

学校代号 10162

学 号 201510100046



遼寧中醫藥大學

Liaoning University of Traditional Chinese Medicine

博士学位论文

姜树民教授“以痛论治”学术渊源及拟方治
疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎临床研究

学位申请人

高孟尧

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

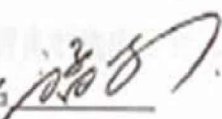
二〇一九年六月

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



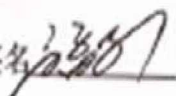
日期：2019年5月28日

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



学位论文导师签名



日期：2019年5月28日

目 录

一、摘要	
中文论著摘要.....	1
英文论著摘要.....	3
二、英文缩略词表.....	6
三、正文	
前言.....	7
论文一 “以痛论治”思想的学术渊源及“清中消痈汤”治疗 CAG 的确立	10
讨论.....	17
结论.....	18
论文二 “清中消痈汤”治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎的临床研究	19
实验资料.....	19
治疗方案.....	23
研究结果.....	27
讨论.....	36
结论.....	44
四、本研究创新性自我评价.....	45
五、参考文献.....	46
六、附录	
综述.....	45
个人简介.....	66
在学期间科研成绩.....	71
致谢.....	72

摘 要

研究目的：本文对“以痛论治”的学术渊源及“清中消痛汤”的形成进行追溯总结，并对 120 例肝胃郁热兼气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者临床疗效观察，探讨姜树民教授“清中消痛汤”在治疗该病的临床疗效，为广大医学工作者在对该病的治疗上提供一些思路。

研究方法：本文从学术渊源的探讨和临床药效研究两个方面，系统而全面的总结了姜树民教授对脾胃疾病尤其是慢性萎缩性胃炎的治疗感悟与心得。

1. 学术渊源研究方面，通过对《脾胃论》、《黄帝内经》以及《金匱要略》相关内容和李老周老论文著作的研读分析，总结李玉奇教授如何开创“以痛论治”这一学术思想、“胃脘痛”这一病名的由来。周学文教授如何提出“毒热”理论，以及吾师姜树民教授继承两位医学大师的理论衣钵，应用“消痛生肌”之法，且拟定了以“清中消痛汤”应用于临床治疗慢性萎缩性胃炎的学术传承。

2. 临床治疗研究方法：（1）研究对象为就诊时间为 2016 年 1 月至 2017 年 12 月，就诊于辽宁中医药大学附属医院门诊及内窥镜室，临床诊断为慢性萎缩性胃炎，中医分型为肝胃郁热型的患者，共计 120 例。（2）将 120 例患者依就诊先后随机分为西药对照组、中成药对照组和中药（清中消痛汤）治疗组，每组各 40 例。三组均给予标准的铋剂四联方案治疗 2 周后，西药对照组继续给予瑞巴派特片；中成药对照组给予胃复春片；中药治疗组给予清中消痛汤加减口服治疗治疗期间不使用其他相关治疗药物。（3）治疗 3 个月后三组分别进行症状积分评价，内镜下胃粘膜评价，胃粘膜病理组织疗效评价，Hp 疗效评价，胃电活动疗效评价及脑肠肽检测指标评价观察各组疗效情况，并进行安全性评价。

研究结果：1. 学术渊源方面，“以痛论治”思想沿袭经典，应用“清中消痛汤”治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎有充分中医理论支持。2. 在临床治疗方面：“清中消痛汤”组（以下称“中药组”）对比中成药组，西药组在临床症状改善显著优于中成药对照组和西药对照组（ $P < 0.01$ ）；（2）内镜下胃粘膜评分方面：中药组显著优于中成药对照组、西药对照组（ $P < 0.01$ ）；（3）病理学疗效比较方面：中药治疗组的病理疗效均显著

优于中成药、西药对照组 ($P<0.01$)；(4) 幽门螺旋杆菌根除率方面：中药治疗组的 HP 根除率均显著优于中成药、西药对照组 ($P<0.01$)；(5) 胃电活动指标方面：中药组在减低胃电节律紊乱系数方面优于西药组 ($P<0.01$)。(6) 脑肠肽检测指标方面：中药治疗组主要脑肠肽检测指标较中成药对照组、西药对照组得到显著改善 ($P<0.01$)；(7) 安全性评价：治疗组及对照组患者在服药过程中均未出现发热、皮疹等不良反应，治疗前后血常规、尿常规、肝肾功能、心电图检查等均未见异常。

结 论：1. “以痛论治”思想和“毒热”理论指导临床有明确的理论依据。2. 姜树民教授在临床治疗慢性萎缩性胃炎上，坚持“以痛论治”思想，以“消痛生肌”为治疗原则，拟定“清中消痛汤”为基础方药，根据不同证型加减化裁，从临床症状的改善，及检验指标上均明显好于常用中成药及西药治疗，为中医治疗慢性萎缩性胃炎提供了一个新的探索方向。

关键词：脾胃病；慢性萎缩性胃炎；以痛论治；消痛生肌；姜树民

Abstract

Purpose: This article through the retrospective summary of the academic significance of "treating with carbuncle", and the formation of "Qingzhong Xiaoyong Decoction", and the clinical efficacy of 120 patients, explore Professor Jiang Shumin "Qingzhong Xiaoyong Decoction" in treatment. The clinical efficacy of the disease provides some ideas for the medical practitioners in the treatment of the disease.

Material and method: This article systematically and comprehensively summarizes Professor Jiang Shumin's treatment and experience of spleen and stomach diseases, especially chronic atrophic gastritis.

1. In the field of academic origin research, through the analysis of the contents of "Spleen and Stomach", "Emperor Neijing" and "Golden Chamber" and Li Lao and Zhou Laothesis, sum up Professor Li Yuqi to create a "rule by the public". Academic origin, the origin of the name "stomach sputum". Professor Zhou Xuewen put forward the theory of "toxic fever", and Professor Jiang Shumin inherited the theory of the two medical masters, applied the method of "eliminating muscles and muscles", and formulated the application of "Qingzhong Xiaoyu Decoction" in clinical treatment of chronic Academic inheritance of atrophic gastritis.

2. Clinical practice research methods: (1) The study subjects were from January 2016 to December 2017, and were treated in the outpatient clinic of the Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine and the gastrointestinal ward and endoscopy room. The clinical diagnosis was chronic. A total of 120 patients with atrophic gastritis. (2) 120 patients were randomly divided into western medicine control group, Chinese medicine medicine control group and Chinese medicine (Qingzhong Xiaoyu decoction) treatment group, 40 cases in each group. The three groups were given standard tincture quadruple solution. After 2 weeks of treatment, the western medicine control group continued to give Rebapatide tablets; the Chinese patent medicine control group was given Weifuchun tablets; the Chinese medicine treatment group was given Qingzhong Xiaoyu Decoction plus

or minus oral treatment without other related treatment drugs.(3) After treatment, the three groups were evaluated for symptom score, endoscopic gastric mucosal evaluation, gastric mucosal pathological evaluation, Hp efficacy evaluation, gastric electrical activity evaluation and brain-gut peptide detection index evaluation, and the effects of each group were observed. Conduct a safety evaluation.

Results: The following results were obtained through clinical observation. (1) In terms of clinical symptoms: “Qingzhong Xiaoyu Decoction” group (hereinafter referred to as “Chinese medicine group”) compared with Chinese medicine group, western medicine group improved significantly in clinical symptoms. The drug control group and the western medicine control group ($p<0.01$); (2) The endoscopic gastric mucosa score: the Chinese medicine group was significantly better than the Chinese medicine control group? The western medicine control group ($p<0.01$); (3) Comparison of pathological effects Aspect: The pathological efficacy of the Chinese medicine treatment group was significantly better than the Chinese medicine medicine? Western medicine control group ($p<0.01$); (4) Helicobacter pylori eradication rate: the hp eradication rate of the Chinese medicine treatment group was significantly better than the Chinese patent medicine? Group ($p<0.01$); (5) In terms of gastric electrical activity index: Chinese medicine group was superior to Western medicine group in reducing the coefficient of gastric electrical rhythm disorder ($p<0.01$). (6) Cerebral-intestinal peptide detection index: The main brain-gut peptide detection index of the Chinese medicine treatment group was significantly improved compared with the Chinese medicine control group and the western medicine control group ($p<0.01$); (9) Safety evaluation: treatment group and control group patients There was no fever, rash and other adverse reactions during the medication. No abnormalities were found in the blood routine, urine routine, liver and kidney function, and electrocardiogram before and after treatment.

Conclusion: Professor Jiang Shumin insisted on the idea of "treating the disease with phlegm and blood stasis" in the clinical treatment of chronic atrophic gastritis, and based on the principle of "eliminating sputum and sputum muscle", formulating "Qingzhong Xiaoyong

Decoction" as the basic prescription, according to different syndrome types Reduction of the cut, from the improvement of clinical symptoms, and test indicators are significantly better than the commonly used proprietary Chinese medicine and Western medicine treatment, providing a new direction for the treatment of chronic atrophic gastritis.

Key words: spleen and stomach disease; Chronic atrophic gastritis; To treat with carbuncle; Carbuncle carbuncle; Shu-min jiang

英文缩略词表

英文缩写	英文全称	中文全称
IBS	irritable bowel syndrome	肠易激综合征
AP	acute pancreatitis	急性胰腺炎
BGR	bile reflux gastritis;bile	胆汁反流性胃炎
CAG	chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
WHO	world health organization	世界卫生组织
HP	helicobacter pylori.	幽门螺杆菌

姜树民教授“以痛论治”学术渊源及拟方治疗肝胃郁热型

慢性萎缩性胃炎临床研究

前 言

慢性萎缩性胃炎（CAG）是指胃黏膜在多种致病因素共同作用下的慢性炎症性病程中遭到反复损害，导致胃黏膜腺体减少乃至消失，发生萎缩性改变或伴不同程度异型增生的消化系统疾病。主要以自身免疫病因相关的称自身免疫性萎缩性胃炎，主要以幽门螺旋杆菌感染、环境因素、饮食因素、情志因素相关。在中国，以多灶萎缩性胃炎多见，其病变多数是由幽门螺旋杆菌感染引起。由于幽门螺旋杆菌的传染性，易有家族聚集性发病，而且容易反复发作。根据其病理特点，慢性萎缩性胃炎可分为两种类型，即“化生性萎缩”、“非化生性萎缩”。慢性萎缩性胃炎是一种癌前病变，如果任凭病情发展，胃癌是其难以避免的转归。病理报告显示伴有肠上皮化生或不典型增生的患者存在更高的恶变可能性。由于胃癌在世界范围内名列第二的发病率和死亡率，慢性萎缩性胃炎已受到世界范围内的广泛关注。

在中医古籍中无法找到慢性萎缩性胃炎的出处，但是可以根据此病患者胃脘隐痛、胀满、暖气反酸、纳呆食少的主要临床症状，可将 CAG 归属于中医“胃脘痛”、“痞满”、“胃痞”、“嘈杂”等疾病范畴。主要的病因多与饮食、情志、本虚、邪实等有关，在疾病的发展中各家医者都对此病有着自己的独特认识及诊疗手段，每每都收到意想不到的收获。中医学以整体观念和辨证论治为基本原则，在此基础上确立治则治法，对症下药，不仅可以明显缓解患者的临床症状，提高患者的生活质量，还能调节全身各脏腑的生理机能，补虚泄实，不仅疗效显著，还能有效防止复发。大量的数据研究证明通过中医药的正规疗程治疗不仅可以延缓化生性萎缩性胃炎的进展甚至可以部分或全部逆转已形成的非化生性萎缩性胃炎。中医药治疗可以调节内环境，修复胃黏膜，抑制甚至逆转萎缩和 Dys，抑制癌基因的表达等，具有可观的疗效，取得了较好的前景。因此，研究慢性萎缩性胃炎的中医辨治方案，对攻克这一世界性难题尤为重要。

吾师姜树民教授在多年从事中医临床、教学、科研工作的过程中，取各家学说之长，

继承了李玉奇教授“以痛论治”的学术思想及周学文教授提出的“毒热”理论，认为“以痛论治”的“痛”是由毒热蕴结于胃而产生“胃脘痛”，将其应用于临床治疗。并逐渐归纳总结出自己的一套行之有效的治疗萎缩性胃炎的治疗法则，即“消痈生肌”之法，拟定“清中消痈汤”临床治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎，取得了极佳的疗效。姜树民教授传承“以痛论治”学术观点，借鉴中医外科对于疮疡的治疗思想及理论，确立了以“消痈生肌”为基本治疗法则，并且将外科长期应用而行之有效的“消、托、补”三大治疗法则应用于慢性萎缩性胃炎的临床治疗之中。慢性萎缩性胃炎在疾病进展的不同阶段临床症状不同，病因病机不同，主要矛盾也不尽相同。在临床表现上不仅有血腐肉败，气血凝滞，热毒侵袭浸淫，也有久病体弱，胃失所养，气血亏虚，溃面难收的表现。吾师在疾病的各个不同阶段，应用不同的治疗手段，以健脾和胃，泌别清浊，祛瘀消痈为法，自拟“清中消痈汤”，消痈生肌，辨证施治，临证加减治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎，其疗效确切，无明显不良反应。

现代流行病学调查研究表明，除幽门螺旋杆菌感染这一主要因素外，不良的生活方式及饮食习惯如过度食用刺激性饮品、食物，过少摄入蛋奶、新鲜瓜果蔬菜，以及滥用非甾体消炎类药物等因素都与萎缩性胃炎的起病和进展存在密切联系。发病的风险也受到年龄因素影响，50 岁以上的患者占发病人群 50%以上。由于我国人口逐渐老龄化、且幽门螺杆菌感染率较高，慢性萎缩性胃炎的患病率也逐年上升。科雷亚医生在上世纪九十年代初提出了肠型胃癌级联反应：即慢性非萎缩性胃炎—萎缩性胃炎—肠化生—异型增生—胃癌的病变过程被医学界广泛认可，而消化内科的研究热点之一即是如何阻止这一病程。然而，慢性萎缩性胃炎起病隐匿，没有特异性的临床表现，也可能仅出现上腹不适、胀痛、反酸、嗳气、食欲不振等消化不良的表现。这就导致患者不易依从与长期系统的规范治疗。许多患者对病情不够重视，仅在症状明显时服用质子泵抑制剂、改善胃动力药、抗生素、调节肠道菌群等药物缓解症状。这种治疗方法可以在短期内起效，然而长远看来，不能阻止病情的反复发作和胃黏膜的病理破坏，其预后不容乐观。

另一方面，现代医学认为主要是胃内的攻击因子(Hp 感染、长期反流等)与防御因子(年龄因素、胃黏膜营养因子缺乏等)失衡导致的。然而当前对于 CAG 的病因病机和治疗手段仍处于研究阶段，而且本病病程长，病情易反复，影响因素多，所以现代医学对本病治疗方法也层出不穷，但仍暂无精确有效的治疗方法。慢性萎缩性胃炎的现代医学

治疗主要包括根除幽门螺杆菌、抑酸抗酸、增强胃黏膜的防御功能等对症治疗及手术或内镜下处理癌前病变。虽然消化内镜的发展给疾病治疗带来质的飞跃，但针对前期病理改变，并无手术或内镜治疗指证的患者，药物疗效也欠佳，临床患者治疗效果不佳且特别容易反复，给患者生活及身心都带来极大的困扰。本研究总结搜集姜树民教授的病案，并阅读研究相关书籍、文献等，发掘了姜树民教授的临床学术渊源，总结了其诊治脾胃疾病的治疗经验。在具体研究上，选取符合胃镜、病理诊断标准及慢性萎缩性胃炎患者，应用中医证候分类标准进行分型，辨证论治，采用清中消痞汤加减进行治疗并观察其临床疗效，以期为临床治疗提供一些思路，具体报道如下：

论文一 “以痛论治”思想的学术渊源及“清中消痛汤”治 疗肝胃郁热型 CAG 的确立

1 慢性萎缩性胃炎“胃脘痛”病名的由来

慢性萎缩性胃炎在临床上症状的表现主要为胃脘部疼痛感和胀满感，按其病症特点，应该属于中医胃脘痛之范畴。但胃脘痛包括胃与肝、脾、胆、胰、心、肠等相关的胃脘疼痛疾病的症状相似，是以古有“九心痛”之称。有此可以见得，胃脘痛只是胃部疾病的一个显露症状，而作为一个病名并不确切。古代医家也常待“胃脘痛”为“壅”，认为“壅”之形成于胃阳阻遏密切相关，而后世医者逐渐将“壅”之病名向“痛”演化。从生理角度来讲，脾脏可谓一身之本，统领并约束其他四脏，亦为十二经络之本，脾胃二者，共中焦而居，一脏一腑，互为表里。脾脏主升清，胃腑主降浊，脾喜燥而恶湿，胃腑喜润而恶燥。二者共司机体气机升降、阴阳燥湿，从而协调完成中焦的气机升降调节，以保证五脏六腑之通降，故称为升降之枢。《诸病源候论·脾胃诸侯论》记载：“脾胃二气相为表里，胃受谷而脾磨之，二气平调，则谷化而能食。”在中医外科理论体系中，位于皮肉之间，局部有化脓性炎症病反应者称其为痈，与慢性萎缩性胃炎在胃镜下粘膜水肿，周围可有红晕，或伴有出血及糜烂的表现特征有很大的一致性。慢性萎缩性在病因病机，治法方药，外观表现等特点上都与外科的疮疡有着相通之处。五脏六腑事实上皆可成“痈”。

在中医古籍记载中，“胃脘痛”这一病名最早出现在《内经》之中，在其《灵枢·脉度篇》中有“六腑不和则留结为痈”之记载。而《圣记总录》中也明确提出“胃脘痛者，由寒气隔阳，热聚胃口，寒热不调，故血肉腐败”，即现代医学所谓之溃疡。《素问·病能篇》有“皇帝曰：人病胃脘痛，诊当何如？”之记载，将胃脘痛一词明确提出。随后医圣张仲景则提出内痈这一概念，包括“肺痈”、“肠痈”等在内的疾病。而将胃脘痛独立成病，并详细论述其病名，发病机制，诊断依据，治疗方案则最早见于沈金鳌之《杂病源流犀烛》，且同时代的医学著作《医宗金鉴》中也详细的对胃痛进行了阐述。由此可见，将慢性萎缩性胃炎以“痈”论治，可谓有理有据。

2 “以痛论治”思想的开创

2.1 李玉奇大师提出“以痛论治”

李玉奇老先生医术精湛，功擅内科，尤以脾胃疾病见长，根据慢性萎缩性胃炎的致病机制，临床症状特点，创新性提出“以痛论治”思想，并将此理论形成完整的治疗体系和辩证方案，进而融合成一套独创的学术理论，在对慢性萎缩性胃炎患者的潜方用药上取得了极佳的治疗效果。李老认为：在发病机制上，胃脘痛多因胃腑受到寒冷直接刺激，或因胃内食物积聚不化，或因胃火炽热，或因淤血组络，或因气机不舒，或因痰湿聚集从而导致脾胃遏阻，升降失和，胃失所养，进而通调腐熟不利，水谷精微化生有障，久而久之血腐肉坏，胃腑壅滞，难以同脾共济，因此胃气日渐衰弱。正所谓“胃气旺则易治，胃气败则难治”。然而现代西医学所说的慢性萎缩性胃炎在症状上与上述中医胃痛相关症状有较高的一致性，因此许多医家以“胃脘痛”的治疗方法治疗慢性萎缩性胃炎，结果却不尽如人意。李老为此废寝忘食，寻求对此病的治验之法，既遵循经典之论述，又不拘泥于句下。据几十年从医经验，开创性的提出以“胃痛”论治慢性萎缩性胃炎的学术观点，取得的效果卓有成效。其实，《内经》中早有以“胃痛”之为并的记载，“素问·病能篇”中有云：“逆而盛，则热聚于胃口而不行，故胃脘而痛也”。在《圣济总录》中也有关于胃痛的记载，“由寒气格阳，热聚胃口，寒热不调，血肉腐坏”。李老认为，胃痛之为病，从中医病机角度分类，主要可归纳为胃阳亏虚与胃阴不足两大类，胃阳虚之病，病于气分；胃阴虚之病则病于血分。从临床经验观察上看，胃阳亏虚型胃痛多在浅表性胃炎阶段发生，而胃阴不足型胃痛多为萎缩性胃炎发展过程中出现。

