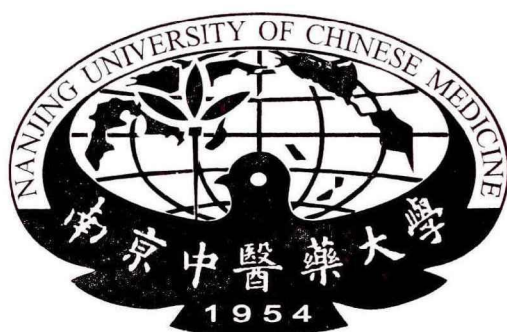


密级：公开

学号：032013306

# 南京中医药大学

## 硕士学位论文



### 慢性萎缩性胃炎中医证型分布特点及 Hp 感染相关性研究

研究生：朱引玉

指导教师：金小晶

学科专业：中西医结合临床（脾胃方向）

所在学院：南京中医药大学

毕业时间：2021.06

**Study on the distribution characteristics of TCM syndrome  
types of chronic atrophic gastritis and the correlation  
between Hp infection gastritis**

A Dissertation Submitted for the Master's Degree

**Candidate: Zhu Yinyu**

**Adviser: Prof. Jin Xiaojing**

Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, China

学号：032013306

## 硕 士 学 位 论 文

# 慢性萎缩性胃炎中医证型分布特点及 Hp 感染相关性研究

作者姓名：朱引玉

申请学位级别：中医硕士专业学位

指导教师姓名：金小晶

职称：主任中医师

学科专业：中西医结合临床

研究方向：脾胃方向

学习时间：自 2018 年 09 月 01 日起

至 2021 年 06 月 30 日止

论文提交日期：2021 年 03 月 13 日


论文答辩日期：2021 年 06 月 06 日

学位授予单位：南京中医药大学

学位类型：中医硕士专业学位

## 原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。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。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（需亲笔）签名： 2021年 6 月 6 日

## 学位论文授权使用授权书

本学位论文作者完全了解学校有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。本人授权南京中医药大学可以将本学位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、缩印或扫描等复制手段保存和汇编本学位论文。

保密☐，在\_\_\_年解密后适用本授权书。本学位论文属于不保密☒.

（请在以上方框内打“√”）

学位论文作者（需亲笔）签名： 2021年 6 月 6 日

导师（需亲笔）签名： 2021年 6 月 6 日

## 目 录

摘 要 .....	iii
Abstract .....	v
前 言 .....	1
第一部分 理论研究 .....	3
1.慢性萎缩性胃炎的中医临床进展 .....	3
1.1 病名的认识 .....	3
1.2 病因病机的认识 .....	4
1.3 中医临床辨证分型 .....	5
1.4 中医辨证施治 .....	5
1.5 中成药治疗 .....	8
1.6 其他中医治疗方法 .....	8
1.7 展望 .....	9
2.慢性萎缩性胃炎的西医临床进展 .....	9
2.1 病因及发病机制 .....	10
2.2 慢性萎缩性胃炎病理改变 .....	11
2.3 慢性萎缩性胃炎西医治疗进展 .....	12
第二部分 临床研究 .....	15
1.研究对象与方法 .....	15
1.1 病例选择 .....	15
1.2 诊断标准 .....	15
1.3 纳入标准 .....	17
1.4 排除标准 .....	17
1.5 观察指标 .....	17
1.6 研究方法 .....	18
1.7 统计学处理 .....	18
2.研究结果 .....	19
2.1 一般资料分析 .....	19
2.2 慢性萎缩性胃炎中医证型分布情况 .....	22

2.3 慢性萎缩性胃炎中医舌象、脉象统计.....	22
2.4 慢性萎缩性胃炎中医证型与 Hp 感染的关系.....	24
第三部分 讨论.....	26
1.流行病学研究.....	26
1.1 发病年龄、性别的分析.....	26
1.2 慢性萎缩性胃炎中医四诊信息结果分析.....	26
1.3 慢性萎缩性胃炎的中医证型分布规律研究分析.....	27
1.4 慢性萎缩性胃炎中医证型与 Hp 感染相关性分析.....	27
2.结论.....	27
3.问题与展望.....	28
参考文献.....	29
附 录.....	34
攻读硕士学位期间取得的学术成果.....	35
致 谢.....	36

## 摘 要

### 目的

本文课题研究目标主要旨在通过全面地收集、统计和整理相关临床数据资料信息，探寻慢性萎缩性胃炎（atrophic gastritis CAG）的临床中医辨证的分型分布特点及其与 Hp 感染之间的密切相关性，为对于患者进行本种疾病的早期临床诊断和治疗提供了一些更加客观的依据基础。

### 方法

本次研究选取 200 例来自南京中医药大学附属南京中医院脾胃疾病科 2018 年 9 月-2021 年 2 月期间在院住院及门诊的病人中通过胃镜检查及实验室病理学检验后发现已被确诊的慢性萎缩性胃炎的患者为主要研究对象，收集了病人的一般资料、中医四诊信息结果、Hp 检查数据结果等相关资料，由两名主治以上的中医师根据实际情况，应用传统的辨证方法进行审查是否符合中医的辨证分型。所得资料皆用 SPSS26.0 统计软件分析，探寻中医各证型与胃镜象及 Hp 感染之间的相关性。

### 结果

（1）本次临床研究中共计纳入被明确诊断为慢性萎缩性胃炎的患者共计 200 例，其中被明确诊断为慢性萎缩性胃炎的男性胃病患者共计 79 例，女性慢性萎缩性胃炎患者人数总计为 121 例，年龄区间分布在 30-86 岁之间。数据统计提示，慢性萎缩性胃炎无论男女患者，60~69 岁发病率最高，为 38%，其次是 50~59 岁的 30%，30~39 岁发病率最低为 4%。经过  $X^2$  检验，结果示年龄分布存在明显差异。中医临床症状检出率在 50%以上的有胃脘痞闷、胃脘胀满。研究显示慢性萎缩性胃炎患者以老年人为主，胃脘痞闷为最多见的临床症状。

（2）纳入研究的 200 例慢性萎缩性胃炎病人六种中医证型出现的频率表现如下：脾胃虚弱>肝胃气滞>脾胃湿热>肝胃郁热>胃阴不足>胃络瘀血。提示慢性萎缩性胃炎病人中脾胃虚弱证患者发病数量最多，胃络瘀血证病人中发病数目最少。

（3）被纳入此次临床研究范围中的 200 例慢性萎缩性胃炎患者其中医各证型中以 Hp 感染率为主要评价衡量标准，比例从高到低依次表现为：脾胃湿热>肝胃郁热>脾胃虚弱>胃阴不足>胃络瘀血>肝胃气滞。提示在纳入此次研究的慢性萎缩性胃炎患者中脾胃湿热证的患者感染 Hp 病例的发生率在慢性萎缩性胃炎患者中占有的比例最高。

(4) 此次研究所选取的 200 例慢性萎缩性胃炎患者其舌质以淡红为主, 占 34.5%, 其次为舌胖大占 30%, 常与舌体边有齿痕 (29%) 同存, 舌质红占 24%, 其余种类的舌质如暗红、瘀点瘀斑、瘦薄、裂纹等则出现较少。患者所表现的舌苔类型所占比例从高到低依次为: 白>黄>腻=厚>少>燥>滑。200 例慢性萎缩性胃炎患者各脉象所占比例从高到低依次为: 细>沉>弱>弦>缓>滑>数>涩。

## 结论

慢性萎缩性胃炎各中医证型有一定的分布规律, 且各证型 Hp 感染之间有一定的相关性和病症规律。(1) 慢性萎缩性胃炎的中医证型以脾胃虚弱证最为多见, 肝胃气滞证次之, 胃络瘀血证患者所占比例最小。(2) Hp 感染阳性率以脾胃湿热证检出率最高, 肝胃气滞证的检出率最低。(3) 慢性萎缩性胃炎临床症状以胃脘痞闷出现频率为最高, 其它出现频率较高的还有胃脘胀满、纳差、胃脘胀痛、胃脘隐痛, 脉象以细脉为主, 涩脉最少。可结合胃镜下具体胃粘膜形态提供更准确的辨证依据, 更好的服务于临床治疗。

**关键词:** 慢性萎缩性胃炎; 中医证型; 分布特点; Hp 感染



## **abstract**

### **objective**

This topic aims to ask the correlation between the syndrome differentiation and HP infection of chronic atrophic gastritis by comprehensively collecting and statistical clinical data, and to summarize the pattern of traditional Chinese medicine (TCM) patterns of chronic atrophic gastritis and the pathogenesis of HP infection, so as to provide more objective basis for the clinical diagnosis and treatment of this disease.

### **Method**

Two hundred patients from the Department of splenogastric diseases, Nanjing Hospital of traditional chinese medicine,affiliated to nanhuan university of chinese

medicine, Nanjing, China, who were hospitalized and outpatient diagnosed with chronic atrophic gastritis by gastroscopy and pathological examination between September 2018 and February 2021, were selected for the study. The data on patients' general information, information on four diagnoses of traditional Chinese medicine, and results of HP tests were collected and reviewed by two physicians above using traditional syndrome differentiation methodsConsistent with TCM syndrome differentiation and differentiation.All the obtained data were analyzed using spss26.0 statistical software to ask the correlation between each syndrome type of TCM and gastroscope image and HP infection.

### **result**

(1) A total of 200 patients with chronic atrophic gastritis, 79 males and 121 females, with an age interval of 30-86 years, were included in this study. chronic atrophic gastritis has the highest incidence of 38% in patients aged 60 to 69 years regardless of both sexes, followed by 30% in those aged 50 to 59 years, and the lowest incidence of 4% in those aged 30 to 39 years.After x2 test, the results showed obvious differences in the age distribution.Over 50% of the detected clinical symptoms in TCM (TCM) are epigastric distress, epigastric fullness, epigastric dull pain, noisy, eructation, distension and even after eating, poor nose, and irritability.It suggested that the CSG patients were mainly middle-aged and young adults, and epigen distension was the most common clinical symptom.

(2) The frequency of six TCM Patterns in 200 chronic atrophic gastritis patients included in the study was as follows: spleen and stomach weakness > liver and stomach qi stagnation > spleen and stomach dampness > liver and stomach depression > stomach yin deficiency > gastric collaterals stasis. It is suggested that chronic atrophic gastritis spleen stomach weakness syndrome is the most, gastric collaterals stasis syndrome is the least.

(3) In TCM, the infection rate of HP of each syndrome was in the order from high to low: spleen and stomach dampness > liver and stomach depression > spleen and stomach weakness > stomach yin deficiency > stomach collaterals stasis > liver and stomach qi stagnation. It suggested that chronic atrophic gastritis spleen stomach dampness heat syndrome had the highest proportion of infection with HP.

(4) In 200 patients with chronic atrophic gastritis selected for this study, the tongue was predominantly pale red (34.5%), followed by tongue fat (30%), often coexisting with the presence of dentate marks (29%) on the edge of the tongue body, the tongue reddish (24%), and the remaining kinds of tongue substance such as dark red, petechial ecchymoses, thin, crackles were less frequently observed. The proportion of the type of tongue coating exhibited by the patients ranged from high to low in the following order: white > yellow > greasy = thick > less > dry > smooth. The order of percentage of each pulse in the 200 patients with chronic atrophic gastritis from highest to lowest was as follows: thin > sink > weak > string > slow > slip > number > jerky.

## conclusion

Each TCM syndrome type of chronic atrophic gastritis has a certain distribution rule, and there is a certain correlation and disease rule between each syndrome type of HP infection. (1) The most common TCM syndrome type of chronic atrophic gastritis is weakness of spleen and stomach, followed by stagnation of liver and stomach qi, and the smallest proportion is blood stasis of stomach collaterals. (2) The positive rate of HP infection was the highest in spleen stomach damp heat syndrome, and the lowest in liver stomach qi stagnation syndrome. (3) The clinical symptoms of chronic atrophic gastritis are epigastric fullness, anorexia, epigastric pain and epigastric pain. The main pulse condition is small pulse, and the least is astringent pulse. It can provide more accurate basis for syndrome differentiation combined with specific gastric mucosa morphology under gastroscopy, and better serve for clinical treatment.

**Keywords:** chronic atrophic gastritis; traditional Chinese medicine type; HP infection

## 前 言

慢性萎缩性胃炎（atrophic gastritis, CAG）通常被人们泛指为患者胃黏膜上皮中固有的腺体其数量的明显的下降或减少，伴或不同时伴有胃肠导管腺化生的发生和（或）假幽门腺化生而导致该系疾病继续发展形成的一种以慢性胃腔粘膜萎缩性症状表现为主的慢性胃炎<sup>[1]</sup>。中医上病名中“胃痞”、“胃脘痛”、“痞满”、“噎气”、“嘈杂”等均可以统一的被归于慢性萎缩性胃炎范畴。作为一种胃肠慢性疾病，患者胃粘膜不仅长期严重受损，最终还会导致慢性萎缩性胃炎的发生。

慢性萎缩性胃炎主要是由于慢性胃炎患者疾病发生发展日久，腺体萎缩而逐渐发展而来，若未及时予以充分重视和进行系统性的治疗，发生并发展演变成为胃癌的可能性会大幅度地增加。胃癌的临床医学发展基本模式现今被大家普遍地归纳如下：正常胃→慢性非萎缩性胃炎→慢性萎缩性胃炎→肠化→异型增生→胃癌<sup>[2]</sup>。胃癌已经发展壮大到已经成为目前我国十几亿人口数中总发病率第2的恶性肿瘤，仅次于恶性肺癌，其性质存在治疗率低，死亡率高的特点<sup>[3]</sup>。慢性萎缩性胃炎主要作为胃癌的癌前病变，具有胃肠上皮的化生及/或有异型细胞增生。因此，慢性萎缩性胃炎的诊断及治疗刻不容缓。

慢性萎缩性胃炎并没有具备特异性的具体的临床表现症状，有时甚至可能出现患者无任何明显的不适症状情况产生，而有不适表现症状的病人主要临床上表现为上腹部胀满、疼痛等，也有时候会伴随噎气、反酸、恶心、呕吐等。胃镜的病理检查仍然是诊断慢性萎缩性胃炎的重要方法和手段，但上述消化道不适的症状与胃内镜下胃粘膜的表现及其病理的严重程度没有直接的相关性<sup>[4]</sup>。

慢性萎缩性胃炎的发生发展与胃癌有关，然而西医方面主要集中为逆转萎缩，改善癌前病变，常用药物有抑酸剂如PPI等抑制胃酸分泌、黏膜保护剂如胶体铋剂以保护胃粘膜，因Hp感染可导致慢性萎缩性胃炎的患病率增高，根除Hp的三联或四联疗法也被应用来西医治疗慢性萎缩性胃炎，然而其疗效有限，且缺乏特异性，有研究表明，在幽门螺杆菌被清除后，患者胃镜下胃窦及胃体萎缩情况好转，然而病理示肠上皮化生未有改善<sup>[5]</sup>。中医中药在此方面有其独特的优势，根据中医四诊合参及现代医疗检验方法，可根据其证的不同辨证论治，因人而治，中医药治疗慢性萎缩性胃炎已被证实在逆转肠上皮化生方面有一定的疗效，除此之外，对于胃腺体萎缩的逆萎缩化也有显著效果，治疗方面优于单纯西药治疗<sup>[6]</sup>。

患者若检查提示Hp感染，则被定义为感染性疾病，无论其是否存在不适症状，这在《幽门螺旋杆菌胃炎京都全球共识意见》、《多伦多成人幽门螺旋杆菌感染治疗共识》及《幽门螺旋杆菌感染处理的Maastricht-5共识》<sup>[7、8、9]</sup>中均被提及。余师善用中医方药来治疗并清除幽门螺杆菌，方中以黄连、蒲公英为君药，黄连清热、燥湿、解毒，现代药理研究证实，黄连中主要含有富含生物碱、木脂素、黄酮等。黄连作为中草药材可以广泛应用于清热利湿，有着十分广谱的生物学抗菌抑菌作用，对各种革兰氏阳性菌、革

兰氏阴性菌和其他真菌均有可能起到一定的抑制抗菌杀菌效果，其中黄连素作为黄连含量最高的成分，患者在血清中的血管内皮生长因子水平可明显下降，胃蛋白酶原如 PGI、PGR 可得到提高<sup>[10]</sup>，黄连中的小檗碱等化学成分能够通过抑制胃酸的过多分泌，从而有助于促进胃溃疡黏膜的愈合，其作用机理是抑制  $H^+-K^+-ATP$  的酶活性<sup>[11、12]</sup>。黄柏、连翘共为臣药，增强清热燥湿、泻火解毒等药效；木香、白芷行气镇痛，增强了中药在医治慢性胃部气滞疼痛的效果。白及可以起到消肿、收敛生肌的功效，有多项临床研究白及联合奥美拉唑治疗胃溃疡，研究结果示白及可以帮助促进胃黏膜合成和分泌释放内源性前列腺素，对于治疗胃溃疡有修复作用<sup>[13、14]</sup>；仙鹤草消肿、健胃、解毒，均有较好的抗菌作用，多种药物共同达到对胃黏膜的保护。生甘草为佐药，缓急止痛。全方偏寒凉，予干姜温中。患者在服用中药方剂的同时应注意日常饮食调摄、饮食卫生及口腔状况，预防 HP 再次感染，提高 HP 根除疗效。

临床中医经过数年甚至数十年临床经验浸染，对于慢性萎缩性胃炎患者，通过四诊和参大多能够准确地辨证论治，同时随着现代西医先进的器械检查及化学检验技术的改进与发展，胃镜下病理结果及幽门螺杆菌检测均已经能够大大地起到辅助诊断的作用，对于慢性萎缩性胃炎患者的诊断、病情预防、进展程度等都能拥有直观的表现，从而更有利于临床医生准确的辨证论治及正确用药选择，常常通过中西医结合的临床用药指导原则进行慢性萎缩性胃炎的临床治疗。

本课题研究的目的在于搜集慢性萎缩性胃炎患者的中医四诊资料及相关信息，并充分地结合了现当代化医学检验的科学研究结果，分析并深入探讨了慢性萎缩性胃炎患者的中医证型及其分布的特征，及各个中医证型和 Hp 感染的相关性，发现了慢性萎缩性胃炎中医证型及其分布的规律，可以为今后的慢性萎缩性胃炎患者的临床中医辨证论治提供了些许参考价值。

## 第一部分 理论研究

### 1.慢性萎缩性胃炎的中医临床进展

#### 1.1 病名的认识

慢性萎缩性胃炎是(chronic atrophy gastritis, CAG)是一种主要发生在人体脾胃系统的古老的经典慢性疾病,在我国许多传统的中医方面按照其一般症状特征,“胃痞”、“胃脘痛”、“痞满”、“噎气”、“嘈杂”等都被临床诊断认为是归于中医慢性萎缩性胃炎的范畴。其中“胃痞”特指人心下满,心下痞满,在《伤寒论》中曾经提到“满而不痛者,此为痞”。多由于胃气壅滞所致,心下痞满,憋闷不适,压之而不感到疼痛。但在现代临床中,此病多伴有腹痛等不适,而不单单表现为胀满等症状,刘渡舟教授认为“心下痞”可分为痛与不痛,但胃之上脘气机不畅而致。

《黄帝内经》最早记录“胃脘痛”之类的中医临床病名,常见于其症状表现为上腹部靠近患者胸脘心脏区域处所产生的疼痛,其文中明确说到:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛。”唐宋之前,这种疾病与心痛和心经所循的疼痛都无法得到区分,至李杲《兰室秘藏》后才成为了独立的一种病种病证。临床多见于上腹部附近靠近心窝处时常疼痛和不适,基本病机多为胃气郁滞,气血不畅<sup>[15]</sup>。

“痞满”病名首见于张仲景著作之经典《伤寒论》:“满而不痛者,此为痞”。《诸病源候论·诸否候》有云:“其病之候,但腹内气结胀满,闭塞不通”,此段话阐述了气机闭塞乃此病发生的基本病机。气机与心下痞塞表现、情志因素皆有密切联系,情志刺激可影响周身气机,心下痞满核心病机为中焦气机痞塞,若中焦气乱,脾胃升降失调升调,日久水火不济,胃气上逆,心火灼上<sup>[16]</sup>。张仲景在《伤寒论》中对“痞满”的各个证型做出了区分:“若心下满而硬痛者,此为结胸也,大陷胸汤主之。但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与也,半夏泻心汤主之”。现当代医家通过对其泻心汤加减,在临床应用组取得了不错的疗效。

“噎气”是指胃部气体顺喉咙而出,《灵枢·口问》有云:“黄帝曰:人之噎者,何气使然?岐伯曰:寒气客于胃,厥逆从下上散,复出于胃,故为噎。”这段话表达了噎气是源自脾胃,基本病机可总结为气机升降失衡,胃气上逆<sup>[17]</sup>。

《景岳全书·嘈杂》中对嘈杂作出解释:“嘈杂一证,或作或止,其为病也,则腹中空空,……,而渐见胃脘作痛。”而这个病名首见于始见于《丹溪心法·嘈杂》:“嘈杂,是痰因火动,治痰为先。”有当世学者总结归纳嘈杂之病因病机为脾虚、肝郁、胃滞<sup>[18]</sup>。

## 1.2 病因病机的认识

慢性萎缩性胃炎顾名思义其主要疾病发生脏器病在胃，脾胃虚弱，禀赋不足，运化失职等这些原因是此病主要的发生之根本。慢性萎缩性胃炎的主要发病基础是该患者其自身机体的先天禀赋缺乏，脾胃素虚。李东垣《脾胃论》书中曾经有曰：“脾胃内伤，百病由生。”此句话的基本含义是，脾胃一旦受损，可能会影响到其他疾病的发生和进展。对于脾胃功能较弱的人，水谷精微难以被其所吸收和运化，所食的水谷在中焦停滞，痰、食、湿等实邪阻滞人体，从而导致发病。

慢性萎缩性胃炎的发病及其发展同时与胃病患者的自身的健康情况和其饮食习惯密不可分，《素问·太阴阳明论》早已对这一类的疾病症状和原因进行了详细的记载：“饮食不节，起居不时者，阴受之，阴受之则入五脏，入五脏则腠满闭塞”。例如长期的饮食不洁、膳食不能调节，如经常吃饭过饱或者饥饿过度、嗜好进食辛辣或者刺激性强的食物等，都可能直接造成慢性萎缩性胃炎的早期发病。因为人体之胃主受纳水谷精微，不良的膳食习惯可能会直接引起脾胃功能的失调。

慢性萎缩性胃炎与人体脏器肝和脾也都有着同样密切的相互联系，肝主疏泄，肝郁则疏泄功能失常，肝气能够乘脾，叶氏天士之《临证指南医案》中曾经如此有名言云：“肝为起病之源，胃为传病之所”。患者若长期其身体七情功能失调，肝气过于郁结，脾之失于调达，则可使患者脾胃的运化调理功能严重受损。《临证指南医案》又云：“脾宜升为健，胃宜降则和。”脾升胃降，气机若是运行失调，则可能导致传导失衡，发为本病。其发病规律符合慢性疾病特性之“久病入络”。有学者<sup>[19]</sup>认为气滞、热毒、血瘀共同作用于本病，加之内体虚弱，形成本虚标实的证象。脾胃素体虚弱，加之外邪入侵，气机阻滞而致胃失和降。亦或湿热邪毒等使得气机阻滞，胃亦失和降。再或胃中津液缺失，无法濡养胃气产生，胃气不行，发为本病<sup>[20]</sup>。络病理论也被用于解释慢性萎缩性胃炎的中医病机，胃络归属于足阳明胃经，分于胃经，联络脏腑，沟通气血<sup>[21]</sup>，瘀、痰、毒阻滞胃络，血络受损，气机失调是最主要的病机<sup>[22]</sup>。

外感六淫及其患者本人平素劳倦过度也同样有可能影响脾胃脏器功能，《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》中曾经有明确的记载：“劳役过度，元气不足”。劳倦过多可能会直接导致患者元气大量耗损，气的不足使得无法正常地濡养人体和维持脾胃基本的运化机制，脾胃功能衰退，加之体外染有风、寒、暑、湿、燥、火等各种外邪，素体内虚，外邪的侵袭，加重了患者脾胃不适的症状。

有学者将西医方面慢性萎缩性胃炎的重要致病因素Hp感染归于湿热外邪湿热邪气，拟图用湿热理论来解读此病的发生发展，Hp可因其作为感染性细菌的特点，多通过口——口及粪——口等途径传播，与湿邪的性质相似，湿邪至表侵犯机体皮毛，侵袭脾胃，且病程较长，缠绵难愈，亦认为湿热体质的人群更易患上此病，当防治结合<sup>[23]</sup>。

综上所述，慢性萎缩性胃炎的中医病因病机有许多，多种病因病机共同作用于患者脾胃，共为因果，共奏此病的发生发展。

### 1.3 中医临床辨证分型

自古以来,许多中医家对于慢性萎缩性胃炎的常见中医分型都有各自的不同看法和独特见解,后世也对此问题进行了不断地探索和改进完整,在1994年我国由国家中医药管理局正式批准颁发了《中医病证诊断疗效标准》,这个标准将“胃脘痛”疾病归类为五种常见的中医证型,分别为肝胃气滞、胃热炽盛、脾胃虚寒、胃络瘀阻、胃阴不足<sup>[24]</sup>。

现在根据2017年发表的《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》所示,慢性萎缩性胃炎基本情况可以大致划分为以下6种:(1)肝胃气滞证:其主要表现为胃脘胀满或胀痛,常与患者本身的情志因素相关,患者可能会出现有胁肋胀痛,喜暖气,情志不舒时有胸闷时作等一系列症状发作;(2)肝胃郁热证:此证常伴有患者自感胃脘饥嘈,甚或烧灼疼痛,患者或时常出现有口干、口苦、大便干燥表现等亦可作为其分型的次要依据;(3)脾胃虚弱证(又称脾胃虚寒证):此类病人大多表现的特征是脉象细弱,胃脘疼痛的表现多是隐痛,喜温喜按,由于素体较差,禀赋不足,常伴有倦怠乏力、少气懒言,纳食欠佳等;(4)脾胃湿热证:病人胃脘火烧灼热,自感口苦、口中异味明显,甚至恶心、呕吐,因为湿气邪毒的侵袭,大便黏滞或稀溏,舌苔所见的表现为黄腻;(5)胃阴不足证:胃喜润恶燥,胃阴不足,津液大量流失,患者饥而不欲食,口干舌燥,同时其形体偏瘦,纳食量少,舌红少津,大便干燥;(6)胃络瘀血证:瘀血内停症状主要表现为腹部痛且痛有定处,伴腹部疼痛拒按,同时可伴舌质暗甚或夹见瘀点瘀斑,严重者可出现黑便。

### 1.4 中医辨证施治

#### (1) 肝胃气滞证

治则:疏肝理气,和胃止痛。

方药主要组成:柴胡疏肝散加减(内用方用:柴胡6g、白芍4.5g、枳壳4.5g、川芎4.5g、香附4.5g、陈皮6g、甘草1.5g)。随证而增减:病人如若怕冷畏寒甚,需加高良姜;喜凉恶热者则加川黄连、山栀子;暖气甚者可以添加柿蒂;反酸烧心者可以添加用乌贼骨、煅瓦楞子、浙贝母等;病人若胃感胀甚,酌情给予以加广木香、厚朴、砂仁。

有现代研究的长期临床对照通过研究了对照两组病人应用柴胡疏肝散加减与胃复春片治疗的临床效果,观察了两组病人在治疗前后的中医证候作用发挥的疗效情况、胃镜检查的治疗疗效、胃黏膜萎缩情况、不完全性肠上皮化生和异型增生变化等,结果表明柴胡疏肝散加减对肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎具有更为切实、更有针对性的治疗效果<sup>[25]</sup>。亦有邢睿等<sup>[26]</sup>以越鞠丸合四逆散加味为主要药物作为治疗组治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎,对照组给予胃苏颗粒,三个疗程后予以评估该两组患者的胃镜检查及其病理反应状态,治疗组胃粘膜萎缩及胃肠上皮化生情况均明显优于对照组。曾晓菡等<sup>[27]</sup>通过评估治疗前后慢性萎缩性胃炎患者中医证候积分,提示了中医药辨证施治治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎,无论对于主症或者次证均可以具有一定的疗效。



## （2）肝胃郁热证

治则：清肝泻火，和胃止痛。

方药组成：化肝煎合左金丸加减（青皮 6g、陈皮 6g、芍药 6g、牡丹皮 4.5g、栀子 4.5g、泽泻 4.5g、贝母 9 克、黄连 18g、吴茱萸 3g）。随证加减：对于胃中嘈杂，胃内及食道感反酸明显者，可加乌贼骨、煅瓦楞子；而嗳气频作，矢气增多，呃逆不适者，加旋复花、广郁金可奏效；

刘淑玮等<sup>[28]</sup>已凭自身经验自拟“清热和胃及疏肝运脾方”（醋柴胡、炒枳壳、制香附、陈皮、法半夏、炒黄芩、生薏仁、蛇舌草、黄连、砂仁、吴茱萸、生甘草）辩证诊断及治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎，对比常规西药治疗（四联疗法+雷贝拉唑、铝碳酸镁片及莫沙必利），治疗组有效率 89.23%（58/65），明显优于对照组的有效率 63.08%（41/65），治疗组患者的胃动素及其他胃泌素水平也可以得到更高更明显的改善，提示中药对于促进胃肠道的改善具有更好的疗效。袁欣等<sup>[29]</sup>依据其行医多年经验拟“清火健脾丸”对症治疗，方药如下：白术 30 g、枳实 10 g、法半夏 15 g、陈皮 15 g、炒栀子 10 g、炒黄连 5 g。经多年的临床实践证明其方可在一定程度上有效地对 Hp 进行清除，从而在肝胃郁热证慢性萎缩性胃炎患者的治疗过程中存在意义，但其药理作用机制尚不明确。杨勇等<sup>[30]</sup>以党参、茯苓、白术、黄芪、山药、白花蛇舌草作为主要药物，加减得“健脾消萎方”对症治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎，可有效增强机体免疫力，促进胃肠运动，亦可清热解毒，缓急止痛，对胃粘膜具有修复意义。

## （3）脾胃虚弱证（脾胃虚寒证）

治则：温中和胃，缓急止痛。

方药组成：黄芪建中汤加减（黄芪 5g、桂枝 9g、白芍 18g、生姜 9g、炙甘草 6g、大枣 6 枚、饴糖 30g）。随证而加减：胃脘凉痛明显，加干姜、肉桂；薏苡仁、炮姜，主要用于缓解病人的大便稀溏；若纳食欠佳，加砂焦山楂；佛手有利于缓解饮食后的脘腹胀满。

脾胃虚弱（脾胃虚寒证）病人因脾胃中焦虚寒，脾失健运，治以和胃健脾，祛除外邪，亦可以用含有温补行气作用的人参、茯苓等药材之参苓白术散进行加减，通过观察治疗后病人的胃蛋白酶原、胃泌素-17、胃蛋白酶原Ⅱ均有所增加和升高，提示病人萎缩程度有所缓解<sup>[31]</sup>。亦有伏思燕等自拟“健脾通络汤”（党参、丹参、茯苓、炒白芍、干姜、炒枳壳、大枣、炙甘草、黄连）也可用于治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎，对比其他西药多潘立酮片联合硫糖铝，通过评估两组患者胃部病理组织积分，治疗组患者的内镜下胃粘膜萎缩、肠上皮化生均明显优于西药对照组<sup>[32]</sup>。韩慧芳等<sup>[33]</sup>提出了运用“参赭镇气汤”可以有效治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎，方中以党参健脾补气，提升中气，缓解了此证型患者乏力、纳差、懒言短气等不适；随后配以白术、茯苓健脾益气；再加入白芍柔肝敛阴、抑肝止痛。

数十味药物共奏治疗之效果，患者胃肠道不适症状如胃脘胀满、胃脘隐痛等明显好转，检查胃泌素-17、胃蛋白酶原II亦升高，胃粘膜萎缩情况得到改善。

#### （4）脾胃湿热证

治则：清热化湿，理气和中。

方药用量组成：连朴饮加减（黄连 3g、制厚朴 6g、法半夏 3g、石菖蒲 3g、香豉 9g、焦栀 9g、芦根 60g）。随证而增或减：若患者疼痛极甚者，则可以增加金铃子、延胡索、郁金；大便难解，便后发现大便粘腻，不爽者可适当增加苍术、白术；若遇恶心甚至呕吐者，可增加枳实、竹茹、生姜；鸡内金、谷芽、麦芽等可以有效帮助缓解食欲不振，食少纳差的药物。

马贞等<sup>[34]</sup>通过对照中医方剂连朴饮与荆花胃康胶丸、硫糖铝分散片配合三联疗法治疗对慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证的临床治疗疗效，观察了治疗前后中医证候积分和胃蛋白酶原（PG I、PG II 和 PG I /PG II），中药方药治疗组中医证候疗效结果显示为 88.6%，明显优于对照组之 62.9%，同样胃镜下征象提示中药治疗组有效率 85.7%，也明显优于对照组有效率之 62.9%。半夏泻心汤亦被不少医家加减以用于脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的治疗中，齐金焕等<sup>[35]</sup>运用半夏泻心汤辛散功效以消除痞满不适，胃蛋白酶活性得以被加强，增强胃粘膜的屏障功能，故患者症状得以缓解好转。符青伟等<sup>[36]</sup>将蛋白线分别埋入患者中脘穴、双侧胃俞、双侧脾腧、双侧足三里穴，并自拟“清热调中汤”（绞股蓝、白术、赤芍、丹参、黄芪、香附、海螵蛸、瓦楞子、黄连），埋线疗法有温化脾阴，和胃降逆的作用，临床试验观察期满后，患者血清中调节胃酸分泌，增强肠道分泌功能的胃泌素及生长抑素均可见增高。

#### （5）胃阴不足证

治则：养阴和胃，理气止痛。

方药用量组成：一贯煎合芍药甘草汤加减（沙参 15g、麦冬 15g、生地 15g、枸杞 15g、川楝 15g、当归 10g，白芍 10，甘草 15g）。随证而增减：患者口干甚、舌质赤者可再补加适量天花粉、石斛，倘若患者每日大便时而干结，难以解出，加枳实、全栝蒌、火麻仁；谷芽、麦芽、乌梅、山楂均可用来治疗食少纳呆症。

褚雪菲等<sup>[37]</sup>在经过铋剂四联疗法清除胃阴不足型慢性萎缩性胃炎患者 Hp 后，观察予以芍药甘草汤合一贯煎加减患者肠化生及腺体萎缩情况，全方养阴和胃、益气健脾，临床症状显著改善。赵保团<sup>[38]</sup>等通过研究对比“养胃汤”（南北沙参、茯苓、麸炒白术、肉豆蔻、法半夏、泽泻、丹参、柴胡、黄连、炙甘草等加减）与中成药药物胃复春片治疗胃阴不足型的患者，中药方剂益气养阴，行气活血，对胃阴不足型的患者进行有益治疗。郭秋怡等<sup>[39]</sup>进行了通幽汤加减剂对比阴虚胃痛颗粒的辨证诊断和治疗，经过多次治疗后通幽汤组的总有效率平均显示为 88.57% 的高值，高于了对照组之总有效率之

71.34%。通幽汤组患者胃镜下所见的胃粘膜慢性炎症、萎缩情况、肠上皮化生、异型增生等症状其改善情况均大幅度优于同期对照组。

## （6）胃络瘀血证

治则：理气活血，化瘀通络。

方药组成：失笑散合丹参饮加减（炒五灵脂 12g、炒蒲黄 12g、丹参 9g、檀香 9g、砂仁 9g、白芍 30g、甘草 6g、延胡索 15g）。随证加减：胃痛明显者，加元胡；大便色黑者，加白及、血余炭。

陈丽凤等<sup>[40]</sup>努力致力于研究利用丹参饮合失笑散加减联合其刮痧手法用以治疗人之胃络瘀血证，治以活血化瘀、通达人体胃络，研究者其配合“潜龙刮”，即其本身自创一种又沉又透的特别的刮痧手法，刮痧部位选取位于背部从膈俞至肾俞水平的双侧膀胱经，腹部则分别选取神阙以上的任脉和双侧胃经，《血证论》有云：“一切不治之证总由不善去瘀之故。”刮痧疗法与丹参饮合失笑散加减配合应用有更好的治疗效果。李琪微等<sup>[41]</sup>使用经验方“通络益胃汤”治疗后，胃络瘀血证患者中医证候，如胃脘胀满、胀痛、乏力气短等均有较好的改善。

## 1.5 中成药治疗

胃复春、摩罗丹、荆花胃康胶丸等中成药对于慢性萎缩性胃炎萎缩腺体的逆转和减缓病情发展速度有一定的治疗意义。不同的中成药有着不一样的适应症，患者在选用时应遵循医嘱，对症服用。具体适应症及其特点如下：中成药胃复春多广泛适用于脾虚气滞或胃络瘀阻证的慢性萎缩性胃炎患者，荆花胃康胶丸多广泛适用于脾胃脏腑功能不和，肝胃不和，寒热错杂与胃络瘀阻证，摩罗丹多广泛适用于脾虚气滞或胃络瘀阻证，达立通颗粒多适用于肝胃郁热证，气滞胃痛颗粒多广泛可见于肝郁气滞证慢性患者，草铃胃痛颗粒多适用于气滞血瘀证，温胃舒胶囊主要广泛适用于慢性脾胃虚寒证，小建中胶囊主要广泛适用于脾胃虚寒证，养胃舒胶囊主要广泛适用于气阴两虚证，枳术宽中胶囊主要广泛适用于脾虚气滞证，胃苏颗粒主要广泛适用于气滞胃痛证。

现代药理研究表明苦参碱具有胃黏膜保护作用<sup>[42]</sup>。才真等<sup>[43]</sup>通过大鼠模型试验提示TLR4/MyD88/NF- $\kappa$ B 信号转导通路可被抑制，减轻慢性萎缩性胃炎的炎症反应，保护胃黏膜，降低对胃黏膜的损伤。

## 1.6 其他中医治疗方法

针刺疗法也被证实可以广泛应用于慢性萎缩性胃炎的治疗，有一项临床试验显示通过针灸方法直刺大鼠双侧“足三里”穴，针刺深度 5mm，持续捻转 20s，留针 20min，试验时间共计 14d，通过检测针刺后组织 IL-1 $\beta$ 、IL-6、TNF- $\alpha$  水平等，提示了针刺可以在一定程度上达到治疗效果，减少慢性萎缩性胃炎的炎症反应<sup>[44]</sup>。穴位埋线治疗手法作为针刺手段的一部分，有专家学者已经通过研究证实穴位埋线这种治疗手段能够促进

胃黏膜修复,抑制腺体的萎缩<sup>[45]</sup>。马林等<sup>[46]</sup>通过对大鼠脾俞、中脘、足三里进行埋线治疗,观察患者血清中胃泌素—17、血管内皮生长因子、肿瘤坏死因子— $\alpha$ 因子的含量变化情况,提示采用穴位埋线对慢性萎缩性胃炎有一定的治疗作用,机理上主要可能是通过调节胃黏膜细胞的凋亡和增殖,降低患者血清中肿瘤坏死因子— $\alpha$ 因子的水平。《景岳全书》中曾经记载:“胃脘痛症,多由寒、食、气不顺所致。”脾胃虚弱为慢性萎缩性胃炎的一种临床常见证型,通过艾条灸温经通络、祛寒止痛,具有一定的临床治疗意义,常选取足阳明胃经之足三里穴,健脾除湿,亦可选取神阙健脾和胃,行气止痛,膻中穴对于温补阳气,祛除寒气也是恰当的治疗选择<sup>[47]</sup>。有临床试验通过纳入126例脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎进行对比治疗,观察组采用艾条灸结合中医特色治疗方法,治疗后患者胃脘胀满、嗝气反酸、乏力、大便溏稀等中医不适症候,改善程度均优于对照组之西药常规治疗<sup>[48]</sup>。近年来随着医疗的发展,有学者提出“脑肠轴”概念,胃肠道与中枢神经通过此轴联系,而“脑肠互动”即为机体通过“脑-肠轴”调节胃肠功能<sup>[49]</sup>,多种脑肠肽被发现作用于“脑肠互动”,其中 Ghrelin 同时存在于胃肠道及中枢神经<sup>[50]</sup>。李琳慧等<sup>[51]</sup>通过观察经悬灸与维酶素治疗后大鼠消化道症状,结果提示经热敏灸大鼠下丘脑及海马中的 Ghrelin 含量上升,胃肠道症状改善情况优于非热敏灸。

## 1.7 展望

现代生活节奏快速,西方医学尽管发展迅速,但难以做到因人而治,因地制宜,辨证施治,这种局限性导致很多时候慢性萎缩性胃炎的诊断及治疗受到一定的影响,中医中药在治疗慢性疾病方面因其丰富的治疗方案有其独特的优势,大众对中医自古以来就有很高的认可度,中医中药治疗慢性萎缩性胃炎有其巨大的潜力和发展前景。古代文献中即有对于此病的记载,也在不断地探索发现中创造出至今造福病人的方药,只是由于时代发展的局限性未能将诊断及方药选择系统化。然而随着我们对于传统中医中药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究越来越多,许多问题也被暴露出来了,譬如说中医四诊和参这种方法具有极强的主观性,诊断的完成完全凭借着主治医师的个人经验,不同的主治中医师对于同一个病人可能会有不同的诊断意见,且其治疗的理法和方药也各不相同,诊疗的标准很难形成统一。在我国大力推行循证医学的现代医学体系下,中医药研究手段的科学性和结果的客观性得到认同都非常困难。理应中西医结合诊疗慢性萎缩性胃炎,借助西医先进的诊疗技术,参照相对科学的检验结果,再结合临床中医师个人见解,才能让疾病的诊疗更为系统准确,也能让中医中药走的更远。

## 2.慢性萎缩性胃炎的西医临床进展

慢性萎缩性胃炎(atrophic gastritis CAG)通常被人们泛指为患者胃黏膜上皮中固有的腺体其数量的明显的下降或减少,伴或不同时伴有胃肠导管腺化生的发生和(或)假幽门腺化生而导致该系疾病继续发展形成的一种以慢性胃腔粘膜萎缩性症状表现为主

的慢性胃炎<sup>[1]</sup>。有队列研究表明,慢性萎缩性胃炎患者的 10 年癌变率为 0.1%<sup>[52]</sup>,因此对于慢性萎缩性胃炎患者的随访是非常必要的。

## 2.1 病因及发病机制

### (1) 幽门螺杆菌感染

慢性萎缩性胃炎的重要的一种发病原因是由于幽门螺杆菌的感染引起的<sup>[53]</sup>。现代医学中意见有大量的研究表明这个 1983 年由 Marshall 和 Warren 在胃黏膜中发现这个的菌种,它是各种慢性胃炎的发病原因之一。其中慢性非萎缩性胃炎、慢性萎缩性胃炎(伴或不伴有胃肠道上皮化生)、以及癌变、异型增生等均与幽门螺杆菌感染有关。幽门螺杆菌属于革兰氏阴性菌,胃窦部通常是其定植的一个主要部位,通过体内分泌一种名为粘附素的毒力反应因子,其分泌的细胞毒素相关蛋白 A、细胞空泡毒素、脂多糖、热休克蛋白等都可能引发严重的炎症反应,从而对人体胃黏膜也造成损害<sup>[54]</sup>,Hp 在人体中通常不能完全根除,存在着一种反复传播,继而又受到感染的现象,因为这种菌群在人体的免疫系统中存在一定的适应性<sup>[55]</sup>,有一种广为流传并被普遍接受的说法,那就是“无酸无溃疡”,这句话其实我们想要准确表达的一个意思是过量分泌的胃酸会直接使得体内的生长抑素和胃泌素之间的平衡被大大地破坏,从而导致胃黏膜屏障能力逐渐变弱,而且由于 Hp 感染 G 分泌胃泌素增多,同时 D 细胞会减少释放生长抑素,从而促进了胃炎的进一步恶化<sup>[56]</sup>。

### (2) 幽门螺杆菌感染

Hp 细菌在光学显微镜下形状呈特殊的螺旋状,菌株通过其自身的鞭毛可穿过胃内的黏液上皮层,定植于人体的胃黏膜上皮细胞的表面,难以去除。有临床试验证实 Hp 东亚株较之西方株致癌性更大,其机理可能与名为细胞毒素相关基因 A 蛋白的效应蛋白有关,其序列差异可能会对试验体胃上皮细胞产生影响<sup>[57]</sup>,目前有待进一步的研究揭示其与 Hp 发病的具体关系。Hp 产生大量蛋白酶、磷脂酶均可以使得胃粘膜的保护作用被削弱,其产物氨和氢氧化胺更是直接对胃粘膜有毒性作用。王群焯等<sup>[58]</sup>通过对 130 例感染幽门螺杆菌的慢性萎缩性胃炎患者分别进行了杀幽治疗,患者胃镜下的征象提示胃粘膜情况正在好转中,患者的胃部不适明显减轻,提示清除幽门螺杆菌对慢性萎缩性胃炎有其治疗的意义。有研究 miR-1296-5p 可抑制原癌基因 *erbB-2* 的表达<sup>[59]</sup>,而 miR-155-5p 也可作用相关信号途径以达到抑制骨髓间充质干细胞的胃癌化转变<sup>[60]</sup>。郑春娅等<sup>[61]</sup>通过临床试验对比 Hp 清除前后患者胃黏膜组织上的 miR-1296-5p 和 miR-155-5p 的基因表达水平,提示治疗后有所升高,有利于患者的预后判断。

### （3）胆汁或十二指肠液反流

胆汁或者十二指肠液的反流被许多临床研究证实作为慢性萎缩性胃炎的另一个主要诱发病因，胆汁及十二指肠液中含有可以损伤胃粘膜的成分有胆汁酸、胆盐和溶血卵磷脂<sup>[62]</sup>。这些化学物质可能会对胃肠道粘膜产生伤害，主要机制分别介绍如下：（1）胆汁酸、胆盐和溶血卵磷脂等物质会严重胃肠道削弱胃粘液的屏障作用功能，胃内  $H^+$  逆向扩张弥散，导致  $H^+$  浓度升高；（2）这些化学物质的组成有碍于胃粘膜的自我修复能力，通过大幅度地减少胃上皮的毛细血管的有效血流量，致使胃上皮细胞中新鲜的血氧供应大大减少；（3）胃粘膜中的氧自由基在胆汁酸、胆盐和溶血卵磷脂的作用影响下，胃粘膜中的氧自由基被吸收清除有限，氧化系统被破坏，细胞代谢紊乱，甚或还可以直接攻击细胞 DNA，造成胃粘膜的损伤；（4）胆汁酸、胆盐和溶血卵磷脂等及其他物质都可刺激人体胃泌素的分泌，幽门括约肌松弛扩张扩大，进一步加剧胆汁反流，引起炎性改变<sup>[63]</sup>。

### （4）饮食、体质、遗传因素

慢性萎缩性胃炎患者可受各种社会和生活习惯的影响，如长期吸烟，大量饮酒，喜饮浓茶、咖啡，长期摄入食用过辣、过咸的等具有刺激性食物，长期摄入严重损坏胃粘膜的药品等均会直接导致胃粘膜上皮组织的保护屏障的破坏，而引起胃粘膜肠上皮的化生，而进一步诱发引起慢性萎缩性胃炎。同样，体质、遗传因素也在慢性萎缩性胃炎的病因中占有一席之地，随着年龄的增加，患病几率有所增长，同样慢性萎缩性胃炎家族发病常见。

### （5）其他因素

海尔曼螺杆菌被发现为能引发胃炎的非幽门螺杆菌，此种菌株独立存在引发胃胃炎发生，也可与幽门螺杆菌协同作用于机体。其发病机理与 Hp 相似，但其一般症状较清，易于根除，时可以自行消除<sup>[64]</sup>。重金属工作者胃粘膜活检发现胃溃疡的发病率占很大比例，因此发展为慢性萎缩性胃炎的可能性也较大。缺铁性贫血也被证实与慢性萎缩性胃炎有关。

## 2.2 慢性萎缩性胃炎病理改变

慢性萎缩性胃炎主要被广泛认为作为是慢性晚期胃炎的一种，胃癌疾病的发展模式现今被广泛的归纳表现为：正常消化系统→慢性非萎缩性胃炎→慢性萎缩性胃炎→肠化→异型增生→胃癌，若不及时诊断并对其进行积极有效的对症治疗，由慢性萎缩性胃炎逐渐演变成为胃癌的可能性也是很高的，治疗慢性萎缩性胃炎，对于早期胃癌的预防来说，意义是匪浅的。慢性萎缩性胃炎在进行胃粘膜病理学活检之后多示胃粘膜中的固有腺体萎缩或出现肠化，可通过多处胃粘膜组织活检，以准确地及时判断和评估其腺体萎

缩的范围和严重程度。根据悉尼系统<sup>[65]</sup>的规定和要求,将取 5 块胃粘膜组织分别作为活检的标本,分别为胃窦 2 块、胃体 2 块、胃角 1 块,对于这些样品标本的尺寸和大小也做出了相应的规定和限制要求,取样时应达到黏膜肌层的厚度,在临床实际应用中,可以根据患者胃镜所示具体情况及医师个人经验,取 2~3 块活检进行检查。慢性萎缩性胃炎临床病理特征表现通常示慢性炎症退化征象,伴有些许中性粒细胞浸润,且多伴有 Hp 感染<sup>[66]</sup>。

## 2.3 慢性萎缩性胃炎西医治疗进展

### (1) 去除病因

病因预防对于慢性萎缩性胃炎患者有一定的意义,在生活中拥有良好的个人生活习惯,如在日常的饮食中注意应该尽量新鲜、干净、清淡,避免食用刺激损害作用的过于辛辣刺激的食品,家中用餐注意分餐而食,可有效地避免幽门螺杆菌在家人之间交叉感染。因此患者需要特别注意日常调理自己心情,避免浮躁烦闷等不良情绪的产生和影响,树立一个乐观积极的个人生活态度。在已知这类药物的副作用及其自身胃粘膜被破坏情况的同时,非甾体类抗炎药我们在治疗中应慎重使用,如阿司匹林等,减少其对自身胃粘膜的损坏,若必要时可以适当服用此类药物,可在医嘱的指导建议下适当服用并配合其他各种胃粘膜保护剂使用。将对慢性萎缩性胃炎的顾护融入生活,避免病情的加重。

### (2) 药物治疗

在《幽门螺杆菌胃炎京都共识》<sup>[7, 67]</sup>中已经明确提出,幽门螺杆菌感染者无论其症状如何,在彻底清除开具有抗衡作用的影响因子之后,均应给予针对性地根除幽门螺杆菌的治疗。作为慢性萎缩性胃炎重要的发病原因,进行有效的抗幽门螺杆菌治疗对于一些患有幽门螺杆菌感染的慢性萎缩性胃炎患者而言,是非常必要的。京都共识指出现今阿莫西林、四环素、呋喃唑酮等抗生素耐药率仍然极低,在我们投入临床使用之前不需要行药敏试验。京都共识推荐使用经验性铋剂四联方案或者当因各种自然因素而导致无铋剂可使用之际,推荐使用一个非铋剂四联的方案。由于在此后我国发布的《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》中并未明确地推荐非铋剂四联疗法,因现今看来我国对于克拉霉素、甲硝唑的耐药率已大大超出国际明确可推荐治疗的范围<sup>[68]</sup>,使得其伴同疗法的临床有效率也大大降低。我国提出的共识推荐在 14d 三联疗法中增加一种铋剂,以缓解高耐药对治疗带来的影响<sup>[69]</sup>。

1995 年确立了经典铋剂四联治疗方案,PPI+铋剂和 2 种抗生素即经典铋剂四联疗法。在我国提出整理的共识中推荐的经验性选择铋剂四联疗法作为一线疗法,其中该共识推出了 7 种包含铋剂的四联方案,列举如下:在 PPI+铋剂的基础上,加用:1、阿莫西林 1000mg+克拉霉素 500mg,各每日 2 次;2、阿莫西林 1000 mg,每日 2 次+左氧氟沙星 500mg,每日 1 次或 200mg,每日 2 次;3、阿莫西林 1000mg+呋喃唑酮 100mg,各每日

2次; 4、四环素 500mg+甲硝唑 400mg, 各每日 3 次或每日 4 次; 5、四环素 500mg, 每日 3 次或每日 4 次+呋喃唑酮 100mg, 每日 2 次; 6、阿莫西林 1000mg, 每日 2 次+甲硝唑 400mg, 每日 3 次或每日 4 次; 7、阿莫西林 1000mg, 每日 2 次+四环素 500mg, 每日 3 次或每天 4 次。总结以上 7 种综合治疗方案, 即为按照 PPI+铋剂与阿莫西林、克拉霉素、四环素、呋喃唑酮及左氧氟沙星 5 种不同类型的常用抗生素的组合配对。

抗酸药及生物制酸剂铝类碳酸镁、氧化铝、碳酸氢钠、氢氧化镁等药物均能直接帮助中和胃酸, 提高胃液的 PH 水平值从而有效抑制损害性蛋白酶的活性, 保护人体胃黏膜受损害。抑酸药主要是分为 PPI 和 H<sub>2</sub> 受体拮抗剂, 前者常用的此类药物如奥美拉唑、雷贝拉唑、泮托拉唑等, 它们是一种可以阻断人体胃酸分泌的途径及通道, 减少人体胃肠道中的胃酸过多分泌, 并且具有药理起效作用快、抑制力强、持续时间长等优势。后者通过常用药物的如雷尼替丁、西咪替丁、法莫替丁等能够独立选择性地与胃壁细胞 H<sub>2</sub> 受体相互作用地结合从而抑制人体体内胃酸的大量分泌。

胃黏膜保护剂: ①铋剂: 例如胶体果胶铋、胶体次枸橼酸铋、枸橼酸铋钾等, 在胃酸的作用下铋剂会分解形成一层带有保护胃腔和黏膜功能的黏盐和一种粘液状的带有一定粘性凝聚力的溶液, 同时它们还对 Hp 细菌有一定的损害和杀伤作用。该药物在人体组织中缓慢结合与释放, 可产生急慢性毒性。铋剂对肾脏的作用和影响已经有很多与之相关的报告, 其中主要包括急慢性的肾功能衰竭, 二期铋盐的沉积可导致肾血流速度的减缓, 降低肾小球的滤过率, 从而直接导致肾小管坏死, 进而诱发引起肾功能的衰竭, 而且该种药物还可与金属结合蛋白进行结合, 该金属蛋白大量存在于近端肾小管的细胞中, 而且可以药物与这种金属结合方式可持续数月<sup>[70]</sup>。有现代研究表明<sup>[71]</sup>铋剂在肾脏蓄积量最大, 大鼠试验停药 8 周后在脑、心、肝中仍有铋蓄积, 而此时血铋浓度已将至 0, 残留的铋将对脏器产生不良影响。故铋剂四联疗法在使用方面仍有许多不确定因素, 应酌情使用。②前列腺素: 前列腺素是一种主要存在于人体和各种动物内部的一类含有多种人体生理活性成分的不饱和脂肪酸, 可以增加人体胃黏膜的血流量, 加强了胃黏膜对弱酸、强碱、无水的酒精等的消化和侵蚀, 并且还具有对人体细胞的某些保护功能。③其他: 如硫糖铝、思密达、麦滋林-S、生胃酮等都可以具有不同程度的保护胃肠道黏膜, 促进胃糜烂等部位愈合的功能。

### (3) 其他治疗方法

近年来我国有一些研究将射频消融术改良以运用在慢性萎缩性胃炎的临床治疗上, 射频消融术的一个基本原理就是通过热效应导致黏膜上的病变部位的凝固、坏死, 最早的时候被广泛应用于一些体表微小肿瘤的治疗, 具有简便、安全、有效的优势。潘雯等<sup>[72]</sup>实施内镜下射频消融术的同时, 对患者用四联疗法清除幽门螺杆菌, 在内镜下将电极片置于患者胃粘膜治疗区域进行灼烧, 灼烧直至内镜下示治疗区域年末表面凝固坏死,



呈黄白色改变，再将其射频消融部位胃粘膜表面凝固坏死区域铲除，对比治疗前后胃粘膜组织肠上皮化生情况，证实射频消融术治疗慢性萎缩性胃炎真实有效。

## 第二部分 临床研究

### 1.研究对象与方法

#### 1.1 病例选择

收集了南京中医药大学附属南京市中医院脾胃病科 2018 年 9 月-2021 年 2 月期间住院及门诊患者的病历资料，共计 200 例，患者本人通过胃镜检查 and 胃肠病理学检验后最终确诊为慢性萎缩性胃炎。由两位主治以上中医医师审核并仔细观察是否与现代中医的辨证相符。

#### 1.2 诊断标准

##### 1.2.1 西医诊断标准

诊断患者为慢性萎缩性胃炎，参考《中国慢性胃炎共识意见》（2012，上海，中华医学会消化病学分会）<sup>[73]</sup>。

（1）常见的临床体征及表现：由幽门螺杆菌感染引起的慢性萎缩性胃炎的患者多数患者在患病期间均未发生任何症状；若慢性萎缩性胃炎患者发生出现了症状，则主要表现为胃脘胀满或者胀痛、嗳气、吞酸、恶心、呕吐等消化不良的症状，慢性萎缩性胃炎发生的严重程度与胃镜检查中所见及病理组织学变化与上述患者可能存在的症状并不完全呈正比关系。

##### （2）内镜诊断及分型：

胃镜下诊断标准：慢性萎缩性胃炎患者在胃镜下的主要所见表现为：黏膜上红白相间，以白相出现为主，皱襞显示逐渐变平甚至消失不可见，黏膜上的血管明显存在显露；黏膜呈颗粒状或呈结节状等。

##### （3）病理诊断标准：

慢性胃炎其根据病理组织学分级可划分为 5 种不同的分级，分别为 Hp 感染、慢性炎症、活动性、萎缩和肠化，这 5 种又根据其基本发展的严重程度分成无、轻度、中度和重度 4 级。

慢性萎缩性胃炎之萎缩指胃粘膜病理检查示固有腺的减少，又被分为 2 种情况：①化生性萎缩：即胃固有腺被肠化或被假幽门化生腺体替代；②非化生性萎缩：胃固有腺被纤维或纤维肌性组织替代，或炎性细胞浸润引起固有腺数量减少。根据萎缩程度可将慢性萎缩性胃炎分为 3 度：轻度：固有腺体数减少不超过原有腺体的 1/3；中度：固有腺体数减少介于原有腺体的 1/3 ~ 2/3；重度：同一个原始的固有腺体数减少了超过 2/3，

此时仅残留了少数的腺体，甚至彻底消失。但是腺体的数量的减少不一定就提示是慢性萎缩性胃炎。

(4) Hp 检测结果分为 3 种：阴性、阳性、迟发阳性。

### 1.2.2 中医辨证分型标准

参考《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》(2017 年)<sup>[74]</sup>和相关的科室的临床诊断规范进行证型的补充。

#### (1) 肝胃气滞证

主要表现症状：①胃脘部感胀满或胀痛；②胁肋胀痛。

次要症状表现：①有的主观感觉症状由于心理情绪等客观因素诱发或加重；②嗳气频频发作；③感胸闷不舒。

舌苔脉象：舌质淡红，苔薄白或白，有齿痕，脉弦细。

证型确定：主症和舌象必备，加次症 2 项以上，参考脉象。

#### (2) 肝胃郁热证

主要表现症状：患者常胃脘感饥嘈不适或胃部有烧灼疼痛。

次要症状表现：①心烦易怒；②嘈杂反酸；③口干口苦；④大便干燥。

舌苔脉象：舌质红苔黄，脉弦或弦数。

证型确定：主症和舌象必备，加次症 2 项以上，参考脉象。

#### (3) 脾胃虚弱证（脾胃虚寒证）

主要表现症状：①胃脘胀闷饱满或隐隐作痛；②胃部喜按或喜暖。

次要症状表现：①食少而纳呆迟钝；②大便稀溏；③易感疲劳倦怠乏力；④自觉气短懒言；⑤进食后感脘闷。

舌苔脉象：舌质淡，脉细弱。

证型确定：主症和舌象必备，加次症 2 项以上，参考脉象。

#### (4) 脾胃湿热证

主要表现症状：胃脘痞胀或疼痛。

次要症状表现：①口苦或者兼有口臭；②恶心或者剧烈呕吐；③腹部胃脘灼热；④大便黏滞或稀溏。

舌苔脉象：舌质红，苔黄厚或苔腻，脉滑数。

证型确定：主症和舌象必备，加次症 2 项以上，参考脉象。

### （5）胃阴不足证

主要表现症状：胃脘痞闷不适或灼痛。

次要症状表现：①饥饿却不欲饮食或腹中自感嘈杂；②口干明显；③大便干燥；④形瘦而饮食量少。

舌苔脉象：舌红少津，苔少，脉细。

证型确定：主症和舌象必备，加次症 2 项以上，参考脉象。

### （6）胃络瘀血证

主要表现症状：胃脘痞满或痛有定处。

次要症状表现：①胃脘疼痛而不能触按；②解黑便；③颜面部色泽暗滞。

舌苔脉象：舌质多为暗红或有瘀点、瘀斑，脉弦涩。

证型确定：①具备主症 2 项，舌脉基本符合。②具备主症 1 项及次症 1 项，舌脉基本符合，具备任何 1 条即可确定。

## 1.3 纳入标准

- （1）满足西医学认定的慢性萎缩性胃炎疾病诊断标准（以病理检验为确诊标准）。
  - （2）符合慢性萎缩性胃炎中医诊断标准。
  - （3）不合并其它严重疾病或并发症。
  - （4）明确的知情同意，能够正确的如实回答与研究相关的问题。
- 以上任何一项不符合的患者不能参与统计。

## 1.4 排除标准

- （1）未能满足慢性萎缩性胃炎的诊断标准者。
  - （2）妊娠或哺乳期的妇女。
  - （3）目前已知患有严重消化道溃疡、胃肠道恶性肿瘤、胆囊炎、胰腺炎、肝肾胰腺功能异常、糖尿病、腹部大手术史或严重的心、肺、肾系统性疾病等其他各种类似于本病临床症状的慢性疾病；长期服用非甾体类甾酮类药物的患者。
  - （4）近一周内服用过 PPI 或抗生素者。
  - （5）正在参加其他临床试验或研究的患者。
  - （6）处于正在重度焦虑抑郁状态下或有严重精神疾病的人群。
- 以上任何一项符合的患者不能参与统计。

## 1.5 观察指标

一般资料：包括年龄、性别、疾病过程、有无相关病史等。

中医观察内容：症状、体征、舌象、脉象等。

临床诊断：采用中医辨证、西医的诊断、Hp 的检测。

## 1.6 研究方法

(1) 本研究选取 2018 年 9 月~2021 年 2 月南京中医药大学附属南京市中医院的符合纳入标准的慢性萎缩性胃炎患者, 进行其发病的症状、及 Hp 检测的结果统计, 并对其记录、整理所获资料, 采用 SPSS26.0 统计软件分析资料和证候分布的特征, 并通过观察各证型与 Hp 感染的相关性;

(2) 患者应当满足并符合慢性萎缩性胃炎的西医诊断的标准, 确诊其确实为慢性萎缩性胃炎, 并且排除上述排除标准;

(3) 临床中医辨证: 在充满自然的光线、安静的状态下, 对于符合慢性萎缩性胃炎西医诊断标准的患者进行望、闻、问、切, 并根据其疾病的中医诊断标准, 结合患者四诊结果对所有的确诊患者的情况和症状进行辨证分型。

(4) 胃镜检查:

①胃镜检查前准备: 被检查者于胃镜检查前至少进行禁食 8 小时。并在检查前 5 分钟内给予服用达克罗宁胶浆 (医师嘱被检查者将达克罗宁胶浆在停留在口腔及咽喉等部位数刻再缓缓咽下)。

②检查过程: 交代病人着宽松的衣物, 于检查治疗床上左侧卧姿, 双腿略有轻度微曲。将胃镜镜头至患者口中塑胶器向内部伸去, 此刻患者应略行一定的吞咽动作, 放松其整个全身, 帮助其胃镜镜身通过喉咙管腔和患者食道。

③选取胃粘膜的组织行活检, 常用的位置分别是胃窦、胃角、胃体小弯侧, 若遇到可疑的病灶也需要进行活检或者其他治疗处理。

④Hp 检测: 病人行胃镜常规检查时, “搭车”取样其胃粘膜组织, 检测其中有无幽门螺杆菌。也可采用聚合酶链反应, 或在时间不够的情况下采取尿素酶快速检测。

(5) 观察并记录患者症状、体征、舌象、脉象、Hp 感染等状况。

①根据本研究课题的总体设计思路, 结合临床工作的实际, 设计了相关的临床资料调查。

②收集临床辨证分析、内镜下活检的病理资料及 Hp 检查结果, 详细填写《慢性萎缩性胃炎中医证型及 Hp 感染调查表》(具体表见本文附录 1)。

(6) 对慢性萎缩性胃炎五种常见中医证型分布特点及 Hp 感染的关系进行分析和探索。

## 1.7 统计学处理

### 1.7.1 数据管理

在本次调查中, 每一位被入选的患者基本信息及所需的研究数据, 需填写本次研究资料数据报告表。在整个临床实践研究工作完成后, 所有的临床资料都要进行汇总, 对所有符合纳入项目标准的 200 例病人的医疗生活资料进行了信息的录入和数据转化。通过设计 Excel 表格, 录入一些原始数据, 建立一个新的数据库, 并对这些原始数据进行

了分析。本次研究中运用 SPSS26.0 软件对所有收集整理到的数据进行了统计学处理。将计数资料用频数及百分比表示来表达出描述性的分析，采用卡方检验以便分析其相关数据是否具有统计学意义。若  $P<0.05$ ，则说明有统计学意义， $P<0.01$  表示具有明显的差异。

2.研究结果

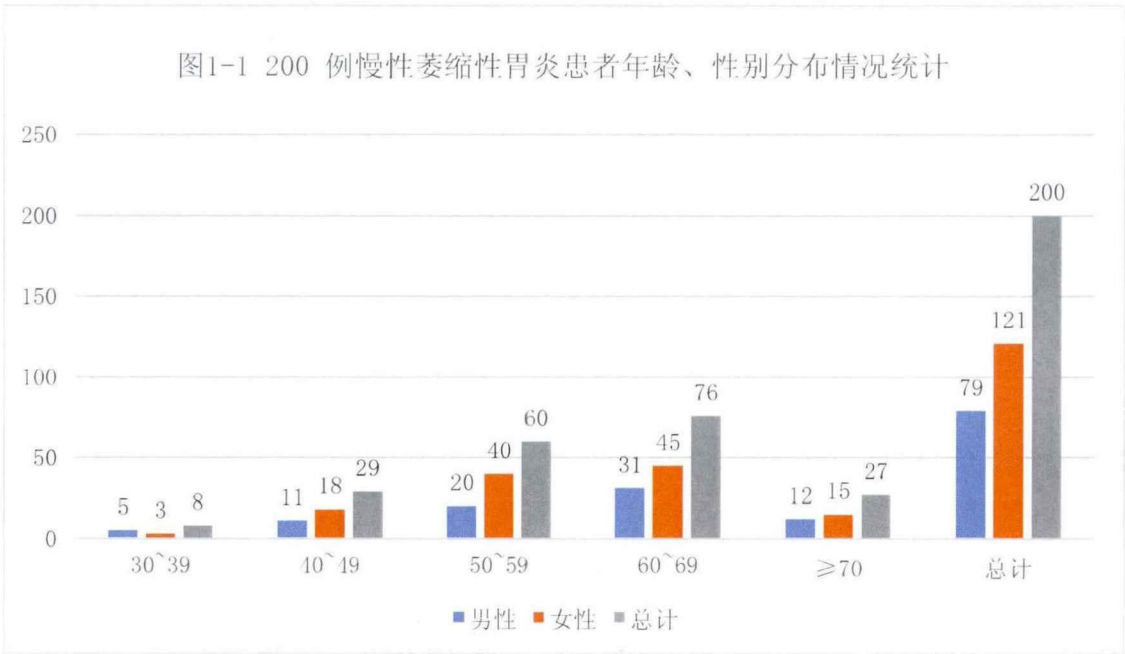
2.1 一般资料分析

2.1.1 慢性萎缩性胃炎发病与年龄、性别的关系

表 1-1 200 例慢性萎缩性胃炎患者年龄、性别分布情况统计

年龄（岁）	男性	女性	总计	比例
30~39	5	3	8	4%
40~49	11	18	29	14.5%
50~59	20	40	60	30%
60~69	31	45	76	38%
≥70	12	15	27	13.5%
总计	79	121	200	100%

此次纳入的研究病例共 200 例，其中男性 79 例，女性 121 例，年龄区间在 30-86 岁之间。表 1-1 提示：慢性萎缩性胃炎无论男女患者，60~69 岁发病率最高，为 38%，其次是 50~59 岁的 30%，30~39 岁发病率最低为 4%。经过  $X^2$  检验，结果示年龄分布存在明显差异， $P<0.01$ ，有统计学意义。

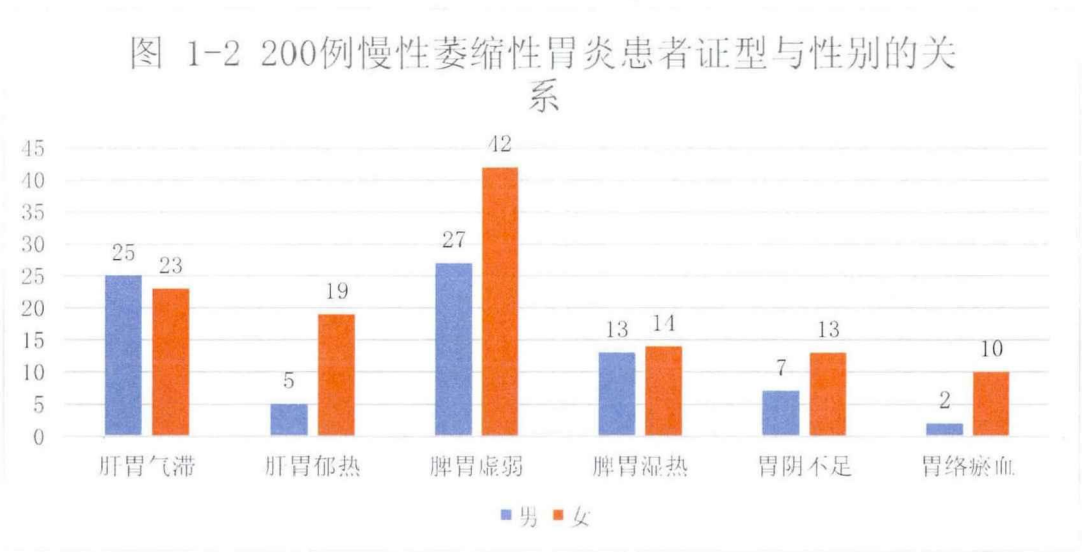


2.1.2 慢性萎缩性胃炎中医证型与不同性别的关系

表 1-2 200 例慢性萎缩性胃炎患者中医证型与性别的关系

性别	中医证型					
	肝胃气滞证 例数 (%)	肝胃郁热证 例数 (%)	脾胃虚弱证 例数 (%)	脾胃湿热证 例数 (%)	胃阴不足证 例数 (%)	胃络瘀血证 例数 (%)
男	25 (52.1%)	5 (20.8%)	27 (39.1%)	13 (48.1%)	7 (35.0%)	2 (16.7%)
女	23 (47.9%)	19 (79.2%)	42 (60.9%)	14 (51.9%)	13 (65.0%)	10 (83.3%)

表 1-2 提示：在临床证候分布与性别之间相互关系的研究结果的比较中，经  $X^2$  检验，肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证之间有显著差异性 ( $P<0.01$ )，肝胃郁热证、脾胃虚弱证中女性患者的比例明显高出于男性，其他临床各证型在性别进行研究时男女之间的分布没有显著性的差异。

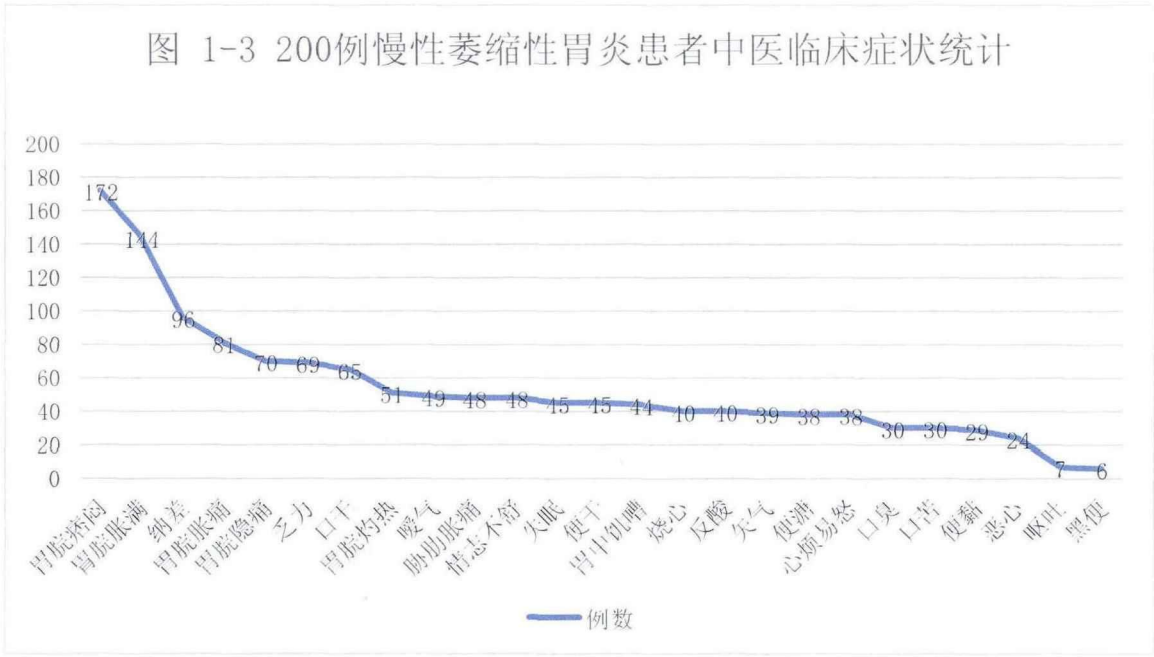


2.1.3 慢性萎缩性胃炎中医临床症状统计

表 1-3 200 例慢性萎缩性胃炎患者中医临床症状统计

症状	例数	检出率	症状	例数	检出率
胃脘痞闷	172	86%	胃中饥嘈	44	22%
胃脘胀满	144	72%	烧心	40	20%
纳差	96	48%	反酸	40	20%
胃脘胀痛	81	40.5%	矢气	39	19.5%
胃脘隐痛	70	35%	便溏	38	19%
乏力	69	34.5%	心烦易怒	38	19%
口干	65	32.5%	口臭	30	15%
胃脘灼热	51	25.5%	口苦	30	15%
嗳气	49	24.5%	便黏	29	14.5%
胁肋胀痛	48	24%	恶心	24	12%
情志不舒	48	24%	呕吐	7	3.5%
失眠	45	22.5%	黑便	6	3%
便干	45	22.5%			

统计数据显示，慢性萎缩性胃炎患者中医症状出现频率最高的是胃脘痞闷（86%），其它出现频率较高的还有胃脘胀满（72%）、纳差（48%）、胃脘胀痛（40.5%）、胃脘隐痛（35%），以上构成了慢性萎缩性胃炎中医临床症状的主要部分。



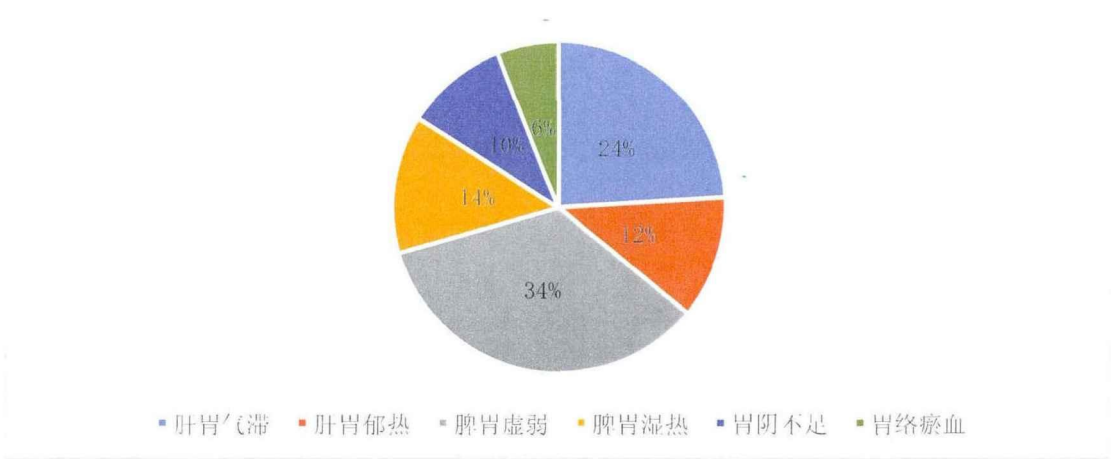


2.2 慢性萎缩性胃炎中医证型分布情况

表 2-1 200 例慢性萎缩性胃炎患者中医证型分布情况统计

证型	肝胃气滞	肝胃郁热	脾胃虚弱	脾胃湿热	胃阴不足	胃络瘀血
例数	48	24	69	27	20	12
比例（%）	24	12	34.5	13.5	10	6

图2-1 200例慢性萎缩性胃炎患者中医证型分布情况统计



200 例慢性萎缩性胃炎患者各个中医证型出现的频率为：脾胃虚弱>肝胃气滞>脾胃湿热>肝胃郁热>胃阴不足>胃络瘀血，经  $X^2$  检验，差异大小具有显著统计学意义（ $P<0.01$ ）。表明慢性萎缩性胃炎中医证型以脾胃虚弱证最为多见，肝胃气滞证次之，胃络瘀血证最少。

2.3 慢性萎缩性胃炎中医舌象、脉象统计

表 3-1 200 例慢性萎缩性胃炎患者舌质统计

舌质	红	淡红	暗红、瘀点瘀斑	少津	胖大	边有齿痕	瘦薄	裂纹
例数	48	69	12	21	60	58	14	7
比例（%）	24	34.5	6	10.5	30	29	7	3.5

图2-2 200例慢性萎缩性胃炎患者舌质分布情况统计

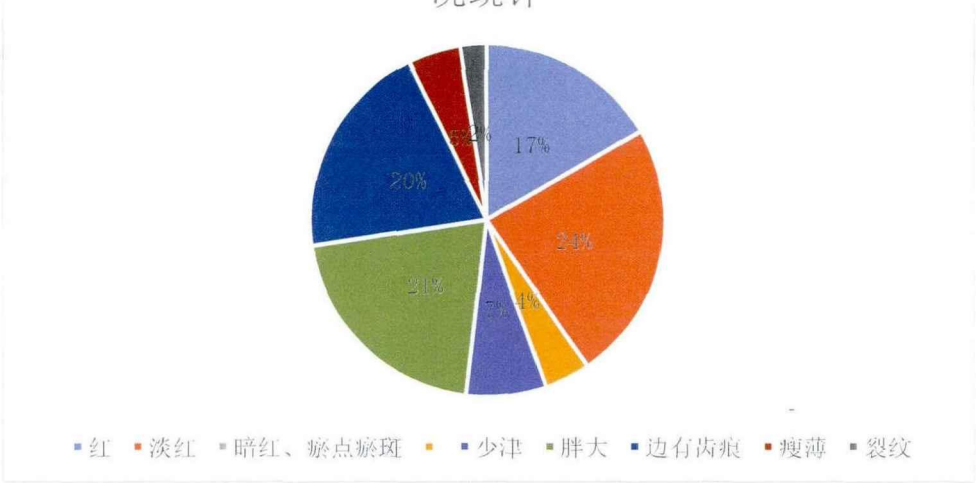


表 3-1 提示：此次研究所选取的 200 例慢性萎缩性胃炎患者病例中，其舌质以淡红的为主，占 34.5%，其次是舌胖大占 30%，常与患者其舌体边有齿痕（29%）共同存在，舌质红的比例占 24%，其余种类的舌质如暗红、瘀点瘀斑、瘦薄、裂纹等则出现较少。

表 3-2 200 例慢性萎缩性胃炎患者舌苔统计

舌苔	白	黄	腻	厚	滑	燥	少
例数	148	31	27	27	3	9	21
比例 (%)	74	15.5	13.5	13.5	1.5	4.5	10.5

图2-3 200例慢性萎缩性胃炎患者舌苔情况统计

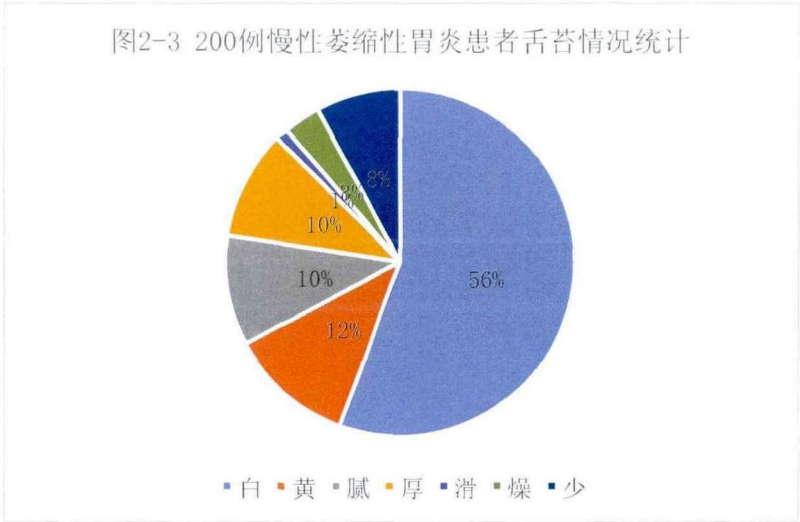


表 3-2 提示：所选取 200 例慢性萎缩性胃炎患者以白苔为占 74%，其次为黄苔占 15.5%，常伴腻苔（13.5%）及厚苔（13.5%）而生，余舌苔表现均占比较少，各舌苔所占比例从高到低依次为：白>黄>腻=厚>少>燥>滑。

表 3-3 200 例慢性萎缩性胃炎患者脉象统计

脉象	滑	涩	弦	细	弱	沉	缓	数
例数	27	12	72	89	79	86	57	20
比例（%）	13.5	6	36	44.5	39.5	43	28.5	10

图2-4 200例慢性萎缩性胃炎患者脉象情况统计

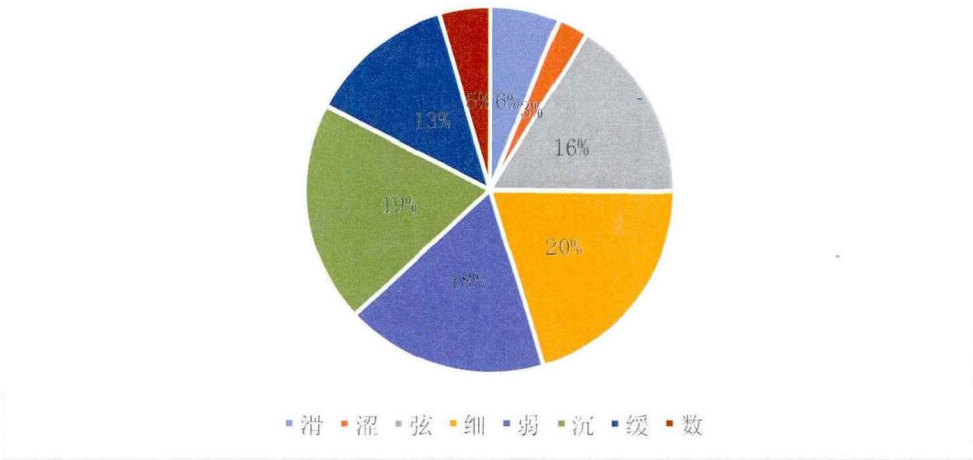


表 3-3 提示：此次研究所选取慢性萎缩性胃炎患者以细脉为主占 44.5%，细脉常与弱脉（39.5%）、沉脉（43%）并存，其次为弦脉占 36%，200 例慢性萎缩性胃炎患者各脉象所占比例从高到低依次为：细>沉>弱>弦>缓>滑>数>涩。

2.4 慢性萎缩性胃炎中医证型与 Hp 感染的关系

表 4-1 200 例慢性萎缩性胃炎患者中医证型与 Hp 感染的关系

证型	Hp 感染		总例数	感染率（%）
	阳性	阴性		
肝胃气滞	5	43	48	10.4
肝胃郁热	8	16	24	33.3
脾胃虚弱	18	51	69	26.1
脾胃湿热	13	14	27	48.1
胃阴不足	4	16	20	20.0
胃络瘀血	2	10	12	16.7

图2-5 200例慢性萎缩性胃炎患者hp感染率统计

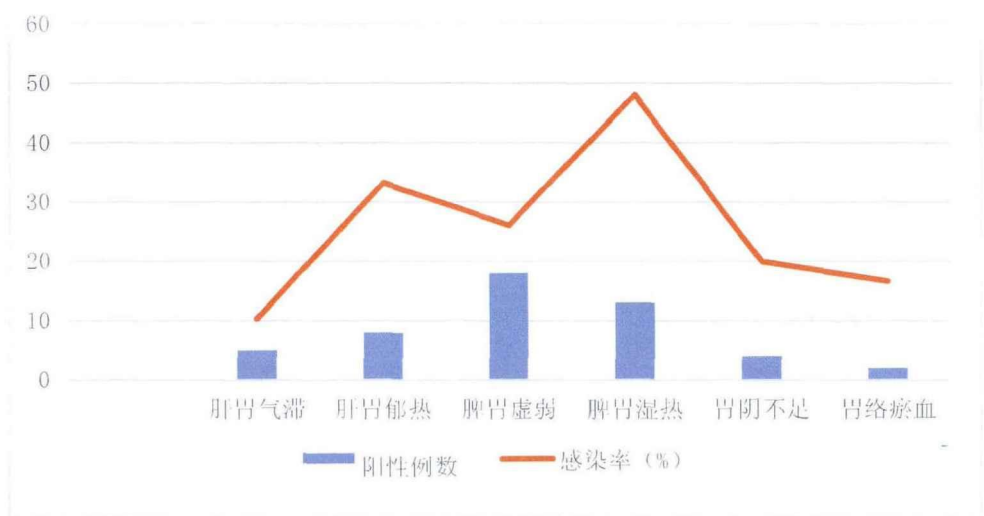


表 4-1 提示：以上数据经  $X^2$  检验，幽门螺杆菌感染阳性率患者在各个证型之间相比差异较大，具有显著的统计学意义 ( $P<0.01$ )，Hp 感染患者阳性率最高的一个证型主要是脾胃湿热型占 48.1%，中医各证型 Hp 感染率从高到低依次为：脾胃湿热>肝胃郁热>脾胃虚弱>胃阴不足>胃络瘀血>肝胃气滞。

## 第三部分 讨论

### 1. 流行病学研究

#### 1.1 发病年龄、性别的分析

此次纳入研究的慢性萎缩性胃炎病例共计 200 例，其中有男性 79 例，女性 121 例。男女之间的比例为 1:1.53，显示出女性较之男性而言患上慢性萎缩性胃炎的风险和可能性更高。其基本原因与男女体质不一有关，女性的衰老机理与男性不同，《素问·上古天真论》即有记载女子生长发育衰老的自然规律：“女子……七七人脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”“丈夫……七八，肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾藏衰，形体皆极；八八，则齿发去。”先天禀赋决定女性在此病上发病率更高<sup>[75]</sup>。此次 200 例慢性萎缩性胃炎统计数据显示：慢性萎缩性胃炎无论男女患者，60 岁至 69 岁发病率最高，为 38%，其次是 50~59 岁的 30%，30~39 岁发病率最低为 4%。数据研究结果表明老年患者慢性萎缩性胃炎的患病率较年轻患者更高，随着年龄的进一步增加增长，机体活性功能逐渐下降衰退而减弱，老年患者其正气渐变为亏损，脾胃虚弱日甚，加之平素饮食不节，或有外邪六淫等不良因素入侵机体，而导致其正邪相争，正难以胜邪，发为胃痞等胃肠道疾病。从西医方面来从另一方面解释，老年胃炎患者的自身胃粘膜对各种外界环境刺激的免疫抵抗防御及自我修复的能力明显减弱，致使慢性胃炎治疗周期反复而迁延不愈，从而转变为慢性萎缩性胃炎。

#### 1.2 慢性萎缩性胃炎中医四诊信息结果分析

中医诊治的基本特点为四诊合参，通过望、闻、问、切等辩证分析患者疾病的证候分型，中医师们通过其丰富的临床经验，使得辨证施治得以实现。此次研究对 200 例慢性萎缩性胃炎的患者进行了四诊资料的频数统计，病人在临床症状上主要表现为胃脘痞闷、胃脘胀满、纳差、胃脘胀痛、胃脘隐痛、乏力、口干、胃脘灼热、嗳气、胃中饥嘈、反酸、矢气频作、便溏、便黏、口中臭气、口中视感苦味等，其中以胃脘痞闷（86%）的出现频率为最高，其它出现发作频率较为严重的还有胃脘胀满（72%）、纳差（48%）、胃脘胀痛（40.5%）、胃脘隐痛（35%），以上几点构成了慢性萎缩性胃炎中医临床症状的主要部分。

200 例慢性萎缩性胃炎的患者中出现频次较高的舌质以淡红为主，占 34.5%，其次是舌胖大占 30%，常与患者的舌体边可见有齿痕（29%）同存，舌质红也在其中占有一定的比例，患者舌体肥肥胖大，多半原因是由于脾之阳气虚衰，脾气不能运化水湿，湿气直接阻滞于患者的舌体，而致舌体肥肥胖大，再加上牙齿的挤压和对舌体的压迫，常形成一种名为齿痕舌的舌质。而患者脉象以细脉为主，细脉常与弱脉、沉脉并存，其次为弦脉，200 例慢性萎缩性胃炎患者各脉象所占比例从高到低依次为：细>沉>弱>弦

>缓>滑>数>涩。因慢性萎缩性胃炎患者往常见于老年人，细脉这种脉象可以见于老年中的健康者，但多表现为胃气衰败的一种临床表现，患者年老体弱体衰，胃气逐渐耗尽，加之体外感湿邪入侵，久则生病日久致气血两虚。弦脉同样可为胃气衰变的一种表现，常见于慢性肝胆疾病。在此次研究的 200 例慢性萎缩性胃炎患者中也可见到。综上所述结合 200 例慢性萎缩性胃炎患者主要出现的临床症状，在一定程度上验证了慢性萎缩性胃炎的主要发病部位为脾、胃、肝，基本病因与湿热、气虚、阳虚等有关。

### 1.3 慢性萎缩性胃炎的中医证型分布规律研究分析

此次已被纳入研究的 200 例慢性萎缩性胃炎患者其六种不同的中医证型临床上出现的发病频率高低分别为：脾胃虚弱（34.5%）>肝胃气滞（24%）>脾胃湿热（13.5%）>肝胃郁热（12%）>胃阴不足（10%）>胃络瘀血（6%）。经卡方检验，差异分析具有非常显著的客观统计学意义（ $P<0.01$ ）。提示慢性萎缩性胃炎的中医临床证型主要以脾胃虚弱证最为常见，肝胃气滞证的患者数量次之，胃络瘀血证患者其数量最少。

### 1.4 慢性萎缩性胃炎中医证型与 Hp 感染相关性分析

200 例被纳入此次临床研究的慢性萎缩性胃炎患者，Hp 感染检查出阳性率最高的一种证型是脾胃湿热型，占 48.1%，中医各证型按照 Hp 感染率由高至低依次分别表现如下：脾胃湿热>肝胃郁热>脾胃虚弱>胃阴不足>胃络瘀血>肝胃气滞。经过  $X^2$  检验，六大证型之间有巨大差异（ $P<0.01$ ）。而且脾胃虚弱证作为出现最多的一种证型，Hp 感染率却没有达到最高，这可能与慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱型患者病程日久，胃粘膜腺体萎缩程度较重，Hp 细菌难以附着扎根其上有关，反之脾胃湿热证占比最多，既往有临床研究结果显示脾胃湿热证慢性萎缩性胃炎的患者，其肠道菌群多样性在对比脾胃虚弱和正常健康人的情况下是最低的。这是因为湿热邪气的特征为粘滞重浊，这种特质会使得机体的气机遭到阻滞，患者的胃肠道内环境因此而改变，胃肠道粘膜屏障功能进一步被破坏，增加除开本身有益及必要的细菌菌群之外的条件致病菌的侵袭可能，在这种情况下，患者肠道菌群多样性变得有所降低，Hp 同样算一种外来细菌，故而脾胃湿热证患者的患病可能性更高<sup>[76]</sup>。

## 2. 结论

（1）慢性萎缩性胃炎的中医证型以脾胃虚弱证最为多见，肝胃气滞证次之，胃络瘀血证患者所占比例最小。

（2）Hp 感染阳性率以脾胃湿热证检出率最高，肝胃气滞证的检出率最低。

（3）慢性萎缩性胃炎临床症状以胃脘痞闷出现频率为最高，其它出现频率较高的还有胃脘胀满、纳差、胃脘胀痛、胃脘隐痛，脉象以细脉为主，涩脉最少。

### 3.问题与展望

在此次调查研究的 200 例慢性萎缩性胃炎患者中胃络瘀血型所占比例最少，其主要原因分析结果如下：胃络瘀血证一般出现于患者年纪已长且病程漫长者，患者既往慢性胃炎日渐严重，胃腺体萎缩，然疏于照看，不甚重视，日久体内瘀血阻滞，气机难以条畅而致瘀血壅阻，迁延而不愈，现如今随着时代的发展和进步，老年患者生活物质和文化水平也在提高，不少病人有及时到医院就诊的习惯，故少有患者进展为胃络瘀血证者。在如今的实际临床实践中也较少可以发现胃络瘀血证，其所结证的具体临床表现如胃脘痞满或痛有定处、胃痛拒按、黑便、舌质暗红或有瘀点、瘀斑，脉弦涩等。

本次研究 200 例患者均已内镜下夹取组织行病理检测为诊断标准，有相对的准确性，然而胃镜下诊断及病理诊断也存在部分误差，如不典型的增生难以被确诊。在此次研究中，200 例慢性萎缩性胃炎患者中 Hp 阳性患者在整体数据中占比较少，分析原因可能与幽门螺杆菌的菌株性质有关，其菌株与胃黏膜上皮细胞表面特异性受体结合，而慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜上皮细胞萎缩，数目减少，固有腺体的减少，胃黏膜进一步变薄，导致幽门螺杆菌的生存环境未达完美，附着能力可能因此减弱，且此次调研仅针对 2018 年 9 月~2021 年 2 月南京中医药大学附属南京市中医院脾胃科患病就诊人群，收集病例样本量少，尚不足以说明慢性萎缩性胃炎的证候证素分布特点。往后若有机会，应扩大样本量，以期更高的临床参考价值。

## 参考文献

- [1]Dixon M F, Genta R M, Yardley J H, et al. Clasifica-tion and grading of gastritis. The updated Sydney Sys- tem. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994[J]. Am J Surg Pathol, 1996, 20(10):1161-1181.
- [2]王琳,任美书,王鸿博,等.幽门螺杆菌感染对老年人胃黏膜环氧合酶-2 表达的影响及意义[J].世界华人消化杂志, 2009,17(30):3140-3143.
- [3]曾倩,崔芳芳,宇传华,等.中国癌症发病、死亡现状与趋势分析[J].中国卫生统计,2016,33(02):321-323.
- [4]Redéen S, Peterson F, Janson K A, et al. Relation- ship of gastroscopic features to histological findings in gastritis and Helicobacter pylori infection in a general population sample[J]. Endoscopy, 2003, 35(11):946-950.
- [5]刘婷.曹志群诊治慢性萎缩性胃炎的经验[J].江苏中医药,2013(3):15-16.
- [6]黄亚娟,蒋士生,王红梅,等.蒋士生教授从伏毒论治慢性萎缩性胃炎经验:中华中医药学会名医学术思想研究分会 2016 年学术年会暨湖北省中医药学会名医学术传承研究分会第一次学术年会,2016[C].
- [7]Sugano K, Tack J, Kuipers E J, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis[J]. 2015.
- [8]Fallone C A, Chiba N, Zanten S V V, et al. The Toronto Consensus for the Treatment of Helicobacter pylori Infection in Adults[J]. Gastroenterology,2016,151(1):51-69.
- [9]Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C A, et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report[J]. Gut,2017,66(1):6-30.
- [10]王诗鹭, 逯欣欣, 马雪, 等.黄连素治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对患者血清 VEGF、PGI、PGII 水平的影响[J].现代生物医学进展, 2018, 18(1): 100-103, 129.
- [11]田金凤.玄参和黄连的化学成分分离及其生物活性研究[D].重庆:西南大学, 2013.
- [12]付琳,付强,李冀,佟欣. 黄连化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报,2021,49(02):87-92.
- [13]魏科辉,马琼琼.白芨联合奥美拉唑治疗胃溃疡临床效果观察[J].社区医学杂志, 2019, 17(16):1002-1004.
- [14]邓金华,杨超越,龙琼,朱允吉,龚勇林,杨礼南. 白芨的药效及药理特点分析[J]. 贵州农机化, 2020,(03):9-14.
- [15]胃脘痛的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].实用中医内科杂志,2021,35(02):128.
- [14]胃脘痛的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 实用中医内科杂志,2021,35(02):128.
- [16]李梦缘,刘汶.从气机角度看心下痞的消化心身观[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(12): 978-980.



- [17]李洋,赵艺.噎气病机与常用经方探析[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(07):62-64.
- [18]王艳鸽,李郑生.李郑生教授运用疏肝健脾和胃法治疗嘈杂经验[J].中医研究,2016,29(5):48-49.
- [19]陈喜建,王祠菊,殷贵帅,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):68-70.
- [20]魏丽彦,韩雪飘,郭珊珊,李念,卫静静,王志坤.刘启泉运用“通、清、润、升”四降法治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河北中医,2020,42(12):1770-1773.
- [21]张佳艺,丁杰,王丽娜,等.中医药治疗慢性萎缩性胃炎概况[J].中医学报,2019,34(12):2570-2575.
- [22]王阳.基于络病理论探析慢性萎缩性胃炎“气络失和,毒损血络”病机[J].陕西中医,2020,41(11):1632-1634+1638.
- [23]黄秋月,叶晖,史宗明,杨闪闪,贾晓芬,张学智.基于湿热理论认识幽门螺杆菌黏附致炎过程[J].世界中西医结合杂志,2021,16(01):185-188.
- [24]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:35-40.
- [25]杨楚琪,崔言坤,李冀.柴胡疏肝散加味治疗肝胃气滞证慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床观察[J].中华中医药杂志,2021,36(01):580-583.
- [26]邢睿.越鞠丸合四逆散加味治疗慢性萎缩性胃炎(肝胃气滞证)的临床观察[D].长春中医药大学,2020.
- [27]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.
- [28]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.
- [29]袁欣.清火健脾丸对肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎的临床疗效研究[J].中国医药指南,2019,17(20):1-3.
- [30]杨勇,王翼洲,李林.健脾消萎方治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(05):71-73.
- [31]刘蔚,蒋亚玲,王天刚,冯雯.参苓白术散加减对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎患者预后及血清PG I、G-17、PG II水平的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,4(19):81-83.
- [32]伏思燕.中西医结合治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎40例临床观察[J].中国民族民间医药,2020,29(22):113-115.
- [33]韩慧芳.参赭镇气汤联合胃复春片治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎[J].河南医学研究,2021,30(02):326-327.
- [34]马贞,彭亚婷,荣立洋.连朴饮联合藜药治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2021,38(02):236-241.
- [35]齐金焕.观察半夏泻心汤加味治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].医学食疗与健康,2020,18(21):25-26.
- [36]符青伟.清热调中汤联合穴位埋线辅治慢性萎缩性胃炎脾胃湿热型疗效观察[J].实用中医药杂志,2020,36(09):1197-1198.

- [37]褚雪菲,刘道龙,韩广明. 芍药甘草汤合一贯煎加减对慢性萎缩性胃炎胃阴不足证预后风险的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 1-9.
- [38]赵保团,孟森,程红杰,张乃卫,徐珊珊,张巧妍. 养胃汤治疗胃阴不足型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(05): 26-27.
- [39]郭秋怡. 通幽汤治疗胃阴不足型慢性萎缩性胃炎的临床观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2020.
- [40]陈丽凤,陈一斌,吴耀南,林立. 潜龙刮疗法联合丹参饮合失笑散治疗胃络瘀血型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 中医药通报, 2020, 19(06): 45-47.
- [41]李琪微. 通络益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎(胃络瘀血型)的临床研究[D]. 河南中医药大学, 2018.
- [42]Huang J, Xu H. Matrine: bioactivities and structural modifications[J]. Curr Top Med Chem, 2016, 16(28): 3365-3378.
- [43]尹鸿智,赵娟,刘倩,金佳燕,常小荣,钟欢,刘密. 针刺对慢性萎缩性胃炎大鼠“足三里”穴区 HRH2、SP 及炎症因子表达的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(02): 259-264.
- [44]才真,何占坤,邹江,王东强. 苦参碱治疗慢性萎缩性胃炎的实验研究[J]. 中国医院药学杂志, 1-7.
- [45]李素荷,黄德裕,唐纯志,等. 穴位埋线对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜的影响[J]. 广州中医药大学, 2010, 27(4): 346-349.
- [46]马林,唐纯志,章小梅. 埋线对慢性萎缩性胃炎模型组大鼠胃泌素-17、血管内皮生长因子、肿瘤坏死因子- $\alpha$  表达的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(12): 168-170.
- [47]范文东,章浩军,李丽. “保胃抗萎方”联合艾灸疗法治疗慢性萎缩性胃炎 48 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2016, 48(1): 58-60.
- [48]司徒芸忻,肖燕,陈梦怡. 艾条灸结合中医特色护理对脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎临床疗效的影响[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(21): 3030-3032.
- [49]Stasi C, Rosselli M, Bellini M, et al. Altered neuroendocrine immune pathways in the irritable bowel syndrome: The topdown and the bottom-up model. J Gastroenterology, 2012, 47(11): 1177.
- [50]Kojima M. Ghrelin: Structure and function. Physiological Reviews, 2005, 85(2): 495-522.
- [51]李琳慧,付勇,熊俊,罗淑瑜,张瑶,胡兵,葛来安,章海凤. 热敏灸对慢性萎缩性胃炎大鼠 Ghrelin 及 GHSR 的影响[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(11): 5480-5485.
- [52]de Vries A C, van Grieken N C, Looman C W, et al. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands[J]. Gastroenterology, 2008, 134(4): 945-952.
- [53]Sharma P K, Suri T M, Venigala P M, et al. Atrophic gastritis with high prevalence of Helicobacter pylori is a predominant feature in patients with dyspepsia in a high altitude area[J]. Trop Gastroenterol, 2014, 35(4): 246-251.
- [54]郭浩岩,张建忠. 幽门螺杆菌粘附素研究进展[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(6): 691.
- [55]PEEK JR R M, FISKE C, WILSON K T. Role of innate immunity in Helicobacter pylori-induced gastric malignancy[J]. Physiol Rev, 2010, 90 (3) : 831-858.

- [56]赵丹云.幽门螺旋杆菌感染与慢性胃炎的相关性研究[J].求医问药(下半月),2012,10(7):8-9.
- [57]全欣莹,曾晓燕,熊林,王文玲,赵艳,谢渊,王琴容,张启芳,周建奖. 幽门螺杆菌临床分离株 CagA 的序列比较及其对胃上皮细胞形态与功能的影响[J]. 微生物学通报,,:1-13.
- [58]王群焯. 化浊解毒方治疗慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染患者临床效果分析[J]. 黑龙江科学,2021,12(02):68-69.
- [59]XiaS,WeiW,DanxiaZ,etal.miR1296-5pInhibits the Mi-gration and Invasion of Gastric Cancer Cells by Repressing ERBB2 Expression[J].PlosOne,2017,12(1):e0170298.
- [60]Zhu M,Wang M,YangF,etal.miR-155-5pinhibition promotes the transition of bone marrow mesenchymal stem cells to gastric cancer tissue derived MSC-like cells via NF- $\kappa$  B p65 activation[J]. Oncotarget, 2016,7(13):16567-16580.
- [61]郑春娅,张瑞瑞,董文仙,陈怡,沈雁. 慢性萎缩性胃炎抗 Hp 治疗后内镜特征与胃黏膜组织 miR-1296-5p 和 miR-155-5p 表达[J]. 中华医院感染学杂志,2021,(10):1532-1536.
- [62]Stein H J, Kauer W K, FeussurH, et al.Bile acids as components of the duodenogastric refluxate:detection, relationship to bilirubin, mechanism of injury, and clinical relevance[J].Hepatogastroenterology, 1999, 46:66-73.
- [63]范先靖.胆汁返流性胃炎的中西医研究进展[J].辽宁中医药大学学报, 2008,10(4):31.
- [64]NADA DICKINSON,SIMON NAZARETIAN,SIAMAK SAKHAIE.Helicobacter heilmannii gastritis:case reports and literature review[J].Pathology,2014,46(9):46-47.
- [65]Dixon M F, Genta R M, Yardley J H, et al.Classification and grading of gastritis.The updated Sydney System.International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994[J].Am J Surg Pathol, 1996, 20(10):1161-1181.
- [66]余熠,张寅,王筱金等.幽门螺杆菌感染与儿童慢性胃炎胃黏膜病理变化关系研究[J].中国实用儿科杂志,2012,4(9):108.
- [67]刘文忠.“幽门螺杆菌胃炎京都全球共识”解读[J].胃肠病学,2015,20(08):449-456.
- [68]Zhou L, Zhang J, Song Z, et al.Tailored versus Triple plus Bismuth or Concomitant Therapy as Initial Helicobacter pylori Treatment: A Randomized Trial[J].Helicobacter, 2016, 21(2):91-99.
- [69]刘文忠,谢勇,陆红,成虹,曾志荣,周丽雅,陈焯,王江滨,杜奕奇,吕农华. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 中华内科杂志,2017,56(07):532-545.
- [70]Erden A,Karahan S,Bulut K,et al.A case of bismuth intoxication with irreversible renal damage[J].Int J Nephrol Renovasc Dis, 2013,11(6):241-243.
- [71]张莉,张澍田,于中麟,等.根除幽门螺杆菌治疗对胶体次枸橼酸铋代谢的影响[J].中华内科杂志,2005,44(04):272-275.
- [72]潘雯,刘超,任涛,李玲丽,刘秋梅,邓世钰. 内镜下射频消融术治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的临床研究[J]. 临床研究,2021,29(01):23-25.
- [73]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2012年·上海)[J].胃肠病学,2013,23(1):274.

- [74]李军祥,陈詒,吕宾,王彦刚.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.
- [75]杜杰慧,邹丽.浅谈中医对女性衰老机理的认识[J].国际中医中药杂志,2008,(04):261-262.
- [76]杨德才. 慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证肠道菌群特征研究[D].上海中医药大学,2019.

## 附 录

附表一：

### 慢性萎缩性胃炎患者调查表

患者基本信息：

姓名：                      性别：（1-男 2-女）                      年龄：

住院号/门诊号：

临床症状：上腹胀满☐ 胃脘痞闷☐ 胃脘胀痛☐ 胃脘灼热☐ 胃脘隐痛☐

食后胀甚☐ 暖气☐ 嘈杂☐ 烧心☐ 反酸☐ 口干☐ 纳差☐

口苦☐ 口臭☐ 恶心☐ 呕吐☐ 乏力☐ 形体消瘦☐ 心烦易怒☐

胁肋胀痛☐ 气短懒言☐ 情志不舒☐ 失眠☐

二便 便干☐ 便溏☐ 黑便☐ 便黏☐ 小便清长☐ 小便黄☐ 夜尿频多☐

舌质： 红☐ 淡红☐ 暗红、瘀点/斑☐ 绛☐ 淡白☐ 齿痕☐ 胖大☐ 瘦薄☐

少津☐

舌苔： 白☐ 黄☐ 薄☐ 厚☐ 腻☐ 燥☐ 少☐ 滑☐

脉象： 弦☐ 紧☐ 滑☐ 涩☐ 数☐ 沉☐ 细☐ 缓☐ 弱☐

既往 Hp 感染（1-是 2-否）

中医证型：脾胃湿热☐ 肝胃气滞☐ 脾胃虚弱☐

胃阴不足☐ 胃络瘀血☐ 肝胃郁热☐

## 攻读硕士学位期间取得的学术成果

朱引玉,金小晶. 柴胡疏肝散治疗脾胃病新析及循证进展[J]. 医学理论与实践,2021,34(08): 1284-1285+1288.

## 致 谢

时光飞逝，三年的研究生生活即将画上句号。这将是我人生另一个新的起点。

在硕士研究生课程的学习过程中，导师金小晶主任对我的研究生学习和工作倾注了许多心血，历经曲折后如愿成为他的研究生，恩师丰富而深厚的学识、敏捷清晰的思路、严谨的治学态度、兢兢业业的工作作风、诲人不倦的高尚师德、朴实无华、平易近人的作风是我一直以来勤奋努力的最好榜样。恩师一直以来对我悉心的指导以及在我的工作和学习、生活各个方面所时刻给予的无微不至的帮忙和关爱，令我心中顿时充满了对师恩的感激，将使我牢牢地铭记。

特别要非常感谢我们南京市中医院的各位领导、全体老师和各位同学，在之前的工作学习及日常生活中一直给予自己的支持和大力帮助。对此我将表示衷心的感谢！

感谢我的同门在工作和学习中一直以来对我的大力支持和热心帮助！也非常感谢你们！

由衷地非常感谢我的父母在我作为硕士研究生生活中对我一如既往的支持，鼓励，使我最终有幸能够顺利地圆满完成学业，使我无后顾之忧。

也要感谢我在校学习中曾经遇到的一切困难与挫折，正是这些点点滴滴的学习经验教训使我最终能够用成熟的学习心态迈出校门，面向社会，迎接未来。

感谢在座的每一位专家、老师和同学们。谨向在本文中文章被引用过的国内外专家学者致以诚挚的谢意！