

本文引用: 范雪茹, 王晓鸽, 刘佳, 晁阳, 牛钰靖, 许二平. 许二平运用“临证五法”治疗胃癌前病变的经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(8): 1604–1609.

许二平运用“临证五法”治疗胃癌前病变的经验

范雪茹^{1,2,3}, 王晓鸽^{1*}, 刘佳^{1,2,3}, 晁阳^{1,2,3}, 牛钰靖^{1,2,3}, 许二平^{3*}

1.河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆科,河南 郑州 450003;2.河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450046;
3.河南中医药大学,河南 郑州 450046

[摘要] 总结许二平教授运用“临证五法”治疗胃癌前病变(PLGC)的临证经验。许二平教授认为,本病以脾胃失和、通降失职为核心病机,病程中常由气机不畅而渐致气滞血瘀、湿聚成痰,久则寒热错杂、虚实互见。治疗上,以“以和为本”为治疗总纲,以恢复中焦升降、促进胃腑通降为核心,临证根据不同病机环节,分别施以疏调气机、以通为用、祛湿为要、寒热并用诸法,使气机得畅、胃络得通、湿浊得化、寒热得平。附验案一则,以期为 PLGC 的中医辨治提供参考。

[关键词] 胃癌前病变;临证五法;脾胃升降;名医经验;许二平

[中图分类号]R273

[文献标志码]A

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.08.009

XU Erping's experience in treating precancerous lesions of gastric cancer using the "five clinical treatment methods"

FAN Xueru^{1,2,3}, WANG Xiaoge^{1*}, LIU Jia^{1,2,3}, CHAO Yang^{1,2,3}, NIU Yujing^{1,2,3}, XU Erping^{3*}

1. Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450003, China; 2. The First Clinical Medical College, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450046, China;
3. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450046, China

[Abstract] This article summarizes Professor XU Erping's experience in treating precancerous lesions of gastric cancer (PLGC) using the "five clinical treatment methods". Professor XU Erping considers disharmony of the spleen and stomach and impaired smooth downbearing to be the core pathogenesis of PLGC. During the course of the disease, impaired qi movement may gradually lead to qi stagnation and blood stasis, accumulation of dampness into phlegm, and, over time, a complex pattern of cold and heat with coexistence of deficiency and excess. In clinical practice, Professor XU takes "harmony" as the fundamental principle of treatment, with restoration of the ascending and descending movements of the middle jiao and promotion of smooth downbearing of the stomach as the core therapeutic approach. According to the different pathogenic processes encountered in clinical practice, he applies the methods of regulating qi movement, promoting free flow, eliminating dampness, and treating cold and heat simultaneously, thereby restoring the smooth flow of qi, unblocking the stomach collaterals, resolving dampness and turbidity, and harmonizing cold and heat. A verified medical record is presented to provide clinical reference for differentiating and treating PLGC with Chinese medicine.

[Keywords] precancerous lesions of gastric cancer; five clinical treatment methods; ascending and descending movements of the spleen and stomach; famous physician's experience; XU Erping

[收稿日期]2026-04-22

[基金项目]国家自然科学基金项目(82274496);河南省中医药科研专项(2025ZY1017);国家中医药传承创新中心联合共建科研专项(2024ZXZX1164)。

[通信作者]* 许二平,男,博士,教授,博士研究生导师,E-mail:xuerping1228@163.com;王晓鸽,女,博士,副主任医师,硕士研究生导师,E-mail:wangxiaoge2007@163.com。

胃癌前病变(precancerous lesions of gastric cancer, PLGC)是指以慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生及异型增生为主要表现的一类胃黏膜病理改变,处于正常黏膜向胃癌演进的关键阶段^[1]。随着胃镜及病理诊断技术的应用普及,PLGC的检出率逐年升高^[2]。在此阶段实施有效干预,对延缓疾病进展、降低胃癌发生风险具有重要意义。现代医学认为,PLGC的发生与幽门螺杆菌感染、慢性炎症反复刺激及黏膜修复失衡等因素密切相关^[3]。目前,临床以根除幽门螺杆菌为主要治疗手段,并辅以内镜监测及必要的内镜干预^[4-5]。然而,对于已形成的萎缩、肠化生及异型增生等病理改变,尚缺乏有效的干预手段^[6]。

