基于伏邪理论探讨胃癌前病变态靶辨治思路*

岳露露，韩吉✉，许博，郭静，姚菁怡，王亚蕾

上海中医药大学附属普陀医院，上海 200062

摘要：胃癌前病变（gastric precancerous lesion，PLGC）是胃癌发生的关键病理环节，其起病隐匿、缠绵难愈的特点与伏邪致病特征高度契合。基于伏邪理论，提出 PLGC“寒－痰－瘀”三态递变的辨治思路：病起于寒，寒邪客胃或脾胃虚寒，治以温胃散寒、温中健脾，靶方选用良附丸合香苏散、黄芪建中汤合理中汤；寒凝津停，聚湿成痰，治以健脾益气、燥湿化痰，靶方选用二陈平胃散；痰浊久羁，痹阻胃络成瘀，治以活血化瘀、通络止痛，靶方选用失笑散合丹参饮。结合现代药理学研究，针对幽门螺杆菌感染、胃镜及病理改变、炎症指标、血清胃泌素及胃蛋白酶原、血流动力学紊乱、胆汁反流等不同靶标，分别选用黄连、蒲公英、白及、三棱、莪术、白花蛇舌草、吴茱萸、白术、白芍、丹参、川芎、柴胡等靶药。以靶方调靶态、靶药改善标靶，将宏观之“态”与微观之“靶”相结合，实现 PLGC 的精准化诊治。

关键词：胃癌前病变；伏邪理论；态靶辨治；“寒”；“痰”；“瘀”

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2026.10.327

中图分类号：R273.352　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1674－8999(2026)10－2137－06

State－Target Diagnosis and Treatment Ideas for Gastric Precancerous Lesions Based on Hidden Evil Factor Theory

YUE Lulu，HAN Ji，XU Bo，GUO Jing，YAO Jingyi，WANG Yalei

Putuo Hospital，Shanghai University of Traditional Chinese Medicine，Shanghai China 200062

Abstract：Gastric precancerous lesions（PLGC）are a key pathological stage in the development of gastric cancer. Its hidden onset and persistent nature align closely with the characteristics of Evil Factor invasion in traditional Chinese medicine. Based on the Evil Factor theory，we proposed a treatment approach for PLGC following the three－stage transition of "Cold－Phlegm－stasis"：the disease starts with Cold，where Cold Evil Factor affects the stomach or there is deficiency－Cold in the Spleen and Stomach；treatment focuses on warming the Stomach and dispelling Cold，strengthening the Middle Jiao and Spleen，with target formulas such as Liangfu Pill combined with Xiangsu Powder，Huangqi Jianzhong Decoction combined with Lizhong Decoction. When Cold congeals and Fluids stagnate lead to Dampness and Phlegm accumulation，treatment focuses on strengthening the Spleen，benefiting Qi，relieving Dampness，and resolving Phlegm，using formulas like Erchen Pingwei Powder. When Phlegm－Turbidity becomes chronic and obstructs the Stomach meridians，resulting in stasis，treatment involves promoting blood circulation，removing stasis，unblocking meridians，and relieving pain，with target formulas like Shixiao Powder combined with Danshen Drink. Combining modern pharmacological research，for different targets such as Helicobacter pylori infection，endoscopic and pathological changes，inflammation markers，serum gastrin and pepsinogen，hemodynamic disorders，and bile reflux，corresponding herbs including Huanglian（Coptis chinensis），Pugongying（Taraxacum mongolicum），Baiji（Rhizoma bletillae），Sanleng（Rhizoma sparganii），Ezhu（Curcuma zedoary），Baihuasheshecao（Oldenlandia diffusa），Wuzhuyu

* **基金项目：**国家工信部和卫健委 5G＋医疗健康应用试点项目（SY310107202201374）；上海市普陀区中心医院雏鹰计划项目（2022－RCCY－04）

作者简介：岳露露（1998－），女，甘肃平凉人，硕士研究生，研究方向：中医药防治胃肠病的临床与基础研究。

✉ **通信作者：**韩吉，主任医师，研究方向：中医药防治胃肠病的临床与基础研究。E－mail：doctorhanji@126.com

(Fructus evodiae), Baizhu (Bighead atractylodes rhizome), Baishao (Radix paeoniae alba), Danshen (Salvia miltiorrhiza), Chuanxiong (Ligusticum wallichii), and Chaihu (Radix bupleuri) are selected. Target formulas regulate the overall state, and target herbs work on specific targets, integrating macroscopic "states" and microscopic "targets" to achieve precise diagnosis and treatment of PLGC.
Key words: gastric precancerous lesion; hidden Evil Factor theory; state - target differentiation and treatment; "Cold"; "Phlegm"; "stasis"

