



单位代码: 10369

学 号: 2018201229049

安徽中医药大学

2021 届硕士研究生学位论文

复方参术健胃胶囊治疗脾胃虚弱型
慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察

CLINICAL OBSERVATION ON THE TREATMENT OF
CHRONIC ASTROPHIC GASTRITIS CAUSED
BYPIWEIXURUO TYPE WITH
FUFANGSHENSHUJIANWEIJIAONANG

学科专业: 中医内科临床脾胃科专业学位

研究方向: 中医内科治疗脾胃病

导 师: 肖茂林主任医师

硕 士 生: 王影

论文完成单位: 安徽中医药大学

2021 年 3 月·合肥



单位代码： 10369

密 级：

安徽中医药大学

2021 届硕士研究生学位论文

复方参术健胃胶囊治疗脾胃虚弱型 慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察

CLINICAL OBSERVATION ON THE TREATMENT OF CHRONIC ASTROPHIC GASTRITIS CAUSED BY PIWEIXURUO TYPE WITH FUFANGSHENSHUJIANWEIJIAONANG

作者姓名：王影

申请学位级别：硕士

指导教师姓名：肖茂林

职 称：主任医师

学科专业：中医内科临床脾胃科专业
专业学位

研究方向：中医内科治疗脾胃病

学习时间自 2018 年 09 月

起 至 2021 年 07 月

论文提交日期 2021 年 03 月*日

论文答辩日期 2020 年 5 月*日

学位授予单位 安徽中医药大学

学位类型：中医硕士专业学位

安徽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，是本人在导师指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已特别加以标注和致谢的内容外，论文中不包含任何他人或集体已经发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在论文中作了明确的说明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名：王影 签字日期：2021年6月6日

导师签名：薛林 签字日期：2021年6月6日

安徽中医药大学学位论文授权使用声明

本人完全了解安徽中医药大学有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。本人授权安徽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、缩印或扫描等复制手段保存和汇编本学位论文。保密的学位论文在解密后也遵守此规定。

☒ 公开 ☐ 保密（____年）

学位论文作者签名：王影 签字日期：2021年6月6日

导师签名：薛林 签字日期：2021年6月6日

目 录

目 录.....	3
中文摘要.....	1
Abstract.....	3
英文缩略词.....	6
1 前言.....	7
2 临床资料.....	9
2.1 病例资料.....	9
2.2 中西医诊断标准.....	9
2.3 病例纳入标准.....	10
2.4 排除标准.....	10
2.5 剔除标准.....	10
2.6 脱落标准.....	11
3 研究设计.....	11
3.1 治疗方案.....	11
3.2 临床观察指标及时间.....	12
3.3 临床疗效指标.....	12
3.4 临床疗效评定标准.....	12
3.5 中医症状积分评定.....	12
3.6 内镜疗效评定.....	13
3.7 病理积分评定.....	13

3.8 不良反应评价.....	13
4 数据处理.....	13
5 研究结果.....	14
5.1 两组患者治疗前基本信息比较.....	14
5.2 治疗前后中医症状积分比较.....	14
5.3 两组治疗后症状有效率比较.....	15
5.4 治疗前后中医证候总积分比较.....	15
5.5 治疗前后病理组织评分分析.....	16
5.6 病理疗效有效率比较.....	16
5.7 治疗后不良反应比较.....	17
5.8 治疗后安全性比较.....	17
6 讨论.....	17
6.1 现代医学对 CAG 的认识.....	17
6.2 CAG 的西医治疗.....	19
6.3 祖国医学对 CAG 的认识.....	21
6.4 CAG 的中医治疗.....	22
6.5 复方参术健胃胶囊治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的理论依据.....	24
7 两组治疗前后相关结果分析.....	26
8 总结.....	27
参考文献.....	28
综述.....	33

附 表.....	40
个人简介.....	43
致 谢.....	44

中文摘要

目的：主要用于研究芜湖市中医医院国家专利中成药复方参术健胃胶囊治疗慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）的效果，从临床症状、黏膜病理组织表现等多方面与常规西药治疗对照组相比是否具有确切疗效。探索祖国传统医学治疗慢性萎缩性胃炎的方法，促进中国传统医学原创诊治的长足发展。

方法：纳入 65 例，脱落 5 例，受试者为 60 例脾胃虚弱证型的慢性萎缩性胃炎患者。采用随机对照方法等分分组，西药组服用叶酸片（必要时根据患者症状加入常规西药）治疗慢性萎缩性胃炎 30 例，中药组口服复方参术健胃胶囊 30 例。两组受试者在病程、年龄和性别等基本信息方面有可比性。通过加强随访尽量减少病例脱落。对照组（西药治疗组）：叶酸片 规格：5mg,1 天 3 次，1 次 2 片。治疗组（中医辨证用药组）：口服复方参术健胃胶囊，一天 3 次，一次 3 粒，餐后 1h 服用。两组疗程均为 24 周。记录治疗组和对照组治疗前后胃镜下粘膜改善情况评分（治疗前及用药 24 周）、（2）临床各项中医症状评分；（3）黏膜病理组织状态评分。对上述各项量表进行统计学分析后，评估此方的临床疗效。并记录治疗前后生命体征、心电图（十二导联）、血常规、尿常规、大便常规、生化抽血检验等指标，不良反应因用药后所出现的进行记录。了解此方治疗的安全性。综合评价复方参术健胃胶囊疗效及安全性。数据处理应用 SPSS 21.0。

结果：

符合条件的脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎受试者共有 60 例。

- 1) 中药组与西药组在治疗前，基本信息、中医症状评分、胃黏膜病理组织评分等方面 ($P>0.05$)，说明可以比较。
- 2) 中医证候积分比较 中药组、西药组分别治疗 24 周后，中药组各中医症状经治疗后的有效率为 90.00%，西药组各中医症状经治疗后的有效率为 75.86%，且 ($P<0.05$)，表明两组在治疗中医症状有效率方面疗效具有差异，且中药组受研究者痊愈和显效人数明显多于西药组。中医证候总积分进行比较，两组治疗前 $P>0.05$ ；治疗后，中药组与西药组与治疗前比较均 $P<0.05$ ；治疗后两组总积分比较 $P<0.05$ ，说明治疗中医症状方面的效果两组都有，中药组临床疗效优于西药组。其中单项

中医症状，治疗后的中药组在胃脘疼痛、食少纳呆、倦怠乏力这三组症状与治疗前相比， $P<0.05$ ，提示中药组在以上三个症状的治疗效果较西药组更优，而在胃脘胀满、喜温喜按、大便溏泄的这三项症状的治疗上，中药组和西药组治疗效果差异不明显。

3) 病理改变疗效积分比较 两组经24周治疗后，病理组织上均有所好转，中药组病理组织改变治疗后总有效率为90.00%，而西药组有效率66.67%，可以看出，中药组痊愈和显效人数明显多于对照组，两组组治疗后相比，在活动性炎症、异型增生方面， $P>0.05$ ，提示经两组治疗效果无明显差异，而在萎缩和肠化方面， $P<0.05$ ，中药组治疗效果更好。

4) 治疗前后患者的基本生命体征、常规心电图、血尿便三大常规、ALT、AST、TBIL、ALP、肾功能（BUN、Cr）、电解质等未见异常指标。

结论：本研究复方参术健胃胶囊的临床疗效明显优于常规西药，复方参术健胃胶囊能够有效改善患者的临床症状，且能够一定程度阻断胃黏膜病理组织发展。亦说明中药治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎疗效较常规西药更优，并且其安全性好、不良反应少，值得临床应用和推广。

关键词：慢性萎缩性胃炎；脾胃虚弱型；复方参术健胃胶囊；临床疗效

Abstract

Purpose: The main purpose of This study was to explore the effectiveness of Fufang shenzhu jianwei Capsules of Wuhu Traditional Chinese Medicine Hospital in treating chronic atrophic gastritis with Piwei xuruo Type as well as the clinical symptoms before and after treatment compared with the control group treated with conventional western medicine. Whether there is a clear curative effect in many aspects such as gastric mucosal pathology,Explore the more measures of traditional Chinese medicine to treating CAG with Piwei xuruo Type and promote the rapid development of original Chinese traditional medicine diagnosis and treatment.

Methods: There are 60 patients with CAG with piwei xuruo Type. Randomly divide into groups.,the two group have the same number of people.The western medicine group took FA tablets (if necessary, add conventional western medicine according to the patient's symptoms) to treat 30 cases of chronic atrophic gastritis, and the treatment group took Fufang Shenzhu Jianwei Jiaonang to treat 30 cases of chronic atrophic gastritis of Piwei xuruo Type . There were no obvious differences between the two groups in terms of disease course, age and gender. Minimize case shedding through follow-up. Control group (Western medicine treatment group): folic acid tablets Specification: 5mg, 3 times a day, 2 tablets once. Treatment group (Chinese medicine dialectical medication group): Fufang Shenzhu Jianwei Jiaonang, 3 times a day. The treatment time for both groups was 24 weeks. Record the scores of mucosal improvement under gastroscopy in the treatment group and the control group before and after treatment (before treatment and 24 weeks of medication), (2) clinical symptom score (before treatment and 24 weeks of medication). (3) The patjological score (before treatment and 24 weeks after treatment); after analysis of the study, the clinical result of this prescription will be evaluated. And record the vital signs before and after treatment, electrocardiogram (12 leads), the three major routines of hematuria,biochemical blood testand other indicators and record possible side effects during treatment Adverse

reactions. Understand the safety of this treatment. the efficacy and safety of Fufang Shenzhu Jianwei Jiaonang was definitely. Data processing application SPSS 21.0.

result:

A total of 60 subjects met the criteria in this study

1) Basic information were compared,before treatment of the TCM group and the western medicine group,TCM syndrome score, pathological tissue score, etc. ($P>0.05$), indicating that they are comparable.

