

基于“调和为纲，健脾为本”论治慢性非萎缩性胃炎

张磊¹，颜勤²，赵彬燕¹

(1. 贵州中医药大学第一临床医学院，贵州贵阳 550025；2. 贵州中医药大学第一附属医院肝病脾胃内科，贵州贵阳 550001)

【摘要】慢性非萎缩性胃炎是临床常见病，西医对症治疗复发率高。本文系统总结颜勤教授基于“调和为纲，健脾为本”论治慢性非萎缩性胃炎的学术经验。通过典型病案分析，归纳颜勤教授对本病病机的认识及论治策略。颜勤教授认为本病核心病机为脾胃失和表现为寒热、升降、虚实三层失和，中气亏虚为本；治以调和为纲，即寒热平调、升降同调、补泻兼施；健脾为本，即培补中气、顾护后天，并重视肝脾同治。临证以半夏泻心汤为基础方化裁。典型病案中，胃痞病患者经三诊治疗后，痞满、暖气、反酸等症状逐渐减轻。该学术思想契合慢性非萎缩性胃炎寒热错杂、虚实夹杂的临床特点，能有效恢复脾胃升降功能、改善症状，对临床诊治具有一定指导意义。

【关键词】调和为纲；健脾为本；慢性非萎缩性胃炎；胃痞；寒热错杂；半夏泻心汤

【中图分类号】R256.32

慢性非萎缩性胃炎是消化系统常见病，是一种由多种致病因素导致的胃黏膜慢性炎症性病变，病程较长，易反复发作，以上腹部疼痛、胀满不适、暖气反酸等为主要临床表现。慢性非萎缩性胃炎的西医病机现代医学认为其发病机制主要为幽门螺旋杆菌感染、胆汁反流、烟酒药物刺激、精神神经紊乱等破坏胃黏膜黏液屏障，氢离子反向渗透损伤上皮，诱发胃黏膜浅层大量淋巴细胞、浆细胞慢性浸润，黏膜充血水肿、可伴浅表糜烂，但胃固有腺体数量正常，无萎缩及无肠化。西医治疗主要从抑制胃酸分泌、保护胃黏膜、促进胃肠蠕动等方面出发，虽可短期缓解不适，但难以阻断复发，促使更多的患者转求中医药干预。

中焦脾胃主纳运，司升降，是气机升降出入的核心之枢，本病病位在胃，关乎肝脾，病机多寒热、虚实交织。颜勤教授深耕脾胃病临床诊疗，紧扣“中气虚为本，寒热壅滞、升降失和为标”，确立了“调和为纲，健脾为本”的诊疗原则。

1 理论基础与核心病机

1.1 调和思想的理论奠基与传承

脾胃位处中焦，为一身气机升降之枢纽。脾胃气机升降、阴阳平和的思想根源于《黄帝内经》，奠定了调和治法的根本准则。《素问·六微旨大论》云：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。”提示气机升降出入和谐是人体脏腑功能正常的前提条件。《素问·经脉别论》详述其过程：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺……”清阳赖脾气而升，浊阴赖胃气而降，二者一升一降，协调互用，奠定了“调和升降”的理论基础。《素问·生气通天论》更提出“阴平阳秘，精神乃治”，强调阴阳和谐、机体协调的“和”之境界，此为中医

1 作者简介：张磊，女，贵州中医药大学在读硕士研究生，主要研究方向：中医药防治脾胃病。

2 通信作者：颜勤，女，贵州中医药大学第一附属医院消化内科，主任医师，教授，硕士生导师，主要研究方向：中医药防治脾胃肝胆疾病。E-mail: Yan-qin7038@163.com。

“调和”思想之总纲。

张仲景^[2]承《内经》之旨，于《伤寒论》中创辛开苦降之法，半夏泻心汤以半夏、干姜辛温升散，合黄芩、黄连苦寒降泄，寒热并用、升降同调以治痞，开“调和”方剂之先河。此方要义不在于清热或温寒本身，而在于恢复中焦“辛开苦降”的动态平衡。

