

中图分类号 _____

论文编号 _____

学科分类号 _____

密 级 _____



山西中醫藥大學

SHANXI UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

硕士学位论文

基于数据挖掘分析李廷荃教授治疗慢性萎缩性胃炎 的经验研究

The Research of Professor Li Tingquan's experience in the treatment of
chronic atrophic gastritis based on data mining technology

研 究 生 姓 名：裴冰洁

导师姓名、职称：李廷荃 主任医师

学科、专业名称：中医内科学


研 究 方 向：中医药防治消化系统疾病的临床研究

申请学位类型：专业学位

二〇二〇年六月十五日

山西中医药大学学位论文原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是个人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经特别加以注明引用的内容外，本论文不含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

论文作者签名：


2020 年 6 月 15 日

关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解山西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复印件和电子版，允许被查阅和借阅。本人授权山西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）

论文作者签名：

论文导师签名：

2020 年 6 月 15 日

中文摘要

目的：本研究通过系统收集整理导师门诊慢性萎缩性胃炎患者病例，从中严格按照纳入与排除标准筛选出合格的有效病例，采集信息形成数据库，基于数据挖掘技术，总结李廷荃教授诊治的医案中的隐性知识，探求李廷荃教授临床治疗慢性萎缩性胃炎的辨证论治规律。结合典型病案，在李廷荃教授指导下，广泛阅读导师相关著作，全面掌握其学术思想，并以此为基础，完成能够反映导师思想和其临床经验的相关研究，在对该病的中医临床治疗方面提供指导，同时为全面总结李廷荃教授学术思想奠定基础。

方法：

1. 通过收集李廷荃教授治疗慢性萎缩性胃炎的处方，总结李廷荃教授对于该病病因病机的认识，分析李廷荃教授治疗该病的临床经验。

2. 按纳入标准筛选出 2020 年 2 月 1 日以前李廷荃教授门诊治疗慢性萎缩性胃炎的 494 例有效病例，共计 500 诊次，将得到的处方由本人录入“中医传承辅助系统（V2.0.1）”（Traditional Chinese Medicine Inheritance Support System，简称 TCMISS）建立数据库。录入完成后，由工作室指定专业成员（仅限一人）进行数据审核，以确保录入数据的准确性和一致性。

3. 运用中医传承辅助系统中“数据分析”功能，对所收集患者信息的一般情况、出现症状、病历处方及导师用药、用方规律等进行数据处理。

结果：

1. 一般情况分析：在 494 个病例中，患者性别分布差距不大，无明显统计学意义，这提示李廷荃教授门诊中慢性萎缩性胃炎患者无明显的男女性别差异。根据频次分布，主要年龄组分布由高到低分别为：50-59 岁组所占比例为 33%；60-69 岁组所占比例为 28%；40~49 岁组所占比例为 24%；30~39 岁组所占比例为 10%；70~79 岁组所占比例为 3%；共占 98%。

2. 症状分析：根据频数分析显示，在 500 诊次中患者的症状要素一共有 54 种，其中频次大于 10 的症状要素有 13 种，频次分布排名由高至低顺序依次为：胃脘胀满、口干渴、眠差、口苦、纳差、反酸、胃脘疼痛、烧心、嗝气、大便秘结、胃脘怕凉、畏食生冷、喜温喜按、性急易怒、恶心、神疲乏力、呃逆、口中粘腻、胃脘嘈杂，以消化道症状为主。

3. 证型分析：在 500 诊次中患者的证型共计 17 种，其中频次大于 40 的证型有 4 种，频次分布排名由高至低依次为：肝胃不和证、脾胃气虚证、寒热错杂证、湿滞脾

胃证。

4.用药规律：经数据统计，500 个诊次中，一共出现 165 种药物。其中，出现频次大于 20 的一共 50 种，频数排名前十的药物为：清半夏、焦三仙、枳实、黄连、黄芩、人参、柴胡、莪术、陈皮、干姜。导师在治疗此病时常常加入莪术、三棱二药以达行气活血之功效；为防癌变往往还加用浙贝母、土茯苓、天龙等药物解毒散结；慢性萎缩性胃炎患者常常出现胃脘胀满，这时多用半夏泻心汤和脾胃、消痞满；伴有情志不舒、口干苦者多以小柴胡或四逆散和脾胃兼以疏肝气；伴有全身困乏、精神差、虚弱无力者多以四君、六君子汤之类补益脾胃；口中粘腻、恶心者多以平胃散燥湿和胃。

结论：李廷荃教授在临床治疗慢性萎缩性胃炎的过程中，辨证认识方面，主要以“肝胃不和”、“脾胃气虚”“寒热错杂”、“湿滞脾胃”为切入点，通过审证查因，以疏肝和胃、健脾和胃、平调寒热、燥湿和胃为治疗方法，并通过巧妙灵活用药在治疗本病时，缓解甚至消除患者症状，临床治疗效果甚好，为中医在该病的治疗方面提供了更多的方法和用药选择。

关键词：经验研究；数据挖掘；慢性萎缩性胃炎；李廷荃

Abstract

Objective : In this study, we systematically collected and sorted out the chronic Atrophic gastritis patients in the outpatient department of the tutor, and selected the eligible and effective cases according to the admission and exclusion criteria strictly, to summarize the tacit knowledge in the medical records treated by Professor Li Tingquan, and to explore the law of syndrome differentiation and treatment in the clinical treatment of chronic Atrophic gastritis by professor Li Tingquan, to master his academic thought comprehensively, and on the basis of this, to complete the relevant research that can reflect his tutor's thought and his clinical experience, and to provide guidance in the clinical treatment of TCM for this disease, at the same time, it lays a foundation for summing up professor Li Tingquan's academic thought.

Method:

1. Through collecting Professor Li Tingquan's prescriptions for chronic Atrophic gastritis, this paper sums up professor Li Tingquan's understanding of the etiology and pathogenesis of Chronic Atrophic gastritis, and analyzes professor Li Tingquan's clinical experience in treating chronic Atrophic gastritis.

2. According to the inclusion criteria, 494 effective medical records of Professor Li Tingquan for outpatient treatment of chronic Atrophic gastritis before February 2020 were screened, with a total of 500 visits, i will get the prescription of the "Traditional Chinese Medicine Inheritance support system (V2.0.1) " , or TCMISS database. After the completion of the input, the workshop designated a professional member (one person) for data audit, to ensure the accuracy and consistency of the input data.

3. By using the function of "Data Analysis" in the auxiliary system of traditional Chinese Medicine (TCM) , the data of the general situation, symptom, prescription of medical record and tutor's medication and prescription were processed.

Results:

1. General Situation Analysis: in 494 cases, the gender distribution difference was not significant, which suggested that there was no significant difference between male and female patients with chronic Atrophic gastritis. According to the frequency distribution, the

proportion of the main age groups was 33% in the 50-59 age group, 28% in the 60-69 age group, 24% in the 40-49 age group, 10% in the 30-39 age group and 3% in the 70-79 age group 98% .

2. Symptom Analysis: According to frequency analysis, there were 54 symptom elements in 500 visits, 13 of which were more than 10, the order of frequency distribution from high to low was: epigastric distention, thirst, poor sleep, bitter mouth, poor appetite, acid regurgitation, epigastric pain, heartburn, belching, constipation, cold stomach, aversion to food, warmth and cold, irritability, nausea, fatigue, hiccups, greasy mouth, noisy stomach, the main symptoms were digestive tract symptoms.

3. Analysis of Syndrome types: There were 17 types of syndrome in 500 visits, 4 of which were more than 40. The order of frequency distribution was from high to low: disharmony of liver and stomach, deficiency of spleen and stomach, coldness and heat disorder, dampness and stagnation of the spleen and stomach.

4. Drug use: According to statistics, 165 drugs were found in 500 visits, of which 50 were found more than 20 times, the top 10 are: Pinellia Ternata, San Xian Jiao, Zhishi, Rhizoma Coptidis, Radix scutellariae, Ginseng, Radix Bupleuri, Rhizoma Zedoariae, pericarpium Citri reticulatae, dried ginger. In the treatment of this disease, teachers often add Zedoary Turmeric, three-edged medicine to achieve the effect of Qi and blood, in order to prevent cancer often also add Fritillaria, smilax Glabra, Tianlong and other drugs detoxification Sanjie; Patients with chronic Atrophic gastritis often suffer from fullness of stomach, which is usually treated with Pinellia decoction for purging the heart, spleen and stomach, eliminating fullness and fullness; Accompanied by the body tired, poor spirit, weakness and weakness to the four gentleman, six gentleman soup such as the spleen and stomach; the Mouth Sticky Greasy, nausea to calm stomach dry and wet stomach.

Conclusion: In the course of clinical treatment of chronic Atrophic gastritis, professor Li Tingquan's understanding of pathogenesis is mainly based on "disharmony between the liver and the stomach" , "deficiency of Qi in the spleen and the stomach" , "miscellaneous cold and heat" , "dampness and stagnation of the spleen and the stomach" , the method of treatment is to disperse the liver and stomach, strengthen the spleen and stomach, regulate

cold and heat, dry dampness and stomach, and to relieve or even eliminate the symptoms of the patients when treating the disease through ingenious and flexible use of drugs, for Chinese medicine in the treatment of the disease to provide more methods and medication options.

Key words : Empirical Research; Data Mining; chronic Atrophic gastritis; Li Tingquan

目 录

中文摘要·····	I
英文摘要·····	III
前 言·····	1
正 文·····	3
1临床资料与研究方法·····	3
1.1研究目的·····	3
1.2研究对象与质量控制·····	3
1.3病例收集原则与纳入标准·····	3
1.4病例排除标准·····	4
1.5病例脱落标准·····	4
1.6脱落病例的处理·····	4
1.7病例信息规范化处理·····	4
1.8数据挖掘方法脱落病例的处理·····	4
2结果·····	6
2.1患者一般状况·····	6
2.2中医疾病分析·····	7
2.3症状分析·····	8
2.4证候分析·····	11
2.5药物分析·····	12
3讨论·····	23
3.1现代医学对慢性萎缩性胃炎的认识·····	23

3.2论李廷荃教授治疗慢性萎缩性胃炎·····	23
4存在问题及展望·····	30
5结论·····	30
参考文献·····	32
附录·····	34
文献综述·····	34
致谢·····	45
作者简介·····	46

前 言

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG）是指胃黏膜长时间受到各种不同因素的伤害，引起该部位腺体萎缩，甚者镜下未见腺体，可同时伴有或不伴肠化等的常见疾病。本病发病过程缓慢、病程缠绵、容易癌变，其临床表现众多，常兼见其他疾病，可能累及多个脏腑，目前无论是中医学还是现代医学在治疗此病时都较为困难。截至当前，众专家学者认为是多个不同因素同时作用引起了 CAG 的发生^[1]。研究证实，Hp 是各种胃病，尤其是 CAG 的主要致病原因，我国 CAG 患者中 Hp 感染率可高达 58%。此外，有研究调查显示 CAG 的发生还与胆汁反流、营养因子缺乏及情绪、饮食、免疫等众多因素有关^[2]。

CAG 在西医治疗方面，还未见有特殊效果的药物，在权威意见中提出，针对该病的治疗，常常运用“对症、审因”的原则。通常包括：①根除 Hp：目前多数专家学者提倡根据患者临床症状采取“三联”或“四联”方案根除 Hp，而该药对 Hp 的抑制作用可能是因为 PPI 影响了 Hp 在胃内的存在环境，抑制 Hp 的活动，进而加强了抗菌药的作用^[3]；②胃肠动力药：这一类药物会在一定程度上使得食糜在胃内的停留时间减少，从而减轻此类因素对胃黏膜的影响，改善胃内症状；③胃黏膜保护剂：此类药物如一层保护膜，可改善黏膜的屏障作用，促进上皮再生，达到减慢胃黏膜萎缩的目的；④维生素：研究表明叶酸及 Vb12 同谷维素相比，对 CAG 的疗效更加明显^[4]；⑤消化酶：复方阿嗉米特等制剂可针对纳差等饮食不佳症状进行治疗，改善此类症状。以上疗法，必要时配合饮食疗法及精神心理疗法，甚则予以精神类药物的治疗，效果更佳。

祖国传统医学对 CAG 的诊治，理论体系独特、文化内涵丰富、临床经验宝贵，而对其发展的途径主要在于名老中医学术思想的总结和临床诊疗经验的传承。作为传播发扬中医药学文化的重要载体，名老中医药专家主要将前人经验、个人经验与中医理论知识相结合，在处理临床问题中，起着积极的代表作用。中医药文化历史悠久，从古代传承至今，而今天中医药在历史长河中所形成的宝贵理论更需要的是创新，创新才能发展，实现其发展的重要途径离不开继承老一辈中医人的经验。而现今社会，一些名医名家的经验、思想没有了传承人，其学术继承出现危机，因此不断发掘和总结各中医专家形成的独特理念与治病思路，显然变得越来越重要。作为新一代中医人，运用现代统计学方法对名老中医经验进行挖掘和继承，丰富中医药学术研究，并将其经验方法应用于临床，此举将具有深远的意义。

导师李廷荃教授，山西省名医，先后师从国医大师朱良春教授、张琦教授、全国第二批中医药专家学术继承导师肖汉玺教授，享受国务院政府特殊津贴，至今为止，导师已在临床中工作近 30 年，同时从事科研教学等工作，在此期间主持参与多项科研项目，并发表学术论文 30 余篇，著书 1 部。在导师多年的工作经验中，其诊断疾病时要求变通，使用药物时要求精准、简单，对脾胃系疾病的治疗，最为重视其升降功能的恢复。在学术上崇尚经典与传承，强调传统文化对中医论治思维的深远影响，尤其是脾胃系疾病的治疗思路与用药原则方面颇有心得，形成其主要学术思想与诊疗特色。

本研究以慢性萎缩性胃炎的治疗为切入点，基于数据挖掘技术，系统分析李廷荃教授临床治疗 CAG 的症、证、方、药之间的关系，力求从大局掌握和认识李廷荃教授治疗 CAG 的临床用药用方规律，以此为基础，为系统科学总结李廷荃教授整体学术理论和临床经验提供参考。

正文

1. 临床资料与研究方法

1.1 研究目的

采用回顾性病例收集的方法，根据病例纳入标准选取李廷荃教授临床治疗慢性萎缩性胃炎的病例，总结分析李廷荃教授临床治疗慢性萎缩性胃炎的症-证-方-药之间的相互规律。

1.2 研究对象与质量控制

1.2.1 资料来源

全面收集山西中医药大学附属医院 2020 年 2 月 1 日以前李廷荃教授接诊的慢性萎缩性胃炎门诊患者，严格按照收集程序，筛选出最终入组医案。

1.2.2 门诊医案收集

门诊患者均由李廷荃教授本人亲诊，并口述医案诊疗内容，由李廷荃名老中医工作室团队详细记录医案内容（主诉、现病史、既往史）、理化检查等相关资料，诊毕将每位患者的纸质医案录入为电子医案形式存留，然后把电子资料归档和整理。

1.2.3 质量控制

为了避免人为因素造成的选择性偏倚，每一份医案均严格遵循纳入和排除标准，并由固定人员（研究生本人）进行从始至终的前期收集和后期录入工作。

1.3 病例收集原则及纳入标准

1.3.1 收集原则

①有效原则：全部入组医案必须为导师亲自诊疗，并且所有医案的症状描述必须详尽完整，收集标准为患者复诊时其原有主要症状中至少有一种症状得到明显缓解，无效者概不录入。

②剂量原则：全部入组医案必须包括完整的处方（药物名称、使用剂量：g）。

③方式原则：全部入组医案必须仅采用口服中药汤剂治疗，如果在门诊治疗的同时，还用了其他治疗方法如推拿、穴位贴敷、西医治疗等的患者医案，不在收录范围内。

1.3.2 纳入标准

①CAG 诊断明确的患者；

②病例资料齐全，符合病例收集标准者（有效原则、剂量原则、治疗方式原则）；

1.4 病例排除标准

- ①不符合纳入标准；
- ②拒绝接受病例采集或资料不齐全者；
- ③有神经系统及精神疾病史；
- ④对所用药物有过敏史者；
- ⑤正在参加其他临床试验的受试者；
- ⑥研究者认为存在不适合参加本课题研究的其他情况。

