

分类号: R25
单位代码: 10760

密级: 公开
学号: 1076011019



新疆医科大学

XinJiang Medical University

硕士学位论文

THESIS OF MASTER DEGREE

同等学力申请学术性学位 (学位教育)

论文题目: 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 129 例的临床研究

研 究 生 杜进璇

指 导 教 师 曾斌芳 教授

学 科 专 业 名 称 中西医结合临床医学

研 究 方 向 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎
的临床研究

研 究 起 止 时 间 2013.09~2014.12

所 在 学 院 中医学院

2015 年 4 月

论文独创性说明

本人申明所呈交的学位论文是在我个人在导师的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过的研究成果。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作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名： 杜心从

签字日期： 2015.6.9

导师签名： 李红芳

签字日期： 2015.6.9

关于论文使用授权的说明

本人完全了解学校关于保留、使用学位论文的各项规定， 同意（选择“同意/不同意”）以下事项：

- 1.学校有权保留本论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编学位论文；
- 2.学校有权将本人的学位论文提交至清华大学“中国学术期刊(光盘版)电子杂志社”用于出版和编入 CNKI《中国知识资源总库》或其他同类数据库，传播本学位论文的全部或部分内容。

学位论文作者签名： 杜心从

签字日期： 2015.6.9

导师签名： 李红芳

签字日期： 2015.6.9

中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 129 例的临床研究

研 究 生	杜进璇
-------	-----

指 导 教 师	曾斌芳 教授
---------	--------

学 科 专 业 名 称	中西医结合临床医学
-------------	-----------

研 究 方 向	中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的 临床研究
---------	-------------------------

2015 年 4 月

**A clinic study of treatment on chronic atrophic gastritis
129 by Yang-yin-huo-wei Formula with Western
Medicine Hp eradication and the combination therapy**

**A Dissertation Submitted to
Xinjiang Medical University
In Partial Fullfillment of the Requirements
for the Degree of
Master of Medicine**

**By
Du Jinxuan**

Science of Chinese Pharmacology

Dissertation Supervisor: Professor Zeng Binfang

April, 2015

中英文缩略词对照表

英文缩写	英文全名	中文译名
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺杆菌
IM	Intestinal metaplasia Ultraviolet	肠上皮化生
IN	Intraepithelial neoplasia	上皮内瘤变
RUT	Rapid Urease Test	快速尿素酶试验
PCR	Polymerase chain reaction	聚合酶链反应试验
UBT	Urea breath test	尿素呼气试验
GC	Gastric cancer	胃癌
CSG	Chronic superficial gastritis	慢性浅表性胃炎
IFA	Intrinsic factor antibody	内因子抗体
PCA	Parietal cell antibody	壁细胞抗体
GCA	The secretion of gastrin cell antibody	胃泌素分泌细胞抗体

目 录

摘要.....	1
ABSTRACT.....	3
前言.....	5
研究内容与方法.....	7
1.研究内容.....	7
2.研究对象.....	7
2.1 病例选择.....	7
2.2 纳入排除标准.....	7
2.3 样本含量估算.....	8
2.4 失访病例判断及处理.....	8
2.5 依从性判断标准.....	8
3.研究方法.....	8
3.1 西医诊断标准.....	8
3.2 中医诊断标准.....	9
3.3 治疗方法.....	9
3.4 研究指标及收集方法.....	10
3.5 质量控制.....	11
3.6 统计方法.....	12
3.7 技术路线.....	12
结果.....	14
讨论.....	21
小结.....	32
致谢.....	33
参考文献.....	34
综述.....	43
攻读硕士学位期间发表的学位论文.....	52
个人简历.....	53
导师评阅表.....	54

中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 129 例的临床研究

研究生：杜进璇 导师：曾斌芳 教授

摘 要

目的：探讨中西医、中医、西医在治疗萎缩性胃炎的效果，并对比中西医治疗有效率、安全性、并判断疗效的影响因素，为临床用药提供参考数据。**方法：**选择 2013 年 9 月 1 日至 2014 年 12 月 31 日在新疆医科大学第六附属医院消化科和中医科门诊、住院部经胃镜和病理检查后确诊慢性萎缩性胃炎且 Hp 阳性的患者，经胃镜及病理活检确诊者 252 例，其中同意参加本次研究者 144 例，使用随机区组的方式划分实验组。分别使用中医、西医、中西医进行规范化治疗，收集患者治疗前的一般资料、慢性萎缩性胃炎镜检结果、HP 检测结果、中医症候群结果，治疗结束后，进行慢性萎缩性胃炎镜检结果评价、HP 检测结果评价、中医症候群结果评价、满意度评价、安全性评价等。使用 SPSS 17.0 进行统计分析。**结果：**（1）治疗后中西医结合组、中医组和西医组三组间的中医症候群症状积分差值上各组（除纳呆食少以外）比较差异有统计学意义($P<0.05$)。（2）中西医结合组、中医组和西医组三组间的中医症候群症状改善有效率差异有统计学差异($P<0.05$)；（3）中西医结合组、中医组和西医组三组间的病理改善程度差异有统计学差异 $P<0.05$ ，两两比较：中西医结合组优于中医组($P<0.05$)，中西医结合组与西医组无统计学差异($P>0.05$)；中医组与西医组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。（4）试验期间三组均无不良事件发生。三组患者在治疗前后均有检测血尿便常规及肝肾功能的监测，未见明显异常。（5）不同组间患者满意度结果不同($P<0.05$)，中医组与中西医结合组患者满意度差异无统计学意义 ($P>0.05$)，但两组的患者满意率均高于西医组($P<0.05$)；（6）中医症候群症状积分总差值影响因素分别为病程、治疗分组以及治疗前胃镜下分级；（7）结果发现病程分组、治疗分组是影响幽门螺杆菌根除有效率的独立因素。**结论：**（1）中西医结合及中医治疗方法在提高总有效率和改善中医症候群效果方面要优于西医。（2）西医组在根除 Hp 和改善胃镜下病理效果要优于中医，中医西结合治疗强化了此疗效。（3）中医、西医、中西医治疗慢性萎缩性胃炎并未发现明显的异常反应，提示，三种治疗方法均具有良好的安全性。（4）中西医结合组及中医组患者满意度高于西医组，可能与中医的症状改善效果及西药的副作用有关。（5）慢性萎缩性胃炎的治疗效果与病程、治疗前胃镜分级、治疗分组有关，建议在不能控制前两项的情况下，使用中西医结合来治疗，可以起到较好的效果。

关键词：养阴活胃合剂，标准四联根除 Hp，中西医结合治疗，慢性萎缩性胃炎

A clinic study of chronic atrophic gastritis treated by chinese traditional and western medicine with 129 cases

Postgraduate: Du Jinxuan Supervisor: Prof. Zeng Binfang

Abstract

Objective: Study of TCM TCM combine with Western medicine, TCM, western medicine in the treatment of atrophic gastritis and comparison of effect, efficiency, safety, and to determine the factors that influence the effect rate, to provide reference data for clinical use. **Methods:** From September 1, 2013 to December 31, 2014 in the Sixth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University Department of gastroenterology outpatient, inpatient department and Department of TCM TCM by gastroscopy and pathological examination confirmed after chronic atrophic gastritis with Hp positive patients, 252 patients with gastroscopy and pathological biopsy, which agree with the 144 cases of Cabernet study, using randomized way to divide the experimental group. Respectively using Chinese and Western medicine, TCM Chinese and Western medicine standardized treatment, patients were collected before treatment of chronic atrophic gastritis, chronic general data microscopy results, Hp test results, TCM syndrome results, after the end of treatment of chronic atrophic gastritis, chronic microscopy results evaluation, Hp evaluation of detection result, TCM Syndrome Evaluation, satisfaction evaluation, safety evaluation. Statistical analysis was performed using SPSS 17.0. **Results:** (1) patients with gender, age, course of disease, endoscopic atrophic degree grading showed no significant difference, $P>0.05$; (2) after the treatment of integrated TCM Chinese and Western medicine group, TCM group and Western medicine group, TCM syndrome symptom scores between the three groups (each group except the poor appetite) the difference was statistically significant in $P<0.05$. (3) with combination of TCM Chinese and Western medicine group, TCM group and Western medicine group, TCM syndrome symptoms between the three groups to improve the effective rate were statistically difference ($P<0.05$); (4) chi square test shows that we can't considered treatment between groups after the gastroscope change efficiency had significant difference ($P>0.05$). (5) Combination of TCM and Western medicine group of TCM and

Western medicine and pathology between the three groups was statistically difference between the degree of improvement ($P<0.05$), comparison of integrated TCM Chinese and Western medicine group is better than the TCM TCM group ($P<0.05$), combining TCM Chinese and Western medicine group and Western medicine group had no statistical difference ($P>0.05$); there is no significant difference between TCM and west medicine group group ($P>0.05$). (6) During the test of three groups were no adverse events. Three groups of patients before and after treatment were detected in urine routine surveillance and the liver and kidney function, no obvious abnormality. (7) Between different groups of patient satisfaction results of different ($P<0.05$), TCM group and integrated TCM Chinese and Western medicine group no significant differences in patient satisfaction ($P>0.05$), but the two groups of patients satisfaction rate was higher than the western medicine group ($P<0.05$); (8) factors of TCM TCM syndrome symptoms integral difference effect of course, divided into treatment group and before treatment endoscopic grading ($R^2=0.824$, $F=194.874$, $P=0.000$); (9) the results showed that during the treatment of packets, packet are independent factors affecting the efficiency of *Helicobacter pylori* eradication.

Conclusion: (1) TCM in improving TCM's syndrome effect is better than western medicine; integrated TCM and Western medicine treatment effect is inherited syndrome improvement advantage. (2)The research can't think of combining TCM and Western medicine, western medicine, TCM in differences on gastroscopie symptomatology of the change, may be associated with individual study sample size and shedding, remains to be further follow-up study. (3) The western medicine group in the eradication of Hp and improve the pathological effect of gastroscopie is better than the TCM, TCM treatment of the effect of strengthening the West medicine. (4) western medicine, TCM and Western medicine in treatment of chronic atrophic gastritis was not obviously abnormal reaction, the findings suggest that, three kinds of methods of treatment was safety. (5) Chinese patients satisfaction than western medicine group, about the possible side effects of Western medicine and TCM to improve the effect and symptoms, combine TCM Chinese and Western medicine, TCM can keep good satisfaction. (6) The treatment effect and the course of disease, chronic atrophic gastritis treatment before endoscopic classification, grouping related treatment, recommended in the can control two term case, using a combination of TCM and Western medicine to treatment, can play a better effect.

Keywords: Yang Yin Huo Wei mixture; standard quadruple eradication of Hp; treatment of traditional Chinese and Western medicine; Chronic atrophic gastritis

前 言

慢性萎缩性胃炎（Chronic atrophic gastritis, CAG）是慢性胃炎的一种类型^[1-4]，是指胃黏膜上皮遭到反复损害后导致的胃黏膜固有腺体呈局限性或广泛性的数量减少，伴或不伴纤维组织代替，肠上皮化生或者假幽门腺化生的一种慢性消化系统疾患^[5-8]。中医学的划分中慢性萎缩性胃炎属于“痞满”、“胃脘痛”等范畴^[5, 9-12]，但尚不能与之完全相同。《黄帝内经》已有“痞”、“痞塞”、“胃脘当心而痛”的记载；唐代孙思邈《千金要方》描述的“九种心痛”中也包括了胃脘痛^[10]。1978 年世界卫生组织（World Health Organization, WHO）将慢性萎缩性胃炎列为胃癌的癌前状态^[6, 13-15]，在其基础上伴发的不完全型肠上皮化生，和(或)低、高级别上皮内瘤变，则被视为癌前病变，尤其是高级别上皮内瘤变可视为原位癌^[16]。慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生和上皮内瘤变的癌变率约为 4%~12%^[17]。从正常的胃粘膜逐步发展成为胃癌，需要经历一个漫长的演变过程，截止到目前，一致公认的演变模式为慢性浅表性胃炎（CSG）→慢性萎缩性胃炎（CAG）→胃粘膜肠上皮化生（IM）→胃粘膜上皮内瘤变（IN）→胃癌（GC）^[3, 18-20]。

慢性萎缩性胃炎流行病学调查发现患病率的人群变异较大，在胃癌高发的东亚、东欧、南美等地区，慢性萎缩性胃炎及肠上皮化生的患病率也相对较高，慢性萎缩性胃炎在性别方面的发病率无明显统计学差异^[21-24]。中国自普及胃镜检查以来，慢性萎缩性胃炎的检出率占胃镜受检患者总数的 7.5%~13.8%^[25-27]；世界范围内均发现老年人高发，且随年龄增长发病率也随之明显增高。世界卫生组织（WHO）调查发现 20~50 岁患病率仅 10%左右，而 51~65 岁则达 50%以上^[28-32]。有研究^[33]发现慢性萎缩性胃炎每年的癌变率为 0.5%~1%，伴有上皮内瘤变时癌变率更高，高级别上皮内瘤变的发生率为 10%~83%。长期以来西医研究虽表明^[34-37]，慢性萎缩性胃炎的发生是多种因素综合作用的结果^[10]，如与环境因素^[38]、宿主对幽门螺杆菌感染易感性^[39]、胆汁^[40]、胰液等消化液的反流^[41, 42]、免疫因素^[43]、遗传因素^[44]、年龄、高盐及低维生素饮食等有关，且有证据支持幽门螺杆菌(*H.pylori*, Hp)感染为慢性萎缩性胃炎发病的主要病因^[24, 27, 45]，同时 Hp 与慢性萎缩性胃炎活动性的改变及疾病反复难愈具有相关性^[46]。慢性萎缩性胃炎的致病环节至今仍不十分明确，西医对于慢性萎缩性胃炎的治疗没有公认且有效的手段，仅是给予对症处理，如根除 Hp、胃粘膜保护剂、制酸、止吐、纠正贫血、营养支持等。

西医对慢性萎缩性胃炎没有有效的治疗手段，但由于本病发病率高，复发率高，不易治愈，如伴有肠上皮化生和（或）上皮内瘤变，则与胃癌的发生关系密切，故此病越来越受到人们的重视与关注^[47, 48]。近年来，随着单纯西医治疗慢性萎缩性胃炎研究的停滞不前及祖国中医学的不断蓬勃发展，中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎

成为研究领域的新热点。近代中医治疗慢性萎缩性胃炎最早的文章见于 1956 年，首次应用中医药治疗慢性萎缩性胃炎的大样本集中观察报道见于 1976 年，此时本病的中医治疗才引起广泛注意。近几十年中医在慢性萎缩性胃炎的辨证分型、选方用药等方面，取得了巨大的进展，中医药对于癌前病变的基础研究亦取得了不错的成果。在我国消化界对于慢性萎缩性胃炎的中西医结合治疗^[49]，多在一些古方的基础之上结合患者具体病情化裁，同时配合西医的根除幽门螺杆菌，此类治疗方法也取得了不错的疗效。但从目前现有的研究文献资料来看，虽然达成了一些共识，仍还存在不少的问题，如诊断标准的不统一，治疗原则的不规范，疗效评价的标准不统一等^[50, 51]。故仍需继续努力，解决问题。

导师在长期脾胃病临床研究工作中发现：在传统的中医治疗理论方法中，尤为重视“胃为阳明，多气多血之腑，久病入络，必气滞血瘀”这一理论，且在 2011 年研究养阴活胃合剂作用机制的前期资料收集工作中发现，因为西北气候干燥，年降雨量少，为离海洋最远的内陆地区，又西北主燥，故新疆慢性萎缩性胃炎患者的致病因素当中，“燥邪”因素成为不可忽视之重要原因，同时也发现新疆慢性萎缩性胃炎的中医辨证分型中的阴虚血瘀证型最多，故养阴成为重要之法^[13, 52]。且现代医学研究发现慢性萎缩性胃炎病理主要表现为胃粘膜和腺体的萎缩，中医应用养胃活血之法治治疗，一可润燥，二可改善胃粘膜的局部血液循环，逐渐恢复萎缩的粘膜和腺体。所以根据古方鸡胫茅根汤化裁养阴活胃合剂，可养阴活血，化痰和胃。

本课题旨在通过对慢性萎缩性胃炎治疗的国内外文献进行系统整理，结合导师多年的临床治疗方案，对新疆医科大学第六附属医院消化科和中医科门诊、病房的慢性萎缩性胃炎患者分别给予养阴活胃合剂、四联根除 Hp 及中西医结合治疗，并分析对比治疗效果。同时也希望可以通过对导师的临床实践的研究、总结，为今后的临床一线工作提供较多指导和帮助。

