

麻春杰教授从“瘀”论治慢性萎缩性胃炎 和胃癌前病变经验撷菁*

殷宏振^{1,2}, 麻春杰^{1△}

1 内蒙古医科大学中医学院, 内蒙古 呼和浩特 010110;

2 内蒙古自治区中医医院肿瘤中心, 内蒙古 呼和浩特 010050

[摘要] 系统阐述麻春杰教授在临床中辨瘀的要点, 包括宏观症状与微观胃镜、病理表现, 并分析瘀与虚、寒、热、痰、毒等病理因素相合致病的复杂病机。他认为血瘀是慢性萎缩性胃炎和胃癌前病变发生与恶性进展的关键病机, 贯穿疾病始终。在治疗时强调以化瘀为核心, 分和血与行血两法, 并注重结合扶正与祛邪, 灵活配伍益气、温阳、养阴、清热、散寒、化痰、解毒等药物, 同时提倡采用中西药联合方案以提高疗效。

[关键词] 萎缩性胃炎, 慢性; 胃癌前病变; 麻春杰; 瘀; 和血化瘀; 行血散瘀

[中图分类号] R256.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2096-9600(2026)04-0009-05

Professor Ma Chunjie's Experience in Treating Chronic Atrophic Gastritis and Precancerous Lesions of Gastric Cancer from "Stasis"

YIN Hongzhen^{1,2}, MA Chunjie^{1△}

1 College of TCM, Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010110, China;

2 Cancer Center, Inner Mongolia Autonomous Region Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hohhot 010050, China

Abstract The paper systematically expounds professor Ma Chunjie's key points of differentiating the stasis in clinic, including macroscopic symptoms and microscopic gastroscopy, as well as pathological findings, and analyzes the stasis interacting with deficiency, cold, heat, phlegm and toxin in the complex pathogenesis. Professor Ma Chunjie thinks that blood stasis is the key pathogenesis of chronic atrophic gastritis and precancerous lesions of gastric cancer occurrence and malignant progression throughout the entire course of the disease. The treatment strategy must emphasize resolving blood stasis as the core principle, encompassing harmonizing blood, and promoting blood flow, stressing the combination with enhancing healthy Qi and eliminating evils, flexibly adding the drugs for benefiting Qi, warming Yang, nourishing Yin, clearing heat, dispelling cold, resolving phlegm and toxicity-clearing, meanwhile, the adoption of an integrated Chinese-Western medicine regimen is advocated to enhance therapeutic effects.

Keywords atrophic gastritis, chronic; precancerous lesions of gastric cancer; Ma Chunjie; stasis; harmonizing blood and dissipating stasis; promoting blood flow and dispelling stasis

胃癌严重威胁人类健康, 防治胃癌已经成为一项全球重大卫生课题^[1]。事实上, 胃黏膜细胞由正常细胞转变为癌细胞是一个长期缓慢癌变的过程, “炎癌转化”学说目前在业界已基本达成共识。慢性非萎缩性胃炎(chronic non-atrophic gastritis, CNAG)→慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)→慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生(intestinal metaplasia, IM)→慢性萎缩性胃炎伴异型增生/不典型增生(dysplasia)→胃癌(stomach cancer)^[2]。慢性萎缩性胃炎伴胃黏膜肠上皮化生及异型增生/不典型增生被称为胃癌前病变(precancerous lesions of gas-

tric cancer, PLGC)。PLGC是现代病理学概念, 但根据其病因、病机、发病特点及临床症状, 中医将其归属于“痞满”“胃痛”“积证”“岩证”等范畴。根据“未病先防, 既病防变”的理念, 运用中医药在疾病早期, 即 PLGC 阶段采取干预治疗, 对于防治胃癌意义重大^[3]。

麻春杰教授系国家中医药管理局《伤寒学》重点学科带头人, 内蒙古自治区老中医药(蒙医药)专家学术经验继承指导老师, 内蒙古“草原英才”工程成员, 北京中医药大学中西医结合基础专业兼职博士研究生导师, 内蒙古医科大学中医学(蒙医诊断学研究)博士研究生导师。他从事中蒙医

教学、临床和科研工作三十余年,主要研究方向为中蒙医防治脾胃、心血管疾病,对于CAG和PLGC有着独到的见解和认识。笔者有幸跟师学习,所获良多,现将导师经验总结如下。

