

“脾胃培源”汤丸结合法辨治慢性萎缩性胃炎

曹青林¹ 王杰雨¹ 董港¹ 李学军²

[摘要] 慢性萎缩性胃炎作为胃癌癌前病变之一,被人们日渐重视。李学军教授从事中医临床及科研 30 余载,在治疗慢性萎缩性胃炎方面理论知识深厚,临床经验丰富,认为脾胃气阴两虚乃病变之本,夹杂诸邪,瘀血贯穿始终,并继承创新首届全国名中医马骏教授思想,结合自身经验提出了“脾胃培源”治疗大法及创制了脾胃培源丸,汤丸结合,宏观微观相辅,对、角药灵活运用,效果卓著。该文就李学军教授治疗慢性萎缩性胃炎的临证经验做如下总结。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;脾胃培源方;脾胃培源丸;经验总结

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.02.15

[中图分类号] R573.32 **[文献标志码]** B

Treatment of chronic atrophic gastritis by combination of "Spleen and Stomach Peiyuan" decoction and pills

CAO Qinglin¹ WANG Jieyu¹ DONG Gang¹ LI Xuejun²

(¹The Graduate School, Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei, 230031, China; ²Department of Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: LI Xuejun, E-mail: lixuejun0308@126.com

Abstract Chronic atrophic gastritis (CAG), as one of the precancerous lesions of gastric cancer, has been paid more and more attention. Professor LI Xuejun has been engaged in clinical research and research of Traditional Chinese Medicine for more than 30 years, with profound theoretical knowledge and rich clinical experience in the treatment of CAG. He believes that Spleen-Stomach, Qi and Yin deficiency are the root cause of the disease, mixed with various evils and blood stasis throughout the whole time. He inherited and innovative the idea of Professor MA Jun, the first national famous Chinese Medicine doctor, combined with his own experience, proposed the treatment method of "Spleen and Stomach Peiyuan" and created Spleen and Stomach Peiyuan pill and decoction combination. Macro and micro complement, the flexible use of angle medicine, the effect is outstanding.

Key words chronic atrophic gastritis; Spleen and Stomach Peiyuan formula; Spleen and Stomach Peiyuan pill; summary of experience

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是一种以胃黏膜固有腺体减少,伴或不伴肠腺化生、假幽门腺化生为病理表现的常见消化系统疾病^[1],其临床表现不一,上腹部不适、饱胀、疼痛等为主要症状,亦可伴食欲不振、反酸、嘈杂、烧心等其他表现。CAG 被认为是多步癌前级联反应中的第一步,是慢性胃炎向胃癌转变的关键环节。胃癌作为全球常见恶性肿瘤之一,位居 2020 年癌症新发病例的第 5 位,导致相关死亡的第 4 位^[2]。其中 2020 年我国有 47.9 万例胃癌新发病例,37.4 万例死亡病例,分别占全球发病和死亡的 44.0% 和 48.6%^[2],已成为我国一个主要的公共卫生威胁。

因此早期识别和治疗 CAG 是预防癌变的最有效方法之一。李学军教授师承首届全国名中医马骏教授,同时也是江淮名医,安徽省名中医,博士研究生导师,临床诊治消化系统疾病 30 余载,勤耕不辍,精益求精,结合现代消化内镜诊疗技术,临床辨治 CAG,精于妙道,汤丸结合,宏观微观相辅,善用药对,相得益彰,效果卓著。吾常随诊左右,受益颇多,本文就李学军教授治疗 CAG 的临证经验做如下总结。

1 辨治思路

现代医学认为,导致 CAG 的最重要原因之一为长期 Hp 感染。据报道,在约 2/3 的 CAG 患者中,常规方法可检测到活跃或过去的 Hp 感染。通过抗 Hp 全细胞蛋白裂解物的血清免疫印迹法,在所有 CAG 患者中均检测出有 Hp 感染史^[3]。同时

