◆思路方法◆

基于推陈致新理论辨治慢性萎缩性胃炎

罗浩雯[1]，王海燕[2]，万文琴[1]，上官巧怡[1]，李雪[1]

1. 广州中医药大学第七临床医学院，广东 深圳 518000；2. 深圳市宝安区中医院，广东 深圳 518100

［摘要］慢性萎缩性胃炎（CAG）的发生发展因久病入络而虚实夹杂，病情复杂。推陈致新法即通过多种方式祛除机体病理物质，同时益气护胃恢复机体的正常生理功能，从而达到生新血、生新络、生新物的作用。笔者认为CAG多为气虚气滞、痰浊瘀血互结的虚实夹杂之证，治疗宜以推陈致新理论为核心思想，针对具体病理机制分别施以疏肝和胃、逐瘀通络、化痰祛湿诸法以清除内蕴诸邪，促进胃黏膜及其功能恢复；同时通过益气护胃法恢复机体功能，促进体内病理物质的清除，从而使新膜重生。

［关键词］慢性萎缩性胃炎；久病入络；气虚气滞；痰瘀互结；推陈致新；中医药疗法

［中图分类号］R573.3+2 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）22-0153-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.22.028

Syndrome Differentiation and Treatment of Chronic Atrophic Gastritis Based on the Theory of Eliminating the Old and Generating the New

LUO Haowen[1], *WANG Haiyan*[2], *WAN Wenqin*[1], *SHANGGUAN Qiaoyi*[1], *LI Xue*[1]

1. The Seventh School of Clinical Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen Guangdong 518000, China; 2. Shenzhen Bao'an Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen Guangdong 518100, China

Abstract: Chronic atrophic gastritis (CAG) is a complex condition characterized by a mixture of deficiency and excess due to the prolonged illness affecting the collaterals. The eliminating the old and generating the new method aims to remove pathological substances from the body through various means while replenishing qi and protecting the stomach to restore normal physiological functions, thereby achieving the effects of generating new blood, new collaterals, and new tissues. The authors believe that CAG is often a syndrome of mixed deficiency and excess, characterized by qi deficiency and stagnation, and the intermingling of phlegm, turbidity, and blood stasis. Treatment should be centered on the theory of eliminating the old and generating the new, targeting specific pathological mechanisms with methods such as soothing the liver and harmonizing the stomach, removing blood stasis and unblocking the collaterals, and resolving phlegm and eliminating dampness to eliminate internal pathogens and promote the recovery of gastric mucosa and its functions. At the same time, replenishing qi and protecting the stomach helps to restore bodily functions and facilitate the removal of pathological substances, thus allowing the regeneration of new membranes.

Keywords: Chronic atrophic gastritis; Prolonged illness affecting the collaterals; Qi deficiency and stagnation; Intermingling of phlegm and blood stasis; Eliminating the old and generating the new; Chinese medicine therapy

［收稿日期］2025-05-06
［修回日期］2025-08-15
［基金项目］深圳市宝安区中医院资助项目（BAZYY20200606）；深圳市宝安区中医院创新转化项目（2024CZZHMS09）
［作者简介］罗浩雯（2000-），女，2023级在读硕士研究生，E-mail：1369513105@qq.com。
［通信作者］王海燕（1977-），女，教授，主任医师，E-mail：6838260@qq.com。

