

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.19.007

基于“五观辨治”体系论治胃“炎-癌”转化

葛媛莎^{1,2}, 许博文^{1,2}, 李杰¹✉

1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053; 2. 北京中医药大学

[摘要] 规范化胃镜筛查使胃癌前病变(PLGC)的诊断更加明确, Correa演变是胃炎-癌转化的关键, 提示PLGC是机体由正常转向癌变的核心。基于恶性肿瘤“五观辨治”体系中未病观、时空观、核心观、症状观、精准观五个维度探索建立防治良性、炎性病变恶性转化的新体系, 即: 1) 未病观: 尽早干预截断炎-癌转化。2) 时空观: 遵循疾病进展时空构架。3) 核心观: 挈领炎-癌转化核心病机。在分期方面, 早期气虚郁滞, 治以益气解郁, 中期阴浊内壅, 治以温阳化浊, 癌变期癌毒瘀阻, 治以抗癌解毒化瘀; 在病位方面, 上部者理气化痰、引而越之, 中部者养阴清热、泻之于内, 下部者行气散寒、引而竭之。4) 症状观: 活用药对解决主要症状; 5) 精准观: 富集靶标定向防控癌变。

[关键词] 胃癌前病变; 炎-癌转化; Correa演变

国家癌症中心数据显示, 2016年中国胃癌(gastric cancer, GC)新发及死亡病例分别为39.7万人及28.9万人, 位居恶性肿瘤全国前三^[1], 5年相对生存率为35.1%^[2]。随着规范化胃镜筛查的应用, 胃癌前病变(precancerous lesions of gastric cancer, PLGC)引起广泛重视。一项多中心横断面调查结果^[3]显示, 我国PLGC患病率达7.3%~25.8%, 发病率整体较高。PLGC是指较易转变为癌组织的病理学变化, 广义上包括慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)、肠上皮化生(intestinal epithelial metaplasia, IM)、异型增生(dysplasia, Dys)/上皮内瘤变(intraepithelial neoplasia, IN)^[4]。学界普遍认可Correa级联反应是胃“炎-癌”转化发生发展中的关键, 提示PLGC是由正常转向GC的关键阶段, 及早施加干预能提高GC远期生存率^[5]。现代医学重视内镜诊断、早癌筛查和镜下治疗, 但PLGC缺乏特异性治疗药物, 逆转PLGC的胃癌二

级预防存在现实困难。研究显示, 中医药治疗在改善PLGC患者症状、逆转早期病变等方面具有一定优势^[6]。在“恶性肿瘤预防优先”原则及“治未病”理论指导下, 本团队基于“五观辨治”体系^[7], 探索“未病观-时空观-核心观-症状观-精准观”多维度管理PLGC, 尝试截断胃“炎-癌”转化进程, 以助力PLGC临床防治及良性病变恶性转化防治体系的构建。

1 基于Correa级联反应探讨PLGC演变机制

根据临床特点, PLGC可归属中医学“胃脘痛”“痞满”“胀满”等范畴。《兰室秘藏·中满腹胀论》曰:“脾胃久虚之人, 胃中寒则生胀满……湿热郁于内而成胀满者”, 说明胀满之人往往脾胃虚寒, 加之湿热内郁而发病。PLGC以脾胃虚弱为本, 兼湿、热、瘀、毒等邪实为标, 若进一步发展标实演变成癌毒, 甚则可进展为胃癌^[8-10]。然而, 对于PLGC中医病机与现代生物学、病理学基础的内在关联, 尚无深入探讨。Correa级联反应在1975年由Pelayo Correa^[11]提出, 将胃癌演变规律归纳为炎-癌转化的级层递增模式, 具体为: 正常胃黏膜→慢性非萎缩性胃炎(chronic nonatrophic gastritis, CNAG)→CAG→IM→Dys/IN→GC。一项横断面研究^[12]发现, 患者胃黏膜病变呈分层分布, 且各阶

