

基于《黄帝内经》“脾为之使”理论辨治慢性萎缩性胃炎

刘冬阳^{1*}, 崔兴瑞², 孙志文³, 秦肆辉¹, 刘双¹, 闫舒宁¹, 刘鑫⁴, 李智慧¹, 梁国英^{3#}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²南京中医药大学研究生院, 江苏 南京

³黑龙江中医药大学附属第一医院消化一科, 黑龙江 哈尔滨

⁴黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年5月22日; 录用日期: 2025年6月23日; 发布日期: 2025年7月4日

摘要

基于《黄帝内经》“脾为之使”理论, 本文系统性研究慢性萎缩性胃炎(CAG)的因机证治。根据脾胃纳运相协、升降相因的生理特性, 本文提出“脾为胃使”为胃腑受纳腐熟之基; 若脾失健运, 胃失濡养, 则湿浊困胃, 毒瘀阻络, 最终导致胃黏膜腺体萎缩, 由此揭示“脾不为胃使”乃CAG传变之枢机。其病机核心可归结为“脾使失转, 胃失其纳”, 具体病机沿着三个病理层级逐步深化演进, 其一, 脾不散精, 胃失其养; 脾运化失司致胃腑失于濡养; 其二, 脾失其运, 胃失和降; 气机升降失常致胃腑壅滞; 其三, 因脾生实, 胃受其乱; 有形实邪积聚反伤胃络。据此病机, 应确立CAG的治则为: 首当补脾化浊以复散精之功, 次以运脾调气以复气机升降, 终施去菀陈莖以除有形之邪。本文从“脾为之使”理论辨治CAG, 以期为中医药防治CAG提供新思路。

关键词

《黄帝内经》, 慢性萎缩性胃炎, “脾为之使”, 理论探讨

The Treatment of Chronic Atrophic Gastritis Based on the Theory of “Spleen as the Messenger” from the *Huangdi Neijing*

Dongyang Liu^{1*}, Xingrui Cui², Zhiwen Sun³, Sihui Qin¹, Shuang Liu¹, Shuning Yan¹, Xin Liu⁴, Zhihui Li¹, Guoying Liang^{3#}

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 刘冬阳, 崔兴瑞, 孙志文, 秦肆辉, 刘双, 闫舒宁, 刘鑫, 李智慧, 梁国英. 基于《黄帝内经》“脾为之使”理论辨治慢性萎缩性胃炎[J]. 中医学, 2025, 14(7): 2894-2900. DOI: 10.12677/tcm.2025.147425

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

²Graduate School of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu

³Department of Digestion I, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

⁴The First Clinical Medical College of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: May 22nd, 2025; accepted: Jun. 23rd, 2025; published: Jul. 4th, 2025

Abstract

Based on the theory of “Spleen as the Messenger” from the *Huangdi Neijing*, a systematic study on the etiology, pathogenesis, syndrome differentiation and treatment of chronic atrophic gastritis (CAG) was conducted in this paper. According to the physiological characteristics of the spleen and stomach working in harmony and the interrelationship of ascending and descending, this paper proposes that “Spleen as the Messenger of the Stomach” is the foundation for the stomach’s function of receiving and digesting food. If the spleen fails to function properly and the stomach is deprived of nourishment, dampness and turbidity will obstruct the stomach, and toxins and blood stasis will block the meridians, eventually leading to atrophy of the gastric mucosal glands. This reveals that “Spleen Not Being the Messenger of the Stomach” is the key to the progression of CAG. The core of its pathogenesis can be summarized as “Spleen’s function as the Messenger lost, Stomach’s function of receiving lost”. The specific pathogenesis gradually deepens and evolves along three pathological levels. First, the spleen fails to distribute essence, and the stomach is deprived of nourishment: the spleen’s failure to transform and transport leads to the stomach’s lack of nourishment. Second, the spleen fails to transport, and the stomach loses its harmonious descending: the abnormal ascending and descending of qi leads to the stomach’s congestion. Third, due to the spleen generating real pathogenic factors, the stomach is disturbed: the accumulation of tangible pathogenic factors damages the stomach’s meridians. Based on this pathogenesis, the treatment principle for CAG should be established as follows: first, tonify the spleen and transform turbidity to restore the function of distributing essence; second, regulate the spleen and qi to restore the ascending and descending of qi; finally, remove the stagnant and old to eliminate tangible pathogenic factors. This paper diagnoses and treats CAG based on the theory of “Spleen as the Messenger”, with the aim of providing new ideas for the prevention and treatment of CAG with traditional Chinese medicine.

