

现代中医辨治慢性萎缩性胃炎 特色疗法经验荟萃

李垣杰¹, 梁国英^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院消化一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年8月14日; 录用日期: 2024年10月2日; 发布日期: 2024年10月15日

摘要

俗话说十人九胃, 人食五谷杂粮, 孰能无疾? 自古以来, 人们重视饮食消化问题, 对消化系统疾病的研究从未停止, 传统中医对治CAG诊疗经验层出不穷, 不仅有完整的辨证论治体系, 还发展了很多符合现阶段CAG疾病演变的特色疗法, 本文基于幽门螺杆菌感染、六郁、升降、浊毒理论、从痛论治等多角度取材, 论述现代医家治疗CAG的临床经验, 以期CAG的治疗提供开放性思路。

关键词

慢性萎缩性胃炎, 中医特色疗法, 名医经验

Experience Gathering of Modern Chinese Medicine in the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis Characteristic Therapy

Yuanjie Li¹, Guoying Liang^{2*}

¹Graduate College of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Digestion, First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Aug. 14th, 2024; accepted: Oct. 2nd, 2024; published: Oct. 15th, 2024

Abstract

As the saying goes, ten people nine stomachs, people eat cereals, which can be disease-free? Since

*通讯作者。

ancient times, people have paid attention to the problem of diet digestion, and the research on digestive system diseases has never stopped. The experience of traditional Chinese medicine in the treatment of CAG has emerged in an endless stream. It not only has a complete syndrome differentiation and treatment system, but also has developed many characteristic therapies in line with the evolution of CAG diseases at this stage. Based on the theory of *Helicobacter pylori* infection, six depressions, ascending and descending, turbidity and toxin, and the treatment of carbuncle, this paper discusses the clinical experience of modern doctors in the treatment of CAG, in order to provide open ideas for the treatment of CAG.

Keywords

Chronic Atrophic Gastritis, Characteristic Therapy of Traditional Chinese Medicine, Famous Doctor Experience

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是消化系统的常见病、多发病。由于本病具有反复发作、迁延难愈的特点,常继发肠上皮化生、异型增生等癌前病变,一直是胃癌前疾病防治研究的重点与难点,严重危害公民的健康及生活水平。在当今社会环境下,现代人生活工作压力大、脑力劳动与体力运动严重失调、进食不规律及食品安全等问题导致 CAG 疾病高发,一项全球性调查研究发现近十年全球 CAG 患病率约为 25% [1],并有逐年增加的趋势。新的社会背景赋予 CAG 新的疾病演变模式,但中医药疗法仍能适应病情变化,给予合理的治疗方案。本文讨论谢晶日、周学文等名中医结合临床形成的特色治疗方案,总结如下。

2. 慢性萎缩性胃炎的发展源流

中医学中并无慢性萎缩性胃炎的名称记载,当代医家多根据 CAG 患者的临床表现,将其归于“胃痛”“痞满”“嘈杂”“呃逆”“吞酸”等病证范畴,直观体现疾病特点[2]。早在《黄帝内经》中就有 CAG 相关症状的记载,《灵枢·邪气脏腑病形》篇指出:“胃病者,腹膜胀,胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不通,饮食不下。”《灵枢·经脉》言:“脾足太阴之脉……是动则病舌本强,食则呕,胃脘痛,腹胀善噯,得后与气则快然如衰。”等等,这里最早提出胃病名称及相关症状,为后期 CAG 理论发展奠定了基础。东汉时期张仲景在《伤寒论》明确提出“满而不痛者,此为痞。”这一概念,并与结胸证进行鉴别,还创立泻心汤系列疗法,形成完整的辨证论治体系,为后世医家所效法。隋·巢元方《诸病源候论·噯醋候》云:“噯醋者,由上焦有停痰,脾胃有宿冷,故不能消谷。谷不消则胀满而气逆,所以好噯而吞酸,气息醋臭。”首载“吞酸”之名,并详细论述疾病之源,阐释其发病机制,明析病因病机,为后世医家辨证论治提供理论支持。明朝《景岳全书·嘈杂》言:“嘈杂一证,或作或止,其为病也,则腹中空空,若无一物,似饥非饥,似辣非辣,似痛非痛……而胸中懊依,莫可名状。”生动形象描述嘈杂一病的症候表现,沿用至今。《本草纲目》言:“呃逆……作呃呃声,乃冲脉之病。世亦呼为咳逆,与古之咳嗽气急之咳逆不同。”明确提出“呃逆”的概念及发病原因,并与肺病咳逆相区分。

