

密级：公开

学号：20161574

# 南京中医药大学

## 硕士学位论文



### 青年人萎缩性胃炎中医证型分布特点探讨 及辨证施治疗效观察

研 究 生	李婷
指导教师	夏军权
学科专业	中医内科学
所在学院	第三临床医学院
毕业时间	2019年06月

**Study on Distribution Characteristics of TCM Syndrome  
Types of Atrophic Gastritis in Young People and  
Observation on Therapeutic Effect of Syndrome  
Differentiation and Treatment**

A Dissertation Submitted for the Master's Degree

**Candidate: LI Ting**

**Adviser: Xia junquan**

Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, China


硕 士 学 位 论 文

青年人萎缩性胃炎中医证型分布特点探讨  
及辨证施治疗效观察

作者姓名	李婷	申请学位级别	硕士
指导教师姓名	夏军权	职 称	主任中医师
学科专业	中医内科学	研究方向	脾胃病研究
学习时间自	2016年09月01日	起至	2019 年 06 月 30 日止
论文提交日期	2019年03月27日	论文答辩日期	2019 年 06 月 03 日
学位授予单位	南京中医药大学	学位类型	中医硕士专业学位

## 原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。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（需亲笔）签名： 2019年06月03日

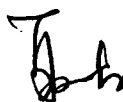
## 学位论文版权使用授权书

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。本人授权南京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☐，在\_\_\_\_\_年解密后适用本授权书。本学位论文属于不保密☐.

（请在以上方框内打“√”）

学位论文作者（需亲笔）签名： 2019年 06 月 03 日

导师（需亲笔）签名： 2019年 6 月 3 日

## 目 录

摘 要 .....	iii
Abstract .....	v
前 言 .....	1
第一部分 理论探讨 .....	2
1. 萎缩性胃炎病名的起源及中医范畴 .....	2
2. 萎缩性胃炎的中医病因病机 .....	3
2.1 病因的认识 .....	3
2.2 病机的认识 .....	4
3. 萎缩性胃炎的辨证分型 .....	5
4. 萎缩性胃炎的中医治疗 .....	5
4.1 经方加减治疗 .....	5
4.2 其他常用方剂 .....	6
4.3 验方治疗 .....	7
4.4 中成药治疗 .....	8
4.5 中西医结合治疗 .....	9
4.6 针灸疗法及其他相应治疗 .....	10
5. 萎缩性胃炎的诊疗现状 .....	10
5.1 西医诊疗现状 .....	10
5.2 内镜下特点 .....	11
5.3 中医诊疗优势 .....	11
6. 总结 .....	12
参考文献 .....	13
第二部分 临床观察 .....	18
1. 证型研究 .....	18
1.1 病例来源 .....	18
1.2 病例选择标准 .....	18
1.3 数据处理方法 .....	19
1.4 观察结果 .....	19
2. 服用中药汤剂的临床疗效观察 .....	21

---

2.1 观察目的.....	21
2.2 临床资料.....	21
2.3 观察设计与观察方法.....	21
2.4 疗效评价及数据处理方法.....	23
2.5 观察结果.....	23
2.6 讨论.....	28
3. 结论.....	29
4. 问题及展望.....	29
参考文献.....	31
附 录.....	32
攻读硕士学位期间取得的学术成果.....	34
致 谢.....	35

## 摘 要

慢性萎缩性胃炎简称CAG，属于消化科慢性常见病。随着经济的发展以及人们的生活饮食习惯改变等，使得CAG在青年人群中的发病率、检出率正在逐年上升，严重影响其工作、学习及生活质量，随着年龄的增长，远期癌变恶化风险也较大。而现代医学针对该病尚未有特效疗法，但中医药对CAG的病因病机已经有了深刻的认识，通过运用中医学的“辨证论治”方法体系，在CAG的治疗上取得了比较肯定的成就，临床实践已经证实了服用中药能够明显改善该病的临床症状，对萎缩、肠化也有着肯定的疗效，但目前缺乏专门针对青年人CAG的相关研究。综上所述，本论文将对青年人群萎缩性胃炎的证型分布特点及在中医辨证施治疗效方面作进一步研究。

### 第一部分：理论探讨

通过总结传统医学、现代中医学对CAG的认识及见解并结合临床观察得出：青年人CAG的病因病机、临床症状、生理病理特点等方面与老年人CAG有一定的差别，中医药在青年人CAG治疗上起着其不可取代的作用。

### 第二部分：临床观察

目的：分析总结青年人CAG的证型分布特点；并运用“自身对照”研究方法，从患者服用中药汤剂前后的变化以探讨中医药对青年人CAG的疗效，以归纳总结出一种行之有效的治疗方法。

方法：收集我院消化科门诊及病房的有关青年人CAG患者的一般资料、四诊资料、中医证候、内镜及病理组织学结果。对 112 例青年人CAG患者的数据进行分析处理，并总结其证型分布规律；对 112 例中坚持服用中药汤剂治疗的 69 例青年人CAG患者进行疗效观察，3 个月为1个治疗周期，治疗6个月后复查，并记录患者治疗前、治疗 6 个月后的症状体征及病理组织学结果，使用IBM SPSS Statistics 21.0 软件对数据进行统计、分析与处理，并进行临床疗效的评价。

结果：中医药治疗青年人CAG，在中医证候总积分变化方面，在治疗 6 个月 后，中医证候总积分与治疗前相比明显降低，差异均具有统计学意义 ( $P<0.01$ )；且治疗 6 个月 后相比治疗前中医各症积分也均较前降低，差异有统计学意义 ( $P<0.01$ 或 $P<0.05$ )。在病理积分变化方面，治疗 6 个月 后患者胃窦大弯的萎缩、肠化与治疗前相比均有所降低，差异具有统计学意义 ( $P<0.01$ 或  $P<0.05$ )；且治疗 6 个月 后患者胃窦小弯的萎缩、肠化与治疗前相比也均有所降低，差异具有统计学意义 ( $P<0.01$ )。患者主要中医证候临床痊愈

4 例, 占 5.8%, 显效 19 例, 占 27.5%, 有效 40 例, 占 58%, 无效 6 例, 占 8.7%, 总有效 63 例, 总有效率达 91.3%。关于病理疗效方面, 治疗 6 个月后, 患者胃萎缩中临床痊愈 38 例, 占 55.1%; 有效 14 例, 占 20.3%; 无效 17 例, 占 24.6%, 总有效率达 75.4%; 54 例胃肠上皮化生患者中临床痊愈 15 例, 占 27.3%; 显效 1 例, 占 1.8%; 有效 8 例, 占 14.5%; 无效 31 例, 占 56.4%, 总有效率为 43.6%。

**结论:** 青年人萎缩性胃炎患者以脾胃虚弱、肝胃不和证最为多见, 但总体上实证的比例高于虚证, 以实证为主。中医药治疗青年人萎缩性胃炎患者的临床疗效显著。在病理组织学方面, 中医药对降低患者胃黏膜萎缩、肠上皮化生的程度有着一定的作用, 在减缓萎缩性胃炎向早期胃癌进展方面有积极意义。

**关键词:** 慢性萎缩性胃炎, 青年, 证型, 中医药, 疗效



## Abstract

Chronic atrophic gastritis (CAG) is a common chronic disease in digestive department. With the development of economy and the change of people's living and eating habits, the incidence and detection rate of CAG in young people are increasing year by year, which seriously affects their work, study and quality of life. With the growth of age, the risk of long-term canceration deterioration is also greater. Modern medicine has no specific treatment for this disease, but traditional Chinese medicine has a profound understanding of the etiology and pathogenesis of CAG. By using the system of "syndrome differentiation and treatment" of traditional Chinese medicine, we have made relatively positive achievements in the treatment of CAG. Clinical practice has proved that taking traditional Chinese medicine can significantly improve the clinical symptoms of the disease, and has a positive effect on atrophy and intestinalization. However, there is no specific research on CAG for young people. To sum up, this paper will make a further study on the distribution characteristics of atrophic gastritis syndrome types in young people and the therapeutic effect of TCM differentiation of symptoms and signs.

### Part one :Theoretical Study

Through summarizing the understanding and opinions of traditional medicine and modern Chinese medicine on CAG and combining with clinical observation, it is concluded that there are some differences between young CAG and old CAG in etiology, pathogenesis, clinical symptoms, physiological and pathological characteristics. Traditional Chinese medicine plays an irreplaceable role in the treatment of young CAG.

### Part two: Clinical Observation

**Objective:** Analyze and summarize the distribution characteristics of youth CAG; Using the method of "self-control", the effect of traditional Chinese medicine on CAG in young people was discussed from the changes before and after patients took traditional Chinese medicine decoction, and an effective treatment method was summarized.

**Method:** General information, four diagnostic data, TCM symptoms, endoscopy and histopathological results of young CAG patients in digestive outpatient and ward of our hospital were collected. The data of 112 young CAG patients were analyzed and processed, and the distribution regularity of syndrome types was summarized. The curative effect of 69 young CAG patients who insisted on taking traditional Chinese medicine decoction was observed. The treatment period was 3 months. The patients were reexamined after 6 months of treatment. The symptoms, signs and histopathological results of the patients before and after 6 months of

treatment were recorded. IBM SPSS Statisti was used. CS 21.0 software carries on the statistics, the analysis and the processing to the data, and carries on the clinical curative effect appraisal.

**Results:** In the treatment of young CAG with TCM, the total score of TCM syndromes decreased significantly after 6 months of treatment compared with the baseline before treatment ( $P < 0.01$ ), and the baseline scores of TCM syndromes also decreased after 6 months of treatment compared with that before treatment ( $P < 0.01$  or  $P < 0.05$ ). In terms of pathological score, the atrophy and Intestinalization of the greater curvature of the antrum were decreased after 6 months of treatment compared with those before treatment ( $P < 0.01$  or  $P < 0.05$ ), and the atrophy and Intestinalization of the lesser curvature of the antrum were also decreased after 6 months of treatment compared with those before treatment ( $P < 0.01$ ). The main symptoms of TCM patients were cured in 4 cases (5.8%), markedly effective in 19 cases (27.5%), effective in 40 cases (58%), ineffective in 6 cases (8.7%) and effective in 63 cases (91.3%). As for the pathological effect, after 6 months of treatment, 38 cases of gastric atrophy were cured, accounting for 55.1%; 14 cases were effective, accounting for 20.3%; 17 cases were ineffective, accounting for 24.6%, and the total effective rate was 75.4%; 15 cases were cured, accounting for 27.3%; 1 case was markedly effective, accounting for 1.8%; 8 cases were effective, accounting for 14.5%; 31 cases were ineffective, accounting for 56.4%, and the total effective rate was 43.6%.

**Conclusion:** In young patients with atrophic gastritis, spleen-stomach weakness and liver-stomach disharmony syndrome are the most common, but the overall proportion of excess syndrome is higher than deficiency syndrome, mainly empirical. The clinical effect of TCM on young patients with atrophic gastritis is remarkable. In terms of TCM symptoms, TCM decoction is mild, and has advantages in individualization, integrity and persistence, which greatly alleviates the suffering of patients and greatly improves their quality of life. In the aspect of histopathology, TCM plays a certain role in reducing the degree of atrophy of gastric mucosa and intestinal metaplasia, and has a positive significance in slowing the progression of atrophic gastritis to early gastric cancer.

