

学校代码 10199

学 号 16204701017



长春中医药大学

CHANGCHUN UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

硕士学位论文

益气活血法治疗慢性萎缩性胃炎（气虚血瘀证） 的临床研究

Clinical Study on Treatment of Chronic Atrophic Gastritis (Qi
Deficiency and Blood Stasis Syndrome) with Yiqi Huoxue
Method

学位申请人	谷 涛
指导教师	刘彦晶
专业名称	中医内科学
研究方向	肝脾胃病方向
培养方式	全日制
学位类型	专业学位

二〇一九年六月

分类号_____

密级_____

UDC_____

编号_____

硕士学位论文

益气活血法治疗慢性萎缩性胃炎（气虚血瘀证） 的临床研究

Clinical Study on Treatment of Chronic Atrophic Gastritis (Qi
Deficiency and Blood Stasis Syndrome) with Yiqi Huoxue
Method

学位申请人：谷涛

指导教师：刘彦晶 教授

培养单位：中医学院

专业名称：中医内科学

研究方向：肝脾胃病方向

学位类型：专业学位

学位级别：硕士

论文提交日期：2019 年 06 月

学位授予单位：长春中医药大学

提交确认：作者签名 谷涛 导师签名 刘彦晶

长春中医药大学学位论文原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是个人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经特别加以注明引用的内容外，本论文不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并致谢。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 谷涛
2019 年 6 月 6 日

关于学位论文知识产权归属的声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师指导下自选课题或导师承担的国家立项资助的计划课题的一部分，系本人在导师指导和资助下独立进行研究工作所取得的成果，知识产权归属权为长春中医药大学和本人导师所有。特此声明，本声明的一切法律责任由本人承担。

论文作者签名 谷涛 指导教师签名 刘岩品
2019 年 6 月 6 日

关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解长春中医药大学有关保留使用学位论文的规定，同意学校保留并向有关机构送交论文的复印件和电子版，允许被查阅和借阅。本人授权长春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、缩印或其他复印手段保存和汇编本学位论文。

本学位论文属于(请在以下相应方框内打“√”)：

1. 保密 ☐，在解密后适用本授权书。
2. 不保密 ☒.

论文作者签名 谷涛 指导教师签名 刘岩品
2019 年 6 月 6 日

目录

摘 要.....	I
Abstract.....	II
英文缩略语.....	IV
引 言.....	1
文献综述.....	2
1 中医对本病的认识.....	2
2 西医对本病的认识.....	6
3 中西医结合对本病的治疗.....	7
4 问题与展望.....	8
试验研究.....	10
1 诊断标准.....	10
1.1 中医辨证标准.....	10
1.2 西医诊断标准.....	11
1.3 病例纳入标准.....	12
1.4 病例排除标准.....	12
1.5 观察指标.....	12
1.6 疗效判定标准.....	13
1.7 统计方法.....	13
2 研究对象与研究方法.....	14
2.1 研究对象.....	14
2.2 研究方法.....	14
3 研究结果.....	15
3.1 一般资料分析.....	15
3.2 结果分析.....	18
讨论与分析.....	22
1 选题背景.....	22

2 导师的学术思想.....	22
3 组方分析.....	23
4 疗效评价.....	26
结 论.....	27
本文创新点.....	28
参考文献.....	29
致 谢.....	33
在学期间主要研究成果.....	34
个人简历.....	35

摘 要

目的：本课题旨在运用随机对照的方法，通过观察并评价升阳益胃汤合失笑散加减治疗慢性萎缩性胃炎（气虚血瘀证）的临床疗效，验证益气活血法对慢性萎缩性胃炎（气虚血瘀证）的治疗效果。为今后中医药诊治慢性萎缩性胃炎（气虚血瘀证）提供新的治疗方案。

方法：收集2017年10月至2018年10月期间，于长春中医药大学附属医院就诊，符合慢性萎缩性胃炎（气虚血瘀证）临床诊断的患者。本次研究共完成病例61例，其中治疗组31例，对照组30例。治疗组使用升阳益胃汤合失笑散加减治疗，对照组给使用胃复春片治疗。治疗结束后，比较患者治疗前后的中医症状改善情况，观察胃镜、病理的变化情况，比较治疗前后差异性。统计方法：使用 χ^2 检验、t检验、秩和检验等，当 $P<0.05$ 时，认为两组数据有差异性，具有统计学意义。

结果：中医临床症状比较，治疗组的总有效率为 93.55%，对照组的总有效率为 86.67%，经检验有统计学意义。中医证候总积分比较，治疗组治疗后为 3.71 ± 4.49 ，对照组为 8.10 ± 5.14 ，经检验有统计学意义。中医证候分类积分比较，治疗组治疗后胃脘痞满、胃脘疼痛、体倦乏力、食少纳呆、气短、大便稀溏积分分别为 0.52 ± 1.15 、 0.65 ± 1.20 、 0.84 ± 1.44 、 0.61 ± 0.72 、 0.26 ± 0.51 、 0.13 ± 0.34 ，对照组分别为 1.47 ± 1.48 、 1.47 ± 1.38 、 1.87 ± 1.66 、 1.00 ± 0.74 、 0.77 ± 0.90 、 0.77 ± 0.86 ，经检验有统计学意义。胃镜检查结果改善情况，治疗组的总有效率为 96.77%，对照组的总有效率为 76.67%，经检验有统计学意义。两组患者的胃黏膜慢性炎症、胃黏膜固有腺体萎缩、肠上皮化生的治疗情况，治疗组的有效率分别为 87.10%、87.01%、83.33%，对照组的有效率分别为 70.00%、66.67%、38.89%，经检验有统计学意义。综上所述，治疗组的疗效优于对照组。

结论：升阳益胃汤合失笑散加减相较于胃复春片，对慢性萎缩性胃炎可取得较好的疗效，能有效地减轻患者的临床症状，并且能够减缓其胃黏膜病理进展。益气活血法治疗本病值得推广。

关键词：临床研究；慢性萎缩性胃炎；中医药

Abstract

Objective: This study aims to use the method of randomized control to observe and evaluate the clinical efficacy of Shengyang Yiwei Decoction combined with Shixiao Decoction in the treatment of chronic atrophic gastritis (qi deficiency and blood stasis syndrome), and to verify the effect of Yiqihuoxue method on chronic atrophic gastritis (The therapeutic effect of Qi deficiency and blood stasis syndrome. To provide a new treatment plan for the treatment of chronic atrophic gastritis (qi deficiency and blood stasis syndrome) in the future.

Methods: During the period from October 2017 to October 2018, he was admitted to the Affiliated Hospital of Changchun University of Traditional Chinese Medicine, and was in compliance with the clinical diagnosis of chronic atrophic gastritis (qi deficiency and blood stasis syndrome). A total of 61 cases were completed in this study, including 31 in the treatment group and 30 in the control group. The treatment group was treated with Shengyang Yiwei Decoction combined with Shixiao Decoction, and the control group was treated with Weifuchun Tablets. After the end of treatment, compare the improvement of TCM symptoms in patients, observe the changes of gastroscopy and pathology, and compare the differences before and after treatment. Statistical methods: χ^2 tests, t test, rank sum test, etc., when $P < 0.05$, the two groups of data were considered to be different and statistically significant.

Results: Compared with the clinical symptoms of TCM, the total effective rate of the treatment group was 93.55%, and the total effective rate of the control group was 86.67%. The test was statistically significant. The total scores of TCM syndromes were 3.71 ± 4.49 in the treatment group and 8.10 ± 5.14 in the control group. The test was statistically significant. Compared with the classification scores of TCM syndromes, the scores of stomach spasm, stomach cramps, body fatigue, food intake, shortness of breath, and stool thinning were 0.52 ± 1.15 , 0.65 ± 1.20 , 0.84 ± 1.44 , 0.61 after treatment. ± 0.72 , 0.26 ± 0.51 , 0.13 ± 0.34 , and the control group were 1.47 ± 1.48 , 1.47 ± 1.38 , 1.87 ± 1.66 , 1.00 ± 0.74 , 0.77 ± 0.90 , 0.77 ± 0.86 ,

respectively, and the test was statistically significant. The improvement of gastroscopy results showed that the total effective rate of the treatment group was 96.77%, and the total effective rate of the control group was 76.67%. The test was statistically significant. The two groups of patients with chronic inflammation of the gastric mucosa, gastric glandular atrophy, intestinal metaplasia treatment, the effective rate of the treatment group were 87.10%, 87.01%, 83.33%, the effective rate of the control group was 70.00%, 66.67%, 38.89%, the test was statistically significant. In summary, the treatment group was better than the control group.

Conclusion: Compared with Weifuchun tablets, Shengyang Yiwei Decoction combined with Shixiao Decoction can achieve better curative effect on chronic atrophic gastritis, which can effectively alleviate the clinical symptoms of patients and slow down the pathological progress of gastric mucosa. Yiqihuoxue therapy is worthy of promotion.

