

中图分类号 \_\_\_\_\_

论文编号 \_\_\_\_\_

学科分类号 \_\_\_\_\_

密 级 \_\_\_\_\_



山西中醫藥大學

SHANXI UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

# 硕士学位论文

## 半夏泻心汤治疗慢性非萎缩性胃炎（寒热错杂证）的 临床研究

Clinical study of Banxia Xiexin decoction in the treatment of chronic

Non-Atrophic gastritis

研究生姓名：张鼎轩

导师姓名、职称：王健 教授

学科、专业名称：中医内科学


研 究 方 向：中医药防治消化系统疾病的研究

申请学位类型：专业学位

二〇二〇年六月十五日

## 山西中医药大学学位论文原创性声明

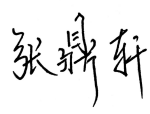

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是个人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经特别加以注明引用的内容外，本论文不含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

论文作者签名：  
2020 年 06 月 15 日

## 关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解山西中医药大学有关保留使用学位论文的规定，同意学校保留或向国家有关部门机构送交论文的复印件和电子版，允许被查阅和借阅。本人授权山西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。

（保密论文在解密后应遵守此规定）

论文作者签名： 论文导师签名：  
2020 年 06 月 15 日

## 中文摘要

**目的:** 本课题通过应用半夏泻心汤与荆花胃康胶丸,对照治疗慢性非萎缩性胃炎,比较治疗前后中医证候积分、西医症状积分、胃镜下胃粘膜表现及病理组织学检查结果,进一步研究半夏泻心汤治疗CNAG的临床疗效,为本病的治疗提供新的方法。

**方法:** 依照诊断标准,收集 65 名就诊于山西中医药大学附属医院的 CNAG 寒热错杂型患者,按照数字随机表法,分为对照组 30 例,治疗组 35 例。对照组给予口服荆花胃康胶丸,治疗组口服半夏泻心汤治疗,以 4 周作为 1 个疗程。观察中医证候、西医主要症状、胃镜下黏膜及病理组织学改善情况,并将资料进行整理与汇总。采用 SPSS22.0 医学统计软件分析处理数据,根据其结果分析得出半夏泻心汤治疗寒热错杂证慢性非萎缩性胃炎的临床疗效及安全性。

**结果:** 1.治疗后西医症状总有效率分别为治疗组 85.71%,对照组 73.33%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2.治疗后西医症状单项症状积分进行比较,两组均有好转,两种方法均能有效的减轻西医症状( $P<0.01$ );且治疗组在缓解脘腹胀满、反酸及嗝气等方面效果更佳( $P<0.05$ )。3.治疗后在中医证候疗效判定方面治疗组与对照组总有效率分别为 88.57%及 76.67%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。4.治疗后中医证候单项证候积分进行比较,两组证候积分均有降低,两种方法均能有效的改善中医症状( $P<0.01$ )。治疗组在胃脘痞满、嘈杂及口干口苦等方面效果更佳( $P<0.05$ ),在改善胃脘部怕冷和大便干或溏滞不爽方面,两组疗效无明显差异( $P>0.05$ )。5.治疗后两组胃镜疗效比较治疗组为 77.14%,对照组为 63.33%,显示中药组疗效更佳,且对于轻度患者效果更加明显( $P<0.05$ )。6.治疗后两组病理组织疗效比较,治疗组对照组分别为 74.29%和 60.00%,治疗组疗效更佳且对于轻度患者效果显著( $P<0.05$ )。7.两组患者在治疗前后各进行相关安全性检测,均无异常,且服药期间未见不良反应。

**结论:** 1.在半夏泻心汤治疗寒热错杂型慢性非萎缩性胃炎的临床治疗中,疗效显著。2.在改善西医症状方面,两组均有效,在缓解脘腹胀满、反酸及嗝气等方面,半夏泻心汤的功效优于荆花胃康胶丸。3.半夏泻心汤与荆花胃康胶丸在改善中医证候方面均有疗效,但半夏泻心汤在改善胃脘痞满、嘈杂及口干口苦等方面优于荆花胃康胶丸,两者在改善胃脘部怕冷和大便干或溏滞不爽方面无明显差异。4.半夏泻心汤组与荆花胃康胶丸在改善黏膜及病理组织方面相比较,半夏泻心汤更优且于轻度患者改善更佳。

**关键词:** 半夏泻心汤; 慢性非萎缩性胃炎; 寒热错杂型; 临床研究



## Abstract

**Objective:** By applying Banxia Xiexin decoction and Jinghua Weikang Jiao Pill to treat chronic non-atrophic gastritis, compare the TCM syndrome score, western medicine symptom score, gastroscopy gastric mucosal manifestations and histopathological examination results before and after treatment, and provide a new method for the treatment of this disease.

**Methods:** According to the diagnostic criteria ,65 patients with CNAG cold and heat disorder in the affiliated hospital of Shanxi University of traditional Chinese Medicine were collected. According to the order of their visits, the cases were numbered and selected according to the digital random table method, which was divided into 30 cases in the control group and 35 cases in the treatment group. The control group was given oral Jinghua Weikang Jiao pills, and the treatment group was given Banxia Xiexin decoction for 4 weeks as a treatment. To observe the improvement of TCM syndromes, major symptoms of western medicine, gastroscopy mucosa and pathological histology, and to collate and summarize the data, using SPSS 22.0 medical statistics software to analyze and process the data, according to the results of the analysis of the clinical efficacy and safety of Banxia Xiexin decoction in the treatment of chronic non-atrophic gastritis.

**Results :**1.The total effective rate of western medicine symptoms after treatment was 85.71% in the treatment group ,73.33% in the control group, the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ).2. After treatment, the single symptom score of western medicine symptoms was compared, both groups were improved, both methods could effectively alleviate the symptoms of western medicine ( $P < 0.01$ ), and the treatment group had better effect in relieving abdominal distention, acid regurgitation and belching ( $P < 0.05$ ).3.The total effective rate of treatment group and control group after treatment was 88.57% and 76.67% respectively ( $P < 0.05$ ).4.After treatment, the scores of TCM syndromes were compared, both groups of syndromes scores were decreased, and both methods could effectively improve TCM symptoms ( $P < 0.01$ ). The effect of the treatment group was better in the aspects of epigastric fullness, noise and dry mouth and bitter mouth ( $P < 0.05$ ), and there was no significant difference between the two groups in improving epigastric fear of cold and stool dryness or loose stools ( $P < 0.05$ ).5.After treatment, there was no significant difference in the effect between the two groups of stomach the comparison of microscopic

curative effect was 77.14% in the treatment group and 63.33% in the control group, which showed that the traditional Chinese medicine group had better curative effect, and improved better in mild patients. 6. After treatment, the two groups had 74.29% and 60.00% in the control group, respectively, and the treatment group had better curative effect, and improved better in mild patients. 7. The two groups of patients before and after the treatment of each of the relevant safety test, no abnormal performance, and no adverse reactions during the medication.

**Conclusion:** 1. In the treatment of chronic non-atrophic gastritis with cold and heat disorder, Banxia Xiexin decoction has a remarkable effect. 2. In improving western medicine symptoms, both groups are effective, in relieving abdominal distention, acid regurgitation and belching, the effect of Banxia Xiexin decoction is better than Jinghua Weikang Jiao Pill. 3. Banxia Xiexin decoction and Jinghua Weikang Jiao Pill have curative effect in improving TCM syndromes, Banxia Xiexin decoction is superior to Jinghua Weikang Jiao Pill in improving epigastric fullness, noise and dry mouth and bitter mouth. 4. Banxia Xiexin decoction group and Jinghua Weikang Jiao Pill in improving mucous membrane and pathological tissue, Banxia Xiexin decoction is better, and improved better in mild patients.

**Keywords:** Banxia Xiexin decoction; Chronic non-atrophic gastritis; Cold and heat mixed type; Clinical study

## 中英文缩写对照表

缩略词	英文	中文
CG	Chronic Gastritis	慢性胃炎
CNAG	Chronic non-atrophic gastritis	慢性非萎缩性胃炎
HP	Helicobacterpylori	幽门螺杆菌
Cr	Creatinine	肌酐
BUN	Blood urea nitrogen	尿素氮

# 目 录

中文摘要·····	I
英文摘要·····	II
缩略词表·····	IV
正文·····	1
前言·····	1
临床研究·····	2
1. 临床资料·····	2
2. 研究方法·····	3
3. 观察指标·····	3
4. 疗效评价·····	5
5. 统计分析·····	7
6. 结果·····	7
7. 讨论·····	12
8. 结论·····	20
参考文献·····	21
附录A·····	25
附录B·····	36
致谢·····	39
作者简介·····	40

## 前 言

慢性非萎缩性胃炎（Chronic Non- atrophic Gastritis, CNAG），又称为浅表性胃炎，是慢性胃炎中最多见的一种类型<sup>[1]</sup>，其病变主要位于胃窦部，多数表现为弥漫性慢性浅表性胃炎。发病年龄以31~50岁最为多见<sup>[2]</sup>。CNAG的症状无特异性，部分患者无症状表现<sup>[3]</sup>，也有部分患者可出现不同程度的消化不良症状，比如上腹部疼痛、胀满、嗳气、食欲不振、恶心呕吐及腹泻等等。目前，我国按照炎性细胞浸润黏膜层的程度，将本病分为轻、中、重三度。若治疗不当，病情可进一步发展，造成固有腺体的破坏和减少，继而转化为萎缩性胃炎<sup>[1]</sup>。目前药物治疗是主要手段，但病情容易反复，影响人们的生活质量<sup>[4]</sup>。因此，探寻疗效更优且不易复发的治疗方案为本研究的重点。

导师王健教授治疗慢性非萎缩性胃炎时采用辨病与辨证相结合，以辨病为先，辨证为主，结合胃镜及病理学研究，运用中医治疗本病，注重整体调理，可显著改善患者症状。因慢性非萎缩性胃炎患者症状无特异性，以上腹部胀满为主者，故归属于中医学之“痞满”范畴。慢性非萎缩性胃炎呈反复发作的特点，这与“痞满”之寒热错杂证的病机转化有一定的内在联系。

吾师认为导致本病反复发作的原因可分为三点，一是治疗不及时；二是患病之后医者寒凉、辛热之药用之失当，致使寒热之邪互结于中焦；三是与日久饮食不节、忧思伤脾有关。脾虚失其健运，湿邪内生，因湿性黏滞，郁久化热，而终成寒热互结之势，导致病情胶着难解，缠绵难愈，给治疗带来一定的难度。吾师在本病治疗过程中，注重以病机立法，围绕“脾胃为中焦之枢纽而调之”的治疗思路，在平调寒热的同时，兼顾中焦脾胃升降之性，从而脾升胃降，气机调畅，达到治疗本病的目的。



## 临床研究

### 1. 临床资料

#### 1.1 病例来源

病例来源为 2019 年 1 月至 2019 年 12 月就诊于山西中医药大学附属医院脾胃病科门诊的患者。

#### 1.2 诊断标准

##### 1.2.1 西医诊断

参照《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2017 年，上海）》<sup>[1]</sup>。

- （1）临床诊断：可出现上腹部胀满不适、反酸、嗳气等症状<sup>[1]</sup>。
- （2）胃镜诊断：内镜下可见黏膜红斑，伴或不伴水肿，及充血渗出等基本表现<sup>[1]</sup>。
- （3）病理诊断：根据炎性浸润程度分为轻度、中度、重度三个等级<sup>[1]</sup>。

##### 1.2.2 中医诊断

根据《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2017 年，上海）》<sup>[1]</sup>拟定痞满之寒热错杂证的中医诊断。

主症：胃脘痞满。

次症：①胃脘怕冷；②嘈杂；③口干口苦；④大便干或溏滞不爽。

舌脉：舌淡红，苔黄或黄白相间；脉弦细。

证型确定：具备主症和次症 2 项或以上。

#### 1.3 纳入标准

- （1）符合 CNAG 西医诊断标准；
- （2）符合痞满的寒热错杂证；
- （3）年龄在 18-65 岁之间；
- （4）性别不限，自愿签署受试者知情同意书；
- （5）通过医学伦理委员会审批。