2) Comparison of TCM syndrome scores of the two groups. After the end of the course ,about 24 weeks treat time in the two groups , the positive ratio of the TCM group was 90.00%, and the Western medicine group was 75.86%,indicates that curative effet in the two groups are obvious in treating symptoms. the statistic of subjects in the Chinese medicine group who are cured and effective is obviously more better. the total scores of TCM syndromes were compared, $P>0.05$ before treatment; after treatment, the comparision between the two groups was $P<0.05$, the comparison of the total scores between the two posttreatment groups, $P<0.05$; explain that the two groups have promient effects in improving TCM syndromes, and the TCM group in cure TCM syndrome is better than the Western medicine group. As well as single symptoms, by constrast with the three groups of symptoms of gastric pain, poor appetite, dullness, and fatigue in the treated Chinese medicine group, the comparison results of $P<0.05$ are statistically significant, suggesting that the Chinese medicine group has a better therapeutic effect on the above three symptoms. The western medicine group is more efficient, but in the treatment of the three symptoms of stomachache, like warming and pressing, and lacking in strength weak feeble, there is no obvious difference in the treatment effect between the traditional Chinese medicine group and the western medicine group.

3) Comparison of the therapeutic effect scores of pathological tissues of gastroscopy. After 24 weeks of treatment, the two groups have improved in pathological tissues. The

positive ratio after treatment of the Chinese medicine group is 90.00%, but the rate of the other group is 66.67%. Significantly is more than that of the control group. after treatmentIncontrast compared the TCM group with the western medicine group , $P<0.05$ in terms of active inflammation and dysplasia, suggesting that there is difference in the treatment effect between the two groups, but after comparing atrophy and intestinal metaplasia.

4) Before and after treatment, the patient's vital signs, 12-lead conventional electrocardiogram, all kinds of routine inspection, electrolytes and other abnormal indicators were not found.

Conclusion: The clinical efficacy of Fufang Shenzhu Jianwei Jiaonang in this study is significantly better than that of conventional western medicine. The Fufang Shenzhu Jianwei Jiaonang can effectively relieve the clinical symptoms of subjects with CAG; and it can block the development of the pathological tissue of the gastric mucosa to a certain extent. It also shows that traditional Chinese medicine is more effective than conventional western medicine in treating chronic atrophic gastritis with Piwei xuruo Type , and its safety is good, and there are fewer side reactions. It is valuable of clinical Medicine science application and promotion.

Keywords: chronic atrophic gastritis; Piwei Xuruo Type ; Fufang Shenzhu Jianwei Jiaonang ; clinical efficacy

英文缩略词

缩略词	英文全称	中文名称
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
HP	Helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌
IM	Intestinal metaplasia	肠上皮化生
FA	Folic acid	叶酸
BR	Bilerefux	胆汁反流
IN	Intraepithelial neoplasia	上皮内瘤变
ESD	Endoscopic submucosal dissection	内镜粘膜下剥离术
MTB	Mucosa target biopsy	黏膜定标活检
PG	Prostaglandin	前列腺素

1 前言

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis,CAG）以镜下胃黏膜和腺体萎缩及白相增多、胃黏膜变薄、血管网显露清晰为特征，常伴有 IM 和 IN 等病变，一般由“正常胃黏膜→慢性胃炎→CAG→肠化生→不典型增生→胃癌”的模式演变发展。我国 CAG 检出率近些年呈明显升高趋势随着内镜的发展，发病率较高。有研究统计，随着肠化生和不典型增生病理改变的加重，患者癌变率也增高^[1]。

患本病者，可无特发性临床症状，部分临床不适较明显者，可表现为上腹痛、胀满不适、不思饮食等不典型的消化不良症状，也可伴有呃逆、嗝气、嘈杂不适、反酸、呕吐、烧心、反流等消化道症状症状严重者，可明显影响患者的生活质量。其发生的危险因素较多，如饮食习惯、Hp 感染、体质、免疫因素等，为减少患者疾病痛苦，提高患者生活质量，减轻患者心理健康压力，阻断和逆转 CAG 病理病变成为控制胃癌发生的重要一步。

对症治疗是目前西医治疗慢性萎缩性胃炎的主要方法，不能起到根治的作用，且长期服用不良反应较为突出，甚至会加速胃黏膜病变演变的进程。且由于患者个体化差异的存在，西医治疗时部分患者小剂量用药可能无法达到确切疗效，而此时增加剂量、延长治疗时间或因疗法无法满意而停药均将显著提高西医药物毒副反应及产生停药反跳现象发生几率。故而，寻找既有效又安全的治疗慢性萎缩性胃炎的方法有着非常重要的现实意义。

本病的病名为现代医学所创，其症状主要为胃脘饱胀，满闷不舒，疼痛或不痛，嗝气等，属祖国医学“胃痞”、“胃脘痛”、“嘈杂”等病范畴，主要与情志失调、饮食习惯不健康、实邪犯胃以及先天营养之不足、脾胃素虚等多种因素有关。病在胃，与肝脏、脾两脏的功能变化紧密相关，一般病机属本虚标实，病久或发展成虚实夹杂，难以治愈，虚者多为脾胃虚（气虚、阳虚、阴虚）；实者多以气滞、血瘀、寒湿、湿热、热毒为患。病久则多虚实夹杂，迁延难愈，严重影响患者的工作和生活。中医治疗疾病，多从整体观、辩证治疗，注重调节全身气血阴阳调和，且中医药副作用较小。本文采用随机对照方法等分分组，西药组服用西药随临床症状灵活加减运用，与口服中成药复方参术健胃胶囊疗效对比，从患者临床症状、体征、内镜下胃黏膜表现等多方面是否具有明确疗效。唐喜玉先生从

事临床工作 30 多年，通过长期临床经验并结合中医证候特点，经过多年的临床实践，研制出复方参术健胃胶囊，证实治疗慢性萎缩性胃炎切实有效，并且获得了众多病者的一致好评，实至名归。根据随机对照原则，对本课题受试者通过评价临床疗效的方式，了解复方参术健胃胶囊治疗脾胃虚弱型 CAG 的临床疗效，对数据进行整理分析并评价，为推进中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进行深入探索。

2 临床资料

2.1 病例资料

符合诊断、纳入、排出标准的受试者，所有入组病例均为 2019 年 12 月-2020 年 12 月，就诊于芜湖市中医医院脾胃科门诊及住院部，符合临床诊断标准确诊为慢性萎缩性胃炎，且中医四诊合参，辨证分型为脾胃虚弱的受试者，纳入 65 例，脱落 5 例，总共 60 例。根据先后就诊患者的顺序，采用随机方法分组，按 1:1 的比例分为治疗组（中药组）30 例和对照组（西药组）30 例。

2.2 中西医诊断标准

2.2.1 西医诊断标准

参照中华医学会消化病协会制定的《中国慢性胃炎共识意见—CAG 诊断标准（2012，上海）》^[2]；

2.2.1.1 临床表现

临床表现：类似于消化系统功能减弱后出现的包括上腹饱胀不适、烧心感、食少纳呆、胃脘满闷不舒等。

体征：上腹部压痛或无明显阳性体征。

2.2.1.2 内镜诊断标准

所有患者经过为内镜检查符合标准^[3]

- ①胃镜下可见弥漫性或局部斑块分布的胃黏膜颜色红白相间，以白色居多；
- ②黏膜皱襞变平或者消失，胃内可见分泌物少，部分患者黏膜呈干燥状态，反光消失；
- ③黏膜出现暗红色细小血点，部分患者可见血管显露，严重者可见较大静脉血管；
- ④肠上皮生化或增生典型现象：黏膜表面粗糙不平，呈颗粒状或结节状。

2.2.1.3 病理诊断标准

内镜医师根据患者镜下的胃粘膜萎缩象表现取活检 3-5 块，活检标本送病理检查，显示固有腺体萎缩或肠上皮化生就能诊断为慢性萎缩性胃炎，所以，临床上不仅需要内镜医师肉眼评估萎缩部位，还要多次取活检、多处取活检，才能准确评估

萎缩的范围及严重程度。病理状态形容主要包括炎症、萎缩、肠上皮化生和异型增生^[4]。

2.2.1.4 内镜下粘膜及病理组织分级标准

参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[5]

2.2.2 中医诊断标准

参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[5]脾胃虚弱证
见附表 1

2.3 病例纳入标准

- (1) 符合 CAG 西医诊断标准；
- (2) 年龄在 30-75 岁之间，性别不限，辨证为脾胃虚弱证型；
- (3) 入组前 Hp 阳性者，一律清除 Hp；
- (4) 就诊时间 1 周内未服用关于本疾病的任何相关药物治疗；
- (5) 患者知情同意并愿意接受相应治疗。

2.4 排除标准

- (1) 有胃部手术史者；
- (2) 怀疑有消化道肿瘤或其他恶性病变者；
- (3) 有其他系统器质性病变或代谢性疾病；
- (4) 孕妇及哺乳期妇女；
- (5) 有神经系统及精神疾病史；
- (6) 对所用药物有过敏史者；

2.5 剔除标准

已入组病例但符合以下任一者，均需剔除：

- (1) 误诊、误纳；
- (2) 符合排除标准；
- (3) 一次药未用；
- (4) 无任何检测记录者；
- (5) 导致疗效无法评价自行服用禁用的药物的患者。

2.6 脱落标准

下列情况均应该视为病例脱落：

- (1) 病人自行退出；
- (2) 失访；
- (3) 依从性差；
- (4) 夹杂症由医师令其退出。

3 研究设计

3.1 治疗方案

3.1.1 中药组

口服复方参术健胃胶囊，一天3次，一次3粒，餐后1h左右服用。

3.1.2 西药组

叶酸片 规格：5mg,1天3次，1次2片，饭后。药厂：江苏亚邦爱普森药业有限公司（批准文号：国药准字 H32023288）

3.1.3 合并用药规定

提前1周停用对癌前疾病和癌前病变有治疗作用有关的药物。对照组患者临床症状影响患者日常工作和生活的，按照需要进行对症诊治（胃酸分泌过多症状加用奥美拉唑片，一次10mg，每日1次；消化不良症状明显者加用多潘立酮片，一次10mg，每日3次），予以记录在案。

3.1.4 疗程及注意事项

疗程：治疗组与对照组疗程均为 24 周；

注意事项：

- ①研究期间禁止服用可能对该病有治疗作用的西药或其它对本病有治疗作用的中药；
- ②尽量保持情绪稳定，心情畅达，戒烟禁酒，清淡营养饮食，忌辛辣刺激，酸味食物等。

