

中图分类号: R256.33

学校代码: 10081

U D C:

密 级: 公开



硕 士 学 位 论 文

和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎

脾胃湿热证的临床疗效观察

论文作者: 姜玟伊

学生类别: 全日制专业型

学科专业: 中医内科学

学位类别: 中医硕士

指导教师: 李淮安 主任医师

唐山 华北理工大学

2021 年 6 月

**Linical Observation of Hezhong Qingwei Yin in
Treating Chronic Non-atrophic Gastritis with Spleen
and Stomach Damp-heat Syndrome**

Dissertation Submitted to
North China University of Science and Technology
in partial fulfillment of the requirement
for the degree of
Master of Medicine
by
Jiang Minyi
(Chinese Internal Medicine)

Supervisor: Professor Li Huaian

June, 2021

独 创 性 说 明

本人郑重声明：所呈交的论文是我个人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写的研究成果，也不包含为获得华北理工大学以外其他教育机构的学位或证书所使用过的材料。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中做了明确的说明并表示了谢意。

论文作者签名：姜玫伊 日期：2021 年 6 月 15 日

关于论文使用授权的说明

本人完全了解华北理工大学有关保留、使用学位论文的规定，即：已获学位的研究生必须按学校规定提交学位论文，学校有权保留、送交论文的复印件，允许论文被查阅和借阅；学校可以将学位论文的全部或部分内容采用影印、缩印或编入有关数据库进行公开、检索和交流。

作者和导师同意论文公开及网上交流的时间：

☒ 自授予学位之日起

☐ 自 年 月 日起

作者签名：姜玫伊

导师签名：李桂华

签字日期：2021 年 6 月 15 日

签字日期：2021 年 6 月 15 日

摘 要

目的 通过观察经验方和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者的相关疗效指标，对其临床疗效及安全性进行评价。

方法 将 60 例慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者，按随机数字表法分成治疗组、对照组各 30 例，治疗组予经验方和中清胃饮口服，对照组予雷贝拉唑钠肠溶胶囊联合枸橼酸莫沙必利分散片口服。两组疗程均为 4 周，期间停止其他相关治疗措施。治疗结束后，对两组患者的胃粘膜表现、中医证候积分、慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表积分（Patient Reported Outcome, PRO）及肝肾功能指标进行观察，用 SPSS 22.0 对以上数据进行综合分析，计量资料符合正态分布则采用 t 检验，若不符合正态分布，则采用秩和检验，等级资料采用秩和检验，计数资料样本采用卡方检验，以上均以 $P < 0.05$ 有统计学意义。依据统计结果，客观评价经验方和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证的临床疗效与安全性。

结果 1 治疗后两组胃粘膜疗效比较：治疗组有效率为 90%，对照组有效率为 80%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），和中清胃饮疗效优于西药（ $P < 0.05$ ）；2 治疗后两组中医证候疗效比较：治疗组总有效率为 90%，对照组总有效率为 76.7%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），和中清胃饮中医证候疗效显著优于西药（ $P < 0.05$ ）；治疗后两组中医证候总积分比较均有明显疗效（ $P < 0.05$ ），但和中清胃饮疗效更突出（ $P < 0.05$ ）；治疗组单项中医证候积分均有明显疗效（ $P < 0.05$ ），对照组单项中医证候积分除精神困倦外，均有明显疗效（ $P < 0.05$ ），在身体困重、口黏且苦、大便黏滞或溏滞、食少纳呆、恶心呕吐、脘腹灼热、精神困倦方面，和中清胃饮疗效优于西药（ $P < 0.05$ ），在脘腹胀满或疼痛方面，两组疗效相当；3 治疗后两组 PRO 量表积分比较：差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），和中清胃饮疗效显著优于西药（ $P < 0.05$ ）；4 治疗前后两组肝肾功能比较：差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），且血、尿、便常规、心电图均未见明显异常。均无严重不良反应及不良事件发生。

结论 经验方和中清胃饮可有效改善慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者的胃粘膜炎症、中医临床证候及生活质量，疗效明显优于雷贝拉唑和莫沙必利，且安全性较高。

图 0 幅；表 21 个；参 145 篇。

关键词：慢性非萎缩性胃炎；和中清胃饮；脾胃湿热证；临床疗效观察

分类号：R256.33

Abstract

Objectives By observing the relevant curative effect indexes of the experience prescription Hezhong Qingwei Yin in the treatment of patients with chronic non-atrophic gastritis with spleen and stomach damp-heat syndrome, to evaluate its clinical efficacy and safety.

Methods Sixty patients with chronic non-atrophic gastritis with spleen and stomach damp-heat syndrome were divided into a treatment group and a control group with 30 cases each according to a random number table. The treatment group was given the experience prescription Hezhong Qingwei Yin orally, and the control group was given rabeprazole sodium enteric-coated capsules with mosapride citrate dispersible tablets. The treatment course of the two groups was 4 weeks, during which other related treatment measures were stopped. After the treatment, the gastric mucosal manifestations, TCM syndrome scores, clinical outcome measurement scale scores (Patient Reported Outcome, PRO) and liver and kidney function indexes of patients with chronic gastrointestinal diseases were observed, and SPSS 22.0 was used to compare the above. The data is comprehensively analyzed. If the measurement data conforms to the normal distribution, the *t* test is used. If the measurement data does not conform to the normal distribution, the rank sum test is used. The rank data uses the rank sum test. The enumeration data sample uses the chi-square test. All of the above are statistically significant with $P < 0.05$. Based on the statistical results, the clinical efficacy and safety of the experience prescription Hezhong Qingwei Yin in the treatment of chronic non-atrophic gastritis with spleen and stomach damp-heat syndrome were objectively evaluated.

Results 1 Comparison of the efficacy of gastric mucosa between the two groups after treatment: the effective rate of the treatment group was 90%, and the effective rate of the control group was 80%. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). The efficacy of Hezhong Qingwei Yin was better than that of western medicine ($P < 0.05$); 2 Comparison of the efficacy of TCM syndromes between the two groups after treatment: the total effective rate of the treatment group was 90%, and the total effective rate of the control group was 76.7%, the difference was statistically significant ($P < 0.05$), the curative effect of Hezhong Qingwei Yin in TCM syndromes is significantly better than that of western medicine ($P < 0.05$); after treatment, the total score of TCM syndromes in the two groups has obvious curative effect ($P < 0.05$), but the effect of Hezhong Qingwei Yin is more prominent ($P < 0.05$); single TCM in the treatment group Syndrome scores all have obvious curative effect ($P < 0.05$). In the control group, except for mental drowsiness, all syndromes have obvious curative effect ($P < 0.05$). They are drowsy, sticky and bitter in the mouth, sticky or loose stools. In terms of stagnation, poor appetite, nausea and vomiting, abdominal burning, and mental drowsiness, Hezhong Qingwei Yin is more effective than western medicine ($P < 0.05$). In terms of abdominal distension or pain, the two groups have the same effect; 3 After two treatments comparison of PRO scale scores between the two groups: the difference was statistically significant ($P < 0.05$), and the efficacy of Hezhong Qingwei Yin was significantly better than that of western medicine ($P < 0.05$); 4 Comparison of liver and kidney function between the two groups before and after treatment: the difference was not statistically significant ($P > 0.05$), and there were no obvious abnormalities in blood, urine, stool routine, and electrocardiogram. No serious adverse reactions and adverse events occurred.

Conclusions Hezhong Qingwei Yin can effectively improve gastric mucosal

inflammation, TCM syndromes and quality of life in patients with chronic non-atrophic gastritis with spleen and stomach damp-heat syndrome. It is significantly better than rabeprazole sodium enteric-coated capsules and mosapride citrate dispersible tablets, and has higher safety.

Figure0; Table21; Reference 145

Keywords: chronic non-atrophic gastritis, hezhong qingwei yin, spleen and stomach damp-heat syndrome, clinical observation

Chinese books catalog: R256.33

目 次

引 言	1
第 1 章 临床研究	2
1.1 临床资料	2
1.1.1 研究对象	2
1.1.2 诊疗标准	2
1.1.3 纳入标准	3
1.1.4 排除标准	3
1.1.5 剔除标准	3
1.1.6 脱落标准	3
1.1.7 中止标准	3
1.2 研究方法	3
1.2.1 病例分组	4
1.2.2 治疗方案	4
1.2.3 观察指标	4
1.2.4 疗效判定标准	5
1.2.5 统计学方法	6
1.3 研究结果	6
1.3.1 一般资料的统计分析	6
1.3.2 临床疗效评价	7
1.4 讨论	13
1.4.1 立方依据	13
1.4.2 组方分析	15
1.4.3 治疗组方药分析	16
1.4.4 对照组药物分析	19
1.4.5 对研究结果的分析	20
1.5 不足与展望	21
1.5.1 研究不足	21
1.5.2 研究展望	22
1.6 小结	22
结 论	23
第 2 章 综述	24

2.1 现代医学对 CNAG 的认识与研究.....	24
2.1.1 流行病学.....	24
2.1.2 病因及发病机制.....	24
2.1.3 西医诊断及治疗.....	25
2.2 中医学对 CNAG 的认识与研究.....	28
2.2.1 病名及历史沿革.....	28
2.2.2 病因病机.....	30
2.2.3 辨证论治.....	31
2.3 小结.....	34
参考文献.....	34
附录 A 中医证候积分量表.....	45
附录 B 慢性胃肠疾病 PRO 测量量表.....	46
致 谢.....	49
在学期间研究成果.....	50

英文缩略表

英文缩写	英文全称	中文全称
CG	Chronic Gastritis	慢性胃炎
CNAG	Chronic Non-Atrophic Gastritis	慢性非萎缩性胃炎
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌
PRO	Patient Reported Outcome	患者报告临床结局
PG	Prostaglandin	前列腺素
BUN	Blood Urea Nitrogen	血尿素氮
SCr	Serum Creatinine	血肌酐
PPI	Proton Pump Inhibitors	质子泵抑制剂

引 言

慢性非萎缩性胃炎（Chronic Non-Atrophic Gastritis, CNAG），指胃粘膜未发生萎缩性改变，在消化系统疾病中多发的慢性炎症。在我国此病的发病率较高，普遍认为长期吸烟、药物损害、幽门螺旋杆菌（*Helicobacter pylori*, Hp）感染、免疫因素、理化损伤等因素是该病主要的病发原因^[1]，胃脘部不适、疼痛、恶心呕吐、食欲减退等为该病主要临床症状。此病的病情、病程较复杂，若有相关临床症状须及时给予治疗，否则延误病情有引发胃溃疡、贫血等并发症的可能^[2-3]，会极大损坏患者健康，且生活质量受到影响^[4]。西医治疗以对症为主，缓解症状与减轻胃黏膜炎症。

CNAG 属于祖国医学中“胃痛”、“嘈杂”等病证范围，中医药对本病的治疗以辨证论治为理论根基，相比于西医的治疗，有自身的优点和特色，通过运用中医治疗方法，如内治法服用汤剂，配合外治法应用针灸、艾灸、穴位埋线等疗法，获得了一定疗效^[5]。

和中清胃饮是导师将多年的临床经验进行积累、总结，基于对就诊患者诊治的综合分析，而自拟的经验方，本方思路源于祖国经典医学古籍《伤寒论》、《温病条辨》以及《霍乱论》中的半夏泻心汤、三仁汤、王氏连朴饮分别在治痞、宣畅气机、清热利湿方面的经验，针对慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证的湿热内阻、脾运失健之病机特点，以清热和中，利湿运脾为基本治则，体现了中医思维与临床实践结合的灵活性。

本研究属于临床疗效观察，采用随机分组法将病人分成治疗组（和中清胃饮）和对照组（雷贝拉唑和莫沙必利）进行观察，旨在客观的评价、分析经验方和中清胃饮在慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证治疗上的疗效及安全性，为今后该病的诊治提供新的有效的思路与方案。

第 1 章 临床研究

1.1 临床资料

1.1.1 研究对象

本研究建立在李淮安主任医师多年积累的临床经验上，病例均来自 2020 年 2 月至 2020 年 12 月河北省秦皇岛市中医医院脾胃科门诊，符合诊断标准为慢性非萎缩性胃炎，中医辨证为脾胃湿热证的患者，所有资料实时采集，病例来源可靠，且均符合纳入标准。

1.1.2 诊疗标准

1) 中医诊疗标准

参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》（2017）^[6]和《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》（2017）^[7]制定。

主症：①脘腹胀满或疼痛；②口黏且苦；③身体困重；④大便黏滞或溏滞。

次症：①食少纳呆；②恶心呕吐；③脘腹灼热；④精神困倦。

舌脉：①舌质红，苔黄腻；②脉滑或数。

证候确诊：具主症、次症各2项，或主症3项、次症1项。舌脉基本符合。

2) 西医诊疗标准

参照《中国慢性胃炎共识意见》（2017）^[8]及《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[9]制定。

（1）临床表现

多数患者无特异性表现，有症状者可有上腹部疼痛或胀满、反酸、进食减少、恶心等表现，部分患者伴有焦虑、抑郁等心理问题。

（2）内镜表现

可见黏膜散在或断续红斑、红斑鳞集或成连贯线型、红斑普遍交融。详见表 1。

表 1 内镜下胃粘膜分级

分级	内镜下胃粘膜情况
无	正常呈橘红色
轻度（I级）	胃黏膜明显变红，可见黏膜散在或断续红斑
中度（II级）	胃黏膜明显变红，红斑鳞集或成连贯线型
重度（III级）	胃黏膜明显变红，红斑普遍交融

1.1.3 纳入标准

- 1) 知情并签订知情同意书者；
- 2) 年龄在 25~60 岁，性别不限；
- 3) 符合此病的西医诊断标准；
- 4) 中医辨证为脾胃湿热证；
- 5) 就诊 2 周内未服用相关药物（如抑酸药物）；
- 6) 相关临床资料完整。

1.1.4 排除标准

- 1) Hp 阳性；
- 2) 过敏体质，易对本研究涉及的药物过敏；
- 3) 患有胃、十二指肠溃疡、胃恶性肿瘤、肠梗阻、胆囊炎等其他消化疾病；
- 4) 合并严重的神经、血液、呼吸、内分泌、心脑血管系统等严重疾病；
- 5) 患有精神障碍的患者；
- 6) 无法坚持进行本治疗方案或不配合者。

1.1.5 剔除标准

- 1) 试验中发现诊断有误，违背入组标准，或试验中自然脱落者；
- 2) 相关资料残缺，或未遵循方案要求无法判断疗效及安全；
- 3) 试验中自行口服其他相关药品，无法判断疗效；
- 4) 依从性差，未按时复诊。

1.1.6 脱落标准

- 1) 个人原因自行退出者；
- 2) 未规律服药或未定期复诊者；
- 3) 失访。

1.1.7 中止标准

- 1) 试验过程中发生严重不良反应及不良事件；
- 2) 试验期间病情加重或伴有并发症。

1.2 研究方法

1.2.1 病例分组

将符合标准的 60 例慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者进行随机分组，采用随机数字表法，从第 2 行、第 5 列开始，依次向右取 60 个随机数字，若有重复的数字，舍弃，继续取下一个，并为受试者依次标注记录，从小到大按次进行排序，并入组号对应，1~30 号的为治疗组，31~60 号则为对照组。

1.2.2 治疗方案

1) 治疗方法

(1) 一般治疗：嘱患者治疗期间避风寒，节饮食，保持心情舒畅，戒烟酒及辛辣刺激的食物。避免睡前进餐，避免饮浓茶及咖啡，在治疗期间停止其他相关治疗。

(2) 药物治疗：

治疗组：予经验方和中清胃饮口服。和中清胃饮组成：黄连9g，黄芩9g，姜半夏6g，干姜6g，杏仁12g，生薏苡仁20g，白蔻仁10g，生白术15g，炒苍术10g，厚朴9g，石菖蒲10g，淡豆豉10g，焦栀子9g，茵陈15g，炙甘草9g。免煎颗粒，日一剂，开水120ml冲调，早餐、晚餐前1小时温服。（神威药业集团有限公司生产）。

