

冯全生教授从湿浊辨治慢性萎缩性胃炎经验

李青洋, 刘文平, 冯全生*

成都中医药大学基础医学院, 四川 成都

收稿日期: 2025年12月18日; 录用日期: 2026年1月8日; 发布日期: 2026年1月21日

摘要

文章总结冯全生教授辨治慢性萎缩性胃炎经验。冯全生认为本病与湿浊关系密切, 湿浊阻滞是疾病进展的重要因素, 治疗上多种思路并用, 如益气降浊、理气降浊、芳香降浊、淡渗降浊、活血降浊。

关键词

慢性萎缩性胃炎, 名医经验, 冯全生

Professor Feng Quansheng's Experience in Diagnosing and Treating Chronic Atrophic Gastritis Based on Damp-Turbidity Pattern

Qingyang Li, Wenping Liu, Quansheng Feng*

College of Basic Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: December 18, 2025; accepted: January 8, 2026; published: January 21, 2026

Abstract

This article summarizes Professor Feng Quansheng's experience in diagnosing and treating chronic atrophic gastritis. Professor Feng believes that this condition is closely related to damp-turbidity, and the obstruction of damp-turbidity is an important factor in disease progression. The treatment employs multiple approaches, such as supplementing qi and reducing turbidity, regulating qi and reducing turbidity, using aromatic herbs to reduce turbidity, promoting diuresis to reduce turbidity, and activating blood circulation to reduce turbidity.

*通讯作者。

Keywords

Chronic Atrophic Gastritis, Famous Physician Experience, Feng Quansheng

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

冯全生系成都中医药大学教授，硕士、博士研究生导师，四川省名中医，师从全国著名温病学专家张之文教授，长期从事温病理论与消化系统疾病研究，临床经验丰富，对辨治慢性萎缩性胃炎有丰富的经验，临床屡获良效，笔者有幸门诊跟师学习，收获颇丰，现整理冯全生教授辨治慢性萎缩性胃炎的特色用药经验，以期临床治疗提供参考。

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是慢性胃炎的一种类型，是指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体减少，伴或不伴肠腺化生或假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病[1]。全球 CAG 患病率约 23.9%，已对健康状况造成严重威胁，其中胃粘膜萎缩和肠上皮化生两种类型易进展为胃癌[2]。CAG 临床表现多隐匿且缺乏特异性，常见症状包括上腹隐痛、饱胀、纳差、嗳气等，部分患者可伴有乏力、消瘦等全身表现。因症状与情志、饮食密切相关，易反复发作，迁延难愈。现代医学尚无防治 CAG 的特效药物，对慢性萎缩性胃炎的治疗多集中于根除幽门螺杆菌、改善胃黏膜微循环及对症处理，但难以有效逆转腺体萎缩与肠化病变[3]。中医药治疗 CAG 疗效可靠，且不良反应小。导师认为湿浊内蕴为 CAG 核心病机，贯穿疾病始终。导师强调，急性期应该以化湿降浊、理气和胃为要，缓解期则以健脾益气、疏肝活血为主，兼顾化湿降浊，防止湿瘀互结，防止癌变进展，临床应用疗效显著，值得推广。

2. CAG 的中医病因病机

CAG 在古代文献中并无记载，以其症状特点和疾病演变规律，常将其归属“胃痞”、“胃脘痛”等范畴。导师认为湿邪黏滞重浊易阻遏气机，影响中焦升降出入，导致清气不升、浊气不降，脘腹胀满、嗳气纳差等症状反复发作。湿浊久羁，气机阻滞，津血运行不畅，瘀热渐生，湿浊与瘀血互结，胃络失养日益加重，胃黏膜萎缩渐深，甚则肠上皮化生或异型增生，癌变风险随之升高。导师指出，湿浊内蕴贯穿疾病全程，尤以中焦气机失调为枢机，临证须审证求因，结合舌脉辨识湿浊偏盛与否，灵活施治，方能阻断病势进展。治疗上，导师主张分期辨治，急性期以化湿降浊、理气和胃为要，缓解期则以健脾益气、疏肝活血为主，兼顾化湿降浊，防止湿瘀互结，逆转黏膜萎缩。

