

密级 _____

硕士学位论文



中药治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的 Meta 分析

作者姓名: _____ 林依娜

指导教师: _____ 姜春萌

学科专业: _____ 中西医结合临床

大连医科大学

中图分类号_____

密级 _____

中药治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的 Meta 分析
Traditional Chinese medicine treatment of chronic atrophic
gastritis clinical curative effect of Meta analysis

林依娜

计：学位论文：45 页

表 格：11 个


插 图：9 幅

指 导 教 师：姜春萌 教授

申请学位级别：硕士学位

学科（专业）：中西医结合临床

培养单位：大连医科大学附属第二医院 完成时间：二〇一七年二月

答辩委员会主席：

独 创 性 声 明

本人郑重声明：所呈交的学位论文是本人在指导教师指导下进行的研究工作及所取得的研究成果。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，也不包含为获得大连医科大学或其它教育机构的学位或证书而使用过的材料。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示谢意。

学位论文作者签名：林依娜

签字日期：2017年5月31日

关于学位论文使用授权的说明

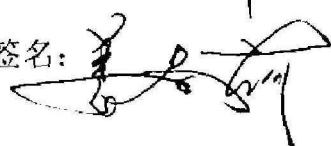
本学位论文作者完全了解学校有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。本人授权大连医科大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存和汇编本学位论文。

本学位论文属于（请在以下相应方框内打“√”）：

1. 保密□，在___年解密后适用本授权书。
2. 不保密□。

作者签名：林依娜

日期：2017年 5月31 日

导师签名：

日期：2017年 5月31 日

目录

一、摘要.....	1
1.中文摘要.....	1
2.英文摘要.....	2
二、正文.....	4
1.前言.....	4
2.研究方法.....	5
2.1 研究思路.....	5
2.2 纳入标准.....	5
2.3 排除标准.....	5
2.4 资料收集.....	6
2.5 文献纳入.....	7
2.6 资料提取.....	7
2.7 质量评价.....	8
2.8 数据分析.....	8
2.8.1 数据处理.....	8
2.8.2 敏感性分析.....	8
3. 研究结果.....	9
3.1 文献检索筛选结果.....	9
3.2 纳入文献一般情况.....	10
3.3 纳入病例一般情况.....	12
3.3.1 诊断标准.....	12

3.3.2 纳入、排除标准.....	12
3.3.3 研究方法质量.....	14
3.3.4 病例一般情况、组间均衡性分析.....	15
3.3.5 干预措施.....	18
3.3.6 结局指标.....	24
3.4 数据分析.	25
3.4.1 临床综合疗效.....	25
3.4.2 症状及体征综合疗效.....	26
3.4.3 胃镜表现.....	27
3.4.4 病理疗效.....	28
3.4.5 幽门螺杆菌根除疗效.....	29
3.4.6 不良反应分析.....	29
3.5 敏感性分析.....	29
3.6 讨论.....	31
3.7 问题.....	32
4.结论.....	33
三、综述.....	34
四、结语.....	41
五、参考文献.....	42
六、致谢.....	45

中药治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的 Meta 分析

研究生姓名：林依娜

指导教师：姜春萌

专业名称：中西医结合临床

摘要

目的：中药对慢性萎缩性胃炎治疗的系统评价。

方法：按照 Meta 分析方法，借助中国知网、万方等各大数据库，进行文献搜索，查找关于中药治疗慢性萎缩性胃炎的随机对照试验的相关文献，时间限制在 1997-2016 年。按照制定的筛选标准确定纳入的文献，将最终纳入的文献进行质量评价，并提取文献中的关于慢性萎缩性胃炎的临床综合疗效、总体症状体征疗效及胃镜下黏膜的改善情况等治疗数据后，进行数据转换，并采用 ReviewManager5 软件进行 Meta 分析。

结果：共纳入 13 个研究，2270 例 CAG 患者。研究组与对照组相比，临床综合疗效明显[RR=1.22，95%CI (1.17, 1.27)，P<0.00001]，总体的症状体征疗效明显[RR=1.68, 95%CI[1.52, 1.86]，P<0.00001]，胃镜表现改善明显[RR=1.67，95%CI[1.40, 1.99]，P<0.00001]，改善病理结局[RR=1.46，95%CI[1.29, 1.65]，P<0.00001]。但对于幽门螺杆菌感染阳性者，研究组与对照组根除效果无统计学差异。对于不良反应的观察，本研究所纳入的文献中仅有 2 篇提及，且仅有文字描述，均于治疗 3 个月后予以肝肾功及血尿常规检查，结果未见明显变化，提示两组无明显差异。

结论：

1. 对于慢性萎缩性胃炎的治疗，在改善患者症状体征、胃镜表现及病理方面，常规的西医治疗基础上加用中药治疗较单独使用西药治疗效果更佳。
2. 中西医结合与单独西医治疗在幽门螺旋杆菌根除疗效方面无显著差异。
3. 中药临床研究的质量尚待提高。

关键词：中药 中西医 慢性萎缩性胃炎 Meta 分析

Traditional Chinese medicine treatment of chronic atrophic gastritis clinical curative effect of Meta analysis

Post-graduate: Lin Yi na

Supervisor Professor: Jiang Chun meng

Major: Clinic of integrated Traditional Chinese Medicine and Western Medicine

ABSTRACT

Objective: Systematic review of the traditional Chinese medicine for the treatment of chronic atrophic gastritis

Methods: According to the method of Meta analysis, search the China CNKI database, Wanfang database and other major databases, search the randomized controlled trials for traditional Chinese medicine for the treatment of chronic atrophic gastritis. The time is limited in 1997-2016. According to the established screening criteria to determine the included literature, and give the final inclusion literatures evaluations, and extract from the literatures on chronic atrophic gastritis in the clinical efficacy, the overall symptoms and signs of the efficacy and endoscopic mucosal improvement and other treatment data, to convert the data and do Meta-analysis by using the software of ReviewManager5.3.

Results: This paper contains a total of 13 studies, 2270 cases of chronic atrophic gastritis patients, the treatment group shows a better clinical comprehensive efficacy [RR=1.22, 95%CI (1.17, 1.27), P<0.00001], the improvement of overall symptoms and signs are obviously [RR=1.68, 95%CI [1.52, 1.86], P<0.00001], improves the performance of endoscopy [RR=1.67, 95%CI [1.40, 1.99], P<0.00001] and pathological outcome [RR=1.46, 95%CI [1.29, 1.65], P<0.00001]. But for Helicobacte

r pylori infection,two groups both have no statistical difference in the efficacy of eradication of Helicobacter pylori.For the observation of adverse reactions,only 2 references are mention it in this paper,and only have text descriptions,and both them give all patients examinations of liver function, kidney function,blood routine and urine routine after treatment for 3 months,the results have no obvious change,it indicate there is no significant difference between the two groups.

Conclusion:

- 1.For the treatment of chronic atrophic gastritis,in improving symptoms and signs, endoscopy and pathology,traditional Chinese medicine combined with western medicine is better than simple western medicine.
- 2.Traditional Chinese and western medicine combined with western medicine alone in helicobacter pylori eradication effect has no significant difference.
- 3.The quality of traditional Chinese medicine clinical research is yet to be improved.

Keywords: Traditional Chinese medicine traditional Chinese and western medicine Chronic atrophic gastritis Meta-Analysis

中药治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的 Meta 分析

研究生姓名：林依娜

指导教师：姜春萌

专业名称：中西医结合临床

前言

慢性萎缩性胃炎（Chronic Atrophic Gastritis, CAG）是以胃黏膜上皮和腺体萎缩，黏膜变薄，伴或不伴有肠上皮化生、不典型增生为特征的慢性胃病，可归属于中医的“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”等。临床多数患者以上腹部不适、疼痛、嘈杂、纳少等表现为主，缺乏症状、体征特异性。有研究显示本病的发病率与年龄成正相关，年龄越大，发病率越高^[1]。

本病的发生与多种因素有关，多数学者认为与幽门螺杆菌（*Helicobacter Pylori*, Hp）感染关系最为密切，临床上发现 Hp 感染的 CAG 患者，其病情常缠绵难愈。此外本病的发生还与饮食药物刺激、免疫因素、胆汁反流、年龄及基因等相关。目前西医对本病的治疗主要为 Hp 感染者予以根除，可予阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑、枸橼酸铋钾、兰索拉唑等联合治疗，抗生素可根据药敏试验予以调整；反酸者予以抑酸；有胃胀、暖气等症状者，可予莫沙必利、多潘立酮等改善胃动力药物；并增强胃黏膜防御功能、抑制胆汁反流等；临床上亦常用维酶素、叶酸等治疗。但上述治疗对于大部分 CAG 患者不能完全逆转其黏膜萎缩程度、肠化生及异型增生等。大量临床研究表明，中医药治疗本病不仅能改善患者症状、且毒副作用小，可使部分病理表现减轻甚至逆转消失。临床中多数医家认为本病病因与湿、瘀、浊毒等有关，但本虚标实，多见气虚、阴虚、阳虚，故治疗上常在祛湿和胃、活血化瘀、化浊解毒的基础上加以健脾益气、酸甘凉润养阴、温中健脾等方法，临床上常用方剂有四君子汤合失笑散加减、黄芪建中汤加减、一贯煎合芍药甘草汤加减、二陈汤和苓桂术甘汤加减、香砂六君子汤加减、平胃散加减、养阴益胃汤加减等，均取得较好的临床疗效。但由于多数此方面的临床研究样本量均较小，不具有可靠性及推广性，因此本研究收集有关中药治疗 CAG 的临床随机对照试验研究，并对中药治疗本病的临床总体疗效等进行系统分析，为 CAG 的临床治疗提供一定的参考依据。

研究方法

2.1 研究思路

(1) 提出问题：慢性萎缩性胃炎是消化系统的常见病及疑难病，西医学对此病的疗效很不理想，而中医药在胃病的长期治疗实践中积累了大量的实用药剂，故可从此方面寻找对此病治疗上有参考价值的中药、方剂及方法等，故本课题就中药治疗 CAG 的临床治疗效果提出问题。

(2) 背景及目的：在广泛地查阅了慢性萎缩性胃炎的中医药治疗相关文献后，发现中医药治疗本病有较好的效果，故通过本课题的研究，旨在为临床选择有效治疗慢性萎缩性胃炎的方法提供参考。

(3) 制定纳入、排除标准及文献收集方法。

(4) 确定纳入的文献并评价文献质量。

(5) 提取数据并运用分析软件进行分析。

(6) 使用数据结果得出结论并进行解释。

2.2 纳入标准

(1) 研究类型：必须为随机对照试验（Randomized Controlled Trial, RCT），无论是否使用盲法，语种包括中文及英文。

(2) 研究对象：纳入对象均确诊为慢性萎缩性胃炎，诊断标准符合 2000 年《全国慢性胃炎研讨会共识意见》。

(3) 干预措施：对照组采用常规西药治疗，研究组除采用常规西药治疗外，联合使用中药治疗。

(4) 结局指标：至少含有以下指标两项以上：临床综合疗效、胃镜改善情况、病理改善情况、症状体征改善情况、HP 根除情况；

2.3 排除标准

(1) 重复发表文献以及会议摘要；

(2) 报道动物实验和体外细胞学实验的文献；

(3) 单纯描述性研究，无对照组；

(4) 研究组除接受中药治疗外，还接受针灸、推拿、理疗等中医物理疗法；

(5) 单一证型；

(6) 临床疗效总有效率或总显效率中未包含胃镜及病理指标；

(7) 病例数少于 20 例。

2.4 资料收集

(1) 检索数据库：具体检索数据库来源见表 1。

(2) 检索词：中文为“慢性萎缩性胃炎”、“中西医结合治疗”、“中西医”、“中西药结合”、“中西药物联用”、“中西结合”、“中西药疗法”、“随机对照研究”；英文为“Gastritis, Atrophic”、“Traditional Chinese Medicine, Chinese Herbal”、“randomized controlled trial”等。