对照组：雷贝拉唑钠肠溶胶囊20mg晨起口服，每日1次（济川药业集团有限公司，产品批号：国药准字H20040916），枸橼酸莫沙必利分散片5mg餐前口服，每日3次（成都康弘药业集团股份有限公司，产品批号：国药准字H20031110）。

2) 治疗周期：两组疗程皆为 4 周。

1.2.3 观察指标

1) 安全性观察指标

- (1) 治疗前后分别检查体温、脉搏、呼吸、血压等基础体征。
- (2) 治疗前后各检查一次血、尿、便常规、肝肾功能、心电图。
- (3) 治疗过程中，观察有无不良反应，若发生此情况，立刻中止试验，进行安全评估，及时给予相应解决措施。

2) 疗效性观察指标

(1) 中医证候体征：

参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》（2017）^[6]和《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》（2017）^[7]制定。

主症：①脘腹胀满或疼痛；②口黏且苦；③身体困重；④大便黏滞或溏滞。

次症：①食少纳呆；②恶心呕吐；③脘腹灼热；④精神困倦。

舌脉：①舌质红，苔黄腻；②脉滑或数。

主症依照轻重分为4级，分别记0、2、4、6分，次症分级同上，分别记0、1、2、3分，舌脉象不计入分数，实录即可。详见表2。

表2 中医证候积分评价标准

症状	无	轻	中	重
主症				
脘腹胀满或疼痛	0	2	4	6
身体困重	0	2	4	6
口黏且苦	0	2	4	6
大便黏滞或溏滞	0	2	4	6
次症				
食少纳呆	0	1	2	3
恶心呕吐	0	1	2	3
脘腹灼热	0	1	2	3
精神困倦	0	1	2	3

（2） 内镜检查：

参照《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[8]拟定，观察内镜下胃粘膜表现，并根据胃粘膜的轻重表现进行分级，共4级。详见表1。

（3） 生活质量测评：

运用慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表（Patient Reported Outcome, PRO）对患者的生活质量进行评估，通过此方式，患者可明确感受、清楚描述自身症状与状态，是从患者角度反应疗效的重要方式，意义较大。该测评含有反流、排便异常、消化不良、心理情绪、全身症状测评、社会功能6个维度，共38个条目，每个条目又分为5个项目，依照轻重来划分，分别为1~4分，具体如下：反流测评共计32分，包括条目8，10，11（1），11（2），12（1），12（2），13（1），13（2）；排便异常测评共计36分，包括条目18（1），18（2），19（1），19（2），20，21，22，23，24；消化不良测评共计40分，包括条目4，7，9，14（1），14（2），15（1），15（2），16（1），16（2），17；心理情绪测评共计12分，包括条目26，27，28；全身症状测评共计24分，包括条目1，2，3，5，6，25；社会功能测评共计12分，包括条目29，30，31。

1.2.4 疗效判定标准

参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》（2017）^[5]和《慢性非萎缩性胃炎中

西医结合诊疗共识意见》（2017）^[6]制定。

1) 中医证候疗效判定标准

采用尼莫地平法进行计算。

公式：疗效指数 = (治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。详见表 3。

表 3 中医疗效判定标准

疗效	中医主症（体征）	疗效指数
痊愈	消失或基本消失	疗效指数 ≥ 95%
显效	明显改善	70% ≤ 疗效指数 < 95%
有效	明显好转	30% ≤ 疗效指数 < 70%
无效	无明显改善，甚或加重	疗效指数 < 30%

2) 内镜下疗效判定标准

参照《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[8]拟定，通过观察内镜下胃黏膜情况，分别计算改善等级，具体如下：

- (1) 痊愈：粘膜恢复正常；
- (2) 显效：胃粘膜等级降低 2 级；
- (3) 有效：胃粘膜等级降低 1 级；
- (4) 无效：胃粘膜等级无改善或加重。

3) 生活质量测评

运用慢性胃肠疾病 PRO 量表进行评估，共有反流、排便异常、消化不良、心理情绪、全身症状测评、社会功能 6 个维度，38 个条目，通过计算相关维度评分，来详细评估患者的生活质量。

1.2.5 统计学方法

临床疗效观察结束后汇总资料，数据输入 Excel 表，分析采用 SPSS 22.0 统计软件。计量资料先行正态性及方差齐性检验，若符合正态分布，则该样本以均数±标准差表示，采用 *t* 检验，若不符合正态分布，则样本以中位数（上下四分位数）表示，采用秩和检验；等级资料采用秩和检验；计数资料样本采用卡方检验。均以 $P < 0.05$ 有统计学意义。

1.3 研究结果

1.3.1 一般资料的统计分析

本研究共纳入符合标准的患者 60 例，均诊断为慢性非萎缩性胃炎，中医辨证为脾胃湿热证，治疗组 30 例，对照组 30 例，无剔除、脱落、中止病例。

1) 两组患者性别比较

经 Pearson χ^2 检验， $P = 0.796 > 0.05$ ，差异无统计学意义，两组患者性别具有可比性。详见表 4。

表 4 两组患者性别比较 (n = 60)

	n	男	女	χ^2	P
治疗组	30	14	16	0.067	0.796
对照组	30	15	15		

2) 两组患者年龄分布比较

经秩和检验， $P = 0.801 > 0.05$ ，差异无统计学意义，两组患者年龄具有可比性。详见表 5。

表 5 两组年龄情况比较 (n = 60)

	n	25~40 岁	40~60 岁	Z	P
治疗组	30	13	17	-0.252	0.801
对照组	30	16	14		

3) 两组患者病程分布比较

经 Pearson χ^2 检验， $P = 0.958 > 0.05$ ，差异无统计学意义，两组患者病程具有可比性。详见表 6。

表 6 两组病程情况比较 (n = 60)

	n	< 1 年	1~3 年	> 3 年	χ^2	P
治疗组	30	15	10	5	0.085	0.958
对照组	30	16	9	5		

1.3.2 临床疗效评价

1) 胃镜评价

(1) 治疗前两组胃粘膜分级比较

经秩和检验， $Z = -0.720$ ， $P = 0.471 > 0.05$ ，差异无统计学意义，两组患者胃粘膜分级具有可比性。详见表 7。

表 7 治疗前两组胃粘膜分级比较 (n = 60)

	n	轻	中	重	Z	P
治疗组	30	5	10	15	-0.720	0.471
对照组	30	6	12	12		

(2) 治疗后两组胃粘膜分级比较

治疗后两组胃粘膜分级经秩和检验, $Z = -2.459$, $P = 0.014 < 0.05$, 差异有统计学意义, 治疗组改善胃粘膜炎症优于对照组。详见表 8。

表 8 治疗后两组胃粘膜分级比较 (n = 60, %)

	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率	Z	P
治疗组	30	8	10	9	3	90%	-2.459	0.014
对照组	30	3	5	16	6	80%		

2) 中医证候积分评价

(1) 治疗前两组中医证候总积分比较

治疗前两组中医证候总积分, 不符合正态分布, 经秩和检验, $Z = -0.226$, $P = 0.821 > 0.05$, 差异无统计学意义, 具有可比性。详见表 9。

表 9 治疗前两组中医证候总积分比较

	n	治疗前	Z	P
治疗组	30	16.00(14.75~18.00)	-0.226	0.821
对照组	30	15.00(15.00~17.00)		

(2) 治疗后两组中医证候总积分比较

治疗后两组的中医证候总积分, 不符合正态分布, 经秩和检验, $Z = -4.257$, $P = 0.000 < 0.05$, 差异有统计学意义, 治疗组改善中医证候疗效优于对照组。详见表 10。

表 10 治疗后两组中医证候总积分比较

	n	治疗后	Z	P
治疗组	30	5.00 (3.00~8.00)	-4.257	0.000
对照组	30	7.50(6.00~11.00)		

(3) 两组中医证候总积分组内比较

治疗后两组中医证候总积分均较前降低, 经秩和检验, 均 $P < 0.05$, 差异有统计学意义。详见表 11。

表 11 治疗前后两组中医证候总积分组内比较

	n	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	30	16.00(14.75~18.00)	5.00(3.00~8.00)	-4.786	0.000
对照组	30	15.00(15.00~17.00)	9.50(7.75~13.25)	-4.474	0.000

(4) 治疗前中医证候单项积分比较

治疗前两组中医证候单项积分, 不符合正态分布, 经秩和检验, 均 $P > 0.05$, 差异无统计学意义, 具有可比性。详见表 12。

表 12 治疗前中医证候单项积分比较

症状	治疗组	对照组	Z	P
脘腹胀满或疼痛	4.00(4.00~6.00)	4.00(4.00~6.00)	0.000	1.000
身体困重	4.00(4.00~6.00)	4.00(4.00~4.50)	-1.000	0.921
口黏且苦	2.00(2.00~4.00)	2.00(2.00~4.00)	-0.097	0.923
大便粘滞或溏滞	2.00(0.00~2.00)	2.00(0.00~2.00)	-0.900	0.368
食少纳呆	1.00(0.75~1.00)	1.00(0.75~1.00)	-0.388	0.698
恶心呕吐	0.50(0.00~1.00)	1.00(0.00~1.00)	-1.015	0.310
脘腹灼热	1.00(0.00~2.00)	1.00(0.00~1.25)	-0.176	0.860
精神困倦	1.00(0.75~2.00)	1.00(0.75~2.00)	-0.087	0.931

(5) 治疗后中医证候单项积分比较

治疗后两组中医证候单项积分, 不符合正态分布, 经秩和检验, 身体困重、口黏且苦、大便黏滞或溏滞、食少纳呆、恶心呕吐、脘腹灼热、精神困倦积分比较, 均 $P < 0.05$, 说明以上症状治疗组疗效优于对照组, 两组在主症中脘腹胀满或疼痛的积分比较, $P = 0.097 > 0.05$, 差异无统计学意义, 疗效差异不明显。详见表 13。

表 13 治疗后中医证候单项积分比较

症状	治疗组	对照组	Z	P
脘腹胀满或疼痛	2.00(0.00~2.00)	2.00(2.00~4.00)	-1.660	0.097
身体困重	2.00(0.00~2.00)	2.00(2.00~4.00)	-2.527	0.011
口黏且苦	0.00(0.00~2.00)	2.00(0.00~2.00)	-2.763	0.006

表 13 (续)

症状	治疗组	对照组	Z	P
大便黏滞或溏滞	0.00(0.00~0.00)	0.00(0.00~2.00)	-1.989	0.047
食少纳呆	0.00(0.00~0.25)	1.00(0.00~1.00)	-2.520	0.012
恶心呕吐	0.00(0.00~0.00)	0.00(0.00~1.00)	-3.494	0.000
脘腹灼热	0.00(0.00~0.00)	0.00(0.00~1.00)	-2.354	0.019
精神困倦	0.50(0.00~1.00)	1.00(0.75~1.00)	-2.519	0.012

(6) 治疗组中医证候单项积分组内比较

治疗组治疗前后中医证候单项积分均不符合正态分布，经秩和检验，均 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。详见表 14。

表 14 治疗组中医证候单项积分组内比较

症状	治疗前	治疗后	Z	P
脘腹胀满或疼痛	4.00(4.00~6.00)	2.00(0.00~2.00)	-4.585	0.000
身体困重	4.00(4.00~6.00)	2.00(0.00~2.00)	-4.691	0.000
口黏且苦	2.00(2.00~4.00)	0.00(0.00~2.00)	-4.290	0.000
大便黏滞或溏滞	2.00(0.00~2.00)	0.00(0.00~0.00)	-3.578	0.000
食少纳呆	1.00(0.75~1.00)	0.00(0.00~0.25)	-4.264	0.000
恶心呕吐	0.50(0.00~1.00)	0.00(0.00~0.00)	-3.557	0.000
脘腹灼热	1.00(0.00~2.00)	0.00(0.00~0.00)	-4.291	0.000
精神困倦	1.00(0.75~2.00)	0.50(0.00~1.00)	-3.945	0.000

(7) 对照组中医证候单项积分组内比较

对照组治疗前后中医证候单项积分不符合正态分布，经秩和检验，主症及次症中的食少纳呆、恶心呕吐、脘腹灼热积分比较，均 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，次症中精神困倦积分比较， $P = 0.059 > 0.05$ ，差异无统计学意义，说明对照组治疗精神困倦疗效不显著。详见表 15。

表 15 对照组中医证候单项积分组内比较

症状	治疗前	治疗后	Z	P
脘腹胀满或疼痛	4.00(4.00~6.00)	2.00(2.00~4.00)	-4.420	0.000
身体困重	4.00(4.00~4.50)	2.00(2.00~4.00)	-4.400	0.000

表 15 (续)

症状	治疗前	治疗后	Z	P
口黏且苦	2.00(2.00~4.00)	2.00(0.00~2.00)	-3.051	0.002
大便黏滞或溏滞	2.00(0.00~2.00)	0.00(0.00~2.00)	-2.333	0.020
食少纳呆	1.00(0.75~1.00)	1.00(0.00~1.00)	-2.887	0.004
恶心呕吐	1.00(0.00~1.00)	0.00(0.00~1.00)	-2.271	0.023
脘腹灼热	1.00(0.00~1.25)	0.00(0.00~1.00)	-3.606	0.000
精神困倦	1.00(0.75~2.00)	1.00(0.75~1.00)	-1.890	0.059

3) 两组中医证候疗效比较

经治疗 4 周后, 两组疗效比较经秩和检验, $Z = -2.635$, $P = 0.008 < 0.05$, 差异有统计学意义, 治疗组疗效优于对照组。详见表 16。

表 16 两组中医证候疗效比较 (n = 60, %)

分组	痊愈	显效	有效	无效	有效率	Z	P
治疗组	4	10	13	3	90%	-2.635	0.008
对照组	0	5	18	7	76.7%		

4) 生活质量评价

(1) 治疗前慢性胃肠疾病 PRO 量表积分比较

治疗前两组患者慢性胃肠疾病 PRO 积分, 均不符合正态分布, 经秩和检验, 均 $P > 0.05$, 差异无统计学意义, 具有可比性。详见表 17。

表 17 治疗前两组患者 PRO 积分比较

	治疗组	对照组	Z	P
全身症状测评	10.00(9.00~12.00)	10.00(9.00~10.00)	-0.822	0.411
消化不良	18.00(18.00~20.00)	18.50(18.00~19.00)	-0.179	0.858
排便异常	11.00(10.00~12.00)	10.00(10.00~11.00)	-1.004	0.315
反流	12.00(12.00~14.25)	12.00(12.00~13.50)	-0.351	0.725
心理情绪	5.00(5.00~6.00)	5.00(5.00~6.00)	-0.265	0.791
社会功能	4.00(3.00~5.00)	4.00(3.00~4.00)	-0.523	0.601
总分	61.50(57.00~66.00)	60.00(58.00~63.00)	-0.364	0.716

(2) 治疗后慢性胃肠疾病 PRO 量表积分比较

治疗后两组患者慢性胃肠疾病 PRO 积分，均不符合正态分布，经秩和检验，均 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，治疗组疗效优于对照组。详见表 18。

表 18 治疗后两组患者 PRO 积分比较

	治疗组	对照组	Z	P
全身症状测评	3.00(1.00~3.25)	6.00(5.00~8.00)	-6.719	0.000
消化不良	4.00(2.00~5.00)	8.00(6.75~10.75)	-6.463	0.000
排便异常	2.00(1.75~3.00)	6.00(5.00~8.00)	-6.754	0.000
反流	2.00(1.00~3.00)	6.00(5.00~8.25)	-6.706	0.000
心理情绪	1.00(1.00~1.00)	3.00(3.00~4.00)	-6.886	0.000
社会功能	1.00(0.00~1.00)	2.00(1.00~3.00)	-5.944	0.000
总分	13.50(7.75~15.00)	32.00(28.00~41.25)	-6.663	0.000

