



密 级：
分 类 号：
学校代码：10075
学 号：20182050

硕士学位论文

基于中医传承辅助系统挖掘宋清江治疗 慢性萎缩性胃炎用药经验

学位申请人： 李文华

指导教师： 刘蒙蒙 讲师
宋清江 主任中医师

专业学位类别： 中医硕士

专业学位领域： 中医内科学

院系名称： 中医学院

答辩日期： 二〇二一年六月

Classified Index:

CODE:10075

U.D.C.:

No.20182050

Thesis for the Degree of Master

Song Qingjiang's experience in the
treatment of Chronic atrophic gastritis
based on the auxiliary system of
Traditional Chinese Medicine

Candidate: Li Wenhua

Supervisor: Liu Mengmeng

Prof.Song Qingjiang

Category of Professional Degree: Master of Traditional Chinese Medicine

Field of Professional Degree: Inter Medicine of Traditional Chinese Medicine

College: College of Traditional Chinese Medicine

Date of Oral Defense: June, 2021

河北大学

学位论文独创性声明

本人郑重声明： 所呈交的学位论文，是本人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知， 除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果，也不包含为获得河北大学或其他教育机构的学位或证书所使用过的材料。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了致谢。

作者签名： 李文华 日期： 2021 年 6 月 18 日

学位论文使用授权声明

本人完全了解河北大学有关保留、使用学位论文的规定，即：学校有权保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。学校可以公布论文的全部或部分内容，可以采用影印、缩印或其他复制手段保存论文。

本学位论文属于

1、限制公开 ☐，在_____年_____月_____日限制期满后适用本授权声明。

2、不限制公开 ☒。

（请在以上相应方格内打“√”）

作者签名： 李文华 日期： 2021 年 6 月 16 日

导师签名： 李瑞 刘春香 日期： 2021 年 6 月 16 日

保护知识产权声明

本人为申请河北大学学位所提交的题目为 基于中医传承辅助系统挖掘揭示证候
的学位论文，是我个人在导师 刘博蒙 指导并与导师合作下取得的研究成果，
研究工作及取得的研究成果是在河北大学所提供的研究经费及导师的研究经费
资助下完成的。本人完全了解并严格遵守中华人民共和国为保护知识产权所制定
的各项法律、行政法规以及河北大学的相关规定。

本人声明如下：本论文的成果归河北大学所有，未经征得指导教师和河北大
学的书面同意和授权，本人保证不以任何形式公开和传播科研成果和科研工作内
容。如果违反本声明，本人愿意承担相应法律责任。

声明人： 李文华 日期： 2021 年 6 月 16 日

摘 要

目的：本研究通过运用中医传承辅助平台（V3.0）挖掘分析宋清江治疗慢性萎缩性胃炎（Chronic atrophic gastritis, CAG）的临床遣方用药经验，有利于宋清江主任经验、思想的传承与创新，为进一步研发治疗CAG提供新药奠定理论基础，并为日后的科研及临床工作提供新参考和新思路。

方法：收集2018.09-2020.12期间在河北省保定市第一中医院名中医工作室宋清江主任门诊治疗CAG的患者首诊且符合要求的有效案例361例，录入本平台并进行整理、分析，所用以下模块“统计分析”、“方剂分析”、“症状分析”、“舌象分析”、“脉象分析”进行总结并分析宋清江主任治疗CAG的临床思路与经验，探索治疗CAG的新思路与新方法。

结果：

1 一般情况：361例首诊患者中，女性共195人（54.02%），男性共166人（45.98%），男女患CAG无明显统计学意义；患病年龄多集中在45-65岁之间；患者症状出现频次位于前三位的由高到低依次为胃胀、暖气、大便规律改变；舌脉以暗红舌、薄黄苔、弦滑脉为主；中医疾病分类，胃痞患者为252例，胃痛患者为109例；西医疾病分类，CAG伴糜烂者较多，为230例；其中中医证候分类脾胃虚弱证最多，肝胃气滞证次之。

2 方剂分析：中药“四气”统计结果显示，温性药（50.62%）和寒性药（32.99%）所用到的频次较高；“五味”统计结果示，以辛味（42.63%）、苦味（32.99%）使用频率较高；归经统计结果显示以脾胃（41.87%）为主，肺肝（28.34%）次之；功效统计结果显示，361首处方所用中药共计10类，其中以理气类（1761）药物使用最多，温里类（882）次之；药物频次统计结果显示，共使用181味中药，其中使用频次由高到低位于前10味的依次为陈皮、半夏、白芍、黄连、柴胡、紫苏梗、香附、吴茱萸、厚朴、麦芽；前十味药物用量统计结果显示，常规用量如陈皮、半夏、香附等均为10g，厚朴临床常用量为20g、其次依次为30g、10g、25g等；根据本病研究情况设置支持个数为250（相当于70%）及置信度为0.95，利用关联规则中用药模式分析，可导出13条模式；此内置条件下通过规则分析，得到16条药物关联规则；通过方剂聚类分析，提取出7条核心组合及其聚类分析直观图。

结论:

利用中医传承辅助平台（V3.0）数据挖掘技术，分析宋清江治疗CAG临证重视中焦脾胃，提倡肝脾同调；扶正解毒防恶变；临症用药多以辛开苦降，寒温并调为常，善用药对。通过中医传承辅助系统中聚类分析得出7条核心组合，可为今后临床治疗CAG遣方用药提供新的参考，推动了宋清江主任学术思想传承、发扬与创新；亦为深入挖掘宋清江主任治疗CAG提供了有力工具，有利于名老中医思想及经验的总结、传承及创新，值得进一步推广。

关键词 宋清江 慢性萎缩性胃炎 中医传承辅助系统 经验总结 中医药

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this research was by using the TCM Inheritance Support System software (V3.0), to summarize and excavate the clinical experience and the regularity of prescription to treat chronic atrophic gastritis by Song Qingjiang, in order to director of the experience Song Qingjiang, the ideas of inheritance and innovation, to provide a new clinically available combination of traditional Chinese medicine and the theoretical basis for new drug research for further research and treatment of CAG, and to provide new reference and new ideas for future scientific research and clinical practice.

Methods: Collected and arrange during 2018.09-2020.12 in the first one hospital of TCM studio Song Qingjiang of baoding city, hebei province, director of the outpatient treatment of the CAG patients first option and conform to the requirements of effective case 361 cases, this platform and sorting, analysis of the input, used the following modules "statistical analysis", "prescription analysis", "symptoms analysis", "tongue analysis", director of Song Qingjiang summarize and analysis the pulse condition analysis of clinical thought for the treatment of the CAG and experience, explore new ideas and new methods for the treatment of the CAG.

Results:

1. Basic situation: Among the 361 patients first diagnosed, 166 were males and 195 were females, and there was no statistical significance in CAG between male and female patients. Most patients were aged between 45 and 65 years old; the frequency in the former three of clinical symptoms from high to low respectively were stomach bilges, belching and change of regular stool; tongue veins are mainly dark red tongue, thin yellow moss and string smooth veins. On the basis of the classification of TCM diseases, there were 252 patients with gastric ruffian and 109 patients with stomachache. On the basis of the classification of diseases in western medicines, the CAG with erosion is relatively more, 230 cases; The most common syndromes of TCM were weakness of middle coke and stagnation of liver and spleen.

2. Analysis of prescriptions: from the statistical results of the drugs' four characters,

warm drugs were used the most, accounting for 50.26% of the total, and cold drugs were used the second most, accounting for only 32.99%. The analysis results of "five flavors" showed that the use frequency of occlusal drugs was the highest, accounting for 42.36%, followed by bitter drugs, accounting for 32.99%. The results of sorting and analyzing the meridians of zangfu organs showed that the main meridians were spleen and stomach, the second is the liver and lung meridians. The statistical results of efficacy showed that there were 10 categories in total, among which the regulating qi category was the most used, followed by the warm-li category. The statistical results of drug frequency showed that: 181 Chinese herbs were used in the aggregate, among which the top 10 were orange peel, pinellia pinellia, white peony root, coptidis coptidis, bupleurum sinensis, Perilla stem, rhizoma aromatica, dogwood officinalis, magnolia officinalis and malt. The statistical results of drug dosage in high frequency showed that the conventional dosage, such as Tangerine Peel, Pinellia Pinellia and Fragrance, was all 10g, the normal dosage of Magnolia officinalis was 20g, followed by 30g, 10g, 25g, etc. By selecting the appropriate number of support degrees (250) and confidence degrees (0.95), 13 patterns can be derived by analyzing the medication patterns in association rules. 16 association rules were obtained through rule analysis. Seven core combinations were extracted by cluster analysis.

Conclusion:

This software(V3.0) was used to collate and analyze the data, and the results were presented in a chart. The main experiences of Director Song Qingjiang in the clinical treatment of CAG were as follows: attaches great importance to advocate liver and spleen harmonization in the treatment of CAG; Strengthen and replenish deficiency, clear heat and detoxify to prevent cancer transformation. It is common to select Chinese herbal medicine with acrid flavor to promote and distribute, bitter medicine with acrid flavor to promote and regulate qi, and cold and warm flavor Chinese herbal medicine are used together, good medication alignment, and emphasis on doctor-patient communication. Through the cluster analysis under the formula analysis module of this software (V3.0), seven core combinations were obtained, which can be used as a reference for new prescriptions. The research of this

ABSTRACT

paper can provide a new reference for the future clinical treatment of CAG theory and prescription selection, and promote the inheritance, development and innovation of Director Song Qingjiang's mature academic thoughts. It also provides an effective auxiliary tool for in-depth analysis of Director Song Qingjiang's treatment of CAG, which is conducive to the summary, inheritance and innovation of famous old traditional Chinese medicine's thoughts and experiences, and is worthy of further promotion and application.

Key words Song Qingjiang chronic atrophic gastritis TCM inheritance Support system
experience summary Traditional Chinese Medicine

英文缩写

英文缩写	英文全称	中文全称
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
PLGC	Precancerous Lesions of Gastriccancer	胃癌前期病变
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌
IM	Intestinal metaplasia	肠上皮化生
TCM	Traditional Chinese Medicine	中医药

目 录

第一章 绪论.....	1
1.1 西医对慢性萎缩性胃炎的研究.....	2
1.1.1 流行病学.....	2
1.1.2 西医治疗.....	2
1.2 中医对慢性萎缩性胃炎的研究.....	3
1.2.1 证治源流.....	3
1.2.2 中医药关于慢性萎缩性胃炎的研究现状.....	5
1.2.3 名医名家诊治慢性萎缩性胃炎的经验与思路.....	9
第二章 基于中医传承辅助系统挖掘宋清江治疗慢性萎缩性胃炎用药经验.....	11
2.1 研究资料.....	11
2.1.1 资料来源.....	11
2.1.2 诊断标准.....	11
2.1.3 纳入与排除标准.....	13
2.1.4 疗效标准.....	13
2.2 方法.....	13
2.2.1 数据采集.....	13
2.2.2 处方录入与核对.....	13
2.2.3 数据库规范化处理.....	14
2.2.4 数据分析.....	14
2.3 研究结果.....	14
2.3.1 一般资料分布情况.....	14
2.3.2 症状分布情况.....	15
2.3.3 舌脉分布情况.....	16
2.3.4 病症类型分布.....	17
2.3.5 用药规律统计.....	18

第三章 讨论与结论.....	25
3.1 CAG基本情况分析.....	25
3.1.1 患病人群分析.....	25
3.1.2 西医疾病类型分析.....	25
3.1.3 中医病名分析.....	25
3.1.4 中医证候分析.....	25
3.1.5 药物“四气”、“五味”、归经分析.....	26
3.1.6 关联及聚类分析.....	26
3.2 数据挖掘宋清江诊治CAG经验.....	27
3.2.1 重视中焦脾胃，提倡肝脾同治.....	27
3.2.2 临证扶正配解毒，既病防变是关键.....	28
3.2.3 用药辛开苦降、寒热并调，善用药对，临证发微.....	29
3.2.4 重视医患交流.....	29
3.3 验案举隅.....	30
3.4 结论.....	32
3.5 问题与展望.....	32
参考文献.....	34
致谢.....	38
攻读硕士期间取得的个人成果.....	39

第一章 绪论

慢性萎缩性胃炎（CAG）以胃黏膜萎缩变薄，肌层增厚，胃固有腺体萎缩且数目减少，伴有或不伴有肠上皮化生和异型增生为主要病理特征^[1]。本病的发展转归常遵循“炎症”演变规律（Correa模式）^[2]，即“正常胃黏膜→非萎缩性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生→异型增生→癌变”逐步发展。近年来，随着临床辅助检查手段的进步，胃镜癌变筛查术的推广普及与早期预防，使本病的早期诊断较前有所改善，有效降低炎症转变率，但仍不能改变其从根本上有效降低其发病率的现状。现代临床医学对CAG的发病病因、病理机制仍不甚明确，治疗前景不甚理想，临床以缓解当前症状及改善胃黏膜炎症为主，尚未有确切有效的根治方法。而中医在治疗CAG方面理论完善、历史悠久、实践丰裕、疗效显著，具有独特优势。CAG属中医临床优势病种，临床治疗多是经方、时方加减化裁，亦或个人多年临床实践总结，遣方用药不尽相同。临床选方用药众多，单看一篇或数篇医案很难短时间找到疾病、证型和选方用药之间相互规律，不利于指导临床实践及选方用药，极大限制了中医药科研方面的快速发展。目前各个先进软件所提供的数据挖掘技术是联系中医临床与科研的一个很好的切入点，从看似海量的临床数据中提取潜在信息和知识，以期解决临床数据丰富而找不到潜在规律的瓶颈，继而发现名老中医利用中医药治疗CAG的遣方用药规律，同时也为中医药科研提供了工具。

