

分类号: R25  
单位代码: 10760

密级: 公开  
学号: 107602148202



新疆医科大学

XinJiang Medical University

# 硕士学位论文

THESIS OF MASTER DEGREE

临床医学专业学位 (学历教育)

论文题目: 新疆乌鲁木齐市维、汉两民族 CAG 患者中医证型与  
HP 相关性研究

研 究 生 刘慧

指 导 教 师 雷云霞 副主任医师

专业学位领域 中医内科学

研 究 方 向 中医治疗脾胃病

研究起止时间 2015.01-2016.12

所 在 学 院 中医学院

2017年3月



# 论文独创性说明

本人申明所呈交的学位论文是在我个人在导师的指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名： 刘慧

签字日期： 2017.6.8

导师签名： 张凡

签字日期： 2017.6.8

## 关于论文使用授权的说明

本人完全了解学校关于保留、使用学位论文的各项规定， \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_（选择“同意/不同意”）以下事项：

1.学校有权保留本论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编学位论文；

2.学校有权将本人的学位论文提交至清华大学“中国学术期刊(光盘版)电子杂志社”用于出版和编入 CNKI《中国知识资源总库》或其他同类数据库，传播本学位论文的全部或部分内容。

学位论文作者签名： 刘慧

签字日期： 2017.6.8

导师签名： 张凡

签字日期： 2017.6.8

# 新疆乌鲁木齐市维、汉两民族 CAG 患者中医 证型与 HP 相关性研究

研 究 生 刘慧

指 导 教 师 雷云霞

专 业 学 位 领 域 中医内科学

研 究 方 向 中医治疗脾胃病

2017 年 3 月

**The correlation of Helicobacter Pylori infection with  
Chronic Atrophic Gastritis of Traditional Chinese  
Medicine between Han population and Uighur  
population in Xinjiang Urumqi**

**A Dissertation Submitted to  
Xinjiang Medical University  
In Partial Fullfillment of the Requirements  
for the Degree of  
Master of Medicine**

**By  
Hui Liu**

**Chinese Internal Medicine**

**Dissertation Supervisor: YunXia Lei   Associate Senior Doctor  
March ,2017**

# 目 录

摘要·····	1
ABSTRACT·····	2
前言·····	4
一、研究内容与方法·····	6
1. 研究对象·····	6
2. 内容与方法·····	6
2.1 研究内容·····	6
2.2 研究方法·····	6
3. 诊断标准·····	6
3.1 西医诊断标准·····	6
3.2 中医辨证分型诊断标准·····	6
4. 纳入标准·····	7
5. 排除标准·····	7
6. 质量控制·····	7
7. 统计学处理·····	8
二、结果·····	9
1. 一般临床资料·····	9
1.1 性别、族别与 CAG 发病关系·····	9
1.2 性别、年龄与 CAG 发病关系·····	9
1.3 族别、年龄与 CAG 发病关系·····	10
2. 中医证型分布情况·····	11
2.1 中医证型与族别的分布情况·····	11

2.2 中医证型与年龄的分布情况·····	12
3. 胃粘膜病理表现及 HP 感染分析·····	13
3.1 胃粘膜萎缩程度·····	13
3.2 胃粘膜肠上皮化生程度·····	14
3.3 胃粘膜异型增生程度·····	15
3.4 幽门螺旋杆菌感染分布情况·····	16
3.4.1 不同民族幽门螺旋杆菌分布情况·····	16
3.4.2 年龄与幽门螺旋杆菌的关系·····	17
3.4.3 幽门螺旋杆菌与中医证型分布情况·····	18
3.4.4 幽门螺旋杆菌感染与中医证型相关性分析·····	19
三、讨论·····	20
1. 年龄、性别、族别与 CAG 发病关系分析·····	20
2. 中医证型与 CAG 发病关系分析·····	20
3. 胃粘膜病理表现及 HP 感染与 CAG 发病关系分析·····	23
四、小结·····	25
五、致谢·····	26
参考文献·····	27
附录一 缩略语表·····	29
附录二 CAG 中医证型调查表·····	30
附录三 胃镜与组织病理学调查表·····	31
综述·····	32
攻读硕士学位期间发表的学位论文·····	44
导师评阅表·····	45

# 新疆乌鲁木齐市维、汉两民族 CAG 患者中医证型与 HP 相关性研究

研究生：刘慧 导师：雷云霞副主任医师

## 摘要

**目的：**本研究旨在对新疆乌鲁木齐市维、汉两民族慢性萎缩性胃炎（CAG）患者进行病例调查，探寻维、汉两民族 CAG 发病与性别、年龄、族别的关系，与萎缩、肠化、异型增生的关系，以及两民族间 CAG 患者中医证型分布及 HP 感染有无相关性，找出其中的规律，为今后临床防治 CAG 提供理论依据。**方法：**收集符合诊断标准及排除标准的慢性萎缩性胃炎患者 590 例，根据患者的中医四诊资料以及西医诊断资料，建立数据库，采用描述性统计方法及卡方检验进行统计分析，找出 CAG 的发病与性别、年龄、族别的关系，与萎缩、肠化、异型增生的关系，以及维、汉两民族 CAG 患者中医证型的分布情况及其与 HP 有无相关性。**结果：**共收集病例 590 例，其中汉族 306 例，维族 284 例；年龄最小 23 岁，最大 85 岁，平均年龄  $45 \pm 14.893$  岁。中医证型分为 6 型，其中脾胃湿热证最多，为 158 例（占 26.8%），胃络瘀血证最少为 51 例（占 8.7%）；HP 检测，阳性者 371 例（占 62.9%），阴性者 219 例（占 37.1%）。CAG 患者病理分型有萎缩 590 例，其中轻度 401 例（占 67.9%），中度 154 例（占 26.1%），重度 35 例（占 6.0%）；肠上皮化生 227 例，其中轻度 35 例（占 22.9%），中度 9 例（占 11.7%），重度 23 例（占 23%）；异型增生 53 例，其中低级别上皮内瘤变 39 例（占 6.6%），高级别上皮内瘤变 14 例（占 2.4%）。**结论：**慢性萎缩性胃炎与性别、族别、年龄、萎缩、肠上皮化生、异型增生无关；CAG 患者中医证型的分布、HP 感染的分布与族别有关，汉族患者 HP 感染以脾胃湿热证>肝胃气滞证>胃络瘀血证>脾胃虚弱证>肝胃郁热证>胃阴不足证。维族患者 HP 感染以胃阴不足证>脾胃湿热证>肝胃郁热证>肝胃气滞证>脾胃虚弱证>胃络瘀血证。

**关键词：**慢性萎缩性胃炎，中医证型，分布规律，幽门螺旋杆菌

# The correlation of *Helicobacter Pylori* infection with Chronic Atrophic Gastritis of Traditional Chinese Medicine between Han population and Uighur population in Xinjiang Urumqi

Postgraduate: Hui Liu

Supervisor: Prof. Yunxia Lei

## Abstract

**Objective:** The purpose of this study lies in summarise the relationship of gender, age, national and *Helicobacter Pylori* infection with Chronic Atrophic Gastritis, and distribution of TCM (Traditional Chinese Medicine) syndromes as well as its relationship with atrophy, intestinal metaplasia and intra-epithelial neoplasia, thus finding out the regularity of this distribution to guide clinical treatment. **Methods:** Collecting 590 cases of patient with chronic atrophic gastritis to establish a database. To distinguish the syndrome types through the four diagnostic methods of TCM and medicine diagnostic criteria. Cluster analysis, descriptive statistics and chi-square test are used for statistic purpose, and the regularity of syndrome is summed up as well as the relationship of syndromes with gender, age and Hp (*Helicobacter Pylori*) infection with Chronic Atrophic Gastritis (CAG) and distribution of TCM syndromes. The association of different TCM syndromes with gastric inflammation, atrophy, intestinal metaplasia and intra-epithelial neoplasia are analyzed. **Results:** Among gathered 590 cases, 306 are Han population, while 284 are Uighur population, age ranges from 23 to 85 years old. The syndromes can be categorized into six patterns, the highest proportion of TCM syndromes is the stagnancy heat of liver-stomach syndrome 26.8%, the least is the stomach blood stasis syndrome 8.7%. The rate of *Helicobacter pylori* infection is 62.9%. Mild atrophy is the most of 67.9%, Moderate atrophy is the proportion of 26.1%, Severe atrophy is the least of 6.0%. Mild intestinal metaplasia is the most of 67.9%, Moderate dysplasia is the least of 8.9%. **Conclusion:** Chronic Atrophic Gastritis have no relationship with sex, age, nationality, atrophy, intestinal metaplasia, dysplasia. The research shows that H. pylori infection significant relationship it followed by the stagnancy heat of liver-stomach syndrome, the liver—stomach Qi stagnation syndrome, the stomach blood



stasis syndrome, the spleen stomach deficiency syndrome, the spleen-stomach dampheat syndrome and the stomach yin deficiency syndrome in the Han population, then it followed by the stomach yin deficiency syndrome, the stagnancy heat of liver-stomach syndrome, the spleen-stomach dampheat syndrome, the liver—stomach Qi stagnation syndrome, the spleen stomach deficiency syndrome and the stomach blood stasis syndrome in the Uighur population.

**Key Words:** Chronic Atrophic Gastritis, Traditional Chinese Medicine, regularities of distribution, *Helicobacter Pylori*

## 前言

慢性萎缩性胃炎（CAG）是一种以胃粘膜上皮细胞和腺体的萎缩，腺体数量的减少，胃粘膜变薄，以及粘膜基层增厚为特点，伴有肠上皮化生或者异型增生为主的慢性消化系统疾病。其中肠上皮化生和异型增生属于胃癌的癌前病变<sup>[1]</sup>。CAG 的主要临床表现是以上腹部的隐痛、胀满、嗳气频繁，食欲欠佳、日渐消瘦、贫血等为主。中医认为本病的病因主要是由于外邪侵袭人体、饮食失度、情志不畅、脾胃素虚等导致脾胃运化失职，中焦气机不利，脾胃之气升降失调所致，对于慢性萎缩性胃炎的治疗方法是多种多样的，西医主要是对症治疗，通过西药改善患者的临床症状，而中医主要是结合中药、针灸、蜂针、穴位注射以及穴位贴敷等方法，通过调节胃肠的运动，增强机体的免疫反应，从而逆转部分萎缩性胃炎或轻、中度的癌前病变，其不仅疗效持久，不良反应少，还能整体调理，有效地防止其复发。

我国自从开展胃镜检查以来，CAG 的检出率占胃镜检查患者总数的 7.5%~13.8%，而且有报道表明 CAG 每年的癌变率可达到 0.5%~1%，当伴有异型增生时其癌变几率更高<sup>[2]</sup>。目前我们对于胃癌的治疗尚且缺乏比较有效的措施，所以防治胃癌的癌前病变显得异常迫切。有证据表明幽门螺旋杆菌感染是 CAG 发病的主要原因之一<sup>[3]</sup>，且与慢性萎缩性胃炎的活动性改变及反复难愈有关系，因此根除 HP 成为治疗 CAG 的重要措施。然而，流行病学<sup>[4]</sup>表明，我国 HP 感染率总体是偏高的，在成年人中达到了 40%~60%，其治疗主要是抗生素联合 PPI 制剂，但是，随着抗生素的大量使用，幽门螺旋杆菌的耐药性也越来越高，显著影响其根除率，且长期使用 PPI 制剂会改变胃内环境的 PH 值，可能增加感染的风险，对 CAG 危险性的评价有待进一步的深入研究。因此，寻找新的药物来根除幽门螺旋杆菌、减少抗生素的使用成为治疗 HP 感染的研究重点。多年来各类研究表明，单味中药或组方加减不仅能改善 CAG 的临床症状，而且能提高患者的免疫力，促进患者损伤胃粘膜的恢复以及腺体的再生，能够消除炎症，阻止病变进一步发展<sup>[5]</sup>。同时，个别中药具有抑酸护胃或类似于抗生素的功能，可以抑制 HP 的生长并且可以杀灭幽门螺旋杆菌，清除或者改变 HP 寄居的微环境，使之不利于生长<sup>[6]</sup>。HP 感染与 CAG 中医证型的相关性研究目前也有一些报道，但意见尚不统一，这主要考虑是否与样本量的大小、各地区的气候以及生活习惯有关。在现有的报道中，脾胃湿热型 HP 阳性率是最高的，而研究 CAG 中医证型的分布则发现脾胃虚弱证>胃络瘀血证>肝胃气滞证>脾胃湿热证>肝胃郁热证>胃阴不足证<sup>[7]</sup>。新疆乌鲁木齐市是一个多民族聚居的地区，长期以来，少数民族的生活饮食习惯虽和汉族虽有明显的不同，但由于两族居民长期接触，其生活饮食亦受到一定影响，因此新疆地区 CAG 与 HP 感染有它的独特性。本课题旨在探讨新疆乌鲁木齐市维、汉两

个民族 CAG 患者的中医证型分布与 HP 感染的相关性。开展此类研究，有利于依据中医辨证分型为是否需要 HP 检测提供指导，并为确定今后本地区 CAG 患者的中医药防治原则，针对性地调整用药，从而有望改善 CAG 的临床症状及病理形态，降低幽门螺旋杆菌在 CAG 患者中的复发及感染，以及为减少抗生素的使用提供辨证基础及理论依据。