3.2 临床观察指标及时间

3.2.1 基本资料

记录患者姓名、年龄、家庭住址及电话号码等基本信息。

3.2.2 安全性检查

血常规、小便常规及大便常规、CEA、AFP、CA199 (治疗前后各监测一次)；肝功能、肾功能、 (治疗前、24 周检查各一次)；心电图(治疗前后各检查一次)。

24 周疗程结束，查胃镜检查未见高级别上皮内瘤变或癌变。

3.3 临床疗效指标

- (1) 胃镜下粘膜改善情况评分（治疗前及治疗 24 周检查一次）；
- (2) 临床症状评分（治疗前及第 24 周各评 1 次）。
- (3) 病理组织学评分（治疗前及第 24 周各检查一次）；

3.4 临床疗效评定标准

参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2010)》^[6]。

按照四个等级：无、轻、中、重度，采用积分法将每组受试者评分并登记分值，照分级分别记为 0、1、2、3 分（附表 1）。对治疗前后症状积分变化进行统计分析，分别记录在入院时与治疗结束后的积分。

3.5 中医症状积分评定

- (1) 治愈，临床症状及体征全部消失，证候总积分较治疗前减少 $\geq 95\%$ ，
- (2) 显效，临床症状与体征明显好转，证候总积分较治疗前减少 $\geq 70\%$ 。

(3) 有效, 临床症状及体征有好转, 证候总积分较治疗前减少 $\geq 30\%$ 。

(4) 无效, 临床症状及体征无变化或加重, 证候总积分较治疗前减少 $< 30\%$ 或增加。

注: 计算公式(尼莫地平法)为: $(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分} \times 100\%$

3.6 内镜疗效评定

参照 2011 年《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[7]中的“胃镜及病理疗效判定标准”

(1) 治愈: 活动性炎症消失, 慢性炎症改善可以达轻度; 萎缩、肠化生和异型增生消失。

(2) 显效: 黏膜急性炎症基本消失, 慢性炎症改善; 萎缩、肠化生和异型增生明显减轻。

(3) 有效: 黏膜组织病变分布缩小 1/2 以上, 炎症有所减轻; 萎缩, 肠化生和异型增生减轻。

(4) 无效: 胃内窥镜及病理学检查所见都没有好转。

3.7 病理积分评定

参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011 年天津)》^[7]详见附表 2

3.8 不良反应评价

(1) 轻度 患者可承受的, 不需处理, 可继续用药;

(2) 中度 受试者觉得不适, 日常工作活动受到影响, 对症处理好转后, 不影响用药;

(3) 重度 致残, 不能从事日常生活或工作, 须立即停药。

4 数据处理

应用数据处理 SPSS 21.0, 对计数资料用卡方检验进行检验分析; 针对计量资料分析, 先进行正态性检验, 验证为正态分布, 之后采用 t 检验; 其它不符合正态分布的、等级资料采用秩和检验。结果讨论, $P > 0.05$ 时, 表示无显著性统计学差异。

5 研究结果

5.1 两组患者治疗前基本信息比较

表 1 治疗前性别、年龄、病程基本信息比较

组别	人数 (人)	性别 (男/女)	年龄(岁)	平均病程 (年)	P
中药组	30	17/13	52.80±11.40	0.94±0.72	P>0.05
西药组	30	16/14	55.80±10.62	1.00±0.67	

本资料里，两组性别构成对比，经卡方检验， $\chi^2=0.067$ ， $P=0.5>0.05$ ，两组间的性别组成无显著差别，可以比较。中药组年龄分布在 30-73 岁，平均年龄为 52.8 ± 11.40 ，西药组年龄在 33-75 岁，平均年龄为 55.8 ± 10.62 ，方差齐性检验显著性=0.419，再独立 t 检验 $p>0.05$ ，表示两组年龄无显著统计学意义。中药组病程 1 年以内者 21 例，1-2 年者 8 例，2 年以上者 1 例；西药组病程 1 年以内者 22 例，1-2 年者 7 例，2 年以上者 1 例。经秩和检验， $P=0.564>0.05$ ，说明中、西药两组可以比较。

5.2 治疗前后中医症状积分比较

表 2 治疗前后各项中医症状积分比较

症状	中药组		西药组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃脘疼痛	1.27±0.89	0.72±0.87	1.26±0.95	1.27±0.96
胃脘胀满	1.47±0.81	0.87±0.80	1.53±0.81	1.13±0.90
喜温喜按	1.10±0.69	0.67±0.61	1.20±0.70	0.97±0.74
食少纳呆	1.47±0.77	0.63±0.67	1.53±0.89	0.97±0.74
倦怠乏力	1.20±0.65	0.60±0.67	1.20±0.59	1.06±0.67
大便稀溏	1.00±0.69	0.73±0.60	1.27±0.85	0.90±0.59

经过对中药组与西药组治疗前的各症状进行对比， $P>0.05$ 。中药组的症状治疗前后相比较， $P<0.05$ ，说明服用复方参术健胃胶囊后症状明显改善。将西药组用药前后的症状积分互相比较，其中胃脘胀满、喜温喜按、大便稀溏的比较结果有统

计学意义, $P<0.05$, 说明西药组治疗这三项症状有确切作用。西药组治疗前后但在胃脘疼痛、食少纳呆、倦怠乏力的对比结果上, $P>0.05$, 说明西药组对这三项症状的治疗不显著。而治疗后的中药组与西药组在各症状的疗效比较, 其中在胃脘疼痛、食少纳呆、倦怠乏力这三组症状相比, $P<0.05$, 提示中药组在以上三个症状的治疗效果更有优势, 而在胃脘胀满、喜温喜按、大便溏泄的这三项症状的治疗上, $P>0.05$ 结果无统计学意义, 说明对于上述症状, 中药组和西药组治疗效果无显著的区别。

5.3 两组治疗后症状有效率比较

表 3 治疗后中医证候临床疗效比较

分组	例数(人)	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	P
中药组	30	3	14	10	3	90.00%	$P<0.05$
西药组	30	1	6	16	7	76.67%	

对选取的中药组、西药组各 30 例脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎患者治疗后的中医症状有效率进行比较, 如下表 6, 两组患者分别经治疗后, 中药用药组有效率 90.00%。西药组有效率 76.67%, $P<0.05$ 。

5.4 治疗前后中医证候总积分比较

表 4 中医证候总积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
中医组	30	7.37 \pm 2.13	4.20 \pm 1.97
西医组	30	8.00 \pm 1.68	6.20 \pm 2.10

对中药组与西药组治疗前后的中医症状总评分进行比较,如下表 7,两组治疗前组间比较, $P=0.156>0.05$; 治疗后, 中药组与治疗前相比 $P<0.05$, 西药组服用药物前后相比较, $P<0.05$; 两组之间分别服用中、西药后相比较, $P<0.05$, 证明在缓解中医临床症状方面两组治疗效果均显著, 但复方参术健胃胶囊疗效于常规西药组明显更优。

5.5 治疗前后病理组织评分分析

5.5.1 治疗前后胃黏膜病理组织评分比较

表5 两组治疗前后病理状态评分比较($\bar{x} \pm s$)

病理特征	中药组		西药组	
	治疗前积分	治疗后积分	治疗前积分	治疗后积分
活动性炎症	3.60±3.02	3.50±3.28	4.20±3.20	3.60±2.81
萎缩	4.80±2.02	2.90±2.48	4.50±1.41	4.30±2.67
肠化	4.50±2.17	2.70±2.37	4.60±2.17	4.20±2.40
异型增生	1.30±1.65	1.10±2.43	1.50±1.86	1.50±2.02

治疗前进行胃镜病理组织评分比较, 两组用药前病理评分比较, $P>0.05$, 可以相比较。中药组服药前与服药后积分比较, $P<0.05$, 常规西药组用药前后相比较, $P<0.05$, 说明两组药物对患者病理组织均有改善作用。中药组与西药组相比较, 治疗后, 在活动性炎症、异型增生方面, $P>0.05$, 提示两组经过治疗后, 上述两项病理组织疗效不理想, 而在萎缩和肠化方面经过比较 $P<0.05$, 表明治疗后两组上述两项病理组织都有改善。

5.6 病理疗效有效率比较

表6 两组病理疗效有效率比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数(人)	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	P
中药组	30	10	4	13	3	90.00%	$P<0.05$

西药组	30	3	2	15	10	66.67%
-----	----	---	---	----	----	--------

经治疗后，中药组病理特征的有效率为90.00%，西药组为66.67%， $P<0.05$ 两组比较结果有统计学意义。

5.7 治疗后不良反应比较

本次研究，60例受试者都未发生用药后导致的较重不良反应、不良事件。

5.8 治疗后安全性比较

中药、西药两组患者在治疗前后生命体征，血、尿、便三常规、生化抽血检验、和常规十二导联心电图等检查进行监测，结果显示各项检验、检查均在正常水平。

6 讨论

6.1 现代医学对 CAG 的认识

早在上世纪 70 年代，世界卫生组织就已经将 CAG 定义为胃癌的癌前状态，胃癌威胁全世界人民生命常见的恶性肿瘤之一，发病率和死亡率一直居高不下，我国胃癌的发病人数和死亡人数分别约占全球胃癌发病和死亡的几乎一半，在全球 183 个国家中位于发病率居于第 5 位、死亡率在第 6 位^[8]。

我国目前是发展中国家，虽然经济发展水平迅速，但因人口基数大，发病死亡人数更多，疾病带来的损失较大，必须加强胃癌的防治。

6.1.1 发病机制

当代医学经过大量研究、资料统计后，分析出 Hp 感染、免疫因素、药物因素、饮食环境、遗传家族史、情绪不节、胆汁反流、等因素与 CAG 的发生发展关系密切，但目前为止其发病机制尚不完全十分清楚。

6.1.1.1 幽门螺旋杆菌感染

Hp 是国际公认的 CAG 致病菌之一，幽门螺旋杆菌导致慢性萎缩性胃炎与 Hp 释放的抗原类物质可刺激巨噬细胞、血管内皮细胞等，胃黏膜部分相关炎性细胞趁机发生浸润，导致胃黏膜发生炎症反应，胃黏膜组织损伤^[9]。许玉春^[10]经过相关研究得出 Hp 根除治疗可显著改善慢性萎缩性胃炎患者的胃黏膜慢性炎症和活