研究内容与方法

1 研究内容

1.1 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察

从中医症候群及西医临床表现、胃镜表现和病理分析的角度比较中医治疗、西医治疗及中西医结合治疗三种方法对慢性萎缩性胃炎患者的治疗效果。

1.2 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎安全性评价

跟踪随访慢性萎缩性胃炎患者，对中医治疗、西医治疗及中西医结合治疗在治疗期间、治疗结束后 3 个月内，患者反馈的胃肠道不适及全身不良反应。

1.3 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎患者满意度评价

在三组患者治疗及随访结束前，将患者对药物治疗效果的整体满意度进行评价。

1.4 疗效的影响因素分析

使用单因素及多因素分析方法分别探讨影响患者中医症候群积分及幽门螺杆菌根除率的因素。

2 研究对象

2.1 病例选择

选择 2013 年 9 月 1 日至 2014 年 12 月 31 日在新疆医科大学第六附属医院消化科和中医科门诊、住院部经胃镜和病理检查后确诊慢性萎缩性胃炎且 Hp 阳性的患者，经胃镜及病理活检确诊者 252 例，其中同意参加本次研究者 144 例，使用随机区组的方式划分实验组，即在入院时将年龄相近、民族相同、性别相同的 3 个人做为一个区组，再使用随机数字的方式确定研究小组。经分组后，每组 48 人。试验结束时，还剩有效区组数为 43 对，即每组 43 例，合计 129 例。

中医组年龄 32-71 岁（平均年龄 60.16 ± 6.25 岁），其中男 21 例、女 22 例，平均病程 55.14 ± 32.77 个月，轻度萎缩 5 例、中度 32 例、重度 6 例；西医组年龄 35-73 岁（平均年龄 60.674 ± 6.163 岁），其中男 21 例、女 22 例，平均病程 44.44 ± 27.89 个月，轻度萎缩 11 例、中度 26 例、重度 6 例；中西医结合组年龄 29-68 岁（平均年龄 60.651 ± 6.862 岁），其中男 20 例、女 23 例，平均病程 54.09 ± 24.43 个月，轻度萎缩 2 例、中度 34 例、重度 7 例。

2.2 纳入排除标准

纳入标准：（1）符合慢性萎缩性胃炎中医证候辨证标准及西医诊断标准；（2）年龄 30-75 岁的男性或女性；（3） ^{14}C 尿素呼气试验示 Hp 阳性；（4）签署知情同意书者。排除标准：（1）妊娠或哺乳期的妇女；（2）合并严重肝、肾、心、肺以及其他系统疾病者，精神疾病患者；（3）合并消化性溃疡、胃黏膜有高级别上皮内瘤变或疑有恶变者。（4）过敏体质或对多种中药或西药过敏者；（5）不能严格按

本研究治疗方法，私自结合其他中医和（或）西医疗法者，导致无法判断疗效者以及具体资料缺失者等。

2.3 样本含量估算

本次研究根据实验需要，检验水准 $\alpha=0.05$ ，检验功效 $1-\beta=0.8$ ，经临床预实验结果显示，中西医组的有效率为95%以上，西医单纯应用的有效率为90%左右，中医单纯应用总体有效率为85%左右。样本含量的计算采用1:3随机区组设计样本估算公式见下图。经计算 $n_1=n_2=n_3=38$ 例，考虑到失访（脱落）应扩大到每组40例以上。

$$N = \frac{\left[Z_{\alpha} \sqrt{(1+1/C)\pi_0(1-\pi_0)} + Z_{\beta} \sqrt{\pi_2(1-\pi_2)/C + \pi_1(1-\pi_1)} \right]^2}{(\pi_1 - \pi_2)^2}$$

2.4 失访病例判断及处理

（1）无法坚持本研究治疗方法的患者；（2）私自结合其他治疗方法的患者；（3）治疗过程中出现较严重的药物副作用、不良反应或病情加重需调整治疗方案的患者；（4）未说明原因自动失联的患者。本次研究对于失访病例所产生的非完全区配小组，进行重新组合成新的相近条件的匹配组，本次研究共计失访15例，分布于6个不同的区组，经过重新区组后，得到各组共计为43例。

2.5 依从性判断标准

为保证患者严格按照治疗方案进行治疗，我们研究小组在患者入组前与患者进行详细、深刻的沟通，并保证对部分检查治疗费用进行减免，同时每一天会对患者的治疗进度进行随访，如果发现患者在治疗过程中出现3次及以上未能正常按疗程按时或按量服药，我们将对治疗个案进行替补，保证必要的个案数量。

3 研究方法

3.1 慢性萎缩性胃炎西医相关诊治标准

慢性萎缩性胃炎确诊依赖于胃镜及粘膜活检^[14-15]，故以胃镜表现和病理活检为诊断标准。

3.1.1 胃镜下症状评分标准及疗效判定 参照2006年全国慢性胃炎研讨会共识意见制定的《慢性萎缩性胃炎诊断标准》进行评分。0分：黏膜正常；1分：细颗粒，血管部分透见，存在单发或者散发个别的灰色上皮化“结节”；2分：中等颗粒，血管连续均匀透见，多发结节；3分：粗大颗粒，胃皱襞消失，血管达表层，弥漫性结节。评分越高病情越重。痊愈：积分降至0；显效：积分降至1分或降低2分；有效：积分降低1分；无效：积分无变化或增加。

3.1.2 胃镜下粘膜萎缩程度评价及疗效标准 2003年中华医学会消化内镜学分会制定《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》，观察黏膜炎症、炎症活动程度、腺体数目、肠上皮化生及不典型增生并分别评为0、1、2、3级，级别越高萎缩程度越重。显效：活动性炎症消失或炎症级别改善2个级别；黏膜萎缩改善2个

级别以上，或改善 2 个级别同时伴肠化生和异型增生轻度改善；或黏膜萎缩改善 1 个级别同时伴肠化生和异型增生的改善和消失。有效：活动性炎症级别改善 1 个级别；黏膜萎缩伴肠化生和异型增生三者之一有轻度改善。无效：病理无改善或加重。

3.1.3 Hp 根除标准（参考 2012 年第四届全国幽门螺杆菌感染处理共识制定的《Hp 感染后治疗判断标准》），有效：碳十四尿素呼气试验（ ^{14}C -UBT）：阴性；无效：碳十四尿素呼气试验（ ^{14}C -UBT）：阳性。

3.2 慢性萎缩性胃炎中医相关诊治标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[18]中“中药新药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究指导原则”的标准，结合全国急症胃痛协作组编著《急症胃痛症治》、《中医胃肠病学》（李乾构主编）拟定。

3.2.1 中医证候疗效评价标准（参考 2006 年哈尔滨中国中西医结合学会消化系统专业委员会制定的疗效评定标准）

胃脘痞满 0 分：无胃脘痞满；1 分：痞满较轻，不影响工作及休息；2 分：痞满明显，影响工作及休息；3 分：痞满持续难忍，须服药方能缓解；

胃脘疼痛 0 分：无胃脘疼痛；1 分：轻度胃痛，不影响工作及休息；2 分：胃痛明显，影响工作及休息；3 分：胃痛难忍，须服药方能缓解；

纳呆食少 0 分：纳食正常；1 分：食量减少 1/3 以下；2 分：食量减少 1/3 以上，不足 1/2；3 分：食量减少 1/2 以上；

神疲乏力 0 分：无神疲乏力；1 分：容易疲劳，但可胜任工作；2 分：四肢乏力，不耐持久工作；3 分：精神不振，不耐重工作；

胃脘灼热 0 分：无胃脘灼热；1 分：偶感胃脘灼热；2 分：时觉胃脘灼热；3 分：整日感胃脘灼热；

口干口苦 0 分：无口干口苦；1 分：偶觉口干口苦；2 分：晨起口干口苦；3 分：整日觉口干口苦；

治疗前将症状分项记录，将患者中医证候按症状轻、中、重三级分别计为 1、2、3 分，无则计为 0 分，并计算总积分，治疗末统计总积分改变情况。

3.2.2 疗效评定标准采用尼莫地平法 痊愈：症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$ ；有效：症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ ；无效：症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少不足 30%。

证候积分计算公式=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

3.3 治疗方法

3.3.1 中医组 中药养阴活胃合剂（芦根（生产厂家：广东一方，批准文号：405006T，规格：15g/袋）、鸡内金（生产厂家：广东一方，批准文号：405151T，规格：10g/

袋)、莪术(生产厂家:广东一方,批准文号:311376T,规格:10g/袋)、海螵蛸(生产厂家:广东一方,批准文号:312013T,规格:10g/袋)、旋复花(生产厂家:广东一方,批准文号:310250T,规格:10g/袋)、丹皮(生产厂家:广东一方,批准文号:404040T,规格:10g/袋)、白术(生产厂家:广东一方,批准文号:404178T,规格:10g/袋)、茯苓(生产厂家:广东一方,批准文号:407091T,规格:10g/袋)、甘草(生产厂家:广东一方,批准文号:407415T,规格:3g/袋)、砂仁(生产厂家:广东一方,批准文号:405405T,规格:3g/袋)等),所有中药均采用同一批中药免煎冲剂(其中芦根、鸡内金、莪术、海螵蛸、旋复花、丹皮、白术、茯苓均一包,甘草和砂仁各取两包),开水400ml冲服,早晚饭后30分钟后服用。(由新疆医科大学第六附属医院药房提供)。疗程:8周。

3.3.2 西药组 口服阿莫西林胶囊(1.0g,一日两次,生产厂家:香港联邦制药厂有限公司,批准文号:H20040031,规格:0.25g*24粒)+克拉霉素分散片(0.5g,一日两次,生产厂家:西安利君制药有限责任公司,批准文号:国药准字H10960187,规格:0.25g*6粒/盒)+埃索美拉唑镁肠溶片(40mg,一日一次,生产厂家:阿斯利康制药有限公司,批准文号:H20046380,规格:40mg*7粒/盒)+枸橼酸铋钾胶囊(220mg,一日两次,生产厂家:丽珠集团丽珠制药厂,批准文号:国药准字H10920098,规格:110mg*40粒/盒),疗程:2周。根除Hp治疗结束后继续口服埃索美拉唑镁肠溶片(40mg,一日一次,生产厂家:阿斯利康制药有限公司,批准文号:H20046380,规格:40mg*7粒/盒)+枸橼酸铋钾胶囊(220mg,一日两次,生产厂家:丽珠集团丽珠制药厂,批准文号:国药准字H10920098,规格:110mg*40粒/盒),疗程6周。

3.3.3 中西医结合组 上述两种方法联合使用,疗程8周。

3.4 研究指标及收集方法

3.4.1 胃镜病理结果判定

所有进行研究的患者均在治疗前一周内完成电子胃镜、病理、碳十四尿素呼气试验(¹⁴C-UBT)等相关检查,并在治疗后8-10周对胃镜进行复查,对检查数据进行仔细核对并存档。

3.4.2 治疗效果评价

由研究者在治疗完成后对患者的症状体征改善情况进行评定,治疗效果包括痊愈、显效、有效、无效四个级别。

3.4.3 中医症候群积分差值评价

研究者对中医组、西医组及中西医结合组患者治疗前后中医症候群积分差值进行评定,中医症候群积分差值=治疗前中医症候群积分-治疗后中医症候群积分,得分越高中医症候越严重。

3.4.4 安全性评价

严格随访患者治疗期间、治疗结束后 3 个月内患者反馈的胃肠道不适及全身症状，均进行记录，并请两位以上专家进行判断及鉴定，判断是否与所用药物有关。

3.4.5 患者满意度评价

在治疗及随访结束前，将患者对药物治疗效果的整体满意度进行评价，尤其为了保证对疗效满意度的客观性（即避免混淆为医疗服务态度的满意度），一定由研究者采取一对一对面的方式询问患者对治疗效果满意程度，包括非常满意、满意、不满意三个等级，具体划分标准见附表，研究者对询问结果进行详细记录并归类。

3.5 质量控制

3.5.1 课题参与人员培训

参加课题组人员必须具备本科（含本科）以上学历和资格，参加人员相对固定，并举行此课题相关内容的正规严格培训，能够遵守课题各项方案的要求，并且完成自己负责的具体研究内容。研究者应该按照课题要求，认真、详尽、真实的填报试验研究记录表中的各项内容，务必确保研究病例报告内容的真实性、可靠性，所填写的各项记录表不得随意涂改，如发生笔误，须在填错的项目上划两道横线，并可以看清原内容，在修改后的内容旁边修改人员签字，并注明修改日期。

3.5.2 失访控制

每位受试者在接受本试验前仔细阅读并在知情同意书上签字，同时向患者及家属详细讲明慢性萎缩性胃炎的相关具体知识，使其可认识到此项研究的目的和意义，并向患者交代此项研究的具体程序、安全性以及胃镜的相关注意事项，以得到患者的最大信任，最后发放、解释、并收取中医症候分级量化表，保证试验研究的顺利进行。同时，为了保证患者从入院至出院过程均能得到较好的配合，我们对入选的患者的部分费用进行减免，从患者同意加入治疗以后，到最后一次胃镜检查结束后，给予每位患者给予一定的经费补助。

3.5.3 胃镜及病理检查阶段

进行活检时取胃体 2 块、胃窦 2 块、胃角 1 块，进一步减少了一般胃镜活检的盲目性和主观性，提升本试验的可信度，并在标本瓶清楚表明患者姓名、标本类型、部位、组织块数量等信息以便数据的准确录入。医院病理科工作人员严格按照标准确诊慢性萎缩性胃炎病例。报告上必须双签字，即由操作人员和检验复核人员共同签字，核对检验日期、结果。

3.5.4 数据整理分析阶段质控

课题记录表中的数值应逐一认真的加以核实，并确保研究数据的准确性，确保可用于统计。中医症候群的判断存在一定的主观性，确保由两位中医科副主任医师

以上资格取得一致判断后再作为最终的结果。

3.6 统计方法

此次研究结果采用统计产品与服务解决方案（Statistical Product and Service Solutions，SPSS）17.0 进行统计分析。计量资料采用均数 \pm 标准差来描述。计数资料采用卡方检验（统计量 χ^2 值）；等级资料的多组检验使用等级 Kruskal-Wallis 检验（统计量为近似 χ^2 值）；等级资料的两组比较使用等级 Mann-WhitneyU 检验（统计量为 Z 值）；计量资料多组间比较，先行正态性分布及方差齐性检验，若呈正态分布、方差齐，采用单因素方差分析（统计量 F 值），两两比较使用 t 检验（统计量 t 值）；计量资料的相关分析使用 Pearson 相关(相关系数 r)、等级资料（等级资料与等级等级、等级资料与计数资料）之间的相关使用 Sperman 相关(相关系数 r)；中医症候群前后差值总分的影响因素分析使用多重线性回归分析；有效率影响因素分析采用二分类 logistic 回归分析（统计量 wald 卡方），检验水准 $\alpha=0.05$ ； $P<0.05$ 时认为各组间差异有统计学意义。

3.7 技术路线

本次研究主要的研究思路为通过查阅文献、撰写开题报告开始，纳入研究对象、进行分组、研究疗效、安全性评价、满意度评价后，进行数据汇总分析。



结 果

1 患者一般情况

三组患者性别、年龄、病程、胃镜下萎缩程度分级等比较均无显著性差异， $P>0.05$ ，见表 1。所收集病例肠上皮化生及低级上皮内瘤变方面的例数不足，未收集到高级别上皮内瘤变病例，故均未纳入分析，三组患者治疗前 ^{14}C 尿素呼气试验均示 Hp 阳性，实验数据采用 SPSS17.0 统计软件包进行统计分析。中医组治疗前病理萎缩分级中平均秩次为 65.85，西医组平均秩次为 58.17，中西医结合组平均秩次为 70.98，三组经 Kruskal-Wallis 检验得到近似卡方值为 4.046， $P=0.132$ 。

表 1 纳入研究的患者一般情况[n(%)]

Table 1 The general condition of the patient [n (%)]

项目	中医组(N=43)	西医组(N=43)	中西医结合组(N=43)	统计量	P
年龄（岁）	60.16±6.25	60.67±6.16	60.65±6.86	$t=0.087$	0.917
病程（月）	55.14±32.77	44.44±27.89	54.09±24.43	$t=1.833$	0.164
性别	男 21(48.84)	21(48.84)	20(46.51)	$\chi^2=0.062$	0.969
	女 22(51.16)	22(51.16)	23(53.49)		
治疗前病理萎缩分级	轻度 5(11.63)	11(25.58)	2(4.65)	$\chi^2=4.046$	0.132
	中度 32(74.42)	26(60.47)	34(79.07)		
	重度 6(13.95)	6(13.95)	7(16.28)		