## 一 研究内容与方法

### 1 研究对象

总共收集 2015 年 1 月至 2016 年 12 月在新疆维吾尔自治区中医医院消化内科住院的维、汉两个民族慢性萎缩性胃炎患者 590 例。

### 2 内容与方法

#### 2.1 研究内容

- 2.1.1 维、汉两族慢性萎缩性胃炎患者年龄、性别、族别的分布情况；
- 2.1.2 维、汉两族慢性萎缩性胃炎患者萎缩、肠化、异型增生的分布情况；
- 2.1.3 维、汉两族慢性萎缩性胃炎患者 HP 感染分布状况；
- 2.1.4 维、汉两族慢性萎缩性胃炎患者中医证型的分布情况；
- 2.1.5 维、汉两族慢性萎缩性胃炎患者中医证型与 HP 感染分布情况；

#### 2.2 研究方法

采用描述性流行病学研究方法，设计出慢性萎缩性胃炎中医证型调查表和胃镜及病理结果调查表，依据纳入标准和排除标准选出合格病例共 590 例，根据患者的中医四诊资料及西医诊断资料，建立数据库，通过统计学处理，研究维、汉两族 CAG 患者中医证型的分布情况，及其与 HP 感染有无相关性。

### 3 诊断标准

#### 3.1 西医诊断标准<sup>[8]</sup>：

胃镜诊断标准：慢性萎缩性胃炎在胃镜下可以见到胃黏膜红白相间，但以白相为主，黏膜皱襞变平甚至消失，部分黏膜血管显露，可伴有黏膜颗粒或结节状等表现。只需要病理活检显示有固有腺体的萎缩，即可诊断为慢性萎缩性胃炎，而不管活检标本萎缩的块数以及程度。

病例组织学分级标准：①萎缩：是指胃固有腺体数量减少，其程度分为轻度：固有腺体数量减少但不超过原有腺体的 1/3；中度：固有腺体数目减少介于原有腺体的 1/3~2/3 之间；重度：固有腺体数目减少超过原有腺体的 1/3，仅残留少数腺体，甚至完全消失；②肠化：轻度：肠化区域占腺体和表面上皮面积 1/3 以下；中度：肠化区域占腺体和表面上皮面积的 1/3~2/3；重度：肠化区域占腺体和表面上皮总面积的 2/3 以上。③异型增生分低级别上皮内瘤变和高级别上皮内瘤变两级。

#### 3.2 中医辨证分型诊断标准<sup>[9]</sup>：

##### 3.2.1 肝胃气滞证

主症：胃脘部胀满或者胀痛，两胁肋部胀痛；

次症：①症状因情绪因素诱发或者加重，②嗳气频作，③胸闷不舒，④舌苔薄白，⑤脉弦。

### 3.2.2 肝胃郁热证

主症：胃脘部饥嘈不适或灼痛，脉弦或弦数；

次症：①心烦易怒，②嘈杂反酸，③口干口苦，④大便干燥，⑤舌质红苔黄。

### 3.2.3 脾胃虚弱证

主症：胃脘胀满或隐痛，胃部喜按或喜暖；

次症：①食少纳呆，②大便稀溏，③倦怠乏力，④气短懒言，⑤食后脘闷，舌质淡，⑥脉细弱。

### 3.2.4 脾胃湿热证

主症：胃脘痞胀或疼痛，舌质红，苔黄厚或腻；

次症：①口苦口臭，②恶心或呕吐，③胃脘灼热，④大便黏滞或稀溏，⑤脉滑数。

### 3.2.5 胃阴不足证

主症：胃脘痞闷不适或灼痛，舌红少津，苔少；

次症：①饥不欲食或嘈杂，②口干，③大便干燥，④形瘦食少，⑤脉细。

### 3.2.6 胃络瘀血证

主症：胃脘痞满或痛有定处，舌质暗红或有瘀点、瘀斑；

次症：①胃痛拒按，②黑便，③面色暗滞，④脉弦涩。

证候确定：主症必备，加次症 2 项以上即可诊断。此外，上述证候可单独出现，也可相兼出现，临床应在辨别单一证候的基础上辨别复合证候。同时，随着时间的推移，证候可出现动态变化，需认真甄别。

## 4 纳入标准

4.1 符合慢性萎缩性胃炎西医诊断标准和中医辨证分型标准的患者。

4.2 行胃镜及病理检查的患者；

4.3 行 HP 检测的患者。

## 5 排除标准

5.1 不符合纳入标准者；

5.2 排除近 1 月内使用抗 HP 药物及长期服用质子泵抑制剂的患者；

5.3 排除内镜下合并有溃疡、肿瘤的患者；

5.4 排除年龄<18 岁的患者。

5.5 排除其他民族的患者

## 6 质量控制

6.1 对参与本研究的人员进行统一的培训，使其对于试验方案及各项指标具体内涵有充分的理解和认识，增强数据的准确性及客观性。

6.2 本次调查研究，在新疆医科大学附属中医医院进行，慢性萎缩性胃炎的西医诊断由内镜+活检确定。



## 7 统计学处理

将数据资料用 EXCEL 数据库录入整理，采用 SPSS18.0 统计软件进行统计分析，计数资料用率表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验；证型确定采用聚类分析法；以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 二 结果

### 1 一般临床资料

#### 1.1 性别、族别与 CAG 的发病关系

在此次纳入研究的 590 例病例中，其中男性 297 例，女性 293 例，男女之间比例为 1.01:1，男性多于女性。其中汉族 306 例，维族 284 例。经过卡方检验分析 CAG 发病与性别、族别有无关系得出 $\chi^2=1.317$ ， $P=0.251>0.05$ ，差异无统计学意义，说明 CAG 的发病在男性与女性中与族别无关。

表 1-1.族别、性别与 CAG 的发病关系

性 别	族 别		合 计	比 例%
	汉 族	维 族		
男 性	161	136	297	50.3%
女 性	145	148	293	49.7%
合 计	306	284	590	100%

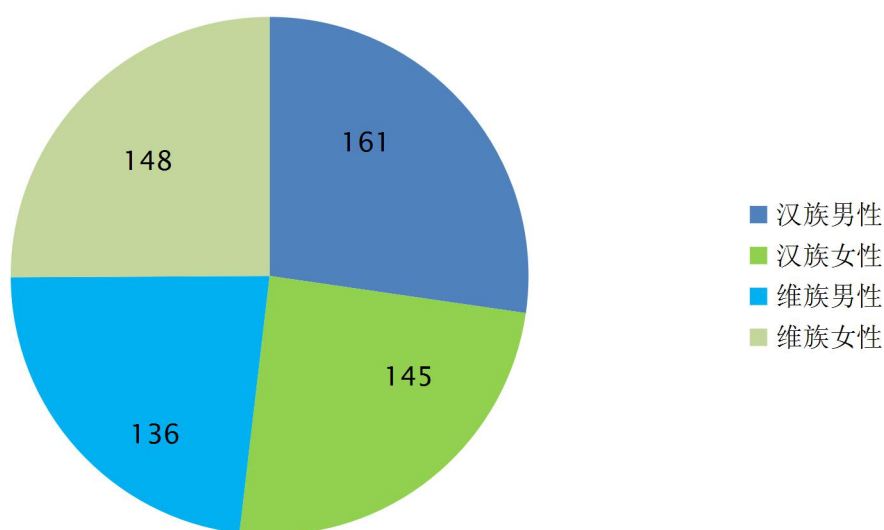


图 1-1 590 例 CAG 患者族别、性别分布图

#### 1.2 性别、年龄与 CAG 的发病关系

根据联合国世界卫生组织对年龄的划分标准：18-44 岁为青年，45-59 岁为中年，60-89 岁为老年三个阶段。在 590 例符合纳入标准的患者中，年龄最小的 23 岁，最

大的 85 岁，平均年龄为  $45 \pm 14.893$  岁。通过卡方检验比较男性和女性患者在不同年龄段的分布有无差异得出  $\chi^2=2.088$ ,  $P=0.352>0.05$ , 差异无统计学意义。说明 CAG 患者的发病在男性与女性中与年龄段无关。

表 1-2 性别、年龄段与 CAG 的发病关系

年龄组	性 别		合 计	比 例%
	男 性	女 性		
青年	91	92	183	31.0%
中年	113	96	209	35.4%
老年	93	105	198	33.6%

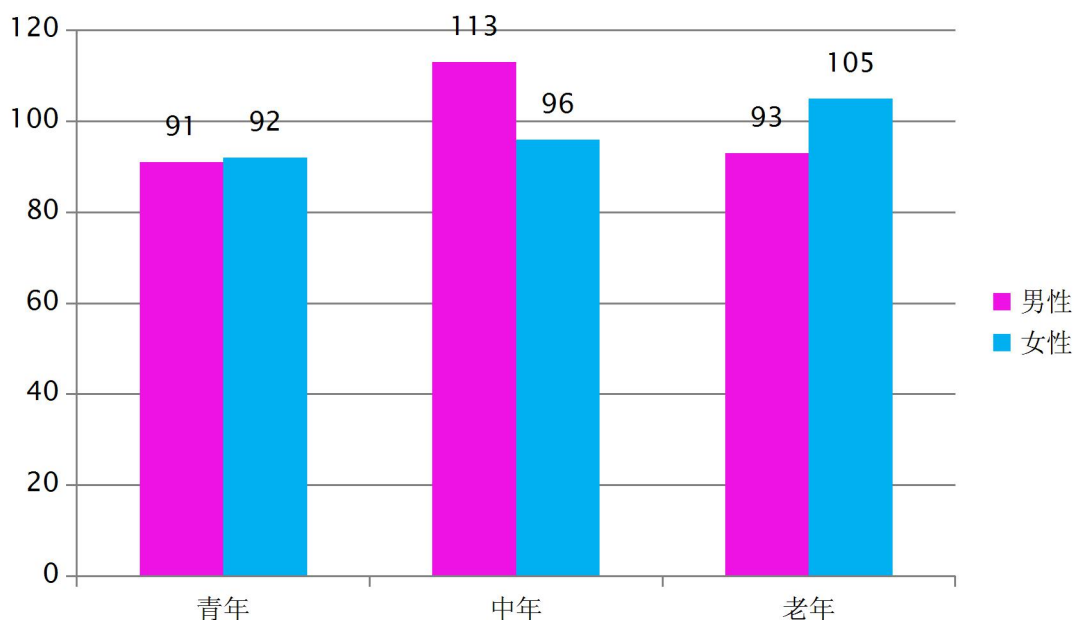


图 1-2 590 例 CAG 患者性别、年龄段分布图

### 1.3 族别、年龄与 CAG 的发病关系

在 590 例符合纳入标准的患者中，汉族中老年>中年>青年，维族中年>老年>青年，通过卡方检验分析 CAG 的发病在维、汉两民族中的不同年龄段发病有无关系，得出  $\chi^2=2.032$ ,  $P=0.362>0.05$ , 差异无统计学意义。说明 CAG 的发病在汉族和维族中与年龄无关。

表 1-3 族别、年龄段与 CAG 的发病关系

年龄组	族 别		合 计	比 例%
	汉 族	维 族		
青年	94	89	183	31.0%
中年	116	93	209	35.4%
老年	96	102	198	33.6%

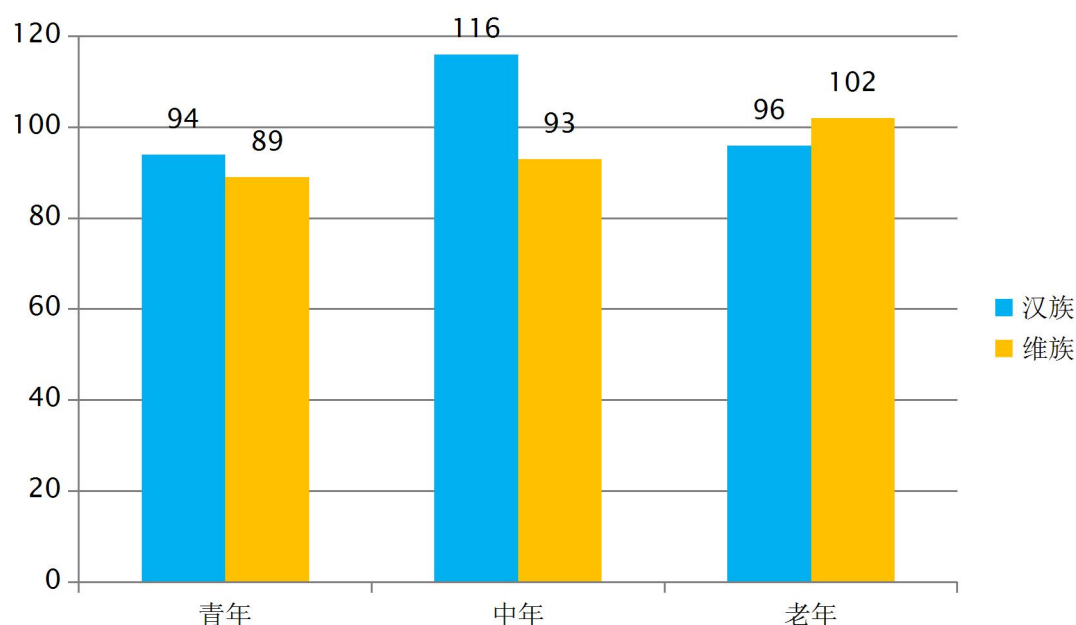


图 1-3 590 例 CAG 患者族别、年龄段分布图

## 2 中医证型的分布情况

### 2.1 中医证型与族别的分布情况

通过收集、整理和归纳所有的临床资料，并结合中医诊断标准，将此次纳入组的 590 例 CAG 患者的中医辨证分为肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃阴不足证和胃络瘀血证六大证型。其中脾胃湿热证最多，为 158 例占 26.8%，其次是脾胃虚弱证 124 例占 21.0%，肝胃气滞证 107 例占 18.1%，肝胃郁热证 85 例占 14.4%，胃阴不足证 65 例占 11.0%，胃络瘀血证最少 51 例占 8.7%。我们采用卡方检验分析 590 例 CAG 患者中医证型分布与民族有无关系，结果显示  $\chi^2=27.766$ ， $P=0.00041<0.05$ ，差异有统计学意义，说明慢性萎缩性胃炎患者中医证型的分布与族别有关。通过下表可以发现汉族患者中医证型分布为脾胃虚弱证>脾胃湿热证>肝胃气滞证>胃阴不足证>肝胃郁热证>胃络瘀血证；维族患者为脾胃湿热证>肝胃郁热证>肝胃气滞证>脾胃虚弱证>胃阴不足证>胃络瘀血证。

