

中图分类号

UDC

密级

学号 1832701144



**湖北中医药大学**

Hubei University of Chinese Medicine

# 硕士学位论文

MASTER DISSERTATION

## 疏肝治萎汤治疗萎缩性胃炎肝胃气滞证 临床观察

Clinical Observation on Shugan Zhiwei Decoction in Treating Atrophic  
Gastritis with Stagnation of Liver and Stomach Qi

研 究 生 姓 名：刘慧娟

指导教师姓名、职称：周 毅 教授 主任医师

申 请 学 位：医学硕士

学 科（专 业）名称：中医内科学

学 位 类 型：专业学位型

湖北中医药大学

二〇二一年五月二十日

## 湖北中医药大学学位论文原创性声明

本人声明： 所呈交的学位论文是在导师的指导下进行的研究工作及取得的研究成果。除了论文中特别加以标注和致谢的地方外，本论文不包含其他个人或集体已经发表或撰写过的研究成果，也不包含为获得湖北中医药大学或其他单位的学位或证书而使用过的材料。对本文的研究做出贡献的个人和集体，均已在论文中作了明确的说明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名： 刘慧娟


2021 年 5 月 30 日

## 关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解湖北中医药大学有关保留、使用学位论文的规定，即：学校有权保留学位论文，允许学位论文被查阅和借阅；学校可以公布学位论文的全部或部份内容，可以采用复印、缩印或其他手段保留学位论文；学校可以根据国家或湖北省有关部门的规定送交学位论文。同意《中国优秀博硕士论文全文数据库出版章程》的内容。同意授权中国科学技术信息研究所将本人学位论文收录到《中国学位论文全文数据库》。

（保密论文在解密后遵守此规定）

论文作者签名： 刘慧娟

导师签名： 

2021 年 5 月 30 日

## 目 录

摘 要.....	I
Abstract.....	III
英文缩略词.....	VII
前 言.....	1
临床研究.....	3
1. 研究资料.....	3
1.1 研究对象.....	3
1.2 入选标准.....	3
1.3 病例纳入标准.....	4
1.4 剔除标准.....	5
1.5 病例脱落及剔除.....	5
2. 研究方法.....	5
3. 观察项目.....	6
3.1 症状积分及疗效.....	6
3.2 胃镜疗效.....	6
3.3 病理积分及疗效.....	7
3.4 安全性观察.....	7
4. 统计学方法.....	7
5. 研究结果.....	7
5.1 一般资料的比较.....	8
5.2 治疗前后各中医证候积分比较.....	9
5.3 治疗后各中医证候疗效比较.....	11
5.4 治疗后各内镜下炎症程度疗效比较.....	11
5.5 治疗前后病理积分比较.....	12
5.6 治疗前后各病理疗效比较.....	13

6. 安全性观察.....	13
讨 论.....	14
1. 西医对 CAG 的认识.....	14
1.1 病因病机.....	14
1.2 CAG 的诊断.....	15
1.3 CAG 的治疗.....	19
2. 中医对 CAG 的认识.....	21
2.1 病因病机.....	21
2.2 辨证分型.....	23
2.3 辨证论治.....	24
2.4 中医药治疗.....	25
3. 导师对 CAG 的认识.....	26
4. 所用方药.....	27
4.1 方义分析.....	28
4.2 单药分析.....	29
4.3 现代药理学研究.....	30
结 语.....	33
参考文献.....	34
附 录.....	40
附录 1 文献综述.....	40
附表 2 主要症状分级量表.....	45
附表 3 次要症状分级量表.....	46
附录 4 发表论文情况.....	47
致 谢.....	48

## 摘 要

目的：观察周毅教授自拟疏肝治萎汤治疗慢性萎缩性胃炎肝胃气滞证关于中医症候、内镜下胃粘膜改善、病理表现的临床疗效，探讨其起效机理、用药依据，为治疗肝胃气滞型萎缩性胃炎提供方法思路。探讨萎缩性胃炎中医病因病机、证候分型及辨证论治方法，西医病因病机，诊断标准及分级，治疗方案等。

方法：以湖北省中医院花园山脾胃病科住院部及周毅主任专家门诊2019.5-2020.10共66例西医诊断为慢性萎缩性胃炎，中医辨证为肝胃气滞证的患者，采用随机对照原则，分为治疗组和对照组，每组各31例受试者。对照组予以摩罗丹治疗，服用方法：8粒/次，3次/日，分别于早餐、中餐、晚餐半小时后服用；治疗组予以辨证中药组方疏肝治萎汤，水煎服200ml，早晚各一次，饭后1小时温服。总疗程3个月，每位受试者治疗前后各行胃镜检查1次，取活检，行血液分析、尿液分析、粪便分析、心电图检查，观察受试者治疗前后中医证候积分变化、中医证候疗效、胃镜下黏膜炎症程度疗效、病理积分变化、病理疗效等指标，使用统计学软件SPSS 25.0对试验所得数据进行统计学分析，得出结论，同时对试验安全性进行检验。

结果：治疗过程中共脱落4例病例，最终治疗组31例观察对象，对照组31例观察对象。

一般资料：比较结果所得两组受试患者的年龄、性别、病程构成比例对比均无明显差异（ $P>0.05$ ），基线资料一致，具有可比性。

中医证候积分及疗效：分别对比治疗前两组主要中医证候（胃痛、腹胀、胁痛）、次要证候积分（嘈杂、嗳气、反酸）、中医症候总积分均无明显差异（ $P>0.05$ ），均具有可比性；治疗前后两组自身对比，除反酸（ $P>0.05$ ）外，其他中医证候积分下降程度均具有统计学意义（ $P<0.05$ ），其中两组胃痛、腹胀、胁痛积分下降程度相当（ $P>0.05$ ），比较嘈杂、嗳气积分下降程度，治疗组对比对照组具有较为显著差异（ $P<0.05$ 或 $P$

$<0.01$ )。对中医证候总疗效进行对比,治疗组及对照组均有统计学意义( $P<0.05$  或  $P<0.01$ ),且治疗组疗效优于对照组( $P<0.05$ )。

内镜下黏膜炎症程度疗效:治疗前对照组和治疗组内镜下黏膜炎症程度无明显差异( $P>0.05$ );治疗前后两组组内自身对比,胃黏膜炎症程度差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),组间对比,胃黏膜炎症下降程度差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

病理积分及疗效:对治疗前对照组和治疗组萎缩及肠化积分分别进行对比,两者差异均无明显差异( $P>0.05$ ),具有可比性;对治疗前后两组分别进行组内自身对比,萎缩积分下降程度差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),对治疗后两组进行组间萎缩积分下降程度对比,差异无明显统计学意义( $P>0.05$ );治疗前后两组组内自身对比,肠化积分下降程度均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后两组病理疗效组间对比及病理疗效自身对比,治疗组及对照组两组的上述差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

结论:运用周师疏肝治萎汤辨证论治萎缩性胃炎肝胃气滞证,能有效缓解 CAG 临床症状,其中对嘈杂、嗳气等症状的改善效果均优于摩罗丹,对胃痛、腹胀、胁痛缓解效果与摩罗丹相当,但对反酸无明显效果;对于内镜下胃黏膜炎症程度的改善及萎缩病理分级的逆转均具有明显作用,与摩罗丹效果相当,但尚无确切证据证明对肠上皮化生有逆转作用。

**关键词:** 萎缩性胃炎;肝胃气滞证;疏肝治萎汤

# Clinical Observation on Shugan Zhiwei Decoction in Treating Atrophic Gastritis with Stagnation of Liver and Stomach Qi

Speciality: Traditional Chinese Internal Medicine

Author: Liu Huijuan

Tutor: Zhou Yi

## Abstract

**Objective:** To observe the clinical efficacy of Professor Zhou Yi's self-made Shugan Zhiwei Decoction in the treatment of chronic atrophic gastritis with stagnation of liver and stomach qi, to explore its onset mechanism and medication basis, and to provide ideas for the treatment of atrophic gastritis with stagnation of liver and stomach qi. Discuss the etiology and pathogenesis of atrophic gastritis, the classification of syndromes and the methods of differentiation and treatment, the etiology and pathogenesis of western medicine, the diagnostic criteria and classification, the treatment plan, etc.

**Methods:** A total of 66 patients with chronic atrophic gastritis diagnosed by Western medicine in the inpatient department of Huayuanshan Spleen and Stomach Diseases Department of Hubei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine and Director Zhou Yi's Specialist Outpatient Clinic from October 2019 to 2020. Divided into treatment group and control group, each group has 31 subjects. The control group was treated with Morodan, taking: 8 capsules/time, 3 times/day, half an hour after breakfast, lunch, and dinner; the treatment group was treated with syndrome differentiation Chinese medicine prescription Shugan Zhiwei

Decoction, 200ml of water decoction, morning and evening Each time, warm one hour after meal. The total course of treatment is 3 months. Each subject will undergo gastroscopy once before and after treatment, take biopsy, perform blood analysis, urinalysis, stool analysis, and electrocardiogram. Observe the changes in TCM syndrome scores and TCM syndromes before and after treatment. Use statistical software SPSS 25.0 to statistically analyze the data obtained in the test, draw conclusions, and observe the safety of the test.

Result: A total of 4 cases were dropped during the treatment, and the final treatment group was 31 observation subjects and the control group 31 observation subjects.

General information: There was no significant difference between the two groups of test patients in terms of age, gender, and disease course composition ratio ( $P>0.05$ ). The baseline data were consistent and comparable.

TCM syndrome scores and curative effect: The main TCM syndromes (stomach pain, abdominal distension, hypochondriac pain), minor syndrome scores (noisy, belching, acid reflux), and total TCM syndrome scores were not significantly different between the two groups before treatment ( $P>0.05$ ), both are comparable; the comparison between the two groups before and after treatment shows that, except for acid reflux ( $P>0.05$ ), the degree of decrease in the scores of other TCM syndromes is statistically significant ( $P<0.05$ ). Among them, the two groups have stomach pain and abdominal distension. The degree of decrease in the score of hypochondriac pain was similar ( $P>0.05$ ), and the degree of reduction in the score of noisy and belching was relatively significant. There were



significant differences between the treatment group and the control group ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). Comparing the total curative effect of TCM syndromes, both the treatment group and the control group are statistically significant ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ), and the treatment group is better than the control group ( $P < 0.05$ ).

Efficacy of endoscopic mucosal inflammation: there was no significant difference in endoscopic mucosal inflammation between the control group and the treatment group before treatment ( $P > 0.05$ ); the comparison between the two groups before and after treatment showed that the difference in gastric mucosal inflammation was statistically significant ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the degree of gastric mucosal inflammation in the comparison between groups ( $P > 0.05$ ).

Pathology score and curative effect: The atrophy and intestinal metaplasia scores of the control group and the treatment group before treatment were compared, there was no significant difference between the two ( $P > 0.05$ ), and they were comparable; the two groups before and after treatment were compared within the group. , The difference in the degree of decline of atrophy score was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The difference in the degree of decline of atrophy score between the two groups after treatment was not statistically significant ( $P > 0.05$ ); the comparison between the two groups before and after treatment , The degree of decrease in intestinal metaplasia score was not statistically significant ( $P > 0.05$ ). After treatment, the comparison between the two groups of pathological efficacy groups and the pathological efficacy self-comparison, the above-mentioned differences between the treatment group and the control group were not statistically

significant ( $P>0.05$ ).

Conclusion: Using Zhoushi Shugan Zhiwei Decoction to treat atrophic gastritis with liver and stomach qi stagnation syndrome can effectively alleviate the clinical symptoms of CAG. Among them, the improvement effect of noisy, belching and other symptoms are better than Morodan, and it is better for stomach pain, abdominal distension and hypochondriac pain. The relieving effect is equivalent to that of Morodan, but it has no obvious effect on acid reflux; it has obvious effects on the improvement of endoscopic gastric mucosal inflammation and the reversal of pathological grade of atrophy, which is equivalent to Morodan, but there is no definite evidence to prove the effect on the intestines. Epithelial metaplasia has a reversal effect.

