

从“脾胃肺”论治疑似Cronkhite-Canada综合征验案1例

王立冬, 施丽婕*

天津中医药大学第一附属医院, 中国国家临床医学研究中心, 天津

收稿日期: 2026年1月4日; 录用日期: 2026年1月22日; 发布日期: 2026年2月4日

摘要

Cronkhite-Canada综合征是以消化道病变和外胚层改变为主要表现的罕见疾病, 患者数量少, 临床资料缺乏, 病因及发病机制尚不明确, 致使目前对其治疗方案较为单一, 以糖皮质激素治疗为主。本文报道1例临床表现高度疑似Cronkhite-Canada综合征, 但未获肠镜病理确诊的患者, 根据其“便溏、手足色素沉着、纳差、口中麻木”等症状, 从“脾胃肺”三脏辨证论治, 以健脾益肺、祛湿降浊为法, 予自拟方治疗。治疗1月余, 患者大便渐成形, 手指末端色素沉着明显消退, 整体状态改善。本例提示在缺乏典型病理支持的情况下, 中医药基于整体观念与辨证论治仍可为类似Cronkhite-Canada综合征表现的疑难胃肠病患者提供有效治疗思路。

关键词

Cronkhite-Canada综合征, 疑似病例, 脾胃肺, 色素沉着, 中医药治疗

A Case of Suspected Cronkhite-Canada Syndrome Treated from the Perspective of the Spleen, Stomach and Lung

Lidong Wang, Lijie Shi*

National Clinical Research Center for Chinese Medicine, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

Received: January 4, 2026; accepted: January 22, 2026; published: February 4, 2026

*通讯作者。

文章引用: 王立冬, 施丽婕. 从“脾胃肺”论治疑似 Cronkhite-Canada 综合征验案 1 例[J]. 中医学, 2026, 15(2): 161-166.
DOI: 10.12677/tcm.2026.152089

Abstract

Cronkhite-Canada syndrome is a rare disease characterized primarily by gastrointestinal lesions and ectodermal alterations. Due to the small patient population and lack of clinical data, its etiology and pathogenesis remain unclear, resulting in a relatively limited treatment approach, predominantly involving glucocorticoid therapy. This article reports a case of a patient with highly suspected clinical manifestations of Cronkhite-Canada syndrome but without confirmed endoscopic pathology. Based on symptoms such as “loose stools, pigmentation of the extremities, poor appetite, and oral numbness,” the patient was treated according to the “spleen-stomach-lung” syndrome differentiation, employing a self-formulated prescription to strengthen the spleen and benefit the lungs, as well as to remove dampness and descend turbidity. After more than one month of treatment, the patient’s stools gradually became formed, the pigmentation at the fingertips significantly subsided, and overall condition improved. This case suggests that in the absence of typical pathological evidence, Traditional Chinese Medicine (TCM), based on holistic concepts and syndrome differentiation, can still provide effective therapeutic strategies for patients with refractory gastrointestinal diseases presenting with manifestations similar to Cronkhite-Canada syndrome.

Keywords

Cronkhite-Canada Syndrome, Suspected Case, Spleen-Stomach-Lung, Hyperpigmentation, Treatment with Traditional Chinese Medicine

