基于“一气周流”理论探析从胆胃同调论治慢性萎缩性胃炎*

黄梦晗[1,2]，彭新[2]，孙旭杭[1,2]，李凯[2]，魏丹丹[2]

1. 河南中医药大学第一附属医院血液肿瘤科，河南 郑州 450000；2. 河南中医药大学，河南 郑州 450046

摘要：慢性萎缩性胃炎以邪滞于内，损伤中焦为病之始，日久则运化无力，胃腑失于和降，而缠绵难愈，且病情变化与情志因素关系密切。故可基于“一气周流”理论，从胆胃同调角度治之。治疗重在调气机、复形质，恢复中焦气化之功，宜治以降逆和胃、利胆通腑之法，调胆胃之气机，邪盛则通降胆胃，以去其邪，正虚则以通为补，助其运化，使逆乱的气血津液恢复升降出入之常，以期恢复胃之生理，改善患者的临床症状，截断疾病进展。

关键词：慢性萎缩性胃炎；胆胃同调；“一气周流”；清胆和胃汤

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.06.196

中图分类号：R259.733.2　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1674－8999(2025)06－1214－06

Treatment of Chronic Atrophic Gastritis from Perspective of Gallbladder－Stomach Coordination Based on "Yi Qi Zhou Liu" Theory

HUANG Menghan[1,2], PENG Xin[2], SUN Xuhang[1,2], LI Kai[2], WEI Dandan[2]

1. Department of Hematology and Oncology, The First Affiliated Hospital to Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan China 450000; 2. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan China 450046

Abstract: Chronic atrophic gastritis begins with internal stagnation of pathogenic factors, damaging the Middle Jiao, and over time it leads to disordered transformation, where the Stomach Qi fails to descend normally, resulting in persistent and difficult－to－treat conditions, which is closely related to emotional factors. Therefore, it can be treated from the perspective of Gallbladder－Stomach coordination based on theory of "Yi Qi Zhou Liu". The focus of the treatment is to regulate the Qi mechanism and restore the form and quality of the body, reviving the function of Qi transformation in the Middle Jiao. The treatment method should be descending the inversed Qi and harmonizing the Stomach Qi as well as benefiting the Gallbladder and dredging the Fu to adjusts the Qi mechanism of the Gallbladder and Stomach. If the pathogenic factor is abundant, descend and clear the Gallbladder and Stomach to eliminate the Evil Factor. If there is a deficiency, dredging method can be used as tonifying way to aid transformation, restoring the normal ascent and descent of Qi, blood, and Fluid, aiming to restore the physiological function of the Stomach and relieve the clinical symptoms of patients, ultimately interrupting the progression of the disease.

Key words: chronic atrophic gastritis; Gallbladder－Stomach coordination; "Yi Qi Zhou Liu"; Qingdan Hewei Decoction

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis，CAG）是一种以胃黏膜固有腺体萎缩、黏膜变薄，或伴肠上皮化生、异型增生为病理特点的常见消化系统疾病[1]。研究表明，CAG 为重要的胃癌前疾病，随着 CAG 病程增长，其转换为胃癌的概率也逐步升高[2]。相关研究表明，胃癌是消化道肿瘤中常见的类型之一，据统计，2022 年约有 35.87 万例新发胃癌病例[3]。胃癌的发生发展过程是多因素、多阶段、多步骤的，CAG 是其独立危险因素之一[4]。同时，CAG 也被视作慢性胃炎向胃癌转化的关键节点，目前对于如何有效地延缓、阻断乃至逆转“炎－

*基金项目：河南省高校科技创新人才支持计划项目（21HASTIT047）

癌转化”过程,西医尚无统一方案。因此,降低 CAG 发病率已成目前研究热点、难点。从中医角度看,CAG 临床表现可归为“胃脘痛”“嘈杂”“痞满”等范畴,病位在胃,与肝胆脾相关,属本虚标实、虚实夹杂之证[5]。其病因包括外感六淫、饮食失节、情志不畅、劳逸不调、素体脾虚等。现代医家对其病机各有见解[6-8]。中医药在缓解 CAG 患者症状、改善胃黏膜炎症、延缓甚至逆转胃黏膜萎缩及肠上皮化生方面展现出独特的优势[9-11]。而 CAG 临床表现及病机特点与胆胃特性关系密切,基于此,从胆胃同调角度出发,对 CAG 病因病机进行探析,可为其诊治及预防提供思路与参考。