¹安徽中医药大学研究生院(合肥,230031)

²安徽中医药大学第二附属医院消化内科

通信作者:李学军, E-mail: lixuejun0308@126.com

胆汁反流、外源性损伤如非甾体类抗炎药、长期饮用烈酒损伤胃黏膜、自身免疫机制等共同促成本病的发生^[4]。

中医虽无CAG之相关记载,但据其临床表现及特征,可归属为“胃痞病”“胃脘痛”“吐酸”“嘈杂”等范畴,与情志不遂、饮食失调、外感邪气、劳倦失度、先天禀赋不足等多种因素相关。吾师据数十年临床辨治经验,结合自身深厚理论知识,认为“脾胃气阴两虚”为CAG病变之本,夹杂诸邪,瘀血贯穿于始终。

1.1 脾胃气阴两虚为病变之本

《黄帝内经》言:“人以胃气为本。”《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》云:“真气又名元气,乃先身生之精气也,非胃气不能滋之。”皆言明脾胃之气于人体之重要性。李教授遵先人之思想——“内伤脾胃,百病由生”的观点,认为脾胃为人之本,CAG发生、发展的根本要素为脾胃气阴两虚。饮食不节,恣足口欲,损伤脾胃;情志不遂,肝气郁滞,失于疏泄,横逆乘脾犯胃,或忧思伤脾,脾气受损;亦或感受外邪,卫行不畅,气滞于内,或误下伤中,邪气乘虚内陷,结于胃脘;又或先天禀赋不足,素体脾胃气虚,皆可使正气渐耗,致脾胃气阴两虚。而日久耗伤胃阴,胃体失于濡养,而致黏膜、腺体萎缩。

1.2 瘀血贯穿本病始终

“气为血之帅,血为气之母”,《脾胃论》云:“脾胃不足皆为血病。”情志不遂,肝失条达,肝气横逆犯脾,致气滞血瘀;或素体脾胃虚弱,气血生化乏源,而因虚血瘀;外感寒邪或余因致阴寒内生,脾阳受损,温煦不行,寒凝致瘀,若寒邪不得解,或感火热之邪,蕴结在里,津血受煎致瘀;亦病程日久,中气不足,饮食物不得运化,而脾虚聚湿生痰,痰阻气机,亦可致瘀。马骏教授结合自身辨治脾胃病50余载临床经验,认为CAG病程日久,初病在气,久必入血,提出“和法”之一——“和气血”治疗法^[5]。由此可知,CAG符合络病久病入络、久痛入络的特点,正是吾师所言“瘀血贯穿CAG始终”。

2 施治特色

2.1 汤剂丸剂,相得益彰

汤剂,古称汤液,亦为煎剂,是将药物饮片浸泡煎煮、去渣取汁而制成的液体剂型,其在临证中最能体现“方之精,变也”的思维模式,具备其他剂型所无法比拟的适应“个性化”治疗之优势。《圣济经》云:“汤液主治,本乎腠理,凡涤除邪气者,用汤最宜。伤寒之治,多先用汤者以此。”李杲曰:“汤者荡也,去大病用之。”李教授继承新安医家“固本培元”思想,结合自身诊治脾胃病数十年临床实践,以首届全国名中医马骏教授“脾胃病诊治首当顾护脾胃,在此基础上用调和之法达到中焦如衡状态”之

主张为指导,结合本病之病机“脾胃虚弱,气血不和”,创新性提出“脾胃培源”的治疗大法,创制治疗CAG行之有效的临床经验方“脾胃培源方”,通过顾护脾胃、调和致中,终得“后天之本得固,气血生化有源”之疗效,各种证型均可在此基础上加减使用,临床应用广泛。吾师常将脾胃培源方加减用于CAG疼痛等表现急性加重或症状明显的患者,叮嘱其饭后服用常温煎剂,一日一剂,早晚分服,疗效显著。课题组前期研究发现,脾胃培源方能有效改善脾胃虚弱型CAG患者的临床症状,降低病理量积分,调节血清胃蛋白酶原(PG I、PG II)水平^[6];进一步实验验证了脾胃培源方能有效缓解CAG黏膜萎缩,抑制异型增生,促进受损胃黏膜的修复^[7],从而有效阻止其向胃癌方向发展。本方在门诊与病房广泛应用,收效甚佳,深受患者好评。

