

从脾论治胃癌前病变的思路与方法*

王 涵¹, 王 萍², 王奕晨¹, 唐旭东^{3**}

(1. 北京中医药大学研究生院 北京 100029; 2. 中国中医科学院西苑医院 北京 100091;
3. 中国中医科学院 北京 100700)

摘要:胃癌前病变(Precancerous lesion of gastric carcinoma, PLGC)是胃粘膜“炎-癌转化”发生发展的重要环节。中医以整体调节、辨证论治的独特诊疗模式,在改善临床症状、提高生活质量、逆转病理组织学病变方面显示出良好优势。PLGC病位在脾胃,脾胃虚弱为其发病基础,脾胃运化失常、气机升降异常是症状发生的主要机制,由其演化而生的湿、痰、瘀、毒等胶结积聚久留促发局部病变。脾虚与PLGC发生发展的胃粘膜微环境失衡有关,涉及胃黏膜炎症、胃内菌群、胃黏膜屏障、免疫功能、能量代谢、黏膜分泌等机制。本文从脾入手思考PLGC的病机、治法、用药思路等,对统一认识、开拓临床和科研思路有参考意义。

关键词:胃癌前病变 炎-癌转化 中医药 脾虚

doi: 10.11842/wst.20230129001 中图分类号: R735.2 文献标识码: A

胃癌前病变(Precancerous lesion of gastric carcinoma, PLGC)是指一类容易发生癌变的胃黏膜病理组织学变化,即胃黏膜异型增生和肠上皮化生(简称肠化),主要伴存于慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)。PLGC是胃粘膜“炎-癌”演化模式中的重要阶段,对其进行准确诊断、规范监测和有效治疗是当前胃癌二级预防的重要工作。

中医在改善症状、提高生活质量方面具有优势,在改善病理组织学方面也呈现出良好趋势。当前在病机认识上存在较大差异,总体趋向于本虚标实、虚实夹杂,脾虚是疾病发生的基础,标实则以气滞、痰湿、瘀血、邪毒为主,虚损和实邪的产生都与脾密切相关^[1]。从脾入手思考PLGC的病机、治法、用药思路等,有助于统一认识、对临床和科研具有普遍的指导意义。

1 从脾思考胃癌前病变的病机

1.1 致病因素多与脾相关

脾胃病多以饮食不节、劳倦过度、外邪犯胃、情志内伤为主要病因^[2],现代研究也发现饮食不规律、长期饮酒、喜食腌制、油煎、辛辣食物均为PLGC发生的危险因素^[3]。①饮食失宜、饮食不节。《寿世青编》记载“饮食生冷,温凉失度,久坐久卧,大饱大饥,脾为之病矣”。贪凉饮冷损伤脾胃阳气,辛辣炙化热伤津,肥甘厚腻化湿生热。②劳逸失度。劳逸失度影响脾胃功能而发病,《脾胃论》记载“劳倦则脾先病,不能为胃行气而后病”、“形体劳役则脾病……”现代人熬夜、加班、生活节律紊乱属于劳倦过度范畴。③忧思伤脾。《景岳全书》记载“苦思难释则伤脾”,思虑太过,气结于中,脾气郁结,水谷不化。

收稿日期:2023-01-29

修回日期:2023-10-06

* 中国中医科学院西苑医院“提升高水平临床研究和成果转化能力试点建设项目”(XYZX0204-03):中医药防治胃癌前病变“炎-癌”转化关键环节的临床和基础研究,负责人:唐旭东;中国中医科学院科技创新工程创新团队(CI2021B005),负责人:唐旭东;北京市卫生健康委员会研究型病房建设项目(BCRW202108):慢性萎缩性胃炎、胃癌前病变预测模型及数据库建设,负责人:王萍。

