

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

基于病理组织学改变的六君逐瘀汤治疗萎缩性胃炎（脾虚瘀阻型）的临床研究

Observation of clinical effect of Liu jun zhuyutang treatment of CAG
based on pathological change

研究生姓名：门睿诚

导师姓名、职称：苏娟萍教授、主任医师

学科、专业名称：中医内科学

研究方向：中医药防治脾胃病的研究

申请学位类型：专业学位

二〇一八年五月十二日

山西中医学院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：门睿斌

2018年05月12日

关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解山西中医学院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。本人授权山西中医学院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：门睿斌

论文导师签名：艾永军

2018年05月12日

中文摘要

目的：本研究通过观察苏娟萍教授经验方“六君逐瘀汤”治疗慢性萎缩性胃炎（脾虚瘀阻型）的临床疗效，验证该方治疗此类病有效性及安全性，为其临床运用提供循证医学证据。同时以胃粘膜病理组织的改变为切入点，探讨其可能的作用机理，为中医药治疗脾虚瘀阻型慢性萎缩性胃炎提供新的临床思路。

方法：选择符合纳入标准的慢性萎缩性胃炎（脾虚瘀阻型）病例 80 例，随机分为治疗组（六君逐瘀汤）和对照组（胃复春片）各 40 例，两组患者在性别、年龄、病程、主要症状、胃镜、病理及 HP 感染率无明显统计学差异。治疗组口服六君逐瘀汤（日 2 次），对照组口服胃复春片（日 3 次，每次 4 片），用药 6 个月，通过对其治疗前后的中医症候积分、胃镜、病理及综合疗效结果，从而对六君逐瘀汤的临床疗效做出客观评价，并在治疗前、第 3 个月、治疗后观察肝功、肾功等安全性指标。

结果：

（1）中医证候疗效评定：六君逐瘀汤组总有效率为 90.0%，胃复春片组总有效率为 82.5%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

（2）胃镜结果疗效评定：六君逐瘀汤组总有效率为 75.0%，胃复春片组总有效率为 62.5%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

（3）病理组织疗效评定：在治疗萎缩方面六君逐瘀汤组总有效率为 80%，胃复春片组总有效率为 67.5%，说明六君逐瘀汤在治疗胃粘膜病理组织萎缩方面效果优于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。其中在逆转肠化方面六君逐瘀汤组总有效率为 73.5%，对照组总有效率为 53.1%，说明六君逐瘀汤在治疗胃粘膜病理组织肠化方面效果优于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。在治疗异型增生方面六君逐瘀汤组总有效率为 62.5%，对照组总有效率为 57.1%，疗效相当，无显著差异，（ $P>0.05$ ）

（4）综合疗效结果：治疗组总有效率为 80.0%，对照组总有效率为 67.5%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）

结论：由上述结果得出，六君逐瘀汤在治疗慢性萎缩性胃炎（脾虚瘀阻型）疗效确切，可以明显改善患者的临床症状、改善胃镜下粘膜病变，对于逆转胃粘膜病理改变效果良好。未发现不良反应，安全有效，具有一定的推广应用价值。

关键词：慢性萎缩性胃炎；中医药治疗；病理改变；临床观察

Abstract

Objective: The effect of Professor Su Juanping's experience prescription "Liujunzhuyutang" in the treatment of chronic atrophic gastritis (spleen deficiency stasis type) is observed in this experiment. To verify the efficacy and safety of this prescription in the treatment of this disease, and provide evidence-based medical evidence for its clinical application. At the same time, we take the change of Gastric Mucosal pathological tissue as the breakthrough point to explore its possible mechanism of action, and provide a new clinical train of thought for TCM treatment of chronic atrophic gastritis.

Methods: 80 cases of chronic atrophic gastritis (spleen deficiency stasis type) were selected in accordance with the inclusion criteria, and were randomly divided into 40 cases in the treatment group and the control group. There was no significant difference in sex, age, course of disease, major symptoms, gastroscopy, pathology and HP infection rate in the two groups. The treatment group oral Liujunzhuyutang (2 times daily), control group was treated with Weifuchun tablet (3 times a day, 4 tablets each time), 6 months as a 1 course of treatment, after taking medicine for a course, The clinical curative effect of the Liujunzhuyutang was evaluated objectively by the TCM syndrome score, gastroscopy and pathological results before and after the treatment. And before treatment, third months after treatment, liver function, kidney function and other safety indicators.

Results:

(1) the evaluation of the curative effect of TCM syndrome: the total effective rate of the treatment group was 90%, the total effective rate of the control group was 82.5%, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$).

(2) The results of gastroscopy result: the total effective rate in the treatment group was 75%, the total effective rate of the control group was 62.5%, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$).

(3) pathological tissue curative effect evaluation: In the treatment of atrophic Liujunzhuyutang group the total effective rate was 80%, Weifuchun group total effective rate was 67.5%, Liujunzhuyutang in the treatment of gastric mucosa

pathological atrophy better than the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). In terms of reversing intestinal metaplasia, the total effective rate of Liujunzhuyutang group was 73.5%, and the total effective rate of control group was 53.1%, showing that the effect of Liujunzhuyutang in the treatment of Gastric Mucosal pathological tissue and intestinal metaplasia is better than that of the control group, and the difference is statistically significant ($P < 0.05$). In the treatment of dysplasia six Jun Zhuyu Decoction group the total effective rate was 62.5%, control group total effective rate was 57.1%, efficacy, no significant difference ($P > 0.05$)

(4) Comprehensive curative effect: the total effective rate of the treatment group was 80%, the total effective rate of the control group was 67.5%, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusion: From the above results, it is concluded that the Liujunzhuyutang is effective in the treatment of chronic atrophic gastritis (spleen deficiency stasis type). It can obviously improve the clinical symptoms of the patients, improve the mucosal lesion under the gastroscope, and have a good effect on reversing the pathological changes of the gastric mucosa. The treatment group has no adverse reaction, safe and effective, and has a certain value of popularization and application.

Key words: Chronic atrophic gastritis; Traditional Chinese medicine treatment; Pathological changes; Clinical observation

中英文缩略语表

英文缩写	英文全称	中文名称
CAG	Chronic atrophic gastritis	萎缩性胃炎
IM	Intestinal metaplasia	肠上皮化生
Dys.	dysplasia	异型增生
ATP	Atypical hyperplasia	不典型增生
Hp	helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌
GU	Gastric ulcer	胃溃疡
DU	Duodenal ulce	十二指肠溃疡
CNAG	Chronic non-atrophic gastritis	慢性非萎缩胃炎
PPI	proton pump inhibitor	质子泵抑制剂

目 录

中文摘要.....	I
英文摘要.....	III
缩略语表.....	VI
正 文.....	1
前言.....	1
材料和方法.....	1
结果.....	11
讨论.....	14
结论.....	18
参考文献.....	20
附录 A.....	23
综述.....	23
附录 B.....	32
致 谢.....	34
作者简介.....	35

前 言

慢性萎缩性胃炎（CAG）由多种原因导致的，以胃黏膜固有腺体萎缩或伴有肠腺化生为特点的一类慢性胃炎。当今社会生活节奏变快，人们饮食生活习惯的不良影响及各方面的精神、心理压力等因素，使 CAG 的患者逐年增多，严重影响其生活及工作质量。有调查显示，纤维电子胃镜检查自从被我国开展并普及开来，CAG 检出率呈逐年上升趋势，大约占总受检病人总数的 7.5%~13.8%，而且世界范围内老年人的发病率占大多数，发病率与年龄呈正相关，一般随着年龄的增长而增高^[1]。国际卫生组织（WHO）也证实了这一观点，处于 20~50 岁的中青年慢性萎缩性胃炎发病率仅 10%左右，而 51~65 岁则高达 50%以上^[2]。CAG 被视为胃肠道肿瘤的癌前病变，主要致病原因有胆汁反流、生物因素、免疫因素、药物因素以及 Hp 感染等。有调查报道^[3]显示，CAG 每年的癌变率为 0.5%~1%，其中当胃粘膜病理组织伴有异型增生（ATP）及以上病变时癌变率更高。因此积极治疗 CAG 和逆转其胃粘膜萎缩在预防胃肠道肿瘤、减少胃癌发病占据十分重要的地位，因此如何治疗 CAG 已成为当下研究的热门课题。

目前，慢性萎缩性胃炎的发病机制在现代医学中尚未统一，许多学者认为多方面因素综合作用共同导致了 CAG 的发生，这些因素引起胃粘膜慢性炎症，使胃粘膜反复受到刺激、侵害，久而久之使胃分泌腺体萎缩，胃粘膜变色、变薄，胃粘膜血管显露，分泌胃酸的功能降低，肠胃蠕动、消化功能减弱等，最终形成了 CAG。西医药对萎缩性胃炎的治疗方法主要是保护胃黏膜（PPI），根除幽门螺杆菌 HP 感染，促胃肠动力，给予叶酸、B 族维生素等，但这些都是局限于消除症状的对症治疗，而且对于逆转胃粘膜腺体萎缩，尤其是伴有肠上皮化生或非典型增生的病理改变疗效存在较多争议。许多观点认为紧张、抑郁、焦虑等负面情绪也参与了 CAG 的演变，它通过影响患者的食欲、消化液分泌及脑神经体质改变等直接或间接对胃粘膜造成影响，故可以通过健康宣教、心理疏导等方法消除慢性萎缩性胃炎患者的思想包袱，从而建立治疗信心、增强治疗效果^[4]，但其具体增强的程度也不确切。祖国医学在治疗本病方面积累了丰富的临床经验和独特的优势，在改善患者症状，延缓萎缩进展，甚至是逆转腺体萎缩有明确疗效，并在临床上得到广大患者的肯定。故以此为基础探求有效的中医防治 CAG 的措施。