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

Cronkhite-Canada 综合征(Cronkhite-Canada syndrome, CCS), 于 1955 年由 Leonard Wolsey Cronkhite 与 Wilma Jeanne Canada 首次在《新英格兰医学杂志》报道[1], 日本学者 Goto 于 1995 年根据 CCS 临床症状将其分为 I~V 型[2], 但在临床上尚未广泛运用。CCS 在临床上多表现为消化道症状(但不具有特异性)和外胚层改变, 故又称为胃肠道息肉-色素沉着-脱发-指(趾)甲营养不良综合征。由于该疾病的罕见性, 病因及其发病机制仍在探索之中, 目前主流观点认为炎症反应在 CCS 发病中起到重要作用[3], 由于病例稀少, CCS 的诊断目前尚缺乏国际公认的金标准, 主要依赖典型的临床表现、内镜下弥漫性息肉特征以及错构瘤性息肉的病理学证据进行综合判断。然而, 临床实践中常因息肉取材局限、病理表现不典型或患者不耐受等因素, 导致病理确诊困难, 部分患者仅能诊断为“疑似 Cronkhite-Canada 综合征”, 这给治疗决策带来了挑战。现代医学也未提出明确、有效的治疗方案, 局限于对症支持治疗、激素、生物制剂等, 对于肠套叠、肠梗阻、消化道出血、消化道恶性肿瘤等严重并发症, 予外科手术治疗, 但总体预后不良, 容易反复, 患者生命质量下降。中华民族传统医学(Traditional Chinese Medicine, TCM)认为, 脾胃为后天之本, 气血生化之源, 脾胃虚则不能濡养四肢百窍, 《脾胃论》云: “脾胃虚则肺最受病”[4]。基于此, 临床实践中从“脾胃肺”辨治高度疑似 Cronkhite-Canada 综合征 1 例效果显著, 经患者知情且同意后, 现报道如下。

2. 验案介绍

本患者张某, 男, 70 岁, 2025 年 10 月 22 日初诊。主诉: 皮肤色素沉着伴大便不成形间作 2 年余。

现病史: 患者于 2023 年无明显诱因出现皮肤色素沉着, 大便不成形, 未给予重视, 于 2023-06-15 因呼吸系统疾病就诊于天津医科大学第二医院呼吸内科门诊, 查血常规、胸部 CT 等, 考虑“双肺炎症”, 予抗感染等对症支持治疗后症状缓解; 2023-06-29 患者于天津医科大学第二医院行 13C 呼气试验阳性+, 予杀菌治疗(具体不详)后, 于 2025-10-22 天津中医药大学第一附属医院复查 HP: 阴性-; 2023-07-06 患者因腹痛就诊于天津医科大学第二医院消化科门诊, 查血常规示: 总胆红素(TBIL) 21.8 $\mu\text{mol/L}$, 间接胆红素(IBIL) 19.2 $\mu\text{mol/L}$, 建查胃肠镜; 2023-07-13 患者于天津医科大学第二医院查胃镜: 全胃病变(性质?)、十二指肠炎症, 胃镜病理: (胃体及胃窦)粘膜慢性炎症, 间质水肿; 期间患者出现明显消瘦, 2023 年 8 月 5 日遂就诊于天津医科大学第二医院消化内科门诊, 以“不明原因消瘦”收入消化内科病房住院治疗, 入院后完善相关化验检查, 尿酮体++。便潜血试验++。生化检验: 钾 3.1 mmol/L, 钙 1.94 mmol/L, 无机磷 0.64 mmol/L, 其余肝肾功能电解质未见异常。凝血功能: 纤维蛋白原(凝固法) 4.91 g/L, 其余项目未见异常。血常规、NT-proBNP、肌钙蛋白、血尿酸、淀粉酶、肿瘤标记物(CEA、AFP、CA199、CA125)未见异常。完善腹部强化 CT: (1) 肠淤张; 阑尾增粗; (2) 肝脏多发小囊肿; (3) 左肾多发小囊肿; (4) 前列腺增大; (5) 动脉硬化。粪便钙卫蛋白、CRP、血沉、巨细胞病毒 IgM 抗体、EB 病毒 DNA 定量、T-SPOT 未见异常。免疫全项: 免疫球蛋白 E: 235.00 IU/ml, 免疫球蛋白 M: 56.0 mg/dl, 补体 C3: 80.6 mg/dl, 抗核抗体(IFA 法) 1:320(核仁型), 风湿抗体及 ANCA 抗体未见异常。入院后予抑酸、补液、调节肠道菌群、促消化、纠正电解质紊乱治疗, 患者有手足色素沉着、指(趾)甲营养不良、脱发, 结合胃肠镜下弥漫性桑甚滤泡样改变, 考虑 Cronkhite-Canada 综合征, 予口服甲泼尼龙 24 mgQD 治疗, 辅以抑酸、护胃、补钙治疗, 患者腹泻逐渐好转, 2023-08-25 复查血常规及电解质未见异常, 白蛋白 35.9 g/L, 症状缓解后于 2023-08-27 出院, 遵医嘱多次复查胃肠镜。2023-09-28 (天津医科大学总医院)磁控胶囊胃镜示: 胃内可见多发无蒂息肉样隆起, 大小形态不一, 黏膜粗糙, 表面充血伴水肿发红; 十二指肠黏膜粗糙, 可见黏膜水肿伴糜烂; 1 小时 25 分 09 秒至 4 小时 59 分 58 秒全小肠弥漫分布黏膜隆起性病变, 形态不一, 表面充血水肿, 部分伴糜烂; 结肠内残留大量稀便, 影响观察, 隐约可见多处黏膜充血发红。印象诊断: (1) 胃黏膜隆起病变性质待定(Cronkhite-Canada 综合征?); (2) 小肠隆起病变性质待定; (3) 结肠黏膜病变性质待定。2024-04-10 (天津医科大学总医院)磁控胶囊胃镜示: 胃内较多胃液, 影响观察, 胃黏膜欠光滑, 黏膜红白相间, 呈花斑样充血, 表面粗糙伴糜烂; 胃窦可见黏膜隆起, 表面粗糙发红, 十二指肠球部黏膜充血水肿, 表面被霜样白苔, 周围有霜样糜烂; 小肠内较多肠液, 影响观察, 1 小时 52 分 29 秒、3 小时 48 分 47 秒分别可见局部黏膜隆起, 表面黏膜粗糙、发红伴糜烂, 未见活动性出血, 余所见小肠黏膜光滑, 绒毛丰富; 结肠内残存大量稀便, 影响观察。印象诊断: (1) 胃黏膜病变性质待定; (2) 小肠黏膜病变性质待定。患者于 2024 年初自行停止激素治疗, 后续症状反复, 遂就诊于天津中医药大学第一附属医院消化科门诊, 寻求中医药治疗。

