

张声生教授以“通滞法”论治慢性萎缩性胃炎 及胃癌前病变经验*

李丹艳¹, 张声生^{1**}, 赵鲁卿¹, 罗 焱^{1,2}

(1. 首都医科大学附属北京中医医院 北京 100010; 2. 北京中医药大学 北京 100029)

摘 要:胃癌是人类最常见的消化系统肿瘤,而慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生、异型增生是向胃癌转变的高风险病理类型。张声生教授认为脾胃虚弱为本病之根本,临证辨治把握食滞、气滞、湿滞、络滞虚实夹杂之本质。治疗活用“通滞”之法,突出健脾导滞,且健脾勿忘通降和胃、化湿理气、消癥通络,并提出“以通为补,以化为用”的治疗原则。

关键词:通滞法 慢性萎缩性胃炎 胃癌前病变

doi: 10.11842/wst.20200622016 中图分类号: R249 文献标识码: A

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是消化系统的常见病及疑难病,尤其是在CAG基础上伴发的肠上皮化生(Intestinal metaplasia, IM)和异型增生(Dysplasia, Dys)一直是胃癌防治研究的重点和难点,也是公认的胃癌前病变(Precancerous lesion of gastric cancer, PLGC)。Correa首次提出了“正常胃黏膜→浅表性胃炎→慢性萎缩性胃炎→肠上皮化生→异型增生→胃癌”的胃癌演变模式。目前西医治疗以根除幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)、抑酸、保护胃黏膜、促进胃肠动力、补充维生素等为主,严重者可进行预防性手术治疗,尽管可在一定程度上缓解症状,但针对阻断或逆转癌前病变尚无确切药物。中药治疗具有独特优势,通过辨证论治可控制其进展并一定程度逆转PLGC胃黏膜病理改变。本病缺乏临床特异性症状,常表现为胃脘痞塞、胀满、疼痛、嘈杂、嗳气、纳呆,可将其归属于中医学“痞满”“胃痛”“嘈杂”等病范畴。

张声生教授现任世界中医药学会联合会消化病专业委员会会长,曾担任第一、二届中华中医药学会

脾胃病分会主任委员,从事消化系统疾病的临床诊疗工作30余年,在CAG及PLGC及的诊疗上积累了丰富的临床经验。在本病临床辨治中,善于抓住本病主要矛盾及关键病机,组方用药执简驭繁,有的放矢,每每应手取效。张声生教授论治本病除从“虚”“毒”“瘀”出发外,遣方用药还强调从“滞”辨治的基本病机。本文将张师运用“通滞法”辨治CAG及PLGC的临证经验总结如下,并结合典型案例,以期对本病的中医临床治疗有所裨益。

1 “滞”是CAG及PLGC的关键病机

1.1 “滞损脾胃”理论阐微

“滞”伤脾胃的理论源于《黄帝内经》。《素问·刺法论》载“勿饱食,勿食生物,欲令脾实,气无滞饱”,《素问·五常政大论》载“其发濡滞,其脏脾”。“滞”乃积滞、不流通之意,正如《说文解字》载“滞,凝也。从水,带声。”及《汉语大字典》亦载“滞涩,阻碍,不流畅”。滞并非单指一物一事,无论有形无形,凡是能使气血津液运行失常出现瘀阻不通之象皆可归于滞。张教授

收稿日期:2020-03-21

修回日期:2020-04-20

* 北京市中医管理局燕京流派创新传承“拳头”工程(20171101—脾胃):脾胃病,负责人:刘清泉。

** 通讯作者:张声生,教授,博士研究生导师,主任医师,主要研究方向:消化系统疾病的中医药防治研究。

精读《内经》探本溯源,师景岳之“气血不虚则不滞,虚者无有不滞者”,结合前期临证所提“脾胃虚弱是CAG发病的内因,亦是胃黏膜PLGC发生发展的病机本质”^[1],提出“滞”亦是本病的关键病机之一。