Keywords: clinical research, Chronic atrophic gastritis, traditional Chinese medicine

英文缩略语

英文缩写	英文全称	中文名称
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
EMR	Endoscopic Mucosal Resection	内镜黏膜切除术
ESD	Endoscopic Submucosal Dissection	内镜黏膜下层剥离术
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺杆菌

引 言

慢性萎缩性胃炎 (Chronic Atrophic Gastritis,CAG)是临床上常见的消化道疾病,属于慢性胃炎的范畴。本病主要表现为胃黏膜呈非糜烂性的炎性病变,组织学上则以显著的炎症细胞浸润、上皮增殖异常、胃黏膜固有腺体腺萎缩及瘢痕形成等为特点。慢性萎缩性胃炎的具体发病机制尚不明确,一般认为幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*,Hp)感染为其重要病因。现代医学应用药物治疗本病,在根除Hp感染以外,多以促进胃动力、改善胃黏膜血流、补充叶酸等方法进行治疗,但效果不佳。慢性萎缩性胃炎具有迁延不愈及反复发作的显著特点,长期的病症会给患者带来巨大的身心伤害。

现代医学尚未明确CAG的发病机理,目前临床尚无报道称能根治本病,药物治疗仍以对症治疗为主,且治疗效果多不理想。现代医学除药物治疗外,亦有内镜黏膜切除术 (Endoscopic Mucosal Resection,EMR) 与 内 镜 黏 膜 下 层 剥 离 术 (Endoscopic Submucosal Dissection,ESD)可以有效地应对严重的肠上皮化生与异型增生,但其手术较为复杂,其有创性与并发症等因素阻碍了该手术在临床上的广泛应用。面对本病治疗的复杂形势,许多医学工作者将目光投向了瑰丽的祖国医学宝库,中医药辨证治疗本病具有独特的优势,许多临床医案及研究发现合理运用中医药可以有效地缓解本病病情。

本研究通过应用升阳益胃汤合失笑散加减,观察临床治疗慢性萎缩性胃炎(气虚血瘀证)的疗效,探索益气活血法治疗本病的安全性和有效性。

文献综述

摘要：慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是胃黏膜上皮因反复炎症损害，导致胃黏膜固有腺体萎缩、减少甚至消失，此病发病率高，病情反复，伴肠化生以及异型增生时，胃癌的可能性较大，是目前公认的胃癌前疾病。迄今为止，现代医学尚无有效的治疗方法，中医药方法治疗慢性萎缩性胃炎具有的独特优势已逐渐为人们所识。中医药治疗本病时，辨证施治，疗效很好，并且有机会使部分胃腺体萎缩、肠化及异型增生逆转^[1]。本文通过研究近十余年的相关文献，阐述中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展。

1 中医对本病的认识

1.1 病名

中医对慢性萎缩性胃炎并没有较为系统完善的记载，但根据它的症状和临床表现，可以将其归为痞满、胃痛等范畴。早在汉代成书的《黄帝内经》中，就有关于“痞”“痞塞”“痞隔”等的描述。伴随着科技的进步，中医对慢性萎缩性胃炎研究的不断有新的见解，目前认为该病可归属于“胃痞”“虚痞”“痞满”“胃痛”“嘈杂”等病范畴^[2]。胃痞、胃脘痛、嘈杂等病名在中医的发展过程中不断完善，中医对本病的认识也日趋详尽。

1.2 病因病机

结合各家观点^[3-5]，中医认为慢性萎缩性胃炎的发病原因是多方面的。中医认为本病病位在脾胃，并称日久可以累及其他脏腑，病性虚实皆备，病机主要是气血两虚，湿热内蕴，瘀血内停等。胃为水谷之海，又为多气多血之腑，因此脾胃之病不仅易累及到气分，且容易累及到血分。慢性萎缩性胃炎病程较长，难以治愈，病机常常转化，复杂难辨。一方面，当风寒湿等外邪侵犯胃腑、长期饮食不节，邪停胃腑，会阻滞气机的运行，气郁日久，则生气虚、湿阻、湿热、血瘀等证。另一方面，病程日久，导致脾胃亏损，气虚运血不力，故而血液凝滞，脾胃虚弱导致血瘀，而血瘀又会阻滞气机，妨碍气血运行，继而加重脾胃之虚弱，由此形成恶性循环，导致病情持续进展，容易恶化。近年来，越来越多的研究者更加重视血瘀在慢性萎缩性胃炎中的作用，并结合脾胃虚弱的根本病因，展开了许多相关研究。

叶海潇^[6]通过研究王垂杰教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验，总结出了本病脾虚血瘀、虚实夹杂的病机特点，并提出调气活血为治疗本病的重要方法。徐宝才、李春婷、陈伟^[7]10 多年来，总结单兆伟教授对慢性萎缩性胃炎的治疗经验，并对胃黏膜的癌前状态进行研究，认为气虚血瘀是本病基本病机，提出了益气活血是阻断胃癌前病变关键的学术思想。陈亚萍^[8]亦通过虚从瘀论治慢性萎缩性胃炎，论述了益气活血法对于慢性萎缩性胃炎治疗的重要性。苗蕊、李彬、李岩^[9]通过临床应用益气活血法治疗慢性萎缩性胃炎，得出了本病初起在气分，病久由气及血，渐致气虚血瘀，调补脾胃升降功能和祛瘀通络应作为本病主要治疗方法的结论。微观状态下胃黏膜固有腺体萎缩，合并肠上皮化生、异型增生时，中医认为应为血瘀之证，应用活血化瘀药物不仅能够缓解患者病情，更有可能逆转其病理状态。

1.3 辨证分型

传统医学中并无慢性萎缩性胃炎的病名，现代医家对于慢性萎缩性胃炎的辨证分型以及施治方法并无统一观点^[10]。根据各地文献^[11-13]报道，对各证型进行统计学分析，出现频率较高的证型如下：肝胃不和型、气滞血瘀型、肝胃郁热型、脾胃虚弱型、气虚血瘀型等。苏泽琦等^[14]研究发现慢性萎缩性胃炎，常常虚实夹杂，气虚、气滞、湿热、血瘀等证型交织，单用一种证型，难以完全涵盖本病的全部过程。张露、周晓波等^[15]通过文献整理和总结，认为在慢性萎缩性胃炎伴有肠上皮化生或异型增生之时，应属中医的气虚血瘀范畴。

1.4 中医药治疗本病的研究

1.4.1 单味中药的研究

陈莹莹、刘涛^[16]通过挖掘研究王灿晖教授治疗慢性萎缩性胃炎的用药规律，发现王灿晖教授药物使用频次排在前三位的是焦白术、太子参、莪术。魏玉霞^[17]通过研究近 10 年慢性萎缩性胃炎相关文献得出各医家在治疗慢性萎缩性胃炎使用频率较高的药物主要有炙甘草、白术、白芍、茯苓、半夏、白花蛇舌草等。

1.4.2 中医成方的治疗研究

中医以整体观念、辨证论治为核心，运用中医药经典方剂治疗慢性萎缩性胃炎取得较好疗效，为当代医学治疗慢性萎缩性胃炎提供新的思路。

对于肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎，诸多学者^[18-20]研究发现，合理地辨证之下，使

用化肝煎可取得确切的疗效。在治疗辨证分型为肝胃郁热型的慢性萎缩性胃炎患者时，应用化肝煎不仅有良好的疗效，且产生的副作用较小，患者的病情不易复发。

谢建寰^[21]通过临床观察治疗 74 例脾胃虚弱型慢性萎缩性患者，治疗组应用香砂六君子汤（主要成分：黄芪、党参、白术、茯苓、枳壳、半夏、砂仁、木香、陈皮、牡丹皮、谷芽、麦芽各、田七等），对照组应用胃复春片。试验之后的结果显示，香砂六君子汤疗的效优于胃复春片。

李霞等^[22]通过试验研究三仁汤合柴胡疏肝散（主要成分：法半夏、砂仁、薏苡仁、白豆蔻仁、厚朴、赤芍、柴胡、淡竹叶、滑石粉、小通草、香附、佛手、枳壳、炙甘草、川芎、陈皮等）的疗效。最终肯定了三仁汤合柴胡疏肝散用于治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的治疗效果。

余吉等^[23]通过对比补阳还五汤与康复新液联合叶酸片的疗效，认为补阳还五汤加减治疗胃络瘀阻型慢性萎缩性胃炎，能明显改善症状，逆转病情，提高治疗有效率。

张艺琼^[24]通过对 CAG 实验动物模型为基础的大鼠 Th1/Th2 平衡及 EGF 表达的研究，发现升阳益胃汤对 CAG 模型大鼠有较好的治疗作用，机制可能在于通过提高胸腺指数和脾指数而治疗本病。

1.4.3 中医自拟方的治疗研究

随着中药的药理研究越来越完善，各地的医者根据自己对慢性萎缩性胃炎的诊疗经验，结合对中药功效和药理的研究，逐渐形成各自独特的经验方。

李显峰等^[25]通过临床观察患者 120 例，比较自拟益阴养胃汤（主要成分：沙参、麦门冬、白芍、玉竹、石斛、生地黄、半夏、天花粉、麦芽、太子参、延胡索、甘草）与泮托拉唑胶囊的疗效，得出了养阴益胃汤疗效优于泮托拉唑胶囊的结论。

杜艳茹等^[26]运用化浊解毒方（主要成分：藿香、佩兰、茵陈、砂仁、白花蛇舌草、半枝莲、黄连、半边莲、全蝎等）治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前病变，辨为浊毒内蕴证时，可取得良好疗效。

谢冬梅等^[27]临床研究应用自拟疏肝和胃汤（主要成分：柴胡、枳壳、刺猬皮、九香虫、丹皮、炒白芍、炒白术、鸡内金、炙甘草等）对比胃复春片，试验结果显示治疗组疗效更好。总结出了对于肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎，使用疏肝和胃法疗效理想的结论，并且肯定了使用活血化瘀药物的重要性。

刘长发等^[28]应用丹芪祛瘀止痛颗粒（主要成分：黄芪、丹参、柴胡、黄连、桂枝、白芍、乌药、苦参、枸杞子、北沙参、地榆、莪术、厚朴、三七、丁香、大黄等）亦取得了良好效果。