2.2 周学文教授创新“毒热”理论

周学文教授认为，慢性萎缩性胃炎于外科疮疡有着密不可分的联系。第一，在病因上主要责之于脾胃虚弱，饮食不节，情志不调，外邪侵袭等因素，这与外科疮疡的主要病因基本一致。第二，病机上亦有相通之处。胃乃五脏六腑之大源，主腐熟和受纳水谷，若因以上病因导致胃的功能失常，则腐熟水谷不利，从而导致胃合降功能失施，气机不通而至胃痛。脾胃二者互为表里，共同主人体气机升降。在病机转化过程中，可能出现气病及血，虚实夹杂，寒热互化的病机转变。而外科疮疡也是主要由于气分血分，寒热虚实互化导致气血瘀滞，或痰凝于筋脉，从而肉腐成脓以生痈疡。第三，借助现代医学手段，胃镜下观察胃炎溃疡面，其粘膜水肿充血，周围环绕红晕，常有伴随糜烂出血的特

征与外科痈疡之病，皮肤红肿热痛，腐化溃烂，出血化脓等近乎抑制。第四，借助外科治疗疮疡的方法治疗胃痛，行之有效。周老将外科治疗疮疡的消、托、补三大法则应用于慢性萎缩性胃炎的治疗，效果确切。如应用浙贝母，白芨消疮生肌，黄芪益气托腐，使溃疡面加快愈合，三七活血止痛，白术、内金，焦神曲、麦芽、山楂益气健脾加快病情恢复，效果颇佳。由此可见以痈论治有着坚实的理论基础，有着合理性和可行性。

在此基础之上，周老创新出“毒热”理论，将“从痈论治”思想提高到一个新的高度。周老认为，“毒热”之邪致病，主要在于“毒”，夫外邪伤中，其病因不外乎胆火犯胃，或者情志失调，犯脾狭胃，导致脾胃不和，气机不调，升降失司，邪气乃郁。日久邪气不除，则内蕴而化热，可谓病由毒而起，热由毒而化，久而久之则成“热毒蕴胃”之证，导致肉腐血败，形成溃疡。“热毒”的病机关键在于热毒内蕴，长期不解，清代医家尤怡在其所著《金匱要略心典》中提出：“毒者，邪气蕴结不解之谓”，可见毒邪的“蕴结”和“不解”二者互为因果，密切相关。“蕴结”是毒邪致病的原因，“不解”是致病的结果，因毒邪蕴结体内，不能及时驱邪外出而不解，而毒邪不解又可加重毒邪的蕴结。据《三指禅·卷三·内外痈疽先变脉论》中所载：“凡属肺痈与胃脘诸痈，总是热毒内蕴，四字概之。”

作为一个独立的致病因素，毒邪可归纳为“内毒”和“外毒”两类。“内毒”之形成与脏腑功能失调，气机不畅，血运不通密切相关，气血瘀滞，毒由内生，蕴结体内毒邪乃成。或由外邪侵袭，从口入胃，或情志所伤，或胆汁不循常道，逆上反流，“肝胆之火，移入于胃”，《灵枢·四十气》中有此记载：“邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦，故曰呕胆”。亦可为药物所伤及胃，或治疗不当，或诊治过度，或因病致郁，忧思伤脾，进而重伤于胃，以上种种因素均可导致邪气结于胃中长期不解，进而使得胃腑有失所养，血凝气滞，形成“热毒”。正如《灵枢·痈疽》云：“热盛则肉腐，肉腐则为脓”。“外毒”之形成不外乎外感六淫，邪气过盛或温热毒疫由外侵入人体，王冰于《素问·五常政大论》中提出：“夫毒者，皆五行标盛暴烈之气所为也”。无论内毒外毒，均非完全对立，在特定条件下，二者可同时存在，相互为患，久之则溃疡渐成。

治疗方面，周学文先生继承了李老提出的“内痈”学说，并以“毒热”为立足点，创立“毒热”病因学说，认为“虚实夹杂，实中夹虚”是最为基本的病机特点，而最基

本的症候则为“胃毒热盛”，“以痈论治”作为基本治疗原则，将慢性萎缩性胃炎的中医临床治疗提高到一个新的高度。

2.3 姜树民教授以“消痈生肌”为治法拟定“清中消痈汤”

姜树民教授继承李玉琦、周学文两位大师的“以痈论治”的学术思想，正式确立“清热解毒，消痈生肌”的治疗原则，并应用于临床治疗实践之中，取得明确的治疗效果。在中医外科的治疗中，对于“痈疡”有着较为完善和系统的治疗方法和理论基础，且分类较细致，有着肿疡、疮疡、溃疡的区别描述。然《内经》中只有“痈疽”两个字的概括，在《医宗金鉴》中曾提出：“盖内痈、内疽，其病原无殊，惟在根浅深之别耳”。在对于“胃痛”之病的治疗上，导师借鉴外科对于疮疡的治疗思想及理论，确立了以“消痈生肌”为基本治疗法则，并且将外科长期应用而行之有效的“消、托、补”三大治疗法则应用于慢性萎缩性胃炎的临床治疗之中。所谓“消痈生肌”，其意在于应用各种治疗方案以达到取出致病因素的目的，而后再通过对脏腑功能、气血运行的调整，达到消散痈肿、生肌长肉的目的，使遭到破坏的肌肉得以复生。然而需要注意的是，在痈疡脱腐生新、溃面愈合的过程之中，若单纯依靠机体本身的自愈能力来使新肉生长收口，不仅时间长较为漫长，且愈合效果也不甚理想。是以应用具有脱腐生肌、收敛固摄、促进新生等作用的药物加速创口的愈合速度和愈合质量的方法，即生肌之法。由此可见“从痈论治”的中心学术思想为：以“消痈”作为治疗手段，也是治本的治疗之法；以“生肌”为治疗目的，将生肌作为治标的方法，从而达到标本兼治的目的。慢性萎缩性胃炎在并且进展的不同阶段临床症状不同，病因病机不同，主要矛盾也不尽相同。在临床表现上不仅有血腐肉败，气血凝滞，热毒侵袭浸淫，也有久病体弱，胃失所养，气血亏虚，溃面难收的表现。姜师在疾病的各个不同阶段，应用不同的治疗手段，将外科的“消、托、补”三大治疗方法有针对性的运用到该病的治疗过程之中。姜树民教授认为，以郁热为主的胃痛，应用“消”法为主，而虚寒为主的胃痛治疗上应以“消”法和“补”法为主。

2.3.1 辨病与辨证相结合

在中医理论之中，“病”和“证”是两个密切相关但有明显不同的概念。“病”是疾病的整个过程的规律与特点的总结和概括，“证”则是对于疾病现阶段的病性和病位所作出的结论。“病”贯穿于疾病的始终，并注重于对疾病根本矛盾上的认识，而“证”则更偏重于从机体状况反应上了解和认识病情。从中医诊断学上来讲，无论辨病还是辨

证都是同等重要。辨病可以从宏观上认识疾病的主要矛盾，更利于认清疾病的发生和发展的全过程，更容易从特征上看清病情的本质；而辨证更着重从病症目前的表现来判断病位和病性，利于抓住当前疾病的主要矛盾。正是因为辨病与辨证两者对病情的侧重方面不尽相同，对病情的本质认识也有所不同，因此中医学中强调在临床诊断和治疗过程中，应该“辨病”和“辨证”有机结合，更有利于全面的认识疾病的本质。吾师姜导在日常工作中，主张临床将辨病与辨证二者有机结合。现对慢性萎缩性胃炎从辨病与辨证两个不同方面进行归纳总结。

2.3.2 确立以“消痈生肌，解郁清胃”为治则的主体方药—“清中消痈汤”

明代医家吴又可可在其所著《瘟疫论》中指出：“一病有一病之毒”，主张有针对性的对不同疾病应用不同的药物治疗。清代中医大家徐灵胎著有《兰台轨范》，其中记载云：“一病必有主方，一方必有主药”。是以每种疾病都有明确的主要矛盾贯穿病程始终，针对其基本矛盾则可有效确定治疗该病的理法方药。姜树民教授通过悉心研读古籍，并仔细参悟李玉奇、周学文两位国医大师的“以痈论治”学术思想，凭借数十年临床诊疗经验，确立了“消痈生肌，解郁清胃”这一治疗原则，并反复斟酌不断改进，拟定了治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎的主方“清中消痈汤”，临床疗效确切。该方的主要组成为：黄芪 20g，白芨 10g，元胡 10g，炒川楝子 10g，茯苓 20g，炒薏苡仁 30g，苦参 10g，蒲公英 15g，连翘 10g，白芨 15g，茵陈 30g，半枝莲 10g，白花蛇舌草 30g，姜黄 15g，郁金 15g，并根据患者临床症状加减化裁。姜师平素临症治疗，最善使用对药，两种药物常成对出现，相辅相成，如影随性。在此方中也是如此。其中，黄芪、白芨乃是该方主药，黄芪益气，可固胃气，且敛阴摄脾，有生肌和排脓的功效。并能补三焦之元阳，及五脏六腑之虚劳不足。该药药性平和，不温不燥，对胃之津液无损伤之弊。该方中以此药为君，乃取其活血排脓，托疮生肌之功效。白芨药性收敛，主入肺胃二经，擅消腐生肌，并能收摄止血。二者相互为用，相得益彰，止血托腐生肌效果倍加。元胡活血散瘀、行气止痛，故可用于因血瘀气滞而致的脘腹疼痛、胸痹心痛、痛经、跌打损伤等症。著名方剂如金铃子散，用元胡与川楝子等份配伍，研末服用，治胃脘胸胁疼痛，疝气疼痛、妇女经行腹痛等。现代研究表明，元胡对中枢神经系统有止痛和催眠等作用，且有抑制胃液分泌及抗溃疡作用，无论是复方煎剂或研末口服，均有良好的止痛作用，

临床可用于多种痛症，其加工提取物还可用于局部麻醉。延胡索目前除常用于中药配方外，还制备成延胡酊、延胡注射液以及延胡止痛片等制剂，方便临床应用。《雷公炮炙论》中记载：“心痛欲死，速觅延胡”，就用元胡 3 钱(9 克)，温酒调服。服后王妃即能受纳，不再呕吐，过了一会大便通畅，胃痛停止。另有一位 50 多岁的老人，下痢腹痛，病情严重，家人已经为他备好了棺木。李时珍用延元胡末 3 钱，米汤送服，药后腹痛就减轻了一半，再用中药调理而安。可见元胡在此方中应用之妙。如患者伴有不典型增生或者肠化生，则凸显白蔹、半枝莲、白花蛇舌草的用药功效。三者均可敛疮解毒，清热生肌，消肿散结，用以治疗胃脘之痛再适当不过。公英、连翘其性偏寒，在甘温补气的同时可用此二药以泄阴火，使邪有出路。且现代研究表明，二药还有抗幽门螺杆菌之功效。此“清中消痛汤”一方，倾注吾师数十载临床心得可谓独具匠心。

现列举如下医案以窥其治法之奥妙。

李某，男，61 岁，辽宁鞍山人，2016 年 2 月 11 日初诊。

患者以胃部胀满，隐痛不舒近 10 年为主诉就诊。患者述约十余年前出现胃部胀满不适，隐痛时做，查胃镜示：慢性浅表性胃炎，未系统治疗。2013 年自觉症状有所加重，并发病频繁，再次于当地医院行胃镜检查，并取病理。胃镜示：1、慢性萎缩性胃炎，2、食道憩室，3、Hp（+）。病理回报：胃粘膜腺体减少，炎细胞浸润，肠化生。当地医院消化科予西药四联疗法治疗，症状缓解不明显。

初诊时症见：胃部饥嘈不适，胃脘部灼痛，口干口苦，善太息，食少纳差，神疲乏力，眠不安，小便可，大便干燥。舌红苔黄，脉弦数。辨证为肝胃郁热胃脘痛，以消痛生肌，解郁清胃之法，应用“清中消痛汤”为基础方，拟方如下：

黄芪 20g	白芨 10g	元胡 10g	炒川楝子 10g
茯苓 20g	薏苡仁 30g	苦参 10g	公英 15g
连翘 10g	白蔹 15g	茵陈 30g	半枝莲 10g
姜黄 15g	郁金 15g	白花蛇舌草 30g	砂仁 10g
浙贝 10g			

7 付，水煎服 日一剂

2016 年 2 月 18 日复诊：自诉服用上方后，胃脘部饥嘈不适症状有所减轻，灼热疼痛次数发作频率较前降低，偶有进食不舒之感。舌红苔薄白，脉弦细。予前方去茯苓，

加紫苏 10g，继服 10 剂。

2016 年 3 月 18 日三诊：患者胃热胃痛症状明显改善，饮食可，二便调，夜寐差。予前方加龙骨牡蛎各 25g，远志 10g，石菖蒲 15g，继服 10 剂。

2016 年 3 月 28 日四诊：患者胃部隐痛症状改善明显，发作频率及疼痛程度均有缓解，寐可，便调，但仍有暖气矢气症状。予前方去龙骨牡蛎，去公英连翘，加竹茹 10g，厚朴 10g，继服 10 剂。

2016 年 4 月 10 日，患者胃部灼痛症状基本消失，饮食可，二便调，夜寐安。予原方去白花蛇舌草，加内金 10g 以固疗效。

由上医案可见，患者经 2 个月治疗，病情得到改善，不适症状基本消失，临床应用“以痛论治”之法治疗胃脘痛效果可期。

讨 论

慢性萎缩性胃炎是一种以胃粘膜固有腺体萎缩，并以肠上皮化生为主要特点的慢性胃粘膜炎症。该病发病率较高，且有随患者年龄的增长而恶变的趋势。从正常的胃粘膜发展到慢性浅表性胃炎，再到慢性萎缩性胃炎、肠化生、不典型增生最后而至胃癌的多阶段发展模式，整个过程大约需要十余年。可见，进行积极的进行早期治疗，以达到提前预防癌变，阻断胃癌发展的重要性不言而喻。目前，西医方面对于该病的治疗尚缺乏明确有效的方法，因此，应用中医手段治疗本病则显得尤为重要。李玉奇、周学文两位国医大师潜心研读经典，结合数十年临床治疗脾胃疾病的临床经验，创立“以痢论治”学术思想及“毒热”理论，并将外科治疗疮疡的消、托、补之治法应用于脾胃病的治疗之中，既沿袭经典有理有据，又另辟蹊径治法精妙，可谓继承创新独树一帜。姜树民教授以此思想确立的“清中消痢汤”在临证实践中取得的明确疗效也证明了此法的正确性。可见，在临床广泛应用此法治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎有着极其深远的意义。

结 论

通过以上学术渊源追溯可见，慢性萎缩性胃炎作为一种消化系统的常见病和多发病，在西医治疗上手段相对单一，因此，该病的中医治疗方案就显得极为重要。而“以痈论治”思想的开创及应用对该病的治疗更显得意义深远。

（1）从李玉奇大师提出“以痈论治”思想，到周学文大师开创“毒热”理论，再到姜树民教授确立“消痈生肌”治疗原则，拟定“清中消痈汤”应用临床，学术思想一脉相承，可谓有理有据，独具匠心。

（2）在该病的治疗上，从疾病本质入手，借外科治疗疮疡之法，以“痈”论治，辨病辨证相结合，充分体现了中医个体化治疗的独特优势。

（3）临床实践证明，“以痈论治，解郁清胃”为治疗原则有据可依，“毒热”理论精妙新颖，“清中消痈汤”用药严谨合理，配伍得当，疗效可靠。

这一思想的提出及应用，为中医治疗消化系统难治性疾病提供了新的思路和新的方向。

论文二“清中消痛汤”治疗 CAG 的临床研究

资料与方法

1 实验资料

1.1 一般资料

选取符合纳入及排除标准的 120 例 HP 阳性慢性萎缩性胃炎，中医分型为肝胃郁热患者，病例均来自 2016 年 1 月-2017 年 12 月辽宁省中医院脾胃病科门诊及内窥镜室患者。将 120 例患者依就诊先后随机分为中药（清中消痛汤）治疗组、中成药对照组和西药对照组，每组各 40 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 慢性萎缩性胃炎胃镜诊断标准

参照中华医学会消化病学分会 2012 年《中国慢性胃炎共识意见》^[1]中的诊断标准：萎缩性胃炎内镜下可见黏膜红白相间，白相为主，皱襞变平甚至消失，黏膜血管显露，以及黏膜呈颗粒或结节状等基本表现。

1.2.2 慢性萎缩性胃炎病理诊断标准

其中慢性炎症分级、活动性分级、萎缩分级、肠化分级根据 2012 年《中国慢性胃炎共识意见》中的病理诊断标准；不典型增生分级根据 1998 年维也纳分类标准^[2]。早期或多灶性萎缩性胃炎的胃黏膜萎缩呈灶状分布。无论活检标本的萎缩块数和程度，只要病理活检示固有腺体萎缩，即可诊断为萎缩性胃炎。

① 慢性炎症分级

无：单个核细胞每高倍视野下不超过 5 个，如数量略超过正常而内镜下无明显异常，病理可诊断为基本正常。

轻度：慢性炎症细胞较少并局限于黏膜浅层，不超过黏膜层的 1/3。

中度：慢性炎症细胞较密集，不超过黏膜层的 2/3。

重度：慢性炎症细胞密集，占据黏膜全层

② 活动性分级

无：慢性炎症背景上无中性粒细胞浸润。

轻度：黏膜固有层有少数中性粒细胞浸润。

中度：中性粒细胞较多存在于黏膜层，可见于表面上皮细胞、小凹上皮细胞或腺管上皮内。

重度：中性粒细胞较密集，或除中度所见外还可见小凹脓肿。

③ 萎缩分级

无：固有腺体数无减少。

轻度：固有腺体数减少不超过原有腺体的 $1/3$ 。

中度：固有腺体数减少介于原有腺体 $1/3 \sim 2/3$ 之间。

重度：固有腺体数减少超过 $2/3$ ，仅残存少数腺体，甚至完全消失。

④ 肠化分级

无：无肠化生。

轻度：肠化生区占腺体和表面上皮总面积 $1/3$ 以下。

中度：肠化生区占腺体和表面上皮总面积 $1/3 \sim 2/3$ 。

重度：肠化生区占腺体和表面上皮总面积 $2/3$ 以上。

⑤ 不典型增生分级

低级别增生：组织结构和细胞形态轻度异型性；腺体排列紊乱，形状不规则，有小分叉；细胞增多，增大，变长，深染，细胞粘液减少；细胞核变长，深染，排列拥挤，假复层化，但是局限于细胞基底部。细胞仍然保持极性，没有表面成熟现象。

高级别增生：细胞极性部分或完全消失，结构明显异常。腺体拥挤，背靠背，形状不规则，出现明显分叉、出芽和内褶，甚至出现筛状形态；细胞可表现为立方状而不是拉长；细胞核增大，核/浆比高；形状不规则，但常常呈现为圆形或卵圆形，可出现泡状核；明显假复层化，细胞核向腔面迁移，漂浮于细胞顶部；核膜增厚，染色质不规则甚至可呈块状，常见明显核仁，多数核分裂。

1.2.3 中医诊断标准

根据 2003 年《慢性胃炎的中西医结合诊治方案（草案）》^[3]及《2009 年慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[4]中的证候分类标准：