现症见: 大便 3~4 行/日, 多不成形, 表面无黏液、脓血, 饮食不节(洁)后加重; 皮肤色素沉着, 以双手为主; 纳欠佳, 口中麻木感, 味觉异常, 口苦, 寐安。舌质暗淡, 苔薄白、花剥, 脉细涩。中医诊断: 便溏; 证型诊断: 脾虚湿滞证; 西医诊断: Cronkhite-Canada 综合征? 治法: 健脾益肺, 祛湿降浊。予自拟汤剂口服: 党参片 6 g, 炒白术 30 g, 黄连片 3 g, 清半夏 10 g, 陈皮 10 g, 茯苓 10 g, 北柴胡 10 g, 黄芩 10 g, 白芍 20 g, 旋覆花 5 g(2 袋)(包煎), 丹参 10 g, 桔梗 10 g, 浙贝母 10 g, 甘草片 10 g, 净砂仁 6 g(后下), 山药片 10 g。共 7 剂, 用法: 水煎服, 日一剂(早晚餐后半小时至一小时), 一次用量 200 ml。建议患者行结肠镜检查, 患者拒绝。

2025 年 10 月 30 日二诊: 服药后患者大便逐渐成形, 2~4 行/日, 表面无黏液、脓血; 皮肤色素沉着尚无明显改善, 双手为主; 纳欠佳, 味觉异常感减轻, 食欲较前好转, 饮食较多, 餐后胃脘部不适, 仍存在口中麻木感, 寐欠安, 入睡困难, 卧床后半小时内无法入睡, 夜间易醒, 醒后能再次入睡, 多梦。舌质

暗淡, 苔薄白, 花剥减轻, 脉细涩略滑。予中药汤剂, 处方: 初诊原方基础上加麦芽 30 g、炒鸡内金 10 g、净砂仁减至 3 g (后下), 共 14 剂, 煎服法同前。建议患者行结肠镜检查, 患者拒绝。

2025 年 11 月 12 日三诊: 此次服药后患者症状明显改善。大便 2~3 行/日, 偶不成形, 表面无黏液、脓血; 手指末端皮肤色素沉着明显消退; 纳可, 现味觉改善, 口苦减轻, 服药期间遵医嘱控制饮食、改善饮食结构, 餐后胃脘不适感消失, 仍存在口中麻木感; 寐安, 卧床后半小时内可入睡, 自诉做梦频率较前减少。舌质暗淡, 苔薄白, 花剥减轻, 脉细涩。

