

《脾胃湿热证中医诊疗专家共识(2023)》解读^{*}

李世琪¹ 胡光宏¹ 黄恒青² 唐旭东³

[摘要] 《脾胃湿热证中医诊疗专家共识(2023)》是 2020 年 11 月由中华中医药学会脾胃病分会在北京牵头,联合全国 27 家三甲医院和高校科研院所共同修订的一部脾胃湿热证中医诊疗专家共识。相较于 2017 版共识,本共识除了概述、病因病机、诊断标准、临床治疗、疗效评定、预防调摄等方面外,还完善及补充脾胃湿热证的历史沿革、古代医家关于脾胃湿热证相关重要理论与方药的论述、中草药推荐剂量、不同亚型的中成药推荐及服用方法、中医外治及脾胃湿热证现代研究成果等。本文将针对该共识的主要更新和重点内容进行解读,希望有助于临床医师对于脾胃湿热证的规范诊治。

[关键词] 脾胃湿热证;中医;专家共识;解读

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.10.11

[中图分类号] R256.3 **[文献标志码]** A

Interpretation of the experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of syndrome of dampness-heat of spleen and stomach (2023)

LI Shiqi¹ HU Guanghong¹ HUANG Hengqing² TANG Xudong³

(¹Department of Spleen, Stomach and Hepatobiliary, the Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, 350003, China; ²Fujian Academy of Chinese Medical Sciences; ³Institute of Digestive Diseases, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences)

Corresponding author: HUANG Hengqing, E-mail: hq54cn@163.com; TANG Xudong, E-mail: txedly@sina.com

Abstract The experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of syndrome of dampness-heat of spleen and stomach (2023) is an experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment led by the Spleen and Stomach Diseases Branch of the China Association of Chinese Medicine in November 2020 in Beijing, in collaboration with 27 tertiary hospitals, universities and research institutes across the country. Compared with the 2017 consensus, this updated version provides a comprehensive framework that includes not only the overview, etiology, pathogenesis, diagnostic criteria, clinical treatment, efficacy evaluation, prevention and adjustment, but also enhances and expands upon the historical evolution of syndrome of dampness-heat of spleen and stomach, the discussion of important theories and prescriptions related to syndrome of dampness-heat of spleen and stomach by ancient doctors, the recommended dosage of Chinese herbal medicine, the recommendation and administration methods of different subtypes of Chinese patent medicine, the external treatment of traditional Chinese medicine and the modern research results of syndrome of dampness-heat of spleen and stomach. This article will interpret the main updates and key contents of this consensus, hoping to contribute to the standard diagnosis and treatment of syndrome of dampness-heat of spleen and stomach by clinicians.

Key words syndrome of dampness-heat of spleen and stomach; traditional Chinese medicine; experts consensus; interpretation

脾胃湿热证是指湿热内蕴,中焦气机失常,脾

湿胃热互相郁蒸所致的证候^[1],又称湿热中阻证或中焦湿热证^[2],是中医脾胃理论的重要内容,其症及舌脉可见脘腹痞胀,呕恶纳呆,头身困重,便溏不爽或便秘,身热不扬,或面目发黄,渴而不多饮,饥而不欲食,苔黄腻,脉滑数等^[3]。流行病学调查发现湿热证在普通人群中的患病率为 10.55%^[4];脾胃湿热证涉及中医 7 个系统 43 种内科疾病,以脾胃病占首位;西医 11 个系统 72 种内科疾病,消化系统

^{*}基金项目:国家中医药传承创新团队项目(No:ZYY-CXTD-C-202010);国家自然科学基金重点项目(No:81830118);第七批全国老中医药专家传承项目(No:国中医药人教函[2022]76号)

¹福建中医药大学附属第二人民医院脾胃肝胆科(福州,350003)

²福建省中医药科学院

³中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所

通信作者:黄恒青, E-mail: hq54cn@163.com; 唐旭东, E-mail: txedly@sina.com

引用本文:李世琪,胡光宏,黄恒青,等.《脾胃湿热证中医诊疗专家共识(2023)》解读[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(10):891-895. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.10.11.