1.4.4 中成药的治疗研究

李珍等^[29]临床治疗并观察 60 例慢性萎缩性胃炎，治疗组与对照组分别使用胃尔康片治疗、维酶素片进行治疗。经过 3 个月的治疗，治疗组胃尔康片优于对照组，肯定了中成药胃尔康片的疗效。

1.4.5 中医外治法的研究

1.4.5.1 针刺治疗的研究

针刺治疗是我国传统医学经典的一种外治方法，在经络腧穴的理论基础上，结合一定的操作手法来扶正祛邪，治疗疾病。在理法方药理论体系的指导下，重视辨证论治的思想，在辨证基础上进行选穴组方^[30]。钟伟明^[31]通过临床观察患者 56 例，选择足三里、中脘、内关、脾俞、胃俞穴等穴位进行针刺治疗，患者的病情及胃镜检查结果均得到了有效改善，认为健脾和胃、升清降浊、理气止痛为治疗慢性萎缩性胃炎的重要治法。亦有学者在临床实践中发现，合理的针刺结合中药辨证施治，对慢性萎缩性胃炎的效果更好^[32]。

1.4.5.2 灸法治疗的研究

艾灸治疗胃痛有着悠久的历史与丰富的经验，其疗效明确，操作简单，价格低廉，因此在民间有着深厚的底蕴，一直沿用至今，主要取穴：中脘穴，关元穴，气海穴，天枢穴等穴位。灸法在胃痛的治疗中应用相当的广泛，尤其对寒邪侵胃型和脾胃虚寒型的胃痛疗效明显。有学者通过临床研究提出，艾灸对胃脘痛病疗效确切，值得广大临床工作者进一步研究与探讨^[33-34]。

1.4.5.3 穴位敷贴治疗的研究

穴位贴敷疗法是近年来非常流行的中医外治法，因其应用广泛、无痛苦、副作用小等特点受到患者及临床工作者的喜爱。穴位敷贴主要是使用特定的药物附着于患者穴位之上，使用热、红外线等手段加强刺激，一方面可以刺激患者穴位，另一方面使敷贴的药物通过穴位处皮肤吸收，达到扶正祛邪、调和气血等效果，以达预期的治疗目的。毛雪梅等^[35]通过使用附子、生姜、蜂蜜作为组方对脾胃虚寒型胃脘痛患者进

行治疗，疗程结束后患者的体能影响、身体疼痛等方面均得到了有效改善，肯定了穴位敷贴法的疗效。王淑华等^[36]应用穴位敷贴配合中药治疗慢性萎缩性胃炎 120 例，治疗后亦取得了良好的疗效，为穴位敷贴法今后的发展提供了可靠的依据。

2 西医对本病的认识

2.1 西医对本病流行病学，发病原因及发病机制的认识

现代医学对慢性萎缩性胃炎的发病机制尚不完全清楚，研究表明^[37]，幽门螺杆菌（Hp）感染是慢性活动性胃炎的主要病因，若不及时治疗，炎性的反复发作易使患者进展为慢性萎缩性胃炎。目前，发展中国家 Hp 感染率可达 50%~80%，而我国由于用餐习惯等因素，CAG 患者中 Hp 感染率高达 58%，这一数值可随年患者龄增高而增加^[38]。陈世耀等^[39]的研究结果提示，Hp 感染会致使肠上皮化生的发生与发展，根治 Hp 感染可以有效地减缓这一趋势。幽门螺杆菌（Hp）是一种只寄生在人体胃内的螺旋形细菌，直到 1989 年由 Goodwin 建议定名为幽门螺杆菌，才得到公认^[40]。施倩^[41]研究发现 Hp 感染是 CAG 的重要病因之一，患者的 Hp 感染程度与胃镜下病理改变风险呈正相关关系。除 Hp 感染外，亦有学者认为胆汁反流、血管活性因子及细胞因子改变、免疫因素等也是导致此病的原因^[42-45]。

董环、王彦刚^[46]认为 CAG 的病机复杂，其发生与发展并非某一机制单独作用，并且细胞的代谢、分化、生长和死亡等生命活动都与信号传导途径有关。可见 CAG 的病机可互相交错，加强其某一病理机制的深入研究和不同病理机制的相关性研究，更有利于认识、治疗本病及预防、控制癌变。

2.2 西医对本病的治疗

2.2.1 一般治疗

在针对慢性萎缩性胃炎可能病因治疗的同时，首先要注意戒烟、戒酒，注意饮食、休息等一般治疗。

2.2.2 药物治疗

现代医学对慢性萎缩性胃炎的药物治疗主要是针对其病因以及症状而展开。具体方法如下。

2.2.2.1 根除 Hp 感染

关于 Hp 相关性胃炎是否均需根除 Hp，目前学界尚缺乏一致的看法。根除 Hp 感

染具体方法可参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[47]，使用幽门螺杆菌根除四联疗法。即标准剂量的质子泵抑制剂、两种抗生素和铋剂联合使用 10 到 14 天。

2.2.2.2 改善胃动力

现阶段临床治疗 CAG 没有公认的特效药物，临床上常以对症处置为主。现代医学认为改善患者的胃动力，不仅能够缓解胆汁反流而引起的胃黏膜受损，还可以有效地减轻患者的症状。增强胃肠道蠕动能力，促进胃排空，协调胃、十二指肠运动，防止胆汁反流而诱发胃黏膜受损，常常使用胃复安、吗丁啉等多巴胺受体拮抗剂；另一方面，5-羟色胺激动剂西沙必利，可以刺激肠肌神经元，促进平滑肌的动力，具有较好的胃动力改善及抗反流作用^[48]。

2.2.2.3 保护胃黏膜

临床上一一般采用抑酸治疗。胃酸分泌得到有效抑制，能预防、减轻因胃酸过多而导致的胃黏膜损伤。许青峰^[49]通过临床试验，得出了雷贝拉唑相较于奥美拉唑，治疗慢性萎缩性胃炎效果更佳的结论，推荐临床上使用雷贝拉唑作为治疗慢性萎缩性胃炎的质子泵抑制剂。

2.2.2.4 补充叶酸

研究表明叶酸可以通过减轻胃黏膜炎症、萎缩和不典型增生，从而延缓或阻止癌的发生^[50]。邹燕平等^[51]通过通过临床试验，认为采用克拉霉素联合甲硝唑及叶酸治疗 CAG 患者能减少不良反应的发生率，且具有良好的治疗效果。

2.2.3 内镜下治疗

相较于药物保守治疗，内镜下的各种微创治疗则具有快速、彻底的优势。研究表明，内镜黏膜切除术及内镜黏膜下剥离术为消化道早期癌和癌前病变一种微创治疗开辟了新的途径，具有创伤小、痛苦少、恢复快等优点，可达到与外科治疗相似的效果。但同时，这些治疗方法，虽然具有病灶整块切除率高、便于病理学评估等特点，但是又有手术时间长、并发症多及操作难度大等缺点，临床上难以推广。多用于有严重异型增生、癌变风险较大的患者^[52]。

3 中西医结合对本病的治疗

现代医学对于 CAG 的治疗研究没有重大的进展，处于停滞状态，临床上缺乏特效治疗手段。同时内镜下的创伤治疗则由于有创性和并发症较多，使得其在临床应用

中受到较大的局限^[53]。而中医药治疗具有毒副作用小、复发率低、效果显著等优点，在临床中运用中西医结合治疗 CAG 常能取得良好的效果。

邝耀均^[54]临床观察 120 例 CAG 患者，对照组使用常规西药（胶体果胶铋、奥美拉唑，Hp 阳性者应用标准三联疗法）进行治疗，治疗组在对照组基础上加用中药方剂（主要成分：三七粉、炙甘草、吴茱萸、砂仁、黄连、沙参、当归、炒白术、佛手、黄芪、茯苓、党参、山药等）进行治疗。疗程结束后，治疗组更优，得出了中西药结合治疗 CAG 疗效更佳的结论。

张勤生^[55]通过临床试验，观察 93 例 CAG 患者，对照组使用呋喃唑酮和西沙比利进行治疗，治疗组在对照组基础上使用张笑平方（主要成分：炒白芍、乌梅肉、北五味、佛手、丁香、苏子、苏梗等）进行治疗。最终，治疗组的疗效明显优于对照组，验证了中西医结合治疗 CAG 可取得更好疗效的基本思想。

同时有研究表明，采用西医抗菌治疗加中医辨证（药物加针灸）的综合治疗方案，在治疗 CAG 方面具有良好疗效，且能明显提高 Hp 的转阴率，包括胃镜及病理上的好转^[56]。

4 问题与展望

慢性萎缩性胃炎是临床上的常见疾病，由于其病因不甚明确、发病机制不清楚，因此治疗上常无法取得理想的治疗效果，病情反复难愈，极大地影响了广大患者的生活质量。作为胃癌的癌前状态，本病一直受到临床工作者的密切关注，关于本病的研究正是当前胃癌防治研究最为活跃的领域。现代医学对于 CAG 的治疗目前尚处在瓶颈期，除了少量有关致病因素的共识以外，在发病机制、治疗方法上仍存在许多分歧，无法提出有效的治疗方案。现代医学目前所提出的治疗方案不仅疗程长、疗效差，而且易反复、副作用大，无法满足患者的需求。正因为这样，越来越多的学者将目光转向中医，希望从中医药方面找到新的突破。