为便于理解,张教授以中医象思维“脾胃五行属土”的特性来阐释、归纳各种事物和现象的属性,并以此研究CAG及PLGC发生、发展、变化规律及相互关系。《古今医统大全》中有载“夫脾胃同湿土之化,主腐熟水谷”。《说文解字》载“壤,柔土也,无块曰壤。”壤是松软的土。脾胃对于人体就如土壤对于万物,土壤可化万物以成肥力,脾胃也能化水谷而生气血精微。而脾胃虚弱即土壤贫瘠不用,壤土变坚土即土壤壅滞。坚土则作物等植物生长不利,枝叶稀疏萎焉;正如脾胃虚滞交加则气血不能滋养胃腑,致胃络枯萎,胃黏膜受损、萎缩,出现肠上皮化生、异型增生等病理改变,常伴胃黏膜变薄、苍白、胃壁蠕动弱等胃之局部征象出现^[2]。

1.2 脾虚为本,滞损兼夹

1.2.1 食滞

张教授明确指出,就“滞”具体而言,CAG及PLGC脾虚多与“积滞”并见。脾胃为纳运之枢,气血生化之源,五味入口,胃受纳腐熟,上输于脾,脾气散精,以灌溉四傍。《阴阳应象大论》载“谷气通于脾……五脏皆得胃气,乃能通利”。脾胃化生之水谷精微的滋养就如植物需要土壤生化养分以供其生长。《素问·痹论》云:“饮食自倍,肠胃乃伤”及《素问·太阴阳明论》谓:“食饮不节……入五脏则瞋满闭塞,下为飧泄,久为肠癖”。食物进入胃腑,若暴食节食或脾胃失和,食物堆积日久,则滞伤脾胃变生百病。正如土地耕作不利易板结坚硬同理。食滞脾胃,脾气虚纳运失司,可见胃脘胀闷、暖腐吞酸、口淡无味、早饱纳差、倦怠等症;若气虚及阳,胃失温煦,中阳不足,寒从内生,临床表现为胃脘冷痛,惧怕冷食等。临证时,张教授考虑食滞标实之症及CAG、PLGC病程日久本虚之性,治疗强调补而不滞,消不伤气,以达消食强胃、虚实兼顾之效。

1.2.2 气滞

脾胃乃气机升降之枢,《医门棒喝》载“升降之机者在乎脾胃之健运”,故脾胃虚弱则气机必滞,且CAG及PLGC常为气虚与气滞同在。又脾胃属土,肝胆属木,若因情志不畅而碍滞肝气,气郁化火而横逆,以致诱发甚至加重病情,临床出现胃脘灼痛、口干、口苦、

饥不欲食等症状。故中土健运需借助木气升发疏泄之功方能实现,正如《素问·保命全形论》有“土得木而达”之论,此木土五行相克,制而生化之理。可见脾胃虚弱与气滞相互影响。脾虚升清无力,水谷精微不能上及头面,诸窍失养,头目昏沉;胃主降浊,推陈致新,胃病则腑气不通,浊气不降,糟粕不行,可见“腹胀、经洩不利”等症。张教授治疗倡导叶天士“补脾必宜疏肝,疏肝即所以补脾也”之法,借助疏泄木气避免其气机壅滞,用药组方健脾升清以合脾升,和胃降逆以合胃降,使气机升降臻于平衡。

1.2.3 湿滞

脾为土,能够制化水湿。脾与胃以膜相连,而能为胃行其津液,但若脾失健运,则津液输布障碍,水液不归正化,聚生内湿为患,湿性重着粘滞,易于阻碍气机,故湿滞常与气滞相兼。湿滞中焦,常表现为脘腹痞塞胀满,恶心欲呕,纳谷不馨,口甜或口黏,舌苔厚腻,脉濡缓或滑等症。好比自然之土遭受大量水湿侵袭,吸收调节不利则可成洪,人体之脾胃受水湿侵犯则成痰饮、水肿等症,正如《内经》中“诸湿种满,皆属于脾”之意。湿滞日久可从寒化,《素问·至真要大论》载“湿气内郁,寒迫下焦……胃满”;亦可从热化,《灵枢·师传》载“胃中热则消谷……肠中热则出黄如糜”,且湿与热合,使“热得湿而愈炽,湿得热而愈横”,久则湿热伤阴,形成胃阴亏损兼杂湿热内蕴之阴虚湿阻之证,正如薛生白所谓“在阳盛之躯,胃湿恒多,在阴盛之体,脾湿也不少”。湿热阴阳两性共存,具有隐匿、渐进、缠绵、反复的病理特征,与本病的病情特点相似。张教授指出,治疗应分解湿热,以祛湿为重,并重视宣通气机。同时临证还需注意鉴别湿滞与食滞,《医宗金鉴》有言“上脘结硬如盘,边旋如杯,谓时大时小,水气所作,非有形食滞也”。

