

# 中药汤剂分型论治萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变的病理转归研究

廉秀丽

内蒙古通辽市开鲁县中医医院, 内蒙古 通辽 028400

DOI:10.61369/MRP.2026090030

**摘 要 :** 目的: 基于辨证论治理论, 观察中药汤剂分型治疗慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变的病理逆转效果以及对中医证候、胃镜黏膜及血清胃蛋白酶原水平的作用。方法: 纳入2025年2月—2026年2月间确诊患者共计160例。按其中医证型分为脾胃虚弱证、胃阴不足证、肝胃痞塞证及瘀阻胃络证, 并给予相应方药(香砂六君子汤加减)治疗, 每日1剂, 连续治疗6个月; 比较两组治疗前后中医临床症状积分、内镜黏膜分级情况、病理组织学逆转率及血清胃蛋白酶原 I、II 及比值。结果: 经治疗之后患者整体的中医证候积分减低至(6.57 ± 2.39)分, 胃镜黏膜分级水平减低至(4.38 ± 1.77)分, 差异有统计学意义(P<0.001); 病理组织逆转率总计为61.25%(98/160), 各证型间逆转率比较差异无统计学意义( $\chi^2=0.508$ , P=0.917)。血清胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 I / II 比值显著升高(P<0.001)。结论: 中药汤剂分型论治能有效促进疾病转化, 从而改善胃黏膜状态, 不同证型均能取得良好的治疗效果, 充分体现同病异治的优势。

**关 键 词 :** 中药汤剂; 分型论治; 萎缩性胃炎; 低级别上皮内瘤变; 病理转归

## Pathological Outcome of Atrophic Gastritis with Low-grade Intraepithelial Neoplasia Treated by TCM Decoction

Lian Xiuli

Kailu County Hospital of traditional Chinese medicine, Tongliao, Inner Mongolia 028400

**Abstract :** Objective: Based on the theory of syndrome differentiation and treatment, to observe the pathological reversal effect of traditional Chinese medicine decoction in the treatment of chronic atrophic gastritis with low-grade intraepithelial neoplasia and its effect on TCM syndrome, gastroscopic mucosa and serum pepsinogen level. Methods: a total of 160 patients diagnosed between February 2025 and February 2026 were included. According to the TCM syndrome types, the patients were divided into spleen and stomach weakness syndrome, stomach yin deficiency syndrome, liver and stomach stagnation syndrome and stasis blocking stomach collaterals syndrome, and were treated with corresponding prescriptions (Xiangsha Liujunzi Decoction), 1 dose per day for 6 months; The TCM clinical symptom score, endoscopic mucosal grading, histopathological reversal rate and serum pepsinogen I, II and ratio were compared between the two groups before and after treatment. Results: after treatment, the overall TCM syndrome score of the patients was reduced to (6.57 ± 2.39) points, and the gastroscopic mucosal grading level was reduced to (4.38 ± 1.77) points, the difference was statistically significant (p<0.001); The total reversal rate of pathological tissue was 61.25% (98g160), and there was no significant difference in the reversal rate among different syndrome types ( $\chi^2=0.508$ , P=0.917). Serum pepsinogen I and pepsinogen I/II ratio were significantly increased (p<0.001). Conclusion: TCM Decoction typing and treatment can effectively promote the transformation of disease, so as to improve the state of gastric mucosa. Different syndrome types can achieve good therapeutic effect, and fully reflect the advantages of different treatments for the same disease.

**Keywords :** traditional Chinese medicine decoction; classification and treatment; atrophic gastritis; low grade intraepithelial neoplasia; pathological outcome

慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变是胃黏膜从良性病变向胃癌演进过程中的关键阶段，具有可双向转化的特点。逆转及阻断上皮内瘤变进展和萎缩肠化的进程是预防胃癌的核心策略<sup>[1]</sup>。目前西医治疗尚缺乏有效确切的方法。而传统的内镜检测方法不能充分满足临床需求。中医将其归于“胃脘痛”“痞满”及“虚劳”，认为该疾病的病因是脾胃虚弱，气机郁滞、瘀血阻络、毒浊内生为标，久之可形成肿块。分型论治属于中医学范畴，辨证施治是依据不同病症开出不同方药，调动人体的自我修复机制，使病灶转归为正常状态的一种治疗方法；但由于严格的病理学指标约束，采用纯中药汤剂分型论治该病的临床研究尚显不足。本研究收集病例数达到160例，着重于中药汤剂分型论治的观察，对各项症状、胃镜、病理及胃蛋白酶原等相关指标进行全程监测，并以期通过对这些资料的研究为中医逆转癌前病变提供高质量的数据支撑。

## 一、资料与方法

### （一）一般资料

选取2025年2月至2026年2月在我院脾胃病科门诊及住院的160例患者慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变患者为本次的研究对象。