基金项目: 中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目(CI2021A01802); 北京市重大疑难疾病中西医协同攻关项目(2023BJSZDYNJBXTGC-013); 中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目-临床科研一体化人才专项(创新团队培育项目)(HLCMHPP2023001); 中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目-临床科研一体化人才专项(领军人才培养项目)(HLCMHPP2023097)

✉ 通讯作者: qfm2020jieli@yeah.net

段之间存在顺序关系；一项队列研究^[13]发现，胃黏膜病变整体上为缓慢级层向前演变的模式，为 Correa 级联反应提供了循证医学支持。幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*, Hp）被发现后，Correa 将 Hp 感染、高盐饮食等病因纳入模型。此后，大量流行病学研究佐证了该学说的科学性。一项随访 10 年的研究^[14]表明，Correa 级联反应所有病理阶段均可导致患者的患癌风险高于普通人群，Cox 回归分析显示与正常人群相比，胃癌风险随着 Correa 级联反应进展而升高，累积发病率曲线之间差距持续增长。

Correa 级联反应是胃癌动态消退进展的线性模型，也可能越过某些阶段快速进展。聚焦探索 Correa 级联反应是中医药动态、整体防治 PLGC 的关口环节，是截断“炎-癌”转化的关键阶段，是阐释中医病机演变与现代病理生理学和生物学基础的重点问题。

2 “五观辨治”体系在 Correa 级联反应中的应用

本团队结合肿瘤发生发展及变化的疾病特性提出“五观辨治”，即应从“未病观-时空观-核心观-症状观-精准观”五大维度辨治恶性肿瘤的全周期防治体系^[7]。PLGC 的防治是要截断其向 GC 发展，抓住从良性病变向恶性肿瘤发展的关键节点，探索对 Correa 级联反应的逆转和延迟，属于恶性肿瘤防治的关口前移、早期介入。

2.1 未病观——尽早干预截断炎-癌转化

“未病观”强调防重于治，治疗 PLGC 各阶段均需关口前移，更早遏制疾病发生、发展及肿瘤进展的不良预后。唐旭东团队提出应当深化“炎-癌”转化与中医药疗效机制，突破治疗瓶颈问题^[15]。

胃“炎-癌”转化未病观的应用主要包括未病先防、已病防变两大部分。未病先防侧重预防 PLGC 的发生，应当“先安未受邪之地”^[16]，提倡养生之道，重在调护中焦脾胃：1) 调饮食。研究发现，不良饮食习惯是 PLGC 的危险因素，故饮食应当有节、均衡，禁腌制、油炸、霉变食物、烟酒；此外，药食同源，可常食健脾养胃、扶正祛湿的食物如山药、冬瓜、薏苡仁等以顾护脾胃之气^[17]。2) 调体质。研究发现，气虚质、阳虚质、气郁质、痰湿质与 PLGC 发生密切相关^[18-19]。临床针对此类体质患者可采用中药代茶饮缓而调之，气虚质可选黄芪、党参，阳虚质可选桂枝、肉桂，气郁质可选玫瑰花、合欢花，痰湿质可选茯苓、陈皮。已病防变侧重截断“炎-癌”转化，治疗 PLGC 以防止 GC 发生，整体原则应益气扶阳，截断病势，并根据邪实

偏重分而治之。本团队依据 PLGC 进展线索，基于时空构架辨别不同病期及不同病位的核心病机，并针对患者个体症状、疾病特点进行精准治疗。

2.2 时空观——遵循疾病进展时空构架

时空观强调 PLGC 发展至 GC 的整体性，重在考察肿瘤演变的恒动变化属性，强调了 PLGC 不同部位、不同阶段病机及辨治异质性，以达到时间、空间双维度辩证统一。

2.2.1 时间构架——辨病期 PLGC 至 GC 的进展遵循 Correa 演变模式，为疾病动态消退进展的线索链条，因此，针对该转化链的不同时期应区分疾病分期，抓住各期主要矛盾，对 PLGC 防治具有重要作用。既往研究^[20-24]发现，PLGC 进展过程中其核心病机变化与病变程度密切相关：CAG 阶段多见脾胃气虚湿热，Dys/IN 则多见痰瘀胶结，IM 为过渡阶段可兼见多种病理因素，病变程度愈重，瘀滞愈重。我们根据 PLGC 发展规律和核心病机演变规律将其分为三期：早期阶段（正常胃黏膜转变为 CNAG、CAG）；中期阶段（CAG 转变至 IM、IN）；癌变期阶段（IM 转变至 GC）。

