◆名医传承◆

周福生“病证质”三位一体辨治胃癌前病变临证经验

陈倩美[1]，严梓萁[1]，邱泽鑫[1]，洪日[2]，陈斌[2] 指导：周福生[2]

1. 广州中医药大学第一临床医学院，广东 广州 510006
2. 广州中医药大学第一附属医院，广东 广州 510405

[摘要] 中医学认为，胃癌前病变（PLGC）属本虚标实之证，本虚以脾胃虚弱为主，标实为湿热、气滞、血瘀。周福生教授提出，PLGC以脾胃虚弱为基本病机，常见证型为脾胃湿热证、脾虚痰湿证、脾虚肝郁证及气阴两虚证，并结合岭南地区气虚、阴虚、血瘀、肝郁、湿热5种体质，从“病证质”三位一体把握根本病机，随证加减。临证兼顾宏观辨证（症状、舌脉）与微观辨证（胃镜、病理），宏微相参，相辅相成。用药以健脾补气为本，兼顾清化、运脾、柔肝，注重动静平衡，并辅以芳香化湿、活血化瘀兼解毒之品，实现标本兼治、虚实同调。

[关键词] 胃癌前病变；辨病；辨证；辨质；名医经验；周福生
[中图分类号] R256.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415（2026）02-0123-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.02.021

ZHOU Fusheng´s Clinical Experience in Treating Precancerous Lesions of Gastric Cancer from the View of "Disease-Syndrome-Constitution" Integration

CHEN Qianmei[1], *YAN Ziqi*[1], *QIU Zexin*[1], *HONG Ri*[2], *CHEN Bin*[2] *Instructor*: *ZHOU Fusheng*[2]

1. The First Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510006, China; 2. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510405, China

Abstract: Traditional Chinese medicine holds that precancerous lesions of gastric cancer (PLGC) classified as a syndrome of deficiency in the root and excess in the branch. The deficiency in origin is primarily weakness of the spleen and stomach, while the excess in the branch manifests as damp-heat, qi stagnation, and blood stasis. Professor ZHOU Fusheng proposes that the fundamental pathogenesis of PLGC is weakness of the spleen and stomach, with common syndrome types including damp-heat of the spleen and stomach, spleen deficiency with phlegm-damp, spleen deficiency with liver stagnation, and qi and yin deficiency. Furthermore, by integrating the five common constitutions frequently observed in the Lingnan region, namely, qi deficiency, yin deficiency, blood stasis, liver stagnation, and damp-heat, he addresses the root pathogenesis from the view of "disease-syndrome-constitution" integration, modifying treatments according to the individual condition. Clinically, he emphasizes both macro-level differentiation (symptoms, tongue manifestation, pulse condition) and micro-level differentiation (gastroscopy, pathology findings), achieving mutual verification and complementarity between the two. The therapeutic principle focuses on strengthening the spleen and supplementing qi as the foundation, simultaneously addressing clearing and

[收稿日期] 2025-08-26
[修回日期] 2025-11-13
[基金项目] 2023年度广州市科技计划重点研发计划农业和社会发展科技专题项目（SL2022B03J00104）；国家级名中医周福生名医工作室再建设及广州中医药大学第一附属医院师带徒项目（中医一院〔2024〕87号）
[作者简介] 陈倩美（2001-），女，硕士研究生。
[通信作者] 陈斌（1975-），男，医学博士，主任医师。

transforming damp-heat, invigorating the spleen, softening the liver, and with attention to balancing dynamic and static qualities. These are supplemented with fragrant herbs effective in eliminating dampness, activating blood and resolving stasis, and clearing heat and removing toxin, aiming to achieve simultaneous treatment of both root and branch, and harmonization of deficiency and excess syndromes.

Keywords: Precancerous lesions of gastric cancer; Disease differentiation; Syndrome differentiation; Constitution differentiation; Experience of famous physician; ZHOU Fusheng

