

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

理气活血汤治疗气滞血瘀型慢性  
萎缩性胃炎的临床研究

Clinical Study on Gas Live blood Soup in Treating Chronic Atrophic Gastritis  
with Qi stagnation and blood stasis

研究生姓名：唐亚平

导师姓名、职称：任顺平、主任医师

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：唐亚平  
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：唐亚平      论文导师签名：张明平  
2020年06月15日

## 中文摘要

### 目的:

研究口服中药理气活血汤治疗气滞血瘀型慢性萎缩性胃炎的临床疗效,并评价其有效性及安全性。

### 方法:

1. 选取符合纳入标准并经中医辨证属气滞血瘀型的慢性萎缩性胃炎患者 78 例,随机分为治疗组及对照组各 39 例。
2. 治疗组服用理气活血汤,日 1 剂,对照组服用摩罗丹,9g,日 3 次。两组维持治疗疗程 12 周,观察比较治疗前与治疗后两组患者中医证候疗效、胃镜征象疗效、病理组织学疗效及总疗效。
3. 治疗疗程结束后,使用 SPSS23.0 版本统计软件对患者的相关数据进行分析,并记录结果。

### 结果:

1. 理气活血汤总有效率为 82.9%,高于摩罗丹的 63.9%。
2. 两组患者治疗后组间对比,中医证候疗效及病理组织学疗效比较 ( $P<0.05$ ) 差异有统计学意义,中医证候总积分及病理组织学总积分比较 ( $P<0.05$ ) 差异有统计学意义,胃镜征象疗效比较 ( $P<0.05$ ) 差异有统计学意义,说明治疗组中医证候疗效、病理组织学疗效、胃镜征象疗效优于对照组。
3. 两组患者治疗后组间对比,中医单项症状方面,除了面色晦暗 ( $P>0.05$ ) 差异无统计学意义,其余方面 ( $P<0.05$ ) 差异有统计学意义,说明治疗组在改善胃脘胀痛或刺痛、胃脘痞胀、胸闷不舒、暖气频繁、精神抑郁方面效果优于对照组。单项病理组织学方面,除了异型增生 ( $P>0.05$ ) 差异无统计学意义,其余方面 ( $P<0.05$ ) 差异有统计学意义,说明治疗组在改善萎缩、肠化、慢性炎症方面优于对照组。
4. 两组患者治疗后组内对比,单项病理组织学方面除了异型增生 ( $P>0.05$ ) 差异无统计学意义,其余病理组织学 ( $P<0.05$ ) 差异有统计学意义;病理组织学总积分、单项中医症状、中医证候总积分两组前后对比均 ( $P<0.05$ ) 差异有统计学意义,说明两组患者在异型增生方面无明显改善,其余病理组织学及中医证候均有所改善。
5. 所有患者在服用摩罗丹及理气活血汤期间未出现不良反应,所有的检查指标未见异常,说明两种药物治疗 CAG 均具有安全性。

### 结论:

理气活血汤治疗气滞血瘀型慢性萎缩性胃炎在改善患者胃脘胀痛或刺痛、胃脘痞胀、胸闷不舒、暖气频繁、精神抑郁症状方面及萎缩、肠化、慢性炎症病理组织学方

面、胃镜下征象均优于摩罗丹，且总有效率较摩罗丹高，可为临床提供新的方法，具有一定临床价值，可在临床应用。

**关键词：**理气活血汤；气滞血瘀型；慢性萎缩性胃炎；临床研究

## Abstract

### Objective:

The clinical efficacy of oral Chinese herbal gas live blood soup to treat chronic atrophy gastritis of the type of gashyda was studied, and its effectiveness and safety were evaluated.

### Method:

1. Selected 78 patients with chronic atrophic gastritis that met the criteria and were identified by Chinese medicine as a gashyl hemorrhoid type, and were randomly divided into 39 cases in the treatment group and the control group.

2. The treatment group took the gas live blood soup, 1 dose of the day, and the control group took morodan, 9g, 3 times a day. The two groups maintained the treatment course for 12 weeks, and compared the efficacy of Chinese medicine, gastroscopy signs and pathological histology in the two groups of patients before and after treatment.

3. After the treatment, the data of the patient is analyzed and the results recorded using the synopsis of SPSS23.0.

### Results:

1. The total efficiency of the blood soup was 82.9%, higher than the 63.9% of Morodan.

2. After treatment of two groups of patients, the difference between the efficacy of Chinese medicine and the efficacy of pathological histology ( $P < 0.05$ ) was statistically significant, the difference between total chinese medicine certificate and total score of pathological histology ( $P < 0.05$ ) was statistically significant, and the difference of gastroscopy effect ( $P < 0.05$ ) was statistically significant, it is shown that the efficacy of Chinese medicine, pathological histology and gastroscopy were better than those of the control group in the treatment group.

3. After treatment of the two groups of patients, In terms of individual symptoms of TCM, the difference in the dark ness ( $P > 0.05$ ) was not statistically significant, and the difference in the rest of the area ( $P < 0.05$ ) was statistically significant, indicating that the treatment group had better effect than the control group in improving bloating or tingling, stomach swollenness, chest tightness, frequent gas, and depression. In terms of individual pathological histology, the difference in the individual pathopathic hyperplasia ( $P > 0.05$ )

was not statistically significant, and the difference in the remaining areas ( $P < 0.05$ ) was statistically significant, indicating that the treatment group was better than the control group in improving atrophy, intestinalization and chronic inflammation.

4. In the intra-group comparison between the two groups after treatment, there is no significant difference in single histopathological aspect except dysplasia ( $P > 0.05$ ), while there is significant difference in other histopathological aspects ( $P < 0.05$ ). The total score of pathological histology, single symptom of traditional Chinese medicine and total score of traditional Chinese medicine syndrome were statistically significant ( $P < 0.05$ ), indicating that there was no significant improvement in dysplasia between the two groups, while the rest of pathological histology and traditional Chinese medicine syndrome were improved.

5. All patients did not experience adverse reactions during the taking of morodan and gas live blood soup, and all the test indicators were not abnormal. It is shown that both drugs are safe to treat CAG.

#### **Conclusion:**

The treatment of gashyde blood soup with chronic atrophy gastritis in improving the patient's bloating pain or tingling, gastric swelling, chest tightness, frequent gas, psychodepressive symptoms and atrophy, intestinal, chronic inflammatory pathological histology, gastroscopic signs are superior to morrodin, and there is always a higher efficiency than Morodan, which can provide clinical clinical methods, with certain value.

**Keywords:** gas live blood soup, gas-delayed hemorrhoid type, chronic atrophy gastritis; clinical research

## 主要符号表

英文缩写	英文	中文
CAG	Chronic Atrophic Gastritis	慢性萎缩性胃炎
HP	Helicobacterpylori	幽门螺旋杆菌
VIP	Vasoactive Intestinal Peptide	血管活性肠肽
cAMP	Cyclic Adenosine Monophosphate	环磷酸腺苷
APC	Argon Plasma Coagulation	氩离子凝固术
EMR	Endoscopic mucosal resection	内镜下黏膜切除术
ESD	Endoscopic submucosal dissection	内镜下黏膜剥离术

# 目 录

中文摘要·····	I
英文摘要·····	III
主要符号表·····	V
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·····	4
4. 疗效评价·····	4
5. 统计学分析·····	7
6. 结果·····	7
7. 讨论·····	15
结论·····	20
参考文献·····	21
附    录·····	25
综述·····	25
致    谢·····	36
作者简介·····	37



## 前 言

慢性萎缩性胃炎（Chronic Atrophic Gastritis, 简称 CAG）系指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少, 伴或不伴肠腺化生和（或）假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病<sup>[1]</sup>。CAG 的发病率逐年增高。同时有资料显示, 年龄每增长 10 岁, 发病率就增长 14%<sup>[2]</sup>。CAG 属于一种癌前疾病, 如何逆转 CAG 是人们关注的重点<sup>[3]</sup>。

西医研究发现 CAG 与多种因素有关, 如幽门螺杆菌（HP）的感染、血管活性因子及细胞因子改变、胆汁的反流、免疫因素、年龄因素等。其临床表现缺乏特异性, 对于疑似 CAG 的患者首先要做胃镜并进行镜下取检, 通过镜下表现及病理做出诊断, 在诊断明确的基础上还要评价其萎缩、肠化、增生的程度。检查患者是否有 Hp 的感染, 评估癌变风险<sup>[1]</sup>。西医治疗 CAG 一般采用三种方法: 1. 一般治疗: 注意饮食, 多食清淡之品, 禁食刺激性之品<sup>[4]</sup>; 2. 药物治疗: 根除 HP、保护黏膜、促进胃动力、补充维生素和叶酸; 3. 手术治疗: 内镜下手术主要适用于重度异型增生患者。以上几种治疗方法都只能延缓 CAG 的进展, 很难逆转 CAG。

中医文献的记载中没有与 CAG 完全对等的疾病名, 现代医家认为其属于某些中医疾病, 如“噎气”、“胃痛”、“嘈杂”、“痞满”等<sup>[5]</sup>。多数医家认为其病因主要为感受外邪、情志不畅、内伤饮食、脾胃素虚等, 诸因素均可致脾胃功能失常, 从而气血的生成受到影响, 病情日久则致腺体萎缩。目前中医药治疗 CAG 多采用辨证论治的方法。由于临床医生的经验不尽相同, 尚没有所有医生承认的证型分类。随着社会的发展, 中医药在 CAG 方面的研究力度逐渐加大, 并且其成效显著。

导师从事消化系统疾病的临床与科研 30 余年, 发现 CAG 患者的病程往往较长, 久病必瘀, 且据相关研究表明, CAG 的证型分布中胃络瘀血证的患者最多, 肝胃不和证次之<sup>[6]</sup>。结合 CAG 患者常不以单一证型出现, 而为复合证型, 故导师认为气滞血瘀型为临床常见证型之一, 常以理气活血法治疗此病, 疗效斐然。本研究主要探讨了理气活血汤治疗 CAG 的临床疗效及安全性。

## 临床研究

### 1. 临床资料

#### 1.1 病例来源

在 2018 年 12 月-2019 年 12 月就诊于本院任顺平门诊及内窥镜室的患者中选取符合标准的病例。

#### 1.2 诊断标准

##### 1.2.1 CAG 西医诊断标准

参照 2017 年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》<sup>[1]</sup>制定：

①临床症状：患者临床表现一般为消化道症状，如腹痛、腹胀、腹部不适等。有些患者可能还存在反酸、烧心或者嗝气、嘈杂等症状。

②内镜诊断：镜下 CAG 的表现胃黏膜红白相交、主要以白为主、黏膜皱襞变平或消失、黏膜变薄，血管显露等。

③病理诊断：病检示固有腺体萎缩，就可以诊断为 CAG，但需多处取检评估萎缩范围和程度。一般取检 3 块，胃窦小弯、胃体小弯及胃角各一块，对可能存在的病灶要另取，医师可根据病理及内镜检查结果，作出萎缩范围和程度的诊断。

##### 1.2.2 CAG 中医诊断标准

参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>及 2017 年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》<sup>[1]</sup>，拟定 CAG 气滞血瘀证如下：

