

# 迟莉丽基于“既病防变”理论分期论治慢性萎缩性胃炎经验

刘彤<sup>1</sup>, 王帅<sup>2</sup>

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250014; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250011)

**[摘要]** 迟莉丽教授认为脾气亏虚为慢性萎缩性胃炎发病之本, 久病及肾; 湿热邪毒为其致病之标, 瘀毒阻络贯穿疾病始终, 情志失调在疾病发生发展中起到重要作用。治疗上主张分期(早期、中期、晚期)论治, 基于“既病防变”理论, 针对不同时期的病机特点确定相应治则, 以求及早阻断疾病演变和进展: 早期清热祛湿为主, 兼以行气化瘀, 中期健脾补气与活血化瘀并重, 晚期重视脾肾同治。

**[关键词]** 慢性萎缩性胃炎; 炎癌转化; 既病防变; 分期论治; 脾气亏虚; 湿热邪毒; 情志失调; 迟莉丽

**[中图分类号]** R259.733

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0257-358X(2023)06-0633-04

**DOI:** 10.16295/j.cnki.0257-358x.2023.06.018

## Experience of Professor CHI Lili in Treating Chronic Atrophic Gastritis by Stages Based on “Controlling Development of Existing Disease” Theory

LIU Tong<sup>1</sup>, WANG Shuai<sup>2</sup>

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China; 2. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250011, China)

**Abstract** Professor CHI Lili holds that deficiency of spleen-qi is the root of disease with chronic disease involving kidney, and damp heat and toxin is the branch of disease. Blood stasis and toxin blocking the collaterals run through the whole disease course, while emotional disorder plays an important role in the occurrence and development of disease. The treatment should be based on different stages (early stage, middle stage, late stage). Based on the theory of “controlling development of existing disease” and according to the characteristics of disease mechanism in different stages, the corresponding treatment principles are applied so as to block the development of the disease as soon as possible. In early stage, clearing heat and removing dampness is mainly applied, accompanied by circulating qi and resolving stasis; in middle stage, invigorating spleen and tonifying qi should be applied as well as activating blood and resolving stasis; in late stage, spleen and kidney should be treated simultaneously.

**Keywords** chronic atrophic gastritis; inflammation and tumor progression; controlling development of existing disease; treatment by stages; spleen qi deficiency; damp heat and toxin; emotional disorder; CHI Lili

**[收稿日期]** 2021-06-28

**[基金项目]** 山东省中医药科技发展计划项目(编号:2017-052)

**[作者简介]** 刘彤(1994—), 男, 山东济南人, 医学硕士, 主要从事中西医结合治疗消化系统疾病研究。电话: 15275177994; 邮箱: jltong@126.com。

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是胃黏膜上皮遭受反复损害导致胃黏膜慢性炎症反应, 固有腺体减少, 伴或不伴肠化生和(或)假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病<sup>[1]</sup>, 是重要的胃癌前病变。

CAG 的症状并无特异性,临床上其症状轻重与胃黏膜损害及病理程度并不完全相符,确诊必须结合内镜和组织病理学。浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生→异型增生→肠型胃癌<sup>[2]</sup>,此种肠型胃癌发生的“Correa 级联模式”已被国内外学者广泛认同。而且“Correa 级联模式”可视为“炎癌转化”的典型过程<sup>[3]</sup>。因此及早地采取有效措施阻断其进一步发展是控制胃癌发生的重要策略。

目前西医对 CAG 无特异疗法,主要手段包括定期内镜检查、黏膜组织病理学活检、对症治疗、根除幽门螺杆菌(Hp)等。虽然也有研究报道,对于部分体内低叶酸水平者,适量补充叶酸可改善慢性萎缩性胃炎组织病理学状态而减少胃癌的发生<sup>[4-5]</sup>;某些维生素以及微量元素硒可能降低胃癌发生的危险性<sup>[6-7]</sup>。但一项大型队列研究(非随机对照试验)显示多种维生素并不能降低胃癌发生率<sup>[8]</sup>。中医药治疗 CAG 有着自身独特优势,如个体化治疗、多靶点、多途径、具有针对病理改变的特效中药、可长期治疗等。临床实践证实中医药可以控制、截断萎缩性胃炎进展,甚至可以逆转萎缩<sup>[9-11]</sup>。

