

名老中医胡伟勇治疗慢性萎缩性胃炎学术经验与病案举隅

肖泽邦¹, 胡伟勇^{2*}, 熊俊², 王根发², 余婷², 宋采秋²

¹江西中医药大学研究生院, 江西 南昌

²南昌大学第二附属医院中医科, 江西 南昌

收稿日期: 2026年9月7日; 录用日期: 2026年10月2日; 发布日期: 2026年10月13日

摘要

目的: 本研究旨在总结名老中医胡伟勇主任治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)的临床经验与学术思想, 为中医诊治本病及学术传承提供临床参考。方法: 采用理论溯源与临床经验归纳相结合的方法, 梳理中医经典中CAG相关病机理论, 系统整理胡伟勇主任的临证思路、核心治法、代表方剂及用药配伍规律, 多维度归纳其完整诊疗体系。结果: 胡师治疗CAG秉持“脾胃为先, 化湿行气”核心思想, 立足经典病机理论, 活用四君子汤、二陈汤等经典方, 并擅长随证加减药物, 形成了从病机辨识、治则确立到方药施治的系统化诊疗特色, 临床适用性极强。结论: 胡伟勇主任诊治CAG的学术体系完善、用药特色鲜明, 贴合本病核心病机, 可有效指导临床辨证用药, 为名老中医脾胃病学术传承、临床实践及后续研究提供临床参考。

关键词

慢性萎缩性胃炎, 脾胃虚弱, 痞满, 学术思想, 临床经验

Academic Experience and Illustrative Cases of Famous Veteran TCM Doctor Hu Weiyong in Treating Chronic Atrophic Gastritis

Zebang Xiao¹, Weiyong Hu^{2*}, Jun Xiong², Genfa Wang², Ting Yu², Caiqiu Song²

¹Graduate School, Jiangxi University of Chinese Medicine, Nanchang Jiangxi

²Department of Traditional Chinese Medicine, The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang Jiangxi

Received: September 7, 2026; accepted: October 2, 2026; published: October 13, 2026

*通讯作者。

文章引用: 肖泽邦, 胡伟勇, 熊俊, 王根发, 余婷, 宋采秋. 名老中医胡伟勇治疗慢性萎缩性胃炎学术经验与病案举隅[J]. 中医学, 2026, 15(10): 243-250. DOI: 10.12677/tcm.2026.1510550

Abstract

Objective: This study aims to summarize the clinical experience and academic thought of the renowned veteran Chinese medicine practitioner, Chief Physician Hu Weiyong, in treating chronic atrophic gastritis (CAG), so as to provide a clinical reference for the TCM diagnosis and treatment of this disease as well as for academic inheritance. **Methods:** By combining tracing theoretical origins with the summarization of clinical experience, this study systematically reviewed the pathogenesis theories related to CAG in Chinese medicine classics, organized Chief Physician Hu Weiyong's clinical diagnostic and therapeutic thinking, core therapeutic methods, representative prescriptions, and medication compatibility patterns, and comprehensively summarized his complete diagnostic and therapeutic system from multiple dimensions. **Results:** In treating CAG, Dr. Hu adheres to the core concept of "prioritizing the spleen and stomach, resolving dampness, and promoting qi movement." Grounded in classical pathogenesis theories, he flexibly applies classic formulas such as Sijunzi Decoction and Erchen Decoction, and excels at adding or removing medications based on syndrome differentiation. This has resulted in a systematic diagnostic and therapeutic approach encompassing pathogenesis identification, treatment principle establishment, and formula application, which demonstrates very strong clinical applicability. **Conclusion:** Hu's academic system for diagnosing and treating CAG is well-established with distinctive medication characteristics. It aligns closely with the core pathogenesis of the disease and can effectively guide clinical syndrome differentiation and medication. This provides a clinical reference for the academic inheritance, clinical practice, and subsequent research of renowned veteran TCM practitioners specializing in spleen and stomach diseases.

