肝、脾密切相关,脾胃升降失序为其核心病机,病多实证、热证,常见湿热中阻、气血同病之证,所谓“实则阳明”。

2 CAG证治心法

2.1 升降二字尤为要,辛开苦降调枢机 《灵枢·营卫生会》篇中形容脾胃纳化功能为“中焦如沤”,指脾胃腐熟水谷,化生精微,如同沤渍食物,使之变化。脾胃纳化功能离不开中焦气机升降,脾升胃降,则纳化正常,反之则先病脾胃,后病他脏。如《素问·阴阳应象大论篇》^[3]载:“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生膜胀。此阴阳反作,病之逆从也。”治疗此症,《四圣心源·中气》^[4]提出“扶阳抑阴,使中气轮转,清浊复位”的思路。《叶天士

医学全书·临证指南医案》^{[5]87}亦载：“脾胃之病，虚实寒热，宜燥宜润，固当详辨，其于升降二字，尤为重要”。因此，张志明教授认为，调理脾胃枢机，以复升降之常是治疗脾胃病的基本大法，并在此基础上形成“调枢”的学术思想。《伤寒论》最早将升降学说用于临床，首创“辛开苦降法”治脾胃病，泻心类方为其代表。《吴鞠通医学全书·温病条辨》^[6]则强调：“治中焦如衡，非平不安”。辛开苦降、调枢达平是张志明教授调枢思想在CAG治疗中的具体体现。

2.2 治分脾胃因人异、中焦如亟慎苦寒 脾胃气机升降失序、胃失和降、气滞不通，发为CAG。张志明教授认为，CAG有在胃在脾之分，在胃者多实多热，治宜调枢和胃，在脾者多虚多寒，治宜调枢运脾，脾胃合治，或脾胃分治，因人而异。临床见在胃者多，在脾者少，分治者多，合治者少。调枢和胃以陷胸和胃汤为主方，药物组成：半夏12 g，黄连3 g，瓜蒌30 g，高良姜6 g，醋香附10 g，酒大黄6 g，焦槟榔9 g。调枢运脾以温脾汤为主，药物组成：黑顺片3 g，红参3 g，干姜3 g，酒大黄6 g。张志明教授强调，调枢和胃、调枢运脾的关键是调枢，调枢的目的是和胃、运脾。和胃常用调枢法有通降调枢、养阴调枢、解郁调枢等。陷胸和胃汤即以通降调枢法为主，佐解郁调枢法，由小陷胸汤合良附丸加焦槟榔、酒大黄组成，临证应用最多。通者，通腑、通滞，降者，降胃，小陷胸汤降胃，焦槟榔、酒大黄通腑。《医述·脏腑》^[7]载：“阳气即胃中所禀之性……阳气充，则谷气化”，苦降之品有败胃伤津之弊，似不宜于胃痛，但胃以通为补，若与辛药相伍，用之得当，可达益胃之功。良附丸温中理气，合前药，寒热并进，苦降辛通，降胃升脾。脾胃气机升降有赖于肝之疏泄，如《血证论评释》^[8]载：“木之性主于疏泄，食气入胃全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化”，肝为五脏之贼，肝气最易犯胃，治胃不治肝非其治也，香附疏肝理气，解郁调枢，其功大矣。中焦如亟，脏腑升降在于“中气之善运”“中气为升降之源，脾胃为升降之枢轴”“阳化气”。因此，张志明教授调枢时慎用苦寒，大黄酒制，槟榔炒焦，黄连仅3 g；热证不减良姜，意在固护中阳，常使中焦温运，枢轴方能运转。

2.3 少用补益防壅塞、气血同调只为通 CAG常见胃痛症状，《丹溪医集·丹溪心法》^[9]载：“诸痛不可补气。”《医学心悟·心痛》^[10]说“诸痛为实，痛无补法。亦非也。如人果属实痛，则不可补；若属虚痛必须补之。”张志明教授认为，陷胸和胃汤辛开苦降，调理枢机，脾升胃降，实者自泄，虚者自补，胃病如无明显虚像，不用补气之品，气愈补愈滞。

若确有中虚，可少用补剂，须补之得法，补中兼通，以防阻滞脾胃升降之机。如脾阳虚者，陷胸和胃汤中加红参3~5 g益气健脾，不效则转用温脾汤调枢运脾治之。温脾汤重在用附子、干姜温振脾阳，补益之红参仅用3 g，且与酒大黄相伍，辛开苦降，补而不滞。胃阴虚者，于陷胸和胃汤中加白扁豆6~9 g，白芍9~20 g滋阴养胃。胃阴虚甚，气机不畅，舌红无苔者，取叶天士“阳明胃土，得阴自安”及吴鞠通“复胃阴者，莫若甘寒”之法，转用沙参麦冬汤加减（北沙参15 g，麦冬20 g，玉竹15 g，石斛15 g，白扁豆6 g，焦槟榔10 g，酒大黄6 g）养阴调枢，润降胃气，常加砂仁6 g醒脾助运、川楝子9~12 g行气止痛，补不滞中。《临证指南医案·胃脘痛》^{[5]242-246}载：“夫痛则不通，通字须究气血阴阳，便是看诊之要旨矣”，又云：“然而病，其要何在？所云初病在经，久痛入络，以经主气，络主血，知其治气治血之当然也”。胃为多气多血之腑，气为血之帅，气滞则血亦滞，陷胸和胃汤调枢不效者，张志明教授常于方中加入丹参15 g，赤芍15 g，或丹参饮，即丹参15~30 g，檀香6 g，砂仁6 g，其效立见，不待痛久才用。

