◆名医传承◆

党中勤治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍

李波，朱沛文，梁志涛 指导：党中勤

河南省中医院肝胆脾胃病科，河南 郑州 450002

［摘要］介绍党中勤教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验。党中勤教授认为，慢性萎缩性胃炎的核心病机为虚瘀互结、本虚标实，治疗上主张健脾益气固其本、化瘀通络祛其标、调和肝胃畅其枢、滋阴润燥复其阴四法并举，创健脾化瘀愈萎方，辨证施治，随症化裁。

［关键词］慢性萎缩性胃炎；健脾益气；化瘀通络；调和肝胃；滋阴润燥；健脾化瘀愈萎方；党中勤
［中图分类号］R249；R573.3+2 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）22-0187-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.22.034

Introduction to DANG Zhongqin's Experience in Treating Chronic Atrophic Gastritis

LI Bo, ZHU Peiwen, LIANG Zhitao Instructor: DANG Zhongqin

Department of Gastroenterology and Hepatology, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou Henan 450002, China

Abstract: This article introduces Professor DANG Zhongqin's clinical experience in treating chronic atrophic gastritis. Professor DANG contends that the core pathogenesis of chronic atrophic gastritis involves the deficiency blended with blood stasis, with deficiency as the root and excess as the manifestation. The treatment strategy emphasizes applying four treatment methods simultaneously: invigorating the spleen and replenishing qi to consolidate the root, resolving blood stasis and unblocking collaterals to eliminate the manifestations, harmonizing the liver and stomach to facilitate the pivot, and nourishing yin and moistening dryness to restore yin. He formulated the Jianpi Huayu Yuwei Prescription and applies it with syndrome differentiation and tailored modifications based on symptoms.

Keywords: Chronic atrophic gastritis; Invigorating spleen and replenishing qi; Ressolving blood stasis and unblocking collaterals; Harmonizing the liver and stomach; Nourishing yin and moistening dryness; Jianpi Huayu Yuwei Prescription; DANG Zhongqin

党中勤为第六批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师、河南省首届名中医。党中勤教授深耕中医临床与科研近40载，学贯古今而守正创新，既精研《黄帝内经》《伤寒杂病论》等经典奥义，又融汇现代医学诊疗技术，形成了“衷中参西、病证结合”的独特学术思想。其治学以严谨著称，临证以效验立身，尤擅脾胃病、肝胆病等消化系统疑难病症的诊治，屡起沉疴。余幸列门墙，随师侍

［收稿日期］2025-03-18
［修回日期］2025-08-27
［基金项目］河南省中医药科学研究专项课题（2023ZY2075）；全国名老中医药专家传承工作室建设项目（国中医药人教函〔2022〕75号）；仲景工程-第三批青苗人才-2024年中医扶持专项-第二批2109999（豫财社〔2024〕84号文中医扶持列2100601）
［作者简介］李波（1985-），男，医学硕士，副主任医师，E-mail：likelibolibin@163.com。
［通信作者］党中勤（1965-），男，主任医师，博士研究生导师，E-mail：dzhqn@126.com。

诊，耳濡目染间深感其辨证之精微、处方之灵动。今不揣浅陋，谨将党中勤教授辨治萎缩性胃炎的学术精髓与临证经验进行系统梳理，以期为同道提供借鉴，为患者点亮生机。

慢性萎缩性胃炎作为胃癌发生的重要癌前病理状态，是一种以胃黏膜上皮反复受到侵袭，导致固有腺体腺体萎缩、肠上皮化生及胃酸分泌减少为特征的慢性疾病，此类黏膜病变被纳入胃癌前病变诊断体系[1]，在慢性萎缩性胃炎向胃假性淋巴瘤甚至胃癌发展的过程积极干预，逆转或控制胃黏膜病变进展，不仅是降低胃癌发生率的战略性举措，更是缓解我国胃癌公共卫生负担的重要途径。西医治疗以根除幽门螺杆菌感染、保护胃黏膜为主，但病情易反复，远期疗效有限。党中勤教授结合中医经典理论与现代医学，提出“虚瘀互结，本虚标实”的核心病机，主张健脾益气固其本、化瘀通络祛其标、调和肝胃畅其枢、滋阴润燥复其阴四法并举，临床疗效显著。