2 治疗前后三组中医学疗效研究

2.1 治疗前后中医症状积分差值变化比较

治疗后中西医结合组、中医组和西医组三组间的中医症候群症状积分差值各组（除纳呆食少以外）比较差异有统计学意义 $P<0.05$ 。详见表 2。经两两比较结果发现，胃脘痞满症、胃脘疼痛、神疲乏力、口干口苦状治疗效果，中医组与中西医结合组相关不大，无统计学意义（ $P>0.05$ ），而均优于西医组（ $P<0.05$ ）。而在胃脘灼热症状差值改变上，中西医结合组与西医组之间无统计学差异（ $P>0.05$ ），但均优于中医组（ $P<0.05$ ）。

表 2 治疗后三组中医症候群症状积分差值比较

Table 2 Three groups of traditional Chinese medicine symptom integral comparison

中医症候群	中医组(N=43)	西医组(N=43)	中西医结合组(N=43)	F	P
胃脘痞满	1.4±0.69	1.05±1.00	1.56±0.83	4.077	0.019
胃脘疼痛	1.42±0.82	1.07±0.83	1.6±0.76	4.901	0.009
纳呆食少	0.74±0.76	0.67±0.64	0.91±0.65	1.302	0.276
神疲乏力	1.47±0.83	0.77±0.57	1.6±0.85	15.004	0.000
胃脘灼热	0.91±0.48	1.28±0.91	1.28±0.71	3.851	0.024
口干口苦	1.3±0.67	0.81±0.55	1.35±0.81	8.015	0.001

2.2 中医症状总有效率的比较

中西医结合组、中医组和西医组三组间的中医症候群症状改善有效率差异有统计学差异, $P<0.05$ 。秩次赋值按痊愈=1, 显效=2, 有效=3, 无效=4 进行赋值。中医组治疗有效率分级平均秩次为 65.80, 西医组平均秩次为 88.57, 中西医结合组平均秩次为 40.63, 三组经 Kruskal-Wallis 检验得到近似卡方值为 39.671, $P=0.000$ 。

表 3 三组中医症候总有效率比较[n (%)]

Table 3 Comparison of traditional Chinese medicine symptom curative effect [n (%)]

治疗后中医症候群症状改善有效率	痊愈	显效	有效	无效	χ^2	P
中医组(N=43)	10(23.26)	15(34.88)	18(41.86)	0(0.00)	39.671	0.000
西医组(N=43)	4(9.31)	7(16.28)	28(65.12)	4(9.30)		
中西医结合组(N=43)	19(44.19)	22(51.16)	2(4.65)	0(0.00)		

3 治疗前后三组西医学疗效研究

3.1 胃镜变化有效率比较

此次研究在三组患者治疗周期结束后, 再次回访进行胃镜检查时, 存在单项内容脱落病例, 即患者不同意再做胃镜检查。此次研究各组单项指标研究脱落病例数如下: 中医组脱落 12 例, 西医组脱落 21 例, 中西医结合组脱落 17 例。脱落后参加胃镜检查例数为: 中医组 31 例、西医组 22 例、中西医结合组 26 例, 秩次赋值按痊愈=1, 显效=2, 有效=3, 无效=4 进行赋值。中医组治疗有效率分级平均秩次为 47.47, 西医组平均秩次为 34.25, 中西医结合组平均秩次为 35.96, 三组经 Kruskal-Wallis 检验得到近似卡方值为 6.672, $P=0.036$, 详见表 4。

表 4 三组胃镜变化有效率比较[n (%)]

Table 4 Three groups of gastroscop curative effect comparison [n (%)]

治疗后胃镜变化有效率	痊愈	显效	有效	无效	χ^2	P
中医组(N=31)	1(3.23)	12(38.71)	17(54.84)	1(3.23)	11.573	0.072
西医组(N=22)	2(9.09)	15(68.18)	4(18.18)	1(4.55)		
中西医结合组(N=26)	4(15.38)	14(53.85)	6(23.08)	2(7.69)		

注：三组病例数为脱落后实际进行胃镜检查的病例数。

3.2 病理变化有效率比较

病理变化主要指胃粘膜萎缩程度的改善，因所收集病例肠上皮化生及低级别上皮内瘤变方面例数不足，故均未纳入分析。对参见胃镜检查的中西医结合组、中医组和西医组三组患者的胃粘膜病理改善效果进行统计分析，秩次赋值按显效=1，有效=2，无效=3 进行赋值。中医组治疗有效率分级平均秩次为 48.06，西医组平均秩次为 40.68，中西医结合组平均秩次为 29.81，三组经 Kruskal-Wallis 检验得到近似卡方值为 12.793， $P=0.002$ ，详见表 5。

表 5 三组病理变化有效率比较[n (%)]

Table 5 Three groups of pathology curative effect comparison [n (%)]

治疗后病理改善	显效	有效	无效	χ^2	P
中医组(N=31)	1(3.23)	18(58.06)	12(38.71)	12.793	0.002
西医组(N=22)	2(9.09)	15(68.18)	5(22.73)		
中西医结合组(N=26)	6(23.08)	19(73.08)	1(3.85)		

注：三组病例数为脱落后实际进行胃镜检查的病例数。

3.3 幽门螺杆菌根除率变化有效率比较

中西医结合组、中医组和西医组三组间的 Hp 根除有效率比较差异有统计学意义 $P<0.05$ 。经两两比较：中西医结合组优于中医组， $\chi^2=43.778$ ， $P=0.000$ ；中西医结合组优于西医组 $\chi^2=16.679$ ， $P=0.000$ ；西医组优于中医组， $\chi^2=9.374$ ， $P=0.009$ ，提示中西医结合对幽门螺杆菌根除率效果最好，详见表 6。

表 6 三组 Hp 根除总疗效比较[n (%)]

Table 6 Three groups of Hp eradication of total curative effect comparison[n (%)]

幽门螺杆菌	有效	无效	χ^2	P
中医组(N=43)	11(25.58)	32(74.42)	43.580	0.000
西医组(N=43)	25(58.14)	18(41.86)		
中西医结合组(N=43)	41(95.35)	2(4.65)		

4 安全性评价

自患者签署知情同意书并入选试验开始至最后一次随访之间,发生的任何不利医疗事件,无论与治疗药物是否有因果关系,均判定为不良事件。如实记录不良事件发生的时间及症状,对严重不良事件予以停药并采取相应的有效措施。试验期间三组均无不良事件发生。三组患者在治疗前后均有检测血尿便常规及肝肾功能的监测,未见明显异常。服药期间西医治疗组中有 2 例患者出现口苦加重,但未影响整个试验,其余患者无特殊不良反应。

5 患者满意度调查

本次研究结果显示,三组患者对治疗效果的满意度结果不同($P<0.05$),进一步两两比较显示,中医组患者满意度高于西医组, $\chi^2=11.827$, $P=0.003$; 中医组与中西医结合组患者满意度差异无统计学意义 $\chi^2=1.350$, $P=0.245$; 中西医结合组患者满意度高于西医组, $\chi^2=6.084$, $P=0.014$ 。以上结果提示中西医结合治疗萎缩性胃炎的效果优于其他治疗方法,患者满意度也较好,结果详见表 7。

表 7 不同组间患者满意度调查[n (%)]

Table 7 Different groups of patients' satisfaction survey[n (%)]

满意度调查	不满意	满意	非常满意	χ^2	P
中医组(N=43)	0(0.00)	11(25.58)	32(74.42)	14.960	0.005
西医组(N=43)	3(6.98)	23(53.49)	17(39.53)		
中西医结合组(N=43)	0(0.00)	16(37.21)	27(62.79)		

6 影响治疗效果的因素分析

6.1 中医症候群症状积分总差值影响因素分析

6.1.1 中医症候群症状积分总差值与病程及胃镜下分级的相关分析

本次研究结果显示,中医症候群前后积分总差值与病程(Pearson 相关)、治疗前胃镜下分级(Sperman 相关)之间存在正相关,相关有统计学意义, $P<0.05$, 但和年龄(Pearson 相关)无显著差异, $P>0.05$ 。详见表 8。

表 8 中医症候群症状积分总差值与年龄、病程及胃镜下分级的相关分析

Table 8 Correlation analysis of TCM symptoms integral difference with the course of disease and endoscopic classification

	中医症候群前后积分总差值	
	<i>r</i>	<i>P</i>
病程	0.867	0.000
治疗前胃镜下分级	0.789	0.000
年龄	0.097	0.274

6.1.2 性别、治疗分组对中医症候群症状积分总差值的影响

此次研究结果显示，中医症候群症状积分前后总差值的影响因素包括：治疗分组，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）详见表 9。两两比较结果显示，中西医组与中医组差异无统计学意义， $t=1.332$ ， $P=0.203$ ；中西医组与中医组均高于西医组， t 值分别为 18.665、7.021， P 值分别为 0.000、0.015。具体见下表。

表 9 中医症候群症状积分总差值单因素分析($\bar{x} \pm s$)Table 9 Univariate factor analysis of TCM symptoms integral difference($\bar{x} \pm s$)

		中医症候群前后积分总差值	统计量	<i>P</i>
性别	男	7.05±2.06	$t=0.077$	0.938
	女	7.07±1.79		
治疗分组	中医组	7.23±1.73	$F=16.450$	0.001
	西医组	5.65±1.73		
	中西医组	8.30±1.245		

6.1.3 影响中医症候群症前后症状种分总差值的多重线性回归分析

将 6.1.1 及 6.1.2 中有意义的因素与中医症候群前后积分总差值进行多重线性回归分析，其中：中医组赋值为 1，西医组赋值为 2，中西医组赋值为 3。其它数据均以原始数值进入，结果显示回归方程有统计学意义（ $R_2=0.824$ ， $F=194.874$ ， $P=0.000$ ）。方程中显示，中医症候群症状积分总差值影响因素分为病程、治疗分组以及治疗前胃镜下分级。

表 10 影响中医症候群症前后症状种分总差值的多重线性回归分析

Table 10 Multiple linear regression analysis effect factor of traditional Chinese medicine syndrome symptoms

	非标准化系数	标准误	标准化系数	<i>t</i>	<i>P</i>	非标准化系数 95%CI
常数	2.178	0.346	-	6.292	0.001	1.493-2.863
病程	0.047	0.004	0.712	11.04	0.001	0.039-0.056
治疗分组	0.527	0.089	0.226	5.951	0.001	0.352-0.703
治疗前胃镜下分级	0.697	0.230	0.196	3.024	0.003	0.241-1.153

6.1.4 中医总有效情况与年龄、病程、胃镜下分级的等级相关分析

为进一步了解中医总有效情况与年龄、病程、胃镜下分级的等级相关情况，进行等级相关分析，结果发现，中医总有效率与病程（Pearson 相关）及治疗前胃镜下分级（Sperman 相关）密切相关，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），但和年龄（Pearson 相关）无显著相关，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

表 11 中医总有效情况与年龄、病程、胃镜下分级的等级相关分析

Table 11 Rank correlation analysis of Chinese total effective between age, length of disease, endoscopic classification

因素	治疗后中医症候群症状改善有效率	
	<i>r</i>	<i>P</i>
病程	0.796	0.000
治疗前胃镜下分级	0.568	0.010
年龄	0.032	0.717

6.2 幽门螺杆菌根除效果的影响因素分析

6.2.1 幽门螺杆菌根除效果影响因素单因素分析

本次研究结果显示，病程、治疗前胃镜下分组影响幽门螺杆菌的根除效果，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），年龄、性别对幽门螺杆菌的根除效果没有显著影响，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），提示病程和治疗前胃粘膜病变程度会影响幽门螺杆菌的根除效果，详见表 12。治疗前胃镜下分级等级赋值轻度=1，中度=2，重度=3；未根除组的平均秩次为 78.19、已根除组平缓秩次为 45.46， $Z=6.139$ ， $P=0.000$ 。

表 12 幽门螺杆菌根除效果的单因素分析

Table 12 Univariate analysis of the HP eradication rate

		未根除(N=77)	已根除(N=52)	统计量	P
年龄		60.39±6.72	60.65±5.91	$t=-0.231$	0.819
病程		66.34±26.09	28.85±14.33	$t=9.439$	0.001
性别	男性	35(45.45)	27(51.92)	$\chi^2=0.520$	0.471
	女性	42(54.55)	25(48.08)		
治疗前胃镜下分级	轻度	0(0.00)	18(34.62)	$Z=6.139$	0.000
	中度	58(75.32)	34(65.38)		
	重度	19(24.68)	0(0.00)		

6.3 幽门螺杆菌根除效果的 logistic 回归分析

将表 12 中对幽门螺杆菌有影响的胃镜下分级、及表 6 的因素进行 logistic 回归，（幽门螺杆菌根除赋值为 0，未根除赋值为 1；治疗分组为中医=1，西医=2，中西医结合=3；病程分组为病程小于 50 月为 0，大于等于 50 月为 1。），变量入选方式使用 Enter，进入 P 值为 0.05，退出的 P 值为 0.10。结果发现病程分组、治疗分组是影响幽门螺杆菌根除有效率的独立因素，其中病程对根除的影响最大（OR=90.616，95%CI=24.15-761.39）。当然治疗分组也可以影响幽门螺杆菌根除效率（OR=4.274，95%CI=1.89-9.63）。

表 13 幽门螺杆菌根除效果的 logistic 回归

Table 13 logistic regression of the Hp eradication rate

	B	Stand Error	Wald χ^2	P	OR	95%CI
常数	-3.930	0.962	16.669	0.000	0.020	
病程分组	4.910	0.880	31.109	0.000	90.616	24.15-561.39
治疗分组	1.453	0.415	12.267	0.002	4.274	1.89-9.63

讨 论

慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜上皮和腺体萎缩，数目减少，胃黏膜变薄，黏膜基层增厚，或伴幽门腺化生和肠腺化生，或有不典型增生为特征的慢性消化系统疾病^[53-55]。常表现为上腹部隐痛、胀满、嗳气，食欲不振，或消瘦、贫血等，无特异性^[56, 57]。是一种多致病因素性疾病及癌前病变。因其发病率较高、常呈反复发作、且不易治愈，加之有一定的癌变率而受到广泛关注。流行病学调查发现世界性范围内萎缩性胃炎患病人群以老年居多，和性别没有显著关联^[58, 59]，由于慢性萎缩性胃炎可随着年龄增长而增高，故也有人认为慢性萎缩性胃炎是中老年胃粘膜的退行性变，有可能是一种“半生理”现象^[60]。但由于其有较高的癌变倾向，故明确诊断和有效的治疗有着重要的意义。随着现代医学的发展，电子胃镜技术和标本活检组织病理学检查实现了对慢性萎缩性胃炎及其发展阶段的较为准确的诊断，为临床治疗的选择提供了重要的信息，并且随着医学技术不断发展，对患者胃液和血清（主要通过检测胃泌素、胃蛋白酶原等的分泌程度）开展的相关检测，为临床诊断工作提供更加详细确切的信息，为该病做出更准确的诊断提供了辅助手段。目前对于萎缩性胃炎的治疗方式包括西医治疗、中医治疗及中西医结合治疗。西医方式主要包括根除 Hp 药物治疗、对症治疗及手术治疗，同时辅以饮食治疗、情志治疗等，虽然治疗方法较为全面，但西医对慢性萎缩性胃炎的治疗主要是对症治疗，尤其对于肠上皮化生及上皮内瘤变的治疗具有一定的局限性^[43-44]，治标不治本，预后较差。

中国古代医疗书籍中并未发现对慢性萎缩性胃炎这一病名的具体记载和详细分析及论证，我国在 1989 年第五届全国脾胃病会议上正式将“胃痞”作为中医学对慢性萎缩性胃炎的命名。“痞满”在《内经》中称之为“痞隔”、“痞”、“痞塞”等，痞者否也，所谓气隔不通也，《伤寒论》亦云：“满而不痛者，此为病”，并提出了“痞满”这一中医名词，进而创立了著名的半夏泻心汤、甘草泻心汤等一系列疗效显著的泻心汤方剂。中医学认为痞满病机中焦气机失畅，升降失司；由此所引发的腹、胸部痞闷、胀满为主要表现。痞满按照病变发生的具体部位划分，可将其具体分为胸痞及心下痞等。心下，即胃脘，所以，“心下痞”即所谓的“胃痞”。根据中医学命名特点，慢性萎缩性胃炎可归属于中医“胃脘痛、纳呆、嘈杂、痞满、呕吐、呃逆、吐酸”等中医疾患范围中，同时慢性萎缩性胃炎可与古代文献中“痞”、“痞满”、“胃脘痛”等病名相对应，病位在胃，病因以饮食失调、七情失和、劳倦过度、先天禀赋不足、外邪犯胃等多见。近几十年来，借助现代检查手段和方法，中医对本病的认识不断深入，对慢性萎缩性胃炎的中医治疗也日渐成熟，可以起到极大缓解患者症状的作用，且对患者身体整体机能的恢复有着良好左右，但因慢性萎缩性胃炎临床辨证分型至今尚未完全统一，为本病的辨证施治规范化带来一些不利，故在根治 Hp 方面较