主症：①胃痛（胀痛/刺痛）或胃脘痞胀。②舌质暗或伴有瘀斑瘀点。③胸闷不舒

次症：①嗝气频繁；②精神抑郁；③面色晦暗；④脉弦涩

证候确定：具有主症①②，另加主症③，或加次症 2 项即可诊断。

#### 1.3 纳入标准

①符合 CAG 诊断标准；

②中医辨证为气滞血瘀型；

③年龄 30-60 岁，男女不限；

④经山西中医药大学附属医院内镜室及病理科诊断明确者；

⑤胃镜检查限定在 4 周内于本院所做；

⑥患者对此次研究充分了解愿意入组。

#### 1.4 排除标准

①伴 Hp 感染者；

②急性胃炎、特殊性胃炎如 A 型胃炎、重度异型增生或患有严重消化道疾病者；

③患有严重疾病者，如胰腺炎、肝硬化等消化系统病变；肿瘤、再生障碍性贫血等其他脏器严重病变；

④患有糖尿病、甲亢等影响胃肠道动力的疾病；

⑤辩证与本研究不符者；

⑥还需服用其他影响胃肠道的药物者；

⑦妊娠期或哺乳期的患者；

⑧患有神经系统疾病或精神异常者；

⑨对摩罗丹或需服用的中药过敏者；

⑩同时还参与其他试验者。

### 1.5 剔除标准

①误诊、误纳；

②符合排除标准；

③一次或多次药未用；

④无任何检测记录者；

⑤同时服用其他导致无法评价药效的药物。

### 1.6 脱落标准

①患者自行决定退出；

②患者失去联系；

③不遵从医嘱。

### 1.7 中止标准

①患者出现严重不良反应；

②症状改善不明显，没有继续治疗的必要；

③方案有重大失误。

## 2 研究方法

### 2.1 一般资料

选取符合纳入标准并经中医辨证属气滞血瘀证的患者 78 例，所有病例来源于本院任顺平门诊及内窥镜室。所有患者均随机分成两组，即治疗组及对照组各 39 例。疗程均为 12 周，记录所有患者用药前后的症状、胃镜征象、病理组织学情况。

## 2.2 治疗方法

治疗组 39 例：口服理气活血汤 药物组成：柴胡 9g、木香 9g、枳壳 9g、郁金 9g、当归 12g、赤芍 12g、川芎 9g、桃仁 9g、红花 9g、丹参 15g、莪术 6g、地龙 6g，中药颗粒剂由广东一方制药有限公司生产，开水冲服 200mL，日 1 剂，早晚饭后 1 小时温服，连服 12 周。

对照组 39 例：摩罗丹（国药准字 Z13021324，邯郸制药股份有限公司生产，剂型：棕色小蜜丸），9g，3 次/日，口服，连服 12 周。

## 3 观察指标

3.1 一般资料：性别、年龄、病程等。

3.2 疗效性指标

①症状积分：胃脘胀痛或刺痛、胃脘痞胀、胸闷不舒、嗳气频繁、精神抑郁、面色晦暗积分；

②胃镜征象：镜下黏膜萎缩程度；

③病理组织学积分：萎缩、肠化、慢性胃炎、异型增生积分。

3.3 安全性指标

①血、尿常规，便常规加便潜血；

②肝、肾功能（ALT、AST、TBIL、AKP、GGT、Scr、Bun、）；

③心电图。

## 4 疗效评价

4.1 中医症状评价标准：

参照 2017 年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》<sup>[1]</sup>及 2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>制订标准，将中医症状分为四级，具体分级评分如下：

表 1 中医症状评价标准

症状表现	无	轻度	中度	重度
胃脘胀痛或 刺痛	无（0 分）	轻微，时发时止， 不影响日常活动 （2 分）	可忍，发作频繁， 影响日常活动（4 分）	难忍受，服药后才 能缓解（6 分）
胃脘痞胀	无（0 分）	轻微，时作时止， 不影响日常活动 （2 分）	可忍，发作频繁， 影响日常活动（4 分）	难忍受，服药后才 能缓解（6 分）

胸闷不舒	轻微,时发时止, 可忍,发作频繁, 难忍受,服药后才
无(0分)	不影响日常活动 影响日常活动(4 能缓解(6分)
	(2分) 分)
暖气频繁	无(0分) 次数≤3(1分) 次数≤5(2分) 次数≥6(3分)
精神抑郁	无(0分) 偶有(1分) 时有(2分) 频繁(3分)
面色晦暗	无(0分) 轻(1分) 中(2分) 重(3分)

#### 4.2 中医证候疗效评价标准

参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>制定标准如下:

表 2 中医证候疗效评价标准

分级	临床痊愈	显效	有效	无效
评价标准	症状消失, 疗效指数大于 95%	症状明显改善, 疗效指数在 70% 到 95%之间	症状均有好转, 疗效指数在 30% 到 70%之间	无好转甚至加重, 疗效指数小于 30%

疗效指数=[(治疗前总积分-治疗后总积分)÷治疗前积分]×100%

#### 4.3 胃镜征象分级评价标准

采用《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》<sup>[8]</sup>所制订的分级标准, 分别记录患者治疗前及治疗后的胃镜征象分级。按病变的轻重分为四级, 具体分级如下:

表 3 胃镜征象分级评价标准

分级	镜下表现
无	胃黏膜无萎缩
轻度	病变黏膜呈细小颗粒状, 可透见部分小血管
中度	病变黏膜呈中等颗粒状, 可透见连续血管
重度	病变黏膜表面颗粒粗大, 黏膜皱襞明显变浅或消失, 透见树枝状血管影

#### 4.4 胃镜征象疗效评价标准

表 4 胃镜征象疗效评价标准

分级	临床痊愈	显效	有效	无效
评价标准	病变消失, 黏膜恢复正常	黏膜病变明显好转, 减轻 2 个级度。	黏膜病变较前改善, 减轻 1 个级度。	病变无改善

#### 4.5 病理组织学评价标准

参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>将萎缩、肠化、慢性炎症、异型增生四种病理组织学分为四级，具体分级评分如下：

表 5 病理组织学评价标准

项目	无	轻度	中度	重度
萎缩	无（0 分）	固有腺体减少不超过 1/3。（1 分）	固有腺体减少在 1/3 到 2/3 范围内。（2 分）	固有腺体减少大于 2/3。（3 分）
肠化	无（0 分）	肠化面积占黏膜全长的 1/3 以下。（1 分）	肠化面积占黏膜全长的 1/3-2/3 之间。（2 分）	肠化面积占黏膜全长的 2/3 以上。（3 分）
慢性炎症	单核细胞少，每高倍视野小于 5。（0 分）	仅在黏膜浅层，深度小于黏膜层的 1/3。（1 分）	较密集，深度在黏膜层的 2/3 以内。（2 分）	密集，黏膜全层均可看到单核细胞。（3 分）
异型增生	无（0 分）	细胞核轻微增大，排列较紧密。（1 分）	细胞异型性较明显，排列乱，核分裂多。（2 分）	细胞异型性非常明显，有时与高分化黏膜内皮癌难以区分。（3 分）

#### 4.6 病理组织学疗效评价标准

参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>制定病理组织学疗效评价标准：

表 6 病理组织学疗效评价标准

分级	临床痊愈	显效	有效	无效
评价标准	病理组织学检查证实慢性炎症明显好转，腺体萎缩、肠化、异型增生消失，疗效指数大于 95%	病理组织学检查证实慢性炎症、萎缩、肠化、异型增生明显改善，疗效指数在 70%到 95%之间	病理组织学检查证实慢性炎症、萎缩、肠化、异型增生较前减轻，疗效指数在 30%到 70%之间。	病理组织学无改变或病变加重，疗效指数小于 30%。

#### 4.7 综合疗效评价标准

参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>制定综合疗效评价标准：



表 7 综合疗效评价标准

分级	临床痊愈	显效	有效	无效
评级标准	症状消失，胃镜复查提示胃镜征象达轻度或消失，病检证实慢性炎症明显好转，萎缩、肠化、异型增生消失。	症状明显改善，胃镜复查提示胃镜征象明显好转，病检证实慢性炎症、萎缩、肠化、异型增生明显减轻。	症状均减轻，胃镜复查提示胃镜征象较前改善，病检证实慢性炎症、萎缩、肠化、异型增生有所减轻。	症状、胃镜征象、病理无改善，或加重

#### 4.8 安全性评价标准

表 8 安全性评价标准

分级	评价标准
I 级	安全，没有出现不适症状
II 级	患者对不良反应可耐受，可继续进行试验
III 级	患者对不良反应不耐受，但处理后可继续进行试验
IV 级	出现了影响患者身体健康的不良反应，需停止服药

## 5 统计学分析

所有统计均采用 SPSS23.0 统计软件：计量资料若为正态分布且方差齐时采用 t 检验，若不满足两者则采用秩和检验；计数资料选用卡方检验；等级资料选用秩和检验。得出检验统计量及  $P$  值，若  $P < 0.05$  认为差异有统计学意义。

## 6 结果

本实验共收集符合标准的患者 78 例，治疗过程中治疗组 3 例因未服药被剔除，1 例因失访而脱落。对照组 2 例因未服药被剔除，1 例因失访而脱落。实际完成临床观察例数治疗组 35 例，对照组 36 例。

### 6.1 患者一般资料比较

#### 6.1.1 两组患者的性别分布（见表 9）

表 9 两组患者的性别分布

组别	例数	男	女	$\chi^2$	$P$
治疗组	35	19	16	0.012	0.914
对照组	36	20	16		

注：经卡方检验，两组患者性别分布比较  $P > 0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

#### 6.1.2 两组患者的年龄分布（见表 10）

表10 两组患者的年龄分布 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	年龄(岁)	t	P
治疗组	35	48.77±7.96	0.899	0.372
对照组	36	47.03±8.36		

注：两组年龄经正态性检验，均为正态分布，故经t检验， $t=0.899$ ， $P=0.372$ ， $P>0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

#### 6.1.3 两组患者的病程分布（见表11）

表11 两组患者的病程分布 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	病程(年)	t	P
治疗组	35	5.87±2.89	0.466	0.643
对照组	36	5.57±2.56		

注：两组病程经正态性检验，均为正态分布，故经t检验， $t=0.466$ ， $P=0.643$ ， $P>0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

### 6.2 病情程度比较

#### 6.2.1 两组患者治疗前中医证候总积分比较（见表12）

表12 两组患者治疗前中医证候总积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	证候总积分	t	P
治疗组	35	18.29±2.50	0.221	0.826
对照组	36	18.14±3.05		

注：两组证候总积分经正态性检验，均为正态分布。故用t检验，经比较 $P>0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

#### 6.2.2 两组患者治疗前单项中医症状比较（见表13）

表13 两组患者治疗前单项中医症状比较

症状	分组	N	无	轻度	中度	重度	Z	P
胃脘胀痛或刺痛	治疗组	35	0	7	20	8	-0.182	0.856
	对照组	36	0	9	16	11		
胃脘痞胀	治疗组	35	0	3	24	8	-0.537	0.591
	对照组	36	0	5	23	8		
胸闷不舒	治疗组	35	0	8	16	11	-0.314	0.753
	对照组	36	0	10	15	11		
暖气频繁	治疗组	35	0	7	16	12	-0.118	0.906