1.5 脱落标准

- ①病情加重，仅靠中药治疗效果不佳，同时需要其他治疗者；
- ②病情加重，停止服用中药者；
- ③患者于本门诊诊疗期间同时服用其他中药；
- ④依从性较差，服药间断者；
- ⑤误纳者。

1.6 脱落病例的处理

- ①患者脱落一般有其原因，将原因作记录，其他病例相关内容也要保存以备；
- ②如果患者病情加重，以致仅用中药治疗效果不佳或欲停止服用中药者，应给与其治疗建议或就诊方向；
- ③对于该种病例的资料，不应随意处理，需将其妥善保管，以备后续使用。

1.7 病例信息规范化处理

症状规范因所收集病案来自不同记录者，其对症状、诊断、证候及治法、中药名称等的描述也不尽相同，故有必要进行统一规范以便整理统计。

- ①症状规范按照朱文峰主编的《中医诊断学》进行规范；
- ②证型、治法的用词用语严格遵从《中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语》；
- ③中药名称的用词用语严格遵从高学敏主编的第七版《中药学》。
- ④方剂名称严格参照四大经典及《脾胃论》、邓中甲《方剂学》等书籍。

1.8 数据挖掘方法

1.8.1 病例收集

一般资料：姓名，年龄，性别，联系电话等；

病例主要内容：主诉，现病史，舌苔，脉象，既往史，辅助检查（主要记录胃镜检查结果）等；

方药资料：记录药物组成、剂量、剂数、煎药、服药方法等。

1.8.2 中医传承辅助系统

TCMISS 软件采用频数分析、药物分析、特征提取、规则分析等数据挖掘方法，通过以上方法可以将病例数据的录入、分析、结果输出为可视化图表。

1.8.3 分析方法

1.8.3.1 录入病例

将所收集的完全符合纳入及排除标准的 494 份病案，共计 500 诊次录入中医传承辅助系统。数据全部录入后，由工作室固定成员核对、审阅。之后，主要运用该系统中的“数据分析”功能对所录入数据进行规律探索。

1.8.3.2 频次统计分析

将所有录入病案中的药物依据使用频次的高低进行排序，随后将结果生成可视化数据图。

1.8.3.3 关联规则

关联规则是利用计算机技术从大样本数据中计算由单个变量或多个变量组成的项集出现的频率和条件概率，从中挖掘关联规律。关联规则认为两个或多个不同对象同时出现的概率情况反映了他们之间的关系，同时出现的次数越多，代表着之间的关联越强，表明事物存在某种关系^[5]。在该规则中，支持度大，说明其关联性越有意义。本研究采用 FPGrowth 算法进行关联关系分析，用置信度(Confidence)、提升度(Lift)和信念度(Conviction)来衡量它的重要性。

1.8.3.4 参数解读

①支持度(Support)：支持度是指一个集合 A 和一个集合 B 在同一个记录中同时出现的概率。根据支持度(support)，从所有集合中找出频繁项集。

②置信度(Confidence)：指的是在有一前项存在的条件下，而此时后项也出现的可能性，该参数有助于从多个项集中发现较强的关联项集。

③提升度(Lift)：Lift=1 时表示 A 和 B 之间不具有关联性。该参数越大(>1)，则提示 A 与 B 之间存在的关联性越强。

④信念度(Conviction)：该参数亦是用来表示 A 和 B 的独立性。这个值越大，A、B 越关联。

2 结果

根据病例纳入、排除标准，共收集就诊于山西中医药大学附属医院李廷荃教授门诊治疗慢性萎缩性胃炎的病例 494 例，共计 500 诊次。

2.1 患者一般状况

2.1.1 性别分布（具体见表 2-1）

表 2-1 性别分布

性别	频次 (N)	频率 (P)
男	257	0.514
女	243	0.486

通过频次分析可发现，患者性别分布的男女比例差距不大，这提示了李廷荃教授门诊中 CAG 患者无明显的男女性别差异。

2.1.2 年龄分布（具体见表 2-2 及图 2-1）

表 2-2 年龄分布

年龄(岁)	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89
频次 (N)	11	50	120	163	139	14	3
频率 (P)	0.022	0.100	0.240	0.326	0.278	0.028	0.006

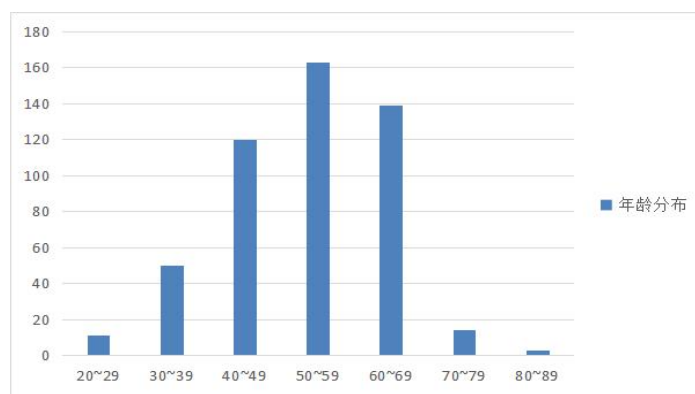


图 2-1 年龄分布柱状图

李廷荃教授门诊治疗的慢性萎缩性胃炎患者中，年龄组跨度较大（26 岁-84 岁），根据统计分析可以得出，各年龄组所占比例如下：0.33（50-59 岁）、0.28（60-69 岁）、0.24（40-49 岁）、0.10（30-39 岁），共占 0.95。这也从一定程度上印证出该病的患病年龄从 40 岁开始逐渐增多，50 到 69 岁也在一个较高的水平。上述结果同时反映出该病以中老年患者居多。年过五旬，人体脏腑功能逐步减弱，气血虚衰，脾胃之功减弱，这符合李廷荃教授临证顾护脾胃，注重脾胃之“和”的特点。

2.2 中医疾病分析（具体见表 2-3 及图 2-2）

表 2-3 主要疾病分布

病名	频数	频率
胃痞病	324	0.648
胃脘痛病	101	0.202
纳呆	35	0.070
腹痛病	11	0.022
嘈杂病	11	0.022
泄泻病	9	0.018
胁痛病	2	0.004
便秘病	1	0.002

*此频数表仅列举了主要涉及病种

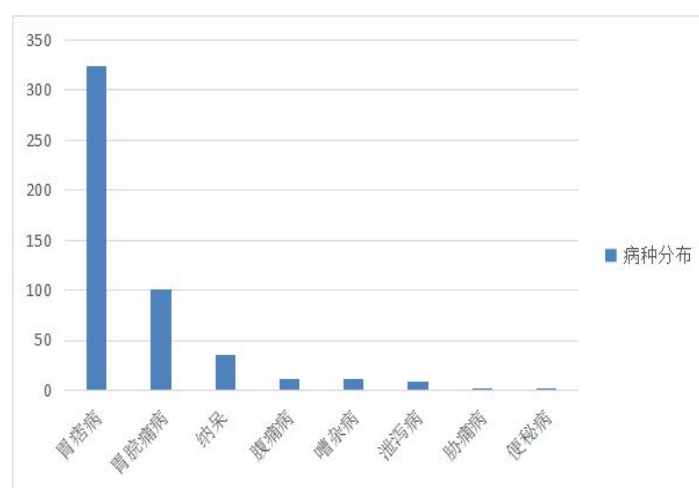


图 2-2 主要疾病分布柱状图

所涉及的病种中，共计 8 个病种，分别为：胃痞病、纳呆、胃脘痛病、嘈杂病、腹痛病、便秘病、胁痛病、泄泻病，频度排名前 3 位的分别为：胃痞病（65%）、胃脘痛病（20%）、纳呆（7%），均为消化系统疾病，但胃痞病所占比例最大，胃脘痛病、纳呆次之，这从侧面表明慢性萎缩性胃炎患者中医病种以胃痞病为主，兼有其他胃肠道疾病病种，说明了李廷荃教授临证治疗慢性萎缩性胃炎时注重把握病机，注重辨病论治，注重异病同治。

2.3 症状分析

2.3.1 症状频数分析（具体见表 2-4）

2-4 主要症状频数分析

症状	频次	频率	症状	频次	频率
胃脘胀满	231	0.094	胃脘嘈杂	36	0.015
口干渴	218	0.089	善太息	29	0.012
眠差	184	0.075	咽干	29	0.012
口苦	167	0.068	呃逆	27	0.011
纳差	146	0.059	口臭	26	0.011
反酸	132	0.054	腹痛	26	0.011
胃脘疼痛	126	0.051	胁肋疼痛	26	0.011
大便秘结	114	0.047	尿频	26	0.011
暖气	109	0.044	矢气频	26	0.011
烧心	99	0.040	腹部胀满	20	0.008
大便稀溏	92	0.038	烘热汗出	20	0.008
胃脘怕凉	88	0.036	手足冰凉	17	0.006
神疲乏力	69	0.028	腰痛	15	0.006
畏食生冷	59	0.024	咽中异物感	14	0.006
恶心	56	0.023	厌食油腻	14	0.006
喜温喜按	46	0.019	头晕	13	0.005
口中粘腻	43	0.018	呕吐	12	0.005
大便粘腻	38	0.015	大便时干时稀	12	0.005
性急易怒	37	0.015	体重减轻	11	0.004

*此频数表仅列举了频数>10 的症状

根据频数分析显示，在 500 诊次中患者的症状要素一共有 54 种，其中频次大于 10 的症状要素有 38 种，频数分布排名前 5 的消化系统症状依次是：胃脘胀满、纳差、反酸、胃脘疼痛、大便秘结；其他系统症状频数分布排在前 5 的是：口干渴、眠差、口苦、神疲乏力、口中粘腻。可以看出 CAG 患者以消化系统症状为主要临床表现，并兼有其他系统症状（全身症状为主），在高频症状中进一步运用关联规则分析方法得到关系密切的症状群，进一步分析李廷荃教授治疗慢性萎缩性胃炎时的辨证思路。

2.3.2 高频症状关联分析（具体见表 2-5 及图 2-3）

在高频症状要素中，关联的结果可以提示症状之间关系的密切程度，症状特征关系越密切，越容易聚集。

表 2-5 部分主要症状关联结果

	症状组	提升度	置信度	确信度
1	口干渴==>反酸	3.7	1	3.65
2	口干渴、双目干涩==>胃脘胀满	2.14	1	2.66
3	纳差、胁肋疼痛==>胃脘胀满	2.14	1	3.19
4	眠差、咽中异物感==>口干渴	2.26	1	3.19
5	神疲乏力、口干渴==>呃逆	3.13	0.93	5.26
6	胃脘胀满、胃脘疼痛==>口干渴	2.01	0.89	4.52
7	纳差、烧心==>体重减轻	1.98	0.88	2.23
8	口中流涎==>眠差	2.32	0.86	2.2
9	口苦、呕吐==>恶心	7.65	0.86	3.11
10	恶心、胁肋胀满==>纳差	2.88	0.86	2.46
11	烧心、大便稀溏==>反酸	3.13	0.85	3.8
12	体重减轻==>纳差	2.8	0.83	2.81

注：置信度 ≥ 0.6

对高频症状要素进行关联规则分析后可发现，慢性萎缩性胃炎涉及的主要症状包括：胃脘胀满、口渴、纳差、神疲乏力、恶心、口苦、眠差、呕吐、烧心、大便稀溏、体重减轻等。其中胃脘胀满、反酸、纳差、烧心、恶心等脾胃不调症状与口干渴、口苦、胁肋疼痛、神疲乏力、体重减轻等脾胃系外尤以肝胆及全身症状同时出现，提示李廷荃教授在治疗慢性萎缩性胃炎时重视患者整体表现，同时着重于肝胃、肝脾关系，辨证论治，注重和肝气以恢复脾胃之气。

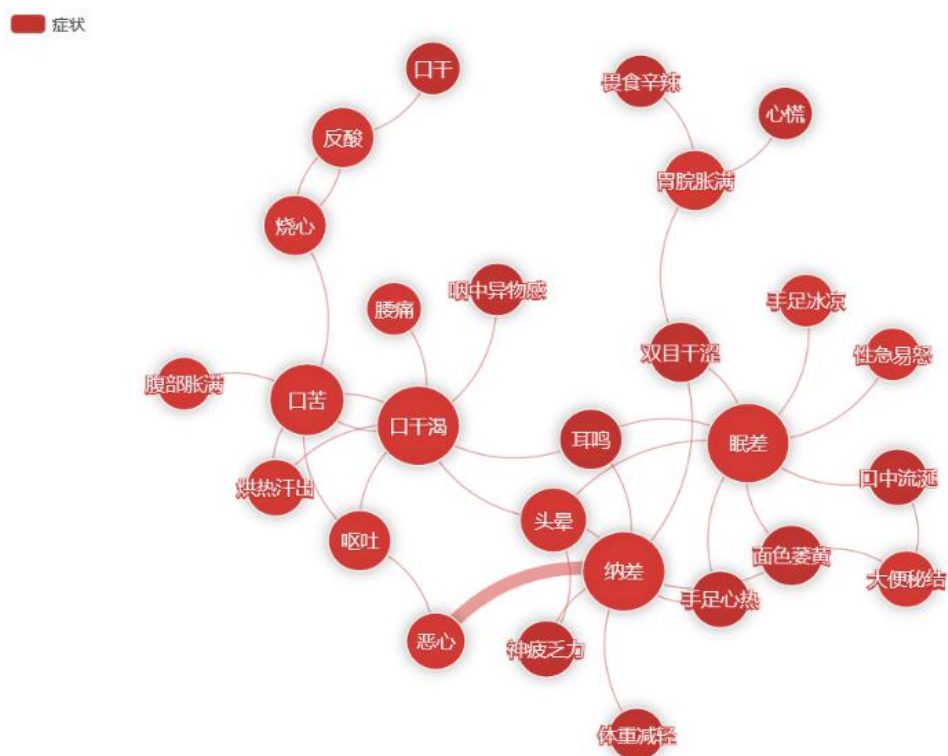


图 2-3 所有症状关联复杂网络关系图

对应用慢性萎缩性胃炎的症状要素进行关联规则分析后可发现，密切相关的症状组主要有三类：一是脾胃不调等症状，如纳差、烧心、反酸、胃脘胀满、腹部胀满等，一是寒热性质症状如口干渴、口苦、烘热汗出、手足心热、手足冰凉等症状；再一类就是全身症状，例如消瘦、眠差、面色萎黄、情绪急躁等症状兼夹出现，这提示了李廷荃教授在治疗慢性萎缩性胃炎时注重脾胃寒热变化和全身症状变化。

2.4 证候分析（详见表 2-6 及图 2-4）

表 2-6 主要证候频数分析

	证候分型	频次 (N)	频率 (P)
1	肝胃不和证	175	0.448
2	脾胃气虚证	101	0.258
3	寒热错杂证	74	0.189
4	湿滞脾胃证	41	0.105