** 通讯作者:唐旭东,本刊副主编,主任医师,教授,主要研究方向:中医药防治消化疾病的临床和基础研究。

1.2 脾虚为发病之基

脾胃同居中焦,纳化相协,共同完成消化与吸收功能。脾胃是气、血、津、液生化之源。脾胃功能正常,则升清降浊有序,气血化生有源,散精有力,气血无所滞,痰湿无以聚,瘀毒无所附。胃腑得气血精微濡养,黏膜上皮细胞结构完整、功能正常,当发生损伤时,细胞得以更新、修复,以恢复黏膜上皮的完整性和屏障作用。若脾胃虚弱,脾失健运,纳化失常,则水谷不能化、气血生化不足、气机升降失调,可见胃胀、食少纳呆、腹胀、便溏等。同时,可产生气滞、湿、痰、瘀、毒等病邪,长期积聚,迁延日久,最终导致胃粘膜萎缩、肠化生等发生^[4]。现代医学研究认为 PLGC 发生与胃粘膜修复、免疫细胞紊乱、能量代谢等有关,这些都与脾的功能相关。

1.3 湿、痰、瘀为病机之要

《温病条辨》记载:“湿之中焦,有寒湿,有自表传来,有水谷内蕴,有内外相合。”若平素不节饮食,嗜食肥甘厚味,脾胃运化失司,致水反为湿,谷反为滞,积滞蕴结中焦,酿湿生热。“脾土虚湿,清者难升,浊者难降,留中滞膈,郁而成痰。”叶天士:“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀。”痰瘀互结滞留,胶着于局部,导致 PLGC 的发生和进展。血液黏稠度增高导致 PLGC 机理与中医“瘀血阻络”理论不谋而合,PLGC 中血瘀普遍存在,贯穿于整个病理过程中。研究表明 PLGC 患者胃黏膜层及黏膜下层血管新生,微血管密度增大,血管内皮细胞增生,血黏度升高,胃黏膜血流量下降,导致体内细胞长期处于缺氧状态,易引起细胞突变及肿瘤发生^[5]。

1.4 虚实夹杂、寒热错杂、气血同病为基本病机特点

PLGC 病情迁延反复,脾虚是其发生发展的内在基础,“炎-癌”转化、局部病灶与湿、热、痰、毒等病邪积聚和长期损害相关。气滞、痰湿、血瘀等病理产物作为“邪气”持续损伤脾胃^[6],胃络失养,修复能力下降,上皮萎缩,腺体减少,甚者修复紊乱,粗糙不平,出现肠化和异型增生。现代医学研究为 PLGC 证属虚实夹杂理论提供了客观依据:从中医角度来看,调控细胞的异常增殖、抑癌基因的变异与信号通路的异常激活皆属于“邪实”范畴,调控基因与抑癌基因表达下降则为“正虚”。“虚实”两方面共存且长期交争变化,脏腑功能失调,促成了 PLGC 的产生与发展^[7-8]。

2 胃癌前病变发生发展的胃微环境失衡与脾相关

胃微环境失衡是 PLGC 发生发展的重要机制,胃内菌群失调、胃黏膜炎症和免疫反应异常是其主要表现。PLGC 患者胃微环境失衡与脾证候有关^[9],对此干预可改善胃功能,促进部分病变逆转。

2.1 脾虚湿热与胃黏膜炎症

以 Hp 感染为主的外邪侵袭是导致胃粘膜“炎-癌转化”的主要原因。Hp 感染引起的急慢性炎症在胃癌发病中起促发和推进作用^[10],Hp 产生的尿素酶、空泡毒素和蛋白溶解酶等通过不同信号通路引起胃黏膜损伤及相关基因表达异常,促使病变进一步发展。脾虚湿热与 Hp 感染互为因果:脾胃虚弱、正气不足则卫外不固,胃黏膜屏障功能降低,Hp 在此条件下更易附着定植;脾胃受邪,运化不利,水湿内停日久则郁而化热,致湿热中阻,形成适宜 Hp 定植的机体内环境,导致疾病迁延不愈。一项纳入 400 例慢性胃炎的研究显示脾胃湿热证组 Hp 感染率为 85.63%,高于其他证型^[11]。脾胃湿热证患者镜下表现为黏膜充血水肿、糜烂明显^[12],炎症程度及活动性较强,其机制可能与 Hp 刺激 NF- κ B、IL-8、IL- β 等表达水平上升,导致多种炎性细胞因子被启动、炎症细胞大量聚集相关^[13-14]。另一项研究发现中药复方“灭幽汤”可上调 Hp 相关性胃炎脾胃湿热证小鼠胃黏膜 HSP70 表达,增强胃黏膜对损伤刺激的抵抗能力;下调 NF- κ B 65 表达,减少促炎因子激活,减轻胃黏膜炎症、维持黏膜完整性,发挥“扶正祛邪”作用^[15]。

