

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.15.017

基于“缓中补虚”论治慢性萎缩性胃炎

张乃霖¹, 石芳^{1,2}, 郑晓佳¹, 刘阳¹, 孙建慧¹, 刘启泉^{1,2}✉

1. 河北中医学院第一附属医院, 河北省石家庄市长安区中山东路 389 号, 050011; 2. 河北省中医院

[摘要] “缓中补虚”理论首见于《金匱要略》, 原用来阐释大黄廑虫丸用药理念, 攻中有补、峻药缓服是其主旨所在。慢性萎缩性胃炎 (CAG) 病机错杂, 病程进展缓慢、治疗疗程长, 治疗时既应防峻药伐胃气, 也需防补益以留邪。基于“缓中补虚”治疗 CAG 可达到祛邪不伤正、扶正不留邪、缓图以为功的目的, 尤适合 CAG 虚实夹杂证的治疗, 病邪得以祛除, 气机运行通畅, 则不适得缓; 脾胃功能恢复, 出入升降正常, 则虚候得补, 以此体现慢性病“缓缓图之”的治疗特色及用药特点。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎; 缓中补虚; 虚实夹杂

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是一种慢性胃部疾病, 发病与多种因素有关, 该病病程久, 治疗时间长, 且有癌变风险^[1]。主要表现为上腹部不适、饱胀、疼痛等非特异性消化不良症状, 可伴有食欲不振、胃中嘈杂、嗳气、反酸、恶心、口苦等消化道症状。CAG 的发病以中老年患者居多^[2], 患病率随着年龄的增长而增加^[3]。现代医学治疗 CAG 多以对症治疗为主^[4], 而中医学在控制病情进展、截断逆转肠上皮化生方面具有独特优势^[5-6]。我们认为, CAG 病机错杂, 基于“缓中补虚”理论指导 CAG 治疗, 可起到攻补兼施、标本兼治、整体调节、缓缓图之的作用, 现将临证体会总结如下。

1 “缓中补虚”的理论依据

1.1 缓用补虚

“缓中补虚”始见于《金匱要略·血痹虚劳病篇》, 曰: “五劳虚极羸瘦, 腹满不能饮食……缓中补虚, 大黄廑虫丸主之。”程门雪《金匱篇解》指出: “虚劳而见干血者, 当先去其实, 实去方可补虚, 故曰缓用”^[7], 认为“缓中补虚”实为“缓用补虚”之误。原方中以滋阴润燥药治干枯, 以活血化瘀虫类药行死血, 死血既祛, 瘀热内解, 则饮食日增, 正气自复, 即可达到缓缓滋补的目的。

1.2 攻中有补

李昉认为: “干血不去, 则新血不生, 攻邪即所以养正也。”^[8]虚象日久瘀亦加重, 瘀久亦可加重虚的程度, 方中大黄廑虫丸攻邪与扶正并施, 从而达到“攻瘀中有缓中, 缓中即补虚”的目的^[9]。

1.3 缓剂扶正

丸者, 缓也, 指应用和缓的丸剂达到治疗目的。胡希恕提出, 大黄廑虫丸中将廑虫、水蛭、蛭蟥等大量攻逐瘀血药炼蜜为丸, 峻剂丸服, 可达到攻不伤正、补不留瘀^[10]的目的, 与干地黄、芍药相配伍, 以行补益之功, 使得全方攻中有补, 瘀血祛新血生, 瘀热解胃气复^[11]。

1.4 缓急滋阴

清代徐忠可《金匱要略论注》提出“缓中补虚”是缓中焦之里急, 补劳极之虚损, 并通过破血、清热、理气等药物综合作用来实现, 方用甘草、芍药、地黄三者, 缓里虚而补劳极^[12]。高学山认为“血以气热而受炮炙, 则内有烙干之血”, 将“缓中补虚”理解为“缓阳补阴”, 缓独长之阳火, 补枯竭之阴血^[13], 以此来解释缓中补虚之义。

临床中“缓中补虚”主要应用于病机错杂、病程较久疾病的治疗, 攻中有补、峻药缓服是缓中补虚的主旨所在。CAG 的形成多与感受外邪、内伤饮食、情志失调等因素有关, 胃部腺体萎缩或肠上皮化生多与邪气内侵、气血运行不畅、脉络瘀滞、胃腑失养等密切相关。CAG 患者病程长, 本多为虚, 治疗多以扶正补虚为主, 而大量补虚药会加重患者脾胃负担, 影响脾胃运化功能; 亦有部分