**Keywords:** atrophic gastritis; liver and stomach qi stagnation syndrome; Shugan Zhiwei decoction

## 英文缩略词

英文缩写	英文全称	中文译名
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌
CAG	Chronic Atrophic Gastritis	慢性萎缩性胃炎
CNG	Chronic non-atrophic gastritis	慢性非萎缩性胃炎
PG	Pepsinogen	血清胃蛋白酶原
PPI	Proton pump inhibitor	质子泵抑制剂
SOD	Superoxide dismutase	超氧化物歧化酶
GSH-Px	Glutathione peroxidase	谷胱甘肽过氧化物酶

## 前 言

随着现代医学的逐步发展,许多学者提出:慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)作为一种慢性、进展性的常见消化系统疾病,与胃癌有着密不可分的关系,是大部分胃癌形成过程中重要一环。因此CAG逐渐受到人们重视,如何延缓甚至逆转萎缩,成为一个广受关注的难题。CAG系由于胃黏膜遭到外来因素侵袭,完整性受损,出现腺体萎缩甚至消失,从而出现一系列非特异性临床证候的一种慢性消化系统疾病。其临床表现各异,以早饱、腹胀等消化不良之症多见,也可伴随有反酸、烧心、口干等消化道症状。CAG好发于老年患者,随着年龄增长,患病几率增加。但随着人们生活方式的改变,CAG的发病有逐渐年轻化的趋势。

现代西医学认为,CAG病因主要与感染、情志、年龄、生活习惯等因素相关<sup>[1-2]</sup>。幽门螺旋杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染<sup>[3]</sup>、焦虑等负面情绪、老龄人群、进食辛辣刺激及腌制食品、长期烟酒无度等是目前已知的危险因素。西医关于CAG的诊断主要依靠检查、检验的手段,以症状、体征为辅助诊断方式。胃镜下医者的观察结果可初步诊断CAG,病理活组织检查结果为胃黏膜萎缩是CAG的金标准,<sup>13</sup>C、<sup>14</sup>C尿素呼气试验等可作为辅助手段。CAG的治疗主要从临床症状出发,予以抑酸护胃、保护和修复胃黏膜、补充叶酸等对症支持治疗,Hp感染患者需根除Hp,以延缓萎缩进程。但目前西药只能缓解症状,尚无确切证据证明对于胃黏膜萎缩有逆转作用。

CAG由于缺乏典型证候,因此在传统医学并无对应病名。根据证候的不同,主要归属于“痞满”、“嘈杂”、“胃脘痛”等疾病。我国传统医学认为CAG的病因主要归于先天禀赋不足、情志失常、药食无节等,出现脾胃运行失调,气血津液运行随之受阻,从而产生瘀血、痰湿、气滞等致病因素,相互交杂,停滞胃脘,出现本虚标实之候。因此,CAG的治疗主要从扶正、祛邪两方面来着手。一方面健脾和胃,顾护正气,恢复脾胃气机运行,另一方面辨证论治,祛除邪气:对于肝气郁滞患者疏肝气,湿热

之候清热除湿，瘀血内停则活血化瘀等，标本兼顾，辨证论治。

本试验在当代人情志失调几率逐年上升的背景下，纳入 CAG 肝胃气滞证患者，予以辨证中药疏肝治萎方进行治疗，对比受试者治疗前后中医证候、胃镜下黏膜炎症及内镜下萎缩程度的改善，指导治疗。

## 临床研究

### 1.研究资料

#### 1.1 研究对象

以湖北省中医院花园山脾胃病科住院部及周毅主任专家门诊 2019.5-2020.10 共 66 例西医诊断为 CAG, 中医辨证为肝胃气滞证的患者, 采用随机对照原则, 将患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 33 例受试者。

#### 1.2 入选标准

##### 1.2.1 中医诊断标准

此诊断标准主要参考了《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》<sup>[4]</sup>及《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》<sup>[5]</sup>两共识中关于萎缩性胃炎肝胃气滞证的相关诊断标准, 具体如下:

主症: ①上腹部胀满; ②胃脘部疼痛 ③两胁肋部胀满隐痛。

次症: ①胃脘部嘈杂 ②反酸 ③嗳气频 ④每因情志不遂而诱发或者加重;

舌脉: ①舌淡红, 苔薄白; ②脉弦。

证型确定: 主症加次症 2 项以上, 舌脉为佐证

##### 1.2.2 西医诊断标准

此诊断标准主要参考了《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》及《中国慢性胃炎共识意见(2012 年, 上海)》<sup>[6]</sup>关于萎缩性胃炎的相关诊断标准:

##### (1) 症状体征诊断标准

CAG 无特异性临床表现, 部分患者甚至无任何症状产生, 常因常规体

检行胃镜检查发现后确诊；有症状者主要表现为腹胀、腹痛、以隐痛为主，餐后症状加重等消化不良症状，可伴有反酸、烧心、口干、口苦、打嗝、矢气频等其他消化道相关症状。体征可无特异性，部分患者上腹部压痛呈阳性或弱阳性，听诊肠鸣音亢进或减弱。

## （2）胃镜诊断标准

胃镜下可观察到：①胃黏膜颜色异常：黏膜红白相间，以白相为主；②黏膜血管显露：萎缩程度不同，血管透见度不同，萎缩较轻时无血管显现，萎缩严重者可可见红色血管分支；③腺体改变：腺体部分消失，腺窝代偿性增生，可表现为颗粒或结节状改变。

## （3）病理诊断标准

CAG 病理确诊以病理结果显示固有腺体萎缩为金指标。萎缩的分级采用所得病理标本分级最重的级别，进行治疗前后对比。最终病理分级则是临床医师结合内镜下胃黏膜观察结果及病理结果进行综合判断后所得。

## （4）萎缩分级

慢性胃炎活组织检查组织学变化相关分级具体包括 5 方面。由于本试验剔除 Hp 感染患者，慢性炎症及活动性与内镜下治疗效果相关，因此本研究仅从萎缩和肠化二个方面来判断病理分级疗效。具体如下：

①萎缩：萎缩的分级以胃固有腺减少程度来判断。

无：尚未发现固有腺体减少；

轻度：固有腺体减少程度 $<$ 正常值  $1/3$ ；

中度：固有腺体减少范畴为正常值  $1/3$ - $2/3$ ；

重度：固有腺体减少 $>2/3$ ，甚至完全消失。

②肠化：以腺体肠化区域占腺体和表面上皮的面积来分级，

无：完全无腺体肠化

轻度：肠化区域占据面积 $<1/3$ ；

中度：肠化面积占比  $1/3$ - $2/3$ ；

重度：肠化面积占比 $>2/3$ 。

### 1.3 病例纳入标准

- (1) 符合 CAG 西医诊断标准;
- (2) 满足中医关于 CAG 肝胃气滞证的诊断标准;
- (3) Hp 相关检测阴性;
- (4) 年龄 25~70 岁;
- (5) 患者了解治疗方案及试验项目, 自觉配合试验, 严格按医嘱服用药物。

### 1.4 剔除标准

- (1) 近期 Hp 相关试验阳性的患者;
- (2) 患有心脑血管、肝肾系统等慢性严重性疾病并服用相关药物的患者;
- (3) 对本试验药物不耐受或者过敏的患者;
- (4) 处于备孕、妊娠或哺乳阶段的妇女;
- (5) 依从性差, 或有精神分裂症、焦虑抑郁状态病史、近期服用相关药物的患者;

### 1.5 病例脱落及剔除

- (1) 中途自行中断试验;
- (2) 对药物出现不良反应。

## 2. 研究方法

对照组予以摩罗丹, 服用方法: 8 粒/次, 3 次/日, 于早餐、中餐、晚餐半小时后服用 (厂家: 邯郸制药股份有限公司 批号: 国药准字 Z20090013)

治疗组予以辨证中药组方, 具体如下:

柴胡 6g 枳壳 10g 炒白芍 10g 生白术 15g  
茯苓 15g 麦冬 10g 郁金 10g 半枝莲 10g  
白花蛇舌草 20g 玉竹 10g



水煎服 200ml，早晚饭后 1 小时分次温服。

总疗程 3 个月，治疗前后各行胃镜检查 1 次，并取活检，根据悉尼系统研究标本要求：内镜下共取 3-5 块活组织标本：一般主要包括胃窦、胃体各 2 块和胃角 1 块。怀疑存在病灶的组织另取标本，标本尽可能达到黏膜肌层，以提高检测准确性；

注意事项：服药期间遵循清淡、规律饮食原则，忌食辛辣刺激，避免饮咖啡、酒、浓茶。调畅情志，尽量避免产生负面情绪。避免过度劳累及搬运重物等重体力劳动等。

### 3.观察项目

临床疗效按照尼莫地平法进行计算，具体如下：疗效等级指数=[(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分]×100%。治疗有效率=(试验总例数-试验无效例数)/试验总例数×100%。

#### 3.1 症状积分及疗效：

具体观察指标包括主要症状胃痛、腹胀、胁痛，次要症状嘈杂、嗳气、反酸。按照严重程度，分为四级：无、轻、中、重，分别表示无影响、轻度影响生活、中度影响生活、重度影响生活，（见附表 1、2）分别对应主要症状积分 0、2、4、6 分，次要症状积分 0、1、2、3。

疗效评级以中医证候改善程度及疗效等级指数为依据，具体如下

- (1) 治愈：相关中医证候及症状基本消失，疗效等级指数>95%；
- (2) 显效：中医证候及有关症状产生显著改善，疗效指数范畴 70%~95%；
- (3) 有效：症状有缓解，疗效指数 30%~70%；
- (4) 无效：相关中医证候及症状无明显变化乃至有所加重，疗效等级指数<30%。

### 3.2 胃镜疗效：胃镜下以黏膜范围、黏膜炎症分级为准。

- (1) 治愈：治疗后复查胃镜下胃黏膜炎症基本消失或大部分消失；
- (2) 显效：胃镜下黏膜炎症程度或者范围缩小 2/3；
- (3) 有效：胃镜黏膜炎症范围或分级程度减少 1/3；
- (4) 无效：胃镜下黏膜炎症范围或分级无变化甚至加重。

### 3.3 病理积分及疗效

病理积分具体包括萎缩及肠化两方面，参照治疗前后病理分级诊断结果，无、轻、中、重分别对应 0、1、2、3 分，计算治疗前后病理积分；

病理疗效以萎缩或肠化中最佳疗效为准，分级如下：

- (1) 治愈：治疗后病理检查萎缩或肠化完全消失；
- (2) 显效：病理检查萎缩或肠化下降 2 个级别；
- (3) 有效：病理检查萎缩或肠化下降 1 个级别；
- (4) 无效：病理检查萎缩或肠化分级结果无变化甚至级别上升。

### 3.4 安全性观察

接受研究的患者治疗前后分别进行 1 次血液分析、尿液分析、粪便分析三大常规检查，肝肾功能及心电图检查，观察各项指标是否正常。

## 4. 统计学方法

本试验运用统计学软件 SPSS 25.0 对数据进行具体相关统计学分析。计量资料服从正态分布且满足方差齐性使用  $t$  检验（自身前后对比采用配对样本  $t$  检验，两组对比采用独立样本  $t$  检验）；若试验最终所得数据不服从正态分布或比较等级资料，则运用秩和检验进行分析；计数资料使用  $\chi^2$  检验。求得  $P$  值， $P > 0.05$  表示统计数据间差异无统计学意义， $P < 0.05$  差异有统计学意义，若  $P < 0.01$ ，则得出结论：具有显著差异。

## 5. 研究结果

研究过程中, 治疗组 1 例患者因拒绝复查胃镜而脱落, 1 例患者因工作地点调动而中断研究; 对照组 1 例患者因服用摩罗丹后出现自觉发热、乏力、头晕而拒绝继续服用该药物, 要求改用中药继续治疗而脱落, 1 例患者自行停用药物, 拒绝随访脱落, 因此最终两组各获得 31 例观察对象。

### 5.1 一般资料的比较

两组年龄分布、病程分布均符合正态分布, 采用独立样本  $t$  检验; 对照组年龄分布在 29-69 岁之间, 平均年龄分别为 49.23 岁; 治疗组年龄分布在 33-69 岁之间, 平均年龄为 48.23 岁。计算所得  $t=0.36$ ,  $P=0.72>0.05$ , 差异无统计学意义, 因此两组年龄构成无明显差异, 具有可比性。对照组病程分布在 4.7-19 年之间, 平均病程为 10.37 年, 治疗组病程分布在 6.8-16 年之间, 平均病程 10.16 年, 计算所得  $t=0.28$ ,  $P=0.78>0.05$ , 差异无统计学意义, 性别构成比无明显差异, 患者具有可比性。(表 1)

表 1 治疗组及对照组的患者年龄及病程比较 ( $\bar{X} \pm S$ )

组别	平均年龄	平均病程
对照组	49.23 $\pm$ 11.23	10.37 $\pm$ 3.57
治疗组	48.23 $\pm$ 10.72	10.16 $\pm$ 2.27

治疗组及对照组性别构成比为计量资料, 采用  $X^2$  检验, 对照组有男性 14 人, 女性 17 人, 治疗组有男性 16 人, 女性 15 人,  $X^2$  检验所得  $X^2=0.26$ ,  $P=0.61>0.05$ , 差异无统计学意义, 因此治疗组及对照组性别相关数据, 差异无统计学意义, 此方面具有可比性。(表 2)

表 2 治疗组及对照组的患者性别比较 (例)

组别	例数	男	女
对照组	31	14	17
治疗组	31	16	15

## 5.2 治疗前后各中医证候积分比较

### 5.2.1 两组患者治疗前后主要证候积分比较（胃痛、腹胀、胁痛）

经检验，胃痛、腹胀、胁痛积分治疗前后数据为非正态分布，采用秩和检验。计算所得治疗前胃痛、腹胀、胁痛积分两组均无明显差异，具有可比性（ $P>0.05$ ）。治疗前后两组组内自身对比，胃痛、腹胀、胁痛积分下降程度具有统计学意义（ $P<0.05$  或  $P<0.01$ ），然而，治疗后两组组间积分下降程度进一步对比，其差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。即运用摩罗丹及辨证中药方对 CAG 患者胃痛、腹胀、胁痛均有显著改善，但两者疗效无明显差异。（表 3）

表 3 两组患者治疗前后胃痛、腹胀、胁痛积分（MD, (Q)）

症状	对照组		治疗组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃痛	4 (2)	2 (2)	4 (2)	2 (2)
腹胀	2 (2)	2 (2)	2 (2)	0 (2)
胁痛	2 (2)	2 (2)	2 (2)	2 (2)