表 2-1 维、汉两族 CAG 患者中医证型分布表

证型	族 别		合计	比 例%
	汉 族	维 族		
肝胃气滞	60	47	107	18.1%
肝胃郁热	29	56	85	14.4%
脾胃虚弱	85	39	124	21.0%
脾胃湿热	76	82	158	26.8%
胃阴不足	34	31	65	11.0%
胃络瘀血	22	29	51	8.7%

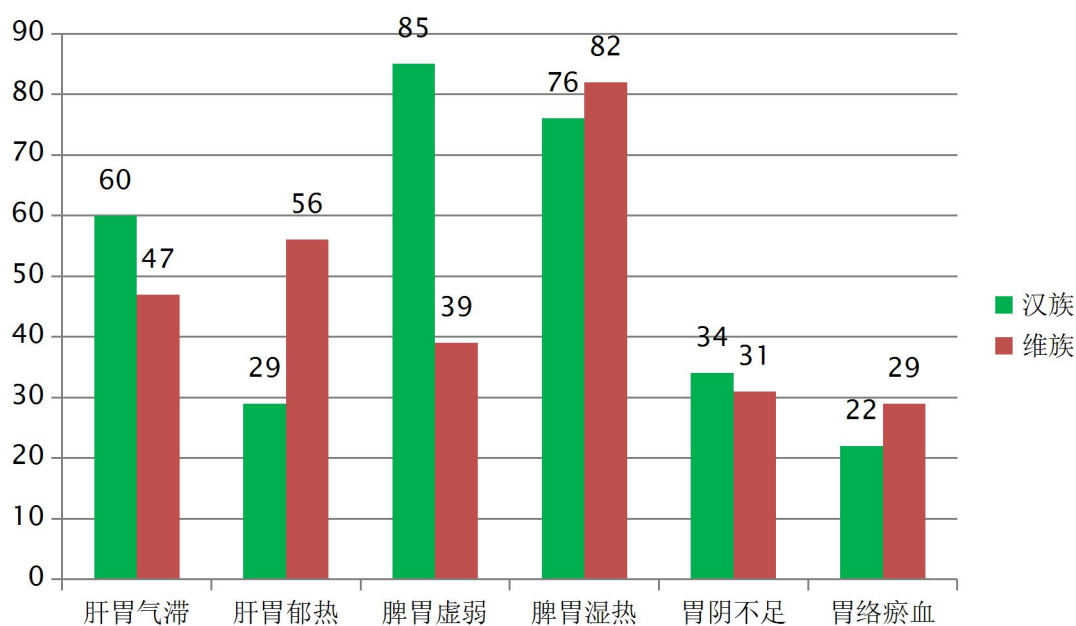


图 2-1 维、汉两族 CAG 患者中医证型分布图

## 2.2 中医证型与年龄的分布情况

在 590 例 CAG 患者中医证型分布中, 中年人最多 209 例占 35.4%, 其次是老年人 198 例占 33.6%, 最少的是青年人 183 例占 31.0%。三个年龄段采用卡方检验两两比较分析得出  $P>0.05$ , 无统计学差异, 说明慢性萎缩性胃炎患者中医证型分布与年龄段无关。



表 2-2 患者年龄与辨证分型分布表

证型	年 龄 段			合计	比 例%
	青年	中年	老年		
肝胃气滞	36	41	30	107	18.1%
肝胃郁热	27	32	26	85	14.4%
脾胃虚弱	37	48	39	124	21.0%
脾胃湿热	48	61	49	158	26.8%
胃阴不足	28	16	21	65	11.0%
胃络瘀血	22	11	18	51	8.7%
合计	183	209	198	590	-
比例%	31.0%	35.4%	33.6%	-	100%

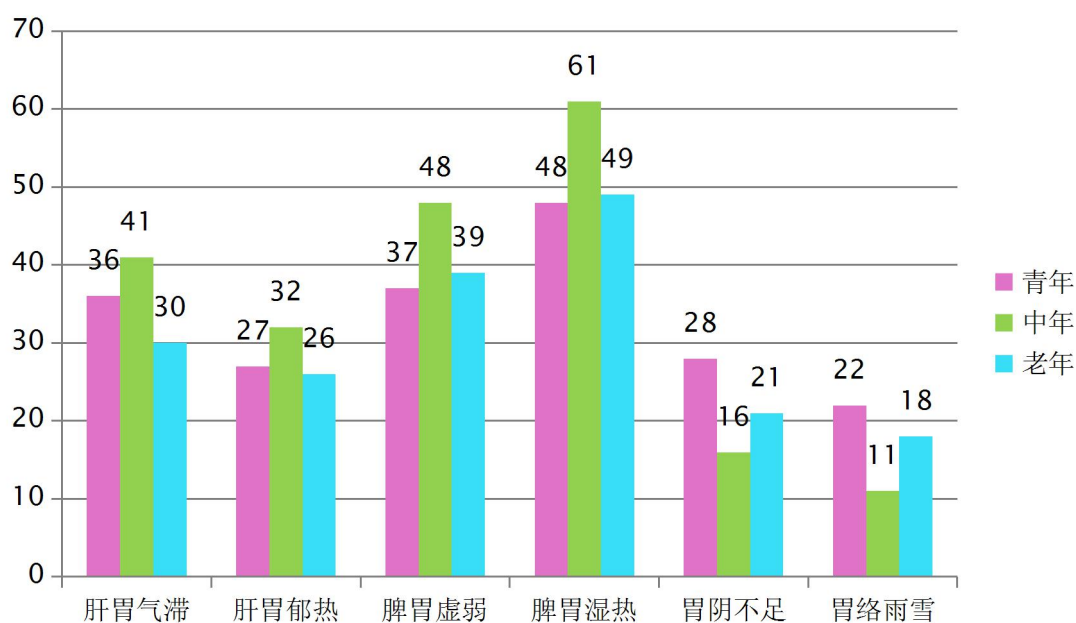


图 2-2 患者年龄与辨证分型型分布图

### 3 胃粘膜病理表现及 HP 感染分析

#### 3.1 胃粘膜萎缩程度

在 590 例 CAG 患者中, 轻度萎缩者 401 人, 占 67.9%, 中度萎缩者 154 人, 占 26.1%, 重度萎缩者 35 人, 占 6.0%。两个民族的胃粘膜萎缩程度分布趋势大致一致。采用卡方检验分析两个民族中 CAG 患者的萎缩程度分布差异是否有统计学意义, 结

果显示 $\chi^2=1.723$ ,  $P=0.423>0.05$ , 差异无统计学意义, 说明慢性萎缩性胃炎患者的胃粘膜萎缩程度与民族无关。

表 3-1 维、汉两族 CAG 患者胃粘膜萎缩程度分布表

萎缩程度	族 别		合计	比 例%
	汉 族	维 族		
轻度萎缩	215	186	401	67.9%
中度萎缩	73	81	154	26.1%
重度萎缩	18	17	35	6.0%

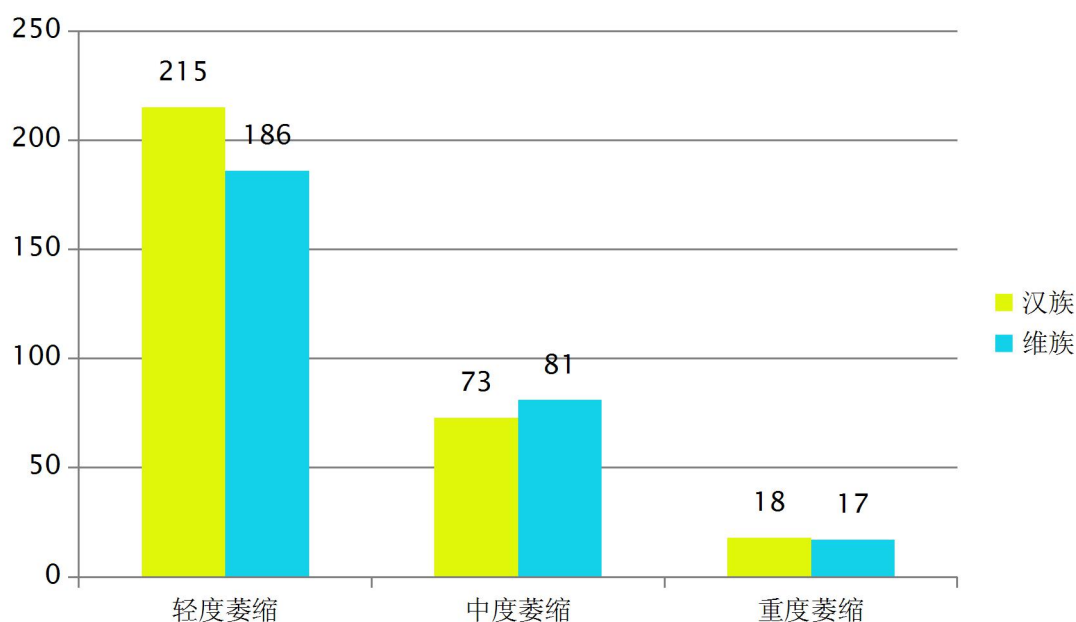


图 3-1 维、汉两族 CAG 患者胃粘膜萎缩程度分布图

### 3.2 胃粘膜肠上皮化生程度

在 590 例 CAG 患者中, 无肠化者 363 例, 占 61.5%, 轻度肠化者 135 例, 占 22.9%, 中度肠化者 69 例, 占 11.7%, 重度肠化者 23 例, 占 3.9%。维、汉两民族肠上皮化生程度分布趋势大致相同。采用卡方检验分析两个民族中 CAG 患者的肠化程度分布差异是否有统计学意义, 结果 $\chi^2=2.343$ ,  $P=0.504>0.05$ , 差异无统计学意义, 说明慢性萎缩性胃炎患者的肠上皮化生程度与民族无关。

表 3-2 维、汉两族 CAG 患者胃粘膜肠化程度分布表

肠上皮化生程度	族 别		合计	比 例%
	汉族	维 族		
无肠化	191	172	363	61.5%
轻度肠化	72	63	135	22.9%
中度肠化	30	39	69	11.7%
重度肠化	13	10	23	3.9%

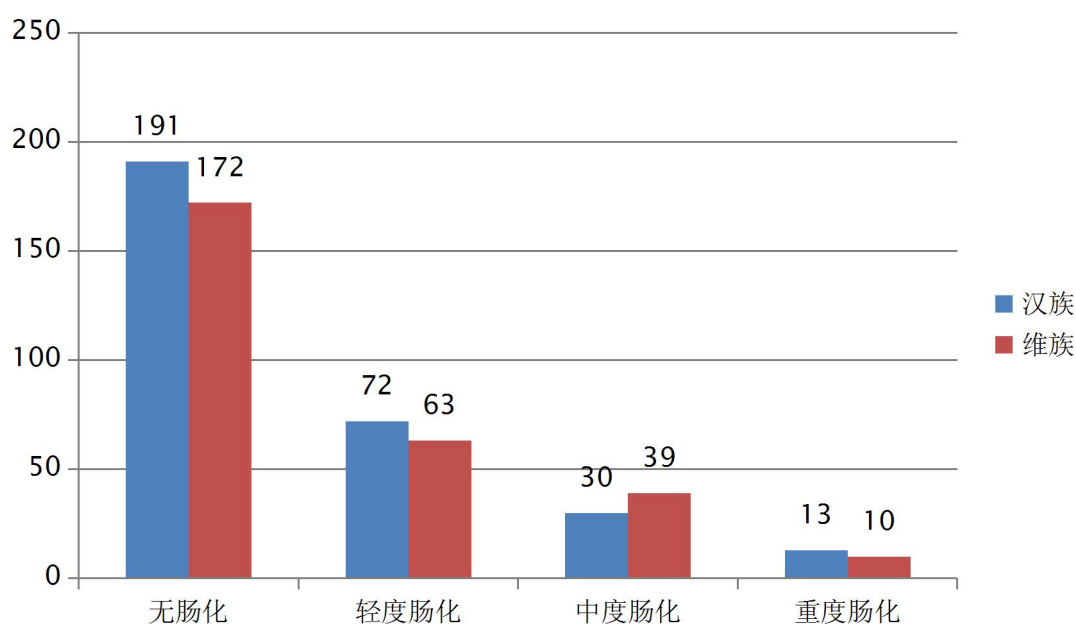


图 3-2 维、汉两族 CAG 患者胃粘膜肠化程度分布图

### 3.3 胃粘膜异型增生程度

将 590 例 CAG 患者进行胃粘膜异型增生程度分级,其中无异型增生者 537 例(占 91.0%),低级别上皮内瘤变者 39 例(占 6.6%),高级别上皮内瘤变者 14 例(占 2.4%)。维、汉两个名族中胃粘膜异型增生程度的分布趋势大致相同。采用卡方检验分析两个民族中 CAG 患者的异型增生程度分布差异是否有统计学意义,结果显示  $\chi^2=0.682$ ,  $P=0.71>0.05$ ,可以认为慢性萎缩性胃炎患者的异型增生程度与民族无关。

