

## 慢性萎缩性胃炎以脾虚血瘀论治探析

白光<sup>1</sup>, 唐旭东<sup>2</sup>, 周红丽<sup>3</sup>, 孟子惠<sup>1</sup>, 王辉<sup>1</sup>, 彭艳红<sup>1</sup>, 李晶<sup>1</sup>

(1. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032; 2. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100000;  
3. 辽宁中医药大学研究生学院, 辽宁 沈阳 110847)

**摘要:**慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是临床中常见的一种消化系统难治性疾病,且该病具有一定的癌变趋势。因其以“胃黏膜萎缩→肠上皮化生→异型增生→胃癌”的疾病演变过程,已被明确为癌前疾病。积极干预治疗是阻断炎症转变的重要手段,对胃癌防治具有重要意义。该病属于中医学中“胃痞”“胃脘痛”等范畴,其发生发展是复杂的渐变过程,病机复杂多变,虚实兼夹,临床中多以脾胃虚弱,胃络瘀阻为常见,主要的病位在胃,和肝脾的关系最为密切。故提出“脾虚血瘀”为其基本病机,脾虚为本,血瘀为标,本虚标实相互交织,最终形成虚实夹杂之证。针对该病机,治以“扶正补脾,祛瘀生新”,并注重肝脾(胃)同调。通过从脾虚血瘀病机论治慢性萎缩性胃炎,展现中医药辨证施治的巨大优势,以期为中医药治疗本病提供更多的思路与方法。

**关键词:**慢性萎缩性胃炎;脾虚血瘀;扶正补脾;祛瘀生新

**中图分类号:** R259.733.2

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1673-7717(2021)09-0028-04

### Preliminary Study on Treatment of Chronic Atrophic Gastritis with Spleen Deficiency and Blood Stasis

BAI Guang<sup>1</sup>, TANG Xudong<sup>2</sup>, ZHOU Hongli<sup>3</sup>, MENG Zihui<sup>1</sup>, WANG Hui<sup>1</sup>, PENG Yanhong<sup>1</sup>, LI Jing<sup>1</sup>

(1. Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning, China;