3. 慢性萎缩性胃炎的病因病机

关于 CAG 的病因病机, 历代医家亦有颇多论述。《素问·举痛论篇》谓: “寒气客于肠胃之间, 膜原之下, 血不得散, 小络急引, 故痛。”寒为阴邪, 易伤阳气, 其性凝滞而主痛, 胃为阳腑, 故寒邪最易损伤脾胃阳气, 导致寒凝气滞, 血行不畅, 胃络不通而痛。《医学正传·胃脘痛》云: “初致病之由, 多因纵恣口腹, 喜好辛酸, 恣饮热酒煎, 复餐寒凉生冷, 朝伤暮损, 日积月深, ……故胃脘疼痛。”胃病之初, 多由饮食不节, 暴饮暴食、饥饱无常, 食滞内停, 伤脾碍胃, 而出现胃痛、痞满之症。或因五味偏嗜, 过食辛辣肥甘、饮烈酒, 酿湿生热, 阻滞气机, 脾胃气机升降失常, 胃内容物不得降下, 因而上逆, 故嘈杂吐酸不止。《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。”肝五行属木, 为脾胃中土之所不胜, 若因情志不遂, 气机不畅, 以致肝失条达, 肝气郁滞, 横犯脾胃, 脾胃失和亦可致胃脘胀满, 甚则痛连两胁。《脾胃论》载: 元气虚弱, 饮食不消, 脏腑不调, 心下痞闷。若其人脾胃虚弱, 元气不足, 脾胃受纳腐熟无力, 水谷运化失调, 亦可发为胃脘痞满、疼痛诸症, 正所谓内伤脾胃百病由生是也。综上所述, 历代医家对于本病病因病机认识基本一致, 认为本病虽生于胃, 与肝、脾密切相关, 其发病不外乎外感六淫邪气、内伤七情、饮食不节、体虚病后、元气虚弱等因素, 导致脾胃失调, 运化失司, 气血精微化生不足, 胃体失养。若胃病日久, 迁延不愈, 气血痰湿阻滞胃腑, 以致胃络不通, 胃腑不畅, 亦可加重病情。故本病多以脾虚为本, 以气滞、湿阻、痰瘀互结为标, 本虚标实、虚实夹杂[3]。然而 CAG 属于慢性复发性疾病, 近年来随着人们的生产生活方式不断变化, 加之患者体质及致病因素不同, 其发展与演变也趋于复杂化, 近现代医家通过不断临床研究, 逐渐形成了符合当今时代变化的治疗方案。