1 “瘀”的中医内涵

“瘀”可以指“血瘀”,也可以指“瘀血”,而“血瘀”是病机学概念,指血液凝滞或循行迟缓而不流畅的一种病理状态。《黄帝内经》记载“血凝涩”“脉不通”便是对“瘀”这一病理状态的生动描述。“瘀血”是“血瘀”出现的病理产物,《说文解字》解释:“瘀,积血也”。叶天士、王清任等医家认为血液运行不畅即为瘀血,久病入络亦瘀血;唐宗海将“瘀血”范围进一步引申,将离经之血称“瘀血”。现代观点普遍认为因血液运行受阻而滞留于经脉内以及溢出脉外瘀积于器官内的,已失其正常濡养作用的,通称为瘀血^[4]。两者互为因果,血瘀日甚,气血不畅,终成瘀血;瘀血内结,阻滞经脉,加重血瘀。麻春杰教授同样认为,凡是具有血行滞而不畅关键病理特点的都可成为瘀。六淫、情志、饮食、劳欲、毒邪等多种因素导致血行凝涩不利皆可称为瘀。正如《气血论》指出:“瘀,非专指血瘀而言。凡有形之邪,阻塞络脉所致的证候,统可称为瘀证”。

2 关键病机在瘀

麻春杰教授认为,血瘀是CAG和PLGC恶性进展的重要病理基础,而情志、饮食、劳欲、六淫等多种因素都是导致血瘀的重要病因^[5]。患者情志不畅,肝失疏泄,肝脾不和,升降失司,导致气机郁滞而成血瘀。沈金鳌论曰:“情志失调,郁伤脾之络,致败血瘀留。”亦或饮食不节损伤脾胃,脾胃升降功能失调,气机运行不畅,气不行则血不利,气血运行不畅而成瘀。《诸病源候论·小儿杂病诸候》载:“血之在身,随气而行,常无停积。”先天禀赋不足,素体脾胃虚弱,气血亏虚,推动无力,血行缓慢滞涩而成气虚血瘀。《景岳全书·胁痛》提到:“凡人之气血犹源泉也,盛则流畅,少则壅滞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞者。”胃为多气多血之腑,除以上致病因素外,寒、热、虚、实(痰、毒)等病理因素皆可影响脾胃气血运行而致瘀。寒邪直中困于脾胃,寒则血脉收引,凝滞不通,《灵枢·痈疽》篇云:“寒邪客于经络之中则血泣,血泣则不通”;或郁而化热,热与血结,耗伤津血,血道枯涩,黏涩难行,日久成瘀,《医林改错·积块论》曰:“血受热则煎熬成块”;亦或感受毒邪,或见痰湿与寒热酿生毒邪,毒邪蚀胃日久而成瘀,《圣济总录》论曰:“毒热内壅,则变生为瘀血”。

麻春杰教授认为,以上多种病理因素蕴结于胃,寒热错杂、痰毒胶结,困厄脾胃,胃之气血运行受阻,久病成瘀,使得胃黏膜血运出现障碍,胃体失于濡养,营养缺乏,导致细胞物质及能量代谢失常,胃内腺体萎缩、变薄,甚至出现恶变,故瘀是CAG和PLGC的关键病机^[6]。早在《黄帝内经》便有“病久入深,营卫之行涩”的论述;清代唐容川在《血证论》中提出:“瘀血在经络脏腑之间,则结为癥瘕”,直接揭示了瘀是导致积聚生成的关键病机;叶天士提出“久病入络、久病必瘀”的理论,认为:“初病在经,久痛入络,以经主气,络主血”。而CAG恶性进展中的关键机制——炎癌转化是一个慢性病理过程,符合“久病入络、久病必瘀”的理论特点,可以看出“瘀”的形成是慢性非萎缩性胃炎进展成CAG和PLGC的关键病理环节^[7],瘀这一病理因素贯穿疾病始终。

3 详于辨瘀

3.1 瘀的病理特点 CAG和PLGC血瘀证辨证根据《血瘀证中西医结合诊疗共识(2011)》^[8]和《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[9],多表现为胃脘部疼痛拒按,痛处固定,多刺痛或绞痛;女性常见经期腹痛、月经紊乱,色黑有块;在体征方面可见舌质紫暗或舌体瘀斑/点,或舌下脉络迂曲、增粗;脉象表现为结、代脉或涩脉;面部、口唇紫黑,皮肤有散在瘀点/斑,部分老年患者也可出现肢端麻木。