纳入标准：①符合上述诊断，且局限于黏膜层的低级别上皮内瘤；②年龄介于35至70岁；③近1个月未服用质子泵抑制剂、铋剂、胃黏膜保护剂及中药制剂；④知情同意接受诊治和随访。

排除标准：①病理诊断结果提示为高级别上皮内瘤变或癌变；②存在心肝肾功能不全以及血液系统疾病者；③妊娠期或哺乳期妇女；④对本次研究所涉及药品过敏者。最终共计入组160例患者，男85例，女75例；年龄（54.8±8.6）岁。病程中位数4.5年（1~12年）；其中脾胃虚弱者45例，胃阴不足者38例，肝胃气滞者42例，胃络瘀阻者35例；4组患者在性别、年龄、病程、治疗前中医证候积分、胃镜黏膜分级、病理萎缩等级及肠上皮化生方面比较，差异均无统计学意义。在血清胃蛋白酶原水平等均未见有明显差异性（ $P > 0.05$ ），具有可比性。参与对象均已签署知情同意书。

慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变的临床表现多样，部分患者可见胃脘隐痛、痞满胀闷、纳呆少食、嗳气乏力等症候群，但也有相当数量的患者并无明显不适症状，仅在胃肠镜检查时偶然发现并确诊。

### （二）分型方药与用法

所有患者仅服用中药汤剂，不服用任何与胃病有关的化学药物及中成药。

#### （1）脾胃虚弱证——香砂六君子汤加减

药物配方包括：党参15g，炒白术12g，茯苓15g，炙甘草6g，陈皮9g，清半夏9g，木香6g（后下），砂仁6g（后下），黄芪20g，山药15g，炒薏苡仁30g。加减：便溏明显者加苍术10g；脘腹冷痛加干姜6g。

#### （2）胃阴不足证——益胃汤合芍药甘草汤加减

药物配方包括：北沙参15g，麦冬12g，生地黄15g，玉竹12g，石斛12g，白芍15g，炙甘草9g，乌梅10g，炒山植10g，白及6g。加减：出现烦躁不宁可加用加酸枣仁15g；大便干结加火麻仁15g。

#### （3）肝胃气滞证——柴胡疏肝散加减

药物配方包括：柴胡9g，白芍12g，麸炒枳壳10g，醋香附

10g，川芎9g，陈皮9g，炙甘草6g，佛手10g，绿萼梅6g，郁金10g，煅瓦楞子15g（需提前煮沸）。加减：出现明显的胃部不适如反酸或胃灼热的症状加海螵蛸15g；如有口渴及苦味者加梔子6g。

#### （4）胃络瘀阻证——丹参饮合失笑散加减

药物配方包括：丹参15g，檀香5g（后下），砂仁6g（后下），蒲黄10g（包煎），五灵脂10g（包煎），三七粉3g（冲服），醋莪术9g，当归12g，白花蛇舌草15g。加减：如疼痛明显者加延胡索12g；乏力显著者加黄芪15g。

煎服方法：每日1剂，加水1200ml，浸泡30分钟后大火烧开，小火再煎30分钟，得汁400ml；将余渣再加水800ml煎20分钟，得汁200ml，两煎混匀早晚饭后1小时内温服。连续治疗6个月，其间忌食生冷、油腻、辛辣刺激性及腌制食物，停用所有非甾体抗炎药以及保健品。

### （三）观察指标及评价

①中医证候积分：参照《中药新药临床研究指导原则》标准对胃痛、痞满、纳呆、嗳气、乏力及腹泻进行分级计分，无症状记0分，轻度分别记1~3分，计算出总分值为0~30分，证候积分以总分值大小作为其严重程度判定依据。

②胃镜黏膜积分：未知晓患者分组及治疗经过的前提下，由专业内镜医师对胃镜黏膜5个层面的颜色、血管透见度、颗粒增生、糜烂以及充血、水肿情况进行评分，每项分别按照其轻、中、重程度给予0~3分评价（0、1、2分），总积分0~15分。

③病理组织学积分与逆转率：应用病理组织学分级标准，取胃窦小弯、胃窦大弯及胃体中间部位共3个部位进行双份胃黏膜活检，并以10%中性甲醛固定、常规HE染色；萎缩按轻度、中度及重度分级；肠化按轻度、中度及重度分级；包括0至3级，其中0为未出现异常情况；若出现低级别上皮内肿瘤病变，则计为1分；当上述病变消失后计为0分。最终将三个部位得分相加即得到总病理评分结果。将治疗后低级别上皮内瘤变消失及至少一个指标较前好转作为逆转，并统计各组逆转情况以及总逆转率。所有标本均由两名病理科副主任医师双盲阅片，存在分歧时共同讨论解决<sup>[2]</sup>。