1　胆胃同调探析

胆胃同调可溯源至《黄帝内经》(下称《内经》)。《灵枢·四时气》记载:“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦,故曰呕胆。取三里以下胃气逆,则刺少阳血络以闭胆逆,却调其虚实,以祛其邪[12]。”指出胆邪可上犯于胃,以致胆胃同病,治疗上可行针刺之法,以抑胆降胃,共同调整胆胃虚实,以去其邪。黄元御在总结前人经验的基础上,对胆胃同调进行详细论述:“土为四象之母,实生四象”“乙木升于己土,甲木降于戊土,肝脾左旋,胆胃右转,土气回运而木气条达[13]。”中土脾胃是人体阴阳升降及脏腑运动变化的核心枢纽,在机体气机运动中,肝随脾升,胆随胃降,胆胃在通降气机方面,具有协同一致性,故可从胆胃同调角度调整气机逆乱,恢复机体正常运转。经络方面,足少阳胆经通过大迎、缺盆等穴,与足阳明胃经交会,两经气血阴阳相互贯通,为胆胃生理病理相关奠定基础[14]。

1.1　胆胃谐和

1.1.1　饮食消化,调控气血　中医学五行学说认为,胆属木,胃属土。在生理状态下,两者之间关系密切,胆胃同居膈下,位置毗邻,胆贮藏、排泄胆汁。胆汁借胃气通降之力下输入小肠,以助泌别清浊,参与水谷精微的吸收,且《类经》言:“少阳为枢,谓阳气在表里之间,可出可入,如枢机也[15]。”胆属少阳,主枢机,以使表里沟通、三焦通利,促进气血津液及脏腑功能的正常运转;同时,“胃气壮则五脏六腑皆壮”,脾胃为后天之本,主食物消化吸收,化生气血,以充养五脏六腑,胃的消化通降功能正常,有利于胆气胆汁疏泄[16]。

1.1.2　通降下行,疏利气机　胆胃同属六腑,生理特性为“以降为顺”。胃主受纳,其气以降为和。胃受纳腐熟水谷后,通过胃气的通降之力,将水谷精微传至全身,滋养脏腑[17]。而胆主甲木之气,主脏腑生机,甲木虽喜条达生发,却宜下降。正如《四圣心源·腹痛根源》所述:“甲木下降,是为根本[13]。”甲木之气正常下降,是一身之气升降有序、人体气机正常运转的关键。胆胃共居中焦,同为阳腑,共奏通降之功,作中焦气机枢利之用。

1.1.3　相火下潜,上清下温　《血证论》有云:“胆与肝连,司相火……相火之宣布于三焦,而寄居在胆府。”黄元御六气从化理论也提出,少阳胆为甲木,而化气于相火,胆气下行可分为相火下潜与甲木下降两个方面,二者相辅相成,通调助运全身气机周流。“相火本自下行,其不下行而逆升者,由于戊土之不降”,胃之肃降可助胆之相火下降,相火下行则上清下温,逆则上热下寒;同时赵献可云:“饮食入胃,犹水谷在釜中,非火不能熟。”胆之相火充沛,使中焦脾胃得以温养,则脾胃得以腐熟水谷,化生气血精微,调和机体阴阳。

1.2　胆胃逆乱

1.2.1　胆火犯胃,纳运失常　《素问·至真要大论》言:“少阳之病,热客于胃,呕酸、善饥[18]。”在病理状态下,若胆木过度制约或克制胃土,胆气壅滞,排泄不畅,郁而化为胆火。胆火循经犯胃,致胃火亢盛,且胃喜润恶燥,胃火过盛可煎灼津液,胃阴受损,乃生胃脘嘈杂、易饥、反酸、灼痛、恶心欲吐、口干、口渴之症[19]。脾失健运,则纳运失调,影响气血化生,气血化生无源则胃热愈盛,循环往复,则湿毒、瘀血内停,影响机体正常运转,百病丛生。