(3) 治疗组慢性胃肠疾病 PRO 量表积分组内比较

治疗组治疗前后 PRO 积分，均不符合正态分布，经秩和检验，均 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，治疗组改善生活质量疗效明显。详见表 19。

表 19 治疗组慢性胃肠疾病 PRO 量表积分比较

	治疗前	治疗后	Z	P
全身症状测评	10.00(9.00~12.00)	3.00(1.00~3.25)	-4.794	0.000
消化不良	18.00(18.00~20.00)	4.00(2.00~5.00)	-4.801	0.000
排便异常	11.00(10.00~12.00)	2.00(1.75~3.00)	-4.809	0.000
反流	12.00(12.00~14.25)	2.00(1.00~3.00)	-4.800	0.000
心理情绪	5.00(5.00~6.00)	1.00(1.00~1.00)	-4.915	0.000
社会功能	4.00(3.00~5.00)	1.00(0.00~1.00)	-4.831	0.000
总分	61.50(57.00~66.00)	13.50(7.75~15.00)	-4.788	0.000

(4) 对照组慢性胃肠疾病 PRO 量表积分组内比较

对照组治疗前后 PRO 积分，均不符合正态分布，经秩和检验，均 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，对照组改善生活质量疗效明显。详见表 20。

表 20 对照组慢性胃肠疾病 PRO 量表积分比较

	治疗前	治疗后	Z	P
全身症状测评	10.00(9.00~10.00)	6.00(5.00~8.00)	-4.821	0.000
消化不良	18.50(18.00~19.00)	8.00(6.75~10.75)	-4.790	0.000

表 20 (续)

	治疗前	治疗后	Z	P
排便异常	10.00(10.00~11.00)	6.00(5.00~8.00)	-4.800	0.000
反流	12.00(12.00~13.50)	6.00(5.00~8.25)	-4.803	0.000
心理情绪	5.00(5.00~6.00)	3.00(3.00~4.00)	-4.709	0.000
社会功能	4.00(3.00~4.00)	2.00(1.00~3.00)	-4.765	0.000
总分	60.00(58.00~63.00)	32.00(28.00~41.25)	-4.787	0.000

5) 安全性评价

治疗结束后, 两组治疗前后的肝肾功能指标比较, 均 $P > 0.05$, 差异无统计学意义, 两组治疗前后均对肝肾功能无损害, 安全性高。详见表 21。

表 21 两组治疗前后肝肾功能比较

	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ALT/(U/L)	20.90±2.86	22.57±1.76 ^{▲▼}	21.07±2.92	23.13±2.36 [▲]
AST/(U/L)	23.67±1.79	25.20±1.50 ^{▲▼}	24.97±2.10	25.83±1.74 [▲]
BUN/(mmol/L)	4.80±0.37	4.83±0.38 ^{▲▼}	4.81±0.34	4.90±0.33 [▲]
SCr/(umol/L)	60.33±2.61	60.70±1.78 ^{▲▼}	60.77±2.10	60.50±2.66 [▲]

注: [▲]与治疗前比较, $P > 0.05$, [▼]与对照组比较, $P > 0.05$

1.4 讨论

1.4.1 立方依据

慢性非萎缩性胃炎病情复杂, 病程偏长, 且病因及发病机制尚未明确, 现阶段西医治疗以对症为主, 由于此病症状无特异性, 故容易被忽视。其治疗主要包括抑酸、保护胃粘膜、促消化、根除 Hp 感染、促胃肠动力等, 其中质子泵抑制剂 (Proton Pump Inhibitors, PPI) 和保护胃粘膜药物使用较多^[10], 同时 Hp 感染者大部分需要进行根除感染治疗^[11], 李焕杰等研究表明, 雷贝拉唑和奥美拉唑联合抗生素治疗慢性胃炎的不良反应率分别为 9.09%和 15.15%, 主要表现为头痛、胃肠不适、肝功转氨酶增高、乏力等^[12]。余莹等指出艾司奥美拉唑联合铋剂、抗生素治疗慢性胃炎, 不良反应率为 6.7%, 主要不适症状为: 头晕、头痛、皮疹、腹泻等^[13], 并且西药口服治疗存在程度不同的副作用^[14], 相关研究指出, 长期服用 PPI 类药物可增加心血管疾病风险^[15]。

相对于西医治疗，祖国医学在治疗慢性非萎缩性胃炎方面有着明显优势^[16-18]，纵观中医经典古籍与历史沿革，中医对此病有了明确的病因、病机分析、辨证分型与治则，且治法良多，口服汤剂可随症加减，灵活性强，针灸、穴位注射、贴敷、埋线及耳穴等外治疗法则以经络理论为本，通过刺激腧穴达到治疗目的，且安全性高。

脾者，位于中焦，主运化，同时胃腑的受纳、腐熟，与脾之运化相配合，将水谷化为精微物质，《内经》有云：“饮入于胃……上输于脾……上归于肺”，饮食食物经脾脏吸收、消化、布散，化成营养物质经脾传输到各个脏腑，充养并支持着人体的生理活动，即“脾主为胃行其津液也”。胃为六腑之海，与脾通过膜连接，经脉络属互为表里，脾之气宜升，以上升为顺，胃之气宜降，以下降为和，若脾之清气不升反降，胃之浊气居于上而不下行，则会影响整个消化系统的正常运转，引发腹胀满不适、泄泻等。《脾胃论》阐述了脾升胃降原理：饮食物经咀嚼进入胃后，进行初步的腐熟，营养物质通过脾运输到脏腑及周身，进行滋养的作用，此时胃气保持下行，以保障饮食物的正常传化，使它们下行到小肠，继续进行吸收与传化，最终于大肠腑中，形成糟粕，排出体外。纳运相成是指胃“游溢精气”与脾“为胃行其津液”一纳一运的结合，及胃的生理功能与脾的生理功能相配合，共同的进行对食物的消化、吸收，以确保人体机能的正常运转，若胃的受纳失常，会干扰脾的运化升清，导致腹胀满不适等症，反之，脾的功能异常影响胃的受纳和降，导致胃脘胀痛，故在治疗上，一定要注重调理两者的气机，以保证受纳与运化的正常运行。

《黄帝内经·素问》有言，脾之特性使其更易感受湿邪；《素问·奇病论》则提出过食肥甘引发脾胃湿热的理论；刘完素·《宣明方论》提出了湿热转化之病机：如果有热邪的阻碍，那么水液在体内就不能正常的运行，造成它的异常停滞，由此日久形成了湿，反过来讲，湿停聚在体内，时间长久则又生热，对此刘完素又提出用药原则：性寒，味辛、苦的药物“除湿热怫”。清·叶桂指出，湿热也可由于人体感受了外来湿气，继而进一步引发人体内已有的湿气，与之结合而形成，并易侵犯脾胃，在辨证时舌诊占有重要地位，并提出治疗上先以去除湿气为主，随后清除热邪，遵循两者分解、调畅气机的治则。

现代共识指出，由于脾胃失常，湿热郁蒸，如果只应用寒凉的药物来达到清热目的，那么不仅对湿邪无作用，甚至会进一步伤害脾胃功能，如果只用温燥的方法，虽然对湿邪有效果，但反而对热邪有助长的缺陷，所以在治疗上，应当两种治法统一，同时对热邪和湿邪发挥正确的疗效^[19]。

现如今社会，人们嗜食肥甘，缺乏日常运动，久之造成体内湿热，尤其阻碍中焦气机，日久形成本病。面对湿热实邪阻滞与脾胃正常生理功能减退的实、虚相参的病理情况，治以清热和中，利湿运脾。

1.4.2 组方分析

和中清胃饮为导师自拟方，由半夏泻心汤、三仁汤、王氏连朴饮三方合用加增减裁而来。

1) 半夏泻心汤，来源于《伤寒论》，成无己认为此方“攻痞”、“泻心下之邪”，可见此方主治脾胃湿热壅遏之“心下痞”。柯韵伯在《伤寒附翼》中指出，“痞”的主要病机为“寒热互结”，故黄连和干姜两味药物“大寒大热……为之两解”，“痞”可表现为呕啰，方中以半夏止呕，并且运用黄芩助黄连以泻心火。导师将原方中的半夏易为姜半夏，是针对本病证中的呕吐一症而言，去除原方的人参，补加白术、苍术两味药物，增强了此方的健脾之效。

王惠英等指出，半夏泻心汤可广泛运用于消化疾病^[20]。陈有明将 170 例慢性胃炎（Chronic Gastritis, CG）和消化性溃疡（Peptic Ulcer, PU）患者随机分成半夏泻心汤组 90 例，常规西药组 80 例，治疗 4 周后观察两组疗效，得出结论：半夏泻心汤在 CG、PU 治疗上效果良好，可有效改善临床不适症状，抑制 Hp 感染，在一定程度上可减低癌变风险^[21]。刘静等指出，此方治疗慢性萎缩性胃炎（Chronic Atrophic Gastritis, CAG）疗效优于口服西药治疗^[22]。张亮等对半夏泻心汤治疗痞满的疗效进行 Meta 分析，得出结论：此方疗效更为突出^[23]。有研究表明此方可有效改善慢性胃炎的不适感，修复胃粘膜^[24]。

2) 三仁汤来源于《温病条辨》，原文指出，湿邪具有不易被消除的粘腻之特性，故不能像寒邪侵犯肌表时运用汗法而能治愈，也无法像热病使用寒凉之剂而退，“故难速矣”，并指出三仁汤宣畅上焦之肺气，有宣通气机之阻滞，清湿热之功效。湿邪易阻三焦气机，病证繁而复杂，用温燥之药，则助热化燥，苦寒之药则易伤脾胃，故以芳香化湿为主，以杏仁、白蔻仁、薏苡仁为君药，分别作用于上、中、下三焦，秦伯未指出，此方为治疗湿温病的普遍之选。导师选用此方，主要侧重于“三仁”的主治功效，从三焦入手调理本病症。现三仁汤在临床应用广泛，针对湿热阻滞之病机取得了较好疗效^[25]。

邵平认为，治疗功能性胃肠病脾胃湿热证，三仁汤的效果显著^[26]。黄素洁认为，三仁汤加减可有效缓解慢性胃炎不适症状，促进黏膜修复^[27]。张肖瑾等认为，此方治疗儿童厌食症疗效突出，安全性高^[28]。黄晨等将 80 例脾胃湿热型 CAG 患者

分为兰索拉唑组 40 例，兰索拉唑和三仁汤组 40 例，治疗 1 月后，两组的有效率分别为 72.5%和 85.0%，说明兰索拉唑和三仁汤更能有效的改善胃粘膜炎症和临床症状，疗效更为突出^[29]。相关研究表明，三仁汤可保护胃肠黏膜^[30]。

3) 连朴饮源自《霍乱论》，《重订广温热论》指出，若有腹部胀痛并且伴有痞满不适，呕吐时作且伴有饮食不纳，自觉口渴而饮水量反而较少等症，则为湿与热一同郁蒸于脾脏。导师选取本方首先侧重于厚朴燥湿、除满之效，其次为栀子、香豉除郁热之功，以及原方中石菖蒲的悦脾良效。

陈庆敏将 160 例脾胃湿热型 CG 患者分为西药组 80 例，加味连朴饮组 80 例，疗程结束后，两组有效率分别为 77.5%和 90.0%，说明加味连朴饮治疗脾胃湿热型 CG 有着明确疗效^[31]，冯群虎等指出，加味连朴饮与三联疗法同用，可有效治疗湿热中阻型消化性溃疡^[32]，翟艳丽等研究了 60 例湿热中阻型功能性消化不良的患者，分别予多潘立酮和加味连朴饮治疗，得出结论：连朴饮治疗湿热中阻型功能性胃肠病疗效突出^[33]。田光芳等认为王氏连朴饮加减联合四联疗法能够提升幽门螺旋杆菌（Hp）根除率^[34]。章美琼认为连朴饮可有效治疗胆汁反流性胃炎^[35]。

1.4.3 治疗组方药分析

和中清胃饮由半夏泻心汤（《伤寒论》）、三仁汤（《温病条辨》）以及王氏连朴饮（《霍乱论》）加减化裁而来，半夏泻心汤为古代治痞之专方；三仁汤具有宣通气机之阻滞，清热化湿之功；王氏连朴饮有燥湿清热之良效。三方加减化裁治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证，从清热和中，利湿运脾入手，以清中焦脾胃之湿热为主，兼以调畅气机、运脾和胃，针对脘腹痞满或疼痛，脘腹灼热，食少纳呆等症，乃古方今用。

和中清胃饮组成：黄连 9g，黄芩 9g，姜半夏 6g，干姜 6g，杏仁 12g，生薏苡仁 20g，白蔻仁 10g，生白术 15g，炒苍术 10g，厚朴 9g，石菖蒲 10g，淡豆豉 10g，焦栀子 9g，茵陈 15g，炙甘草 9g。

黄连，又名川连，善于清泄中焦脾胃之湿热，《名医别录》指出，此药有“调胃，厚肠”之效，徐灵胎认为，黄连此味药可有效治疗湿与热相参而导致的病症，在祛除湿邪时，自身的至寒之性可兼顾清热，且此药在清热邪时，极苦之味又可以燥化湿邪，可谓两全其美，《本草备要》中记载，此药“燥湿开郁……浓肠胃”，《本草正义》指出，此药为极苦极寒之品，对于任何湿热邪气，均有清泄作用，比如湿热导致的双眼红而肿痛，湿热作乱引发的呕哕，湿热阻于腹部而致使的疼痛，皆由于黄连的清热燥湿之功，若血热之病不夹湿邪，则黄连不可通治。

黄芩，又名枯芩，陶弘景评价此药，可用来清泄胃中之积热，并且对腹痛有良好的治疗作用，《本草图经》有载，仲景在治疗心下痞时，各用方中均有黄芩这味药，因其可“主诸热，利小肠”，徐灵胎认为，此药“主诸热……大肠经中之郁热……大肠腑中之郁热……为大肠之药……除肠胃诸热”，《本草正义》言其通治湿热，常与黄连相伍，可彻上彻下，在内可达脏腑，在外可至皮毛，凡湿聚热结病，皆可治之。

半夏，功专燥湿浊而化痰饮，脏腑湿痰尤以脾胃痰湿为佳，味辛而散结，可除痰热互阻之心下痞满，《药性论》指出此药有“消痰涎……止呕吐”的功效，成无己指出此药“散逆气，除烦呕”，痰浊中阻，有碍脾胃气机之畅达，徐灵胎对此指出：“寒热之在肺胃……心下坚……开肺降逆……气降则通和，故能愈诸疾”，本方中采用姜半夏，《药性论》认为生姜可“止呕吐不下食”，半夏姜制，增加其化痰、止呕之效，并解半夏之毒，针对本病的恶心、呕吐的不适症状有良好效果。

干姜，有暖脾胃的重要功效，《药性论》言此药“主温中……消胀满”，干姜亦可温肺而化痰饮，《神农本草经百种录》有记载，干姜可“治寒邪之在肠胃者”，王好古评价干姜“主心下寒痞”，经过炮制后可“温脾燥胃”，李东垣指出，干姜此等药物，生用时可以祛除在表之寒邪，经炮制后，可以逐胃腑中的寒气，并指出多用干姜恐怕有耗散元气之虞，所以常常搭配生甘草，借用其和缓的特性来改善。

杏仁，味苦而具苦降之性，降中兼宣，故肺上逆之气可降，肺壅闭之气也可宣发，《神农本草经》云：“主咳逆上气雷鸣”，《药性论》记载，此药可治“心腹烦闷”，李时珍认为此药“能散能降”，故外可解表、散风邪，内可降气、润燥、消积。此外，杏仁对肺气具有重要的宣发作用，清解湿热的汤剂中也常用此药，如《温病条辨》中的三仁汤便以杏仁为君药，使上焦气行而化湿。