#### 1.4 排除标准

- （1）患有萎缩性胃炎、或其他特殊型胃炎；
- （2）有严重器质性病变及其他系统性疾病者；
- （3）HP 感染者；
- （4）曾对本次研究药物过敏者；
- （5）妊娠及哺乳期妇女，或既往患有精神疾病史及腹部手术史；

（6）年龄＜18 岁或＞65 岁的患者。

### 1.5 剔除标准

- （1）误诊、误纳；
- （2）于试验中中断治疗或者改变已定治疗方案；
- （3）检测结果未记录者；
- （4）服用其他影响疗效评价的药物。

### 1.6 脱落标准

- （1）患者自身原因退出本次试验；
- （2）失访；
- （3）依从性较差，难以按疗程规范治疗者；
- （4）于治疗期间发现其他系统疾病。

## 2. 研究方法

### 2.1 病例分组

符合纳入标准的 70 例患者，其中两组各有 2 名患者，因难以按照此次试验疗程治疗而脱落，治疗组内 1 名患者因发现严重其他系统疾病亦视为脱落病例。本次试验共收集 65 例患者。

按照随机数字表法，可分为治疗组 35 例，其中男性 17 例，女性 18 例；对照组 30 例，其中男性 14 例，女性 16 例。

### 2.2 治疗方法

治疗组给予半夏泻心汤颗粒剂（药物组成如下：姜半夏 9g、黄芩 10g、干姜 10g、太子参 15g、黄连 3g、炙甘草 6g、大枣 6g）（广东一方制药有限公司）。用法：1 剂/日，2 次/日，于早饭前及晚睡前 30min，温水冲服。

对照组给予荆花胃康胶丸（天士力制药集团股份有限公司，国药准字 Z109770067），3 次/日，2 粒/次，饭后温水送服，规格为 6 粒/板×3 板/盒。

两组患者均每周复诊 1 次，记录症状及体征的变化情况。于用药 4 周后观察记录相关资料。

## 3. 观察指标

### 3.1 一般资料

包括患者性别、年龄及病程等一般资料的收集。

### 3.2 疗效指标评价

3.2.1 主要症状单项评价：根据《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》

<sup>[1]</sup>主要症状评分量表具体制定如下，见表 1。

表 1 CNAG 主要症状分级量化表

症状	正常（0 分）	I 级（1 分）	II 级（2 分）	III 级（3 分）
脘腹胀满	无	脘腹部偶有胀满 不适感，发作时 间<0.5h 可自行 减轻或消失，无 需服用药物。	脘腹部时常有胀 满不适感，发作 0.5~1h，可影响 食欲及食量，需 服用药物。	持续有脘腹部胀 满不适感，1~2h 内仍无缓解，明 显影响食欲及食 量，服用药物效 果不佳。
反酸	无	每日偶有反酸， 每次不超过 1h。	经常反酸，1~2h 内可缓解。	明显反酸，可持续 >2h，需服用药物 治疗。
嗝气	无	偶有嗝气，每日 <4 次。	经常嗝气，每日 4~10 次。	频繁嗝气，每日 大于 10 次。

3.2.2 中医证候疗效评价：根据《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》

<sup>[1]</sup>中医证候主要症状、次要症状评分量表具体制定如下，见表 2、表 3。

表 2 寒热错杂证主要症状分级量化表

主症	正常（0 分）	轻度（2 分）	中度（4 分）	重度（6 分）
胃脘痞满	无	>3d 发作 1 次，每 次发作<1h，不影 响正常生活。	2~3d 发作一次， 每次 1~4h，可影 响正常生活。	每日均有发作；每 次发作时间>4h，严 重影响正常生活。

表 3 寒热错杂证次要症状分级量化表

次症	0 级（0 分）	I 级（1 分）	II 级（2 分）	III 级（3 分）
胃脘怕冷	无	胃脘部喜暖。	胃脘部稍有冷 感，得温可稍作 缓解。	胃脘部时觉冷感，喜 温，食生冷易患病。
嘈杂	无	偶有，>3d 发作	明显，2~3d 发作	较甚，每日均有发

		1 次，时间<1h，不影响正常生活。	1 次，发作时间 1~3h，影响正常生活。	作，发作时间>3h，严重影响正常生活影响。
口干口苦	无	偶有口干口苦，不影响进食。	时有口干口苦，稍影响进食。	持续口干口苦，明显影响进食。
大便溏滞不爽	无	大便溏滞不爽，排便时间<15 min。	大便溏滞不爽，排便时间 15~30 min。	大便溏滞难解，排便时间>30min。
大便干	无	大便质干，1 次/3 d。	大便质干，1 次/4~6d。	大便干难解，1 次/7d 及以上。

3.2.3 胃镜评价：参照《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》<sup>[6]</sup>，按胃黏膜情况的轻重程度，可分为 0 级、I 级、II 级、III 级，见表 4。

表 4 胃镜分级量化表

正常（0 级）	轻度（I 级）	中度（II 级）	重度（III 级）
胃黏膜呈正常橘红色	胃黏膜红斑分散或间断线状	密集斑点或连续线状	广泛融合

3.2.4 病理组织学评价：根据 2017 年《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2017 年，上海）》<sup>[1]</sup>具体制定如下，见表 5。

表 5 病理组织分级量化表

病理分级	正常（0 级）	轻度（I 级）	中度（II 级）	重度（III 级）
	单个核细胞每高倍视野≤5 个，或略超但内镜下无明显异常。	炎性细胞较少存在于黏膜浅层，小于黏膜层的 1/3	炎性细胞较密集，但局限于黏膜层的 2/3	炎性细胞密集存在，并且占据黏膜全层

### 3.3 安全性指标

- （1）治疗前后均检查血液、尿液、大便常规及十二导心电图。
- （2）治疗前后均化验患者肝肾功能指标。

## 4. 疗效评价标准

### 4.1 主要症状单项评价

参照《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2017 年，上海）》<sup>[1]</sup>，主要

症状，分为痊愈、显效、有效、无效、恶化共 5 级。

症状改善百分率=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%，计算症状改善百分率。

- （1）痊愈：症状消失；
- （2）显效：症状改善百分率 $\geq 80\%$ ；
- （3）有效： $50\% \leq$ 症状改善百分率 $< 80\%$ ；
- （4）无效：症状改善百分率 $< 50\%$ ；
- （5）恶化：症状改善百分率负值。

痊愈和显效病例数计算总有效率。

#### 4.2 中医证候疗效评价

参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》2002 年版<sup>[5]</sup>，制定疗效判定标准。其疗效判定的计算公式为（尼莫地平法）：疗效指数=[（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分]×100%，具体疗效判定标准如下：

- （1）痊愈：症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ ；
- （2）显效：症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$ ；
- （3）有效：症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ ；
- （4）无效：症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少 $< 30\%$ 。

#### 4.3 胃镜疗效评价

参照《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》<sup>[6]</sup>。

- （1）临床治愈：分级降至 0 级；
- （2）显效：分级由Ⅲ级降至Ⅰ级；
- （3）有效：分级降低一个等级；
- （4）无效：分级无降低，甚至加重者。

#### 4.4 病理组织疗效评价

参照《中国慢性胃炎共识意见（2017 年，上海）》<sup>[3]</sup>拟定。

- （1）痊愈：炎症浸润消失；
- （2）显效：炎症严重程度由Ⅲ级降至Ⅰ级；
- （3）有效：炎症严重程度降低一个等级；
- （4）无效：分级无降低。

#### 4.5 安全性评价

参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》2002 年版<sup>[5]</sup>。

- 1 级：安全，无任何不良反应；  
 2 级：比较安全，如有不良反应，不需作任何处理可继续给药；  
 3 级：有安全性问题，有中等不良反应，做处理后可继续给药；  
 4 级：因不良反应停药。

## 5. 统计学分析

统计学方法：本次试验结果均采用SPSS22.0统计软件进行，计量资料采用均数加减标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）进行描述。两组间差异比较运用分析方法：当计量资料符合正态分布时，采用t检验，不符合则选用秩和检验进行描述；计数资料采用 $\chi^2$ 检验；等级资料采用非参数的秩和检验；假设检验均使用双侧检验，计算出相应的P值，以 $P < 0.05$ 为差别具有统计学意义， $P > 0.05$ 为差别无统计学意义。

## 6. 结果

### 6.1 一般资料

比较分析两组患者在性别、年龄及病程等一般资料。治疗组男性 17 例，女性 18 例，平均年龄为  $37.69 \pm 8.57$  岁，平均病程为  $18.37 \pm 8.14$  月；对照组男性 14 例，女性 16 例，平均年龄为  $36.50 \pm 9.12$  岁，平均病程为  $19.40 \pm 7.98$  月。将两组患者的一般数据进行分析，得出  $P > 0.05$  结果均无统计学差别，可知两组患者一般资料均衡可比。

#### 6.1.1 两组患者性别比较（见表 6）

表 6 两组患者性别比较

组别	例数	男	女	$\chi^2$	P
治疗组	35	17	18	0.023	0.878
对照组	30	14	16		

经  $\chi^2$  检验后，得出  $P = 0.878 > 0.05$ ，提示两组性别差别无统计学意义。

#### 6.1.2 两组患者年龄分布情况（见表 7）

表 7 两组年龄分布情况

组别	例数	Min~Max（岁）	$\bar{X} \pm S$	t 值	P
治疗组	35	21~53	$37.69 \pm 8.57$	0.538	0.611
对照组	30	20~52	$36.50 \pm 9.12$		

经 t 检验后，得出  $P = 0.611 > 0.05$ ，提示两组患者年龄差别无统计学意义。

#### 6.1.3 两组患者病程分布情况（见表 8）



表 8 两组病程分布情况

组别	例数	Min~Max (月)	$\bar{X} \pm S$	t 值	P
治疗组	35	6~39	18.37±8.14	0.512	0.787
对照组	30	8~37	19.40±7.98		

经 t 检验后, 可得出  $P=0.787>0.05$ , 提示两组患者病程差别无统计学意义。

#### 6.1.4 两组患者治疗前胃镜及病理程度分布 (见表 9)

表 9 两组患者治疗前胃镜及病理程度分布

	组别	例数	轻度	中度	重度	Z	P
胃镜下黏膜表现	治疗组	35	22	9	4	-1.128	0.259
	对照组	30	17	10	3		
病理组织学情况	治疗组	35	18	13	4	-0.286	0.775
	对照组	30	17	9	4		

经检验,  $P>0.05$ , 两组患者治疗前胃镜下黏膜及病理组织学程度分布均衡可比。

### 6.2 疗效比较

#### 6.2.1 两组治疗后西医症状总有效率比较 (见表 10)

表 10 治疗组与对照组治疗后主要症状总有效率

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)	Z 值	P 值
治疗组	35	12	12	6	5	85.71	-2.723	0.006
对照组	30	4	5	13	8	73.33		

经秩和检验, 得出  $P<0.05$ , 说明服用半夏泻心汤的治疗组与服用荆花胃康胶丸的对照组, 在疾病总疗效方面的差异有统计学意义, 且半夏泻心汤的疗效更加显著。

#### 6.2.2 两组治疗前后西医症状总积分比较 (见表 11)

表 11 治疗组与对照组主要症状总积分 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	35	4.97±1.77	1.43±1.63	-2.796	0.005
对照组	30	5.53±1.78	2.73±2.07		

经检验, 两组患者治疗前症状总积分差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 数据均衡可比; 分别治疗前后组内及治疗后组间的比较, 得出  $P<0.05$ , 表明两组均能减轻 CNAG 的症状, 且半夏泻心汤组在缓解症状方面效果更优。