3. 治法治则

3.1. 益气降浊

《素问·六微旨大论》云：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有。”导师指出，脾胃为气机升降之枢，CAG 患者多因脾胃虚弱，清气不升，浊阴不降，致使中焦痞塞，水液代谢失常，湿浊内蕴遂成关键病机。治宜益气健脾以扶正，佐以降浊化湿。临证常以七味白术散加减，重用党参、白术益气健脾，茯苓、甘草助运和中，佐以木香、藿香辛散化湿，葛根升清降浊，兼顾气机升降。全方共奏健脾益气、化湿降浊之

功,使中焦气机复常,胃黏膜得以修复[4],从而延缓或逆转腺体萎缩与肠化进程。若脾气虚甚者,重用党参、白术,加用黄芪以补中;胃阴不足者,用沙参、麦冬以养胃阴;气滞明显者,加佛手、香橼以疏肝和胃。

3.2. 理气降浊

CAG 与情志关系密切,肝主疏泄,调畅气机,情志不遂则肝气郁结,肝失疏泄则横逆犯脾,致脾不升清、胃失和降,湿浊内生发为本病。导师认为肝气不舒,是 CAG 发病的另一大关键因素,治当疏肝理气以助降浊,调达气机使升降有序,湿浊无由滞留。常用柴胡疏肝散加减,以柴胡疏肝解郁,配香附、郁金助其理解郁之功,佐以白芍柔肝缓急,陈皮、枳壳理气和中,使肝气条达而脾不受侮。若肝郁化热者,加牡丹皮、山栀子清解郁热;兼瘀血阻络者,加丹参、桃仁活血通络。导师强调,调肝与健脾并重,升降复常则湿浊自化,胃络得养,病势可趋缓解。

3.3. 芳香降浊

脾胃为湿土之脏,易受湿邪困遏,湿性黏滞,最易阻滞气机。导师认为芳香之品性善行散,能醒脾化湿,拨开黏滞之邪,畅通中焦气机,使湿去而脾运得复,湿浊无从蕴结。临证以《温病条辨》中五个加减正气散灵活运用,以化湿运脾、行气和胃为核心,针对湿浊中阻之脘闷纳呆、呕恶苔腻等症,每能应手取效。常用藿香、佩兰芳香化湿,厚朴、陈皮行气除满,茯苓、薏苡仁健脾渗湿,佐以菖蒲、半夏化浊开胃,共奏化湿降浊、调理中焦之功。若湿盛,重用藿香、佩兰,加苍术、草果以增强燥湿运脾之力;若湿郁化热,见苔黄腻者,配伍黄连、滑石清热利湿;湿阻气机致腹胀甚者,加木香、大腹皮行气消胀。湿去则脾运自健,气机升降复常,腺体萎缩之势得以遏制,临床症状亦随之缓解。

3.4. 淡渗降浊法

淡渗降浊法以利水渗湿、通调三焦为要,使湿有去路,浊得降泄。尤适用于湿浊内盛、困遏中焦之证,症见脘腹胀满、纳呆便溏、舌苔厚腻、脉濡滑等。临证常用藿朴夏苓汤,以茯苓皮、大腹皮、泽泻、薏苡仁淡渗利湿,竹叶、车前子、木通、通草清热利尿,使湿浊从前阴而去;配伍半夏、厚朴、藿香辛开苦降,行气化湿,宣畅三焦,使中焦得运,湿浊下行,下窍得通,中满自除。湿去则脾运自复,浊降则胃气得和,三焦气化通畅,中州斡旋有序。正如《温病条辨》所言:“治中满者,但利其湿,宣展气机,即可愈也。此法尤重三焦气机的宣畅,湿浊虽去,若气机不展,则中焦仍痞塞,湿邪易复聚。故常佐以苏叶、枳壳等轻灵理气之品,以宣畅肺气,行气化湿,使三焦气机上下贯通,湿去而气行,气行而湿不复聚,中焦自无壅滞之患。”