2.2 脾虚湿热与胃内菌群

慢性非萎缩性胃炎、CAG 伴肠化、肠型胃癌患者胃内菌群存在差异性,随着病变进展,胃内菌群的多样性逐渐减低。胃内部分厌氧菌的增多促进亚硝酸盐累积,并促使其在胃酸作用下形成致癌物亚硝胺,产生毒素损伤胃黏膜,导致胃癌风险增高^[16]。Hp 相关性胃炎尤其 CAG 患者以湿热证为多^[17],胃菌群失调亦与脾虚湿热证联系密切^[18],湿热证患者乳酸杆菌等益生菌丰度降低^[19]。健脾药物如白术、茯苓、山药等富含黄酮类、多糖类及生物碱类等活性成分,可有效调节胃内菌群。

2.3 脾虚与胃黏膜屏障及免疫功能

胃壁屏障包括黏液屏障和黏膜屏障,其功能的稳定依赖于胃黏膜充足的血液供应、细胞的分泌状态以及黏膜保护因子防御能力的正常。PLGC 患者胃黏膜

屏障功能损伤程度越重,胃癌发生风险越高^[20]。“脾为卫之”“四季脾旺不受邪”,脾气健旺方能使气血生化有源,营卫充盛,从而正常发挥卫外机能,保障胃肠黏膜屏障和免疫功能正常。PLGC脾胃湿热证、脾胃虚寒证、脾阴虚证、脾虚血瘀证患者血清TNF- α 、IFN- β 、IL-1 β 、IL-6、PGE₂等升高。健脾益气、健脾祛湿方药可活化单核巨噬细胞,对异常的免疫有调节改善作用^[21],提高胃壁屏障防御机能,恢复胃壁屏障,抑制黏膜病变进展。黄芪建中汤治疗可提高脾虚型CAG模型大鼠胃粘膜血流量和PGE₂含量,提高免疫细胞增殖率和碳粒廓清功能^[22]。

2.4 脾虚与能量代谢、粘膜分泌

黏膜线粒体退行性改变、ATP减少、供能不足、PTEN蛋白表达下调等导致胃正常功能受损,形成癌前微环境^[23]。脾虚患者胃黏膜上皮细胞、主细胞与壁细胞的线粒体均有不同程度的数目减少、线粒体肿胀、基质变淡、嵴断裂、膜破损等变化,并且线粒体质量的变化与脾虚症状及其轻重相关。

主细胞功能损伤,可致酶原颗粒分泌减少,蛋白质消化机能减退;壁细胞损伤,盐酸分泌不足,胃酸减少,胃内pH值升高,增加了致癌因子的致病机会。健脾益气可使气血正常化生,气化作用有序进行,有助于恢复物质和能量的转化。香砂六君子汤能提高胃粘膜中细胞能量代谢相关酶的活性,改善胃黏膜分泌功能,从而阻止胃黏膜腺体进一步减少和变化^[24]。

2.5 脾虚与胃动力异常

PLGC患者常表现为餐后上腹饱胀、食欲不振等症状,这与脾虚表现相符合。脾之运化功能为胃受纳食物提供源动力,与现代医学胃肠动力相关。有学者采用不透X线标记物法,观察100例不同证型CAG患者胃排空功能,发现脾胃虚弱证组患者胃排空率明显低于其他证型^[25],说明脾胃虚弱的患者胃排空延迟最严重,与脾胃虚弱证患者运化功能低下相对应。

3 从脾论治胃癌前病变的关键方法

3.1 祛邪扶正,虚实兼顾

祛邪扶正治疗在PLGC不同阶段有所侧重,根据辨证及个体情况不同,采用合适治法。早期存在Hp感染时,炎症反应明显,主要采用清热、化湿、解毒等治法,注意顾护脾胃正气;后期处于慢性炎症持续状态,机体免疫反应以修复为主,重在健脾扶正。