**基金项目:** 国家中医药管理局中医消化领域优势病种(慢性萎缩性胃炎)专科专病循证能力提升专项(2019XZZZ-XH008); 第四批全国中医(临床、基础)优秀人才研修项目(国中医药人教发[2017]24号)

**作者简介:** 白光(1969-),男(满族),辽宁鞍山人,主任医师,硕士研究生导师,博士,研究方向:中医内科消化。

**通讯作者:** 唐旭东(1963-),男,江苏连云港人,主任医师,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治消化系统疾病的临床与基础研究。

- [9] 姜威,李向新,赵德明. 糖尿病肾病的中医药研究进展[J]. 吉林中医药, 2017, 37(12): 1303-1306.
- [10] 贾瑾堂,许筠,刘一帆,等. 糖尿病肾病患者中医证候与生化指标的相关分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2018, 19(4): 308-310.
- [11] 曲晓璐,陈大舜,姚欣艳,等. 1718例2型糖尿病患者糖尿病肾病发病率及其中医证型分布特点[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2003, 4(12): 713-715.
- [12] 吕仁和. 糖尿病及其并发症中医诊治学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1997: 528-529.
- [13] 彭华东. 消渴保肾颗粒剂治疗气阴两虚证早期糖尿病肾病的临床研究[J]. 医药前沿, 2017, 7(5): 358-359.
- [14] 李乾豪,仇红刚. 细胞微泡 miRNA 对内皮细胞的调控[J]. 中国病理生理杂志, 2015, 31(8): 1531-1536.
- [15] 王虹,林英忠,刘伶,等. 慢性稳定性心绞痛患者循环微RNA-92a表达影响因素及其与血管内皮损伤的关系研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(32): 3727-3729, 3733.
- [16] 贺学允,陈玉玲. 益气养阴活血联合阿托伐他汀治疗气阴两虚兼血瘀型早期糖尿病肾病效果分析[J]. 临床与病理杂志, 2016, 36(6): 810-814.
- [17] 马献中,王世彪,方玲. 黄芪乌梅汤治疗气阴两虚型2型糖尿病60例[J]. 西部中医药, 2016, 29(4): 92-93.
- [18] 王鸣瑞,俞丽华,汪婷婷,等. 参芪地黄汤对气阴两虚型早期糖尿病肾脏病患者血清炎症因子、肾功能及微循环的影响[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(6): 1276-1281.
- [19] 姜嫄嫄,赵文景,夏军. 益气养阴活血方治疗气阴两虚血瘀型2型糖尿病肾病早期的临床观察[J]. 世界中医药, 2017, 12(8): 1781-1785.
- [20] 王玉珍,何学军,刘怀跃. 益气养阴颗粒剂治疗气阴两虚型2型糖尿病的临床观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2015, 37(7): 849-851.
- [21] 郝尧,张扬帆,胡杰. 参芪地黄汤对气阴两虚型早期糖尿病肾脏病患者血清炎症因子、肾功能及微循环的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(36): 4059-4062.
- [22] 陈妍妍. 中西医结合治疗气阴两虚型早期糖尿病肾病临床观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(7): 89-90.
- [23] 程涛,李雪英,杨丽霞,等. 气阴两虚型2型糖尿病早期肾损害CysC与炎症因子的相关性[J]. 西部中医药, 2018, 31(6): 1-6.
- [24] 谢鑫. 益脾芪连汤治疗气阴两虚兼血瘀型糖尿病肾病临床研究[J]. 中医药信息, 2017, 34(6): 86-90.
- [25] 王晶晶,褚倩侠,于晓蕾,等. 自拟滋肾方结合西医常规疗法治疗气阴两虚型IV期糖尿病肾病[J]. 国际中医中药杂志, 2016, 38(6): 508-511.
- [26] 高翌,骆天炯,叶晨玉. 玉泉丸对气阴两虚型接受胰岛素治疗的糖尿病患者血糖波动的影响[J]. 中草药, 2015, 46(15): 2275-2278.

2. Xiyuan Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100000, China;  
3. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China)

**Abstract:** Chronic atrophic gastritis (CAG) is a common digestive system disease in clinic, and it is also a refractory disease. It has a certain tendency of canceration. Nowadays, most of the mathematicians at home and abroad agree with the development model of "chronic gastritis - atrophy of gastric mucosa - metaplasia of intestinal epithelium - dysplasia - gastric cancer". CAG has been clearly identified as a precancerous disease. Active intervention for this disease is an important means to block the transformation of inflammation and cancer, which is of great significance to the prevention and treatment of gastric cancer. This disease belongs to the category of "stomach fullness" and "stomach pain" in traditional Chinese medicine. Traditional Chinese medicine believes that the occurrence and development of this disease is a complex gradual process. The pathogenesis is complex and changeable, with deficiency and excess. In clinic, deficiency of spleen and stomach and stagnation of stomach collaterals are common. The main location of the disease is the stomach, which is most closely related to liver and spleen. Therefore, it is proposed that "spleen deficiency and blood stasis" is its basic pathogenesis. Spleen deficiency is the foundation and blood stasis is the pathological product, and spleen deficiency and blood stasis are intertwined to form the syndrome of deficiency and excess. In view of the pathogenesis, the treatment should be "strengthening spleen, removing blood stasis and generating tissue regeneration", and pay attention to the concordance of liver and spleen (stomach). In this paper, through the treatment of CAG from the pathogenesis of spleen deficiency and blood stasis, it showed great advantages of TCM syndrome differentiation, in order to provide more ideas and methods for TCM treatment of this disease.

**Keywords:** chronic atrophic gastritis; spleen deficiency and blood stasis; strengthening and nourishing spleen; removing blood stasis and generating tissue regeneration