Keywords

Huangdi Neijing, Chronic Atrophic Gastritis, “Spleen as the Messenger”, Theoretical Discussion

Copyright © 2025 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)是临床常见的胃癌前病变, 本病具有病程长、病因多等特点, 临床表现为上腹部饱胀、不适或疼痛等症状, 同时还可兼见嗝气、反酸、烧心等症状[1]。其发病机制通常是指胃黏膜上皮被反复损害致使固有腺体减少或萎缩, 伴或不伴肠腺化生和(或)假幽门腺化生[2]。现有疗法虽能缓解部分临床症状, 但缺乏针对病理核心的高度特异性治疗手段, 难以有效阻止或逆转胃黏膜萎缩及肠化生进程。临床主要依赖抗幽门螺杆菌、补充叶酸等对症治疗, 但疗效因个体差异

显著且作用有限。内镜介入虽可处理局部病变，却无法系统改善黏膜萎缩状态。此外，长期用药常伴随消化道反应、菌群失调等副作用，叠加治疗费用较高，导致患者依从性下降。目前尚未形成规范化的阶梯治疗方案，总体疗效仍存在不确定性。中医药治疗不仅可以缓解 CAG 患者的症状，还可以改善患者焦虑抑郁的情绪，改善患者的生存状况。中医学没有对于 CAG 的相关记载，根据 CAG 的临床表现上腹部不适、饱胀、疼痛、暖气、反酸、烧心等症状，将其归属为中医学的“胃脘痛”、“痞满”、“吐酸”等范畴。本文将从“脾为之使”理论来辨治 CAG，以期为中医药防治 CAG 提供新的研究思路，同时为逆转胃癌前病变开辟新的治疗路径。

2. “脾为之使”理论溯源

“脾为之使”首见于《黄帝内经·素问·刺禁论》：“肝生于左……脾为之使，胃为之市……”。揭示了脾主司运化之职，通过转输水谷精微以充养全身，故以“使”喻其传化之功。杨上善《黄帝内经太素》注：“脾行谷气以资四脏，故为之使也”，强调脾通过输布水谷精微濡养五脏六腑，维持脏腑功能协调，其“五脏之使”的定位更突显脾在脏腑系统中的枢纽地位[3]。姚止庵《素问经注节解》中记载：“趋走不息谓之使，脾主运化水谷以营养夫一身，其使之为乎”阐明了脾主运化的动态特征，脾不仅转输水谷精微，更通过制衡调畅脏腑气机实现整体调控[4]。张琦《素问释义》析：“中枢旋转，水木因之左升，火金因之右降”构建了气机升降之模型，即脾胃作为中焦枢纽，协调肝木肾水之升与心火肺金之降，此“使”实指气机运转的调控中枢，即枢纽、转输之意[5]。

3. “脾使失转，胃失其纳”为慢性萎缩性胃炎的核心病机

CAG 的病理演变可从三个层面阐释。首先，脾不散精则胃失其养，脾失健运则水谷精微输布失常，胃络失于濡养，气血生化乏源，终致胃黏膜腺体萎缩，脾虚则卫气不固，外邪乘虚客胃，毒损胃络，形成虚处留邪之态。其次，脾失其运则胃失和降，脾胃为气机升降之枢轴，脾不升清则胃难降浊，三焦气化失司，肝胆疏泄受阻则胁痛吞酸，肺与大肠传导失职则腹胀便秘，心肾不交则失眠多梦，此皆升降逆乱之征。最终，因脾生实而胃受其乱，脾虚运化失司，水谷不归正化，反生湿痰瘀浊等邪，邪阻气机，气滞生郁，郁久化毒，湿浊、瘀血、热毒胶结胃络，更加速黏膜形质损伤。综观全程，脾虚失运为本，胃失濡养为标，气滞、湿阻、血瘀、毒结为变，三者环环相扣，终致黏膜萎缩，日久则变肠化生甚至异型增生，此乃 CAG 缠绵难愈之根本。

