

学校代号 10162

学 号 S201820100283



遼寧中醫藥大學

Liaoning University of Traditional Chinese Medicine

硕士学位论文

白长川教授从“滞伤脾胃”论治慢性萎缩性
胃炎用药规律研究

学位申请人	沙灵汐
指导教师姓名	吕冠华
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	二〇二一年五月

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 沙灵为

日期：2021 年 5 月 31 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 沙灵为 学位论文导师签名 刘亚华

日期：2021 年 5 月 31 日

目 录

一、摘要	
中文摘要	1
英文摘要	3
二、英文缩略词表.....	6
三、正文	
前言	7
第一部分 白长川教授“滞伤脾胃”学术思想研究	
“滞伤脾胃”理论渊源	8
集众家所长，立脾胃新论.....	8
治疗原则.....	10
经典药对.....	11
病案赏析.....	12
小结.....	14
第二部分 白长川教授辨治慢性萎缩性胃炎用药规律研究	
材料与方法.....	15
研究结果.....	19
讨论.....	32
小结.....	33
结论.....	34
四、本研究创新性的自我评价.....	35
五、参考文献	41
六、附录	
综述.....	43
个人简介.....	55
在学期间科研成绩.....	56
致谢.....	57

摘 要

目 的：本研究旨在总结白长川教授治疗慢性萎缩性胃炎的学术思想及用药组方规律，深入探析其思辨特色，挖掘其独特见解。并利用中医传承辅助平台分析病案处方，并对药物的使用频率、性味归经、药物分类、进行统计分析，归纳总结白师治疗该病的组方及用药规律，以期能指导临床并加以推广。

资料与方法：1. 通过查阅文献及检索相关数据库，深入研究白长川教授“滞伤脾胃”学说的理论渊源及学术思想。2. 通过整理白长川教授门诊的就诊记录，将符合慢性萎缩性胃炎标准的 74 例患者病例资料，总计 152 首方，输入 EXCEL 表格，双人负责数据源核对；3. 运用 EXCEL 表格将数据录入中医传承辅助平台（V3.0），对患者的症状、舌脉、药物频次、用药分类、药物的性味归经进行统计，并运用关联规则、用药模式、聚类分析的方法分析组方规律。

结 果：

1. 白长川教授临证在“滞伤脾胃”学术思想指导下辨治慢性萎缩性胃炎，并提出以“运脾六法”为代表的系列治疗方法。
 2. 本研究中老年组占比最大，中年组其次，青年组最小，结果具有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。男性 22 例，女性 52 例，分别占总数 29.73%、70.27%。
 3. 本研究中 74 例患者 152 次就诊记录中，症状上以胃胀、烧心、暖气为主，频次分别为 106、97、94；舌象上以舌淡红，边有齿痕最多；舌苔上以苔薄白腻最多；脉象上脉细最多。
 4. 本研究 152 首方中，涉及中药 90 种，用药总频次 2657 次，高频药物依次为：姜半夏、党参、木香、茯苓、陈皮、厚朴、枳实、炒白术、鸡内金、浙贝母；药物功效及占比以理气药（33.15%）最多，利水渗湿药与化湿药共占比 15.22 位居第二，补虚药占比 11.95% 次之；药性以温性药（46.13%）、平性药（26.24%）、寒性药（23.81%）依次为最；五味以辛味（35.54%）、苦味（32.56%）、甘味（22.08%）为主；归经以归脾经（25.22%）最多，肺经（19.38%）、胃经（14.88%）随其后。
 5. 对组方进行分析
- ① “支持度”为 0.7，“置信度”为 0.9 时，得出药对 21 组，角药 11 组，核

心组方为8味中药：姜半夏、木香、党参、茯苓、枳实、厚朴、炒白术、陈皮。

② “置信度”为0.9时，点击关联规则，得出11对中药组合。

③设置聚类个数为“4”，得出4个聚类处方：聚类处方1：姜半夏，党参，浙贝母，茯苓，陈皮，木香；聚类处方2：党参，姜半夏，木香，茯苓，陈皮，枳实；聚类处方3：姜半夏，枳实，厚朴，木香，党参，炮姜；聚类处方4：姜半夏，枳实，厚朴，木香，茯苓，党参

④在152方中将8味核心药物去除，设定支持度为0.3，置信度为0.93，点击关联规则，得出9组药物组合。

结 论：

白长川教授临证在“滞伤脾胃”学术思想的指导下辨治慢性萎缩性胃炎。并在此思想指导下提出了以“运脾六法”为代表的系列治疗方法。处方多以“姜半夏、党参、木香、茯苓、陈皮、厚朴、枳实、炒白术”为基本组合，理气运脾，祛湿化浊。实际治疗中根据患者个体差异辨证论治，兼有湿热滞者以黄连、竹茹、浙贝母等清化中焦湿热；兼有寒滞者以炮姜、桂枝、吴茱萸等温脾暖胃；兼有瘀滞者，则以失笑散、丹参、三七等活血化瘀。临证用药灵活，疗效显著。

关键词：白长川教授；滞伤脾胃；慢性萎缩性胃炎；中医传承辅助平台；用药规律

Abstract

Purpose: The purpose of this research is to summarize Professor Bai Changchuan's academic thoughts on the treatment of chronic atrophic gastritis, as well as the rules of prescriptions for medication, in-depth analysis of his speculative characteristics, and excavation of his unique insights. And use the traditional Chinese medicine inheritance auxiliary platform to analyze medical records and prescriptions, and carry out statistical analysis on the frequency of use of the drugs, the nature and flavor of the meridians, the classification of the drugs, and the summary and summary of the prescriptions and medication rules for the treatment of the disease in order to guide the clinic and promote it.

Materials and methods: 1. In-depth study of the theoretical origins and academic thoughts of Professor Bai Changchuan's "stagnation of the spleen and stomach" theory by consulting literature and searching related databases. 2. By sorting out the medical records of Professor Bai Changchuan's outpatient clinic, the data of 74 patients who meet the criteria of chronic atrophic gastritis, totaling 152 cases, are entered into the EXCEL form, and two persons are responsible for data source verification; 3. Use the EXCEL form to enter the data into the traditional Chinese medicine inheritance The auxiliary platform (V3.0) collects statistics on the patient's symptoms, tongue and pulse, frequency of medication, medication classification, and meridian of medication, and uses association rules, medication mode, and cluster analysis to analyze the prescription rules.

Result:

1. Professor Bai Changchuan diagnoses and treats chronic atrophic gastritis under the guidance of the academic thought of "stagnation of the spleen and stomach", and proposes a series of treatment methods represented by the "six methods of spleen movement".
2. In this study, the middle-aged and elderly group accounted for the largest

proportion, the middle-aged group was the second, and the young group was the smallest. The results were significantly different ($P < 0.05$). There were 22 males and 52 females, accounting for 29.73% and 70.27% of the total respectively.

3. In the 152 visit records of 74 patients in this study, the symptoms were mainly bloating, heartburn, and belching, with frequencies of 106, 97, and 94 respectively; the tongue was pale red with most tooth marks on the sides; tongue coating The upper part has the most thin, white and greasy moss; the upper part of the pulse has the most thin veins.

4. Among the 152 prescriptions in this study, 90 kinds of traditional Chinese medicines were involved, and the total frequency of medication was 2657. The high-frequency drugs were: ginger pinellia, codonopsis, woody, poria, tangerine peel, magnolia officinalis, citrus atractylodes, fried atractylodes, Gallus gallus domesticus, Fritillaria

Qi-regulating drugs (33.15%) are the most effective and accounted for in medicines. Diuresis and dampness medicines and dampness-reducing drugs account for 15.22 in the second place, and tonic medicines account for 11.95%. The medicinal properties are warm medicines (46.13%). , Plain medicine (26.24%), cold medicine (23.81%) are the most in order; the five flavors are mainly pungent (35.54%), bitter (32.56%), sweet (22.08%); the meridian is guided to the spleen meridian (25.22%) is the most, followed by lung meridian (19.38%) and stomach meridian (14.88%).

5. Analyze the formula

① When the "support" is 0.7 and the "confidence" is 0.9, 21 groups of medicine pairs, 11 groups of keratin are obtained, and the core formula is 8 traditional Chinese medicines: ginger pinellia, woody, dangshen, poria, citrus fruit, magnolia officinalis , Fried Atractylodes macrocephala, tangerine peel.

② When the "confidence level" is 0.9, click the association rule to get 11 pairs of Chinese medicine combinations.

③Set the number of clusters to "4", and get 4 cluster prescriptions: Cluster prescription 1: Jiang Pinellia, Codonopsis, Zhe Fritillaria, Poria, Tangerine Peel, Muxiang; Cluster prescription 2: Codonopsis, Jiang Pinellia, Muxiang , Poria,

Tangerine Peel, Fructus Aurantii; Cluster recipe 3: Ginger Pinellia, Citrus aurantium, Magnolia officinalis, Muxiang, Codonopsis, Paojiang; Cluster prescription 4: Ginger Pinellia, Citrus aurantium, Magnolia officinalis, Woody, Poria, Codonopsis

④ Remove the 8 core drugs from the 152 prescriptions, set the support to 0.3 and the confidence to 0.93, click the association rule, and get 9 drug combinations.

Conclusion:

Professor Bai Changchuan diagnoses and treats chronic atrophic gastritis under the guidance of the academic thought of "stagnation of the spleen and stomach". And under the guidance of this thought, a series of treatment methods represented by the "six methods of spleen movement" were proposed. Most prescriptions are based on the basic combination of "Ginger Pinellia, Codonopsis, Muxiang, Poria, Tangerine Peel, Magnolia, Citrus aurantium, and Stir-fried Atractylodes macrocephala" to regulate qi and spleen, remove dampness and turbidity. In the actual treatment, according to the individual differences of patients, the patients with damp-heat stagnation should be treated with Coptis, Zhuru, Zhe Fritillaria and other Qinghua Zhongjiao damp-heat; for patients with cold stagnation, the spleen and stomach can be warmed by Paojiang, Guizhi and Evodia; For those with stasis, use Shixiaosan, Danshen, Panax notoginseng to promote blood circulation and remove blood stasis. The clinical medication is flexible and the curative effect is remarkable.

Keywords: Professor Bai Changchuan; Stagnation damages the spleen and stomach; chronic atrophic gastritis; auxiliary platform for the inheritance of traditional Chinese medicine; medication rule

英文缩略词表

英文缩写	英文全称	中文全称
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
GC	Gastric Cancer	胃癌
PLGC	Precancerous lesion of gastric cancer	胃癌前病变
HP	Helicobacter pylori	幽门螺杆菌
IM	Intestinal metaplasia	肠上皮化生

前 言

慢性萎缩性胃炎(CAG)是指胃黏膜上皮受反复损害导致固有腺体的减少,伴或不伴肠腺化生和(或)假幽门腺化生的一种常见的消化系统疾病。^[1]伴肠上皮化生,是指胃黏膜发生萎缩性改变,胃黏膜上皮细胞被肠型上皮细胞所代替。^[2]临床患者可无任何症状,或伴有烧心反酸,饱胀疼痛等消化系统反应。此病的发生规律常为“正常黏膜—非萎缩性胃炎—萎缩性胃炎—肠上皮化生(IM)—异性增生—胃癌”^[3],1978年世界卫生组织将CAG列为胃癌(GC)的癌前状态,而在其基础上伴发的不完全型上皮化生和/或中、重度异性增生归为胃癌前病变(PLGC)。^[4]根据可靠研究研究显示,CAG进展为GC的概率为20%,^[5]CAG通过早期治疗,可以阻断或者延缓其发展,可以减少胃癌的发生。目前现代医学的治疗方法主要以增强胃肠动力、保护胃黏膜、根除幽门螺旋杆菌(Hp)、补充维生素和叶酸为主要治疗方法,治疗方案相对单一,多为对症处理,且较易复发。

白长川教授系首届全国名中医,全国优才指导老师,从医数十年,对于脾胃病的治疗具有丰富的诊疗经验,著有《脾胃新论》一书。我的研究生导师吕冠华教授是白师弟子,深谙白师治疗脾胃病的学术思想,笔者有幸承导师与白师的指点,现将白师对于本病的认知与治疗思路介绍如下。

白师认为,现代人工作压力大,且物质生活极大丰富,体质早已不同于因缺衣少食而脾气虚弱的战乱时期;反之情志不遂、饮食不节等不良诱因,已成为加重脾胃负担的常态。肝郁乘脾,湿困脾阳,脾失健运日久,形成了“滞伤脾胃”、“因滞致虚”的脾胃病基本演变过程。在治疗上以“理气运脾,祛湿化浊”为基本思想,遣方用药讲究辨证施治、病症结合,同时结合现代药理研究,在改善患者症状的基础上,截断或逆转腺体萎缩、肠化和异型增生。本研究通过运用中医传承辅助平台分析白长川教授治疗CAG的用药规律,以及对于其治疗CAG的学术思想进行分析和探讨,以期为临床治疗用药提供崭新的思路,并为名老中医学术思想和经验传承提供研究资料。

第一部分

白长川教授“滞伤脾胃”学术思想研究

1 “滞伤脾胃”理论渊源

《内经》提出“木郁之发，民病胃脘当心而痛。”《重订严氏济生方》提出：“饮食失节，温凉失调，或喜餐腥脍乳酪，或贪食生冷肥腻……胃即病矣。”观后世李东垣《兰室秘藏》所载治痞五方，皆以通降胃肠积滞、消补兼施为治疗的核心思想。综合古人对于胃病的论述，可以看出前人已经认识到情志、饮食、自身体质等因素对于脾胃病发生发展具有重要影响。《临证指南医案·脾胃门》中指出：“脾宜升则健，胃宜降则和。”故二者纳运相成、燥湿相济、升降相因。最早体现从“滞”论治脾胃疾病的始于张仲景《伤寒杂病论》。如仲景治疗寒实积滞者，以大黄附子汤温通逐下；如热结胃肠者，或以大承气汤峻下热结，或以小柴胡汤解少阳而和阳明，或以大柴胡汤和解攻下。及后世“补土派”代表人物李东垣所创升阳益胃汤方中，亦需以羌活、独活祛风胜湿、黄连清热燥湿以助人参、黄芪升举脾中清阳；清代医家黄元御亦为脾胃名家，在其所著《四圣心源》记载的众多方剂中，不乏以二陈汤为底方祛湿化痰、升清降浊。