慢性萎缩性胃炎(CAG)是以胃黏膜固有腺体减少为特征性表现，伴或不伴有肠化生的慢性消化道疾病，其癌变率高达10%[1]。现代医学治疗CAG除根除幽门螺杆菌(Hp)外，尚无针对CAG的特效药物。CAG属于中医学胃痛、痞满等范畴，中医药可通过增强胃黏膜屏障功能、消除胃黏膜病理因素，发挥抗炎、改善肿瘤形成内环境等作用，从而延缓或逆转CAG“炎-癌”转化的进程。王海燕(以下简称王老师)是深圳市宝安区中医院中医内科主任医师，亦是国医大师梅国强教授师承继承人，长期从事慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、反流性食管炎、结肠炎等消化系统疾病的研究。王老师通过挖掘中医古籍以及现代医学研究进展，临床中发现推陈致新理论用于指导CAG的治疗颇为合适。CAG的病程较长，其发生与血液高黏、高凝状态关系密切，其中起主导作用的是胃黏膜间质血管内皮细胞异常增生，这与中医学“久病入络”所形成的病理物质相似，故需“推陈”；而血管内皮细胞增大、数量增多乃至阻塞，可导致有效血液循环减少，局部组织营养不良、氧供不足，进而引发胃腺局限性萎缩[2]，使机体功能失常，故需“致新”。王老师将推陈致新法用于临床治疗CAG，获效满意。现将推陈致新法新内涵及其治疗CAG的具体应用阐述如下。

1 推陈致新理论内涵

1.1 推陈致新理论溯源 推陈致新的哲学根基及其早期理论雏形，始于《周易·系辞》“日新之谓盛德”的论述，其构建了“除故纳新”的宇宙运动法则，奠定了“推陈”与“致新”的辨证关系。《素问·五脏别论》则以“六腑传化物而不藏”定义腑气“以通为用”的特性，提出“不通则陈积，通降则新生”的病理转化链，由此形成推陈致新理论的生理与病理模型。随着这一思想的逐渐深化，其临床应用也渐次展开。如孙思邈在《千金方》中提出“陈垢不去，新血不生”，将瘀血、痰饮等病理产物归为“陈滞”，并创制桃红四物汤等活血推陈方剂；朱震亨在《格致余论》中以“郁则壅滞，发则通达”阐释气机郁结与推陈致新的关联，其所创越鞠丸以“五药解六郁”实现多维度通陈；李杲在《脾胃论》中构建“脾升胃降”气机模型，提出“中焦如沤，陈腐去则清气升”，凸显了脾胃在推陈致新法中的重要作用。

现代研究进一步阐释了推陈致新法的应用及有效性，如大黄素通过激活Nrf2-ARE通路，加速细胞内毒素及代谢废物的清除(推陈)，同时增强细胞抗氧化应激能力以维持正常生理功能(致新)；又如黄连解毒汤调控PPARγ信号通路加速脂质代谢(推陈)，改善细胞能量供应及内环境稳态(致新)。二者从分子层面印证“推陈致新”在细胞代谢与应激调节中的生化机制。大承气汤则通过调节肠道菌群中Firmicutes/Bacteroidetes比值，增加丁酸合成菌丰度，既促进肠黏膜修复与屏障功能重建(致新)，又加速内毒素等病理产物清除(推陈)，实现“菌-肠-轴”双向协同干预。

早期理论中，《黄帝内经》以“六腑传化物而不藏”为核心，聚焦“生理性排泄”，治法多以通利二便为主，尚未形成“推陈”的多元方法；朱丹溪“六郁”理论虽将病理产物归类为气、血、痰等独立范畴，却未阐明其相互影响、交织之复杂关联。而现代医家的研究往往聚焦于“推陈”或“致新”的单一维度，缺少对两者之辨证关系及协同运用的阐释。

推陈致新并非单纯等同于益气祛瘀，其更多适用于病程迁延、病情虚实错杂的久病阶段。久病状态下，机体脏腑经络功能受损，病初起多以气滞为始，迁延日久则易滋生血瘀、痰浊等多种病理产物，若不采用多元方法来“推陈”，祛除这些积滞的病邪，则难以实现“致新”，可见“推陈”是“致新”的基础。致新在这里更是反映了一种有益物质生发的状态，“新”有“新血、新络和新物”之属[3]，从而促进身体各项机能的恢复。“推陈”“致新”二者共同体现了“祛邪不伤正，扶正不留邪”的中医平衡观。