传统中医认为本病多由饮食伤中，情志失调，劳倦过度，或脏腑阴阳亏虚，气机斡旋无力所致。导师结合多年临床经验，认为“正气存内、邪不可干”，本

病的发病基础是脾胃虚弱，患者过食肥甘厚味、或生冷辛辣之物，或饥饱无度，以致中焦脾胃受损，正气损伤，结合本病缠绵，日久不愈，久病多虚多瘀，正气虚不能驱邪固本，逐使瘀血阻于胃络而萎缩。故慢性萎缩性胃炎临床以脾虚瘀阻型多见，导师在此基础上总结出治疗此证的临床方剂：六君逐瘀汤。本课题结合现代医学手段，通过临床观察验证六君逐瘀汤的疗效，并以胃粘膜病理组织改变为切入点，结合 CAG 常规实验室指标，从多个角度探讨研究六君逐瘀汤的作用机理，观察其安全性，为其临床运用提供了部分现代科学依据，并进一步阐明中医药在防治脾虚瘀阻型慢性萎缩性胃炎可能存在的机理，旨在探索更加可行的中医药思路与疗法，以便造福社会、减轻病人疾苦。

1 材料和方法

1.1 研究对象

所有病例均选取于山西省中医院 2016 年 09 月至 2017 年 11 月脾胃病科门诊。西医诊断为慢性萎缩性胃炎，中医辨证为脾虚瘀阻型患者。

1.2 诊断标准

1.2.1 CAG 西医诊断标准（参考中华医学会消化病学分会《中国慢性胃炎共识意见》2012，上海）^[5]，详见表 1：

表 1：CAG 西医诊断标准《中国慢性胃炎共识意见》（2012，上海）

项目	具体内容
临床症状	CAG 临床表现与症状无相关性，患者可无明显症状，若有症状者主要表现为消化不良，上腹疼痛、饱胀或不适。
胃镜诊断	胃黏膜赤白相间、白色为多，胃黏膜变薄甚至消失，黏膜血管显露，或呈颗粒状或结节样改变。镜下 CAG 有主要分成 2 种类型，即单纯 CAG 和增生 CAG。单纯 CAG 主要表现为胃黏膜赤白相间，白色为多，胃黏膜变薄甚至消失，血管显露；增生 CAG 主要表现为胃黏膜颗粒状或结节状改变。
萎缩的病 理诊断	活检显示只要有固有腺体萎缩减少，就可诊断为萎缩性胃炎，而不管活检标本的萎缩块数和程度。

1.2.2 慢性萎缩性胃炎中医诊断标准（参考中华中医药学会脾胃病分会《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》2009，深圳）详见表 2：

表 2：CAG《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》2009，深圳

	具体项目
脾胃虚弱	主症：1. 胃胀、胃痛；2. 喜按或喜暖。次症：1. 不思饮食，纳少早饱；2. 大便不成形；3. 倦怠乏力；4. 少气懒言；5. 食后脘闷；6. 舌质淡，脉细弱。
胃络瘀血	主症 1. 胃脘不适或疼痛，痛有定处；2. 舌暗红或舌有瘀点、瘀斑。次症：1. 胃痛拒按；2. 大便色暗红；3. 面色晦暗；4. 脉弦涩。

注：证候确定：必备脾胃虚弱证中 2 个主症，加胃络瘀血证任何症 2 项以上，或者必备脾胃虚弱证中 1 个主症及 2 个次症，加胃络瘀血证任何症 2 项以上即可诊

断脾虚瘀阻证。

1.3 纳入标准

- (1) 符合CAG中西医诊断标准者。
- (2) 同意按临床观察治疗方案治疗者。
- (3) 18 岁 \leq 年龄 \leq 70 岁。
- (4) 签署进入研究知情同意书。

1.4 排除标准

- (1) 处于18 岁 \leq 年龄 \leq 70 岁患者，但妊娠，准备妊娠，及哺乳期妇女。
- (2) 合并消化性溃疡（GU、DU）、病理诊断疑有恶变或已恶变者。
- (3) 合并肝肾功能异常、或严重心脑血管疾病、血液疾病、精神病患者。
- (4) 体质易过敏者。
- (5) 在实验之前，使用过相关治疗药物的患者

1.5 剔除标准

- (1) 临床误纳入者：即不符合临床观察纳入标准而被纳入者。
- (2) 虽符合纳入标准而纳入后未进行本方案治疗者。
- (3) 非规定范围内联合用药，影响有效性和安全性判断者。

1.6 脱落标准

- (1) 发生严重不良反应；过敏反应；
- (2) 不愿意继续试验而自行退出者。
- (3) 由于各种事意外故造成试验不能正常进行者。
- (4) 资料不全、丢失，影响有效性和安全性判断者。

1.7 研究方法：

1.7.1 设计及分组

符合纳入标准的 CAG 患者病例 80 例，使用随机数字表随机分为六君逐瘀汤治疗组和胃复春对照组各 40 例，根据所收集资料统计得出两组患者在治疗前的年龄、性别、病程、中医症状、胃粘膜胃镜下表现、胃粘膜病理组织改变（萎缩、肠化、不典型增生）及 Hp 感染等一般资料比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），两组资料有可比性。其中男 38 例，女 42 例，平均年龄（ 50.58 ± 9.49 ）岁。平均病程为（ 8.09 ± 4.6 ）年。中医辨证论治属于脾虚瘀阻型。

表 3 两组资料性别分布情况比较

	男	女	合计
对照组	18	22	40
治疗组	19	21	40
合计	37	43	80

注：选用 χ^2 检验。 χ^2 值为 0.050， P 值为 0.823， $P>0.05$ ，差别没有统计意义。

表 5 两组资料年龄分布比较

	治疗组（例）	对照组（例）
18-29 岁	1	1
30-39 岁	3	2
40-49 岁	8	11
50-59 岁	16	17
60-70 岁	12	9

注：年龄在 18-70 岁，平均年龄：治疗组：50.23±9.94 对照组：50.83±9.05，其中年龄最小 19 岁，最大 70 岁，患者分布的主要年龄分布在 50-70 岁，两组符合正态分布，采用 T 检验， $P>0.05$ ，差别没有统计意义，两组年龄数据具有可比性。

表 5 两组病程分布比较

	治疗组（例）	对照组（例）
小于 1 年	1	2
1-5 年	7	10
5-10 年	19	17
≥10 年	13	11

注：患者就诊前病程最短为半年，最长为 19 年，治疗组平均病程：8.23±4.4 年，对照组平均病程：7.95±4.8 年，两组符合正态分布，采用 T 检验， $P>0.05$ ，差别没有统计意义，两组病程数据具有可比性。

表 6 两组症状评分分布比较

	轻	中	重	合计
治疗组	21	10	9	40
对照组	20	12	8	40
合计	41	22	17	

注：选用秩和检验。Z 值为-0.63，P 值为 0.95， $P>0.05$ ，无明显差异。

表 7 两组胃镜评分分布比较

	轻	中	重	合计
治疗组	22	10	8	40
对照组	21	13	6	40
合计	43	23	14	

注：选用秩和检验。Z 值为-0.21，P 值为 0.983， $P>0.05$ ，无明显差异。

表 8 病理诊断分布比较

观察指标	治疗组				对照组			
	轻	中	重	例数	轻	中	重	例数
萎缩	18	12	10	40	19	11	10	40
肠化	11	15	8	34	12	13	7	32
异型增生	5	3	0	8	4	3	0	7

注：选秩和检验，萎缩组 Z 值为-0.155，P 值为 0.876， $P>0.05$ ，无明显差异。肠化组 Z 值为-0.378，P 值为 0.705， $P>0.05$ ，无明显差异。异型增生组 Z 值为-0.204，P 值为 0.838， $P>0.05$ ，无明显差异。

表 9 两组 Hp 感染分布比较

	阳性	阴性	合计
治疗组	21	19	40
对照组	24	16	40
合计	25	35	

注：选用 χ^2 检验， χ^2 值为 0.457，P 值为 0.499， $P>0.05$ ，无明显差异。

1.7.2 治疗方案

（1）干预措施

治疗组：六君逐瘀汤（免煎剂）（免煎剂由江阴天江药业有限公司提供）

太子参20g 炒白术10g 茯苓10g 半夏12g

陈皮12g 厚朴12g 莪术10g 三棱10g

大腹皮10g 薏苡仁30g 蛇舌草15g 丹参30g

白及12g 白芷12g 甘草6g

对照组：胃复春片（杭州胡庆余堂药业有限公司，国药准字Z20040003，
0.36×150）

（2）给药方法

治疗组，免煎颗粒，水冲服200mL，日一剂 早晚饭前服；

对照组：片剂，每日3次，每次4片，三餐前服

（3）用药疗程：两组疗程均为6个月

（4）备注事项：1.胃复春片成分：红参、枳壳、香茶菜。2.对于有HP感染的患者，先进行根除HP感染方案治疗后，再予进行临床观察。3.所有药物均饭前半小时服用，治疗期间清淡饮食，忌食烟酒等辛辣刺激性食物。

1.7.3 处理方法

在治疗前、治疗后，收集并调查患者中医证候积分，收集相关胃镜、胃粘膜病理组织结果并做好相关评分。并在治疗前、第3个月、疗程后观察肝功、肾功等安全性指标。

不同医院由于治疗水平不同、胃镜及活检的仪器不同，同一患者的取检部位不同，胃镜及病理结果的观察可能出现差异，影响观察结果。我院内镜治疗中心处于省内一流水平，所取病例治疗前后胃镜及病理检查均在我院进行，同一病例治疗前后活检病位尽量相同（尽量定标取检法），尽量坚持同一医师操作，病理活检取材：根据CAG深圳共识及新悉尼分类系统^[7]可以知晓，用于临床科研时，要求取5块标本：具体见图1。由胃镜室专业工作人员执行，除此之外，对可疑或肯定存在的病灶则需单独另取。取检标本应该足够大，尽量到达黏膜肌层（活检钳要求直径>2mm）。各处取检标本应用不同的瓶子装，并标记好具体部位。