4. 近现代中医治疗慢性萎缩性胃炎特色疗法

4.1. 清幽调胃

幽门螺杆菌(Hp)感染被认为是慢性萎缩性胃炎的头号危险因素[4]。据不完全统计, 世界上有过半人口感染 Hp, 中国也有近 8 亿感染者, 平均感染率达 58%, 并仍呈增长趋势[5]。研究发现几乎所有的 Hp 感染者都存在不同程度的慢性活动性胃炎, Hp 经食道入胃, 定植于胃黏膜上皮, 与胃壁细胞不断争夺营养物质从而不断增殖繁衍, 并通过抑制胃液正常分泌破坏黏膜的防御功能, 以获得更大的生存空间。我国最新发布的《第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》[6]提出根除 Hp 可显著改变 Hp 胃炎患者胃黏膜炎症, 从长远来说, 还能够延缓胃黏膜萎缩及肠上皮化生的发生与发展, 降低胃癌发生风险。因此现代医学的四联疗法作为治疗 Hp 胃炎的一线治疗手段被广泛应用[7], 但仍无法改变宿主湿热内环境, 因此复发率较高, 并在长期的临床使用过程中逐渐产生一定耐药性。谢晶日教授[8]经过多年临床研究发现 HP 感染与湿热密切相关, 如《医述》所言: “湿热生虫, 譬之沟渠污浊积久不流, 则诸虫生于其中。”脾胃为气机升降之枢纽, 而湿邪易阻滞气机运行, 故湿邪常困厄于脾胃, 郁而化热生虫, 为 Hp 生长繁殖提供了适宜的环境, 导致感染及炎症发生[9]。因此运用中医中药改善脾胃湿热环境是根除 Hp 的关键。

谢晶日教授认为湿热不除, 诸药无功, 提出芳香醒脾化湿, 通腑泄热之法。“土爰暖而喜芳香”, 芳香之品可醒脾化湿。临床上针对脾胃湿困、运化失司导致的脘闷痞塞、纳呆呕恶、倦怠乏力、大便溏泻等症, 首选藿香、佩兰、砂仁、豆蔻、苍术等芳香之品, 以化其湿。并佐以党参、茯苓、白术、陈皮等健脾之品, 以正其本, 防止疾病反复。若湿滞日久, 中焦不通, 湿郁而化热, 症见胃脘灼热、口干口苦、渴不欲饮、舌红苔黄腻、脉滑数者可予黄芩、黄连、栀子、竹茹、金果榄清热化湿, 亦可加枳实、厚朴、大黄、芒硝等通利大便, 使湿热之邪从便而解。研究亦表明[10], 芳香化湿之品可通过降低幽门螺杆菌活性发挥杀菌作用, 并通过抑制炎症因子表达, 降低其对胃黏膜的破坏, 从而发挥治疗 CAG 作用。

4.2. 解郁开胃

百病生于气, 朱丹溪认为: “气血冲和, 万病不生, 一有怫郁, 诸病生焉。故人身诸病, 多生于郁”。由此可见, 郁滞是导致疾病发生的重要因素, 保证气机升降出入正常运行对人体生命活动有重要意义, 正如《素问·六微旨大论》中所言: “非出入, 则无以生、长、状、老、已; 非升降, 则无以生、长、化、收、藏”。脏腑气机的升降出入运动是保证气血津液正常输布运行, 脏腑生理功能正常运转的关键。脾胃为气机升降之枢纽, 若为六般邪气所阻, 气机不得运行, 脾胃升降关系失常, 升降清浊无权, 则生郁滞, 客于胃腑。此六郁为患, 阻滞胃络, 日久脾胃受纳、运化无力, 气血精亏, 胃黏膜失于濡养, 而致胃黏膜腺体萎缩, 发为 CAG。

贾跃进教授^[11]法从丹溪, 提出六郁致“萎”。倡导从“六郁”论治 CAG。观其六郁, 无不因气郁所致, 黄元御《四圣心源》言: “凡病之起, 无不因于木气之郁”。肝主人体疏泄, 能调节全身气机, 脾胃为气机升降之枢纽, 其气机输转有赖肝之疏泄, 若情志不遂, 肝失条达, 影响中焦气机升降, 导致脾胃气机郁滞, 进而引起其他五郁: 气郁不行, 当升不升, 当降不降, 则水液代谢失常, 水停则为湿郁; 湿聚日久, 凝结为痰; 痰湿困脾, 脾胃运化无力, 饮食难消, 则成食郁; 气滞、痰湿、食积久郁不去, 郁而化热化火, 发为火郁; 此外, 气为血之帅, 气行则血行, 气滞则血郁。临床上此六郁邪气常兼夹为患, 又以气郁为先导, 故首当治其气, 常以越鞠丸加减, 方中君以香附开气郁, 佐川芎活血郁, 苍术燥痰湿, 栀子清火郁, 神曲化食郁。气郁重者多伴胁肋疼痛, 胃脘胀满, 情绪不宁, 不思饮食等症, 加柴胡、青皮、枳实等增强疏肝破气之功; 湿郁重者身重乏力、大便溏泻、舌苔厚腻, 加砂仁、豆蔻、薏苡仁化其湿浊, 亦可予党参、白术、茯苓、甘草、取四君子汤健脾化湿之功以培其本; 痰多者脘腹痞闷, 恶心厌食, 痰涎壅盛, 加半夏、陈皮, 取二陈汤燥湿化痰之功; 食滞者脘腹胀满, 噎腐吞酸, 不欲饮食, 加焦神曲、焦山楂、炒麦芽、炒鸡内金消食化积; 火郁重者急躁易怒, 耳聋耳鸣, 面红目赤予黄芩、黄连、栀子取其苦寒泻火, 涤荡郁热; 血瘀重者胃脘刺痛、入夜尤甚、舌质紫暗, 予丹参、当归、三七、红花、蒲黄、五灵脂活血化瘀。