胃癌是我国发病率和病死率较高的恶性肿瘤，严重威胁患者的生命[1]。胃癌前病变(gastric precancerous lesion，PLGC)指胃黏膜发生肠上皮化生或上皮内瘤变的一种病理学变化，常与慢性萎缩性胃炎共存，是进展为胃癌至关重要的环节[2]。我国胃癌早期检出率低，多数患者就诊时已处于进展期，或已丧失最佳手术机会，中晚期患者总体 5 年生存率不到 30%，再加之术后的放化疗等治疗具有一定的不良反应，导致患者生存质量不佳，预后较差。因此，如何早期预防并及时逆转 PLGC 是目前亟待解决的问题。中医药治疗 PLGC 具有独特优势，疗效显著，不仅能改善症状，还在一定程度上能逆转胃黏膜病理状态，破坏肿瘤生长微环境。中医认为，PLGC 发病隐匿、迁延难愈等特征与伏邪致病特点类似。因此，本文在伏邪理论指导下论述其病因病机，并借鉴仝小林院士提倡的“态靶辨治”思想，按照病情演变过程分为寒、痰、瘀三态，探讨不同态下疾病特点、治则及对应的靶方，并结合现代药理学研究选择改善标靶的靶药，实现宏观调态与微观打靶相结合，提高中医药治疗 PLGC 的靶向性。

1　伏邪的理论内涵

“伏邪”属于中医病因学范畴，潜藏、隐匿于内谓之“伏”，四时不正之气，伤人致病者谓之“邪”。伏邪，是指藏伏于体内而不立即发病的病邪。伏邪有狭义和广义之分。狭义伏邪单指伏气温病，常用来描述发病与季节不和的现象，如《黄帝内经》论述春温病：“冬伤于寒，春必温病。”后世伏邪学说在此基础上不断发展，明清时期逐渐完善。广义伏邪指感而不随即发病的病邪，包含外感、七情、饮食劳倦、外伤、虫毒、瘀血、痰浊等致病因素，也包含伏气温病。清代《王氏医存》记载：“伏匿诸病，六淫、诸郁、饮食、瘀血、结痰、积气、蓄水、诸虫皆有之。”其进一步扩大伏邪范围并囊括了外感及内伤。“感六淫而不即病，过后方发者，总谓之曰伏邪”，此是《伏邪新书》关于外感伏邪的记载，即感受六淫邪气，侵入人体伏藏于内，不即刻发病。内伤伏邪多伴随内伤疾病的发生发展过程，有先天和后天伏邪之分。“人之寿夭各有天命存焉，所谓天命者，天地父母之原气也”。先天伏邪，即禀赋于父母之邪所生的病邪，此病邪潜伏于子代体内，待时而发。“人以天地之气生，四时之法成”，若人的生命活动逆于四时阴阳规律，致精神无法内守，正气未存于内，营气未存于脉，卫气亦未存于外，邪气易于攻陷，进而伏藏于内，即为后天伏邪。《羊毛瘟症论》云：“伏邪之气，疾病之源也。”PLGC 起病隐匿、自我积聚、耗损正气、缠绵胶着的病变过程符合伏邪致病特点，这也是借助“伏邪理论”阐述其发病机制的理论依据。

2　基于“伏邪”理论探讨胃癌前病变病因病机

PLGC 临床表现为胃脘胀满、疼痛、反酸、嘈杂等，中医结合其症状体征归类于“胃痛”“痞满”“吐酸”等范畴。PLGC 是由多种致病因素作用、渐进发展的复杂病理过程。历代医家对其病因病机理解各有侧重，目前尚未形成统一认识，但总体可分为正虚、邪盛两端，病性以虚为本、虚实夹杂，本虚而标实，病位在胃、肝、脾。正所谓“百病皆由脾胃衰而生”，脾胃虚弱为发病之本，寒、痰、瘀为致病之标，标与本皆属于中医“伏邪”理论范畴，现结合伏邪理论探析 PLGC 病因病机。