**Key words:** Chronic atrophic gastritis, youth, syndrome type, traditional Chinese medicine, curative effect

## 前 言

慢性萎缩性胃炎简称CAG，属于消化科慢性常见病。该病最早在上世纪40年代由Schindle 提出，联合国世界卫生组织（World Health Organization）于1978年将本病归为胃癌前状态。在我国，每年CAG的癌变率大约在0.5-1%左右<sup>[1]</sup>，CAG已严重威胁到人类的生命健康。近年来CAG在青年人群中的发病率呈现逐渐上升趋势，WHO将青年的年龄段定义为15-44岁，由于当今生活节奏快，社会活动丰富，各方面的压力也随之增加，再加上青年人不当的饮食、卫生习惯等，因此大大增加了青年人罹患CAG的几率<sup>[2]</sup>。有相关调查<sup>[3]</sup>发现在瑞典北部33至44岁人群的CAG患者患病率在升高。另有相关研究发现<sup>[4]</sup>，30至39岁伴有不典型增生的CAG患者、小于30岁伴有肠化的CAG患者及40至49岁的中度CAG患者的发病率呈现上升趋势。因此，罹患本病的青年患者的远期癌变恶化风险较大，更加不可忽视青年人CAG，具有研究和治疗价值。

青年人CAG的病因较复杂，目前尚未完全清楚。西医认为本病的相关因素主要为幽门螺杆菌（H.Pylori, Hp）感染、宿主对Hp感染反应性、环境因素、高盐及低维生素饮食、胆汁反流或十二指肠液反流、自身免疫、遗传及缺铁性贫血等。治疗上西医缺乏特效的治疗方法，目前主推Hp根除疗法，除此之外还有利用PPI、胃粘膜保护剂、改善胃动力剂、消化酶制剂、服用叶酸及维生素补充片等，服药同时另配饮食调节、心理疏导法进行治疗。

中医上将其青年人CAG归属于“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”“吐酸”等病范畴。在前期临床观察中，我们发现，青年人CAG在病因病机、临床症状等与老年人CAG有着一定的不同，可能与青年人自身生理病理特点、生活习惯、环境因素及自我情绪调控能力等因素相关；大量的临床研究表明：中医药不仅能显著改善CAG患者的临床症状，还可以推迟胃黏膜萎缩的进展，甚至可以逆转萎缩<sup>[5-6]</sup>。目前关于青年人CAG的临床研究较少，本次临床研究旨在进一步探讨青年人CAG的中医证型分布特点，并观察研究中医药对青年人CAG的治疗，以期进一步发挥中医药对青年人CAG的疗效优势。

## 第一部分 理论探讨

### 1. 萎缩性胃炎病名的起源及中医范畴

在我国浩瀚的医学典籍中CAG一词未曾出现,随着近年来对其研究的深入,已经对CAG(作为其中的一部分,因此包括青年人CAG)根据证候来进行命名,将其归类为“胃痛”、“呃逆”、“嘈杂”、“吐酸”等这几大类。

《内经》中最早提出了“胃痛”这一病名,医圣张仲景则用“心下”一词特指胃脘部;唐代之前,大多数医者将胃脘痛与心痛混淆而谈,直至“脾胃学说”创始人李杲在其书《兰室秘藏》中,最早将“胃脘痛”与“胃痛”作为一门单独的病证名;随着医学的发展,明清时代已经能将胃痛与心痛进行基本区别,能进行胃痛的治疗,如明代虞抟所著《医学正传》卷之四《胃脘痛》说:“古方九种心痛,……详其所由,皆在胃脘,而实不在于心也。”“气在上者涌之,清气在下者提之,寒者温之,热者寒之,虚者培之,实者泻之,结者散之,留者行之。”清代高秉钧在其所著《医学真传》中指出要用辨证思维体会“通则不痛”这一概念。

“痞满”证的病因是脾胃的功能失常,升降失司,胃气壅塞,从而导致脘腹满闷不舒感。临床上有脘腹胀满,触其无形,按其柔软,压之不痛的几种特点。《内经》曰:“太阳之复,……心胃生寒,胸膈不利,心痛痞满”。《伤寒论》中对其的解释为:“但满而不痛者,此为痞”,正虚邪陷,升降失调为其主要病因。治疗方法为寒热并用,辛开苦降,创诸泻心汤治疗,此法对后世医者影响甚大。

“呃逆”指胃气上逆动膈,临床上有喉间呃呃连声,声短而急促,不能自制的几种特点。古称“哕”,又称“哕逆”。《内经》无呃逆之名,并记载“哕”即是本病。《金匱要略》将“呃逆”具体分为以下三种:其一为寒;其二为虚热;其三为实。明代著名医学家张景岳最早确定了呃逆的病名,并在《景岳全书·杂证谟》中对其描述为:“呃逆证……无气则无呃,无阳也无呃,此病呃之源所以必由气也”。

“嘈杂”指胃中空虚,临床上有似饥非饥,似辣非辣,似痛非痛,时作时止,莫可名状等几种特点。元代朱丹溪《丹溪心法·嘈杂》“嘈杂,是痰因火动,治痰为先。”首次提出“嘈杂”之名。清代名医程钟龄的《医学心悟·嘈杂》一书对“嘈杂”的论述有珍贵价值,书中指出:“若治失其宜,可变为噎膈。”

“吐酸”又叫吞酸,即泛吐酸水,口中发酸,胸骨后不适及烧灼感等。病名在《内经》首见,指出其病:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”龚廷贤在其书《寿世保元·吞酸》中解释并指出了本病的病因病机。《证治汇补·吞酸章》:“吞酸为中气不舒,痰涎郁滞,须先用开发疏畅之品。”中提出了针对本病的具体治疗。

## 2. 萎缩性胃炎的中医病因病机

### 2.1 病因的认识

古代医家认为CAG（包括青年人CAG）的病位在胃，与脾、肝、胆、肾等脏腑密切相关，其病因具有综合性特点，主要可归类为情志、饮食、外邪、劳逸及先天禀赋等因素。

#### 2.1.1 情志内伤

《黄帝内经》中对“肝主疏泄”有详细的记载，明确的介绍与解释了肝脏的生理功能，认为肝、脾二者密不可分，相互为用。肝气的疏泄条达与脾胃的运化、气机升降之间有密切联系；病理情况下相互影响，由于现今社会工作压力大，生活节奏快易致情志不畅，或抑郁或忿怒，情绪的激烈变化使人肝气郁结，横逆克伐中土，沈金鳌所著的《沈氏尊生书》中也有：“胃痛……唯肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”

#### 2.1.2 饮食失节

脾胃同属中焦，互为表里，二者运纳相成，润燥相合，升降相制，同根互用，协调至一，平衡人体纳消化系统吸收活动。饮食不节，即缺乏节制、规律，具体表现为酒食无度，饥饱失常，不忌生冷，五味偏嗜，饮酒过量等均会使脾胃损伤，严重的会致使脾胃功能失常，阻遏气机，或食滞、痰饮内停，久之气滞血瘀，胃失濡养，发为痞满、胃痛等症。《伤寒论》对其的解释为：“胃中不和，心下痞硬，干噎食臭”；“水谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满”。《素问·太阴阳明论》曰：“饮食不节，起居不时者，阴受之。阴受之则入五脏，入五脏则满闭塞”。《医学正传·胃脘痛》有“致病之由，多由纵恣口腹，喜好辛酸，恣饮热酒煎煇，复餐寒凉生冷，朝伤暮损，日积月深……故胃脘疼痛。”

#### 2.1.3 外感六淫

在中医学范畴内，将外感风、寒、暑、湿、燥、火（热）统称为“六淫”。“淫”即是“过”，《脾胃论》中对六淫如下解释：“肠胃为市，天物不受、无物不入，若风、寒、湿、燥、暑，一气偏胜，亦能伤胃损脾”，即气温突然发生较大变化或者在人体抵御邪气能力下降的情况下，若此时六淫邪气侵犯人体，气机郁闭不畅，中焦升降失常，脾失运化，不通则痛或不荣则通，从而导致痞满、胃痛。

#### 2.1.4 先天禀赋不足、后天劳倦失度

平素脾胃虚弱，或病后脾胃之气未恢复，此时过于劳倦，更加耗损中气，虚则见脾失健运，胃失纳化，清气不升，浊气不降，中焦阻滞，水谷失于运化，胃体失养，发为本病。元代医者李杲在其《兰室秘藏》一书对其的解释为：“脾胃久虚者，胃中寒则生胀满，或脏寒生满病”。《普济方》中也有：“夫虚弱之人，复为寒邪所乘，……中气痞塞，故心腹痞满”。

#### 2.1.6 胃络瘀阻

胃络瘀阻是CAG的重要病机之一,《脾胃论》也有“脾胃不足,皆为血病”的说法,李梴在《医学入门》里有关胃络瘀阻的解释为:“心腹疼痛,全是瘀血”。胃为多气多血之腑,诸邪犯胃,脾损胃伤,气机受阻,升降失司,气血不畅日久,致瘀血停于胃之络脉,胃膜失于濡养。形成瘀血后,气机阻滞现象会更加严重,阻碍血脉运行。即“久病入络”、“胃病久发,必有聚瘀”的说法。

### 2.1.7 药物损害

长期服用大寒、大热、或滥用药物、误用有毒的药物都可损伤脾胃之气,阻碍中焦气机,导致升降失常,或成胃痛,或致痞满。北宋《圣惠方》中对用药过量、不当的描述为:“因服冷药太过,致心膈痞满。”

## 2.2 病机的认识

古代医家认为“脾胃虚弱、运化失常”是本病的基本病机。该病的产生受多种因素综合影响,以脾胃虚弱为根本,由外感六淫、情志内伤、饮食不节引发,随着时间的推移伤及气血而形成的“瘀”和“毒”等病理产物多种因素相合而诱发。

黄穗平、李桂贤等<sup>[9-10]</sup>认为脾胃虚弱是本病的主要病机,本病病变的核心脏腑是脾胃,同时与肝和肾联系密切。

王灿晖<sup>[11]</sup>认为脾胃虚弱是发病的重要因素,其表象为病患气滞、胃热、湿浊、络瘀等,其中气机郁滞为发病的关键。

谭杰等<sup>[12]</sup>认为CAG多有以下两特点:其一为本虚标实;其二为虚实夹杂。本虚指患者脏气内虚,功能失调,标实指患者感受外邪,七情内伤,劳力过度,后有气滞、血瘀等表象。本病在发展过程中易反复,难根除。

王道坤、曾斌芳等<sup>[13-14]</sup>认为本病的病机多因脾胃受损,外邪乘而袭之,多种因素共同作用下导致脾胃的纳化、升降功能异常,病久则致黏膜血运障碍,营养匮乏,使得胃黏膜固有腺体发生萎缩,肠上皮化生及炎性反应等胃络失养之病变脾胃气虚是CAG整个疾病的发生发展以及恶变过程中的根本内在因素。

王垂杰<sup>[15]</sup>认为本病发展关键在于以下三点:其一为气滞;二为血瘀;三为胃热。而脾胃气虚则是癌变的重要因素之一。虚实夹杂(脾虚血瘀)是本病的特点。

沈洪、单兆伟教授<sup>[16-17]</sup>认为本病的最主要的病理因素是血瘀,根本病机为久病入络,血脉运行不畅,胃络阻瘀,瘀血固积,胃体失于濡养,病久最终导致胃黏膜发生萎缩。

李永寿<sup>[18]</sup>认为本病的根本因素在于脾胃虚弱,根本病机为“伤阳者滞而不运,伤阴者涩而不行。”脾胃阴阳失调,升降失司,虚实夹杂,最终导致患者气滞、湿阻、痰结等。

通过总结,并结合临床观察,发现不同于老年人CAG,由于当今生活节奏快,社会活动丰富,青年人承受的各方面的压力也较以往增加,自我情绪调控能力相对差,发病时多伴有情志不畅,忧思恼怒,肝郁气滞,疏泄失常,甚至郁而化火等精神情志活动失常,再加上青年人大多存在饮食偏嗜,多食辛辣甜腻不当的饮食、卫生习惯,因此情志内伤及

饮食不节等因素为青年人CAG的重要影响因素<sup>[19-20]</sup>。另外,青年人<sup>[21]</sup>由于其自身生理病理特点,处于人体脏腑气血最为旺盛时期,在大多数情况下脾胃受损的程度相对较低。

### 3. 萎缩性胃炎的辨证分型

我国医学古典中慢性萎缩性胃炎一词并未出现,古代医者基本针对“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”等并对其进行治疗。现代医家根据CAG患者不同的临床表现并结合个人临床经验,更加完善了本病的辨证分型,而青年人CAG作为其中的一部分,其证型分类也包含在内。