麻春杰教授认为,某些血瘀征象传统四诊不易察觉,但是也具有瘀的病理特点^[10]。如夜晚加重的胃脘部疼痛即属瘀,夜晚属阴,且夜晚气血运行缓慢,加重瘀的病理状态,是故夜晚疼痛发作或加剧。患者自觉胀满,医者查其体却未见腹满同样属于瘀的范畴,《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》提到:“腹不满,其人言我满,为有瘀血”。麻春杰教授认为,随着现代科学技术的发展,对于“瘀”的研究更加趋向精微化,需要在传统血瘀辨证的基础上,将现代微观学检测方法纳入中医“瘀”的辨证体系中。如CAG初期镜下可见胃黏膜红相减少,白相增多,或见息肉、结节,或见胃黏膜出现水肿,甚至伴见弥漫性出血点或瘀斑等属于血瘀之象;随着病情进展出现血管网紫暗色树枝状或血管扭曲状,或见黏膜皱襞变平、萎缩,通过病理活检可见胃黏膜固有腺体减少、缩小,至异型增生阶段可见颗粒样或粗糙样不典型增生亦属于瘀,王清任提到“结块者必有形之血也”。通过激光多普勒检测发现,CAG患者胃黏膜血供明显低于正常人血供,仅为正常人的53.9%^[6],进一

步研究证实此类患者存在微循环障碍、血流变学异常、血管内皮细胞功能障碍等^[11],有学者证实血流变异常还与萎缩轻重程度呈正相关^[12]。由此可见,结合现代科学技术间接证实CAG患者存在无形之瘀的微观征象。

3.2 瘀与其他病理因素相合致病 瘀是其关键病机,但该病并非单一病理因素致病,临床多表现为“瘀”与“虚”“寒”“热”“痰”“毒”等病理因素杂合发病。

瘀与虚合:病变日久,往往多表现为脾胃虚损,虚则动力不足,日久成瘀。《医林改错》提到:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”麻春杰教授认为,个人先天禀赋不同,体质不同,又因地理因素差异,生活习惯不同,根据中医从化理论,病发后表现为不同虚损的证型,气虚、阳虚、阴虚各有侧重。胃具有喜润勿燥的特点,该病病变周期长,临床患者多表现为胃阴不足,日久则以气阴两虚为主,多见舌面无苔或裂纹舌兼有花剥苔。

瘀与热合:饮食不节,嗜食辛辣,或内伤积滞,郁久化热,热邪熏灼胃腑,与瘀相合,形成瘀热互结证,多表现在糜烂性胃炎、胃溃疡。患者以胃痛、反酸烧心为主症,舌质红,苔黄厚腻或灰腻或黑燥津液少,舌下络脉迂曲,脉数或涩。镜下可见黏膜红白相间,以红为主,出现糜烂性出血点或溃疡创面。《伤寒论》云:“合热则消谷喜饥,至六七日不大便者,有瘀血,宜抵挡汤。”其中“合热”便是热与瘀两种病理因素相合^[13]。同时,《皇汉医学》中提到:“而数脉不解者,此为热合瘀血,必发多嗜证。”

瘀与寒合:贪凉饮冷,耗损中焦阳气,损伤脾胃,寒邪久留,与瘀相合,形成寒瘀互结证。多表现为胃脘部冷痛,得温痛减,得寒则剧,舌多紫暗,苔白水滑,舌下络脉不明显,脉紧或迟脉。镜下灰白或红白相间,以白为主,或见颜色紫暗、血管壁暴露且表面不光滑,胃黏膜呈现花斑样,病理活检见黏膜层增厚,不规整,呈树枝状或结节状凸起。寒为阴邪,主收引凝滞,寒邪直中于里,损伤脾胃之阳气,经脉气血运行不畅,血脉不通则痛。《素问·举痛论篇》指出:“寒气客于胃肠之间,膜原之下,血不得散,小络引急,故痛。”

瘀与痰合:津液和血液运行均赖人体之气。朱丹溪曰:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。”脾胃虚弱,运化失司,气机运行失调,津停成痰,血停成瘀,痰湿中阻,进一步阻碍血液、气机运行,日久形成痰瘀互结,痰瘀日久形成积证。《医

林绳墨》提出:“积者,痰之积也,血之积也。”患者表现为痰多黏腻、多涎,其舌质暗,苔水滑,脉弦。胃镜下常见胃黏膜表面颗粒样或结节状隆起,息肉样改变。叶天士指出:“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀。”^[14]

