

运用通降理论诊治慢性胃炎的思路与方法

吴皓萌^{1,2}, 王凤云², 张佳琪², 马祥雪², 唐旭东³✉

1. 广州中医药大学第二附属医院/广东省中医院, 广东省广州市大德路越秀区 111 号, 510120; 2. 中国中医科学院西苑医院; 3. 中国中医科学院

摘要 通降理论认为, 胃腑生理上“以通为用, 以降为顺”, 病理上“因滞致病”, 治疗上应“以通祛疾”。继承发扬通降理论, 总结其用于诊治慢性胃炎的经验主要为辨证时需重点辨脏腑以明病位, 辨虚实以察病证性质, 辨寒热以察胃腑状态, 辨气血以审病位深浅; 治疗时既要根据患者临床表现, 结合脾与胃生理与病理上的差异, 有侧重地脾胃分治, 又要鉴别纳运失调、升降失序和润燥不济等“脾胃同病”的病理状态, 选择脾胃合治。

关键词 慢性胃炎; 通降理论; 脾胃病

慢性胃炎是由多种原因引起的胃黏膜慢性炎症反应, 分为慢性非萎缩性胃炎和慢性萎缩性胃炎。慢性胃炎无特异性临床表现, 一项纳入 8892 例慢性胃炎患者的多中心大样本研究显示, 13.1% 的患者无症状, 有症状者的临床表现分别为上腹痛 (52.9%)、腹胀 (48.7%)、餐后饱胀 (14.3%) 和早饱感 (12.7%), 约 1/3 的患者有 2 个以上症状共存^[1-3]。上述症状易长期反复发作, 尤其慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生、上皮内瘤变者发生胃癌变的危险性增加, 给患者造成巨大心理负担, 甚至引起精神情绪异常, 严重降低患者生活质量。我们临证运用通降理论辨证治疗慢性胃炎, 报告如下。

1 通降理论概要

通降理论是董建华院士在论治脾胃病方面的重要学术思想, 该理论以脾胃藏象为核心, 生理上重视胃主通降与脏腑气血的相互关系, 病理上关注胃失和降对脾胃病或脾胃相关病证的影响^[4]。在此基础上, 融合现代医学有关消化系统生理与病理的认识, 并充分考虑现今社会背景下民众生活习惯变化对脾胃功能的影响, 对通降理论进行了补充和发展。临证运用通降理论具有以下规律^[5-7]: 一是遵循“三原则”, 即生理上以降为顺, 病理上以滞为

病, 治则上以通祛疾; 二是坚持“两点观”, 即“脾胃分治”与“脾胃合治”; 三是总结“新八纲”, 遵循“脏腑气血寒热虚实”辨治脾胃病。

2 通降理论三原则是治疗慢性胃炎的准绳

胃主通降的生理特性是通降论的核心。“通”即“六腑以通为用”之意, 指胃的气机宜通畅无阻。“降”指胃气具有下行传导的作用, 在食糜传入小肠、小肠将食物残渣下输于大肠、大肠传化糟粕乃至胆汁排泄等过程中发挥重要作用。通降对维持胃肠道功能有重要意义, 诚如《灵枢·平人绝谷》所谓“胃满则肠虚, 肠满则胃虚, 更虚更满, 则气得上下, 五脏安定”。而在饮食所伤、情志失调和脾胃虚弱等因素影响下, 可产生食积、气郁、寒凝和痰、湿、瘀等病理产物, 进而引起胃失和降, 导致出现上腹痛、上腹胀、餐后饱胀和早饱等慢性胃炎症状, 而“滞”可概括为它们的共性特点, 因此恢复胃气通降对慢性胃炎有重要意义, 须贯穿于治疗始终^[8]。

“以通祛疾”是治疗慢性胃炎的主要原则, 运用时需遵循以下四个要点: 一是符合脾胃生理功能和特性, 慎用质子泵抑制剂和苦寒伤胃之剂, 以免影响胃腑消化动力和分泌胃酸的节律。二是通降论并非只降不升, 以通祛疾并非独用降气疏利之品, 而是在降气理气和胃的基础上, 根据实际辨证合用益气健脾、清热化湿、疏肝解郁、活血理气、

基金项目: 国家重点研发计划 (2017YFC1700601); 国家中医药管理局中医药行业科研专项 (201407001-42)

✉ 通讯作者: txdlly@sina.com, (010) 64089777

养阴益胃等法。三是“滞”的形成包括本虚和标实两方面，故用药既要扶正和胃，又要通降泄实。四是胃病的调治务必精细，通降重在因势利导，调拨气机，切忌攻伐，务必做到“治中焦如衡，非平不安”。