精神抑郁	对照组	36	2	5	17	12	-0.134	0.893
	治疗组	35	0	11	12	12		
面色晦暗	对照组	36	0	10	14	12	-0.834	0.405
	治疗组	35	4	10	17	4		
	对照组	36	2	10	18	6		

注：经秩和检验，两组患者治疗前单项中医症状比较均 $P>0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

#### 6.2.3 两组患者治疗前胃镜征象分级比较（见表14）

表14 两组患者治疗前胃镜征象分级比较

组别	轻度	中度	重度	Z	P
治疗组	12	13	10	-0.459	0.646
对照组	10	15	11		

注：经秩和检验，两组患者治疗前胃镜征象分级比较 $P>0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

#### 6.2.4 两组患者治疗前病理组织学总积分比较（见表15）

表15 两组患者治疗前病理组织学总积分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	病理总积分	t	P
治疗组	35	5.82±2.62	-0.009	0.993
对照组	36	5.83±1.70		

注：经t检验，两组患者治疗前病理组织学总积分比较 $P>0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

#### 6.2.5 两组患者治疗前单项病理组织学比较（见表16）

表16 两组患者治疗前单项病理组织学比较

项目	分组	N	无	轻度	中度	重度	Z	P
萎缩	治疗组	35	0	8	18	9	-0.169	0.865
	对照组	36	0	9	18	9		
肠化	治疗组	35	6	8	18	3	-0.719	0.472
	对照组	36	4	16	13	3		
慢性炎症	治疗组	35	4	12	12	7	-0.613	0.540
	对照组	36	0	11	23	2		

异型增生	治疗组	35	15	17	3	0	-0.155	0.877
	对照组	36	14	20	2	0		

注：经秩和检验，两组患者治疗前单项病理组织学比较均 $P>0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

### 6.3 疗效比较

#### 6.3.1 两组患者中医证候疗效比较（见表 17）

表 17 两组患者中医证候疗效比较（%）

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	10 (28.5%)	14 (40%)	8 (22.9%)	3 (8.6%)	91.4%
对照组	36	5 (13.9%)	7 (19.4%)	15 (41.7%)	9 (25%)	75%

注：经秩和检验，两组患者中医证候疗效相比 $Z=-2.815$ ， $P=0.005<0.05$ ，存在统计学差异，治疗组总有效率为 91.4%，对照组总有效率为 75%，故在改善中医证候方面治疗组优于对照组。

#### 6.3.2 两组患者治疗前后中医证候总积分比较（见表 18）

表 18 两组患者治疗前后中医证候总积分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	治疗前总积分	治疗后总积分	t	P
治疗组	35	18.29±2.50	4.03±3.46	-19.750	<0.001
对照组	36	18.14±3.05	8.69±5.23	8.520	<0.001
t		0.221	-4.445		
P		0.826	<0.001		

注：两组患者治疗前、后的组内中医证候总积分经t检验， $P<0.05$ ，存在统计学差异，说明两组均能改善患者的证候。两组患者治疗后组间中医证候总积分经t检验， $P<0.05$ ，存在统计学差异，故认为治疗组效果优于对照组。

#### 6.3.3 两组患者治疗前后单项中医症状比较（见表19、20、21）

表 19 治疗组治疗前后各单项中医症状比较

症状	分组	N	无	轻度	中度	重度	Z	P
胃脘胀痛或刺痛	治疗前	35	0	7	20	8	-6.143	<0.001
	治疗后	35	22	8	5	0		
胃脘痞胀	治疗前	35	0	3	24	8	-7.037	<0.001
	治疗后	35	24	9	2	0		
胸闷不舒	治疗前	35	0	8	16	11	-6.917	<0.001
	治疗后	35	26	8	1	0		
暖气频繁	治疗前	35	0	7	16	12	-6.127	<0.001
	治疗后	35	19	14	2	0		
精神抑郁	治疗前	35	0	11	12	12	-5.718	<0.001
	治疗后	35	14	19	1	1		
面色晦暗	治疗前	35	4	10	17	4	-4.917	<0.001
	治疗后	35	22	9	4	0		

注：治疗组治疗前后单项中医症状对比，经秩和检验，均  $P < 0.05$ ，存在统计学差异，说明治疗组患者服药后，各症状均有好转。

表 20 对照组治疗前后各单项中医症状比较

症状	分组	N	无	轻度	中度	重度	Z	P
胃脘胀痛或刺痛	治疗前	36	0	9	16	11	-4.626	<0.001
	治疗后	36	13	12	10	1		
胃脘痞胀	治疗前	36	0	5	23	8	-5.508	<0.001
	治疗后	36	11	16	9	0		
胸闷不舒	治疗前	36	0	10	15	11	-5.444	<0.001
	治疗后	36	14	16	6	0		
暖气频繁	治疗前	36	2	5	17	12	-2.351	<0.001
	治疗后	36	15	2	10	9		
精神抑郁	治疗前	36	0	10	14	12	-2.925	0.003
	治疗后	36	10	9	12	5		
面色晦暗	治疗前	36	2	10	18	6	-5.282	<0.001
	治疗后	36	18	14	4	0		

注：对照组治疗前后单项中医症状对比，经秩和检验，均  $P < 0.05$ ，存在统计学差异，说明对照组患者服药后，各症状均有好转。

表 21 两组患者治疗后各单项中医症状比较

症状	分组	N	无	轻度	中度	重度	Z	P
胃脘胀痛或刺痛	治疗组	35	22	8	5	0	-2.310	0.021
	对照组	36	13	12	10	1		
胃脘痞胀	治疗组	35	24	9	2	0	-3.327	0.001
	对照组	36	11	16	9	0		
胸闷不舒	治疗组	35	26	8	1	0	-3.109	0.002
	对照组	36	14	16	6	0		
暖气频繁	治疗组	35	19	14	2	0	-2.703	0.007
	对照组	36	15	2	10	9		
精神抑郁	治疗组	35	14	19	1	1	-2.750	0.006
	对照组	36	10	9	12	5		
面色晦暗	治疗组	35	22	9	4	0	-0.921	0.357
	对照组	36	18	14	4	0		

注：两组患者治疗后单项中医症状对比，经秩和检验，除面色晦暗  $P>0.05$ ，无统计学差异，其余均  $P<0.05$ ，存在统计学差异，说明理气活血汤在治疗胃脘胀痛或刺痛、胃脘痞胀、胸闷不舒、暖气频繁、精神抑郁方面优于摩罗丹。

#### 6.3.4 两组患者治疗后胃镜征象疗效比较（见表22）

表22两组患者胃镜征象疗效比较（%）

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	11（31.4%）	10（28.6%）	9（25.7%）	5（14.3%）	85.7%
对照组	36	5（13.9%）	9（25%）	12（33.3%）	10（27.8%）	72.2%

注：经秩和检验，两组患者胃镜征象疗效相比  $Z=-2.053$ ， $P=0.040<0.05$ ，存在统计学差异，治疗组总有效率为 85.7%，对照组总有效率为 72.2%，故在改善胃镜征象方面治疗组优于对照组。

#### 6.3.5 两组患者病理组织学疗效比较（见表 23）

表 23 两组患者病理组织学疗效比较（%）

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
----	----	------	----	----	----	------



治疗组	35	9 (25.7%)	12 (34.3%)	9 (25.7%)	5 (14.3%)	85.7%
对照组	36	4 (11.1%)	8 (22.3%)	12 (33.3%)	12 (33.3%)	66.7%

注：经秩和检验，两组患者病理疗效相比  $Z=-2.430$ ,  $P=0.015<0.05$ , 存在统计学差异，治疗组总有效率为 85.7%，对照组总有效率为 66.7%，故在改善病理组织学方面治疗组优于对照组。

#### 6.3.6 两组患者治疗前后病理组织学总积分比较（见表 24）

表 24 两组患者治疗前后病理组织学总积分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	治疗前总积分	治疗后总积分	t	P
治疗组	35	5.82±2.62	2.14±2.13	11.002	<0.001
对照组	36	5.83±1.70	3.53±2.48	7.746	<0.001
t		-0.009	3.804		
P		0.993	<0.001		

注：两组患者治疗前、后的组内病理组织学总积分经 t 检验均  $P<0.05$ , 存在统计学差异，说明两组均能改善患者的病理情况。两组患者治疗后组间病理组织学总积分经 t 检验  $P<0.05$ , 存在统计学差异，故认为治疗组优于对照组。

#### 6.3.7 两组患者治疗前后单项病理组织学比较（见表 25、26、27）

表 25 治疗组治疗前后单项病理组织学比较

项目	分组	N	无	轻度	中度	重度	Z	P
萎缩	治疗前	35	0	8	18	9	-6.323	<0.001
	治疗后	35	21	11	3	0		
肠化	治疗前	35	6	8	18	3	-4.282	<0.001
	治疗后	35	21	9	5	0		
慢性炎症	治疗前	35	4	12	12	7	-4.999	<0.001
	治疗后	35	22	11	1	1		
异型增生	治疗前	35	15	17	3	0	-0.476	0.634
	治疗后	35	16	18	1	0		

注：治疗组治疗前后单项病理组织学对比，经秩和检验，除异型增生外  $P>0.05$ , 无统计学差异，其余均  $P<0.05$ , 存在统计学差异，故治疗组患者异型增生无改善，余病理组织学方面均有所改善。

表 26 对照组治疗前后单项病理组织学比较

项目	分组	N	无	轻度	中度	重度	Z	P
萎缩	治疗前	36	0	9	18	9	-4.215	<0.001
	治疗后	36	14	12	6	4		
肠化	治疗前	36	4	16	13	3	-1.974	0.048
	治疗后	36	11	15	8	2		
慢性炎症	治疗前	36	0	11	23	2	-4.276	<0.001
	治疗后	36	16	10	9	1		
异型增生	治疗前	36	14	20	2	0	-1.232	0.218
	治疗后	36	15	9	2	0		

注：对照组治疗前后单项病理组织学对比，经秩和检验，除异型增生外  $P > 0.05$ ，无统计学差异，其余均  $P < 0.05$ ，存在统计学差异，故对照组患者异型增生无改善，余病理组织学方面均有所改善。

表 27 两组患者治疗后各单项病理组织学比较

项目	分组	N	无	轻度	中度	重度	Z	P
萎缩	治疗组	35	21	11	3	0	-2.203	0.028
	对照组	36	14	12	6	4		
肠化	治疗组	35	21	9	5	0	-2.450	0.014
	对照组	36	11	15	8	2		
慢性炎症	治疗组	35	22	11	1	1	-1.996	0.046
	对照组	36	16	10	9	1		
异型增生	治疗组	35	16	18	1	0	-0.676	0.499
	对照组	36	15	9	2	0		

注：两组患者治疗后单项病理组织学对比，经秩和检验，除异型增生外  $P > 0.05$ ，无统计学差异，其余均  $P < 0.05$ ，存在统计学差异，故理气活血汤在改善萎缩、肠化、慢性炎症方面优于摩罗丹。

#### 6.3.8 两组患者综合疗效比较（见表 28）

表 28 两组患者综合疗效比较（%）

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	7 (20.0%)	12 (34.3%)	10 (28.6%)	6 (17.1%)	82.9%