祖国医学从整体观念和辨证论治出发，针对 CAG 采用辨证施治、针灸外治等手段进行治疗，已有许多相关报道实例，验证了其良好的疗效，且具有疗程短、副作用小、不易复发等独特优势。因此，中医药对本病的治疗相较于西医而言有明显的优势，值得临床工作者实践推广。但是中医药治疗 CAG 尚存在一些亟待解决的问题：①对于 CAG 的辨证分型缺乏统一的规范，目前仍以临床医生的主观判定为主，评定标准

不规范；②学术观点各家争鸣，在对于 CAG 的治疗过程上没有广泛的共同认识，各家学说均有一定的临床基础，并没有最佳治疗方案；③目前中医治疗 CAG 的报道主要集中在临床治疗上，而中药治疗 CAG 的有效成分和其在人体体内的作用机制尚不完全明确，无法完全阐述本病的治疗过程，基础医学方面的研究匮乏。这些问题阻碍了中医药治疗本病的进展，但是我们相信随着科技水平的不断发展，中医药治疗本病的前景会更好，中医治疗本病的优势也会赢得广泛的认同。

试验研究

1 诊断标准

1.1 中医辨证标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[57]（2002年版）及“胃肠疾病中医症状评分表”^[58]（中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会，2010，苏州），“慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见”^[59]（中华中医药学会脾胃病分会，2010，北京）及“慢性胃炎中医诊疗专家共识意见”^[60]（中华中医药学会脾胃病分会，2017，北京）的标准拟定。

1.1.1 症候：

中医证候：主症：（1）胃脘痞满（2）胃脘疼痛（3）体倦乏力

兼次症：（1）食少纳呆（2）面色暗滞（3）气短（4）大便稀溏

舌脉：舌质淡暗，舌体胖大，或边有齿痕，或有瘀斑、瘀点。舌脉作为辨证要点，不做评分。

1.1.2 辨证要求：主症2项+次症2项以上即可诊断。

1.1.3 中医症状积分标准：详见表1。

表1 中医症状评分表

	无症状（0分）	轻度（2分）	中度（4分）	重度（6分）	
主 症	胃脘痞满	无胃脘痞满	偶有胃脘部痞满，多在进食后，持续时间较短	明显胃脘部痞满或餐后发生，持续时间稍长	胃脘部痞满程度较重，持续时间很长，服药后才能缓解
	胃脘疼痛	无胃脘部疼痛	每天偶有胃脘部疼痛，持续时间较短	经常发生胃脘部疼痛，程度能忍受，持续时间稍长	胃脘疼痛较重，程度多不能忍受，持续时间很长，需服药后才能缓解
	体倦乏力	无体倦乏力	肢体稍倦，可坚持体力工作	四肢乏力，勉强坚持日常工作	全身无力，终日不愿活动

	无症状（0分）	轻度（1分）	中度（2分）	重度（3分）	
次 症	食少纳呆	无食少纳呆	每天进食无味，但 基本保持原食量	无食欲，食量较以 前减少1/ 3左右	厌恶进食， 食量较以 前减少1/ 2以上
	面色暗滞	无面色暗滞	面色偏暗	面色暗	面色晦暗
	气短	无气短	活动较多气短	活动稍多气短	未活动也气短
	大便稀溏	无大便稀溏	大便稀软或稍溏 每天≤3次	大便溏，每天4～5 次	粘液便， 每天＞6次

总分：_____

1.2 西医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（2002年版），“慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见”^[61]（中华医学会消化内镜学分会，2003年，大连）及“中国慢性胃炎共识意见”^[62]（中华医学会消化病学分会，2012年，上海）的标准拟定。

1.2.1 慢性萎缩性胃炎的内镜诊断及分级标准

病理活检取材：根据悉尼系统要求取5块标本,胃窦2块取自距幽门2-3的大弯和小弯,胃体2块取自距贲门8cm的大弯和小弯（约距胃角近侧4cm）和胃角1块。对可能或肯定存在的病灶要另取。不同部位的标本须分开装瓶。具体诊断标准如下：

（1）内镜诊断分级标准

I 级：黏膜呈细颗粒状，血管可部分透见。单发灰色肠上皮化生结节。

II 级：黏膜呈中等颗粒状，血管连续均匀透见。多发灰色肠上皮化生结节。

III 级：黏膜呈粗大颗粒状，皱襞消失，血管达表层。弥漫灰色肠上皮化生结节。

（2）胃黏膜胃镜观察分度标准：

轻度：红白相间，以白为主，血管网透见，呈局灶性；

中度：红白相间，以白为主，血管网明显可见，常呈弥漫性。

重度：除了上述表现外，同时可见粘膜呈颗粒状或结节状。

（3）胃黏膜慢性炎症病理组织学分度：

轻度：炎性细胞浸润部位于胃小凹底部上。

中度：炎性细胞浸润部深达腺体固有膜。

重度：炎性细胞浸润部深达黏膜肌层。

（4）腺体萎缩病理组织分度：

轻度：胃固有腺体减少1/3以内。

中度：胃固有腺体减少1/3-2/3。

重度：胃固有腺体减少2/3以上。

（5）肠上皮化生病理组织分布：

轻度：肠化表面上皮和(或)腺体占黏膜全长的1/3以下。

中度：肠化表面上皮和(或)腺体占黏膜全长的1/3-2/3。

重度：肠化表面上皮和(或)腺体占黏膜膜全长的2/3以上。

（6）异型增生(不典型增生)病理组织学的分度

轻度：细胞异型性较轻，粘液分泌轻度减少。

中度：细胞异型性较明显，粘液分泌明显减少。

重度：细胞异型性非常明显。上皮细胞呈高柱状，粘液分泌功能丧失。

1.3 病例纳入标准

（1）符合慢性萎缩性胃炎的西医诊断标准；

（2）符合气虚血瘀中医辨证标准者；

（3）年龄在18岁~65岁；

（4）自愿并能配合治疗的患者。

1.4 病例排除标准

（1）中医辨证分型、西医临床诊断不明确者。

（2）合并消化道溃疡，或胃黏膜有重度异型增生、诊断疑似有恶变者。

（3）合并严重的心、肺、肝、脑、肾、造血等系统原发性疾病

（4）患有精神类疾病患者。

（5）妊娠或准备妊娠妇女，哺乳期妇女，或过敏体质及对试验药物过敏者。

（6）不能按时服用药物或不遵医嘱者。

1.5 观察指标

(1) 安全性观测

- ①一般体检项目检查：血压、脉搏、呼吸、体温。治疗前后各查一次。
- ②血、尿、便常规检查。
- ③肝、肾功能检查。
- ④心电图检查。

(2) 疗效性观测

- ①治疗前后相关症状与体征。
- ②治疗前后胃镜及病理检查。

1.6 疗效判定标准

(1) 证候疗效评定标准

采用尼莫地平法计算，疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分) / 治疗前积分×100%。

临床症候判定标准：

痊愈：症状、体征消失或基本消失，疗效指数 $\geq 95\%$ 。

显效：症状、体征明显好转， $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ 。

有效：症状、体征好转， $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ 。

无效：症状、体征无明显改善，或加重，疗效指数小于30%。

(2) 胃镜及病理疗效判定标准：

临床痊愈：胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转，达轻度，病理组织学检查证实腺体萎缩、肠化生和异型增生恢复正常或消失。

显效：胃镜复查黏膜慢性炎症已好转，病理组织学检查证实腺体萎缩、肠化生和异型增生恢复正常或减轻2个级度。

有效：胃镜复查黏膜病变范围同缩小1/2以上，病理组织学检查证实慢性炎症减轻1个级度，腺体萎缩、肠化生和异型增生减轻。

无效：达不到上述有效标准，或恶化者。

1.7 统计方法

选用SPSS21.0软件包。计量资料使用t检验，计数资料使用 χ^2 检验，等级资料使用秩和检验， $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 研究对象与研究方法

2.1 研究对象

2.1.1 病例来源

本研究的所收集的患者病例均来源于2017年10月至2018年10月长春中医药大学附属医院肝脾胃病科门诊，诊断为慢性萎缩性胃炎（气虚血瘀证）的患者，共收集72例。

2.1.2 病例分组

运用随机数字表法，将患者随机分为治疗组和对照组。其中治疗组患者共36人，对照组患者共36人。

2.2 研究方法

2.2.1 治疗组：

采用升阳益胃汤合失笑散加减治疗。具体组成为：黄芪 30g，党参 20g，炒白术 20g，茯苓 15g，炙甘草 10g，白芍 25g，柴胡 15g，防风 10g，陈皮 15g，蒲黄 10g，醋五灵脂 10g，姜半夏 6g，泽泻 10g，黄连 10g，，温开水冲 300ml，日 2 次口服，150ml/次。以上药物均由长春中医药大学附属医院颗粒药房提供。疗程 12 周。

2.2.2 对照组：

入选病例给予中成药治疗：胃复春片 4 片，3 次/d，口服，疗程 12 周。

胃复春片【功能主治】健脾益气、活血解毒。用于治疗胃癌癌前期病变、胃癌癌前期病变、胃癌手术后辅助治疗。慢性浅表性胃炎脾胃虚弱者。

【成分】红参、香茶菜、枳壳。

【生产单位】杭州胡庆余堂药业有限公司。

【批准文号】国药准字 Z20040003。

上述两组使用口服方法，治疗组以升阳益胃汤合失笑散加减治疗，对照组使用胃复春片治疗。治疗过程中观察并记录两组病人症状及体征的变化。试验过程中如果有合并用药物则做出详细记录。上述两组均以 12 周为 1 个疗程。疗效性指标及安全性指标在治疗前及治疗后各查 1 次。