动性,黏膜萎缩轻度改善,肠化无改善,Hp 的持续存在可使黏膜炎症、萎缩和肠化加重。

6.1.1.2 胆汁反流

胆汁反流从幽门口进入胃腔,也就是胆汁反流性胃炎,胆汁含有的主要成份胆汁酸减弱或破坏了胃黏膜组织的防御能力,从而产生一系列炎症、出血、糜烂,长此以往,胃黏膜持续遭受胆汁酸的刺激,甚至会出现萎缩肠上皮化生、不典型增生、癌变等病变。季然^[11]通过临床调查 204 例慢性胃炎患者,得出胆汁反流是慢性萎缩性胃炎发病的重要因素。蓝业平^[12]等临床对 160 例病理检出肠上皮化生且诊断为胆汁反流性胃炎的患者平均分为两组,分别进行肠上皮化生的病理亚型分型,得出结论内镜诊断胃黏膜肠上皮化生检出发病率越高,黏膜病理分型以及组织病变程度越严重,胃癌的发生率越高。

6.1.1.3 免疫因素

免疫因素主要与自身免疫性 CAG 发病有关。自身免疫反应一般认为是继发的,目前研究发现 CAG 患者有三种体内自身免疫抗体^[13],将萎缩性胃炎按照是否有自身抗体分为 A、B 两型。自身免疫性胃炎 (Autoimmune gastritis, AIG) 为 A 型,以弥漫性胃体部黏膜组织萎缩象为主,PCA 阳性^[14]。裴风郁等^[15]通过研究发现血清中 PCA 检出的阳性率越高,胃粘膜组织萎缩程度越严重。B 型萎缩性胃炎大多由各种来自外界的不良饮食生活习惯及有毒有害物质的长期刺激,使胃粘膜组织造成损伤,常见以胃窦部萎缩为主,PCA 阴性。

6.1.1.4 化学因素(药物因素)

PG 能基础和刺激后胃酸的分泌有抑制作用,对有害物质引起的胃黏膜损害有一定的保护作用,而非甾体抗炎药的作用主要是抑制 PG 的合成。因此,长期大量应用阿司匹林等非甾体抗炎药者,可使前列腺素长期受到抑制,从而无法抑制胃酸分泌,造成胃黏膜损害;魏盛等^[16]予以大鼠自由饮用 N-甲基-N'-硝基-N-亚硝基胍 (MNNG) 水溶液达到一定剂量及用药时间后,显微镜下观察大鼠胃部组织切片,可见黏膜表面腺体散乱无序,腺体数量较前明显减少,黏膜基础层有所增厚,

局部黏膜层所见瘀血，炎性细胞浸润，水肿明显，可见肠上皮细胞化生，表明说明 MNNG 对大鼠胃部组织影响明显，一定剂量及足疗程后，可致胃粘膜组织病理发生改变。

6.1.1.5 饮食与环境

长期不规律饮食或饮食结构不良会明显增加患慢性萎缩性胃炎的高危因素。衣红菲等^[17]分别对体检组 50 例志愿者和 CAG 组 50 例患者进行调查问卷，从受调查者的饮食习惯、生活环境进行问卷，并对调查问卷中两组人的不良饮食习惯、暴露在有害因素的生活环境等例数分析比较，($P<0.05$ 或 $P<0.01$)，说明了不良的饮食因素、有害的环境因素与慢性萎缩性胃炎发病有密切关系。

6.1.1.6 遗传因素

胃癌的家族遗传史与多个胃部疾病有直接或者间接的关系，部分胃癌患者是由 CAG 恶变造成的。于娟^[18]通过对共 204 例的 CAG 患者和非慢性萎缩性胃炎患者的相关临床资料进行统计分析，能够得出胃癌家族遗传史,这是较为严重的一个影响因素,在临床所研究慢性萎缩性胃炎患者中，有胃癌家族遗传病史的患者的胃癌发病率明显高于无家族史者。曹佳悦^[19]对临床对 50 例慢性萎缩性胃炎患者和 50 例非慢性萎缩性胃炎患者进行临床资料分析，并对 CAG 组进行西医常规对症治疗，并对治疗前后的效果统计分析，总有效率为 98.00%；CAG 组患者胃癌家族遗传史与对照组相比, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

6.1.1.7 情志因素

情志因素也参与了 CAG 的发生发展过程，姚晨旭等^[20]通过分析整理大量临床资料，研究得出焦虑程度是慢性萎缩性胃炎的危险因素，针对 CAG 患者发病的高危原因进行调查统计、分析。临床选取相关胃部症状患者 172 例，有患者 86 例经胃镜检查与病理组织检查确诊的 CAG，得出情绪压力为 CAG 发生的危险因素之一。

6.2 CAG 的西医治疗

6.2.1 一般治疗

培养健康向上的生活习惯，戒烟禁酒，注意饮食清淡、规律、卫生，尽量规避Hp感染风险，饮食，避免食用刺激性大、腌制品、腐败食物，进食容易消化的食物，避免暴饮暴食，多食新鲜蔬菜、水果，慎用对胃粘膜有损伤的药品，适度锻炼，有研究表明：情志因素影响CAG胃黏膜组织病理结果，可能是诱发或加重病情的因素之一^[21]，保持良好心态，心情愉悦，乐观面对病情，积极配合治疗。

6.2.2 治疗Hp感染

我国第四次全国幽门螺杆菌共识意见认为，根治Hp感染措施这一对防治胃癌意义重大。黄妙灵等^[22]通过临床探索HP感染与慢性萎缩性胃炎的相关性，得出Hp阳性患者存在慢性炎症及萎缩程度较Hp阴性者严重，表明Hp感染可能提高慢性萎缩性胃炎的发病率，杜亮等^[23]通过临床对120例CAG患者统一进行胃内窥镜检查与黏膜病理组织检查，得出患者胃镜下黏膜炎症程度、萎缩程度、肠化分级、上皮内瘤变分级的严重程度与幽门螺旋杆菌感染率或检出率呈正相关关系， $P < 0.05$ ，说明Hp感染在CAG向肠化、异型增生乃至胃恶性肿瘤进展和转变的过程中，起到了促进作用^[24]，根治Hp感染是治疗CAG、防治胃癌的重要环节。

6.2.3 抑酸药物

临床上，部分CAG患者，出现较明显反酸、烧心等症状，说明其壁细胞分泌胃酸的功能尚可，内窥镜下可见胃粘膜萎缩伴糜烂、出血或溃疡，在病理学上诊断排除高级别上皮内瘤变及癌变后，建议使用H₂受体拮抗剂或PPI缓解患者不适症状。有部分学者经过相关研究提出PPI制剂长期运用于CAG患者，上皮细胞突变可能会得到促进，肿瘤细胞增殖也会加快^[25]，此说法现在虽然还存在大量争议，但临床上仍要注意检测那些长期服用PPI制剂患者的副作用的发生。

6.2.4 补充叶酸、B族维生素

叶剑飞^[26]等人临床对92例CAG患者随机分为两组，46例作为对照组口服胃复春片，观察组46例服用胃复春片+叶酸联合维生素B₁₂治疗，治疗时间均为12周。治疗组和对照组治疗后，PGI水平和PGR升高较为明显，说明CAG患者常规治疗基础上，口服叶酸联合维生素B₁₂临床可缓解症状和改善病理组织变化，从而使癌变的风险降低，安全有效。刘斌^[27]通过将70例CAG患者，对照组35例给予常

规治疗;治疗组 35 例常规治疗联合口服叶酸、维生素 B₁₂, 24 周治疗后, 两组血清中叶酸、维生素 B₁₂、胃镜下黏膜形态学、病理组织活检评分相比较有统计学差异, ($P<0.05$)。

6.2.5 抗抑郁药

大量研究表明精神因素与消化不良症状的发生有相关性, 有消化不良症状且有明显精神因素的患者, 消化不良症状常规治疗无效或效果较差者, 可合并使用抗抑郁药、镇静药治疗。张峰^[28]等临床把 110 例 CAG 伴抑郁患者随机分为观察组与对照组, 对照组常规服药, 观察组同时再加用黛力新, 治疗时间 2 个月, 治疗后, 观察组生理机能(PF)、总体健康 (GH)、精神健康 (MH) 三项量表改善程度较为显著 ($P<0.05$), 观察组 TNF- α 、CRP 水平低于对照组, 说明对 CAG 伴抑郁患者, 增加抗抑郁治疗, 不仅能使患者抑郁状态有所改善, 还能抑制胃黏膜组织炎症反应。

6.2.6 内镜治疗

目前, 随着现代科学发展, 胃镜及其配套医疗设备的升级迅猛提升, 越来越多精妙的仪器和技术用于治疗 CAG, 包括氩离子凝固术、内镜下黏膜切除术、内镜黏膜下剥离术等^[29], 潘雯等^[30]通过临床观察内镜下射频消融术治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的安全性及有效性, 得出内镜下射频消融术可提高治疗效果, 改善临床症状, 安全、不良反应少。

6.3 祖国医学对 CAG 的认识

痞者, 一种脘腹间气机流通不畅引起的胀气满闷不舒为主症的病证, 有的仅有胀满的感觉。“否”有“否痛”、“否塞”、“否膈”等描述首见于《内经》中记载。《伤寒论》中明确提出“满而不痛者, 此为痞”及“心下痞”的概念, 《证治汇补·痞满》等古家医书均指出了胃痞分虚实, 多虚实夹杂, 久病致虚, 因虚致实。虚、瘀、浊毒三者对本病的发生进展贯穿疾病全过程, 脾虚, 则气行不畅易致瘀血停留, 病久则浊毒容易形成, 浊毒、血瘀又进一步加重患者本体元气虚, 是一个互相作用互为影响的过程^[32]。“胃脘痛”又称之为“胃痛”, 《灵枢·经脉》最早提出胃痛的病