2.2.2 空间构建——辨病位 癌症发生发展是涉及正常器官组织破坏、侵袭和转移的空间过程，针对恶性肿瘤空间生物学的研究逐渐兴起。Seferbekova Z 等^[25]提出从正常到恶性疾病的进展过程中生态环境发生改变的恶性肿瘤空间模式。宋尔卫院士团队^[26]将肿瘤及其宿主形成的整体比作一个生态系统，并引入“肿瘤生态学”概念，关注肿瘤空间构架。根据 PLGC 原发病变部位不同、病因病机不同，临床应采用不同侧重的立法方药。有研究^[27]发现，胃黏膜病变在胃窦部以脾胃湿热为主，脾胃虚弱其次，在胃角部以肝胃不和为主，胃体部以脾胃虚弱为主，胃底贲门部以脾胃湿热为主。本团队根据临床经验及不同部位 PLGC 特点将其分为三部：贲门胃底属上部，胃体属中部，胃窦幽门属下部，其基本病机分别为痰气交阻、寒热错杂、寒凝气滞。

2.3 核心观——立足病机分期防治癌前病变

2.3.1 不同病期核心病机

早期气虚郁滞，治以益气解郁。早期指正常胃黏膜转变为 CNAG 至 CAG 的阶段，是“炎-癌”转化的基础环节，其病机核心为气虚郁滞。《灵枢·口问》曰：“邪之所在，皆为不足。”我们认为“无阳则阴无以化，成形太过生积聚”^[28]，进而衍化出恶性肿瘤“虚-寒-毒-闭-衰”五期演变的规律，

强调正气虚弱在癌症发病中的作用^[29]。其生物学内涵与免疫编辑逃避清除^[30]、免疫监视功能下降^[31]有关,在PLGC早期阶段中,免疫抑制细胞已开始布局,诱导免疫逃逸。研究发现,髓系来源的抑制性细胞(MDSCs)在胃癌中比例高于癌前病变、高于非萎缩性胃炎^[32];随着Correa级联进展,CD8⁺、CD4⁺、CD25⁺、T细胞水平升高,在PLGC进展到GC更为明显^[33]。由此可见,正气虚衰的渐进性发展过程在疾病发展初期已现端倪,出现免疫失调、逃逸并向恶性肿瘤发展。此外,焦虑、抑郁等情绪障碍与PLGC发生存在相关性,“郁”最具促发作用,PLGC以气机郁滞为先导^[34],其生物学本质为应激-神经内分泌系统刺激肿瘤发生^[31]。治疗以益气扶正解郁为主,主方可用补中益气汤、升阳除湿汤加减健脾益气,合用柴胡类方、四逆散、逍遥散或预知子、凌霄花等理气解郁。

中期阴浊内壅,治以温阳化浊。中期是指CAG至IM、IN阶段,是Correa级联反应的触发阶段,其核心病机为阴浊内壅。《灵枢·邪客》言:“五谷入于胃,糟粕、津液、宗气,分为三隧”,指出脾胃除运化精气,还可转枢糟粕。《素问·太阴阳明论篇》曰:“阳道实,阴道虚”,指胃中实邪凝结,其实质在于阳气虚衰,无以运化精气,无以处理糟粕,阴凝而成邪实,故湿停热聚、浊生痰凝,导致IM、IN的形成。IM是指胃黏膜表层和腺上皮被杯状和吸收细胞所取代;IN是指胃黏膜结构及上皮偏离正常的一种过度增生、非浸润性肿瘤性改变^[12]。IM及IN本质上是不同于正常黏膜组织的异常形态的聚集,属于中医癌前“阴成形”状态的形成阶段。针对人体所聚邪实,当细辨其病理属性,分清湿浊、湿热、痰凝分而治之,并善治阳以调阴。湿浊壅盛者,临床可用达原饮或石菖蒲、佩兰、藿香、砂仁等温燥芳香之品以祛湿化浊。湿热内阻者,应用半夏泻心汤加薏苡仁、芦根、仙鹤草、蒲公英清热利湿。痰凝阴盛可用二陈汤、三子养亲汤化痰祛邪;Meta分析^[35]显示,联合使用化痰祛瘀法可改善胃黏膜病理变化、胃脘痛症状、提高临床总有效率。此外,阴凝之邪当温补阳气以养正消阴,常用方剂有理中汤、四合汤、大建中汤、小建中汤等。

