

分类号:

学校代号: 10471

密 级:

学 号: 2015269

河南中医药大学

硕士学位论文

杨国红教授治疗慢性萎缩性胃炎用药规律
的探讨分析

作者姓名:	彭小利
导师姓名:	杨国红
学科专业:	中医内科学
学位类型:	中医硕士专业学位
所属院部:	第一临床医学院

2018年4月30日

河南中医药大学 2018 届硕士研究生学位论文

杨国红教授治疗慢性萎缩性胃炎
用药规律的探讨分析

研究生姓名： 彭小利

导 师： 杨国红 教 授

指导组成员： 李春颖 教 授

邵明义 副教授

学科、专业： 中医内科学

所属院、部： 第一临床医学院

中国·郑州

2018 年 4 月 30 日

硕士学位论文原创性声明

本人所呈交的硕士学位论文，是在导师杨国红主任医师的指导下，独立进行科学研究工作所取得的成果。除文中已特别加以注明引用的内容外，论文中不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

特此声明。

论文作者（签名）：董小利

2018年4月30日

硕士学位论文使用授权声明

本人已完全了解河南中医药大学有关保留、使用硕士学位论文的相关规定，同意学校保留或向国家有关部门、机构送交本学位论文的复印件和电子版，允许论文被查阅或借阅。本人授权河南中医药大学可以将本论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或其他复制手段保存、汇编本论文（注：保密论文在解密后适用本授权声明）。

特此声明。

论文作者（签名）：董小利

2018年4月30日

导师（签名）：杨国红

2018年4月30日

目录

摘要	1
Abstract	3
前言	5
资料与方法	6
1 资料选择	6
2 研究内容	7
3 研究方法	7
研究结果	8
1 一般情况分析	8
2. 药物频数统计结果	9
3. 药类频数统计结果	11
4. 药性频数统计结果	13
5. 药物聚类分析统计结果	16
理论探讨	17
1 西医对慢性萎缩性胃炎的认识	17
1 中医对慢性萎缩性胃炎的认识	17
1 导师对慢性萎缩性胃炎的认识	18
3 研究结果分析及讨论	19
4 不足与展望	24
结论	25
致谢	26
参考文献	27
附录	30
附录 1 聚类分析树状图	30
附录 2 病例调查表	31
附录 3 文献综述	34
附录 4 在校期间论文论著和科研情况	40

摘要

目的：运用统计学方法对河南中医药大学第一附属医院 2014 年 01 月-2017 年 12 月杨国红教授医治的慢性萎缩性胃炎病例进行整理及分析，探讨导师杨国红教授治疗慢性萎缩性胃炎的用药规律，总结导师治疗慢性萎缩性胃炎的用药经验及学术思想，同时为临床医治慢性萎缩性胃炎遣方用药提供参考。

方法：本研究对收集符合纳入条件的慢性萎缩性胃炎患者的门诊病例进行整理，使用 SPSS23.0 建立数据库，应用统计学频数分析统计出高频药，对高频药物的四气、五味、归经及药类进行频数统计，并对高频药物进行聚类统计分析，总结出关系密切的药对及聚类方组。

结果：依据病例纳入及排除标准，共收集相符条件的病例共 281 例，男性 145 例，女性 136 例，男性构成比略高于女性；在年龄分布上，不同年龄段构成比不同，51-60 岁所占比高于其他年龄段；在病症方面，本研究结果显示慢性萎缩性胃炎患者的主要病症分布为胃痛（108 例）、胃痞（108）例、烧心（13 例）、泛酸（10 例）、纳呆（10 例）、呕吐（10 例）、噎气（2 例）、嘈杂（1 例），其他（占 19 例，包括无明显不适、胸闷、恶心等）；本次研究共收集 281 张处方，使用药物共 94 种，总频次共 3783 次，其中使用频次在 15 次以上的药物共有 48 种，总计出现 3261 次，占总频次的 86.2%，频数 100 次以上的药物有 14 味，总计 1971 次，占总频数的 52.1%。高频药物统计显示理气药（占高频药物的 16.68%）及补虚药（占高频药物的 15.85%）使用最多，平肝熄风药使用最少（占 0.05%）。高频药物前 14 味药物依据使用频数从高到底依次为半夏（197 次）、陈皮（180 次）、黄连（166 次）、薏苡仁（158 次）、瓦楞子（154 次）、木香（138 次）、茯苓（136 次）、黄芩（135 次）、厚朴（125 次）、延胡索（125 次）、白术（123 次）、党参（122 次）、砂仁（106 次）、枳壳（106 次），是导师治疗慢性萎缩性胃炎的主要药物。四气研究显示选用最多的为温性药物，高频药物中占有 21 味，使用频次 1611 次，占高频药物的 49.07%。五味研究显示选用最多的为苦性药物，高频药物中占有 24 味，使用频次 1650 次，占高频药物的 31.18%。归经按使用味数依次排序为脾、胃、肝、肺、心、肾、大肠、胆、三焦、心包，归属脾经、胃经的用药最多；聚类分析得出经常使用的用药对 5 对，药物组合 3 组。

结论：导师杨国红教授治疗慢性萎缩性胃炎的用药主要以理气药、补虚药（多为补气及补血药）、化痰止咳平喘药、清热药、祛湿药及活血化瘀药等为主；导师治疗慢性萎缩性胃炎选用药物药性主要以温、寒为主，药味主要以苦、甘、辛多见，归经主要以脾、胃经为主。

关键词：慢性萎缩性胃炎；中医药治疗；用药规律；

Professor Yang guo hong's retrospective analysis on the treatment of chronic atrophic gastritis

Peng Xiaoli (Internal medicine of Traditional Chinese Medicine)

Directed by *Yang Guohong*

Abstract

Objective: To analyze the cases of chronic atrophic gastritis treated by Professor Yang Guohong from January 2014 to December 2017 in the first affiliated Hospital of Henan University of traditional Chinese Medicine. To discuss the rule of professor Yang Guohong's treatment of chronic atrophic gastritis, summarize the experience and academic thought of tutor's treatment of chronic atrophic gastritis, and provide some references for clinical treatment of chronic atrophic gastritis.

Methods:we collected outpatients with chronic atrophic gastritis (CAG) according to the condition of inclusion, set up a database bank with SPSS23.0, analyzed the high frequency drugs by statistical frequency analysis, and compared the four kinds of high frequency drugs. Five kinds of drugs were collected and their frequency statistics were carried out, and the high frequency drugs were analyzed by cluster statistics. The close relationship of drug pair and cluster prescription group was summarized, and the experience and law of professor Yang Guohong in treating chronic atrophic gastritis were discussed.

Results: According to the criteria of inclusion and exclusion, 281 cases were collected, 145 cases were males and 136 cases were females. The composition ratio of males was slightly higher than that of females. The proportion of patients aged 51-60 years with different age groups was higher than that of other age groups. In terms of symptoms, the main symptoms of chronic atrophic gastritis were 108 cases of stomachache and 108 cases of gastric distension. There were 13 cases of heart-burning, 10 cases of pantothenic acid, 10 cases of anodyne, 10 cases of vomiting, 2 cases of belching, 1 case of noise, and 1 case of others (19 cases, including no obvious discomfort, chest tightness, nausea, etc.). In this study, 281 prescriptions were collected and 94 kinds of drugs were used. The total frequency was 3783, of which 48

drugs were used more than 15 times, 3261 times, accounting for 86.2 times of the total frequency, more than 100 times of the drugs have 14 taste, a total of 1971 times, The statistics of high frequency drugs showed that the drugs for regulating qi (16.68% of high frequency drugs) and for reinforcing deficiency drugs (15.85% of high frequency drugs) were used the most. The first 14 kinds of high frequency drugs were used from the high frequency to the end in order of 197 times, 180 times, 166 times, 158 times, 154 times, 138 times, 136 times, respectively. *Scutellaria baicalensis* 135 times, *Magnolia officinalis* 125 times, *Rhizoma yanhusuo* 125 times, *Atractylodes macrocephala* 123 times, *Codonopsis lanceolata* 122 times, *Amomum aurantii* 106 times, *Fructus Aurantii* 106 times, are the main drugs used by tutors to treat chronic atrophic gastritis. Among the high frequency drugs, 21 were used 1611 times, accounting for 49.07 of the high frequency drugs. The five flavor studies showed that the most used drugs were bitter drugs, and 24 of the high frequency drugs were used 1650 times. The most frequently used drugs were spleen, stomach, liver, lung, heart, kidney, large intestine, gallbladder, trijiao, pericardium, pericardium, ascription of spleen channel and stomach meridian. Drug combination group 3.

Conclusion: Tutor professor guo-hong Yang in the treatment of chronic atrophic gastritis to the main drug and qi, tonify deficiency medicine (mostly tonifying qi and blood tonic medicine), phlegm cough antiasthmatic, medicine, qushi medicine and promoting blood circulation to remove blood stasis drugs;The medicine used by the tutor for the treatment of chronic atrophic gastritis mainly consists of warm and cold medicine, with bitter, sweet and spicy flavor, and spleen and stomach meridian.

Key words: *Chronic atrophic gastritis ; Traditional Chinese medicine ; Medication regularity;*

前言

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是常见的消化系统疾病之一,是指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少,伴或不伴纤维替代、肠腺化生和(或)假幽门腺化生的一种慢性疾病^[1]。它被列为胃癌的癌前状态,在此基础上伴有肠腺化生和(或)不典型增生被视为癌前病变。它与胃癌的发病呈正相关,本病病程长,易反复,难治愈,不但影响了患者的生活质量,甚至有些患者会出现焦虑抑郁状态,对患者的身心都造成了负担^[2]。阻止、逆转本病癌变也是目前许多医家钻研的重点课题,在慢性萎缩性胃炎阶段进行有效干涉干预,可控制其病情进展。

目前,现代医学尚缺乏特效的治疗方法,对于本病的治疗方式主要有药物治疗和内镜下介入治疗,在治疗方面尚存在一定的局限,而且易反复,这些不仅增加了患者的经济负担,甚至也给部分患者的心理带来了影响,给本病的治疗带来诸多困难。近年来,大量的临床研究表明中医药在医治 CAG 方面的存在明确疗效及优势,不仅可以明显改善患者的临床表现、延缓病情进展,而且对肠腺化生、不典型增生、腺体萎缩等病理改变也有明显效果,这也表明中医药在医治慢性萎缩性胃炎的优势及前景。

导师杨国红教授,全国优秀中医临床人才,中国中医药学会、中西医结合学会河南脾胃病专业委员会常委委员,从事消化临床、教学工作 35 年,精通医理,长于运用中医药治疗消化系统疾病,在辨证论治基础上,遣方用药精准,临床疗效显著,在中医药治疗该病方面积累了丰富的丰富经验。虽然既往有文献对慢性萎缩性胃炎中医治疗方面的介绍,但多属于经验性报道。而目前对中医药治疗本病大量的处方进行用药分析报道较少。为此,本文在中医中药学理论的指导下,收集导师杨国红教授在 2014 年 1 月-2017 年 12 月期间医治的门诊患者的中医处方,建立慢性萎缩性胃炎用药数据库,通过现代统计学方法(主要是频数分析及聚类分析),对其用药处方进行整理总结,希望通过这次研究,可以更好的学习和把握导师杨国红教授治疗慢性萎缩性胃炎的用药经验,更好的继承和发扬导师的学术思想及临床经验,同时为临床防治本病提供一定的依据,提高中医治疗本病用药的针对性和准确性,促进本病中医药治疗水平的提高。

