

基于肝郁理论辨治慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的思路探讨

郑小安^{1,2}, 韩梦歌^{1,2}, 慕佳怡^{1,2}, 马腾飞^{1,2}, 王海荣^{1,2*}

¹天津中医药大学第一附属医院, 天津

²中医国家临床医学研究中心, 天津

收稿日期: 2026年8月28日; 录用日期: 2026年9月30日; 发布日期: 2026年10月9日

摘 要

慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变是胃癌发生过程中的关键环节, 中医药在其防治中具有独特优势。本文基于中医肝脾相关理论, 围绕“肝郁”这一核心病机, 从肝与胃的生理联系、肝郁导致胃病的病理机制、肝郁所致病理产物对疾病发展的影响等方面进行详细阐述。参考临床各家经验, 认为肝郁气滞是CAG及GPL的启动病机, 肝郁脾虚是疾病进展的枢纽, 肝郁化热、酿生浊毒、久病入络是疾病恶化的关键环节。临证治疗当以疏肝解郁为基本大法, 并根据兼夹病机分别采用疏肝理气、疏肝健脾、疏肝活血、疏肝解毒等治法, 以期从肝郁论治CAG及GPL提供系统的辨治思路。

关键词

肝郁, 慢性萎缩性胃炎, 胃癌前病变

Exploration of the Approach to Differentiation and Treatment of Chronic Atrophic Gastritis and Precancerous Gastric Lesions Based on Liver Depression Theory

Xiaoan Zheng^{1,2}, Mengge Han^{1,2}, Jiayi Qi^{1,2}, Tengfei Ma^{1,2}, Hairong Wang^{1,2*}

¹First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

²National Clinical Research Center for Chinese Medicine, Tianjin

Received: August 28, 2026; accepted: September 30, 2026; published: October 9, 2026

*通讯作者。

文章引用: 郑小安, 韩梦歌, 慕佳怡, 马腾飞, 王海荣. 基于肝郁理论辨治慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的思路探讨[J]. 中医学, 2026, 15(10): 71-78. DOI: 10.12677/tcm.2026.1510527

Abstract

Chronic atrophic gastritis and precancerous lesions of the stomach are key stages in the development of gastric cancer, and traditional Chinese medicine has unique advantages in their prevention and treatment. Based on the TCM theories related to the liver and spleen, this article focuses on the core pathogenic mechanism of 'liver depression,' detailing aspects such as the physiological relationship between the liver and stomach, the pathological mechanisms by which liver depression causes gastric disease, and the impact of pathological products resulting from liver depression on disease progression. Drawing on the clinical experiences of various practitioners, it is believed that liver depression with Qi stagnation is the initiating mechanism of CAG and GPL, liver depression with spleen deficiency is the pivotal factor in disease progression, and liver depression transforming into heat, generating turbid toxins, and chronic pathological invasion into the collaterals are key links in disease deterioration. Clinical treatment should primarily aim to soothe the liver and relieve depression, while adopting specific methods according to accompanying pathogenic mechanisms, including soothing the liver and regulating Qi, soothing the liver and strengthening the spleen, soothing the liver and activating blood circulation, and soothing the liver and detoxifying, in order to provide a systematic differentiation and treatment approach for managing CAG and GPL from the perspective of liver depression.

Keywords

Liver Depression, Chronic Atrophic Gastritis, Gastric Precancerous Lesions

Copyright © 2026 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)是指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体减少的慢性胃部疾病,常伴肠上皮化生或假幽门腺化生[1]。我国专家共识指出胃黏膜萎缩和肠化生被归类为胃癌前状态,上皮内瘤变(intraepithelial neoplasia, IN)则被归类为胃癌前病变(gastric precancerous lesions, GPL),二者均与胃癌发生具有相关性[2]。按照 Correa 等人[3]提出的肠型胃癌的经典级联反应,胃黏膜的癌变过程遵循一个从良性到恶性的连续谱系,即由正常黏膜逐步发展为慢性炎症、萎缩性胃炎、肠化生、异型增生,最终演进为胃癌。流行病学调查显示,在接受胃镜筛查的人群中,经病理组织学明确诊断为 CAG 及 IN 的病变检出率高达 30% [4]。而胃癌作为发病率第五、死亡率第四的恶性肿瘤,2020 年导致约 76.9 万人死亡[5]。在中国,过去几年时间早期阶段胃癌诊断率显著上升,但仍面临沉重的防治任务[6]。在 CAG 向 GPL 乃至胃癌演进的病理过程中,早期识别与及时干预以阻断胃黏膜病变的进展,构成了胃癌二级预防的重要环节。