李东垣^[3]《脾胃论》系统阐发了脾胃升降理论，首提“脾胃为气机升降枢纽”，强调“脾胃虚则九窍不通”，所创补中益气汤、升阳益胃汤等方，以升发脾阳为要，重视培补中气之培补，体现了“健脾以复升降”的学术主张。

叶天士^[4]进一步提出“脾宜升则健，胃宜降则和”，将脾升胃降的生理特性凝练为“和”字，并提出养胃阴以润降，与东垣升脾阳相呼应，使脾胃调和理论臻于完善。黄元御、张锡纯虽各有发挥，但核心归于中气斡旋、升降平衡^[5-6]。丰富了“调和”治法的临床实践。

诸家之说，共同指向一个核心，脾胃之病，要在“失和”；治疗之要，贵在“调和”；调和之基，在于“健脾”。

1.2 慢性非萎缩性胃炎的“三层失和”

慢性非萎缩性胃炎属中医“胃痞”“胃痛”“嘈杂”等范畴。脾主运化升清，胃主受纳降浊，一升一降，纳运相得，共同完成饮食物的消化吸收与精微输布。《灵枢·平人绝谷》云：“胃满则肠虚，肠满则胃虚，更虚更满，故气得上下，五脏安定。”此“更虚更满”即由脾胃升降协调完成，气机上下通达，五脏方能安定。若饮食不节、情志失调、劳逸失度或久病体虚，损伤脾胃，可致脾不升清、胃失和降，气机壅滞中焦。即《素问·阴阳应象大论》所谓“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生膈胀”，临床出现胃脘胀满、疼痛、嗳气、反酸、便溏等症。此这一核心的“脾胃失和”的状态，在临床上具体展开为寒热、升降、虚实三个层面的不和，三者互为因果，构成本病的复杂病机。

1.2.1 寒热不和

寒热不和是本病最表层的“不和”，表现为寒热证候并见之矛盾最直观的证候矛盾。其“寒”多源于脾阳亏虚、温煦失职，因过食生冷、劳倦伤中或素体阳虚所致，见胃脘怕凉、喜温喜按、遇冷痛泻，舌淡苔白。其“热”多由气机郁滞，日久化热，或因肝气郁结郁火横逆犯胃，或因湿浊内生、郁而化热，见反酸烧心、口苦咽干、舌红苔黄。脾寒与胃热并非孤立，而是互为因果，脾阳不足，运化失司，易生湿聚饮，郁久从化热；胃中郁热，反阻气机，进一步耗伤脾气脾阳。此“寒热错杂”之象像，形成中焦痞塞的病理基础，令患者寒热症状并见，单温则助热，单清则伤阳，非平调不能解其纷。

1.2.2 升降不和

升降不和是“寒热不和”进一步阻滞气机的结果导致的，是也是产生“痞满”主症的直接原因。是中焦气机运行失常的表现。脾主升清，若脾虚失运，中气下陷，清阳不升，反随浊阴下流，则见神疲乏力、少气懒言、大便稀溏、头目昏眩。胃主降浊，若胃中郁热食滞或痰湿中阻，胃气不得顺降，转而冲逆于上，则见胃脘痞满胀痛、嗳气恶心、反酸呕吐。脾升与胃降这一对立运动失其和谐，清浊之气在中焦相互冲撞混杂，即《灵枢》所谓“乱于肠胃”。是产生“痞满”主症的直接原因。治疗不仅要清热散寒，还需调解调节脾胃气机，恢复其正常生理功能。

1.2.3 虚实不和

此为疾病最深层的“不和”，决定病程长短与预后。“虚”的核心在于脾胃之气虚弱，

贯穿疾病始终，是“寒热不和”的内在基础，亦是“升降不和”的动力根源，中气不足，斡旋无力，见神疲、纳少、脉弱、病程缠绵。“实”为脾虚基础上继发的病理产物，因运化不及而生湿生痰，气机不畅而致气滞血瘀，传化失常而致食积郁热。实邪又反困脾胃，加重正虚，形成“本虚标实、互为因果”的恶性循环。单纯补虚恐壅补助邪，单纯攻邪则更伤正气，治疗必须补泻兼施，方能打破循环。