3.5. 活血降浊

湿浊久羁,气机阻滞,血行不畅,终致瘀血内停,形成湿瘀互结之候。导师认为,活血降浊法应当贯穿疾病全程,应当早用,足量使用。湿瘀互结则病情缠绵,非活血无以行滞,非降浊无以祛邪。临证常选丹参、桃仁、红花、莪术等活血化瘀之品,常用剂量 30 g,配伍半夏、陈皮、茯苓、泽泻以化痰降浊,使瘀去则络通,浊消则脾健。若瘀重者,加三棱、水蛭以破血通络;胃痛明显,刺痛固定,舌质紫暗者,则合失笑散活血化瘀止痛。痰瘀交阻者,合用涤痰汤加减,旨在痰化则气展,瘀除则血和。正如《血证论》所言:“瘀血去则新血生,气机畅则脾胃安。”活血降浊法不仅改善胃黏膜微循环,更可逆转腺体病理改变[5],如此气血调畅,痰瘀自消,胃络得养,病势可望逆转。

在临证过程中,导师将萎缩性胃炎伴肠上皮化生者,视为癌前病变之兆,尤加警惕,强调早期干预以截断病势。主张在辨证基础上结合现代医学检查结果,结合病理变化,适时加用白花蛇舌草、半枝莲

等具抗癌变作用的中药,以期抑制病邪进展,防止恶性转归[6][7]。同时强调医患协作的重要性,CAG是一大慢性疾病,患者须调摄情志、节制饮食、规律作息,避免过劳及辛辣油腻之品,以防助湿生热,影响疗效。同时重视随访观察,定期复查胃镜及病理,动态观察腺体萎缩、肠化程度变化,评估中医药干预效果,适时调整方药配伍。

4. 验案一则

笔者取得患者同意后,记录导师从湿浊辨治慢性萎缩性胃炎病例一则,以飨诸君。患者某,女,45岁,2023年4月9日初诊,患者右上腹胀痛2月余,于金牛区人民医院行胃镜检查提示:慢性萎缩性胃炎,C2?活检:胃体,慢性萎缩性胃炎。HP(+)刻下症见:右上腹胀痛,餐后尤甚,伴暖气频繁,偶有反酸,纳差,眠可,二便调,舌质淡红,苔白腻,脉濡缓。西医诊断:慢性萎缩性胃炎(C2);中医诊断:胃痞(湿浊中阻,脾胃气滞证)。治法:化湿降浊,理气和胃。予以加减正气散化裁,处方:藿香25g,厚朴15g,陈皮15g,茯苓15g,薏苡仁20g,佛手20g,乌药20g,炙甘草5g,炒麦芽25g,焦山楂25g,莱菔子25g,三棱25g,莪术25g。7剂,每2日1剂,水煎800ml,早晚两次温服。并嘱咐患者注意饮食清淡,忌生冷油腻,调畅情志,规律作息。

二诊(2023年4月23日):患者右上腹胀痛较前减轻,暖气减少,纳食稍有增加,仍感胃脘痞闷,舌淡红,苔白腻较前薄,脉濡。上方有效,湿浊渐化,气机稍畅。守上方去薏苡仁,加佩兰25g,以芳香降浊,化浊行脾,增强运化之力。继服10剂,煎服法同前。

三诊(2023年5月7日):患者右上腹已无明显胀痛,偶有轻微痞闷感,暖气、反酸消失,纳可,二便调,舌淡红,苔薄白,脉缓。复查呼气试验:HP(-)。湿浊已去大半,脾胃功能渐复。治以健脾益气,兼化湿浊,巩固疗效。予七味白术散加减,处方:党参25g,白术15g,茯苓15g,炙甘草5g,陈皮15g,佛手20g,乌药20g,芦根25g,藿香25g,炒麦芽25g,焦山楂25g,莱菔子25g,三棱25g,莪术25g。10剂,煎服法同前。

四诊(2023年5月21日):患者诸症消失,饮食、精神如常。舌淡红,苔薄白,脉和缓。为巩固疗效,防止复发,予香砂六君子丸调理1月,每日3次,每次6g,温水送服。并嘱咐患者定期复查胃镜。半年后随访,患者未再复发,胃镜复查提示:慢性萎缩性胃炎C1。

