

中图分类号 _____

论文编号 _____

学科分类号 _____

密 级 _____



山西中醫藥大學

SHANXI UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

硕士学位论文

珍珠舌草胶囊治疗

慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）的临床观察

The treatment of Zhenzhushicao Capsule(ZZSCC) clinical observation of
chronic atrophic gastritis (spleen and stomach weakness)

研究生姓名：智雪峰

导师姓名、职称：谭宝 主任医师

学科、专业名称：中医内科学

研究方向：消化系统疾病

申请学位类型：专业学位

所属学院：第二临床学院

二〇二一年六月十日

山西中医药大学学位论文原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是个人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经特别加以注明引用的内容外，本论文不含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

论文作者签名：智雪峰

2021年6月10日

关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解山西中医药大学有关保留使用学位论文的规定，同意学校保留或向国家有关部门机构送交论文的复印件和电子版，允许被查阅和借阅。本人授权山西中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或其他复印手段保存和汇编本学位论文。

（保密论文在解密后应遵守此规定）

论文作者签名：智雪峰

论文导师签名：谭莹

2021年6月10日

中文摘要

目的:

本研究的目的是通过珍珠舌草胶囊与胃复春片进行临床疗效的比较,进一步观察珍珠舌草胶囊对于脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎患者治疗的有效性和安全性,为广泛应用珍珠舌草胶囊治疗慢性萎缩性胃炎提供临床依据,并且为慢性萎缩性胃炎的治疗提供新思路、新方法。

方法:

收录 2019 年 1 月-2020 年 1 月就诊于脾胃科门诊的 112 例慢性萎缩性胃炎患者,且辨证为脾胃虚弱型。随机分为观察组与对照组各 56 例,观察组患者口服珍珠舌草胶囊,1 次 4 粒,1 日 3 次;对照组患者口服胃复春片,1 次 4 片,1 日 3 次。两组患者治疗周期均为 24 周。治疗周期结束后,收集数据,客观分析比较两组的中医临床症状疗效、病理疗效和安全性。采用统计学软件 SPSS25.0 分析所收集的数据。

结果:

中医症状疗效方面:1. 观察组总有效率为 96.15%,对照组的总有效率则为 84.62%, $P<0.05$,差别具有统计学意义。2. 观察组对于“胃痛”、“痞满”这两个主要症状改善方面总有效率分别为 93.88%、92.00%,对照组分别为 78.72%、79.17%,两组比较,具有统计学意义, $P<0.05$ 。

病理疗效方面:1. 观察组改善的总有效率为 86.54%,而对照组的总有效率则为 71.15%, $P<0.05$,差别具有统计学意义。2. 观察组与对照组在改善萎缩方面的总有效率分别为 78.85%和 65.38%,两组比较, $P<0.05$,差别具有统计学意义。3. 两组在改善肠化方面, $P>0.05$,差别无统计学意义。在异型增生方面,差别无统计学意义。

安全性方面:在治疗期间,两组均未发生任何不良反应及其副作用。而且两组常规检查治疗前后也没有明显异常。

结论:

1. 珍珠舌草胶囊能明显改善慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱型患者的临床症状,特别是在胃痛、痞满这两个主要症状方面,效果尤为突出。

2. 珍珠舌草胶囊可以明显改善慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱型患者的病理表现,特别是在萎缩方面的改善。

3. 珍珠舌草胶囊临床应用于治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱型患者是安全有效的，可以推广应用于临床。

关键词：珍珠舌草胶囊；慢性萎缩性胃炎；脾胃虚弱；临床观察

Abstract

Objective:

The purpose of this study is to compare the clinical efficacy of ZhenzhushECAO Capsule and Weifuchun Tablet, and to further observe and analyze whether ZhenzhushECAO Capsule is effective and safe in the treatment of chronic atrophic gastritis with weak spleen and stomach, so as to provide basis for the wide application of ZhenzhushECAO Capsule in the treatment of chronic atrophic gastritis, and provide new ideas and methods for the treatment of chronic atrophic gastritis.

Methods:

From January 2019 to January 2020, 112 cases of chronic atrophic gastritis were recorded, and syndrome differentiation for spleen and stomach weakness type. Randomly divided into observation group and control group 56 cases, patients in observation group were treated with ZhenzhushECAO Capsule, 4 capsules once, three times a day. Patients in the control group were given Weifuchun Tablet, four tablets once, three times a day. The observation period of the two groups was 24 weeks. At the end of the treatment cycle, collecting data, objective analysis and comparison of the two groups of TCM clinical symptoms efficacy, pathological efficacy and safety. Statistical software was used SPSS25.0 analyze the collected data.

Results:

The curative effect of TCM symptoms: 1. The total effective rate of observation group was 96.15%, the total effective rate of the control group was 84.62%, $P < 0.05$, the difference was statistically significant. 2. The total effective rates of the two main symptoms in the observation group were 93.88% and 92.00%, the control group were 78.72% and 79.17%, comparing the two groups, the difference was statistically significant, $P < 0.05$.

Pathological efficacy: 1. The total effective rate of the observation group was 86.54%, while that of the control group was 71.15%, $P < 0.05$, the difference was statistically significant. 2. Observation group and the control group in improving atrophy were 78.85% and 65.38%, respectively. The difference between the two groups was statistically significant. 3. Two groups in improving intestinal metaplasia, $P > 0.05$, there was no significant difference. For dysplasia, the difference was not

statistically significant.

Safety: During the treatment, no adverse reactions and side effects occurred in both groups. And the two groups of routine examination before and after treatment no obvious abnormal.

Conclusion:

1. Compared the observation group and the control group, the observation group can obviously improve the clinical symptoms of patients with chronic atrophic gastritis with spleen and stomach weakness syndrome, especially in the two main symptoms of stomach pain and fullness.

2. Compared the observation group and the control group, the observation group was significantly better than the control group in total pathological improvement, mainly in atrophy.

3. Through the results of this study, the clinical application of ZhenzhushECAO Capsule is safe and effective in the treatment of patients with chronic atrophic gastritis with weak spleen and stomach. It can be widely used in clinical treatment of patients with weak spleen and stomach of chronic atrophic gastritis.

Key words: ZhenzhushECAO Capsule; Chronic atrophic gastritis; Weakness of spleen and stomach; Clinical observation

主要符号表

缩写	英文全称	中文全称
CAG	Chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
IM	Intestinal metaplasia	肠上皮化生
ATP	Atypical hyperplasia	不典型增生
Dys	Dysplasia	异型增生
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌
PG I	Pepsinogen I	胃蛋白酶原 I
PG II	Pepsinogen II	胃蛋白酶原 II

目 录

中文摘要·····	I
英文摘要·····	III
主要符号表·····	V
正 文·····	1
前言·····	1
研究对象·····	2
研究方法·····	3
研究结果·····	11
研究讨论·····	11
结语·····	16
参考文献·····	17
附 录·····	20
综述·····	24
致 谢·····	32
作者简介·····	33

前 言

慢性萎缩性胃炎（Chronic atrophic gastritis，以下简称 CAG）是正常胃黏膜或者是腺体遭到反复不断的侵害，致使胃黏膜及腺体发生萎缩性改变的慢性胃炎^[1-2]，可能导致肠化生及异型增生，诱发癌变，是消化系统常见病、多发病、难治病之一。因此对于 CAG 治疗的研究显得尤为重要。

中医学将 CAG 归于“胃痛”、“痞满”等中医病名范畴。研究已经证明，慢性炎症和相关肿瘤的发生与发展关系是相当密切的^[3]。CAG 伴癌前病变则大大增加胃癌的发病率。其中以中老年人人居多，症状基本相同，主要表现为上腹部不适，还常伴随反酸、烧心等其他消化道症状，大多病程较长，反复发作^[4]，我国 CAG 发病率近年来呈现上升趋势^[5]。

就目前情况来看，现在西医很少有 CAG 伴癌前病变的有效治疗手段和方法，而中医药在治疗 CAG 伴癌前病变方面，表现出了一定的优势。山西省中医院脾胃病科课题组根据传统中医理论及多年临床经验，研制出珍珠舌草胶囊，其由黄芪、枳实、白术、木香、砂仁、丹参、莪术、珍珠层粉、蒲公英、白花蛇舌草等组成用于治疗 CAG 等癌前病变。经临床反复验证，累计治疗 CAG 患者近万例^[6]，发现其在改善 CAG 临床症状，降低胃黏膜慢性炎症、改善萎缩等方面作用显著。胃复春片是临床上治疗胃癌前病变的常用中成药，由人参、香茶菜、炒枳壳组成，多用于中医证型为脾胃虚弱的患者，疗效确切。本文通过查阅文献、临床观察及统计分析相结合的方法，从中医症状评分、病理组织学改变、安全性等方面，将珍珠舌草胶囊与胃复春片进行比较，共观察了 112 例患者，所有的研究对象均来源于山西省中医院脾胃科门诊，根据研究结果，以证实珍珠舌草胶囊在治疗 CAG 方面的有效性和安全性，同时为今后推广应用珍珠舌草胶囊治疗 CAG 提供临床依据。

正文

1. 研究对象

1.1 病例来源

2019 年 1 月—2020 年 1 月期间就诊于山西省中医院脾胃病科门诊，并严格按照纳排标准筛选的 CAG 患者 112 例陆续纳入，签署知情同意书。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断的标准：以《中国慢性胃炎共识意见》^[7]（2017，上海）作为标准。详见表 1

