

· 巴蜀名医 ·

DOI: 10.26946/j.cnki.1000-3649.sczy.2604210010

# 彭成教授治疗慢性萎缩性胃炎用药规律与临床经验探析

雷泉<sup>1</sup>, 彭成<sup>2, Δ</sup>

(1. 成都市中西医结合医院, 四川 成都 610041; 2. 成都中医药大学, 四川 成都 611137)

**摘要:** **目的** 总结彭成教授治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)的用药规律及临床经验。**方法** 回顾性连续收集2024年1月至2025年12月彭成教授门诊CAG相关病历及处方记录72例, 排除病历或处方资料不完整者12例, 最终纳入符合标准的CAG患者60例及对应处方60首。采用方剂计量学方法, 对患者基本情况、证候分布、药物频次、功效分类、方剂架构及特色药对进行统计分析, 并进行关联规则及聚类分析。**结果** 60例患者中, 伴肠上皮化生者41例(68.33%), 伴轻度异型增生者8例(13.33%), 幽门螺旋杆菌阳性者31例(51.67%)。证候以脾胃虚弱证最常见, 为52例(86.67%); 胃络瘀阻证次之, 为49例(81.67%)。60首处方共涉及中药82味, 总用药频次1142次, 平均每方用药(19.03±1.89)味。高频药物主要包括半夏、茯苓、竹茹、白术、三棱、枳壳、土鳖虫、莪术等。核心方剂架构以六君子汤化裁(75.00%)、柴胡疏肝散化裁(50.00%)、半夏泻心汤化裁(46.67%)为主。关联规则显示, “三棱—莪术→土鳖虫”的支持度为48.33%, 置信度为100.00%。**结论** 本研究结果提示, 彭成教授辨治CAG多从“虚、滞、瘀、毒”互结认识病机, 临证注重健脾和胃、调畅气机、活血通络及化浊解毒等治法。相关结果主要反映其处方用药规律和配伍特点, 可为CAG的中医辨治提供参考; 其临床疗效及作用机制仍需进一步研究验证。

**关键词:** 慢性萎缩性胃炎; 名医经验; 彭成; 用药规律; 活血通络

中图分类号: R249

文献标志码: A

文章编号: 1000-3649(2026)10-0001-09

## Medication patterns and clinical experience of Professor Peng Cheng in treating chronic atrophic gastritis

LEI Xiao<sup>1</sup>, PENG Cheng<sup>2, Δ</sup>

(1. Chengdu Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Chengdu 610041, China; 2. Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 611137, China)

**Abstract:** **Objective** To summarize the medication patterns and clinical experience of Professor Peng Cheng in the treatment of chronic atrophic gastritis (CAG). **Methods** A total of 72 CAG-related medical records and prescriptions from Professor Peng Cheng's outpatient clinic between January 2024 and December 2025 were retrospectively and consecutively collected. After excluding 12 cases with incomplete medical records or prescription information, 60 eligible patients with CAG and their corresponding 60 prescriptions were finally included. Prescription metrological analysis was used to statistically analyze patients' general characteristics, syndrome distribution, herb frequency, efficacy classification, formula frameworks, and characteristic herb combinations. Association-rule analysis and cluster analysis were also performed. **Results** Among the 60 patients, 41 cases (68.33%) were complicated with intestinal metaplasia, 8 cases (13.33%) with mild dysplasia, and 31 cases (51.67%) were positive for *Helicobacter pylori*. The most common syndrome pattern was spleen-stomach deficiency, occurring in 52 cases (86.67%), followed by stomach-collateral blood stasis in 49 cases (81.67%). The 60 prescriptions involved 82 Chinese herbs, with a total medication frequency of 1, 142 and an average of 19.03±1.89 herbs per prescription. The high-frequency herbs mainly included Banxia, Fuling, Zhuru, Baizhu, Sanleng, Zhike, Tubiechong, and Ezhu. The core formula frameworks were mainly modified Liujunzi Decoction (75.00%), modified Chaihu Shugan Powder (50.00%), and modified Banxia Xiexin Decoction (46.67%). Association-rule analysis showed that the rule "Sanleng-Ezhu→Tubiechong" had a support of 48.33% and a confidence of 100.00%. **Conclusion** The results suggest that Professor Peng Cheng often understands

第一作者: 雷泉, 博士, 教授, 硕士研究生导师, 首届四川省国医大家学术经验传承班学员, 第六批全国中医临床优秀人才, 研究方向: 代谢、消化疾病的中医治疗, E-mail: 18990837256@163.com。

<sup>Δ</sup>通讯作者: 彭成, 博士, 教授, 博士研究生导师, E-mail: pengchengchengdu@126.com。

引用格式: 雷泉, 彭成. 彭成教授治疗慢性萎缩性胃炎用药规律与临床经验探析[J]. 四川中医, 2026, 44(10): 1-9.

the pathogenesis of CAG from the interaction of "deficiency, stagnation, stasis, and toxin". In clinical practice, he emphasizes therapeutic methods such as strengthening the spleen and harmonizing the stomach, regulating qi movement, activating blood and unblocking collaterals, and resolving turbidity and detoxifying. The findings mainly reflect his prescription medication patterns and compatibility characteristics, and may provide a reference for the traditional Chinese medicine differentiation and treatment of CAG. However, the clinical efficacy and mechanisms of action still require further verification.