名及伴随症状。嘈杂，是一种自觉症状，与反酸、胃痛常并见，指胃中空空，若无一物，出现似有非有的饥饿、热辣不宁、疼痛感不可描述，并且时作时止的病证，其病总在于胃。

6.3.2 现代中医学者对于慢性萎缩性胃炎的认识

现代中医学者对于 CAG 的起病原因及其发病机制的认识各有见解，有众多学者总结出为脾胃虚弱，先天不足，年老体衰或劳累过度，生活作息混乱，长时间过度忧思等都可损伤脾胃，脾胃不足则运化失健，日久伤及气血，再加上“瘀”和“毒”的参与也扮演着十分重要的角色。王伟等^[31]认为“毒邪”的产生，作用于胃络，损伤胃络，则胃失所养，“毒损胃络”为 CAG 的重要发病原因之一，主张毒邪与湿热、痰瘀交结、停聚于胃络，使胃络失去濡养，从而胃黏膜发生病变：萎缩、肠化、异型增生等的出现。沈舒文^[32]教授提出，脾胃病久，病多为虚，但虚中常兼滞，明确指出 CAG 病机特点是脾胃虚损为本，兼有气滞、湿滞、食滞、络滞等实证交加。白长川^[33]教授总结出 CAG 的主要病机集中于一个字“滞”，虚和热都是由于脾胃升降失司所致的“滞”，主张临床从胃滞虚热着手，对慢性萎缩性胃炎进行论治。也有学者提出本病以脾气虚为主，瘀血客于脉络存在于该病发展全过程，对萎缩、肠化和异型增生的发生与进展有着不同影响^[34]。谢晶日^[35]教授主张慢性萎缩性胃炎一开始发病当以脾胃虚弱为主，久病成瘀，瘀血凝滞阻络日久，化湿、化热，进而逐渐成毒。姜树民^[36]教授根据多年临床经验指出邪毒蕴里、内伤饮食、情志不节等因素与本病的发病与有密不可分。久病外邪侵袭入脉络，瘀血阻滞不畅，病久化湿热，积聚于病体；或因郁变瘀，郁热熏蒸，到达一定程度则血败肉腐。大量浏览了古今医家学者著作之后，总结发现对本病病因病机见解属虚实夹杂，各种因素导致脾胃运化失司，气滞、痰湿、瘀毒互结成疾为其基本病机。

6.4 CAG 的中医治疗

6.4.1 中成药

中医药根据不同患者的中医辨证分型实施辨证治疗^[2]。中成药治疗 CAG 方面发展迅速，经过多年的临床试验，胃复春片疗效肯定，胃复春片组成主要有红参、

枳壳、香茶菜等。红参补气养血、健脾温中，增强机体免疫力；香茶菜奏清热解毒、散瘀消肿、行气活血之效，防止炎症细胞浸润；炒枳壳药性缓和，有理气宽中消滞、化痰消胀之功。诸药共济，可标本兼治，共奏健脾益气、行气活血、散瘀解毒之功^[37]。由 18 味中药组成的大组方制剂摩罗丹，7 味臣药蒲黄、三七、川芎、当归活血止血、散瘀止痛，白术、茯苓、鸡内金具有健脾利湿、益气和胃作用，4 味佐药分别为地榆、泽泻、茵陈、九节菖蒲，行清热利湿、凉血之效，再加上能够理气补血、行气止痛的延胡索、白芍、乌药，共同发挥调和其他药物的使药作用。“君臣佐使”共奏益气和胃降逆、健脾通络止痛之功效^[38]。

6.4.2 中医针灸

近年，许多临床相关研究表明，针灸治疗对改善患者临床症状与病理组织、防止胃癌发生有积极的治疗作用。周炜等^[39]通过临床对比经络诊察取穴法针刺治疗慢性萎缩性胃炎较常规取穴法，经络诊察主穴取中脘、内关、足三里、公孙，并根据辨证配穴。初步验证了，经络诊察取穴法对胃黏膜病理组织的改善更显著，疗效更稳定。朱风彬^[40]临床上对针灸治疗 CAG 做了实验研究，治疗后针灸组的多个炎症指标水平均于对照观察组相比较为显著，且针灸组在身心精神健康量表评分也明显较西药组更优。

此外，各种各样中医药疗法配合针灸治疗慢性萎缩性胃炎的方法疗效也逐渐应用于临床研究，中医针灸及相关疗法具有疏经通络、调理气血的作用，可以有效改善患者不适症状，提高生活质量，乃至逆转或阻断其异常病理组织病变，且较为安全^[41]。

6.4.3 其它中医疗法

研究表明在临床上，艾灸、埋线等方法治疗慢性萎缩性胃炎的成绩和疗效日渐获得各学者以及患者的更多关注。已有临床试验证实，虽然使用艾灸辅助治疗临床上不能改善患者的胃镜表现、病理病变，但可以明显缓解中医症状^[42]。有临床研究^[43]表明艾条灸配合中医特色护理（敷贴药方、耳穴压豆、膳食护理、适当锻炼、情绪护理）具有协同效果，艾条灸可调理气血、宣痹止痛，中医特色护理疗法可以有效舒缓解开患者心理负担，促进医患交流、沟通，有利于病情改善，

提高了提高了患者的治愈信心。

6.5 复方参术健胃胶囊治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的理论依据

唐喜玉教授认为发病之本是脾胃虚弱，随着社会生活节奏越来越快，患者压力增大，情志不调，或形成饮食不规律，嗜食辛辣、肥甘等不良习惯，长此以往导致脾胃虚弱，脾胃功能损伤后，气血生化无源，食积、寒湿、气滞、血瘀、毒邪等致病，虚实夹杂，最终导致胃腑失去濡养，胃黏膜组织逐渐发生病态，甚至进展为胃癌。唐喜玉教授从事脾胃科临床工作 40 余年，经验丰富，对于脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎，主张健脾益气化湿为先，温中和胃行气、散结化滞消痞为辅，以通调中焦，使脾胃升清降浊之职重司。在治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎上收获颇丰。

6.5.1 复方参术健胃胶囊的药物组成、方药解析、配伍特点及药理分析

复方参术健胃胶囊是由六君子汤的基础上化裁而成，刘冬静等^[44]收集并整理了对六君子汤近 10 年相关文献，发现六君子汤在临床上治疗多种肿瘤疾病有较显著的效果，特别是消化道相关肿瘤，它主要通过促消化、增吸收、减毒加效、护胃、提高人体免疫力、抑制肿瘤细胞生长等机制发挥治疗肿瘤疾病的作用。刘雨露^[45]通过把氧化损伤 ARPE-19 细胞作为体外实验对象，研究出六君子汤含药血清可以保护细胞氧化损伤，其作用发生的机制是通过激活特定的通路，使 Nrf2 通路下游抗氧化酶的表达上调和 P62 蛋白表达的上调，激活自噬得以实现。

药物组成：党参、焦白术、茯苓、炙甘草、法半夏、陈皮、海螵蛸、桂枝、干姜、炒白芍、炒麦芽、炒谷芽、紫苏梗。作为君药党参，性平味甘，归脾、肾两经，有健脾和胃、补益气血之功，偏益气，党参多糖具有抗肿瘤、治疗胃溃疡、促进肠道蠕动、提高机体消化能力等药理作用^[46]；焦白术，性温，味甘、苦，归脾、胃二经，补气健脾作用强，以苦温之性燥湿，与党参功助脾运化，有药理研究表明，白术的多种化学成分，可以调节胃肠功能、抗氧化、抗炎、抗肿瘤、提高免疫水平、保肝等^[47]；有文献报道，白术对水肿、腹水有一定的疗效，起的主要作用的成分是其含有的大量挥发油，，直接利尿可以实现白术的燥湿利水的中药功效^[48]。茯苓属孔菌科，味甘性平，归心、肺、脾、肾经，药用有健脾渗湿之功，

同时与党参、白术一起加强健脾益气，茯苓具有的抗炎、抗癌、调节免疫功能、保肝等药理作用，这主要取决于它的三萜类化合物和多糖成分^[49]；半夏，药用植物性温，味辛，归脾、胃、肺三经，行健脾燥湿、降逆和胃之效，药理学研究发现半夏亦具有抗肿瘤、抗炎、抗菌、抗癫痫等作用^[50]；陈皮，性温，味苦、辛，归肺、脾二经，药用理气健脾，燥湿化痰，两者配伍陈皮理气，协助半夏化痰，中药药理学陈皮能有效缓解胃肠平滑肌痉挛的作用，有促进消化液分泌的作用，从而可有效缓解腹胀不适^[51]；炙甘草，性平，味甘，归心、肺、脾、胃经，补益脾气，调和诸药，现代药理学研究指出甘草具有抗氧化、抗炎调免疫、抗溃疡、解毒抗癌等功效^[52]，含有的一种黄酮类化合物是通过抑制增殖、诱导凋亡及阻止新血管生成等途径而发挥抗肿瘤作用的^[53]；紫苏梗，性温，味辛，归肺、脾经，理气宽中、止痛，紫苏梗的水提液和紫苏叶油两种成份，研究表明可使结肠平滑肌条收缩振幅和平滑肌细胞收缩率提高，并升高胞内 $[Ca^{2+}]_i$ ，达到促进胃肠平滑肌运动的能力^[54]；炒白芍性属温，味苦、甘，归脾、胃两经，能和桂枝一起助以通阳和中，和胃止痛，白芍通过白芍靶蛋白的相互交错的关系，发挥其抗炎、抗肿瘤、提高免疫力的作用^[55]。海螵蛸，温性药，味咸、涩，归脾、肾经，制酸止痛，通常认为碳酸钙中和盐酸是制止胃酸过多，缓解症状的作用机理，保护粘膜、抗溃疡，从而缓解炎症^[56]；桂枝，性属温，味属甘、辛，归心、肺、膀胱经，药用温经止痛，其中药药理学研究作用较为广泛：抗菌、抗病毒、抗炎、抗过敏、利尿作用、解热镇痛等^[57]；炒麦芽，其性平，味为甘，归脾、胃、肝经，健胃消食、益气和胃，吴璐等^[58]从 Maillard 反应角度探索麦芽炒香对消化系统的作用机制，总结出炒麦芽具有促进肠道蠕动、调节水通道蛋白表达、中和自由基等效果；炒谷芽，为温性，味甘，归脾、胃经，和胃消食，健脾气助运化；干姜，热性，辛味，归脾、胃、心、肺经，温补中焦，标本兼顾，联合诸药，具有补中和胃，健脾行气的功效，耿胜男等^[59]通过网络药理学方法研究干姜抗肿瘤转移作用机制，提出干姜中具有多种活性成分，口服吸收良好，其抗肿瘤转移靶点多达 40 个，揭示了可能的干姜抗肿瘤的转移作用机制。

全方共奏健脾和胃、行气化滞、消痞化积之功，使脾胃升降运化机能恢复正轨，人体内水谷精微得以输散调达，保障气血生化有营养来源，元气充沛，胃体

得以润养，胃黏膜组织病变得以修复。

7 两组治疗前后相关结果分析

整理本次研究所收集的病例资料进行分析，经过 SPSS21.0 系统分析，复方参术健胃胶囊在治疗 CAG 脾胃虚弱证及改善 CAG 患者的不适症状及胃黏膜病变上，较给药常规西药一组疗效更好。