(3) 检索时间：限定为 1997-2016 年。

具体情况见表 1。

表 1 检索策略

数据库	检索方式	初检结果
知网	主题=慢性萎缩性胃炎 and 主题=中西医结合治疗 or 主题=中西医 or 主题=中西药结合 or 主题=中西药物联用 or 主题=中西药疗法 or 主题=中西结合 and 主题=随机 not 主题=分析 and 发表时间 between (1997-09-01, 2016-09-01) (精确匹配)	110
万方	主题：（慢性萎缩性胃炎）and 主题：（中西医结合治疗+ 中西医+中西结合+中西药疗法+中西药物联用+中西药结合）and 主题（随机）not 主题：（分析）*Date:1997-2016	129
维普	题名或关键词=慢性萎缩性胃炎 并且 题名或关键词=中西医结合治疗 或者 题名或关键词=中西医 或者 题名或关键词=中西结合 或者 题名或关键词=中西药疗法 或者 题名或关键词=中西药物联用 或者 题名或关键词=中西药结合 并且 文摘=随机 非 题名或关键词=分析 并且 年份=1997-2016	124
CBM	(((慢性萎缩性胃炎) and (随机对照试验[文献类型]) and (人类[特征词])) and ((中西医结合治疗 or 中西药结合 or 中西药物联用 or 中西药疗法 or 中西结合 or 中西医 or) and (随机对照试验[文献类型])) and (人	258

	类[特征词]) and 1997-2016[日期]	
PubMed	Search ((((((("Gastritis, Atrophic"[Mesh]) OR (((Atrophic Gastritides[Title/Abstract]) OR Atrophic Gastritis[Title/Abstract]) OR Gastritides, Atrophic[Title/Abstract]))) AND ((("Drugs, Chinese Herbal"[Mesh]) OR ((((((Chinese Drugs, Plant[Title/Abstract]) OR Chinese Herbal Drugs[Title/Abstract]) OR Herbal Drugs, Chinese[Title/Abstract]) OR Plant Extracts, Chinese[Title/Abstract]) OR Chinese Plant Extracts[Title/Abstract]) OR Extracts, Chinese Plant[Title/Abstract]))) AND ((randomized controlled trial[Publication Type] OR randomized[Title/Abstract] OR placebo[Title/Abstract]))) NOT "Meta-Analysis" [Publication Type]	9

2.5 文献纳入

(1) 查重：剔除重复的文献。

(2) 初筛：首先进行查阅第一步中排除重复后的文献，仔细阅读其中的题目及摘要，之后剔除与纳入标准不符合的文献。

(3) 再次筛选：将初筛后的文献进行全文阅览，筛选出符合纳入标准的文献资料，按剔除标准进一步剔除不合标准的文献，最终确定纳入的文献资料。

2.6. 质量评价

本课题对所纳入的文献进行质量的评价时采用 Jadad 量表, 质量评分总分为 7 分, 0-3 分的文献为低质量, 4-7 分为高质量文献。具体内容为 1) 随机序列的产生: 1. 恰当 2 分 2. 不清楚 1 分 3. 不恰当 0 分。2) 随机化隐藏: 1. 恰当 2 分 2. 不清楚 1 分 3. 不恰当 0 分 4. 未使用 0 分。3) 盲法: 1. 恰当 2 分 2. 不清楚 1 分 3. 不恰当 0 分。4) 退出与失访: 1. 有 1 分 2. 无 0 分。

2.7. 资料提取

- (1) 文献基本情况：题目、作者、期刊、时间等；
- (2) 文献特征：病例来源、病例数、病程等，疾病的诊断、纳入及排除标准等；
- (3) 文献数据：干预措施、结局指标等。

2.8. 数据分析

2.8.1 数据处理

首先对其进行异质性检验 ($P=0.05$)，以防止因研究之间的异质性导致结果合并的差异，并用 I^2 值估计异质性的程度。 I^2 值为异质性定量分析，样本量较小时较卡方检验敏感， I^2 值 $>50\%$ 时则表明存在异质性^[2]。当所纳入的研究存在明显的异质性时，尽可能找出异质性来源及原因，并对纳入研究进行亚组分析。具有同质性的文献且无明显统计学异质性时采用固定效应模型进行数据分析，反之则使用随机效应模型进行数据分析。此外，制作漏斗图，分析是否存在发表偏倚。

研究中分类变量资料采用危险比 (risk ratio, RR) 进行分析；各效应量均采用 95% 可信区间 (Confidence Interval, CI) 表示。

本研究采用 Review Manager 5 软件对提取的数据进行处理。

2.8.2 敏感性分析

对本研究进行敏感性分析，先进行一次统计分析，然后找出其中质量相对较低的予以排除，之后再使用相同的方法进行分析，比较两次结果，如果两次分析的结果统计学意义相同，则提示原结果较稳定，结论可靠性较高，反之，则原结果不稳定，结论可靠性较低。

研究结果

3.1 文献检索筛选结果

(1) 共检索出 630 篇与本课题相关的文献，包括中文 621 篇，英文 9 篇。剔除重复的文献 296 篇。通过阅读文献题目及摘要后，排除不符合纳入标准文献 183 篇，剔除动物实验文献 4 篇，综述者 5 篇，非随机研究方法者 3 篇，会议摘要 6 篇，病例数少于 20 例者 1 篇，初筛出可能被纳入的 132 篇。逐一阅读全文，剔除不符合纳入标准与符合排除标准者 119 篇；英文文献通过浏览题目及摘要后，均未符合纳入要求，故最后经筛选后纳入文献共 13 篇。本研究未查未发表的、灰色文献以及正在进行的有关的研究文献。

(2) 最终共纳入 13 篇。

筛选过程具体见图 1:

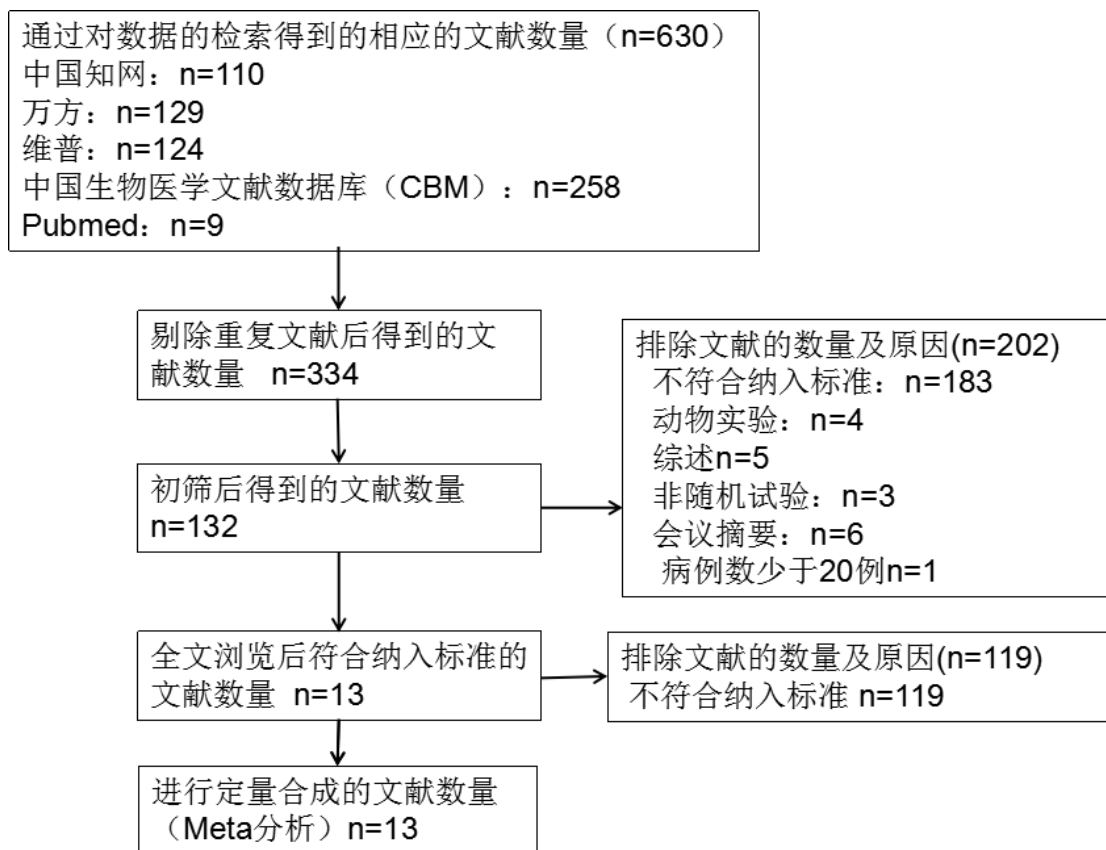


图 1 文献筛选流程图

3.2 纳入文献一般情况

(1) 文献类型：本次纳入的 13^[3-15] 个文献，全部来自于期刊论文；

(2) 文献题目及作者：详见表 2。

表 2 作者及题目

序 号	作者	题目
1	张莹	中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 268 例临床观察
2	丁美萍	益气活血法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察
3	李仲禧	中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 96 例临床观察
4	李玉娟	用中西医结合疗法治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察
5	李慧	中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察
6	项淑英	中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎临床观察
7	杨志富	中西医结合与单纯西医药物治疗慢性萎缩性胃炎的对比研究
8	尹广恒	中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 45 例疗效观察
9	泰宝馨	胃舒泰胶囊配合西药治疗慢性萎缩性胃炎 62 例
10	张洪钦	中药方剂配合西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果分析
11	颜丽 2015	摩罗丹对慢性萎缩性胃炎患者表皮生长因子的影响以及临床疗效分析
12	周慧芬 2011	清热化湿化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察
13	张朝晖 2014	中西医结合治疗萎缩性胃炎临床研究

(3) 文献年度构成：本次最终纳入的 13 篇文献的具体发表年度频数及构成比见表 3。

表 3、文献年度频数及构成比 (n, %)

年度	频数	构成比 (%)
2007	1	7.7%
2008	1	7.7%
2010	1	7.7%
2011	2	15.4%
2013	3	23.1%
2014	1	7.7%
2015	3	23.1%
2016	1	7.7%

(4) 文献来源：本次纳入研究的 13 个文献来源于 13 个期刊，包括中国中西医结合消化杂志、实用中西医结合临床、国医论坛、新中医、辽宁中医杂志等，具体情况见表 4。

表 4 纳入期刊文献所载期刊频数及构成 (n, %)

文献来源	频数	构成比	文献来源	频数	构成比
《当代医学》	1	7.7	《医药论坛杂志》	1	7.7
《内蒙古中医药》	1	7.7	《国医论坛》	1	7.7
《新中医》	1	7.7	《海峡药学》	1	7.7
《求医问药》	1	7.7	《中国中西医结合消化杂志》	1	7.7
《陕西中医》	1	7.7	《浙江中医药大学学报》	1	7.7
《中医药导报》	1	7.7	《辽宁中医杂志》	1	7.7
《实用中西医结合临床》	1	7.7			

(5) 参考文献：本次纳入研究的文献均注明了参考文献。

3.3. 纳入病例一般情况

本次纳入的文献中，均分为两组，一组为对照组，采用西医药物治疗，一组为研究组，在同对照组治疗的基础上加用中药治疗，中药治疗为汤剂、丸剂、胶囊，其中使用汤剂者有根据临床症状进行加减用药。

3.3.1 诊断标准

本次纳入的 13 篇文献中，均有明确的诊断标准描述，其中 2^[9,10]篇对西医及中医的诊断标准分别描述，占 15.4%；11^[1-8,11-15]篇对诊断标准进行描述，但对西医或中医的诊断标准未明确说明，占 84.6%。纳入文献全部参照权威性较高的诊断标准，包括全国性学会专业委员会、卫生部等制定的标准，占 100%。各研究详细参考标准见表 5。