**Keywords:** Chronic atrophic gastritis; Famous doctor experience; Peng Cheng; Medication pattern; Activating blood and unblocking collaterals

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是以胃黏膜固有腺体减少、常伴肠上皮化生 (intestinal metaplasia, IM) 或异型增生为特征的胃癌前状态, 处于“慢性胃炎—CAG—IM—异型增生—胃癌”这一 Correa 级联反应的关键环节<sup>[1-2]</sup>。研究指出, CAG 在我国患病率较高, 现代诊断强调胃镜与病理活检相结合, 并结合萎缩、肠化及异型增生程度进行风险评估<sup>[2-5]</sup>。目前现代医学治疗以根除幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, Hp)、对症处理及内镜随访为主, 对稳定或逆转胃黏膜萎缩与肠化仍缺乏特异性治疗手段<sup>[2-3,6]</sup>。中医药在改善症状、调节炎症微环境、修复胃黏膜及阻断胃癌前病变进展方面具有一定研究价值<sup>[4,7-10]</sup>, 但其疗效稳定性及作用机制仍需更多高质量研究验证。

彭成教授是岐黄学者、国家“双一流”建设学科中药学学科带头人, 从事脾胃病诊疗与研究数十载, 学验俱丰。彭教授基于长期临床实践, 提出 CAG “虚、滞、瘀、毒”核心病机理论, 治法上强调“健脾和胃、辛开苦降、活血通络、化浊解毒”多法并用, 形成了独具特色的诊疗体系。笔者有幸跟师学习, 现通过分析其 60 则门诊验案, 系统总结其用药规律与临床经验, 以期对 CAG 及胃癌前病变的中医辨治提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 病例来源

本研究为名医经验回顾性整理研究, 资料来源于 2024 年 1 月—2025 年 12 月期间彭成教授门诊诊治的 CAG 患者典型病历及处方记录。本文所称“典型”病例, 是指诊断明确、资料完整且处方组成及剂量信息可提取的病例。本研究符合回顾性匿名化病历资料研究的伦理豁免条件, 统计分析前已对患者个人身份信息进行匿名化处理。由于本研究不涉及额外诊疗干预, 且不公开可识别患者个人身份的信息, 伦理委员会同意豁免患者知情同意。

### 1.2 诊断标准

西医诊断符合《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识 (2025 年)》<sup>[4]</sup> 中 CAG 的相关标准, 即所有病例均经胃镜及病理活检确诊为 CAG。

CAG 的中医病名及辨证参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识 (2023)》<sup>[11]</sup> 中的标准, 结合患者四诊信息, 根据部位及症状归纳为“胃痛”“胃痞病”或“嘈杂”; 证型覆盖以下常见证型: 肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃湿热证、胃络瘀阻证、脾胃虚弱证及寒热错杂证。

### 1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准 ①符合上述 CAG 诊断标准; ②病历资料及处方信息完整; ③连续接受彭成教授中药汤剂治疗≥4 周。

1.3.2 排除标准 ①合并消化性溃疡、胃恶性肿瘤等其他上消化道器质性疾病; ②合并严重心、肝、肾功能不全; ③妊娠或哺乳期妇女。

### 1.4 资料筛选与整理

本研究按照纳入与排除标准, 对研究时间范围内的 CAG 相关门诊病例进行连续筛选, 初步收集病历及处方记录 72 例; 排除病历或处方资料不完整者 12 例后, 最终纳入符合标准的 CAG 患者 60 例及对应处方 60 首进行方剂计量学分析, 病例筛选流程见图 1。

资料筛选与证候归类由 2 名研究者分别进行初步整理和核查。证候归类主要依据彭成教授门诊原始辨证记录, 并参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识 (2023)》<sup>[11]</sup> 中的相关证候标准进行规范化整理。为减少复合证候统计中的归类偏倚, 本研究先根据原始辨证记录、四诊资料及处方立法确定每例患者的主证, 即最能概括本次就诊核心病机及主要治法的证候; 在此基础上, 将同时符合相关证候标准, 并在症状体征或处方用药中有相应依据者归为兼证。由于 CAG 患者常兼有多个证型, 本研究采用复合证候归类方式: 同一患者仅归入 1 个主证模块;

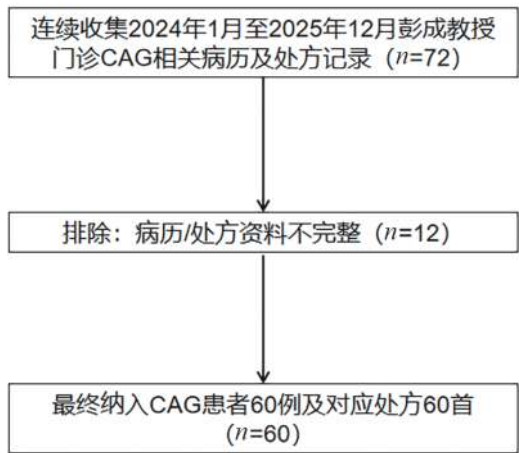


图1 病例筛选流程图

如存在兼证,可同时归入1个或多个兼证模块。证候统计时,每一证候模块按患者例数进行二分类计数,即同一患者在同一证候模块内仅计1次,在不同证候模块中可分别计数。因此,各证候频率之和可超过100%。若对主证或兼证归属存在分歧,则结合原始辨证记录、四诊资料、胃镜病理信息及处方用药思路进行讨论;仍不能达成一致者,由彭成教授审核确认。

