

# 慢性萎缩性胃炎到早期胃癌的“炎-癌”中医证候演变特点研究\*

黄亚芳<sup>1,2</sup> 贺舜<sup>3</sup> 姚玉璞<sup>2</sup> 刘福生<sup>4</sup> 陈润花<sup>2</sup>

**【摘要】** 目的:研究慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)到萎缩背景下的早期胃癌(early gastric cancer, EGC)的中医证候演变规律。方法:前瞻性横断面分析 300 例 CAG 和 100 例萎缩背景下的 EGC 患者的资料,根据幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, HP)感染情况分为 HP(+)CAG 组、HP(-)CAG 组、HP(+)EGC 组、HP(-)EGC 组,采用  $\chi^2$  检验得出 CAG 到 EGC 的中医证候演变规律。结果:涉及 CAG 和 EGC 有 3 个病位要素:肝、脾、胃;7 个病性要素:气虚、气滞、痰湿、热、阴虚、阳虚、瘀血;5 个基本证型:脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀阻证、肝胃不和证。经  $\chi^2$  检验,气虚、阴虚、瘀血与 EGC 的相关性较高,气滞、痰湿、热、阳虚与 CAG 的相关性较高,对 CAG 而言,其病性要素相关性大小为:痰湿>热>气滞>气虚,阴虚>阳虚,气滞>瘀血>阳虚;EGC 则刚好相反。在 HP(+)条件下,CAG 的病性要素相关性则为痰湿>热>气虚,气滞>阴虚>阳虚,痰湿>热>瘀血>阳虚;EGC 则刚好相反。经  $\chi^2$  检验,脾胃虚弱证、胃阴不足证、胃络瘀阻证与 EGC 的相关性较高,肝胃不和证、脾胃湿热证与 CAG 的相关性较高;对于 CAG 而言,其证型相关性大小为:肝胃不和证>脾胃湿热证>脾胃虚弱证,脾胃湿热证>胃络瘀阻证>胃阴不足证;EGC 则刚好相反。在 HP(+)条件下则为脾胃湿热证>脾胃虚弱证,肝胃不和证>胃阴不足证,脾胃湿热证>胃络瘀阻证>胃阴不足证;EGC 则正好相反;HP(-)条件下为肝胃不和证>脾胃虚弱证,肝胃不和证>胃络瘀阻证>胃阴不足证;EGC 则刚好相反。结论:CAG 阶段偏向于邪实,EGC 阶段偏向于正虚;CAG 阶段的邪实主要是痰湿、热、气滞,而 EGC 阶段的邪实主要是瘀血;CAG 阶段的正虚是以阴虚为主,而 EGC 阶段的正虚以阳虚为主。随着疾病进展,EGC 的瘀血程度比 CAG 更高,热毒不断侵扰,阴虚程度逐渐加重;在两个不同阶段,HP 感染对证素、证型的影响有所差别。

**【关键词】** 慢性萎缩性胃炎;早期胃癌;幽门螺杆菌;证候演变

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.11.11

[中图分类号] R256.3 [文献标志码] A

## Study on the evolution of traditional Chinese medicine syndrome of "inflammation-related carcinogenesis": from chronic atrophic gastritis to early gastric cancer

HUANG Yafang<sup>1,2</sup> HE Shun<sup>3</sup> YAO Yupu<sup>2</sup> LIU Fusheng<sup>4</sup> CHEN Runhua<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029, China; <sup>2</sup>Department of Spleen, Stomach and Hepatobiliary, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine; <sup>3</sup>Department of Endoscopy, Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences; <sup>4</sup>Department of Emergency, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine)