胃癌是通过慢性浅表性胃炎(CSG)、慢性萎缩性胃炎(CAG)、肠上皮化生(IM)、异型增生(DYS)逐渐发展而来[1]。其中，CAG伴IM、DYS统称为胃癌前病变(PLGC)[2]，不典型肠上皮化生(AIM)具有恶变倾向，DYS则是PLGC的直接标志。流行病学研究认为，PLGC与幽门螺杆菌(Hp)感染、高盐饮食、长期摄入腌制食物、暴饮暴食、饮酒、吸烟等密切相关[3]。本病具有发病不易察觉、症状不典型等特点，在诊断及分型方面有赖于内窥镜及胃黏膜病理组织学检查。中医学认为，本病多属于胃脘痛、痞满、嘈杂、积聚、腹胀等范畴。其病程较长，故有久病必瘀、久病必虚的特点，其基本病机为本虚标实，本虚以脾胃虚为主，标实多表现为气滞、血瘀及湿热。基于中医辨证论治及已病防变的思路，治疗上以健脾和胃、扶正祛邪，配合行气活血、清热解毒为法，在PLGC的早期干预中发挥积极作用。

周福生教授是第四批国家名老中医以及全国第四、五、六批老中医药专家学术继承工作指导老师。周教授治学虚心若谷，早年跟师多位近现代名中医，又在长期的临床实践中积累了大量经验，提出治病当“病证质”三位一体，以指导遣方用药，强调治疗PLGC应立足宏观辨证，把握疾病整体的发展规律，于辨病基础上以人为本，平衡人体寒热虚实之偏颇体质，同时参考胃镜及病理结果等现代诊疗技术进行微观辨证，宏观与微观辨证相参，相互印证，相辅相成。实践证明，中医药防治PLGC疗效可观。笔者有幸跟随周教授学习，受益匪浅，总结其诊治PLGC的经验，以飨同道。

1 “病证质”三位一体的临证思路

1.1 明机施药，万变归一 多因素致病，脾胃虚弱是关键。辨病包括中医之病和西医之病，两者之间，可根据不同情况彼此归属、涵盖或交叉。清·徐灵胎认为治病要先辨病后辨证，认识病因病机、演变规律、预后转归，再有对应的主方主药，才能提纲挈领、有的放矢，正如其在《兰台轨范》中提到“欲治病者，必先识病之名，能识病名，而后求其病之所由生”[4]。PLGC病位在胃，与脾、肝相关。脾胃同属于中焦，同为气血生化之源、后天之本，一表一里，燥湿相济，与张景岳“胃司受纳，脾司运化，一纳一运，化生精气”的观点不谋而合。PLGC的关键病机在于脾胃虚弱。内因有饮食不节、饥饱无度，过食生冷、辛辣，嗜食烟酒；或情绪抑郁；或劳逸失当；或先天禀赋不足。外因则为六淫侵袭(包括Hp感染)、长期服药等导致中焦气血阴阳失调，如《脾胃论》所说“肠胃为市，无物不受，无物不入，若风、寒、暑、湿、燥一气偏胜，亦能伤脾损胃”[5]。多种病因导致中焦脾胃气机失衡，脾失运化，胃失和降，气机滞塞，故而出现胃部隐痛、饱胀、嗳气、痞满等症。

升降失常贯穿始终，脾虚为本，气滞、湿热、瘀血为标。脾胃的升降是确保中焦气机通畅和功能正常的重要条件。《素问·太阴阳明论》言：“阳者，天气也，主外；阴者，地气也，主内。故阳道实，阴道虚。”[6]脾的生理特性为运化和升清，而胃的生理作用则为通畅和降浊，两者一阴一阳。周教授早年师从全国知名中医董建华教授，董教授特别重视脾胃“升降互需”。周教授指出，脾胃是气机升降的关键所在，脾胃功能失调通常由于脾胃虚弱导致气机升降失常，进而引发各种病理变化，正所谓“脾胃平则万物安，病则万物危”[5]。在PLGC的发展过程中，一方面，脾胃运化能力受损，导致气血化生不足，久病耗伤气阴，表现为气血虚弱、胃阴亏损；另一方面，由于脾胃升降失调，水液代谢紊乱，水湿内停，谷食滞留，形成多种病理产物，如痰浊、

瘀血、湿热等。这些病理产物壅滞于胃，导致胃失和降。着眼于微观，胃黏膜萎缩多因气虚、阴虚兼血瘀所致，IM则多责之于脾胃湿热，DYS的多发性息肉或假性息肉多与血瘀有关。因此，PLGC的病机可归纳为本虚标实。本虚表现为脾胃功能虚弱，是本病发生的主要内因，具体包括脾胃气虚和胃阴亏虚；标实则以气机阻滞、湿热内蕴、血瘀凝滞为主，是推动病情演变的关键病理产物，而脾胃升降功能失调则贯穿整个病变过程。