Keywords

Chronic Atrophic Gastritis, Spleen-Stomach Deficiency, Stiffness and Fullness, Academic Thoughts, Clinical Experience

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(CAG)是以胃黏膜固有腺体萎缩常伴肠上皮化生为特点的一类慢性胃炎。临床上患者以上腹部疼痛、腹胀、食欲不振等为常见症状, 偶见贫血、消瘦或腹泻[1][2]。CAG 常见于老年人, 50 岁以上老年人近 50%胃黏膜有萎缩改变。若患者伴有肠化生(IM)或异型增生(Dys), 其患胃癌的风险显著增加[3][4]。可见及时有效地对 CAG 进行治疗控制, 特别是对老年患者来说能够极大地降低患癌风险。

现代医学针对 CAG 以对症治疗和对因治疗为主, 虽有速效但缺乏阻断“炎癌”链的靶点药物[5]。中医药可从多靶点、多通路干预 CAG “炎癌转化”, 对延缓、阻断乃至逆转细胞癌变至关重要[6]。

胡伟勇主任, 江西省名中医, 从事临床工作近四十年, 对治疗脾胃病颇有心得。尤其是在治疗 CAG 有着独到的见解。笔者有幸能够跟诊胡教授, 在临床诊疗过程中, 学习、总结、浅析胡教授的辩证思维以及理论思想。

2. CAG 的中医学认识

CAG 属“胃脘痛”“胃痞”“胃痛”“呃逆”等范围, 本病属于胃腑, 与其发病最为密切的脏器为脾。脾胃两个脏腑都位于人体中焦, 脾脏主运化, 喜燥恶湿, 气机以升为健; 胃腑主受纳, 喜润恶燥, 气

机以降为顺[7]。

此病因复杂，内因外因均可致病[8]。外因主要是感受外邪，内因包括内伤饮食、情志失调等。总体认为本病是在脾胃虚弱情况下，外邪乘虚而入、饮食不节、药物伤胃、情志失常等多种病理因素反复长久刺激下所致[9]。

临床上本病主要分为脾胃虚弱、脾胃湿热、肝胃郁热、肝胃气滞、胃阴不足和胃络瘀血等 6 个证型[10]。《素问》记载：“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生膜胀。”脾宜升则健，胃宜降则和。脾虚清阳不升，胃浊阴不降，壅塞中焦，即成痞满、胀痛。《内经》指出中焦气机阻滞、升降失司、寒热气逆、脾胃受损，是一切胃痞、胃痛的起点。李东垣则把病机推向“内伤气虚”的观点，也与现代萎缩性胃炎腺体萎缩、胃功能减退观点相契合。他在《脾胃论》中谈到：“脾胃之气既伤，元气不能充，而诸病之所由生也”[11]。

3. 病因病机——立足脾胃虚弱，紧扣湿阻气滞

胡主任认为脾胃虚弱为发病之本，湿浊内阻、气机郁滞为关键标实。

胡主任认为 CAG 病位核心主要在胃，牵连脾脏有时还会涉及肝脏，关键在于脾胃升降失司、时因肝气疏泄失常所致发病。病机概括为：本虚标实、虚实夹杂。本虚主要是以脾胃气虚、虚寒、胃阴不足为主；标实多因水湿、气滞、寒凝、食积、痰浊、瘀血为主。疾病发展初期多为外邪、食积、气滞等实证引起，久病转虚，虚中夹实，终致痰瘀阻络、胃体失养，与萎缩性胃炎慢性进展、黏膜萎缩、癌前病变的病程完全契合。

脾胃虚弱则气血生化无源、胃体失养，是黏膜萎缩的内在基础；湿浊内生则困阻中焦、壅塞胃气，气机郁滞则痞满胀痛、腑气不通，二者共同推动疾病迁延、加重，甚至进展为肠上皮化生、异型增生。

