

慢性萎缩性胃炎中医病因病机和辨证分型的临床研究进展

朱永钦¹, 朱永苹¹, 黄连梅², 韦维², 林寿宁¹, 唐友明¹, 廖冬燕²,
刘玉², 李艳波¹, 奚锦要¹, 罗昭琼¹, 蒙晓冰¹

(1. 广西中医药大学附属瑞康医院消化内科, 广西 南宁 530011; 2. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001)

摘要: 慢性萎缩性胃炎是临床中常见的一种消化系统疑难疾病, 目前已经被公认为胃癌前状态。中医中药治疗慢性萎缩性胃炎具有独特的优势, 并取得了显著的疗效。明确慢性萎缩性胃炎的中医病因病机及辨证分型对其预防和治疗至关重要。结合近年来中医中药对慢性萎缩性胃炎的临床研究成果, 从慢性萎缩性胃炎的中医病因病机和辨证分型进行综述, 为今后慢性萎缩性胃炎相关领域的研究提供参考。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 病因病机; 辨证分型; 临床研究; 综述

中图分类号: R573.32

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2017)02-0322-04

Clinical Research Progress of Chronic Atrophic Gastritis in Traditional Chinese Medicine Etiology and Pathogenesis and Syndrome Differentiation

ZHU Yongqin¹, ZHU Yongping¹, HUANG Lianmei², WEI Wei², LIN Shouning¹, TANG Youming¹, LIAO Dongyan²,
LIU Yu², LI Yanbo¹, XI Jinyao¹, LUO Zhaoqiong¹, MENG Xiaobing¹

(1. Department of Gastroenterology, Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530011, Guangxi, China;
2. Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530001, Guangxi, China)

收稿日期: 2016-10-18

基金项目: 国家自然科学基金项目(81360533); 广西自然科学基金项目(2010GXNSFA013220); 广西科学研究与技术开发计划项目(桂科攻11107009-3-6); 广西壮族自治区卫生厅中医药科技专项项目(GZKZ10-066)

作者简介: 朱永钦(1988-), 男, 河南封丘人, 医师, 硕士研究生, 研究方向: 消化系统疾病的中西医结合诊治研究。

通讯作者: 朱永苹(1972-), 女, 广西合浦人, 教授、主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 消化系统疾病的中西医结合诊治研究。E-mail: 529090217@qq.com。

- [9] 张芯, 胡霖霖. 补法论治病毒性心肌炎[J]. 中国中医急症, 2014, 23(5): 872-874.
- [10] 杨敏, 陈广玲, 陈畅, 等. 人参皂甙 Rg1 对大鼠急性心肌梗死的治疗作用[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5(11): 1075-1077.
- [11] 宋清, 张晓文, 徐志伟, 等. 人参茎叶皂苷预适应对自发性高血压大鼠心肌缺血再灌注损伤的保护作用[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2008, 22(1): 42-48.
- [12] Meng D, Chen XJ, Bian YY, et al. Effect of astragalosides on intracellular calcium overload in cultured cardiac myocytes of neonatal rats[J]. Am J Chin Med, 2005, 33(1): 11-20.
- [13] Wang YP, Li XY, Song CQ, et al. Effect of astragaloside IV on T, B lymphocyte proliferation and peritoneal macrophage function in mice[J]. Acta Pharmacol Sin, 2002, 23(3): 263-266.
- [14] 李超, 年莉. 白芍在解表剂中的应用及其相关药理研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(12): 71-72.
- [15] 吴素芬, 余日跃, 周俊, 等. 析因设计与中医补气生血方剂最佳药效配伍的研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(8): 153-156.
- [16] 陈兰英, 刘荣华, 朱乐凯. 炙甘草汤中麦冬总皂甙及其配伍对心肌生理特性的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2000, 6(4): 30-32.
- [17] Choi CY, Kim JY, Kim YS, et al. Augmentation of macrophage functions by an aqueous extract isolated from *Platycodon grandiflorum*[J]. Cancer Lett, 2001, 166(1): 17-25.
- [18] Ahn KS, Noh EJ, Zhao HL, et al. Inhibition of inducible nitric oxide synthase and cyclooxygenase II by *Platycodon grandiflorum* saponins via suppression of nuclear factor- κ B activation in RAW 264.7 cells[J]. Life Sci, 2005, 76(20): 2315-2328.
- [19] 王腾, 江洪, 杨波, 等. 丹皮酚对豚鼠心肌细胞动作电位及钙通道电流的影响[J]. 武汉大学学报(医学版), 2001, 22(4): 331-333.
- [20] 丛雅琴, 樊友平. 甘草研究新进展[J]. 日本医学介绍, 1991, 12(6): 286-288.
- [21] 贾国惠. 甘草中黄酮的药理作用研究进展[J]. 中国药学杂志, 1998, 23(9): 3-6.
- [22] 董杰德, 陈晨华, 仇素英, 等. 四种中草药抗柯萨奇及埃柯病毒的实验研究[J]. 山东中医学院学报, 1993, 17(4): 46-48, 73.
- [23] 许海侠, 惠杰, 杨向军, 等. 肌钙蛋白 T 及超声心动图对病毒性心肌炎的诊断价值[J]. 西南国防医药, 2011, 21(1): 30-32.