西医我差，故多为学者提出了中西医结合治疗的观点，可以取长补短，达到标本兼治的目的。

1 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的疗效

1.1 中西医结合治疗对中医症候群的改善

慢性萎缩性胃炎临床主要表现为上腹部的疼痛、嗳气、胀满、痞闷、纳呆食少、神疲乏力、胃脘灼热、口干口苦等，但无特异性。根据中医学命名特点，结合上述症状，本病可归属于中医“胃脘痛、纳呆、嘈杂、痞满、呕吐、呃逆、吐酸”等中医疾患范围中，同时慢性萎缩性胃炎可与古代文献中“痞”、“痞满”、“胃脘痛”等病名相对应，病位在胃，病因以饮食失调、七情失和、劳倦过度、先天禀赋不足、外邪犯胃等多见。《杂病源流犀浊》云：“痞满，脾病也，本由脾气虚，及气郁运化，心下痞塞瞋满”。血瘀在慢性萎缩性胃炎癌前病变病程中的地位亦不容忽视。本病缠绵难愈，早在《素问·痹论》中就有“病久入深，营卫之行涩”之论。至清代叶天士提出：“初病在经，久病入络，以经主气，络主血，则知其治气治血之当然。”，这就要根据中医所谓的整体观念，天人合一，因地制宜，因时制宜，因人制宜的特点来灵活辨证论治^[49, 61]，结合新疆地区气候干燥等特点，总结该病无外乎以气虚、阴虚、血瘀、燥热等为主要病机，以本虚标实、虚实夹杂为病机特点^[28, 62]，慢性萎缩性胃炎病程较长，致病因素较多，常因饮食不节、饥饱失调、过食肥甘厚味及辛辣刺激，胃腑蕴热，导致胃气受损，气机不畅，脾胃升降失和，胃气不降则传化无由，壅滞成病。胃气不降的同时又影响并阻碍了脾气的运化，日久损伤中气，耗伤阴津，导致脾胃虚弱，郁滞自生，伤阳者滞而不运，伤阴者涩而不行。久则损伤脾胃之气阴，脾失健运，气不行血，胃阴亏乏，胃络不荣，络脉淤阻，胃失所养而成本虚标实证。如邪气不除，更伤脾胃之气阴，使虚者更虚，实者更实，交互错杂，形成恶性循环，从而使病情进一步加重。且为多气多血之腑，胃病初期病在气分，日久入血，发展至慢性胃炎时，淤血之征象渐渐出现。正如《临症指南医案》谓“初病在经，久痛入络”。且临床上多数慢性萎缩性胃炎的患者都有舌质暗红或紫暗，或有瘀斑、瘀点，故阴虚血瘀型在慢性萎缩性胃炎中是非常常见的证型，贯穿在病变的全过程中，只不过在不同阶段轻重有所不同罢了。

本次研究结果发现，治疗后中西医结合组、中医组和西医组三组间的中医症候群症状积分各组（除纳呆食少以外）比较差异有统计学意义 $P < 0.05$ 。经两两比较结果发现，胃脘痞满症、胃脘疼痛、神疲乏力、口干口苦状治疗效果，中医组与中西医结合组相差不大，无统计学意义 ($P > 0.05$)，而均优于西医组 ($P < 0.05$)。而在胃脘灼热症状上，中西医结合组与西医组之间无统计学差异 ($P > 0.05$)，但均优于中医组 ($P < 0.05$)。一般而言中医症状学主要是针对患者的主观感受，而且在治疗后，中医对相应的症状总体改善情况要优于西医组，如在胃脘痞满症、胃脘疼痛、神疲

乏力、口干口苦等症状的缓解上。但同时西医也在治疗胃脘灼热上改善有明显的效果，优于中医组。但不论合总情况，中西医结合治疗均与最优的治疗效果站在一队，提示，中医、西医在治疗不同症状上存在不同的优势，而中西医结合治疗时，均能保持两者中的治疗优势。养阴活胃合剂均优于西医对照组，尤其是胃脘疼痛、胃脘痞满、神疲乏力、纳呆食少、口干口苦等方面而且改善程度也是最大，其中，胃脘疼痛、口干口苦是典型的胃阴亏虚的中医临床表现。究其原因可能由于养阴活胃合剂中有针对胃阴不足治疗的药物，比如芦根，在此可以除消渴、解中焦之热，使胃腑津液生而口中润，芦根性味甘寒，甘能益胃和中，寒能除热降火，热解胃和，则津液流通而渴止矣。因此患者口干口苦、胃脘疼痛这些“燥化”的症状得到较好改善。患者胃脘疼痛这个主要的症状而言，中医学中强调“不通则痛”，究其原因可能因胃腑气血瘀滞，方中莪术，化瘀消痞，海螵蛸软坚散结，可以有效改善胃络瘀血，而海螵蛸还可制酸，收涩，故而对此症状改善比较明显。

1.2 中西医结合在中医症候总有效率中的疗效体现

中医症候总体有效率的判断为痊愈：症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$ ；有效：症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ ；无效：症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少不足 30%。此次研究结果显示，中西医结合组、中医组和西医组三组间的中医症候群症状改善有效率差异有统计学差异 $P < 0.05$ ，痊愈率以中西医给最佳。

笔者认为，中西医结合痊愈率高的原因在以下几点：（1）从慢性萎缩性胃炎的胃黏膜微观角度来分析，通过活血化瘀法改善胃部血流，增加胃局部血供，有利于胃粘膜的自我修复。（2）中医治疗的方法为新疆慢性萎缩性胃炎阴虚血瘀型居多，除本病的一般症状外，可多表现为脾胃、气滞血瘀，故非常适合选择养阴活胃合剂^[34, 63, 64]。（3）中医处方可随症加减：嘈杂、反酸、烧心者，加乌贼骨、瓦楞子、浙贝母；嗝气、呃逆者，加沉香、柿蒂；便秘者，加火麻仁、瓜蒌仁、枳实；喜温喜按，胃脘冷痛者，得食痛减者加白芍、桂枝；伤食者，加(炒)莱菔子、神曲；脾虚便溏者，加炮姜炭、(炒)白术；热迫血行，便血、吐血者，加三七、白及、大黄粉；伴有胃癌前病变者，选加白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、薏苡仁、三七粉；痞满明显者，加香橼皮、紫苏梗；舌苔白腻、口粘者，加苍术、厚朴、豆蔻等。（4）中成药：中药汤剂为传统方法，在生活节奏日益紧凑的现代社会，存在熬煮时间长，方法复杂，不易携带，存放不便及口感苦涩等缺点，导致部分依从性差的患者及年龄偏轻的患者无法按时、按疗程正规服药。而中成药制剂在很大程度上避免了上述问题，其在临床上的使用日益广泛，品种亦繁多，具有代表性的药物如：脾胃虚弱证可选香砂六君子丸，胃阴不足证可选养胃冲剂，脾胃湿热证可选摩罗丹，脾虚气滞证可选香砂六君丸，肝胃气滞证可选气滞胃痛颗粒等，结合不同病因可辨证选择，快速简单

方便，疗效亦显著。养阴活胃合剂组方由芦根、鸡内金、莪术、海螵蛸、旋覆花、丹皮、白术、茯苓、甘草、砂仁构成。用鸡内金以开脾之瘀，白术以助脾之运，西北偏燥，芦根以润胃之阴，故而选用此方为养阴活胃合剂的基础方。芦根全国各地均有分布，其性甘寒，功效清热泻火，生津止渴，萎缩性胃炎属中医学“痞满”“胃脘痛”范畴，为本虚标实的虚损病，常加用芦根一味与芳香化湿之品，燥润相济，达到治疗目的；白术味苦，有脾益气，燥湿利尿之功效，鸡内金、味有消食健脾，固精止遗之效，白术偏于补，鸡内金善于消，二味相须为用，补消兼施，相辅相成，共达健脾宽中，消积化滞之功用；而茯苓与白术为伍是治疗脾虚湿停常用的药对，海螵蛸具有收敛、止酸、止血、敛疮等功效，科其治疗胃酸过多、胃溃疡以及治疗多种出血等；而旋复花汤和丹皮被历代各家认为是活血通络之祖方，砂仁以其辛温气香，具化湿理脾、行气和胃之功效，用于治疗湿阻中焦、脾胃气滞所致的脘腹胀痛、食欲不振、呕吐泄泻。（5）饮食治疗：中医学认为生冷甘肥油腻饮食摄入过多^[25, 65]，暴饮暴食及烟酒无忌等均可脾胃损伤，导致胃气阻滞，中医讲“不通则痛”，所以结合患者自身体质情况和辨证分型提出饮食宜忌，如多进食新鲜水果、蔬菜，多食富含维生素 C、蛋白质、血红素铁及叶酸的食物，如瘦肉、鸡、鱼等，高维生素的食物带有深色的新鲜蔬菜及水果，如绿叶蔬菜、卷心菜、胡萝卜、洋葱、西红柿、茄子、山药、红枣、柑桔等，重视并积极在饮食方面进行长期调养，也可起到很好的辅助治疗作用。（6）西医治疗方法，根据《2012 年中国慢性胃炎治疗共识意见》根除首选方案：推荐铋剂+质子泵抑制剂(PPI)+2 种抗菌药物组成的经典四联疗法，抗菌药物组成方案有 4 种：①阿莫西林（1.0g，一日两次，口服）+克拉霉素（0.5g，一日两次，口服）；②左氧氟沙星（0.5g，一日一次或 0.2g，一日两次，口服）+阿莫西林（1.0g，一日两次，口服）；③呋喃唑酮（0.1g，一日两次，口服）+阿莫西林（1.0g，一日两次，口服）；④甲硝唑（0.4g，一日两次，口服）+四环素（0.5g，一日两次，口服）或呋喃唑酮（0.1g，一日两次，口服）。其中 3 种治疗失败后易产生耐药的抗生素(甲硝唑、左氧氟沙星和克拉霉素)分在不同方案中，仅不易耐药的呋喃唑酮、阿莫西林有重复^[20-25]。后面推荐的根除方案中抗菌药物的剂量及用法可与含有阿莫西林的根除方案相同。上述 4 种为非青霉素过敏者推荐的方案均有较高的根除率，不良反应、副作用等方面各有利弊，无法确切指定一线或二线方案。具体根除方案的选择可结合本地抗菌药物的耐药率、药物获得的难易度、价格、不良反应、副作用等因素综合分析考虑，选择其中的 1 种作为首次治疗方案，如首次治疗失败，则可在余方案中再选择 1 种方案进行补救治疗。如上述两次治疗均失败，建议结合患者自身情况具体分析幽门螺杆菌根除为其带来的利弊慎重权衡，再做新的方案的制定。

通过中西医结合治疗，可以同时发挥出中医和西医在治疗不同症候学、病理学、微生物病原学中的病因治疗，从而达到较好的治疗效果。

1.3 中西医结合治疗镜检变化有效率比较

慢性萎缩性胃炎的胃镜表现^[16, 48, 66-68]如下：(1)胃粘膜颜色变淡：呈暗红、甚至灰黄，重度者粘膜可呈现灰白色或灰蓝色。分布范围可为弥漫性，也可呈局限性或斑块状分布。病变与周围边界不清，粘膜可表现为红白相间，但以白为主，此为镜下粘膜萎缩的最早表现。(2)粘膜下可见血管显露：粘膜的萎缩致使粘膜下的血管可见，在萎缩的初期可见粘膜内暗红色网状细小血管，继续发展萎缩严重者可见粘膜下的蓝色树枝状较大静脉显露。血管显露是慢性萎缩性胃炎的重要内镜特征。但也应注意，检查时在正常胃底部过度充气可使胃部内压过高，胃粘膜也可透见较明显的血管网。本病的临床表现为食欲减退、恶心、嗳气、上腹部饱胀或钝痛，少数病人可发生上消化道出血、消瘦、贫血、脆甲、舌炎或舌乳头萎缩等无特异性症状。

本次研究结果显示，再次回访进行胃镜确诊时，存在单项内容脱落病例，即患者不同意做胃镜检查。此次研究各组单项指标研究脱落中医组脱落 12 例，西医组脱落 21 例，中西医结合组脱落 17 例。经卡方检验尚不能认为各组之间的治疗后胃镜变化有效率差异有统计学意义 ($P>0.05$)。但结果显示， P 值为 0.072，属于边界值，在临床上的意义提示，需要加大样本量进行进一步研究，但由于二次胃镜检查给患者增加了较大的痛苦，即使在给予一定的经济补偿，以及免费复检的策略的同时，患者还是不同意继续进行复检，由此单项指标的脱落指标较高。建议后续研究增加样本含量对此项目做进一步研究以确定各治疗效果。

1.4 中西医治疗对病理变化有效率比较

目前慢性萎缩性胃炎的中医治疗^[10, 12, 69-72]主要分：(1)辨证分型治疗：辨证论治是中医的精华所在，近年来关于慢性萎缩性胃炎的辨证治疗研究逐渐增多，但由于不同医家对慢性萎缩性胃炎的认识不同，因此临床证型纷繁芜杂，治疗方法百花齐放，各具特色，部分研究还具有强烈的地域特点和民族特点。在新疆，因其地域、气候、饮食、生活习惯等原因，胃阴不足型慢性萎缩性胃炎多见^[73-76]，表现为胃脘灼热疼痛，口干舌燥，大便干燥，舌红少津，无苔或剥苔或有裂纹，脉细数或细弦。药物以养阴生津，益胃和中为主。因此，根据中医基础理论知识，把握整体的原则，结合名医名方独到的见解，灵活辨证论治，遣方用药。

本次研究结果显示，中西医结合组、中医组和西医组三组间的病理改善程度差异有统计学差异 $P<0.05$ ，其中中西医结合组的病理改善程度较好，中医组的病理改善程度最差。经两两比较：中西医结合组优于中医组($P<0.05$)，中西医结合组与西医组无统计学差异($P>0.05$)；中医组与西医组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。笔者认为，中医对病理改变效果差，但对西医的治疗效果有协同作用，可以起到协同西医改善病理状况的效果，由此再次提示，中西医结合治疗的优良之处。

1.5 中西医结合对幽门螺杆菌的有效体现

幽门螺杆菌发病率的高低与公共卫生条件、饮食习惯、人口密集程度、社会经济水平以及水源供应均有极为密切的关系。综合而言，发达国家、卫生习惯较好的地区，人群的幽门螺杆菌感染率低于欠发达国家和地区^[1, 67, 77-79]。鉴于观察发现铋剂四联疗法延长疗程可在一定程度上提高疗效，故推荐的疗程为 10d 或 14d，放弃 7d 方案^[2, 14]。恶心、呕吐、上腹部饱胀的治疗可选用促进胃动力或胃肠动力的药物，如多潘立酮、盐酸伊托必利、马来酸曲美布汀、莫沙必利等；胃黏膜损害症状明显者则可选用胃黏膜保护剂，如硫糖铝、铝碳酸镁、瑞巴派特、麦滋林、替普瑞酮等^[20, 80]；有胆汁反流的患者可选用促动力药和（或）有结合胆酸作用的胃黏膜保护剂，如马来酸曲美布汀片+铝碳酸镁片等。主诉有上腹痛和（或）胃镜提示有胃黏膜糜烂可根据病情或症状严重程度选用抗酸剂（氢氧化铝等）、 H_2 受体拮抗剂（法莫替丁、雷尼替丁、西咪替丁等）或质子泵抑制剂（奥美拉唑、埃索美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑等^[24, 81]），其中质子泵抑制剂抑酸作用强，特异性高，持续时间长，其可彻底阻断胃壁细胞内质子泵驱动细胞内的 H^+-K^+ATP 酶，完全切断了胃酸分泌的最后通道^[26, 27, 82]。除此之外对于患者如伴有明显的贫血，若为缺铁，应补充铁剂，大细胞贫血根据维生素 B_{12} 或叶酸缺乏分别给予补充。（5）手术治疗：胃镜活检病理中出现高级别上皮内瘤变者，结合患者临床情况及基础状况可以考虑作部分胃切除术^[23, 24]，从这类病人的胃切除标本中可能检出原位癌，甚至是早期胃癌^[20, 83]。