3. 讨论

3.1. CCS 的现代医学诊疗进展

CCS 目前被现代医学认为是一种罕见的、非遗传性的错构瘤息肉病综合征, 多于中老年发病, 且男性发病率高于女性[3]。由于 CCS 的罕见性, 临床中可供参考的案例并不多见, 难以通过大数据分析制定一套完善的诊断体系, 目前尚无诊断的金标准, 多数研究学者可供参考的诊断标准如下[5]: (1) 临床表现为慢性腹泻, 伴或不伴有腹痛、恶心等; (2) 有明显的外胚层受累表现, 如毛发脱落、皮肤色素沉着、爪甲营养不良等; (3) 常合并有低蛋白血症; (4) 内镜下可见胃肠道多发息肉, 其病理多为错构瘤性息肉; (5) 需除外其他遗传性错构瘤息肉病。对于内镜表现典型但病理证据不全者, 临床常诊断为“疑似 CCS”或“CCS 样病变”, 其治疗仍可参考 CCS 原则, 但需谨慎评估。治疗上, 以糖皮质激素为主的免疫抑制剂是最主要的治疗手段, 初始中等剂量至足量糖皮质激素对 CCS 治疗有效[3], 但具体初始用量、减量疗程等尚无明确标准。此外, 对于激素不耐受的患者, 部分病例报道硫唑嘌呤[5][6]、英夫利昔单抗[7]、美沙拉嗪[8]等药物有良好的治疗效果, 幽门螺旋杆菌阳性患者杀菌后症状缓解的病例也有报道[9]。

3.2. CCS 的中医辨治

CCS 是现代医学根据其发现者名字而命名的一种疾病, 据其病名在中医古籍中无可找其踪迹, 但其临床表现, 《灵枢·水胀》曾记载: “寒气客于肠外, 与卫气相搏, 气不得荣, 因有所系, 癖而内着, 恶气乃起, 息肉乃生”, 多数中医学者参考息肉、肠覃、积聚[10]等疾病治疗。近年来, CCS 的中医诊疗呈现出多元化视角, 刘万里教授提出“内毒致病”理论[11], 阐述了脾虚湿热、湿毒内蕴的核心病机, 治疗上主张健脾、除湿、解毒; 梁晓春教授侧重从脾肾两虚论治[12]; 临床上部分医家采用针药并用[13]等疗法进行探索。

3.3. 病理证据不全的疑似 CCS 病例的中医诊疗定位

中医临证的核心在于“辨证论治”, 而非拘泥于病名, 尤其对于本例西医诊断因病理证据不全的疑似 CCS 患者, 中医的诊疗价值得以凸显。其定位并非对标某一现代医学疾病, 而是以患者当下的“症”与“证”为唯一依据。当现代医学诊断路径遭遇“证据壁垒”时, 中医可凭借其整体观念, 将消化道症状与外胚层改变(如皮肤色素沉着)视为有机整体, 从脏腑气血关系中进行病机推演, 从而跳出“辨病”的局限, 进入“审证求因”的领域, 为治疗提供清晰的方向。

《素问·至真要大论》云: “谨守病机, 各司其属, 有者求之, 无者求之”。本例 CCS 患者主要表现为皮肤色素沉着和大便不成形, 伴口中麻木, 味觉异常, 舌暗淡, 苔薄白花剥。如《素问·阴阳应象大论》云: “清气在下, 则生飧泄”, 脾胃虚则不能运化水谷精微、升降失和, 故见大便不成形, 便次增加; 《素问·灵兰秘典论》云: “脾胃者, 仓廪之官, 五味出焉”, 《灵枢·脉度》云: “脾气通于口, 脾和则口能知五谷矣”, 脾胃虚则口失濡养, 口中麻木不知五味。《脾胃论》提到: “脾胃虚则肺最受病”[4], 在患者的发病过程中有迹可循, 如 2023-6-15 检查考虑“双肺炎症”等, 《素问·经脉