2.1　伏寒　中医有“万恶淫为首，百病寒为先”之说，可见，寒邪是致病的始动因素。所谓伏寒者，《伤寒论·伤寒例》记载：“不即病者，寒毒藏于肌肤……此言伏气之为病也。”即寒邪客于肌表，易使腠理闭塞，汗孔闭合，潜藏于内，不立即发病。《素问·举痛论》曰：“寒气客于肠胃之间……血不能散，小络急引，故痛。”寒邪直中胃肠，使胃络收引，气血凝滞，不通则痛。《灵枢·百病始生》记载：“积之始生，得寒乃生”“温气不行，凝血蕴里而不散，津液涩渗……而积皆成矣。”不论是外感实寒或阳虚生寒，皆能致“积”。寒为阴邪，具有收引、凝滞的致病特点，寒邪袭人，阻碍津液、血液正常运行，寒凝津停则成痰，血脉凝泣则为瘀，痰瘀胶结痹阻胃脉，损伤胃络；伏寒日久或纵食生冷或禀赋薄弱，脾胃阳气受损，血、津、液等失于阳气的蒸腾、气化、温煦及布散，阳化气不足而阴成形太过，生湿、生痰、生瘀，相互兼夹并随着病情进展，瘀滞化浊积毒，胃络失荣，

腺体萎缩，逐步向肠上皮化生及异型增生发展，日久化生癥积，形成癌瘤[3]。

“阳者卫外而为固也”，指阳气具有保卫机体、抵御外邪的作用。这与现代医学所指的机体免疫系统能够抵御病原微生物侵袭并清除病原体及衰老、死亡细胞等理论吻合。因此，寒邪伤阳，使机体免疫系统监视功能减弱，T、B 淋巴细胞，自然杀伤细胞等免疫细胞活性降低，形成免疫抑制微环境，有利于癌细胞生长[4]。研究发现，寒性（阳虚和气虚）体质 PLGC 患者比其他体质更容易进展为胃癌[5]。寒邪客胃，胃脉凝涩，血行不畅而生瘀，或寒邪伤阳，内生水湿、痰浊痹阻气血，痰瘀交阻易形成高凝微环境。高凝微环境有利于肿瘤血管的生长，使瘤体增大并形成瘤栓，逃避宿主免疫系统的监视，并通过促使肿瘤组织着床而增加其稳定性[6]。因此，寒邪是 PLGC 发病的始动因素，痰湿、瘀血等病理产物因寒而生，滞留于体内又成为新的致病因素促进病情的进展。

2.2　伏痰　痰是体内水液代谢障碍形成的病理产物，具有致病广泛、黏滞重浊、自我集聚等特点，伏痰即痰邪伏藏于脏腑、经络而不立即发病，既指病理产物，又指病理状态。脾为生痰之源，脾胃居于中州，主运化水谷精微，若脾胃健运，则水谷精微得以运化、气血津液代谢正常。若脾胃亏虚失于运化，津液代谢失司，水湿不化聚集于细胞间质，郁结日久成为痰浊，痹阻气血，损伤胃络，胃黏膜腺体萎缩、肠上皮化生或异型增生，此时病情还处于 PLGC 阶段。“痰浊久而不化，必为肿瘤”。痰浊凝聚胃络，无法及时清除，又作为致病因素扰乱脏腑功能，致气血运行障碍，血不得行，内生瘀滞，久而痰浊、瘀血相互搏结、凝滞痹阻于胃络，渐生有形之癌瘤，正如《疡科心得集》所述：“阴瘤者……乃五脏瘀血浊气痰滞而成也。”此外，痰邪致病变化多端、遍身上下无处不到等特点有利于癌肿向远处转移。痰浊是胃壁细胞代谢的异常产物，该代谢产物聚集构成“痰”环境。研究表明，“痰”环境能够促进癌细胞微血管的生长，并为其向远处转移提供物质基础[7]。因此，痰邪作为致病邪气之一，贯穿 PLGC 发生发展全过程，并促进正常细胞发生癌变，使癌变细胞向远处转移。