自然界的风、寒、暑、湿、燥、火六淫邪气均可侵犯脾胃，影响脾胃的正常功能。胡师指出，其中临床上比较常见的是寒邪、湿邪。此外胡师认为，临床上内伤饮食所影响脾胃功能的患者多分为以下四种为暴饮暴食、恣食生冷、过食肥甘、嗜酒无度、饥饱无常。经常食用霉变、腌制、熏烤和油炸烧烤等食物，摄入过多食盐，有胃癌家族史等，均可增加慢性萎缩性胃炎患病风险或加重慢性萎缩性胃炎甚至增加癌变的可能[12][13]。

情志因素对脾胃功能有重要影响。长期的焦虑、抑郁、愤怒等不良情绪，可导致肝气郁结，横逆犯脾，影响脾胃的运化功能。这也是胡主任之前提到，除了脾胃两个脏腑，肝脏也在疾病发展过程中有着很重要的决定因素的原因。

胡主任认为脾胃虚弱是脾胃疾病的根本原因之一。脾胃虚弱所致原因可分为，先天禀赋不足，和后天失养或久病所致。脾胃虚弱，运化功能减退，可导致水谷不化，气血生化不足，出现面色萎黄、形体消瘦、神疲乏力等症状。脾胃虚弱，还可导致水湿内停，出现腹胀、便溏等症状。《兰室秘藏·中满腹胀论》指出脾胃虚弱致其发病：“脾胃久虚之人，胃中寒则生胀满，或脏寒生满病。”胡教授认为其他多种病因最后演变的关键一步，即为损伤脾胃。

对于慢性胃病迁延不愈这个特点，胡主任对其病因病机还有个两个观点。其一是因外感病失治误治，损伤脾胃之气，致邪陷中焦而成痞，这也是仲景论述痞证的重要病因。其二为痰瘀互结从而导致胃络痹阻、胃体失养即黏膜萎缩、癥积渐生。痰浊、瘀血内生是由久病继发迁延而成，导致络脉瘀阻，实为胃黏膜萎缩、肠化、增生的关键病理因素，属久病入络。《临证指南医案·胃脘痛》云：“胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀”[14]。

4. 治则治法——以脾胃为先，化湿行气为核心，兼顾多法协同

胡伟勇主任临床上常予脾、胃、肝同调治疗本病，多用补虚药、理气药、活血药、清热药、化湿药等

健脾益气、燥湿化痰、消食化滞、疏肝理气、调达气机、恢复脾胃运纳之功。胡师治疗时，注重脏腑辨证。根据患者的症状、体征、舌象、脉象等，先辨明证型，再运用不同的治法论治，控制、截断萎缩性胃炎进展，甚至可以逆转萎缩[15]。

4.1. 脾胃为先

胡师认为脾胃是治疗萎缩性胃炎的关键。脾胃是后天的根本，也是气血化生的源泉，当脾胃功能受损时，运化失常，湿浊内生，阻滞中焦气机，发为胃脘胀满、疼痛、纳呆等症。此治法立足本病核心本虚病机，以益气健脾、补中养胃为核心，固本扶正、复健脾胃升降功能，从根源把控疾病进展，完整贯彻“脾胃为先”的治疗思想，体现健脾养胃、扶土治萎的中医理论精髓。

4.2. 化湿除痞

“化湿行气”是基于CAG“本虚标实”病机，针对脾胃虚弱继发的湿阻、气滞两大核心标实病理环节提出的治法，是“脾胃为先”理论的延伸与补充，旨在祛邪通滞、疏壅开闭，为脾胃功能恢复扫清障碍，阻断疾病进展。该治法兼顾燥湿理气、健脾和胃，契合本病脾虚生湿、痰阻气滞、胃失和降的核心病机，可灵活适配痰湿、气滞、寒热错杂等多种兼夹证型。

