

分类号: R256.3  
单位代码: 10760

密级: 公开  
学号: 107602170231



新疆医科大学

XinJiang Medical University

# 硕士学位论文

THESIS OF MASTER DEGREE

中医硕士专业学位 (学历教育)

论文题目: 黄芪建中汤加减方治疗“脾胃虚弱”型慢性萎缩性胃  
炎的临床研究

研 究 生	海琳娜
指 导 教 师	李志钢 主任医师
专 业 学 位 领 域	中医内科学
研 究 方 向	脾胃病的中医临床研究
研 究 起 止 时 间	2017 年 10 月至 2020 年 2 月
所 在 学 院	第四临床医学院

2020 年 3 月

# 黄芪建中汤加减方治疗“脾胃虚弱”型慢性萎缩性胃炎的临床研究

研 究 生 海琳娜

---

指 导 教 师 李志钢 主任医师

---

专 业 学 位 领 域 中医内科学

---

研 究 方 向 脾胃病的中医临床研究

---

2020 年 3 月

**Clinical Study of Huangqi Jianzhong Decoction in  
Treating "Spleen and Stomach Weakness" Chronic  
Atrophic Gastritis**

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

**By  
Hai Linna**

**Chinese Internal Medicine**

**Dissertation Supervisor: Professor Li Zhigang**

**March 2020**

## 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：海琳娜 签字日期：2020.05.16  
导师签名：李志钢 签字日期：2020.05.16

## 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，同意  
（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：海琳娜 签字日期：2020.05.16  
导师签名：李志钢 签字日期：2020.05.16



中英文缩略词对照表

英文缩写	英文全名	中文译名
AG	Atrophic gastritis	萎缩性胃炎
BR	Bile reflux	胆汁反流
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
FA	Folic acid	叶酸
HP	Helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌
IM	Intestinal metaplasia	肠上皮化生

# 目录

摘 要.....	1
Abstract.....	2
前 言.....	4
研究内容与方法.....	5
1 资料.....	5
1.1 研究对象.....	5
1.2 诊断标准.....	5
1.2.1 中医诊断标准.....	5
1.2.2 中医证候诊断标准及赋分.....	5
1.2.3 西医诊断标准.....	5
1.3 纳入标准.....	6
1.4 排除标准.....	6
1.5 剔除标准.....	6
1.6 终止试验标准.....	6
2 方法.....	6
2.1 设计路线图.....	7
2.2 治疗方法.....	7
2.3 观察指标.....	8
2.3.1 一般资料.....	8
2.3.2 疗效观察.....	8
2.3.3 次要观察指标.....	8
2.3.4 安全性观察.....	8
2.4 疗效评定.....	8
2.4.1 中医证候疗效评定标准参考.....	8
2.4.2 胃镜疗效标准参照.....	9
2.4.3 胃黏膜病理评价标准.....	9
2.5 不良反应的处理.....	9
2.6 质量控制及病例资料收集.....	9
结 果.....	10
讨 论.....	23
小 结.....	30
致 谢.....	31

参考文献..... 32

综述..... 44

攻读硕士学位期间发表的学术论文.....49

导师评阅表..... 50

# 黄芪建中汤加减方治疗“脾胃虚弱”型慢性萎缩性胃炎 的临床研究

研究生：海琳娜      导师：李志钢 主任医师

## 摘 要

**目的：**研究“脾胃虚弱”型慢性萎缩性胃炎通过黄芪建中汤加减方治疗的有效性及可行性。**方法：**收集 70 名中医为脾胃虚弱，西医为慢性萎缩性胃炎且于 2017 年 10 月-2019 年 10 月在新疆维吾尔自治区中医医院专家门诊（李志钢主任医师）就诊患者，随机分为治疗组（黄芪建中汤加减+叶酸片 5mg）与对照组（叶酸片 5mg）。比较两组患者症状积分，胃镜下疗效、胃黏膜病理评价等。**结果：**1)两组患者治疗后主要症状及食后脘闷、乏力、气短和懒言等次要症状积分分布差异显著（ $P<0.001$ ）；2)两组患者治疗后萎缩、肠化和慢性炎症的病理积分差异明显（ $P<0.001$ ）；3)两组患者治疗 6 月后镜下表现和病理积分均有明显下降（ $P<0.05$ ）；4)两组患者治疗后中医证候疗效及镜下疗效差异均有显著改善（ $P<0.05$ ）；5)两组患者病理组织改善疗效差异明显（ $P<0.05$ ）；6)两组患者的安全性指标在受试前后均未见明显异常改变，治疗过程安全无不良反应。**结论：**脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎患者可以通过服用黄芪建中汤加减方缓解自身不适的症状，降低炎症反应对胃黏膜的刺激性，修复部分已经发生萎缩及肠上皮化生的胃黏膜，使其病理改变可以缓解、好转或者完全康复。

**关键词：**慢性萎缩性胃炎，黄芪建中汤，脾胃虚弱型，临床研究



# Clinical Study of Huangqi Jianzhong Decoction in Treating "Spleen and Stomach Weakness" Chronic Atrophic Gastritis

Postgraduate: Hai Linna

Supervisor: Prof. Li Zhigang

## Abstract

**Objective:** To study the effectiveness and feasibility of treating chronic atrophic gastritis of "spleen and stomach weakness" with Huangqi Jianzhong Decoction. **Methods:** A total of 70 patients with weakness of the spleen and stomach and chronic atrophic gastritis in the western medicine were collected from October 2017 to October 2019 in the expert clinic (Chief Physician Li Zhigang) of the Chinese Medicine Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region and randomly divided into treatment groups (Astragalus membranaceus). Jianzhong decoction plus or minus + folic acid tablet 5mg) and control group (folic acid tablet 5mg). Symptom scores, efficacy under gastroscopy and pathological evaluation of gastric mucosa were compared between the two groups. **Results:** 1) Significant differences were found in the distribution of major symptoms and secondary symptoms such as postprandial depression, fatigue, shortness of breath, and lazy speech after treatment in both groups ( $P<0.001$ ); 2) atrophy, intestinal symptoms, The pathological scores of chronic inflammation were significantly different ( $P<0.001$ ); 3) After 6 months of treatment, the performance and pathological scores of both groups were significantly reduced ( $P<0.05$ ); 4) the efficacy and TCM syndromes of the two groups of patients after treatment The difference in the effect of microscopy was significantly improved ( $P<0.05$ ); 5) The difference in pathological tissue improvement was significantly different between the two groups ( $P<0.05$ ); 6) The safety indicators of the two groups did not change before and after treatment, and the treatment process was safe No accidents. **Conclusion:** Patients with chronic atrophic gastritis with weak spleen and stomach can relieve their discomfort by taking Huangqi Jianzhong Decoction, and reduce the irritation of gastric mucosa by inflammatory response, repair part of the gastric mucosa with atrophy and intestinal metaplasia. The pathological changes can be relieved, improved or fully recovered.

**Key words:** chronic atrophic gastritis; Huangqi Jianzhong Decoction; weak spleen and stomach; clinical observation

## 前 言

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis,CAG）和肠上皮化生（intestinal metaplasia,IM）是一种临床中常见的慢性胃黏膜发生炎性病变的疾病，其主要的病变特征在于人体内由免疫所介导的胃粘膜细胞遭到破坏，随之而后出现胃癌<sup>[1-2]</sup>。大量流行病学研究证实胃癌在癌症相关的死因中排名靠前，其发病率及死亡率逐年递增<sup>[3]</sup>。CAG 和 IM 的流行程度由于患者所居住的国家不同从而产生明显的差异性，其病因也并不总是相同的，由于 CAG 特殊的疾病诊断应用方法以及检测结果的高表达率，目前针对 CAG 和 IM 的有效治疗和预防策略尚未建立。大量学者一致认为，HP 感染已经被证明是 CAG 和 IM 最重要及最主要的致病原因，因此根除 HP 感染对于预防胃部恶性肿瘤的发生发展所起到的作用非常重要。既往得许多研究已经证实通过根除幽门螺杆菌可以实现 CAG 和 IM 的逆转<sup>[4]</sup>，然而有些荟萃分析发现，这一观点尚有争议<sup>[5]</sup>。

研究学者发现，运用中医药疗法能够缓解胃黏膜的病理变化，促使胃部恶性肿瘤的发生率以及致死率明显降低，然而基于与此相关的许多研究设计质量偏低，样本量偏小，所引用与参考文献的质量普遍不高，导致目前中医药治疗 CAG 临床推荐出现等级偏低的问题<sup>[6]</sup>。因此，对临床应用采用有效的方剂及治法进行高质量、更深入的研究，对于制定经济、有效且规范化的 CAG 治疗措施以及进一步提高我国 CAG 的临床治疗水平、降低胃癌发生率及病死率有着重要的意义。

研究发现临床中治疗慢性萎缩性胃炎服用黄芪建中汤加减方治疗效果显著。《金匱要略》中记载以芍药为君药，黄芪为臣药，桂枝、生姜为佐助药，炙甘草与大枣同为使药组成黄芪建中汤，脾胃虚弱易受寒邪侵袭是其主要的致病机理，因此临床中多见脾胃两脏阴阳虚弱的症状。同时研究发现黄芪建中汤治疗脾胃气机不足，固摄不牢而易受寒邪袭扰的患者临床效验均显著<sup>[7]</sup>。学者通过研究发现黄芪建中汤应用的作用机理已经得到验证，最关键是其具有干预慢性萎缩性胃炎的效用，可以修复已经黏连的胃黏膜的病灶，调控慢性萎缩性胃炎所分泌的代谢物质或者代谢通路<sup>[8]</sup>。

因此，本研究以慢性萎缩性胃炎患者为研究对象，运用黄芪建中汤加减方联合叶酸片治疗脾胃虚弱型 CAG 患者作为随机对照的临床研究，通过对比两组患者的受试前后的中医相关症候诊断的评分、胃镜下的病理表现、病理积分等，将董老的“温法”这一核心理论引入慢性萎缩性胃炎临床治疗中，从而改善患者腹胀嗳气、反酸等不适症状，为后期运用“温法”治疗其它证型的慢性萎缩性胃炎的中医药治疗研究提供可靠的研究方法及数据，为黄芪建中汤加减方作用机制研究和药物开发的研究奠定理论基础。

## 研究内容与方法

### 1 资料

#### 1.1 研究对象

共纳入 70 例患者，均于 2017.10 月-2019.10 月在新疆维吾尔自治区中医医院专家门诊（李志钢主任医师）就诊的患者，同时符合脾胃虚弱型的 CAG 患者。治疗组与对照组各 35 人。

#### 1.2 诊断标准

##### 1.2.1 中医诊断标准

“腹痛”、“呕吐”、“痞满”等病症均应遵循 2017 年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识意见》<sup>[9]</sup>中的中医诊断标准。

##### 1.2.2 中医证候诊断标准及赋分

中医证候-脾胃虚弱证型应该遵照 2017 年版萎缩性胃炎的中西医结合专家治疗指南的诊断标准（见附表 3）。

表 1 脾胃虚弱证症候要点

证型	症候特点
脾胃虚弱证	主症：胃脘、胁肋胀满或隐痛；胃部喜按或喜暖。 次症：食少纳呆，大便稀溏，倦怠乏力，气短懒言，食后脘闷，舌质淡，脉细弱。

辨证要求：主症必备，次症至少具备两项。

赋分标准：所有症状均分为无、轻、中、重 4 级，在主证分别记 0、2、4、6 分，在次证则分别记 0、1、2、3 分。

##### 1.2.3 西医诊断标准

CAG 则依照 2017 年版萎缩性胃炎的中西医结合专家治疗指南的诊断标准及《胃炎的分类及分级：悉尼系统修正版》<sup>[10]</sup>、《京都胃炎共识》<sup>[11]</sup>中的诊断标准执行。

##### 1.2.3.1 胃镜下诊断标准及赋分表

根据《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[12]</sup>，CAG 患者内镜下可见白相为主的红白相间胃黏膜，胃黏膜较正常人薄而少、粘膜的浅表血管明显，有少许黏膜可见颗粒样或者结节样的病理变化（见附表 6）。

##### 1.2.3.2 病理组织学诊断标准及赋分表

参照《2012 年上海中国慢性胃炎共识意见》<sup>[12]</sup>，胃镜下表现判断的萎缩与病理诊断的萎缩的一致性仍然存在争议<sup>[13]-[14]</sup>，应该见萎缩的病理组织以明确诊断（见附

表 6)。

### 1.3 纳入标准

- (1) 相符于上述 CAG 的西医诊断标准、中医诊断及证候诊断标准的受试者；
- (2) 年龄：20-75 岁，男女不限；(含 20 岁、75 岁)；
- (3) 纳入试验前 2 周内未用任何治疗 CAG 相关药物或接受其他相关治疗方法；
- (4) 受试者必须提供纳入试验 3 个月内的胃镜及病理检查以证实诊断；
- (5) 受试者近 3 个月内无异常的肝功能、血常规、肾功能及心电图结果；
- (6) 受试者知情同意参与本次试验，并在详阅知情同意后签字确认。

### 1.4 排除标准

- (1) 年龄在 20 岁以下或 75 岁以上；
- (2) 妊娠或哺乳期妇女。
- (3) 胃镜病理异型增生、上皮内瘤变或其他恶变者；
- (4) 既往有胃肠道手术史、肝胆手术史、合并胆系疾病者；
- (5) 患有精神类疾病或不具备个人行为能力者。
- (6) 患有严重原发性疾病或影响生存的严重疾病者。
- (7) 对本次用药成分有过敏者。
- (8) 同时参加其他临床试验观察者。
- (9) 幽门螺旋杆菌感染者。

### 1.5 剔除标准

- (1) 不应入组，但已经入组的受试者；
- (2) 未按研究规定用药，无法判定疗效者；
- (3) 观察期间放弃治疗，自动退出者；
- (4) 不能按要求完成本试验者。
- (5) 脱落病例：纳入人员，未完成方案规定而退出的治疗周期者。

