

基于“虚、痰、瘀、毒”论治慢性萎缩性胃炎*

骆子荣¹ 何桂花² 黄穗平²

[摘要] 介绍广东省名中医黄穗平教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验。黄教授认为,慢性萎缩性胃炎属中医“胃痛”、“痞满”等范畴,其主要病因病机为脾胃虚弱、纳运失常,主要病机特点为气机升降失调,病情发展恶化的主要因素为痰瘀互阻、毒邪侵袭;故治疗从“虚、痰、瘀、毒”出发,以益气健脾和胃、化痰祛瘀解毒为主,临床上运用益气化痰解毒方治疗该病取得了良好疗效。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;中医药;临床经验

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.09.12

[中图分类号] R573.32 **[文献标志码]** B

Differentiating and treating chronic atrophic gastritis based on “deficiency, phlegm, blood stasis and toxicity”

LUO Zirong¹ HE Guihua² HUANG Suiping²

(¹The Second Clinical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, 510405, China;²Department of Spleen and Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine)

Corresponding author: HUANG Suiping, E-mail:gzdoctorhsp@126.com

Abstract This article mainly introduces the clinical experience of Professor HUANG Suiping in treating chronic atrophic gastritis. According to Professor HUANG Suiping, chronic atrophic gastritis belongs to the categories of "stomachache" and "stuffiness and fullness" in Traditional Chinese Medicine, and its main etiology and pathogenesis are spleen-stomach weakness and abnormal transportation and absorption. Therefore, the treatment mainly focuses on invigorating spleen and tonifying Qi and resolving phlegm and blood stasis. The clinical application of Yiqi Huayu Jiedu Decoction to treat the disease has achieved a good effect.

Key words chronic atrophic gastritis; Traditional Chinese Medicine; clinical experience

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指多种病因作用下胃黏膜发生损伤,表现为胃黏膜上皮和腺体萎缩、腺体数目减少、胃黏膜变薄伴基层增厚,以及肠上皮化生或假幽门腺化生,或伴有不典型增生的慢性消化系统疾病,是导致胃癌的癌前疾病之一^[1-2],属于脾胃系统的常见疑难病。随着时代进步、检测及诊断技术的不断提高,本病的患病率与确诊率逐年升高,我国胃癌的患病率与病死率随之增加^[3]。据调查,我国每年胃癌新发病例约为67.9万,死亡病例约为49.8万^[4-5]。西医对本病的治疗原则是对症治疗、延缓或阻碍病变发展以及防止癌变^[6]。中医古籍中并未出现“慢性萎缩性胃炎”这一病名的准确记载,历代医家根据CAG患者发病时出现的上腹部疼痛、饱胀、灼热感、反酸等临床表现,将其归属于祖国医

学中“胃痛”、“痞满”、“嘈杂”、“反酸”等范畴^[7]。

黄穗平教授是广东省名中医,广东省中医院脾胃病科学术带头人,主任医师,博士研究生导师,师从岭南梁氏脾胃病学术流派著名脾胃病大家梁乃津、余绍源教授,从事中西医结合诊治脾胃系统疾病近40载,积累了丰富的临床经验。黄穗平教授审察病机,治病求本,基于“虚、痰、瘀、毒”论治CAG,取得了较好的临床疗效,将其经验介绍如下,以飨同道。

1 对CAG病因病机的认识

黄穗平教授认为,脾胃虚弱是CAG发病和转归的内因,感染疫毒(幽门螺杆菌)、饮食失调、情志失节、劳倦太过、病久失养、药物所伤,皆为脾胃损伤之由,以致脾胃虚弱。脾胃虚弱则运化失职,气机阻滞,升降失调,不通则痛,发为本病。叶天士认为“脾胃之病,虚实寒热,宜燥宜润,固当详别,其于升降二字,尤为紧要”。脾主运化,脾失健运则水反为湿,谷反为滞,停聚中宫,气机不利,湿从内生,郁而化热,挟痰挟瘀,湿热蕴毒,进一步加重病情。王

*基金项目:黄穗平广东省名中医传承工作室项目[No:粤中医办函(2019)5号]