1.5 数据分析

将纳入的60首处方信息录入Excel表格,建立数据库。参照《中华人民共和国药典》(2025版)<sup>[12]</sup>,对方处方中的药名进行规范化处理,如“法半夏”规范为“半夏”;“炒白术”规范为“白术”;“川连”“川黄连”规范为“黄连”;“炒麦芽”规范为“麦芽”等。然后统计患者基本信息、证型分布特点、药物使用频次、功效、四气五味归经。药物使用率按“该药物出现处方数/总处方数×100%”计算。“剂量稳定性指数”按“该药物最常用剂量出现次数/该药物总出现次数×100%”计算,用于反映该药物剂量选择的集中程度与经验稳定性。运用SPSS Modeler18.0软件进行关联规则分析,将矩阵Excel表导入,运用Apriori算法,设置支持度≥10%、置信度≥80%,最大前项数为2,得出关联规则,并导出关联规则网络图。采用SPSS Statistics 27.0软件对高频中药进行系统聚类分析,采用组间联接法进行聚类,度量标准选择平方欧式距离,绘制高频中药聚类树状图。聚类切割点根据树状图中类间距离突增位置,并结合药物功效属性、临床配伍意义及组内药物可解释性综合确定。本研究在聚类距离约21处切割时,可将20味高频中药分为4组,且各组药物在功效类别和临床配伍关系上相对集中,故选择该距

离作为聚类分组依据。

2 结果

2.1 一般资料

60例患者中,男性22例(36.67%),女性38例(63.33%);年龄30~79岁,平均(56.43±8.37)岁。病理检查显示,伴肠上皮化生者41例(68.33%),伴轻度异型增生者8例(13.33%),伴Hp阳性者31例(51.67%),见表1。

表1 患者基本信息

| 特征     | 组别         | 频数(n) | 频率(%)  |
|--------|------------|-------|--------|
| 性别     | 男          | 22    | 36.67% |
|        | 女          | 38    | 63.33% |
| 年龄(岁)  | 30~49      | 5     | 8.33%  |
|        | 50~69      | 52    | 86.67% |
|        | 70~79      | 3     | 5.00%  |
|        | CAG        | 60    | 100%   |
| 疾病相关特征 | CAG伴肠上皮化生  | 41    | 68.33% |
|        | CAG伴轻度异型增生 | 8     | 13.33% |
|        | CAG伴Hp阳性者  | 31    | 51.67% |

2.2 证型分布特点

本研究采用复合证候归类方式,同一患者可同时归入2个及以上证候模块。60例患者中,脾胃虚弱证最常见,共52例(86.67%);其次为胃络瘀阻证49例(81.67%);寒热错杂证38例(63.33%);肝胃气滞证36例(60.00%);肝胃郁热证29例(48.33%);脾胃湿热证22例(36.67%),见表2。

表2 证候分布频率

| 证候模块  | 频次(n) | 频率(%) |
|-------|-------|-------|
| 脾胃虚弱证 | 52    | 86.67 |
| 胃络瘀阻证 | 49    | 81.67 |
| 寒热错杂证 | 38    | 63.33 |
| 肝胃气滞证 | 36    | 60.00 |
| 肝胃郁热证 | 29    | 48.33 |
| 脾胃湿热证 | 22    | 36.67 |

注:同一患者可同时归入2个及以上证候模块,故各证候频率之和可超过100%。

2.3 核心方剂架构分析

处方分析显示,出现频率最高的5个核心方剂架构为六君子汤化裁、半夏泻心汤化裁、旋覆代赭汤化裁、柴胡疏肝散化裁及三仁汤化裁。5个核心方剂架构累计出现143次,平均每首处方涉及2.38个

方剂架构,提示彭教授组方时常融合多种经典方剂的治法思路,体现了复法合施、随证化裁的用药特点,见表3。

表3 核心方剂架构特征分布

| 方剂架构    | 频次 | 使用率(%) | 主要对应治法    |
|---------|----|--------|-----------|
| 六君子汤化裁  | 45 | 75.00  | 健脾益气、燥湿化痰 |
| 柴胡疏肝散化裁 | 30 | 50.00  | 疏肝理气、和胃止痛 |
| 半夏泻心汤化裁 | 28 | 46.67  | 辛开苦降、寒热平调 |
| 旋覆代赭汤化裁 | 21 | 35.00  | 和胃降逆、消痞止噎 |
| 三仁汤化裁   | 19 | 31.67  | 宣畅气机、化湿泄浊 |

## 2.4 药物使用频次及功效分析

60首处方共涉及中药82味,总用药频次为1142次,平均每方用药(19.03±1.89)味。其中使用频率前20味见表4。按药物功效分类,使用频次排名前5位的类别依次为活血化瘀药、化痰降逆药、理气药、清热药和化湿药,构成比分别为15.76%、11.21%、9.54%、9.02%和8.32%,见图2。

## 2.5 四气五味归经分析

所使用中药的四气分布中,按使用频次由高到低依次为温、平、微寒、寒、微温和热;五味分布中,按使用频次由高到低依次为辛、苦、甘、咸和酸;归经分布中,按使用频次由高到低依次为脾经、胃经、肝经、肺经、心经、大肠经、肾经、胆经、膀胱经、小肠经、三焦经和心包经,见图3A~C。

## 2.6 中药关联规则分析

根据关联规则分析结果绘制核心药物网络图。图中节点表示药物,连线表示药物间存在关联关系,线条粗细反映药物间关联强弱。结果显示,半夏—竹茹、茯苓—白术、枳壳—厚朴、三棱—莪术—土

鳖虫、黄连—干姜、柴胡—白芍等药物组合关联较为明显,见图4。Apriori算法所得主要关联规则见表5,其中半夏→竹茹、茯苓→白术、三棱—莪术→土鳖虫、枳壳→厚朴、柴胡→白芍、黄连→干姜等规则的支持度和置信度均较高。