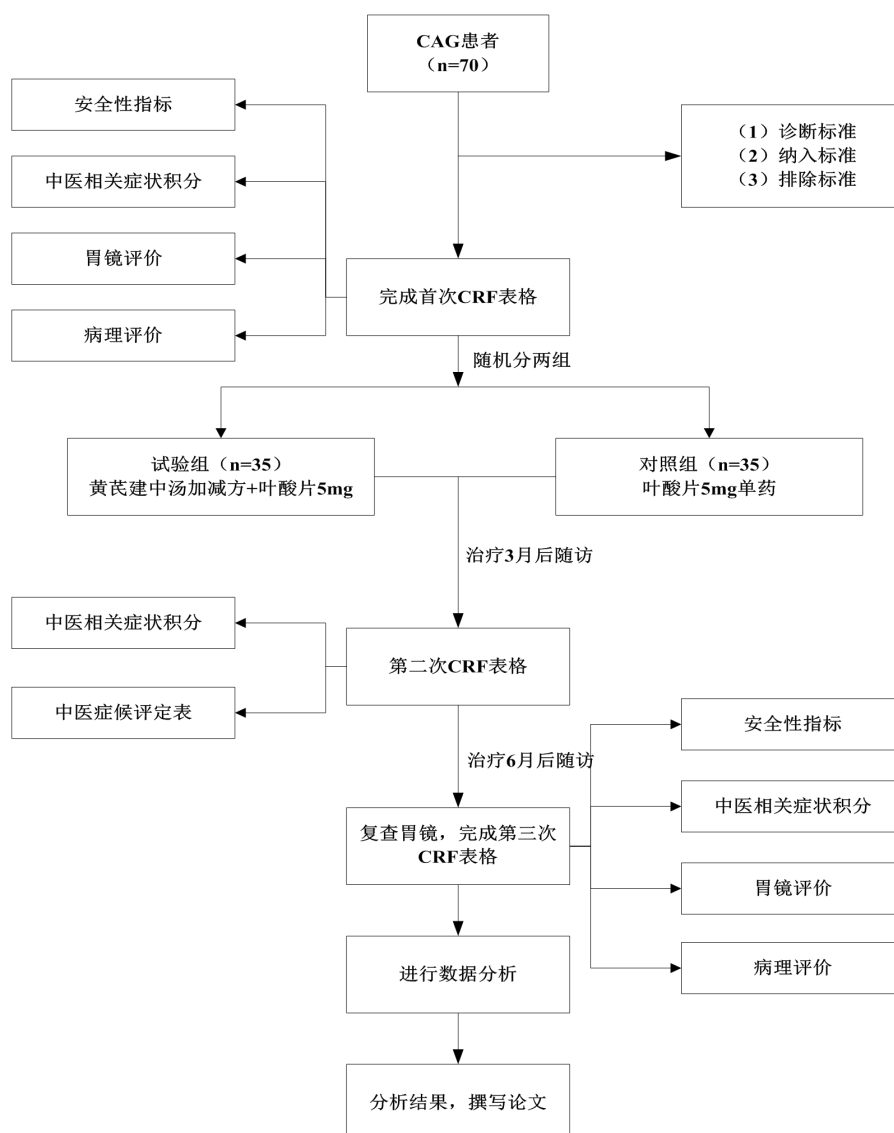
### 1.6 终止试验标准

- (1)发现某患者的病情明显改变，或病情加重时，若超 1/2 疗程者应作疗效统计；
- (2)发现某患者的胃镜、病理组织、及安全性指标无明显好转反而加重时；若超 1/2 疗程者应作疗效统计；
- (3)在试验期发现研究方案有重大漏洞，难以评价药物效应；
- (4)中国相关卫生医疗监管部门因其他原因迫使研究者终止本次试验研究时。

在本研究过程中，患者可在任意时间、以任意理由为由退出本次研究，并且研究者应在相应的 CRF 报告表中注明脱落、剔除患者的原因

## 2 方法

### 2.1 设计路线图



#### 2.1.1 样本量估算

本研究受试者选用随机、阳性药物对照的盲态设计方法，按照 1:1 比例进行试验组与对照组比较。通过计算样本量<sup>[15-16]</sup>并结合治疗后，两组受试者共脱落及剔除 8 例患者，对照组脱落及剔除 4 例，试验组脱落 4 例，对照组中 1 例因酗酒习惯、长期吸烟于试验中剔除，1 例因失访脱落，另 2 例患者因未完成胃镜病理及安全性指标复查脱落；试验组中 2 例失访脱落，2 例不愿复查病理及安全性指标复查脱落，做适当调整样本量，最终纳入 70 例符合标准的病例。

$$n = (U_{\alpha} + U_{\beta})^2 2P(1 - P) / (P_1 - P_0)^2$$

### 2.2 治疗方法

对照组治疗方案为：叶酸片 5mg 三餐前 口服，3 月为一疗程，连续口服 6 月；

试验组治疗方案为：黄芪建中汤加减方+叶酸片 5mg 三餐前 口服，口服 3 周停 1 周，3 月为一疗程，连续口服 6 月；

黄芪建中汤加减方具体方示如下：

中药主方：黄芪 20g 桂枝 10g 白芍 10g 生 姜 9g  
 大枣 6g 柴胡 9g 山药 30g 枳壳 15g  
 茯苓 9g 陈皮 9g 法半夏 9g 厚朴 9g  
 砂仁 12g 炙甘草 6g 丹参 15g 白花蛇舌草 30g

服药方法：水煎服 每日 1 剂 早中晚饭后服用

加减：胃脘部喜暖恶寒者，加用干姜等温胃暖脾之品；大便不成形者，加用炮姜等健脾祛湿之品；大便成形且干燥者，加用生大黄等泄热之品，口干口渴者，加用芦根等健脾生津之品，饭后感腹部胀满者，加用枳实等破气消食之品；喜吐胃内清水者，加用姜半夏等温脾祛湿之品；暖气反呕者，加用旋覆花等降气和胃之品，呕吐胃内酸水者，加用黄连等泄热降逆和胃之品。

随访：第一次就诊时搜集患者病例，完成首次 CRF 表格，3 月后随访观察记录患者症状体征积分表及中医证候表，6 月后随访复查胃镜及病理、安全性指标（血常规、肝肾功、心电图），观察记录患者症状体征积分表及中医证候表。

## 2.3 观察指标

### 2.3.1 一般资料

受试者性别、年龄、吸烟史及饮酒史。

### 2.3.2 疗效观察

主要结局指标：胃镜下表现胃黏膜积分、病理学积分。

### 2.3.3 次要观察指标

症状体征观察。

### 2.3.4 安全性观察

安全性指标：常规查体，检查：在受试患者接受临床治疗前后分别进行常规四测及全血细胞分析、肝肾功、心电图检查等，并且真实及时的记录在受试期间患者的一切不良反应。

## 2.4 疗效评定

### 2.4.1 中医证候疗效评定标准参考<sup>[7]</sup>

受试后患者疗效标准的情况根据疗效指数来判定:疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%)

治愈：症状、体征消失或者基本消失，症候积分减少≥95%。

显效：症状、体征改善显著，70%<症候积分减少<95%。

有效：症状、体征均有好转，30%<证候积分减少<70%。



无效：症状、体征均无明显好转，或加重，证候积分减少 $<30\%$ 。

#### 2.4.2 胃镜疗效标准参照

《胃炎的分类及分级：悉尼系统修正版》<sup>[17]</sup>及 2017 年版萎缩性胃炎的中西医结合专家治疗指南。

治愈：复查胃镜后患者胃粘膜的炎症反应及萎缩等病变为轻度或消失。

显效：复查胃镜后患者胃粘膜萎缩的病变范围较受试前缩小，且炎症程度分度下降 1/2 个等级。

有效：复查胃镜后患者胃粘膜萎缩的病变范围较受试前缩小，且炎症程度分度下降 1 个等级。

无效：复查胃镜后患者胃粘膜萎缩的病变范围、炎症程度的分度无任何变化甚至加重。

#### 2.4.3 胃黏膜病理评价标准

采用 OLGA 分期对治疗 CAG 患者前后的胃黏膜病理组织学的变化进行评估<sup>[18]</sup>。

改善：治疗后患者 OLGA 分期较参加试验前降低。

进展：治疗后患者 OLGA 分期较参加试验前加重。

稳定：治疗后患者 OLGA 分期较参加试验前不变。

### 2.5 不良反应的处理

在本次试验期间受试者如若出现任何不良反应，应酌情视受试者病情需要选择是否终止本次试验研究，并分析相关不良反应的原因，继续追踪随访调查，并且真实及时的完善不良反应观察研究记录表。

### 2.6 质量控制及病例资料收集

本研究均采用统一的中西医纳排标准来收集相关的病例，涉及研究相关资料的搜集及后期的随访由研究者本人完成，其完成内容包括中医四诊、体格检查及安全性指标、胃镜下表现、病理组织学表现等相关病例资料的收集并且及时、真实的填写受试者的病例报告表，后期受试者病例资料统计、数据分析由我院统计教研室协助完成，数据分析的撰写由研究设计者本人完成。

### 2.7 统计学方法

本研究采用 Epidata 双人录入建立数据库，SPSS25.0 统计软件进行数据分析，GraphPad prism 8.0 软件绘制统计图。其中定量资料用均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{X}\pm S$ ）表示，符合正态分布的资料采用两独立样本  $t$  检验，不符合正态分布的资料采用非参数检验；定性资料用频数和频率  $n$ （%）表示，采用卡方检验进行组间比较。所有分析均采用双侧检验，采用 Bonferroni 法校正显著性水平，且检验水准为  $\alpha<0.05$ 。

## 结 果

### 1 一般资料

#### 1.1 对照组和试验组基本特征

本研究中共纳入 70 例患者，两组各 35 例。试验组与对照组的患者在年龄大小以及男女性别、是否有吸烟史与饮酒史的均无任何差异 ( $P>0.05$ )，两组基本特征数据均衡可比。见表 1。

表 1 对照组和试验组基本特征

Table1 Comparison of characteristics between the control and experimental groups				
	对照组	试验组	t / $\chi^2$ 统计量	P 值
	n=35	n=35		
性别 <sup>b</sup>			0.229	0.632
女	16(45.7)	18(51.4)		
男	19(54.3)	17(48.6)		
年龄 (岁) <sup>a</sup>	55.7 $\pm$ 7.8	57.7 $\pm$ 7.9	1.066	0.290
吸烟史 <sup>b</sup>	11(31.4)	10(28.6)	0.068	0.794
饮酒史 <sup>a</sup>	14(40.0)	15(42.9)	0.059	0.808

注：a 表示数据采用( $X\pm S$ )描述，组间比较采用两独立样本  $t$  检验；b 表示数据采用 n (%) 描述，组间比较采用卡方检验； $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

#### 1.2 不同性别研究对象基本特征

本研究中共纳入女性 34 例，男性 36 例，性别不同的两组患者在吸烟史以及饮酒史这两项基本特征中的差异均有统计学意义 ( $P<0.001$ )。男女性别不同的患者的年龄大小均衡可比 ( $P>0.05$ )。见表 2。

表 2 不同性别研究对象基本特征

Table2 Comparison of characteristics between female and male				
	女	男	t / $\chi^2$ 统计量	P 值
	n=34	n=36		
年龄 (岁) <sup>a</sup>	57.4 $\pm$ 7.7	55.9 $\pm$ 8.1	0.778	0.439
吸烟史 <sup>b</sup>	0(0.0)	21(58.3)	28.333	<0.001
饮酒史 <sup>b</sup>	4(11.8)	25(69.4)	23.974	<0.001

注： $P<0.05$  表示差异具有统计学意义；

## 2 临床特征

### 2.1 对照组和试验组治疗前症状积分及症状总积分

两组间食减少症状积分分布的差异具有统计学意义 ( $P<0.001$ )。其余各项慢性萎缩性胃炎症状的积分和总积分的差异均不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表 3。

表 3 治疗前症状积分及症状总积分比较

Table3 Comparison of TCM symptoms scores and total scores before treatment

	对照组 n=35	试验组 n=35	Z 统计量	P 值
胃胀	5.49±0.89	5.66±0.76	0.868	0.386
胃痛	5.37±0.94	5.49±0.89	0.526	0.599
喜按喜暖	5.31±0.96	5.49±0.89	0.777	0.437
食后脘闷	1.17±0.71	1.23±0.81	0.277	0.781
乏力	0.86±0.55	0.86±0.69	0.093	0.920
饮食减少	2.60±0.50	0.94±0.76	6.715	<0.001
反酸	0.54±0.66	0.57±0.56	0.423	0.672
气短	0.69±0.68	0.71±0.67	0.201	0.841
懒言	0.83±0.82	0.89±0.87	0.251	0.802
胃中嘈杂	0.63±0.60	0.66±0.68	0.046	0.964
呕吐清水	0.29±0.46	0.26±0.44	0.267	0.790
症状总积分	23.80±2.47	22.69±2.26	1.190	0.234

注:  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

### 2.2 对照组和试验组治疗前症状积分镜下表现、病理积分

实验组及对照组患者在治疗前观察其胃镜下的胃黏膜病理表现以及病理积分均无差异 ( $P>0.05$ )，两组均衡可比。见表 4。

表 4 治疗前镜下表现及病理积分比较

Table5 Comparison of gastroscopic performance and pathological scores before treatment

	对照组 n=35	试验组 n=35	Z 统计量	P 值
镜下表现	2.74±0.44	2.77±0.43	0.277	0.782
萎缩	2.29±1.20	2.40±1.17	0.392	0.695
肠化	2.34±1.03	2.40±1.44	0.035	0.972
慢性炎症	2.03±0.62	2.00±0.77	1.056	0.291
活动性	0.83±0.71	0.86±0.60	0.270	0.787

注:  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

### 3 临床疗效

#### 3.1 治疗后主要症状积分组间和组内比较

两组间试验组的胃胀和胃痛症状积分在治疗后 6 个月差异才具有统计学意义 ( $P<0.001$ )。组内两组患者在接受治疗的 3 个月、6 个月后症状积分逐渐下降 ( $P<0.001$ )，与治疗前的差异均有统计学差异 ( $P<0.001$ )。见表 5 和图 1。

表 5 两组治疗后主要症状积分组间和组内比较

Table5 Comparison of main symptoms scores between and within groups after treatment					
		对照组	试验组	Z 统计量	P 值
		n=35	n=35		
胃胀	t0	5.49±0.89	5.66±0.76	0.868	1.000
	t3	3.37±1.26***	2.17±0.75***	4.425	<0.001
	t6	2.06±1.33***	0.91±1.01***	3.661	<0.001
	$\chi^2$	55.174	65.097		
	P 值	<0.001	<0.001		
胃痛	t0	5.37±0.94	5.49±0.89	0.526	1.000
	t3	3.31±1.37***	2.46±1.38***	2.734	0.018
	t6	2.29±1.30***	1.37±1.06***	2.986	0.009
	$\chi^2$	56.000	59.704		
	P 值	<0.001	<0.001		
喜按喜暖	t0	5.31±0.96	5.49±0.89	0.777	1.000
	t3	3.03±1.12***	2.40±1.17***	2.079	0.114
	t6	2.51±1.22***	1.37±1.26***	3.517	<0.001
	$\chi^2$	58.118	62.254		
	P 值	<0.001	<0.001		

注：P<0.05 表示差异具有统计学意义；t0、t3 和 t6 分别表示治疗前、治疗后 3 个月和治疗后 6 个月；\*表示与 t0 相比， $P<0.05$ ；\*\*表示与 t0 相比， $P<0.01$ ；\*\*\*表示与 t0 相比， $P<0.001$ 。