薏苡仁，可淡渗甘补，有健脾之效，可治脾虚湿盛之水肿、泄泻，李时珍认为此药可以“健脾、益胃”，陈士铎指出，薏苡仁“最能利水”，因其不损真阴，下焦湿盛者尤宜，根据病之程度，衡量剂量的多少，不伤阴阳，而湿邪易去，《本草述》有载，薏苡仁有除湿之效，不像白术、苍术有助燥之虞，清热不似黄芩、黄连量多易损阴，益气而无参辈助湿热之弊，《神农本草经百种录》指出此药：“专除阳明之湿热……补益胃气……通降湿热使下行”。

白蔻仁，入肺可宣化上焦湿邪，入脾胃而化中焦湿阻，并能温胃止呕，《本草经疏》云：白豆蔻“主消谷……主下气”，黄宫绣认为，此药的药效广泛，能够作用于三焦，《本草求原》指出此药能“和寒热之气，理脾胃元气”，《本草通玄》阐述了其炮制及煎煮方式：经火炒会减低功效，其余药物煎好时，趁着沸点服用。

白术，有益气健脾的重要疗效，陶弘景指出，此药可以“除心下急满”，倪朱谟认为，此药“消食除痞……胃虚不运，脾虚蕴湿……治之”，《本草求真》对白术为何补脾作出了解释：“脾苦湿……苦以燥之，脾欲缓……甘以缓之”，“水湿诸邪，脾健而自除”，“补脾阳……补不腻滞”，张锡纯评价此药“具土德之全”，于肺、肾、心、肝皆有补益之效。

苍术，燥湿之力尤强，善于治湿浊中阻证。李杲评价此药“使邪气不传入脾”，为治萎之要药，《素问病机保命集》记载以茅术配伍芍药、黄芩治疗太阴脾经湿阻之身困重无力，不欲饮食，水谷不化，朱丹溪认为，此药“治湿，上、中、下皆有可用……为足阳明经药，……疏泄阳明之湿”，提出“六郁”病在中焦，苍术可解诸郁，《药品化义》指出了苍术在三焦不同的功效、用法：上焦蕴湿，茅术治以燥湿化痰，中焦湿阻则易泻，苍术有燥湿、健脾、化湿浊之功，“湿在下焦，足膝萎软”，伍黄柏同治，可有效缓解，《本草正义》载苍术“燥湿而宣化痰饮……湿困脾阳……非茅术不能开泄”。

厚朴，既可燥湿，也有着除满的功效，《金匱要略》中厚朴三物汤则运用厚朴下气除满的功效治疗腹满痛之积滞便秘，陶弘景指出，此药“温中益气”，朱丹溪评价其“温而能散消胃中之实”，此药入肺经，可除肺中湿痰，如苏子降气汤方，厚朴与半夏、陈皮、苏子等配伍，治疗痰浊蕴肺而喘咳。

石菖蒲，有化湿、开胃、醒脾之效，徐灵胎认为此药“能不为湿滞痰涎所阻”，石菖蒲的化湿开胃之效，伍黄连、厚朴等可治疗湿热内蕴之胸脘痞闷、身热、吐利，如《霍乱论》中所载连朴饮，此外，本药物归心经，有开心窍之功，张山雷评价此药芳香开窍，可疏通“停痰积饮，湿浊蒙蔽”。

淡豆豉，《伤寒论》记载，邪热郁在胸膈，淡豆豉与栀子相伍可宣热、除烦，《本草汇言》指出，此药对于郁热有着良好的宣发作用，《本草经疏》有载，此药“能治烦躁满闷”，李时珍评价此药，可“下气、调中”，《珍珠囊》记载此药可“去心中懊恼”，且此药并不局限于外感病，“烦者阳盛，躁者阴逆”，“上盛不受阴滋，下逆不受阳降”。

栀子，清三焦火热之邪，清利下焦湿热，配伍其他利湿、退黄药物可治疗湿热黄疸，如茵陈蒿汤方，《神农本草经》有载，此药“主胃中热气”，陶弘景评价此药，可以“疗大小肠大热……胃中热气”，朱震亨评价此药“清胃脘血”，“大能降火，从小便泄”，“以山栀子为热药之向导”，周岩指出，此药“入胃涤热下行”，徐灵胎认为：“栀子正黄……为阳明之药，其气清虚……不如大肠而入胃”，说明此药善于除胃热。

茵陈，善清中焦湿热，为治黄疸要药，陶弘景认为，此药善疗“通身发黄”，《珍珠囊》言，此药“治腹中气不转运，和胃气”，《本草正》载，茵陈“利湿逐热”，可见茵陈的利湿清热作用显著，《医林纂要》对此亦有阐述：“燥脾湿，去郁，解热”，缪希雍指出，此药善于“除湿散热结”。

甘草，味甘故有补虚之功，尤能补中焦脾胃之虚，《和剂局方》中所载，四君子汤即甘草伍术、参、苓共成补脾益气之剂，《名医别录》指出，此药对于药毒有不错的解毒效果，甄权评价此药，对人体五脏皆有补益之效；本品入心经，亦可补心气；此药亦入肺经，有止咳、祛痰之效，此外，本品调和百药，有“国老”之美名。关于甘草生用、炙用疗效有异，本方中采用炙甘草，取其补益脾胃之效。

综上，和中清胃饮由黄连、黄芩、姜半夏、干姜、杏仁、生薏苡仁、白蔻仁、生白术、炒苍术、厚朴、石菖蒲、淡豆豉、焦栀子、茵陈、炙甘草共 15 味药物组成，方中黄连清热燥湿，清中焦之湿热，并除胃中积热，白蔻仁芳香畅中，可理中焦之气，厚朴燥湿除满，此三味药物针对脘腹胀满或疼痛、口黏且苦、脘腹灼热等症，共奏清热、畅中、燥湿、除满之效，共为君药；黄芩与君药黄连相须为用，助其清中焦脾胃之湿热，姜半夏可化痰、止呕，并有燥湿之效，干姜的温中之性，可防止芩、连过于苦寒而碍胃，且与芩、连相伍，体现了“以温药和之”之义，杏仁对肺气有宣发之功，生薏苡仁淡渗，引湿邪从下而解，杏仁、薏苡仁与白蔻仁相伍可分别调理上、中、下三焦之气机，以上“三仁”通过从三焦气机入手而有着宣发湿热之殊功，湿热郁久恐伤脾气，故酌加生白术、炒苍术以健脾，脾气健旺则不易生湿，以上诸药，皆为臣药，石菖蒲化湿、醒脾、开胃，助白蔻仁畅中醒脾，茵陈助黄芩清利中焦湿热，并与薏苡仁相伍，可共同引湿邪从下而解，焦栀子可清胃热，针对脘腹灼热一症，配伍淡豆豉，以宣发郁热，以上皆为佐药，炙甘草补中，并调和本方药物，为佐使。本方通过君、臣、佐、使的组方思维指导，以及理法方药证治统一，针对中焦脾胃湿热之证，共奏有清热和中，利湿运脾之效。

1.4.4 对照组药物分析

对照组选择雷贝拉唑钠肠溶胶囊和枸橼酸莫沙必利分散片联合使用。

PPI 类药物可有效减轻胃粘膜炎症，共识指出，慢性胃炎以上腹部疼痛不适为主症者，可选用 PPI 制剂^[7-8]，此类药物治疗慢性胃炎，其原理是抑制胃酸分泌^[36]，并且在此方面优于 H₂ 受体拮抗剂（H₂ Receptor Antagonist, H₂RA）^[37]。雷贝拉唑为 2 代 PPI 制剂，具有结合部位靶点多，起效快，制酸效果强，小肠吸收迅速等优点^[38]，且代谢产物由尿液排泄，可明显改善胃肠蠕动，增加对胃粘膜保护，与同

类药比较,此药生物利用度高,效果更加显著,研究指出,口服雷贝拉唑最佳抑酸剂量为每天 20mg,而 5mg 与 10mg 对胃酸分泌有明显抑制作用^[39]。

促胃肠动力药物能够促进胃肠道的蠕动,改善消化不良症状,有共识指出,慢性胃炎患者若伴有腹胀、恶心、呕吐等不适症状,可选用此类药物^[7]。莫沙必利属于选择性 5-HT₄ 受体激动剂,作为第四代的促胃肠动力药物,可以起到兴奋 5-HT₄ 受体的作用,从而间接性促进乙酰胆碱释放,增强胃肠生理蠕动,并能协调胃与十二指肠之间的运动,可作用于胃肠道,促进胃肠的排空,目前在临床上应用最为广泛^[40]。

雷贝拉唑联合莫沙必利片,可有效的抑制胃酸,保护胃粘膜,促进黏膜炎症的恢复,改善腹胀、恶心、呕吐等消化不良症状。

1.4.5 对研究结果的分析

1) 一般资料

经统计学处理示,两组在性别、年龄、病程方面的比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2) 胃镜评价

治疗前两组胃粘膜分级比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

治疗后两组内镜下胃粘膜情况比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明经验方和中清胃饮在改善胃粘膜炎症方面的疗效优于雷贝拉唑和莫沙必利。

3) 中医证候疗效比较

治疗前两组患者中医证候总积分以及单项积分,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

治疗后两组患者中医证候总积分,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明在改善中医症状方面,经验方和中清胃饮疗效优于雷贝拉唑和莫沙必利。治疗后两组中医证候单项积分比较,主症中身体困重、口黏且苦、大便黏滞或溏滞以及次症积分比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明以上症状,和中清胃饮疗效优于雷贝拉唑和莫沙必利,而主症中脘腹胀满或疼痛积分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),说明经验方和中清胃饮与雷贝拉唑和莫沙必利治疗脘腹胀满或疼痛症状的疗效相当。

治疗组治疗前后的中医证候总积分与单项积分比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明和中清胃饮改善中医证候疗效显著。

对照组治疗前后的中医证候总积分比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说

明对照组改善中医证候疗效明显，对照组治疗前后中医证候单项积分比较，主症以及次症中食少纳呆、恶心呕吐、脘腹灼热的积分比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），对照组改善以上症状有明显疗效，而精神困倦的积分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），对照组改善精神困倦方面疗效不明显。

4) 中医证候疗效比较

经治疗 4 周后，两组中医证候疗效比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明经验方和中清胃饮在改善中医证候疗效上优于雷贝拉唑和莫沙必利。

5) 生活质量评价

治疗前两组 PRO 积分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

两组 PRO 积分较治疗前均减少，且治疗组优于对照组（ $P < 0.05$ ），说明经验方和中清胃饮在治疗 CNAG 上可明显改善患者的生存质量，这可能与和中清胃饮中黄芩、黄连清湿热而治本，“三仁”调理三焦气机，厚朴除满消除腹胀的不适症状，生白术、炒苍术改善中焦运化等相关，减轻了症状不适感，从而改善了生活质量。

治疗组治疗前后 PRO 积分，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明经验方和中清胃饮改善 PRO 各项症状疗效明显。

对照组治疗前后 PRO 积分，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明雷贝拉唑+莫沙必利改善 PRO 各项症状疗效明显。

6) 安全性评价

本次研究中，未发生不良反应及不良事件，且治疗前后肝肾功能无异常，说明和中清胃饮与雷贝拉唑和莫沙必利均具备安全性。

和中清胃饮作为自拟的经验方，可有效改善胃粘膜炎症、缓解消化方面的不适症状、提高生活质量，且对肝肾功能无损害，具有安全性。

1.5 不足与展望

1.5.1 研究不足

本研究为初步探索研究，仅在秦皇岛市中医医院脾胃科门诊进行，样本来源较为局限，且治疗组与对照组共 60 例，样本量较小，考虑到患者经济条件、依从性等方面的问题，本项研究只进行了电子内镜检查，未进一步取胃黏膜病理进行研究，可能对和中清胃饮的疗效判定有一些影响，而且治疗结束后对两组患者立即复查了相关疗效判定指标，缺少对治疗后复发情况的调查与了解。

1.5.2 研究展望

在日后研究中，对和中清胃饮的疗效评判，采用完全双盲、随机、对照研究，扩大样本量以及地域范围，更确切、更全面、更客观的对和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证的疗效进行分析，并增加治疗后的随访时间，了解复发情况。且对此项研究增加动物实验，以便更深层次的阐明经验方和中清胃饮的药物机理。

1.6 小结

本研究是对经验方和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证疗效的初步探索，通过比较治疗组（和中清胃饮）和对照组（雷贝拉唑和莫沙必利）治疗前后的内镜下胃粘膜表现、中医证候积分及慢性胃肠疾病 PRO 量表评分，来评价和中清胃饮的疗效。总结如下：

1) 根据治疗后两组内镜下胃粘膜炎症改善情况得知，和中清胃饮改善慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者的胃粘膜疗效优于雷贝拉唑和莫沙必利。

2) 根据治疗后两组中医证候总积分、中医症状单项积分、中医证候疗效情况得知，和中清胃饮改善慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者的中医证候疗效优于雷贝拉唑和莫沙必利，尤其在改善身体困重、口黏且苦、大便黏滞或溏滞、食少纳呆、恶心呕吐、脘腹灼热、精神困倦的中医症状方面更加明显，在改善脘腹胀满或疼痛方面两组疗效相当。

3) 根据治疗后慢性胃肠疾病 PRO 量表积分情况得知，和中清胃饮改善慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者的生活质量疗效优于雷贝拉唑和莫沙必利。

4) 临床治疗过程中未出现不良反应或不良事件，说明和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证具有安全性。

结 论

本研究对治疗组和对照组治疗前后的内镜下胃粘膜情况、中医证候及慢性胃肠疾病 PRO 量表积分进行疗效观察，客观评价经验方和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证的临床疗效与安全性。

- 1.和中清胃饮可明显改善慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者的胃粘膜炎症。
- 2.和中清胃饮可改善慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者的中医证候。
- 3.和中清胃饮可有效提高慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证患者的生活质量。
- 4.和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证具有安全性。

本研究为初步探索研究，具有一定的局限性与不足，希望在今后研究中，进行大样本、双盲随机对照试验，扩大样本来源范围，增加随访时间，更全面、客观的对和中清胃饮治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证的疗效进行分析，条件允许下，对此项研究增加动物实验，以便更深层次的阐明和中清胃饮的药物机理。

第 2 章 综述

2.1 现代医学对 CNAG 的认识与研究

2.1.1 流行病学

CNAG 是我国多发的消化疾病，当下经内镜诊断，此病患病率已接近 90%，根据相关研究可知，延误病情，任由此病发展有癌变的危险性^[41]，且近年来该病的发病率与年龄有正相关的趋势^[42]，因此应重视对患者的治疗，改善消化不良等不适症状，降低癌变风险，防患于未然。

2.1.2 病因及发病机制

CNAG 的病因尚未明确，目前普遍认为该病是由各类致病因素引起的胃黏膜的慢性炎症，并不伴有胃黏膜的萎缩，在有害因素持续反复的刺激下亦可引发本病。关于 CNAG 的病因与发病机制，具体如下：

1) Hp 感染

幽门螺旋杆菌是一种革兰阴性细菌，慢性胃炎的发生和发展与 Hp 有直接的关系^[43]，国内外医学界对此展开了相关系列研究，当下公认 Hp 是慢性胃炎的主要病因之一^[44]，在我国，已满 18 周岁的群体，感染率为 40%~60%^[45-46]，并且有研究指出，内镜下黏膜情况越严重，则 Hp 感染也随之越重^[47]，且相关研究表明，根除 Hp 感染可以显著降低胃癌的发病危险^[48]。

Hp 的致病机制较为复杂：Hp 通过改变胃内的酸性环境^[49]，维持细菌的定居与繁殖，胃黏膜遭到持续破坏，从而损伤胃粘膜屏障^[50-51]；且 Hp 可通过机体自身免疫反应破坏胃粘膜^[52-53]。