目前西医对于慢性萎缩性胃炎的治疗^[19, 84, 85]主要有：（1）饮食治疗：如多进食富含维生素的新鲜水果、蔬菜、酸奶及牛奶、蛋白质、血红素铁及叶酸的食物，如瘦肉、鸡、鱼等，富含高维生素的食物，带有深色的新鲜蔬菜及水果，如绿叶蔬菜、卷心菜、胡萝卜、洋葱、西红柿、茄子、山药、红枣、柑桔等，也就是要注意饮食清淡，避免进食过热、过冷级辛辣食物，戒烟戒酒，少吃腌制、熏制的食物，重视并积极在饮食方面进行长期调养，也可起到很好的、合理的辅助治疗作用。（2）情志治疗：慢性萎缩性胃炎属于癌前状态，如伴发的不完全型肠上皮化生，和（或）低、高级别上皮内瘤变，则被视为癌前病变，很多患者对此存有不同程度的恐惧心理，这种焦虑、紧张、畏惧或者烦躁等的负面情绪在很多时候会影响到药物对慢性萎缩性胃炎的治疗效果，而对患者心理进行合理疏导，消除其恐癌心理，积极配合治疗，可达到事半功倍的作用，辅助药物发挥治疗的最大疗效。对于表现出明显恐癌、焦虑、烦躁、抑郁、入睡困难及夜间易醒的患者，除给予耐心细致的心理安抚疏导之外，建议适量服用镇静药物、抗抑郁药物及抗焦虑药物，如：地西洋、艾司唑仑、谷维素、氟哌噻吨美利曲辛等。必要时可请相关专科（如神经科、精神科等）协助治疗。（3）根除 Hp 治疗^[2, 18, 19, 86]：流行病学研究表明，幽门螺杆菌已经感染了世界上超过一半的人口，但其发病率在各个国家均有不同，甚至同一国家的不同地区也不尽相同。

中西医结合组、中医组和西医组三组间的 Hp 根除有效率比较差异有统计学意义。经两两比较：中西医结合组优于西医组优于中医组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。此结果提示，单独使用中医治疗幽门螺杆菌的效果并不佳，必要时还需要使用抗生素进行治疗。而单独使用抗生素来治疗幽门螺杆菌，也并非完全有效，使用中医控制症状，改善机体抵抗力，以及改变胃部的幽门螺杆菌的生存环境，可以加强抗生素的根治效果。

2 中西医结合、西医、中医治疗慢性萎缩性胃炎安全性评价

养阴活胃合剂由《医学衷中参西录》中的鸡胫茅根汤化裁而来，鸡胫茅根汤原方为生鸡内金(去净瓦石糟粕，轧细)15 克，生于术(分量用时斟酌)，鲜茅根 60 克(锉细)，用于治疗水臌，气臌。水臌，气臌在中医中归属于“臌胀”之类，因临床表现为腹胀如鼓，皮色苍黄，青筋显露，故而命名。而此病多因腹部气滞血瘀，水湿内停所致。《内经》病机十九条中所谓的诸湿肿满皆属脾也。本课题研究之病，虽不属“臌胀”，但病机相似，属异病同治。方中之意，用鸡内金以开脾之瘀，白术以助脾之运，西北偏燥，芦根以润胃之阴。故而选用此方为养阴活胃合剂的基础方。养阴活胃合计的组方为：芦根、鸡内金、莪术、海螵蛸、旋覆花、丹皮、白术、茯苓、甘草、砂仁。芦根：芦根始载于《别录》，《本草图经》谓：“芦根，旧不载所出州土，今在处有之。生下湿陂泽中。其状都似竹而叶抱茎生，无枝。花白作穗，若茅花。根亦若竹根而节疏”。生长于河流、池沼岸边浅水中。全国各地均有分布，采收方便，成本低廉，其性甘，寒。归肺、胃经。功效清热泻火，生津止渴，除烦，止呕，利尿。白术与鸡内金：白术味苦、甘，性温，归脾、胃经，有脾益气，燥湿利尿，止汗，安胎之功，鸡内金，味甘，平，归脾、胃、小肠及膀胱经，有消食健脾，固精止遗之效，二者相伍，出自《医学衷中参西录》中的益脾饼与鸡胜汤，为张锡纯所创立。白术既能燥湿健脾，又能益胃消谷，鸡内金消食强胃，消积滞而健脾胃，白术益气健脾主升，脾气升则运化有权，金消食健胃主降，胃气降则受纳有功，如此正合中焦升降纳化之机。白术偏于补，鸡内金善于消。白术以补为功，鸡内金以消为用，二味相须为用，补消兼施，相辅相成，消而不伤正，补而不滞胃，正合中焦运化之机宜，共达健脾宽中，消积化滞之功用。白术多服久服有壅滞之弊，与鸡内金为伍，其弊可除。使补不壅滞，消不伤正，两药一补一消，消补合用健脾开胃之效甚佳。白术与鸡内金伍用，张锡纯主要治疗“脾胃虚寒，饮食减少”，二者在此方中起着重要的作用。当代名家朱良春先生也擅用此二味药治疗慢性胃炎，疗效满意。茯苓：茯苓利水渗湿，宁心安神，健脾止泻。与白术为伍是治疗脾虚湿停常用的药对。白术以健脾燥湿为主，茯苓以利水渗湿为要。两药配伍，一燥一渗，运利结合，使水湿除而脾气健，适用于脾虚湿盛之院腹胀闷，四肢困倦，食欲不振，泄泻便塘而无食滞者。莪术：莪术原名蓬莪茂，始见于《药性论》，在《唐本草》中莪术与

姜黄常混淆，前已论述。本草中莪术的原植物亦为多基源品种，主要包括莪术、温莪术和桂莪术三种。现时姜黄的来源为姜科姜黄属多种植物的根茎，主要指蓬莪术、广西莪术、温郁金。一般于秋冬两季茎叶枯萎后采挖，取根茎，洗净，蒸熟晒干除去毛须及杂质。其性状多具椭圆形，直径 1-3cm，外表灰黄色，切面黄绿或棕褐色，内皮层环纹黄白色，质坚硬，断面角质性。性味辛、苦、温，归肝、脾经；具有破气破血，消积止痛之功，用于气滞血瘀所致癥瘕痞块，血瘀经闭，区别关键在于药性上莪术亦辛温，破血破气之力显，且又兼有消积之功，可用治食积脘腹胀痛等证。

海螵蛸：海螵蛸是乌贼科无针乌贼或金乌贼等海洋动物的干燥内壳。其性涩、温，具有收敛、止酸、止血、涩精止带、敛疮等功效，是一味常用的海洋动物药。其治疗胃酸过多、胃溃疡以及治疗多种出血等是海螵蛸传统用法，其功效成分研究表明与其丰富的钙(主要是碳酸钙)含量有关。

旋覆花：旋覆花最早见于《神农本草经》，位列下品，功效为“主结气胁下满，惊悸，除水，去五脏间寒热，补中下气”；《药性论》补充其还能“开胃，止呕逆不下食”；近代医家张锡纯认为旋复花是平肝降气之要药；《伤寒论》只有旋复代赭汤中用到了旋覆花，该方主治“心下痞硬，噎气不除”；《千金方》中治疗妊娠恶阻的半夏茯苓汤等，由于该书是官方颁布的常用方剂书，可见在当时条件下旋复花的使用并不是很多，其很多作用被逐渐忽视；《名医别录》认为旋覆花能“消胸上痰结，唾如胶漆，心胁痰水，膀胱留饮，风气湿痹，皮间死肉，目中眵，利大肠，通血脉，益色泽”；而旋复花汤被历代各家认为是活血通络之祖方，所以也就有了旋复花“通血脉”的作用。后为各代医家广泛应用，积累了丰富的用药经验。

砂仁：其性温味辛，归脾，胃经，具有化湿、行气、温中、安胎的作用，为醒脾调胃要药；用于治疗湿阻气滞之脘腹胀痛、食欲不振、寒湿泄泻，妊娠恶阻，胎动不安等症。在临床治疗中，砂仁以其辛温气香，具化湿理脾、行气和胃之功效，用于治疗湿阻中焦、脾胃气滞所致的脘腹胀痛、食欲不振、呕吐泄泻等症。

甘草：甘草性平味甘，归十二经。调和诸药，补脾益气，祛痰止咳，清热解毒，缓急止痛。诸药共用以达其养阴活血，化痰和胃之功。

自患者签署知情同意书并入选试验开始至最后一次随访之间，发生的任何不利医疗事件，无论与治疗药物是否有因果关系，均判定为不良事件。如实记录不良事件发生的时间及症状，对严重不良事件予以停药并采取相应的有效措施。试验期间三组均无不良事件发生。三组患者在治疗前后均有检测血尿便常规及肝肾功能的监测，未见明显异常。服药期间西医治疗组中有 2 例患者出现口苦加重，但未影响整个试验，其余患者无特殊不良反应。此次研究结果提示，中西医结合、中医、西医治疗比较安全。

3 中西医结合治疗患者满意度调查

本次研究结果显示，不同组间患者满意度结果不同，中医组与中西医结合组患者

满意度差异无统计学意义 ($P>0.05$)；但两组的患者满意率均高于西医组。此次提示，中医的治疗满意度之所以高的原因在于能够有较的对症治疗，使患者的病痛得到较好的解决。西医的治疗后，患者满意度低的可能原因在于，西医治疗时，患者相关的症候群并改善没能达到中医的效果。西医中大量的抗生素所产生的不适反应及增加代谢压力，可能会导致患者出现反胃、恶心等。笔者认为，此结果可能与新疆人文及中医的治疗药方有关。

结合新疆地区气候特点即干燥、寒冷，同时饮食为肥甘过腻，较易形成气滞血瘀，进而耗损胃阴，郁而化热，且患慢性萎缩性胃炎者多为病程日久、疾病迁延难愈。所以，针对慢性萎缩性胃炎其之本虚标实，阴虚痰瘀的病机特点，相应的提出了提出养阴活血、化痰和胃的治疗思想^[75, 76]。综合上述各方面的出发点和缘由，主要考虑并针对针对西北新疆地区慢性萎缩性胃炎的独特特点，导师由《医学衷中参西录》中的鸡胗茅根汤化裁配伍出养阴活胃合剂。通过此类中医药方的处理，患者的日常不适证状得到明显的缓解后，满意度自然提升。笔者认为，患者满意度有治疗效果有正相关，但这种相关主要是以症状改善上而言。另外由于国内外对慢性萎缩性胃炎根治的效果并不佳，家长对治疗效果的期望也并不高，中医通过使用调理的方法，使患者的日常不适，如食欲不佳等症状得到明显改善，从而达到全面提高满意度的调查结果。

4 治疗效果的影响因素分析

4.1 影响中医症候群症前后症状种分总差值因素分析

本次研究结果显示回归方程有统计学意义 ($R_2=0.824$, $F=194.874$, $P=0.000$)。方程中显示，中医症候群症状积分总差值影响因素分为病程、治疗分组以及治疗前胃镜下分级。病程是指疾病的发生到治疗的时长，此次研究结果提示，病程越长，患者治疗的效果越差，笔者认为，新疆慢性萎缩性胃炎的形成有其独到的特点，新疆位于祖国西北，是典型的内陆地区，也是世界上离海洋最远的地方，四周的高山，阻挡了海洋气候的进入，极易形成极端干燥的温带大陆性干旱气候，主要可表现为日照时间长，降雨量少，年均天然降水量 155mm，昼夜温差大，同时新疆属于多民族聚居地区，各民族的饮食习惯相互融合和影响：蛋白质摄入以牛羊肉为主，口味偏辛辣刺激，高脂高盐，较少食用新鲜蔬菜导致维生素、微量元素等摄入不足。《素问·异法方宜论篇》曰：“西方者，金玉之域，沙石之处也，天地之所收引也。其民陵居而多风，水土刚强”。《素问·阴阳应象大论》又曰：“西方生燥”，“北方生寒”。有关“西北燥证”的国家级研究课题也已成立并发展多年，经过新疆地区多位学者多年的持续临床观察研究，目前在此方面已经总结并归纳出了新疆是以多发的干燥症状为主的“燥证”证候分型的共识意见。所以在长期的临床研究中也可以发现，新疆地区慢性萎缩性胃炎患者所表现的症状中除一般症状外，多伴有胃脘灼热、口干口苦

等胃阴亏虚的表现。笔者认为病程越长，患者的治疗效果越差，这可能与病程长，疾病根深蒂固，治疗起来越困难是自然现象，加上新疆发病的特殊性，随着病程的延长，中医调理时长更长，使用一次疗程可能效果达不到理想效果。治疗分组，此研究结果与前面所讨论的中西结合的优势形成相互印证，在此不做特别的讨论。入院时患者的病理分级也影响着治疗效果，由此提示，中西医之间的密切联系。

4.2 影响幽门螺杆菌根除效果的因素分析

结果发现病程分组、治疗分组是影响幽门螺杆菌根除有效率的独立因素，其中病程对根除的影响最大（OR=90.616，95%CI=24.15-761.39）。当然治疗分组也可以影响幽门螺杆菌根除效率（OR=4.274，95%CI=1.89-9.63）。自古由神农尝百草的说法，说明了祖国医学是以中草药来治疗疾病，中药是纯天然植物性药材，无明显毒副作用，虽然起效较慢，但对身体无严重损害，能够降低西药的不良反应，还可以对机体产生双向调节的功能，西医在根除 Hp 方面见效快，但服用抗生素副作用较多，且容易产生耐药性，综合二者利弊，故采用中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎已被多数患者信赖。在单纯的根除幽门螺杆菌治疗方案中^[68]，虽然共识对抗生素的类别有所调整，但其耐药率仍在逐年上升，导致根除率明显下降，严重影响根除效果，进而影响到慢性萎缩性胃炎的治疗效果。辨证论治是中医治疗的优势，随着现代医疗模式的转化，中医理论不断吸收新学说，博采众长，取长补短，不断完善自身知识框架，也取得了很好的临床效果。在中医治疗基础上配合根除 Hp 等西医治疗的中西医结合治疗^[28, 49, 51, 63, 87, 88]，近年来逐渐成为人们研究的热点，此法为新型的治疗方法，取中医和西医二者之长叠加，旨在各取所长，扬长避短，具体方案坚持在把握整体的前提下，结合天时、地理、人为等多种因素的基础上，制定个体化治疗方案。能够更好的改善患者的临床症状，逆转黏膜萎缩、肠化，也取得满意疗效，患者也比较乐意接受中西医结合的治疗方法，此法同时在一定程度上减轻了单用化学药物的不良反应，缩短疗程，并呈现 1+1>2 的增效效果。主要表现在以下几点：（1）较单纯中医根除 Hp 的方案中西医结合可提高 Hp 的根除率，降低 Hp 的复发率；（2）大大并快速改善患者临床症状，降低单纯西医根除 Hp 方案带来的不良反应的发生率；（3）在中西医结合根除 Hp 方案中最大程度发挥中医药的抗菌作用，降低了西药的耐药率，对于重症患者可达到标本兼治的功效；（4）在一定程度上提高慢性萎缩性胃炎的病理治愈率，促进胃黏膜损伤修复，延缓萎缩进一步发展，尤其是有些中药制剂对肠化生等癌前病变也有一定效果^[48]。

5 目前存在的不足及对未来的期望

本研究通过对 129 例患者三种治疗方法效果的评价，得出了中西医结合方法治疗效果优于西医及中医治疗效果的结论，但本研究由于样本量较少，临床实验时间较短，缺乏对慢性萎缩性胃炎中医证型的分型及治疗效果的相关因素分析，没有涉

及对药物远期疗效、Hp 复发率、是否降低耐药率、中西医结合治疗过程中副作用及针对肠上皮化生甚至上皮内瘤变的研究。希望后续可以展开大样本的对照研究，探索中医结合治疗对慢性萎缩性胃炎长期治疗效果、复发率及的影响，探索不同辩证体质的慢性萎缩性胃炎患者治疗效果及相关因素，坚持“西医辨病，中医辨证，中药为主，交融创新”的原则，为慢性萎缩性胃炎的中西医结合治疗规范提供依据。且在目前搜集的资料中暂时未发现新疆地区或乌鲁木齐地区有关慢性萎缩性胃炎的流行病学调查研究，希望以后可以开展此方面的工作。