疾病为第 1 位^[5]。随着现代生活水平的提高,饮食结构的改变,脾胃湿热证的患病率逐年上升^[6-7]。

中华中医药学会脾胃病分会在 2017 年制订了《脾胃湿热证中医诊疗专家共识意见》(以下简称 2017 版《共识》),为该病的临床诊治提供了有效的指导。本轮共识在此基础上,对脾胃湿热证的历史沿革进行补充,并对古代医家脾胃湿热证相关重要理论与方药的论述以及脾胃湿热证现代研究成果进行系统挖掘整理,使其能更好地反映脾胃湿热证理论与临床诊治的全貌。《脾胃湿热证中医诊疗专家共识(2023)》(以下简称 2023 版《共识》)由中华中医药学会脾胃病分会联合全国 27 家三级甲等医院及高校科研院所组建专家组共同制定,并于 2024 年 8 月正式发布^[8]。本文将对 2023 版《共识》更新的重点内容及亮点进行详细解读,以期促进 2023 版《共识》的推广应用,有效地指导临床实践。

1 2023 版《共识》的制定方法

2023 版《共识》为中华中医药学会脾胃病分会牵头,于 2020 年 11 月在北京牵头成立了脾胃湿热证中医诊疗专家共识起草小组,由福建中医药大学附属第二人民医院胡光宏教授、福建省中医药科学院黄恒青教授、广州中医药大学脾胃研究所胡玲教授共同起草。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就脾胃湿热证的诊断标准、临床治疗、疗效标准、预防调摄、中医证候现代研究进展进行多次讨论,历经循证检索、证据等级评估、多轮专家投票等环节,最终达成共识。整个过程历时 3 年余。

2 补充脾胃湿热证历史沿革

2023 版《共识》在 2017 版《共识》的基础上补充了脾胃湿热证的历史沿革,包括脾胃湿热的由来、症状、病因、病机、治法及方药等,为理论研究及临床诊疗提供思路,具体内容如下:脾胃湿热理论萌芽于秦汉时期,奠基于唐宋,充实于金元,形成于明清。秦汉时期明确指出“脾”与“湿”的关系,并论述了“湿热”相关的症状、病机、治法和方药。秦汉《素问·六元正纪大论》云:“溽暑湿热相薄……,民病黄瘡而为胛肿”;秦汉《素问·至真要大论》曰:“湿淫于内……,以苦燥之,以淡泄之……,湿上甚而热,治之苦温,佐以甘辛”。唐宋时期提出“脾胃湿热”一词。唐·孙思邈《银海精微·药性论》载连翘“解脾胃湿热”;宋·《太平惠民和剂局方·治积热》“脾胃受湿,瘀热在里,或醉饱房劳,湿热相搏,致生疸病”;南宋·杨士瀛《仁斋直指方论·虚实分治论》“湿而生热”“治法纲领大要,疏导湿热于大小便之中”等。金元时期将病因分外因、内因,病机则有“因热致湿”“湿热共致”和“湿热伤气”诸说,治法立虚实并治、三焦分治,创天水散、清暑益气汤、二妙散、左金丸等名方。明清时期,病因上,新增“戾气”致湿热疫说,指出外邪与环境有关,内邪与饮食

有关;病机方面,提出“湿热乃阳明太阴同病也”,且可以从化,“中气实则病在阳明,中气虚则病在太阴”;治法有清热化浊、疏透育阴、芳香宣透、辛开苦泄、苦温燥湿、清热利湿等法;创达原饮、甘露消毒丹、新加香薷饮、三仁汤、黄芩滑石汤、薏苡竹叶汤、清络饮等方。

3 强调亚证诊断、完善中医病证分类代码

2023 版《共识》诊断标准方面,增添“亚证诊断标准”这一条目,并规范了所列出证型的中医病证分类代码,如“诊断标准·亚证诊断标准·湿热并重(中医病证分类与代码 B02.05.04.01.02^[9]),主症:①脘腹胀闷;②便溏不爽;③口渴少饮。次症:①肢体困重;②身热不扬;③食少纳呆;④恶心欲呕。舌脉:舌质红,苔黄腻;脉濡数。亚证诊断:凡具备各亚证主症及次症 2 项,舌脉象必备,即可诊断”。进一步突显出脾胃湿热证的亚证分型,强调中医主症、次症与舌脉结合的辨证思路,使临床医师更易理解及临床运用。