注：两组患者治疗前中医主要证候进行组间积分对比可得：胃痛积分  $Z=-0.33$ ,  $P=0.74>0.05$ , 腹胀积分  $Z=-0.07$ ,  $P=0.95>0.05$ , 胁痛积分  $Z=-0.18$ ,  $P=0.86>0.05$ ；两组患者治疗后中医主要证候积分进行组间对比可得：胃痛积分  $Z=-0.42$ ,  $P=0.68>0.05$ , 腹胀积分  $Z=-0.42$ ,  $P=0.68>0.05$ , 胁痛积分： $Z=-1.30$ ,  $P=0.19>0.05$ ；两组治疗前后积分自身对比：胃痛对照组  $Z=-3.88$ ,  $P<0.01$ 、治疗组  $Z=-3.89$ ,  $P<0.01$ , 腹胀对照组  $Z=-3.44$ ,  $P<0.01$ 、治疗组  $Z=-3.61$ ,  $P<0.01$ , 胁痛对照组  $Z=-2.96$ ,  $P<0.01$ 、治疗组  $Z=-4.12$ ,  $P<0.01$ ；

### 5.2.2 两组患者治疗前后次要证候积分比较（嘈杂、嗝气、反酸）

经检验，嘈杂、嗝气、反酸积分治疗前后数据均不符合正态分布，均采用秩和检验。计算所得治疗前，两组患者嘈杂、嗝气、反酸积分对比，

均无明显差异 ( $P>0.05$ )，具有可比性。治疗后两组组内对比，嘈杂、嗳气积分下降程度具有统计学意义 ( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )，反酸积分下降程度无统计学意义 ( $P>0.05$ )；组间对比，嘈杂、嗳气积分下降程度差异均具有统计学意义 ( $P<0.05$ )，治疗组及对照组两组的反酸积分下降程度差异均显示无统计学意义 ( $P>0.05$ )。即运用摩罗丹及辨证中药方对 CAG 患者嘈杂、嗳气均有显著改善，且辨证中药方优于摩罗丹，但对反酸无明显治疗效果。（表 4）

表 4 两组患者治疗前后嘈杂、嗳气、反酸积分 (MD, (Q))

症状	对照组		治疗组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
嘈杂	2 (2)	1 (1)	2 (2)	0 (1)
嗳气	1 (1)	1 (2)	1 (2)	0 (1)
反酸	2 (2)	1 (1)	1 (2)	1 (1)

注：两组患者治疗前中医次要证候进行组间积分对比可得：嘈杂积分  $Z=-0.15$ ,  $P=0.88>0.05$ , 嗳气积分  $Z=-1.31$ ,  $P=0.19>0.05$ , 反酸积分  $Z=-0.88$ ,  $P=0.38>0.05$ ；两组患者治疗后中医次要证候积分进行组间对比可得：嘈杂积分  $Z=-2.87$ ,  $P<0.01$ , 嗳气积分  $Z=-2.42$ ,  $P=0.02<0.05$ ，反酸积分： $Z=-0.98$ ,  $P=0.33>0.05$ ；两组治疗前后积分自身对比：嘈杂对照组  $Z=-1.37$ ,  $P=0.17<0.05$ 、治疗组  $Z=-3.56$ ,  $P<0.01$ ，嗳气对照组  $Z=-1.20$ ,  $P=0.23<0.05$ 、治疗组  $Z=-2.14$ ,  $P=0.03<0.05$ ，反酸对照组  $Z=-1.88$ ,  $P=0.06>0.05$ 、治疗组  $Z=-1.69$ ,  $P=0.09>0.05$ 。

### 5.2.3 中医证候总积分

治疗前后对照组和治疗组数据属非正态分布，因此采用秩和检验。比较治疗前中医证候总积分可得，两组积分构成差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，具有可比性，治疗组及对照组治疗前后中医证候积分对比均具有显著差异 ( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )，且治疗组大于对照组，即辨证中药及摩

罗丹对于 CAG 中医证候改善均有疗效,且辨证中药对中医证候的改善优于摩罗丹。(表 5)

表 5 两组治疗前后中医证候总积分比较 (MD, (Q) )

组别	治疗前	治疗后
对照组	13 (4)	8 (2)
治疗组	13 (6)	5 (4)

注: 所得对照组治疗前后  $Z=-6.30, P<0.01$ , 治疗组治疗前后  $Z=-5.78, P<0.01$ ; 对照组及治疗组治疗前  $Z=-0.439, P=0.66>0.05$ ; 对照组及治疗组治疗后  $Z=-3.1, P<0.01$ 。

### 5.3 治疗后各中医证候疗效比较

治疗后对照组和治疗组中医证候疗效比较,采用秩和检验,两组有效率分别为: 77.42%和 87.01%,  $Z=-2.29, P=0.02<0.05$ , 因此差异有统计学意义。即中医辨证中药方对 CAG 的中医证候改善优于摩罗丹。(表 6)

表 6 两组治疗前后中医疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率%
对照组	31	0	0	24	7	77.42
治疗组	31	1	6	19	4	87.01

### 5.4 治疗前后内镜下炎症程度疗效比较

治疗后对照组和治疗组内镜下黏膜炎症程度疗效比较,采用秩和检验,对照组及治疗组有效率分别为: 51.61%, 61.29%,  $Z=-0.79, P=0.43>0.05$  差异无统计学意义。说明治疗组对内镜下的黏膜炎症的改善与对照组相当,即运用辨证中药方剂治疗 CAG 对胃黏膜炎症改善程度与摩罗丹相当。(表 7)

表 7 两组患者治疗前后内镜下疗效比较（例）

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率%
对照组	31	1	2	13	15	51.61
治疗组	31	2	2	15	12	61.29

## 5.5 治疗前后病理积分比较

### 5.5.1 治疗前后萎缩积分比较

萎缩积分不符合正态分布，因此采用秩和检验，计算所得治疗前对照组和治疗组上萎缩积分无明显差异（ $P>0.05$ ），具有可比性；治疗后治疗组及对照组均有明显疗效（ $P<0.05$ ），且两组组间对比疗效无明显差异（ $P>0.05$ ），即中医辨证方剂及摩罗丹对萎缩均有疗效，且两者疗效相当。（表 8）

表 8 两组患者治疗前后萎缩积分比较（MD, (Q)）

组别	治疗前	治疗后
对照组	2 (1)	1 (1)
治疗组	2 (1)	1 (0)

注：两组患者治疗前萎缩积分比较， $Z=-0.13$ ， $P=0.90>0.05$ ；治疗后萎缩积分比较， $Z=-1.06$ ， $P=0.29>0.05$ ；

对照组及治疗组治疗前后自身对比，对照组  $Z=-3.74$ ， $P<0.01$ ，治疗组  $Z=-3.82$ ， $P<0.01$ ；

### 5.5.2 治疗前后肠化积分比较

经检验所得两组患者的肠化积分均不符合正态分布，采用秩和检验，分析所得治疗前对照组和治疗组肠化积分无明显差异（ $P>0.05$ ），具有可比性；治疗后，治疗组及对照组自身前后对比均无明显差异（ $P>0.05$ ），即中医辨证方剂及摩罗丹对肠化均无明显疗效。（表 9）

表 9 两组治疗前后肠化积分比较 (MD, (Q))

组别	治疗前	治疗后
对照组	1 (1)	1 (1)
治疗组	1 (1)	1 (1)

注：两组患者治疗前肠化积分比较， $Z=-0.40$ ， $P=0.97>0.05$ ；治疗后肠化积分比较， $Z=-0.40$ ， $P=0.69>0.05$ ；

对照组及治疗组治疗前后自身对比，对照组  $Z=-1.90$ ， $P=0.06>0.05$ ，治疗组  $Z=-1.73$ ， $P=0.08>0.05$ ；

## 5.6 治疗前后病理疗效比较

治疗后对照组和治疗组病理疗效比较，采用秩和检验，对照组及治疗组有效率分别为：54.84%，58.06%， $Z=-0.38$ ， $P=0.71>0.05$ ，差异无统计学意义。说明两组病理疗效相当，即运用辨证中药方剂及摩罗丹治疗 CAG 对于病理分级均有一定逆转作用，且两者疗效相当。（表 10）

表 10 两组治疗前后病理疗效比较（例）

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率%
对照组	31	0	1	16	14	54.84
治疗组	31	0	2	16	13	58.06

## 6. 安全性观察

治疗后患者血液分析、尿液分析、粪便分析常规、肝肾功能及心电图未出现明显异常，符合安全标准。



## 讨 论

慢性萎缩性胃炎 (Chronic Atrophic Gastritis, CAG) 是常见的慢性进展性消化系统疾病之一, 是由于多种因素反复长期刺激胃黏膜, 造成黏膜完整性受损, 产生器质性病变, 最终导致胃固有腺体减少, 可进一步出现肠腺化生或假幽门腺化生的一种消化系统疾病。非特异性消化不良症状如食后腹胀、嗝气、上腹部嘈杂等可在本病中出现, 并伴随反酸、烧心、口干、口腔溃疡等症状。研究表明, CAG 的发生发展与感染因素、情志因素、年龄因素、饮食习惯等因素相关, 其中尤以 Hp 感染这项危险因素密切相关。国外研究显示, CAG 以东亚、南美、东欧等地区为好发地带<sup>[7]</sup>。国内研究则显示, CAG 以福建、黑龙江、广西等省区好发<sup>[8-9]</sup>。根据其症状的不同, 可归属于中医学之“痞满”、“腹胀”、“胃脘痛”等范畴进行辨证论治。

### 1. 西医对 CAG 的认识

#### 1.1 病因病机

CAG 目前发病机制尚未完全阐释, 目前研究所得相关危险因素包括:

##### 1.1.1 Hp 感染

常规下胃内胃酸分泌正常, 从出生时中性或者偏酸性逐渐下降至成人 pH: 0.5-1.5<sup>[10]</sup>。胃黏膜长期处于强酸环境下, 可避免外来病菌侵蚀, 因胃黏膜自身有完整性, 可免于强酸的侵蚀, 因此强酸环境及胃黏膜完整性缺一不可。随着年龄增长, 胃内酸性环境逐渐下降, 胃黏膜更容易被侵蚀, 杀菌能力下降。Hp 是唯一能够突破胃壁防护机制的致病菌, 通过消化道途径传播。胃内感染 Hp 后, 胃酸可杀死部分 Hp, 另一部分难消灭细菌则穿过胃黏膜的纤毛层, 定居于黏膜层与胃窦上皮细胞表面。Hp 产生尿素酶, 通过水解尿素产生氨, 中和渗入黏膜层的胃酸, 阻止胃酸杀菌作用,

从而慢性繁殖。胃黏膜完整性逐渐被破坏，胃酸腐蚀作用增强，形成胃黏膜慢性炎症，日久出现胃黏膜萎缩。Hp 引起胃黏膜炎性病灶的强弱程度，与 Hp 毒株分型有关，其中 I 型毒株致病性最强<sup>[11]</sup>。更有研究证明，Hp 感染与胃癌及癌前病变有一定的关联。

### 1.1.2. 情志因素

有研究表明，长期焦虑、紧张、抑郁等负面情绪较多的患者，行胃镜检查后，更易出现慢性萎缩性胃炎而非慢性非萎缩性胃炎（Chronic non-atrophic gastritis, CNG）的比例。西医对于情志与消化内科疾病之间的关系也有所研究，西医认为，胃肠道正常运行受神经系统、内分泌系统、消化系统等多种系统协同调控<sup>[12]</sup>，其中，神经系统与胃肠道沟通依靠脑-肠轴系统双向调节，情志不遂影响脑-肠轴系统正常运行，初期表现为功能性消化不良、便秘、腹泻等功能性胃肠疾病<sup>[13]</sup>，日久进一步产生器质性病变。另一方面，焦虑、紧张、愤怒等负面情绪通过内分泌系统调控，刺激胃酸、胃蛋白酶分泌而刺激肠道蠕动，引起消化道症状<sup>[14]</sup>。

### 1.1.3 生活习惯因素

CAG 与吸烟、饮酒有一定的关联性，与饮食习惯密切相关。研究表明，饮酒对胃黏膜具有损伤性，破坏胃黏液层及黏液细胞，引起糜烂性胃炎的发生<sup>[15]</sup>；饮食结构中含盐量超标及长期食用腌制食品人群比低盐饮食及不食腌制食品人群发生胃癌几率更高<sup>[16]</sup>。烟草中含有的尼古丁抑制了助于胃黏膜修复的前列腺素，而使胃黏膜失于保护，更易破坏其完整性，从而进一步出现腺体萎缩肠化等。除此之外，吸烟患者感染 Hp 概率较不吸烟人群更高，可能与尼古丁破坏胃黏膜完整性有关，因此吸烟与 CAG 关系密切<sup>[17]</sup>。

## 1.2.CAG 的诊断

诊断思路：若考虑患者可能产生 CAG 等疾病，应进行下列检查以明确诊断：胃镜、病理检查、Hp 相关检查、血液相关性指标筛查等。

### 1.2.1 胃镜

胃镜检查是目前诊断 CAG 的有效检查手段之一。由于消化道症状常具有不典型性及非对应性,因此 CAG 及 CNG 临床表现无显著差异,单凭症状及体征无法分辨,需内镜下观察胃黏膜状态。其中胃镜有多种类型,最常见的白光下胃镜检查,可一定程度上区分两者:CNG 黏膜红白相间,以红为主,黏膜完整性受损,可见黏膜红斑、出血、粗糙、片状充血渗出、黏液湖混浊、胆汁斑附着等伴随表现,CAG 可见胃黏膜红白相间,白相为主,甚至血管脉络显现及黏膜呈现出凹凸不平。两种类型的胃炎也可同时出现。