(1) 肝胃气滞证

主症：①胃脘胀满或胀痛；②胁肋胀痛。

次症：①症状因情绪因素诱发或加重；②嗳气频作；③胸闷不舒；④舌苔薄白；⑤脉弦。

(2) 肝胃郁热证

主症：①胃脘饥嘈不适或灼痛；②脉弦或弦数。次症：①心烦易怒；②嘈杂反酸；③口干口苦；④大便干燥；⑤舌苔红苔黄。

(3) 脾胃虚弱（寒）证

主症：①胃脘胀满或隐痛；②胃部喜按或喜暖。

次症：①食少纳呆；②大便稀洁；③倦怠乏力；④气短懒言；⑤食后脘闷；⑥舌质淡，脉细弱。

(4) 脾胃湿热证

主症：①胃脘痞胀或疼痛；②舌质红，苔黄厚或腻。次症：①口苦口臭；②恶心或呕吐；③胃脘灼热；④大便粘滞或稀溏；⑤脉滑数。

(5) 胃阴不足证

主症：①胃脘痞闷不适或灼痛；②舌红少津，苔少。

次症：①饥不欲食或嘈杂；②口干；③大便干燥；④形瘦食少；⑤脉细。

(6) 胃络瘀阻证

主症：①胃脘痞满或痛有定处；②舌质暗红或有瘀点、瘀斑。

次症：①胃痛拒按；②黑便；③面色暗滞；④脉弦涩。

证候确定：主症必备，加次症 2 项以上即可诊断。

1.3 纳入标准

(7) 符合下列诊断要求，并在排除标准之外者，纳入观察病例；①具有临床症状，于纳入前已经被胃镜病理检查证实，存在慢性萎缩性胃炎者；②HP 感染阳性者，依从性好，签署知情同意书，配合调研者。③符合中医肝胃郁热证分型可兼有气虚血瘀症状患者。

1.4 排除标准

①胃部手术史者；

- ②合并有重要脏器（如心、脑、肺、肝、肾）严重疾病者；
- ③精神疾病患者或有语音，智力障碍者；
- ④伴随消化系统急性病，如消化性溃疡出血等；
- ⑤年龄在 20 岁以下或 70 岁以上者；
- ⑥怀孕、备孕及处于哺乳期的妇女；
- ⑦入组前接受过中西医药物治疗者。

1.5 病例剔除、脱落标准

1.5.1 剔除病例、脱落病例标准：

- ①受试者不能遵医嘱按实验方案严格用药；
- ②疗程中突发严重不良反应；
- ③不确定原因自行退出者。

1.5.2 脱落处理：

- ①受试者脱落后，研究者采取多重方式与其联系，询问理由、记下最后服药时间、尽可能完善评估项目。
- ②因无效、过敏等退出实验者，应给予受试者相应处理；
- ③脱落病例的资料应当留档，以备全面分析。

2 治疗方案

2.1 治疗方法

将 120 例患者依就诊先后随机分为西药对照组、中成药对照组和中药（清中消痛汤）治疗组，每组各 40 例。三组均给予标准的铋剂四联方案治疗 2 周后，西药对照组继续给予瑞巴派特片（浙江大冢制药有限公司，批号：171002R）口服治疗，一次 1 片，一日 3 次；中成药对照组给予胃复春片（杭州胡余庆堂，批号：国药准字 Z20040003）口服治疗，一次 4 片，一日 4 次。中药治疗组给予清中消痛汤加减口服治疗（辽宁中医药大学附属医院，药房代煎），每日 1 付，早晚各服 1 次。疗程均为 3 个月，治疗期间不使用其他相关治疗药物。

标准的铋剂四联方案：奥美拉唑（阿斯利康制药有限公司，批号：国药准字 J20130093）20mg+枸橼酸铋钾（四川新华制药有限公司，批号：H19983200）220mg，2 次/天，饭前半小时口服。阿莫西林（通药制药集团股份有限公司，批号：国药准字 H22022851）1000mg+克拉霉素（江苏恒瑞医药股份有限公司，批号：H20031041）500mg，2 次/天，饭后即刻服。对于阿莫西林过敏者，换用左氧氟沙星（南京正科医药股份有限公司，批号：国药准字 H20074085）500mg，1 次/天，饭后即刻服。清中消痛汤基本组方：黄芪 20g，白芨 10g，元胡 10g，炒川楝子 10g，茯苓 20g，炒薏苡仁 30g，苦参 10g，蒲公英 15g，连翘 10g，白藜 15g，茵陈 30g，半枝莲 10g，白花蛇舌草 30g，姜黄 15g，郁金 15g。并根据症状加减用药：胃脘疼痛严重者予活血止痛之三七、郁金、桃仁等；纳差甚者予健脾消食之焦神曲、鸡内金、山楂等；伴胸脘痞塞满闷不舒者予调畅气机之厚朴、瓜蒌等；伴烧心反酸明显者予敛酸抑酸之海螵蛸、煅瓦楞、牡蛎等；伴口中有异味者予燥湿化浊之藿香、佩兰等；伴口干口渴者予清热滋阴之石斛、知母、葛根等；伴便秘或排便不畅者予理气润肠通便之焦槟榔、厚朴、玄参等；伴便溏或大便不成形者予燥湿或涩肠止泻之秦皮、石榴皮等。

2.2 观察指标及评判标准：

各组患者分别于治疗前、疗程结束后 12 个月后到辽宁中医药大学附属医院回访或检测相关指标。不良反应和不良事件不受测量时间点限制，一旦发生，立即记录；如为严重不良事件，则应终止治疗并计为无效。

2.2.1 观察指标

(1) 安全性观察指标

观察患者治疗过程中一般生命体征，及治疗前后检测血、尿、便常规、心电图、肝肾功能各 1 次。

(2) 疗效性观察指标

①症状积分评价

分别于治疗前、治疗后对症状和体征进行量化评估，具体参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[5]。

② 内镜下胃黏膜评价

分别于治疗前、治疗后对患者进行胃镜检查，具体参照全国慢性胃炎研讨会共识意见（2012 年）观察内镜下病变的主要症状及次要症状，进行量化评价。

③ 胃粘膜病理组织疗效评价

分别于治疗前、治疗后对患者进行胃镜检查并取病理组织活检，具体参照《全国慢性胃炎共识意见》（2012 年）选取内镜下胃窦、胃角及胃体 3 个部位，采用分级记分办法，进行量化评价。

④ 幽门螺旋杆菌疗效评价

治疗结束后采用 ¹⁴C-尿素呼气试验复查 HP 感染情况，观察 HP 根除例数，计算 HP 根除率。

⑤胃电活动疗效评价：

在安静环境下让患者仰卧位，应用 RM-85 多用生理记录仪(日本)，按胃电电极投影位置安放电极，用 95%酒精脱脂，0.9%生理盐水棉球置于电极表面固定，测定并记录患者胃电活动主要检测指标（主频率、电幅值、节律紊乱系数）。

⑥主要脑肠肽检测指标疗效评价

取患者血浆标本在测定前混匀，1500r/min 离心 15min(4℃)，取上清液，采用放射免疫分析法测定患者血液中胃动素（MTL）、胃泌素（GAS）、血管活性肠肽（VIP）、生长抑素(SS)等主要脑肠肽检测指标的变化。

2.2.2 疗效评定标准

(1) 症状疗效评定标准

① 参照国家中医药管理局颁布《中医病证诊断疗效标准》^[5]，发作频率计分以早饱、脘腹痞满、脘腹痛、脘腹灼热感、纳呆等主症为统计症状；无症状为 0 分，症状出现频度<1 天/周计 1 分，1 天/周计 2 分，2-3 天/周计 3 分，4-5 天/周计 4 分，6-7 天/周计 5 分。症状程度计分统计主次症状，症状不明显，在医师提醒下发现为 1 分；症状明显，影响日常生活，偶尔服药为 3 分；症状非常明显，影响日常生活，需长期服药治疗为 5 分；症状介于 1 分和 3 分之间为 2 分；介于 3 分和 5 分之间为 4 分。症状分值 = 发作频率计分 + 症状程度计分。

② 总体疗效评价标准：根据治疗前后的主要症状积分计算疗效指数，计算公式：疗效指数 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。临床痊愈：主要症状基本消失，疗效指数 $\geq 90\%$ ，异常指标基本恢复正常；显效：主要症状明显好转，疗效指数在 60%~90%之间，异常指标明显改善；有效：主要症状有好转，疗效指数在 30%~60%，异常指标有所改善；无效：主要症状无明显好转甚或加重，疗效指数 $< 30\%$ ，异常指标无改善。

（2）胃镜下胃黏膜的评价及评分标准

参考《全国慢性胃炎共识意见》（2012 年）^[1]观察胃镜下病变的主要表现及次要表现。

1) 主要表现：

黏膜色泽：①红润评为 0 分；②红白相间，以红为主，评为 1 分；③红白相间，以白为主，评为 2 分；④黏膜灰白，评为 3 分。

黏膜厚薄：根据无、轻、中、重度，分别评为 0、1、2、3 分。

黏膜增生：根据无、轻、中、重度，分别评为 0、1、2、3 分。

黏膜厚薄、黏膜增生两者不必并存，有一项即可。

2) 次要表现：伴有以下症状每有一项加 1 分：胆汁反流、糜烂、出血。

（3）胃粘膜病理组织疗效评价

参考《胃癌癌前病变基础与临床》^[6]制定：

痊愈：胃粘膜萎缩及肠上皮化生基本消失或变为浅表性胃炎。

显效：胃粘膜萎缩从重度转为中度，或中度转为轻度，同时肠上皮化生从中度转为轻度或轻度转为基本消失。

有效：胃粘膜萎缩从重度转为中度，或中度转为轻度，或肠上皮化生从中度转为轻度或轻度转为基本消失。

无效：胃粘膜萎缩及肠化生均无明显改善或恶化。

2.3 统计学处理

建立数据库，应用 SPSS23.0 统计分析软件进行统计分析。其中计数资料以率或构成比表示，计数等级资料采用秩和检验处理。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，多组间比较采用单因素方差分析，组间两两比较采用 SNK-q 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

研究结果

1 一般资料情况比较（见表 1）：

2016 年 1 月-2017 年 12 月共纳入 120 例 HP 阳性慢性萎缩性胃炎，中医辨证分型为肝胃郁热型患者，其中完成临床观察 115 例，脱落 5 例，其中治疗组脱落 0 例。西药对照组脱落 3 例，其中 1 例受试对象不能坚持接受试验，2 例为失访者。中成药对照组脱落 2 例，均为失访者。最后有效病例 115 例。

其中中药治疗组 40 例，其中男性 22 例，女性 18 例；中成药对照组 38 例，其中男性 21 例，女性 17 例；西药对照组 37 例，其中男性 20 例，女性 17 例。三组患者在性别分布无统计学差异性。中药治疗组年龄最大者 69 岁，最小者 28 岁，平均年龄为 47.18 ± 8.98 岁；中成药对照组年龄最大者 69 岁，最小者 27 岁，平均年龄为 47.68 ± 7.59 岁；西药对照组年龄最大者 69 岁，最小者 29 岁，平均年龄为 46.22 ± 9.91 岁。三组患者在年龄分布上无统计学差异性。中药治疗组病程最长者 48 年，最小者 3 年，平均病程为 16.28 ± 6.11 年；中成药对照组最长者 50 年，最小者 2 年，平均病程为 15.26 ± 8.26 年；西药对照组最长者 51 年，最小者 2 年，平均病程为 15.68 ± 7.76 年。三组患者在病程分布上无统计学差异性。

表 1 三组患者一般情况比较

项目	中药治疗组 (n=40)	中成药对照组 (n=38)	西药对照组 (n=37)	P 值
性别（男/女）	22/18	21/17	20/17	>0.05
年龄（岁）	47.18 ± 8.98	47.68 ± 7.59	46.22 ± 9.91	>0.05
病程（年）	16.28 ± 6.11	15.26 ± 8.26	15.68 ± 7.76	>0.05

注：三组患者在性别、年龄、病程分布上无统计学差异性（ $P>0.05$ ）。

2 临床症状积分比较

2.1 治疗前后主要症状积分比较（见表 2）

①三组患者治疗前的主要临床症状均无明显差异（ $P>0.05$ ）；②三组各自治疗前后比较，治疗后临床症状均得到显著改善（ $P<0.01$ ）；③经治疗后，中药治疗组患者的临床症状比中成药对照组、西药对照组得到显著改善（ $P<0.01$ ）；中成药对照组的临床症状比西药对照组得到改善（ $P<0.05$ ）。

表2 各组治疗前后主要症状积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	早饱	脘腹痞满	脘腹痛	纳呆	脘腹灼热
中药	治疗前	7.23±1.35	9.41±1.77	7.52±3.83	7.69±2.46	6.27±3.51
治疗组	治疗后	2.25±1.71 ^{***}	3.71±2.26 ^{***}	1.49±1.91 ^{***}	1.76±2.41 ^{***}	0.79±1.55 ^{***}
中成药	治疗前	7.78±1.87	8.68±3.88	7.17±3.42	7.69±1.53	5.58±3.816
对照组	治疗后	3.28±1.11 [#]	4.33±2.31 [#]	1.92±2.54 [#]	2.58±2.25 [#]	1.49±1.52 [#]
西药	治疗前	7.18±1.55	9.17±1.98	7.85±3.92	6.98±2.29	5.45±3.87
对照组	治疗后	3.65±1.29	4.68±1.21	2.18±2.14	2.88±1.98	1.75±2.23

注：与西药对照组分别比较，[#]P<0.05、^{##}P<0.01；与中成药对照组分别比较，^{**}P<0.01。

2.2 治疗前后总积分比较（见表3）

①三组患者治疗前的临床症状均无明显差异（P>0.05）；②三组各自治疗前后比较，治疗后临床症状均得到显著改善（P<0.01），③经治疗后，中药治疗组患者的临床症状比中成药对照组、西药对照组得到显著改善（P<0.01）；中成药对照组的临床症状比西药对照组得到改善（P<0.05）。

表3 三组治疗前后临床症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	治疗前	治疗后
中药治疗组	40	13.52±1.92	1.99±2.51 ^{***}
中成药对照组	38	13.41±1.77	6.23±2.84 [#]
西药对照组	37	13.46±1.87	7.81±2.27

注：与西药对照组分别比较，[#]P<0.05、^{##}P<0.01；与中成药对照组比较，^{**}P<0.05。

3 临床疗效比较（见表4）

三组治疗后的总有效率分别为85.0%、73.68%、59.46%，其中中药治疗组分别与中成药治疗药、西药对照组比较，疗效均显著优于两组（P<0.01）；中成药对照组与西药对照组比较，疗效显著优于西药对照组（P<0.05）。

表4 三组患者的临床疗效比较 (%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	有效	总有效率
中药治疗组	40	6 (15.0%)	16 (40.0%)	12 (30.0%)	6 (15.0%)	85.0% ^{###}
中成药对照组	38	0 (0.0%)	8 (21.5%)	20 (52.63%)	10 (26.32%)	73.68% ^{**}
西药对照组	37	0 (0.0%)	2 (0.05%)	20 (54.05%)	15 (40.54%)	59.46%

注：与西药对照组比较，^{##} $P<0.01$ 、^{**} $P<0.01$ ；与中成药对照组比较，^{**} $P<0.01$ 。

4 内镜下胃粘膜评分情况比较（见表 5、图 1）

①三组患者治疗前的内镜下胃粘膜评分均无明显差异（ $P>0.05$ ）；②三组治疗前后比较，治疗后内镜下胃粘膜评分均得到显著改善（ $P<0.01$ ），③经治疗后，中药治疗组的内镜下胃粘膜评分比中成药对照组、西药对照组得到显著改善（ $P<0.01$ ）；中成药对照组的临床症状比西药对照组得到改善（ $P<0.05$ ）。

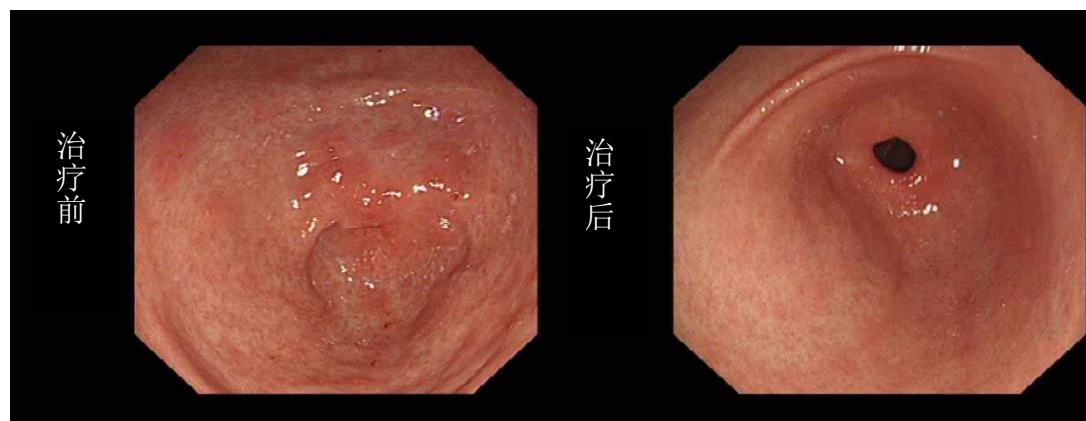
表 5 三组患者内镜下胃粘膜评分情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数（n）	治疗前	治疗后
中药治疗组	40	6.68±1.82	1.28±0.29 ^{###}
中成药对照组	38	6.28±1.26	2.68±0.34 [#]
西药对照组	37	6.18±1.61	3.18±0.41

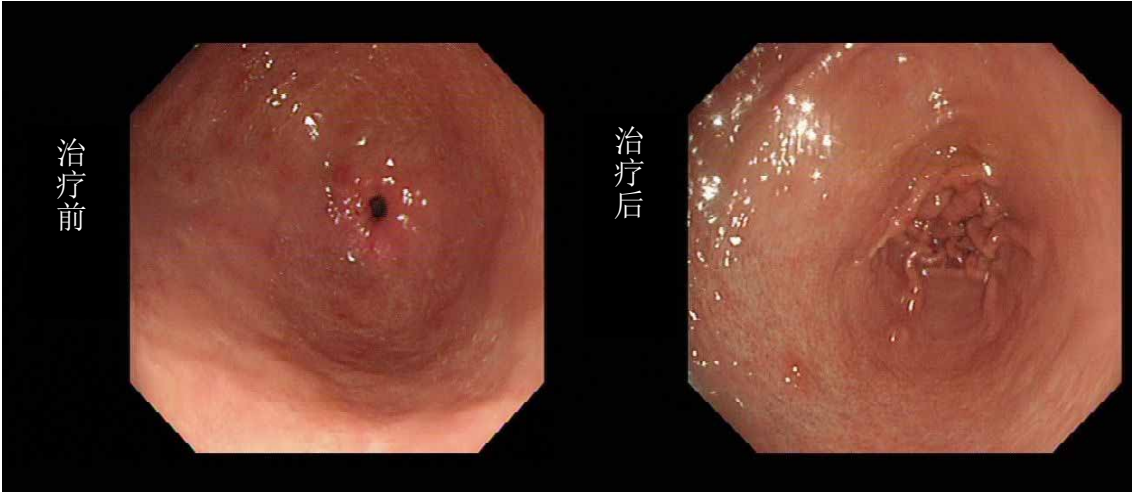
注：与西药对照组分别比较，[#] $P<0.05$ 、^{##} $P<0.01$ ；与中成药对照组比较，^{**} $P<0.01$ 。