3.3.2 纳入、排除标准

具有明确、合理的纳入标准，并与研究目的密切相关的文献 3^[6,9,15]篇，占 23.1%；余未提及纳入标准；具有明确、合理的排除标准，对可能影响结论真实性的主要因素均予排除的文献 4^[3,6,8,9]篇，占 30.8%；有排除标准，但欠缺者 5^[4,5,13-15]篇，占 38.5%；具体情况详见表 5。文献中纳入、排除标准情况注释见图 2。

表 5、文献诊断标准、纳入标准、排除标准情况

作者 及年 份	诊断标准	中医诊断标准	纳入 标准	排除 标准
张莹 2011	现代消化病诊疗学	未提及	4	1
丁美 萍 2016	《中药新药临床研究指导原则》 (试行)	未提及	4	2
李仲 禧喜 2008	《临床疾病诊断依据治愈好转 标准》	未提及	4	2
李玉 娟	《慢性胃炎的中西医结合诊治 方案(草案)》(2004 年)	未提及	1	1

2013				
李慧	2000 年《全国慢性胃炎研讨会	未提及	4	4
2010	共识意见》			
项淑英	《中药新药临床研究指导原则》	未提及	4	1
2007				
杨志富	中华医学会消化病学分会.《全 国慢性胃炎研讨会共识意见》	《中药新药临床研究指导 原则》	1	1
2015				
尹广恒	《全国慢性胃炎研讨会共识意 见》	《中国慢性胃炎共识意 见》	4	4
2013				
泰宝馨	《全国慢性胃炎研讨会共识意 见》、《现代内科诊疗手册》	未提及	4	4
2013				
张洪钦	《中医内科学》、《西医内科学》	未提及	4	4
2015				
颜丽	中华医学会消化病学分会《中国 慢性胃炎共识意见》	未提及	4	2
2015				
周慧芬	《慢性胃炎的中西医结合诊治 方案(草案)》中国中西医结合 杂志	未提及	4	2
2011				
张朝晖	《慢性胃炎的内镜分型分级标 准及治疗的试行意见》、《中药 新药临床研究指导原则》	未提及	1	2
2014				

纳入标准：1.有明确、合理的纳入标准，并且与研究目的相关；2.有纳入标准，但与研究目的无关；3.无明确纳入标准；4.无
排除标准：1.有明确、合理的排除标准，对可能影响结论真实性的因素均予排除；2.有排除标准，但不完整；3.排除标准有误；4.无

图 2 文献中纳入、排除标准情况注释

3.3.3 研究方法质量

(1) 样本总数：200 例以上者 4^[3, 6, 7, 12]篇，占 30.8%；100-200 例者 6^[4, 5, 8, 11, 13, 15]篇，占 46.2%；50-100 例者 3^[9, 10, 14]篇，占 23.0%。

(2) 随机化：纳入的全部文献均描述为随机，但其中仅 3^[6, 9, 15]篇文献提及具体随机方法，占 23.0%，均为采用随机数字表法。

(3) 分配隐藏及盲法：本次纳入的所有文献均无描述分配隐藏及盲法。

(4) 撤出或退出：本次纳入的所有文献均无对撤出或退出的情况予以描述；

(5) 基线可比性：本次纳入的 13^[3-15]篇文献均具有基线可比性。

详细情况见表 6。

表 6、文献的方法质量及基线可比性

序号	作者及年份	样本总数	随机方法	分配隐匿	盲法	撤出或退出	基线可比性
1	张莹 2011	400	未提及	无	无	未描述	有
2	丁美萍 2016	122	未提及	无	无	未描述	有
3	李仲禧 2008	186	未提及	无	无	未描述	有
4	李玉娟 2013	200	数字表法	无	无	未描述	有
5	李慧 2010	240	未提及	无	无	未描述	有
6	项淑英 2007	130	未提及	无	无	未描述	有
7	杨志富 2015	98	数字表法	无	无	未描述	有
8	尹广恒	90	未提及	无	无	未描述	有

2013							
9	泰宝馨	124	未提及	无	无	未描述	有
2013							
10	张洪钦	360	未提及	无	无	未描述	有
2015							
11	颜丽 2015	160	未提及	无	无	未描述	有
12	周慧芬	60	未提及	无	无	未描述	有
2011							
13	张朝晖	100	数字表法	无	无	未描述	有
2014							

3.3.4 病例一般情况、组间均衡性分析

(1) 病例一般情况：本次纳入病例共 2270 例，其中研究组 1218 例，对照组 1052 例。有 12^[3-5, 7-15] 篇文献对病程进行描述，占 92.3%；4^[4, 9, 11, 13] 篇文献对胃镜及病理表现进行描述，占 30.8%，其中 2^[4, 13] 篇仅对胃镜表现进行描述；7^[4, 5, 7, 8, 10, 11, 14] 篇对腺体萎缩程度进行分度，占 53.8%；5^[3, 5, 7, 8, 11] 篇文献对 Hp 感染情况进行描述，占 38.5%；所有资料均对性别、年龄进行描述，具体情况见表 7。

(2) 组间均衡性分析：13^[3-15] 篇文献使用统计学方法对研究组及对照组进行基线情况统计，其中 2^[9, 13] 篇包括性别、年龄、病程，占 15.4%；1^[14] 篇包括性别、年龄、病情，占 7.7%；2^[3, 11] 篇包括性别、年龄、病程、病情，占 15.4%；1^[6] 篇包括性别、年龄、组织学表现，占 7.7%；1^[7] 篇包括性别、年龄、病程、病理、Hp 感染情况，占 7.7%；1^[8] 篇包括性别、年龄、病程、组织学特征，占 7.7%；5^[4, 5, 10, 12, 15] 篇仅提及统计学处理结果，未具体描述，占 38.5%；以上 13 篇文献中均提示结果无统计学差异。

表 7、病例一般情况

文献来源	病例来源	样本量		性别（男/女）		年龄（范围/均数）岁		病程（范围/均数）年		腺体萎缩程度 分度	Hp 感染情况研究/对照组（例）	胃镜及病理表现描述
		研究组	对照组	研究组	对照组	研究组	对照组	研究组	对照组			
张莹2011	住院及门诊	268	13	167	84/	24-76	23-79	2 个	1 个	未提及	205/96	未提及
			2	/10	58	/56.7	/55.4	月	月			
				1				-20/	-19/			
						6.8	6.3					
丁美萍2016	门诊	58	64	30/	29/	34-68	32-69	4 个	1 个	提及	未提及	提及胃镜表现
				28	35	/44.9	/43.6	月	月			
								-25/	-24/			
						7.02	6.27					
李仲禧喜2008	住院及门诊	96	90	46/	45/	18-64	19-62	6 个	1.5-	提及	71/58	未提及
				50	45	/43.2	/40.2	月	30/9			
						1	5	-31/	.26			
						10.2	0					
李	住院	100	10	61/	59/	42-71	39-70	未提及		未	未提	未提

玉娟	院及		0	39	41	/46±6	/45.7			提及	提及	提及
201	门诊											
3	诊											
李慧	住院	120	12	65/	50/	20-60	20-66	6个	1.17	提及	56/53	未提及
201	院及		0	55	70	/46.5	/45.8	月	-10.	提及		提及
0	门诊							-10/	42/3			
	诊							2.42	.67			
项淑英	未提及	80	50	44/	28/	37-67	38-68	3-6/	3-5.	提及	56/35	未提及
200				36	22	/46±1	/47±1	未提及	5/未	提及		提及
7						0.4	1.5	提及	提及			
杨志富	住院	49	49	仅提供总		总样本		总样本		未提及	未提及	提及
201	院			样本 51/47		31-70/52.37±		3-11/6.24±1		提及	提及	
5						11.26		.18		提及		
尹广恒	门诊	45	45	32/1	36/	28-65	27-63	8个	8.1	提及	未提及	未提及
201				3	9	/未提及	/未提及	月	个月	提及	提及	提及
3						及	及	-23/	-25/			
								未提及	未提及			
泰宝馨	住院	62	62	38/2	36/	22-68	24-69	2-14	1.5-	提及	49/47	提及
201	院及			4	26	/43.2	/44.3	/8.2	15/9	提及		
3	门诊					4±13.	2±14.	4±3.	.45±			
	诊					32	56	68	3.86			

张洪钦	住院及	180	180	仅提供总样本	22-73/49.3	总样本	5 个月	未提及	未提及	未提及
2015	门诊			262/98			-3.42/1.64			
颜丽	住院及	80	80	仅提供总样本 86/74	27-61/43.4±1	总样本	总样本 3-9/未提及	未提及	未提及	提及胃镜描述
2015	门诊				1.3					
周慧芬	住院及	30	30	仅提供总样本 32/28	18-70/43	总样本	总样本 7-40/27	提及	未提及	未提及
2011	门诊									
张朝晖	住院及	50	50	26/2 30/4	20	未提及	未提及	未提及	未提及	未提及
2014	门诊					46.2	46.1	13.	13.	
						2+1.6	0+1.5	22+2	45+2	
						2	8	.31	.36	

3.3.5 干预措施

本研究对照组采用常规西药治疗，研究组除采用常规西药治疗外，联合使用中药治疗。其中纳入研究中提及研究组及对照组不可同时接受其他治疗者 3^[3, 4, 7]篇，占 23.1%。3^[3, 4, 11]篇文献描述其他治疗，包括禁食生冷辛辣、油腻食物，禁烟酒等，占 23.1%；11^[3-8, 10, 12, 13-15]篇文献的中药使用汤剂，占 84.6%；纳入全部文献中提及具体中药组成者 12^[3-10, 12-15]篇，占 92.3%；2^[5, 13]篇提及辨证论治治疗，占 15.4%。西药中提及使用奥美拉唑、阿莫西林、克拉霉素者 5^[3, 4, 6, 10, 12]篇，占 38.5%；1^[9]篇描述了药物生产者，占 7.7%。所有文献均描述了治疗时间，研究组最短 4 周，最长 4 个月；对照组最短 14 天，最长 3 个月。具体情况见表 8、9。

表 8、研究组干预措施情况

序 号	作者 及年 份	辨证 论治	治法	药物	剂量用 法	疗程
1	张莹 2011	未提 及	未提及	安胃汤：党参 20g，黄芪 20g，白术 15g， 茯苓 20g，白芍 15g，炙甘草 10g，丹参 20g，麦冬 15g，当归 12g，木香 10g，元 胡 15g，柴胡 10g，砂仁 10g，莪术 10g， 三七粉 3g。西药同对照组。	1 剂/d， 水煎服， 早中晚 三次饭 前 30min 服用。	2 个 月一 疗 程， 共两 个疗 程
2	丁美 萍 2016	未提 及	未提及	基本方药：黄芪 20g，党参 15g，肉桂 10g， 吴茱萸 12g，白芍 10g，枳壳 9g，川芎 10g， 红花 12g，桃仁 10g，三棱 15g，莪术 15g， 丹参 12g，白花蛇舌草 15g，蒲公英 10g， 甘草 9g。泛酸者，加乌贼骨、煅瓦楞；胃 胀明显者加厚朴、大腹皮；脘腹疼痛明显 者加延胡索、徐长卿；多发溃疡者加白芷、 白及。西药同对照组。	水煎 400ml 分早晚 两次，于 饭前 30min 温服，每 日 1 剂。	3 个 月
3	李仲 禧 2008	未提 及	未提及	黄芪 15-20g，党参 15-20g，白术 10-15g， 云苓 10-15g，陈皮 10-15g，半夏 10-15g， 砂仁 10-15g，木香 5-10g，桂枝 10-15g， 白芍 10-15g，甘草 5-10g，大枣 5-10 枚。 西药同对照组。	每日 1 剂，共服 60 剂。	60 天
4	李玉 娟 2013	未提 及	未提及	安胃健脾汤：党参、黄芪、白术、茯苓、 丹参、木香、麦冬、当归、炙甘草、干姜、 元胡、柴胡、砂仁、三七粉等。西药同对 照组。	水煎取 汁，每日 1 剂	8 周