4 优化主要症状、体征量化分级

舌诊是中医的重要诊断方法之一,也是诊断湿热病邪浅深轻重的一个重要环节^[10],对于脾胃湿热证的诊断及观察病情变化有举足轻重的作用。《丹溪心法》曰:“有诸内者,必形诸外”。舌为脾之外候,舌苔是由胃气蒸化水谷之气上承于舌面而形成,舌象变化与脾胃生理病理变化密切相关,故称“舌为胃之镜”^[11]。牛競斌等^[11]将近邻传播聚类、随机森林、互信息与粗糙集、判别分析等方法融合,获得慢性胃炎脾胃湿热证的主症集合,包括苔黄(1.641)、苔白(-1.065)、苔腻(0.757)、舌色红(0.504)、苔厚(0.495)、舌色淡白(-0.323)、胖大舌(-0.269)等共 7 个症状(体征),其中有 4 个正相关的舌象特征,分别为苔黄、苔腻、舌色红、苔厚。考虑舌象在湿热病辨证治疗的过程中占据关键地位^[12],故而在 2023 版《共识》中,根据脾胃湿热证的三大亚型,即湿热并重、湿重于热、热重于湿,完善舌象的体征量化分级及评分表,如“湿热并重 I 级(1 分):舌质淡红,舌根苔黄腻或全舌薄黄腻;II 级(2 分):舌质淡红或红,舌根、中苔黄腻;III 级(3 分):舌质红,全舌厚黄腻”,同时,提供不同分型的典型舌象图片,以图文并茂的形式,让临床医师对其有更深刻的认识,使辨证具象化,方便掌握及临床运用。

同时,在症状量化分级方面,2023 版《共识》中增添“口苦”这一条目,按“偶觉口苦、时觉口苦、整日口苦明显”进行分级。“口苦”与脾胃湿热关系密切,国医大师杨春波领衔的关于脾胃湿热证的临床调查指出,脾胃湿热证的症状中,“口苦黏”占 65.5%^[13];脾胃湿热证的现代文献研究亦证实“口苦”是脾胃湿热重复出现的重要症状^[14]。脾胃湿热,困阻中焦气机,脾胃气机升降失常,脾不升清,胃不降浊,导致胃气上逆,胃中酸苦气逆,可见口

苦,如《温病条辨》载“阳明温病,干呕口苦而渴,尚未可下者,黄连黄芩汤主之……”^[15];或是脾胃湿热之邪扰其心母,亦见口苦,如《素问·至真要大论》曰:“苦走心而火气盛”;肝不随脾升,胆不随胃降,肝胆疏泄失常,胆气上逆而见口苦,如《内经》言:“肝气热,则胆泄口苦”“胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦”;湿热下传下焦,日久耗伤肝肾阴液,下焦阴火上泛而见口苦,如《景岳全书·必集杂证谟》所云:“如口苦者,未必悉由心火……肝肾虚则真阴不足而为燥”等^[16]。“口苦”乃临床问诊不可或缺的内容,可反映患者的湿热程度,增添这一内容则更有利于指导临床。

5 补充中医方药剂量、中成药归类及中医外治疗法

“中医不传之秘在药量”,为便于读者临床应用,2023版《共识》在各个亚型的推荐方药中均标注了临床推荐用量;同时,相较于2017版《共识》中对中成药推荐使用未做具体分型介绍及服用方法说明,此次共识在每一亚型之下均明确提出所推荐的中成药及服用方法,更利于临床医师依据证候辨证施治。如湿热并重,治法:化湿清热,方药:连朴饮、黄芩滑石汤加减。厚朴3~9g、黄连3~6g、石菖蒲3~9g、芦根15~30g、黄芩3~9g、滑石9~18g、茯苓皮15~30g、大腹皮6~12g、白蔻仁3~6g、通草3~6g、猪苓6~12g等。加减:食积纳呆者加炒谷芽6~15g、炒麦芽6~15g、神曲3~9g以消食导滞;便溏不爽者加木香3~6g、槟榔3~6g以行气导滞;恶心欲呕者加姜半夏3~9g、竹茹6~9g以化痰止呕。中成药:①三九胃泰颗粒(胶囊),开水冲服颗粒,1袋/次(10~20g),2次/d;或口服胶囊,2~4粒/次,2次/d。②枫蓼肠胃康颗粒(胶囊),口服,1袋/次(8g),3次/d;或口服胶囊,2粒/次,3次/d。