4.3. 调畅气机

胡教授认为脾胃类疾病与气是密切相关的。脾胃是气机升降的枢纽，气机的顺畅是保证脾胃功能正常运行的关键。肝胃气滞是慢性萎缩性胃炎发生与发展的重要病机，肝气郁结、横逆犯胃、胃气壅滞、胃失和降是其核心病理环节，长期不解可进一步导致气滞血瘀、胃络失养，加重胃黏膜萎缩。故此治法以疏肝解郁、理气和胃为核心，调畅全身气机，从病因层面阻断“肝伤及胃”的病理传导，体现“治病求本，调肝以和胃”的治疗法则，同时兼顾行气活血，防止久病入络、瘀阻胃体，延缓胃黏膜萎缩及癌前病变进展。从病因层面阻断“肝伤及胃”的病理传导，体现“治病求本，调肝以和胃”的治疗法则。

4.4. 消食导滞，化痰逐瘀

慢性萎缩性胃炎病程缠绵，病机多呈本虚标实、虚实夹杂，除脾胃气虚、肝胃气滞等常见证型外，食滞胃脘、痰瘀互结、湿热蕴胃三类标实突出证型在临床极为多见。胡教授确立对应治法：食滞以消食导滞、和胃降逆为要，佐以理气健脾，重在祛有形之积，恢复胃腑通降；痰瘀互结为久病入络、痰瘀互阻，治以化痰逐瘀、通络消癥，痰瘀并治；湿热蕴胃为湿热互结、熏蒸胃腑，治以清热化湿、辛开苦降，清化并举，宣通气机，谨防寒凉伤阳、温燥耗阴[16]。

5. 方药运用——以经典经方为核心，随证加减配伍

胡师临床上善用四君子汤与二陈汤为主方进行加减运用，精准契合“脾胃为先、化湿行气”的核心理论思想，选方精当、配伍平和，随证化裁兼顾标本，适配慢性萎缩性胃炎各类证型，助力脾胃功能恢复、改善胃黏膜病理状态。

5.1. 以四君子汤为核心，践行脾胃为先固本之法

针对脾胃气虚核心病机，胡师常用四君子汤为主方进行加减。四君子汤以益气健脾、补中养胃为核心功效，其组方严谨、功效专一、配伍平和，精准对应慢性萎缩性胃炎脾胃气虚为本、升降失常为枢、因虚致实为标的病机特点[17]。全方从固本扶正、复健升降、清源杜邪、整体顾护等方面发力，是临床治疗慢性萎缩性胃炎最经典、最基础、最核心的代表方剂。

四君子汤出自宋代《太平惠民和剂局方》，由人参、白术、茯苓和炙甘草 4 味中药组成。四君子汤全方专入中焦，功专益气健脾、补中养胃，直接针对 CAG “脾胃气虚”这一核心本虚病机。方中人参为君，甘温益气，大补脾胃后天之气，增强脾胃运化与受纳功能，为修复胃黏膜、改善气虚乏力、纳呆痞满之主药[18]；白术为臣，甘苦性温，健脾燥湿，既助人参益气健脾，又能清除中焦湿浊，改善脾虚湿盛所致的腹胀、便溏、苔腻，防止湿浊阻滞加重胃痞；茯苓为佐，甘淡性平，健脾渗湿，利水渗湿以助脾运，使湿从小便而去，与白术一燥一渗，燥湿相济，使脾健湿除、升降复常；炙甘草为使，甘温益气，和中调药，既助参、术益气健脾，又能调和诸药，护养胃气，避免补益之品壅滞气机。四药合用，使脾胃得补、中州得健、元气渐复，从根源改善胃黏膜失养、腺体萎缩的病理基础，充分体现“脾胃为发病之本、健脾为治萎之要”的核心思想。

