

谢晶日辨治慢性萎缩性胃炎经验

徐懿杨^{1*}, 梁国英^{2#}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院消化一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月4日; 录用日期: 2026年7月28日; 发布日期: 2026年8月5日

摘要

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)是以胃黏膜固有腺体减少为主要病理特征的慢性胃病, 可伴肠上皮化生及上皮内瘤变, 属于胃癌防治链条中的重要环节。谢晶日教授长期从事脾胃病临床与研究, 认为本病以脾胃虚弱为本, 肝失疏泄、中焦升降失司为关键环节, 痰、湿、瘀、热、毒互结胃络为病机演变之要。其辨治强调“治中焦如衡”, 重视因机立法、药对相伍与病理分层, 在调气机、健脾胃、抑酸降逆、通腑化滞、化瘀消积、清热解毒诸法之间动态取舍。对于病程较久、肠上皮化生或低级别上皮内瘤变倾向者, 尤重“痰瘀伏络、瘀久成毒”的病势判断, 主张在顾护脾胃的前提下适时介入化瘀解毒之法, 以延缓病理进展。本文结合谢晶日教授相关经验文献、近年来慢性萎缩性胃炎临床研究与基础研究进展, 对其病机认识、辨治思路、用药特点及学术价值进行系统整理, 以期为名医经验传承与该病临床防治提供参考。

关键词

谢晶日, 慢性萎缩性胃炎, 痰瘀伏络, 治中焦如衡, 名医经验

Xie Jingri's Experience in Treating Chronic Atrophic Gastritis

Yiyang Xu^{1*}, Guoying Liang^{2#}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gastroenterology I, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: July 4, 2026; accepted: July 28, 2026; published: August 5, 2026

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 徐懿杨, 梁国英. 谢晶日辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 临床个性化医学, 2026, 5(4): 61-69.
DOI: 10.12677/jcpm.2026.54225

Abstract

Chronic atrophic gastritis (CAG) is a chronic gastric disorder characterized by the loss of intrinsic glands and may be accompanied by intestinal metaplasia or intraepithelial neoplasia, representing an important stage in gastric cancer prevention. Professor XIE Jingri holds that the disease is rooted in deficiency of the spleen and stomach, with impaired liver regulation and disordered ascending-descending movement of the middle burner as the pivotal mechanism, while phlegm, dampness, blood stasis, heat and toxin lodged in the gastric collaterals constitute the key pathological evolution. His treatment emphasizes “balancing the middle burner”, and stresses therapeutic decisions based on mechanism differentiation, herb-pair application and pathological stratification. In clinical practice, he dynamically combines regulation of qi movement, strengthening of the spleen and stomach, acid suppression and downbearing, bowel unblocking, stasis-resolving, mass-dissipating and detoxifying methods. For patients with prolonged disease, intestinal metaplasia or a tendency toward low-grade intraepithelial neoplasia, he particularly values the judgment of “phlegm and blood stasis lurking in the collaterals with stasis transforming into toxin”, and advocates timely use of stasis-resolving and detoxifying therapy on the premise of protecting spleen-stomach function so as to delay pathological progression. Based on Professor XIE’s published experience as well as recent clinical and experimental studies on CAG, this paper systematically summarizes his understanding of pathogenesis, therapeutic strategy, medication characteristics and academic significance, aiming to provide reference for the inheritance of famous physicians’ experience and for the clinical prevention and treatment of CAG.

Keywords

Xie Jingri, Chronic Atrophic Gastritis, Phlegm-Stasis Obstructing Collaterals, Balancing the Middle Burner, Famous Doctor’s Experience

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性萎缩性胃炎是由多种因素持续作用于胃黏膜所致的慢性疾病, 病理学上以固有腺体减少为诊断基础, 可伴肠上皮化生、假幽门腺化生及上皮内瘤变[1] [2]。按照《中国慢性胃炎诊治指南(2022 年, 上海)》, CAG 的诊断应综合胃镜与病理, 临床管理不仅在于改善症状, 更在于识别癌变风险、规范随访与分层干预[1] [2]。中医药在缓解上腹不适、餐后饱胀、反酸嗳气等症状方面具有较好优势, 在部分患者中还可作为综合管理的重要组成部分[2]。然而, 名医经验类论文若停留于一般性的“健脾和胃、活血化瘀、清热解毒”, 则难以体现个体学术特色; 若又将古典概念与现代病理形态作机械对应, 则易造成论证失衡。基于此, 有必要回到临床本身, 从病机链条、辨治层次、药对选择和病理分层等方面, 对谢晶日教授辨治 CAG 的经验作更为细致的整理。