1.2 不“推陈”无以“致新” 如上所述，“推陈致新”多适用于病程日久、病情虚实错杂之证。叶天士于《临证指南医案》中强调：“久发频发之恙，必伤及络，络乃聚血之所，久病必瘀闭。”指出久病可损伤血络，血络瘀堵出现气滞血瘀(痰浊)。气滞则推动无力，血瘀痰浊等病理物质作为有形实邪，阻碍气血运行，进一步加重脏腑气滞血虚的状态。因此，“推陈”是“致新”的基础，不“推陈”无以

“致新”，正如《血证论》所言：“顾旧血不去，新血断然不生。”

“推陈”可以理解为疏通郁结不畅、清除机体内久病所生陈腐之物，其中关键则是调治气机瘀滞。王老师在临证中，尤其推崇李杲的“脾升胃降”理论，认为脾胃为气机升降中枢，在“腑气以通为用”（《黄帝内经》）的基础上，适当辅以升提脾气之品，使以脾胃为中枢的气机运行通畅。并在上述基础上，若有瘀者加用活血化瘀，痰浊者加用健脾化痰，化热者辅以清热凉血，则“陈”得以祛除，“新”得以生发。

1.3 “致新”加快“推陈” 通过对既往理论的梳理与探索，笔者发现“致新”之“新”不应仅局限于“新血”，还应该涵盖“新络”与“新物”。如在CAG中的“新物”即可理解为胃黏膜之“新膜”。当“陈”者去，有形病理产物对气机的阻碍解除，脏腑功能逐步恢复，尤其是作为气机中枢的脾胃功能可恢复健运。脾胃健运则可化生充足的水谷精微，既为生成新血奠定物质基础；又能通过充足的精微供应滋养络脉，促进络脉再生；更可化生充沛精气——一方面持续祛除对人体有害的“陈腐”，另一方面通过气血津液的输布濡养形体，催生新的组织形态，即生新物（胃黏膜）。这正契合五行学说中“土爰稼穑”的内涵，实质揭示了脾胃“腐熟水谷→化生精微→排泄糟粕”的动态循环逻辑。

“致新”更体现为一种主动促成的过程，并非仅靠“推陈”就能实现“致新”。久病多虚，在这种情况下，如果只注重“推陈”而忽视“致新”，则机体只会愈加虚弱，无力“推陈”。因此，除了上述的“推陈”之法外，在用药上需兼顾“致新”。对气虚明显者加用健脾益气之品，对血虚者可以酌情加入补血药物。气血充足则推动有力，可以加速体内陈腐之物的消散。反之，若忽视“致新”，片面认为“推陈”即可自然“致新”，则会导致陈腐之物祛除较慢，易致病情更趋虚实夹杂、缠绵难愈。正如《傅青主女科》所云：“新血不生，旧血不散”“新血既生，则旧血难存。”

2 “推陈致新”法在CAG的应用

2.1 CAG多为气虚气滞、痰浊瘀血互结的虚实夹杂之证 大多数医家认为，CAG的发生发展主要与脾胃虚弱、情志不调相关。如王垂杰教授[4]认为，CAG多因饮食无度损伤脾胃，脾胃虚弱不能运化水谷精微，胃失濡养则黏膜萎缩。闫清海教授[5]认为CAG为本虚标实之证，本虚为脾胃气虚，运化无力；标实为湿热壅阻中焦，或肝郁气滞、肝胃不和，气血运行不畅。王老师则认为，“初病气结在经，久病血伤入络”“久病入络”是CAG发生发展的重要因素。“久病入络”被认为是疾病发展到后期侵袭脏腑阴络的阶段，而CAG的发病进程与之高度契合。CAG发病初期症状轻、病情浅、病位局限，随病程迁延至后期，可渐现气血亏虚、机体虚弱之状，其演进路径为“正常胃黏膜-浅表性胃炎-萎缩性胃炎-肠上皮化生-异型增生（中重度）-胃癌”，与“久病入络”理论相契合。此理论强调，随着病程延长、邪气深伏络脉，可导致气血运行障碍、络脉瘀阻，进而使机体变生他症，这一认识亦与现代医学之萎缩性胃炎存在微循环障碍理论相契合。