据此病机，治疗若单纯清热则寒凝更甚，单纯温补则助热生火，单纯补虚则气机愈壅，单纯祛邪则正气更伤。唯有以调和为纲——，寒热并用、升降同调、补泻兼施，以复脾胃平和之态；以健脾为本——，培补中气、顾护后天，使脾气健运而清气自升，胃气和顺而浊气自降，方能切中病机。这~~也~~正是颜勤教授“调和为纲，健脾为本”学术思想的核心要义所在。

1.3 基于“脾胃为枢”的整体调控观

立足于上述病机认识，颜勤教授进一步将治疗视野从脾胃局部拓展至全身气机网络，提出基于“脾胃为枢”的整体调控观。

脾胃同居中焦，是气机升降出入的枢纽。黄元御言：“中气者，阴阳升降之枢轴。”脾气升发，引清气上达心肺；胃气主降，领浊阴下归肠肾。若脾胃功能失常，中气亏虚，升降失司，不仅水谷运化失常，全身气机循环也会停滞或逆乱^[7]。这正是慢性胃炎患者常伴见焦虑失眠、疲乏短气、大便不调等全身杂症的内在原因。治疗应以脾胃自身“升降斡旋”功能的恢复为核心纵轴，左调肝木以舒其郁，右理肺金以助其降^[8]。

1.3.1 土壅木郁，调和肝脾以解郁

肝属木，主疏泄，其气以升发为顺；脾胃属土，主运化。生理上，“土得木而达”，肝的疏泄是脾胃正常升降的重要保障。病理上，若脾胃虚弱、中焦壅滞（土壅），会阻碍肝气疏通畅达，导致“土壅木郁”；若情志不遂、肝气郁结在先（木郁），则横逆犯胃、克伐脾土，即“木旺乘土”。慢性非萎缩性胃炎患者多病程绵长，长期胃脘不适会导致焦虑，情志失和、肝气郁结又进一步加重胃病，正是“土壅木郁”与“木郁乘土”并存的恶性循环。治疗重在调和肝脾，疏肝解郁，恢复肝木疏泄功能，同时固护脾胃^[9]。肝气条达，则周身气机通畅，脾胃升降功能得以恢复。

1.3.2 脾胃失运，培土生金以助降

肺属金，主一身之气，司肃降；脾属土，为气血生化之源。生理上，“土生金”，脾运化之精微上输于肺，以充养肺气；肺气充足与正常肃降，也可保障中焦气机通畅。病理上，若脾胃虚弱日久，气血生化无源，无法充养肺气，会导致肺气亏虚，即“土不生金”肺气虚则卫外不固，患者易外感易感外邪，扰动中焦，使病程迁延。更重要的是，肺之“肃降”功能，是胃气“和降”的强大后盾与推动力。故治疗需遵循培土生金原则，以健脾益气为核心，气血生化有源，则能上输充养肺气，同时调和脾胃之气。

1.3.3 升清降浊，恢复中枢之斡旋

升清降浊直接作用于脾胃核心枢机。“清气在下”与“浊气在上”是升降不和的直接后果。治疗需要遵循脾胃升降生理特性，升清与降浊双向同治，双向调节紊乱气机。顺应脾主升清、胃主降浊之性，升提清阳，顺应胃主降浊之性，行气导滞，引导中焦浊邪下行双向调节紊乱气机，最终恢复中焦气机“清升浊降”的状态，气机恢复正常斡旋。

1.4“调和为纲，健脾为本”的论治体系

基于“三层失和”病机与“脾胃为枢”的整体调控观，颜勤教授确立“以调和为纲，以健脾为本”为核心法则。调和之纲，在于寒热并用、升降同调、补泻兼施，以纠正中焦失和之态；健脾之本，在于培补中气、顾护后天，使脾健运而清气升，胃和顺而浊气降。**二者相辅相成，一调一和使邪去而脾胃不为药伤，健脾使中气充而调和之功得以巩固**^[10]。