1 病因病机

慢性萎缩性胃炎为西医病理学病名，中医古籍中无记载，根据其胃脘隐痛、痞满、纳差、消瘦等主症，属中医胃痞、胃脘痛、嘈杂等范畴。胃痞是指自觉心下痞塞，胸部胀满，触之无形，按之柔软，压之无痛等为主要症状的病证；《黄帝内经》首提“痞”之病名，《伤寒论》言“心下痞，按之濡”，恰合胃脘痞满之体征。指出痞满与饮食不宜、外感六淫邪气之寒邪而发病；东汉张仲景《伤寒论》指出“若心下满而鞕痛者……但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤”。明代张介宾《景岳全书·痞满》指出“痞”为壅塞不通、阻滞之意，“满”即胀之意；治疗时应严格分辨病机之虚实。提出“实痞实满者，可消可散；虚痞虚满者，非大加温补不可”的治疗原则。胃脘痛是指上腹部近心窝处疼痛为主要症状的一类病证；《灵枢·邪气脏腑病形》指出：“胃病者，腹膜胀，胃脘当心而痛。”给出了胃痛的发生与肝、脾关系密切相关；《灵枢·胀论》云：“胃胀者，腹满，胃脘痛。”嘈杂的具体表现诚如《景岳全书·嘈杂》指出：“嘈杂一证……似饥非饥，似痛非痛，而胸膈懊憹，莫可名状，或得食而暂止，或食已而复嘈，或兼恶心，而渐见胃脘作痛。”详细描述了嘈杂的症状，给后世医家临床诊断提供重要依据。张声生教授认为，该病以脾虚为发病之本，致病之标多为气滞、血瘀、湿阻等，病机的关键是因虚因滞致瘀，瘀热交结，从而提出虚、毒、瘀的致病观点[2]。治疗在整体辨证的基础上结合临床胃镜表现，以健脾益气、祛瘀清热为主导。杨晋翔等[3]教授认为，慢性萎缩性胃炎在脾胃亏损的前提下出现胃阴亏损和胃络瘀阻，导致胃失于滋润濡养，从而加剧胃腺体萎缩的程度。国医大师李佃贵教授从浊毒论治慢性萎缩性胃炎，认为浊邪易阻遏气机损伤阳气，常兼夹毒邪致病，毒邪易伤气阴，在致病的过程中又容易使水湿成浊，进而出现毒浊相兼致病的现象。浊毒郁滞不散，胃络损伤日久瘀阻，气不布津，胃络失养则腺体萎缩不能得到及时的扭转而出现上皮化生。在治疗方面应看清浊毒黏腻难去的本质，分清轻重缓急祛浊解毒，同时顾护胃气[4]，现代学者多认为，慢性萎缩性胃炎病位在脾胃，以本虚标实为特点，本虚为脾胃虚弱，标实为气滞、血瘀、湿热互结。李锋教授依据中医学“胃主腐熟水谷，阳明多气多血”理论，结合慢性萎缩性胃炎中医病位与病机，提出“益气消痞，温中散结，疏肝和胃”三法联用，配以食疗与情绪调理，临证辨治慢性萎缩性胃炎取得较好疗效[5]。党中勤教授博采勤求，融汇理论研究与临床实践。通过长期临床观察与病机分析，宗李东垣《脾胃论》“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气；若胃气之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也”之旨，提出创新性学术观点：认为“脾胃虚弱”是本病的发病之本，贯穿疾病始终。此正如《黄帝内经》所言“正气存内，邪不可干；邪之所凑，其气必虚”，亦合《金匮要略》“四季脾旺而不受邪”之论。具体而言，若素体脾胃虚弱，复因肝气郁结，肝失疏泄，则影响脾胃升降之职，致脾失健运、胃失和降，中焦气机阻滞；或脾胃亏虚，运化水湿失司，日久蕴而化热，湿热内停；亦可因饮食不节，损伤脾胃，水谷不化，形成痰饮，停积胃中而生痰浊。气滞、湿热、痰浊等邪日久不愈，进而阻滞气机，气滞则血行不畅而

成瘀；或因脾胃气虚，无力推动血行，亦致血行瘀滞。诚如王清任《医林改错》所云：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”

综上，党中勤教授指出气滞、湿热、痰浊、血瘀等病理产物是疾病进展的重要因素[6]，并凝炼病机核心为“脾胃虚弱为发病之基，瘀血阻络为进展之要，肝胃失和为症状之源”，主张将本病归于胃痞、虚损范畴，强调虚、瘀、郁三因交织的病机特点。治疗上，主张以健脾益气固其本、化瘀通络祛其标、调和肝胃畅其枢、滋阴润燥复其阴为四大主线，辨证论治，临床收效显著，拓宽了本病的诊疗思维。