治疗前两组受试者在性别、年龄、病程分布、中医症状及胃镜病理组织积分上，均具有可比性。

在中医临床症状积分上，中药组经过治疗后的总有效率 90%，西药组经过治疗后为 76.67%， $P<0.05$ ，说明中药组在缓解中医临床症状的方面的治疗优势较西药组更明显。西药组治疗前后的各单项中医症状相比较，其中胃脘胀满、喜温喜按、大便稀溏的比较结果， $P<0.05$ ，说明西药组治疗在这三项症状上有确切作用，但在胃脘疼痛、食少纳呆、倦怠乏力的对比结果上， $P>0.05$ ，说明西药组对这三项症状的治疗效果不显著。对治疗后的两组在各单项中医症状的疗效进行比较，其中在胃脘疼痛、食少纳呆、倦怠乏力这三组症状相比， $P<0.05$ 对比结果有统计学意义，提示中药组在以上三个症状的治疗效果更有优势，而在胃脘胀满、喜温喜按、大便溏泄的这三项症状的治疗上， $P>0.05$ ，可以说，中药组和西药组治疗后效果相当。

中药组与常规西药对照组分别给药前后各中医临床症状总评分予以比较，两组服药前相比较， $P=0.156>0.05$ ；服药后，中药组与服药前相比， $P<0.05$ ，西药组总积分与服药前比较， $P<0.05$ ；分别服药后两组之间相比， $P<0.05$ ；表明在缓解症状方面，复方参术健胃胶囊与常规西药都有显著效果，但中药组复方参术健胃胶囊疗效明显优于常规西药。

在胃镜胃黏膜病理组织疗效方面，进行胃镜病理组织评分比较，治疗前两组比较 $P>0.05$ ，有可比性。经治疗后，中药组病理特征的治疗有效率为 90.00%，西药组为 66.67%，说明中药组在治疗胃黏膜病理病变上效果比西药组好。中药组治疗前与治疗前后， $P<0.05$ ，说明中西两组药物对患者病理组织均有改善作用。治疗后中药组与西药组相比较，在活动性炎症、异型增生方面， $P>0.05$ ，提示两组经过

治疗后，上述两项病理组织疗效不理想，而在萎缩和肠化方面经过比较， $P<0.05$ ，表明治疗后两组上述两项病理组织都有改善。

8 总结

一，复方参术健胃胶囊治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎有确切疗效，能缓解患者的相关症状，从而提高患者生存质量，还能一定程度上改善甚至逆转患者胃黏膜组织萎缩、肠化程度，延缓甚至阻断疾病进展，提高生活质量。二，复方参术健胃胶囊是一种安全有效、副作用小的中成药，用于治疗 CAG，推广价值较大。

参考文献

- [1] 冯雯,肖国辉,李兵,等.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J].亚太传统医药, 2016, 12 (6) : 71-73.
- [2] 李军祥,陈詒,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.
- [3] 卫银银, 闵亚莉, 苗向霞, 等. 叶酸、维生素 B12 对幽门螺杆菌阴性慢性萎缩性胃炎的疗效分析[J]. 实用医学杂志, 2017,33(21):3606-10: 3606-3610.
- [4] 中华医学会消化内镜学分会.慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J].中华消化内镜杂志,2004,21(2):427-428.
- [5] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [6] 中华医学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见 [J] . 中医杂志, 2010, 51 (8) : 749-753.
- [7] 张万岱, 李军祥, 陈治水, 等. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2011 年天津) [J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32 (06) : 738-743.
- [8] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J] CA Cancer J Clin, 2018, 68(6): 394-424.
- [9] 刘慧.慢性萎缩性胃炎患者幽门螺杆菌感染与胃镜及胃黏膜病理结果的相关性[J].河南医学研究,2019,28(22):4073-4075.
- [10] 许玉春. 慢性萎缩性胃炎患者幽门螺旋杆菌根除治疗的意义[D]. 山东大学, 2020.
- [11] 季然. 慢性萎缩性胃炎患者的危险因素与临床治疗效果[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (27) : 195-196
- [12] 蓝业平,程福林,吴洁群,等.胆汁反流与肠上皮化生病理亚型的关系对预测胃癌危险性的研究[J].中国医药科学,2020,10(05):244-247.
- [13] 郑芝田. 慢性萎缩性胃炎与免疫[J].国外医学(内科学分册),1981,8(4): 152-155.
- [14] GUO Y, HAO Y, LI X, et al. Analysis of clinical characteristics of 2243 with positive anti-gastric parietal cell antibody[J].J Clin Lab Anal, 2020: e23264.
- [15] 裴风郁等.中国免疫学杂志, 1986, 2 (2) : 69.

- [16]魏盛,朱德豪,张克升,等.仁青常觉治疗 MNNG 致大鼠慢性萎缩性胃炎的实验研究[J].中药新药与临床药理,2015,26(01):52-56.
- [17]衣红菲.慢性萎缩性胃炎的饮食和环境因素分析[J].临床合理用药杂志,2017,10(08):114-115
- [18]于娟.慢性萎缩性胃炎患者的危险因素与临床治疗效果[J].中国医药南,2020,18(12):141-142.
- [19]曹佳悦.慢性萎缩性胃炎患者的危险因素与临床治疗效果[J].中国现代药物应用,2020,14(03):158-159.
- [20]姚晨旭.焦虑抑郁状态、幽门螺杆菌感染与慢性萎缩性胃炎关系的研究[D].山西医科大学,2018.
- [21]路理杰,杨阔,刘华一.情志因素与慢性萎缩性胃炎患者病理结果的相关性[J].中医杂志,2021,62(04):324-327.
- [22]黄妙灵,刘序友.慢性萎缩性胃炎病理改变与幽门螺旋杆菌感染及血清胃蛋白酶原、胃泌素-17 的相关性[J].实用医学杂志,2020,36(20):2838-2842.
- [23]杜亮,吴学勇,吴伟.慢性萎缩性胃炎与胃镜、胃黏膜病理及幽门螺旋杆菌感染的相关性研究[J].陕西医学杂志,2017,46(12):1676-1677.
- [24] HOLLECZEK B, SCHOTTKER B, BRENNER H. Helicobacter pylori infection, chronic atrophic gastritis and risk of stomach and esophagus cancer: Results from the prospective population-based esther cohort study [J] . Int J Cancer, 2020, 146 (10) : 2773-2783.
- [25]栗艳,朱疆依,韩英.质子泵抑制剂的研究进展及合理应用[J].临床荟萃,2013,28(11):1201-1206.
- [26]叶剑飞,林英.叶酸联合维生素 B12 对 HP 阴性慢性萎缩性胃炎患者临床症状及组织学变化的影响研究[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(05):44-47.
- [27]刘斌.慢性萎缩性胃炎患者血清同型半胱氨酸、叶酸及维生素 B₁₂特点分析[D].宁夏医科大学,2017.
- [28]张峰,王卫国,谢燕黄芬,等.抗抑郁药治疗慢性萎缩性胃炎伴抑郁患者炎症因子及生活质量的影响[J].山西志,2017,46(20):2461-2463.
- [29]高兵.中医治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J].中医临床研究,2016,8(13)

: 83-84.

- [30]潘雯,刘超,任涛,等.内镜下射频消融术治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的临床研究[J].临床研究,2021,29(01):23-25.
- [31]王伟,刘冬梅,袁方.慢性萎缩性胃炎癌前病变从“毒”论治新思路[J].江苏中医药,2016,48(03):12-14.
- [32]王捷虹,许永攀,穆恒.沈舒文教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床思维与经验[J].中医临床研究,2018,10(03):52-53.
- [33]王涛,王萍,迟伟,等.白长川教授从胃滞虚热论治慢性萎缩性胃炎伴糜烂[J/OL].辽宁中医杂志:1-6.
- [34]张碧文,朱方石.朱方石论治慢性萎缩性胃炎[J].吉林中医药,2018,38(10):1143-1145.
- [35]宋雅婵,谢晶日,李贺薇.基于“阳化气,阴成形”理论的慢性萎缩性胃炎辨治[J].时珍国医国药,2018,29(08):1955-1956.
- [36]张书瑶,姜树民.姜树民治疗慢性萎缩性胃炎伴非典型增生经验[J].辽宁中医杂志,2014,41(05):854-855.
- [37]杨开余.胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果[J].内蒙古中医药,2020,39(09):46-47.
- [38]丁紫薇.摩罗丹药理作用及临床应用的研究进展[J].中国药物经济学,2018,13(09):127-129.
- [39]周炜,李玉潇,张艺璇,等.经络诊察取穴法针刺治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].中国针灸,2020,40(09):928-932.
- [40]朱风彬.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对炎症因子和生活质量的影响[J].中医临床研究,2019,11(29):42-44.
- [41]付佳音,高楠.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].湖南中医杂志,2019,35(05):166-168.
- [42]栾海蓉.艾灸联合胃复春治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[D].山东:山东中医药大学,2017,1-41.

- [43]司徒芸忻,肖燕,陈梦怡.艾条灸结合中医特色护理对脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎临床疗效的影响[J].山西医药杂志,2020,49(21):3030-3032.
- [44]刘冬静,蒋时红,吴耀松,等.六君子汤在肿瘤疾病的应用及疗效机制的研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(05):132-134.
- [45]刘雨露. 基于 p62-keap1/Nrf2 通路研究六君子汤对氧化损伤 ARPE-19 细胞的保护作用机制[D].南京中医药大学,2020.
- [46]谢琦,程雪梅,胡芳弟,等.党参化学成分、药理作用及质量控制研究进展[J].上海中医药杂志,2020,54(08):94-104.
- [47]何燕珊,王秋红.白术及其复方治疗糖尿病的药理研究及临床应用研究进展[J].广东药科大学学报,2020,36(01):155-159。
- [48]王涵,杨娜,谭静,等.白术化学成分、药理作用及临床应用的研究进展[J].甘肃医药,2018,37(01):23-26.
- [49]崔仙红,张鹏,朱笛.茯苓三萜类化合物药理活性研究进展[J].中国药物经济学,2019,14(12):123-125.
- [50]王依明,王秋红.半夏的化学成分、药理作用及毒性研究进展[J].中国药房,2020,31(21):2676-2682.
- [51]王昌亚.对陈皮药理作用的探讨[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(15):135.
- [52]李冀,李想,曹明明,等.甘草药理作用及药对配伍比例研究进展[J].上海中医药杂志,2019,53(07):83-87.
- [53]薛慧,王加茹,徐宛婷,等.异甘草素抗肿瘤药理作用机制的研究[J].农产品加工,2019(14):69-70.
- [54]刘蓉. 紫苏调节胃肠动力障碍大鼠肠运动功能的机理研究[D].天津医科大学,2007.
- [55]张生杰,庞文娟,王丽.基于网络药理学分析白芍药理作用机制[J].亚太传统医药,2020,16(09):162-167.
- [56]范蕙淇,赵嫣虹.海螵蛸的研究进展[J].中国民族民间医药,2016,25(04):47-48.
- [57]李丽萍.桂枝的药理作用分析及其临床应用研究[J].中国医药指南,2017,15(04):180-181.