胃作为多气多血之腑，本身易滞易瘀，极易产生病理物质、陈腐之物。加之CAG久病入络，病邪缠绵，持续消耗人体正气，脾胃功能也会逐渐减弱，导致脾虚；脾虚失于运化，则气血相对较弱，脏腑功能失调，气机宣降失常而气滞；气机郁滞，血液流动受阻，久之则停滞成瘀。正如《素问》云：“气行则血行，气滞则血瘀。”气机运动也影响津液的输布，若气滞，则津液代谢障碍，停聚为痰。《丹溪心法》云：“痰之为物，随气升降，无处不到。”气滞日久，血行瘀阻，瘀血阻碍津液输布，湿聚成痰；痰浊又可阻滞气机，加重气滞血瘀，形成“气虚气滞、痰瘀互结”的病理状态。瘀、痰等多种病理产物不断侵袭损伤并长期瘀积于络脉，日久虚实兼杂，虚而致实，实而致虚，使病情反复，难以痊愈。

2.2 治疗上需“推陈致新” CAG“久病入络”易滋生气滞、瘀血、痰浊等病理物质。气滞则气血运行不畅，新血难以生成，而旧血积久难除[6]，导致CAG的发生发展；血瘀可导致腺体萎缩、肠上皮化生及异形增生，是胃癌前疾病进展的重要危险因素[7]。血脉瘀阻，气血失和，胃黏膜失于濡养，局部黏膜缺血，进一步加重胃黏膜向萎缩、肠上皮化生的改变。瘀血阻滞体内，经久不消，脏腑失于濡养，气化无力，以致新血化生缓慢，反致血虚。痰湿阻

滞体内，伤脾碍胃，气机壅滞，致血液黏稠，在脉道中瘀积，脉道阻滞不通[8]，终致阴阳俱损，中气更虚，气血不荣则黏膜萎缩更甚。故CAG的发生发展呈现“因虚致实、因实致虚、虚实夹杂”的病理特点，治疗上宜以“推陈致新”为核心法则，祛除病理产物及恢复正气双管齐下。

综上，治疗CAG当以疏肝和胃、逐瘀通络、化痰祛湿为法，祛除机体内气滞、瘀血、痰浊等病理物质，使全身气血调畅、经络通利。此举既能促进人体气血津液正常化生、脏腑功能恢复，为新血生成奠定物质基础，更能直接推动胃黏膜及其功能的修复，属“推陈”以“生新”的范畴。同时，CAG患者因久病致脾胃之气亏虚，消化功能减弱，纳食难化而气血生化乏源、元气亏虚，进而表现为胃黏膜屏障功能减弱[9]；且脾胃虚弱、脾营失调所引发的能量代谢障碍，与CAG向胃癌前病变进展密切相关[10]。胃体失于濡润则逐渐枯败，导致固有腺体萎缩，黏膜变薄[11]，故需同步施以益气护胃之法，通过“致新”促进胃黏膜正常生理功能及机体整体功能的恢复，从而增强“推陈”之力，形成“推陈”与“致新”的协同效应。

2.3 用药特色

2.3.1 疏肝和胃以行气 肝胃同居中焦，共为气机升降的枢纽，治疗需立足肝胃同治以调畅气机，使肝木条达、胃气和降。对于气滞轻证者，可选用木香、香附、佛手等；若气滞重者，可选用柴胡、青皮、川芎、延胡索、郁金等。其中柴胡善升肝木而行胃气以“推陈致新”，疏解胃中诸般郁滞，激活胃黏膜腺体的功能、遏制其萎缩趋势，精准契合CAG的病理发展趋势；若气滞兼见血瘀者，可选用牡丹皮、川芎、郁金、莪术、枳实等，通过破气活血使肝气得舒，血行通畅，瘀血自除，新血自生。有研究表明，青皮与郁金配伍有行气解郁之功[12]，既调节患者的情绪状态，又可防止情绪剧烈波动引发肝气犯胃，从而延缓CAG的病情进展。