表 3-3 维、汉两族 CAG 患者胃粘膜异型增生程度分布表

异型增生程度	族 别		合计	比 例%
	汉族	维 族		

无异型增生	280	257	537	91.0%
低级别上皮内瘤变	18	21	39	6.6%
高级别上皮内瘤变	8	6	14	2.4%

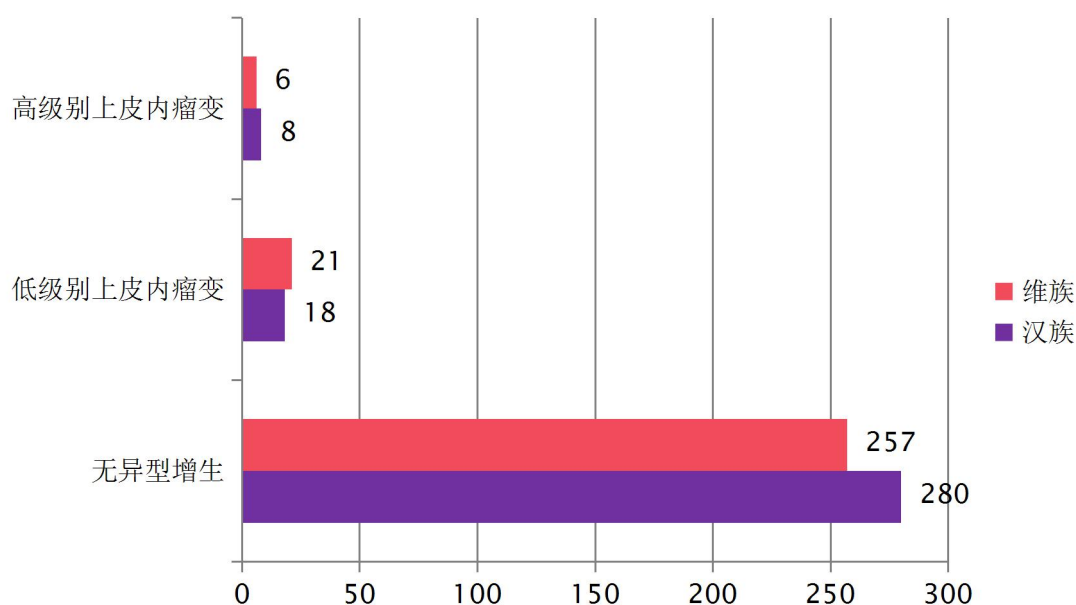


图 3-3 维、汉两族 CAG 患者胃粘膜异型增生程度分布图

### 3.4 幽门螺旋杆菌感染分布情况

#### 3.4.1 不同民族幽门螺旋杆菌分布情况

对 590 例 CAG 患者进行 C14 呼气试验检测，其中阳性者 371 例占 62.9%，阴性者 219 例占 37.1%。其中汉族阳性者 178 例，阴性者 128 例；维族阳性者 193 例，阴性者 91 例。采用卡方检验分析汉族和维族 CAG 患者幽门螺旋杆菌感染的分布差异是否有统计学意义，结果显示 $\chi^2=6.046$ ， $P=0.014<0.05$ ，可以认为慢性萎缩性胃炎患者幽门螺旋杆菌感染与族别有关。通过计算 HP 在两个民族中的阳性率得出，汉族患者感染 HP 阳性率为 58.1%，维族患者感染 HP 阳性率为 67.9%，说明维族患者 HP 感染率高于汉族患者。

表 3-4-1 不同民族幽门螺旋杆菌分布表

幽门螺旋杆菌	族 别		合计	比 例%
	汉 族	维 族		
阳性	178	193	371	62.9%

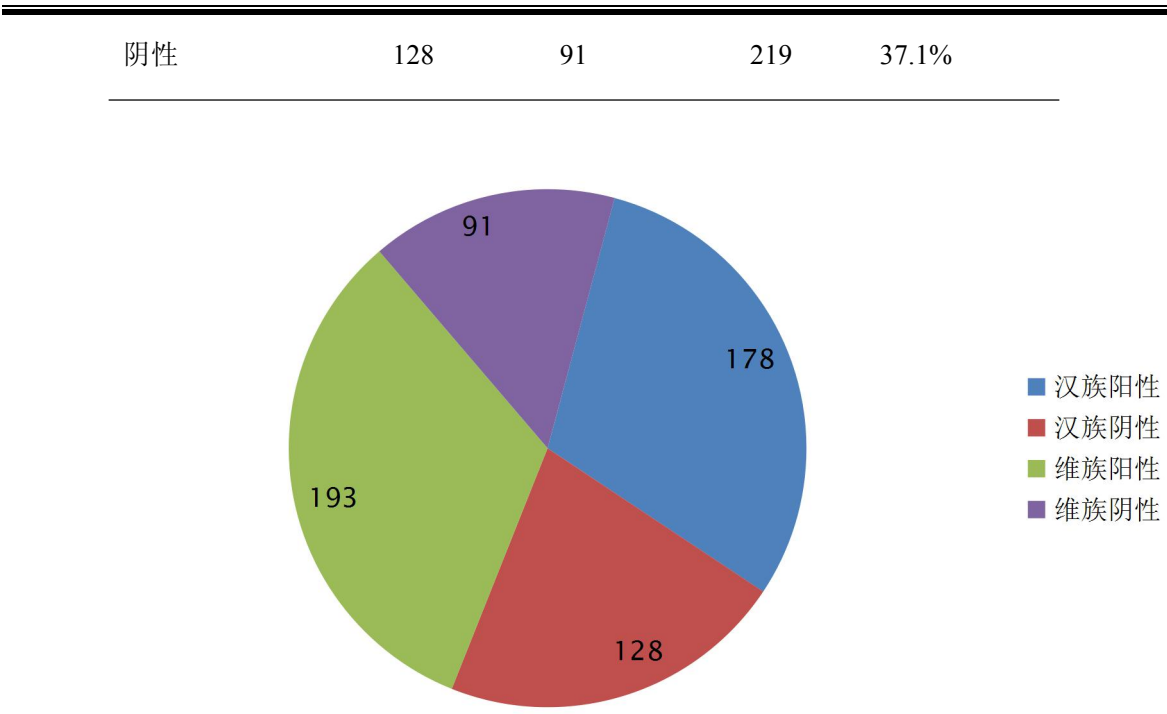


图 3-4-1 不同民族幽门螺旋杆菌分布图

3. 4. 2 年龄与幽门螺旋杆菌的关系

在 590 例 CAG 患者中，老年人感染 HP 人数最多为 147 例，占总人数的 24.9%，其次是中年人 133 例占 22.0%，最少的是青年人 105 例占 17.8%。采用卡方检验分析不同年龄的 HP 感染分布是否有统计学差异，得出 $\chi^2=16.48$ ， $P=0.00026<0.05$ ，差异有统计学意义，说明慢性萎缩性胃炎患者幽门螺旋杆菌感染分布情况与年龄有关。通过计算不同年龄段患者 HP 阳性率得出，青年患者为 57.3%，中年患者为 56.9%，老年患者为 74.2%，说明 HP 感染老年>青年>中年。

表 3-4-2 不同年龄 CAG 患者幽门螺旋杆菌分布表

幽门螺旋杆菌	年龄			合计	比 例%
	青年	中年	老年		
阳性	105	119	147	371	62.9%
阴性	78	90	51	219	37.1%



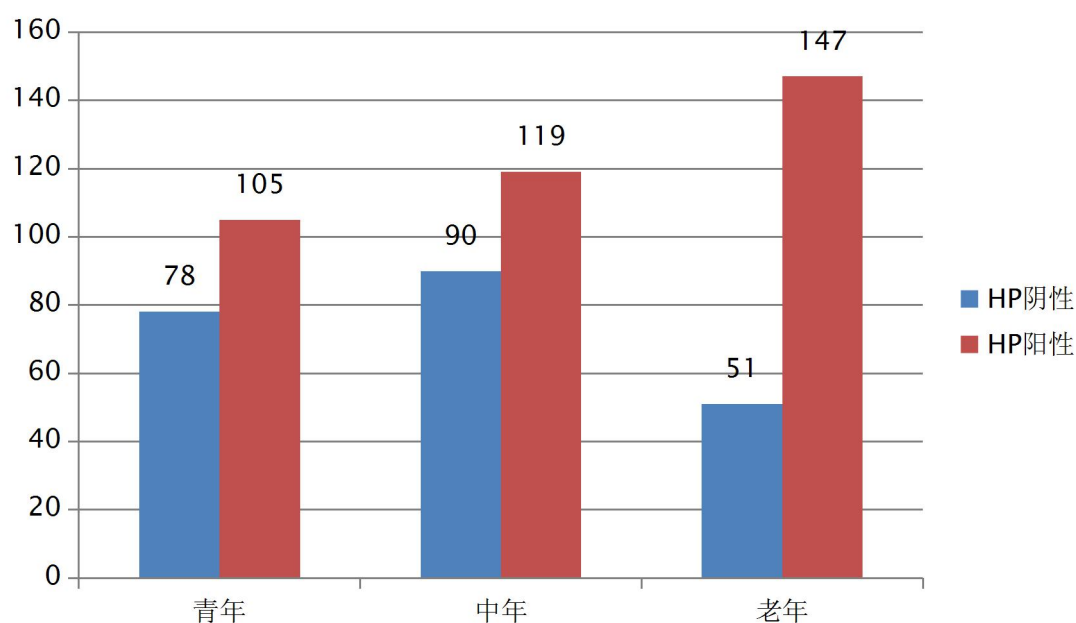


图 3-4-2 不同年龄 CAG 患者幽门螺旋杆菌分布图

### 3.4.3 幽门螺旋杆菌与中医证型分布情况

在 590 例 CAG 患者中,HP 阳性率为脾胃湿热证(68.98%)>肝胃气滞证(64.49%)>胃阴不足证(61.53%)>肝胃郁热证(61.17%)>胃络瘀血证(60.78%)>脾胃虚弱证(56.45%)。整体比较 CAG 患者中医证型分布与幽门螺旋杆菌感染有无统计学差异,经卡方检验得出 $\chi^2=5.09$ ,  $P=0.405>0.05$ , 差异无统计学意义,说明慢性萎缩性胃炎患者中医证型的分布与幽门螺旋杆菌感染无明显相关性。通过计算不同中医证型的 HP 感染阳性率得出:汉族患者 HP 感染以脾胃湿热证>肝胃气滞证>胃络瘀血证>脾胃虚弱证>肝胃郁热证>胃阴不足证。维族患者 HP 感染以胃阴不足证>脾胃湿热证>肝胃郁热证>肝胃气滞证>脾胃虚弱证>胃络瘀血证。

表 3-4-3 幽门螺旋杆菌与中医证型分布表

中医证型	HP		合计	阳性率	HP		合计	阳性率
	汉族阳	汉族阴			维族阳	维族阴		
肝胃气滞	32	18	50	64.0%	37	20	57	64.9%
肝胃郁热	17	15	32	53.1%	35	18	53	66.0%
脾胃虚弱	44	38	82	53.7%	26	16	42	61.9%
脾胃湿热	52	29	81	64.2%	57	20	77	74.0%
胃阴不足	14	16	30	46.6%	26	9	32	81.3%