3.1. 脾不散精，胃失其养

脾主运化，胃主受纳，二者协同完成饮食水谷的消化吸收。若脾失健运无法输布精微物质，胃腑就会失去滋养。《黄帝内经·素问·玉机真藏论》中认为“脾土居于中央，以浇灌四傍之脏，为孤脏也”，明确指出滋养胃腑的津液来源于脾脏的转运功能。《黄帝内经·素问·厥论》中记载“脾主为胃行其津液者也”，表明胃在完成食物初步消化后，必须依靠脾的升清运化功能将营养物质输送至胃腑本身。由于胃的脉络广泛分布于全身，被称为“十二经脉之海”，是气血运行的重要通道。当脾的运化功能失常，无法正常输布精微物质时，会导致胃络失养、气血生成不足，进而出现胃痛喜温喜按、食欲减退、便溏、面色萎黄、疲乏无力等症状。在 CAG 的发展过程中，长期脾虚运化失职会导致胃黏膜腺体得不到足够营养。有研究发现[6]，脾不散精与胃黏膜萎缩、肠上皮化生等病理改变密切相关。若脾功能正常，则能充分输送营养物质至胃腑，维持营卫平衡。《金匱要略》提出的“四季脾旺不受邪”理论，说明强健的脾胃功能可以增强胃部防御能力，抵御外邪侵袭。正如《脾胃论》指出“脾胃虚则九窍不通”，脾虚时营养物质输布障碍，胃腑失养导致正气不足，外邪乘虚而入。脾不散精，胃络失其荣养，日久邪毒深入胃络，与痰浊、瘀血互结，最终导致胃黏膜腺体萎缩和肠化生等不可逆病变[7]。综上，脾不散精，胃失其养是 CAG

发生发展的关键病机，体现了中医因虚致实的病理特点。

3.2. 脾失其运，胃失和降

《素问·太阴阳明论》有云：“太阴阳明为表里，脾胃脉也……脾脏者常著胃土之精也，土者生万物而法天地”。具体而言，脾主要负责运化功能，而胃则承担受纳食物的职责。脾通过升清散精的作用，将胃所收纳的水谷精微物质输布至全身；同时，胃的通降功能也需要依赖脾的升清作用来实现。如同大地孕育万物，脾位居中焦，通过转输精微物质滋养全身脏腑，因此被称为“气血生化之源”和“气机升降之枢纽”。当脾的运化功能失常，胃的通降能力受损时，会导致三焦气化失调和脏腑气机逆乱，这正是 CAG 发病的初始病机[8]。三焦气化失调和脏腑气机逆乱具体表现为：肝胆疏泄功能受阻时，可见胃痛、胁胀、烦躁、嗳气等症状；气郁化火则出现口苦、反酸、胁部灼痛等肝胆郁火犯胃之象；肺气不降影响大肠传导时，则会出现腹胀、便秘等腑气壅滞症状，印证“肺与大肠相表里”的理论；若脾失运化导致水火不济，则表现为失眠、心悸、小便异常、腰膝酸软等阴阳失衡症状。更严重的是，脾运失常会导致水谷精微代谢紊乱，产生湿浊、痰饮、瘀血等病理产物，这些病理产物壅滞中焦、损伤胃络，最终造成胃黏膜的器质性病变。因此，脾失健运不仅是胃失和降的核心病机，更是 CAG 从功能性病变向器质性损伤发展的重要转折点[9]。《临证指南医案》云：“脾宜升则健，胃宜降则和”。脾胃升降本是气机运行的枢纽，若此枢纽失常，则全身气化受阻，形成气滞、血瘀、湿浊等病理产物。这些病理产物长期胶结，最终演变为瘀毒、浊毒等复杂病变，这正是 CAG 病程迁延、虚实夹杂的根本原因[10]。综上所述，脾运失司与胃失和降导致的气机郁滞，实为 CAG 发病的核心机制。