④血清胃蛋白酶原：将患者的空腹状态下采集静脉血5mL后，采用3000r/min的速度离心15min获取血清，利用酶联免疫吸附法检测血清中存在胃蛋白酶原I及II后，计算胃蛋白酶原I/II比值。采用的检测试剂盒批内变异系数<5%，批间变异系数<8%。

（四）统计学方法

应用 SPSS26.0 软件进行数据处理。计量资料以均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，治疗前后比较采用配对 t 检验；多组逆转化率比较采用  $\chi^2$  检验。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

二、结果

160 例采用中药汤剂分型治疗的患者均完成 6 个月的疗程，未有脱落病例。经治疗后患者胃脘痛、痞满以及食欲缺乏等证候得到改善；胃黏膜萎缩、颗粒状改变明显好转，病理学轻度上皮内瘤变逆转，血清胃蛋白酶原水平慢慢上升。具体指标如下。

（一）治疗前后中医证候积分比较

通过对不同证型患者运用中医疗法中药方剂治疗后发现，四组主要症状胃脘疼痛、痞满、食欲缺乏、乏力均明显改善；针对脾虚胃弱者用香砂六君子汤以健运脾胃；针对胃阴不足者用益胃汤以润养之。其次，针对有肝胃气滞证候者则采用柴胡疏肝散以调其肺；而对于胃脉瘀阻者则选用丹参饮以活其血。由表 1 可见，起始值（ $18.24 \pm 4.16$ ）至终止值（ $6.57 \pm 2.39$ ），差异显著（P<0.001）。由此可知，我们的诊断算法是正确的。

表 1 治疗前后中医证候积分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | n   | 中医证候积分（分）        |
|-----|-----|------------------|
| 治疗前 | 160 | $18.24 \pm 4.16$ |
| 治疗后 | 160 | $6.57 \pm 2.39$  |
| t 值 |     | 31.482           |
| P 值 |     | <0.001           |

（二）治疗前后胃镜黏膜积分比较

从胃镜下表现出的黏膜萎缩、颗粒样增生、溃疡及炎性渗出等症状经过半年的辨证治疗后同样明显改善。益气养阴可润泽胃体，调补气血通络复脉，从而使胃黏膜色红，并加强了血液运行的作用。见表 2：胃黏膜积分由初始的  $10.52 \pm 2.64$  降至期末期的  $4.38 \pm 1.77$ （P<0.001），这就直接表明了中药汤剂对胃粘膜质量的修复效能。

表 2 治疗前后胃镜黏膜积分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | n   | 胃镜黏膜积分（分）        |
|-----|-----|------------------|
| 治疗前 | 160 | $10.52 \pm 2.64$ |
| 治疗后 | 160 | $4.38 \pm 1.77$  |
| t 值 |     | 27.935           |
| P 值 |     | <0.001           |

（三）不同中医证型病理逆转化率比较

低级别上皮内瘤变的消失是本研究的核心终点，虽然不同质型有不同的病理基础，但是都能用相对应的中药进行治疗而获得较高的逆转化率，总逆转化率达 61.25%。脾胃虚弱者给予补给营养增加肌力；故此，对于无以濡润黏膜者当给予充足之津液滋润；而对于肝胃气滞不通者当予以缓通；至于有瘀阻于胃肠者则应当活血通瘀为法。以上几种方式殊途同归，体现“同病异治”的优势。表 3 列示各证型逆转化率， $\chi^2$  检验无组间差异（ $\chi^2=0.508$ ，P=0.917）。

表 3 不同中医证型病理逆转化率比较 [例（%）]

| 证型         | 例数  | 逆转 | 未逆转 | 逆转化率（%） |
|------------|-----|----|-----|---------|
| 脾胃虚弱证      | 45  | 28 | 17  | 62.22   |
| 胃阴不足证      | 38  | 23 | 15  | 60.53   |
| 肝胃气滞证      | 42  | 27 | 15  | 64.29   |
| 胃络瘀阻证      | 35  | 20 | 15  | 57.14   |
| 合计         | 160 | 98 | 62  | 61.25   |
| $\chi^2$ 值 |     |    |     | 0.508   |
| P 值        |     |    |     | 0.917   |

（四）治疗前后血清胃蛋白酶原水平比较

血清胃蛋白酶原（PG）I 及 PGR 是评估胃底腺功能的客观指标。治疗后，治疗后 PG I 由  $78.49 \mu\text{g/L}$  升至  $112.36 \mu\text{g/L}$ ，PGII 下降，PGR 提升 8.04，均有统计学意义（P<0.001），提示胃黏膜分泌功能得到实际改善，同时，萎缩腺体开始再生。上述生化变化结果与组织形态学转归互为印证，提示中药辨证治疗可促进胃黏膜由功能向形态全面逆转的过程发生，具体如表 4 所示。

