



单位代码： 10369

学 号： 2018201229006

安徽中医药大学

2021 届硕士研究生学位论文

基于中医传承辅助平台数据挖掘马骏教授
慢性萎缩性胃炎经验研究

STUDY ON PROFESSOR MA JUN'S EXPERIENCE OF
CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS BASED ON
DATA MINING OF TCM INHERITANCE
ASSIST PLATFORM

学 科 专 业： 中医内科学

研 究 方 向： 中医药防治脾胃疾病

导 师： 李学军教授

硕 士 生： 陈志豪

论文完成单位： 安徽中医药大学

2020 年 3 月 合肥



密 级：_____

学 号：2018201229006

安徽中医药大学

2021 届硕士研究生学位论文

基于中医传承辅助平台数据挖掘马骏教授
慢性萎缩性胃炎经验研究

STUDY ON PROFESSOR MA JUN'S EXPERIENCE OF
CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS BASED ON
DATA MINING OF TCM INHERITANCE
ASSIST PLATFORM

作者姓名：陈志豪

申请学位级别：医学硕士

指导教师姓名：李学军

职 称：教授、主任医师

学科专业：中医内科学

研究方向：中医药防治脾胃病

学习时间自 2018 年 09 月 01 日起

至 2021 年 06 月 30 日止

论文提交日期 2021 年 03 月

论文答辩日期 2021 年 05 月

学位授予单位：安徽中医药大学

学位类型：专业学位

安徽中医药大学学位论文原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已特别加以标注和致谢的内容外，论文中不包含任何他人或集体已经发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在论文中作了明确的说明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名：陈志豪 签字日期：2021年6月2日

导师签名：李强 签字日期：2021年6月2日

安徽中医药大学学位论文授权使用声明

本人完全了解安徽中医药大学有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。本人授权安徽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、缩印或扫描等复制手段保存和汇编本学位论文。保密的学位论文在解密后也遵守此规定。

☒公开 ☐保密（____年）

学位论文作者签名：陈志豪 签字日期：2021年6月2日

导师签名：李强 签字日期：2021年6月2日

目录

中文摘要	1
Abstract	3
前 言	6
第二章马骏教授辨治慢性萎缩性胃炎经验的数据挖掘研究.....	7
1 研究对象.....	7
1.1 病例来源	7
1.2 诊断标准	7
1.3 病例排除标准	7
1.4 脱落标准	7
1.5 研究方法	8
1.5.1 数据采集过程	8
2 结果	9
2.1 患者一般状况	9
2.2 中医疾病分析	11
2.3 症状分析	11
2.4 主要证型统计	13
2.5 药物统计	14
2.6. 组方规律统计	18
2.7 新方分析统计	21
3 分析与讨论	25

3.1 性别、年龄分析	25
3.2 病种、临床表现分析	25
3.3 证型统计分析	25
3.4 药物统计分析	25
3.5 组方规律统计	26
3.6 新方统计	27
4 马骏教授治疗 CAG 主要学术思想	28
4.1 平调寒热	28
4.2 通补兼施	28
4.3 肝脾同调	29
4.4 注重调畅气机	29
4.5 注意脾胃润燥	30
4.6 强调行气活血	30
5 病案举例	30
参考文献	35
文献综述	36
个人简介	41
致谢	42

中文摘要

目的:运用数据挖掘技术,挖掘全国名老中医马骏教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床用药特点和辨治规律,探讨马教授治疗慢性萎缩性胃炎的学术思想,并传承马教授在临证诊疗中辨治慢性萎缩性胃炎的临床特色。

方法:在安徽中医药大学第二附属医院门诊,于2019年12月至2020年6月期间,通过门诊跟诊的途径,所收集的马骏教授诊治的慢性萎缩性胃炎患者的临床病案,再将得到的病案经过规范化处理后,录入“中医传承辅助系统”(V2.5),进行临床数据筛选与分析,并予以讨论挖掘结果,总结马骏教授临床诊治慢性萎缩性胃炎的辨治思路、用药规律和学术思想。

结果:本课题收集了87例病案资料,并对此数据进行分析,结果如下:

- 1.按从高到低的出现频次,主要得到的中医证型依次为:肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、脾胃虚寒证等五个。
- 2.按从高到低的出现频次,出现频次位于前10的药物为:甘草、半夏、白芍、白术、砂仁、黄芩、陈皮、黄连、赤芍、枳壳。
- 3.常用的有4对药对:半夏-陈皮、半夏-黄芩、白芍-甘草、白术-白芍。
- 4.常用药物组合有3组:半夏-陈皮-甘草、半夏-黄芩-甘草、半夏-白术-甘草。
- 5.核心处方1个,其组成:太子参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏、黄连、黄芩、木香、砂仁、白豆蔻、枳壳、赤芍、白芍。

结论:通过分析系统得出的研究结果,总结并概括马骏教授诊治慢性萎缩性胃炎的规律,结果如下:

- 1.马教授认为慢性萎缩性胃炎的病机为“本虚标实,因胃阴虚及脾阳虚而产生气滞、血瘀、痰湿等标实产物,出现胃脘疼痛、痞满等病症。
- 2.马教授辨治慢性萎缩性胃炎,善于抓住病机、脉证合参、洞悉主症、三因制宜;
- 3.在用药上,马教授善用经方,通过审证查因,以健脾益气、疏肝和胃、平调寒热、燥湿和胃为治疗方法,并通过巧妙灵活用药治疗本病。
- 4.得出的核心处方,以“脾胃气虚”、“肝胃不和”、“寒热错杂”为切入点。慢性萎缩

性胃炎患者常出现胃脘胀满，中焦气机不畅，寒热错杂者多用半夏泻心汤平调寒热，和胃消痞；若患者纳差、肢体乏力以脾胃气虚者多以四君子汤、香砂六君子汤益气健脾；若口中粘腻、恶心痰湿中阻者多以平胃散燥湿和胃；若嗳气频多、急躁易怒肝郁气滞者多以四逆散、柴胡疏肝散和脾胃兼以疏肝气。

关键词：马骏；慢性萎缩性胃炎；数据挖掘；名老中医经验；

Abstract

Objective: To use data mining technology to excavate the clinical medication characteristics and differentiation rule of TCM professor Ma Jun in the treatment of chronic atrophic gastritis, and to explore Professor Ma Jun's academic thought in the treatment of chronic atrophic gastritis, and to inherit Professor Ma's clinical characteristics in the diagnosis and treatment of chronic atrophic gastritis in clinical diagnosis and treatment.

Methods: in the second affiliated hospital of anhui medical university clinics, in December 2019 to June 2020, by way of clinic with appointment, collected by the professor to make a diagnosis and give treatment of patients with chronic atrophic gastritis clinical medical record, and then get the medical record by the normalized processing, input "inheritance auxiliary system of traditional Chinese medicine" (V2.5), screening and analysis of clinical data, and discuss the mining results, summarize professor ma clinical diagnosis and treatment of chronic atrophic gastritis regularity of syndrome differentiation thinking, medication and academic thoughts.

Results: The data of 87 cases of medical records were collected and analyzed.

The results are as follows:

1. According to the frequency of occurrence from high to low, the main TCM syndromes are: liver and stomach qi stagnation syndrome, liver and stomach heat stagnation syndrome, spleen and stomach weakness syndrome, spleen and stomach damp-heat syndrome, spleen and stomach deficiency cold syndrome.
2. According to the occurrence frequency from high to low, the top 10 drugs in occurrence frequency were: licorice, Pinellia pinellia, Radix Paeoniae Radix, Atractylodes Atractylodes, Amomum kernel, Radix Scutellariae, Tangerine peel, Rhizoma Rhizoma, Radix Paeoniae Radix, Fructus Aurantii.

3. There are 4 pairs of medicine commonly used: Pinellia pinellia-tangerine peel, Pinellia pinellia-scutellaria, Radix Paeoniae Paeonia-Licorice, Radix Atractylodes Atractylodes - Radix Paeoniae Paeoniae.
4. There are 3 groups of commonly used drug combinations: Pinellia pinellia-tangerine peel - licorice, Pinellia pinellia-scutellaria-licorice, Pinellia pinellia-Atractylodonis - licorice.
5. Core prescription 1, its composition: radix pseudostellariae, atractylodes, tuckahoe, liquorice, dried tangerine or orange peel, pinellia, rhizoma coptidis, radix scutellariae, radix aucklandiae, amomum fruit, white cardamom, orange, red peony root, radix paeoniae alba.

Conclusion: Through the analysis of the research results obtained from the system, the law of diagnosis and treatment of chronic atrophic gastritis by Professor Ma Jun is summarized. The results are as follows:

1. Professor Ma believes that the pathogenesis of chronic atrophic gastritis is "the deficiency of the original and the deficiency of the spleen and the deficiency of the spleen and the deficiency of the stomach, resulting in Qi stagnation, blood stasis, phlegm and dampness and other standardized products, and the occurrence of epigastric pain, puff-man and other diseases.
2. Professor Ma is good at identifying and treating chronic atrophic gastritis, and is good at grasping the pathogenesis, integrating pulse and syndrome, understanding the main symptoms, and taking measures for the three causes;
3. In terms of medication, Professor Ma made good use of classical prescription. Through evidence examination and cause investigation, he took invigorating spleen and invigorating qi, smoothing liver and stomach, regulating cold and heat, dryness and dampness and stomach as the treatment methods, and treated this disease by clever and flexible medication.

4. The core prescriptions obtained are "deficiency of spleen and stomach qi", "disharmony between liver and stomach", and "mixed cold and heat". Patients with chronic atrophic gastritis often have epigastric distension, middle coke qi is not smooth, cold and heat mixed with Pinellia Xiexin Decoction to regulate cold and heat, and stomach dispelling pinitis; If patients with poor tolerance, limb fatigue with spleen and stomach Qi deficiency to Sijun, Xiangsha Liujunzi soup type Qi invigorating spleen; If the mouth is sticky, disgusting phlegm dampness in the resistance of the more to flat stomach powder dryness and stomach; For those with frequent belching, irritability, liver stagnation and qi stagnation, Sini Powder, Chaihu Shugan Powder and spleen and stomach combined with liver qi were used.