2 辨证论治

2.1 脾胃虚弱，健脾益气固其本 李东垣《脾胃论》云：“元气之充足皆由脾胃之气无所伤而后能滋养元气。若脾胃之本弱饮食自倍脾胃之气既伤而元气亦不能充而诸病之所由生也。”此论奠定了“内伤脾胃，百病由生”的学术根基。党中勤教授基于此经典理论，结合现代临床观察指出：慢性萎缩性胃炎的病理演变，实为脾胃虚弱-中焦失养-胃络枯槁的恶性循环。患者因饮食不节、劳倦内伤等因，首损脾胃之气，导致中焦运化失司，水谷精微不得输布，胃腑失于濡润，渐致胃络萎弱、黏膜失养。临床每见胃脘隐痛绵绵、食后痞满难消、纳呆肢倦、面色萎黄、舌淡苔白、脉细弱等典型脾胃虚弱之候。针对此病机特点，党中勤教授提出“欲润胃阴，先实脾土”的治则，暗合《黄帝内经》“脾为之卫”“脾主为胃行其津液”之旨。以四君子汤健脾益气为君，尤重黄芪、白术、山药等甘温之品，取其“中央土以灌四傍”之功，培后天以养先天。佐砂仁、陈皮芳香醒脾，既防补药壅滞，又助脾运化滞。若见畏寒肢冷、脘腹喜温等脾阳亏虚之证，则遵仲景“理中”之法，加干姜、桂枝温煦中焦，此正合《脾胃论》“温养脾胃，当以辛甘之剂”的用药法度。全方标本兼治，既固中焦之本，又润胃络之标，充分体现了中医“治病求本”的核心思想。

2.2 瘀血阻络，化瘀通络祛其标 《临证指南医案》所载“初病在经，久病入络”之论，深刻揭示了疾病由气及血、由浅入深的传变规律。党中勤教授参合叶天士所主张“久痛入络、血瘀必结”的络病学说，指出慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜腺体萎缩、肠化生等病理改变，实为“久病入络，瘀阻胃腑”之外现。脾胃久虚则气血生化不足，中焦气机壅滞，血行涩滞而成瘀；瘀血痹阻胃络，则气血不得濡养胃体，致腺体萎废、黏膜失荣，终成虚实夹杂之痼疾。临床辨识此证，当着眼“久、瘀、痛”三大特征：胃脘刺痛如锥，痛定不移，入夜尤甚；舌现紫色或见瘀斑瘀点，舌下络脉迂曲增粗；脉象细涩如轻刀刮竹。此乃《金匮要略》“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也”的具体呈现。党中勤教授治以“通络消癥”为法，取丹参化瘀生新、三七止血散瘀、莪术破气消积，三药相伍，暗合《医林改错》“血化下行不作劳”之旨。其创“通络三要”更具法度：轻症取“当归、川芎”辛润通络，遵《本草纲目》“血中气药，通达气血”之性；中症择“桃仁、红花”破瘀通经，应“桃仁入肝，破血润燥”之功；重症则用“水蛭、土鳖虫”搜剔络邪，深得“虫类走窜，善攻痼结”之妙。尤具匠心者，在于恪守《景岳全书·论治篇》“攻不可以收缓功，补不可求速效”之训，必以黄芪、党参培补中州，使攻不伤正，补不滞邪，正合仲景大黄䗪虫丸“缓中补虚”之制。此等治法，既承《黄帝内经》“疏其血气，令其调达”之古训，又融通现代医学病理认知，实为“瘀血致萎”理论在脾胃病领域的创新运用。

2.3 肝胃失和，调和肝胃畅其枢 《素问·六元正纪大论》所载“木郁之发……民病胃脘当心而痛”之论，深刻揭示了肝木乘土、气机逆乱致病的核心病机。党中勤教授结合现代临床发现，约六成慢性萎缩性胃炎患者伴发焦虑、抑郁等情志失调，此乃肝气久郁、疏泄失常，横逆犯胃，致中焦气机壅滞，初则气病及血，久则血瘀阻络，终成肝郁-气滞-血瘀-胃萎的恶性循环。肝郁气结则木不疏土，胃络失于畅达，气血不得濡养胃体，渐致黏膜腺体萎缩、肠化生等病理改变，此正合叶天士在《临证指南医案》中所体现“初病气结在经，久则血伤入络”的思想。临证辨识此证，当紧扣郁、痛、瘀三纲：脘胁胀痛走窜，嗳气频作，每随情志波动而增减；舌边红而苔薄白，舌下络脉迂曲紫暗；脉象弦细而涩。