脾胃培源方是由白术、炙黄芪、石斛、白芍、香附、刘寄奴等六味药组成,用药精简而不杂,丝丝入扣,效果显著。方中白术、炙黄芪补气健脾,兼以和气血,合而为君;香附健脾疏肝理气,白芍、石斛益胃养阴,调和营卫,使气机营卫阴阳得调,脾胃升降得以有序,共为臣药;刘寄奴入脾经,可破血行气,消积止痛,为佐使药。全方诸药合用,共奏健脾益气、理气活血、固本培源之功效。

课题组前期基于网络药理学研究发现方中君药白术-黄芪可能通过癌症通路、PI3K-Akt等多种信号通路及调控细胞的损伤、增殖、凋亡等多种生物过程而起到防治胃癌的作用^[8]。现已将其制成院内制剂——脾胃培源丸,丸剂是将药材磨成细粉或药材提取物加辅料制作而成,与汤剂相比,虽吸收缓慢,但具药效持久、节约药材、方便服用携带等特性,治疗缓症最宜,如李杲云:“丸者缓也,舒缓而治之也。”吾师在CAG患者临床症状明显缓解后,再予丸剂服用,缓缓图之,以求长效。

2.2 宏观微观,相辅相成

胃镜下观察是中医望诊的深入,能助医者直视脏腑内部的微观改变,是对司外揣内、见微知著的进一步延伸^[9]。李教授兼任消化内镜中心主任,从医30余载来,胃镜操作不胜枚举,经验颇丰。CAG辨证时,除望闻问切之宏观表现外,再结合现代诊疗技术,可为治疗CAG提供强有力的辨证及用药基础(表1)。如若见宏观辨证与微观表现不一致,甚至矛盾相反时,则据患者临床表现、舌脉等象,以宏观辨证为主,微观表现辨证为辅。

2.3 对药角药,灵活运用

药对,是由传统方剂中成对出现、具有一定配伍关系的药材组成,同时又是对疾病主证具有主要治疗功能的药品。其作用可能是“协同配对”“反佐配对”或“特殊配对”^[10]。角药是临床配伍中的一

种特殊形式,以中医基础理论为指导、辨证论治为前提,据中药性味归经、升降浮沉、七情和合等原则,为提高临床疗效将三味中药配伍形成。其具“三足鼎立”之特点,通过三味药的相互促进或相反

相成,达协同增效、减毒增效之功,并扩大药物治疗范例。吾师善用药物间相辅相成、相互制约之性,精心配伍,灵活运用对、角药。

表 1 CAG 证型、微观表现及宏观施治

证型	微观表现	宏观施治
肝胃气滞证	胃镜下见黏膜红白相间,以红为主,或见黏膜粗糙,甚至花斑样改变,伴或不伴胆汁反流	脾胃培源方加减,重用香附、枳壳、青陈皮等药物以疏肝和胃、行气解郁
湿热蕴结证	胃镜下见黏膜红白相间,以红为主,局部见隆起或平坦、凹陷型糜烂,或见充血、新鲜出血,伴或不伴胆汁反流,热毒炽盛者或可见赤斑	脾胃培源方加减,酌加黄连、黄芩、吴茱萸等药物以清肝和胃,热毒盛者酌加蒲公英、银花、连翘等清热解毒
寒凝血瘀证	胃镜下见黏膜苍、灰白或红白相间,以白为主,黏膜变薄,皱襞变平或消失,或见丝状血管,呈树枝或结节状改变	脾胃培源方加减,酌加桂枝、炮姜、干姜等药物以温阳散寒
痰瘀互结证	胃镜下见黏膜红白相间,以白为主,可见颗粒样、结节状改变,或息肉样隆起,血管纹络见暗红色树枝样,或伴肠上皮化生、不典型增生	脾胃培源方加减,酌加夏枯草、刘寄奴、瓜蒌等药物以化痰散结、破血消癥
气阴两虚证	胃镜下见黏膜粗糙,红白相间,白相凹陷或黏膜变薄,血管显露,或血管结节状改变,甚至呈龟裂样改变,或见黏液分泌量减少,蠕动缓慢	脾胃培源方加减,重用白术、炙黄芪、石斛等药物以益气养阴