资料与方法

1 资料选择

1.1 病例来源

基于我院门诊电子病例系统纳入自 2014 年 1 月-2017 年 12 月在我院脾胃肝胆病门诊经杨国红教授诊治慢性萎缩性胃炎的患者,共 281 例。

1.2 病例选择标准:

1.2.1 诊断标准

1.2.1.1 西医标准:

依据 2012 年中华医学会消化病学分会制定的《中国慢性胃炎共识意见》及 2011 年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》的疾病推荐标准。本研究诊断需同时满足以下 2 条标准:

(1)症状:无任何症状或见消化不良、上腹部不适、饱胀、疼痛等常见症状;或兼见嘈杂、食欲不振、恶心、口苦、嗝气、反酸等消化道症状;或兼见消瘦、乏力、焦虑、抑郁等全身或精神症状。上述症状可由饮食不当、情绪激动、劳累、抑郁、天气变化等诱发。

(2)内镜和胃黏膜活组织学检查:胃镜诊断依据为黏膜红白相间、以白为主,黏膜皱襞变平甚至消失、黏膜血管显露、黏膜呈颗粒状或结节样;胃黏膜活组织学检查中只要活检显示固有腺体萎缩,即可诊断为慢性萎缩性胃炎。

1.2.2 病例纳入标准:

①病例符合上述西医诊断标准,确诊为慢性萎缩性胃炎的患者。

②符合主要运用中医药治疗的患者。

③符合上述条件,并在河南中医药大学第一附属医院杨国红教授门诊初次就诊的患者。

1.2.3 排除标准:

①凡不符合纳入标准者。

②病案信息不完整者。

③合并严重的心脑血管、肝、肾系统疾病者。

④合并恶性肿瘤者。

⑤对中药过敏者。

2 研究内容

慢性萎缩性胃炎患者性别、年龄、病症、药物类别、四气、五味、归经等。

3 研究方法

3.1 原始资料的收集

检索我院门诊系统，依据病例纳入标准进行病例收集，填写所收集患者的一般情况、中医病症、中药药名、药物类别、中医诊断等。

3.2 数据的录入

根据病例调查表的内容和数据要求，利用 Microsoft Office Excel 及 SPSS23.0 收录数据，录入收集的患者姓名、性别、年龄、病症、诊断、方药组成等信息，建立数据库，再进行分别处理。

3.3 数据的规范化处理

因为中药存在异名现象，医家对中药的习惯称呼不相同，因此，参照《中药大辞典》对中药名称进行规范化处理，将药名进行统一，如“元胡、延胡索”统一为“延胡索”，“乌贼骨、海螵蛸”统一为“海螵蛸”，对于经“醋、炒、炙”等中药，去其制法，如“山药、炒山药”统一为山药，“苍术、炒苍术”统一为苍术，“白芍、炒白芍”统一为白芍，“炒薏苡仁、生薏仁”规范统一为“薏苡仁”等。

3.4 数据分析方法

通过 SPSS 软件主要采用频数、聚类分析方法对方剂中药物的四气、五味、归经、用药频次、组方规律、核心药物组合进行统计和分析，并将结果以统计图表及图形的形式进行论述。

3.4.1 频数分析

每条医案中，用到某味中药则赋值为“1”，未用到则赋值为“0”，利用 Microsoft Excel 及 SPSS23.0 软件，对纳入医案的方药中各药物分别进行运算使用的频次及用药频率，得到用药频率表及总结常见高频药物及核心药物。并对这些药物的药类、四气、五味、归经进行统计分析。

3.4.2 聚类分析

利用 SPSS23.0 统计软件，对筛选出使用频数 ≥ 15 的药物进行系统聚类分析，显示所有聚类数据，得到配伍关联密切的药对及药物组成，进而探讨导师治疗本病的用药规律及特点。

研究结果

1 一般情况分析

1.1 发病性别

在本次研究资料中共 281 例，男性 145 例，女性 136 例，对性别构成比差异进行卡方检验，结果显示男性患者例数构成比例略高于女性例数构成比($P>0.05$)，如表 1 所示：

表 1 281 例慢性萎缩性胃炎患者性别构成比

性别	病例数 (n)	构成比 (%)
男	145(69%)	51.6%
女	136(31%)	49.4%

注： $\chi^2=0.288$ ， $P=0.591>0.05$ ，说明慢性萎缩性胃炎门诊患者性别无显著差异。

1.2 发病年龄

在本次研究资料 281 例中，年龄分布方面，年龄最小 22 岁，最大 89 岁，平均年龄约为 67 岁。从整体年龄分布情况来看，以 31 岁-70 岁为主，共 256 例，占 91.10%，如表 2 所示：

表 2 281 例慢性萎缩性胃炎患者年龄段构成比

年龄段	病例数 (n)	构成比 (%)
20 岁以下	0	0
21-30	12	4.27
31-40	43	15.30
41-50	58	20.64
51-60	78	27.75
61-70	65	23.13
71 岁以上	25	8.89

注： $\chi^2=66.851$ ， $P=0.000<0.05$ ，说明慢性萎缩性胃炎患者年龄分布有显著差异。

1.3 主要病症分布

在本次研究中，患者的病症按照频率依次排序为胃痛（108 例）、胃痞（108 例）、烧心（13 例）、泛酸（10 例）、纳呆（10 例）、呕吐（10 例）、暖气（2 例）、嘈杂（1 例），其他（19 例，包括恶心、胸闷、无明显不适等）具体见下表 3：

表 3 281 例慢性萎缩性胃炎患者主要病症分布

病症	频率	百分比	有效百分比	累计百分比
胃痛	108	38.4	38.4	38.4
胃痞	108	38.4	38.4	76.9
暖气	2	0.7	0.7	77.6
呕吐	10	3.6	3.6	81.1
纳呆	10	3.6	3.6	84.7
嘈杂	1	1.4	0.4	85.1
泛酸	10	3.6	3.6	88.6
烧心	13	4.6	4.6	93.2
其他	19	6.8	6.8	100.0
总计	281	100.0	100.0	

2 药物频数统计结果

本次研究共收集处方 281 张，共录入中药 94 味，药物总频次 3783 次，本次研究将对频数超过 15 次的中药（总频次 3261 次）进行数据统计整理分析，这些中药共 48 味，占有所有药物总频次的 86.2%，药物频数、频率统计结果见下表 4 所示：

表 4 中药频次统计表

编号	中药	频数 (次)	频率 (%)	编号	中药	频数 (次)	频率 (%)
1	半夏	197	6.04	25	大枣	38	1.17
2	陈皮	180	5.52	26	五灵脂	38	1.17
3	黄连	166	5.09	27	吴茱萸	37	1.13
4	薏苡仁	158	4.85	28	槟榔	36	1.10
5	瓦楞子	154	4.72	29	山药	36	1.10
6	木香	138	4.23	30	白及	34	1.04
7	茯苓	136	4.17	31	首乌藤	31	0.95
8	黄芩	135	4.14	32	香附	30	0.92
9	厚朴	125	3.83	33	当归	25	0.77
10	延胡索	125	3.83	34	麦冬	25	0.55
11	白术	123	3.77	35	牡丹皮	24	0.74
12	党参	122	3.74	36	黄芪	21	0.64
13	砂仁	106	3.25	37	酸枣仁	20	0.61
14	枳壳	106	3.25	38	龙骨	19	0.58
15	贝母	98	3.01	39	山楂	18	0.55
16	海螵蛸	97	2.97	40	栀子	18	0.55
17	白芍	94	2.88	41	苍术	17	0.52
18	三七	87	2.67	42	丹参	17	0.52
19	枳实	87	2.67	43	茯神	17	0.52
20	干姜	61	1.87	44	牡蛎	17	0.52
21	柴胡	60	1.84	45	紫苏梗	17	0.52
22	莱菔子	46	1.41	46	白扁豆	15	0.46
23	炒麦芽	42	1.29	47	炮姜	15	0.46
24	蒲黄	38	1.17	48	太子参	15	0.46

本次中药统计未包含甘草，使用频次在 15 次以上的药物共有 48 种，共计出现 3261 次，占总频次的 86.2%，频数在 40 次以上的药物有 23 味，共计 2643 次，占总频数的 69.8%，使用频数超过 100 次以上的药物有 14 味，共计 1971 次，占总频数的 52.1%。对频数超过 100 次以上的的前 14 味药物进行统计分析见下图 1 所示：