Corresponding author: CHEN Runhua, E-mail: excellentcrh@126.com

**Abstract Objective:** To study the evolution of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes from chronic atrophic gastritis (CAG) to early gastric cancer (EGC) in atrophic background. **Methods:** The clinical data of 300 patients with chronic atrophic gastritis and 100 patients with early gastric cancer under the background of atrophy were prospectively analyzed. According to *Helicobacter pylori* (HP), the patients were divided into HP(+) CAG group, HP(-) CAG group, HP(+) EGC group and HP(-) EGC group. The evolution of TCM syndrome from CAG to EGC was compared by  $\chi^2$  test. **Results:** There were three sites involved in CAG and EGC: liver, spleen and stomach. Seven pathogenic factors: Qi deficiency, Qi stagnation, phlegm dampness, heat, Yin deficiency, Yang deficiency, and blood stasis. There are five basic syndromes: spleen and stomach weakness spleen

\*基金项目:国家自然科学基金青年基金(No:81903792);北京中医药大学揭榜挂帅项目基金(No:2023-JYB-JBQN-015);北京中医药大学校级科研纵向发展基金(No:2021-ZXFZJJ-035)

<sup>1</sup>北京中医药大学(北京,100029)

<sup>2</sup>北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科

<sup>3</sup>中国医学科学院肿瘤医院内镜科

<sup>4</sup>北京中医药大学东方医院急诊科

通信作者:陈润花, E-mail: excellentcrh@126.com

引用本文:黄亚芳,贺舜,姚玉璞,等.慢性萎缩性胃炎到早期胃癌的“炎-癌”中医证候演变特点研究[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(11):1001-1005. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.11.11.

and stomach dampness-heat, deficiency of stomach and Yin, stomach and collateral stasis of blood, and disconcerting of liver and stomach. By  $\chi^2$  test, "Qi deficiency", "Yang deficiency" and "blood stasis" are highly correlated with EGC, while "Qi stagnation", "phlegm-dampness", "heat" and "Yin deficiency" are highly correlated with CAG. For CAG, the correlation of syndrome elements is as follows: phlegm-dampness>heat>Qi stagnation>Qi deficiency. Yin deficiency>Yang deficiency, Qi stagnation>blood stasis>Yang deficiency; EGC is the opposite. Under HP(+) condition, phlegm-dampness>heat>Qi deficiency; Qi stagnation>Yin deficiency>Yang deficiency, phlegm-dampness>heat>blood stasis>Yang deficiency, EGC is the opposite. By  $\chi^2$  test, the syndrome of spleen and stomach weakness, deficiency of stomach Yin, stomach collateral stasis and EGC were highly correlated, while the syndrome of disharmony between liver and stomach, spleen and stomach dampness-heat and CAG were highly correlated. For CAG, the correlation of syndrome types was as follows: disharmony between liver and stomach>spleen and stomach dampness-heat>spleen and stomach weakness. Spleen and stomach dampness-heat syndrome>stomach collateral stasis syndrome>stomach Yin deficiency syndrome, EGC is the opposite. Under HP(+) condition, spleen and stomach damp-heat syndrome>spleen and stomach weakness syndrome; syndrome of disharmony between liver and stomach>syndrome of deficiency of stomach Yin; spleen and stomach dampness-heat syndrome>stomach collateral stasis syndrome>stomach Yin deficiency syndrome; for EGC, the opposite is true. Under HP(-) condition, syndrome of disharmony between liver and stomach>syndrome of weakness of spleen and stomach; syndrome of disharmony between liver and stomach>syndrome of blockage of stomach collagals>syndrome of deficiency of stomach Yin; EGC is the opposite. **Conclusion:** CAG stage is biased towards bad accumulation, EGC stage is biased towards positive deficiency. The pathogenic flora in CAG stage is mainly phlegm dampness, heat and Qi stagnation, while the pathogenic flora in EGC stage is mainly blood stasis. Positive deficiency in CAG stage is mainly Yang deficiency, while positive deficiency in EGC stage is Yin deficiency. With the progression of the disease, EGC has a higher degree of blood stasis than CAG, heat toxicity constantly increases, and the degree of Yin deficiency is gradually aggravated. The influence of HP infection on syndrome elements and types differed between the two stages.