2.3.1 白术-黄芪 白术味甘、苦,性温,具补气健脾、燥湿利水之功,如《药性赋》言:“利水道,强脾胃”,被前人誉为“脾脏补气健脾第一要药”。黄芪味甘、微温,功擅补气升阳,兼具固表、利水、生津养血、敛疮生肌等功用,临床应用较为广泛。二者相配为对使用,增强补脾益气之功,同时有助于燥湿利水,正中 CAG 病变之本。气足则血行,血瘀问题而随之解决,为吾师常用之“扶正祛邪”药对。现代药理研究表明,白术提取物具有抗菌抗炎、抗肿瘤、调节胃肠功能等多种生物活性^[11]。其中有实验发现,白术内酯 II (atractylenolide- II, AT- II) 能在人胃癌细胞 HGC-27 和人胃腺癌细胞 AGS 中以浓度和时间依赖性的方式抑制细胞增殖、运动和诱导细胞凋亡,发挥抗胃癌作用^[12]。相关研究表明,黄芪甲苷可能通过 Kras/p53 信号通路,延缓胃黏膜组织恶变,减轻轻、中度胃癌前病变大鼠胃黏膜损伤,预防胃癌发生^[13]。两者合用,共同抑制“炎癌转化”。李教授临床常用量白术 12~15 g,黄芪 10~20 g,此药对也为脾胃培源方(丸)之君药,对于脾胃虚弱型 CAG 疗效尤为显著。

2.3.2 黄连-吴茱萸 黄连味苦,性寒,具清热燥湿、泻火解毒之功,尤长于清泄中焦脾胃湿热,《珍珠囊》中载:“其用有六:泻心火,一也;去中焦湿热,二也;诸疮必用,三也;去风湿,四也;治赤眼暴发,五也;止中部见血,六也。”^[14] 吴茱萸味辛、苦,性热,归肝脾胃肾经,长于散寒止痛,降逆止呕。两者 6:1 合用出自《丹溪心法》所载之“左金丸”,功擅

清泻肝火,降逆止呕,主治肝火犯胃证。常用此对治疗 CAG 患者症见口苦口干,嘈杂吞酸,或见呕吐,舌红苔黄,脉弦数。研究表明,黄连提取物涵盖了广泛的药理谱,包括抗菌、抗病毒、抗炎、抗真菌、抗肿瘤等作用^[15];吴茱萸有抗肿瘤、抗炎镇痛、抑菌、抗氧化等多种药理作用,其中吴茱萸水提物主要对胃肠道有影响^[15-16]。王旭华等^[17]对黄连-吴茱萸药对配伍后的作用进行归纳,总结出二者存在协同效应,配伍使用的功效优于单味药。李教授临床上用量黄连多为 5~12 g,吴茱萸 2~3 g,合而为用,辛开苦降,肝胃同治,疗效颇佳。