2.3.2 活血化瘀以生新 临床上用醋莪术破瘀通络以生新。莪术性温，味辛、苦，归肝、脾经，具有行气破血、消积止痛之功，常用于治疗癥瘕痞块、瘀血经闭、食积胀痛等[13]。《本草经疏》认为“蓬莪术行气破血散结，是其功所长”，指出莪术善破气中血滞的特性——能改善微循环、增加血流量，缓解组织缺血缺氧状态，进而促进炎症的吸收、萎缩腺体恢复及肠化、异型增生消退。现代研究显示，莪术中的活性成分莪术醇、β-榄香烯、姜黄素可通过直接细胞毒作用、抑制肿瘤细胞增殖等多途径发挥抗癌作用[14]；而活血化瘀药（包括莪术）能改善微血管血流状态、调节毛细血管的通透性、减轻组织缺氧、减少微循环阻力，为胃黏膜炎症吸收和腺体复生提供有利条件[15]，这也为醋莪术“破瘀通络以生新”的临床应用提供了药理学依据。

2.3.3 化痰祛湿以通络 《素问·至真要大论》云：“湿淫于内，治以苦热，佐以酸淡，以苦燥之，以淡泄之。”因太阴湿气偏胜，故治疗宜使用温阳化湿、苦味燥湿之法，以通络促生新。常用法半夏、砂仁、豆蔻、广藿香等辛温之品，入脾胃经而能辛温宣透、芳香化湿；陈皮、厚朴属辛苦温之品，既以辛温行气除胀，又凭苦温燥湿化痰；旋覆花味辛、苦、咸而性温，辛开温通可消痰浊，苦降胃气能止呕噫，咸味软坚以除痞满。现代药理研究表明，厚朴中厚朴酚、和厚朴酚等酚类成分，具有抗氧化、抗病毒、抗肿瘤、抗炎镇痛等多种药理学活性[16]；陈皮则在促进肠胃蠕动和抑制平滑肌收缩方面呈现双向调节作用[17]，这种特性可以通过影响消化器官分泌或直接作用于肠平滑肌，调节胃肠功能的动态平衡。

2.3.4 益气护胃促血行 在应用“推陈”药物的同时，可辅以白术、茯苓、山药等健脾益气之品。这些药物充养脾胃之气以助元气生发，脾胃健运则气血生化有源，气血充盛既可以促进血行通畅，又能推动机体代谢功能恢复，从而增强病理物质的祛除之力。吉跃进等[18]认为，健脾益气类中药对CAG的病情控制和治疗具有重要意义，其作用机制涵盖消炎、保护修复胃黏膜、改善免疫功能、调节信号通路及细胞增殖凋亡等多个方面。胃炎-癌转化过程中，此类中药还能提高线粒体Na^+-K^+-ATP酶活性、增强线粒体能量代谢、维持细胞内环境稳定[19-20]。

在补益脾气的同时，也应当重视对胃黏膜屏障的保护——胃黏膜结构的完整性与功能的稳定性，是维持胃正常生理功能的基础[21]。在用药上，可选用制酸护膜药物以中和胃酸，防止胃酸过多腐蚀胃黏膜，如炒稻芽、海螵蛸、瓦楞子等，既能顾护胃气，

又可制酸止痛。有研究表明，海螵蛸可通过抑制胃酸分泌、促进碳酸氢盐分泌、增加胃组织保护因子含量、促进前列腺素E_2合成等，增强胃黏膜防御功能，空腹服用即可达到抗溃疡作用[22]。此外，在饮食方面亦需注意避生冷肥腻之品以休养脾胃，可适当食用米糊、山药、芝麻糊等易于消化且保护胃黏膜的食物。