谢晶日教授长期从事消化系统疾病诊疗与研究, 对慢性萎缩性胃炎、胃癌前病变及相关胃肠功能性疾病积累了较为丰富的临床经验[3]-[7]。综合其已发表的经验报道可知, 谢师对于 CAG 的认识并不满足于“萎缩即虚”“肠化即毒”的单线式归纳, 而是强调本病为脾胃虚弱、肝失疏泄、气机郁滞、痰瘀伏络、湿热胶结、久延成毒的动态演变过程[3]-[7]。其理论着眼点不在于为现代病理强行寻找一一对应的古典名词, 而在于借助经典病机语言揭示病势特点, 并据此指导用药轻重、攻补次序与治疗时机。此一思

路既体现了传统中医重视“病机-治法-方药”一体贯通的学术路径,也更符合 CAG 临床缠绵反复、症状与病理不完全一致、风险需长期管理的实际。

2. 病机认识: 以脾胃亏虚为本, 以痰瘀伏络为要

2.1. 脾胃虚弱、胃络失养为发病之本

谢师认为, CAG 虽见于胃, 然其病之本仍在脾胃。脾主运化, 胃主受纳腐熟, 二者共同维系中焦升降清浊之机。饮食失节、劳倦内伤、情志失调、年老体衰, 皆可损伤脾胃之气, 使中州失健, 水谷精微化生乏源, 胃络失于濡养, 日久则胃黏膜修复能力下降, 腺体逐渐受损, 形成萎缩之变[3] [5] [7]。因此, 谢师虽重视痰、瘀、热、毒等病理因素, 但并不将其视为离开虚损基础而孤立存在的“外加病邪”, 而是将其看作脾胃本虚条件下病机演化的自然结果。

这一认识对于 CAG 辨治具有重要意义。其一, 提示临床不能仅凭病理提示“萎缩”“肠化”而一味攻伐。许多患者病程日久, 症状表现并不强烈, 却常见纳差、倦怠、便溏或便而不爽、舌边齿痕等脾虚之象, 若用过苦寒、攻逐、破血之品, 反易损伤胃气, 影响长期疗效。其二, 提示“健脾”并非泛泛之补, 而是围绕运化功能恢复展开。谢师常强调“中气一复, 诸法可行”, 故其顾护脾胃贯穿治疗始终, 即使在化瘀解毒、通腑导滞之时, 亦不忘配伍健脾和胃之药, 使攻邪不离扶正, 扶正不致留邪[3] [4]。

2.2. 肝失疏泄、中焦失和为病机转折之枢

谢师临证尤重气机。其认为 CAG 患者虽病位在胃, 但临床所见胀满、嗳气、反酸、胸闷、右胁不舒、症状随情绪波动等表现, 往往提示肝胃不和、中焦升降失司在其中居于枢要地位[3]-[5]。肝主疏泄而调畅气机, 脾胃居中焦而主升降。若情志不舒, 肝失条达, 则木郁乘土, 胃失和降; 若脾失健运, 浊邪内停, 又可反过来加重气机郁滞。二者互为因果, 使“虚”“滞”交缠, 成为 CAG 反复迁延的重要原因。

与一般脾胃病论治相比, 谢师对“郁”的重视更具连续性。其相关经验文献提示, 在胃食管反流病、胃痛、慢性萎缩性胃炎等病中, 谢师均强调“无郁不成酸”“中焦不和则百症丛生”, 并将调畅气机置于治疗前列[3]-[5]。在 CAG 中, 这一思想的意义至少有三: 一是说明部分症状虽表现为反酸、烧心、食后痞满, 根本并不全在“胃酸过多”或“胃黏膜损伤”, 而与肝胃失和、胃失通降密切相关; 二是说明调气并非单纯对症止胀, 而是为后续健脾、化湿、通腑、化瘀诸法开路; 三是说明病理层级较高的患者, 若胀满、嗳气、便秘、反酸等气机壅滞表现明显, 仍需先解其郁、复其降, 否则重投补益或攻逐, 皆难中病。