1.2.4 络滞

CAG及PLGC病势缠绵,胃黏膜的病理改变亦由腺体萎缩逐渐发展为肠上皮化生、异型增生,病情重笃、损伤广泛、程度由轻至重。张教授认为,此病变进展由浅入深乃是机体内的病理产物未能及时排出,长期作用于人体造成偏盛、滞结不解及滞盛成毒入络所致。胃黏膜表层上皮受刺激破坏后,只要黏膜深层微血管完整,胃小凹细胞可沿剥落的基底膜快速移行形成新的表层上皮,但损伤程度较重,黏膜下的血液供应被破坏,可能发生出血性糜烂,各种致坏死因子可

致上皮层下的血管充血、郁滞和血栓形成,导致胃黏膜屏障破坏再生纤维灶、再生性纤维上皮灶及再生性异型上皮灶^[3]。正如“毒者,邪气蕴结不解之谓也”。湿滞日久酿生痰浊之毒,且湿郁日久化热,易致湿热之毒;气滞日久易致瘀毒阻络。现代医学研究^[4]认为,Hp感染是CAG及PLGC的一个重要致病因素。张教授从中医学角度分析,Hp致病应属于中医的“湿热邪毒”^[2]。毒邪久滞于胃络,则毒腐成疮,瘀结成积,从而导致不典型增生甚至癌毒的产生。张教授认为“滞邪贵乎早逐,毒瘀不去络滞不通,则病不廖”。

2 运用“通滞法”辨治CAG及PLGC的用药特点

2.1 燮理纳运,消积导滞

脾虚为本,纳运失司,积滞于中。张教授以消积导滞为基本治疗原则。临证健脾多用四君子汤变方(党参、生薏苡仁、炒白术、炙甘草)为底方,导滞则善用保和丸、枳术丸及枳实导滞丸。对于脾气虚兼阳虚者,常以炙黄芪易党参;对于脾气虚重证,则以补气力量更强的生黄芪为君,同时佐以小剂量升麻、柴胡升举脾胃清阳之气,3~6 g为宜。有研究^[5]证实,黄芪的有效成分对于胃癌前病变黏膜具有保护作用。保和丸由山楂、神曲、半夏、茯苓、陈皮、连翘、莱菔子组成,该方药性平和,无偏寒、偏热之嫌,亦无大补峻泻之弊。临证用药组方,张教授常用其法而不泥其方,巧用枳实、白术核心药对。该药对“一缓一急,一补一泻”,其中白术有健脾益气之功,枳实则和降胃气、行滞消积,《日华本草》言其“健脾开胃,调五脏,下气,止呕逆”。本课题组前期研究^[6]表明,枳术丸能提高胃肌条的收缩频率与振幅的变化率,同时有利于提高摄食量、胃排空速率,能较快清除胃内的残余物,证实了枳术丸具有健脾和胃、行气消胀的作用。张教授应用的白术有生用和炒用之分,且随白术用量不同,枳实、白术药对的补泻侧重也有所区别。生白术消痞之力较强,对于食滞者,张教授临床常选用15 g;若食滞进一步加重,出现脘腹胀满拒按、厌食呕恶之症,则加大剂量至25~30 g;若出现大便秘结,则药量可酌情增至30~40 g。炒白术则以补益之效见长,因此对于脾胃虚弱、多食之后出现胃脘胀闷,同时伴有大便溏泻之人,常选用15 g。