对照组	36	3 (8.3%)	6 (16.7%)	14 (38.9%)	13 (36.1%)	63.9%
-----	----	----------	-----------	------------	------------	-------

注：经秩和检验，两组患者综合疗效相比  $Z=-2.520$ ,  $P=0.012<0.05$ , 存在统计学差异，治疗组总有效率为 82.9%，对照组总有效率为 63.9%，故在综合疗效方面治疗组优于对照组。

#### 6.4 安全性分析

在服用摩罗丹及理气活血汤期间没有患者出现不良反应，所有的检查指标未见异常。

### 7 讨论

#### 7.1 西医对慢性萎缩性胃炎的认识

慢性萎缩性胃炎 (CAG) 顾名思义，其主要是指腺体的减少，常伴肠上皮化生和/或异型增生的一种疾病。CAG 分为 A 型及 B 型两类，A 型与自身免疫有关，常伴有恶性贫血，B 型为临床常见类型。CAG 多见于老年人，但现代社会 CAG 的发病率明显处于上升状态。患者萎缩的程度越大，发生胃癌的风险就越大，故逆转 CAG 极其重要。

西医对 CAG 的发病原因未完全研究清楚，大多数人认为 CAG 与幽门螺杆菌 (Hp) 的感染、胆汁的反流、血管活性因子及细胞因子改变、免疫因素、年龄因素以及其他因素有关。据相关研究，约一半以上的 CAG 患者其胃内存在 Hp 抗体<sup>[9]</sup>。Hp 损伤胃黏膜的原因主要是其可产生多种致病因子，如尿素酶、空泡毒素蛋白，这些物质可直接损害胃黏膜。同时 Hp 还能诱导胃黏膜释放引起炎症反应的一些物质，从而使炎症发生<sup>[10]</sup>。胆汁中的溶血卵磷脂、胆汁酸等物质是损伤胃黏膜的罪魁祸首。据有关研究表明，在 CAG 病人中检测血管活性肠肽 (VIP)，可发现其数量较正常人降低，萎缩程度越重，VIP 数量越少，环磷酸腺苷 (cAMP) 的数量也会随之降低，因此会干扰细胞代谢，从而改变细胞遗传性<sup>[11]</sup>。有些 CAG 患者和自身免疫有一定关系，两种免疫协同作用从而导致了 CAG。一般情况下，CAG 病人的体内可查出多种抗体，在多种因素作用下，这些抗体会通过各种作用，引起黏膜的萎缩。

西医一般是采取以下三点来治疗 CAG。CAG 的患者首先是要注意饮食，多食清淡之品，禁食刺激性之品，保护胃黏膜，规律服药，保持乐观的心态。其次是药物治疗，药物治疗首先是根除 Hp，临床上根除 Hp 的办法主要有三联疗法、四联疗法、序贯疗法以及中西医结合疗法<sup>[12]</sup>。除此以外，还要适当口服保护胃黏膜，

促进胃动力的药物及补充维生素和叶酸<sup>[13]</sup>。最后是手术治疗，其是指内镜微创治疗。内镜治疗包括内镜下氩离子凝固术（APC）、胃黏膜切除术（EMR）或黏膜剥离术（ESD），主要适用于慢性萎缩性胃炎的患者中同时伴有重度异型增生的情况<sup>[14]</sup>。临床上单用西医治疗 CAG，常常不能达到较好的效果。

## 7.2 中医对慢性萎缩性胃炎的认识

CAG 是西医学学术语，传统医学中并没有与之完全对等的疾病名，现代医家认为其属于某些中医疾病，如“胃痛”、“嗳气”、“嘈杂”、“痞满”等。胃痛始见于《黄帝内经》，其中提到“胃病者，腹膜胀，胃脘当心而痛”<sup>[15]</sup>；叶天士认为胃痛最根本的病机为“不通则痛”<sup>[16]</sup>。嘈杂首见于《三因极一病证方论》，其中曰：“人之有痰饮病者，……症状非一，……为呕，为泻，眩晕，嘈烦”<sup>[17]</sup>。《丹溪心法·嘈杂》中云：“嘈杂是痰因火动，治痰为先”<sup>[18]</sup>。痞满首见于《伤寒论》，仲景曰：“满而不痛者，此为痞”<sup>[19]</sup>。

本病的病因主要有感受外邪、情志不畅、内伤饮食、脾胃素虚等。CAG 的病因病机较复杂，现代医家在前人的基础上有了更多的病因病机经验。因每个医家经验不同，故在 CAG 的病机方面观点不一。余绍源等<sup>[20]</sup>医家的观点是脾胃虚弱为 CAG 的重要病因，而气滞血瘀贯穿整个病程。惠建萍等<sup>[21]</sup>人认为该病核心病机为毒瘀互结。王捷红等<sup>[22]</sup>人称 CAG 的病机为气阴两虚，毒瘀气滞。但更多的医家观点是 CAG 的病机特点为本为虚，标为实，常常是虚实夹杂。脾虚胃弱为其本，瘀血、邪毒、湿邪、食积等为其标。

中医药治疗 CAG 常常采用辨证论治的方法，并结合因时因地制宜。随着社会的发展，现代医家在前人的基础上对于 CAG 的治疗有了更多的创新。因每位医家经验不同，故治疗此病的侧重点不一样。医家刘凤斌<sup>[23]</sup>认为其基本病机是脾虚、气滞、瘀血及热郁，故治疗此病主要是运用四君子汤加减为主。医家蔡巍巍<sup>[24]</sup>治疗 CAG 主要是以生津润燥、滋养胃阴为主，方药以自拟化痰消瘀方为主。单兆伟<sup>[25]</sup>的观点是 CAG 病机主要为脾胃气虚夹有瘀血、湿热，治疗 CAG 患者常使用自创的二参三草汤，临床疗效斐然。吴义堂等<sup>[26]</sup>人认为 CAG 患者体内必有瘀血，使用活血化瘀类药物不仅能够有效缓解病人症状，还能逆转黏膜的萎缩，故常使用自拟活血化瘀方即红英汤治疗 CAG，所取得的临床疗效常常出乎意料。

## 7.3 导师对慢性萎缩性胃炎的认识

任师认为现代社会多数人精神常常处于紧张及低落的状态，故易导致肝脏疏泄功能失常，肝气郁滞。肝与胃在生理上关系密切，脾胃的消化及气机升降功能

全都与肝脏疏泄密切相关。肝脏功能正常，脾胃才能更好的消化腐熟水谷。肝脏疏泄异常，则脾之运化及胃之腐熟功能异常，水谷精微物质生成障碍，长此以往，胃黏膜失于濡养，则发为萎缩；肝失疏泄，肝气郁滞，不通则痛，则发为胃痛；肝气横逆犯胃，胃失和降，胃气上逆，则发为噯气；肝郁日久化热犯胃，导致胃气逆而上冲，则发为嘈杂；气机的升与降若失常，则易导致气机壅滞，则发为痞满。故综上所述，气机郁滞是慢性萎缩性胃炎的重要病机之一，其中肝失疏泄是其根本原因。

任师认为瘀血贯穿了 CAG 的整个病程。传统医学认为气为血之帅，若气机郁滞，则血运障碍，故而形成瘀血。瘀血则进一步阻碍血运，若瘀血不消，则新血难生，进而加重胃黏膜的萎缩。同时胃镜下黏膜萎缩的表现为颗粒状，血管明显，此皆为胃络瘀阻的表现。故任师认为气滞血瘀为 CAG 的基本病机。治病求本，针对这一病机，任师提出了理气活血汤治疗 CAG。

#### 7.4 理气活血汤的组方分析及单味药的现代药理研究

理气活血汤组成药物：柴胡 9g、木香 9g、枳壳 9g、郁金 9g、当归 12g、赤芍 12g、川芎 9g、桃仁 9g、红花 9g、丹参 15g、莪术 6g、地龙 6g。

本方是导师宗“四逆散、血府逐瘀汤”化裁，方中柴胡疏肝解郁，为君药。木香行气止痛、枳壳行滞消胀，二者同用臣药，与柴胡合用尤善理气行滞，使气行则血行。郁金行气活血、当归补血活血、赤芍、川芎活血祛瘀，桃仁、红花活血祛瘀止痛，以上诸药共奏活血祛瘀之效。地龙其性善走，周行全身，疏通活络为佐药，配伍丹参、莪术、地龙以加强活血行气通络止痛之功。上述药合用，共奏气行血行，瘀祛络通之效。

柴胡：苦、微寒，归肝胆经，有疏肝解郁之功效。《本草汇言》认为其善治气，能补气，能健脾。柴胡主要成分有多糖类物质、柴胡皂苷、挥发油<sup>[27]</sup>。柴胡具有很强的疏肝作用，可能和其具有抗肝纤维化及促进胆汁分泌有一定的关系。同时，柴胡还具有保肝及抗癌、抗炎、镇痛作用。研究发现，柴胡提取物可降低急性肝损伤动物血清中的转氨酶及碱性磷酸酶含量。其抗炎作用可能与其可促进糖皮质激素分泌有关。柴胡中的皂苷可使痛阈值增高，以此起到镇痛作用。除了以上这些作用，柴胡还能调节免疫功能，保护胃黏膜<sup>[28]</sup>。

木香：辛、温，归脾胃大肠经，有行气止痛之效。《本草纲目》记载其主治中气不省。木香里的主要成分包括萜类、蒽醌及生物碱等其他类。萜类成分丰富，其可抗炎及抗肿瘤。因其对炎症因子有抑制作用，故木香常常与其他中药配伍用

于治疗消化系统疾病及风湿性疾病<sup>[29]</sup>。更多的研究证实,木香还有抗肿瘤的作用,其可有效阻止肿瘤细胞的增殖,诱导肿瘤细胞衰老及死亡。蒽醌类化合物具有抗氧化及抑制胃肠道平滑肌痉挛的作用,故木香在治疗腹痛方面有较好的效果<sup>[30]</sup>。

枳壳:辛、酸,微寒,归脾胃经,有理气消胀之功。枳壳中成分主要有:挥发油类、香豆素类、黄酮类、生物碱类等成分<sup>[31]</sup>。枳壳可双向调节胃肠道平滑肌,既可以使平滑肌兴奋,使其活动加快,又可以降低其张力,以此起到解痉作用。枳壳还有抑菌作用,其效果强于枳实。研究发现,枳壳中的柚皮素可以抗抑郁,该物质可使小鼠的抑郁症状减轻,其作用与抗抑郁药相似,作用强度与药物浓度正相关。同时研究表明,枳壳还具有抗肿瘤作用,可加速癌细胞凋亡<sup>[32]</sup>。

郁金:辛、苦,寒,归心肝肺经,有活血止痛之功效。郁金里的主要成分包括挥发性成分、姜黄素、微量元素多糖及其他类成分。郁金可抑制胃癌细胞。研究证明,郁金可促进腺癌细胞耐药性的逆转,抑制胃癌细胞的生长。用蒸馏法得到的郁金提取物对大鼠胃癌有一定防御作用<sup>[33]</sup>。郁金还具有一定的抑菌、抗炎作用,可杀灭幽门螺杆菌。黄宣等<sup>[34]</sup>通过建立 Hp 感染的体外细胞模型研究,最终发现郁金内提取的二萜类化合物 C 不仅能减少促炎性分子的分泌还能加强抑炎性分子的分泌。郁金还可使胆囊收缩加强,从而发挥利胆作用。