姜树民教授<sup>[22]</sup>认为胃为腑,将CAG具体分为3个证型,分别为:湿热内蕴,湿重于热;肝气郁滞,热重于湿;脾胃虚弱,湿热并重。其认为本病实证居多。

而周永华<sup>[23]</sup>将CAG分为2个证型,分别为:胃腑蕴热型、胃阴不足型;脾胃两虚型。其认为CAG发病的根本原因为脾胃气阴两虚,病症恶化的关键在于湿、热、瘀、毒,四者贯穿于疾病之中,治疗过程中四者不除,病难愈。

单兆伟教授<sup>[24]</sup>根据多年来积累的临床经验及相关研究将CAG分为以下3中主要证型:其一为中虚湿热证,治疗需以补益脾胃为主;其二为肝胃不和证,治疗需以清化湿热为主;其三为胃阴不足证,治疗需以疏肝解郁及滋养胃阴为主。

张杰<sup>[25]</sup>认为CAG发病较复杂,非单一病邪致病,故证型常表现兼加为患,分为气滞郁热、脾胃虚寒、脾胃湿热、胃络瘀阻、肝胃阴虚、寒热错杂证6种证型进行治疗。

孟建宇等<sup>[26]</sup>通过结合现代医学技术与中医学理论,将近200例CAG患者分为6种证型,分别为:肝郁气滞、脾胃湿热、肝胃郁热、胃阴不足、胃络瘀阻、脾胃虚寒证等,对病患进行研究后发现实证的患者占绝大部分比例,其中中最容易发生恶化的有2种:其一为肝郁气滞证;其二为脾胃湿热证。

2017年,中国中西医结合学会(CAIM)制定了《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》<sup>[27]</sup>,该文件的出台对CAG的分型及规范化治疗进行了统一规定,其将CAG分为以下6种证型:肝胃气滞、肝胃郁热、脾胃湿热、胃络瘀血、胃阴不足、脾胃虚弱证等。结合青年人自身生理病理特点,发现临床上青年人CAG表现为实证较多。

### 4. 萎缩性胃炎的中医治疗

#### 4.1 经方加减治疗

《伤寒杂病论》其经方配伍严谨,药少而精,因其疗效显著,常灵活加减运用于临床。通过查阅相关文献,总结出以下五个临床上常用于CAG的方剂,分别为小柴胡汤、半夏泻心汤、黄芪建中汤、理中汤、乌梅丸等。

##### 4.1.1 小柴胡汤

李鸿燕<sup>[28]</sup>治疗中用药为小柴胡汤,在86例CAG患者中,治愈42例,占48.84%,好转33例,占38.37%。其总有效率为87.21%。此另外小柴胡汤联合左金丸、小柴胡汤联合半夏泻

心汤治疗CAG的都取得了较为满意的效果<sup>[29-30]</sup>。

#### 4.1.2 半夏泻心汤

对半夏泻心汤进行meta分析,发现其或其加减方对CAG都有显著的疗效<sup>[31-33]</sup>。凌家生等<sup>[34]</sup>将108名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中实验组54人,对照组54人,实验组用药为半夏泻心汤,对照组用药为三九胃泰颗粒剂,对结果进行分析,发现实验组在治疗CAG中的脾胃湿热证时,在临床证候方面的疗效优于对照组;在胃镜、病理活检方面的疗效优于对照组。两组总有效率分别为96.30%、83.33%;不良反应发生率分别为3.70%、14.81% ( $P < 0.05$ )。

#### 4.1.3 黄芪建中汤

张立营<sup>[35]</sup>将102名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组51人,对照组51人,实验组用药为黄芪建中汤,对照组用药为常规西药,对结果进行分析,发现总有效率分别为92.1%、68.1% ( $P < 0.05$ );复发率分别为3.9%、39.2% ( $P < 0.05$ );实验组Hp根除较彻底。

#### 4.1.4 理中汤

徐佳<sup>[36]</sup>将60名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组30人,对照组30人,实验组用药为加味理中汤,对照组用药为胃复春片,对结果进行分析,发现实验组疗效更好,可明显改善病患者中医症候、胃镜象、病理检查且用药安全。

#### 4.1.5 乌梅丸

杨静波<sup>[37]</sup>将178名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组89人,对照组89人,实验组用药加味乌梅丸,对照组用药为三联疗法,结果进行分析,发现总有效率分别为94.38%、82.95%,实验组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。朱子奇等<sup>[38]</sup>发现乌梅丸可能具有改善胃粘膜病变情况的作用,因为其具有降低PGII水平并且升高CAG患者的PGI、PGI/PGII水平的作用。除此之外乌梅丸联艾灸治疗CAG疗效显著<sup>[39-40]</sup>。

### 4.2 其他常用方剂

升阳益胃汤、补中益气汤、逍遥散、沙参麦冬汤、失笑散、六君子汤、补阳还五汤等方剂对于治疗CAG也有一定的疗效。

沙伟<sup>[41]</sup>通过大鼠试验发现升阳益胃汤对治疗CAG有疗效。

赵欣运<sup>[42]</sup>将60名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组30人,对照组30人,实验组用药为加味补中益气汤,对照组用药为常规西药,对结果进行分析,在证候积分上实验组较低 ( $P < 0.05$ ),总有效率较高 ( $P < 0.05$ )。杨桂菊<sup>[43]</sup>在治疗中用药为加味益气汤,治疗的总有效率为85.94%,疗效高于西医常规实验组的71.43% ( $P < 0.05$ )。另外,关于补中益气汤联合西药使用的试验中<sup>[44]</sup>,也发现其有效率也高达93.75%,愈显率



达73.3% ( $P<0.05$ )。

顾小生<sup>[45]</sup>将122名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组62人,对照组62人,实验组用药为逍遥散,对照组用药为口服奥美拉唑、阿莫西林胶囊及胶体果胶铋,对结果进行分析,发现实验组在症状积分方面疗效优于对照组,在胃镜、病理学积分上面疗效优于对照组。对比有显著性差异 ( $P<0.05$ )。此外,有学者发现逍遥散联合沙参麦冬汤或失笑散疗效确切<sup>[46-47]</sup>。

刘改芬<sup>[48]</sup>将80名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组40人,对照组40人,实验组用药为加味六君子汤,对照组用药为常规西药,对结果进行分析,发现实验组治疗总有效率较高 ( $P<0.05$ )。在胃脘疼痛中医症候积分上实验组较低 ( $P<0.05$ ),在胃脘痞满中医症候积分实验组较低 ( $P<0.05$ )。此外,有试验发现柴芍六君子汤加减、香砂六君子汤加减二者对于治疗CAG有明显效果<sup>[49-50]</sup>。

董丽方<sup>[51]</sup>将34名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组17人,对照组17人,实验组用药为加味补阳还五汤,对照组用药为三九胃泰,对结果进行分析,发现总有效率分别为88.2%、70.6%,两组疗效对比有显著差异 ( $P<0.05$ )。赵翠丽<sup>[52]</sup>将30名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组15人,对照组15人,实验组用药为补阳还五汤,对结果分析得出在胃黏膜萎缩疗效上实验组较高;在活动性炎性反应疗效上实验组较,其总有效率分别为90.0%、63.3% ( $P<0.05$ )。除此之外另,相关实验还证明了补阳还五汤合麦门冬汤治疗CAG有一定疗效<sup>[53]</sup>。

### 4.3 验方治疗

当代的医学学者通过几十年的临床经验积累与研究,总结出了对于治疗慢性萎缩性胃炎(包括青年人CAG)的一系列临床验方,并取得了显著的临床疗效。

张思燮<sup>[54]</sup>将88名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组44人,对照组44人,实验组用药为益胃健脾汤(丹参、茯苓、炒枳壳、党参、炒白芍、生姜、大枣、法半夏、炙甘草),对照组用药为常规西药,治疗疗程为半年,疗程结束后对两组疗效进行观察,发现实验组治疗总有效率较高,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。在异型增生积分上实验组较低;在腺体萎缩积分上实验组较低,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

沈利娟等<sup>[55]</sup>将44名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组22人,对照组22人,实验组用药为消痞和胃方(炙黄芪、太子参、石斛、沙参、麦冬、白芍、白花蛇舌草、香附、延胡索、姜黄、三七粉、珍珠粉、吴茱萸、黄连、牡蛎、半枝莲、甘草)。对照组用药为香砂六君丸。疗程为4个月,疗程结束后对两组疗效进行观察,发现在中医证候积分上实验组较低 ( $P<0.05$ );在病理积分、胃镜下征象上实验组较低 ( $P<0.01$ )。

周斌等<sup>[56]</sup>在治疗中用药为健脾通络汤(党参、茯苓、炒白术、法半夏、醋柴胡、醋香附、炒白芍、甘松、醋莪术、丹参、薏苡仁、砂仁、制刺猬皮、乌梅、六一散等),治疗后CAG伴广泛IM脾胃虚弱证患者,在改善症状方面及萎缩、肠化病理逆转等方面取得较好的疗效,并且通过有助降低OLGA和OLGIM风险分层,从而降低了胃癌发生的风险。

单兆伟<sup>[57]</sup>在治疗中用药为二参三草汤（太子参、炒白术、黄芪、丹参、薏苡仁、白花蛇舌草、仙鹤草、甘草等），疗程半年，疗程效果为：在中医临床证候与病理有效率分别为88.5%、75.9%（ $P<0.05$ ）。

陈军<sup>[58]</sup>将80名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组40人，对照组40人，实验组用药为益气消痞汤（黄芪、桂枝、党参、白术、枳实、丹参、乌药、浙贝母、麦门冬、炒鸡内金、白芍药、砂仁、甘草、生姜各、大枣、莪术等），对照组用药为摩罗丹，疗程3个月，疗程效果为：两组总有效率分别为87.45%、76.78%（ $P<0.05$ ）。

陈璐等<sup>[59]</sup>在治疗中用药为健脾通络汤（党参、炒白术、干姜、法半夏、茯苓、黄连、甘松、砂仁、当归尾、炒白芍、丹参、炒枳壳、蜜甘草、大枣等），疗程3个月，疗程效果为：患者病理痊愈率为41.67%；显效率为31.67%；有效率为18.33%；总有效率为91.67%。

张金丽等<sup>[60]</sup>将138名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组69人，对照组69人，实验组用药为化浊解毒和胃方（茵陈、茯苓、藿香、肉豆蔻、砂仁、黄连、黄芩、佩兰、半边莲、半枝莲、白花蛇舌草、全蝎等），对照组用药为胃复春片。疗程半年。疗程效果为：在胃镜、病理改善上实验组较低（ $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ）；实验组Hp转阴率为89.6%；对照组Hp转阴率为63.1%（ $P<0.05$ ）。

白宇宁等<sup>[61]</sup>在治疗中用药为健脾通络解毒方（太子参、茯苓、法半夏、三七粉、丹参、白术、莪术、藤梨根、甘草等），疗程半年，临床总有效率为77.50%，患者主要临床症状积分及总积分、胃窦小弯各病变征象积分及总积分、肠化结果积分及总积分，疗效显著，差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ）。

#### 4.4 中成药治疗

中药汤剂在临床使用时存在着诸多不便，包括煎煮耗时较长、口感差及不易携带等缺点，因此目前在辨证论治的基础上相继出现了一批中药复方制剂，包括胶囊、丸剂、片剂、冲剂、口服液等多种新剂型，在治疗CAG上也占有一定的优势。查阅相关文献，临床常用治疗CAG（包括青年人CAG）的中药复方制剂有胃菱宁胶囊、摩罗丹、胃尔康片、养胃舒胶囊、复方丹参滴丸、胃复春片、气滞胃痛颗粒、夏连祀贞胶囊、养阴荣胃丸、加味七方胃痛颗粒等。

李恩复<sup>[62]</sup>在CAG伴肠化方面造诣颇深，其研制的中成药摩罗丹在治疗本病方面获得了不错的疗效。

陆敏<sup>[63]</sup>采用胃菱宁胶囊治疗CAG患者42例，研究方法采用“自身对照”法，疗程半年，疗程效果为：在中医证候积分上实验组较低，差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ）。