3.1.1 “祛邪”消除致病因素、促进病灶逆转

Hp感染相关胃炎以清热化湿为主,佐以泻火解毒、疏肝和胃、凉血止血等法。胆汁反流和情志异常从肝调摄,通过疏肝理气恢复肝之疏泄功能、调畅情志,调节内脏敏感性、胆汁分泌与排泄。血瘀证治疗多依据形成原因采取补气活血、行气活血、消痰化瘀、通络散结等法。

3.1.2 “扶正”健运脾胃、恢复脾胃正常功能

恢复纳运协调,使气血化生有源,保障粘膜屏障和免疫功能正常;恢复脾升胃降,使枢机运转正常,改善胃动力、调节胃酸及消化酶分泌^[26],保障消化吸收功能正常;恢复五脏生克制化平衡,保障机体环境稳定。

3.2 健运脾胃,调治疾病之根本

脾胃虚弱证患者常因消化液分泌不足或蠕动减弱导致消化效率低下,治疗重在恢复脾的运化及胃受纳腐熟的正常功能。健运脾胃当顺从脾胃阴阳、虚实、升降、纳运之性。脾病多虚,胃病多实,治疗当补运兼施,补脾而不碍胃。常在四君子汤、补中益气汤等方基础上加减。黄芪、党参、升麻、白术等健脾升清;苏梗、香附、枳实、佛手等和降胃气,豆蔻、砂仁、佩兰等芳香醒脾祛湿^[27];麦芽、谷芽、鸡内金运脾消食,全面恢复脾胃纳化功能。柯韵伯云:“补中之剂,得发表之品,而中自安。”补益药中可佐发表、调营卫之品,如紫苏、藿香、防风等有助脾胃调和。

3.3 运脾化湿,调畅气机

“湿土之气,同类相召,故湿热之邪,虽始外受,终归脾胃。”当今快生活节奏下的不规律饮食、贪凉阴冷、过食肥甘厚腻等习惯,易损伤脾胃,使脾失运化,内湿由生。脾胃已病,因病生湿,缠绵反复,若湿邪不祛,则脾难得运。因此,化湿也是PLGC治疗的重要方面。常用辛香药散湿、苦辛温药燥湿。寒湿者常用平胃散、不换金正气散等苦温化湿;湿困阳微,气化不利加用干姜、附子等;湿热者常用芩连平胃散、连朴饮、三仁汤等清化湿热;阴虚湿蕴者,可用麦冬、石斛、芦根、薏苡仁、冬瓜子等甘淡祛湿。

Hp感染与环境因素共同参与PLGC的发生发展,湿、热、(脾)虚三者恶性循环^[28],导致症状反复难愈或根除失败。中医多从湿热论治,同时注重健运脾胃。杨春波国医大师的“清化饮”联合标准四联可提高Hp根除率^[29],机制可能与下调NLRP3、Caspase-1、IL-1 β 、IL-18等因子表达,抑制炎症反应有关。部分患者服

用“三联”或“四联”药物期间,易出现纳差、恶心、苔黄腻,从脾虚湿热证辨治亦可减轻不良反应,辅助提高疗效^[30]。半夏泻心汤可抑制 Hp、减轻毒力因子损伤,其中的黄芩、黄连、甘草、人参对 Hp 耐药菌株均有较强抑制作用^[31]。

3.4 气血同调,益气健脾、活血化瘀贯穿始终,促进病变逆转

PLGC 初病在经在气,久病入络入血^[32]。在气见胃脘胀痛,走窜不定,噎气,脉弦;在血见胃脘刺痛或肋下按之作痛,疼痛多固定或程度较剧烈,舌暗有瘀斑瘀点、脉涩等^[33]。其中舌象是诊断 CAG、PLGC 血瘀证最常见、最具诊断价值的依据^[34],有助于区别其病因病机、辨别病位深浅、测知疾病发展的进退趋势^[35]。PLGC 存在血液流变学改变,血流黏滞性和浓稠性增高,胃黏膜微循环灌注较差,局部缺血缺氧^[36],内镜下常见黏膜颗粒状、皱襞变平、血管透见、肠化生结节,为血瘀证的微观表现。益气健脾化瘀方“愈胃灵颗粒剂”可提高胃黏膜血液灌注量、改善胃黏膜血供^[37],为萎缩腺体的修复提供良好环境。