**Key words** chronic atrophic gastritis; early gastric cancer; *Helicobacter pylori*; syndrome evolution

萎缩性胃炎的“炎-癌”病变发生是一个多步骤的过程,一般遵循正常胃黏膜→慢性浅表性胃炎→慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)不伴肠化→完全性肠化→不完全肠化→低级别上皮内瘤变→高级别上皮内瘤变→浸润性胃癌,也被称为 Correa 的级联反应<sup>[1]</sup>。西医主要依靠胃镜和病理检测以明确诊断,发病原因和机制尚不明确,其发生、发展是多种因素相互交结、相互影响的复杂过程。西医治疗主要是根除病因、缓解临床症状和改善胃黏膜状态,CAG 尤其是伴有中-重度肠化或上皮内瘤变者,应定期行内镜和组织病理学检查随访,必要时行内镜下治疗或手术治疗<sup>[2]</sup>。中医治疗 CAG 注重整体观念、辨证论治,可明显缓解患者的临床症状并改善胃黏膜病理状态,甚至部分实现萎缩性胃炎癌前病变的逆转<sup>[3-7]</sup>。在中医方面,既往关于慢性非萎缩性胃炎到萎缩性胃炎的研究较多<sup>[8-9]</sup>,而关于 CAG“炎-癌”转化的证候、证素变化规律分析甚少,且基本都围绕在经验总结方面<sup>[10-11]</sup>。本研究通过因子分析,客观分析 CAG“炎-癌”转化过程中的证候演变规律,不仅可以为临床诊治提供理论指导,也可以为中医证候的客观化及规范化研究奠定基础。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选择 2021 年 1 月—2022 年 11 月就诊于北京

中医药大学东方医院及中国医学科学院肿瘤医院的 300 例 CAG 患者和 100 例在 CAG 基础上发展的早期胃癌(early gastric cancer, EGC)患者,其中男 240 例,160 例;年龄 21~85 岁,平均 65.7 岁;幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, HP)(+)者 227 例,HP(-)者 173 例。在 HP(+)患者中,有 171 例 CAG 和 56 例 EGC;在 HP(-)患者中,有 129 例 CAG 和 44 例 EGC。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准:①CAG 的西医诊断参考《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》<sup>[2]</sup>同时结合内镜与病理检查,并以病理检查结果为最终的诊断标准;②EGC 的诊断标准:根据胃镜活检结果,病灶组织仅局限于黏膜层或黏膜下层者;③HP 的西医诊断参考《幽门螺杆菌感染基层诊疗指南(实践版·2019)》<sup>[12]</sup>。

中医证型规范标准:①CAG 的中医证型辨证参考《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》<sup>[13]</sup>;②EGC 的中医证型参考《现代中医肿瘤学》<sup>[14]</sup>《恶性肿瘤中医诊疗指南》<sup>[15]</sup>,最终通过因子分析,确定 CAG 和 EGC 的证型主要有以下 5 种:脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀阻证、肝胃不和证。

中医证候规范标准:参照《要素辨证学》<sup>[16]</sup>《中医临床诊疗术语证候部分》<sup>[17]</sup>《中医量化诊断》<sup>[18]</sup>,

最终通过因子分析,确定涉及 CAG 与 EGC 证候相关的病位要素有:肝、脾、胃;病性要素有:气虚、阳虚、阴虚、痰湿、热、瘀血、气滞。

### 1.3 纳入标准

①年龄 18~85 岁;②根据<sup>13</sup>C 呼气试验、快速尿激酶检测和病理诊断,HP(+)诊断明确者;③病理诊断为 CAG 和萎缩背景下的 EGC 患者;④知情同意且能配合完成问卷调查者。

### 1.4 排除标准

①合并胃溃疡、胃食管反流病和胃息肉者;②病理诊断为中晚期胃癌、既往有胃部手术史者;③合并循环系统、神经系统、造血系统、肝肾功能等严重疾病者;④伴随严重精神疾病,无法配合者;⑤妊娠期或哺乳期妇女。

