

学校代号 10162

学 号 20100108087



遼寧中醫藥大學

Liaoning University of Traditional Chinese Medicine

硕士学位论文

基于数据挖掘姜树民教授治疗慢性
萎缩性胃炎经验分析

学位申请人	曹奇
指导教师姓名	姜树民
专业名称	中医内科学
申请学位类型	专业学位
论文提交日期	二〇一八年六月

辽宁中医药大学学位论文独创性与真实性声明

本人郑重声明：在我呈交的学位论文中，本人经研究所得的数据、原理、结论等一切内容均真实，且经本人认真核对无误；我呈交的与学位论文相关的资料（原始记录、照片、录像片、检查化验报告单等）确为完整的学位论文研究中的原始资料，本人没作任何修改；我呈交的学位论文是我本人在指导教师的指导下进行的研究工作及取得的研究成果。除文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中没有其他人已经发表或撰写过的研究成果，其他人对我完成此论文的帮助以及对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确说明并表示谢意。

我呈交的学位论文及与该论文相关的资料若有不实之处，本人承担一切相关责任。

学位论文作者签名 曹奇

日期：2018 年 5 月 29 日

关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解辽宁中医药大学有关保留使用学位论文的规定，同意学校保留或向国家有关部门机构送交论文的印刷版和电子版，允许被查阅和借阅。本人授权辽宁中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或其他复印手段保存和汇编本学位论文。

（保密论文在解密后应遵守此规定）

学位论文作者签名 曹奇 学位论文导师签名 姜树民

日期：2018 年 5 月 29 日

目 录

一、摘要	
中文摘要.	1
英文摘要.	2
二、英文缩略词表.	4
三、正文	
前言.	5
资料与方法.	6
实验结果.	8
讨论.	12
结论.	17
四、本研究创新性的自我评价.	18
五、参考文献.	19
六、附录	
综述.	21
个人简介.	27
在学期间科研成绩.	28
致谢.	29

摘 要

目 的：通过数据挖掘方法，探究姜树民教授在治疗慢性萎缩性胃炎的用药及配伍方式的规律，并探究其治疗思路，旨在为中医药治疗慢性萎缩性胃炎的提供新的临床思路及科学依据。

材料与方法：收集姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎 64 例患者的首诊方剂。挑选方中使用频次高于 15 次，使用频次接近总频次 84% 的 22 味中药作为高频药物。对每类药物进行频数分析，选出姜树民教授最常用的若干类药物。对研究药物进行聚类分析以及关联分析，并绘制出树状图、网络图，结合所得统计学结果以及吾师诊疗经验，得出姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎的药物使用原则及配伍方式。

结 果：

1. 对方中所用到的 68 味中药进行频数分析，按中药功效分类，其次序为清热药、利水渗湿药、补虚药等。高频药物为黄芪、白及、茯苓等。
2. 根据聚类分析后得到的树状图，将高频药分为 4 类。第 1 类：石斛、知母、蚕沙；第 2 类：鸡内金、神曲、豆蔻、砂仁；第 3 类：姜黄、白花蛇舌草、牡蛎；第 4 类：延胡索、川楝子、苦参、蒲公英、连翘、黄芪、白及、茯苓、薏苡仁、茵陈、浙贝母、白蔹。
3. 关联分析结果：黄芪配伍白及，茯苓配伍薏苡仁，苦参配伍蒲公英，连翘配伍苦参、蒲公英，川楝子配伍延胡索等为导师治疗慢性萎缩性胃炎常用的药对。
4. 通过对以上所得数据进行整理研究，得出姜树民教授在治疗慢性萎缩性胃炎上的辨证及组方施药的经验和规律。

结 论：

1. 姜树民教授“从痛论治”慢性萎缩性胃炎，提出“痼毒内生、胃阴亏虚”是本病的病机。
2. 基于对病机的认识，提出“清中消痼”为其基本治疗方法，并在治疗中注重“养阴清胃”“化瘀通络”的应用。
3. 本研究使用统计学方法，客观地分析了姜树民教授治疗本病的中药用药配伍规律，为中医药治疗慢性萎缩性胃炎提供新的临床思路和科研方法。

关键词：慢性萎缩性胃炎；数据挖掘；聚类分析；关联分析

Abstract

Purpose: Through data mining method, studying the Chinese herb compatibility rule of Professor Jiang Shumin in treating chronic atrophic gastritis, and explored the way of treatment, aiming to provide new clinical thinking and scientific basis for TCM in treat of chronic atrophic gastritis.

Material and method: Collecting first prescription from professor Jiang Shumin in Treating 64 cases of chronic atrophic gastritis patients. Select the frequency of use in the more than 15 times, and the frequency of use of the total frequency of nearly 84% of the 22 Chinese herb as high-frequency Chinese herb. The frequency analysis for each class of Chinese herb, select the most commonly used by Professor Jiang Shumin. Cluster analysis and correlation analysis of Chinese herb, protract dendrogram and network diagram. According to the statistical results and the experience of diagnosis and treatment from my supervisor, obtain the principle in using Chinese herb and compatibility of Chinese herb of Professor Jiang Shumin in the treatment of chronic atrophic gastritis.

Results:

1. Through the analysis of the frequency of the 68 Chinese herb, according to the efficacy of Traditional Chinese Medicine, the order of the Chinese herb is heat-clearing medicine, damp-draining medicine, tonifying medicine and so on. High-frequency Chinese herb include Astragalus, Bletilla, Poria and so on.

2. According to the dendrogram obtained after cluster analysis, the Chinese herb as a variable can be divided into 4 categories. The first kind: Dendrobium, Rhizoma Anemarrhenae, Silkworm excrement. The second kind: Corium stomachium galli, Medicated leaven, Amomun kravanh, Fructus amomi. The third kind: Rhizoma curcumae longae, Herba Hedyotis, Oysters. The fourth kind: Corydalis tuber, Chinaberry fruit, sophora flavescens, taraxacum, Fructus Forsythiae, Astragalus, Bletilla, Poria, Coix Seed, oriental wormwood, Fritillaria thunbergii Miq, Radix Ampelopsis.

3. The results of correlation analysis: Astragalus and Bletilla, Poria and Coix Seed, sophora

flavescens and taraxacum,Fructus Forsythiae and sophora flavescens with taraxacum, Chinaberry fruit and Corydalis tuber,and so on.All these are in common use for the treatment of chronic atrophic gastritis by Professor Jiang Shumin.

4.Based on the data obtained above investigation, we can get the experience and law of syndrome differentiation and compatibility of medicines in the treatment of chronic atrophic gastritis from Professor Jiang Shumin.

Conclusion:

1.Professor Jiang Shumin treat chronic atrophic gastritis as “carbuncle”,consider that “endogenetic carbuncle ” and “deficiency of stomach yin” is the pathogenesis of chronic atrophic gastritis.

2.Based on the understanding of the pathogenesis,Professor Jiang Shumin propose that “clearing middle energizer and carbuncle” is the basic treatment method,and pay attention to the method of “nourishing yin and clearing stomach” and “resolve static blood and dredging collaterals”.

3.This study used statistical methods to objectively analyse Professor Jiang Shumin's compatibility rule of Chinese herb for treating this disease, and provide new ideas and methods for the treatment of chronic atrophic gastritis by Traditional Chinese Medicine.