2.3. 痰瘀互结、湿热胶着为病理演进之要

谢师对于 CAG 的认识, 不局限于“脾虚则萎缩”这一单线逻辑, 而进一步指出痰、瘀、湿、热在病程中互为因果、层层叠加, 是推动疾病由功能异常走向病理损害的重要环节[3] [5]-[7]。脾失健运则湿聚成痰, 气机阻滞则血行不畅, 痰可碍气, 气滞可致瘀, 瘀又反过来妨碍津液输布, 故常形成痰瘀互结、胶着难解之局。若郁久化热, 或湿郁生热, 或久病入络而瘀久成毒, 则病情更趋缠绵, 治疗亦更为棘手。

现代研究提示, 谢师常用的黄连、半夏等药物可能通过调节胃肠激素分泌、改善胃排空功能及抑制胃黏膜炎症反应发挥作用; 而半枝莲、白花蛇舌草等解毒药物则可能通过调控炎症因子表达、改善胃黏膜微环境及减轻异常增殖状态发挥作用。上述研究结果虽不能直接等同于临床疗效证据, 但从现代医学角度为“痰瘀热毒互结”病机及其治疗思路提供了生物学解释。

2.4. “痰夹瘀血, 遂成窠囊”对病势判断的临床启示

朱丹溪“痰夹瘀血, 遂成窠囊”之说, 历来多用于阐发痰瘀互结、胶固难解之病理状态。谢师引用

此说时,并未将“窠囊”直接等同于某一确定的现代病理形态,而是借其揭示 CAG 病久邪伏、病位渐深、痰瘀胶着、久延不化之势[3][6]。这一处理方式在方法论上较为稳妥:它保留了经典概念对于病势描述和治法选择的启发价值,同时避免把古今概念作生硬对应。

就临床而言,此种“病势判断”并非空泛修辞,而是具体落实为三个层面的辨治取向。其一,若患者病程长、症状反复、舌质紫暗、苔腻不化、胃脘痛有定处、内镜病理提示肠化或低级别上皮内瘤变,则多提示痰瘀伏络较著,治疗中不能只作一般调理。其二,此类患者虽常需介入三棱、莪术、半枝莲、白花蛇舌草等化瘀解毒之品,但又必须以顾护脾胃为前提,不能离中焦而徒事攻逐。其三,疗程安排宜有层次,往往先解郁和胃、复其升降,再视病势加入化瘀消积、清热解毒之法,病势缓和后复归培土善后。可见,“窠囊”之说在谢师体系中的价值,主要在于帮助判断病邪胶着之深浅与治法取舍之先后,而非作为单独成立的病名标签。

3. 辨治思路:以“治中焦如衡”为纲,标本兼顾,分层施治

3.1. 调畅气机为先,重建中焦升降

谢师治疗 CAG,常从“调气”发端。其认为中焦居升降之枢,气机一失,脾运不健,胃失和降,痰湿、瘀热、食滞、酸逆诸邪皆可随之而生[3]-[5]。因此,对于胁腹胀满、嗳气频作、胸闷不舒、症状受情志影响明显者,多先从疏肝和胃、行气宽中入手。常用佛手、香橼、柴胡、枳壳(或枳实)、乌药、砂仁之属,其中佛手、香橼偏于疏肝和胃而不燥烈,适用于肝胃不和、脘胁同病之证;柴胡、枳壳配伍,则重在条达气机、宽中除痞,适于胀满较著者[4]。若兼嗳气、恶心、反胃、胃气上逆,则酌加旋覆花、代赭石、苏子等,以降逆和胃、通调上中二焦。

谢师调气之法有两个特点。第一,不离脾胃。其调气并非单纯疏肝,而是将“肝之疏泄”与“胃之和降、脾之升清”合参,故所用多为既能理气、又能和中之品。第二,不止于对症。气机调畅以后,患者反酸、胀满、纳差、便秘等症常同时缓解,此正说明调气在其体系中不是枝节之法,而是统摄多法的先导。对 CAG 而言,这一点尤为关键,因为临床常见症状与病理轻重不完全一致,若不先复其中焦升降,则补益易滞,攻逐易伤,清降亦难尽中病。

3.2. 健脾和胃为本,顾护中土而不碍邪

在“本虚标实”的总病机下,谢师极重健脾和胃,但其“健脾”并非单纯益气升提,“和胃”亦非一味柔润滋养,而是强调运中寓补、和中寓通。对食少纳呆、餐后饱胀、倦怠乏力、便溏或便黏者,常用炒白术、茯苓、炒薏苡仁、黄芪等健脾渗湿、培土扶中;若消化功能低下明显,则配陈皮、鸡内金、焦三仙等醒脾助运,以防补而碍胃[3]-[5]。从已发表验案看,炒白术、黄芪常可用至 20 g 左右,体现出谢师“扶正不虚文、顾中不轻浅”的用药风格[3]。