辨病析机，健脾化瘀调湿滞。周教授认为，PLGC辨病治疗当在顾护脾胃的基础上，强调行气清热活血之法以防变，此为本病治疗的重要环节。《温病条辨》云“治中焦如衡，非平不安”[7]，其核心思想为无论病证如何都应注意调和中焦气机，使其升降平衡。临床组方中，周教授即使对患者用补益法，也通补并用，或先通后补。这里所说的“通”，并非单纯通腑，而是顺应胃腑以通为用的生理特性。通、补是脾胃病诊疗思辨中的主要原则，在临床用药方面讲究动静相伍。所谓动药，即为辛香走窜之品，药性活跃，功效理气调血、疏郁散滞，如木香、陈皮、枳壳、厚朴、砂仁等，但久服易耗气伤阴，损伤正气；所谓静药，则为具有补益滋润功效者，如党参、熟地黄、山萸肉、炙甘草等，但碍脾腻胃，久服易阻滞气机。阴主静，阳主动。“阴在内，阳之守也，阳在外，阴之使也”[6]，阴为阳之基，周教授在组方中重用静药，轻佐动药加以温煦，又或是在补益药中选择偏动的五指毛桃，起到调补脾胃的作用。周教授针对PLGC临证变化随证加减化裁，夹湿者，常用性味较为平和的芳香化湿药（如藿香、佩兰、砂仁等）以及甘淡渗湿药（如白术、茯苓、薏苡仁、猪苓等）；偏湿热者，多选用蒲公英、茵陈、救必应等清热利湿；湿浊偏重者，多选用苍术、厚朴、草豆蔻、草果等温化痰湿，苦寒的黄芩、黄连、黄柏等易伤脾阳，一般少用；夹瘀者，常用丹参、赤芍、郁金等活血化瘀；夹瘀而体虚明显者，可改用鸡血藤、阿胶以养血；胃脘痛甚者，予延胡索、姜黄、三七以活血止痛，破血逐瘀之品则慎用，防止脾胃更伤，加重病情；夹肝郁气滞者，常用木香、厚朴、佛手、郁金、柴胡、素馨花等疏肝行气；夹热毒或郁热在里，如表现为口干、大便干、苔黄者，常用蒲公英、半枝莲、八月札等清热解毒而不伤正之品，兼取蒲公英通便以及半枝莲、八月札抗肿瘤的作用。

1.2 辨证施治，因“质”而异 基于对上述病因病机的深入理解和认识，结合丰富的临床实践经验，周教授认为PLGC的常见证型有脾胃湿热证、脾虚痰湿证、脾虚肝郁证、气阴两虚证4种。岭南地区自古地卑土薄、濒海潮湿、气候炎热，湿邪与热邪往往蕴结于脾胃，阻碍气机，故又以脾胃湿热证多见。此外，周教授在辨证基础上还强调辨“质”，即临证要注重患者的体质。体质是证的潜在状态，如《黄帝内经》所言“治未病”中的“未病”，证又可以看作是体质的显现状态，即“已病”。体质的形成与性别、年龄、地理因素有关。《素问·异法方宜》曰：“南方者，天地所长养，阳之所盛处也。其地下，水土弱，雾露之所聚也。”[6]岭南地区地处亚热带，其特点是夏季炎热潮湿，冬季温和，降雨充沛，河网密布。人体阳热过盛，易耗伤津液和正气，形成气阴两虚体质。若正气虚弱，外感热邪乘虚而入，则易引发热病。此外，岭南地区湿润多雨，正如明代医家吴又可在《温疫论》中所言：“南方卑湿之地，更遇久雨淋漓，时有感湿者。”这种湿热交织的环境进一步加剧人体湿热内蕴的病机，导致疾病发生与发展。周教授认为临床中常见的体质有气虚质、阴虚质、血瘀质、肝郁质、湿热质5种，而岭南人则以气虚质、湿热质居多。临证对气虚质夹有湿热者，健脾补气时不宜用党参、黄芪等过于温燥之品，而应选用五指毛桃、太子参、牛大力等健脾而不燥，同时具备祛湿功效之品来代替。

湿热中阻，法当清化畅中。对于脾胃湿热者，应苦辛通降、清化畅中，常用藿朴夏苓汤加减治疗，处方：茵陈、茯苓各15 g，黄芩、法半夏、藿香、佩兰、紫苏梗、乌药、厚朴、郁金各10 g，白豆蔻（后下）6 g，蒲公英、薏苡仁各20 g。藿朴夏苓汤具有芳香化湿、降逆理气之功，因此保留原方法半夏、藿香、白豆蔻、茯苓、厚朴、薏苡仁，在此基础上进行加减。方中加佩兰芳香化湿，茵陈配薏苡仁既可淡渗利湿又可清热，黄芩、法半夏、厚朴味苦燥湿，配紫苏梗、乌药温化散寒，转运脾胃之气机，蒲公英清热解毒，郁金疏肝解郁以和胃。其中藿香、厚朴、法半夏、茯苓四药相伍，取辛开苦降之意。若湿热质者，加大薏苡仁、茵陈用量，并加用滑石（先

煎）；若热重于湿明显者，可加用苦寒的黄连、黄柏等，中病即止；对于湿重于热见便溏、苔白腻者，适当减少清热药用量，切不可过投寒凉以闭其湿，可加用麸炒白术等药燥湿畅中；对于气虚质者，加五指毛桃、山药。

脾虚痰湿，法当运脾畅中。对于脾虚痰湿者，应健脾化湿，常用陈夏六君丸加减，处方：太子参30 g，山药、预知子各20 g，白术、茯苓、乌药各15 g，藿香、法半夏、陈皮、木香各10 g。周教授治湿讲究淡渗利湿、芳香化湿、苦温燥湿三法。投以茯苓、薏苡仁、猪苓等甘淡之品利中焦之湿，乃因湿性重浊趋下，利湿正好因势利导，为基本治法。芳香化湿如藿香、佩兰、白豆蔻、石菖蒲、紫苏梗等，常与淡渗利湿药相合，治疗湿浊内侵、蒙蔽清阳所致倦怠乏力、胸痞呕恶。苦温燥湿常用于脾胃虚弱、湿气反胜之病，故临床见脾虚而湿邪较重者，则苍术、白术同用，对湿浊偏重者可加用草豆蔻、草果。周教授强调湿邪致病往往缠绵难愈，故治疗时不可贪求急功，须兼顾寒热偏重、是否兼有阴虚、体质之强弱，或芳化中焦或渗利脾土或燥脾健运，循序渐进，方可全功。

土虚木犯，安中必先柔肝。脾虚肝郁者，应健脾疏肝、和胃降逆，常用柴芍六君子汤加减，处方：五指毛桃30 g，柴胡、枳壳、白芍、素馨花、佛手、香附各10 g，蒲公英20 g，炙甘草6 g。若胀痛严重者，加延胡索、乌药、紫苏梗，加强行气止痛之功；若嗳气、早饱，以胃失和降表现为主者，可去升散之柴胡，加赭石、旋覆花等和胃降逆；湿热质见口干苦，舌红、苔黄等，可加夏枯草、牡丹皮、瓜蒌皮等轻疏清化之品。本证用药不宜过于阴柔滋腻，防止助湿生痰，同时也应慎用香燥药，尤其是针对气阴两虚质的患者，以防耗伤阴液。

气阴两虚，培中当以甘润，治应益气健脾、甘寒养阴，常用益胃汤加减，处方：党参、玉竹、石斛、麦冬各20 g，黄芪或五指毛桃30 g，炒白术、砂仁（后下）、茯苓、佛手、延胡索、莪术、神曲、麦芽各10 g，陈皮、炙甘草各6 g。若中阳不足者，加干姜、肉桂温胃散寒；湿热质者，加蒲公英、枳实清化胃热；胃胀明显者，可适量添加紫苏梗、徐长卿等理气而不害阴之品；兼有痰湿者，可增加炒白术、茯苓用量，并可加入薏苡仁等，以助健脾化湿，而不温燥伤阴。在治疗本证时，需谨慎用药，避免过度使用辛香类药物，谨遵叶天士“用柔忌刚”的原则。气虚重者，可加大党参、黄芪剂量。周教授强调单纯脾虚证少见，这既是对脾胃病证特点的认识，同时也说明运用补气药要讲究时机，初始投以小剂量党参、黄芪，或五指毛桃、太子参、西洋参，待治疗深入，病邪渐清，纳增口和，则视情况增加补气药剂量；倘若起始就给予大剂量党参、黄芪或红参治疗，则易加重气滞、痰湿、郁热，反而使病情缠绵不愈。