Keyword: chronic atrophic gastritis;data mining;cluster analysis;correlation analysis

英文缩略词表

英文缩写	英文全称	中文全称
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
HP	Helicobacter pylori	幽门螺杆菌

前 言

慢性萎缩性胃炎（Chronic atrophic gastritis, CAG）是一种病程长，复发率较高，以正常胃黏膜-炎症-萎缩-肠上皮化生-不典型增生-胃癌为病理演变规律的消化系统难治性疾病，属于慢性胃炎的一种。基于此，慢性萎缩性胃炎也已被明确为癌前疾病，严重威胁人类健康^[1]。因此若早期识别、及时治疗，将有效的控制其进展就成为降低胃癌发病率的有效手段。中医学将慢性萎缩性胃炎归属于“痞满”“痞证”“虚痞”“胃脘痛”“腹胀”等范畴，历代医家学者在著作中对“痞”或“痞证”多有论述^[2]。1989年，在全国第五届脾胃病学术会议上将CAG命名为“胃痞病”^[3]。近些年来，祖国医学在慢性萎缩性胃炎的治疗上依据辨证思路合理施治，取得了显著的治疗效果，显示出巨大的优势和广阔的前景^[4]。本研究为更好的分析导师姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎的组方施药及临床治疗思路，应用聚类分析、关联分析的数据挖掘算法，客观分析方中涉及中药的使用规律，并对药物之间的相关性进行探讨，避免主观偏倚的存在，是目前分析中医药临床应用规律的一种较新方法。不仅多方面探究导师姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎的组方施药规律，同时亦为今后中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究提供了新的临床思路和科研方法。

资料与方法

1. 临床资料

1.1 一般资料

本研究的病例资料全部收集于 2015 年 9 月至 2017 年 9 月期间,于辽宁中医药大学附属医院国医堂姜树民教授专家门诊就诊的符合慢性萎缩性胃炎诊断的 64 例患者的首诊方剂。

1.2 诊断标准

提取以西医诊断为“慢性萎缩性胃炎”(中医诊断为“胃痞”)的病历;西医诊断标准参照“中国慢性胃炎共识意见”(中华医学会消化病学分会全国第二届慢性胃炎共识会议,2012,上海)版内容^[5],中医诊断标准参照在 2011 年由中华中医药学会脾胃病分会讨论并发表《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2011 年)》^[6]。

1.3 病例纳入标准

①患者资料(姓名、年龄、性别、症状信息、疾病诊断)基本完整。

②符合慢性萎缩性胃炎诊断标准。

③单纯接受中药治疗,未予任何西药治疗措施。

④首次于辽宁中医药大学附属医院国医堂姜树民教授专家门诊就诊的患者,选择首诊处方方剂。

1.4 病例排除标准

①不符合“慢性萎缩性胃炎”诊断标准。

②排除神经系统疾病、心脑血管疾病、肾病、糖尿病等其他严重器质性疾病及传染性疾病。

③中医药处方信息资料不完整者。

④妊娠、哺乳期患者。

2. 研究方法

2.1 数据建立:依据病例纳入标准及排除标准,筛选出符合标准的病例,将 64 例被选取患者的姓名及首诊处方方剂的组成中药录入 Microsoft Excel 2013 建立数据资料。中药名称规范参考“十一五”规划新世纪全国高等中医药院校规划教材《中药学》内容予以规范,并依据其中药功效进行归类。

2.2 数据纳入：将所纳入处方方剂的组成中药按照表 1 格式进行录入，如果本处方含有这味药物就记录为“1”，反之，没有这味药物则记录为“0”。进行关联规则分析时，须将表 1 的数据格式进行转换，即将“1”“0”分别用“T”“F”替代并保存。

表 1. 数据录入格式举例

	黄芪	白及	鸡内金	神曲	茯苓	以后略
患者 1	0	0	1	0	0	.....
患者 2	1	1	1	0	1	.....
患者 3	1	0	0	1	1	.....
以后略	.....	.....	.....	.....	.....	.....

表 2. 功效聚类分析数据录入格式举例

	补虚药	止血药	消食药	化湿药	利水渗湿药	以后略
患者 1	0	0	1	0	0	.....
患者 2	1	1	1	0	1	.....
患者 3	1	0	0	1	1	.....
以后略	.....	.....	.....	.....	.....	.....

表 3. 关联分析数据录入格式举例

编号	黄芪	白及	鸡内金	神曲	茯苓	以后略
患者 1	T	T	T	T	T	.....
患者 2	F	T	T	F	T	.....
患者 3	T	T	T	T	T	.....
患者 4	T	T	T	T	T	.....
患者 5	F	F	F	F	F	.....
.....
患者 64	F	F	F	F	F	.....

2.3 数据分析：使用 Microsoft Excel 2013 对录入数据资料中的各个中药使用次数及使用频率进行统计。在全部中药中，选取平均频数以上的药品作为高频药物，录入并编辑 Excel 表格，并将其导入 IBM SPSS Statistics 19.0 以进行中药药品的聚类分析。将本次研究全部中药药品导入 IBM SPSS Modeler 14.2 进行关联分析。

实验结果

1. 药物的使用频率统计

本次研究共涉及中药 68 味，药物使用频次共计为 994 次，每个患者平均使用中药 15 味。按出现次数进行排序，使用频次在 15 次以上中药的共计 22 味，共计出现 832 次，占使用总频次的 83.70%，而后 46 味中药，使用次数较少，故将前 22 味中药作为高频药物，其中包括黄芪、白及、茯苓、薏苡仁、苦参、蒲公英、连翘、延胡索、川楝子、茵陈、浙贝母、白藜、牡蛎、姜黄、豆蔻、砂仁、蚕沙、鸡内金、白花蛇舌草、神曲、石斛、知母。

表 4. 药物频次频率分布（使用频数 ≥ 15 次）

中药	频数/次	频率/%	中药	频数/次	频率/%
黄芪	64	6.44	白藜	38	3.82
白及	64	6.44	牡蛎	24	2.41
茯苓	60	6.04	姜黄	22	2.21
薏苡仁	59	5.94	豆蔻	21	2.11
苦参	56	5.63	砂仁	20	2.01
蒲公英	56	5.63	蚕沙	19	1.91
连翘	54	5.43	鸡内金	17	1.71
延胡索	53	5.33	白花蛇舌草	17	1.71
川楝子	52	5.23	神曲	16	1.61
茵陈	45	4.53	石斛	16	1.61
浙贝母	43	4.33	知母	16	1.61

2. 药类频数频率分布

通过对 68 味药物进行频数分析，得到导师姜树民教授所诊治慢性萎缩性胃炎患者最常使用的中药功效排序，并依据“十一五”规划新世纪全国高等中医药院校规划教材《中药学》对药物的分类归纳作为参考，依次为：清热药、利水渗湿药、补虚药、活血化瘀药、止血药、化湿药、化痰止咳平喘药、理气药、消食药、祛风湿药、平肝息风药、解表药、驱虫药、收涩药、安神药、泻下药。

表 5. 药类频数频率分布

药物类别	味数	频数/次	频率/%
清热药	14	261	26.26

利水渗湿药	4	166	16.70
补虚药	6	90	9.05
活血化瘀药	5	86	8.65
止血药	3	71	7.14
化湿药	5	69	6.94
化痰止咳平喘药	6	59	5.94
理气药	5	57	5.73
消食药	3	34	3.42
祛风湿药	3	24	2.41
平肝息风药	1	24	2.41
解表药	5	18	1.81
驱虫药	1	14	1.41
收涩药	4	10	1.01
安神药	2	10	1.01
泻下药	1	1	0.10

3. 聚类分析所获得的树状图

将高频药物进行聚类分析，根据聚类分析后得到的树状图，可将作为变量的 22 味高频药物分为 4 类。第 1 类包括石斛、知母、蚕沙；第 2 类包括鸡内金、神曲、豆蔻、砂仁；第 3 类包括姜黄、白花蛇舌草、牡蛎；第 4 类包括延胡索、川楝子、苦参、蒲公英、连翘、黄芪、白及、茯苓、薏苡仁、茵陈、浙贝母、白薇。通过分析得到导师姜树民教授对慢性萎缩性胃炎治疗上的辨证思想及组方用药的思路。