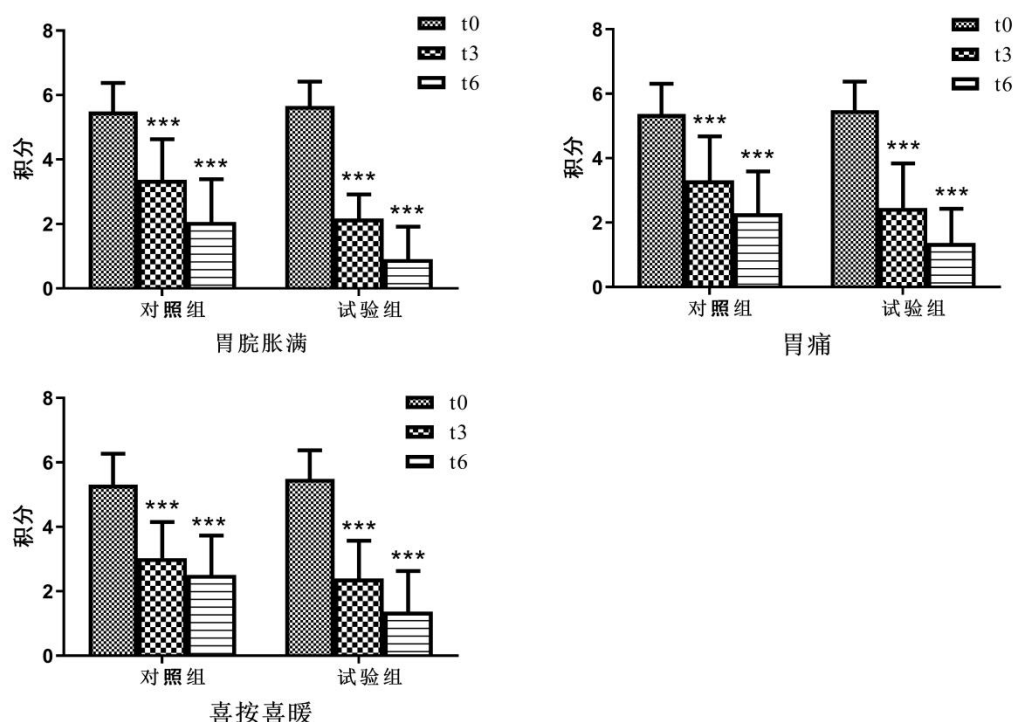


图 1 两组治疗后主要症状积分组内比较

Fig.1 Comparison of main symptoms scores within groups after treatment

$P<0.05$  表示差异具有统计学意义；t0、t3 和 t6 分别表示治疗前、治疗后 3 个月和治疗后 6 个月；\*表示与 t0 相比， $P<0.05$ ；\*\*表示与 t0 相比， $P<0.01$ ；\*\*\*表示与 t0 相比， $P<0.001$ 。

### 3.2 治疗后次要症状积分组间和组内比较

治疗后组间食后脘闷、乏力、气短和懒言等次要症状的积分有差异 ( $P<0.05$ )。两组治疗前后饮食减少症状积分均有差异 ( $P<0.001$ )。组内比较发现两组患者在接受治疗 3 个月、6 个月后症状积分逐渐下降 ( $P<0.05$ )；两组治疗前后胃中嘈杂、反酸、呕吐清水等次要症状的积分差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )；见表 6 和图 2。

表 6 两组治疗后次要症状积分组间和组内比较

Table 6 Comparison of secondary symptoms scores between and within groups after treatment

		对照组	试验组	Z 统计量	P 值
		n=35	n=35		
食后脘闷					
	t0	1.17±0.71	1.23±0.81	0.277	1.000
	t3	0.83±0.62	0.37±0.49***	3.119	0.006
	t6	0.37±0.55***	0.09±0.28***	2.623	0.027
	$\chi^2$	37.014	50.129		
	P 值	<0.001	<0.001		
乏力					
	t0	0.86±0.55	0.86±0.69	0.093	1.000
	t3	0.54±0.51	0.26±0.44**	2.432	0.045
	t6	0.17±0.38***	0.09±0.28***	1.063	0.864
	$\chi^2$	28.353	38.324		
	P 值	<0.001	<0.001		
饮食减少					
	t0	2.60±0.50	0.94±0.76	6.715	<0.001
	t3	2.54±0.51	0.60±0.60	7.239	<0.001
	t6	1.97±0.51**	0.26±0.44**	7.348	<0.001
	$\chi^2$	38.839	27.000		
	P 值	<0.001	<0.001		
反酸					
	t0	0.54±0.66	0.57±0.56	0.423	1.000
	t3	0.26±0.44	0.11±0.32*	1.526	0.381
	t6	0.11±0.32*	0.03±0.17**	1.382	0.501
	$\chi^2$	22.372	32.109		
	P 值	<0.001	<0.001		
气短					
	t0	0.69±0.68	0.71±0.67	0.201	1.000
	t3	0.49±0.56	0.14±0.36**	2.877	0.012
	t6	0.31±0.47	0.06±0.24**	2.746	0.018

		对照组	试验组	Z 统计量	P 值
		n=35	n=35		
懒言	$\chi^2$	18.167	37.194		
	P 值	<0.001	<0.001		
	t0	0.83±0.82	0.89±0.87	0.251	1.000
	t3	0.49±0.51	0.17±0.38**	2.779	0.015
	t6	0.31±0.47*	0.20±0.41**	1.086	0.831
	$\chi^2$	25.265	38.100		
胃中嘈杂	P 值	<0.001	<0.001		
	t0	0.63±0.60	0.66±0.68	0.046	1.000
	t3	0.46±0.61	0.26±0.44	1.384	0.498
	t6	0.17±0.38*	0.14±0.36**	0.326	1.000
	$\chi^2$	22.800	28.000		
	P 值	<0.001	<0.001		
呕吐清水	t0	0.29±0.46	0.26±0.44	0.267	1.000
	t3	0.14±0.36	0.06±0.24	1.187	0.705
	t6	0.09±0.28	0.03±0.17	1.022	0.921
	$\chi^2$	11.143	14.250		
	P 值	0.004	0.001		

注：P<0.05 表示差异具有统计学意义；t0、t3 和 t6 分别表示治疗前、治疗后 3 个月和治疗后 6 个月；\*表示与 t0 相比，P<0.05；\*\*表示与 t0 相比，P<0.01；\*\*\*表示与 t0 相比，P<0.001。



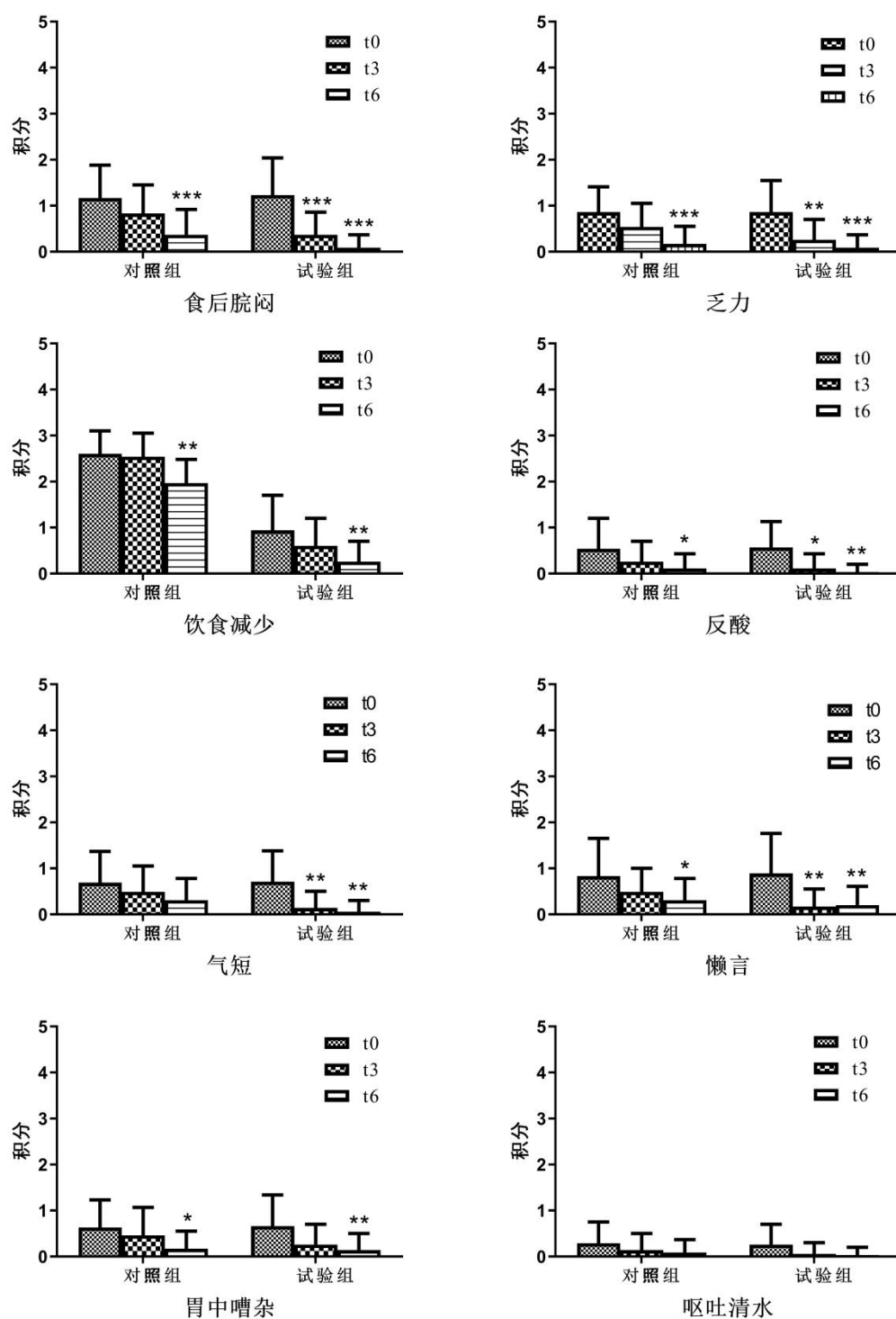


图 2 两组治疗后次要症状积分组内比较

Fig.2 Comparison of secondary symptoms scores within groups after treatment

$P < 0.05$  表示差异具有统计学意义；t0、t3 和 t6 分别表示治疗前、治疗后 3 个月和治疗后 6 个月；\*表示与 t0 相比， $P < 0.05$ ；\*\*表示与 t0 相比， $P < 0.01$ ；\*\*\*表示与 t0 相比， $P < 0.001$ 。

### 3.3 治疗后症状总积分组间和组内比较

组间比较发现两组在治疗后 3 个月症状总积分差异具有统计学意义 ( $P<0.001$ )。组内比较结果发现两组在接受治疗 3 个月、6 个月前后症状积分差异均有统计学意义 ( $P<0.001$ )。见表 7。

表 7 两组治疗后症状总积分组间和组内比较

Table 7 Comparison of total symptoms scores between and within groups after treatment

	对照组	试验组	Z 统计量	P 值
	n=35	n=35		
t0	23.80±2.47	22.69±2.26	1.190	0.702
t3	15.43±2.68***	9.03±2.43***	6.605	<0.001
t6	10.37±3.56***	4.57±2.21***	6.253	<0.001
$\chi^2$	70.000	68.599		
P 值	<0.001	<0.001		

注:  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义; t0、t3 和 t6 分别表示治疗前、治疗后 3 个月和治疗后 6 个月; \*表示与 t0 相比,  $P<0.05$ ; \*\*表示与 t0 相比,  $P<0.01$ ; \*\*\*表示与 t0 相比,  $P<0.001$ 。

### 3.4 治疗后镜下表现、病理积分组间和组内比较

组间比较结果显示, 试验组的萎缩、肠化和慢性炎症的病理积分在治疗后 6 个月低于对照组 ( $P<0.05$ ); 治疗后 6 个月两组镜下表现和活动性炎症积分均无明显差异 ( $P>0.05$ )。组内比较发现两组接受治疗 6 个月后镜下表现和病理积分差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 8 和图 3。

表 8 两组治疗后镜下表现及病理积分组间和组内比较

Table 8 Comparison of gastroscopic and pathological scores between and within groups after treatment

		对照组	试验组	Z 统计量	P 值
		n=35	n=35		
镜下表现					
	t0	2.74±0.44	2.77±0.43	0.277	1.000
	t6	2.49±0.85*	2.20±0.80***	1.825	0.136
	Z	3.908	5.169		
	P 值	0.030	<0.001		
萎缩					
	t0	2.29±1.20	2.40±1.17	0.392	1.000
	t6	1.66±0.91***	0.46±0.85***	4.768	<0.001
	Z	3.317	4.786		
	P 值	0.001	<0.001		
肠化					
	t0	2.34±1.03	2.40±1.44	0.035	1.000
	t6	1.49±1.31***	0.57±1.04***	3.128	0.004
	Z	3.873	5.166		
	P 值	<0.001	<0.001		
慢性炎症					
	t0	2.03±0.62	2.00±0.77	0.162	0.872
	t6	1.31±0.63***	0.80±0.47***	3.551	<0.001
	Z	3.512	5.273		
	P 值	<0.001	<0.001		
活动性					
	t0	0.83±0.71	0.86±0.60	0.270	1.000
	t6	0.69±0.63*	0.46±0.51***	1.482	0.276
	Z	2.236	3.742		
	P 值	0.025	<0.001		

注：P<0.05 表示差异具有统计学意义；t0 和 t6 分别表示治疗前和治疗后 6 个月；\*表示与 t0 相比，P<0.05；\*\*表示与 t0 相比，P<0.01；\*\*\*表示与 t0 相比，P<0.001。

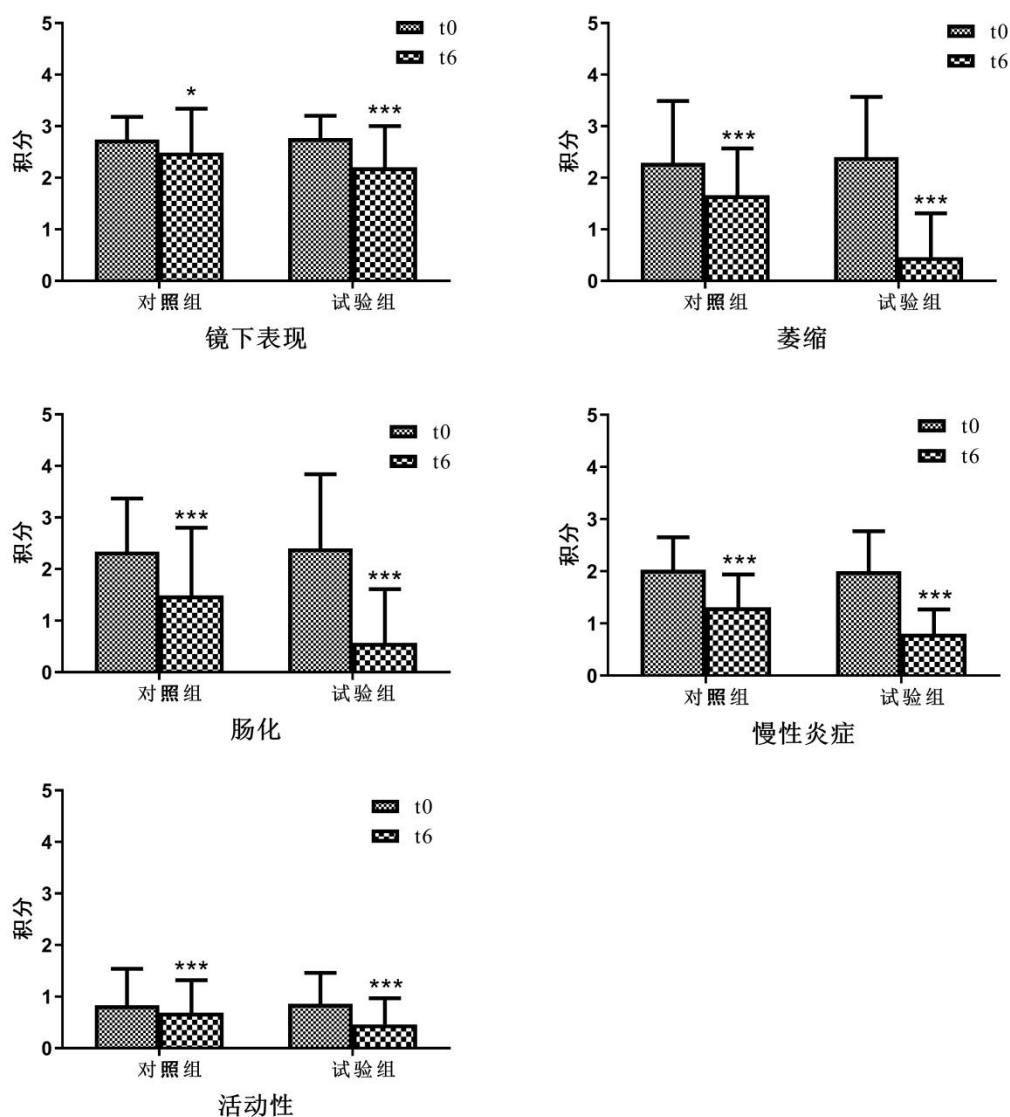


图3 两组治疗后镜下表现及病理积分组内比较

Fig.3 Comparison of gastroscopic and pathological scores within groups after treatment