- | | | | | | | |
|---|-------------|-----|-------------------|--|---|--|
| 5 | 李慧
2010 | 提及 | 舒肝理
气、健
脾和胃 | 丹参饮加减：丹参 20g、茜草 10g、白檀香 15g、柴胡 10g、香附 15g、枳实 15g、党参 20g、茯苓 30g、白术 10g、甘草 10g、白芍 20g、佛手 12g、玫瑰花 10g、厚朴花 20g，兼肝瘀气滞者加四逆散；兼脾湿胃热者加石斛、竹茹、苍术等；兼痰浊中阻者加陈皮、姜半夏、茯苓；湿热偏里者加良姜、黄连、苍术；偏气滞者加柴胡、蒲黄、五灵脂；胃气上逆者加代赭石、旋覆花；剧烈疼痛加荔枝核、延胡索、赤芍，恶心加砂仁，挟食滞加焦三仙等。西药同对照组。 | 每日 1
剂水煎
早晚分
服。 | 4 周 |
| 6 | 项淑英
2007 | 未提及 | 未提及 | 复方五参汤：党参 15g、沙参 12g、玄参 10g、丹参 10g、苦参 10g、麦冬 15g、黄精 10g、川芎 10g、黄连 10g、黄芪 12g、石斛 15g、旋复花 10g。西药同对照组。 | 水煎服，
每日 1
剂 | 3 个
月 |
| 7 | 杨志富
2015 | 未提及 | 益气养
阴化瘀 | 中药：黄芪 14g，白芍 10g，白术 15 g，条参 15g，沙参 12g，郁金 10g，太子参 10g，茯苓 15g，生地 14g，玉竹 12g，赤芍 15g，莪术 15g，丹参 15g，炒白术 10g，薏苡仁 25g，白花蛇舌草 15g，白芍 11g。西药同对照组。 | 水煎熬
取
400ml，
每次
200ml，
早晚各
1 次。 | 14d
为 1
个疗
程，
服用
2 个
疗
程。 |
| 8 | 尹广恒
2013 | 未提及 | 未提及 | 自拟健脾化瘀汤治疗。药物组成：黄芪 20g，党参 10g，白术 10g，茯苓 10g，莪术 10g，丹参 20g，白芍 15g，丹皮 12g，木香 12g，白及 12g，山药 10g，延胡 10g， | 1 剂/d，
水煎服。 | 3 个
月 |

甘草 6g。加减：偏肝郁者加柴胡 10g，
佛手 10g；偏湿热者加黄连 3g，厚朴 6g；
偏虚寒者加肉桂 10g，干姜 10g；偏阴虚
者加麦冬 10g，百合 10g；幽门螺杆菌阳
性加蒲公英 20g。西药同对照组。

9	泰宝	未提	未提及	舒泰胶囊，由白花蛇舌草、干姜、黄柏等	5 粒/	连服
	馨	及		药组成。	次，3 次	3 个
	2013			西药同对照组。	/d，温开	月为
					水送服。	一疗
						程。
1	张洪	未提	未提及	中药方剂：莪术、党参、桂枝、王不留行、	1 日 1	连服
0	钦	及		徐长卿、当归、白芍、丹参、川芎等。	剂，水煎	2 个
	2015			西药同对照组。	空腹服	月为
					用，1 日	1 个
					3 次。	疗
						程。
1	颜丽	未提	未提及	摩罗丹。西药同对照组。	每次 8	3 个
1	2015	及			丸，3 次	月
					/d。	
1	周慧	未提	清热化	方药组成为苍白术各 10g、当归 10g、党	1 剂/d，	3 个
2	芬	及	湿活瘀	参 15g、川朴 10g、陈皮 6g、生甘草 6g、	水煎分	月。
	2011			生苡仁 30g、佩兰叶 12g、姜半夏 10g、	两次口	
				茯苓 12 g、莱菔子 15g、砂仁 6g(后下)。	服。	
				西药同对照组。		

1	张朝	提及	未提及	黄芪、党参、白术、法半夏、陈皮、砂仁、	150mL/	4 周
3	晖			茯苓、木香、大枣等。加减：肝胃不和： 每次， 2		
	2014			吴茱萸；脾胃湿热：苍术、厚朴、紫苏梗、 次/d		
				薏苡仁、麦芽、山楂等；胃络瘀血：红花、		
				檀香、当归、香附、莪术、延胡索等；脾		
				胃虚弱：麦芽、神曲、当归、山楂。 西		
				药同对照组。		

表 9、纳入文献对照组干预措施情况

纳入研究	药物及剂量用法	疗程
张莹 2011	奥美拉唑 20mg，晨服，阿莫西林 1.0g，2 次/d，克拉霉素 0.5g, 2 次/d，维酶素片 1.0g，3 次/d，叶酸 50mg，2 次/d，胶体枸橼酸铋钾 110mg，3 次/d，口服。	2 个月 一疗程
丁美萍 2016	克拉霉素片 500mg，bid，奥美拉唑肠溶片 20mg bid，阿莫西林分散片 1000mg bid。	半个月
李仲禧 2008	胶体次枸橼酸铋 60mg，4 次/d；羟苄青霉素胶囊，0.3g，4 次/d；呋喃唑酮，50mg，3 次/d；维生素 C，0.2g，3 次/d。	2 个月 为一疗程
李玉娟 2013	阿莫西林：3 次/d，500mg /次。克拉霉素：3 次/d，250mg /次。奥美拉唑：1 次/d，40mg /次	服用 8 周。
李慧 2010	甲硝唑 400mg，每日 2 次，饭后服，连服 2 周。阿莫西林 1000mg，每日 2 次，饭后服，连服 2 周。奥美拉唑 20mg，每日 2 次，饭前服，连服 2 周后减至 20mg，每日 1 次，继续服 2 周。硫糖铝 1g，每日 4 次，饭前服，连服 4 周。	4 周

项淑英	硫糖铝片 1.0g/次, 3 次/d, 口服; 莫沙比利 5mg/次, 3 次	3 个月。
2007	/d, 口服; 叶酸 5mg/次, 1 次/d, 口服。	
杨志富	瑞巴派特片(膜固思达)(浙江大冢制药有限公司, 国药准	7d 为 1
2015	字: H20020541, 生产批号: 140708R), 100 mg(1 片/次), 3 个疗	
	次/d, 早、晚及睡前口服; 替普瑞酮胶囊 (施维舒)(卫材(中	程, 服
	国)药业 有限公司, 国药准字: H20093656, 生产批号:	用 2 个
	140547A), 成人 3 粒/d(以替普瑞酮计 150mg), 3 次/d, 饭	疗程。
	后口服, 两种药物合用。	
尹广恒	奥美拉唑 20mg、2 次/d, 多潘立酮 10mg, 3 次/d, 阿莫西林	共 3 个
2013	0.5g、2 次/d, 克拉霉素 0.5g、2 次/d, 均餐前服用, 连服	疗程
	14d, 后继服奥	(90d)
	美拉唑 16d。	
泰宝馨	① 戒烟戒酒。② 奥美拉唑胶囊 20mg, 晨服; 叶酸 50mg, 2	3 个月
2013	次/d。 ③ 伴幽门螺杆菌阳性者加服阿莫西林 500mg, 甲硝	
	唑 400mg; 2 次/d。	
张洪钦	Hp 阴性: 奥美拉唑胶囊 20mg, 叶酸 50mg, 2 次/d; Hp 阳性:	2 个月
2015	予加服克拉霉素 0.5g, 阿莫西林 1g, 2 次/d。	
颜丽	2015 维酶素、维生素 B12、等常规治疗。	3 个月
周慧芬	口服叶酸片 5mg/次, 3 次/d; 维生素 E 胶囊 100mg/次, 3 次	3 个月
2011	/d。	
张朝晖	胃蛋白酶合剂口服, 20-30mL, 3 次/d; 维酶素片口服,	3 个月
2014	0.8-1.0g, 3 次/d; Hp 阳性: 予克拉霉素 500mg、阿莫西林	
	1000mg、埃索美拉唑 20mg, 2 次/d, 7 天为 1 疗程。	

3.3.6 结局指标

(1) 疗效指标: 本次纳入的文献中 10^[3-10, 13, 15] 篇对临床综合疗效结果进行描述, 占 76.9%; 6^[4, 8, 9, 11, 12, 14] 篇文献对症状体征改善结果予以描述, 占 46.2%; 对胃

镜结果予以描述者 3^[6, 11, 13]篇, 占 23.1%; 4^[3, 6, 8, 14]篇对胃黏膜病理结局予以描述, 占 30.8%; 3^[5, 8, 15]篇文献对 Hp 根除结果予以描述, 占 23.1%; 4^[7, 10, 12, 15]篇对胃镜及病理综合疗效予以描述, 占 30.8%; 1^[9]篇文献对炎性因子 (IL-6、TNF- α) 结局予以描述, 占 7.7%; 1^[13]篇文献对表皮生长因子 (EGF) 及其受体 (EGFR) 治疗结果予以描述, 占 7.7%; 1^[14]篇文献对血流变学结果予以描述, 占 7.7%; 具体情况见表 10。

(2) 随访脱落、不良反应: 纳入文献中仅 2^[11, 12]篇对不良反应进行描述, 描述包括无明显不良反应, 并在 3 个疗程结束后予以肝肾功、血尿常规检查, 未见明显异常; 本次所纳入的文献中均无随访脱落、退出描述。详见表 10。

(3) 统计学方法: 本次纳入的文献中提及使用统计学处理者 8^[3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 15]篇, 并均提及使用的具体统计方法, 占 61.5%, 主要包括 X^2 检验、t 检验及 Ridit 分析等; 5^[5, 8, 10, 11, 14]篇仅对结论进行描述, 占 38.5%。

表 10、结局描述

纳入研究	胃镜表现	病理情况	Hp	症状体征	随访脱落、不良反应
张莹 2011	文字描述	采用程度 分级	未提及	文字描述	未描述
丁美萍 2016	文字描述	文字描述	未提及	采用程度 分级	未描述
李仲禧 2008	文字描述	文字描述	采用定 性指标	文字描述	未描述
李玉娟 2013	采用程度分级	采用程度 分级	未提及	文字描述	未描述
李慧 2010	采用程度分级	采用程度 分级	未提及	文字描述	未描述
项淑英 2007	文字描述	采用定性 指标	采用定 性指标	采用定性 指标	未描述

杨志富 2015	文字描述	文字描述	未提及	采用定性 指标	未描述
尹广恒 2013	采用程度分级	采用程度 分级	未提及	文字描述	未描述
泰宝馨 2013	采用程度分级	文字描述	未提及	采用程度 分级	只描述不良 反应
张洪钦 2015	采用程度分级	采用程度 分级	未提及	采用程度 分级	只描述不良反 应
颜丽 2015	采用程度分度	文字描述	未提及	文字描述	未描述
周慧芬 2011	文字描述	采用程度 分级	未提及	采用程度 分级	未描述
张朝晖 2014	采用程度分度	采用程度 分度	采用定 性指标	文字描述	未描述

3.4. 数据分析

3.4.1 临床综合疗效

本次纳入的文献中对治疗后的临床综合疗效（包括症状、体征、胃镜、病理表现）予以描述者 10^[3-10, 13, 15] 篇，其中 1^[3] 篇参照《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准试行方案》，结果包括临床治愈、显效、有效、无效，占 10%；4^[4, 6, 8, 13] 篇参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》，提及临床痊愈、显效、有效及无效，占 40%；1^[5] 篇参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》，提及显效、有效及无效，占 10%；2^[7, 15] 篇参照《中医病证诊断疗效标准》，提及显效、有效及无效，占 20%；1^[9] 篇参照《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》及胃镜诊断标准进行疗效评价，提及显效、有效及无效，占 10%；1^[10] 篇未提及具体疗效标准参考文献，占 10%；