#### 6.2.3 两组治疗后西医症状单项积分比较 (见表 12, 表 13)

表 12 两组患者治疗前后西医症状单项组内积分

症状	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
脘腹胀满	1.86±0.73	0.40±0.60 <sup>※</sup>	2.07±0.78	0.90±0.99 <sup>※</sup>
反酸	1.60±0.91	0.60±0.85 <sup>※</sup>	1.83±0.99	1.00±0.91 <sup>※</sup>
暖气	1.51±1.09	0.37±0.65 <sup>※</sup>	1.63±1.03	0.83±0.95 <sup>※</sup>

※表示与治疗前比较， $P<0.01$ 。

表 13 两组患者治疗后西医症状单项组间积分

症状	治疗组	对照组	Z 值	P 值
脘腹胀满	0.40±0.60 <sup>▼</sup>	0.90±0.99	-2.140	-0.032
反酸	0.60±0.85 <sup>▼</sup>	1.00±0.91	-2.081	-0.037
暖气	0.37±0.65 <sup>▼</sup>	0.83±0.95	-2.091	-0.037

▼表示与治疗前比较， $P<0.05$ 。

经检验后，治疗前后两组组内比较，均可得出  $P<0.01$ ，表明差异有统计学意义，两组均能有效减轻 CNAG 的西医症状。两组间比较， $P<0.05$ ，可知服用半夏泻心汤组在脘腹胀满、暖气及反酸症状改善方面，效果更好。

#### 6.2.4 两组治疗后中医证候总有效率比较（见表 14）

表 14 治疗组与对照组中医证候总有效率

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z 值	P 值
治疗组	35	15	11	5	4	88.57	-2.344	0.019
对照组	30	6	8	9	7	76.67		

经检验得出  $P<0.05$ ，具有统计学意义，半夏泻心汤组总有效率优于荆花胃康胶丸组。

#### 6.2.5 两组治疗前后中医证候总积分比较（见表 15）

表 15 治疗组与对照组中医证候总积分

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	35	9.60±4.42	3.17±3.48	-1.990	0.047
对照组	30	10.23±4.18	5.10±3.71		

经检验，两组积分在治疗前均  $P>0.05$ ，差异无统计学意义，治疗前两组中医证候积分均衡可比；分别进行治疗前后组内及组间的对比，说明两种治疗均能减轻患者

的证候 ( $P<0.05$ )；且中药组的效果更加凸显 ( $P<0.05$ )。

#### 6.2.6 中医证候单项积分比较 (见表 16、表 17)

表 16 两组患者治疗前后中医证候单项组内积分

症状	治疗组			对照组		
	例数	治疗前	治疗后	例数	治疗前	治疗后
痞满	35	3.67±1.49	0.80±1.24 <sup>*</sup>	30	3.73±1.46	1.67±1.58 <sup>*</sup>
嘈杂	31	1.63±0.93	0.33±0.55 <sup>*</sup>	27	1.70±0.99	0.73±0.74 <sup>*</sup>
口干口苦	29	1.50±1.08	0.47±0.68 <sup>*</sup>	25	1.57±1.04	0.83±0.75 <sup>*</sup>
胃脘怕冷	30	1.47±0.97	0.80±1.03 <sup>*</sup>	28	1.60±0.93	0.97±0.89 <sup>*</sup>
大便干或 溏滞不爽	27	1.33±1.09	0.77±0.94 <sup>*</sup>	26	1.63±1.00	0.90±0.96 <sup>*</sup>

<sup>\*</sup>表示与治疗前相比较,  $P<0.01$ 。

表 17 两组患者治疗后中医证候单项积分组间比较

症状	治疗组	对照组	Z 值	P 值
胃脘痞满	0.80±1.24 <sup>▼</sup>	1.67±1.58	-2.246	0.025
嘈杂	0.33±0.55 <sup>▼</sup>	0.73±0.74	-2.243	0.025
口干口苦	0.47±0.68 <sup>▼</sup>	0.83±0.75	-2.095	0.036
胃脘怕冷	0.80±1.03	0.97±0.89	-1.034	0.301
大便干或溏滞 不爽	0.77±0.94	0.90±0.96	-0.477	0.633

<sup>▼</sup>表示与治疗前相比较,  $P<0.05$ 。

经过统计学检验,分别对比治疗前后组内及治疗后组间进行比较,得出两组均能减轻中医临床证候 ( $P<0.01$ )；且服用半夏泻心汤的治疗组在胃脘痞满、嘈杂及口干口苦等症状改善方面疗效更好 ( $P<0.05$ )；在胃脘怕冷和大便干或溏滞不爽改善方面,两组效果无明显差异 ( $P>0.05$ )。

#### 6.2.7 两组治疗前后胃镜下黏膜疗效对比 (见表 18、表 19)

表 18 两组患者治疗后胃镜下黏膜疗效对比

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)	Z 值	P 值
治疗组	35	7	11	9	8	77.14	-2.269	0.023

对照组	30	2	4	13	11	63.33
-----	----	---	---	----	----	-------

经过秩和检验得出， $P < 0.05$ ，差别具有统计学意义，两组均对于改善胃镜下黏膜情况有疗效，且治疗组疗效更优。

表 19 两组患者治疗后胃镜下黏膜分级疗效比较

分级	组别	有效	无效	合计	有效率(%)	P
轻度	治疗组	21	1	22	95.45	0.013
	对照组	10	7	17	58.82	
中度	治疗组	5	4	9	55.56	0.650
	对照组	7	3	10	70.00	
重度	治疗组	1	3	4	25.00	0.486
	对照组	2	1	3	66.67	

经 fisher 检验，得出治疗组于胃黏膜轻度病变患改善情况更为突出（ $P < 0.05$ ）。

#### 6.2.8 两组患者治疗前后病理组织疗效比较（见表 20、表 21）

表 20 两组患者治疗后病理组织疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z 值	P 值
治疗组	35	7	9	10	9	74.29	-1.289	0.032
对照组	30	2	3	13	12	60.00		

经秩和检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，两组均可改善病理组织学检查结果，治疗组效果更佳。

表 21 两组患者治疗后病理组织学分级疗效比较

分级	组别	有效	无效	合计	有效率(%)	P
轻度	治疗组	17	1	18	94.44	0.041
	对照组	11	6	17	64.71	
中度	治疗组	8	5	13	61.54	0.666
	对照组	4	5	9	44.44	
重度	治疗组	1	3	4	25.00	0.486
	对照组	3	1	4	75.00	

经 fisher 检验，可得出治疗组对于病理组织学轻度病变患者疗效更佳（ $P < 0.05$ ）。

#### 6.3 安全性指标及不良反应比较

两组患者在治疗前后分别进行血液、尿液、大便常规化验及肝肾功等项目的安全

性检测,均未出现异常数值,且于疗效观察期间内均未有腹泻、恶心呕吐等不良反应。经过统计学分析比较,均为  $P>0.05$ ,两组药物在治疗 CNAG,无不良反应及无毒副作用,安全可靠。

## 讨论

### 1. 中医药治疗 CNAG 的优势分析

CNAG 是消化系统的常见病、多发病,现代医学对其病因和发病机制的认识比较明确,根据症状、体征、胃镜及病理学检查,可作出诊断。目前 CNAG 治疗的主要以改善临床症状,去除病因,保护胃黏膜,改善患者的生活质量为目的;其次为阻止 CNAG 进一步发展,减少或防止慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生、上皮内瘤变以及胃癌的发生<sup>[7]</sup>。但患者停药后高复发率的发生越来越普遍,不仅严重影响患者的生活质量,而且耗费了巨大的医疗资源。中医药治疗本病积累了丰富的临床经验,现将其优势总结如下。

#### 1.1 对病因病机的详细阐述,为中医药治疗本病提供了理论基础

祖国医学虽无慢性非萎缩性胃炎这一病名,但依其症状可归属于“痞满”、“胃痛”、“嘈杂”等病证范畴<sup>[1]</sup>,诸多医家对其病因病机和治疗进行了详细的阐述,提出了不同的观点和认识,其中对“痞满”的论述尤为详细。《黄帝内经》把本病称为“痞”“痞隔”,《伤寒论》云:“但满而不痛者,此为痞”,提出了痞的基本概念,并指出该病的病机为因正虚邪陷,升降失调而引起,张仲景创制的诸泻心汤方为后世医家所常用。金元时期的李东垣创立枳实消痞丸更是治疗痞满的经典方剂。到了明代,吴昆在《医方考》中指出其病机是“以既伤之中气而邪乘之,则不能升清降浊,痞塞于中,如天地不交而成痞”。至清代,柯韵伯于《伤寒来苏集》中提出“痞因寒热之气互结而成”<sup>[8]</sup>。张景岳对痞满的辨证提出了治疗纲领,正如《景岳全书·痞满》云:“痞者,痞塞不开之谓;满者,胀满不行之谓。盖满则近胀,而痞则不必胀也。所以痞满一证,大有疑辨,则在虚实二字,凡有邪有滞而痞者,实痞也;无物无滞而痞者,虚痞也。有胀有痛而满者,实满也;无胀无痛而满者,虚满也。实痞、实满者可散可消;虚痞、虚满者,非大加温补不可”。

现代医家通过总结前人经验,提出本病的发生与感受外邪、饮食不节、情志失调和脾胃虚弱等因素相关。张敏等<sup>[9]</sup>通过对唐旭东及董建华的学术理论研究指出,此病多为外邪、饮食、劳倦、情志、素体虚弱等因素引起,病机以脾虚为基础,气机失调,脾失健运,痰湿阻于中焦,终郁而化热。熊云等<sup>[10]</sup>认为 CNAG 的主要病机为脾胃虚

弱、年老体弱、劳累过度、饥饱失常，以上因素均可破坏脾胃的正常生理功能，继而引起一系列的临床表现。蔡晓蕾等<sup>[11]</sup>研究发现，导致本病发生的根本机制是胃络瘀阻，水停痰滞而致的不通则痛，病因有外邪、饮食及情志等。

## 1.2 对辨证论治的不断深化，为中医药治疗本病提供了诊疗思路

中医药治疗疾病注重审证求因，辨证论治，充分体现了中医药治疗本病的优势。谭全肖<sup>[12]</sup>通过回顾性研究分析，共总结出慢性胃炎 32 种不同证型，其中寒热错杂证占 44.9%，远高于其他证型所占比例。刘颖新等<sup>[13]</sup>总结临床经验发现，在各证型的 CNAG 患者中，以脾胃虚寒型人数最多。黄远程等<sup>[14]</sup>通过文献检索 CNAG 证候，通过整合数据得出 CNAG 以肝胃不和、脾胃气虚、脾胃湿热、脾胃阳虚、胃阴亏虚及瘀阻胃络几个证型为主，并以肝胃不和型人数最多。《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2017 年）》<sup>[1]</sup>将 CNAG 分为五种类型，即脾胃湿热型、肝胃不和型、寒热错杂型、脾胃虚寒型和脾气虚型，并制订了详细的判定标准和选方用药，对本病的治疗指明了方向。

曾启全等<sup>[15]</sup>运用加味半夏泻心汤治疗痞满（寒热错杂型），通过对比两组症状、内镜下病灶及 Hp 根除情况，得出加味半夏泻心汤在治疗本病疗效突出。陈春菊<sup>[16]</sup>以半夏泻心汤加味治疗慢性非萎缩性胃炎（寒热错杂型）的患者，得出有效率高达 97.01%。戴宁等<sup>[17]</sup>经荆花胃康胶丸治疗 CNAG（胃脘痛型寒热错杂夹瘀证）的中心随机对照实验发现，治疗组在改善胃脘部疼痛及胀满的有效率显著优于对照组。马兴婷等<sup>[18]</sup>运用乌梅丸方加减治疗 CNAG 寒热错杂型，经过治疗后患者症状缓解明显，且研究表明乌梅丸方加减对于胃蛋白酶原水平的升高有显著作用。这些论述与经验不仅提供了治疗方法，而且丰富了我们治疗本病的思路。