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指胃黏膜上皮在反复受到损害后而导致的固有腺体减少,伴或不伴肠腺化生和(或)假幽门腺化生的一种具有病程长、难治性、癌变趋势等特点的胃部疾病<sup>[1]</sup>。对CAG有效的治疗和控制被认为是提前预防其向胃癌发展的重点<sup>[2]</sup>。西医学认为本病的发病与饮食习惯、免疫因素、胆汁或十二指肠液反流、幽门螺旋杆菌(HP)感染、体质因素、遗传因素等相关<sup>[3-4]</sup>。以保护胃黏膜、减轻胆汁反流、促进胃肠动力等对症治疗方式为主,对于HP阳性的CAG患者,根除HP目前仍是CAG最基本的治疗<sup>[5]</sup>,但这些治疗对于延缓病程的进展并不完全切实有效。与西医治疗相比,中医药在治疗CAG上颇有优势<sup>[6-8]</sup>。从中医药研究领域寻求防治手段,阻断炎症转变以减少胃癌发病率成为了国内外学者关注的热点。历代中医学家对其病因病机不断探究,认为本病主要与情志失和、饮食不调、外邪犯胃、先天禀赋不足、脾胃素虚等多种因素有关,对病机的认识,虽各持己见,但大多数医家支持脾胃虚弱,胃络瘀阻为其基本病机<sup>[9]</sup>。现基于脾虚血瘀基本病机,临床中以扶正补脾,祛瘀生新,肝脾(胃)同调等论治,具体探析如下。

## 1 溯古论今,探究CAG中医病因病机

1.1 溯源先贤经典 首先,脾胃虚弱是发生CAG的病理基础。《素问·四时刺逆从论篇》曾记载“太阴有余,病肉痹寒中;不足,病脾痹。”医家张介宾在《类经·疾病类》指出“湿因脾弱,故病脾痹,及心腹时满。”其一语中的的指出了脾弱是导致上腹部满闷不舒的病变机制。补土派医家李东垣在其所著《脾胃论》中强调“百病皆由脾胃衰而生也……平则万物安,病则万化危……若胃气之本弱,饮食自倍,则脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也”。然而胃腑与外界相通,最易受到侵袭,叶天士早已发现了其中的道理“盖胃者汇也,乃冲要道,为患最易”。《证治汇补·痞满》云“大抵心下痞闷,必是脾胃受亏”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛》提出“痞满,脾病也,本由脾气虚,及气郁运化,心下痞塞满”。历代

医家在临证中不断探索,寻找治疗脾胃病的方法。诚然诸多因素皆可伤及脾胃中焦,使其虚损羸弱,运化腐熟水谷功能下降最终导致气血生化乏源,胃体胃络渐失于濡养,诸证由此产生。

其次,血瘀在CAG病程中不可避免。“气为血之帅,血为气之母”,脾气虚弱,血液难以被推动而成瘀,瘀血内停。《黄帝内经》认为“寒气客于肠胃之间,膜原之下,血不能散,小络急引,故痛。”《普济方》认为“虚劳之人,气弱血虚,……饮食入胃,不能传化停积于内,故中气痞塞,胃胀不通,故心腹痞满也。”隋·巢元方《诸病源候论·痞噎病》所述“血气壅塞不通而成痞也”。《脾胃论》所云“脾胃不足皆为血病。”叶天士认为“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”且胃为多气、多血之腑,“初病气结在经,久病则血伤入络”<sup>[10]</sup>。慢性萎缩性胃炎多由慢性浅表性胃炎发展而来,病程迁延日久,久病气血运行不畅必有血瘀的存在,正可谓“虚极之所,即是留邪之地”。

1.2 现代文献支撑 当代中医治疗慢性萎缩性胃炎,在病因病机方面出现频率前三位分别为脾气虚、血瘀、气滞<sup>[11]</sup>。国医大师李玉奇认为“本病之产生发展,多归因于胃腑直接感受寒冷刺激、积聚不消;或由于火热、由于瘀血……胃失所养,失于化生水谷之精微,日久则至血坏肉腐,胃腑萎缩,使脾难以同功,因而胃气日趋衰败”。“有胃腑直接发病,有起于脾肾之虚,有肾虚无力涵肝,病变在胃,连及于脾,责之于肝,涉及于肾”<sup>[12]</sup>。张镜人提出CAG的主要发病机制为脾胃不和,气虚血瘀。气虚血瘀互为因果,逐步发展为气虚血瘀的病理变化和临床证候。其中约有70%被确定为气虚血瘀。立调气活血法,制成“萎缩安”冲剂,具有明显的临床疗效<sup>[13]</sup>。王文仲强调,该病与脾胃虚弱相关,结合微观辨证论治,他认为该病的基本发病机制是血瘀阻滞,痰气阻滞<sup>[14]</sup>。董建华认为,CAG发病的关键是虚、滞、热、瘀,强调虚是该病的本质,滞是病机核心,以通为补,治在通降<sup>[15]</sup>。单兆伟认为脾胃虚弱是慢性萎缩性胃炎发作的原因,并影响疾病的发展。若脾胃虚弱,则致腐熟、运化能力受到影响,胃腑失于濡养,腐熟水谷无力,气血