PLGC在中医古籍中虽无完全对应的病名,但根据本病上腹痛、反酸、烧心、食欲减退等临床表现,可归属于“胃脘痛”“胃痞”等范畴。中医药在PLGC的防治方面积累了较为丰富的经验,既往医家多从“浊毒”“瘀毒”“调态消癥”等病理产物角度探讨其病机与治法,在改善症状、延缓病变进展方面取得了一定疗效^[7-9],为认识本病提供了重要思路。然而,上述病理产物虽为PLGC的重要病机环节,但究其根本,均与脾胃失和、通降失职密切相关。随着病程迁延,气机郁滞、血络瘀阻及湿浊内生等变化往往相互影响、转化^[10],若仅侧重从病理产物角度论治,难以全面把握疾病不同阶段的关键病机。因此,PLGC的中医辨治应立足脾胃失和、通降失职这一核心病机,审察病机演变,随证施治。

许二平教授系河南省名中医、国家中医药管理局高水平中医药重点学科(伤寒学)学术带头人,从事脾胃病临床与科研工作30余年,在继承经典理论的基础上,结合多年临证体会,提出“临证五法”辨治思路,即以和为本、疏调气机、以通为用、祛湿为要及寒热并用^[11],用以指导脾胃病的辨证施治。该思路并非拘泥于单一病理因素,而是以脾胃失和、通降失职为核心病机,以“以和为本”为治疗总纲,根据气机不畅渐致气滞血瘀、湿聚成痰,久则寒热错杂、虚实互见的病机变化,灵活运用诸法,以恢复中焦升降之常。本文旨在梳理许二平教授“临证五法”的理论内涵,结合PLGC的病机演变特点,阐述其在该病中的具体运用与临床经验,并通过验案加以印证,以期PLGC的动态辨治提供新的思路与方法。

1 “临证五法”的理论内涵

“临证五法”并非多个治法的简单叠加,而是具有内在层次和联系的辨治体系。其中,以和为本为辨治之总纲,贯穿疾病始终;疏调气机针对气机不畅,枢机失调的病机特点,强调疏肝理气、和胃降逆;以通为用依据胃腑“以通为用、以降为顺”的生理特点而设,通降胃腑与疏通胃络并重,是实现“和”的重要途径;祛湿为要针对脾失健运、湿聚成痰的病机特点,强调祛湿化浊、健脾助运;寒热并用针对病程迁延后寒热错杂之候,通过寒温并调,使寒热得平。诸法各有侧重,又相互配合,共同体现了许二平教授“法随证变、以和为归”的辨治特点。

2 基于“临证五法”对PLGC病机的认识

许二平教授认为,PLGC以脾胃失和、通降失职为核心病机,其发生发展过程中常由气机不畅而渐致气滞血瘀、湿聚成痰,久则寒热错杂、虚实互见。

2.1 气机不畅、枢机失调为病机之始

中焦为气机升降之所,脾胃同居中州,脾主升清,胃主降浊,二者共为全身气机之枢轴。《素问·举痛论篇》谓:“百病生于气也。”许二平教授认为,PLGC虽病位在胃,但其病机演变多始于中焦气机失调。情志不遂、饮食失节等因素均可影响中焦气机,情志不遂则肝失疏泄、横逆犯胃,饮食失节则损伤脾胃、升降失常,最终导致脾失健运、胃失和降,水谷的受纳、腐熟与转输功能失常。

中焦气机不畅日久,进而加重脾胃失和,既可影响胃腑通降功能,又可导致水湿停聚、血行不畅,为湿浊、瘀血等病理因素的形成创造条件。因此,许二平教授尤重视气机失调在PLGC发生发展中的始动作用,认为其不仅是脾胃功能失常的早期表现,也是病机由气机失调向痰、瘀等复杂病理因素演变的重要基础。

2.2 气滞血瘀、胃络瘀阻为病机之转

胃以通为和,以降为顺。气为血之帅,气行则血行。若气机郁滞日久,由气分深入血分,血行不畅,则渐致瘀阻胃络。《临证指南医案·胁痛》云:“大凡经主气,络主血,久病血瘀。”许二平教授认为,气机失调虽为病机之始,但病程迁延之后,病位往往由气分深入血分,胃络瘀阻遂成为PLGC病机演变的重要转折环节。

胃络瘀阻,则气血运行不畅,胃失所养,受纳腐熟及通降功能进一步减退,脾胃升降失常亦随之加重。此时病机已由单纯气机失调转为气滞血瘀、胃络瘀阻。瘀阻愈甚,又可反过来影响气机运行,使中焦气机升降失司,胃腑通降更加不畅。