### 1.5 《萎缩性胃炎、早期胃癌与中医证候、证素相关性研究的临床观察表》的制定

查阅既往相关文献,结合课题组既往研究内容,基于诊断标准,明确需要收集的患者信息并由相关专家进行指导,最终确定《萎缩性胃炎、早期胃癌与中医证候、证素相关性研究的临床观察表》。在该表中,相关信息按照症状出现的频率、持续时间、性质、程度 4 个方面进行综合量化评估。中医四诊分为无、轻、中、重度 4 级,分别量化为 0、1、2、3。调查内容主要包含 CAG 和萎缩背景下的 EGC 患者的中医症状、舌脉、实验室检查、胃镜检查及病理诊断结果、中西医诊断等。

### 1.6 观察方法

采用前瞻性横断面分析及多中心临床调研方法。所有患者均为门诊及首次住院者,由同一名中医主治医师专职观察并填写量表。

### 1.7 统计学方法

所有数据由 2 人分别录入。录入完毕核对一致,导出生成相关数据的 Excel 文件,采用因子分析的方法最终得出证候要素和基本证型。利用 SPSS 软件进行  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。若存在差异,则进一步进行两两比较。

## 2 结果

### 2.1 证候要素比较

主要涉及 CAG 与 EGC 证候相关的常见病位要素为:肝、脾、胃;病性要素有:热、气滞、痰湿、阳虚、阴虚、气虚、瘀血。依据上述结果,对 300 例 CAG 患者和 100 例萎缩背景下的 EGC 患者的四诊信息进行辨识,其证候要素分布情况见表 1、表 2。

病位要素分布:CAG 与 EGC 比较、HP(+) CAG 与 EGC 比较、HP(-)CAG 与 EGC 比较,均差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。病性要素分布:CAG 与 EGC 比较、HP(+)CAG 与 EGC 比较,

表 1 CAG 与 EGC 的病位要素分布 例(%)

病位要素	CAG		EGC	
	HP(+)	HP(-)	HP(+)	HP(-)
肝	59(19.7)	46(15.3)	29(29.0)	23(23.0)
脾	132(44.0)	86(28.7)	46(46.0)	28(28.0)
胃	87(29.0)	59(19.7)	30(30.0)	27(27.0)

表 2 CAG 与 EGC 的病性要素分布 例(%)

病性要素	CAG		EGC	
	HP(+)	HP(-)	HP(+)	HP(-)
热	81(27.0)	68(22.7)	19(19.0)	17(17.0)
气滞	21(7.0)	20(6.7)	5(5.0)	2(2.0)
痰湿	79(26.3)	69(23.0)	11(11.0)	14(14.0)
阴虚	13(4.3)	10(3.3)	3(3.0)	2(2.0)
阳虚	16(5.3)	15(5.0)	16(16.0)	10(10.0)
气虚	75(25.0)	71(23.7)	42(42.0)	30(30.0)
瘀血	58(19.3)	52(17.3)	27(27.0)	21(21.0)

均差异有统计学意义( $P < 0.01$ );HP(-)CAG 与 EGC 比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

CAG 和 EGC 的病性要素进一步两两比较:气虚与气滞、痰湿、热比较差异有统计学意义,气虚与 EGC 的相关性较高,气滞、痰湿、热与 CAG 的相关性较高,且对 CAG 而言,相关性大小为:痰湿 > 热 > 气滞;阴虚和阳虚比较差异有统计学意义,阳虚与 EGC 的相关性较高,阴虚与 CAG 的相关性较高;气滞、痰湿、热分别与阳虚、瘀血比较差异有统计学意义,即气滞、痰湿、热与 CAG 的相关性较高,阳虚、瘀血与 EGC 的相关性较高,对 EGC 而言,相关性大小为:阳虚 > 瘀血。综上,对 CAG 而言,其病性要素相关性大小为:痰湿 > 热 > 气滞 > 气虚,阴虚 > 阳虚,气滞 > 瘀血 > 阳虚;EGC 则正好相反。