3 病案举例

张某，女，61岁，2024年2月3日初诊。主诉：胃痛不适数天。既往外院行内镜组织活检检查与诊断：（胃窦）慢性炎症（+）；活动性（0）；萎缩（+）；肠化（+）；Hp（0）；异型增生（无）。现症见：胃脘部胀痛不适，恶心欲吐，口苦口黏，纳欠佳，眠一般，大便每天行1次，舌偏红、苔白略厚，脉浮。西医诊断：CAG。中医诊断：胃痞，肝郁湿热证。治以疏肝和胃、清热利湿、活血祛瘀。处方：柴胡5 g，黄芩10 g，法半夏10 g，瓜蒌10 g，黄连10 g，麸炒枳实25 g，焦栀子10 g，淡豆豉10 g，当归10 g，海螵蛸15 g，土茯苓20 g，土牛膝10 g，旋覆花15 g，醋延胡索15 g，蒲公英15 g，醋莪术10 g，姜黄10 g。共7剂，每天1剂，水煎服。

2024年2月15日二诊：患者胃脘部胀痛感较前减轻，偶有泡沫痰，胃纳尚可，二便调，舌偏红，苔白略厚，脉浮。在前方的基础上去柴胡、枳实、焦栀子、淡豆豉，加麸炒白术10 g，姜厚朴25 g，茯苓20 g。共14剂，每天1剂，水煎服。

2024年3月5日三诊：患者偶有胃脘部不适，偶有恶心感，二便调，眠正常，舌偏红、尖红，苔白厚，脉沉弦。在前方的基础上去白术、蒲公英、当归、姜黄，加五指毛桃20 g，青蒿10 g，炒稻芽10 g。共14剂，每天1剂，水煎服。

2024年4月1日四诊：患者胃脘部胀痛症状改善明显，三诊方改为散剂服用3个月巩固疗效。后于2024年8月回访，诉胃镜复查结果为慢性非萎缩性胃炎伴糜烂，胃脘部胀痛不适感仅有偶发，无诉其余不适。

按：患者为中老年人，CAG病程日久，久病入络，日久血瘀内生，加之平素多思多虑致肝气不舒，又因岭南地区天气湿热偏盛，常食油腻甜腻食物之物，实邪外侵与内伤相兼，络脉受损。此时络脉抗邪无力，机体虚弱，气血津液运化失常，终致形成气滞、血瘀、痰阻等病理物质。初诊时，投柴胡、枳实、醋延胡索行气疏肝以解郁结，醋莪术破瘀通络以生新，土茯苓、土牛膝清热祛湿以除邪滞，旋覆花辛开温通以消痰浊、通脉道。以上药物作“推陈”之用，为后续“致新”奠定基础。二诊时，加厚朴添燥湿化痰之功，麸炒白术健脾益气以助运化，三诊用岭南常用草药五指毛桃益气补虚、健脾化湿，配炒稻芽顾护胃气。以上药物则行“致新”之功，通过促进机体生理功能恢复，进一步加快“推陈”进程。全方共奏疏肝和胃、逐瘀通络、祛湿化痰、顾护脾胃之功，收效斐然。

4 结语

CAG的发生发展不只是单纯的因虚致实或是因实致虚，而是久病迁延入络化生气滞、血瘀、痰浊等病理物质，病理物质又长期阻滞胃络，致机体虚弱，新物不生，虚实夹杂，病情复杂。“推陈致新”之法并不是单纯的益气或祛瘀，而是通过多元方式疏通郁结、清除机体内久病所滋生的陈腐之物，同时辅以补益正气以维持机体正常功能代谢，两者协同促进，密不可分。治疗CAG时，需以“推陈致新”为原则，结合患者不同体质、不同症状，一方面以疏肝和胃、逐瘀通络、化痰祛湿等法祛除病理物质，既达“推陈”之用，又促进新血生成，为“致新”奠定基础；另一方面注重补益正气、顾护脾胃，以恢复胃络及机体正常生理功能，实现“致新”之效，加快“推陈”进程，使瘀祛络通、气血平和、新血充盈、新膜再生，这对于改善CAG患者症状和预后具有重要意义。

［参考文献］

[1] YANG G T, ZHAO H Y, KONG Y, et al. Correlation between serum vitamin B12 level and peripheral neuropathy in atrophic gastritis[J]. World J Gastroenterol, 2018, 24(12): 1343-1352.