1.2.2　胆胃失和,气机不降　《四圣心源》云:“甲木上侵,则贼戊土[13]。”胆之甲木不降则不条达而郁结,胆郁为患,首克胃土,甚则伤及五脏六腑。《四圣心源》曰:“肝气宜升,胆火宜降……非胃气之下行,则胆火不降[13]。”因此,胆胃以降为和,以逆为病,胆随胃降,胆之通降可协助脾胃的运化与输布功能,维持气机正常升降。胆胃之气均以和降为顺,如失和降则可相互影响而致病。胆胃不降,则清气不升,浊气不降,“清气在下则生飧泄,浊气在上则生膜胀”,可出现胃脘胀闷、反酸、烧心、纳差、恶心等

症状。

1.2.3　相火不通，上热下寒　《血证论》有云："且胆中相火，如不亢烈，则为清阳之木气，上升于胃，胃土得其疏达，故水谷化；亢烈，则清阳遏郁，脾胃不和。"在相火运行中，相火周流的通路被阻塞，使在上的相火无法下行，郁积于上，以致相火过盛，耗伤营血津液为病；在下的相火得不到来自上方的充养，以致下位相火不足，血气衰少，进而出现上热下寒的病症[20]。黄元御讲"胆胃之不降"可致"神惊"，故诸多因相火不能下秘之病如咳嗽、肺痈、耳目之病疼痛等均可虑胆胃不降之因。因此，在"中土为轴，枢转四象"的周流运行中，注重胆气随胃气下降，以实现相火的秘藏[21]。

1.3　胆胃不和，通降失司　通降是胆与胃的共同生理需求，一旦通降失司，就会成为其病理基础，胆胃同病多表现为腹部胀满疼痛、胃脘灼热、嗳气吞酸、恶心欲吐等。胆胃可互为病因而出现胆胃失和之象，以致胆胃同病。胆胃同病的情况古今皆有。如《长沙药解》载柴胡在小柴胡汤中，可清胆经郁热，降胆胃上逆[22]。大柴胡汤治疗胆胃同病之少阳阳明合病[23]。又如清代叶天士在《临证指南医案》中指出胆热液泄、胃之浊气合病以致阳黄。现代医家以胆胃同调之法，用小柴胡汤治疗胆汁反流性胃炎[24]。许多消化系统疾病，诸如胆汁反流性胃炎、反流性食管炎、慢性结石性胆囊炎等，皆可依托胆胃同调指导辨治[25-27]，临床应用十分广泛。

2　从"一气周流"胆胃同调理论探讨慢性萎缩性胃炎的病因病机

"一气"概念由《内经》首次提出，经过数代医家实践发展，直至清代医家黄元御在传承阴阳、五行、气化等学说的基础之上，深度融合核心要义，并加以拓展深化，于《四圣心源》内独具匠心地提出"一气周流"理论，至此理论基本建立完成。"一气周流"中五脏以中土为轴，四象为轮，具体表现为"左路木火升发，右路金水敛降，中焦土气斡旋"的"四象轮旋"圆运动，为人体气的生成运转及脏腑功能运行提供新模式。黄元御所论之"一气"，并非单纯脾胃之气，而是来源于位居正中的中气，乃一身之气的根本及气机升降的枢轴。在病理状态下，外邪侵入，中气郁结，周流不畅；邪久正虚，运转无力，百病丛生。故外邪为病之诱因，正气郁滞或虚弱则为病之根本。《金匮要略·水气病脉证并治》亦论述："阴阳相得，其气乃行。大气一转，其气乃散。"论治疾病时，使气复常亦是常用治法之一。笔者认为，CAG 的发病机理可通过"一气周流"理论的胆胃同调角度进行阐释，本病多由中土失枢轴之职而"四象轮旋"不畅，一派胆胃气机上逆之象，因此，治疗重在健中复运、引气周流。

2.1　胆胃失调，气机逆乱为标　CAG 无对应的中医病名，其症状属于中医的"胃脘痛""嘈杂""痞满"等范畴。张锡纯认为："戊土不降，甲木失根……胆胃上逆，木土壅迫，此痞满、噎膈所由来也。"CAG 病情初期，以邪实为主，多见血瘀、湿热、气滞、痰浊等病理因素，于中焦脾胃肝胆相互搏结，邪滞中焦，则出现上腹部疼痛、食欲不振、嘈杂等症状；气机升降失司，多为胆胃气机上逆，导致疏泄功能失常，运化不利，则见腹胀、反酸；同时脾胃为本病发生之所，胆司相火，胆失通降，相火上炎，煎灼津液，则会加重口苦咽干等症状[28]。对于 CAG 患者，必须考虑胆胃的生理、病理特点，胆胃之气不和，土木相乘相侮，制化失司，法当以通降为要。旨在恢复胆胃的正常通降气机功能，改善患者临床症状。因此，胆胃失调、气机逆乱为 CAG 的发生发展提供初始条件。