2 集众家所长，立脾胃新论

《内经》曰：“阳道实，阴道虚”，是对胃病多实、脾病多虚的概括性总结。自李东垣著《脾胃论》提出“内伤脾胃，百病由生”理论后，后世医家学者多以其温补脾胃，益气升清作为脾胃病的基本治疗原则。白长川教授认为，李东垣生活的年代，连年战乱不断，百姓流离失所，基本的温饱问题很难得到解决，加之疲于奔命，过劳更伤脾气，故而出现一派脾胃虚损之象。然而，时过境迁，对于胃病的认知也当与时俱进。现代人物质生活极大丰富，饮食不节、好逸恶劳、情绪压力大，生活条件较金元时期百姓饥寒交迫、食不果腹的状况大不相同。因此，当代脾胃病的发生发展多是因饮食、情志等因素导致中焦脾胃气滞湿阻，继而形成痰湿、瘀血，又因患者个人体质因素或饮食习惯、所在地区的差异，夹寒夹热，壅滞中焦。邪气壅滞中焦日久，暗耗脾气，最终形成“滞伤脾胃”、“因滞致虚”的现代脾胃病发生发展规律。^[6]

2.1 气滞

《内经》云：“怒伤肝……百病皆生于气”，“郁者气病为先”。肝主一身之气机运行，现代人精神压力大，人际关系复杂，多情志不畅，肝气郁结，则各脏腑气机易出现壅滞。思为脾之志，忧思过度，则暗耗脾气，脾胃之气郁结。脾胃为全身气机升降之枢纽，木郁本不能疏土，加之脾气郁结，则脾不能左升、胃不能右降，出现胃脘部痞满、胀痛、呕吐、腹泻、便秘等诸多症状。

2.2 食（酒）滞

《内经》云：“饮食自倍，肠胃乃伤。”倍者，背也，意指违背人体正常规律的饮食习惯，皆会损伤脾胃的生理功能。现代人饮食多不规律，或暴饮暴食，或进食过快，或仅食用口味偏好的食物，皆可导致食管、胃黏膜的损伤，并出现胃脘部胀满，不思饮食，噎腐吞酸等表现。

酒属湿热有毒之品，若饮酒无度，以酒为浆，则湿邪内蕴，困阻脾阳，湿郁日久，化热扰胃，又灼伤胃阴。且肝本刚脏，体阴而用阳，得大辛大热之品，则肝阳更亢，横逆犯脾扰胃。现代医学研究已经证实酒精损伤胃肠黏膜是多机制、多途径的，少量的酒精摄入亦会对消化系统产生不同程度的损害。

2.3 寒滞

夏季酷暑难耐，人们久居空调房之中，加之冷饮、雪糕随处可见，年轻人多不知节制，贪凉喜冷，寒主收引凝滞，寒凝血络，胃腑气血不和，出现胃脘部冷痛、喜温喜按、呕吐泄泻等临床表现。

2.4 湿（热）滞

湿滞脾胃，乃是人体津液代谢失常所致。水谷的吸收与代谢，乃靠脾的升清、肺的布散、肾的蒸腾气化及肝的气机调畅功能共同完成，而又以脾的功能最为关键。现代营养学提出，健康的膳食结构应当均衡。然而，现代人多食少动，喜食膏粱厚味，辛辣炙博之品，长此以往，暗耗脾气，终至脾胃虚弱，运化能力降低，则痰湿内生，湿蕴日久，郁而化热，湿热胶结，相搏而为患。

2.5 浊（毒）滞

浊者，不清也。毒，则是导致人体阴阳失衡的一切内因、外因的总称。浊、毒互结，其性胶着，壅滞脏腑经络，则气机不畅，继而血行瘀滞、津液停留，化生痰浊、瘀血。^[7]白长川教授认为，现代医学所发现的幽门螺旋杆菌即为外感浊毒，因为 HP 可种植在胃黏膜，并对胃黏膜产生实质性损害，是胃溃疡、

胃癌的重要形成因素，另外其传播能力极强，故将其列为浊毒。且白师认为，浊毒本身无明显属性，可因宿主的体质不同，或兼感他邪而变化。故治之无定法，当随其虚实寒热属性随机变化。

白长川教授认为，慢性萎缩性胃炎的发生，主要来源于现代人情志不畅、饮食不节等因素导致气滞、痰湿蕴阻中焦，或夹寒夹热，胃中浮络气血运行不畅，日久因滞致虚，脾胃虚衰，发生胃黏膜以及腺体萎缩。滞伤脾胃为因，因滞致虚，虚实夹杂是果。白长川教授结合现代医学提出，CAG 患者单纯胃黏膜萎缩变薄，黏膜下血管网隐见，此以脾胃虚寒为主；若有疼痛者，多伴有糜烂，此为夹热所致；若镜下显示肠上皮化生或不典型增生，多为气滞痰湿蕴结日久形成瘀血，痰瘀互结或气血痰三者互结所致。^[8-9]

3 治疗原则

3.1 运脾六法

脾胃不在健，而在于运，运脾不仅仅是单纯的补脾和健脾，而是在此基础上，给予脾胃一定的动力，以恢复脾胃原有功能，白长川教授提出“运脾六法”，即健运、升运、通运、疏运、温运、滋运。

健运法：健运法多用于脾胃气虚，无力运化水谷津液的患者，健脾益气，以助运化。白长川教授认为，凡脾胃病患者，多伴有脾气亏虚这一体质基础。胃主消磨水谷，脾主运化以灌四旁，脾胃气虚，消磨、运化功能下降，则食滞、湿滞易壅滞中焦。故治疗上多配伍党参、麸炒白术、炙甘草等健运脾胃，佐以炒鸡内金、隔山消、鸡矢藤、山奈、神曲等健胃消食。

升运法：升运法多用于因脾气虚弱致清阳不升所形成的病症，症见倦怠乏力、纳呆腹泻，头晕头痛等。白师认为脾居中焦，赖其升清之能以运化水谷，灌溉四旁。治疗上以党参、黄芪益气补脾，升提中气，以小剂量柴胡、升麻升少阳、阳明清气以助升提脾中清阳。

通运法：通运法与升运法是相对立的两个方面。通运法多用于胃中气机壅滞、浊阴不降所致的病症，症见脘腹部胀满、暖气不舒等。治疗时多以厚朴、枳实、大黄、姜半夏等通降胃气、消胀除满。厚朴、枳实、大黄相伍为仲景《金匮要略》厚朴三物汤，此用大黄非峻下通积，乃借其通降之性顺气导致，助厚朴、枳实消胀除满。

疏运法：疏运法多用于治疗肝气郁结，横逆犯脾扰胃所致肝脾不调或肝胃不和的病症，症见胃脘部胀满疼痛，饥饱皆然等。中焦气机失常，则易导致全身气机异常，对于此病机，白师常配伍小柴胡汤，柴胡可疏达少阳入气分，主心腹肠胃间结气，疏解肝气；黄芩清肝经郁热，半夏沟通表里上下而交通阴阳，调畅全身气机散中焦痰湿，党参、甘草健脾益气。气滞严重者配伍枳实，厚朴，取厚朴三物汤之意，行气除满，使腑气通畅。

温运法：温运法临床上用于治疗脾胃阳气不足或外感寒邪所致的病症，症见脘腹部冷痛，畏寒喜暖，腹胀便溏等。然脾与胃治法亦有不同，白长川教授临床中多以炮姜、桂枝等温运脾阳；以生姜温运胃阳；如肝寒犯胃或寒邪客胃，则以吴茱萸汤暖肝和胃；如外寒直中太阴，则以大建中汤等温脾散寒止痛。

滋运法：学者普遍认为，脾喜燥恶湿，故治脾多以苍术、茯苓等药治之。白长川教授认为，脾为太阴湿土，恶湿亦恶燥，若脾土过燥，脾阴不足，则无力为胃行其津液，而形成中焦阴虚湿盛的临床表现。而 CAG 后期常常会伴随脾胃阴虚的表现，故临证治疗时，常选用知母、玉竹、白芍、麦冬、乌梅等养阴的药物，以助运化。

3.2 祛湿清热

白长川教授临证治疗 CAG，常以六君子汤作为基础方剂，他认为六君子汤为二陈汤加党参、白术所构成，恰合 CAG 患者湿邪困脾，气滞湿阻，脾失健运，日久脾气亏虚的基本病机演变规律。故以二陈汤理气运脾，祛湿化痰，加党参、炒白术健脾益气。如气滞湿阻太过，则加用厚朴燥湿除满；枳实降气行滞；防风升阳祛湿；藿香、佩兰芳香化湿；荷叶升清化浊；茯苓、薏苡仁淡渗利湿等等。湿困日久，郁而化热，出现烧心反酸等表现，白师于方中佐以黄连、瓜蒌、竹茹等清热燥湿化痰，或伍石膏以增强清热之功效。

3.3 活血化瘀

白长川教授认为，CAG 发展至中后期，会出现肠上皮化生及不典型增生等情况，此为气滞湿阻日久，胃中血络运行不畅形成瘀血，痰瘀互结，在胃镜下胃黏膜表面呈现颗粒状物质，此时白师常在方中配伍失笑散、丹参、三七等活血化瘀药物，祛瘀以生新。现代研究认为，蒲黄、五灵脂共用对胃黏膜的抗炎、止痛、保护、修复等有显著作用；丹参、三七可增加胃黏膜的血液供应，从而促进炎症物质的代谢和黏膜的修复。^[10]

4 经典药对

生蒲黄-五灵脂：二药相伍，即失笑散，可活血止血、化瘀止痛，为治疗瘀血阻滞所致心胃诸痛的基本方剂。白师治疗本病常以失笑散治疗胃痛属血瘀者，或在慢性萎缩性胃炎后期出现肠上皮化生、不典型增生等颗粒样物质形成时使用。

佛手-紫苏梗：佛手疏肝解郁、理气和胃；紫苏梗行气和胃，消胀除满，兼有条畅肝气的作用。白师临证常以此二味药治疗胃脘部胀满不舒属肝胃气滞证者。

黄连-升麻：此药对来源于“清胃散”。以黄连苦寒直折之性清化胃中湿热，升麻直入阳明，引药直达胃腑，升举胃中清阳，透邪外出，以助黄连清化胃中湿热。两药相合，一升一降，升清化浊，为白师临证治疗因脾胃湿热出现烧心、泛酸、胃痛等病症的常用药物组合。

隔山消-鸡矢藤：隔山消能健脾消食，理气止痛；鸡矢藤可消食导滞。白师临证中二者合用，多用于治疗伴有中焦食滞或消化不良的患者。

5 病案赏析

患者梁 XX，女，56 岁，2019 年 2 月 28 日初诊。症见餐后胃脘部胀闷不舒 2 年，丑时隐痛，口服奥美拉唑后无烧心反酸，嗳气，头晕，口苦，纳少寐欠安，入睡难，易早醒，大便 2-3 日一行，成形，绝经 3 年，舌暗红偏胖边有齿痕，苔薄白腻，脉弦细。既往：阑尾切除术后 10 年，多发子宫肌瘤，子宫内膜增厚。2018 年 10 月 10 日于大连医大一院胃镜诊断：慢性萎缩性胃炎。

西医诊断：慢性萎缩性胃炎

中医诊断：痞满（肝胃气滞，脾胃虚弱证）

处方：党参 25g， 炒白术 20g， 厚朴 10g， 枳实 10g

姜半夏 15g， 陈皮 15g， 生白术 25g， 佛手 15g

紫苏梗 20g， 大腹皮 15g， 木香 10g， 郁金 15g

柴胡 10g， 炒白芍 25g， 香附 10g， 乌药 20g

14 付，水煎服

2019 年 3 月 14 日二诊：餐后胃脘部胀闷不舒减轻，烧心加重（停药奥美拉唑），嗳气减轻，口苦减轻，纳少，寐较前安，大便 3—4 日一行，舌暗红偏胖边有齿痕，苔薄黄，脉弦细。

处方：上方去二术、沙参、郁金，加海螵蛸 35g，浙贝 10g，元胡 15g，炒鸡内金 25g。21 付。

2019 年 4 月 11 日三诊：餐后胃脘部胀闷减轻，服药后烧心减轻，暖气已无，夜间胃脘部隐痛减轻，头晕已无，偶有口苦，动则自汗、纳眠可，大便日一行，成形，舌淡红偏胖边有齿痕，苔薄黄，脉弦细。

处方：党参 20g， 炒白术 25g， 茯苓 25g， 炙甘草 15g
 陈皮 15g， 姜半夏 15g， 厚朴 10g， 枳实 10g
 柴胡 10g， 黄芩 15g， 乌药 20g， 香附 10g
 元胡 15g， 炒白芍 15g， 海螵蛸 35g， 浙贝母 10g
 木香 10g， 炒鸡内金 25g

14 付，水煎服。

2019 年 4 月 30 日四诊：餐后胃脘部胀满基本缓解，服药后烧心减轻，夜间胃脘部隐痛减轻，口苦减轻，动则自汗减少，纳眠可，大便日一行，成形，舌暗红偏胖边少齿痕，苔薄黄，脉弦细。

处方：上方去黄芩，加生黄芪 25g，儿茶 10g，21 付。嘱患者复查胃镜，半年后电话回访，得知患者胃脘部胀闷消失，烧心已无，夜间胃脘部隐痛缓解。复查胃镜显示：浅表性胃炎，病理示：非萎缩性胃炎。

按：患者胃脘部子时隐痛，丑时乃肝经当令，故知患者胃脘部不适乃肝气郁结，气机不利，横犯脾胃所致，胃不得降则暖气、食后胀满。肝藏血摄魂，肝气郁结，则血不摄魂，故入睡困难、易早醒。方中以厚朴、枳实为君药，行气导滞；大腹皮、姜半夏顺降胃气以消胀满；党参、炒白术健运脾气，以制衡肝木过亢；柴胡疏肝理气；木香合郁金为颠倒木金散，木香行气止痛，调中导滞，白师常以木香作为食管、胃肠动力药使用，郁金行气解郁、理气活血；白师认为木香走气分，郁金走血分，两药相合，可通治因气血不和所致的食管、胃部疾病。乌药行气和胃，兼调肝胃之气滞，与香附配伍为青囊丸，白师临症常用其以疏通中焦脾胃气机壅滞。患者大便困难，胃肠蠕动缓慢，故加生白术补气运脾以助通便。二诊时患者烧心加重，故加乌贝散抑酸止痛，另加元胡活血行气，治疗患者胃脘部胀闷不舒。三诊患者肝胃气滞基本缓解，故胀闷减轻，睡眠转安，然仍有口苦，动则汗出，可知患者少阳枢机不利。胆木主少阳升发之气，少阳气机不利，则胃气壅滞，不得肃降而发胀闷。患者动则汗出，是为