按语:本案患者以右上腹胀痛、餐后尤甚、暖气纳差为主症,结合舌淡红、苔白腻、脉濡缓,显系湿浊中阻、脾胃气滞之候。湿浊黏滞,阻遏中焦气机,脾胃升降失常,故见脘腹胀痛、暖气;湿困脾土,运化无力,则纳差。导师首诊以一加减正气散为基础化裁,方中藿香芳香化湿、醒脾开胃为君,厚朴、陈皮行气除满、燥湿运脾为臣,茯苓、薏苡仁健脾渗湿,佛手、乌药理气和胃、疏肝解郁,炒麦芽、焦山楂、莱菔子消食导滞、助脾运化,三棱、莪术活血化瘀,行气止痛,针对湿浊久羁易致血瘀之虞,防患于未然,炙甘草调和诸药。全方共奏化湿降浊、理气和胃之功,使湿浊得化,气机调畅。二诊时,患者胀痛减轻,暖气减少,纳食稍增,苔腻渐薄,示湿浊渐化,气机稍畅,但仍有胃脘痞闷,故去薏苡仁之渗利,加佩兰增强芳香化湿之力,以助脾运。三诊时,湿浊已去大半,脾胃功能渐复,胀痛、暖气、反酸等症消失,此时病机已转向脾虚为本,湿浊为标,故转以七味白术散加减,健脾益气以固其本,佐以藿香、陈皮等化湿理气以杜其标,并加芦根清热生津,防湿郁化热伤阴,三棱、莪术活血化瘀,防止湿瘀复结。四诊时诸症悉除,予香砂六君子丸健脾益气、和胃化湿,巩固疗效,防止复发。整个治疗过程,导师紧扣湿浊内蕴、脾胃气滞之核心病机,急性期以祛邪为主,化湿降浊、理气和胃;湿浊渐化则兼顾扶正,健脾益气以杜生湿之源,体现了“急则治标,缓则治本”及“分期辨治”的学术思想。同时,辅以饮食调摄、情志疏导,终获良效,不仅改善了患者的临床症状,且成功逆转了胃黏膜萎缩程度,充分展示了中医药治疗CAG的独特优势。

基金项目

四川省自然科学基金项目(2026NSFSC1883); 四川省自然科学基金(No. 2024NSFSC1829); 成都中医药大学“杏林学者”学科人才科研提升计划项目(BSH2020012); 教育部人文社会科学研究青年基金项目(23YJC870002)。

参考文献

- [1] Dinis-Ribeiro, M., Areia, M., de Vries, A., Marcos-Pinto, R., Monteiro-Soares, M., O'Connor, A., *et al.* (2011) Management of Precancerous Conditions and Lesions in the Stomach (MAPS): Guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSG), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa De Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy*, **44**, 74-94.
<https://doi.org/10.1055/s-0031-1291491>
- [2] 常云潼, 房志科, 黄海阳. 慢性萎缩性胃炎的中医药治疗研究进展[J/OL]. 辽宁中医杂志: 1-6.
<https://link.cnki.net/urlid/21.1128.R.20251211.0932.014>, 2025-12-17.
- [3] 毛旺琪, 刘佳艺, 张骁, 等. 姜莉云辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 云南中医中药杂志, 2025, 46(12): 1-5.
- [4] 李彦生. 愈胃汤治疗慢性萎缩性胃炎脾虚气滞型临床研究[J]. 四川中医, 2017, 35(1): 63-65.
- [5] 余文婷, 夏明月, 郭春垣, 等. 戴幸平教授从“郁、虚、瘀、毒”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(11): 1092-1095.
- [6] 曾沙, 赵晖, 高景莘, 等. 白花蛇舌草抗消化系统肿瘤活性成分及其作用机制的最新研究进展[J/OL]. 中华中医药学刊: 1-19. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250506.1421.055>, 2025-12-18.
- [7] 贾文婷, 刘倩, 王丽, 等. 半枝莲抗肿瘤作用机制及临床应用研究进展[J]. 世界中医药, 2025, 20(13): 2389-2397.