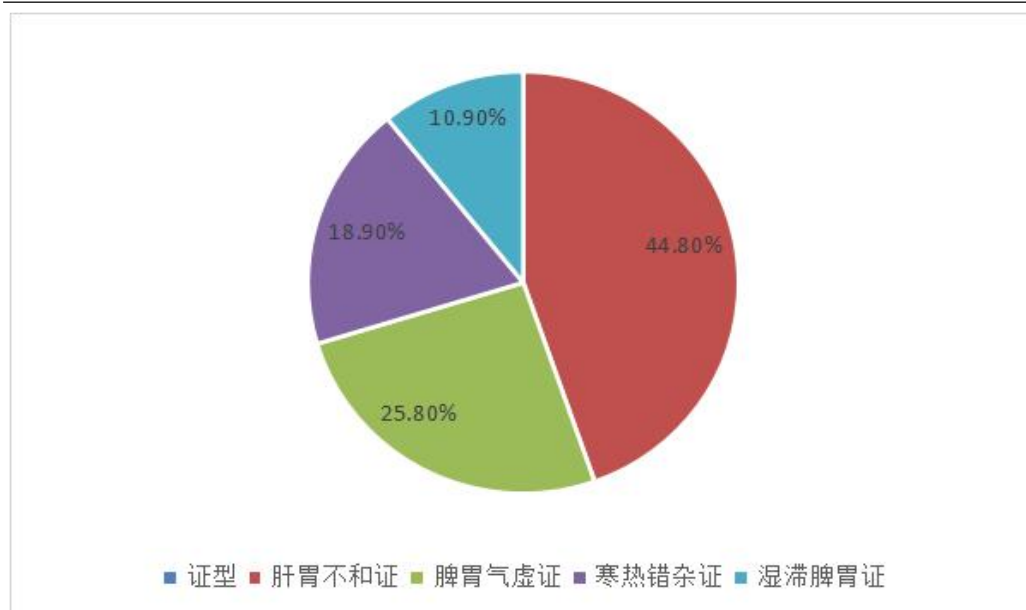


图 2-4 证候分布图

在 500 诊次的慢性萎缩性胃炎患者中，证型共计 17 种，其中频次大于 40 的证型有 4 种，频数分布排名由高至低依次为：肝胃不和证、脾胃气虚证、寒热错杂证、湿滞脾胃证（四种证型共计 391 例，其余证型 109 例）。通过频数统计，同时结合李廷荃教授学术思想，可以得出李廷荃教授治疗 CAG 时常常分为四个证型：肝胃不和证（44.8%），脾胃气虚证（25.8%），寒热错杂证（18.9%），湿滞脾胃证（10.9%），这提示李廷荃教授在治疗慢性萎缩性胃炎辨证时常从肝、脾、胃入手，重视脏腑辨证，再探寒热、虚实、气血。

2.5 药物分析

2.5.1 药物基础信息统计

2.5.1.1 常用药物（详见表 2-7 及图 2-5）

表 2-7 常用药物统计

	药物	频次 (N)	药味	药性	归经
1	清半夏	412	辛	温	脾、胃
2	焦三仙	289	酸、咸、甘	温、平	脾、胃、肝
3	枳实	251	苦、辛、酸	微寒	脾、胃
4	黄连	245	苦	寒	心、脾、胃、肝、胆
5	黄芩	236	苦	寒	脾、胆、大肠
6	人参	223	甘、苦	温	肺、脾、心、肾
7	柴胡	212	辛、苦	微寒	肝、胆、肺
8	莪术	198	辛、苦	温	肝、脾
9	陈皮	183	苦、辛	温	肺、脾
10	干姜	167	辛	热	脾、胃、心、肺
11	茯苓	165	甘、淡	平	心、肺、脾、肾
12	厚朴	158	苦、辛	温	脾、胃、肺、大肠
13	白芍	154	苦、酸	微寒	肝、脾
14	八月札	148	苦	平	肝、胃
15	桂枝	123	辛、甘	温	心、肺、膀胱
16	白术	109	苦、甘	温	脾、胃
17	蒲公英	107	苦、甘	寒	肝、胃
18	太子参	89	甘、微苦	平	脾、肺
19	炒酸枣仁	76	甘	平	心、肝
20	麦冬	70	甘、微苦	微寒	肺、心、胃
21	合欢皮	70	甘	平	心、肝
22	党参	63	甘	平	脾、肺
23	乌梅	60	酸	平	肝、脾、肺、大肠
24	炒二芽	57	甘	温、平	脾、胃、肝
25	苍术	53	辛、苦	温	脾、胃
26	浙贝母	53	苦	寒	肺、心
27	三棱	51	苦、辛	平	肝、脾
28	荜菝	51	辛	热	胃、大肠
29	薏苡仁	46	甘、淡	微寒	脾、胃、肺
30	生地	45	甘、苦	寒	心、肝、肾
31	藿香	44	辛	微温	脾、胃、肺
32	砂仁	40	辛	温	脾、胃
33	香附	40	辛、微苦、微甘	平	肝、脾、三焦
34	木香	36	辛、苦	温	脾、胃、大肠、胆
35	大黄	36	苦	寒	脾、胃、大肠、肝
36	佩兰	33	辛	平	脾、胃、肺

37	高良姜	31	辛	热	脾、胃
38	元胡	29	辛、苦	温	肝、脾、心
39	天龙	28	辛	温	肝
40	九香虫	26	咸	温	肝、脾、肾
41	花椒	26	辛	温	脾、胃、肾
42	竹茹	26	甘	微寒	脾、胃、心、胆
43	天麻	25	甘	平	肝
44	沙参	24	甘、微苦	微寒	肺、胃
45	海螵蛸	24	咸、涩	温	脾、肾
46	白豆蔻	23	辛	温	肺、脾、胃
47	大枣	22	甘	温	脾、胃
48	当归	22	甘、辛	温	肝、心、脾
49	山药	21	甘	平	脾、肺、肾
50	杏仁	21	苦	微温	肺、大肠

*此频数表仅列举了频数>20 的药物

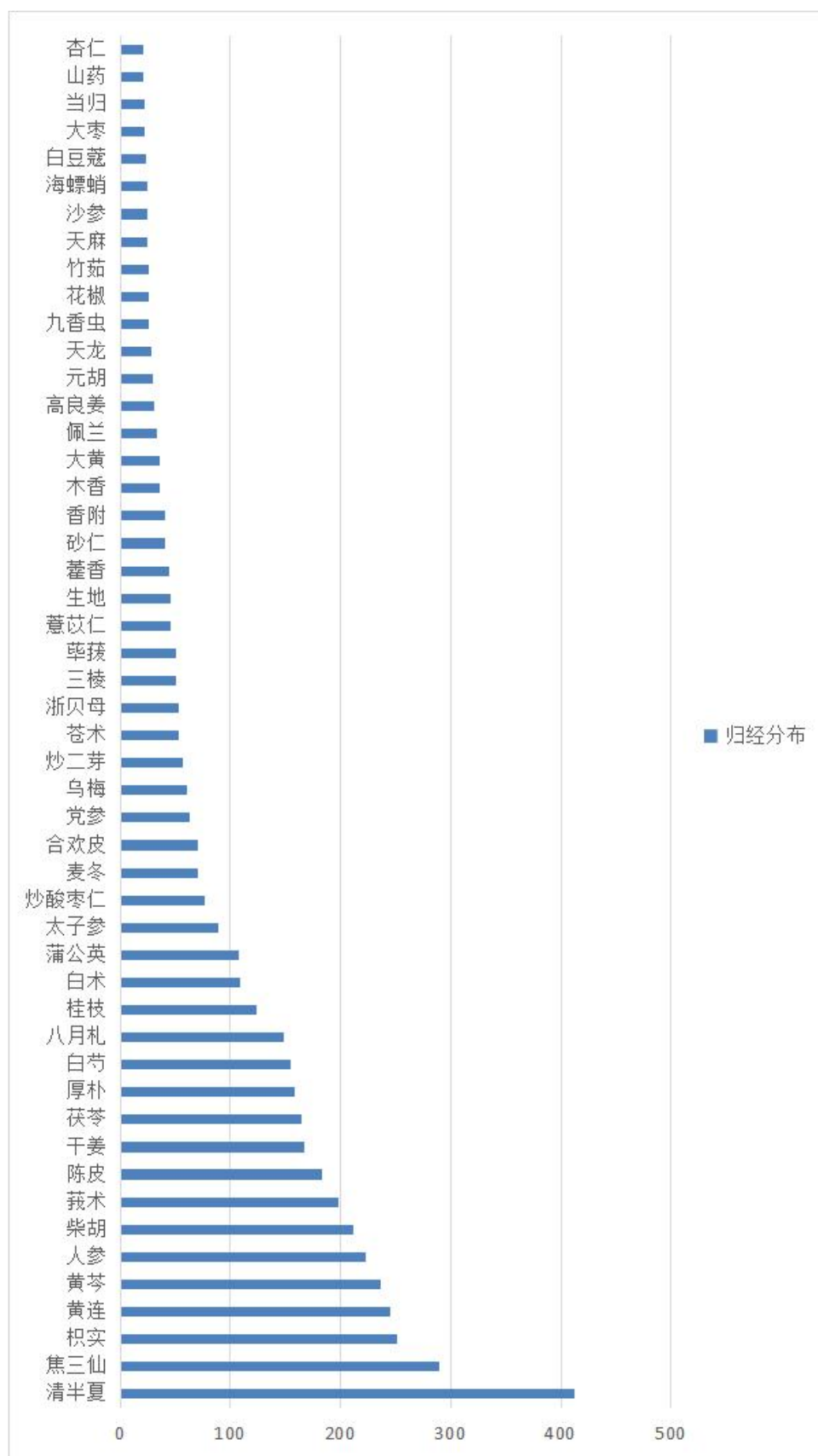


图 2-5 常用药物分布柱状图

入组病案录入后，利用该软件系统分析出每一味药物出现的频次，并列出每一味药物的四气五味及归经。所有出现频次 ≤ 20 的药物进行删除，因其可能为针对相应症状的药物加减。出现次数大于20次的药物是导师平常多用之药，将其作为常用药，经统计，共有50种。同时，因甘草在组方中常起到矫味、调和作用，且李廷荃教授临床治疗中非常注重“和”的运用，用药时甘草几乎出现在每一个处方中，所以对甘草进行排除。

2.5.1.2 药物药性统计（详见表2-8及图2-5）

表2-8 药物药性统计

药性	温	寒	微寒	平	微温	热	凉
频数(N)	1634	1017	965	825	334	227	67
频率(P)	0.322	0.201	0.190	0.163	0.066	0.045	0.013

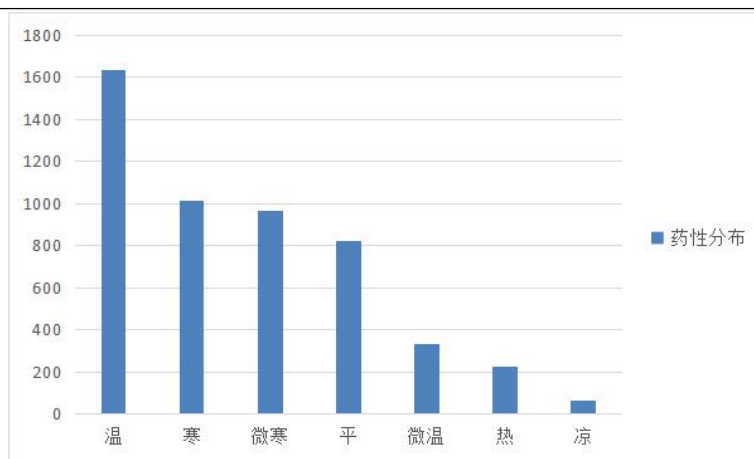


图2-5 药物药性分布柱状图

对500诊次的慢性萎缩性胃炎患者所用药物进行了药性统计，结果显示，温性药物出现1634次，所占频率为32.2%，寒性药物出现1017次，所占频率为20.1%，微寒药物出现965次，所占频率为19%，平性药物出现825次，所占频率为16.3%，微温药物出现334次，所占频率为6.6%，热性药物出现227次，所占频率为4.5%，凉性药物出现67次，所占频率为1.3%。温性、微温及平性药物占50%以上，由此可见李廷荃教授用药温性及平性为主。

2.5.1.3 药物药味统计（详见表 2-9 及图 2-6）

表 2-9 药物药味统计

药味	苦	辛	甘	酸	微苦	淡	微寒
频数(N)	2452	2175	1879	525	460	230	213
频率(P)	0.309	0.274	0.237	0.066	0.058	0.029	0.027

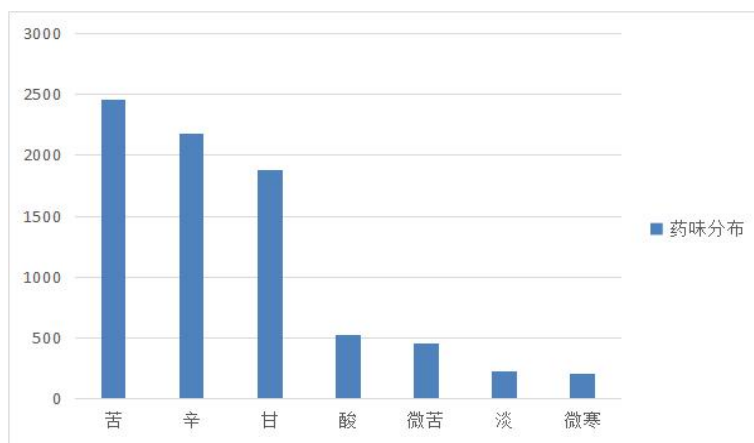


图 2-6 药物药味分布柱状图

对 500 诊次的所有药物进行了药味统计，结果由高到低排列显示为：苦味药物出现 2452 次，所占比例为 30.9%，辛味药物出现 2175 次，所占比例为 27.4%，甘味药物出现 1879 次，所占比例为 23.7%，酸味药物出现 525 次，所占比例为 6.6%，微苦药物出现 460 次，所占比例为 5.8%，淡味药物出现 230 次，所占比例为 2.9%，微寒药物出现 213 次，所占比例为 2.7%，由此可见，李廷荃教授在治疗慢性萎缩性胃炎时多用苦、辛、甘味药物，体现“辛开苦降”之意。

2.5.1.4 药物归经统计（详见表 2-10 及图 2-7）

表 2-10 药物归经统计

	归经	频数 (N)	频率 (P)
1	脾经	3112	0.215
2	肺经	2878	0.199
3	胃经	2601	0.179
4	肝经	1764	0.122
5	肾经	1072	0.074
6	心经	944	0.065
7	大肠经	629	0.043
8	膀胱经	522	0.036

9	胆经	483	0.033
10	小肠经	297	0.021
11	三焦经	86	0.006
12	心包经	74	0.006

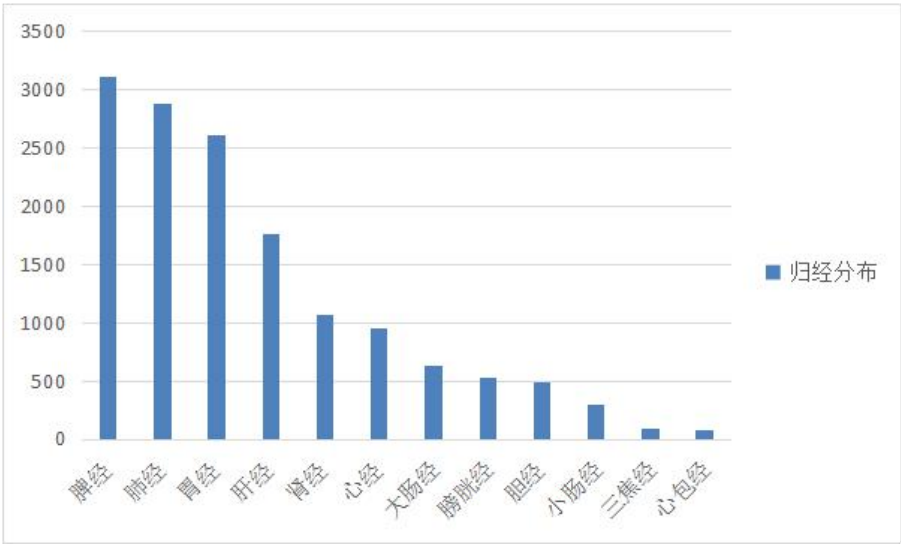


图 2-7 药物归经分布柱状图

对 500 诊次的慢性萎缩性胃炎患者所用药物进行了归经统计，结果显示为：药物归经按频次分布，排在前五位的是：分别归脾、肺、胃、肝、肾经，具体出现频次分别为：3112 次、2878 次、2601 次、1764 次、1072 次，由此可见李廷荃教授临证时多用脾、胃、肝、肺、肾经药物较多，这也符合脾胃系统疾病治疗用药规律。