$P < 0.05$  表示差异具有统计学意义；t0 和 t6 分别表示治疗前和治疗后 6 个月；\*表示与 t0 相比， $P < 0.05$ ；\*\*表示与 t0 相比， $P < 0.01$ ；\*\*\*表示与 t0 相比， $P < 0.001$ 。

## 4 疗效分析结果

### 4.1 症候疗效

两组症候总有效率显著提高，中医诊断证候的疗效差异均具有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。见表 9。

表 9 两组治疗后症候积分疗效比较

Table9 Comparison of symptomatic effects between groups after treatment

	对照组 n=35	试验组 n=35	$\chi^2$ 统计量	P 值
症候积分疗效			25.297	<0.001
无效	3(8.6)	0(0.0)		
有效	21(60.0)	4(11.4)		
显效	11(31.4)	27(77.1)		
痊愈	0(0.0)	4(11.4)		
总有效率	91.4%	100.0%		

注:  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

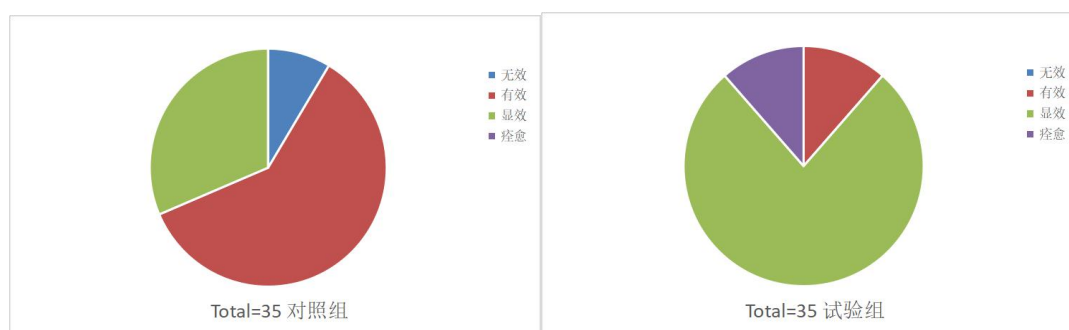


图 4 两组治疗后症候积分疗效比较

Fig.4 Comparison of symptomatic effects between groups after treatment

## 4.2 镜下疗效

两组镜下疗效总有效率显著提高, 镜下疗效差异均具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 10。

表 10 两组治疗后镜下疗效比较

Table10 Comparison of the gastroscopic effects between groups after treatment

	对照组 n=35	试验组 n=35	$\chi^2$ 统计量	P 值
镜下疗效			8.249	0.039
无效	9(25.7)	2(5.7)		
有效	20(57.1)	18(51.4)		
显效	4(11.4)	9(25.7)		
痊愈	2(5.7)	6(17.1)		
总有效率	74.3%	94.3%		

注:  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

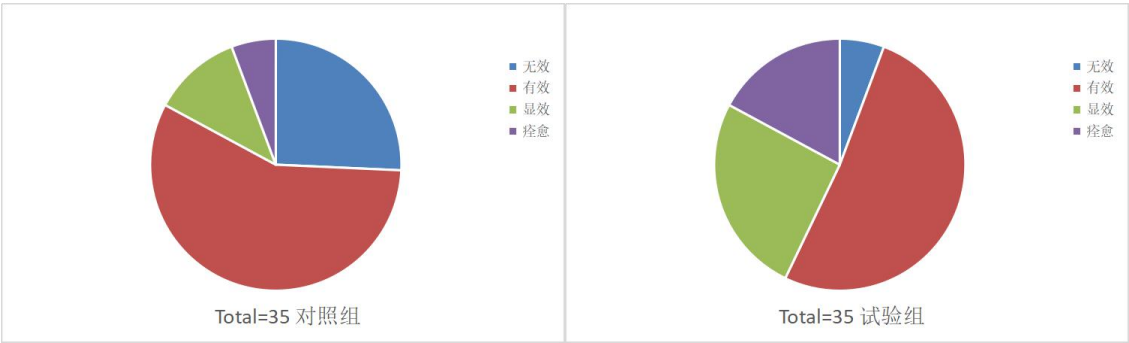


图 5 两组治疗后镜下疗效比较

Fig.5 Comparison of the gastroscopic effects between groups after treatment

4.3 病理组织疗效

两组病理组织改善疗效差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 11 和图 6。

表 11 两组治疗后病理组织疗效比较

Table11 Comparison of the pathological effects between groups after treatment

	对照组	试验组	$\chi^2$ 统计量	P 值
	n=35	n=35		
病理组织疗效			6.692	0.024
加重	4(11.4)	0(0.0)		
稳定	6(17.1)	2(5.9)		
改善	25(71.4)	32(94.1)		

注：  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

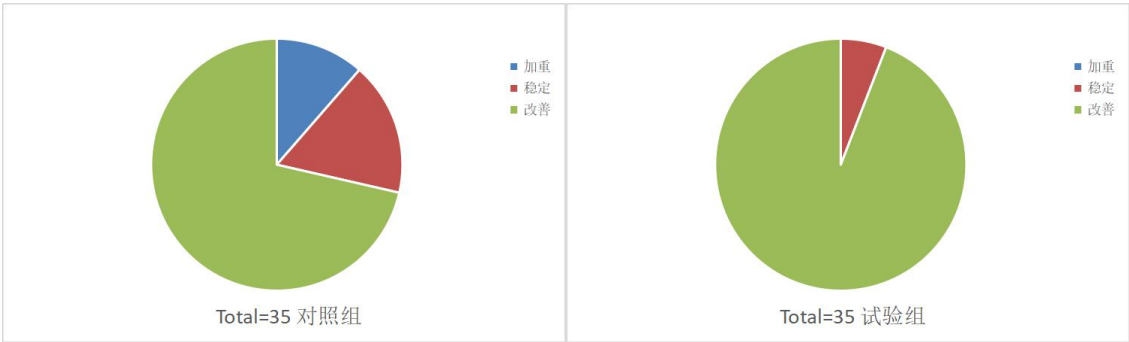


图 6 两组治疗后病理组织疗效

Fig.6 Comparison of pathological effects between groups after treatment

## 5 安全性分析

两组患者在受试前，治疗后全血细胞分析、肝功、肾功、心电图均无异常，治疗过程无不良事件发生。

表 12 对照组和试验组安全性分析结果

Table12 Comparison of safety between groups after treatment

		对照组	试验组	$\chi^2$ 统计量	P 值
		n=35	n=35		
血常规异常				0.000	1.000
	t0	0(0.0)	0(0.0)		
	t6	0(0.0)	0(0.0)		
肝功异常				0.000	1.000
	t0	0(0.0)	0(0.0)		
	t6	0(0.0)	0(0.0)		
肾功异常				0.000	1.000
	t0	0(0.0)	0(0.0)		
	t6	0(0.0)	0(0.0)		
心电图异常				0.000	1.000
	t0	0(0.0)	0(0.0)		
	t6	0(0.0)	0(0.0)		
不良事件		0(0.0)	0(0.0)	0.000	1.000

注：P<0.05 表示差异具有统计学意义。



## 讨 论

### 1 理论部分

#### 1.1 关于慢性萎缩性胃炎的认识

慢性萎缩性胃炎是一种非常重要的一般无症状疾病，被描述为胃粘膜萎缩。其主要的中医临床表现为胃脘部疼痛不适，多呈空痛，胀痛，胃脘部胀闷不舒伴暖气、食欲不佳，身体消瘦，大便溏薄不成形等。因为它在许多患者中会发展成胃癌，故被全球学者列为胃癌前状态，5 年生存率研究发现，胃癌末期生存率下降到 20% 以下<sup>[19]</sup>。因此 CAG 和 IM 作为胃癌常见的危险因素<sup>[20]</sup>，提高诊断、治疗和预防 CAG 和 IM 是一个非常重要的研究课题。

#### 1.2 关于董建华教授在临床治疗 CAG 中的认识及应用

董老认为脾胃虚弱是慢性萎缩性胃炎之所以久病不愈，缠绵难愈的根本因素。主要是由于人体虚弱，易受邪气侵袭，日久使脾胃受到损害，气机虚弱无法温运水谷精微，阴虚无法滋养血脉经络。临床中多见饮食欠佳、反应迟钝，胃脘部胀满不舒，久病不愈，结合胃镜下观察可见患者胃粘膜苍白无血色，胃内酸分泌减少，胃部血管分布透明度增加。治疗多以通补为主，因胃气宜降、易滞，主因肠胃皆为中空之器，传化五谷而不实，邪气易留滞其中阻塞气机，气不通则易凝结，使气机滞留、血液闭塞、湿邪壅阻、食物聚积、火邪无处散，故寒热凝滞不畅，阴阳滞涩不行。故胃以通为宜，使气血得以通畅，淤血得以消散，积者降之以下行，火郁消而弥散，使寒热除散、阴阳得以平和<sup>[21-22]</sup>。又因脾胃虚弱，则其受纳运化生理功能失去平衡，容易使清气下降，浊气反升，因而气机逆乱，温煦功能降低，反过来进一步加重脾胃的损害。

《金匱要略》记载以芍药为君药，黄芪为臣药，桂枝、生姜为佐助药，炙甘草与大枣同为使药组成黄芪建中汤，脾胃虚弱易受寒邪侵袭是其主要的致病机理。该方加减与董老临床治疗 CAG 的病因分析及用药机理相同。董老多用健脾理气药如：陈皮、枳壳等调畅脾胃气机，使气机升降功能有所改善，从而推动血液温煦全身，进一步加快受损脾胃的气机得以恢复，若患者疗效欠佳则斟酌加用黄芪、党参、甘草以顾护脾胃，补虚巩固根本。如遇舌苔厚腻患者，多加用厚朴、半夏、茯苓、砂仁以健脾除湿化浊，使邪有出路，净化脾胃，促进脾胃气机通畅。董老治疗多认为通补有益，但也要注意补而不滞，故久病不愈者加用白芍、山药疏肝解郁，条畅脾胃之气，丹参活血化瘀，使气血经脉通畅，促进脾胃对于水谷精微等营养物质的吸收。因此董老在临床中多用黄芪建中汤加减方治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎患者。

#### 1.3 慢性萎缩性胃炎中西医结合治疗

##### 1.3.1 西医治疗

目前针对 CAG 的西医治疗, 临床上的大多数都针对致病因素不同而采取不同的药物对症治疗, 如由于年老体弱的患者大多胃的蠕动功能减退, 久而久之使胃黏膜出现萎缩的病理表现, 因此治疗多注意增强胃的蠕动功能, 即为增强胃动力法; 其次胃内的胆汁不遵循正常的生理功能反而溢出, 使胃黏膜处于酸度高的环境中, 从而使胃黏膜出现慢性的炎性表现, 因此治疗上多抑制胃酸的过多分泌从而保护胃黏膜的正常生理功能, 即抑酸护胃法护胃, 抗幽门螺旋杆菌感染的对症治疗亦是如此。

综上所述, CAG 的西医治疗不能单纯的以一个治疗思路进行诊疗, 需结合致病因素从而采用合理并且有效的方法进行治疗。

### 1.3.1.1 抗幽门螺旋杆菌治疗

有大数据分析证实抗 HP 治疗可以在很大程度上预防胃癌前的疾病转变<sup>[23]</sup>。但也有研究发现单独根除幽门螺旋杆菌 (HP) 似乎不足以使慢性萎缩性胃炎的病理性胃黏膜得到逆转性的改变<sup>[24]</sup>。26 年前被列为首类导致胃类癌症产生的关键因素-幽门螺杆菌在世界卫生组织国际癌症研究机构(IARC)的证实下确立。所以根除 HP 来预防胃癌前病变受到高度重视, 根据 2012 年上海共识意见, 克拉霉素与甲硝唑作为含铋剂四联疗法中的药物不能较好的治疗 HP 阳性的患者, 因其耐药使用不广泛<sup>[25-26]</sup>。学者发现 HP 感染的患者有极小的几率会发展成胃癌, 采用根除 HP 感染的治疗方法不能使已经发生异型增生与肠上皮化生的胃黏膜得到逆转性的改变<sup>[27]</sup>。

### 1.3.1.2 黏膜保护剂的应用

主要是增强胃黏膜屏障的防御能力, 促进糜烂胃黏膜的修复, 有效缓解患者黏膜萎缩的症状, 遏制促炎细胞因子, 降低炎性反应, 促进黏液分泌、促进细胞再生、稳定细胞膜、减少释放炎症介质、增加前列腺素合成有关。目前常用的药物有麦滋林-S 颗粒、替普瑞酮、铝碳酸镁、瑞巴派特<sup>[28]</sup>。

### 1.3.1.3 抑制胆汁反流和改善胃动力药物的应用

慢性萎缩性胃炎的发生发展不是单一致病因素所造成的, 这些致病因素极大程度的破坏了正常的胃内粘膜。多种损伤因素更易使胃黏膜发生异型增生及肠上皮化生得改变。慢性萎缩性胃炎多种病因中包括胆汁反流, 其也是胃癌的主要致病因素<sup>[29]</sup>, 因此为了使慢性萎缩性胃炎发生异性增生及肠上皮化生的胃黏膜加快修复速度, 控制胆汁反流是最主要的治疗措施。

### 1.3.1.4 维生素治疗

胃酸是一种分布在胃内的正常的分泌物质, 当其出现分泌量较正常时减少时, 就会促使慢性萎缩性胃炎的发生发展, 使胃内环境得 PH 升高, 助长了内源性的致癌物质在胃内滋生, 有研究表明, 维生素对于逆转性治疗萎缩性胃炎有一定作用<sup>[30]</sup>。但委内瑞拉一项研究发现, 给予维生素治疗 3 年后, 活检 CAG 患者的胃黏膜观察到人体血液中的维生素含量明显较前升高, 然而其他的物质含量在治疗前后并没有显

著的升高或者降低<sup>[31]</sup>，同时我国一项研究也发现补充维生素对于胃癌癌前病变逆转并无明显疗效，因此需要进一步证实对于胃癌前病变，采用抗氧化剂的治疗方法是否安全且有效。