李珍等<sup>[64]</sup>将30名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组15人，对照组15人，实验组用药为胃尔康片，对照组用药为维酶素片治疗。对治疗结果进行观察，发现痊愈率分别为26.7%、13.3%；总有效率分别为93.3%、80%（ $P<0.05$ ）。

张红霞等<sup>[65]</sup>将112名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组56人，对照组56人，对照组用药为口服吗丁啉片，实验组在其基础上，加服温胃舒胶囊、养

胃舒胶囊、阴虚胃痛冲剂，疗程2周，疗程效果为：两组总有效率分别为98.38%、80% ( $P<0.05$ )。

赵涛<sup>[66]</sup>将100名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组50人，对照组50人，对照组用药为Hp根除、促进胃肠动力、保护胃黏膜剂，实验组在其基础上，加服复方丹参滴丸。对治疗结果进行观察，在临床效果上实验组效率较高；在胃镜检查上实验组效率较高 ( $P<0.01$ )。

林海<sup>[67]</sup>在临床运用胃复春对120例CAG癌前病变患者进行为期6个月的研究，对照组服用维酶素治疗。两组总有效率分别为78.95%、57.14% ( $P<0.05$ )；实验组患者的CGRP含量明显升高，ET含量明显降低，在改善患者血液的高凝状态及微循环障碍疗效上显著优于对照组 ( $P<0.05$ )。

#### 4.5 中西医结合治疗

在对CAG（包括青年人CAG）长期的临床观察以及实践中，中西医结合治疗的方案有取得了良好效果，对比仅用西药治疗来说结合疗法疗效更明显。

朱芬芳等<sup>[68]</sup>将60名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组30人，对照组30人，实验组用药为益胃汤合芍药甘草汤，对照组用药为口服吗丁啉片、乳酶素片。对治疗结果进行分析，发现两组总有效率分别为93.33%、66.67% ( $P<0.05$ )，在且黏膜炎症积分上实验组较低；在腺体减少积分上实验组较低 ( $P<0.01$ )。

朱微微等<sup>[69]</sup>将150名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组75人，对照组75人，两组均先采用口服阿莫西林、奥美拉唑与胶体果胶铋治疗，试验组加服参芪健胃颗粒，对照组加服替普瑞酮，疗程4个月。疗程效果为：两组总有效率分别为93.33%、80% ( $P<0.05$ )。

张然等<sup>[70]</sup>将112名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组56人，对照组56人，对照组用药为三联疗法，实验组在其基础上，加服健脾消萎汤、香砂养胃丸，疗程2个月。疗程效果为：两组总有效率分别为91.07%、76.79% ( $P<0.05$ )。

孔春雨等<sup>[71]</sup>将46名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组23人，对照组23人，两组均先采用常规用药，对照组加服叶酸片，实验组在对照组基础上再加服气滞胃痛颗粒。疗程效果为：实验组sIL-2R、CD8+T水平较低 ( $P<0.05$ )，血清胃泌素、CD4+T、CD4+T/CD8+T水平较高 ( $P<0.05$ )，实验组患者免疫功能水平有明显提高。

宋敏等<sup>[72]</sup>将120名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组60人，对照组60人，对照组用药为兰索拉唑治疗，实验组在其基础上，加服香砂养胃丸治疗，4周为一个疗程，一个疗程后，差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

黄艳艳<sup>[73]</sup>将96名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组48人，对照组48人，对照组用药为替普瑞酮片、吗丁啉治疗，实验组在其基础上，加服柴胡疏肝散治疗，疗程1个月。疗程效果为：两组总有效率分别为97.92%、54.17% ( $P<0.05$ )。

杨云等<sup>[74]</sup>将110名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组，其中为实验组55人，

对照组55人,对照组用药为替普瑞酮胶囊,实验组在其基础上加服香砂养胃丸,结果显示:两组总有效率分别为92.7%、74.5% ( $P<0.05$ )。

陈孝东<sup>[75]</sup>将确诊为CAG并伴Hp感染的CAG患者按随机分配的方式分为两组,对照组用药为西医常规三联疗法,实验组在其基础上,加服蒲元和胃胶囊治疗。结果显示:两组总有效率分别为92.31%、74.51% ( $P<0.05$ )。

#### 4.6 针灸疗法及其他相应治疗

针灸是我国传统医学中的一部分。在使用中药治疗该病的同时,采取针刺患者相关穴位,通过局部刺激以期达到调节机体脏腑阴阳平衡、恢复机体功能、增强患者免疫力的作用,发挥针药协同作用,正如孙思邈曰:“针灸不药,药不针灸尤非良医。”除此之外,温针灸治疗法、穴位注射疗法、贴敷疗法、埋线及按摩疗法在临床上治疗CAG(包括青年人CAG)也有显著疗效。

唐铭津<sup>[77]</sup>将100名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组50人,对照组50人,实验组采用针灸治疗,对照组用药为常规西药。结果显示:两组的总有效率分别为92.0%、76.0% ( $P<0.05$ )。

张迪等<sup>[78]</sup>将63名确诊为脾胃虚寒型CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组31人,对照组32人,实验组采用合募配穴艾灸法治疗,对照组用药为胃复春片。疗程3个月。疗程效果为:两组总有效率分别为93.8%、80.6% ( $P<0.05$ )。在中医症状积分上实验组较低 ( $P<0.01$ )。

陈菲等<sup>[79]</sup>将60名确诊为气虚血瘀型CAG的患者按随机分配的方式平均分为两组,对照组用药为口服西药治疗,实验组在其基础上,采用足三里穴位黄芪注射液注射治疗法。疗程1个月。疗程效果为:两组总有效率分别为93.3%、66.7% ( $P<0.05$ )。

陈敏琴<sup>[80]</sup>将63名确诊为脾胃虚寒型CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组40人,对照组40人,实验组采用针刺联合穴位贴敷治疗,对照组用药为常规西药。两组总有效率分别为95.00%、60.00% ( $P<0.05$ )。

柴一峰等<sup>[81]</sup>将80名确诊为CAG的患者按随机分配的方式分为两组,其中为实验组40人,对照组40人,实验组采用温针灸加穴位埋线(三阴交(双)、天枢(双)、足三里(双)、胃俞(双)、中脘)治疗,对照组用药为常规西药。结果显示:两组总有效率分别为92.5%、85% ( $P<0.05$ );在临床胃镜积分上实验组较低 ( $P<0.05$ );在病理疗效积分上实验组较低 ( $P<0.05$ )。

鲍平波<sup>[82]</sup>采用电针联合黄芪建中汤治疗CAG患者,疗程2个月。疗程结果为:两组在总有效率分别为76.78%、56.65% ( $P<0.05$ );在中医临床症候积分上实验组较低 ( $P<0.05$ )。

### 5. 萎缩性胃炎的诊疗现状

#### 5.1 西医诊疗现状

根据近几年我国癌症研究数据报告显示:每年我国新发癌症人数中胃癌大约有68万

例，癌症死亡人数中胃癌大约有50万例，其发病率及病死率在国内恶性肿瘤中均居第2位，且新发病例和死亡病例约占全球42.6%和45.0%<sup>[83]</sup>。CAG属于胃癌前疾病之一，因此越来越受人们关注。

CAG的具体临床表现基本分为以下几种：其一为上腹不适并伴隐痛等；其二为食欲不振常有反酸等；其三为口苦、恶心等。其体征常不明显，有的患者仅有上腹部按压不适感或轻压痛，有的患者主要表现为贫血。CAG的典型特点是周期长，影响因素复杂，有些患者由于病久反复无常会产生焦虑等症状。胃泌素-17（Gastrin-17）、血清胃蛋白酶原I（简称PGI）、血清胃蛋白酶原II（简称PGII）可以辅助诊断CAG，并对判断胃黏膜萎缩涉及的范围有一定的意义<sup>[84]</sup>。其间关系主要有以下3种：其一为当PGI值、PGI/PGII之间比值下降时，而测得胃泌素-17含量有所上升，该结果表示胃体存在萎缩；其二为当PGI、PGII值为在正常范围内，而测得Gastrin-17含量降低，该结果表示胃窦存在萎缩；其三为当PGI、PGII、Gastrin-17值均降低时，该结果表示有全胃萎缩趋势。

当前西医普遍认为本病的发病主要因素为Hp感染、反流、饮食、环境、胃癌家族史、自身免疫、缺铁性贫血及吸烟等，其中饮食与慢性萎缩性胃炎的发病最为密切<sup>[85]</sup>。上世纪八十年代初期，澳大利亚的巴里·马歇尔和罗宾·沃伦从慢性胃炎患者的胃黏膜中首次发现了Hp，随着后续的进一步研究发现，当患者同时患胃炎与Hp感染时，30%的患者后续会恶化成CAG，这一恶化比率是单患胃炎患者的9-10倍<sup>[86]</sup>。目前已经有实验数据证实，Hp感染的对病患的胃黏膜萎缩、肠化、癌变有重要影响<sup>[87-90]</sup>。另外，也有相关实验证实，CAG的发病与自身免疫、遗传因素、高龄等因素相关<sup>[91-92]</sup>。目前西医上对CAG（包括青年人CAG）的治疗还基本停留在对症治疗方面，暂无特效药，Hp阳性者应根除Hp治疗<sup>[93]</sup>，根据病患的症状及实际情况应分类治疗，例如抑酸药、促动力药、消化酶制剂等。

## 5.2 内镜下特点

临床上青年人萎缩性胃炎临床症状较为明显，内镜下肉眼见胃粘膜充血水肿、糜烂炎症相对较重，而黏膜变薄、血管暴露、白相为主等特征相对不明显。当前对CAG的诊断大部分依赖胃镜及病理检查，而青年人CAG的内镜下特征不突出，二者中活检结果为诊断的最终结果，起决定性作用。当患者被确诊为CAG时，后续应了解病患是否存在家族病史，同时结合相应检查来评估其胃黏膜萎缩、肠上皮化生的程度等，从而分析患者的癌变风险。

## 5.3 中医诊疗优势

中医将青年人CAG也归类到“胃痛”、“痞满”、“泛酸”、“嘈杂”等范畴。当前中药治疗本病具有其不可取代的优势，被临床广泛运用，除此之外，在服药同时结合针灸、穴位贴敷、穴位注射及推拿疗法也能对疾病有一定缓解。很大程度上丰富了中医理论体系。除此以外，临床上中西医结合治疗的广泛应用，通过与现代医学胃镜、病理检查相结合，有针对性选择药物，治疗效果提高的同时安全也有着一定的保障，为CAG（包括青年人CAG）的治疗注入了新的活力。

中医药在治疗青年人CAG上的优势为：不良反应少，安全性高；注重辨证论治与胃镜、病理分期相紧密结合以提高疗效；个性化调理施治，包括强化饮食的调理，调畅患者的情志，对病人疾病的治疗有着积极的作用，疗效显著。青年人CAG属于慢性、反复发作性疾病，需要的长期的调理和治疗。

## 6. 总结

近年来，大量的临床研究表明，中医药治疗CAG（作为其中一部分，因当包括青年人CAG）上不仅缓解患者的腹痛、腹胀、痞满、嘈杂等不适症状疗效突出，还能有效缓解胃黏膜的萎缩、肠化<sup>[93]</sup>改变，因此受到越来越多的CAG患者青睐及重视。但是近年来不同于中老年CAG，针对青年的临床研究较少，知网检索相关的文献数量仅有2篇<sup>[19-20]</sup>。目前的研究还存在一些问题和不足的地方：1.临床实验样本量不足，给出的结果相对的可信度也不高。2.设计原则受限。3.临床实验多，动物研究量相对少。4.活检取的标本不固定，存在偏差的可能。5.中药复方成分复杂，难以界定实际起效成分。6.本病的病程较长，缺乏疗后远期随访，远期疗效尚不明确。7.仍需进一步规范统一临床诊断、辨证分型及治疗方法。中医药治疗青年人CAG疗效明确，但作用机制仍处在探索阶段，我们要通过自身的努力，解决不足，更深入研究以提高中医药的疗效，并且积极开拓新的方剂，让中医药发挥出自身最大的特点，造福患者，造福社会。