张教授注重抓主症而兼顾次症,对于食滞引起的其他兼症,常于枳实、白术药对的基础上,灵活选配药

物。对于饮食过饱,以致胃脘胀痛、噎腐吞酸、甚则反食呕吐者,常取保和丸之意,加用半夏曲、陈皮、苏梗、炒神曲、炒莱菔子、连翘、全瓜蒌等药。半夏曲为半夏加面粉、姜汁等制成的曲剂,其消食之力较强;陈皮味苦辛而性温,能理气健脾,对中焦寒湿气滞者尤宜。苏梗能理气宽中,消除胃脘胀满。对于宿食不化,变生内热,而见脘腹胀满、口气臭秽等症者,则可加入黄连、苦参等药,以清热导滞。

2.2 平木疏土,理气行滞

脾胃升降失司,气机失于流转滞于中焦。气机郁滞,疏泄失常,木郁土壅,反伤脾胃。临床表现胃脘胀痛、不思饮食等症。针对此类以气滞为主的CAG及PLGC患者,张教授常予四君子汤联合四逆散或逍遥散加减化裁,以达土实肝木不能克、理气行滞之效。值得注意的是,张教授临证强调疏肝之余,同时关注肝阴是否有伤。一方面,脾虚日久,气血生化无源,可累及于肝阴;另一方面,疏泄之药太过,亦能伤阴。故常加入白芍15~30 g、炙甘草6~10 g,酸甘化阴以养肝体。因四逆散中柴胡亦有劫肝阴之弊,张教授常以香附、木香、元胡、郁金、陈皮等药物代替。香附性平味辛,木香性温味苦辛,二者均为行气疏肝之要药;郁金为血中气药,元胡则能行气破血,二者相伍使用,气行则血行。枳壳较之于枳实,气散性缓,而行气消胀之力更强,因此对于仅因气滞而见痞满,未见食积、便秘者,常用枳壳治之。若胃脘胀满兼有见湿热之象,则用苦温性烈之厚朴下气除满燥湿;若胀满兼有疼痛,可用娑罗子以理气止痛。

肝气横逆犯胃,则胃浊不降,亦见反酸、烧心等症,张教授常以瓦楞子、海螵蛸、浙贝母和酸止痛,并用半夏、吴茱萸与白芍相伍,辛散酸敛并用,以泄肝之横逆。《临证指南医案》中云“气滞久则必化热,热郁则津液耗而不流……”,“气顺则一身之津液亦随气而行”,故理气行滞的同时,常配伍清泄肝、胃两经火邪的药,如金铃子、黄连等“泄肝和胃”之药,以达疏泄气机、和胃降逆之效。

2.3 制水化滞,养阴润枯

湿邪久蕴滞留,或从寒化,或从热化。寒化则经脉气血失于阳气温煦,亦使气血凝结阻滞,涩滞不通则腹胀、腹痛等。《灵枢·师传》谓:“胃中寒则腹胀,肠中寒则肠鸣飧泄”。治疗常以温运化湿之法,祛除滞留于脾胃的寒湿之邪,常予理中汤、小建中汤温运寒

湿,方中术、姜辛温上行以交阳,参、草甘缓可益阴,中焦温运,滞寒得解。从热化则湿热之邪滞淫脾胃肠道,则消谷善饥、肠鸣腹痛等,常予三仁汤、连朴饮清热利湿。其中三仁汤中杏仁宣发肺气,薏苡仁调畅中焦,薏苡仁疏导下焦,半夏、厚朴苦辛温化,滑石、白通草、竹叶淡渗利湿。本方集宣上、畅中、渗下诸法,使湿邪从三焦分消,且湿邪易阻滞气机,该方有调畅气机之功。祛湿不可过燥,当用性味平和之品,如薏苡仁、茯苓、白扁豆除湿而不燥。

同时根据患者伴随症状以做加减,若口中异味较重者加藿香、佩兰以芳香化湿;湿热阻遏气机,胸中闷窒者常加栀子、豆豉;兼有痰湿者,加入陈皮、半夏、砂仁等燥湿化痰;痰湿内扰兼有热者,常选用温胆汤化裁;若CAG及PLGC湿热伤阴者则予石斛、沙参、麦冬、玉竹、芦根等养胃阴,正如土壤需施肥灌水以防作物枯萎。“治湿不利小便,非其治也”,张声生教授喜用苦参、茵陈、玉米须等予湿邪以出路,《温热论》有云:“渗湿于热下,不与热相搏,势必孤矣”。