- [58]吴璐,赖艳,王莹,等.基于 Maillard 反应从消化功能的角度探讨麦芽“炒香醒脾”作用机制[J].中华中医药学刊,2019,37(12):2905-2910.
- [59]耿胜男,杨莉,李阳杰,等.基于网络药理学的干姜抗肿瘤转移作用机制分析[J].中药材,2019,42(11):2658-2668

综述

慢性萎缩性胃炎的中医药研究进展

【摘要】作为胃癌的高危因素，慢性萎缩性胃炎（CAG）的发病原因多样，且详细发病机制尚在研究探索，西医疗法根治困难。近年来越来越多的研究证实，中医药不仅能够改善 CAG 患者的临床症状，阻断或逆转胃黏膜萎缩、肠上皮化生。本文旨在通过梳理最近几年来祖国医学治疗 CAG 的科学研究，从发病病因、辨证分型论治、中医治疗方法等方面阐述 CAG 的中医药治疗研究进展。

【关键词】慢性萎缩性胃炎；病因病机；治疗进展

CAG 是一种消化系统多见、多发病，WHO 已将其列为胃癌的癌前状态。包括全世界全部恶性肿瘤中，胃癌的发病率居第 5 位，死亡率居第 3 位^[1]，近些年，因为消化道内镜技术的迅猛发展，我国 CAG 发现率和发病人数每年也呈逐渐升高的总体趋势，发病率约占全部接受检查者的 20%^[2]。CAG 发病率、癌变率均居高不下，严重危害人类健康，如何有效地根治本病及阻断、逆转其病理改变是仍需各医家积极探索。

西医治疗对于改善慢性萎缩性胃炎粘膜病变效果争议较大，而中医在整体观的指导下，通过对传统中药治疗不断探索研究，得出传统中药治疗不仅能有效改变患者临床症状，在改善胃黏膜组织病变方面也取得了越来越多的成果，因此，本文综述并探索中医药治疗 CAG 缓解其症状、胃黏膜病理改变及其降低胃癌的发病率及死亡率的重要意义。

1. 病因病机

现代中医医家对于 CAG 的病因病机的理解也各有千秋，黄穗平^[3]谢晶日^[4]教授均认为本病发病根本之于中焦土虚，升降功能失调，脾胃运化功能减弱。饮食、劳役损伤过度、情绪焦虑抑郁因素及外邪侵袭等均可损伤脾胃功能，失去健运，令气血亏虚、甚至气血生化没有营养来源、则脾脏运化功能失调，其标在于气滞、痰凝、血瘀。单兆伟^[5]教授多年临床经验总结脾脏虚弱为 CAG 发病之本，脾胃已虚，运化失司，津液不能畅行，内停化而为痰湿，痰湿郁久从热而化，湿热内生，又能加重气机停滞不行，各环节互相作用，病情绵延不愈，“久病入络”“久病必瘀”，

则成气虚、湿热、血瘀之证。陈秀华^[6]认为导致 CAG 的种种外因都属于“毒邪”的范畴，且作用于病程始终。而在内因中 该病本质通常是素体脾胃虚弱，最重要的病理特点与“滞”密不可分。

2. 辨证分型论治

由于不同的医家间学术理论思想、临床实践经验有一定的差别，对其辨证治疗也有所不同。如刘启泉教授^[7]提出通、清、润、升的四法治疗 CAG。针对胃气壅滞之证，治以理气开郁和胃即通法；对于肝胃郁热证和脾胃湿热两种证型，治以清热利湿为大法，即清法；针对胃阴不足之证，治以濡润滋养胃阴大法，即润法；针对脾虚清阳不升之证，治以健脾益气升阳即升法。夏军权教授^[8]认为慢性萎缩性胃炎的主要证候为脾胃气虚、脾肾亏虚、胃阴不足、气滞痰凝，分别治以益气健脾降逆，善用黄芪、白术益气健脾，胃气内郁则予佛手理气和胃止痛，木香理气宽中，药用刀豆壳下气止呃；治以温肾健脾升阳取附子理中汤加减；理气化痰且除湿喜用有“气病之总司”之称的香附，与“血中气药”川芎同用疏肝理气；治以益胃滋阴润燥方用益胃汤加减；“肥人多痰”选用法半夏、陈皮燥湿化痰；治以活血化瘀且消瘤多加消积散结、化瘀解毒类之药，白花蛇舌草、仙鹤草、莪术、蒲公英等；邱明义^[9]将本病分四种证型：脾气虚弱、脾胃虚寒、寒热错杂和肝胃不和，根据上述不同证型，化裁古方创新方，分别以黄芪四君汤健脾益气补虚、二中汤温中健脾、新加半夏泻心汤调理脾胃及四逆温中汤疏肝和胃等予以治疗。

3. 中成药治疗

陆雪萍等^[10]通过临床研究得出草铃胃痛颗粒对气滞血瘀型 CAG 患者疗效明显，不仅能改善患者不适临床症状，而且能缓解阻断患者胃黏膜组织的病变，减轻甚至逆转胃黏膜组织的萎缩程度、肠上皮化生及不典型增生。杨开余^[11]临床观察胃复春片治疗 CAG 效果，结果研究组胃泌素、胃蛋白酶原 I、PGI/II 比值指标更优，H P 根治率和治疗总有效率更高，后期病情加重率较低，提示胃复春片对 CAG 的治疗效果非常不错。为评价健胃消胀片对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜超微结构改变的影响，徐旖琪等^[12]将 51 例慢性萎缩性胃炎患者，随机原则分为对照组、治疗组。对照组 26 例受试者予以叶酸片治疗，每天三次口服；治疗组 25 例受试者口服胃萎清颗粒治疗，分别用药 24 周，两组组患者病理组织状态评分均降低，相比较，($P <$

0.05), 说明胃萎清颗粒可改善胃黏膜病理变化, 逆转萎缩的胃黏膜, 促进胃肠功能好转。从而能使患者恢复健康, 生活质量得到显著提高, 且未发现不良反应。

4. 专方治疗

臧海洋等^[13]通过研究胃复康Ⅱ方治疗慢性萎缩性胃炎(脾虚气滞型) 84 例患者的血清胃蛋白酶原、胃泌素 17 表达的影响, 得出胃复康Ⅱ方治疗 CAG 患者改善不适症状具有较好疗效, 能明显改善患者的胃黏膜镜下萎缩表现及病理组织表现, 并能促进胃黏膜修复和胃酸分泌。周婉迎^[14]临床研究 69 例气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者, 应用随机原则分组, 予以观察组 35 例受试者口服补气化积方中草药汤剂, 对照组 34 例服用中成药胃复春片, 结果显示补气化积方可以有效改善慢性萎缩性胃炎患者的体征、症状、胃镜表面征象、胃黏膜深层组织病理状态, 且没有发现用药后明显不良反应, 证明安全性良好。欧阳劲光等^[15]通过临床将 71 例慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证患者随机原则分为两组, 治疗组和观察组, 研究观察和胃方对慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证的临床疗效, 治疗组受试者内服汤药加减和胃方, 观察组受试者服用胃复春片, 治疗后比较两组临床症候评分、疗效、血清胃蛋白酶原、血清胃蛋白酶原Ⅰ和Ⅱ比值、胃泌素 17 水平、胃黏膜组织形态学评分。统计结果显示, 饱胀、纳差、疲乏、气短懒言方面的临床效果治疗组优于观察组, $P < 0.05$, 提示和胃方缓解症状临床有明显疗效。病理学组织检查提示, 和胃方可以有效缓解其临床症状, 改善病理及理化指标疗效确切。

5. 中药治疗 CAG 的实验研究

卢晓敏等^[16]实验随机选取 10 只 SD 雄性大鼠为正常组, 剩余 100 只进行 SD 雄性大鼠 CAG 造模型, 共 110 只, 随机方法分组为正常、模型组、对照组(口服胃复春组)和予以不同剂量分小、中、大共 6 组。电镜扫描结果显示, 随着健胃消胀片剂量的上升, 各组胃黏膜上皮细胞炎症明显改善, 甚至恢复正常。病理结果提示模型组大鼠胃黏膜造模成功, 病理组织改变符合重度 CAG 表现, 给药后, 胃复春组和各口服健胃消胀片组的死亡率均较模型组明显低, $P < 0.05$, 死亡率由低到高顺序为正常组 < 高剂量组 < 低剂量组 < 对照组 < 中剂量组 < 模型组。刘振等^[17]探讨临床运用胃痞消对 CAG 的治疗效果及其机制。将 50 只 SD 大鼠 CAG 造模成功后, 另有 10 只为空白组, 将模型大鼠随机分为模型组, 胃痞消组给与胃痞消灌胃, 胃复春组口

服胃复春片水稀释灌胃组,分别从胃液分泌、血清学等角度药物影响作用,维持治疗 8 周,分析得出胃痞消对治疗 CAG 大鼠模型,通过使大鼠的体质量增加,胃液分泌增多,血清 PGI、PGE2 含量提高,降低血清 VIP、TGF- α 含量,说明具有明显的效果。王文素、游绍伟等^[18]将多因素复合法连续造模的 90 只 SD 模型大鼠随机分组,每组分别灌胃服用姜胃通调汤的不同剂量共 3 组及胃复春对照组大鼠相应不同剂量的姜胃通调汤及胃复春水溶液,治疗时间 12 周,后经统计分析得出姜胃通调汤能改善甚至逆转已经发生病变的胃黏膜组织,姜胃通调汤及胃复春干预组 IL-6mRNA 及蛋白显示水平较模型组降低, ($P<0.01$)。提出其作用机制可能与姜胃通调汤下调 CAG 大鼠胃黏膜组织 IL-6mRNA 及蛋白表达有关。