2.3 脾失健运、湿聚成痰为病机之进

脾主运化水湿,喜燥恶湿。许二平教授认为,脾胃失和、气机不畅,日久则运化失司,水湿停聚,渐生湿浊。湿为阴邪,其性黏腻重浊,最易困阻脾阳,使中焦运化进一步失常,形成“因湿致滞、因滞生湿”的恶性循环。

湿浊困脾,脾失健运,中焦失和更甚,气机升降愈发失常。湿浊久留,聚而成痰。痰虽为病理产物,然其根源仍在湿浊内蕴,故许二平教授尤重视湿浊在 PLGC 病机演变中的作用。湿浊既可阻滞中焦气机,又可影响胃腑通降,使中焦运化与通降功能进一步受阻。若湿浊久留不化,痰湿胶结,则可进一步与瘀血互结,深伏胃络,使中焦气机愈滞、胃腑通降愈阻,病机渐趋复杂、病情迁延难愈。

2.4 寒热错杂、虚实夹杂为病机之常

PLGC 迁延日久,正气渐损,脾胃功能衰退,中焦失和,阴阳不调,极易呈现寒热错杂之候。气郁日久可化热,湿痰、瘀血郁滞亦可蕴而生热;病程迁延,则脾阳渐衰,中焦虚寒,运化失职。寒热交争,又使中焦枢机愈乱,失和难复。寒热并见、虚实夹杂,遂成为 PLGC 迁延日久后的常见病机特点。

许二平教授认为,寒热错杂并非寒证与热证的简单并见,而是脾胃失和、阴阳失调在疾病后期的集中体现。热多源于气郁、痰瘀久滞所化,寒则多因脾胃虚损、阳气不足所致,二者互为因果,共同构成 PLGC 复杂的病理状态。若拘泥于寒热一端,则难以全面反映疾病本质。故许二平教授强调,应从整体把握病机演变,重视恢复脾胃升降功能及阴阳协调。

综上所述,PLGC 以脾胃失和、通降失职为核心病机。气机不畅、枢机失调为病机之始,日久可致气滞血瘀、胃络瘀阻;脾失健运则水湿停聚、湿聚成痰;病程迁延又可出现寒热错杂、虚实互见。上述病机相互影响、相互转化,进一步加重中焦升降失常与胃腑通降不利,致病情迁延不愈。

3 “临证五法”在 PLGC 中的运用

根据 PLGC 病机特点,许二平教授提出以“以

和为本”为治疗总纲,随病机演变分别施以疏调气机、以通为用、祛湿为要及寒热并用诸法,使脾胃调和、升降有序。

3.1 以和为本,贯穿始终

许二平教授认为,PLGC 虽病机复杂、证候多变,但其根本在于脾胃失和、通降失职。故以和为本并非某一具体治法,而是贯穿辨证施治全过程的治疗总纲。所谓“和”,不仅在于调和脾胃,更在于统筹疏调气机、以通为用、祛湿为要、寒温并用诸法,使各法有所侧重而不失调和。用药强调疏而不过散,通而不过攻,燥而不伤阴,温而不助热,清而不伤阳,使祛邪与扶正并举,攻补相兼,寒温相济,最终达到脾胃调和、气机升降复常、胃腑通降有序。

3.2 疏调气机,以启中焦升降

《素问·六元正纪大论篇》曰:“木郁达之。”PLGC 以气机郁滞为主者,临床多见胃脘胀满、嗳气频作、胸胁胀痛、纳呆食少,症状常随情志波动而加重。许二平教授多以疏调气机为先。临证常用柴胡疏达肝气,配伍枳实等行气和胃之品,以调畅中焦气机。柴胡疏肝解郁,枳实行气消痞、通降胃腑,二者相伍,一疏一降,使气机调达、升降有序。若脘腹胀满甚者,酌加香附、陈皮、厚朴以增行气除满之力;情志不畅、胸胁苦满者,配伍郁金、佛手、合欢皮以助疏肝解郁。许二平教授强调,疏调气机之品多偏辛散,用时需佐白芍等养血柔肝之品,使散中有收,以防疏散太过而耗伤胃阴。气机调达,则胃腑通降渐复,纳化趋于有序,并有助于化痰、祛瘀、散结诸法的施用。相关研究显示,柴胡皂苷具有抗炎及免疫调节作用^[12-13]。另有研究表明,柴胡疏肝散能调节表皮生长因子受体及信号转导与转录激活因子 1 的表达,从而影响胃黏膜上皮细胞的增殖与凋亡^[14-15]。