2023版《共识》还增加了独具特色的中医外治疗法,包括穴位贴敷及针灸治疗,具体如下:穴位贴敷治疗:将清热燥湿的中药研粉,以茶油调和,用一次性敷贴贴在梁门、承满、中脘、神阙等处,每次贴敷3~6h,每日1次或隔日1次,适用于脾胃湿热证各亚证。针灸治疗:腹痛属湿热壅滞者,毫针刺足三里、天枢、中脘、三阴交、太冲、阴陵泉、内庭;太冲用泻法,余穴用平补平泻法;泄泻属湿热者,毫针刺天枢、阴陵泉、上巨虚、水分、尺泽、内庭,用泻法。穴位贴敷是一种古老的复合型外治疗法,集经络、穴位、药物为一体,被广泛应用于治疗消化系统各种疾病^[17-18]。其可使药物有效成分透皮吸收,随着血液循环而发挥作用,并通过刺激相关穴位达到治疗疾病的目的^[19]。针刺疗法乃根据中医理论,采用毫针对人体俞穴进行直接刺激的一种外治法,对增强身体机能、调和阴阳、防病治病有着重要作用^[20]。两者用于脾胃湿热证的治疗,均有良效^[21-23]。中医内外治法联合,更有利于疾病的康复。

6 新增“古代医家经验”专栏

2023版《共识》新增“古代医家经验”专栏,简要介绍了李东垣、朱丹溪、叶天士、薛生白、吴鞠通等5位古代中医大家对湿热理论的阐释及治疗经验,旨在为脾胃湿热证的临床诊疗提供宝贵的理论指导及处方用药思路,具体介绍如下。

6.1 元·李东垣

脾胃湿热有外感和内生之分。《脾胃论·卷中·长夏湿热胃困尤甚用清暑益气汤论》云“时当长夏,湿热大胜,蒸蒸而炽,人感之多四肢困倦,精神短少”及“六七月间,湿令大行,湿热相合而刑庚金大肠”。认为内生湿热乃脾胃元气不足,健运失司,水谷不化精气,不得上输于肺而反下流,成为湿浊,郁结于内而生热,即所谓的“阴火”,而创虚实兼治之清暑益气汤。

6.2 元·朱丹溪

《格致余论·生气通天论病因章句辨》指出“六气之中,湿热为患,十之八九”;《丹溪心法·中湿四》云“东南地下多阴雨地湿,凡受必从外入……,西北地高,人多食生冷,湿面潼酪,或饮酒……,此皆自内也”。湿热分三焦论治,“去上焦湿及热,须用黄芩,泻肺火故也;去中焦湿与痛热,用黄连,泻心火故也;去下焦湿肿及痛,膀胱有火邪者,必须酒洗防己、黄柏、知母、龙胆草”。且认为吐酸乃湿热所致,以炒黄连为君,反佐炒吴茱萸,顺其性而折之,创左金丸;治黄疸、臌胀、痢也多从湿热论治。

6.3 清·叶天士

认识到湿邪致病之地域特性,《温热论》指出“吾吴湿邪害人最广”;湿邪为病,内外相合,并与体质相关;“又有酒客里湿素盛,外邪入里,里湿为合”;“在阳旺之躯,胃湿恒多;在阴盛之体,脾湿亦不少”。治疗重在治湿,“或透风于热外,或渗湿于热下,不与热相搏,势必孤矣”;《叶氏医案存真·卷一》提及“热从湿中而起,湿不去则热不除也”“热自湿中而出,当以治湿为本”。邪留三焦,分消上下以杏仁开上、厚朴宣中、茯苓渗下;湿在气分,甘露消毒丹治之。痞证湿热苦泄,用小陷胸汤、泻心汤;黄疸,湿在上以辛散,以风胜;湿在下,以苦泄,以淡渗;酒客多蕴热,先用清中,加之分利。

6.4 清·薛生白

《湿热病篇》指出“太阴内伤,湿饮停聚,客邪再至,内外相引,故病湿热”“湿热病属阳明太阴者居多,中气实则病在阳明,中气虚则病在太阴”。治疗主张卫气营血论治。阴湿伤卫阳之表以香薷、羌活、苍术皮芳香辛散透表;阳湿伤阳明之表以滑石、茯苓皮、通草、荷叶等淡渗利湿泄热;腠理暑邪内闭以六一散加薄荷辛凉汗解;湿热在气分则分三焦论治。上焦以枳壳、桔梗、豆豉、山栀宜涌泄;上中二焦,湿热俱胜以草果、槟榔、菖蒲、六一散辛通开闭;中焦,湿热阻遏膜原仿吴又可达原饮以厚朴、草果、槟榔苦温燥湿,加藿香、苍术、半夏、菖蒲增强燥湿,