CAG 及 GPL 作为病理学诊断,其临床症状往往并不典型,常表现为上腹部胀满疼痛、嗝气、纳差等消化功能紊乱症状。该病具有起病隐蔽、病机错综复杂且病程迁延难愈的特点。除消化道症状外,部分患者常伴随焦虑、抑郁等情绪障碍,严重影响着其身心健康。依据其临床表现,本病多归属于中医学“胃痞”“胃痛”“嘈杂”等范畴,若伴见明显情志异常,则与“郁证”密切相关。目前中医界对 CAG 及 GPL 的病机认识多强调脾虚为本,但临证所见,本病患者多伴有情志不畅、焦虑抑郁等肝郁表现,且病情常

随情绪波动而加重。本文基于肝脾相关理论,围绕“肝郁”这一核心病机,系统探讨 CAG 及 GPL 的发病基础、病理演变及临床治法,以期为该病的中医诊治提供新的思路。

2. 肝郁是慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的关键病机

2.1. 肝与胃的生理联系为肝郁致病提供理论基础

肝与胃在生理上密切相关。肝属木,胃属土,木能疏土,土能荣木,二者存在相克相用的关系[7]。《灵枢·经脉第十》中指出足厥阴肝经“挟胃属肝”,足阳明胃经与足厥阴肝经在生理上相互联络,为肝胃相关提供了经络基础[8]。从脏腑功能角度看,肝主疏泄,调畅全身气机,促进脾胃的运化功能。《素问·宝命全形论》云:“土得木而达”,指出肝木疏泄有助于脾胃升降有序。胃主受纳、腐熟水谷,以通降为顺;脾主运化、输布精微,以升清为健[9]。脾胃升降有序、纳运相得,全赖肝气之疏泄调畅。肝木疏达,则中焦枢机通利,气机升降如常,水谷精微得以运化输布。正如《血证论》[10]所言:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。”此外,肝主藏血,具有贮藏血液和调节血量的功能,胃为多气多血之腑,胃黏膜的正常血供和濡养,亦有赖于肝血的充足与疏泄的正常。由此可见,肝与胃在经脉上相互络属,在功能上相互为用,共同完成饮食物的受纳、腐熟、运化和输布,这为肝郁导致胃病提供了生理基础。

2.2. 肝郁是慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的启动病机

从发病学角度来看,情志因素是 CAG 及 GPL 的重要诱因。随着现代社会竞争加剧及工作节奏加快,由此产生的精神压力与情志失调,已成为导致本病发生的常见因素。郁怒伤肝,思虑伤脾,情志失调首先影响气机,导致肝气郁结。肝郁气滞,疏泄失常,横逆犯胃,胃失和降,临床即出现胃脘胀满、疼痛、嗳气等症,此即“木旺克土”之理。正如《临证指南医案》[11]所言:“肝为起病之源,胃为传病之所。”古代医家对此早有认识。《素问·六元正纪大论》提出“木郁之发,民病胃脘当心而痛”,明确指出了肝郁与胃痛的关系[9]。《景岳全书·痞满》云:“怒气暴伤,肝气未平而痞”,说明情志所伤可致痞满[12]。《杂病源流犀烛·胃病》亦指出:“胃痛,邪干胃脘病也……惟肝气相乘为尤甚,以木性暴,且正克也。”[13]这些论述均强调了肝气郁结在胃病发生中的重要作用。

古与今,两相印证,共同揭示了肝郁在 CAG 及 GPL 发病中的启动作用。CAG 及 GPL 患者常伴有焦虑、抑郁等心理状态异常。现代医学研究以肠-脑互动异常为核心发病机制解释消化心身疾病,并从脑肠同调的角度论治慢性萎缩性胃炎[14][15]。此外,心理应激状态能够激活下丘脑-垂体-肾上腺轴,进而对胃黏膜血流灌注、胃酸分泌水平、胃黏膜屏障功能及免疫调节,参与 CAG 的发生发展[16]。这与中医“肝郁”导致胃病的认识高度契合。肝郁所致的神经-内分泌-免疫网络失调,可能是 CAG 及 GPL 发病的重要机制之一。