3.3 以通为用,恢复胃腑通降

许二平教授认为,胃以通为和,以降为顺。PLGC 病程迁延,气病及血,胃络瘀阻,气血运行不畅,进一步导致胃腑通降失司。以通为用之“通”,内涵有二:一为通降胃腑,针对胃失和降、腑气不通;二为疏通胃络,针对久病入络、胃络瘀阻。二者虽各有侧重,但均以恢复胃腑通降、调畅气血为要。胃失和降、腑气不通者,临床多见胃脘痞满、餐后胀甚、嗳气不舒、纳食减少,或兼大便干结、数日一行、腹胀较甚,舌苔厚腻或黄腻,脉弦滑等表现。治当行气导滞、通腑降浊。临证中,许二平教授常以枳实导滞丸加减。痞满偏重

者,酌加厚朴、陈皮、半夏、莱菔子等行气消痞、和胃降逆;便秘明显、腑气壅滞者,酌加瓜蒌仁、火麻仁等通腑润肠之品。许二平教授强调,PLGC多属本虚标实、虚实夹杂之证,通腑降浊不宜峻猛攻下,尤当中病即止,以免苦寒太过损伤脾胃。久病入络、胃络瘀阻者,临床多见胃脘刺痛、痛有定处,或见舌质紫暗、舌下络脉迂曲等表现。治当活血通络、行气止痛。临证中许二平教授常以丹参、赤芍、川芎活血通络,以祛已成之瘀;配伍枳实、延胡索等行气止痛,使气机得畅,从而推动血行。诸药合用,意在疏通胃络之滞,而非峻猛攻逐瘀血。若瘀象较著、疼痛顽固,可酌加三棱、莪术以增强化瘀通络之力,但许二平教授强调须用之有度,中病即止,随证进退,以免破气伤血,损及脾胃生生之气。胃络得通,胃腑通降渐复,则气血运行得畅,黏膜濡养改善,中焦气机升降趋于协调。现代研究亦提示,丹参等活血化瘀药物可改善胃黏膜微循环状态,增加黏膜血流量,减轻炎性损伤与缺血再灌注损伤,从而为萎缩及肠化生黏膜的修复提供条件^[16-17]。

3.4 祛湿为要,以复脾胃运化

湿浊偏盛者,许二平教授尤重祛湿为要。临床常见胃脘痞满、纳呆食少、口中黏腻、肢体困重、大便黏滞不爽,舌苔厚腻,脉滑等症。《温病条辨·下焦篇·寒湿》云:“脾主湿土之质为受湿之区,故中焦湿证最多。”许二平教授强调,治湿当以运脾为核心,脾运得健则湿浊自化,故治当祛湿化浊与健脾助运并举。临证常以白术、茯苓、薏苡仁等甘淡之品健脾渗湿。若湿浊较重、苔腻脘痞者,酌加苍术、厚朴、广藿香、佩兰等芳香化湿、苦温燥湿。若湿浊久留不化,聚而成痰,痰湿胶结,则进一步加重病情。基于此,许二平教授提出治湿即所以治痰,故临证常于祛湿方中,根据痰结轻重,酌加浙贝母、海藻、昆布等化痰散结之品。许二平教授强调此类化痰散结之法并非一味消伐攻逐,而是寓散于和,在顾护脾胃正气的前提下消癥散结。此即祛湿为要之法的延伸与深化,化痰不离祛湿,散结不忘运脾。

3.5 寒热并用,以复中焦之平

寒热错杂、虚实互夹之候,许二平教授尤重明辨寒热偏盛,主张寒温并用、随证权衡。临床常见反酸烧心、口苦口干、胃脘嘈杂、胸胁不舒、舌红苔黄或黄腻等肝胃郁热之象,同时又可兼见脘腹喜温喜按、畏寒肢冷、纳呆便溏、神疲乏力、舌淡胖或边有齿痕等