六一散利湿泄热;中焦,湿重于热以半夏、厚朴、菖蒲、豆蔻、连翘、六一散苦温燥湿、佐清热利湿;中焦,热重湿轻以白虎加苍术汤清热利湿;下焦湿热以滑石、猪苓、茯苓、泽泻、草薢、通草淡渗利湿。湿热如入营血则化燥化火。

6.5 清·吴鞠通

创三焦辨治纲领,《温病条辨·湿温、寒湿》认为“湿温较诸温,病势虽缓而实重,上焦最少,病势不甚显张,中焦病最多”。治疗“上焦湿温,汗之,则神昏耳聋,甚则目瞑不欲言;下之,则洞泄;润之,则病深不解,长夏深秋冬日同法,三仁汤主之”;中焦湿温徒清热则湿不退,徒祛湿则热愈炽,以五加减正气散、黄芩滑石汤、薏苡竹叶散、杏仁石膏汤治疗;暑温蔓延三焦,舌滑微黄,邪在气分者,三石汤主之。

7 介绍脾胃湿热证现代研究成果

中医证实质的研究是中医药自步入现代化研究以来一直最为关注的命题^[24],也是中医现代化、走向世界的重大挑战。2023 版《共识》较 2017 版《共识》增加了脾胃湿热证的现代研究成果,进一步揭示脾胃湿热证的内涵,同时为临床医师的科研研究提供思路。

7.1 病理生理研究

20 世纪 90 年代初,杨春波团队通过 400 例病例调查,发现脾胃湿热证虽涉及多系统、多病种,但仍以脾胃病居多,显示出本证的广泛性与倾向性,且与炎性疾病关系较为密切,多呈现为能量代谢亢进、胃黏膜细胞增殖为主的病理状态^[5]。劳绍贤团队研究表明,与水湿、津液关联的水通道蛋白 3、4 基因在慢性胃炎脾胃湿热证患者胃黏膜中高表达,提示其可能是脾胃湿热证“湿浊内蕴”的客观表现^[25]。胡玲团队围绕幽门螺杆菌(Hp)相关胃病的临床研究发现,Hp 阳性脾胃湿热证胃黏膜白细胞介素(IL)-12 和 γ 干扰素(IFN- γ)炎性因子蛋白表达上调,肠化生、异型增生胃黏膜中 MUC5AC 屏障相关蛋白过表达,超微病理提示 Hp 阳性脾胃湿热证胃黏膜黏液颗粒明显增多、线粒体致密肿胀、分泌小管扩张且内质网明显聚集,与脾虚证存在明显差异,初步阐释了脾胃湿热证的微观表型特征;而胃黏膜 IL-1 β mRNA 转录水平高表达则在 Hp 阴性脾胃湿热证中具有一定的普适性^[26-29]。吕文亮团队研究提示,Hp 感染与慢性胃炎脾胃湿热证相关,血清胃泌素升高与血浆胃动素降低可能是“脾胃湿热证”微观证据之一^[30-31]。

7.2 中药作用机制

唐旭东团队网络药理学分析提示,抗炎、抗氧化和免疫调节是葛根芩连汤治疗溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC)的有效途径,且其主要活性化合物槲皮素对 UC 核心靶点具有良好的亲和作用^[32]。杨春波团队临床与实验研究均表明,具有清热化湿作用的清化饮能一定程度调控慢性胃病

脾胃湿热证胃黏膜细胞增殖与凋亡的失衡;有助于胃肠益生菌的富集,通过调控内环境的菌群失调而改善慢性胃炎脾胃湿热证症状^[33-35]。连朴饮可下调脾胃湿热证大鼠 bcl-2 和 p53 过表达而抑制其凋亡,对胃黏膜有一定程度的修复作用^[36]。三仁汤可减少脾胃湿热大鼠胃黏膜细胞凋亡、抑制炎症爆发^[37];一定程度增强了胃黏膜对应激损伤的抵抗和自我修复的能力^[38]。