瘀与毒合:“毒”作为一种病因概念,中医学认为“邪气盛者为毒”。《诸病源候论》记载了“风毒”“热毒”“湿毒”等多种不同毒邪。近代医家将脏腑功能失常,体内病理产物蕴积体内而化生的有害之物,称为毒^[15]。除此广义之毒,随着现代诊疗技术的发展,对于幽门螺杆菌(*helicobacter pylori*, Hp)的研究日渐成熟, Hp作为PLGC关键致病因素之一已达成共识,部分现代医家将Hp称为狭义之毒^[16]。患者多表现为胃痛拒按,食欲不佳,舌象紫暗,脉络迂曲,其外侧充血呈半柱状或囊状突起,脉弦数。镜下或见腺体中重度萎缩,肠上皮化生、异型增生^[17-18],患者呼气试验阳性。

4 灵活化瘀

根据前文论述,瘀在CAG和PLGC发病过程中贯穿始终,那么化瘀的治法便要渗透在辨证施治的各个阶段。化瘀理念最见于《素问·至真要大论篇》,其载:“疏其血气,令其调达,而致和平”,该论述被认为是现代活血化瘀法的雏形;《伤寒杂病论》又开创了活血化瘀治法的先河;唐代孙思邈创立“蒲黄汤”“破血下瘀汤”等活血祛瘀名方;至明清时期,瘀血理论趋向成熟,傅山直接提出:“久病不用活血化瘀,何除年深坚固之沉疾,破日久闭结之瘀滞?”^[17]麻春杰教授在历代先贤活血理论指导下,认为活血化瘀药具有通利血脉、化瘀消结、活血生新的功效,强调在中医药辨治CAG和PLGC中应将化瘀法渗透在各个环节^[10,18]。

4.1 化瘀分轻重

4.1.1 和血化瘀 对于瘀血轻症,或瘀病日久,耗伤正气,身体虚弱者当采用和血化瘀法。麻春杰教授师承全国名老中医米子良教授,学习传承米子良教授以“和”为中心诊疗理念,将和血法进一步丰富发展用于治疗CAG和PLGC,疗效显著^[18]。

“和”即调和之意,和阴阳,和气血,气血和则血流无凝滞之弊。血瘀轻症患者往往表现为舌象有瘀斑点,舌下静脉无明显增粗、迂曲,胃镜未见肠化、增生等征象,此时用药一般选用《金匱要略》“当归芍药散”或《时方歌括》“丹参饮”。常用中药包括当归、丹参、白芍、田七等。当归既能补血又能活血,是养血和血的要药;丹参益气养血,活血止痛;《名医别录》记载白芍“通顺血脉,缓中,散恶血,逐贼血”;《玉楸药解》记载田七“和营止血,通

脉行瘀,行瘀血而敛新血。”

4.1.2 行血散瘀 对于血瘀偏重兼有气滞者采用行血的治法。唐容川所著《血证论》中提出“运血者,即是气”,气为血之帅,气行则血行。血瘀重症患者常表现为舌下系带静脉增粗、增长、迂曲暴露,色紫色暗,其外侧充血呈半柱状、粗枝状或囊状突起,镜下可见肠化或者增生。此类患者麻春杰教授常以《太平圣惠方》中“金铃子散”或《太平惠民和剂局方》“失笑散”加减。《绛雪园古方选注》指出:“金铃子散,一泄气分之热,一行血分之滞。”《本草经疏》记载五灵脂:“其功长于破血行血,故凡瘀血停滞作痛……瘀血心胃间作痛,血滞经脉,气不得行,攻刺疼痛等证,在所必用。”麻春杰教授临床使用频率较高的活血药有乳香、没药、桃仁、红花。张锡纯认为乳香、没药具有消散络中之瘀的功效;《本草蒙荃》指出:桃仁“逐瘀血止痛,生新血通经。”而对于血瘀重症面色黧黑、颜面部出现瘀斑、瘀点合并舌下静脉重度迂曲者,可选三棱、莪术等破血药,亦或可选地龙、全蝎、蜈蚣等虫类药以搜风剔络。