对于久病胃阴受损者,谢师并不因见“萎缩”便早投大剂滋阴,而是辨其所由。若患者舌红少津、口干、胃脘隐痛或嘈杂灼热、便干而不甚实,提示攻邪日久或久病耗阴,则可酌加北沙参、石斛、麦冬、玉竹等以养阴益胃[4]。但若中焦痰湿未化、苔腻较著、纳差明显,即使存在轻度阴伤,亦不主张骤用滋腻之剂,以免进一步碍胃。此种“见阴伤而不忘中运”的处理,与不少 CAG 患者“既虚且滞、稍补即胀”的临床实际较为吻合。

3.3. 抑酸降逆与通腑并施,但以通降为度

反酸、烧心、嘈杂、嗳气是 CAG 常见症状,但谢师对其处理并不拘泥于单纯“制酸”。其认为“无郁不成酸”,酸逆之见,多与肝胃不和、气机壅滞、胃失和降有关[3]-[5]。故临证常以抑酸、降逆、理气、

通腑并举。其经验用药中, 煅海螵蛸、煅海蛤粉、煅瓦楞子、煅浙贝母等“煅四石”使用较多, 既取制酸护胃之功, 又寓重镇降逆之义[3]; 对于肝胃郁热、口苦口黏、舌苔黄腻、吞酸明显者, 则常配黄连、吴茱萸, 取其辛开苦降、寒热并调之义[4]。

黄连之运用, 是谢师辨证分寸的重要体现。若见胃脘灼热、口苦、反酸频作、舌苔黄腻、脉弦数, 多属郁热上扰, 可以黄连清热燥湿、降逆和胃; 但若患者久病体虚、胃脘冷痛、喜温喜按、舌淡胖或苔白滑, 或虽有灼热而本质为胃阴不足、虚火上扰, 则苦寒之品不宜久用、重用[4]。从公开验案看, 黄连可用至 15 g, 但多见于肝胃郁热、反酸烧心较著的阶段, 症状缓解后即予撤减[3]。这提示谢师用黄连重在“中病即止”, 而非长期守用。

谢师所谓“通腑”, 亦与一般攻下法不同。其强调“六腑以通为用”, 但“通”之目的在于恢复胃肠传化与降浊功能, 而非一味求下[3][4]。若见脘腹胀满、便而不畅、嗳气频作、胃失和降者, 多以枳实、焦槟榔配伍旋覆花、代赭石行气降逆、通调腑气; 若大便干结、津亏较甚, 则偏用火麻仁、郁李仁润肠通便; 大黄并非 CAG 常规之品, 而多在腑气壅滞、实热内结或便秘较甚时以后下、单包、短程等方式酌用[4]。对胃黏膜明显菲薄、久病体虚、舌红少苔而无明显实热便结者, 则不宜轻率使用峻下药。换言之, 谢师之“通腑”更接近“通降复常”, 其核心在于使胃与肠在功能上重新协调, 而非将泻下本身视为目的。

3.4. 化瘀消积、通络护膜是病久入络阶段的关键措施

CAG 病程长者, 多有“久病入络”之势。谢师认为, 若患者胃脘痛有定处、按之不移、舌质紫暗或有瘀点瘀斑, 或病理提示肠上皮化生、低级别上皮内瘤变等, 常提示血瘀较著, 治疗宜从和血通络进一步过渡到化瘀消积[3][6][7]。其常用当归、川芎以活血行气、养血和络, 再视病势轻重酌加三棱、莪术等破血消积之品。与单纯止痛思路不同, 谢师更重视活血药在延缓病理进展中的地位, 尤其在伴肠化或上皮内瘤变倾向者, 常将化瘀解毒前移, 而不待明显结块或剧痛方用。