### 1.3.1.5 基因靶向治疗

基于国外某项研究发现，姜黄素可逆转部分肠上皮化生和异型增生<sup>[32]</sup>，一般认为癌前病变是一种细胞分化障碍性疾病，肿瘤分化诱导剂能够使肿瘤细胞得到积极作用的分化，诱导良性的癌基因表达，促使使胃黏膜的上皮细胞出现正常的凋亡形态，促进胃黏膜细胞的增生，可以部分阻断和逆转萎缩性胃炎<sup>[33]</sup>，但确切机制有待研究，但其酸相关药物不良反应较多，其中包括：肾功能衰竭、全身水肿、严重心功能损害、严重高脂血症、精神障碍等，因此目前仅作为预防治疗二线药物。

### 1.3.1.6 叶酸治疗

研究发现<sup>[34-35]</sup>，人体内叶酸的吸收可能是受到异性增生及肠上皮化生的胃黏膜某些异常表达的基因的影响，当人体内有充足的叶酸时，胃黏膜会充分的吸收，使异性增生、萎缩及肠上皮化生的胃黏膜得到有效的治疗，当因此胃癌的干预治疗可以从叶酸疗法着手，使萎缩性胃炎得到良好的治疗，从而减缓胃癌的发生发展。因此有研究学者猜测叶酸抵抗癌变的作用机制可能是通过“叶酸状态→DNA 变化→基因表达→癌变”这一病理变化产生疗效<sup>[36]</sup>。

### 1.3.2 非药物治疗：内镜治疗

内镜下治疗方式包括内镜黏膜下剥（Endoscopic submucosal dissection, ESD）、内镜下黏膜切除术（Endoscopic mucosal resection, EMR）、内镜下氩气刀治疗和内镜下激光治疗<sup>[37]</sup>。由于 ESD 疗法有着安全且有效的特点，故临床中治疗初期胃癌已将 ESD 作为首选的诊疗手段。而且侵犯浅层粘膜及粘膜层并且没有淋巴结及远处转移的早期癌或癌前病变才是 ESD 治疗的适应证，单纯灶状的中-重度异型增生是否必须进行手术，需要酌情考虑患者胃黏膜的状态、年龄、病程、甚至家族史等，激光及氩气刀治疗因在术中不能获得完整的病理标本，且不能确定肿瘤是否完整切除等问题，并不作为临床治疗方式的首选，因此相关指南推荐轻或中度胃黏膜异型增生以随访观察、药物治疗为主<sup>[38]</sup>。

### 1.3.3 中医对于慢性萎缩性胃炎的认识及治疗

中医学中并无 CAG 这一病名，根据最新指南<sup>[7]</sup>推荐将本病归属为“胃痞”、“胃脘痛”、“嘈杂”、“嗳气”等范畴进行辨证论治、研究。关于本病的病因，当代学者们根据前辈的治疗经验，同时借鉴他们的诊疗思路，阐述了自己的观点，饮食不洁、饮食不节、用药不当，情志因素，七情不润、思虑过度，外邪入侵(湿邪、疫毒、幽门螺杆菌感染为主)。先天不足、后天失养、久病体虚。目前，各大学者对 CAG 疾病的研究进行了大量的的学术交流及探讨，虽然针对其中医的发病机理各执己见，

但并不影响其病因病机的基本确立，即人体平时脾胃的气机升降及运化、受纳水谷的生理功能逐渐减退，致使人体的防御能力减弱从而极易受邪气侵袭内滞于内，进一步使肝气疏散作用失调情绪受到起伏波动等<sup>[39]</sup>。

一项文献荟萃研究针对有文献记载的关于中医药治疗 CAG 的 78 种治疗方法进行了归纳、分类、统计和总结显示<sup>[16]</sup>，中医治法构成比排在首位的为益气健脾法，超过 20%；而占比在 10%以上的治法分别为滋阴养胃、疏肝理气、清热化湿法；低于 5%的为温阳补肾和其他治法。因此临床中医治疗方剂中多首选益胃汤、柴胡疏肝散等。可以看出，健脾益气法与疏肝理气法是临床上治疗 CAG 最关键的治法，众医家对于 CAG 的病因病机认识上逐渐趋于一致，但目前治法多端，方药各异，各有特点，这符合中医辨证论治的特点。本研究发现临床用药灵活，应该不拘泥于书本，需要通过观察患者的不同症状及体征，舌脉四诊进行辨证论治。本课题的设计正是旨在拓展中医辨证论治 CAG 方法研究。

### 1.3.3.1 中成药治疗

目前临床上常用中医的辨证药方治疗 CAG。研究发现，胃复春此味中成药联合西医治疗可以使 HP 得到较好的恢复，增加临床症状的好转率，复查胃镜也可以发现胃黏膜得到较好的改善与缓解<sup>[40]</sup>。采用中医辨证理论制取中成药用以治疗 CAG 的方法广泛应用如摩罗丹搭配荆花胃康胶丸可以充分使慢性萎缩性胃炎的胃黏膜病理组织得到抑制，使 HP 感染的到有效的控制<sup>[41]</sup>；同时气滞胃病颗粒可以显著提高 HP 阴性率及各种免疫因子的效用<sup>[42]</sup>；临床试验发现养胃舒胶囊治疗脾胃湿热型 CAG 安全有效<sup>[43]</sup>；枳术宽中胶囊能够使 CAG 炎症反应得到良好的治疗<sup>[44]</sup>；粒治疗脾胃气滞型 CAG 来缓解患者不适症状通常选用胃苏颗粒来提高治疗效果<sup>[45]</sup>。

随着中医药的不断发展，中医中药、中成药在治疗 CAG 方面也积累了丰富的经验，表现出巨大的优势，不仅可以缓解临床症状，且在延缓和逆转萎缩、肠上皮化生、异型增生，降低胃癌发病率发生方面显示了较为广阔的前景，随着研究水平的深入，中医各药学者博采众长，结合现代医学的在分子生物学及基因水品获得的成就，发挥中医辨证论治之长，为 CAG 的治疗不断拓展方法。

### 1.3.3.2 专方治疗

颜振旗<sup>[46]</sup>等运用化瘀健胃汤治疗 CAG 患者并采用猴头健胃灵胶囊口服对照设计治疗方案。治疗效果明显优于对照组。臧修明<sup>[47]</sup>运用胃愈汤治疗 CAG 62 例，结果：治疗组方案显愈率和总有效率均明显优于对照组( $P<0.01$ )。王文兰<sup>[48]</sup>治疗 51 例 CAG 患者，选方用丹桅逍遥散加味治以疏肝和胃，显效 19 例(37.3%)，有效 23 例(45.1%)，无效 9 例(17.7%)，总有效率 82.4%。王相东等<sup>[49]</sup>用自拟活血养胃汤加减治疗数名 CAG 患者，对照组采用胃复春片治疗，得出实验组有效性均优于对照组的结论。谢建寰<sup>[50]</sup>将按照随机对照试验将患有 CAG 的数例就诊人员分为 2 组，发现服用

加味六君子汤的 CAG 患者能够有效的改善患者的症状积分及胃镜下胃黏膜的好转变化及胃黏膜的病理恢复,提高总有效率;黄铭涵等<sup>[51]</sup>运用上述同样的临床研究方法,发现服用清化饮的脾胃湿热型 CAG 患者,治疗 6 个月后,其总有效率显著高于服用胃复康片的对照组。

### 1.3.3.3 其他治法

针灸治疗的应用极大的丰富了慢性萎缩性胃炎的治疗方法,其使用便捷,可以通达气血、条畅经络,从而使人体内互根互用的阴阳得到相对平衡的状态,起到未病防治的效果。近年来也有大量文献报道针灸治疗 CAG 取得明显疗效,主要的选穴包括中脘、足三里、内关、公孙、血海、太冲、期门。有研究证实,针灸对于慢性萎缩性胃炎的炎症反应有着较好的治疗作用,其机理主要是针灸治疗透过皮肤刺激中枢神经通路,减少分泌的胃酸、使胃黏膜得到增强与免疫<sup>[52]</sup>。同时胃镜下观察到病理组织得到好转,使患者的病情得到显著缓解<sup>[53]</sup>。

现代 CAG 疾病的发生发展离不开饮食与心理的干扰因素。研究发现辣椒素<sup>[54]</sup>能够预防胃黏膜发生炎症反应,中药白扁豆能够助益脾气,使湿邪无处藏匿<sup>[55]</sup>。芡实作为一味归于脾胃经的中药,其能够当做食物一般加入日常的饮食中,能够使脾胃不佳的患者提升胃口,以药代食,均可长期食用<sup>[56]</sup>。同时不良情绪能够使患者的饮食欲望发生改变,不良于病。因此良好的心情管理和搭配均衡的饮食习惯可以有效防止慢性萎缩性胃炎的发生发展<sup>[57]</sup>。

## 1.4 黄芪建中汤临床应用

学者发现黄芪建中汤治疗脾胃气机不足,固摄不牢而易受寒邪袭扰的患者临床效验均显著<sup>[7]</sup>。黄芪建中汤最早出现在古籍医书《金匮要略》中,运用中医辨证论治的思想和用药上“君臣佐使”的配伍原则,该方以脾胃虚弱易受寒邪侵袭为其主要的致病机理,治疗当补益脾气用黄芪、大枣、甘草,治疗脾胃虚弱易受寒邪当温脾阳散寒邪用桂枝、生姜,治疗脾胃虚弱不通则痛的症状当缓急止痛用白芍。药理学者发现,黄芪能够补益脾胃,使气机条畅,促进新陈代谢焕发新肌;白芍不仅含有能够抗炎缓解疼痛的化学成分-白芍总苷,而且能够提升患者的身体免疫力,增强患者抵御病毒侵袭的能力;大枣能够温暖脾胃,滋养肾脏,改善胃肠道的蠕动能力;生姜能够驱除寒邪,改善患者呕吐不适症状,从而加速发生病理改变的胃肠黏膜的恢复<sup>[58]</sup>。学者发现黄芪建中汤作用靶点进行生物功能及代谢通路分析得出黄芪建中汤主要通过调控癌症通路、病灶黏连、精氨酸和脯氨酸代谢等用来提高慢性萎缩性胃炎的治疗效果,从而实现了中药多成分-多靶点-多途径的治疗特征<sup>[8]</sup>,进一步将治疗 CAG 的相关的物质治疗基础及诊疗方案的依据得到证实。

本研究认为 CAG 的疾病进展离不开脾胃虚弱,其易导致气机无以推动,因而出现瘀证。中医古法有云:脾属于脏,性为阴,能够温补胃阳使脾气得以升健。因此

本研究选用“黄芪建中加減汤”，即中药主方：黄芪 20g，桂枝 10g，白芍 10g，生姜 9g，大枣 6g，柴胡 9g，山药 30g，枳壳 15g，茯苓 9g，陈皮 9g，法半夏 9g，厚朴 9g，砂仁 12g，炙甘草 6g，丹参 15g，白花蛇舌草 30g，在经典处方的基础上多配伍温中健脾利湿，清热活血通络之药，使补而不淤，气行而不滞，夯实后天脾胃之本以促进患者病情恢复。本方还针对患者的其他不适症状加減配伍的药物：对于饭后感腹部胀满者，加用枳实等破气消食之品；胃脘部喜暖恶寒者，加用干姜等温胃暖脾之品；大便不成形者，加用炮姜等健脾祛湿之品；大便成形且干燥者，加用生大黄等泄热之品，口干口渴者，加用芦根等健脾生津之品，饭后感腹部胀满者，加用枳实等破气消食之品；喜吐胃内清水者，加用姜半夏等温脾祛湿之品；嗳气反呕者，加用旋覆花等降气和胃之品，呕吐胃内酸水者，加用黄连等泄热降逆和胃之品。相比较其他研究学者对“黄芪建中汤”的药物加減<sup>[59-60]</sup>，本研究加減方更兼顾脾胃同调，升降得宜。从本研究结果可以看出，患者的大部分临床症状都能够在该加減方的治疗下得到明显的好转。其镜下显效率为 25.7%，痊愈率为 17.1%，稳定率为 94.1%。说明该加減方治疗慢性萎缩性胃炎能够显著改善患者不适症状及病理变化，治疗效果佳，不良反应极少，值得做本次临床研究。

## 2 研究结果分析

### 2.1 基线分析

本研究发现，实验组与对照组不受性别、年龄、吸烟史、饮酒史因素干扰，符合随机对照研究的标准。然而 58.3%的男性吸烟，69.4%男性饮酒，这些因素与女性相比有显著的差异。说明慢性萎缩性胃炎可能会受到吸烟、饮酒的影响而加重疾病的发展进程，同时女性患者的影响因素比率远远少于男性。贾梦迪<sup>[61]</sup>通过研究发现处于不同时期与阶段的慢性萎缩性胃炎与吸烟史、饮酒史呈显著的相关性。两者的结论一致，充分说明吸烟、饮酒是 CAG 的致病因素。

### 2.2 黄芪建中汤加減方治疗脾胃虚弱型 CAG 中医症状积分影响

本研究治疗前两组患者饮食减少的症状无明显差异，患者胃胀、胃痛、食后脘闷、乏力、饮食减少、气短和懒言的症状两组可以做对比分析，发现经过 3 个月到 6 个月的治疗，患者胃痛、胃胀、喜按喜暖这些脾胃虚弱型 CAG 的主要症状明显得以改善。针对饮食减少、食后脘闷、乏力、气短和懒言等次要症状，两组患者在接受治疗 3 个月、6 个月后也显著缓解，然而对于胃中嘈杂、反酸、呕吐清水等症状则未见显著改善，说明黄芪建中汤加減方联合叶酸片治疗脾胃虚弱型胃痛时随着治疗疗程的延长，患者的大部分临床症状都能够得到明显的好转。同时发现两组在接受治疗 3 个月、6 个月前后症状积分有着明显的差异变化。其中实验组的证候积分显效率为 77.1%、痊愈率为 11.4%明显高于对照组，两组证候总有效率及中医证候疗效明显改善。这与以下研究结果一致。赵智宏<sup>[59]</sup>亦认为运用黄芪建中汤治疗 CAG 患者能够

明显缓解患者临床不适症状,减轻中医体征及症候的评分,提高患者的治疗效果,安全有效的改善胃粘膜的病变。钟琴娟<sup>[60]</sup>则通过研究发现黄芪建中汤能够使患者炎症症状明显改善,使患者抵抗疾病的能力得到提升,从而提高患者的舒适度。潘新彦<sup>[62]</sup>得出结论:黄芪建中汤加减方配合西医相关治疗方案能够明显改善 CAG 的治疗效果,不良反应极少,不易复发,临床中可以广泛进行推广与应用。