将其中临床痊愈、治愈、显效及有效病例归为“有效组”，余为“无效组”，把本次分析结果转化为二分类变量进行合并分析。共纳入病例总数为 1726 例，其中研究组 946 例，对照组 780 例，异质性检验示 $P > 0.05$ ， $(P=0.63, I^2=0\%)$ ，结果示异质性不具有统计学意义，故采用固定效应模型进行分析。结果为：RR=1.22，95%CI (1.17, 1.27)， $P < 0.00001$ ，提示两组之间差异具有统计学意义，说明对

于 CAG 的临床综合疗效，中药治疗优于西药治疗。详情见图 3。

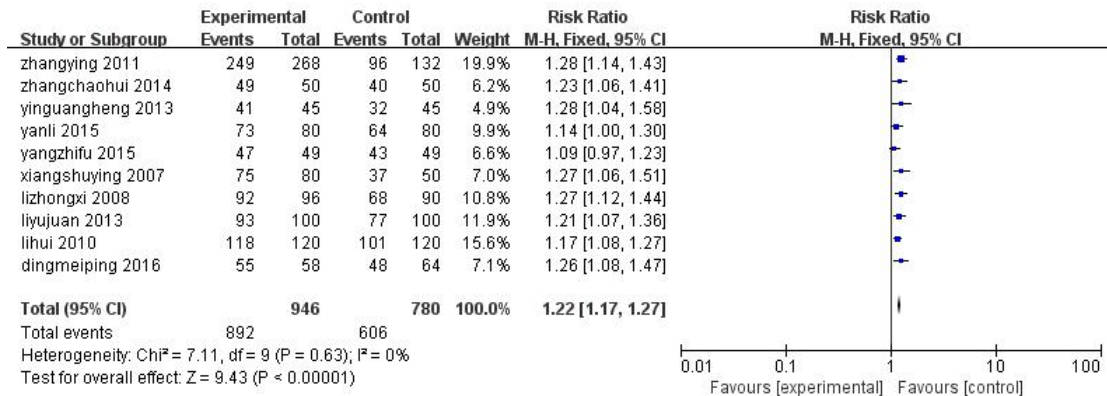


图 3 两组临床综合疗效分析图

此外，漏斗图显示不完全对称，说明有发表偏倚的可能，见图 4。

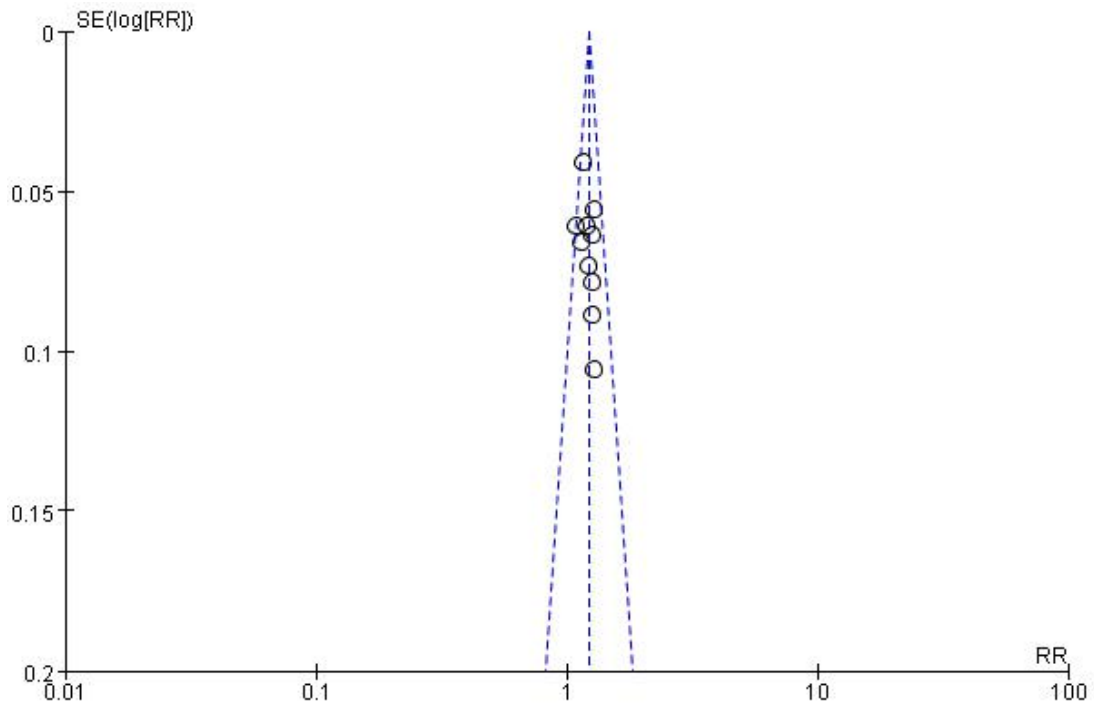


图 4 临床综合疗效漏斗图

3.4.2 症状及体征综合疗效

纳入的全部文献中，均描述了治疗前后症状及体征的结局情况。有 6^[4, 8, 9, 11, 12, 14]篇文献详细描述了症状体征改善结果的具体对比情况，其中的 2^[8, 9]篇文献描述了

具体症状体征改善情况，包括上腹饱胀或疼痛、反酸、纳差、消瘦乏力、恶心呕吐、舌苔黯红及脉象细弱等，但未具体描述每个患者具有的症状体征，可能有一个患者具有多个症状体征的情况，无法估算具体有效及无效的数量，故不纳入此次分析。其余 4^[4, 11, 12, 14]篇对症状体征总体情况进行表述，将“临床痊愈、显效、有效”归为“有效组”，余归为“无效组”，将其转变为二分类变量，之后进行分析。共纳入病例总数 666 例，研究组 330 例，对照组 336 例，异质性分析显示： $P>0.05$ ，($P=0.15$ ， $I^2=44\%$)，差异无统计学意义，采用固定模型进行分析后结果为： $[RR=1.68, 95\%CI[1.52, 1.86]]$ ， $P<0.00001$ ，显示两组差异具有统计学意义，提示研究组对于患者总体症状体征的改善疗效优于对照组。见分析图 5。

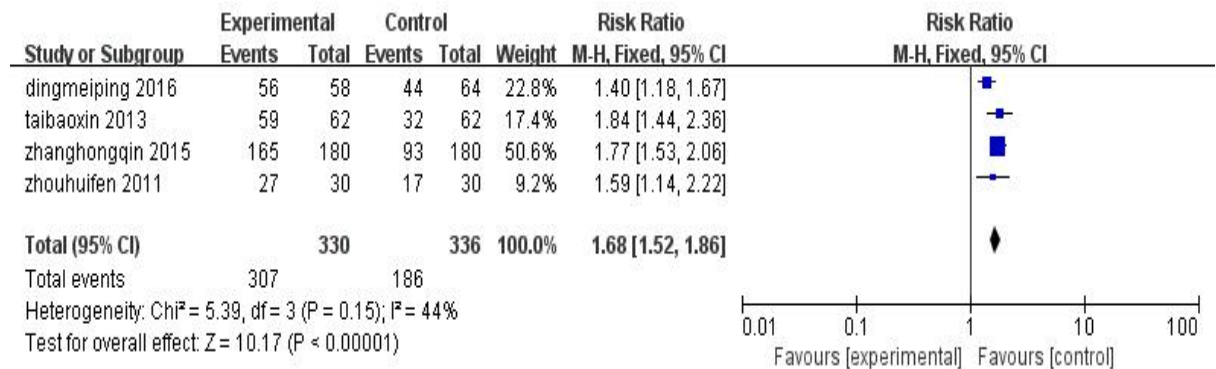


图 5 研究组与对照组症状及体征综合疗效森林图

3.4.3 胃镜表现

纳入的文献中有 3^[6, 11, 13]篇对胃镜下黏膜改善情况单独进行描述，其中 2^[6, 11]篇均采用“显效、有效、无效”的程度分级进行胃黏膜改善情况描述，1^[13]篇描述为“正常，轻度，中度，重度”，并提及具体病例数，将结果中的“正常、显效、有效”归为“有效组”，余归为“无效组”，转换为二分类变量后进行合并分析。共纳入病例总数 484 例，研究组 242 例，对照组 242 例，异质性分析示： $P>0.05$ ，($P=0.77$ ， $I^2=0\%$)，提示差异不具有统计学意义，采用固定效应模型进行分析，结果为： $[RR=1.67, 95\%CI[1.40, 1.99]]$ ， $P<0.00001$ ，研究组与对照组的胃镜改善情况差异有统计学意义，提示中药治疗慢性萎缩性胃炎对胃镜疗效优于西药治疗。见分析图 6。

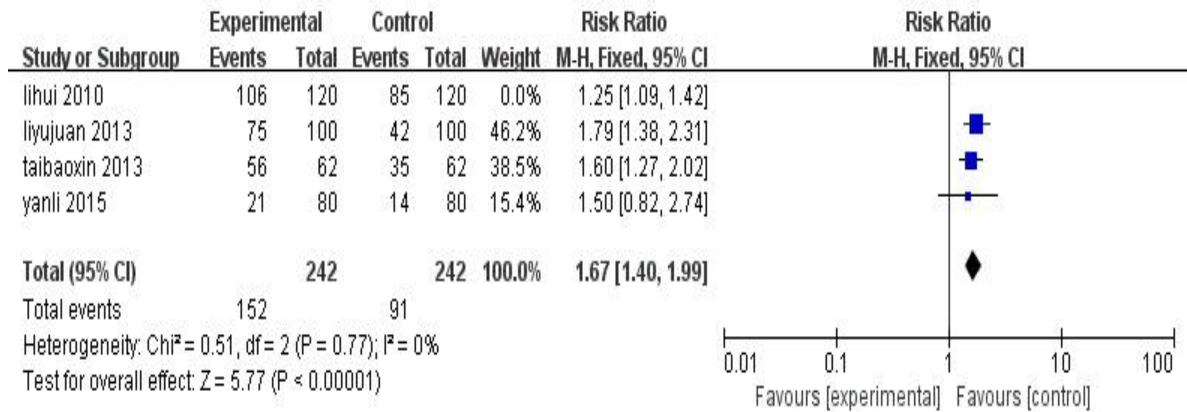


图 6 治疗组与对照组内镜改善疗效结局森林图

3.4.4 病理疗效

纳入的文献中有 4^[3, 6, 8, 14]篇对病理改善情况进行单独描述, 其中 1^[8]篇对具体病理表现(包括腺体萎缩、肠上皮化生、不典型增生)的治疗结果进行分别描述, 可将治疗后“正常”病例数算出, 归为“有效组”, 余归为“无效组”; 3^[3, 6, 14]篇采用“临床治愈、显效、有效、无效”的程度分级进行病理改善情况描述, 并提及具体病例数, 但未提供病例的具体病理改善情况, 将其中的“临床治愈、显效、有效”归为“有效组”, 余均归于“无效组”, 将其转变为二分类变量后进行分析。共纳入病例总数 740 例, 研究组 478 例, 对照组 262 例, 异质性分析提示 $P > 0.05$, ($P = 0.62$, $I^2 = 0\%$), 提示异质性不具有统计学意义, 使用固定效应模型进行分析, 结果为: $[RR = 1.46, 95\%CI [1.29, 1.65], P < 0.00001]$, 提示研究组与对照组间的病理改善疗效具有统计学意义, 提示对于慢性萎缩性胃炎的病理疗效, 研究组优于对照组。见分析图 7。