中医传承辅助系统（V3.0）对于医学研究是一个可行性强、性价比高的多功能软件，虽目前多用于系统回顾性研究，但其通过智能化统计分析所得数据具有前瞻性、科研性价值。其延承循证理念，精准挖掘遣方用药及症状之间隐藏的相互关系及各自未被发现的临床价值，本系统另一优点为较全面的多方位整理临床病例，包括患者一般情况（性别、年龄、症状、证型、舌脉等）、处方情况（四气五味归经、药物频次、药物类别、关联规则、用药模式等），相对节省临床人力物力。相对其他临床辅助挖掘工具，本数据所得核心组合、用药模式、方药关系、新方探讨对未来无论是临床还是科研都具有极大意义。

宋清江主任师从名老中医路志正先生，是首批“河北省优秀中医临床人才”，潜心研读中医四部经典，临证谨遵《伤寒论》、《金匱要略》之法而辨证立法、处方用药，尊古而不崇古。从医30余载，精通各种消化系统疾病诊治，及其相关疑难杂症，对治疗

CAG有其独特的中医理论及方法，临床疗效颇佳，理论思想成熟、经验宝贵，具有挖掘价值。本文通过对宋清江主任多年治疗CAG经验进行挖掘分析总结，以期为临床治疗CAG提供严谨、有效的思想及遣方用药指导。

1.1 西医对慢性萎缩性胃炎的研究

1.1.1 流行病学

CAG系指多种原因造成胃黏膜病变为主要病变，为消化系统的常见病、多发病及难治病之一。二十世纪七十年代世界卫生组织已将CAG归为胃癌癌前状态，肠上皮化生、异型增生即归属于胃癌前期病变（Precancerous Lesions of Gastric cancer, PLGC）。鉴于PLGC的临床症状、体征缺乏特异性，日常生活中难以充分重视，很难做到早发现早治疗，多为各种原因以至于失治、误治，日久终演变为胃癌。流行病学调查指出CAG与幽门螺旋杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染、长期吸烟饮酒、常食高温加工食品、情绪抑郁、年龄等多个危险因素有关，亦与家族遗传、地区差异、种族差异等相关^[3-6]。CAG的患病率与胃癌的发病率为正相关^[7]。据国内外流行病学调查示，胃癌临床发病率极高，居于我国癌症、恶性肿瘤第3位，仅次于肺癌、肝癌，严重威胁着人类生活质量、生命健康，死亡率更是高居第2位^[8]，临床绝不可小觑。但较为乐观的是，有调查显示癌前状态（包括胃癌前期病变）的5年存活率尚可高达90%-95%；令人惋惜的是，倘若治疗不及时、治疗不当将恶化发展为进展期胃癌，同样5年存活率仅不足前者四分之一，且预后较差^[9]。近年来，随着临床辅助检查手段的进步，胃癌及癌前状态的早期诊断较前有所改善，但仍不能改变其从根本上有效降低其发病率的现状。

1.1.2 西医治疗

西医对CAG的发病病因、病理机制虽有所建树但仍不甚明确，治疗层面亦无有效手段及特殊突破，一般多为病因及对症治疗，以缓解当下不适症状及恢复胃黏膜状态为主。根除Hp是逆转胃黏膜萎缩、肠化、增生的主要手段之一，亦是国内外学者研究的热门课题之一，目前倡导使用三联基础上加铋剂的四联疗法进行一线治疗；其中保护胃黏膜、降低黏膜抵抗力是必要手段，胃黏膜损害进而诱发CAG的病理改变，胃黏膜保护药可促使黏膜上皮细胞分泌黏液形成保护膜，加强其对胃内有害因子的屏障作用，临床常用药如铋剂胶体果胶铋、硫糖铝混悬凝胶等；促进胃黏膜再生，此类药物对黏膜壁细胞的分

泌有明显促进作用，提高对损伤部位的防御与修复，临床常用药有铝碳酸镁、胃复春等；抗氧化剂的使用可改善因胃酸分泌少而致癌的情况，降低癌变发生率，临床用药常配维生素C、类胡萝卜素等；随着CAG病情发展，对症治疗是必不可少的手段，譬如临证见食管反流症状者，多用抑制胃酸分泌而起到对症治疗的作用，譬如替丁类药物法莫替丁、尼扎替丁等，进而达到减少胃酸分泌以缓解其反流症状。近年来，西医对调节胃肠激素分泌、改善壁细胞超微结构、调节细胞凋亡、坏死和增殖、改善胃黏膜微循环、调控原癌、抑癌基因表达、调节炎症因子水平、改善机体免疫能力、增强组织抗氧化能力等方面都有所建树^[10]。目前，西药治疗CAG并不能从根本上（恢复胃黏膜）改善、恢复病人患病前胃功能情况，疗效上也不尽如人意，短时期内部分患者可有明显缓解，但临床易于反复发作，患者满意度较低，远期效果欠佳。

1.2 中医对慢性萎缩性胃炎的研究

1.2.1 证治源流

1.2.1.1 概念历史沿革

本病可追溯自春秋战国，始称“否”“否隔”“否塞”等，《素问·五常政大论》曰：“卑监之纪……其发濡滞，其藏脾……其病留满否塞”。胃痞病名首见于东汉·张仲景所撰《伤寒论》，对本病有了较为详细的诊断与鉴别，首创治痞祖方诸泻心汤类，其临床地位犹如北斗之尊，一直被后世学者、医家所遵从、延用，影响后世甚广。隋唐金元医家对本病的理解更为详细具体，隋·巢元方所撰《诸病源候论》提出“诸痞”、“八痞”的概念。明·张介宾所撰《景岳全书》提出虚实之分，出现“虚痞”、“实痞”的概念，是本病的又一座分水岭。清末医家林佩琴所撰《类证治裁》一书又增加其新的概念，将痞满作“伤寒”和“杂病”之痞以区别，后者再详分为寒、热、虚、实等若干亚型，对后世医家及临床运用具有很大指导借鉴意义。“胃痞”是当前医学界统一公认的中医病名^[11]，不仅是慢性萎缩性胃炎患者的临床主要症状特征，还明确指出中医病变脏腑具体位置。其无特异性临床表现，临床表现主要有：痛、胀、痞、呆、噯、烧^[12]。

1.2.1.2 病因病机源流

有关本病病因病机的文献最早可追溯于春秋战国时期，如《黄帝内经》异法方宜论篇载有经典脾胃名言：“脏寒生满病”。仲景理念秉承《黄帝内经》之述要，对该病的

阐述更为详细,《伤寒论》149条:“若心下……但满而不痛者,此为痞……宜半夏泻心汤。”创影响后世甚远之名方,诸泻心汤为治各种类型胃痞之首创,临床价值非凡。《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》云:“谷气不行……心下则痞。”提出寒邪外受,久积内伤,误下伤中,正虚引邪,邪陷中焦,发为痞满。隋朝·巢元方所撰《诸病源候论》曰:“痞者,塞也……脏腑痞塞不宣通也。”金元脾胃大家李杲所撰《兰室秘藏》这样叙述饮食致湿的病机:饮食不节,平素喜食肥甘厚味者,湿热久郁于内,造成中焦胀满不舒。明清医家辈出,百家争鸣,本病发展更为丰富,譬如明·张景岳所撰《景岳全书》这样描述情志致痞:“怒气暴伤,肝气未平而痞”,提出本病可由大怒伤肝,气机不畅而致。明成祖朱棣所撰《普济方·虚劳心腹痞满》一篇更明确阐述了:“夫虚劳之人……复为寒邪所乘……故心腹痞满也。”清·林佩琴所撰《类证治裁》阐述病因增加痰气搏结为病。以上文献大抵反映出明清及以前医家认为本病以脾胃虚弱为本,湿浊痰瘀等为标的临证特点。

1.2.1.3 辨证论治源流

中医药关于本病的辨证论证及处方相关记载,最早可追溯于张仲景的《伤寒论》与《金匱要略》,譬如所载治痞名方诸泻心汤,调肝和脾之半夏、甘草、生姜泻心汤治寒热错杂之痞,泄火通腑之大黄黄连泻心汤、清上温下之附子泻心汤治不同类别的热痞,降逆化痰之旋覆代赭汤治痰气痞,温太阳腑以化水之五苓散治水气痞。《伤寒论》、《金匱要略》详述诸泻心汤的临床症状、运用及注意事项,为后世医家对痞证的辨证立法所效法、承袭。唐·孙思邈所撰《备急千金要方》创有“温通”之代表名方“槟榔散”,提出治痞之通法。金元脾胃大家李东垣创立“补土派”,自此成为脾胃病发展史上又一里程碑,其详细解释何为“内伤脾胃,百病由生”的思想,并将其理念运用于临床,《内外伤辨惑论》、《活法机要》等所载消痞丸、枳实消痞丸、枳术丸等体现消补兼施的思想,对后世温补派影响甚大,为脾胃学说之鼻祖。隋·巢元方所撰《诸病源候论》创“八痞”之名,提出“补养”和“宣导”以治痞。明·张景岳所撰《景岳全书》提出痞分虚实,虚痞宜温宜补、实痞可散可消。清朝医家叶天士所撰《临证指南医案》描述痞乃气分之郁也,属无形之邪也,痞证属热郁胸膈者效法栀子豉汤,《眉寿堂方案选存》一书提出“湿久浊凝”理论,湿邪侵袭人体乘虚入里,郁阻中焦胃脘,湿浊久滞,阻碍气机终致痞闷,为湿热论治胃痞拓展了依据与思路。

1.2.2 中医药关于慢性萎缩性胃炎的研究现状

1.2.2.1 CAG病因病机研究

CAG在传统中医学中常被归属于“胃痛”、“胃痞”、“反胃”、“嘈杂”等病证范畴，这些病名主要是依据患者客观临床症状来进行命名，这样的命名方式既反应主要症状又可指出病位，有些学者认为临床应该把中医和西医病名对应统一起来，以达临床规范化、标准化。然两种命名方式分别归属于不同理论系统，西医基于病理层面命名，而中医则根据患者的主要症状来进行规定，临床上因各种原因如医保报销、病理存档等将西医病名生搬硬套强加在中医病名上，有时候会使中医失去其特有属性。纵观各大中医经典书籍或临床教学课本，将CAG中医病因总结为：外感、情志、饮食、体虚、久病等。病位在胃脘，与肝、脾密切相关。此外，本病日久不愈，气血不畅，壅滞中焦，产痰生瘀，终致虚实夹杂，本虚标实。病因主要包括以下几方面：

1 感受外邪 外感寒邪，卫行不畅，气机郁滞，久伤于内，或伤寒误下伤中，引邪内陷，结于中焦，升清、降浊失司，遂成痞满。《伤寒论》云：“脉浮而紧，而复下之……但气痞耳。”指出外邪致痞病机，近代章虚谷先生所撰《医门棒喝》有这样的描述，湿热之邪侵袭人体，脾为阴脏主运湿，胃为阳腑主燥湿，同类相召终归脾胃。

2 内伤饮食 胃为“水谷之海”、脾为“仓廪之本”。病之所得往往恣足口欲，纵享冷饮生鲜，恣食肥甘厚味，贪恋酒浆醪醴，饮食偏嗜乖戾，用餐节律无须，终滋生痰湿浊毒，湿热盘踞中焦，阻碍脾胃气机，受累久而发病。明·戴伯寅所撰《推求医意》一书有对“湿”作具体描述：饮食之湿源于酒水、饮、奶酪等，同气相袭，先伤于水谷之海之胃腑。

3 情志失调 怒恼不畅，抑郁哀思，久郁肝滞，乘脾犯胃，终致肝脾胃失司而气机失和，或喜乐忧思伤脾生湿，久发致痞满。早在《黄帝内经》已经有了对情志致病的较为系统的描述，提出“九气说”、“五志说”。“情志病”一词首次提出，在中医文献中具体可追循至《景岳全书》，曰：“脾胃之伤于内者……伤于劳倦情志者，较之饮食寒暑为更多也。”

4 体虚久病 大凡先天禀赋欠佳，加之素体脾胃气虚，或久病及肾，或外邪伤中，中焦失于温运，脾升胃降失司，受纳腐熟水谷无权，久而发为虚痞。金元脾胃大家李杲补土派代表，其所创《脾胃论》经典脾胃名言“百病皆由脾胃衰而生也”。

1.2.2.2 临床治疗

中医临床将CAG归为“胃痞”范畴，将其分为实痞、虚痞两大类，因其为慢性迁延性胃病，病情时轻时重由多种因素所决定，故临床治疗手段亦较为多样，譬如方药治疗多以经方或时方加减为主，中医特色治疗亦不在少数，譬如针灸、推拿，饮食疗法，内服外用结合等，中医西医结合在社区医院或门诊较为常见。临床多数医家认为CAG以脾胃虚弱为本，近年来有不少医家提出从“湿热”、“瘀毒”论治。故治法大抵遵循：健脾运胃为基础，关键在“通”“导”^[13-14]。