### 2.3 黄芪建中汤加减方治疗脾胃虚弱型 CAG 患者胃镜下表现及病理积分影响

本研究发现两组患者治疗前镜下表现,如慢性炎症、萎缩、肠化、活动性,这些病理积分无差异,可以做随机对照研究。治疗 6 个月后发现服用黄芪建中汤治疗组镜下表现及活动性炎症反应、胃黏膜萎缩症状、肠上皮化生和慢性炎症病理积分改善程度明显高于对照组。同时发现两组镜下疗效中服用黄芪建中汤治疗组显效率为 25.7%,痊愈率为 17.1%,总有效率显著提高。两组病理组织疗效中服用黄芪建中汤治疗组的稳定率为 94.1%明显高于对照组。明确阐释了服用黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎能够显著改善患者镜下表现及病理组织。这一结论与以下以往的研究结果一致。姚民武<sup>[63]</sup>通过研究发现慢性萎缩性胃炎运用黄芪建中汤联合募配穴灸法辅助治疗可以显著的改善患者的胃黏膜炎症反应,提高 HP 的阴性率,无其他不适反应,治疗效果颇佳。王小彪<sup>[64]</sup>则认为修复慢性萎缩性胃炎所致的异常胃黏膜、改善 HP 的阳性率,能够通过服用黄芪建中汤辨证加减治疗从而得到较好的临床疗效。

### 2.4 安全性评价及总结

本研究发现两组患者的安全性指标:对于是否服用黄芪建中汤,患者检查的三大血象、生化、心电图都没有差异性的改变,进一步说明服用黄芪建中汤加减方联合叶酸片对于脾胃虚弱型 CAG 的治疗效果安全可靠。综上所述,服用黄芪建中汤加减方联合叶酸片治疗脾胃虚弱型 CAG 能够显著改善患者的临床中医症状、镜下表现及病理组织,治疗效果佳,不良反应极少,值得临床应用。

## 3 展望与不足

本研究样本量不大,患者来源均来自于本院专家门诊就诊的患者。在往后的临床实践研究中,研究内容及范围还有相应的扩展的空间,比如对于黄芪建中汤加减方临床治疗 6 月后的 CAG 患者可以进行更严密的随访观察,以期获得黄芪建中汤加减方治疗 CAG 患者复发率的影响,本研究的成功实施,对于“温法”治疗其它证型的 CAG 患者的中医药治疗研究提供研究方法及相关参考数据;通过对比结局指标评分观察黄芪建中汤加减方治疗 CAG 疗效,为后期动物实验的研究提供研究方法及借鉴。



## 小 结

1. 服用黄芪建中汤加減+叶酸 5mg 和单独服用叶酸 5mg 均能改善慢性萎缩性胃炎患者的中医症候；
2. 黄芪建中汤加減方能够改善慢性萎缩性胃炎患者症状；
3. 黄芪建中汤加減方能够改善慢性萎缩性胃炎患者镜下表现及病理积分；
4. 黄芪建中汤加減方在临床治疗“脾胃虚弱”型慢性萎缩性胃炎疗效肯定、安全可靠。

## 致 谢

转眼间三年的硕士生涯即将结束，随着毕业论文的相关研究接近尾声之际，回首往事历历在目，感慨良多，再此特别感谢我的母校给予了我这次继续深造及在第四临床医学院学习与规范化培训的机会，规培三年来，使我不仅在学习上收获了很多，临床实践能力也得到了很大的提升。

承蒙眷顾，让我能够师从李志钢主任医师，衷心的感谢导师三年来的辛苦教导及细心栽培，三年来，导师以自身严谨的科研态度、扎实的中医功底、勤勤恳恳的工作态度深深影响着我，且无论是在生活学习亦或是为人处世方面，总是言传身教、时时教诲，使得我立志以导师为榜样，在未来的道路中成为一个好医生。

感谢师母，能够在繁忙的工作中挤出时间，关心并照顾我们的生活起居及衣食住行，关注我们的心理动态，使得我们即使是在远离家的地方也能感受到家的温暖。

感谢父母及家人，无论是在精神还是物质方面都给予我莫大的支持，让我能够有足够的勇气面对种种困难和不如意，让我感到无论有多大的苦难，身后都有他们默默地支持。

感谢我同门师姐妹们，在收集病例及整理资料方面的帮助，也感谢你们在三年期间的陪伴、关心、帮助，使我也深深感受到了大家庭的温暖。

最后，要感谢一路陪伴着我的同学们，无论多么艰难困苦的日子都不在是孤单一人，大家一起风雨同舟，共同努力，共同进步，共同迎接新的明天。

## 参考文献

- [1] Jencks D S, Adam J D, Borum M L, et al. Overview of Current Concepts in Gastric Intestinal MetaPlasia and Gastric Cancer[J]. Gastroenterol HePatol, 2018,14(2): 92-101.
- [2] Rezaei M T, Rezaei S T, Tajik F R. Biochemical Pathway analysis of gastric atrophy.[J]. Iranian Journal of Pharmaceutical Research, 2018, 17(1): 415-425.
- [3] 郑荣寿, 张思维, 陈万青, 赫捷. 2013 年中国恶性肿瘤发病和死亡分析[J]. 中国肿瘤, 2017, (01): 1-7.
- [4] Leja M, Park J Y, Murillo R. Multicentric randomised study of Helicobacter Pylori eradication and PePsinogen testing for Prevention of gastric cancer mortality the GISTAR study[J]. Bmj OPen, 2017, 7(8): e016999.
- [5] Cheung K S, Leung W K. Risk of gastric cancer development after eradication of Helicobacter Pylori[J]. World Journal of Gastrointestinal Oncology, 2018, 10(5): 115-123.
- [6] 唐志鹏, 戴彦成, 张亚利. 慢性萎缩性胃炎中医药疗效评价存在的问题及解决策略[J]. 中医杂志, 2016, 57(1): 28-31.
- [7] 李军祥. 董建华教授治疗脾胃病学术经验[C]. //第二十七届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集. 2015: 50-56.
- [8] 许文倩, 秦雪梅, 刘月涛. 基于网络药理学的黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎作用机制研究[J]. 中草药, 2018(15).
- [9] 李军祥, 陈詒, 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(2).
- [10] Misi, 胡品津. 悉尼系统: 新的胃炎分类法[J]. 国际内科学杂志, 1991(7): 289-292.
- [11] Sugano K, Tack J, KuiPers E J, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter Pylori gastritis[J]. Gut, 2015; 64: 1353-1367.
- [12] 房静远, 刘文忠, 李兆申, 等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 中国医学前沿杂志, 2013, 05(07): 44-55.
- [13] Kim S, Harum K, Ito M, et al. Magnifying gastroendoscopy for diagnosis of histologic gastritis in the gastric antrum[J]. Dig Liver dis, 2004, 36: 286-291.
- [14] Kaminishi M, Oohara T, Sakai S, et al. Endoscopic Classification of chronic gastritis based on a Pilot study by the Research Society for Gastritis[J]. Dig Endosc, 2002, 14: 138-151.
- [15] 刘建平. 临床试验样本含量的计算[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(7): 536-538.

- [16] 朱舜时,Joel,Mason 等.叶酸对胃癌和其他胃肠道癌发生的干预作用—临床试验 7 年随访[J].胃肠病学,2002,7(02):73-78.
- [17] Misi,胡品津.悉尼系统:新的胃炎分类法[J].国际内科学杂志, 1991(7):289-292.
- [18] Rugge M;Meggio A;Pennelli G;Piscioli F.Et al.Gastritis staging in clinical Practice: the OLGA staging system.[J].Gut,2007,56(5):631.
- [19] Hundahl S A, PhilliPs J L, Menck H R. The National Cancer Data Base RePort on Poor survival of U.S. gastric carcinoma Patients treated with gastrectomy: Fifth Edition American Joint Committee on Cancer staging, Proximal disease, and the "different disease" hyPothesis.[J].Cancer,2015,88(4):921-932.
- [20] Taniyama Y,Katanoda K,Charvat H,et al. Estimation of lifetime cumulative incidence and mortality risk of gastric cancer[J].JaPanese Journal of Clinical Oncology,2017,47(11):1097.
- [21] 李军祥.董建华教授治疗脾胃病学术经验[C].//第二十七届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集.2015:50-56.
- [22] 董建华.董建华临证治验[M].中国友谊出版公司.1986.
- [23] Sugano K, Tack J, KuiPers E J, et al. Kyoto global consensus rePort on Helicobacter Pylori gastritis[J].Gut,2015;64:1353–1367.
- [24] Park Y H , Kim N .Review of AtroPhic Gastritis and Intestinal MetaPlasia as a Premalignant Lesion of Gastric Cancer[J].Journal of Cancer Prevention,2015, 20(1): 25-40.
- [25] 中华医学会消化病学分会,房静远,刘文忠,李兆申,等-《中华消化杂志》2013 年 1 期.
- [26] 成虹,胡伏莲,谢勇,等.中国幽门螺杆菌耐药状况以及耐药对治疗的影响: 全国多中心临床研究[J].胃肠病学,2007,12(9) : 525-530.
- [27] 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.
- [28] 张亚历, 实用消化病学[M]北京: 清华大学出版社,2009:111-119.
- [29] 王学伟.莫建中.智玲梅等.长期胆汁反流对大鼠胃黏膜的影响[J].中华消化杂志,2006,26(5):295-299.
- [30] Lewerin C,Jacobsson S,Lindstedt G,et al.Serum biomarkers for atroPhic gastritis and antibodies against Helicobacter Pylori in the elderly: ImPlications for vitamin B12, folic acid and iron status and resPonse to oral vitamin theraPy[J].JScand J Gastroenterol,2008,43(9):1050-1056.
- [31] Plummer M,Vivas J,LoPez G,et al.ChemoPrevention of Precancerous gastric lesions

- with antioxidant vitamin suPPlementation: a randomized trial in a high-risk PoPulation[J].Journal of the National Cancer Institute,2007,99(2):137-146.
- [32] 常娜,王巧侠,王小平,等.姜黄素抗肿瘤机制的研究进展[J].生物学杂志, 2018(1).
- [33] Han M E,Oh S O.Gastric stem cells and gastric cancer stem cells[J]. Anat Cell Biol,2013,46(1):8-18.
- [34] Russell R M,Krasinski S D,Samlhoff I M,et al.Folic acid malabsorPtion in atroPhic gastritis.Possible comPensation by bacterial folate synthesis[J].Gastroenterology, 1987, 91(6):1476-1482.
- [35] 卫银银,闵亚莉,苗向霞等.叶酸、维生素 B12 对幽门螺杆菌阴性慢性萎缩性胃炎的疗效分析[J].实用医学杂志,2017,33(21):3606-3610.
- [36] 朱舜时,Joel,Mason,等.叶酸对胃癌和其他胃肠道癌发生的干预作用-临床试验 7 年随访[J].胃肠病学,2002,7(2):73—78.
- [37] 吴蓓.胃黏膜低级别上皮内瘤变的转归及高级别上皮内瘤变和早癌的内镜治疗与外科手术疗效对比研究[D].军医进修学院,2011.
- [38] 权继传,邵欣欣,田艳涛,等.早期胃癌内镜治疗现状与争议[J].中国医刊,2014,49(9):7-10.
- [39] 慢性萎缩性胃炎中医病因病机和辨证分型的临床研究进展[J].中华中医药学刊, 2017(2):322-325.
- [40] 徐明星,彭波,张昌敏等.胃复春治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].中医学报,2018,33(8):1537-1541.
- [41] 谢姐.荆花胃康胶丸联合摩罗丹治疗老年慢性萎缩性胃炎伴 HP 感染临床疗效及对胃镜组织学的影响[J].河北医学,2017,23(3):412-415.
- [42] 王春.气滞胃痛颗粒联合叶酸对 HP 阳性慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素 17、胃蛋白酶原及免疫功能的影响[J].湖北中医药大学学报,2018,20(2):32-34.
- [43] 陶英杰.养胃舒胶囊联合复方黄连素片治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎临床评价[J].中国药业,2018,27(1):58-61.
- [44] 李多,刘德清,齐维娟,等.枳术宽中胶囊联合西药治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中国临床医生杂志,2018,46(9):1117-1120
- [45] 潘艳东,周洪彬.胃苏颗粒治疗脾胃气滞型慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].临床医学工程,2015,22(7):885-886.
- [46] 颜振旗,王三先,颜凯.化癥健胃汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].湖北中医杂志,2003,25(4):15.
- [47] 臧修明.胃愈汤治疗慢性萎缩性胃炎 62 例[J].湖北中医杂志,2002,24(12): 30.
- [48] 王文兰.丹栀逍遥散加味治疗慢性萎缩性胃炎 51 例[J].实用中医药杂志,2003,

- 19(1): 18.
- [49] 王相东,杨帆,方瑜.活血养胃汤加减治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].山东中医药大学学报,2015,39(5):425-427.
- [50] 谢建寰.加味六君子汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎 37 例[J].世界中西医结合杂志,2015,10(11):1545-1548.
- [51] 黄铭涵,陈琴,高龙亮,等.清化饮对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效及机制研究[J].时珍国医国药,2015,26(10):2444-2446.
- [52] 王丹萍.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制研究进展[J].中国针灸,2016,36(10):1117-1120.
- [53] 冯园园.针灸治疗慢性萎缩性胃炎简况[J].饮食保健,2016,3(21):89-90.
- [54] 苏昕峰,文红丽,刘雄,等.辣椒素对胃肠道健康的影响[J].食品工业科技,2011,32(6):443-446.
- [55] 卢金清,蔡君龙,戴艺,等.白扁豆的研究进展[J].湖北中医杂志,2013,35(12):77-79.
- [56] 沈蓓,吴启南,陈蓉,等.芡实的现代研究进展[J].西北药学杂志,2012,27(2):185-187.
- [57] 张峰,王卫国,谢燕,等.抗抑郁治疗对慢性萎缩性胃炎伴抑郁患者炎症因子及生活质量的影响[J].山西医药杂志,2017,46(20):2461-2463.
- [58] 万亚存,杨金枝,赵林灿,等.五味消毒饮与黄芪建中汤配合西药治疗幽门螺杆菌感染导致胃溃疡患者的安全性及有效性[J].中华医院感染学杂志,2016,26(19):4376-4378.
- [59] 赵智宏,董娟.黄芪建中汤辅助治疗脾胃虚寒型 HP 阳性慢性萎缩性胃炎患者 36 例临床观察[J].四川中医,2017,35(08):158-160.
- [60] 钟琴娟,叶建樑,唐宁,邵兴.黄芪建中汤肠内灌注对抗生素相关性腹泻患者肠道菌群、粘膜功能及炎症因子表达的影响[J].世界华人消化杂志,2020,28(03):92-97.
- [61] 贾梦迪.慢性萎缩性胃炎不同病理阶段证候、证素分布特点研究[D].北京中医药大学,2016.
- [62] 潘新彦.黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃溃疡的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(A2):23-25.
- [63] 姚民武,徐兰,黄光鸿.黄芪建中汤联合合募配穴灸法辅助治疗脾胃虚寒型幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2020,29(02):124-128.
- [64] 王小彪.黄芪建中汤辨证加减对慢性浅表性胃炎迁延所致慢性萎缩性胃炎的疗效分析[J].中国医药指南,2019,17(34):197.