Key words: Ma Jun; Chronic atrophic gastritis; Data mining; Famous old Chinese medicine experience;

前 言

2006 年我国颁布的《中国慢性胃炎意见共识》标准，将慢性胃炎分为非萎缩性胃炎、萎缩性胃炎和特殊类型胃炎三大类^[1]。慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG）是指胃黏膜长时间受到各种不同因素的伤害，引起该部位腺体萎缩，甚者镜下未见腺体，可同时伴有或不伴肠化等的常见疾病^[2]。2011 年中华医学会消化内镜学分会的调查结果显示，我国慢性萎缩性胃炎的患病率较高，在经胃镜检查证实有慢性胃炎的患者中，胃窦病理检查提示萎缩者占 35.1%。现代医学认为 CAG 是由多种因素造成的，其中与胃壁屏障防御减弱、胃动力障碍、幽门螺杆菌感染（HP）、胆汁返流损伤、自由基交联损伤、免疫因素、损伤因子等有关。

CAG 在西医治疗方面，还未见有特殊效果的药物针对性治疗，常运用“对症”的治疗原则。其中包括：①根除 Hp：采取“三联”或“四联”方案根除 Hp^[3]。②胃肠动力药：减少食糜在胃内对胃黏膜的影响。③胃黏膜保护剂：可改善黏膜的屏障作用，减慢胃黏膜萎缩。④消化酶：改善纳差等饮食欠佳等症状。⑤维生素：叶酸及 Vb12 的干预的治疗^[4]；

中医学将慢性萎缩性胃炎归为“胃脘痛”、“胃痞”等病范畴。经过近数十年的临证诊治，中医对于该病已经有了较全面的认识，并取得了较良好的治疗效果。马骏教授是首届全国名中医，全国第二、三、四、五、六批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师，躬耕临床工作 60 余年。尤其擅长于脾胃系疾病的治疗，形成其以脾胃为中心的主要学术思想与诊疗特色。本研究以慢性萎缩性胃炎的治疗为切入点，运用“中医传承辅助平台”软件进行数据挖掘，通过数据分析和总结马骏教授治疗 CAG 的经验，以期指导今后的临床工作，并为名老中医治疗经验的传承提供参考。

1 研究对象

1.1 病例来源

全部病案收集于安徽中医药大学第二附属医院 2019 年 12 月-2020 年 6 月马骏教授接诊的 CAG 门诊患者，通过跟诊记录医案，筛选出最终入组医案，后录入中医传承辅助平台软件中。

1.2 病例收集原则及纳入标准

1.1.1 收录原则

①有效原则：患者须由马骏教授亲自诊治，且患者复诊时其原有主要症状中至少有一种症状得到明显缓解。

②剂量原则：医案须处方完整（包括药物名称、药物剂量）。

③方式原则：医案须仅采用口服中药汤剂治疗，不能使用其他治疗方法如西药治疗、针灸、推拿等。

1.1.2 纳入标准

①CAG 诊断明确的患者；

②病例资料齐全，有姓名、性别、年龄等基本信息；

③符合病例收集标准者，须满足有效、剂量、方式原则。

1.2 诊断标准

参照《中国慢性胃炎共识意见》中慢性萎缩性胃炎的诊断标准^[1]。

1.3 病例排除标准

①不符合纳入标准；

②拒绝接受病例采集或资料不齐全者；

③有神经系统及精神疾病史；

④长期合并使用对 CAG 有治疗作用的其他药物；

⑤有胃癌或其他恶性肿瘤者。

1.4 脱落标准

①病情加重，仅靠中药治疗效果不佳者；

②患者于诊疗期间同时服用其他药物；

③依从性较差，服药间断者。

1.5 研究方法

1.5.1 数据采集过程

病案获取通过门诊跟诊的途径，收集并记录病案，整理出相关数据，以备录入。

1.5.2 医案术语规范化处理

录入时对医案进行术语，如症状、证型、治法、药物名称等用词按照朱文峰主编的《中医诊断学》、《中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语》、高学敏主编的第七版《中药学》规范化处理。如“纳谷不香、食欲不振”统一为“纳差”，“夜寐欠佳、梦多”统一为“眠差”，“上腹胀满”统一为“胃脘胀满”；“川军”统一为“大黄”，“生薏仁”统一为“薏苡仁”，“川连”统一为“黄连”，“元胡”统一为“延胡索”等。将些症状的描述只是起到鉴别或论释的作用，如“口不苦”、“不反酸”、“二便正常”等，这些描述对于医案的数据挖掘意义不大的描述，予以删除。

1.5.3 数据录入

将所规范化后的病案数据包括：就诊时患者性别、年龄、主诉、现既往病史、药物、剂量等，录入中医传承辅助平台 V2.5，如下图 1（系统登陆界面）。

2 结果

根据病例纳入、排除、脱落标准，共收集就诊于安徽中医药大学第二附属医院，由马骏教授门诊治疗的 CAG 病例 87 份。

2.1 患者一般状况

2.1.1 性别分布（具体见表 2-1、图 2-1）

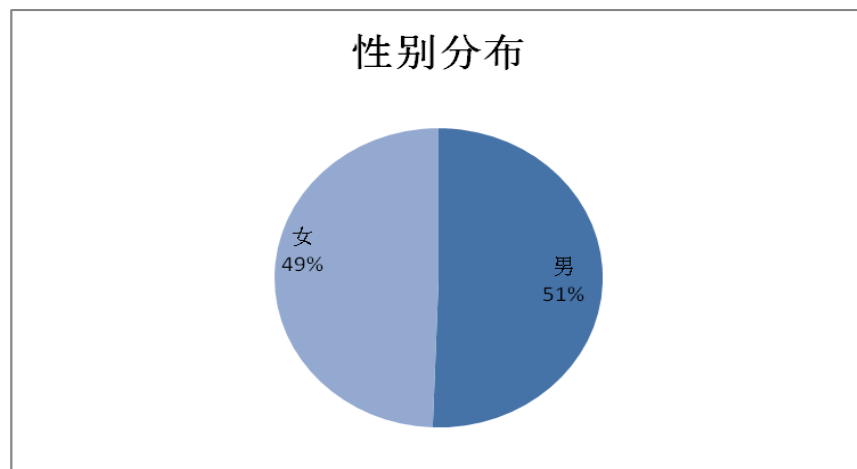


图 1 中医传承辅助平台登陆界面

表 2-1 性别分布

性别	频次 (N)	频率 (P)
男	44	0.506
女	43	0.494

根据表 2-1 性别频次分析，其中男性为 44 人，女性为 43 人，男性占总人数 50.6%，女性则为 49.4%。可见 CAG 患者性别分布的男女比例差距不大。



图表 2-1 性别分布图

2.1.2 年龄分布（具体见表 2-2 及图 2-2）

表 2-2 年龄分布

年龄	频次 (N)	频率 (P)
79-70	8	0.092
69-60	19	0.218
59-50	30	0.345
49-40	15	0.172
39-30	13	0.149
29-20	2	0.023

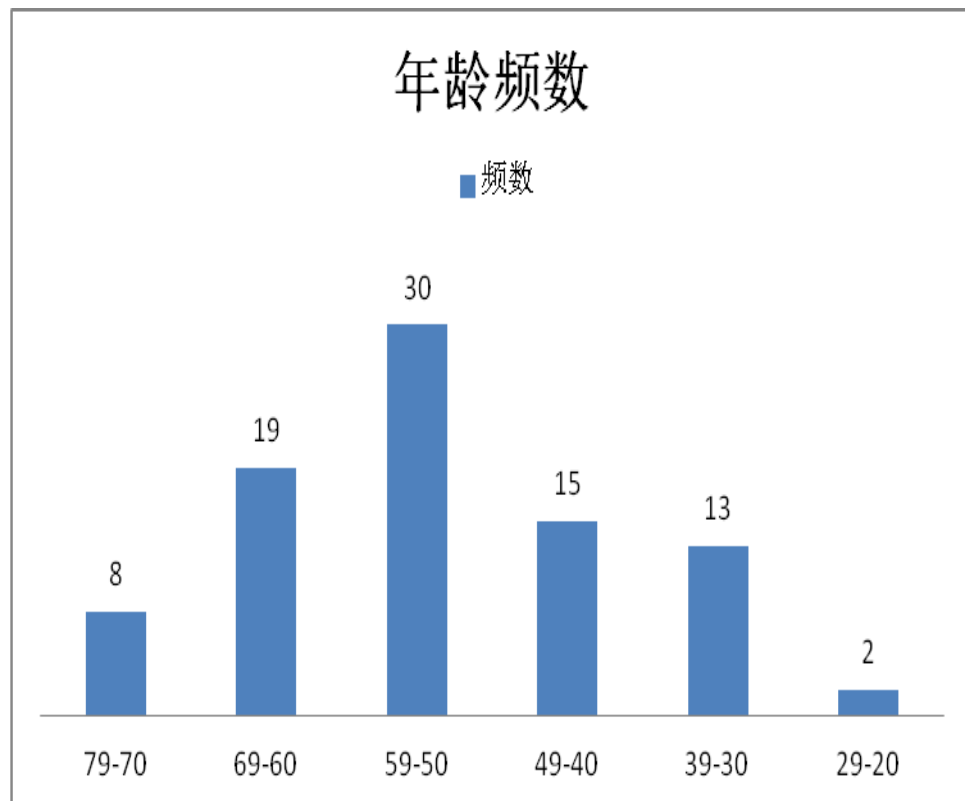


图 2-2 年龄分布柱状图

根据表 2-2 分析可以得出，在纳入病案中，年龄跨度由 24 岁到 78 岁，各年龄组所占比例如下：0.35（50-59 岁）、0.22（60-69 岁）、0.17（40-49 岁）、0.15（30-39 岁），共占 0.88。上述结果反映出 CAG 患者以中老年患者居多。

2.2 中医疾病分析（具体见表 2-3 及图 2-3）

表 2-3 主要疾病分布

中医疾病	频次 (N)	频率(P)
胃痛病	49	0.563
痞满病	24	0.276
吐酸病	10	0.115
嘈杂病	3	0.034
腹痛病	1	0.011

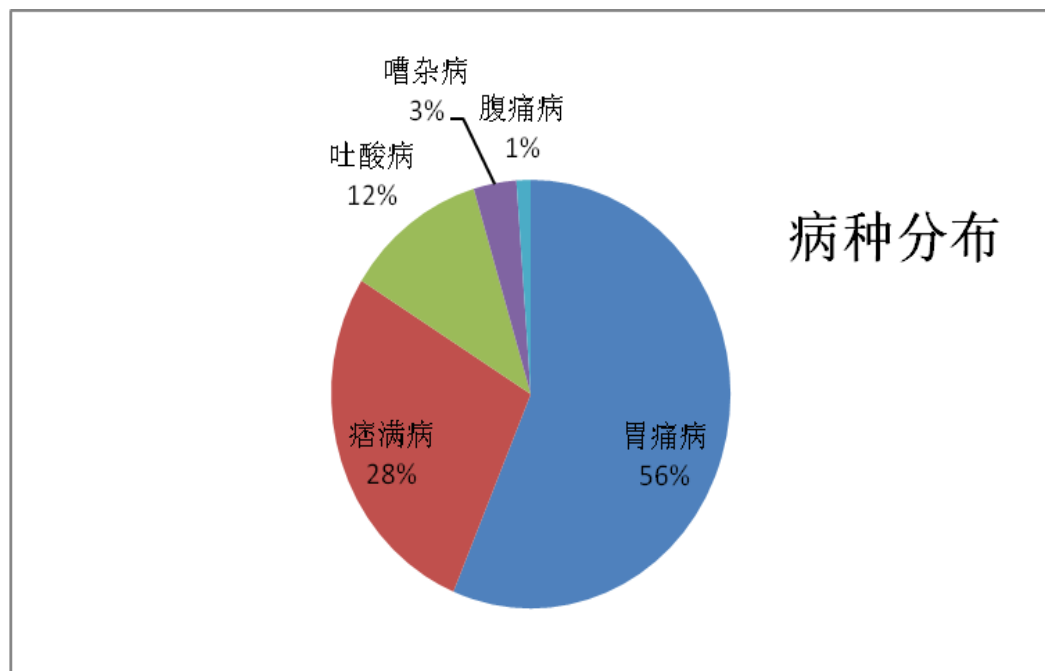


图 2-3 主要疾病分布扇形图

根据表 2-3，所涉及的病种共计 5 个病种，分别为：胃痛病、痞满病、吐酸病、嘈杂病、腹痛病，均为消化系统疾病，胃痛病（56%）所占比例最大，痞满病（28%）、吐酸病（12%）次之，表明 CAG 患者中医病种以胃痛病为主，兼见其他胃肠道疾病。