表 1 CAG 西医诊断标准

项目	具体内容
临床症状	临床中患者通常出现上腹的疼痛不适、脘腹饱满憋胀、暖气、泛酸、烧心等消化不良症状
胃镜诊断	胃镜中显示出胃黏膜红白相间分布，以白色为主要相，皱襞变得很平甚至消失不见。部分黏膜的血管清晰暴露，同时可见其中伴有黏膜颗粒或结节状的出现
病理诊断	通过病理活检，显示胃的固有腺体减少

1.2.2 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）》^[8]。详见表 2

表 2 中医诊断标准

证型	具体内容
	主症：（1）胃脘自觉胀满不适或有隐痛出现；（2）胃脘部喜温喜按。
脾胃虚弱	次症：（1）纳少，不欲饮食；（2）倦怠乏力；（3）少气懒言；（4）胃脘嘈杂；（5）舌淡苔白，脉细弱。

（注：以上主症患者必须具备，再加上次要症状的 2 项或者以上就可以作出诊断。）

1.3 病例选择标准

1.3.1 纳入标准:

- (1) 所有患者都须符合以上中西医诊断标准;
- (2) 所有患者在入组前进行电子胃镜以及病理组织学的检查, 根据诊断标准, 确诊为 B 型 CAG;
- (3) 年龄范围在 18~70 岁之间, 性别不设限制;
- (4) 所有入组研究的患者须知晓具体情况, 自愿决定并且签署入组研究的知情同意书(附录 A);
- (5) 入组患者之前并未服用相关药物影响研究。

1.3.2 排除标准:

- (1) 有出血倾向的患者;
- (2) 胃黏膜经诊断发现有高等级别上皮细胞内瘤变或者是经过病理诊断, 怀疑具有恶性病变倾向者;
- (3) 患者除了本病, 还合并有其他系统的严重原发性疾病者, 比如心、脑、肺、肾等脏腑的严重病史;
- (4) 具有精神病病史的患者;
- (5) 近期有妊娠或正处于哺乳期的妇女(女性受试者须采取避孕措施);
- (6) 本身具有过敏性体质或者患者对其他药物有过过敏史。

1.3.3 剔除标准:

- (1) 误诊、误纳;
- (2) 符合排除标准;
- (3) 患者依从性差;
- (4) 无任何检测记录者;
- (5) 由于使用其他药物, 影响药效。

1.3.4 脱落标准:

- (1) 病人自行退出;
- (2) 失访。

2. 研究方法

2.1 病例随机分组

以 1:1 的比例, 随机分配到治疗组和对照组, 每组各 56 例。

2.2 两组治疗方案

2.2.1 常规的对症处理治疗:

两组进行比较前先进行对症处理治疗。

H.pylori 阳性感染者，根据《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[9]进行相关根除治疗 2 周，停药后 1 月，若复查为阴性，则 1 个月后开始观察治疗；若复查为阳性，即排除。

2.2.2 两组比较治疗：

观察组：应用珍珠舌草胶囊（统一由山西中医院制剂药房提供，晋药准字 AZ20080189）。规格（0.5g×24 粒）；1 日 3 次，1 次 4 粒；饭后半小时服用；

对照组：胃复春片口服治疗，（国药准字号为 Z20040003，本次研究所需要的药物将统一由杭州胡庆余堂药业有限公司进行提供）。规格为 0.36g×60 片；1 日 3 次；1 次 4 片；饭后半小时服用。

（注：珍珠舌草胶囊主要由黄芪、枳实、白术、木香、砂仁、丹参、莪术、珍珠层粉、蒲公英、白花蛇舌草等药物加工制成；胃复春片则是由人参、香茶菜、炒枳壳等中药成分加工提炼制成）。

2.2.3 服药疗程：

两组用药均为 24 周。

2.2.4 注意事项：

研究期间不得长期（1 月）合并应用其他可能对该病治疗有影响的药物。

2.3 观察指标

2.3.1 安全情况观察：

如有发生随时记录。

2.3.2 合并用药观察：

认真记录评价两组在治疗时合并使用其他药物的情况，客观分析，严重影响研究结果的患者予以剔除。

2.3.3 具体疗效观察：

（1）关于中医症状疗效的评价：观察询问两组患者的中医总体症状的改善程度及中医主要症状的改善效果，并进行数据记录；

观察时间点：治疗前后及每次取药时各观测和记录 1 次；

（2）病理组织学改变：观察两组患者总体病理改善情况及各单项胃黏膜腺体萎缩、肠化、异性增生的改善情况；

观察时间点：治疗前后各 1 次。

（注：取活检时严格按照要求胃窦 2 块，胃体 1 块，内镜下如发现异常部位，

可再取 1 块，最终以病变程度表现最重的赋予相应分值，且由同一病理医生打分，再次取活检还是同一部位。)

2.4 安全性及疗效评价

2.4.1 关于安全性的研究评价：主要是通过参考对照《中药新药临床研究指导原则》^[10] 上面的安全性评价准则，具体如下：

安全性评价标准

程度分级	临床安全性表现
1 级	安全，并未出现不良反应
2 级	出现轻度不良反应，但无需处理
3 级	出现中度反应，对症治疗后仍可服药
4 级	发生严重安全事件，必须停止服药紧急救治

2.4.2 症状疗效评价：

(1) 中医的症状疗效评定：

参考对照《中药新药临床研究指导原则》^[10]，以及《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[8] 相关内容制定。中医症状具体分级计分的方法(见附表 B)

疗效评定标准

疗效判定	临床症状、体征改善程度	疗效指数 (E)
治愈	完全或基本消失	$E \geq 95\%$
显效	明显改善	$95\% > E \geq 75\%$
有效	较前好转	$75\% > E \geq 50\%$
无效	未改善并有加重趋势	$E < 50\%$

(2) 中医主要症状疗效评价：具体分级计分的方法(见附表 B)

疗效评价标准

疗效判定	具体标准
治愈	下降到 0 分
显效	下降 4 分
有效	下降 2 分
无效	下降 0 分

2.4.3 病理疗效评价：

(1) 病理疗效评定：参考对照《中药新药临床研究指导原则》^[10]，还有《慢性萎缩

性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[8]的相关内容制定。具体病理的分级计分方法：（见附表 C）

病理评价标准

疗效判定	腺体病理改善程度
治愈	恢复正常或已经消失
显效	改善 2 度
有效	有一定程度改善，未达 2 度
无效	无变化或者存在一定程度恶化

（2）各单项病理疗效评价：具体病理的分级计分方法（见附表 C）

疗效评价标准

疗效判定	具体标准
治愈	下降到 0 分
显效	下降 4 分
有效	下降 2 分
无效	下降 0 分

2.5 统计学方法

本次研究我们运用的是统计学分析的软件 SPSS25.0 进行相关研究数据的分析，符合正态分布的数据，以 $(\bar{x} \pm s)$ 进行统计描述，比较分析采用 t 检验；不符合正态分布的数据，以四分位数进行统计描述；比较分析采用秩和检验；本次所有相关数据的统计取双侧检验， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

2.6 数据统计分析

2.6.1 临床研究入组情况（见表 3）：

本次研究根据相关病例的选择标准，一共收集了脾胃虚弱型 CAG 患者 112 例，观察组 56 例，对照组 56 例。直至研究结束的时候，治疗组完成 52 例，对照组完成 52 例。

表 3 病例完成情况

组别	预计例数	实际例数	脱落例数	脱落率
观察组	56	52	4	7%
对照组	56	52	4	7%

2.6.2 两组患者一般资料比较：

2.6.2.1 两组患者性别分布比较（见表 4）

表 4 两组患者性别分布比较

组别	例数 (n)	男性	女性	χ^2	P 值
观察组	52	29	23	0.639	0.424
对照组	52	33	19		

（注：两组患者性别之间的比较统一采用卡方检验。 $\chi^2=0.639$, $P=0.424$, ($P>0.05$), 差别无统计学意义。)

2.6.2.2 两组患者年龄分布情况比较（见表 5）

表 5 两组患者年龄分布比较

组别	例数 (n)	30-40(岁)	40-50(岁)	50-60(岁)	Z	P 值
观察组	52	10	28	14	-0.046	0.964
对照组	52	7	31	14		

（注：两组患者的年龄分布比较，应用秩和检验的方法。 $Z=-0.046$, $P=0.964$, ($P>0.05$), 差别无统计学意义。)

2.6.2.3 两组患者病程分布情况比较（见表 6）

表 6 两组患者病程分布比较

组别	例数 (n)	<1(年)	1-2(年)	≥ 2 (年)	Z	P 值
观察组	52	5	20	27	-0.598	0.550
对照组	52	6	22	24		

（注：两组患者的病程分布情况比较，应用秩和检验的方法。 $Z=-0.598$, $P=0.550$, ($P>0.05$), 差别无统计学意义。)

2.6.2.4 两组患者治疗前的中医症状总积分情况比较（见表 7）

表 7 治疗前两组患者中医症状总积分情况比较

组别	例数 (n)	总积分 ($\bar{x} \pm s$)	t	P 值
观察组	52	15.64 \pm 4.47	-0.022	0.982
对照组	52	15.48 \pm 4.25		

（注：两组患者在治疗前中医症状总积分情况的比较，应用独立样本 t 检验的方法。 $t=-0.022$, $P=0.982$, ($P>0.05$), 差别无统计学意义。)