## 附录:

### 知情同意书

亲爱的患者，您好！

您将作为“黄芪建中汤加减方治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察”临床试验的一名受试者，该项临床研究分为两组，一组采用叶酸片单药治疗，一组采用黄芪建中汤加减方联合叶酸片治疗。本研究通过叶酸片单药与黄芪建中汤加减方联合叶酸片临床疗效对比，选取一种慢性萎缩性胃炎的临床优势治疗方法。本项目的临床试验拟有 70 人次参加。

为了充分保障您的权益，同时确保本次试验顺利进行，在您同意参加之前，请阅读并充分理解以下相关信息：

如您同意加入本次研究，您将被随机分配至“治疗组”或“对照组”进行治疗，治疗周期为 6 个月，在治疗期间内，如您的病症已经痊愈，请您及时通知研究人员，以方便研究人员为您做进一步治疗安排。在治疗期间，您不得使用与慢性萎缩性胃炎相关的其他药物及治疗方法，如您已经使用，请及时告知研究人员。

本次临床试验使用传统的中医药和西药进行治疗，在试验过程中将有医生全程监护。在本次试验中若发生与试验相关的损害事故或不良事件，医院将根据您的损害程度，依据相关法律法规进行赔偿。

您有权益对本次试验进行充分了解，医院和医生有义务向您提供本次试验有关的信息资料，解释和回答您所关心的问题，由您自己考虑是否加入本次试验，您有权随时退出本次试验，中途退出本次试验不会影响医生对您的常规治疗。

本次试验结果与资料归本次临床研究项目的实施者及医疗机构所有，并无偿使用，但您的个人信息会由我院保密，您的隐私将不会受到侵犯。我院相关部门和项目实施者可以查阅您的资料，但不得对外泄露。除非法律需要，您的身份将被保密。研究结果将在不泄露您身份和隐私的前提下因科学目的而发表。

患者承诺：

我自愿参加“黄芪建中汤加减方治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察”临床试验，我已清楚本次研究要求，充分了解本次研究目的、意义及研究方法，保证按研究方案要求治疗及随访，并及时报告出现的不适现象。

患者 签名：

日期： 年 月 日

研究者签名：

日期： 年 月 日

附表 1 纳入与排除标准

根据病史和体格检查，请确认以下：

病例纳入标准	是	否
1 符合上述 CAG 西医及中医证候诊断标准的患者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 年龄：20-75 岁, 男女不限（含 20 岁、75 岁）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 纳入试验前 2 周内未服用任何治疗 CAG 相关药物或接受其他相关治疗方法；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受试者必须提供纳入试验 3 个月内的胃镜及病理检查以证实诊断；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 受试者需提供近 3 个月内血常规、肝功能、肾功能及心电图检查，并且结果无明显异常者；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 受试者知情同意参与本次试验，并在详阅知情同意后签字确认。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以上任何一项回答“否”则患者不能进入本次研究。		
病例排除标准	是	否
1 年龄在 20 岁以下或 75 岁以上；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 妊娠或哺乳期妇女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 胃镜病理异型增生、上皮内瘤变或其他恶变者；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 既往有胃肠道手术史、肝胆手术史、合并胆系疾病者；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 患有严重原发性疾病或影响生存的严重疾病者及患有精神类疾病或不具备个人行为能力者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 对本次用药成分有过敏者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 同时参加其他临床试验观察者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 幽门螺旋杆菌感染者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以上任何一项回答“否”则患者不能进入本次研究。		



附表 2

## 一般资料

姓名：\_\_\_\_\_ 性别：☐男 ☐女 年龄：\_\_\_\_\_ 岁

联系地址：\_\_\_\_\_ 移动电话：\_\_\_\_\_

## 个人史

吸烟：☐否 ☐是 烟龄\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_支/天 戒烟\_\_\_\_\_年饮酒：☐否 ☐是 酒龄\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_两/天 戒酒\_\_\_\_\_年

## 病史：

萎缩性胃炎确诊日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

过敏史：☐否 ☐是 如有，请详述\_\_\_\_\_家族史：☐否 ☐是 ☐不详，如有，请说明\_\_\_\_\_

## 治疗前安全性指标观察：

心率：\_\_\_\_\_次/分

血压：\_\_\_\_\_ mmHg

呼吸：\_\_\_\_\_次/分

体温：\_\_\_\_\_ °C

肝、肾功能回示：☐正常☐异常血常规回示：☐正常☐异常心电图回示：☐正常☐异常

## 治疗后安全性指标观察：

心率：\_\_\_\_\_次/分

血压：\_\_\_\_\_ mmHg

呼吸：\_\_\_\_\_次/分

体温：\_\_\_\_\_ °C

肝、肾功能回示：☐正常☐异常血常规回示：☐正常☐异常心电图回示：☐正常☐异常

## 试验期间是否发生不良事件（如恶心、呕吐、过敏反应等）：

☐是 ☐否

不良事件类型：\_\_\_\_\_

不良事件程度：\_\_\_\_\_

不良事件处理情况：\_\_\_\_\_

转归情况：\_\_\_\_\_

附表 3 慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证症状分级量化表 (治疗前):

	症状	无 (0 分)	轻 (2 分)	中 (4 分)	重 (6 分)	计分
主 症	胃脘、胁肋胀满	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻微胃胀, 时作时止, 不影响工作和休息	<input type="checkbox"/> 胃胀可忍, 发作频繁, 影响工作及休息	<input type="checkbox"/> 胃胀难忍, 持续不止, 常需服理气消导药缓解	
	隐痛	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 经常	<input type="checkbox"/> 持续不止	
	喜按喜暖	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 稍有	<input type="checkbox"/> 胃脘部按、暖则舒	<input type="checkbox"/> 尤其喜按喜暖	
	症状	无 (0 分)	轻 (1 分)	中 (2 分)	重 (3 分)	计分
次 症	大便稀溏	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 大便不成形	<input type="checkbox"/> 每日 2~3 次, 便溏	<input type="checkbox"/> 每日 4 次以上, 便稀溏	
	食后脘闷	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 稍微	<input type="checkbox"/> 较明显, 但很快缓解	<input type="checkbox"/> 十分明显, 到下次进餐前才缓解	
	乏力	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 肢体稍倦, 可坚持轻体力工作	<input type="checkbox"/> 四肢乏力, 勉强坚持日常活动	<input type="checkbox"/> 全身无力, 终日不愿活动	
	饮食减少	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/4	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/3	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/2	
	反酸	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶有反酸	<input type="checkbox"/> 时常反酸	<input type="checkbox"/> 频频反酸	
	气短	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 活动较多气短	<input type="checkbox"/> 活动稍多气短	<input type="checkbox"/> 未活动也气短	
	懒言	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 不问不答	<input type="checkbox"/> 问多答少	<input type="checkbox"/> 不愿答言	
	胃中嘈杂	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 偶有发作, 短暂即过	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 持续时间不超过 1 小时	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 持续时间超过 1 小时	
	呕吐清水	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶有呕吐清水	<input type="checkbox"/> 有时呕吐清水	<input type="checkbox"/> 经常呕吐清水	
舌质: <input type="checkbox"/> 淡 <input type="checkbox"/> 暗 <input type="checkbox"/> 红 <input type="checkbox"/> 舌红少津 <input type="checkbox"/> 瘀点、瘀斑 <input type="checkbox"/> 有裂纹 <input type="checkbox"/> 其他 舌苔: <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 薄 <input type="checkbox"/> 厚 <input type="checkbox"/> 腻 <input type="checkbox"/> 少苔 <input type="checkbox"/> 其他 脉象: <input type="checkbox"/> 细 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 沉 <input type="checkbox"/> 滑 <input type="checkbox"/> 弦 <input type="checkbox"/> 数 <input type="checkbox"/> 涩 <input type="checkbox"/> 其他						
症状总积分: 分						

附表 4 慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证症状分级量化表 (治疗 3 月后):

	症状	无 (0 分)	轻 (2 分)	中 (4 分)	重 (6 分)	计分
主症	胃脘、胁肋胀满	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻微胃胀, 时作时止, 不影响工作和休息	<input type="checkbox"/> 胃胀可忍, 发作频繁, 影响工作及休息	<input type="checkbox"/> 胃胀难忍, 持续不止, 常需服理气消导药缓解	
	隐痛	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 经常	<input type="checkbox"/> 持续不止	
	喜按喜暖	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 稍有	<input type="checkbox"/> 胃脘部按、暖则舒	<input type="checkbox"/> 尤其喜按喜暖	
	症状	无 (0 分)	轻 (1 分)	中 (2 分)	重 (3 分)	计分
次症	大便稀溏	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 大便不成形	<input type="checkbox"/> 每日 2~3 次, 便溏	<input type="checkbox"/> 每日 4 次以上, 便稀溏	
	食后脘闷	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 稍微	<input type="checkbox"/> 较明显, 但很快缓解	<input type="checkbox"/> 十分明显, 到下次进餐前才缓解	
	乏力	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 肢体稍倦, 可坚持轻体力工作	<input type="checkbox"/> 四肢乏力, 勉强坚持日常活动	<input type="checkbox"/> 全身无力, 终日不愿活动	
	饮食减少	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/4	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/3	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/2	
	反酸	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶有反酸	<input type="checkbox"/> 时常反酸	<input type="checkbox"/> 频频反酸	
	气短	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 活动较多气短	<input type="checkbox"/> 活动稍多气短	<input type="checkbox"/> 未活动也气短	
	懒言	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 不问不答	<input type="checkbox"/> 问多答少	<input type="checkbox"/> 不愿答言	
	胃中嘈杂	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 偶有发作, 短暂即过	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 持续时间不超过 1 小时	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 持续时间超过 1 小时	
	呕吐清水	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶有呕吐清水	<input type="checkbox"/> 有时呕吐清水	<input type="checkbox"/> 经常呕吐清水	
舌质: <input type="checkbox"/> 淡 <input type="checkbox"/> 暗 <input type="checkbox"/> 红 <input type="checkbox"/> 舌红少津 <input type="checkbox"/> 瘀点、瘀斑 <input type="checkbox"/> 有裂纹 <input type="checkbox"/> 其他						
舌苔: <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 薄 <input type="checkbox"/> 厚 <input type="checkbox"/> 腻 <input type="checkbox"/> 少苔 <input type="checkbox"/> 其他						
脉象: <input type="checkbox"/> 细 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 沉 <input type="checkbox"/> 滑 <input type="checkbox"/> 弦 <input type="checkbox"/> 数 <input type="checkbox"/> 涩 <input type="checkbox"/> 其他						
症状总积分: 分						

附表 5 慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证症状分级量化表 (治疗 6 月后):

	症状	无 (0 分)	轻 (2 分)	中 (4 分)	重 (6 分)	计分
主 症	胃脘、胁肋胀满	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻微胃胀, 时作时止, 不影响工作和休息	<input type="checkbox"/> 胃胀可忍, 发作频繁, 影响工作及休息	<input type="checkbox"/> 胃胀难忍, 持续不止, 常需服理气消导药缓解	
	隐痛	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 经常	<input type="checkbox"/> 持续不止	
	喜按喜暖	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 稍有	<input type="checkbox"/> 胃脘部按、暖则舒	<input type="checkbox"/> 尤其喜按喜暖	
	症状	无 (0 分)	轻 (1 分)	中 (2 分)	重 (3 分)	计分
次 症	大便稀溏	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 大便不成形	<input type="checkbox"/> 每日 2~3 次, 便溏	<input type="checkbox"/> 每日 4 次以上, 便稀溏	
	食后脘闷	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 稍微	<input type="checkbox"/> 较明显, 但很快缓解	<input type="checkbox"/> 十分明显, 到下次进餐前才缓解	
	乏力	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 肢体稍倦, 可坚持轻体力工作	<input type="checkbox"/> 四肢乏力, 勉强坚持日常活动	<input type="checkbox"/> 全身无力, 终日不愿活动	
	饮食减少	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/4	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/3	<input type="checkbox"/> 食量减少 1/2	
	反酸	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶有反酸	<input type="checkbox"/> 时常反酸	<input type="checkbox"/> 频频反酸	
	气短	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 活动较多气短	<input type="checkbox"/> 活动稍多气短	<input type="checkbox"/> 未活动也气短	
	懒言	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 不问不答	<input type="checkbox"/> 问多答少	<input type="checkbox"/> 不愿答言	
	胃中嘈杂	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 偶有发作, 短暂即过	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 持续时间不超过 1 小时	<input type="checkbox"/> 胃中嘈杂, 持续时间超过 1 小时	
	呕吐清水	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 偶有呕吐清水	<input type="checkbox"/> 有时呕吐清水	<input type="checkbox"/> 经常呕吐清水	
舌质: <input type="checkbox"/> 淡 <input type="checkbox"/> 暗 <input type="checkbox"/> 红 <input type="checkbox"/> 舌红少津 <input type="checkbox"/> 瘀点、瘀斑 <input type="checkbox"/> 有裂纹 <input type="checkbox"/> 其他						
舌苔: <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 薄 <input type="checkbox"/> 厚 <input type="checkbox"/> 腻 <input type="checkbox"/> 少苔 <input type="checkbox"/> 其他						
脉象: <input type="checkbox"/> 细 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 沉 <input type="checkbox"/> 滑 <input type="checkbox"/> 弦 <input type="checkbox"/> 数 <input type="checkbox"/> 涩 <input type="checkbox"/> 其他						
症状总积分: 分						

附表 6 治疗前胃镜下表现及病理分级表

主要胃镜下表现	无 (0 分)	轻度 (1 分)	中度 (2 分)	重度 (3 分)	计分
	黏膜呈现红白相间,以红为主	黏膜颜色呈灰白色或灰黄色, 黏膜变薄, 血管暴露, 常呈局灶。	黏膜下血管显露明显, 黏膜变薄常呈弥漫性, 可见薄层灰白色样增生	黏膜可见单发甚至多发的灰白色结节, 突出于胃黏膜, 可见不规则的颗粒状外观。	
病理分级 (主要)	无 (0 分)	轻度 (2 分)	中度 (4 分)	重度 (6 分)	计分
萎缩	无	固有的腺体减少比例少于原有的腺体的 1/3, 然保留大部分腺体。	固有的腺体减少比例多于有的腺体的 1/3, 而少于原有腺体的 2/3。	固有的腺体减少所占比例多于原有的腺体的 2/3。	
肠腺化生	无	化生的肠上皮细胞所占比例 < 1/3 胃黏膜固有细胞。	化生的肠上皮细胞所占比例为 1/3-2/3 胃黏膜固有细胞。	化生的肠上皮化细胞所占比例 > 2/3 胃黏膜固有细胞。	
病理分级 (次要)	无 (0 分)	轻度 (1 分)	中度 (2 分)	重度 (3 分)	计分
慢性炎症	无	单核细胞较少局限于黏膜浅层, 不超过黏膜层的 1/3。	单核细胞较密集, 不超过黏膜层的 2/3。	单核细胞密集, 占据黏膜全层。	
活动性	无	黏膜固有层少数中性粒细胞 (<20 个/HPF) 浸润。	黏膜固有层中性粒细胞较多 (20 个/HPF < 且 <50 个/HPF), 存在于黏膜层, 7 可见于表面上皮细胞、小凹上皮细胞或腺管上皮内。	黏膜固有层中性粒细胞密集 (>50 个/HPF), 或除中度所见外还可见小凹脓肿。	