2.3 症状分析

2.3.1 症状频数分析（具体见表 2-4）

表 2-4 主要症状频数分析

症状	频次(N)	频率(P)	症状	频次(N)	频率(P)
胃脘疼痛	49	0.563	恶心	6	0.069
胃脘胀满	48	0.552	胁胀	5	0.057
噯气	41	0.471	乏力	5	0.057
口苦	40	0.460	矢气频	4	0.046
口干渴	38	0.437	背部隐痛	4	0.046
烧心	28	0.322	胁痛	4	0.046
纳差	28	0.322	急躁易怒	4	0.046
反酸	24	0.276	口中黏腻	4	0.046
大便秘结	23	0.264	口腔异味	3	0.034
眠差	10	0.115	咽部异物感	3	0.034
渴不欲饮	10	0.115	呕吐	3	0.034
大便稀溏	10	0.115	胸闷	3	0.034
恶寒喜暖	9	0.103	口吐涎沫	3	0.034
胃脘嘈杂	8	0.092	面色少华	3	0.034

注：此频数表仅列举了频数>3 的症状

根据表 2-4，在 87 诊次中患者的症状要素一共有 54 种，其中频次大于 5 的症状要素有 17 种，频数分布排名前 5 的消化系统症状依次是：胃脘疼痛、胃脘胀满、噯气、烧心、纳差；其他系统症状频数分布排在前 5 的是：口苦、口干渴、大便秘结、眠差、渴不欲饮。可以看出 CAG 患者以消化系统症状为主要临床表现，并兼有其他全身症状。

2.4 主要证型统计 详见表 2-5 及图 2-4

表 2-5 常见证型分布表

证型	频次(N)	频率(P)
肝胃气滞证	33	0.38
肝胃郁热证	17	0.20
脾胃虚弱证	15	0.17
脾胃湿热证	14	0.16
脾胃虚寒证	6	0.07
胃阴不足证	2	0.02

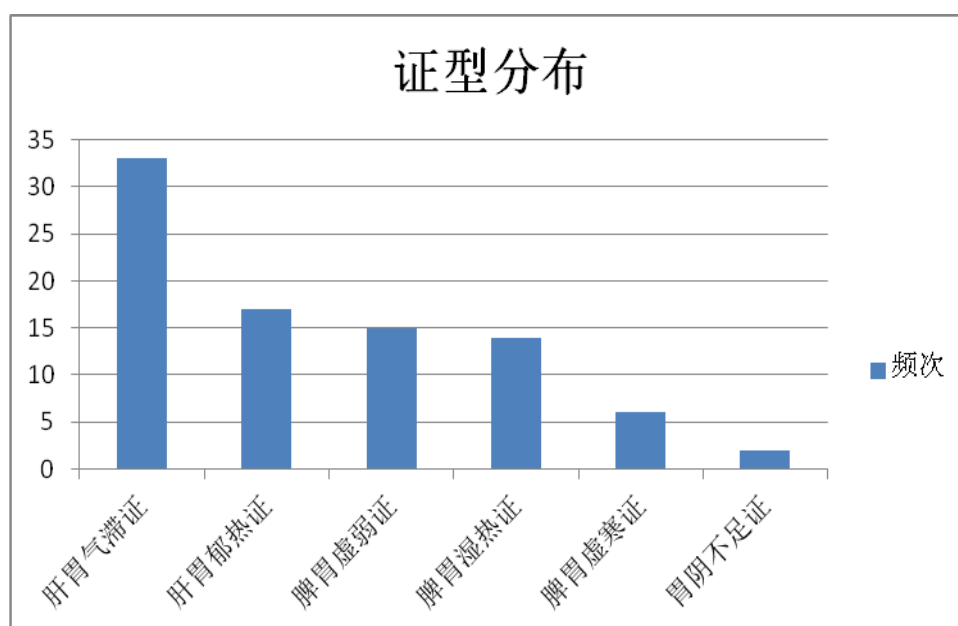


图 2-4 证型分布图

本次研究中共涉及 6 种证型，由表 5 可见 CAG 的主要证型是肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证。肝胃气滞证共 33 例；肝胃郁热证共 17 例；脾胃虚弱证共 15 例。脾胃湿热证共 14 例占有所有诊次的 16% 表现为脾胃虚寒证和胃阴不足证的相对较少。

2.5 药物统计

2.5.1 全部药物频次统计

本研究中 87 个医案中涉及药物 109 味，用药总频次达 1613 味次，（详见表 2-6）。

表 2-6 常见药物

药物	频次(N)	药物	频次(N)
甘草	80	仙鹤草	26
半夏	70	香附	26
白芍	69	薏苡仁	26
白术	67	神曲	25
砂仁	61	丹参	24
黄芩	60	干姜	23
陈皮	59	竹茹	22
黄连	57	延胡索	21
赤芍	56	柴胡	20
枳壳	52	川楝子	20
太子参	50	海螵蛸	20
茯苓	49	苍术	18
木香	48	茯神	16
白豆蔻	42	麦冬	16
吴茱萸	35	浙贝母	16
麦芽	34	莪术	15
蒲公英	32	白及	14
当归	27	檀香	14
厚朴	27	郁金	13
谷芽	26	川芎	12
青皮	26	紫苏梗	11

注：仅列举了频次大于 10 的药物

入组病案录入后，利用该软件系统分析出每一味药物出现的频次，并列出每一味药物的四气五味及归经。对频次 <10 的药物进行删除，因其可能为针对相应症状的药物加减。根据表 2-6，列举出现次数大于 10 次的常用药，共有 42 种。同时，因甘草在方中常起到健脾益气，调和诸药的作用，为马教授最常用药物，遂甘草几乎出现于每一个处方中。

2.5.2 药物四气、五味、归经统计

药物药性统计（详见表 2-7 及图 2-5）

表 2-7 四气频次统计表

四气	频次(N)	频率(P)
温	634	0.418
寒	482	0.318
平	305	0.201
热	64	0.042
凉	30	0.020

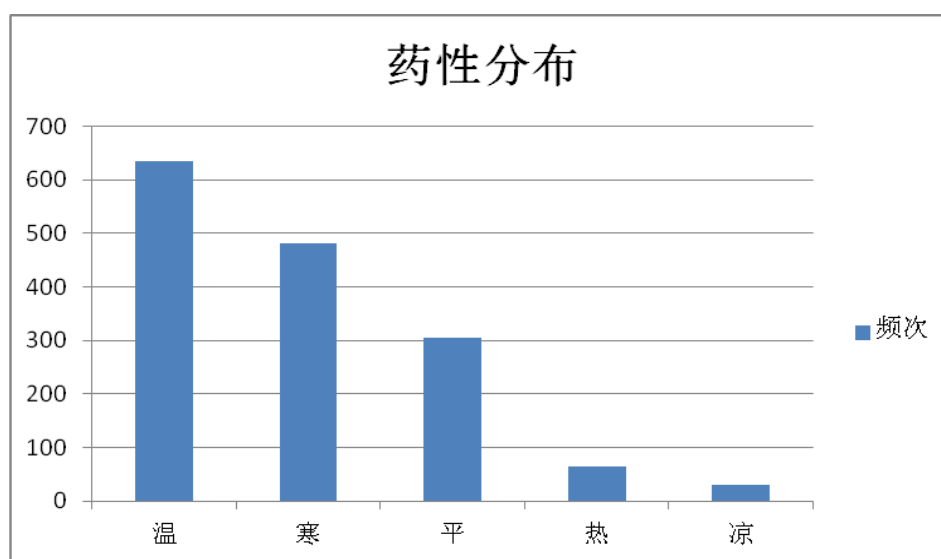


图 2-5 药物药性分布柱状图

对录入病案所用药物进行了药性统计，结果显示，温性药物出现 634 次，所占频率为 41.8%，寒性药物出现 482 次，所占频率为 31.8%，平性药物出现 305 次，所占频率为 20.1%，热性药物出现 64 次，所占频率为 4.2%，凉性药物出现 30 次，所占频率为 2%。以温性，寒性药物最多，两者出现 1116 次，共占总数的 73.6%。

2.5.3 药物药味统计（详见表 2-8 及图 2-6）

表 2-8 五味频次统计表

五味	频次(N)	频率(P)
苦	895	0.387
辛	655	0.283
甘	581	0.251
酸	87	0.038
涩	60	0.026
咸	34	0.015

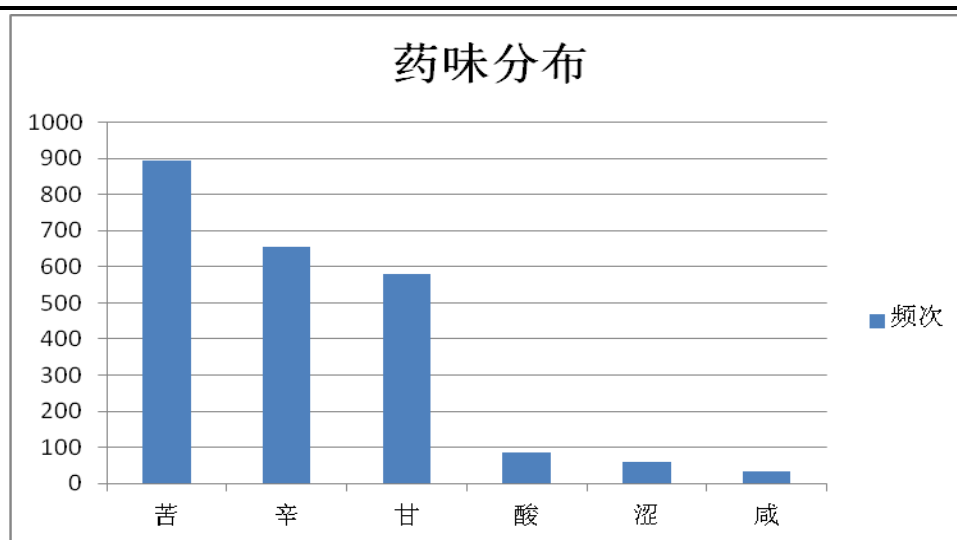


图 2-6 药物药味分布柱状图

根据表 2-8，对录入医案药物的药味出现频次由高到低排列为：苦味药物出现 895 次，辛味药物出现 655 次，甘味药物出现 581 次，酸味药物出现 87 次，涩味药物出现 60 次，咸味药物出现 34 次。辛味、苦一共出现 1450 次，占药味总次数的 67%。

2.5.4 药物归经统计（详见表 2-9 及图 2-7）

表 2-9 药物归经频次统计表

归经	频次(N)	频率(P)
脾	1112	0.243
胃	929	0.203
肺	599	0.131
肝	581	0.127
心	427	0.093
胆	249	0.054
肾	229	0.050
大肠	223	0.049
小肠	92	0.020
三焦	73	0.016
膀胱	34	0.007
心包	27	0.006