2.3. 肝郁脾虚是疾病进展的枢纽

CAG 及 GPL 病程迁延,病机复杂,常呈现本虚标实、虚实夹杂的状态。在疾病发展过程中,肝郁日久,必然影响脾胃功能,导致脾虚。此即“木郁克土”向“木不疏土”转化的过程。初期以肝郁气滞为主,表现为胃脘胀痛、痛连两胁、嗳气频作、脉弦等实证表现。随着病情进展,肝郁日久,横逆犯脾,脾失健运,出现纳呆、食少、便溏、神疲乏力等脾虚之象,形成肝郁脾虚、虚实夹杂的病机格局。

肝郁与脾虚互为因果。一方面,肝郁不疏,持续克伐脾胃,加重脾虚;另一方面,脾虚运化失常,气血生化乏源,肝失濡养,疏泄功能进一步减退,肝郁更甚。如此恶性循环,导致病情缠绵难愈。程若东等[17]应用 Logistic 回归模型阐释了 CAG 及 GPL 的证型特点,证实肝胃不和证以早期阶段为主,脾胃虚弱

证则对腺体萎缩及肠上皮化生的影响强度更大[18]。这一结果提示,从肝郁气滞到肝郁脾虚,再到脾胃虚弱,反映了疾病由实转虚、由浅入深的演变规律,而肝郁脾虚正是这一演变过程中的关键枢纽。

2.4. 肝郁所致病理产物是疾病恶化的重要因素

在 CAG 及 GPL 进展过程中,肝郁不仅导致气机失调,还可进一步产生多种病理产物,推动疾病向肠化生、异型增生乃至癌变的方向发展。其一,肝郁化热。气郁日久,可从阳化热,形成肝郁化热证。郁热灼伤胃阴,胃失濡养,可出现胃脘灼痛、口干咽燥、舌红少苔等症。胃阴亏虚,黏膜失于濡润,修复能力下降,萎缩加重。黄智斌等人[19]指出土虚木乘,即肝郁化热是慢性萎缩性胃炎发展的第三个阶段。其二,肝郁酿生浊毒。肝郁脾虚,运化失常,水湿内停,湿郁化热,湿热蕴结,积久成浊,浊蕴成毒,形成浊毒内蕴之证。国医大师李佃贵[20]提出的“浊毒”理论,认为浊毒内蕴是 CAG 向 GPL 乃至胃癌转化的关键环节。浊毒损伤胃络,腐蚀胃膜,导致胃黏膜萎缩、肠化、异型增生等病理改变。其三,肝郁致瘀。气为血帅,气行则血行,气滞则血瘀。肝郁气滞日久,必然影响血液运行,导致胃络瘀阻。加之郁热灼伤血络,或脾虚气不摄血,均可加重血瘀。瘀血阻络,胃失濡养,黏膜修复障碍,促进萎缩和异型增生的发生发展。正如《临证指南医案》所言:“初病在经,久病入络。”CAG 病程较长,胃镜下可见黏膜粗糙、血管显露等表现,与中医“瘀血”相关,其病理基础为胃黏膜微循环障碍[21]。

由此可见,肝郁不仅是 CAG 及 GPL 的启动病机,其所致的郁热、浊毒、瘀血等病理产物,更是推动疾病进展、导致癌变的关键因素。肝郁→气滞→郁热/湿浊/瘀血→毒损胃络,构成了 CAG 及 GPL 病机演变的基本链条。

3. 临证治疗慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变以疏肝为要

基于“肝郁”为本病关键病机的认识,临床治疗当以疏肝解郁为基本大法,并根据病程阶段、兼夹病机及病理产物的不同,灵活配伍健脾、清热、化浊、活血、解毒等治法[22]。以下分而述之。

3.1. 疏肝理气法

疏肝理气法适用于 CAG 及 GPL 早期,以肝郁气滞为主要病机者。临床表现为胃脘胀痛,痛连两胁,暖气频作,遇情志不遂则加重,舌淡红,苔薄白,脉弦。胃镜下黏膜充血、水肿,常伴食管反流征象[23]。代表方剂为柴胡疏肝散加减。方中柴胡疏肝解郁为君,香附、川芎助君药理气活血为臣,陈皮、枳壳理气和胃,白芍、甘草柔肝缓急止痛。临床可酌加佛手、香橼、绿萼梅等理气而不伤阴之品。若胀痛明显,可加延胡索、川楝子行气止痛;暖气频作者,加旋覆花、代赭石降逆和胃。