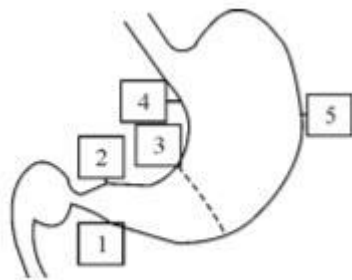


图 1 5 块标本取材部位示意图

1.8 疾病疗效的判定标准

1.8.1 中医症状评分：采用《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]，中医证候评分标准用积分法进行症状疗效评估，主要症状从发作次数及患病严重水平从两方面进行综合评价，分为无、轻、中、重 4 级，主要症状（胃胀、胃痛、喜温喜按、痛有定处、舌有瘀斑等）赋予较高分值和权重，分别记为 0、2、4、6，次症（食少纳呆、大便稀溏、少气懒言、食后满闷、倦怠乏力等）分别为 0、1、2、3。

表 10 中医主症症状评分

主症	轻 2	中 4	重 6
胃胀或胃痛	时作时止	发作频繁	持续不止
喜温喜按	稍有喜温喜按感觉	常有喜温喜按感觉	得温则舒，按压缓解
胃刺痛、痛有定处	轻微刺痛	刺痛可忍，频繁发作	刺痛不止
舌暗红或有瘀点	稍有瘀斑、瘀点	瘀斑瘀点明显	舌紫暗、瘀斑瘀点多
食少纳呆	食量量少 1/4	食量量少 1/3	食量量少 1/2 以上

表 11 中医次症症状评分

次症	轻 1	中 2	重 3
少气懒言	稍有	常有	整日少气懒言
倦怠乏力	肢体稍倦、可以工作	肢体倦怠、勉强工作	全身乏力、不愿活动
食后满闷	轻微满闷、偶发	胃脘满闷、频繁	食后即闷、不能食
大便稀溏	1-2 次	3-4 次	5 次及以上
胃痛拒按	偶发	常有	持续不止
黑便	偶有黑便	常有黑便	近日黑便不止
舌淡、脉细弱	轻微舌淡、脉弱	舌淡胖、脉无力	齿痕蛇、脉微

按照尼莫地平法计算公式疗效指数^[9]计算疗效指数 $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}]\times 100\%$ ：

- ①临床缓解：治疗结束后，症状基本消失，疗效指数 $\geq 95\%$ ；
- ②显效：治疗结束后，症状明显改善， $70\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$ ；
- ③有效：治疗结束后，症状有改善， $30\% \leq \text{疗效指数} < 70\%$ ；
- ④无效：治疗结束后，症状无明显减轻甚至加重者，疗效指数 $< 30\%$ 。

1.8.2 胃镜标准评分

CAG 胃镜下可见黏膜赤白相间，以白为主，胃粘膜皱襞变薄甚至消失，黏膜血管显露；黏膜颗粒或结节状等基本表现，按中华医学会消化病学分会中国慢性胃炎共识意见 2006 版^[10]，结合下表项目综合结果分无、轻、中、重 4 级，分别记为 0、2、4、6 积分。

表 12 胃镜评分标准

	轻 2	中 4	重 6
黏膜红白相间	部位不超过 1/3	部位不超过 2/3	全部
皱襞变平	皱襞略平	皱襞变平光滑	皱襞消失
黏膜血管显露	稍有	明显	大部血管显露
黏膜颗粒	黏膜颗粒少量	黏膜颗粒增多	结节样改变

采用《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[8]及中华医学会消化病学分会中国慢性胃炎共识意见 2006 版^[10]按照尼莫地平法计算公式疗效指数^[9]计算疗效指数 $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}]\times 100\%$ 进行评价：

- ①治愈：治疗结束后，胃粘膜征象基本消失，胃镜下胃粘膜积分疗效指数 $\geq 95\%$ ；
- ②显效：治疗结束后，患者胃粘膜征象明显改善， $70\% \leq \text{胃粘膜积分疗效指数} < 95\%$ ；
- ③有效：治疗结束后，患者胃粘膜征象改善， $30\% \leq \text{胃粘膜积分疗效指数} < 70\%$ ；
- ④无效：治疗结束后，患者胃粘膜征象无明显减轻甚至加重者，其疗效指数 $< 30\%$ 。

1.8.3 病理组织评价标准

病理组织学评分标准参考中华中医药学会脾胃病分会《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》 2009，深圳^[1]。将 CAG 病理活检标本的不同变量分为主要和次要两组，主变量（主要因素方面）给予较大权重及较高分值，次要变量权重分值相对较小，治疗前后行积分比较评估病理组织学疗效。当多个标本或同一部位的多个病理切片病变程度不同时，按病变较重评估分值。

表 13 病理组织主要变量评分标准

主要变量	轻 3	中 6	重 9
腺体萎缩	固有腺体减少 $\leq 1/3$	固有腺体减少 1/3-2/3 之间	固有腺体减少 $> 2/3$
肠化	肠化不超过 1/3	肠化 1/3-2/3 之间	肠化超过 2/3
不典型增生	轻度	中度	重度

表 14 病理组织次要变量评分标准

次症	轻 1	中 2	重 3
慢性炎症	单个核细胞+	单个核细胞++	单个核细胞+++
活动性	中性粒细胞+	中性粒细胞++	中性粒细胞+++

病理组织学评定标准，结合上表评分，按照尼莫地平法^[9]计算

- ①治愈：黏膜病理组织学检查已经恢复正常；病理组织积分疗效指数 $\geq 95\%$ ；
- ②显效：黏膜病理组织学检查明显减轻， $70\% \leq$ 病理组织积分疗效指数 $< 95\%$ ；
- ③有效：黏膜病理组织学检查减轻； $30\% \leq$ 病理组织积分疗效指数 $< 70\%$ ；
- ④无效：黏膜病理组织学检查未改善者：病理组织积分疗效指数 $< 30\%$

1.8.4 综合疗效评定标准

- ①治愈：治疗结束后，临床症状消失，黏膜病理组织学积分疗效指数 $\geq 95\%$
- ②显效：治疗结束后，临床症状基本消失，黏膜病理组织学积分疗效指数 $\geq 70\%$ 及以上水平；
- ③有效：治疗结束后，临床症状缓解，黏膜病理组织学积分疗效指数 $\geq 30\%$ 及以上水平；
- ④无效：治疗结束后，临床症状，病理检查结果均未改善或者加重。黏膜病

理组织学积分疗效指数<30%及加重；

1.8.5 安全评价

- 1 级：安全，无任何不良反应
- 2 级：比较安全，如有不良反应，不需做任何处理，可继续用药
- 3 级：有安全问题，有中等程度的不良反应
- 4 级：因严重不良反应终止试验

1.9 观察指标：

- 1) 疗效性指标：中医证候疗效；
- 2) 实验室指标：胃镜及病理组织；
- 3) 安全性指标: CAG常见安全指标，比如心电图、血常规、肝肾功。

1.10 质量控制方法：

- (1) 病例来源、药物、胃镜、病理活检及方法均按照课题设计进行
- (2) 病例来源山西省中医院脾胃病科。
- (3) 临床观察期间严格控制其它非干预因素。
- (4) 要求患者根据实际情况认真填写症状积分。
- (5) 量表的评分由专人负责，需客观真实。

1.11 统计学方法：

收集完病例，汇总资料，将汇总资料进行分类比较分析。对所有数据采用 SPSS19.0 统计软件进行分析处理, 计量资料比较采用 T 检验, 计数资料的比较采用 χ^2 检验，等级资料的比较用秩和检验检验， $P<0.05$ 有统计学意义， $P<0.01$ 用明显统计学意义。

2 结果

2.1 脱落病例

本临床观察患者依存性良好，未见脱落病例。

2.2 中医症状疗效结果

表15中医证候疗效情况比较(n,%)

	n	临床缓解	显效	有效	无效	P 值
治疗组	40	9(22.5%)	15(37.5%)	12(30.0%)	4(10.0%)	0.027
对照组	40	4(10.0%)	10(25.0%)	19(47.5%)	7(17.5%)	

注：结束治疗后，治疗组总有效率90%，对照组总有效率82.5%，选秩和检验，Z值为：-2.216，两组比较 $P<0.05$ ，有显著差异。

治疗组与对照组，治疗前与治疗后相比较，中医证候积分明显减少（ $P<0.05$ ），说明两组患者治疗后证候明显改善。

表 16 中医证候单项症状积分比较

症状	治疗组						对照组					
	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
胃脘胃痛	40	18	10	8	4	90.0%	40	10	10	13	7	82.5%*
喜温喜按	27	12	7	4	4	85.2%	25	4	3	10	8	68.0%**
刺痛拒按	15	5	5	3	2	86.7%	16	5	6	2	3	81.3%
食少纳呆	33	8	18	5	2	93.9%	31	10	12	6	3	90.3%
少气懒言	28	6	12	9	1	96.4%	26	7	11	6	2	92.3%
倦怠乏力	18	9	2	5	2	88.9%	15	2	2	8	3	80.0%*
食后满闷	14	2	8	2	2	85.7%	15	2	8	1	2	86.7%
大便稀溏	24	11	7	4	2	91.7%	24	4	7	9	4	83.3%*
舌苔脉象	40	14	11	11	4	90.0%	40	12	12	13	3	92.5%

注：* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ 。选秩和检验，治疗组在刺痛拒按、食少纳呆、少气懒言、食后满闷、舌脉改善疗效相当， $P>0.05$ ，在胃脘胃痛、喜温喜按、倦怠乏力、大便稀溏疗效好于对照组 $P<0.05$ ，其中对于喜温喜按症状改善显著优于对照组 $P<0.01$ 。

2.3 胃镜疗效评定结果

表 17 胃镜疗效情况比较(n,%)

	n	临床缓解	显效	有效	无效	P 值
治疗组	40	7(17.5%)	16(40.0%)	7(17.5%)	10(25.0%)	0.041
对照组	40	3(7.5%)	10(25.0%)	12(30.0%)	15(40.0%)	

注：结束治疗后，治疗组总有效率75.0%，对照组总有效率60.0%，选秩和检验，Z值为：-2.042，P值为0.041， $P<0.05$ ，有显著差异。

治疗组与对照组，治疗前与治疗后相比较，胃镜疗效积分明显减少（ $P<0.05$ ），说明两组患者治疗后胃镜征象明显改善。

2.4 病理组织评定结果

表 18 病理组织疗效情况比较(n,%)

	n	临床缓解	显效	有效	无效	P 值
治疗组	40	7(17.5%)	16(40.0%)	9(22.5%)	8(20.0%)	0.043
对照组	40	5(12.5%)	7(17.5%)	15(37.5%)	13(32.5%)	