2.4 祛瘀解毒,消癥通络

CAG及PLGC进展至后期,往往多种胃滞兼夹,病机复杂,且呈本虚标实之症,因此张教授在对CAG及PLGC宏观辨证的基础上,常结合内镜下胃黏膜病变的具体表现、病理检查结果等进行微观辨证^[7]。病变后期胃络瘀阻,内镜下表现为胃黏膜呈颗粒或结节状,伴黏膜内出血点,黏液灰白或褐色,血管网清晰可见,血管纹暗红^[8]。病理报告提示不典型增生时,常用三棱、莪术、蜂房等活血化瘀散结之药,联合地龙、丝瓜络等通络之药,两者取类比象,以达事半功倍之效。有研究^[9]表明,三棱、莪术具有显著的抗炎、抗血小板聚集作用,可改善胃黏膜血液循环,抑制细胞增殖,进而阻碍胃黏膜癌变的进程。蜂房一物,《本草求真》谓其“为清热软坚散结要药”及《滇南本草》载“治一切虚证,阳痿无子,采服之”,是为攻补兼施之品。为提前阻断癌变进程,亦常选用藤梨根、马齿苋等被证实具有抗癌作用的中药^[10-11]。临证用此药应注意用量,且应配合补益之药以防伐正气。同时,张教授注重运用活血兼行气之药,吴鞠通有云:“善治血者,不求之有形之血,而求之无形之气”,如川芎、元胡、郁金等;血瘀有热者,常选用丹皮、赤芍、酒大黄、丹参等凉血活血之品;若为女性经血色暗,痛经兼夹血块者,常予桃仁、红花配伍之。

为寻求控制并逆转本病向胃癌发展的良药,张教授数十年潜心熟读经典,临证活用经方,师古研创了“萎胃治疗方”,方中党参、炒白术、薏苡仁健脾补中;枳壳、紫苏梗、木香、莱菔子、旋覆花、煅赭石理气降逆消胀,白豆蔻温中化湿,白芍柔肝和营,焦三仙、连翘消食导滞;三七粉活血化瘀,白花蛇舌草、蜂房清热解毒、利湿散结。全方攻补兼施、升降相因,切中CAG及PLGC主要病机,以扶中气、祛毒化瘀为主旨^[12]。有研究^[13]表明,根除Hp可减少慢性萎缩性胃炎和肠化生的发生,有助于胃癌的预防和治疗。张教授针对Hp阳性的CAG及PLGC患者,在标准四联疗法根除Hp的基础上,审证求因、因人制宜,并常选用黄连、黄芩、蒲公英、栀子、半枝莲、败酱草等清热解毒之药祛除Hp邪毒。当然,也不能见菌治菌,应辨病与辨证结合,合理应用清热解毒、清热化湿等药。

综上所述,张教授强调治疗时应根据脾与胃的生理之性和病理之变,把握食滞、气滞、湿滞、络滞虚实夹杂之本质,以不同“通滞”之法治之。临证遣方用药不可单纯补养或一味通泄,忌见虚补虚,应突出健脾导滞,且健脾勿忘通降和胃、化湿理气、消癥通络,并提出“以通为补,以化为用”的治疗原则。

