

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.05.010

《伤寒论》痞证、结证辨治思想在胃癌前病变中的运用

张曼玲¹, 张书², 时昭红^{1,2*}, 刘云¹, 彭洪姣¹, 艾望³

1. 湖北中医药大学中医临床学院, 湖北省武汉市洪山区黄家湖西路 1 号, 430065; 2. 湖北中医药大学附属武汉市第一医院; 3. 武汉市中医医院

摘要 现代医学目前对于胃癌前病变 (PLGC) 早期如肠上皮化生、低级别上皮内瘤变以手术、对症治疗为主, 中医通过辨病与辨证相结合, 并结合“治未病”思想, 在 PLGC 的治疗中有独特优势。PLGC 属中医学“痞证”“结证”范畴。张仲景在《伤寒论》中阐述了痞证、结证之症状、病机, 认为张仲景痞证、结证的辨治思想可运用于 PLGC 的辨治, 但应审时度势, 把握要害。结合 PLGC 的三个阶段, 浅述张仲景痞证、结证的辨治思想在 PLGC 中的运用。

关键词 胃癌前病变; 伤寒论; 痞证; 结证

胃癌前病变 (precancerous lesion of gastric cancer, PLGC) 是胃炎进展为胃癌过程中的关键环节, 包括肠上皮化生、异型增生/上皮内瘤变, 常伴随萎缩性胃炎 (CAG) 而出现。胃癌的发病率、病死率均居于恶性肿瘤的前列, 其起病隐匿, 往往发现时就已经进入终末阶段, 错失最佳治疗时机。若能在 PLGC 阶段就明确诊断并采取有效措施, 可降低其进展为胃癌的风险, 甚至完全治愈, 将极大程度地减少胃癌的发病率、病死率, 这也是胃癌二级预防的重要内容。

西医以手术、对症治疗、随访为主, 尚无规范化治疗 PLGC 的方案。PLGC 属于中医学“痞满”“胃脘痛”“痞结”范畴, 中医药治疗 PLGC, 通过辨证与辨病结合, 改善症状与调整气血阴阳结合, 临床上颇具疗效, 同时中医“治未病”思想也符合 PLGC 逆转病变的治疗原则, 在 PLGC 的治疗中有独特优势。早在《黄帝内经》中就有关于痞证、结证的描述, 而《伤寒论》在此基础上又完善其辨治体系。本文结合临证经验, 浅析张仲景痞证、结证之辨治思想在 PLGC 中的运用。

1 PLGC 的中医病机

当前对 PLGC 的病因病机没有共识性认识, 但

多数认为脾虚是基础, 外感邪气、情志不畅、饮食失度、药物伤中等均可诱导疾病的发生。以上病因致使脾胃受损, 中焦升降失常, 气机郁滞, 脾胃运化无权, 气血生化乏源而致胃腑失于濡养, 胃黏膜逐渐变薄, 失润日久则成萎; 同时脾虚无法运化水谷精微, 则生湿浊、痰饮, 脾虚无力推动血液运行, 则成血瘀, 湿浊、痰饮、瘀血等病理产物积聚胃黏膜内, 日久而成肠上皮化生、异型增生/上皮内瘤变。总体而言, PLGC 病机是本虚标实, 本虚不离脾胃虚弱、胃阴亏虚, 标实不外气滞、血瘀、湿热、痰浊、瘀毒, 在炎-癌转化的过程中呈正气渐弱、邪毒渐甚的状态。

2 《伤寒论》痞证、结证辨治思想在诊治 PLGC 中运用的理论依据

2.1 痞证

痞者, 无论是否存在有形之物, 病机均可归于气机逆乱, 升降失常。《伤寒论》中痞证相关的条文有 20 余条, 具体描述不尽相同, 大致分为 3 类: 1) “气痞”: 如见于第 151 条“脉浮而紧, 而复下之, 紧反入里, 则作痞, 按之自濡, 但气痞耳”, 指自觉脘腹胀满, 但未触及有形之物; 2) “痞硬”: 如第 11 条、第 157 条、第 165 条, 指除自觉症状外, 医者腹诊时可发现指下有“坚”“硬”之感; 3) “痞块”: 如第 167 条“病胁下素有痞, 连在脐旁, 痛引少腹, 入阴筋者, 此名脏