¹广州中医药大学第二临床医学院(广州,510405)

²广州中医药大学第二附属医院脾胃病科

通信作者:黄穗平, E-mail:gzdoctorhsp@126.com

清任《医林改错》云：“无气则虚，必不能达于血管，血管无气，必停滞而瘀”。脾虚则气机不利，气滞日久，或久痛入络，终成血瘀之证；脾虚则中阳不足，不能温煦中焦，致寒从内生，寒主收引，阻滞气机，发为胃痛；肝主疏泄，患者久病易心生焦虑，肝气郁滞，失于疏泄，木亢横犯脾胃，则成肝气犯胃、肝脾不调之证。

故 CAG 的主要病因病机为脾胃虚弱、纳运失常，主要病机特点为气机升降失调，痰瘀互阻、毒邪侵袭是病情发展恶化的主要因素。CAG 呈慢性病程，病情易反复发作，多虚实夹杂，因此，在疾病的发生发展和诊疗过程中，认清本虚标实，进行精准的辨证治疗，可提高逆转的成功率。

2 用药经验

CAG 为脾胃虚弱的基础上受疫毒侵袭但并未成癌的一种状态，脾胃虚弱，气虚日久，运化失司，致使痰浊、血瘀蕴于胃络，久而形成毒邪，使胃络受损，进而使腺体萎缩、肠上皮化生，异型增生乃至最终成癌。

徐灵胎曰：“一病必有一主方，一方必有一主药”。这是徐氏临床心得，医家不传之秘。黄穗平教授通过多年的临床实践，从“虚、痰、瘀、毒”出发，摸索出专病专方——益气化痰解毒方，方中黄芪、党参、白术、炙甘草益气健脾，法半夏化痰消痞，砂仁、陈皮、茯苓以化湿、燥湿、利湿，三七活血化痰，全方共奏益气健脾和胃，化痰祛瘀解毒之功。黄穗平教授强调，虽制定专病专方，但仍需根据患者症状对底方进行随证化裁，君臣佐使配伍较为固定，而具体药物选择灵活可变。

2.1 脾胃气虚

“邪之所凑，其气必虚”，正气虚不能御敌，感染邪毒，日久正气耗损，气机阻遏，痰瘀进一步加重。治疗 CAG，黄穗平教授强调要注重健脾补气。脾胃气虚证表现为胃脘胀满或胃痛隐隐，餐后加重，疲倦乏力，纳呆，四肢不温，大便溏薄。舌淡或有齿印，苔薄白，脉虚弱。党参、黄芪、人参是黄穗平教授常用的补气三宝，党参一般用 15~20 g，黄芪一般用 20~30 g，人参首选生晒参，阳虚者则用红参，并嘱患者另炖，以增强补气之功。

2.2 脾胃虚寒

脾胃乃后天之本，若先天禀赋薄弱，或后天喂养失当，或恣食生冷，外感寒邪，过服寒凉药物，均可损伤脾胃，致中阳不振，脾胃虚寒。黄穗平教授认为岭南人群体质多虚寒。脾胃虚寒证表现为胃痛隐隐，绵绵不休，喜温喜按，劳累或受凉后发作或加重，泛吐清水，精神疲倦，四肢倦怠，腹泻或伴完谷不化。舌淡胖，边有齿痕，苔白滑，脉沉弱。若遇寒痛甚，则加干姜 10 g、延胡索 15 g 以温中健脾、散寒止痛；若大便溏烂则去白术、砂仁，改为麸炒白

术 15 g、煨肉豆蔻 10 g 以温中健脾、涩肠止泻；若畏寒怕冷、自汗甚则加桂枝 10 g，炒白芍 10 g 以调和营卫。

2.3 脾胃阴虚

阴血亏虚，胃络失于濡养，不荣则痛，水谷精气敷布不利，津液不能上乘。脾胃阴虚证表现为上腹灼热疼痛，胃中嘈杂，似饥而不欲食，口干舌燥，大便干结，舌红少津或有裂纹，苔少或无，脉细或数。黄穗平教授认为滋阴养胃宜轻淡，以防补而蕴滞、滋而碍胃，治疗此证常配伍麦冬 15 g、山药 20 g、白芍 15 g 以养阴生津；若大便干结则去砂仁，加枳实 15 g、火麻仁 30 g 以行气通腑、润肠通便；若心中躁烦抑郁者则加百合 20 g 以清心除烦、安神助眠。