2) 十二指肠胃反流

长期饮食不洁、暴饮暴食会损伤幽门括约肌收缩功能，十二指肠段消化液反流到胃底，损害胃粘膜^[54]。内镜下可观察到幽门口收缩关闭不全，如出现食管粘膜红肿糜烂的情况，一般考虑有胃内容物的反流^[55]。

3) 自身免疫原因

目前对于自身免疫性胃炎（Autoimmune Gastritis, AIG）的病因、发病机理仍尚无确切阐述^[56]，有文献指出，北欧地区 AIG 发病率较高，我国偏少^[57-60]。

4) 理化因素

药物损害的情况应当引起重视，非甾体抗炎药如阿司匹林等，经常口服也会损害黏膜^[61]。除此之外，饮食中若含有高盐（特别是亚硝酸盐）、缺少新鲜的蔬菜与水果，则易导致黏膜的萎缩、化生甚至癌变^[62]。

5) 情志因素

当今社会多数人群生活不规律，面对精神压力缺乏自我调节，长此以往，影响胃神经功能的紊乱，从而影响到胃液的正常分泌，容易诱发慢性胃炎^[63]。

6) 其他因素

本病与年龄、环境、气候也有着密不可分的关系^[63]，其他慢性疾病如心衰、慢性肾炎等亦可引发^[62]。

2.1.3 西医诊断及治疗

1) 胃镜检查

多数患有慢性非萎缩性胃炎的人群症状不明显^[64]，此病的诊断须结合胃镜与黏膜病理，并尽力明确其病因。该病的内镜下的表现为：可见黏膜散在或间断红斑、红斑鳞集或成连续线状、红斑广泛融合等表现^[9]。内镜下黏膜活检，通过判断黏膜层有无炎症细胞浸润，确认有无慢性活动炎症。

2) CNAG 的西医治疗

西医治疗方法以对症治疗、消除病因、缓解焦虑情绪等为主。现从以下 8 个方面阐述。

(1) 根除 Hp 治疗

目前 Hp 感染已然成为全世界人类共同面对的问题^[65]，至 2015 年，全世界的 Hp 感染率已高达 60.3%^[66]，并存在地域差异，发展中国家明显超过发达国家^[67]。有研究表明，Hp 存在人与人传播的现象^[68]，可见 Hp 作为一种感染性疾病，无症状患者也应根除^[69]。但由于抗生素活性受胃酸影响，难以穿透胃黏膜层，Hp 不易被消杀^[63]。根除 Hp 感染能够明显改善胃粘膜炎症，伴有消化不良者，根除 Hp 感染亦可有效缓解^[70]。

关于 Hp 的检测方法主要分为两种：尿素呼气试验是非侵入性检测应用最广泛的，有较高的精准性，操纵便捷，且 Hp 于胃内呈现灶性分布，故该检测不受此误导^[71-72]。但相对于胃术后的患者，非侵入性的方法准确性会大打折扣^[73]，可采用侵入性方法，如尿素酶试验、胃粘膜组织检测等。

上世纪 90 年代中，根除 Hp 的首选方法是三联疗法，但近期许多相关研究显示，该疗法的有效性有下降的现象^[74]。2012 年的 Hp 感染共识，推荐：铋剂

+PPI+2 种抗生素，疗程为 14d^[75]。第五次全国幽门螺杆菌感染共识，在之前的共识的基础上指出了以铋剂为基础的四联疗法（共 7 种），大多数疗程为 14d，对 Hp 的根除率能够高达 85%~94%^[70]。有较高 Hp 耐药的地区尤其适用^[76]。

（2）抑酸或抗酸剂

上腹部疼痛、烧灼感明显和（或）伴胃粘膜糜烂的患者，可依照自身病情服用抑酸药物治疗。

H₂ 受体拮抗剂（H₂RA），西咪替丁为第 1 代，雷尼替丁为第 2 代，尼扎替丁、乙酰罗沙替丁分别为第 3、第 4 代 H₂RA，此类抑酸药物可拮抗组胺 H₂ 受体，减少胃酸生成。

PPI 是继 H₂RA 后重要的抑酸药，包括奥美拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑等，此类抑酸药能够结合氢钾 ATP 酶，从而剥夺质子泵泌酸作用，有效的缓解症状、减轻炎症，是抑酸效果最好的药物，相关研究表明，PPI 在非甾体抗炎药（NSAIDs）损害消化道方面，有较好的预防与缓解作用，为首选^[77-81]。此类药物对 Hp 也有着消杀效果^[82]。

碱性抑酸药物（氢氧化铝等）可中和胃酸，促使黏膜修复。

综上，抑酸或抗酸药物可有效缓解消化效果的不适症状，范大伟认为，抗生素联合抑酸药物可有效治疗消化性溃疡，有效根除患者体内 Hp，降低复发率^[83]。

（3）胃粘膜保护剂

可分为以下几种：①前列腺素类（米索前列醇、恩前列素等）：增强修复功能，对非甾体抗炎药导致的溃疡尤为适用^[84]。②硫氢键类（硫糖铝等）：可降低胃蛋白酶活性，减低其损害，抑制 Hp 的定植与生长，可与黏膜表面的黏液结合，形成胶状保护膜，起到保护胃粘膜作用，亦有助于缓解消化不良症状^[85]。③铋剂类（胶体果胶铋、枸橼酸铋钾等）：可阻断胃酸、蛋白酶等刺激性物质侵袭，其中枸橼酸铋钾能够刺激黏膜的分泌，促进前列腺素生成，胃酸过多时，可减轻损害。④柱状细胞稳定剂：可促进黏膜柱状上皮细胞的稳定性，降低损害^[86]，其中替普瑞酮可有效抑制黏膜损伤、抗溃疡^[85,87]，替普瑞酮可改善因长期口服非甾体抗炎药而导致的胃粘膜受损及消化不良症状^[88]，⑤其他类：瑞巴派特可促进前列腺素合成，增加胃粘液分泌，从而促使黏膜愈合^[89]，在慢性胃炎、功能性消化不良、非甾体抗炎药致使的黏膜损伤方面，起到了重要的治疗作用^[89-94]。铝碳酸镁可保护胃粘膜屏障^[85]。以上种种胃粘膜保护剂，在选择应用上需要合理选择，根据胃粘膜的损害程度、病因、联合用药需求来选用^[84]。

（4）促胃肠动力药

促胃肠动力药可提高平滑肌动力，增强胃肠的蠕动。胃肠张力减退的病理情况，可以通过服用此类药物来改善^[95]。甲氧氯普胺可提高胃十二指肠动力，现已不作为胃肠动力药的首选，目前多用于止吐^[96]。多潘立酮可增加胃肠蠕动频率，抑制恶心、呕吐反应，且无中枢副反应^[97]，是临床常用的胃肠动力药，但作用范围有限，仅作用于胃与十二指肠^[95]。张兆林等对多潘立酮联合黛力新治疗功能性胃肠病（Functional dyspepsia, FD）的疗效情况，进行了相关的数据检索与 Meta 分析，共纳入了 1244 例 FD 患者，13 项研究，结果示多潘立酮与黛力新同用在功能性胃肠病的治疗上有突出的疗效，明显优于单用多潘立酮^[98]。目前临床应用最为广泛的是莫沙必利，可作用于全胃肠道，通过提高乙酰胆碱释放，增强胃肠的生理蠕动，且防止食物反流，有效缓解消化不良症状^[99]，马慧敏等对莫沙必利与质子泵抑制剂联合应用治疗胃食管反流病（Gastroesophageal Reflux Disease, GERD）进行了 Meta 分析，共纳入 2918 例 GERD 患者，32 项随机对照试验，得出结论：莫沙必利联合质子泵抑制剂可有效缓解 GERD 患者的临床不适症状及内镜下食管炎症，疗效明显优于单用质子泵抑制剂^[100]。倪猛等将 100 例功能性胃肠病患者随机分为两组，分别口服多潘立酮和莫沙必利，观察疗效及复发情况得出结论：多潘立酮治疗 FD 的显效速度优于莫沙必利，但莫沙必利治疗 FD 的复发率明显低于多潘立酮，远期效果良好^[101]。伊托必利能够促进胃排空力，有效治疗功能性胃肠病^[102]，耐受性佳^[103]。何东凌等将 115 例 FD 患者分为常规西药组 56 例，常规西药联合伊托必利组 59 例，治疗 4 周后观察两组疗效，得知常规西药和伊托必利治疗 FD 疗效明显，值得推广^[104]。胃动素受体激动剂，可增强胃窦动力，临床疗效尚待研究。

（5）抑制胆汁分泌药物

胆汁反流性胃炎（Bile Reflux Gastritis, BRG），可分为原发与继发，未经胃肠手术而引起的胃肠运动失调为原发性，胃肠术后引起的胃十二指肠运动失调为继发性^[105]。有研究认为，结合胆汁酸的升高与该病成相关性^[106]。临床上常运用莫沙必利等胃肠动力药与可结合胆酸的胃粘膜保护药治疗，陈宇等认为，熊去氧胆酸联合多潘立酮，可有效缓解 BRG 患者腹胀、腹痛、恶心等不适症状^[107]，有研究表明，铝碳酸镁能够中和胃酸、保护胃粘膜、减低胃蛋白酶活性，与熊去氧胆酸同用，可有效消除胃粘膜炎症，提高对黏膜的保护，在治疗上有着较高疗效^[108]。

（6）消化酶制剂

患者出现腹胀、食欲不振等明显与饮食相关的消化不良表现时，可应用消化酶制剂，如胰酶片等。宋天龙认为，米曲菌胰酶片在缓解恶心、嗝气等不适症状上效果显著^[109]，有共识指出，胰腺外分泌功能不全的老年人，可服用消化酶制剂来改

善症状^[110]。

（7）抗焦虑、抑郁治疗

有研究表明，焦虑、抑郁等心理问题与年龄的增长有着相关性^[111]，且随着社会发展，人们的精神压力也日益增大，这些不良的心理因素可作用于胃肠，从而诱发消化不良等症状^[112]，故在治疗此类消化疾病，应配合抗焦虑、抑郁治疗。杨庆宇等将 119 例慢性胃炎伴焦虑抑郁患者随机分为替普瑞酮组 54 例，替普瑞酮联合黛力新组 55 例，疗程结束后得出结论：应用替普瑞酮联合黛力新可有效缓解 CG 患者的焦虑情绪，治疗效果显著^[113]。

（8）患者教育

患者应该有健康科学的生活方式。饮食上多选择易消化、营养丰盛、卫生的食物^[114]，生活上注意休息，保证良好的睡眠习惯，保持心情舒畅，面临不良情绪时懂得释放压力，自我调节，避免过度饮酒、饮用咖啡、过量吸烟的有损胃粘膜的行为^[115]。

2.2 中医学对 CNAG 的认识与研究

2.2.1 病名及历史沿革

以胃脘部疼痛为主要症状者，病名诊断为“胃脘痛”，最早记载于甲骨文，但对此病的明确描述最早出现于《黄帝内经》，它指出此病当心而痛的病位，并阐明，过于充足的进食会伤及胃肠，且如果寒湿邪气侵入人体，会阻碍胃肠之气的运行，造成气机阻滞，从而致使气血无法宣通，胃络因此受寒邪之影响，收引拘急引发疼痛，指出寒邪可以引发胃痛的原理。而胃与心之痛，《黄帝内经》未对此进行分明的辨别。汉·张机对此病的病位确切言之在“心下”，原文为：“伤寒六七日……心下痛，按之石硬”。唐宋之前，“胃脘痛”与“心痛”没有明确的分辨，导致两种病症常常混淆，金元后各医家开始对此质疑，并逐渐进行区分^[116]，李东垣将“胃脘痛”单独列为一部分。此后，对“胃脘痛”的认识逐渐完善，王肯堂也对此提出了疑问，他认为两者皆为独立的脏与腑，在形态、功能上也有着明显不同，虽然两者位置相近，胃的位置处于近下方，也不能因此将两者的生理、病理混为一谈，应区别对待。

“痞满”，即胃脘部痞塞，按之不痛为主症，《内经》有载：“脏寒生满病”，“故民病寒客心痛……善厥逆，痞坚腹满”，指出阳虚藏寒、寒邪可引发“痞满”。张仲景指出了此病的症状与病位。隋·巢元方则补充了“痞满”的发病

机理：人体自身的荣卫之气未处于调和状态时，风邪侵入肌表，进一步引发气与血滞塞而运行不同，形成本病，或情志不畅致气结形成本病，或腑气未下行，结于胃肠内而形成。唐·《备急千金要方》散在记录了医治此病之方剂：“紫芫花丸——主治小儿心下痞、痰癖结聚”，“桔梗破气丸——从肺论治，开上焦而平痞满”，“桂心三物汤——心中痞满而逆”等，《千金翼方》中则记载了“英硝、泽泻、水前胡、中庭、枳实、漆渣”等治疗“痞满”的药。宋·《太平圣惠方》则提出了“虚劳致痞、服石致痞、寒气逆满致痞”的病机。补土派医家李东垣首次提出脾胃升降失常为“痞满”之病机，并首创枳术丸、厚朴温中汤、大消痞丸等沿用至今的方剂。朱震亨将痞与胀满此两者进行了辨别：首先两者有轻重程度的差别，如果患者仅自觉腹部满闷，进行触诊时手下柔软，这种症状为痞。薛己则指出了此病中气不足的病机，提出补益脾胃的治则：“饮食失宜……口干体倦……用补中益气汤治之……四剂稍安；又用八珍汤调补而愈”，指出中气虚弱引发的此类病症，可服用补中益气汤，待缓解后，继续予八珍汤进行调补。明·张景岳将此病以虚实分之：因邪而致病，且胀痛者为实，因虚致病，无胀痛感仅觉满者为虚。李东璧在《本草纲目》内记载了“痞满”的病机与用药：湿热气郁者可用桔梗、黄连、黄芩、贝母、柴胡、沉香、前胡、香附、温朴、枳壳、芍药等药，痰食者可用半夏、槟榔、大腹皮、姜皮、瓜蒌、白芥子、旋复花等药，脾虚者可用白术、苍术、远志、人参、升麻等药。清·叶天士《临症指南医案》指出“痞满”病因包括湿热、阳虚、津伤、痰阻等，病发机理分湿热伤胃、中阳不运、肺气不降、胃津不足、痰热内闭等，以肺气不降、中阳不运为主。

似痛非痛，似饥非饥，胃内空虚，症状不明显则诊为“嘈杂”。《素问·至真要大论》云：“热客于胃……目赤……呕酸善饥”，言明了此病的病因及症状：目赤，呕恶泛酸，并且易于饥饿，朱丹溪则首次指出了该病的名称及治则：“嘈杂，是痰因火动，治痰为先”，可见痰为嘈杂的本，火为其标引起痰随之而动，故治疗此病当先治本，即治痰为先。宋·《妇人大全良方》云：“心腹中肮痰水冷氣……口中清水自出……胃气虚冷所致”，此为妇人之嘈杂，胃气不足，胃脘虚寒所致。《景岳全书》云：“心中似饥非饥……似痛非痛……胸膈懊恼，谓之心嘈……或得食而暂止……或兼恶心……渐见胃脘作痛”，此病的具体症状由此指出。叶天士言明了嘈杂之病位，指出本病虽然有虚实之分，皆在于胃脘部。清末，日本医家丹波元简指出：“嘈杂是痰……似痛非痛……北人呼为心刺，此火动其痰也”，提出“心刺”为“嘈杂”之俗名。