2.2　中焦虚弱，气机不运为本　CAG 病情缠绵难愈，邪气留恋日久损伤脾胃，以致运化失常、升降逆乱，阴阳二气失衡，形成"中虚"四傍难安之态势，进而引发一系列机体稳态失衡的连锁反应。CAG 虽病位在胃，但结合临床表现，可将病位拓展至中焦，中焦虚弱是病变基础。李东垣提出"内伤脾胃，百病由生"的观点，强调脾胃之气衰弱，易致脏腑功能失调而病[29]。黄元御指出"中气衰"会引起"升降窒"，脾胃虚弱，运化失常，气机壅滞，清者难升，浊者难降，进一步加重 CAG 病情。同时，当代社会饮食不节现象普遍存在，过食生冷、辛燥之物，直接耗伤中焦脏腑之气，且生存压力较大，更易忧思伤中。相关研究表明，多数 CAG 患者因疾病带来的不适症状以及恐癌心理，出现心悸胆怯，多疑多虑等症状，病因和病态相互影响，以致病情进展[30]。路理杰等[31]研究 CAG 病理结果的关联因素时发现，抑郁、恐惧、偏执等负面情绪程度与萎缩程度呈正相关。由此可见，中焦虚弱，气机不运是 CAG 发生与进展

的重要根本。

2.3　胆胃与 CAG 的现代医学研究　胃内黏膜血供丰富，其状态直接影响 CAG 的形成与发展。胃黏膜作为胃的保护屏障，通过各种防御机制，防止过酸环境损伤深层胃内组织细胞，促进胃正常运转[32]。有学者认为，中医胆腑与现代医学的胆囊，所指脏器及功能基本一致[33]。西医认为，胆囊是储存和浓缩胆汁的消化器官，正常情况下，胆分泌的胆汁帮助促进饮食物的消化，当胆汁反流到胃部时，会损害胃黏膜，从而形成炎症[34]。Li 等[35]研究发现，胆汁反流的分级情况与患者胃黏膜疾病的严重程度呈正相关，这表明胆汁反流会加速胃黏膜疾病的病情进程。胆中的胆汁酸（bile acid，BA）被认定为胃癌早期诊断的生物标志物之一[36]。另有研究证实，BA 是 CAG 及其他胃癌前病变的一项独立危险因素[37]。因此，从现代医学角度，对于 CAG 患者，应促使胆汁下行，才能改善患者临床症状，延缓疾病进展。

3　从胆胃同调论 CAG 的调治

胆胃同属“传化之腑”，具有“实而不能满”的特点。故“实”为生理状态，而“满”才是病理状态[38]。在 CAG 病理状态下，患者多出现中焦壅滞甚则上逆之症，故须使胆胃通降下行，祛除壅滞之“满”，胆木助胃土以腐熟，胃土助胆木以降泄，土木安和，使气机条达、疏解凝滞邪气，CAG 多为本虚标实之证，胆胃通降并非一味通泻下行，而是降中寓升，因势利导，旨在恢复气机之升降，即“降后自生”[39]，升降一体，和降顺则气机畅，而升清有序，如此则胃道通利，补益之剂可直达病所。因此，治疗重在调气机复形质，恢复中焦气化之功，治以降逆和胃、利胆通腑，调胆胃之气机，使逆乱的气血津液恢复升降出入之常，以期恢复胃之生理功能[40]。改善患者的临床症状，阻断疾病进展。

在临床实践中，亦有诸多医家基于胆胃同调，指导多种疾病的论治。庄瑞斐等[41]治疗胆汁反流性胃炎，在胆胃同调理论指导下，运用胆胃宁颗粒剂，可明显改善临床症状。郑传彬等[42]从胆胃相关理论对反流性食管炎进行治疗，治疗组予胆胃舒冲剂，疗效优于对照组。赵文霞从胆胃关系角度治疗胆汁反流性胃炎合并慢性胆囊炎，临床疗效显著[43]。