2.3　伏瘀　《说文解字》曰：“瘀者，积也。”即血液聚集，不能流动。瘀血集聚于体内不立即发病即为伏瘀。足阳明经本为多气多血之经，胃络能够将水谷精微化生为营养物质输送到经络，布散全身濡养脏腑组织，并及时排泄胃体组织产生的代谢产物，维持胃体的代谢平衡。《素问·痹论》云：“病久入深，荣卫之行涩，经络时疏，故不通。”《医林改错》曰：“元气既虚，必不能达于血管……必停留而瘀。”若 PLGC 病情迁延难愈，致邪气深入血络，阻碍气血津液正常运行及输布，瘀滞胃络；或发病日久，病程缠绵，耗伤脾胃，气血生化乏源，气虚无力行血，血液滞留阻塞胃络，严重影响胃络运化气血功能，津液、营血输布减少，胃络失养致黏膜失荣，色泽变暗，腺体分泌减少继而引起黏膜萎缩，出现胃脘部嘈杂甚至疼痛不适等症状。若病情进展，瘀滞日久使黏膜血管腔逐渐变细或痉挛，渐生有形之积，继而增大，最后进展为癌瘤，正所谓“瘀久不消则变为积聚癥瘕也”。研究发现，胃络瘀阻致恶血不去、新血不生使胃脉失于濡养的病理特征与炎症微环境相似，胃络瘀阻，炎症反应增强、炎症因子分泌增加，影响胃黏膜细胞增殖与凋亡，破坏代谢平衡，促进“炎癌转化”[8]。因此，瘀血内伏导致胃黏膜血管发生病变，是胃黏膜萎缩的主要环节，也是肠上皮化生及异型增生甚至癌变的重要病理过程。

3　伏邪理论指导下的态靶辨治思路

“态”，反映疾病所处的“状态、动态、态势”，是机体的气血阴阳平衡被打破所出现的各种偏态，本质是对疾病某一阶段核心病机的概括。“靶”即病靶、症靶及标靶，分别对应疾病、临床症状、理化指标。“调态”的本质在于恢复机体内环境平衡，使机体回归阴平阳秘的状态，也要考虑疾病之因和果（疾病并发症及预后）；“打靶”即针对疾病、症状、影像学检查及理化指标选择药物，提高治疗靶向性。纵观 PLGC 发病全过程，可概括为寒、痰、瘀三态，病因寒起，由寒生痰、生瘀，由实致虚，因虚生痰、生瘀，虚实夹杂，动态演变，互为因果。现将“调态”与“打靶”结合，探讨不同“态”下疾病特点、治则及靶方，并结合现代药理学研究选择改善标靶的靶药。

3.1　靶方治疗靶态

3.1.1　寒态　寒态指寒邪侵袭，阴寒凝盛或机体阳气不足，温煦功能低下所致的病理状态。PLGC 由寒而起，外感寒邪或饮食生冷，直中胃肠，寒邪凝滞使胃络收引；或脾胃本弱，虚寒内生，水谷精微失于运化，脾不升清，胃不降浊，阻滞于中焦，脾胃运化失司，疾病始发。胃镜下可见黏膜色泽苍白、变薄，分泌较多稀薄黏液，胃蠕动减慢。寒邪客胃证，临床以起病急、胃脘疼痛骤作、遇冷更甚、得温痛缓、舌淡、苔薄白、脉弦紧为辨证要点，以温胃散寒、行气止痛为治法，以良附丸合香苏散为靶方；脾胃虚寒证，以胃脘隐痛、喜温喜按、四末欠温、便溏、舌淡胖、边有

齿痕、苔白滑、脉象沉弱为辨证要点，以温中健脾、散寒止痛为治法，黄芪建中汤合理中汤作为靶方。

良附丸出自《良方集腋》，香附和高良姜配伍可复中阳，疏通凝结之寒邪。药理研究表明，良附丸能促进大鼠肠道蠕动，加速胃排空[9]。香苏散具有理气和胃、畅中宣滞之效。临床研究表明，香苏散加味能增加促胃肠动力激素的分泌，减少抑制胃肠运动激素及 5－羟色胺的含量，促进胃排空及小肠传输，从而改善胃脘痞满不适症状[10]。黄芪建中汤作为脾胃系统经典方，具有健中焦、温脾阳之功。药理研究证实，其能抑制胃黏膜上皮细胞凋亡、促进增殖，改善胃黏膜变薄、萎缩的病理状态[11]。理中汤具有散寒温中止痛之效，能减轻大鼠血清炎症反应，调节胃肠激素水平，抑制肿瘤细胞增殖相关蛋白的表达，修复受损胃黏膜，阻止病情进展[12]。