HP(+)CAG 与 EGC 的病性要素进一步两两比较,在部分病性要素上的分布有差异。对 CAG 而言,其病性要素相关性大小为:痰湿 > 热 > 气虚,气滞 > 阴虚 > 阳虚,痰湿 > 热 > 瘀血 > 阳虚;EGC 则正好相反。

### 2.2 基本证型的比较

CAG 和 EGC 的 5 个基本证型分布情况见表 3。

表 3 CAG 和 EGC 的基本证型分布 例(%)

证型	CAG		EGC	
	HP(+)	HP(-)	HP(+)	HP(-)
脾胃虚弱证	88(29.3)	81(27.0)	45(45.0)	32(32.0)
胃阴不足证	16(5.3)	15(5.0)	16(16.0)	10(10.0)
肝胃不和证	51(17.0)	52(17.3)	13(13.0)	6(6.0)
胃络瘀阻证	58(19.3)	52(17.3)	27(27.0)	21(21.0)
脾胃湿热证	60(20.0)	44(14.7)	11(11.0)	13(13.0)

基本证型分布上,CAG 与 EGC 比较、HP(+) CAG 与 EGC 比较,均差异有统计学意义( $P < 0.01$ );HP(-)CAG 与 EGC 比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

CAG 和 EGC 的基本证型进一步两两比较:脾胃虚弱证与肝胃不和证、脾胃湿热证比较差异有统计学意义,脾胃虚弱证与 EGC 的相关性较高,肝胃不和证、脾胃湿热证与 CAG 的相关性较高,且对于 CAG 而言,其相关性大小为:肝胃不和证 > 脾胃湿热证;肝胃不和证、脾胃湿热证分别与胃阴不足证、胃络瘀阻证比较差异有统计学意义,肝胃不和证、脾胃湿热证与 CAG 的相关性较高,胃阴不足证、胃络瘀阻证与 EGC 的相关性较高,且对于 EGC 而言,其相关性大小为:胃阴不足证 > 胃络瘀阻证。综上,对于 CAG 而言,其证型相关性大小为:肝胃不和证 > 脾胃湿热证 > 脾胃虚弱证,脾胃湿热证 > 胃络瘀阻证 > 胃阴不足证;EGC 则刚好相反。

HP(+)的 CAG 和 EGC 基本证型进一步两两比较,在部分基本证型上的分布有差异。对 CAG 而言,其相关性大小分别为:脾胃湿热证 > 脾胃虚弱证,肝胃不和证 > 胃阴不足证,脾胃湿热证 > 胃络瘀阻证 > 胃阴不足证;对 EGC 来说,则刚好相反。

HP(-)的 CAG 和 EGC 基本证型进一步两两比较,在部分基本证型上的分布也有差异。对 CAG 而言,其相关性大小分别是:肝胃不和证 > 脾胃虚弱证,肝胃不和证 > 胃络瘀阻证 > 胃阴不足证;EGC 则刚好相反。

### 3 讨论

基于既往针对慢性浅表性胃炎至 CAG 的证候演变规律,笔者发现饮食积滞是慢性胃炎最早出现的中医证候,其后渐次出现湿热、瘀血等病理产物的积滞。正虚发生在慢性胃炎的整个发病过程,浅表性胃炎阶段主要是邪盛,萎缩性胃炎阶段主要是正衰。为深入探究“炎-癌”病变过程中中医证素、证候的演变规律,我们纳入 300 例 CAG 患者和 100 例基于萎缩背景下的 EGC 患者进行研究,得出以下结论。