注：结束治疗后，治疗组总有效率80.0%，对照组总有效率67.5%，选秩和检验，Z值为：-2.028，P值为0.043， $P<0.05$ ，有显著差异。

表 19 病理组织单项评定表(n,%)

	治疗组						对照组					
	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
萎缩	40	7	15	10	8	80.0%	40	4	8	15	13	67.5%*
肠化	34	9	12	4	9	73.5%	32	4	8	5	15	53.1%*
异型增生	8	2	2	1	3	62.5%	7	2	1	1	3	57.1%

注：* $P<0.05$ 。经秩和检验，治疗组在治疗萎缩方面疗效优于对照组（Z 值为-2.031，P 值 0.042， $P<0.05$ ），在治疗肠化改变方面疗效好于对照组（Z 值为-2.033，P 值 0.042， $P<0.05$ ），对于胃粘膜异型增生方面疗效相当（Z 值为-1.152，P 值 0.249， $P>0.05$ ）。

2.5HP 感染根除治疗结果评定

表 20HP 感染根除治疗情况比较(n,%)

	n	治愈	无效	P 值
治疗组	21	16(76.2%)	5(23.8%)	0.071
对照组	24	12(50.0%)	12(50.0%)	

注：结束治疗后，治疗组治愈率76.2%，对照组治愈率50.0%，选卡方检验， X^2 值为：3.268，P值为0.071， $P>0.05$ ，无显著差异。说明两组患者HP根除疗效相当。

2.6 综合疗效评定

表 21 综合疗效情况比较(n,%)

	n	临床缓解	显效	有效	无效	P 值
治疗组	40	6(15.0%)	15(37.5%)	11(27.5%)	8(20.0%)	0.047
对照组	40	4(10.0%)	7(17.5%)	16(40.0%)	13(32.5%)	

注：结束治疗后，治疗组总有效率80.0%，对照组总有效率67.5%，选秩和检验，Z值为：-1.990，P值为0.047， $P < 0.05$ ，有显著差异。说明两组患者治疗后治疗组综合疗效明显。

2.7 安全性评定

本临床观察治疗组（六君逐瘀汤）及对照组（胃复春片），均未发生不良反应，过敏性反应，其血常规、肝肾功等常用临床指标均未见异常，说明六君逐瘀汤的安全性值得信任。

3 讨 论

3.1 西医对慢性萎缩性胃炎研究现状

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophy gastritis, CAG) 是指在胆汁反流、生物因素、免疫因素、药物因素以及Hp感染等多种因素的作用下，胃粘膜表面受到反复损害，以胃黏膜固有腺体萎缩或伴有肠腺化生为特点的一类慢性胃炎。是消化系常见病、疑难病^[11]。大量科学研究表明：当地CAG的检出率与所在地的胃癌病死率呈现正关联，其肠上皮化生与胃癌的发病率亦呈正关联^[12]。电子胃镜是诊断CAG最重要的手段，甚至可以发现胃癌的早期病变。其主要包括内镜诊断和病理诊断两方面内容，临床上常发现内镜下判断的萎缩与病理组织活检诊断的符合率较不吻合，因而明确诊断时应以病理组织活检作为依据。CAG目前的发病机制尚未统一，故缺少有效的治疗手段，西医药对萎缩性胃炎的治疗主要是抗HP感染治疗（有HP感染者）、缓解胃肠道症状、保护胃黏膜组织及一些对症治疗为主^[13]，但疗效不稳定，逆转胃粘膜病理组织不明确^[14,15]。除此之外，许多观点认为紧张、抑郁、焦虑等负面情绪也参与了CAG的演变，它通过影响患者的食欲、消化液分泌及脑神经体质改变等直接或间接对胃粘膜造成影响，故可以通过健康宣教、心理疏导等方法消除慢性萎缩性胃炎患者的思想包袱，从而建立治疗信心、增强治疗效果^[16]。近年西医临床多用叶酸片辅助治疗CAG, 部分实验室研究及临床观察证实叶酸对于干预治疗CAG有一定的疗效^[17,18]，叶酸可以使胃黏膜组织学状态得到改善，从而将CAG患者胃黏膜癌变率显著降低，叶酸的这种作用机制可能

是通过参与维护DNA甲基化状态和抑制癌基因表达^[19,20]而实现的。

3.2 中医对慢性萎缩性胃炎研究现状

3.2.1 对病名的认识

由于CAG是在内镜应用到临床后跟据胃黏膜的病理改变所提出的名称，传统医学之前对CAG没有明确区分，也就没萎缩性胃炎这个概念，只能在症状的基础上将这分属中医脾胃病的范畴。上世纪80年代时，在中国中医内科委员会第三次脾胃学会议上^[21-23]，将慢性胃炎（chronic gastritis）的中医病名规范为“胃痞”，而随后于1994年实行的《中医疾病分类与规范》中“胃痞”的病名也得到了落实^[24]。在1997国家卫生部颁发的《诊断和治疗中医术语》，详细的分为“胃脘痛”、“胃痞”和“胃胀”，以便区分不同类型的胃炎，中医现在基本上都是把“胃痛”或“痞满”作为慢性萎缩性胃炎的表达。但尚无统一命名标准。

3.2.2 对其病因病机的认识

传统中医认为该疾病的本质为“本虚标实”，由饮食伤中，情志失调，劳倦过度等多种原因损伤脾胃，脾胃为后天之本，气血化生之源，脾胃一损，致五脏阴阳亏虚，气机斡旋无力，中焦气机阻滞，日久病邪入络，胃络血瘀则萎缩。由CAG的命名可知，该病是在内镜应用到临床后跟据胃黏膜的病理改变所提出的名称，传统医学没有记录说明，所以现代中医学者对CAG有更深刻的认识：蔡春江^[25]研究认为阴液亏虚为CAG的发病基础，在此基础上导致的一系列变化：或湿浊邪毒交结脏腑，或脉络不利，或胃失和降为诱发症状的病机，其关键之所在津液耗损上的湿浊、邪毒相关为害。魏睦新^[26]认为CAG和饮食、情绪有关系密切，主要受肝脾两脏影响，过食辛辣刺激之品，致中府受损，中府运化失司，阳气郁遏于内，或致损耗阴血津液；或致湿邪滞塞化热；胃粘膜失养而萎缩，加之情志不畅，气机失调，阳气扼于内而无出路，木郁土壅，萎缩逐日加重。马骏^[27]从经方着手，认为CAG由于肝胃不和，气机壅滞所致，气机升降失调，清阳不升，浊阴不降，寒热错杂于中，聚而成邪留于胃脘致萎缩，选方半夏泻心汤治疗。罗珠林指出^[28]瘀血是造成萎缩的重要因素，胃经乃多气多血之经，若胃气壅滞，通降失调，血行不畅；或湿热内蕴，胃燥失润，胃络受损，离经之血不祛而瘀；或脾胃气虚，致使血流动力不足，或阴虚脉细涩，或中焦虚寒，寒凝血气滞，均可致胃络血瘀而萎。姚旭^[29]在讲姜树民姜老先生治疗萎缩性胃炎的经验时指出，随着社会的进步和生活水平的提高，人们过食肥甘厚味，腻脾不运，以助湿热郁

积，身体在长时处于干燥和潮湿的条件下，遇到外部的刺激，如空气温度的变化，工作和生活节奏的加快，人们的心情烦躁，气多余便是火。火盛则津伤气耗，这样湿热之邪结于胃脘，自身正气伤于内，胃失濡养，脾胃功能升降失司，气机失于调达而血行瘀阻，瘀血阻于经脉，营血不能滋养胃脘，胃气又耗伤，胃黏膜久而久之萎缩肠化。许多医家也认为本病病位在脾胃，病机为多为本虚标实，常由虚致实，虚实夹杂。脾虚不运、气阴不足为本，气机不畅而血行瘀阻为标。气虚、血瘀，互为因果^[30-33]。

3.3 导师对慢性萎缩性胃炎的认识及治疗思路

导师结合多年临床经验，认为“正气存内、邪不可干”，本病的发病基础是脾胃虚弱，正如《脾胃论》所载“内伤脾胃，百病由生”，患者过食肥甘厚味、或生冷辛辣之物，或饥饱无度，以致中焦脾胃受损，正气损伤，正气虚不能驱邪固本，气虚血滞，逐使瘀血阻于胃络而萎缩，故瘀血是其重要致病因素。导师在此基础上认为慢性萎缩性胃炎临床以脾虚瘀阻型多见，提出了防治萎缩性胃炎以脾虚为本，从虚、从瘀论治的理论体系，在萎缩性胃炎形成、发展的过程中，脾虚、血瘀起主导性作用，甚至贯穿始终，结合患者年老体弱、饮食刺激、疲劳、情志失调等多种因素缠绵交错，最终发展至癌前病变：高级别内瘤变，甚至胃癌，故导师在萎缩性胃炎的治疗上以益气健脾为法，重视活血化瘀药物的使用，并总结出治疗此证的临床有效方剂：六君逐瘀汤。

3.4 六君逐瘀汤的方药组成及立方依据

3.4.1 基本药物组成

太子参 20g	炒白术 10g	茯 苓 10g	半 夏 12g
陈 皮 12g	厚 朴 12g	莪 术 10g	三 棱 10g
大腹皮 10g	薏苡仁 30g	蛇舌草 15g	丹 参 30g
白 及 12g	白 芷 12g	甘 草 6g	

3.4.2 来源及组方思路

六君逐瘀汤是导师在《校注妇人良方》中六君子汤基础上依临床主要症状辨证，结合多年临床心得，加入活血化瘀类药物化裁而成的有效方药。

导师平素临床擅用六君子汤，对该方有自己独特的体会和见解，导师认为六君子汤是临床上益气健脾的基本方剂，六君子汤之所以以君子为名，是因为它虽甘温益气健脾，但甘而不膩，温而不燥，补而不滞，性情宽厚如平易近人的君子。