化生乏源,渐致胃黏膜萎缩<sup>[16]</sup>。燕东认为,是由脾胃虚弱引起的,并因各种邪毒瘀阻胃络而发病。其阐述胃络瘀阻是CAG发病的关键条件<sup>[17]</sup>。

综上所述,现代诸多医家将该病的病因归结于气滞、食停、湿(痰)阻、寒凝、火郁、血瘀等多种情况损脾伤胃,致使脾失健运,胃失和降,中焦枢机不利,气机升降失调,脾胃运化不及,不能正常的生化气血而致胃络失养。从另一个角度讲,脾胃虚弱日久气血运行不畅而成瘀,而瘀血内阻又可以导致胃络失养。这样脾虚血瘀互为因果,形成疾病进程的恶性循环,亦是疾病发生发展必然进程,是CAG最重要的病机特点。

## 2 病证结合,证证互参

病证结合就是辨病辨证相结合,其实质是把临床中疾病的概念与证候的概念相结合,对疾病的诊断和辨证论治加以重视,是对传统中医理论发展的结果。辨病可以全方位把控疾病的病因病机、病情的发展演变和预后情况等,辨证更多关注病情发展在某一阶段的病理特点,对当前患者情形进行客观评价。而疾病症状的表现直接关系到证型的考量。病证结合,证证互参,有利于更深入地研究疾病的发生发展规律,对指导疾病防治具有十分重要的意义。CAG属于中医学的“胃痞”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴,本病症状的特征是,痛在上脘,胀在中脘,泄泻在下脘,胀满胜于痛楚<sup>[18]</sup>。在学者对CAG病例分析数据中,出现以脾胃虚弱证表现的胃脘隐痛胀满、大便或稀或溏、食欲不加、肢倦神疲等症者居于最多,其次为胸胁胀痛、胃脘胀痛、食欲减少、泛酸、呃逆嗝气的肝胃不和证表现,亦有一些患者出现胃脘刺痛的胃络瘀血证表现<sup>[19]</sup>。在临床诊疗中患者多自述胃部不适感常无法形容,痛以隐隐作痛为主,较少有针刺样痛,有别于胃、十二指肠溃疡的空腹痛,饭后疼痛,夜间加重甚者频频作痛不得卧,黎明前大多缓解。患者多伴有口苦,食少纳呆,食而不欲咽下,泛酸而喜酸食,大便时干时稀,舌体多薄而瘦,舌质多见紫黯,或黯红,或淡黯,或有瘀斑,舌下静脉曲张,舌面多成无苔或少苔。唐旭东教授认为舌象是诊断CAG血瘀证最常见,最具诊断价值依据<sup>[20]</sup>。脉象多呈弦实有力,偶亦为弦细。按中医机理,病久当虚,该病多当为沉弱之象,今脉来反而绷如琴弦,可谓脉证不相相符,并不能代表元气未损,误认为患者脉来有神,急性起病。此乃格阳脉象,阴不内守,独阳外越,张弓之弩。大凡见此脉象,证明病势在发展。该病患者面容多呈现一派苦楚,面垢少华,精神萎靡不振,心态敏感,且失眠焦虑者多见,这也正与古人所说的“胃不和则卧不安”相应。胃镜下可见胃黏膜色淡或苍白,色调不均匀,黏膜平薄,固有腺体萎缩。这是由于脾胃虚弱,失于运化,气血生化之力不足,降低了胃黏膜屏障功能,导致微循环障碍,营养供应不足,最终导致固有腺体萎缩,故可出现上述症状。胃络瘀血的胃镜下取病理多可见肠化或异型增生。CAG存在单纯性萎缩、伴糜烂、伴增生、伴出血及胆汁反流,其中伴增生及糜烂的发病率最高<sup>[21]</sup>。综上所述,根据CAG的临床症状表现、舌脉之象及胃镜下表现,病证结合,证证互参,可以看出脾胃虚弱证是其基本病机,而胃络瘀阻是随着疾病发展产生必然结果。对病证的全面掌握是判断有无炎癌转变的可能的风向标,正所谓知常变,疾病无遁情,为中医辨证论治提供了有力的依据。