Abstract: Chronic atrophic gastritis is a common digestive system disease in clinic. It is recognized as precancerous condition. Traditional Chinese medicine has unique advantages in the treatment of chronic atrophic gastritis and achieved remarkable curative effect. Making the etiology and pathogenesis and syndrome differentiation of chronic atrophic gastritis type clear is crucial to its prevention and treatment. In combination with recent years traditional Chinese medicine clinical research results on chronic atrophic gastritis, traditional Chinese medicine etiology and mechanism and syndrome types of chronic atrophic gastritis disease were reviewed so as to provide a reference for future chronic atrophic gastritis related field.

Key words: chronic atrophic gastritis; etiology and pathogenesis; syndrome differentiation; clinical research; review

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是由多种病因引起的以胃黏膜的慢性炎症和固有腺体萎缩、常伴有不同类型的胃黏膜上皮和腺体的化生为主要病理特征,以上腹部不适、上腹部饱胀、上腹部疼痛、恶心、嗝气及食欲不振等为主要临床表现的一种慢性胃部疾病^[1-2]。CAG属于慢性胃炎的一种类型^[3],根据CAG的病因、病变位置及萎缩和化生成分将其分为自身免疫性胃炎和多灶萎缩性胃炎2个亚型^[4],其发病率随着年龄的增加而升高。中华医学会消化内镜学分会于2011年对8907例慢性胃炎患者调查研究发现这些患者中慢性萎缩性胃炎发病率为23.2%^[5]。慢性萎缩性胃炎是胃癌前状态中最常见的一种疾病,相关研究表明国外慢性萎缩性胃炎的癌变率为8.6%~13.8%,而我国CAG的癌变率为1.2%~7.1%^[1]。近年来,中医中药对慢性萎缩性胃炎的临床研究取得了较大进展,现将慢性萎缩性胃炎的中医病因病机和辨证分型的临床研究成果综述如下。

1 中医对慢性萎缩性胃炎病因病机的认识

中医学中没有慢性萎缩性胃炎病名,根据CAG的临床表现可将其归属于中医学“痞满”、“胃脘痛”、“胃痞”、“嘈杂”等范畴。CAG病因复杂多样,多由感受外邪、内伤饮食、情志失调和脾胃虚弱等因素损伤脾胃,引起脾胃升降失职、中焦气机不利而发病。CAG病位在于胃腑,与脾脏和肝脏关系密切;病性为本虚标实、虚实夹杂。虚为脾胃虚弱,即以脾气虚和胃阴虚为本;实为实邪内阻,即以气滞、血瘀、湿热为标;虚实夹杂则是两者兼而有之。CAG基本病机为血瘀、气滞和脾虚^[2]。