第一,无论是 CAG 还是 EGC,病性均体现了虚实夹杂,但邪实和正虚的主要矛盾又有所区别。与 EGC 相比,CAG 阶段更偏向于邪实,随着疾病进展,正气逐渐虚衰,在 EGC 阶段出现正气虚的主要矛盾;CAG 阶段的邪实主要是痰湿、热、气滞,而 EGC 阶段的邪实主要是瘀血;CAG 阶段的正虚是以阴虚为主,EGC 阶段的正虚以阳虚为主。脾胃作为后天之本,气血生化之源,位居中焦,为气机升降之枢。脾胃虚弱则气血生化不足,气机升降失司,无力推动气血津液运行,易形成瘀血、水湿痰饮等病理产物,病理产物郁结,日久化热,毒邪壅滞,

耗伤阴津,日久阴损及阳,正气亏虚,浊瘀阻滞,恶性循环。正如《脾胃论·脾胃盛衰论》中言:“百病皆由脾胃衰而生也”。张声生教授从微观癥积的角度论述本病,着重强调脾胃虚弱是胃黏膜炎癌病变的起源,并将胃黏膜组织结构的异常归为中医癥瘕类疾病<sup>[19]</sup>。《外科证治全生集》中将西医学中的发炎类比为中医中的疮毒。张传龙等<sup>[20]</sup>将炎症理解为古籍中的“火热之毒”等邪气,即邪气盘踞于内,郁久化热,热极成毒,内攻成癌,故热邪是“炎-癌”病变的关键核心。综上,笔者认为脾胃虚弱贯穿萎缩性胃炎的整个阶段,但 CAG 阶段热邪作为“炎-癌”病变的核心环节,耗气伤津,故本虚以阴虚为主,邪实主要是痰湿、热邪和气滞。随着疾病进展,阴损及阳,且正气不断消耗对抗邪气,病理产物不断堆积,气血运行不畅,故 EGC 阶段的本虚以阳虚为主,邪实以瘀血为主。

第二,根据“久病必瘀”理论<sup>[19]</sup>,瘀血往往是诸多疾病发展的终末阶段。本研究结果证明随着疾病进展,EGC 的瘀血程度比 CAG 更高,此研究结果与陈明歌等<sup>[21]</sup>基本一致。清代叶天士在《临证指南医案》中明确指出疾病“初为气结在经,久则血伤入络”,并将其理论应用于临床,收到良好疗效。清代王清任在《医林改错》中提出气虚瘀滞,并自拟活血化瘀类方剂广泛应用于临床。故在疾病发展后期,需要增加活血化瘀药物的使用。

第三,HP 作为一种外来影响因素,在慢性胃炎的发展历程,由 CAG 至萎缩背景下的 EGC 整个过程中,HP 感染对证素、证型的影响有所差别。例如从病性要素角度分析,CAG 患者的邪实主要是痰湿 > 热 > 气滞,而 HP(+)CAG 患者的邪实主要是痰湿 > 热,而气滞与气虚的相关性差异无统计学意义,说明 HP 感染对证素的选择是有影响的。从证型角度分析,CAG 患者证型相关性大小为肝胃不和证 > 脾胃湿热证 > 脾胃虚弱证,脾胃湿热证 > 胃络瘀阻证 > 胃阴不足证;HP(+)CAG 患者证型相关性大小为脾胃湿热证 > 脾胃虚弱证,肝胃不和证 > 胃阴不足证,脾胃湿热证 > 胃络瘀阻证 > 胃阴不足证;HP(-)CAG 患者证型相关性大小为肝胃不和证 > 脾胃虚弱证,肝胃不和证 > 胃络瘀阻证 > 胃阴不足证。CAG 患者的证型主要集中在肝胃不和证和脾胃湿热证,HP(+)CAG 患者是脾胃湿热证,HP(-)CAG 患者则是肝胃不和证,说明 HP 主要定居于脾胃湿热证患者中。李东垣在《脾胃论》里提出“百病皆由脾胃衰矣”,说明 HP 的感染需以脾胃虚弱作为内在因素、湿热侵袭作为外在因素,脾胃湿热为 HP 的侵入、定居和繁殖提供了适宜的环境。