4　病案举隅

陈某，女，58 岁，2023 年 11 月 3 日初诊，以“胃脘部隐痛 3 个月余”为主诉就诊。患者诉 3 个月前无明显诱因出现胃脘部隐痛等症状，于某院确诊萎缩性胃炎，未进行系统治疗。2023 年 9 月 5 日于当地医院行胃镜检查，结果显示：食管炎：萎缩性胃炎（C2）伴糜烂伴肠化。病理：（胃窦）黏膜慢性炎伴腺体肠化。肠镜：结肠息肉切除术。病理：（升结肠）复合息肉。现症见：胃脘部隐痛、胀闷嗳气，口苦，无反酸烧心，腹胀，自觉腹部冰凉，眠差，纳可，大便每日 2 ~ 3 次，偶不成形，小便调。舌质红，舌中凹陷，苔中后部腻，右脉寸关洪，左脉滑。西医诊断：慢性萎缩性胃炎伴肠化。中医诊断：胃脘痛 - 太阴病。治法：清热利胆，和胃降逆。方药：清胆和胃汤加减。柴胡 12 g，黄芩 10 g，桂枝 10 g，白芍 20 g，党参 10 g，干姜 12 g，白术 20 g，生地黄炭 12 g，茯苓 20 g，醋鳖甲 20 g，煅牡蛎 30 g，半夏 24 g，炙甘草 10 g，当归 12 g，炒鸡内金 20 g，制刺猬皮 15 g，陈皮 9 g，首乌藤 30 g，白及 12 g，高良姜 10 g。7 剂，每日 1 剂，水煎服，早晚温服。

二诊（2023 年 11 月 10 日）：患者诉胃脘部隐痛，胃脘胀闷嗳气减轻，无反酸烧心，腹胀，腹部冰凉减轻，眠一般，纳可，大便日行 2 ~ 3 次，偶不成形，小便黄。舌质红，舌中凹陷，苔中后部腻，右脉寸关洪，左脉滑。守前方加金钱草 30 g，姜厚朴 12 g，7 剂，服用方法同前。

三诊（2023 年 11 月 17 日）：患者诉服上方药后，症见：胃脘胀闷嗳气减轻，无泛酸烧心，腹胀膜，腹部冰凉减轻，眠一般，纳可，二便调。舌质红，舌体中部凹陷，苔中后部腻，右脉寸关洪，左脉滑。前方基础上加麸炒枳壳 10 g，炒莱菔子 15 g，7 剂，服法同前。本病易反复，嘱患者定期复诊，慎饮食，畅情志。用药随证加减，继续服用 2 个月后症状减轻，嘱患者定期复查。

按语：本案患者为中老年女性，因长期饮食不节，工作压力大，肝胆疏泄不利，相火妄动，木旺乘土，损伤脾胃，气逆于上，则发为胃脘痛。今肝郁气滞，胆火犯胃，升降失调，木旺乘土则胆汁上犯于胃，故本病多见脘腹胀满、吞酸嗳气、呕恶口苦等胆郁气逆、胃失和降等症。患者虽有腹部冰凉，大便稀溏，

但其邪气留恋，不可一味补益，先以治标，其病机关键在于胆胃气逆。治宜利胆通腑兼以降逆和胃。本方以清胆和胃汤[44]为基础进行加减，方中柴胡味辛苦性微寒，归肝胆经，具有升散宣泄之性，能清疏肝胆，宣畅气机；党参味甘性温，健脾益气，补土培木，柴胡、党参共为君药。黄芩苦寒，清降胆火，疏利肝胆，通调气机；干姜、高良姜辛热，温中散寒，以助党参温阳健脾，共为臣药。桂枝辛温，疏木达郁，配伍白芍、生地黄、煅牡蛎、当归以补肝之体，助肝之用；又佐半夏、鳖甲散结行滞，和中降逆。炙甘草为使，甘温补中，调和诸药。结合患者症状，予茯苓、白术燥湿健脾；予炒鸡内金健脾消积，制刺猬皮消肿止痛、白及止痛，高良姜止痛消食、温中散寒，予首乌藤养血安神。本方旨在恢复胆胃通降功能，兼顾清肝利胆，畅达胆胃气机，胆胃同调，发挥标本兼治作用。患者服药 1 周后胃脘部隐痛减轻，胀闷嗳气症状较前减轻。二诊患者胃脘部症状减轻，大便日行 2 ~ 3 次，偶不成形，小便黄，加用金钱草以利湿退黄，姜厚朴以燥湿。三诊患者诸多症状减轻，继续巩固治疗以清降胆胃为主，恢复气机运转，从临床症状分析达到较好临床疗效。患者诸症悉除，恐饮食不节伤及脾胃，使该病复发，遂嘱患者平素规律饮食，随访至 2024 年 2 月，患者未诉症状加重，可见基于“胆胃同治”理论治疗可使气机升降有序，清阳得升，浊阴得降。CAG 病程较长，且症状易于反复，病理变化短期内难以逆转，临床用药应当标本兼顾，依法选方，灵活调整，以减轻患者症状。