2.6.2.5 两组患者治疗前的中医主要症状积分情况比较（见表 8）

表 8 治疗前两组患者中医主要症状积分情况比较

主症 积分 (程度)	观察组				对照组				Z	P 值
	0	2	4	6	0	2	4	6		
胃痛	3	25	9	15	5	20	13	14	-0.076	0.939
痞满	2	20	16	14	4	19	14	15	-0.171	0.864

(注: 积分程度中, 0 为正常, 2 为轻度, 4 为中度, 6 为重度。两组患者中医的主要症状积分情况比较应用秩和检验的方法, ($P>0.05$), 差别无统计学意义。)

2.6.2.6 两组患者治疗前的病理总积分情况比较 (见表 9)

表 9 治疗前两组患者的病理总积分情况比较

组别	例数 (n)	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Z	P 值
观察组	52	8	11	12	-0.212	0.832
对照组	52	8	10	12		

(注: 两组患者治疗前的病理总积分情况的比较, 应用秩和检验的方法。 $Z=-0.212$, $P=0.832$, ($P>0.05$), 差别无统计学意义。)

2.6.2.7 两组患者治疗前的病理各单项积分情况比较 (见表 10)

表 10 治疗前两组患者的病理各单项积分情况比较

病理 积分 (程度)	观察组				对照组				Z	P 值
	0	2	4	6	0	2	4	6		
萎缩	0	5	19	28	0	8	15	29	-0.091	0.928
肠化	9	11	29	3	3	18	25	6	-0.608	0.543
异型增生	15	33	4	0	17	29	6	0	-0.771	0.441

(注: 积分程度中, 0 为正常, 2 为轻度, 4 为中度, 6 为重度。两组所有患者治疗前各病理单项积分 (程度) 情况的比较, 应用秩和检验的统计方法。 P 值均 >0.05 , 差别无统计学意义。)

2.6.3 疗效结果分析:

2.6.3.1 两组患者治疗后中医症状疗效情况的比较 (见表 11)

表 11 治疗后两组患者中医症状疗效情况比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有 效率	Z	P 值
观察组	52	10	30	10	2	96.15%	-2.238	0.025
对照组	52	6	20	18	8	84.62%		

(注: 两组患者中医症状疗效情况相互比较, 应用秩和检验的方法。观察组总有效率为 96.15%, 对照组总有效率为 84.62%, 由统计结果显示, 观察组对于改善中医症状疗效较之对照组, 效果显著。Z=-2.238, P=0.025, ($P<0.05$), 差别有统计学意义。)

2.6.3.2 两组患者治疗后中医主要症状疗效情况的比较 (见表 12)

表 12 治疗后两组患者中医主要症状疗效情况比较

症 状	观察组						对照组						Z	P 值
	例 数	治 愈	显 效	有 效	无 效	总有 效率	例 数	治 愈	显 效	有 效	无 效	总有 效率		
胃 痛	49	25	15	6	3	93.88%	47	15	10	12	10	78.72%	-2.176	0.030
痞 满	50	26	14	6	4	92.00%	48	15	13	10	10	79.17%	-2.038	0.042

(注: 两组患者中医主要症状疗效情况的比较应用秩和检验的统计方法。由统计结果显示, 在“胃痛”、“痞满”这两个中医主要症状的改善方面, 观察组的总有效率分别为 93.88%, 92.00%; 对照组在“胃痛”、“痞满”这两个中医主要症状的改善方面, 总有效率分别为 78.72%, 79.17%。两组比较, 观察组优于对照组, $P<0.05$, 差别有统计学意义。)

2.6.3.3 两组患者治疗后病理疗效情况的比较 (见表 13)

表 13 治疗后两组患者病理疗效情况比较

组别	例数(n)	痊愈	显效	有效	无效	总有 效率	Z	P 值
观察组	52	7	20	18	7	86.54%	-2.458	0.014
对照组	52	3	10	24	15	71.15%		

（注：两组患者病理疗效情况的比较应用秩和检验的方法。结果显示，观察组总有效率为 86.54%，对照组总有效率为 71.15%，观察组患者的病理疗效更好，优于对照组。 $Z=-2.458$ ， $P=0.043$ ，（ $P<0.05$ ），差别有统计学意义。）

2.6.3.4 两组患者治疗后病理各单项疗效比较（见表 14）

表 14 治疗后两组患者病理各单项疗效情况比较

病 理	观察组						对照组						Z	P 值
	例	治	显	有	无	总有	例	治	显	有	无	总有		
	数	愈	效	效	效	效率	数	愈	效	效	效	效率		
萎 缩	52	7	10	24	11	78.85%	52	4	5	24	19	65.38%	-2.521	0.012
肠 化	43	6	0	9	28	34.89%	49	4	0	3	42	14.29%	-1.297	0.195
异 型 增 生	37	5	0	0	32	13.51%	35	1	0	1	33	5.71%	-1.289	0.197

（注：两组患者病理各单项情况疗效的比较中，应用秩和检验方法。观察组与对照组在“萎缩”改善方面总有效率分别为 78.85%、65.38%，两组比较分析，观察组在“萎缩”改善方面的疗效优于对照组， $P<0.05$ ，具有统计学意义。两组在改善“肠化”和“异型增生”方面的疗效，经统计分析比较， P 值均大于 0.05，无统计学意义。）

2.7 安全评价

通过收集相关数据,客观分析显示,参与本次研究的两组患者的常规检查治疗前后均未发现明显异常,证明了珍珠舌草胶囊治疗脾胃虚弱型 CAG 的安全性。

3. 研究结果

通过对本次研究各项数据进行收集,运用 SPSS25.0 统计软件,并且进行客观认真地分析,结果显示治疗前两组患者在性别、年龄、病程、中医症状积分、病理积分方面差别无统计学意义, P 值均大于 0.05,这表明观察组与对照组之间一般情况基本均衡,可以进行对照比较,结果具有说服力。

在中医症状疗效方面:1. 与对照组相比,观察组在改善中医总体症状方面明显优于对照组,观察组在改善中医总体症状方面的总有效率为 96.15%,对照组在改善中医总体症状方面的总有效率为 84.62%,且 $P < 0.05$,差别具有统计学意义。2. 与对照组相比,观察组在改善“胃痛”和改善“痞满”两个中医主要症状方面显著优于对照组,观察组在改善“胃痛”、“痞满”两个主要症状方面总有效率分别为 93.88%,92.00%,对照组在改善“胃痛”、“痞满”两个主要症状方面总有效率分别为 78.72%,79.17%,且 $P < 0.05$,差别具有统计学意义。

在病理总疗效方面的比较:与对照组相比,观察组在改善病理方面明显优于对照组,观察组在患者病理疗效方面总有效率为 86.54%,对照组在患者病理疗效方面总有效率为 71.15%, $P < 0.05$,差别具有统计学意义。

病理单项比较方面:1. 在改善“萎缩”方面,与对照组对比,观察组可有效改善慢性萎缩性胃炎(脾胃虚弱型)患者的腺体或黏膜萎缩情况,其总有效率为 78.85%,对照组在“萎缩”改善方面总有效率为 65.38%,且 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。2. 在改善“肠化”方面,观察组与对照组无明显差异, $P > 0.05$,差异无统计学意义。3. 在改善“异型增生”方面,差别无统计学意义。

4. 研究讨论

4.1 慢性萎缩性胃炎的相关认识

4.1.1 西医的认识:

西医认为 CAG 是正常胃黏膜及腺体的一种萎缩性改变^[1],如果不予积极治疗,极易导致肠化生及异型增生,最终有发展为癌变的可能,西医认为引起本病的病因大致分为幽门螺杆菌(Hp)感染、胆汁反流、免疫因素、年龄因素及其他因素五类。

当前西医对于本病的治疗也没有较好的治疗方法,主要是从患者心理健康教育,对于 Hp 阳性者,予以根除 Hp 感染治疗以及根据其他病因、出现的不适症状而采取

对因对症治疗这三个方面。(1) 心理健康教育主要是引导患者要有健康、良好的心态,要有战胜疾病的信心,消除焦虑,转移注意力,多培养自己的兴趣爱好,同时注意作息规律,饮食适宜,适当运动;其次中老年患者或者病情比较严重的患者要定期复查胃镜,便于了解疾病的目前情况、发展方向及预后恢复,早期干预治疗。(2) 对于有 Hp 感染的 CAG 的患者,要积极根除治疗。(3) 治疗上一是要避免胃黏膜再次损伤,二是增强保护胃黏膜的因子,故临床上采取对症对因治疗,根据情况给予抑酸护胃、促进胃肠动力、调节平衡胃肠道菌群、防止贫血等治疗,而对于有些过分焦虑患者,临床治疗上会嘱咐患者适当服用调节脑神经递质的药物,缓解焦虑紧张情绪,从而有利于患者病情的恢复。但是由于长期服用西药,在治疗 CAG 的同时给患者带来了身体上和心理上的不适,为了缓解患者身心的不适,临床工作者们通过对大量的临床案例的研究和观察以及临床经验的积累,逐渐将焦点转向了中医药治疗 CAG。

4.1.2 中医的认识:

CAG 这个病名在中医学中并不存在,在中医学里,CAG 属于“胃痛”“痞满”“嘈杂”“纳呆”等中医病名的范畴。对于 CAG 的病因病机近年来临床医家见解颇多,目前尚缺乏统一的见解,大致病因可归结为外邪侵袭、情志不舒、饮食不节、脾胃虚弱等。大多医家认为脾胃虚弱是本病的关键原因,脾胃虚弱,水谷化生无源,水谷精微匮乏,胃阴不得滋生,胃失所养,导致胃黏膜的萎缩,脾胃虚弱,运化无力,则产生痰凝、水湿等病理因素,痰饮水湿郁久,进一步影响中焦气机,导致脾胃气机升降不利,从而出现气滞,病久及络,还会导致瘀血的产生,胃络失养,从而造成胃黏膜萎缩,病位主要在胃,与肝、脾关系较为密切。