1.2.2.2.1 古方化裁

从古至今，经方被奉为治病救人的圭臬，对于CAG乃至胃癌前病变的治疗意义重大。早在《伤寒论》、《金匱要略》中就提出治“痞”名方，五个泻心汤亦被后世医家作为治痞始祖，其适用于寒热错杂型胃肠不和之痞满，组方特点为寒热平调、升降相宜，为后世治痞提供经典参考，《伤寒论》第100条提出脾胃经典名方“腹中急痛之小建中汤”，本方以温中健脾、缓急止痛见长，凡辨证属于中焦虚寒型的胃痛皆可用之。《金匱要略》中以养胃阴、降胃逆见长的麦门冬汤治疗胃阴亏虚型CAG。金元·李东垣《脾胃论》提出补中益气汤以补气升阳健脾。宋朝由官方编撰的《太平惠民和剂局方》妙方荟萃、经方群集，譬如基础方四君子汤以补脾益气、平胃散以燥湿运脾和胃、逍遥散以疏肝养血健脾皆是治疗脾胃病名噪一时之方。明·朱震亨所撰《丹溪心法》中的保和丸，消食导滞和胃以治食积型脾胃病。清·王士雄所撰《霍乱论》中的连朴饮，曾用以治霍乱而名噪一时，其善清热化湿理气以治湿热阻胃型痞证。黄晨等^[15]提出三仁汤化裁临床能有效缓解CAG患者的临床症状，且临床实验显示对改善胃黏膜局部状况、逆转恶性癌变等病理方面亦有显著疗效。叶海潇^[16]提出二陈平胃散能显著改善胃黏膜状态、逆转癌前病变；具体表现为改善人体血清胃泌素、胃蛋白酶原等临床指标，有效减轻CAG患者的临床症状。综上可知，中医古方、经方、时方等在CAG治疗中皆发挥着不可比拟且举足轻重的作用。

1.2.2.2.2 辨证治疗

鉴于中医对本病至今仍未有明确且统一的辨证分型，历代各医家大多是从病因病机出发，结合文献及本身多年临床实践经验，以“辨证论治”为基础，在临床治病救人中各抒己见。夏军权^[17]认为CAG的基本病机为虚实夹杂，热毒、血瘀之标实相互搏于本虚

之体，治疗以益气健脾又降逆、温肾健脾又升阳、清热除湿又化痰、活血化瘀又消瘤，临床用药主张平淡取效。彭瑶^[18]认为本病病位在“胃”，与脾肝肺心肾皆相关，提出脾胃、肝胃、肾胃、心胃、肺胃之“五脏辨证论治”的理念，治疗时始终贯穿“机能一体”观，临证方药随证加减。马骏等^[19]提出“脾胃互藏五脏”理论治疗CAG，确立以脾胃为中心的脏腑辨证论治，譬如脾胃虚弱，依从心肾与脾胃论治；肝郁脾虚，依从肝与脾胃论治；寒邪犯胃，依从肺与脾胃论治。打破单纯从脾胃论治CAG的片面性和局限性，通常达变，开拓新思路。朱莹^[20]认为发病关键在于脾胃虚弱，提出三期治法。前期肝郁脾虚，临床治疗重在疏肝健脾、顺气和胃，方药选用柴芍六君加减、加味逍遥散化裁为基础；临床治疗中期脾虚痰湿，重在健脾化湿、消积化痰，方药选用香砂六君加减为基础；末期脾虚血瘀，重在健脾清热、化瘀解毒，方药选用六君加化瘀解毒之品。临床疗效显著，复发少见，远期效果理想。

1.2.2.2.3 自拟方治疗

姚轶等^[21]自拟愈胃四君汤对CAG患者进行治疗，具体药物如下：党参12g、炒枳壳12g、乌梅10g、生黄芪15g、五灵脂10g、炒白术12g、蒲黄10g、生甘草6g、路路通12g、茯苓12g、莪术8g，总有效率95.00%，结果显示可改善胃黏膜萎缩、肠化等病变，疗效确切。刘新文^[22]临床自拟益气化瘀方对CAG患者进行治疗，具体用药为：枳壳、黄芪、丹参、生甘草、莪术、山药、白花蛇舌草、当归、八月扎、党参、檀香、白芍、三棱、茯苓，临床药物常用计量以10g居多，临床总有效率为96.40%。有效减轻、阻断临床症状甚或逆转癌变，降低胃癌发生率。刘秉麟^[23]自拟滋阴养胃汤对胃阴亏虚型CAG进行治疗，方药具体如下：白芍30、沙参20、莪术20、白花蛇舌草20、石斛20、麦冬20、半枝莲15、半边莲15、玉竹10、丹参10、生地10、佛手10、水牛角3、吴茱萸3、肉桂3，临床疗效满意，能有效改善胃镜下黏膜病理表现，有效降低NF-kBp65、血清胃泌素、及血清IL-6表达，降低胃黏膜演变癌肿的风险。

1.2.2.2.4 中成药治疗

华青措等^[24]探索六味木香丸（藏医名为：日达州巴）在CAG病程中的作用机制，具体药物组成：余甘子、豆蔻、巴夏嘎、荜茇、石榴子和木香，临床具有抗炎、止呕、止痛的作用。其作用机制主要是通过c-abl癌基因1(ABL1)、雌激素受体1(ESR1)、细胞色素P450(CYP2C9)、酪氨酸激酶凝血因子受体II(F2)等多个关键靶蛋白，参与调控androgen

and estrogen metabolism信号通路、cytochrome P450信号通路及Erb B信号通路等通路，另外从遗传角度参与DNA转录、细胞变性、内分泌代谢、氧化反应等过程，进而可以多通路、多靶点进行遏制CAG恶化，协同增效发挥逆转癌前恶变作用。唐燕锋^[25]运用胃复春联合其他临床用药治疗CAG，临床证明胃复春、阿司匹林、Vb12、叶酸联合治疗CAG伴LGN；胃复春、复方尿囊素、多维片联合治疗CAG伴肠上皮化生；胃复春、叶酸联合治疗胃黏膜低级别及以上级别上皮内瘤变等，数据显示治疗组均显著高于同等对照组，胃复春为纯中药制剂，具有益气健脾、活血解毒的作用，对临床治疗CAG确有疗效。

1.2.2.2.5 中西医结合治疗

伏思燕^[26]采用中西医结合方式治疗脾胃虚弱型CAG，口服西药潘立酮片和硫糖铝咀嚼片基础上加中药健脾通络汤，具体方药如下：党参30g、大枣10g、丹参20g、茯苓20g、黄连5g、干姜15g、炒枳壳15g、炒白芍15g、炙甘草6g，临床总有效率92.50%。明显改善患者临床症状和胃部病理组织恶变，扼制病情发展，整体效果良好。王玲^[27]临床用养胃颗粒联合雷贝拉唑四联疗法治疗CAG伴Hp阳性患者，Hp根除率高达87.78%，而临床有效率高达92.22%，临床指标胃泌素（GAS）、血清胃动素（MTL）水平亦明显提高，而c-abl癌基因1(ABL1)、凝血因子受体II(F2)、雌激素受体1(ESR1)收到抑制，胃黏膜情况总体改善，机体防御功能明显提高。李燕君^[28]临床运用枫蓼肠胃康胶囊联合经典三联疗法治疗CAG伴肠上皮化生，临床治疗组显著有效，有效降低Hp根除率，降低C反应蛋白(hs-CRP)、白介素-6(IL-6)、c-abl癌基因1(ABL1)、血清肿瘤坏死因子(TNF- α)、凝血因子受体II(F2)、白介素-12(IL-12)等炎症因子水平，提高总体治愈率。

1.2.2.2.6 其他治疗

侯姿蕾等^[29]治疗CAG依据“内病外治”理论基础，给予内服汤药“化浊解毒中药免煎剂”口服基础上配合外用疗法—中药热膏摩（藿香、桂枝、元胡），总有效率为74.00%。有效减轻患者临床症状，阻断甚或逆转癌变状态。周炜等^[30]采用经络诊察取穴法针刺治疗CAG，主要根据“八十道经络能量测定仪”辅助系统和“手察经络法”原理以临床取穴，遵循“虚补泄实”的原理，临证实证加络穴、背俞穴，虚证配伍原募穴，治疗组针对胃黏膜病理变化、临床不适症状显示均明显优于对照组，远期效果稳定。司徒芸忻等^[31]临床运用中医艾条灸结合所在医院特色中医护理对中焦虚寒型CAG进行理疗，艾条灸一般选穴为：膻中、中脘、神阙、关元、足三里（双）等，中医特色护理是根据患者情况

制定的个性化措施，譬如敷贴药方、耳穴按压、按摩、膳食、日常生活护理（打太极、练八段锦）等，结果显示治疗组具有显著优势，临床症状及胃黏膜病变明显改善，加快患者临床恢复速度。

1.2.3 名医名家诊治慢性萎缩性胃炎的经验与思路

国医大师李佃贵教授^[32-34]认为本病“浊毒”理论贯穿于本病发生、演变的整个过程，病机以脾胃虚弱为其本，浊毒犯胃为其标。受朱丹溪“浊主湿热，有痰，有虚……”、叶天士“湿久浊凝”、尤以“毒者，邪气蕴结不解之谓”等古人经典启发，结合本身多年临床实践经验首创“浊毒理论”。毒以浊为之体，浊以毒为之用，如油入面，难以区分。临床自创化湿解毒方以祛湿化浊、解毒祛瘀，具体药用如下：黄芩15g、黄连15g、柴胡15g、香附15g、青皮15g、茵陈15g、陈皮9g、清半夏9g、紫苏梗12g、竹茹10g。浊毒伤阴酌情加入五味子、沙参、麦冬、乌梅、百合等；浊毒入络酌情加入川芎、桃仁、红花、三棱、莪术等；浊毒郁阻酌情加入佛手、香橼、郁金、梔子、淡豆豉等；浊毒伤食酌情加入焦三仙、鸡内金、莱菔子、槟榔等。李老临床应用圆机活法，对证精准，用药灵巧。治疗CAG时善于运用虫类药，如僵蚕、蝉蜕，水蛭、土鳖虫，全蝎、蜈蚣等以轻清祛湿，活血通络，涤痰散结，能成功逆转CAG伴有IM、异型增生。衷中参西，以胃镜作为望诊的延伸，取长补短，临床综合诊断。

国医大师朱良春教授^[35-37]认为慢性萎缩性胃炎病因病机复杂，不利于临床证型诊断，从临床实际及自己多年临床经验，对证变通，执简驭繁，将其分为三大型，而治疗中朱老善于运用特色药对，具体如下：①脾虚夹瘀型：治以益气健脾兼消瘀，常用药对有鸡内金、白术，玉蝴蝶、凤凰衣，黄芪、莪术，徐长卿、甘松，三七、鸡内金等；②阳虚夹湿型：治以温中益胃兼化湿，常用药对有香附、高良姜，黄芪、太子参，炒苍术、炒苡米，徐长卿、草拨，鸡内金、莪术等；③阴虚木横型：阴柔清养兼制肝，常用药对有佛手、绿萼梅，乌梅、白芍，北沙参、麦冬，蒲黄、五灵脂，天花粉、枸杞子等。针对本病朱老有其临床常用经验方“胃安散”，具体组成为：枸杞15g、蒲公英30g、党参30g、黄芪30g、薏苡30g、仙鹤草20g、徐长卿10g、鸡内金10g、莪术10g、白芍10g、刺猬皮10g、白芨10g、甘草6g、玉蝴蝶6g，每剂另备三七粉3g吞服以加强活血之力。结合临床兼证配伍相应对药。朱老提倡慢病缓图，慢性病起效后可由汤药转为相应丸散剂，效如桴鼓。尤其重视饮食宜忌，认为药食同源，是治疗能否快速起效的关键因素之一。

国医大师徐景藩教授^[38-39]认为慢性萎缩性胃炎临床分型复杂混乱，不易于临床疾病诊断，提出“证分三型”，即从肝胃不和、脾虚气滞、胃阴不足辨证论治，执简驭繁，疗效显著。受李东垣：“饮食不节，劳逸所伤……乃血所生病。”及叶天士新病病浅“初病气结在经”，久不愈病位入里“久病则血伤入络”所启发，重视审因辨瘀，具体如下阐述如下：①中虚气滞证：治以调中理气兼活血化瘀，自拟调中理气汤加减，具体用药仙鹤草、党参、三棱、怀山药、炙黄芪、木香、白术、鸡内金、茯苓、当归、陈皮、炙甘草等。②肝胃不和证：治以疏肝和胃兼行瘀活血，自拟疏肝和胃汤加减，具体用药柴胡、橘皮、橘络、茜草、白芍、紫苏梗、枳壳、茯神、香附、莪术、郁金、红花、鸡内金、炙甘草等。③胃阴不足证：治以益阴养胃兼舒气顺血，自拟养胃理气汤加减，具体用药丹参、北沙参、乌梅、山药、牡丹皮、生地黄、石斛、鸡内金、百合、木蝴蝶、麦冬、绿萼梅、玉竹、佛手、天门冬、芦根、炙甘草等。临证重视舌诊、腹诊的有机结合，遣方用药灵活准确，擅于结合现代医学手段，如伴肠上皮化生、异型增生者酌情加入石见穿、半枝莲、重楼、白花蛇舌草等药物以软坚散结、活血消癥。

张镜人教授^[40-41]认为萎缩性胃炎临证多属气虚血瘀型，以中老年患者多见，CAG病程一般较长，病史不足5年者以气滞证多见；病史超过5年者以气虚证多见，临证可兼有胃阴虚或血瘀状。后者病机虽以气滞为主，日久郁热不散耗气伤血，终为气虚血瘀。创有经验方“萎胃安”以调气活血和胃，临床兼证亦灵活增减如：胃脘部刺痛、位置固定：刺猬皮、九香虫，胃脘痞满胀甚：佛手、炒枳壳，胃脘嘈杂、多食易饥：白扁豆、山药，口苦咽干舌燥：沙参、石斛，纳食不振：六神曲、麦芽、山楂，大便稀溏：防风炭、炮姜炭等；气滞为主的治疗大法为疏肝健脾、和胃安中，自拟安中汤，肝胃不和者用自拟柴芍和胃汤加减，兼证亦灵活增减如：痛甚加延胡、九香虫，噎气加旋覆花、赭石，胃酸缺乏加乌梅、木瓜，胃脘嘈杂加山药、香扁豆，便溏酌情加炭类、炒类如炒六神曲、焦山楂，大便不通加望江南、全瓜蒌，出血者酌情加入当归炭、仙鹤草、三七，气虚明显者酌情加入六君、党参，阴虚明显者加入川石斛、南沙参，舌暗唇紫酌情加入失笑散当归、丹参等，临床亦善用解毒药预防及控制逆转，治疗CAG或PLGC每每获奇效。张老为进一步探索本病中医宏观辨证和西医微观病理诊断的关系，在将近三万余人的专科调查中得出确定性关系，开拓了本病的中医辨证新局面，为现代化中医药弥补了空白。