但谢师并不主张将三棱、莪术机械地用于所有 CAG 患者。其运用至少具备三类指征: 一是疼痛固定、舌暗瘀点、脉涩等瘀阻之象较明确; 二是病程较长、一般健脾和胃疗效有限, 提示病位较深、邪伏难解; 三是胃镜或病理显示肠上皮化生、低级别上皮内瘤变等进展风险升高[3][6][7]。在这些情况下, 三棱、莪术可以较早介入, 以求破其胶着之势; 若仅见脘痞胀满、纳差嗳气而无明显瘀阻证据, 则不宜遽用破血之品。对于年高体弱、胃黏膜糜烂明显、存在隐匿性出血风险者, 亦当慎用或减用, 以和血通络、缓图其效为宜。由此可见, 谢师化瘀法的特点不在“用不用三棱莪术”, 而在于能否把握介入时机与攻伐尺度。

3.5. 清热解毒并非泛施, 而是针对“瘀久成毒”之病势

在伴肠上皮化生或上皮内瘤变倾向的 CAG 患者中, 谢师提出“瘀久成毒”“瘀毒犯胃”的认识, 认为久延不愈之病, 若仅从虚、郁、湿、痰论治, 常不足以遏制病势[3][6]。其所谓“毒”, 并非脱离临床实际的抽象标签, 而是指久病邪伏、炎性刺激持续、痰瘀互结不解所形成的顽固病理状态。故其在活血基础上常配半枝莲、白花蛇舌草等清热解毒之品, 力图在“护中土”的前提下兼顾“截病势”。从已公开验案看, 随病势变化, 半枝莲、白花蛇舌草可逐步增量至 20 g 左右, 体现出其解毒法并非象征性点缀, 而是具有明确阶段性的干预措施[3]。

需要指出的是, 谢师之解毒法并不意味着对所有 CAG 患者常规加用大队寒凉清解之品。若患者偏于脾胃虚寒、食少便溏、舌淡胖而无热象, 则清热解毒并非主轴; 若病邪未深、以内镜轻中度萎缩和功能性症状为主, 则仍应以调气机、和脾胃为先。只有当病程较久、痰瘀较甚、热象或毒损之势渐显时, 化瘀

与解毒方可并行。此种“随病势而转、随证候而入”的治法层次,是谢师经验较具辨识度之处。

3.6. 重视病理分层与阶段干预,不以一法贯通全程

临床上可参考症状持续时间、胃镜萎缩范围、OLGA分期、OLGIM分期以及病理是否存在肠上皮化生和低级别上皮内瘤变等指标进行综合评估。其中,以症状反复发作、萎缩范围较广、病理分层较高或存在癌前病变倾向者作为重点干预对象。

4. 用药特点: 因机配对, 轻重有度, 兼顾病理与体质

4.1. 药对应用贯穿全程, 体现“因机而伍”的组方思维

谢师遣药不拘泥于固定成方,而善用药对以提高针对性。其相关文献显示,无论治疗胃痛、反流病还是CAG,均强调“因机选对”,使少数药物之间形成较强的病机指向性[3]-[5][7]。例如,佛手配香橼主疏肝和胃,适于肝胃不和、胁脘同病;柴胡配枳壳(或枳实)主条达气机、宽中除痞,适于胀满较甚者;黄连配吴茱萸辛开苦降、寒热并用,适于肝胃郁热、吞酸嘈杂者;旋覆花配代赭石专治胃气上逆;枳实配焦槟榔偏于行气通腑;火麻仁配郁李仁偏于润肠通降;当归配川芎重在和血活络;三棱配莪术则专责消积破瘀;半枝莲配白花蛇舌草则兼顾清热解毒[3][4]。这些药对之间并非并列罗列,而是围绕不同病机环节分层调用,从而使治疗具有较强的可操作性。

4.2. 对核心药物的取舍具有明确指征与边界

名医经验之价值,常不在原则多新,而在取舍是否有据。谢师在CAG治疗中的若干用药边界较具启发意义。其一,黄连并非“见酸即用”,而以肝胃郁热、口苦、苔黄腻、灼热吞酸为要点;若属脾胃虚寒或阴虚失和,则慎用、减用或及时撤去[3][4]。其二,三棱、莪术并非“见肠化即上”,而须结合固定痛、舌暗瘀点、病程较长、一般治疗乏效等条件综合判断;对高龄、体弱、糜烂明显或出血风险增高者不宜贸然重投[3][6][7]。其三,大黄并非常规通降药,而是在腑实、便秘明显、气机壅滞较著时小量短程运用,若津亏明显或胃黏膜菲薄而无实热,则以润肠行气法代之[4]。其四,健脾补气药虽为本病之基础,但若痰湿未去、纳运未复,则不宜过早重补,故常需借陈皮、鸡内金、焦三仙等醒脾开胃药协同[3]-[5]。这些分寸感,正是经验文章区别于教科书式综述的关键所在。