## 2. 研究结果分析

### 2.1 半夏泻心汤治疗 CNAG 寒热错杂证相关症状结果分析

#### 2.2.1 主要症状

本试验结果表明半夏泻心汤可以有效的减轻本病痞满的症状，疗效较荆花胃康胶丸效果更佳。本病病机主要责之气机升降失调。本病迁延日久，损伤脾胃，脾失健运，湿邪内生，郁久化热，本病寒热错杂根源于中焦脾胃虚弱，纳运失司，痰饮湿浊内生，阻滞中焦气机，阴阳不相顺接，表里不相贯通，脾之清气不得升以清明，致下有虚寒；胃之浊气不得降以外出，致郁而化热。寒热夹杂痰湿，日久相互胶结，遂成寒热互结证。寒热互结于中焦，致脾胃枢机不利，升清降浊紊乱，因而产生胃脘痞满症状。方



中姜夏，芩连连用，寒热并用，升降相因，以复脾胃升降之功，有效的改善患者胃脘痞满症状。

### 2.2.2 次要症状

本病的次要症状如嘈杂、口干口苦，运用半夏泻心汤均可以得到有效的缓解，于胃脘部怕冷及大便干或溏滞不爽改善欠佳。中焦郁热，热邪耗伤津液，胃肠津液不足，兼脾升清功能障碍致津液不能上乘，官窍失于濡润，故可见口干口苦、大便干结；脾运化水液，胃主通降，脾胃受损，水液代谢障碍，大肠传导失常，则见大便溏黏不爽。胃气逆而上冲，故可发为嘈杂；病久阳气被伤，则胃脘部喜暖。半夏可和胃降逆、燥湿，干姜温中、散寒。芩、连清上中焦湿热，降气泄热，清热燥湿以助清利肠胃。太子参健脾润燥、大枣补脾而和中，甘草补益而调和诸药，扶脾胃之正气而补不滞中。本方去其偏盛，补其不足，使清升浊降，脾阳得温，胃热得清，痰湿得化，寒散热清，脾胃调和，升降复职，肠腑通调，机体寒热之平衡得复，阴阳自和<sup>[19]</sup>。本次试验，对于胃脘部怕冷及大便干或溏滞不爽症状改善情况一般，可能因本次试验疗效观察时间尚短，可待脾胃功能恢复后，方才显效，需进一步观察远期疗效。

### 2.2 半夏泻心汤对 CNAG 患者胃镜下黏膜改善及病理组织学分级结果原因分析

对于 CNAG 患者胃镜下黏膜及病理组织改善方面，半夏泻心汤与荆花胃康胶丸均可改善，尤以半夏泻心汤效果更优，且对于胃镜下黏膜及病理组织学分级为轻度的患者效果更加明显。有研究分析结果表明半夏泻心汤对溃疡性疾病治疗有较好的效果<sup>[20]</sup>。相关动物实验表明<sup>[21]</sup>，半夏泻心汤拆方可以通过提高胃黏膜修复因子 EGF、VEGF 的表达，从而达到修复受损黏膜组织的效果。半夏泻心汤中寒凉组药物能够通过抑制炎症因子 TNF- $\alpha$ 、IL-8 的释放，减轻胃黏膜损伤<sup>[22]</sup>。

## 3. 选用半夏泻心汤治疗本病的思路探讨

半夏泻心汤为张仲景所创制，是治疗心下痞的主方，千百年来一直广泛应用于临床，疗效显著，多用于消化系统病证。用方者多注重药物功效而忘其气味升降浮沉之理，导师认为唯有探其源头，析其内涵，以方为纲，阐释药理，理论结合临床，方知半夏泻心汤治疗 CNAG 寒热错杂证之旨。

### 3.1 思方证成因，分析病机演化规律

慢性非萎缩性胃炎的临床表现以胃脘部胀满不适为主症者，可归属于中医学“胃痞”范畴。本病病程可长可短，并呈反复发作的特点。慢性非萎缩性胃炎反复发作的原因，与“胃痞”之寒热错杂证的病机转化有一定的内在联系。

导师王健教授认为导致本病反复发作的原因有三，一是治疗不及时；二是患病之后医者运用寒凉或辛热药物用之偏颇，使寒热之邪互结于中焦；三是与日久饮食不节、忧思伤脾有关。脾虚失其健运，湿邪内生，因湿性黏滞，郁久化热，形成寒热互结于中焦，致脾胃失和，升降失职，塞而不通，则见痞塞、胀满等症。在疾病的发展过程中不断演化，错综复杂，故本病还可见到胃脘怕冷或伴有嘈杂不适感，口干或苦，大便秘结或溏滞不爽，舌淡苔腻，苔黄或黄白相间，脉弦细等寒证与热证并存的情况。

综上所述，该病病位在脾胃，病机为脾胃气机升降失调，寒热失调是病变过程中重要的病理变化。胃为多血多气之腑，但由于病情反复，脾胃功能日渐虚损，从而对于寒热的变化尤为敏感，加之寒邪郁久可以化热，由寒证转化为热证；热证过用寒凉，也可转为寒证，而在临床上见到寒热错杂之候，导致病情胶着难解，缠绵难愈，给治疗带来一定的难度。

### 3.2 调中焦脾胃，用药彰显寒热并重

临床上，由于疾病的变化是错综复杂的，如虚实错杂，寒热并见。对于此类病证张仲景深谙调整阴阳平衡之奥义，多攻补并施，寒温并用。半夏泻心汤最能体现仲景组方用药配伍的精妙之处，堪称辛开苦降法的代表方剂。药用大苦大寒之黄芩、黄连，配以大辛大热之干姜、半夏。由于寒邪易伤阳气，为避免苦寒败胃，加入参、甘草、大枣培补中焦，起寒温并用、辛开苦降、甘苦并施之效，达到祛邪而不伤正气的目的。

张元素在《医学启源·主治心法》也主张，根据不同的临床需要，在运用辛热药或寒凉药时，进行适当的配伍。如“凡用辛热之药，或以寒凉之药佐之尤妙”；而在用寒凉药时，亦“或以微加治风辛热药”为妥。说明了使用寒药或热药，宜佐以药性相反或中和之品，以缓其药力单纯峻烈伤正之弊端。《临证指南医案》亦云，“脾胃之病，寒热虚实”，指出“寒热”在脾胃系统病证的病理变化中的重要意义，故在用药时，谨遵“寒热并用谓之和”，寒温互佐，免伤脾胃，尤其是久病或脾胃虚弱之人。

但今人之病，与古人之方有时相合，有时也不尽相同，故导师提出应灵活运用该方。如本研究选用太子参未用人参，个中差异，临证处方用药需仔细体会。

### 3.3 重气机升降，立法顺应脏腑升降

气机升降学说是中医学理论的重要组成部分，《素问·六微旨大论》曰：“故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有”。故脾之升清，胃之降浊，肝的升发，肠腑泄降，无不与气机升降有着密切的关系。若气机升降失常，出入无序，百病乃生。吾师运用半夏泻心汤治疗 CNAG 强调应顺应脾胃升降之性，提出了“调畅气机升降、调理脏腑功能”的治疗原则。

“调畅气机升降、调理脏腑功能”是指通过药物升降浮沉作用趋势的双向性来恢复气机的正常生理活动，使脏腑功能恢复平衡。方中姜夏味辛，《内经》云“辛走气，辛以散之”，辛能开通，可开痞散结，亦可应脾升之性助其升发清阳；芩连味苦，燥湿降泄，可除脾中之湿，亦顺胃降浊之性；辛温药与苦寒药相配伍，一阴一阳，一升一降，使气机调畅。导师在治疗上顺应“脾宜升则健”“胃宜降则和”的生理特性，把恢复脾胃的生理功能贯穿于治疗本病的全过程之中。正如《临证指南医案·脾胃分论》所云：“脾胃之病，虚实寒热，宜燥宜润，固当详辨，其升降二字，尤为紧要”<sup>[23]</sup>。

吾师在本病治疗过程中，注重以病机立法，围绕“脾胃为中焦之枢纽而调之”的治疗思路，在平调寒热的同时，兼顾中焦脾胃升降之性，从而脾升胃降，气机调畅，达到治疗本病的目的。

#### 4. 半夏泻心汤药物的现代药理进展

姜半夏：辛、温，归脾胃肺三经。《雷公炮制药性解》：“下气止呕吐，闭郁散表邪，除湿化痰涎，大和脾胃。”现代药理研究表明半夏含有碱、甾醇类及其他多种化学成分，具有抗炎、抗肿瘤等多种作用<sup>[24]</sup>。张明发<sup>[25]</sup>等总结发现，半夏提取物对消化系统疾病有较好的疗效，如可以改善胃功能，及促进胃肠运动调节；亦有相关动物研究显示，其成分水煎醇沉液可以抑制胃液分泌，具有抗溃疡形成、改善黏膜损伤等作用。

黄芩：性寒，味苦。可清热燥湿，泻火解毒。《本草经集注》陶弘景有言“治痰热，胃中热，小腹绞痛，消谷，利小肠，女子血闭、淋露、下血，小儿腹痛。”黄芩含有黄酮类化合物、多糖类、挥发油及其他成分，具有抗菌、抗病毒、抗氧化及抗肿瘤等多种作用<sup>[26]</sup>。相关研究<sup>[27]</sup>得出黄芩在增强机体免疫力及抗炎方面效果亦十分明显。

黄连：味苦，寒。《珍珠囊》言“其用有六：泻心脏火，一也；去中焦湿热，二也；诸疮必用，三也；去风湿，四也；治赤眼爆发，五也；止中部见血，六也。”黄连中含有多数类型的化学物质，其对于抗炎<sup>[28]</sup>及抗菌疗效显著，其含量最高的成分小檗碱，又称黄连素，可杀灭大肠杆菌、痢疾杆菌、及 HP 等多种革兰氏阴性菌<sup>[29-30]</sup>；黄连及其提取成分能够调节胃液分泌，调节胃酸，保护黏膜组织、修复溃疡创面的疗效。除此之外，黄连还具有降低血糖、抑制肿瘤、调血脂、增强免疫等多种发功效<sup>[31]</sup>。

太子参：味甘、微苦，性平。《本草从新》指出其可“大补元气”，《本草再新》

有言“治气虚肺燥，补脾土，消水肿，化痰止渴”。太子参化学成分众多，现代药理研究多集中在其多糖、水煎液和醇提物等，具有保护心肌、调节机体免疫、抗氧化反应、降低血糖、抗应激反应及调节血脂等多种功效<sup>[32]</sup>。此外太子参还具有肠道保护的作用，严胜泽等<sup>[33]</sup>通过建立环磷酰胺诱导肠道黏膜损伤小鼠模型，得出治疗组中小鼠 SIgA、IL-2、IL-6 分泌均明显高于模型组，表明太子参对于改善肠道黏膜具有显著疗效。相关动物试验表明<sup>[34]</sup>，太子参多糖可显著促进 NO 释放，可以激活巨噬细胞，具有潜在的免疫调节活性。

干姜：味辛，性热。《珍珠囊》言明干姜其用有四，“通心阳，一也；去脏腑陈寒痼冷，二也；发诸经之寒气，三也；治感寒腹痛，四也”。干姜化学物质主要为挥发油类，亦含有树脂及氨基酸等多种有效成分。其中，干姜醇、乙醚提取物在镇静镇痛，抗炎止呕等方面疗效显著。现代药理学研究发现<sup>[35-36]</sup>，干姜可以通过抑制机体 IL-8 和 TNF- $\alpha$  的释放，并且提高 6-keto、PGF1 $\alpha$  的含量，增强黏膜组织的防御功能，减少黏膜组织损伤，降低消化性溃疡的发生。有研究表明<sup>[37]</sup>，生姜在抑制 Hp 中 Cag A + 菌株方面作用明显，临床上可以用于 Hp 感染性胃炎的治疗。

炙甘草：味甘、性平。《雷公炮制药性解》中说“生则分身、梢而泻火，炙则健脾胃而和中。解百毒，和诸药，甘能缓急，尊称国老。”其抗炎、抗病毒、抗溃疡、抗肿瘤、抗过敏及增强机体免疫等多种功效，在临床广泛应用于多种系统疾病的治疗中<sup>[38]</sup>。甘草成分在消化系统应用广泛，如：甘草酸苷、甘草次酸可以抑制炎症反应、促黏膜修复，降低胃溃疡远期复发率，且甘草次酸对于 Hp 感染引起的消化性溃疡有较高的治疗价值<sup>[39]</sup>；甘草总黄酮能够通过改善黏膜血液的微循环，可抑制黏膜腺体萎缩<sup>[40]</sup>。