1.1 本虚辨CAG病因病机—脾胃虚弱

脾脏和胃腑同居中焦,为后天之本、气血生化之源。脾脏为太阳湿土,喜燥恶湿,主运化,输布精微,脾气以升为健。胃腑为阳明燥土,喜润恶燥,主受纳,腐熟水谷,胃气以和降为顺。《素问·厥论》提出“脾主为胃行其津液者也”。清·叶桂《临证指南医案·脾胃门》指出“脾宜升则健,胃宜降则和”。隋·巢元方《诸病源候论·脾胃诸病候》曰“脾胃二气相为表里,胃受谷而脾磨之,二气平调,则谷化而能食”。《素问·阴阳应象大论》云“清气在下,则生则生飧泄,浊气在上,则生(月真)胀”。脾脏和胃腑在生理上密切联系,二者在病理上亦常相兼为病。感受外邪、内伤饮食、情志失调、禀赋不足、药物所伤等因素均可损伤脾胃,导致脾气虚、胃阴虚或脾胃气阴两虚等脾胃虚损症候,引发脾胃升降功能失调、中焦气机不利从而导致慢性萎缩性胃炎的发生和发展,甚至病情恶化。正如清·李用粹《证治汇补·痞满》所云“大抵心下痞闷,必是脾胃受亏”。明·虞抟《医学正传·痞满》指出“胸中之气,因虚而下陷

于心之分野,故心下痞”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛》提出“痞满,脾病也,本由脾气虚,及气郁运化,心下痞塞满”。由此可见,脾胃虚弱是慢性萎缩性胃炎发病及其恶变的根本病机。

黄穗平^[6]提出慢性萎缩性胃炎的主要病因是禀赋不足、七情内伤、饮食不节、外邪侵袭等,CAG的病位在胃腑,与脾脏、肝脏和肾脏密切相关,中焦脾胃虚弱是CAG的主要病机,并提出了益气健脾的治法。徐珊^[7]认为CAG多因感受外邪、七情所伤、禀赋不足等因素引发,发病的关键在于脾胃受损,脾失健运、中焦气机不利、脾胃升降功能失调是CAG的基本病机。叶柏^[8]指出慢性萎缩性胃炎除了感受外邪、饮食不节和情志失调等常见病因外,药物损伤脾胃也是CAG致病的重要因素,脾胃虚弱、气阴不足为本病的基本病机,并提出了健脾和胃、益气养阴的治疗法则。姚乃礼^[9]指出脾胃虚弱是CAG发病的基础,治疗上应采取益气健脾和胃的方法。朱方石^[10]认为慢性萎缩性胃炎的病理基础是脾胃虚弱,并提出了益气健脾的治疗法则。何晓晖^[11]提出CAG多因禀赋不足、情志内伤、药物所伤等因素引发,病位在胃腑,与脾脏、肝脏、肾脏和胆腑密切相关,脾胃气阴亏虚为CAG的重要病机。田德禄^[12]认为CAG主要由外邪侵袭、情志失调、胆汁反流、劳倦过度等病因引发,脾胃气虚是本病主要病机之一。王道坤^[13]指出慢性萎缩性胃炎多因脾胃受损、外邪内侵等因素导致脾脏清阳不升、胃腑浊阴不降而发病,脾胃虚弱是慢性萎缩性胃炎发病和发生恶变的根本内在原因。

1.2 标实辨CAG病因病机

1.2.1 血瘀 血瘀是指血液运行不畅或者血液瘀滞不通的病理状态。各种外伤(如跌打损伤、金刃所伤、手术创伤等)、气机郁滞、血寒或血热、有形实邪(如湿热、痰浊、砂石等)、气虚或阳虚等因素均可引起瘀血的产生。瘀血既是病理产物,亦是致病因素。胃为多气多血之腑,疾病初期在气分,久病则致血伤入胃络,血行壅滞,导致胃络瘀阻。瘀血形成之后易于阻滞胃腑气机、影响胃腑血脉运行和新血的生成,从而造成胃腑发生病变。正如隋·巢元方《诸病源候论·痞噎病》所述“血气壅塞不通而成痞也”。清·叶桂《临证指南医案·胃脘痛》也指出“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”。血瘀是慢性萎缩性胃炎的基本病机之一,也是CAG发生和发展甚至恶变的关键病理环节^[2]。