图 1 胃镜下表现

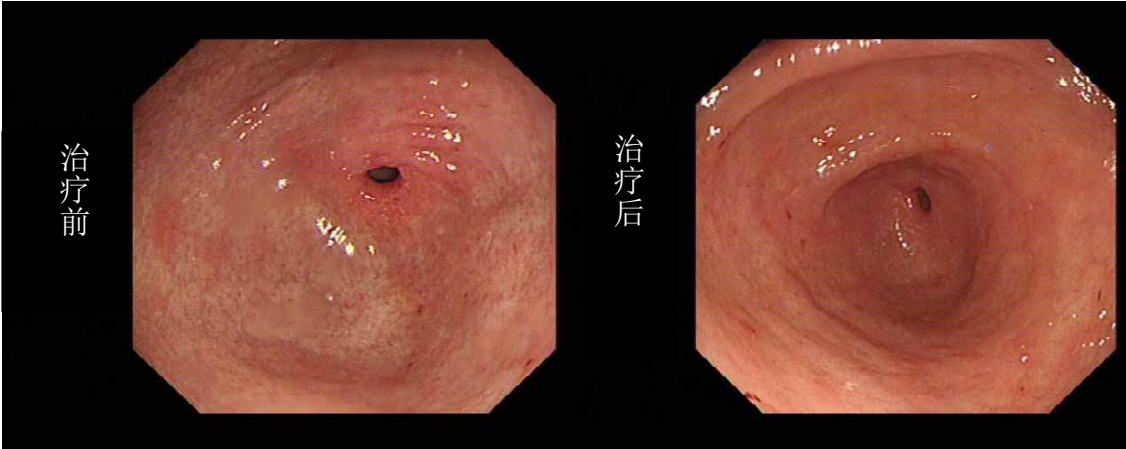
1.1 中药治疗组



1. 2中成药对照组



1. 3西药对照组



5 治疗前后病理学疗效比较（见表 6、图 2）

三组治疗后的病理总有效率分别为 87. 5%、73. 68%、64. 83%，中药治疗组的病理疗效均显著优于中成药、西药对照组（ $P<0. 01$ ）；中成药对照组的病理疗效显著优于西药对照组（ $P<0. 01$ ）。

表 6 三组治疗前后病理疗效比较（%）

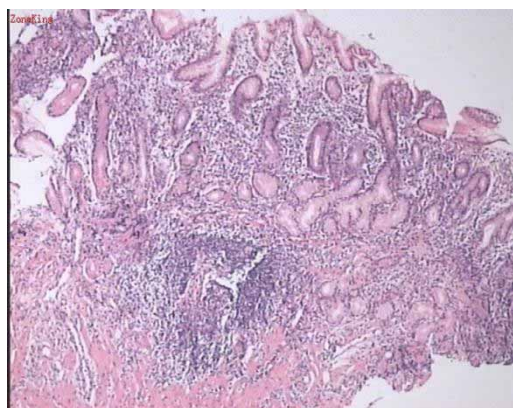
组别	例数	痊愈	显效	有效	有效	总有效率
中药治疗组	40	6（15. 0%）	18（45. 0%）	11（27. 5%）	5（12. 5%）	87. 5% ^{###}

中成药对照组	38	1 (0.03%)	7 (18.42%)	21 (55.26%)	9 (22.5%)	73.68% ^{##}
西药对照组	37	0 (0.0%)	3 (0.08%)	21 (56.76%)	13 (35.14%)	64.86%

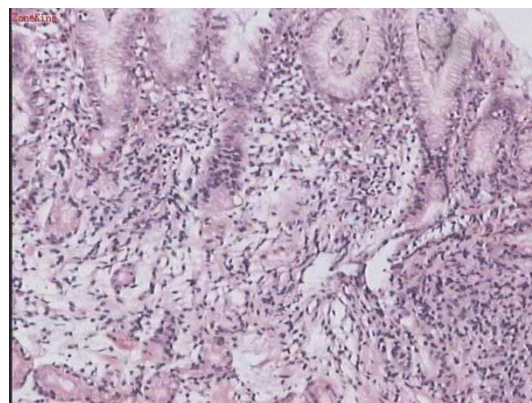
注：与西药对照组比较，^{##}P<0.01；与中成药对照组比较，^{**}P<0.01。

图 2 病理表现

2.1.1 中药治疗组 治疗前



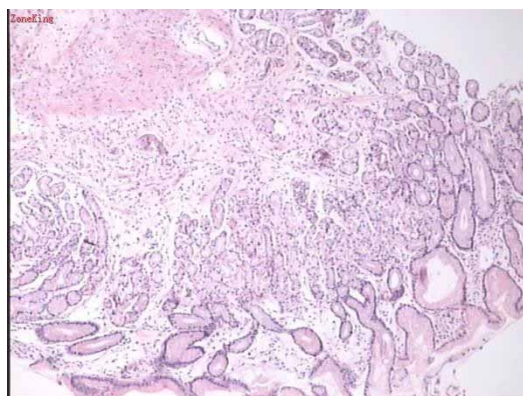
HE x 40



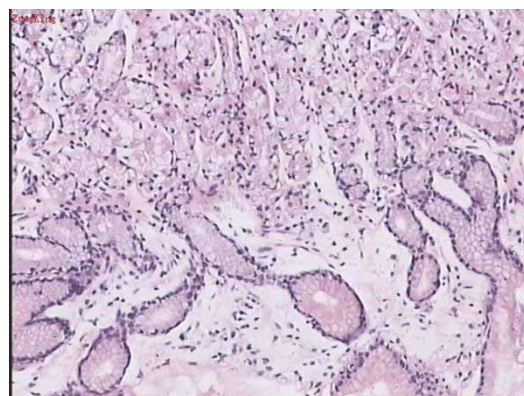
HE x 100

胃黏膜变薄，腺体萎缩，分布不均，间质充血水肿，纤维组织增生，全层大量淋巴细胞、浆细胞浸润，并伴淋巴滤泡形成。

2.1.2 中药治疗组 治疗后



HE x 40



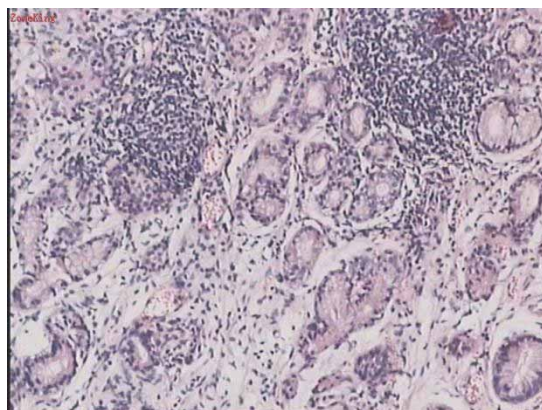
HE x 100

胃黏膜“局部”变薄，腺体萎缩，分布不均，间质充血水肿，少量淋巴细胞、浆细胞浸润。

2.2.1 中成药对比组 治疗前



HE x 40



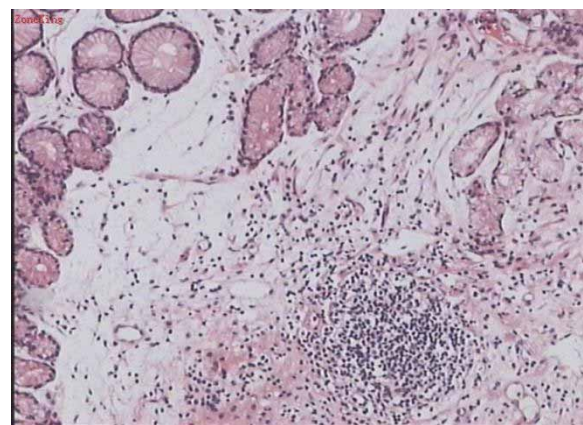
HE x 100

胃黏膜变薄，腺体萎缩，分布不均，间质充血水肿，纤维组织增生，全层大量淋巴细胞、浆细胞浸润，并伴淋巴滤泡形成。

2. 2. 2 中成药对比组 治疗后



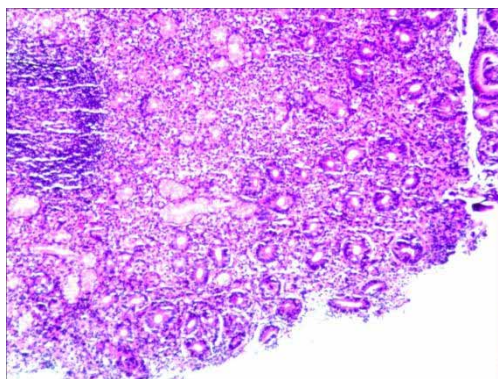
HE x 40



HE x 100

胃黏膜变薄，腺体萎缩，分布不均，间质充血水肿，少量炎性细胞浸润，仍伴淋巴滤泡形成，（但数量减少，范围变小）。

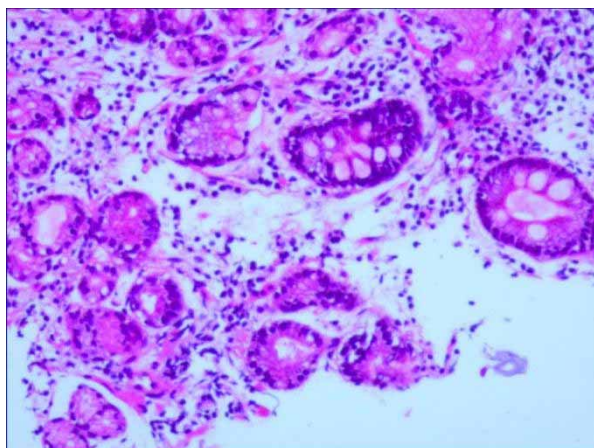
2. 3. 1 西药对比组 治疗前



HE x 40

胃黏膜变薄，腺体萎缩，分布不均，部分腺上皮肠上皮化生，间质充血水肿，纤维组织增生，全层大量淋巴细胞、浆细胞浸润，并伴淋巴滤泡形成。

2.3.2 西药对比组 治疗后



HE x 100

胃黏膜变薄，腺体萎缩，分布不均，间质充血水肿，纤维组织增生，较多淋巴细胞、浆细胞浸润。

6 幽门螺旋杆菌根除率情况比较（见表 7）

三组治疗后的 HP 的根除率分别为 97.5%、84.21%、83.78%，中药治疗组的 HP 根除率均显著优于中成药、西药对照组（ $P < 0.01$ ）；中成药对照组的 HP 根除率与西药对照组无明显差异性（ $P > 0.05$ ）。

表 7 三组治疗前后 HP 根除率情况比较（n，%）

组别	例数（n）	治疗前（n）	治疗后（n）	有效率（%）
中药治疗组	40	40	39	97.5% ^{###}
中成药对照组	38	38	32	84.21% [△]
西药对照组	37	37	31	83.78%

注：与西药对照组分别比较，[△] $P > 0.05$ 、^{###} $P < 0.01$ ；与中成药对照组比较，^{**} $P < 0.01$ ；

7 胃电活动指标比较（见表 8）

各组治疗后均能明显提高胃电主频率、增高电幅值、减低胃电节律紊乱系数（均 $P < 0.05$ ）；其中，治疗组在减低胃电节律紊乱系数方面，与西药组比较具有统计学差异（ $P < 0.01$ ）。

①三组患者治疗前的胃电活动指标均无明显差异（ $P > 0.05$ ）；②三组患者治疗前后

比较，治疗后胃电活动指标均得到显著改善（ $P<0.01$ ），③经治疗后，中药治疗组的胃电活动主频率、电幅值、节律紊乱系数较中成药对照组、西药对照组得到显著改善（ $P<0.01$ ）；中成药对照组的临床症状比西药对照组得到改善（ $P<0.05$ ）。

表 8 各组治疗前后胃电指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	主频率(cpm)	电幅值 (mv)	节律紊乱系数
中药治 疗组	治疗前	1.71±0.22	101.51±7.82	49.85±3.44
	治疗后	4.22±0.21 ^{***}	267.87±19.47 ^{***}	18.15±2.66 ^{***}
中成药 对照组	治疗前	1.88±0.23	107.71±6.27	46.45±2.54
	治疗后	3.76±0.31 [#]	231±17.28 [#]	30.44±3.55 [#]
西药对 照组	治疗前	1.73±0.25	104.85±12.31	47.78±3.06
	治疗后	3.41±0.42	221.11±15.51	36.61±4.82

注：与西药对照组分别比较，[#] $P<0.05$ 、^{##} $P<0.01$ ；与中成药对照组比较，^{**} $P<0.01$ ；

8 主要脑肠肽检测指标的比较

①三组患者治疗前的胃电活动指标均无明显差异（ $P>0.05$ ）；②三组患者治疗前后比较，治疗后胃电活动指标均得到显著改善（ $P<0.01$ ），③经治疗后，中药治疗组的胃电活动主频率、电幅值、节律紊乱系数较中成药对照组、西药对照组得到显著改善（ $P<0.01$ ）；中成药对照组的临床症状比西药对照组得到改善（ $P<0.05$ ）。

表 9 各组治疗前后主要脑肠肽分泌水平的比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	GAS (pg/ml)	MTL (pg/ml)	VIP (ng/L)	SS (ng/L)
中药治 疗组	治疗前	70.13±9.62	191.57±17.47	25.66±1.89	46.66±2.98
	治疗后	99.57±8.66 ^{***}	282.58±18.06 ^{***}	11.93±2.67 ^{***}	18.17±1.51 ^{***}
中成药 对照组	治疗前	68.51±8.75	190.24±15.28	24.87±2.18	45.79±2.43
	治疗后	85.76±10.26 [#]	255.88±19.28 [#]	15.59±2.21 [#]	26.22±1.45 [#]
西药对 照组	治疗前	71.67±9.41	199.75±15.67	26.69±2.69	47.62±2.17
	治疗后	79.81±7.75	230.31±17.95	18.61±2.16	30.41±2.01

注：与西药对照组分别比较，[#] $P<0.05$ 、^{##} $P<0.01$ ；与中成药对照组比较，^{**} $P<0.01$ ；

9 安全性评价治疗组及对照组患者在服药过程中均未出现发热、皮疹等不良反应， 治疗前后血常规、尿常规、肝肾功能、心电图检查等均未见异常。

讨 论

早在 1978 年，世界卫生组织（WHO）就将慢性萎缩性胃炎列为胃癌前状态，尤其是伴有肠上皮化生或不典型增生者，癌变可能性更大^[7]。现公认的胃癌发生发展模式是 Correa 等人提出的模式，具体过程依次为：正常胃粘膜、慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎、小肠型肠上皮化生、大肠型肠上皮化生、中重度异型增生、胃癌^[8]。胃癌为全球最常见的恶性肿瘤之一，患病率仅次于肺癌，而慢性萎缩性胃炎是转变为胃癌的关键，国内目前有统计学显示：浅表性胃炎患者有 36% 转化为慢性萎缩性胃炎，而慢性萎缩性胃炎患者中有 10% 会转化为胃癌^[9]。目前临床上针对慢性萎缩性胃炎缺乏明确有效的治疗方法，胃镜检查 and 粘膜活组织病理检查是随访和监测慢性萎缩性胃炎的唯一方法，因此，研究一种能阻断甚至逆转慢性萎缩性胃炎的药物或治疗方案迫在眉睫。

1 清中消痈汤与“以痈论治”

慢性萎缩性胃炎的临床表现缺乏特异性，可表现为上腹部隐痛或胀痛、腹部胀满、食欲不振、暖气、反酸、恶心呕吐等症状。中医学中并没有本病病名的记载，根据本病的证候特点，将其归入“胃脘痛”、“痞满”、“吐酸”等范畴。现代中医学对慢性萎缩性胃炎并没有特定或者具体的疗法。吾师姜树民教授跟随国家级名老中医李玉奇教授多年，深受李老学术思想的启发，并在李老“以痈论治”的学术思想下创立了清中消痈汤。《素问·病能论》：“黄帝问曰：人病胃脘痛者，诊当何如？岐伯对曰：诊此者，当候胃脉，其脉当沉细，沉细者气逆，逆者，人迎甚盛，甚盛则热；人迎者，胃脉也，逆而盛，则热聚于胃口而不行，故胃脘为痈也。”《圣济总录》：“夫阴阳升降，则营卫流，以咳治热聚胃脘，留结为痈，连翘升麻汤方；胃腑实热，留结为痈……犀角汤方；营卫不流，热聚胃口，血肉腐坏，胃脘成痈，射干汤方；胃脘蓄热，结聚成痈，芍药汤方；热气留聚胃脘，内结成痈，麦门冬汤方。”可见，“胃痈之为病，乃胃阳之气不得宣发而受遏抑所致”^[10]。故创立了清中消痈汤，临床颇为效验。通过本项的临床研究我们也进一步证实了基于“以痈论治”学术思想下的清中消痈汤治疗慢性萎缩性胃炎，其临床有效率较西药瑞巴派特组、中成药胃复春组均显著提高；其临床症状积分、内镜下胃粘膜评分、胃粘膜病理评分、胃电活动、脑肠肽分泌水平等关键指标均得以显著改善，较西药瑞巴派特组、中成药胃复春组具有统计学差异性（ $P < 0.01$ ）；其幽门螺旋杆菌根除率也较西药

瑞巴派特组、中成药胃复春组显著提高，具有统计学差异性（ $P<0.01$ ）。提示了该方具有良好的临床应用价值。

1.1 清中消痛汤的药物组成与方解

清中消痛汤是吾师姜树民多年临床用药经验整理总结而成，其基本组成为：黄芪 20g，白芨 10g，延胡索 10g，炒川楝子 10g，茯苓 20g，炒薏苡仁 30g，苦参 10g，蒲公英 15g，连翘 10g，白芍 15g，茵陈 30g，半枝莲 10g，白花蛇舌草 30g，姜黄 15g，郁金 15g；并根据症状加减用药：胃脘疼痛严重者予活血止痛之三七、桃仁等；纳差甚者予健脾消食之焦神曲、鸡内金、山楂等；伴胸脘痞塞满闷不舒者予调畅气机之厚朴、瓜蒌等；伴烧心反酸明显者予敛酸抑酸之海螵蛸、煅瓦楞、牡蛎等；伴口中有异味者予燥湿化浊之藿香、佩兰等；伴口干口渴者予清热滋阴之石斛、知母、葛根等；伴便秘或排便不畅者予理气润肠通便之焦槟榔、厚朴、玄参等；伴便溏或大便不成形者予燥湿或涩肠止泻之秦皮、石榴皮等。

清中消痛汤的功效为消痛生肌，解郁和胃；其药物配伍特色为健脾和胃，泌别清浊，祛瘀消痛数法并举。吾师遣方，辨证求本，用辛开苦降之法，康健脾胃升降之气机。全方以苦参、蒲公英、连翘、白芍等苦寒清中之品配伍元胡、姜黄、郁金等辛香行散之药，以苦寒之药清降胃火以利胃气和降，以辛香之药启脾升脾以助脾气升清。再佐以黄芪，以补中益气，并托疮疡之毒。方中黄芪、茯苓、炒薏苡仁攻补兼施，皆以中等剂量，取其清补之功。因本病虚证，是因实致虚。所以吾师强调治本病在扶助正气之外，还兼以清，若单以补益滋腻之品，恐助邪之弊。黄芪、茯苓、薏苡仁此三药皆能健脾益气，利水渗湿。黄芪以健脾益气为主，兼能利水消肿；茯苓、薏苡仁两药，以利水渗湿为主，兼能健脾益气。此三药并用，扶正不助邪，利水不伤正，体现攻补兼施的配伍原则。且以此三药健脾运脾，则水湿得化；水利湿渗，则脾无湿困，脾运复常，可利脾气升清。中焦无湿邪困遏，上炎之肝火无以相合，则使内生湿热无源，亦有助脾气升清。内生湿邪得除，外湿又不可干，可防邪复犯。方中取金铃子散加减是因患者每因七情太过，从火而化；或肝气不舒，郁久化热。致使脾胃运化失常，水湿内蕴，与肝胆上炎火邪相合，发为湿热。故临床上除辨证治本外，吾师还加用疏肝泄热，活血止痛的金铃子散以解肝郁化火证。金铃子散中的元胡味辛、苦，性温，主入心、肝、脾经，既入血分，又入气分；善治一身上下诸痛。川楝子味苦，性寒，主入肝经、胃经。疏肝之余兼泄肝热；清胃之中又可疏肝。以元

胡配伍川楝，一温一寒，一通一降，两药参合，清热燥湿，疏肝泄热，行气活血，理气定痛。临证时还将元胡、川楝子、茵陈三药配伍应用，更进一步疏肝泄热，清中化浊。特别是茵陈，吾师取大剂量 30g，是取其燥湿清热，辟秽化浊之效。因茵陈秉春生之气最著，其气清香芬芳，苦寒之中又寓生发之意，故效冠他药。