## 参考文献

- [1] 姒健敏.慢性萎缩性胃炎的诊断、癌变监测和干预治疗[C].浙江省消化系疾病学术会议.2005.
- [2] 刘京运, 金世禄.慢性萎缩性胃炎患病率与年龄的关系及发病的影响因素[J].川北医学院学报, 2017, 32(01): 152-154.
- [3] 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.
- [4] 袁索红, 周红兵.观察慢性萎缩性胃炎内镜诊断与病理结果对照分析[J].中国伤残医学, 2015, 23(16): 115-116.
- [5] 刘伟锋, 蒋玉萍, 龙凤艳, 等.中医药治疗慢性萎缩性胃炎概况[J].中医临床研究, 2015, 7(25): 146-148.
- [6] 厉玉婷.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价/Meta分析的再评价[D].南京中医药大学, 2017.
- [7] 吕林, 王静, 罗仕娟, 等.黄穗平治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].广州中医药大学学报, 2014, 31(6): 1002-1004.
- [8] 林才志, 何建红, 陈漫, 等.李桂贤教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J].广西中医药, 2015, 38(5): 42-43.
- [9] 刘枭, 刘涛, 王灿晖.王灿晖教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J].浙江中医药大学学报, 2016, 40(03): 196-199.
- [10] 谭杰, 孟建宇, 张铁峰, 等.慢性萎缩性胃炎病因病机及辨证分型研究概况[J].湖南中医杂志, 2014, 30(03): 139-140.
- [11] 段永强, 王道坤.王道坤教授从“脾胃失调”论治慢性萎缩性胃炎病机要素分析[J].时珍国医国药, 2014, 25(7): 1715-1717.
- [12] 郭红梅, 郭冬梅, 曾斌芳.曾斌芳治疗慢性萎缩性胃炎临床经验撷菁[J].中国中医基础医学杂志, 2015, 21(9): 1174-1176.
- [13] 叶海潇, 王垂杰.王垂杰治疗慢性萎缩性胃炎及其癌前病变经验[J].辽宁中医杂志, 2011, 38(11): 2146-2147.
- [14] 孙心, 沈洪.沈洪治疗慢性萎缩性胃炎经验撷菁[J].浙江中医药大学学报, 2015, 39(5): 345-347.
- [15] 王丽华, 单兆伟.单兆伟慢性萎缩性胃炎诊疗经验浅探[J].辽宁中医杂志, 2015, 42(6): 1194-1195.
- [16] 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(02): 125-127.
- [17] 朱生樑, 王家渊.29例青年人萎缩性胃炎证治小结[J].上海中医药杂志, 1989, (11): 18-19.
- [18] 李银枝, 向仕友.32例青年萎缩性胃炎证治小结[C].2002全国土家族苗族医药学术会议论文专辑.2002.
- [19] 陈泽慧, 杨晋翔, 韩海啸, 邢恩龙, 魏玥.258例慢性萎缩性胃炎患者中医体质类型探究[J].世界中西医结合杂志, 2018, 13(07): 973-976.
- [20] 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(12): 148-149.
- [21] 黄彬, 邓静, 沈瑞南, 等.周永华老中医辨治慢性萎缩性胃炎经验[J].广西中医药, 2011, 34(2): 47-48.
- [22] 吴连恩, 杨建平.单兆伟教授治疗慢性萎缩性胃炎经验举隅[J].南京中医药大学学报(自然科学版),

2002, 18(4): 244-245.

- [23]孙婷婷,唐勇,吕文良.张杰运用胃痞汤治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J].中华中医药学刊,2012,30(06): 1206-1207.
- [24]孟建宇,谭杰,郭玉婷,等.慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜中医微观辨证与癌前病变特征分析[J].中医杂志,2015,56(15): 1307-1310.
- [25]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.
- [26]李鸿燕.小柴胡汤为主治疗慢性萎缩性胃炎86例临床观察[J].吉林中医药,2006,26(01): 20.
- [27]燕晓愿,杨崇河.小柴胡汤合左金丸治疗慢性萎缩性胃炎50例[J].实用中医药杂志,2011,27(01): 18-19.
- [28]戴海东,郑孟林,张正才.小柴胡汤合半夏泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎[J].浙江中西医结合杂志,2010,20(12): 775.
- [29]门前坤,李慧臻.半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(07): 142-144.
- [30]杨晋翔,安静,彭继升,魏玥,贺梅娟,黄大未.半夏泻心汤加减方治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的系统评价[J].北京中医药大学学报,2015,38(01): 46-52.
- [31]廖纬琳,陈国忠,夏李明.半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎的meta分析[J].时珍国医国药,2014,25(06): 1526-1529.
- [32]凌家生,张慧勤,黄献华,陈洪.半夏泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证疗效观察[J].山西中医,2018,34(10): 10-12.
- [33]张立营.评价中医治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎患者的临床价值[J].智慧健康,2017,3(11): 97-98.
- [34]徐佳.理中汤加味治疗慢性萎缩性胃炎的研究[D].山东中医药大学,2016.
- [35]杨静波,赵长普,张娟.乌梅丸对慢性萎缩性胃炎患者血清炎症指标、免疫功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(01): 158-162.
- [36]朱子奇,聂平平,陈亮,等.“乌梅丸”治疗慢性萎缩性胃炎以及对血清PG I、PG II水平的影响[J].海峡药学,2017,29(02): 201-203.
- [37]覃优.艾灸联合乌梅丸治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].实用中医药志,2017,33(08): 884.
- [38]黎敏姬,岑月,张绍芬.艾灸联合乌梅丸治疗慢性萎缩性胃炎随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2016,30(07): 29-31.
- [39]沙伟.升阳益胃汤阻断萎缩性胃炎大鼠细胞TLR4信号转导通路的研究[D].甘肃中医药大学(原名:甘肃中医学院),2015.
- [40]赵欣,周宁.补中益气汤加减治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].实用中医药杂志,2019,35(01): 28-29.
- [41]杨桂菊,王伟秋.补中益气汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中国实用医药,2017,12(36): 100-102.
- [42]张世杨,杨国云,陈卓.联合补中益气汤加减辅助治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].四川医学,2014,35(09): 1171-1173.



- [43]顾小生,方邦江.加味逍遥散治疗慢性萎缩性胃炎124例[J].上海医药,2019,40(01):30-32+77.
- [44]王劲松.逍遥散合沙参麦冬汤加减治疗萎缩性胃炎临床观察[J].生物技术世界,2015(09):160.
- [45]李丽萍,张晖敏.逍遥散合失笑散治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀阻证临床观察[J].河北中医,2016,38(10):1524-1527.
- [46]刘改芬,刘俊霞.六君子汤加减治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的疗效[J].临床医学研究与实践,2018,3(23):136-137.
- [47]毛晓琴.柴芍六君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎肝郁脾虚型疗效观察[J].实用中医药杂志,2019(02):157-158.
- [48]张昌明.香砂六君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(34):158+160.
- [49]董丽芳.加味补阳还五汤治疗慢性萎缩性胃炎效果探讨[J].内蒙古中医药,2015,34(04):42.
- [50]赵翠丽,邓鸣.加味补阳还五汤治疗慢性萎缩性胃炎30例临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2012,5(23):72-73.
- [51]肖春海,姜小红.麦门冬汤合补阳还五汤治疗慢性萎缩性胃炎86例临床疗效观察[C].江西省第四次中西医结合消化系统疾病学术交流会论文汇编.2011.
- [52]张思燮.中药益胃健脾汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中国继续医学教育,2018,10(18):139-141.
- [53]沈利娟,韦玉娜.消痞和胃方治疗慢性萎缩性胃炎45例[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(07):191-194.
- [54]兰青.“健脾通络汤”治疗慢性萎缩性胃炎伴广泛肠化脾胃虚弱证的疗效观察[D].北京中医药大学,2018.
- [55]金素美,铉力,单兆伟.运用单兆伟教授二参三草汤治疗慢性萎缩性胃炎脾虚湿热证的临床疗效观察[J].四川中医,2013,31(02):94-95.
- [56]陈军.益气消痞汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J].黑龙江医药,2016,29(05):908-910.
- [57]陈璐,崔一鸣,李斐斐,等.健脾通络汤治疗60例慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证病理疗效观察[J].时珍国医国药,2017,28(04):912-914.
- [58]张金丽,王彦刚,周盼盼,等.化浊解毒和胃方对慢性萎缩性胃炎癌前病患者胃液成分的影响[J].中医杂志,2014,55(05):400-403.
- [59]白宇宁,王少丽,姚乃礼等.健脾通络解毒方加减辨治慢性萎缩性胃炎癌前病变40例临床观察[J].中医杂志,2014,55(04):301-304.
- [60]郭喜军.摩罗丹治疗慢性萎缩性胃炎肠上皮化生200例疗效观察[J].北京中医药大学学报,1994(01):33-35+73.
- [61]睢学强.胃萎宁胶囊治疗中青年萎缩性胃炎的临床观察[D].南京中医药大学,2018.
- [62]李珍,张小云,孙晓娜.胃尔康片治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(09):90-92.
- [63]张红霞,马秀琴,叶风云.中西医结合治疗萎缩性胃炎62例疗效分析观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,

36(01): 71-72.

- [64]赵涛.联合复方丹参滴丸治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].基层医学论坛, 2013, 17(31): 4142-4143.
- [65]林海.胃复春治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效观察[J].药物流行病学杂志, 2011, 20(06): 286-288.
- [66]朱芬芳, 刘建华, 彭慧芸.益胃汤合芍药甘草汤加减联合西药治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证临床研究[J].四川中医, 2016, 34(12): 85-87.
- [67]朱微微, 姚憬, 池美华, 王忠建.中西医结合治疗在脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎患者中的应用效果观察[J].世界华人消化杂志, 2018, 26(36): 2120-2126.
- [68]张然, 李素娟, 陈正彦, 杨坤.中西医结合治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎临床观察[J].山西中医, 2018, 34(06): 25-26.
- [69]孔春雨, 吴梅, 李昭咏.叶酸联合气滞胃痛颗粒对Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素、sIL-2R及免疫功能影响[J].中国生化药物杂志, 2015, 35(07): 101-103.
- [70]宋敏, 陈晓娟.香砂养胃丸联合兰索拉唑治疗脾虚气滞型慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中国药房, 2017, 28(36): 5095-5097.
- [71]黄艳艳.探究慢性萎缩性胃炎患者的消化内科治疗效果[J].世界最新医学信息文摘, 2018, 18(46): 59.
- [72]杨云, 王丙信, 任清华, 等.香砂养胃丸联合替普瑞酮胶囊治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].现代药物与临床, 2017, 32(01): 71-75.
- [73]陈孝东.蒲元和胃胶囊联合三联疗法治疗幽门螺旋杆菌感染性萎缩性胃炎的效果观察[J].临床合理用药杂志, 2016, 9(35): 55.
- [74]唐铭津.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].世界最新医学信息摘, 2018, 18(54): 153.
- [75]张迪, 袁星星, 王炳予, 等.合募配穴灸法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].上海针灸杂志, 2017, 36(12): 1401-1405.
- [76]陈菲, 陈茜, 张璇.黄芪注射液穴位注射治疗慢性萎缩性胃炎气虚血瘀证30例[J].陕西中医, 2011, 32(01): 12-14.
- [77]陈敏琴.针刺联合穴位贴敷治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].基层医学论坛, 2017, 21(02): 203-204.
- [78]柴一峰, 蒋湘萍.温针灸加穴位埋线治疗萎缩性胃炎临床研究[J].针灸临床杂志, 2011, 27(01): 20-22.
- [79]鲍平波.电热针联用黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎临床观察[J].中国乡村医药, 2014, 21(10): 46-47.
- [80]Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.
- [81]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.
- [82]张碧文.影响慢性萎缩性胃炎中医发病因素的探讨[D].南京中医药大学, 2018.
- [83]石德祥, 史金兰.幽门螺旋杆菌感染与慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].内蒙古中医药, 2011, 30(03): 95-96+108.