别论》云：“脉气留经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛”等，今脾胃肺皆不足，气血生化乏源，且无力输送至四肢皮肤，加之脾胃虚而湿浊内生，阻碍气血运行，郁滞于局部，皮肤色素沉着。据此患者所表现出来的症状推断出其病机根本在于脾胃虚，此为“有者求之”。虽然患者无气短、自汗盗汗等明显肺虚的表现，但从患者不起眼的某次就诊、中医古籍的某处原文中，综合分析出其肺脏亦虚，此为“无者求之”。

故在初诊时治疗上当健脾益肺、祛湿降浊，以滋其源、通其道、降其浊、行气血。方中以党参、山药、炒白术滋其源为君药，使以甘草，助君药以健脾补肺、培土生金；患者久泻伤阴，选用酸收之白芍为君药，合甘草以酸甘化阴，《素问·脏气法时论》云：“肺欲收，急食酸以收之，用酸补之”，故亦可补肺。此源已足而道不通，朱丹溪在《丹溪心法》中提出气、湿、痰、热、血、食之六郁理论，方中清半夏、陈皮、浙贝母三药合用以健脾燥湿、化痰散结，除痰湿之郁；《脾胃论》云：“夫脾胃不足，皆为血病”，患者舌质暗淡且脉细涩，故用丹参以活血化瘀、凉血消痈，又云：“胆气春升，则余脏从之；胆气不升，则飧泄肠癖”，故用柴胡引少阳胆气上升，与丹参气一气一血，血双调共理气血之郁；砂仁芳香化湿，醒脾和胃，使君药补而不滞，保障气血精微运行的通畅，共为臣药。清阳不升常伴浊阴不降，患者表现为口苦等，故佐以旋覆花降气消痰、降逆止呕，茯苓甘淡渗湿、健脾止泻，黄芩、黄连清热燥湿，四药合用从上、中、下三焦分消湿浊，予湿邪以出路而浊阴得降；又因患者脾胃久虚，易生湿浊郁而化为阴火，《脾胃论》云：“火与元气不两立，一胜则一负”，故在补元气同时，须用苦寒之黄芩、黄连，既助半夏、陈皮祛湿以消阴火之源，又防湿郁所化之阴火，与柴胡一升一降，调畅气机，使气血周流不息。桔梗辛散苦泄，宣开肺气，《珍珠囊》言其“为舟楫之剂”，能载药上行使使药，补肺气而助宣发，与旋覆花相伍，亦一升一降，调畅肺胃气机。君臣佐使各司其职又相互配合，共奏健脾益肺、祛湿降浊之效，使脾胃健运则气血生化有源，肺气宣降则水精四布、五经并行，湿浊得化则气血畅行，肌肤得以濡养。

二诊时，患者大便次数虽多，但自诉大便逐渐成形，此湿邪渐退之象；味觉异常感减轻，口渐知味，纳食转佳，舌苔花剥状边界较前缩小，是脾胃功能逐渐恢复的表现，但患者未能克制，饮食较多，脾胃功能尚弱，无法及时运化而阻滞于中焦，出现胃脘不适，脉细涩而略滑，胃不和则卧不安，难以入睡，多梦。虽患者皮肤色素沉着尚无明显改善，但审其主证未变，且部分症状改善，故在原方基础上加麦芽、炒鸡内金健胃消食，助脾胃运化；考虑患者食欲渐佳，减醒脾调胃之砂仁。《脾胃论》云：“食饮者，热无灼灼，寒无怱怱，寒温中适，故气将持，乃不致邪僻也”，当嘱患者勿过食，少食甜黏、油腻、辛辣、寒凉刺激类食物，宜清淡饮食。

三诊时，患者诸证明显改善，气血逐渐达于肢体远端，手指末端皮肤色素沉着明显消退；清阳得升，浊阴得降，大便不成形次数逐渐减少，口苦减轻，味觉渐佳，但口中依然些许麻木感；此次服药期间谨遵医嘱，餐后胃脘不适感减轻，寐安，可在卧床后半小时后入睡，做梦频次减少。患者整体状态改善，继以前方，随四时症状加减巩固疗效。

