·名医心法·

许二平从“阳生阴长，阳杀阴藏”论治慢性萎缩性胃炎*

刘铭泽，张琳，苏鸿凯，李泽伦，王佳，许二平

河南中医药大学中医学院（仲景学院），河南 郑州 450046

摘要：慢性萎缩性胃炎的基本病因为邪气侵扰、正气虚弱，胃体失去气血津液濡养而成“胃阴虚”基本格局，夹杂正气虚弱、气滞、痰饮、瘀血等病理因素。“阳杀阴藏”是慢性萎缩性胃炎持续发展的根本原因，恢复胃脘“阳生阴长”是治疗关键。临床常从健脾、和胃、疏肝入手，可取阳生阴长之功。若已见肾虚之征，择取温阳益肾药物一、二味，补先天以资后天，灵活选用香砂六君子汤、丹栀逍遥散、小建中汤、四神丸等方剂，收功更捷。

关键词：慢性萎缩性胃炎；“胃阴虚”；“阳生阴长，阳杀阴藏”；许二平

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.07.244

中图分类号：R249.27　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2025)07－1506－05

Xu Erping Treating Chronic Atrophic Gastritis from Perspective of "Yang Sheng Yin Zhang and Yang Sha Yin Cang"

LIU Mingze，ZHANG Lin，SU Hongkai，LI Zelun，WANG Jia，XU Erping

Traditional Chinese Medicine (Zhongjing) School，Henan University of Chinese Medicine，Zhengzhou Henan China 450046

Abstract：The basic causes of chronic atrophic gastritis are the invasion of Evil Factor Qi，the weakness of Zheng Qi，and the loss of Qi，blood and Fluid nourishment of the Stomach，resulting in the basic pattern of "Stomach Yin deficiency"，which is mixed with pathological factors such as weakness of Qi，Qi stagnation，Phlegm and blood stasis. "Yang Sha Yin Cang" is the root cause of the continuous development of chronic atrophic gastritis and restoring the condition of "Yang Sheng Yin Zhang" of the Stomach is the key in treatment. In clinical practice，the treatment often starts with strengthening the Spleen，harmonizing the Stomach and soothing the Liver，to achieve the goal of "Yang Sheng Yin Zhang". If there is symptoms of Kidney deficience，choose one to two flavors of drugs functions in warming Yang and tonifying Kidney to supplement the congenital to the acquired conditions of patients. Xiangsha Liujunzi Decoction，Danzhi Xiaoyao Powder，Xiao Jianzhong Decoctioin，Sishen Pill and other prescriptions can be used accordingly to achieve better efficacy.

Key words：chronic atrophic gastritis；"Stomach Yin deficiency"；"Yang Sheng Yin Zhang and Yang Sha Yin Cang"；Xu Erping

许二平（1962－），医学博士，教授，河南中医药大学方剂学科带头人，博士研究生导师，博士后合作导师，河南省名中医，第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。许教授从医近 40 年，学验俱丰，对肝胆脾胃等消化系统疾病有独到见解。

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis，CAG）是世界公认的胃癌前病变，在我国有较高的发病率[1]，是胃黏膜上皮反复遭受损害，导致胃腔固有腺体数量减少、胃黏膜结构变性萎缩为主要特征的炎症性疾病[2]。上腹部胀满、隐痛不适、纳呆、呃逆嗳气、反酸等非特异性消化系统症状为该病主要临床表现，病程长，呈反复发作、缠绵难愈的趋势[3]。目前西医治疗主要采取杀灭幽门螺杆菌、保护胃黏膜、调节胃动力等对症治疗，但难以有效遏制