方中原为人参，现多用党参、太子参代替，导师选取太子参，因太子参甘温益气，健脾养胃，无党参之燥，可代之为君药，白术健脾燥湿，可加强太子参益气助运之力，是为臣药；茯苓淡渗下行，健脾渗湿，苓术相配，健脾祛湿益气之功更加彰显；陈皮半夏配伍，寓有二陈之义，亦为临床常用药对。陈皮长于理气健脾，半夏功擅化痰降逆，陈皮半夏性味归经相同，其味辛温，归肺脾胃三经，二药相伍功效得彰：半夏得陈皮相助，则气下痰消之功愈盛；陈皮得半夏相辅，则理气健脾之力更佳。此三味药共为佐药。甘草为使药，意在益气和中，调和诸药。

导师在六君子汤基础上加上活血化瘀中药如莪术、三棱、丹参，达到标本兼治，气血同调的目的，莪术入肝脾气分，为气中血药，三棱入肝脾血分，为血中气药，二者相伍，结合入心胃经的丹参，活血化瘀之力更甚，同时有研究表明，丹参可以逆转 CAG 患者胃粘膜组织异型增生，缓解萎缩性胃炎症状^[34]，三棱、莪术两药能改善胃粘膜炎症状态及维持缓解胃镜病理组织异常状况^[35-36]。薏苡仁、蛇舌草是导师临床常用治疗萎缩性胃炎的对药，薏苡仁健脾渗湿、清热排脓，蛇舌草清热解毒、消痈散结，二者结合药力直达胃肠，清脾胃瘀毒而使诸症自愈，与此同时，最新医学研究蛇舌草有很强的抗肿瘤作用，其主要提取物脱脂水提醇沉多糖能抑制癌细胞的增值，同时能够减轻 CAG 胃镜及病理状态^[37-38]。白芷祛风除湿，排脓生肌，活血止痛；白及收敛止血，消肿生肌，二药共用不仅能活血止血，还能止痛祛瘀生新，现代药理研究二者均有修复上皮细胞功能，促进粘膜愈合。大腹皮、厚朴温中下气，除胀消积，主要用来治疗慢性萎缩性胃炎中痞闷胀痛、恶心、食滞等症状。

3.5 六君逐瘀汤的疗效分析治疗 CAG 可能的机理

3.5.1 对临床症状的影响

本临床观察试验，患者经过六君逐瘀汤方辨证施药，结果治疗组患者的中医证候总积分明显降低，其临床症状明显改善，治疗组患者在刺痛拒按、食少纳呆、少气懒言、食后满闷、舌脉等症状改善疗效相当， $p>0.05$ ，在胃胀胃痛、喜温喜按、倦怠乏力、大便稀溏疗效好于对照组 $P<0.05$ ，其中对于喜温喜按症状改善显著优于对照组 $p<0.01$ 。

3.5.2 对胃镜下粘膜征象影响

经本试验证明，六君逐瘀汤可以保护胃粘膜，修复已损伤胃粘膜，促进胃粘膜血液循环，治疗组胃镜疗效积分评估明显好于胃复春对照组（ $P<0.05$ ）。

3.5.3 对胃粘膜病理组织影响

早期的慢性萎缩性胃炎，如不加以干预措施，可能出现进行性发展，迁延日久，会胃粘膜组织造成难以挽回的损害。本次实验研究发现六君逐瘀汤对于治疗胃粘膜萎缩有确切的疗效，在一定程度上可以逆转肠化、异型增生。该方在治疗萎缩方面总有效率为 80%，其中在逆转肠化方面治疗组总有效率为 73.5%，在治疗异型增生方面治疗组总有效率为 62.5%。总体上明显好于对照组，且有统计学意义。 $P<0.05$ 。

3.5.4 其治疗胃粘膜组织萎缩、肠化、异型增生可能存在的机理分析

（1）调节免疫、抗炎作用：免疫因素是 CAG 重要的发病机理之一，六君逐瘀汤中含有太子参、白术、茯苓等益气健脾类中药，培养正气，固护中州，抵御外邪；太子参，性凉，长于补而有时善通，是益气药中的清补之物。根据最近药理研究^[39]，它对机体具有适应原样作用：抗应激、抗疲劳、推陈致新，具有抵御有害刺激的防御能力。白术性温而燥，长于补气以复脾运、止泄泻。白术具有提高免疫、强壮作用，其浓煎剂具有增强肾上腺皮质功能作用，其丙酮提取物有明显的抗炎、抗溃疡作用。茯苓其味具淡，性平，善理脾胃，其茯苓素通过抑制 IL-2 的产生从而提高机体非特异免疫功能，茯苓具有的茯苓多糖可以提高巨噬细胞的吞噬作用，抑制细菌侵害。

（2）胃粘膜保护及修复作用：六君逐瘀汤中的半夏、蛇舌草、白及、白芷修复上皮细胞功能，促进粘膜愈合的作用，CAG 如不加以干预，一般呈进行性发作，其中最主要的原因之一就是胃粘膜不断受到刺激，保护与修复功能减退，或者修复功能跟不上胃粘膜损伤速度，久而久之，最终成为萎缩，以上中药可以抑制胃蛋白酶活性，促使胃粘膜修复。

（3）抗肿瘤作用：CAG 被称为癌前病变，中医多认为肿瘤是正气亏虚，痰瘀互结而成，六君逐瘀汤具有莪术、三棱、蛇舌草等多种常用抗肿瘤中草药，并用了丹参、白及等活血祛瘀的药物，这些活血药物可以干扰癌细胞的正常代谢，改善血液高凝状态，从而降低癌细胞的转移，部分试验证明，行气活血药物有破坏癌细胞结构的作用，这些因素可以预防并阻断萎缩性胃炎的发展、癌变。

4 结论

（1）由上述结果得出，六君逐瘀汤可治疗慢性萎缩性胃炎脾虚瘀阻型患者，可以明显减轻患者症状，在逆转其胃黏膜固有腺体萎缩、肠腺化生或非典型增生效果明显。

（2）本课题论述了慢萎缩性胃炎的病因以及发病病机，并详细的对六君逐瘀

汤汤的组方原理、立方依据及可能存在的治疗萎缩性胃炎的机理等进行了探究，在临床观察进行中没有出现有严重的不良反应，故可以说明六君逐瘀汤治疗是萎缩性胃炎的安全有效的方剂。

（3）由于时间、经费及自身经验等条件限制，课题存在一定不足，有待进一步完善：比如本次临床观察结束后未做随访调查，故未能知晓六君逐瘀汤治疗CAG的远期疗效；本临床观察为小样本临床研究，其结果可能存在局限性，日后可以进行大样本、多中心的临床研究。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 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(5):345-349.
- [2] MELANIENW, HERMANNB. Prevalence of Chronic Atrophic Gastritis in Different Parts of the World [j]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2006, 15:1083-1094.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见 [C]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674-683.
- [4] 阮鹏. 246 例慢性萎缩性胃炎患者 scl-90 测查报告 [J]. 中国心理卫生杂志, 2007, 21(4): 276.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见（2012，上海）[J] 中国医学前沿杂志（电子版），2013, 5(7):44-55.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见（2000，井冈山）[C]. 现代实用医学, 2004, 16(4): 245-247.
- [7] DIXON MF, GENTA RM, YARDLEY JH, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system [J]. Am J Surg Pathol, 1996, 20:1161-1181
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科研究出版社. 2002.
- [9] 中华中医药学会, 中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分[J]. 中国中医药出版社, 2008, 93-96.
- [10] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见. 胃肠病学, 2006, 11:674-683.
- [11] 刘景云. 慢性萎缩性胃炎 108 例诊治分析[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(11): 2570.
- [12] Hoshi T, Sasano H, Kato K, Ohara S, Shimosegawa T, Toyota T, Nagura H. Cell damage and proliferation in human gastric mucosa infected by *Helicobacter pylori*—a comparison before and after *H pylori* eradication in non-atrophic gastritis. Hum Pathol 1999; 30: 1412-1417
- [13] Valle J, Seppälä K, Sipponen P, Kosunen T. Disappearance of gastritis after eradication of *Helicobacter pylori*. A morphometric study. Scand J Gastroenterol 1991; 26: 1057-1065
- [14] 吕宾, 王慧萍, 陈明涛, 范一宏, 孟立娜. 根除幽门螺杆菌对胃黏膜萎缩和肠化影响的随访研究. 中华内科杂志 2004; 43: 299-301
- [15] Satoh K, Kimura K, Takimoto T, Kihira K. A follow-up study of atrophic gastritis

and intestinal metaplasia after eradication of *Helicobacter pylori*. *Helicobacter* 1998; 3: 236-240

[16]阮鹏. 246 例慢性萎缩性胃炎患者 sc1 — 90 测查报告 [J]. 中国心理卫生杂志, 2007, 21 (4) : 276.

[17]Fang JY, Xiao SD. Folic acid, polymorphism of methyl-group metabolism genes, and DNA methylation in relation to GI carcinogenesis. *J Gastroenterol* 2003; 38: 821-829 [PMID: 14564626 DOI: 10.1007/ s00535-003-1207-7]

[18]Zhu S, Mason J, Shi Y, Hu Y, Li R, Wahg M, Zhou Y, Jin G, Xie Y, Wu G, Xia D, Qian Z, Sohng H, Zhang L, Russell R, Xiao S. The effect of folic acid on the development of stomach and other gastrointestinal cancers. *Chin Med J (Engl)* 2003; 116: 15-19 [PMID: 12667380]

[19]冯瑞兵. 叶酸对慢性萎缩性胃炎癌前病变的疗效观察. 新医学 2011; 42: 312-314

[20]陈海金, 王惠吉. 萎缩性胃炎大鼠 p16, bcl-2, PCNA 的表达及叶酸的预防作用. 中国老年学杂志 2011; 31: 3324-3327

[21]朱秀. 论中医活血化瘀法与西药联合治疗慢性萎缩性胃炎的研究 [J]. 健康必读, 2011(11) :340 —340;339

[22]孙良华, 李群, 王树庆, 等. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜 EGF、VEGF、PCNA 与中医证型关系的研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(3) :225—228

[23]何奕坤. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗方案的临床验证观察 [D]. 上海中医药大学, 2011

[24]万启美. 慢性萎缩性胃炎的中医诊疗 [J]. 健康必读, 2011(6) :339—339.