2.5.2 药物关联规则分析

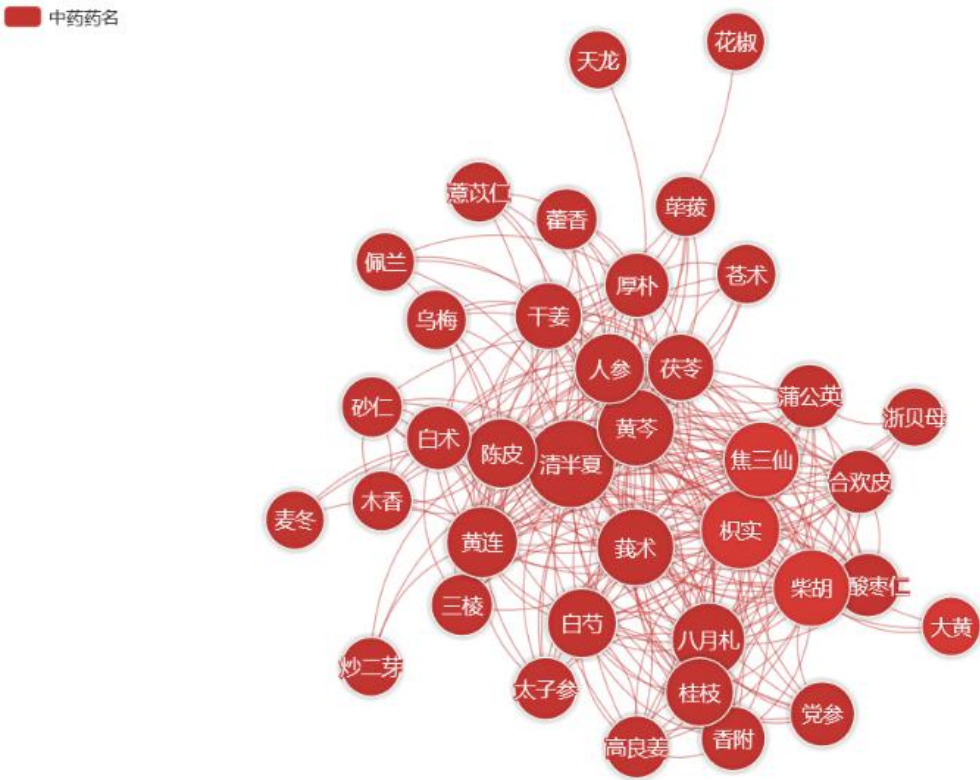
2.5.2.1 药对关联情况（详见表 2-11 及图 2-8）

表 2-11 常用药药对关联规则表（部分列举）

前项	后项	提升度	置信度	确信度
三棱	莪术	2.53	1.00	30.80
高良姜	香附	12.50	1.00	28.52
黄芩	清半夏	1.20	1.00	19.91
合欢皮	莪术	6.40	0.99	30.03
藿香	厚朴	3.07	0.98	15.00
八月札	清半夏	1.93	0.97	14.68
干姜	黄连	1.16	0.96	2.35
太子参	清半夏	1.16	0.96	3.98
花椒	干姜	1.15	0.96	3.55

八月札	莪术	1.91	0.95	8.57
党参	清半夏	1.12	0.93	2.14
枳实	清半夏	2.72	0.93	5.94
莪术	清半夏	2.34	0.93	7.45
高良姜	柴胡	2.04	0.87	3.56
高良姜	桂枝	3.48	0.87	4.65
炒酸枣仁	陈皮	1.05	0.87	1.18
焦三仙	清半夏	1.04	0.86	1.20
黄连	清半夏	1.04	0.86	1.19
八月札	柴胡	2.01	0.86	3.86
砂仁	陈皮	2.31	0.85	3.69
莪术	枳实	1.68	0.85	3.17
干姜	清半夏	1.01	0.84	1.02
砂仁	茯苓	2.48	0.83	3.41
砂仁	白术	3.80	0.83	4.01
柴胡	枳实	1.63	0.82	2.71
木香	陈皮	2.19	0.81	2.91
乌梅	黄连	1.63	0.81	2.44
薏苡仁	厚朴	2.53	0.80	3.14
干姜	人参	1.76	0.79	2.59
桂枝	白芍	2.54	0.79	3.19
佩兰	黄连	1.59	0.79	2.08
佩兰	干姜	2.32	0.79	2.72
佩兰	厚朴	2.48	0.79	2.81
木香	砂仁	9.56	0.78	3.77
薏苡仁	黄连	1.58	0.78	2.11
党参	枳实	1.54	0.78	2.08
党参	柴胡	1.83	0.78	2.41
香附	高良姜	12.50	0.78	3.75
柴胡	黄芩	1.62	0.77	2.24
党参	黄芩	1.61	0.76	2.07
佩兰	人参	1.68	0.76	2.01

注：置信度 ≥ 0.6



对所有常用药物进行药对关联规则分析，关联的结果可以提示两个药物之间关系的密切程度，药物关系越密切，越容易聚集。从图中可以看出，处于核心位置的药物为清半夏、黄芩、焦三仙、枳实、柴胡、莪术、八月札等药物。对关联结果进一步分析发现，关系密切的药物主要为两类，一类是合方加减，主要为经典方药，如半夏泻心汤、四逆散之类；一类是经验用药加减，主要集中于疏肝理气药物，这与李廷荃教授在辨证时注重肝胃、肝脾关系有关。

2.5.2.1 核心药物组合关联情况（详见表 2-11）

表 2-11 常用药药对关联规则表（列举）

前项	后项	提升度	置信度	确信度
枳实、陈皮	清半夏	1.20	1.00	22.85
桂枝、黄芩	清半夏	1.20	1.00	12.43
柴胡、合欢皮	清半夏	1.20	1.00	8.57
焦三仙、炒二芽	清半夏	1.19	0.99	13.14
黄芩、焦三仙	柴胡	2.32	0.99	24.11

白芍、白术	枳实	1.96	0.99	24.42
黄连、枳实	干姜	2.9	0.99	2.35
八月札、桂枝	枳实	1.96	0.99	17.11
柴胡、陈皮	枳实	1.18	0.98	5.54
柴胡、蒲公英	天龙	1.18	0.98	5.54
清半夏、合欢皮	炒酸枣仁	6.39	0.98	26.23
柴胡、太子参	白芍	1.18	0.98	4.87
黄连、八月札	柴胡	2.31	0.98	21.24
八月札、蒲公英	代赭石	1.95	0.98	12.9
干姜、厚朴	桂枝	1.98	0.98	17.47
莪术、八月札	合欢皮	1.94	0.98	16.99
柴胡、莪术	八月札	1.17	0.98	5.59
柴胡、莪术	合欢皮	1.94	0.98	16.49
白芍、八月札	枳实	1.94	0.98	15.75
白芍、八月札	陈皮	2.29	0.97	14.92
焦三仙、八月札	枳实	1.93	0.97	13.89
黄芩、八月札	炒酸枣仁	1.93	0.97	13.76
枳实、香附	清半夏	1.17	0.97	4.37
枳实、焦三仙	柴胡	2.28	0.97	15.61
清半夏、干姜	黄连	1.95	0.97	12.01
枳实、蒲公英	天龙	1.16	0.96	3.28
白芍、八月札	清半夏	1.16	0.96	3.28
黄芩、干姜	黄连	1.94	0.96	9.58
八月札、桂枝	三棱	2.25	0.96	9.9
八月札、桂枝	香附	2.42	0.96	10.42
白术、莪术	柴胡	2.24	0.96	10.81
人参、白芍	黄连	1.93	0.96	9.72
黄芩、香附	莪术	2.41	0.96	11.17
柴胡、元胡	莪术	2.41	0.96	10.96
陈皮、干姜	黄连	1.92	0.95	7.69
白芍、八月札	川楝子	2.40	0.95	9.42
黄芩、莪术	天龙	1.88	0.95	8.01
柴胡、桂枝	蒲公英	1.99	0.95	7.72
柴胡、蒲公英	浙贝母	1.86	0.94	6.55
黄芩、莪术	八月札	3.17	0.94	9.94
焦三仙、浙贝母	莪术	2.37	0.94	8.46