癌变期癌毒瘀阻,治以抗癌解毒化瘀。癌变期为IM到GC的阶段,是良性病变转化为恶性病变的重点环节,病机核心为癌毒瘀阻。本团队提出癌变病机本质为中焦阳气虚衰^[36]。另诸多学者研究发

现IM到GC阶段患者以阳虚占比最多^[37-39]。癌变期诱生特异性致病因子——癌毒,其具有隐匿、凶顽、多变、损正、难消的特性^[40]。同时,癌变期血液凝滞,促生高凝微环境,促进肿瘤异形血管形成^[41-42],具有瘀血的病理特性。本团队长期致力于GC的防治^[43-46],广安门医院肿瘤科针对GC的特点研制出扶正解毒方,并在此基础上结合癌变期患者阳气虚衰的体质,优化形成益气温阳解毒方,全方由黄芪、党参、莪术、白术、薏苡仁、蒲黄、蒲公英、石见穿、白花蛇舌草、白芷、甘草组成,具有益气扶阳、活血散结、清解癌毒之功。同时针对瘀结毒盛者,善用王清任五大逐瘀汤^[47]活血化瘀,亦可选用鸡血藤、大血藤养血活血,茜草、三七活血止血。

2.3.2 不同病位核心病机

上部者,理气化痰,因而越之。病变部位在贲门胃底部属上部,基本病机为痰气交阻。贲门胃底部属胃的上关,是食物消化吸收必经的“七冲门”,贲门约束水谷下行,弛张收紧有序协调使水谷次第从食管通降至胃,若贲门受侵,气机受阻而上逆发为噎膈,夹杂痰饮、瘀血等病理产物,于贲门处产生癌毒进一步阻滞胃气顺降,致胃气不降甚则衰败。孙桂芝提出贲门恶性肿瘤的核心病机为痰气交阻,并化裁二术郁灵丹进行治疗^[48],本团队在此基础上加大健脾益气、理气化痰之功,加用黄芪、党参、石见穿、鹅管石,改良为芪术郁灵汤^[49]。此外,《素问·阴阳应象大论篇》提出:“其高者,因而越之”,指病所在上部如咽喉、胃脘等,可用升散或涌越的方法治疗。本团队扩大越法应用,重气机升降,治疗合升降散以升清降浊、调畅气机,合启膈散以理气开郁,并可加用石见穿、鹅管石软坚散结。

中部者,平调寒热,泻之于内。病变部位在胃体部属中部,基本病机为寒热错杂。胃体是腐熟水谷的主要区域。阳明燥土喜润恶燥,胃体承担受纳之职,若嗜好饮酒厚味,内生邪热,胃失濡养,病理产物阴凝而聚,易呈寒热错杂之态。既往研究发现,发生在胃体的IN及CAG在所有部位中居第二^[50],且其萎缩程度在所有部位中排第二,胃体癌患者中有54.85%存在CAG,且多伴糜烂^[51]。这说明胃体部位常见萎缩、糜烂等多种复杂病变,通常认萎缩程度越重,正气虚衰越明显,糜烂越多者,湿热越重^[52],体现了胃体易留湿热、寒热错杂、邪盛正虚,但未及虚衰的复杂病理特性。《素