[25] 蔡春江, 李佃贵, 装林. 从“浊”“毒”论治慢性萎缩性胃炎 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10 (1) : 40—41.

[26] 陈庆, 魏睦新. 魏睦新教授辨证与辨病结合治疗萎缩性胃炎经验摘要 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15 (3) : 97-99.

[27] 俞红五, 马骏. 马骏教授经方治疗慢性胃炎的经验 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(2) :9-10.

[28] 罗珠林. 慢性胃炎血瘀的病理学探讨及临床观察 [J]. 实用中西医结合杂志, 1989, 2 (1) : 22—23

[29] 姚旭. 姜树民教授保胃气治疗萎缩性胃炎临床经验 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(5): 163-164.

- [30] 沈洪. 单兆伟医疗经验集. 南京: 东南大学出版社, 2011: 218-220.
- [31] 王开成. 崔金海治疗慢性萎缩性胃炎经验. 四川中医, 2013, 31(6): 13-14.
- [32] 李建根. 慢性萎缩性胃炎的病机探讨及治疗体会. 四川中医, 2010, 28(10): 37-38.
- [33] 洪原淑. 马贵同辨治慢性萎缩性胃炎经验. 上海中医药杂志, 2007, 41(8): 11-12.
- [34] 吴时胜. 丹参对萎缩性胃炎伴异型增生的逆转治疗研究 [J]. 时珍国医国药, 2002, 13(12): 751752.
- [35] 赵刚, 邹迪新. 三棱莪术粉治疗 62 例慢性萎缩性胃炎的临床疗效 [J]. 当代医药论丛, 2014, 12(11): 192193.
- [36] 白玉昊, 时银英. 莪术在治疗胃癌前期病变中的作用 [N]. 中国医药报, 2000-11-04(6).
- [37] 陆霞, 伊春锦. 白花蛇舌草为主治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变 86 例 [J]. 福建中医药, 2001, 32(3): 3738.
- [38] 伊春锦, 黄德清, 黄昉萌, 等. 夏枯草、白花蛇舌草治疗慢性萎缩性胃炎“癌前病变”初探 [J]. 福建中医药, 2007, 38(4): 34.
- [39] 减其中, 何光星, 郑振源等. 虫草多糖的药理作用 [J]. 中草药, 1985, 16, (7): 18.

附录 A

综 述

中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展

摘要：慢性萎缩性胃炎（简称 CAG）因致病原因繁多，病势缠绵难愈，易致癌变等成为临床难治疾病之一，西医对 CAG 的药物治疗主要是对症治疗，方法有限，疗效欠佳，临床常用的方法有：保护胃黏膜，根除 HP 感染，促胃肠动力，给予叶酸、B 族维生素等，而且对于逆转胃粘膜腺体萎缩，尤其是伴有肠上皮化生或非典型增生的病理改变疗效存在较多争议。查阅近年来相关文献治疗，发现中医治疗对于逆转或阻断胃黏膜固有腺体萎缩、肠腺化生或非典型增生有明显的效果，故本文根据近年来中医药治疗 CAG 研究成果，综而述之，从多个角度探讨中医药对 CAG 治疗的最新进展。

关键字：慢性萎缩性胃炎 中医药治疗 病理变化 综述

慢性萎缩性胃炎（CAG）由多种原因导致的，以胃黏膜固有腺体萎缩或伴有肠腺化生为特点的一类慢性胃炎。临床症状往往缺乏特异性，并且内镜病理下病变程度不能反映在临床症状上，许多病人可以无明显症状，大部分患者常具有上腹部不适、胃脘胀满疼痛等症状，或伴纳呆，口干、口臭，烧心、反酸，嗝气，大便干结或腹泻，一些严重者甚至可出现消瘦，贫血，甚至有焦虑、抑郁等精神方面的症状。CAG 被视为胃肠道肿瘤的癌前病变，主要致病原因有胆汁反流、生物因素、免疫因素、药物因素以及 Hp 感染等，其中因为长期感染胃幽门螺杆菌（HP）或为重要原因，近年一些调查结果显示，普通人每年 CAG 发病率低于 1%，而幽门螺杆菌（Hp）感染者的发病率则为 1-11%^[1]。大量科学研究表明：当地 CAG 的检出率与所在地的胃癌病死率呈现正关联，其肠上皮化生与胃癌的发病率亦呈正关联^[2]。Correa P^[3] 等人很早就提出了 CAG 由粘膜受损、萎缩、肠化、不典型增生、癌变进展性变化。因此积极治疗和逆转 CAG 在预防胃肠道肿瘤、减少胃癌致病，占据着重要的地位，但西医药对萎缩性胃炎的治疗主要是抗 HP 感染治疗（有 HP 感染者）、缓解胃肠道症状、保护胃黏膜组织及一些对症治疗，疗效不稳定，逆转胃粘膜病理组织不明确，且或多或少存在着疗程长、医药费用高、易反复发作和副反应大等问题。中医药在治疗本病有丰富的临床经验和独特的优

势,大量医家总结了相当多的验方,治疗效果肯定,延缓萎缩进展明确,甚至是逆转腺体萎缩有明确疗效,为进一步深入探讨中医药治疗 CAG 奠定了基础。

1 中医对 CAG 的认识

1.1 病名

慢性萎缩性胃炎（CAG）的临床症状缺乏特异性,常见症有胃脘疼痛,或食后满闷早饱,或有嘈杂不舒,精神食欲差,反酸、烧心,嗳气频作,或泛吐清水,便秘,腹痛腹泻等,由于 CAG 是在内镜应用到临床后根据胃黏膜的病理改变所提出的名称,中医药无法明确区分,只能在症状的基础上将这分属中医脾胃病的范畴。上世纪 80 年代时,在中国中医内科委员会第三次脾胃学会议上^[4-6],将慢性胃炎（chronic gastritis）的中医病名规范为“胃痞”,而随后于 1994 年实行的《中医疾病分类与规范》中“胃痞”的病名也得到了落实^[7]。在 1997 国家卫生部颁发的《诊断和治疗中医术语》,详细的分为“胃脘痛”、“胃痞”和“胃胀”,以便区分不同类型的胃炎,中医现在基本上都是“胃痛”或“痞满”作为慢性萎缩性胃炎的表达。但尚无统一命名标准。

1.2 病因病机

中医认为本病多由饮食伤中,情志失调,劳倦过度,或脏腑阴阳亏虚,气机斡旋无力所致。由于 CAG 是在内镜应用到临床后根据胃黏膜的病理改变所提出的名称,现代中医学者对 CAG 有更深刻的认识:徐薇薇^[8]以脾虚论治,认为患者过食肥甘厚味、或生冷辛辣之物,或饥饱无度,以致中焦脾胃受损,脾胃虚则胃气不行,胃气不行则热积于中而阻于内,久之耗损阴血津液,胃黏膜失养而渐萎缩。王欢、李学军指出^[9]此病缠绵日久不愈,久病外邪伤络,正气虚不能驱邪固本,逐使痰瘀阻于胃络而萎缩。罗珠林指出^[10]瘀血是造成萎缩的重要因素,胃经乃多气多血之经,若胃气壅滞,通降失调,血行不畅;或湿热内蕴,胃燥失润,胃络受损,离经之血不祛而瘀;或脾胃气虚,致使血流动力不足,或阴虚脉细涩,或中焦虚寒,寒凝血气滞,均可致胃络血瘀而萎。蔡春江^[11]研究认为阴液亏虚为 CAG 的发病基础,在此基础上导致的一系列变化:或湿浊邪毒交结脏腑,或脉络不利,或胃失和降为诱发症状的病机,其关键之所在津液耗损上的湿浊、邪毒相关为害。姚旭^[12]在讲姜树民姜老先生治疗萎缩性胃炎的经验时指出,随着社会的进步和生活水平的提高,人们过食肥甘厚味,腻脾不运,以助湿热郁积,身体在长时处于干燥和潮湿的条件下,遇到外部的刺激,如空气温度的变化,工作和生活节奏的加快,人们的心情烦躁,气多余便是火。火盛则津伤气耗,这样

湿热之邪结于胃脘，自身正气伤于内，胃失濡养，脾胃功能升降失司，气机失于调达而血行瘀阻，瘀血阻于经脉，营血不能滋养胃脘，胃气又耗伤，胃黏膜久而久之萎缩肠化。许多医家也认为本病病位在脾胃，病机为多为本虚标实，常由虚致实，虚实夹杂。脾虚不运、气阴不足为本，气机不畅而血行瘀阻为标。气虚、血瘀，互为因果^[13-16]。

总之，目前中医对 CAG 的病因病机主流观点为：本虚标实，虚实夹杂，其病位在胃，病变主要涉及肝、脾等脏腑。基于这些主流认识前提下，有些学者偏重于“本虚”如脾胃虚弱或胃阴亏虚等，有学者偏重于“邪实”如气滞、血瘀、湿浊、郁热为患，也有学者认为“虚实错杂为主”补虚祛邪并用^[17]。

1.3 辨证论治

在 2009 年颁布的 CAG 中医诊疗共识意见中^[18] 将慢性萎缩性胃炎分为肝胃气滞、脾胃虚弱、湿热蕴脾、肝胃郁热、胃阴亏虚、胃络血瘀 6 个基本证型。

1.3.1 肝胃气滞

胃腹胀痛，走串不定，频繁嗳气，或呃逆不休，烦躁不安，善叹息，纳差口干，舌赤苔白。董鹏等人^[19]使用疏肝理气之法治肝胃气滞型 CAG，单纯使用中药治疗，方用柴胡疏肝散打底，根据不同的症状加减变化，疗效明显好于单纯西药对照组，事实证明中药治疗 CAG 有特效。白兆芝^[20]认为胃为六腑，胃主通降而喜润恶燥，重视调理中焦气机，气机通畅，肠胃自和。将理气之法穿插在整个病程始末，大量患者反馈疗效显著，临床经验值得推广。