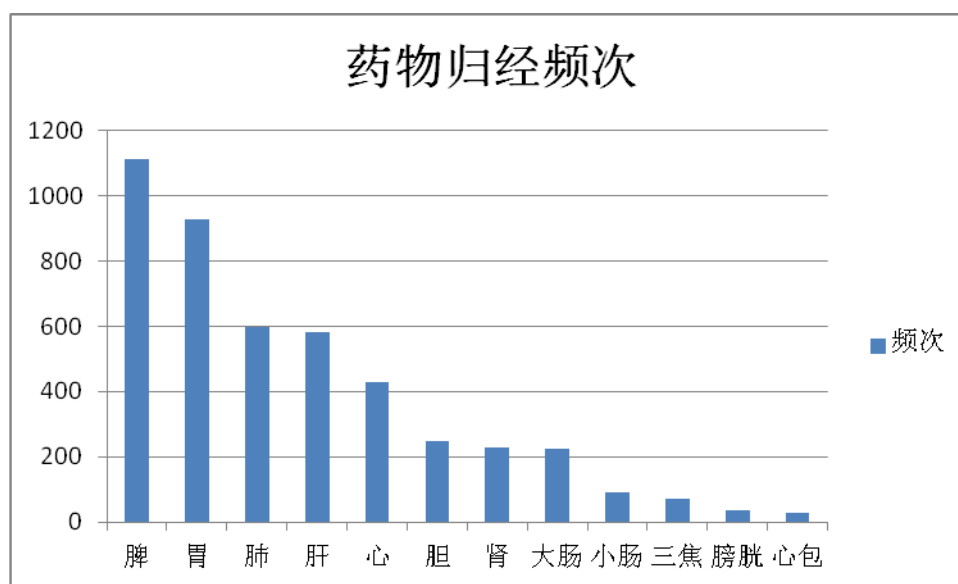


图 2-7 药物归经分布柱状图

根据表 2-9 显示为：药物归经按频次分布，排在前五位的是：分别归脾经 1112 次；胃经 929 次；肺经 599 次；肝经 581 次；心经 427 次。脾经、胃经一共出现 2041 次，占总药物归经 44.6%。

2.6.组方规律统计

2.6.1 药物关联规则

对 87 个处方进行组方规律分析，支持度个数（支持度个数是指：药物组合在所选处方中出现的频次，支持度个数=方剂数量×支持度）设置为 50，置信度（置信度是指：当 a 药出现时，b 药出现的概率）设置为 0.90，按照药物组合出现频次高低进行排序，药对关联情况见表 2-11，及核心药物关联情况表 2-12，置信度大于 0.90 的药物模式表 2-13。

表 2-11 常用药药对关联规则表

序号	药物模式	出现频次
1	半夏， 陈皮	53
2	半夏， 黄芩	52
3	半夏， 甘草	68
4	半夏， 砂仁	52
5	半夏， 白术	57
6	半夏， 白芍	52
7	陈皮， 甘草	59
8	黄芩， 甘草	57
9	黄连， 甘草	55
10	甘草， 砂仁	60
11	甘草， 枳壳	51
12	赤芍， 甘草	54
13	白术， 甘草	64
14	甘草， 白芍	67
15	赤芍， 白芍	56
16	白术， 白芍	54

对录入医案的药物进行药对关联规则分析，关联的结果可以提示两个药物的聚集性，即频次越多，关系越密切。从表 2-11 看出，处于核心位置的药物为半夏、陈皮、黄芩、砂仁、甘草、白术、白芍等药物。

2.6.2 核心药物组合关联情况（详见表 2-11）

表 2-12 核心药物关联规则表

序号	药物模式	出现频次
1	半夏, 陈皮, 甘草	52
2	半夏, 黄芩, 甘草	50
3	半夏, 甘草, 砂仁	51
4	半夏, 白术, 甘草	54
5	半夏, 甘草, 白芍	50
6	赤芍, 甘草, 白芍	53
7	白术, 甘草, 白芍	51

通过核心药物组合规律分析，常用的药物组合为：半夏-白术-甘草，半夏-陈皮-甘草，半夏-黄芩-甘草，半夏-甘草-砂仁等。

表 2-13 置信度大于 0.90 的药物模式

序号	规则	置信度
1	半夏 -> 甘草	0.957746
2	陈皮 -> 甘草	0.983333
3	黄芩 -> 甘草	0.95
4	黄连 -> 甘草	0.948276
5	砂仁 -> 甘草	0.967742
6	枳壳 -> 甘草	0.962264
7	赤芍 -> 甘草	0.947368
8	白术 -> 甘草	0.941176
9	白芍 -> 甘草	0.957143
10	赤芍 -> 白芍	0.982456
11	半夏, 陈皮 -> 甘草	0.981132
12	半夏, 黄芩 -> 甘草	0.961538
13	半夏, 砂仁 -> 甘草	0.980769
14	半夏, 白术 -> 甘草	0.947368

15	半夏, 白芍 -> 甘草	0.961538
16	赤芍, 白芍 -> 甘草	0.946429
17	赤芍, 甘草 -> 白芍	0.981481
18	赤芍 -> 甘草, 白芍	0.929825
19	白术, 白芍 -> 甘草	0.944444

为了探讨不同支持度可能会出现的新的药物模式，分别将支持设为 40%（即药物模式在所有录入方剂中出现 35 次），50%、60%、70%，置信度仍为 0.90。（详见图 2-8，2-9，2-10，2-11）

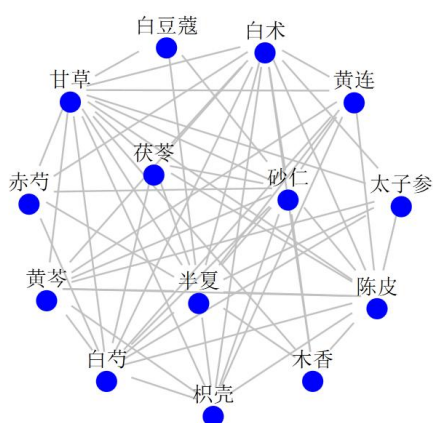


图 2-8 支持度：40%

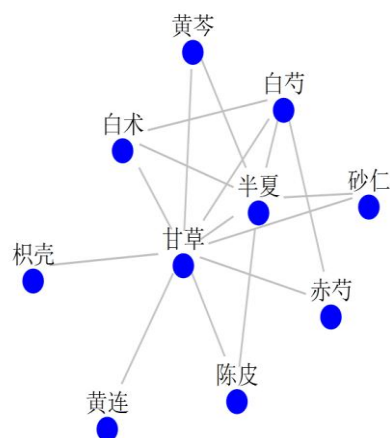


图 2-9：支持度 50%

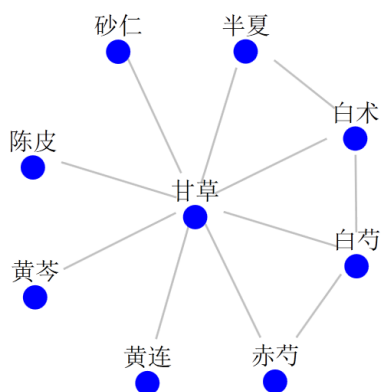


图 2-10：支持度 60%

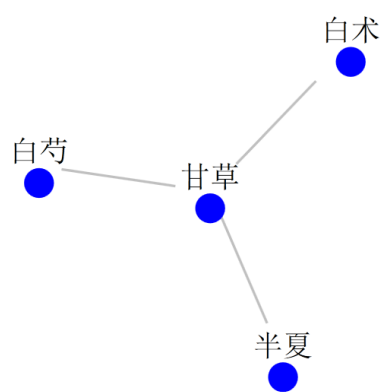


图 2-11：支持度 70%

如同所示：当支持度为 40% 时，药物为：太子参、茯苓、白术、砂仁、白豆蔻、木香、陈皮、半夏、黄连、黄芩、枳壳、赤芍、白芍、甘草。当支持度为 50% 时，药物为：半夏、黄芩、黄连、陈皮、砂仁、赤芍、白芍、枳壳、白术、甘草。当支持度为 60% 时，药物为：半夏、黄芩、黄连、赤芍、白芍、陈皮、白术、砂仁、甘草。当支持度为 70% 时，药物为：半夏、白术、白芍、甘草。

2.7 新方分析统计

对录入医案进行新方统计分析，设置相关度 6，惩罚度 2，进行层次聚类分析，得到符合条件的记录 79 条。

2.7.1 药物间关联度分析

统计在上述操作基础上，选择药系数，得出 5636 条药物间关联度结果，选取关联系数 ≥ 0.04 的药对，共计 39 条，将关联系数从高至低排序进，详见表 2-14。

表 2-14 药物之间的关联度分析统计表

项目 1	项目 2	关联系数
仙鹤草	半枝莲	0.07239929
柴胡	苍术	0.06447011
仙鹤草	黄连	0.05854774
柴胡	川楝子	0.05834949
仙鹤草	干姜	0.05594015
麦冬	太子参	0.0542703
柴胡	延胡索	0.05278474
延胡索	高良姜	0.04971509
枳壳	干姜	0.04905188
白及	木蝴蝶	0.04877859
太子参	麦芽	0.04854554
苍术	黄连	0.04792565

延胡索	神曲	0.0478549
白芍	蒲公英	0.04689503
柴胡	香附	0.04643136
枳壳	枳实	0.04607764
白芍	厚朴	0.04604352
苍术	当归	0.04602939
太子参	薏苡仁	0.04528278
丹参	高良姜	0.04514013
柴胡	枳实	0.04498467
川芎	谷芽	0.04480749
太子参	川楝子	0.04434144
柴胡	谷芽	0.04396433
白豆蔻	茯神	0.04318863
半夏	甘草	0.04298118
吴茱萸	仙鹤草	0.04283476
吴茱萸	谷芽	0.04283476
吴茱萸	薏苡仁	0.04283476
砂仁	甘草	0.04280511
白豆蔻	厚朴	0.04224312
太子参	党参	0.04208121
太子参	海螵蛸	0.0415616
白及	太子参	0.04117927
白芍	甘草	0.04030707
白芍	山楂	0.04030707
白芍	神曲	0.04009545
白芍	谷芽	0.04009545

2.7.2 基于层次聚类分析的核心药物组合及潜在新方分析统计

在上述步骤的药物关联度分析结果的基础上，按照相关度，惩罚度的标准，进行层次聚类分析，进行“提取组合”，进一步演化得到核心药物组合 10 条，见表 2-15，图 2-11；潜在新方 5 首，表 2-16，图 2-12。

表 2-15 核 心 药 物 组 合 统 计 表

序号	核心药物	序号	核心药物
1	竹茹_檀香_香附	6	砂仁_茯苓_紫苏梗
2	麦冬_浙贝母_白及	7	砂仁_海螵蛸_白豆蔻
3	柴胡_大枣_太子参	8	蒲公英_大枣_太子参
4	白芍_麦芽_延胡索	9	麦芽_延胡索_谷芽
5	白及_厚朴_黄连	10	麦冬_白及_仙鹤草_海螵蛸

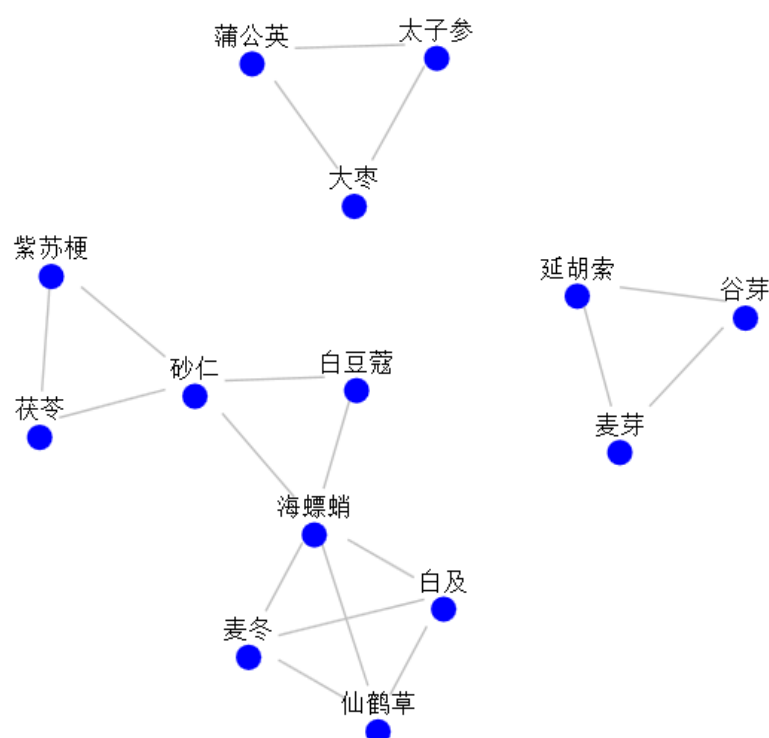


图 2-11 核心药物组合网络图

表 2-16 新方组合方统计表

序号号	新方组合
1	竹茹_檀香_香附_砂仁_茯苓_紫苏梗
2	麦冬_浙贝母_白及_砂仁_海螵蛸_白豆蔻
3	柴胡_大枣_太子参_蒲公英
4	白芍_麦芽_延胡索_谷芽
5	白及_厚朴_黄连_麦冬_仙鹤草_海螵蛸