3 研究结果

3.1 一般资料分析

本次研究共入组 72 例患者，试验过程中脱落病例 11 例（对照组 6 例，治疗组 5 例），完成病例 61 例，其中对照组 30 例患者，治疗组 31 例患者。

3.1.1 两组患者性别人数分布比较，见表2。

表 2 两组患者各性别人数分布比较

组别	例数 (n)	男	女	χ^2	P
治疗组	31	17	14	0.407	0.523
对照组	30	14	16		

统计两组患者性别人数分布，经 χ^2 检验， $P>0.05$ ，无统计学意义。两组数据具有可比性。

3.1.2 两组患者年龄岁数比较，见表3。

表 3 两组患者各年龄岁数分布比较

组别	最大年龄	最小年龄	平均年龄	t	P
治疗组	63	36	51.71±6.33	0.469	0.496
对照组	63	32	49.37±7.28		

两组患者年龄岁数分布情况服从正态分布，经检验后 $P=0.496$ ， $P>0.05$ ，两组患者之间的年龄差异性无统计学意义。两组数据具有可比性。

3.1.3 两组患者的病程年数分布情况，见表4。

表 4 两组患者各病程年数分布比较

组别	例数 (n)	平均病程 ($\bar{X} \pm s$)	t	P
治疗组	31	5.2±2.82	0.163	0.688
对照组	30	4.7±3.08		

两组患者病程年数分布情况，经 t 检验分析， $P>0.05$ ，无统计学意义。两组数据具有可比性。

3.1.4 两组患者治疗前各主要症状人数分布比较，见表 5。

表 5 两组患者治疗前各主要症状人数分布比较

症状	治疗组 (n=31)		对照组 (n=30)		合计 (n)
	例数 (n)	比例 (%)	例数 (n)	比例 (%)	
胃脘痞满	30	96.77	29	96.67	59
胃脘疼痛	30	96.77	28	93.33	58
体倦乏力	29	90.32	29	96.67	57
食少纳呆	27	87.10	27	90.00	54
面色暗滞	26	83.87	26	86.67	52
气短	21	67.74	22	73.33	43
大便稀溏	23	74.19	24	80.00	47

两组患者治疗前各主要症状人数分布, 经秩和检验分析, $P>0.05$, 无统计学意义两组数据具有可比性。

3.1.5 两组患者治疗前中医症状积分分布比较, 见表 6。

表 6 治疗前中医症状积分分布比较

中医症状	治疗组	对照组	t	P
胃痛痞满	4.45±1.52	4.33±1.58	-0.292	0.771
胃脘疼痛	4.39±1.58	4.33±1.67	-0.047	0.962
体倦乏力	4.19±1.74	4.47±1.63	-0.615	0.539
食少纳呆	2.06±1.03	2.00±0.95	-0.453	0.651
面色暗滞	1.87±1.06	1.87±1.04	-0.045	0.964
气短	1.55±1.23	1.67±1.21	-0.391	0.696
大便稀溏	1.58±1.12	1.63±1.07	-0.143	0.886
总积分	20.10±3.76	20.30±3.59	-0.216	0.830

两组患者症状积分反映了患者治疗前的临床中医症状分布情况, 经 t 检验分别相比, P 值均大于 0.05, 无统计学意义。两组数据具有可比性。

3.1.6 两组患者治疗前胃黏膜胃镜观察分度比较，见表 7。

表 7 两组患者治疗前胃黏膜胃镜观察分度比较

组别	例数	轻度	中度	重度	Z	P
治疗组	31	15	11	5	-0.221	0.825
对照组	30	13	13	4		

两组患者进行治疗前胃镜检查胃黏膜胃镜观察分度，经秩和检验， $Z=-0.221$ ， $P=0.825$ ， $P>0.05$ ，无统计学意义。两组数据具有可比性。

3.1.7 两组患者治疗前胃黏膜慢性炎症观察分度比较情况，见表 8。

表 8 治疗前两组患者胃黏膜慢性炎症观察分度比较情况

组别	例数	轻度	中度	重度	Z	P
治疗组	31	10	14	7	-0.605	0.545
对照组	30	9	13	8		

两组患者治疗前的胃黏膜慢性炎症观察分度比较情况，经秩和检验， $Z=-0.218$ ， $P=0.827$ ， $P>0.05$ ，无统计学意义。可进行试验比较。

3.1.8 两组患者治疗前各腺体萎缩分度比较，见表 9。

表 9 两组患者治疗前各腺体萎缩分度比较

组别	例数	轻度	中度	重度	Z	P
治疗组	31	16	10	5	-0.218	0.827
对照组	30	15	11	4		

统计两组患者治疗前腺体萎缩程度，经秩和检验， $Z=-0.218$ ， $P=0.827>0.05$ ，表明两组患者进行治疗前胃黏膜慢性炎症具有可比性。

3.1.9 两组患者治疗前肠上皮化生分度比较，见表 10。

表 10 治疗前两组患者前肠上皮化生分度比较

组别	例数	正常	轻度	中度	重度	Z	P
治疗组	31	12	9	8	2	-0.146	0.886
对照组	30	10	10	9	1		

统计两组患者治疗前的肠上皮化生分度情况，经秩和检验， $Z=-146$ ， $P=0.886>0.05$ ，无统计学意义。两组数据具有可比性。

3.1.10 两组患者治疗前异型增生程度比较，见表 11。

表 11 治疗前两组患者异型增生程度比较

组别	例数	正常	轻度	中度	重度	Z	P
治疗组	31	26	2	3	0	-0.292	0.886
对照组	30	24	3	3	0		

统计两组患者治疗前异型增生程度分布情况，经秩和检验， $Z=-0.292$ ， $P=0.886>0.05$ ，两组之间差异性无统计学意义，表明两组患者进行治疗异型增生具有可比性。

3.2 结果分析

3.2.1 治疗后两组患者中医证候总疗效分布比较情况，见表 12。

表 12 治疗后两组患者中医证候总疗效分布情况比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	31	9 (29.04%)	15 (48.37%)	5 (16.14%)	2 (6.45%)	93.55%
对照组	30	5 (16.67%)	7 (23.33%)	14 (46.67%)	4 (13.33%)	86.67%

经 χ^2 检验， $\chi^2=8.968$ ， $P=0.030<0.05$ ，两组患者治疗后的疗效具有显著差异，有统计学意义，治疗组疗效优于对照组。

3.2.2 治疗前后两组患者中医症状积分改善情况，见表 13。

表 13 两组患者治疗前后中医症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

症状	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃脘痞满	4.45±1.52	0.52±1.15	4.33±1.58	1.47±1.48
胃脘疼痛	4.39±1.58	0.65±1.20	4.33±1.67	1.47±1.38
体倦乏力	4.19±1.74	0.84±1.44	4.47±1.63	1.87±1.66
食少纳呆	2.06±1.03	0.61±0.72	2.00±0.95	1.00±0.74
面色暗滞	1.87±1.06	0.71±0.86	1.87±1.04	0.77±0.82
气短	1.55±1.23	0.26±0.51	1.67±1.21	0.77±0.90
大便稀溏	1.58±1.12	0.13±0.34	1.63±1.07	0.77±0.86
总积分	20.10±3.76	3.71±4.49	20.30±3.59	8.10±5.14

(1) 胃脘痞满积分, 治疗组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.815$, $P<0.05$, 有统计学意义。对照组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.647$, $P<0.05$, 有统计学意义。治疗后治疗组与对照组积分经秩和检验, $Z=-2.878$, $P=0.004$, $P<0.05$, 有显著差异, 有统计学意义。

(2) 胃脘疼痛积分, 治疗组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.864$, $P<0.05$, 具有统计学意义。对照组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.491$, $P<0.05$, 有统计学意义。治疗后治疗组与对照组积分经秩和检验, $Z=-2.573$, $P=0.010$, $P<0.05$, 有显著差异, 具有统计学意义。

(3) 体倦乏力积分, 治疗组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.622$, $P<0.05$, 有统计学意义。对照组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.594$, $P<0.05$, 具有统计学意义。治疗后治疗组与对照组积分经秩和检验, $Z=-2.737$, $P=0.006$, $P<0.05$, 有显著差异性, 有统计学意义。

(4) 食少纳呆积分, 治疗组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.443$, $P<0.05$, 具有统计学意义。对照组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-3.676$, $P<0.05$, 具有统计学意义。治疗后治疗组与对照组积分经秩和检验, $Z=-2.007$, $P=0.038$, $P<0.05$, 有显著差异, 有统计学意义。

(5) 面色暗滞积分, 治疗组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-3.981$, $P<0.05$, 具有统计学意义。对照组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.226$, $P<0.05$, 具有统计学意义。治疗后治疗组与对照组积分经秩和检验, $Z=-0.376$, $P=0.707$, $P>0.05$, 无显著差异, 无统计学意义。

(6) 气短积分, 治疗组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-3.950$, $P<0.05$, 具有统计学意义。对照组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-3.745$, $P<0.05$, 有统计学意义。治疗后治疗组与对照组积分经秩和检验, $Z=-2.456$, $P=0.014$, $P<0.05$, 有显著差异, 有统计学意义。

(7) 大便稀溏, 治疗组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-4.261$, $P<0.05$, 具有统计学意义。对照组治疗前后比较, 经秩和检验, $Z=-3.686$, $P<0.05$, 有统计学意义。治疗后治疗组与对照组积分经秩和检验, $Z=-3.489$, $P=0.000$, $P<0.05$, 有显著差异, 具有统计学意义。