在治疗上,中医讲求辨证论治,将理法方药充分结合起来,再辅助一些针灸、穴位埋线等中医特色疗法,或是配合西药治疗,往往能收到良好疗效。慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见^[8]指出 CAG 的主要证型包括有:肝胃郁热证、胃络瘀血证、肝胃气滞证、脾胃湿热证、脾胃虚弱证、胃阴不足证这六种证型。而临床大多医家根据自己的临床经验有着各自不同的认识,或辨不同证型,或分阶段治疗,或只研究一种或几种证型,但是基本证型都不外乎以上几种,一般以脾胃虚弱、肝胃气滞多见。有的医家认为本病病机复杂多变,不能单单拘泥于某一方的治疗,尤其是现代人饮食、环境、社会因素等的变化,要根据患者的典型症状选用病机相同的基本方,再结合患者的其他伴随症状加减治疗,或一方加减,或两方加减,在临床中才能取得不错的疗效。还有一些临床医家结合自己多年积累的经验以及对 CAG 病因病机的精准把握,从而确定固定的治法,制成固定的方剂,根据患者的需求以及本病的缓急程度,或丸

剂，或散剂，或汤剂，或膏剂，在临床中收到了很好的疗效。针灸治疗、穴位注射等中医特色疗法主要是通过抑制炎症反应因子，保护胃黏膜以及调节机体免疫应答来达到治疗 CAG 的目的^[11]。而在临床上，这几种治法往往联合使用，极大地提高了患者的治愈率。

4.1.3 导师对于 CAG 的认识：

本人导师谭宝教授结合多年的临床经验，根据自己的理解，认为本病病理特点为本虚标实、虚实夹杂。导师治疗上往往标本兼顾，综合治疗，临床中导师坚持认为辨证论治 CAG 是非常有必要的，他以此作为本病治疗的核心。在临床中，患有 CAG 的病人大多数是中老年人群，年老体虚，正气不足，中焦脾胃极易受损，脾胃为后天之本，主受纳腐熟运化水谷，脾胃受损，水谷津液不得输布，机体脏腑组织器官得不到滋养，脏腑功能失调，气血津液不得正常运行，就会相继出现气滞、血瘀、湿阻、热毒等病理因素。故导师在治疗时，多采用健脾益气、活血化瘀、理气除湿、清热解毒等治法，根据病情的主次不同，联合相兼为用，同时导师在临床上主以“通”字、“和”字为法；注重人体阴阳平衡的调整。另外导师在临床中也特别注意辨病，他认为确立一个病，就是抓住了一个患者身心的整体变化情况，然后施以辨证，在选取药物治疗时会更有针对性，疗效也会大大提高。随着现代医疗技术手段的发展，导师也不断学习、摸索新的治疗思路，在诊断 CAG 的时候，胃镜是必须要做的，导师就会观察比较宏观辨证中不同的证候所对应的胃镜下的呈像是怎样的，然后进行总结，应用于自己的临床治疗中，这也体现了胃镜或者其他现代检查治疗手段的重要性，这些手段对于中医的微观辨证方面起到很大的作用，将这两种辨证方法相结合，临床治疗上也会收到良好的疗效；最后导师在治疗中特别嘱咐患者注意饮食的合理搭配，注意平时调节自己的情绪，不建议情绪波动过大以及进行适量的运动，以促进脾胃的生理功能和全身气血的运行等，以上建议对于患者病情的缓解及康复都有很大帮助的，在临床上也会取得较好的疗效。

4.1.4 导师治疗 CAG 临床用药经验：

（1）详察病情，注重随症加减

导师在临床中根据患者症状侧重之不同，往往在主方基础上加减治疗，如胀感明显者，加用枳壳、佛手、苏梗、香橼等理气药；舌质紫暗瘀斑者，加丹参、川芎、丹皮、赤芍等活血化瘀药；嗝气较频者，加沉香、旋覆花、代赭石、半夏以顺气降逆；舌苔黄腻者，加藿香、佩兰、黄连等清热祛湿；疼痛明显者，加延胡索、川楝子、五灵脂等祛瘀止痛药；对于便秘的患者，导师常根据轻重选药，如

对于较度便秘，多选用麻子仁、杏仁、桔梗、郁李仁等；对于中度便秘，多选用生首乌、川厚朴、生白术、当归等；对于重度便秘，选用生大黄、芒硝等；癌变程度较重者，酌情加用土茯苓、预知子、苦参等清热解毒化湿药；泛酸者，加海螵蛸、煅瓦楞等制酸之品；嘈杂及烧灼感者，加黄连、吴茱萸以泻火疏肝，和胃止痛；胃酸少者，加乌梅、炒山楂等以酸甘开胃；口干明显者，加用生地、石斛、沙参、知母等滋阴生津之品；眠差者，加用首乌藤、合欢花、酸枣仁、远志等养血安神；对于伴有胆汁反流性者，加夏枯草、白芍药等平肝柔肝；对于一些幽门螺杆菌阳性者，常选用黄芩、蒲公英等清热解毒兼有杀菌功效；另外，导师临证多加入神曲、山楂、炒谷芽、炒麦芽等消食健胃之品，既能改善食欲，又能促进药物的吸收。

（2）辨证与辨病相结合

对于病理上见有肠化生或者异型增生 CAG 患者，目前尚无针对性的西药，而患者长期服用中药，或有逆转的可能。导师根据现代药理研究，在治疗中往往加用一些防癌、治癌作用的中药，如山慈菇、半枝莲、藤梨根、冬凌草、白花蛇舌草等，同时配合一些三棱、莪术、皂角刺等破血之品来改善胃黏膜微循环状态，逆转病理改变，促使胃黏膜的修复。

（3）宏观与微观相结合

此外，导师根据胃镜呈像的特点与中医证型的关系，采取宏观与微观相结合的方法来指导临床用药，如脾胃气虚者内镜下可见黏膜红白相间，以白为主，常用党参、黄芪、白术、山药等健脾益气；肝胆郁热者内镜下可见黄绿色粘液糊，常用柴胡、茵陈、竹茹、黄芩等疏肝清热和胃；气阴两虚者内镜下可见胃黏膜变薄、黏膜皱襞平坦或消失、呈片状苍白，常用生地、麦冬、五味子、黄芪等益气养阴；血热妄行者内镜下可见胃黏膜鲜红色出血点，常用仙鹤草、红花、三七粉等清热凉血止血；瘀血阻滞者内镜下呈现出胃黏膜血管青紫及颗粒样或结节样的增生，常用川芎、丹参、莪术、三棱、皂角刺活血化瘀；肝气郁滞者胃镜下常伴有胆汁反流，常用枳壳、木香、川楝子、半夏、郁金等疏肝理气。

4.2 关于本研究治疗方案的认识

4.2.1 珍珠舌草胶囊：

珍珠舌草胶囊是山西省中医院治疗脾胃虚弱型 CAG 的有效制剂，主要由黄芪、枳实、白术、木香、砂仁、丹参、莪术、珍珠层粉、蒲公英、白花蛇舌草等中药加工提炼而组成，具有健护脾胃、补益中气、促进行气、加强活血、清热祛湿、解毒祛瘀

的功效。

方中黄芪性温味甘，健脾益气，升举阳气。白术其性温和，味道甘苦，既能补益脾胃之中气，且能燥化湿邪、利除水饮。黄芪、白术二药相互为用，相互促进，共同起到补益脾胃中焦之气的功效，同为君药。脾胃虚弱，升降失常，纳运失职，中焦气机不利，津液停聚，血行不畅，痰湿、瘀血内生，痰湿瘀血蕴久化热。故配以枳实、木香理气和中，用以砂仁温中行气祛湿，合以丹参、莪术活血化瘀止痛，此五味共为臣药，起到恢复脾胃气机，化痰除湿祛瘀之功。方中以蒲公英、白花蛇舌草作为佐药，具有清除毒热之邪，且能利水化湿。珍珠层粉为使药，既能起到清热解毒的作用，又能生肌敛疮，促进受损胃黏膜的愈合。全方消补兼施，温清并用，标本同治，共奏健脾益气、行气化湿、活血祛瘀、清热解毒的功效。

4.2.2 相关医学研究：

谭宝在发表的论文中根据观察分析，数据统计，结果证明确实珍珠舌草胶囊具有一定的抗肿瘤的活性，同时珍珠舌草胶囊全方药物对胃癌 AGS 细胞的生长起到了明显的抑制作用，珍珠舌草胶囊全方药物对于胃癌细胞的凋亡则起到了明显的促进作用^[12]。辛艳根据自己的临床观察发现了对于气虚血瘀型的萎缩性胃炎患者，应用针灸治疗联合珍珠舌草胶囊治疗，临床疗效显著，统计结果显示治疗组的总有效率达到 95.0%，而对照组的总有效率为 77.5%，治疗组明显高于对照组， $P < 0.05$ ，具有统计学意义^[13]。吕小燕在临床中对于胃息肉的治疗，研究了珍珠舌草胶囊治疗的效果，统计结果显示珍珠舌草胶囊治疗胃息肉的总有效率为 76.43%，对照组采用猴头健胃灵胶囊治疗，总有效率为 41.29%，两组比较， $P < 0.05$ ，具有统计学意义^[14]。