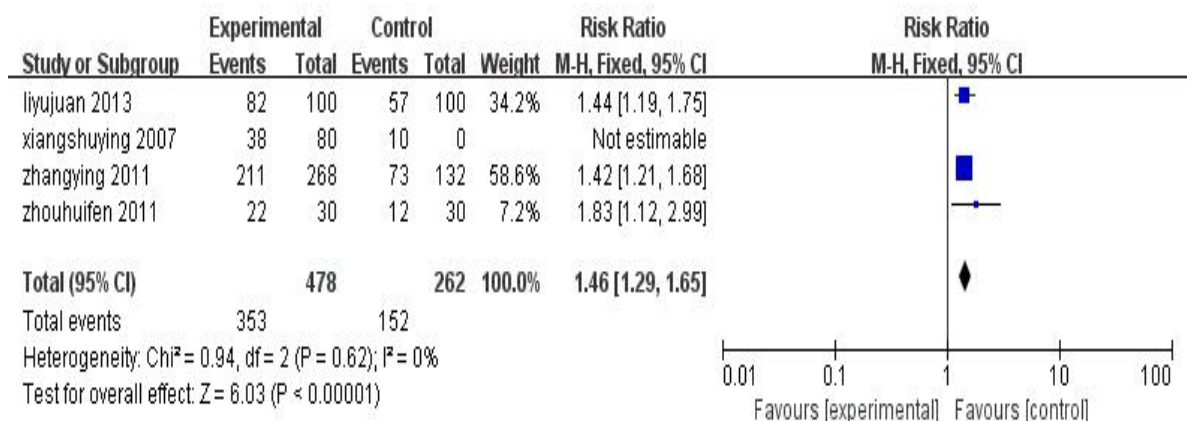


图 7 研究组与对照组病理改善疗效结局森林图

3.4.5 幽门螺杆菌根除疗效

本次纳入的文献中有 3^[5,8,15]篇对治疗前后幽门螺杆菌感染的情况及其治疗结果进行描述,现将其结果进行数据合并。共纳入幽门螺杆菌感染阳性病例总数 312 例,研究组 174 例,对照组 138 例,异质性分析示有统计学意义: $P<0.05$ ($P<0.0001$, $I^2=91\%$),使用随机效应模型进行分析后为: $[RR=1.40, 95\%CI (0.88, 2.23), P=0.15]$,提示两组幽门螺旋杆菌根治疗效差异无统计学意义,即中药治疗慢性萎缩性胃炎对幽门螺杆菌根治疗效并不优于西药治疗。见图 8。

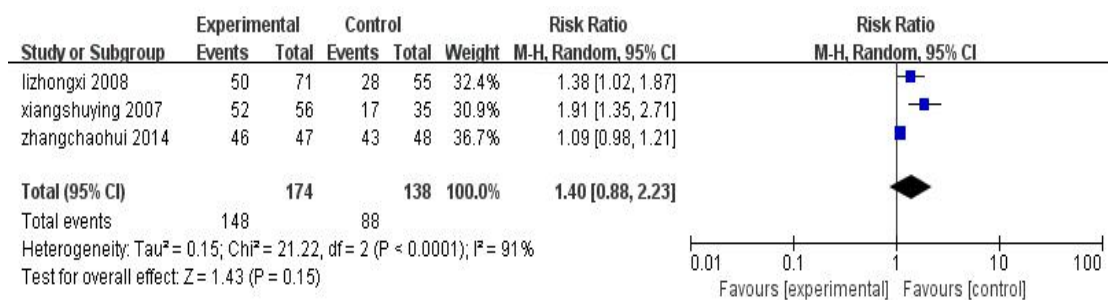


图 8 研究组与对照组幽门螺杆菌根除疗效结局森林图

3.4.6 不良反应分析

本研究所纳入的文献中仅有 2^[11,12]篇提及不良反应,描述为“无明显不适及药物不良反应”,并于治疗 3 个月后予以肝肾功及血尿常规检查,结果示未见明显变化,提示两组无明显差异。

3.5 敏感性分析

本次研究所纳入的文献经 Jadad 质量评分均低于 3 分,具体情况见表 11,故不予排除低质量文献。在进行幽门螺杆菌根治疗效分析时,结果提示 $P<0.05$ ($P<0.0001$, $I^2=91\%$),即存在明显异质性,可能是由于其中 1^[8]篇文献未使用有抗 HP 疗效的药物,如阿莫西林、克拉霉素、呋喃唑酮等,故在剔除此篇文献后对其余 2 篇进行分析。纳入 Hp 阳性病例总数共 221 例,其中研究组 118 例,对照组 103 例,异质性分析: $P<0.05$ ($P=0.03$, $I^2=79\%$),提示异质性有统计学意义,故使用随机效应模型进行分析,结果为: $[RR=1.21, 95\%CI (0.86, 1.69), P=0.28]$,两组对 Hp 根除疗效差异无统计学意义,提示中药对慢性萎缩性胃炎中 Hp 根治疗效并不优于西药治疗,不管是否使用抗 Hp 药物,结果稳定,见分析图 9。

表 11 文献质量评分结果

序号	研究	随机序列的产生	随机化隐藏	盲法	退出与失访	总分
		恰当(2分) 不清楚(1分) 不恰当(0分)	恰当(2分) 不清楚(1分) 不恰当(0分) 未使用(0分)	恰当(2分) 不清楚(1分) 不恰当(0分)	有(1分) 无(0分)	
1	张莹 2011	1	0	0	0	1
2	丁美萍 2016	1	0	0	0	1
3	李仲禧 喜 2008	1	0	0	0	1
4	李玉娟 2013	2	1	0	0	3
5	李慧 2010	1	0	0	0	1
6	项淑英 2007	1	0	0	0	1
7	杨志富 2015	2	1	0	0	3
8	尹广恒 2013	1	0	0	0	1
9	泰宝馨 2013	1	0	0	0	1
10	张洪钦 2015	1	0	0	0	1
11	颜丽 2015	1	0	0	0	1
12	周慧芬 2011	1	0	0	0	1
13	张朝晖 2014	2	1	0	0	3

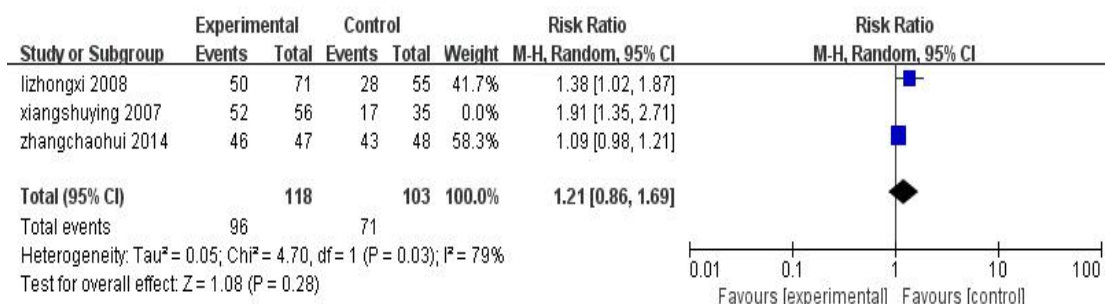


图 9 剔除未使用抗 Hp 治疗药物文献后 Hp 根治疗效森林图

3.6 讨论

本次研究结果示：中药治疗慢性萎缩性胃炎有显著疗效。既往大量临床研究均证明此观点，本研究搜索其中研究水平较高者进行 Meta 分析，结果示：

（1）中药治疗慢性萎缩性胃炎对临床综合疗效、症状体征、胃镜及病理疗效优于西药治疗。分析结果均提示在上述四个方面研究组和对照组两组之间差异具有统计学意义，说明对于 CAG 的治疗，中药治疗优于西药治疗。古代医家对于本病的治疗早有研究，如宋代朱肱在《南阳活人书》中用“桔梗枳壳汤”治疗痞满，疗效显著。唐代孙思邈的《千金方》以“槟榔散”来治疗胃脘痞塞胀满不消、噎满等症，效果明显。现代医家国医大师牛兴东认为 CAG 患者脾胃虚弱是病理基础，血瘀是疾病发生、发展、恶变的关键环节，治疗上认为健脾、理气、活血是治疗本病的重要方法，辨证分型以肝胃不和、脾胃虚弱最常见，方用保元汤、四逆散、连朴饮等^[16]，也得到了满意的疗效。姚乃礼教授在治疗 CAG 时采用补益中气、调和阴阳、调节气机升降的方法，实现脾胃调和、散结化瘀解毒之功，取得了较好的治疗效果^[17]。曾晓婷分别以三仁汤加减、柴胡疏肝汤加减治疗脾胃湿热型、肝胃不和型，有显著疗效^[18]，以上各医家的临床研究均说明了中药在慢性萎缩性胃炎的治疗上有较大的优势。

（2）中药对于幽门螺杆菌的根治无明显疗效。本次在对纳入的 3 篇研究进行幽门螺杆菌根治疗效分析时发现异质性明显，结果示对于幽门螺杆菌感染阳性者，两组根除效果无统计学差异，说明中药对根除幽门螺杆菌疗效并不优于西药治疗。而临床中大多数采用三联或四联抗 Hp 感染治疗。

（3）对于不良反应的观察，本研究所纳入的文献中仅有 2 篇提及，且仅有文字描述，均于治疗 3 个月后予以肝肾功及血尿常规检查，结果未见明显变化，提示中药及西药在治疗本病时不良反应不显著，但由于研究不良反应的文献较少，不具有代表性。

此外，中医在治疗 CAG 时，善于运用四诊合参的方法对患者的面色、舌脉等外在表现进行观察及分析，从而了解内脏所发生的病变^[19]，即《灵枢 本脏》中“视其外应，以知其内脏，则知所病矣”，并结合胃镜检查，实现局部与整体的有机结合，旨在改善胃的局部病变，调和人体阴阳，以平为期。中医对本病的治疗优势在于更注重疾病初始及发展过程中的治疗，在变化的过程中进行辨证论治、因

人因时因地制宜，掌握治疗的主动权，即所谓“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱”，这就是中医的“治未病”思想^[20]，包括未病先防及既病防变，临床上大部分患者在疾病初始阶段并未发现典型的萎缩性胃炎的胃镜及病理表现，西医通常以对症治疗及观察为主，而中医则可以通过“见微知著”的诊断方法，即通过细微的外在变化且还未到萎缩性胃炎之时测知整体的情况，并进行未病先防，此为中医药治疗疾病的优势所在。

3.7. 问题

（1）本次所纳入的 13 篇文献均提及了“随机”，但仅 3^[6, 9, 15]篇提及具体随机方法，均为“数字表法”，且均无阐述分配方案的隐藏及盲法的使用，故而存在一定的偏倚。

（2）研究组的中药多种多样，其治疗方法、原则及方药组成、剂量、剂型均不相同，有些并未提及全部药物组成，且所纳入的文献诊断标准、疗效评判标准皆不同。故本次研究结果仅仅只能看治疗效果的总体趋势，不能得出具有确切治疗效果的某些方剂或者中药，使研究结果具有局限性。

（3）全部文献均无对脱落或失访的情况予以描述。

（4）本次所纳入的文献总体质量偏低，因此降低了系统评价结果的证据强度。

本研究显示在针对萎缩性胃炎研究的中药临床研究中，尽管文献不少，但研究质量均不高，无优质文献，这大大限制了中药被更广泛认可。此外由于中医学在治疗上有其特殊性，难以做到统一的治疗标准，故在此方面的研究尚待进一步提高。

结论

1. 对于慢性萎缩性胃炎的治疗，在改善患者症状体征、胃镜表现及病理方面，常规的西医治疗基础上加用中药治疗较单独使用西药治疗效果更佳。
2. 中西医结合与单独西医治疗在幽门螺旋杆菌根除疗效方面无显著差异。
3. 中药临床研究的质量尚待提高。

综述

林依娜 综述

姜春萌 校对

慢性萎缩性胃炎是胃黏膜上皮和腺体萎缩，黏膜变薄，或伴有肠上皮化生、不典型增生的慢性胃病。因临床上大部分 CAG 患者缺乏特异性的症状及体征，难以进行确诊，故根据《中国慢性胃炎共识意见》，慢性胃炎的确诊主要是根据胃黏膜组织活检。西医认为 CAG 属癌前疾病，CAG 肠化合并中度至重度不典型增生时可发生癌变，萎缩性胃炎已被世界卫生组织列为胃癌前期疾病之一^[21]。