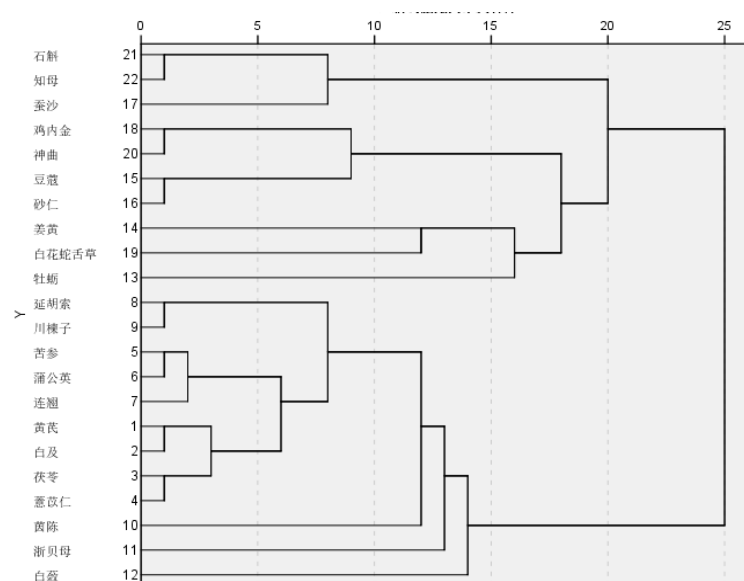


图 1. 聚类分析树状图

4. 关联分析结果

采用 SPSS Modeler 14.2 进行建模, 运用 Apriori 算法对药物进行关联规则分析, 设置参数: 前导支持度: 80%, 置信度: 90%, 点击规则分析, 共得出 2 组合关联规则 34 条。见图 2、表 6。由表 6 可见, 黄芪→白及、茯苓→白及、茯苓→黄芪、薏苡仁→白及、薏苡仁→黄芪支持度最高, 其支持度为 98.462%; 其次为薏苡仁→茯苓, 支持度为 92.308%。置信度最高的为黄芪→白及、苦参→蒲公英、白及→蒲公英、黄芪→蒲公英、白及→苦参、黄芪→苦参、白及→连翘、黄芪→连翘、白及→延胡索、黄芪→延胡索、白及→川楝子、黄芪→川楝子, 置信度为 100%, 其次为薏苡仁→茯苓, 置信度为 98.333%, 川楝子→延胡索, 置信度为 98.113%, 连翘→蒲公英、连翘→苦参, 置信度为 96.429%。从关联规则分析的研究中可以看出, 黄芪配伍白及, 茯苓配伍薏苡仁, 苦参配伍蒲公英, 连翘配伍苦参、蒲公英, 川楝子配伍延胡索等均为导师治疗慢性萎缩性胃炎最常用的药对。

表 6. 药物关联规则分析

后项	前项	支持度 %	置信度 %
黄芪 = T	白及 = T	98.462	100
茯苓 = T	白及 = T	98.462	93.75
茯苓 = T	黄芪 = T	98.462	93.75
薏苡仁 = T	白及 = T	98.462	92.188
薏苡仁 = T	黄芪 = T	98.462	92.188
薏苡仁 = T	茯苓 = T	92.308	98.333
苦参 = T	蒲公英 = T	86.154	100
白及 = T	蒲公英 = T	86.154	100
黄芪 = T	蒲公英 = T	86.154	100
白及 = T	苦参 = T	86.154	100
黄芪 = T	苦参 = T	86.154	100
连翘 = T	蒲公英 = T	86.154	96.429
连翘 = T	苦参 = T	86.154	96.429
薏苡仁 = T	蒲公英 = T	86.154	94.643
茯苓 = T	蒲公英 = T	86.154	94.643
薏苡仁 = T	苦参 = T	86.154	94.643
茯苓 = T	苦参 = T	86.154	94.643
白及 = T	连翘 = T	83.077	100

黄芪 = T	连翘 = T	83.077	100
薏苡仁 = T	连翘 = T	83.077	94.444
茯苓 = T	连翘 = T	83.077	94.444
白及 = T	延胡索 = T	81.538	100
黄芪 = T	延胡索 = T	81.538	100
川楝子 = T	延胡索 = T	81.538	98.113
蒲公英 = T	延胡索 = T	81.538	92.453
苦参 = T	延胡索 = T	81.538	92.453
薏苡仁 = T	延胡索 = T	81.538	92.453
茯苓 = T	延胡索 = T	81.538	92.453
白及 = T	川楝子 = T	80	100
黄芪 = T	川楝子 = T	80	100
蒲公英 = T	川楝子 = T	80	92.308
苦参 = T	川楝子 = T	80	92.308
薏苡仁 = T	川楝子 = T	80	92.308
茯苓 = T	川楝子 = T	80	92.308

注：a. 支持度体现了药对或药组在方剂中是否为普遍存在的规律。如支持度为 30%，表示在 100 个方剂中有 30 个方剂符合关联规则描述。b. 置信度体现了关联规则前提成立的条件下药对或药组成果的概率。如置信度为 66%，表示在 100 个后项出现的方剂中有 66 个方剂包含前项。

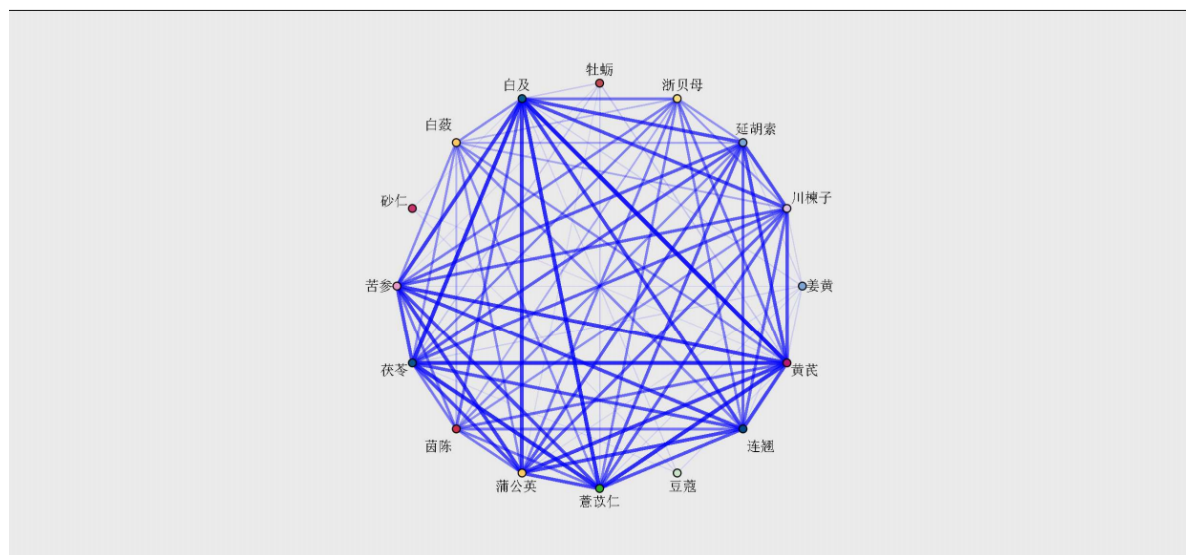


图 2. 药物关联网络图

讨 论

近年来中医药在慢性萎缩性胃炎治疗中，显示出其独特优势，本研究对导师姜树民教授治疗 CAG 患者临床用药进行统计分析，意在通过统计分析结果，形成 CAG 基本治疗思路，为 CAG 的治疗提供新的研究思路，得出结论如下：

1. 数据挖掘结果分析

1.1 用药频次分析

通过对导师治疗 CAG 所涉及到的 22 味高频药物用药分析可见，前 22 味药物作为高频药物，为黄芪、白及、茯苓、薏苡仁、苦参、蒲公英、连翘、延胡索、川楝子、茵陈、浙贝母、白芍、牡蛎、姜黄、豆蔻、砂仁、蚕沙、鸡内金、白花蛇舌草、神曲、石斛、知母。