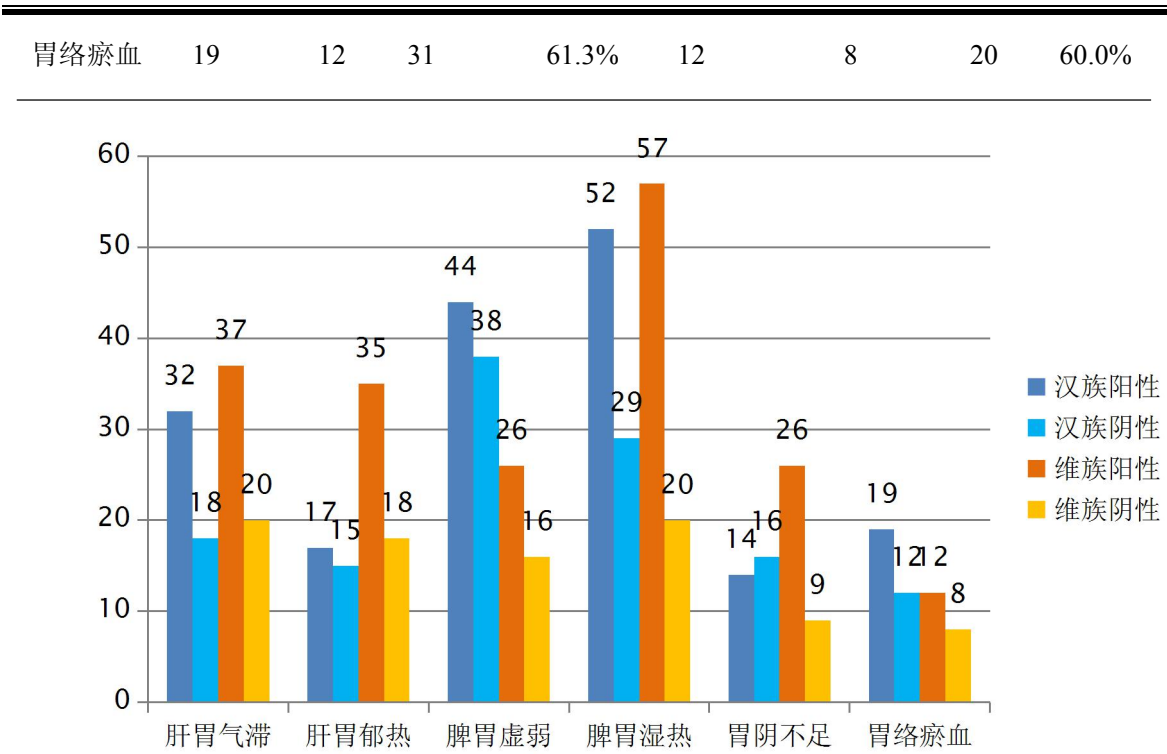


图 3-4-2 不同中医证型 HP 感染分布图

3.4.4 幽门螺旋杆菌感染与中医证型相关性分析

运用 spss 软件对 590 例 CAG 患者进行 logistics 回归分析，以民族为因变量，得出下列数据，由表我们可知 HP 感染的  $P < 0.05$ ，说明不同民族的 HP 感染情况有差异，这与 3.4.1 结果相同。中医证型的  $P < 0.05$ ，说明不同民族的中医证型分布有差异，与上述 2.1 结果相同。但是六种中医证型的  $P$  均大于 0.05，说明两个民族各个中医证型之间无差异。

表 3-4-4 logistic 回归分析检验结果

	B	S.E.	Wals	df	Sig.	Exp (B)
HP 感染(1)	0.407	0.176	5.358	1	0.021	1.502
中医证型			19.496	6	0.002	
肝胃气滞证	-0.035	0.317	0.013	1	0.911	0.965
肝胃郁热证	0.355	0.336	1.116	1	0.291	1.427
脾胃湿热证	-0.237	0.297	0.637	1	0.425	0.789
脾胃虚弱证	-0.810	0.314	6.644	1	0.077	0.445
胃络瘀血证	-0.595	0.382	2.433	1	0.119	0.552
胃阴不足证	-0.095	0.272	0.122	1	0.727	0.909
常量	-0.075	0.082	0.82	1	0.365	0.928

## 三 讨论

### 1 年龄、性别、族别与 CAG 发病关系分析

在本次研究的 590 例 CAG 患者中，男性 297 例，女性 293 例，男女之间比例为 1.01: 1，男性稍多；其中汉族男性 161 例（占 27.2%），女性 145 例（占 24.5%）；维族男性 136 例（占 23.1%），女性 148 例（占 25.1%），发病年龄最小 23 岁，最大 85 岁，平均年龄为  $45 \pm 14.893$  岁。慢性萎缩性胃炎在不同年龄段的患病率分布为青年 31.0%，中年 35.4%，老年 33.6%，这主要考虑与青年、老年患者的总体就诊率及胃镜检查耐受力偏低有关，并且随着现如今医学知识的普及越来越广泛，人们对自己的身体健康更加注重，尤其是中年人群，强调未病防变，定期体检，故胃镜的检出率亦偏高。根据统计分析结果可知，CAG 发病与性别、族别、年龄段无明显的相关性。但我们要加强青年、老年患者的胃镜检查率，因为随着现在疾病的发病愈发年轻化，如果能及早发现，及时治疗，延缓疾病的进一步发展，每一位患者都将受益。

### 2 中医证型与 CAG 发病关系分析

在以往的研究中我们发现，慢性萎缩性胃炎的中医证型分布为脾胃虚弱证>胃络瘀血证>肝胃气滞证>脾胃湿热证>肝胃郁热证>胃阴不足证。本次研究显示，590 例 CAG 患者中脾胃湿热证最多，为 158 例占 26.8%，其次是脾胃虚弱证 124 例占 21.0%，肝胃气滞证 107 例占 18.1%，肝胃郁热证 85 例占 14.4%，胃阴不足证 65 例占 11.0%，胃络瘀血证最少 51 例占 8.7%，与之前的研究有偏差，这考虑与此次病例采集主要集中在新疆地区的一个医院，样本量没有足够大，并且与我们收集了维族、汉族两个民族有关，其中汉族患者中医证型分布为脾胃虚弱证>脾胃湿热证>肝胃气滞证>胃阴不足证>肝胃郁热证>胃络瘀血证；维族患者为脾胃湿热证>肝胃郁热证>肝胃气滞证>脾胃虚弱证>胃阴不足证>胃络瘀血证。两个民族中医证型分布规律不完全一致，主要考虑是因为汉族、维族的饮食及生活习惯不同有关。在年龄分布方面，中年人较老年人多，而青年人最少。并且根据统计学分析结果可知维、汉两民族 CAG 患者中医证型分布与年龄段无关。通过此次研究对我们在临床上的中医辨证论证提供了理论依据，对不同证型的 CAG 患者采用不同的治法方药。

2.1 现如今人们的生活质量日渐提高，嗜食肥甘厚腻，以及人们生活节奏较快导致饮食不规律，时饥时饱，日久损伤脾胃，加之大家应酬较多，酒性辛热，湿热内生，故脾胃湿热证日渐增多。结合本次研究，总体幽门螺旋杆菌感染以脾胃湿热证较多，这与既往研究结果相同，有学者研究发脾胃亏虚是 Hp 能侵入体内引起疾病的前提之一，而脾胃湿热又是 Hp 易感环境，脾胃湿热证的患者更容易感染幽门螺旋杆菌。

维族患者的中医证型分布以脾胃湿热证最多，这考虑主要与维族的生活饮食习惯有关，他们的饮食以肥甘厚腻之品为主，病程日久易损伤脾胃，湿热内生，故而脾胃湿热证多见。故其治法主要以清热祛湿为主。周慧芬、徐安姝<sup>[10]</sup>等用清热化湿化瘀之法治疗脾胃湿热型 CAG 取得较好疗效，诸药合用起到益气健脾、清热化湿、行气补益而不滋腻的作用，改善了胃粘膜循环不畅的问题、缺血缺氧的问题，促进了炎症的吸收，加快了萎缩腺体修复速度，从而阻断了胃粘膜萎缩病程进一步发生发展的进程。毛平安<sup>[11]</sup>应用藿朴夏苓加减方治疗 CAG，其临床表现的改善和病理结果的变化及 HP 治疗的效果均比较突出，其中的方药不仅有调节分泌胃泌素的功能，还能调节胃蛋白酶的水平，可以帮助消化，有保护胃黏膜的作用，还能提高机体细胞的免疫功能；方中的清热解毒类药物如黄连、蒲公英，不仅能消炎，还能杀灭和抑制幽门螺旋杆菌；莪术、山慈菇均属于软坚散结类药物，具有抗菌、抗癌、减轻细胞的增生和防突变的作用。中医强调整体观念，能够标本兼治，打破西医对症治疗的局限性，对疾病的预防和平日的保健治疗有重大贡献。

**2.2 肝脏主疏泄**，脾胃是气机升降的枢纽，脾脏之运化、胃之受纳以及中焦之气的升降均有赖于肝脏的疏泄功能。如果平日忧思过度可能会导致肝气郁结，或者暴怒导致肝气升发太过从而伤肝，横逆犯脾土，致使脾胃的运化、受纳、升降功能失常就会出现痞满、胃脘痛等不适。古代医家朱丹溪曾论述了由气到痰饮到瘀血终致三者并见结为窠囊的病理过程。故治疗肝胃不和主要以疏肝清热解郁，和胃理气止痛为主。付振灿<sup>[12]</sup>运用加味半夏泻心汤治疗 CAG，其治疗效果较好，方中黄连能够使气机肃降，将邪气导出，有清利肠胃的作用；半夏、干姜其性辛温，可以和胃止呕，诸药合用，不仅能够减轻了消化道的炎症反应，而且促进了胃肠动力，保护肝脏，加快了患者的康复。中医认为在治疗 CAG 上应重视调肝之法，姜延<sup>[13]</sup>采用香砂六君子汤加味治疗 CAG，其中砂仁是醒脾调胃的重要药物，尤其是对外感寒湿之气导致的气机郁滞的最为合适，方中党参有保护胃黏膜细胞的作用，它能增强胃粘膜的屏障，阻止其进一步受损；甘草其味偏甘，容易导致中焦胀满，所以它能抑制胃的排空以及小肠的蠕动，以上药物联合使用调畅了气机，清除了脾胃的湿热之邪，加快了胃粘膜的修复速度，消除了疾病发生的源头，从而达到治愈的目的。吴欣欣<sup>[14]</sup>临证采用半夏泻心汤加减，遵循损有余，补不足的原则，对邪气进行防御、祛除，使患者脏腑功能得以恢复。本次研究也发现肝胃气滞证、肝胃郁热证在人群中所占比例日渐升高，这与人们生活压力的增高有密切关系，注意疏肝理气，清热解郁在治疗 CAG 的过程中尤为重要。

**2.3 李东垣云：“百病皆由脾胃衰而生也”，**认为先天禀赋不足，脾胃素虚、正气不足或年老体衰是 CAG 发病的重要原因。本次研究中汉族患者的中医证型分布以脾胃虚弱证最多，与维族患者有不同，这主要考虑是因为我们的饮食习惯不同，脾胃

虚弱是CAG发病的主要病理基础,常常贯穿着疾病的始终,这与既往的研究结果相同,故其治疗主要以健脾益气为主。单兆伟<sup>[15]</sup>亦认为脾胃虚弱是本病的主要病理基础,其中气虚血瘀是关键,由于脾胃长时间失于濡养,加之病程日久不愈入络,从而瘀阻胃络导致胃黏膜的血液运行不畅,营养供给不足,就会加速腺体的萎缩。司英奎<sup>[16]</sup>用针刺梁丘穴配合理中汤加减治疗脾胃虚弱型CAG,发现二者配合使用能够迅速调节足阳明胃经气血亏虚的状态,促进机体对食物的消化功能,梁丘穴是胃经的郄穴,它能够贮存胃经的水液,有类似于水库的作用,待气血充足之后,则会随着津液的运输,灌溉胃络,使原本萎缩的腺体、细胞得到滋养,从而达到修复的目的,该方法患者的依从性较好,不良反应少,能够迅速缓解疼痛程度,改善临床症状,中医药对CAG的质量是多靶点的,有良好的发展前景。杨光成<sup>[17]</sup>自拟参芪养胃汤治疗CAG,其临床症状改善明显,疗效确切,方中党参、黄芪、白术健脾益气,有保护胃黏膜、提高免疫力的作用,乌梅、芍药缓急止痛,能够促进癌细胞的凋亡,可以逆转胃的癌前病变。尤海鹰<sup>[18]</sup>认为CAG的病机虽为脾胃虚弱,但往往夹有瘀血、痰浊,故他使用制萎煎对症治疗,达到脾气虚、瘀血同治,既能化痰也能祛瘀生新,使胃部血液畅行,胃液充裕,能够很好地滋润萎缩的腺体使之逆转。随着现代药理学对中药成分的细致研究,越来越多的中草药被发掘出类似西药成分的作用,这为中医中药的运用提供了坚实的理论依据。

**2.4 胃阴不足**主要是由嗜食辛辣刺激的食物或过嗜烟酒,或肝气郁结化火乘胃所致。胃为阳明燥土之腑,容易阳亢产生燥热,胃喜欢濡润而厌恶干燥,故其病容易生成燥热之邪,使得胃阴每多受到损害。因此,在治疗慢性萎缩性胃炎时,要注意顾护胃阴,纵然必须使用偏苦偏寒等泻下之剂,也应当以祛除实热燥结之邪为度,不可以妄用苦寒之法以免邪气化燥伤阴。通过研究幽门螺旋杆菌感染与中医证型的分布发现,维族患者HP感染以胃阴不足证最多,这不仅和他们的饮食、生活习惯有关,亦和新疆的地域环境有密切关系,新疆地处西北,气候干燥,饮食以膏粱厚味和烧烤食物为主,常易饮酒过度,容易造成积滞、郁而化热,耗损胃阴,故以胃阴不足证多见。其治法以滋阴益胃为主。李雪峰<sup>[19]</sup>自拟舒胃消萎散治疗CAG,寒性温性药物同时使用,标本兼顾,达到扶助正气而不留邪气,祛除了邪气亦不伤正气的目的,恢复了脾胃之气的动力,气机调畅,诸多不适症状得以改善,萎缩的胃粘膜得以修复,方中主要共用,化瘀生新,消除了肠上皮化生和异型增生,改善了胃粘膜的局部病变,对胃癌的癌前病变起到了很好的防治作用。丁泳,毛水泉<sup>[20]</sup>采用滋阴益胃法治疗阴虚体质的CAG,该方副作用少,依从性好,患者也容易接受,方中麦冬、石斛其性甘凉,有良好的养阴生津之力,黄精性平,对形瘦体弱者的滋补作用更显,白芍、甘草一酸一甘,能够化生胃液,使酸在甘的帮助下生阴,诸药合用充分发挥了滋补胃阴之效,在全身气机的运行过程中,营养遍布全身。充分体现了中医药的