4. 结语

《素问·示从容论》云：“夫圣人之治病，循法守度，援物比类，化之冥冥，循上及下，何必守经”，在治疗中，可以取前人之长，从脾胃论治，但亦须灵活变通，如刘万里教授的“内毒致病”理论探索^[11]，梁晓春教授从脾肾论治等^[12]，在本例疑似 CCS 患者的治疗中，站在前人的肩膀上，探索出“肺”在其发病过程中独特机制。对于临床表现高度疑似的 CCS 或其他病理证据不全的疑难胃肠病，中医的“辨证论治”体系能够提供一套独立且完整的诊疗逻辑，通过整体调节脏腑功能、疏通气血津液，在改善患者临床症状、提升生活质量方面展现出明确优势，为探索罕见病及疑难病的中西医结合诊疗路径提供了有益的思路与实践参考。

参考文献

- [1] Cronkhite, L.W. and Canada, W.J. (1955) Generalized Gastrointestinal Polyposis: An Unusual Syndrome of Polyposis, Pigmentation, Alopecia and Onychotrophia. *New England Journal of Medicine*, **252**, 1011-1015.
<https://doi.org/10.1056/nejm195506162522401>
- [2] Goto, A. (1995) Cronkhite-Canada Syndrome: Epidemiological Study of 110 Cases Reported in Japan. *Nippon Geka Hokan*, **64**, 3-14.
- [3] 李景南, 房静远, 李骥, 等. Cronkhite-Canada 综合征诊疗的中国专家共识意见(2025 年, 北京) [J]. 罕见病研究, 2025, 4(2): 221-231.
- [4] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2025.
- [5] Liu, S., You, Y., Ruan, G., Zhou, L., Chen, D., Wu, D., *et al.* (2020) The Long-Term Clinical and Endoscopic Outcomes of Cronkhite—Canada Syndrome. *Clinical and Translational Gastroenterology*, **11**, e00167.
<https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000167>
- [6] Xu, Q., Jin, L., Ou, C., Xu, T., Yang, Z., Zhang, R., *et al.* (2024) Efficacy and Safety of Azathioprine in Patients with Cronkhite-Canada Syndrome: A Case Series from Peking Union Medical College Hospital. *BMC Pharmacology and Toxicology*, **25**, Article No. 96. <https://doi.org/10.1186/s40360-024-00825-8>
- [7] Boland, B.S., Bagi, P., Valasek, M.A., Chang, J.T., Bustamante, R., Madlensky, L., *et al.* (2016) Cronkhite Canada Syndrome: Significant Response to Infliximab and a Possible Clue to Pathogenesis. *American Journal of Gastroenterology*, **111**, 746-748. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.92>
- [8] Ramzi, H.T., Zainab, Y., Manzoor, S. and Malik, A. (2023) Cronkhite-Canada Syndrome—The First Case from Pakistan: A Case Report. *Journal of the Pakistan Medical Association*, **73**, 693-696.
- [9] Okamoto, K., Isomoto, H., Shikuwa, S., Nishiyama, H., Ito, M. and Kohno, S. (2008) A Case of Cronkhite-Canada Syndrome: Remission after Treatment with Anti-*Helicobacter pylori* Regimen. *Digestion*, **78**, 82-87.
<https://doi.org/10.1159/000165354>
- [10] 顾思纯, 杨柏灿. 瘕瘕积聚的病证范围及治疗探析[J]. 江苏中医药, 2017, 49(9): 11-13.
- [11] 苏坤涵, 黄玉珍, 刘万里. 从“内毒致病”探讨克朗凯特-卡纳达综合征的病机及治疗[J]. 北京中医药大学学报, 2024, 47(3): 407-411.
- [12] 史晓虎, 葛玉莲, 杨丹, 等. 梁晓春教授治疗 Cronkhite-Canada 综合征的病例报道[J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51(1): 110-113.
- [13] 杨龙善, 李娜, 张天成, 等. 针药并用治疗 Cronkhite-Canada 综合征 1 则[J]. 国医论坛, 2022, 37(3): 55-57.