4.2.3 胃复春片：

胃复春片^[15]作为临床中用于治疗 CAG 的一种有效的新型中成药物。全方人参大补元气、益气摄血、复脉固脱，擅长补充脾胃之气，用为君药。香茶菜清热解毒、利湿化水消肿，又能化瘀活血，用此药则使体内瘀血去除、久郁之热得以清解，在次方中作为臣药使用。枳壳行气宽中除胀，恢复脾胃气机。整个方中药物配伍既温又清、既消又补，体现着阴阳平衡思想，使脾胃两脏阴阳相合，方中各药相互配合为用，共同起到健护脾胃、益气和中、行气活血、化瘀止痛、清热化湿、解毒消肿的作用。

4.2.4 相关医学研究：

据现代药理分析，胃复春片可促进胃黏膜的修复和再生^[15]。杨开余根据临床疗效的研究，发现了胃复春片联合三联疗法对于慢性萎缩性胃炎的治疗效果显著，统计结果显示其治疗的总有效率为 93.65%，对照组对于慢性萎缩性胃炎治疗的总有效率为

79.37%，两组进行对比分析， $P < 0.05$ ，具有统计学意义^[16]。吴一芳在研究中得出如下结论：在治疗慢性萎缩性胃炎中，胃复春片联合兰索拉唑治疗的总有效率为 93.62%，对照组治疗慢性萎缩性胃炎的总有效率为 74.47%， $P < 0.05$ ，具有统计学意义^[17]。

4.3 研究结果分析

4.3.1 结果显示在中医症状疗效方面及病理改善方面，观察组均明显优于对照组， $P < 0.05$ ，具有统计学意义。

分析：方中黄芪性温味甘，健脾益气，升举阳气。白术其性温和，味道甘苦，既能补益脾胃之中气，且能燥化湿邪、利除水饮；枳实、木香理气和中；砂仁温中行气祛湿，丹参、莪术活血化瘀止痛；蒲公英、白花蛇舌草清除毒热之邪，且能利水化湿；珍珠层粉既能起到清热解毒的作用，又能生肌敛疮，促进受损胃黏膜的愈合。全方消补兼施，温清并用，标本同治，共奏健脾益气、行气化湿、活血祛瘀、清热解毒的功效。

同时现代研究表明，珍珠舌草胶囊全方药物^[18-26]许多有效成分具有抗炎、抗溃疡、抑菌、调节胃肠道微循环、抗肿瘤和增强机体免疫力的作用。

珍珠舌草胶囊药物组成多于胃复春片，药对的合理配伍，紧扣病机，覆盖面广，辨证准确，并且参考了现代药理学研究，故明显提高了临床疗效和病理改善率。

4.3.2 本次研究结果显示观察组在改善“萎缩”方面的疗效，明显优于对照组。而两组在改善“肠化”方面的疗效，没有明显的差异性。在改善“异型增生”方面，两组治疗方案在治疗前后均未有明显疗效， $P < 0.05$ ，无统计学意义。

分析：现代临床很多相关研究^[6,13]已经证实珍珠舌草胶囊在改善胃黏膜萎缩方面疗效确切，此次研究在与胃复春片做对比，疗效也明显提高，但是对于肠化和异型增生的改善及逆转方面确实有一定的困难存在，再者由于样本数量及治疗时间的限制，此次研究，两组在肠化的改善及逆转方面无明显差异。对于异型增生方面，两组治疗效果均不明显。

4.3.3 本次研究在安全性评估中，两组治疗前后均未发现明显异常，也未有不良反应的发生，说明了珍珠舌草胶囊和胃复春片临床应用是安全的。

5. 结语

5.1 研究结论

5.1.1 珍珠舌草胶囊在治疗脾胃虚弱型 CAG 较胃复春片有明显疗效，不管是中医症状疗效还是在病理改善方面。

5.1.2 珍珠舌草胶囊在治疗中未见明显不良反应的发生,其安全性是可靠的,可以广泛应用于临床治疗 CAG。

5.2 研究创新

5.2.1 本次研究思路具有创新性,以往研究是对珍珠舌草胶囊治疗 CAG 前后疗效进行比较,而本次研究用公认治疗 CAG 有效的胃复春片作为对照组,采取随机对照法进行研究,研究方法具有创新性。

5.2.2 本次研究基于病理组织学的改变,客观地评价了珍珠舌草胶囊治疗脾胃虚弱型 CAG 的临床疗效,为临床治疗 CAG 提供了新思路。

5.3 不足与改进

5.3.1 由于研究时间的限制,此次研究并未对中医其他次要症状及远期疗效等方面进行观察与分析,故结论有一定的局限性,计划在以后的研究中注重患者其他方面的对比观察研究。

5.3.2 由于研究经费有限,在研究中只比较了中医临床症状和病理改善程度,未对 Hp 清除疗效及相关胃蛋白酶、胃泌素等化验指标进行比较观察,计划以后进一步完善研究。

5.3.3 本次研究只局限在临床病例观察,对其作用机制原理研究力度不够,计划以后进一步完善其作用机制的研究。

参考文献

- [1]林丽容,陈一斌.浅谈吴耀南教授治疗慢性萎缩性胃炎的学术思想[J].中医药信息,2021,38(1):47-48.
- [2]Correa P. A human model of gastric carcinogenesis. Cancer Res.1988,48(13):3554-3560.
- [3]Eckmann L, Nebelsiek T, Fingerle AA, Dann SM, Mages J, Lang R,Robine S, Kagnoff MF, Schmid RM, Karin M, Arkan MC, Greten FR. Opposing functions of IKKbeta during acute and chronic intestinal inflammation. PNAS, 2008,105(39):58-63.
- [4]Ajdarkosh H, Sohrabi M, Moradniani M, et al. Prevalence of gastric pre-cancerous lesions among chronic dyspeptic patients and Prevention the Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation, 2015, 24(5):400-406.
- [5]王暖凤,初海坤,黄树民,等.慢性萎缩性胃炎患者临床流行病学分析[J].中国公共卫生,2017,3(7):1109-1111.
- [6]李聚林,冯五金.冯五金教授治疗慢性萎缩性胃炎癌前期病变经验探析[J].山西中医学院学报,2010,11(6):41-42.

- [7]中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11):671-674.
- [8]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 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(2):124-128.
- [9]中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组. 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(6):321-335.
- [10]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社. 2002:148-150.
- [11]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(5):166-168.
- [12]谭宝, 张洁, 冯五金, 等. 珍珠舌草胶囊全方对胃癌细胞增殖与凋亡的影响及机制研究[J]. 云南中医学院学报, 2020, 43(3):5-7.
- [13]辛艳, 苏娟萍, 靳桂春. 针药联合治疗气虚血瘀型萎缩性胃炎临床观察[J]. 山西中医, 2020, 36(5):28-30.
- [14]吕小燕, 冯五金. 珍珠舌草胶囊治疗胃息肉疗效观察[J]. 山西中医, 2018, 34(3):11-14.
- [15]夏扣平. 胃复春片逆转慢性浅表性胃炎伴肠上皮化生的临床研究[J]. 中西医结合与祖国医学, 2020, 24(34):4990-4991.
- [16]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(9):46-47.
- [17]吴一芳. 胃复春片联合兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对血清人可溶性白细胞介素-2受体的影响[J]. 临床合理用药, 2020, 13(5):55-56.
- [18]施学骄, 张杰红, 樊丹青, 等. 枳实、枳壳挥发油化学成分及抑菌活性的比较研究[J]. 中药与临床, 2012, 3(2):25-27.
- [19]仝立国, 康永, 岳永花, 等. 莪术白术连翘挥发油抗肿瘤作用配伍剂量的优选[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(8):1871-1872.
- [20]杨超, 闫庆梓, 唐洁, 等. 蒲公英挥发油成分分析及其抗炎抗肿瘤活性研究[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(7):3106-3111.
- [21]王丽丽, 林婧, 蔡巧燕, 等. 白花蛇舌草挥发油对人肝癌细胞 Hep G2 增殖的抑制作用[J]. 福建中医药, 2013, 44(3):60-61.
- [22]杨娜, 李英杰, 周柏松, 等. 顶空固相微萃取-气相色谱-质谱联用法检测黄芪挥发油成分[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(8):3627-3629.
- [23]徐珍珍, 樊旭蕾, 王淑美. 木香化学成分及挥发油提取的研究进展[J]. 广东化工, 2017, 17(3):77-78.

[24]赵锦,董志,朱毅,等. 海南砂仁挥发油抗炎镇痛止泻的实验研究[J]. 中成药, 2009, 31(7): 1010-1014.

[25]梁嘉钰,赵思雨,刘佳,等. 丹参挥发油提取工艺考察及成分测定[J]. 沈阳药科大学学报, 2018, 35(4):301-304.

[26]高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007, 第二版:406-407.