## 2.7 高频药物聚类分析

对使用频次排名前20位的高频中药进行系统聚类分析,结果见图5。根据聚类树状图中类间距离变化,并结合药物功效属性及临床配伍可解释性,在聚类距离约21处进行切割,20味高频中药大致可分为4组:第1组包括土鳖虫、莪术、三棱、川芎、茯苓、白术和陈皮;第2组包括半夏、竹茹、白芷、红花和人参;第3组包括麦芽和延胡索;第4组包括干姜、黄连、柴胡、白芍、枳壳和厚朴。

## 2.8 剂量规律

彭教授用药剂量颇具特点,核心药物常施以重剂,如茯苓、枳壳、白术、延胡索等常用至30g,三棱、莪术常用至20g。彭教授认为,对于病程较久、瘀阻较明显者,可在辨证基础上酌情使用较大剂量药物;同时强调“中病即止”,随证动态调整,详见表6。

# 3 讨论

## 3.1 彭成教授对CAG证候分布及病机认识

本研究证候分布显示,脾胃虚弱证、胃络瘀阻证、寒热错杂证及肝胃气滞证所占比例较高,提示纳入病例多呈本虚标实、寒热错杂、气滞血瘀等复合证候特点。以下结合证候分布、方剂架构及高频用药结果,对彭教授治疗CAG的处方用药特点进行分析。

3.1.1 脾胃虚弱为本 本研究中脾胃虚弱证出现频率最高,占86.67%,提示脾胃虚弱是纳入CAG病

表4 高频核心药物使用频次与频率

| 药物  | 频次(n) | 使用率(%) | 药物  | 频次(n) | 使用率(%) |
|-----|-------|--------|-----|-------|--------|
| 半夏  | 35    | 58.33  | 柴胡  | 28    | 46.67  |
| 茯苓  | 34    | 56.67  | 黄连  | 26    | 43.33  |
| 竹茹  | 33    | 55.00  | 白芍  | 25    | 41.67  |
| 白术  | 32    | 53.33  | 人参  | 24    | 40.00  |
| 三棱  | 31    | 51.67  | 陈皮  | 24    | 40.00  |
| 枳壳  | 31    | 51.67  | 麦芽  | 22    | 36.67  |
| 土鳖虫 | 30    | 50.00  | 延胡索 | 18    | 30.00  |
| 莪术  | 29    | 48.33  | 白芷  | 17    | 28.33  |
| 厚朴  | 29    | 48.33  | 红花  | 17    | 28.33  |
| 干姜  | 28    | 46.67  | 川芎  | 16    | 26.67  |

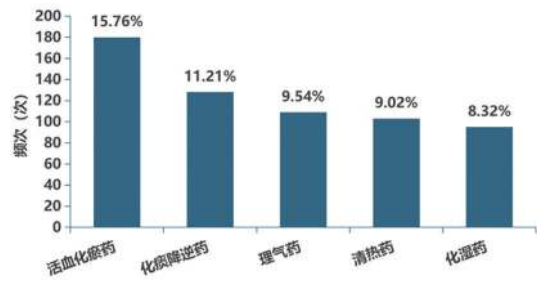


图2 核心药物功效分类构成

例中最常见的证候基础。CAG 多属久病迁延，患者常见胃脘痞满、纳呆、乏力、便溏等表现，脾胃之气渐衰、中焦运化失常可使气血生化乏源，胃络失于濡养，病情易反复难愈。与此相对应，处方中半夏 35 次、茯苓 34 次、白术 32 次、人参 24 次、陈皮 24 次，均属于高频用药；方剂架构方面，六君子汤化裁出现 45 次，使用率为 75.00%，位居各方剂架构首位。证候、药物和方剂结果具有一定对应关系，提示彭教授治疗 CAG 时重视健脾益气、燥湿化痰、固护中焦，以扶助脾胃正气为基础，使中焦运化有权，为后续调气、化湿、通络提供基础。

3.1.2 气机郁滞为标 本研究中肝胃气滞证占

60.00%，提示气机郁滞是 CAG 患者常见兼夹证候之一。从辨证思路看，脾胃虚弱则升降失司，中焦枢机不利；若兼情志不畅、饮食失节，则肝失疏泄，横逆犯胃，胃气失和，进一步加重胃脘胀满、嗳气、纳呆、痞闷等表现。药物频次显示，枳壳 31 次、厚朴 29 次、柴胡 28 次、白芍 25 次、陈皮 24 次，均为高频药物；关联规则中枳壳 → 厚朴的支持度为 48.33%，置信度为 96.55%，柴胡 → 白芍的支持度为 46.67%，置信度为 89.29%，提示理气宽中、疏肝和胃类配伍较为稳定。方剂架构中柴胡疏肝散化裁出现 30 次，使用率为 50.00%，本研究中理气药和疏肝柔肝药物的高频使用，与 CAG 患者常见症状及肝胃气滞证比例较高相吻合，也进一步提示彭教授治疗 CAG 时重视调畅肝胃气机。彭教授临证并非单纯补虚，而是在健脾扶正基础上重视疏肝理气、调畅肝脾胃气机，使中焦升降复常、胃气和降。

3.1.3 胃络瘀阻为变 本研究中胃络瘀阻证占 81.67%，为仅次于脾胃虚弱证的高频证候。从临床认识看，CAG 病程较长，胃黏膜萎缩、血管显露、肠上皮化生等病理改变，可从中医“久病入络”“胃