安贺军等^[14]通过对172例慢性萎缩性胃炎患者的体质类型统计分析发现瘀血体质患者占总人数的23.26%,由此可见瘀血在慢性萎缩性胃炎的发生和发展过程中起着重要作用。燕东等^[15]认为胃络瘀阻是导致慢性萎缩性胃炎发病的关键条件。沈洪^[16]提出血瘀是慢性萎缩性胃炎

的关键病理因素之一。单兆伟^[17]认为瘀血阻络是CAG发病之标,而瘀滞是导致慢性萎缩性胃炎向肠化、不典型增生,甚至癌变转化的症结所在。崔金海^[18]认为气虚血瘀、浊毒留恋是CAG的基本病机,提出了益气活血化浊解毒的治疗原则。郭光业^[19]认为慢性萎缩性胃炎的基本病机是脾虚血瘀,并提出治疗CAG应采取健脾活血、益胃活血的方法。姜树民^[20]认为慢性萎缩性胃炎的病机为瘀血阻滞,血瘀证是CAG伴非典型增生常见证型,治疗上倡导活血化瘀、调护胃气。张学智^[21]指出在慢性萎缩性胃炎晚期阶段,多由因虚致实,此期脾胃虚弱、瘀血阻滞是基本病机,导致胃黏膜出现化生或增生性改变等病变,并强调在治疗时除以补虚为主外还应兼顾活血化瘀。

1.2.2 气滞 气滞是机体局部气的流通不畅、郁滞不通的一种病理状态,主要由情志抑郁或者食积、瘀血、痰湿、热郁等阻滞,或脏腑机能失调而形成,亦有因脏气虚弱推动无力而形成气滞者。气滞主要发生于脾脏、胃腑和肝脏等脏腑,如肝郁气滞、肝脾(胃)不和、脾胃气滞等。气滞主要以胀、闷、疼痛等为主要特点,慢性萎缩性胃炎出现的上腹部胀闷不适、上腹部疼痛等临床症状更验证了其发病与气滞相关。正如金·刘完素《素问病机气宜保命集》所述“脾不能行气于肺胃,结而不散,则为痞”。明·张景岳《景岳全书·心腹痛》也提出“胃脘痛症……惟气滞者最多”。气滞可引发血瘀,而血瘀亦可造成气滞,正如“气行则血行,气滞则血瘀”。气滞可引起脾胃失养、机能失调造成脾胃虚弱;脾胃虚弱、运化无力又可引发气机阻滞等病变。因此,气滞常与血瘀、脾胃虚弱等相互作用引起脾胃脏腑机能失调从而导致慢性萎缩性胃炎疾病的发生和发展。

郝微微^[22]认为慢性萎缩性胃炎的基本病机为脾虚失健、中焦气机阻滞,肝气郁结亦是本病发病的重要因素,提出了治疗上应以健脾理气化湿为主,并强调重视疏肝解郁。白兆芝^[23]认为气滞是慢性萎缩性胃炎发病之标,提出本病的主要病理变化是胃气阻滞,治疗上注重调和脾胃。唐旭东^[24]认为胃腑常因滞而发病,提出气机阻滞及胃失和降是慢性萎缩性胃炎的主要病机。王自立^[25]提出慢性萎缩性胃炎以肝郁脾虚者多见,治疗上应采用养血柔肝、健脾和胃的方法。谢晶日^[26]认为郁、滞是CAG的重要病机,治疗上注重健脾疏肝和调畅情志。李成纲^[27]认为CAG的基本病机是中焦气机阻滞、脾胃升降功能失调,治疗多以健脾和胃、疏肝降逆为法。王春生^[28]提出了肝郁是慢性萎缩性胃炎发病的首要病因,气机升降失调是本病发病的关键因素,在治疗上多采取疏肝调气的方法。金洪元^[29]认为脾胃气滞和肝胃不和是CAG的主要病机,而脾虚气滞既是本病的基本病理又是引起慢性萎缩性胃炎发病的主要原因,治疗上提出了健脾疏肝和理气和胃的法则。