脾气虚弱，卫虚不能固表，故以小柴胡汤和解少阳气机，合六君子汤补气健脾，兼用青囊丸、木香理中焦气滞。四诊患者症状基本稳定，加黄芪加强补气健脾、固表止汗之功效，另加儿茶，《中国药典》记载，儿茶：“收湿生肌敛疮，可用于外伤出血。”白长川教授认为，儿茶具有修复黏膜和血管内皮细胞的作用，故每于慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、溃疡性结肠炎、膀胱炎等疾病中辨证加入本药，取其能使溃疡面愈合、促进黏膜修复之功。

6 小结

白长川教授根据现代人的体质特点，古法今用，病证结合，提出“滞伤脾胃”学术思想，并形成了以“运脾六法”为代表的一套完整的治疗方法，经临床检验，疗效满意，为临床治疗 CAG 提供了新的理论依据。

第二部分

白长川教授辨治慢性萎缩性胃炎用药规律研究

1 材料与方法

1.1 病例来源与筛选

1. 本研究以 2017 年 11 月~2019 年 12 月份, 就诊于大连市中医药研究院白长川门诊的慢性萎缩性胃炎患者病例资料为研究对象, 通过分类整理, 将 74 例患者病例资料, 总计 152 首方, 输入 EXCEL 表格, 双人负责数据源核对; 2. 将 EXCEL 表格数据导入中医传承辅助平台 (V3.0), 对患者的症状、舌脉、药物频次、用药分类、药物的性味归经进行统计, 并运用关联规则、用药模式、聚类分析的方法分析其组方规律。

1.2 慢性萎缩性胃炎诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国慢性胃炎共识意见》(2017 年, 上海)^[11]

1.2.1.1 内镜诊断标准

内镜下可见黏膜红白相间, 以白为主, 皱襞变平甚至消失, 部分黏膜血管显露; 可伴有黏膜颗粒或结节状等表现。如果同时存在出血、糜烂、胆汁反流等征象, 可诊断为萎缩性胃炎伴糜烂、胆汁反流。

1.2.1.2 病理诊断标准

慢性胃炎病理活检示固有腺体萎缩或肠化, 即可诊断为 CAG, 但需多处活检评估萎缩范围和程度。具体表现为: (1) 腺体萎缩: ①化生性萎缩: 胃固有腺被肠化或被假幽门化生腺体替代; ②非化生性萎缩: 萎缩程度以胃固有腺减少各 1/3 来计算。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的 1/3~2/3; 重度: 固有腺体数减少超过 2/3, 仅残留少数腺体, 甚至完全消失。(2) 肠化: 轻度: 肠化区占腺体和表面上皮总面积<1/3; 中度: 肠化区占腺体和表面上皮总面积的 1/3~2/3; 重度: 肠化区占腺体和表面上皮总面积>2/3。

1.2.2 中医诊断标准

参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》（2017）^[12]并在此基础上增加白师临床所常见寒热错杂证。

1.2.2.1 中医病名诊断

CAG 主要归属于祖国医学中的“胃痛”、“痞满”、“嘈杂”等范畴。

1.2.2.2 中医症候诊断

（1）肝胃气滞证

主症：胃脘胀满或胀痛；胁肋胀痛。

次症：症状因情绪因素诱发或加重；暖气频作；胸闷不舒。

舌脉：舌质淡红，苔薄白或白，有齿痕，脉弦细。

（2）肝胃郁热证

主症：胃脘饥嘈不适或灼痛。

次证：心烦易怒；嘈杂反酸；口干口苦；大便干燥。

舌脉：舌质红苔黄、脉弦或弦数。

（3）脾胃虚弱证（脾胃虚寒证）

主症：胃脘胀满或隐痛；胃部喜按或喜暖。

次症：食少纳呆；大便稀溏；倦怠乏力；气短懒言；食后脘闷。

舌脉：舌质淡，苔薄白或腻；脉细弱。

（4）脾胃湿热证

主症：胃脘痞胀或疼痛。

次症：口苦口臭；恶心或呕吐；胃脘灼热；大便黏滞或稀溏。

舌脉：舌质红，苔黄厚或腻，脉滑数。

（5）胃阴不足证

主症：胃脘痞闷不适或灼痛。

次症：饥不欲食或嘈杂；口干；③大便干燥；形瘦食少。

舌脉：舌红少津，苔少；脉细。

（6）胃络瘀血证

主症：胃脘痞满或痛有定处。

次症：胃痛拒按；黑便；面色暗滞。

舌脉：舌质暗红或有瘀点、瘀斑；脉弦涩。

（7）寒热错杂证

主证：胃脘疼痛或者胃脘胀闷不适。

次症：反酸；口苦；暖气；便溏；四肢不温。

舌脉：舌淡红、苔薄白；脉沉细。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

- ①年龄在 35~80 岁之间；
- ②符合 CAG 西医诊断标准者；
- ③符合 CAG 中医诊断标准者；

1.3.2 排除标准

- ①伴有严重疾病者，如胰腺炎、肝硬化等消化系统病变；肿瘤、再生障碍性贫血等其他严重病变；
- ②妊娠或哺乳期妇女；
- ③伴有其他心、脑、肺、肾等系统严重原发疾病的患者。

1.4 研究方法

1.4.1 应用软件

由中国中医科学院中药研究所提供的“中医传承计算平台系统（V3.0）”软件进行数据统计和分析。

应用 SPSS Statistics26.0, 选择非参数检验-卡方检验, 分析发病与性别、年龄之间的统计学意义。

1.4.2 处方录入与核对

将收集的 74 例患者的基本信息和 152 处方录入“中医传承计算平台系统（V3.0）”软件。录入完成后, 由双人负责数据源核对, 以确保数据的准确性。

1.4.3 数据分析

通过“中医传承辅助平台系统（V3.0）”软件的“统计报表系统”模块中的“医案统计”功能, 对所收集病案中的患者性别、年龄、症状、舌脉、西医诊断、中医诊断及症候等以及处方方药中药物的“四气”、“五味”、“归经”进行统计和整理, 并将结果以统计图表的形式进行展示。

通过“中医传承辅助平台系统（V3.0）”软件的“数据分析系统”模块中的“方剂分析”功能, 进行数据挖掘, 对病案中患者的一般信息及处方中的用

药频次、组方规律、核心药物组成及创新性的用药进行统计和分析，将结果以统计学图表及网络图的形式进行展示。

1.5 数据规范化处理

1.5.1 药名的规范化处理

由于中药存在异名情况，并且各个医家对中药的习惯性称呼不尽相同，故及药物名称参照 2020 年版《中华人民共和国药典》进行规范化处理。如元参规范为玄参、元胡规范为延胡索等，对于炮制方法不同的同一种药物，需明确标明炮制方法以区分，如“炒白术”和“生白术”等。

1.5.2 证型的规范化处理

由于中医辨证分型存在异名情况，故在证型命名方面参照 2017 年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》进行规范化处理。如将“肝胃不和”规范为“肝胃气滞”、“胆热脾寒”规范为“寒热错杂”等。

研究结果

1 性别年龄分析

74 例 CAG 患者中, 男性有 22 例 (占 29.73%), 女性 52 例 (占 70.27%); 通过卡方检验, $\chi^2=12.16$, $P=0.00<0.05$ 男女比例存在显著差异, 女性多于男性。患者平均年龄 (69.48 ± 8.76) 岁, 年龄范围 40~80 岁, 按年龄段分组如下: 19~40 岁为青年组、41~65 岁为中年组、66~85 岁为老年组。青年组占比 2.70%, 中年组占比 16.22%, 老年组占比 81.08%, 患者性别年龄分布如下表 1、图 1。

表 1 74 例患者性别年龄分布

性别 年龄分组	男 例数 (%)	女 例数 (%)	总计 例数 (%)
青年组(19-40 岁)	1 (1.35)	1 (1.35)	2 (2.70)
中年组(41-65 岁)	4 (5.41)	8 (10.81)	12 (16.22)
老年组(66-85 岁)	17 (22.97)	43 (58.11)	60 (81.08)

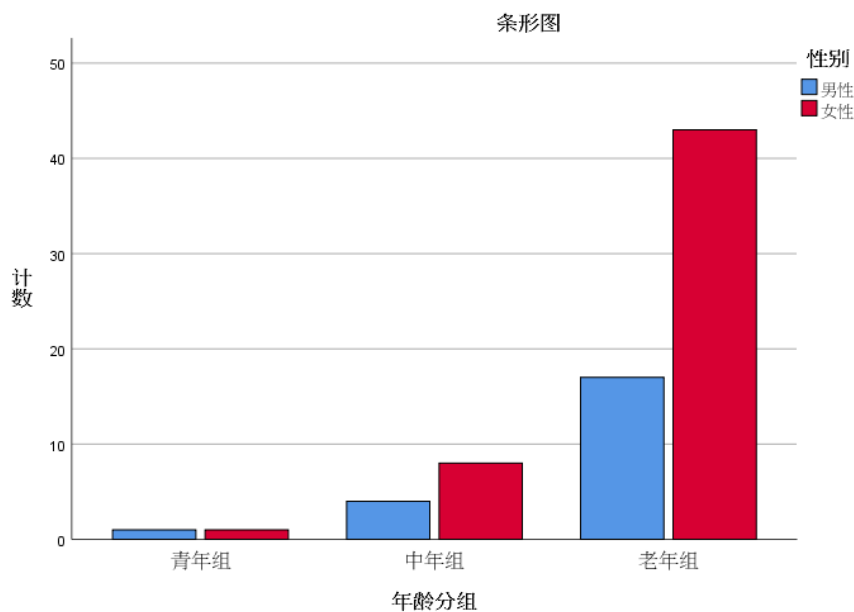


图 1 74 例患者性别年龄分布

2 症状频次分析

通过对 152 份患者病例的症状进行频次分析, 共 87 个, 其中最常见的症状为胃胀、烧心、暖气、反酸、胃痛, 把其中频次大于 10 的症状按高低排序, 结果如表 2 所示:

表 2 152 份病例资料的症状频次统计

序号	症状名称	频次	序号	症状名称	频次
1	胃胀	106	11	喜温	17
2	烧心	97	12	纳少	17
3	暖气	94	13	矢气	13
4	反酸	84	14	便溏	10
5	胃痛	79	15	体倦	10
6	畏寒	44	16	口干	10
7	口苦	39	17	恶心	10
8	大便溏	38	18	胃灼热	10
9	纳差	30	19	喜温喜按	10
10	便秘	21			

3 舌脉频次分析

通过对 152 份患者病例的舌脉进行频次分析, 其中舌质共 9 种, 舌边有齿痕出现 97 次, 出现频率最高; 舌苔共 8 种, 苔薄白腻出现 54 次, 出现频率最高。脉相 8 种, 脉细出现 118 次, 出现频率最高。结果如表 3、图 2、图 3、图 4。

表 3 152 份病例资料的舌像、脉象频次频率

舌象	频次	舌苔	频次	脉象	频次
舌边有齿痕	97	苔薄白腻	54	细	118
淡红	69	苔薄黄腻	40	沉	73
舌胖大	65	苔薄白	19	弦	71
舌暗红	59	苔薄黄	14	滑	15
舌红	10	苔白腻	12	弦	12
舌淡暗	6	苔黄腻	6	缓	8

舌淡暗红	6	少苔	4	涩	4
边少齿痕	3	苔白	3	数	2
舌紫暗	3				

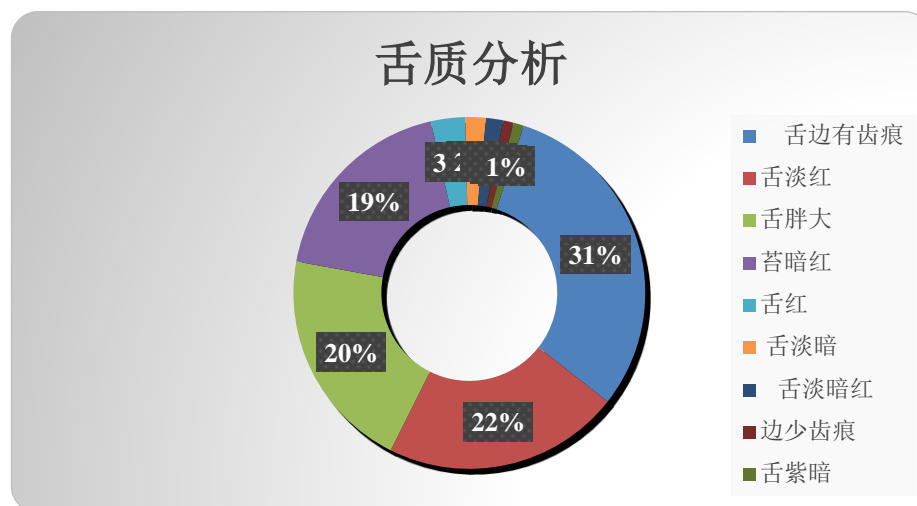


图 2 舌象频次分析

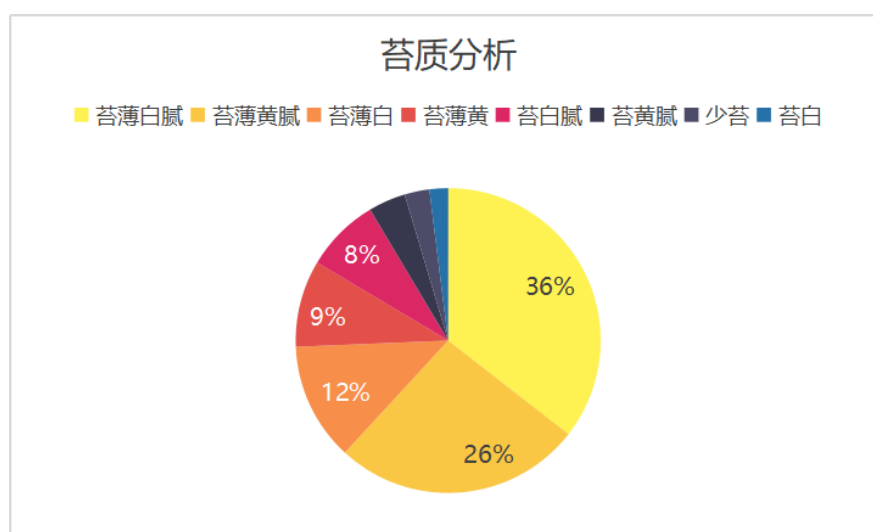


图 3 舌苔频次

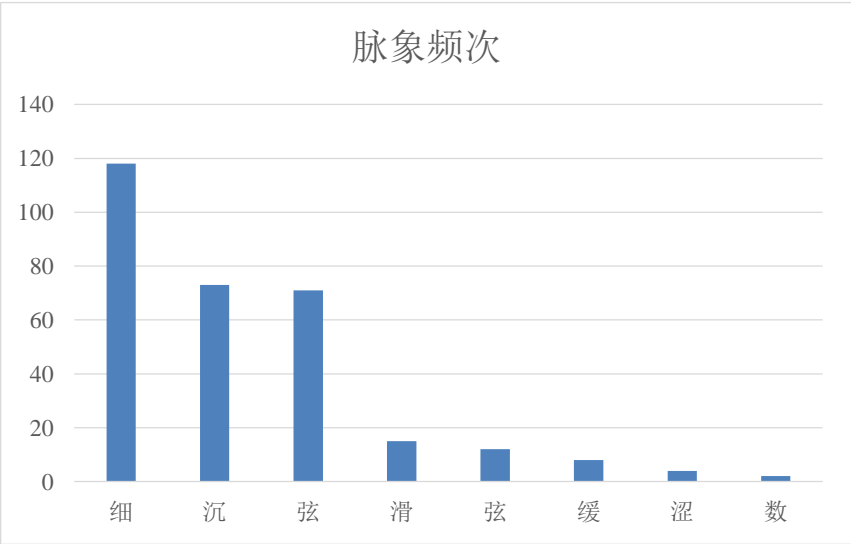


图 4 脉象频次分析

4 药物频数频率分析

4.1 药物频率及频数分析

纳入研究药方共 152 首，涉及中药共 90 种，从表中数据可得出，白长川教授治疗 CAG 常用的药物前 10 位有，姜半夏(147 次)、党参（140 次）、木香（133 次）、茯苓（131 次）、陈皮（131 次）、厚朴（128 次）、枳实（125 次）、炒白术（113 次）、鸡内金（107 次）、浙贝母（101 次）；结果如表 4。

表 4 152 份病例资料的 90 种中药频数表

序号	药物	频次	序号	药物	频次
1	姜半夏	147	46	儿茶	9
2	党参	140	47	苍术	8
3	木香	133	48	泽泻	8
4	茯苓	131	49	生石膏	8
5	陈皮	131	50	藿香	8
6	厚朴	128	51	丹参	7
7	枳实	125	52	鸡矢藤	7
8	炒白术	113	53	生姜	6
9	鸡内金	107	54	连翘	6
10	浙贝母	101	55	葛根	6
11	紫苏梗	94	56	炮附子	5
12	炙甘草	91	57	丹皮	5

13	佛手	88	58	焦山楂	5
14	大腹皮	78	59	车前子	5
15	乌药	77	60	枇杷叶	5
16	海螵蛸	77	61	小茴香	5
17	柴胡	66	62	牡丹皮	4
18	香附	63	63	胆南星	4
19	炒白芍	51	64	百合	4
20	桂枝	50	65	川楝子	4
21	黄芩	50	66	石菖蒲	3
22	黄连	42	67	桔梗	3
23	元胡	39	68	川芎	3
24	郁金	34	69	五味子	3
25	生白术	32	70	甘松	3
26	薏苡仁	31	71	远志	3
27	炮姜	29	72	煅瓦楞子	3
28	防风	19	73	炒鸡内金	3
29	炒莱菔子	18	74	茵陈	2
30	竹茹	18	75	白豆蔻	2
31	瓜蒌	17	76	苦杏仁	2
32	焦栀子	17	77	薤白	2
33	黄芪	15	78	炒薏苡仁	2
34	砂仁	14	79	荷叶	2
35	麦冬	13	80	大枣	2
36	莪术	13	81	虎杖	2
37	神曲	13	82	酒大黄	2
38	荷梗	11	83	猪苓	2
39	五灵脂	11	84	全蝎	2
40	生蒲黄	11	85	枳椇子	1
41	槟榔	10	86	玉竹	1
42	天花粉	10	87	生牡蛎	1

43	升麻	10	88	佩兰	1
44	隔山消	9	89	淡豆豉	1
45	青皮	9	90	肉桂	1

4.2 用药分类及数量统计

将处方中应用到的药物根据《中药学》进行分类，共涉及 18 种药类，其中理气药占比 32.86%，补虚类占比 12.04%，利水渗湿药占比 6.85%，化湿类占比 5.68%，可见治疗药物功效以理气健脾，祛湿化浊为主。现将用药频率前 10 位的药物种类列举如下，具体频数见表 5、图 5。

表 5 152 份病例资料的药物功效分类表

序号	功效	频次
1	理气类	710
2	补虚类	256
3	解表类	251
4	利水渗湿类	180
5	清热类	149
6	化湿类	146
7	化痰止咳平喘类	128
8	消食类	127
9	收涩类	76
10	活血化瘀类	66

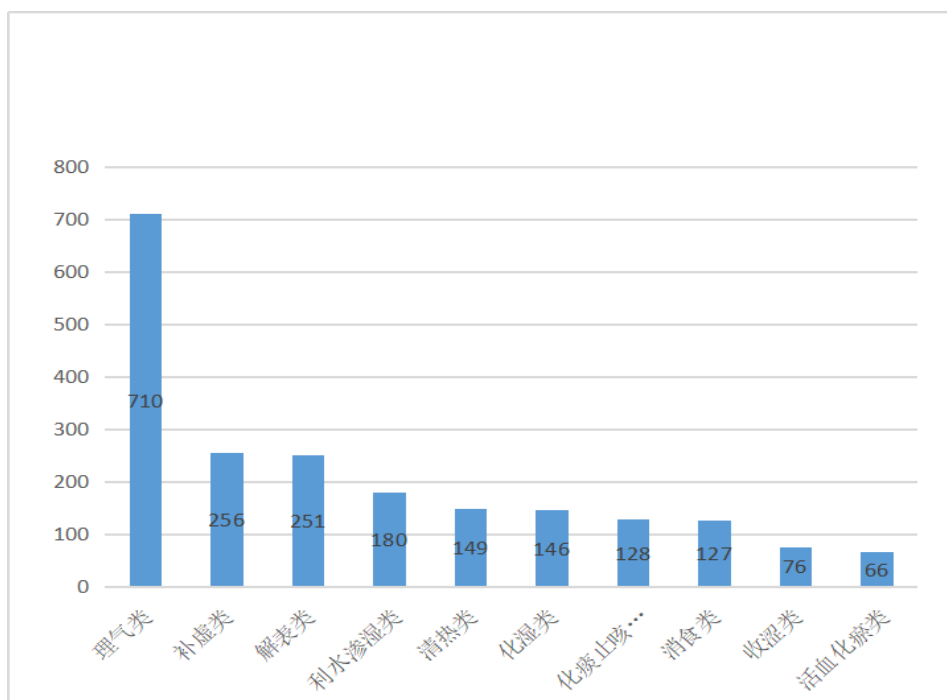


图 5 药物功效分类簇状图

5 药性分析

药物性能能够帮助概括中药作用的基本性质及特征，包括四气、五味、归经等。通过对 152 个处方中药物的性能进行分析更有助于掌握白长川教授治疗 CAG 中的用药规律。

5.1 药四气分析

四气即是药物寒热温凉四种药性。也有寒热偏性不明显的药物称之平性药，也包括在四气范围内。将研究中涉及的 90 种药物依据四气进行分类，其中温性药物出现 988 次，位居第一，平性药物出现 562 次，位居第二，寒性药物出现 510，位居第三。结果如表 6、图 6。

表 6 152 份病例资料的药物四气分析

序号	药物四气	频次
1	温	988
2	平	562
3	寒	510
4	凉	42
5	热	40

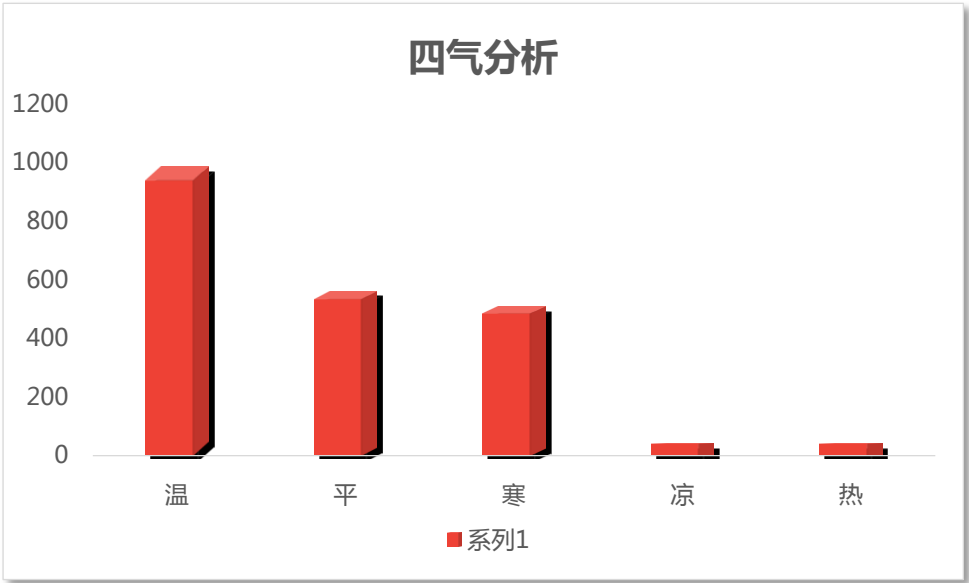


图 6 药物四气分析

5.2 药物五味分析

甘、苦、酸、辛、咸即药物的五味。此外也有淡、涩味，临床用药规律常认为淡附于甘，涩附于酸，因此也包含在五味之内。152 首方中的 90 味药物前三位为：辛味频数 1241，构成比 35.54%，苦味频数 1137，构成比 32.56%，甘味频数 771，构成比 22.08%，酸味频数 266，构成比 7.62%，咸味频数 77，构成比 2.21%。结果如表 7、图 7。

表 7 152 份病例资料的 90 种药物五味分析

序号	药物五味	频次
1	辛	1241
2	苦	1137
3	甘	771
4	酸	266
5	咸	77

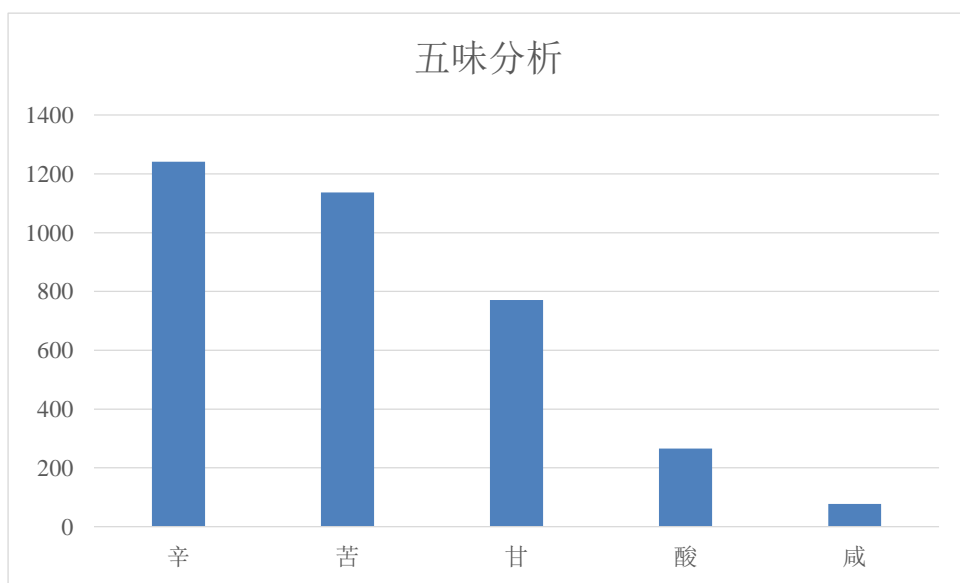


图 7 药物五味分析饼状图

5.3 药物归经分析

归经是以脏腑、经络为理论基础，结合临床实际功效以确定药物的定位。如下图可见 90 种药物中归脾经药物出现频次 1766 次，使用最多；归于肺经药物出现频次 1357 次，居于第二位；归于胃经药物出现频次 1042 次，位于第三位。具体归经情况如下表 8、图 8 所示。

表 8 152 份病例资料的 90 种药物归经表

序号	归经	频次/频率
1	脾	1766
2	肺	1357
3	胃	1042
4	心	541
5	大肠	472
6	肝	401
7	肾	368
8	胆	325
9	膀胱	267
10	小肠	250
11	三焦	213
12	心包	0

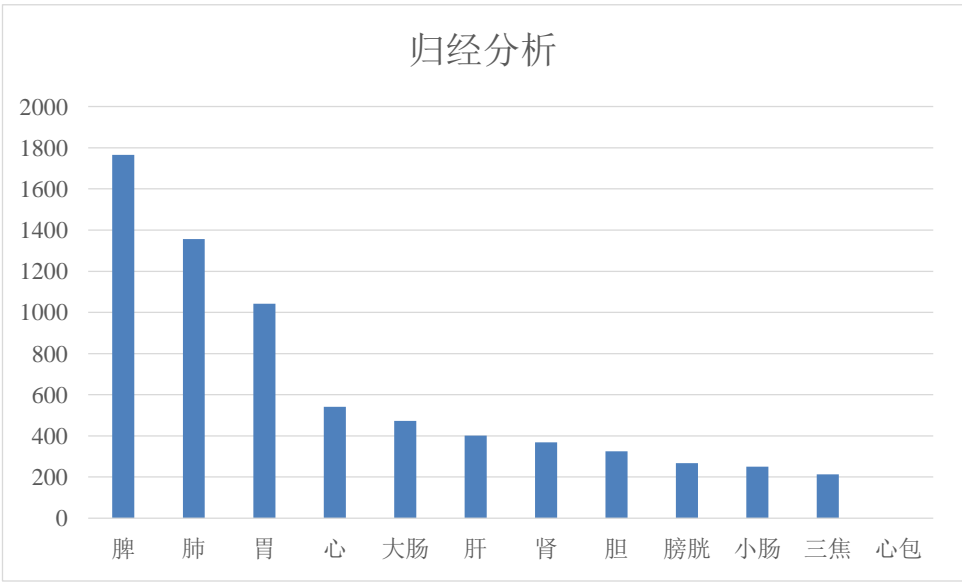


图 8 90 种药物归经簇状图

6 组方分析

6.1 用药模式及网络展示

在中医传承辅助平台的分析页面上，设定“支持度”为 0.7，“置信度”为 0.9，点击“用药模式”功能，提取使用频次在 69 以上的核心药物组共 32 个，其中 2 味药物核心组合有 21 条，3 味药物核心组合有 11 条，4 味药物核心组合 1 条。如下表展示（见表 9），点击“网络展示”功能，提取出可视化网络示图，直接显示各药物组合，全部组合共涉及中药 8 味，即党参、陈皮、枳实、茯苓、厚朴、炒白术、木香、姜半夏，药物网络图见图 9。

表 9 152 份病例资料的 2 味中药药物组合

序号	药物组合	频次	序号	药物组合	频次
1	姜半夏, 党参	135	17	党参, 炒白术	112
2	姜半夏, 陈皮	125	18	党参, 枳实	112
3	姜半夏, 茯苓	125	19	陈皮, 木香	110
4	党参, 茯苓	124	20	茯苓, 木香	110
5	姜半夏, 木香	123	21	姜半夏, 党参, 炒白术	109
6	姜半夏, 厚朴	122	22	姜半夏, 党参, 枳实	109
7	党参, 木香	120	23	木香, 厚朴	109
8	厚朴, 枳实	120	24	党参, 厚朴, 枳实	109
9	姜半夏, 枳实	119	25	姜半夏, 炒白术	109

10	姜半夏, 党参, 茯苓	119	26	茯苓, 炒白术	108
11	党参, 陈皮	119	27	陈皮, 枳实	108
12	党参, 厚朴	117	28	陈皮, 厚朴	108
13	姜半夏, 厚朴, 枳实	116	29	茯苓, 厚朴	107
14	姜半夏, 党参, 木香	115	30	党参, 茯苓, 炒白术	107
15	姜半夏, 党参, 陈皮	115	31	党参, 茯苓, 木香	106
16	姜半夏, 党参, 厚朴	112	32	姜半夏, 党参, 厚朴, 枳实	106

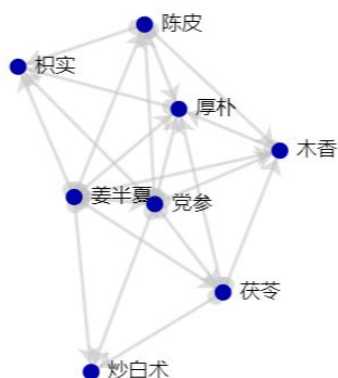


图 9 药物网络展示

6.2 关联规则分析

设定“支持度”为 0.7，“置信度”为 0.9，点击“规则分析”，提取关联规则 42 条，具体见表 10。

表 10 152 份病例资料的关联规则分析

序号	关联规则	置信度
1	姜半夏, 炒白术—>党参	1
2	茯苓, 炒白术—>党参	0.99
3	炒白术—>党参	0.99
4	党参, 炒白术—>姜半夏	0.97
5	党参, 枳实—>姜半夏	0.97
6	枳实—>厚朴	0.97
7	党参, 厚朴, 枳实—>姜半夏	0.97
8	姜半夏, 党参, 枳实—>厚朴	0.97

9	党参, 枳实—>厚朴	0.97
10	厚朴, 枳实—>姜半夏	0.97
11	姜半夏, 枳实—>厚朴	0.97
12	党参, 陈皮—>姜半夏	0.97
13	党参, 炒白术—>茯苓	0.96
14	党参, 厚朴—>姜半夏	0.96
15	茯苓, 木香—>党参	0.96
16	党参—>姜半夏	0.96
17	炒白术—>茯苓	0.96
18	枳实—>姜半夏	0.96
19	党参, 茯苓—>姜半夏	0.96
20	党参, 木香—>姜半夏	0.96
21	炒白术—>姜半夏	0.96
22	陈皮—>姜半夏	0.95
23	茯苓—>党参	0.95
24	木香—>姜半夏	0.95
25	姜半夏, 茯苓—>党参	0.95
26	姜半夏, 党参, 厚朴—>枳实	0.95
27	茯苓—>姜半夏	0.95
28	姜半夏, 厚朴—>枳实	0.95
29	厚朴—>姜半夏	0.95
30	厚朴—>枳实	0.94
31	木香—>党参	0.93
32	姜半夏—>党参	0.93
33	党参, 厚朴—>枳实	0.93
34	姜半夏, 木香—>党参	0.93
35	姜半夏, 厚朴—>党参	0.92
36	姜半夏, 枳实—>党参	0.92
37	姜半夏, 陈皮—>党参	0.92
38	姜半夏, 厚朴, 枳实—>党参	0.91

39	陈皮—>党参	0.91
40	厚朴,枳实—>党参	0.91
41	厚朴—>党参	0.91
42	枳实—>党参	0.90

6.3 聚类分析

基于 k 均值聚类算法,对 152 个处方进行聚类分析,将“聚类个数”调整为 4,4 个核心组合的药物组成及使用频率见表 11。

表 11 152 份病例资料的核心组合

序号	核心组合
1	姜半夏,党参,浙贝母,茯苓,陈皮,木香,
2	党参,姜半夏,木香,茯苓,陈皮,枳实,
3	姜半夏,枳实,厚朴,木香,党参,炮姜,
4	姜半夏,枳实,厚朴,木香,茯苓,党参,

6.4 配伍药物关联规则分析

以上分析可知,主要核心药物为党参、陈皮、枳实、茯苓、厚朴、炒白术、木香、姜半夏这 8 味药,在 152 方中将此 8 味药物删除,将剩余药物组方录入中医传传承计算平台,设定“支持度”为 0.3,“置信度”为 0.9,点击“规则分析”,提取关联规则 8 条,共涉及 9 味中药。具体见表 12。

表 12 关联规则下的中药组合

序号	关联规则	置信度
1	大腹皮,海螵蛸—>浙贝母	1
2	海螵蛸—>浙贝母	0.99
3	鸡内金,海螵蛸—>浙贝母	0.98
4	紫苏梗,海螵蛸—>浙贝母	0.98
5	佛手,海螵蛸—>浙贝母	0.98
6	紫苏梗,佛手,海螵蛸—>浙贝母	0.98
7	黄芩—>柴胡	0.94
8	香附—>乌药	0.93

讨 论

1 慢性萎缩性胃炎的现代临床治疗

现代医学临床治疗缺乏疗效确切的治疗方案，临床多对症给予消化酶、促胃肠动力药，若合并 HP 感染，则多以三联或四联疗法治疗。治疗方案相对单一，多为对症处理，且较易复发，胃镜下亦无明显变化。中医药治疗本病疗效显著，症状缓解迅速，经过系统治疗后可逆转肠上皮化生、不典型增生等病理改变，且疗效持久，不易复发。

当代医家对本病的治疗拥有各自独特的见解。国医大师李佃贵教授经过对本病上万例的治疗，又结合当今社会疾病的发生特点，提出浊毒壅滞中焦为本病发生发展的最重要因素，临证治疗以化浊解毒为基本立足点，以芳香苦寒药物化浊解毒，伍以虫类药攻毒散结，活血通络^[13]。国医大师李玉奇教授将《内经》的理论与患者的症状体征以及胃镜下病理改变相结合，提出了“以痛论治”慢性萎缩性胃炎，临证治疗以补脾益胃、养阴活血、去腐生肌等方法为基本治疗法则^[14]。裘沛然教授认为，本病病位在胃，于肝、胆、脾关系较为密切。临证治疗崇尚辛散苦泄、甘缓酸收法。以辛散苦泄法平调寒热升降，甘缓酸收法健脾和胃、扶正固本^[15]。刘启泉教授临证常以“通、清、润、升”四法治疗本病，以理气行滞、清热利湿法通畅胃腑，祛邪以扶正，复以滋胃养阴、健脾升清之法固本培元，以复脾胃的气机升降。^[16]

白长川教授在继承古人治疗脾胃病的学术思想基础上，结合现代人的生活习惯和体质因素，独树一帜，另辟蹊径，创造性的提出了“滞伤脾胃”学术思想理论，通过对于白师门诊资料的挖掘研究，可以看出白师治疗本病以“理气运脾、祛湿化浊”为基本治疗思路，治疗时根据患者具体临床症状及舌脉，辨证施治，疗效显著。

2 152 例病例资料结果分析

2.1 一般资料分析

本研究收集的病例中女性显著多于男性，临床中慢性萎缩性胃炎患者女性也较男性更高发。可能由于女性易多思多虑有关，长期思虑过重，肝郁脾虚，气滞湿阻，脾升胃降功能失常，胃中水谷不能化为精微物质，则水反为

湿，谷反为滞，滞伤脾胃日久，而易发此病。老年人在本次收集病例中高达 81.08%，盖老年人由于经年累月的饮食不节、情志不舒等因素损害脾胃日久，久病必多夹滞，滞伤脾胃，因实致虚，加之年龄增长，胃气本衰，胃中血络修复黏膜功能降低，更易发生本病。

2.2 症状分析

根据表 2 可见 CAG 患者症状上以胃胀为主，暖气、烧心、反酸、胃脘疼痛也为常见症状。盖滞伤脾胃，中焦气机升降失常，则胃气壅滞不降而生胀满、暖气等症状；胃浊不降日久，郁而化热而生烧心反酸之表现；滞伤脾胃日久，因实致虚，虚实夹杂，胃中气血运行不畅，而生胃脘疼痛。

2.3 舌脉分析

根据表 3，图 2、3、4 可见 CAG 患者以舌边有齿痕，苔薄白腻，脉沉细、脉弦细为主要舌脉。舌边有齿痕主湿盛，也有专家认为气机郁滞亦可形成齿痕舌；苔薄白腻亦为湿气盛的表现；脉弦细、脉沉细，或因气滞湿阻、气血不通而形成，或由脾胃疾病日久，气血生化乏源、血脉不充所导致。

2.4 药物规律解析

将处方中应用到的药物根据第九版《中药学》进行分类，共涉及 18 种药类，其理气药占比 33.15%，利水渗湿药与化湿药共占比 15.22%，补虚类占比 11.95%，可见治疗药物功效以理气运脾，祛湿化浊为主。脾胃为全身气机升降之枢纽，任何由外感或内伤所生的邪气侵害脾胃，都能导致气机不得斡旋而壅滞中焦，引起脾升胃降功能失常，出现气滞湿阻，湿阻日久可寒化、热化，并常常兼夹食滞，久病入络，形成瘀血，故治疗过程中除针对“气滞湿阻”这一病机的基本用药外，仍需兼顾寒、热、瘀等具体情况随证加减用药。根据平台的统计，各类药物使用中，解表类药物亦占有 11.72% 的频率，所用药物包含桂枝、柴胡、升麻、葛根、防风、紫苏梗、生姜共七种。然白师临证时并非用来解表，而是取其升散阳气、行气温通之功；柴胡疏肝理气，与黄芩相伍取小柴胡汤之意，解少阳而和阳明；以升麻升举胃阳，亦能助黄连清化中焦湿热；紫苏梗理气行滞、疏肝和胃；桂枝温振脾阳；生姜散寒止痛；葛根升举脾中清阳，调节气机升降。

药物性味归经分析：从表 6 和图 6 可见，温性药、平性药、寒性药居多，频数分别占比 46.13%、26.24%、23.81%。胃为阳明之腑而脾为太阴之脏，故胃

多实热而脾多虚寒。《内经》云：“寒者热之，热者寒之。”现代人饮食无节，体质寒热错杂，故白师治疗本病常寒热并用，清胃热而温脾阳。平药多为淡渗利湿之品，是白师治疗本病兼夹湿滞患者所常用的药物。从表 7、图 7 可见，辛味、苦味、甘味药居多，频数分别占比为 38.41%、32.98%、20.18%。辛味能散能行，白师所用之辛味药多为辛温理气之品；苦味药泻热燥湿，是治疗兼夹湿滞、热滞所必用药物；且辛味苦味相合，辛开苦降，治疗脾胃病气机升降失常所致病证。甘药补益，白师多用其温补脾气，滋养脾阴。结合表 8、图 8 可见，药物以脾经、肺经、胃经为主。吴鞠通云：“治中焦如衡，非平不安”。故治疗脾胃病之核心在于温脾阳，清胃热，淡渗利湿，滋养胃阴，调畅中焦气机升降，故药多归脾胃二经。然肺主全身之气，脾胃之气亦然。《内经》云：“肺手太阴之脉……还循胃口……”欲调畅脾胃气机升降失司，非独在胃，亦需调节肺气，肺气和，则胃气亦能和；另有如白师临证常用瓜蒌、竹茹之类，即能入胃清中焦湿热，又可入肺清化上焦痰热。故归肺经的药物使用频率亦较高。

2.5 组方规律分析

2.5.1 核心药物

本次研究出现频次较高的药物主要为：姜半夏、党参、木香、茯苓、陈皮、厚朴、枳实、炒白术等，常用药物能反应白长川教授的用药习惯，组方思路及治病的核心思想。“关联规则分析”中显示，置信度为 0.9 的药物组合中涉及的药物有党参、陈皮、枳实、茯苓、厚朴、炒白术、木香、姜半夏；利用“网络展示”功能，在可视化网络图中展现出各核心药物组合，全部组合涉及到的 8 味核心药物与“关联规则分析”中涉及到的药物和使用频率排在前 8 位的药物刚好吻合，即党参、陈皮、枳实、茯苓、厚朴、炒白术、木香、姜半夏。

党参 性甘、平，归脾、肺经，《中药学》认为党参具有补气、健脾、益气、生津养血的功效，是临床治疗肺脾亏虚证的常用药物。现代药理学研究表明，党参水提取物可增加胃及十二指肠黏膜组织生长抑素的含量、党参的超微粉可以提高胃蛋白酶原的含量、抑制胃泌素的泌酸作用，因此可以保护胃黏膜，党参多糖还可以增加胃黏膜和胃壁的厚度，从而对胃黏膜有一定的修复作用。

[17]

白术 性苦、甘，归脾、胃经，《本经逢原》记载白术生用可除湿益燥、消痰利水，制熟则和中补气，^[18]白长川教授临床常生用白术消痰逐水以通便，炒用白术健脾燥湿以止泻。白术所含挥发油组分、水洗脱液组分和多糖组具有促进胃肠蠕动之功效，白术内酯具有治疗胃肠黏膜损伤疾病的价值，可用于治疗胃肠炎症及消化性溃疡。^[19]

茯苓 甘、淡、平，归心、脾、肾经，《本草经集注》谓其主“膈中痰水，利小便，水肿淋结”；《长沙药解》认为其可“利水燥土”。可通利小便，使脾胃之湿随小便而出，以达健脾祛湿之效。根据对茯苓的药理学研究发现，具有抗氧化、抗炎及免疫调节作用，其水煎液通过抑制胃液分泌以保护胃黏膜^[20]。

陈皮 味辛、苦，归脾、肺经，可调脾胃，去痰浊，《神农本草经》谓其有“利水谷”之功效，《本草经集注》论陈皮主“脾不能消谷”，黄元御称陈皮“最扫痰涎”。现代研究认为陈皮对胃肠平滑肌的痉挛有一定的缓解作用，其所含挥发油可促进大鼠胃液的分泌，增强消化功能。^[21]

半夏 味辛，归肺、脾、胃经，可化中、上焦痰浊，降逆止呕，李中梓谓其能“除湿化痰涎”，《玉揪药解》称其有“排决水饮”之功。现代药理学研究显示，半夏针对炎症、肿瘤均有一定的治疗作用，尤其对消化道溃疡疗效显著。^[22]

木香 味辛、苦，归肝、胃经，可理肝胃气机而止痛，《雷公炮制药性解》谓木香可“主心腹一切气疾”、“温宜脾胃”；黄元御认为木香可“消胀止痛”。临床中常以木香理气醒脾，消食除胀满。木香有明显促进胃肠蠕动的作用。^[23]且木香有类似 PPI 制剂作用，故在促进消化性溃疡方面有其显著的疗效。^[24]

厚朴 味辛、苦，归脾、胃、肺经，可行气宽中，燥湿除痰，《本草经集注》载其有温脾益气之功，可“消痰下气”；李中梓认为其可“除湿结而和胃气，温中消食。”是临床中治疗胸腹、胃脘胀满的要药。有日本学者研究发现，厚朴提取成分可对胃酸分泌有明显的抑制作用，并能改善胃肠道动力，^[25]为厚朴治疗胃脘部胀满的有效性提供了药理学支持。

枳实 味苦、辛，归脾、胃、大肠经，可化痰散结，行气消胀满，《名医别录》载枳实可“破结实，消胀满”；朱丹溪称枳实除痰气，有推墙倒壁之功效。现代中医也认为枳实可下气消痰，除中焦胀满。现代药理学研究发现枳实

可加强胃肠道平滑肌的收缩能力，能加快胃排空速度，促进小肠的消化吸收，^[26]为枳实消胀除满提供了可靠的药理学依据。

方中党参、炒白术、茯苓、姜半夏、厚朴、枳实是拟枳实消痞丸之法，理气健脾、祛湿化浊，白师临床中将其作为治疗脾虚气滞湿阻的核心药物组合。另加木香与陈皮，白师称木香为“全胃肠动力药”，凡消化系统疾病因气滞所致动力不足者，悉予木香理气行滞，增强胃肠道平滑肌动力。陈皮降浊阴、行滞气、燥湿化痰，与茯苓、姜半夏相合，又有二陈汤之义，取其理滞气化痰湿之功效。

2.5.2 聚类方

聚类方 1：姜半夏，党参，浙贝母，茯苓，陈皮，木香 方中陈皮、茯苓与半夏配伍，有二陈汤之义，可化中焦脾胃湿浊。湿邪困脾，脾气不振，故以木香理气，兼以其辛、香之性醒脾，党参健脾益气；湿阻中焦日久郁而化热，便以浙贝母清化中焦湿热邪气。故本方为白长川教授治疗中焦湿郁化热困脾，脾气不振的药物代表性组合。

聚类方 2：党参，姜半夏，木香，茯苓，陈皮，枳实 方以二陈汤为底，是以温化中焦痰湿作为基本立意，加木香理气运脾，枳实助木香行气除满，兼能化痰除痞，党参健运脾气以助二陈汤祛湿化痰。是为白长川教授治疗中焦湿阻气滞、脾失健运的代表组合。

聚类方 3：姜半夏，枳实，厚朴，木香，党参，炮姜 方中厚朴伍枳实有厚朴三物汤之意，可行气降逆，通腹除胀；伍党参、炮姜，又有李东垣枳实消痞丸及仲景理中丸之意，温运脾阳，健脾和胃，消痞除满。木香理气止痛，温宜脾胃，白师称木香为“全胃肠动力药”。故一切脾阳不足兼有中焦气滞者，悉以本方加减配伍治疗。

聚类方 4：姜半夏，枳实，厚朴，木香，茯苓，党参 本方立意同聚类方 2 基本相同，皆为痰湿困脾，湿阻气滞的代表方。如以痰湿为主，中焦气滞不甚，则以上方祛湿化痰，兼运脾气；如湿邪较轻，气滞为重者，则以本方理气运脾、行气除胀，兼化中焦湿浊。

2.5.3 关联规则

大腹皮，海螵蛸，浙贝母 大腹皮行气宽中和胃，下气最速，是临床中治疗胃脘胀闷的常用药。海螵蛸与浙贝母相伍为乌贝散，是临床中抑制胃酸分泌的

常用对药。与大腹皮配伍，是白师治疗中焦气滞日久，郁而化热所致胃酸分泌过多的代表药物组合。

鸡内金, 海螵蛸, 浙贝母 鸡内金健胃消食，现代药理学研究其有保护胃黏膜、调节消化液的分泌功能等作用。^[27]鸡内金与乌贝散配伍，可促进胃蛋白酶的分泌，抑制胃酸的生成，是白师治疗消化功能不佳所致胃酸代偿性分泌增多的常用组合。

黄芩, 柴胡 柴胡与黄芩配伍，为小柴胡汤的核心组成。张锡纯《医学衷中参西录》便指出柴胡能通过舒畅少阳木气，进而疏通胃肠中积滞。^[28]类似于《本经》记载柴胡的“推陈致新”之功效。故知柴胡可通过疏利肝胆气机，进而疏通胃气壅滞；且《神农本草经》载柴胡“主寒热邪气”，与黄芩配伍，又可清肝胆郁热。故白师临床治疗 CAG 患者属肝胃郁热者，常以柴胡伍黄芩清利肝胆，调和脾胃。

香附, 乌药 香附与乌药相伍，为古方青囊丸，原治妇人头痛有痰，白师将其引用于消化系统疾病的治疗当中，白师临证常用其治疗中焦脾胃虚寒、气机壅滞所致的胃脘部胀满不舒等病症。

3 优势、不足与展望

白长川教授系首届全国名中医，治疗脾胃病经验丰富，白师熟读古代经典医籍，又结合其多年临床经验，提出了慢性萎缩性胃炎乃由“滞伤脾胃”所致这一独树一帜、别出心裁而又符合当代社会脾胃病发生发展规律的学术思想和理论认知，是对李东垣从脾虚论治脾胃病学术思想的极大补充，也更符合当代临床实际。本人有幸跟随白师出诊学习，所选病例皆为白师门诊病例，且撰写过程中亦接受到白师的指导，故更能准确的反映出白师的学术思想。然而由于地域关系，所选病人皆为辽宁地区患者，故而可能存在一定的地区和体质方面的差异。希望日后白师“滞伤脾胃”学术思想能够被更多的人了解，在更大更多的平台上加以使用，以更好的发挥与验证这一学术思想的理论和临床价值。

4 小结

通过对门诊资料进行统计分析,可以看出白长川教授治疗CAG以理气运脾、祛湿化浊、调畅气机为基本治疗思想,临证治疗根据患者具体症状及相应舌脉辨证论治,用药灵活,药物组合丰富多变。

结 论

白长川教授临证在“滞伤脾胃”学术思想的指导下辨治慢性萎缩性胃炎，并在此思想指导下提出了以“运脾六法”为代表的系列治疗方法。处方多以“姜半夏、党参、木香、茯苓、陈皮、厚朴、枳实、炒白术”为基本组合，理气运脾，祛湿化浊。实际治疗中根据患者个体差异辨证论治，兼有湿热滞者以黄连、竹茹、浙贝母等清化中焦湿热；兼有寒滞者以炮姜、桂枝、吴茱萸等温脾暖胃；兼有瘀滞者，则以失笑散、丹参、三七等活血化瘀。临证用药灵活，疗效显著。

本研究创新性的自我评价

1 中医传承计算平台系统利用数据挖掘技术，可分析患者的基本情况、处方中的药物的四气、五味、归经以及用药规律、核心组合，为深入挖掘和分析名老中医经验提供了良好的平台，有利于名老中医经验的继承和发展。

2 对本研究的结果进行分析和总结，得出数据表明白长川教授治疗慢性萎缩性胃炎以理气运脾、祛湿降浊为主要治则，临证中或配合温药温补脾阳；或配伍寒药清化湿热；或伍活血药活血化瘀，改善胃黏膜循环，逆转肠上皮化生，印证了白长川教授从“滞伤脾胃”论治慢性萎缩性胃炎学术思想的可行性。以扶正祛邪防变为关键治疗方法，临证用药紧抓核心病机、用药灵活全面，重在调理气机，恢复脾胃功能，逆转病程进展方向。本研究深入探索了白长川教授治疗本病的用药规律及特点，为进一步提高临床治疗效果、挖掘和传承白师经验提供参考。

参考文献

- [1]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 26 (2) : 121.
- [2]李朝辉, 邹文君, 韩钰, 等. 从滞而论慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生[J]. 中国中医药现代远程教育. 2019, 17 (4) : 95
- [3]唐旭东, 李振华, 王萍, 等. 重视萎缩性胃炎伴异性增生的随访检测[J]. 中西医结合学报, 2011, 9 (1) : 1-4.
- [4]王天家. 基于中医传承辅助平台系统分析刘启全教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[D]. 2016, 3:7.
- [5]李争. 慢性萎缩性胃炎发病的危险因素与临床效果评价[J]. 中国现代医生, 2018. 56 (7) :31-33.
- [6]唐旭东, 马祥雪. 传承董建华“通降论”学术思想, 创建脾胃病辨证新八纲[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 11 (26) : 893.
- [7]刘涓, 王兰. 姜良铎教授应用疏通三焦法治疗脾胃病的临床经验[J]. 现代中医临床, 2019, 26 (2) :58-60.
- [8]李翌萌, 王宝成, 白长川. 因滞而病论脾胃[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 5 (21) : 12.
- [9]马超, 李翌萌. 白长川教授治疗萎缩性胃炎伴异型增生逆转经验[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 6 (22) : 6.
- [10]白长川. 脾胃新论[M]. 中国中医药出版社, 2019, 9:92:17.
- [11]中国慢性胃炎共识意见(2017年, 上海), 中华医学会消化病学分会[J]. 中华消化杂志, 2017. 37 (11): 721-730.
- [12]慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018. 2. 26 (2) :121.
- [13]赵润元, 刘小发. 李佃贵国医大师从浊毒论治脾胃病临床体悟[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13 (3) : 336
- [14]鲁国良. 李玉奇教授以痛论治慢性萎缩性胃炎[J]. 新中医, 1994, 4 (7) : 12-14

- [15]王庆其,李孝刚,邹纯朴,等.裘沛然辨治慢性萎缩性胃炎经验[J].安徽中医药大学学报,2017,36(1):30-31
- [16]魏丽彦,韩雪飘,郭珊珊,等.刘启泉运用“通、清、润、升”四降法治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河北中医,2020,42(12):1771
- [17]谢琪,程雪梅,胡芳弟,等.党参化学成分、药理作用及质量控制研究进展[J].上海中医药杂志,2020,54(8):98.
- [18]清·张璐.赵小青辑校.本经逢原[M].北京:中国中医药出版社,1996:37-38
- [19]顾思浩,孔维菰,张彤,等.白术的化学成分与药理作用及复发临床应用进展[J].中华中医药学刊,2020,38(1):71.
- [20]崔鹤蓉,王睿林,郭文博,等.茯苓的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J].西北药学杂志,2019,34(5):697.
- [21]王昌亚.对陈皮药理作用的探讨[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(15):135.
- [22]黄凤英,高健美,龚其海,等.半夏药理作用及其毒性研究进展[J].天然产物研究与开发,2020,32:1775-1776.
- [23]张艺,肖小东.木香的药理及制剂研究概述[J].中国药业,2003,12(4):75.
- [24]王阳,范潇晓,杨军,等.木香的萜类成分与药理作用研究进展[J].中国中药杂志,2020,45(24):5923.
- [25]谭珍媛,邓家刚,张彤,等.中药厚朴现代药理研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(22):229.
- [26]张红,孙明江,王凌.枳实的化学成分及药理作用研究进展[J].中药材,2009,11(32):1788.
- [27]王宝庆,郭宇莲,练有扬,等.鸡内金化学成分及药理作用研究进展[J].安徽农业科学,2017,45(33):138.
- [28]张锡纯.医学衷中参西录[M].于华芸等校注.北京:中国医药科技出版社,2011:252.

综 述

慢性萎缩性胃炎中医研究进展

1 现代医学对于慢性萎缩性胃炎（CAG）的认识

1.1 现代医学对于慢性萎缩性胃炎的定义

CAG 是指胃黏膜上皮受反复损害导致固有腺体的减少, 伴或不伴肠腺化生和 (或) 假幽门腺化生的一种常见的消化系统疾病^[1]。伴肠上皮化生, 是指胃黏膜发生萎缩性改变, 胃黏膜上皮细胞被肠型上皮细胞所代替。^[2]临床患者可无任何症状, 或伴有烧心反酸, 饱胀疼痛等消化系统反应。部分患者存在胆汁返流性胃炎的表现。临床诊断主要依赖内镜检查以及胃黏膜组织检查, 尤其以胃黏膜组织检查更有意义^[3]。内镜下显示三种现象: (1) 患者胃黏膜逐渐变薄。(2) 胃黏膜、黏膜壁表现较为粗糙, 以颗粒状或者结节状作为主要临床特征。(3) 胃镜下显示白相表现十分明显, 其血管暴露、十分清晰^[4]。CAG 与胃癌的发生密切相关, 目前国际公认肠型胃癌的发生模式为 Correa 模式, 即“正常胃黏膜—慢性浅表性胃炎—慢性萎缩性胃炎—肠上皮化生—异型增生—胃癌”^[5]。

1.2 CAG 的病因与发病机制

本病的病因与发病机制尚未完全清楚, 目前认为发生慢性萎缩性胃炎最主要的原因是 Hp 感染^[6-7]。有专家认为, Hp 在其致病过程中, CagA 基因生成的 CagA 蛋白扮演了重要的角色, 它可使机体产生有害物质, 引起胃部炎症反应, 进而导致胃腺体萎缩^[8]。胆汁反流使胃内容物反流入胃, 反复损伤胃黏膜, 亦可引起胃黏膜炎症的发生。加之组胺分泌的增加, 导致胃部炎症持续存在, 形成慢性萎缩性胃炎^[9]。另外有学者认为, 年龄和免疫因素, 亦是导致 CAG 发生发展的原因之一。

1.3 CAG 的治疗

现代医学主要以增强胃肠动力、保护胃黏膜、根除 HP、补充维生素和叶酸为主要治疗方法, 若 CAG 伴有中重度异型增生患者, 亦可选择内镜下手术治疗, 此外还需嘱咐患者调整心态、缓解压力, 饮食上避免烧烤、油炸、腌制等有致癌风险的食物, 定期复查胃镜。

2 中医对于慢性萎缩性胃炎的基本认识

2.1 病名的认识

慢性萎缩性胃炎，按症状表现，可归属中医“胃痛”、“痞满”、“胃缓”、“嘈杂”等等。一九八九年十月全国第五届脾胃病学术交流会确定将慢性萎缩性胃炎归纳为中医“胃痞”范畴^[10]。《诸病源侯论》作者巢元方认为痞满是气血不足在先，又外受寒邪，导致胃不得降浊，发为痞满。张景岳则认为痞满当分虚实，胀且痛者为实满，无胀且无痛者为虚满。实满为有实邪阻滞所致，虚满则无邪气阻滞，自觉满闷。

2.2 病因病机

本病发生发展总以饮食不节，情志失调，禀赋不足，劳逸失衡，外邪侵袭等因素为基本病因，属本虚标实之证。脾气亏虚，则运化水湿无力，聚而成痰，痰湿困阻中焦，进一步抑制脾胃运化水谷，则痰、食壅于中焦。胃络郁滞，日久形成瘀血，形成痰、食、瘀互结之情形，患者如属阳性体质或平素喜食辛辣炙搏之物便有痰热瘀热困居中焦之表现；如平素阳气亏虚，加之喜食生冷，便有寒湿瘀阻之象；如患者胃阴亏虚，胃失其津液之滋养濡润，胃络失和，日久血行不畅，暗耗脾气，脾不运化水湿，形成脾胃气阴亏虚兼有痰湿瘀血之局面。加之毒邪（食物、空气、水源污染，药物）侵袭，则又有癌变之可能。

李应存^[11]认为CAG乃由脾气虚弱而导致肝气横犯脾胃所致，治当疏肝理气，健脾和胃。周斌^[12]认为本病乃由外感寒湿所致，初则在气，久即入血。寒湿郁滞中焦日久，聚而成痰，气滞血瘀，痰瘀胶结，殊为难治。国医大师李玉奇教授^[13]“以痛论治”CAG，CAG典型内镜下可见不同程度的充血、水肿、溃疡、糜烂等，且以胃脘部灼热感为典型症状，这与中医痛证的气血凝滞、红肿热痛、糜烂坏死之症候相吻合。姜树民教授^[14]在李老“以痛论治”思想的影响下，认为脾胃虚弱为CAG基本病机，湿热和瘀血为形成疾病的核心因素，脾胃久不得养，则腺体萎缩，且湿热瘀血胶结不去，则变为肠化、异型增生，甚至癌变。周素芳^[15]认为本病属虚实夹杂之证，以脾气胃阴亏虚为致病基础，以气滞、血瘀、热毒为致病因素。

3 中医慢性萎缩性胃炎的治疗

3.1 辨证论治

辨证论治一直都是中医诊疗疾病的核心,本病在临床中通过辨证施治往往可取得良好的疗效,辨证论治的标准也有很多,例如 2017 年《慢性萎缩性中西医结合诊疗共识意见》^[16]给出的指导意见,慢性萎缩性胃炎当分为 6 个证型:①肝胃气滞证,治则:疏肝理气,和胃降逆,方选柴胡疏肝散加减;②肝胃郁热证,治则:清肝泻热,和胃止痛,方选化肝煎合左金丸加减;③脾胃虚弱证,治则:温中健脾,和胃止痛,方选黄芪建中汤加减;④脾胃湿热证,治则:清热化湿,和中醒脾,方选连朴饮加减;⑤胃阴不足证,治则:养阴和胃,理气止痛,方选一贯煎合芍药甘草汤加减;⑥胃络瘀阻证,治则:理气活血,化瘀止痛,方选失笑散合丹参饮加减。

各家也根据自己的经验在临床上对 CAG 有不同的辨证分型。徐景藩^[17]认为 CAG 当分为三个证型:中虚气滞型,以自拟调中理气汤加减论治(炙黄芪、党参、炒白术、茯苓、炒鸡内金、山药,三棱、莪术、木香、陈皮、当归、大枣、炙甘草)理气调中行瘀;胃阴不足型,自拟养胃理气汤加减治疗(北沙参,麦冬,百合,玉竹,石斛,山药,生地黄,乌梅,佛手,丹参,青木香,牡丹皮)以滋阴养胃行瘀;肝胃不和型,以疏肝和胃汤加减治疗(醋柴胡,白芍,枳壳,炙甘草,郁金,香附,橘络,佛手,陈皮,茜草,红花,炒鸡内金)疏肝和胃化瘀。朱莹将^[18]CAG 分为早、中、晚三期。早期病情较轻,患者多见肝郁脾虚,胃镜下显示胃黏膜轻度萎缩,不伴有肠上皮化生或不典型增生。此时多以逍遥散或柴芍六君子汤加减;中期患者虚实夹杂,脾虚兼有痰湿,镜下显示胃黏膜萎缩程度加重,伴轻度肠上皮化生,一般不夹有不典型增生,此时多以香砂六君子汤加减治疗;晚期患者病情较重,呈脾虚血瘀之象,胃镜显示胃黏膜重度萎缩,伴肠上皮化生,或伴异型增生,此时当以六君子汤补气固本,加活血化瘀药如丹参、三七、桃仁、五灵脂活血化瘀,改善微循环,促进黏膜修复,以莪术、土鳖虫等药对抗异型增生,适当选用白花蛇舌草、半枝莲、土茯苓等抗癌药物以防止癌变。

3.2 专方治疗

当代名医大家在临床诊疗疾病过程中,在辨证的基础上更强调专方专治某类西医疾病。在辨证的基础上恒加入专病之专方,精准用药,往往效如浮鼓。故当代医生研究临床疾病,专病专方的研究,应当成为必不可少的重要环节。胡平^[19]以“痰瘀”论治 CAG,自拟化痰消瘀方(陈皮,法半夏,鸡内金,紫丹参,

薏苡仁，蒲黄粉，半枝莲，仙鹤草，猫爪草）治疗 60 例 CAG 患者，胃镜治疗总有效率和病理总有效率分别为 83.33%、73.33%，均高于对照组的（根除 Hp、促胃肠动力、抑酸、胃黏膜保护等基础治疗）58.33%、48.33%（ $P<0.05$ ）。国医大师朱良春教授认为 CAG 患者脾、胃、肾三脏气阴亏虚为本，气滞、痰湿、瘀血夹杂为标，以自拟胃安散（生黄芪，莪术，党参，怀山药，蒲公英，枸杞子，鸡内金，刺猬皮，生蒲黄，五灵脂，徐长卿，炮穿山甲，木蝴蝶，凤凰衣，甘草）加减治疗本病，偏阳虚者加高良姜、炒白术、萆薢，偏阴虚者加北沙参、麦冬、生白芍^[20-21]。寇媛^[22]等人认为慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生当从脾虚、气滞、湿热、血瘀角度论治，用自拟养胃清热化瘀方（丹参、百合各，白花蛇舌草、延胡索、半枝莲、石斛、白术、砂仁、檀香、生甘草各，三七）为观察组，对照组采用中成药胃复春治疗各 30 例患者，实验为期半年。结果显示，观察组总有效率为 93.3%，高于对照组总有效率 66.7%。张玉峰^[23]等认为本病脾气虚弱，胃阴不足为本，湿浊内聚，痰、瘀、毒邪互结与胃络，日久化为本病。自拟参枳消萎汤（陈皮、木香、草豆蔻、枳实、半夏、柴胡、当归、丹参、白芍、白花蛇舌草、八月扎、黄连、四君子汤）为观察组，以胃苏颗粒为对照组，两组各 50 例。两组患者治疗后，观察组胃镜、胃黏膜病理观察组总有效率为 100%，对照组为 84.1%，比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。刘红丹^[24]认为现代慢性萎缩性胃炎的发生发展，多因失治误治，损害脾胃之气，导致脾运化无力，湿浊内生。自拟补气健脾调中汤治疗。方以补中益气汤为底，加枳实、厚朴行气宽中，消胀除满，茯苓、白扁豆祛湿理脾，柴胡、升麻升阳举陷，黄芪、党参、白术、山药健脾益气，白芍调肝和脾，鸡内金消食除胀。脾气得补，则胃气自降，而胀满可除。张杰^[25]教授认为本病脾胃虚弱为本，虚、毒、瘀互为因果，合而为患，久则毒腐成疡、瘀结成积，引起胃黏膜固有腺体萎缩，发生肠上皮化生、异型增生及炎性反应，治疗当健脾益气，活血化瘀，清热解毒。临床治疗以自拟胃痞汤（生黄芪，党参，石斛，蒲公英，白花蛇舌草，丹参，莪术，焦山楂）加减治疗，脾胃虚寒者合黄芪建中汤、高良姜、吴茱萸等以温中补虚，散寒止痛；气滞郁热者合四逆散加黄芩疏肝理气，清热和胃；脾胃湿热者加黄芩、黄连、石菖蒲、藿香芳香醒脾，清化湿热；肝胃阴虚者酌加白芍、麦冬、生地黄等滋补肝肾之阴；胃络瘀阻者合失笑散、乳香、没药等活血化瘀、理气止痛；寒热错杂者则合入半夏泻心汤健脾和胃，平调寒热。李

佃贵^[26]教授认为,慢性萎缩性胃炎的腺体萎缩,或伴肠上皮化生、不典型增生等,皆因浊毒壅滞中焦所导致,浊毒即是一种病理产物,也是一种致病因素,浊毒壅滞脾胃,可损伤脾胃气血阴阳,形成痰浊瘀血。因此,化浊解毒法便成为李老治疗 CAG 核心法则,化浊不解毒则毒邪仍流,解毒不化浊则湿浊难去,故治疗时应解毒与化浊药同用,以藿香、佩兰、砂仁等芳香化湿醒脾,茯苓、猪苓、泽泻利水渗湿,黄芩、黄连、黄柏清热燥湿,白花蛇舌草、半枝莲、板蓝根等清解热毒,甚则用全蝎、蜈蚣以毒攻毒,化瘀通络。路志正教授^[27]认为,CAG 患者以气阴两虚为主,多夹有湿邪,且阴病及阳,损伤脾胃之气,则更酿生湿浊。故治疗当先以三仁汤、藿朴夏苓汤等醒脾开胃,淡渗利湿,继以柴胡、升麻、葛根健脾升清,杏仁、紫苏梗、枇杷叶调胃降浊,最后以乌梅、白芍、太子参、山药等滋阴养胃扶正固本,以善其后。

3.3 经方治疗

经方距今虽已千年之久,然至今仍有效指导临床如何遣方用药。伴随现代医学和科研技术的不断发展,经方的临床价值和作用机制被逐渐挖掘和证实。经实验研究证实,半夏泻心汤治疗 CAG 确有延缓病程进展,减少患癌机率,改善临床症状等功效。对于寒热错杂型 CAG 患者,可明显改善胃部指标、不适症状,提高免疫功能,根除幽门螺旋杆菌^[28]。黄芪建中汤对大鼠 CAG 病理模型的防治疗效确切,其机制主要是调节动物的炎症反应、肠道菌群失调、免疫功能紊乱等方面^[29]。黄兹高等^[30]运用黄芪建中汤加味治疗慢性萎缩性胃炎,采取对照实验的方法,对照组采取常规西医治疗,为期四周。结果显示实验组胃黏膜病理组织评分、胃黏膜血流量、血清氧化应激反应指标改善情况均显著优于对照组。证实黄芪建中汤确有改善胃黏膜组织、改善黏膜血流量等作用。曹晓婷^[31]设置临床对照实验,对照组采用西药对于 CAG 传统疗法,证实黄连汤加味治疗慢性萎缩性胃炎,疗效显著。根据治疗后 60 天患者的临床表现、内镜下检查结果以及病理报告表明:黄连汤加味治疗 CAG 总有效率达到 93.48%,远高出西药组患者的总有效率 78.26%,证实黄连汤加味对于 CAG 患者疗效确切。

3.4 单味药

临床许多医家都用白花蛇舌草、半枝莲、乌梅、徐长卿、莪术、蒲公英、穿山甲等中药预防和治疗 CAG 伴癌前病变。半枝莲-白花蛇舌草为临床常用的抗癌组合,研究发现两个药物组合通过对过激酶活性的调控、跨膜受体蛋白酪

氨酸激酶信号通路、肽基丝氨酸磷酸化、细胞对氮化合物、有机环状化合物以及无机物的反应、阳离子稳态、磷脂酰肌醇介导的信号传导等生物学过程发挥其抗肿瘤作用。^[32]乌梅有涩肠止泻、敛肺止咳、安蛔止痛、生津止渴的功效，近年有关乌梅及其中药复方抗肿瘤效应机制的研究表明，乌梅及其中药复方或许可以通过抑制致癌基因的表达等多重途径进而发挥抑制肿瘤的作用^[33]。徐长卿首见于《神农本草经》，主治鬼物百精，邪恶气，久服强悍，轻身。现代研究表明徐长卿能诱导细胞凋亡，提高机体免疫力^[34]。莪术，《玉揪药解》认为其可“消痞块，破血癥。”现代药理学研究证实，莪术具有显著的抗炎、抗氧化等功效，且对肿瘤细胞亦有一定的抑制作用^[35]。现代药理学研究证实，莪术的主要有效成分姜素可有效改善胃肠道黏膜的血液循环，促进炎症吸收，进而修复萎缩的腺体^[36]。蒲公英，陈士铎《本草新编》谓其可“溃坚肿，消结核，解食毒，散滞气。”现代药理学研究蒲公英抗菌、抗炎作用明显，陈明仁^[37]运用蒲公英提取物联合西药四联疗法治疗因 HP 感染引起的胃炎疗效远高于仅运用四联疗法本身，从而证明蒲公英对于 HP 亦有明显的抑制作用。穿山甲可活血通经，贯彻十二经脉。现代药理学研究发现，穿山甲具有抗炎、镇痛、抑癌等作用^[38]。徐雪莲等以单纯化痰消瘀方为的 CAG 患者为对照组，以化痰消瘀方加穿山甲的 CAG 患者为治疗组，治疗组治疗后总有效率为 96.67%，对照组治疗后总有效率为 80.00%，治疗组有效率显著高于对照组，证实穿山甲对于 CAG 属痰瘀阻滞者有确切的疗效^[39]。

3.5 中成药

慢性萎缩性胃炎治疗周期往往较长，中药汤剂因为煎煮耗时耗力，且口感较差，患者接受度不高，往往达不到预期的治疗效果。而中成药剂型多样、携带方便且患者接受度高，可联合中药汤剂或者西医进行辅助治疗。黄韶辉、宋金东等人^[40]取 CAG 患者 150 例，两组各 75 例，对照组在观察组（四联疗法、多潘立酮片）的基础上服用养胃颗粒，观察组总有效率为 92%，高于对照组 80%（ $P<0.05$ ），观察组的 CD3+、CD4+ 水平显著上调且明显高于对照组，且观察组各项血液流变学指标水平明显低于对照组，故养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎脾虚气滞证者疗效确切。项红霞等人^[41]在治疗组在对照组（维酶素片）基础上口服枳术宽中胶囊治疗 CAG 患者 63 例，治疗组的总有效率（92.06%）比对照组高（79.37%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），实验证明枳术宽中胶

囊联合维酶素片治疗 CAG 具有较好的疗效,能减轻胃黏膜症状,降低炎症反应。李可歆等人^[42]用 Mate 分析 1116 例 CAG 患者的临床疗效,结果显示,摩罗丹或摩罗丹联合西药治疗 CAG 在临床表现、胃镜下以及胃黏膜病理等方面均优于单纯西药组。乔会侠^[43]将 198 例 CAG 患者,分成 2 组,每组各 99 例,观察组在对照组(常规治疗,枸橼酸莫沙必利)服用菱平舒胶囊,2 组治疗 2 周后,观察组治疗总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)症状减轻明显,血清 MLT 和 SIL-2R 水平以及 T 淋巴细胞亚群 CD8+ 含量降低。吴一芳^[44]将 94 例 CAG 患者随机分成 2 组,每组 47 人,予对照组兰索拉唑肠溶片治疗,观察组在对照组的基础上加用胃复春片,治疗后结果显示,观察组总有效率 93.62%、不良反应发生率为 4.26%,均优于对照组的总有效率(74.47%)不良反应发生率(9.79%),胃复春片联合兰索拉唑肠溶片能抑制血清 sIL-2R 等炎性因子表达。

3.6 外治法

针灸、电针、穴位贴敷、艾灸、埋线等属于中医传统疗法。针灸外可以通过经络、调气血,内可以调脏腑;电针可以在针灸的基础上加强神经、肌肉的刺激性;埋线是在针灸的基础上进行持续刺激;艾灸可温脏腑、补元气、驱寒邪;这些可以作为保健、养生及辅助疗法。其安全性良好、患者接受度高。杨家象^[45]对观察组患者采用针灸辨证取穴治疗,对照组采用西医传统三联疗法。结果显示,针灸治疗总有效率为 97.92%,传统三联疗法总有效率 82.35%,观察组总有效率高于对照组,二组相比差异显著($P < 0.05$)。杨宗保^[46]等人用电针足三里、梁门治疗 CAG,发现电针刺激足阳明胃经穴能有效修复损伤的胃黏膜,能使 CAG 大鼠的胃黏膜细胞再生修复,且通过电针刺激,可以明显抑制大鼠的胃黏膜凋亡。曹雯^[47]等通过隔姜灸足三里、气海、内关、中脘等穴位以健脾补气,理气和胃,通过改善微循环,提高 CAG 患者免疫功能,抑制炎症反应,进而修复胃黏膜。刘倩、刘永香等人^[48]在对照组(施奥美拉唑肠溶片口服)的基础上联合穴位埋线治疗(第六颈夹脊穴,中脘穴、内关穴以及足三里)治疗 CAG 患者 100 例,实验结果显示,观察组总有效率 89%高于对照组 67%,且观察组症状改善、复发率均优于对照组。

3.7 中西医结合治疗

CAG 的西医治疗方面有明确的疗效,但不良反应大,易于耐药,症状改善不明显,为取得较好的临床效果,现代医家将中西医各取优势,联合治疗 CAG,

往往取得了增效、增加安全性、明显改善症状的效果。李彩利^[49]在对照组（以雷贝拉唑或雷贝拉唑四联疗法）的基础上配合益气消痞汤（太子参，黄芪，白术，厚朴，徐长卿，白花蛇舌草，木香，枳实，海螵蛸，莪术，延胡索，王不留行，水蛭）治疗 CAG 患者 42 人，总有效率为 95.24%（40/42）高于对照组 80.95%（34/42）。邵玉^[50]将 76 例 CAG 患者平均分成两组，每组 38 人，对照组予阿莫西林、奥美拉唑肠溶片、胶体果胶铋胶囊口服，观察组在对照组的基础上予胃康舒宁方（黄连，佛手，鸡内金，土元，白术，当归，竹茹，太子参，石斛，半边莲），均治疗 1 个月。结果显示，观察组总有效率 94.79%、HP 清除率 97.37%均高于对照组总有效率 73.68%、Hp 清除率为 78.95%。李小珍，张向超等人^[51]将 88 例脾胃虚弱型 CAG 患者随机分组，每组各 44 例，对照组为常规西药治疗，观察组在对照组的基础上服用温阳健脾汤（党参，茯苓，炒白术，法半夏，甘松，砂仁，醋莪术，仙茅，淫羊藿，蛇床子，盐黄柏，盐知母，当归尾，醋柴胡，醋香附，白芍，丹参，蜜甘草），结果显示，观察组的总有效率 95.45%高于对照组 79.55%，不良反应的发生率低于对照组。

4 不足与展望

中医治疗 CAG 的优势在于个体化的辨证论治、标本兼治，对于改善临床症状、减少不良反应、减少复发、甚至逆转胃黏膜以及预防癌变有确切效果。但目前为止，中医对于 CAG 的仍有许多不足的方面，1、中药质量参差不齐，故对中药治疗的疗效难以把控。2、各家辨证分型很多，但无统一的标准，疗效评价也无确切统一标准。3、临床试验缺乏大样本及长期随访数据。4、缺乏基础药理研究及基础抗炎机制研究。因此，亟须制定中医的辨证分型及疗效评价标准，完善大样本、多中心的临床研究，加强基础实验研究，深入研究分子水平机制，为中医治疗 CAG 提供确切的依据。

参考文献

- [1]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 26 (2): 121.
- [2]李朝辉, 邹文君, 韩钰, 等. 从滞而论慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17 (4): 95.
- [3]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识

- 意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 26 (2) : 121.
- [4]熊伟. 胃镜诊断萎缩性胃炎的临床评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (30) : 148.
- [5]陈凡. 慢性萎缩性胃炎伴异型增生的治疗进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22 (6) : 346.
- [6]Sharma P K,Suri T M,Venigalla P M,et al.Atrophic gastritis with high prevalence of *Helicobacter pylori* is a predominant feature in patients with dyspepsia in a high altitude area[J].Trop Gastroenterol,2014,35(4):246-251.
- [7]Ohata H,Kitauchi S,Yoshimura N,et al.Progression of chronic atrophic gastritis associated with *Helicobacter pylori* infection increases risk of gastric cancer[J].Int J Cancer,2004,109(1):138-143.
- [8]陈佳, 李守英, 徐红. 慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33 (14) : 3540-3542.
- [9]唐亚平. 理气活血汤治疗气滞血瘀型慢性萎缩性胃炎的临床研究[D]. 山西中医药大学, 2020, 6:26.
- [10]梁方信. 胃痞与慢性萎缩性胃炎——全国第五届脾胃病学术会侧析[J]. 山东中医杂志, 1990, 9 (4) : 58.
- [11]刘玲, 李鑫浩. 应存教授运用敦煌大补脾汤治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医研究. 2018, 31 (3) : 42-44.
- [12]独思静. 基于古代文献关于痞的论述总结周斌教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[D]. 中国中医科学院, 2019, (6) : 38.
- [13]鲁国良. 李玉奇教授以痛论治慢性萎缩性胃炎[J]. 新中医, 1994, 4:12.
- [14]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 (2) : 78.
- [15]陈喜建, 王祠菊等人. 周素芳从“脾虚气滞、瘀毒内结”论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30 (1) : 68-70.
- [16]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2017 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26 (2) : 126.
- [17]潘廷越. 徐景藩教授诊治慢性萎缩性胃炎的学术经验[D]. 南京中医药大学, 2014:13

- [18] 谢超群, 王生华, 卢锦莹. 朱莹教授分期论治慢性萎缩性胃炎经验分析[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 6 (41) : 5.
- [19] 胡平, 郝传铮. 化痰祛瘀方对慢性萎缩性胃炎合并肠上皮化生患者的疗效及对胃镜病理的影响[J]. 中药材, 2019, 8 (42) : 1934-1936.
- [20] 朱良春. 国医大师朱良春全集-临证治验卷[M]. 中南大学出版社, 2016, 5: 154-155
- [21] 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, 7 (47) : 44.
- [22] 寇媛, 赵倩. 化痰消瘀方对慢性萎缩性胃炎合并肠上皮化生患者的疗效及对胃镜病理的影响[J]. 中药材, 2019, 8 (42) : 1934-1936.
- [23] 张玉峰, 刘新爱, 叶坤英, 等. 参枳消萎汤对慢性萎缩性胃炎癌前病(肝胃气滞)变转归的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 4 (22) : 175-176.
- [24] 刘红丹, 王佳薇. 补气健脾调中汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2019, 5 (26) : 731.
- [25] 孙婷婷, 唐勇, 吕文良. 张杰运用胃痞汤治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 中华中医药学刊, 2012, 6 (30) : 1206-1027.
- [26] 杜艳茹, 檀书庭, 徐伟超, 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, 5 (39) : 645-646.
- [27] 梁宝慧. 路志正治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中华中医药学刊, 2007, 4 (25) : 658.
- [28] 孙倩倩. 半夏泻心汤干预慢性萎缩性胃炎作用机制的代谢组学研究[D]. 山东中医药大学, 2019, 6: 8-9.
- [29] 崔佳佳. 黄芪建中汤防治大鼠慢性萎缩性胃炎的代谢组学研究[D]. 中医药现代研究中心, 2017, 6: 1.
- [30] 黄兹高, 黄律. 黄芪建中汤合良附丸对慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜血流量及血清氧化应激指标的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 6 (18) : 2001.
- [31] 曹晓婷. 加味黄连汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察及炎症因子水平分析[J]. 中医临床研究, 2019, 29 (11) : 47.
- [32] 刘莹, 张世超. 基于网络药理学的白花蛇舌草一半枝莲抗肿瘤作用机制研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 8 (22) : 31.
- [33] 钟元涛, 赵远红. 乌梅及其相关复方抗肿瘤机制研究进展[J]. 陕西中医, 2018, 39 (3) : 406.

- [34]刘同亭. 徐长卿抗肿瘤分子生物学机制的研究进展[J]. 实用药杂志. 2016, 33(5):455-458.
- [35]秦洛宜. 姜黄、莪术、郁金的化学成分与药理作用研究分析[J]. 临床研究, 2019, 2(27): 4.
- [36]刘冬梅, 陈艳丽. 莪术在治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变中的应用[J]. 湖北中医杂志, 2017, 4(39): 60.
- [37]陈明仁. 蒲公英提取物联合四联疗法对脾胃湿热型 Hp 感染相关性胃炎的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(35): 108.
- [38]刘双, 郭珊珊. 穿山甲药用价值概况及临床应用研究综述[J]. 林业科技通讯, 2016(7): 57-60.
- [39]徐雪莲, 魏睦新. 炮山甲联合化痰消癥方治疗慢性萎缩性胃炎伴异型增生疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 9(27): 651.
- [40]黄韶辉, 宋金东, 褚鹏程, 等. 养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎脾虚气滞证临床研究[J]. 新中医, 2020. 52(12):70-72.
- [41]项红霞, 王岩. 枳术宽中胶囊联合维酶素片治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2020. 35(4):668-672.
- [42]李可歆, 肖琨珉, 李园, 等. 摩罗丹治疗慢性萎缩性胃炎的 Meta 分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(5): 602.
- [43]乔会侠, 王玥. 自拟萎平舒胶囊联合西药对慢性萎缩性胃炎患者血清 MLT、SIL-2R 及 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(6): 433-443.
- [44]吴一芳. 胃复春片联合兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对血清人可溶性白细胞介素-2 受体的影响[J]. 临床合理用药, 2020, 13(5):55-56.
- [45]杨家象. 用针灸疗法治疗慢性萎缩性胃炎的疗效解析[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(17): 33.
- [46]杨宗保, 王亚东, 常小荣, 等. 电针抑制慢性萎缩性大鼠胃黏膜细胞凋亡的作用机制研究[J]. 中华中医药杂志, 2016, 8(31):3008.
- [47]曹雯, 张靖雯. 特定穴隔姜灸治疗老年慢性萎缩性胃炎的效果[J]. 中外医学研究, 2018, 16(23):36-38.
- [48]刘倩, 永香. 穴位埋线联合质子泵抑制剂对慢性非萎缩性胃炎患者的安全性及不良反应分析[J]. 河北医药, 2020, 8(4):33.

- [49]李彩利. 益气消痞汤联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 首都食品与医药, 2020, 7(11):1645-1648.
- [50]邵玉. 中药联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的有效性分析[J]. 中外医学研究, 2020, 18(13):37-38.
- [51]李小珍, 张向超, 崔少杰, 等. 温阳健脾汤联合西医治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(9): 114.

个人简介

一般情况

姓名：沙灵汐

性别：男

毕业院校：辽宁中医药大学

专业：中医内科学（脾胃方向）

教育经历

2013 年 9 月—2018 年 6 月就读于辽宁中医药大学 本科

2018 年 9 月—2021 年 7 月就读于辽宁中医药大学 硕士研究生

实习经历

2017 年 3 月—2018 年 6 月于大连大学附属新华医院

本科轮转实习

2018 年 9 月—2021 年 7 月于辽宁中医药大学附属医院规培实习

在学期间科研成绩

2021 年 2 月发表论文《从三焦论治脾胃病浅探》于《中国民间疗法》

2021 年 11 月发表论文《白长川教授柴胡应用心法浅析》于《中华中医药学刊》

致 谢

谨以此文致谢多年来一直支持我学习进步的人。

首先感谢我的父母，是你们多年来不断给我各方面的鼓励和支持，让我可以在无忧无虑的环境中全身心的投入到中医事业的学习和发展当中。

其次感谢我的导师吕冠华主任三年来给我学术上的指点，让我从一个对临床工作比较懵懂的医学生逐渐发展成一个敢临床、会临床的医生。

再次感谢我的室友：姜总坤、王德祥、王群、孙贺、王祉翥几年来给予我生活上的帮助。

最后，感谢各位老师百忙中给我论文的指点和参加我的论文答辩。