基金项目: 国家重点研发计划(2017YFC1700601)

* 通讯作者: zhaohshi@126.com, (027) 85332319

结，死”，指患者有自觉症状，且可触及有形之物^[1]。

张仲景详细阐述了痞证的病因病机、病理转归、证治方药等，建立了比较完善的痞证辨治体系。素体脾胃虚弱，加之气郁、湿热、水饮、痰浊、瘀血、瘀毒等病理因素均能导致中焦气机逆乱而发病，这也与 PLGC 的病机相符，常为虚实夹杂、寒热错杂之证。从气痞到痞硬，从痞硬到痞块，是疾病从无形之邪发展至有形之邪的过程，而 PLGC 正处于无形之胃炎发展至有形之胃癌的中间环节，故用张仲景之痞证辨治思想辨治 PLGC 是可行的。

2.2 结证

结者，凝结、聚结，为邪正胶着于里，属于偏局部的病理状态^[2]。《伤寒论》中关于结的描述不少，病名上有“结胸”“脏结”“阳结”“阴结”等描述，如《伤寒来苏集》认为，结胸是邪气入里与阳结，而脏结是邪气入里与阴结。《伤寒论》云“其脉浮而数，能食，不大便者，此为实，名曰阳结也，期十七日当剧。其脉沉而迟，不能食，身体重，大便反硬，名曰阴结也，期十四日当剧”，阳结多为外邪内陷，机体阳气偏亢而阴不足；而阴结则为机体阳气不足而阴偏亢。在症状上有“心下支结”“少腹急结”“胸下结硬”等描述。“心下支结”为太阳表未解，少阳里气不和之证；少腹急结主要阐释太阳蓄血证之一的桃核承气汤证，太阳表不解，热与血结于下焦。“胸下结硬”是太阴病的提纲证，已有“腹满而吐，食不下，自利益甚”之中焦阳虚有寒之证，反“下之”，虚者更虚，寒者更寒，则脾虚寒结，表现为“胸下结硬”。

不论何种结证，其病机均为外有邪，内有水、痰、寒、瘀血，邪气与体内之水、痰、寒、瘀互结，而成结证，或与伏邪相关，病程多迁延难愈，可发为支结的症状，也可表现为局部的病理改变。而 PLGC 病机为外感湿热，经久不愈成毒，入里与素体脾虚而生的痰、湿、浊、寒、瘀相合，久病入络，在胃黏膜聚结而成 PLGC 局部病灶，其病机与《伤寒论》所述之结证相符，故结证的辨治思想运用于 PLGC 的诊治同样可行。在 PLGC 早期至中期多为外感湿热之邪耗气伤阴，属于阳结，至后期阴损及阳，阳气渐弱，此时应纳入阴结之类。结证的治疗原则应以散结为核心，兼顾行气、化痰、利水、驱邪、补虚诸法，并灵活把握缓急主次。

2.3 痞与结之同异

症状上痞与结证均有胀满、拘急不舒、痛或不痛的表现，如《伤寒论》149 条云“若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之，但满而不痛者，此为痞”，认为痞证是“满而不痛”，结胸证是“心下满而硬痛”，可理解为以脘腹胀闷痞满为主症者，从痞辨治；而以痛硬支结为主症者，从结辨治。但临床上二者常不易区别，更不可片面地仅以疼痛区分痞与结。

病机上，脾虚有湿、暴饮暴食、七情内伤、外感邪毒均可导致中焦气机升降失常，发为痞/结证，这也是 PLGC 的病机所在。如何区分痞证与结证，《伤寒论》第 131 条已提及，曰“病发于阳，而反下之，热入因作结胸；病发于阴，而反下之，因作痞也”，指出结证多为阳病，痞证多为阴病。又曰“凡云结者，谓邪气与物相结聚也，物者何？水血是也”，可推测结证多见于邪气与痰、水、瘀互结之实证；而“脾不能行气于脾胃，结而不散，则为痞”，可推测痞证多基于中虚不运。纵使痞证偏虚，结证偏实，然随着病情发展，因虚致实，由实转虚，两者均可表现为虚实夹杂之态。PLGC 患者早期偏于阳证实证，虚证尚不明显，病在气分，多以气痞、阳结辨治；中期寒热虚实并重，由气及血，以痞硬、阳结辨治；后期偏于阴证虚证，病已入络，以痞块、阴结辨治。