此外,关于本研究,尚可完善 CAG 到萎缩背景下的 EGC 的疾病危险因素、基本情况、病史信息、

不同胃镜下表现的变化规律等内容,以深入指导临床,完善理论。另外,随着理论的创新和发展,不少学者提出关于胃镜下表现与证素、证型相关性的研究规律<sup>[22]</sup>,本研究可在此基础上继续探讨在慢性胃炎“炎-癌”变化过程中不同的胃镜下黏膜及血管变化规律,以及此变化规律与基本证型的变化规律有何联系。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

### 参考文献

- [1] Fox JG, Wang TC. Inflammation, atrophy, and gastric cancer[J]. *J Clin Invest*, 2007, 117(1): 60-69.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. *中华消化杂志*, 2017, 37(11): 721-738.
- [3] 蒙仕祥, 陈卜伟, 冯永锋. 香茶花芽汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎疗效及异型增生、腺体萎缩的改善研究[J]. *中华中医药学刊*, 2023, 42(3): 96-99.
- [4] 古文妹, 杨文臣, 王婷, 等. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. *中国医药导报*, 2022, 19(31): 53-56.
- [5] 段馨. 半夏泻心汤为主方加减治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. *中医临床研究*, 2022, 14(14): 52-54.
- [6] 吴灿, 邓行行, 罗燕文. 针灸联合加味香砂六君子汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎中医证候、组织学及疗效的影响[J]. *中华中医药学刊*, 2022, 40(7): 185-188.
- [7] 胡宗轩, 常调芳, 李美娜, 等. 中医药治疗逆转慢性萎缩性胃炎癌前病变的研究进展[J]. *中医临床研究*, 2022, 14(18): 117-119.
- [8] 吕瑞民, 李吉, 乔美君. 回顾法研究 962 例慢性萎缩性与非萎缩性胃炎的中医证治规律[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2022, 20(4): 67-69, 89.
- [9] 陈润花, 张厂, 苏泽琦, 等. 非萎缩性胃炎到萎缩性胃炎的中医证候演变研究[J]. *北京中医药大学学报*, 2015, 38(5): 310-314.
- [10] 张泰, 张北华, 马祥雪, 等. 慢性萎缩性胃炎炎-癌转化中医病机探析[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(11): 6414-6417.
- [11] 游绍伟, 詹亚梅, 王文素, 等. 基于“脾虚宛滞”探讨慢性萎缩性胃炎“炎癌转化”与防治思路[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2023, 29(21): 188-195.
- [12] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 幽门螺杆菌感染基层诊疗指南(实践版·2019)[J]. *中华全科医师杂志*, 2020, 19(5): 403-407.
- [13] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. *中华中医现代中医肿瘤学药杂志*, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [14] 杨金坤. 现代中医肿瘤学[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2004: 48-53.
- [15] 林洪生. 恶性肿瘤中医诊疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 246-249.
- [16] 朱文锋. 要素辨证学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 167-169.
- [17] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语证候部分: GB/T 16751.2-1997[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 23-29.
- [18] 徐迪华, 徐剑秋. 中医量化诊断[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1997: 35-84.
- [19] 赵静怡, 赵鲁卿, 张声生. 张声生以微观癥积论治慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变经验[J]. *北京中医药*, 2020, 39(1): 31-35.
- [20] 张传龙, 姜晓晨, 庞博, 等. 基于“热极成毒”理论探讨肺“炎-癌转化”与防治思路[J]. *北京中医药大学学报*, 2022, 45(3): 291-295.
- [21] 陈明歌, 刘松江. 从“初病在经, 久病入络”论治胃癌[J]. *西部中医药*, 2022, 35(11): 108-111.
- [22] 许戈林. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布与病理特点分析[J]. *河南中医*, 2022, 42(8): 1226-1230.

(收稿日期: 2024-05-12)