表 4 治疗前后血清胃蛋白酶原水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

| 指标                       | 治疗前               | 治疗后                | t 值    | P 值    |
|--------------------------|-------------------|--------------------|--------|--------|
| PG I（ $\mu\text{g/L}$ ）  | $78.49 \pm 14.35$ | $112.36 \pm 20.52$ | 14.586 | <0.001 |
| PG II（ $\mu\text{g/L}$ ） | $18.82 \pm 5.21$  | $14.07 \pm 4.46$   | 12.422 | <0.001 |
| PGR                      | $4.18 \pm 1.12$   | $8.04 \pm 2.37$    | 18.673 | <0.001 |

三、讨论

慢性萎缩性胃炎伴轻度上皮内瘤变属中医“本虚标实、久病入络”<sup>[3]</sup>。脾虚失运为本，痰湿壅滞为标；日久成毒，毒损胃体，以致胃黏膜萎缩、肠化乃至异型增生。故辨证论治应随病情发展而邪正主次不同，拟通过调理脾胃功能，调和气血，消散肿瘤来实现痊愈之目的。我们试验结果表明：经半年纯中医法治疗后，160 例患者总病性转化率为 61.25%；证候积分及胃镜分级均有所下降，而 PGI 及 PGR 显著升高，验证了辨证施治的确切价值。

从各方药分析：脾胃虚弱证以香砂六君子汤补中益气、运脾化湿，四君奠中焦之基，黄芪、山药、薏苡仁甘温实脾，木香、砂仁芳香醒脾，补而不滞，使气血生化有源，胃膜得养。胃阴不足证取益胃汤合芍药甘草汤甘寒濡润、酸甘化阴，沙参、麦冬、石斛滋养胃津，白芍、乌梅柔肝生津，白及护膜生肌，阴液复则虚火自平。肝胃气滞证以柴胡疏肝散疏肝理气和胃降逆，柴胡、香附、佛手、郁金调达气机，煅瓦楞子制酸护膜，气畅则痞胀自消。胃络瘀阻证用丹参饮合失笑散活血祛瘀、通络生新，丹参、三七、莪术破瘀而不伤正，白花蛇舌草清解余毒防癌，瘀去新生则胃络得通<sup>[4]</sup>。

虽然四种证型间的转化率略有不同，但差异均没有统计学意义。提示疾病的本质不论为何，只要辨明病因病机而采用相应的药法治之，则对原发瘤证是可以进行转化的，此即“同病异治”精髓所在。经治疗后 PGI 和 PGR 值显著升高，提示胃底腺功能已开始逐渐恢复，这与病理学改善是一致的。可能机制是补气类中药可促进黏膜蛋白合成及上皮修复；养阴类药物可保护损伤黏

膜，理气活血药改善微循环与血流灌注，化瘀解毒药诱导异常细胞分化凋亡等多途径协同作用有关<sup>[5]</sup>。

本研究以自身前后对照设计，未设西药平行对照，后期应该做多中心随机实验，延长追踪时间；但是全程均应用中药汤剂治疗，充分体现了分型论疗效明确，可作为胃癌前病变安全有效的中医干预方案，值得推广及完善。

#### 四、结论

本研究证实，单纯运用中药汤剂分型论治萎缩性胃炎伴低级

别上皮内瘤变，可使61.25% 的患者的病理得到逆转；中医证候及胃镜黏膜分级亦有显著改善，血清胃蛋白酶原水平也有提高，且四种证型取得较好效果。以上结果充分证实了辨证治疗在胃癌前病变中的核心价值，可根据患者的个体差异用药以调动人体自身抗病的能力，促使癌细胞消退<sup>[6]</sup>。后续可进一步开展多中心、长周期研究以验证远期防癌效应，本方案为胃癌前病变提供了安全、可行的纯中医干预路径。

#### 参考文献

[1] 徐文卫, 赵安兰, 楼建国. 基于数据挖掘探讨中药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生用药特点 [J]. 浙江临床医学, 2026, 28(4): 540-544.

[2] 奚聃. 辨证分型中药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的临床疗效 [J]. 当代临床医刊, 2025, 37(6): 115-117.

[3] 宋占营. 中药汤剂治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的临床观察 [J]. 新疆中医药, 2011, 29(3): 6-8.

[4] 沈桂芳. 中药汤剂四君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效分析 [J]. 海峡药学, 2016, 28(5): 110-111.

[5] 李猛, 姜晓华, 王深, 杨苏美, 吴福宁. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展 [J]. 罕少疾病杂志, 2025, 32(2): 181-184.

[6] 朱方石, 姚健敏. 对萎缩性胃炎辨证分型论治现状的分析与思考 [J]. 医学与哲学, 2003, 24(8): 45-46.