半夏泻心汤为践行“调和为纲，健脾为本”的代表方剂。方中半夏辛散开结、和胃降逆，干姜辛温助半夏散寒，黄芩、黄连苦寒清热燥湿，四药合用辛开苦降、寒热并调，正为“调和”而设；人参、甘草、大枣甘温益气、补脾和中，即为“健脾”而置。全方寒热并用、升降同调、补泻兼施，与慢性非萎缩性胃炎的核心病机高度契合。临证中，颜勤教授常于该方基础上，根据“脾胃为枢”的整体调控观灵活化裁：肝郁显著者，加柴胡、白芍疏柔相济；肺胃气逆者，加厚朴、旋覆花降逆下气；~~一~~清阳不升者，佐升麻升发清阳。

2 病案资料

患者男，44岁，2025年11月7日初诊，主诉：反复胃脘部痞满不适5年余，加重1月。患者5年前因饮食不节、工作压力大出现胃脘部胀满不适，反复发作。曾于多家医院行胃镜检查，诊断为“慢性非萎缩性胃炎”，间断服用奥美拉唑、铝碳酸镁等药物，症状稍有好转。1月前因饮酒，加之情绪波动，症状明显加重。刻下症：胃脘部痞塞不通，胀满不适，餐后加重，空腹缓解，时有嗳气，反酸烧心，口苦咽干。平素胃脘怕凉，喜热饮，进食生冷即胃痛腹泻，大便溏薄，排便不爽，神疲乏力，纳少眠差。舌体胖大边有齿痕，舌红苔黄腻，脉弦滑。无痛胃镜诊断：慢性浅表性胃炎。西医诊断：慢性非萎缩性胃炎，中医诊断：胃痞病（寒热错杂证）。

治法：辛开苦降，升清降浊，疏肝理气。以半夏泻心汤加减，拟疏肝消痞泻心汤治之，拟方如下：法半夏9g，干姜6g，黄芩10g，黄连6g，党参15g，炙甘草6g，大枣10g，白术18g，枳实12g，厚朴12g，柴胡10g，白芍10g，海螵蛸20g。共7付，水煎服，~~每次200mL~~，一日1剂，早晚温服。

2025年11月17日二诊，患者服上方后，胃脘痞满明显减轻，嗳气、反酸烧心、口苦较前改善，~~仍~~食后腹胀~~仍存在~~，大便次数较前增多，~~色黄质稀~~，~~纳食增加~~，神疲乏力稍减，眠尚可。舌淡红，苔薄黄微腻，脉弦缓。守前方化裁，去厚朴，黄芩、枳实减至8g，白术增至20g，加茯苓15g，木香6g，升麻3g。7付，煎服法同前。

2025年11月24日三诊，患者服~~上方药~~后，胃脘痞满基本消失，偶有轻微胀感，无嗳气反酸，大便成形，日~~行~~1次，纳眠可，精神可。舌淡红，苔薄白，脉弦缓。守前方加减，法半夏减至6g，干姜减至4g，黄芩减至5g，黄连减至3g，枳实减至6g。7付。嘱患者调畅情志，清淡饮食，适当~~增加体育~~锻炼。后随访，患者基本~~已~~痊愈。

按语：

3 按语

本案患者病程长达5年，因饮食不节、情志失调损伤脾胃，日久致中焦气机失和，呈现寒热错杂、虚实夹杂之证，正合“调和为纲，健脾为本”之论治指征。

从“不和”观之，本案寒热、升降、虚实三端俱失其和。胃脘怕凉、喜热饮、~~食生冷即泻~~，为脾虚寒凝之象；反酸烧心、口苦咽干、舌红苔黄，为胃热上逆之征。~~寒热互结中焦，单温则助热，单清则伤阳。胃气不降，挟湿热上逆，故见则嗳气、反酸、~~