通过核心药物组合规律分析可得出，常用的药物组合为：清半夏-黄连-黄芩，清半夏-合欢皮-炒酸枣仁，柴胡-黄芩-桂枝，八月札-桂枝-莪术等。

2.5.2.1 各证型核心用药分析（详见图 2-9，2-10，2-11，2-12）

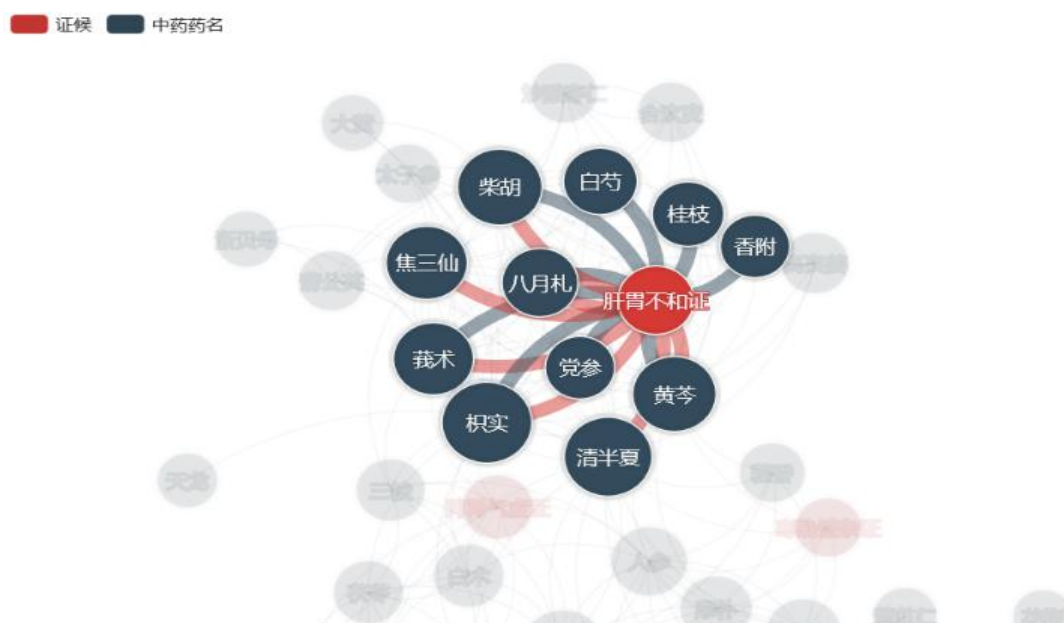


图 2-9 肝胃不和证核心用药关系图

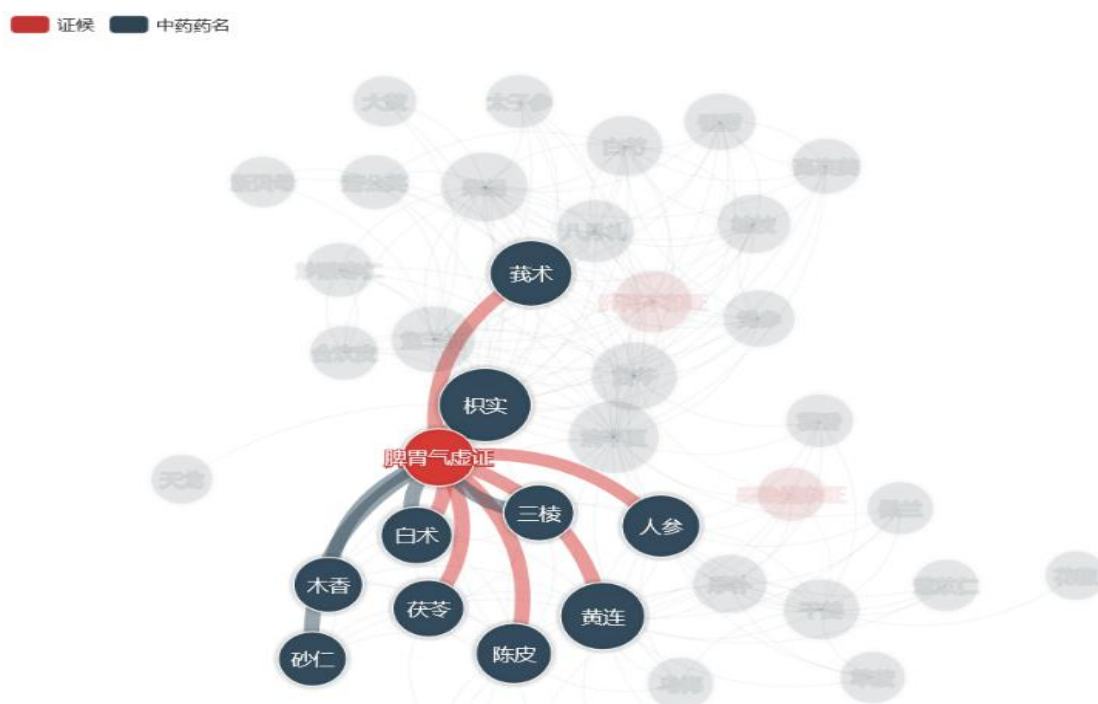


图 2-10 脾胃气虚证核心用药关系图

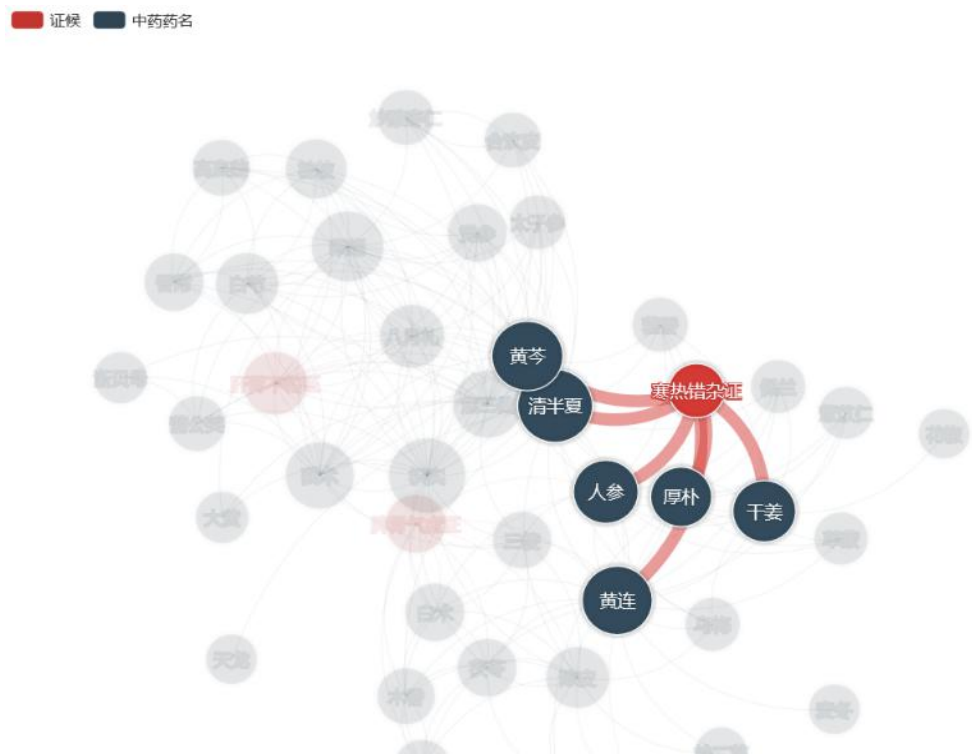


图 2-11 寒热错杂证核心用药关系图

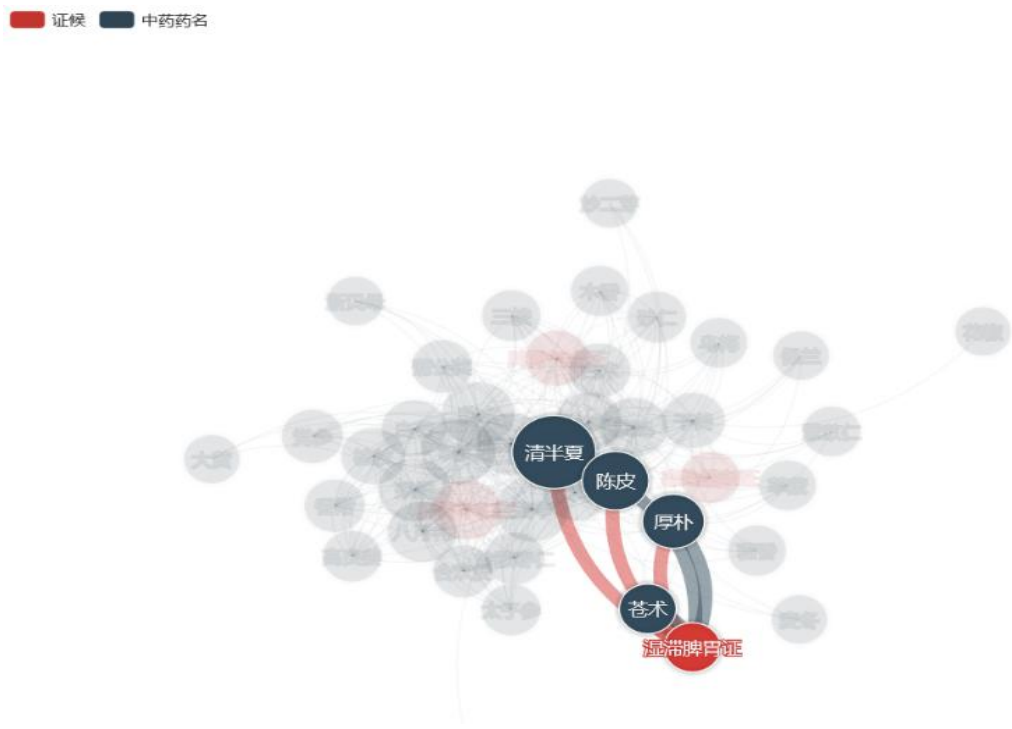


图 2-12 湿滞脾胃证核心用药关系图

将确信度设置为 1，置信度设置为 1，选择属性为证候、中药药名，得到四个证型各自核心用药。通过对四种证型核心用药的分析，可以看出李廷荃教授在四种证型中的主要用药，肝胃不和证多在四逆散的基础上加減用药，脾胃气虚证多用四君子汤、六君子汤之类，寒热错杂证多用半夏泻心汤加減，湿滯脾胃证多在平胃散基础上加減用药，加減用药当视患者的伴随症状而定，四个证型所用方药多为药性平和之品，符合李廷荃教授用药平和，以顺脾胃之和的用药特点。

3 讨论

3.1 现代医学对慢性萎缩性胃炎的认识

3.1.1 流行病学

在全世界范围内，慢性萎缩性胃炎的发生区域主要为亚洲地区，而在此区域中本病的发病率排在前两位的分别是中国和日本，越来越多的研究发现本病的发生群体中部分患者会发展为胃癌。在年龄分布上，已经不仅仅局限于中老年人，越来越多的研究表明青年群体患本病的逐年增多。所以，尽早发现、确诊属癌前病变的慢性萎缩性胃炎，提前干预，阻断其向癌变发展的进程，是降低癌变率的有效举措。流行病学调查显示：中老年人是本病的高危人群，有必要在健康体检中加入胃镜的项目，同时因青年群体亦可发为本病，所以临床上所有发现与之相关的症状患者均应进行胃镜常规检查，这样可以提前筛查，提前干预。在一项有关环氧合酶-2 和 c-met 癌基因蛋白表达与胃黏膜损害关系的研究中，表明以上两者不管是在 CAG 伴隆起型糜烂的患者体内，还是在胃癌患者体内，都较高，表明 CAG 伴隆起型糜烂亦很容易发生恶变。

3.1.2 发病机制

很长时间以来，研究者们通过大量的临床研究，本病的发生发展不是单一因素造成的结果，而是各种因素相互影响而导致，CAG 的发病机制至今以来尚无明确的统一的定论。有专家学者提出细菌感染、饮食不规律、免疫遗传等各种因素导致了本病的发生。近年来的学术研究表明 HP 感染是 CAG 发病的最重要原因，这一点得到了大多数专家的认同，且进一步得出 Hp 感染是该病出现活动期症状且病程缠绵的重要原因。除上述主要因素之外，有一部分专家学者通过临床研究得出仍存在其他因素可引起 CAG 的发生与进展，如这些因素长时间、多次的刺激使胃粘膜遭受损伤、镜下甚至未见腺体，使胃的正常功能减弱，进而导致本病的发生。

对于本病的治疗，前言中已有描述，在此不再赘述。

3.2 论李廷荃教授治疗慢性萎缩性胃炎

李廷荃教授临床诊疗 CAG 已有 30 余年,对其治疗经验充足,善于从以下几个方面论治,其一,在临床指出慢性萎缩性胃炎的发病根本上是由于脾胃素虚,或先天不足,脾胃常弱,且整体正气不足,邪气易从外干,长久如此,胃失健运,胃黏膜失去于滋润濡养,久而产生病变,发为萎缩,其病变是缓慢缠绵的过程;其二:大部分患者临床表现以胃脘胀满为主,有寒热错杂的特点,符合半夏泻心汤的用方标准,故常以半夏泻心汤治疗此类症状;其三:“和”法的体现:“和”法既是一种理念,也是一种治疗大法,中医治病所达之处皆以“和”为道。“和”即是中医治病要达到的目标和价值所在。道家提倡“无为而治、道法自然”,亦是指顺四时、适寒暑、节阴阳、调刚柔、和喜怒、安居处,以顺其和,亦是“致中和”之体现。李廷荃教授除治疗时开具方药体现“和”法之外,与此同时,会叮嘱患者注意从饮食入手,养护脾胃,养治结合,亦是“中”法之体现,“和”法注重方法的运用,而“中”法注重于“和”法所造成的结果,两者相结合,有因有果^[6],具体如下:

3.2.1 病因病机

临床观察发现该病没有较为特异的表现,患者症状不显著,其中有部分患者无症状表现或有极少症状表现,若有临床症状的患者则表现为胃脘胀满、胃痛等,还可以出现食欲不振、口黏、恶心等其他表现,长时间的消化功能异常,因不思饮食,身体难以吸收营养物质,而使部分患者出现身材消瘦、神差、焦虑等身体或心理症状。同大多数疾病一样,中医学历史上还没有唯一一个疾病名称可以与其对应,但根据现代医家研究和本病的主要表现,一般将该病归“胃痛”、“痞满”等范畴^[7],截至目前,大多医家认同该病的出现与饮食、劳累、情绪、先天、外邪等有关,《景岳全书》中讲到:“怒气暴伤,肝气未平而痞”,意思是人生怒气,伤及肝木,失于疏泄,渐犯脾胃,导致痞满,“虚寒之痞,过于忧思,凡……皆能有之”,均阐明该病的发生与情志、劳倦、素体虚弱、病后失养等有一定的关系^[8];《素问》中讲到:“脾不能行气于脾胃……则为痞”,意思是脾胃在各种因素的作用下受到损伤,气机失于顺畅,郁结于中焦,而引起痞满,这属于脾虚中气不运,致使水饮内停而成痞;《伤寒论》中讲到:“胃中不和……干噫食臭”,指出平时不注意饮食,脾胃受损,脾气不升,胃气不降,进而引发痞满之症^[9];所以凡情志问题伤及肝木,失于调达,犯于脾土,或饮食不当,或劳逸不节,或先天不足,或病后失养诸多因素,以上各种因素都能对脾胃造成损害,进而导致痞满等疾病发生^[10]。分析古代医家对该病的认识,可以得出:尽管各家对 CAG 致病因素的看法不一,但众专家学者对“CAG 发生的关键因素是各种原因所导致的脾胃虚弱”这一观点表示认可。

导师李廷荃教授结合临床经验及古代文献认为CAG在发病的关键因素是先天不足及后天各种因素所致的脾胃虚弱，在脾胃虚弱这一“本虚”的基础上加以外邪就会出现不能耐受寒热、情绪容易波动、饮食失常等各种变化，进而导致本病的发生。在中医学认识中，一脏受累，可连及其他脏腑甚至全身。例如：肝脏在五行中属于木，脾脏在五行中属于土。在正常情况下，肝气调达，可以帮助脾胃运化，帮助其降浊同时升阳，即脾胃得到肝之舒发，才能正常发挥其作用，如果平素多思虑多发怒，伤及脾胃及肝，进而导致功能减弱或丧失，本弱则外邪易趁虚而入，如同雪上加霜，加速本病的发生^[11]。根据李廷荃教授治疗经验，认为外邪以寒邪最为常见，内生之邪以湿邪为主，情志内伤则以怒、思为主，怒气伤肝，思则伤脾，故以脾胃虚弱为本，外邪所伤为标，虚实夹杂。因脾胃虚弱为本，在脾胃之气尚未恢复之时，仅仅施以祛除外邪的方法，容易引起本病的缠绵之性，若治疗不及时，还可纵容其恶化，临床上这一类患者常因短期效果较好，而中断治疗，而在失治或在服用药物后未注意日常饮食养护，导致本病正虚尚存或存有未尽之邪，一经外邪侵袭，可再次发病。

3.2.2 选方用药

中医在治疗本病方面，由上述对其发病原因和机理的分析可看出，其病程变化可能出现虚、实、虚实夹杂三种病理改变，但临床中患者可受多种因素的影响，故以虚实夹杂者是最为多见的。该病虽然发生于脾胃，但肝的正常与否对其有明显影响，本虚主要在脾胃，标实主要在肝郁、寒热变化等，病因病机复杂，病程发展过程中多有兼症，无特效之方，当因人制宜，辨证论治。故李廷荃教授强调治疗该病的关键应以健脾为主，同时兼以疏肝、和胃、调和寒热等其他治疗方法。

3.2.2.1 主方选择

①肝胃不和证

症状：平素情绪急躁，脘腹胀满或疼痛，胁肋胀痛，间断头晕头痛，纳差，眠差，排便不爽，小便调，舌红，苔黄薄，脉弦。

治法：疏肝和胃。

方药：四逆散合小柴胡汤加减或柴胡桂枝汤加减。

分析：四逆散与逍遥散功用相同，皆属调和肝脾之剂，药力平和。但四逆散侧重治疗脾滞肝郁之证，而逍遥散侧重治疗脾虚肝郁之证。故脾虚重者选用逍遥散，气滞重者选用四逆散以增强处方调理气机的效果，郁而化热者用丹栀逍遥散。柴胡桂枝汤为小柴胡汤、桂枝汤合剂，既具有小柴胡汤和解之功，又有桂枝汤通阳活血

之效，尤其对于肝胃不和伴有眠差者效果甚佳。

②脾胃气虚证

症状：精神不佳，全身乏力，脘腹胀满或疼痛，食后胀满更甚，纳差，面色发白，眠可，大便稀溏，小便调，舌淡胖，苔白少，脉沉细或沉弱。

治法：健脾和胃。

方药：六君子汤加减。

分析：六君子汤在四君子汤的基础上加用半夏、陈皮，在保留四君子汤补脾之功的基础上增强其燥湿之功，香砂六君子汤在此基础上加木香、砂仁，对于伴有呕吐痞闷，纳差者，有健脾燥湿化痰之功。对于慢性萎缩性胃炎迁延不愈者，患者体质羸弱，若一味进补，可能使病情加重，适得其反，而六君子汤药力平和，补脾兼祛湿，扶正兼祛邪，以力求机体平衡。

③寒热错杂证

症状：脘腹胀满尤甚，纳差，胃脘嘈杂，眠差，恶心欲吐，大便干稀不调，小便调，舌淡红，苔薄黄腻，脉弦数或沉弦。

治法：调和寒热。

方药：半夏泻心汤加减。

分析：本方是中医治疗“痞”的临床常用方剂，对于消化系统其他疾病，治疗效果也被确切证实。脾胃同属中央土，脾胃健和，则清阳升，浊阴降，升降失调，则胃胀、纳差等相继出现。《金匱要略心典》中在谈论次方时讲到：“中气既痞……而但治其中”，将本方的应用机理进行了精简的概括，现代药理学研究也证明了半夏泻心汤对消化系统有多重作用。其中所含有的苦醇物质具有增强消化道动力、调节胃肠运动的作用，除此之外，该方还有防治胃癌、促进血管新生、抑制胃肠道炎症等多重作用。

④湿滞脾胃证

症状：精神欠佳，全身疲乏，脘腹胀满，纳差，眠可，大便粘腻，便后不爽，小便调，舌淡胖齿痕，苔白少，脉滑。

治法：燥湿和胃。

方药：平胃散加减。

分析：平胃散虽然仅由四味药组成，但其兼具燥湿和胃健脾之功，其中，苍术燥湿，厚朴宽中，陈皮理气，甘草健脾调和，四药相辅相成，相得益彰。若兼有口苦、胁肋胀痛等肝郁之证者，可加以小柴胡汤加减，疏肝气，和胃气，扶正气。

3.2.2.2 加减用药

李廷荃教授在治疗上注重“标本同治”，临床常在以上主方健脾和胃的基础上，因每个患者都有其患病特性、体质禀赋等的不同，故根据其不同兼有表现，施以变通用药，常用药为理气剂、消食剂、活血剂、温里剂。常用药物有焦三仙、莪术、三棱、八月札、蒲公英、浙贝母、炒酸枣仁、合欢皮、天龙、九香虫、萆薢、海螵蛸等。

焦三仙：在临床实践中，这三者均为消食良药，其中焦麦芽，入脾、胃经，甘、温。具有消化食积、调和中焦、除满的功效。焦麦芽是指生麦芽用武火炙过而得^[12]。临床上常用来治疗积食症、纳呆诸症。《千金·食治》中讲到：“消食和中……止泄利……”，《日华子本草》中讲到：“温中……破癥结……”，现代医家根据药理实验，研究得出焦麦芽中含有两种淀粉酶，分别是 α 与 β ，在人体内可以分解为麦芽糖，具有促进胃内胃酸和蛋白酶的分泌作用^[13]；焦神曲，药性偏温，味药兼具甘、辛两性，同时归属于脾、胃二经，临床上发现其具有消米面食积、调和脾胃的作用，现代药物实验得出焦神曲中可以分离出促进饮食消化、新陈代谢的酵母菌等^[14]；焦山楂，入脾、经、肝经，酸、甘，温。临床上除了具有消食积的功效，尚可散淤结，是出现肉食积滞、积聚等症状的常用药物，现代药理学研究表明焦山楂对胃肠有运动明显促进作用，并且可以促进胃液的分泌，降低胃酸的PH值^[15]。