“吞酸”，酸水上逆于口，始现于《内经》：“诸呕吐酸……皆属于热”，提

出“热”为吞酸之病因，陈言则认为：“中脘有饮噫嘈……皆宿食证”，指出此病可由宿食所引起，张景岳认为，寒气通过鼻窍由外至内侵入，首先阻遏了胃中阳气，干扰了它的正常运作，形成本病，指出寒邪犯胃可引起此病，明代医家方隅对吞酸进行了详细描述：胃气紊乱，不降而逆，所以在内的酸水随之上行，形成本病的症状。在诸病因病机中，多与肝相关，《石室秘录·正医法》有载：“肝经之病……吞酸吐酸……肝木之郁也”，龚廷贤指出：“肝木之味也……自甚，故为酸”，秦伯未认为：“胃中泛酸……肝气犯胃”。在治法上，李东垣指出：“吐酸者……以辛热疗之必减……以泻肺之实”，即“实则泻其子”，清·张璐在《张氏医通》中提到治疗吞酸的具体方剂：“逍遥散服左金丸”。

2.2.2 病因病机

1) 外感六淫

《内经》指出，体内阳气被寒邪遏而不舒，气机阻遏不通形成胃脘痛，或热邪侵犯胃腑，气机上逆，胃失和降，可骤发呕吐。《伤寒论》中指出，外邪侵犯肌表，本应汗解，误治使中焦受损，寒邪乘虚内陷，扰乱气机，升降失去常态，故成痞满。

2) 情志不遂

七情为致病的重要因素，分属五脏，情志过度会直接干扰人体各脏腑气机，反之，五脏的气机也影响着七情变化：肝气不足会导致恐的情志，肝气如果有余则易引发怒气；肾气如果不充实，人体会出现厥冷的表现，过于充足，则体现为肿胀；肺气虚弱不足，功能易受干扰，直接影响到鼻窍与呼吸，对气的吸入与呼出减少，过实则致喘；脾气不充足，则供养也会随之减少，导致四末肌肉无力，如果过于充盛，也会影响本应正常的生理功能，形成腹胀等症；心气不充足，会引发悲情，过实则喜亦过度。《素问·阴阳应象大论》中记载：“喜怒伤气……厥气上行……喜怒不节……生乃不固”，由此可见情志的重要性，大喜、大怒、大悲等情绪会引起气机逆乱。肝脾之间五行关系为木土相克，若肝气不舒，易横逆乘脾，引发胃脘痛、痞满、吞酸等症，东汉最早的提出了情志与脾胃的相关性。明·张景岳认为：“怒气暴伤，肝气未平而痞”，怒气归肝，能够影响肝脏气机正常运转，故肝失疏泄，乘脾而成痞。

3) 饮食劳倦

脾胃同属中焦，司受纳与运化，为“仓廪之官”，正常状态下，胃腑对饮食物进行受纳腐熟，同时脾脏运化、升清，将饮食物转化的水谷精微物质运输到各脏腑，充养机体，即“脾为胃行其津液”。《内经》指出，过度大量的进餐，会有损胃肠

之气，陶通明也表明：“所食愈少……年愈寿；所食愈多……年愈损焉”，指出进餐不节制，会直接扰乱中焦的生理功能，脾胃气机紊乱，引发胃痛、痞满等症。过食五味对五脏亦有着损害，《黄帝内经》记载：酸入肝，酸性收涩，多食易造成肌肉粗厚，口唇掀揭，过食可使肝气亢盛，则乘脾；苦入心，性燥，多食皮肤枯槁少津，过食伤心气，心五行为火，脾五行为土，火不生土，母虚累子，致脾气虚弱；辛入肺，五行属金，肝五行属木，多食肺乘肝，致筋急、爪枯，过食可致筋脉松弛；咸入肾，五行属水，多食则肾乘心，血脉凝滞，过食伤肾，导致其主骨生髓的功能受到影响；甘入脾属土，多食则乘肾，致骨痛病，脱发。林佩琴指出，过于寒凉的食物进入胃肠道，会损伤体内的阳气，形成痞，并指出寒性之物伤胃致痞，可温中、通滞。《普济方》也指明，饮食不节制或劳倦过度会损伤脾胃。

4) 脾胃虚弱

若先天素体本不充足，或后天不注意自身的调养，不节制辛辣肥甘厚腻之品，皆能导致本证，引发胃脘痛、痞满、吞酸等症。《景岳全书》认为：如果人体内的营血与气，不能为心、脾提供能量上的支持，则会导致心腹疼痛，或者脾脏素来不足，一时保养不慎，受到寒邪侵扰，也能出现这种症状，指出中焦之气虚弱可致胃脘疼痛，朱震亨亦言明“中气不足”，“素有热”的体质与胃脘痛有相关性，李东垣指出，指出食用寒性之物过度导致胃寒而胀，脾胃久虚、中阳不足也可致痞满。

综上，脾胃病的发生发展多与外感邪气、情志不调、饮食劳倦、脾胃虚弱相关，脾胃气机失常，引发胃痛、痞满、吞酸等症状。

2.2.3 辨证论治

1) 共识意见

在慢性胃炎中医诊疗专家共识意见（2017）中，将 CNAG 分为 5 个证型，具体如下：

（1）肝胃不和证，分为：①肝胃气滞证：以胃脘或胁肋部胀痛为主症，症状易受情绪影响，可伴嗳气、口苦，治以疏肝理气和胃，选方柴胡疏肝散，药物加减运用：嗳气时有酌加旋复花、沉香，疼痛重者加用元胡、金铃子。②肝胃郁热证：以胃脘部烧灼痛、胁肋部胀痛为主症，伴情绪激动易怒、反酸、口苦，中医治以清肝和胃之法，选方化肝煎合左金丸，药物加减运用：胸闷胁胀者酌加莪术、北柴胡，反酸重酌加瓦楞子、海螵蛸。

（2）脾胃虚弱证，分为：①脾胃气虚证：胃隐痛或胀、疲乏为主，伴食少、四肢温度偏低，便溏，治以益气补中，选方香砂六君子汤，药物加减运用：气短、

无力者加用绵芪，四肢温度偏低酌加当归身，痞满酌加香橼、佛手。②脾胃虚寒证：胃痛较轻、喜温、喜按为主症，伴受寒或劳倦后加重、泛吐清水、四肢倦怠、腹泻，治以温中益气，选方黄芪建中汤，药物加减运用：寒症重酌加黑附片。

(3) 脾胃湿热证：脘腹痞满、身体困重、大便黏滞为主症，伴纳呆、口臭，治以清化湿热，选方黄连温胆汤，药物加减运用：嗳气酸腐酌加莱菔子、山楂、神曲，腹胀满酌加槟榔、厚朴。

(4) 胃阴不足证：胃脘灼热隐痛、嘈杂为主症，伴似饥而不欲食、口干，治以养阴益胃，选方一贯煎，药物加减运用：便秘酌加冬麻子、瓜蒌，胃痛重酌加白芍、甘草。

(5) 胃络瘀阻证：胃脘痛有定处为主症，痛如针刺，治以活血化瘀，方用失笑散，药物加减运用：乏力酌加绵芪、党参，疼痛重酌加莪术、延胡索。

2) 当代中医医家的认识与研究

(1) 病因病机与辨证分型

张兴桥等指出，时代逐步发展，生活质量也随之提升，饮食习惯也较前有所变化，CNAG 的主要病因逐渐侧重为湿热，通过流行病学调查的方法，对 CNAG 的 441 例患者进行中医症状、证候统计，中医症状中舌苔黄腻占总中医症状的 95.23%，脉沉涩占总中医症状的 90.47%，舌暗占总中医症状的 80.95%，胃脘痛占总中医症状的 76.19%，胃脘胀满占总中医症状的 75.76%，呃逆占总中医症状的 71.42%，湿热平均评分为 391.94，胃气上逆平均评分为 445.33，胃络瘀阻平均评分为 482.33，其他证候的平均评分为 193.71^[117]。吴晋兰等对慢性胃炎的中医证型分布进行了研究，通过统计学分析，得出结论：肝胃不和证 46.85%，脾胃湿热证 16.22%，脾胃虚弱证 12.61%，胃阴不足证 5.41%，胃络瘀阻证 3.6%，且以上与年龄、病程、性别有紧密相关性^[118]。陈润花等整理分析了 Hp 阳性的慢性胃炎相关文献，最后纳入 36 篇，共 7331 例病例，通过分析得出结论：与 Hp 相关的慢性胃炎患者中，病位多在胃、脾、肝，实性病因以湿、热常见，虚性病因以气虚、阴虚为主，病性为实证多见，证型以脾胃湿热与肝胃不和两者为常见^[119]。刘路路等通过分析脾胃湿热证相关的现代文献，纳入 134 篇，统计相关频次，得知脾胃湿热证的诊断病名以慢性胃炎最多见^[120]。赵钢等通过统计分析得知，慢性胃炎以脾胃湿热证和脾胃虚弱证多见^[121]。

(2) 对辨证论治的认识与研究

张北华等通过挖掘数据分析了中医专家关于慢性胃炎的治疗经验，数据收集自中国知网、万方数据库，及相关医案，提取信息，建立医案资料数据库，对症状、

证候、理、法、方、药之间的关系进行统计，共分析了 108 位专家的 278 则医案。研究结果如下：症状频次：胃脘痛 200 次，胃胀满 176 次，纳呆 139 次，暖气 101 次，反酸 87 次；分型频次：脾胃虚弱证 128 次，肝气犯胃证 92 次，脾胃气滞证 82 次，脾胃热证 53 次，脾胃湿热证 50 次；治则频次：健脾益气 141 次，清热 109 次，理气 95 次，疏肝 93 次，化湿 58 次。总运用 239 味中药，频率高于 10% 的有：白芍、陈皮、白术、半夏、甘草等^[122]。

杨元庆指出，经验方口服配合普通针刺治疗对 CNAG 的治疗有良好疗效^[123]。梁绮敏对 92 例 CNAG 患者随机分组进行疗效观察，两组分别予雷贝拉唑口服、加味小建中汤口服治疗，得出结果加味小建中汤组治疗 CNAG 有明显优势^[124]。韩宗吉收集了慢性胃炎肝气犯胃证患者 100 例，随机分为对照组、观察组各 50 例，两组均给予相同西药口服，观察组在西药基础上加用柴胡疏肝散加味，对比两组的症状改善情况，得出结论：柴胡疏肝散组有效率为 94.0%，高于对照组的 84.0%，可见柴胡疏肝散加味治疗 CNAG 值得推广^[125]。刘小霞等将慢性胃炎肝胃气滞证患者共 78 例分为治疗组 39 例，对照组 39 例，分别予六君子汤加减口服、常规西药口服，结果示：六君子汤加减治疗慢性胃炎肝胃气滞证具有显著疗效^[126]。有研究指出，加味四君子汤可明显改善慢性胃炎患者的疲劳症状^[127]，半夏厚朴汤对伴有心理因素的功能性消化不良有较好疗效^[128]，香砂六君子汤能明显的改善消化不良症状^[129]。

此外，中医的外治法也取得了良好效果，主要为针刺、灸法、穴位贴敷、穴位注射、穴位埋线、中药热敷、耳针及综合疗法等。①针刺疗法在临床上应用广泛，也被国外所接受^[130]，尤其在美国大部分地区得到了认可^[131]。原理以经络理论为基础，通过刺激腧穴调理人体脏腑、气血、阴阳。李其友等认为，针刺疗法在 CNAG 的治疗中有良好作用，复发率低^[132]。有研究指出，慢性胃炎患者压力敏感穴位的分布与脾胃经络有较高的对应率，与健康人的穴位敏感率分别为 86.7% 和 15.0%，其中常见敏感穴位分别为血海穴、中脘穴等，主要分布于脾经与胃经^[133]。②灸法以艾绒（或）掺少量中药粉做成，点燃后于对应穴位熏烤，通过温热效应达到治疗目的^[134]，有驱寒除湿、温通经络、调和气血等疗效，分为直接灸、间接灸、温针灸等。杨晓全等指出，艾灸神阙穴、足三里（双）对脾胃虚寒型慢性胃炎有较好疗效^[135]。③穴位贴敷疗法操作简单，在消化疾病治疗中运用范围大^[136]，该疗法以经络学说为基础，清·徐大椿阐述了其机理：通过中药贴敷于治病的腧穴，药力可通过肌表的孔窍进入人的机体。马春将 76 例慢性胃炎患者分成两组进行研究，西药组口服麦滋林治疗，中药组予腧穴部位贴敷（药物组成：海良姜、麦藁、鸡中

金、砂仁、香附、延胡索、水红子)于上、中、下脘及足三里(双)处,治疗后得出结论,穴位贴敷法效果突出^[137]。④穴位注射疗法,能够缓解患者症状,临床应用简便,疗效高^[138]。张云波等观察穴位注射(复方丹参注射液于双足三里穴、胃俞穴注射)与口服奥美拉唑对 CNAG 的各自疗效,结果可知,穴位注射治疗慢性胃炎效果显著^[139]。⑤穴位埋线疗法,指把羊肠线植入腧穴,直至吸收,对穴位有着持续刺激效果,可广泛应用于临床^[140]。有研究指出,穴位埋线治疗慢性胃炎效果明显^[141-142]。⑥中药热敷疗法,宁树平认为自拟方寒消散(干姜,白芍,川楝子,肉桂,吴茱萸,延胡索,乌药,冰片,花椒加工为药包)热敷在胃脘痛的治疗上优于西药^[143]。⑦耳穴疗法,《内经》最早道明了耳与经脉的相关性,《厘正按摩要术》中记载了耳与五脏有密切联系,张立群等认为耳穴疗法在慢性胃炎治疗中有明显疗效^[144]。⑧综合疗法,即上述各疗法联合治疗,罗伟君等认为耳穴疗法同穴位埋线联合对慢性胃炎疗效明显^[145]。

2.3 小结

CNAG 发病多见,现代医学认为该病在化学性、生物性及物理性的有害因素持续反复作用下亦可引发。当下公认的病因包括 Hp 感染、理化、免疫因素、十二指肠胃反流、情志及其他因素等,主要治疗方法:抑酸、保护胃粘膜、根除 Hp 感染、促胃肠动力、促消化、抗焦虑抑郁、对患者进行健康教育等。

祖国医学具有源远流长的中医思维文化内涵,博大而值得后人不断学习并总结流传下来的古代医籍经验,针对个体进行整体观念上的辩证治疗,理、法、方、药环环相扣,采用多种疗法来达到治疗目的。如今时代进步,饮食物供求充分,若进餐时不节制肥甘,或不节制饮酒,则易引发脾胃湿热,通过不断探索中医古籍知识,并对其灵活运用,从而对此证型进行深入的了解,做到辨证准确,论治合理。

参考文献

- [1] 张祥瑞. 中医辨证治疗慢性浅表性胃炎的临床疗效分析[J]. 河南医学研究, 2016, 25(11):1987-1988.
- [2] 王方石, 王晓男, 闫秋, 等. 健脾清热化湿法联合西药三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性脾虚湿热型慢性胃炎的效果[J]. 中国医药导报, 2014, 11(20):69-71+78.
- [3] 王永理, 王阳, 王学琦, 等. 中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性胃炎 46 例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 21(12):664-665.
- [4] DZHULAI G S, CHERNIN V V. Quality of life and attitude to the disease in patients with

- chronic gastritis [J]. *Klinicheskaia meditsina*, 2002, 80(7):32-36.
- [5] 叶莉, 张锦超, 邹雄峰, 等. 慢性胃炎中医外治法治疗进展[J]. *广西中医药*, 2018, 41(04):76-79.
- [6] 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 上海)[J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(7):3060-3064.
- [7] 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.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 肖秋萍, 李颖萌, 刘文君. 慢性非萎缩性胃炎的研究现状[J]. *中国当代医药*, 2020, 27(23):21-23+28.
- [11] Du Y I, BAI Y, XIE P, et al. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey[J]. *BMC Gastroenterol*, 2014, 14(1):21.
- [12] 李焕杰, 高峰玉. 雷贝拉唑钠肠溶片治疗老年浅表性胃炎的临床研究[J]. *中国临床药理学杂志*, 2017, 33(11):986-988.
- [13] 余莹, 王佳佳, 徐银姝. 3 种艾司奥美拉唑给药方案对幽门螺杆菌阳性浅表性胃炎患者疗效及安全性的影响[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2019, 27(06):447-451.
- [14] ABRAMOWITZ J, THAKKAR P, ISA A, et al. Adverse Event Reporting for Proton Pump Inhibitor Therapy: An Overview of Systematic Reviews[J]. *Otolaryngology Head Neck Surg*, 2016, 155(4):547-554.
- [15] MICHAEL N, MARTIN B, NELE F, et al. Association of proton pump inhibitor use with endothelial function and metabolites of the nitric oxide pathway: A cross-sectional study[J]. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 2021, 41(2):198-204.
- [16] 刘辉. 中医治疗慢性胃炎的临床效果[J]. *中医临床研究*, 2014, 6(31):56+58.
- [17] 朱正海, 王学. 慢性胃炎中医治疗临床体会[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2016, 26(06):59-60.
- [18] 李彩荣. 探究慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. *临床医药文献电子杂志*, 2019, 6(53):198.
- [19] 张声生, 黄恒青, 方文怡, 等. 脾胃湿热证中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. *中医杂志*, 2017, 58(11):987-990.