1.2 清中消痈汤的药味分析

在跟吾师学习过程中，吾发现姜师对本方的每一味药都有独到的认识之处，故在此总结各味药效具体分析如下：

（1）黄芪，味甘、性微温，入肺、脾经，其有补气升阳，益卫固表，利水消肿，托毒生肌等功效。《本草纲目》中：“其用有五：补诸虚不足，一也；益元气，二也；壮脾胃，三也；去肌热，四也；排脓止痛，活血生血，内托阴疽，为疮家圣药，五也。”《医学衷中参西录》有：“能补气，兼能升气”。黄芪，善入脾胃，益气固卫，又为补中益气之要药，专攻 CAG 致病之本——脾胃虚弱，恢复脾胃之生理功能，气机之调畅，脾旺而化湿，亦可固卫御邪；其可“活血生血”，气血壅遏可解，又有托毒排脓，生肌敛疮之功，以消痈化瘀、祛腐生新。正合本病“扶正补脾、消痈化瘀、祛腐生新”之治疗大法，当以此为君。黄芪性味甘，微温，归脾、肺经。《本草经解》提出其亦归胆经及三焦经。有研究表明黄芪可以促进人体代谢、加快血清和肝脏蛋白的更新速率，通过调节人体免疫功能，增强机体抗疲劳及抗病能力，黄芪多糖在机体免疫调节方面具有重要作用，具有降压、降血糖、抗应激、抗肿瘤、抗病毒、抗炎、抗氧化等多种药理功效^[11]。在本方中黄芪取用 20g，未取大剂量，方理在于：一者，黄芪大剂易致腹胀，此用黄芪是取其升清之效，并未求其补养中气之功；二者，说现代人脾胃虚弱，其实是饱食无度，饮食不节，耗损中气而致。现代人脾虚多因实致虚。吾师治疗脾虚，却不一味专予峻补之药，故黄芪取中等剂量。

（2）白芨，味苦、甘、涩，性微寒，入肺、肝、胃经，具有收敛止血，消肿生肌之功效。《本经》：“主痈肿恶疮败疽，伤阴死肌，胃中邪气，贼风痲缓不收。”《本草图经》：“治金疮不瘥，痈疽方中多用之。”白芨性寒而解毒，味苦而泄下，涩而敛疮，以达清热解毒、消痈散结、消肿止痛之效，并兼有敛疮生肌之能，亦符合本病“以痈论治”的治则。

（3）元胡，即延胡索，味辛、苦，性温，主入心、肝、脾经，具有活血、行气、止痛之

功。既入血分，又入气分；善治一身上下诸痛。《本草纲目》：“延胡索，能行血中气滞，气中血滞，故专治一身上下诸痛，用之中的，妙不可言。盖延胡索活血化气，第一品药也。”本病多以胃脘部疼痛为主症，用之取其理气止痛之效。

（4）川楝子，味苦，性寒，有小毒，入肝、胃、小肠、膀胱经，具有行气止痛、杀虫之功，《本草纲目》云：“楝实，导小肠、膀胱之热，因引心包相火下行，故心腹痛及疝气为要药”。《景岳全书》中记载：“能治伤寒瘟疫烦热狂躁，利小水，泻肝火，小肠膀胱湿热，诸疝气疼痛”，川楝子味苦能泄降滞气，以疏肝理气，性寒能清泄肝火郁热；与延胡索合用，“一泄气分之热，一行血分之滞”，既能疏肝泄热，又可活血行气止痛；亦因川楝子入小肠、膀胱二经，能疏导热结而水道通利，湿热随小便而出，加强清热除湿之效。

（5）茯苓，味甘、淡，性平，入心、脾、肾经，具有利水渗湿、健脾安神之功，《景岳全书》云：“利窍则开心益智，导浊生津；去湿则逐水燥脾，补中健胃”。《本草纲目》中：“淡渗之药，俱皆上行而后下降，非直下行也。”茯苓——“除湿之圣药”，其味淡而能渗利水湿，引湿热之邪循水道而行，随小便而出，并味甘而有健脾化湿之功，药性平和，祛邪又扶正，利水而不伤正气。王晓菲等^[15]发现茯苓多糖、乙酸乙酯具有明显抗肿瘤作用，可抑制胃癌。

（6）薏苡仁，味甘、淡，性凉，入脾、胃、肺经，其有利水渗湿、健脾、除痹、清热排脓之功效。《本草经疏》：“此药性燥能除湿，味甘能入脾补脾，兼淡能渗泄。”《本草新编》：“不知利水之药，必多耗气，薏仁妙在利水而又不耗真气，故可重用之耳。”吾师常用熟薏米，即薏苡仁炒用。是以有二：一是，方中之药健脾之功甚微，炒用可去其凉之药性，以增强健脾补胃排脓之功能，祛邪亦扶正，有益而无害；二是，凉性变温，以防苦寒之药药力太过。故而炒薏米可为方中之佐使。研究表明薏苡仁可以抑制癌细胞增殖、促进调亡而抗肿瘤^[12]。还可以增强免疫功能、抗炎、抗骨质疏松、调节糖脂代谢^[17]。用之可预防、治疗本病肠化生或癌变。

（7）苦参，味苦，性寒，入心、肝、胃、大肠、膀胱经，其有清热燥湿、利尿之功效，如《本草正义》中记载：“苦参，大苦大寒，退热泄降，荡涤湿火……而苦参之苦愈甚，其燥尤烈，故能杀湿热所生之虫”。苦参味苦则“能泄、能燥”，有清泄火热、泄降气逆、通泄大便、燥湿之效，性寒则可治热，并且亦有利尿之功，热随湿行，湿从二便而出，

湿热乃除。苦参又可消痈解毒，《药鉴》谓其“主治痈肿，杀疥虫，消热毒。破症瘕，散结滞”。用之得当，可加强本方消痈生肌之药效。

(8) 蒲公英，味甘、苦、性寒，入肝、胃经，具有清热解毒、消肿散结、利湿通淋之功，《本草备要》称其“专治痈肿、疔毒，亦为通淋妙品”《本草新编》：“蒲公英，亦泻胃火之药，但其气甚平，既能泻火，又不损土，可以长服、久服无碍。”

(9) 连翘，味苦，性微寒，入肺、心、小肠经，具有清热解毒、消肿散结、疏散风热之功。《本草衍义补遗》中记载：“降脾胃湿热及心经客热，非此不能除。疮痿痈肿，不可缺也。”《本草纲目》：“连翘……乃少阴心，厥阴包络气分主药也。诸痛痒疮疡皆心火，故为十二经疮家圣药”；《本草经疏》所云：“痈肿恶疮，无非荣气壅遏，卫气郁滞而成。清凉以除瘀热，芬芳轻扬以散郁结，则荣卫通和而疮肿消矣。”连翘以其独特的功效除疮消痈，从而促进胃粘膜的修复^[13]。

(10) 白蔹，味苦辛，性微寒，入心、胃经，具有清热解毒、消痈散结、敛疮生肌之功。《本草经疏》中记载：“白蔹……苦则泄，辛则散，甘则缓，寒则除热，故主痈肿疽疮，散结止痛，盖以痈疽皆由荣气不从，逆于肉里所致。……总之，为疗肿痈疽家要药，乃确论也。”《本经逢原》曰：“白蔹性寒解毒，敷肿疮，有解散之力，以其味辛也。”白蔹具有敛疮生肌之功，故可用之治痈。

(11) 茵陈，味苦、辛，性微寒，入脾、胃、肝、胆经，具有清热利湿、利胆退黄之功效，《药性切用》云：“专利湿热”；《本草求真》曰：“茵陈专入膀胱、胃。味苦微寒，诸书皆言湿热伏于阳明，胃。用此以入太阳膀胱，发汗利水，俾太阳、阳明湿热之邪尽得于药而解矣”；《名医别录》谓其“亦清肝胆之功效也”。故而茵陈苦泄下降，性寒清热，清脾胃肝胆之湿热，并引湿热入膀胱随小便而出。吾师取大剂量 30g，是取其燥湿清热，辟秽化浊之效。因茵陈秉春生之气最著，其气清香芬芳，苦寒之中又寓生发之意，故效冠他药。

(12) 半枝莲，苦、甘，寒。归胃、大肠、小肠经。具有清热解毒消痈，利湿通淋的作用，多用于治疗疮疡中毒、肠痈腹痛等。半枝莲有抗肿瘤作用，高浓度浓煎剂能抑菌，能增强白细胞的吞噬能力，而具有抗炎作用^[14]。

(13) 白花蛇舌草，苦、甘，性寒，归胃、大肠、小肠经。具有清热解毒消痈，利湿通淋之功。近年还普遍用于防治恶性肿瘤。现代研究也表明，白花蛇舌草具有抗癌、抗氧化、

消炎、抑制细菌生长及调节免疫的功效^[15]，能够抑制肿瘤细胞分裂、诱导调亡，并可调节免疫^[16]。

(14) 姜黄，辛、苦，性温，入肝、脾经。具有破血行气，通经止痛之功《新修本草》：“主心腹结积……除风热，消痈肿”。故吾师以此药祛瘀生新，消胃络之瘀。

(15) 郁金，味辛、苦，性寒，归肝、心、胆经，具有活血止痛，行气解郁，凉血清心，利胆退黄之功。还可凉血止血，有“活血不动血，凉血不留瘀”之妙。温郁金可以通过抑制胃泌素、一氧化氮及胃黏膜脂质过氧化物，恢复胃黏膜谷胱甘肽，抑制胃酸对胃黏膜的刺激，减少胃黏膜氧化损伤进而抑制胃炎的发展^[17]。温郁金水蒸气蒸馏提取液可抑制饮用化学致癌剂大鼠胃黏膜增殖细胞核抗原的表达^[18]。

1.3 清中消痈汤与幽门螺旋杆菌感染

众所周知，我国是幽门螺旋杆菌高感染的国家，临床上绝大多数慢性萎缩性胃炎患者均合并有 HP 感染。已有研究表明，Hp 感染与慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜病理改变密切联系^[19]。吾师以为，Hp 感染是慢性萎缩性胃炎的标，临床需辨病治标，抗杀幽门螺旋杆菌。苦参、蒲公英、连翘是吾师常用的抗杀幽门螺旋杆菌的药物组合，也是消除肠上皮化生最重要的药对^[20]。苦参，味苦，性寒，可清燥湿热，疗疮消痈。《别录》言：“（苦参）疗恶疮下部匿，平胃气，令人嗜食”。然苦参性大寒，苦燥之性尤甚。故吾师用此药用量极轻，临床上只用 10g，为消痈而不伤中。蒲公英，味甘、苦，性寒，可清热解毒，消痈散结。《本草正义》：“蒲公英，其性清凉，治一切疗疮、痈疡、红肿热痛诸证。”连翘，味苦，微寒，可清热解毒，消痈散结，为疮疡须用之品，《本草纲目》谓其为“疮家圣药”。吾师用苦参、蒲公英、连翘三药治疗慢性萎缩性胃炎，正是取消痈之效，用之正合李玉奇教授所言的慢性萎缩性胃炎“以痈论治”之理，同时又能够起到显著抑制 HP 之功。现代药理研究表明，苦参^[21]、蒲公英^[22]、连翘^[23]均具有较好的抗 Hp 作用。我们的研究也表明，采用清中消痈汤治疗后患者的 HP 根除率较中成药组、西药组显著提高，其根除率可达 97.5%。

1.4 清中消痈汤与胃黏膜受损

吾师以为，因 Hp 感染致使胃黏膜受损，临证还应辨证论治，配伍保护胃黏膜，修复受损黏膜的药物。故临床上吾师常用黄芪、白芨、白蔹三药。对于慢性萎缩性胃炎迁延日久，胃痛内陷不起，反复发作，久久不愈，黄芪能以其补益脾气，托毒生肌的功效，

加速创面愈合。白芨、白蔹两药，皆味苦、性寒，也都能收敛消肿，解毒消痈生肌。《本经》言：“（白芨）主痈肿恶疮败疽，伤阴死肌，胃中邪气不收”。李杲言：“（白蔹）涂一切肿毒，敷疗疮”。有研究表明白芨对消化性胃溃疡有明显疗效，能够促进溃疡面的愈合，减少胃穿孔的出现，并且减少胃黏膜出血面积^[24]。白芨、白蔹两药并用，白蔹解毒托里；白芨固表护膜。两药合和，内外并治，奇效如神。纵观全方，黄芪虽只予 20g，然黄芪一物三用。吾师旨意是，一者，取其升阳举陷之效，升健脾气，升脾以利胃降，使脾胃升降复常；二者，取其补脾益气之功，扶正以利祛邪，扶正以防邪复犯，共收祛邪而不伤正，扶正不助邪之效；三者，取其托毒生肌之力，托补内陷黏膜而起，加速受损黏膜修复。我们的研究也表明，采用清中消痈汤治疗后其内镜下胃粘膜评分均得到显著改善，较比中成药对照组、西药对照组具有显著的统计学差异性（ $P<0.01$ ）。

1.5 清中消痈汤的疗效机制探讨

现有的研究表明，慢性萎缩性胃炎患者均存在着不同程度的胃动力障碍，从而表现为上腹部隐痛或胀痛、腹部胀满、食欲不振、嗳气、反酸、恶心呕吐等症状^[25-26]。我们的研究也证实：各组患者治疗前均存在着胃电活动的异常，突出表现为胃电活动主频率和电幅值降低，胃电节律紊乱系数升高。可见，胃平滑肌运动功能障碍与慢性萎缩性胃炎的发病尤为密切。神经胃肠病学进一步研究表明，胃肠运动受大脑支配和肠神经系统(ENS)调控，协调消化道肌肉、血管运动^[27-29]。在生理情况下，脑肠肽通过中枢神经系统及胃肠平滑肌细胞系统调节着胃肠的运动。根据脑肠肽对胃肠平滑肌细胞的直接收缩或舒张效应的不同，可将其分为兴奋性脑肠肽和抑制性脑肠肽^[30]。兴奋作用的脑肠肽以 MLT、GAS 最为突出，MLT 由胃动素细胞在消化状态时以大约 100min 间隔释放入体循环，对消化道移行性收缩起重要作用^[31]。GAS 由窦及十二指肠粘膜开放 G 细胞分泌能刺激胃肠运动，并可破坏自发和 MTL 诱发的 MMCIII 相活动，使空腹样胃肠运动转变成餐后样运动^[32]。抑制性脑肠肽以 VIP、SS 为代表，主要分布于胃肠道黏膜的内分泌细胞和黏膜下的神经丛和平滑肌层^[33]，通过旁分泌形式作用于靶细胞^[34]，对胃肠运动具有抑制性作用^[35]。研究表明，在胃肠动力障碍患者血液和胃窦组织中的脑肠肽含量均有不同程度的改变，对胃肠平滑肌具有兴奋作用的脑肠肽如 MLT、GAS 等在血液和组织中的含量明显降低，而具有抑制作用的脑肠肽如 VIP、SS 的含量则明显升高。本研究表明，清中消痈汤能有效

升高慢性萎缩性胃炎患者血液中 MLT、GAS 的含量,抑制慢性萎缩性胃炎患者血液中 VIP、SS 含量的升高 ($P<0.01$)。因此,我们认为清中消痞汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效机制可能与通过调节血液中脑肠肽的表达密切相关。该方既可以增加慢性萎缩性胃炎患者血液中的 MTL、GAS 的含量,同时又可以降低慢性萎缩性胃炎患者血液中 VIP、CCK 的含量,从而改善胃平滑肌的运动功能,最终起到治疗疾病的目的。

结 论

姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎常用自拟方剂“清中消痈汤”。本课题观察了清中消痈汤治疗 CAG 的临床疗效，并深入挖掘了姜树民教授“以痈论治”思想的起源、发展与传承，并阐述了胃脘痛的病因病机以及病情变化趋势，更进一步的研究了姜树民教授治疗脾胃病的经验和“以痈论治”的学术思想。现将本研究做出如下总结：

（1）姜树民教授以痈论治思想，源于《黄帝内经》，经过李玉奇大师提炼整理，再经周学文大师发展出“热毒”理论，最后由姜树民教授继承发扬，并将此学术思想广泛应用于临床脾胃病治疗当中，经实践证明，疗效确切。因此可证，这一思想有着明确的中医理论渊源，也是对中医基础理论的创新与发展。

（2）姜树民教授由“以痈论治”思想而自拟“清中消痈汤”广泛应用于临床，经十余年实践，效果显著。

（3）姜树民教授所拟“清中消痈汤”在对慢性萎缩性胃炎的治疗上，对比中成药胃复春及西药瑞巴派特，无论在临床症状上还是在镜下胃粘膜表现，病理学疗效表现，幽门螺杆菌根除率，胃电活动指标以及脑肠肽检测指标上均优于对照组。因此，此方药为临床治疗慢性萎缩性胃炎提供的新的思路，有着明确的指导意义。通过本研究亦证明了姜树民教授“以痈论治”学术思想的正确性以及“清中消痈汤”的临床有效性。

本研究创新性自我评价

李玉奇教授提出慢性萎缩性胃炎“以痛论治”这一创新性学术观点，周学文教授提出“毒热”理论解释“胃脘痛”的形成。姜树民教授继承两位大师的学术观点并创新“消痛生肌”的治疗法则，拟方“清中消痛汤”并应用于临床取得明显的效果。

本研通过对 120 位慢性萎缩性胃炎，中医分型为肝胃郁热型患者进行为期 3 个月的临床疗效观察。观察结果证明姜树民教授拟定的“清中消痛汤”在治疗效果上，对比西药瑞巴派特，及常用中成药胃复春片均有明显优势。

本研究证明以“胃脘痛”论治慢性萎缩性胃炎，并以“消痛生肌”为治则治疗该病安全有效，为临床治疗此类疾病提供了一条新的思路。

参考文献

- [1] 房静远, 刘文忠, 李兆申, 杜亦奇, 纪小龙, 戈之铮, 李延青, 姒健敏, 吕农华, 吴开春, 陈萦, 萧树东. 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] Schlemper RJ, Riddell RH, Kato Y, et al. The Vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia[J]. Gut, 2000, 47: 251-255.
- [3] 张万岱, 陈治水, 危北海, 李道本. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004(05): 314-317.
- [4] 张声生, 李乾构, 唐旭东, 王萍, 李振华. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(05): 345-349.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 47—48.
- [6] 劳绍贤. 胃癌癌前病变的基础与临[M]. 广州: 广东人民出版社, 2002: 193.
- [7] 夏军权. 慢性萎缩性胃炎阻断癌变有 3 招[J]. 江苏卫生保健, 2016(17): 4-5.
- [8] 赵唯含, 毛堂友, 高康丽, 谭祥, 陈晨, 李军祥. 黄芪、三七及其配伍对 MNNG 诱导萎缩性胃炎癌前病变大鼠 Gli1/2/3、SUFU 及 CyclinD1 水平的影响[J]. 北京中医药, 2018(01): 44-48+2.
- [9] 徐薇薇, 季进峰, 胡晓莉, 王建红, 谭清和, 杨磊. GRP78 在胃癌、慢性萎缩性胃炎及浅表性胃炎组织中的表达及临床意义[J]. 江苏医药, 2015, 41(08): 907-909+993.
- [10] 刘瑞霞. 脾胃学派及其在当代中医内科的传承[D]. 山东中医药大学, 2009.
- [11] 徐霜, 胡金凤, 苑玉和, 宋修云, 陈乃宏. 补益药黄芪药理作用研究进展[A]. 中国药理学会补益药药理专业委员会. 中国药理学会补益药药理专业委员会成立大会暨人参及补益药学术研讨会会议论文集[C]. 中国药理学会补益药药理专业委员会: , 2011: 2.
- [12] 徐建林. 参芪苡术汤联合化疗治疗中晚期胃癌的近期疗效评价及其机制研究[D]. 南京中医药大学, 2017.
- [13] 李艳. 滋阴养胃汤治疗胃阴不足型慢性萎缩性胃炎的临床研究[D]. 山东中医药大学