方剂中所涉及到的药物分类主要以清热药使用频次最高，代表药物为苦参、蒲公英、连翘等；其次为利水渗湿药，以茯苓、薏苡仁等常见；再其次为补虚药，以补气药为主，黄芪使用频次最高。此外活血化瘀药如延胡索，止血药如白及，化湿药如砂仁、豆蔻等其它分类亦较为常见。

黄芪兼有补益中气及托毒生肌双重功效。现代研究认为黄芪具有改善慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜病变的作用^[7]。白及功在消肿生肌，为收敛止血之要药。同时白及性质黏腻，可保护胃黏膜^[8]。黄芪与白及相须为用，针对病灶，疗效显著。故此二药为吾师最常用之药对，亦是本次研究单味药使用频率最高者。

薏苡仁一则渗湿健脾利水、兼清热排脓，使湿热之邪从小便出，给邪以出路，二则在祛邪的同时兼可健脾。茯苓、薏苡仁，既可健脾利湿，又降脾胃浊气。

苦参以清热燥湿，杀虫止痒为其主要功效。蒲公英清热解毒，消肿散结，《本草新编》记载蒲公英性平，为“泻胃火之药”，有泻火存阴之功。连翘可清热解毒、消痈散结，被称“疮家圣药”。白芍兼有清热解毒，消肿散结、敛疮生肌之功效。浙贝母既可清热，又散结消痈，亦常使用。

延胡索活血的同时兼理气，川楝子理气同时兼疏肝，两药合用，使气血调和，为吾师治疗萎缩性胃炎肝胃郁热证的常用药对。

知母清热泻火，又可滋阴。石斛为滋阴之药，亦可清热。二者常同时使用，共达滋阴清热之功。

茵陈乃“治脾胃二家湿热之专药”，善于清热利湿。蚕沙可化湿和胃。豆蔻、砂仁均可化湿行气，两者同用，畅达全身气机、使湿邪尽出，又可温中，有助于恢复脾之健运、行升清降浊之功。且砂仁为醒脾调胃之要药，现代研究表明其具有促胃肠动力的作用^[9]。

白花蛇舌草清热解毒、消肿止痛，现代药理研究结果显示白花蛇舌草具有抗癌、抗氧化以及抗炎等作用^[10]。姜黄活血行气、通经止痛，同时对胃黏膜具有保护的作用^[11]。牡蛎制酸止痛，对于减轻萎缩性胃炎临床症状效果良好。神曲、鸡内金，健胃消食，可缓解脘腹胀满、暖气吞酸等症，亦有助于恢复脾胃功能。

1.2 聚类分析结果分析

根据聚类分析后得到的树状图，可将作为变量的 22 味高频中药分为 4 类：第 1 类：石斛、知母、蚕沙；第 2 类：鸡内金、神曲、白豆蔻、砂仁；第 3 类：姜黄、白花蛇舌草、牡蛎；第 4 类：延胡索、川楝子、苦参、蒲公英、连翘、黄芪、白及、茯苓、薏苡仁、茵陈、浙贝母、白芍。通过分析得到姜树民教授对慢性萎缩性胃炎治疗上的用药配伍规律。第一类以滋阴清胃为主；第二类功效在理气和胃，同时可有效改善临床症状；第三类以活血解毒止痛为主；第四类功效在消痞散结，同时配伍清湿热，行气血药物。结合以上研究结果可知，吾师对于萎缩性胃炎的治疗以滋阴、清热、活血、消痞为基础治法，同时注重改善临床症状。

1.3 关联规则分析

关联规则又称关联挖掘，是从大量的数据中发现项集之间的频繁模式、相关性或因果结构，从而描述一个事物中某些属性同时出现的规律和模式的分析技术^[12]。本研究为探索治疗 CAG 方法，运用 Apriori 算法对高频药物进行关联规则分析，本研究将设置参数调前导支持度：80%，置信度：90%，进行规则运算，共得出 34 条药对与药组关联规则。从关联规则分析的研究中可以看出，在治疗慢性萎缩性胃炎的治疗中，黄芪配伍白及为最常用药对，与此同时薏苡仁配伍茯苓、苦参配伍蒲公英、蒲公英配伍连翘、苦参配伍连翘、连翘配伍黄芪、延胡索配伍川楝子均可作为治疗慢性萎缩性胃炎的常用药对。黄芪白及两者相须为用，共达补气生血、收敛止血、托毒消肿生肌之效。茯苓、薏苡仁两者均有健脾胃之功，又可降湿浊之邪。苦参、蒲公英同用，共达清热解毒，消肿散结之功效。连翘清热解毒、消肿散结，为“疮家圣药”，与黄芪同用，行托毒消痞之功；与蒲公英、苦参同用，共行清热解毒之效。延胡索、川楝子疏肝行气，对于肝胃热

证胃痛效果良好。

2. 慢性萎缩性胃炎“痈毒内生、胃阴亏虚”病机观

脾胃居于中焦，主气机升降。若因忧思恼怒，肝气郁滞，横犯于胃，肝胃失和；或气郁化火，肝胃郁热；脾胃功能失调，气机壅滞，水反为湿，谷反为滞，积湿成浊，积滞化热，郁热内生。湿热中阻，气血凝滞，陈腐郁热，则血肉腐败，化而为痈。CAG 患者的胃镜检查大多数可见胃黏膜充血、炎症、萎缩、糜烂^[13]，其病理表现与“痈”红肿热痛，溃烂坏死的临床表现相吻合。病情进一步发展，热邪由气入血，灼伤阴液，营阴受损，导致胃阴不足。胃阴受损，胃腑失于濡养，水谷不化，则气血生化乏源，加重气滞血瘀，导致病情进一步发展；同时脾胃运化无力，湿浊内生，则瘀血浊毒胶结，瘀阻络脉，加之热毒灼炼，又蕴化为痈。故胃阴亏虚是萎缩性胃炎重要病机，既是病情进展的结果，又是加重病情之因素。

幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)是一种革兰阴性需氧杆菌,是感染率较高的慢性感染性致病菌,是慢性萎缩性胃炎发病的重要因素。周学文^[14]认为 Hp 属于中医学“热毒”范畴,临床观察脾胃湿热证 Hp 感染率最高。王立^[15]等对 Hp 感染患者进行辨证分型分析,得出常见证型依次为:胃湿热型>胃络瘀血型>肝胃不和型>脾胃虚弱型。由此可以看出, Hp 感染与中医学所述湿热邪毒引起的痈的症状高度相似,可将其视为“热毒”之病因。

现代研究证实,胃黏膜防御机制具有整体的保护作用,它由多种因素介导,多种生物因子相互作用形成复杂的网络防御体系,是慢性胃炎等消化性疾病等发生发展的基础^[16]。当胃黏膜防御机制受损,胃的固护作用减弱,则发为胃病。胃镜及光镜下可见胃黏膜粗糙、苍白变薄,固有腺体减少等胃黏膜损伤的病理表现,与胃阴不足失于濡养的表现具有相似性,而病情进一步加重出现肠上皮化生或不典型增生的癌前病变,在镜下表现出的糜烂、出血灶、结节、颗粒样改变、皱缩状改变^[17],与血腐肉败成痈之象相吻合。刘长明^[18]证实 CAG 证型以脾胃虚弱与胃阴不足为主,且胃阴不足则胃黏膜防御功能损失,从而导致慢性萎缩性胃炎的发生。故无论从宏观辨证,还是微观辨证,均可证实慢性萎缩性胃炎存在胃阴亏虚的病理表现,且胃阴不足诱发加重慢性萎缩性胃炎的过程,与胃黏膜防御功能受损导致病情进展的病理演变过程具有相似性。