大枣：味甘、性温。《神农本草经》中“主心腹邪气，安中，养脾，助十二经，平胃气，通九窍，补少气、少津液，身中不足，大惊，四肢重，和百药。”《黄帝内经》中提到“枣为脾家之果”，可见其在脾胃系疾病中的应用之早。大枣中含量较高多糖成分，具有多种药理作用，首先其增强机体免疫力、抗肿瘤作用显著，其次抗氧化作用可用于治疗高血压、血小板减少等疾病，再者有修复肝脏损伤、抗疲劳用<sup>[41]</sup>，亦可增加胃肠粘液，改善肠道功能。

## 5. 半夏泻心汤治疗 CNAG 寒热错杂证的机制

根据现代医学对 CNAG 病因和发病机制的认识，可知本病的发生系由多种因素综合产生的。半夏泻心汤方可针对 CNAG 的病因及发病的机制，从根本上起到防治本病的

作用。

### 5.1 促进胃肠动力

李翠等<sup>[42]</sup>通过对于半夏泻心汤治疗胃肠动力机制的研究,得出半夏泻心汤可能通过降低缝隙连接蛋白 Cx43 及 mRNA 的表达,调剂胃电节律而调节胃肠动力。动物实验研究<sup>[43]</sup>表明,半夏泻心汤中苦降药物芩连及其醇沉物质,具有促进胃排空的作用。

### 5.2 修复胃黏膜

CNAG 胃镜下常见胃黏膜损伤,可能与炎症细胞因子的浸润胃黏膜有关<sup>[44]</sup>。相关研究表明<sup>[45]</sup>,半夏泻心汤能够通过降低 NF- $\kappa$ B、IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$  mRNA 及 NF- $\kappa$ B、P-NF- $\kappa$ B,实现抑制相关炎性细胞,促进黏膜组织修复,阻止黏膜的进一步恶化。半夏泻心汤可以通过调节血管舒张因子 NO 及血管收缩因子 ET-1,以使收舒因子达到动态平衡状态,增加胃中血流量,减少胃酸,对于保护和促进黏膜组织修复起到作用<sup>[46]</sup>。杨贵珍等<sup>[47]</sup>通过动物实验研究,发现半夏泻心汤可抑制巨噬细胞的活性,抑制机体分泌除 IL-12 之外的促炎因子,进而保护胃黏膜。

### 5.3 抑制胃酸分泌

胃酸的过多分泌可侵蚀胃黏膜组织,进而造成黏膜损伤,亦为导致本病发生的致病因素之一<sup>[48]</sup>。有研究表明,半夏泻心汤可能是通过降低胃酸的分泌,升高 pH 值而起到保护黏膜组织作用。相关动物实验<sup>[49]</sup>,通过观察半夏泻心汤类方及拆方对小鼠胃液成分的影响得出,半夏泻心汤及其相关类方和不同药物的配伍,对大鼠胃酸的分泌存在一定的影响。

## 6. 对照药的选择依据

依据《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》<sup>[1]</sup>,将荆花胃康胶丸定为 CNAG 寒热错杂证的指导使用中成药,选择为本试验的对照组药物。

荆花胃康胶丸主要成分为两种药物,其一为土荆芥可理气,其二为水团花能祛湿,两种药物合用具有理气散寒,清热化痰的作用。荆花胃康胶丸常作为治疗 CNAG 寒热错杂所致的胃脘胀闷、反酸嘈杂、暖气频频及口苦等症状。荆花胃康胶丸亦可广泛运用在消化系统疾病的治疗中,对于胃炎、胃溃疡及胃食管反流病等疾病有较好的疗效<sup>[50]</sup>。有相关研究表明,荆花胃康胶丸可促进改善胃中血液微循环,促进溃疡部位组织愈合作用,可使炎症、水肿消退<sup>[51]</sup>。故选为本次试验的对照组药物。

## 7. 不足与展望

本次试验还存在诸多的不足，如：1.由于时间、经费等多种因素的限制，本次研究的样本收集数量较少，故试验存在一定的局限性。2. CNAG 病因较多，且胃黏膜组织较为脆弱，极易受饮食、情志等多种因素的影响，故治愈后患者的发率高，本次临床观察仅为 4 周，试验结束后，未能完成对患者的远期随访调查，难以做出半夏泻心汤对于 CNAG 患者的远期疗效评价数据，对于复发率的确定难以估计。

对于本次试验的展望，试验需进一步扩大临床样本收集数量，并根据病情进行不同程度的分级，观察半夏泻心汤对于 CNAG 各程度患者的确切疗效，并进行多中心研究，以减少误差；同时，对患者进行定期随访，并建立档案，记录、观察远期疗效及疾病的复发情况，以便得出的结论更具客观性。



## 结 论

1. 半夏泻心汤用于治疗 CNAG 寒热错杂证的疗效显著。
2. 两种治疗方法均能改善西医症状，且在改善脘腹胀满、反酸及嗝气方面，半夏泻心汤的功效明显优于荆花胃康胶丸。
3. 半夏泻心汤与荆花胃康胶丸在改善中医证候方面均有疗效，但半夏泻心汤在改善胃脘痞满、嘈杂及口干口苦等方面优于荆花胃康胶丸，两者在改善胃脘部怕冷及大便干或溏滞不爽方面无明显差异。
4. 半夏泻心汤与荆花胃康胶丸在改善黏膜及病理组织方面，均有疗效，且半夏泻心汤疗效更优且对于轻度患者效果更佳。
5. 本次试验对两组患者于治疗前后分别进行血液、尿液、大便常规及肝肾功能的化验及心电图等安全性检测，并进行详细记录，结果显示治疗前后两组患者均无指标的异常变化，且于试验间两组患者均未出现任何的不适症状。可得出半夏泻心汤在治疗 CNAG 寒热错杂证安全有效。

## 参考文献

- [1]李军祥,陈諝,胡玲,等.慢性非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(01): 1-8.
- [2]房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [3]Zhang XX, Chen WW, She B, et al. The efficacy and safety of Jian-Wei-Qu-Tong Pills for the treatment of chronic non-atrophic gastritis(spleen and stomach qi deficiency with damp-heat stasis syndrome) : study protocol for a phase II, randomized controlled trial[J]. Trials, 2014, 15(1): 1-11.
- [4]郑筱萸,任德权.中药新药临床研究指导原则试行.第试行版北京中国医药科技出版社. 2002
- [5]于中麟.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(02): 4-5.
- [6]陈潮珠.实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 1861-1863.
- [7]张声生,唐旭东,黄穗平,卞立群.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.
- [8]柯琴. 伤寒来苏集[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1959.
- [9]张敏,王凤云,石啸双,等. 唐旭东运用半夏泻心汤治疗慢性胃炎经验介绍[J].新中医, 2019, 51(11): 50-51.
- [10]熊云,张旖晴,刘涛.健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎疗效观察[J]. 中医药通报, 2015, 14(3): 50-52.
- [11]蔡晓蕾,王常松,李灿东.慢性浅表性胃炎中医病因病机研究概况[J].光明中医, 2014, 29(7): 1582-1583
- [12]谭全肖.半夏泻心汤治疗慢性胃炎临床观察回顾研究[D]. 广西中医药大学, 2017.
- [13]刘颖新,冯少华,张影. 四君子汤联合黄芩建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床疗效观察[J]. 2016, 09(24): 329-330.
- [14]黄远程,黄超原,梁怀枫,等.慢性非萎缩性胃炎与慢性萎缩性胃炎证候、证素分布规律文献研究[J]. 中医杂志, 2019, 60(16): 1417-1422.
- [15]曾启全,黄梦玲,裴润琼,等.加减半夏泻心汤治疗痞满(寒热错杂型)的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(28): 87-89.
- [16]陈春菊,杜文齐.半夏泻心汤加味治疗寒热错杂型慢性浅表性胃炎 67 例[J]. 河南中医, 2015, 35(7): 1491-1493.

- [17]戴宁,赵敏,夏庆,等.荆花胃康胶丸治疗慢性非萎缩性胃炎(胃脘痛寒热错杂夹瘀证)多中心随机对照临床试验[J]. 天津医科大学学报, 2017, 23(05):442-445.
- [18]马兴婷,张慧田,李合国.乌梅丸加减对寒热错杂型慢性浅表性胃炎患者 PGI、PGII、GEDPRO-CG 的影响分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(02):106-110.
- [19]付娟,李志.论半夏泻心汤在消化系统疾病中的临床运用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(46): 69-71.
- [20]殷贝,李佑生,陈玲玲,等.半夏泻心方在消化系统疾病中的应用及疗效机制研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(02): 292-296.
- [21]王江,周永学,谢勇波.半夏泻心汤拆方对胃溃疡大鼠胃黏膜修复因子 EGF、VEGF 表达的影响及方中寒热并用配伍意义的研究[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(11): 2700-2702.
- [22]王江,周永学,谢勇波.半夏泻心汤拆方对胃溃疡大鼠细胞因子的影响及其寒热并用配伍的意义研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(03): 743-746.
- [23]王庆其.临证指南医案[M]. 北京:中国中医药出版社, 2009: 53.
- [24]毛其芬,刘文洪,金航,等.半夏内生菌的分离及抗菌活性筛选[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(8): 1838-1841.
- [25]张明发,沈雅琴.半夏提取物对呼吸和消化系统药理作用的研究进展[J]. 抗感染药学, 2017, 14(08): 1457-1462.
- [26]吉晓丽.黄芩的化学成分与药理作用研究进展[J]. 中医临床研究, 2017, 9(09): 128-129.
- [27]张前,杨浩,陈博,等. 黄芩苷防治中枢神经系统疾病的研究进展[J]. 中国药师, 2017, 20 (2): 327-331.
- [28]Park S M, Min B G, Jung J Y, et al. Combination of *Pelargonium sidoides* and *Coptis chinensis* root inhibits nuclear factor kappa B-mediated inflammatory response in vitro and in vivo [J]. BMC Compl Alternat Med, 2018, 18(1): 20-32.
- [29]黄燕飞. 黄连水提物对痢疾杆菌的抑菌机制研究[D]. 合肥: 安徽农业大学, 2016.
- [30]杨行堂,王志荣,王芝珺,等. 黄连素对幽门螺杆菌抗菌作用的实验研究[J]. 同济大学学报: 医学版, 2014, 35(6): 63-66.
- [31]盖晓红,刘素香,任涛,等.黄连的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2018, 49 (20): 4919-4927.
- [32]严胜泽.太子参多糖对环磷酰胺所致免疫损伤小鼠的保护作用的研究[D]. 福州: 福建农林大学硕士学位论文, 2015.