- 学, 2017.
- [14] 李一圣. 半枝莲提取工艺及复方半枝莲片制备工艺的研究[D]. 广州中医药大学, 2011.
- [15] 李波. 白花蛇舌草的化学成分和药理作用研究进展[J]. 天津药学, 2016, 28(05): 75-78.
- [16] 张硕, 宋衍芹, 周三, 杨志宏, 刘占涛, 倪同尚, 岳旺. 白花蛇舌草总黄酮对肝癌的体内外抑制作用及对小鼠移植性肝癌 H22 细胞增殖周期、凋亡、免疫环境的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2007 (12): 1347-1352.
- [17] 李军祥, 陈諝, 吕宾, 王彦刚. 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.
- [18] 金海峰, 吕宾, 戴金锋, 陈冰冰. 温郁金二萜类化合物 C 对不同分化胃腺癌细胞株的抑制作用[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30 (09): 3356-3360.
- [19] 张晓倩, 鲁重美. 幽门螺杆菌感染、慢性萎缩性胃炎与胃癌[J]. 临床消化病杂志, 2016, 28 (03): 192-195.
- [20] 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.
- [21] 韩艳, 张琰, 刘新友, 等. 药用植物提取物 20 种抗幽门螺杆菌的活性研究[J]. 西北国防医学杂志, 2011, (6): 413-415.
- [22] 于世杰, 于文达. 中药治疗幽门螺旋杆菌感染相关胃病 50 例[J]. 实用中医内科杂志, 2010, (11): 61, 66.
- [23] 张凤. 五种药用植物的化学成分研究[D]. 第二军医大学, 2011.
- [24] 王重洋, 林海鸣, 刘江云, 蔡培烈, 刘艳丽. 白芨多糖抗实验性胃溃疡的研究[J]. 中医药信息, 2011, 28 (02): 11-13.
- [25] 魏玮, 杨洋. 慢性萎缩性胃炎中医药研究难点及对策[J]. 现代中医临床, 2017, 24(06):20-22+30.
- [26] 宋瑞平, 舒劲, 马国珍, 卢雨蓓, 高毅. 基于脑肠互动探讨慢性萎缩性胃炎的中医药治疗[J]. 中医杂志, 2017, 58(04):303-306.
- [27] 孙雪飞, 何旭. 血清胃蛋白酶原与胃泌素检测对慢性萎缩性胃炎的诊断价值[J]. 湖

- 南师范大学学报(医学版), 2016, 13(05):115-117.
- [28] 李知行, 张海华, 王丹萍, 陈小砖, 李素荷. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制研究进展[J]. 中国针灸, 2016, 36(10):1117-1120.
- [29] 马祥雪, 王凤云, 符俊杰, 唐旭东. 从脑肠互动角度探讨脾主运化的物质基础与科学内涵[J]. 中医杂志, 2016, 57(12):996-999.
- [30] 陈莉丽, 卜平, 方晓华. 脑肠肽、中医证型与胃食管反流病病程的相关性[J]. 世界华人消化杂志, 2016, 24(16):2531-2536.
- [31] 赵威, 鲁英杰, 黄爱洁, 王新, 杨梅. 帕罗西汀对慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素和胃动素水平的影响[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(08):1487-1489.
- [32] 吴玲君, 孙建华. 针灸对胃肠动力的调节作用研究进展[J]. 安徽医药, 2011, 15(11):1436-1439.
- [33] 王海莉, 崔凯, 张雪峰. 慢性萎缩性胃炎患者血浆血管活性肠肽的水平及作用[J]. 临床荟萃, 2010, 25(03):226-227.
- [34] 朱方石, 姒健敏, 王良静, 王冬飞, 陈萍. 萎缩性胃炎大鼠胃黏膜主、壁细胞和 G、D 细胞及外周血胃泌素、生长抑素的变化[J]. 世界华人消化杂志, 2006(34):3261-3267.
- [35] 郭昱, 郭霞, 姚希贤. 慢性萎缩性胃炎胃泌素、生长抑素、表皮生长因子、血管活性肠肽的测定及临床意义[J]. 世界华人消化杂志, 2003(05):531-534.

综 述

第一部分 姜树民教授的学术传承

1 姜树民教授简介：

姜树民教授从医任教 30 余年，师从国医大师李玉奇、周学文二位教授。通过自己多年所学及在实践中的不断探索、精心研习，对消化系统疾病及常见急危重症的治疗积累了丰富的临床经验，并形成了自己独有学术理论观点。对消化性溃疡、萎缩性胃炎、胃肠功能紊乱、慢性结肠炎、消化道出血、急性冠状动脉综合症、脓毒症、多脏器功能障碍（MODS）及各种中毒等疾病的诊治颇有造诣。

2 学术渊源概述

2.1 求学刻苦，勤学不倦

姜树民教授自幼受家庭环境影响，酷爱阅读古籍，常废寝忘食，手不释卷，且天资聪慧，对书中观点常有自己独到的理解。自 1983 年于辽宁中医学院毕业，师从于国医大师李玉奇教授，周学文教授。在两位全国知名中医大家的言传身教之下，加之刻苦专研，勤学好问，潜心专研中医三十余载，融汇四大经典之精华，深刻领悟中医中药之精髓，同时对中医方剂歌诀及药性药效亦熟记于胸，传统医学功底不可谓不深厚。直至今日，吾师已成名医之身，但仍每日坚持阅读中医经典古籍，且每有新悟，均记录于案，积累临床医案不下千则。且随姜师出诊之时，临证诊疗患者，每遇到典型病例，吾师中医经典条文及方药歌诀均可不假思索脱口而出，由此可见中医功底之深厚，基础之牢固，另吾辈学生敬佩不已。

2.2 中西结合，临床经验丰富

姜师毕业后长期奋战于辽宁中医一线临床，于消化内科及急诊中心均从医十数载，诊治患者数以千计。尤其于急诊中心工作之时，不仅面对消化病症患者，其他内科危急重症患者亦阅之无数。因此吾师不仅精于脾胃病治疗之术，针对其他内科疾病及重症患者抢救治疗亦有很高造诣。通过三十余年的临床工作，加之勤学不辍，不断丰富自己的中西医知识，提高临床水平，使得吾师在临床治疗及科研水平上均有极高水平。在工作中，重视中西诊断方法相结合，各取所长，主张“衷于中医而参考西医，将西医为中医

所用”。中西医各有所长，各有所短，取长补短方能达到最佳疗效。西医学胜在可明确的从微观角度对疾病进行客观的认识及治疗，包括镜下观察病变部位，X光CT影像诊断，腔镜手术等；而中医则在从宏观角度，对疾病进行整体分析上更胜一筹。姜树民教授常教诲我们：作为现代中医临床工作者，不应拘泥于中西医的界限束缚，应站在中医整体观念的基础上认识疾病，而借助现代西医学的手段对疾病进行明确的诊断，治疗上中西医相互结合，齐头并进，一切以为患者及时，迅速解除病痛为最高原则。例如，在治疗消化系统疾病时，我们可以在望闻问切四诊合参的基础上，以胃镜作为明确的诊断标准，应用西药治疗，配合中药汤剂口服，从而达到快、准、好的治疗目的。再比如消化道出血的患者，一定要以西药止血为主，中药为辅，避免对患者病情造成延误，尽最大努力对患者的生命做出挽救。

吾师常教导我们，随着科技的进步，现代医学飞速发展，中医学也不应拘泥于传统的辩证论治与四诊合参。作为新时代的中医人，更要努力将二者相结合，做到西为中用，使现代医学检查及治疗手段融会贯通于传统中医之中，在西医治疗中贯穿中医思维，在中医辨证施治中辅以西医诊查手段，在西医无确切手段的疾病中，突出中医优势。总而言之，一切以为患者尽快、尽早治愈疾病为第一原则。

2.3 传承名师，继承创新李玉奇，周学文大师思想

姜树民教授自毕业以来，跟随李玉奇，周学文教授出诊十余载，颇得名师真传，并将名师思想融汇贯通于日常临床工作之中。李玉奇老先生身为国医大师，学识之渊博，医术之精湛，医德之高尚均为后辈中医人所敬仰。且在教学过程中，倾囊相赠，诲人不倦，培养出数十位省市级名医，临床骨干更是不计其数。李老先生博览群书，不仅潜心专注于中医古籍，通晓古今中医集著，甚则对中外历史及哲学亦有颇深见解，可谓全才。李老医风淳朴廉洁，在数十年的临床工作中，拥有极佳的口碑。且在遣方用药过程中，秉承以经典方药为中心，但绝不墨守成规，勇于创新，对每次治疗的疗效都精心总结，临床疗效极佳。

周学文教授则尤其擅长脾胃病的治疗，在消化性溃疡，胃食管反流，及肝胆病等内科疑难杂症均有自己独到的见解，且在治疗上卓有成效。周老认为，脾胃疾病的发生，与脾胃气机失调密切相关，气与气机二者是人体赖以生存的基础，只有气机的出入升降功能正常才能保证和维持人体正常的新陈代谢和生理活动。而人体气机正常运行则依赖

于脾胃气机升降的通畅。是以说，脾胃的健运是维持人体清阳出上窍，浊阴出下窍的关键。脾以升为健，胃以降为和，脾胃二者乃是人体气机出入升降的枢纽。周老认为，脾胃气机的失调可以由多种原因导致，当升而不升，应降而不降，则可变化为多种不同的人病理表现。就胃来说，临床上常见胃气不降与不降反升这两个不同的情况。若胃气不降，胃中储存的糟粕则难以向下走行，进而产生胃脘部疼痛，胀满不舒，大便难行等症状。胃气反升则可出现呕吐，呃逆诸证。就脾来说，也有脾气不升，脾气不升反降两种症状。如果脾气不升，则运化水谷不利，难以传送水谷精微至全身各处四肢百骸，积于胃中出現痞满，腹泻腹胀等症状。若脾气不升反降，就会出现内脏下垂，脱肛等疾病。依据脾胃升降之理论，周老临床治疗上常常采取调节脾胃气机的治疗方案，效果令人满意。

3 熟读经典，指导临床

姜树民教授作为辽宁省著名中医师，数十年悬壶济世，治病救人，仁心仁术，杏林暖春，悬丝切脉，妙手回春，为无数患者解除病痛堪为仁医。姜师熟读经典，参悟其中奥妙，并将其应用临床日常诊疗之中，效果显著。现将其学术思想源流归纳总结一二。

3.1 《脾胃论》

吾师认为，脾胃乃是后天之根本，气机上下升降之枢纽，脾胃强则身体健，脾胃若则形体衰，是以师云：“人百病，首脾胃”。人体百病，首先责之脾胃，如婴儿初始呱呱坠地，就易出现吐奶，上乳之症状；逐渐成长至青少年时期，由于生长发育需要，食量增大，最易出现暴饮暴食伤及脾胃而成脾痞；中年之后生活劳累，生活琐事压力不断更能伤脾；进而年老牙倒齿落食不知味导致脾胃运化失常，可见脾胃之疾病伴随人的一生。前贤李东垣，作为金元四大名家之一，尤其擅长“补土”以治脾，并且修著传世经典之作《脾胃论》，为后世医者治疗脾胃疾病树立丰碑。东垣曰：“胃虚则五脏、六腑、十二经、十五络、四肢皆不得营运之气，而百病生焉。”其主要指导思想为以下几点：首先脾胃乃是一身元气之根本，乃是生命之基础，所谓“养生当实元气”，“真气又名元气，乃先身生之精气也，非胃气不能滋之”，可见其主张欲实元气则必先调脾胃之气的学术思想。其次，“内伤脾胃，百病尤生”，脾胃衰则百病有此生焉。再次，脾胃二脏共居中焦之位以灌溉四方，乃是一身之气机升降枢纽，若脾强胃健，则可上以升输心肺，下以降归肝肾，全身气机通达调和，才能正常维持人体气机的运动。最后，书中遣方用药均于脾胃立足，其首创出甘温除热治疗之法，并提出“培土补中、升阳益气、甘寒泻火”

等治疗手段，更是留下“补中益气汤、调中益气汤、升阳益胃汤”等千古名方，形成了一套较完整的理论体系，和系统的治疗脾胃疾病的辩证论治方法。

姜师谓其临床多年行医，脾胃疾病尤最常见，是以对《脾胃论》极其推崇，因此经典的著成，使得中医诊治脾胃病得以有理有法，临床的疗效亦随之更加显著，将脾胃系疾病的辩证方法及治疗手段均提升到新的高度，优于其他四个脏腑器官，并且将其以独重脾胃为核心的治疗思想贯穿于大量临床的时间当中，对后世医家的治疗和中医的发展产生了极其深远的影响。《脾胃论》中云：“夫脾胃不足，皆为血病，是阳气不足，阴气有余，故九窍不通。”又云：“今所立方中，有辛甘温药者，非独用也；复有甘苦大寒之剂，亦非独用也。以火、酒二制为之使，引苦甘寒药至顶，而复入于肝肾之下，此所谓升降沉浮之道，是另阳气生，上出于阴分，末用辛甘温药接其升药，使大发散于阳分，而令走九窍也。”姜师受其启示，精研其中之奥妙，临床治疗中常从血辨治，善用桃仁；又喜用黄连，称之“厚肠益胃”之法，并以砂仁、白豆蔻为佐助之药物，正应李东垣所谓“用辛甘之药物滋胃，当升当浮，使生长之气旺”。如治疗脾虚湿滞性的痞满患者，长期胃脘部署，痞闷不适，且兼有头重如裹，眩晕耳鸣，面色萎黄，形体困倦，食少便溏等症状，则方中不仅要给以茯苓，熟薏米等淡渗利湿健脾功效之品，或半夏、厚朴、砂仁、枳壳等行气燥湿之物，更要配以柴胡、升麻、黄芪等益气升阳之品，正应：“清阳不升，浊阴不降”之理，待湿浊降化，阳气乃升，诸证皆消。

3.2 《黄帝内经》重视调理脾胃，顾护胃气

姜师认为，《黄帝内经》是脾胃学说的基础，乃后世医家所说“脾胃乃是后天之本”的学术渊源，《素问·经脉别论》中有记载：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋。食气入胃，浊气归心，淫精于脉。饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通条水道，下输膀胱。水精四布，五经并行”。该段条文详细阐述了饮食进入胃部以后，化生水谷精微，并在体内运化输送的全过程。脾主升清，胃主降浊；脾运化水谷，胃受纳水谷。二者通过受纳，运化以及升降将其化生的气血津液向四肢百骸输送进而营养全身。是以脾胃被称为“后天之本”、“气血化生之源”。脾胃在人体生命活动中占有重要位置，二者是人的生命活动中枢，自成体系，因此姜师在对患者的诊疗过程中，不仅针对患者主要病症对症下药，而且兼顾调理脾胃，注意对脾胃之气的调节，常用豆蔻，砂仁，半夏，厚朴等药，将顾护胃气的治疗基本法则贯彻于治疗过程的始终。《素问·刺

禁论》中有云：“肝生于左，肺藏于右，心部于表，肾治于里，脾为之使，胃为之市”，有此可见，脾胃均依赖气机的通畅，乃一身气机上下升降的枢纽，二者共同为脏腑气机的根本。心和肺均居胸中，位于上焦，气机则以降为顺；肝和肾则居于腹中，同处于下焦，气机则以升为和。肾水不寒，需要心火下降以温煦；心火不亢，则需肾水上济以制约。肺气肃降下行，防止肝气生发过度，肝气通达上行，可助肺气宣肃。而脾胃二者共居中焦，对各个脏腑气机的上行下降均有着协调作用，可谓气机之枢纽。姜师认为，治疗疾病是应时刻考虑脾胃对脏腑气机的影响，临症绝不应忽视脏腑之间的联系，脾胃对于其他脏腑有着相互滋生和制约的作用，病理上也相互有所影响，因此治疗脾胃疾病的同时也要从其他脏腑着手，不能拘泥于脾胃两脏，因此，从肝、从肺、从肾、从心调治脾胃也成为姜师遣方用药的特点。

3.3 《金匱要略》

《金匱要略》被成为“方书之祖”，其中对脾胃疾病进行了极其详尽的论述。经千年的临床应用，疗效得到肯定，因此姜师对该经典著作极其推崇，临床治疗上也多借鉴书中经验。

《金匱要略》中强调脾胃乃人体保持健康，应保持脾胃的健旺，因脾胃乃是后天气血化生之源，正所谓“四季脾旺不受邪”，若脾胃正其旺盛，则人体质强健，能御外邪入内，者也是对于《内经》中所提出的“正气存内，邪不可干”的进一步延伸。姜师认为，虽然《金匱要略》总结了很多内科杂病，但是在辩证思治上，对脾胃尤其重视。在脾胃病的治疗中，注意脾气视为虚弱十分重要。姜师在临床上善用补益脾气之药治疗各种病症。例如补气名方四君子汤，脾胃乃是后天之本，脾胃消化能力健旺，则脏腑肢骸可以得到充分的濡养，身体则不宜收到外邪侵袭，自然强壮，因此在整体有气虚之症时都可以从治脾胃着手。脾胃气虚，不仅仅影响消化系统，也与其他脏腑有明显联系。譬如脱肛，子宫脱垂，重症肌无力，呼吸道疾病等都会在疾病的某个阶段出现脾胃虚弱证。因此，治疗内科疾病，着眼脾胃就显得十分重要。

第二部分 姜树民教授治疗内科疾病经验集萃

1 姜树民教授治疗肠易激综合征经验

1.1 概述

肠易激综合征（IBS）临床上是指一组包括腹胀，腹痛，并以大便习惯的改变为主要特征，且伴随大便性状的异常，常持续存在或者间歇性发作，但又缺乏生物化学异常改变和形态学改变等可以应用器质性疾病来解释病因的临床症状。据其临床上的特点可以将其分为便秘型、腹泻型以及便秘腹泻交替型三种。

1.2 病因病机

姜树民教授认为，肠易激综合征（IBS）这一疾病，根本的病理基础是脾虚，其病机主要责之于肝脾二脏气机运转不畅，脾胃运化失常，以及大肠传导功能失司，久之则累及于肾，从而形成脾、肾、肝、肠胃等多个脏腑功能失调。恼怒忧思，郁久不舒，累及于肝，则肝气横逆犯脾，脾失和降，肝脾不调。姜师根据多年临床观察，认为一些精神上的明显变化，均可能影响自主神经的功能，进而引起肠道运动功能的障碍及内分泌的失调。中医所谓“脾藏意”、“忧思伤脾”、“肝主疏泄”“木郁克土”的基础理论，均表明其十分重视病因学中神经活动的重要性。从另一个角度来讲，脾胃的运化于腐熟功能，均需要肾阳的温煦，若肾阳不足，则温煦功能减弱，这也是脾失健运的主要因素。另外，气机不调，生痰、热、湿，亦可产生寒热互结、虚实夹杂之症。因此，该病早期多属肝郁脾虚，后期则累及肾脏，导致脾肾两虚；若波及血分则可见气滞血凝之症候。由此可见，脾胃虚弱乃是该病的发病基础，病机主要责之于肝脾二脏气机不调，运化传导失司，长期累及于肾，从而形成肝、脾、胃、肠、肾等多个脏腑功能失调，表现为腹部胀痛，或腹泻便秘等症状的疾病。

1.3 临床治疗

由于本病的病因较多，症状较为复杂，治疗上难度也相对较大，对该病的治疗上也有很大难度，因此对其进行正确的辨证分型就十分重要。姜师认为，由于目前人们生活工作节奏较快，压力也相对较大，是以情志因素就占有很大比例。从六淫致病的角度来看，寒热虚实等病理因素独立致病的情况非常少见，更多数的情况是寒热夹杂，虚实交错。姜教授据前所论述的病因病机，结合临床观察诊疗经验，以及现代西医胃镜检查，

依据八纲辨证，将本病归结成便秘型和泄泻型进行治疗。对于便秘型肠易激综合征的治疗，其属热者，有大便干结，常常伴随口干口苦口臭症状，且腹部疼痛胀满，身热心烦，面红目赤，小便短赤，舌体赤色红，舌苔黄燥，脉滑数。对于这类患者，姜师常用大黄、厚朴、枳实等药，理气泻热通腹排便，效果颇佳。若患者体内热毒炽盛，津液已伤，则方中加苦参麦冬以生津养阴。也可加黄精、枸杞、熟地黄以填精益肾；也可少量加入杏仁、郁李仁、火麻仁等以增加润肠通便的功效。其属寒者，可见大便艰涩，排出极难，小便量多，质清无味，手足不温，怕冷喜热，多伴有胃脘部冷痛绵绵，胀满且按之加重，胁肋部疼痛偏重，四肢发凉，呕吐呃逆。舌白苔腻脉弦紧。或由腰酸脊冷，此为肠胃寒凝所致，可见舌淡苔白，脉沉迟。遣方上则多以散寒温内为治疗之法，如应用附子，干姜以温阳散寒，加用大黄、芒硝里攻下。还应注意，方中温热药物的剂量应大于寒凉之药，达到去其苦寒之性，但泻下之功效仍在，即“去性存用”的治疗效果。