4.3. 升降通胃

《素问·六微旨大论》: “出入废则神机化灭, 升降息则气立孤危。故非出入则无以生长壮老已; 非升降则无以生长化收藏。”升降出入是机体进行新陈代谢, 维持生命活动的基本过程。《内经》从“地气上为云, 天气下为雨。”的自然现象联系到人体“清阳出上窍, 浊阴出下窍。”的新陈代谢过程, 脾胃同居中焦, 共司运化, 其中脾以升为健、胃以降为顺。在饮食物的运化过程中: “饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行^[12]。”胃腐熟水谷, 化生精微, 通过脾的升提作用上输于肺, 肺与百脉相通, 水谷精微通过肺脏宣发肃降作用输布于五脏六腑、皮毛腠理, 发挥营养作用; 其浊者下注大肠, 经肛门排出体外。若脾胃升降功能失调就会导致“清气在下, 则生飧泄, 浊气在上, 则生腹胀”等病理现象。

任教授^[13]认为 CAG 之于现代人, 主要由情志不遂, 气郁不舒, 影响气机调畅; 加之饮食不节, 嗜食肥甘厚味, 阻碍气机运转; 清阳不升兼之浊阴不降, 清浊相干, 壅滞中焦, 则脾胃受损, 久则化生痰浊、湿热、寒湿、瘀血、食积等病理产物, 进一步加重脾胃气机不通、升降失调的状态, 导致正虚邪盛, 脾胃化源不足, 病理产物代谢不畅, 胃黏膜组织细胞失于濡养, 痰浊瘀血堆积, 继而发生 CAG 等恶性病变。治疗重在调其升降。早在《伤寒论》就提出立法遣方应着重固护脾胃之气, 顺应升降之性的辛苦降法。依法立方旋覆代赭汤: 心下痞鞭, 噎气不除者, 旋覆代赭汤主之。方中旋覆花味咸而降, 功专下气消痰, 降气止噎, 素有“诸花皆升, 旋覆独降”之称, 为治痰阻气逆之要药, 重用以为君。代赭石质重而性沉降, 有坠痰涎、止呕吐之功, 善镇肝胃之冲逆, 与旋覆花相辅相成共降上逆之气, 为臣。半夏、生姜

同用, 有和胃降逆, 化痰散结之效; 人参、炙甘草、大枣三药甘温益气, 健脾和胃, 以复中气, 共为佐药。甘草又能调和诸药, 兼使药之用[14]。诸药合用, 共奏降气化痰、健脾和胃之功效, 使上逆之气得以降逆, 所化之痰浊得以消泄, 所伤之中焦得以调补, 临床上因胃气不降引起的腹胀、纳呆、呕恶、呃逆、暖气等症均可消除。李东垣在《脾胃论》中主张“升脾之清阳, 降胃之浊阴”, 以升清降浊之法复脾胃升降之性, 使气机得通, 则病难再生。针对临床中脾气不升常见食少、体倦、脘闷、下坠、泄泻、气短、自汗等证, 创立“补中益气汤”, 方中黄耆补中益气、升阳固表为君; 人参、甘草甘温益气, 补益脾胃为臣; 白术、陈皮健脾化湿, 顺应脾喜燥恶湿之性; 当归补血行血为佐; 柴胡、升麻协同参、耆升举清阳为使。综合全方, 一则补气健脾, 使后天气血生化有源, 胃黏膜细胞得以充养; 一则升提中气, 恢复脾胃气机升降之功能。