- [84]杨晋翔, 安静, 彭继升, 等.半夏泻心汤加减方治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效的系统评价[J].北京中医药大学学报, 2015, 38(01): 46-52.
- [85]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.
- [86]郭丽梅, 郭江川, 赵月琴.普查人群幽门螺旋杆菌感染与病理关系的相关分析[J].内蒙古中医药, 2011, 30(20): 67-68.
- [87]赵厚良, 华占楼.根除幽门螺旋杆菌治疗对萎缩性胃炎疗效的影响[J].中国社区医师(医学专业半月刊), 2008, 10(18): 34.
- [88]蔡惜莲, 姚平.萎缩性胃炎发病影响因素研究[J].预防医学情报杂志, 2017, 33(04): 373-376.
- [89]杨雪芹.慢性萎缩性胃炎与饮食习惯的关联性分析[D].吉林大学, 2011.
- [90]刘文忠, 谢勇, 陆红等.第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J].胃肠病学, 2017, 22(06): 346-360.

## 第二部分 临床观察

### 1. 证型研究

#### 1.1 病例来源

本次临床证型观察病例来源于自2016年10月至2019年02月就诊于江苏省中西医结合医院消化科门诊及病房的青年人萎缩性胃炎患者，共112例符合条件纳入观察，其中男61例，女51例，平均年龄 $38.92 \pm 3.962$ 岁。

#### 1.2 病例选择标准

##### 1.2.1 中医证候诊断标准

将符合标准的入选作为观察对象，采用中医证候诊断标准（参照2009年《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[1]</sup>），并结合临床，观察患者的主症、次症、舌苔及脉象，将青年人CAG归纳总结为肝胃不和，寒热错杂，脾胃湿热，脾胃虚弱，胃阴不足，胃络瘀血六个证型。

肝胃不和证：主症：胃脘胀痛或灼痛；脉弦或弦数。次症：症状因情绪因素诱发或加重；嗳气频作；嘈杂反酸；大便干燥；舌质红苔黄。

寒热错杂证：主症：心下痞塞，满闷而不痛，按之柔软。次症：口干口苦；嘈杂反酸；胃脘灼热；喜冷饮或热饮；畏寒；大便秘结或便溏；舌红苔黄，脉弦数或舌淡苔白脉沉迟。

脾胃湿热证：主症：胃脘痞胀或疼痛；舌质红，苔黄厚或腻。次症：口苦口臭；恶心呕吐；胃脘灼热；大便黏滞或稀溏；脉滑数。

脾胃虚弱证（脾胃虚寒证）：主症：胃脘胀满或隐痛；胃部喜按或喜暖。次症：食少纳呆；大便稀溏；倦怠乏力；气短懒言；食后脘闷；舌质淡，脉细弱。

胃阴不足证：主症：胃脘痞闷不适或灼痛；舌红少津，苔少。次症：饥不欲食或嘈杂；口干；大便干燥；形瘦食少；脉细。

胃络瘀血证：主症：胃脘痞满或痛有定处；舌质暗红或有瘀点、瘀斑。次症：胃痛拒按；黑便；面色暗滞脉弦涩。

（具备主症和次症 2 项以上即可诊断。）

##### 1.2.2 西医诊断标准

西医诊断标准（参照2017年上海《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[2]</sup>）。

胃镜诊断：黏膜红白相间，以白相为主，皱襞变平甚至消失，部分黏膜血管显露；可伴有黏膜颗粒或结节状等表现。

萎缩：轻度：固有腺体数减少不超过原有腺体的1/3；中度：固有腺体数减少介于原有腺体的1/3~2/3之间；重度：固有腺体数减少超过2/3，仅残留少数腺体，甚至完全消失。

肠化生：肠化生区占腺体和表面上皮总面积1/3以下为轻度；1/3~2/3为中度；2/3以上为重度。

1.2.3 纳入、排除标准

- 1.2.3.1 纳入标准：（1）符合上述西医病理诊断标准；  
（2）符合青年（15-44岁）。
- 1.2.3.2 排除标准：（1）慢性萎缩性胃炎病理诊断疑有癌变者；  
（2）精神异常或精神疾病患者；  
（3）除CAG外，合并其他严重疾病或伴发感染的患者；  
（4）在妊娠期、哺乳期的妇女；  
（5）酗酒或吸毒患者。

1.3 数据处理方法

统计学软件采用SPSS21.0，频数统计方法。

1.4 观察结果

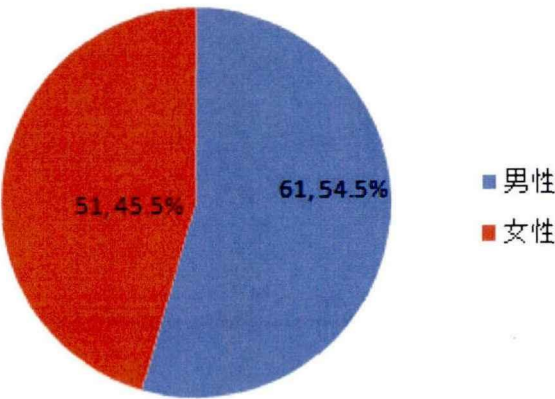
1.4.1 性别分布情况

从下表 1 中看出，男性 61例，占 54.5%； 女性 51例，占 45.5%。

表 1 性别分布表（例）

性别	男	女
例数	61	51
比例	54.5%	45.5%

（图 1 男女比例分布图）



1.4.2年龄分布情况

表 2 年龄分布表（例）

年龄段/岁	18~29	30~39	40~45
例数	5	46	61
比例	4.5%	41.1%	54.5%

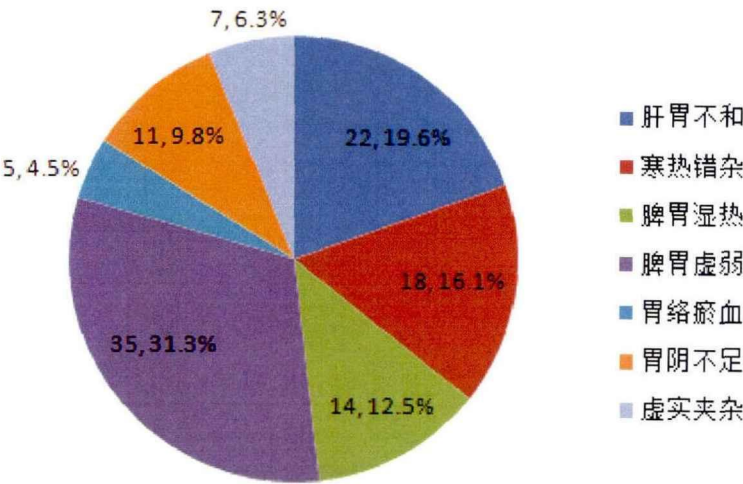
1.4.3 证型分布情况

从下表 1 中看出，实证肝胃不和、寒热错杂、脾胃湿热证，分别为22例，占19.6%、18例，占16.1%、14例，占12.5%，实证占48.2%；虚证为脾胃虚弱、胃阴不足，分别为35例，占31.3%、15例，占13.4%，虚证占44.6%，胃络瘀血属虚实夹杂证，为8例（7.1%），可见患者脾胃虚弱、肝胃不和证最为多见，但实证的比例高于虚证，以实证为主。（见下表）

表 3 证型分布表

证型	个数	百分比（%）
肝胃不和	22	19.6
寒热错杂	18	16.1
脾胃湿热	14	12.5
脾胃虚弱	35	31.3
胃络瘀血	5	4.5
胃阴不足	11	9.8
虚实夹杂	7	6.3
合计	112	

（图2 证型分布图）



## 2. 服用中药汤剂的临床疗效观察

### 2.1 观察目的

通过临床病例的观察，评价中医药对青年人萎缩性胃炎患者的临床疗效。

### 2.2 临床资料

#### 2.2.1 观察对象

本次临床观察病例来源于上述112例青年人CAG患者中遵医嘱坚持服用中药治疗的69例纳入观察，其中男37例，女32例，平均年龄 $38.14 \pm 4.356$ 岁。

#### 2.2.2 病例选择标准

##### 2.2.2.1 纳入、排除标准

2.2.2.1.1 纳入标准：（1）符合上述西医病理诊断标准；

（2）符合青年（15-44岁）。

（3）坚持服用中药汤剂治疗者。

2.2.2.1.2 排除标准 （1）慢性萎缩性胃炎病理诊断疑有癌变者；

（2）精神异常或精神疾病患者；

（3）除CAG外，合并其他严重疾病或伴发感染的患者；

（4）在妊娠期、哺乳期的妇女；

（5）酗酒或吸毒患者。

##### 2.2.2.2 诊断标准（具体同上）

2.2.2.2.1 西医诊断标准（参照2017年上海《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[2]</sup>）。

2.2.2.2.2 中医证候诊断标准（参照2009年《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[1]</sup>）并结合临床上常见证候，归纳总结为肝胃不和，寒热错杂，脾胃湿热，脾胃虚弱，胃阴不足，胃络瘀血六个证型。

### 2.3 观察设计与观察方法

#### 2.3.1 观察设计

采用治疗前后“自身对照”的方法。观察患者临床症状、体征、病理组织学萎缩、肠上皮化生等指标。

#### 2.3.2 观察方法

共69例患者，其中男37例，女32例，平均年龄 $38.14 \pm 4.356$ 岁。患者口服中药汤剂，水煎2次，每日1剂，共200ml，早晚分服，各100ml；3个月为1个治疗周期，治疗6个月后复查，并记录患者治疗前、治疗6个月后的症状体征及病理组织学结果。

2.3.2.1 方药选择（参照2009年《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[1]</sup>），并结合临床。

2.3.2.1.1 肝胃不和型，治法：疏肝解郁，理气和胃。基本方如下：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。药物：柴胡6g、香附10g、枳壳6g、白芍15g、陈皮6g、佛手6g、百合15g、乌药10g、甘草3g。若肝胃气滞，郁而化热可加用黄连3g、黄芩6g、吴茱萸3g、蒲公英15g、白花蛇舌草15g等。兼噎气呃逆者，加旋覆花6g、刀豆壳15g、代赭石15g等；兼嘈杂反酸者，加黄连3g、吴茱萸3g、海螵蛸15g、瓦楞子15g等；兼情志焦虑者，加合欢皮6g、郁金10g等；兼阴亏者，加用石斛15g、麦冬10g等；兼便秘者，加炒莱菔子15g、瓜蒌仁15g、瓜蒌子15g等；气滞致血瘀者加用丹参15g、川芎10g等。

2.3.2.1.2 寒热错杂型，治法：寒热并用，辛开苦降，理气和胃。基本方如下：半夏泻心汤（《伤寒论》）加减。药物：党参15g、黄连3g、黄芩6g、法半夏6g、干姜3g、陈皮6g、炙甘草3g。胃脘灼热、舌苔厚腻者加仙鹤草15g、白花蛇舌草15g、薏苡仁15g、苍术6g；畏寒喜暖、大便稀溏者加桂枝5g、益智仁15g；口干食少、舌红少津者加石斛15g、北沙参15g；舌暗红或有瘀点者加丹参15g、莪术10g；胀痛噎气、情绪诱发者加合欢花6g、郁金10g等。

2.3.2.1.3 脾胃湿热型，治法：清热化湿，理气和中。主方：连朴饮（《霍乱论》）加减。药物：黄连3g、法半夏6g、茯苓15g、苍术10g、厚朴6g、石菖蒲10g、炙甘草3g。兼恶心想呕者，加竹茹10g等；兼口腔臭味者，加佩兰15g、藿香10g。