问·阴阳应象大论篇》曰：“中满者，泻之于内”，指病在中焦脘腹胀满不适者可以用辛开苦降、行气和胃之法，常用泻心汤清上温下、清泻中焦。此外，可用乌梅丸寒热并用、气血平调，百合乌药汤^[53]平调寒热、活血理气。

下部者，行气散寒，引而竭之。病变部位在胃窦幽门部属下部，基本病机为寒凝气滞。幽门部是胃之下口，为“七冲门”之一，松弛收紧调节水谷在胃内的停留下行。调摄失常，寒邪侵胃，致胃窦张弛失司，发为反胃，正如《灵枢悬解·上膈》所云：“肾寒脾湿，饮食不化，下窍约结”。既往研究发现，发生IN及CAG的部位中胃窦居第一^[50]，增生隆起多见，胃窦患者萎缩程度在所有部位最重，胃窦癌中患CAG者占69.98%^[51]。在下部者胃黏膜萎缩程度严重，胃黏膜萎缩、增生的本质为阳气虚衰^[54]。临床可采用良附丸、阳和汤等益火消阴、暖胃散寒，另可选用白芷、甘松、补骨脂、肉苁蓉等增强温阳之功。《素问·阴阳应象大论篇》曰：“其下者，引而竭之”，可采用姜厚朴、败酱草、虎杖、藤梨根等增强疏导驱邪之功。

2.4 症状观——活用药对解决主要症状

“症状观”意在主要症状管理，又可称为主症观，其本质是“急则治标”，迅速改善不适症状，正如《素问·标本病传论篇》所曰：“逆从得施，标本相移”。故本团队提出，在核心方药基础上拟选显著改善PLGC常见症状的药对进行随症加减^[55]。

纳呆、食欲不振者，可用生麦芽、鸡内金健脾消食、调畅气机。阴虚胃痛者，可用百合、乌药行气温中止痛；肝郁胃痛者，则用金铃子、延胡索寒温并用，气血同调；反酸烧心者，可用煅瓦楞子、乌贼骨制酸止痛；若肝火犯胃者，可加黄连、吴茱萸肝胃同治，泻火而不至凉遏，降逆而不碍火郁，相反相成，使肝火得清，胃气得降；呃逆者，选旋覆花、赭石软坚散结，降胃化痰；腹胀者，可用枳壳、厚朴行气消痞，宽胸除胀。

2.5 精准观——富集靶标定向防控癌变

精准观意在综合宏微观辨治，深化疾病本质认识，突显中医药防治癌前病变优势作用、探索中医药获益人群特征、筛选态靶药物^[7]，以精准治疗。首先，PLGC属中医优势病种^[56]，在中医优势病种遴选和评价技术指导下，亟待开展中医药防治PLGC优势人群与富集设计的研究临床，以明确优势人群、指导临床精准用药。其次，选用PLGC态靶药物是精准治疗的关键，临床可选用靶向抗胃癌

中药，如重楼^[57]、莪术^[58]、半枝莲^[59]、白花蛇舌草^[59]、山慈菇^[60]等。最后，胃镜下黏膜微观辨证是中医望诊选用态靶药物的延伸^[4]。若胃黏膜充血水肿糜烂，黏液黏稠浑浊，则脾胃湿热，当清热祛湿；若胃黏膜苍白变薄，黏液稀薄，则脾胃虚弱，当益气温阳；若胃黏膜呈颗粒结节状，血管清晰暗红，则胃络瘀阻，当活血祛瘀。

3 结语

肿瘤的预防是临床重点课题，“炎-癌”转化的研究关键在于PLGC的进展及其转归以及其是否可逆，针对Correa级联反应进展，尤其是“不可逆点”的防治为临床重难点。本团队立足于“五观辨治”体系，聚焦未病先防，遵循“炎-癌”转化时间及空间构架，挈领不同分期、不同部位核心病机，把握主症，精准防控癌变，以期对PLGC的临床防治有所裨益。