5　结语

综上，基于 CAG 的症状和病因病机，可从“一气周流”理论胆胃同调角度出发，通降胆胃，以缓解患者症状、调整机体平衡及阻断病程进程。为探究中医辨证论治的古今应用，精确诊断及针对性用药提供思路。

参考文献：

[1]张泰，张北华，马祥雪，等. 慢性萎缩性胃炎炎 - 癌转化中医病机探析[J]. 中华中医药杂志，2022，37(11)：6414 - 6417.

[2]姜莉云，吴文笛，蔡悦青，等. 基于“升举三阴法”论治慢性萎缩性胃炎探赜[J]. 中华中医药杂志，2022，37(2)：847 - 850.

[3]HAN B，ZHENG R，ZENG H，et al. Cancer incidence and mortality in China，2022[J]. J Natl Cancer Cent，2024，4(1)：47 - 53.

[4]朱旭东，党旖旎，孔子昊，等. 同时性多发早期胃癌的相关风险因素和临床病理特征[J]. 南京医科大学学报：自然科学版，2020，40(9)：1319 - 1324.

[5]李军祥，陈誩，吕宾，等. 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.

[6]张滨. 从络病学说探讨慢性萎缩性胃炎[J]. 山西中医，2009，25(8)：58 - 59.

[7]孙仁，宋蓓，刘小军. 李东垣升清降浊理论在慢性萎缩性胃炎治疗中的应用[J]. 辽宁中医杂志，2008，35(10)：1468 - 1469.

[8]郑保平. 慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的病机和证治探讨[J]. 江苏中医药，2010，42(1)：8 - 9.

[9]罗慧，唐梅文，农复香，等. 中医药防治慢性萎缩性胃炎癌变作用机制研究进展[J]. 陕西中医，2023，44(2)：267 - 270.

[10]董凡，邓银香，商竞宇，等. 中医治疗慢性萎缩性胃炎研究近况[J]. 江苏中医药，2020，52(7)：88 - 90.

[11]于莹，张功，韩涛，等. 临床常用中成药辅助治疗慢性萎缩性胃炎的网状 Meta 分析[J]. 中草药，2022，53(6)：1790 - 1800.

[12]灵枢经[M]. 北京：中国中医药出版社，2006：68.

[13]黄元御. 四圣心源：黄元御医书精华[M]. 北京：中国中医药出版社，2009.

[14]张翕宇，王鹤亭，刘桠，等. 从“凡土脏取决于胆”论治 2 型糖尿病血糖波动[J]. 辽宁中医杂志，2018，45(4)：710 - 712.

[15]张介宾. 类经[M]. 北京：中国中医药出版社，1997.

[16]冯诗瑶，张丰聪. 甲木下降与脏腑气机升降关系探析[J]. 南京中医药大学学报，2023，39(4)：306 - 311.

[17]尹晓岚，王凤云，陈婷，等. 基于胃主通降理论探讨胃食管反流病症状的产生[J]. 环球中医药，2017，10(2)：170 - 173.

[18]黄帝内经[M]. 北京：线装书局，2009.

[19]孙超凡，冯兴中，高慧娟，等. 从胆辨治糖尿病胃轻瘫[J]. 南京中医药大学学报，2024，40(7)：668 - 673.