当归:甘,辛,温,归心肝脾经,有补血活血之效。研究证实,当归中成分包括挥发油、多糖及黄酮等化学物质。当归具有很强的造血功能,主要是因为其中的多糖能够促进造血因子的合成。除此之外,当归多糖还能抗肿瘤,曹蔚等<sup>[35]</sup>研究发现小剂量的当归多糖可提高小鼠脾脏和胸腺指数,以此发挥抗肿瘤的作用。吴素珍等<sup>[36]</sup>报道硫酸酯化当归多糖能显著抑制小鼠实验性肿瘤的生长,使荷瘤小鼠的免疫功能得到改善,延长其生存期。除此之外,当归还有平喘、保肝及止痛、催产的作用。

赤芍:苦,寒,归肝经,有活血祛瘀之功效。赤芍中的化学成分有黄酮类、萜类、鞣质类、挥发油类等物质。赤芍总苷(TPG)可以抵抗血栓的形成。研究证实,赤芍总苷可使血小板含量减少、红细胞聚集及变形力增强,因此血栓的形成会减少;除此之外,赤芍中的乙醇提取物可通过一系列的化学反应产生扩血管作用<sup>[37]</sup>。同时,赤芍还可抗炎及抗肿瘤,其可通过一系列的反应,调节免疫系统,抑制癌细胞的生成,以此起到抗肿瘤的作用<sup>[38]</sup>。

川芎:辛,温,归心肝胆经,有行气活血之功效。川芎中包括苯酞类、有机酚酸类、生物碱类、多糖类化合物等物质。苯酞类化合物可抗真菌、抗病毒。该



种物质中的 Z-藁本内酯被认为是起主要作用的, 这种物质具有扩张血管、抗血小板聚集、以及抗血栓形成的功效<sup>[39]</sup>。川芎嗪可使毛细血管持续处于舒张状态, 进而增加血流灌注。除此以外, 川芎嗪还能改善肝纤维化, 有效降低血脂水平, 减少脂肪的堆积, 达到保护肝脏的作用。同时现代药理研究证实, 川芎可改善冠状动脉的血供, 减少心肌的损伤从而达到保护心脏的效果<sup>[40]</sup>。

桃仁: 苦, 甘, 平, 归肝心大肠经, 有活血化瘀之功效。桃仁中的化学成分包括氨基酸、脂肪油类、蛋白质、苷类等。桃仁可拮抗钙离子, 同时也能使环腺苷酸升高以此来起到抗血小板聚集的作用<sup>[41]</sup>。实验证明, 桃仁中的某些物质可使小鼠的凝血时间延长, 同样具有抗血栓形成的作用。桃仁中的蛋白具有提高免疫力及抗肿瘤的作用, 其通过降低血清中的细胞因子, 来调节免疫功能<sup>[42]</sup>。通过影响相关肿瘤基因的表达以及抑制细胞分裂来达到抗肿瘤的作用。桃仁还具有抗炎作用, 其中的某些蛋白可以降低炎症导致的血管通透性。

红花: 辛, 温, 归心肝经, 有活血化瘀之效。红花的化学成分主要包括黄酮类、倍半萜类、生物碱类、木脂素类、有机酸类、多糖类及其它成分等。红花可以抗炎镇痛以及抗肿瘤。其中的红花黄色素和羟基红花黄色素是抗炎镇痛的主要成分, 这两种物质通过抗氧化作用发挥抗炎功能。红花中的红花多糖能够抑制小鼠肿瘤组织中多种因子的表达, 进而发挥抑制肿瘤的作用<sup>[43]</sup>。同时, 红花可以使血液的粘稠度下降, 以此来改善肿瘤患者的高凝状态。羟基红花黄色素可降血压, 扩血管, 改善供血。红花还能抑制血小板的聚集, 使红细胞的更易变形<sup>[44]</sup>。

丹参: 苦, 微寒, 归心肝经, 有活血止痛之效。古代医家描述其主破癥除瘕, 止烦满, 益气养血。丹参主要包括两大类成分, 一种是脂溶性物质, 包括丹参酮、丹参新酮、异隐丹参等, 这些成分具有神经保护、抗肿瘤、抗炎、抗心血管疾病等作用。另一种是水溶性物质, 包括迷迭香酸甲酯、丹酚酸、迷迭香酸等, 这些成分同样具有抗肿瘤、阻止炎症发生、抗凝血等作用<sup>[45]</sup>。研究显示丹参多糖可以使癌细胞凋亡, 使细胞不能进入 S 期, 同样能使细胞内的氧压力升高, 可作为一种天然抗癌剂。有关研究还发现, 丹参可修复损伤的胃黏膜<sup>[46]</sup>。

莪术: 辛, 温, 归肝脾经, 有行气破血, 消积止痛之效。莪术里的化学成分包括姜黄素类、挥发油及多糖类等。莪术中的姜黄素通过影响某种核因子信号传导进而发挥抗炎功效。同时, 姜黄素可通过一系列的化学反应导致抑癌基因激活, 起到抗肿瘤的功<sup>[47]</sup>。莪术还能改善血黏度及血液流变指标。另有研究发现莪术油可改善红细胞的聚集力、变形力, 从而使凝血功能更好。莪术也能通过改变

cAMP 的水平,抑制  $\text{Ca}^{2+}$  的转运,抵抗血小板聚集<sup>[48]</sup>。除此之外,莪术还有调血脂、抗纤维化、抗氧化、降血糖的作用。

地龙:咸,寒,归肝肺膀胱经,有通络息风之功。地龙里的主要成分为:蛋白质、核苷酸、多种酶类等。地龙里的蛋白质成分具有抗肿瘤的作用,抗肿瘤机制主要是因为其体内超氧化物歧化酶含量较多,该种物质可通过一系列的化学反应,抑制细胞分裂及肿瘤的生长。同时,地龙可提高免疫力,激活纤溶酶及纤溶酶原,改善高凝状态,降低癌细胞转移风险。尤其在消化道肿瘤方面,地龙的抗肿瘤作用较明显<sup>[49]</sup>。除了抗肿瘤作用,地龙还具有拮抗凝血,溶解血栓的功能,可能是因为其中的蚓激酶可降解纤维蛋白及纤维蛋白原,进而使血栓溶解,且蚓激酶还能水解凝血因子,血小板聚集功能因此受损<sup>[50]</sup>。

### 7.5 选用摩罗丹作为对照组药物的依据

摩罗丹为经典中成药,已应用于临床多年,主要由乌药、延胡索、蒲黄、三七、当归、川芎、白芍、百合、麦冬、石斛、白术、茯苓、菖蒲、鸡内金、地榆、泽泻、玄参、茵陈组成。该药可治疗多种证型的 CAG,其中乌药、延胡索理气止痛,蒲黄、三七、川芎活血化瘀,对于气滞血瘀型 CAG 有一定疗效。且摩罗丹治疗 CAG 不良反应较少,安全系数较高,故选用摩罗丹作为对照组药物。

### 7.6 问题与展望

本课题研究证实理气活血汤治疗 CAG 疗效斐然,对患者的临床症状、病理组织学及胃镜征象都可不同程度的改善。但本课题仍有一些问题。首先课题研究样本量太小,且均是来自同一医院的病人,导致研究太局限,不能获得较全面的信息。故希望今后能扩大样本量,采取多中心研究方案,获取较全面的信息。其次研究时间短且未对患者进行随访观察,故理气活血汤的远期疗效不清楚。希望今后能加大研究时间,还要对患者进行随访观察。最后,此次研究未进行动物实验,所以对理气活血汤的作用机制尚不了解,故今后若有条件要行动物实验研究,进一步探讨该方的作用机制。

## 结论

理气活血汤治疗 CAG 临床效果显著,且综合疗效优于摩罗丹。首先该汤可明显改善患者的临床症状,尤其是在胃脘胀痛或刺痛、胃脘痞胀、胸闷不舒、嗳气频繁、精神抑郁方面效果较摩罗丹明显。其次还能改善病理组织学,包括胃黏膜的萎缩、肠化及慢性炎症,效果优于摩罗丹。除此之外对胃镜征象的改善也优于

摩罗丹,且治疗期间未出现任何不良反应,故理气活血汤是治疗气滞血瘀型 CAG 的可选良方之一。

## 参考文献

- [1]李军祥,陈諒,吕宾,王彦刚.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(02):121-131.
- [2]刘京运,金世禄.慢性萎缩性胃炎患病率与年龄的关系及发病的影响因素[J].川北医学院学报,2017,32(01):152-154.
- [3]FerlayJ,BrayF,PisaniP,etal.GLOBOCAN2002 Cancer Incidence,Mortality and Prevalence Worldwide.IA RC CancerBase No 5 version 2.0.Lyon IARCPress,2004.
- [4]Sun Y,Wang S,Qi M,et al.Psychological distress in patients with chronic atrophic gastritis:the risk factors,protection factors,and cumulative effect[J].health & medicine,2018 Aug,23(7):797-803.
- [5]李志茹,王滨,杨巧芳.中医诊治慢性萎缩性胃炎的研究概况及进展[J].内蒙古医科大学学报,2016,38(04):370-374.
- [6]白钰.慢性萎缩性胃炎中医证型分布规律及其相关性研究[D].长春中医药大学,2019.
- [7]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社.2002:第1版.
- [8]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.
- [9]陈佳,李守英,徐红.慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中国老年学杂志,2013,33(14):3540-3542.
- [10]张云桐,谢琪.慢性萎缩性胃炎癌前病变病因病机研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(08):130-131.
- [11]王海莉,崔凯,张雪峰.慢性萎缩性胃炎患者血浆血管活性肠肽的水平及作用[J].临床荟萃,2010,25(03):226-227.
- [12]刘洪英.幽门螺杆菌感染的治疗现状及进展[J].中国处方药,2018,16(4):15-16.
- [13]El-Shafie K,Samir N,Lakhtakia R,et al.Localised Skin Hyperpigmentation as a Presenting Symptom of Vitamin B12 Deficiency Complicating Chronic Atrophic Gastritis[J].Sultan Qaboos University medical journal,2015 Aug,15(3):e420-3.
- [14]陈凡.慢性萎缩性胃炎伴异型增生的治疗进展[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(06):346-348.