迟莉丽教授从事消化系统疾病临床研究 30 余载,对于本病的治疗积累了丰富的经验。根据萎缩性胃炎的病因和病机演变规律、证候特点,迟莉丽教授认为脾气亏虚为其发病之本,久病及肾;湿热邪毒为其致病之标;瘀毒阻络贯穿疾病始终,情志因素亦不可忽视。基于“既病防变”理论,结合内镜下的微观辨证,治疗上主张分期论治,具体如下。

## 1 从“既病防变”论治 CAG 的理论依据

### 1.1 “既病防变”的理论内涵

“既病防变”是中医“治未病”理论的组成部分,是指在疾病发生以后,应早发现、早诊断、早治疗,以防止疾病的进一步发展、蔓延与恶化。正如《素问·四气调神大论》所云:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱”;《难经·七十七难》所云:“所谓治未病者,见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实脾气,勿令得受肝之邪”。强调诊治疾病时,仅对已发生病变的部位进行治疗是不够的,还必须掌握疾病发展传变的规律和途径,准确预测病邪传变趋向,对可能被影响的部位,采取预防措施,以阻止疾病传至该处,终止其发展、传变。现代医家徐大椿说:“善医者,知病势之盛而必传也,预为之防,无使结聚,无使泛滥,无使并合。”肠型胃癌的发生符合“炎癌转化”的级联模式,

在“既病防变”理论指导下,及早地采取有效措施阻断 CAG 癌前病变进一步发展是控制肠型胃癌发生的重要策略。

### 1.2 CAG 病因病机

迟莉丽教授认为 CAG 病因虽然有外邪(包括 Hp 感染)、饮食、情志、劳倦等之不同,临证又有虚、实、湿、热、瘀之别,但始终存在着脾失健运、湿热蕴结、气血阻滞的病机。

#### 1.2.1 脾气亏虚为发病之本,久病及肾

脾胃同居中焦,脾主运化,胃主受纳,为气机升降之枢纽,脾以升为顺,胃以降为和。《金匱要略》云:“四季脾旺不受邪”,脾气健旺,则气血化生充足,脏腑形体得到濡养,不易感受外界邪气侵袭。反之,无论是素体脾胃虚弱还是感受外邪(包括 Hp 感染)、饮食失宜、情志不调、劳倦等因素,皆可导致脾胃虚弱,水谷精微乏源,运化失司,水泛为湿,阻滞中焦气血,轻者发为痞满,重者不通则痛和(或)不荣则痛,发为胃痛,抑或胃络失养,造成胃黏膜萎缩之变。脾胃纳化失常,脾虚湿阻,郁而化热,湿热蕴结,阻滞气血。气为血之帅,血为气之母,气虚、气滞均可致瘀。气滞、湿热、血瘀均可由脾虚导致,作为病理产物又可令脾虚更甚,其互为因果,相间为患,使病程缠绵难愈。“五脏所伤,穷必及肾”,疾病日久,脾虚益甚,气血生化乏源,后天无以养先天,正如《景岳全书》言:“肾非后天之气不能生”,遂脾肾俱虚,内镜下多见黏膜苍白、颗粒样,皱襞细少、低平。故脾气亏虚是本病发生、发展及产生局部病理改变之根本,正如《脾胃论·脾胃盛衰论》言:“百病皆由脾胃衰而生也”。