参考文献

- [1]ZHENG R, ZHANG S, ZENG H, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2016 [J]. J Natl Cancer Cent, 2022,2(1):1-9.
- [2]ZENG H, CHEN W, ZHENG R, et al. Changing cancer survival in China during 2003-15: a pooled analysis of 17 population-based cancer registries [J]. Lancet Glob Health, 2018,6(5):e555-e567.
- [3]DU Y, BAI Y, XIE P, et al. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey [J]. BMC Gastroenterol, 2014, 14:21. doi: 10.1186/1471-230X-14-21.
- [4]王萍,李鹏,陈紫暄,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.
- [5]ZHANG X, LI M, CHEN S, et al. Endoscopic screening in Asian countries is associated with reduced gastric cancer mortality: A meta-analysis and systematic review [J]. Gastroenterology, 2018, 155(2):347-354.
- [6]XU W, LI B, XU M, et al. Traditional Chinese medicine for precancerous lesions of gastric cancer: A review [J]. Biomed Pharmacother, 2022, 146:112542. doi: 10.1016/j.biopha.2021.112542.
- [7]李杰,朱广辉. 五观辨治:构建中医药防治肿瘤新体系 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2022,28(13):225-232.
- [8]杨良俊,樊湘珍,李嘉丽,等. 从癌毒理论探讨托里透毒法治疗胃癌前病变 [J]. 中医杂志, 2019,60(23):2013-2016.
- [9]林翔英,林翠丽,田琳,等. 脾胃湿热与胃癌前病变炎-癌转化机制的关系简析 [J]. 中医杂志, 2021,62(17):1473-1477.