放大内镜结合化学物品染色及电子染色内镜结合放大技术均对于 CAG 有更进一步的诊断作用。内镜下可见胃黏膜腺管增粗,排列失序等。采用亚甲蓝染色后运用内镜放大技术,可以有效的观察内镜下黏膜的细微特征及变化,对于进一步观察肠上皮化生及低、高级别上皮内瘤变有一定的作用<sup>[18]</sup>。电子染色放大内镜可以更简洁的操作手段观察出黏膜微小病变,能实时显示出上皮细胞、杯状细胞等细微层面相关结构变化,对于细胞排列分布紊乱有一定的敏感性。因此电子染色放大内镜对于活检部位的选取有指定意义<sup>[19]</sup>,且内镜下观察所得胃粘膜表现与活检结果有高度一致性。

### 1.2.2 病理检查

病理检查是诊断 CAG 的金指标。一般根据内镜下观察结果,按需要选取 2 块及以上病检。以胃窦、胃小弯、胃角及所需位等部位为主。

目前,有专家学者提出胃癌演变假说为人们普遍接受,即 CNG 至 CAG,肠上皮化生,后不可逆转地发展为上皮内瘤变,最终发展成胃癌,其进程虽缓慢,可长达数十年,但提早发现早期癌前病变,及时、彻底清除病灶,有助于身体健康的发展,也减少晚期治疗带来的整体损伤,因此,胃镜下活组织检查结果所示的病理结果具有重要的指导意义<sup>[20]</sup>。

CAG 的病理分级参照慢性胃炎相关分级,有五个相关指标,具体如下:

(1) Hp: 依据胃黏膜表面上皮、腺管上皮、黏液层表面的幽门螺旋杆菌的数量分布,可分为四度:轻中重分别可见幽门螺旋杆菌分布于 $<1/3$ 标本,  $1/3-2/3$ 标本,布满标本全长。

(2) 慢性炎症:轻中重度取决于慢性炎症细胞分布于黏膜层的密集及浸润程度。未见萎缩胃黏膜高倍镜视野下 $\leq 5$ 个单核细胞;轻度浸润黏膜层 $<1/3$ ;重度为  $1/3-2/3$ ;重度黏膜全层均可见慢性炎性细胞。

(3) 活动性:在慢性炎症基础上,增加了在高倍镜下可观察到中性粒细胞。轻度中性粒细胞见于固有层,中度见于黏膜层、各类上皮细胞中。重度在中度基础上,还可见小凹脓肿。

(4) 萎缩:表现为胃固有腺体减少,进一步出现肠上皮或假幽门化生细胞随之取代的萎缩,为化生性萎缩,腺体由纤维或纤维肌性组织代替则归类为非化生性萎缩,此两种化生均为萎缩的范畴。萎缩的分级依据胃固有腺减少程度分为四级:以减小 0、 $1/3$ 、 $2/3$  面积为界,分别对应无、轻、中、重度。

(5) 肠化:肠化分级以肠上皮细胞或假幽门化生腺占原有胃正常腺体和表面上皮的面积来分级,轻度面积 $<1/3$ ,中度面积占比  $1/3-2/3$ ,重度面积占比 $>2/3$ <sup>[21]</sup>。

### 1.2.3 Hp 相关检查 ( $^{13}\text{C}$ 、 $^{14}\text{C}$ 呼气试验)

CAG 与幽门螺旋杆菌感染有密切的联系,李志茹等<sup>[22]</sup>相关研究显示 101 例 CAG 患者的 Hp 感染率为 66.34%。高发武等<sup>[23]</sup>研究中 110 例慢性 CAG 的患者中幽门螺杆菌感染者为 51 例,占 46.36%;艾春花等<sup>[24]</sup>研究显示 138 例诊断为 CAG 的患者 Hp 总感染率为 47.8%。宗湘裕等<sup>[25]</sup>研究显示慢性 CAG 患者 106 例中 Hp 总感染率为 58.49%。国外研究学者,Kokkola 等<sup>[26]</sup>用组织学、血清学、 $^{13}\text{C}$ -尿素呼气试验三种方法分别检测 CAG 患者的 Hp 感染情况,最终结论所得阳性率分别为 30%、28%和 82%,证明了除了现症感染外,既往感染 Hp 也对 CAG 的形成有影响。因此,对于 CAG 的患者

来说,<sup>13</sup>C、<sup>14</sup>C 呼气试验也必不可少,血清学、组织学方法检测 Hp 也可作为参考。此类检查对于明确 CAG 的病因,及后续相关治疗有一定的帮助。Hp 阳性的患者,应早期、积极杀菌,以从病因着手,治疗 CAG。

#### 1.2.4 血清胃蛋白酶原、胃泌素-17 等检查

除了胃镜、病理学检查这些最为人所知的检查外,新的血清学相关检查近年来异军突起。相关血清学检查可以减少检查成本及不良反应,对于 CAG 的早期筛查有重要的价值。

血清胃蛋白酶原(Pepsinogen, PG)目前研究所得主要包括 PGI 和 PGII 两种亚型。其中 PGI 主要存在于胃体,PGII 主要存在于胃窦及十二指肠等部位。因此,两种血清蛋白酶原的升降变化及先后顺序往往有差异,可反映出萎缩部位的差异。PGI 下降,主要存在于胃体萎缩类型中;PGII 升高,则多反映萎缩伴肠化此种类型。此外,两者的比值 PGI/PGII (PGR)也能更精准反映萎缩的严重程度。

胃泌素由消化道 G 细胞分泌,其作用包括促进胃酸的分泌及其他类型消化道细胞的增生繁殖,是调节消化道正常运行的一种重要的胃肠激素。胃窦黏膜中下 1/3 交界处是 G 细胞主要分布部位,胃窦严重萎缩时,G 细胞减少,胃泌素含量随之减少。而胃泌素中一种亚型 G-17,占人体所含生物活性胃泌素的 80%-90%,因此通过观察通过 G-17 下降水平,可以基本判断胃窦萎缩的程度。G 细胞的数量大幅度下降,则 G-17 随之大量减少;胃酸对 G 细胞有抑制作用,因此与之相反,胃体萎缩时,胃酸分泌少,G 细胞增值活跃,G-17 水平上升。所以 G-17 上升与下降,对于诊断萎缩部位也有一定的敏感性。

曹勤等<sup>[27]</sup>研究证明 PGI 与 PGR 水平和萎缩程度、部位正相关。检测所得 PGI 及 PGR 数值越小,萎缩程度越重,同时萎缩部位在胃体概率越大。G-17 水平升降变化与部位相关:全胃及胃窦萎缩时 G-17 水平下降,萎缩程度越重,G-17 数值越小;胃体萎缩时 G-17 水平上升,数值越高,萎缩程度越重。张玲霞等<sup>[28]</sup>对 CAG 血清学诊断最佳临界值做出相关研究,最终

得出结论 PGI、PGR 及 G-17 分别为  $82.6 \mu\text{g/L}$ ,  $6.05 \mu\text{g/L}$  和  $7.35\text{pg/ml}$ , 因此进一步佐证上述三项血清学指标水平低下是诊断萎缩性胃炎的生物标志。黄妙灵等<sup>[29]</sup>研究显示 PGI 诊断胃窦萎缩及重度萎缩特异性高, 联合 PGII、PGR 及 G-17 筛查可进一步提升萎缩部位及严重程度相关诊断的准确性。种丽等<sup>[30]</sup>研究证明血清 G-17、PGR 检测一定程度上可作为 CAG 常规筛查项目, G-17、PGI、PGR 低表达提示 CAG 风险较高, 几项实验室检查相结合可提高诊断准确性。

### 1.3 CAG 的治疗

当前临床应用的药物只是减轻 CAG 某个或某几个症状, 对治愈 CAG 或逆转肠上皮化生暂无明确疗效之药物。因此国内外、中西医目前对 CAG 的治疗尚在研究阶段。中医药改善 CAG 的证候及逆转萎缩方面疗效较西药稍佳。

#### 1.3.1 西药治疗

##### 1.3.1.1 一般治疗

CAG 的患者, 常伴随有情绪波动起伏大, 生活作息、饮食习惯不当等不良生活习惯。因此, 医护人员对于患者, 除了运用药物治疗, 也要进行一定的心理疏导, 住院期间, 与患者建立良性沟通, 努力减轻患者疾病相关心理负担, 帮助患者克服紧张焦虑等情绪。患者要注意调畅情志, 学会疏解不良情绪, 尽量保持心态平和, 乐观向上, 热爱生活, 遵医嘱, 积极配合相关治疗。生活作息规律, 节奏平和, 夜卧早起, 遵守自然作息时, 避免熬夜, 适当锻炼身体, 饭后半小时可缓慢步行帮助胃肠蠕动, 缓解消化不良等症状。饮食上可少食多餐, 减少胃肠道负担, 除了清淡饮食外, 还应摄入足量的膳食纤维、维生素及优质蛋白质。忌咖啡、烟、酒、浓茶、辛辣刺激等明确对胃黏膜有损害的饮食物。纠正各种不良生活习惯, 从根源上杜绝危险因素。除此之外, 外出聚餐积极使用公筷, 日常家庭聚会采

用分餐制度，防止 Hp 通过消化道传染，避免致病因素，也是一项重要的预防措施。

### 1.3.1.2 改善胃黏膜炎症，延缓进展

CAG 无明显特异性症状，因此治疗上常根据其临床表现的不同，可以选择相应的药物治疗。目前 CAG 常用的药物包括抑酸类药物如质子泵抑制剂（Proton pump inhibitor, PPI）、 $H_2$ 受体拮抗剂，胃黏膜保护剂及修复剂，促胃肠动力药，调整肠道菌群药物等多种类型。

胃酸分泌过多，破坏胃黏膜完整性，会进一步侵蚀胃黏膜造成炎症、水肿，使用抑酸药物，可有效的延缓胃炎的进展，防止 CNA 向 CAG 进一步进展。伴有烧心、反酸等症状的患者，优先选用抑酸药物进行治疗，包括 PPI 及  $H_2$ 受体拮抗剂。其中  $H_2$ 受体拮抗剂如法莫替丁等对于夜间抑酸效果良好，夜间反酸症状明显的患者，可以选用该药物。PPI 抑酸效果强，疗效持久，可作为常规抑酸药物使用。需要注意的是，PPI 制剂长期、无规律使用，有加重萎缩、造成癌变等风险，因此需要短期、足量疗程、规律用药。伴有腹胀、纳差、早饱等非典型消化不良症状者，可使用促胃动力剂如莫沙必利等，同时运用消化酶类药物如复方消化酶等<sup>[31]</sup>。除常规消化类西药外，CAG 患者也应适当补充叶酸及维生素  $B_{12}$ ，有利于 CAG 的修复及萎缩的逆转，防止胃癌的进一步发生<sup>[32-33]</sup>。

### 1.3.1.3 根除 Hp

Hp 相关性慢性胃炎伴胃黏膜萎缩是根除 Hp 的有效适应症之一<sup>[34]</sup>。CAG 的治疗，根除 Hp 是重要步骤之一。根除 Hp 后有助保持胃黏膜屏障完整性，延缓或制止 CAG 的进展，对部分类型的胃黏膜萎缩有一定的逆转作用，其中对胃体萎缩的逆转效果优于胃窦萎缩<sup>[35]</sup>。不同国家和地区对于幽门螺旋杆菌的杀菌方案各不相同，我国诊疗意见建议根除 Hp 采用四联疗法<sup>[36]</sup>。标准四联疗法即 PPI+铋剂+阿莫西林+克拉霉素组成的铋剂四联疗法使用 10-14 d，具体用法如下：PPI (20mg po bid)、枸橼酸铋钾 (220mg po qd)、

阿莫西林（1000mg po bid）、克拉霉素（500mg po bid）。根除 Hp 治疗结束后 4 周并停用 PPI 类药物 2 周后可进行  $^{13}\text{C}$  或  $^{14}\text{C}$  呼气试验，复查是否杀菌成功。对于一线治疗失败的患者，再次杀菌时应尽量避免使用过的抗生素，可换用喹诺酮类杀菌药如左氧氟沙星或硝基咪唑类药物如甲硝唑继续行杀菌治疗。或行胃镜下组织活检，进一步进行 Hp 培养及药敏试验，从而提高杀菌成功率。

## 2. 中医对 CAG 的认识

慢性萎缩性胃炎无典型症状，常见症状包括剑突下疼痛、腹胀、反酸等，部分患者可有打嗝、口腔溃疡等不典型症状。因此与中医病名无直接对应关系，根据其证候的不同，可归属不同的中医病名，如：“痞满”、“嘈杂”、“胃脘痛”等。

### 2.1 病因病机

CAG 主要因为饮食不节、情志失调、脾胃虚弱、药物损害等多种病因所致，气滞、痰湿、瘀血等各种致病因素停滞于胃脘，进一步产生脾胃运化失职，阴阳失调等病理改变。因此 CAG 病位主要责之于胃腑，此外还与肝脾两脏紧密关联。