3 通降理论两点观是辨治慢性胃炎的核心方法

脾胃在生理和病理上密切相关，是脾胃合治与分治的基础。运用通降理论两点观指导诊治慢性胃炎纳运失调、升降失序和润燥不济等病理状态具有重要意义。

3.1 慢性胃炎的脾胃合治

脾胃合治是治疗慢性胃炎最常用的方案，但并非盲目将健脾方药与和胃方药联合应用，而是针对慢性胃炎纳运失调、升降失序和润燥不济等脾胃同病的病理状况治疗。

3.1.1 纳运失调 脾胃居于中焦，互为表里，在饮食的受纳、消化、吸收和精微输布的生理过程中起主导作用。纳运失调指胃不能受纳腐熟水谷和脾失健运两方面，前者可致食欲减退、早饱或嘈杂易饥，后者可引起食而不化、食后饱胀、便溏或神疲乏力^[4]。脾胃互为表里，病理状态常相互累及而致同病，故可脾胃合治。纳运失调主要导致消化功能低下，胃腑受纳腐熟功能减弱，常用神曲、山楂健胃消食，但患者若有餐前或夜间嘈杂，甚则反酸等则慎用山楂；脾虚运化功能减弱，常用白术、谷芽、麦芽健脾升清；同时脾胃纳运失调引起积滞不化，可用枳实、厚朴、青皮和陈皮等消积化滞。

3.1.2 升降失序 脾气主升，胃气主降，两者为气机升降之枢纽，对转输精微、传导和排泄糟粕、维持胃肠盈虚更替的节律、调节四维气机升降起关键作用。升降失序指脾气当升不升，胃气当降不降，《素问·阴阳应象大论篇》认为这与消化道症状密切相关，即“清气在下，则生飧泄，浊气在上，则生胀”。多数慢性胃炎患者病程较长，或年龄较大，气机升降失序日久，清浊相干而病，治当升脾降胃，疏导中土壅滞。人体气机并非只降不升，对通降的理解不应与脾主升清截然分开，因此临证常将黄芪、党参、白术等益气健脾之品与柴胡、防风等风药合用以升脾气，而用紫苏梗、香附、枳壳等行气之品以降胃气，同时可用砂仁、豆蔻、陈皮通壅滞之气，而疏利中轴，令四气周流有序，对慢性胃炎的恢复具有重要意义。

3.1.3 润燥不济 太阴脾土，以气阳用事，不为湿困，则能运化有力，故喜燥恶湿；阳明胃腑，赖阴液滋润，胃阴足乃能受纳腐熟，故喜润恶燥；润燥相济则脾能为胃行其津液，胃能替脾疏壅降浊，共同维系良好的消化功能及环境。润燥不济指胃阴不足且湿浊困脾的病理状态^[4]。胃阴不足，可引起胃气下行乏力而浊气难降，导致湿浊困脾，还可影响胃的受纳腐熟，甚至胃失所养而糜烂难愈或萎缩等病理改变；湿浊困脾可致脾失健运，清阳不升，无力转输津液，胃失所养或胃气不降。养阴易滋腻碍脾，健脾可温燥伤阴，故慢性胃炎润燥不济的治疗较为掣肘，治疗时若湿邪困阻较重，宜用二陈汤合平胃散，先开路化湿一周左右，继以养阴益气健脾；若湿邪困阻较轻，可在益气健脾方药中合用沙参、麦冬和五味子等，并佐以茯苓、佩兰，湿热明显则用黄芩、滑石等；若阴虚明显累及肾阴，则可合用女贞子、墨旱莲和熟地黄等。

3.2 慢性胃炎的脾胃分治

脾胃分治需根据脾胃生理与病理上的差异，有侧重地选择治疗方案。就慢性胃炎而言，主病在胃，病理环节以“郁滞”为核心，分治目标是“通降和胃”。清代高世栻《医学真传·心腹痛》曰“通之之法，各有不同，调气以和血，调血以和气，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也，若必以下泄为通，则妄矣。”临证以加味香苏散（紫苏梗、香附、陈皮、枳壳等）理气和胃作为主线，并针对引起胃失和降的病因病机进行治疗，若属胃阴不足者合用益胃汤，属胃寒者合用理中汤，湿热阻滞者合用半夏泻心汤，胃中郁热者合用左金丸，痰浊中阻者合用二陈汤，气滞血瘀者合用丹参饮，饮食积滞者合用保和丸^[4]。