3.1.2　痰态　痰态，即体内津液失于运化，水湿停聚成痰滞留于人体形成的病理状态。病情逐步进展，脾胃更伤，脾失健运、胃失和降，气机升降失司，津液失于运化，聚湿生浊，阻于中焦凝聚成痰，致胃络失养，由“寒”态逐渐向“痰”态发展。镜下可见胃黏膜充血及水肿、黏液混浊黏稠。临床以胃脘胀满、隐痛不适，口中黏腻、脘闷纳呆、舌苔白腻、脉濡滑为辨证要点，治宜健脾益气、燥湿化痰，选取二陈平胃散为靶方。

二陈平胃散源于《太平惠民和剂局方》，是由二陈汤和平胃散合方化裁而来，具有燥湿化痰、健脾和中之功。研究表明，平胃散具有抗氧化、抗炎、提高血清胃泌素水平、保护胃黏膜等药理作用[13]。二陈平胃散能增加慢性萎缩性胃炎患者血清 G－17 及胃蛋白酶原Ⅰ水平和 PGⅠ/PGⅡ比值，改善胃黏膜病理状态[14]。胃恶性肿瘤术后，虽瘤体已切除，但生癌瘤的病理因素痰湿、瘀滞仍未根除，容易复发，再加上西医的放化疗等治疗手段容易损伤正气，因此需要扶正祛邪，提高机体免疫功能。研究表明，用二陈平胃散辅助胃癌术后 SOX 化疗，可以明显改善外周血中 Th1/Th2 的漂移[15]。

3.1.3　瘀态　PLGC 后期，脾胃虚极，气血亏虚脉道无以充盈，或痰湿浊气中阻，气机不畅，阻碍气血津液运行，血行不利壅塞脉络；或痰浊瘀滞日久，化热煎灼血液从而瘀滞胃络，终致痰浊不消、瘀滞不化，缠绵难愈，由“痰”态逐渐向“瘀”态发展，即“痰为瘀之渐，瘀为痰之变”。镜下可见胃黏膜呈现颗粒状或结节状、有出血点、血管纹路暗红、黏膜分泌物呈灰白或褐色。临床以胃脘刺痛、痛有定处、舌质呈暗红色或有瘀点瘀斑，兼有舌下脉络迂曲增粗等为辨证要点。治宜活血化瘀、通络止痛，以失笑散合丹参饮为靶方。

失笑散作为活血祛瘀之经典方，由甘温苦咸的五灵脂和甘平之蒲黄组方，具有活血散结、推陈致新之效。药理研究表明，失笑散具有活血化瘀、消炎镇痛、保护血管内皮功能等作用，用于治疗心血管疾病、消化系统疾病，疗效显著[16]。丹参饮由丹参、砂仁、檀香组成，具有活血通络、理气止痛之功，治心痛、胃脘诸痛多起效。研究发现，其通过抗炎、抗氧化、改善血液流变学、抗肿瘤血管生成、调控胃黏膜细胞的增殖与凋亡从而治疗 PLGC[17]。四君子汤与丹参饮加减能改善脾虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者血清胃蛋白酶原水平、改善血液流变学、缩小萎缩胃黏膜面积，延缓病程进展[18]。

3.2　靶药改善标靶　“标靶”指借助现代医学手段检查出的异常指标，包括常规检验、病理和影像学检查。仝小林院士指出，当代中医必须重视临床理化指标的变化，认为理化指标的改善是评价临床疗效的主要标准之一。

3.2.1　针对幽门螺杆菌感染　幽门螺杆菌感染是一系列胃黏膜病变的诱导因素，与 PLGC 及胃癌的发生密切相关。研究表明，根除幽门螺杆菌能够减轻胃黏膜炎症、延缓甚至逆转黏膜病理组织学进展，降低胃癌发生风险。中医药整体调节、辨证论治，不仅能提高幽门螺杆菌根除率，减少复发，还能改善胃内微环境，间接抗幽门螺杆菌。此类中药有黄连、蒲公英、广藿香、黄芩、苍术、吴茱萸、延胡索等。研究表明，黄连能够抑制幽门螺杆菌 DNA 和蛋白质合成、破坏内部结构、干扰代谢[19]。蒲公英味苦、甘，性寒，具有清热解毒、消肿散结之效。仝小林院士常用蒲公英作为治疗慢性胃炎的重要靶药，疗效显著[20]。研究证实，蒲公英具有直接抑制并杀灭幽门螺杆菌的功效[21]。