2.3.3 乌贼骨-浙贝母-煅瓦楞子 乌贼骨又名海螵蛸,味咸涩,性温,具收敛止涩,制酸止痛,收湿敛疮之功。现代研究发现,乌贼骨可抑制胃酸分泌,避免胃黏膜受大量刺激,从而起到镇痛之效^[18]。浙贝母味苦、性寒,功为清热化痰止咳,解毒散结消痈。两者合而为用,来自于验方乌贝散,载录于《中华人民共和国药典》,具制酸止痛,收敛止血之功效,常用治疗肝胃不和引起的胃脘疼痛、吐酸嘈杂等症。正如《施今墨对药》中所记载,“乌贼骨以收敛为主,浙贝母以清散为要。二药为对,一收一散。一温一寒,降泄肝火,清热抑酸,和胃止痛之力彰”^[18]。瓦楞子味咸性平,归肺、胃、肝经,有消痰化痰、软坚散结之功,煅用后制酸止痛之效尤显,《山东中草药手册》言其:“制酸止痛,治溃疡病。”因而,李教授认为,三者合为角药所用,达制酸止痛之奇效,乌贼骨、煅瓦楞子临床常用量多在 20~40 g,

浙贝母 8~15 g,随症加减。

3 验案举隅

患者,女,55岁,2022年9月2日初诊,见形体消瘦,面色萎黄。患者因“胃脘胀痛伴反酸烧心3年,加重1个月余”就诊于安徽中医药大学第二附属医院消化内科门诊。现病史:患者3年前因与家人争吵后出现胃脘部胀痛,反酸烧心明显,后症状反复发作,遂就诊于当地医院,查Hp(+),予西药杀菌治疗后症状缓解,但仍反复,一直未再复查及做相关诊治。刻下症:胃脘部胀满或隐痛,情绪波动较大时痛可窜及胁肋,反酸烧心、嗝气明显,偶有口干口苦,时有乏力,情绪变化较大。纳寐尚可,大便稍溏,日1~2行,质不黏,小便调。舌淡暗苔白,边有齿痕,脉细弦滑。辅助检查:2021年3月于外院查胃镜示CAG(C2)伴胆汁反流。Hp(+).病理示:(胃窦、胃角)中度萎缩,(胃窦)轻度肠上皮化生。西医诊断:CAG;Hp感染。中医诊断:胃痞病;辨证:脾胃虚弱证伴土虚木乘。治则治法:健运脾胃,疏肝理气。处方用药:脾胃培源方加减:柴胡8g,蛇舌草20g,半枝莲15g,浙贝母8g,乌贼骨40g,煅瓦楞子40g,姜半夏9g,苏梗10g,姜竹茹10g,预知子10g,石斛15g,炒白术15g,莪术8g,炒薏苡仁米30g,太子参15g,香附10g,茯苓20g,炙甘草6g。7剂,水煎服,1日1剂,每日早晚饭后各温服250mL。

二诊(2022年9月9日):患者反酸烧心较前缓解,胃脘部胀满减轻,偶有胃隐痛,无明显口干口苦,情绪不佳较前好转,纳寐尚可,服药期间大便每日2~3行,不成形,质不黏,排便畅,小便调。舌淡偏暗苔白,边齿痕,脉细滑。处方以初诊方为基础,据症化裁:去蛇舌草、半枝莲、姜竹茹,加炙黄芪10g,山药20g。14剂,水煎服,1日1剂,每日早晚饭后各温服250mL。

三诊(2022年9月23日):患者诉症状均减轻,偶有嗝气,纳寐可,排便通畅,次数较前减少,成形质常,小便正常。舌淡偏暗,齿痕减弱,脉细滑。处方守二诊方去姜半夏、预知子,加枳壳10g。14剂,水煎服,1日1剂,每日早晚饭后各温服250mL。

以初诊方为基础方,随症加减,前后凡诊6次,至四诊时患者诸症已不甚明显,故改用脾胃培源丸(安徽中医药大学第二附属医院制剂室,50g/瓶,3次/d,6g/次,饭后服,温开水送服)继续巩固治疗,以补益脾胃,改善萎缩。2022年11月4日于安徽中医药大学第二附属医院查Hp(-),胃镜示:CAG(C1)。病理示:(胃窦)轻度萎缩、轻度肠上皮化生,(胃角)胃黏膜轻度慢性炎。