基金项目: 国家中医药管理局 2018 年全国名中医传承工作室建设项目 (国中医药办人教函 [2018] 119); 河北中医学院研究生创新资助立项项目 (XCXZZBX 2020006) (冀中医研 [2019] 13 号)

✉ 通讯作者: liuqq56@163.com

患者病邪长期结聚致虚实夹杂、虚处留邪，实邪虽祛但正虚仍甚，故临床 CAG 的治疗可基于“缓中补虚”的原则，在应用补益药物的同时，结合活血、清热、理气等治法以祛除病邪，使祛邪不伤正，扶正不留邪，缓图以为功。

2 “缓中补虚”诊疗特色

2.1 脾胃虚弱为 CAG 起病之本

《脾胃论》云“百病皆由脾胃衰而生也。”脾胃运化失常、气血化生乏源可引起一系列胃肠道疾病^[14]。CAG 患者病程日久，体内水谷精微的运输、气血津液的化生均受到影响，引发相关脏腑或经络气血阴阳的虚损^[15-16]。临床中此类患者多表现为胃脘部胀满或疼痛，胸膈满闷，恶心呕吐，头晕目眩，身重困倦，口中黏腻有异味，脘腹胀满，呕吐泄泻，饮食停滞，大便黏腻或稀溏等症，舌质红，苔黄厚或腻，脉濡滑。该证以虚实并见为特征，湿邪虽不似初始猖獗，然必缠绵成势，顽固胶着；虚证明显，且往往不局限于某一脏腑、经络，有虚证难补、湿邪难攻的特点。此时要重视患者“阳明阳土”的特点，以防补益太过，病邪留连。用药应以“健、清、化、润”为原则，治以健脾和胃，化浊除湿。脾气健运则中州得安，湿邪既祛则疾病向愈。临床中多选用炒白术、茯苓、党参等健脾补虚；白花蛇舌草、冬凌草、藤梨根等清泄郁热；菖蒲、砂仁、豆蔻等化湿祛浊；沙参、麦冬、天冬等养阴生津。

2.2 气滞血瘀为 CAG 演变之机

《临证指南医案》中云“初病在经，久病入络，以经主气，络主血……凡气既久阻，而瘀应病，循行之脉络自痹。”患者久病不愈，导致正气虚衰，脏腑功能减退，气血水液运行障碍而导致久病多瘀^[17]。此类患者临床常表现为胃脘部胀满或疼痛，或痛有定处，口干口苦，两侧胁肋部不适感明显，胃痛拒按，面色暗滞，或伴黑便，舌质暗红或有瘀点、瘀斑，脉弦涩。此证多见于 CAG 中、后期患者，此类患者平素多伴其他慢性疾病，在正邪斗争过程中，导致正气虚衰而邪气留连。患者体质虽虚，但要考虑其久病多瘀的特点，治疗应补虚与祛瘀并见。用药应以“疏、健、活、清”为原则，治以疏肝健脾、活血化瘀。如此瘀血祛则胃络通，脾胃健则诸症消。多选用香附、佛手、香橼等疏肝理气；党参、白术、茯苓等健脾补虚；当归、莪术、姜黄等活血通络；郁金、牡丹皮、冬凌草等清解郁热。

3 验案举隅

患者，女，65 岁，2018 年 11 月 19 日初诊。主诉：胃脘疼痛伴胀满 2 年余。刻诊症见：患者胃

脘疼痛明显，伴胀满感，两胁部时有胀痛，心情不佳时尤甚，纳差，乏力，自觉身重，口干时欲饮，腰膝酸软，精神欠佳，睡眠不安易醒，小便次数多，大便一日一行，质可。舌暗红，有瘀斑，苔少，脉弦细。患者有 2 型糖尿病病史 20 余年，平素口服盐酸二甲双胍缓释片 1.0 g，每日 1 次；阿卡波糖片 0.1 g，每日 3 次口服控制血糖，空腹血糖波动在 12 ~ 15 mmol/L。2018 年 7 月 24 日行电子胃镜检查示：慢性萎缩性胃炎。病理结果示：胃窦黏膜慢性炎症，伴灶性肠上皮化生（轻度）。幽门螺杆菌检测为阴性。患者自诉患病 2 年以来消瘦明显，体重由 60 kg 降至 50 kg。