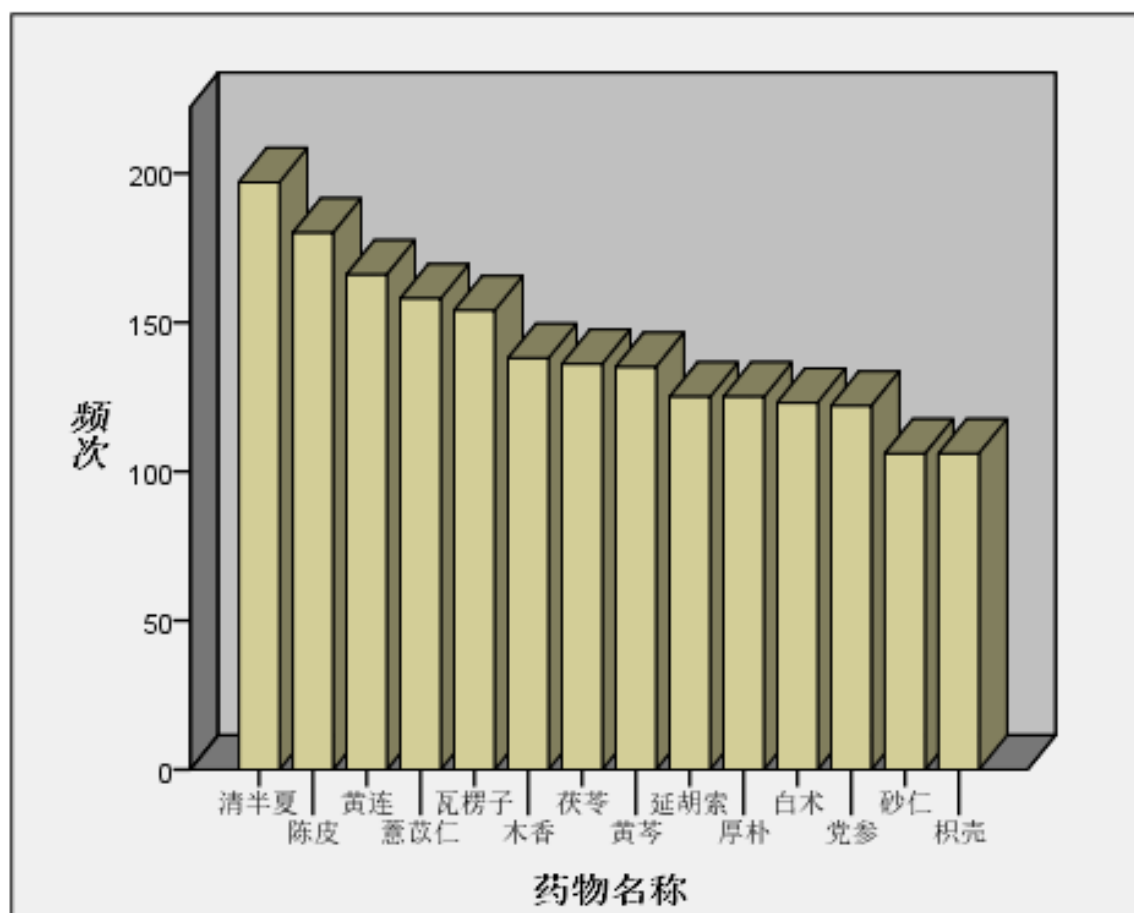


图1 前14味药物频数分布柱状图

3 药类频数统计结果

本次研究共281张处方中，涉及中药95味，使用频次在15次以上的药物共有48种，总频次3261，依据新世纪（第二版）全国高等中医院校规划教材《中药学》，按照药物的功效进行分类，对高频药物进行药类统计分析，按照频数顺序依次排列为：理气药、补虚药、化痰止咳平喘药、清热药、利水渗湿药、化湿药、活血化瘀药、止血药、消食药、温里药、收涩药、解表药、安神药、驱虫药、平肝熄风药，其中频数超过200次的有6类，具体统计结果如下表5所示：

表 5 高频药物药类统计频数表

用药类别	频数（次）	频率（%）	药物
理气药	541	16.68	陈皮（180）木香（138）枳壳（106） 枳实（87）香附（30）
补虚药	514	15.85	白术（123）党参（122）白芍（94） 大枣（38）山药（36） 当归（25）麦冬（25） 黄芪（21）白豆（15）
化痰止咳平喘药	449	13.85	半夏（197）瓦楞子（154） 浙贝母（98）
清热药	343	10.57	黄连（166）黄芩（135） 牡丹皮（24）栀子（18）
利水渗湿药	311	9.58	薏苡仁（158）茯苓（136） 茯神（17）
化湿药	248	7.65	厚朴（125）砂仁（106）苍术（17）
活血化瘀药	180	5.55	延胡索（125）五灵脂（38） 丹参（17）
止血药	174	5.36	三七（87）蒲黄（38） 白及（34）炮姜（15）
消食药	106	3.27	莱菔子（46）麦芽（42）山楂（18）
温里药	98	3.02	干姜（61）吴茱萸（37）
收涩药	97	2.99	海螵蛸（97）
解表药	77	2.37	柴胡（60）紫苏梗（17）
安神药	51	1.57	首乌藤（31）酸枣仁（20）
驱虫	36	1.11	槟榔（36）
平肝熄风药	17	0.05	牡蛎（17）

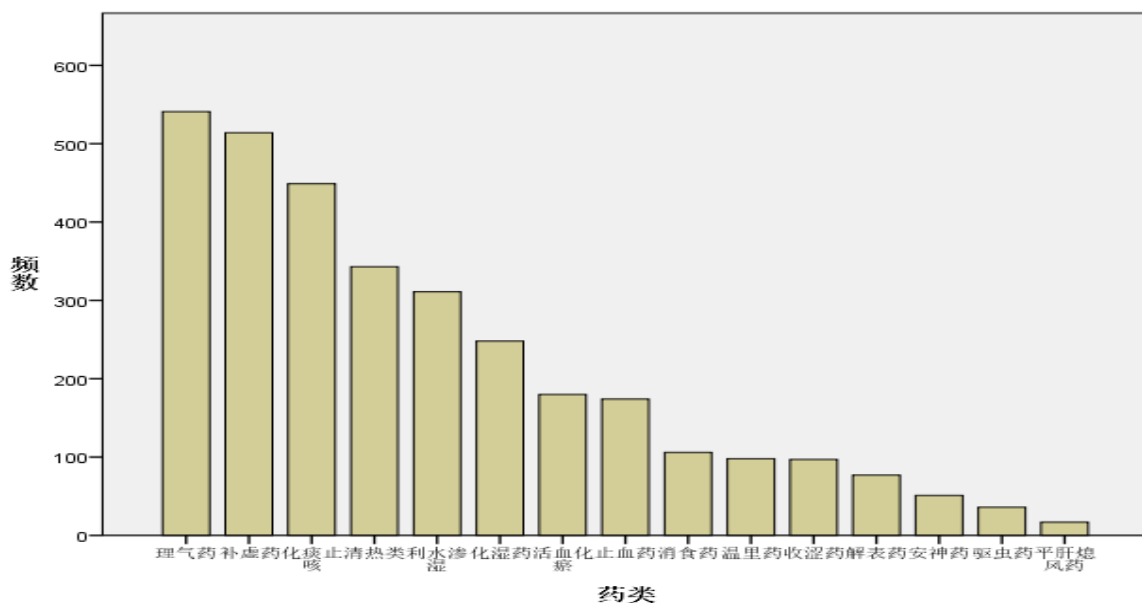


图 2 常用药物药类频数分布条形图

4 药性频数统计结果

根据新世纪（第二版）全国高等中医院校规划教材《中药学》内容，将收集的 48 种药物按照四气、五味、归经理论进行频数分析。

4.1 四气频数分析

四气是中药药性理论之一，是指药物具有寒热温凉四种不同的中药药性。除了四性之外，还有一类药性相对平和、寒热界限不很明显、作用较为缓和的一类平性药。本次统计结果显示：寒性药物 12 味，热性药物 12 味，温性药物 21 味，凉性药物 2 味，平性药物 1 味，其中以温性药偏多，见下表 6 所示：

表 6 药物四气频数与频率表

四气	使用药味（次）	药物频数（次）	频率（%）
温	21	1611	49.07
寒	12	725	22.08
热	12	691	21.04
凉	2	98	2.98
平	1	158	4.81

4.2 五味频数分析

五味是药性理论的重要组成部分，是指药物具有辛、酸、苦、甘、咸五种不同味道，不同味道的药物具有不同的作用。另外除了基本五味以外，还有些涩味或者淡味的药物，因而实际并不是局限于五种基本药味，但因五味为最基础的五种滋味，所以仍可称作五味。本研究治疗慢性萎缩性胃炎的药物中，最多的药味是苦味，其次是甘味，最少的为淡味，药物五味统计研究结果见表 7 所示：

表 7 药物五味频数与频率表

五味	使用药味（次）	药物频数（次）	频率（%）
苦	24	1650	31.38
甘	23	1134	21.57
辛	18	1417	26.95
酸	5	325	6.18
咸	4	306	5.82
涩	3	131	2.49
淡	2	294	5.59

4.3 归经频数分析

归经是中医中药特有的独特理论，是指药物对机体的某些部位具有选择性的作用，具体是说某些药物对某些脏腑或者经络具有特殊的或较高的亲和作用，熟悉归经理论，有利于更好的临床辨证用药。本次研究药物分析表明：药味归经按使用味数依次排序为脾、胃、肝、肺、心、肾、大肠、胆、三焦、心包，归属脾经的用药最多，使用味数达 30 味，最少的为心包经，药味仅 2 味，具体详细分析结果见表 8，频数分布柱状图如图 3 所示：

表 8 药物归经频数与频率图表

归经	使用药味（次）	药物频数（次）	频率（%）
脾	30	2421	25.36
胃	22	2001	20.96
肝	21	1023	10.72
肺	17	1442	15.11
心	16	709	7.43
肾	10	550	5.76
大肠	7	793	8.30
胆	4	350	3.67
三焦	4	203	2.13
心包	2	55	0.58

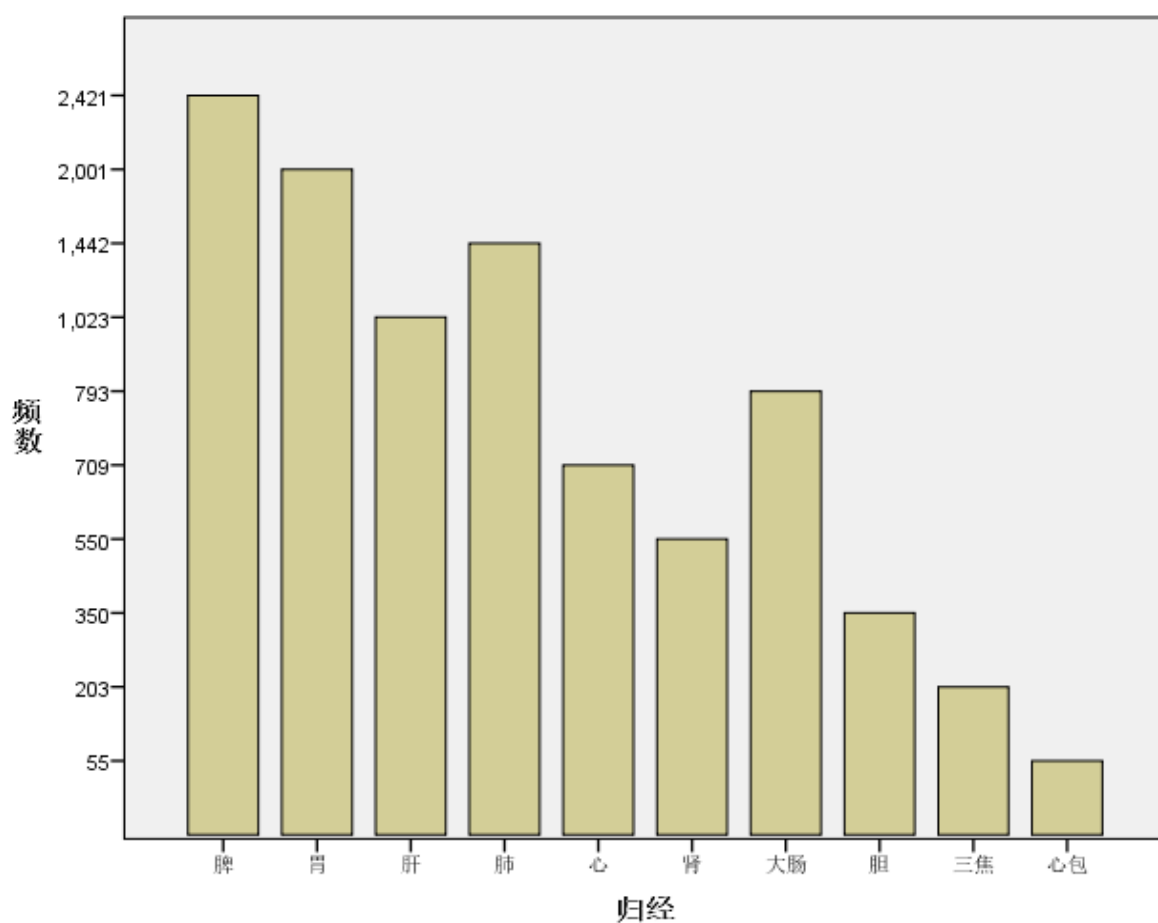


图 3 常用药物归经频数分布柱状图

5 药物聚类分析统计结果

聚类分析目前常用的统计学分析方法，它可以通过分析比较，将性质相似的样品或事物归成一类，性质不同的或者差别大的归在不同的一类。本次研究以药物为变量进行聚类分析，聚类分析方法采用系统聚类分析法，本次研究对使用频数较高的 48 种中药进行聚类分析，按照组间关联方法共统计出常用的药对 5 组，常用的药物组合共 3 组，见下表 9、10 所示：