按语:“脾胃虚弱,气血不和”为CAG发生、发

展的根本要素。患者胃脘胀痛伴反酸烧心3年有余,以脾胃虚弱为本,初诊方炒白术、太子参、茯苓、炒薏苡仁米健运脾胃,拨运中州。脾胃虚弱,运化失职,而招木乘,肝脾不和。肝失疏泄,气机不畅,致患者情绪不佳,甚则痛可窜及胁肋;肝脾不和致胃脘不适,大便稍溏;肝胃不和致反酸、烧心、嗝气及口干口苦。舌脉与证基本相符。方中柴胡、香附、预知子和苏梗疏肝解郁,理气宽中。如此一来,肝气畅而土木和。患者肝胃不和之反酸烧心嗝气症状明显,以浙贝母、乌贼骨及煅瓦楞子这一常用角药达制酸止痛之效,同时配姜竹茹除烦和胃止呕。随CAG发展会致痰阻、湿热、络瘀等,加用姜半夏、姜竹茹防痰内阻,莪术、预知子活血止痛,防瘀而成,即所谓“先安未受邪之地”。石斛养阴益胃生津,兼顾CAG气阴两虚之本,蛇舌草、半枝莲可清热解毒,治疗癌症,起阻炎-癌转化之功;终以炙甘草调和诸药。二诊症状减轻,热像不显,去寒凉之蛇舌草、半枝莲,加炙黄芪、山药健脾益气,固本培元,即“脾胃培源”治疗大法。三诊时诸证明显好转,主以补益脾胃兼疏肝气为主,故改寒性较大之预知子为枳壳,无痰阻之象而去姜半夏。至四诊时患者诸症已不甚明显,疾病后期缓者丸剂治之,以脾胃培源丸继续巩固治疗,改善萎缩,防止癌变。治疗2个月后复查,虽萎缩仍在,但见明显减轻。此患者脾胃虚弱伴肝脾不和,以脾胃培源治疗为基础,兼疏肝理气,汤剂丸剂结合,不仅对控制症状、延缓病情,乃至部分或后期甚至完全逆转胃组织病理学情况等都有重要意义。

4 小结

CAG作为胃癌前疾病,是胃癌的一种高危红灯状态。西医治疗以改善胃黏膜炎症、延缓进展为主,包括使用胃黏膜保护剂、抑酸剂,根除Hp四联疗法,补充叶酸、维生素药物等,但长期使用不可避免会引起一定耐药情况及不可忽略的不良反应。目前西医治疗已进入瓶颈期,尚缺乏特效药。但中医药治疗有着广阔的应用前景,李教授临证30余年,继承创新首届全国名中医马骏教授思想,结合自身经验形成了极具价值的辨治思路与施治特色。其认为CAG病变之根本为脾胃气阴两虚,夹杂气滞、痰湿、湿热等,而瘀血贯穿始终。施治时结合现代内镜诊疗技术,宏观微观相辅,中医西医结合,珠联璧合;对、角药灵活运用,扶正祛邪、清肝和胃、活血化瘀、制酸止痛等药对、角药信手拈来;急则用汤剂,缓者丸剂治之,两者结合,相得益彰。李教授创新性提出的“脾胃培源”治疗大法及创制的脾胃培源丸在门诊与病房广泛应用,收效甚佳,深受患者好评。此外,也倡导患者自我养护,同时建立一个积极、乐观的心理状态,所谓“三分治,七分养”,治

养结合,以图良效。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 李军祥,陈諳,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(2):121-131.

[2] Sung H,Ferlay J,Siegel RL,et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA Cancer J Clin,2021,71(3):209-249.