- [20] 王惠英, 曹圣荣. 半夏泻心汤方证探微[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(09):76-79.
- [21] 陈有明. 半夏泻心汤加减治疗慢性胃炎和消化性溃疡与预防癌变的临床研究[J]. 中医药学报, 2011, 39(05):109-111.
- [22] 刘静, 周易, 叶松, 等. 半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎随机对照试验 Meta 分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(09):195-200.
- [23] 张亮, 史亦谦. 半夏泻心汤加减方治疗寒热错杂之痞证的系统评价[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(01):47-50.
- [24] HAN M, CLERY A, LIU J P, et al. Banxia Xiexin Decoction for patients with peptic ulcer or chronic gastritis infected with *Helicobacter pylori*[J]. Journal of Traditional Chinese Medical Sciences, 2019, 6(2):122-130.
- [25] 任红叶, 周永学. 三仁汤临床应用进展[J]. 江西中医药, 2016, 47(10):77-80.
- [26] 邵平. 三仁汤对脾胃湿热型功能性消化不良患者胃排空和胃肠道激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(32):3555-3557+3625.
- [27] 黄素洁. 三仁汤加减治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J]. 智慧健康, 2019, 5(24):109-110.
- [28] 张肖瑾, 王腾飞, 周鸿云, 等. 加味三仁汤治疗小儿厌食症的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(35):238-239.
- [29] 黄晨, 黄雅慧. 简化三仁汤治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 江西中医药, 2020, 51(10):40-43.
- [30] REN X, WEN X M, HONG B, et al. Effects of Sanren decoction on Th1/Th2 cytokines in rats with spleen-stomach damp-heat syndrome[J]. Journal of Southern Medical University, 2012, 32(2):181-184.
- [31] 陈庆敏. 加味连朴饮治疗慢性胃炎脾胃湿热型 80 例[J]. 光明中医, 2014, 29(09):1875-1876.
- [32] 冯群虎, 赵文博, 冯桂成. 加味连朴饮治疗湿热阻胃型胃溃疡的临床研究[J]. 陕西中医, 2015, 36(12):1594-1596.
- [33] 翟艳丽, 黄福斌. 连朴饮治疗功能性消化不良湿热中阻证 30 例[J]. 山东中医杂志, 2015, 34(05):346-347.
- [34] 田光芳, 刘敏. 连朴饮加减联合四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎脾胃湿热证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(03):32-35.
- [35] 章美琼. 王氏连朴饮加味治疗胆汁返流性胃炎 80 例[J]. 实用中西医结合临床, 2002(06):17-25.
- [36] ABED M N, ALASSAF F A, JASIM M H M, et al. Comparison of Antioxidant Effects of the

- Proton Pump-Inhibiting Drugs Omeprazole, Esomeprazole, Lansoprazole, Pantoprazole, and Rabeprazole[J]. *Pharmacology*, 2020, 105(11-12):1-7.
- [37] ROBINSON M. Review article: the pharmacodynamics and pharmacokinetics of proton pump inhibitors-overview and clinical implications[J]. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2004, 20(s6):1-10.
- [38] CARSWELL C I, GOA K L. Rabeprazole: an update of its use in acid-related disorders[J]. *Drugs*, 2001, 61(15):2327-2356.
- [39] OHNING G V, BARBUTI R C, KOVACS T O, et al. Rabeprazole produces rapid, potent, and long-acting inhibition of gastric acid secretion in subjects with *Helicobacter pylori* infection[J]. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2000, 14(6):701-708.
- [40] 刘思纯. 促胃肠动力药研究现状[J]. *新医学*, 2003(12):759-760.
- [41] 唐旭东, 王凤云, 张声生, 等. 消化系统常见病慢性非萎缩性胃炎中医诊疗指南(基层医生版)[J]. *中华中医药杂志*, 2019, 34(08):3613-3618.
- [42] NEJADI K F, ROSHANDEL G, SEMNANI S, et al. Diagnostic values of serum levels of pepsinogens and gastrin-17 for screening gastritis and gastric cancer in a high risk area in northern Iran.[J]. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 2014, 15(17):7433-7436.
- [43] HELLSTRM P M. This year's Nobel Prize to gastroenterology: Robin Warren and Barry Marshall awarded for their discovery of *Helicobacter pylori* as pathogen in the gastrointestinal tract[J]. *World Journal of Gastroenterology*, 2006(19):3126-3127.
- [44] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. *中华消化杂志*, 2000(03):51-53.
- [45] 刘文忠, 谢勇, 成虹, 等. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. *胃肠病学*, 2012, 17(10):618-625.
- [46] 贺飞, 陈宏雄. 慢性胃炎幽门螺杆菌感染分析[J]. *基层医学论坛*, 2009, 13(17):529-530.
- [47] WARREN J R. Gastric pathology associated with *Helicobacter pylori*[J]. *Gastroenterology Clinics of North America*, 2000, 29(3):705-751.
- [48] ALQAHTANI R S, ALBARQI H H, ALQARQAH F A, et al. The relationship between *H. pylori* infection and gastric cancer: a review[J]. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 2020, 4(1):267-270.
- [49] MANSOUR N M, HASHASH J G, EL-HALABI M, et al. A randomized trial of standard-dose versus half-dose rabeprazole, clarithromycin, and amoxicillin in the treatment of *Helicobacter pylori* infection[J]. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2011, 23(10):865-

870.

- [50] 赵丽华, 林竞, 位嘉, 等. 胃炎与幽门螺杆菌感染 326 例相关性分析[J]. 诊断病理学杂志, 2014, 21(02):84-86.
- [51] 石建玲, 段恋, 程波, 等. 胃幽门螺杆菌感染与慢性胃炎病理变化的相关性分析[J]. 中国实验诊断学, 2015, 19(12):2069-2072.
- [52] 高文, 胡伏莲. 幽门螺杆菌与慢性胃炎和消化性溃疡[J]. 内科急危重症杂志, 2012, 18(05):257-258.
- [53] 于阳, 赵顺. 幽门螺杆菌与慢性胃炎、消化性溃疡及胃癌的关系探讨[J]. 中国实用医药, 2013, 8(32):65-66.
- [54] 张新宪, 汪枝梅. 原发性十二指肠胃反流程度与胃部炎性反应关系的研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2013, 22(07):664-666.
- [55] SVAGELJ D, TERZIC V, DOVHANJ J, et al. Superoxide dismutases in chronic gastritis[J]. APMIS, 2016, 124(4):252-256.
- [56] MINALYAN A, BENHAMMOU J N, ARTASHESYAN A, et al. Autoimmune atrophic gastritis: current perspectives[J]. Clinical and Experimental Gastroenterology, 2017, 2017(10):19-27.
- [57] 韩暄, 党志博, 赵丽萍. 自身免疫性胃炎中西医研究进展[J]. 河南中医, 2014, 34(10):2063-2064.
- [58] XIAO S D, JIANG S J, SHI Y, et al. Pernicious anemia and type A atrophic gastritis in the Chinese[J]. Chinese medical journal, 1990, 103(3):192-196.
- [59] WUN C J C, YU L H S, SANG K B C, et al. Pernicious anemia in Chinese: a study of 181 patients in a Hong Kong hospital[J]. Medicine, 2006, 85(3):129-138.
- [60] ZHANG H J, JIN Z, CUI R L, et al. Autoimmune metaplastic atrophic gastritis in chinese: a study of 320 patients at a large tertiary medical center[J]. Scandinavian journal of gastroenterology, 2017, 52(2):150-156.
- [61] 熊国卫. 自拟黄芪温中汤治疗口服 NSAID 导致脾胃虚寒型胃痛的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2017, 9(34):67-68.
- [62] 崔鹏, 赵夜雨, 周奇, 等. 脾胃病中西医治疗进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(01):100-104.
- [63] 卢媛玥. 慢性胃炎的发病机制和药物治疗[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(73):35-36.
- [64] BORCH K, JONSSON K A, PETERSSON F, et al. Prevalence of gastroduodenitis and Helicobacter pylori infection in a general population sample: relations to symptomatology and

- life-style[J]. Digestive diseases and sciences, 2000, 45(7):1322-1329.
- [65] ASSAAD S, CHAABAN R, TANNOUS F, et al. Christy Costanian. Dietary habits and Helicobacter pylori infection: a cross sectional study at a Lebanese hospital[J]. BioMed Central, 2018, 18(1):48.
- [66] HOOI J K Y, LAI W Y, NG W K, et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis[J]. 2017, 153(2):420-429.
- [67] ZAMANI M, EBRAHIMTABAR F, ZAMANI V, et al. Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of Helicobacter pylori infection[J]. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2018, 47(7):868-876.
- [68] LEJA M, AXON A, BRENNER H. Epidemiology of Helicobacter pylori infection[J]. Helicobacter, 2016, 21(s1):3-7.
- [69] SUGANO K, TACK J, KUIPERS E J, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis[J]. Gut, 2015, 64(9):1353-1367.
- [70] 刘文忠, 谢勇, 陆红, 等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2017, 22(06):346-360.
- [71] FERWANA M, ABDULMAJEED I, ALHAJIAHMED A, et al. Accuracy of urea breath test in Helicobacter pylori infection: meta-analysis[J]. World Journal of Gastroenterology, 2015, 21(04):1305-1314.
- [72] Wang Y K, Kuo F C, Liu C J, et al. Diagnosis of Helicobacter pylori infection: Current options and developments[J]. World Journal of Gastroenterology, 2015, 21(40):11221-11235.
- [73] Tian X Y, Zhu H, Zhao J, et al. Diagnostic performance of urea breath test, rapid urea test, and histology for Helicobacter pylori infection in patients with partial gastrectomy: a meta-analysis[J]. Journal of Clinical Gastroenterology, 2012, 46 (4):285-292.
- [74] 刘文忠. 努力提高幽门螺杆菌根除率(二)[J]. 胃肠病学, 2016, 21(09):513-516.
- [75] 刘文忠, 谢勇, 成虹, 等. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2012, 17(10):618-625.
- [76] 陈海燕, 郭淑云, 赵文霞. 幽门螺杆菌相关性胃炎的研究概况述评[J]. 医药论坛杂志, 2014, 35(12):171-174+193.
- [77] KUROKAWA S, KATSUKI S, FUJITA T, et al. A randomized, double-blinded, placebo-controlled, multicenter trial, healing effect of rebamipide in patients with low-dose aspirin and/or non-steroidal anti-inflammatory drug induced small bowel injury[J]. Journal of Gastroenterology, 2014, 49(2):239-244.

- [78] LANAS A, GARCIA-RODRIGUEZ, LUIS A, et al. Effect of antisecretory drugs and nitrates on the risk of ulcer bleeding associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, and anticoagulants[J]. The American journal of gastroenterology, 2007, 102(3):507-515.
- [79] LANAS A, SCHEIMAN J. Low-dose aspirin and upper gastrointestinal damage: epidemiology, prevention and treatment[J]. Current Medical Research and Opinion, 2007, 23(1):163-173.
- [80] TOZAWA K, OSHIMA T, OKUGAWA T, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of rebamipide for gastric mucosal injury taking aspirin with or without clopidogrel[J]. Digestive diseases and sciences, 2014, 59(8):1885-1890.
- [81] KIM J H, PARK S H, CHO C S, et al. Preventive efficacy and safety of rebamipide in nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced mucosal toxicity[J]. Gut and liver, 2014, 8(4):371-379.
- [82] SPENCER C M, FAULDS D. Lansoprazole. A reappraisal of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and its therapeutic efficacy in acid-related disorders[J]. Drugs, 1994, 48(3):404-430.
- [83] 范大伟. 抗菌药物联合抑制胃酸分泌药物治疗消化性溃疡临床疗效观察[J]. 河北医学, 2015, 21(04):697-699.
- [84] 姒健敏. 胃粘膜保护剂的药理作用和应用评价[A]. 浙江省中西医结合学会. 浙江省中西医结合学会消化专业第八次学术年会暨省中西医结合消化系疾病新进展学习班论文汇编[C]. 浙江省中西医结合学会: 浙江省科学技术协会, 2007(07):13-19.
- [85] 朱国琴, 施瑞华. 胃粘膜保护剂的研究进展[J]. 国际消化病杂志, 2006(05):311-313.
- [86] 杨昭徐. 硫糖铝药理作用与临床应用现状[J]. 临床药物治疗杂志, 2005(05):16-22+7.
- [87] 郭云丽, 纪东世. 替普瑞酮联合硫糖铝治疗慢性非萎缩性胃炎伴糜烂的疗效及安全性分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(04):640-642.
- [88] GONG Y Y, HUANG X X, CHEN M H, et al. Teprenone improves gastric mucosal injury and dyspeptic symptoms in long-term nonsteroidal anti-inflammatory drug users[J]. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2019, 34(8):1344-1350.
- [89] 方宝霞, 乌月, 李鹏, 等. 瑞巴派特药理作用及临床应用研究进展[J]. 实用药物与临床, 2019, 22(02):208-213.
- [90] 杜奕奇, 李兆申, 湛先保, 等. 巴派特治疗慢性非萎缩性胃炎的随机、对照、多中心临床研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2008(07):358.

- [91] 李敏, 银腾达, 林彬彬. 瑞巴派特治疗慢性胃炎: Meta 分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2015, 24(06):667-673.
- [92] HASIF J M, ZAMAN S S, MAW-PIN T, et al. Efficacy of Rebamipide in Organic and Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Digestive diseases and sciences, 2018, 63(5):1250-1260.
- [93] 田笑笑, 杜浩, 郑玉峰, 等. 埃索美拉唑与瑞巴派特联合使用在预防非甾体抗炎药相关性胃黏膜损伤中的疗效研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(26):2407-2409.
- [94] 王昌雄, 王济伟, 朱雅碧, 等. 瑞巴派特和埃索美拉唑防治非甾体抗炎药胃病的疗效对比[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 21(11):591-592.
- [95] 张玉蓓. 促胃肠动力药的研究进展及临床应用评价[J]. 中国医院用药评价与分析, 2006(06):336-339.
- [96] 陈绍洋, 朱萧玲, 胡胜, 等. 不同止吐药预防术后 PCA 恶心呕吐的临床观察[J]. 临床麻醉学杂志, 2001(05):251-253.
- [97] 胡卫东, 杨宇, 邓文. 促胃肠动力药临床研究概况[J]. 中国药业, 2008(10):77-78.
- [98] 张兆林, 徐虹, 徐建军, 等. 多潘立酮联合黛力新治疗功能性消化不良的 Meta 分析[J]. 中国医刊, 2017, 52(01):41-45.
- [99] YOSHIDA N. Pharmacological effects of the gastroprokinetic agent mosapride citrate[J]. Nihon yakurigaku zasshi. Folia pharmacologica Japonica, 1999, 113(5):299-307.
- [100] 马慧敏, 李一帆, 汪燕燕, 等. 莫沙必利联合质子泵抑制剂治疗胃食管反流病的 Meta 分析[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(05):384-387.
- [101] 倪猛, 高改云. 莫沙必利与多潘立酮治疗功能性消化不良的临床疗效比较[J]. 重庆医学, 2014, 43(07):856-857.
- [102] CHIBA T, TOKUNAGA Y, IKEDA K, et al. Effects of itopride hydrochloride and ranitidine in patients with functional dyspepsia: comparison between prokinetic and acid suppression therapies[J]. Hepato-gastroenterology, 2007, 54(78):1878-1881.
- [103] SUN J, YUAN Y Z, HOLTSMANN G. Itopride in the treatment of functional dyspepsia in Chinese patients: a prospective, multicentre, post-marketing observational study[J]. Clinical drug investigation, 2011, 31(12):865-875.
- [104] 何东凌, 顾红祥, 林春霞. 盐酸伊托必利片对功能性消化不良患者生化指标及胃电图和胃动力的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2015, 35(02):123-125+129.
- [105] 乔善鑫, 白玉昊, 孙莉. 胆汁反流性胃炎的中西医诊疗进展[J]. 中医临床研究, 2016, 8(13):146-148.