4.4. 排毒通胃

浊毒理论源自古代医家对清、浊的认识, 《灵枢·阴阳清浊》载: “受谷者浊, 受气者清。清者注阴, 浊者注阳。浊而清者, 上出于咽, 清而浊者, 则下行。清浊相干, 命曰乱气。”《素问·阴阳应象大论篇第五》曰: 清阳出上窍, 浊阴出下窍……清阳实四肢, 浊阴归六腑。古人认为: 人吃五谷杂粮, 必然会产生浊气。机体运化产生水谷精微, 灌注上焦心肺之脉, 输布全身, 发挥濡养滋润作用, 代谢产生的秽浊之物, 则从六腑排泄出体外[15]。若清浊不分, 郁滞于体内, 久则酿生浊毒。国医大师李佃贵教授[16]熟读古籍经典结合多年临床经验创立“浊毒理论”。将凡对人体有害的物质均归属于浊毒, 认为其是由多种因素引发脏腑功能紊乱, 气血津液运行不畅, 导致机体内代谢产物不能及时排出, 蓄积成毒。CAG发病就是一个正虚邪聚的过程, CAG患者脾胃虚弱, 运化功能失司, 水液代谢障碍, 水湿痰饮停聚于内, 阻滞气机运行, 日久则气滞、痰饮、瘀血阻滞胃络, 久郁不解而化热化浊, 热郁浊壅而成毒, 浊毒胶结, 毒害胃脘, 导致胃黏膜细胞出现炎症、变性、凋亡和坏死等现代医学病理变化, 进而细胞、组织和器官形态结构发生改变, 包括腺体肥大、增生、萎缩、化生。

“浊毒”既是久病累积的病产物, 也是加重病情的关键因素, 贯穿 CAG 疾病发展始终[17]。其治疗重在清除胶结的浊毒, 脾主运化水湿, 为生痰之源, 故首先以健脾化痰除湿为第一要务, 予砂仁、白豆蔻、茯苓、白术、石菖蒲、苍术芳香化湿; 同时, 脾胃为气机升降之枢纽, 湿浊阻滞会导致气机升降失调, 加重浊毒壅塞, 故佐调理气机之品: 柴胡、陈皮、香附、延胡索、枳壳、木香等畅达气机。浊毒壅塞日久化热成毒可予蒲公英、绞股蓝、白花蛇舌草、大黄、黄芩、黄连清热解毒。兼有血瘀者加当归、丹参、蒲黄、五灵脂、土鳖虫、三七、鸡血藤等活血通络之品。排浊毒与通气机并重, 使浊毒得清, 气血得通, 代谢顺畅, 胃炎自消。

4.5. 从痈治胃

胃脘痈病首见于《黄帝内经》, 黄帝问曰: 人病胃脘痈者, 诊当何如? 岐伯对曰: 诊此者, 当候胃脉, ……胃脉也, 逆而盛, 则热聚于胃口而不行, 故胃脘为痈也[18]。《圣济总录》中也有记载: “胃脘痈者, 由寒气隔阳, 热聚胃口, 寒热不调, 故血肉腐败……”。痈者, 壅也, 气壅否结, 裹而溃也。阳明胃经为多气多血之经, 为外邪、饮食、情志等因素所扰, 以至胃气壅滞, 血行不畅, 气血不通, 郁而化热, 热盛肉腐, 以为胃痈。胃脘痈指在胃黏膜形成溃疡面, 与肌表之皮肤疮疡形同名异, 故以“内痈(疡)”命名[19]。这与 CAG 在胃镜下: 胃黏膜发红、充血、水肿、糜烂、溃疡等表现相符。