2　宏观辨证与微观辨证相结合

周教授认为，现代中医应以中医基础理论为纲，行宏观辨证，以现代检查结果为据，行微观辨证，相辅相成。利用胃镜进行胃内观察，是中医望诊的延伸应用，属现代中医四诊之一[8]。周教授十分重视消化内镜结果及病理组织活检在PLGC辨治中的应用。临床上许多就诊的PLGC患者无特异性症状或体征，或仅靠患者描述的只言片语不能准确辨证，此时借助消化内镜及病理组织切片检查就显得尤为重要。若内镜下观察到胃黏膜呈现红白相间，且以白色为主，黏膜皱襞扁平甚至消失，多提示脾胃虚弱或脾虚血瘀。白色黏膜提示胃络失养，皱襞扁平为脾气不足，升举无力，血行不畅则见脉络瘀阻，符合“脾虚则失于统血，血滞则络脉不荣”之机理，此乃脾失升清，气血运行失常所致。治疗时应以健脾补气、升提活血为主。若内镜下见胃黏膜呈颗粒状或结节状改变，且病理检查显示IM，则多与脾胃湿热相关。湿热蕴阻中焦，浊气不化，积聚为颗粒、结节之形，符合“湿久化热，热灼津液成浊”之象。对于病理检查发现IM、轻度DYS的患者，多属湿热、血瘀蕴结于胃，此乃湿热阻滞，血行不利，瘀毒互结，则胃络受阻，黏膜修复失常。治疗时常选用白花蛇舌草、半枝莲、八月札、木蝴蝶等药，以清热解毒、祛湿活血、疏肝生肌。若病理检查显示中、重度DYS，则多兼有气阴两虚，此因瘀毒滞留中焦，耗伤正气，气虚则失运化，阴虚则失濡养，黏膜再生修复愈加不利。周教授常在治疗中加减全蝎、重楼、肿节风等药，并结合益气养阴之法，以扶正祛邪。

3　病案举例

黄某，女，59岁，2023年7月31日初诊，主诉：

反复胃脘部胀痛不适3年余。患者2016年6月检查发现Hp(+)，未予治疗。2021年开始无明显诱因出现胃脘部胀痛不适，2021年8月查^{13}C呼气试验(-)，查胃镜考虑为CAG，病理检查结果显示为CAG，腺体轻度萎缩，重度IM，未见不典型增生，轻度慢性炎症，未见急性炎症，Hp(-)。多方求医治疗效果均不理想。2023年5月于广州中医药大学第一附属医院复查胃镜示：胃角弧形，黏膜充血水肿，红白相间，以白相为主(活检)；胃窦黏膜充血水肿，红白相间，以白相为主(活检)，见多处隆起糜烂灶，黄色胆汁附着，蠕动正常(见图1)。内镜诊断：CAG伴糜烂伴胆汁反流。病理诊断：①(胃角、胃窦)CAG，萎缩(+)，IM(+++)，不典型增生(+)，慢性炎症(+)，急性炎症(-)，Hp(-)(见图2)；②(胃体)慢性非萎缩性胃炎，轻度慢性炎症，急性炎症(-)，Hp(-)。既往史：2023年6月因肺恶性肿瘤行手术治疗。刻下症见：疲倦，少气懒言，胃部胀痛、以胀为主，偶有隐痛，纳差，进食偏凉食物后上述症状加重，易汗出，无恶心欲呕、嗳气反酸、口干口苦，大便调，舌淡暗而嫩。舌边有齿痕，苔白，脉细略数。中医诊断：胃痞(脾虚痰湿、瘀热互结证)。西医诊断：CAG；肺肿瘤。治以健脾益气、升提活血为主，并适当配伍清热解毒祛湿之品。以陈夏六君子汤加减化裁，处方：黄芪30 g，党参30 g，白术15 g，乌药15 g，法半夏10 g，升麻10 g，柴胡10 g，醋三棱10 g，预知子20 g，白英20 g，素馨花10 g，木蝴蝶10 g，灵芝10 g，麻黄根30 g，甘草20 g。21剂，每天1剂，水煎取汁约200 mL，早晚各温服1次。

2023年9月18日二诊：胃胀痛、易汗出、易疲劳有所改善。刻下症见：偶有胃部胀痛，纳差，易汗出，无恶心欲呕、嗳气反酸、口干口苦，大便调。舌淡暗而嫩，舌边有齿痕，苔白，脉细略数。在一诊方基础上去醋三棱、麻黄根，加郁金15 g，以凉血降火、活血化瘀。30剂，每天1剂，煎服法同前。