多项研究证实,柴胡疏肝散及其加味方可有效治疗慢性萎缩性胃炎。实验研究表明,该方通过下调 EGFR、STAT1 蛋白表达,调控细胞增殖与凋亡平衡,发挥治疗作用[24];临床观察显示,其能显著改善胃黏膜萎缩、肠上皮化生及异型增生,缓解肝胃气滞证相关症状,促进胃黏膜修复,且全程无明显不良反应[25][26]。

3.2. 疏肝健脾法

疏肝健脾法适用于 CAG 及 GPL 中期,肝郁脾虚、虚实夹杂者。临床表现为胃脘痞满,隐痛时作,纳呆食少,神疲乏力,大便溏薄,情绪抑郁或烦躁,舌淡胖,边有齿痕,苔薄白,脉弦细。胃镜下多见黏膜白相、血管透见、皱襞变平[27]。代表方剂为逍遥散或柴芍六君子汤加减。逍遥散以柴胡疏肝解郁,当归、白芍养血柔肝,白术、茯苓、甘草健脾益气,薄荷助柴胡疏泄,煨姜温胃和中。柴芍六君子汤则以六君子汤健脾益气为基础,合柴胡、白芍疏肝柔肝,共奏疏肝健脾之功。临床可根据肝郁与脾虚的偏重调整药物比例:肝郁偏重者,加重柴胡、香附、郁金;脾虚偏重者,加重党参、白术、茯苓,或加黄芪、山

药。若兼见口干咽燥、舌红少苔等胃阴不足之象，可合一贯煎加减，加沙参、麦冬、石斛、玉竹等滋养胃阴。此即“滋水涵木”与“养土荣木”之法，使肝有所养，疏泄有度。

罗文谦等人[28]证明柴芍六君汤通过调节肠道菌群结构与丰度，恢复微生态稳态，进而抑制胃黏膜炎症、上调屏障保护因子、修复胃黏膜屏障，发挥治疗 CAG 肝郁脾虚证的作用。此外，多项临床研究证实，加味逍遥散联合西药治疗肝郁脾虚型 CAG，疗效显著优于单纯西药，可明显改善临床症状，减轻胃黏膜萎缩、肠化及异型增生，降低炎症因子表达，提高幽门螺杆菌转阴率、胃蛋白酶原及胃动素水平，并通过上调 ERK 信号通路促进黏膜修复；同时不良反应更低，总有效率提升约 15% [29]-[31]。

3.3. 疏肝活血法

疏肝活血法适用于 CAG 及 GPL 病程较长，出现血瘀证候者。临床表现为胃脘刺痛，痛处固定，夜间加重，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。胃镜下多见颗粒增生、结节隆起，伴发异型增生[32]。代表方剂为血府逐瘀汤合四逆散加减。四逆散疏肝理气，血府逐瘀汤活血化瘀，二方合用共奏疏肝理气、活血化瘀之功。可酌加丹参、莪术、三七、蒲黄等活血通络之品。病程较长者，可加用虫类药如土鳖虫、水蛭等入络剔邪，但需注意用量不宜过大，中病即止。

对于肝郁脾虚、脾虚络瘀阶段的患者，多以脾虚为本、肝郁为枢、络瘀为进展关键，贯穿“炎-癌转化”全程。田旭东[33]提出以经络学说为纲，结合胃镜病理微观分期，采用初期养络、中期通络、后期养通结合、兼顾清络的分期治法；吕振军[34]强调肝脾胃同调，以健脾益气为本、疏肝解郁为枢、化瘀通络为用，重用黄芪并配伍柴芍类方，兼顾情志疏导。临床研究证实，以健脾化瘀为法的参芪桃红汤联合标准四联抗 Hp 方案，可显著提高 Hp 根除率，改善中医证候与胃黏膜萎缩、肠化分期，并降低 IL-1 β 等炎症及促癌因子水平[35]。张晴晴等人研究整合中医脾虚血瘀证积分、胃干细胞标志物等，构建 CAG 病证结合风险预测模型，发现高风险 CAG 患者血瘀积分显著升高，同时证实健脾、活血中药可通过负调控 Wnt/ β -catenin 通路干预病变进展[36]。

3.4. 疏肝解毒法

疏肝解毒法适用于 CAG 及 GPL 出现浊毒内蕴、毒损胃络者。临床表现为胃脘痞满灼热，口苦口黏，大便黏滞不爽或干结，舌红，苔黄厚腻，脉滑数。胃镜下伴发糜烂者居多，病理检查常提示肠化生或异型增生[37]。根据症状的鉴别，又可分为疏肝化浊解毒法和疏肝化瘀解毒法两类。