周学文教授[20]认为以上发病机制及临床表现与中医外科中痈证之热毒浸淫, 热壅血瘀, 血败肉腐, 化脓成痈以致红肿热痛的病理改变一致, 故称 CAG 为“内痈”, 并建立“消、托、补”三大治疗法则。将外科“消、托、补”治法引入该病的治疗, 提出以痈论治 CAG, 临床疗效甚佳。痈疡治疗总以消散为

第一要义, 外科“正宗派”陈实功提到: “治痈之要, 未成者必其消, 治之于早, 虽有大证而可以消于无形”。消法作为八法之一, 可将有形之邪化为无形, 直折病势, 直损其形。是治疗一切疮疡初起的治法总则。CAG 疾病早期, 多由痰湿、瘀血、食积等病理产物积聚, 导致气血壅遏, 郁而化热, 进而血肉腐败, 化生痈肿, 故治疗重在清热解毒、化浊消痈。用药则多选金银花、连翘、蒲公英、天花粉、浙贝母以清热解毒, 消痈排脓; 痰湿重者佐苍术、茯苓、薏苡仁、白豆蔻化湿排浊; 气血不畅者加柴胡、香附、当归、丹参、延胡索行气活血; 食滞不化者予焦山楂、焦神曲、炒鸡内金、枳实、厚朴、大黄等消积导滞。以消法为核心, 使壅滞之邪气得以消散, 凝滞之气血得以疏通, 将有形之邪化为无形。托法在胃痈治疗中具有举足轻重的地位。正如《外科精要》言: “凡为疡医, 不可一日无托里之药”。胃痈中期, 毒邪内陷, 正虚邪盛, 不能托毒外出, 当以托法, 旨在扶助正气, 增强脏腑功能, 强化机体自主驱邪能力; 借助药物趋外、透达之势, 将积聚于内的邪毒移深就浅, 自机体内代谢而出。临床中常在消痈排毒的基础上辅以黄芪、白术、白芷、桔梗、天花粉、皂角刺、当归尾、薏苡仁扶助正气, 透脓排毒, 使正盛则邪自去, 避免毒邪内陷。胃具有喜润恶燥的生理特性, 《临证指南医案》指出: “阳明燥土, 得阴自安……胃喜柔润也。” CAG 后期, 胃黏膜久失濡养, 萎缩渐成, 常须滋阴生肌之品, 助其修复。临床上常选用沙参、麦冬、玉竹、石斛、生地、芍药、甘草等益胃生津, 增加胃内黏液量。并佐以三七、白及促进胃黏膜修复, 临床研究[21]发现三七中的三七素可以促进血小板聚集, 具有化瘀止血、消肿定痛的作用, 素有“化瘀而不伤正, 止血而不留瘀”的特点; 现代药理学[22]也提示白及具有止血、保护胃黏膜、促进伤口愈合的作用。

5. 总结

本文探析谢晶日教授、周学文教授等多位现代名中医治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验, 基于脾胃生理病理特点、结合人体气机升降、气血运转、新陈代谢等多种机制参与, 从幽门螺杆菌感染、六郁、升降、浊毒理论、从痈论治等多角度出发, 在辨证论治的基础上, 不断结合临床, 依据患者不同地域、体质、病因病机等进行加减应用; 选药精准, 灵活机变, 形成符合当今临床 CAG 疾病特征的新型特色诊疗方案, 真正做到了因人、因地、因时三因制宜。使传统中医药能更好地适应当今复杂的疾病, 并在临床实践中取得良好疗效。希望本篇文章能拓展大家的思路, 为临床工作带来更多启发, 以期使更多患者获益。