简单、便捷、价格低廉的效果。现代药理学研究发现，石斛有调节机体的免疫功能，改善胃粘膜的血液供给及循环，以及抑制癌细胞的作用，故刘春叶<sup>[21]</sup>应用石斛养胃汤治疗CAG，根据患者的自诉症状评分及胃粘膜病理切片发现其治疗效果较传统的治疗方法明显好转，在临证中我们多选用甘凉之品，因为胃阴不足主要是络脉失于濡养，胃络瘀阻，导致的腺体萎缩，采用甘凉之品以滋养胃阴，从而达到治疗的目的。

**2.5** 古代就有人表明饮食起居失度可以导致血液瘀滞不行从而致百病。并且情绪失于调节和饮食起居失宜也是造成慢性萎缩性胃炎患者血瘀的两个重要因素。《伤寒论·辨脉法第一》亦明确阐述了脾胃病容易形成瘀血内结。所以在治疗该病时应佐以活血通络的药物。王淑华<sup>[22]</sup>在治疗该病时采用化浊解毒、活血通络的方法，通过改变血液流动的状态，增加病变局部的血供和营养物质，达到逆转 CAG 病理形态的目的，促进损伤胃粘膜的修复。配合穴位贴敷疗法，激发了机体细胞的活性，调节胃肠蠕动，更加有利于 CAG 的恢复。祖国医学认为脾胃是运行一身之气的枢纽，“六腑以通为用”，只有调理好脾胃，才能使机体的气机升降有序，从而促进脾胃功能的恢复和胃粘膜病理变化的好转。赵刚、邹迪新<sup>[23]</sup>运用三棱莪术粉治疗该病，根据现代研究的三棱有抗血小板聚集和抗血栓的作用，还可以抑制细胞的增殖过程，莪术中的姜素成分有兴奋胃肠道平滑肌的作用，二者合用，能够改善病变部位的缺血、缺氧状态，恢复病变组织的神经体液调节机制，阻断了胃部细胞的病理发展，萎缩的腺体逐渐得到恢复。在本次研究中我们发现胃络瘀血证在人群的发病率较低，仅占 8.7%，这与其临床症状及胃镜表现有关，大多数患者疼痛部位不固定，临床表现不典型，胃镜检查以慢性胃炎伴糜烂为主，以致该型病例较少。

通过统计学分析发现，维、汉两个民族中中医证型的分布差异有统计学意义，。也就是说在汉族、维族人群中其中中医证型的分布规律不同，因此在治疗不同民族的该病时辨证论治显得尤为重要。综上所述，在慢性萎缩性胃炎的整个病变过程中，大多数是上述病因、病机、中医证型合并出现，故相对复杂。但是无论怎么变化，或者病变脏腑的多或少，其最终的结果是导致了脾胃之气失和，气机升降不利，这也是本病的基本病机，及关键所在，所以在治疗该病时主要以调理脾胃气机的升降失常为主。

### 3 胃粘膜病理表现及 HP 感染与 CAG 发病关系分析

众所周知，肠上皮化生和异型增生为胃癌的癌前病变。目前我们对胃癌的治疗缺乏理想的措施，所以对胃癌癌前病变的防治显得尤为迫切。此次收集的 590 例 CAG 患者中，维、汉两民族均以轻度萎缩人数最多，占 67.9%，其次为中度萎缩占 26.1%，重度萎缩人数均较少，共占 6%；轻度肠上皮化生者较多，共占 22.9%；而无异型增

生者最多，占 91.0%。说明 CAG 患者在胃粘膜改变中以腺体轻度萎缩、轻度肠化最多见，异型增生患者相对最少，这与慢性萎缩性胃炎发展成为胃癌所经过的病程演变相一致，即正常胃粘膜-浅表性胃炎-萎缩性胃炎、肠上皮化生-异型增生-胃癌。

有证据支持 HP 感染为 CAG 发病的主要原因之一，并且与 CAG 的活动性改变及反复难愈有关系，因此根除 HP 成为 CAG 治疗的重要措施。本次研究显示在 590 例 CAG 患者中，HP 阳性率为脾胃湿热证（68.98%）>肝胃气滞证（64.49%）>胃阴不足证（61.53%）>肝胃郁热证（61.17%）>胃络瘀血证（60.78%）>脾胃虚弱证（56.45%）。各证型间总体比较，认为差异无统计学意义。即慢性萎缩性胃炎患者中医证型的分布与幽门螺旋杆菌感染无明显相关性。通过计算不同中医证型的 HP 感染阳性率得出：汉族患者 HP 感染以脾胃湿热证>肝胃气滞证>胃络瘀血证>脾胃虚弱证>肝胃郁热证>胃阴不足证。维族患者 HP 感染以胃阴不足证>脾胃湿热证>肝胃郁热证>肝胃气滞证>脾胃虚弱证>胃络瘀血证。这表明不同民族的 HP 感染患者中医证型分布各不相同，有其独特性。流行病学表明，我国 HP 感染率总体很高，成年人中达到 40%~60%，随着抗生素的使用，HP 的耐药性越来越高，显著影响根除率，且长期使用 PPI 制剂对 CAG 危险性的评价有待进一步研究。因此，寻找新的治疗药物、减少抗生素使用成为 HP 的研究重点。多年来各类研究表明，单味中药或组方加减不仅能改善临床症状，而且能提高患者免疫力，促进胃粘膜恢复以及腺体的再生，消除炎症，阻止病变发展<sup>[5]</sup>。同时，个别中药有抑酸护胃或类似于抗生素的功能，对 HP 有抑制杀灭的功效，清除或者改变幽门螺旋杆菌的寄居微环境，使之不利于其生长。结合以上结果，虽然 CAG 患者的中医证型与 HP 感染无明显相关性，但我们发现两个民族 HP 感染的证型分布有差异，这为我们今后对本地区维、汉两族患者的中医药防治提供了理论依据。

## 四 小结

慢性萎缩性胃炎是一种常见的消化系统慢性疾病，其病程比较久，容易反复发作，其病理形态的进一步发展与胃癌关系密切，越来越受到人们的关注。本次研究 590 例 CAG 患者，发现 CAG 的发病与性别、族别、年龄均无明显的相关性。其病理改变以轻度萎缩、轻度肠化患者较多，HP 阳性患者汉族以脾胃湿热证>肝胃气滞证>胃络瘀血证>脾胃虚弱证>肝胃郁热证>胃阴不足证。维族患者 HP 感染以胃阴不足证>脾胃湿热证>肝胃郁热证>肝胃气滞证>脾胃虚弱证>胃络瘀血证。总体 HP 阳性检出率以脾胃湿热证最多，其次是肝胃气滞证，最少的是脾胃虚弱证。CAG 患者 HP 感染与族别和年龄有关，其中维族患者感染率高于汉族，老年人高于青年人。统计学分析表明慢性萎缩性胃炎的中医证型与 HP 感染无明显的相关性。但根据慢性萎缩性胃炎患者的病因病机，在辨证论治中，以清热祛湿为主，通过辨证论治及组方加减，来达到改善患者的临床症状，调节胃肠运动，增强机体的免疫反应，以及逆转部分萎缩性胃炎，或轻、中度的癌前病变的作用，其疗效持久，不良反应较少，整体调理，有效地防止复发。并且针灸、穴位贴敷、穴位注射、蜂针、腹针等中医疗法操作简单，毒副作用少，疗效显著。充分发挥了中医中药的特色和优势，极大地提高了中医治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。

## 五 致 谢

时光荏苒，三年的硕士生涯即将结束，回顾这几年的时光漫长而短暂，其中充满了酸甜苦辣，百感交集，但其中得到的收获和成长将会受益终身。

这三年来，我非常感谢我的导师雷云霞老师对我学业上的精心指导、生活上无微不至的关心和照顾，并且教我如何做一名合格的医生。在课题进行的过程中，及时提出自己的意见和建议，指正我做的不对的地方，才得以保证课题的顺利完成。她渊博的知识、严谨的治学态度、忘我的工作精神和高尚的医德深深地感染和激励着我，我取得的每一点成绩都凝聚着恩师的汗水和心血，在此谨向雷老师致以衷心的感谢和崇高的敬意。

感谢消化内科的主任及全体的医护人员对我的关心和照顾，感谢所有轮转科室的老师，感谢我的师妹，感谢我的同学们，感谢为我提供病历的所有患者。人生的每个阶段都值得我们好好珍惜，这段美好岁月因为有你们而变得更加难忘，我会继续努力，更加勤奋学习、认真研究，做的更好。把最美好的祝福献给你们，愿永远健康、快乐！

## 参考文献

- [1] 李岩, 周丹萍. 慢性萎缩性胃炎与胃癌[J]. 临床内科杂志, 2014, 31 (2) .
- [2] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见. 胃肠病学 2006, 11(11):674-683.
- [3] Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer [ J ] . N Engl J Med, 2001, 345(11):784-789.
- [4] 张万岱, 胡伏莲, 萧树东等. 中国自然人群幽门螺杆菌感染的流行病学调查[J]. 现代消化及介入诊疗, 2010, 15(5): 265-270.
- [5] 胡彩美. 肝疏胃宁汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效[J]. 中国基层医药. 2015, 19 (23) : 3625-3626.
- [6] 许本忠. 耐药性幽门螺旋杆菌的中药治疗[J], 医药前沿, 2013 (6)
- [7] 赵晓丹, 孙静晶, 周斌. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布规律[J]. 环球中医药. 2015 (1)
- [8] 中华医学会消化病分会. 中国慢性胃炎共识意见(2015年, 上海) [J]. 中华消化杂志. 2013, 33(1)
- [9] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志. 2010, 51(8)
- [10] 周慧芬, 徐安姝. 清热化湿化痰法治疗慢性萎缩性胃炎的绿观察[J]. 浙江中医药大学学报. 2011, 35(4):507-508.
- [11] 毛平安. 藿朴夏苓加减方治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国中医药科技. 2011, 18(2).
- [12] 付振灿. 加味半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 大家健康. 2014(10).
- [13] 娄延. 中药方剂香砂六君子汤加味方法治疗慢性萎缩性胃炎的中医辨治体会[J]. 医学信息. 2013(22).
- [14] 吴欣欣. 半夏泻心汤治疗幽门螺旋杆菌相关性慢性萎缩性胃炎[J]. 长春中医药大学学报. 2013, 29(2):286-287.
- [15] 单兆伟. 慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的治疗体会 [J]. 江苏中医药报. 2007, 39(8):4-5.
- [16] 司英奎. 针刺梁丘穴配合理中汤加减治疗慢性萎缩性胃炎35例[J]. 陕西中医. 2014(6).
- [17] 杨光成. 自拟参芪养胃汤治疗慢性萎缩性胃炎30例[J]. 中国中医药科技. 2013, 20(3).

- [18] 尤海鹰. 制萎煎治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎40例[J]. 西部中医药. 2013, 26(3).
- [19] 李雪峰. 自拟舒胃消萎散治疗慢性萎缩性胃炎42例[J]. 陕西中医. 2011, 32(5).
- [20] 丁泳, 毛水泉. 滋阴益胃法治疗阴虚体质慢性萎缩性胃炎50例[J]. 中国中医药科技. 2013, 20(3).
- [21] 刘春叶. 石斛养胃汤治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证68例[J]. 中国中西医结合消化杂志. 2015, 23(1).
- [22] 王淑华, 杜艳茹. 中医综合疗法治疗慢性萎缩性胃炎160例[J]. 中国实验方剂学杂志. 2011, 17(4).
- [23] 赵刚, 邹迪新. 三棱莪术粉治疗62例慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 当代医药论丛. 2014(11).