第二章 基于中医传承辅助系统挖掘宋清江治疗慢性萎缩性胃炎 用药经验

2.1 研究资料

2.1.1 资料来源

本研究拟定以2017年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[12]和2012年《中国慢性胃炎共识意见》^[42]作为临床诊断参考指南，以2018.09-2020.12期间在河北省保定市第一中医院名中医工作室宋清江主任门诊治疗CAG的361位患者的首诊中医门诊处方为资料来源，其中包括收集患者的基本情况和处方用药。

2.1.2 诊断标准

2.1.2.1 西医诊断标准

参照2017年9月16日于宁夏订立的《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[43]、2004年《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[44]和2017年《慢性胃炎及上皮内肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识》^[45]。

(1) 内镜诊断标准

内镜下可见CAG胃黏膜色泽变暗，多为灰色甚或灰白色样改变，黏膜腺体萎缩变薄，其表面可呈结节状、花斑样甚至铺路石样改变等，粗糙不平，皱襞趋于变平甚至消失，或可见黏膜局部水肿覆盖粘液，黏膜下血管连续均匀透见可达表层。

(2) 病理诊断标准

临床医师参照内镜下表现及病理结果，对患者胃黏膜腺体萎缩的程度及范围做出相应的临床判断。主要根据胃黏膜固有腺体的萎缩及减少范围划分为轻、中、重三等，肠上皮及异型细胞占胃黏膜表面上皮的程度比例，分为轻、中、重三等。

2.1.2.2 中医诊断标准

参照2017年《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》^[46]和2009年《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[47]进行制定。

(1) 中医病名诊断

临床以胃脘痞闷胀满为主要症状者，归属“胃痞”；以胃脘疼痛不适为主要症状者，

归属“胃痛”。

（2）中医证候诊断

1) 肝胃气滞证

主症：①胃脘部胀满；②胁肋部胀痛。

次症：①主症因情绪变化而变化；②胸闷不舒；③嗳气频作；④善太息。

舌脉：舌淡红；苔薄白；脉弦。

2) 肝胃郁热证

主症：①胃脘灼痛；②两胁胀闷或疼痛。

次症：①烦躁易怒；②泛酸嘈杂；③口干；④口苦。

舌脉：舌质红；苔黄；脉弦或数。

3) 脾胃湿热证

主症：①胃脘灼痛。

次症：①身重倦怠；②恶恶欲吐；③口中粘腻；④大便粘滞。

舌脉：舌质红；苔黄厚或腻；脉滑数。

4) 胃络瘀阻证

主症：①胃脘刺痛。

次症：①位置固定；②疼痛拒按；③面色暗滞。

舌脉：舌质暗红；有瘀点、瘀斑；脉弦涩。

5) 胃阴不足证

主症：①胃脘灼热隐痛。

次症：①饥不欲食；②食少形瘦；③口燥咽干。

舌脉：舌红少津；少苔；脉细数。

6) 脾胃虚弱证(脾胃虚寒证)

主症：①胃脘隐痛。

次症：①喜温喜按、时轻时重；②食后脘闷；③四末不温；④泛吐清水；
⑤倦怠懒言；⑥大便稀溏。

舌脉：舌淡；苔薄白；有齿痕；脉濡或细弱。

证候诊断：主症必备，伴有至少2项及以上次症，参照舌脉；上述临床证候往往相兼

出现，随着病情的推移，临床症状可出现动态变化，诊断时需仔细甄别。

2.1.3 纳入与排除标准

2.1.3.1 纳入标准

- (1) 患者一般资料完整。
- (2) 符合中、西医证候诊断标准的患者。
- (3) 复诊次数不少于2次，且治疗效果显著。

2.1.3.2 排除标准

- (1) 剔除不符合以上标准，但被误纳入者。
- (2) 因各种因素而资料不完整者。
- (3) 治疗结果无效患者。

2.1.4 疗效标准

参照2017年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》疗效标准^[48]。以3-6个月为一疗程，一个疗程结束后可采用尼莫地平法进行评估，以患者就诊时主要症状消除为主，参考次要症状结合舌脉为基础的评定。

尼莫地平法评定结果结合复查胃镜病理显示，从而确定有无临床疗效。疗效结果分为有效：胃黏膜萎缩情况改善或恢复，肠生、不典型增生情况逆转甚或恢复；无效：胃黏膜情况几乎无改善，甚或加重。

2.2 方法

2.2.1 数据采集

将2018.09-2020.12期间在河北省保定市第一中医院名中医工作室门诊收集到的361位CAG首诊案例以Excel形式采集，包括患者姓名、年龄等身份信息，及患病情况如症状、舌脉等一般资料，及就诊处方、药量等基本信息。

2.2.2 处方录入与核对

将临床收集且筛选整理后的有效数据，输入由本软件提供的Excel表格中，并将此表格上传“中医传承辅助平台（V3.0）”软件。鉴于录入过程将可能出现的误输、漏输等纰漏，为保证原始数据的完整性、准确性，平台分析结果的真实性、可靠性，完成数据录入结束后，除录入本人以外，另需两人对原始资料和录入数据进行一一校对审核。

2.2.3 数据库规范化处理

鉴于中药存在古今异名、同根异名、区域异名、炮制方法等不同，因此录入前参照新世纪（第二版）的《中药学》课本进行统一规范化处理。譬如淡附片、黑顺片、炮附子规范为附子，北柴胡、醋柴胡规范为柴胡，法半夏、姜半夏、清半夏规范为半夏，临床省略词“焦三仙”规范为六神曲、麦芽、山楂等。

2.2.4 数据分析

借助“中医传承辅助平台（V3.0）”软件“数据分析系统”模块下的“统计分析”功能，对所收集病例的性别、年龄、西医疾病、中医疾病、症候及治则治法等一般情况和处方中药物的功效及其四气五味、归经情况进行整理与分析，将其所得结果以图表形式直观展示。

借助“中医传承辅助平台（V3.0）”软件“数据分析系统”模块下的“方剂分析”功能，对所收集病例处方的药物频次、关联规则、聚类分析及用量统计进行数据挖掘、整理与分析，将所得结果以统计图表、网络关系图的形式进行直观展示。

借助“中医传承辅助平台（V3.0）”软件“数据分析系统”模块下的“症状分析”、“舌象分析”、“脉象分析”，对所收集病例进行数据挖掘、整理与聚类分析，同样将所得结果以图表形式进行直观展示。

2.3 研究结果

2.3.1 一般资料分布情况

收集整理的361例CAG患者中，男性166例，占45.98%；女性195例，占54.02%；男女比例1.00:1.17（见图2-1）；收集整理的361例CAG患者中，年纪最小患者仅有15岁，年长者最大为81岁，统计结果显示患者年龄大多集中在45-55，55-65岁之间（见图2-2）。

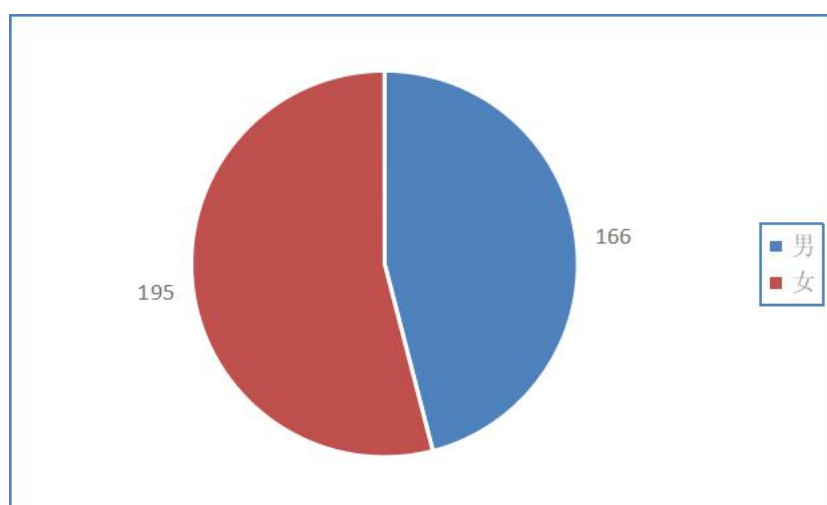


图2-1 性别分布图

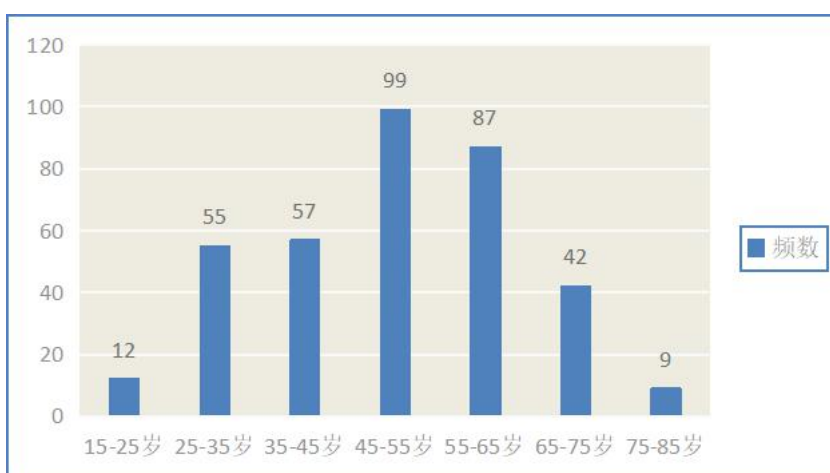


图2-2 年龄分布图

2.3.2 症状分布情况

收集整理的361例CAG患者中，共收集24种症状，出现频次位于前三位的分别是胃胀（251）、嗝气（233）、大便规律改变（230），频次位于前十位还有胃痛（173）、纳呆（171）、烧心（133）、反酸（123）、口苦（119）、睡眠规律改变（78）、平素怕凉（60）。（见图2-3）

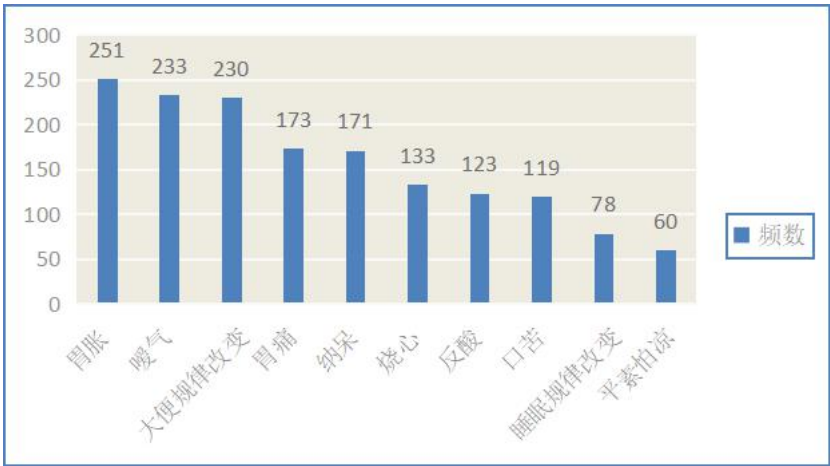


图2-3 症状分布图

2.3.3 舌脉分布情况

2.3.3.1 舌象

本次研究整理中，患者舌质以暗红舌最为常见，占44.60%，其次由高到低分别为淡红舌、红舌、齿痕舌；舌苔以薄黄苔最为常见，占61.77%，其次由高到低分别为黄苔、黄厚苔、白（薄白）苔、薄微黄。（见表2-1）

表2-1 舌象分布情况表

舌质	频次	百分比	舌苔	频次	百分比
暗红舌	161	44.60%	薄黄苔	231	63.99%
淡红舌	147	40.72%	黄苔	36	9.97%
红舌	51	14.13%	黄厚苔	16	4.43%
齿痕舌	30	8.31%	白苔	14	3.88%
			薄白苔	10	2.77%

2.3.3.2 脉象

本次研究整理中，患者以弦滑脉最为常见，占39.89%；其次为沉弦脉、沉弦滑脉、沉滑脉、沉细脉、弦滑数脉、沉脉、滑脉、弦脉、沉弦细脉。（见表2-2）

表2-2 脉象分布情况表

脉象	频数	百分比	脉象	频数	百分比
弦滑脉	114	31.58%	弦滑数	16	4.43%
沉弦脉	63	17.51%	沉脉	14	3.88%
沉弦滑脉	42	11.63%	滑脉	12	3.32%
沉滑脉	26	7.20%	弦脉	9	2.49%
沉细	21	5.82%	沉弦细脉	8	2.22%