*基金项目：河南省科技研发计划联合基金项目（222301-420021）；慢性萎缩性胃炎文献数据平台建设项目（STG－ZYX06－202143）

疾病进展[4]。

根据 CAG 常见症状，可将该病归于中医学“胃痛”“痞满”等范畴，中医药治疗本病有一定的优势[5]。许二平教授结合中医古籍与多年临证经验，指出“胃阴虚”是 CAG 本质，根据《黄帝内经》中的“阳生阴长，阳杀阴藏”“阳化气，阴成形”等相关理论，从“阳生阴长”角度治疗 CAG，取得显著疗效。笔者有幸跟随导师门诊，现将许教授在“阳生阴长，阳杀阴藏”思想指导下治疗 CAG 的经验总结如下。

1　CAG 本质为“胃阴虚”

许教授在长期的临床实践中，反复总结，认为“胃阴虚”可以高度概括 CAG 病变本质。狭义胃阴虚以胃津受损为主，如《类证治裁》言：“所谓胃宜降则和者，非辛开苦降，亦非苦寒下夺，以损胃气，不过甘平或甘凉濡润以养胃阴，则津液来复，使之通降而已[6]。”甘寒生津药物如沙参、麦冬、玉竹、石斛之类即可起到治疗作用。张仲景《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》指出：“理者，是皮肤脏腑之纹理也。”胃黏膜、固有腺体等作为胃“脏腑之纹理”，是胃阴的具体存在形式，受气血灌注而资荣，为广义的“胃阴”。饮食、药物、外邪损伤、正气虚弱、气滞、瘀血、痰饮等因素均可导致胃体失去气血正常之濡养而发为萎缩。致病因素复杂，往往形成邪正交错的病理格局，临证应围绕“胃阴虚”施以辨证论治。

2　溯病源，探病机

现代医家对 CAG 认识丰富，多从脾胃虚弱、肝气郁滞、痰饮、瘀血、浊毒等角度论治[7]，可取得满意疗效，但整体层面认识尚较匮乏。“阳生阴长，阳杀阴藏”源于《黄帝内经》，《素问·阴阳应象大论》云：“阳生阴长，阳杀阴藏，阳化气，阴成形。”张介宾《类经》[8]注曰：“阳之和者为发生，阴之和者为成实，故曰阳生阴长。阳之亢者为焦枯，阴之凝者为固闭，故曰阳杀阴藏。”许教授认为，CAG 所现诸症为邪气太过，“阳杀”后焦枯固闭之象，“胃阴虚”为疾病根本。胃体损而不复，黏膜持续萎缩，蠕动减弱，表现为胀满隐痛；“阴藏”瘀滞不通，日久形成癥瘕。阳不生、阴不长，疾病发展难以扭转而缠绵不愈。

2.1　邪实为先，阳杀阴藏　胃为“仓廪之官”，主受纳水谷。幽门螺杆菌感染、药物、吸烟、饮酒、饮食不节不洁等因素长期反复刺激，损伤胃体是 CAG 发生发展的首要条件。

《三因方·九痛叙论》云：“饮食劳役……使脏气不平，痞膈于中，饮食遁疰，变乱肠胃，发为疼痛。”胃多气多血，为“阳土”，喜润恶燥，其气以通降为顺。邪气长期反复抟结，壅而化热，燔灼胃脘局部气血津液，胃体受伤而气滞、食积、痰浊、水饮、瘀血邪气逐渐留积，痰火煎熬，血亦妄行，痰血相杂，妨碍升降，故胃脘疼痛[9]。气主煦之，血主濡之，邪气损伤胃体，踞伏于内，正气不通，胃失濡养而枯萎，表现为“阳杀阴藏”。

2.2　正虚为本，难以生长　《素问·经脉别论》云：“壮者气行则已，怯者着而为病。”《杂病源流犀烛·胃痛》亦指出：“胃痛，邪干胃脘病也，胃禀冲和之气，多气多血，壮者邪不能干，虚则着而为病，偏寒偏热，水停食积，皆与真气相搏而痛[10]。”CAG 无纯粹实证，正气不足贯穿疾病始终。痰瘀互结是 CAG 异型增生、癌化的核心病机[11]，正气虚不得阳生阴长，是痰饮瘀血等病理因素不得转归的重要原因。