表 9 药对分布统计分析结果

编号	药物
A1	陈皮、半夏
A2	五灵脂、蒲黄
A3	党参、白术
A4	炒麦芽、莱菔子
A5	海螵蛸、贝母

表 10 药物组合统计分析

编号	药物
B1	黄连 黄芩 陈皮 半夏 党参
B2	茯苓 木香 党参、白术、砂仁
B3	陈皮、柴胡、香附、枳壳、白芍

理论探讨

1. 西医对慢性萎缩性胃炎的认识

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)系指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少, 伴或不伴纤维替代、肠腺化生的一种慢性胃部疾病^[1]。它与胃癌的发病呈正相关, 其病程长, 难治愈, 严重影响患者生活质量^[2]。近年来本病发病率也在逐渐上升, 也引起了更多医家的关注。

1.1 病因、发病机制 慢性萎缩性胃炎发生是跟多种因素有关, 最常见的是幽门螺杆菌(*H.pylori*, Hp)的感染^[3-4], Hp 感染后会分泌一些细胞毒素, 造成细胞坏死, 另外也会产生对粘膜损害的多种酶引起粘膜的破坏损伤, 损伤粘膜腺体引起腺体的萎缩; 其次不良的饮食生活习惯、长期服用药物、长期吸烟、饮酒、或者经常嗜食辛辣刺激食物, 引起胃黏膜的反复损伤破坏, 诱发本病。另外环境因素, 长期接触金属的人比正常环境下的更容易损伤胃肠粘膜, 诱发本病的发生。除此之外还有免疫因素、遗传因素等多种因素也有关系^[5-6]。

1.2 治疗 目前西医在治疗本病尚无令人满意的治疗手段, 主要治疗方式有药物治疗、内镜下介入及手术治疗。药物治疗主要包括根除 Hp 感染^[7-9]、抗胆汁反流^[10]、改善胃动力、使用分化诱导剂治疗、抗氧化剂^[11-12]、加强黏膜保护与营养^[13-14]等。另外还有内镜下治疗主要有氩离子束凝固术(APC)、内镜下黏膜剥离术(ESD)和切除术(EMR)。综上, 现代医学在治疗 CAG 方面取得了一定进展, 虽然能在一定程度上改善症状, 但尚缺乏有效治疗方法。

2. 中医对慢性萎缩性胃炎的认识

慢性萎缩性胃炎属于西医的病名, 中医文献中无 CAG 病名, 但依据慢性萎缩性胃炎的临床表现, 可将其归纳为“胃痛”、“嘈杂”、“胃痞”“吐酸”等疾病范畴。

2.1 病因病机 本病的病因病机复杂多变, 病因多与脾胃虚弱、饮食不节、情志失调、劳倦过度或外邪等损伤脾胃, 引起脾胃功能失调, 气血生化乏源或痰湿内蕴, 气机阻滞, 瘀血内阻等引起胃络失养所致。近现代大多医家认为该病的基本病机是本虚标实, 多为虚实夹杂。

2.2 治疗 中医治疗本病是在中医理论的指导下进行辨证论治, 不同医家对于本病治疗采取不同的治疗方法。

2.2.1 清、调、益、温、和五法 本病复杂多变, 治疗时应该注意全面分析, 不能固定某些固有的证型, 要善于分析本病的病因病机, 分清主次, 标本兼致, 这样才能取得好的治疗效果。王捷红^[15]等针对本病不同的证型分别取清法、调法、益法、温法、和法五种不同方法, 取得良好疗效。

2.2.2 活血化瘀法 周晓虹^[16]认为慢性萎缩性胃炎的基本病理是瘀血阻滞，故治疗该病以活血化瘀为主，根据不同证型分别采用活血药物。韩丹^[17]等通过搜索数据库对活血化瘀法治疗本病进行 Meta 分析，结果显示本法治疗 CAG 明显优于其他对照方法。

2.2.3 辛开苦降法 李玉贤^[18]认为本病的主要病机是中焦寒热错杂，并常兼有虚、痰、瘀、毒等病理因素，故在治疗上以辛开苦降为主要治法，选用由黄连汤加減而成“和胃汤”治疗本病，取得良好疗效。

2.2.4 调肝理脾法 张声生^[19]通过研究发现本病以肝胃（脾）不和者多见，三脏互为关联，相互影响，脾胃虚弱、纳运失常会影响肝主疏泄的功能，肝脏疏泄功能失调会引起气机阻滞，气血运行不畅，导致生化乏源，脾胃功能失调，脾胃失去濡养而逐渐形成黏膜萎缩，故在治疗上采用调肝理脾法以恢复相关脏器的正常的功能而取得令人满意的疗效。

3. 导师杨国红教授对慢性萎缩性胃炎的认识

导师杨国红教授从事消化专业临床、科研 30 余年，精通中医理论，经过多年临床实践，积累了丰富的临床经验，在医治消化系统疾病，尤其是慢性萎缩性胃炎方面形成了自己的辨证思路及用药经验。

慢性萎缩性胃炎是现代医学的病名，中医学中并没有记载慢性萎缩性胃炎这一病名，但是根据其临床表现特点，将其归属于“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”“吐酸”“反胃”等范畴^[20]。内经对于本病的症状也有详细描述^[21-22]，这为后世医家辨证论治本病奠定了基础。

导师杨国红教授结合自己长期的临床经验认为本病的病因病机复杂，但是总的病理基础是以脾胃虚弱为本，脾胃虚弱可以是脾胃气虚，也可以为脾胃阴虚或脾胃阳虚，而本病的病机关键是虚中夹实，寒热错杂，因实致虚，因虚致滞。本病的形成可由内因、外因或是内外因相互作用所致，包括先天禀赋不足、平素情志不调、饮食不节、或外邪犯胃、劳倦等各种因素损伤脾胃，致脾胃气机升降功能失调，以致脾气不升，不能正常的运化精微和化生气血，气血生化乏源，气血不足以致胃络失于正常濡养滋润而逐渐成腺体萎缩之疾态。另外脾胃受损，胃失和降，亦可影响脾的升清与运化，影响人体气、血、津液的正常运行，以致气机升降功能失调，气化失职，气机阻滞，则会逐渐形成痰饮、宿食、湿阻、郁热、气滞、瘀血等病理产物。导师认为本病病位在胃，但与肝、脾、肾相互关联，病机多为虚实夹杂，故在治疗本病时候应该注意补虚祛实、扶正祛邪。对于脾胃虚弱者，导师杨国红教授常用党参、黄芪、白术、山药等药物补益脾胃。对于气滞者，常采用枳实、陈皮、香附、木香等药物理气和胃。导师认为对于慢性萎缩性胃炎的治疗，不仅要熟悉它的病因病机，还应该了解相关脏腑的特性及相互关系，

全面分析。另外还应该做到准确的辨证论治，而且大量的研究也表明运用中医药辨证论治慢性萎缩性胃炎取得良好的结果^[23-27]。

4. 研究结果分析及讨论

4.1 一般情况分析

本次研究共收集相符的为 281 例，其中男性 145 例，占总数的 51.6%，女性 136 例，占 48.4%，男女比例为 1.07: 1,男性构成略高于女性，两者差别无统计学意义，考虑可能与男性平时不健康的饮食生活习惯（多数具有烟酒史）有关，女性烟酒史较少。

在年龄分布方面，从年龄分布表中可以看出，本病年龄段 20 至 30 岁患者只有 8 人，74 岁以上年龄段的有 12 人，患者年龄主要集中在 31-70 岁，共 256 例，占 91.10%。

4.2 药物频数统计结果分析及讨论

本次研究共收集 281 例处方，共收集味中药 94 味，使用总频次为 3783 次。其中使用频次超过 100 次以上的药物总共 15 味，依据使用频数从高到底依次为半夏、陈皮、黄连、薏苡仁、瓦楞子、木香、茯苓、黄芩、厚朴、延胡索、白术、党参、砂仁、枳壳、浙贝母，这些为导师治疗慢性萎缩性胃炎的主要药物。

半夏：归脾、胃、肺经，性味辛，能辛开消痞散结，同时还能够燥湿化痰、降逆止呕。《主治秘要》曾指出：“燥胃湿，化痰，益脾胃气，消肿散结”。现代药理研究显示本品能抑制胃液分泌，对急性粘膜损伤有修复作用。

陈皮：为理气（行气）药，归脾、肺经。本药能理气健脾，同时还有燥湿化痰的功效。本品为治疗脾胃气滞的常用药物，慢性萎缩性胃炎多在脾虚的基础上发病，随着疾病的进展会出现痰湿阻滞的病机，故选用本药以理气健脾，燥湿祛痰。

黄连：为常用的清热燥湿药，它性味苦、寒，本药能够清热燥湿，善于治疗中焦湿热阻滞。导师针对慢性萎缩性胃炎湿热患者常选用此药以祛中焦湿热。本药性苦，这与导师治疗本病选用药味也是相符，但是因苦药可伤及脾胃，故本药用量不宜过多，导师在治疗慢性萎缩性胃炎时根据患者病情多用 3-10g，以达祛邪而不伤正。现代药理研究显示本品能够抑制胃液分泌。

薏苡仁：性甘、淡、凉，归胃、脾经，本药能够健脾渗湿，另外还有利水消肿的作用。《本草纲目》：“薏苡仁，阳明药也，能健脾益胃”。本药擅长治疗脾虚湿盛，而且炒用效果更明显，故导师在治疗慢性萎缩性胃炎时也会根据病人病情选择，患者如若大便稀则会选择炒薏苡仁，如若大便正常，常选用生薏苡仁。

瓦楞子：本药虽然属于化痰止咳平喘药，但归属于胃、肝经，性属咸、平。本药能够消痰软坚、制酸止痛。常用于肝胃不和、胃痛吐酸者。另外现代药理研

究表明瓦楞子能够可以减轻患者胃痛的症状。

木香：为常用的理气药，药性辛、苦、温。本药能够行气止痛，还可以健脾消食。此外，本品气味芳香能够醒脾开胃，帮助消化吸收。现代研究表明木香对胃肠道有调节作用，可以促进胃动力，另外也可以抗炎、镇痛、抑制幽门螺旋杆菌。

茯苓：性味淡、平、甘，归膀胱经、肾经。本品既能利湿又能补虚，为利水消肿之要药。《世补斋医书》云：“茯苓一味……茯苓又可行湿。”现代药理研究显示本药不仅可以调节人体肠道运动，而且能够降低胃液分泌。