## 3 因机制法,以病守方

3.1 以扶正补脾为要 脾胃为后天之本,气血化生之源。“内伤脾胃,百病由生”,故张仲景早有“四季脾旺不受邪”之

说。对CAG病因病机的认识,各医家各抒己见,百家争鸣,但究其根本,皆可归因于脾胃虚弱,无力祛邪,HP、胆汁等病邪趁机侵袭胃腑,因胃黏膜屏障防御功能低下,易致病邪损伤胃腑,若体内正气不足以驱邪外出,胶结缠绵,日久则脾胃虚损愈重,胃络瘀塞壅滞,伤及胃膜胃体,逐渐开始出现腺体减少、萎缩,更有甚者可发生肠化及不典型增生等胃癌前病变信号。有研究者提出脾胃虚弱为脾胃纳运功能低下,气血生化不足,进一步损伤脏腑,形成长期不能恢复的一种内伤性疾病,并认为脾胃虚弱是CAG癌前病变的病理基础<sup>[22]</sup>。而具体诊断上,脾胃虚弱又可划分脾气虚弱、脾胃虚寒和胃阴不足等不同证型。

对于脾胃虚弱的治疗,总以扶正补脾为要。CAG的脾胃本已虚极,且有瘀血为患,不可大肆攻伐,当详审病机,细查病势,配合温补润通之法,以保脾胃生机。具体施药应根据脾胃或气虚、或阴虚、或阳虚、或兼寒、或兼热之具体情况,予以健脾益气、益胃养阴、温中散寒不同治法。健脾益气取香砂六君子汤之义以益气补中、行气和胃,常施以太子参、党参、黄芪、炒白术、茯苓、木香、砂仁等药物。温中散寒常予理中汤或附子理中汤加减,常用吴茱萸、干姜、桂枝、乌药、附子等药物。益胃养阴则予一贯煎、沙参麦冬汤,以百合、沙参、石斛、麦冬、玉竹、乌梅、枸杞、当归等为常用<sup>[23]</sup>。一般情况下常需佐以陈皮、厚朴、紫苏梗、香附、砂仁、鸡内金等以防过于补益壅滞中焦,已达到补中求通、消补结合,气机调畅的功效。

3.2 以祛瘀生新为旨 胃为多气多血之腑且喜通降的生理特性是容易形成其瘀血停滞的病理基础<sup>[24]</sup>。《内经》云“正气存内,邪不可干”CAG病机根本在于脾胃虚弱,但随着病情迁延,“久病必虚,久病必瘀”,脾胃气虚,运血无力,血行瘀滞,虚而夹瘀,气血同病。瘀血为病,气血运行不畅,脉络阻塞,夹邪浊为患,积于胃腑,日久可渐形成有形之积,即与CAG→肠上皮化生→异型增生→胃癌的病理演变过程相对应<sup>[25]</sup>。本病病邪犯胃,或病久正伤,气机失于通降,脾胃之气滞塞,邪浊内停,气血运行不畅,则邪毒瘀结于胃络,终致胃络瘀阻,胃膜损伤。这是萎缩性胃炎及癌前病变的重要病机所在。

对于胃络瘀阻的治疗,当以祛瘀生新为旨。据相关文献统计,治疗慢性胃炎中医组方中活血化瘀药物使用率为50%~60%,CAG则更高<sup>[26]</sup>。大量研究表明,使用活血化瘀药治疗CAG,改善胃黏膜循环、抑制组织异常增生、消除炎症、镇痛和调节免疫等作用,从而达到改善临床症状,其萎缩与肠化、异型增生均有不同程度的逆转<sup>[27]</sup>。活血化瘀方失笑散被多位医家用于治疗慢性萎缩性胃炎,失笑散药味少而精,活血祛瘀、散结止痛效佳。唐旭东教授以失笑散为基础方随证加味治疗各型CAG血瘀证,疗效俱佳<sup>[28]</sup>。失笑散,其不仅善于止痛,且能改善血液循环、调节代谢失调和营养神经血管,从而促进肠上皮化生和增生性病变的转化与吸收。胃痛明显者,加延胡索;大便色黑者,加白及、血余炭。三七、白及、白蔹、浙贝母以敛疮生肌、消痞散结、祛腐生新;用延胡索、炒川楝子、姜黄、郁金、莪术以活血行气止痛、祛瘀生新;用白花蛇舌草、半枝莲以清解癌毒、活血祛瘀止痛。