脾阳不足之候。其热多偏于肝胃,常由气郁化火、痰瘀郁久生热所致;其寒多偏于脾,常因久病损伤脾胃、中阳不足、运化失司而成。若仅见反酸烧心、口苦口干、舌红苔黄,而无畏寒便溏、喜温喜按等虚寒表现,多属热象偏盛;若以胃脘冷痛、喜温喜按、便溏乏力、舌淡苔白为主,而无明显反酸烧心、口苦苔黄等表现,则偏于虚寒。若寒热症状并见,且寒凉药后便溏加重、温燥药后反酸烧心明显,则可进一步佐证寒热错杂、虚实互夹之机。

许二平教授认为,临证不应拘于寒热一端,而应从中焦升降失常、阴阳失和的整体病机出发,审察寒热偏盛,灵活施治。临证中,许二平教授常根据寒热偏盛随证选方用药。热象偏盛者,酌用黄芩、黄连等苦寒之品以清肝胃郁热;寒象明显者,则酌用干姜、桂枝、附片等温通之药以振奋脾阳。寒热并见者,常以半夏泻心汤类方加减,取其辛开苦降、寒温并用之意,使郁热得清而不伤胃阳,中寒得温而不助郁热。许二平教授强调,寒热并用并非寒温药物的简单叠加,而是在辨清寒热所在、虚实偏盛基础上的灵活配伍,其核心在于调和寒热、协调气机升降,使脾胃阴阳复归平衡,胃腑通降功能得以恢复。

4 验案举隅

赖某,男,60岁。初诊:2025年11月26日。主诉:间断反酸、烧心4年余。患者4年余前无明显诱因出现反酸、烧心,症状间断发作,吸气时自觉胃脘牵引不适,伴左肋下疼痛,未予规范治疗。近来症状加重,遂来就诊。现症见:反酸、烧心,吸气时胃脘牵引不适感,左肋下疼痛,口干,大便偏干,小便正常。舌质淡暗偏红,舌边有齿痕,苔薄黄,脉弦细。辅助检查:2025年9月胃镜示慢性萎缩性胃炎伴活动性炎;病理检查示局部腺体肠上皮化生,并见局灶轻度上皮异型增生。¹³C-尿素呼气试验示幽门螺杆菌阴性。西医诊断:PLGC。中医诊断:胃脘痛(脾胃失和、郁热瘀阻证)。治以疏调气机、清泄郁热、通络散结。方用大柴胡汤加减:北柴胡20g,黄芩20g,清半夏20g,白芍15g,麸炒枳实20g,酒大黄10g,黄连15g,制吴茱萸3g,海螵蛸30g,浙贝母20g,赤芍20g,醋延胡索30g,醋三棱10g,醋莪术10g,炙甘草10g。共7剂,每日1剂,水煎服,早晚分服。

二诊:2025年12月3日。患者反酸、烧心明显减轻,偶有胃脘刺痛,吸气时牵引不适感减轻,左肋

下疼痛、口干缓解,伴手足不温、畏寒、乏力,大便尚可,小便正常。舌质淡暗,苔薄白滑,脉弦细。辨为脾胃虚寒、瘀阻胃络证。治以温阳通络、行气活血。方用柴胡桂枝汤加减:北柴胡 15 g,黄芩 6 g,党参 15 g,桂枝 15 g,白芍 15 g,炙甘草 15 g,淡附片(先煎)12 g,细辛 3 g,赤芍 20 g,醋延胡索 30 g,醋三棱 10 g,醋莪术 10 g,海螵蛸 30 g,煅瓦楞子 30 g,麸炒枳实 20 g,生姜 5 片。共 14 剂,煎服法同前。

三诊:2025 年 12 月 17 日。患者反酸偶作,胃脘牵引不适感显著减轻,左胁下疼痛、口干已消,手足不温、畏寒、乏力亦除,大小便正常。舌质淡红,苔薄少,脉弦细。辨为肝胃不和证。治以疏肝和胃、制酸散结。方用柴胡疏肝散合乌贝散加减:醋北柴胡 15 g,赤芍 15 g,川芎 30 g,醋香附 15 g,麸炒枳实 20 g,陈皮 12 g,炙甘草 10 g,海螵蛸 30 g,浙贝母 15 g,白及 15 g,醋三棱 10 g,醋莪术 10 g。共 14 剂,煎服法同前。

2 个月后门诊随访,患者反酸偶作,胃脘牵引不适基本消失,二便正常。复查胃镜示慢性萎缩性胃炎伴糜烂及胆汁反流;病理检查示轻度慢性萎缩性胃炎伴活动性炎及局部腺体肠上皮化生,未再检出上皮异型增生。

按语:患者年届六旬,病程 4 年余,反酸、烧心反复发作且未予规范治疗,胃镜及病理已见慢性萎缩性胃炎伴活动性炎、肠上皮化生及局灶轻度上皮异型增生。患者年高病久,脾胃渐虚,气机失畅,久则入络,故本案总体呈本虚标实、虚实夹杂之势。初诊反酸、烧心,为胃失和降、胃气上逆之象;左胁下疼痛、吸气时胃脘牵引不适提示肝胃气机不畅;口干、大便偏干,结合舌质偏红、苔薄黄,为郁热内蕴之征;舌质淡暗则提示久病入络、血行不畅,舌边齿痕,则示脾胃不足;脉弦为气机郁滞,兼细则提示病久正气渐虚。诸症合参,西医诊断为 PLGC,中医诊断为胃脘痛,辨为脾胃失和、郁热瘀阻证,治以疏调气机、清泄郁热、通络散结。许二平教授以大柴胡汤加减治之,疏肝理气而兼清里热,使气机得行、腑气得降。方中北柴胡、麸炒枳实一升一降,以复气机之畅;白芍养血柔肝,缓急止痛,与北柴胡相伍,使疏肝而不伤阴;黄芩、黄连清泄郁热,制吴茱萸辛温反佐,寓辛开苦降、寒热并用之意;清半夏燥湿化痰,酒大黄、麸炒枳实通腑降浊,契合胃腑以通为用之性;赤芍、醋

延胡索、醋三棱、醋莪术行气活血、化瘀散结,但取其通络消癥之用,并非峻猛攻逐;浙贝母化痰散结,海螵蛸制酸护胃,兼顾痰瘀互结与反酸、烧心之症;炙甘草益气和中、调和诸药,以顾护脾胃正气。二诊时,患者反酸、烧心明显减轻,胃脘牵引不适感减轻,左胁下疼痛、口干缓解,提示气机郁滞及郁热壅滞之势已缓;但仍有胃脘刺痛,结合舌质淡暗,说明胃络瘀滞尚存;此时手足不温、畏寒、乏力渐显,苔由薄黄转为薄白滑,提示标实渐退而脾胃虚寒之本渐显;脉仍弦细,弦见气机未畅,细则与病久正虚相应。故辨为脾胃虚寒、瘀阻胃络证,治以温阳通络、行气活血,方用柴胡桂枝汤加减。方中北柴胡、黄芩、党参、生姜疏利中焦枢机,使升降复常;桂枝、白芍、炙甘草调和营卫,温通经脉,更添淡附片、细辛助阳散寒;赤芍、醋延胡索、醋三棱、醋莪术行气活血、化瘀通络,以通胃络之滞;海螵蛸、煅瓦楞子制酸护胃;麸炒枳实通降胃腑。全方由初诊偏于清泄郁热、通降胃腑,转为温阳和中、兼顾气机与胃络,以应证候之变。三诊时,手足不温、畏寒、乏力症状均已消失,提示脾胃虚寒之象已解;左胁下疼痛、口干亦已消失,反酸仅偶作,胃脘牵引不适感显著减轻,舌质淡红、苔薄少,表明寒热偏盛及气机壅滞之势均较前缓解;脉仍弦细,提示肝胃气机尚未完全调畅,兼见病久正虚。此时邪势已衰,治疗不再偏于清泄或温通,而以疏肝和胃、调畅气机为主,故辨为肝胃不和证,治以疏肝和胃、制酸散结,方用柴胡疏肝散合乌贝散加减。方中醋北柴胡疏肝解郁、条达气机;醋香附、川芎助柴胡疏肝行气、活血止痛;陈皮、麸炒枳实理气和胃、调畅升降,使胃气得降;赤芍养血和营,兼活血通络,与醋北柴胡相配,使疏肝而不伤阴;炙甘草益气和中,调和诸药;海螵蛸、浙贝母取乌贝散之意,一收一散,既可制酸护胃,又能化痰散结;白及收敛护胃;醋三棱、醋莪术酌留,以兼顾 PLGC 病程迁延、久病入络之特点。全方以疏肝和胃为主,兼顾制酸散结,使肝气得疏、胃气得降。经治疗后,患者临床症状明显改善,复查病理未再检出上皮异型增生。综观全案,初诊以郁热、气滞、瘀阻为显,治以疏调气机、清泄郁热、通络散结;二诊标实渐退而虚寒之本显露,转以温阳通络、行气活血;三诊寒热偏盛之象已缓,则以疏肝和胃、制酸散结为主。三诊虽证候有变,方药随之调整,但始终着眼于调和脾胃、恢复胃腑通降,体现了许二平教授以和为本、随证施治的临床思路。