2.4 望闻问切不可缺，查舌断证定方药 望、闻、问、切从不同角度诊查疾病，临证必须四者合参，辨证方能准确无误。“舌为胃之镜”“苔乃胃气之所蒸熏”，舌象能迅速、灵敏、真实地反映胃病本质，望舌可知寒热虚实、病邪深浅。《伤寒指掌·查舌辨证法》^[11]载：“病之经络、脏腑、营卫、气血、表里、阴阳、寒热、虚实毕形于舌，故辨证以舌为主，而以脉症兼参之，此要法也。”张志明教授长期临床实践证实CAG的辨证以舌为主，参以脉症，立法处方，多获良效。如舌红、苔黄为湿热中阻，陷胸和胃汤合白头翁汤加减治之，即陷胸和胃汤加入连翘10~20 g，白头翁15 g，秦皮15 g；便溏、腹泻者再加冬瓜子15 g，石韦15 g，滑石15 g；舌红苔薄、反酸烧心为肝胃郁热，陷胸和胃汤加郁金10~20 g、胆南星6~9 g；舌红、苔白厚为湿遏热伏，陷胸和胃汤加厚朴9~15 g、石菖蒲12~20 g、砂仁6 g、陈皮9~12 g、炒苍术9~12 g中一二味；舌红少苔，为伤阴之象，陷胸和胃汤中加白扁豆6 g、川楝子6~9 g、白芍9~20 g，减法半夏量为9 g；舌红无苔，是胃阴大虚，转用沙参麦冬汤加减；舌淡、苔白、或有齿痕为脾虚湿阻气滞，苔薄白以陷胸和胃汤加花椒3 g、吴茱萸3 g、木香6~10 g；苔白厚加炒苍术9~15 g、厚朴9~15 g、陈皮9~12 g、砂仁6 g；白厚腻者加藿香9~15 g、佩兰9~15 g、防风6~9 g、石菖蒲9~15 g芳香化之；舌淡或青、质胖或嫩、苔白润为中焦虚寒，温脾汤

加味治之,寒甚者加花椒 3 g、吴茱萸 3 g、乌药 15 g、砂仁 6 g、沉香 6 g;舌淡黯、边尖透红,苔薄为寒热错杂,用陷胸和胃汤,据寒热多少,依前法加减治之。

2.5 谨守病机医兼症、选药南针法古方 CAG 临床症状表现多样,治疗抓住主要病机主症外,还需兼顾次要病机和兼症。张志明教授治疗兼症紧扣病机,选药多法古方。《瘟疫论·注意逐邪勿拘燥粪》^[12]载:“承气只为逐邪而设,非专为燥粪而设也”,又载:“三承气功效俱在大黄”。大黄苦寒,沉降通下,《名医别录·大黄》载其能“平胃下气”,张锡纯谓:“其性能降胃热,并能引胃气下行”,酒制可缓泻下之功,存其通降之性;焦槟榔消食导滞、下气利水,配酒大黄,则通降之中,又具消导、清利之效^[2]。张志明教授取承气法,将两药合而用之,若湿热阻滞,大便艰涩,重用焦槟榔 12~15 g,酒大黄 9~15 g 调气通腑;不效者,取麻子仁丸方意,加入火麻仁 30 g、郁李仁 15 g 润肠通便。

脘痞腹胀,烧心口苦,大便偏干,属胃中湿热者,张志明教授常于陷胸和胃汤中加用秦皮、白头翁,是白头翁汤用法,取之胃肠同治,通降调枢。两药均苦寒,归大肠经,能清热。白头翁兼入胃经,清阳明热毒,治疮痍肿痛,又可凉血止痢;秦皮兼入肝胆经,清泻肝热,明目退翳,其性又涩,能清热燥湿,止痢、止带。故热重湿轻者,重用白头翁;湿重热轻者,重用秦皮;湿热中阻者,两药同用 15 g;若胃肠湿热,大便溏泄,加冬瓜子 15 g、石韦 15 g 清利湿热。其中冬瓜子甘凉,清肺化痰,利湿排脓,润燥导滞,又取仲景大黄牡丹皮汤用法。