- [106] ZHAO A H, WANG S L, CHEN W L, et al. Increased levels of conjugated bile acids are associated with human bile reflux gastritis[J]. Scientific Reports, 2020, 10(1):678-693.
- [107] 陈宇. 熊去氧胆酸联合多潘立酮或莫沙必利治疗原发性胆汁反流性胃炎的疗效分析[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(04):60-63.
- [108] 黄志明. 铝碳酸镁片联合熊去氧胆酸治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效[J]. 临床和实验医学杂志, 2014, 13(20):1698-1701.
- [109] 宋天龙. 不同类型消化酶制剂在消化不良治疗中的临床应用效果[J]. 北方药学, 2019, 16(04):162-163.
- [110] 郑松柏, 王璐. 《消化酶制剂在老年人消化不良中的应用专家共识(2018)》解读[J]. 中华老年病研究电子杂志, 2018, 5(04):1-3.
- [111] HUANG Z P, YANG X F, LAN L S, et al. Correlation between social factors and anxiety-depression in function dyspepsia: do relationships exist?[J]. Przegląd gastroenterologiczny, 2014, 9(6):348-353.
- [112] 柯美云. 积极面对有心理障碍的功能性胃肠病患者[J]. 胃肠病学, 2012, 17(02):65-66.
- [113] 杨庆宇, 刘占兵, 肖飞, 等. 替普瑞酮联合黛力新对慢性胃炎伴焦虑抑郁情绪的疗效分析[J]. 国际精神病学杂志, 2019, 46(03):537-538+554.
- [114] JONES M P, OUDENHOVE L V, KOLOSKI N, et al. Early life factors initiate a ‘vicious circle’ of affective and gastrointestinal symptoms: A longitudinal study[J]. United European Gastroenterology Journal, 2013, 1(5):394-402.
- [115] LENDER N, TALLEY N J, ENCK P, et al. Review article: Associations between Helicobacter pylori and obesity--an ecological study[J]. Alimentary pharmacology & therapeutics, 2014, 40(1):24-31.
- [116] 吴彼, 傅海燕. 中医文献关于胃脘痛病名及病因考释[J]. 实用中医内科杂志, 2008(04):19-20.
- [117] 张兴桥, 宋立明, 尚志刚, 等. 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.
- [118] 吴晋兰. 222 例慢性胃炎患者中医证型分析研究[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(10):2306-2308.
- [119] 陈润花, 刘敏, 陈亮, 等. 幽门螺杆菌相关性慢性胃炎中医证候分布特点文献研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(06):1878-1881.
- [120] 刘路路, 吴秀艳, 王天芳, 等. 脾胃湿热证诊断标准的现代文献研究[J]. 中医杂志, 2015, 56(14):1247-1251.

- [121] 赵钢, 冯媛媛, 刘宣, 等. 慢性胃炎中医证型分布及幽门螺杆菌感染情况分析[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51(06):21-23.
- [122] 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.
- [123] 杨元庆. 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分析[J]. 系统医学, 2019, 4(01):143-144+147.
- [124] 梁绮敏. 加味小建中汤治疗慢性浅表性胃炎的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2017, 12(16):34-36.
- [125] 韩宗吉. 柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(03):50-51.
- [126] 刘小霞, 李婷. 六君子汤加减方对肝胃气滞型慢性胃炎临床疗效的影响[J]. 河北中医医学报, 2021, 36(01):27-29.
- [127] TIAN G H, WU C H, LI J, et al. Network pharmacology based investigation into the effect and mechanism of Modified Sijunzi Decoction against the subtypes of chronic atrophic gastritis[J]. Pharmacological Research, 2019, 144:158-166.
- [128] XIAO L. Randomized controlled trial of modified banxia houpo decoction in treating functional dyspepsia patients with psychological factors[J]. China Medical Abstracts(Internal Medicine), 2013, 30(02):69.
- [129] LV L, WANG F Y, MA X X, et al. Efficacy and safety of Xiangsha Liujunzi granules for functional dyspepsia: A multi-center randomized double-blind placebo-controlled clinical study[J]. World journal of gastroenterology, 2017, 23(30):5589-5601.
- [130] 刘新燕, 赵慧玲, 吴云, 等. 中国针灸在美国的发展现状及展望[J]. 世界中医药, 2017, 12(03):700-703.
- [131] FAN Y A. Nevada: the first state that fully legalized acupuncture and Chinese medicine in the Unites States[J]. Journal of Integrative Medicine, 2015, 13(2):72-79.
- [132] 李其友, 郭瑾, 田华张, 等. 传统针灸用于治疗慢性胃炎的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2017, 9(13):34-35.
- [133] CAO Q A, FU Y, XIONG J, et al. Distributive regularity of pressing sensitive acupoints in chronic non-atrophic gastritis patients[J]. Acupuncture research, 2019, 44(5): 373-6.
- [134] Freire A O, Sugai G C, Blanco M M, et al. Effect of Moxibustion at Acupoints Ren-12 (Zhongwan), St-25 (Tianshu), and St-36 (Zuzanli) in the Prevention of Gastric Lesions Induced by Indomethacin in Wistar Rats[J]. Digestive Diseases and Sciences, 2005, 50(2):366-

374.

- [135] 杨晓全, 贺广权. 艾灸治疗慢性非萎缩性胃炎疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(02):222-223.
- [136] ZHANG X, ZHANG X P, JIA C S, et al. Basic rules and characteristics of acupoint application therapy based upon data mining[J]. Acupuncture research, 2012, 37(5):416-421.
- [137] 马春. 中药穴位贴敷治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(33):156-157.
- [138] XU X K, JIA C S, WANG J L, et al. Analysis on characteristics and regularities of efficacies of acupoint injection by using data mining technique[J]. Acupuncture research, 2012, 37(2):155-160.
- [139] 张云波, 颜春艳. 穴位注射治疗瘀阻胃络型慢性胃炎疗效观察[J]. 中国针灸, 2010, 30(10):810-812.
- [140] KANG S G, ZHANG M L, DUAN X D, et al. Exploration to the disease spectrum of acupoint catgut-embedding therapy[J]. World Journal of Acupuncture – Moxibustion, 2012, 22(1):53-58.
- [141] 张去飞. 穴位埋线治疗慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 中医临床研究, 2017, 9(02):47-48.
- [142] LI H, TANG C Z, LI S H, et al. Effects of thread embedding therapy on nucleotides and gastrointestinal hormones in the patient of chronic gastritis[J]. Chinese acupuncture & moxibustion, 2005, 25(5):301-303.
- [143] 宁树平. 寒消散干热敷治疗胃脘疼痛 78 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(09):63-64.
- [144] 张立群, 孙贵雨. 胃宁免煎颗粒联合耳穴压豆治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中国基层医药, 2018, 25(10):1238-1241.
- [145] 罗伟君, 安云. 穴位埋线结合耳穴压豆治疗慢性胃炎 60 例[J]. 广西中医药, 2017, 40(04):28-29.

附录 A 中医证候积分量表

症状		评分标准				治疗前	治疗后
		0	2	4	6		
主要症状	胃脘部胀满或疼痛	无	每日偶有胀满或疼痛，疼痛较轻	每日时有胀满或疼痛，持续 1~3 小时缓解	胃脘部胀满或疼痛较重，服药后方可缓解		
	身体困重	无	偶有困重感可自行缓解	时有困重感，且轻度影响日常活动	持续性沉重如裹，活动困难		
	口黏且苦	无	口微黏，晨起口苦	时有口黏，经常口苦	口黏口苦持续不解		
	大便黏滞或溏滞	无	大便黏滞或溏滞不爽，每次排便需 0~15 分钟	大便黏滞或溏滞不爽，每次排便需 15~30 分钟	大便黏滞或溏滞不爽，每次排便需多于 30 分钟		
		0	1	2	3		
次要症状	食少纳呆	无	食量减少 1/3 以下	食量减少 1/3 以上	食量减少 1/2 以上		
	恶心呕吐	无	偶有恶心无呕吐，每日少于 2 次	时有恶心偶有呕吐，每日 3~4 次	频频恶心时有呕吐，每日多于 4 次		
	脘腹灼热	无	偶有，每日少于 2 次，可自行缓解	时有，每日 2~4 次，> 1h 可缓解	频繁，每日多于 4 次，需服药缓解		
	精神困倦	无	息后可缓解，尚不影响日常活动	日常生活受到影响	极度困倦，日常生活受到明显干扰		
总分							

附录 B 慢性胃肠疾病 PRO 测量量表

1. 您感到疲乏吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

2. 您的睡眠不好吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

3. 到了进餐时间，您仍然感觉不到饥饿吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

4. 您饭量减少了吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 减少 1/3 以下 ☐ 2 减少 1/3-1/2 ☐ 3 减少 1/2 以上

5. 您有口干吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

6. 您有口苦吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

7. 您口中有异味吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

8. 您感觉咽部疼痛或有异物感吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

9. 您有打嗝和暖气吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

10. 您反酸吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

11. (1) 您烧心吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

(2) 程度如何？

☐ 0 没有 ☐ 1 很轻 ☐ 2 中等 ☐ 3 较重 ☐ 4 很重

12. (1) 您有胸骨后烧灼感吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

(2) 程度如何？

☐ 0 没有 ☐ 1 很轻 ☐ 2 中等 ☐ 3 较重 ☐ 4 很重

13. (1) 您有胸骨后疼痛或不适感吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

(2) 程度如何?

☐ 0 没有 ☐ 1 很轻 ☐ 2 中等 ☐ 3 较重 ☐ 4 很重

14. (1) 您胃痛吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

(2) 程度如何?

☐ 0 没有 ☐ 1 很轻 ☐ 2 中等 ☐ 3 较重 ☐ 4 很重

15. (1) 您感觉胃胀满吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

(2) 程度如何?

☐ 0 没有 ☐ 1 很轻 ☐ 2 中等 ☐ 3 较重 ☐ 4 很重

16. (1) 您感觉胃堵闷吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

(2) 程度如何?

☐ 0 没有 ☐ 1 很轻 ☐ 2 中等 ☐ 3 较重 ☐ 4 很重

17. 您胃里有烧灼感吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

18. (1) 您有腹痛吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

(2) 程度如何?

☐ 0 没有 ☐ 1 很轻 ☐ 2 中等 ☐ 3 较重 ☐ 4 很重

19. (1) 您有腹胀吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

(2) 程度如何?

☐ 0 没有 ☐ 1 很轻 ☐ 2 中等 ☐ 3 较重 ☐ 4 很重

20. 您腹泻吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

21. 您便秘吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

22. 您有排完便还想排的感觉吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

23. 您排便急(需要冲向厕所)吗?

☐ 0 没有 ☐ 1 偶尔 ☐ 2 有时 ☐ 3 经常 ☐ 4 一直

24. 您排便困难吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 有一点 ☐ 2 有些 ☐ 3 相当 ☐ 4 非常

25. 近来（最近 2 个月），您体重减轻了吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 有一点 ☐ 2 有些 ☐ 3 相当 ☐ 4 非常

26. 您脾气急，容易发火吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 有一点 ☐ 2 有些 ☐ 3 相当 ☐ 4 非常

27. 您紧张或焦虑吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 有一点 ☐ 2 有些 ☐ 3 相当 ☐ 4 非常

28. 您对自己的疾病感到担忧吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 有一点 ☐ 2 有些 ☐ 3 相当 ☐ 4 非常

29. 您的健康状况限制了您的社会活动（如逛街、走亲访友）吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 有一点 ☐ 2 有些 ☐ 3 相当 ☐ 4 非常

30. 患病影响了您在家庭中的或作用吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 有一点 ☐ 2 有些 ☐ 3 相当 ☐ 4 非常

31. 患病影响您的工作了吗？

☐ 0 没有 ☐ 1 有一点 ☐ 2 有些 ☐ 3 相当 ☐ 4 非常

本量表包含 38 个条目，每项分为 5 级，最高 4 分，最低 0 分，满分 4 分。维度划分及计分说明。反流：8、10、11（1）（2）、12（1）（2）、13（1）（2）（0~32 分）；消化不良：4、7、9、14（1）（2）、15（1）（2）、16（1）（2）、17（0~40 分）；排便异常：18（1）（2）、19（1（2）、20、21、22、23、24（0~36 分）；全身症状：1、2、3、5、6、25（0~24 分）；心理情绪：26、27、28（0~12 分）；社会功能：29、30、31（0~12 分）。

致 谢

窗间过马，急景流年，三年的硕士研究生学习已接近尾声，如今回首过往，感慨良多，迷茫、困惑、喜悦、收获，在这一刻百感交集，衷心的感谢每一位指导我学习专业知识，传授我宝贵临床经验的师长与前辈们，你们的教诲与鼓励是我前进最大的动力。

师者，传道授业解惑也，在此我要郑重的感谢我的硕士研究生导师李淮安主任医师，细心的指导我完成了本次论文写作，在撰写过程中遇到的疑惑与不解，老师悉心指点，提出了许多宝贵建议。君子知至学之难易，而知其美恶，然后能博喻，能博喻，然后能为师，在日常的学习中，老师因材施教，治学严谨，博喻而为，向我传授医学理论知识，带领我逐渐成长，所谓授人以鱼，不如授人以渔，老师不止教导我临床经验与心得体会，也引导我自主学习，切身实践，在中医学领域逐渐开拓自己的见解，学习中医经典医籍，去亲身感悟祖国医学的博大精深。在生活方面对我关怀备至，经师易遇，人师难求，老师不仅是我的学习导师，更是我的人生导师。

深深感谢秦皇岛市中医医院脾胃肝胆科的各位带教老师，在日常繁忙的工作中，不忘教导我深入临床实践，督促我将脾胃相关的理论知识与临床实践相结合，分享丰富的临床经验，让我更系统、深入的学习专业知识与实践技能，逐步提升。

在此，非常感谢华北理工大学中医学院各位和蔼可亲的老师对我学习、生活上的耐心指导与帮助，为我提供了坚实的后盾。

感谢秦皇岛市中医医院对我的栽培，为我提供临床实践学习的平台，在这三年里不断提升专业知识与技能实践水平，开拓了视野，为今后的学习打下了坚实的基础。

感谢我的同学与朋友，在学习过程中互帮互助，共同成长。

感谢参与论文答辩与评审各位专家老师，向我提出宝贵的建议，让我进一步对论文进行修改与完善，谢谢！

在学期间研究成果

在学期间发表论文和著作：

姜玟伊, 李淮安, 徐舒畅, 等. 中医疗法治疗慢性非萎缩性胃炎验案一则[J]. 当代医药论丛, 2021, 19(5):182-183.

科研成果和奖励：无

联系方式：

E-mail: