四维辨治模式在胃癌前病变诊治中的运用探析

张曼玲¹ 时昭红^{1,2} 石拓² 张书¹ 刘云¹ 彭洪姣¹

(1.湖北中医药大学,湖北武汉 430065; 2.武汉市第一医院,湖北武汉 430022)

摘要 胃癌前病变(PLGC)是胃炎向胃癌(炎癌)转化的中间环节,其中西医诊治体系尚未完善,传统中医辨治多以辨证论治为核心,然PLGC为病理诊断,临床常无症状,单纯的辨证论治不能完全适用,故辨病、辨证、审因、辨症论治缺一不可,即所谓四维辨治模式。辨病论治是基于PLGC的诊断,把握疾病的整体病机及所处阶段,才能药中肯綮,祛除沉痾;辨证论治即结合胃镜、病理像,四诊合参,准确判断PLGC所属证候,调和阴阳,对证施治;审因是审查PLGC的诱因,追溯疾病的根源,祛除病因,正本清源;辨症论治则是对于有临床症状的PLGC患者,辨别疾病发于个体的外在表现,对症下药,缓解症状。只有联合以上四种辨治模式,才能最大化发挥中医特色优势。

关键词 胃癌前病变;中医病机;辨病论治;辨证论治;审因论治;对症治疗

中图分类号 R273.52 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)04-0051-03

基金项目 国家重点研发计划(2017 YFC1700601);武汉市卫健委重点项目(WZ20A07)

辨证论治作为中医辨治体系的核心理论,受各代医家所推崇,更不乏以“辨证论治”与“辨病论治”区分中医西医的言论^[1]。随着现代医学技术的发展,许多疾病诊断的金标准趋向于实验室检查,而非症状,因为被诊断为某种疾病的患者可能并无任何症状、体征,此时就显露出辨证论治的不足。反观经典,古往今来,中医从认识到治疗疾病,并非只有辨证论治一条途径。早在先秦时期,《黄帝内经》已开辨病、辨证、审因、辨症四维辨治之先河,辨病论治、辨证论治、审因论治、对症治疗都是中医学的重要辨治模式,各自的作用也是不可替代的^[2]。笔者认为在胃癌前病变(PLGC)的辨治体系中,辨证、辨病、审因、辨症缺一不可,辨病是把握疾病的整体病机,辨证是分清疾病当前的所属证候,审因是追溯疾病的根源,辨症是辨识疾病发于个体的外在表现,只有联合以上四种辨治模式,才能最大化发挥中医特色优势。兹将四维辨治模式在PLGC诊治中的运用探析如下。

1 胃癌前病变的中医病机

PLGC为病理概念,可归于中医学“胃痞”“胃脘痛”“痞结”之类。虽发于局部胃黏膜,但实质是全身状态的局部体现。痞者,否也,指主方受到客方控制和压抑但稳定的状态;结者,凝结、聚结也。PLGC病机总属本虚标实,脾虚是基础,饮食不节、外感邪气、情志失畅等外在因素侵袭机体,使得中焦升降失常,脾胃运化之力愈弱、气血生化乏源,胃腑失于濡

养,日久失润成萎。此外,脾阳虚生湿浊、痰饮,脾气虚生瘀滞,加之外邪,湿、痰、瘀等病理产物蕴结于体内,日久生毒,影响脾胃气机的升降,造成胃络瘀阻、胃体失滋养、胃腺体发生萎缩。

2 四维辨治模式在胃癌前病变中的运用

2.1 辨病论治,先证而治 辨病,指根据不同疾病的特征,做出相应的疾病诊断的过程,包括辨别疾病类别和判断个体当前所处疾病的阶段。自古以来中医病名多以症状、体征命名,如咳嗽、鼓胀、便血等,难免忽略一些没有外在表现的疾病,随着现代医学发展、医疗技术设备的更新,认识疾病的层面逐渐深入,实验室检查、影像学检查、病理学检查等技术可辅助诊断,辨病论治体系亦不断完善。PLGC的诊断是基于胃镜及组织病理的诊断,辨病时既需横向思考,即辨别PLGC所属类型,包括萎缩、肠上皮化生、不典型增生、异型增生,并根据病变表现,归纳主要病机,遣方用药;还需纵向考量,即辨别PLGC所处之阶段,正邪所处之态势,分清标本缓急,防微杜渐,甚至先证而治,扭转病变。

辨病论治的核心是辨别疾病的根本矛盾和整体规律。PLGC不同病理类型各有侧重,应结合胃镜、病理图像分而论治:如萎缩性胃炎者,多辨胃萎失养,可运用滋养胃阴、健脾理气之药;肠上皮化生者,多辨痰浊中阻,用化痰辟秽、健脾化痰之法;异型增生/上皮内瘤变者,多辨瘀毒踞中,用散结消癥解毒之品。

其次,还应辨别疾病所属阶段,尚在初期者,脾胃虚弱、外感湿热,病邪在气分,应去湿清热;幽门螺杆菌(Hp)阳性者予以根除治疗,湿热中阻者予以小陷胸汤之类;脾虚气滞者予以厚朴生姜半夏甘草人参汤之类,同时需配合活血化瘀之药,防止其渐入血分。及至中期,由气及血,寒热虚实并存,可以散结之药为主,并用辛开苦降之半夏泻心汤,上热下寒者可予乌梅丸,同时可加用温阳扶正之品,提升正气;日久未愈,晚期疾病入络,正气极虚,邪毒壅盛,应以扶正为主,辅以通络;中焦虚寒者予以理中丸之类,脾肾阳虚者予以真武汤,辅以化瘀、祛风通络之品,同时可加入白花蛇舌草、半枝莲等解毒药。除此之外,辨病论治还体现在专病专方、通治方的应用,临床上常将胃复春^[3]等中成药、三七粉等用于萎缩性胃炎、异型增生的治疗,已证实疗效显著,且安全性良好。

2.2 辨证论治,截断逆转 辨证,指根据四诊获取的临床资料,辨别疾病的证候。辨证论治是中医个性化治疗的精髓,PLGC的证型尚未统一,2017年慢性萎缩性胃炎的中西医共识将CAG分为六个证型^[4];朱昱翎等^[5]认为脾虚络阻毒损是PLGC的根本病机,王伟等^[6]从“毒损胃络”阐述癌前病变的诊治思路,矫健鹏等^[7]根据多年临床经验及实验研究,提出了胃癌前病变的促癌微环境假说,认为痰浊是构成促癌微环境的物质基础,应从痰论治PLGC。本病的起病、发展是动态变化的复杂过程,指南中的证型或一家之言并不能完全概括。

辨证论治的核心是辨别机体当前对疾病的反应,概括为某种证候,对证施治。随着现代医疗技术的发展和大数据时代的到来,辨证手段不断丰富,如借鉴内镜像、病理像辅助辨证,利用证素辨证处理复杂证候等,使得传统辨证体系趋于完善。当前比较共识性的观念认为虚、瘀、毒是PLGC发病的关键,脾虚则运化不行,痰湿内生,壅滞中焦;血瘀则血凝气滞,脉络不通,黏膜失养;痰浊血瘀日久则生内毒,或外感毒邪,或“肝胆之火,移入于胃”,浊毒盘踞胃肠,虚、瘀、毒相互影响,三者互为因果,最终促成疾病的发生。正如《临证指南医案》所言:“脾胃之病,虚实寒热,宜燥宜润,固当详辨,其于升降二字,尤为要紧。”治疗上应注重调理脾胃升降,脾胃湿热者予以清利湿热,健脾理气;肝胃不和者予以疏肝和胃;胃络瘀阻者予以健脾活血通络;浊毒内蕴者予以芳香辟浊,清热解毒;脾胃虚弱者予以健脾益气;胃阴不足者予以健脾益胃。姜春华首先提出“截断扭转”的概念用于温病的治疗,其理论内涵为早期、快速、有效的用药,甚至先证而治,截断病势,是辨证论治的延伸,亦是

中医治未病思想的体现^[8]。笔者认为PLGC的治疗同样应做到“截断扭转”,鉴于消化系统疾病的特殊性,用药宜轻,不宜过于峻猛,应掌握疾病发展规律及趋势,抓住当前主要矛盾,在精准辨证的基础上,投以小剂量药物长期守方治疗。同时预见拦截,谨察阴阳所在而调之,以平为期,还需动态观察证型变化,认真甄别,随证加减,最终截断炎癌转化的过程,使病情稳定在当前阶段,甚至逆转病变。