痞满、餐后加重；脾气不升，清阳下陷，故见则大便溏薄、神疲乏力。升降悖逆，清浊相混。脾虚失运为病之本，气滞、湿阻、郁热、酸逆为病之标，本虚标实，互为因果。颜勤教授紧扣“调和为纲，健脾为本”之旨，以半夏泻心汤为基础方加减。同时研究表明半夏泻心汤能有效抑制胃酸分泌、促进黏膜细胞再生^[11]。方中法半夏、干姜辛温散寒、和胃消痞，黄芩、黄连苦寒清热、燥湿降逆，四药合用辛开苦降，寒热同调、升降相因，直指寒热不和与升降不和之枢机，为“调和”之核心配伍。党参、白术、炙甘草、大枣健脾益气、培补中土，为“健脾为本”之体现。患者肝郁气滞显著，故加柴胡、白芍疏肝解郁、柔肝缓急，疏解郁结之肝气，杜绝木旺乘土；枳实、厚朴行气消痞、宽中除满，疏通中焦壅滞气机，快速改善胃脘痞满主症；海螵蛸制酸止痛、和胃护膜，针对反酸烧心之症治标止痛，贴合患者临床不适症状。全方寒热并用、补泻兼施、肝脾同调，温脾而不助热、清胃而不伤阳、行气而不伤正，标本兼顾，契合本案虚实寒热交织的病机特点。全方寒热并用、补泻兼施、升降同调，既祛寒热、气滞之邪，又补脾胃虚弱之本，兼顾肝脾同调。现代药理学研究证明黄连提取物中的所含生物碱（小檗碱）可以减轻炎症减轻，黄芩中的黄芩素可以抗炎、抗菌^[12]等多种共享功效，干姜可中和胃酸，从而保护胃粘膜胃黏膜^[13]，海螵蛸对胃黏膜的保护作用，能有效针对性缓解反酸烧心之症^[15]。四药合用，从“中和胃酸-抑制分泌-抗炎护膜”三个缓解环节协同起效。

二诊之时，患者服药后标实之邪大减，“寒热不和”已减未平，本虚湿盛凸显，故减轻黄芩、枳实用量，避免苦寒碍脾、破气之品耗伤正气，增大增白术用量强化健脾燥湿之功，加，加新增茯苓健脾渗湿、利水实便，从根源祛除体内湿邪，加木香行气健脾、和胃消胀，专攻餐后腹胀之症；少佐升麻升举脾胃清阳，恢复脾升胃降之常态，使清阳得升、浊阴得降，进一步调理中焦气机，兼顾祛邪与扶正。

三诊，患者诸症基本消退，胃脘痞满消失、二便调畅、纳眠正常，仅余轻微胃部不适感，寒热错杂之标实已大减，但中虚之本尚未恢复。遂大幅削减干姜、半夏、黄芩、黄连寒热药用量，减轻药物峻猛之性，由祛邪为主转为缓调善后，减少海螵蛸用量，中病即止，避免久服碍胃，保留健脾、疏肝、升清、渗湿之品，持续巩固脾胃功能、调畅肝脾气机，稳步修复中焦脾胃功能。

34 总结

本文系统总结了颜勤教授基于“调和为纲，健脾为本”论治慢性非萎缩性胃炎的学术经验。颜勤教授认为，本病核心病机为脾胃失和，表现为寒热、升降、虚实三层失和，中气亏虚为本。治以调和为纲，即寒热平调、升降同调、补泻兼施；以健脾为本，即培补中气、顾护后天，并重视肝脾同治。临证以半夏泻心汤为基础方灵活化裁，使脾胃升降复常，气机调畅，契合慢性非萎缩性胃炎寒热错杂、虚实夹杂的临床特点。

目前消化系统疾病临床中，部分慢性非萎缩性胃炎患者经抑酸、促动力等西医治疗后，胃脘痞满、暖气等症状仍持续存在，属于现代医学难治性胃炎范畴，此类现象多与内脏高敏感、脑肠轴紊乱、心理情绪等相关，单纯针对胃黏膜局部治疗往往收效有限^{Error: Reference source not found}。而颜勤教授“调和为纲，健脾为本”思想，不局限于胃局部病变，着眼于脾胃肝肺多脏“三层失和”整体气机紊乱，重视整体功能调节，与现代脑肠轴、胃肠情绪互动的研究热点相契合^[16-17]^{Error: Reference source not found}^{Error: Reference source not found}。提示对于难治性胃炎，不应仅要抑酸、修复黏膜，更需要兼顾全身气机调节、脾胃功能恢复，为治疗难治性慢性非萎缩性胃炎提供中医思路。