此证既见肝气郁结之象，又现胃络瘀阻之征，乃清代名医王清任在《医林改错》所言“气血凝滞，壅塞经络”在脾胃病的具体表现。党中勤教授治以“疏肝调络”为法，取柴胡疏肝散疏达气机，更创调肝通络三步法：郁热阻络：以柴胡、黄芩清肝泻热，佐丹参、郁金凉血通络，防郁火灼伤胃阴；气滞络痹：加佛手、香橼理气柔肝，配川芎、玫瑰花行气活血，使气行则血行；阴虚络涩：伍白芍、乌梅酸甘化阴，合当归、枸杞子濡润胃络，契合《临证指南医案》“通络当取辛润”之训。尤值称道者，党中勤教授深谙元代名医朱丹溪《丹溪心法》“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉”之奥义，将心理疏导融入诊疗全程，嘱患者“调息静心，戒嗔戒躁”，通过情志调摄以疏肝气、和血脉。此等治法，既承《黄帝内经》“木郁达之”的古训，又暗合现代心身医学理念，更通过疏肝解郁、活血通络的双向调节，破解“肝郁致瘀、瘀阻胃萎”的病理链条，为慢性萎缩性胃炎的治疗开辟新径。

2.4 胃阴亏虚，滋阴润燥复其阴 《温病条辨》所载“胃阴复则气降得食”之论，深谙阳明燥土喜润恶燥之性。党中勤教授参合叶天士《临证指南医案》“胃为阳土，得阴自安”，指出慢性萎缩性胃炎晚期胃阴枯涸之证，实为“久病及肾，胃液告竭”之危候。中焦燥热久羁，灼伤胃络，阴津枯涸则腺体失濡，黏膜失荣，终致胃体枯槁如旱田龟裂，此乃吴鞠通所言“阳明阳土，得阴则安”反作之象。临证辨识此证，当着眼“燥、涸、萎”三要：胃脘灼痛如芒，嘈杂似饥却不欲食；口燥咽干如烟熏火燎，舌质绛红而裂纹纵横，苔少或呈镜面；脉细数如琴弦将绝。此证既见《金匮要略》“火逆上气”之燥热征象，又现《温病条辨》“胃汁竭，燥气盛”之阴伤本质。党中勤教授立“甘凉濡润，通补并行”之法，取益胃汤合芍药甘草汤为基，尤重沙参、麦冬、石斛三味，沙参禀秋金清肃之气，《本草从新》谓其“专补肺阴，清肺火”；麦冬得少阴癸水之精，长于滋养胃阴，生津止渴，兼清胃热，为清胃妙品；石斛具阳明甘凉之质，《神农本草经》赞其“强阴，久服厚肠胃”。三药相伍，正合《临证指南医案》“甘凉可濡阳明之燥”的治则。更佐乌梅、山楂酸甘化阴，暗合《素问·阴阳应象大论》“酸苦涌泄为阴”之旨，使津液自生而燥火自降。佐谷芽醒脾开胃，鸡内金消食磨积，既防滋腻碍胃，又助中焦斡旋。此等治法，既承《温病条辨》“复胃阴”之古法，又融《脾胃论》“升清降浊”之枢机，实为“滋阴润萎”理论在脾胃病领域的运用。

3 创用经验方

党中勤教授认为，慢性萎缩性胃炎具虚、瘀、郁三因交织的病机特点，治疗上主张以健脾益气固其本、化瘀通络祛其标、调和肝胃畅其枢、滋阴润燥复其阴为四大主线，创健脾化瘀愈萎方，临证审因辨证，随证化裁，常能收获良效。

健脾化瘀愈萎方处方：黄芪30 g，白术15 g，丹参20 g，三七粉6 g，柴胡10 g，白芍12 g，麦冬15 g，乌梅9 g，砂仁6 g，炙甘草6 g。本方以黄芪、白术为君，补中益气以复脾胃运化；丹参、三七为臣，活血化瘀以改善胃黏膜微循环；佐以柴胡、白芍调和肝胃，麦冬、乌梅滋阴润燥，砂仁醒脾开胃；以炙甘草为使，调和诸药。全方共奏健脾化瘀、调和肝胃之功，契合萎缩性胃炎虚瘀夹杂的核心病机。