#### 2.1.1 饮食劳倦

饮食异常为脾胃病最常见病因之一，疲乏劳倦也引起脾胃功能失常。《脾胃论》云“饮食无节，则胃先病，脾后病；劳倦则脾先病，胃后病。”指出了饮食劳倦与脾胃病的关系，以及会造成脾胃起病先后顺序的不同。偏嗜生冷之品，则寒客于胃，脾阳不足，寒性收引、凝滞，阻止脾气推动作用，气血经络推动乏源，停滞不前，经络不通，不通则痛，发为胃脘痛；偏嗜肥甘厚味之品，壅滞胃脘，内生湿热，阻碍胃气升降，则出现口干口苦、口中黏腻、进食少、日晡潮热等痰湿阻胃之证，胃气机升降失常，日久脾气化源乏力，故“脾无所禀而后病”。饮酒过多，偏嗜肥甘厚味，内



生痰湿，影响脾胃之运化，脾胃化生之气失于充沛，推动全身气机升降能力减退，脾气不升，胃气反升，发为痞满，脾胃之气停滞不前，不通则痛，则出现胃脘痛病之症。疲乏劳倦，则纳差、乏力、少眠，全身机体运化疲乏，日久水谷精气化源不足，相互之间运输、转化均失常，则中焦随之受到影响，胃脘失于濡润，胃脘部隐隐作痛、重坠、痞满之感由生。

### 2.1.2 情志失调

脾胃病与情志因素关系更加密不可分。中医对情志因素和脾胃病之间的关系早有阐释，如《医学刍言》言：“思虑皆伤脾”，《景岳全书》云：“脾胃伤情志者，较寒暑更多。”均表明了情志不畅可影响脾胃运化功能，使饮食偏嗜或无节，化水谷功能减弱，出现胃痞、便溏之症；平素情志不畅，抑郁悲伤或怒火频发，均可引起肝气失常，或肝气郁结，或肝火过旺。肝为疏泄要脏，肝气失常，随之疏泄失职，横逆犯胃，胃为腐熟水谷之腑，胃气受阻，水谷下行不畅，则纳呆、腹胀随之产生；木郁乘脾土，则脾气不足甚至脾阳亏虚，脾主升清，主司气血津液上荣于头面五官之窍，脾气虚清阳不升，脾阳虚温煦无力，则出现头重如裹、乏力、困倦、泄泻便溏等脾虚之证。脾气亏虚，反过来影响肝木疏泄，肝气不疏，则胁痛，抑郁加重，两者相辅相成，肝郁脾虚之候加重。

### 2.1.3 脾胃虚弱

《黄帝内经·灵枢》曰“谷之所注者，胃也；胃者，水谷气血之海。”脾胃为水谷之海，通过收纳腐熟、温煦推动等作用，生成后天之气血津液等。部分患者禀赋不足，脾胃虚弱，后天之本失职，脾胃之气推动水液运化能力亏虚，水液停聚，日久汇聚为湿浊之气，水湿困脾，出现脾虚湿困之证。血液推动乏源，停滞胃脘，化为瘀血，出现胃痛绵延难愈、舌质紫暗等证。

### 2.1.4 药物损害

药物过于寒凉、重着，易损伤中焦气机，耗伤中阳，中气不足，阳气

温煦功能受损，则无法运化水谷，气血津液无法正常运行，气滞不通则发为胃痛等症；药物过于滋腻，则阻碍胃气运行，发为气滞，则腹胀，纳呆，胃气不降反升，则打嗝、反酸。

上述多种致病因素导致中焦脾胃协同配合失常，气机运行失和，使胃气反升、脾气反降。胃气升，发为呃逆嗳气、吐酸，脾气降，发为痞满、腹胀。脾为阴脏，胃为阳腑，脾胃亏虚日久，有两种转换：胃阴虚则典型表现为多食易饥、胃脘部嘈杂隐痛，脾阳虚则典型表现为泄泻便溏、胃脘部喜温喜按。除此之外，脾胃虚衰，则精微物质化生、转化异常，其中水湿停滞，发为痰湿，痰湿致病部位以脾脏多见，痰浊困脾，则身体困重、大便黏腻不爽等症出现。脾胃虚弱，血运乏力，日久血瘀等实邪出现，除胃脘部隐痛等，在舌象上也颇为明显，表现为舌质紫暗，有瘀点瘀斑。其病初期为实证，或虚症，日久正气不足，瘀血、痰湿、气滞等邪气交织，最终表现为本虚标实之候。

## 2.2 辨证分型

CAG 与中医病名中的“痞满”、“嘈杂”、“胃脘痛”大致对应，其证候分型与其相类似。根据其证候的不同，可大致分为六个证型<sup>[37]</sup>：

肝胃气滞证以脾胃气机失合并肝气郁结为主，表现为上腹部疼痛胀满，痞满，胁痛，嗳气，舌淡，苔薄白，脉弦。

肝胃郁热证除有肝胃气滞证候特点外，还兼有气滞日久郁而化热之象，增加了口干口苦，大便干结等热象，舌象以舌红，苔薄黄为主。

脾胃虚弱证（脾胃虚寒证）以脾胃气虚或者虚寒为主，出现纳呆、食少、便溏、胃痛喜温喜按、少气懒言等，舌淡，脉细弱。

脾胃湿热证表现为湿热邪气壅盛，湿性重浊，口干口臭，胃脘灼热，大便黏腻稀溏，便后不爽等，舌脉为舌淡红，苔黄腻，脉滑数典型的湿热之象。

胃阴不足证则由于津液无法上荣于头面而出现口干口苦，水液无法下聚大肠，则大便干结，多食易饥，舌面及脉道均失于濡养，则舌红，少苔，

脉细数。

胃络瘀阻证，为瘀血停滞胃脘，血流不畅，故腹痛拒按；血不循经，血瘀导致出血，故可见大便色深甚至色黑、便血，头面血瘀则面色暗沉，舌脉血瘀则舌暗红，有瘀斑瘀点，脉涩。

各个证型可单独出现、兼夹出现，也可相互之间转化。肝胃郁热证通常为肝胃气滞之证进展而来；胃阴不足，日久可转化为瘀血阻络等。

对于 CAG 的证候分型，现代医家各抒己见，形成自己独特的辨证经验方法：王伟明教授<sup>[38]</sup>将 CAG 分为瘀血内阻证、湿热中阻证、肝郁脾虚证、胃阴不足证四个证型；刘先勇等<sup>[39]</sup>依据病因病机分为三型：气虚证、气滞证、阴亏证等 3 种证型；王水琴等<sup>[40]</sup>根据临床经验，将 CAG 分为胃阴亏损证、气滞血瘀证、郁热证五个证型来论治。赵焱等<sup>[41]</sup>将其分为胃阴不足型、肝胃不和型等多个证型。每个医家对于具体证型分类不一，但不外乎肝郁、湿热、瘀血、阴亏四种常见证候。

## 2.3 辨证论治

对于 CAG 的治疗，应从调整脾胃气机入手，从源头解决问题。从气机入手，调畅全身各脏腑气机升降，其中以中焦气机枢纽为重点，健脾行气消食、和胃消痞止痛，恢复脾胃升降平衡。CAG 为缓慢进展性疾病，后期累及各脏腑，出现虚实夹杂之候，因此疾病初期，除注重脾胃升降气机之外，也可从五脏入手，兼顾全身脏腑。如古代医家张景岳言“善治脾胃者，调五脏；能治脾胃，胃强食入，安五脏。”说明了脾胃除本脏腑治疗外，也兼顾其他脏腑，脾胃运行正常，他脏安康。其中以疏肝气、补肾气为重点。与肝肾与脾胃之间的生理病理关系相关。

由于时代因素，精神压力增大，生活节奏显著性日益增快，情志不遂、肝气不畅的人数日益增多，加上饮食偏嗜辛辣、生冷，夜间晚睡等因素，肝火过旺也同时存在。肝气疏泄功能辅佐脾胃运行全身气机，脾胃运化饮食水谷，化生气血，反过来濡养肝木，因此两脏之间互用。肝升木旺则克脾土。如张景岳言：“暴怒伤肝致痞。”因此临床中 CAG 也多运用疏肝

之法。

脾胃运化水谷，有赖于肾气温煦、推动作用，故有脾从肾治之法。肾为胃之关也。关门不利，则脾土运化水湿失于肾阳推动，体内水湿停聚，出现身体困重、纳呆等症；脾胃、肾分属后天之本、先天之本。脾胃虚弱者，后天之本化生气血乏源，有赖于先天肾水滋养填补，日久肾水滋养不足，阳气虚衰，阴阳失衡，阳虚阴盛，虚寒内生，寒邪客胃，发为胃痛，表现为胃脘隐隐疼痛，得温则痛减。因此可从肾入手，对于脾胃虚弱或虚寒的患者，健脾益胃的同时，佐以少量补肾之品，可从延缓疾病进一步发展。

根据具体证型的不同，选用不同的方药进行辨证论治。肝胃气滞证以疏肝气、和胃气为主要治法，常用方剂包括柴胡疏肝散、越鞠丸合枳术丸等；肝胃郁热证则疏泄肝热，健脾益胃，常用左金丸之品加减治疗；脾虚弱证（脾胃虚寒证）则因重视补益中气、补脾阳，加以行气之品恐滋腻碍胃，用以四君子汤、补中益气丸等方剂效果较好；脾胃湿热证主要除湿泄热，兼顾健脾消痞，泻心汤之属加减协调使用；胃阴不足证以养胃阴为主，兼以理气止痛，一贯煎为首选；胃络瘀血证主要活血化瘀去血瘀，同时和脉络止痛、顾护胃气，用失笑散合丹参饮加减。

根据不同证候，可加用不同药物，如反酸明显者，可选用瓦楞子、代赭石之品；腹胀明显选用莱菔子降气消食；湿热之毒炽盛，可选用半枝莲、二花、白花蛇舌草等清热解毒之品。

## 2.4 中医药治疗

中药汤剂治疗 CAG，是大势所趋。CAG 缺乏特异性症状，运用抑酸、保护胃黏膜等西药只能暂时性缓解症状，对逆转 CAG，及长期的预后疗效不佳。中医药采用辨证施治的方法，能调整机体整体状态，从根本论治 CAG。

唐人彦等<sup>[42]</sup>运用周阿高治萎方（黄芩、铁树叶、蒲公英、苦参等）治脾胃湿热型 CAG（伴或不伴有肠上皮化生）优于胃复春。陈丹等<sup>[43]</sup>运用温

阳健脾汤（当归尾、白芍、茯苓、丹参等）治疗 CAG 脾胃虚寒证，以 3 个月为疗程，观察其中医证候、PG I、PG II 水平及 PG I /PG II、超氧化物歧化酶(Superoxide dismutase, SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(Glutathione peroxidase, GSH-Px) 水平的上升，其疗效率高于运用奥美拉唑肠溶片、多潘立酮片、胶体果胶铋胶囊常用联合西药的对照组；刘淑玮等<sup>[44]</sup>纳入 130 个患者进入临床试验，运用清热和胃及疏肝运脾方（醋柴胡、炒枳壳、制香附、陈皮等）对比常规西药（雷贝拉唑、克拉霉素、阿莫西林、果胶铋四联疗法）治疗 CAG 肝胃郁热型，治疗 14 天，血清胃动素及胃泌素、Runx3 基因 mRNA 及 Runx3 蛋白表达水平均上升，且治疗组总体有效率更高；马学慧等<sup>[45]</sup>纳入研究 65 人，治疗组运用扶正活萎汤（炒白术、陈皮、茯苓、海螵蛸等）治疗气虚络瘀型 CAG，对照组则采用中成药胃复春，疗程为 3 个月，比较 2 组中医证候积分、胃镜和病理疗效等，可得自拟方优于中成药之疗效；黄秀玲等<sup>[46]</sup>运用疏肝理气活血方作为治疗组（醋柴胡、醋香附、郁金、川芎等）治疗 CAG 肝胃气滞证，运用中成药胃复春作为对照组用药，最终病理分级及 CDX2 表达阳性率均下降，并优于对照组。

### 3.导师对 CAG 的认识

周师依据多年临床经验总结，认为 CAG 病属脾胃，病灶与肝脏胆腑相关。其病因病机，初始于脾胃气机调节失衡，阴阳失调，“太阴得阳运，阳明得阴安，脾喜燥，胃喜润。”太阴之脾，属阴，具有沉静、向下的特性，与湿、寒之邪相互吸引，因此易生湿邪、寒邪，阳气助脾化湿，向上升发，才可维持脾脏正常生理功能，因此脾脏之气向上；阳明胃腑，属阳，有升发、温燥的特性，易受火热等阳邪侵犯出现阴虚等证候，赖于全身气血津液的濡润，才可降胃气，腐熟水谷，维持阴阳平衡，因此胃腑整体之气向下，喜润<sup>[47]</sup>。两者相互协作，脾气升，胃气降，共居于中焦，统帅全身各脏腑气机运行，为气机之枢纽。基于此特性，当脾胃阴阳失衡，气机升降失调时，病邪由此而生。脾近阴邪，以脾阳虚为多见，脾阳虚则出现水湿不化，痰湿内停，进而恶心呕吐、大便黏腻、身体困重等；胃近阳邪，