- [33]孙弼,宛蕾,林晓坚,等.太子参多糖对缺血再灌注损伤模型大鼠心肌细胞凋亡的抑制作用研究[J]. 中国药房, 2018, 29(16): 2175-2179.
- [34]宋叶,林东,梅全喜,等.太子参化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国药师, 2019, 22 (08): 1506-1510.
- [35]王婷婷,钟凌云.不同姜汁制黄连抑制胃黏膜损伤方面的机制分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(12):18-22.
- [36]蒋苏贞,廖康.干姜醇提取物对实验性胃溃疡的影响[J]. 中国民族民间医药, 2010, 19(08): 79-80.
- [37]MAHADY G B, PENDLAND S L, YUN G S, et al. Ginger(*Zingiber officinale* Roscoe) and the gingerols inhibit the growth of Cag A + strains of *Helicobacter pylori*[J]. *Anticancer Res*, 2003, 23(5A): 3699-3702.
- [38]翟凡叶, 陆婷婷. 甘草活性成分及其成方防治胃溃疡药效学机制[J]. 河南中医, 2019, 39 (06): 951-954.
- [39]张燕丽,凡佳,田园,等.炙甘草的化学成分与药理作用研究进展[J]. 化学工程师, 2019, 33 (08): 60-63+66.
- [40]孙俊波,赵璐,史素琴,等.甘草次酸抑制胃溃疡大鼠胃黏膜细胞的凋亡[J]. 中成药, 2017, 39 (03): 462-466.
- [41]陈熹,李玉洁,杨庆,等.大枣现代研究开发进展与展望[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2015, 17 (03):687-691.
- [42]李翠,张冬梅,娄利霞,等.半夏泻心汤及其拆方对胃电节律失常大鼠胃组织缝隙连接蛋白 Cx43 表达的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22 (6): 5-79.
- [43]童荣生,肖开春,李晋奇,等.半夏泻心汤调节胃肠动力的物质基础研究[J].中国实验方剂学杂志, 2015, 21(03):160-163.
- [44]刘志清,艾耀伟.胃苏颗粒联合三联疗法对慢性胃炎患者血清炎症因子的影响[J].湖北中医药大学学报,2017,19(04):24-27.
- [45]陈永灿,杨汐茵,陈宇,等.半夏泻心汤对慢性萎缩性胃炎大鼠炎症因子的影响[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(12):876-877.
- [46]娄淑哲,李强.半夏泻心汤对胃溃疡大鼠胃黏膜病理形态及血管舒缩因子的影响[J]. 甘肃中医药大学学报, 2018, 35(06): 12-15.
- [47]杨贵珍,郑月娟,姜昕,等.半夏泻心汤抑制巨噬细胞分泌促炎因子抗胃炎机制研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(3): 14.

- [48]陈胜良,莫剑忠,陈晓宇,等.胆汁反流、胃酸和幽门螺杆菌感染共同作用对胃黏膜损伤程度和分布的影响[J]. 胃肠病学, 2002(05) :280-282+285.
- [49]高艳青,刘晓霓,高蔚,等.半夏泻心汤及其类方不同配伍对正常大鼠胃酸分泌的影响[J]. 数理医学杂志, 2004(02) :149-153.
- [50]叶晖,张学智.荆花胃康胶丸治疗幽门螺杆菌感染临床研究文献分析[J]. 北京中医药, 2016 (11): 1025-1029.
- [51]吕军,彭继升.荆花胃康胶丸联合枸橼酸铋钾治疗消化性溃疡的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(12) :3187-3191.

## 附录 A

## 文献综述

### 慢性非萎缩性胃炎的中西医概况

**摘要：** 本文通过文献检索，将近几年关于慢性非萎缩性胃炎（Chronic Non - atrophic Gastritis, CNAG）的文献进行整理和归纳，总结了国内外专家学者对于 CNAG 的病因及发病机理的研究，并且对中医、西医及中西医结合治疗等方法进行介绍，旨在为 CNAG 的治疗，提供临床参考。

**关键词：** 慢性非萎缩性胃炎 发病机制 中西医概况 综述

慢性胃炎（Chronic Gastritis, CG）是指胃粘膜的慢性炎性反应所引起的病变<sup>[1]</sup>。我国《中国慢性胃炎共识意见（2017 年，上海）》<sup>[2]</sup>将慢性胃炎通过胃镜下诊断和病理组织学诊断分为两大类：萎缩性胃炎（Atrophic Gastritis）和非萎缩性（Non- atrophic Gastritis）。以慢性非萎缩性胃炎（Chronic Non - atrophic Gastritis, CNAG）得发病率最高，临床表现主要为上腹部的不适、饱胀、疼痛、食欲不振、嗝气、反酸等，症状通常反复出现，严重影响病人的生活质量<sup>[3]</sup>。因临床表现缺乏特异性，目前临床诊断的主要依据为胃镜检查 and 病理组织学检查<sup>[4]</sup>。根据临床表现属于中医学中的“胃痛”、“嘈杂”、“痞满”范畴，临床上可采用中西医结合等手段治疗<sup>[5-6]</sup>。

### 1. CNAG 的流行病学及现代医学现状

#### 1.1 流行病学

我国是 CNAG 的高发地区，其患病率表现为逐年增加的趋势<sup>[7]</sup>。且 CNAG 发病率随年龄增长而递增，2017 年《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[4]</sup>指出，本病年龄越高，发病率越高，这主要因为 Hp 的感染率随年龄增长，以及胃黏膜的萎缩、肠化生和衰老呈相关性，但其与性别的关联并不明显<sup>[8-10]</sup>。

#### 1.2 病因及发病机制

现代医学对 CNAG 的病因并未完全的阐述清楚，普遍认为病因有下几点：

##### 1.2.1 幽门螺杆菌感染（Hp）

医学界普遍认为 Hp 是引起慢性胃炎的原因<sup>[11]</sup>，虽然这种疾病的发病机理尚不完全清楚，但与慢性胃炎的发病直接相关<sup>[12-13]</sup>。关于 Hp 发病机制多种说法，祝焕杰等<sup>[14]</sup>认为由于 Hp 可分解释放产生氨，为细菌提供稳定的生存环境，同时胃中 pH 值增高，致使厌氧菌的繁殖加速，进而促使 NO 的生成，造成黏膜损伤、引起炎性反应。有研究表明<sup>[15]</sup>Hp 是一种革兰氏阴性菌，其外膜物质 LPS 可诱导单核、巨噬细胞分泌



TNF- $\alpha$ 、IL-1、IL-6 等介质促进炎症的发生。朱海山等<sup>[16]</sup>认为由 Hp 释放出来的前列腺素、血栓素和血小板活化因子等物质，对血管的内皮细胞、巨噬细胞等产生刺激，进而造成胃黏膜淋巴细胞、胃黏膜中性粒细胞出现浸润表现，最终致使炎症的发生。

### 1.2.2 自身免疫因素

自身免疫因素也是引起慢性胃炎的原因之一，西方国家较我国多见<sup>[17]</sup>。是一种由于自身产生了某种抗体，而这种抗体针对自身胃组织的疾病。目前，所发现的主要有 PCA 和 IFA，可以通过破坏壁细胞而导致胃酸分泌障碍或阻碍维生素 B<sub>12</sub> 的吸收。

### 1.2.3 理化因素

长时间的饮食不规律，或嗜食辛辣刺激性食物（如浓茶、咖啡等），或嗜好饮酒，都可导致胃黏膜损伤；吸烟可以诱使胃泌素分泌的增多；胆汁返流对胃黏膜损伤，或长期服用 NSAID（包括阿司匹林）等药物，胃黏膜前列腺素合成的减少，引起胃黏膜黏液分泌量的减少、或缺血而破坏胃粘膜屏障功能，致使胃黏膜损伤、炎症、糜烂、出血等病理改变<sup>[18-19]</sup>。

### 1.2.4 精神因素

有研究表明<sup>[20-21]</sup>，过度紧张、抑郁、愤怒以及其他心理因素，都可以影响到正常的胃肠蠕动，抑制胃液分泌，影响胃肠功能，进而导致 CNAG。此外，本病的发生与遗传因素及缺少某些微量元素等均存在一定的关系。

## 1.3 西医诊断

### 1.3.1 临床诊断

中华医学会消化疾病分会修订了《中国慢性胃炎共识（2017 年，上海）》<sup>[2]</sup>，进一步明确了其临床上的诊断标准：

（1）少数患者可出现症状，如不规则的上腹部的疼痛不适，早饱感，反酸，嗝气等症状。

（2）内窥镜检查显示红斑、出血或斑块，粗糙的粘膜水肿充血和渗流，或亦可不见黏膜的水肿，其中，平坦型和隆起型为糜烂性胃炎的两种分型，前者有 1 个，或者多个大小不相等的侵蚀性病变，存在于胃黏膜上；后者可以看作单个或多个疣状，膨大皱襞状或丘疹样、胃粘膜缺损或有凹陷状呈脐样，中心糜烂样的病变，且均可以出现在病变部位顶部。

（3）采用快速尿素酶或 <sup>13</sup>C 呼气试验，检测患者是否存在 Hp 感染。

### 1.3.2 病理诊断

（1）Hp 感染

对于 HE 染色未显示 Hp，但有炎症反应的患者。如果需要特殊染色以继续寻找 Hp，建议使用 Giemsa 染色、美兰染色或者其他病理学染色方法。Hp 感染标准如下：①无：Hp 并未出现在特殊染色片上；②轻度：偶尔，或少于 1/3 的标本上存在少量的 Hp；③中度：Hp 的存在范围大于 1/3 到 2/3 的标本长度，或可连续、薄且分散的存在于上皮表面；④严重：Hp 成堆存在于整个样本。

## （2）活动性

在慢性炎症存在的基础上，可并见中性粒细胞浸润。①轻度：仅有少量的中性粒细胞，且仅局限浸润于固有层；②中度：固有层存在较多的中性粒细胞浸润，可并见小淋巴滤泡；③严重：密集，可见固有层可见中性粒细胞大量集中及明显的淋巴滤泡。

## （3）慢性炎症

根据胃黏膜慢性炎症细胞在粘膜中浸润的密度和深度进行程度的划分。①正常：每高视野下可见，单个核细胞少于 5 个，或略多于 5 个，但胃镜下无明显异常改变；②轻度：慢性炎症细胞分布小于胃粘膜层的 1/3，且数量不多，只存在于浅表黏膜层；③中度：慢性炎症细胞小于 2/3 的粘膜层且相对集中；④重度：慢性炎症细胞的出现较为集中，并且存在于整个粘膜层。

# 1.4 西医治疗

## 1.4.1 治疗原则

CNAG 治疗的目标是缓解相关症状，消除病因，保护胃粘膜，进一步提高患者的生活质量；其次，需预防 CNAG 的进展，减少或预防 CAG、肠上皮化生、上皮内瘤变和胃癌的发生，对于没有明显症状且 Hp 检测结果阴性的 CNAG 患者，不需要药物治疗，注意日常饮食调护即可。

## 1.4.2 一般治疗

CG 当前主要为对症和去除病因治疗，亦需帮助患者正确认识病情，调节情志及改善饮食结构和生活方式（不吃刺激性、生冷、辛辣、难消化的食物），对于预防本病发生有重要意义。对于伴有焦虑、抑郁等心理因素的患者，应进行疏导，必要时药物治疗，以阻止其心理问题对本病产生影响。

## 1.4.3 西药治疗

### （1）抑酸、抗反流及保护胃黏膜药物

质子泵抑制剂如泮托拉唑、奥美拉唑、雷贝拉唑等，临床上常用于胃粘膜炎症且伴有糜烂或胃部灼热、反酸、嘈杂、上腹疼痛等症状时，可以有效地抑制胃酸的分泌。治疗疗程，取决于疾病、症状的严重程度<sup>[22-24]</sup>。H<sub>2</sub>受体阻滞剂如西咪替丁、雷尼替

丁和法莫西丁等,可抑制由组胺、胃泌素及胆碱能药物刺激等引起的胃酸分泌过多。胃粘膜保护剂如胶体果胶铋、铝碳酸镁、替普瑞尼、米索前列醇及硫糖铝等<sup>[25-26]</sup>药物,可以用来治疗胃粘膜糜烂<sup>[27]</sup>。

### (2) 根除 Hp 治疗

适用于 Hp 阳性患者:①存在炎症,并且伴有糜烂的 CNAG;②合并十二指肠炎,且伴有糜烂;③存在上皮内瘤;④进行常规治疗后,症状未有改善者;⑤需要 Hp 根除;⑥有胃癌家族史。四联疗法为目前基本治疗方法,铋剂 + PPI+ 两种抗菌药物,推荐疗程为两周<sup>[28-31]</sup>。