莪术：入肝、脾经，辛、苦，温。临床观察发现其可以行气血、消积滞^[16]，《药品化义》中讲到：“莪术味辛性烈……与三棱功用颇同……”，《汤液本草》中谈到：“蓬莪茂色黑……亦能益气……”。现代医学研究证实其中所含的莪术醇，能兴奋消化道上的M受体，同时抑制 α 受体和 β 受体，使钙离子内流，以此改善胃肠的蠕动功能^[17]。

三棱：入肝、脾经，辛、苦，平。该药具有行气血之功，除此之外，还可消肿痛，在医学实践中常用其治疗食积、胸痹心痛等。《医学衷中参西录》中谈到：“三棱气味俱淡……一切血瘀气滞之症……”。现代药物实验研究发现该药中所含有的油类等成分，可以起到抑制胃肠道炎症、抗癌的功效，研究证实其对CAG的临床疗效肯定^[18]。

八月札：药性偏寒，药味偏于甘。归肝、脾、肾三经。临床实践表明其有疏利肝气、调畅气机、散瘀结的功效，在医学实践中常用来治疗胁肋胀痛、烦躁等。《本草拾遗》中讲到：“利大小便……食之令人心宽……”；《食性本草》中说到：“主胃口热闭……除三焦客热……”。现代药物实验研究得出该药具有抑制消化道炎症、抗癌等作用，临床证实其对于癌前病变，特别是慢性萎缩性胃炎癌前病变有很好疗效^[19]。

蒲公英：入肝、胃经，苦、甘，寒。临床发现其有清热毒、凉血的作用，实践中该药常用来治疗淋证、皮肤溃疡等。《滇南本草》中谈到：“敷诸疮肿毒……利膀胱”；《本草新编》中言：“蒲公英……散滞气”。现代药物实验研究得出该药物具有抑制消化道炎症、通利小便、利胆健胃等作用^[20]。

浙贝母：入肺、心经，苦，寒。临床实践表明其具有清热毒、散痈结的作用。常用其治疗肺、乳痈等疾病。《本草正义》中讲到：“大治肺痈肺萎……清降之功……”。现代药物实验研究得出该药临床具有加速溃疡愈合、抑制炎症、抑菌、抗癌等作用^[21]。

炒酸枣仁：药性偏于平和，药味偏甘、偏酸。归属于心、肝、胆三经。临床应用实践表明其具有养肝血、生津液、宁心神的作用，常常用其治疗眠差、多梦、多汗、口渴等。《本草纲目》中谈到：“酸枣仁……今人专以为心家药……”；《本草拾遗》中说到：“睡多生使”，指出该药对于嗜睡患者多生用，而眠差患者多炒制后使用。现代药物实验研究得出本药具有缓解焦虑、促进睡眠等作用，对于慢性萎缩性胃炎伴有眠差患者，效果较好^[22]。

合欢皮：入心经、肝经，寒，平。临床应用中证实其具有宁心神、疏肝气、和气血的作用，尚可消肿痛，常常用其治疗不寐、抑郁状态、外伤等。《神农本草经》中谈到：“……令人欢乐无忧……”；《本草求真》中说到：“……其服之脏腑安养……”。现代药物实验研究得出该药具有安神、改善抑郁状态、增强免疫及抗癌作用^[23]。

天龙：药性偏于寒，药味偏咸。仅归属于肝经。临床应用中证实其具有解热毒、散结滞、祛风的作用，常用其治疗瘰癧、惊痫、血积包块等。《本草纲目》中论述谈到：“治中风瘫痪……疗蝎螫”，“守宫，旧云不入药用……故又治血病疮疡”。现代药物实验研究得出该药在临床上可以调节免疫、抗癌、修复受损组织等作用^[24]。

九香虫：药性偏温，药味偏咸。归属于肝经、脾经、肾经。临床应用中证实其具有调理气机、温补中焦的作用，还可补益助阳，常用其治疗痞满、腰痛、肾阳虚等。《本草纲目》中谈到：“治膈脘滞气……壮元阳……”，《本草新编》中说到：“虫中之至佳者……以扶衰弱最宜……”。现代药物实验研究得出该药具有抑制炎症、抗癌、减轻疼痛等作用^[25]。

荜茇：药性偏热，药味偏于辛。归属于胃经、大肠经。临床应用中证实其具有温补中焦的作用，还可止痛。常用其治疗胃部冷痛、头痛、胸痹心痛等。《本草正义》中论述谈到：“荜茇……古人偶用辛散之药”；《本草拾遗》中说到：“温中下气……除胃冷”。现代药物实验研究得出该药具有保护胃黏膜、保护肝脏、抑制

消化道炎症的作用^[26]。

海螵蛸：药性偏温，药味咸、涩。归属于脾经、肾经。临床实践用药中表明其具有收敛制酸、止带下、止出血的作用，常用其治疗胃脘疼痛、吐酸、血症、女子白带病等。《本草纲目》中记录：“主女子血枯病……同银朱吹鼻治喉痹”；《现代实用中药》中说到：“为制酸药……溃疡病有效”。现代药物实验研究得出该药可以对胃黏膜形成保护，而这种保护机制主要是通过抑制机体产生过多的胃酸实现的^[27]。

3.2.3 病案举隅

患者狄某，性别男，年龄：57岁，初诊时间：2017-11-6。主诉：胃脘胀满伴暖气半年余。患者3月前于某院行胃镜检查，结果为CAG伴有糜烂。服用奥美拉唑钠胶囊两周，效果不佳。现症：胃胀，暖气，胃脘隐痛，两胁胀满，纳呆，口干渴，常欲饮水，食后觉胃脘有停滞感，伴反酸烧心。平素饮食不节，易怒，眠差，便干，两日一行，小便微黄。舌红苔白黄脉弦。诊断为胃痞病（肝胃不和证），治以疏肝和胃之法。处方：柴胡10g，黄芩10g，清半夏10g，党参15g，桂枝10g，白芍10g，枳实30g，八月札30g，莪术10g，焦三仙[Ⓢ]10g，玉竹10g，甘草6g，14剂。水煎400ml，每日1剂，早晚空腹分服（若觉空腹服用后胃脘不适，可饭后服）。

二诊：2017-11-20：胃胀、痛减轻，暖气仍作，偶反酸，纳欠佳，口干渴减轻。情绪尚可，遇事觉烦躁，入睡较前好转，大便一日一行，但仍便干，小便调。舌红苔白脉弦。处方：柴胡10g，黄芩10g，清半夏10g，党参15g，桂枝10g，白芍10g，枳实30g，白术30g，八月札30g，莪术10g，海螵蛸18g，旋覆花10g，焦三仙[Ⓢ]10g，甘草6g，7剂。

三诊：2017-12-4：患者原有症状均较前好转，自述仍欲继续治疗。舌红苔白脉弦。处方：原方继服。

按：慢性胃炎可分为很多类型，而CAG是其中一种，本患者以胃胀为主要症状，所以可以将其归于“痞满”范畴，进而讨论其病因病机，患者平素不注意饮食，久而久之，脾胃受损，进而导致“本虚”，加之情绪不佳，容易烦躁，心生怒气，伤及肝木，犯于脾胃，胃失健运，故纳入不化，见胃胀，若夜间胀甚，无法入眠，进而出现眠差，肝气郁而化热，故见舌红苔黄脉弦，综合辨证为肝胃不和，虚实夹杂，方用柴胡桂枝汤，以柴、芩、夏、参调其寒热，桂枝、白芍，一散一收，温胃寒，敛肝阴，枳实、八月札、莪术行气疏肝，焦三仙顾护脾胃，玉竹清热滋肝阴，整体有收有散，有温补有寒凉，加以八月札等行气疏肝之品，整个方药疏肝和胃，理气除胀，二诊时

胃脘胀满、口干均减轻，但仍有反酸、烧心、排便困难，考虑为和胃降胃之力欠佳，故去玉竹，加白术 30g 健脾兼以润肠通便，海螵蛸、旋覆花降气制酸，缓解其烧心反酸症状，三诊时原有症状均有好转，且患者有意继续治疗，故遵原方继服。

4. 存在问题及展望

由于各种主观及客观原因，使得本课题还存在以下几个不足之处：

1. 由于 CAG 患者大多数病程较长，病势缠绵，患者往往同时采取中西医治疗，故单纯中医治疗的患者较少，且由于受时间限制导致本课题收集的病例数有限，总结出的李廷荃教授的用药规律仍有局限之处。

2. 收集的患者病例多为门诊病例，虽要求患者严格按照用药标准治疗，但其中仍有较多不可控因素，故会影响最终用药规律的分析结果。

3. 关于导师李廷荃教授在用药时归肺经药物较多的问题，分析可能与 CAG 患者中部分出现咳嗽症状有关，相关的结论还需进行进一步的病例收集与数据分析才能确定。

所以，在下一步总结李廷荃教授治疗慢性萎缩性胃炎的用药规律时应尽量扩大样本，同时严格把控患者的用药及治疗过程，从而使得分析结果更加的客观准确。

5. 结论

严格依据本次研究的纳入和排除标准，最终筛选出合格病例 494 例，共计 500 诊次，在研究过程中，利用名老中医工作室平台和 TCMISS 软件，采用频数分析、药物分析、特征提取、规则分析等数据挖掘方法，通过以上方法可以进行病例数据的录入、分析、结果输出为可视化图表等诸多方面的探索研究，以下是得出的结论：

1. 一般情况分析：在性别方面，患者就诊分布的男女性别比差距不大，无明显意义，这提示了李廷荃教授门诊中 CAG 患者性别分布的男女比例差距不大。CAG 患者的分布年龄多以 50 岁左右为主，这符合人体脏腑机能及气血变化规律，也符合李廷荃教授固护脾胃的临证要点。

2. 病种分析：李廷荃教授临床治疗 CAG，其中医疾病包括胃痞病、纳呆、胃脘痛病、嘈杂病、腹痛病、便秘病、胁痛病、泄泻病等疾病，说明李廷荃教授在治疗时注重辨病论治。

3. 症状规律：经分析后，共三组症状群，包括脾胃不调症状、寒热性质症状及全身症状，这提示了李廷荃教授在治疗 CAG 时于把握主证，抓病机，注重脾胃寒热变化和全身症状变化。

4. 辨证规律：导师李廷荃教授治疗 CAG 时常分为四个证型：肝胃不和证、脾胃气虚证、寒热错杂证、湿滞脾胃证，这提示李廷荃教授在治疗 CAG 辨证时常从肝、脾、胃入手，注重脏腑关系，再探寒与热、虚与实、气与血的关系。

5. 用药规律：除半夏泻心汤、小柴胡汤、四逆散、六君子汤、平胃散这五种常用方以外，李廷荃教授临证在治疗慢性萎缩性胃炎时常加焦三仙、莪术、三棱、八月札、蒲公英、浙贝母、炒酸枣仁、合欢皮、天龙、九香虫、莨菪、海螵蛸，为防癌变往往加用浙贝母、天龙、蒲公英、八月札、九香虫等药物解毒散结，辨证时兼有血瘀证候者添加三棱、莪术，兼有睡眠障碍者添加炒酸枣仁、合欢皮，兼反酸烧心不适者添加海螵蛸，肝胃不和伴眠差者常用柴胡桂枝汤。

李廷荃教授在临床治疗慢性萎缩性胃炎时主要从“辨病论治”、“抓主证”和“顾兼症”三个方面进行治疗，以“脾胃本虚，外邪可干”为主要病机概要，即脾胃脏腑功能虚弱贯穿始终。治法以“和解”为大法，补虚固本，祛除外邪，平调寒热，重视临床辨证，给与相关用药，且用药平和，祛邪不忘扶正，充分体现了“正邪兼顾”的治疗理念。

参考文献

- [1]AtiM, Amuzzi A, Gasbarrin A, Gasbarrini G. Importance of change in epihelial cell turnover during helicobacter pylori infection in gastric carcinogenesis [J]. Gut, 1998, 43(suppl):27-32.
- [2]王仲略, 周刚, 沈慧琳. 慢性萎缩性胃炎的影响因素和临床治疗效果 [J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(8): 1817-1819.
- [3]任之洁, 翟祖康. 幽门螺杆菌根除后慢性萎缩性胃炎胃粘膜的改变 [J]. 上海第二医科大学学报, 200121(5): 435-443.
- [4]Zhu S, Mason J, Shi Y, et al. The effect of folic acid on the development of stomach and other gastrointestinal cancers [J]. Chin Med J, 2003, 16(1):15-19.
- [5]朱彦, 朱玲, 崔蒙. 论中医药数据挖掘[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(08):2932-2935.
- [6]孟洋, 李廷荃. 中医“和”法思想在痞满运用之体现[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(05):1187-1188.
- [7]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]. 中医杂志, 2010, 51(8):749-753.
- [8]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(06): 346-348.
- [9]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.
- [10]吴勉华. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 188-195.
- [11]王晞星, 李廷荃. 肖汉玺从肝论治反流性食管炎经验[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000(01):38.
- [12]贺丹霞, 荣亮, 秦民坚, 刘惠娟. 大麦籽粒、生麦芽、炒麦芽和焦麦芽中黄酮类化合物的含量分析[J]. 中药材, 2012, 35(11):1747-1751.
- [13]凌俊红. 麦芽的化学成分及炮制学研究[D]. 沈阳药科大学, 2005.
- [14]吴翠, 徐靓, 马玉翠, 巢志茂. 神曲及其炮制品中 5-羟甲基糠醛的含量分析[J]. 分析仪器, 2019(05):89-94.
- [15]张三印, 孙改侠, 冯蓓, 吴纯洁. 不同山楂炮制品对胃肠运动的影响研究[J]. 云南中医中药杂志, 2010, 31(05):60-62+92.
- [16]国家药典委员会. 中华人民共和国药典 2015 年版(一部) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 274-275.
- [17]金龙, 马建秀, 马艳庆. 莪术醇对大鼠十二指肠平滑肌收缩的影响 [J]. 中国药理学通报, 2017, 33(12): 1717-1720.
- [18]冯娅茹, 张文婷, 李二文, 刘雯雪, 梅雪, 罗隽, 杨冉冉, 马志强, 林瑞超. 三棱化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2017, 48(22):4804-4818.
- [19]陈龙全, 田卯凤, 高博, 高兴亮, 袁德培. 土家名药八月札的应用现状[J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2015, 32(01):61-62.
- [20]蒋喜巧, 苗明三. 蒲公英现代研究特点及分析[J]. 中医学报, 2015, 30(07):1024-1026.
- [21]赵金凯, 杜伟锋, 应泽茜, 江康丽, 葛卫红. 浙贝母的现代研究进展[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(01):177-180.
- [22]王文凯. 生、炒酸枣仁相伍抗抑郁作用机制及相伍后化学成分变化研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2014.
- [23]蔚冬红, 乔善义, 赵毅民. 中药合欢皮研究概况[J]. 中国中药杂志, 2004(07):13-18.

- [24]刘妍婕,吴小东,徐寒梅. 壁虎药用价值的研究进展[J]. 药学进展, 2015, 39(12):915-919.
- [25]郭玉红,张庆林. 药食昆虫九香虫的生物学及开发利用研究进展[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(03):692-693.
- [26]美丽,张小飞,陈红梅,管咏梅,朱懿敏,伍振峰,杨明. 荜茇在中医、蒙医中的应用概况及研究进展[J]. 中草药, 2018, 49(08):1957-1963.
- [27]沈亚芬,沈金根,朱曙东. 中药海螵蛸药理作用研究进展[J]. 中国药业, 2010, 19(10):87-88.