3 分阶段治疗 PLGC

3.1 早期健脾理气，兼清湿热

PLGC 初起，常因以幽门螺旋杆菌（Hp）感染而诱发，即外感湿热，湿热之邪阻碍中焦气机，同时蒸灼津液，耗损脾胃之气阴，致脾虚气滞，中土失运，此时可能处于气痞、阳结的阶段。常自觉心下痞满，微痛或不痛，未及有形之物。应采用健脾导滞、清热祛湿之法，使气分之病邪得以祛除。

张仲景用小陷胸汤治疗小结胸证，病位在心下，“按之则痛”，与“硬满而痛，不可近者”之大结胸证相比痛势较轻微，为痰热互结之证。对于 PLGC 湿热蕴滞中焦者，以小陷胸汤为主方，清热化湿，宽胸止痛。气滞者，加用陈皮、醋香附之类；脾虚者，加用炒白扁豆、茯苓之品。PLGC 患者多素体脾虚，外感湿热，气机被遏，加重脾虚，呈“虚气留滞”，若以大便溏泄、神疲困倦、脘腹胀满等为主要表现的脾虚气滞者，可用健脾导滞之厚朴生姜半夏甘草人参汤，全方消补兼施，以行气

消痞为主, 辅以补虚, 则补而不滞、消而不伤, 使“正气存内, 邪不可干”, 同时可加用白花蛇舌草、半枝莲等清热化湿、解毒散结之品。

3.2 中期辛开苦降, 化瘀并行

PLGC 中期, 外邪入里与内生痰浊瘀毒之邪互结, 聚于中焦, 脾胃升降失司, 枢机不利, 由气及血, 同时进一步耗损脾气胃阴, 此时以寒热、虚实夹杂, 多伴瘀毒, 处于痞硬、阳结的阶段。临床上除自觉症状外, 触之可及胀满, 但未及有形之物。可予以辛开苦降、活血化瘀之法, 同时注意顾护脾胃, 阻止疾病进展。

对于胃痞胃痛以胀满为主, 兼胁肋胀满不适, 或伴太息、神疲纳差的肝胃不和者, 可与之柴胡桂枝汤, 《伤寒论》146 条曰“伤寒六七日, 发热微恶寒, 肢节烦疼, 微呕, 心下支结, 外证未去者, 柴胡桂枝汤主之”。此方是治疗太阳少阳合病的经典方, 然临床运用不应限于此, 其方证本质上是邪正相搏、正气不足^[9]。该方由小柴胡汤、桂枝汤各半量组成, 兼具疏肝健脾补虚、调和气血营卫之功, 可用于脾虚肝胃不和、寒热错杂之 PLGC, 使肝气得舒, 脾气得健, 胃气得降, 枢机得利, 则痞痛得缓^[9]。张仲景在《伤寒论》中多次提到用寒热错杂法治疗痞证, 对于 PLGC 表现为中焦虚寒、上焦有热、阴阳不相顺接之上热中寒者, 可用辛开苦降之半夏泻心汤; 寒热错杂进一步发展, 四肢不温, 至上热下寒, 病厥阴者, 可用乌梅丸, 清上温下, 寒得热、热得寒而合和也。此阶段有形之邪已成, 应重视化瘀之法, 在运用以上方药的同时, 常规需加用活血化瘀之品。

3.3 后期补虚养胃, 辅以通络

疾病失治误治, 日久不愈, 至 PLGC 终末阶段, 病邪入络, 正气极度虚损, 毒邪内盛, 浊瘀盘结, 病灶有由局部向外扩散的趋势, 如不及时阻断可发展至噎膈、伏梁等坏病。此时处于痞块、阴结的阶段。临床上除自觉症状外, 内镜下可出现胃黏膜高级别上皮内瘤变、重度异型增生等改变。可运用温阳散结、化瘀通络之法, 迅速恢复正气, 逆转正邪态势, 推陈致新。

对于中焦虚弱、寒凝血瘀者, 可用理中丸为主方, 使中气内固, 外御邪毒。理中丸包含人参、干姜、炙甘草、白术各三两, 全方甘辛温补, 扶助脾胃之阳, 是张仲景温中补虚的代表方, 如《金匱要略》所言“胸痹心中痞, 留气结在胸, 胸满, 胁下逆抢心, 枳实薤白桂枝汤主之, 人参汤亦主