3.4.1. 疏肝化浊解毒法

本法适用于浊毒内蕴证，以湿浊蕴结为主者。治疗当疏肝理气与化浊解毒并重。代表方为黄连温胆汤合四逆散加减。方中柴胡、枳壳疏肝理气，黄连、黄芩清热燥湿，半夏、陈皮、茯苓、竹茹化湿和胃。可酌加藿香、佩兰、砂仁芳香化湿，白花蛇舌草、半枝莲清热解毒。董紫薇等人[38]通过数据挖掘分析国医大师李佃贵治疗 CAG 的治疗处方，发现其核心药物为黄连、黄芩、茯苓、白术、三七、白花蛇舌草、茵陈等，确立化浊解毒汤，既能抑杀 Hp，又可逆转胃黏膜病变、提高机体免疫。基于国医大师李佃贵治毒理论为核心，探讨浊毒蕴胃与 CAG 的关系，提出化浊解毒为核心治法，可从胃液、胃肠激素等维度恢复稳态，为 CAG 防治提供新理论与新思路[39]。王绍坡等人[40]系统回顾近 20 年浊毒理论指导 CAG 胃癌前病变的研究，证实化浊解毒方可显著改善 CAG 症状、逆转胃黏膜萎缩、肠化与异型增生。相关研究也证明化浊解毒汤对 CAG 浊毒证患者治疗效果显著，明显抑制 CAG 的病理进程及癌变趋势[41] [42]。

3.4.2. 疏肝化瘀解毒法

本法适用于浊毒与瘀血互结，毒瘀交阻者。临床表现为胃脘刺痛，痞满灼热，舌紫暗，苔黄腻，脉弦涩。病理检查常提示中重度异型增生。治疗当疏肝活血、化瘀解毒并重。代表方为膈下逐瘀汤合四逆散

加减,酌加清热解毒之品。姚乃礼[43]教授提出 CAG 核心病机为肝郁脾虚,络阻毒损,以脾胃亏虚为本、肝气郁结为枢、胃络瘀阻为关键、毒损脉络为癌前病变核心,确立疏肝健脾、化瘀解毒通络四大治法,临床重用莪术、藤梨根、白花蛇舌草等药,可有效改善症状、逆转肠上皮化生、阻断癌前病变,疗效确切。安金琪等人[44]基于络病理论系统阐释 CAG “气虚→血瘀→络损→毒瘀”的炎-癌转化病机,提出胃络损伤为核心病机,创制扶正通络解毒方。

3.5. 疏肝调神法

CAG 及 GPL 患者常伴有焦虑、抑郁、紧张、恐癌等不良情绪,这些情绪障碍既是肝郁的表现,又可进一步加重肝郁,形成恶性循环。因此,在药物治疗的同时,需重视心理疏导,此即“疏肝调神”之法。《素问·移精变气论》云:“古之治病,惟其移精变气,可祝由而已。”提示情志疗法在疾病治疗中的重要性。临证当耐心开导,解除患者顾虑,树立治疗信心。可配合针灸治疗,取太冲、期门疏肝解郁,足三里、中脘健脾和胃,内关、神门宁心安神。研究证实,针灸可通过下调 CAG 模型胃黏膜中 COX-2、IL-6 等炎症蛋白的表达,有效抑制炎症反应[45]。同时,在临床干预中,针灸能够逆转腺体萎缩及异型增生等病理改变,从而改善胃黏膜组织学状态,提高临床疗效[46]。

4. 体会与展望

CAG 及 GPL 是胃癌发生过程中的关键环节,积极干预具有重要的临床意义。中医学防治本病的优势,根植于其整体观念与辨证论治的理论内核,临床实践已充分印证其独特价值。本文从肝郁角度出发,系统阐述了 CAG 及 GPL 的发病机制和临床治法。与脾虚论相比,肝郁论更强调情志因素在 CAG 及 GPL 发病中的作用,更符合现代社会中疾病发生的特点。肝郁与脾虚并非对立,而是相互关联的两个方面。正如《金匱要略》所言:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”临证当审证求机,把握肝郁与脾虚的消长变化,既不能只顾疏肝而忽视健脾,也不能一味健脾而忽视解郁。