[2] 何文波，高国林，候姝，等. 大鼠慢性萎缩性胃炎时粘膜血管病变与胃癌的关系[J]. 世界华人消化杂志，1999，2(2)：130-131.

[3] 王海燕，邱幸凡，张六通，等.“祛瘀生新”内涵及机理探讨[J]. 中医药学刊，2006，24(8)：1493-1495.

[4] 陈晓宝，李玉锋，王垂杰，等. 王垂杰教授运用治胃八法治疗慢性萎缩性胃炎经验[J/OL]. 实用中医内科杂志，1-7[2025-03-25]. https://link.cnki.net/urlid/21.1187.R.20250206.1043.004.

[5] 王萍，闫清海. 闫清海教授辩治慢性萎缩性胃炎疾病的经

验[J/OL]. 中华中医药学刊，1-7[2025-03-25]. https://link.cnki.net/urlid/21.1546.r.20250113.1110.004.
[6] 张硕，张庆祥. 张珍玉从肝论治脾胃病经验探析[J]. 辽宁中医杂志，2022，49(7)：41-44.
[7] 李杰. 从血管新生角度探讨健脾法与活血法对胃癌前病变转归的影响作用研究[D]. 西安：第四军医大学，2010.
[8] 刘敏. 叶天士通络法治疗瘀阻脉络型胃痛理论探讨[J]. 西部中医药，2021，34(10)：65-67.
[9] 朱昱翎，白宇宁，姚乃礼. 从“脾虚络阻毒损”认识胃癌前病变胃黏膜屏障损伤及其辨治思路[J]. 中医杂志，2013，54(10)：817-820.
[10] 王阳，王萍，李中玉，等. 基于“脾藏营”理论探析胃癌前病变与能量代谢障碍的关系[J]. 北京中医药，2024，43(1)：62-65.
[11] 高婧，范淑月，倪钰莹，等. 国医大师王庆国时相辨证辨治慢性萎缩性胃炎[J]. 长春中医药大学学报，2023，39(7)：728-731.
[12] 马清华，刘芳芳，王捷虹. 疏肝和胃汤加减联合常规西药方案治疗慢性萎缩性胃炎肝气犯胃证的效果及对miR-26a、miR-32表达的影响[J]. 临床医学研究与实践，2024，9(8)：117-120.
[13] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典：一部[M]. 北京：中国医药科技出版社，2015：274-275.
[14] 王宏虹，刘华钢，刘丽敏. β-榄香烯抗肿瘤作用机制研究概况[J]. 药物评价研究，2009，32(2)：140-143.
[15] 陈晨，刘倩，高华. 活血化瘀药药理作用研究进展[J]. 中国药事，2011，25(6)：603-605.
[16] 谭珍媛，邓家刚，张彤，等. 中药厚朴现代药理研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2020，26(22)：228-234.
[17] 龚远翔，严鑫，曾逸佳，等. 陈皮化学成分与药理活性研究进展[J]. 广东化工，2024，51(20)：96-97.
[18] 吉跃进，沈洪，朱磊. 中药治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J]. 中华中医药学刊，2021，39(5)：166-170，289.
[19] 田依冰，李中玉，温艳东. 从脾与能量代谢认识慢性胃炎“炎-癌转化”发生机制[J]. 世界中医药，2023，18(19)：2786-2789.
[20] 费文婷，侯燕，王玉杰，等. 玛咖性温健脾及对脾虚小鼠线粒体能量代谢酶的影响[J]. 北京中医药大学学报，2018，41(7)：559-566.
[21] 张艳，曹瑞岗，张锐，等. 中医药保护胃黏膜的作用及机制研究现状[J]. 世界科学技术-中医药现代化，2018，20(5)：804-809.
[22] 刘麟，李京生，鞠海. 海螵蛸在制酸止痛应用中不同服药方式验案举隅[J]. 中国民族民间医药，2018，27(2)：82-84.

[责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)]