胃病日久,气阴两伤,不任诛伐,治血瘀之证,多用三七,以求止血不留瘀,化瘀不伤正。唐旭东教授带领团队长期开展三七治疗 PLGC 的基础和临床研究,对于黏膜糜烂、出血及癌前病变者,加三七粉化瘀止血、活血定痛,以粉剂冲服入药,增加药物与粘膜接触面积、时间,利于更好发挥黏膜修复作用。活血化瘀药可改善 PLGC 胃黏膜血流、机体组织缺氧状态,增加组织血液灌注,增强黏膜屏障功能,减轻炎症反应,促进黏膜修复和腺体再生,有效改善 CAG 伴肠化生及异型增生,抑制甚至阻断 PLGC 发展^[38]。实验证实“健脾化瘀解毒方”可能通过调控 NF- κ B 通路抑制级联反应,调控下游蛋白,抑制相关产物生成,干预 PLGC 进展^[39]。

3.5 调中复衡,脾胃同治,兼顾他脏

脾胃病病位有 3 个层次^[40]:胃本腑自病、胃病及脾、脾胃病及他脏和他脏及脾胃。脾胃纳化相协,升

降相因,燥湿相济,一旦为病,常脾胃同病,当“脾胃合治”。胃病为主者常在通降之方中佐以升清之味,脾病为主者每于补脾之剂中配伍开胃之品。胃实而脾不虚则采用“脾胃分治”之法,强调疾病早期宜单独治胃以恢复胃的通降功能。治脾重在甘温益气为主,代表方如四君子汤类方、黄芪建中汤、理中汤等;治胃重在甘凉濡润,如益胃汤、沙参麦冬汤等。脾气得升,胃得润降,清升浊降,胃乃安和。

在恢复脾胃气机升降和气血生化同时,也应注意调整脏腑生克制化,以调五脏功能平衡。《临证指南医案》记载“肝为起病之源,胃为传病之所。”治疗脾胃病须紧密联系于肝。肝胃不和、气机郁滞者选柴胡疏肝散疏肝理气;气郁化火、肝胃郁热者,以左金丸或化肝煎清肝泄热;肝胃阴虚、失于荣养者,用一贯煎养阴和胃兼顾肝阴;肝血不足,肝胃不和者,用归芍六君子汤、逍遥散养肝益胃。肺气的宣发肃降对脾胃升降有重要影响,如胃气上逆见噎气、胸脘痞闷,用降气、行气而乏效者,应注意调理肺气;胃失和降见大便干结者,可配伍杏仁、紫苑等通降肺胃。病程较久或老年患者,证见嘈杂易饥,滋养胃阴无效者,当兼顾下焦,以六味地黄丸^[41]等滋肾养胃。

4 小结与展望

PLGC 为病机以脾虚为本,在此基础上兼有气滞、湿热、痰阻、血瘀等病邪,正邪长期交争,呈现虚实夹杂、寒热错杂、气血同病的复杂证候。健脾运脾法贯穿始终,兼以理气、清热化湿、活血等,虚实同调、标本兼顾。短期辨证治疗改善症状,针对疾病和核心病机的长期干预针对改善胃内环境、逆转组织学病变。有必要开展大样本流行病学调查研究,总结 PLGC 不同发展阶段脾虚证及兼有病邪的分布规律。此外,研究视角可从宏观层面转入微观的分子生物学和基因组学层面,深入阐释“脾”与胃粘膜微环境、PLGC 病变相关的机制。开展调脾相关复方的评价和效应机制研究,为临床提供有效的治疗方案。

参考文献

- 张声生,李乾构,唐旭东,等.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳).中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- 杨彬,龙晓奇,陈滢,等.胃癌癌前病变的高危因素调查研究.川北医学院学报,2019,34(5):632-634.
- 范尧夫,吴燕敏,刘皓,等.中国华东地区人群胃癌癌前病变发病相关危险因素分析.胃肠病学和肝病杂志,2014,23(2):143-146.
- 陈祥华,林平,蔡华珠,等.基于脾主运化理论探讨胃癌前病变的中医治疗策略.中医药临床杂志,2021,33(9):1643-1646.