4.3. 公开验案可见其用药“有阶段、有层次、有增减”

从谢师已发表验案看,其用药不仅随证变化,而且体现出较为明确的阶段层次[3]。初诊肝胃郁热、反酸烧心、胀满疼痛明显时,柴胡、枳实、黄连、白豆蔻、乌药等多用15g,炒白术、金钱草可用20g,显示其先期重在调气机、清郁热、复脾运;症状缓解后,则去其过于苦寒辛燥之品,加入陈皮、鸡内金、夜交藤、合欢花等,以顾护纳运、兼调情志;至后期肠化风险仍在而正气稍复时,则加重川芎、当归、半枝莲、白花蛇舌草等,必要时再酌加黄芪、党参以固其本[3]。由此可见,谢师的治疗并非先后无序的随意加减,而是在“先解其郁、次复其运、后攻其伏邪、终培其中气”的框架下推进。这一点对于提高经验总结的可信度具有重要价值。

5. 现代研究的相关支持与学术阐释

5.1. 临床研究提示健脾、化瘀、解毒、通络诸法具有现实意义

近年围绕CAG的临床研究不断增多,从不同侧面为谢师辨治思路提供了外部参照。顾冰燕等随机对照试验显示,健脾解毒方治疗木村-竹本闭合型萎缩性胃炎脾虚湿热证,可基于OLGA和OLGIM体系

进行疗效评价, 提示中医药干预不仅着眼症状, 还可进入病理分层视野[8]。刘善敏等报道石斛消萎汤联合标准四联疗法治疗 CAG 伴肠上皮化生具有较好临床效果, 说明健脾和胃、养阴护胃与现代根除治疗并行具有现实基础[9]。邵晓雪等、杨晓璇等分别从针灸治疗伴肠上皮化生和真实世界电针疗效分析的角度, 提示“健脾疏肝调神”“调气机、和脾胃”并非空泛命题, 而可落实为可评价的临床干预路径[10] [11]。赵艳等关于化浊通清饮联合针刺的研究, 则从中药与外治协同的角度进一步印证了中医综合干预在 CAG 管理中的价值[12]。

这些研究并不直接证明谢师某一核心经验方优于其他方案, 但在“治法层面”具有明显的支持意义。谢师所强调的调气机、健脾胃、通络解毒、分层干预等思想, 与近年来 CAG 临床研究从症状控制走向病理分层、从单一药物走向综合管理的趋势具有一致性。换言之, 谢师经验的价值, 不在于提出一首固定成方“包治”CAG, 而在于为复杂患者提供了更适合长期管理的辨治框架。

5.2. 基础研究主要提供治法层面的生物学线索, 不能简单外推为处方证据

近年基础研究多围绕健脾、通络、解毒、化瘀等治法展开。李萌等从 HOXA-AS3/miR-29a-3p/LT β R/NF- κ B 轴探讨健脾通络解毒方改善 CAG 的作用机制[13]; 杜朋丽等报道香连化浊方可通过调控 GP73/PERK/ATF4 信号通路、影响内质网应激而改善 CAG [14]; 何友成等从 Toll 样受体 4 与 Sonic Hedgehog 信号通路交叉调控 NLRP3/Caspase-1 介导的细胞焦亡角度, 探讨复方胃炎合剂治疗 CAG 的机制[15]; 林洁等则从 NF- κ B 信号通路观察金不换健胃解毒汤减轻模型大鼠胃黏膜损伤的作用[16]; 于慧敏等、马远新等、张睿等分别从化瘀解毒、TGF- β 1/PI3K/Akt、“肠道菌群-铁死亡”轴等角度展开研究[17]-[19]。这些研究提示, 健脾、化湿、化瘀、解毒等中医治法可能与炎症调控、屏障修复、细胞凋亡、焦亡及微环境稳态等生物学过程相关。

但应强调, 以上结果主要说明“同类治法”具有现代研究基础, 并不能直接替代谢师核心经验的专方实验证据。就学术写作而言, 这些研究的意义在于提示谢师“健脾和胃-调气通降-化瘀解毒”综合路径具备一定现代生物学可解释性, 而非可据此推出谢师处方已经完成了相关机制验证。对名医经验类文章而言, 区分“处方证据”与“治法线索”, 有助于避免论证过度。