## 附表一

中英文缩略词对照表

英文缩写	英文全名	中文译名
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
DYS	Dysplasia	异型增生
HP	Helicobacter Pylori	幽门螺旋杆菌
IM	Intestinal metaplasia	肠上皮化生
IN	Intraepithelial neoplasia	上皮内瘤变

附表二 中医证型及基本情况调查表

编号:	年龄:	性别:	族别:
胃脘痛	性质	胀痛: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 隐痛: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 刺痛: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 灼痛: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	加重及环境因素	喜温: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 喜凉: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 喜按: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒按: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
口中不适感	口干: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 口苦: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 口臭: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 口腻: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 口淡: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
全身表现	倦怠乏力: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 周身困重: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 畏寒肢冷: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 心烦易怒: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 气短乏力: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 胸闷不舒: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 暖气频作: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
面色	面色晦滞: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 面色萎黄: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 面色无华: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
大便	大便干结: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 便质稀溏: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 大便黏滞: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 黑便: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
舌质、体	淡红: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 红: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 暗红: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 少津: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有瘀点瘀斑: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 舌边有齿痕: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
舌苔	苔白: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 苔黄: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 苔厚: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 苔薄: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 苔腻: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 苔滑: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 少苔: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 剥苔: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 无苔: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
脉象	脉弦: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脉沉: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脉细: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脉滑: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脉涩: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脉数: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脉弱: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脉缓: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脉无力: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
中医证型诊断:		HP 结果:	



附表三 胃镜与组织病理学调查表

胃镜结果			
组织病理学	+	++	+++
萎缩			
肠化			
上皮内瘤变	低级别 <input type="checkbox"/> 高级别 <input type="checkbox"/>		

## 综述

# 慢性萎缩性胃炎与幽门螺旋杆菌感染的中医治疗进展

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG），是以胃粘膜上皮和腺体萎缩，数目减少，胃粘膜变薄，粘膜基层增厚为特征，伴肠上皮化生或不典型增生为主的慢性消化系统疾病。其发病的主要原因之一是幽门螺旋杆菌感染，临床表现常不典型，主要表现为上腹部隐痛、胀满、嗳气，食欲不振，或消瘦、贫血等。其治疗临床主要使用西药根除 HP 疗效较好，但存在细菌耐药性、药物副作用大及病人依从性差等弊端，使其临床效果受到影响。近年来中医学者对 HP 感染治疗进行深入研究，并取得了可喜成果。本病中医可归属“胃痞”、“胃脘痛”、“嘈杂”等范畴。

## 1. 病因病机

中医认为本病主要是感受外邪、内伤饮食、情志失调、脾胃素虚等导致脾失健运，胃失和降，中焦气机不利，气机升降失调。叶天士谓：“胃痛而屡发，必有凝痰聚瘀”，痰瘀久结不散，可内蕴成毒转变为癌。《丹溪心法》云：“自气成积，自积成痰，痰挟淤血，道成窠囊”，明确了痰凝、血瘀、痰滞是CAG癌前期病变的重要病机。HP感染属中医的“邪气”，病邪乘虚而入，或正虚邪恋，出现虚实并见，本虚标实，或生寒、或化热，出现胃脘疼痛。胀满，嘈杂等症状。康美清<sup>[1]</sup>研究发现脾胃虚弱证和湿热证患者 Hp 感染均较高，认为Hp侵袭致脾胃功能下降，日久虚弱，故脾胃亏虚是Hp 能侵入体内引起疾病的前提之一，而脾胃湿热又是Hp易感环境，所以Hp致病同时存在因虚致实、因实致虚两种病机。现代医家也对CAG的病因病机有所讨论：周斌<sup>[2]</sup>认为寒湿之邪是胃痞形成的重要影响因素，“正气存内，邪不可干”，

“邪之所凑，其气必虚”，脾胃虚弱是内因，寒湿之邪是外因，胃痞患者体质多虚多寒湿。李佃贵<sup>[3]</sup>认为浊毒是CAG的主要病机，毒热伤阴耗血，浊毒相干，使胃热阴伤，气滞络阻，胃络瘀滞，浊毒内蕴而致病，并以浊毒立论防治CAG伴肠上皮化生及异型增生。谢晶日<sup>[4]</sup>教授认为气机郁滞，升降失常是本病的主要病机，日久胃阴耗伤，兼可见伤阴之象，亦可因久病入络，而见血瘀之象。刘敬霞<sup>[5]</sup>教授提出本病以脾胃虚弱、气阴两虚为本，气滞血瘀为标，证属本虚标实。名老中医李永寿认为，不论寒热虚实，内有郁滞是共同根本病机，寒凝而不通，热壅而失降，伤阳者滞而不运，伤阴者涩而不行，总因气机郁滞而为CAG。

## 2. 辨证论治

根据2010年中华医学会消化病学分会《中国慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》将本病分为以下6个证型：肝胃气滞证，肝胃郁热证，脾胃虚弱证，脾胃湿热证，胃阴不足证，胃络瘀阻证；在临床应用及研究时现代学者亦有自己独到的发现及观点：

**2.1 肝胃气滞证：**段彩荣<sup>[6]</sup>采用保胃方治疗肝胃气滞型CAG118例，主要以益气养胃，疏郁消积，化瘀活络为主，其疗效明显高于对照组，且中药治疗具有行气不伤阴，益气而不温燥，清热而不伤正，活血而不碍胃，标本兼治的功效。王露、路为民<sup>[7]</sup>观察徐景藩教授疏肝和胃汤治疗肝胃不和型的CAG，使肝郁得以舒展，脾气得以健运，胃气得以和降，瘀血得以通畅，能明显改善临床症状。苏民<sup>[8]</sup>观察疏肝健脾和胃、理气止痛类中药治疗CAG的疗效，自拟肝疏胃宁汤，疗效明显，并表明中药对胃粘膜腺体萎缩有一定的逆转作用。潘善余、徐安姝<sup>[9]</sup>认为治疗肝失调达，中焦气机不利，脾胃升降失职是CAG发生的关键，当以疏肝健脾，恢复脾胃的纳化功能，升清降浊为主，故自拟加味疏肝散改善临床症状，使萎缩的胃粘膜腺体发生逆转，使

萎缩性胃炎好转。

**2.2 肝胃郁热证：**白涛<sup>[10]</sup>等人认为CAG在中医上以肝对胃的侵犯为主，故在明代张景岳所创“化肝煎”的基础上自拟化肝煎加味对症治疗，疗效持久，可明显改善临床症状。吴欣欣<sup>[11]</sup>运用半夏泻心汤加减，遵循损有余，补不足的原则，对邪气进行防御、祛除，使患者脏腑功能得以恢复。胡彩美<sup>[12]</sup>自拟肝疏胃宁汤加减治疗CAG159例，利用中药提高患者免疫力，促进胃黏膜恢复、腺体的再生，消除炎症，临床效果显著。樊斗霜<sup>[13]</sup>观察枳实消痞丸合丹参饮加减治疗CAG，虚实兼顾，寒热并用，气血并调，寓泻于补，脾气健运，而痞满自除，证实该方可显著缓解临床症状，调节胃肠动力，促进胃粘膜修复，延缓萎缩进程，阻止病变发展。

**2.3 脾胃虚弱（虚寒）证：**黄建东<sup>[14]</sup>用香砂六君子汤治疗脾胃虚弱型CAG，表明该方对胃肠运动有明显的双向调整作用，可明显增加患者食欲，调节胃酸分泌，具有抑制病菌，缓解疼痛，减少复发率及改善临床症状的作用。邱卫东<sup>[15]</sup>自拟温胃健脾汤治疗CAG脾胃虚寒型，进一步证实了该方对改善临床症状和促进胃粘膜修复均有较好作用，并且对胃粘膜肠上皮化生有逆转作用，同时可增强机体的免疫防御功能和调节胃肠道功能紊乱。洪利生、韩玉华<sup>[16]</sup>等人观察金砂和胃散治疗脾胃虚弱型CAG从临床症状疗效、胃镜观察疗效及病理检查疗效观察均明显优于胃复春片治疗，认为中药可以明显改善临床症状，促进胃粘膜的恢复，促进血液循环，抑制细胞病变，且无明显毒副作用。杨雪峰<sup>[17]</sup>紧扣“脾胃虚弱”这一基本病机，运用安中消痞汤治疗CAG58例，发现治疗组患者治愈率、总有效率均明显优于对照组，亦初步证实，该方具备了可部分逆转CAG 患者的胃黏膜萎缩、肠化及异型增生的作用，从而为防治胃癌前病变提供了较为有效的治疗途径和方法。

**2.4 脾胃湿热证：**周慧芬、徐安姝<sup>[18]</sup>等用清热化湿化瘀法治疗脾胃湿热型 CAG 取得较好疗效，诸药相互协调，使胃粘膜循环障碍、缺血缺氧得到显著改善，炎症吸

收及萎缩腺体复生更快，从而切断了胃粘膜萎缩病程发生发展的过程。毛平安、郑宋明<sup>[19]</sup>等人针对 CAG 脾胃湿热型的病理特点，采用藿朴夏苓加减方治疗，其证候疗效和病理疗效及抗 HP 感染均优于对照组。邢介荣<sup>[20]</sup>应用健脾清热化瘀汤治疗 CAG，与西医相比有更满意的疗效，不仅改善了临床症状，也减少了复发，体现了中医“辨证论治”的特色和优势。

**2.5 胃阴不足证：**邵怀琳<sup>[21]</sup>自拟滋阴养胃汤治疗 CAG138 例，取得满意疗效，全方协同作用，达到滋阴补虚、生津护膜、促进胃腺体粘膜再生的目的。甘爱萍<sup>[22]</sup>通过滋阴理气法自拟中药方剂，该方既有补脾健胃养阴之效，又有疏肝理气解郁之功，为治疗萎缩性胃炎之良方。洪武汉<sup>[23]</sup>自拟滋胃饮配合双侧足三里穴位注射维生素 B6 治疗 CAG 伴肠上皮化生，该方法通过改善和调节脾胃功能状态，以增加胃粘膜血供，改善胃微循环状况，使得萎缩的黏膜及肠上皮化生得到气血的濡养，从而增强胃粘膜及腺体的再修复能力及屏障作用，阻止肠上皮化生，逆转病变黏膜的恶化。张芳<sup>[24]</sup>认为胃为水谷之海，喜润恶燥，若胃阴亏虚，津液缺乏，胃失濡润而失其和降之功，故采用益气养阴活血法自拟方剂，促进胃肠功能恢复，濡养胃粘膜，使萎缩的黏膜得以恢复。

**2.6 胃络瘀阻证：**白海燕<sup>[25]</sup>等人自拟归连胃康方治疗 CAG180 例，其效果明显优于对照组的胃复春片，全方化浊、解毒、活血、通络，使胃体毒去瘀消，浊化络通，胃体复得滋养，而黏膜修复，萎缩方除。王春微<sup>[26]</sup>自拟活血化瘀基本方治疗 CAG48 例，治疗后临床症状积分及胃镜病理积分均较治疗前明显降低，认为中医活血化瘀法可起到益气补脾，生津养胃，活血通络，理气止痛之功，促进病理改变的恢复，预防癌前病变。赵静、刘顺庚<sup>[27]</sup>运用旋复代赭汤合丹参饮治疗 CAG51 例，使气机升降有序，

共奏理气和胃，活血化瘀之功，气血运行通畅，黏膜得到濡养，萎缩的腺体也逐渐得到恢复。吕军乐<sup>[28]</sup>采用健脾和胃，益气活血的方法治疗90例CAG患者，其总有效率达到90.38%，该研究表明中药可以增强机体的免疫反应，使萎缩的胃黏膜腺体恢复血运，改善微循环从而起到抑制胃炎发展的作用。

**2.7 HP感染中医治疗：**单味中药抗HP临床应用经验为寻找高效安全的中药提供宝贵资料，同时也为复方的拟定奠定了基础。张越林<sup>[29]</sup>以单味青木香颗粒治疗HP感染胃炎患者30例，并用西医规范的三联疗法治疗此病患者30例作为对照，4周为1个疗程，结果显示两组临床有效率相近，但青木香组HP根除率高于三联组，两者差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），服药期间青木香组无不良反应，而三联组有8例出现不同程度的不良反应。这些临床应用经验，提示具有清热解毒、芳香化湿、行气和中作用的中药可作为抗HP研究的重点。在已有临床应用经验的基础上，研究者通过实验，对中药的抗HP活性做进一步验证。王绪霖等<sup>[30]</sup>取226例慢性胃炎和消化性溃疡患者胃窦黏膜做HP培养，观察200种中药对HP的抑制作用，发现38种中药具有不同程度的抑菌作用，这些具有抗HP作用的中药多集中于清热燥湿解毒、温中健脾益气、活血化瘀、行气解郁几大类，研究结果还表明清热解毒、温中行气、补益类3类中药的抑菌作用呈递减趋势。王雨玲<sup>[31]</sup>观察了黄芩、双花、板蓝根、青黛、秦皮、大黄、槟榔、三七等胃病患者常用的配方药材的抗HP活性，结果发现黄芩、双花、板蓝根、青黛、秦皮、大黄、槟榔、三七等对HP有较好的抗菌效果。Shi等<sup>[32]</sup>发现厚朴和决明子的乙醇提取物对HP的尿素酶活性有显著抑制作用。尿素酶是HP在苛刻胃液中存活、在胃黏膜上定植的主要蛋白质，其活性的高低决定了HP的致病情况。Shi等的发现提示厚朴和决明子可用于抗HP治疗。徐艺等<sup>[33]</sup>选取高等医学院校中药教科书上15类136味常用中药进行体外抑菌实验，结果显示抑制HP的药物仍以清热解毒类药为多，

且效果较好，其中黄连抑菌作用最强，其次是大黄、黄芩、大青叶。临床研究同样证实了清热解毒药抑制HP疗效显著。上述研究结果可有效指导临床用药，使辨证与辨病有机结合，从而使中药抗HP更为客观、合理、有效。上述单味中药的抗HP研究，提示清热解毒、芳香燥湿中药的抗HP作用毋庸置疑，由此证明中医理论对HP感染症状认识的正确性。而纵观这些中药的有效成分，我们不难发现这些中药大多富含黄酮类、生物碱、挥发油。由此提示我们，黄酮类、生物碱、挥发油等成分极有可能是这些抗HP中药的药效物质基础，可以这些成分为向导深入抗HP中药的研究和开发。