小 结

本课题通过对 129 例患者三种治疗方式的治疗效果探讨，我们可以得出如下结论。

1 中西医结合治疗及中医治疗在提高慢性萎缩性胃炎患者总有效率方面及改善中医症候群效果方面要优于西医治疗，中西医结合治疗效果继承了中医及西医在治疗上的优势。

2 本次研究尚不能认为中西医结合、西医、中医治疗方法在对胃镜症状学上的改变有差异，可能与样本量及单项研究脱落有关，有待后续进一步研究。

3 西医治疗方法在根除 Hp 和改善胃镜下病理效果要优于中医治疗方法，中医西结合治疗强化了此疗效。

4 中医、西医、中西医治疗慢性萎缩性胃炎并未发现明显的异常反应，提示，三种治疗方法均具有良好的安全性。

5 中西医结合和中医组的患者满意度高于西医组，可能与中医治疗的症状改善效果较高及西药治疗的副作用有关。

6 慢性萎缩性胃炎的治疗效果与病程、治疗前胃镜分级、治疗分组有关，建议在不能控制前两项的情况下，使用中西医结合来治疗，可以起到较好的效果。

致 谢

首先要衷心的感谢我的导师曾斌芳教授，感谢他近两年多以来给予我多方面的悉心栽培和认真指导。导师高深的专业学术造诣，高尚的医德医风，敏锐的科研思路，端正严谨的学术及工作态度，平易近人、和蔼可亲的人格魅力都将让我铭记于心，并以此为榜样，践行、受益于我的医疗生涯。再次对尊敬老师呈上我最诚挚的谢意。

感谢导师指导小组，感谢新疆医科大学第六附属医院王宁主任医师、杨晓蔚副主任医师等在试验中的支持和批评指正。

感谢我的家人三年来对我的帮助，是他们在我最无助，即将要放弃时不断的鼓励我，安慰我，给我莫大的勇气来完成我的在职研究生学业。

感谢本文中被作者引用过资料的国内外各位专家。

感谢今天莅临我的研究生论文答辩会的各位专家、教授、老师和同学。

十年前我大学毕业走向工作岗位，通过三年的努力，今日完成对专业知识的再次充电，从西医临床专业到中西医结合临床专业的跨越学习对我来说是一个艰难、痛苦但又快乐并享受的过程，我将永远怀念这段岁月，再次真诚地感谢大家！

参考文献

- [1] Duan Y, Cheng W, Cheng Y, et al. Variations of energy metabolism and adenosine triphosphatase activity in gastric mucosa in chronic atrophic gastritis rats with Qi deficiency and blood stasis syndrome and effect of zhiweifangbian capsule[J]. J Tradit Chin Med,2013,33(4):500-504.
- [2] Chooi E Y, Chen H M, Miao Q, et al. Chronic atrophic gastritis is a progressive disease: analysis of medical reports from Shanghai (1985-2009)[J]. Singapore Med J,2012,53(5):318-324.
- [3] Vannella L, Lahner E, Annibale B. Risk for gastric neoplasias in patients with chronic atrophic gastritis: a critical reappraisal[J]. World J Gastroenterol,2012,18(12):1279-1285.
- [4] Lin H Y, Zhao Y, Yu J N, et al. Effects of traditional Chinese medicine Wei-Wei-Kang-Granule on the expression of EGFR and NF-KB in chronic atrophic gastritis rats[J]. Afr J Tradit Complement Altern Med,2012,9(1):1-7.
- [5] 李茹茹. 慢性萎缩性胃炎伴焦虑抑郁中医证型的分布特点及胃肠激素的相关性研究[D]. 福建中医药大学,2014.
- [6] Chen J, Wang W, Zhang T, et al. Differential expression of phospholipase C epsilon 1 is associated with chronic atrophic gastritis and gastric cancer[J]. PLoS One,2012,7(10):e47563.
- [7] Kamimura K, Kobayashi M, Sato Y, et al. Collagenous gastritis: Review[J]. World J Gastrointest Endosc,2015,7(3):265-273.
- [8] Abrunhosa-Branquinho A, Barata P, Vitorino E, et al. A case of post-radiotherapy gastritis: radiation does not explain everything[J]. Case Rep Oncol,2015,8(1):9-14.
- [9] 陈璐. 健脾通络汤治疗60例慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱(虚寒)证临床疗效观察[D]. 中国中医科学院 中国中医研究院,2013.
- [10] 张学宁. 安胃汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效研究[D]. 广西中医药大学,2014.
- [11] 张艳. 养胃舒联合叶酸治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[D]. 湖北中医药大学,2013.
- [12] 张亚峰. 慢性萎缩性胃炎伴胆汁反流中医证型的分布特点及胃肠激素的相关性研究[D]. 福建中医药大学,2014.
- [13] Tursi A, Grattagliano I, De Polo M, et al. Noninvasive prediction of chronic atrophic gastritis in autoimmune thyroid disease in primary care[J]. Scand J

- Gastroenterol,2014, 49(11):1394-1396.
- [14] Liu M, Liu Z. Overview of clinical study on traditional Chinese medicine invigorating spleen and stomach, promoting blood circulation and remove blood stasis in treatment of chronic atrophic gastritis[J]. Zhongguo Zhong Yao Za Zhi,2012,37(22):3361-3364.
- [15] Ma H X, Wang H F, Tian Z, et al. Technical improvement in dealing with chronic atrophic gastritis samples[J]. Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi,2012,41(9):637-638.
- [16] Luo W, Liu C L, Wang J Y, et al. Effect of electroacupuncture combined with cutaneous "tongluo" stimulation on gastric electrical rhythms and gastromucosal prostaglandin content in rats with chronic atrophic gastritis [J]. Zhen Ci Yan Jiu,2014,39(6):482-486.
- [17] Zhang Y, Weck M N, Schottker B, et al. Gastric parietal cell antibodies, Helicobacter pylori infection, and chronic atrophic gastritis: evidence from a large population - based study in Germany[J]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev,2013,22(5):821-826.
- [18] Zhang L, Hou Y, Wu K, et al. Comparative proteomics analysis of chronic atrophic gastritis: changes of protein expression in chronic atrophic gastritis without Helicobacter pylori infection[J]. Braz J Med Biol Res,2012,45(3):273-283.
- [19] Schottker B, Adamu M A, Weck M N, et al. Helicobacter pylori infection, chronic atrophic gastritis and major cardiovascular events: a population-based cohort study[J]. Atherosclerosis,2012,220(2):569-574.
- [20] Dias A, Garcia C, Majewski M, et al. Gastric juice prostaglandins and peptide growth factors as potential markers of chronic atrophic gastritis, intestinal metaplasia and gastric cancer: their potential clinical implications based on this pilot study[J]. Dig Dis Sci, 2011,56 (11) : 3220-3225.
- [21] 林晓春. 安胃疡胶囊治疗慢性浅表性胃炎药效学试验及机制研究[D]. 南方医科大学,2013.
- [22] 马一倩. 青海地区FAF1、FLIP蛋白在胃癌及胃癌前病变组织中的表达及临床意义[D]. 青海大学,2013.
- [23] He T Y, Chai J Y, Zhao Z T. Sixty-three cases of chronic atrophic gastritis treated by method of turtle-probing needling[J]. Zhongguo Zhen Jiu,2011,31(1):91-92.
- [24] Tang X D, Li Z H, Wang P, et al. Pay attention to follow-up and monitoring of patients with gastric epithelial dysplasia associated with chronic atrophic gastritis[J]. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao,2011,9(1):1-4.
- [25] 黄红兵. 慢性萎缩性胃炎从肾辨治80例临床观察[J]. 现代保健·医学创新研

- 究,2008,5(20):99-100.
- [26] Kim Y J, Chung J W, Lee S J, et al. Progression from chronic atrophic gastritis to gastric cancer; tangle, toggle, tackle with Korea red ginseng[J]. J Clin Biochem Nutr,2010,46(3):195-204.
- [27] Gao L, Weck M N, Rothenbacher D, et al. Body mass index, chronic atrophic gastritis and heartburn: a population-based study among 8936 older adults from Germany[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2010,32 (2): 296-302.
- [28] 吕建国, 贾晓会. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中国实用医药,2013,8(13):188-189.
- [29] Adamu M A, Weck M N, Gao L, et al. Incidence of chronic atrophic gastritis: systematic review and meta-analysis of follow-up studies[J]. Eur J Epidemiol, 2010,25(7):439-448.
- [30] Tajima S, Waki M, Ohata A, et al. Xanthogranulomatous gastritis associated with actinomycosis: report of a case presenting as a large submucosal mass[J]. Int J Clin Exp Pathol,2015,8(1):1013-1018.
- [31] Takano Y, Yamamura E, Gomi K, et al. Successful conservative treatment of emphysematous gastritis[J]. Intern Med,2015,54 (2):195- 198.
- [32] Jeong M Y, Kim J I, Kim J Y, et al. Emphysematous gastritis with concomitant portal venous air[J]. Korean J Gastroenterol, 2015, 65(2): 118-122.
- [33] Adamu M A, Weck M N, Rothenbacher D, et al. Incidence and risk factors for the development of chronic atrophic gastritis: five year follow-up of a population-based cohort study[J]. Int J Cancer,2011, 128(7):1652-1658.
- [34] 周璇, 曾斌芳. 慢性萎缩性胃炎中医及中西医结合治疗进展[J]. 新疆中医药,2013,31(6):104-106.
- [35] Malande O O. Symptomatic infantile helicobacter pylori gastritis infection in indigenous african infants: a case series[J]. Pan Afr Med J,2014,19:83.
- [36] Jeong H H, Sohn K A. Relevance Epistasis Network of Gastritis for Intra-chromosomes in the Korea Associated Resource (KARE) Cohort Study[J]. Genomics Inform,2014,12(4):216-224.
- [37] Zoalfaghari A, Aletaha N, Roushan N, et al. Accuracy of pepsinogens for early diagnosis of atrophic gastritis and gastric cancer in Iranian population[J]. Med J Islam Repub Iran,2014,28:150.
- [38] Kim E J, Baik G H. Review on gastric mucosal microbiota profiling differences in patients with chronic gastritis, intestinal metaplasia, and gastric cancer[J]. Korean J

- Gastroenterol,2014,64(6):390-393.
- [39] Myint T, Shiota S, Vilaichone R K, et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection and atrophic gastritis in patients with dyspeptic symptoms in Myanmar[J]. World J Gastroenterol,2015,21(2):629-636.
- [40] de Magalhaes-Costa M H, Dos R B, Chagas V L, et al. Focal enhanced gastritis and macrophage microaggregates in the gastric mucosa: potential role in the differential diagnosis between Crohn's disease and ulcerative colitis[J]. Arq Gastroenterol, 2014,51(4):276-282.
- [41] Chen T, Sun L, He C, et al. Serum OPN expression for identification of gastric cancer and atrophic gastritis and its influencing factors[J]. PLoS One,2014,9(12):e114005.
- [42] Cortes-Barenque F, Salceda-Otero J C, Angulo-Molina D, et al. Acute phlegmonous gastritis[J]. Rev Gastroenterol Mex,2014,79(4):299-301.
- [43] Martinez-Carrillo D N, Atrisco-Morales J, Hernandez-Pando R, et al. *Helicobacter pylori* vacA and cagA genotype diversity and interferon gamma expression in patients with chronic gastritis and patients with gastric cancer[J]. Rev Gastroenterol Mex,2014,79(4):220-228.
- [44] Syrjanen K J, Sipponen P, Harkonen M, et al. Accuracy of the GastroPanel test in the detection of atrophic gastritis[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol,2015,27(1):102-104.
- [45] 詹春光, 李健. 莫西沙星三联疗法根除幽门螺杆菌感染的临床研究[J]. 实用医学杂志,2010,26(6):1032-1033.
- [46] Kim M J, Eom D W, Park K. *Helicobacter pylori* Associated Lymphocytic Gastritis in a Child[J]. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr,2014,17(3):186-190.
- [47] 蔡慧. β -catenin在胃癌进展与预后中的作用机制[D]. 第二军医大学,2013.
- [48] Wang T T, Zhang Y M, Zhang X Z, et al. Jinghuaweikang gelatin pearls plus proton pump inhibitor-based triple regimen in the treatment of chronic atrophic gastritis with *Helicobacter pylori* infection: a multicenter, randomized, controlled clinical study[J]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi,2013,93(44):3491-3495.
- [49] 彭庆娟, 蔡克银. 中西医治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J]. 浙江中医药大学学报,2013,37(3):359-362.
- [50] 古丽扎, 阿提阡. 中西医结合思路与方法探讨[J]. 中国社区医师 (医学专业),2011,13(17):185-186.
- [51] 赵广刚, 王芝艳, 王莎莎, 等. 中西医结合治疗寒热错杂型慢性萎缩性胃炎31例[J]. 陕西中医学院学报,2006,29(1):30-31.
- [52] Xue Z, Xue H, Jiang J, et al. Chronic atrophic gastritis in association with hair mercury level[J].

- Tumour Biol,2014,35(11):11391-11398.
- [53] 邓凯. 胃液中胃癌特异性荧光标志物的分离鉴定以及机制[D]. 北京大学,2013.
- [54] 王永胜. 夏连抑幽胶囊联合西药治疗寒热错杂型痞满(Hp感染)的临床研究[D]. 河南中医学院,2013.
- [55] 丁媛媛. 不同疗程含呋喃唑酮三联疗法根除幽门螺杆菌的临床研究[D]. 河北医科大学,2013.
- [56] 沈晨. 基于肝、胃、气滞证素研究慢性胃炎患者抑郁和焦虑心理特征[D]. 中国中医科学院 中国中医研究院,2013.
- [57] 赵丽. JMJD2B在胃癌侵袭转移中的作用研究以及幽门螺杆菌感染对JMJD2B表达调控的研究[D]. 山东大学,2013.
- [58] 梁缘. 海岛居民萎缩性胃炎与胃癌高发的多因素分析研究[D]. 浙江海洋学院,2013.
- [59] 朱慧雯. 隔姜灸治疗慢性胃炎的临床疗效观察[D]. 上海中医药大学,2014.
- [60] 韩晓青. E-cadherin在胃癌发病机制中的作用及去甲基化药物对其表达的调控[D]. 安徽医科大学,2014.
- [61] 蔡和利, 郑卫, 马善美, 等. 胃复春、铝碳酸镁治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 中国民族民间医药,2010,19(22):106-107.
- [62] 付烈贵. 阿莫西林联合果胶铋治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 医学信息,2014(24):414.
- [63] 谢铭, 白光. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎39例临床观察[J]. 山西中医,2013,29(2):28-29.
- [64] 柴玉琼, 段晖. 氩离子治疗萎缩性胃炎伴异型增生62例[J]. 中国社区医师(医学专业),2012,14(1):76.
- [65] 刘礼军, 胡雨梅. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎108例临床观察[J]. 时珍国医国药,2008,19(7):1777-1778.
- [66] Zhu X, Liu S, Zhou J, et al. Effect of Astragalus polysaccharides on chronic atrophic gastritis induced by N-methyl-N'-nitro-N-nitrosoguanidine in rats[J]. Drug Res (Stuttg),2013,63(11):597-602.
- [67] Vanoli A, La Rosa S, Luinetti O, et al. Histologic changes in type A chronic atrophic gastritis indicating increased risk of neuroendocrine tumor development: the predictive role of dysplastic and severely hyperplastic enterochromaffin-like cell lesions[J]. Hum Pathol, 2013,44(9):1827-1837.
- [68] Moore A R, Boyce M, Steele I A, et al. Netazepide, a gastrin receptor antagonist, normalises tumour biomarkers and causes regression of type 1 gastric neuroendocrine