①湿热内蕴。若见胃脘痞满灼痛、口苦黏腻、纳呆呕恶、渴不欲饮、舌红苔黄腻、脉滑数等症，此乃湿热中阻之象。当酌加黄连6 g，蒲公英15 g，以清热燥湿、解毒和胃。②瘀毒内结(肠化生显著)。若病程日久，胃脘刺痛固定、夜间加剧、或见舌质紫暗瘀斑、舌下络脉迂曲怒张（此微观病理对应现代医学之“肠化生显著”），此为瘀毒内结、胃络受损之征。当加白花蛇舌草30 g，半枝莲15 g，取其解毒消癥、散结通络之功以除痼结。③胃阴亏虚(胃酸缺乏)。若症见胃脘嘈杂灼痛、似饥不欲食、口干咽燥、大便干结、舌红少津或裂纹、苔少或光剥、脉细数者，此属胃阴枯涸、虚热内生(常伴现代医学之“胃酸缺乏”)。当重用乌梅至15 g，加山楂12 g，酸甘化阴，生津润燥，复其胃阴。④肝郁化火扰神(失眠焦虑)。若兼见脘胁胀痛、心烦易怒、嗳气频作、夜寐不安、多梦纷扰、舌边尖红、苔薄黄、脉弦细数等情志失调表现，此乃肝郁化火、上扰心神所致。当加合欢皮15 g，酸枣仁20 g，醋柴胡10 g，疏肝解

郁，清热除烦，宁心安神。

4 病案举例

段某，女，48岁，2024年4月就诊。主诉：间断性胃脘隐痛6年，再发1个月。患者6年前在当地医院完善胃镜确诊为慢性萎缩性胃炎(C3型)，幽门螺杆菌为阴性。间断服用奥美拉唑、摩罗丹、胃复春等，效果欠佳，病情时有反复。1个月前胃痛再发，体质量进行性下降约4 kg。症见：胃脘隐痛，空腹、饥饿时加重，食后胀满，口干不欲饮，乏力，消瘦，大便溏薄，舌暗红有裂纹、苔少剥脱，脉沉细涩。2024年3月当地医院胃镜检查示：胃窦、胃角黏膜苍白，黏膜下血管透见，病理提示中度肠化，局部低级别上皮内瘤变。西医诊断：慢性萎缩性胃炎，中度肠化生，内皮内瘤变。中医诊断：胃痛；辨证属脾胃气阴枯涸为本，兼瘀血阻络为标。治法：健脾益气固本，滋阴润燥复阴，解毒化瘀消癥。处方：黄芪40 g，炒白术15 g，麦冬15 g，乌梅15 g，丹参30 g，三七粉(冲服)6 g，白花蛇舌草40 g，莪术9 g，鸡内金12 g，甘草6 g。7剂，每天1剂，分早、晚2次温服。嘱咐患者养成良好生活习惯，治疗期间禁食辛辣、刺激、生冷、油腻之品，宜少量多餐。

二诊：胃痛减轻，腹部胀满较前减轻，新见夜半灼痛、心烦燥热，纳食增加，舌红绛裂纹较前变浅，脉细数。完善胃酸pH检测示：5.6(重度低酸)。守一诊方，莪术减少至6 g，黄芪减至30 g，加石斛15 g，生地黄12 g。续服14剂，每天1剂，煎服方法同前。

三诊：胃部灼痛减轻，体质量较前增加约1.5 kg，两胁肋部胀满，多梦，舌淡红、瘀斑减少，脉弦细。守二诊方，加合欢皮15 g，醋柴胡10 g，减麦冬为10 g，续服14剂，每天1剂，煎服方法同前。

四诊：神志清，精神可，胃痛痞满消失，体质量再增加2 kg，未诉胁肋部胀满，平素情绪良好，舌质淡红、稍暗，苔薄白腻，脉细稍弱。复查胃镜提示：胃窦黏膜局部变薄、黏膜下血管轻微显露，胃角、胃体黏膜光滑、色泽正常；内镜诊断：慢性萎缩性胃炎(C1)；病理提示：黏膜轻度肠化，未见瘤变。停药观察，生活上仍需保持良好作息及饮食习惯。