纵观全程，本案诊疗紧扣寒热错杂、脾虚肝郁、升降失常的核心病机，遵循“急则祛邪、缓则扶正、动态调方”的原则，初诊平调寒热、疏肝消痞、标本同治；二诊侧重健脾化湿、升清和胃、巩固疗效；三诊轻剂调理、固本善后。但本研究基于单案经验，缺乏临床数据支持；同时相关机制的阐释有待现代实验研究的进一步验证。后续可借助胃镜、病理等现代技术探究其作用机制，进一步丰富“调和为纲，健脾为本”理论的科学内涵。

同时本病反复发作与情志、饮食密切相关，故终诊辅以生活方式调护，嘱患者调畅情志、清淡饮食、适度运动，疏肝健脾、顾护胃气，规避饮食、情志诱因，防止气机郁结、寒热复聚，从根本上杜绝疾病复发，充分体现了中医辨证论治、因人施方、治病求本、防复防变的诊疗特色。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(12):1123-1140.中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(12):1123-1140.
- [2] 张仲景,钱超尘,郝万山.伤寒论[M].人民卫生出版社:202303:148.张仲景,钱超尘,郝万山.伤寒论[M].北京:人民卫生出版社:2023.张仲景,钱超尘,郝万山.伤寒论[M].北京:人民卫生出版社:2023.
- [3] 李东垣,文魁,丁国华.脾胃论[M].人民卫生出版社:202304:88.李东垣,文魁,丁国华.脾胃论[M].北京:北京:人民卫生出版社:2023.
- [4] 叶天士,苏礼.临证指南医案[M].人民卫生出版社:201801:464.叶天士,苏礼.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社:2018.
- [5] 黄元御,麻瑞亭.黄元御医集[M].人民卫生出版社:201810.212.黄元御,麻瑞亭.黄元御医集[M].北京:人民卫生出版社:2019.
- [6] 张锡纯,柳西河.重订医学衷中参西录[M].人民卫生出版社:202304.412.张锡纯,柳西河.重订医学衷中参西录[M].北京:人民卫生出版社:2023.
- [7] 尹晓琳,魏凤琴.齐鲁补土流派重视脾胃气机升降学术思想研究[J].时珍国医国药,2018,29(10):2461-2462.尹晓琳,魏凤琴.齐鲁补土流派重视脾胃气机升降学术思想研究[J].时珍国医国药,2018,29(10):2461-2462.
- [8] 周丽,郑天悦,贺龙刚,王行宽.基于“两和肝胃、左金制木”法治疗慢性胃病经验[J].福建中医药,2025,56(2):41-43.周丽,郑天悦,贺龙刚,王行宽.基于“两和肝胃、左金制木”法治疗慢性胃病经验[J].福建中医药,2025,56(2):41-43.周丽,郑天悦,贺龙刚,王行宽.基于“两和肝胃、左金制木”法治疗慢性胃病经验[J].福建中医药,2025,56(2):41-43. DOI:10.13260/j.cnki.jfjtc.2025.02012.
- [9] 颜勤,徐学义.徐学义教授治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍[J].贵阳中医学院学报,2016,38(3):75-77+2.颜勤,徐学义.徐学义教授治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍[J].贵阳中医学院学报,2016,38(3):75-77+2.颜勤,徐学义.徐学义教授治疗慢性萎缩性胃炎经验介绍[J].贵阳中医学院学报,2016,38(3):75-77+2. DOI:10.16588/j.cnki.issn1002-1108.2016.03.020.

[10]王捷虹,沈舒文,刘力,汶明琦,许永攀,惠建萍.脾胃气机升降理论在慢性萎缩性胃炎中的应用[J].中医药信息,2014,31(3):33-34.王捷虹,沈舒文,刘力,等.脾胃气机升降理论在慢性萎缩性胃炎中的应用[J].中医药信息,2014,31(3):33-34.王捷虹,沈舒文,刘力,汶明琦,许永攀,惠建萍.脾胃气机升降理论在慢性萎缩性胃炎中的应用[J].中医药信息,2014,31(3):33-34.