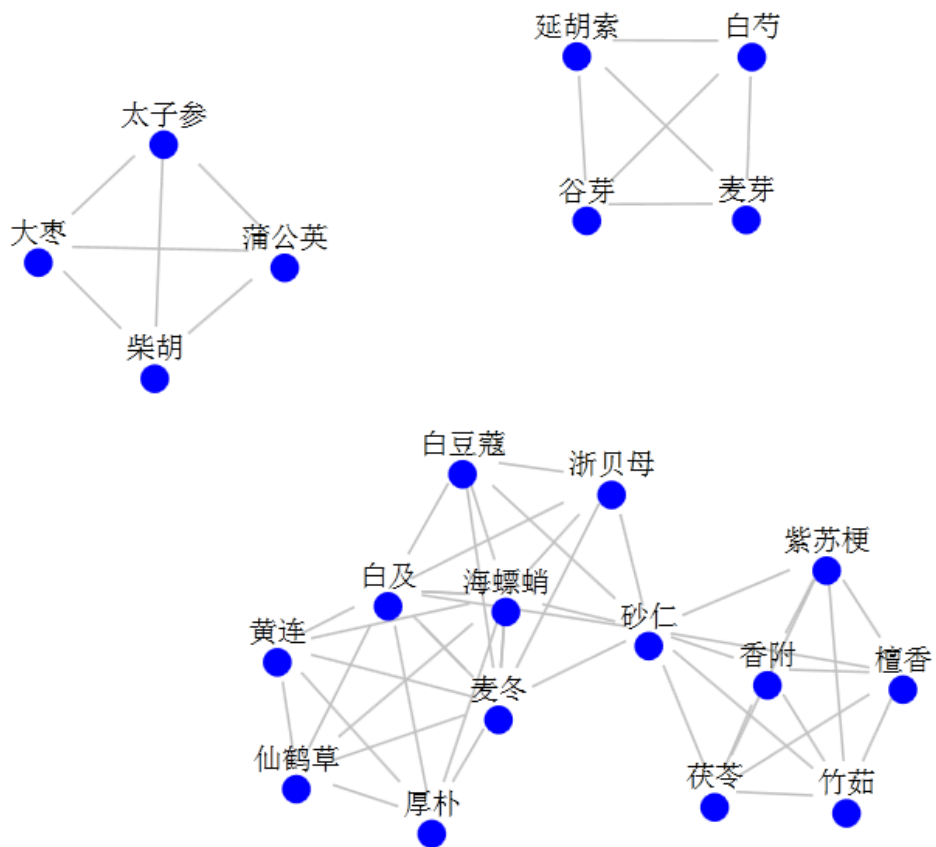


图 2-11 新方药物 组合网络图

3 分析与讨论

通过中医传承辅助平台系统,对符合纳入标准的 87 例 CAG 病案信息进行统计分析,得出马教授诊治 CAG 的临床数据。结合数据挖掘出的结果,对马教授关于 CAG 患者的性别、年龄、证型、用药规律和特点所挖掘的核心处方进行讨论,如下所示:

3.1 性别、年龄分析

根据本次统计分析显示,纳入病案中男性患者占总患者人数的 50.6%。女性患者占总患者人数的 49.4%,这提示了马教授门诊治疗的 CAG 患者无明显的性别差异。

纳入病案中,年龄分析可见,患病年龄从 40 岁开始增多,50 岁到 59 岁处于一个较高的水平,年过五旬,脏腑功能衰减,气血虚衰,脾胃减弱,从而导致慢性萎缩性胃炎出现或加重,这符合 CAG 脾虚为本的病机特点。

3.2 病种、临床表现分析

根据本次统计分析显示,CAG 患者中医以胃痛病、胃痞病为主。CAG 患者主要的临床症状表现为非特异性的消化不良症状,如:胃脘胀满、胃脘疼痛、噯气等,同时脾胃系外的全身症状,如口苦、口干渴、眠差、胁痛等症状出现频次亦较高,脾胃为后天之本,气血化生之源,如李东垣云:“内伤脾胃,百病由生。”患者脾胃受损,升降失司,产生食积、痰湿、郁热,血瘀等病理产物,导致气血不畅,脉络闭阻,发为胃脘胀满、疼痛。这与该病虚实夹杂、寒热错杂的病机特点相符。

3.3 证型统计分析

根据本次统计分析显示,肝胃气滞与肝胃郁热占证型分部的 58%,本病病因病势缠绵,病机复杂,《血证论》云:“肝之性,主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。”强调肝之疏泄对于脾胃运化的重要性。马教授在治疗 CAG 辨证时常从肝、脾、胃入手,重视脏腑辨证,再探寒热、虚实、气血。

3.4 药物统计分析

3.4.1 用药频次、药味、药性统计

结合表 2-6,半夏、白芍、白术、砂仁、黄芩、陈皮、黄连、赤芍、枳壳、

木香为频次前十的药物。另因甘草具有补脾益气、可调和中药，遂在遣方用药时常配伍甘草。半夏辛温，燥湿降逆消痞；白芍苦酸，养阴平肝止痛；白术苦甘，补气健脾燥湿；砂仁辛温，化湿行气温中；黄芩苦寒，清热燥湿解毒；陈皮辛苦温，理气燥湿调中；黄连苦寒，清热燥湿解毒；赤芍苦微寒，清热凉血祛瘀；枳壳苦辛，理气化痰消积；木香辛苦，行气止痛消肿。结合表 2-7，马教授治疗 CAG 寒温并用，以温性为主，体现 GAG 寒热并见的病机。结合表 2-8，苦味、辛味及甘味药物为前三种主要药味，这也体现了马教授善用调和治法，辛开苦降之意。

3.4.2 药物归经统计

结合表 2-9，脾经、胃经、肺经、肝经药物频次偏多。脾胃同属中焦，生理上二者燥湿相济，又气机升降之枢纽，CAG 慢性病程，脾胃气虚乃本病发病之本，故脾经胃经药味最多。“治胃病不理气，非其治也”，肝气升于左，肺气降于右，肝主疏泄，肺主一身之气，王孟英曰：“肺金清肃不和，升降之机亦窒”，肝与肺二脏均影响着脾胃之气的升降功能。由此可见马教授临证时多用脾、胃、肺、肝经药物较多，符合脾胃系统疾病治疗用药规律。

3.5 组方规律统计

通过对录入医案药物的组方规律统计与相关性分析，从中筛选出具意义且符合临床实际的药物组合，总结马教授治疗 CAG 的药物配伍规律，以指导临床用药：

3.5.1 核心药对关联规则

①半夏+陈皮：《本草经解》言“陈皮辛能散，苦能泄，温辛疏散，水谷自下也。”其味苦、辛、温，具有理气调中、燥湿化痰作用；半夏辛、温，燥湿化痰、降逆止呕，《新编本草》谓其“统治痰涎甚验”。半夏与陈皮相配，为二陈汤之意，燥湿健脾，调中理气，CAG 患者脾胃虚弱，气机失调，痰湿内生十分适用。

②半夏+黄芩：黄芩苦，寒，清热燥湿，泻火解毒，专泻脾胃之郁热，《医学衷中参西录》称“其气郁而作热者，皆能宣通之。”半夏燥湿化痰，《药性论》谓其“开胃健脾，止呕吐，去胸中痰满。”二者相配，对于 CAG 痰湿内蕴，郁而化热，痰热阻于中焦者，疗效甚佳。

③白芍+甘草：白芍性味苦酸、微寒，有敛阴柔肝，缓急止痛之效，《本草新编》云：“其功全在平肝，肝平则不克脾胃，而脏腑各安”。甘草性味甘、平，补脾

益气，缓急止痛，调和诸药，《本草汇言》云：“和中益气，补虚解毒之药也。健脾胃，固中气之虚羸。”CAG 患者脾胃气虚，肝胃不和，临床以胃脘胀满、疼痛为主症。甘草与白芍合用，调和肝脾，缓急止痛，乃芍药甘草汤之意，符合 CAG 患者肝胃不和的病机特点。

④白术+白芍：白术苦、甘，温，健脾益气，燥湿利水。《医学衷中参西录》曰：“白术善健脾胃，消痰水。”白芍苦、酸，微寒，善养血敛阴，柔肝止痛，《神农本草经》云：“白芍主邪气腹痛，止痛。”二者相配扶脾泻肝，适用于 CAG 肝气郁结，横逆犯脾，脾失健运证。

3.5.2 核心药物关联规则

对医案中药对关联规则分析，体现出健脾益气、辛开苦降、理气行痰、疏肝和胃等为常用治则治法，根据图 2-8，当支持度为 40% 时的药物模式为：太子参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏、黄连、黄芩、木香、砂仁、白豆蔻、枳壳、赤芍、白芍，此药物模式为包含香砂六君子汤、半夏泻心汤、二陈汤等。据图 2-9 支持度为 50% 时的药物模式：枳壳、白术、陈皮、半夏、黄连、黄芩、赤芍、白芍、砂仁、甘草，此药物模式包含枳术散、二陈汤、半夏泻心汤等。据图 2-10 支持度为 60% 时的药物模式：半夏、白术、赤芍、白芍、黄连、黄芩、陈皮、砂仁、甘草，包含方剂为半夏泻心汤、二陈汤等。据图 2-11 支持度为 70% 时的药物模式：半夏、白术、白芍、甘草。此模式中半夏燥湿化痰，白术健脾益气，白芍，养血柔肝止痛，甘草补脾益气，缓急止痛，共奏健脾化痰，疏肝止痛之功。马教授用药注重消补兼施，标本兼顾，遣方用药以“脾胃虚弱”为本，注重“肝”，“脾”，“胃”脏腑之间的关系，以“疏肝健脾，理气和胃”为主，体现了用药以“肝脾同调”，“脾以运为健”，“胃以降为和”的生理特性。

3.6 新方统计

基于层次聚类分析得出潜在药物组合组 10 组表 2-15，及潜在 5 首新方见 2-6，药物组合体现出“健脾益气”“疏肝理气”“制酸和胃”“清热化湿”治则治法，其中一些新方符合马教授治疗 CAG 的思路，如新方 4 号疏肝健脾类，药用“延胡索、白芍、谷芽、麦芽”；制酸和胃类的新方 2 号，药用“麦冬、浙贝母、白及、砂仁、海螵蛸、白豆蔻”；潜在新方具有一定的临床价值。然而，考虑可能因医案容量有限所致，