3.3. 因脾生实，胃受其乱

脾虚导致实邪生成并扰乱胃腑功能是 CAG 的核心病机。脾主运化，承担着将饮食转化为气血的重要职责，《素问·经脉别论》所谓“饮入于胃，游溢精气，上输于脾”，当脾运化功能减退时，水谷精微无法正常输布全身，中焦气机升降枢纽随之失衡。正如清代医家叶天士强调的“脾宜升则健，胃宜降则和”，若脾胃升降失常，就会产生湿浊、痰饮、瘀血等病理产物。这些实邪聚集在胃部，正如《金匱要略》所言“痞坚之处，必有伏阳”，不仅损伤胃络导致气血瘀阻，更可能逐步发展为器质性病变，印证了“久病入络，久瘀成毒”的病理演变规律，严重时甚至形成癥瘕积聚。这种因虚致实之态，本质上是脾虚为本、实邪为标的动态过程，二者相互影响形成病理闭环。从 CAG 的病程发展来看，“脾虚生实”始终是核心机制。长期脾虚导致中焦运化系统崩溃，正如《医宗必读》所述“土衰则清浊不分”，气、血、津液代谢全面紊乱。湿浊与瘀毒相互勾结，乘虚侵入胃络，从气分逐步深入血分，最终导致胃络瘀阻，这完全符合《临证指南医案》“初病在经，久病入络，以经主气，络主血”的疾病演变规律。胃络作为胃腑气血运行的通道，在络脉虚弱时容易被痰瘀占据，络脉损伤后又成为毒邪滋生的温床，这正是 CAG 病情反复、难以根治的关键所在。当胃气亏虚无力驱邪时，瘀毒持续侵蚀胃络，黏膜失去濡养就会出现萎缩性改变；若毒瘀交结导致络脉结构异常，则可能进展为肠上皮化生、异型增生等癌前病变。而“瘀毒化火，炼液成痰”的病理现象，正是脾虚酿生实邪、实邪扰乱胃腑的典型恶果[11]。这一病理过程具体表现为：初期脾气虚弱导致运化迟滞，出现食欲减退、餐后腹胀等消化不良症状；中期湿浊内生产生舌苔厚腻、大便黏滞等体征；后期瘀毒形成则显现胃痛固定、舌质紫暗等血分病证。现代研究证实[12]，脾虚状态下胃黏膜血流量减少、细胞更新受阻，这与中医“脾不散精，胃失所养”的理论高度吻合。而痰瘀毒结导致的胃络损伤，在微观层面对应着胃腺体萎缩、炎性细胞浸润及异常增生等病理改变。

4. 从“脾为胃使”论治慢性萎缩性胃炎

基于“脾为胃使”理论治疗 CAG，核心在于恢复中焦气化功能。治疗分三阶段推进：首先强调“补

脾祛浊”，针对脾虚运化失常、湿浊阻滞中焦的病理特点，在参苓白术散的基础上改良创制自拟方补脾化浊汤，通过疏通三焦水道，恢复脾的升清降浊枢纽功能，促进气血津液正常输布。其次注重“调气运脾”，在半夏泻心汤和小柴胡汤的基础上改良创制自拟方调气运脾汤，采用“调肝胆之气、理脾胃之气”双向调节法，使中焦气机如枢轴运转带动四维，天地之气交泰，恢复正常升降功能。最后着重“去菀陈莖”，针对病程迁延形成的痰瘀病理产物，在膈下逐瘀汤的基础上改良创制自拟方化瘀消微汤，采用以通为补的方法，通过消散痰瘀来疏通胃络，始终遵循祛邪与扶正相结合的治疗原则。三个阶段循序渐进，补脾兼顾祛除湿浊，调气同时调和气血，消除癥积尤其重视扶助正气。通过这种整体调节，最终恢复脾之输布精微、胃腑之通降的正常功能，打破 CAG “虚 - 滞 - 浊 - 瘀”的病理状态。