4.2 化瘀兼以扶正祛邪 血瘀是其主要病机,但非唯一致病因素,临床发病往往夹杂多种致病因素。麻春杰教授主张以化瘀为治疗法则,并结合其他病理因素,针对具体病机进行辨证治疗。患者平素脾胃虚弱,气血运化无权,患者往往兼见虚像,临床多见气虚、阳虚、阴虚不同类型,而实证多夹杂热、寒、痰等。对于气虚者,常选太子参、党参、黄芪、炒白术等;阳虚者用桂枝、干姜、香附、高良姜等;阴虚者常选沙参、麦冬、山药、玉竹、石斛、乌梅。对于瘀与热、寒、痰、毒相合者,灵活选用活血祛瘀并辅以清热、祛寒、化痰、解毒等治法。湿热明显者,选黄连、黄芩、虎杖、紫花地丁;痰瘀明显者,选三棱、莪术、山楂、半夏、瓜蒌;毒瘀明显者,可选半边莲、白花蛇舌草、紫花地丁、蒲公英等。麻春杰教授强调在运用化瘀法时,应当合理考虑扶正和攻邪法的应用,过于补虚,则影响中焦气机。蒲辅周提到:“中气虚馁,纯进甘温峻补,则壅滞气机,反而增加脾胃负担,甚则壅塞脾之运化,使胃腑更难通降。”而过于寒凉攻邪则损伤脾胃,正如李东垣论述:“大忌苦寒之药损其脾胃”。同时,药物剂量过大或者药物种类过多都会给已经虚弱的脾胃加重负担,麻春杰教授主张一般选药8~12味,用量普遍以6~15 g为宜。

5 强调中西医结合

麻春杰教授主张中西医结合辨治该病,即采用现代先进的科学技术手段,胃镜、病理等先进诊

断措施早发现、早诊断,同时中医四诊结合微观辨证判定血瘀轻重。另外,在治疗上对于合并Hp感染者主张中西医结合治疗,现代研究已经证实Hp是胃癌的高危致病因素,所以及时根除Hp意义重大。虽然,黄连、黄芩、蒲公英、白花蛇舌草、败酱草、虎杖、半枝莲等清热解毒药物具有清除Hp的作用,但是单纯中药抑杀Hp还存在局限性,而西药四联疗法抗杀Hp疗效确切,优势显著。研究显示,四联疗法合并中药的除菌效果明显优于单纯西药组^[10]。麻春杰教授主张对于CAG和PLGC合并Hp感染者应当采取西药标准四联疗法进行杀菌,在此基础上联合中药治疗以调整胃内环境、减轻毒副作用、提高Hp根除率。

6 典型病例

患者张某,男,58岁。2020年10月13日初诊。主诉:间断胃脘部疼痛10年,加重5天。患者平素间断性出现胃痛、胃胀等不适症状,时轻时重。现症见:胃脘部疼痛拒按,入夜尤甚,食欲不佳,伴暖气,反酸,夜寐差,二便未见明显异常,舌质紫暗,有散在瘀点,舌下脉络迂曲,其外侧充血呈柱状,脉弦涩。胃镜检查提示:慢性浅表萎缩性胃炎,胃窦疣状隆起伴糜烂。西医诊断:慢性浅表萎缩性胃炎伴糜烂;中医诊断:胃痛(气滞血瘀证)。治法:行血散瘀,理气和胃。药物组成:川楝子10 g,延胡索10 g,蒲黄12 g,白术15 g,木香12 g,乳香10 g,鸡内金15 g,厚朴10 g,枳壳12 g,白及10 g,煅瓦楞(先煎)25 g,海螵蛸20 g。14剂,每日1剂,早饭前和晚饭前半小时服用。

2019年10月27日二诊。患者自诉服药14剂后胃疼减轻,反酸症状消失,纳稍差,仍寐差,大便未见明显异常,舌暗,舌下脉络迂曲,脉弦。以原方去厚朴、海螵蛸,加砂仁8 g、茯神12 g,继服7剂。

2019年11月3日三诊。患者自诉胃部不适症状基本消失,纳寐好转,继在上方基础上减茯神、蒲黄、乳香、白及,加丹参10 g,当归6 g,继服10剂。

2019年11月17日四诊。患者自诉胃痛症状基于消失,食欲未见明显异常,患者欲口服丸药以巩固疗效,改用米子良教授治疗胃络瘀阻型PLGC的自制院内丸剂“胃和IV方”,每次6 g,每日2次,早晚口服,疗程3个月。停药3个月后复查胃镜显示:非活动性浅表性胃炎。