2.3.2.1.4 脾胃虚弱证（含脾胃虚寒证），治法：健脾益气，运中和胃。主方：六君子汤（《太平惠民和剂局方》）加减。药物：黄芪15g、党参10g、炒白术10g、干姜3g、茯苓15g、半夏6g、陈皮6g、炙甘草3g。兼食欲不振加用炒谷芽15g、炒麦芽15g、焦山楂10g；胃脘怕冷明显者加用附子3g、肉桂3g等；大便稀溏者加炮姜6g、炒薏苡仁15g。

2.3.2.1.5 胃阴不足型，治法：养阴益胃。主方：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。药物：沙参15g、麦冬10g、生地15g、玉竹15g、石斛15g、佛手6g、生甘草3g。兼嘈杂者，加黄连3g、吴茱萸3g、海螵蛸15g、瓦楞子15g；大便干结者加枳实10g、瓜蒌仁15g、瓜蒌子15g、火麻仁15g等。

2.3.2.1.6 胃络瘀阻型，治法：活血通络，理气化瘀。主方：丹参饮（《时方歌括》）加减。药物：丹参15g、砂仁10g、香附10g、元胡10g、莪术10g、川芎10g、党参10g、茯苓15g。脾胃虚弱较甚者加用黄芪15g、白术10g等。

### 2.3.3 观察内容

观察项目及评分参照 2009 年《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[1]</sup>，所有症状可分为无、轻、中、重 4 个等级。

#### 2.3.3.1 中医临床症状



主证：胃脘胀痛、胀满、隐痛、痞满、刺痛、灼痛（无、轻、中、重分别记 0、2、4、6 分）；

次证：胃脘灼热感、畏寒（喜按喜暖）、纳呆少食、嗳气、嘈杂反酸、恶心呕吐、口干、口苦、口臭及口粘、（无、轻、中、重分别记 0、1、2、3 分）；痛处拒按、肢体乏力、气短懒言、胸闷、呕吐清水、大便稀溏、大便不畅、大便干燥及黑便（无、有分别记 0、1分）。

### 2.3.3.2 西医病理组织

萎缩、肠化（无、轻、中、重分别记 0、2、4、6 分）。

## 2.4 疗效评价及数据处理方法

参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》<sup>[3]</sup>。

### 2.4.1 中医症候疗效评价标准

临床痊愈：临床症状或体征基本消失，疗效指数 $\geq 95\%$ ；

显效：临床主要症状、体征较前明显改善， $95\% > \text{疗效指数} \geq 70\%$ ；

有效：主要症状、体征较前明显好转， $70\% > \text{疗效指数} \geq 30\%$ ；

无效：主要症状、体征较前无明显好转甚至加重，疗效指数 $< 30\%$ 。

注：疗效指数 =  $[(\text{疗前积分} - \text{疗后积分}) / \text{疗前积分}] \times 100\%$

### 2.4.2 疾病疗效评价标准

临床痊愈：胃黏膜萎缩、肠上皮化生消失；

显效：胃黏膜萎缩、肠上皮化生减轻1个级度以上，但未恢复正常或消失；

有效：胃黏膜萎缩、肠上皮化生较前减轻；

无效：达不到以上标准，或恶化者。

### 2.4.3 数据处理方法

统计学软件采用SPSS21.0，计量资料采用均值 $\pm$ 标准差表示，行秩和检验， $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 具有统计学意义。

## 2.5 观察结果

自2016年10月至2019年02月，共收集坚持服用中药治疗的青年人CAG患者中69例，情况如下：治疗前后中医症候情况

### 2.5.1 一般情况

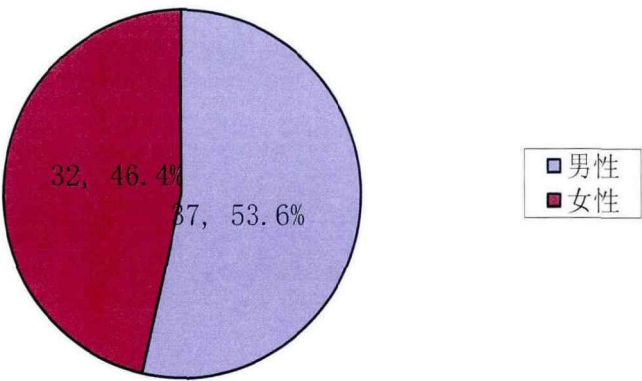
#### 2.5.1.1 性别分布情况

从下表 1 中可看出，符合条件患者69例中，男性37例，占53.6%；女性32例，占46.4%。

表 1 性别分布表（例）

性别	男	女
例数	37	32
比例	53.6%	46.4%

（图 1 男女比例分布图）



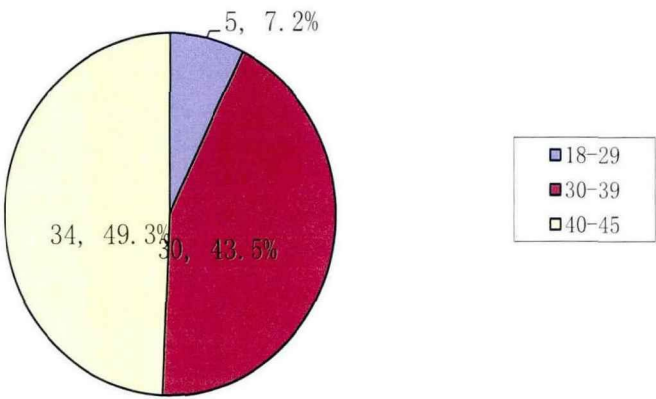
2.5.1.2 年龄分布情况

从下表 2 中可看出，此次收集的患者69例中，年龄分布在 18~29 岁有5 例， 占比 7.2%，30~39 岁有30 例，占比43.5%，40~44岁有 34 例，占比 49.3%。

表 2 年龄分布表（例）

年龄段/岁	18~29	30~39	40~45
例数	5	30	34
比例	7.2%	43.5%	49.3%

（图 2 年龄分布图）



2.5.2 治疗前后中医证候情况

2.5.2.1 治疗前后中医证候总积分比较

从下表 3 中可看出，治疗 6 个月后中医症候总积分均数比治疗前偏低，差异有统计学意义（ $P<0.01$ ）。

表 3 中医症候总积分

时间	总积分	<i>z</i>	<i>P</i>
治疗前	8.46±2.489	-6.921	0.000
治疗后	3.12±1.278		

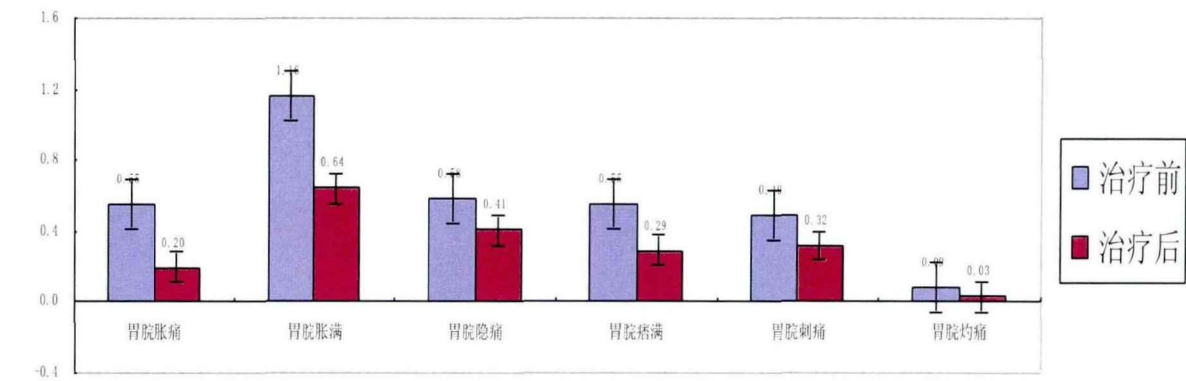
2.5.2.2治疗前后中医各症积分对比

2.5.2.2.1 从下表 4 所示，治疗6个月后中医各主症积分均低于治疗前，差异具有统计学意义（ $P<0.01$  或  $P<0.05$ ）。

表 4 中医各主症积分

中医症候	治疗前	治疗后	<i>z</i>	<i>p</i>
胃脘胀痛	0.55±1.491	0.20±0.608	-2.588	0.010
胃脘胀满	1.16±1.763	0.64±1.000	-4.243	0.000
胃脘隐痛	0.58±1.193	0.41±0.810	-2.449	0.014
胃脘痞满	0.55±1.278	0.29±0.788	-3.000	0.003
胃脘刺痛	0.49±1.431	0.32±0.947	-2.449	0.014
胃脘灼痛	0.09±0.411	0.03±0.241	-1.414	0.157

（图 3 中医各主症积分对比图）

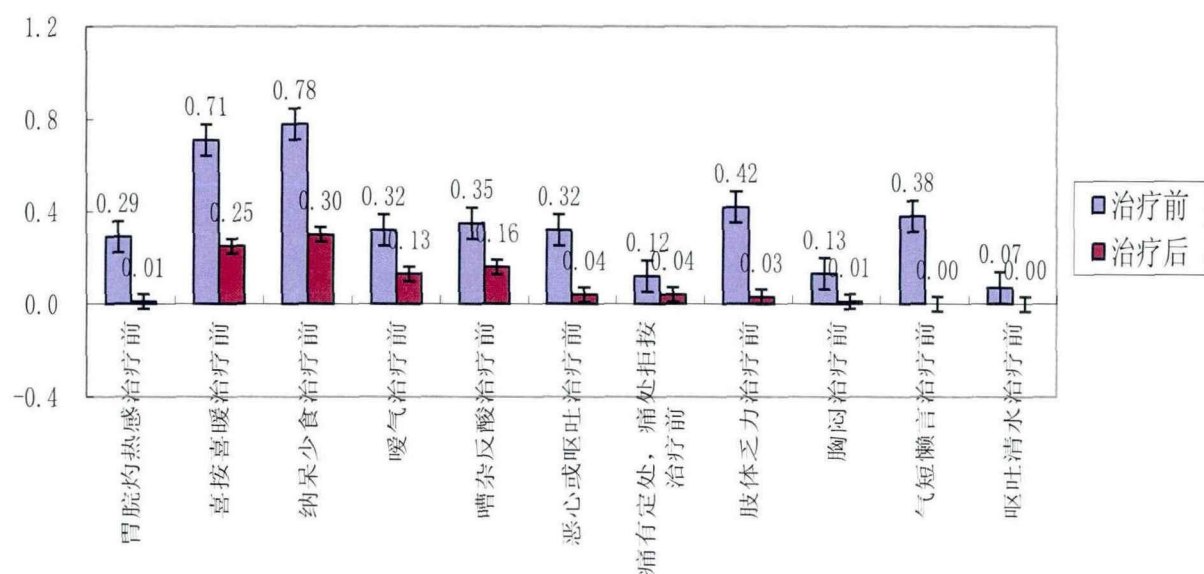


2.5.2.2.2 从下表 5 所示，治疗 6 个月后中医各次症积分均值较治疗前都有所下降，且与治疗前相比差异都具有统计学意义（ $P<0.01$  或  $P<0.05$ ）。

表 5 中医各次症积分

中医症候	治疗前	治疗后	z	p
胃脘灼热感	0.29±0.457	0.01±0.120	-4.359	0.000
喜按喜暖	0.71±0.842	0.25±0.434	-5.657	0.000
纳呆少食	0.78±0.937	0.30±0.494	-5.578	0.000
噯气	0.32±0.757	0.13±0.380	-2.739	0.006
嘈杂反酸	0.35±0.764	0.16±0.369	-3.357	0.001
恶心或呕吐	0.32±0.528	0.04±0.205	-4.359	0.000
痛处拒按	0.12±0.323	0.04±0.205	-2.236	0.025
肢体乏力	0.42±0.497	0.03±0.169	-5.196	0.000
胸闷	0.13±0.339	0.01±0.12	-2.828	0.005
气短懒言	0.38±0.488	0.00±0.00	-5.099	0.000
呕吐清水	0.07±0.261	0.00±0.00	-2.236	0.025