2.4 肝脾不和

肝脾不和证常见上腹胀满或胀痛，兼有胁肋部胀满不适或疼痛，每因情志因素诱发或加重，伴暖气，舌淡红，苔薄白，脉弦。仲景有“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的论述。张锡纯在其著作《医学衷中参西录》中认为肝气下行传脾，可出现胀满、疼痛、泄泻诸症，实脾为先，可达“脾气上行则肝气自然随之上行”之功。黄穗平教授主张在治疗时加入适量理脾药，理脾气、疏肝气，则肝脾得调，病证得解。药用白芍 15 g 或炒白芍 10 g 以平肝柔肝；腹胀、胁胀甚者则加枳壳 15 g、木香 10 g 以理气宽中、行气解郁；若腹痛、胁痛甚者则加郁金 15 g、佛手 15 g 以行气止痛，其中郁金偏寒，佛手偏温，需加以甄别。

2.5 肝胃郁热

《沈氏尊生书·胃痛》曰：“胃痛，邪干胃脘病也，唯肝气相乘为尤甚，以木性暴且正克也。”现代社会工作和生活压力不断增大，加之 CAG 病程日久，迁延不愈，许多患者长期处于精神紧张、心情抑郁的状态，气机郁滞，久而化热，出现肝胃郁热的情况，常表现为胃脘灼痛，两胁胀闷或疼痛，心烦易怒，反酸，口干口苦，大便干燥，舌质红，苔黄，脉弦或弦数。黄穗平教授常加柴胡、黄芩，取小柴胡汤之意，一清一散，和解郁热；若见胸胁胀痛、经闭痛经者，则加香附 15 g 以疏肝解郁、理气宽中、调经止痛。

2.6 脾虚湿困

岭南地卑土薄，本就土气不足，阴湿常盛，加之现代大多数人喜生冷饮食，工作环境是在空调房里，长此以往形成脾虚湿困证，常见脘腹隐痛，遇劳而发，食后腹胀，食欲减退，口黏腻不渴，倦怠乏力，神疲懒言，大便溏稀，舌苔白厚腻者。对于此证，黄穗平教授善用砂仁、白术、陈皮、茯苓四品，砂仁能芳香化湿，白术、陈皮苦温燥湿，茯苓淡渗利湿，四者搭配能宣上、畅中、渗下，使得痰湿去、气机通、脾胃和。

2.7 脾虚湿阻化热

脾虚失运,胃失和降,中焦气机不利,气机升降失调,从而湿浊内生,久之郁而化热,湿热搏结于中焦,久而聚为湿热毒邪。既伤胃络,致使腺体萎缩而肠上皮化生,又可出现一系列临床症状,脾虚湿阻化热证常见脘腹痞满或疼痛,身体困重,大便黏滞或溏泻,食少纳呆,口苦口臭,精神困倦,舌淡红,苔黄腻,脉滑或数。黄穗平教授喜用薏苡仁、白扁豆、茯苓等药淡渗利湿,对于热重于湿邪者则用黄连 10~15 g 以清热燥湿,湿重于热者则用蒲公英 20~30 g 以清热祛湿、解毒护膜。

2.8 脾虚气滞湿瘀

中焦亏虚,脾胃气机升降失常,运化失职,气机不利,湿从内生,聚而成痰,血停成瘀,痰瘀互阻,造成脾虚气滞,胃中腺体受损,导致肠上皮化生和(或)异型增生。脾虚气滞湿瘀证常见胃脘痞满或胃痛日久不愈,胃纳不佳,口淡口黏,大便溏烂,排便不畅,舌质淡暗或有瘀点、瘀斑,苔微腻,脉弦涩。黄穗平教授常用益气化瘀解毒方,其中三七需 3~5 g,并嘱研末冲服效果更佳,若见口苦口黏等湿热之象者,可加白花蛇舌草 20~30 g 以清热解毒、防止癌变。