附录 文献综述

慢性萎缩性胃炎的中西医研究进展

摘要: 现在社会的发展越来越快,人们在激烈的竞争中生活节奏加快,饮食习惯欠佳,其中,受到最直接影响的就是消化系统。近年来,该系统疾病呈明显上升趋势,慢性萎缩性胃炎作为其中之一,患有该病的人群较前增多,且发病群体不仅仅局限于中老年人,越来越多的研究表明青年患本病的也逐年增加。因此,深入对本病的研究使其延缓或无法向胃癌转变已经成为目前脾胃系疾病研究的热点和急于攻关的难题。近年来,研究者们通过大量临床观察和试验得出中医对于本病的治疗,具有显著优势,且疗效确切,不仅缓解了患者症状,同时也为学者们的进一步研究提供了依据,本文将对该病的中西医发生机制和主要治疗方法等最新信息展开论述。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 中医; 西医

(前言)

现在社会的发展越来越快,人们在激烈的竞争中生活节奏加快,饮食习惯欠佳,其中,受到最直接影响的就是消化系统,慢性萎缩性胃炎作为其中的一种疾病,发病率越来越高,近些年来,有专家学者针对本病进行了探索,在其病因认识方面进展快速,西医治疗上,还未见有特殊效果的药物,常常运用“对症、审因”的原则,严重者采取外科手术治疗,治疗所用时间一般较长,且很多患者症状未见明显缓解;中医学在其丰富完整的理论指导下,注重从个体完整性出发进行治疗,在此基础上,结合西医学诊疗方案,取得很多的进展,临床实践中众多患者从中受益,有的患者复查时受损黏膜甚至得到恢复,一定程度上减慢该病癌变的进程,弥补了现代医学在治疗此病过程中所出现的弊端。

(正文)

1. 慢性萎缩性胃炎的西医研究

1.1 概念

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指胃黏膜长时间受到各种不同因素的伤害,引起该部位腺体萎缩,甚者镜下未见腺体,可同时出现或不出现肠化等的常见疾病^[1]。同大多数疾病一样,中医文化历史上还没有唯一一个疾病名称可以与其对应,但根据现代医家研究和本病的主要表现,一般将本病归属于“胃痛”、“痞满”等中医范畴^[2]。

1.2 流行病学

在全世界范围内,慢性萎缩性胃炎的发生区域主要为亚洲地区,而在此区域中本病的发病率排在前两位的分别是中国和日本,越来越多的研究发现本病的发生群体中部分患者会发展为胃癌。在年龄分布上,已经不仅仅局限于中老年人,越来越多的研究表明青年群体患本病的逐年增多。所以,尽早发现、确诊属癌前病变的慢性萎缩性胃炎,提前干预,阻断其向癌变发展的进程,是降低癌变率的有效举措^[2]。流行病学调查显示:中老年人是本病的高危人群,有必要在健康体检中加入胃镜的项目,同时因青年群体亦可发本病,所以临床上所有发现与之相关的症状患者均应进行胃镜常规检查,这样可以提前筛查,提前干预。在一项有关环氧合酶-2和 c-met癌基因蛋白表达与胃黏膜损害关系的研究中,表明以上两者不管是在CAG伴隆起型糜烂的患者体内,还是在胃癌患者体内,都较高,表明CAG伴隆起型糜烂亦很容易发生恶变^[3]。

1.3 发病机制

很长时间以来,研究者们通过大量的临床研究,本病的发生发展不是单一因素造成的结果,而是各种因素相互影响而导致^[4],CAG的发病机制至今以来尚无明确的统一的定论。有专家学者提出细菌感染、饮食不规律、免疫遗传等各种因素导致了本病的发生^[5-6]。近年来的学术研究表明HP感染是CAG发病的最重要原因,这一点得到了大多数专家的认同,且进一步得出Hp感染是该病出现活动期症状且病程缠绵的重要原因,^[7-8]。除上述主要因素之外,有一部分专家学者通过临床研究得出仍存在其他因素可引起CAG的发生与进展,如这些因素长时间、多次的刺激使胃粘膜遭受损伤、镜下甚至未见腺体,使胃的正常功能减弱,进而导致本病的发生。

1.4 分类及临床表现

CAG的分类方法目前普遍沿用的是Strickland分类法,将其分为A型和B型^[9],其后Glass根据病变范围的不同,又增加了A B型,即胃窦和胃体同时出现萎缩^[10]。在2000年,我国将CAG分为A型胃炎和B型胃炎两个亚型。其中,B型占多数。临床观察发现CAG没有特定的临床表现,患者症状不显著,其中有部分患者无症状表现或有极少症状表现,若有临床症状的患者则表现为不消化感、胃痛等,常常兼有食欲不振、口中黏腻等其他症状,长时间的消化功能异常,由于长期不想进食,身体对营养物质不能充分吸收,而导致部分患者出现身材消瘦、神差、焦虑等身体或心理症状,此时多应配合其他系统相关治疗,综合调理^[11]。

1.5 治疗

目前西医学在治疗此病方面,仅根据临床症状进行对症治疗。

1.5.1 一般治疗: 在日常生活中注意饮食规律有节制、注意休息、调畅情志,减少或不用能够对胃黏膜产生伤害的药品。

1.5.2 根除 Hp 治疗: 对于患有该病同时 Hp 检查阳性者,目前多数专家学者提倡根据患者临床症状采取“三联”或“四联”方案根除 Hp^[12]。You 等将所有入组的该病患者针对 Hp 感染采取根治措施,其后 6 年跟踪随访,发现其减慢了重度 CAG 的发展进程,其恶化率较前降低^[13]。于此同时,有部分学者在对该病患者 Hp 感染采取根治措施后,其腹胀、暖气等相关症状可以得到缓解和减轻,胃镜下证实也可以阻止腺体向萎缩发展^[14-15]。

1.5.3 抑酸治疗: 抑酸剂主要通过抑制胃酸的分泌来缓解症状,主要有 PPI、H₂ 受体拮抗剂。很多该病患者在胃酸影响下都可出现反酸的症状,而对于这类患者,该药物可减轻其症状。PPI 的作用机制主要是抑制相关酶的活性,而 H₂ 受体拮抗剂的作用机理主要是可与细胞膜上的受体特异性地结合。

1.5.4 胆汁反流: 这也是形成 CAG 的重要原因,针对其治疗,主要运用动力药,此类药物可以加速胃肠的运动。

1.5.5 胃黏膜保护剂: 此类药物具有保护胃黏膜和抑制黏膜炎症的作用。

1.5.6 动力促进剂: 这一类药物会一定程度上使食糜的停留时间减少,从而减轻其对胃黏膜的刺激,改善症状,尤适用于伴见胃脘胀满、痞闷、饱胀感的患者,如:多潘立酮、莫沙比利^[16]。

1.5.7 抗氧化治疗: 抗氧化维生素具有生物活性功能,适当补充复合维生素和含硒食物可改善胃肠营养、延缓及预防慢性萎缩性胃炎的癌变倾向,如叶酸、大蒜素均具有此类作用。叶酸能够减缓固有腺体减少及萎缩、改善 IM 和 ATP、阻断胃癌癌前病变进程,主要原因是其可促进胃内维生素 B₁₂ 的吸收^[17]。

1.5.8 手术治疗: CAG 患者如果早癌诊断明确,在排除禁忌症的情况下,可以行镜下手术治疗^[18]。

1.5.9 精神心理治疗: 李欣^[19]等认为现代人的快节奏生活规律及巨大的生活压力,是导致功能性消化不良的重要因素;李克梅^[20]认为不良的精神心理会引起胃肠道的分泌、蠕动失去节律,进而导致本病的发生。所以,对于伴有睡眠障碍或焦虑倾向的慢性萎缩性胃炎患者很有必要予以抗焦虑抑郁类药物的治疗。

2. 慢性萎缩性胃炎的中医研究

一般来说, CAG 的治疗周期漫长,很多患者半途而废,未能坚持治疗,失去治疗

机会或者错误治疗，这将增加其恶变的可能性^[21]。有大量的医学研究证明中医药对于 CAG 的治疗有明显效果且可行性较好，可缓解症状，甚至延缓其向胃癌方向转变，《中国慢性胃炎共识意见》指出，具有明确的证据表明，中医药能够减轻脾胃系统的临床症状，甚至可以改善受损的胃黏膜^[22]。

2.1 慢性萎缩性胃炎的中医病名

同大多数疾病一样，中医文化历史上还没有唯一一个疾病名称可以与其对应，但根据现代医家研究和本病的主要表现，一般将本病归属于“胃痛”、“痞满”等中医范畴。《黄帝内经》第一次谈到了“痞满”，且将其书写为“否”；而《伤寒论》中则第一次将其进行了系统的阐释，如：“满而不痛者，此为痞”；《素问》中谈到：“卑监之纪……其病流满否塞”；金·李东垣将“胃脘痛”这一疾病单独进行了详尽的表述，而且在其治则治法上亦进行了专门阐述。明·张景岳在其专著《景岳全书》中对于痞满分虚痞和实痞的相关区别进行了描述，指出：“凡有邪有滞而宿者……虚满也。”清·叶天士在《临症指南医案》中将“痞满”这一疾病单独进行了详尽的表述，而且在其治则治法上亦进行了专门阐述，并加以讨论，提出了用辛开苦降治疗该病的方法。1989 年我国消化系统相关大会将本病归属于“胃痞”范畴。2009 年，鉴于 CAG 患者的临床症状，在深圳举办的消化系统大会上众专家学者将本病归属于“胃痞”、“痞满”等中医病名，到现在仍在使用的。

2.2 病因病机研究概况

祖国传统医学认为凡情志问题伤及肝木，失于调达，犯于脾土，或饮食不当，或劳逸不节，或先天不足，或病后失养诸多因素，以上各种因素都能对脾胃造成损害，进而导致痞满等疾病发生。

《伤寒论》中即有描述，大意如此：饮食入于胃，难以消化，证属脾胃虚弱，中气不运，致使水饮内停而成痞，故以生姜泻心汤健胃以散水饮，说明了本病的发生与饮食不节密切相关；《景岳全书》讲到：“怒气暴伤……肝气未平而痞……”，意思是人生怒气，伤及肝木，失于疏泄，渐犯脾胃，导致痞满，“虚寒之痞，过于忧思，凡……皆能有之”，均阐明该病的发生与情志、劳倦、素体虚弱、病后失养等有一定的关系。脾胃同属中央土，脾胃健和，则清阳升，浊阴降，升降失调，则胃胀、纳差等相继出现。^[23]，在正常情况下，肝气调达，可以帮助脾胃运化，帮助其降浊同时升阳，即脾胃得肝之疏发，才能起到应有作用，如果平素多思虑多发怒，伤及脾胃及肝，进而导致功能减弱或丧失，本弱则外邪易趁虚而入，如同雪上加霜，加速本病的发生

[24]。

众医家在古代名家的经验基础上,结合临床实践及现代人们的生活习惯和饮食特点,提出了新的理论:周斌认为慢性萎缩性胃炎发生是由于外邪、内因的长期作用,导致肾阳受损,无以温暖脾胃,长此以往则气机失于畅达,遇内生或外感之寒则血流瘀滞,脾胃运化的功能降低,导致这一结果的根本原因是脾肾二脏阳气虚损,无以滋养胃络,久而致瘀,故在治疗方面,适宜补益肾阳,以助脾阳,兼以温化瘀血。刘等通过临床观察发现本病是在众因素的反复刺激下而引起的,脾虚为本、气机失于调畅、湿邪和热邪互相结滞,进而发为本病,治宜健脾理气,清热祛瘀^[25]。曾斌芳认为本病的发病主要责之内因,久病或疾病发生后未能及时养护,而导致脾胃虚弱,此为本,在此病理基础上产生的阴虚、血瘀为疾病发展的关键,治宜补虚扶正,滋阴活血^[26]。

结合古代医家及近现代临床专家学者的认识,可以发现:尽管各家对CAG致病因素的看法不一,但众专家学者对“CAG发生的关键因素是脾胃虚弱”这一观点表示认可。

2.3 中医辨证分型概况:

CAG可能出现虚、实、虚实夹杂三种病理改变,但临床中患者可受多种因素的影响,故以虚实夹杂、本虚标实者是最为多见的。本病发生部位为脾胃,但与肝木密切相关,本虚主要在脾胃,标实主要在肝郁、寒热变化等,病因病机复杂,病程发展过程种多兼症,无特效之方,当依据每个患者的特性,辨证与药。根据CAG的主要临床症状,专家最新达成一致的是将本病分为以下证型:

①肝胃气滞证:表现为胃胀,伴或不伴有胁肋胀痛。次症:善太息,嗳气频,常因情绪不畅而引发,舌淡苔薄,脉弦。肝气郁滞不舒,横串上逆犯胃,气机不畅则发胃病,治宜疏肝理气、和胃除满。

②脾胃湿热证:表现为胃胀、胃痛,舌红苔黄而腻。次要症状表现为:口干苦、黏腻,不欲饮食、排便不畅,脉滑或滑数。以清为主,兼以祛湿为基本治则。

③肝胃郁热证:患者主要临床症状表现是嘈杂、胃中有类似于火热样感觉,脉弦。次要症状表现为:情绪易怒、大便偏干,舌红苔黄。肝郁化热,津液受损,胃失润养,则发此病,治宜清热疏肝、和中安胃。

④脾胃虚弱证:表现为胃隐痛、喜揉按。次症:精神欠佳、纳少、大便溏薄、食多有不快感,舌质淡白苔薄,脉细弱无力,治宜健脾温中。

⑤胃阴不足证:患者主要临床症状表现是胃脘觉闷、伴或不伴有火热样疼痛感,舌质红,舌面少津。次要症状是感觉饥饿而不想饮食,进食减少,体重减轻,口中干渴,

大便干，脉细。邪热郁结日久，灼伤阴液，不足以养胃。治宜益胃养阴。

⑥胃络瘀阻证：患者主要疼痛为临床表现，其特点是疼痛比较剧烈，位置比较固定，不喜按，夜甚，舌紫暗有瘀斑。次要症状是一些患者可能出现黑便，面色暗淡无光，脉涩。病邪久郁，局部气血不通，产生瘀血，阻滞气机，治宜活血通络、和胃止痛。

概括祖国医学之中医治疗方法及经验如下：中医各医家具有鲜明的个体化观点，临床经验不同、地区差异不同，对于本病的分型亦不相同^[27]。

2.4 治则治法

2.4.1 治则

根据本病的病因病机制定其治则，以除满胀、复升降功能为最主要的原则^[28]。以下是一些医家对于该病治则的不同观点：

张等认为该病的发生首责脾虚，病程缓慢发展，久治不愈而致瘀，邪毒随之产生并进一步加重病情发展，所以在临床上针对此类患者在恢复脾胃功能的同时，也需要加入一些活血类药品，以达祛瘀解毒之功^[29]；姚等通过临床观察发现脾胃病分虚实，根据脏腑的特性，脏多遭受“邪实”而发病，腑多遭受“内虚”而发病，脾胃作为其中之一，也是同样的道理，但是临床上患者虚实夹杂者所占比例较大，故治疗上兼有补虚泻实，在顾护脾胃的基础上，调理肝胆^[30]；周等通过临床观察发现 CAG 主要是由于“脾虚瘀血、浊毒内侵”所引起的，治宜行气健脾，清热解毒，但行气之品、清热之品均易耗伤胃气，当适量而用^[31]。