- [15] 史佳宁, 郝微微. 慢性萎缩性胃炎癌前病变中医治疗研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(09): 95-98.
- [16] 李永亮, 秦祖杰, 唐振宇. 叶天士治疗胃痛学术思想探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(06): 648-649+674.
- [17] 陈余圣. 黄连粉空腹吞服治疗嘈杂验案 2 则[J]. 江西中医药, 2017, 48(12): 22.
- [18] 汤立东, 王垂杰. 论嘈杂中医药治疗[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(11): 26-29.
- [19] 陈毅菁, 崔闽鲁. 痞证的中医药研究进展[J]. 中医药通报, 2013, 12(06): 63-65+42.
- [20] 杨维维, 周晓虹. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2014, 16(10): 2166-2169.
- [21] 惠建萍. 沈舒文从“毒瘀交阻”辨治胃癌前病变[N]. 中国中医药报, 2017-09-13(004).
- [22] 晁俊, 刘绍能. 慢性萎缩性胃炎中医病因病机及证候研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(08): 133-136.
- [23] 杨伟钦, 蒋凯林, 杨浩宇, 向长勤, 林海雄, 刘丽婷, 刘凤斌. 基于数据挖掘的刘凤斌教授治疗慢性萎缩性胃炎组方规律探究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(08): 81-84.
- [24] 蔡巍巍, 王婷, 魏睦新. 润燥化痰消瘀方加减治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(07): 685-687+719.
- [25] 胡静怡, 杜斌, 单兆伟. 单兆伟治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(09): 4047-4049.
- [26] 吴义堂, 谢友如, 杨庆福. 从瘀论治慢性萎缩性胃炎 65 例临床观察[J]. 时珍国医国药, 1999(04): 48-49.
- [27] 颜美玲, 杨柳, 侯阿娇, 郭新月, 满文静, 邢绪东, 韩华. 柴胡化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2018, 35(05): 103-109.
- [28] 舒文将, 姚昕利, 陈宗游, 邹蓉, 唐健民. 中药柴胡的药理研究与临床应用[J]. 广西科学院学报, 2017, 33(04): 268-273.
- [29] 魏华, 彭勇, 马国需, 许利嘉, 肖培根. 木香有效成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2012, 43(03): 613-620.
- [30] 毛景欣, 王国伟, 易嫚, 黄元射, 陈敏. 川木香化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2017, 48(22): 4797-4803.
- [31] 李陈雪, 杨玉赫, 冷德生, 刘雅芳. 枳壳化学成分及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(02): 158-161.
- [32] 龚斌, 李琴, 胡小红, 肖强, 黄丽莉. 枳壳化学成分及药理作用研究进展[J]. 南方林业科

- 学, 2019, 47(03):40-45.
- [33] 袁晓旭, 杨明明, 赵桂琴. 郁金化学成分及药理作用研究进展[J]. 承德医学院学报, 2016, 33(06):487-489.
- [34] 袁晓旭, 杨明明, 赵桂琴. 郁金化学成分及药理作用研究进展[J]. 承德医学院学报, 2016, 33(06):487-489.
- [35] 曹颜冬. 当归化学成分及药理作用的分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(02):93+95.
- [36] 王华, 孙娜. 当归的有效化学成分及药理作用研究进展分析[J]. 山东化工, 2017, 46(18):59-60.
- [37] Jin S N, Wen J F, Wang T T, et al. Vasodilatory effects of ethanol extract of *Radix Paeoniae Rubra* and its mechanism of action in the rat aorta [J]. *J Ethnopharmacol*, 2012, 142(1): 188-193.
- [38] 陆小华, 马骁, 王建, 朱云, 周宗元, 陈哲, 赵艳玲, 王伽伯. 赤芍的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中草药, 2015, 46(04):595-602.
- [39] 韩炜. 川芎的化学成分与药理作用研究进展[J]. 中国现代中药, 2017, 19(09):1341-1349.
- [40] 靳春斌. 川芎的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国社区医师, 2017, 33(16):8+13.
- [41] 王仁芳, 范令刚, 高文远, 张俊英. 桃仁化学成分与药理活性研究进展[J]. 现代药物与临床, 2010, 25(06):426-429.
- [42] 许筱凰, 李婷, 王一涛, 陆金健. 桃仁的研究进展[J]. 中草药, 2015, 46(17):2649-2655.
- [43] 刘宁, 刘媛, 潘蕾, 王琪. 红花的研究进展[J]. 中国医药导刊, 2017, 19(05):527-530.
- [44] 易善勇, 官丽莉, 杨晶, 李海燕, 李校堃, 姜潮, 黄建. 红花药理作用及其开发与应用研究进展[J]. 北方园艺, 2015(05):191-195.
- [45] 高兵. 丹参的药理作用及临床应用分析[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(1): 196-197.
- [46] 万新焕, 王瑜亮, 周长征, 郭浩, 马山, 王立柱. 丹参化学成分及其药理作用研究进展[J]. 中草药, 2020, 51(03):788-798.
- [47] 赵志梅, 张立杰, 夏天, 肖志. 莪术主要单体成分抗炎、抗肿瘤作用研究进展[J]. 药物评价研究, 2017, 40(01):119-124.
- [48] 罗娟, 代二庆, 任会宁, 胡建政, 杨梅, 柳华. 三棱、莪术在慢性萎缩性胃炎中的应用[J]. 吉林中医药, 2016, 36(06):545-549.
- [49] 黄庆, 李志武, 马志国, 李荷, 毛润乾. 地龙的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂

志, 2018, 24(13):220-226.

[50] 刘文雅, 王曙东. 地龙药理作用研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(02):282-285.



## 附录

### 文献综述

#### 慢性萎缩性胃炎中西医诊疗进展

**摘要：**慢性萎缩性胃炎（Chronic Atrophic Gastritis CAG）是指胃黏膜上皮受各种因素的损害，导致固有腺体的减少，常伴有肠腺上皮的化生和/或异性增生的一种常见胃部疾病，属于消化系统难治疾病之一。本文通过查阅及整理相关文献及资料，从中、西医两个方面对 CAG 的病因、临床表现、诊断、分型、治疗等研究进展进行了归纳整理，为临床提供诊疗思路。

**关键词：**慢性萎缩性胃炎；中西医；诊疗进展；综述

CAG 的发病部位在腺体，它以固有腺体减少为病理特点，若还具有肠化和（或）异型增生，则更被看作为一种癌前疾病<sup>[1]</sup>。CAG 的一般表现为腹部胀满及疼痛、食欲不振、反酸、烧心等症状。历代医书中未记载“慢性萎缩性胃炎”这种疾病，现代医家认为其属于某些中医疾病，如“胃痛”、“嘈杂”、“痞满”、“嗳气”等<sup>[2]</sup>。CAG 的发病原因目前未彻底研究清楚，大多数人认为 CAG 与胆汁的反流、幽门螺杆菌的感染、血管活性因子及细胞因子改变、免疫因素、年龄因素有关。西医多采用根除幽门螺杆菌、增强黏膜营养、改善胃动力、补充叶酸、维生素等治疗，用药后症状可以缓解，但改变胃黏膜腺体的萎缩难度较大，但是将 CAG 辨证分型论治会取得令人满意的效果。本文从中西医两个方面将 CAG 病因、诊断分型、治疗方法等研究进展综述如下。

#### 1 中、西医研究概况

##### 1.1 西医研究概况

###### 1.1.1 流行病学研究概况

因各研究采取的标准不一，且无较大规模的合作调查等原因，迄今为止，国际上关于 CAG 的流行病学资料还不完善<sup>[3]</sup>。有资料显示，CAG 的发病率与年龄相关，Siurela<sup>[4]</sup>报道，年龄每增长 10 岁，发病率就增长 14%。当今社会，随着不断的发展，人们各个方面的习惯也在不断改变，CAG 的发病率明显处于上升状态且不同年龄段的患病率正在发生着变化，中年人的患病率明显增加。世界范围内，南美、东欧、东亚以及其他一些地区胃癌患者相对较多，CAG 的发病率相对较高<sup>[5-6]</sup>，与癌症发病率关系密切，但其患病率无明显性别差异。

###### 1.1.2 西医病因及发病机制研究概况

CAG 的发病原因目前未彻底研究清楚，其与胃癌的关系密切<sup>[7]</sup>，多数医家赞

同 CAG 的原因有多种,例如以下几点。

#### 1、幽门螺杆菌感染

临床上的多种疾病都与幽门螺杆菌(Hp)有关,CAG就是其中一种,据相关研究表明,可在约一半以上的CAG患者胃内发现Hp抗体。有些学者认为,在Hp致病过程中,CagA基因的作用尤其显著,它生成的CagA蛋白可促使机体产生有害物质,引发胃部炎症,进而出现腺体萎缩<sup>[8]</sup>,所以Hp感染可引起CAG。

#### 2、血管活性因子及细胞因子改变

据有关研究表明,在CAG病人中检测血管活性肠肽(VIP),可发现其数量较正常人降低,随着萎缩程度的加重,VIP数量会逐渐递减,从而使cAMP的数量降低,因此会干扰细胞代谢,从而改变细胞遗传性。同时,白细胞介素(IL-11)也与CAG有密切关系,IL-11属于壁细胞因子,可通过一系列的作用,降低胃酸的分泌,从而引起CAG的发生。

#### 3、胆汁反流

胆汁反流同样可引起CAG的发生,胆汁反流是指胆囊被切除或幽门括约肌受到损害等原因导致多种十二指肠内容物流入胃,反流物可损害黏膜,从而引起胃黏膜炎症等多种病变的发生,同时组胺分泌增多,组胺会使炎症持续存在,长期的炎症形成CAG。

#### 4、免疫因素

CAG与自身免疫关系密切,两种免疫协同作用从而导致了CAG,一般情况下,CAG病人的体内可查出多种抗体,在多种因素作用下,这些抗体会通过各种作用,引起黏膜的萎缩。

#### 5、年龄因素

CAG的发生与年龄相关,年龄大的人群患有CAG的风险就大,而且年龄越大,感染Hp的风险也逐渐增高,Hp又是引起CAG的关键原因<sup>[9]</sup>。

#### 6、其他因素

与CAG发生发展有关联的原因还有辛辣刺激的饮食,这种饮食会损伤胃黏膜细胞。叶酸及维生素的缺乏,非甾体抗炎药的使用,常年吸烟以及饮酒都与CAG的发生有关。

#### 1.1.3 西医诊断研究概况

对于疑似CAG的患者首先要通过胃镜及病理做出诊断<sup>[10]</sup>,在诊断明确的基础上还要评价其萎缩及肠化、增生的程度,检查患者是否有Hp的感染,评估癌变

风险<sup>[11]</sup>。

### （一）内镜检查

内镜观察 CAG 肉眼下可见红色黏膜与白色黏膜相互排列，白色黏膜较显著，皱襞变平或肉眼下难见到，血管明显。

### （二）病理诊断

活检下若见腺体萎缩或肠化，就可认为有 CAG 的发生，但是必须在多处取检并将病理结果与内镜下所见相结合，再诊断其萎缩的范围与程度。目前国际上公认的取检标准是要求取 5 块标本，5 块分别位于胃窦距幽门 2-3cm 的大弯与小弯、胃体距贲门 8cm 的大弯与小弯以及胃角处，若有其他部分的病灶还需另取检，不同部位的标本，还应装在不同的瓶子里。

### （三）明确有无 Hp 的感染

Hp 与 CAG 的关系密切，故 CAG 确诊后首先要明确是否有 Hp 的感染，若明确有 Hp 的感染则需同时治疗 Hp。

### （四）评估癌变风险

CAG 患者多数病情较轻，但有关研究证实，CAG 有癌变机率，所以要对 CAG 患者进行癌变风险评估。

## 1.2 中医研究概况

### 1.2.1 中医病证归属

CAG 是西医学术语，历代医书中未记载“慢性萎缩性胃炎”这种疾病，现代医家认为其属于某些中医疾病，如“胃痛”、“嘈杂”、“痞满”、“噎气”等。胃痛始见于《黄帝内经》其中提到“胃病者，腹膜胀，胃脘当心而痛”<sup>[12]</sup>；痞满首见于《伤寒论》，仲景曰：“满而不痛者，此为痞”<sup>[13]</sup>；嘈杂首见于《三因极一病证方论》，其中曰：“人之有痰饮病者，……症状非一，……为呕，为泻，眩晕，嘈烦”<sup>[14]</sup>。