- 5 杨岩,李慧臻,邵祖燕.脾虚血瘀与胃癌前病变的病机探讨.云南中医药大学杂志,2016,37(7):27-29.
- 6 袁嘉嘉.“炎-癌转化”的病因病机及防治策略研究.南京:南京中医药大学硕士学位论文,2016.
- 7 姜小艳,李京伟,张竞超,等.萎缩性胃炎致病机制研究概况及中医药实验研究进展.中国中西医结合消化杂志,2018,26(12):1049-1052.
- 8 陈泽慧,安静,魏玥,等.胃癌及其癌前病变分子信号通路的相关研究.现代中西医结合杂志,2018,27(36):4098-4101.
- 9 吴皓萌,黄绍刚,王凤云,等.基于胃微环境探讨中医药防治胃癌前病变的机制.中国实验方剂学杂志,2021,27(16):245-250.
- 10 Ruge M, Genta R M, Di Mario F, et al. Gastric cancer as preventable disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2017, 15(12):1833-1843.
- 11 刘建平,赵源,郎晓猛,等.幽门螺杆菌相关性慢性胃炎中医证型分布研究.湖南中医杂志,2017,33(9):12-13.
- 12 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).中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
- 13 胡玲,崔娜娟,罗琦,等.慢性胃炎脾胃湿热证与热休克蛋白70和核因子- κ B炎症通路表达的关系.广州中医药大学学报,2010,27(6):587-591,669-670.
- 14 张剑治,冯全林,胡漪璐,等.慢性萎缩性胃炎中医证型与Hp、IL-1 β 及其基因多态性的相关性.中国中西医结合杂志,2015,35(12):1433-1436.
- 15 郭璇,王小娟,喻斌,等.灭幽汤对幽门螺杆菌相关性胃炎脾胃湿热证小鼠NF- κ B65、HSP70的影响.中国中西医结合消化杂志,2014,22(10):568-573.
- 16 Aviles-Jimenez F, Vazquez-Jimenez F, Medrano-Guzman R, et al. Stomach microbiota composition varies between patients with non-atrophic gastritis and patients with intestinal type of gastric cancer. *Sci Rep*, 2014, 4:4202.
- 17 陈瑶,刘庆义,叶晖,等.幽门螺杆菌相关性胃病中医证型及证候要素演变规律的多中心研究.现代中医临床,2015,22(2):12-16.
- 18 张玉佩,杨钦河,邓远军,等.中焦湿热证与胃肠道微生态关系刍议.中医杂志,2016,57(24):2094-2096.
- 19 程明,胡玲,劳绍贤.幽门螺杆菌和乳酸杆菌菌群失调与慢性胃病脾胃湿热证发病的关系.中国中西医结合杂志,2011,31(9):1273-1275.
- 20 Sørbye H, Maaartmann-Moe H, Svanes K. Gastric carcinogenesis in rats given hypertonic salt at different times before a single dose of N-methyl-N'-nitro-N-nitrosoguanidine. *J Cancer Res Clin Oncol*, 1994, 120(3):159-163.
- 21 戚团结,危北海,陈治水,等.中西医结合治疗胃肠疾病的思路方法.中国中西医结合杂志,2009,29(5):444-449.
- 22 刘旺根,蒋时红,冯黎,等.黄芪建中汤对脾虚型慢性萎缩性胃炎大鼠免疫功能的影响.浙江中医杂志,2007,42(7):387-389.
- 23 孙桂彬,杨景国,李永华,等.PTEN、p16和CyclinD1在胃癌及癌前病变中表达的研究.现代中西医结合杂志,2012,21(15):1614-1616.
- 24 段云燕,王强,成映霞,等.香砂六君子汤对脾胃虚弱型CAG大鼠胃黏膜细胞能量代谢相关酶活性和分泌功能的影响.中国老年学杂志,2016,36(7):1570-1572.
- 25 冯玉彦,杨倩,刘建平,等.慢性萎缩性胃炎中医证型与胃排空的相关性研究.辽宁中医杂志,2005,32(7):635-636.
- 26 吴震宇.“健脾理气颗粒”治疗功能性消化不良的临床应用基础及药效机制研究.北京:北京中医药大学博士学位论文,2016.
- 27 蔡淦.治疗慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的经验.江苏中医药,2007,39(8):1.
- 28 王艳,徐陆周.从湿论治慢性胃炎经验.环球中医药,2018,11(5):732-734.
- 29 黄铭涵,许若纓,郑榕,等.清化饮联合四联疗法治疗Hp相关十二指肠溃疡的疗效及机制研究.中华中医药杂志,2020,35(9):4735-4739.
- 30 劳绍贤,胡玲.劳绍贤教授“祛湿以运脾,清热以防变”脾胃湿热学术思想撷萃.中国中西医结合消化杂志,2019,27(5):323-324.
- 31 赵梁,谭达全,尹抗抗,等.半夏泻心汤对幽门螺杆菌毒力因子影响的实验研究.湖南中医杂志,2014,30(3):114-116.
- 32 王长洪.董建华治疗慢性萎缩性胃炎的经验.浙江中医学院学报,1999,23(4):41.
- 33 丁成华,李晶晶,方芳,等.慢性萎缩性胃炎中医病机与证候分布规律研究.中华中医药杂志,2011,26(3):582-586.
- 34 唐旭东,王维武.消化系统疾病中医药研究述评(上).中医杂志,2005,46(2):88-90.
- 35 方华珍,丁成华,王玉臣,等.舌诊在慢性萎缩性胃炎辨证中的意义.中国中医基础医学杂志,2013,19(4):416-418.
- 36 李杰.从血管新生角度探讨健脾法与活血法对胃癌前病变转归的影响作用研究.西安:第四军医大学硕士学位论文,2010.
- 37 徐国纓,孙瑾,周萍.愈胃灵对慢性萎缩性胃炎患者胃粘膜血流量的影响.中国中西医结合消化杂志,2001,9(5):279-280.
- 38 王熠慧,陈婉珍,朱方石.活血化痰法治疗胃癌前病变临床研究进展.中国医学创新,2019,16(13):169-172.
- 39 李思怡.健脾化痰解毒法调节NF- κ B活性抑制胃“炎-癌”转化细胞迁移机制研究.广州:广州中医药大学博士学位论文,2021.
- 40 张北华,张泰,王凤云,等.脾胃病治疗中的“调中复衡”理论.中医杂志,2021,62(9):737-742.
- 41 吴嘉瑞,郭位先,张冰,等.基于关联规则和复杂系统熵聚类的颜正华治疗气滞证用药规律研究.中国中医基础医学杂志,2013,19(9):1081-1083.