2.3 审因论治,纠正病因 病因对疾病的影响贯穿病程始终,仅辨病、辨证施治,却不及去除病因,很可能是事倍功半。现代医学已通过大量临床、基础研究证实了Hp感染、基因组学、饮食环境等因素在胃癌形成过程中的重要地位。同样的,去除病因在PLGC的中医辨治中举足轻重。审因,应当包括辨别内伤病因、外感病因和病理产物性病因。

“邪之所凑,其气必虚”,外邪引发疾病常以内伤为基础。饮食失宜、七情失调、劳倦过度均会导致脏腑气血阴阳盛衰偏颇,为内因。曾有学者统计分析发现,PLGC患者多有饮食不规律、过食辛辣、热烫、高盐食物的不良习惯,同时性情急躁、焦虑较为突出^[9]。节食则气血生化乏源,饮食过度则滋腻碍胃,处于急躁、焦虑的情绪则肝气不疏横逆犯胃,长此以往,势必导致脾失健运,胃失和润,易感疾病。辨质论治亦是审视内因的体现,体质之阴阳是在遗传因素的基础上形成的相对稳定的特性,PLGC者最常见的体质为脾胃虚弱质、阴虚质、肝郁质。感受六淫之邪为外因,本病的发生多与外感湿热邪气相关。

审因论治的核心是把握疾病全程的致病因素,并及时纠正。对于Hp阳性者应早期根除治疗,同时调整饮食结构、纠正生活饮食习惯,调畅情志。素体脾胃虚弱、胃阴不足、肝郁气滞者,应在治疗全程顾护脾胃、滋养胃阴、调达肝气。另外,各种内外因作用下引起的气血津液失调、脏腑经络功能异常,可导致湿浊、痰饮、瘀血等病理产物的生成,亦成为PLGC的致病因素,此时应及时祛湿、化痰、理气、活血,去除病理产物,使得经络通畅,脏腑功能恢复。总之,辨别致病的直接客观病因,或根据临床表现审证求因,然后积极去除病因,将对PLGC的治疗大有裨益。

2.4 对症论治,随症加减 症状是疾病的外在表现,是医者对疾病最初的认知,也是对疾病转归的直观判断。仲景所谓“但见一证便是,不必悉具”,即是辨症论治的体现。辨症包含辨别主症、兼症。PLGC患者可能出现痞满、反酸、胃痛等疾病直接相关的症状,即主症,同时可能伴有失眠、纳差、疲乏、易怒等兼症,需首先解决最困扰患者的症状。辨症需辨别

症状性质及轻重,以辅助用药,也有用规范量表评估临床症状,但多用于临床研究;辨症需辨别症状真假,如胸腹灼热、脉象弦滑者虽出现便溏,为真热假寒的征象,应是里热炽盛而非脾胃虚寒。

辨症论治是辨病、辨证、审因的补充,以消除症状和体征为目的。PLGC的治疗是抽丝剥茧的长期过程,期间患者的一些症状容易反复出现,此时辨症辅助治疗,一方面可迅速缓解主要症状,解决突出矛盾,属于急则治其标范畴,同时治疗兼症,改善患者生活质量,增强患者信心,提高依从性;另一方面,当出现与证候不符的“假症”时,予少许“对症”药物,可引药至病位,防止格拒,起到反佐的作用,提高疗效。临床上对于烧心、胸骨后灼痛者,可予抑酸之海螵蛸、浙贝母、煅瓦楞子;胃脘痛甚者,可予延胡索、细辛等;呃逆者,可予旋覆花、赭石、枳实;兼症的治疗同样重要,对于伴肋肋胀满、暖气、太息者,可予疏肝理气之佛手、香橼、青皮等;入睡困难、焦虑者,可予安神宁心之合欢花、夜交藤、酸枣仁等;口苦口干者,可予滋阴之石斛、芦根等。