7.3 量表研究

刘凤斌团队遵循国际通用量表研制流程,研制脾胃系疾病脾胃湿热证自测辨证量表,以期使临床达到更规范、更准确地辨证,一定程度促进了中医诊断量表的完善与发展^[39]。

8 总结与展望

与 2017 版《共识》相比,2023 版《共识》在理论及诊疗方面进行了完善和补充,并进行系统化整理,其中包括脾胃湿热证的历史沿革、古代医家关于脾胃湿热证相关重要理论与方药的论述、中草药推荐剂量、不同亚型的中成药推荐及服用方法、中医外治,以及脾胃湿热证现代研究成果等方面,使其能更好地反映脾胃湿热证理论与临床诊治的全貌,为脾胃湿热证的规范治疗提供了明确的参考依据,有利于临床中医师准确辨证和治疗,促进疾病的恢复及改善预后。2023 版《共识》对于脾胃湿热证的诊治有重要的指导意义,值得临床推广;但受限于中医药高质量、大样本的循证医学证据,2023 版《共识》主要以专家共识的形式形成推荐,期望未来有更多高质量、大样本的中医诊疗研究,进一步验证推荐意见的有效性、安全性,并探索出更优的治疗方案,为临床应用、推广及创新提供更多循证医学证据,也希望能有更更新的科研成果、全国名老中医专家经验总结等,努力提高中医临床诊疗指南在真实环境中的适用性^[40]。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 邹积隆,丛林,杨振宇.简明中医病证辞典[M].上海:上海科学技术出版社,2005:1261-1261.
- [2] 国家技术监督局.GB/T16751.2—1997 中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语:证候部分[S].北京:中国标准出版社,1997.
- [3] 黄铭涵,何友成,杨正宇,等.国医大师杨春波辨治脾胃湿热证胃肠病经验[J].中医药临床杂志,2024,36(1):40-45.
- [4] 李连成,路志正.湿阻的流行病学调查[J].中医杂志,1992,33(6):44-45.
- [5] 杨春波,黄可成,肖丽春,等.脾胃湿热证的临床研究—附 400 例资料分析[J].中医杂志,1994,35(7):425-427.
- [6] 李威堂,吴威,孙凡雅,等.脾胃湿热证动物模型的构建与评价研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(11):77-82.
- [7] 段继昌,曹路,柴晶美,等.湿热中阻方对脾胃湿热证