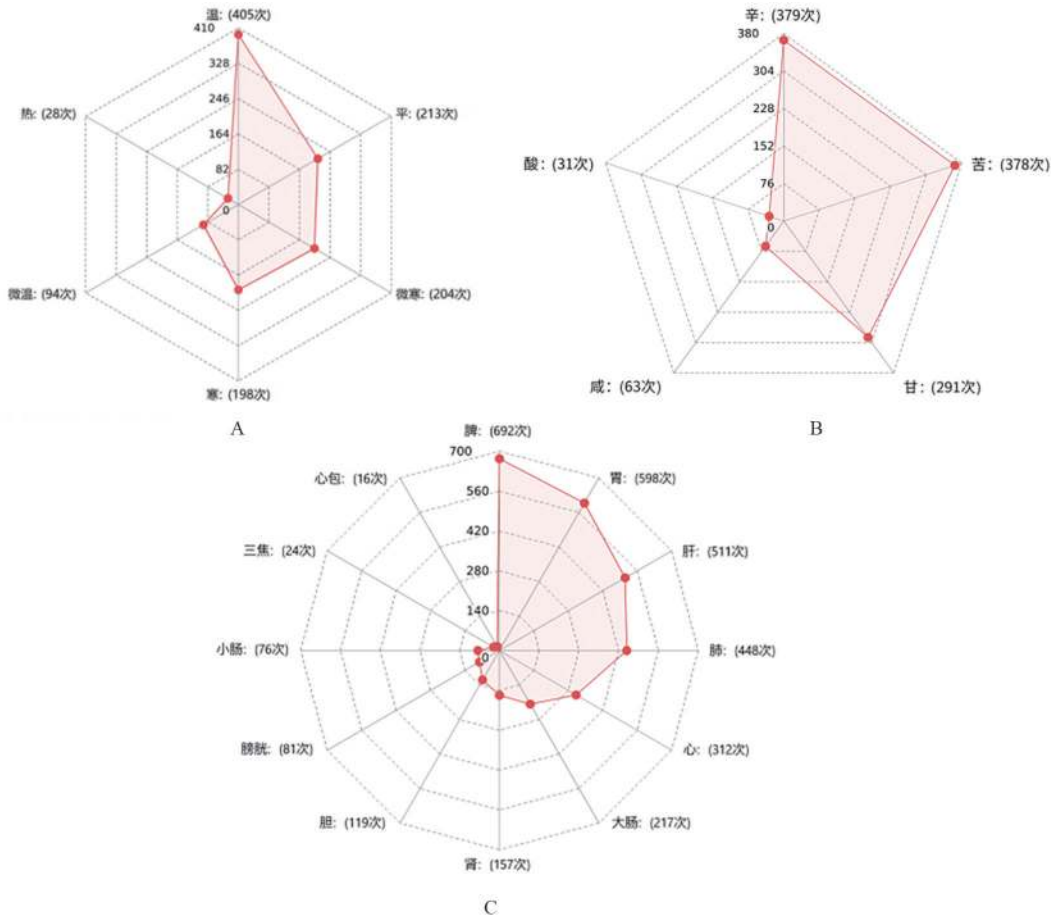


图3 药物 (A) 四气、(B) 五味、(C) 归经统计分析

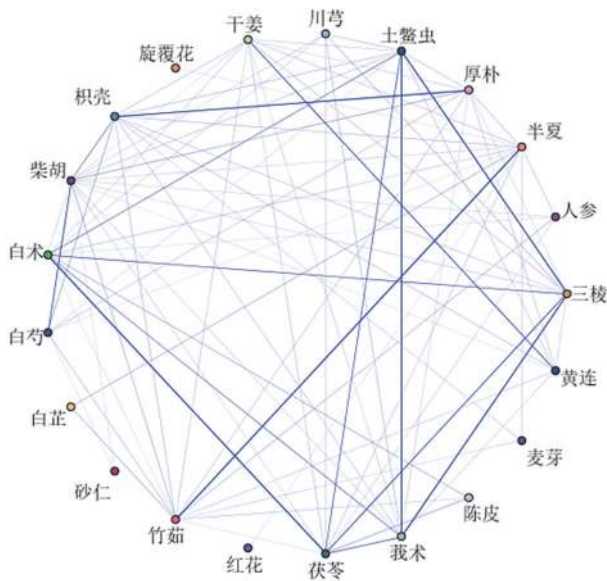


图4 中药关联规则网络图

表5 中药关联规则分析

| 前项    | 后项  | 置信度(%) | 支持度(%) |
|-------|-----|--------|--------|
| 半夏    | 竹茹  | 85.71  | 58.33  |
| 茯苓    | 白术  | 88.24  | 56.67  |
| 三棱—莪术 | 土鳖虫 | 100.00 | 48.33  |
| 枳壳    | 厚朴  | 96.55  | 48.33  |
| 柴胡    | 白芍  | 89.29  | 46.67  |
| 黄连    | 干姜  | 96.15  | 43.33  |

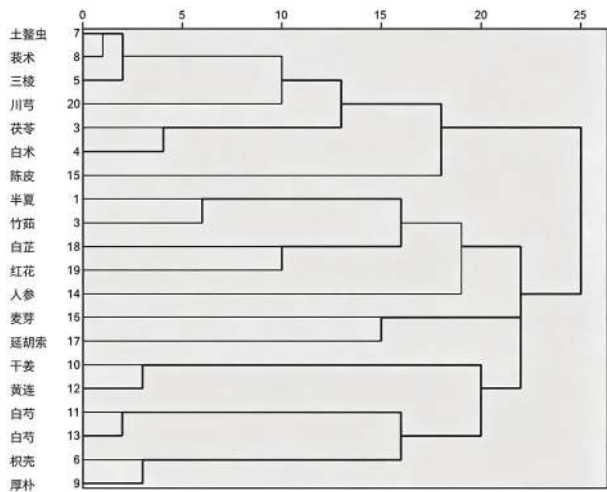


图5 高频药物聚类树状图

络瘀阻”角度加以理解；若兼见舌暗、瘀点、脉涩、痛有定处等表现，则更提示瘀血阻络之象。药物频次显示，三棱31次、土鳖虫30次、莪术29次，均位列高频核心药物；功效分类中活血化瘀药居首，构成为15.76%；关联规则显示“三棱—