2.3.4 病症类型分布

2.3.4.1 西医疾病类型分布

在361例CAG患者中，伴糜烂的有230例，占63.71%；伴肠上皮化生的有94例，伴胆汁反流的有44例，伴异型增生的有39例。（见图2-4）

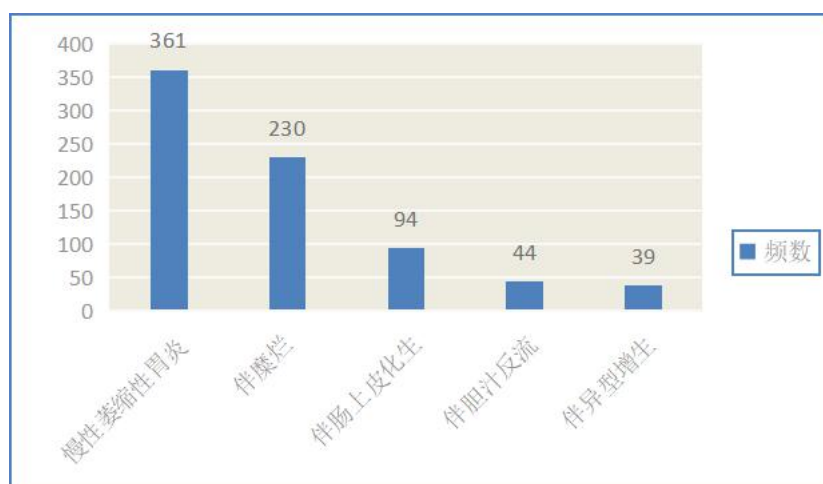


图2-4 西医疾病类型分布图

2.3.4.2 中医疾病类型分布

在361例CAG患者中，胃痞者252例，占69.81%；胃痛者109例，占30.19%。（见图2-5）

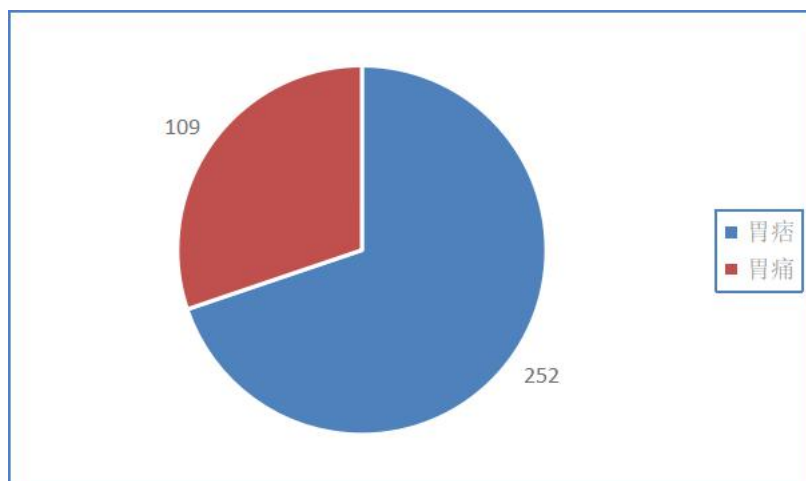


图2-5 中医疾病类型分布图

2.3.4.3 中医证型分布

在361例CAG患者中，出现证候位于前两位的分别为脾胃虚弱、肝胃气滞，分别为231、225，其次由高到低一次为肝胃郁热（60）、胃络瘀阻（47）、脾胃湿热（42）、胃阴不足（3）。（见图2-6）

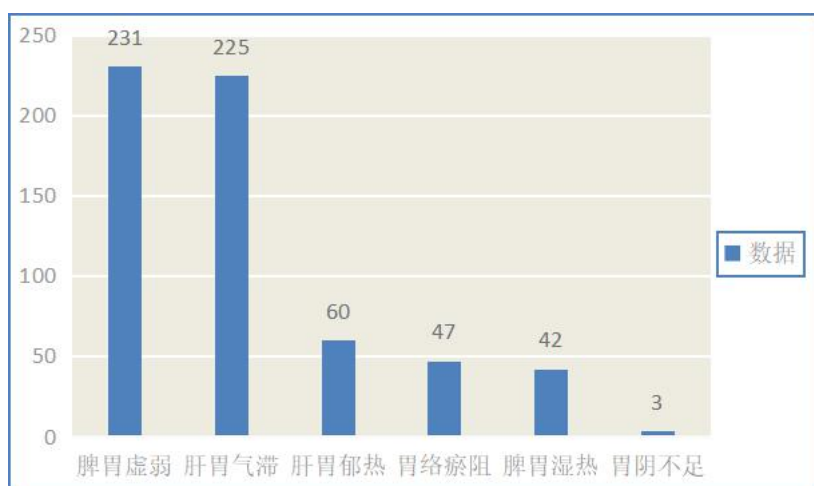


图2-6 中医证候分布图

2.3.5 用药规律统计

2.3.5.1 药物“四气”、“五味”、归经统计

对361首处方的药物进行统计分析，“四气”统计结果显示：温、热、寒、凉、平药物的使用频次分别为：3079、638、1481、35、850，其中温性药占比最大为50.62%，其次为寒性药占24.35%（见图2-7）。“五味”统计结果显示：酸、苦、甘、辛、咸药物的使用频次分别为：898、3378、1370、4364、228，使用频率最高的两味所占比例分别为：辛（42.63%）、苦（32.99%）（见图2-8）。归经统计位于前四位的依次是脾（4980）、胃（3360）、肺（3235）、肝（2411），其次分别为心（1380）、肾（1328）胆（1202）大肠（1031）、三焦（485）、小肠（265）、膀胱（240）、心包（3）依次递减（见图2-9）。

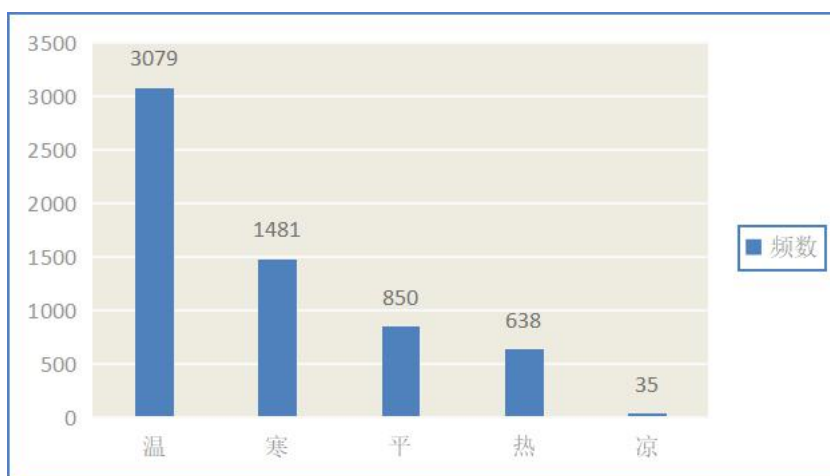


图2-7 用药“四气”分布图

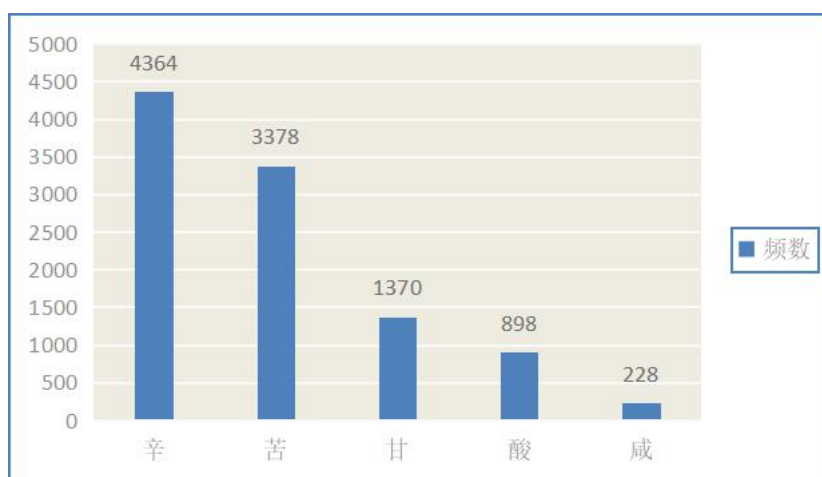


图2-8 用药“五味”分布图



图2-9 用药归经分布图

2.3.5.2 药物使用频次统计

2.3.5.2.1 药物频次与用量统计

对361首处方的所有药物进行频次与用量统计，按照药物使用频率进行由高到低统计，共计181味中药，其中药物频次使用由高到低的前十位依次为陈皮、半夏、白芍、黄连、柴胡、紫苏梗、香附、吴茱萸、厚朴、麦芽，及其常规用量如表2-3所示，由于数量偏多，现仅展示使用频率较高、变化较大且具有代表性的中药，譬如厚朴、饴糖的点折线图。（见图2-10、2-11）

表2-3 药物频次及最常使用量

序号	药物名称	频次	用量
1	陈皮	353	10
2	半夏	338	10
3	黄连	290	6、3
4	紫苏梗	286	10
5	白芍	282	10、20、15
6	柴胡	277	10、15
7	吴茱萸	258	3
8	香附	257	10
9	麦芽	224	15
10	厚朴	224	20、30、10、25

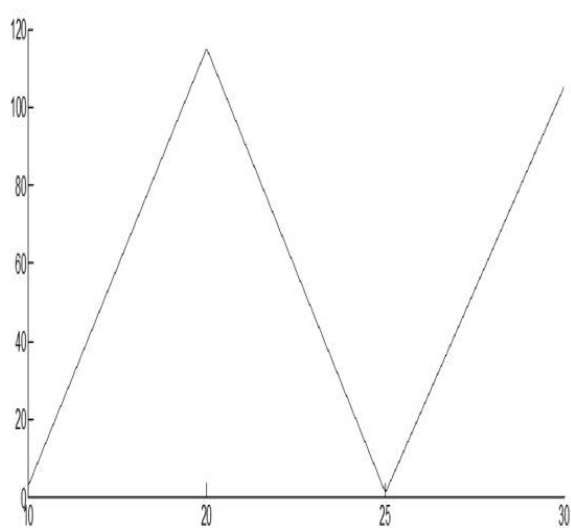


图2-10 厚朴药物用量点

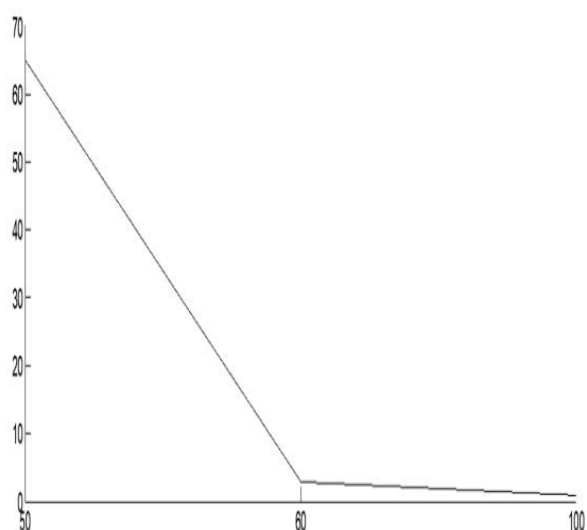


图2-11 饴糖药物用量点

2.3.5.2.2 药物功效频次统计

对361首处方的181味中药进行功效统计，使用频率最高的为理气类，共计1761次，占29.64%；其次由高到低依次为温里类（882）、解表类（819）、补虚类（738）、清热类（575）、化痰止咳平喘类（422）、化湿类（272）、利水渗湿类（229）、活血化

瘀类（140）、收涩类（104）。（见图2-12）

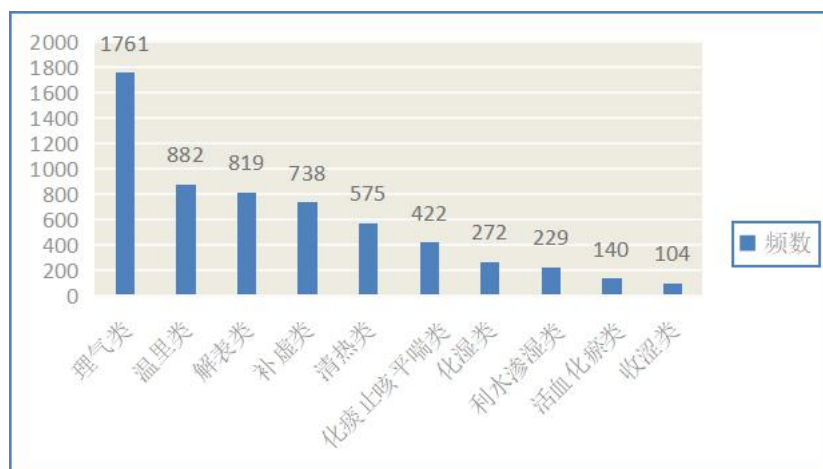


图2-12 中药分类分布图

2.3.5.3 关联规则分析

将运用“数据分析系统”模块下的“方剂分析”，其中内置的“关联规则”分析，综合分析将支持个数（即设置出现的药物组合在所有处方中出现的频次数）设为250，相当于70%，置信度设为0.95；此条件下用药模式共得到13条数据，为宋清江主任治疗慢性萎缩性胃炎较为常用的药对，具体见表2-4；此内置条件约束下，可得到6味核心中药，所得核心药物可以看作是宋清江主任治疗慢性萎缩性胃炎的关键药物，也可以看作是必用药物；同样在此内置条件下进行规则分析可得到16条关联规则，具体见表2-5；同时借助此软件可得到相同条件下的网络拓扑分析图，具体见图2-13。

表2-4 支持个数为250，置信度为0.95的药物组合频数

序号	用药模式	频次	序号	用药模式	频次
1	半夏，黄连	266	8	陈皮，半夏，白芍	255
2	陈皮，黄连	274	9	陈皮，半夏，柴胡	256
3	陈皮，半夏，紫苏梗	267	10	半夏，柴胡	257
4	陈皮，紫苏梗	274	11	陈皮，白芍	268
5	半夏，紫苏梗	268	12	半夏，白芍	256
6	陈皮，柴胡	269	13	陈皮，半夏，黄连	265
7	陈皮，半夏	336			