耗伤胃阴，胃阴不足，嘈杂、隐痛绵绵，缠绵难愈。因此 CAG 的论治，首先应从脾胃入手，恢复脾胃气机升降，维持脾胃阴阳协调。

结合当今时代特点，脾胃病从肝论治也是大势所趋。由于现实生存的压力与日俱增，情志因素诱发脾胃病的几率大大提升增加，临床上接诊患者出现焦虑、抑郁的情况较为常见。与数十年前相比，患者焦虑、紧张比例增大，住院比例增加，进一步检查时，进行内镜下治疗的占比也大幅度提升。现代医学虽未完全阐明胃肠息肉、溃疡、萎缩等消化系统疾病的形成机制，但有越来越多学者提出情志因素与上述疾病之间存在一定联系。现代医学有相关研究表明情志不遂影响脑—肠轴系统，出现功能性胃肠病相关症状，日久进一步产生器质性病变。

从中医的角度来说，一方面，焦虑、抑郁等负面情绪致使肝气郁结；另一方面，部分患者情绪波动大，常生气、恼怒，致使气生发太过，致使血液运行加快，日久肝火过旺，以上两种情况导致肝脏正常机理失衡，疏泄失常抑或升发太过，均可横逆犯脾碍胃，即肝木乘脾土，乘脾脏则脾虚，乘胃腑则表现为胃气失和之候。肝失于疏泄，则情绪调控失常，更易出现情绪低沉或激昂；胃气失和，运化不利，受纳腐熟水谷功能受损，出现纳食不佳，饮食停滞不下行，所谓“胃不和则卧不安”，食积可影响睡眠，休息不当可引发更多情绪问题，使情志进一步失控，最终互为因果，肝郁、脾虚、情志不畅等问题逐渐加重。肝脏从直接克脾土及影响情志后进一步阻碍脾胃气机两方面对脾胃正常运行造成影响<sup>[48]</sup>，因此周师认为肝气不畅则胃气不和，脾气虚衰，因此肝胃气滞往往是脾胃病早期致病机理。

CAG 为临床常见的长期慢性疾病，周师主张考虑疾病进展及预后，尽早防治，兼顾全局。CAG 的治疗，首选健脾气、和胃气的同时，佐以疏肝解郁之品，从情志方面调控好整个进程，能取得较好的疗效。同时肝气郁结进一步横逆脾胃脏腑，致使正气虚衰，因此在疏肝解郁同时，应注重补脾气，养胃阴，预防疾病后期本虚过甚，从肝、脾、胃三脏，共同治疗 CAG<sup>[49]</sup>。临床运用时，可随证加减。

#### 4.所用方方义

周师结合临床实际，以柴胡疏肝散为基础方，兼顾养胃阴，补脾气，加减化裁所得疏肝治萎汤，具体方如下：

柴胡 6g 枳壳 10g 炒白芍 10g 生白术 15g

茯苓 15g 麦冬 10g 郁金 10g 半枝莲 10g

白花蛇舌草 20g 玉竹 10g

反酸症状较显著者加煅瓦楞、海螵蛸、浙贝；

腹胀较甚加莱菔子、焦三仙之品；

兼有便秘者加柏子仁、火麻仁等；

##### 4.1 方义分析：

CAG 肝胃气滞证患者，以肝气郁结、脾胃功能失调基本病机，后期可有两种进展方向：肝郁脾虚及肝胃不和，周师以疏肝解郁为基本治法，佐以养胃阴，健脾气，三法兼顾，肝脾胃同调。以柴胡疏肝散为基础方，结合临床经验进行加减，组成疏肝益萎方<sup>[50]</sup>。方中柴胡入肝经，为疏肝解郁之要药，当为首选，兼能升举阳气，对于中气下陷有提升作用，为解“气郁”之关键用药。以 6g 为剂量，防止柴胡升发太过，劫伤胃阴；白芍能入肝、脾经两经，为脾胃病常用药物之一，功用敛阴平肝，和里缓急止痛之功，因其性微寒味酸，炒用制其酸寒之性，防止寒凉伤阴。白芍与柴胡相伍，增加柴胡疏肝解郁之功效，同时白芍敛阴之效，可防止柴胡疏泄太过耗伤肝阴，两者共为君药。郁金功用行气开郁，能“解百郁”，尤善解气血两郁，辅佐柴胡疏肝之效，解郁的同时有行气之效，行脾胃之气，利于中焦气机恢复；枳壳，归胃脾大肠经，理气宽胸、消胀导滞，调畅中焦气机，为治胸胁胀痛佳品，兼可解“食郁”，对于脾胃虚弱所致的腹胀、纳差等消化不良症状有较好的治疗效果。郁金、枳壳二药共为臣药，辅佐柴胡之疏肝之效，同时对脾虚、胃气不和之症有治疗效果。生白术入脾胃经，为治中焦脾胃之证的重要药物，此方中主要取其健脾益气之效，补益中焦脾气，防止肝木克脾土之脾虚之候。同时，白术性温，可兼顾中和其他药物寒凉之性，不致寒凉太过伤胃。茯苓主要功效健脾和胃，兼能燥湿，

与白术相伍，行气健脾，共同补益脾胃，防治肝木乘脾土，两药相伍，亦可淡渗利湿，防治脾胃气虚运化乏力所致的水湿停滞；麦冬辛微苦，微寒，归肺胃心经，养胃阴、清心火、解郁除烦，治肝胃不和之胃阴亏虚兼顾调畅情志，玉竹甘、平，归心脾肺经，益胃生津同时性味甘平，不耗伤脾阳，为养胃阴佳品。半枝莲有活血化瘀、消肿之效，白花蛇舌草清热解毒、活血消肿，两药相伍，可活血化瘀，同时清热解毒消肿之效，与胃黏膜炎症相互对应，有助于黏膜的修复。以上诸药共为佐药。由于 CAG 之肝胃气滞证除肝气郁结证候之外，肝胃不和所致的胃阴虚之候较为多见，阴虚则阳亢，因此全方性味微寒，能解阴虚之虚热之候。以疏肝解郁之药为主体，配以益胃生津之品，疏肝解郁同时清胃火，养胃阴，兼顾肝胃不和之胃阴亏虚之候。全方配伍，可疏肝行气解郁，健脾和胃止痛，治 CAG 之肝胃气滞证。

#### 4.2 单药分析：

柴胡：性苦微寒，归心、肝、胆经，有疏肝消郁、升阳举陷之效，治各脏腑下垂，胁肋疼痛，外感风热等疾病。《本经》云：“去胃肠结气，饮食积聚”，侧面证明柴胡对中焦饮食积滞也有一定的作用。善入肝经，是疏肝行气之要药；

白芍：归肝、脾两经，深入营血分、养肝柔肝敛阴、缓急止痛，善于养血调经<sup>[51]</sup>，治脘腹疼痛，胁痛，肢体挛急疼痛等多种疼痛疗效较好，对肝、脾、胃三个脏腑相关疾病有广泛治疗作用，为治中焦脾胃病常用药物。

郁金：辛苦寒，功效疏肝开郁、行气利胆、清心凉血等，善治胸腹胁肋等多部位疼痛，入肝胆心经，能解百郁，善治“郁遏不散”。

枳壳：属胃、脾、大肠经，主要功效开郁行气导滞、化食消积除痞，善治胁肋部胀满疼痛，消饮食积滞，亦能止泻痢，对脾胃多种疾病有良好治疗效果，《日华子》言其功效为“健脾开胃，治反胃，消食”。《雷公药性赋》云其“泄腹中气滞 推胃中宿食，消腹久积”<sup>[52]</sup>。对 CAG 之纳差、胃痞等非特异性证候有良好作用，对 CAG 肝胃气滞证之胁肋疼痛也有佳



效。

生白术：归脾、胃经，有补益脾气、燥湿利水、敛阴止汗、消痞强胃<sup>[53]</sup>、安胎之效。入中焦脾胃，对于中气亏虚之纳差、疲乏、噯气效果颇佳，亦为常用治脾胃之药。《医学启发》有云：“温中，去湿，除胃热，强脾胃，生津液，可兼顾养胃阴，温脾阳，治萎。”

茯苓：甘淡平，功用健脾淡渗、宁心安神除烦。主治浮肿、小便不利、泄泻等脾虚湿盛之候，兼可治心烦之证。有研究称茯苓更有生津止渴之效，广泛用于消渴的防治<sup>[54]</sup>。《本草衍义》云其行水气、益心脾。为常用的健脾利水药物。

麦冬：辛微苦，微寒<sup>[55]</sup>，入肺经则滋阴润肺，归阳明胃经可益胃生津，归厥阴心包经兼有宁心除烦之效。主治肺阴虚之肺癆，消渴，胃阴虚之嘈杂、多食易饥，心神不宁等症。对于防治肝气郁结所致肝气犯胃之胃阴虚，为较好的药物。

玉竹：甘、平，归心脾肺经，主要用于滋养肺胃之阴，对于虚劳、燥咳、咽干、口渴、嘈杂等肺胃阴虚之候效果较好。《本草纲目》中称之为“葳蕤”谓其“性平，味甘，柔润可食。”<sup>[56]</sup>《四神本草》更增添玉竹“补中益气”之效，其性味甘平，滋阴不伤阳，因此为 CAG 常用药物之一。

半枝莲：归肝、肾、肺三经，清热解毒，消肿散结，止血，主治各种疮痈，跌打损伤，水肿等症。《南京民间草药》将其主要功效概括为“破血通经”。

白花蛇舌草：主要功效清热活血消肿，可治肺癆、疮痈、毒蛇咬伤、水肿、湿热黄疸、带下病<sup>[57]</sup>等。与半枝莲相伍，一味活血、一味止血，在清热解毒消肿的同时，又可防止动血破血。

#### 4.3 现代药理学研究

柴胡：现代研究证明柴胡具有抗炎、降脂、抗病毒、抗消化道溃疡等作用。柴胡的主要有效成分之一柴胡皂苷，通过抑制 NF- $\kappa$ B 信号通路发挥抗炎作用<sup>[58]</sup>，同时柴胡皂苷 B2 可促进肝脏对血浆脂蛋白的清除。柴胡皂

昔通过增加黏液分泌及减少胃酸分泌,从而保护胃黏膜,减少消化道溃疡的形成及加重<sup>[59]</sup>。

白芍:现代药理学研究表明白芍具有治疗抗癌、抗抑郁等作用。其中白芍的抗癌作用主要表现在对胃癌的抗击作用。白芍有效提取成分白芍苷对胃癌 SGC-7901 细胞有一定的抑制作用<sup>[60]</sup>。CAG 有向胃癌进一步发展的可能,运用白芍治疗对其进展有一定的预防作用。

郁金:郁金的化学成分及临床疗效研究表明其具有抗癌、保肝、降脂、抗炎等作用<sup>[61]</sup>,与其中医功效:疏肝行气、解郁散结有高度的重合性。温郁金能有效地诱导胃癌细胞株凋亡<sup>[62]</sup>。因此郁金被广泛用于胃癌的抗癌中医药治疗,从现代医学的角度,运用郁金治疗 CAG 也有一定的预防作用。

枳壳:枳壳具有降脂、抗癌、调整胃肠蠕动、调节免疫力等作用<sup>[63]</sup>。枳壳有效成分中的川陈皮素对人体胃癌细胞有抑制作用;同时川陈皮素可双向调节胃肠道运动<sup>[64]</sup>。对于 CAG 的腹胀、消化不良、腹泻等具有有效的调节作用,同时可一定程度上阻止萎缩向胃癌进一步进展。

生白术:抗炎、抗肿瘤、提高免疫、抗衰老、调节胃肠功能。通过调节肠神经系统、胃肠激素及神经递质等对胃肠道功能进行双向调节<sup>[65]</sup>。其有效成分白术多糖可调整肠道菌群,对于便秘、腹泻两种相反的病症均具有一定的功效;有研究证明白术有效成分对 CAG 有一定程度缓解作用<sup>[66]</sup>。

茯苓:茯苓中含有的有效成分:多糖类、三萜类、甾醇类等多种有效成分<sup>[68]</sup>,药理学研究表明这些有效成分具有抗肿瘤、抑制平滑肌收缩<sup>[67]</sup>、抗炎、调节泌尿系统多种作用。其中通过抑制 iNOS, COX-2 等的表达发挥抗炎作用,通过抗增殖、细胞毒作用发挥抗肿瘤的功效。基于以上两种功效,茯苓可有效缓解 CAG 的慢性炎症进展过程。

麦冬:麦冬有效成分甾体皂苷、高异黄酮、多糖等,除具有抗炎、抗菌、抗肿瘤等作用等作用外,对糖尿病、久咳也有一定的功效<sup>[69]</sup>。

玉竹:玉竹具有降血糖、抗肿瘤等药理作用<sup>[70]</sup>。研究阐释其可通过改善胰脏功能提高降糖、降脂作用,与其中药学功效“生津止渴,养阴润肺”有一定的对应关系<sup>[71]</sup>。

半枝莲：半枝莲内含有二萜类、黄酮类以及多糖类等多种有效成分，具有抗肿瘤、抗炎、调节免疫等多种作用<sup>[72]</sup>。半枝莲作为目前公认的第二代抗癌中药，广泛用于癌症及癌前病变的防治，对结直肠癌、肝癌等消化系统肿瘤疗效颇佳<sup>[73]</sup>。半枝莲的抗炎作用可有效缓解胃黏膜炎症，对 CAG 的黏膜炎症有治疗作用。