之”, 所述之人参汤即理中丸。《伤寒论》曰“霍乱, 头痛发热, 身疼痛, 热多欲饮水者, 五苓散主之; 寒多不用水者, 理中丸主之”。同时辅以通络之法, 对于兼见郁久化热伤阴者, 采用辛润通络法; 对于兼见疼痛剧烈者, 予以逐瘀通络法, 可运用走窜之虫类药物, 如全蝎、地龙; 而毒瘀盘结, 日久生风者, 可予以祛风通络法, 采用僵蚕、钩藤之品, 防止风动导致疾病传变。不论是胃阴虚损, 还是脾阳虚弱, 日久都可累及肾阳, 对疾病终末期, 阳虚水停, 伴有完谷不化、四肢不温、胃脘腰背部冷痛者, 可用真武汤温阳散饮, 温通血脉。

4 典型医案

患者, 女, 54 岁, 2017 年 9 月 13 日初诊。主诉: 上腹部胀满半年余。患者自诉约半年前开始出现上腹部胀满症状, 位于剑突下, 连及胁肋部, 表现为胀闷不适, 偶有疼痛, 痛有定处, 进食后或心情不佳时可加重, 偶有反酸、嗝气症状, 不伴烧心、恶心、呕吐、胸闷、心悸、腹泻、黑便等症。自服雷贝拉唑片可缓解 (具体服药方法及剂量不详), 停药后上诉症状反复发作。查胃镜示: 慢性萎缩性胃炎; 病理: (胃窦) 符合慢性中度萎缩性胃炎伴肠上皮化生, 局灶低级别上皮内瘤变。患者起病以来, 精神、体力较差, 食欲一般, 常失眠, 小便可, 大便不成形, 每天 1 或 2 次, 体重无明显变化, 舌暗红、舌体胖大略有齿痕、苔薄白, 脉弦细而滑。西医诊断: 慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生、低级别上皮内瘤变; 中医诊断: 痞证; 证型: 脾虚肝胃不和证, 治以健脾疏肝、补虚导滞。处方: 北柴胡 12 g, 黄芩 12 g, 姜半夏 12 g, 党参 6 g, 桂枝 12 g, 白芍 12 g, 生姜 9 g, 枳实 12 g, 白术 12 g, 莪术 12 g, 八月札 30 g, 三七粉 3 g (冲服), 焦三仙各 12 g, 甘草 6 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次温服。2017 年 9 月 27 日二诊: 患者服药后胁肋部胀满较前好转, 食欲好转, 仍有剑突下的胀满不舒, 矢气较多。改为口服香砂六君丸, 每次 12 丸 (4.5 g), 每日 3 次; 三七粉 3 g (冲服), 每日 1 次。服用 2 个月后诸症缓解。

按: 患者上腹部胀满, 可纳入痞证, 伴连及胁肋, 情绪睡眠不佳, 考虑肝胃不和, 伴食欲不佳, 神疲乏力, 舌体胖大有齿痕, 考虑脾虚湿盛。应辨证为痞证肝胃不和型, 予以柴胡桂枝汤, 健脾疏肝, 补虚导滞。初诊服药后诸症好转, 脾虚气滞之证较突出, 予以香砂六君丸健脾行气, 三七粉化瘀

通络,以丸剂、粉剂长期服用更利于胃黏膜局部病灶的消散。

5 小结

PLGC 的中医辨证,不同医家各有侧重,2017 年慢性萎缩性胃炎的中西医共识将 CAG 分为 6 个证型^[8];朱昱翎等^[9]认为,脾虚络阻毒损是本病的根本病机,王伟等^[10]从“毒损胃络”阐述 CAG 癌前病变的诊治思路,魏品康等^[11]根据多年临床经验及实验提出胃癌痰浊污染学说,认为痰浊是构成促癌微环境的物质基础,应从痰论治 PLGC。PLGC 的发病及进展是一个由微渐著的过程,早期在免疫力不足的基础上,感染幽门螺旋杆菌,即素体脾虚,外感湿热,湿热一方面灼伤胃阴,使津枯血滞而渐成瘀,一方面阻遏气机,进一步影响脾胃健运,脾失升清,胃失降浊,则内生痰浊瘀毒,滞、瘀、损交织,增生聚结而导致胃黏膜肠上皮化生、异型增生等胃癌前病变。