3 经典病案分析

张某,男,57岁。初诊:2018年10月17日。主诉:间断左上腹胀满伴暖气5年。患者5年来左上腹胀满伴暖气,饮酒、进食后加重,反酸、胸骨后烧灼感,口干喜温饮,口苦、口中有异味,无吞咽困难、无恶心呕吐,纳一般,不敢多进食,眠可,二便调。舌淡红,苔白腻微黄,中有裂纹,舌下有瘀络,脉弦滑。平素觉神疲乏力,因病易急躁焦虑,近2年体质量下降近15 kg。2018年9月27日胃镜检查显示:慢性萎缩性胃炎,病理结果提示:重度萎缩性胃炎,重度肠化,轻度异型增生,体小弯灶性出血。既往有饮酒史33年,白酒2~3斤/周,已戒酒4年。西医诊断:慢性萎缩性胃炎伴重度肠化,轻度异型增生;中医诊断:胃脘痛(脾虚气滞证为主,滞损兼夹);治则:健脾理气行滞,祛瘀解毒通络。方药组成:炙黄芪15 g、炒白术10 g、生薏米25 g、三七面3 g(冲服)、莪术10 g、厚朴10 g、木香10 g、黄连5 g、元胡15 g、蜂房5 g、藤梨根10 g、丝瓜络10 g、娑罗子10 g、瓦楞子25 g、苦参15 g、炒神曲15 g。予14剂,水煎温服,每日1剂,分2次服。并嘱患者忌食辛辣刺

激、腌制等食物。

2018年11月21日二诊：服上方14剂，自行续服14剂。患者进食后左上腹胀满稍缓解，反酸及胃中烧灼感亦稍缓解，口中异味较前减轻，仍时有口干、口苦，情绪易急躁易怒、仍觉神疲乏力。纳可，眠安，二便调。近期体质量无明显变化。舌淡红，苔白微腻，有裂纹，脉弦滑。患者前症已有缓解，故去气味雄厚之厚朴；但情绪急躁、口苦，肝气横逆之象较为明显，故改丝瓜络为橘络，并加入预知子、合欢花，以加强疏肝解郁之力；考虑到患者为癌前病变，改苦参为白花蛇舌草，在清热之外，增强解毒抗癌的功效。方药组成：上方去厚朴、丝瓜络、苦参，加橘络10g、预知子10g、合欢花15g、白花蛇舌草25g。予14剂，煎服法同前。

2018年12月19日三诊：服用上方14剂。患者左上腹胀满较前好转，偶有反酸、烧心，暖气不明显，口干口苦减轻。情绪较前平静，乏力感减轻。纳、眠可，大便色黄成形，每日1~2行，便后腹胀减轻，小便调。舌淡红，苔黄微腻，左侧见红点，脉弦滑。考虑患者诸症皆减，为防香燥之药伤阴，去木香、娑罗子、预知子，加入白芍以涵养肝阴；便后腹胀减轻，故加入莱菔子，增强理气通便之效。方药组成：上方去木香、娑罗子、预知子，加莱菔子15g、白芍15g。续服14剂，煎服法同前。

后患者每1~2月复诊，于前方基础加减化裁，继续口服中药汤剂治疗半年余，患者诸症缓解。2019年8月复查胃镜及多部位定标取材病理提示：中度慢性萎缩性胃炎，轻-中度肠化，未见异型增生。患者为求进

一步调理，仍坚持门诊复诊。

按：张教授临证对于初诊患者，需先四诊详查患者症状、体征，仔细询问病史，明确患者当前最痛苦的症状或对疾病预后有较大影响的症状。再寻找症状之间的病机联系，概括出最符合患者当前状态的病证。结合本例患者的临床表现及胃肠镜、病理检查结果，患者是以脾虚为本，气滞湿阻、胃络瘀滞为标。患者为老年男性，既往有多年饮酒史，且喜腌制食物。酒性偏湿热，日久形成湿热之邪滞留中焦，伤及脾胃。湿滞气机，脾胃升降失司，饮食纳运不及，致使上腹胀满，进食后加重，并见反酸、烧心、口臭、纳少等症；患者担心胃癌前病变发展为胃癌，情绪易急躁焦虑，进而碍滞肝气，横逆犯胃故出现口苦，且易加重病情；脾虚气血精微无法灌溉四傍，故觉神疲乏力；舌淡红、苔白腻微黄乃湿热之象。治疗以健脾理气行滞，祛瘀解毒通络为法，选用“萎胃治疗方”进行化裁。患者年老体虚，故改党参为炙黄芪，增强补益之功；易白花蛇舌草为藤梨根，增强解毒通络抗癌之效；厚朴、炒神曲有理气行滞之效；莪术配伍丝瓜络增强祛瘀通络之功；加苦参以助黄连清热燥湿，消除患者缠绵湿热邪气。患者二诊时效果不显著，并非用药遣方有失，而是CAG及PLGC病势缠绵，多种胃滞兼夹，药力及服药时间需累积到一定程度方可显效。张教授谨守病机，三诊时患者症状如期出现缓解，同时也凸显和佐证了理法方药的准确性。通过近1年的调理，患者复查胃镜提示胃黏膜病理改变较前减轻。此病案治疗过程提示“河冰结合，非一日之寒；积土成山，非斯须之作”，谨守病机，终可见疗效。