3 病案举隅

王某,女,45岁。2019年4月16日初诊。

主诉:胃脘嘈杂半年余。患者半年余前因饮食不节出现上腹部不适,伴嘈杂,饮食后、情绪不佳时加重,偶伴烧心、肋肋部胀闷,易心烦,无腹痛腹泻、胃痛、恶心、呕吐、反酸等不适。胃镜示:糜烂性胃炎(Ⅱ级)。病理示:(胃窦2块)胃黏膜组织呈慢性萎缩性炎,伴中度肠上皮化生;局灶低级别上皮内瘤变。舌暗边红略有齿痕、苔薄白,脉弦滑。西医诊断:慢性萎缩性胃炎;中医诊断:胃痞。辨证属肝胃不和。治以疏肝和胃,健脾益胃。方选半夏泻心汤、柴胡疏肝散合四逆散加减。处方:

柴胡12g,黄芩12g,枳实12g,白芍12g,白术12g,川芎12g,醋香附12g,姜半夏12g,炮姜6g,黄连9g,党参6g,墨旱莲12g,女贞子12g,佛手12g,合欢花12g,远志12g,焦三仙(各)12g,炙甘草6g。14剂,水煎,每日1剂,分2次服。嘱患者调整作息,规律饮食,进食清淡,调畅情志。

二诊(5月8日):患者服药后肋肋部胀满、心烦、失眠较前好转,仍有剑突下嘈杂。改为半夏调中颗粒加三七粉,服用2个月后诸症缓解。

按:治疗本案患者,首先辨病:萎缩性胃炎(胃痞),为疾病中期寒热错杂阶段,故运用半夏泻心汤加女贞子、墨旱莲滋养胃阴;其次辨证:有肋肋部胀满、心烦、脉弦等,辨为肝胃不和之证,加用柴胡疏肝散;第三审因:既往有饮食不节的诱因,嘱其改善生活作息、饮食规律,去除病因;最后辨症:兼有纳差、失眠、

心烦之症,予以焦三仙健脾消食,合欢花、远志安神定志。二诊时,肝胃不和之证好转,故以中成药长期守方治疗,用半夏调中颗粒(自制药)寒热平调,三七粉化瘀通络,以丸剂粉剂长期服用更利于PLGC的消散。

4 结语

PLGC临床上可伴或不伴任何症状、体征,以辨证论治为核心理论的辨治方法不能完全适用,笔者根据临床经验,将四维辨治模式运用于PLGC的诊治中:首先运用辨病论治思路,横向辨别PLGC的类型并纵向辨别个体当前病情所处的阶段,运用先证而治的原则,治疗并阻断疾病的发展;然后结合四诊辨证、证素辨证、内镜下辨证思路,整体精准辨别疾病证候,长期守方治疗,截断扭转;同时,需审识疾病内因、外因,辨质论治并及时去除病因;另外,对于疾病的诊治过程中出现的各种症状,在以上三种辨治模式的基础上,应随症加减方药,以缓解患者症状、改善患者生活质量。总之,PLGC的中医诊治应摒弃单一的辨治模式,运用四维辨治模式,才能真正发挥中医药的特色优势。

参考文献

- [1] 仝小林.论辨症、辨病、审因与辨证论治在临床中的应用[J].中医杂志,2013,54(2):93.
- [2] 马冠军.基于《黄帝内经》的四维辨治思想探讨[J].中华中医药杂志,2019,34(6):2554.
- [3] 李加虎,张德乐,赵剑峰,等.胃复春片联合兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对血清相关指标的影响[J].西部医学,2019,31(7):1043.
- [4] 李军祥,陈諳,吕宾,等.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.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 矫健鹏,康宁,魏品康,等.从痰论治胃癌前病变[J].中华中医药杂志,2014,29(5):1696.
- [8] 杜松,曹洪欣.“截断扭转”疗法对温病理论的继承与发展[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(5):340.
- [9] 柯莹玲,单兆伟.542例慢性萎缩性胃炎患者中医辨证分型与病因分析[J].辽宁中医杂志,2006,33(2):161.

第一作者:张曼玲(1991—),女,博士研究生在读,研究方向为中西医结合防治消化系统疾病。

通讯作者:时昭红,医学博士,教授,主任医师,博士研究生导师。zhaohshi@126.com

收稿日期:2020-12-16

编辑:吕慰秋 蔡强