3 治病大法

3.1 培本固元,肃清源头

黄穗平教授认为,脾胃虚弱是 CAG 发病的内因,亦是出现胃黏膜肠上皮化生和(或)异型增生的本源。从微观来看,脾胃虚弱,气血生化乏源,使胃体失养、胃络枯萎,胃黏膜变薄,腺体萎废,出现肠上皮化生、异型增生。正虚日久,痰湿、瘀毒等病理产物逐日积累,是胃黏膜发生癌前病变的关键。故黄穗平教授强调固护脾胃,谨守脾胃为后天之本,为诸气之本,脾胃病则元气伤,元气伤则疾病生的病机纲领。在治疗时,首重强健脾胃,脾胃健则运化行,气机升降正常,中州生化之机得复,痰湿、瘀毒无处伏留,则癥积生长的“源头”得以肃清。脾虚分脾气虚、脾阳虚、脾阴虚,临床健脾亦需加以甄辨。

3.2 斡旋中州,调畅气机

气机升降失常是 CAG 的主要病机特点,脾胃虚弱,运化失职,气机升降失调,停滞不行,津液留聚生湿生痰,久而化痰成癌,因此在治疗上既要补益脾胃之气,又要顺应脾胃气机升降规律,使气血调畅,黄穗平教授健脾补气多选黄芪、党参,一般用量在 20~30 g,嘱补气切勿过量,以防壅滞,还喜搭配枳壳、厚朴、木香、陈皮、砂仁、枳实等理气行气之品,使气机调和。

3.3 以毒攻毒,化痰散结

毒邪侵袭是 CAG 进一步发展甚至恶化的主要因素,而毒邪有两个,一个是湿毒,另一个则是血

瘀。幽门螺杆菌被世界卫生组织认为是胃癌发生的 I 类致癌因子^[8],黄穗平教授认为,从中医学角度分析,幽门螺杆菌可看作是广义的湿毒之邪,最易伤脾,加之岭南地区湿邪偏盛,湿毒困于中焦,迁延日久,必然阻滞气机,影响脾胃运化的功能。若中气健旺,则可防御外邪,或驱毒逐瘀,反之则为毒邪所累,日久瘀毒致变,毒腐成疡,瘀结为积,终成窠囊之疾。对于湿毒,黄穗平教授喜用以毒攻毒的方法,以辛温有毒之法半夏攻逐湿毒,还能起到消痞和胃之效。此外,黄穗平教授还会选用全蝎来攻毒散结,通络止痛,但用量宜小,防止损伤正气。

3.4 活血化瘀,切勿过峻

脾胃升降失常,气机阻滞,气为血之帅,气滞日久致血行不畅,血停成瘀,瘀血不去,新血不生,胃体失于濡养,导致腺体萎废和减少。久病不治,恶习不节,痰毒蕴生,痰瘀或瘀毒互结,发为本病,甚至发生癌前病变。黄穗平教授认为 CAG 患者虽为癌前病变,但并未成癌,脾虚重而瘀血轻,活血化瘀切忌攻伐过峻,故喜用健脾益气活血法,如吴鞠通《温病条辨》中记载:“善治血者,不求之有形之血,而求之无形之气。”黄穗平教授强调用三棱、莪术之品破血行气、消积止痛之力虽强,对于气滞血瘀所致的病痛效果甚好,而补虚不足,攻伐太过易致正气虚惫,难以驱邪外出,则邪气愈发猖獗,或生变证。黄穗平教授善纳新知,治疗上喜用三七,具有防癌抗癌之功效。《中国医药大辞典》记载:“三七功用补血,去瘀损,止血衄,能通能补,功效最良,是方药中之最珍贵者。三七生吃,去瘀生新,消肿定痛,并有止血不留瘀血、行血不伤新的优点;熟服可补益健体。”现代药理研究发现,三七有效成分三七总皂苷可抑制肿瘤细胞生长转移,或诱导肿瘤细胞分化使其逆转,刺激和增强机体免疫力,从而延缓胃黏膜组织的恶性进展^[9-10]。