[20]赵彦禛，张宜帆，周霞辉，等. 基于“相火”理论探讨其对人体脏腑活动的影响[J]. 西部中医药，2024，37(8)：40 - 43.

[21]毛文艳，杜武勋. 黄元御一气周流理论探析[J]. 江苏中医药，2016，48(3)：6 - 8.

[22]黄元御. 黄元御医学全书[M]. 太原：山西科学技术出

版社,2010:643,815.
[23]刘凌云."人在方中,体证相合"的临证辨体选方思路浅析[J].时珍国医国药,2024,35(10):2414 - 2416.
[24]苗圃,王洪白,郭峰.胆汁反流性胃炎应用小柴胡汤治疗的效果分析[J].系统医学,2021,6(18):152 - 154.
[25]安丽,黄大未,杨晋翔,等.清胆和胃颗粒治疗胆汁反流性胃炎 47 例临床观察[J].中医杂志,2018,59(1):37 - 40.
[26]徐淑琴.旋复代赭汤合温胆汤化裁联合西药治疗胆胃不和型胃食管反流病临床观察[J].新中医,2015,47(10):57 - 58.
[27]张丽慧.赵文霞治疗胆汁反流性胃炎合并慢性胆囊炎经验[J].中医学报,2019,34(6):1205 - 1208.
[28]姚彩娟,孙理军,李翠娟,等.基于相火理论探讨胆石症发病机制及防治[J].中国中医药信息杂志,2020,27(1):106 - 108.
[29]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.
[30]屈伟.运用调肝通降八法治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的数据挖掘研究[D].武汉:湖北中医药大学,2019.
[31]路理杰,杨阔,刘华一.情志因素与慢性萎缩性胃炎患者病理结果的相关性[J].中医杂志,2021,62(4):324 - 327.
[32]卢文天,刘月涛,秦雪梅.胆汁酸参与慢性萎缩性胃炎的致病机制及其中药干预的研究进展[J].神经药理学报,2023,13(2):46 - 51.
[33]胡剑北.中医胆腑实体及其医理研究[J].北京中医药大学学报,2007,30(11):730 - 732.
[34]房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670 - 687.
[35]LI D,ZHANG J,YAO W Z,et al. The relationship between gastric cancer,its precancerous lesions and bile reflux:a retrospective study[J]. J Dig Dis,2020,21(4):222 - 229.
[36]FU J,YU M,XU W,et al. Research progress of bile acids in cancer[J]. Front Oncol,2021,11:778258.
[37]ZHANG L Y,ZHANG J,LI D,et al. Bile reflux is an independent risk factor for precancerous gastric lesions and gastric cancer:an observational cross - sectional study[J]. J Dig Dis,2021,22(5):282 - 290.
[38]李贺元,罗晓韵,劳绍贤.浅议"六腑以通为用"在治疗脾胃病中的应用[J].内蒙古中医药,2016,35(1):47 - 48.
[39]张迪,姜德友.基于"土郁夺之"探讨慢性萎缩性胃炎辨治思路[J].中医学报,2023,38(7):1416 - 1422.
[40]张敏,靳晓杰,李程豪,等.敦煌医方大泻脾汤治疗胃癌的体外活性及化学生物信息学研究[J].中国现代应用药学,2023,9(3):302 - 314.
[41]庄瑞斐,顾庆华.胆胃宁颗粒剂治疗胆胃不和型胆汁反流性胃炎临床疗效观察[J].时珍国医国药,2016,27(12):2940 - 2943.
[42]郑传彬,郑焕填,吴亚宾.胆胃舒冲剂联合西药治疗胆热犯胃型反流性食管炎的临床研究[J].中国实用医药,2020,15(20):169 - 171.
[43]张丽慧.赵文霞治疗胆汁反流性胃炎合并慢性胆囊炎经验[J].中医学报,2019,34(6):1205 - 1208.
[44]霍俊方,魏子杰,高天旭.高体三辨治慢性胃病经验[J].辽宁中医杂志,2013,40(10):1984 - 1986.

收稿日期:2024 - 12 - 13

作者简介:黄梦晗(1998 -),女,河南南阳人,硕士研究生,研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤疾病。
通信作者:彭新(1970 -),男,医学博士,主任医师。E - mail:penxin@ hactcm. edu. cn

编辑:孙铮