3.2.2　针对胃镜及病理（糜烂、出血、萎缩、肠上皮化生、异型增生等）改变　胃镜及病理组织学检查是确诊 PLGC 的“金标准”。能改善 PLGC 镜下糜烂、出血的中药多具有清热祛湿、化瘀止血之效。党中勤教授治疗 PLGC 辨证施治，针对黏膜糜烂、出血者，多用白及、仙鹤草等止血，保护胃黏膜[22]。研究表明，白及有效成分白及多糖能够缩短凝血及出血时间，促进伤口愈合，抑菌并提高免疫力[23]。中药通过抗肿瘤血管生成、抑制肿瘤细胞增殖、诱导凋亡、提高机体免疫力，实现抗癌抑瘤，延缓或逆转胃黏膜萎缩、肠上皮化生等病理改变。此类中药有三棱、莪术、半枝莲、铁皮石斛、全蝎、土鳖虫等。三棱

性味苦、辛、平，能够破血行气、消肿止痛；莪术性味辛、苦、温，可行气破血、消积止痛。药理研究表明，三棱－莪术药对具有抗炎、镇痛、增加胃黏膜血流、改善黏膜萎缩、肠上皮化生等病理变化，抑制细胞增殖、并诱导肿瘤细胞凋亡等作用[24]。

3.2.3　针对炎症指标　炎症细胞因子参与正常胃黏膜演变至胃癌的全过程，炎症因子高表达会诱导炎症细胞活化，进而启动并放大炎症反应，导致胃黏膜损伤，促进细胞凋亡，诱导胃癌的发生[25]。中医药能够调节炎症及细胞因子的表达，减轻炎症反应、抑制或延缓“炎癌转化”。此类中药有白花蛇舌草、吴茱萸、夏枯草、蒲公英、山慈菇、黄柏。白花蛇舌草能够清热解毒、消痈散结，可通过抑制核因子－κB、Toll 样受体 4/核因子－κB、5－脂氧合酶、丝裂原活化蛋白激酶信号通路发挥抗炎作用，干预“炎癌转化”过程[26]。药理研究证实，吴茱萸活性成分能够调节抗炎、抗氧化、调节胃酸，抑制细胞增殖，并抑制“炎癌转化”进程[27]。

3.2.4　针对血清胃泌素及胃蛋白酶原指标　血清胃泌素和胃蛋白酶原（pepsinogen，PG）是慢性萎缩性胃炎无创生物学诊断标志物，血清胃泌素能够调节胃酸分泌及胃黏膜生长，PGⅠ、PGⅡ水平主要评价胃黏膜功能及状态[28]。中医药能够调节胃泌素和 PGⅠ、PGⅡ水平，改善胃黏膜分泌功能，促进胃肠蠕动。此类中药有白术、白芍、茯苓、党参、陈皮、厚朴等。白术味苦，性甘温，能够燥湿利水、益气健脾。研究表明，白术有效成分能够提高脾虚模型小鼠胃蛋白酶活性，改善脾虚状态[29]，并且白术挥发油具有促进胃肠蠕动、抗炎、调节免疫作用[30]。白芍活性成分白芍总苷能够改善胃黏膜血流、提高血清胃泌素及血浆胃动素水平，增加胃肠动力，减轻胃黏膜损伤，并抑制黏膜细胞凋亡[31]。

3.2.5　针对血流动力学紊乱　PLGC 患者由于胃部病灶致微循环障碍，脉络瘀阻，常见血液黏稠，呈高黏状态。活血化瘀类中药能够促进血液运行，降低血浆黏度、全血黏度、改善红细胞沉降率及高凝状态，改善胃黏膜微循环，抑制腺体萎缩，进而延缓或抑制 PLGC 进展[32]。研究表明，丹参水溶性成分可以减少血小板聚集，抗血栓形成，并促进黏膜上皮细胞更新，延缓胃黏膜萎缩[33]。《本草汇言》言：“川芎为……血中气药……味辛性阳，气善走窜而无阴凝黏滞之态。”川芎辛温香燥，适用于各种瘀血阻滞证。研究表明，川芎活性成分具有抗血小板活性、抗血栓形成、保护血管内皮因子、抗氧化、抗肿瘤等作用[34]。