(8) 两组患者治疗后中医症状总分积分, 经秩和检验, $Z=-3.559$, $P=0.001$, $P<0.05$, 具有显著差异, 有统计学意义。

综合以上结果, 经治疗后治疗组对于胃脘痞满、胃脘疼痛、体倦乏力、食少纳呆、气短、大便稀溏的治疗效果, 均优于对照组。在面色暗滞方面治疗组和对照组结果比较不明显, 疗效大致相同。

3.2.3 治疗后两组患者胃镜总疗效比较情况, 见表 14。

表 14 治疗后两组患者胃镜总疗效比较情况

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	31	10	15	5	1	96.77%
对照组	30	5	8	10	7	76.67%

两组治疗后, 对两组数据进行 χ^2 检验, 结果显示: $\chi^2=9.950$, $P=0.019$, $P<0.05$,

两组患者胃镜治疗结果有差异性，治疗组结果疗效优于对照组。

3.2.4 治疗后两组患者胃镜下相关病理情况比较，见表 15。

表 15 胃镜下相关病理情况比较

	胃黏膜慢性炎症疗效对比		胃黏膜固有腺体萎缩程度疗效对比		肠化生程度疗效对比	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组	治疗组	对照组
总例数	31	30	31	30	20	18
痊愈	9	4	5	2	1	0
显效	15	8	13	5	9	4
有效	3	9	8	12	4	3
无效	4	9	4	11	6	11
总有效率	87.10%	70.00%	87.01%	66.67%	83.33%	38.89%

(1) 两组患者胃黏膜慢性炎症治疗后，治疗组有效率为 87.10%，对照组有效率为 70.00%。对两组数据进行 χ^2 检验， $\chi^2=8.963$ ， $P=0.030<0.05$ ，两组结果具有差异性，结果有统计学意义，治疗组疗效优于对照组。

(2) 两组患者胃黏膜固有腺体萎缩疗效结果，治疗组有效率为 87.01%，对照组有效率为 66.67%。对两组数据进行 χ^2 检验， $\chi^2=8.908$ ， $P=0.031$ ， $P<0.05$ ，两组结果具有差异性，结果有统计学意义，治疗组疗效优于对照组。

(3) 治疗后两组患者肠化生疗效结果，治疗组总有效率为 83.33%，对照组总有效率为 38.89%。对两组数据进行 χ^2 检验， $\chi^2=4.221$ ， $P=0.040$ ， $P<0.05$ ，两组结果具有差异性，结果有统计学意义，治疗组疗效优于对照组。

3.2.5 治疗后两组患者异型增生疗效情况。

治疗后两组患者异型增生疗效结果，治疗组患者痊愈 0 例，显效 1 例，有效 2 例，无效 2 例，总有效率为 60.00%。对照组患者痊愈 0 例，显效 0 例，有效 2 例，无效 3 例，总有效率为 16.67%。对两组数据进行 χ^2 检验， $\chi^2=2.314$ ， $P=0.218$ ， $P>0.05$ ，无统计学意义。两组患者异型增生样本量较小，数据比较无意义。

3.2.6 治疗后患者不良反应及基本生化检查情况

两组患者在治疗过程中未出现明显不良反应，常规生化检查未见明显异常。随访过程基本完整。

讨论与分析

1 选题背景

慢性萎缩性胃炎是消化系统的常见病症，也是目前难以治愈的病症之一，治疗上尚无有效手段。近年来，不良的生活习惯如吸烟、酗酒等，加之现代社会不断增大的生活压力，导致胃病的发病率逐年增高，慢性萎缩性胃炎的患病者呈年轻化态势。慢性萎缩性胃炎作为胃癌的癌前病变，一直受到社会的高度重视，对于本病的治疗研究不仅是为了促进医学进步，更是为广大患者创造福祉。

以现在的医学发展水平，尚不能明确慢性萎缩性胃炎的发病因素，公认的致病因素为 Hp 感染，因此根除 Hp 治疗是治疗 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎的重要手段之一。不过，一方面单纯地抗 Hp 感染临床上虽能有效根除 Hp，但是很多时候无法有效缓解患者的症状，对于肠上皮化生及异型增生束手无策；另一方面，由于抗生素的滥用，传统的四联疗法对于 Hp 的清除率正在逐年下降；再者，非 Hp 相关性的慢性萎缩性胃炎，目前的治疗方法仍以对症处理为主，缺乏有效的治疗手段。因此，另辟蹊径，使用中医药等其他手段治疗本病的形势迫在眉睫。

中医药科学，是我国几千年来流传下来的经典传统医学，有丰富的治疗经验。近年来，在人民群众的高度认可及党和国家的政策鼓励之下，经过广大中医药学者及临床工作者不懈努力，中医药事业在不断进步，中医疗法在许多疾病领域均取得了不俗的成绩。而关于慢性萎缩性胃炎，众多医家均认为本病病程较长，病证复杂，本虚标实，气虚血瘀为本病的重要证型，应用益气活血法治疗本病是一项不可或缺的手段。

2 导师的学术思想

慢性萎缩性胃炎的成病原因复杂，单一病证难以完全涵盖，应考虑多方面因素，在病程的不同阶段辨证依据亦有不同。导师刘彦晶教授认为，现代人饮食不节、生活不规律、工作学习压力较大，长期损伤脾胃，导致脾胃虚弱，脾气虚弱导致气血运行受阻，气血瘀滞；且脾胃虚弱之后还易成湿阻中焦、湿热内蕴、胃阴不足等兼证，进而加重胃体失养、胃络不通之证，最终形成气虚血瘀的证型。在临床上多见气虚血瘀证是本病的一大特点，益气活血法为重要治法。

导师在中医理论的基础上，通过对前人的经验总结，并根据临床经验及对病因病

机的研究，发现升阳益胃汤在应对慢性萎缩性胃炎复杂的病情时常能取得良好的疗效，在患者夹杂血瘀证型的时候合并应用失笑散更能促进疗效。因此，导师选用升阳益胃汤合失笑散做为治疗本病的益气活血法代表方剂。组方上，重用黄芪、党参，意在治病求本，直指本病之根本原因。在患者不伴有体节沉重疼痛的时候，导师认为可以减少抑或不用羌活、独活，留用少量防风作为引动肝中少阳之气的药物即可。导师选用失笑散作为化瘀药物，是考虑蒲黄与五灵脂的药性平和，既可以化瘀散结止痛，治疗本病之标；还可以疏通胃络，使得气血舒畅，让本方补益脾胃的功效更好的发挥出来。并且临床实践表明，应用活血化瘀药，可以有效地减少胃黏膜萎缩、肠上皮化生以及异型增生情况。

此外，临床实践过程中，导师还常根据患者的病情使用少量对症药物，对症治疗，灵活用药，以此来应对慢性萎缩性胃炎的复杂症状。

3 组方分析

3.1 药物组成

升阳益胃汤出自李东垣《内外伤辨惑论》，失笑散出自《证类本草》。现在原方基础上加减变化为：黄芪 30g，党参 20g，炒白术 20g，茯苓 15g，炙甘草 15g，白芍 25g，柴胡 15g，防风 10g，陈皮 15g，蒲黄 10g，醋五灵脂 10g，姜半夏 6g，泽泻 10g，黄连 10g。

3.2 方解

慢性萎缩性胃炎属于中医学“痞满”“胃痛”等范畴，其发病机理为脾胃亏损，脾失健运，气虚运化血液无力，导致血液凝结，产生血瘀；血瘀继而阻滞气机，阻遏脾胃运化，从而使脾胃愈加亏虚，由此形成恶性循环，最终成为气虚血瘀证。因此使用益气活血法治疗。

君药：

黄芪，有补气固表，利尿等功效。常用于气虚乏力、食少便溏、中气下陷等症。《药性赋》：“黄芪……温分肉而实腠理，益元气而补三焦。”《本草求真》中更将本药誉为“补气诸药之最”。现代药理研究表明其主要成分黄芪皂苷和甘草黄酮免疫调节效果明显，已被证实有良好的保护胃黏膜作用。

党参，补中，益气，生津。主治脾胃虚弱，气血两亏，体倦无力，食少等症。《得

配本草》：“补养中气，调和脾胃。”《本草从新》：“中气微弱，用以调补，甚为平妥。”现代药理研究表明党参具有提高免疫力和抗肿瘤的作用。

黄芪、党参共为君药，大补中焦之亏虚，补养脾胃之气虚，达到益气和胃的功效。从根本上治疗本证的病源，以求治病求本。

臣药：

炒白术，有健脾益气，燥湿利水等功效。在此方中用以补益脾土，促进食欲。《药性赋》：“强脾胃，有进食之效。”《本草崇原》言此药为“调和脾土之药也”。另外现代药理研究表明，炒白术具有促进胃肠运动功能、保护黏膜抗溃疡的作用。

茯苓，有利水渗湿，健脾宁心之功效。茯苓药性平和，补而不壅，是补益脾胃常用药物。《神农本草经读》：“茯苓……味甘入脾……脾能传输，其功在于利小便一语。”《日华子本草》赞本药可以“补五劳七伤”，实为补益脾胃不可或缺之品。

蒲黄，可止血、化瘀、通淋。《本草纲目》：“蒲黄……与五灵脂同用，能治一切心腹诸痛。”现代药理学还显示，蒲黄有一定的抗凝、抗炎作用。

醋五灵脂，可行血止痛。五灵脂不仅可以活血，亦能调和气血，是治疗血瘀证的重要药物。《本草纲目》：“故此药能治血病，散血和血而止诸痛。”现代药理学证实，五灵脂可以增强纤维蛋白溶解，具有良好的抗凝作用。