1.2.3 湿热 外感湿热之邪;或嗜食肥甘厚腻,饮酒过度,酿成湿热;或者久病体虚,脾胃虚弱,湿邪中阻,湿郁化热均可引起湿热内蕴脾胃,致使中焦气机不利、脾胃升降失宜,从而引起慢性萎缩性胃炎的发病。正如清·林佩琴《类证治裁·痞满》所云“有湿热太甚,土来心下为痞”。金·李杲《兰室秘藏·中满腹胀》也提出“膏粱之人,湿热郁于内而成胀满者”。湿热往往亦与气滞、血瘀和脾胃虚弱等相合为病,以致慢性萎缩性胃炎的发病甚或胃腑发生恶变。

曹志群^[30]认为湿热毒互结是慢性萎缩性胃炎发病的重要因素,提出中焦脾胃湿热常与饮食积滞相合为患,因此治疗上除采取清热化湿之法,还辅助消食导滞和胃之药,亦不忘记顾护胃气和预防伤阴。顾庆华^[31]提出CAG的主要病机是湿热阻滞中焦脾胃,总的治疗原则是清热化湿,强调治疗时要分清湿热轻重予以对症处理。吴滇^[32]认为湿热毒邪是引起慢性萎缩性胃炎发病的常见病因,治疗上予以清化湿热。田耀洲^[33]在辨治CAG时注重湿邪的致病作用,提出气虚为该病之本,而湿瘀为本病之标,治疗上应采取益气运脾、祛湿通络的方法。王春生^[34]认为慢性萎缩性胃炎最常见于脾虚湿盛,提出本病多由饮食不当所引发,治疗上除了采取清热化湿,还重视调节饮食护理等。丁平^[35]认为CAG主要是由于湿热阻滞中焦引起脾失健运而发病,临床中采取清热利湿法治疗慢性萎缩性胃炎取得了显著疗效。

2 辨证分型

辨证论治是中医学认识疾病和处理疾病的基本原则,是临床中医师实施治疗方案的主要依据。众医家以中医学理论为基础,根据慢性萎缩性胃炎患者的不同病情,并结合自己治疗慢性萎缩性胃炎的经验,运用辨证分型治疗CAG在临床中取得了显著疗效。

中华中医药学会脾胃病分会^[36]颁布实施的《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》(2009年深圳)将CAG分为肝胃气滞型、肝胃郁热型、脾胃虚弱型、脾胃湿热型、胃阴不足型和胃络瘀血型等6个证型,并提出以上证型分别予以柴胡疏肝散、化肝煎合左金丸、黄连温胆汤、六君子汤、沙参麦冬汤和丹参饮合失笑散治疗。安贺军等^[37]通过对患者病情的辨析将172例CAG患者辨证分为以下4个证型,即肝脾失调证、胃络瘀血症、胃阴亏虚证和脾胃虚寒证,研究发现胃络瘀血症患者发生肠上皮化生和异型增生情况较其它证型显著。黄大未等^[38]通过对89篇相关文献资料统计分析发现CAG证型在我国南北方存在差异,北方以肝胃不和型、胃络瘀血型 and 脾胃虚弱型3种证型最多见,而我国南方以脾胃湿热型、脾胃虚弱型和胃阴不足型3个证型最常见,并得出气候环境及饮食习惯等因素对慢性萎缩性胃炎的发生和发展有着重要影响。赵晓丹等^[39]运用现代统计学方法根据患者病情将431例CAG患者辨证分为肝胃郁热型、脾胃湿热型、胃络瘀血型、肝胃气滞型、胃阴不足型和脾胃虚弱型共6个证型,研究得出胃阴不足型和胃络瘀血型患者胃黏膜发生肠上皮化生的概率最高,而脾胃湿热型和肝胃郁热型患者幽门螺杆菌感染率最高。徐珊^[40]根据临床治疗CAG经验将其分为肝胃不和型、胃络瘀血型、脾胃湿热型、脾胃虚弱型和胃阴不足型5个证型,治疗上注重和胃理气法及活血化瘀法的运用。孟建宇等^[41]运用现代医学科学技术并结合中医学理论将170例CAG患者分为肝郁气滞证、肝胃郁热证、脾胃湿热证、胃络瘀阻证、胃阴不足证和脾胃虚寒证等6个证型,通过统计分析发现慢性萎缩性胃炎患者实证比较多见,其中肝郁气滞证和脾胃湿热证患者发生恶变率高于其它证型。