附录

附录 A

受试者知情同意书

敬爱的患者：

您好！我们课题研究小组将邀请您参与本次课题研究：“珍珠舌草胶囊治疗慢性萎缩性胃炎（脾胃虚弱型）的临床观察”。本课题预计有 112 名患者参加。如您同意进入本课题您将被随机分配至观察组或对照组，治疗周期为 6 个月，疗程结束后第 6 个月进行随访调查。研究期间医生将会对您的病史、体格检查、常规实验室检查结果进行收集，检查的具体内容及具体步骤，您的医生将会负责给予您详细的说明和指导。在您治疗的过程中，请您按医生的要求提供有关记录的内容。如您在治疗周期内痊愈，请您及时通知主管医师，以能够及时进行疗效评定及记录。在治疗期间，不得使用一切治疗该病的其它药物和其它治疗方法，如使用，请及时告知主管医师。病例原始资料（包括实验室检查单）归本课题组所有。

我们会保护您的隐私权，您的所有个人资料和观察记录均属保密，仅供本课题使用，无论何时，你的姓名及有关您的信息都不会在公开的刊物上，但在有关部门需要时，有使用这些资料的权利。

您有权选择不参与本次研究，也有权随时退出而无需理由，绝不会影响您和医务人员的关系及今后的诊治；但希望您在无特殊原因的情况下尽量完成本次研究。无论何种情况下退出该研究，务必及时告诉您的主管医师。

在治疗期间，如您有任何不适，请详细告诉您的主管医师，以决定下一步的治疗方案。祝您早日康复！

患者承诺：我仔细阅读并且已经非常清楚该研究的相关要求。我同意参加该项研究，并保证按研究方案要求治疗、实验室检查等，充分配合医生，及时报告出现的不良情况。

患者签字：

主管医师签字：

日期： 年 月 日

附录 B

中医症候学评分表

	症状	表现	分级	记分	得分
主要症状	胃痛	无	正常	0	
		每天偶而会有胃痛的发生，每次的持续时间小于 1 个小时	轻度	2	
		胃痛发生的频率比较多，可以忍受，持续时间大约 1 到 3 个小时	中度	4	
		胃痛比较重，不易忍受，持续时间大于 3 个小时，服用药物后才可以缓解	重度	6	
	痞满	无；	正常	0	
		偶尔会有痞满的发生，进食后明显，持续的时间大于 1 个小时	轻度	2	
		痞满发生较为频繁，或餐后加重，持续时间胃 1 到 3 个小时	中度	4	
		痞满发生程度较胃严重，持续时间大于 3 个小时，服用药后才缓解。	重度	6	
次要症状	胃中嘈杂	无	正常	0	
		嘈杂偶尔发生，持续时间小于 1 个小时	轻度	1	
		嘈杂发作频率频繁，持续时间胃 1 到 3 个小时	中度	2	
		嘈杂发作持续发生，时间大于 3 个小时以上，服用药物后才可以缓解	重度	3	
	暖气呃逆	无；	正常	0	
		偶有暖气或呃逆，每天 <4 次	轻度	1	
		时有暖气呃逆，每天 4-10 次	中度	2	
		频繁暖气呃逆，每天 >10 次	重度	3	
	口干口苦	无	正常	0	

次要症状		偶觉口干口苦	轻度	1	
		晨起口干口苦	中度	2	
		整日口干口苦	重度	3	
	恶心呕吐	无	正常	0	
		恶心偶尔发作, 没有物可以吐出, 每天小于等于 2 次	轻度	1	
		恶心频繁发生, 每天 3 到 4 次, 偶尔有涎沫或者食物残渣吐出来	中度	2	
		恶心发生明显, 每次多伴有食物残渣的吐出, 每天大于 4 次	重度	3	
	食少纳呆	无	正常	0	
		食欲较差, 食量减少低于 1/3	轻度	1	
		食欲不佳, 食量减少 1/3 以上	中度	2	
		整日不想进食, 进食量比较病前减少了二分之一	重度	3	
	倦怠乏力	无	正常	0	
		肢体稍倦, 可坚持轻体力工作	轻度	1	
		四肢乏力, 勉强坚持日常活动	中度	2	
		全身无力, 终日不愿活动	重度	3	
	泛酸	无	正常	0	
		偶有泛酸, 每天 < 4 次	轻度	1	
		时有泛酸, 每日 4-10 次	中度	2	
		频繁泛酸, 每日 > 10 次	重度	3	
	烧心或烧灼感	无	正常	0	
		烧心偶尔发生, 持续时间小于 1 个小时	轻度	1	
		烧心反复, 每次持续 1-3h	中度	2	
		烧心发生频繁, 时间大于 3 个小时, 必须服用药物后才可以减轻	重度	3	
	胸胁胀满或疼痛	无	正常	0	
		偶尔发生, 持续时间小于 1 个小时	轻度	1	
		发生频率较多, 持续时间 1 到 3 个小时	中度	2	
		持续发生, 不能自行缓解, 持续时间大于 3 个小时, 服用药后才可以减轻	重度	3	

附录 C

病理组织主要变量评分标准

病变程度	轻度（2分）	中度（4分）	重度（6分）	分数
萎缩	当前腺体数目的减少占原有腺体数量小于等于三分之一	当前腺体数目的减少占原有腺体数量在三分之一到三分之二之间	当前腺体数目的减少占原有腺体数量大于三分之二	
肠化	发现肠化的区域占腺体和表面上皮细胞总面积小于等于三分之一	发现肠化的区域占腺体和表面上皮细胞总面积在三分之一到三分之二之间	发现肠化的区域占腺体和表面上皮细胞总面积大于三分之二	
异型增生	细胞核稍大，深染，排列较密集。腺管伴有轻度的增生，管腔排列稍有紊乱、欠规整。	细胞核可见有所增大，深度染色密集，排列比较乱。腺管较密集的排列，腺管分支有所迂曲，管腔形态结构没有规则，且大小不相等	细胞核观察增大情况明显，大小不相等，排列极为不规则。腺管结构发生了明显的改变，严重紊乱，形态结构大小发生了明显的改变	

注：在作病理切片时，相同部位病变程度检测不一样时，所有都按照病变程度表现较重的赋予相应的分值。

慢性萎缩性胃炎的中西医研究进展

智雪峰

[摘要]慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG）是消化系统的常见病之一，是胃黏膜及腺体发生萎缩性改变的慢性胃炎，如果不进行控制，最终可能导致肠化生及异型增生，从而导致癌变，是消化系统比较常见的疾病，在临床治疗中比较棘手。CAG 作为一种癌前病变，严重时可能发展为胃癌。因此对于 CAG 病因病机及其治疗的研究就显得尤为重要。本文从 CAG 的中西医病因病机、中西医治疗、目前存在的问题以及对未来的期望等方面，阐述了中西医治疗 CAG 的进展，便于更好地指导临床对于 CAG 的治疗。

[关键词]慢性萎缩性胃炎；中医；西医；研究进展

（前言）

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, 以下简称 CAG）是胃黏膜及腺体发生萎缩性改变的慢性炎症。中医认为 CAG 相当于“胃痛”“痞满”等病。CAG 是消化系统的多发病之一，以中老年人居多，症状基本相同，主要表现为胃脘部不适、疼痛、消化不良等，常伴随反酸、恶心、嗝气、乏力等症状，大多迁延难愈，反复发作^[1]，我国 CAG 发病率近年来逐年上升^[2]，困扰着广大患者，为了减轻他们的痛苦，目前越来越多的医家研究此病。现将近五年来中西医对于 CAG 的研究进展情况介绍如下。

（正文）

1 病因病机

1.1 中医认识

对于 CAG 的病因病机近年来医家见解颇多，尚缺乏统一的见解，大致病因可归结为外邪侵袭、情志不舒、饮食不节、脾胃虚弱等。大多医家认为脾胃虚弱是本病的关键原因，脾胃虚弱，水谷化生无源，胃失所养，导致胃黏膜的萎缩，脾胃虚弱，运化无力，水湿不行，凝聚为痰，则阻碍气机，导致气滞，气机不畅则出现血瘀，各种病理因素互结，水谷精微不得濡养胃络，从而造成胃黏膜萎缩，病位主要在胃，肝脾与本病关系密切。

刘全让^[3]认为 CAG 病因是由胃受邪气侵袭，导致胃失和降，而脾胃互为表里，胃失和降，脾失运化，最终导致各种病理产物停于胃中，而五者又可相因为患，久而则生本病。郭淑云^[4]认为本病多由本虚导致，或是脾胃气虚，或是胃阴虚，标实以

痰凝、血瘀为主。谢晶日^[5]认为 CAG 基本病机应为脾胃虚弱,气滞血瘀是发病的基本病理过程,最终导致瘀毒互结。何长柏^[6]认为 CAG 主要病机为脾胃气机失调,他还认为 CAG 两大病因:其一为阳明热化伤及肠胃,其二是脾脏受损累及胃腑。马志勇^[7]从气、虚、瘀、毒四个方面来阐释 CAG 的发病机制,其中,气者可见气机郁滞;虚者可见脾胃虚弱、肾阳亏虚;瘀者病势缠绵,日久导致;毒者则是幽门螺杆菌(Hp)、胃酸、胆汁等邪毒。杨晋翔等^[8]认为 CAG 病机大致为气机不畅、湿阻中焦、热毒蕴结、瘀血停滞、脾胃阴虚 5 种。邱作成^[9]等认为 CAG 本属脾胃虚弱,标为浊毒犯胃,治疗上则先以祛瘀化浊,再则补益脾胃。董筠等^[10]认为 CAG 病因为本虚标实,脾胃素虚为其根本病因,脾虚运化失常,则出现气滞,气滞不行,水湿郁而化热,形成湿热,久病不能缓解则入络,产生血瘀,临床中常常相兼为病,虚实夹杂。

1.2 西医认识

西医认为 CAG 是正常胃黏膜及腺体的一种萎缩性改变,如果不予积极治疗,极易导致肠化生及异型增生,最终有发展为癌变的可能,归结病因大致分为幽门螺杆菌(Hp)感染、胆汁反流、免疫因素、年龄因素及其他因素五类。