4 通降论新八纲是辨治慢性胃炎的关键点

结合多年临床经验，提出将脏腑、寒热、虚实、气血四个维度作为临床辨证论治脾胃病的新八纲^[4]，是贯彻脾胃通降理论的要点与关键。具体到慢性胃炎中，有以下特点。

4.1 辨脏腑以明病位

诊察慢性胃炎时，辨脏腑的主要层次包括辨胃腑自病、胃病及脾、胃病与其他脏腑的病理联系。对于后者，强调审察肝肾功能失常对慢性胃炎的影响，提出调和脏腑以通降胃气。治疗时以理气和胃

通降为基础,若肝失疏泄,气机郁滞,横逆犯胃,以致胃失和降而上腹胀痛连及两胁者,合用柴胡疏肝散;若肝郁化火,导致肝胃郁热,除上腹胀痛外,多有反酸饥嘈、背部不适等症,郁热轻则合用海螵蛸、黄连,郁热著,甚则咳嗽、咽部不适,则增用龙胆、浙贝母等清肝降火、佐金平木。若肾精不足,一方面水不制火,相火妄动;另一方面水不涵木,木气飘摇,风火相煽,内传胃腑,引起胃失和降。此类情况多见于更年期的慢性胃炎患者,多合以滋水清肝饮治疗,并嘱患者积极参与体育活动,怡情舒怀而辅助治疗。

4.2 辨虚实以察病证性质

由于脏腑生理特性不同,一般而言腑病多实,脏病多虚。慢性胃炎病位在胃,与脾关系密切,病初多实,常因实致虚,形成虚实夹杂之证。其虚者以脾胃气虚、脾胃虚寒和胃阴不足为主,治当以六君子汤、理中汤、益胃汤;实者多为饮食积滞、湿热困遏、痰浊内阻和气滞血瘀,治以保和丸、黄芩滑石汤、二陈合平胃散、丹参饮。但无论如何遣方用药,均需理气降气贯穿其中。

4.3 辨寒热以察胃腑状态

《景岳全书》曰“寒热者,阴阳之化也”,诊查慢性胃炎的寒热属性,一般需把致病因素特点、胃喜润恶燥而起病多滞的生理病理特性结合起来,由此分析胃自身阴阳的变化,以明确胃腑的寒热状态。如喜食辛辣炙煨、湿热中阻、情郁化火等可引起胃腑热盛,火性上炎影响胃气下降;而长期饮食生冷、寒湿困阻、久病年衰、过劳体虚等常引起胃腑虚寒,中气凝滞而胃气不降。慢性胃炎病性或寒,或热,或寒热错杂,皆存在胃失和降,若清热不降气则胃热难伏,温阳不通滞则胃寒难散,故用药之关键在于和胃降逆,以通降方为基础,热者合用清中汤,寒者合用良附丸或理中汤,寒热错杂者合用半夏泻心汤。

4.4 辨气血以审病位深浅

王清任在《医林改错·气血合脉说》中指出:“治病之要诀,在明白气血,无论外感内伤,要知初病伤人何物,不能伤脏腑,不能伤筋骨,不能伤皮肉,所伤者无非气血。”胃为多气多血之腑,各致病因素伤胃,势必对气血造成影响。一般而言,

慢性胃炎初病在气,久病入络。若患者胸闷不适,咽部有异物感,常用紫苏梗、枳壳、豆蔻疏利上焦气机,若中脘痞满,甚则连及两胁,则用砂仁、半夏、陈皮、香附疏导中焦郁滞;若胃脘胀痛,同时下腹胀满、时有便秘,则用枳实、厚朴、白芍、当归等。慢性胃炎久病入血,多见胃痛夜甚,痛如针刺或灼痛,痛有定处,舌质暗红,临证常用丹参饮。

5 结语

通降论是对脾胃藏象学说、补土论、胃阴学说等脾胃相关理论的继承和发展,与补土论强调脾气主升不同,该理论强调胃气通降是脾主升清的前提。因此,在通降论指导下辨治慢性胃炎,要点在于辨病症发生之由是否“因滞为病”,并将“以通祛疾”贯穿于“脾胃分治”与“脾胃合治”当中,进而以“新八纲”为遣方用药的落实点,灵活地进行诊治。

参考文献

- [1] JIANG JX, LIU Q, MAO XY, et al. Downward trend in the prevalence of Helicobacter pylori infections and corresponding frequent upper gastrointestinal diseases profile changes in Southeastern China between 2003 and 2012 [J]. Springerplus, 2016, 5 (1): 1601.
- [2] DU Y, BAI Y, XIE P, et al. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey [J]. BMC Gastroenterol, 2014, 14: 21. doi: 10.1186/1471-230X-14-21.
- [3] 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, 18(2): 45-48.
- [4] 唐旭东, 卞立群. 脾胃“通降理论”及其应用: 脾胃学说传承与应用专题系列(3) [J]. 中医杂志, 2012, 53(14): 1171-1173, 1181.
- [5] 唐旭东, 马祥雪. 传承董建华“通降论”学术思想, 创建脾胃病辨证新八纲 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(11): 893-896.
- [6] 胡建华, 李敬华, 唐旭东. 脾胃升降理论的传承、创新、应用与展望 [J]. 广州中医药大学学报, 2015, 32(1): 171-173, 177.
- [7] 王萍, 唐旭东. 唐旭东教授治疗慢性萎缩性胃炎用药经验数据挖掘分析 [J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2013, 20(1): 25-30.