张锡纯《医学衷中参西录》言：“元气根基于肾，萌芽于肝，培养于脾[12]。”脾胃属土，古人盛赞脾胃生长之德，“大哉坤元，万物滋生”。脾胃气衰则水谷精微不得运化，水反为湿，谷反为滞，胃体失养。肝内含相火，主疏达气机，以生升为性，肝气虚则生阳不达而郁结，“土得木而达”，木不疏土，中土板结而痰瘀固滞；肝气郁而化火动风，风火肆虐，劫伤胃津而加重胃体萎缩。命火之于脾胃，犹如釜底之薪，是脾胃腐熟、肝气条达的原动力。张景岳言：“阳之和者为发生，阴之和者为成实……人之气血，犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚则不滞，虚则无有不滞者。”正气虚弱难以生长，反与邪气胶积，邪正交错，邪气日盛而正气日虚，形成恶性循环，预后不佳。

3　精诊断，察病理

CAG“胃阴虚”是胃黏膜、固有腺体等具体存在形式受损，表现为胃脘胀满、隐痛、呃逆嗳气等消化系统常见症状，特异性表现不显著，临床进展隐匿缓慢[1]。因此，将胃镜等现代检查手段作为四诊的延伸十分必要。许教授强调承古拓新，既重视传统四诊合参，亦支持借助现代仪器辅助诊断。

“微观辨证”由沈自尹院士于 1986 年提出，通过生理、病理、免疫等微观指标认识与辨别证型[13-14]，与传统宏观辨证密切联系，具有客观性、动态性、普适性等特点，可指导临床，增强疾病分析的客观性、精确性和真实性，提高治疗效果[15-16]。

CAG 病情迁延，痰、瘀、滞诸邪侵袭胃体，正气虚弱，可于胃镜下见胃黏膜变薄变脆，色红白相间，以白相为主，皱襞变平，血管暴露。“阳杀”则黏膜薄脆而血管暴露于外，“阴藏”不生则黏膜呈颗粒状或结节状而颜色苍白，甚则呈龟裂样改变。夹湿可见黏液浑浊或黏膜水肿，瘀重可见血管纹暗红或伴出血等。将内镜下黏膜表现纳入中医诊疗体系，中西汇参，可为 CAG 的诊治提供一定的参考。如通过传统四诊得脉沉、缓、软、弦，舌质淡胖，色暗红，有瘀斑或舌下络脉瘀结，苔水滑、腻或伴有剥脱。《金匮要略心典》云：“脉沉者，有留饮[17]。”《证治汇补》云：“下手脉沉，便知是气[18]。”弦为饮、痛、肝郁[19]，内镜可见黏膜变薄、灰白色变、水肿、黏液清稀量多，局部可见血管网状瘀结、色暗红等固闭之象。虽舌暗红，胃镜亦见瘀血表现，然许教授根据四诊表现及黏膜以白相为主，认为“陈寒之下，必有郁热”，仍从脾胃虚弱，津停为湿，气血郁滞而化热入手，寒则涩而不流，温则消而去之[20]，治疗当补益正气，令“气血不虚则无滞”，稍佐用轻清泻热之品，恢复胃体气血之通畅。若见黏膜色红便认为炎症予以大剂苦寒清热之品，正气愈加衰残，气血愈发凝滞，胃体失养而病情困顿难疗。

4　遣方药，复生长

依据“阳生阴长，阳杀阴藏”理论，脾胃、肝肾在 CAG 发病及治疗过程中占据重要地位，许教授临床常从健脾、和胃、疏肝入手，可取阳生阴长之功。若已见肾虚之征，择取温阳益肾药物一、二味，补先天以资后天，收功更捷。