6. 验案举隅

患者, 女, 56 岁。初诊见胃脘胀满疼痛, 嘈杂灼热, 反酸烧心, 右胁隐痛, 口干口苦, 食少纳差, 神疲乏力, 大便偏干, 2~3 d 1 次; 舌质暗红, 边有齿痕, 苔黄白腻, 脉弦细数。胃镜示慢性萎缩性胃炎; 病理示胃窦黏膜慢性炎并中度萎缩、重度肠上皮化生; Hp 阳性[3]。四诊合参, 当属脾胃虚弱为本, 肝胃郁热、气滞中阻为标, 兼见瘀毒伏络之势。治疗上并未直接以破血消积、清热解毒为先, 而是先以调畅气机、健运脾胃、抑酸通腑为主, 予柴胡、枳实、炒薏苡仁、炒白术、黄连、白豆蔻、乌药、半枝莲、金钱草等加减[3]。

二诊时反酸烧心显著减轻, 胃脘胀痛缓解, 大便渐调, 提示中焦升降渐复、郁热得清。此时谢师撤去黄连等苦寒较著之品, 转加陈皮、鸡内金、夜交藤、合欢花等, 以和中醒脾、安神调郁[3]。三诊后胀痛进一步减轻, 右胁隐痛消失, 食欲改善, 则在前法基础上酌增川芎、当归、半枝莲、白花蛇舌草之量, 以化瘀解毒、兼顾肠化病势[3]。至七诊时, 多数症状基本消失, 复查胃镜病理示肠上皮化生由重度转为中度, 遂加黄芪、党参以固护中气, 巩固善后[3]。

此案较能体现谢师辨治 CAG 的三个要点。其一, 不以“见肠化即猛攻”为能, 而是先调气机、复升降, 为后续化瘀解毒创造条件。其二, 苦寒、破血、解毒诸法皆随病势递进, 并非固定不变。其三, 善后阶段重视培土扶正, 说明对 CAG 这类长期管理性疾病而言, 症状缓解并不等于治疗完成, 仍需兼顾中气

恢复与病理风险控制。该案亦提示, CAG 治疗的成败, 往往取决于对病机主次和介入时机的把握, 而不在于药味多少。

7. 讨论

名医经验类论文的价值, 在于将“个人经验”上升为可辨识、可讨论、可继承的学术认识。就谢晶日辨治 CAG 而言, 其经验的核心并非若干孤立的药物偏好, 而在于构建了一条较为完整的病机-治法-用药路径: 以脾胃虚弱立其本, 以肝胃失和、中焦失衡明其机, 以痰瘀伏络、湿热毒损辨其势, 再据症状与病理分层决定攻补先后、轻重缓急[3]-[7]。其中, “治中焦如衡”是总纲, “因机配对”是操作层面, “化瘀解毒的适时介入”则体现了其对病理进展风险的临床敏感性。

同时亦应看到, 当前关于谢师经验的公开证据仍以经验总结、个案报道及回顾性整理为主, 高质量前瞻性研究仍显不足。今后的整理工作可从三个方面继续推进: 其一, 依托标准化病理分层和中医证候量表, 建立更稳定的临床队列; 其二, 围绕其核心治法和常用药对开展真实世界研究或前瞻性观察, 以提高证据等级; 其三, 在基础研究层面加强对代表性经验方的直接机制验证, 而非仅停留于同类治法的旁证。如此, 方能使名医经验的学术表达更趋严谨, 也更利于临床推广。