黄芩：为常用的清热药。性味苦、寒，本药不仅能清热燥湿、还可以泻火解毒。本品对中上焦湿热作用显著，《神农本草经》言：“主诸热黄疸……恶疮疽蚀火疡”。现代药理研究本药对幽门螺旋杆菌有一定抑制作用^[28]。

厚朴：为化湿药，药性苦、辛，归胃、脾经。具有燥湿消痰、下气除满的作用，由于厚朴苦温燥湿，容易耗气伤津，所以孕妇及气虚津亏者应当谨慎使用。《名医别录》曾指出：“主温中……厚肠胃”。现代药理研究显示厚朴酚能够起到防治溃疡的作用。

延胡索：属于活血化瘀药，药性温、苦、辛；归心、脾、肝经。本品是活血行气止痛的良药。现代药理作用研究表明延胡索可以抑制胃液分泌、抗溃疡的作用，另外还有研究显示本药可以抑制胃细胞癌等^[29-31]。

白术：为补虚药之补气药，归胃、脾经。本药不仅能够益气健脾，还具有燥湿利水的功效。《本草通玄》言“补脾胃之药……皆用之也”。现代药理研究表明白术能够调节肠管的活动，并且对损伤黏膜有促进恢复的作用。

党参：为补虚药之补气药，性味甘、平。本药具有补脾气、补肺气，另外还有补血的功效。本品因主归肺脾二经，故以补肺脾之气为主要作用。《本草从新》中记载：“补中益气……甚为平安”。本药作用相对缓和，导师在治疗慢性萎缩性胃炎属于气虚者时常常选用本药，而且也常选用此药代替人参。现代药理研究表明本药能调节肠胃运动。

砂仁：为化湿药，性味温、辛。本药具有温中止泻的作用，另外还可以化湿行气。古人称它为“醒脾调胃之要药”。现代药理研究显示本品煎剂能够调节胃肠运动，促进消化。

枳壳：为理气药，本药能够化痰除痞，还有消积破气的功效。善于行气开胸、宽中除胀。《本草纲目》：“枳壳能利气……气利则后重除”。现代药理研究认为本药能够使促进胃肠收缩的节律，并且具有抗溃疡作用。

4.3 药类频数统计结果分析讨论

本次研究结果显示治疗本病以理气药选用次数最多，使用频数 541 次，频率

为 16.68%，其次为补虚药，使用频数 514 次，使用频率 15.85%，其他依次为化清热药、化湿药、利水渗湿、活血化瘀药、消食药等共 15 种药类。慢性萎缩性胃炎病因病机复杂，临床症状变现不一，故导师在治疗本病时选用药物种类不一，本次研究选用药物涉及 15 类。气是人体功能活动的物质基础，气的正常运行调控着机体正常的生理活动。若气升降功能失常，脾胃功能失调，则脾郁不能消化水谷精微，胃郁不思饮食，气郁则胸腹胀满，理气药多能行气解郁，以达调畅气机、消除气结的功效。慢性萎缩性胃炎患者多有伴气滞证的表现，故导师在治疗时本病时常选用理气药。慢性萎缩性胃炎患者多在脾胃虚弱的基础上发病进展，以脾虚为主，故导师在治疗本病时注重补虚药的使用（主要为补气药、补血药）。脾胃功能的失调会影响气血的正常运行，以致于气滞、血瘀的发生，再加上本病容易反复发作，久病也可耗气耗血，进一步加重气滞血瘀的进展，故导师在治疗本病时除了注重理气药以外，也常选择活血化瘀药物的应用。胃主受纳，脾主运化，脾胃功能不调，体内水液不能正常运行，则水反为湿，谷反为滞，再加之平时饮食不当，嗜食辛辣肥甘厚味之品而引起痰湿、湿热的发生，湿邪多为内外合邪所致，痰湿或湿兼夹他邪阻滞气机也是造成慢性萎缩性胃炎的主要病因病机，故导师在治疗本病时选用化湿药、清热药。脾胃升降功能失调，气机水液的运行不畅，水液运行不畅导致水液停聚，故导师在治疗本病时除了理气药以外也注重利水渗湿药物的选用。本次研究结果显示慢性萎缩性胃炎患者病症主要见于胃痛、胃痞，病因除本虚之外，还应考虑饮食不消化或宿食停留所致，故导师治疗本病也常选用消食药健脾开胃以达消食化积之效。

4.4 药物四气统计结果分析讨论

四气是中医中药学独特的药性理论之一，《神农本草经》中曾指出药有“寒、热、温、凉”四气，《本草纲目》曾指出药有“寒、热、温、凉、平”五性。寒凉药多具有清热、凉血、解毒、滋阴、泻火等功效，温热药多具有温阳、散寒、温通、助阳等功效。总结掌握药物的四气理论对于药物的选择与临床用药具有指导意义。导师认为慢性萎缩性胃炎患者多见脾胃虚寒及寒热错杂之证，温药能够温阳散寒，能助脾阳升发，脾升则健，以祛寒热之邪，邪去正安。本次研究结果显示导师治疗本病使用最多的为温性药物，高频药物中占有 21 味，使用频次 1611 次，占高频药物的 49.07%，这和导师对本病的病因病机认识具有一致性。

4.5 药物五味统计结果分析讨论

五味也是中医中药学独特的药性理论之一，它作为药性理论最早记载于《内经》。五味是药物的辛、甘、苦、酸、咸五种味道，不同的药味具有不同的作用。慢性萎缩性胃炎主要病机为虚实夹杂，因邪致虚，因虚而滞。苦味能开泄，能燥湿化痰，以助脾胃通降，脾胃以降为顺，顺则疾祛。本次研究结果显示导师治疗

本病使用最多的为苦性药物，高频药物中占有 24 味，使用频次 1650 次，占高频药物的 31.18%，苦味能清热、降气、燥湿，可以治疗慢性萎缩性胃炎中的热症、湿证、虚火旺盛之象等。其次是甘味，高频药物中占有 23 味，使用频次 134 次，占高频药物的 21.57%，甘味能补虚、和中、调和诸药，这也符合慢性萎缩性胃炎本虚的病机等。其余辛味药使用频次 1417 次，占高频药物的 26.95%，最少的为淡味，使用频次 294 次，占高频药物的 5.59%。

4.6 药物归经统计结果分析讨论

归经理论是在中医基本理论的基础上经过漫长的时间逐渐形成的药性理论，它与脏腑经络密切相关，在实践中运用归经理论利于指导医家在临床更加合理的选用药物。慢性萎缩性胃炎的病位主要在胃，但是与脾、肝、肾等脏器密切相关。脾、胃属土，肝属木，肝气不畅则木郁克土，脾胃失运则土壅木郁，五脏互为关联，相互影响。本次研究结果显示药味归经按使用味数排在前三位的为脾、胃、肝。余依次排序为肺、心、肾、大肠、胆、三焦、心包，其中归属脾经、胃经的用药使用最多，这也显示导师的选择用药与本病的病位是一致的，在治疗本病的时候应该注意全面的分析药性理论，注意合理的选择用药，这样才能更好的指导临床。

4.7 药物聚类统计结果分析讨论

A1. 党参、白术：两者均归属于脾经，都属于补气药，前者可以补脾气补肺气，补血，后者益气健脾、燥湿利水，被前人称为补气健脾第一要药。慢性萎缩性胃炎基本病机为本虚标实，加之久病会耗气伤气，故补益脾胃也是治疗本病重中之重，选用两药相须为用可以增强补气之效，以扶正祛邪。

A2. 陈皮、半夏：两者均归属于脾经、肺经，都具有燥湿化痰的功效，均可以治疗呕吐，但是前者偏于理气健脾，善于梳理气机，后者偏于燥湿化痰，降逆和胃，是止呕的要药，两者配合可以增强疗效。慢性萎缩性胃炎病位在胃，脾胃相表里，脾为生痰之源，病久会见痰凝之象，故选用两者以燥湿化痰。

A3. 炒麦芽、莱菔子：两者都是常用的消食药，但主要长于消薯芋米面类积滞，而且现代研究也显示它能促进胃酸及胃蛋白酶的分泌。莱菔子善治食积气滞。二药相须为用，以增强健胃消食的作用。慢性萎缩性胃炎患者病程中多伴纳差、不消化的表现，故导师往往加用本组药对以消食导滞，促进胃肠的正常运动。

A4. 海螵蛸、浙贝母：海螵蛸可归属于肝经，具有制酸止痛的功效，为治疗胃痛吐酸的常用药物。浙贝母属于化痰止咳平喘药，本身无制酸止痛的作用，但是与海螵蛸同属于乌贝散中药味，共为君药，乌贼骨可以收敛制酸，而浙贝母清热化痰，两种药物配伍运用，一收一清，既可以收敛气机，又可以起到清除瘀滞的作用^[32]。

A5.五灵脂、蒲黄：两者均归属于肝经，都具有止血、化淤的功效，都可以治疗出血证、瘀血痛证，但是前者偏于收敛止血，为止血化淤良药，后者善于活血化瘀止痛，是治疗淤滞疼痛的要药，而且两者通常相须为用，增强止痛疗效。慢性萎缩性胃炎病程较长，久病入络，胃络损伤，以致血停而为瘀，故在治疗本病时选用两者以消瘀止痛。

4.8 聚类方讨论

B1. 黄连、黄芩、陈皮、半夏、党参、干姜：本组药物可以看出属于半夏泻心汤加减，导师认为，慢性萎缩性胃炎疾病在进展过程中多见寒热错杂的症候，故在治疗慢性萎缩性胃炎时常选择本方治疗。本方属于辛开苦降的代表方，常用来主治寒热错杂证，半夏可以辛开苦降，起到和胃消痞的功效；黄连、黄芩属于常用的清热药，可以起到清热的功效。干姜味辛、热，能助脾升阳，可以温中散寒；党参属于常用的补虚药，具有健脾益气的功效，诸药合用，可起到调和脾胃、辛开苦降之功。现代药理学也证实党参可保护粘膜，而甘草可促使胃黏膜再生；黄芩和黄连可有效根除幽门螺杆菌。以上药物配伍使用，可以起到提升机体的免疫力，而且研究也显示能够抑制胃酸的分泌，加快胃黏膜的修复、降低胃蛋白酶的消化作用^[33-34]。

B2. 茯苓、木香、党参、白术、砂仁：本组药物可认为属于取香砂六君子汤之义，本研究中的人参虽然未入选，但导师常选用党参进行替代，两者都具有补脾气补肺气的功效，而且党参作用较人参缓和，更适合于慢性疾病患者使用，现代药理研究显示它也能够调节胃肠道运动功能；白术属于健脾补气的要药，而且能够健脾祛湿，治疗脾虚湿盛之证；砂仁能够行气化湿、醒脾开胃，现代药理研究也显示本药能够促进胃液的分泌改善肠道运动，促进消化；木香可以行三焦之气，是行气止痛的要药，还可以健脾消食，而且本药与补虚药物使用能够缓和补虚药物的腻滞之弊端，另外据现代药理研究发现，全方还能够抑制胃黏膜瘀血、水肿等病理变化，促进胃黏膜修复^[35]。