5 结语

许二平教授治疗 PLGC,重在把握中焦气机失调及其演变过程。本病以脾胃失和、通降失职为核心病机,病程中多由气机不畅而渐致气滞血瘀、湿聚成痰,久则寒热错杂、虚实互见。临证不拘泥于某一病机或固定治法,而是以“以和为本”为治疗总纲,以恢复中焦升降、促进胃腑通降为核心,根据病机变化灵活运用疏调气机、以通为用、祛湿为要及寒热并用诸法。其要不在攻逐之峻,而在顺应病势、调理有度,于随证施治中恢复中焦枢机之常。

参考文献

- [1] Gan S Y, Li C F, Hou R, et al. Dynamic changes of the immune microenvironment in the development of gastric cancer caused by inflammation[J]. *Molecular Therapy: Oncology*, 2024, 32(3): 200849.
- [2] Cai Q C, Zhu C P, Yuan Y, et al. Development and validation of a prediction rule for estimating gastric cancer risk in the Chinese high-risk population: A nationwide multicentre study[J]. *Gut*, 2019, 68(9): 1576–1587.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会, 中华医学会消化病学分会消化肿瘤协作组, 中华医学会消化内镜学分会早癌协作组, 等. 中国整合胃癌前病变临床管理指南[J]. *胃肠病学*, 2021, 26(2): 91–111.
- [4] 中华医学会消化内镜学分会. 中国早期胃癌内镜诊治共识(2023,太原)[J]. *中华消化内镜杂志*, 2024, 41(6): 421–442.
- [5] Wang P, Li P, Chen Y X, et al. Chinese integrated guideline on the management of gastric precancerous conditions and lesions[J]. *Chinese Medicine*, 2022, 17(1): 138.
- [6] 国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海), 国家消化道早癌防治中心联盟, 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组, 等. 中国胃黏膜癌前状态和癌前病变的处理策略专家共识(2020年)[J]. *中华消化杂志*, 2020, 40(11): 731–741.
- [7] 李丹艳, 赵鲁卿, 丁宁, 等. 张声生“调态消癥”辨治慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变创新思路构建及运用[J]. *中华中医药杂志*, 2024, 39(1): 229–234.
- [8] 张晓利, 赵源, 姜茜, 等. 国医大师李佃贵从浊毒辨治胃癌前病变的思路[J]. *时珍国医国药*, 2025, 36(14): 2762–2765.
- [9] 赵天琪, 张雅欣, 刘华一. 刘华一运用“以通为补”理论治疗胃癌前病变经验[J]. *湖南中医杂志*, 2025, 41(7): 64–66.
- [10] 中华中医药学会肿瘤分会. 胃癌前病变治未病干预指南(2023年)[J]. *中华中医药杂志*, 2025, 40(9): 4549–4553.
- [11] 许二平. 中医脾胃病临证精要[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2026: 1.
- [12] 王妍婷, 牛志强, 刘亚男, 等. 柴胡皂苷 d 对 LPS 诱导的 RAW264.7 细胞炎症的抗炎作用机制[J]. *现代食品科技*, 2025, 41(3): 80–88.
- [13] 曲中原, 吴双, 郑岩, 等. 基于指纹图谱和网络药理学的南柴胡质量标志物预测分析[J]. *中草药*, 2021, 52(9): 2678–2686.
- [14] 杨楚琪, 崔言坤, 李冀. 柴胡疏肝散加味治疗肝胃气滞证慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床观察[J]. *中华中医药杂志*, 2021, 36(1): 580–583.
- [15] 涂文玲, 洪银洁, 刘思琦, 等. 基于网络药理学和实验验证研究柴胡疏肝散治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2022, 24(3): 1030–1038.
- [16] 王德芳, 赵明, 董笑一, 等. 基于络病理论观察丹参饮加味治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀阻证的临床疗效及机制[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2022, 28(23): 122–127.
- [17] 栾玉玲. 丹酚酸 B 调节脐带间充质干细胞抗氧化应激能力的作用研究[J]. *中国临床药理学杂志*, 2024, 40(10): 1434–1437.

(本文编辑 陈 晨)