(图4 中医各次症积分对比图)



### 2.5.3 治疗前后病理改善情况

#### 2.5.3.1 胃窦大弯治疗前后病理分布情况

如下表 6 所示，同治疗前相比，胃窦大弯处轻、中、重度萎缩，轻、中度肠化数量减少，正常组织增多。

表6 胃窦大弯病理分布[ 例 (%) ]

病理改变		无	轻	中	重
萎缩	治疗前	37 (53.6)	22 (31.9)	9 (13.0)	1 (1.4)
	治疗后	60 (87.0)	8 (11.6)	1 (1.4)	0 (0.0)
肠化	治疗前	50 (72.5)	16 (23.2)	3 (4.3)	0 (0.0)
	治疗后	58 (84.1)	10 (14.5)	1 (1.4)	0 (0.0)

## 2.5.3.2 胃窦小弯治疗前后病理分布情况

如下表 7 所示, 同治疗前相比, 胃窦小弯处轻、中、重度萎缩, 轻、中、重度肠化数量减少, 正常组织增多。

表7 胃窦小弯病理分布[ 例 (%) ]

病理改变		无	轻	中	重
萎缩	治疗前	10 (14.5)	33 (47.8)	17 (24.6)	9 (13.0)
	治疗后	39 (56.5)	18 (26.1)	12 (17.4)	0 (0.0)
肠化	治疗前	19 (27.5)	35 (50.7)	13 (18.8)	2 (2.9)
	治疗后	29 (42.0)	32 (46.4)	8 (11.6)	0 (0.0)

## 2.5.4 治疗前后病理积分对比情况

## 2.5.4.1 胃窦大弯治疗前后病理学积分对比情况

如下表 8 所示, 治疗 6 个月后患者胃窦大弯的萎缩、肠化与治疗前相比均有所降低, 差异具有统计学意义 ( $P<0.01$  或  $P<0.05$ )。

表 8 胃窦大弯治疗前后病理学积分对比情况

病理改变	治疗前	治疗后	<i>z</i>	<i>p</i>
萎缩	1.25±1.538	0.29±0.788	-4.738	0.000
肠化	0.64±1.111	0.35±0.837	-2.500	0.012

## 2.5.4.2 胃窦小弯治疗前后病理学积分对比情况

如下表 9 所示, 治疗 6 个月后患者胃窦小弯的萎缩、肠化与治疗前相比均有所降低 ( $P<0.01$ ), 差异具有统计学意义。

表9 胃窦小弯治疗前后病理学积分对比情况

病理改变	治疗前	治疗后	z	p
萎缩	2.72±1.781	1.22±1.542	-6.238	0.000
肠化	1.94±1.533	1.39±1.342	-3.800	0.000

2.5.5 疗效评价情况

2.5.5.1 中医症候疗效评价情况

如下表 10 所示，本次观察共收集患者69例，治疗6个月后，患者主要中医症候临床痊愈4例，占5.8%，显效19例，占27.5%，有效40例，占58%，无效6例，占8.7%，总有效63例，总有效率达91.3%。

表10 中医症候疗效结果[例（%）]

例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
69	4（5.8）	19（27.5）	40(58.0)	6(8.7)	63（91.3）

2.5.5.2 西医病理疗效评价情况

如下表 11 所示，治疗6个月后，患者胃黏膜萎缩临床痊愈38例，占55.1%；有效14例，占20.3%；无效17例，占24.6%，总有效率达75.4%。胃肠上皮化生患者54例，临床痊愈15例，占27.3%；有效1例，占1.8%；无效8例，占14.5%，总有效率为43.6%。

表 11 病理疗效结果[例（%）]

	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
萎缩	69	38(55.1)	0(0.0)	14(20.3)	17(24.6)	75.4
肠化	54	15(27.3)	1(1.8)	8(14.5)	31(56.4)	43.6

2.6 讨论

2.6.1 一般情况分析

本次观察的69例青年CAG患者，其中男性37例（53.6%），女性32例（46.4%），男女比例1.16:1，男性稍多于女性，但是由于样本量少，不能代表整体青年人CAG患者的性别分布情况。年龄方面，年龄在18~29岁有5例（7.2%），30~39岁有30例（43.5%），40~44岁有34例（49.3%）；整体趋势体现CAG患病与年龄成正相关的关系。近年来，青年患者的患病率呈逐渐上升的趋势，可能与生活习惯、环境、心理压力等因素相关，但仍需要大样本的调研来确定不同年龄的患病率。同时，患者主要以脾胃虚弱证和肝胃不和证最为多见，但实证的比例高于虚证，这说明青年人萎缩性胃炎患者以实证为主。

2.6.2 中医症候情况分析

中医症候方面，患者在治疗后中医症候总积分均数比比治疗前偏低，全部主症以及次

症的症状积分均值与治疗前相比偏低。同时，中医症候疗效的总有效率达91.3%。

### 2.6.3 病理情况分析

无论胃窦大弯还是胃窦小弯，治疗后患者的萎缩、肠化与治疗前相比均有所降低。同时，患者胃黏膜萎缩的总有效率为75.4%，肠上皮化生的总有效率为43.6%。

### 2.6.4 疗效分析

治疗6个月后，患者主要中医症候临床痊愈4例，占5.8%，显效19例，占27.5%，有效40例，占58%，无效6例，占8.7%，总有效63例，总有效率达91.3%。胃黏膜萎缩临床痊愈38例，占55.1%；有效14例，占20.3%；无效17例，占24.6%，总有效率分别为75.4%；胃肠上皮化生患者54例，临床痊愈15例，占27.3%；有效1例，占1.8%；无效8例，占14.5%，总有效率分别为43.6%。结果显示，中医药能明显改善青年患者的临床症状，对减轻胃黏膜萎缩、肠化的治疗效果确切。

### 2.6.5 选方用药

导师总结多年的临床诊治经验，认为本病尚有寒热错杂之证，由于本病服药周期长，病程迁延，正气耗损，正气不足则易受生冷辛辣饮食、幽门螺杆菌、寒暑邪外邪等多种病理因素的侵袭，寒热同见；外邪客胃，正虚无力御邪，滞留体内，遂生实邪，故见虚实夹杂。脾为太阴，其气易虚，虚则有寒；胃为阳明，受邪易实，实则易热；脾胃同病则见寒热错杂之证<sup>[4]</sup>。治疗寒热错杂证方面，导师以经方半夏泻心汤为基础，随证加减。本方组成：党参15g、黄连3g、黄芩6g、法半夏6g、干姜3g、陈皮6g、炙甘草6g。其中党参、甘草补脾益气生津，善治中气不足，热病伤津；连、芩为苦寒之品，清热燥湿，泻火解毒；法半夏燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结，干姜辛热温中；陈皮理气调中、燥湿化痰。诸药同用，共奏寒热平调、辛开苦降、消痞散结、攻补兼施之功。

## 3. 结论

青年人萎缩性胃炎患者以脾胃虚弱、肝胃不和证最为多见，但总体上实证的比例高于虚证，故以实证为主。中医药治疗青年人萎缩性胃炎患者的临床疗效显著。在中医症状方面，中药汤剂较为温和，且在个体化、整体性、持久性等方面具有优势，很大程度上减轻了患者的痛苦，患者的生活质量也得到了较大的提高。在病理组织学方面，中医药对降低患者胃黏膜萎缩、肠上皮化生的程度有着一定的作用，在减缓萎缩性胃炎向早期胃癌进展方面有积极意义。

## 4. 问题及展望

本次观察由于客观条件的限制未能设立对照组，只是设计自身前后对照，加之观察病例数偏少，研究结果可信度偏低。在病理取材方面，取材部位限于窦小、窦大，未能严格控制取材的数量、取材部位及深度，缺少其他部位的对比分析。在今后的研究中，当设立

西药对照组，加大样本量，以期得到更准确的临床数据。若条件允许可采用多部位取材、定标活检，以期得到更准确的疗效结果。

目前临床观察大多局限于汤剂整体的疗效，关于汤剂中中药个体有效成分及相关作用机制的研究相对较少，对药物有效成分及药理机制的进一步探索，将更好地规范及指导临床用药。



## 参考文献

- [1] 张声生, 李乾构, 唐旭东等.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J].中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(05): 345-349.
- [2] 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.
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].中国医药科技出版社, 2002.129-134, 151-157.
- [4] 刘绍能, 张秋云. 脾胃病寒热错杂证辨治体会[J]. 北京中医药,2011,30(04):282-283.

## 附录

青年人萎缩性胃炎中医证型分布特点探讨及辨证施治疗效观察表 编号:

姓名: 性别: 年龄: 主诉:

主症	无(0分)	轻(2分)	中(4分)	重(6分)	积分
胃脘胀痛	无	感觉轻微, 时作时止, 不影响工作及休息	尚可耐受, 发作频繁, 影响工作及休息	不能耐受, 持续不止, 无法正常工作, 需服药物缓解	
胃脘隐痛	无	感觉轻微, 时作时止, 不影响工作及休息	尚可耐受, 发作频繁, 影响工作及休息	不能耐受, 持续不止, 无法正常工作, 需服药物缓解	
胃脘痞胀	无	感觉轻微, 时作时止, 不影响工作及休息	尚可耐受, 发作频繁, 影响工作及休息	不能耐受, 持续不止, 无法正常工作, 需服药物缓解	
胃脘痞满	无	感觉轻微, 时作时止, 不影响工作及休息	尚可耐受, 发作频繁, 影响工作及休息	不能耐受, 持续不止, 无法正常工作, 需服药物缓解	
胃脘刺痛	无	感觉轻微, 时作时止, 不影响工作及休息	尚可耐受, 发作频繁, 影响工作及休息	不能耐受, 持续不止, 无法正常工作, 需服药物缓解	
胃脘灼痛	无	感觉轻微, 时作时止, 不影响工作及休息	尚可耐受, 发作频繁, 影响工作及休息	不能耐受, 持续不止, 无法正常工作, 需服药物缓解	
次症	无(0分)	轻(1分)	中(2分)	重(3分)	
胃脘灼热感	无	偶有发作	时有发作	频频发作	
畏寒(喜按喜暖)	无	偶有按压, 喜热饮	频繁按压, 添衣被	按之则舒, 腹冷难忍	
纳呆少食	无	食量减少 1/4	食量减少 1/3	食量减少 1/2	
嗳气	无	偶有发作	时有发作	频频发作	
嘈杂反酸	无	偶有发作	时有发作	频频发作	
恶心呕吐	无	偶有恶心	时有恶心, 偶有呕吐	频频恶心, 时有呕吐	
次症	无(0分)		有(1分)		
痛处拒按					
肢体乏力					
气短懒言					
胸闷					
呕吐清水					

	无 (0分)	轻(2分)	中(4分)	重(6分)	
萎缩 (窦小)	无	轻度	中度	重度	
萎缩 (窦大)	无	轻度	中度	重度	
肠化 (窦小)	无	轻度	中度	重度	
肠化 (窦大)	无	轻度	中度	重度	

日期:

## 攻读硕士学位期间取得的学术成果

- 1.李婷,夏军权. 清胃活血汤联合西医治疗中老年急性胃炎[J]. 吉林中医药, 2018, 38(10): 1167-1169.

## 致 谢

时光飞逝，转眼间三年的研究生学习就快结束了，在此我要向在生活、学习和工作中帮助过我的老师、家人、同学及朋友表示最真挚的感谢。

首先，我要感谢我的导师夏军权，我深深的佩服老师的专业学识及业务能力，跟师学习知识的同时，更多了学会了很多做人、做事的道理。另外在论文撰写的整个过程中，夏师对我论文的研究方向做出了指导性的意见和建议，给予我无尽的启迪。

感谢消化科的所有老师，感谢你们在我学习期间给予的关心和帮助。

感谢三年中陪伴在我身边的家人、同学、朋友，感谢你们为我提出的有益的建议和意见，有了你们的支持、鼓励和帮助，我才能充实的度过了三年的学习生活并且顺利完成学业。