白花蛇舌草：具有抗癌作用，其中抗癌作用包括抗胃癌、结肠癌、肝癌等多种消化系统癌症<sup>[74]</sup>。可诱导胃癌细胞凋亡<sup>[75]</sup>、抑制肝癌细胞的增殖等<sup>[76]</sup>。白花蛇舌草与半枝莲一起，消胃黏膜炎症、水肿，缓解临床症状。

## 结 语

慢性萎缩性胃炎为长期慢性且无特异性症状的疾病,西药对于其治疗暂无确切疗效,多数使用对症治疗,减缓症状。因此,中医药对慢性萎缩性胃炎的研究显得尤为重要。运用周师疏肝治萎汤辨证论治萎缩性胃炎肝胃气滞证,能有效缓解 CAG 临床症状,其中对嘈杂、嗳气等症状的改善效果均优于摩罗丹,对胃痛、腹胀、胁痛缓解效果与摩罗丹相当,对反酸无明显效果;对于内镜下胃黏膜炎症程度的改善及萎缩病理分级的逆转均具有明显作用,与摩罗丹效果相当,但尚无确切证据证明对肠上皮化生有逆转作用。

此试验也存在不足之处:样本含量小,对照组单一,病程较短等,均为可以改善之处。后续试验可以增加样本量,以使试验数据更具有普遍性及准确性;对 CAG 其他证型也可进行研究,可运用多种药物对照,以更精确的显示出辨证中药方的优势;增加治疗疗程,对受试患者进行远期观察,以便对不同方法的预后效果也有了解。可以在今后的学习工作中进一步开展相关临床试验,完善对 CAG 的整体了解和诊治。

## 参考文献

- [1] 林兰, 郑奎城, 王雯等. 慢性萎缩性胃炎危险因素病例对照研究[J]. 海峡预防医学杂志, 2016, 22(04): 1-3+7.
- [2] 曹阳, 顾巍杰, 杨德才等. 基于临床流调的慢性萎缩性胃炎发病危险因素研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(04): 1060-1067.
- [3] 王晓春. 幽门螺杆菌 cag 致病岛 hp0520 基因功能的研究[D]. 江苏大学, 2013.
- [4] 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, 26(02): 121-131.
- [5] 张声生, 唐旭东, 黄穗平等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(07): 3060-3064.
- [6] 房静远, 刘文忠, 李兆申等. 中国慢性胃炎共识意见(2012 年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2013(01): 5-16.
- [7] Adamu MA, Weck MN, Gao L, et al. Incidence of chronic atrophic gastritis: systematic review and meta-analysis of follow-up studies[J]. European Journal of Epidemiology, 2010, 25(7): 439-448.
- [8] 杜进璇. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 129 例的临床研究[D]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2015.
- [9] 程繁银, 胡国萍, 朴丰源等. 丹东市居民两周患病率及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2013, 29(12): 1846-1848.
- [10] 陈淑珍, 江米足. 不同年龄小儿空腹胃 pH 值变化特点[J]. 中国实用儿科杂志, 2006(09): 691-692.
- [11] 张彦亭, 杨振威, 原姗姗等. 不同分型幽门螺杆菌感染消化性溃疡患者血清胃蛋白酶原、共刺激分子 CD<sub>40</sub>、 $\alpha$  防御素表达及检测意义[J]. 陕西医学杂志, 2020, 49(10): 1310-1313.
- [12] 高飞, 刘铁钢, 白辰等. 脑肠轴与胃肠动力之间相关性的研究进展[J]. 天津中医药大学学报, 2018, 37(06): 520-524.

- [13]杨瑞权. 胃肠功能性疾病与自主神经系统异常的关系[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(05): 630-632.
- [14]谭宝, 张洁, 智雪峰等. 情志因素对脾胃病的影响探析[J]. 中国民间疗法, 2020, 28(06): 10-12.
- [15]张艳, 张盛忠. 过量饮酒与慢性萎缩性胃炎的相关性浅析[J]. 中国医药指南, 2014, 12(28): 127-128.
- [16]刘娜, 沈月平, 李宝霞等. 高盐饮食及腌制食品与胃癌关系的Meta分析[J]. 环境与职业医学, 2009, 26(03): 263-266+270.
- [17]成雁文. 序贯疗法在Hp感染性胃溃疡中的应用及吸烟对Hp根除的影响[J]. 山西职工医学院学报, 2011, 21(02): 6-8.
- [18]Areia M, Amaro P, Dinis-Ribeiro M, et al. External validation of a classification for methylene blue magnification chromoendoscopy in premalignant gastric lesions [J]. Gastrointest Endosc, 2008, 67(7): 1011-1018.
- [19]Neumann H, Kiesslich R, Wallace MB, et al. Confocal laser endomicroscopy: technical advances and clinical applications [J]. Gastroenterology, 2010, 139(2): 388-392.
- [20]徐斌, 黄玉凯, 周进. 慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断对照分析[J]. 中华全科医学, 2014, 12(09): 1388-1390.
- [21]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, 18(01): 24-36.
- [22]李志茹, 王滨, 杨巧芳. 慢性萎缩性胃炎与HP相关性研究[J]. 疾病监测与控制, 2013, 7(05): 267-269.
- [23]高发武, 代会容, 杨来. 慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜、胃黏膜病理及幽门螺杆菌感染的相关性研究[J]. 中国医学创新, 2018, 15(18): 117-120.
- [24]艾春花, 黄铭涵. 慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜、胃黏膜病理及幽门螺旋杆菌感染的相关性研究[J]. 云南中医学院学报, 2016, 39(05): 57-61.
- [25]宗湘裕, 王万卷, 刘宝珍等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染、病理分级的相关性研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(04): 370-372.

- [26]Kokkola A,Rautelin H,Puolakkainen P,Sipponen P,Farkkila M,Haapiainen R,Kosunen TU.Diagnosis of Helicobacter pylori infection in patients with atrophic gastritis: comparison of histology, 13C-urea breath test, and serology.Scand J Gastroenterol, 2000,35:138-141.
- [27]曹勤,冉志华,萧树东.血清胃蛋白酶原、胃泌素-17 和幽门螺杆菌 IgG 抗体筛查萎缩性胃炎和胃癌[J].胃肠病学,2006(07):388-394.
- [28]张玲霞,庄坤,张沥等.血清胃蛋白酶原和胃泌素-17 与萎缩性胃炎关系的研究[J].陕西医学杂志,2014,43(03):279-282.
- [29]黄妙灵,刘序友.慢性萎缩性胃炎病理改变与幽门螺旋杆菌感染及血清胃蛋白酶原、胃泌素-17 的相关性[J].实用医学杂志,2020,36(20):2838-2842.
- [30]种丽莉.血清胃泌素 17 联合胃蛋白酶原检测在萎缩性胃炎诊断中的价值[J].河南医学研究,2020,29(27):5146-5148.
- [31]Taylor KM, Harris AW. Itopride for functional dyspepsia [J]. N Engl J Med, 2006, 354(22):2392.
- [32]叶剑飞,林英.叶酸联合维生素 B<sub>12</sub>对 HP 阴性慢性萎缩性胃炎患者临床症状及组织学变化的影响研究[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(05):44-47.
- [33]李祎群,谢建群,龚雨萍等.叶酸治疗幽门螺旋杆菌阴性慢性萎缩性胃炎的疗效[J].中国临床医学,2014,21(05):523-525.
- [34]杨景林.中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组发布《第三次全国 Hp 感染若干问题-庐山共识》(上)[A].贵州省医学会消化及内镜学分会.2008 年贵州省医学会消化及内镜学分会学术大会论文汇编[C].贵州省医学会消化及内镜学分会:贵州省科学技术协会,2008:3.
- [35]deVriesAC,HaringsmaJ,deVriesRA,etal.The use of clinical,histologic and serologic parameters to predict the intragastric extent of intestinal metaplasia: a recommendation for routine practice[J].Gastrointest Endosc,2009,70(1):18-25.
- [36]李雨濛,马军,段芳龄.ACG 临床指南:幽门螺杆菌感染的治疗[J].胃肠病学和肝病杂志,2017,26(06):601-624.

- [37] 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): 749-753
- [38] 孙荣娟, 王伟明. 王伟明教授治疗慢性萎缩性胃炎临床经验[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(14): 95-96.
- [39] 刘先勇. 三型辨证结合胃镜下辨证论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(07): 3039-3042.
- [40] 王水琴, 王岩花, 王菲. 慢性萎缩性胃炎的中医辨证论治[J]. 中国药业, 2015, 24(12): 125-127.
- [41] 赵烨, 麻秋雷, 李平. 慢性萎缩性胃炎中医辨证论治研究近况[J]. 四川中医, 2014, 32(09): 187-189.
- [42] 唐人彦, 周阿高, 何方等. 周阿高治萎方治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 中医文献杂志, 2020, 38(06): 54-56.
- [43] 陈丹, 徐胜利, 曹慧珍. 温阳健脾汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20(11): 1316-1320.
- [44] 刘淑玮. 清热和胃及疏肝运脾方治疗慢性萎缩性胃炎肝胃郁热证的疗效和机制研究[J]. 现代实用医学, 2020, 32(11): 1355-1356.
- [45] 马学慧, 沈旦蕾, 张征波等. 扶正活萎汤治疗气虚络瘀型慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(06): 809-813.
- [46] 黄秀玲, 屈银宗, 郑莉等. 疏肝理气活血方治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 现代中医药, 2020, 40(06): 80-85.
- [47] 刘洋, 黄鹤, 周毅. 沙参益萎汤治疗萎缩性胃炎气阴虚证临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(10): 762-765.
- [48] 曾晓菡. 疏肝和胃法治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎的临床观察[D]. 南京中医药大学, 2020.
- [49] 陈启文, 甘爱萍. 甘爱萍运用扶正祛邪法论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 山西中医, 2020, 36(10): 5-7.
- [50] 陈松, 王晨曦. 柴胡疏肝散在肝胆胃肠病和月经病中的应用[J]. 光明中医, 2020, 35(24): 3979-3981.



- [51] 张建军, 李伟, 王丽丽等. 赤芍和白芍品种、功效及临床应用述评[J]. 中国中药杂志, 2013, 38(20): 3595-3601.
- [52] 祝婧, 钟凌云, 王凤娇等. 中药枳壳“宽中除胀”作用及炮制增效机制分析[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(05): 1914-1920.
- [53] 汤小荣, 王琳, 李艺彤等. 白术与苍术类别与效用探讨[J]. 新中医, 2019, 51(02): 33-36.
- [54] 姜开运, 梁茂新. 茯苓潜在功用的发掘与利用[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2015, 17(09): 1838-1842.
- [55] 赵振彪, 王辉, 刘歌等. 麦冬药性与功用考证[J]. 中医药导报, 2019, 25(05): 82-85.
- [56] 陶咏梅. 养阴润燥话玉竹[J]. 家庭中医药, 2020, 27(12): 69-70.
- [57] 杨成龙. 浅谈白花蛇舌草在临床的个人应用体会[A]. 中华中医药学会皮肤病分会. 2013 中华中医药学会皮肤病分会第十次学术交流大会暨湖南省中西医结合皮肤性病第八次学术交流大会论文汇编[C]. 中华中医药学会皮肤病分会: 中华中医药学会, 2013: 1.
- [58] 余刘勤, 贾爱梅, 宋永砚. 柴胡皂苷抗炎、抗氧化和降脂研究进展[J]. 中国动脉硬化杂志, 2020, 28(01): 87-92.
- [59] 马海燕, 马玉奎. 柴胡皂苷治疗胃溃疡作用的研究[J]. 齐鲁药事, 2011, 30(06): 318-319.
- [60] 崔虹, 朱佳茜, 冯秋芳等. 中药白芍化学成分及生物活性研究进展[J]. 海峡药学, 2017, 29(09): 1-5.
- [61] 袁晓旭, 杨明明, 赵桂琴. 郁金化学成分及药理作用研究进展[J]. 承德医学院学报, 2016, 33(06): 487-489.
- [62] 戴金锋, 吕宾, 俞瑾等. 温郁金正丁醇提取物逆转胃癌 SGC7901/VCR 细胞多药耐药性的研究[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(11): 3623-3626.
- [63] 谭辉. 中药枳壳的化学成分及药理作用探析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(27): 14-15.
- [64] 李琳, 滕佳林, 王加锋. 枳实、枳壳本草考证[J]. 西部中医药, 2015, 28(06): 36-38.