参考文献

- [1] Yin, Y., Liang, H., Wei, N. and Zheng, Z. (2022) Prevalence of Chronic Atrophic Gastritis Worldwide from 2010 to 2020: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Palliative Medicine*, 11, No. 12. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1464>
- [2] 杨英姿, 杨晋翔. 慢性萎缩性胃炎的古今中医辨治探讨与展望[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(9): 1-7.
- [3] 王涵, 王萍, 王奕晨, 等. 从脾论治胃癌前病变的思路与方法[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2024, 26(3): 634-639.
- [4] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎诊治指南(2022 年, 上海) [J]. 胃肠病学, 2023, 28(3): 149-180.
- [5] 鲁强, 马润芳, 谢建辉, 等. 中药治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的系统评价[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(2): 481-486.
- [6] 第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告(非根除治疗部分) [J]. 胃肠病学, 2022, 27(5): 289-304.
- [7] 刘茜, 刘晓娜, 李超, 等. 不同方案治疗幽门螺杆菌感染合并小肠细菌过度生长的疗效分析[J]. 实用医学杂志, 2024, 40(9): 1303-1308.
- [8] 张瑜, 谢晶日, 梁国英, 等. 谢晶日教授治疗幽门螺杆菌相关性胃炎特色心得[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(6): 1499-1500.
- [9] 贾梦迪, 朱玲霏, 张声生. 张声生以“祛毒、复中、平调、护膜”治疗幽门螺杆菌胃炎经验[J]. 北京中医药, 2023,

- 42(8): 863-867.
- [10] 钟婵, 张涛, 黄李冰雪, 等. 清热化湿方对 MNU 联合幽门螺杆菌感染小鼠胃组织中 TNF- α 、IL-8 及 TLR-4 水平的影响[J]. 中成药, 2020, 42(5): 1339-1343.
- [11] 赵飞, 彭雪峰, 刘毅, 等. 从“六郁”理论辨治慢性萎缩性胃炎伴焦虑抑郁状态经验[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(1): 211-214.
- [12] 林传权, 陈姗姗, 李伟豪, 等. 从糖脂代谢的“物质-能量-信息流”认识“脾气散精”输布过程[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(2): 571-575.
- [13] 赵蒙蒙, 马红学, 任顺平. 任顺平教授运用升降理论之理气通降法辨治慢性萎缩性胃炎的经验摘要[J]. 中国医药导报, 2021, 18(29): 142-145.
- [14] 于艳艳, 乔元勋. 旋覆代赭汤加减联合奥氮平治疗顺铂引起的消化道反应的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(26): 179-180.
- [15] 张雪萍, 白兴华. 《黄帝内经》清浊理论对脾胃病诊疗的指导意义[J]. 安徽中医药大学学报, 2023, 42(1): 15-18.
- [16] 徐伟超, 李佃贵, 刘建平, 等. 基于数据挖掘的李佃贵教授运用化浊解毒法治疗慢性萎缩性胃炎用药规律探讨[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(3): 702-704.
- [17] 班彦然, 张楠楠, 李昱凡, 等. 刘华一教授从“痰瘀浊毒”理论论治慢性萎缩性胃炎的经验撷菁[J]. 中国医药导报, 2022, 19(12): 142-146.
- [18] 陈力铭, 刘国政, 杨硕, 等. 基于态靶医学探讨毒热理论以痢论治胃溃疡活动期[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(18): 217-227.
- [19] 周志文, 李姗, 禄保平. 内外科互参论治溃疡性疾病[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(2): 778-780.
- [20] 纪海静, 陈艺楠, 白雪松, 等. 周学文以痢论治慢性萎缩性胃炎经验撷菁[J]. 山西中医, 2022, 38(11): 4-7.
- [21] 程元元, 崔佳旗, 迪丽努尔·多来提, 等. 中药三七在胃肠疾病护膜法治疗中的运用探析[J]. 上海中医药杂志, 2023, 57(1): 54-57.
- [22] 陈悦, 郭丹丹, 钱佳燕, 等. 中药白及在治疗慢性创面修复中的应用进展[J]. 世界中医药, 2024, 19(3): 449-454.