### (3) 促肠胃动力剂

常适用于有早饱感、上腹部胀满、且伴有暖气及呕吐等症状时。常用药物有莫沙比利、多潘立酮、伊托必利等<sup>[32-33]</sup>。

### (4) 助消化治疗

适用于低胃酸或食欲不振,常用药物包括复方噻米特、乳酶生、干酵母、乳酸菌素、复方消化酶等<sup>[34]</sup>。

### (5) 胆汁结合剂

适用于有胆汁反流症状的患者,常用具有耐酸性和胃粘膜保护作用的药物是,如碳酸铝镁<sup>[35]</sup>。

### (6) 抗抑郁治疗

睡眠不佳和明显精神因素病人可以用抗抑郁药和镇静剂治疗。常见药物包括三环、四环类抗抑郁药、SSRI、SNRI、NASSA 等药物<sup>[36-39]</sup>。

## 2 CNAG 中医学现状

### 2.1 临床表现

祖国医学中虽无对此病的明确记载,但据其主要临床表现属于中医学“胃痛”、“嘈杂”、“痞满”等范畴。

### 2.2 病因病机

CNAG 与多种因素有关,许多专家学者在结合前人观点后及研究后,对 CNAG 的病因病机有不同的认识。

李孝贤等<sup>[40]</sup>认为本病病因不外内外两端即外则外感六淫、饮食不节,内则情志失调、劳倦久病,病理因素有气滞、痰湿、热郁、络瘀等,脾气虚弱、胃失和降、气滞血瘀为基本的病机。

张兴桥等<sup>[41]</sup>则认为不健康的生活方式、饮酒及嗜食肥甘、情志过劳,为 CNAG

的主要病因。湿热蕴结于内，导致阻碍气机，而血瘀阻于胃络，进一步影响胃气通降为 CNAG 的主要病机。

王灿晖教授<sup>[40]</sup>指出 CNAG 病理变化较为复杂，初起以实证为主且留于气分，日久则可入血分。久病则可由实证转为虚证，或因虚致实，导致虚实夹杂；由寒化热，寒热错杂；可因气机阻滞而血瘀，或血瘀阻遏气机而气机不畅，错综复杂的病证。

### 2.3 辨证分型

我国传统医学重视整体观和辨证论治，中国中西医结合学会消化系统疾病委员会<sup>[1]</sup>将 CNAG 分为脾胃湿热，肝胃不和，寒热错杂，脾胃虚寒和脾气虚五型。但是，本病的中医分型并未统一<sup>[7]</sup>。杨俊良等<sup>[42]</sup>通过收集近十年中医研究文献，认为按照 CNAG 的常见证候可将本病分为肝胃不和、脾胃气虚、脾胃湿热、胃阴亏虚和脾胃阳虚五型。

### 2.4 中医治疗

#### 2.4.1. 辨证治疗

2017 年《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》<sup>[1]</sup>辨证选方，认为脾胃湿热证治宜清热除湿，理气和中，方用连朴饮；肝胃不和证治宜疏肝理气，和胃止痛，方用柴胡疏肝散；寒热错杂证治宜寒热平调，消痞散结，方用半夏泻心汤；脾气虚证治宜益气健脾，方用香砂六君子汤；脾胃虚寒证治宜温中散寒，和胃止痛，方用黄芪建中汤。

张惠强等<sup>[43]</sup>辨证将 CG 分为脾胃气虚、肝胃不和、脾胃湿热、胃阴不足、脾胃虚寒及气阴两虚六型。选方分别六君子汤和香砂六君子汤等，柴胡疏肝散及香苏散、左金丸等，二陈汤、平胃散和半夏泻心汤等，沙参麦冬汤和益胃汤等，黄芪建中汤及理中汤等，芍药甘草汤、六君子汤合沙参麦冬汤等。

林小劲等<sup>[44]</sup>认为 CG 应分为胃络瘀血、脾胃虚弱、胃肠湿热、肝气犯胃和胃阴亏虚五型。选方分别为失笑散联合丹参饮加减，黄芪建中汤合理中汤加减，香连丸加减，四君子汤和痛泻要方加减，以及益胃汤合芍药甘草汤加减。

#### 2.4.2 经方治疗

段迎喜<sup>[45]</sup>运用当归四逆汤治疗 CNAG 脾胃虚寒证，效果甚佳。

和彪等<sup>[46]</sup>通过运用柴胡陷胸汤治疗 CNAG 寒热错杂证，结果柴胡陷胸汤明显改善寒热错杂证 CNAG 患者的症状和体征，值得临床广泛应用。

#### 2.4.3 自拟方治疗

谢晶日<sup>[47]</sup>运用自拟方夏连养胃汤治疗 CNAG 寒热错杂证，选择慢性非萎缩性胃炎

寒热错杂证的患者43例，给予口服夏连养胃汤治疗8周后，反酸、烧心明显减轻，且胃镜检查下黏膜炎症病变均有显著改善。

郭杏斐<sup>[48]</sup>运用中西医结合办法治疗脾胃湿热型的CNAG。将50例脾胃湿热型CNAG患者，对照组25例，给予奥美拉唑肠溶胶囊、多潘立酮片。治疗组25例，在对照组的基础上，给予化湿清热安中方。治疗4周后，治疗组总有效率、证候改善均好于对照组（ $P<0.05$ ）。

#### 2.4.4 中西医结合治疗

李林华<sup>[49]</sup>运用中药联合西药办法治疗 CNAG。对照组 51 例，给予口服奥美拉唑；观察组 51 例，在对照组西药基础上给予健脾清胃汤（黄芪 30 g，柴胡 15 g，乌贼骨 15 g，党参 15 g，柴胡 15 g，郁金 15 g，厚朴 15 g，蒲公英 15 g，延胡索 10 g，炙甘草 10 g，丹参 10 g）治疗。治疗 4 周后，观察组的临床治疗效果及 Hp 清除效果均高于对照组（ $P<0.05$ ）。得出健脾清胃汤联合奥美拉唑治疗 CNAG 可有效清除 Hp 和缓解临床症状，可以应用于临床。

曾向忠<sup>[50]</sup>研究中西医结合治疗老年慢性浅表性胃炎。对照组口服替普瑞酮治疗，观察组采用在对照组基础上加用中药小柴胡汤加减治疗。结果观察组总有效率及证候改善情况明显优于对照组，且不良反应发生率低于对照组。可得出小柴胡汤加减联合替普瑞酮在老年 CNAG 取得较好的临床效果。

林江燕<sup>[51]</sup>研究运用半夏泻心汤联合西药治疗 CNAG 寒热错杂型的疗效。对照组 48 例采用阿莫西林、克拉霉素、奥美拉唑；治疗组 48 例在对照组基础上加用半夏泻心汤（食少纳差加谷芽炒、麦芽炒各 15g；失眠不寐加磁石煅 15g（先煎）、夜交藤 15g）治疗。治疗 2 周后，对比两组临床症状、溃疡愈合情况及不良反应等，治疗组均具有明显优势。可得出联合用药治疗寒热错杂型 CNAG 效果满意，且具有不良反应小的优势，值得临床推广。

#### 2.4.2 常用中成药

- （1）胃苏颗粒：理气消胀，和胃止痛。用于治疗气滞型胃脘痛。
- （2）温胃舒胶囊：温中、散寒、行气、止痛。常用脾胃虚寒型胃痛。
- （3）健胃消食口服液：健胃消食。用于治疗脾胃虚弱型食积。
- （4）三九胃泰颗粒：清热利湿，行气和胃，活血止痛。常用气滞血瘀湿热型胃痛。
- （5）达立通颗粒：解郁疏肝，清热通利，降逆除满。常用治疗寒热错杂型痞满。
- （6）胃康胶囊：化瘀止血，理气和胃，制酸止痛。常用气滞血瘀型胃痛。

（7）荆花胃康胶丸：散寒止痛，行气和胃，清热化瘀。常用治疗寒热错杂型胃痛。

### 2.4.3 针刺疗法

杨改琴等<sup>[52]</sup>通过长期对 CNAG 针灸疗效的临床实践研究，得出针灸可以改善 CNAG 的大多数症状，并且，随着对针灸理论的深入认识和针刺技术的继续发展，针灸将更普遍运用于临床实践中。

侯云霞等<sup>[53]</sup>认为 CANG 针灸治疗方面存在诸多问题，如怎样取穴和如何组方等，遂收集、整理和归纳有关于针灸治疗 CNAG 文献资料，得出针灸治疗 CNAG 的取穴并不全无规律可循。

李璟等<sup>[54]</sup>研究运用隔物灸法治疗慢性胃炎效果，治疗组选用中脘、气海及双侧内关、足三里，行隔物灸法；对照组选取相同穴位，采取安慰灸法。经过治疗 12 次后，隔物灸组总有效率 83.9%，明显优于安慰灸组 16.1%。比较差异有统计学意义。可知隔物灸更有利于减轻 CG 患者的症状。

### 2.4.5 其他治疗

王志刚等<sup>[55]</sup>研究穴位埋线法治疗 CG，治疗组选取足三里、中脘、肝胆俞和脾胃俞透刺，进行双侧取穴埋线法，对照组为直刺足三里和平刺其余穴位。治疗 3 个月后治疗组有效率（93.90%）明显高于对照组有效率（74.68%）。证明运用穴位埋线法，治疗 CG，疗效显著。

陈学玲等<sup>[56]</sup>将中药贴敷运用于 CNAG 治疗中。采用对照组 40 例给予口服常规药物；观察组各 40 例，给予中药贴敷神阙穴。对比两组证候改善及内镜下表现，观察组均优于对照组。

王成云等<sup>[57]</sup>运用隔姜灸联合推拿整脊治疗慢 CNAG 脾胃虚弱证。对照组 26 例，给予口服雷尼替丁。治疗组 26 例采用隔姜灸足三里、中脘、梁门、气海和脾俞或胃俞（两组穴位交替）且联合推拿整脊手法。治疗 1 周后治疗组有效率（96.15%），明显优于对照组有效率（76.92%）。可得出隔姜灸联合推拿整脊法副作用小且疗效明显，可以推广用于治疗脾胃虚寒型 CNAG。

## 总结

近年来，CNAG 的发病仍呈不断上升趋势，严重危害着人们的健康。虽然西医的治疗方法已趋成熟，且被广泛应用于临床治疗，但是仍存在一些问题，如西药副作用较大，且本病易反复发作。中医药对于本病的诊断与治疗有独到之处，疗效明显，

且不良反应少,可以有效的控制本病反复发作。所以,在治疗本病的研究中,应进一步加强对于中医药临床运用的研究,努力寻找出一套更有效的治疗方法,指导临床,造福人类。

## 参考文献

- [1]李军祥,陈諝,胡玲等.慢性非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(01):1-8.
- [2]莫喜晶,韦春回,陈国忠.中医药治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效的系统评价[J].辽宁中医杂志,2013,40(05):840-846.
- [3]房静远,杜奕奇,刘文忠等.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [4]刘颖,蒋德泉,王冰.从中医体质浅谈慢性胃炎的辨证护理[J].光明中医,2016,31(20):3020-3021.
- [5]张北华,高蕊,李振华等.中医药治疗慢性胃炎的专家经验数据挖掘分析[J].中医杂志,2015,56(08):704-708.
- [6]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(04):633-637.
- [7]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.
- [8]Sipponen P, Maaroos HI. Chronic gastritis [J]. Scand J Gastroenterol, 2015, 50 (6): 657-667.
- [9]Adamu MA, Weck MN, Gao L, et al. Incidence of chronic atrophic gastritis: systematic review and meta-analysis of follow-up studies [J]. Eur J Epidemiol, 2010, 25(7): 439-148.
- [10]Marques-Silva L, Areia M, Elvas L, et al. Prevalence of gastric precancerous conditions: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2014, 26(4): 378-387.
- [11]陈凤丽,陈汉裕,邱联群.慢性胃炎不同证型与 Hp 滴度相关性研究[J].世界中西医结合杂志,2018,13(06):838-841.
- [12]Zhang S, Moise L, Moss SF. Hpylori vaccines: why we still don't have any[J]. Hum Vaccin, 2011, 7(11): 1153-1157.
- [13]Zawahir S, Czinn SJ, Nedrud JG, et al. Vaccinating against Helicobacter pylori in the developing world[J]. Gut Microbes, 2013, 4(6): 568—576.