表6 部分高频用药常用剂量分析

| 药物  | 最常用剂量(g) | 剂量范围(g) | 最常用剂量出现次数(n) | 剂量稳定性指数(%) |
|-----|----------|---------|--------------|------------|
| 半夏  | 10       | 6~15    | 32           | 91.43      |
| 茯苓  | 30       | 15~30   | 32           | 94.12      |
| 枳壳  | 30       | 15~30   | 28           | 90.32      |
| 莪术  | 20       | 10~20   | 26           | 89.66      |
| 三棱  | 20       | 10~20   | 28           | 90.32      |
| 土鳖虫 | 10       | 6~10    | 26           | 86.67      |
| 白术  | 30       | 15~30   | 30           | 93.75      |
| 延胡索 | 30       | 15~30   | 16           | 88.89      |
| 旋覆花 | 30       | 15~30   | 12           | 85.71      |
| 竹茹  | 10       | 6~15    | 20           | 60.61      |

注：剂量稳定性指数=最常用剂量出现次数/使用该药处方数×100%，用于反映该药物剂量选择的集中程度与经验稳定性。

莪术→土鳖虫”的支持度为48.33%，置信度为100.00%；聚类分析中土鳖虫、莪术、三棱亦被归入同一活血散结相关组合。证候、功效分类、药物频次、关联规则和聚类结果共同提示，活血通络药物组合是彭教授治疗CAG较突出的处方特点。彭教授临证常结合病程、胃镜表现、病理结果及舌脉症状综合判断，酌情配伍三棱、莪术、土鳖虫等药物，以体现活血通络、散结消癥的组方思路。相关研究提示，三棱—莪术药对具有多成分、多靶点、多通路特点，其作用可能与调控炎症反应、细胞凋亡、血管生成及肿瘤相关通路有关<sup>[13-14]</sup>。但本研究结果主要反映该药物组合在处方中的高频共现及稳定配伍，不能直接证明其能够逆转萎缩、肠化或异型增生。

3.1.4 湿热浊毒为害 本研究中肝胃郁热证占48.33%；脾胃湿热证占36.67%；Hp阳性者占51.67%。从病机演变看，脾虚则湿生，气滞则湿阻，湿郁日久可化热；若兼Hp感染、饮食不节或病程迁延，则湿热、痰浊、瘀血相互胶结，形成“浊毒”内蕴之势，进一步损伤胃络，使病情迁延反复。药物频次显示，黄连26次、干姜28次、半夏35次、竹茹33次均为高频药物；关联规则中黄连→干姜的支持度为43.33%，置信度为96.15%，半夏→竹茹的支持度为58.33%，置信度为85.71%。彭教授常在健脾和胃、调畅气机基础上酌情配伍黄连、半枝莲、蒲公英等清热解毒、化湿泄浊之品，但其用药并非一味苦寒直折，而是强调寒温并用、攻补兼施，以免过用寒凉损伤中阳。上述结果提示，彭教

授治疗 CAG 时不仅重视补虚、理气、活血,也关注湿热、痰浊、郁热及寒热错杂因素。

### 3.2 方剂架构与复合组方特点

本研究方剂架构分析显示,出现频率最高的5个核心方剂架构为六君子汤化裁、柴胡疏肝散化裁、半夏泻心汤化裁、旋覆代赭汤化裁及三仁汤化裁。5个方剂架构累计出现143次,平均每首处方涉及2.38个方剂架构,提示彭教授治疗CAG并非单方证对应,而是常根据患者复合证候状态,将多个经典方剂模块进行组合化裁。

结合处方结构分析,彭教授治疗CAG可概括为“五方化裁,复法合施”:以六君子汤化裁健脾扶正,以柴胡疏肝散化裁疏肝理气,以半夏泻心汤化裁辛开苦降、调和寒热,以旋覆代赭汤化裁和胃降逆,以三仁汤化裁宣畅气机、化湿泄浊。在此基础上,三棱、莪术、土鳖虫等活血通络药物与上述方剂模块配合,使“调枢机”与“通胃络”相互结合。该归纳主要来源于本研究方剂架构、药物频次及配伍关系,反映的是彭教授临证组方规律和复合治法思路,而非对临床疗效机制的直接证明。

### 3.3 核心药物剂量使用特点及安全性边界

本研究显示,彭教授治疗CAG处方平均用药( $19.03 \pm 1.89$ )味,提示其处方药味相对较多,但总体围绕健脾、理气、降逆、化湿、清热、活血等功能模块展开,并非简单药味堆叠。剂量分析显示,部分核心药物剂量相对较大且较稳定,如茯苓常用30g,剂量稳定性指数为94.12%;白术常用30g,剂量稳定性指数为93.75%;枳壳常用30g,剂量稳定性指数为90.32%;三棱常用20g,剂量稳定性指数为90.32%;莪术常用20g,剂量稳定性指数为89.66%;土鳖虫常用10g,剂量稳定性指数为86.67%。上述结果提示,彭教授治疗CAG不仅重视药物选择,也重视剂量层面的经验稳定性。