6. 中医综合治疗

随着中医药治疗慢性萎缩性胃炎研究逐渐深入和不断探索,中医综合治疗方法日益成为治疗慢性萎缩性胃炎的新选择。张临平^[19]运用自拟健脾益胃汤、针灸、穴位埋线等中医方法综合治疗 CAG,具体如下:自拟汤药,加白花蛇舌草和蒲公英治疗热盛居高不减者;针对脘腹胀满不适者,加莱菔子、砂仁;肝郁不畅者加郁金、柴胡。针刺、埋线,选取足三里、内关、上巨虚、下巨虚、公孙、太冲等穴位,共奏健脾和胃止痛,消痞降逆之功。王捷虹等^[20]采用中医综合外治疗法,如针灸疗法(体针、耳针、水针、灸法),拔罐法,推拿疗法(腹部按摩、推背捏脊、足部按摩),并针对寒凝瘀血阻络型胃炎和肝胃郁热型胃炎分别予以不同中药磨粉穴位敷贴,刮痧疗法取胃俞、脾俞、命门、足三里、中院、天枢等穴位,进行上腹部透热疗法或行电疗法,体育锻炼疗法:以学习打太极拳强身健体、内养功、中速行走为妥。做到了“内病外治”,疏通经络,调理气血,以健脾和胃,促进胃粘膜病变恢复,改善胃黏膜组织萎缩,达到治疗慢性萎缩性胃炎的效果。

7. 结语

目前已有大量的临床实践研究证实,传统中医药疗法有缓解阻断 CAG 不良病理状态的可能,甚至彻底治愈,从而能降低胃癌发生率及病死率,中医药在治疗 CAG 方面虽然具有西医的优势是显而易见的,但也有不完美之处,其一,不同的医家对该病的思想理论、辨证分型、治法各有不同,导致临床研究样本量较小,样本质量不高,使得出的结论可信度存疑。其二,中医药研究发展还有很大空间,

需要进一步挖掘传统中药的药理作用，提高 CAG 的中医治疗方案的规范性、统一性，相信在广大中医学者对中医药宝库的坚持不懈地挖掘下，中医药治疗慢性萎缩性胃炎的方法终将能够更加科学化、合理化地服务于全中国，乃至全世界。

参考文献

- [1] 冯雯,肖国辉,李兵,等.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J].亚太传统医药, 2016, 12(6): 71-73.
- [2] 李军祥,陈詒,吕宾,等.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.
- [3] 毛阿芳,叶振昊,黄俊敏,等.黄穗平教授补土论治慢性萎缩性胃炎经验[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(02):150-152.
- [4] 刘朝霞,孟琦,李贺薇.谢晶日教授辨治慢性萎缩性胃炎经验[J/OL].辽宁中医杂志:1-11[2021-02-24].
- [5] 胡静怡,杜斌,单兆伟.单兆伟治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].中华中医药志,2017,32(09):4047-4049.
- [6] 徐明,陈睿,李颖,等.陈秀华综合疗法治疗慢性萎缩性胃炎经验探析[J].现代中西医结合杂志,2018,27(34):3803-3807.
- [7] 魏丽彦,韩雪飘,郭珊珊,等.刘启泉运用“通、清、润、升”四降法治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河北中医,2020,42(12):1770-1773.
- [8] 刘晓桐,夏军权,郭丽,等.夏军权教授中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的经验撷菁[J].现代中西医结合杂志,2020,29(26):2916-2919.
- [9] 马莹,陶春晖.邱明义教授治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生经验[J].环球中医药, 2021,14(02):292-295.
- [10] 陆雪萍,黄进.荜铃胃痛颗粒治疗气滞血瘀型慢性萎缩性胃炎 41 例[J].江西中医药,2020,51(10):49-51.
- [11] 杨开余.胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果[J].内蒙古中医药,2020,39(09): 46-47.
- [12] 徐旖琪,傅诗书.胃萎清颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中医药导报,2019,25(18):76-79.
- [13] 臧海洋,杨晓慧.胃复康Ⅱ方治疗慢性萎缩性胃炎(脾虚气滞型)临床疗效及对血清胃蛋白酶原、胃泌素 17 表达的影响[J].广州中医药大学学报,2020,37(10):1871-1875.

- [14]周婉迎. 补气化积方治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者的临床观察[D].福建中医药大学,2020.
- [15]欧阳劲光,邹晓华,查安生,等.和胃方治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证临床观察[J].安徽中医药大学学报,2019,38(04):43-47.
- [16]卢晓敏,董明国,张永斌,等.健胃消胀片对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜病理及超微结构的影响[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(08):1055-1059.
- [17]刘振,赵喜颖,钟彩玲,等.胃痞消治疗亚硝基胍诱发慢性萎缩性胃炎大鼠的作用机制研究[J].中医药导报,2019,25(22):28-31.
- [18]王文素,游绍伟,詹亚梅,易等.萎胃通调汤对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜病变及 IL-6 表达的影响[J].贵州中医药大学学报,2020,42(06):10-15.
- [19]张临平.中医综合疗法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].光明中医,2019,34(21):3270-3272.
- [20]王捷虹,许永攀,张咏梅.中医综合外治疗法治疗慢性萎缩性胃炎 68 例[A]中国中西医结合学会消化疾病专业委员会.第二十次全国中西医结合消化系统疾病学术会议暨消化疾病诊治进展学习班论文汇编[C].中国中西医结合学会消化疾病专业委员会:中国中西医结合学会,2008:3.

附 表

附表 1 临床症状评分

附表 2 病理组织学评分标准

附表 1 临床症状评分

症状			评分	评分标准
主症	上腹痛	程度		0 分: 无 1 分: 症状不明显, 有时感觉不到 2 分: 症状明显, 部分影响正常生活 3 分: 症状较重, 影响日常生活, 且需药物治疗
	上腹胀	程度		0 分: 无 1 分: 症状不明显, 有时感觉不到 2 分: 症状明显, 部分影响日常生活 3 分: 症状较重, 影响日常生活且需用药物治疗
次症	早饱感			0 分: 无
	餐后饱胀不适			1 分: 症状不明显, 有时感觉不到
	上腹部烧灼感			2 分: 症状明显, 部分影响日常生活
	体倦乏力			3 分: 症状较重, 影响日常生活且需用药物治疗
	大便稀溏			0 分: 无 1 分: 大便稀, 每日 2 次以内 2 分: 大便稀溏, 每日 2-3 次 3 分: 大便稀溏, 每日>4 次
	纳差			0 分: 无 1 分: 食欲下降, 饭量减少 1/3 以下 2 分: 食欲下降, 饭量减少约 1/3-2/3 之间 3 分: 无食欲, 饭量减少 2/3 以上

附表 2 病理组织学评分标准

病理特征	评分标准		
慢性炎症	0 分：每个高倍视野中单核细胞数不超过 5 个，如数量略超过正常而内镜下无明显异常，病理可诊断为基本正常； 3 分：单核细胞较少局限于粘膜浅层，不超过粘膜层的 1/3； 6 分：单核细胞较密集，不超过粘膜层的 2/3； 9 分：单核细胞密集，占据粘膜全层。		
萎缩	0 分：固有腺体数无减少； 3 分：固有腺体数减少介于原有腺体的 1/3； 6 分：固有腺体数减少介于原有腺体的 1/3-2/3 之间； 9 分：固有腺体数减少超过 2/3，仅残留少数腺体，甚至完全消失。		
肠化	0 分：无肠化； 3 分：肠化区占腺体和表面上皮总面积的 1/3 以下； 6 分：肠化区占腺体和表面上皮总面积的 1/3-2/3 之间； 9 分：肠化区占腺体和表面上皮总面积的 2/3 以上。		
异型增生	腺管的结构轻度不规则，排列紊乱和疏密不均，主要在粘膜浅部或仅见粘膜深层	腺管的结构不规则，形态大小不一，腺管呈分支状，常呈灶状，有较清楚的界限，其深部可见囊状扩张的腺管	0 分：无 3 分：轻度 6 分：重度

个人简介

姓名：王影

性别：女

民族：汉族

出生年月：1994 年 05 月

籍贯：安徽省阜阳市太和县

政治面貌：共青团员

专业：中医内科临床（脾胃研究反向）

学位类型：中医硕士专业学位

主要经历：

2013.9-2018.6 安徽中医药大学

大学阶段

2018.7-2021.6 安徽中医药大学

硕士阶段

攻读硕士阶段发表论文：

3-4 月见刊

致 谢

弹指一挥间，三年已将很快过去，三年里我收获颇多，受益匪浅。作为学生，深知自己的首要任务就是学习，我从不放松，在临床课外时间，读导师推荐的医学相关书籍，经常浏览阅读国内外所学知识的相关文献，了解消化科常见病、少见病和疑难病的最新进展情况，增长了自己的知识，并熟练掌握消化科临床技能操作，例如胃镜、三大穿刺、胃管置入等，并始终抱着谦虚、好学的工作态度，不断汲取新的知识。

生活中我与同门、同学、老师们融洽相处，互相学习帮助，共同讨论医学相关知识与技能。在临床工作中，不断学习提高自己的医学理论基础和临床技能，对患者认真负责。在工作之余，我时刻不忘提高自己，认真学习，遇到问题，及时查阅相关资料解惑；遇到难题，不断钻研。我的独立思考判断和研究能力得到了很大的进步，这对为了工作有很大的帮助。

感谢肖茂林老师三年间对我工作学习的关心和淳淳教导，肖老师工作认真，始终抱着激情饱满的精神状态默默奉献于临床，服务于患者，不怕苦不怕累，令人钦佩，是我一生的好榜样！

感谢临床教学部各位老师和领导，同时感谢消化内科所有老师教导，以及同门赵强、孙滢滢、汪玉璐、程锐的友情相助。

感谢家人始终如一的支持和陪伴，让我能有信心在医学的道路上坚定不移地走下去！

最后向关心、帮助我的老师、同学再次表示衷心的感谢！

王影

2021 年 3 月