- [65]王晶,张世洋,盛永成等.白术治疗胃肠道疾病药理作用研究进展[J].中华中医药学刊,2018,36(12):2854-2858.
- [66]张世洋,刘美辰,唐飞等.人参、白术有效组分群对慢性萎缩性胃炎大鼠口腔、肠道菌群的影响[J].中成药,2020,42(01):48-54.
- [67]张年,李兆星,李娟等.茯苓的化学成分与生物活性研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(02):220-233.
- [68]Jun WANG,Yongshuai PENG,Fengsun WU,Jun HUO.Effects of Crude Extract of *Poria cocos* on the Tension of Jejunum and Cecum in Rabbits in vitro[J].Agricultural Biotechnology,2015,4(05):54-55+60.
- [69]孙晓媛,于凡,肖伟等.麦冬现代应用的研究进展[J].中国现代中药,2018,20(11):1453-1458.
- [70]孟庆龙,崔文玉,刘雅婧等.玉竹的化学成分及药理作用研究进展[J].上海中医药杂志,2020,54(09):93-98.
- [71]中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[J].中国实用内科杂志,2018,38(4):292-344.
- [72]李娜,王平,孙铁锋等.半枝莲化学成分、药理作用及质量控制研究进展[J].中国中药杂志,2020,45(21):5117-5128.
- [73]WEI L,LIN J,XU W,et al.*Scutellaria barbata* D.Don inhibits tumor angiogenesis via suppression of hedgehog pathway in a mouse model of colorectal cancer[J].Int J Mol Sci,2012,13(8):9419.
- [74]纪宝玉,范崇庆,裴莉昕等.白花蛇舌草的化学成分及药理作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(19):235-240.
- [75]焦凯贺,邵淑丽,陈丽等.白花蛇舌草诱导胃癌 SGC-7901 细胞凋亡[J].基因组学与应用生物学,2018,37(07):3060-3065.
- [76]胡玲,罗晓韵,谢宇晖等.白花蛇舌草诱导 HSP70 表达对 H22 肝癌细胞移植瘤细胞凋亡的影响[J].中药新药与临床药理,2009,20(06):536-539.

## 附 录

### 附录 1 文献综述

#### 慢性萎缩性胃炎现代医学中西医结合相关研究进展

慢性萎缩性胃炎（CAG）是指由于胃黏膜完整性受损后，受到外界各种因素刺激，胃固有腺体减少或消失，出现胃黏膜肠化、纤维化、假幽门腺化，甚至出现血管暴露的一种消化内科疾病。其临床表现以常见消化内科证候为多见，例如腹胀、早饱、打嗝、胃痛等，各证候无明显侧重性。CAG 由于各个患者证候表现各异，无对应中医病名，依据主要证候的不同，患者可归属于不同的中医病名，一般以“痞满病”、“胃脘痛病”等命名<sup>[1]</sup>。

#### 1. 现代西药治疗研究进展

西医对于 CAG，多从缓解症状的角度对症治疗，包括抑酸护胃、修复黏膜、根除 Hp 等。

##### 1.1 抑酸剂

由于 CAG 为胃黏膜是失去完整性后出现的一系列病症，因此 CAG 患者胃中正常胃酸分泌水平对于 CAG 的胃黏膜有一定损伤作用，易合并出现糜烂、溃疡等病理改变，阻碍胃黏膜自我修复。运用抑酸剂，减少胃内胃酸分泌水平，使胃黏膜免受胃酸刺激，可促进黏膜修复。具体包括 PPI 及 H<sub>2</sub> 受体阻滞剂两种药物

1.1.1 H<sub>2</sub> 受体阻滞剂：H<sub>2</sub> 受体阻滞剂通过 H<sub>2</sub> 受体结合，抑制胃酸分泌，常见药物包括雷尼替丁等。也有部分复方制剂，可发挥更好的疗效。喻勤等<sup>[2]</sup>运用复方丙谷胺西咪替丁对照西咪替丁，得出两者均可提高胃黏膜前列腺素 2 等胃黏膜保护因子，降低白细胞介素等炎症因子，且联合制剂效果优于单药疗效。

1.1.2 PPI: 质子泵抑制剂通过 H-K-ATP 酶不可逆性共价结合, 使泵分子失活后可胃酸分泌, 因此对比 H<sub>2</sub> 受体阻滞剂有更好的抑酸效果。对于 CAG 伴有反酸症状的患者, PPI 为更好的选择。通常与铋剂、抗生素联合, 根除 Hp, 对于 Hp 相关性萎缩性胃炎可发挥良好疗效。

## 1.2 修复和保护胃黏膜

除运用抑酸药, 运用胃黏膜保护剂也为 CAG 常用治疗方法。保护胃黏膜免受外界危险因素的损伤, 可一定程度上延缓 CAG 的进展。包括硫糖铝等铝剂, 枸橼酸铋钾等铋剂等。

## 1.3 根除 Hp

Hp 感染为 CAG 的危险因素之一, 也是由 CAG 向胃癌进展的关键因素之一, 对于 Hp 阳性患者, 应积极杀菌。新型杀菌方法在以往四联疗法的基础上进行改进, 采用序贯疗法, 可提高杀菌有效率, 降低复发率, 是 Hp 相关性 CAG 治疗方法热门研究内容。通常在序贯杀菌基础上, 联合西药或中药, 进行治疗。

刘晓菊等<sup>[3]</sup>运用艾普拉唑、阿莫西林、克拉霉素序贯疗法联合替普瑞酮及叶酸, 对照单纯艾普拉唑、阿莫西林、克拉霉素序贯疗法治疗 Hp 阳性 CAG 患者, 治疗组受试者胃蛋白酶原、炎症因子改善均对照组, 因此序贯疗法联合其他西药效果优于单纯序贯疗法。丁雪菲等<sup>[4]</sup>则将 68 名受试者分为两组, 治疗组采用四联疗法杀菌使 Hp 转阴后, 采用半夏泻心汤序贯, 对照组则四联疗法序贯替普瑞酮加叶酸, 结果显示治疗组疗效优于对照组, 即四联疗法联合中药序贯优于四联疗法联合西药序贯疗效。陈伦虎等<sup>[5]</sup>运用雷贝拉唑与阿莫西林治疗 5 天后, 序贯雷贝拉唑、左氧氟沙星、呋喃唑酮联合治疗 5 天并同时服用 10 天益生菌, 对比单纯同样序贯疗法治疗, 结果得出序贯疗法加益生菌治疗的 Hp 根除率优于单纯序贯疗法。各个学者虽运用的药物各异, 但均得出结论: 序贯疗法联合药物治疗, 优于单纯序贯疗法。

## 2. 现代中医新型治疗方法

传统中医对于 CAG 归属的痞满、胃脘痛病多采用中药汤剂, 针灸循经外治等独立手段来治疗。而现代医学则采用多种治疗手段联合运用之法,

缩短疗程，增强疗效，从而提高治疗有效率。包括中西药联合治疗、针药联合治疗等；

## 2.1 中西药联合治疗

运用中西医结合治疗 CAG 对于幽门螺旋杆菌阳性的 CAG 疗效较好。西药改善胃黏膜损伤及相应的证候，中药从气血阴阳总体辨证论治，调节机体状态，对于 CAG 的预后有良好的疗效。庞海江等<sup>[6]</sup>运用益气活血解毒方（丹参、黄芪、白僵蚕、党参等）联合四联疗法西药治疗 Hp 相关性 CAG 能使胃蛋白酶原（PG I、PG II、PG I / PG II）升高并提升水平高于对照组。吴拓生等<sup>[7]</sup>以半夏泻心汤（干姜、黄连、甘草、法半夏等）联合四联疗法治疗为治疗组治疗慢性 CAG 脾胃湿热型，四联疗法西药为对照组，以四周为一个疗程，观察 Hp 感染率及胃泌素水平，治疗组 Hp 感染率低于对照组，同时胃泌素相关水平优于对照组。王文莉等<sup>[8]</sup>运用石斛养胃汤（石斛、麦冬、瓜蒌、炒麦芽等）联合普替瑞酮和果胶铋治疗 CAG 胃阴不足证，与单用普替瑞酮及果胶铋做对比，其中医症状积分及西医疗效均优于单用西药治疗。

## 2.2 针灸治疗及针药联合治疗

除中药方剂及中成药治疗以外，针灸疗法对于 CAG 也有一定的疗效。CAG 的病位主要在脾胃两脏，以本虚为基础，以标实为致病因素，因此运用针刺疗法治疗 CAG 时，以足阳明胃经及足太阴脾经上穴位为基础，补益脾胃，依据具体证候的不同，加用其他穴位针刺。对于 CAG 脾胃虚寒证的患者，常规西药治疗佐以艾灸治疗具有较好的疗效。针药联合使用治疗 CAG 可从中医外治及中药内服两方面协同治疗，能进一步缩短疗程，增强疗效，因此也是临床常用的方法。

范丽红等<sup>[9]</sup>将 150 例患者分为针刺组、艾灸组、药物组，针刺及艾灸组均选取“足三里、中脘、内关”进行治疗，最终观察中医证候改善情况，艾灸组及针刺组均优于药物组。脾胃虚寒证型艾灸疗效优于针刺；肝胃不和型患者针刺疗效优于艾灸。辛艳等<sup>[10]</sup>将 80 例 CAG 气滞血瘀型患者分为两组，观察运用珍珠舌草胶囊联合穴位埋线治疗手段对比单独运用珍珠舌

草胶囊的两组疗效差异,结果显示穴位埋线加中成药优于单用中成药物治疗效果。彭雪等<sup>[11]</sup>将 150 例患者分为对照组和联合治疗组,分别采用当归四逆汤和当归四逆汤联合针灸治疗脾胃虚寒型 CAG,联合治疗组的中医证候改善及糜烂愈合状况均优于对照组。陈伟军等<sup>[12]</sup>运用健脾消痞方加针刺太白、公孙、地机,对比胃复春及吗丁啉西药组,治疗 CAG,结论证实中药联合针刺对萎缩、肠化及中医证候的改善均优于单纯西药治疗。

### 3. 结语

慢性萎缩性胃炎单用西药效果一般不太理想,中西医联合用药是大势所趋。西药改善相关临床症状,中药调整脾胃功能及人体整体生理机能,结合使用,可标本兼治。除运用传统中药汤剂以外,中成药联合西药也更加简便,逐渐为人们接受。运用针灸技术联合中药汤剂或针灸联合西药对比单一针灸疗法,也有更高的疗效。因此,在往后的医学发展过程中,多方式联合治疗 CAG 可缩短病程,减低复发率,可进一步推广、规律化。

## 参考文献

- [1]张林国,赵瑞荣,马立东.胃痞和慢性萎缩性胃炎的中医病名研究初探[J].中国中医基础医学杂志,2000(02):7-8.
- [2]喻勤,彭昌能,刘浒.复方丙谷胺西咪替丁对慢性萎缩性胃炎患者胃动力水平和胃黏膜 PGE2 水平的影响[J].实用药物与临床,2021,24(02):138-142.
- [3]刘晓菊,高文婷.序贯疗法联合叶酸和替普瑞酮治疗老年幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2020,36(13):1794-1796+1811.
- [4]丁雪菲,乔楠,李婷等.四联疗法序贯半夏泻心汤治疗青年人 Hp 感染性 CAG 临床观察[J].光明中医,2020,35(22):3568-3572.
- [5]陈伦虎,孙雪,罗寿军等.益生菌联合序贯疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2019,12(05):71-72.
- [6]庞海江,许家艳,丁守坤.益气活血解毒方联合西药治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎患者的疗效及对胃蛋白酶原的影响[J].世界中医药,2019,14(01):126-130.
- [7]吴拓生.半夏泻心汤联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的效果和安全性[J].中外医学研究,2018,16(35):33-35.
- [8]王文莉,万青,戴卉.石斛养胃汤联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果[J].中国医药导报,2020,17(02):139-143.
- [9]范丽红,方园,黄河等.针刺与艾灸治疗慢性萎缩性胃炎的多中心前瞻性临床研究[J].湖南中医药大学学报,2020,40(09):1060-1064.
- [10]辛艳,苏娟萍,靳桂春.针药联合治疗气虚血瘀型萎缩性胃炎临床观察[J].山西中医,2020,36(05):28-30.
- [11]彭雪,韩俊,尹诗等.针灸配合当归四逆汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2020,39(08):960-963.
- [12]陈伟军,刘镇,徐连登.健胃消痞汤配合针刺治疗对慢性萎缩性胃炎患者的远期效果分析[J].新疆中医药,2020,38(01):24-26.

附表 2 主要症状分级量表

症状	无（0 分）	轻（2 分）	中（4 分）	重（6 分）
胃痛	无症状	偶出现	经常出现，稍作休息后可缓解	每日发作，影响睡眠
腹胀	无症状	食后腹胀，可自行缓解	腹胀与进食无关，持续时间长，需要药物缓解	腹胀与进食无关，药物治疗无法缓解
胁痛	无症状	偶有胁肋部隐痛，转瞬即逝	常觉胁肋部疼痛，持续时间较长	持续胁痛不缓解，影响日常生活



附表 3 次要症状分级量表

症状	无（0 分）	轻（1 分）	中（2 分）	重（3 分）
嘈杂	无症状	偶有发生，自行缓解	时常发作，持续时间超过 1 小时	持续存在，影响日常休息
嗝气	无症状	偶尔发作，每日 < 3 次	常常发作，随情绪不畅次数增多，可自行缓解	发作频率高，无法自行缓解，需要药物辅助进行治疗
反酸	无症状	偶有反酸	时常发作，尚可耐受	持续存在，影响睡眠，夜间呛咳

#### 附录 4 发表论文情况

[1]刘慧娟,周毅.周毅治疗功能性消化不良经验浅谈[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(27):244-245.

[2]刘慧娟.周毅教授治疗胃食管反流病经验[J].光明中医,2021,36(06):900-902.

## 致 谢

一转眼，研究生的学习生涯就要结束。这一路走来，诸多感慨。

首先，我要感谢我的导师周毅教授。他在工作中，给我们充分锻炼自己的机会，时刻提醒我们为研究生生活及自己的未来制定一个长远的规划。

然后，我要感谢我的父母、伴侣和好朋友们，无条件支持我、鼓励我，虽然时常距离遥远，却时刻相伴在我心里。

最后，希望未来的路能更长，更远，更宽广！