亦可能因遣方用药乃一个复杂的辨证思考与积累的过程，而系统分析功能未如此完善，存在一定的局限性有关，系统分析得出的新方与马教授治疗 CAG 的思路不甚相符。

4 马骏教授治疗 CAG 主要学术思想

4.1 平调寒热

脾为太阴之阴土，清阳不升，湿伤脾阳，易引起“寒化”；胃为阳明之阳土，易于化热燥结，则引起“热化”，若脾胃同病则寒热并存。马教授认为 CAG 单纯的纯寒或纯热证较为少，以寒热错杂证居多^[5]。在治疗 CAG 中，注重寒热的辨证与变化。根据寒热的性质，当用黄连等苦寒清热之品时，配以吴茱萸、干姜等温中之药，寒热并用，避免苦寒太过，尅伤脾胃。同时根据寒热的部位，用泻心汤类方药调和阴阳，治疗寒热错杂之心下痞硬；用百合配乌药调和脾胃寒热错杂气机不畅之脘腹疼痛；黄连配吴茱萸调和肝胃郁热之嗳气、吞酸。《本草拾遗》言：“乌药性味辛温，主恶心腹痛。”；《神农本草经》曰：“百合性味甘寒，主治腹胀心痛。”马教授认为乌药虽为止痛良药，但气雄性温，易伤胃阴而热化，遂将其与甘寒清润之百合相配而用，两药温凉合用，调和寒热，润而不滞，辛而不燥，符合脾胃之生理特点，往往在治疗 CAG 寒热不调气机阻滞久久难愈之胃痛时，多获良效。现代药理学表明，在 CAG 大鼠模型中，黄连与吴茱萸相合而用，相对单味药物，能显著提高胃黏膜保护因子前列腺素的合成与释放，对胃黏膜细胞生长和维持胃黏膜完整具有重要作用的胃泌素亦具有明显的提高^[6]。

4.2 通补兼施

《内经》有“阳道实，阴道虚”“实则阳明，虚则太阴”之论。胃腑属“阳”，宜降则和；胃气不通，化生痞满、燥实等阳明腑实证。脾脏属“阴”，宜升则健；脾阳不升，精微不化，则见湿邪内阻之病。相反，胃以通为贵，脾以健为贵。马教授认为 CAG 多由浅表性胃炎治疗不及，病情反复迁延而成，常因虚致实，因实致虚，纯虚者少，虚实夹杂者多，表现为胃脘痞满、隐痛、嗳气、纳差等症^[5]。治疗若纯用补益之品，则有助邪之弊，宜和虚实，兼通补，则使气机得复，运化复常^[7]。脾虚为主，治疗以党参、白术、山药等甘温之“实”脾之品，和以砂蔻仁、谷麦芽等醒脾助运之“通”品，补而不滞。胃实多为气、血、痰、食、湿、火等郁结，治疗用枳

子、蒲公英、黄芩等苦寒通降之品，和以益气养阴之北沙参、玉竹、石斛等，通而不伤正；待胃纳开后再进补脾胃类药，常可起到相辅相成的作用。

4.3 肝脾同调

肝主疏泄，肝气和畅，“土得木而达”，助脾胃疏散精微和传导糟粕；脾主运化，脾气得健，“木得土为荣”，助肝胆疏泄和精血滋养肝阴^[8]。《医学衷中参西录》云：“肝脾者，相助为理之脏也。”肝脾相辅相成，相互协调。CAG 患者或因情志不调，肝木乘土，犯脾克胃；或素体虚弱，脾失健运，土虚木乘；或嗜食油腻辛辣，湿热内蕴，肝胃郁热。马教授认为气机郁闭是 CAG 形成和发展的关键因素，“治胃病不理气，非其治也”，治疗上，疏肝理气应贯穿其中。临证用药宜忌刚用柔，以轻灵平淡药性为主。根据辨证因肝气犯胃所致脘胁疼痛者，当以柴胡疏肝散化裁等为主方，加健脾助运之神曲、陈皮、山药等；因肝胃郁热致噯气吞酸者，宜用疏肝理气、清热和胃之化肝煎，同时配合乌贝散、左金丸等化裁；因脾胃虚弱，土虚木乘所致纳呆痞满者，治以四君子汤为主方，酌加佛手、玫瑰花、绿萼梅、香橼皮等辛温香燥之品，不升肝阳，不耗胃阴^[7]。柴胡与芍药乃马教授常用之调肝药对，柴胡疏肝，白芍柔肝，合用条达肝木，又防疏泄太过，“治肝可以安胃”，肝气得舒，则脾气渐旺。

4.4 注重调畅气机

脾胃同居中焦，为气机升降之枢纽。胃主受纳，胃气通降，饮食物通过消化下传，化为糟粕；脾主升清，脾气健旺，水谷精微得以上输心肺，濡养全身。马教授认为 CAG 病程迁延，脾胃虚弱，升降失司，出现脘胀、噯气、呃逆等气机升降不畅之症候。治疗上，宜和升降，根据辨证，若中气下陷致纳差、腹胀，用黄芪、党参等药物升阳补气，酌加枳壳、莱菔子等降气之品；若胃气上逆之呃逆、噯气，常用枳实、旋覆花、刀豆壳，甚者加代赭石以降逆胃气，同时酌加白术、桔梗、葛根等升降同调，疗效甚佳。枳实与白术乃马教授常用升降同调之药对，枳实味辛、苦主通降，白术味甘、温主升阳，一升一降，调和中焦气机。现代药理学表明，枳实、白术单味药对正常大鼠胃肠无明显作用，但两药合用能促进大鼠胃动素的分泌，提高血浆和肠组织的 P 物质，皆能促进其胃肠运动。^[9]

4.5 注意脾胃润燥

脾喜燥而恶湿；胃喜润而恶燥。此乃脾胃不同的生理特性，其病理变化亦相互影响。马教授认为 CAG 病程较长，往往中焦失衡，脾胃燥湿失和，脾被湿困，胃阴被灼，若重用苦寒燥湿之药，则伤及脾阳；若过予辛香大热之药，则劫夺胃阴；若重用滋阴生津之品，则碍脾胃气机之运化，处理不当皆有违“和而治之”之理^[10]。《临证指南医案》言：“太阴湿土，得阳始运，阳明燥土，得阴自安。”马教授认为湿在中焦者，宜调和润燥，当以辛温宣透，化湿宽中治之。常选用苍术、厚朴、藿香、佩兰等辛温之品，芳香化湿，同时和以甘寒的滑石、冬瓜皮，以利水渗湿，使燥而不伤胃阴^[5]。若胃阴不足，阴伤燥生，当以甘凉濡润之药为主，常用沙参、石斛、玉竹等甘寒柔润之品，益胃养阴。然而大量滋阴养津之品，易滋腻胃腑，使气机不通，受纳不能，须和以炒扁豆、炒谷芽、佛手等理气和运、醒脾消导，使补而不滞，滋而不腻，润燥相调，方能脾胃相和。现代药理学证明，半夏与麦冬的润燥相和而用，能明显减轻 CAG 大鼠的萎缩，对逆转肠化生及不典型增生亦有良好的效果^[12]。

4.6 强调行气活血

《内经》谓：“血气不和，百病乃变化而生。”马教授认为 CAG 病程日久，初病在气，久必入血，或因中气虚弱，鼓动无力，凝滞成瘀；或因治疗不及，气机郁滞，气滞血瘀。治疗须调和气血，若以气虚为主，治疗以益气健脾药为主，血为气之母，酌加当归、赤芍、鸡血藤等药物，养血益气；若以瘀血为主，治疗以膈下逐瘀汤、丹参饮等方药理气活血祛瘀。大量祛瘀药物易耗伤正气，可加入太子参、白术等益气健脾之药，以防耗气之忧，气为血之帅，又具调气和血健胃之功。马教授认为，CAG 瘀血日久化生瘀毒，还可酌加蛇舌草、半枝莲等清热解毒之品，协助调和气血，往往事半功倍。大黄与花椒乃马教授常用调气血之药对，《类正本草》有言：“大黄为将军，主下瘀血，破癥瘕积聚”。将苦寒之大黄，与辛温行气之花椒合用，既可防大黄凝瘀，又加强了活血祛瘀，行气止痛之效。应用于血瘀日久之 CAG 脘腹刺痛治疗中，每获奇效。

5 病案举例

某男，31 岁。2019 年 12 月 23 日初诊。

主诉：反复上腹部疼痛半年余。

患者既往有慢性胃炎病史。近半年多来反复出现上腹部疼痛，经多家医院诊治，未见明显疗效。2019年5月16日胃镜检查提示：慢性萎缩性胃炎伴糜烂，胆汁反流。病理示：胃窦中度萎缩性胃炎伴肠化。刻下症：胃脘疼痛，反酸嗳气，时烧心，口干苦，大便3日未解。舌淡苔薄黄腻，脉弦滑。西医诊断：慢性萎缩性胃炎；中医诊断：胃痛。辨证：脾胃虚弱、气机阻滞、湿热内蕴。治法：健脾理气，清热化湿，活血止痛。方药：百合乌药汤合丹参饮加减：

百合 30g, 乌药 10g, 香附 10g, 五灵脂 10g,
丹参 15g, 檀香 5g, 砂仁 6g, 赤芍 20g,
枳壳 10g, 甘草 6g, 蒲公英 20g, 黄芩 10g,
海螵蛸 15g, 浙贝 8g, 瓦楞子 20g, 玄胡 10g,
白及 10g, 乳香 6g, 竹茹 15g。

4剂，水煎服。

二诊（2019年12月27日）：药后症状明显减轻，胃疼好转，二便正常。脉沉稍弦，舌淡苔白。仍宗上方加制大黄 3g，炒花椒 2g。7剂，煎服法同前。

三诊（2020年1月4日）：药后症再减，病情稳定，胃时不适，纳可，二便调，脉弦缓，舌淡苔白。宗二诊方，去乳香，加太子参 15g，郁金 10g。14剂，煎服法同前。后诸症消除，胃纳佳，二便调，仍宗三诊方再服 14剂以巩固疗效，于2020年1月6日胃镜示：慢性胃炎；病理：中度慢性浅表性胃炎。

按语：《证治要诀》云：“痛则不通，通则不痛。”患者胃痛日久，气机不畅，而产生一系列气滞为主兼有血瘀、痰湿，阻滞中焦的虚实夹杂症候。治疗以百合乌药汤合丹参饮加减，健脾理气，清热化湿，活血止痛。方中百合解气郁，乌药顺气机，二药合用，泄热不损胃，理气不破气，润燥不滋腻。五灵脂、赤芍活血散瘀，香附、枳壳、玄胡行气止痛，体现气血同调。丹参饮活血定痛，养血、醒脾兼调胃。《素问·至真要大论》谓：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”用黄芩、海螵蛸、浙贝母、瓦楞子清热制酸，和胃止痛。竹茹清胃火，化痰湿。蒲公英解热毒。白及、乳香可活血止血，消肿生肌。全方合用健脾理气，清热化湿，活血止痛。二诊，患者药后症状好转明显，考虑患者病程缠绵日久，如《临证指南医案》言：

“久痛入络”，加入少量活血祛瘀、推陈出新之大黄，伍以行气止痛之花椒，活血祛瘀，行气止痛。三诊，患者胃脘无明显疼痛，去辛温之乳香，加入郁金、太子参，疏肝健脾。纵观全方，平调寒热，气血兼顾，健脾疏肝，相得益彰，充分体现了马教授“和法”治疗 CAG 之思想。