1.3.2 脾胃虚弱

临床常见胃脘痞闷不舒，间断发作，或缓或急，喜温恶寒，得温则舒，喜按压，不思饮食，无饥饿感等症状，朱飞叶等^[21]认为脾虚是该病的发病基础，脾气旺则运化功能正常，水谷精微充足，胃脘受其滋润，胃黏膜固有腺体可以修复，在本病脾运不健的基础上，通过实验室大鼠模型验证了清补脾胃、固护中州之山药、生苡仁、陈皮为主药的乐胃饮，其有效成分可以抑酸护胃、促进粘膜组织修复。Tan 等^[22]通过采用气相色谱-质谱联用法测定胃祺饮（益气健脾功效）化学挥发油组成，证明其具有多种明确能抑制淋巴细胞异常克隆的成分。采用补脾益气的手段治疗 CAG 效果得到了科学上的支持。

1.3.3 湿热蕴脾

脘脘痞闷，不思饮食，或伴恶心，干呕，或身热不扬，口渴不欲饮，口苦，肛门灼热感，溲赤便溏^[23]。柯莹玲^[24]对症运用藿朴夏苓汤合三仁汤，以 3 个月

为 1 个疗程，效果明显。尤其对用于湿热地区的人们，治愈率高。姜树民^[25]认为在治疗湿热蕴脾的 CAG，当滋润通降，做到药性平和，甘温适宜。用现代医疗实验证实的败酱草、蒲公英等清热燥湿药物治疗 CAG 取得了可喜的成果。丁建华等^[26]对 102 例 CAG 行健脾利湿类中药治疗，研究结果示，治疗组（健脾利湿中药汤剂）患者的幽门螺旋杆菌转阴率为 71.1%，与对照组的（养胃舒颗粒）71.43% 接近（ P 均 < 0.05 ）。韩文生^[27]采用化湿解郁汤治疗湿热蕴脾型 CAG，30 天为 1 疗程，效果显著，明显高于其西医（经典抗 hp 三联疗法）对照组。赵军艳等^[28]考虑该病多由气机郁滞所致，运化功能失司，湿邪瘀阻于内而化热，进一步化瘀酿痰，互结阻于中焦，临床常用连朴饮组方加减，效果良好。现代药理也证明连朴饮成分的有效性。

1.3.4 肝胃郁热

胃脘痞满而胀，或见灼热，伴反酸、烧心，口干欲饮，不思饮食，手足烦热，大便燥结。范一宏^[29]治疗肝胃郁热型 CAG 颇有心得，方选清热和胃饮，对照组服用养胃冲剂，连服 3 个月后，其治疗组缓解率达到 73.1%；比对照组总有效率高 30.8%。充分说明中药治疗 CAG 的有效性。燕晓愿^[30]使用小柴胡汤合左金丸治疗肝胃郁热型 CAG，并且随着不同的症状加减用药，4 周治疗后，患者主要症状如烧心、反酸、灼痛，情绪不佳和胃黏膜病理结果均较前有明显改善。

1.3.5 胃阴亏虚

胃脘隐痛或灼热，或见腹胀暖气，口干咽燥，甚则手足心热，两颧红赤，舌红苔薄黄，脉虚而数。刘沈林^[31]认为该病为慢性疾病，萎缩非一日之功，气阴均有不同程度的损伤，临床上多用一些滋阴药物可以提高疗效。瞿绍龙^[32]将阴虚看成 CAG 的基本病机，使用益气养阴通络方药治疗 CAG，大部分患者服药后，症状明显改善。赵长普^[33]针对 CAG 阴液亏损的病机，以养阴益气、化瘀通络中药治疗该病，取得了不错的成效，治愈率高于常规治疗。刘敏^[34]以益气养阴固元为基本治则，选方芍药甘草汤合一贯煎治疗胃阴亏虚型 CAG，显效率为 85.3%，缓解率为 97.1%。如关思友^[35]临床上常在补阴益胃药中加生白芍、炒谷芽等疏肝泄热之药以和胃安中；若胃阴胃津液不足，可以选用麦冬、乌梅、五味子、生地等药物酸甘化阴；若阴虚症状明显，加用甘凉滋阴药：知母、元参、百合、天冬、东阿胶等。

1.3.6 胃络血瘀

胃脘疼痛，居有定处，饭后明显，半夜或加重，口干欲饮，但不欲咽下，或

见呕血，或见皮肤瘀斑，或见黑便，舌紫暗，脉涩或细弦。孙月枝^[36]认为“久病入络”，认为活血化瘀应当贯穿 CAG 过程，这类方药可以增加胃黏膜血供，改善微循环，调节肠道菌群，并能抗炎，故对促进胃黏膜的修复，阻断、逆转上皮肠化、异型增生，恢复胃黏膜的屏障作用具有非同一般的意义。王洪斌等^[37]运用活血化瘀法予自拟中药汤剂萎复煎（桃仁、红花、川芎等）加用抗 hp 的西药治疗，西药组采用口服上述西药，1 疗程（4 周）结束后，结果分别显示：显效 85.7%、63.3%；异性型增生好转 72.7%、0%；肠上皮化生好转 75%、22.2%；其结果具有统计学意义。王爱云^[38]据相关文献统计，中医药治疗慢性胃炎（CG）的组方中，行气活血通瘀药物使用率约为 50%~60%，至于 CAG 的比例那就更高。许多临床实验表明，使用行气活血药物治疗 CAG 患者，以养阴益气、化瘀通络中药治疗该病，取得了不错的成效，治愈率高于常规治疗^[39]。

1.4 中医外治

1.4.1 针灸治疗

针灸治疗 CGA 不仅在临床症状方面改善明显，胃镜及病理活检结果也支持针灸治疗对 CAG 患者有一定疗效这一论断^[40]。吴耀持等^[41]取中脘和足三里，选用阳中隐阴补泻手法，其治疗有效率为 86.8%，谷魏^[42]以补气健脾、活血化瘀法，选用关元、足三里、血海、膈俞等穴针灸治疗 CAG 患者 40 例，治疗组缓解率为 85.0%，明显高于其三联疗法+叶酸的 65.0%，并有统计学意义。许佳年、孟丹^[43]采用隔物灸治疗 CAG 效果较佳，具体方法：使用炙黄芪等温中补脾的中药研成粉末状，用生姜汁或蒜泥将其调成糊状，涂于足三里、天枢、中脘等胃经要穴，每日每穴 5g，用艾条悬灸，受到许多患者的追捧。

1.4.2 埋线疗法

王增苏等^[44]采取埋线治疗 CAG，取得不错的效果，结果有效率为 95.3%。认为其作用主要在于提高机体免疫力，调节胃液分泌和自主神经，从而实现逆转肠上皮化生。李国徽等^[45]将 110 例 CAG 患者按双盲试验分为治疗组（辩证取穴埋线法）与对照组（中药汤剂）各一半，结果示：症状缓解率 96.9%，64.4%；基于胃镜下黏膜病变改善程度总有效率为 89.2%，62.2%，基于组织病理改善率为 84.6%，56.6%，实验研究结果表明埋线疗法可显著改善 CAG 的临床症状、内镜及病理下胃粘膜萎缩、肠化情况。徐哲锋^[47]使用中药汤剂配合穴位埋线治疗 CAG 患者 52 例，6 个月后统计数据，症状缓解率为 90.38%，且有统计学意义。

1.4.3 中药敷贴

吴文忠等^[46]取益气健脾之穴如足三里、中脘、天枢等穴。使用自制健脾和胃药膏（根据不同药物分别采用水提或醇提法，提取有效成分如生物碱和挥发油），涂于上述所取穴位，用干净纱布敷于药上，胶布贴好，防止滑脱，效果好。许多三甲中医医院亦将穴位贴服作为治疗 CAG 的常规手段。

1.4.4 穴位注射

吴氏等据辨证取穴治疗 CAG 患者，予穴位益气或活血注射液，患者症状缓解率达 96.8%^[48]。刘晓辉^[49]采用注射法埋线，埋线治疗组显愈率及总的有效比例明显高于叶酸口服对照组。大量实验表明 CAG 的穴位注射治疗是有效的。辅助中西医结合治疗也可以提高疗效。

问题与展望

当今社会生活节奏变快，人们饮食生活习惯的不良影响及各方面的精神、心理压力，使 CAG 的患者逐年增多，严重影响其生活及工作质量，CAG 病因病机尚未了解清楚，使我们的临床遭遇了很大的不便。中医凭其独特的治疗手段正在发挥着日益显著的作用^[50]。中医还具有辨证灵活、方药随证加减，副反应少、经济负担小，治疗方法多等优点。同时目前也存在着许多问题：中医辨病多于辨证治疗，多以个人经验用药为主，医生水平决定治疗效果的高低，疗效评估也缺乏统一的参考依据。因此，确定辨证分型的统一标准，制定规范的疗效评价体系，把 CAG 的内镜病理及其他实验室检查指标与中医辨证有机结合起来，使中医药在防治 CAG 方面的优势得到更广泛的认同，造福更多的患者。