3. 慢性萎缩性胃炎治疗立法依据

3.1 清中消痈

吾师基于对慢性萎缩性胃炎病机的认识，并在国医大师李玉奇的学术观点上继承创新^[19]，提出以“清中消痈”为治疗慢性萎缩性胃炎的基本治法。多配伍使用黄芪、白及、苦参、蒲公英、连翘、茯苓、薏苡仁、茵陈、浙贝母、白蔹等药物。黄芪补气生血、健脾益气、托毒生肌，白及收敛止血、消肿生肌，二者针对痈之病灶，为祛腐生新基础药对。苦参与蒲公英合用，清热解毒，消肿散结，为治疗痈之良药，同时具有清除幽门螺杆菌的作用^[20]。连翘为“疮家圣药”，具有消散痈肿的作用，同时连翘又有透热转气之功，清营阴之热以保护胃阴。白蔹具有敛疮生肌止痛之功，又可清解火热毒邪，“为疗肿痛疽家要药”。浙贝母苦泄清热解毒，散结消痈，善治痈邪。诸药合用，共达清中消痈之功。

“邪之所凑，其气必虚”，脾虚则湿生，“湿为浊之渐，浊为湿之极”，湿邪盛则为浊，故吾师在治疗慢性萎缩性胃炎时常予化浊利湿类药物，以求健脾和胃，升清降浊之效。豆蔻、砂仁，两者为辛温芳香之品，行气健脾，脾气健运则湿邪无以生。蚕沙化湿和胃，可祛胃中湿浊，以复胃腑降浊之功。茯苓、薏苡仁健脾而利水渗湿，又降脾胃浊气。茵陈“治脾胃二家湿热之专药”，渗湿健脾，且利小便。此三药合用，既可健脾，同时使湿热之邪从小便排出，令邪有出路。

病程日久，浊瘀混处胃腑，脏腑失于濡养，可发生胃黏膜萎缩及“癥积”形成，此阶段相当于西医学中慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生或不典型增生，为癌前病变，在此阶段应注重加入消积散结之药物，吾师常用药有半枝莲、白花蛇舌草等。白花蛇舌草清热解毒、消肿止痛，半枝莲祛腐生新、化瘀泄毒，两者配合以达消坚化积之功用。现代医学研究表明二药^[21]具有抗癌作用，并能提高自身免疫力，增强抗癌、排毒之功效。

3.2 养阴清胃

胃阴虚损是慢性萎缩性胃炎病情进展的重要环节，它既是阶段性病变结果，又是促病情发展，形成恶性循环，加重腺体萎缩乃至肠上皮化生或不典型增生等癌前病变的重要因素^[22]。吾师强调，在慢性萎缩性胃炎治疗过程中，应注重滋阴补虚，以恢复对胃腑的滋润濡养作用，同时配合以清热之药物，以求标本同治。吾师常使用知母、石斛作为滋养胃阴之药对。知母“清胃以救津液，消中瘵热宜之”，石斛“强阴益精，久服厚肠胃，补内绝不足，平胃气，长肌肉”，二者相配，以求滋阴清热。且石斛、知母均为平淡之品，虽有补益之功，却无滋腻之嫌，以防滋生湿热。

3.3 化瘀通络

在清中消痈，养阴清胃的基础上，吾师认为，慢性萎缩性胃炎病程较长，久则血伤入络，随着病情进展，浊瘀热毒等邪气相互胶结，混处胃络，气滞血瘀，胃络瘀阻，故在治疗中应佐以化瘀通络之药物，消散络脉之瘀滞，多使用姜黄、郁金等药物。其中姜黄以活血化瘀通络，郁金以活血理气，消散壅滞。临床随证中，可根据病症变化，佐以威灵仙、白芥子等药物。威灵仙性猛善走，“通行十二经”，可通络止痛，软坚散结。白芥子“通行甚锐”，利气散结，通络止痛。亦可配合莪术、三棱以助破血消癥之功。

吾师之遣方用药，攻补兼施，扶正不留邪，驱邪不伤正，使虚弱之脾胃得以振奋，上下气机得以条达，阴液得以滋养，热邪祛，湿尽除、瘀血通，则痈自消。此外，吾师在治疗萎缩性胃炎中，常用牡蛎、海螵蛸、鸡内金、神曲等药物。牡蛎、海螵蛸制酸止痛，鸡内金、神曲健胃消食。在临床上应用有助于缓解慢性萎缩性胃炎临床症状。

结 论

1. 导师姜树民教授在治疗慢性萎缩性胃炎中，用到的高频药共 22 味，包括黄芪、白及、茯苓、薏苡仁、苦参、蒲公英、连翘、延胡索、川楝子、茵陈、浙贝母、白蔹、牡蛎、姜黄、豆蔻、砂仁、蚕沙、鸡内金、白花蛇舌草、神曲、石斛、知母。药物功效类别的使用频次依次为：清热药、利水渗湿药、补虚药、活血化瘀药、止血药、化湿药、化痰止咳平喘药、理气药、消食药、祛风湿药、平肝息风药、解表药、驱虫药、收涩药、安神药、泻下药。
2. 根据聚类分析结果显示：导师姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎的药物可分为四类。第 1 类：石斛、知母、蚕沙；第 2 类：鸡内金、神曲、豆蔻、砂仁；第 3 类：姜黄、白花蛇舌草、牡蛎；第 4 类：延胡索、川楝子、苦参、蒲公英、连翘、黄芪、白及、茯苓、薏苡仁、茵陈、浙贝母、白蔹。
3. 根据关联分析结果显示：导师姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎的常用药对为黄芪配伍白及，茯苓配伍薏苡仁，苦参配伍蒲公英，连翘配伍苦参、蒲公英，川楝子配伍延胡索。
4. 导师姜树民教授根据多年临床经验，提出“痼毒内生、胃阴亏虚”为慢性萎缩性胃炎的基本病机。
5. 基于慢性萎缩性胃炎病机观，提出“清中消痼”为其基本治疗方法，并在治疗中注重“养阴清胃”“化瘀通络”的应用。
6. 本研究使用了聚类分析及关联分析的统计学方法，客观地分析了导师姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎的中药用药配伍规律，避免了主观因素对用药分类的偏倚，为中医药治疗慢性萎缩性胃炎提供新的临床思路和科研方法。

本研究创新性的自我评价

慢性萎缩性胃炎是临床多发病、常见病，在病程后期，常伴有肠上皮化生或不典型增生，有癌变风险。中医学将其归为“胃痞”“胃痛”“痞满”等范畴。本文通过查阅古籍文献，了解了历代医家对其病因病机及其治法的论述，探析不同学术流派对本病的认识与理解，同时查阅中外文献资料，了解到现代医学对本疾病的研究及进展，发现目前西医学尚未有针对胃黏膜萎缩治疗的药物。现代医学在治疗本病时，虽可以改善临床症状，但个体化差异较小，复发率高，且副作用难以避免。祖国医学在治疗慢性萎缩性胃炎上，依据辨证论治，每收到良效。本研究在收集导师姜树民教授所诊治的临床病例的基础上，应用聚类分析及关联分析，科学筛选出导师在疾病不同阶段及病机下所应用的药物，即在痼毒内生，胃阴亏虚的病机观下，以清中消痞为基本治法，养阴清胃、化瘀通络贯穿于病程中后期，灵活辨证，审因遣方，依证施药，体现了导师在治疗慢性萎缩性胃炎上的学术思想与临床经验。笔者在撰写论文过程中，幸得导师悉心指点，将导师治疗本病的经验归纳整理，为今后中医药治疗慢性萎缩性胃炎提供了新的临床思路与科研方法。