西医诊断：慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生，2 型糖尿病。中医诊断：胃脘痛（脾虚气滞，瘀热伤阴证）。治则：健脾理气，通络养阴。因患者服药日久，不愿服中药汤剂，故为其开具口感较好的膏方。处方：麸炒白术 150 g，党参 150 g，黄芪 150 g，茯苓 150 g，砂仁 120 g，石菖蒲 150 g，香附 150 g，佛手 150 g，八月札 150 g，白芍 150 g，当归 150 g，川芎 120 g，莪术 100 g，姜黄 150 g，九里香 150 g，郁金 150 g，牡丹皮 150 g，黄精 150 g，地黄 150 g，石斛 150 g，沙参 150 g，玉竹 150 g，杜仲 150 g，枸杞子 200 g，地骨皮 150 g，墨旱莲 150 g，山萸肉 150 g，女贞子 100 g，白花蛇舌草 120 g，冬凌草 150 g，连翘 150 g，藤梨根 150 g，泽泻 150 g，炒酸枣仁 150 g。每料加入木糖醇 100 g、阿胶 200 g 加工制膏剂。早晚空腹口服各 15 g，开水冲服或含化，如遇感冒等急性病时暂停服用，忌辛辣、腥物。控制血糖药物用量用法同前。

2019 年 2 月 21 日二诊：服用上述膏方 3 个月，胃脘部疼痛症状消失，胃脘及胁肋部胀满感较前明显好转，精神转佳，饭量明显增多，体重增加至 53 kg，舌红苔少，脉弦细，嘱患者继续守方治疗。控制血糖药物用量用法同前。

2019 年 6 月 25 日三诊：患者继续服用膏方 4 个月，复查胃镜显示：慢性非萎缩性胃炎。病理结果示：胃窦黏膜慢性炎症。患者自述诸症基本消失，欲继续服药巩固疗效、调理脾胃、增长体重。舌淡苔少，脉细，现气滞血瘀症状改善，重在调理脾胃，故在原膏方基础上去香附、佛手、莪术、九里香、牡丹皮、连翘、泽泻、白花蛇舌草，加山药 150 g、陈皮 100 g。控制血糖药物用量用法同前。

服用上述膏方 3 个月后随访，患者自述血糖控制稳定，空腹血糖为 8 ~ 9 mmol/L，胃脘部疼痛消失，纳可，体重增长至 58 kg。

按语：本例患者久病中焦虚弱，采用缓中的治法，加入白术、党参、黄芪健运中焦，茯苓、砂仁、石菖蒲健脾化湿，治疗纳差、乏力、身重等症；胃脘部隐痛，加入香附和胃止痛；两胁肋部胀满，加佛手、八月札疏肝理气而不伤正；白芍缓中焦之里急；当归、川芎、莪术、姜黄、九里香、牡丹皮活血化瘀；郁金能散郁滞、顺逆气，治心肺肝胃气血火痰郁遏不行者最验；患者有糖尿病病史 20 余年，病程绵长，伤阴耗气，致气阴两虚，故加入黄精、地黄、黄芪、石斛取滋肾养阴，益气生津之意；口干，加入沙参、玉竹养阴生津；腰膝酸软，精神欠佳，为肾虚之象，加杜仲、枸杞子、地骨皮、墨旱莲、山萸肉、女贞子补肾益精，为脾肾双补之意；白花蛇舌草、冬凌草、连翘、藤梨根清久病久瘀之郁热，且冬凌草可逆转肠上皮化生，能更好地达到预防癌变的目的^[18]；配伍泽泻取清泻肾火之意；睡眠不佳，加入酸枣仁养心安神。肝气疏则气机达，瘀血去而气血调，诸药合用可达理气、疏肝、健脾、通络、清热、养阴的目的。三诊加入山药补益中焦，陈皮理气和中，同时去掉部分理气活血清热之品以随证变化。运用“缓补”之理治疗 CAG 虚实夹杂证，以此攻补兼施、标本兼治、逆转病势、整体调节、缓缓图之，体现出“缓中补虚”理论在脾胃病治疗中的特色。