1.4 学习心得

姜树民教授以调理脾胃为主，辅以调理肝肾之法治疗肠易激综合征在临床上取得了良好的治疗效果。姜师认为由于个人体质和生活环境的不同，对于同一种疾病仍可有数种不同的症状表现；但病虽有异，但在其发生和发展的不同阶段却也会出现相同的表现。姜师常在授业时教导我们，要准确应用同病异治，异病同治的治疗原则。对于一些其他疾病，比如细菌性胃肠炎，炎性肠病及溃疡性结肠炎等，若其症状表现为明显的腹部胀痛，伴有腹泻而没有其他明显表现时，亦可按照治疗腹泻型肠易激综合征的方法进行治疗。而同一疾病，由于辨证不同，或因辨证相同但个人体质不尽相同，要准确应用同病异治之原则，以达到解除患者病痛的目的。在临床治疗中，由于医者不同，患者不同，辨证用药上亦可不尽相同，万不可拘泥一方一药，只有灵活调整治疗方法，才能做到药到病除。

2 急性胰腺炎

2.1 概述

急性胰腺炎（Acute Pancreatitis, AP）是指由多种病因引起胰酶在胰腺内被激活，而发生胰腺自身消化的一种化学性炎症为主的疾病。临床上以急性上腹痛、呕吐、恶心、高热和血尿淀粉酶增高等为特点的疾病，也是常见的急腹症之一。其中，轻症急性胰腺炎（MAP）的病程常成自限性，其预后相对良好，而重症急性胰腺炎（SAP）则常会继发

感染、休克、多器官衰竭等多种严重并发症，病程进展较快，病情较为凶险，且病死率高。

随着现代社会的高速发展，以及人们物质水平的不断提高、饮食结构转变，以及诊断手段的日渐完善，急性胰腺炎（AP）在中国的发病率及检出率有着显著的增加趋势。在我国 AP 见于任何年龄段，且男女比例并无明显的差别，发病上也无明显季节性，大多数发病与饮食不当相关。目前现代医学对急性胰腺炎的发病机制尚未完全明确，主流学术思想认为 AP 的发病机制主要有如下几个观点：（1）胰酶消化学说；（2）炎症介质与细胞因子的释放；（3）胰腺的微循环障碍；（4）肠道菌群易位与“二次打击”学说；（5）细胞的凋亡；（6）胰腺腺泡内钙超载；（7）其他诱发和加重因素。在临床治疗上多采取禁食水、胃肠减压、补充血容量、维持水、电解质平衡、抑制胰酶及胃酸的分泌、预防和控制感染、止痛解痉、以及营养支持。西医治疗上，目前虽然取得了一定进步，但仍未从根本上消除病情加重的因素，在阻止病情进一步恶化，降低临床死亡率方面也未有明显突破进展。

2.2 病因病机

该病中医上应以腹痛论治，总属中焦气机不舒，热毒蕴结，中焦阻滞而致。病位在肝、胆、脾、胃、大肠。或因饮食不节，嗜食肥甘厚味，过量饮酒，喜食辛辣之物，从而损伤脾胃，致使脾胃运化失司，湿浊内生，食滞中焦，湿蕴生热，邪热互结，导致阳明腑实之证；若邪热互结，则可形成实热结于胸中；湿热之邪熏上蒸肝胆，肝胆疏泄功能失常，使胆汁不循常道，外溢形成黄疸。或情志不遂，精神抑郁，恼怒伤肝，导致肝郁气结，从郁化热；或肝逆伐脾，脾失健运，中焦气机升降不利，引起脾胃气滞；湿热与气互结，影响气机升降；气滞日久则致血运不利，从而产生气滞血瘀之症。或因蛔虫上扰，阻于胆胰之道，使得胆胰之液排泄不畅，进而浊液内阻清津逆行，发为本病。若热毒之邪深重，热瘀互结，久久蕴结不散，则致肉腐血败，成痈成脓；瘀滞不通，化火化毒，厥深热深，甚者邪热耗津伤正，若正不胜邪，则可由内闭而致外脱，或内陷致厥。即以脏腑功能失常为本，热、毒、湿、瘀互结为标，多属里证、热证、实证。

2.3 治疗原则

急性胰腺炎以实热或湿热蕴结于中焦，中焦气机阻滞，以腑气不通为其主要证候，“不通则痛，痛则不通”，且急性胰腺炎又以腹痛为首发症状，故遵“凡病宜通”，“痛

随利减”的原则，欲使中焦及脏腑气机通畅，湿热毒邪去有出路，瘀能消散，故提出以疏肝理气、活血化瘀、清热解毒、通里攻下类中药为主治疗急性胰腺炎，正如《医学真传》云：“夫通则不痛，理也；但通之之法，各有不同。调气以和血，调血以和气，通也；上逆者使之下行，中结者使之旁达，亦通也；虚者补之使通，寒者温之使通，无非通之之法也。若必以下泄为通，则妄矣。”

2.4 辨证论治

AP 急性期以肝郁气滞证、肝胆湿热证及胃肠热结证最为常见，且当机体正气尚旺时，在西医常规治疗的基础之上，及时应用中药进行早期干预，可收到满意疗效。

1、肝郁气滞型：症见中上腹阵痛或窜痛，痛引两胁，口苦、暖气，大便秘结，舌质红，苔薄黄，脉弦或紧。治以疏肝理气，通里攻下。予柴胡疏肝散加减。柴胡 15g、白芍 15g、枳壳 10g、陈皮 15g、香附 15g、郁金 15g、桃仁 15g、丹皮 10g、延胡索 15g、川楝子 10g、当归尾 15g、大黄 10g、甘草 10g，日一剂，水煎服。化裁：恶心、呕吐较重者加半夏、竹茹、旋复花等以降逆止呕；发热重者可加黄芩、菊花、红藤、金银花等以清热；矢气不通者，可加青皮、厚朴等以助行气；兼食滞者可加山楂、鸡内金、炒莱菔子以消食导滞。此型多与情志相关，故在该病的治疗过程中要注意调畅情志，缓解患者紧张情绪，同时在用药的过程中，应根据患者的病情不同，注意考虑气滞、血瘀、气滞、食积、淤热互结等兼症的存在，及时加减药物，始终以通为主。

2、肝胆湿热型：症见胁肋部或上腹部绞痛，疼痛程度较剧烈，拒按，恶心呕吐，不欲饮食，口苦咽干，往来寒热，可见黄疸症状，伴有大便秘结，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉弦滑或滑数。治法当以清热利胆，化湿通下。方用茵陈蒿汤合大柴胡汤加减。茵陈蒿 20g、栀子 15g、生大黄 15g、柴胡 15g、芍药 10g、枳实 10g、半夏 10g、黄芩 10g、丹皮 10g、龙胆草 15g，日一剂，水煎服（同上）。化裁：湿热重者，可加黄连、黄柏、金钱草；热毒偏重者，可加金银花、野菊花、红藤；呕吐偏重者，可加旋复花、代赭石、竹茹；腹胀偏重者，可加大腹皮、木香；小便短赤，艰涩不畅者，可加车前草、赤小豆。此型主要为湿热内阻肝胆，肝胆疏泄失常，导致湿热毒邪内蕴，治疗上以祛湿燥湿为主，兼清肝利胆退黄，通腑泻下。

3、胃肠热结型：临床主要表现为腹痛剧烈，腹满拒按，手不可近，口苦而干，发热，大便结，小便短赤，舌质红，舌苔黄厚腻，脉弦、紧、数。治当以清热攻下、理气通腑。方

用大承气汤合血府逐瘀汤加减。生大黄 15g（后下）、芒硝 10g（冲服）、枳实 15g、厚朴 15g、柴胡 15g、红花 10g、桃仁 10g、黄连 10g、栀子 15g，日一剂，水煎服（同上）。加减：呕吐者可加竹茹，代赭石以降逆止呕；发热重者可加山栀、金银花、野菊花、红藤，或重用生大黄，加生地；腹胀甚者可加槟榔、莱菔子。此型主要为邪热积滞互结，胃肠闭塞不通所致，气滞、热邪、血瘀、积滞互结，肠腑功能紊乱闭塞不通，遂治疗以化瘀通腑导滞，恢复肝胆胃肠通降功能为主。

2.5 学习心得

急性胰腺炎是一种常见且病情较危重的临床常见急症，这样的急症并非中医优势所在，但经姜师多年急诊工作临床经验，在西医常规治疗的基础上加以中药汤剂辅助，治疗效果明显优于单纯西医治疗。将中西医有机结合才能充分发挥中医特点，我们不应拘泥于传统中医和西医之间的界限，一切以为患者治疗疾病，解除患者痛苦为最高准则。

3 胆汁反流性胃炎

3.1 概述

胆汁反流性胃炎（bile reflux gastritis, BGR）是指因为十二指肠液反流入胃而导致的以胃粘膜损伤为病理改变的疾病。该病在临床上是以腹部呈持续性灼烧痛，嘈杂不适，重者连及后背部及胁肋部，持续不解，餐后加重，伴有恶心呕吐、口苦、呕吐苦水等为其特征性表现的病症。在中医中概属胃脘痛、胃痞，嘈杂，呕苦之范畴。现将姜树民教授对该病的诊治经验总结一二：

3.2 病因病机

本病病因多属饮食不节，忧思劳倦，情志不调。《内经》中以“胆邪逆胃，胆汁上溢”而导致肝胃之气不和，气机不降立论其病机。姜师则认为反流性胃炎为毒热之邪逆而上行于胃，灼伤胃络，使其肿胀枯萎所致。该病病位在胃在胆。据《灵枢四时气》所载：“邪在胆，逆在胃”。毒热之邪灼伤胃络，则可见胃脘部灼痛；肝胆疏泄不利，则胆汁逆行，故有呕吐酸苦之水。《医宗金鉴》将其概况为“肝胆之火逆入于胃”，可谓言简意赅，直中本病之要害。姜师凭借多年临床诊治经验，总结该病主要病机为：脾胃虚弱、胃失和降，胆火上炎。其中以脾胃虚弱为病机之根本，其余二者为标。气机逆行并挟胆汁上逆进入胃中，故言其病位在胆胃二脏，且与肝脾相关，主要责于气逆犯脾而挟胃。

3.3 辨证分型

姜师根据患者不同的体质，临床症状以及舌苔脉象，将胆汁反流性胃炎分为以下几个证型：肝胃郁热：症见胃脘部灼痛，呕吐苦水，腹中嘈杂，咽干口苦，大便干小便黄，舌质红苔黄，脉弦数。肝胃不和：症见胃脘部闷痛不舒，嘈杂痞满，暖气频作，时有泛吐苦水，舌淡苔薄白，脉弦。胃阴不足：症见胃脘处灼烧感明显，消谷善饥，纳差，口干欲饮，舌体红，苔少，脉细数。脾胃虚弱：症见胃脘隐隐作痛，进食则胃部胀满，呕吐清水，倦怠乏力，面色苍白，舌淡有齿痕，苔薄白，脉缓。寒热错杂：症见胃部明显灼痛感，饮食冷热皆可，口干舌燥，舌绛苔白，脉沉数。需要注意的是：辨证分型时，舌象必须受到足够的重视。中医学中认为，舌苔乃是胃气上蒸于舌所致，在某种程度上讲，舌象可以大致反映出内在脏腑的寒热虚实变化，对于疾病的诊断有着非常重要的意义。姜师在临床治疗的过程中就对舌象十分重视，以本病为例，其本身即是胃气逆而上行造成的病理结果，再加之胆汁留滞胃中，浊气上行则形成浊腻，厚滑等不同的舌苔。此外，我们可以借助胃镜的观察，将镜下胃粘膜的表现及病理与中医的宏观辩证有机的结合起来。例如，该病实证，在镜下观察多有胃粘膜充血及肿胀，而虚证则多见胃粘膜便薄，其色苍白不润。热毒内蕴则见胃粘膜糜烂或溃疡，湿热中阻则见胃内大量黄绿色液体。

3.4 治疗方案

吾师认为，该病治疗总则应为清肝利胆，化浊和胃。并强调“调治中焦以平为期”。因此，在用药上应选择理气药物以调理中焦气机。本病并在脾胃与肝胆相关，故治疗时姜师常以肝胃同治，疏通收敛之法并用，效果显著。肝主疏泄，喜条达而恶抑郁，气机通顺则舒，胃自和安，正所谓：“治肝可以安胃”。紫苏性辛温，可理气宽中，和胃止呕，善调中焦之气。枇杷叶、竹茹二药善调理胃气，使胃气和降。厚朴则有化痰燥湿，乃下气消满之要药，配合枳实科增强理气之效。川楝子其性苦寒，归肝胃二经，能清肝火，泄郁热，善理气止痛。木香醒脾，能行能泄，走胆经及三焦经，肝脾同治，能行气健脾疏肝利胆。据《本草求真》中所载：“木香，下气宽中，为三焦气分要药。然三焦则又以中为要”。脾最易被湿邪所困，有碍于中焦气机之通畅，是以姜师常在用药上加健脾化湿之药。且配以肉豆蔻，藿香，佩兰，砂仁等。《本草正义》中云：“藿香芳香而不嫌其猛烈，温煦而不嫌其燥烈。能去除阴霾湿邪二助脾胃正气”。砂仁豆蔻二者同用，

化湿和胃，理气宽中，为常用之对药。本病多因湿热，热毒所致，故吾师在治疗上常配以苦参，公英，黄芩等有清热解毒之功效的燥湿之物。亦常辅以瓜蒌，白蔹，浙贝母等药物以去腐而生新。若久病不愈，邪入经络，形成血瘀阻于胃络，则在疾病后期应重视运用活血化瘀之药。如白芨，半枝莲，三七，白花蛇草等。三七常谓之“止血不留瘀，祛瘀不伤正”的特点。白芨据《本草汇言》所载：“白芨敛气，渗痰止血，消痈之药也。”川芎活血行气，乃血中之气药也。当归，能补血亦能活血。常配黄芪补气，兼有气滞者可配香附、延胡索。

3.5 学习心得

本病应患者体质差异，症状上也不尽相同，但揆度其本质不过瘀、毒、湿、热。治疗上以清利肝胆，疏肝理气，和胃化湿为三大原则。吾师在临床治疗该病的过程中把上列三法贯彻整个治疗始终，但需要根据患者体质症状的不同有所偏重。同时还应顾及对脾胃这一后天治本的顾护，以及针对湿热毒邪等病理因素的治疗，临床治疗效果极佳。

第三部分 慢性萎缩性胃炎中西医诊治进展

慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜上皮和腺体萎缩，数目减少，胃黏膜变薄，黏膜基层增厚，或伴幽门腺化生和肠腺化生，或有不典型增生为特征的慢性消化系统疾病。随着现代医疗技术的不断进步，现代医学对慢性萎缩性胃炎的研究取得了一定的进展，但仍存在较多困惑，特别是在如何阻断或逆转萎缩性胃炎的发生发展，仍缺乏行之有效的治疗手段。现就国内外对该疾病的发病机制及相关诊治进展进行综述如下：

1 慢性萎缩性胃炎总论

慢性萎缩性胃炎（CAG），是一种消化内科常见病，其发病缓慢，病势缠绵，迁延难愈，当患者求医的时候，一般已存在器质性病变。世界卫生组织将其列为胃癌前状态，特别是伴有肠上皮化生或不典型增生者，癌变可能性更大^[1]。根据 2011 年中华医学会内镜分会的调查，我国慢性胃炎患者经过病理检查及内窥镜检查，确诊的慢性萎缩性胃炎患者患病率达到 23.2%^[2]。我国 CAG 的癌变率为 1.2%–7.1%^[3]，在已经确诊的胃癌患者中有超过 80.0% 的合并慢性萎缩性胃炎。^[4]

因此诊治 CAG，防止其进一步癌变，体现的是中医“既病防变”的治疗原则，值得重视。祖国古代医学文献中并无萎缩性胃炎这一病名，却有与其症状相关的“胃脘痛”，“痞满”，“腹胀”等描述，有传统中医医家认为，该病可归为“痞满”“胃痞”范畴^[5-6]，而全国中医学会第三次脾胃学术会议认为 CAG 辨证可以归属于“胃痞”。因为 CAG 以胃脘部痞满疼痛多见，或痞满而无疼痛，尚有少数患者无明显症状。CAG 的临床表现不仅缺乏特异性，有些 CAG 患者临床症状可不明显，但大部分可见灼痛，胀痛，钝痛或胀满，痞闷，食后明显。其西医可观病变为胃黏膜萎缩变薄，腺体减少、消失^[7]或伴有化生、增生及癌变等特征。因此诊治 CAG 对改善患者的生活质量，或者延长患者寿命都有一定意义。

2 西医对慢性萎缩性胃炎的研究

2.1 慢性萎缩性胃炎现代病因研究

慢性萎缩性胃炎是一种以胃粘膜固有腺体萎缩为其主要表现的慢性胃部炎症，其在病理表现及胃镜观察下均占有较高的比例，且该病与肠化生，异性增生及癌变有着密不可分的联系。由此，有国外医学工作者提出慢性萎缩性胃炎是胃癌发展变化全过程中占有主要因素的关键环节^[8-9]。并且，在临床实际诊疗过程中发现，本病的病理诊断和镜

下表现往往有一定差别^[10-11]。临床大量研究表明，Hp 感染是本病的主要致病因素。流行病学调查研究结果显示，我国 Hp 感染率为 40%-90%^[12]。有国外学者研究报道^[13]长期应用抑酸剂的患者可能引起除 Hp 以外的细菌感染，这对 CAG 也是危险因素之一。另有国外报道显示^[14]在 CAG 患者中，EBV 的检出率明显增高，因此 BEV 感染对癌变很有可能起关键作用。柯莹玲等^[15]通过调查 542 例 CAG 后分析，发现饮食不当者有 496 例，在各种病因中占第一位，饮酒者 308 例，情志失调者 213 例，有慢性感染者 287 例，有胃病家族史者 112 例。陆斌^[16]通过观察 98 例 CAG 患者发现，伴有 Hp 感染 57 例，既往行胃镜检查有浅表性胃炎病史 20 例，伴有胆汁反流 19 例，有冠心病病史 6 例，有胃病家族史 9 例，伴缺铁性贫血 7 例，有重金属接触史 5 例，曾行放射治疗 3 例，曾行胃大部切除术 2 例，长期烟酒嗜好 33 例，长期服用非甾体抗炎药 3 例。陈文辉^[17]通过研究，先后经单因素、多因素条件 Logistic 回归分析，结果表明运动过度、恐和惊、湿热（Hp 感染）是 CAG 的病因。