4.1　运脾胃　脾胃作为后天之本，水谷运化之源，又位处中焦，为气机升降枢纽，在人体正气生成、循行中发挥重要作用。许教授临证首重脾胃，顾护脾胃贯穿内外杂病始终。《临证指南医案》有言：“脾宜升则健，胃宜降则和。”许教授临证常选用香砂六君子汤化裁。该方主治脾胃虚弱兼有痰阻气滞之证，与 CAG 脾胃虚弱兼气滞痰浊切合。方中党参、白术、茯苓、甘草成四君子汤，益气健脾治疗脾胃虚弱之本，“一切虚证皆以此方为主[21]”；半夏、陈皮与茯苓、甘草又成二陈汤，为湿痰证基础方剂，可除中阻肠胃之痰浊；木香、砂仁宣行中焦气机。以此作为治疗 CAG 正气虚弱之底方。

根据患者表现，气虚重者，以人参换党参，加强补气之力；兼有气阴不足者，则仍用党参，加用山药、白扁豆“甘淡实脾”；中阳不足者，常加用小建中汤以温中阳；湿浊明显则合用平胃散，苍术、白术同用，加强祛湿之力，伴见口中黏腻不爽可酌取白豆蔻仁、藿香，芳香化湿；气滞重则效仿仲景承气汤，加用枳壳、厚朴以行气宽中。

4.2　畅肝气　肝主疏泄气机，土得木而达，《医碥·五脏生克说》言：“木疏土而脾滞以行[22]。”肝气郁结则常见胃脘胀满、纳运呆滞；中焦气机不畅，亦影响肝气之舒展。临床常见 CAG 患者确诊后在精神压力及主观不适影响下，忧愁抑郁，加重疾病的发展。气血随肝的疏泄而畅达脏腑表里，发挥濡养作用。针对此类证情，许教授临床常选用丹栀逍遥散化裁。逍遥散为肝郁脾虚证代表方剂，其中当归、白芍养血活血，白术、茯苓、甘草健脾益气，柴胡、薄荷疏肝理气，共奏疏肝健脾之功。

因病程漫长，患者情绪不佳，常有郁火在内扰动；郁火伤阴，又可加重胃体萎缩。故许教授常加入少量牡丹皮、栀子，发挥散热护气阴之功，兼能活血通络镇痛[23]。肝气郁结较重，见两胁撑胀不适、嗳气较多者，可加用紫苏梗、香附、郁金等药疏理气机。

4.3　温少火　李东垣《脾胃论》曰：“脾主五脏之气，肾主五脏之精，皆上奉于天，二者俱主生化以奉升浮。”肾为先天之本，内含元阳，是人体生长发育之根本。且肾中命门之火，直接对胃中受纳水谷起腐熟作用，正如陈士铎《辨证录》言：“盖脾胃之土，必得命门之火以相生，而后土中有温热之气，始能发生，以消化饮食。”如今饮食起居习惯改变，生冷饮食、纵欲等皆伤脾肾，脾肾为先后天之本，相辅相成，衰则成脾肾阳虚之证而生长之令不行，“阴藏”而胃体萎缩。四神丸出自《证治准绳》，由《普济本事方》所载二神丸（补骨脂、肉豆蔻）与五味子散（吴茱萸、五味子）组合而成。方中补骨脂、肉豆蔻“暖肾而使气蒸，破滞而使气壮”，五味子、吴茱萸酸辛温少火生气以培土，顺肝木欲散之势，以成“春生”之功[24]。

许教授认为此方乃温补命门以运脾胃之代表。下焦虚寒,生机固闭,灵活合用四神丸,可从先天滋养后天,利于逆转 CAG 病情。

4.4　重通络　CAG 病程漫长,阳不生阴不长,气血固滞而痰瘀互结,正如《临证指南医案》所言:“久有胃痛……络中血瘀,经气逆,其患总在络脉中痹窒耳。”治疗当在辨证论治基础上并“缓逐其瘀”[25]。许教授认为,CAG 患者痰瘀互结于中脘,为有形邪气,是中焦气机升降失常、加重疾病进展的关键病理因素,临证擅用莪术、三七粉、薏苡仁角药入中焦脾胃以通胃络,莪术、三七善行气破血散结[26],疏通胃脘血络,三七兼有补益之力;薏苡仁解毒散结,兼能化痰。三药合用,切合中脘痰瘀互结病机。虫类药有“飞者升,走者降,灵动迅速,追拔沉混气血之邪[25]”之功,病程冗长者,许教授喜加用九香虫、土鳖虫以于顽土之中拨动气血,收功更捷。