临床随证加减：若见脾虚明显，乏力、食少、便溏尤甚的患者，胡教授会选择二陈汤合四君子汤为六君子汤的变式，增强健脾益气之力。若胃脘胀满、气滞偏重，加厚朴、枳实、木香、砂仁，化裁为香砂二陈汤或香砂六君子汤，提升行气消痞之功[19]。

5.2. 以二陈汤为基础，落实化湿除痞祛邪之法

二陈汤虽为化痰通剂，但兼顾燥湿理气、健脾和胃、以及护阴，切合慢性萎缩性胃炎脾虚生湿、痰阻气滞、胃失和降之核心病机，临证灵活化裁，可广泛用于痰湿、气滞、脾虚、寒热错杂等多种证型，胡师在临床上治疗萎缩性胃炎(胃痞)时，常用、善用此方，将其用作基础化湿方。

二陈汤出自《太平惠民和剂局方》。原方组成为：半夏、橘红、白茯苓、炙甘草、生姜、乌梅。二陈汤原方配伍严谨，君臣佐使各司其职，适配慢性萎缩性胃炎的病理特点[20]。君药法半夏味辛性温，归脾、胃、肺经，既能燥湿化痰以除中焦壅滞之痰浊，又能降逆和胃、消痞散结，直击该病胃脘痞满、嗳气恶心、食不下等核心症状[21]；臣药陈皮味辛苦性温，理气健脾、燥湿化痰，践行“治痰先治气，气顺痰自消”之理，既助半夏增强化痰之力，又能疏理中焦气机，恢复脾胃升降之常，缓解脘腹胀满、胁肋不舒等气滞表现[22]；佐药白茯苓味甘淡性平，健脾渗湿以断痰湿生化之源，使脾运健则湿不聚、痰不生，兼顾萎缩性胃炎“脾胃气虚”之本，改善纳差、乏力、便溏等虚证表现；使药炙甘草味甘性平，益气健脾、和中调药，既能缓和半夏、陈皮之温燥，又能护养胃气，契合该病久病胃气虚弱的特点。此外，方中生姜温中止呕、化痰散饮，既制半夏之毒，又增强降逆消痞之功；乌梅味酸收敛，既能敛肺防陈皮、半夏辛散太过，又能酸甘化阴、润燥生津，避免温燥之品耗伤胃阴，针对萎缩性胃炎常伴胃黏膜枯燥、胃阴不足的病理状态，实现“散不伤正，敛不恋邪”的配伍精妙。

5.3. 以柴胡疏肝散加减，实现调畅气机疏肝和胃

针对肝胃气滞核心证型，胡师巧妙地运用柴胡疏肝散加减理气和胃、消痞止痛，直接改善胃脘胀痛、嗳气、纳差等临床症状。柴胡疏肝散作为疏肝理气、和胃止痛的经典代表方，以疏肝解郁为核心，和胃降逆为目的，气血同调为法度，顾护阴液为兼顾，既能疏解肝郁、调畅气机，从病因上阻断肝木犯胃；同时可行气活血，防止久病入络、瘀阻胃体，延缓胃黏膜萎缩及癌前病变进展。

5.4. 随证配伍用药，兼顾消食导滞、化痰逐瘀

针对食滞、痰瘀、湿热兼夹证，胡师在基础方上灵活配伍：食滞胃脘者，予二陈汤加神曲、麦芽、莱菔子，合保和丸消食和胃之效，增强化痰除胀之功；痰瘀互结者，加用丹参、檀香、砂仁、当归、川芎，化痰逐瘀、通络消癥；湿热蕴胃者，加黄连、黄芩，合半夏泻心汤辛开苦降之法，兼顾化痰与泄热，随证微调，契合虚实夹杂病机。

6. 肠上皮化生与异型增生——治疗干预炎症癌转化

肠上皮化生、异型增生是 CAG 向胃癌转化的关键中间病理环节，也是临床治疗的重点与难点，其病变程度与范围直接影响临床随诊方案的制定[23]。胡师针对两类核心癌前病理改变，结合中医病机理论与多年临床实践经验，构建了专属病机体系与特色治疗心法，精准干预炎症癌转化关键节点。