### 1.2.2 中医病因病机研究概况

本病的病因有感受外邪、情志不畅、劳倦过度、胃络淤阻等。叶天士认为胃痛的病机为“不通则痛”<sup>[15]</sup>。《丹溪心法》中提到：“嘈杂是痰因火动，治痰为先”<sup>[16]</sup>。《证治汇补·内因门收食》曰：“食伤之后，物滞虽消，元气受损，……而为蓄满痞塞者”<sup>[17]</sup>。

CAG 的病因较复杂，多数医家在 CAG 的病机研究上有了突破，在前人的基础上增加了新的内容，余绍源<sup>[18]</sup>等医家的观点是 CAG 的重要病因是脾胃虚弱，而气

滞血瘀贯穿整个病程。李应存教授<sup>[19]</sup>研究其病机为脾胃虚弱以致肝气犯胃。郝怀清将本病病机总结为肝郁化热以致津亏，或热邪伤津，导致脾胃失调，从而影响其腐熟功能。惠建萍<sup>[20]</sup>等人认为该病核心病机为毒瘀互结。张声生认为 CAG 以湿热邪毒为主，积滞与脾虚并见，瘀血阻络贯穿始终。王捷红<sup>[21]</sup>等人研究称 CAG 的病机是气阴两虚、毒瘀气滞。大多数医家认为其根本为脾虚胃弱，瘀血、邪毒、湿邪、食积等为其标。脾胃功能失常，湿热内蕴，则为 Hp 提供了生存环境。脾胃虚弱，胃络失养，病久缠绵难愈则瘀血内生，导致气滞血瘀，气血相互交织搏结，瘀血阻碍经络，形成萎缩性胃炎，故大多数医家在治疗上多采用健脾和胃兼以活血的方法。

### 1.2.3 中医辨证分型

参考 2018 年慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见分型标准，辨证分型为：肝胃郁热型、肝胃气滞型、胃络瘀阻型、脾胃虚弱型、脾胃湿热型、胃阴不足型。CAG 不同于其他消化系统疾病，其病程很长，症状常发作，久病必虚，故表现为本虚标实，虚实夹杂。许多医者在诊疗实践中归纳出各自的临床分型。劳绍贤<sup>[22]</sup>等人在临床上将 CAG 辨证为湿热阻滞、肝气犯胃、脾气虚弱三个分型。张鸿彬<sup>[23]</sup>等医家将 CAG 分为脾胃虚弱、瘀阻胃络、脾胃湿热、肝胃不和、胃阴不足五个辨证分型。张杰<sup>[24]</sup>等人将 CAG 分为脾胃虚寒、胃络瘀阻、气滞郁热、脾胃湿热、肝胃阴虚、寒热错杂六个证型。喻贵华<sup>[25]</sup>将 CAG 分为胃阴不足、脾胃虚弱、脾胃湿热、气滞血瘀、肝胃不和、脾胃虚寒、气阴两虚七个证型。

## 2 治疗研究概况

### 2.1 西医治疗研究概况

#### 2.1.1 一般治疗

据有关研究表明，新鲜蔬菜的摄入可以减少胃癌的发生，CAG 属于一种癌前病变，故患有 CAG 的病人应注意增加蔬菜的含量。同时，生活中增加含有维生素和微量元素的食品也能预防胃癌的产生。所以，CAG 患者要注意饮食，日常多食清淡之品，少食刺激性之品，禁止食用咸菜、烧烤、油炸等不健康食物。据有关研究表明，大多数 CAG 患者存在各种心理困扰<sup>[26]</sup>，所以应保持积极乐观的心态，预防心理问题的产生，若出现任何不适，及时去医院就医，还应和医生建立较好的关系，规律服药，高危患者如伴有肠化或异型增生的病人，应定时复查内镜。

#### 2.1.2 药物治疗

##### 1、根除 Hp 的感染

若 Hp 阳性者则首先要根除 Hp, Hp 的治疗是目前 CAG 的最基本治疗, 根除 Hp 的方法有多种, 当前临床上根除 Hp 的办法主要有三联疗法、四联疗法、序贯疗法以及中西医结合疗法<sup>[27]</sup>。三联疗法指的是两者抗生素联合铋剂或者两种抗生素联合 PPI。四联疗法指的是两种抗生素与铋剂以及一种 PPI 结合。序贯疗法指几种药物联合杀菌几天后再跟换其他药物。中西医结合疗法指的是中西药联合使用, 例如“三黄灭幽汤”联合 PPI 治疗 Hp 的疗效显著<sup>[28]</sup>。YamadaS 等人<sup>[29]</sup>研究显示, 清除 Hp 可较大限度的改善 CAG 的消化道症状。

## 2、保护胃黏膜

根据有关研究表明, 黏膜保护剂可以提高胃壁表面的防御能力, 缓解炎症反应, 使黏膜免受各种因子的损害, 且能使已病变的胃黏膜进行修复<sup>[30]</sup>。

## 3、改善胃动力

胃动力药可以促进胃排空, 改善胃动力, 使食物快速进入肠道, 因此减少了食物等其他物质对胃黏膜的损害, 有关研究表明, 莫沙必利在 CAG 方面的使用效果斐然<sup>[31]</sup>。

## 4、补充维生素和叶酸

EI-Shafie 等人<sup>[32]</sup>研究表明维生素水平低下者患有慢性胃炎的机率增加, 因维生素和叶酸可以使细胞再生, 故结合其他药物治疗 CAG, 疗效斐然。叶酸水平较低的患者若适量补充叶酸, 则可使 CAG 患者的病理组织学状态减轻。

### 2.1.3 手术治疗

CAG 的手术治疗是指内镜下微创治疗, 内镜治疗主要适用于慢性萎缩性胃炎的患者中同时伴有异型增生的情况, 大多数的异型增生都属于轻、中度的异性增生, 这种情况下可以通过服药等方法保守治疗, 而高危的轻中度异性增生患者以及重度异性增生患者则需要内镜治疗<sup>[33]</sup>。

## 2.2 中医治疗研究概述

### 2.2.1 中医治疗 CAG 证治概述

(1) 肝胃气滞证 主要症状: ①胁肋部疼痛; ②胃脘胀满。次要症状: ①症状随情绪波动而加重; ②暖气常作; ③舌红, 苔黄; ④脉弦。以疏肝理气降逆治疗, 选用柴胡疏肝散治疗。赵义和<sup>[34]</sup>等人运用自拟养胃汤结合西药治疗此证, 效果明显胜于西药组。

(2) 肝胃郁热证 主要症状: ①两胁胀痛; ②胃脘烧灼感。次要症状: ①烦躁易怒; ②反流、烧心; ③口干苦; ④大便干燥难解; ⑤舌色红, 苔黄, 脉数。治

疗上以清肝泻热止痛为主，方药以左金丸和化肝煎为主。田德禄教授<sup>[35]</sup>常采用蒿芩清胆汤合化肝煎加减治疗此证，证见吐酸嘈杂者效果显著。

(3) 脾胃虚弱证 主要症状：①胃脘胀满或痛，喜暖畏寒；②餐后更甚；③疲倦乏力。次要症状：①四肢发冷；②纳呆或纳差；③大便稀；④舌淡，可见齿痕，苔白；⑤脉弱。治疗上以健脾和胃，温中止痛为主，方选黄芪建中汤。蔺焕萍<sup>[36]</sup>等人以自拟方参佛胃康汤加减治疗脾胃虚弱型，临床疗效显著，经验证此方具有改善胃黏膜萎缩的功能。

(4) 脾胃湿热证 主要症状：①身体困重；②胃脘痞满疼痛；③大便黏腻不爽。次要症状：①食欲不振；②口苦、口臭；③精神欠佳；④舌红，苔黄；⑤脉滑。治疗以清热化湿为主，方药以连朴饮为主。徐珊<sup>[37]</sup>等人用三仁汤加减治疗此证，疗效斐然。

(5) 胃阴不足证 主要症状：①胃脘闷胀不适或灼热疼痛；②胃脘嘈杂。次要症状：①似饥而不欲食；②大便干燥难解；③口干舌燥；④舌红少津苔少；⑤脉细数。治疗以养阴和胃，理气止痛为主，方选芍药甘草汤合一贯煎为主。黄毓娟<sup>[38]</sup>等人运用滋阴清胃汤治疗此证，临床疗效显著。

(6) 胃络瘀阻证 主要症状：①胃脘痞闷疼痛，痛处固定。次要症状：①病程较久；②疼痛如针刺感；③舌暗红有瘀点；④脉弦涩。治疗以理气活血，化瘀止痛为主，方药以丹参饮合失笑散为主。张建强<sup>[39]</sup>等人研究运用自创健脾消萎汤治疗瘀阻型，其总有效率达到了 88.13%。

### 2.2.2 针灸及针药联合治疗

唐铭津等<sup>[40]</sup>将 100 例 CAG 患者分为 2 组，一组服用西药，对另外一组进行针刺治疗，最终比较两组症状缓解情况。结果：针刺组有效率远远大于西药组，因此结论为针刺治疗 CAG 临床疗效斐然，值得被医生应用。

吕晨芳等<sup>[41]</sup>将 84 例 CAG 患者分成 2 组，一组接受中药及针刺治疗，另外一组接受西药疗法，最终比较两者临床症状缓解情况。结果：针刺组有效率超过西药组，得出结论中药配合针灸治疗 CAG 效果明显，可被医生应用。

王明霞<sup>[42]</sup>运用针灸治疗 CAG，经过 3 个疗程后发现其有效率为 96.24%，远远超过西药组的 82.00%。结论：治疗 CAG 使用针灸方法效果较好。

周萍等<sup>[43]</sup>将 110 例气滞血瘀型的 CAG 患者分为 2 组，两组全都口服维酶素片，治疗组再接受中药及针灸疗法，半年后对比 2 组的治疗情况。结果治疗组为 93.0%，远远高于另一组的 67.3%，结果显示针药组优于单纯维酶素组。结论：

针药治疗 CAG 效果较好。

贾剑南等<sup>[44]</sup>将 122 例 CAG 患者分为 2 组, 治疗组针刺足三里, 行针 1 分钟, 然后向双下肢斜刺, 让其留针持续 30 分钟, 出针的时候急扞针孔, 每日 1 次, 治疗 2 月, 嘱患者再口服黏膜保护剂, 对照组只采用黏膜保护剂治疗。结果: 治疗组有效率为 96.7%、对照组为 71.0%。结论: 针刺足三里联合西药临床疗效斐然。

杨茜等<sup>[45]</sup>收集 200 例 CAG 患者, 其中 100 人接受穴位埋线及口服胃复春治疗, 另外 100 人仅口服胃复春。结果: 接受穴位埋线的 100 例患者的有效率远远高于其他患者; 结论: 穴位埋线加上口服胃复春治疗 CAG 较单纯服用胃复春疗效显著, 值得被临床应用。