4.1. 补脾化浊，以复散精之功

《素问·灵兰秘典论》云：“脾胃者，仓廪之官，五味出焉”，指出当脾虚时，其运输和散布精微物质的功能失常，水谷精微不能正常输布至肺，反而积聚成湿浊之邪，阻滞中焦脾胃，影响胃的受纳和腐熟功能。三焦作为元气运行的通道，《临证指南医案》强调：“三焦病则气化失司，水道不利”，说明中焦脾胃功能失调会导致三焦气化失常，形成湿浊瘀毒。临床治疗以补脾化浊为原则，自拟方补脾化浊汤，此方以参苓白术散为基础加减化裁(组成：太子参、白术、茯苓、山药、砂仁、陈皮、薏苡仁、草豆蔻、姜半夏、炮姜、鸡内金、神曲、炒麦芽)，核心在于恢复脾的升清降浊枢纽功能，疏通三焦气化通道。具体加减应用：肝郁乘脾：伴有胃脘痞满胀痛，加郁金疏肝解郁、香附理气宽中，延胡索活血止痛，但需控制剂量避免耗气伤正；中气不足：见疲倦乏力，加黄芪补益中气，配伍桔梗升提中气，同时加入木香防止补益太过导致气机壅滞；湿热胶结：选用黄芩、黄连分消湿热，猪苓、土茯苓通利小便，遵循“治湿不利小便非其治也”的治疗原则；湿困脾阳：配伍干姜健脾渗湿，石菖蒲祛湿化浊；若热邪较重：投栀子、连翘清泻郁热，但严格把握湿热未化不宜早投寒凉的用药禁忌，避免寒凉药物凝滞气机。用药关键在于扶助正气与祛除病邪兼顾。若过度食用苦寒清热、淡渗利湿之品，会损伤脾胃阳气，加重运化障碍，反而更难清除湿浊。《景岳全书》所诫：“脾胃属土，为水谷之海，故恶湿而喜燥”，强调临床必须遵循健脾贵在运脾，化浊必先醒脾的治疗原则。通过恢复中焦气机运转，促使湿浊自然化解，精微物质得以正常输布，胃腑得到滋养，胃黏膜的萎缩才有逆转之机。

4.2. 运脾调气，以复气机升降

《素问·经脉别论》言：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺”，揭示了“脾为胃使”的核心机制。李东垣《脾胃论》提出：“脾升胃降，斡旋中州；清阳发腠理，浊阴归六腑”，脾胃升降相互依存，脾主升清则清气得以布散，胃主降浊则代谢废物得以排泄。CAG 的关键病机在于脾运化功能失常、胃通降功能受阻，导致气机阻滞中焦，正如《临证指南医案》所云：“脾宜升则健，胃宜降则和”，因此治疗应以恢复脾胃升降功能为根本策略。临床采用辛开苦降、燮理阴阳的治法，精髓在于升降协调、气血双调。自拟方运脾调气汤，此方以半夏泻心汤和小柴胡汤为基础加减化裁(组成：姜半夏、黄连、黄芩、炮姜、大枣、炙甘草、党参、柴胡、香附、香橼、佛手、枳壳)，方中半夏、炮姜辛升脾阳，黄连、黄芩苦降胃浊，党参、大枣、甘草补益中焦，香附、香橼、佛手、枳壳理气宽中，柴胡配黄芩疏利少阳气机，此方既能使清气上升而不助长内热，又能使浊气下降而不损伤中焦，充分体现脾升胃降、调和气机的治疗思路。具体加减包括，若肝郁乘脾：用青皮疏肝理气，白芍柔肝止痛；若湿阻中焦：取苍术燥湿健脾，厚朴行气除满；若脾气亏虚：配伍黄芪补中益气升阳，太子参健脾益气生津。但调理气机的关键在于平衡阴阳，叶天士《温热论》强调：“脾喜刚燥，胃喜柔润”，临床常配合使用石斛、沙参等甘凉濡润药物，如同甘霖滋润燥土，既养胃阴又助通降功能。同时，遵循《景岳全书》“胃阳不足者慎用寒