B3. 陈皮、柴胡、香附、枳壳、白芍：本组药物组成认为属于柴胡疏肝散加减。慢性萎缩性胃炎的发病进展与肝胃不和、肝失疏泄都有相关，故在治疗上还应注意疏肝解郁和理气止痛。柴胡虽然属于解表药类，但归经属于肝胆经，可以起到疏肝解郁的功效，而且现代药理研究也显示本药能够抑制胃酸的分泌及抗炎的作用。香附属于常用的理气药，属于疏肝行气之要药，而且本药还能够宽中、消食、下气，枳壳的功效与枳实相同，也可以行气止痛，白芍虽属于补虚药，但归于肝经、脾经，可以敛阴养血、柔肝止痛，现代药理研究认为本药也具有镇痛、抗炎、改善血流、改善免疫力等作用^[36]。以上药物互相配伍使用，可以更好的起到疏肝行气止痛的作用。

5. 不足与展望

本次研究仅仅是对导师治疗慢性萎缩性胃炎用药经验做了初步的统计，样本量偏小，如何筛选确定为有效的治疗用药，还需要进一步的研究与总结。

本次课题研究没有对临床疗效指标进行观察，还需今后在此基础上制定更加完善的研究方案，进一步深入探讨，充分发挥中医药治疗本病的优势。

结论

- 1.导师杨国红教授治疗慢性萎缩性胃炎的用药主要以理气、补虚（主要为补气药、补血药）、化痰止咳平喘药、祛湿、清热、活血化瘀药等为主。
- 2.导师结合本病病因病机，在辨证论治的基础上治疗本病选用的药物药性多以温性药物为主，五味以苦、甘、辛为主，药物的归经主要以脾经、胃经为主。

致谢

三年研究生学习时光即将结束，在毕业即将来临之际，本人在此向在这三年时光中对本人给予教导及帮助的导师、师姐、同门、师妹及朋友致以最衷心的感谢！

首先，感谢我的导师杨国红教授在学业上的教导和在生活上的关爱及帮助。研究生学习期间，通过导师的教导不仅提高了我的临床技能和科研能力，更教会我如何去成为一名合格的医生。导师将是我不断学习的楷模，指引我前行的方向。在此即将分别之际，向我最尊敬的导师杨国红教授致以最衷心的感谢和最真挚的祝福。

衷心感谢课题组老师在课题实施过程中给予的指导和帮助。

衷心感谢消化科全体医护老师在研究生学习期间给予的指导和工作上的支持。

最后，我要感谢我的家人，他们这一路对我的支持和爱护，是他们给了我巨大勇气，让我坚持在医学这条路上继续前行，无畏无惧！

衷心感谢答辩委员会专家和阅读这篇文章的同仁，望给予悉心指导！

谢谢！

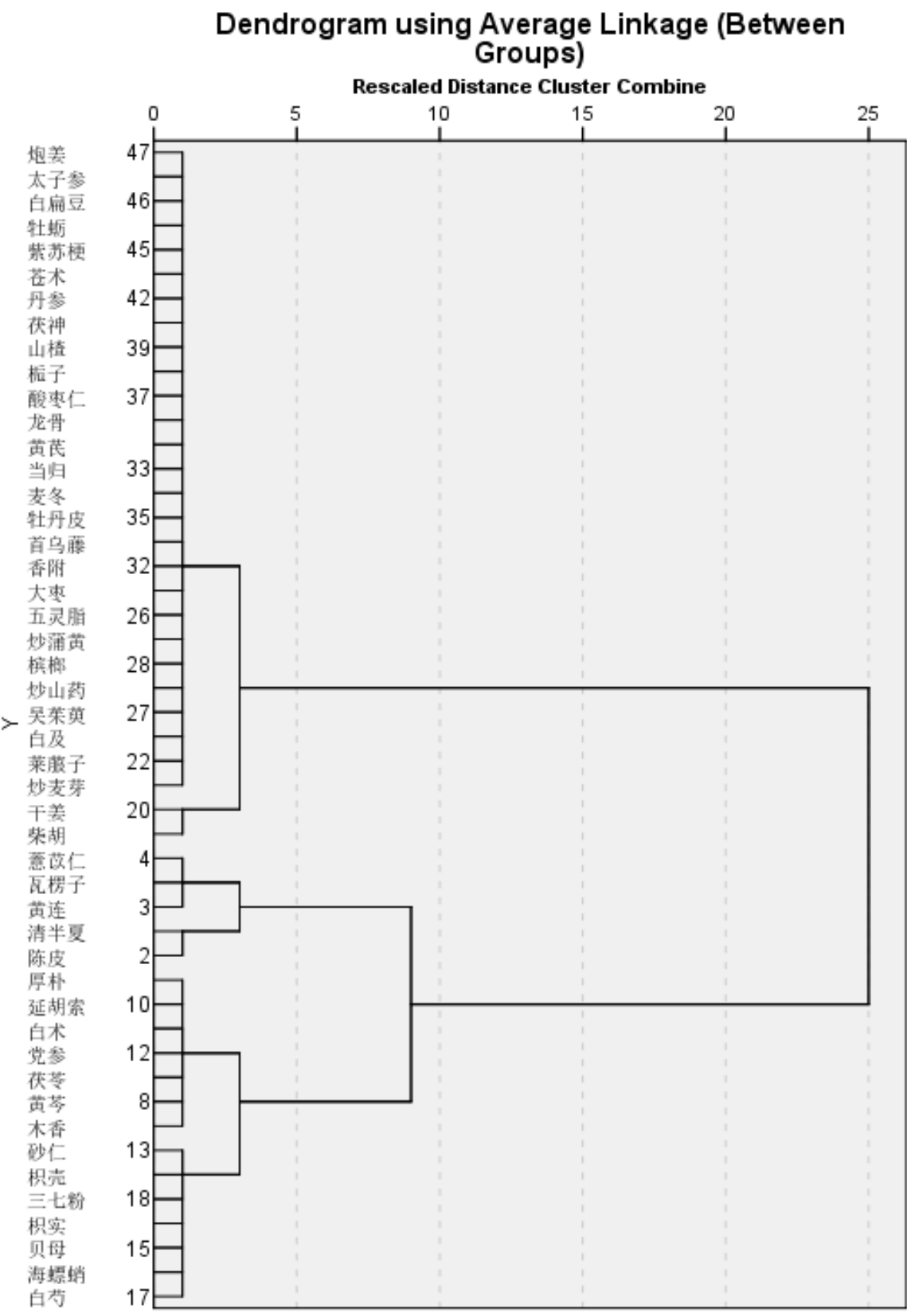
参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会.萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345.
- [2] Weck MN, Brenner H. Prevalence of chronic atrophic gastritis in different parts of the world[J].Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2006,15:1083-1094.
- [3] The European Gastrointestinal Study Group. Risk factors for atrophic chronic gastritis in a European population results of the Eurogastro study[J].Gut,2002,50(11):779-785.
- [4] Uemura,Okamoto,Yamamoto,etal.Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer of[J].N Eng LJ Med,2001,345:784-789.
- [5] 房静远,刘文忠,李兆申等.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2013,33(1):24-36.
- [6] 杜雯文,宁宝森.慢性萎缩性胃炎的发病机制、治疗及胃复春片的临床应用[J].社区医学杂志,2013,(11)23,22-23.
- [7] 阿莫西林联合果胶铋对慢性萎缩性胃炎的疗效评价[J].吉林医学,2015,36(15):3311.
- [8] 刘文忠,谢勇,成虹等.第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J].胃肠病学,2012,17(10):618-625.
- [9] 熊真.康复新液联合雷贝拉唑治疗 99 例慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2014,25(20):4670-4671.
- [10] 陆军平.莫沙比利联合瑞巴派特治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2015,26(2):250-252.
- [11] 董耿.西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(41):118-119.
- [12] 毕春洋,刘玉海,孙桂前.铝碳酸镁混悬剂联合胃炎 I 号方治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(32):3587-3589.
- [13] 白璐,马英杰.慢性萎缩性胃炎内科规范治疗临床分析[J].中国实用医药,2014,9(3):48-49.
- [14] 李飞鹏.替普瑞酮胶囊联合叶酸改善慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜的效果分析[J].中国社区医师,2015,31(23):85-89.

- [15] 王捷虹,许永攀,穆恒等.清调益温和五法治疗慢性萎缩性胃炎的临证经验[J].现代中医药,2018,38(1):63-65.
- [16] 张俊,周晓虹.周晓虹从瘀论治慢性萎缩性胃炎经验探究[J].浙江中医药大学学报,2017,41(3):232-233.
- [17] 韩丹,林才志,胡乃强等.活血化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎的 Meta 分析[J].湖南中医杂志,2018,34(1):132-135.
- [18] 杨舒淳,吴芳,李龔等.李玉贤主任医师应用辛开苦降法治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].西部中医药 2016,29(7):45-48.
- [19] 刘赓,张声生.调肝理脾法治疗慢性萎缩性胃炎[J].世界中医药 2015,(10)05,695-698.
- [20] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化,2018,26(2):121.
- [21] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1979.
- [22] 灵枢内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1982.
- [23] 刘春丽.慢性萎缩性胃炎的中医辨证论治[J].中国实用医药,2012 18(7):196-197.
- [24] 刘昌贤,林德胜.柴芍六君加味方治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床疗效分析[J].海峡药学,2015,27(11):171-172.
- [25] 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):25-27.
- [26] 付强,王祖龙,蒋士卿.黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚寒证 30 例[J].中医杂志,2013,54(18):1600-1601.
- [27] 崔一鸣,周斌.健脾通络汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2014,29(7):2376-2379.
- [28] 吴静,胡东,王克霞.黄芩和黄芩苷对幽门螺杆菌的体外抗菌活性研究[J].中药材,2008,31(5):707-710.
- [29] Sarwar A, Enbergs H.Effects of Saussurea lappa rootsextract in ethanol on leukocyte phagocytic activity, lymphocyte proliferation and interferon-gamma (IFN-gamma) [J].Pak J Pharm Sci,2007,20(3):175-179.
- [30] Damre A A, Damre A S, Saraf M N.Evaluation of sesquiterpene lactone fraction of Saussurea lappa on transudative, exudative and proliferative phases of inflammation[J].Phytother Res,2003,17(7):722-725.
- [31] Zhao Y, Gao JL, Ji JW, et al.Cytotoxicity enhancement in MDA-MB-231 cells by the combination treatment of tetrahydropalmatine and berberine derived

- fromCorydalis yanhusuo W.T.Wang[J].J Intercult Ethnopharmacol,2014,3(2):68-72.
- [32] Gouraud,Vochelle,DescotesJ,etal.Proton pump inhibitor-induced neutropenia possible cross-reactivity between omeprazole and pantoprazole[J].Clin Drug Investig,2010,30(8):559-563.
- [33] 陈伟良, 伍振峰, 邓中银等. 中医药在抗胃溃疡研究应用中的现状与进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19 (8) :362-367.
- [34] 郝泉, 李瑞玲, 周其华等. 半夏泻心汤加减治疗幽门螺旋杆菌感染相关胃炎 21 例[J]. 河南中医. 2011,39(5): 109-111.
- [35] 傅智敏, 朱曙东, 金华. 香砂六君子汤对大鼠急性胃黏膜损伤的保护作用[J]. 浙江中医学院学报,2000,24(4):52.
- [36] 张利, 白芍的药理作用及现代研究进展 [J]. 中医临床研究, 2014,29 (6) :25-26.