4 临床验案举隅

患者,男,56岁,2022年8月27日因“反复上腹部胀闷隐痛半年余”就诊。就诊时症见:上腹部胀闷、隐痛时作,晨起隐痛较明显,餐后胀闷加重,无暖气反酸,无口干口苦,稍觉烧心,胃纳可,小便调,大便质软成形,日1次,睡眠一般,疲倦乏力,近半年体重下降 2.5 kg,舌淡红,苔薄白,脉弱。2022年7月23日于南方医科大学珠江医院行胃镜检查示:CAG,幽门螺杆菌(-)。病理:(胃角)中度黏膜慢性炎,萎缩(+),肠上皮化生(+++),不典型性(+++,中度),活动性(-)。西医诊断:CAG(轻度萎缩、重度肠上皮化生、中度不典型增生)。中医诊断:胃痞病(脾虚湿热证)。处方:党参 15 g,白术 15 g,茯苓 15 g,炙甘草 10 g,木香 10 g(后下),砂仁 5 g(后下),法半夏 15 g,陈皮 10 g,黄芪 20 g,三七粉 3 g(冲服),救必应 10 g,黄连 5 g,干姜 10 g。

共 7 剂,水煎内服,日 1 剂。

二诊(2022 年 9 月 4 日):患者症状与首诊相仿,故用药同首诊。

三诊(2022 年 9 月 14 日):因患者上腹痛较前缓解,仍有胀闷,于前方去救必应、黄连,加厚朴 15 g。

四诊(2022 年 10 月 8 日):因患者腹痛时作,大便较前偏烂,于前方基础去干姜,加延胡索 15 g,党参加量至 20 g,白术换麸炒白术,砂仁加量至 8 g。

五诊(2022 年 10 月 21 日):因患者大便已成形,睡眠欠佳,前方麸炒白术改为白术,茯苓改茯神。

六诊(2022 年 10 月 28 日):患者上腹胀已缓解,大便较前稍难排,伴双下肢乏力,予加牛膝 15 g,白术加量至 20 g,黄芪加量至 30 g。

七诊(2022 年 11 月 11 日):患者双下肢乏力改善,仍时有上腹隐痛,前方去牛膝,加佛手 15 g。

八诊(2022 年 12 月 2 日):患者上腹部隐痛减轻,餐后伴少许上腹胀,前方去延胡索。

九诊(2022 年 12 月 16 日):患者上腹部隐痛明显减轻,上腹胀改善,前方去厚朴,加全蝎 5 g。

患者于 2022 年 12 月 24 日在南方医科大学珠江医院复查胃镜:慢性萎缩性胃炎伴糜烂,幽门螺杆菌(-)。病理:(胃角)黏膜慢性炎。慢性炎(+),萎缩(-),肠上皮化生(+),不典型性(-),活动性(-)。

按语:患者因“反复上腹部胀闷隐痛半年余”为主诉就诊,胀满多于隐痛,诊断为胃痞病,结合舌脉,辨证为脾虚湿热证,以益气化痰解毒方为基础方,方中木香辛温而健脾行气止痛,加用救必应,增清热利湿止痛之功效,黄连、干姜取辛开苦降之法,以复脾胃升降之职。二诊症状较前相仿,故守用原方。三诊诉上腹部疼痛症状较前缓解,查舌脉见湿热得清,故去黄连、救必应,但仍有胀闷,乃因胃气留滞,需因势利导,故用厚朴加强行气降逆之力。四诊腹痛又作,大便偏烂,加延胡索理气止痛,白术炒制以增收涩之性,党参、砂仁加量增强补气健脾之功效。五诊基本沿用前方,因眠差,茯苓改茯神。六诊见大便难解,故加白术、黄芪健脾补气以行气通便,双下肢乏力可用牛膝补肝肾、强筋骨,并引药下行。七诊上腹隐痛时作,乃木亢犯胃,加佛手疏肝理气,肝脾同调。八诊患者上腹痛症状减轻,原方可减理气止痛之延胡索。九诊患者整体状况改善明显,上方去厚朴,以防久用耗伤气阴,加全蝎以攻毒散结,继续培本固元。