李廷荃教授结合临床经验及古代文献认为 CAG 在发病的关键因素是先天不足及后天各种因素所致的脾胃虚弱，在脾胃虚弱这一“本虚”的基础上加以外邪就会出现不能耐受寒热、情绪容易波动、饮食失常等各种变化。在中医学认识中，一脏受累，可连及其他，甚至会影响全身。例如：肝脏在五行中属于木，脾脏在五行中属于土。在正常情况下，肝气调达，可以帮助脾胃运化，帮助其降浊同时升阳，但如果平素多思虑多发怒，伤及脾胃及肝，进而导致功能减弱或丧失，本弱则外邪易趁虚而入，如同雪上加霜，加速本病的发生。而脾虚之证责之于肾，肾阳总司一身之阳，肾阴总司一身之阴，温肾阳以补脾阳，就如人之肉身与精神之间的关系，肾阳必以肾阴为依托，故在健脾和胃的基础上，滋肾阴补肾阳，肾阳以助脾阳。脾胃同属中焦，燥湿相济，运化无力可致气机郁滞，近现代人们的工作或人际交往压力较大，肝气常被抑制，可直接或间接影响脾胃运化，故在健脾和胃、补气和中的同时，予以疏木和土之法，疗效甚佳。

2.4.2 治法

(1) 中药汤剂：现代专家学者根据个人临床经验结合古代文献，进行不断的探索，形成了多种行之有效的治疗 CAG 的中药汤剂，应用在临床中，取得了满意的效果。崔等人通过临床实验观察分析得出同西药相比，健脾通络汤在改善 CAG 患者临床症状方面具有显著的统计学意义，进一步研究证实长时间应用本方，还可使萎缩的胃黏膜得以修复甚至逆转^[32]。向等通过临床实验观察得出柴芍六君相对于胃复春对 CAG 的症状缓解更明显^[33]；李等专家学者通过临床试验及文献回顾性研究得出如下结论：同胃复春颗粒相比，在缩短 CAG 患者治疗周期、减轻胃粘膜炎症等方面，六君子汤和由其衍生的类方具有显著优势^[34-36]。

(2) 中成药：现代科学在发展的同时，中医药事业也取得了突飞猛进的进展，越来越多的被证实行之有效的中药提取物或中药汤剂被制成方便的口服产品，如胃复春等^[37]。有关专家学者通过研究发现在改善 CAG 患者胃黏膜受损方面，摩罗丹具有显著功效^[38]，一项对 152 例该病患者进行的临床观察中发现，与叶酸相比，胃复春更有效^[39]，且有研究表示在接受 9 个月的治疗后，胃复春的治疗效果更为明显^[40]；一项以口服羔羊胃相关提取物为试验组的临床研究得出，疗程结束后，与常规西药相比，试验组患者无论是症状表现还是镜下检查都较对照组有显著恢复^[41]，同时，与之相关的动物实验表明该药能够明显使受损的胃黏膜得到恢复^[42]。

(3) 针灸：有专家学者通过临床试验得出，针灸在治疗 CAG 时，对于其症状的改善非常有益，而且基本无不良反应^[43]。有数据表明，在使用埋线和针刺等方法治疗本病时，不但可以使患者的相关症状得以缓解，也可以使受损的胃黏膜面积缩小、深度变浅^[44]。除以上中医特色疗法外，推拿、穴位贴敷等方法也在各相关科室展开应用，但因其存在人力等方面的弊端，导致推广不深，无大量病例以供探索，其疗效有待考证。

(4) 膏方：在中医治病手段中，膏方起着不可忽视的作用，它是将剂量较大、药味较多的中药材经过煎煮、浓缩而成，滋补之功尤甚，最适宜补虚和慢病的调理与治疗，并且具有缓慢进补、味道甘甜、量体裁衣、服用方便等特点，正像《膏方大全》中所谈到，膏方可以滋润营养全身脏腑，尤其是对虚弱之证^[45]。但膏方目前在江浙等南方地区较为火爆，而北方人对膏方却知之甚少，很多适宜于用膏方治疗的人群，却因不了解这一治法转投其他治疗，结果收效甚微，单等在临床中常常运用膏方，对于该病的膏方治疗，他认为首先应该补益^[46]；谢等在多年的临床实践中得出，在用膏方治疗该病时当以“预防和治疗相结合，补虚为主，恢复脾胃常态”为原则，可有较好治疗效果^[47]。徐等通过多年临床观察分析得出秋冬季为补益脾胃的最佳季节，此时应当抓紧时机，清补结合，脾胃同治，以使脾胃达到平和之态，根据患者病情严格选用对

症药材,在此指导下,量体裁衣制定膏方,对于此病效果显著^[48]。徐等在运用膏方治疗本病时注重补益与治疗、清热、行气、消散相结合,以此为指导,补益脾胃^[49]。膏方因其多用滋腻药材组成,故需要良好的消化功能作为基础,服用效果更佳,故运用时应注意顾护脾胃,以助运化,把呵护脾胃放在首位^[50],李廷荃教授结合晋阳膏方的特点指出:1、膏方的调养作用,应该视个人情况而定,一体一方,预防为主,膏方增强体质,即便对于慢性萎缩性胃炎亦是如此,用膏方调治,延缓其恶变过程或逆转癌变,充分体现中医的治未病思想;2、主症与次症相兼顾:在主症的基础上结合次证变通加减;3、气血同治: 气血不断生化的关键不开脾胃,食物经过脾胃吸收才能被转运至全身,供应身体正常活动,因此调气和血尤为重要;4、脾肾同治:在补脾之时,切记补肾,肾阳、肾气充盛以暖脾土、补脾气,使脾阳化生有源;5、收膏辅料的选用:收膏辅料多具补益之功,根据患者阴阳气血的亏虚的不同程度进行选用。膏方药物繁多、剂量较大,当辨证论治、量体裁衣,使整个膏方方剂多而不繁。

(总结)

慢性萎缩性胃炎作为一种癌前期病变,延缓或逆转其癌变已然成为现代医学研究的热点与难点,但现代医学对其治疗已处于瓶颈状态,以根除 Hp 感染为主,未见明显突破,随着近年来国家对于中医药事业的大力扶持,中医药治疗疾病的优势逐渐显现出来,更多的中医治疗方法被挖掘,也更广泛地应用于临床,中医药凭借其独特的治疗优势,越来越受到人们的欢迎,膏方这一自先秦时代起即出现于人们生活并发挥重要作用的传统剂型,结合现代药理、诊断技术制定膏方,具有全面调理、重点治疗的个体化特点,受益群体日益增加,对于慢性萎缩性胃炎这一慢性疾病,可充分发挥膏方的治疗优势,具有良好的发展前景,值得进一步发掘和应用。

参 考 文 献

- [1] 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]. 中医杂志, 2010, 51(8): 749-753.
- [2] 廉艳红. “温阳健脾汤”治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2016.
- [3] 冯莉, 谢蕴, 吴云林. 萎缩性胃炎伴隆起糜烂与环氧合酶-2、c-met 癌基因蛋白的关系[J]. 上海医学, 2007, 30(12): 917-919.
- [4] AtiM, Amuzzi A, Gasbarrin A, Gasbarrini G. Importance of change in epihelial cell turnover during helicobacter pylori infection in gastric carcinogenesis [J]. Gut, 1998, 43(suppl): 27-32.
- [5] 陈也李守英, 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.
- [6] 王仲略, 周刚, 沈慧琳. 慢性萎缩性胃炎的影响因素和临床治疗效果 [J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(8): 1817-1819.
- [7] 王彬彬, 张方信, 马强, 等. 幽门螺旋杆菌介导的自噬与胃癌发生机制的研究进展. 世界华人消化杂志 [J], 2014, 22(28): 4294-4300.
- [8] Hirano, Atsuyoshi, Yanai, et al. Evaluation of Epstein-Barr Virus DNA load in Gastric Mucosa with Chronic Atrophic Gastritis Using a Real-time Quantitative PCR Assay [J]. International Cancer, 2003, 34(2-3): 87-94.
- [9] Strickland RG et al: Am J Dig Dis. 18:426, 1973.
- [10] 稻田稚美. 他: 最新医学, 31:1926, 1976.
- [11] 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 (2009, 深圳) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 51(8): 345-349.
- [12] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见 (2012 年, 上海) [J]. 中国医学前沿杂志, 2013, 5(7): 44-57.
- [13] YOU W C, BROWN L L, LIJY, et al. Randomized double-blind factorial trial of three treatments to reduce the prevalence of precancerous gastric lesions. [J]. Journal of the National Cancer Institute, 2006, 18(14): 974-983.
- [14] 葛建荣, 董来华, 陈龙根, 等. 幽门螺杆菌根除后胃黏膜的病理变迁 [J]. 临床荟萃, 2005, 20(16): 911-913.
- [15] 任之洁, 翟祖康. 幽门螺杆菌根除后慢性萎缩性胃炎胃黏膜的改变 [J]. 上海第二医科大学学报, 2001 21(5): 435-443.
- [16] 徐正富. 莫沙比利联合胃炎合剂治疗慢性萎缩性胃炎临床观察 [J]. 中国临床保健杂志,

2006, 9 (5): 499.

- [17] Zhu S, Mason J, Shi Y, et al. The effect of folic acid on the development of stomach and other gastrointestinal cancers [J]. Chin Med J, 2003, 16(1): 15-19.
- [18] 汤金海, 高泉根, 陈易, 等. 胃黏膜切除术与黏膜剥离术治疗早期消化道癌和癌前病变的比較分析 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 16 (5): 316-319.
- [19] 李欣, 林琳, 魏玮. 半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良 60 例临床观察 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 28 (4): 876-878.
- [20] 李克梅. 论精神因素诱发胃病及其防治 [J]. 中国民族民间医药, 2010, 5 (15): 117-119.
- [21] 孙依馨. 消痞汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察 [D]. 南京中医药大学, 2018.
- [22] 中华医学会消化内镜学分会, 中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会. 中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见 [J]. 胃肠病学, 2014, 19 (7): 408-427.
- [23] 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 (06): 346-348.
- [24] 吴勉华. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 188-195.
- [25] 侯政昆, 刘凤斌, 李培武, 庄昆海. 刘凤斌教授治疗慢性萎缩性胃炎的病例系列挖掘分析和经验总结 [J]. 中国中药杂志, 2015, 40 (11): 2227-2234.
- [26] 郭红梅. 曾斌芳学术思想与临床经验及扶正消萎汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床研究 [D]. 北京中医药大学, 2016. 237-246.
- [27] 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.
- [28] 王立平. 张凤武脾胃病学术经验总结及治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究 [D]. 中国中医科学院, 2017.
- [29] 王立平. 张凤武脾胃病学术经验总结及治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究 [D]. 中国中医科学院, 2017.
- [30] 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.
- [31] 陈喜建, 王祠菊, 殷贵帅, 周素芳. 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 (01): 68-70.
- [32] 崔一鸣, 黄凡, 陈璐等. 健脾通络汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察 [J]. 中华中医药杂志, 2014, 29 (7): 2376-2379.
- [33] 向兴祥. 用柴芍六君加味方治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14 (4): 15-16.

- [34]李影华. 六君子汤加减治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎 54 例 [J]. 吉林中医药, 2013, 33 (10): 1027—1029.
- [35]谢建寰. 加味六君子汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎 37 例 [J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10 (11): 1545—1548.
- [36]姚敏, 匡荣梁, 王云霞, 等. 香砂六君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价 [J]. 时珍国医国药, 2013, 24 (11): 2613—2616.
- [37]唐芳. 摩罗丹治疗慢性萎缩性胃炎 2 6 0 例临床分析 [J]. 内蒙古中医药, 2014, 33 (32): 18—20.
- [38]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, 23 (01): 21—24.
- [39]雷永其. 胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎 152 例 [J]. 甘肃中医, 2010, 23 (08): 39—40.
- [40]袁龙良, 辛毅, 燕善军. 胃复春治疗慢性萎缩性胃炎疗程与疗效相关性研究 [J]. 临床医学, 2016, 36 (11): 49—50.
- [41]贺欢, 刘芳, 李芳芳, 热依拉, 陈卫刚. 羔羊胃提取物维 B 1 2 胶囊治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化的临床疗效 [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2015, 24 (09): 1116—1118.
- [42]王国栋. 羔羊胃提取物维 B 12 胶囊对大鼠慢性萎缩性胃炎的治疗作用及潜在机制研究 [D]. 第四军医大学, 2017.
- [43]栾海蓉. 艾灸联合胃复春治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察 [D]. 山东: 山东中医药大学, 2017: 1—41.
- [44]马林. 穴位埋线改善慢性萎缩性胃炎的临床观察及实验研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2017: 1—84.
- [45]童宏选. 中国膏方源流浅述 [J]. 内蒙古中医药, 2012, 31 (04): 135—136.
- [46]何镔, 潘军. 单兆伟脾胃病诊疗特色探析 [J]. 中医药临床杂志, 2009, 21 (6): 492 — 493.
- [47]程艳梅, 王磊, 张丹, 等. 谢建群运用膏方调治脾胃病经验撷英 [J]. 江苏中医药, 2012, 44 (11): 13 — 14.
- [48]邝生. 徐进康教授应用膏方治疗脾胃病经验 [J]. 南京中医药大学学报, 2009, 25 (4): 313.
- [49]刘云霞, 徐珊. 徐珊运用膏方辨治脾胃病经验撷菁 [J]. 浙江中医杂志, 2011, 46 (1): 12 — 13.
- [50]唐旭东, 王凤云, 刘果. “膏方”与“调补后天之本”2010 全国第二届中医膏方高峰论坛暨第二届金陵青年名医高层论坛.

致谢

3 年的研究生生活即将结束，专硕规培的点点滴滴都将写入我人生的轨迹中。往事历历在目，往事也将成为我最美好的回忆。

在此，我衷心感谢我的导师李廷荃主任医师在这 3 年中对我的谆谆教导。导师扎实的中医思维，走在前沿的现代医学理论，坚定了我对祖国医学的继承与发扬，坚定了我对中医治疗心血管疾病的信心。导师对待工作，对待患者严谨、平易近人的态度，不仅在我学业上点燃了一盏明灯，更在人生大道上竖起了一面旗帜。

衷心感谢母校山西中医药大学，我看着她为数以万计的学子盖起人生的“大楼”，她看着我从一个青涩少年成长为一位即将为中医药文化事业而奋斗终生的青年医生。

衷心感谢山西中医药大学附属医院各位医生的关照，她们言传身教，让我知道了一名真正医务工作者的样子，让我把书本拿到了临床，让我把临床回归到了课本。

衷心感谢我的家人、亲戚、朋友，他们是我所有力量的源泉，也是我能顺利走到现在的不竭动力。

衷心感谢同门，在他们的帮助下，我才能顺利完成课题研究。同时也在他们的帮助下，我能快速的进入专硕规培学习中。

最后，感谢生命的际遇，我将尊重生活，感谢生活，砥砺前行。

个人简介

姓名：裴冰洁

性别：女

出生年月：1994 年 1 月

籍贯：山西长治

民族：汉族

政治面貌：党员

教育背景：

2012.09-2017.06 湖北中医药大学 中医学学士

2017.08-2020.07 山西中医药大学 中医内科学专业硕士

发表论文：

《李廷荃教授运用膏方治疗慢性萎缩性胃炎的经验总结》

《李廷荃教授治疗口干症临证举隅二则》

所获奖项：

2018 年度研究生国家奖学金

第三届山西中医药大学研究生临床技能大赛第二名

参与课题：

国自然课题：《鹿茸通过 PI3K/AKT 信号通路调控 EPCs 动员及归巢促进大鼠血管新生的作用机理》——主要担任数据录入的工作

校级课题：《晋阳系列膏方的研制》——主要负责病例收集、回访及数据录入工作