参 考 文 献

- [1]Adamu MA ,Weck MN ,Gao L,et al.Indidence of chronic atrophic gastritis: systematic review and meat-analysis of follow-up studies[J]. Eur J Epidemiol, 2010, 25(7):439-448.
- [2]Hoshi T, Sasano H, Kato K, Ohara S, Shimosegawa T, Toyota T, Nagura H. Cell damage and proliferation in human gastric mucosa infected by Helicobacter pylori—a comparison before and after H pylori eradication in non-atrophic gastritis. Hum Pathol 1999; 30: 1412-1417
- [3]Correa P.A human model of gastric carcinogenesis.Cancer Res,1988, 48(13):3554-3560.
- [4]朱秀. 论中医活血化瘀法与西药联合治疗慢性萎缩性胃炎的研究 [J] . 健康必读, 2011(11) :340 —340;339
- [5]孙良华, 李群, 王树庆, 等. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜 EGF、VEGF、PCNA 与中医证型关系的研究 [J] . 中国中西医结合杂志, 2008, 28(3):225—228
- [6]何奕坤. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗方案的临床验证观察 [D] . 上海中医药大学, 2011
- [7]万启美. 慢性萎缩性胃炎的中医诊疗 [J] . 健康必读, 2011(6) :339—339
- [8]徐薇薇. 健脾清胃化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎 32 例 [J] . 江西中医药, 2009, 40(5): 31.
- [9]王欢, 李学军. 圣和散治疗萎缩性胃炎 150 例 [J] . 光明中医, 2012, 27(1): 73-74.
- [10]罗珠林. 慢性胃炎血瘀的病理学探讨及临床观察 [J] . 实 用中西医结合杂志, 1989, 2(1) : 22—23
- [11]蔡春江, 李佃贵, 装林. 从“浊”“毒”论治慢性萎缩性胃炎 [J] . 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10(1) : 40—41.
- [12]姚旭. 姜树民教授保胃气治疗萎缩性胃炎临床经验 [J] . 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(5): 163-164.
- [13]沈洪. 单兆伟医疗经验集. 南京:东南大学出版社, 2011:218-220.
- [14]王开成. 崔金海治疗慢性萎缩性胃炎经验. 四川中医, 2013, 31(6):13-14.
- [15]李建根. 慢性萎缩性胃炎的病机探讨及治疗体会. 四川中医, 2010, 28(10):37-38.
- [16]洪原淑. 马贵同辨治慢性萎缩性胃炎经验. 上海中医药杂志, 2007, 41(8):11-12.
- [17]邵寄民. “托毒消痈汤”治疗老年慢性萎缩性胃炎 30 例[J]. 江苏中医药, 2003, 24(12): 21.

- [18]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).中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- [19]董鹏. 中医治疗慢性萎缩性胃炎效果观察 [J]. 中外医疗, 2012, 31(11): 21-22.
- [20]王健,白兆芝.白兆芝辨治慢性萎缩性胃炎经验 [J]. 中医杂志 2012, 53(2): 101-102.
- [21]朱飞叶,吴晋兰,徐珊.乐胃饮对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜作用的扫描电镜观察[J].中国中医基础医学杂志, 2012, 18(3): 269-270.
- [22]Tan, B, Shi, H. L. Ji, G. et al. Antiproliferative effects of essential oil of a compound Chinese herbal medicine Weiqi Decoction on AGS cells [J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2011 9(5): 558-564.
- [23]中医药学名词审定委员会. 中医药学名词 (2010) [M]. 北京: 科学出版社, 2011.
- [24]柯莹玲,单兆伟. 辨证治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变患者 78 例 [J]. 上海中医药大学学报, 2005, 19(4): 18-20.
- [25]姚旭. 姜树民教授保胃气治疗萎缩性胃炎临床经验 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(5): 163-164.
- [26]丁建华,宗岩. 健脾利湿化瘀法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2013(01): 183-184.
- [27]韩文生,何其山,王九凤. 中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性胃炎 125 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(12): 247-248.
- [28]赵军艳,姚树坤. 从痰瘀论治慢性胃炎 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(3): 205, 210.
- [29]范一宏,乔樵,吕宾. 清热和胃汤治疗萎缩性胃炎疗效观察 [J]. 世界华人消化杂志, 2005, 13(2): 270-271.
- [30]燕晓愿,杨紫河. 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(1): 1819.
- [31]徐陆周. 刘沈林运用甘凉濡润法治疗萎缩性胃炎经验. 山东中医杂志, 2009, 28(12): 876.
- [32]瞿绍龙. 益气养阴通络法治疗慢性萎缩性胃炎 82 例临床研究 [J]. 中国当代医药, 2011, 18(20): 97-98.
- [33]赵长普. 益胃化瘀汤治疗慢性萎缩性胃炎 45 例 [J]. 中医研究, 2009, 22(9): 28.
- [34]刘敏. 一贯煎合芍药甘草汤治疗慢性萎缩性胃炎 68 例 [J]. 湘南学院学报: 医学版, 2008,

10(3): 50-51.

[35]郑彩华, 陈守强. 老中医论治胃病 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2011:193.

[36]孙月枝. 慢性萎缩性胃炎的治疗心得 [J]. 光明中医, 2012, 28(6): 1232-1233.

[37]王洪斌, 卫丽, 管启军, 等. 中西医结合治疗 CagA 阳性慢性萎缩性胃炎[J]. 医药导报, 2003, 22(11): 769-770.

[38]王爱云, 单兆伟. 慢性萎缩性胃炎从瘀血论治 [J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000, 8(5): 290-291.

[39]吴红梅, 崔濡涛. 活血化瘀是治疗慢性萎缩性胃炎的重要法则 [J]. 国医论坛, 1997, 12(2): 20-21.

[40]何斌. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床与实验研究进展 [J]. 针灸临床杂志, 2003, 19(3): 4546.

[41]Wu Y C, Wang C M, Fei G W. Clinical study on acupuncture treatment of atrophic gastritis with reducing within reinforcing manipulations. J Acupuncture Tuina Sci, 2005, 3(2):9-11.

[42]谷巍, 胡起超. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎疗效对比观察 [J]. 中国针灸, 2009, 29(5):361364.

[43]许佳年, 孟丹. 灸药结合治疗慢性萎缩性胃 30 例[J]. 中国民间疗法, 2002, 10(2):1516.

[44]王增苏, 祁越, 胡淑萍. 埋线治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 中国民间疗法, 2008, 16(1):10.

[45]李国徽, 陈佳, 陈凌, 等. 穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎 65 例 [J]. 陕西中医, 2014, 35(1): 73-74.

[46]吴文忠, 艾炳蔚. 艾灸结合穴位贴药治疗慢性萎缩性胃炎 31 例 [J]. 南京中医药大学学报(自然科学版), 2000, 16(2):104-105.

[47]胡向林, 查炜. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究进展 [J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(6):5152.

[48]徐哲峰. “活胃方”配合穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎 52 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2011, 43(2):38-39.

[49]刘晓辉, 赵玉斌. 注线法治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效观察 [J]. 新中医, 2010, 42(6):101102.

[50]张文尧, 徐辉, 顾鹤定. 中医药对慢性萎缩性胃炎伴胃黏膜不典型增生患者的临床及实验研究 [J]. 中医杂志, 2011, 39(8):481485.

附录 B

临床证候评价量表

	姓名	性别	年龄	时间	编号
主症	轻（2分）	中（4分）	重（6分）	分数	
胃胀或胃痛	时作时止	发作频繁	持续不止		
喜温喜按	稍有喜温喜按感觉	常有喜温喜按感觉	得温则舒，按压缓解		
胃刺痛、痛有定处	轻微刺痛	刺痛可忍，频繁发作	刺痛不止，难以忍受		
舌暗红或有瘀点	稍有瘀斑、瘀点	瘀斑瘀点明显	舌紫暗、瘀斑瘀点多		
食少纳呆	食量量少 1/4	食量量少 1/3	食量量少 1/2 以上		
次症	轻（1分）	中（2分）	重（3分）		
少气懒言	稍有	常有	整日少气懒言		
倦怠乏力	肢体稍倦、可以生活工作	肢体倦怠、勉强生活工作	全身乏力、不愿活动，影响生活工作		
食后满闷	轻微满闷、偶发	胃脘满闷、频繁	食后即闷、不能食		
大便稀溏	1-2 次	3-4 次	5 次及以上		
胃痛拒按	偶发	常有	持续不止		
黑便	偶有黑便	常有黑便	近日黑便不止		
舌淡、脉细弱	轻微舌淡、脉弱	舌淡胖、脉无力	齿痕蛇、脉微		

胃镜及病理评价量表

姓名	性别	年龄	时间	编号
胃镜征象	轻（2分）	中（4分）	重（6分）	分数
黏膜红白相间	部位不超过 1/3	部位不超过 2/3	全部胃粘膜	
皱襞变平	皱襞略平	皱襞变平光滑	皱襞消失	
黏膜血管显露	稍有	明显	大部血管显露	
黏膜颗粒	黏膜颗粒少量	黏膜颗粒增多	结节样改变	

病理组织征象	轻（3分）	中（6分）	重（9分）	
腺体萎缩	固有腺体减少 $\leq 1/3$	固有腺体减少 1/3-2/3 之间	固有腺体减少 $> 2/3$	
肠化	肠化不超过 1/3	肠化 1/3-2/3 之间	肠化超过 2/3	
不典型增生	轻度	中度	重度	
次症	轻（1分）	中（2分）	重（3分）	
慢性炎症	单个核细胞 +	单个核细胞 ++	单个核细胞 +++	
活动性	中性粒细胞 +	中性粒细胞 ++	中性粒细胞 +++	
HP 感染	不超过 1/3 +	1/3-2/3 之间 ++	超过 2/3 +++	

致 谢

首先感谢我的恩师苏娟萍教授在研究生期间在工作、学习和生活上对我的照顾和栽培。恩师语大义之方，论万物之理，她循循善诱的教导使我终身受益；恩师严谨细致、一丝不苟的作风是我工作、学习的榜样；恩师病人为先，认真负责的工作态度，精湛的医疗技术是我终身奋斗的目标。

衷心感谢与我一同奋斗，给予我帮助、支持和关爱的同门师兄妹们，我们见证了彼此的成长，也共同经历了生活、学习中的酸甜苦辣，在你们的关照下，我才能在工作、学习中游刃有余，从容不迫。

衷心感谢感谢我的父母，家永远是我温馨的港湾，没有您们的鼓励和支持，没有您们为我遮风挡雨，我不会一步步走到现在，养育之恩，无以为报，希望你们永远身体健康，年轻快乐！

最后，由衷感谢百忙中参加评审和答辩的各位专家、教授！

作者简介

门睿诚（1989.08），男，山西省晋城市人，2015年7月本科毕业于山西大同大学医学院，并获得本科学历及学士学位。2015年考入山西省中医药大学攻读中医内科学专业硕士学位。

参加的学术研究

在校期间以第一作者撰写《苏娟萍用解郁法治疗疑难便秘临床经验探析》发表于《黑龙江中医药杂志》，于2018年1月第47卷第1期46页发表。