5 小结

CAG 作为脾胃系统的常见疑难病,其患病率与确诊率逐年升高,西医对本病的治疗尚缺乏理想的治疗方法,以对症治疗和预防为主。若久病迁延

不愈,有癌变的风险,严重影响患者的身心健康。CAG 作为中医优势病种,中医药在缓解 CAG 患者的临床症状^[11]、保护胃黏膜^[12]、改善血清炎症因子水平^[13]、用药安全性^[14]等方面令人满意。近年来,中医药治疗 CAG 的临床研究与应用逐渐增多,其临床疗效确切^[15-17]。国医大师徐景藩以三型分治 CAG,中虚气滞证用四君子汤加减,肝胃不和证以柴胡疏肝散加减,胃阴不足证以沙参麦冬汤加减^[18];吕冠华教授以病机演变分阶段论治 CAG,前期分别兼夹气滞、食滞、湿热、痰浊、瘀血,后期阳气受损,耗伤及肾,正气大伤^[19];刘启泉教授从肝论治,病机不离肝胃气滞、肝胃郁热、肝胃阴虚、胃络瘀阻四端,提出了四法即疏肝降胃、清肝和胃、柔肝养胃、补肝通胃^[20]。基于中医整体观念和辨证论治的原则,黄穗平教授认为本病的病机为脾胃虚弱,纳运失常,加之痰瘀互阻,毒邪侵袭,总结出脾虚为发病之本,痰瘀为癌变之要的病机特点。故治疗上从“虚、痰、瘀、毒”着手,攻补兼施,选用益气化痰解毒方,该方是由香砂六君子汤化裁而成,在原方的基础上去木香,加黄芪、三七,共奏益气健脾和胃、化痰祛瘀解毒之功,临床中随症加减,灵活使用。黄穗平教授在使用中医药治疗 CAG 的过程中取得了良好的临床疗效,体现了中医的特色优势,其经验可推广应用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 王萍,李鹏,陈紫暄,等.中国整合胃癌前病变临床管理指南[J].胃肠病学,2021,26(2):91-111.
- [2] 国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海),国家消化道早癌防治中心联盟,中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组,等.中国胃黏膜癌前状态和癌前病变的处理策略专家共识(2020年)[J].中华消化杂志,2020,40(11):731-741.
- [3] 刘凤斌,李培武,潘静琳,等.岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊疗专家共识[J].中国研究型医院,2022,9(1):2-8.
- [4] 孙可欣,郑荣寿,张思维,等.2015年中国分地区恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2019,28(1):1-11.
- [5] 陈宏达,郑荣寿,王乐,等.2019年中国肿瘤流行病学研究进展[J].中华疾病控制杂志,2020,24(4):373-379.
- [6] 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(2):121-131.
- [7] 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(7):3060-3064.
- [8] Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori. IARC working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon, 7-14 June 1994 [J]. IARC