- [10]朱飞叶,徐燕立.徐珊“和为法度”论治胃癌前病变经验[J].浙江中医杂志,2022,57(4):265-266.
- [11]CORREA P, HAENSZEL W, CUELLO C, et al. A model for gastric cancer epidemiology[J]. Lancet, 1975, 2(7924):58-60.
- [12]CORREA P, HAENSZEL W, CUELLO C, et al. Gastric precancerous process in a high risk population: cross-sectional studies[J]. Cancer Res, 1990, 50(15):4731-4736.
- [13]CORREA P, HAENSZEL W, CUELLO C, et al. Gastric precancerous process in a high risk population: cohort follow-up[J]. Cancer Res, 1990, 50(15):4737-4740.
- [14]SONG H, EKHDEN IG, ZHENG Z, et al. Incidence of gastric cancer among patients with gastric precancerous lesions: observational cohort study in a low risk Western population[J]. BMJ, 2015, 351: h3867. doi: 10.1136/bmj.h3867.
- [15]唐旭东,张泰,卞立群,等.萎缩性胃炎与胃癌前病变诊疗研究的关键问题及其对策[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(5):317-322.
- [16]高瑞珂,吴喆,许博文,等.基于“阳化气,阴成形”理论探讨“先安未受邪之地”在恶性肿瘤防治中的作用[J].北京中医药,2020,39(5):405-410.
- [17]周晓青,唐盈盈,陈凯莉,等.基于治未病探讨化湿解毒防治胃癌前病变理论[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(2):156-159.
- [18]唐伟,马燕,陈久红,等.胃癌前病变患者中医体质类型与证型相关性研究[J].安徽中医药大学学报,2017,36(4):30-33.
- [19]王俊丽,李军,林洁,等.从中医体质探析胃癌前病变的防治[J].河北中医,2019,41(6):935-938.
- [20]程若东,崔一鸣,陈璐,等.基于 Logistic 回归模型的慢性萎缩性胃炎癌前病变中医证型规律研究[J].中华中医药杂志,2018,33(8):3623-3626.
- [21]王相东,乔喜婷,樊西玲,等.胃癌前病变病理分型与中医证型、舌象相关性的临床研究[J].江苏中医药,2012,44(9):24-25.
- [22]李映姗,杨晓军,张理选.胃癌前病变的病理类型与中医证型的相关性初探[J].新中医,2015,47(6):231-233.
- [23]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[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(16):245-250.
- [24]黄远程,潘静琳,黄超原,等.慢性萎缩性胃炎癌前病变证型、证素演变规律文献研究[J].中医杂志,2019,60(20):1778-1783.
- [25]SEFERBEKOVA Z, LOMAKIN A, YATES LR, et al. Spatial biology of cancer evolution[J]. Nat Rev Genet, 2023,24(5):295-313.
- [26]CHEN X, SONG E. The theory of tumor ecosystem[J]. Cancer Commun (Lond), 2022,42(7):587-608.
- [27]叶春荣,廖春丽,付肖岩,等.胃黏膜病变中医证型与病变部位、病灶形态、病理类型关系探讨[J].福建中医药,2022,53(4):15-16.
- [28]许博文,李杰,高瑞珂,等.基于“阳化气,阴成形”理论探讨肿瘤的中医辨治[J].中医杂志,2020,61(4):315-318.
- [29]李杰.五期演变:中医药防治恶性肿瘤理论体系构建及创新[J].北京中医药大学学报,2022,45(3):223-230.
- [30]朱潇雨,葛媛莎,李杰.恶性肿瘤“五期演变”规律的生物学基础[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(20):209-217.
- [31]卢泰成,许博文,邬金洋,等.从“免疫编辑”角度探讨恶性肿瘤的五期演变生物学基础[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(21):172-179.
- [32]杨梅.髓源性抑制细胞在胃癌发展机制中的研究[D].南昌:南昌大学,2019.
- [33]黄旭宏,宋玉国,刘春雷,等.胃癌及癌前病变患者外周血 T 淋巴细胞亚群的表达及意义[J].北华大学学报(自然科学版),2017,18(6):759-761.
- [34]李杰,许博文,朱广辉,等.基于五期演变探讨扶正五法在肿瘤防治中的实践与创新[J].北京中医药大学学报,2023,46(3):321-325.
- [35]石以石则,李婷婷,陈威,等.化痰祛瘀法联合西药治疗胃癌前病变的 Meta 分析[J].医学信息,2022,35(7):99-104.
- [36]张乙.中医体质与胃癌术后复发转移及生存质量的相关性研究[D].北京:北京中医药大学,2019.
- [37]汪悦,李明,查安生.慢性萎缩性胃炎伴肠化患者中医体质分布研究[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(5):355-359.
- [38]郑翊轩,白光.慢性萎缩性胃炎患者中医体质类型分布特点[J].临床军医杂志,2020,48(7):804-805.
- [39]黄小燕,林平,高远,等.不同类型慢性胃炎的中医体质研究[J].按摩与康复医学,2021,12(16):47-50.
- [40]程海波,李柳,沈卫星,等.癌毒病机辨治体系的构建[J].南京中医药大学学报,2022,38(7):559-564.
- [41]CUIT X, KRYCZEK L, ZHAO L, et al. Myeloid-derived suppressor cells enhance stemness of cancer cells by inducing microRNA101 and suppressing the corepressor CtBP2[J]. Immunity, 2013, 39(3):611-621.
- [42]陶倩倩,张雷,杜晓鹏,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.
- [43]严安.扶正解毒方对胃癌术后患者复发转移及生存质量的干预研究[D].北京:北京中医药大学,2018.