The Ideas and Methods of Treatment Related to the Spleen Theory on Precancerous Lesions of Gastric Carcinoma

WANG Han¹, WANG Ping², WANG Yichen¹, TANG Xudong³

(1. Graduate School of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China ;2. Xiyuan Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China ;3. China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

Abstract: Precancerous lesion of gastric carcinoma (PLGC) is a critical component of the occurrence, development, and metastasis of the "inflammation-cancer transformation". Traditional Chinese medicine (TCM) is characterized by a unique mode of diagnosis and treatment which adopts a holistic concept to differentiate and treat syndromes. With this mode, it can improve symptoms in patients, enhance the quality of their lives and elevate the histopathological performance. The pathogenic factors of PLGC are mostly related to spleen, among which the weakness of spleen and stomach is the pathogenetic basis of it. Over time, dampness, phlegm and blood stasis will accumulate in the body, causing local lesions. Spleen deficiency is associated with various development mechanisms of PLGC, including the gastric mucosal inflammation, intragastric flora, gastric mucosal barrier, immune function, energy metabolism, and gastric mucosal secretion. To treat PLGC from the perspective of the spleen theory, physicians should take steps to reinforce healthy Qi to eliminate pathogenic factors, give equal consideration to deficiency and excess, and harmonize the center to restore the balance in the viscera, which will invigorate the spleen and stomach, resolve dampness, clear heat and regulate qi and blood at the same time. The differentiation of the holistic and local syndromes should be combined and the treatment with drugs should take both diseases and syndromes into consideration.

Keywords: Precancerous lesion of gastric cancer, Inflammation-cancer transformation, Traditional Chinese medicine, Spleen deficiency

(责任编辑: 李青)