5　验案举隅

陈某,男,71 岁,2022 年 1 月 27 日因“胃脘部胀满、疼痛 5 年,加重 2 年余”就诊。患者胃胀、胃痛 5 年余,时轻时重,未予系统治疗。两年前因胃痛加重,于某院行胃镜检查示慢性萎缩性胃炎伴糜烂;病理报告:慢性萎缩性胃炎(C1),口服奥美拉唑、摩罗丹、丹参滴丸等药物治疗,病情控制不理想。刻下:患者见焦虑状态,言语喋喋不休,胃脘部胀满疼痛、呃逆嗳气、时有心悸,生气后加重,伴有畏寒、乏力、反酸、烧心、纳差、眠差梦多、晨起口苦,大便量少偏干,每日 1 行,小便可,面色萎黄,舌淡黯,体胖大,有齿痕,苔薄白滑根腻,舌下络脉粗而瘀结,脉沉而弦,力度稍差。西医诊断为“慢性萎缩性胃炎(C2)”,中医诊断为“胃痛”,证属肝郁脾虚、痰瘀互结,治当疏肝健脾、化痰通络,以恢复胃脘生长之性,胃阴来复,方可逆转病情。方选逍遥散、桂枝人参汤加减:当归 10 g,炒白芍 9 g,醋柴胡 6 g,炒枳壳 10 g,茯苓 15 g,生白术 12 g,干姜 3 g,桂枝 9 g,炙甘草 6 g,生黄芪 12 g,丹参 15 g,炒九香虫 3 g,土鳖虫 3 g,清半夏 6 g,甘松 6 g,炒薏苡仁 15 g,三七粉(吞服)3 g。7 剂,每日 1 剂,水煎,分早晚两次温服。嘱患者勿过度劳累,食物清淡易消化,并调节情志。

2022 年 2 月 12 日二诊:患者自行续服药物 1 周,胃痛胃胀、呃逆嗳气、乏力等症状有所减轻,手脚转温,睡眠仍差,偶有心悸,舌质暗胖,苔薄白有裂纹,舌下络脉仍瘀结,脉沉弦,力度一般。舌有裂纹,此“胃阴虚”之明征;舌胖、络脉瘀结,湿瘀仍未得化。在初诊方基础上加减:当归 10 g,炒白芍 9 g,醋柴胡 6 g,炒枳壳 10 g,茯苓 15 g,生白术 12 g,干姜 3 g,桂枝 9 g,炙甘草 6 g,生黄芪 12 g,丹参 15 g,炒九香虫 3 g,土鳖虫 3 g,清半夏 6 g,甘松 6 g,炒薏苡仁 15 g,三七粉(吞服)3 g,酒黄精 6 g,生蒲黄、醋五灵脂(上二味包煎)6 g,百合 20 g。7 剂,煎煮方法同上。

2022 年 2 月 23 日三诊:患者诸症均缓解,舌质仍稍胖,苔薄白,舌下络脉瘀结减轻,上方减蒲黄、五灵脂,续服。

2022 年 8 月 3 日四诊:患者断续服药半年余,纳眠俱佳,体力改善,面色较前红润,能做简单农活,脉沉力度可,舌质淡红,苔薄白,裂纹较前轻浅,复查胃镜与病理检查示慢性浅表性胃炎。

按语:本案患者病程较长,除胃痛外,尚有畏寒乏力、呃逆嗳气、反酸烧心等症状,许教授发现患者情绪焦虑,症状于情绪波动后加重,确定患者为 CAG 肝郁脾虚、痰瘀互结之证。其中反酸烧心症状易认为是“热”,误辨为寒热错杂证,实质是由于痰饮阻遏肝气,肝气不畅攻冲所致。初诊方药选用逍遥散疏肝健脾,桂枝人参汤温阳健脾,在恢复中脘“阳生阴长”的基础上,再加用化痰、通络药物,涤荡邪气。二诊见舌有裂纹,为“胃阴虚”本象已现,因伴有眠差,故加用百合,养胃体、安眠,切合患者焦虑状态,药后效果较佳。坚持服药半年后,终收阳生阴长之功。