凉”，常佐小茴香理气温中、肉桂益火之源，使滋阴不伤阳气，温运不耗阴液。

4.3. 去菟陈莖，以除有形之邪

《素问·汤液醪醴论》提出“去菟陈莖，微动四极”的治疗原则，指出痰瘀癥积的形成源于气血长期壅滞。在 CAG 病程较长的患者中，常见胃脘部锥刺样疼痛、夜间加重、舌质紫暗伴瘀斑、胃镜下见黏膜晦暗如蒙尘等表现，这正是叶天士所强调的“初病在经，久病入络”的典型征象。治疗应遵循“脾为胃使”的生理特点，采用以通为补的方法，通过消散痰瘀来疏通胃络。自拟方化瘀消微汤，此方以膈下逐瘀汤为基础加减化裁(组成：党参、白术、枳实、焦山楂、丹参、鸡血藤、石斛、北沙参、柴胡、香附、海螵蛸、浙贝母)，方中党参、白术健脾和中以助运化；枳实、山楂消积导滞；丹参、鸡血藤活血通络；柴胡、香附疏肝解郁，达到“通补兼施，消癥不伤正”的治疗效果。随症加减：剧烈刺痛：加醋延胡索行气活血，五灵脂温经止痛，体现气行则血行的治则痰气互结：配伍姜半夏化痰散结，桔梗宣肺理气，旋覆花、代赭石降逆化痰，体现结者散之的治疗思路；若有入睡困难、易醒等症状：选用合欢皮解郁安神，龙眼肉养血宁心，实现调血安神的协同作用；若伴有肠化生及异型增生者：加三棱、莪术、威灵仙、白花蛇舌草、肿节风、蒲公英等清热解毒，化瘀消癥；若伴有胃痛烧心者加煅瓦楞子、煅蛤壳制酸止痛。在治疗 CAG 时应特别需注意虫类药的应用，如蜈蚣、全蝎等具有搜剔络脉的作用，但需配伍黄芪、甘草等甘缓之品以制其峻烈，以防祛邪而损伤正气。

5. 小结与展望

《黄帝内经》中“脾为之使”理论，高度概括脾之转运输散的生理特性。本团队基于“脾为之使”理论认为 CAG 当以“脾不为胃使”为病变基础，“脾使失转，胃失其纳”为核心病机。针对脾不散精，胃失其养病机，采用补脾化浊的治法，临床处以自拟方补脾化浊汤，发挥疏通三焦水道，恢复脾的升清降浊枢纽功能，促进气血津液正常输布的功效。针对脾失其运，胃失和降病机，采用运脾调气的治法，临床处以运脾调气汤，发挥使中焦气机如枢轴运转带动四维，天地之气交泰，恢复正常升降功能的功效。针对因脾生实，胃受其乱病机，采用去菟陈莖的治法，临床处以自拟方化瘀消微汤，采用以通为补的方法，通过消散痰瘀而达到疏通胃络的功效。“脾为之使”理论为 CAG 的中医诊疗提供了新的研究思路，同时为逆转胃癌前病变开辟了新的治疗路径。

基金项目

黑龙江省自然科学基金资助项目(No. LH2022H072)；黑龙江省中医药经典普及化专项课题资助项目(黑中医药综函[2024] 22 号)；黑龙江省领军人才梯队后备带头人创新研发资助项目(黑人社函[2022] 447 号)；黑龙江中医药管理局中医药科研课题资助项目(No. ZHY2025-112)。

参考文献

- [1] 吕宾, 王彦刚, 胡玥, 等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识(2025 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(3): 230-241.
- [2] 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.
- [3] 杨上善. 黄帝内经太素[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2013.
- [4] 姚止庵. 素问经注节解[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983.
- [5] 史佳岐, 王小平. 再论“脾为之使” [J]. 吉林中医药, 2021, 41(3): 321-325.
- [6] 朱毅梁, 于莉, 邵岩峰. 从浊毒理论辨析胃“炎-癌转化” [J]. 中医临床研究, 2024, 16(12): 90-95.
- [7] 钟晓莹, 黄远程, 杨泽虹, 等. 刘凤斌运用药对治疗慢性萎缩性胃炎伴异型增生[J]. 吉林中医药, 2024, 44(8):

914-918.

- [8] 张北华, 张泰, 王凤云, 等. 脾胃病治疗中“调中复衡”理论[J]. 中医杂志, 2021, 62(9): 737-742.
- [9] 张泰, 张北华, 马祥雪, 等. 从“瘀、毒、郁”探讨慢性萎缩性胃炎病机[J]. 中医杂志, 2022, 63(3): 229-233.
- [10] 郭晓雪, 王萍, 张北华, 等. 运用“调中复衡”理论诊治慢性萎缩性胃炎思路与方法[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(4): 1858-1863.
- [11] 杨帅, 周斌. 基于“因虚生积”理论探讨胃癌前病变的中医病机演变及辨治[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(8): 4115-4118.
- [12] 罗文谦, 齐景馨, 黄凯悦, 等. 基于肠道菌群探讨柴芍六君汤调节慢性萎缩性胃炎胃黏膜屏障的作用机制[J]. 世界中医药, 2025, 20(2): 231-238.