PLGC 的病机、病理转变、临床症状均与《伤寒论》所述之痞证、结证相契合,我们依据临床经验,将 PLGC 分为三个阶段,同时结合张仲景痞证、结证的理论体系分而论治:PLGC 早期,病邪尚在气分,属气痞、阳结范畴,可予健脾导滞,兼清湿热的方药,湿热中阻者予以小陷胸汤,脾虚气滞者予以厚朴生姜半夏甘草人参汤;及至中期,由气及血,寒热虚实并存,属于痞结、阳结的范畴,可用辛开苦降、活血化瘀之法,同时顾护脾胃,肝胃不和者予以柴胡桂枝汤,上热中寒者予以半夏泻心汤,上热下寒者予以乌梅丸;至晚期,正气虚极,病邪入络,可归于痞硬、阴结,应以扶正为

主,辅以通络,中焦虚寒者予以理中丸,脾肾阳虚者予以真武汤,同时酌情加用化瘀、祛风通络之品。需要注意的是,本文所述的三个阶段是基于疾病的病机,并不能与 PLGC 的西医病理类别完全对应。我们认为,PLGC 的诊治应辨清疾病所处阶段,明确正邪态势,抓住主要矛盾,谨守病机,活用经方,师古而不泥古;同时还应结合现代医学之先进手段,确立 PLGC 的病理类型,有针对性施治,辨病与辨证相结合,才能充分发挥中医“治未病”的特色与优势,及时有效地阻断、逆转 PLGC 发展。

参考文献

- [1] 李心机.张仲景论“痞”释义并“类似证”举隅[J].山东中医杂志,2018,37(9):713-717.
- [2] 张蕊.从热实结胸探讨“结”病机[J].中华中医药杂志,2017,32(4):1847-1849.
- [3] 沈婕,何胜利.柴胡桂枝汤辨治肿瘤患者感冒临床体会[J].上海中医药杂志,2018,52(1):73-74.
- [4] 孙超楠,李廷荃.李廷荃教授应用柴胡桂枝汤治疗胃病二则[J].中医临床研究,2017,9(4):52-53.
- [5] 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.
- [6] 朱昱翎,白宇宁,姚乃礼.从“脾虚络阻毒损”认识胃癌前病变胃黏膜屏障损伤及其辨治思路[J].中医杂志,2013,54(10):817-820.
- [7] 王伟,刘冬梅,袁方.慢性萎缩性胃炎癌前病变从“毒”论治新思路[J].江苏中医药,2016,48(3):12-14.
- [8] 矫健鹏,康宁,魏品康.从痰论治胃癌前病变[J].中华中医药杂志,2014,29(5):1696.

The Application of *Treatise on Cold Pathogenic Diseases* Syndrome Differentiation of *Pi* (痞) Syndrome; *Jie* (结) Syndrome in Gastric Precancerous Lesions

ZHANG Manling¹, ZHANG Shu², SHI Zhaohong^{1,2}, LIU Yun¹, PENG Hongjiao¹, AI Wang³

1. College of Traditional Chinese Medicine, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan, 430065; 2. Wuhan First Hospital Affiliated to Hubei University of Traditional Chinese Medicine; 3. Wuhan Traditional Chinese Medicine Hospital

ABSTRACT Modern medicine currently focuses on surgery and symptomatic treatment of early gastric cancer precancerous lesions (PLGC) such as intestinal metaplasia and low-grade intraepithelial neoplasia. PLGC belongs to the category of *Pi* (痞) syndrome and *Jie* (结) syndrome. In the Eastern Han Dynasty, ZHANG Zhongjing expounded the symptoms and pathogenesis of *Pi* (痞) syndrome and *Jie* (结) syndrome in the *Treatise on Febrile Diseases*. It is believed that ZHANG Zhongjing's differentiating and treating thoughts could be applied to the diagnosis and treatment of PLGC.

Keywords precancerous lesion of gastric cancer; *Treatise on Febrile Diseases*; *Pi* (痞) syndrome; *Jie* (结) syndrome

(收稿日期: 2019-08-29; 修回日期: 2019-10-10)

编辑: 黄 健