2023年11月20日三诊：服药后症状总体改善，但仍偶有胃部隐痛，动则易汗出。舌淡暗、苔薄白，脉细。提示心气不足、心神失养，为心阳不敛、神不守舍之象。在二诊方基础上去升麻，加醋延胡索15 g，煅龙骨(先煎)30 g以行气止痛、养心安神，达心胃两调之效。30剂，每天1剂，煎服法同前。

2024年2月26日四诊：胃胀明显好转，无嗳气、反酸，纳寐可，二便调。舌淡暗、苔薄白，脉细。三诊方去醋延胡索，加南方红豆杉1包，以加强健脾益气之功效。30剂，每天1剂，煎服法同前。

2024年6月24日五诊：刻下易疲劳、动则出汗多，易遗尿，胃不胀痛，纳寐可，二便调，无口干苦。舌淡暗而嫩胖，舌边有齿痕，苔薄白，脉细。四诊方基础上加益智仁10 g，糯稻根30 g，芡实20 g。30剂，每天1剂，煎服法同前。

2024年8月5日六诊：患者于2024年7月4日在广州中医药大学第一附属医院复查胃镜未见胃窦、胃角黏膜红白相间(见图3)，考虑CAG已好转。刻下出汗、易疲劳较前减轻，少许遗尿，无其他明显不适。舌淡红暗、苔白，脉略细。在五诊方基础上去乌药，加茯苓15 g。30剂，每天1剂，煎服法同前。