2.2 慢性萎缩性胃炎的现代医学治疗进展

当前关于慢性萎缩性胃炎的现代医学治疗进展不多，临床上仍是予保护胃粘膜、根除 HP、促进胃动力、内镜下治疗等治疗为主，一般不支持再使用抑酸药，现代医学对根除 HP 是否能真正逆转慢性萎缩性胃炎仍存在较多争议，有相关研究^[18-20]HP 有无根除对治疗慢性萎缩性胃炎的疗效对比提示：根除 HP 对减轻胃粘膜炎症反应有着一定的作用，但对慢性萎缩性胃炎特别是伴有肠化生的患者却未见明显好转，无法逆转其发展，甚至有人认为慢性萎缩性胃炎可能存在不可逆转点；而 Kong 等^[21]人的一项 Meta 分析得出根除 HP 显著改善胃体和胃窦萎缩性胃炎，但对胃体肠化生却没有改善；Hsu^[22]等人对 43 里患者随访 1 a 结果表明，HP 根除组的患者胃粘膜腺体以及其肠化生程度无明显变化。Clilok^[23]等对 35 里慢性萎缩性胃炎患者予以抗 HP 之劳，净多 2 a 随访表明，未予根除 HP 组患者其胃粘膜萎缩程度及肠化生无明显改变，而根除 HP 组患者中度肠化生在随访 12 个月后积分明显减少（ $P < 0.01$ ）。胡品津^[24]等人提出根除 HP 是否能逆转肠化生，可能与已经具有“胃上皮干细胞”要恢复取代肠化组织需要更久的时间相关。第四届全国幽门螺旋杆菌感染处理共识会议^[25]认为：目前现代医学要做到完全逆转慢性萎缩性胃炎的确存在很大的困难，但根除 HP 可以减慢或停止萎缩发展，并能使部分萎缩性胃粘膜得到逆转，且能预防胃癌。对于这个热点争议，仍需要更多研究来明确一个结果。

3 中医对慢性萎缩性胃炎的研究

3.1 慢性萎缩性胃炎古代中医病因病机研究

CAG 是西医病名，属于中医胃痞满范畴，胃痞满初起多属实证，其病位在胃，病可及肝，久病常见虚证，可累及脾，也常见虚实夹杂，脾胃同病，或肝胃同病。《景岳全书·痞满》认为：“虚寒之痞，凡过于忧思，或过于劳倦，或饥饱失时，或病后脾气未醒，或脾胃素弱之人而妄用寒凉克伐之剂，以致重伤脾气者，皆能有之”。即是说痞病因于忧思、劳倦、过饥过饱。李东垣《脾胃论》：“脾湿有余，腹满食不化”，“膏粱之人，胃湿热邪于内而生胀满者”，即是说痞病因于湿、热。《医学正传·胃脘痛》：“致病之由，多由纵恣口腹，喜好辛酸，恣饮热酒煎沸，凉生冷……故胃脘疼痛。”即是说痞病因于饮食内伤。《景岳全书》曰：“怒气暴伤，肝气未平而痞”。即是说痞病因于情志不畅。胃痞的病因总归为感受湿热、内伤饮食、情志失调、脾胃虚弱引起。胃痞的发病机制总由中焦气机壅阻，脾胃升降失司引起。

3.2 当代医家对慢性萎缩性胃炎的病因病机

关于 CAG 的病因病机，现代医家根据自己的临床经验又提出了一些新的见解。比如，栗德林^[26]认为 CAG 多伴有气滞、食积、湿阻、郁热、血瘀、甚至邪毒等邪实，寒热错杂证是 CAG 的最常见证型，其产生的核心环节是脾胃亏虚。王道坤^[27]认为 CAG 癌前病变总属本虚标实，是一种虚实相兼的病变，其最为常见的证型是脾胃虚弱型和肝胃不和型。并认为脾胃虚弱贯穿此病之始终，是造成癌前病变的病理基础，是癌前病变发生、发展的关键环节。脾胃虚弱则气血不荣，继而发生气滞、痰凝、血瘀等兼证，根据出现脾胃升降失常，中焦痞塞，虚滞并存之候而提出“脾胃虚弱，气滞痰凝络瘀”的病机观点。李玉贤^[28]根据多年临床经验认为 CAG 病因病机多属中焦寒热错杂导致气机升降失常，兼有虚、瘀、痰、毒等因素，从寒热气机痰瘀立论，病机为：寒热错杂，气机升降失常；阳明热化，胃肠津液耗损；脾病及胃，胃络失荣致萎；痰瘀互结，久生毒邪诸症。韦玉娜^[29]则认为 CAG 的病机是正虚血瘀，夹湿热毒邪，并确立补气活血，兼清湿热解毒的治则。路志正等认为胃阴不足是 CAG 的主要证候，但亦常见气滞、血瘀、气虚、阳虚、湿阻、热郁之证。毛水泉^[30]认为，CAG 的病因病机应以脾胃阴虚为本、气滞血瘀为标。姚乃礼^[31]基于络病理论，提出了“脾虚络阻毒损”为 CAG 的根本病机，脾胃亏虚是 CAG 的发病之本、始动因素，所谓“至虚之处，便是留邪之地”，“胃络瘀阻”是致病的关键条件，因虚而致病，诸

邪瘀阻于胃络、损伤胃膜而发病，毒损络脉是 CAG 演变为 PLGC 的重要因素，诸邪蕴结变生为毒，导致 CAG 缠绵难愈，渐成痼疾，变生诸病（PLGC），甚至转为胃癌。王灿晖^[32]认为该病多与饮食失调，外邪入侵，脾胃阳虚，情志失调等因素相关。曾斌芳^[33]则认为精神紧张，感染湿热，饮食不洁是发病的基本病理因素，而脾胃虚弱则是发病的关键。李世增^[34]认为该病多因饮食失调，寒热犯胃，久病体衰，劳累过度，禀赋不足所致。病机的关键是肝郁气滞，与痰浊，郁热等病理因素相关。李桂贤^[35]认为本病的病因是饮食不节，外邪客胃，情志不遂，脾胃不和几个方面。病位在胃，与脾、肾、肝相关。病机特点是虚实夹杂，本虚标实。李振华^[36]认为本病多因饮食停滞，脾胃虚寒，气滞血瘀，肝胃郁热等相关。但患者若有温热之病伤阴，久病不愈，药物不良反应而耗伤胃阴也可致本病。由此可见，本病病因病机复杂，各个医家亦有各自独到见解，这些认识均在不同程度上进一步丰富了中医学对慢性萎缩性胃炎病因病机的认识。

4 慢性萎缩性胃炎的中医治疗进展

祖国医学关于慢性萎缩性胃炎的治疗方法有很多种，大量文献也表明中医手段治疗慢性萎缩性胃炎有显著的疗效，尤其是中医药的治疗效果。

4.1 中医辨证论治

部分医家认为，同样为慢性萎缩性胃炎，根据正确的中医辨证论治，同病异治，做到真正的个体化治疗，不仅能减少西药的副作用，更能取得满意的临床疗效。比如李学军^[37]将 CAG 宏观辨证分为肝胃不和血瘀证、食积血瘀证、寒热错杂血瘀证、湿热血瘀证、气阴两虚血瘀证，并强调宏观辨证与微观辨证相结合，兼顾脏腑生理功能、病理特点，灵活运用活血法，并用柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和血瘀证，保和丸加减治疗食积血瘀证，半夏泻心汤加减治疗寒热错杂血瘀证，藿朴夏苓汤合清中汤加减治疗湿热血瘀证，香砂六君子汤合益胃汤加减治疗气阴两虚血瘀证。刘昌贤^[38]将脾胃虚弱性 CAG 患者共 63 例进行随机分组对照，治疗组服用柴芍六君加味方，对照组口服康复新液，观察 3 个月。结果显示治疗组在病理改善，症状积分以及症候疗效等方面均优于对照组。郭金颖^[39]将脾胃虚寒型 CAG 患者共 28 例，随机分为治疗组与对照组两组。对照组无 HP 感染患者于维酶素，胃复春，有 HP 感染患者加用泮托拉唑、阿莫西林、克拉霉素；治疗组加用针刺治疗，取穴为双侧脾腧穴，胃俞穴，足三里，及中脘穴。结果表明治疗组总有效率 89.3%，优于对照组有效率 71.4%，两组疗效差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

4.2 中成药

近年来,一些中成药在治疗慢性萎缩性胃炎也取得了一定的成效。比如谢晶日等^[40]通过实验观察欣胃颗粒对于气阴两虚兼血癖型慢性萎缩性胃炎临床症状的缓解和胃黏膜的恢复有较满意的疗效。曾韦苹等^[41]用养阴活胃合剂治疗胃络血瘀证和胃阴不足证 CAG 患者,认为疗效显著,临床值得推广。颜莉^[42]用摩罗丹治疗 CAG 患者,发现摩罗丹可以显著减低 CAG 患者的表皮生长因子和表皮生长因子受体并使黏膜炎症得到改善。邵蓉^[43]等认为胃复春片联合枸橼酸莫沙必利片治疗慢性萎缩性胃炎具有较好的临床疗效,可改善临床症状,降低机体炎症反应,调节胃肠激素水平。曹悦鞍^[44]认为胃康灵治疗 CAG 可以缓解其症状,并且发现胃康灵治疗浅表性胃炎和萎缩性胃炎的时候,是随药量、疗程的延长使药效增强。翟伟颖等^[45]将治疗组及对照组各 30 例患者进行随机对照,治疗组予以口服参连胃安合剂,对照组口服胃复春片,1 个月为一个疗程,治疗 6 个疗程后观察治疗效果。结果显示,治疗组总有效率 86.67%,高于对照组总有效率 66.67%。郭丹丹等^[46]将 200 例 CAG 患者随机分为治疗组 100 例,对照组 100 例。治疗组患者口服藿苏养胃口服液,对照组口服胃复春片。研究结果表明,治疗组在中医临床症状积分,胃镜下胃黏膜该病,肠化生和腺体萎缩的改善几个方面均显著优于对照组。杨薛萍^[47]将 52 例 CAG 患者随机分为治疗组和对照组各 26 例,治疗组口服加味七方胃痛颗粒,对照组口服吗丁啉,乳酶生片治疗,研究结果显示,治疗组总有效率 80.8%,对照组总有效率 57.7%。病理疗效上,治疗组肠上皮化生及胃黏膜萎缩改善程度均优于 B 组($P<0.05$)。通过以上疗效对比可见,中成药不仅有易于保存,携带方便,等优势外,其疗效亦值得肯定,应进一步研究与推广。

5 问题与展望

因慢性萎缩性胃炎为在消化内科病中非常普遍,临床上治疗慢性萎缩性胃炎的方法也非常多,所以临床用药疗效观察的文献也较多。但目前均存在着多缺乏多中心、安慰剂对照、大样本、长期随访的临床研究证据。因此,对慢性萎缩性胃炎的研究仍刚刚起步,在未来很长的一段时间内关于慢性萎缩性胃炎的病因病机和诊疗方案仍将是消化领域的研究热点和难点所在。因此,“以痛论治”思想的确立及“清中消痈汤”的临床应用,在中医对慢性萎缩性胃炎的治疗上指引了新的方向。

参考文献

- [1] 胡艳艳. 近 5 年来萎缩性胃炎的中医辨证研究进展[J], 中医药信息, 2011, 28 (1) :104-107
- [2] 中华医学会消化病学分会, 中国慢性胃炎共识意见[J], 胃肠病学, 2006, 11(11):674-684
- [3] 莫剑忠, 江石湖, 萧树东. 江绍基胃肠病学[M]. 2 版。上海:上海科学技术出版社, 2014:155-156.
- [4] 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.
- [5] 陈漫, 林才志. 慢性萎缩性胃炎的中医治疗进展[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31 (11) : 183-185.
- [6] 张莹, 王开成, 翟凤娟, 等. 慢性萎缩性胃炎的中医治验[J]. 江西中医药, 2016, 47 (2) : 78-80.
- [7] 李益农, 萧树东, 张锦坤. 慢性胃炎的诊治问题[J]. 中华内科杂志, 1983, 22(5) :261.
- [8] Kapadia CR. Gastric atrophy, metaplasia, and dysplasia:a clinical perspective. J Clin Gastroenterol 2003;36(5 Suppl):S29-36
- [9] Jedrychowski W, Popiela, Steindorf K, Matyja A, Gryglewski A, Nowak K, Kieltyka A, Wahrendorf J, Becher H. A topographic analysis of atrophic gastritis and stomach cancer risk. A clinicoepidemiological study in Poland. Cent Eur J Public Health 1997;5:117-121
- [10] Rugge M, Cassaro M, Pennelli G, Leandro G, Di Mario F, Farinati F. Atrophic gastritis: pathology and endoscopy in the reversibility assessment. Gut 2003;52:1387-1388
- [11] Yang JM, Chen L, Fan YL, Li XH, Yu X, Fang DC. Endoscopic patterns of gastric mucosa and its clinicopathological significance. World J Gastroenterol 2003;9:2552-2556

- [12] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006:380-381, 第六版
- [13] Sanduleanu S, Hameeteman W, et al. Double infection of the stomach with *Helicobacter pylori* And non-*Helicobacter pylori* bacteria a cause for the development of Atrophic gastritis during acid-suppressive therapy. *European Journal of Gastroenterology, and Hepatology*, 2001, 13(12):A1-A2
- [14] Hirano, Shunsui, Yama, et al. Evaluation of Epstein-Barr Virus DNA load in Gastric Mucosa With Chronic atrophic Gastritis Using a Real-Time Quantitative PCR Assay. *International Journal of Gastrointestinal Cancer*, 2003, 34(233): 87-94
- [15] 柯莹玲, 单兆伟. 542 例慢性萎缩性胃炎患者中医辨证分型与病因分析[J]. *辽宁中医杂志*, 2006, 02:161-162.
- [16] 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, 02:308.
- [17] 陈文辉. 慢性萎缩性胃炎中医病因及体质学病例对照研究[D]. 福建中医药大学, 2017.
- [18] 周颖, 周忠杰, 徐琦华. 幽门螺旋杆菌根除对胃粘膜萎缩和肠上皮化生的影响[J]. *世界华人消化杂志*, 2013, 21(21):2086-2089.
- [19] 陈媛飞. 根治幽门螺旋杆菌对胃粘膜肠上皮化生转归的影响[J]. 2012, 18(18):8-9.
- [20] Correa P, Piazuelo MB, Wilson KT. Pathology of gastric intestinal metaplasia: clinical implications. *Am J Gastroenterol* 2010;105:493-497.
- [21] Kong YJ, Yi HG, Dai JC, et al. Histological changes of gastric mucosa after *Helicobacter pylori* eradication: a systematic review and meta-analysis[J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(19):5903-5911.
- [22] Hsu PI, Lai KH, Tseng HH, et al. Impact of *Helicobacter pylori* eradication on the development of MALT, gland atrophy and metaplasia of the antrum *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei)*, 2000, 63:279-287
- [23] Ciolak J, Dzieniszewski J, Lucer C, et al. *Helicobacter pylori* eradication and antral intestinal metaplasia two years followup study [J]. *Jphysiol*

Pharmacol. 1997, 48(suppl), 4115-4122.

- [24] 胡品津, 曾志荣, 林汉良等, 幽门螺杆菌的根除与萎缩性胃炎形成和逆转的动物实验研究[J]. 中华消化杂志, 2000, 20(3): 155-158
- [25] 刘文忠, 谢勇, 陈虹, 等. 第四次全国幽门螺旋杆菌感染处理报告[J]. 中华消化杂志, 2012, 32(10): 655-660.
- [26] 沈艳莉. 栗德林教授学术思想与临床经验总结及自拟连夏芪麦汤治疗慢性非萎缩性胃炎寒热错杂证的临床研究[D]. 北京中医药大学, 2017.
- [27] 段李桃. 王道坤教授运用宣通气机法治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的经验[D]. 甘肃中医药大学, 2016.
- [28] 杨舒淳. 李玉贤内科学术思想总结及“和胃汤”治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[D]. 北京中医药大学, 2016.
- [29] 韦玉娜. 胃炎 I 号对慢性萎缩性胃炎的治疗作用及其实验研究[D]. 广州中医药大学, 2014.
- [30] 梁大铭, 孔华云, 翁蓉蓉, 等. 毛水泉教授治疗慢性萎缩性胃炎经验辑要[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 06: 506-508.
- [31] 燕东. 姚乃礼教授治疗脾胃病学术思想及慢性胃炎辨治经验的临床研究[D]. 中国中医科学院, 2016.
- [32] 朱虹. 王灿晖诊治慢性萎缩性胃炎学术思想探讨 [J]. 江苏中医药, 2012, 44(7): 12-14.
- [33] 郭红梅, 郭冬梅, 曾斌芳. 曾斌芳治疗慢性萎缩性胃炎临床经验撷菁 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(9): 1174-1176.
- [34] 李慧安, 李世增. 李世增教授治疗慢性萎缩性胃炎的思路与方法 [J]. 首都医药, 2014, 21(2): 28-29.
- [35] 林才志, 何建红, 陈漫, 等. 李桂贤教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验 [J]. 广西中医药, 2015, 38(5): 42-43. 高尚社.
- [36] 国医大师李振华教授治疗慢性萎缩性胃炎验案赏析 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(11): 4-6
- [37] 周颖, 周忠杰, 徐琦华. 幽门螺旋杆菌根除对胃粘膜萎缩和肠上皮化生的影响[J].

- 世界华人消化杂志, 2013, 21 (21) :2086-2089.
- [38] 刘昌贤, 林德胜. 柴芍六君加味方治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床疗效分析 [J]. 海峡药学, 2015, 27 (11) : 171-172.
- [39] 郭金颖, 吴永华. 毫火针治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎 28 例 [J]. 浙江中医药, 2014, 49 (21) : 912.
- [40] 谢晶日, 王丹丹, 王海强. 欣胃颗粒治疗气阴两虚兼血瘀型慢性萎缩性胃炎 120 例临床观察 [J]. 中医药学报, 2012, 06:104-106.
- [41] 曾韦苹, 伊凡, 郭红梅, 等. 养阴活胃合剂治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察 [J]. 新疆医科大学学报, 2015, 02:133-136.
- [42] 颜莉, 应丽园, 葛银燕. 摩罗丹对慢性萎缩性胃炎患者表皮生长因子的影响以及临床疗效分析 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 01:21-24.
- [43] 邵蓉, 高泽立. 胃复春片联合莫沙必利治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2017, 11:2157-2160.
- [44] 曹悦鞍. 葵花胃康灵治疗浅表性胃炎和萎缩性胃炎的临床疗效研究 [J]. 湖南中医药大学学报, 2012, 04:16-1
- [45] 瞿伟颖, 胡铭捷. 参连胃安合剂治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41 (11) : 2384-2386.
- [46] 郭丹丹, 朱生樑, 程艳梅. 霍苏养胃口服液治疗慢性萎缩性胃炎临床观察 [J]. 安徽中医药大学学报, 2015, 34 (6) : 39-43.
- [47] 杨薛萍. 加味七方胃痛颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效研究 [J]. 基层医学论坛, 2014, 18 (35) : 4842-4843.

个人简介

1 一般情况

姓名：高孟尧

性别：男

民族：汉族

出生日期：1984. 8. 19

籍贯：辽宁 沈阳

学历：博士

学校：辽宁中医药大学

专业：中医内科学

导师：姜树民

学习及工作情况

学习：2003. 9-2010. 7 辽宁中医药大学本硕连读（七年制）

工作情况：2010. 11-今 辽宁中医附属医院（现为主治医师）

在学期间科研成绩

1. 专著

高孟尧（副主编），徐延祚医学全书，辽宁科学技术出版社. 2016

2. 论文

姜树民教授治疗肠易激综合征经验拾萃[J]，实用中医内科杂志：2014, 14-15

姜树民教授以“顾护胃气”思想治疗慢性胃炎经验[J]，辽宁中医药大学学报：2018（6）

姜树民教授“从痛论治”消化性溃疡药经验解析[J]，辽宁中医药大学学报：2018（7）

致 谢

我首先要感谢我的论文指导老师，辽宁中医药大学的姜树民老师。姜老师对我论文的研究方向做出了指导性的意见和建议，在论文撰写过程中及时对我遇到的困难和疑惑给予悉心指点，提出了许多有益的改进性意见，投入了大量的心血和精力。姜老师对我的帮助和关怀表示诚挚的谢意!同时，还要感谢辽宁中医药大学的授课老师们和所有同学们，大家在临床学习中共同努力，互相帮助，共同度过了一段美好难忘的时光。

此外，还要感谢朋友以及同学们在论文编写中提供的大力支持和帮助，给我带来极大的启发。也要感谢参考文献中的作者们，通过他们的研究文章，使我对研究课题有了很好的出发点。

最后，谢谢论文评阅老师们的辛苦工作。衷心感谢我的家人、朋友，以及同学们，真是在他们的鼓励和支持下我才得以顺利完成此论文。