[DOI:10.19656/j.cnki.1002-2406.2014.03.013](#). [11]

张艳美,魏晶晶,朱中博,等.半夏泻心汤防治 GC 作用机制研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(10):65-72.DOI:10.13422/j.cnki.syfjx.20230830.张艳美,魏晶晶,朱中博,刘森雨,杨帆,刘喜平,李沛清.半夏泻心汤防治 GC 作用机制研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(10):65-72.张艳美,魏晶晶,朱中博,等.半夏泻心汤防治 GC 作用机制研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(10):65-72.张艳美,魏晶晶,朱中博,刘森雨,杨帆,刘喜平,李沛清.半夏泻心汤防治 GC 作用机制研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(10):65-72.

[DOI:10.13422/j.cnki.syfjx.20230830](#). [12]

张雯静,赵琦,杨梅,等.半夏泻心汤及其单味药有效成分治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J/OL]. 中———华———中———医———药———学———

刊,1-15[2026-04-14].<https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250814.1719.025>.

张雯静,赵琦,杨梅,张飞,李开杨.半夏泻心汤及其单味药有效成分治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中华中医药学刊,2026,1-15.张雯静,赵琦,杨梅,等.半夏泻心汤及其单味药有效成分治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J/OL].中华中医药学刊,1-15[2026-09-23].

<https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250814.1719.025>.张雯静,赵琦,杨梅,张飞,李开杨.半夏泻心汤及其单味药有效成分治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中华中医药学刊,1-15.

[13]

周域,刘志强,张小丁,秦后响,刘和波,王博龙.栀子干姜汤活性成分-靶点-通路的网络分析及机制研究[J].中药材,2018,41(12):2925-2933.周域,刘志强,张小丁,等.栀子干姜汤活性成分-靶点-通路的网络分析及机制研究[J].中药材,2018,41(12):2925-2933.周域,刘志强,张小丁,秦后响,刘和波,王博龙.栀子干姜汤活性成分-靶点-通路的网络分析及机制研究[J].中药材,2018,41(12):2925-2933.DOI:10.13863/j.issn1001-4454.2018.12.041.

[14]周域,刘志强,张小丁,等.栀子干姜汤活性成分-靶点-通路的网络分析及机制研究[J].中药材,2018,41(12):2925-2933.DOI:10.13863/j.issn1001-4454.2018.12.041.

赵文玲,朱敏敏,孙虎.海螵蛸对大鼠胃黏膜细胞损伤保护作用的实验研究[J].药学研究,2022,41(07):447-449.DOI:10.13506/j.cnki.jpr.2022.07.005.赵文玲,朱敏敏,孙虎.海螵蛸对大鼠胃黏膜细胞损伤保护作用的实验研究[J].药学研究,2022,41(7):447-449.赵文玲,朱敏敏,孙虎.海螵蛸对大鼠胃黏膜细胞损伤保护作用的实验研究[J].药学研究,2022,41(7):447-449.赵文玲,朱敏敏,孙虎.海螵蛸对大鼠胃黏膜细胞损伤保护作用的实验研究[J].药学研究,2022,41(7):447-449.

- [DOI:10.13506/j.cnki.jpr.2022.07.005.](#)
- [15] 赵长军. 加减半夏泻心汤治疗难治性慢性胃炎的回顾性分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(54): 203+206. 赵长军. 加减半夏泻心汤治疗难治性慢性胃炎的回顾性分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(54): 203+206. 赵长军. 加减半夏泻心汤治疗难治性慢性胃炎的回顾性分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(54): 203+206. [DOI:10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.54.131.](#)
- [16] 张昕玥, 石佳添, 吴焕淦, 等. 基于脑肠轴理论探讨针刺治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. 上海针灸杂志, 2025, 44(7): 886-893. 张昕玥, 石佳添, 吴焕淦, 李灵杰, 吴璐一, 吴梦蝶, 崔花顺. 基于脑肠轴理论探讨针刺治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. 上海针灸杂志, 2025, 44(7): 886-893. [DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2024.13.4029.](#)
- [17] 饶显俊, 黄国栋, 王纯, 等. 从多次归因角度探析慢性萎缩性胃炎的分级辨治思路[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(12): 1715-1723. 饶显俊, 黄国栋, 王纯, 张雪萍, 张惠瑶, 李浩, 杨洋, 苏晓兰, 魏玮. 从多次归因角度探析慢性萎缩性胃炎的分级辨治思路[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(12): 1715-1723.