3.3 注重肝脾(胃)同调 应注重肝与脾胃的关系。《内经》认为肝属木行,脾属土行,肝属木而主疏泄,脾胃属土而运化,成了独特的藏象理论,肝木与脾土是相互影响的生理关系,又可在病理上互相影响。肝木与脾土在五行上乃是相克的关系。或肝木虚损,疏土不及。脾胃之气当升不升,运化失力,不能



正常的输布水谷精微,以致其雍塞于胃脘。如张锡纯在《医学衷中参西录·肝脾不调》中指出“肝脾者,相助为理之脏也。人多谓肝木过盛可以克伤脾土,即不能饮食。不知肝木过弱不能疏通脾土,亦不能消食”<sup>[29]</sup>。或肝木太盛,乘伐脾土。若脾土本脏先虚,肝木之气相对偏旺,则必因其所胜而甚,肝木乘土虚而克。若肝木之气壅滞,顺势乘克脾土,亦可造成脾气虚弱。由此可以推出本病病位虽在脾胃,但与肝关系十分密切,正所谓醒脾胃必先治肝木。

治法上要立足于扶脾祛瘀,兼顾调理肝气。肝气顺则嗔胀除,肝气逆则嗔胀生。肝气调达则脾胃气机升降有序如常,反之若肝气郁结,失其条达,或脾胃虚弱,土虚木乘,肝失疏泄,则肝脾(胃)同病。脾胃之治,亦需以治肝为要。治肝可以安胃运脾,常用疏肝健脾、疏肝和胃、清肝和胃、养肝和胃之法,而用药亦须注意忌刚用柔<sup>[30]</sup>。临床上多见脾胃受损、化生无源,肝之阴血不足,而致土虚木郁,故在健运脾胃基础上加以白芍、麦冬、生地黄、当归、沙参等养肝柔肝之品,并兼用柴胡、枳壳、郁金、香附等疏肝理气,脾胃升降功能才能逐渐恢复,若肝郁化火,又当清泄肝火,加入牡丹皮、栀子等。从“肝主疏泄、脾主运化”着手,深入研究CAG中医病机的实质,以及各种阶段包括腺体萎缩、肠上皮化生、不典型增生等中医病机的变化,针对核心病机靶点针对性治疗,有利于逆转CAG的进展,真正提高疾病的痊愈率<sup>[31]</sup>。

#### 4 小结

综上所述,追溯国医经典,承启现代医家学术观点,且病证相参,总结出慢性萎缩性胃炎的基本病机为脾虚血瘀,治疗上虽方药不尽相同,但治法不离其宗。虽然CAG与胃癌之间并不能划等号,但若在其他因素诱导下,转变为CAG伴中、重度肠化生及中、重度不典型增生,则癌变的几率将大大增加。采用积极治疗CAG对于逆转胃癌前病变、降低胃癌发生率有重要意义。中医药以扶正补脾,以祛瘀生新,同时注重肝脾(胃)同调。慢性萎缩性胃炎患者的胃腑犹如萎败草木,扶正补脾如旭日春风,予以新生之力;祛瘀如燎原野火,尽其瘀而后能生新;调和肝脾如时节细雨,润物无声。三者相互配合,互相作用,使慢性萎缩性胃炎患者的胃腑渐复新生,从而阻断了其炎症癌变的可能。