6.1. 癌前病变病机认知

胡师认为，普通 CAG 病在气分，以脾胃虚弱、湿阻气滞为主，多为功能性失调、可逆性强；而肠化、异型增生属病机递进恶变，由气入血，从功能紊乱转为黏膜器质性损伤，核心病机可概括为脾虚为本、湿痰瘀结、邪毒伏络、络损质变。

脾胃久虚是恶变根本，病程迁延耗伤脾胃之气，气血生化不足，胃络失养、黏膜屏障亏虚，为诸邪内结提供内在基础。湿痰瘀阻是肠化核心，脾虚失运生湿聚痰，痰凝气滞、瘀血内生，痰瘀结于胃络，致胃黏膜结构紊乱、异位化生。浊毒内蕴是异型增生关键：肠化日久，痰瘀湿浊郁而化热、酿生浊毒，深伏胃络、灼伤黏膜，导致细胞异形增生，邪盛正衰、恶变风险剧增。简言之，萎缩为虚、肠化为痰瘀固结、异增为浊毒败坏，病机层层递进、由轻至重。

6.2. 癌前病变治疗心法

针对递进式恶变病机，胡师确立固本防变、分层祛邪、通络复膜为核心的心法。单纯肠化者，正气未衰、无明显浊毒，以健脾固本、化痰逐瘀、通络复萎为主。异型增生者，浊毒深伏、邪盛正虚，治以益气养阴、解毒散结、消癥防变，扶正与祛邪并重，清解络中伏毒、软坚散瘀，阻断恶变进程。

6.3. 分期差异化治疗策略

胡师依据 CAG 病理轻重、病程长短，将本病分为三期，结合核心证型制定分层治则，实现精准干预。

早期 CAG 为单纯萎缩并无肠化无异增，病机以脾胃气虚、湿阻气滞为主。邪气浅、可逆性强。治以健脾化湿、调畅气机，以四君子汤、二陈汤基础化裁，根据患者证型调整用药，不妄用攻伐解毒之品。

中期出现轻度肠化但无异型增生，病机为脾虚气滞、痰凝血结。病由气入络、实邪渐固。治以健脾化湿、行气活血、化痰通络，扶正祛邪并重，于基础方加轻剂活血散结之品，破除初结痰瘀，逆转早期肠化，防范邪毒固结。

癌前病变期已见中重度肠化和异型增生，病机为脾胃衰败、痰瘀毒结、络脉败坏。本虚极、标实盛。治以扶正固本、解毒消癥、逐瘀防变，大补脾胃元气、益气养阴固其本，配伍清热解毒、软坚破瘀之品祛其毒，根据患者体质调整攻补比例，祛邪不伤正、补虚不留邪。

整体遵循“早期防变、中期逆转、重症截毒”的诊疗思路，结合证型寒热虚实个体化加减，形成适配 CAG 全病程、精准干预炎症癌转化的成熟诊疗体系。

7. 病案举隅

患者，男，71 岁。自诉胃脘部疼痛一周，并伴有反酸、恶心、呕吐、腹胀。既往有慢性胃炎病史，胃镜诊断为慢性萎缩性胃炎，并有高血压慢性病史。患者面色较黄，说话条理清晰，稍显急躁，口中有不显异味，舌质淡红，苔薄黄，稍有裂纹，边有齿痕，脉细。胡师辨证为胃痞病，肝气犯胃证。以醋北柴胡 10 g、白芍 15 g、厚朴 10 g、乌药 10 g、麸炒白术 10 g、茯苓 10 g、人参片 10 g、法半夏 12 g、瓜蒌皮 10 g、苍术 6 g、藿香 6 g、莱菔子 15 g、神曲 15 g、黄连 5 g、知母 10 g、红景天 12 g、桑螵蛸 10 g、炙甘草 6 g 共 7 剂，水煎服，以观后效。本方以柴胡疏肝散为核心主方，立足慢性萎缩性胃炎核心病