3.2.6　针对胆汁反流　胆汁反流是 PLGC 和胃癌发生的重要病因。胆汁反流会破坏胃内酸碱平衡，使黏膜发生炎症反应，破坏胃黏膜屏障，并影响胃内微环境，使胃黏膜发生萎缩、肠上皮化生等病理改变[35]。中医认为，胆汁反流多与肝胆相关，肝胆气机升降失常影响脾胃功能，引发胃部疾病。此类多为柴胡、香附、陈皮、白芍等具有疏肝理气功效的中药。柴胡苦、辛，微寒，归于肝、胆经，具有疏肝理气、升举阳气之效。《神农本草经》言其：“主心腹肠胃结气，饮食积聚。”肝木条达，则脾胃升降复健，胃疾随气之周流得以消散。药理研究表明，柴胡能够使胃黏膜处于低酸分泌状态，抑制炎症信号通路，阻止黏膜发生萎缩、肠上皮化生等病理改变[36]。

4　结语

综上，PLGC 与伏邪理论联系密切，其发病特征、病理组织学进展过程反映了寒、痰、瘀邪气伏于体内，随着时间的推移不断地发生由气到血、由经到络、由少到多渐生积聚、从量变到质变的动态变化过程，正如“邪气如烟之渐熏、水之渐积”所述，体现了伏邪致病的特点。因此，在伏邪理论指导下可以帮助我们更好地把握 PLGC 病因病机。借鉴态靶辨治理论，将 PLGC 病情发展各阶段核心病机概括为寒、痰、瘀三态，据态辨证、选方，用靶药改善标靶，将传统中医辨证论治的精髓与现代药理研究相结合，让中医更加“量化”及“精准”，提升了中医治疗 PLGC 的靶向性，也为中医药诊疗 PLGC 提供了新的思路。

参考文献：

[1]赫捷，陈万青，李兆申，等. 中国胃癌筛查与早诊早治指南（2022，北京）[J]. 中华肿瘤杂志，2022，44（7）：634－666.

[2]王萍，李鹏，陈萦晅，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]王栋，张艳，李清波，等. 从“阳化气，阴成形”探讨扶阳法在肿瘤临床中的应用[J]. 山东中医杂志，2024，43（1）：24－28.

[4]朱潇雨，吴喆，高瑞柯，等. 从“阳虚毒结”角度探讨化疗耐药形成及温阳法干预机理[J]. 中医杂志，2021，62（8）：672－676.

[5]杨澍，邱月娜，张保根，等. 胃癌患者中医体质特征及其与 HER－2 的临床相关性研究[J]. 光明中医，2022，37（13）：2273－2276.