从处方结构看,茯苓、白术、人参、陈皮、麦芽等药物构成扶正和胃基础,枳壳、厚朴、柴胡、白芍等药物调畅气机,黄连、干姜、半夏、竹茹等药物平调寒热、化痰降逆,三棱、莪术、土鳖虫等药物则针对络瘀病机。彭教授所谓“大方重剂”并非药味杂陈或剂量堆砌,而是在明确病机主次基础上,按照补虚、调气、降逆、化湿、清热、活血等功能分组有序配伍,使处方虽药味较多而法度清晰。同时,其强调“中病即止”、随证调整,避免一味峻攻或长期固定使用大剂量攻伐之品。

需要指出的是,剂量稳定性指数只能反映本研

究处方中剂量选择的集中程度,不能直接说明该剂量即为最佳剂量,也不能证明较大剂量一定对应更好疗效。尤其三棱、莪术、土鳖虫等药物破血逐瘀之力较强,临床应用应严格辨证,掌握适应证、禁忌证及剂量。对于年老体弱、有出血倾向、凝血功能异常、肝肾功能异常及妊娠或哺乳期等人群,应慎用或禁用破血逐瘀及大剂量行气活血药物。用药过程中应结合患者体质、病情轻重及耐受情况动态调整剂量,并随访观察胃肠道不适、黑便或便血、皮下瘀斑等不良反应及出血相关表现;必要时复查血常规、凝血功能、肝肾功能等安全性指标。

### 3.4 与近年来中医药治疗CAG研究的联系及解释边界

近年系统评价、机制综述、真实世界研究和随机对照试验提示,中医药治疗CAG在改善消化不良症状、促进黏膜修复、改善萎缩及肠化等方面具有一定研究价值<sup>[7-10]</sup>。真实世界电子病历研究显示,CAG患者可依据症状、舌脉、证候及用药特征划分不同亚群,且“浊毒”“肝胃不和”“湿热”等证候与相应用药模块存在关联<sup>[9]</sup>。本研究所见脾胃虚弱证、胃络瘀阻证、寒热错杂证、肝胃气滞证等复合证候分布,以及六君子汤化裁、半夏泻心汤化裁、柴胡疏肝散化裁、三仁汤化裁等方剂架构,与上述研究所反映的CAG证候复杂性和复合干预特点具有一定一致性。

不同之处在于,彭教授更强调活血通络药物在CAG治疗中的应用,尤其将萎缩、肠上皮化生等病理改变纳入“胃络瘀阻”的微观辨证视角,使传统辨证与现代病理风险分层之间形成一定解释联系。该思路有助于理解本研究中胃络瘀阻证占81.67%、活血化瘀药功效分类居前,以及三棱、莪术、土鳖虫等药物高频出现并形成稳定配伍的原因。但这种联系目前仍主要属于经验性解释,尚需结合前瞻性研究进一步验证其临床价值。

## 4 典型验案举隅

患者王某某,男,57岁。2024年6月8日初诊。主诉:反复胃脘胀痛5年,加重2月。病史:患者5年前因饮食不节出现胃脘胀痛,胃镜诊断为“慢性萎缩性胃炎”,间断服用西药,症状反复。近2月因工作压力大,胃脘胀痛加剧,食后尤甚,伴嗳气、纳呆、乏力、便溏。患者因既往间断服用西药疗效佳,主动要求中医药治疗。刻下:胃脘胀痛,痛处固定,夜间加重,嗳气频,食欲不振,神疲乏力,大便溏薄。舌暗红,边有瘀点,苔薄黄腻,脉涩。

辅助检查:(2024年5月)胃镜示:慢性萎缩性胃炎(C-2型)。病理:(胃窦)中度慢性萎缩性胃炎,局灶肠上皮化生, Hp (+)。西医诊断:慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生, Hp 感染。中医诊断:胃病(肝胃不和,脾虚气滞,湿毒瘀阻证)。治法:疏肝和胃,健脾益气,活血通络,化湿解毒。处方:陈皮、枳壳、白芍、柴胡、炒白术、茯苓、延胡索各 30g,川芎、厚朴、人参、三棱、莪术、白芷、半枝莲、蒲公英各 20g,香附、黄连、干姜、炒麦芽、竹茹各 15g,半夏、土鳖虫、豆蔻各 10g。14 剂,每日 1 剂,水煎分 3 次服。

方义:本方以柴胡疏肝散合半夏泻心汤、六君子汤化裁。柴胡、枳壳、白芍、香附疏肝理气;人参、白术、茯苓健脾益气;半夏、干姜、黄连辛开苦降,平调寒热;三棱、莪术、土鳖虫破瘀通络,消癥散结;延胡索、白芷化瘀止痛;半枝莲、蒲公英清热解毒;炒麦芽消食和胃。全方融疏肝、健脾、清热、化瘀、解毒于一炉。

二诊(2024年6月22日):胃脘胀痛大减,暖气减少,食欲改善,大便成形。苔转薄白。原方去蒲公英、香附,加丹参 20g 以增活血之力,继进 14 剂。

三诊(2024年7月6日):诸症基本消失。上方略作调整,改隔日 1 剂,巩固治疗。

随访(2024年10月8日):患者胃脘胀痛、暖气、纳呆等症状未再明显反复。复查胃镜及病理提示较前有所改善。嘱其注意饮食情志调摄,定期复查。

中医诊断依据:患者以胃脘胀痛、食后尤甚、暖气频作为主症,属“胃痞”范畴;纳呆、乏力、便溏提示脾胃虚弱、运化失司;工作压力大后加重、暖气频为肝胃不和;痛处固定、夜间加重,舌暗红、边有瘀点、脉涩,结合病理示 CAG 伴肠化,为久病入络、瘀阻胃络;苔薄黄腻、Hp 阳性,提示湿热浊毒内蕴。故辨为肝胃不和、脾虚气滞、湿毒瘀阻证。