某女，67 岁，2019 年 12 月 2 日就诊。

主诉：上腹部隐痛半年余。

初诊：患者半年前出现上腹部隐痛不适，于 2019 年 5 月 22 日在安徽省中医院行纤维胃十二指肠镜：慢性胃炎。病理：胃角慢性萎缩性胃炎伴轻度肠化。刻下：胃隐痛，无嗳气，不反酸，纳可，口时苦，口腔异味，二便正常，脉沉细弦，舌淡苔薄白。诊断：西医诊断：慢性萎缩性胃炎；中医诊断：胃痛 脾胃虚弱兼有湿热。治法：健脾理气清热，活血通络止痛。方药：香砂六君子汤加减：

太子参 10g， 白术 10g， 茯苓 15g， 姜半夏 10g，
 陈皮 10g， 砂仁 6g， 白豆蔻 6g， 木香 10g，
 莪术 9g， 炒苡仁 20g， 黄芩 10g， 仙鹤草 15g，
 丹参 15g， 檀香 4g， 当归 10g， 赤芍 10g，
 白芍 10g， 甘草 6。

7 剂，水煎服。

二诊（2019 年 12 月 9 日）：药后症显减，舌淡苔白脉弦细，效不更方，仍宗 9 月 2 日方 加建曲 10g。14 剂，服法同前。

按语：《医学真传·心腹痛》说：“夫通者不痛，理也……调气以和血，调血以和气，通也。”马教授运用香砂六君子汤，益气健脾，行气化痰，莪术健脾破血祛瘀，薏仁健脾利湿，黄芩祛痰清胃热，仙鹤草收敛止血，四者合用清热利湿，破瘀收敛，补中有泻，散中有收。丹参、檀香、砂仁为丹参饮之意，丹参入血分，配以檀香、砂仁，既活血化瘀，又理气和胃。一味丹参功同四物，砂仁益肾理元、引药归丹田，马教授常用之治疗气滞血瘀，正气渐虚之胃痛；肝主疏泄，当归、赤白芍，养血活血，兼以养血柔肝，合以香砂六君子，舒肝养血，肝气得舒，脾之气机亦得通畅，共奏健脾理气清热，活血通络止痛之功。二诊，患者药后症状显减，效不更方，加入建曲 10g 以健脾安中。

某女，66岁，干部。2020年2月5日初诊。

主诉：胃痛一年余。

初诊：患者一年多以前无明显诱因下出现胃痛，发作时针刺样痛。刻下：胃部刺痛，痛处固定，空腹亦感胃部不适，无恶心呕吐，无返酸嗝气，饮食可，受惊后即大便稀薄，一日2-3行，近日二便正常。脉沉细弦，舌淡苔白。2019年11月胃镜：慢性萎缩性胃炎。诊断：西医诊断：慢性萎缩性胃炎；中医诊断：胃痛。辨证：肝气犯胃兼有痰湿。治则：疏肝和胃，健脾化湿。方药：柴胡疏肝散加减。

柴 胡 8g 赤白芍各 8g 枳 壳 10g 川 芎 6g
香 附 10g 丹 参 15g 砂 仁 6g 檀 香 6g
炒白术 10g 广木香 9g 神 曲 10g 茯苓 15g
陈 皮 10g 甘 草 6g

7剂，水煎服。

二诊：(2020.02.13):药后症减，胃部无明显刺痛，饮食可，大便尚调，一日一行，脉弦细，舌淡苔白。拟方：宗 2019.02.05 方，加太子参 10g，当归 10g，姜半夏 9g，炒黄芩 10g，炒薏仁 15g，14剂，1日1剂，水煎服。后加减调节一月，诸症悉除。

按语：本例系胃痛病患者，初诊：患者辨证属肝气犯胃兼有痰湿。叶天士云：“肝为起病之源，胃为传病之所”、“凡醒胃必制肝”。方中柴胡疏肝解郁，香附、枳壳理气疏肝而止痛，檀香、枳壳理气行滞，芍药、甘草养血柔肝，缓急止痛。叶天士云：“初病在经，久病入络”。胃病初病在气，气滞日久可导致血瘀胃络，引起患者刺痛难忍，故马老用川芎、丹参活血行气以止痛。脾胃运化失职，水液输布失常，可致泄泻，故马老用砂仁、白术、神曲、茯苓、陈皮健脾化湿。二诊患者病情明显好转，脾胃健运功能渐复，但上药偏于温燥，湿邪化热，故用姜半夏，炒黄芩，炒薏仁清热利湿，太子参补气生津，当归养血活血柔肝。后随访基本痊愈。

某男，53岁，2019年12月4日初诊

主诉：胃胀满一月余。

初诊：饭后胃胀，嗝气，口干不苦，反酸，无恶心呕吐，无腹痛腹胀，大便

3-4 次/日，成形。患者肤黄，瘦弱脉弦缓，舌淡苔薄黄。2019 年 10 月胃镜：慢性萎缩性胃炎。诊断：西医诊断：慢性萎缩性胃炎；中医诊断：痞满。辨证：饮食内停兼湿热证。治则：健脾益胃，行气降逆。方药：四逆散合二陈汤加减。

苏 梗 10g 赤白芍各 10g 枳 壳 10g 炒川连 5g
炒吴萸 4g 青陈皮各 10g 姜半夏 10g 茯 苓 18g
厚 朴 10g 大腹皮 8g 莪 术 9g 谷麦芽各 20g
神 曲 10g 甘 草 5g 砂 仁 6g
7 剂 水煎服

二诊：（2019.12.13）：药后症减，饮食可，大便尚调，一日一行，脉弦细，舌淡苔白。拟方：效不更方，宗 2019.12.04 方。7 剂，水煎服。

按语：《证治汇补·痞满》：“大抵心下痞闷，必是脾胃受亏，浊气夹痰，不能运化为患。”患者饭后胃胀暖气，以苏梗、赤芍、白芍、枳壳行气宽中散痞。黄连合用吴茱萸平调寒热；青皮、陈皮、姜半夏、茯苓加上砂仁以燥湿化痰，健脾和中，治病求本；厚朴、大腹皮以运化气郁，气郁得运则大便自下反酸自除。患者有萎缩性胃炎病史，加以莪术活血行气，谷麦芽疏肝和中，肝气得舒脾气健旺。神曲健脾消食，甘草调和诸药。

参考文献

- [1].房静远,刘文忠等.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(07):44-55.
- [2].李军祥,陈詒,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(02):121-131.
- [3].任之洁,翟祖康.幽门螺杆菌根除后慢性萎缩性胃炎胃粘膜的改变[J].上海第二医科大学学报,2001(05):435-436+443.
- [4].宋海连,周宗骏,等.叶酸及维生素 B₁₂治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].上海医药,2000(09):27-28.
- [5].储浩然,张闻东.马骏治疗慢性萎缩性胃炎的用药经验[J].安徽中医临床杂志,2000(03):215-216.
- [6].李晓红,史瑞,等.左金丸及其拆方治疗萎缩性胃炎模型大鼠的疗效观察[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(04):383-385.
- [7].李学军.马骏学术经验举要[J].中医药临床杂志,2012,24(01):14-16.
- [8].薛西林.马骏“四左金陈”合方治疗脾胃病学术思想辨析[J].中医药临床杂志,2010,22(12):1035-1036.
- [9].李冀,刘蔚雯,等.枳术汤治疗功能性消化不良的配伍研究[J].中华中医药学刊,2007(02):199-201.
- [10].麻晓慧,缪红,等.枳术丸煎剂与枳术汤对大鼠 P 物质的影响[J].时珍国医国药,2007(07):1605.
- [11].谷红苹,马伟明,等.马伟明治疗脾胃病“和法为先”的学术思想及临床特点[J].浙江中西医结合杂志,2018,28(04):257-259.
- [12].赵静,王兰青,等.麦门冬汤麦冬半夏不同比例对慢性萎缩性胃炎模型大鼠胃粘膜病理形态的影响[J].中国民族民间医药,2010,19(16):53-54.

文献综述

名老中医论治慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜上皮及腺体萎缩，数目减少，胃黏膜变薄，黏膜基层增厚，伴有或不伴有幽门腺化生、肠腺化生，甚至不典型增生为特征的常见消化内科疾病，为胃部疾病炎-癌转换中重要的一环^[1]。其病因及发病机制仍不甚清楚，西医治疗上缺乏确切的治疗措施，但中医药在治疗 CAG 的过程中取得了良好的效果。

李佃贵教授认为“浊毒”是慢性萎缩性胃炎产生的关键因素^[2]。治疗以“以痛论治”，以“化浊解毒”为要，抗肠上皮化生和防止其进一步发展，以防癌变^[3]。李教授把 CAG 分为三型，分别为：脾胃虚弱型：治宜化浊解毒，健脾益气。药物：当归 15 g，白芍 30 g，白术、木香各 9 g，茯苓、红豆蔻、白扁豆、厚朴、枳实、党参、陈皮、山药各 15 g。瘀血阻络型，治宜化浊解毒，活血止痛。药物：蒲黄 12 g，砂仁 9 g，川芎 12 g，三七粉（冲服）2 g，姜黄 9 g，五灵脂、延胡索、蒲公英、当归、白芷、丹参、鸡血藤、茵陈各 15 g。浊毒壅盛型：治宜化浊解毒，散结通络。药物组成：苦参 9 g，鸡骨草 12 g，全蝎 9 g，蜈蚣 2 条，木香 9 g，龙胆草、佩兰各 12 g，白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、板蓝根、藿香、香附、紫苏梗、厚朴、枳实、莱菔子各 15 g^[2]。

朱良春教授认为由于饮食习惯变化及生活工作的压力，影响消化功能，CAG 的主要病机是本虚标实。本虚指中焦脾胃气虚、阴虚、阳虚；标实指气滞、血瘀、湿阻。朱良春教授将 CAG 分为三型辨治：脾虚挟瘀，宜益气化瘀，方药如下：黄芪、莪术、山药、鸡内金、三七、玉蝴蝶、凤凰衣、甘松、徐长卿、白术。阴虚木横，宜养胃制肝，方药如下：北沙参、麦冬、白芍、知母、花粉、乌梅、柿霜饼、绿萼梅、失笑散、蒲公英、佛手；阳虚挟湿，宜温脾化湿，方药如下：黄芪、良附丸、苍术、太子参、徐长卿、升麻、鸡内金、熟薏仁、砂仁^[4]。朱良春教授创立“胃安散”治疗慢性萎缩性胃炎稳定期。方中黄芪补中益气，党参甘温益气，健脾养胃，山药补脾益肺，补肾摄精，蒲公英清热解毒，枸杞补益肝肾，益精明目，消肿散结，仙鹤草清热和血、健胃补虚，刺猬皮化瘀止痛；三七化瘀生新，白及

收敛止血，消肿生肌，木蝴蝶疏肝和胃，薏苡仁健脾，莪术行气止痛，鸡内金消食健胃，白芍与甘草合用缓急止痛^[5]。

路志正教授认为 CAG 整个病程中是错综复杂的，治疗时要善抓主症、详辨寒热虚实、脾胃同调，选方用药轻灵。路教授在治疗 CAG 时还强调顾护胃气及胃阴，其认为“量大药杂则味厚气雄，患者难以运化，”对于胃阴不足和气阴两虚证，治以益气生津、甘凉濡润之法，方药以石斛梅花汤，方中北沙参、石斛滋阴生津与太子参、炙甘草益气守津共为君药；白芍、乌梅合炙甘草化阴生津为臣药；陈皮、玫瑰花疏肝助胃为佐药；生麦芽、生谷芽健脾导滞为使药，全方益气生津、养阴益胃。对兼气滞者，常佐佛手、八月札等理气之品；对于虚夹湿之证，先祛湿邪，湿去而热孤，而后用甘凉养阴之品，而祛湿又有宣化、淡渗、燥湿等不同，祛湿之药也随上、中、下三焦的不同而有侧重，但以中焦之品为主，临证多用藿梗、清半夏、白蔻仁、薏苡仁、茯苓等，方从藿朴夏苓汤、三仁汤及六君子汤而对于久病动血，损伤胃络之血瘀证，路老常加延胡索、丹参、赤芍、石见穿等^[6]。