3 总结与展望

慢性萎缩性胃炎是临床中常见的消化系统疑难疾病,CAG已经是世界公认的胃癌前状态,因此本病受到了人们

的高度关注。西医目前尚没有治疗慢性萎缩性胃炎的特效药物,主要采取对症支持处理等措施。慢性萎缩性胃炎在中医学属于“痞满”、“胃脘痛”等范畴,常因外邪侵袭、饮食失节、情志失调和脾胃虚弱等因素导致中焦气机不利、脾胃升降功能失职而发病。CAG病位主要在胃腑,与脾脏和肝脏关系密切相关。病性属于本虚标实、虚实夹杂,脾胃虚弱为发病之本,气滞、血瘀、湿热为发病之标。近年来,中医中药以其独特的优势在改善患者临床症状、提高患者生活质量、降低病情复发率以及降低CAG发生恶变率等方面取得了显著疗效。

中医中药在对慢性萎缩性胃炎的临床研究方面尚存在一些不足之处:①缺少大样本量、前瞻性的临床研究;②慢性萎缩性胃炎为慢性疾病,其复发率和恶变率均比较高,临床中疾病诊断、辨证分型及疗效判定缺少统一规范的标准;③慢性萎缩性胃炎为慢性疾病,其复发率和恶变率均比较高,临床中缺少对治疗后患者的长期随访研究;④缺少中医中药在防治慢性萎缩性胃炎方面的相关机理研究。因此,开展前瞻性、大样本量和对治疗后患者做长期随访的临床研究与制定规范统一的疾病诊断、辨证分型和疗效判定标准以及开展对中医中药在防治慢性萎缩性胃炎的机理研究应该是今后开展有关慢性萎缩性胃炎研究工作的重点。

参考文献

[1] 莫剑忠,江石湖,萧树东.江绍基胃肠病学[M].2版.上海:上海科学技术出版社,2014:155-156.
[2] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
[3] 中华中医药学会.慢性胃炎诊疗指南[S].中国中医药现代远程教育,2011,9(10):123-125.
[4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J].中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-739.
[5] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2013,18(1):24-25.
[6] 吕林,王静,罗仕娟,等.黄穗平治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].广州中医药大学学报,2014,31(6):1002-1004.
[7] 裘秀月,徐珊.徐珊治疗慢性萎缩性胃炎常用五法述要[J].中华中医药学刊,2013,31(4):874-875.
[8] 许波,叶柏.叶柏治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河南中医,2013,33(6):861-862.
[9] 朱昱翎,白宇宁,张润顺,姚乃礼.姚乃礼辨治慢性萎缩性胃炎癌前病变经验[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(4):410-412.
[10] 安振涛,苏克雷,徐婷婷,朱方石.朱方石教授慢性萎缩性胃炎证治观探析[J].时珍国医国药,2015,26(5):1226-1227.
[11] 葛来安,付勇,吕国雄,等.何晓晖教授论治慢性萎缩性胃炎经验探析[J].南京中医药大学学报,2015,31(3):283-287.
[12] 冯文亮,马卫国,田德禄.田德禄中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].北京中医药,2015,34(9):700-702.
[13] 段永强,王道坤.王道坤教授从“脾胃失调”论治慢性萎缩性胃炎病机要素分析[J].时珍国医国药,2014,25(7):1715-1717.
[14] 安贺军,张波,郭雁冰,等.172例慢性萎缩性胃炎患者体质类型分析[J].成都中医药大学学报,2015,38(2):62-64.
[15] 燕东,王少丽,白宇宁,等.基于络病理理论探析慢性萎缩性胃炎的中医病机[J].中医杂志,2015,56(15):1282-1285.