#### 1.2.2 湿热邪毒为致病之标

《脾胃论·脾胃虚实传变论》云:“饮食失节,寒温不适,脾胃乃伤”。外感湿热之邪(包括 Hp 感染)皆可经口鼻而入直犯脾胃,过食肥甘厚味亦伤及脾胃。脾胃受损,运化无权,则浊滞不化,气机阻滞。“浊气在上,则生腹胀”,故出现痞满;胃气阻滞,不通则痛,发为胃痛。内外湿邪常相互联结,外湿困脾,必致脾失健运;内湿停滞,又常易招致外湿侵袭。湿滞日久,化热伤阴,又可导致瘀血内结。湿热邪毒,损伤胃络,为致病之标,镜下多见黏膜充血水肿,或见出血点、糜烂。加之 CAG 患者多脾虚,湿热邪毒与脾虚相互影响,互为因果,致疾病每每缠绵难愈。

#### 1.2.3 瘀毒阻络贯穿疾病始终

《临证指南医案·胃脘痛》云:“胃痛久而屡发,必

有凝痰聚瘀”。脾胃气滞湿阻,运化失健,气血生化乏源,脾气虚弱推动血液循行,导致血脉瘀阻,从而产生血瘀,伤及胃络,不通、不荣,发为胃痛。邪与气血两凝,结聚络脉,造成胃黏膜萎缩之变。“久病必虚,久病必瘀”,病程迁延日久,脾肾两虚,气阴双亏,气不布津,则布散津血功能减弱,胃络失于濡养,镜下可见黏膜血管显露,色紫暗,或伴有暗红色出血斑。迟莉丽教授指出瘀毒既是本病的病理产物,又是新的致病因素,贯穿于本病发生发展的始终。

#### 1.2.4 情志失调在CAG发生发展中起重要作用

《素问·宝命全形论》曰:“土得木而达”。叶天士提出:“肝为起病之源,胃为传病之所,醒胃必先制肝,治肝可以安胃”。脾胃之气调畅离不开肝的疏泄正常,若情志失调,肝失疏泄,横犯脾胃,脾胃气机升降失常,阻滞中焦,发为痞满、胃痛。脾胃运化失司,水反为湿,湿久化热,热壅则血瘀,气滞则血停,久之损伤胃阴,胃络失养,出现胃黏膜萎缩。

就本病而言,CAG作为癌前病变易使患者出现恐癌心理,导致焦虑倾向,稍有不适则反复就诊<sup>[12]</sup>。因此迟莉丽教授指出,从中医“既病防变”理论而言,此时进行干预则需兼顾治疗肝郁,即解决因病所致之郁,身心同治。

基于以上认识,结合“既病防变”理论,迟莉丽教授认为治疗上应分期(早期、中期、晚期)论治,针对不同时期的病机特点给予相应治疗,及早阻断疾病的演变和进展。

## 2 分期论治CAG

### 2.1 早期:清热祛湿为主,兼以行气化瘀

此期临床多表现为胃脘胀满或疼痛,胃脘灼热,口苦口臭,大便黏滞或稀溏;舌质红,苔黄厚或腻,脉滑数。镜下多见胃黏膜变薄、红白相间,红白相等;黏膜血管透见;多可伴有黏膜充血水肿,或见出血点、糜烂;黏液湖黏稠浑浊;常伴有胆汁反流;病理提示黏膜轻度萎缩,可能伴轻度肠化生;常伴Hp感染。

《医学心悟》云:“当其邪气初客,所积未坚,则先消之而后和之”,此时病邪轻,病位浅,正气尚未大衰,故邪气易去。此期湿热中阻、气滞血瘀,治疗上以清热祛湿为主,兼以行气化瘀,常用黄连温胆汤加减。因CAG患者发病伊始就有不同程度的脾虚存在,过用寒凉之品可冰遏脾胃之阳,使湿从中生,所以虽然湿热内盛,临证时也要加用黄芪、生薏苡仁等,既能益气健脾,祛邪而不伤正,又杜绝生湿之源,

以防湿邪困脾,加重脾虚生湿。因气滞血瘀导致胃痛明显者,可加用川楝子、延胡索等活血理气;情绪不佳、烦躁易怒者,常加用柴胡、郁金、合欢皮、玫瑰花等疏肝以和胃,进而助脾胃恢复健运;胃镜下黏膜充血、出血者,可加用白花蛇舌草、半枝莲等清热解毒。伴有Hp感染者,可加用黄芩、连翘。