附录 1 药物聚类分析树状图



附录2 病例调查表

编号：_____姓名：_____性别：_____年龄_____岁

就诊时间：_____门诊号：_____

主诉_____病程_____

饮食偏嗜：辛辣口 浓茶口 熏腌口 油炸口 咖啡口 过热口 过冷口 无口

烟酒史： 无口 吸烟口 饮酒口

诱发因素：情志不畅口 饮食不节口 劳累过度口 气候因素口 无诱因口

职业：学生口 农民口 干部口 无业口 工人口 离退休口 军人口 职员口 不详口

主要症状：1.胃痛口： 胀痛口 刺痛口 隐痛口 灼痛口 冷痛口

空腹明显口 饭后加重口 生气加重口 无规律口

痛如针刺口 痛有定处口 喜按口 拒按口

得食痛甚口 得食痛减口 喜暖口 喜凉口

白天明显口 夜间明显口

2.胃痞口： 餐前明显口 餐后明显口 白天重口 夜间重口

生气加重口 多食即发口 少食即发口

受凉加重口 受热加重口 无规律口

3.暖气口： 餐前明显口 餐后明显口 白天重口 夜间重口

生气加重口 多食即发口 少食即发口

受凉重口 受热加重口 无规律口

4.呕吐口： 餐前明显口 餐后明显口 白天重口 夜间重口

生气加重口 多食即发口 少食即发口 受凉加重

口 受热加重口 无规律口

5. 纳呆口： 生气加重口 多食即发口 少食即发口

受凉加重口 无规律口

6 嘈杂口： 餐前明显口 餐后明显口 白天重口 夜间重口

生气加重口 多食即发口 少食即发口

受凉加重口 受热加重口 无规律口

7 其他口

次要症状： 胁肋胀痛口 纳少口 暖气口 胸闷口 气短口

心烦易怒口 善太息口 嘈杂口 反酸口 乏力口

口干口 口苦口 口臭口 口涩口 口黏口

口渴口 恶心口 呕吐口 干呕口 烧心口

眠差口 纳差口 焦虑口 饥不欲食口 其他口

舌质：淡口 红口 暗口 紫口 胖大口 瘦口 少津口 裂纹口 齿痕口 瘀点瘀斑口

舌苔：白口 黄口 薄口 厚口 腻口 剥脱口 少或无口 干口 水滑口 燥口

脉象：弦口 滑口 数口 沉口 缓口 紧口 涩口 迟口 细口 弱口

大便：正常口 干燥口 稀溏口 黏滞口 量多口 其他口

小便：正常口 量少口 量多口 其他口

中医诊断：胃痛口 胃痞口 呕吐口 嘈杂口 暖气口 吐酸口 纳呆口

其他口

中医分型：肝胃气滞口 肝胃郁热口 脾胃虚弱（脾胃虚寒）口

脾胃湿热口 胃阴不足口 胃络瘀血口 其他口

胃镜结果：_____

病理结果：_____

中药用药：_____

具体见下页附表：

柴胡		栀子		三七粉		赤芍	
香附		茯苓		白及		郁金	
枳壳		枳实		薏苡仁		金钱草	
白芍		厚朴		山药		藿香	
陈皮		苍术		炒山药		苍术	
佛手		佩兰		大黄		茯神	
香橼		黄芩		牵牛子		首乌藤	
百合		滑石		炒麦芽		酸枣仁	
乌药		黄芪		生麦芽		柏子仁	
元胡		党参		炒神曲		郁李仁	
赤芍		白术		生山楂		莱菔子	
青皮		炒白术		炒山楂		瓜蒌	
龙胆草		干姜		沉香		火麻仁	
黄连		甘草		豆蔻		清半夏	
吴茱萸		炙甘草		桂枝		淡豆豉	
瓦楞子		沙参		丁香		栀子	
海螵蛸		麦冬		柿蒂		白芷	
浙贝母		玉竹		当归		木香	
牡丹皮		知母		炒当归		炒薏苡仁	
丹参		生地		川芎		合欢皮	
檀香		五灵脂		三棱			
砂仁		炒蒲黄		莪术			
决明子		炒槟榔		炒白扁豆			

慢性萎缩性胃炎中医研究概况

彭小利 杨国红

摘要：慢性萎缩性胃炎是属于消化系统常见疾病，被认为是胃癌的癌前状态。本文从中医病因病机、中医辨证论治、专方验方、中成药、中医外治等方面对近年中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进行总结合论，最后总结中医在治疗本病方面的一些不足及展望。

关键词：慢性萎缩性胃炎；病因病机；中医药治疗；综述；

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是消化系统常见病，指胃黏膜上皮遭受侵害导致固有腺体的减少，伴或不伴纤维替代、肠腺化生和(或)假幽门化生的一种疾病^[1]。现代医学认为它经历长期的演变，少数可进展为胃癌，影响了患者的生活质量及生命健康。阻断、逆转其癌变也是目前一些中西医专家的关注点之一，许多慢性萎缩性胃炎患者治疗疗程较长(通常至少半年)，甚至许多患者长期服药，这不仅增加患者的经济负担，长期治疗也给患者的心理带来了负面影响，甚至对一些家庭也造成了物质、经济还有精神的负担。随着社会的发展，医学的不断进步，人民物质生活水平的提高，公众对于疾病治疗的期望值不断提高，所以寻找有效的治疗慢性萎缩性胃炎的方法也是众所期盼。

幽门螺杆菌(helicobacter pylori, HP)感染是慢性萎缩性胃炎最重要的病因，所以根除幽门螺旋杆菌仍是目前本病最基本的治疗^[2]，但由于目前抗生素滥用，耐药率的升高，易感人群较多，目前根除 hp 治疗的效果并不理想。另外还有一些像改善胃动力、使用抗氧化剂、抗胆汁反流还有加强黏膜保护与营养等药物治疗，但是这些治疗方法都存在一定局限性，而且像抗氧化剂的使用目前还存在争议性^[3]。

中医药治疗疾病源远流长，经过长期的实践，积淀了丰富的临床治疗经验。近年来不少医家学者在运用中医药医治 CAG 方面做了许多的研究，包括药理、动物实验、临床观察等等，而且这些研究也显示中医药在治疗 CAG 方面存在着独特的优势以及明确疗效。中医药治疗 CAG 不仅可以较好改善患者的一些临床表现，而且对病理改变也有明显效果，可以延缓本病的进展。采用中医药治疗 CAG 也受到了人们的关注，许多的患者也愿意选择中医药的医治。

1. 病因病机

中医文献中无 CAG 病名，但依据慢性萎缩性胃炎的表现，可将其归纳为“胃痛”、“嘈杂”、“胃痞”等疾病范畴。近现代不同的医家对本病的病因病机存在不同的见解。马贵同^[4]以为该病的发病基础是脾胃虚弱，基本病机是脾虚失运，气

机阻滞，久则由气及血，气血生化乏源，胃络失养所致。曹志群^[5]教授以为慢性萎缩性胃炎的病机为虚实夹杂，存在“脾胃气阴两虚及痰瘀互结”的病机变化，脾胃气阴两虚是病机变化的关键，而痰及瘀两者互结则是本病的必然进展。周素芳^[6]教授认为本病主要病理基础为脾气虚，以脾虚为本，以热毒、气滞、血瘀为标，“脾虚气滞、瘀毒内结”为本病多见之证。单兆伟^[7]教授认为气、虚、毒、瘀是本病发展的关键因素，以脾胃虚弱为本，以气滞、血瘀、邪毒、痰湿为标，相互影响，逐步形成本病。蔡淦^[8]教授认为本病的主要病机是脾虚瘀热，早期的病机是肝郁脾虚，中期的病机主要是肝郁脾虚并伴痰瘀，后期的病机多是正气亏虚、痰瘀互结并常夹杂有热毒。李春婷^[9]以为本病的病机为脾胃虚弱，而瘀血阻络则是贯穿本病的主要环节。曾升海教授^[10]认为该病初起病因为脾胃的虚弱，而发病的关键是脾胃升降功能失常，病机则属本虚标实，以脾胃虚为本，以痰湿、气滞及血瘀为实，虚实相互夹杂。董筠教授^[11]认为，该病的病位虽然在胃，但与肝、脾有密切关系，总的表现多为本虚标实、虚实夹杂之征象。白兆芝^[12]教授以为该病的发病之本为脾胃虚弱，主要病理因素是气机不畅，而血瘀则贯穿该病进展变化过程。路志正教授^[13]认为本病的病机为“虚实夹杂、本虚标实”，但是临证不能一概而论，应当全面考虑寒热虚实错杂之象。

2. 中医治疗

2.1 中医辨证治疗

中医药医治疾病以整体观念为核心，在中医辨证论治的基础上，采取不同的治法医治疾病。董筠教授^[14]依据本病临床表现，认为本病临床多见“脾胃湿热兼瘀阻”及“胃阴不足兼郁热”两型，治疗分别以化湿清热活血、滋阴清热益胃为主，分别采用平胃散加味、柴胡舒肝散合益胃汤加减。黎军^[15]依据本病的临床表现，将本病辨证分为阴虚、气虚、气滞、血瘀、热郁、湿阻六个证型，治疗分别施以益气、行气、养阴、通腑、活血、清热、祛湿等法治疗。张杰^[16]教授认为本病证型常虚实夹杂，将本病辨证分为胃络瘀阻、气滞郁热、脾胃虚寒、寒热错杂、脾胃湿热和肝胃阴虚六种证型，治疗分别采用理气化淤、疏肝和胃、温中健脾、调和寒热、和胃清热、益胃柔肝等不同治法。刘敬霞^[17]教授将本病辨证分为胃阴不足证、脾胃虚弱证及胃络瘀阻证三种证型，分别采用益胃养阴、理气止痛，补气健脾、理气和胃，活血化瘀，理气和胃止痛三种治法，并分别选用沙参麦冬汤合一贯煎加减、补中益气汤加减、失笑散合丹参饮加减。谢晶日^[18]根据结合本病的特点，将其辨证分为五种证型，分别为脾胃虚寒、肝郁脾虚、脾胃郁热、胃络血瘀及胃阴亏虚证，并分别选用黄芪建中汤、柴胡疏肝散、化肝煎、膈下逐瘀汤或失笑散、益胃汤合芍药甘草汤加减。曾晓婷^[19]将本病患者分为脾胃虚弱证、胃阴不足证、肝胃不和证、脾胃湿热证及胃络瘀血 5 种证型，分别采用黄芪建中