参考文献

- [1]Chen YX, Man K, Ling GS, et al. A crucial role for dendritic cell DC IL-10 in inhibiting successful DC-based immunotherapy superior antitumor immunity against hepatocellular carcinoma evoked by DC deviod of IL-10[J]. J Immunol. 2007, 179(9):6009-6015.
- [2]张林国, 赵瑞荣, 马立东. 胃痞和慢性萎缩性胃炎的中医病名研究初探[J]. 中国中医基础医学杂志. 2000, 6(2):7-8.
- [3]梁方信. 胃痞与慢性萎缩性胃炎[J]. 山东中医杂志. 1990, 9(4):58-60.
- [4]施家强, 林平. 中医药治疗慢性非萎缩性胃炎临床研究进展[J]. 亚太传统医药. 2017, 13(23):65-66.
- [5]房静远, 刘文忠, 李兆申, 等. 中国慢性胃炎共识意见(2012 年, 上海)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版). 2013, 5(7):44-55.
- [6]唐旭东, 王萍, 李振华. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[A]. 中华中医药学会脾胃病分会第二十三次全国脾胃病学术交流会, 中国海南海口, 2011:26-32.
- [7]赵唯含, 高康丽, 李宁飞, 等. 黄芪、三七及其配伍对慢性萎缩性胃炎大鼠胃组织 Hedgehog 信号通路的调节作用[J]. 中华中医药杂志. 2016, 31(5):1951-1955.
- [8]刘文杰, 刘忠华, 赵敏, 等. 三七白及黄芪提取物对浅表性胃炎的治疗作用[J]. 时珍国医国药. 2014, 25(11):2720-2721.
- [9]朱金照, 冷恩仁, 陈东风, 等. 砂仁对大鼠胃肠运动及神经递质的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志. 2001, 9(4):205-207.
- [10]纪宝玉, 范崇庆, 裴莉昕, 等. 白花蛇舌草的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志. 2014, 20(19):235-240.
- [11]丁志山, 蒋福升, 高承贤, 等. 姜黄素对动物实验性胃溃疡的影响研究[J]. 中华中医药学刊. 2008, 26(10):2225-2226.
- [12]张伟妃, 李福凤, 李琦, 等. 慢性胃炎舌诊特征信息与胃镜及病理结果的关联分析[J]. 中华中医药学刊. 2015, 33(3):576-578.
- [13]李海文, 潘华峰, 袁玉梅, 等. 慢性萎缩性胃炎以痛论治探讨[J]. 山西中医. 2013, 29(2):1-3.

- [14]周学文. 慢性萎缩性胃炎中医证治旨要[J]. 中医药学刊. 2002(5):558-559, 587.
- [15]王立, 赵荣莱, 陈正松. 慢性胃炎、消化性溃疡中医证型与幽门螺杆菌的关系[J]. 中国中西医结合脾胃杂志. 1995, 3(1):27-28.
- [16]周丽雅, 闫秀娥. 胃黏膜防御机制的新认识[J]. 临床内科杂志. 2006, 23(2):86-88.
- [17]管仁珍, 刘文天, 王邦茂, 等. 胃黏膜不典型增生和肠化生的内镜监测评价[J]. 胃肠病学和肝病学杂志. 2008, 17(2):136-138.
- [18]刘长明, 冯全林, 张剑治, 等. CAG 的中医证型与幽门螺旋杆菌、IL-10 的相关性研究[J]. 中国中医基础医学杂志. 2015, 21(10):1271-1274.
- [19]鲁国良. 李玉奇教授以痛论治慢性萎缩性胃炎[J]. 新中医. 1994(4):12-14.
- [20]刘生杰, 梁浩, 罗燕萍, 等. 中西药体外抑制幽门螺杆菌效果观察[J]. 中国病原生物学杂志. 2011, 6(2):115-117.
- [21]陈玉, 冯大刚, 胡荣, 等. 半枝莲和白花蛇舌草总多糖对 S₁(180) 荷瘤小鼠的抗肿瘤作用研究[J]. 新中医. 2013, 45(5):171-174.
- [22]曹奇, 姜树民. 基于络病理论探析慢性萎缩性胃炎由痞到积的病理演变[J]. 中国中医基础医学杂志. 2017, 23(9):1205-1207.

综 述

中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展

慢性萎缩性胃炎（CAG）是临床常见的消化系统疾病，以胃黏膜固有腺体数量减少，黏膜萎缩变薄，可伴有肠上皮化生或不典型增生为特征，属于消化系统疑难病之一，在病程后期，不仅胃的消化吸收功能减弱，还因肠上皮化生、不典型增生的出现，导致癌变的风险大大提高，属于癌前病变的范畴^[1]。现代医学对慢性萎缩性胃炎的治疗多针对病因，遵循个体化原则对症治疗^[2]。如幽门螺旋杆菌（Hp）阳性者应根除 Hp，一般采用四联疗法（枸橼酸铋钾+奥美拉唑+阿莫西林+克拉霉素或其他抗生素）。若出现胃胀或反酸等症状可采用促胃肠动力药、抑酸药等对症治疗。而对于无明显症状患者，针对萎缩的靶点药物仍是空白。目前研究仅发现某些具有生物活性功能的维生素、叶酸可改善萎缩黏膜的病理状态，可能降低胃癌的发生风险^[3-4]。祖国医学在治疗慢性萎缩性胃炎方面有着独到优势，在审其病因的基础上，辨证施方选药，个体化治疗明显，且副作用小，取得了较好的临床疗效。

1. 病因病机

中医学将慢性萎缩性胃炎归为“胃痞”“胃痛”之范畴，外邪侵袭、饮食内伤、情志不遂和脾胃虚弱为常见病因，病机以中焦气机逆乱，脾升胃降受阻为主，病性属本虚标实。叶柏^[5]指出除了外邪侵袭、饮食不节及情志不调等临床较为常见的慢性萎缩性胃炎病因外，药物损伤脾胃亦是导致慢性萎缩性胃炎发病的主要原因。CAG 病理性质不外虚实两端，其中“虚”多指脾胃虚弱、胃阴不足等，“标实”多指气滞、血瘀、湿邪、毒浊等。马贵同^[6]提出慢性萎缩性胃炎以气滞、湿阻、血瘀为标，脾气虚、胃阴虚为本。王道坤^[7]认为慢性萎缩性胃炎发病多因感受外邪、脾胃受损等因素导致中焦升降浊的功能减弱，脾脏清阳不升，胃腑浊阴不降，故慢性萎缩性胃炎以脾胃虚弱为其发病之根本。刘春叶^[8]认为胃阴不足是慢性萎缩性胃炎发生的病理基础，胃阴不足，络脉黏膜失于濡养，继而黏膜萎缩，发为 CAG。李佃贵^[9]提出“浊毒学说”，认为慢性萎缩性胃炎病在肝郁脾虚，湿盛成浊，浊郁成毒，浊毒之邪深伏胃脉。谢晶日^[10]认为湿邪是慢性萎缩性胃炎的重要因素，湿邪阻滞气机，导致脾失运化，内湿积聚，日久伤津耗液损伤脾胃。王爱云^[11]认为血瘀贯穿本病的整个疾病过程，血行受阻，濡养功能减弱，黏膜失