冲脉隶属阳明,胃痛兼脘肋胀满,甚者牵引后背沉重疼痛,若不因情志为患,多因胃气上逆,冲气不降,继则食滞阳明,土壅木郁,肋肋撑胀。张志明教授常用前胡 10~15 g 肃肺降胃;鸡内金 10~15 g 消食导滞,肋肋后背胀自解;连翘味苦,微寒,宣散胃中郁热。张锡纯谓其“具升浮宣散之力”,阳明胃经郁热者,再加连翘 15~20 g,较栀子豉汤,清热不伤中,保和丸中连翘即此用法。

张志明教授认为,邪在胆,逆在胃,肝失条达,气郁化火,横逆犯胃,胃少和降,逆气上冲,胃脘或胸骨后烧灼疼痛,嘈杂吞酸,口干口苦。《素问·至真要大论篇》^{[3]379}载:“诸逆冲上,皆属于火;诸胀腹大,皆属于热。”黄连苦寒,清肝胃之热;吴茱萸开郁散结以作反佐,两药同用 3 g,为左金丸变法。郁金舒肝利胆、行气解郁,活血止痛,用量 10~20 g,与陷胸和胃汤中香附同用,取颠倒木金散之意,再配前胡、鸡内金之降气消滞疗效更增。中焦虚寒,或过食生冷,胃阳凝遏,饮食不化精微,反从曲直

之化而为酸浊,亦见上症。《喻嘉言医学全书·寓意草》^[13]载:“故驱其酸而反其甘,惟有用刚药一法。刚药者气味俱雄之药,能变胃而不受胃变”,故取愈嘉言“刚药变胃”之法,用吴茱萸 3 g,花椒 3 g 加入陷胸和胃汤中温中制酸。

呃逆、嗝气为胃痛常伴症状。张志明教授常用旋覆花、厚朴、竹茹、陈皮降胃气止呃逆。旋覆花苦辛,用于肝胃不和,嗝气不畅,取香附旋覆花汤之意,常用 6~9 g;厚朴苦温,用于苔白厚,湿困中焦,胃气不降者,取半夏厚朴汤意,常用 12~20 g;竹茹、陈皮用于胃热气逆者,取橘皮竹茹汤意,竹茹 30 g,陈皮 9~12 g 为常用剂量。

张志明教授强调,临床症状消失后,并不意味着疾病已痊愈,还需继续守法守方继进,待舌转正常,检查证实病愈,方停药。白扁豆味甘微温,资生丸、参苓白术散均用其补脾化湿和中。名老中医焦树德谓其“补脾不腻,化湿不燥,对脾胃虚弱或大病后,初用补剂时,先用扁豆,最为合适,能调养正气而无饱闷之感”^[14],对于症状消失,兼有气虚者,方中加入白扁豆 6 g,益气健脾,提高疗效,缩短疗程。

3 典型病例

案 梁某某,女,47岁,初诊(2020-06-03):间断性胃痛3年余,多处诊治,均未痊愈。刻诊:胃痛,反酸、烧心,易饥,饭后胃脘不舒、打嗝,大便干,舌暗红苔黄腻,脉滑。查胃镜示:萎缩性胃炎伴糜烂。诊断:CAG伴糜烂(胃痛);辨证:湿热中阻证;治法:通降调枢、和胃止痛

方药:陷胸和胃汤加减。药物组成:黄连 3 g,瓜蒌 30 g,法半夏 10 g,醋香附 10 g,高良姜 6 g,木香 9 g,焦槟榔 9 g,白头翁 15 g,秦皮 12 g,连翘 20 g,旋覆花 9 g,酒大黄 9 g。14剂,颗粒剂,开水冲服,分两次服用,每次 200 mL。

二诊 2020-06-21:患者胃痛较前稍缓,反酸、烧心、饭后胃脘不舒减轻,打嗝消失,大便正常,舌暗红苔黄腻,脉细滑。前方去旋覆花,加冬瓜子 15 g、焦槟榔加为 12 g 清热利湿,行气导滞;疼痛虽缓但未减轻,加赤芍 15 g、丹参 30 g、檀香 6 g、砂仁 6 g 理气活血止痛。药物组成:黄连 3 g,瓜蒌 30 g,法半夏 10 g,醋香附 10 g,高良姜 6 g,木香 9 g,焦槟榔 12 g,白头翁 15 g,秦皮 12 g,连翘 20 g,冬瓜子 15 g,酒大黄 9 g,赤芍 15 g,丹参 30 g,檀香 6 g,砂仁 6 g。14剂,颗粒剂,开水冲服,分两次服用,每次 200 mL。

三诊 2020-07-08:患者胃痛减轻,反酸无,烧心、饭后不适减轻,大便正常,睡眠可,舌暗红,黄腻苔减轻,脉细滑。湿邪渐轻,秦皮减为 6 g,