附表 7 治疗后胃镜下表现及病理分级表

	无 (0 分)	轻度 (1 分)	中度 (2 分)	重度 (3 分)	计分
主要胃镜下表现	黏膜呈现红白相间,以红为主	黏膜颜色呈灰白色或灰黄色, 粘膜变薄, 血管暴露, 常呈局灶。	黏膜下血管显露明显, 黏膜变薄常呈弥漫性, 可见薄层灰白色样增生	黏膜可见单发甚至多发的灰白色结节, 突出于胃黏膜, 可见不规则的颗粒状外观。	
病理分级 (主要)	无 (0 分)	轻度 (2 分)	中度 (4 分)	重度 (6 分)	计分
萎缩	无	固有的腺体减少比例少于原有的腺体的 1/3, 然保留大部分腺体。	固有的腺体减少比例多于有的腺体的 1/3, 而少于原有腺体的 2/3。	固有的腺体减少所占比例多于原有的腺体的 2/3。	
肠腺化生	无	化生的肠上皮细胞所占比例 < 1/3 胃黏膜固有细胞。	化生的肠上皮细胞所占比例为 1/3-2/3 胃黏膜固有细胞。	化生的肠上皮化细胞所占比例 > 2/3 胃黏膜固有细胞。	
病理分级 (次要)	无 (0 分)	轻度 (1 分)	中度 (2 分)	重度 (3 分)	计分
慢性炎症	无	单核细胞较少局限于粘膜浅层, 不超过粘膜层的 1/3。	单核细胞较密集, 不超过粘膜层的 2/3。	单核细胞密集, 占据粘膜全层。	
活动性	无	粘膜固有层少数中性粒细胞 (<20 个/HPF) 浸润。	粘膜固有层中性粒细胞较多 (20 个/HPF < 且 <50 个/HPF), 存在于粘膜层, 7 可见于表面上皮细胞、小凹上皮细胞或腺管上皮内。	粘膜固有层中性粒细胞密集 (>50 个/HPF), 或除中度所见外还可见小凹脓肿。	

## 综述

# 慢性萎缩性胃炎的中医药治疗进展

海琳娜<sup>1</sup>综述 李志钢<sup>2</sup>审校

**摘要：**胃癌是消化系统发病率最高的肿瘤，死亡率仅位于肺癌和肝癌之后，占全部恶性肿瘤死亡人数的 14.7%，且呈全球化增长的趋势，慢性萎缩性胃炎和肠上皮化生是胃癌的主要前体病变，如何有效阻断胃癌前病变，即有效控制慢性萎缩性胃炎的发生，发展，从源头上进一步阻断消化道系统肿瘤疾病的发生，本文通过查阅大量有关慢性萎缩性胃炎相关文献的发病机制，病因病机，辨证论证及中医药治疗这几个方面进行总结，归纳，期待为治疗慢性萎缩性胃炎这一病症起到指导作用。

**关键词：**慢性萎缩性胃炎；中医药治疗；研究进展

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG）和肠上皮化生（intestinal metaplasia IM）是胃癌的主要前体病变<sup>[1]</sup>，其经过了复杂过程发展为胃癌<sup>[2]</sup>。我国人群胃癌的新发病率为 42.7 万/占世界比重 47.19%，死亡发病比 0.69，胃癌的发病率和死亡率仍然居于癌症相关死因中的前列<sup>[3]</sup>。CAG 和 IM 的流行程度因国家而异，病因也并不总是相同的，由于 CAG 特殊的疾病诊断应用方法以及检测结果的高表达率，目前针对 CAG 和 IM 的有效治疗和预防策略尚未建立。既往有研究证实通过根除幽门螺杆菌可以实现 CAG 和 IM 的逆转<sup>[4]</sup>，然而，现在有荟萃分析发现，这一观点尚有争议<sup>[5]</sup>。

学者发现，运用中医药疗法能够缓解胃黏膜病变，使胃癌的发生率以及病死率显著下降，但基于研究设计质量偏低，样本量小，文献质量普遍不高，导致目前中医药治疗 CAG 临床推荐等级低的问题<sup>[6]</sup>。因此，对于临床应用有效的方剂和治法进行高质量、更深入的研究，因此，本文综述并探索中医药治疗 CAG 水平及其使胃癌的发病率及死亡率得以下降的主要意义。

## 1 病因病机

关于本病的病因，现代医家在总结前人经验思想基础上也提出了自己的看法，饮食不洁、饮食不节、用药不当、情志因素，七情不润、思虑过度，外邪入侵（湿邪、疫毒、幽门螺杆菌感染为主）。先天不足、后天失养、久病体虚。目前，各大学者对 CAG 疾病的研究进行了大量的学术交流及探讨，虽然针对其中医的发病机理各执己见，但并不影响其病因病机的基本确立，即人体平时脾胃的气机升降及运化、容纳水谷的生理功能逐渐减退，致使人体的防御能力减弱从而极易受邪气侵袭内滞于

内,进一步使肝气疏散作用失调情绪受到起伏波动等<sup>[7]</sup>。

## 2 中医药治疗

### 2.1 辨证论治

目前国内将慢性萎缩性胃炎按照中医辨证论治的原则总结出不同证型,这些证型都有着不同的致病机理及其治疗方药:如肝与胃相克,肝气太过则易使胃的气机失调,致使气机郁滞从而出现肝胃气滞型,对症治疗其方剂宜选择柴胡疏肝散以疏肝和胃,调和肝胃。当肝胃气机不畅内火郁结极易出现肝胃郁热型,多用化肝煎合左金丸以疏肝理气,泄热合胃。人体脾胃生理功能减退从而影响食欲欠佳进一步致使、脾胃虚弱,宜补脾益气,燥湿化痰之六君子汤治疗。当湿痰蕴结于脾胃则易致脾胃湿热型,此时选用沙参麦冬汤最为适宜<sup>[8]</sup>。安贺军等<sup>[9]</sup> 经过分析 CAG 患者的致病因素,总共分了 4 中基本的中医证型,其中胃络瘀血证型的 CAG 患者比较其它证型容易发生胃黏膜肠上皮化生及其异型增生的病理改变。田德禄<sup>[10]</sup>则将 CAG 总共分为 8 种证型,并逐个给予相应的治疗方药及加减规则,比如选用百合乌药汤治疗人体脾胃虚弱的症状,治疗食欲欠佳,胃胀不适等;选用益胃汤治疗胃内津液欠充足,出现口干、口渴等,治以甘寒益胃,调气和中;选用肝香苏散治疗肝胃之气机郁滞,气血不畅,提出疏理肝气、调和肝胃的治则。赵晓丹等<sup>[11]</sup>同样是依据 431 例 CAG 患者的发病机理将其按照现代传统的中医分类方法分为 6 个证型,其中当患者出现烦躁易怒,胃内嘈杂不适等症状是多归纳为肝胃郁热型;当人体平时脾胃的气机升降及运化、受纳水谷的生理功能逐渐减退,致使人体的食欲欠佳从而统归脾胃虚弱型;肝气郁结相克脾胃,从而导致肝胃气滞型的出现;采用健脾除湿之法以治疗脾胃湿热型患者最佳;其中胃络不畅致使瘀血成形、胃液不足致使一派燥象的两种证型极易使 CAG 患者的胃黏膜产生肠上皮化生的病理改变;同时运用健脾除湿,疏肝泄热之法治 CAG 患者幽门螺杆菌感染率的效果最显著。

### 2.2 专方及中成药治疗

#### 2.2.1 专方治疗

颜振旗<sup>[12]</sup> 等运用化瘀健胃汤治疗 CAG 患者并采用猴头健胃灵胶囊口服对照设计治疗方案。治疗效果明显优于对照组。臧修明<sup>[13]</sup>运用胃愈汤治疗 CAG 62 例,结果:治疗组方案显愈率和总有效率均明显优于对照组( $P<0.01$ )。王文兰<sup>[14]</sup>治疗 51 例 CAG 患者,选方用丹栀逍遥散加味治以疏肝和胃,显效 19 例(37.3%);有效 23 例(45.1%);无效 9 例(17.7%)。总有效率 82.4%。王相东等<sup>[15]</sup> 用自拟活血养胃汤加减治疗数名 CAG 患者,对照组采用胃复春片治疗,得出实验组有效性均优于对照组的结论。谢建寰<sup>[16]</sup> 将按照随机对照试验将患有 CAG 的数例就诊人员分为 2 组,发现服用加味六君子汤的 CAG 患者能够有效的改善患者的症状积分及胃镜下胃黏膜的好转变化及胃黏膜的病理恢复,提高总有效率;黄铭涵等<sup>[17]</sup>运用上述同样的



临床研究方法,发现服用清化饮的脾胃湿热型 CAG 患者,治疗 6 个月后,其总有效率显著高于服用胃复康片的对照组。

### 2.2.2 中成药治疗

谢守鹏<sup>[18]</sup>等用胃必灵胶囊对 105 名 CAG 病患进行临床治疗观察。综合疗效:105 例中,近期临床治愈 51 例(48.6%),显效 41 例(39%),有效 9 例(8.6%),无效 4 例(3.8%),总有效率为 96%;结果:总有效率分别为 72.3%、66.7%、63.8%、72.4%;对照组临床总有效率为 56.0%,对萎缩、IM、ATP、Hp 的有效率分别为 40.0%、36.8%、39.1%、14.3%,两组之间的比较有显著性意义差异。

## 3 其他治疗

李国徽等<sup>[19]</sup>为采用中医穴位埋线疗法治疗数名 CAG 病患,发现其于临床上的总有效率显著,探讨这一治疗效果极有可能加强的胃部的蠕动能力,使胃黏膜的愈合能力得以提高;郭金颖等<sup>[20]</sup>用发现治疗 28 例脾胃虚寒型 CAG 患者,运用毫火针治疗效果颇佳;司英奎<sup>[21]</sup>则运用中医的针灸疗法治疗效果显著,其主要采用针刺患者的梁丘穴位治疗脾胃虚寒型 CAG 病患;王正国<sup>[22]</sup>则将治疗关注点放在艾灸、耳穴贴敷上,发现联合中药汤剂口服治疗 3 周后,数例脾胃气虚型 CAG 患者好转率大大提高。

## 4 结语

目前,大多数 CAG 的治疗采用西医治疗,然而不可否认的是中医药治疗 CAG 有其必要性和独特性。研究表明,中医药治疗可逆转部分肠上皮化生和异型增生甚至达到治愈,可以有效降低胃癌发生率及病死率,阻断其向胃癌的发展,同时还可减轻患者对于手术带来的经济和心理上的负担,因此中西医结合治疗萎缩性胃炎可扬长避短,提高疗效,值得进一步研究。

## 参考文献

- [1] Jencks D S,Adam J D,Borum M L,et al.Overview of Current Concepts in Gastric Intestinal Metaplasia and Gastric Cancer[J]. Gastroenterol Hepatol, 2018, 14(2): 92-101.
- [2] Rezaei M T,Rezaei S T,Tajik F R.Biochemical pathway analysis of gastric atrophy[J].Iranian Journal of Pharmaceutical Research,2018, 17(1):415-425.
- [3] 郑荣寿,张思维,陈万青,等.2013 年中国恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2017,(01):1-7.
- [4] Leja M,Park J Y,Murillo R .Multicentric randomised study of Helicobacter pylori eradication and pepsinogen testing for prevention of gastric cancer mortality the

- GISTAR study.[J]. Bmj Open, 2017, 7(8):e016999.
- [5] Cheung K S,Leung W K.Risk of gastric cancer development after eradication of Helicobacter pylori[J].World Journal of Gastrointestinal Oncology, 2018,10(5): 115-123.
- [6] 唐志鹏,戴彦成,张亚利.慢性萎缩性胃炎中医药疗效评价存在的问题及解决策略[J].中医杂志,2016,57(1):28-31.
- [7] 慢性萎缩性胃炎中医病因病机和辨证分型的临床研究进展[J].中华中医药学刊, 2017(2):322-325.
- [8] 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[J].中医杂志 201051(8):750-751.
- [9] 安贺军,张波,郭雁冰,等.172 例慢性萎缩性胃炎中医证候学研究分析[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(2):156-158.
- [10] 冯文亮,马卫国.田德禄中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].北京中医药,2015,34(9):700-702.
- [11] 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,2015,8(1):18-21.
- [12] 颜振旗,王三先,颜凯.化瘀健胃汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].湖北中医杂志,2003,25(4):15.
- [13] 臧修明.胃愈汤治疗慢性萎缩性胃炎 62 例[J].湖北中医杂志,2002,24(12): 30.
- [14] 王文兰.丹栀逍遥散加味治疗慢性萎缩性胃炎 51 例[J].实用中医药杂志,2003, 19(1): 18.
- [15] 王相东,杨帆,方瑜.活血养胃汤加减治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].山东中医药大学学报,2015,39(5):425-427.
- [16] 谢建寰.加味六君子汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎 37 例[J].世界中西医结合杂志,2015,10(11):1545-1548.
- [17] 黄铭涵,陈琴,高龙亮,等.清化饮对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效及机制研究[J].时珍国医国药,2015,26(10):244-2446.
- [18] 谢守鹏,单玉莲,胡涛.胃必灵胶囊治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].湖北中医杂志,2003,25(4):16-17.
- [19] 谢晶日,王冰梅,李京华,等.胃灵 1 号冲剂治疗慢性萎缩性胃炎[J].中华国际医学杂志,2003,3(3):226.
- [20] 李国徽,陈佳,陈凌,等.穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎 65 例[J].陕西中医,2014,35(1):73-74.
- [21] 郭金颖,吴永华.毫火针治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎 28 例[J].浙江中医杂

志,2014,49(12):912.

- [22] 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):740-741.
- [23] 王正国.中药汤剂配合艾灸、耳穴贴敷治疗慢性萎缩性胃炎脾胃气虚型 48 例临床观察[J].中医临床研究,2012,4(23):54-55.

## 攻读硕士学位期间发表的学术论文

- [1] 海琳娜,李志钢.慢性萎缩性胃炎的中医药治疗进展[J].新疆中医药,2019,37(06):134-136.
- [2] 安晓英,祁贝贝,海琳娜,李志钢.萎缩性胃炎的中西医治疗研究现况[J].新疆中医药,2019,37(01):192-194.

## 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	海琳娜	学号	107602170231
所在学院	第四临床医学 院	导师姓名	李志钢
专业	中医内科学	研究方向	脾胃病的中医临床研究
论文题目	黄芪建中汤加减方治疗“脾胃虚弱”型慢性萎缩性胃炎的临床研究		
<p>学术评语：</p> <p>该论文通过对 2017 年 10 月至 2020 年 2 月，在新疆维吾尔自治区中医医院李志钢主任医师专家门诊就诊的“脾胃虚弱”型 CAG 患者 70 例，随机分成治疗组（黄芪建中汤加减方联合叶酸片）35 例和对照组（叶酸片单药）35 例，通过观察黄芪建中汤加减方联合叶酸片治疗“脾胃虚弱”型 CAG 患者的临床疗效，为临床治疗 CAG 患者提供一定的数据及疗效的参考。本研究论文立论立题依据充分，原始资料数据搜集可靠全面，如实撰写本研究论文且文本合理规范，论文相关数据通过专业统计学软件进行相关性数据分析，由专业软件绘制统计图，本论文研究结果可信度高，研究结论合理规范。本论文研究工作可表明，该生已基本掌握了本论文研究工作等相关的基础专业知识，并熟练的掌握课题相关的研究技术及相关研究方法，研究者掌握了相应的科研方法及研究思路。该论文基本达到专业型硕士学位论文水平。</p> <p>同意该生提交学位论文，并进行论文答辩！</p> <p style="text-align: right;">指导教师签字：李志钢</p> <p style="text-align: right;">2020 年 05 月 16 日</p>			