7 小结

血瘀致病的理论源于古代,近现代对其致病学说逐步丰富发展,尤其随着现代科学技术手段

的不断提高,微观程度上瘀的病理特点也逐步被揭示,瘀血致病的病机逐渐受到医家的重视。麻春杰教授认为,“瘀”的病机贯穿CAG和PLGC进程始末,在疾病早期血瘀的临床表现不明显,多表现为无形之瘀,随着病情的进展,无形之瘀显露于外。人体是一个复杂的综合生物体,除了单一瘀的病理因素外,临床常与寒、热、虚、实等不同病理因素杂合致病,并且由于个人体质的不同,往往表现为不同的侧重证型。在中医四诊中纳入胃镜检查、病理活检、血液流变学等客观指标,有利于中医辨证的客观化,对尽早明确疾病中西医诊断具有重要意义。

针对瘀的关键病机,麻春杰教授主张以化瘀(和血、活血)为治疗大法,并针对其他病理因素加减治疗,临床疗效显著。现代研究发现,活血化瘀药中药起效机制可能在于改善胃内微循环,提高胃黏膜血流量,改善组织细胞缺氧状态和营养物质供应,加速增生结节的消散和吸收,促进胃黏膜基底细胞腺体再生。但活血化瘀药种类繁多,不同医家对于和血药、活血药的分类归属存在不同意见,对于同一种活血化瘀药的使用剂量也存在较大差异,且临床配伍往往根据医家自身经验而定,存在一定的局限性和主观性。期待中医药现代化能给出客观量化的诊疗方案,为规范化从瘀辨治CAG和PLGC提供理论依据。

参考文献

- [1] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.
- [2] CANDIDO J, HAGEMANN T. Cancer-related inflammation[J]. J Clin Immunol, 2013, 33(Suppl 1): S79-S84.
- [3] 郝长浩, 李吉彦, 沈会, 等. 胃癌前病变中医临床研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(2): 117-121.
- [4] 徐浩. 血瘀证与活血化瘀研究热点与展望[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(6): 660-663.
- [5] 易法银. 中医瘀血证诊疗大全[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 1-4.
- [6] 赵凡, 唐德才. 慢性萎缩性胃炎血瘀证的中医药治疗[J]. 吉林中医药, 2015, 35(5): 473-476.
- [7] 路珊珊, 曾斌芳. 慢性萎缩性胃炎中医血瘀证现代进展[J]. 新疆中医药, 2014, 32(1): 70-72.
- [8] 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会. 血瘀证中西医结合诊疗共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(6): 839-844.
- [9] 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共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [10] 麻春杰, 魏玉霞, 胡刚, 等. 胃和冲剂Ⅱ号治疗慢性萎缩性胃炎寒热错杂证的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(12): 1-4.
- [11] 林煜. 慢性萎缩性胃炎与“血瘀”证素的初步研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2017.
- [12] 戴晓玲, 张庚良, 海滨, 等. 从血液流变学探讨萎缩性胃炎的血瘀改变[J]. 辽宁中医杂志, 1994, 21(1): 10-11.
- [13] 刘南阳, 李振华. 瘀热论治消谷善饥体会[J]. 环球中医药, 2018, 11(6): 859-860.
- [14] 叶天士. 临证指南医案[M]. 苏礼, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 379-386.
- [15] 赵智强, 李嘉. 略论周仲瑛教授的“癌毒”学说及其临床应用[J]. 新中医, 1998, 30(10): 7-9.
- [16] 钟霞, 焦华琛, 李运伦, 等. 毒邪实质刍议[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(5): 88-91.
- [17] 贾英丽, 徐悦泽, 刘坤, 等. 健脾祛瘀法治疗Ⅲ/Ⅳ期胃癌疗效观察[J]. 西部中医药, 2022, 35(7): 58-60.
- [18] 党民卿, 王道坤. 萎胃灵1号对慢性萎缩性胃炎癌前病变患者中医证候及病理组织学的影响[J]. 西部中医药, 2016, 29(7): 1-3.

收稿日期: 2025-12-05

*基金项目: 内蒙古自治区自然科学基金(2021MS08088); 内蒙古自治区科技攻关项目(2021GG0193); 内蒙古自治区教育厅研究生项目(YKD2023ZY001); 内蒙古自治区教育厅科创项目(B202311202); 内蒙古自治区卫生健康委办公室首府地区公立医院高水平临床专科建设项目科技项目(2024SGGZ040)。

作者简介: 殷宏振(1994—), 男, 博士学位, 主治医师。研究方向: 中西医结合防治恶性肿瘤。

△通讯作者: 麻春杰(1965—), 女, 博士学位, 教授, 主任医师。研究方向: 中蒙医药防治心脑血管、消化系统疾病。Email: 13514819729@163.com。