#### 参考文献

- [1] 李军祥,陈喆,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [2] ADAMU M A, WECK M N, GAO L, et al. Incidence of chronic atrophic gastritis: systematic review and meta-analysis of followup studies [J]. European Journal of Epidemiology, 2010, 25 (7): 439-448.
- [3] 潘静琳,温淑婷,肖嘉欣,等.治疗慢性萎缩性胃炎有效中药处方的用药规律研究[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3225-3228.
- [4] 于慷.慢性萎缩性胃炎的相关因素及内镜与病理诊断比较的临床意义构建[J].中国医药指南,2018,16(21):57-58.
- [5] 王暖凤,初海坤,黄树民,等.慢性萎缩性胃炎患者临床流行病学分析[J].中国公共卫生,2017,33(7):1109-1111.
- [6] Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Study Group on Helicobacter pylori, LIU W Z, et al. Fourth Chinese National Consensus Report on the management of Helicobacter pylori infection [J]. Journal of Digestive Diseases, 2013, 14 (5): 211-221.
- [7] 蒋时红,刘旺根,张文娟,等.中医治法对胃癌前病变大鼠胃黏膜细胞凋亡的影响[J].世界华人消化杂志,2010,18(28):3012-3015.
- [8] HUANG X, LV B, GASTROENTEROLOGY DO. Treatment of chronic atrophic gastritis with Chinese medicines: a systematic review [J]. World Chinese Journal of Digestology, 2010, 18 (10): 1056-1062.
- [9] 邓睿宁,黄明河,刘心亮,等.萎胃汤治疗慢性萎缩性胃炎伴癌前病变临床疗效及对PCNA和bal-2、bax表达的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):10-13,17.
- [10] 丁庞华,赵兴杰,郭一,等.益气活血法治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(10):883-885,891.
- [11] 叶天士.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社,2008:385.
- [12] 周学文.萎缩性胃炎以痢论治——著名中医专家主任医师李玉奇治疗萎缩性胃炎的经验[J].实用中医内科杂志,1987(1):7-9.
- [13] 张亚声,陈怀红,徐国纓,等.张镜人教授诊治胃炎的思路与实践[J].中国中西医结合消化杂志,2001(1):40-41.
- [14] 岳妍,王文仲.王文仲治疗萎缩性胃炎的经验[J].中医药临床杂志,2006(4):350-351.
- [15] 王长洪.董建华治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J].浙江中医学院学报,1999,3(4):240-242.
- [16] 周汝杨,张小琴.单兆伟教授辨治慢性萎缩性胃炎四法[J].浙江中医药大学学报,2017,41(11):863-865.
- [17] 燕东,王少丽,白宇宁,等.基于络病理理论探析慢性萎缩性胃炎的中医病机[J].中医杂志,2015,56(15):1282-1285.
- [18] 李玉奇.以痢论治萎缩性胃炎纵横谈[J].辽宁中医杂志,1998,22(9):8-10.
- [19] 丁成华,李晶晶,方芳,等.慢性萎缩性胃炎中医病机与证候分布规律研究[J].中华中医药杂志,2011,26(3):582-586.
- [20] 唐旭东,王维武.消化系统疾病中医药研究述评(上)[J].中医杂志,2005,46(3):166-168.
- [21] 曹志军,左明焕.慢性萎缩性胃炎中医证型分布和内镜改变以及病理改变的关联性[J].世界中医药,2018,13(8):2040-2043.
- [22] 曹志群,张维东,姜娜娜,等.论慢性萎缩性胃炎癌前病变之脾胃虚损说[J].光明中医,2007,22(1):5-7.
- [23] 胡鹏飞,郭淑云,郭淑云.从脾虚血瘀论治慢性萎缩性胃炎经验[J].国医论坛,2019,34(1):57-59.
- [24] 徐珊.慢性胃炎胃络瘀血证论治[J].中国中西医结合脾胃杂志,2000,8(4):243-244.
- [25] 罗珠林.慢性胃炎血瘀的病理学探讨及临床观察[J].实用中西医结合杂志,1989,2(1):22-23.
- [26] 王爱云,单兆伟.慢性萎缩性胃炎从瘀血论治[J].中国中西医结合脾胃杂志,2000,8(5):290-291.
- [27] 吴红梅,崔濤涛.活血化瘀是治疗慢性萎缩性胃炎的重要法则[J].国医论坛,1997,12(2):20-22.
- [28] 王春燕,王萍,王凤云,等.唐旭东运用失笑散治疗慢性萎缩性胃炎血瘀证经验[J].中国中医药信息杂志,2014,21(3):96-97.
- [29] 康秋华,张沁园,胡春雨,等.从肝主疏泄谈肝脾相关[J].河南中医,2008(7):10-12.
- [30] 刘绍能,刘震,姚乃礼.肝脾同调治疗胃痛的经验[J].北京中医药,2011,30(2):104-105.
- [31] 刘云霞,徐珊.徐珊教授治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J].中华中医药学刊,2011,29(6):1206-1207.