药理研究证实,黄连等清热药对Hp有较强的抑制作用<sup>[13]</sup>;白花蛇舌草等清热解毒药能够改善萎缩性胃炎镜下表现及病理状态<sup>[14]</sup>。

### 2.2 中期:健脾补气与活血化瘀并重

此期临床可见胃脘痞满或痛有定处,胃痛拒按,食后脘闷,入夜尤甚;面色暗滞,舌质暗红或有瘀点、瘀斑,舌下络脉青紫迂曲,脉弦涩。镜下多见胃黏膜红白相间,以白为主,表面粗糙不平;黏膜血管显露,色紫暗;皱襞减少;或伴有暗红色出血斑;病理提示黏膜轻、中度萎缩,伴有轻、中度肠化生。

《诸病源候论》指出:“血气壅实不通而成痞也”。此期证属脾胃虚弱、瘀血阻络,治疗上应健脾补气与活血化瘀相结合。可选用黄芪建中汤合丹参饮加减。如腹胀、嗳气甚者,酌加枳壳、厚朴理气消胀;食欲不振者,酌加焦麦芽、焦山楂、焦六神曲、鸡内金消食行气导滞;大便干结者,酌加桃仁、当归,既可润肠通便,又兼活血化瘀,一举两得。瘀血得化,血行通畅,脉络恢复,脏腑得养,有助于已损伤胃黏膜恢复。

有研究表明,丹参等活血化瘀药及黄芪等益气健脾药对CAG大鼠胃黏膜细胞凋亡有抑制作用,观察发现该类中药能控制甚至逆转CAG的发展<sup>[15]</sup>。

### 2.3 晚期:重视脾肾同治

此期临床多见胃脘痞闷或隐痛、灼痛,胃脘嘈杂,胃部喜按或喜暖,食少纳呆,倦怠乏力,五心烦热,形体消瘦;舌质淡或舌红少津,脉细或细数。镜下出现黏膜苍白、颗粒样,可见灰色肠化结节;黏膜血管显露明显;皱襞细少、低平;病理提示黏膜中度萎缩,伴有中度肠化;可伴有Hp感染。

“正气存内,邪不可干”“邪之所凑,其气必虚”,脾胃亏虚是Hp能侵入体内引起疾病的前提之一。此期证见气阴双亏,治疗应重视脾肾同治,多用益胃汤、芍药甘草汤加减。五心烦热者,酌加百合、太子参滋阴除热;津伤重者,酌加石斛、天花粉加强生津。除补阴药外常合用益气之品,以达阳中求阴之效,如山药健脾补肾,养正则积自除,如是则脾气得升,胃得润降,清升浊降,胃乃安和。组织病理学提示存

在肠上皮化生,甚至异型增生者,酌加鸦胆子、苦参、重楼等。

药理学研究发现,清热解毒类中药如鸦胆子、苦参等可以抑制、减少肿瘤炎症微环境形成,抑制肿瘤细胞增殖,促进凋亡<sup>[16]</sup>。

### 3 病案举例

方某,男,42岁,2019年7月10日初诊。胃痛、胃中灼热2年余,再发并加重1周。患者近2年因饮食不规律出现胃脘疼痛、胃中灼热,未行检查,不适时自服奥美拉唑,初效尚可。1周前大量饮酒后前症再发并加重,服奥美拉唑、铝碳酸镁不效,行胃镜检查示慢性萎缩性胃炎;病理:(胃窦)黏膜萎缩(轻度),肠上皮化生(轻度),胆汁反流(-)。<sup>13</sup>C呼气试验:Hp(+)。刻诊:胃脘疼痛,胃脘灼热,偶伴胃胀,口苦口臭,大便黏滞不爽;舌质红,苔黄厚腻,脉滑数。中医诊断:胃痞,脾胃湿热证;西医诊断:CAG。治疗以清热化湿为主,兼以理气和中。方选黄连温胆汤加减,组成:黄连9g,清半夏9g,竹茹12g,茯苓30g,麸炒枳实9g,白豆蔻12g,佩兰12g,薏苡仁30g,淡竹叶9g,炙甘草6g。14剂,水煎200mL,日1剂,早晚饭后半小时温服。2周后患者复诊,服药后胃脘疼痛程度及频次较前均减,饮食不慎时胃脘灼热发作,餐后常胃胀,口苦口臭减轻,食欲欠佳,大便较前成形,质偏黏;舌红,苔黄微腻,脉数。上方去淡竹叶,加焦麦芽、焦山楂、焦六神曲各15g,煎服同上。服药1个月后上症基本消失,嘱患者戒酒、规律饮食、调畅情志,半年后随访未再发作。