随着科学技术和分子生物学的发展,我们要借助现代科学技术,从神经-内分泌-免疫网络、胃黏膜微环境等角度探讨疏肝法的作用机制,并且开展高质量临床研究,建立规范疗效评价体系。此外,心身医学与“脑-肠轴”理论为从肝郁论治 CAG 及 GPL 提供了现代科学依据。肝郁所致情绪障碍可通过该轴影响胃肠功能,而疏肝解郁药可能通过调节神经递质、改善动力及保护黏膜等多途径发挥效用。深化该领域研究,挖掘肝郁论治内涵,将为胃癌二级预防提供更具特色的中医方案。

5. 理论局限性

同时,肝郁理论也有它的局限性。肝郁理论对伴明显精神心理症状的早中期慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变指导性突出,尤适用于情志诱发、肝胃不和之证。但对老年体虚、无情志诱因及中重度黏膜萎缩者,单一疏肝治法难以逆转病理进展,存在局限。肝郁以实为主、因郁犯胃;脾胃虚寒以虚为本、因虚致病,二者并非对立,常随病程虚实转化、互为标本。临床当辨主次标本,多机结合,方能提升辨证精准性。

基金项目

国家自然科学基金青年基金项目(82104998);国家中医针灸临床医学研究中心开放课题(NCRCOP2024015);天津市教委课题(编号 2024KJ040);院内拓新课题(编号:院 2020040)。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 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] 国家消化系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] Correa, P., Haenszel, W., Cuello, C., *et al.* (1975) A Model for Gastric Cancer Epidemiology. *The Lancet*, **306**, 58-60. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(75\)90498-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(75)90498-5)
- [4] Cai, Q., Zhu, C., Yuan, Y., Feng, Q., Feng, Y., Hao, Y., *et al.* (2019) Development and Validation of a Prediction Rule for Estimating Gastric Cancer Risk in the Chinese High-Risk Population: A Nationwide Multicentre Study. *Gut*, **68**, 1576-1587. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317556>
- [5] Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., *et al.* (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, **71**, 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- [6] Chen, Y., Jia, K., Xie, Y., Yuan, J., Liu, D., Jiang, L., *et al.* (2025) The Current Landscape of Gastric Cancer and Gastroesophageal Junction Cancer Diagnosis and Treatment in China: A Comprehensive Nationwide Cohort Analysis. *Journal of Hematology & Oncology*, **18**, Article No. 42. <https://doi.org/10.1186/s13045-025-01698-y>
- [7] 战丽彬, 章文春. 全国中医药行业高等教育十四五规划教材 中医基础理论(新世纪第3版) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2025: 231.
- [8] 吴少祯. 黄帝内经·灵枢[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 262.
- [9] 王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2025.
- [10] 唐容川. 血证论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2025: 368.
- [11] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 中版集团数字传媒有限公司, 2021: 468.
- [12] 张景岳, 王大淳. 景岳全书共 6 册[M]. 杭州: 浙江古籍出版社, 2017: 2474.
- [13] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京: 中版集团数字传媒有限公司, 2021: 928.
- [14] 陶紫晶, 独思静, 方霜霜, 等. 从“脑肠同调”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 北京中医药, 2022, 41(12): 1398-1402.
- [15] 李博, 颜秀娟. 舒肝解郁胶囊用于消化心身疾病常见问题的专家共识[J]. 胃肠病学, 2024, 29(8): 475-485.
- [16] 徐寅, 喻斌. 肝胃百合汤对慢性应激胃溃疡模型小鼠 Th1/Th2 细胞平衡及 HPA 轴的影响[J]. 中医学报, 2019, 47(4): 32-36.
- [17] 程若东, 崔一鸣, 陈璐, 等. 基于 Logistic 回归模型的慢性萎缩性胃炎癌前病变中医证型规律研究[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(8): 3623-3626.
- [18] 李璐, 周斌. 从肝胃不和论治慢性萎缩性胃炎的经验探析[J]. 中国医药导报, 2025, 22(11): 135-139.
- [19] 黄智斌, 陈延. 从“土木不调”连贯演变角度探讨慢性萎缩性胃炎中医证型演变过程[J]. 中国医药科学, 2024, 14(13): 78-81.
- [20] 李润泽, 刘晓雨, 王玉曼, 等. 国医大师李佃贵教授基于“浊毒”分析慢性萎缩性胃炎胃镜及舌象特征[J]. 天津中医药, 2025, 42(3): 277-282.
- [21] 王少丽, 白宇宁, 倪媛元, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证候分布与胃黏膜病理变化的相关性研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(4): 603-607.
- [22] 李晶晶, 韩明, 张楠, 等. 基于“病郁同存”从“虚痰热瘀”辨治慢性萎缩性胃炎伴焦虑抑郁[J]. 上海中医药大学学报, 2025, 39(3): 81-87.
- [23] 秦珂馨, 于靖文, 王少丽, 等. 基于文献的慢性萎缩性胃炎胃镜像与中医辨证的相关性研究[J]. 云南中医学院学报, 2022, 45(6): 28-34.
- [24] 涂文玲, 洪银洁, 刘思琦, 等. 基于网络药理学和实验验证研究柴胡疏肝散治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(3): 1030-1038.
- [25] 胡志勇. 加味柴胡疏肝散治疗慢性萎缩性胃炎肝胃气滞证临床研究[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(30): 145-148, 152.
- [26] 杨楚琪, 崔言坤, 李冀. 柴胡疏肝散加味治疗肝胃气滞证慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 580-583.
- [27] 楼茜欣, 唐梅文, 唐燕, 等. 慢性萎缩性胃炎胃镜像与中医证型相关性研究进展[J]. 山东中医杂志, 2020, 39(8): 887-890.
- [28] 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.