炒白术、茯苓同用，共助君药补益脾胃之力，使得此方补益之气专于脾胃，功效更加显著。蒲黄、醋五灵脂同用，活血化瘀止痛，可对本病血瘀之标直接治疗，使得补气同时不留瘀血，达到标本兼治之功效。

佐药：

姜半夏，为降逆止呕要药，胃气以降为顺，治疗胃气上逆等症时常用此药。《日华子本草》：“治吐食反胃，霍乱转筋，肠腹冷，痰疟。”姜半夏与君药配伍，使得此方升中有降，降中有升，最终使得人体清升浊降，脾胃安和。现代药理研究表明，经过炮制的半夏可以镇吐、抗溃疡、抗肿瘤。

陈皮，可理气健脾，燥湿化痰。《本草纲目》：“橘皮……同补药则补，同泻药则泻，同升药则升，同降药则降。”《本草备要》中对陈皮亦有“能燥能宣，有补有泻，可升可降”的评价。陈皮作为药性平和的药物，是治疗脾胃病时作为理脾、燥湿的要药，使得整个方剂不至过于壅补。

柴胡，有疏肝解郁，和解表里，升阳举陷等功效。《本草蒙筌》：“气味俱轻，升也，阳也，阴中之阳。”柴胡在此方中一方面疏达肝气，以抑木扶土；另一方面升举阳气，是升阳益胃汤中升阳的重要成分。

防风，可解表祛风，胜湿。《日华子本草》：“治三十六般风，男子一切劳劣，补中，益神。”《本草蒙筌》中评价防风为“风药中之润剂”，认为此药不至于太燥。现代药理学证实，防风不仅具有镇痛、解热等作用，还有抗炎、抗菌的作用。

泽泻，可利水渗湿，泄热。泽泻的功效甘补淡渗，既能强阴，又可除湿。《名医别录》：“主补虚损、五劳，除五脏痞满。”《本草崇原》更提到泽泻能够“能启水阴之气上滋中土”，在本方中可以辅助中焦脾土的健运。泽泻不仅是一味利尿药物，更有滋阴作用，使本方温燥的补气药物中有所制约。

黄连，可泻火，燥湿，解毒。《本草纲目》：“黄连大苦大寒，用之降火燥湿，中病即当止。”本药过于苦寒，方中少量使用，意在清泻胃中阴火，除湿邪所生之火，以使扶正而不留邪。现代药理学还表明，本药具有良好的抗菌、抗溃疡作用。

白芍，可养血柔肝，缓中止痛。本品柔肝和脾，止痛效力非常，善止腹中之痛。《名医别录》：“主通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血。”此方中应用白芍不仅可以止痛，还有一定的活血作用。

陈皮、姜半夏同用化湿理气，可以使补而不壅，防止太过滋腻伤及脾胃。防风、柴胡其性温善升散皆为风药，二者相配伍，有独特功效：一是风药的使用可以燥湿，风药能够入于肝体，以作补肝之用，而有助于肝之疏泄，脾土得肝木之疏泄方能上升，却不壅滞，此是风能燥湿之理；二是风药有助于肝气之升发，肝中少阳之气得升，则脾中清阳亦得升发，全身气机亦能调畅。少佐泽泻、黄连，清除脾虚湿胜，湿郁所化之热，使得补益滋腻之下，不留湿热之邪。应用白芍，可配合柴胡疏肝解郁，又可配合补脾药扶土抑木，肝得疏泄，脾得补益。诸佐药的功效互相配合，既能够辅助君药和臣药补益脾胃，治疗本病之本；又可使中焦气机通畅，气行则血行，以助臣药活血化瘀；还可制约温燥的药性，使得方药温而不燥，补而不壅。

使药：

炙甘草，能补脾益气，缓急止痛，调和诸药。《神农本草经》中就提到此药可以“坚筋骨”，对于脾胃虚弱、乏力气短有一定疗效。《本草汇炎》还言及：“和中益

气，补虚解毒之药也。”现代药理研究表明，甘草有很好得抗消化道溃疡作用。

甘草在此方中，既可补益脾气，缓急止痛，又可以调和诸药，故为使药。

综合本方，结构严谨，标本兼顾，虚实同理，寒热相适，气血同治，共奏益气活血之功效，使脾胃得补，瘀血得化，清升浊降，气血调和，故可诸症自愈。

4 疗效评价

两组患者治疗前性别、年龄、病程、症状积分、胃镜检查结果均无明显差异，试验过程中无不良事件发生，试验后数据具有可比性。治疗后两组患者组内比较中医症状积分、西医胃镜结果，经统计学分析，具有差异性，说明两组患者在治疗后均有一定的疗效。

临床症状的改善情况，治疗组患者治疗后有效率为93.55%，对照组有效率为86.67%，经检验有统计学意义。两组患者治疗后中医症状总积分改善情况，经检验有统计学意义。在中医单独症状比较方面，胃脘疼痛、胃脘痞满、体倦乏力、食少纳呆、气短、大便稀溏的治疗后积分比较，治疗组与对照组经统计学分析，均有统计学意义。

胃镜检查结果改善情况，治疗组的总有效率为96.77%，对照组的总有效率为76.67%，经检验有统计学意义。胃黏膜慢性炎症、胃黏膜固有腺体萎缩、肠上皮化生的有效率情况，治疗组与对照组经统计学检验，均具有统计学意义。

综上所述，运用升阳益胃汤合失笑散加减在治疗患者总体症状及改善胃镜检查结果，缓解患者胃脘疼痛、胃脘痞满、体倦乏力、食少纳呆、气短、大便稀溏的症状，以及改善胃黏膜慢性炎症、胃黏膜固有腺体萎缩、肠上皮化生的胃镜病理结果方面，均优于对照组胃复春片。成功证实了益气活血法对于慢性萎缩性胃炎（气虚血瘀证）的疗效。

结 论

运用导师刘彦晶教授学术思想立题，通过本次临床试验，得出以下结论：

1. 益气活血法对于慢性萎缩性胃炎的治疗效果确切，应用升阳益胃汤合失笑散对于胃脘痞满、胃脘疼痛、体倦乏力、食少纳呆、气短、大便稀溏等症状的治疗效果优于胃复春片。

2. 升阳益胃汤合失笑散加减治疗慢性萎缩性胃炎的复杂症状具有独特优势，在补气健脾的同时，兼顾活血化瘀，达到益气活血的作用。其缓解患者症状的同时，还可以有效缓解患者胃部的慢性炎症，减缓甚至逆转胃黏膜萎缩、肠上皮化生。

3. 导师认为慢性萎缩性胃炎的形成，是由于脾胃亏虚，脾失健运，胃体失于濡养，久病入络，致胃络瘀阻，而发为本病。本病虚实夹杂，气虚血瘀证是本病常见证型，益气活血法为治疗慢性萎缩性胃炎的重要方法。导师这一理论思想得到印证。

本文创新点

1 学术思想先进

关于慢性萎缩性胃炎病因病机，多数医家以补益为主，因恐活血化瘀等药物伤及脾胃。而导师认为本病气血同病，虚实夹杂，单纯益气健脾疗效不佳，在治疗本病时应标本兼治，灵活辨证。使用益气活血法治疗本病，可以更有效减轻胃黏膜萎缩、肠上皮化生。

2 选择方剂新颖

导师根据其丰富的临床经验，认为本病多属气虚血瘀证，应采用益气活血法，但没有使用常用的香砂六君子汤等方剂，而选用升阳益胃汤；没有使用常见的丹参饮，却选用失笑散。不仅取得了良好的疗效，更为今后的临床实践拓展了思路。

参考文献

- [1] 范尧夫, 魏睦新. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的 Meta 分析 [J]. 辽宁中医杂志. 2013, 40(4):31-35.
- [2] 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(2009, 深圳) [J]. 中国中西医结合消化杂志. 2010, 18(5):345-349.
- [3] 张声生. 中医治疗慢性萎缩性胃炎及癌前病变的思路 [J]. 江苏中医药, 2007, 39(8):3-4.
- [4] 刘舟, 张卫华, 骆殊, 等. 孟景春教授论治慢性萎缩性胃炎的临床经验 [J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(5):486-488.
- [5] 楼焕金, 夏陈伟. 慢性萎缩性胃炎的病理诊断与中医证型分析 [J]. 中医药临床杂志, 2007, 19(3):283-284.
- [6] 叶海潇, 王垂杰. 王垂杰治疗慢性萎缩性胃炎及其癌前病变经验 [J]. 辽宁中医杂志. 2011, 38(11):2146-2147.
- [7] 徐宝才, 李春婷, 陈伟. 单兆伟治疗慢性萎缩性胃炎经验 [J]. 中医杂志. 2011, 52(2):1002-1003.
- [8] 陈亚萍. 从虚从瘀论治慢性萎缩性胃炎浅探 [J]. 中国中西医结合消化杂志. 2004, 10(4):42-45.
- [9] 苗蕊, 李彬, 李岩. 益气活血法治疗慢性萎缩性胃炎 62 例 [J]. 山东中医杂志. 2011, 20(11):671-671.
- [10] 金燕, 刘国萍, 戴甜. 慢性胃炎中医证候规范化及四诊客观化研究 [J]. 辽宁中医杂志. 2011, 38(5):1009-1011.
- [11] 段婉娥. 慢性萎缩性胃炎中医证型规律探讨 [D]. 湖北中医学院. 2009.
- [12] 魏道祥. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 1276 例 [J]. 山东中医杂志. 2003, 22(11):673-674.
- [13] 朱方石, 姒健敏. 对萎缩性胃炎辨证分型论治现状的分析与思考 [J]. 医学与哲学, 2003, 4(8):45-46.
- [14] 苏泽琦, 陈润花, 李培彩, 等. 慢性萎缩性胃炎证候分布规律研究现状与思考 [J]. 北京中医药大学学报. 2015, 38(1). 42-46.
- [15] 张露, 沈洪, 周晓波, 等. 从气虚血瘀论治慢性萎缩性胃炎癌前病变 [J]. 北京中医药大学学报 (中医临床版). 2013, 20(1):16-20.
- [16] 陈莹莹, 刘涛. 王灿晖治疗慢性萎缩性胃炎用药规律探析 [J]. 南京中医药大学学

报. 2016, 32(6): 589-591.