按语:本案病程 5 年,胃脘胀痛反复,食后尤甚,兼纳呆、乏力、便溏,为脾胃虚弱、运化失司之象;近因工作压力加重,暖气频作,提示肝失疏泄、横逆犯胃;痛处固定、夜间加重,舌暗红边有瘀点、脉涩,结合病理示萎缩并局灶肠化,正契合彭教授“久病入络、胃络瘀阻”的判断;苔薄黄腻、Hp (+),又提示湿热浊毒内蕴。故本案虽以胃脘胀痛为主症,实为“虚、滞、瘀、毒”并见。

处方以柴胡疏肝散调畅肝胃气机,使气行则胀痛可减;以六君子汤培补中焦,使运化有权、攻邪有本;以半夏泻心汤辛开苦降,平调寒热错杂,恢

复中焦升降枢机。彭教授辨治本案最能体现其“瘀象较为明确,故及时通络”的思路:患者已见中度萎缩与局灶肠化,故早期即以三棱、莪术、土鳖虫破瘀通络、消癥散结,配延胡索、白芷活血止痛,体现其从“胃络瘀阻”角度认识和处理 CAG 伴肠化病理改变的用药思路。半枝莲、蒲公英、黄连针对 Hp 阳性及苔黄腻之湿热浊毒,体现“化浊解毒”并重。二诊诸症明显缓解,苔由黄腻转薄白,提示湿热浊毒表现有所减轻,故去蒲公英、香附以免过于清散;加丹参者,重在续贯活血通络而不峻猛,体现“中病即止、动静相宜、攻补有度”的加减原则。本案从初诊合方复法到二诊动态调方,集中反映了彭教授“辛开苦降调枢机,活血通络贯始终,顾护胃气为根本”的辨治思路。

## 5 结 论

综上,本研究以彭成教授治疗 CAG 的临床经验为核心,通过方剂计量学方法对其门诊病历及处方资料进行整理,初步揭示了其辨治 CAG 的证候分布、方剂架构、核心药物、配伍组合及剂量使用特点。结果提示,彭教授治疗 CAG 多从“虚、滞、瘀、毒”互结认识病机,临证以健脾和胃为基础,兼顾辛开苦降、疏肝理气、化湿解毒及活血通络,体现“五方化裁,复法合施”与“调枢机、通胃络”并重的处方思路。本研究可为 CAG 及胃癌前病变的中医辨治提供一定参考。但本研究为单中心、回顾性名医经验整理,样本量有限,且方剂计量学分析只能揭示用药频次、药物关联及处方结构,不能直接评价临床疗效或病理逆转作用。后续仍需开展前瞻性、多中心研究,结合胃镜病理分级、症状积分、Hp 转阴率及安全性指标,进一步验证相关处方规律的临床价值。

## 参考文献

- [1] Zhang Z F, Chen S T, Li S D, et al. Association of Helicobacter pylori related chronic atrophic gastritis and gastric cancer risk: A literature review[J]. Frontiers in Medicine, 2025, 12: 1504749.
- [2] Shah S C, Blanca P M, Kuipers E J, et al. AGA clinical practice update on the diagnosis and management of atrophic gastritis: Expert review[J]. Gastroenterology, 2021, 161(4): 1325-1332.
- [3] 中华医学会消化病学分会, 中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组. 中国慢性胃炎诊治指南(2022年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2023, 43(3): 145-175.
- [4] 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专家共识(2025年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(3): 230-241.
- [5] Li J Q, Pan J L, Xiao D H, et al. Chronic atrophic gastritis and risk of incident upper gastrointestinal cancers: A systematic review and meta-analysis[J]. Journal of Translational Medicine, 2024, 22(1): 429.
- [6] Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: The Maastricht VI/Florence consensus report[J]. Gut, 2022: 2022-327745.
- [7] Weng J, Wu X F, Shao P, et al. Medicine for chronic atrophic gastritis: A systematic review, meta- and network pharmacology analysis[J]. Annals of Medicine, 2023, 55(2): 2299352.
- [8] Wang L, Lian Y J, Dong J S, et al. Traditional Chinese medicine for chronic atrophic gastritis: Efficacy, mechanisms and targets[J]. World Journal of Gastroenterology, 2025, 31(9): 102053.
- [9] Wang Y M, Sun J H, Sun R X, et al. Treating chronic atrophic gastritis: Identifying sub-population based on real-world TCM electronic medical records[J]. Frontiers in Pharmacology, 2024, 15: 1444733.
- [10] Jia Q L, Jia Y B, Chen Y Q, et al. Efficacy and safety of traditional Chinese medicine Elian Granule for chronic atrophic gastritis: A multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study[J]. Frontiers in Pharmacology, 2025, 16: 1545313.
- [11] 王萍, 卞立群, 杨倩, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(12): 5904-5911.
- [12] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(一部)[S].
- [13] 黄礼闯, 赵梦亭, 桑夏楠, 等. 三棱-莪术药对化学成分及药理作用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(11): 6612-6616.
- [14] 张磊, 程健, 余莹, 等. 活血祛瘀药对三棱-莪术治疗胃癌的网络药理学作用机制研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(8): 773-782.

(收稿日期: 2026-04-21; 本文编辑: 汪怡婷)