- [44]冯颖,吴喆,李杰. 基于内质网应激探讨扶正解毒方联合 5-Fu 对胃癌荷瘤小鼠术后复发及转移的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(16): 75-83.
- [45]贾程辉,李杰. 扶正解毒方对小鼠移植性前胃癌术后复发肺淋巴结转移及生存期的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(11): 2473-2476.
- [46]贾程辉,李枋霏,何莉莎,等. 扶正解毒方对前胃癌荷瘤小鼠术后复发模型肿瘤相关巨噬细胞及相关细胞因子的干预研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(6): 748-751.
- [47]卢泰成,许博文,李杰. 王清任活血化瘀法在肿瘤治疗中的应用[J]. 世界中医药, 2021, 16(10): 1616-1619.
- [48]王靖思,赵杰,朱昱翎,等. 孙桂芝诊治食管癌经验探讨[J]. 北京中医药, 2014, 33(1): 20-21.
- [49]吴成亚,宋卓,李杰. 芪术郁灵汤辨治食管癌经验[J]. 中医杂志, 2016, 57(21): 1879-1881.
- [50]黄学. 胃低级别上皮内瘤变内镜下特点及相关因素分析[D]. 南宁: 广西医科大学, 2023.
- [51]王辉,陈星. 不同部位胃癌与萎缩性胃炎程度的相关性[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(38): 144-145.
- [52]邢恩龙. 慢性萎缩性胃炎并胃黏膜糜烂的中医证候研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2017.
- [53]高含佳,朱广辉,李杰. 基于“寒热错杂”病机运用百合乌药汤加减方辨治胃癌经验[J]. 环球中医药, 2020, 13(2): 317-319.
- [54]和梦静,赵长普,胡慧慧,等. 慢性萎缩性胃炎中医微观辨证研究进展[J]. 国医论坛, 2023, 38(4): 72-75.
- [55]许博文,王贺平,李杰,等. 李杰教授病症结合治疗肿瘤常用药对[J]. 世界中医药, 2021, 16(20): 3078-3081.
- [56]唐旭东,吴皓萌. 基于消化系统疾病现代研究的脾胃理论传承与创新[J]. 中医杂志, 2022, 63(2): 101-105.
- [57]聂芩,谭君,陈乾,等. 重楼皂苷化学成分及抗肿瘤作用研究进展[J]. 肿瘤药, 2022, 12(3): 337-343.
- [58]周桂香,邓帅,班江文,等. 莪术醇对胃癌 AGS 细胞增殖、凋亡的影响及机制研究[J]. 环球中医药, 2023, 16(7): 1301-1308.
- [59]徐楚楚,苏晓兰,潘雨烟,等. 基于网络药理学的白花蛇舌草-半枝莲药对治疗胃癌前病变作用机制研究[J]. 北京中医药, 2021, 40(8): 901-906.
- [60]叶丽芳,徐俊鸿,仇志坤. 山慈菇水提取物对胃癌 HGC27 细胞增殖抑制的影响[J]. 中医临床研究, 2019, 11(17): 28-30.

Discussion on Treatment of Gastric "Inflammation-cancer" Transformation based on the "Five-view Differentiation and Treatment" System

GE Yuansha^{1,2}, XU Bowen^{1,2}, LI Jie¹

1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053; 2. Beijing University of Chinese Medicine

ABSTRACT Standardized gastroscopy screening makes the diagnosis of precancerous lesions of gastric cancer (PLGC) clearer. Correa evolution is the key to gastritis-cancer transformation, suggesting that PLGC is the core of the body's transformation from normal to cancer. Based on the "five-view differentiation and treatment" system for malignant tumors, we explored the establishment of a new system for preventing and treating malignant transformation of benign and inflammatory lesions from five dimensions, including pre-disease view, time-space view, core view, symptoms view and precision view. (a) pre-disease view: early intervention to intercept inflammation-cancer transformation; (b) time-space view: following the time-space framework as the disease progresses; (c) core view: focusing on the core pathogenesis of inflammation-cancer transformation. In terms of different stages, *qi* deficiency and stagnation are mainly manifested in the early stage, which can be treated by invigorating *qi* and resolving constraint; in the middle stage, *yin* turbidity is blocked internally, and it can be treated by warming yang and removing turbidity; in the cancerous stage, cancer toxin are blocked, for which the anti-cancer, toxins-resolving and stasis-dissolving method is suggested. In terms of the location of the disease, it is suggested to relieve disease in the upper body by rectifying *qi* and dissolving phlegm with emetic therapy (vomit induction); for the disease in the middle, it is suggested to nourish *yin* and clear heat by elimination method; pathogen in the lower requires dredging method by moving *qi* and dissipating cold; (d) symptoms view: using herbal pairs to deal with the main symptoms; (e) precision view: enriching targets to prevent and control cancer directionally.

Keywords precancerous lesions of gastric cancer; inflammation-cancer transformation; Correa evolution

(收稿日期: 2024-02-24; 修回日期: 2024-04-23)

[编辑: 果 形, 侯建春]