[6]陶倩倩，张雷，杜晓鹂，等. 血小板介导的肿瘤微环境调控：活血化瘀中药的新靶点[J]. 中南药学，2021，19（6）：

1212 – 1218.
[7]金梦雅,宋亚楠,朋小玲,等. 从痰湿论治胃癌[J]. 中医研究,2024,37(3):9 – 11.
[8]杨丽,郭梅子,杨小蒨,等. 从“痰瘀互结”理论谈“炎 – 癌转化”[J]. 河北中医,2020,42(12):1887 – 1889.
[9]张晶,徐小荟,赵书彬,等. 良附丸对寒邪客胃证大鼠胃排空及小肠推进度的影响[J]. 吉林中医药,2020,40(3):379 – 381.
[10]李佳佳,王艳,裴兵. 加味香苏散加减治疗肝胃不和型功能性胃肠病临床疗效观察[J]. 四川中医,2023,41(3):82 – 84.
[11]常雪,陈晓婧,钱占红,等. 加味黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎作用机制研究[J]. 陕西中医药大学学报,2024,47(2):89 – 94.
[12]白雪峰,谭娟,高枫. 理中汤对慢性萎缩性胃炎模型大鼠胃黏膜保护作用及对 ADAM17、EGFR 蛋白的影响[J]. 中医药导报,2021,27(10):32 – 36,41.
[13]黎颖婷,秦书敏,吴皓萌,等. 经典祛湿名方平胃散的古今文献研究[J]. 中国误诊学杂志,2021,16(2):97 – 101.
[14]叶海潇. 二陈平胃散治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察及其对血清胃泌素 17、胃蛋白酶原的影响[J]. 中国中医药科技,2020,27(1):60 – 62.
[15]陈志坚,蔡宗宗,曾耀明. 二陈平胃散治疗脾虚湿阻型慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生幽门螺杆菌阴性患者的疗效[J]. 中国药物与临床,2026,26(7):448 – 452.
[16]郑彩杏,周小青,李金霞,等. 失笑散化学成分、药理作用及临床应用的研究进展[J]. 世界中医药,2023,18(9):1333 – 1336.
[17]杨双菲,李玉锋,王垂杰. 基于网络药理学探讨丹参饮治疗胃癌前病变的作用机制[J]. 中医临床研究,2023,15(5):8 – 13.
[18]陈洁,王文丽,钱赟达,等. 四君子汤合丹参饮加减治疗高分期萎缩性胃炎的临床疗效及对血清胃蛋白酶原、血液流变学的影响[J]. 中药材,2023,46(4):1021 – 1025.
[19]龚汶,赵宁宁,祁月英. 左金丸治疗幽门螺杆菌感染研究进展[J]. 中医药学报,2022,50(8):101 – 106.
[20]王昭博,乔丽萍,李梦甜,等. 基于脏腑风湿论的仝小林态靶辨治慢性胃炎的临床经验总结[J]. 吉林中医药,2024,44(4):410 – 413.
[21]任柱平,汪依航,王金艳,等. 中药蒲公英抗幽门螺杆菌活性检测及网络药理学分析[J]. 贵州医科大学学报,2024,49(10):1455 – 1463,1470.
[22]曹鑫,李梦阁,党志博,等. 党中勤教授治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变经验探析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2024,32(5):436 – 439.
[23]黎晓星,杨莹,李群,等. 白及主要有效成分特征及其影响因素研究进展[J]. 中草药,2024,55(8):2820 – 2827.
[24]戴媛,温芳,阮帅,等. 基于网络药理学三棱 – 莪术药对抗胃癌机制研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(12):184 – 191.
[25]Zhang S X,Shen Y,Liu H,et al. Inflammatory microenvironment in gastric premalignant lesions:implication and application[J]. Front Immunol,2023,14:1297101.
[26]王信,马传江,杨培民,等. 白花蛇舌草抗炎、抗肿瘤作用研究进展[J]. 中国现代应用药学,2020,37(19):2420 – 2426.
[27]赓迪,陶志,陈攀龙,等. 吴茱萸干预胃炎 – 癌转化的潜在活性成分和机制研究[J]. 时珍国医国药,2021,32(9):2105 – 2109.
[28]袁英真. 血清 G – 17、PG 水平检测对慢性萎缩性胃炎的诊断价值[J]. 河南医学研究,2021,30(21):4002 – 4006.
[29]徐建中,栾会玲,业康,等. 一体化加工生白术饮片对大黄诱导的脾虚模型小鼠的影响[J]. 浙江中西医结合杂志,2021,31(1):77 – 79.
[30]左军,张金龙,胡晓阳. 白术化学成分及现代药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2021,23(10):6 – 9.
[31]李学永,康维娜,温进平,等. 白芍总苷对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜的保护作用及机制[J]. 现代中西医结合杂志,2023,32(12):1638 – 1644,1740.
[32]张杨,刘莎,吴媛,等. 活血化瘀法治疗胃癌前病变的研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(9):1535 – 1538.
[33]冯科冉,李伟霞,王晓艳,等. 丹参化学成分、药理作用及其质量标志物(Q – Marker)的预测分析[J]. 中草药,2022,53(2):609 – 618.
[34]管咏梅,蒋成,臧振中,等. 川芎挥发油化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中成药,2024,46(3):873 – 880.
[35]付阳茜,韩旭,梁硕,等. 慢性萎缩性胃炎发病机制的研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志,2023,31(6):479 – 484.
[36]涂文玲,洪银洁,刘思琦,等. 基于网络药理学和实验验证研究柴胡疏肝散治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. 世界科学技术——中医药现代化,2022,24(3):1030 – 1038.

收稿日期:2026 – 04 – 26
编辑:秦小川