一、西医对 CAG 病因及发病机制的认识

虽然随着现代医学技术的不断发展、进步、更新，一些疾病的病因及发病机制已经明确，但对于 CAG 的病因及发病机制还未能被完全阐述清楚，多数学者认为可能与 Hp 感染、破坏胃黏膜的药物、免疫因素、胆汁反流、饮食营养、缺铁性贫血、年龄、遗传因素、放射、金属接触及慢性浅表性胃炎的继续等有关。

（一）幽门螺杆菌感染

有研究表明各种胃病中 Hp 相关 CAG 发病率居首位，在 60%~90% 的慢性胃炎患者的胃黏膜中可培养出 Hp，并且 Hp 感染在家庭中明显聚集。其感染可引起慢性萎缩性胃炎，机制之一是由于 Hp 产生的尿素酶可分解成尿素并产生氨，产生的氨可中和渗入黏液内的胃酸，形成的微环境有利于 HP 定居和繁殖，使其感染慢性化^[22]。并且有研究显示，Hp 感染不仅与慢性萎缩性胃炎的发生相关，而且长期感染可致黏膜萎缩，进而发展成胃癌，故其被世界卫生组织列为一类致病因子^[23, 24]。

（二）饮食、营养因素

平素饮食偏嗜，如嗜食辛辣、酗酒等可导致胃黏膜受损。有学者将 87 例慢性胃炎患者根据饮酒剂量分为 I 组（不饮酒组）52 例，II 组（适量饮酒组）25 例，III 组（大量饮酒组）10 例，数据结果显示发病率分别为 40.4%、56%、70%，由此可见当饮酒量逐渐增加，CAG 的发病率也逐渐升高^[25]。另有研究发现表皮生长因子、胃泌素等为胃黏膜的营养因子，如果胃黏膜对这些因子不敏感或者这些因子缺失都可引起胃黏膜的萎缩。其它如蛋白质缺乏、长期营养不良以及维生素 B 族不足等因素也可引起胃黏膜的萎缩。

（三）免疫因素

目前有研究发现慢性萎缩性胃炎患者，尤其是胃体胃炎患者的血液中，可发

现壁细胞抗体、内因子抗体，二者均可导致胃酸分泌减少或丧失，可致维生素吸收障碍而致恶性贫血。再如甲状腺功能亢进或减退及糖尿病等免疫系统疾病均可同时伴有萎缩性胃炎，故认为萎缩性胃炎的发生与自身免疫有关^[26]。

（四）胆汁反流

胆汁反流是慢性萎缩性胃炎的主要病因之一，是发病中的攻击因子。由于胆汁中含有胆盐、胆汁酸等损伤因子，可对胃黏膜表面造成损害。胆汁反流的过程：消化吸收不良、胃肠慢性炎症、动力异常及胃泌素增加等各种原因导致幽门括约肌松弛，从而使十二指肠液胰酶、胆汁反流，减弱胃黏膜屏障的保护作用，导致胃蛋白酶、胃液减少，且其合成的前列腺素 E2 在胃黏膜损伤后也会相应的减少，导致胃黏膜萎缩的加重。前列腺素 E2 对胃黏膜有保护的作用，而且可增加胃黏膜血循环量。有研究显示无论有无 Hp 感染，胆汁反流的严重程度与黏膜萎缩的严重程度呈正相关，和肠上皮化生的严重程度亦呈明显的正相关^[26]。

（五）年龄因素

老年人的胃黏膜局部血管因素（内镜下见黏膜小血管扭曲、小动脉壁玻璃样变性、管腔狭窄等）可使胃黏膜营养不良、屏障功能降低及分泌功能下降。有研究表明随着年龄的逐渐增加，老年人的胃黏膜比年轻者更容易受到损伤。

（六）遗传因素

有研究者发现 CAG 患者中的 TNFa10 基因频率为 19.81%，显著高于正常人中的 11.89%（ $P=0.04$ ），并且提示携带该基因的个体比不携带者发生此病的危险性强 1.83 倍^[27]。

（七）金属接触

长期对铅、汞及铜等重金属接触的工作者，对其胃黏膜活组织进行检查，常可发现萎缩性胃炎发病率明显增高，此结果说明长时间接触重金属可造成胃黏膜的损害，进而导致胃黏膜萎缩。

（八）放射

有研究显示长期接触放射者，可发现其胃黏膜有萎缩表现。

（九）缺铁性贫血

铁的吸收在胃酸缺乏的环境下减少，由此可导致缺铁性贫血。当体内出现针对壁细胞或内因子的自身抗体时，壁细胞总数减少，胃酸分泌减少，内因子不能发

挥其正常功能, 从而影响维生素 B12 的吸收, 最终导致恶性贫血^[28]。

(十) 慢性浅表性胃炎的继续

慢性浅表性胃炎的误治、失治或迁延不愈, 部分可进展成萎缩性胃炎。

二、西医对 CAG 治疗的认识

目前西医对于 CAG 的治疗, 主要有以下几点:

(一) 病因治疗

改变不良的生活方式, 避免过劳和精神紧张, 保持良好的心理状态、充足的睡眠和稳定的情绪。生活、饮食规律, 饮食多样化, 避免偏食, 多进食新鲜蔬菜和水果, 不吃霉变食物, 少吃腌制、富含硝酸盐及亚硝酸盐的食物, 戒烟、禁酒, 避免粗糙、辛辣、浓烈的食物, 尽量避免服用损伤胃黏膜的药物。

(二) 药物治疗

1、减弱攻击因子: 根除 Hp、抑酸/弱酸治疗

近年来有研究表明, 我国某些抗生素如克拉霉素、甲硝唑及左氧氟沙星等为高耐药性^[29], 因此我国制订有效的 Hp 根除治疗方案应根据当地的耐药情况。此外有研究表明加入铋剂的四联疗法, 可使 Hp 根除率上升至 82.09%^[30]。关于如何选择根除治疗方案, 2012 年第四届马斯特里赫特会议推荐的方案为目前国际公认的参考标准^[31, 32]。目前推荐的方案首选 PPI 含铋剂四联用药, 可在阿莫西林、克拉霉素、左氧氟沙星、四环素、呋喃唑酮等抗生素中任选 2 种, 疗程为 10d 或 14d, 也有使用序贯疗法及伴同疗法治疗。还有一些关于益生菌辅助治疗的研究, 结果显示益生菌不仅可以提高 Hp 根除率, 并能减少抗生素的不良反应, 至于选择哪种益生菌, 还有待进一步研究^{[30][33, 34]}。

2、增强胃黏膜防御功能: 铋剂、硫糖铝、铝碳酸镁、前列腺素及其衍生物等药物。

铋剂: 如果胶铋, 有研究发现果胶铋治疗慢性胃炎有一定的疗效, 根据研究结果表明其对慢性胃炎症状减轻有效率为 87.7%, 病理好转有效率为 82.5%, Hp 清除率为 68.1%^[35], 是由于铋剂可包裹 Hp 菌体, 干扰其代谢过程, 从而达到杀菌作用。

硫糖铝、铝碳酸镁: 此类药物为胃黏膜保护剂, 可中和胃酸, 缓解疼痛, 因其能促进前列腺素的合成, 增加黏膜血流量及黏液, 并且硫糖铝可与胆汁酸及溶血

软磷脂结合，起到防止胆汁反流的作用。铝碳酸镁兼有抗胆汁作用，其崩解后释放的活性成分能形成保护层，从而保护胃黏膜免受损害。

前列腺素及其衍生物：胃黏膜上皮细胞释放的内源性前列腺素，其作用主要是减少 H^+ 逆向弥散，保护胃黏膜屏障，并促进黏膜组织修复等。此外，此类药物还能阻断胃酸的分泌^[36]。代表药物有米索前列醇、恩前列醇等。

3、对症治疗

消胆胺可结合反流到胃内的胆盐，防止胆汁酸损伤胃黏膜屏障。因熊去氧胆酸可使胆汁中的去氧胆酸及石胆酸的浓度大大降低，故其也有这一作用。

莫沙必利：是有效的 5-羟色胺受体激动剂，其可刺激肠肌神经元，并促进平滑肌动力，改善 CAG 患者消化不良症状。

叶酸：有研究显示，胃黏膜的萎缩、肠化等病理改变可通过补充叶酸来逆转，如一些学者采用叶酸及维生素 B12 联合治疗 CAG，对萎缩程度、肠化生、非典型增生的总有效率结果显示：治疗组分别为 67.7%、62.5% 和 66.7%，对照组分别为 20.0%、20.0% 和 14.0%，说明此治疗对于 CAG 的黏膜改善有一定的效果^[37]。

（三）手术治疗

目前西医对于 CAG 患者如确诊为早癌，建议可在无手术禁忌症的情况下，行外科手术治疗或内镜下黏膜切除术、内镜下黏膜下层剥离术。

三、现状和展望

西医对该病的治疗主要是对症治疗，而目前的内镜下治疗并不适用于所有 CAG 患者，相信随着现代医学的不断发展和认识的不断深入，CAG 的诊治能有突破性的进展。

四、中医对 CAG 病名的认识

在中医学中，对于 CAG 的病名，大多根据其症状来命名，多命名为“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”等。“痞”在中医文献中同“否”，最早记载于《内经》，如《素问·五常政大论》中云“备化之纪……其病否”。张仲景对《内经》关于“否”提出“满而不痛者，此为痞”的概念，并以“气痞证”、“痞硬证”分述其病因病机及证候表现，以“痞”为中心辨证论治，创立了五泻心汤、枳术汤、人参汤等方，可见在张仲景时期对“痞”的理法方药的描述已比较详细。痞满在《黄帝内经》中称为“痞”、“痞隔”或“痞塞”等，如张景岳的《景岳全书》

中说：“痞者，痞塞不开……；满者，胀满不行……”。“胃脘痛”首见于《灵枢》中“胃病者……胃脘当心而痛……”。“嘈杂”的病名首见于《丹溪心法·嘈杂》：“嘈杂，是痰因火动……”。现在临床上大多数的医家将慢性萎缩性胃炎称为“胃痞”和“痞满”的居多。

五、中医对 CAG 病因病机的认识

对于 CAG 的病因，古代医家认为其与各种内外因素损伤脾胃有关。如《脾胃论》中记载若外邪尤其是湿邪偏胜，可致脾胃受损；又有《推求师意》载：“酒水、乳酪、饮水之湿……先损脾胃”，《黄帝内经》载：“甘以资脾气，令甘过伤脾气濡”，此为肥甘厚腻、酒浆之品多酿湿生痰阻碍脾胃运化；《黄帝内经》又云：“思则气结”，《景岳全书》中载：“脾胃之伤于内者，惟思忧忿怒最为伤心，心伤则母子相关”，均表述了情志内伤可导致脾胃损伤。以上多种内外致病因素均可致脾胃失和，气机升降失调，产生气滞、湿（痰）阻、火郁等，而这些病理变化日久均可进一步导致血瘀，说明血瘀是本病的重要病机。《素问·痹论》中云：“病久入深，营卫之行涩”，叶天士在《临证指南医案》中提到：“凡气既久阻，血亦应病”，《脾胃论》中更明确指出“脾胃不足，皆为血病”，“脾无积血不病”，林佩琴在《类证制裁》云：“初痛邪在经，久痛必入络……”，以上均表明对于久病致瘀而致痞古代医家早有认识。如果体内瘀血不能及时祛除，则新血不能续生，如此则人体气血渐虚，胃腑生理功能渐渐衰退。总而言之，瘀血不仅是病理产物，又是致病因素，瘀血的变化始终贯穿于疾病的全过程，为现代医家治疗 CAG 提供了临床诊疗思路。