Li Z 等人<sup>[46]</sup>研究表明针灸治疗可改善免疫功能, 调节胃肠激素, 改善炎症反应, 增强胃黏膜屏障。

### 2.2.3 中西医结合治疗

陈继安<sup>[47]</sup>将 90 例患者随机分为 2 组, 实验组口服对照组的西药之后再加用复胃汤治疗, 结果: 联合组较单纯组有效率高, 且联合组的不适症状较少。结论: 复胃汤加上西药在 CAG 的治疗上效果斐然。

张然等<sup>[48]</sup>将 112 例虚寒型 CAG 患者分为 2 组, 对照组给予西医三联疗法, 治疗组再给予健脾消痞汤和香砂六君子, 结果: 治疗组有效率为 91.07%, 对照组有效率为 76.79%, 结论: 三联疗法合用健脾消痞汤和香砂六君子治疗 CAG 临床疗效显著。

张勤生<sup>[49]</sup>共收集 CAG 患者 93 例, 对照组 47 例患者的治疗采用呋喃唑酮联合西沙比利, 治疗组 46 例患者的治疗再加用中药, 结果治疗组与对照组相比有效率高。结论: 中西医两者联合治疗 CAG 疗效斐然。

李杰峰<sup>[50]</sup>将 52 例患者随机平均分为 3 组, 分别为中药组、西药组、两者结合组, 治疗两个疗程后评估效果, 结果: 中药西药联合组效果较好, 故临床上值得推荐两种医学联合疗法。

## 总结

综上所述, 祖国传统医学和现代西方医学都在慢性萎缩性胃炎这一疾病的诊断及治疗上做出了努力, 但其病因尚不明确, 临床研究相对不足, 目前, 现代医学在 CAG 的治疗上尚无特效药, 而中医在本病的治疗上有一定的疗效, 尤其在缓解其症状方面, 临床疗效斐然。然而在 CAG 的分型及确诊上缺乏一致的量化标准,

疗程长短、疗效判定无统一标准,所以我们应该在前人的研究基础上更进一步,加大研究力度,为 CAG 患者带来希望,减轻病痛。

## 参考文献

- [1]李琼,刘晏,吴坚炯.慢性萎缩性胃炎的治疗进展[J].中医学报,2013,28(01):114-116.
- [2]李志茹,王滨,杨巧芳.中医诊治慢性萎缩性胃炎的研究概况及进展[J].内蒙古医科大学学报,2016,38(04):370-374.
- [3]侯茜.健脾活血法治疗慢性萎缩性胃炎脾虚血瘀证的临床研究[D].南京中医药大学,2012.
- [4]刘京运,金世禄.慢性萎缩性胃炎患病率与年龄的关系及发病的影响因素[J].川北医学院学报,2017,32(01):152-154.
- [5]Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. GLOBOCAN 2002 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase No 5 version 2.0. Lyon: IARC Press, 2004.
- [6]Jonaitis L, Ivanauskas A, Janciauskas D, et al. Precancerous gastric conditions in high Helicobacter pylori prevalence areas: comparison between Eastern European (Lithuanian, Latvian) and Asian (Taiwanese) patients[J]. Medicina (Kaunas), 2007, 43(8): 623-629.
- [7]李俊青. COX-2 及相关信号通路在慢性萎缩性胃炎中的研究进展[A]. 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 第二十五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:, 2013:1.
- [8]陈佳,李守英,徐红.慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中国老年学杂志,2013,33(14):3540-3542.
- [9]熊汉华,蔺蓉,侯晓华.不同年龄人群幽门螺杆菌和胃黏膜炎症胃内分布特点及其与年龄的关系[J].临床内科杂志,2005(11):22-24.
- [10]杨印智,王继栓,王晓琴,聂利民,刁红杰.慢性萎缩性胃炎的诊断与中医药治疗[J].现代中西医结合杂志,2014,23(24):2686-2687.
- [11]李军祥,陈喆,吕宾,王彦刚.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(02):121-131.
- [12]史佳宁,郝微微.慢性萎缩性胃炎癌前病变中医治疗研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(09):95-98.
- [13]陈毅菁,崔闽鲁.痞证的中医药研究进展[J].中医药通报,2013,12(06):63-65+42.



- [14]郭建生. 嘈杂辨析[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(09):87-89.
- [15]李永亮, 秦祖杰, 唐振宇. 叶天士治疗胃痛学术思想探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(06):648-649+674.
- [16]汤立东, 王垂杰. 论嘈杂中医药治疗[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(11):26-29.
- [17]田明健. 基于古典医籍及临床经验探讨中医痞满[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(06):74-76.
- [18]杨维维, 周晓虹. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2014, 16(10):2166-2169.
- [19]刘玲, 李鑫浩, 周翌翔, 杨佳楠. 李应存教授运用敦煌大补脾汤治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医研究, 2018, 31(03):42-44.
- [20]惠建萍. 沈舒文从“毒瘀交阻”辨治胃癌前病变[N]. 中国中医药报, 2017-09-13(004).
- [21]晁俊, 刘绍能. 慢性萎缩性胃炎中医病因病机及证候研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(08):133-136.
- [22]李振, 劳绍贤, 郭文峰. 劳绍贤诊治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(05):691-692.
- [23]张鸿彬, 王小荣, 李天鹏, 张建伟, 段淑文, 李荣科. 基于文献分析的慢性萎缩性胃炎中医证候研究[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(02):127-130.
- [24]睢学强, 陆敏. 慢性萎缩性胃炎中医辨证分型研究[J]. 光明中医, 2017, 32(11):1567-1570.
- [25]喻贵华. 萎缩性胃炎证治体会[J]. 实用中医药杂志, 2007(02):120.
- [26]Sun Y, Wang S, Qi M, et al. Psychological distress in patients with chronic atrophic gastritis: the risk factors, protection factors and cumulative effect[J]. health & medicine, 2018 Aug, 23(7):797-803.
- [27]刘洪英. 幽门螺杆菌感染的治疗现状及进展[J]. 中国处方药, 2018, 16(4):15-16.
- [28]张春盛, 雷凯君, 吴声振, 朱国婵. 中西医结合根除幽门螺杆菌 90 例临床观察[J]. 中国医药导报, 2010, 7(03):77-79.
- [29]Yamada S, Tomatsuri N, Kawakami T, et al. Helicobacter pylori Eradication Therapy Ameliorates Latent Digestive Symptoms in Chronic Atrophic Gastritis[J]. Digestion, 2018, 97(4):333-339.
- [30]李琼, 刘晏, 吴坚炯. 慢性萎缩性胃炎的治疗进展[J]. 中医学报, 2013, 28(01):114-116.
- [31]钟媛. 莫沙比利联合胃炎合剂治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志

志, 2017, 10(27):52-53.

[32]El-Shafie K, Samir N, Lakhtakia R, et al. Localised Skin Hyperpigmentation as a Presenting Symptom of Vitamin B12 Deficiency Complicating Chronic Atrophic Gastritis[J]. Sultan Qaboos University medical journal, 2015 Aug, 15(3):e420-3.

[33]陈凡. 慢性萎缩性胃炎伴异型增生的治疗进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(06):346-348.

[34]燕东. 姚乃礼教授治疗脾胃病学术思想及慢性胃炎辨治经验的临床研究[D]. 中国中医科学院, 2016.

[35]冯文亮, 马卫国, 田德禄. 田德禄中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 北京中医药, 2015, 34(09):700-702.

[36]蔺焕萍, 王小平, 付倩, 李守朝. 参佛胃康对大鼠慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变逆转作用的研究[J]. 现代肿瘤医学, 2012, 20(02):266-269.

[37]徐珊, 周嘉鹤, 王常松, 杨季国. 慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜细胞凋亡与中医证型的相关性[J]. 中医杂志, 2007(06):538-541.

[38]黄毓娟, 沈舒文, 惠建平. 滋阴清胃方治疗萎缩性胃炎毒瘀交阻证临床疗效研究[J]. 吉林中医药, 2013, 33(07):692-694.

[39]张建强, 吴雄杰. 自拟健脾消萎汤治疗慢性萎缩性胃炎 60 例[J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(05):338.

[40]唐铭津. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(54):153.

[41]吕晨芳, 王瑞杰, 周志峰. 中药配合针灸及穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(12):116-117.

[42]王明霞. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的疗效研究[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(11):135-136.

[43]周萍, 陈欧娜, 何先元, 向阳红, 周滢, 官江. 针药并用治疗慢性萎缩性胃炎气滞血瘀证的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(08):1000-1003.

[44]贾剑南, 唐艳萍. 针刺足三里治疗萎缩性胃炎的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(05):18-20.

[45]杨茜, 刘少康. “老十针”穴位埋线联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 新疆中医药, 2016, 34(05):40-42.

[46]Li Z, Zhang H, Wang D, et al. Research progress on mechanism of acupuncture for

chronic atrophic gastritis[J]. Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion, 2016 Oct;36(10):1117-1120.

[47] 陈继安. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(02):214-215.

[48] 张然, 李素娟, 陈正彦, 杨坤. 中西医结合治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 山西中医, 2018, 34(06):25-26.

[49] 张勤生. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(02):66-67.

[50] 李杰峰. 中西医结合治疗 52 例慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 包头医学院学报, 2016, 32(02):98-99.

## 致 谢

光阴如箭，转眼间三年过去了。回想三年的求学生涯，不禁感慨万千，除了对求学生涯的依依不舍，更多的是对未来的期盼。三年时光，我学到了很多。学习方面，我不仅学到了更多的理论知识，临床实践能力也有了很大的提高。为人处世方面，我不仅学到了如何更好的与人沟通，还交到了很多朋友。能够学到这些，离不开各位老师的教诲、父母的支持、师兄师姐以及各位同学的帮助。所以，在我毕业之际，我要感谢他们。

首先是导师任顺平老师，三年前第一次见到老师时，老师对患者认真负责的态度使我坚定了报考老师的决心。三年来，老师教会了我们很多。同时老师在专业上认真严谨，虚怀若谷，对待患者耐心负责，医术高超，对待同学关心照顾，耐心教导，这些都将铭记在我的心中，一直影响我。

其次感谢我的父母，是他们不求回报的一直支持我，使我毫无后顾之忧的专心学习。感谢我的师兄师姐，在我学习上的帮助。感谢我的师弟师妹，帮我收集病例，收录病人。感谢规培期间所有的临床带教老师，是你们让我学到了更多的临床知识。感谢 504 所有的舍友，是你们的陪伴与帮助，使我在异乡的这三年更加幸福。

最后要感谢母校对我的培养，同样也要感谢所有参与我答辩的老师，谢谢你们！

## 作者简介

唐亚平，女，生于 1991 年 11 月，河北省保定市人。2012.9-2017.7 就读于河北北方学院中医学本科。2017.9-2020.7 就读于山西中医药大学研究生部，专业为中医内科学脾胃病方向。

3 年来师从任顺平教授，主要跟老师在门诊学习，并在各个临床科室规培轮转，在校期间获得了“新生奖学金”及多次“学业奖学金”。

研究生期间，除了学校及临床学习以外，还积极参与了多项科研课题以及学校征文大赛、临床实践能力比赛等活动，并取得了不错的成绩。在校期间于山西中医杂志发表《任顺平运用柴平汤加味治疗慢性萎缩性胃炎经验举隅》论文 1 篇。