[17]魏玉霞. 慢性萎缩性胃炎近10年中医文献研究[D]. 北京中医药大学, 2012.

[18]白涛, 杨晋芳. 化肝煎加味治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 西部中医药. 2012, 25(2): 80-81.

[19]虞芬兰, 唐跃华. 化肝煎加减治疗慢性萎缩性胃炎肝胃郁热型63例观察[J]. 浙江中医杂志. 2015, 50(5): 326-327.

[20]史秀英. 化肝煎加减用于慢性萎缩性胃炎肝胃郁热型治疗临床观察[J]. 医药前沿. 2016, 6(16): 358-359.

[21]谢建寰. 加味六君子汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎37例[J]. 世界中西医结合杂志. 2015, 10(11): 1545-1548.

[22]李霞, 郜志宏. 三仁汤加味治疗脾胃湿热型萎缩性胃炎30例[J]. 光明中医. 2016, 31(13): 1891-1892.

[23]余吉, 任顺平. 补阳还五汤加减治疗胃络瘀阻型慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 山西中医. 2016, 32(11): 10-12.

[24]张艺琼. 升阳益胃汤对慢性萎缩性胃炎(CAG)大鼠Th1/Th2平衡以及EGF表达的影响[D]. 甘肃中医学院. 2015.

[25]李显峰, 林艳. 益阴养胃汤治疗慢性萎缩性胃炎60例的临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志. 2015, 2(12): 2296-2297.

[26]杜艳茹, 王春浩, 何华, 等. 化浊解毒方治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前病变浊毒内蕴证患者119例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 31-33.

[27]谢冬梅, 李永丰. 疏肝和胃汤治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎41例[J]. 浙江中医杂志. 2014, 49(11): 805-805.

[28]刘长发, 杨春壮, 董嘉楠. 丹芪祛瘀止痛颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 牡丹江医学院学报. 2013, 34(1): 65-66.

[29]李珍, 张小云, 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, 15(9): 90-92.

[30]郭娜, 赵建国. 辨证论治在针灸临床中的应用[J]. 吉林中医药. 2013(1): 78-79.

[31]钟伟明. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎56例临床观察[J]. 内蒙古中医药. 2010, 29(15): 84-85.

- [32]廖伯,蔡林,温国伟,等.中药结合针刺治疗慢性萎缩性胃炎48例临床疗效分析[J].内蒙古中医药.2016,35(8):121-122.
- [33]王纪君.穴位贴敷配合艾灸治疗脾胃虚寒型胃痛48例[J].陕西中医学院学报.2015(1):32-34.
- [34]赵惠.灸法治疗慢性萎缩性胃炎体会[J].中国中医药现代远程教育.2012,10(12):34-34.
- [35]毛雪梅,罗文,梁秀芳,等.穴位贴敷对脾胃虚寒型胃脘痛患者生存质量影响的研究[J].中国实用医药,2011,6(28):215-216.
- [36]王淑华,杜艳茹,万俊华,等.中医综合疗法治疗慢性萎缩性胃炎160例[J].中国试验方剂学杂志.2011,17(4):202-203.
- [37]葛建荣,董来华,陈龙根,等.幽门螺杆菌根除后胃黏膜的病理变迁[J].临床荟萃.2005,20(16):911-913.
- [38]陆斌.98例慢性萎缩性胃炎病因分析及治疗策略[J].吉林医学.2013,4(2):308-308.
- [39]陈世耀,朱畴文,刘天舒,等.幽门螺杆菌感染对胃黏膜病变作用的五年随访观察[J].中国医学杂志,2001,81(6):422-424.
- [40]纪徐淮,许国铭,许国铭,李石主编.现代消化病学[M].人民军医出版社.1999:381-388.
- [41]施倩.慢性萎缩性胃炎内镜下不同病理改变Hp感染的相关性研究[J].中国卫生标准管理.2015(28).196-197.
- [42]陈海金,王惠吉.萎缩性胃炎大鼠p16,bcl-2,PCNA的表达及叶酸的预防作用[J].中国老年学杂志.2011,31(17):3324-3327.
- [43]郭昱,郭霞,姚希贤.萎缩性胃炎胃泌素、生长抑素、表皮生长因子、血管活性肠肽的测定及临床意义[J].世界华人消化杂志.2003,11(5):531-534.
- [44]孙宇,刘毅强,冯国双,等.转化生长因子B1在萎缩性胃炎发生中的作用[J].北京大学学报(医学版).2009,41(6):635-639.
- [45]陈佳,李守英,徐红.慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中国老年学杂志.2013,7(13):3540-3542.
- [46]董环,王彦刚.慢性萎缩性胃炎发病机制的研究进展[A].第二十七届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集[C].2015:192-195.
- [47]中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组:全国幽门螺杆菌研究协作组.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(7):532-545
- [48]王钢. 慢性萎缩性胃炎胃动力障碍的治疗[J]. 江苏中医药. 2007, 39(3):2-3.
- [49]许青峰. 应用雷贝拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 求医问药(学术版). 2012, 10(7):832-833.
- [50]SD Xiao,XJ Meng,Y Shi,et al.Interventional study of high dose folic acid in gastric carcinogenesis in beagles[J].Gut.2002,50(1):61-64.
- [51]邹燕平, 陈荷花, 洪卫国. 克拉霉素联合甲硝唑及叶酸治疗萎缩性胃炎的临床效果[J]. 中国当代医药. 2013. 20(26):84-85.
- [52]汤金海, 高泉根, 陈易, 等. 胃黏膜切除术与黏膜剥离术治疗早期消化道癌和癌前病变的比较分析[J]. 现代消化及介入诊疗. 2011, 16(5):316-319.
- [53]李琼, 刘晏, 吴坚炯. 慢性萎缩性胃炎的治疗进展[J]. 中医学报. 2013, 28(176):114-116.
- [54]邝耀均. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果分析[J]. 当代医学. 2011, 17(19):145-146.
- [55]张勤生. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用. 2013, 7(2):66-67.
- [56]曾兴林. 抗菌治疗联合中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 中外医学研究. 2011, 09(16):20-21.
- [57]中药新药临床研究指导原则[M]. 中国医药科技出版社. 2002:124-159.
- [58]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃肠疾病中医症状评分表[J]. 中国中西医结合消化杂志. 2011, 19(1):66-68.
- [59]唐旭东, 王萍, 李振华. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[A]. 中华中医药学会脾胃病分会第二十三次全国脾胃病学术交流会论文集[C]. 2011:8-14.
- [60]中华中医药学会脾胃病分会. 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(7):3060-3064.
- [61]中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志. 2004, 21(2):77-78.
- [62]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]. 中华消化杂志. 2013, 33(1):24-36.

致 谢

时光荏苒，三年的光阴已然临近尾声，面对长春中医药大学附属医院里众多老师与同学，感慨时光匆匆的同时，到了不得不说再见的时候。三年的时间里，老师们悉心栽培、同学们互相帮助的场景还都历历在目，仿佛入学之时那个青涩的自己就在眼前。

在这里，我由衷地感谢我的导师刘彦晶教授，三年的时间里带领我不断进步，不仅学习了丰富的医学知识，更将这些知识付诸临床实践，为我今后的医学生涯奠定坚实的基础。在老师的以身作则与严格要求之下，三年里，我不仅学习了知识，更重要的是懂得了如何做一名有医德的好大夫。

再者，感谢刘铁军教授、冷炎主任、邓厚波副主任、金学洙老师以及肝脾胃科室其他各位老师对我的关心，以及规培过程中的各位老师对我的帮助，为我的临床学习之旅所付出的诸多辛苦感激不尽。

此外，感谢对我提供无私帮助的各位同学，三年的时光虽短，但我们的友谊将会铭记于我的心中。

同时，感谢各位参与我的论文审核以及论文答辩的各位专家老师，感谢你们百忙之中抽出时间，对我的论文提出的宝贵意见。

感谢长春中医药大学，感谢长春中医药大学附属医院，千言万语汇成一句谢谢，道不尽我内心的感激之情。

在学期间主要研究成果

发表论文

1. 谷涛, 刘彦晶. 刘彦晶教授治疗慢性萎缩性胃炎(气虚血瘀证)临床医案一则[J]. 养生保健指南, 2019, (9):330.

个人简介

基本情况

姓名：谷涛

性别：男

出生日期：1992. 12. 29

籍贯：河北省

政治面貌：共青团员

民族：汉族

专业：中医内科学（肝脾胃病方向）

学习经历

20010. 09-2015. 06 长春中医药大学 针灸推拿学 学士

20016. 09-2019. 06 长春中医药大学 中医内科学（肝脾胃病方向） 硕士

工作经历

无。