机——肝郁气滞、肝胃不和兼脾胃气虚、寒热夹杂。治以疏肝理气、和胃降逆为核心，辅以调和寒热、化痰消痞，契合肝郁气滞型慢性萎缩性胃炎病机特点。

服药 2 周后患者自诉胃脘胀满疼痛减轻，仍有嗝气，无反酸、恶心等症状。大便一日二至三次，稍不成型，偏软，排便不畅。舌质淡红，苔薄白，边有齿痕，脉细。上方加 6 g 陈皮，去红景天、桑螵蛸继服，服药 2 周后，腹胀未再出现，大便成型，一日一行，诸症改善。

患者，女，39 岁，教培老师，既往有甲状腺癌手术史。自述一月前无明显诱因下出现上腹部隐痛。不伴恶心呕吐无畏寒反酸症状，食欲不振。2025 年 10 月 5 日在我院行电子胃镜检查，提示慢性胃炎，电子结肠镜检查，提示结肠息肉。13 碳呼气试验为(-)。病理回报胃窦轻度慢性萎缩性胃炎，伴个别表面上皮腺体肠上皮化生。舌质淡红，舌苔薄白，脉细弦。胡师辨证为胃痞病，肝气犯胃证。予北柴胡 10 g、当归 10 g、白术 12 g、茯苓 15 g、重楼 6 g、赤芍 10 g、牡丹皮 10 g、乌梅 10 g、半枝莲 15 g、白花蛇舌草 15 g、浙贝母 15 g、太子参 15 g、黄芩 10 g、桂枝 8 g 共 7 剂，水煎服，以观后效。患者自诉腹痛症状痊愈，但偶有便秘，自感焦虑烦躁。加麦冬 15 g、醋鳖甲 15 g、皂角刺 8 g、鸡内金 15 g，去白花蛇舌草、半枝莲、当归、北柴胡。继服 7 剂后，患者自述良好症状减轻。以上病案均已取得患者知情同意。

8. 结语

“脾胃为先，化湿行气”理论深刻揭示了慢性萎缩性胃炎“脾胃虚弱为本、湿阻气滞为标、升降失常为枢纽”的核心病机规律，明确了“健脾固本、化湿祛邪、行气调机”的治疗原则，体现了中医整体观念、辨证论治、治病求本的学术思想[5]。

从病因病机方面，胡师将其分为虚实两类。脾胃虚弱为虚，水湿气滞为实，对于慢性萎缩性胃炎这种病程长难治愈的疾病来说，病因病机往往很复杂，是虚实夹杂，虚实转换。于是胡师针对这种情况，结合多年临床经验与患者反馈调整，总结出“脾胃为先，化湿行气”这一条经验总结。

同时胡师在用药方面经验丰富，用药精准。在选择药物时，会根据药物的性味归经、功效主治等因素进行综合考虑[24][25]。在药物配伍方面，会根据君臣佐使的原则进行合理搭配，以达到协同增效的作用。