- [14]祝焕杰, 莫红梅, 许书维, 郑学宝. 幽门螺杆菌的认识及诊疗新进展[J]. 光明中医, 2018, 33(03): 449-452.
- [15]Chung-Kai Yu, Chun-Jen Wang, Yongyu Chew, Po-Chuan Wang, Hsien-Sheng Yin, Mou-Chieh Kao. Functional characterization of *Helicobacter pylori* 26695 sedoheptulose 7-phosphate isomerase encoded by hp0857 and its association with lipopolysaccharide biosynthesis and adhesion[J]. Biochemical and Biophysical Research Communications, 2016, 477(4).
- [16]朱海山, 招杰, 苏有盛. 幽门螺杆菌感染和慢性胃炎患者胃黏膜病理变化的关系[J]. 慢性病学杂志, 2018, 19(03): 292-293.
- [17]Zhang H, Jin Z, Cui R, et al. Autoimmune metaplastic atrophic gastritis in chinese: a study of 320 patients at a large tertiary medical center[J]. Scand J Gastroenterol, 2017, 52(2): 150-456.
- [18]陈希, 李渊, 牛茜. 浅谈慢性胃炎的病因与治疗原则[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(40): 141-142.
- [19]肖志彬, 刘小雷, 成日青等.  $\beta$ -谷甾醇对阿司匹林致胃黏膜损伤副作用及其药理作用的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(01): 148-152.
- [20]程小燕, 郑昕. 慢性胃炎的中医护理及养生指导[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(12): 2924-2925.
- [21]王萍, 唐旭东. 慢性胃炎背景下胃癌前病变的疗效评价问题[J]. 现代中医临床, 2017, 24(06): 1-3.
- [22]易建勇. 奥美拉唑联合雷贝拉唑治疗慢性浅表性胃炎的有效性与安全性[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(14): 151-152.
- [23]郑琴琴, 梁丽娟. 用奥美拉唑联合替普瑞酮对老年慢性浅表性胃炎患者进行治疗的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(14): 119-120.
- [24]刁凌云, 王胜英, 皇金萍. 替普瑞酮联合复胃散治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国现代医学杂志, 2018(25): 76-79
- [25]吉静. 阿莫西林联合果胶铋治疗慢性萎缩性胃炎临床探讨[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(13): 126-127
- [26]付欣荣. 阿莫西林联合果胶铋治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果研究[J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(13): 2074-2075.
- [27]孙涛, 王倩. 复方丙谷胺西咪替丁治疗慢性非萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国医刊, 2018, 53(06): 602-605.
- [28]赵斌, 方鹏. 三联疗法治疗消化内科慢性萎缩性胃炎的效果分析[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(25): 60-61.



- [29]宋晨雪, 王昱博, 刘传贵等. 传统中药联合标准三联疗法治疗幽门螺杆菌诱发的慢性非萎缩性胃炎及其作用机制[J]. 吉林大学学报(医学版), 2016, 42(04): 789-792.
- [30]何孝明, 黄宣. 胃复春联合四联疗法治疗 H. pylori 相关性慢性非萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 世界华人消化杂志, 2017, 25(06): 521-525.
- [31]赵晶凤, 吴英, 王秀艳等. 养胃颗粒联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的疗效及对血清 GAS、ET 和 PGs 的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(08): 640-644.
- [32]温汝军, 周靖雯, 罗育鑫等. 双歧杆菌三联活菌胶囊联合莫沙必利治疗功能性消化不良的疗效及对血清胃动素水平的影响[J]. 海南医学, 2017, 28(21): 3454-3456.
- [33]王莺樱. 奥美拉唑联合多潘立酮治疗慢性浅表性胃炎的疗效[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(52): 109.
- [34]傅英莉, 姚丽丽. 复方阿嗝米特肠溶片联合多潘立酮治疗小儿功能性消化不良疗效评价[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(17): 63.
- [35]张晓慧. 莫沙必利联合阿嗝米特治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(21): 140-141.
- [36]金洁, 丁一. 氟哌噻吨美利曲辛抗抑郁焦虑治疗对慢性胃炎患者促炎和抗炎因子水平影响的研究[J]. 国际消化病杂志, 2016, 36(05): 295-298.
- [37]赵丽萍, 王峰, 杨晓丽. 氟哌噻吨美利曲辛联合替普瑞酮治疗伴有焦虑抑郁状态的慢性胃炎患者的疗效观察[J]. 内蒙古医学杂志, 2014, 46(10): 1220-1222.
- [38]吕雪幼, 叶国良, 邵永富. 黛力新联合替普瑞酮对慢性胃炎患者临床疗效及焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国现代医生, 2018, 56(02): 92-95.
- [39]石永强, 赵向阳, 王小平. 双歧杆菌三联活菌胶囊辅助治疗伴有焦虑抑郁的幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中国药房, 2017, 28(17): 2380-2383.
- [40]李孝贤, 翟玉祥, 王灿晖. 王灿晖教授治疗慢性胃炎经验[J]. 四川中医, 2016, 34(05): 14-16.
- [41]张兴桥, 宋立明, 尚志刚. 慢性浅表性胃炎临床症状调查与病因病机分析[J]. 中医临床研究, 2015, 7(07): 22-24.
- [42]杨良俊. 慢性非萎缩性胃炎证候、证素分布特点的文献研究[A]. 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 第二十九届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集[C]. 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会: 中国中西医结合学会, 2017: 5.
- [43]张惠强. 慢性胃炎中医辨证与用药规律的临床探析[D]. 南京中医药大学, 2008.
- [44]林小劲. 中医辨证治疗慢性胃炎的临床分析[J]. 大家健康(学术版), 2013, 7(14): 26.
- [45]赵莹. 段迎喜老师应用当归四逆汤在治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎患者的临床经验[J].

- 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(21): 145.
- [46]和彪, 王健. 柴胡陷胸汤治疗慢性非萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 山西中医学院学报, 2016, 17(06): 32-33.
- [47]陶平静. 夏连养胃汤治疗慢性非萎缩性胃炎寒热错杂证的临床观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2017.
- [48]郭杏斐. 化湿清热安中方治疗脾胃湿热型慢性非萎缩性胃炎的疗效观察及对水通道蛋白 3、4 的影响[D]. 河南中医学院, 2015.
- [49]李林华. 健脾清胃汤联合奥美拉唑治疗慢性浅表性胃炎 51 例[J]. 光明中医, 2018, 33(13): 1949-1951.
- [50]曾向忠. 小柴胡汤加减联合替普瑞酮治疗老年慢性浅表性胃炎 56 例[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(11): 52-53.
- [51]林江燕. 半夏泻心汤联合西药治疗寒热错杂型非萎缩性胃炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(02): 63-65.
- [52]杨改琴, 张媛, 付永民. 针灸治疗慢性胃炎研究现况分析[J]. 陕西中医, 2012, 33(06): 762-764.
- [53]侯云霞, 陈少宗. 针灸治疗慢性胃炎的取穴组方规律与经验分析[J]. 河南中医, 2013, 33(02): 300-302.
- [54]李璟, 李琪, 王硕硕等. 隔物灸法对慢性胃炎患者胃黏膜保护的临床效应研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2016, 18(03): 361-367.
- [55]王志刚, 焦炳奎, 尹学永. 穴位埋线治疗慢性胃炎的临床疗效研究[J]. 河北中医药学报, 2014, 29(02): 40-41.
- [56]陈学玲, 徐振海. 中药贴敷神阙穴治疗脾胃气虚型慢性非萎缩性胃炎 40 例[J]. 河南中医, 2016, 36(10): 1783-1784.
- [57]王成云, 丁芬. 隔姜灸+推拿整脊治疗脾胃虚寒慢性浅表性胃炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(07): 73-75.

## 附录 B

表 1 西医症状分级量化积分表

症状	分值	评分标准	积分
脘腹胀满	0 分	无	
	1 分	症状不明显，不提醒时感觉不到	
	2 分	症状较明显，但不影响生活及工作	
	3 分	症状较重，需用药控制	
反酸	0 分	无	
	1 分	症状不明显，不提醒时感觉不到	
	2 分	症状较明显，但不影响生活及工作	
	3 分	症状较重，需用药控制	
暖气	0 分	无	
	1 分	偶有暖气，每日< 4 次	
	2 分	经常暖气，每日 4~10 次	
	3 分	无频发暖气，每日>10 次	
总积分			

表 2 中医症状分级量化积分表

症状		分值	评分标准	积分
主症	胃脘痞满	0 分	无	
		2 分	症状不明显，不提醒时感觉不到	
		4 分	症状较明显，但不影响生活及工作	
		6 分	症状较重，需用药控制	
主症积分				
次症	胃脘怕冷	0 分	无	
		1 分	偶有	
		2 分	经常发生	
		3 分	有凉感其程度较重，难以忍受	

	嘈杂	0 分	无	
		1 分	偶尔	
		2 分	经常发生	
		3 分	程度较重，难以忍受	
	口干口苦	0 分	无	
		1 分	偶有	
		2 分	经常发生	
		3 分	程度较重，难以忍受	
	大便溏滞 不爽	0 分	无	
		1 分	大便粘滞不爽，排便时间<15min	
		2 分	大便粘滞不爽，排便时间 15~30min	
		3 分	大便粘滞不爽难解，排便时间>30 min	
	大便干	0 分	无	
		1 分	大便干，1 次/2-3d。	
		2 分	大便干，1 次/4-5d。	
		3 分	大便干难解，1 次/5d 以上。	
次症积分				
证候 总积分				

表 3 内镜评分表

分值	评分标准	积分
0 分	胃黏膜呈正常橘红色	
1 分	胃黏膜红斑分散或间断线状	
2 分	密集斑点或连续线状	
3 分	广泛融合	
胃镜总积分		

表 4 病理组织学评分表

分值	评分标准	积分
0 分	单个核细胞每高倍视野 $\leq 5$ 个，或数量略超而内镜下无明显异常	
1 分	慢性炎性细胞较少并局限于黏膜浅层，不超过黏膜层的1/3	
2 分	慢性炎性细胞较密集，不超过黏膜层的 2/3	
3 分	慢性炎性细胞密集，占据黏膜全层	

## 致 谢

三载光阴匆匆而逝，回首研究生的三年时光，我收获满满。

无论是理论知识水平，科研能力水平，还是临床实践水平都有了质的飞跃。这一切都离不开老师们的耐心教导和无微不至的帮助。在此，我向各位老师致以最真诚的谢意和最崇高的敬意。

首先，感谢导师王健教授对我的悉心教导。导师致力于中医临床、教学和科研工作 20 余载，临床经验颇丰。导师严谨的治学态度，高尚的人格魅力，及精湛的医术，深深地影响着我，使我获益匪浅。

在这三年的跟师学习中，导师不但传授专业知识，而且注重培养我的临床实践能力，循循善诱，从望闻问切，辨证施治，到遣方用药，我的中医临床思维能力有了显著的提升。同时，导师医者仁心的大医精神，对待病人耐心细致的态度，使我深感敬佩，更加明确了医者的责任与使命，也决心做一名像导师一样优秀的中医传承人。

同时，感谢各科室带教老师们，在轮转期间言传身教，不厌其烦地帮我解答学习过程中遇到的问题，并且教会我与病人沟通交流，熟悉病房的一般工作，为我日后走上临床工作打下了坚实的基础。

我还要感谢师姐师妹们及同学们，在学习生活中给予我的帮助和鼓励，有你们陪伴的研究生生活，充实美好，令人难忘。

## 作者简介

姓名：张鼎轩

性别：女

出生年月：1992 年 5 月

民族：汉族

籍贯：山西省平遥人

专业：中医药防治消化系统疾病的临床研究

教育背景：

2010 年至 2015 年，就读于北京中医药大学东方学院本科

2017 年至 2020 年，就读于山西中医药大学硕士研究生

发表论文：

张鼎轩, 娄鹏乐, 王健. 自拟和胃 1 号方治慢性非萎缩性胃炎得临床研究, 稿件收录于山西中医学院学报杂志 2019 年第 6 期。