养而萎缩，导致慢性萎缩性胃炎疾病的发生。

2. 慢性萎缩性胃炎西医研究进展

现代医学认为，慢性萎缩性胃炎为多种病因综合作用、发展累积的结果，其过程漫长、多变。目前，从“正常胃黏膜→浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生、异型增生→胃癌”的病变模式被大多数学者所公认。慢性萎缩性胃炎发展到后期，出现肠上皮化生和不典型增生，被视为肠型胃癌癌前病变^[12]，且病变率高，故对慢性萎缩性胃炎早期的诊治尤为重要。临床上确诊萎缩性胃炎多依赖于胃镜下病理组织活检，为诊断 CAG 的金标准。非侵入性方法诊断方便快捷，在慢性萎缩性胃炎早期诊断及治疗中均有着重要作用。胃泌素 17 水平的高低可以反映慢性萎缩性胃炎黏膜萎缩的程度。何均辉等^[13]通过对 52 例萎缩性胃炎患者胃泌素含量的检测，结果证实，在慢性萎缩性胃炎任何阶段，胃泌素水平随萎缩程度加重均呈现明显下降趋势。王雪华等^[14]研究发现胃泌素筛查萎缩性胃炎界值为 $G17 < 6 \text{ pmol/L}$ ，其灵敏性和特异性分别为 65.9% 和 63.8%。血清胃蛋白酶原（PG）是胃黏膜特异性功能酶—胃蛋白酶的无活性前体，其水平高低能够反映胃黏膜的功能状态和形态学改变^[15]。由于固有腺体减少，分泌功能降低，则 PG 水平降低，故慢性萎缩性胃炎患者血液中 PG 含量与其病变程度呈正相关。彭海英等^[16]通过检测 CAG 患者血清中 PGI 及 PGII 含量发现，PGI 含量及 PGI/PGII 比值明显降低，且与病情严重程度呈负相关。幽门螺杆菌（Hp）感染是慢性萎缩性胃炎的重要病因，我国慢性萎缩性胃炎患者中 Hp 感染率可达 58%^[17]，故对 Hp 早期发现尤为重要。Hp 有侵入性检查和非侵入性检查两种方法，其中侵入性方法有：组织切片染色法、幽门螺杆菌培养等；非侵入性试验中 13C 或 14C 呼气试验临床最为常见。对于慢性萎缩性胃炎的治疗，临床尚无对于萎缩的靶点治疗，以病因治疗及保护胃黏膜为主要手段。针对 Hp 感染，根据 2012 年《第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识意见》推荐铋剂+PPI+2 种抗菌药物组成的四联疗法根除 Hp。保护胃黏膜常用胶体次枸橼酸铋、思密达等药物。

3. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的优势

中医药在治疗慢性萎缩性胃炎方面有着独到见解，医家根据各自学术观点，提出了不同的病机观及治疗方案，临床均颇有疗效。现将近年来对慢性萎缩性胃炎的治疗研究及学术观点予以归纳介绍。

3.1 辨证论治

徐珊^[18]将慢性萎缩性胃炎分为 5 个证型，分别为脾胃虚弱型，常予异功散、香砂六

君子汤等；肝胃不和型，常予柴胡疏肝散、四逆散等；脾胃湿热型，常予半夏泻心汤、藿朴夏苓汤等；胃阴不足型，常予一贯煎、益胃汤等；胃络瘀血型，常予失笑散、丹参饮等。颜幸杰^[19]经临床试验证实，黄芪建中汤化裁(黄芪、党参、桂枝、白芍、炙甘草、田七、白术、生姜、大枣)能够改善慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱型患者幽门螺杆菌转阴率，临床疗效显著。刘冠歧等^[20]在柴胡疏肝散基础上进行加减，治疗肝胃不和型 CAG 患者，临床疗效确切。苏克雷等^[21]提出，以香砂六君子汤为代表的益气健脾法对慢性萎缩性胃炎患者镜下黏膜状态和病理组织的改变及症状改善与对照组比较有明显优势($P < 0.05$)。

3.2 从瘀毒论治

随着病情长期进展，胃黏膜从正常生理状态发展至萎缩甚至出现肠上皮化生或不典型增生。“毒者，邪气蕴结不解之谓也”，瘀毒是在诸多病理因素长期影响下，脏腑代谢失常，气血津液不得运化而滞留反化生痰、湿、瘀血等，胶着凝固，阻于血脉，最终导致瘀血阻络，瘀毒互结，符合“久则血伤入络”之说。故瘀毒致病的过程与 CAG 胃黏膜逐步萎缩化生的病理演变相吻合。张云松^[22]认为，慢性萎缩性胃炎的病因病机可以概括为正气亏虚，浊毒邪气侵袭，毒瘀内蕴，故提出解毒化瘀扶正为治疗慢性萎缩性胃炎基本大法。潘华峰^[23]提出“虚”“瘀”“毒”为慢性萎缩性胃炎的致病因素。脾虚则中焦升降失常，气血运行不利而为瘀，湿热蕴结而为毒。同时瘀毒又能进一步困脾，加重脾虚证候，即瘀毒既作为疾病发生的病理产物，又是作为疾病进展，加重脾虚的致病因素。故治疗时以“健脾化瘀解毒”为总则。健脾以恢复气机升降功能，化瘀解毒不仅有利于脾运，亦能改善微循环，促进胃黏膜的修复。故 CAG 的治疗当把握整体，从脾运及瘀毒方面针对治疗。石强^[24]提出“瘀毒互结”贯穿于慢性萎缩性胃炎病程，是 CAG 向胃癌进展的重要病因。“瘀毒”并非“癌毒”，但若不加控制则会进展为“癌毒”，故利用活血解毒治法可降低其癌变风险。孟宪鑫^[25]证实化浊解毒方能改善患者镜下胃黏膜水肿、糜烂及结节、增生样改变，促进病理改变的逆转，同时改善胃内环境，以促进胃黏膜的修复，阻止 CAG 向胃癌进展。

3.3 以痛论治

《圣济总录》中提出：“夫阴阳升降，则荣卫流通；气逆而隔，则留结为痛。胃脘痛者，由寒气隔阳，热聚胃口，寒热不调，故血肉腐坏。”可知寒热不调、气逆而上导致热聚胃脘，血肉腐败生痛。慢性萎缩性胃炎患者镜下胃黏膜可见糜烂、水肿、局部充

血或结节、颗粒样增生等病理改变,符合“痈”血肉腐败、焮热溃烂的表现。李海文^[26]认为慢性萎缩性胃炎患者的胃镜下多见胃黏膜充血、糜烂,水肿,其表现与外痈血肉腐败、焮热溃烂的证候特征相吻合。姜树民^[27]教授治疗本病经验丰富,见解独到,运用“以痈论治”学术思想,气血壅遏乃病机之根,气滞、湿热、瘀血乃主要病理因素,以扶正补脾、消痈化瘀、祛腐生新为治疗方法,取得了满意的疗效。国医大师李玉奇^[28]提出此为血病,责之于脾胃功能失调,不能化水谷精微而奉心化赤为血,故以补血兼理气为治疗之法。补脾胃亦是基于补血,补脾调气则可调和阴阳,补脾生血亦符合阴阳互根、脾胃相依之机理,故李老提出萎缩性胃炎“以痈论治”意在动其血而理其气,此中颇有深见。邵寄民^[29]将《外科正宗》托里消毒散化裁,得托毒消痈汤,用于慢性萎缩性胃炎患者,临床总有效率高,效果良好。

3.4 从络论治

胃为多气多血之腑,气滞血瘀,络脉不畅,发为胃病。胃的血供丰富,有丰富的黏膜下血管丛,这与络脉支横别出、逐层细分、迂曲细窄的特点类似,故认为两者在解剖学角度具有相似性。慢性萎缩性胃炎患者多出现胃痛等症状,符合中医学“久病入络”“久痛入络”的致病特点。慢性萎缩性胃炎至病程后期胃内多有结节、隆起等增生表现,这与“络病”易入难出、易积成形的发病特点相似。“血瘀”是 CAG 重要的病理因素,同样“络病”具有多瘀多滞的病机特点。崔一鸣^[30]证实具有益气健脾、活血通络之功的健脾通络汤治疗脾胃虚弱型 CAG 患者,症状改善总有效率为 91.43%,病理改善总有效率为 83.33%,其研究证实健脾通络汤对脾胃虚弱型 CAG 患者疗效确切,对于胃黏膜萎缩具有较好的逆转作用。白宇宁^[31]根据研究结果提出,健脾通络解毒方可显著改善 CAG 患者临床症状,对于肠上皮化生、不典型增生的病理学改变亦具有较好的疗效。燕东^[32]从络论述,提出“脾虚络阻毒损”为 CAG 的基本病机,其中“脾虚”为发病之本,“血瘀络阻”是致病条件,毒邪损伤胃络为加重 CAG 进展甚至癌变的重要因素。故对 CAG 的治疗应宏观与微观辨证相结合,总以脾胃虚弱为本,络脉瘀阻为标,其证候相关因素主要涉及气虚、阴虚、气滞、血瘀、痰湿、热毒等方面,以健脾通络为其基本治疗原则。