参考文献

- 赵静怡, 赵鲁卿, 张声生. 张声生以微观癥积论治慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变经验. 北京中医药, 2020, 39(1): 31-35.
- 张声生. 中医治疗慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的思路. 江苏中医药, 2007, 39(8): 3-4.
- 查炜, 王茵萍. 慢性萎缩性胃炎与胃粘膜微循环的相关性研究. 中国医药学刊, 2003(6): 951-952.
- 李兆申, 陈昱潮, 等. 中国幽门螺杆菌根除与胃癌防控的专家共识意见(2019年, 上海). 中华健康管理学杂志, 2019, 5(4): 285-290, 291.
- Li D Y, Zhao L Q, Li Y X, et al. Gastro-protective effects of calycosin against precancerous lesions of gastric carcinoma in rats. Drug Des Dev Ther, 2020, 14: 2207-2219.
- 李晓玲, 张声生, 杨成, 等. 枳术丸对功能性消化不良大鼠胃平滑肌收缩反应及胃促生长素受体蛋白表达的影响. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(2): 210-215.
- 陈剑明, 崔超, 张声生. 张声生诊治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 北京中医药, 2010, 29: 180-181.
- 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.
- 寇露露, 刘海霞, 邵好, 等. 三棱、莪术抗肿瘤生物活性研究. 吉林中医药, 2017, 37(7): 722-724.
- 张光霁, 徐楚韵. 基于中医病机“瘀毒互结”致病理论的肿瘤“瘀毒同治”特色理论及抗肿瘤创新药物研究. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(10): 1052-1057.

- 11 Li Y Q, Hu Y K, Shi S J, *et al.* Evaluation of antioxidant and immuno-enhancing activities of Purslane polysaccharides in gastric cancer rats. *Int J Biol Macromol*, 2014, 68: 113–116.
- 12 张旭, 吴兵, 赵鲁卿, 等. 张声生教授治疗胃黏膜非典型增生验案 1 则. 中医药导报, 2018, 24(7): 123–124.
- 13 Wang D, Guo Q, Yuan Y, *et al.* The antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* to five antibiotics and influencing factors in an area of China with a high risk of gastric cancer. *BioMed Central*, 2019, 19: 152.

Experiences of Professor Zhang Shengsheng in Treating Chronic Atrophic Gastritis and Precancerous Lesion of Gastric Cancer with the Method of Clearing Stagnation

Li Danyan¹, Zhang Shengsheng¹, Zhao Luqing¹, Luo Ye^{1,2}

(1. Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China;

2. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029, China)

Abstract: Gastric cancer is the most common digestive system tumor in humans, and chronic atrophic gastritis with intestinal metaplasia and dysplasia is a high-risk pathological type that transitions to gastric cancer. Professor Zhang Shengsheng believes that the weakness of the spleen and stomach is the root of the disease, and the clinical differentiation of symptoms and signs grasps the essence of stagnation, qi stagnation, wet stagnation, and stagnation of collateral stagnation. The treatment uses the method of clearing stagnation, highlights invigorate the spleen and guide stagnation, and base on strengthen the spleen and should not forget to relax the stomach, removing dampness and regulating Qi, and eliminate the symptoms and collaterals. Professor Zhang put forward the treatment principle of “Use Communication as a complement and transformation as a means of application”.

Keywords: Clearing stagnation, Chronic atrophic gastritis, Precancerous lesions of gastritis cancer

(责任编辑: 闫 群, 责任译审: 钱灵姝)