### 3. 经验方

毛军民<sup>[34]</sup>在明代医家缪仲淳“资生丸”的基础上拟资生消萎方，治疗CAG 86例，临床总有效率81%，明显优于对照组61%，证实该方能明显改善患者临床症状，并能抑制和逆转CAG-肠化生-异型增生-胃癌的多步骤转化过程。王灿晖<sup>[35]</sup>教授在长期临床实践的基础上，归纳总结了CAG的基本病机是脾胃虚弱、气机郁滞、胃络不和，提出治疗大法是养胃阴、补脾气，自拟健脾益胃汤为基本方，阻断或延缓CAG进一步发展并逆转其病理。李军<sup>[36]</sup>以具有免疫调节和抗炎、抗肿瘤作用的中药组成健脾理气活血方，在此基础上随证加减，从而研究表明中医药的使用可使胃黏膜萎缩、IM、ATP在一定程度上得到逆转。黄柳向<sup>[37]</sup>采用健脾柔肝，化痰祛瘀法自拟莪蚕健胃汤治疗CAG伴肠上皮化生98例，表明莪蚕健胃汤有一定的杀灭Hp作用，可消除胃黏膜的炎症反应，促进胃黏膜腺体生长，逆转胃黏膜萎缩性病变及肠上皮化生。张颜伟、郭喜军<sup>[38]</sup>等人自拟化浊解毒方治疗CAG癌前病变120例，研究显示，该方其作用机制除与对抗幽门螺旋杆菌有着密切关系外，还可能与增强胃肠动力、调节免疫功能、保护胃黏膜等存在相关性。

## 4. 其他方法:

4.1 针灸是中医的一大特色，利用脏腑、经络和腧穴之间的内在关系，对气血运用进行调整，可达到使萎缩黏膜气血濡养、功能恢复的目的。姜国维<sup>[39]</sup>将 CAG 分为脾胃虚弱、气滞血瘀型，肝胃不和、郁火燥热型，胃阴不足、血瘀络脉型，脾虚肝郁、气失和降型，辨证取穴，发现针灸治疗 CAG 效果显著，能够快速缓解患者的临床症状，并且安全无毒副作用。司英奎<sup>[40]</sup>通过针刺梁丘穴配合中药汤剂联合使用治疗 CAG 疗效显著，因梁丘为胃经郄穴，用补法针刺本穴能迅速的调节胃经气血不足的状态，胃经气血充盈之后，则能输布胃腑，灌溉胃络，使萎缩之络重新得到滋养、恢复。梁尧，黎波<sup>[41]</sup>等人应用腹针疗法，选取中脘、下脘、气海、关元、天枢（双侧）、大横（左）穴位，引气归元，共奏健脾补肾、疏肝理气、祛湿化痰、调理气血之功，治疗 CAG 疗效显著。

4.2 李运峰<sup>[42]</sup>在足三里、肝俞、胃俞穴位注射黄芪、当归注射液，通过调节胃肠植物神经功能紊乱，保护和修复胃粘膜，促进胃液分泌，调节免疫机能和改善胃粘膜血液循环，从而部分逆转CAG患者的胃黏膜萎缩、肠化及异型增生，既发挥了穴位与药物的双重作用，又避免了直接服用药物对胃的刺激且疗效确切，实为可取。李国徽，陈佳<sup>[43]</sup>等通过穴位埋线治疗伴幽门螺杆菌感染的CAG 患者，该疗法通过调节胃肠功能、改善胃肠内环境，改变幽门螺杆菌胃内生存环境，从而降低幽门螺杆菌的活性及对胃黏膜的侵袭力，以提高药物疗效，缩短服药时间，减少停药后二次感染率，加速受损胃黏膜的修复。王淑华，杜艳茹<sup>[44]</sup>等运用穴位贴敷加服用中药，利用穴位贴敷治疗贴可通过“吸收”“透射”“反射”“渗透”等过程，产生“生物共振”效应的作用，从而激发机体细胞活性，调动自身的力量，调整胃肠功能，双方有机结合，有利于CAG的恢复。



4.3 蜂针也是中医特色治之一，临床医家认为蜂针不仅具有蜜蜂针刺的作用，还具有多重药理作用，且蜂针后局部充血反应还有温灸效应，达到针、灸、药的三重作用，蜂毒具有改善微循环、增强人体免疫机能，提高抗病能力等作用<sup>[45]</sup>，辨证中药联合蜂针治疗充分发挥了针药结合治疗 CAG 的优势，临床疗效好。

## 5. 结语

中医治疗强调整体观念和辨证论治，人体是一个有机的整体，五脏六腑是相互关联的，通过辨证论治组方加减，不仅能有效地改善临床症状，还可以调节胃肠运动，增强机体的免疫反应，逆转部分萎缩性胃炎或轻度的癌前病变，疗效持久，不良反应少，整体调理，有效地防止复发。并且针灸、穴位贴敷、穴位注射、蜂针、腹针等疗法操作简单，毒副作用少，疗效显著。充分发挥了中医中药的特色和优势，极大地提高了中医治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。近年来中医药治疗 Hp 相关性胃病的研究取得了很大的成效，在病机辨证方面各有见解，在临床研究治疗方面各展所长。大量的文献表明，中医治疗 HP 感染的方法客观、稳定，具有疗效显著的特点，尤其从中医辨证的角度，体现出的整体疗效，优于单一使用西药的疗效。但目前仍存在很多问题。如临床辨证分型、服药疗程、疗效判断标准尚不统一，很多报告未能观察长期疗效，实验研究无法从根本上解释中药真正疗效机制，尤其是中医对 Hp 的作用，缺乏细胞或分子水平的研究。因此中医药治疗 HP 感染性胃病仍是今后研究的重大课题。尤其是在抗 Hp 的中医药治疗方面，还需要进一步的研究。

## 参考文献

- [1] 康美清, 慢性萎缩性胃炎不同证型、Hp与黏膜中SS相关性研究 [J]. 中国中医药咨讯, 2012, 4(2):378.
- [2] 陈璐. 周斌从寒湿入络诊治慢性萎缩性胃炎思路[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(5):87.
- [3] 王绍坡, 李佃贵, 郭敏等. 从浊毒浅谈慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 河北中医. 2011, 33(3):349-350.
- [4] 李柏. 谢晶日教授治疗慢性萎缩性胃炎经验浅析[J]. 中医药学报. 2013, 41(6):30-31.
- [5] 刘超. 刘敬霞教授治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 长春中医药大学学报. 2015, 31(3):488-490.
- [6] 段彩荣. 中医治疗慢性萎缩性胃炎的临床分析[J]. 中国中医药现代远程教育. 2011, 09(6):93-94.
- [7] 王露, 路为民. 徐氏疏肝和胃汤治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎60例疗效观察[J]. 吉林中医药. 2013, 33(6):590-591.
- [8] 苏民, 吕瑞民. 肝疏胃宁汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 内蒙古中医药. 2012, 31(4):11-12.
- [9] 潘善余, 徐安姪. 加味疏肝散治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报. 2013, 37(3):287-288.
- [10] 白涛. 化肝煎加味治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 西部中医药. 2012, 25(2):80-82.
- [11] 吴欣欣. 半夏泻心汤治疗幽门螺旋杆菌相关性慢性萎缩性胃炎[J]. 长春中医药

大学学报. 2013, 29(2):286-287.

[12] 胡彩美. 肝疏胃宁汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效[J]. 中国基层医

药. 2012, 19(23):3625-3626.

[13] 樊斗霜. 枳实消痞丸（汤）合丹参饮加减治疗慢性萎缩性胃炎32例[J]. 西部中医药. 2013, 26(2):72-74.

[14] 黄建东, 韦安暄. 香砂六君子汤治疗慢性萎缩性胃炎30例临床观察[J]. 中医药导报. 2011, 17(5):104-105.

[15] 邱卫东. 温胃健脾汤联合隔姜灸治疗虚寒型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 吉林中医药. 2012, 32(4):372-373.

[16] 洪利生, 韩玉华, 陈志军. 金砂和胃散治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 河北中医. 2012, 34(6):840-841.

[17] 杨雪峰. 安中消痞汤治疗慢性萎缩性胃炎58例临床观察[J]. 临床报道. 2014, 46(4):38-39.

[18] 周慧芬, 徐安姝. 清热化湿化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎的绿观察[J]. 浙江中医药大学学报. 2011, 35(4):507-508.

[19] 毛平安, 郑宗明. 藿朴夏苓汤加减方治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国中医药科技. 2011, 18(2):153.

[20] 邢介荣. 健脾清热化瘀汤联合西医治疗慢性萎缩性胃炎的临床分析[J]. 世界最新医学信息文摘（电子版）. 2014(4):12-13.

[21] 邵怀琳. 自拟滋阴养胃汤治疗慢性萎缩性胃炎138例临床观察[J]. 中国民族民间医药. 2011, 20(1):156.

[22] 唐许. 滋阴养胃法治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 湖北中医杂

志. 2011, 33(10):42.

[23] 洪武汉, 寇少杰, 苏海燕. 滋胃饮配合穴位注射治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生56例[J]. 山西中医. 2013, 29(1):14-15.

[24] 张芳. 中医治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 黑龙江中医药. 2011, 40(2):16.

[25] 白海燕. 归连胃康方治疗慢性萎缩性胃炎伴癌前病变患者临床研究[J]. 中成药. 2012, 34(6).

[26] 王春微. 中医活血化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎48例[J]. 中国药业. 2013, 22(16):101-102.

[27] 赵静, 刘顺庚. 旋复代赭汤和丹参饮加减治疗慢性萎缩性胃炎51例[J]. 长春中医药大学学报. 2014, 30(1):119-120.

[28] 吕军乐. 90例慢性萎缩性胃炎患者中医治疗效果[J]. 医学信息. 2011, 9(2):4953-4954.

[29] 张越林. 单味青木香颗粒治疗幽门螺旋杆菌感染胃炎的临床对比研究[J]. 安徽中医临床杂志, 1998, 10(6): 352-353.

[30] 王绪霖, 缴稳玲, 吕宗舜, 等. 抑制幽门螺旋杆菌中药的初步筛选[J]. 中国中西医结合杂志, 1994, (9): 534-536.

[31] 王雨玲. 中药材黄芩、双花、秦皮等对幽门螺旋杆菌体外抗菌活性的研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(5): 605.

[32] Shi D H, Liu Y W, Liu W W, et al. Inhibition of urease by extracts derived from 15 Chinese medicinal herbs[J]. Pharm Biol, 2011, 49(7): 752-755.

[33] 徐艺, 叶柏, 单兆伟, 等. 中草药单味与复方对幽门菌抑制作用研究[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2008, 8(5): 292-293.

[34] 毛军民. 资生消萎方治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 现代中西医结合杂

志. 2011, 20(11):1304-1307.

[35] 朱虹. 王灿晖诊治慢性萎缩性胃炎学术思想探讨[J]. 江苏中医

药. 2012, 44(7):12-14.

[36] 李军. 病证结合方案治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变32例[J]. 中国中西医结合消化杂志. 2014, 22(9):537-539.

[37] 黄柳向. 莪蚕健胃汤治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志. 2011, 19(6):397-400.

[38] 张颜伟, 郭喜军. 化浊解毒方治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志. 2011, 06(1):36-38.

[39] 姜国维. 慢性萎缩性胃炎患者的针灸治疗体会[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 5

[40] 司英奎. 针刺梁丘穴配合理中汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 35 例[J]. 陕西中医, 2014, 35(6)

[41] 梁尧, 黎波. 腹针疗法治疗慢性萎缩性胃炎 26 例[J]. 广西中医学院学报, 2011, 14(2)

[42] 李运峰. 穴位注射治疗慢性萎缩性胃炎 55 例[J]. 江西中医药, 2012, 43(8)

[43] 李国徽, 陈佳, 陈凌. 穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎 65 例[J]. 陕西中医, 2014(1)

[44] 王淑华, 杜艳茹, 万俊华, 姚娜. 中医综合疗法治疗慢性萎缩性胃炎160例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(4)

[45] 范明, 戈燕, 许叔维. 辨证中药联合蜂针治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 按摩与康复医学, 2011, 02(5)

## 攻读硕士学位期间发表的学术论文

- [1] 刘慧, 雷云霞. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗进展[J]. 新疆中医药, 2017 (1): 102-105.

## 新疆医科大学硕士研究生学位论文

## 导师评阅表

研究生姓名	刘慧	学号	107602148202
所在学院	中医学院	导师姓名	雷云霞
二级学科	中医内科学	研究方向	中医治疗脾胃病的研究
论文题目	新疆维、汉两民族 CAG 患者中医证型与 HP 相关性研究		

## 学术评语:

该课题选题新颖,紧密结合临床,设计合理,属于本学科研究热点,研究工作具有一定的理论意义与实际价值。论文的内容与题目基本相符,结构完整,格式规范,层次清楚,条理分明,语言通顺流畅,内容丰富。文献材料收集丰富详实,基本涵盖了本学科相关的主要文献,并对本学科发展趋势有一定的归纳作用。数据资料充分,论述过程严谨,思路清晰,综合运用了所学知识解问题,分析方法选用得当,结果可信。论文撰写严肃认真,推理符合逻辑,结论和建议具有现实意义,是一篇有较高学术价值的硕士生论文。

该论文反映出作者在本门学科方面坚实的理论基础、系统的专业知识以及良好的科研能力。达到了专业型硕士学位论文的水平。

同意该生提交学位论文,并进行论文答辩!

指导教师签字:



年 6 月 8 日

2017