4 结语

叶桂在《临证指南医案·胃脘痛》中指出：“经几年宿病，病必在络”“久病胃痛，瘀血积于胃络”，说明 CAG 患者病程较长，气机郁滞，久滞络伤，络伤则血痹，络阻而成瘀，故而胃黏膜腺体血运障碍，营养匮乏，从而导致萎缩甚至肠上皮化生。秦伯未指出，“膏方者，盖煎熬药汁成脂液，而所以营养五脏六腑之枯燥虚弱者，故俗称膏滋药”^[19]，主要起到滋补养生、调治疾病的作用。传统中药汤剂不易携带，且口味苦涩，在某种程度上影响了患者耐受性和依从性，而膏方口感润滑、服用量小、药效持久、携带方便等优势。且慢性病病程较久、治疗时间相对较长，用药宜小量久服，渐渐积累，以图促进自身正气恢复。选用膏方可在缓药缓治的过程中祛瘀生新，以达到补益的目的。传统膏方以补益为原则，组方多以补药为主，据 CAG 虚实并见的病机特点，CAG 应用膏方治疗应采用攻补兼施的组方原则，正如秦伯未所指出“膏方并非单纯之补剂，乃包含救偏却病之义”^[20]。

参考文献

[1] 王萍, 尹晓岚, 张北华, 等. 近 40 年慢性萎缩性胃炎及

胃癌前病变中医研究述评[J]. 中医杂志, 2020, 61(22): 1943-1947.

- [2] 杨洋, 瞿先侯, 杨敏, 等. 慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 319-324.
- [3] 路理杰, 杨阔, 刘华一. 情志因素与慢性萎缩性胃炎患者病理结果的相关性[J]. 中医杂志, 2021, 62(4): 324-327.
- [4] 张乃霖, 郑晓佳, 石芳, 等. 从“五脏相通”论治慢性萎缩性胃炎的思路与方法[J]. 中医杂志, 2019, 60(23): 2006-2008, 2012.
- [5] 徐伟超, 李佃贵, 刘建平, 等. 基于数据挖掘的李佃贵教授运用化浊解毒法治疗慢性萎缩性胃炎用药规律探讨[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(3): 702-704.
- [6] 沈静, 袁红霞, 陈军亮. 袁红霞教授运用经方治疗慢性萎缩性胃炎并癌前病变临证举隅[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(5): 450-453.
- [7] 程门雪. 金匱篇解[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 54-59.
- [8] 李彭. 金匱要略广注[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1992: 58.
- [9] 徐爽, 李志鸣, 钟相根. 《金匱要略》大黄廑虫丸“缓中补虚”探析[J]. 中医学报, 2021, 35(1): 23-26.
- [10] 胡希恕. 胡希恕金匱要略讲座[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 74-90.
- [11] 刘恩顺. 《金匱要略》“缓中补虚”含义析疑[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(10): 2551-2552.
- [12] 徐忠可. 金匱要略论注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 99.
- [13] 高学山. 高注金匱要略[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 76.
- [14] 刘玲, 陆西宛, 何珂, 等. 七味白术散对脾虚湿困型肥胖症患者糖脂代谢及肠道菌群的影响[J]. 中医杂志, 2020, 61(23): 2082-2086.
- [15] 石芳, 张乃霖, 郑晓佳, 等. 刘启泉治疗胃癌用药规律的数据挖掘及分子靶点预测[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(6): 1024-1028.
- [16] 独思静, 赵晓琳, 马丹, 等. 从胃内瘢痕论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中医杂志, 2020, 61(1): 82-84.
- [17] 郑洪新. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 174-181.
- [18] 张晓丽, 王志坤, 刘启泉, 等. 小归芍化浊解毒方对胃癌前病变浊毒内蕴证患者血清胃蛋白酶原的影响[J]. 中医杂志, 2019, 60(4): 317-321.
- [19] 林基伟, 汪栋材, 吴海滨, 等. 中医膏方历史源流及现代发展状况[J]. 中成药, 2018, 40(11): 2254-2256.
- [20] 秦伯未. 秦伯未膏方集[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2007: 4.

(收稿日期: 2021-02-26; 修回日期: 2021-05-13)

[编辑: 侯建春]