- [29] 邓璐璐, 牛桂芳, 冯彩霞, 等. 加味逍遥散治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(4): 104-106.
- [30] 刘军, 沈灵娜, 钱赟达, 等. 加味逍遥散对肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察及机制探讨[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(6): 238-242.
- [31] 马燕, 唐伟, 陈久红. 加味逍遥散治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(4): 111-114.
- [32] 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.
- [33] 梁建慧, 田旭东, 马吾生. 田旭东从“脾虚肝郁络瘀”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中医学报, 2024, 39(4): 793-797.
- [34] 马晨曦, 薛莲, 吕振军. 从“肝郁脾虚络瘀”论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中国医药导报, 2025, 22(36): 146-149.
- [35] 陶鸣浩, 胡芸, 王安琪, 等. “参芪桃红汤”辅助治疗脾虚络瘀型慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染 49 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2025, 57(8): 35-38.
- [36] 张晴晴, 吴迪, 郭凤赟, 等. 基于中医脾虚、血瘀证和胃干细胞动力学构建慢性萎缩性胃炎新型风险预测模型[J]. 中国实验方剂学杂志, 2026, 32(20): 191-200.
- [37] 张瑞芬, 贾婷婷, 张海荣, 等. 慢性萎缩性胃炎及癌前病变中医证型分布与胃镜下表现和病理改变的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(1): 42-48, 55.
- [38] 董紫薇, 刘建平, 杨森, 等. 国医大师李佃贵治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎用药经验[J]. 中医药导报, 2023, 29(9): 101-105.
- [39] 王绍坡, 王玉曼, 王孟超, 等. 基于浊毒理论探讨自稳态失衡与慢性萎缩性胃炎的关系[J]. 中华中医药学刊, 2026, 44(8): 41-44.
- [40] 王绍坡, 李佃贵, 马晓菲, 等. 浊毒理论指导慢性萎缩性胃炎胃癌前病变治疗近 20 年研究回顾[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(8): 4416-4418.
- [41] 周健, 曹刚. 化浊解毒汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及作用机制[J]. 中药材, 2021, 44(8): 1986-1989.
- [42] 杨剑, 王晓娟, 王绍坡, 等. 化浊解毒法治疗老年慢性萎缩性胃炎湿热中阻浊毒内蕴证的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(21): 5191-5193.
- [43] 陈静, 徐蕾, 曹正民, 等. 姚乃礼教授从“肝郁脾虚, 络阻毒损”论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 天津中医药大学学报, 2022, 41(3): 295-299.
- [44] 安金琪, 汪颖琦, 吴慧, 等. 基于络病理论探讨慢性萎缩性胃炎炎-癌转化的防治[J]. 中医杂志, 2025, 66(20): 2103-2108.
- [45] 钟欢, 黎铭玉, 舒文娜, 等. 针刺与艾灸对慢性萎缩性胃炎大鼠环氧化酶-2 和炎症相关因子的影响差异研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(4): 2246-2250.
- [46] 吴灿, 邓行行, 罗燕文, 等. 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.