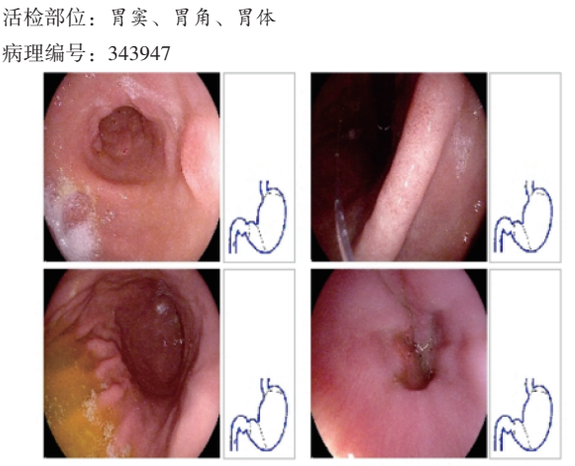


图1　2023年5月胃镜检查

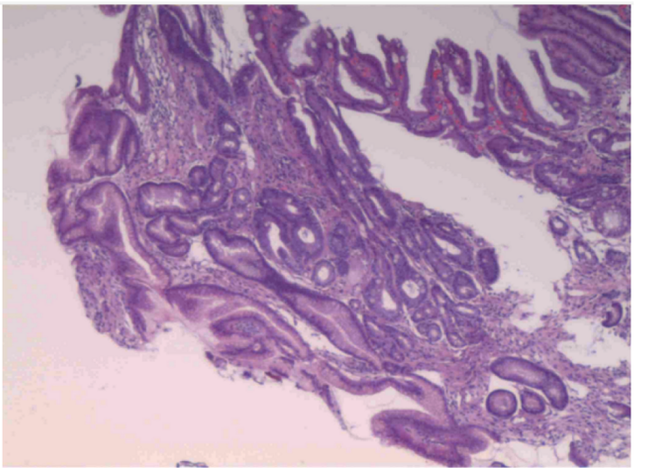


图2　2023年5月胃角、胃窦病理组织活检（HE染色）

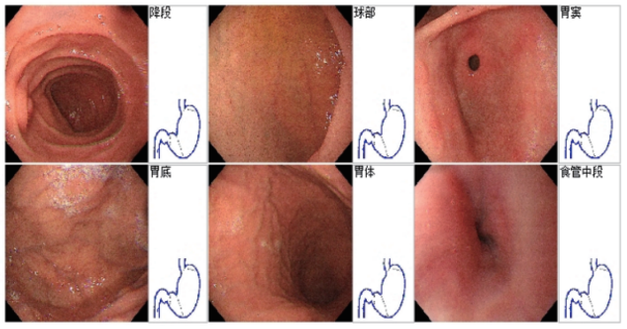


图3　2024年7月4日复查胃镜

按：本案患者素体气虚，既往有肺肿瘤病史，体质属气虚质。正气受损，脾失健运，水湿内停则易疲劳，胃失和降、气机不畅则胃脘胀痛，结合PLGC病机及患者舌脉象，宏观辨为脾虚痰湿、瘀热互结证。其胃镜检查示胃窦、胃角黏膜充血水肿，呈红白相间且以白色为主。白多为虚，此示脾胃虚弱、脾失升清、胃络失养；血行不畅则见充血，水肿为湿热内蕴。活检结果提示CAG伴IM及轻度DYS，提示湿热阻滞，血行不利，胃络受阻，胃黏膜再生失常，属微观辨证中湿热、血瘀蕴结于胃之象。宏观与微观辨证相参，表明患者在脾胃虚弱、气血运行失常的基础上，兼有湿热、血瘀，属虚实夹杂之证。基于“病证质”三位一体辨治思路，治疗应遵循扶正祛邪、标本兼顾的原则，以健脾补气、平调脾胃升降为本，辅以清热祛湿、解毒活血之法。陈夏六君子汤为治疗脾胃虚弱、气机不利、痰湿内阻所致胃脘胀满、倦怠乏力等症的经典方剂，周教授在原方健脾补气基础上，酌配清热解毒、活血化瘀之品，以契合“病证质”三位同调及微观与宏观辨证统一之旨。方中黄芪、党参、白术健脾补气以固中州；法半夏和胃燥湿，乌药行气止痛，柴胡、升麻升阳举陷，以复脾胃升降之机；醋三棱活血化瘀以通胃络；预知子、白英清解湿热毒邪、抗肿瘤；木蝴蝶、素馨花疏肝和胃以调情志，且木蝴蝶兼具清热宣肺之功，契合肺肿瘤术后康复；灵芝与麻黄根固表敛汗、养心安神。全方配伍，补中有通，扶正兼祛邪，虚实同调。患者初诊服药后症状改善，气虚得补，卫表得固，故二诊时去麻黄根，防其收敛之性久用碍气，加之久服原方恐温燥伤阴，故去偏温之醋三棱，改用轻凉畅达之郁金，使活血而不伤正，清解而不寒中。三诊时患者述仍偶有胃部隐痛，然动则汗出，此时去升麻以防过于升散，加醋延胡索行气止痛，加煅龙骨既养心安神又能敛汗，调心胃以复中气。治疗半年后症状已经明显改善，周教授继续用原方以健脾益气、清解瘀毒，此时可适当减弱行气之力以防过度耗气，故四诊时去醋延胡索，加南方红豆杉以扶正解毒，加强抗肿瘤之效。五诊时患者述遗尿，属脾虚下陷，故加益智仁、芡实以固涩缩尿兼健脾益气，同时配伍甘平之糯稻根，既可固护肌表以止汗，又能协同加强下焦收涩之力，共奏固摄之效。六诊时患者复查胃镜已达到逆转PLGC的目标，去辛温行气之乌药防伤阴耗气，佐以茯苓渗湿利中，使脾运更复。此案贯穿“健脾益气为本，清热祛湿、活血解毒为标”的治则，随证加减，循序调护，体现中医治胃重在培土复脾、扶正祛邪并举之法。整个治疗过程中，体现了周教授对PLGC治疗讲究健脾佐以清解瘀毒的“辨病”思想以及对于该患者具体用药时的“辨证”与“辨质”思想，同时也讲究宏观辨证与微观辨证结合。

[参考文献]

[1] CORREA P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process-First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention[J]. Cancer Res, 1992, 52(24): 6735-6740.

[2] 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]. 中国中西医结合消化杂志，2022，30(3)：163-183.

[3] THRIFT A P，WENKER T N，EL-SERAG H B. Global burden of gastric cancer：epidemiological trends，risk factors，screening and prevention[J]. Nat Rev Clin Oncol，2023，20(5)：338-349.

[4] 徐大椿. 兰台轨范[M]. 王咪咪，整理. 北京：人民卫生出版社，2007.

[5] 李杲. 脾胃论[M]. 北京：中国中医药出版社，2019.

[6] 佚名. 黄帝内经素问[M]. 田代华，整理. 北京：人民卫生出版社，2017.

[7] 吴瑭. 温病条辨[M]. 南京中医药大学温病学教研室，整理. 北京：人民卫生出版社，2017.

[8] 陈冠林，罗琦，陈坚雄. 周福生中医学验传薪[M]. 北京：中国中医药出版社，2012.

[责任编辑：刘迪成，蒋维超(英文)]