汤合香砂六君子加味、芍药甘草合一贯煎汤加味、柴胡疏肝汤加味、三仁汤加味、丹参饮合失笑散加味，治疗 3 个月后，与对照组（单纯使用西药治疗）相比，临床总有效率及胃镜疗效总有效率均优于对照组。

2.2 专方、验方治疗

许东升^[20]等用自拟“疏肝健脾和胃方”治疗脾虚肝郁型 CAG，在改善患者的临床症状、促进损伤黏膜的修复、消除胃黏膜炎症及提高根除 Hp 感染效果方面均优于西药对照组。付秀芹^[21]把 80 例 CAG 随机分为对照组 40 例、观察组 40 例，对照组仅予西药医治，观察组给予自拟中药“治萎汤”（党参、白术、黄芪、莪术、丹参、制半夏、麦冬、白芍、柴胡、薏苡仁、白花蛇舌草等）治疗，2 个月后观察疗效，结果观察组血浆的黏度、血细胞比容降低水平及临床总有效率均显著优于西药对照组($P<0.05$)。刘妮玉^[22]等把 102 例 CAG 患者随机分成治疗组 60、对照组 42 例，治疗组给予化痰消痞方（陈皮、丹参、法半夏、薏苡仁、鸡内金、蒲黄粉、半枝莲、白花蛇舌草、仙鹤草、猫爪草）辨证加味，对照组选用胃复春片，6 个月后观察治疗效果，结果显示治疗组有效率（91.67%）明显优于对照组（71.43%），同时“化痰消痞方”加味对逆转萎、上皮内瘤变有一定疗效。张明华^[23]对 110 例 CAG 病人随机分成观察组及对照组各 55 例，对照组予西药常规医治，包括根除 HP 感染、促进肠胃动力药物等。观察组在对照组西药治疗基础上予中药益气养阴通络方（白术、黄芪、砂仁、枳壳、香附、柴胡、白芍、北沙参、石斛、黄精、丹参、三七、甘草）口服，连续治疗 3 个月后观察疗效。结果观察组不仅临床总有效率(94.6%)优于对照组(74.5%)，而且胃镜疗效(85.5%)也明显优于对照组(67.3%) $P<0.05$ 。观察组在 SF-36 量表中部分评分中明显高于对照组。

2.3 中成药治疗

随着现代医学的发展，中成药不断完善，而且以其疗效显著，服用方面等特点被更多的患者接受，2017 年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》提供了目前常用的 11 种成药。通过大量的临床研究表明，成药在 CAG 的治疗中也发挥了它的疗效及优势。邹煜明等^[24]选用养胃舒胶囊治疗 40 例 CAG 患者，临床总有效率明显高于对照组。李珍^[25]把 60 例 CAG 患者分成治疗组及对照组各 30 例，治疗组选用胃尔康片，对照组选用维酶素片，持续医治 3 个月，结果治疗组痊愈率（26.7%）及总有效率（93.3%）均显著优于对照组痊愈率（13.3%）、总有效率（80%）。庞国学等^[26]把 140 例本病患者随机分成治疗组 70 例、对照组 70 例，对照组选用多潘立酮口服，治疗组选用平胃胶囊口服，治疗后结果显示治疗组总有效率(94.28%)及 hp 转阴率（87.09%）高于对照组(有效率 71.42%)、(hp 转阴率 47.67%)。

2.4 中医外治疗法

吕建兴等^[27]运用自拟中药温中健脾萎胃舒(白术、党参、黄芪、白芍、红枣、桂枝、茯苓、沉香、徐长卿、鸡内金及甘草)口服联合艾灸(中脘及神阙)治疗 CAG, 取得理想疗效。张迪等^[28]把 63 例 CAG 患者随机分成 2 组, 治疗组予以合募配穴艾灸, 艾灸双侧足三里及中脘穴, 对照组选用胃复春片, 结果发现治疗组在临床疗效及中医症状积分变化两方面均明显优于对照组, 两者差异具有统计学意义。邱利^[29]对 66 例 CAG 患者随机分成治疗组 33 例, 对照组 33 例, 治疗组予以穴位注射足三里、胃俞、肝俞(注射当归及黄芪注射液)穴, 对照组选用胃复春片口服, 结果显示治疗组在临床表现的改变、胃镜及病理检查结果均优于对照组。陈敏琴^[30]把 80 例脾胃虚弱型 CAG 患者随机分成对照组 40 例及观察组 40 例, 对照组选用西药常规治疗, 观察组予以穴位贴敷联合针刺治疗, 结果显示观察组临床表现改变及有效率明显优于对照组。李国辉等^[31]采用穴位埋线(取穴: 中脘、双侧足三里, 胃俞、脾俞、下巨虚、上巨虚)治疗 65 例 CAG 患者, 结果显示穴位埋线治疗不仅可以提高临床疗效, 还可以促进修复胃黏膜。张晓霞等^[32]将 60 例 CAG 患者随机分成针刺组及针刺百笑灸 2 组, 针刺百笑灸组采取针刺背俞穴联合百笑灸(两组取穴相同: 胃俞、脾俞、胆俞、肝俞)配合治疗, 针刺组单纯针刺上述穴位, 结果显示针刺百笑灸组显著优于单纯针刺组。谢宇峰等^[33]采用清代“御寒暖胃膏”进行外治贴敷(取穴: 梁门、足三里穴)观察对 CAG 大鼠胃黏膜的影响, 结果显示“御寒暖胃膏”外用贴敷可以下调胃黏膜细胞 TNF- α 及 PCNA 的水平, 促进黏膜的修复。

结语

综上所述, 慢性萎缩性胃炎的中医药医治在病因病机、辨证医治、专方验方、中成药及中医外治等各方面均取得了一定的研究成果, 这些成果也表明中医中药医治 CAG 方面确实存在明确的疗效及独特的优势。今后应进一步开展大样本的临床用药研究, 探讨中医中药治疗 CAG 的疗效机制, 总结完善更有效的治疗方法, 进一步的推广统一, 发挥中医中药治疗疾病的优势, 提高中医药医治本病的水平, 以更好的适应当代医学的发展需要。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121.
- [2] Chinese Society of Gastroenterology. Chinese Study Group on Helicobacter pylori. Liu W Z .et al. Fourth Chinese National Consensus Report on the management of Helicobacter pylori infection [J]. J Dig Dis,2013,14(5):211-211.
- [3] Zhang L J Wang S Y ,Huo X H .et al. Anti-Helicobacter pylori therapy followed by celecoxib on progression of gastric precancerous lesions[J]. World J Gastroenterol,2009,15(22):2731-2738.
- [4] 洪袁淑. 马贵同辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 上海中医药杂志. 2007, 41 (8): 11-12
- [5] 高君帆, 曹志群. 洪袁淑. 曹志群教授治疗慢性萎缩性胃炎举隅[J]. 上海中医药杂志. 2017, 40 (17): 161-163.
- [6] 陈喜建, 王祠菊, 周素芳等. 周素芳从“脾虚气滞、瘀毒内结”论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医药临床杂志. 2018,30(1):68-69.
- [7] 周汝杨, 张小琴. 单兆伟教授辨治慢性萎缩性胃炎四法[J]. 浙江中医药大学学报,2017, 41 (11):863-865.
- [8] 刘晓谷, 蔡淦. 蔡淦辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 上海中医药杂志,2009,43 (7) :5-7.
- [9] 徐宝才. 李春婷教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医学报. 2010,25(2):228.
- [10] 徐文江, 李彦生. 曾升海治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 河南中医 2017,37(7):1182-1183.
- [11] 马豆, 董筠. 董筠教授辨治慢性萎缩性胃炎 [J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(2) : 237-238.
- [12] 王健. 白兆芝辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医杂志, 2012,53(2):101.
- [13] 苏泽琦, 于春月, 张文君等. 国医大师路志正治疗慢性萎缩性胃炎临证经验. 现代中医临床, 2017,24(3):34-36.
- [14] 马豆, 董筠. 董筠教授辨治慢性萎缩性胃炎[J]. 长春中医药大学学报, 2017,33(2) : 23-238.
- [15] 黎军. 中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎 66 例[J]. 中医中药,2012, 10(17) : 301-302.
- [16] 孙婷婷, 唐勇, 吕文良. 张杰运用胃痞汤治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 中华中医药学刊,2012,30(6) : 1206-1207.
- [17] 刘超, 刘敬霞等. 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.
- [18] 戴国令, 梁国英. 谢晶日教授诊治慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 中医药信息, 2013,30(6):8

5-87.

- [19] 曾晓婷. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 135 例临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2012, 29 (10) : 270 -271.
- [20] 许东升, 王祖龙, 蒋士卿. 自拟疏肝健脾和胃方治疗肝郁脾虚型慢性胃炎临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(1):64-65.
- [21] 付秀芹. 自拟中药治萎汤治疗慢性萎缩性胃炎的效果观察[J]. 光明中医, 2017, 32(9) :1288-1299.
- [22] 刘妮玉, 魏睦新. 化痰消瘀方治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(12) :2485-2486.
- [23] 张明华. 益气养阴通络方治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察及其对胃黏膜 TFF1 表达的影响[J]. 中国中医药科技, 2017, 24(6) :684-685.
- [24] 邹煜明, 穆颖. 养胃舒胶囊治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45 (2) : 49-50.
- [25] 李珍, 张小芸, 孙晓娜. 胃尔康片治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 09(15), 90-92.
- [26] 何子才, 庞国学, 汪龙德. 平胃胶囊治疗慢性萎缩性胃炎疗效分析. 实用中医药杂志, 2014, 30 (8) :689
- [27] 吕建兴, 陈诗源. 艾灸联合中药治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(4) : 22-24.
- [28] 张迪, 袁星星, 王炳予等. 合募配穴灸法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(12) : 1401-1403.
- [29] 邱利. 穴位注射治疗慢性萎缩性胃炎临床观察与护理[J]. 光明中医, 2017, 32 (14) :2119-2220.
- [30] 陈敏琴. 针刺联合穴位贴敷治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 中西医结合与祖国医学, 2017, 21 (2) :203-205.
- [31] 李国辉, 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.
- [32] 张晓霞, 黄丽萍, 陆洪虎. 针刺背俞穴联合百笑灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中医中药, 2018, 1 (12) :113-114.
- [33] 谢宇峰, 冯军, 杨宗保. 御寒暖胃膏对慢性萎缩性胃炎修复机制的影响[J]. 光明中医, 2016 (14) :2034-2038.

附录 4 在校期间论文论著和科研情况

1. 参与河南省科技厅课题“基于 IL-6/JAK/STAT3 信号通路介导的细胞增殖分化异常研究健脾活瘀方的抗炎-癌转化机制”。

2. 在校期间发表论文 2 篇：

彭小利, 杨国红. 慢性萎缩性胃炎中医药临床研究进展[J]. 中医临床研究, 2017,(9)10,140-142.

彭小利, 魏晓梦. 杨国红应用大柴胡汤加减治疗胆汁反流性胃炎的经验[J]. 中国民间疗法, 2017,(25)09,6-7.