[16] 孙心,沈洪.沈洪治疗慢性萎缩性胃炎经验拮据[J].浙江中医药大学学报,2015,39(5):345-347.
[17] 王丽华,单兆伟.单兆伟慢性萎缩性胃炎诊疗经验浅探[J].辽宁中医杂志,2015,42(6):1194-1195.
[18] 王开成,崔金海.崔金海治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].四川中医,2013,31(6):13-14.
[19] 赵彦,郑彩华.郭光业治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河北中医,2014,36(4):490-491.
[20] 张书瑶,姜树民.姜树民治疗慢性萎缩性胃炎伴非典型增生经验[J].辽宁中医杂志,2014,41(5):854-855.
[21] 陈瑶,张学智.张学智教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].时珍国医国药,2015,26(6):1502-1503.
[22] 刘玉婷,郝微微,厉娜娜,等.郝微微辨治慢性萎缩性胃炎临床经验[J].辽宁中医杂志,2015,42(10):1853-1854.
[23] 王健,白兆芝.白兆芝辨治慢性萎缩性胃炎经验[J].中医杂志,2012,53(2):101-103.
[24] 王萍,唐旭东.唐旭东教授治疗慢性萎缩性胃炎用药经验数据挖掘分析[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2013,20(1):25-30.
[25] 李竞,李初谊,王煜.王自立教授治疗肝郁脾弱型慢性萎缩性胃炎经验举隅[J].西部中医药,2014,27(3):53-54.
[26] 马丽,王静滨.谢晶日教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J].中国医药导报,2015,12(25):90-92.
[27] 田亚婷,谢青,李成纲.李成纲辨治慢性萎缩性胃炎经验探析[J].山西中医,2014,30(5):6-7.
[28] 展慧慧,王春生.王春生从肝脾论治慢性萎缩性胃炎经验[J].陕西中医,2015,36(2):211-213.
[29] 龚理,彭万枫.金洪元治疗慢性萎缩性胃炎临症经验[J].时珍国医国药,2013,24(11):2784-2785.
[30] 刘婷,曹志群.曹志群论治慢性萎缩性胃炎的经验[J].江苏中医药,2013,45(3):15-16.
[31] 黄栋,刘小丽,顾庆华.顾庆华教授从湿热论治慢性萎缩性胃炎经验[J].中医药导报,2012,18(3):11-12.
[32] 李蕾,吴滇.吴滇治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].浙江中西医结合杂志,2012,22(6):419-420.
[33] 张伟,田耀洲.田耀洲论治慢性萎缩性胃炎经验撷英[J].江苏中医药,2012,44(6):13-15.
[34] 王佳,王春生.王春生治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].北京中医药,2014,33(5):355-357.
[35] 丁平.清热利湿法治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎36例[J].中医临床研究,2012,4(16):17-19.
[36] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J].中医杂志,2010,51(8):750-751.
[37] 安贺军,张波,郭雁冰,等.172例慢性萎缩性胃炎中医证候学研究分析[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(2):156-158.
[38] 黄大未,杨晋翔,魏玥,等.中国南北方地区慢性萎缩性胃炎中医证候对比研究[J].北京中医药大学学报,2013,36(11):783-785.
[39] 赵晓丹,孙静晶,周斌.慢性萎缩性胃炎中医证型分布规律[J].环球中医药,2015,8(1):18-21.
[40] 刘云霞,徐珊.徐珊教授治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J].中华中医药学刊,2011,29(6):1206-1207.
[41] 孟建宇,谭杰,郭玉婷,等.慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜中医微观辨证与癌前病变特征分析[J].中医杂志,2015,56(15):1307-1310.