幽门螺旋杆菌^[11-19]会分泌一种重要的毒力因子 CagA,感染幽门螺杆菌的患者可能引起更严重的黏膜损伤与更高的胃癌发生率。可与上皮细胞粘附,很难被胃排空。Hp 感染胃黏膜以后,人体的自身免疫反应会被激发,胃肠黏膜就会被侵袭而损伤。此外, Hp 感染后,会导致胃酸的分泌大量地增加,使胃黏膜损伤严重,从而使萎缩性胃炎进一步发展为胃癌。张剑治等^[20]通过研究认为 Hp 感染极大地影响了慢性胃炎在胃镜下不同病理改变类型。胃液^[21-23]中的成分,如溶血卵磷脂及胆汁酸,它们浓度的不断升高,会加重胃黏膜组织的损伤,导致恶变。近年来,有很多研究表明^[24] COX-2 蛋白的过度表达会加重胃黏膜损伤、通过降低机体免疫力等影响,从而加速胃癌的发生,正常胃黏膜 COX-2 蛋白很低。滑永志等^[25]研究发现 CAG 与饮食习惯、环境因素、情志因素等有着密切的联系。

2 中医治疗

中医在治疗 CAG 上讲求辨证论治,将理法方药充分结合起来,再加上一些针灸、穴位埋线等疗法,或是配合西药治疗,往往能收到良好疗效。在临床中大致可以归结为辨证分型治疗、基本方加减治疗、固定方治疗、中医特色治疗及中西药结合治疗。

2.1 辨证分型治疗

慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见^[26]指出 CAG 主要证型有:肝胃郁热证、胃络瘀血证、肝胃气滞证、脾胃湿热证、脾胃虚弱证、胃阴不足证。临床大多医家根

据自己的临床经验有着不同的认识,或辨不同证型,或分阶段治疗,或只研究一种证型,但是基本证型都在以上几种内,一般以脾胃虚弱、肝胃气滞多见。

高岩^[27]选取 64 例 CAG 气阴两虚证的患者,对照组给予养胃舒胶囊治疗,治疗组应用益气养阴方加减进行治疗。两组比较,治疗组疗效显著。徐明^[28]选取 92 例 CAG 辨证为脾胃虚弱证患者进行研究,证明健脾通络汤疗效优于多潘立酮片联合硫糖铝。李万瑀等^[29]在临床中选取了 CAG 患者证型为脾胃虚寒型,研究了自拟温中理气汤对于 CAG 的治疗效果。结果联合了自拟温中理气汤治疗后患者症状改善明显。

2.2 基本方加减治疗

临床上对于本病的治疗,有的医家认为本病病机复杂多变,不能拘泥于某一方的治疗,要根据患者的典型症状选用病机相同的基本方,再结合患者的其他伴随症状加减治疗,或一方加减,或两方加减,在临床中也收到了不错的疗效。

姜翀^[30]选取 79 例 CAG 患者,对照组采用常规西药治疗,治疗组研究者采用了枳实消痞丸的基本方,随后又根据症状进行了加减来治疗 CAG。结果枳实消痞丸加减治疗效果更佳。赵欣等^[31]通过对 60 例 CAG 患者的研究发现,补中益气汤加减治疗较常规西药治疗更有效, ($P<0.05$)。毛晓琴^[32]选取了 86 例 CAG 患者,随机分为了两组,分别给予常规西药和柴芍六君子汤加减治疗。观察组效果更优, ($P<0.05$)。张珊珊等^[33]选取了 140 例 CAG 患者,对照组给予雷贝拉唑钠联合维酶素治疗,治疗组给予旋覆花汤合温胆汤加减治疗。结果后者效果明显优于前者。

2.3 固定方治疗

固定方多是临床医家结合自己多年积累的经验以及对 CAG 病因病机的精准把握,从而确定固定的治法,制成固定的方剂,根据患者的需求以及本病的缓急程度,或丸剂,或散剂,或汤剂,在临床中收到了很好的疗效。

王曼彤等^[34]对 60 例 CAG 患者进行研究,予联合海贝胃疡胶囊治疗较单纯西药效果更佳, ($P<0.05$)。宫慧萍等^[35]对 60 例 CAG 患者进行研究,观察到化浊养胃汤治疗效果好于养胃颗粒, ($P<0.05$)。袁欣^[36]选取了符合标准的 CAG 患者,分为治疗组 40 例,观察组 40 例。结果显示治疗组清火健脾丸对 CAG 疗效更突出。亚东等^[37]在临床中观察了 192 例 CAG 患者,证明了消痞颗粒效果强于气滞胃痛颗粒, ($P<0.05$)。

2.4 中医特色治疗

中医的特色疗法,包括针灸治疗、穴位注射等,有其独特的优势,在临床上也应用于 CAG 的治疗。主要是通过抑制炎症反应因子,保护胃黏膜以及调节机体免疫来

达到治疗 CAG，不仅可以改善 CAG 患者的一般症状，也可以改善胃黏膜、胃腺体的萎缩以及肠上皮化生等症状^[38]，还有一些医家则联合药物治疗，在临床上也收到了良好的疗效。

曾庆婷等^[39]选取了 90 例 CAG 患者进行研究。结果对于 CAG 的治疗，埋线治疗配合针刺背俞穴有着良好的疗效，（ $P<0.05$ ）。李嘉萍等^[40]在研究中发现穴位埋线配合灸法治疗 CAG 效果较常规西药有效，（ $P<0.05$ ）。王建^[41]观察了针灸配合西药治疗 CAG 的临床效果，选取了 80 例 CAG 患者，对照组和治疗组分别采用西药治疗和西药联合针灸治疗，结果西药联合针灸治疗效果更突出。周宇倩^[42]通过研究，结果证实了温胃汤联合益气升阳针法对于 CAG 的治疗效果以及 Hp 的转阴率，效果要优于单纯使用温胃汤，（ $P<0.05$ ）。

2.5 中西药结合治疗

目前临床中对于 CAG 的治疗，多数还是中西医结合治疗，将二者结合起来，发挥各自的优势，不仅能快速而有效的减轻症状，缓解患者的痛苦，而且在很大程度上降低了药物的副作用，便于患者接受，更重要的是提高了疾病的治愈率。

张明华^[43]在临床中观察了 110 例 CAG 患者，对照组给予 Hp 清除、促胃动力药等治疗，治疗组联合了益气养阴通络方。结果显示联合益气养阴通络方治疗效果明显升高，（ $P<0.05$ ）。程丛彪等^[44]选取 CAG 患者 92 例，对照组给予常规西医对症治疗；治疗组联合了益气化瘀方治疗。结果治疗组效果更好。杨宏升^[45]在临床中治疗 CAG 中，采用了安胃活血汤联合序贯法。结果证明确实较单用序贯疗法治疗有效，（ $P<0.05$ ）。谢铭^[46]选取了 84 例 CAG 患者，对照组给予常规西药治疗，治疗组联合了四君子汤加味方治疗。通过分析，联合了四君子汤加味方治疗后效果显著。

3 西医治疗

在近几年的研究中，西医对于 CAG 的治疗，大多是以根除 Hp 为主，或三联疗法，或四联疗法，还有一些对症治疗，如抗炎、保护胃黏膜、促进胃肠动力、调节肠道菌群以及补充叶酸、维生素等治疗，在临床上也取得了良好的疗效。

缪小玉等^[47]观察了临床中多潘立酮联合替普瑞酮治疗 CAG 患者效果更好。王丽丽^[48]观察了 102 例 CAG 患者，对照组给予 Hp 根除治疗，治疗组联合了叶酸维 B12 片治疗。结果治疗组疗效显著高于对照组。刘振勇^[49]临床上研究得出序贯疗法联合益生菌对于 Hp 阳性 CAG 患者的疗效更确切。王丽梅^[50]选取了一定量的患者，通过研究得出阿莫西林联合叶酸治疗 CAG，在胃动素和胃蛋白酶原的水平上，效果较好。

（总结）

对于CAG的治疗，中西医都有其独特的优势。中医药整体论治，辨证施治，不同的病人，治疗的原则也不尽相同，随着疾病的不断变化，中药也在不断的调整，在临床上效果好，更重要的是中药毒副作用小，依赖性小，具有广阔的发展前景。但也存在一些不足，辨证分型过于困难，同时在实验研究上，也有诸多不便，中药方剂注重君臣佐使，药与药之间关系密切，所以对于临床疗效缺乏大数据统计及客观有效的证据。西医对本病的治疗，多是通过胃镜及呼气试验等辅助检查，然后采取对因及对症治疗，例如抑酸、护胃、杀菌等治疗，也没有其他更好的治疗措施，故中医在一定程度上弥补了西医的不足。

在今后临床治疗 CAG 的过程中，更应该发挥出中西医各自的优势，取长补短，互相借鉴，互相学习。中西医结合治疗 CAG，要比单一中医或是西医治疗效果更好，从而更好地为患者缓解症状，减轻痛苦，同时更有利于延缓和阻止胃黏膜的萎缩甚至逆转其萎缩。这样不仅造福于 CAG 患者，也推动了祖国乃至世界的医学发展。

参考文献

- [1] Ajdarkosh H, Sohrabi M, Moradniani M, et al. Prevalence of gastric precancerous lesions among chronic dyspeptic patients and Prevention the Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation, 2015, 24(5):400-406.
- [2] 王暖凤, 初海坤, 黄树民, 等. 慢性萎缩性胃炎患者临床流行病学分析[J]. 中国公共卫生, 2017, 33(7):1109-1111.
- [3] 王飞, 王书平. 刘全让教授从痰瘀论治慢性萎缩性胃炎伴肠化生[J]. 光明中医, 2019, 34(17):2618-2620.
- [4] 胡鹏飞, 郭淑云. 郭淑云从脾虚血瘀论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 国医论坛, 2019, 34(1):57-59.
- [5] 陶平静, 郭鲁义, 谢晶日, 等. 谢晶日教授从虚、瘀、毒论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中医药信息, 2016, 33(5):24-25.
- [6] 任东旭, 何长柏. 何长柏老师采用辛开苦降法治疗慢性萎缩性胃炎的经验之谈[J]. 中医临床研究, 2017, 9(26):39-40.
- [7] 马志勇. 慢性萎缩性胃炎中医证治拾掇[J]. 当代医学, 2018, 24(6):183-184.
- [8] 邱岳, 李志钢, 苏琳, 等. 杨晋翔教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 环球中医药, 2015, 8(8):987-988.