(下转第 504 页)

stages of coronary heart disease (CHD). **Methods** In a cross-section study design, 11 383 healthy people and CHD patients from 48 clinics in six regions of China were included and classified into healthy control group (HC), low-risk group (LR), metabolic syndrome (MS) group, CHD stable period (SP) group, acute coronary syndrome (ACS) group, perioperative period (PP) group, and CHD heart failure (HF) group according to the stages of CHD. Diagnosis Standards on CHD with PSB pattern was referred to when describing the distribution of PSB pattern, and the quantitative pattern score was calculated and analyzed. **Results** The proportion of phlegm-damp pattern and score (95% confidence interval) of HC group (27.7%, 3.4–3.8 points), LR group (43.3%, 5.0–5.4 points), MS group (65.1%, 7.4–7.9 points), SP group (75.1%, 9.0–9.3 points), ACS group (78.5%, 9.3–10.0 points), and HF group (78.6%, 9.5–10.2 points) showed an increase trend. The proportion of blood stasis pattern and score increased from HC group (6.8%, 1.0–1.3 points), to LR group (16.0%, 2.2–2.4 points), MS group (21.9%, 2.9–3.3 points), SP group (63.5%, 7.9–8.3 points), HF group (69.2%, 8.8–9.5 points), and ACS group (78.9%, 10.0–10.8 points). The proportion of PSB pattern and score also increased from HC group (3.0%, 4.5–5.0 points), LR group (8.9%, 7.2–7.7 points), MS group (15.8%, 10.3–11.0 points), SP group (51.2%, 16.9–17.5 points), HF group (57.2%, 18.3–19.5 points), and ACS group (64.7%, 19.4–20.6 points). There were significant differences among six regions in pattern distribution and scores of phlegm-damp pattern, blood stasis pattern and PSB pattern ($P < 0.05$). The proportion and degree of PSB pattern were larger in North China and Northwest China than in other regions, while the proportion and degree of phlegm-damp pattern, blood stasis pattern, and PSB pattern were smallest in East China. The proportion and degree of three patterns in early stage of CHD including HC, LR, MS group were the largest in southern region including South China and Southwest China. **Conclusion** PSB pattern is the main pattern throughout all stages of CHD, and there are certain regional differences.

Keywords coronary heart disease; traditional Chinese medicine syndromes; phlegm and blood stasis binding pattern; distribution law; regional characteristics; cross-sectional study

(收稿日期: 2020-10-19; 修回日期: 2020-12-06)

编辑: 柴倩云

(上接第 487 页)

Diagnosis and Treatment of Chronic Gastritis based on Unblocking and Purging Theory

WU Haomeng^{1,2}, WANG Fengyun², ZHANG Jiaqi², MA Xiangxue², TANG Xudong³

1. The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine/Guangdong Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou, 510120; 2. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences; 3. China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT In unblocking and purging theory, *qi* movement in stomach should be unblocked as the stomach function well in directing counterflow downward and lower *qi*; the obstruction of *qi* movement may lead to pathological diseases; therefore, the treatment should follow the “dispelling diseases through unblocking” principle. This paper summarized the experience of diagnosing and treating chronic gastritis based on unblocking and purging theory, trying to provide references for future clinical practice. Zang-fu pattern differentiation is suggested to identify the location of disease, while deficiency-excess pattern differentiation was advised for nature identification; cold-heat patterns help detecting the status of stomach, and *qi*-blood patterns reflect the depth of the disease location. During treatment, separate emphasis should be laid on spleen and stomach, with the aid of patients' clinical manifestations and the knowledge on physiology and pathology differences; simultaneously, spleen and stomach should be treated in combination, when there is “disease of both spleen and stomach”, manifested as failing to receive and transport food, ascend and descend *qi*, and moisten dryness.

Keywords chronic gastritis; unblocking and purging theory; disease of spleen and stomach

(收稿日期: 2020-07-19; 修回日期: 2020-12-15)

编辑: 侯建春