- tumours in a nonrandomised trial of patients with chronic atrophic gastritis[J]. PLoS One,2013,8(10):e76462.
- [69] 李美. 疏肝清胃煎剂治疗肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎的临床观察[D]. 陕西中医学院,2014.
- [70] 石钺. 慢性萎缩性胃炎浊毒内蕴证与Hp感染及血清SOD、MDA、GSH--Px相关性研究[D]. 河北医科大学,2014.
- [71] 邓康莉. 治胃汤在慢性萎缩性胃炎中的临床研究[D]. 广州中医药大学,2014.
- [72] 韦玉娜. 胃炎 I 号对慢性萎缩性胃炎的治疗作用及其实验研究[D]. 广州中医药大学,2014.
- [73] 郑君, 林晓春, 陈育尧, 等. 甘草总黄酮抑制慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜腺体萎缩及机制研究[J]. 中国药理学通报,2014,30(1):113-117.
- [74] 杨印智, 王继栓, 王晓琴, 等. 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(24):2686-2687.
- [75] 刘连臣, 张睦清, 杜志超. 益胃祛瘀消痰方对慢性萎缩性胃炎大鼠胃组织细胞凋亡及相关基因表达的影响[J]. 河北中医药学报,2014(2):7-9.
- [76] 宗湘裕, 王万卷, 刘宝珍, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染、病理分级的相关性研究[J]. 现代中西医结合杂志,2015(4):370-372.
- [77] 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(6):346-348.
- [78] 安贺军, 朱宏, 张波, 等. 172例慢性萎缩性胃炎患者足三里穴电阻测试分析[J]. 针灸临床杂志,2014(11):41-43.
- [79] 许昕, 曹志群. 慢性萎缩性胃炎中医辨证与胃镜诊断[J]. 中国中医药信息杂志,2015(2):102, 103.
- [80] Liu B H. Chronic atrophic gastritis: endoscopic and histological concordances, associated injuries and application of virtual chromoendoscopy[J]. Rev Gastroenterol Peru,2011,31(2):116-123.
- [81] Vannella L, Sbrozzi-Vanni A, Lahner E, et al. Development of type I gastric carcinoid in patients with chronic atrophic gastritis[J]. Aliment Pharmacol Ther,2011,33(12):1361-1369.
- [82] Gao L, Weck M N, Nieters A, et al. Grb2-associated binder 1 (Gab1) genetic polymorphism, Helicobacter pylori infection, and chronic atrophic gastritis among older adults from Germany[J]. Mol Carcinog,2010,49(10):869-873.
- [83] Drobins'Ka O V, Gaida L M, Dvorshchenko K O, et al. The state of lipid peroxidation and antioxidant protection system in parietal cells under experimental

- chronic atrophic gastritis development[J]. Ukr Biokhim Zh,2010,82(5):85-91.
- [84] 胡静,刘润,张莉,等. 慢性萎缩性胃炎内镜下诊断与病理诊断的符合性分析[J]. 河北医药,2014(14):2144-2146.
- [85] 俞力,许昌芹. 慢性萎缩性胃炎胃镜随访发现胃窦早癌一例[J]. 中华消化内镜杂志,2014,31(3):168-169.
- [86] Frank B, Weck M N, Muller H, et al. Polymorphisms in MUC1, MUC2, MUC5B and MUC6 genes are not associated with the risk of chronic atrophic gastritis[J]. Eur J Cancer,2012,48(1):114-120.
- [87] 贲道宏. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床分析[J]. 现代诊断与治疗,2013,24(6):1284-1285.
- [88] 王学武,陶艳丽,赵洪霄. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎168例疗效观察[J]. 河北中医,2011,33(10):1508-1509.

附表 1 萎缩性胃炎症状分级量化评分表

姓名:

性别:

年龄:

病程:

症状 \ 记分		0 分 (正常)	1 分 (轻)	2 分 (中)	3 分 (重)	治疗前分值 (分)	治疗后分值 (分)
局部胃脘感受	胃脘痞满	无	胀满较轻, 发作后可自行缓解不影响日常生活, 频率: 时作时止。	胀满可忍, 发作时影响工作及休息, 频率: 发作频繁。	胃胀难忍, 影响日常生活, 常需服用药物才能缓解, 频率: 持续不止。		
	胃脘疼痛	无	胃痛较轻, 发作后可自行缓解不影响日常生活, 频率: 时作时止。	胃痛可忍, 发作时影响工作及休息, 频率: 发作频繁。	胃痛难忍, 影响日常生活, 常需服用药物才能缓解, 频率: 持续不止。		
	胃灼热感	无	偶有胃灼热感	是有胃灼热感, 偶有烧心	胃经常灼热烧心		
全身整体状况	纳呆食少	无	食量减少平时的 1/4 以下	食量减少平时的 1/3。	食量减少平时的 1/2 以上		
	神疲乏力	无	肢体稍倦, 可坚持体力工作。	四肢乏力, 勉强坚持日常活动。	全身乏力, 终日不愿活动。		
	口干口苦	无	偶觉口干口苦	时觉口干口苦	整日口干口苦		

注: 疗效评定标准采用尼莫地平法 痊愈: 症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 症状、体征明显改善, 证候积分减少 $\geq 70\%$; 有效: 症状、体征均有好转, 证候积分减少 $\geq 30\%$; 无效: 症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少不足 30%。

证候积分计算公式=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

分类 \ 记分	0 分 / 级 (正常)	1 分/级 (轻)	2 分/级 (中)	3 分/级 (重)	治疗前分值 (分/级)	治疗后分值 (分/级)
胃镜	黏 膜 正常	细颗粒，血管部分透见，存在单发或者散发个别的灰色上皮化“结节”。	中等颗粒，血管连续均匀透见，多发结节。	粗大颗粒，胃皱襞消失，血管达表层，弥漫性结节。		
病理	黏 膜 正常	固有腺体数减少不超过原有腺体的 1/3，大部分腺体仍保留。	固有腺体数减少超过 1/3，但未超过 2/3，残存腺体不规则分布。	固有腺体数减少超过 2/3；仅残留少数腺体，甚至完全消失。		
治疗后满意度	所 有 症 状 均 存 在	1-2 个症状改善	3-4 个症状改善	5-6 个症状改善		
HP						

注：

胃镜：痊愈：积分降至 0；显效：积分降至 1 分或降低 2 分；有效：积分降低 1 分；无效：积分无变化或增加。

病理：显效：活动性炎症消失或炎症级别改善 2 个级别；黏膜萎缩改善 2 个级别以上，或改善 2 个级别同时伴肠化生和异型增生轻度改善；或黏膜萎缩改善 1 个级别同时伴肠化生和异型增生的改善和消失。有效：活动性炎症级别改善 1 个级别；黏膜萎缩伴肠化生和异型增生三者之一有轻度改善。无效：病理无改善或加重。

HP：有效：碳十四尿素呼气试验（¹⁴C-UBT）：阴性；无效：碳十四尿素呼气试验（¹⁴C-UBT）：阳性。

满意度：不满意：0-1 分；满意：2 分；非常满意：3 分；

患者：

医师：

填表人：

综 述

慢性萎缩性胃炎的中西医治疗

杜进璇 综述

曾斌芳 审校

慢性萎缩性胃炎(CAG)是胃癌的癌前病变(PLGC)或癌前状态,而在慢性萎缩性胃炎基础上伴有上皮化生(IM)或异型增生(Dys)则为胃癌的癌前疾病^[1]。慢性萎缩性胃炎患病率人群变异较大,在胃癌高发的东亚、东欧、南美等地区,慢性萎缩性胃炎及肠化的患病率也相对较高^[2-3],慢性萎缩性胃炎发病无明显性别差异。我国自胃镜检查以来,慢性萎缩性胃炎检出率占胃镜受检患者总数的7.5%~13.8%;世界范围内均老年人高发,随年龄增长发病率也随之增高。国际卫生组织调查发现20~50岁患病率仅10%左右,而51~65岁则达50%以上^[4]。有报道慢性萎缩性胃炎每年的癌变率为0.5%~1%,伴有异型增生时癌变率更高^[5]。重度异型增生10%-83%^[6]。近年来我国慢性萎缩性胃炎的发病率呈逐年上升趋势,慢性萎缩性胃炎已属多发病和常见病,对其研究日益引起关注。

长期以来西医研究虽表明,慢性萎缩性胃炎的发生是多种因素综合作用的结果^[7]。有证据支持H.pylori(Hp)感染为慢性萎缩性胃炎的发病原因^[8-9],且与慢性萎缩性胃炎活动性改变及反复难愈有关。此外,与环境因素、宿主对Hp感染反应性、胆汁反流、免疫、遗传、年龄、高盐及低维生素饮食等因素有关。但目前仍缺乏理想的治疗方法。

中医中药治疗慢性萎缩性胃炎虽然对癌前病变的基础取得了飞速进展,但临床仍缺乏阻断或逆转这种病变的有效方法,从目前的研究文献看,还存在不少问题,如诊断标准不统一,治疗不规范,疗效评价标准不统一等。本文对慢性萎缩性胃炎的中西医治疗进展作一简要综述,以期提高对慢性萎缩性胃炎的认识及治疗水平,从而发挥中医药治疗的优势。

1 中医辨证论治

1.1 辨证分型治疗

辨证论治是中医的精华所在,近年来关于慢性萎缩性胃炎的辨证治疗研究较多,但由于不同医家对慢性萎缩性胃炎的认识不同,因此临床证型纷繁芜杂,治疗方法各具特色。袁福宁^[10]将本病分为胃阴不足型、气滞血瘀型、脾胃虚寒型,分别予一贯煎合芍药甘草汤加味、柴胡疏肝散合丹参饮加味、黄芪建中汤化裁治疗,结果50例中(以病理改变为主),总有效率为86%。贾卫兵^[11]用康胃汤(黄芪、党参、乌梅、白花蛇舌草、丹参、白术、茯苓、砂仁、赤芍、鸡内金、炙甘草)治疗55例慢性萎缩性胃炎,中医辨证分为脾胃虚弱型、肝胃不和型、胃阴不足型、脾胃湿热型4

型, 治疗脾胃虚弱型用原方; 肝胃不和型去黄芪, 加柴胡、枳壳; 胃阴不足型原方去砂仁、白术、延胡索, 加沙参、麦冬、石斛; 脾胃湿热型原方去黄芪、党参, 加生薏苡仁、法半夏。并设口服猴头菌片为对照组, 经治疗后康胃汤组有效率 96.4%, 对照组有效率 64%, 经统计学处理, 两组差异有统计学意义 ($P<0.05$); 胃镜疗效和病理疗效, 康胃汤组分别为 54.6%、78%, 对照组分别为 24%、40%, 差异有统计学意义 ($P<0.01$)。韩文功^[12]根据 65 例 CAG 患者临床状分为寒热错杂、脾胃虚弱、肝胃不和、饮食积滞、脾胃湿热、胃阴不足、胃络瘀血、心脾两虚 8 个证型, 分别予半夏泻心汤加减、香砂六君汤或黄芪建中汤加减、柴胡疏肝散加减、保和丸或枳实导滞汤加减、三仁汤加减、益胃汤加减、丹参饮合金铃子散加减、归脾汤加减治疗。同时设置对照组 (口服河北邯郸生产的摩罗丹) 33 例, 经 3 个月治疗后, 治疗组、对照组总有效率分别为 95.4%、81.8%。两组疗效比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。胃镜检查结果: 治疗组、对照组的总有效率分别为 86.1%、66.75%, 两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

1.2 主症主方

目前关于治疗慢性萎缩性胃炎基础方的报道甚多。戴明等^[13]治疗慢性萎缩性胃炎, 治疗组 30 例予采用养阴活胃合剂 (芦根、茯苓、阿魏、莪术、鸡内金、乌贼骨等) 治疗, 对照组 30 例予胃复春片, 结果治疗组总有效率 96.7%, 对照组为 86.7%。黄红兵^[14]以沙参麦冬汤化裁, 临证加减, 结果痊愈 51 例(63.8%), 显效 25 例(31.2%), 无效 4 例(5.0%), 总有效率 95%。苏修辉^[15]用甘草泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎, 与阿莫西林、克拉霉素和多潘立酮对照组比较, 治疗组总有效率为 90.3%, 对照组为 69.0%, 治疗组疗效优于对照组 ($P<0.01$)。王世能^[16]用加味四逆散治疗慢性萎缩性胃炎, 与对照组 (口服猴头菌、胃复春、维酶素) 比较, 治疗组总有效率为 88.2%, 对照组为 61.3%, 治疗组疗效优于对照组 ($P<0.01$)。彭罗瑞等^[17]用理气活血益胃汤 (党参、白术、山药、北沙参、香附、枳壳、丹参、三七等) 治疗慢性萎缩性胃炎 30 例, 并与用胃复春片治疗 30 例进行对照, 结果总有效率达 96.67%, 疗效明显优于对照组 ($P<0.05$), 显示该方能增强胃动力, 疏通胃粘膜局部血液循环, 从而促进胃粘膜腺体萎缩、上皮肠腺化生、细胞异型增生等病理改变的逆转作用。

1.3 针灸治疗

近年来许多学者采用针灸治疗慢性萎缩性胃炎, 取得了一定的疗效。何爽等^[18]取胸 9~12、腰 1、华佗夹脊穴治疗慢性萎缩性胃炎 13 例, 虚寒型配足三里、脾俞 (胃俞)、公孙、内关, 每日或隔日 1 次, 20 次为 1 个疗程; 虚热型配胃俞 (脾俞)、足三里、内关、内庭, 每日或隔日 1 次, 20 次为 1 个疗程。结果临床治愈 9 例, 好转 2 例。孙玉霞等^[19]选用针刺疗法治疗慢性萎缩性胃炎 30 例, 治疗组 30 例取穴: 胃俞、中脘、内关、曲泽、足三里, 1 次/天, 连续 5 次, 休息 2 天, 2 个月为 1 个

疗程。对照组 28 例：患者常规口服克拉霉素、甲硝唑及维生素 B₁、B₆；对症处理给予胃肠动力药；严重贫血者，予维生素 B₁₂ 注射。结果：治疗组显效 18 例，有效 9 例，无效 3 例，总有效率 90%；对照组显效 17 例，有效 4 例，无效 7 例，总有效率 75%。

2 西医治疗

2.1 饮食治疗

如多进食富含维生素的新鲜水果、蔬菜、酸奶及牛奶、蛋白质、血红素铁及叶酸的食物，如瘦肉、鸡、鱼等，富含高维生素的食物，带有深色的新鲜蔬菜及水果，如绿叶蔬菜、卷心菜、胡萝卜、洋葱、西红柿、茄子、山药、红枣、柑桔等，也就是要注意饮食清淡，避免进食过热、过冷级辛辣食物，戒烟戒酒，少吃腌制、熏制的食物，同时可以根据食物的性味、病人的体质和疾病的证型来指导患者选择饮食。如阳虚体质或胃中有寒者，可选生姜、龙眼肉、羊肉等温热性质的食品；阴虚体质或胃有积热者可选用山药、莲子、薏苡米等健脾和胃之品；性格急躁易怒者可选用百合、大枣、小麦熬粥，有宗甘麦大枣汤之义。重视并积极在饮食方面进行长期调养，也可起到很好的、合理的辅助治疗作用。

2.2 情志治疗

在快节奏的现代生活中，情志因素在胃病中的影响越来越大，慢性萎缩性胃炎与情志不舒关系十分密切，所以精神调护对本病的预后具有重要作用，它可影响神经内分泌系统，致消化吸收功能障碍，慢性萎缩性胃炎属于癌前状态，如伴发的不完全型肠上皮化生，和(或)低、高级别上皮内瘤变，则被视为癌前病变，很多患者对此存有不同程度的恐惧心理，这种焦虑、紧张、畏惧或者烦躁等的负面情绪在很多时候会影响到药物对慢性萎缩性胃炎的治疗效果，而对患者心理进行合理疏导，消除其恐癌心理，积极配合治疗，可达到事半功倍的作用，辅助药物发挥治疗的最大疗效。对于表现出明显恐癌、焦虑、烦躁、抑郁、入睡困难及夜间易醒的患者，除给予耐心细致的心理安抚疏导之外，建议适量服用镇静药物、抗抑郁药物及抗焦虑药物，如：地西洋、艾司唑仑、谷维素、氟哌噻吨美利曲辛等。必要时可请相关专科（如神经内科、精神科等）协助治疗。

2.3 根除 HP 治疗

慢性胃炎伴胃黏膜萎缩或糜烂：Hp 感染者中最终有<1%的人发生肠型胃癌，萎缩和肠化生是从非萎缩性胃炎向胃癌演变过程中重要的病变阶段^[20]。有肠化生者也可诊断为萎缩(化生性萎缩)^[21]，异型增生多伴有萎缩和(或)肠化生。反复糜烂后可发生萎缩、肠化。尽管根除 Hp 预防胃癌的最佳时机是萎缩、肠化生发生前，但在这一阶段根除 Hp 仍可消除炎性反应，使萎缩发展减慢或停止，并有可能使部分萎缩得到逆转，但肠化生难以逆转^[22-23]。HP 感染的中重度慢性萎缩性胃炎患者。对于轻度、