[3] Lahner E,Carabotti M,Annibale B. Treatment of Helicobacter pylori infection in atrophic gastritis [J]. World J Gastroenterol,2018,24(22):2373-2380.

[4] 李扬,姜树民.姜树民治疗慢性萎缩性胃炎临证经验探赜[J].辽宁中医杂志,2022,49(10):22-24.

[5] 陈志豪,李学军.马骏运用和法治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].中医药临床杂志,2021,33(1):50-53.

[6] 李学军,吴婧,陈亮亮,等.脾胃培源方对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效及理化指标的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(1):541-544.

[7] 李玉凤,陈亮亮,李学军.基于 TGF-β1/Smad3 通路探讨脾胃培源方对慢性萎缩性胃炎大鼠干预作用[J].湖南中医药大学学报,2019,39(2):173-177.

[8] 魏思媛,刘云,孙琴,等.基于网络药理学研究白术-黄芪药对抗胃癌作用机制[J].现代中药研究与实践,2022,36(1):80-85.

[9] 杜俊仪,张鸽,郭洪波.郭洪波教授治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生经验[J].中医临床研究,2022,14(26):40-43.

[10] 李扬,姜树民.姜树民治慢性萎缩性胃炎药对拾贝[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(10):151-154.

[11] 杨颖,魏梦昕,伍耀业,等.白术多糖提取分离、化学组成和药理作用的研究进展[J].中草药,2021,52(2):578-584.

[12] Tian S,Yu HD. Atractylenolide II Inhibits Proliferation,Motility and Induces Apoptosis in Human Gastric Carcinoma Cell Lines HGC-27 and AGS[J]. Molecules,2017,22(11):1886.

[13] 蔡甜甜,潘华峰,张成哲,等.黄芪甲苷保护胃癌前病变大鼠胃黏膜损伤研究[J].中华中医药杂志,2018,33(9):4066-4070.

[14] 张红杰,陈常莲,华诗培,等.“黄芩-黄连”药对研究进展[J].江西中医药大学学报,2022,34(3):120-124.

[15] Li ML,Wang CH. Traditional uses, phytochemistry, pharmacology, pharmacokinetics and toxicology of the fruit of Tetradium rutilarpum: A review [J]. J Ethnopharmacol,2020,263:113231.

[16] 刘丽,张笑敏,许浚,等.吴茱萸化学成分和药理作用及质量标志物(Q-marker)的预测分析[J].中草药,2020,51(10):2689-2702.

[17] 王旭华,徐顶巧,黄露,等.黄连-吴茱萸药对配伍机制研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(3):266-274.

[18] 赵菁莉,赵晰,黄文政,等.黄文政教授应用乌贝散治疗慢性胃病验案两则[J].天津中医药,2021,38(11):1361-1363.

(收稿日期:2022-11-15)

《中国中西医结合消化杂志》2022 年度优秀专家

律回春晖渐,万象始更新。《中国中西医结合消化杂志》衷心感谢全体作者、读者、编委、审稿专家及学界同仁在过去的一年里对我刊的关心、支持和厚爱!本刊通过审稿数量、质量和审回时效等方面进行综合评定,最终遴选出以下 21 位专家为“《中国中西医结合消化杂志》2022 年度优秀专家”。具体名单如下(按姓氏拼音排序):

- | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 陈瑞 | 胡玲 | 姜莉云 | 李军祥 | 李天望 | 李岩 | 刘成海 |
| 刘华一 | 钦丹萍 | 沈洪 | 时昭红 | 唐旭东 | 汪龙德 | 王垂杰 |
| 谢春娥 | 谢胜 | 杨胜兰 | 张声生 | 赵文霞 | 郑培永 | 朱金水 |

对于每一位专家的辛勤付出我们都心怀感激。在新的一年里,《中国中西医结合消化杂志》诚挚地祝愿大家身体健康、阖家幸福、平安喜乐!