3个月后随访复查胃镜：慢性浅表性胃炎(胃窦黏膜红白相间，呈花斑样改变，胃角、胃体黏膜光滑，色泽正常)。临床治愈，效果满意。

按：一诊患者胃镜下提示胃黏膜苍白、舌裂无苔，这是典型的胃阴枯涸；中度肠化和瘤变则属瘀毒成癥。方中用黄芪40 g大补脾气治本，白花蛇舌草40 g猛攻癌毒，其剂量突破常规，受启发于《本草正义》，蛇草“治一切疔疮痈疽，较蒲公英尤胜”。二诊患者夜半灼痛，是阴伤化火的转折点，此时若继续用莪术破气，可能加重阴伤，故减其量；加生地黄最妙，《本草新编》言生地黄“凉胃火最效而不损胃气”。黄芪性甘温，阴虚燥热时需防“气有余便是火”，故减量保其补气之功而抑温燥之弊。脉象从沉涩转细数，也佐证病机已从纯虚转向虚火夹杂，故加石斛、生地黄。《本草思辨录》言石斛为“阳明津枯圣药”；生地黄滋肾水以济胃阴，契合“壮水之主以制阳光”。同时，胃酸pH示重度低酸，提示胃腺体萎缩失代偿，以酸甘化阴法促进黏液分泌，以截断疾病进展。三诊考虑肝气横逆，乘犯胃土，夜眠多梦，此乃郁火扰心，神魂不安，舌淡红瘀斑减少知是热退瘀消，肝郁明显。合欢皮解郁安神，《本草汇言》载其“开达五神，消除忿懑”。疏肝不劫阴(醋制缓其升散)，应《黄帝内经》“木郁达之”；舌转淡红，提示燥热退，减少滋阴药麦冬以防阻碍脾气运化。四诊综合分析考虑患者气阴复常，癥消络通，可停药观察，其后随访，临床治愈，效果满意。

本案体现了党中勤教授“补虚不忘化瘀，滋阴兼顾运脾”的学术思想。针对气阴两虚之本，以黄芪、白术、麦冬益气养阴；针对肠化生之标，用丹参、三七改善血供，白花蛇舌草抑制肠化。全方标本同治，故获良效。本案深刻体现党中勤教授“补虚毋忘化瘀，滋阴必佐运脾”的学术思想精髓。针对气阴两虚之本(症见隐痛、舌裂、低酸)，以黄芪、白术峻补脾土，麦冬、乌梅濡润胃阴，共奏益气养阴、培土生津之功，契合《黄帝内经》“脾为之卫”“脾主为胃行其津液”之旨；针对瘀毒内结之标(病理见肠化生、瘤变)，遣丹参、三七化瘀通络以畅胃络，白花蛇舌草解毒消癥，暗合王清任“血管无气必停滞而瘀”之论。全方融“固本培元、化瘀解毒、运脾复阴”三法于一体：黄芪-白花蛇舌草，动态调

节攻补比例，既消癥积又不伤正；乌梅-莪术，酸收柔络佐以破结，防滋阴碍胃；柴胡-合欢皮，疏肝畅枢，阻断“郁火伤络”传变链。终收黏膜腺体重生（苍白→红润）、肠化瘤变消退之效，验证“标本同治、动态调方”策略的科学性。

5 小结

党中勤教授治疗萎缩性胃炎，立足脾胃虚弱之本，重视瘀血阻络之标，强调肝胃调和之枢，形成健脾-化瘀-疏肝-滋阴四位一体的诊疗体系。临床需把握疾病分期（活动期重祛瘀解毒，缓解期主健脾养阴），结合现代内镜病理特征（如肠化生、异型增生）灵活用药，实现病-证-症结合治疗。

[参考文献]

[1] 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.

[2] 岳玉武. 摩罗丹联合抗幽门螺杆菌药物治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 内蒙古医学杂志，2013，45（8）：988-989.

[3] 杨晋翔，邱岳，李志钢. 中医药干预治疗慢性萎缩性胃炎伴异型增生的研究进展[J]. 北京中医药大学学报（中医临床版），2010，17（6）：37-40.

[4] 张金丽. 慢性萎缩性胃炎中医辨为浊毒内蕴证的探讨及临床研究[D]. 石家庄：河北医科大学，2012.

[5] 姜睿斌，张璇，张晓菊，等. 李锋临证辨治慢性萎缩性胃炎经验介绍[J]. 新中医，2021，53（10）：210-214.

[6] 曹鑫，李梦阁，党志博，等. 党中勤教授治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变经验探析[J]. 中国中西医结合消化杂志，2024，32（5）：436-439.

[责任编辑：刘淑婷，蒋维超（英文）]