8. 结语

谢晶日教授辨治慢性萎缩性胃炎, 以脾胃亏虚为本, 强调肝失疏泄与中焦升降失司在病程中的枢纽作用, 进而提出痰瘀伏络、湿热毒损是推动病理进展的重要因素。其临证以“治中焦如衡”为纲, 善于根据症状表现、体质差异与病理层级, 在调气机、健脾胃、抑酸降逆、通腑化滞、化瘀消积、清热解毒之间动态取舍, 体现出较强的整体性和层次性。尤其在伴肠上皮化生或低级别上皮内瘤变倾向者, 谢师不拘泥于一般调理, 而重视“瘀久成毒”病势判断, 适时介入化瘀解毒之法, 同时始终顾护脾胃。其经验对于完善 CAG 中医分层干预思路、提高名医经验总结的临床可转化性, 具有一定启示意义。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会, 中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组. 中国慢性胃炎诊治指南(2022 年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2023, 43(3): 145-175.
- [2] 王铭钧, 谷松, 朱辉, 等. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗思路与方法[J/OL]. 辽宁中医杂志, 1-6. <https://link.cnki.net/urlid/21.1128.R.20260114.1111.012>, 2026-07-28.
- [3] 贾良林, 梁国英, 单葳葳, 等. 谢晶日教授治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化经验浅析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(1): 66-68.
- [4] 臧春雪, 谢晶日, 刘金狄. 谢晶日教授巧用对药治疗胃痛的临证经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1): 95-98.
- [5] 刘朝霞, 孟琦, 李贺薇, 等. 谢晶日辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(7): 31-33.
- [6] 饶显俊, 谢晶日, 孙志文, 等. 谢晶日以“补土消积”疗法治疗慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变经验[J]. 陕西中医, 2023, 44(2): 233-236.
- [7] 王海强, 吴思雨, 郑丽红, 等. 谢晶日基于因机论治对慢性萎缩性胃炎的药对选用[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(2): 39-42.
- [8] 顾冰燕, 钦丹萍, 杨新艳, 等. 健脾解毒方治疗木村-竹本闭合型萎缩性胃炎脾虚湿热证的随机对照试验——基于 OLGA 和 OLGIM 的疗效评价[J]. 中医杂志, 2026, 67(6): 648-656.
- [9] 刘善敏, 刘萍, 邓芬, 等. 石斛消痰汤联合标准四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床研究[J]. 山东中医杂志, 2026, 45(2): 161-167.
- [10] 邵晓雪, 刘若男, 王霜佳, 等. “健脾疏肝调神法”针灸治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生[J]. 山东中医杂志, 2026, 45(3): 323-327, 334.
- [11] 杨晓璇, 樊吟秋, 白甫江, 等. 基于真实世界的电针治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效分析[J]. 中医药信息, 2026,

43(5): 60-66.

- [12] 赵艳, 王新爱, 刘云, 等. 化浊通清饮联合针刺对慢性萎缩性胃炎患者的疗效研究[J]. 辽宁中医杂志, 2026, 53(1): 157-160.
- [13] 李萌, 罗楠, 易柳凤, 等. 基于 HOXA-AS3/miR-29a-3p/LT β R/NF- κ B 轴探讨健脾通络解毒方改善慢性萎缩性胃炎作用机制[J/OL]. 中国中医药信息杂志, 1-9. <https://doi.org/10.19879/j.cnki.1005-5304.202601453>, 2026-07-28.
- [14] 杜朋丽, 郭榆西, 王艺灿, 等. 香连化浊方调控 GP73/PERK/ATF4 信号通路影响内质网应激改善慢性萎缩性胃炎的机制[J/OL]. 中国实验方剂学杂志: 1-12. <https://www.cnki.net/Resolution/Handler?doi=10.13422/j.cnki.syfjx.20260538>, 2026-03-24.
- [15] 何友成, 徐欣悦, 林诗锦, 等. 基于 Toll 样受体 4 与 Sonic Hedgehog 信号通路 Crosstalk 调控 NLRP3/Caspase-1 介导细胞焦亡探讨复方胃炎合剂治疗 CAG 的机制[J/OL]. 中国实验方剂学杂志, 1-10. <https://doi.org/10.13422/j.cnki.syfjx.20260316>, 2026-07-28.
- [16] 林洁, 徐婷婷, 冯婉思, 等. 基于 NF- κ B 信号通路探讨金不换健胃解毒汤减轻慢性萎缩性胃炎模型大鼠胃黏膜损伤的作用机制[J/OL]. 中医学报, 1-12. <https://link.cnki.net/urlid/41.1411.R.20260302.1222.051>, 2026-07-28.
- [17] 于慧敏, 李滢滢, 王小杰, 等. 化癥解毒方对慢性萎缩性胃炎大鼠的保护作用及机制[J]. 中国病理生理杂志, 2026, 42(2): 328-340.
- [18] 马远新, 王健. 基于 TGF- β 1/PI3K/Akt 信号通路探讨茯苓饮对慢性萎缩性胃炎大鼠胃组织损伤的影响[J]. 中成药, 2026, 48(2): 627-631.
- [19] 张睿, 范静怡, 刘天颖, 等. 基于“肠道菌群-铁死亡”轴探讨四君子汤治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. 中国中药杂志, 2026, 51(12): 3572-3580.