无症状且 HP 的患者无须药物治疗，而应定期复查，改善不良生活习惯。

2012 年第四届全国幽门螺杆菌感染处理共识会议上指出，为了提高 Hp 根除率，近些年来国际上又推荐了一些根除方案^[24]，包括序贯疗法(sequential therapy)(前 5dPPI+阿莫西林，后 5dPPI+克拉霉素+甲硝唑，共 10d，)、伴同疗法(concomitant therapy)(同时服用 PPI+克拉霉素+阿莫西林+甲硝唑)和左氧氟沙星三联疗法(PPI+左氧氟沙星+阿莫西林)。序贯疗法与标准三联疗法相比在我国多中心随机对照研究中并未显示优势^[25]。伴同疗法缺乏我国的资料，铋剂四联疗法的疗效可以与伴同疗法媲美^[26]，而后者需同时服用 3 种抗菌药物，不仅有可能增加抗菌药物不良反应，还使治疗失败后抗菌药物选择余地减小。因此，除非有铋剂禁忌，不推荐伴同疗法。左氧氟沙星三联疗法在我国多中心随机对照研究中也未显示优势^[27]，这与我国氟喹诺酮类药物耐药率高有关。4. 在 Hp 高耐药率背景下，铋剂四联方案又受重视：经典的铋剂四联方案(铋剂+PPI+四环素+甲硝唑)的疗效再次得到确认^[28-29]。在最新的 Maastricht-IV 共识中^[24]，一线方案在克拉霉素高耐药率(>15%)地区，首先推荐铋剂四联方案，如无铋剂，推荐序贯疗法或伴同疗法；在克拉霉素低耐药率地区除推荐标准三联疗法外，也推荐铋剂四联疗法作为一线方案。总之，面对抗菌药物耐药率上升的挑战，铋剂四联疗法再次受到重视^[30]。我国仍可普遍获得铋剂，要充分利用这一优势。

2.4 对症治疗

对症治疗^[31-34]：恶心、呕吐、上腹部饱胀的治疗可选用促进胃动力或胃肠动力的药物，如多潘立酮、盐酸伊托必利、马来酸曲美布汀、莫沙必利等；胃黏膜损害症状明显者则可选用胃黏膜保护剂，如硫糖铝、铝碳酸镁、瑞巴派特、麦滋林、替普瑞酮等^[35-37]；有胆汁反流的患者可选用促动力药和（或）有结合胆酸作用的胃黏膜保护剂，如马来酸曲美布汀片+铝碳酸镁^[38-40]片等。主诉有上腹痛和（或）胃镜提示有胃黏膜糜烂可根据病情或症状严重程度选用抗酸剂（氢氧化铝等）、H₂受体拮抗剂（法莫替丁、雷尼替丁、西咪替丁等）或质子泵抑制剂（奥美拉唑、埃索美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑等），其中质子泵抑制剂抑酸作用强，特异性高，持续时间长，其可彻底阻断胃壁细胞内质子泵驱动细胞内的 H⁺-K⁺ATP 酶，完全切断了胃酸分泌的最后通道，与以往临床所应用的抑制胃酸药物如 H₂受体拮抗剂等相比较，作用位点不同，且有着不同的特点，即夜间的抑酸作用好、起效快，抑酸作用强且时间长、服用方便，所以除能抑制基础胃酸的分泌外，还可抑制组胺、乙酰胆碱、胃泌素和食物刺激引起的胃酸分泌。除此之外对于患者如伴有明显的贫血，若为缺铁，应补充铁剂，大细胞贫血根据维生素 B₁₂或叶酸缺乏分别给予补充。

2.5 手术治疗

中年以上的慢性萎缩性胃炎患者，如在治疗或随访过程中出现溃疡、息肉、出

血，或即使未见明显病灶，但胃镜活检病理中出现高级别上皮内瘤变者，结合患者临床情况可以考虑作部分胃切除^[41-43]，从这类病人的胃切除标本中可能检出早期胃癌。

3 中西医结合治疗

在单纯的根除幽门螺杆菌治疗方案中^[44]，虽然共识对抗生素的类别有所调整，但其耐药率仍在逐年上升，导致根除率明显下降，严重影响根除效果，进而影响到慢性萎缩性胃炎的治疗效果。辨证论治是中医治疗的优势，随着现代医疗模式的转化，中医理论不断吸收新学说，博采众长，取长补短，不断完善自身知识框架，也取得了很好的临床效果。在中医治疗基础上配合根除 Hp 等西医治疗的中西医结合治疗^[80]，近年来逐渐成为人们研究的热点，此法为新型的治疗方法，取中医和西医二者之长叠加，旨在各取所长，扬长避短，具体方案坚持在把握整体的前提下，结合天时、地理、人为等多种因素的基础上，制定个体化治疗方案。能够更好的改善患者的临床症状，逆转黏膜萎缩、肠化，也取得满意疗效，患者也比较乐意接受中西医结合的治疗方法，此法同时在一定程度上减轻了单用化学药物的不良反应，缩短疗程，并呈现 1+1>2 的增效效果。刘礼军等^[45]用硫糖铝、阿莫西林和奥美拉唑口服同时加服中药自拟方益气健脾汤（党参、黄芪、桂枝、五味子、乌梅、山楂、赤芍、白花蛇舌草、甘草）治疗本病，并与单纯西药治疗对照，结果临床及胃镜病理总有效率，治疗组分别为 94.5%、68.5%，对照组分别为 66.6%、38.9%，经统计学分析，差异有统计学意义($P<0.05$)。宋顺福等^[46]在观察应用半夏泻心汤（疗程 2 周）联合西药三联疗法（奥美拉唑、克拉霉素和阿莫西林，疗程 1 周）治疗 CAG60 例，以单服西药三联（疗程为 1 周）为对照组（50 例），结果两组患者临床症状均有改善，Hp 的清除率两组差异无统计学意义 ($P>0.05$)，但治疗组的总有效率为 95%，远高于对照组的 80%。

4 问题与展望

综上所述，目前对慢性萎缩性胃炎的治疗已做了较广泛而深入的研究和探索，取得部分肯定的疗效。但是，由于本病发病隐袭，病程迁延，中医诊断笼统，易致误诊或漏诊，而西药疗效欠佳，希望可以多展开大样本、前瞻性、多中心、随机双盲对照研究，以科学严谨的态度，坚持“西医辨病，中医辨证，中药为主，交融创新”的原则，为慢性萎缩性胃炎的中西医结合治疗规范提供依据。从而为中西医结合治疗该病提供了契机。开展中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎，必须发挥各自的优势，取长补短，以现代医学明确诊断，以中医理论辨证论治，在临床疗效上为突破口，宏观与微观相结合，辨病与辨证相结合最终实现根治慢性萎缩性胃炎的目的，让中西医结合之瑰宝造福于人类。

参考文献

- [1] 陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005:1861-1865.
- [2] Ferlay J,Bray F, Pisani P, et al, GLOBO CAN2002:Cancer Incidence,Mortality and Prevalence Worldwide.IARC Cancer Base No 5version2.0.Lyon: IARC Press,2004.
- [3] Jonait is L,Ivanauskas A,JanciauskasD,et al.Precancer-ous gastric conditions in high Helicobacter pylori prevalence areas:comparison between Eastern European (Lithuanian,Latvian) and Asian (Taiwanese) patients[J].M Edicina (Kaunas),2007, 43(8):623-629.
- [4] Melanie NW,Hermann B.Prevalence of Chronic Atrophic Gastritis in Different Parts of the World [J].Cancer Epidemiol Biomarkers Prev,2006,15(6):1083-1094.
- [5] 中华医学会消化病学分会 . 中国慢性胃炎共识意见 . 胃肠病学,2006,11(11):674-683.
- [6] 汤钊猷, 现代肿瘤学, 上海医科大学出版社, 第 2 版, 2000, 9:701.
- [7] Spampatti Matilde Pia,Massironi Sara,Rossi RE, et al. Unusually aggressive type 1 gastric carcinoid: a case report with a review of the literature.[J]. European Journal of Gastroenterology and Hepatology,2012,245.
- [8] Vannella Lucy,Lahner Edith,Annibale Bruno. Risk for gastric neoplasias in patients with chronic atrophic gastritis: a critical reappraisal.[J]. World Journal of Gastroenterology,2012,1812.
- [9] Simon Eva,Petke Diana,Boger Christine,et al. The spatial distribution of LGR5+ cells correlates with gastric cancer progression.[J]. PL o S One,2012,74.
- [10] 袁福泞.辨证论治慢性萎缩性胃炎 50 例[J].光明中医, 2006,21 (4):59-60.
- [11] 贾卫兵.康胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 55 例疗效观察[J].光明中医,2008,23 (5):627.
- [12] 韩文功.辨证治疗慢性萎缩性胃炎 65 例[J].实用中医内科杂志, 2008,22 (6) :77.
- [13] 戴明, 雷云霞, 曾斌芳.养阴活胃合剂治疗慢性萎缩性胃炎 30 例[J].陕西中医, 2012,33 (1) : 21-23.
- [14] 黄红兵 . 慢性萎缩性胃炎从肾辨治 80 例临床观察 [J]. 医学创新研究,2008,4(13):99-100.
- [15] 苏修辉.甘草泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 62 例临床观察[J].长春中医药大学学报,2009,25 (6) :859-860.
- [16] 王世能 . 加味四逆散治疗慢性萎缩性胃炎 34 例 [J] 云南中医中药杂志,2007,28(4):26.
- [17] 彭罗瑞, 李新华, 许多文等. 自拟理气活血益胃汤治疗萎缩性胃炎 60 例分析[J].

- 甘肃中医,2006,19(4):19-21.
- [18] 何爽、骆钧梵、陈竞芬. 华佗夹脊穴治疗慢性胃炎 102 例临床观察[J]. 上海针灸杂志,2006,25 (2):15-16.
- [19] 孙玉霞、李苏民. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎 30 例 [J]. 陕西中医,2005,26(9):955-956.
- [20] Correa P,Houghton J.Carcinogenesis of *Helicobacter pylori*[J].Gastroenterology, 7,133(2):659.
- [21] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11 (11) : 674-684.
- [22] Rokkas T,Pistolas D,Sechopoulos P,et al. The long-term impact of *Helicobacter pylori* eradication on gastric histology: a systematic review and meta-analysis [J].*Helicobacter* ,2007 ,12Suppl2:32-38.
- [23] Wang J,Xu L,Shi R,et al.Gastric atrophy and intestinal metaplasia before and after *Helicobacter pylori* eradication: a meta-analysis [J].*Digestion*, 2011, 83(4):253-260.
- [24] Malfertheiner P,Megraud FO Morain CA,et al. Management of *Helicobacter pylori* Infection the Maastricht IV/Florence Consensus Report[J].*Gut*, 2012, 61:646-664.
- [25] Yan X, Zhou L,Song Z,et al.Sequential therapy for *helicobacter pylori* eradication in adults compared with triple therapy in china:a multiple-center, prospective, randomized, controlled trial[J].*Helicobacter*,2011,16Suppl1:86.
- [26] Kadayifci A,Uygun A, Polat Z,et al.Comparison of bismuth-containing quadruple and concomitant therapies as a first line treatment option for *Helicobacter pylori*[J].*Turk J Gastroenterol*,2012,23(1):8-13.
- [27] 成虹, 胡伏莲, 张国新, 等. 含左氧氟沙星三联疗法一线治疗幽门螺杆菌感染:多中心随机对照临床研究[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(2): 79-82.
- [28] Zheng Q,Chen WJ,Lu H,et al. Comparison of the efficacy of triple versus quadruple therapy on the eradication of *Helicobacter pylori* and antibiotic resistance[J]. *JDigDis*, 2010 , 11(5):313-318.
- [29] Malfertheiner P,Bazzoli F,Delchier JC,et al.*Helicobacter pylori* eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole,and tetracycline given with omeprazole versus clarithromycin - based triple therapy:a randomised, open-label, non-inferiority,phase3 trial[J].*Lancet*,2011,377(9736):905-913
- [30] Mégraud F.The challenge of *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics:the comeback of bismuth-based quadruple therapy[J].*Therap Adv Gastroenterol*,2012,5

- (2):103-109.
- [31] 孙良华,李群,王树庆,等. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜 EGF、VEGF、PCNA 与中医证型关系的研究[J]. 中国中西医结合杂志,2008,03:225-228.
- [32] 林裕民. 阿莫西林联合果胶铋治疗慢性萎缩性胃炎临床探讨[J]. 当代医学,2011,21:144-145.
- [33] 韩景锐,张长运,刘艳. 阿莫西林联合果胶铋治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 第四军医大学学报,2009,18:1713.
- [34] 蔡和利,郑卫,马善美,等. 胃复春、铝碳酸镁治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 中国民族民间医药,2010,22:106-107.
- [35] 詹春光, 李健.莫西沙星三联疗法根除幽门螺杆菌感染的临床研究[J].实用医学杂志, 2010, 26(6): 1032-1033.
- [36] De Francesco V,Margiotta M,Zullo A,et al.Clarithromy-cin-resistant genotypes and eradication of Helicobacter pylo-ri. Annals of Internal Medicine . 2006.
- [37] Schrauwen RW,Janssen MJ,de Boer WA.Seven-day PPI-triple therapy with levofloxacin is very effective for Helicobacter pylori eradicationNetherlands Journal of Medicine . 2009.
- [38] Spampatti Matilde Pia,Massironi Sara,Rossi Roberta Elisa,et al. Unusually aggressive type 1 gastric carcinoid: a case report with a review of the literature.[J]. European Journal of Gastroenterology and Hepatology,2012,245.
- [39] Vannella Lucy,Lahner Edith,Annibale Bruno. Risk for gastric neoplasias in patients with chronic atrophic gastritis: a critical reappraisal.[J]. World Journal of Gastroenterology,2012,1812.
- [40] Chooi Eugene,Chen Hui-Min,Miao Qi,et al. Chronic atrophic gastritis is a progressive disease: analysis of medical reports from Shanghai (1985-2009).[J]. Singapore Medical Journal,2012,535.
- [41] Ock Chan-Young,Kim Eun-Hee,Choi Duck Joo,et al. 8-Hydroxydeoxyguanosine: not mere biomarker for oxidative stress, but remedy for oxidative stress-implicated gastrointestinal diseases.[J]. World Journal of Gastroenterology,2012,184.
- [42] Peleteiro Barbara,Barros Rita,Carrilho Carla,et al. Determinants of gastric CDX2 expression: a study in Mozambique.[J]. European Journal of Cancer Prevention,2012.
- [43] 汤金海,高泉根,陈易,等.胃黏膜切除术与黏膜剥离术治疗早期消化道癌和癌前病变的比较分析[J]. 现代消化及介入诊疗. 2011(05).
- [44] Fuccio L,Zagari RM,Eusebi LH,etal.Meta-analysis:Can helicobacter pylori eradication treatment reduce the risk for gastric cancer. Annals of Internal Medicine .

2009,151 (8) :121-128.

- [45] 刘礼军.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 108 例临床观察[J].时珍国医国药,2008,19(7):1777.
- [46] 宋顺福.半夏泻心汤联合三联疗法治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中外健康文摘: 临床医药版,2008,5(2):87.

攻读硕士学位期间发表的论文

- [1] 杜进璇,曾斌芳,等.中西医结合(养阴活胃合剂与四联根除Hp治疗)治疗慢性萎缩性胃炎129例的临床研究[J].新疆中医药,2015,33(3):19-20.

个人简历

1999 年-2004 年在新疆医科大学临床医学院学习。

2005 年开始在新疆医科大学第六附属医院工作。

2011 年开始在新疆医科大学研究生院 11 期课程班学习。

新疆医科大学硕士研究生学位论文

导师评阅表

研究生姓名	杜进璇	学 号	1076011019
所在学院	中医学院	导师姓名	曾斌芳 教授
专 业	中西医结合临床	研究方向	中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究
论 文 题 目	中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 129 例的临床研究		

学术评语:

该同学在研究生学习期间从事中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 129 例的临床研究工作。在此课题研究期间,态度端正,严肃认真,在导师的帮助下顺利地完成了自己硕士研究生毕业论文。该同学在硕士研究生学习期间,认真的学习了中医学对慢性萎缩性胃炎的研究,严格按照入标准资料,分组,每份资料采用双签,对研究结果从治疗前后三组中医症状积分变化、中医症状总疗效、胃镜变化有效率、病理变化有效率、Hp 根除率变化有效率方面进行严谨的统计学分析,同时也如实记录不良事件及安全性评价,最后通过此项研究加深、积累了丰富的临床经验和治疗方案,研究论文研究思路清晰,条理明确,论文选题合理,书写认真规范,框架结构及内容完整,文笔通顺。

鉴于上述情况,该同学已基本完成了硕士研究生阶段的学习和实践任务,达到了研究生的培养目的,推荐该同学进行硕士论文答辩。

同意该同学同学提交学位论文,并进行论文答辩!

指导教师签字:



2015 年 6 月 9 日