表2-5 支持个数为250，置信度为0.95的药物组合关联规则

序号	关联规则	置信度	序号	关联规则	置信度
1	黄连一>半夏	0.96	9	陈皮一>半夏	0.95
2	黄连一>陈皮	0.99	10	半夏，白芍一> 陈皮	1
3	半夏，紫苏梗一> 陈皮	1	11	陈皮，白芍一> 半夏	0.95
4	陈皮，紫苏梗一> 半夏	0.97	12	半夏，柴胡一> 陈皮	1
5	紫苏梗一>陈皮	1	13	陈皮，柴胡一> 半夏	0.95
6	紫苏梗一>半夏	0.97	14	白芍一>陈皮	0.97
7	柴胡一>陈皮	0.98	15	半夏，黄连一> 陈皮	1
8	半夏一>陈皮	1	16	陈皮，黄连一> 半夏	0.97

药物关系图

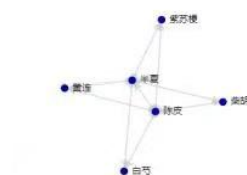


图2-13 核心药物网络拓扑图

2.3.5.4 聚类分析

通过“方剂分析”模块下的“聚类分析”进行分析，综合本病证型进行K值设置，设置聚类个数为K=7时最为合适，可提取出7条核心组合，用于临床新方探讨，具体见表2-6；此内置条件下得到方剂聚类分析图（kmeans算法+聚类），具体见图2-14，方剂聚类分析图（kmeans算法+回归模式），具体见图2-15，不同颜色的小圆点的多少表示相应方剂数量的多少。点数越集中于回归线即代表可信度越高，类方越集中。反之，点数分散代表分析所得核心组合分散、无意义。

表2-6 药物核心组合

序号	核心组合
1	陈皮，半夏，柴胡，白芍，黄连，吴茱萸，海螵蛸，贝母
2	陈皮，半夏，白芍，甘草，生姜，桂枝，饴糖，大枣
3	半夏，陈皮，柴胡，紫苏梗，黄连，吴茱萸，厚朴，白芍
4	半夏，陈皮，石菖蒲，柴胡，干姜，麦芽，青皮，茯苓
5	陈皮，半夏，柴胡，木香，干姜，白芍，香附，厚朴
6	陈皮，半夏，香附，柴胡，紫苏梗，白芍，大腹皮，厚朴
7	半夏，陈皮，白芍，柴胡，紫苏梗，香附，厚朴，黄连

方剂聚类分析图(kmeans算法 + 聚类)

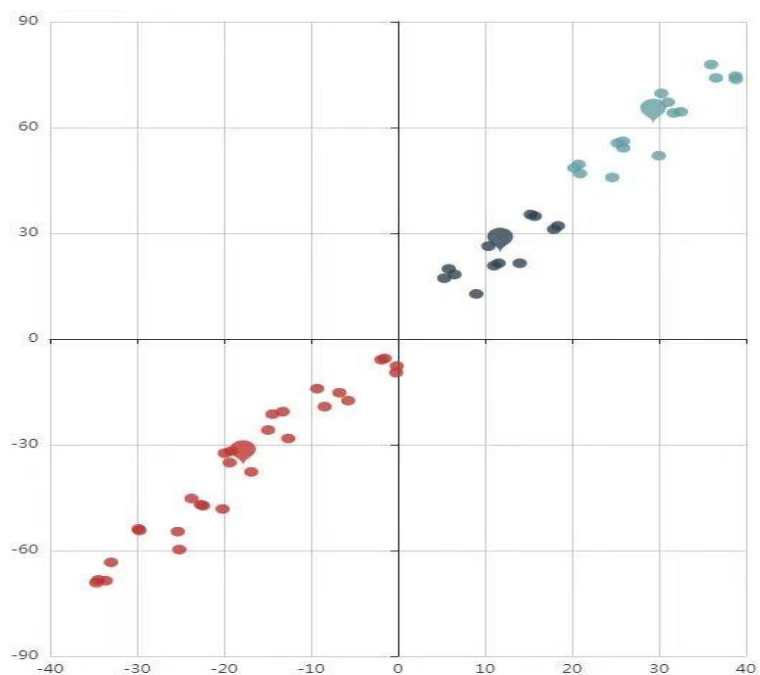


图2-14 K=7方剂聚类分析图 (kmeans算法+聚类)

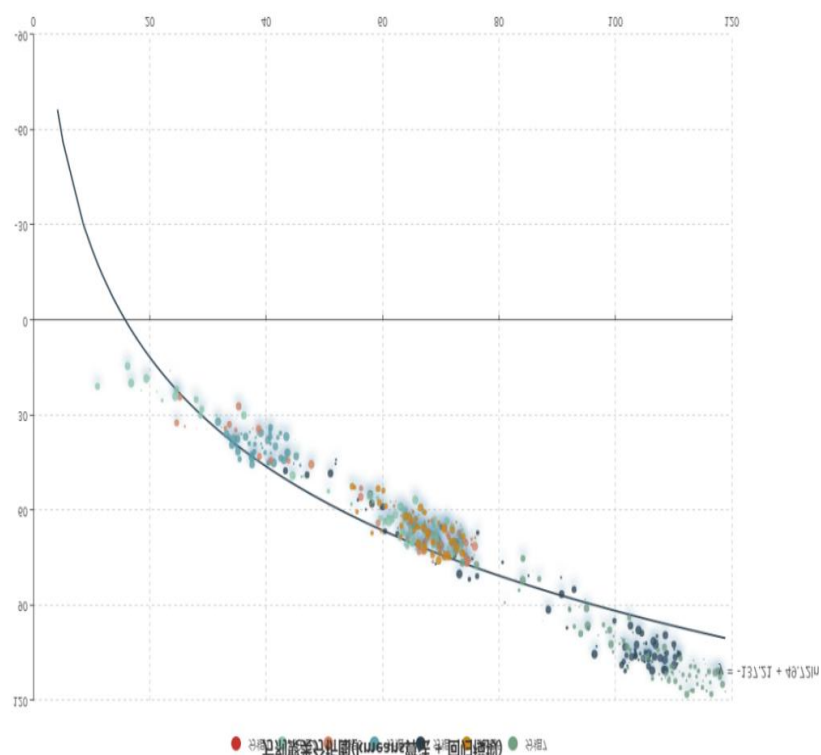


图2-15 K=7方剂聚类分析图 (kmeans算法+回归模式)

第三章 讨论与结论

3.1 CAG 基本情况分析

3.1.1 患病人群分析

数据挖掘结果显示CAG的发生与性别无关；80岁以上数据较少，鉴于患病年龄较大伴随基础疾病较多且复杂，多拒绝做胃镜，故显示患病率较低^[49]；多数患病人群集中在45-65岁之间，提示中老年为本病的高发人群，女子七七，男子八八，正气弱、肾气衰、天癸竭，百病由生。此与流行病学调查显示易患人群年龄如出一辙，45岁以下数据分析结果显示患病率较之前数据也有明显增加^[5]，最小年龄为15岁，甚至有调查显示最小年龄不足10岁^[6]，说明本病有年轻化趋势。本病归属于胃癌前病变范围，因此对本病的早期发现、诊断与治疗对预防癌变意义重大。

3.1.2 西医疾病类型分析

由图2-4示，CAG患病人群中，伴糜烂者较多，占总人数63.71%，但伴肠上皮化生和异型增生的人数也不少，且有资料显示其癌变风险较前显著提高，甚者部分地区可高达30%^[50]，值得引起高度重视。

3.1.3 中医病名分析

从患病症状分布情况显示，胃胀、暖气、大便规律改变、胃痛为CAG的常见临床主症，印证中医病名归属于“胃痞”“胃痛”的准确性；中医疾病统计图显示胃痞患者252例，占69.81%，临床本病就医者以胀多于痛者多见，近年来随着生活水平、健康理念不断提升改善，患者养生保健意识、体检就医观念不断提高，使得本病发病率较前有所缓解。

3.1.4 中医证候分析

图2-6中医证候分布图所示CAG临床以脾胃虚弱和肝胃气滞证为多见，约占总人数四分之三，其次由高到低出现的频次为：肝胃郁热、胃络瘀阻、湿浊内阻、胃阴不足；舌脉以暗红舌、薄黄苔、弦滑脉为主。综上可知，本病久置（失治误治）而终现湿浊瘀毒之标。同时反应出舌诊、脉诊在脾胃病辨证的重要性，临证

诊断结合胃镜，胃镜下黏膜表现作为望诊的补充与延续，迄今为止，胃镜仍是现代医学治疗CAG乃至消化系统疾病的主要诊查手段，镜下黏膜表现弥补传统中医望诊的局限与不足。

3.1.5 药物“四气”、“五味”、归经分析

基于中医辅助系统（V3.0）对药物统计结果显示，“四气”中以温性药物为主，占50.62%。温性药能起到温里寒、温化水、通经脉等效果，温性药多能起到恢复机体功能作用，针对CAG首要恢复脾胃运化受纳的基础功效。寒性药次之，寒者可清热开窍、活血解毒等，临床伴肠化、异型增生者临证多有毒瘀，以达清热解毒活络之效。挖掘分析得出宋清江主任治CAG用药以寒温并用为特点。

据软件分析结果示“五味”以辛味和苦味药为主，药味属辛者善辛散走窜主动属阳，能发散解表、行气解郁、化瘀活血；苦者善清泄降逆主动属阴，能清火热、燥湿邪、降气逆、通肠腑、泻保阴。宋清江主任临证尊古而不拘古，“五味”用药多遵辛开苦降之法，此法程钟龄先生在《医学心悟》的八法中归为“和法”，仲景在《伤寒论》中首创苦辛通降之法，以诸泻心汤为代表。

归经统计结果显示以脾胃为主，肝肺次之，涉及全身多个脏腑，其处方归经显示对脾胃有特殊的亲和作用。脾为太阴湿土之脏，主运化水谷、主升清；胃为多气多血之腑，主受纳腐熟水谷、主通降。脾得胃阳温煦而运化健旺，胃得脾精濡润而通降自常，脾胃相为表里，燥湿相济，升降相依，纳化互助，协同完成受纳、化生、升降、输布及统摄等功能。清·陈念祖所编撰《医学实在易》中深入浅出的论述脾胃与其他各脏腑的关系，尤其指出肺主宣发对全身脏腑经络气机的重要性。肺主治节、朝百脉，司呼吸正常则宗气化之有处，全身气机调畅是其他脏腑正常工作的前提，且肺与大肠相表里，肺气宣降正常，糟粕得顺下，肠腑功能得以维持正常。肝主疏泄，性刚强，畅达全身气机，气机达则津液布血液输，气机通则升降序活动行，全身各机能有条不紊的进行。基于“阳从左、阴从右”中医圆运动的理论，而知中医肝生于左，肺藏于右。脾升胃降与肝升肺降共同承担着调畅全身气机的作用。进而总结得出宋主任治疗CAG多从脾胃论治，兼顾肝肺的独特规律。

3.1.6 关联及聚类分析

基于中医辅助系统（V3.0）“方剂分析”模块下关联分析结果显示，可得到

13条用药模式以供临床用药借鉴，具体如下1、半夏，黄连；2、陈皮，黄连；3、陈皮、半夏、紫苏梗；4、陈皮，紫苏梗；5、半夏、紫苏梗；6、陈皮，柴胡；7、陈皮，半夏；8、陈皮，半夏，白芍；9、陈皮，半夏，柴胡；10、半夏，柴胡；11、陈皮，柴胡；12、半夏，白芍；13、陈皮，半夏，黄连。总结其核心用药共有6味，分别为：陈皮、半夏、柴胡、白芍、黄连、紫苏梗，以此为基础进行分析，为宋清江主任临床用药多肝脾同治、用药多辛开苦降、寒温并用提供数据支持。亦为临床用药提供可借鉴的新的药物组合及治疗CAG的核心用药，同时也为中医药科研提供新的研究方向及课题。方剂聚类分析得出7条核心组合，如表2-6药物核心组合图所示，以此为基础供临床治疗CAG新方借鉴，有待临床进一步核实，为中医科研提供新的参照。数据智能分析所得核心组合为研究宋清江主任治疗CAG提供了可探寻的新思路，为其临床遣方用药提供了探索的新方向，但值得注意的是，其具体应用于临床需经过反复多次的临床试验、检测。

3.2 数据挖掘宋清江诊治 CAG 经验

3.2.1 重视中焦脾胃，提倡肝脾同治

《脾胃论》曰：“百病皆由脾胃衰而生也”，《临证指南医案》一书有这样的描述：脾胃病起始于肝，或情志不畅、或气机郁结，发展演变终致胃病。故有脾统四脏，从肝论治的理论思想。宋主任遵先贤思想“四季脾旺不受邪”，认为脾胃虚弱为其发病基础，临证重视中焦脾胃，治疗提倡肝脾同治理论。随着社会快速发展，各种压力随之增加，快餐式生活方式开始普遍，不良生活方式随之到来，譬如恣足口欲，纵享冷饮生鲜，恣食肥甘厚味，贪恋酒浆醪醴，饮食偏嗜乖戾，用餐节律无须、作息黑白颠倒等。皆可耗伤人体正气，久致脾胃之气亏虚，升降运化功能失常，久而滋生痰湿浊毒，湿热盘踞中焦，日久郁而化热化毒，终使人体“内环境”遭到破坏。清朝医家沈金鳌在《沈氏尊生书》一书中这样描述：胃痛以情志失调最为常见，以木性暴，久郁化火，五行生克，肝先传脾。肝主疏泄而调畅全身气机，其或横逆太过，或疏泄不及，皆可影响消化功能的正常发挥，脾胃功能失司继而中焦气滞或湿浊内阻，百病由生，可见肝脾皆是CAG致病的关键。脾胃系与肝胆系生理密切相关，五行相生相克；病理亦密不可分，五行相乘相恶；治疗相互为用，肝脾同调，脾胃病患者宜加疏肝药，肝胆病患者宜加健脾药；用药相互配伍，刚柔相济，理气生血相互为用。宋主任所遵从的根本治疗

大法为疏肝运脾和胃，选方用药遵从动静互配，刚柔相助；性味常遵寒温并用，辛开苦降之法。从中医传承辅助平台（V3.0）用药分析结果来看，处方用药前10味中皆属于这一范畴。值得一提的是用药遵：疏肝理气而非破气伤阴，如善用佛手、香橼、玫瑰花、合欢花等疏肝理气平和而不破气耗胃阴；健脾运脾而非补脾碍胃，如陈皮、厚朴、半夏、大腹皮等健脾化湿而不补腻氲胃；辛香温燥、滋腻碍胃之药临床治疗CAG几近不用或少用。此外，怡情纾解亦需重视。脾以升运为健，胃以通降为和，肝以调达为要，尊此则痼疾不起，百病不生。

3.2.2 临证扶正配解毒，既病防变是关键

CAG属于胃癌前病变状态，临床宜充分引起重视，数据显示其患病率与胃癌的发病率呈正相关。从中医传承辅助软件统计结果示，361例CAG患者中，伴有糜烂、肠化、异型增生者不在少数，因此临床防癌变观念应引起充分重视，亦是中医既病防变思想的具体体现。胃镜下黏膜表现作为中医望诊延伸与补充，是现代中医是弥补与发展。宋清江主任治疗PLGC时常遵从“毒瘀”理论，法效扶正解毒祛瘀。湿久成浊，热久成毒，浊毒与瘀血互结，日久阻于胃络，渐成胃镜下有形之积。与多位知名全国名老中医如张镜人、朱良春、李佃贵等思想甚相吻合。临床患者凡胃镜及病理检查结果示可归为PLGC者，尤其程度已达重症，无论临床是否显示相关症状，或症状严重程度与胃镜病理显示是否相符，临证皆可酌情加入清热解毒抗癌变药物，临床常用如白花蛇舌草、石见穿、半枝莲、僵蚕、半边莲等，截断及逆转癌前病变。现代药理研究抗癌抗肿瘤中药多以清热解毒、软坚散结及提高免疫力为主，与宋主任所主张的扶正解毒不谋而合。

现代药理研究表明：白花蛇舌草所含环烯醚萜类、黄酮类、多糖类及萜类具有显著抗肿瘤活性作用，此外还可抗炎、抑菌、增强或调节免疫力，抗氧化，属于广谱抗癌药^[51-52]。半枝莲所含酸性多糖SBPS、总黄酮、乙醇等多种提取物皆具有增强机体免疫调节、抗氧化、抑制癌细胞的端粒酶活性、抑制肿瘤血管生成、抑制肿瘤细胞增殖繁衍等作用，其药理作用在信号传导通路、端粒酶活性和相关抑癌抗癌基因的表达等多途径具有显著优势。白花蛇舌草和半枝莲作为临床抗癌、抗肿瘤的对药具有显著协同作用^[53]。石见穿所含有效成分如甾醇类、三萜类、多酚类、多糖类等，可有效抑制癌细胞及肿瘤细胞增殖、诱导已癌变细胞凋亡，抑制癌变血管生成、防止肿瘤细胞转移，促进免疫和细胞因子调节，以达到

抗肿瘤抗癌的作用^[54]。丹参提取物丹参酮I、丹参酮IIA、二氢丹参酮、隐丹参酮等经临床试验皆显示有良好抗癌、抗肿瘤效果，此外还具有保护心血管、抗炎、抗纤维化、抗氧化、抗衰老等作用^[55]。毒瘀齐治防恶变，补虚常配以黄芪、当归等，上述两味药现代药理显示皆具有增强机体免疫调节、抗癌抗肿瘤作用^[56]。通过扶正祛邪以恢复机体自理、调理人体阴阳，通过提高机体总体免疫力是治疗各种疾病的基础。各种致病因素长期反复慢性刺激，互相影响，久而形成癌毒也。而炎症和萎缩的严重程度、持续时间决定了未来癌症形成的概率，为监测、治疗和干预提供了相当大的时间窗^[57]，临床上只要发现及时、治疗得当可以做到治愈甚至逆转癌前病变。

3.2.3 用药辛开苦降、寒热并调，善用药对，临证发微

脾胃消化系疾病常具有易虚易实、易寒易热的临床特性。脾为太阴湿土，致病多虚，易从寒化；胃为阳明燥土，致病多实，易从热化，久致寒热夹杂，虚实同现的病理病机。《黄帝内经》首创阳明病治以辛开温药、苦降寒药，以疏解枢机、调和阴阳。辛苦味药共同疏导全身气机，调整机体阴阳平衡，仲景首创诸泻心汤，遣方用药以辛开苦降、寒热并用为尊则。宋清江老师尊古而不限古，临证不拘泥一方守而不变，临证根据患者症状、舌脉的不同效法仲景，辛温宣散之法以开郁，苦寒清热之度以降泄，一方兼具清补，相反相成，统一矛盾，各有所宜，人之中气，脾升清，胃降浊，左右回旋，枢机和解，寒温同治，燮理中洲。单一一种治法如温中祛寒、疏肝理气、清热解毒多效不明显或难以奏效。研究表明寒热错杂是形成多种消化道疾病乃至恶性肿瘤的主要病机^[58]，导师遣方用药多守此法，尊古而不崇古，对证变通，用药灵巧，善用药对。胃镜示胃黏膜已经发生肠上皮化生、异型增生等，临证皆可酌情加入清热解毒抗癌变药物药对，如白花蛇舌草、半枝莲；肝气郁滞酌情加入佛手、香附，玫瑰花、合欢花；脾弱湿蕴明显者酌情加入厚朴、大腹皮；胃痛较甚酌情加入刺猬皮、花椒；伴呃逆者酌情加入丁香、柿蒂等。临床所选药对并非随意组合，一般多为互助增效、减毒相制、动静结合、寒温并用、疗效非凡。宋清江主任治疗CAG用药多选辛开苦降、寒热并调之经验与多位擅长治疗本病的当代名老中医如路志正、李佃贵、徐景藩等理念不谋而合。

3.2.4 重视医患交流

处于信息、科技大爆炸的时代，现代医学诊断往往依赖于各种检查仪器^[59]，导致医患之间的交流沟通减少，宋主任临证十分重视问诊，问诊过程中融入健康教育、人文关怀。《内经》其中四失论篇大致有这样的叙述：“诊病不问其始……卒持寸口，何病能中……此治之四失也。”询问病之起始，考虑人事，不会一味追求效率及门诊量而对患者的身心问题视而不见。对于精神焦虑、急躁不安患者，宋主任会耐心安抚，减少当下焦虑，恢复体征平稳，不急于诊脉断病，恰当有效的精神疏导也是治疗胃病不可忽视的一种基本手段。鉴于部分患者“谈癌色变”^[60]，宋清江主任将PLGC定义为相对应的中医病名下的重症，譬如胃痛重症、胃痞重症等。民间俗语常说“胃病七分靠养”^[61]，宋清江老师在询问患者病史的时候，除了同时诊出相关方药以外，更多的是融入健康教育、人文关怀，嘱其日常注重饮食、适量运动、改正当下不良生活、工作恶习^[62]，尤其是减少违背自然规律的生活习惯，譬如夏日一味贪凉饮冷、休息昼夜颠倒、不恰当方式减肥……医生的语言对患者来讲具有双重意义，有时不经意的一句鼓励的话可以拯救患者性命，有时无意的一句陈述可以是危重患者要命的利器，有时医生的语言也可以胜过药物^[63]。高效融洽的医患交流效果往往超出治疗预期，不仅有助于提升患者的满意度，更可增加患者对治疗的依从性、信服感^[64-65]。

3.3 验案举隅

李某某，女，64岁。主诉：间断胃脘痞满5年，加重2个月，于2019年8月16日来我院名中医工作室宋清江主任门诊就诊。患者5年前因食生冷油腻出现胃脘嘈杂，恶心，呕吐，呕吐物为昨日素食，就诊于莲池区社区医院，给予多潘立酮片口服，症状当时缓解，后时有反复，病情较轻，未予重视，期间未予药物控制。近2个月来胃脘痞满加重，甚则胃痛，连及两胁，经同事推荐就诊于宋主任门诊。现症见：胃脘痞满，甚则胃隐痛，连及两胁，下午及饭后加重，偶有嗳气，无明显烧心反酸，平素怕凉，晨起口微苦，纳少，大便不成形，日3-4次，夜寐欠安。舌质暗红，有齿痕，苔微黄，脉沉弦滑。查体：腹部板结，按之柔软，叩诊呈鼓音，肠鸣音活跃，6-8次/分钟，肝脾未触及，无压痛及反跳痛，墨菲征（-）。辅助检查：2019-08-15我院胃镜示：1、慢性萎缩性胃炎？2、胃体多发黏膜隆起3、胃窦黏膜糜烂？病理示：（胃体）送检浅表胃黏膜显慢性萎缩性炎，固有层腺体排列不规则，局部腺体轻度肠化，灶性腺体轻度异型，少许腺管增生密集。（胃

窦)送检浅表胃黏膜显慢性炎伴增生及糜烂,灶性腺体中度扩张,个别腺管稍有轻度异型。中医诊断:胃痞(脾胃虚弱,肝胃气滞,胃络瘀阻)。西医诊断:慢性萎缩性胃炎 伴肠化、异型增生。治则:疏肝健脾,祛湿化浊,活络和胃。处方:陈皮10g、大腹皮10g、清半夏10g、醋香附10g、姜厚朴30g、干姜10g、花椒10g、炒鸡内金10g、刺猥皮10g、紫苏梗10g、豆蔻10g、佛手10g、醋柴胡15g、白芍10g、香橼10g、制吴茱萸3g、茯神20g、焦六神曲10g、丹参10g、焦三楂10g、茯苓20g、焦麦芽10g、白花蛇舌草10g、半枝莲10g、黄连6g。7付,水煎服,日一剂,早晚分服。二诊:2019年8月23日,胃脘痞满减轻,期间胃痛未作,食欲较前好转,大便仍不成形,次数较前减少,日2-3次,夜寐好转,仍偶暖气,晨起口微苦。舌暗红,有齿痕,苔微黄,脉沉弦滑。处方:原方基础上去花椒、刺猥皮,加丁香6g、柿蒂10g,增强其降逆和胃之力,7付,用法同前。三诊:2019年8月30日,偶饭后发胃脘痞满,暖气较前好转,纳可,大便较前成形,日1-2次,夜寐可,晨起口苦,口干。舌暗红,有齿痕,苔薄微黄,脉弦滑。处方:姜厚朴10g、干姜6g、茯苓10g减量,去黄连、柿蒂、茯神、制吴茱萸、丁香、炒鸡内金,加砂仁6g、竹茹10g,患者各症状皆好转,治以疏肝健脾、和胃降逆,15付,用法同前。四诊:2019年9月22日,患者停药一周,诸症状皆好转,停药期间仅一次因饮食不当引起胃脘痞满,现纳可,二便调,夜寐安,舌暗红,苔薄微黄,脉弦。处方调整如下:二陈汤基础上适当加用理气解郁药和解毒防癌变药物。患者继续宋清江主任门诊治疗1月余,以巩固疗效、彻底根除。治疗结束后隔半年于我院普通门诊再次查胃镜示:慢性非萎缩性胃炎,病理示:慢性浅表性胃炎。

按语:CAG的病因一般可归纳为:寒邪客胃、饮食不节、情志不畅、体虚久病,导致脾失运化、胃失和降、升降清浊受阻,病程较长,病机复杂。目前,西药治疗CAG仅暂时缓解当下不适症状,无法根本逆转PLGC胃黏膜状态,且病情易反复。宋清江主任治疗本病采撷众家之长,又有自己独到见解,治病探求本原,圆机活法,对证变通,用药灵巧,致病发微。本患者年时花甲之年,已过中医女子七七之岁,任脉空虚,天癸耗竭。患者自述平素怕凉,体质较差,加之先天精气已衰,病史较长,已然发展为虚实夹杂之证。饮食不节致脾胃受损,脾气亏虚,不能运化水谷,谷反为滞,水反为湿,中焦受阻,升降不畅,出现胃脘痞满、暖气、纳呆;日久脾阳虚弱,运化传导失司,出现大便不成形;先有肝为起

病之源，后现胃为传病之所，肝胆脾胃共同承担着气机枢纽之责，脾胃失司必影响肝之疏泄，运行受阻，浊毒内生；《临证指南医案》曾言胃痛久而不愈，愈而屡次发作，体内必有凝痰聚瘀作祟。CAG病程较长且缠绵，久而累计胃络，致瘀血内阻，新血不生，胃腑腺体失于滋养，则日渐萎缩不复，人体相应出现舌暗红、苔微黄，脉沉弦滑之外在之象。结合胃镜、病理及腹诊制定治疗大法为疏肝健脾，祛湿化浊，活络和胃。宋清江主任临床善用药对如胃痛者加花椒、刺猬皮以温中止痛，暖气不畅者加丁香、柿蒂以降逆和胃，胃镜示PLGC患者加白花蛇舌草、半枝莲以促进胃黏膜修复、改善局部微循环；配柴胡、佛手、香橼、香附以疏肝理气和胃，若痞满胀痛仅限于胃脘，不累及胁肋两侧，多以紫苏梗替换柴胡，为甚时两者同用。而脾胃和则寐自安。宋清江主任治疗脾胃病始终贯穿疏肝以和胃，遣方用药谨遵“中焦如衡、非平不安”原则，临床治疗每每获效。患者常评价其用药立竿见影、长服不败胃。

3.4 结论

基于中医传承辅助系统平台数据挖掘技术，体现出宋清江主任治疗CAG重视中焦脾胃，提倡肝脾同治中心思想；临证认为扶正解毒、既病防变是防癌关键所在；临床用药多辛开苦降、寒温并用，巧用药对，临证发微。本研究为深入挖掘宋清江主任治疗CAG临床经验提供了平台，为传承名老中医思想提供了途径，为后世医家继承、研究提供了参考数据，值得临床进一步应用及推广。

3.5 问题与展望

随着消化内镜筛查术、病理等辅助手段的推广与应用，CAG早期诊断、治疗有所改善，但仍缺乏有效措施从根本上降低发病率。中医药治理CAG具有其独特优势，通过辨证论治、专方用药、针灸推拿等，使病人症状得到明显改善，且临床复发率效小。临床病理多而繁杂，很难从海量数据中找到疾病与药物之间的规律，阻碍了中医药研究的快速发展。数据挖掘技术是介于联系中医与西医的一个很好的切入点，以期解决临床数据丰富而找不到潜在规律的瓶颈，继而发现中医药治疗CAG的遣方用药规律。

但对本病的此次研究具有一定不足与局限，本研究仅选取病人初诊处方，无法具体体现宋清江教授临床用药变化与经验；现有临床分型不能满足实际复杂病机要求，临床以多种相兼证候或复合证型为多见；研究时间、人力资源、门诊记

录与软件本体等限制，区域限制亦不容忽视，本次研究样本以河北保定人为主，缺乏大数据代表性，导致样本量达不到理想目标，缺乏科研的可信度；更重要的是，学生本身学术水平限定，跟师受教时间有限，对宋老师的学术经验总结难免处在一己之见。因此，针对以上问题的解决，希望日后有机会进一步加大样本数据量、完善软件中药物剂量、复诊情况变化等问题，以期待进一步精准挖掘名老中医的临床经验、学术思想，努力夯实自身中医学术水平，为日后更好投身于临床打下基础。

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(2017年,宁夏)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):123.
- [2] Correa PL,Piazuelo M B.The gestric precancerous cas-cade[J].Dig Dis,2012,13(1):2-9.
- [3] 周加太,南拉卡,多杰才让,等.青海藏区萎缩性胃炎流行病学特点研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(54):166+169.
- [4] 范志巍,陆敏,樊欣钰.饮食失宜与慢性萎缩性胃炎相关性探讨[J].山东中医杂志,2019,38(04):309-311+342.
- [5] 曹阳,顾巍杰,杨德才,等.基于临床流调的慢性萎缩性胃炎发病危险因素研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2020,22(04):1060-1067.
- [6] Adamu MA, Weck MN, Rothenbacher D, et al.Incidence and risk factors for the development of chronic atrophic gastritis:five year follow-up of a population-based cohort study[J].International Journal of Cancer, 2011, 128 (7) :1652-1658.
- [7] 全国第5届脾胃病学术交流会.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准[S].中国中西医结合杂志,1989,9(12):732.
- [8] 王宁,刘硕,杨雷.2017全球癌症统计报告解读[J].肿瘤综合治疗电子杂志,2018,5(1):87-97.
- [9] 徐洁,尹明新,沈洪.中医药治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的研究进展[J].河南中医,2020,40(04):641-644.
- [10] 吉跃进,沈洪,朱磊.中药治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J/OL].中华中医药学刊:1-9.
- [11] Park Yo Han,Kim Nayoung.Review of atrophic gastritis and intestinal metaplasia as a premalignant lesion of gastric cancer[J]Journal of Cancer Prevention,2015,20(1):25-40.
- [12] 郝旭蕊,李娜,白海燕,等.国医大师李佃贵运用虫类药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生经验[J].中华中医药杂志,2020,35(03):1236-1239.
- [13] 杨晶璐,时昭红,张书,等.慢性萎缩性胃炎伴糜烂中医治疗后胃粘膜的变化与证型的相关性研究[J].云南中医学院学报,2018,41(05):15-20.
- [14] 段永强.王道坤主任医师辨治慢性萎缩性胃炎学术经验总结及临证医案挖掘整理研究[D].中国中医科学院,2017:11-12.
- [15] 黄晨,黄雅慧.简化三仁汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].江西中医药,2020,51(10):40-43.
- [16] 叶海潇.二陈平胃散治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察及其对血清胃泌素17、胃蛋白酶原的影响[J].中国中医药科技,2020,27(01):60-62.
- [17] 刘晓桐,夏军权,郭丽,等.夏军权教授中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的经验撷菁[J].现代中西医结合杂志,2020,29(26):2916-2919.

- [18] 彭瑶,喻斌.从脏腑经络相关论治慢性萎缩性胃炎.湖南中医杂志,2020,36(10):115-116.
- [19] 马骏,段永强,王强,等.基于“脾胃互藏五脏”论治慢性萎缩性胃炎[J].中国中医药信息杂志,2019,33(10):1-3.
- [20] 谢超群,王生华,卢锦莹,等.朱莹教授分期论治慢性萎缩性胃炎经验探析[J].云南中医中药杂志,2020,41(06):4-6.
- [21] 姚轶,孙洁,魏良健.自拟愈胃四君汤治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].光明中医,2019,34(10):1485-1487.
- [22] 刘新文.自拟益气化痰方治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].中外医疗,2012,31(11):126+128.
- [23] 徐纪文,刘晓艳,刘雪婷,等.自拟滋阴养胃汤治疗胃阴亏虚型慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J].内蒙古中医药,2020,39(07):32-34.
- [24] 华青措,罗婧,冯学梅,等.藏药六味木香丸干预慢性萎缩性胃炎的网络药理学研究[J].中医药导报,2020,26(13):139-143+161.
- [25] 唐燕锋,胃复春联合用药治疗慢性萎缩性胃炎和癌前病变的临床研究.上海市,上海市瑞金康复医院,2018-10-22.
- [26] 伏思燕.中西医结合治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎40例临床观察[J].中国民族民间医药,2020,29(22):113-115.
- [27] 王玲.养胃颗粒联合雷贝拉唑四联疗法对Hp阳性慢性萎缩性胃炎病人Hp根除率及血清MTL、GAS水平的影响[J].疾病监测与控制,2020,14(05):367-369.
- [28] 李燕君.枫蓼肠胃康胶囊联合常规三联治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的效果[J].中国医学创新,2020,17(19):149-153.
- [29] 侯姿蕾,刘昊,毛竞宇,等.温经化浊中药热膏摩辅助治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(12):973-975.
- [30] 周炜,李玉潇,张艺璇,等.经络诊察取穴法针刺治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].中国针灸,2020,40(09):928-932.
- [31] 司徒芸忻,肖燕,陈梦怡.艾条灸结合中医特色护理对脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎临床疗效的影响[J].山西医药杂志,2020,49(21):3030-3032.
- [32] 郝旭蕊,李娜,白海燕,等.国医大师李佃贵运用虫类药物治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生经验[J].中华中医药杂志,2020,35(03):1236-1239.
- [33] 周平平,王彦刚,集川原,等.国医大师李佃贵以化浊解毒方治疗慢性糜烂性胃炎经验[J].中国中医药信息杂志,2020,27(01):103-105.
- [34] 娄莹莹,刘小发,张金丽,等.国医大师李佃贵教授辨治慢性胃炎经验[J].世界中西医结合杂志,2019,14(10):1384-1387.
- [35] 邵长乐,陈婉珍,朱方石.对几位国医大师慢性萎缩性胃炎辨治思想的探讨[J].辽宁中医杂志

- 志,2019,46(08):1613-1614.
- [36] 毛玉安.朱良春经验方胃安散化裁治疗慢性萎缩性胃炎42例[J].江西中医药,2016,47(07):44-46.
- [37] 邱志济,朱建平,马璇卿.朱良春治疗萎缩性胃炎“对药”临床经验和特色[J].实用中医药杂志,2000(10):35-36.
- [38] 姜婷,马靖,陆为民.国医大师徐景藩从瘀论治脾胃病经验[J].中华中医药杂志,2020,35(09):4436-4438.
- [39] 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.
- [40] 王晓峰.名医张镜人治疗胃病的经验方[J].求医问药,2011(11):40.
- [41] 饶淑华,杨光华.张镜人与萎缩性胃炎证治规律发现[J].中医研究,2002(02):38-40.
- [42] 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,2013,18(1):24-36.
- [43] 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,宁夏)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):123.
- [44] 于中麟.慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J].中华消化内镜杂志,2004(02):4-5.
- [45] 周炜洵,金木兰.慢性胃炎及上皮性肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识[J].中华病理学杂志,2017,46(05):289-293.
- [46] 张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(07):3060-3064.
- [47] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- [48] 李军祥,陈詒,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(02):121-131.
- [49] 张金丽.慢性萎缩性胃炎中医辨为浊度内蕴证的探讨及临床研究[D].河北医科大学,2012.
- [50] 王亚杰,国嵩,杨洋,等.慢性萎缩性胃炎的流行病学及其危险因素分析[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(11):874-878.
- [51] 邹香妮,闫珺.白花蛇舌草抗肿瘤化学成分及作用机制研究进展[J].化学工程师,2020,34(03):47-49+56.
- [52] 郭利华.合理选用抗癌中药[J].时珍国医国药,2006(08):1595-1596.
- [53] 石梦莹,卢小路,熊思会,等.半枝莲抗肿瘤药理研究进展[J].世界中医药,2016,11(04):741-743.
- [54] 刘媛,钱荣康,钱荣华.石见穿及其提取物抗肿瘤的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2018,27(30):3417-3420.

- [55] 申琳,徐志尧,王远敏,等.基于网络药理学的丹参抗肿瘤的作用机制探讨[J].天津药学,2019,31(04):1-8.
- [56] 胡静,李科,李爱平,等.当归补血汤物质基础研究进展[J].中草药,2020,51(21):5658-5663.
- [57] TLSTY T D,GASCARD P.Stromal directives can control cancer[J].Science,2019,365(6449):122-123.
- [58] 罗毅.试论寒温并用治疗消化道恶性肿瘤[J].新中医,2013,45(10):8-9.
- [59] 张可欣,李慧臻.中医药治疗幽门螺杆菌感染慢性萎缩性胃炎研究进展[J].四川中医,2020,38(11):218-220.
- [60] 王阳.基于络病理论探析慢性萎缩性胃炎“气络失和,毒损血络”病机[J].陕西中医,2020,41(11):1632-1634+1638.
- [61] 李春颖.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].临床医学研究与实践,2020,5(31):192-193+196.
- [62] 冯文亮,马卫国,田德禄.田德禄中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].北京中医药,2015,34(09):700-702.
- [63] 胡广芹.中医问诊语言技巧的临床研究[J].中华中医药杂志,2015,30(03):949-951.
- [64] Liu YueTao, Jin Zhidong, Qin Xuemei, et al. Urinary metabolomics research for Huangqi Jianzhong Tang against chronic atrophic gastritis rats based on ¹H NMR and UPLC-Q/TOF MS.[J]. Journal of Pharmacy and Pharmacology, 2020, 72(5):748-760.
- [65] 潘力弢,吴定辉,李一明.李一明教授基于“治中焦如衡”思想治疗慢性脾胃病经验浅析[J].四川中医,2020,38(10):12-14.

致谢

时光飞梭，寸阴尺璧，三年研究生时光转眼即逝，在此真挚的感谢医院恩师宋清江老师及学校导师刘蒙蒙老师在我研究生学习阶段及生活给予的莫大关爱。两位老师为人随和包容，学识渊博，精益求精，态度端正，认真负责。本论文历时数月完成，写作期间虽有不少困难，好在有两位老师不厌其烦、耐心指导，各位同学及同仁慷慨帮助，虽有坎坷但终也完美的画上了句号。从本论文的选题、立题、开题、修正、完成，得到了两位导师莫大的帮助，即使疫情期间不能当面找两位老师进行论文修改，通过电话、微信等方式亦不厌其烦、循循善诱的多次进行修改、指正，本论文能顺利完成倾注了两位导师无数的心血，在此我表示由衷感谢。

其次，感谢宋清江老师门诊所有同门及转科同学的帮助与指导，同时也感谢本院脾胃科所有老师及同仁的帮助，在短短定科期间可以全面、深刻的了解本病发生、发展、演变、治疗、预后，对论文的整体进展与研究有莫大帮助，对相关知识的拓展打下扎实的根基。

再次，本论文除前期临床数据收集、数据上传以外，其余部分因疫情原因皆是在家完成，感谢父母为我提供一个把家变成利于学习的场所，作息时间仿校园规律以利于学习工作，各方面对我无私的迁就与照顾，在我彷徨焦虑时给与暖心的鼓励与安慰。还要感谢三年来相互陪伴、相互学习的同窗，携手度过短短三年的研究生生活，因为有你们生活变得充实而有趣。

最后，真诚感谢对本论文进行审阅并给与珍贵意见的各位老师、专家，感谢您在百忙之中抽出时间对本人论文进行指导，使我可以在日后工作中可以更好运用。

三年研究生生活即将结束，请允许我再一次向所有人表达我衷心的感谢。

攻读硕士期间取得的个人成果

硕士在读期间发表论文：

[1] 李文华.六味汤的研究进展[J].医药,2019,8(3):252-253.