- 小鼠氧化应激和炎症因子影响研究[J]. 吉林中医药, 2021,41(5):647-653.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会.脾胃湿热证中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(8): 4221-4225.
- [9] 国家中医药管理局,国家卫生健康委员会.国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[EB/OL]. (2020-11-16)[2023-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm.
- [10] 刘启鸿,柯晓,骆云丰.国医大师杨春波察舌辨湿热案经验[J]. 中华中医药杂志, 2021,36(1):194-196.
- [11] 牛竞斌,徐玮斐,钱鹏,等.基于多种方法融合的慢性胃炎脾胃湿热证主症选择研究[J]. 广州中医药大学学报, 2022,39(8):1717-1722.
- [12] 侯森涛,张福利.薛雪《湿热条辨》舌诊辨证及用药探析[J]. 环球中医药, 2022,15(8):1377-1380.
- [13] 杨春波,柯晓,骆云丰,等.脾胃学说湿热理论及其应用:脾胃学说传承与应用专题系列(8)[J]. 中医杂志, 2012,53(16):1356-1359.
- [14] 刘路路,吴秀艳,王天芳,等.脾胃湿热证诊断标准的现代文献研究[J]. 中医杂志, 2015, 56(14): 1247-1251.
- [15] 杜珍蓉,邓丹丹,李娜,等.论口苦八证[J]. 中华中医药杂志, 2020,35(8):4077-4079.
- [16] 林翠丽,陈琴,黄铭涵,等.口苦症与脾胃湿热病机辨考[J]. 实用中医内科杂志, 2022,36(9):10-12.
- [17] 金月萍,李学军.穴位贴敷联合加味葛根芩连汤治疗腹泻型肠易激综合征脾胃湿热证临床疗效观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2021,40(6):49-52.
- [18] 王红霞,周正华.穴位贴敷在消化系统疾病中应用研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2018,37(8):111-114.
- [19] 费利军.芩连止泻汤联合穴位贴敷治疗脾胃湿热型小儿腹泻临床研究[J]. 新中医, 2022,54(20):111-114.
- [20] 夏焯,俞嵩.半夏泻心汤合黄连温胆汤联合针刺治疗脾胃湿热型浅表性胃炎临床研究[J]. 河南中医, 2023,43(12):1895-1899.
- [21] 韩松花,许宝才,邱根祥,等.雷氏清痢荡积法配合穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征(脾胃湿热证)临床研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27(10): 1737-1739, 1743.
- [22] 高新建.针刺与汤剂联合用于脾胃湿热型胃病治疗的效果观察[J]. 实用中西医结合临床, 2021,21(14):18-19.
- [23] 王向阳.胃舒合剂联合针灸治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床观察[J]. 西部中医药, 2022, 35(5): 116-119.
- [24] 李晓娟,陈家旭,刘玥芸.探讨证本质研究在完善中医辨证论治体系中的意义[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6):2353-2357.
- [25] 梅武轩,劳绍贤,余娜,等.慢性浅表性胃炎不同程度脾胃湿热证与胃黏膜水通道蛋白3,4基因表达的相关性(英文)[J]. 中西医结合学报, 2010, 8(2): 111-115.
- [26] Chen WQ, Hu L, Li HY, et al. Interleukin-12 and interferon- γ acting on damp-heat of spleen-stomach syndrome triggered by Helicobacter pylori[J]. J Tradit Chin Med, 2017, 37(6): 827-834.
- [27] Hu L, Chen WQ, Cheng M, et al. MUC1 and MUC5AC Acting on Helicobacter pylori-Related Deficiency and Solid Syndrome of Spleen and Stomach [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2018, 2018:9761919.
- [28] Hu L, Li HY, Chen WQ, et al. Ultrastructure Characteristics of Different Chinese Medicine Syndromes of Helicobacter pylori-Related Gastric Diseases [J]. Chin J Integr Med, 2019, 25(12): 917-921.
- [29] Zhang YZ, Chen X, Gong L, et al. Associations of Interleukin-1 β with H. pylori-Induced Gastric Atrophy and Syndrome of Dampness-Heat in the Spleen and Stomach in Subjects with H. pylori-Related Gastric Diseases [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2020, 2020:6409485.
- [30] 吕文亮,周慧敏,高清华,等.病证结合模式下慢性胃炎脾胃湿热证与血清胃泌素及Hp感染的相关性探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(10): 1904-1905.
- [31] 高清华,万莹,吕文亮.慢性胃炎脾胃湿热证与胃动素的相关性探讨[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(12): 3067-3068.
- [32] Xu L, Zhang JQ, Wang YF, et al. Uncovering the mechanism of Ge-Gen-Qin-Lian decoction for treating ulcerative colitis based on network pharmacology and molecular docking verification [J]. Biosci Rep, 2021, 41(2): BSR20203565.
- [33] 付肖岩,柯晓,黄恒青,等.清化饮对脾胃湿热证胃粘膜癌变倾向干预的临床研究[J]. 福建中医药, 2008, 39(6):1-3.
- [34] Huang MH, Li SH, He YC, et al. Modulation of gastrointestinal bacterial in chronic atrophic gastritis model rats by Chinese and west medicine intervention [J]. Microb Cell Fact, 2021, 20(1): 31.
- [35] Li SH, Huang MH, Chen Q, et al. Confirming the Effects of Qinghuayin against Chronic Atrophic Gastritis and a Preliminary Observation of the Involved Inflammatory Signaling Pathways: An In Vivo Study [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2018, 2018:4905089.
- [36] 廖莹峰,文小敏,任玺,等.王氏连朴饮对脾胃湿热证大鼠胃黏膜细胞凋亡调控基因蛋白的影响[J]. 新中医, 2012, 44(9): 122-124.
- [37] 彭林佳,刁建新,薛文秀,等.三仁汤对脾胃湿热型大鼠 NLRP3、Caspase-1 蛋白的影响[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(6): 1899-1904.
- [38] 廖圣银,曾俊,王爱瑶,等.慢性胃炎脾胃湿热证大鼠胃黏膜蛋白质组与三仁汤治疗的实验研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(1): 76-80.
- [39] 朱晓霞.脾气虚证、脾胃湿热证、脾虚湿证自测辨识量表的研制与评价[D]. 广州:广州中医药大学, 2019.
- [40] 刘大胜,宇文亚,刘孟宇,等.中医共识临床诊疗指南适用性评价[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(9): 3091-3094.

(收稿日期:2024-09-23)