### 4 结语

“既病防变”是“治未病”理论的重要内容,是中医预防医学的精髓。“既病防变”的核心在于正确把握疾病的进展,及时采取有效手段阻断疾病的进一步加重或转变。肠型胃癌的发生符合“炎癌转化”的级联模式,迟莉丽教授基于“既病防变”理论,根据CAG的病因和病机演变规律、证候特点,分期论治,有效阻断其进一步发展是控制肠型胃癌发生的重要策略。

#### [参考文献]

[1] PIMENTEL-NUNES P, LIBÂNIO D, MARCOS-PINTO R, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach(MAPS II):European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group(EHMSG), European

Society of Pathology(ESP),and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva(SPED) guideline update 2019[J]. Endoscopy,2019,51(4):365-388.

- [2] CORREA P. A human model of gastric carcinogenesis[J]. Cancer Res,1988,48(13):3554-3560.
- [3] BALKWILL F, MANTOVANI A. Inflammation and cancer: back to Virchow?[J]. Lancet,2001,357(9255):539-545.
- [4] FANG J Y, XIAO S D. Folic acid, polymorphism of methyl-group metabolism genes, and DNA methylation in relation to GI carcinogenesis[J]. J Gastroenterol,2003,38(9):821-829.
- [5] XIAO S D, MENG X J, SHI Y, et al. Interventional study of high dose folic acid in gastric carcinogenesis in beagles[J]. Gut,2002,50(1):61-64.
- [6] LI W Q, MA J L, ZHANG L, et al. Effects of Helicobacter pylori treatment on gastric cancer incidence and mortality in subgroups[J]. J Natl Cancer Inst,2014,106(7):dju116.
- [7] VAN DEN BRANDT P A, ALEXANDRA GOLDBOHN R. Nutrition in the prevention of gastrointestinal cancer[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol,2006,20(3):589-603.
- [8] DAWSEY S P, HOLLENBECK A, SCHATZKIN A, et al. A prospective study of vitamin and mineral supplement use and the risk of upper gastrointestinal cancers[J]. PLoS One,2014,9(2):e88774.
- [9] 吕宾. 胃癌前病变的中西医结合治疗[J]. 临床内科杂志,2018,35(4):223-225.
- [10] 孔岩君,李勇,李文林,等. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎疗效的Meta分析[J]. 世界华人消化杂志,2013,21(20):1982-1986.
- [11] 张勇. 温中消萎汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎疗效及机制研究[J]. 山东中医杂志,2020,39(10):1065-1070.
- [12] 邢风举,颜新. 论因病致郁对病势和病情转归影响的重要性[J]. 中华中医药杂志,2017,32(1):34-36.
- [13] 徐艺,叶柏. 中草药单味与复方对幽门螺杆菌抑菌作用研究[J]. 中国中西医结合脾胃杂志,2000,8(5):292-293.
- [14] 伊春锦,黄德清,黄昉萌,等. 夏枯草、白花蛇舌草治疗慢性萎缩性胃炎“癌前病变”初探[J]. 福建中医药,2007,38(4):34.
- [15] 邓凯文. 活血化瘀法在恶性肿瘤治疗中的应用研究[D]. 南京:南京中医药大学,2009.
- [16] 李冀,李想,高彦宇,等. 清热解毒药对肿瘤治疗及其信号通路调节作用的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2019,25(24):188-195.