此外胡师在治疗脾胃类疾病时，不仅注重药物治疗，还注重脾胃养护。认为脾胃的养护对于疾病的康复和预防具有重要意义。在饮食方面，建议患者饮食规律，避免过食生冷、辛辣、油腻、刺激性食物，多吃一些易消化、富含营养的食物。在情志方面，建议患者保持心情舒畅，避免焦虑、抑郁、愤怒等不良情绪。在生活习惯方面，建议患者适当运动，保证充足的睡眠。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 陈佳, 李守英, 徐红. 慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(14): 3540-3542.
- [3] 林刚. 治疗老年慢性萎缩性胃炎的体会[J]. 中医药学报, 2010, 8(3): 67-68.
- [4] 高一心, 孙涛. 237 例老年人胃癌癌前病变随访分析[J]. 肿瘤防治杂志, 2001, 8(2): 118-119.
- [5] 魏玮, 杨洋. 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. 中医杂志, 2016, 57(1): 36-40.
- [6] 付文婧, 王雨妍, 安彦军, 等. 基于“土郁夺之”理论探讨慢性萎缩性胃炎“炎癌转化”的病机与防治[J/OL]. 实用中医内科杂志, 1-6. <https://link.cnki.net/urlid/21.1187.R.20260228.1459.002>, 2026-03-02.
- [7] 曹元媛, 徐春风. 中医经典名方治疗慢性萎缩性胃炎的研究[J]. 中药材, 2022, 45(4): 1015-1018.
- [8] 杨洋, 瞿先侯, 杨敏, 等. 慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 319-324.
- [9] 赵欢, 杨巧芳. 名中医治疗慢性萎缩性胃炎病因病机思路与用药规律[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(6): 1518-1520.

- [10] 安振涛, 奚肇宏, 严展鹏, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证候规范化与客观化研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(3): 234-237.
- [11] 白建英, 康立英, 张秀芬, 等. 探讨《脾胃论》中李东垣的“脾胃观”[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(4): 1478-1480.
- [12] Nomura, A., Grove, J.S., Stemmermann, G.N., *et al.* (1990) A Prospective Study of Stomach Cancer and Its Relation to Diet, Cigarettes, and Alcohol Consumption. *Cancer Research*, **50**, 627-631.
- [13] Gao, Q.Y., Wang, Z., Chooi, E.Y.H., Cui, Y., Hu, Y., Yang, C., *et al.* (2012) A Novel Model Might Predict the Risk of Chronic Atrophic Gastritis: A Multicenter Prospective Study in China. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, **47**, 509-517. <https://doi.org/10.3109/00365521.2012.658857>
- [14] 张效科, 丁纪茹, 周强, 等. 叶天士治疗脾胃病学术思想浅析[J]. 陕西中医药大学学报, 2020, 43(3): 42-45+68.
- [15] 姜宁, 黄宣, 范一宏, 等. 中西医结合治疗胃癌前病变疗效的系统评价[J]. 中华中医药学刊, 2015, 24(1): 149-154.
- [16] 高静彤, 刘智博, 李晓民, 等. “调和致中”学术思想源流及治疗脾胃类疾病探赜[J]. 上海针灸杂志, 2026, 45(5): 557-562.
- [17] 吕苑. 四君子汤的药理研究和临床应用[J]. 中医研究, 2012, 25(1): 76-79.
- [18] 高健, 吕邵娃. 人参化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药导报, 2021, 27(1): 127-130+137.
- [19] 叶富强, 陈蔚文. 四君子汤对胃肠道作用的药理研究[J]. 时珍国医国药, 2005(1): 73-74.
- [20] 包永生, 谢文英, 王俊月. 二陈汤研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(23): 9-18.
- [21] 王依明, 王秋红. 半夏的化学成分、药理作用及毒性研究进展[J]. 中国药房, 2020, 31(21): 2676-2682.
- [22] 关徐涛, 杨鹤年, 张津铨, 等. 陈皮的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(6): 41-49+266.
- [23] 谢诗晴, 王冬敏, 黄雪鑫, 等. 慢性胃炎活检组织病理学分级诊断存在的问题及分析[J]. 临床与实验病理学杂志, 2026, 42(5): 601-607.
- [24] 王常松, 杨敏, 俞杰, 等. 人参丹参对萎缩性胃炎鼠模型胃黏膜保护及对 Bcl-xL、Bax、TLR4 和 NF- κ B p65 表达影响随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 16(2): 19-20, 82.
- [25] 吴时胜. 丹参对萎缩性胃炎伴异型增生的逆转治疗研究[J]. 时珍国医国药, 2002, 13(12): 751-752.