6　结语

许二平教授在 CAG 的治疗中强调“胃阴虚”是该病的本质,不能为症状迷惑,当从肝肾、脾胃入手,从根本治疗,扶正祛邪,恢复正气“阳生阴长”之功是治疗的关键。因病程长,患者饮食起居、情志调节,均应给予一定指导。方药取效后,应守方加减,切忌半途而废,待正气复而邪气去,阳生阴长,胃阴成实,疾病痊愈可期。

参考文献:

[1]赵晓琳,程若东,赵兵,等. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共

识对比分析[J]. 中华中医药杂志,2018,33(9):3840 - 3842.
[2]SHAHS C,PIAZUELO M B,KUIPER S J,et al. AGAC linical practice update on the diagnosis and management of atrophic gastritis:expert review[J]. Gastroenterology,2021,161(4):1325 - 1332.
[3]张声生,唐旭东,黄穗平,等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(7):3060 - 3064.
[4]魏玮,杨洋. 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. 中医杂志,2016,57(1):36 - 40.
[5]王龙华,李萍,张福文,等. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(6):1261 - 1265.
[6]林珮琴. 类证治裁[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:23.
[7]李星慧,王章林,夏淑洁,等. 慢性萎缩性胃炎证素分布特征[J]. 中华中医药杂志,2023,38(6):2828 - 2831.
[8]张介宾. 类经[M]. 北京:人民卫生出版社,1965:15.
[9]虞抟. 医学正传[M]. 北京:人民卫生出版社,1965.
[10]沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:83.
[11]王韶康,段永强,王道坤. 王道坤从气虚痰瘀论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中华中医药杂志,2018,33(7):2920 - 2922.
[12]张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 太原:山西科学技术出版社,2009:94.
[13]沈自尹. 微观辨证和辨证微观化[J]. 中医杂志,1986,27(2):55 - 57.
[14]吴彬才,王小菊,李甲民. 中医临床工作中“微观辨证”思维的运用[J]. 湖南中医杂志,2022,38(12):95 - 97.
[15]何泽民. 中医学微观辨证的属性及其指导意义[J]. 中国中西医结合杂志,2017,37(8):1000 - 1002.
[16]宋美芳,陈家旭,彭晨习,等. 论中医微观辨证[J]. 中华中医药杂志,2019,34(7):2867 - 2869.
[17]尤怡. 金匮要略心典[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:27.
[18]李用粹. 证治汇补[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:53.
[19]陈聪,洪静,郭睿,等. 弦脉古今研究评述[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(10):2076 - 2079.
[20]赵绍琴,彭建中. 赵绍琴温病讲座[M]. 北京:学苑出版社,2008.
[21]陈修园. 时方歌括[M]. 福州:福建科学技术出版社,1984.
[22]何梦瑶. 医碥[M]. 北京:中国医药科技出版社,2014.
[23]陈榕,何梓炫,颜烨,等. 栀子及其主要成分的药理及毒性作用研究进展[J]. 中草药,2023,54(18):6092 - 6105.
[24]罗美辑. 古今名医方论[M]. 北京:中国中医药出版社,1994.
[25]叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011.
[26]缪希雍. 缪希雍医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,1999.

收稿日期:2025 - 01 - 27

作者简介:刘铭泽(1998 -),男,河南开封人,硕士研究生,研究方向:方剂配伍规律和临床应用研究。
通信作者:许二平(1962 -),男,河南鄢陵人,教授,博士研究生导师,研究方向:方剂配伍及作用机制研究。E - mail:xuerping1228@163.com

编辑:纪彬