- Monogr Eval Carcinog Risks Hum, 1994, 61: 1-241.
- [9] 蔡甜甜,林琳,潘华峰,等.三七总皂苷激活 JNK 信号通路对胃癌前病变大鼠胃黏膜组织的保护作用[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(12): 5877-5880.
- [10] 冯陆冰,潘西芬,孙泽玲.三七的药理作用研究进展[J]. 中国药师, 2008, 11(10): 1185-1187.
- [11] 丁婷,章一凡.益胃汤加减治疗胃阴亏虚型慢性萎缩性胃炎的临床效果观察[J]. 智慧健康, 2020, 6(25): 163-165.
- [12] 王德芳,赵明,董笑一,等.基于络病理论观察丹参饮加味治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀阻证的临床疗效及机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(23): 122-127.
- [13] 井贵平,刘晓棠,徐志雄.自拟化浊解毒汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及血清 TLR4、IL-4、TNF- α 水平变化观察[J]. 四川中医, 2022, 40(3): 98-101.
- [14] 杨健康.自拟健脾理气和胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 68 例疗效观察[J]. 国医论坛, 2017, 32(1): 39-40.
- [15] 唐卉,梅小平.安胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 42 例临床研究[J]. 山西中医学院学报, 2017, 18(2): 48-49.
- [16] 张晶晶,张勇,吴兰兰,等.调中和胃舒痞汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对胃黏膜损伤的修复作用研究[J]. 四川中医, 2023, 41(2): 108-111.
- [17] 常爱芳,李晶.李晶主任应用芪术萎胃方治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎经验摘要[J]. 中医临床研究, 2022, 14(17): 98-100.
- [18] 潘军,何簇,曹正龙,等.徐景藩“三型论治慢性萎缩性胃炎”经验应用研究[J]. 中医药临床杂志, 2013, 25(9): 777-779.
- [19] 孙学义,吕冠华.从病机演变分阶段论治慢性萎缩性胃炎的思路与方法[J/OL]. 实用中医内科杂志: 1-7 [2023-08-07]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1187.R.20221206.1915.012.html>.
- [20] 郑世豪,薛田雨,郭浩林,等.从肝论治慢性萎缩性胃炎四法[J]. 环球中医药, 2022, 15(4): 667-669.

(收稿日期:2023-04-14)

(上接第 714 页)

- [8] 刘臻,朱虹,张铭倩,等.“肝肺气机升降循环”理论治法探讨[J]. 山东中医杂志, 2018, 37(8): 631-633.
- [9] 张树生. 临证指南医案译注[M]. 北京:中国中医药出版社, 2018: 202-203.
- [10] 李泽琼,徐峰,兰小路,等.基于肝肺气机失调论治血管性痴呆[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(6): 1261-1264.
- [11] 高妙然,黄盛,闫晓玲,等.周剑教授从肝肺论治格雷夫斯眼病的经验[J]. 中国医药导报, 2022, 19(29): 118-121.
- [12] 李军祥,谢胜,唐旭东,等.消化系统常见病胃食管反流病中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(6): 2995-2998.
- [13] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京:北京联合出版公司, 2018: 31-32.
- [14] Cantarero-Prieto D, Moreno-Mencia P. The effects of gastrointestinal disturbances on the onset of depression and anxiety [J]. PLoS One, 2022, 17(1): e262712.
- [15] 徐泉,赵公芳,李未华,等.胃食管反流病与焦虑抑郁相关性的研究进展[J]. 中国老年保健医学, 2022, 20(2): 94-97.
- [16] Riehl ME, Chen JW. The Proton Pump Inhibitor Non-responder: a Behavioral Approach to Improvement and Wellness [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2018, 20(7): 34.
- [17] 吴根友,注译. 道德经[M]. 长沙:岳麓书社, 2021: 22-23.
- [18] Kurin M, Shibli F, Kitayama Y, et al. Sorting out the Relationship between Gastroesophageal Reflux Disease and Sleep [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2021, 23(9): 15.
- [19] 张李梅,孔文霞.论胃食管反流病失眠症状的成因及相关治疗[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 18(76): 263-264.
- [20] 郑倩,张昊,谭家腾,等.胃食管反流病与抑郁、焦虑相关性的临床研究[J]. 中国实验诊断学, 2022, 26(1): 41-44.
- [21] 张安玲.关于肺胃生理相关性的探讨[J]. 中医药学报, 2004, 32(3): 3-4.
- [22] 付灵玉,吴荣焕,张海燕,等.基于现代中医医案文献分析的胃食管反流病辨治特点探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(11): 2686-2693.
- [23] 张欢,李秀娟.中医辨证治疗胃食管反流病的临床体会[J]. 系统医学, 2018, 3(1): 181-183.
- [24] 宋甜甜,张冰玉,马月香.“聚于胃,关于肺”的理论基础及临床应用概述[J]. 山东中医药大学学报, 2022, 46(1): 124-128.
- [25] 何梦瑶.《医编》全本校注与研究[M]. 广州:广东科技出版社, 2018: 16-17.

(收稿日期:2023-02-15)