现代医家对于 CAG 的病因病机及分型又有不同的见解和侧重。单兆伟教授认为该病病机主要为脾胃气虚，气滞血瘀，其根据叶天士之“初病在经，久痛入络”的观点，把胃镜下胃黏膜腺体失养之“萎”与胃黏膜增生或化生之“瘀”相结合，把本病病机归纳为气虚血瘀^[38]。李佃贵教授根据东垣理论创立了“浊毒”学说，认为 CAG 患者多因饮食内伤、情志不舒，导致肝胃不和、通降失调、浊邪内停，而渐见脾运失司，水湿不化，湿浊蕴结成热毒，而致浊毒内蕴；或因素体本脾胃虚弱，而又遇外湿毒邪等侵袭，故而导致浊毒侵害人体，据此提出以化浊解毒法治疗本病^[39]。田德禄教授认为 CAG 主要为外邪所伤，情志失调，饮食不节，烟酒热毒，胆汁反流，久蕴伤胃；先天禀赋不足，脾胃素虚或久病耗伤正气等因素有关，

病机主要是虚实夹杂，“虚”主要为脾胃气阴两虚，“实”主要为气滞、血瘀、湿阻等，与肝、脾二脏关系密切，后期可影响及肾^[40]。张镜人教授认为 CAG 的病机中，“热”为主要病因，可为湿热内盛或者气郁化热，临床表现以热象为主，如见胃脘灼热疼痛、口苦、泛吐酸水、舌苔黄腻等症候；此外，本病 Hp 感染者，则以湿热型居多，多为湿与热互结^[41]。李永寿教授认为 CAG 患者脾胃虚弱是根本，继而饮食不节、用药不当以及病后胃气不复等因素均可导致脾胃阴阳失调，导致寒凝热壅，从而致滞涩不行，此为其根本病机^[42]。总之，本病病机较为复杂，大多数学者认为是本虚标实、虚实夹杂。本虚为脾胃虚弱，标实为气滞、血瘀、食积、痰湿、浊毒、湿热毒互结等。

六、古代医家及现代中医学者对 CAG 治疗的认识

金元时代，李东垣大倡脾胃内伤学说，对本病已经有了比较详细的阐述，其《兰室秘藏》创立了消痞丸、枳实消痞丸及《内外伤辨惑论》中所引用的枳术丸等均为辛开苦降、清补兼施的名方。《类证治裁·痞满》中阐明了痞证的治疗应分寒、热、虚、实而治之，因证选方，对临床有指导意义。廖仲伟^[43]在治疗 CAG 中的虚毒滞证时常采用补中益气汤，有效率达 89.00%。姜氏认为 CAG 的根本病因在于湿热内蕴，继而血败肉腐而成痈，故其以“痈”立法来论治，并强调脾胃气机升降的调节，注重活血化瘀^[44]。周斌依据叶天士《临证指南医案》中的“久病入络”“久痛入络”及“肝阳直犯胃络”之论述，认为临床上脾胃虚弱型 CAG 属气血同病，以血分为主，其病机为“脾胃虚弱，寒湿之邪，深伏胃络”，据此，其常采用具有益气健脾、温化寒湿、辛温通络的健脾通络汤治之^[45]。单兆伟教授临床治疗 CAG 时遵循“健脾益气以求其本、清热活血兼顾其标”，并随证而施，如气虚血瘀者，采用四君子汤合失笑散加味健脾益气而化瘀；胃阴亏耗者，予益胃汤合通幽汤养阴清化而化瘀；肝郁气滞者，方择四逆散、柴胡疏肝散合失笑散、丹参饮疏肝理气而化瘀；湿热蕴中者，可用黄芩滑石汤合没药散加减清化湿热而化瘀^[46, 47]。邓铁涛教授认为本证以亏虚为本，瘀热为标，药以补中、救阴为主，祛除瘀热为辅，药选太子参 30g、茯苓 12g、山药 12g、石斛 12g、小环钗 12g、麦芽 30g、丹参 12g、鳖甲 30g、甘草 5g、三七 3g（冲服），随证加减，取得良好效果^[48]。姜良铎教授认为脾胃同治为治疗 CAG 的基础治疗，强调治中焦如衡，治脾不可忘胃，调胃不可忘脾。常选用半夏泻心汤、补中益气汤、香砂六君子等可同时调

节脾胃升降的方剂。姜老认为脾病多湿，可选参苓白术散、五苓散、猪苓汤、三仁汤加减祛湿，而对于胃腑病证的治疗，着重于“通泄”，方剂可选择大小承气汤、调胃承气汤、白虎汤等^[49]。

结语

总之，目前中医药对治疗慢性萎缩性胃炎的研究逐渐全面，治疗上有改善临床症状、促进胃黏膜病变恢复、复发率降低、毒副作用少等优势。但中医治疗本病也存在一定的不足：临床辨证分型没有统一性，诊断标准不规范，前瞻性研究少及样本量不足，疗效评价标准不统一，缺乏随访等，导致了研究结果的可信度下降。因此，目前须结合现代检查技术提高辨证的准确性，并规范诊断标准，统一疗效标准，并采用更严格的科研设计进行疗效评价，提高随访率，总结优势方药，使中医药治疗 CAG 进一步提高并造福人类。

参考文献

- [1] Weck M N, Brenner H. Prevalence of chronic atrophic gastritis in different parts of the world.: Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006 Jun;15(6):1083-94.[Z]. 2006: 15, 1083-1094.
- [2] 王家良. 循证医学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2006:84-85, 46.
- [3] 张莹. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 268 例临床观察[J]. 当代医学, 2011(24):139-140.
- [4] 丁美萍. 益气活血法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(1):8-9.
- [5] 李仲禧. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 96 例临床观察[J]. 中医药导报, 2008(06):39-40.
- [6] 李玉娟. 用中西医结合疗法治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 求医问药(下半月刊), 2013(6):326-327.
- [7] 李慧. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 医药论坛杂志, 2010(10):37-38.
- [8] 项淑英. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2007(05):10-11.
- [9] 杨志富, 李梓, 沈伟鹏. 中西医结合与单纯西医药物治疗慢性萎缩性胃炎的对比研究[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(8):1473-1475.
- [10] 尹广恒. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 45 例疗效观察[J]. 国医论坛, 2013(05):36-37.
- [11] 秦保馨, 周昱均. 胃舒泰胶囊配合西药治疗慢性萎缩性胃炎 62 例[J]. 陕西中医, 2013(9), 1186-1187.
- [12] 张洪钦. 中药方剂配合西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果分析[J]. 海峡药学, 2015, 27(11):65-67.
- [13] 颜莉, 应丽园, 葛银燕. 摩罗丹对慢性萎缩性胃炎患者表皮生长因子的影响以及临床疗效分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015(1), 21-24.
- [14] 周慧芬, 徐安姘, 徐首航, 等. 清热化湿化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(4):507-508.
- [15] 张朝晖. 中西医结合治疗萎缩性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2014, 46(11):92-94.
- [16] 苏和. 牛兴东学术思想及治疗慢性萎缩性胃炎经验总结:[硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2012.
- [17] 张婷婷. 姚乃礼教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验研究:[硕士学位论文]. 北京: 中国中医科学院, 2015.
- [18] 曾晓婷. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 135 例临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2012, 270-271.
- [19] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 第二版. 北京: 中国中医药出版社, 2010, 3.
- [20] 印会河. 中医基础理论[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2012, 130-131.
- [21] 房静远, 刘文忠, 李兆申, 等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2013(01):24-36.

- [22] 许树长, 陈锡美. 胃粘膜疾病的基础与临床研究[M]. 上海: 上海科技出版社, 2003, 295-313.
- [23] 苏青, 徐三平. 幽门螺旋杆菌的研究进展[J]. 临床消化病杂志, 2014, 26(3):132-133.
- [24] Sette A, Keogh E, Ishioka G, et al. Epitope identification and vaccine design for cancer immunotherapy.[J]. Current opinion in investigational drugs (London, England : 2000), 2002,3(1):132-139.
- [25] 马晓雷. 饮酒对慢性胃炎患者血清 SOD 活性、MDA 含量及胃粘膜 iNOS 表达的影响:[硕士学位论文]. 河北: 河北医科大学, 2013.
- [26] 陈占凤. 慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染及相关性研究:[硕士学位论文]. 黑龙江: 黑龙江中医药大学, 2012.
- [27] 费保莹, 夏冰, 邓长生, 张启宇. 慢性萎缩性胃炎和胃腺癌肿瘤坏死因子微卫星遗传易感性研究[J]. 中华消化杂志, 2002, 22(7):404-407.
- [28] 王光铭. 加减半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证的临床研究:[硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [29] Xie C, Lu N. Review: clinical management of Helicobacter pylori infection in China.[J]. Helicobacter, 2015,20(1):1-10.
- [30] Xu M, Zhang G, Li C. [Efficacy of bismuth-based quadruple therapy as first-line treatment for Helicobacter pylori infection].: Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2011 May;40(3):327-31.[Z]. 2011: 40, 327-331.
- [31] 王丹, 宫月, 华袁媛. 幽门螺杆菌抗生素耐药相关菌体因素的研究进展[J]. 世界华人消化杂志, 2016, 4102-4109.
- [32] 李世通, 杨兵. 幽门螺杆菌流行病学及耐药性研究现状[J]. 临床医药实践, 2016, 53-55.
- [33] 李萍, 李武良. 益生菌联合序贯疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的临床研究[J]. 医学综述, 2016, 3721-3724.
- [34] 项妍姝, 王爱平. 幽门螺杆菌治疗进展[J]. 中国医学创新, 2016, 141-144.
- [35] 李明泉, 毕荣, 刘娟. 胶体果胶铋治疗慢性胃炎和消化性溃疡的临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业半月刊), 2008, 32.
- [36] 朱国琴, 施瑞华. 胃粘膜保护剂的研究进展[J]. 国际消化病杂志, 2006, 26(5):311-313.
- [37] 宋海连, 周宗骏, 蒋锡琪, 等. 叶酸及维生素 B₁₂ 治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 上海医药, 2000(09):27-28.
- [38] 梅惠文. 单兆伟教授治疗慢性萎缩性胃炎的学术思想与临床经验研究:[硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [39] 李佃贵, 杜艳茹, 郭敏, 刘雪婷, 唐晓亮. 化浊解毒方治疗胃癌前病变临床疗效及对微量元素的影响[J]. 中药材, 2011, 34(1):158-160.
- [40] 冯文亮, 马卫国, 田德禄. 田德禄中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 北京中医药, 2015, 700-702.
- [41] 张亚声, 陈怀红, 徐国纓, 张存钩. 张镜人教授诊治胃炎的思路与实践[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2001, 9(1):40-41.
- [42] 席彩萍. 名老中医李永寿辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 甘肃医药, 2012, 31(2):125-127.

- [43] 廖仲伟. 补中益气汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 98 例[J]. 中医临床研究, 2011, 3(5):59-60.
- [44] 许红艳, 姜树民. 姜树民教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010(12):148-149.
- [45] 崔一鸣, 黄凡, 陈璐, 李斐斐, 周斌. 健脾通络汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2014, 2376-2379.
- [46] 史亚祥. 单兆伟教授运用化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(24):154-155.
- [47] 马青, 单兆伟. 单兆伟教授治疗慢性萎缩性胃炎经验拾零[J]. 四川中医, 2016, 11-12.
- [48] 邓中光. 邓铁涛教授临证中脾胃学说的应用(二)[J]. 新中医, 2000, 32(2):14.
- [49] 王春勇. 姜良铎教授学术思想与临床经验总结和从三焦论治萎缩性胃炎理论及临床研究:[硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2016.

致谢

首先要感谢我的导师姜春萌教授这三年来的细心指导和孜孜不倦的教诲，在研究生期间我的一步步成长和进步，都离不开姜老师的辛勤栽培和临床实习过程中的各科老师和同学们的指导与帮助。感谢应力教授、严艳教授、阴长晴老师、谭仕清老师等消化科医护人员及同门对我的关心和帮助，使我在实习期间不断进步并顺利完成学业。最后，感谢各位老师和同学们在百忙之中抽出时间参加我的硕士论文答辩会。

版权属大连医科大学所有