综上本文认为,中医药在慢性萎缩性胃炎的治疗上具有个体化诊疗,方随证立,不良反应少等明显的优势,故在慢性萎缩性胃炎的治疗上具有广阔的前景,应加大研究力度。但是在目前的研究中仍存在着一定的问题,一是对慢性萎缩性胃炎的病因病机,辨证分型,临床医家观点不统一,仍存在一定的片面性,需要一个统一的标准以形成慢性

萎缩性胃炎的中医治疗规范。二是目前慢性萎缩性胃炎的动物实验研究较少,仍需大样本、可重复性强的随机对照实验以验证治疗的正确性。

参考文献

- [1]孟建宇,谭杰,郭玉婷,等.慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜中医微观辨证与癌前病变特征分析[J].中医杂志.2015,56(15):1307-1310.
- [2]房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学.2013,18(1):24-36.
- [3]LAGIOU P, SAMOLI E, LAGIOU A, et al. Flavonoids, vitamin C and adenocarcinoma of the stomach[J].Cancer Causes Control Ccc.2004,15(1):67-72.
- [4]VOLLSET SE, IGLAND J, JENAB M, et al. The association of gastric cancer risk with plasma folate, cobalamin, and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition[J].Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.2007,16(11):2416-2424.
- [5]许波,叶柏.叶柏治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河南中医.2013,33(6):861-862.
- [6]马贵同,朱凌宇.治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].浙江中医杂志.2007,42(5):290-291.
- [7]段永强,王道坤.王道坤教授从“脾胃失调”论治慢性萎缩性胃炎病机要素分析[J].时珍国医国药.2014,25(7):1715-1717.
- [8]刘春叶.石斛养胃汤治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证 68 例[J].中国中西医结合消化杂志.2015,23(1):25-27.
- [9]李佃贵,李海滨.慢性萎缩性胃炎从浊毒论治[J].四川中医.2004,22(1):17-18.
- [10]王业莉,李贺薇.谢晶日教授从湿论治慢性萎缩性胃炎经验[J].中医药学报.2013,41(1):100-101.
- [11]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.
- [12]Correa P, Haenszel W, Cuello C, et al. Gastric precancerous process in a high risk population: cohort follow-up[J].Cancer Research.1990,50(15):4737.
- [13]何均辉,邹秀玲,李忠楚,等.关于胃泌素及 T 淋巴细胞在不同程度老年慢性萎缩性胃炎中表达的研究[J].中国现代医生.2011,49(32):44-45.
- [14]王雪华,曹燕,张剑宏,等.血清胃蛋白酶原联合胃泌素测定在胃癌及萎缩性胃炎中的诊断价值[J].中华临床医师杂志(电子版).2015,9(10):1824-1827.

- [15] Zhang J,Guo JZ,Xiao HL,et al.Simultaneous detection of different serum pepsinogens and its primary application[J].World Journal of Gastroenterology.2010,16(24): 3072-3077.
- [16] 彭海英,于洪波.血清胃蛋白酶原水平在慢性萎缩性胃炎的变化及意义[J].临床军医杂志.2012,40(2):325.
- [17] 陆斌.98 例慢性萎缩性胃炎病因分析及治疗策略[J].吉林医学.2013,4(2):308.
- [18] 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.
- [19] 颜幸杰,罗婷,孟南南.黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎 65 例疗效观察[J].辽宁中医杂志.2012,39(4):688-689.
- [20] 刘冠岐,朱方石.胃萎Ⅱ号颗粒治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎临床研究[J].辽宁中医药大学学报.2013,15(8):140-142.
- [21] 苏克雷,朱方石,施甜,等.胃萎Ⅰ号颗粒治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证患者 62 例临床观察[J].中药药理与临床.2013,29(1):154-156.
- [22] 张云松,曹志群,张珊珊,等.从毒瘀虚论治慢性萎缩性胃炎癌前病变[J].中华中医药学刊.2016,34(10):2390-2392.
- [23] 潘华峰,刘友章,王超,等.慢性萎缩性胃炎虚瘀毒病机及健脾化瘀解毒干预的探讨[J].中华中医药杂志.2012,27(5):1236-1238.
- [24] 石强.慢性萎缩性胃炎从“瘀毒”立论说[J].辽宁中医杂志.2014,41(12):2560-2561.
- [25] 孟宪鑫.基于浊毒学说应用化浊解毒方治疗慢性萎缩性胃炎癌前期病变的临床疗效观察及机制探讨[D]:博士学位论文.河北:河北医科大学,2014.
- [26] 李海文,潘华峰,袁玉梅,等.慢性萎缩性胃炎以痛论治探讨[J].山西中医.2013,29(2):1-3.
- [27] 王宇.姜树民教授以痛论治慢性萎缩性胃炎[D]:硕士学位论文.辽宁:辽宁中医药大学,2016.
- [28] 鲁国良.李玉奇教授以痛论治慢性萎缩性胃炎[J].新中医.1994(4):12-14.
- [29] 邵寄民.“托毒消痈汤”治疗老年慢性萎缩性胃炎 30 例[J].江苏中医药.2003(12):21.
- [30] 崔一鸣,黄凡,陈璐,等.健脾通络汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J].中华中医药杂志.2014,29(7):2376-2379.
- [31] 白宇宁,王少丽,姚乃礼,等.健脾通络解毒方加减辨治慢性萎缩性胃炎癌前病变 40 例临床观察[J].中医杂志.2014,55(4):301-304.
- [32] 燕东,王少丽,白宇宁,等.基于络病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.

个人简介

个人概况:

姓 名: 曹奇	性 别: 男
民 族: 满	籍 贯: 辽宁省抚顺市
出生年月: 1991 年 7 月 12 日	毕业院校: 辽宁中医药大学
专 业: 中医内科学(消化方向)	学 历: 医学硕士

在学期间通过大学四六级英语考试, 执业医师资格考试。

学习经历:

2010 年 09 月一至今 辽宁中医药大学中医学(中西医结合方向)(本硕连读)

实习经历:

2015 年 3 月 至 2015 年 11 月 于大连市友谊医院实习
2015 年 11 月一至今 于辽宁中医药大学附属医院实习

获奖情况:

曾获校研究生一等奖学金

临床实践:

在辽宁中医药大学附属医院进行住院医师规范化培训, 曾在消化科、呼吸科、心内科、肾内科等科室实习, 对临床各科室的常见病能够做出正确的诊断和最佳的处理, 形成了对疾病全面分析的能力, 为日后临床工作打下坚实的基础。

在学期间科研成绩

以第一作者身份发表论文《基于络病理论探析慢性萎缩性胃炎由痞到积的病理演变》于《中国中医基础医学杂志》2017, 23(9):1205-1207.

致 谢

首先感谢我的导师姜树民教授。在研究生阶段三年来，我不仅跟随导师学习到了丰富的医学知识，更是被姜老师严谨治学、精益求精的态度所感染。同时姜老师医德高尚，对待患者耐心负责，亦是我今后从医的榜样。在此，我要衷心的对我的恩师姜树民教授表示感谢。

其次要感谢辽宁中医药大学附属医院各科室带教老师们。在临床实习的三年期间，各位老师给与我的指导与帮助，使我的医学知识更加充实，处理临床问题更加熟练，为我今后行医打下了坚实的基础。

同时也要感谢我的同窗和同门兄弟姐妹们。是你们的帮助与鼓励，让我在遇到困难时有了坚定的信心和勇气。感谢你们陪伴我度过了这三年宝贵的求学时光。

最后衷心感谢各位评审专家对我的论文提出宝贵的意见与建议。