李乾构教授认为 CAG 多由脾胃虚弱，病程缠绵，久病多虚，“虚”不离“瘀”。李教授认为 CAG 的治疗当顾护脾胃之气，攻补兼施，恢复其纳运、升降的功能，气血才得以调和^[7]。以四君子汤，益气健脾，扶正固本，为主方制定了治疗 CAG 的基础方：党参 10g、莪术 15g、茯苓 10g、甘草 5g、陈皮 10g、枳实 10g、薏仁米 30g、白花蛇舌草 20g^[8]。同时根据辨证可佐行气、活血化瘀的药物，又使补而不滞；脾气虚者运化无力，湿邪内生，可合用二陈汤健脾化湿；气虚者多气行无力而气滞，可佐四逆散疏肝和胃。对于 HP 感染的 CAG 患者，多为外邪侵袭致湿热中阻为患，可施以清化之法，以收源清水澈、邪去正复之功。在治疗 CAG 中李教授善用丹参配莪术活血化瘀，共奏“辛以散结”之效。CAG 胃脘痞满以莪术配白术，健脾活血、散结消痞。CAG 脾虚湿热证以茵陈配虎杖，清热化湿，利胆退黄。青皮配陈皮理气消胀，柴胡配郁金疏肝理气等^[7]。

单兆伟教授认为 CAG 以脾胃虚弱为病理基础，湿热、血瘀为主要病理因素，可分为脾胃气虚、湿热中阻、瘀血停胃、胃阴不足 4 个常见基本证型^[9]。脾胃气虚证：选方香砂六君子汤化裁；湿热中阻证：选方芩连平胃散加减；瘀血停胃证：选方丹参饮加减；胃阴不足证：选方麦门冬汤加减。同时，单教授认为，分型只能代表疾

病在某个阶段的主要正邪矛盾，而临床病情错综复杂，不可拘泥于分型。治疗时宜益气健脾 养阴和胃治其本，清热祛湿 活血通络疗其标^[9]。

张镜人教授认为浅表性胃炎因气滞热郁，气血俱累，煦濡不周，胃络失养，渐发展而成慢性萎缩性胃炎。脾胃居中焦，不论饮食失节、情志失调、外邪侵袭，都易损伤脾胃之气，损脾胃可致气虚，碍脾胃则为气滞，气虚、气滞日久，必致血行不畅、脉络瘀阻。张教授提出了“调气活血法”治疗CAG。创立“调气活血方”，其药物组成有孩儿参、白术、柴胡、赤白芍、甘草、血竭、丹参、香附等。阴虚加南北沙参；湿阻去孩儿参，加半夏、藿梗；噎气加旋覆花、代赭石；嘈杂加扁豆；胀满加枳壳等^[10]。同时张镜人教授再次根据“调气活血法”，针对慢性萎缩性胃炎，创立“萎胃安”，方中太子参，炒白术共为君药，补气健脾、燥湿助运；丹参、赤白芍为臣药，凉血活血、和营通络，佐以柴胡、黄芩，平调脾胃之气机而助纳运；白花蛇舌草、徐长卿为使，清热止痛，兼顾虚实夹杂、瘀热互结之证^[11]。

徐经世教授认为，现代工作生活的压力，使得脾虚肝郁是CAG的主要病机。徐教授针对肝郁脾虚制定“消化复宁汤”，方药如下：姜竹茹、枳壳、姜半夏、柴胡、绿梅花、谷芽组成。该方利胆调腑，消炎止痛，健脾和胃，调中有利、通调结合的作用，为阴阳转枢之剂，共奏修复消化之功^[12]。“方有定法，治有常变”，选方用药，须依证而择之，可以“温凉相济，补而不膩”概之。若肝胆郁热者用之最宜，常配以蒲公英寒热并用；脾胃虚寒者以黄连温胆汤加熟附易生姜；肝胆郁热伤阴者，常加白芍、石斛益养阴液；若心烦易怒、头晕者，以天麻、菊花、甘麦大枣等平肝熄风、养心安神；若大便溏泄，木贼土虚者，以葛根、荷叶健脾利湿、升清止泻等^[13]。

李玉奇教授认为，CAG与情志、气候、饮食等因素相关，病源多起于脾肾二经虚衰，肾虚无力涵肝，致肝横侮于脾，脾运失职，必累及胃腑功能失调，胃脘痛发展则为胃脘痛。治疗“以痛论治”^[14]。治疗以“消”“托”“补”三法整体论治。“消其邪”疾病早期，湿热壅阻中焦，痈毒未成，邪实正不虚，宜祛邪治标为主，用“消”法，清热解毒，利湿化浊，给邪以出路。“托其毒”中期湿热邪毒，结聚为痈，治疗以“托”法，拖毒祛腐，敛疮生肌，透毒外出。“补其虚”后期毒势已去，伤津耗气，气血俱损，常伴脾胃气阴两伤，宜益气运脾，养阴生津和胃为主^[15]。常

用药物有：黄芪、白及、元胡、川楝子、苦参、蒲公英、连翘、升麻、当归、白豆蔻、砂仁、三七、薏苡仁、白鼓、茵陈、白花蛇舌草、半枝莲等^[16]。

王道坤教授认为CAG以脾胃虚弱为本，以气机升降失常为主，以燥湿失济，痰瘀交阻为病理转归^[17]。治宜补虚健运，畅气机，疏肝气，化痰瘀。针对肝郁气滞胃失和降病机，王教授制定疏肝和胃汤，方药如下：柴胡、枳实、白芍、香附、苏梗、延胡索、陈皮、法半夏、茯苓、海螵蛸、甘草。方中枳实散痞理气；柴胡、香附疏肝解郁，芍药柔肝止痛，陈皮健脾化湿，苏梗行气宽中，延胡索理气止痛，法半夏降逆止呕，茯苓健脾祛湿，海螵蛸制酸止痛，甘草调和诸药^[18]。针对气虚痰瘀病机制定化痰消痞汤，其组成为：白术、党参、干姜、炙甘草、枳实、黄连、半夏、黄芪、茯苓、麦芽、厚朴、三七粉（冲服）^[19]，全方功补兼施，气血并调，行化痰祛瘀、和胃消痞之功。

综上所述，中医独特的辨证理念，与现代医学检查相结合，运用多种中医药治疗手段，能有效延缓CAG进展，具有不良反应少，安全性高等优点，在当代对CAG的防治发挥巨大的作用。

参考文献

- [1].王义霞,黄燕等..慢性萎缩性胃炎与巨幼细胞贫血的相关性[J].中外医,2015,34(15):45-46.
- [2].杜艳茹,檀书庭,等.李佃贵教授应用浊毒理论治疗慢性萎缩性胃炎临床经验[J].河北中医,2017,39(05):645-648.
- [3].徐伟超,赵润元,等.国医大师李佃贵诊治慢性萎缩性胃炎临床经验的数据挖掘[J].中华中医药杂志,2019,34(09):4350-4353.
- [4].朱良春,沈庆法,等浅谈慢性萎缩性胃炎[J].天津中医学院学报,1993(03):2-7.
- [5].毛玉安.朱良春经验方胃安散化裁治疗慢性萎缩性胃炎 42 例[J].江西中医药,2016,47(07):44-46.

- [6].苏泽琦,于春月,等.国医大师路志正治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J].现代中医临床,2017,24(03):34-36.
- [7].汪红兵,彭美哲,等.李乾构治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].北京中医药,2013,32(12):907-908+916.
- [8].李乾构,刘赓.“因虚致瘀”论治慢性萎缩性胃炎[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(11):803-805.
- [9].严湖,单兆伟,等.单兆伟诊疗慢性萎缩性胃炎特色举要[J].辽宁中医杂志,2017,44(12):2507-2508.
- [10].王松坡,孔令春,等.调气活血中药治疗萎缩性胃炎的疗效评价及其对胃黏膜血流的影响[J].上海中医药大学学报,2010,24(04):42-44.
- [11].饶淑华,杨光华.张镜人与萎缩性胃炎证治规律发现[J].中医研究,2002(02):38-40.
- [12].张国梁,李艳,等.消化复宁汤对肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎大鼠 ERK1/2 和 p-ERK1/2 的影响[J].安徽中医药大学学报,2015,34(02):64-67.
- [13].郑勇飞,张莉,等.徐经世“肝胆郁热,脾胃虚寒”学术经验举要[J].中医药临床杂志,2012,24(08):699-701.
- [14].王垂杰,李玉奇.慢性萎缩性胃炎中医辨证论治研究近况[J].辽宁中医杂志,1989(12):37-40+22.
- [15].陈晨,姜树民.姜树民治疗慢性萎缩性胃炎学术思想及经验[J].中华中医药学刊,2020,38(02):77-80.
- [16].铁玲玲,姜树民.姜树民以痛论治慢性萎缩性胃炎[J].实用中医内科杂志,2014,28(11):10-11.
- [17].段永强,王道坤.王道坤教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床思路与经验[J].西部中医药,2014,27(11):46-49.
- [18].刘玲,王道坤,等.王道坤教授应用疏肝和胃汤治疗慢性萎缩性胃炎医案举隅[J].中医药信息,2019,36(06):60-63.
- [19].王韶康,段永强,等.王道坤从气虚痰瘀论治慢性萎缩性胃炎经验[J].中华中医药杂志,2018,33(07):2920-2922.

个 人 简 介

基本情况

姓名：陈志豪

民族：汉

性别：男

出生年月：1993.08

籍贯：广东阳江

政治面貌：团员

专业：中医内科学

研究方向：中医药防治脾胃疾病

学习经历

2013.9-2018.7	辽宁中医药大学杏林学院	本科
2018.9-2021.7	安徽中医药大学	硕士

攻读硕士期间发表学术论文

陈志豪,李学军.马骏运用和法治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].中医药临床杂志,2021,33(01):50-53.

致 谢

三年的研究生生涯转瞬即逝，虽然心里曾期盼早日学成归来，但是真正到了离别的一刻却是满满的不舍。三年来，在学习、工作以及生活中，我的老师、同门以及父母都给予了我莫大的帮助和支持，因此在这里我要向你们表达我诚挚的感谢！

首先，我要感谢我的导师李学军教授，在您的耐心指导下，我充实的度过了研究生三年的学习历程，导师不止教会我临床知识，也教我生活做人，感谢您三年里对我学习上的谆谆教诲、临床上的悉心教导以及生活上的关心理解及无微不至的关怀，老师说的话，传授的知识，学生会铭记于心。导师深厚的中医理论、丰富的临床经验、严谨的学术态度、创新的学术精神以及对待患者平易近人、耐心的态度使我受益良多。能成为您的学生，是学生人生中莫大幸运，谢谢老师。

同时，我要感谢规培轮转期间各科室的临床带教老师，尤其是安徽省针灸医院脾胃科病房以及内镜室的全体老师们，感谢老师们的包容，在你们的指导帮助下，我的临床能力、操作水平得到了提升。感谢师兄师姐在科研及临床上给予的引导和榜样，感谢三年里相互扶持、相互帮助的两同窗，感谢师弟师妹在课题研究中给予的帮助和支持。

最后，我要感谢我的父母这些年对我学业的支持和鼓励。