- [9]邱作成,李志钢,闫宏宇,等.健脾益气、化瘀解毒法治疗慢性萎缩性胃炎探讨[J].中医学报,2014,29(1):94-95.
- [10]董齐燕,董筠.董筠辨治慢性萎缩性胃炎思路[J].吉林中医药,2019,39(9):114-115.
- [11]蔡和利,王礼彬,马善美,等.幽门螺旋杆菌感染的中药治疗近况[J].海峡药学,2014,26(7):98-99.
- [12]奚经巧,林枝,蔡文品,等.幽门螺旋杆菌阳性慢性萎缩性胃炎患者血清 CagA 抗体浓度评估黏膜病变程度的价值[J].中国卫生检验杂志,2018,28(17):2128-2131.
- [13]杨国红,杨倩,曾震军,等.萎缩性胃炎 Hp 感染肝胃气滞、胃阴不足证胃黏膜组织 GAS、MTL、SS 水平的研究[J].中医临床研究,2016,8(16):12-14.
- [14]GAO X,ZHANG Y,B RENNE R H.Associations of Helicobacter pylori infection and chronic atrophic gastritis with accelerated epigenetic ageing in older adults [J].Br J Cancer,2017,117(8):1211-1214.
- [15]YAMADA S,TOMATSURI N,KAWAKAMI T,et al.Helicobacter pylori eradication therapy ameliorates latent digestive symptoms in chronic atrophic gastritis[J].Digestion,2018,97(4):333-339.
- [16]Camila A Figueiredo,Cintia Rodrigues Marques,Ryan dos Santos Costa,Hugo Bernardino F da Silva,Neuza M Alcantara-Neves.Cytokines,cytokine gene polymorphisms and Helicobacter pylori infection:Friend or foe?[J].World Journal of Gastroenterology,2014,20(18):5235-5243.
- [17]Shatha Alzahrani,Taslina T Lina,Jazmin Gonzalez,Irina V Pinchuk,Ellen J Beswick,Victor E Reyes.Effect of Helicobacter pylori on gastric epithelial cells[J].World Journal of Gastroenterology,2014,20(36):12767-12780.
- [18]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):2838-2841.
- [19]奚经巧,林枝,陈建欧.幽门螺旋杆菌阳性慢性萎缩性胃炎患者血清 CagA 抗体浓度评估黏膜病变程度的价值[J].中国卫生检验杂志,2018,28(17):2128-2130.
- [20]张剑治,冯全林,胡漪璐,等.慢性萎缩性胃炎中医证型与 Hp、IL-1 β 及其基因多态性的相关性[J].中国中西医结合杂志,2015,35(12):1433-1436.
- [21]Mukaisho K, Nakayama T, Hagiwara T,et al.Two distinct etiologies of gastric cardia adenocarcinoma: interactions among pH, Helicobacter pylori, and bile a-

cids[J].Front Microbiol,2015,6:412.

[22]封英娟,陈宏辉.慢性萎缩性胃炎患者的危险因素与临床治疗效果[J].临床合理用药,2019,12(3):124-125.

[23]Ortega—Martinez S.A new perspective on the role of the role of the CRE-B family of transcription factors in memory consolidation via adult hippocampal neurogenesis[J].Front Mol Neurosci,2015,8:46.

[24]刘涛,张霞,魏玮.胃康宁治疗脾虚寒热瘀毒型慢性萎缩性胃炎伴胃癌前病变临床疗效及调节 COX-2 蛋白的机制研究[J].上海中医药杂志,2016,50(11):68.

[25]滑永志,陆敏,奚肇宏.200 例青年人萎缩性中医证候分布规律初探[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(78):223.

[26]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.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(2):124-128.

[27]高岩.益气养阴方治疗慢性萎缩性胃炎气阴两虚证的临床效果评价[J].中国医药指南,2018,16(35):170-171.

[28]徐明.观察健脾通络汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎疗效[J].临床医药文献杂志,2018,5(97):180-182.

[29]李万瑀,徐明,王玉芬.自拟温中理气汤治疗脾胃虚寒型 H.pylori 相关性慢性萎缩性胃炎伴缺铁性贫血的疗效及对体液免疫和胃黏膜的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(27):3002-3005.

[30]姜翀.枳实消痞丸加减治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2019,35(1):21.

[31]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(1):28.

[32]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,2019,35(2):157.

[33]张珊珊,余玺,陈晨,等.旋覆花汤合温胆汤加减对慢性萎缩性胃炎痰瘀阻络证患者的临床疗效[J].中成药,2019,41(9):2106-2109.

[34]王曼彤,张旭,李明洋.海贝胃疡胶囊治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2019,28(9):972-974.

[35]宫慧萍,闫腾飞,闫龙,等.化浊养胃汤对慢性萎缩性胃炎临床治疗观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(56):180.

- [36]袁欣. 清火健脾丸对肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎的临床疗效研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17(20):1-2.
- [37]亚东, 王晓岩, 王丽, 等. 消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎(肝郁脾虚证)的临床观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17(19):144.
- [38]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(5):166-168.
- [39]曾庆婷, 杨改琴, 左甲, 等. 针刺背俞穴配合埋线治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(9):997-1000.
- [40]李嘉萍, 李敏, 王坤, 等. 穴位埋线配合灸法治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 山东中医杂志, 2019, (10):933-937.
- [41]王建. 针灸与西药治疗慢性萎缩性胃炎的疗效差异分析[J]. 中国农村卫生, 2019, (12):89.
- [42]周宇倩. 温胃汤联合益气升阳针法针灸治疗脾胃虚寒萎缩性胃炎的疗效[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(35):142-144.
- [43]张明华. 益气养阴通络方治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察及其对胃黏膜 TFF 1 表达的影响[J]. 中国中医药科技, 2017, 24(6):684-686.
- [44]程丛彪, 李娜. 益气化瘀方联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2019, 26(5):772-773.
- [45]杨宏升. 安胃活血汤联合序贯法治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前病变疗效研究[J]. 陕西中医, 2019, 40(9):1195-1198.
- [46]谢铭. 四君子汤加味联合常规西药治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(10):74-77.
- [47]缪小玉, 肖嘉新. 多潘立酮胶囊联合替普瑞酮治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 黑龙江医学, 2019, 43(2):117-119.
- [48]王丽丽. 叶酸联合幽门螺杆菌根除治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 临床合理用药, 2019, 12(9):66-67.
- [49]刘振勇. Hp 相关性慢性萎缩性胃炎给予益生菌联合序贯疗法治疗的疗效与安全性探讨[J]. 中国医药指南, 2019, 17(8):91.
- [50]王丽梅. 阿莫西林联合叶酸对慢性萎缩性胃炎患者疗效及胃动素及胃蛋白酶原的影响[J]. 甘肃科技, 2016, 32(24):106-107.

致谢

时间过的真快，转眼间，研究生生活已要结束，三年时间，我收获了很多很多，在此我要衷心感谢所有帮助我、鼓励我、关心我的人，并送上我最美好的祝福。

首先感谢的是我的导师谭宝教授，三年的学习生涯，我跟随导师临床抄方、问诊、查房，导师治学严谨，对待患者如自己亲人一般，再加上他学识渊博，深深地影响着我的一言一行，平时总会抽出时间关心自己的学生，并且讲授知识。同时他总会督促我们认真学习，不仅仅是专业知识，还有人情世故，也会让我们注意自己的身体，导师言传身教，一步步指引我们不断前行，努力奋斗。因此我想诚挚的对老师说声“老师您辛苦了！”也愿导师健康快乐，桃李满门！

感谢山西省中医院，提供了一个让我学习临床专业知识的平台。

感谢各位规培带教老师对我的指导和帮助，让我逐渐成长为一名合格的临床医生。

感谢我的家人，他们是我努力前行的坚强后盾。

感谢我的同学、朋友们，在我遇到困难的时候，能及时耐心地帮助我度过难关。

最后，我要由衷感谢各位参加毕业答辩及评审工作的专家老师，谢谢你们辛苦付出和悉心指导。

作者简介

智雪峰（1994.01），男，中共党员，山西大同人，2018 年 7 月本科毕业于山西中医药大学中医学专业，并获取了本科学历和学士学位，同年考入本校攻读中医内科学专业硕士学位。

发表论文情况：

在校期间，以第一作者发表 1 篇论文《脾胃同治的应用探讨》，于国家级期刊《中国民间疗法》上见刊，以参与作者发表论文 5 篇。

获奖情况：

2018-2019 年度，获得一等奖学金；

2019-2020 年度，获得二等奖学金。