

分 类 号: R256.35
学 号: 3120101024

密 级: 公开
单位代码: 10393



福建中醫藥大學

FUJIAN UNIVERSITY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

硕 士 学 位 论 文

补气化积方治疗气虚血瘀型慢性萎缩性
胃炎患者的临床观察

Clinical Observation of Buqihujifang in the Treatment of
Chronic Atrophic Gastritis with Qi Deficiency and Blood Stasis

研 究 生: 周婉迎

指 导 教 师: 黄伟荣 副教授

专 业 名 称: 中医内科学

研 究 方 向: 脾胃病的中医临床研究

申请学位类型: 中医硕士专业学位

2020 年 6 月 中国·福州

目 录

目 录.....	II
中文摘要.....	IV
Abstract.....	V
引 言.....	1
临床研究.....	3
1 临床资料.....	3
1.1 研究对象.....	3
1.2 诊断标准.....	3
1.3 纳入标准.....	3
1.4 排除标准.....	3
1.5 剔除标准.....	4
1.6 中止标准.....	4
1.7 脱落标准.....	4
2 研究方法.....	4
2.1 样本量估算.....	4
2.2 分组方案.....	5
2.3 给药方案.....	5
2.4 合并用药.....	5
2.5 依从性把控方案.....	6
2.6 观察指标.....	6
2.7 疗效评价.....	6
2.8 安全性评价.....	7
2.9 统计方法.....	8
3 研究结果.....	8
3.1 可比性分析.....	8
3.2 疗效分析.....	10
3.3 安全性分析.....	12
讨 论.....	13
1 理论探讨.....	13
1.1 现代医学对 CAG 的病因研究.....	13
1.2 西医治疗.....	13
1.3 中医病因探讨.....	15
1.4 病机探讨.....	16
1.5 治疗原则.....	17
2 补气化积方的组方及用药分析.....	17
3 补气化积方治疗 CAG 的结果分析.....	19

3.1 发病情况分析.....	19
3.2 补气化积方疗效分析.....	21
3.3 脱落病例分析.....	22
3.4 安全性分析.....	22
4 不足与展望.....	22
结 论.....	23
参考文献.....	24
附 录.....	26
文献综述.....	44
致 谢.....	50
作者简历.....	51

中文摘要

目的

通过观察“补气化积方”治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者，其治疗前后胃镜征象分度、病理积分、中医证候积分的变化，评价有效性和安全性。

方法

采用随机对照方法，将符合入组标准的 69 例患者，随机分为观察组 35 例，对照组 34 例。观察组予补气化积方中药汤剂，每日 1 剂，每日 2 次口服治疗，对照组予胃复春片每次 4 片，每日 3 次口服治疗，两组疗程均为 12 周。观察治疗前后的胃镜征象分度、病理组织学评分、中医证候积分变化以评价其有效性，采用血、尿、粪常规、肝肾功能、心电图作为安全性指标，结合不良反应情况评价其安全性。

结果

1. 本次研究剔除 1 人，纳入 69 人，最后成功收集病例 65 人，观察组脱落 4 人，对照组 34 人，观察组 31 人，脱落率为 5.71%。

2. 治疗前，两组性别、年龄、病程、胃镜分度、病理积分、中医证候积分差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

3. 胃镜疗效比较：观察组胃镜总有效率 93.45%，对照组总有效率 70.59%，两组比较有显著差异 ($P<0.01$)。

4. 病理疗效比较：在慢性炎症、萎缩、肠化方面，两组治疗前后比较差异有统计学意义，治疗后观察组与对照组对比差异有统计学意义 ($P<0.05$)。在活动度、异型增生方面，两组治疗前后对比差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

5. 中医证候积分及单项积分比较：两组治疗前后中医证候积分及单项积分对比差异有统计学意义 ($P<0.05$)，治疗后观察组与对照组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

6. 中医证候疗效比较：观察组总有效率 90.32%，对照组 76.47%，两组对比差异有统计学意义 ($P<0.01$)。

7. 两组患者在治疗过程中未出现不良事件，治疗前后心电图、肝肾功能等安全性指标未见明显异常变化。

结论

1. 补气化积方可以有效改善慢性萎缩性胃炎患者的临床症状、胃镜征象、病理状态。

2. 补气化积方未发现明显不良反应，具有良好的安全性。

关键词：补气化积方，慢性萎缩性胃炎，气虚血瘀，中医药

Abstract

Objective

By observing the changes of gastroscopy index, pathology score and TCM syndrome score before and after the treatment of "Buqihuaifang" in the treatment of chronic atrophic gastritis with qi deficiency and blood stasis, the efficacy and safety were evaluated.

Methods

This research adopts the randomized controlled research method. 69 patients who met the inclusion criteria were randomly divided into the observation group (35 cases) and the control group (34 cases). The observation group was treated with Buqihuaifang (1 dose per day, 2 oral treatments per day), while the control group was treated with weifuchun tablets (4 tablets per day, 3 oral treatments per day). The treatment courses of both groups were 12 weeks. The changes of gastroscopy index, histopathological score, TCM symptom score before and after treatment were observed to evaluate its effectiveness. Blood, urine, fecal routine, liver and kidney function, ecg were used as safety indicators to evaluate its safety in combination with adverse reactions.

Results

1. In this study, 1 person was excluded and 69 people were included. Four people were dropped from the observation group. Finally, 65 cases were successfully collected, 34 in the control group and 31 in the observation group. The dropout rate is 5.71%.

2. Before the treatment, there was no statistical significance in the comparison of gender, age, course of disease, gastroscopy score, pathology score and TCM symptom score between the two groups ($P>0.05$).

3. Comparison of efficacy of gastroscopy: the total effective rate of gastroscopy in the observation group was 93.45%, and that in the control group was 70.59%. There was a significant difference between the two groups ($P<0.01$).

4. Comparison of pathological efficacy: in terms of chronic inflammation, atrophy and intestinal metaplasia, there was a statistically significant difference between the two groups before and after treatment, and a statistically significant difference between the observation group and the control group after treatment ($P<0.05$). In terms of activity and dysplasia, there was no statistically significant difference between the two groups before and after treatment ($P>0.05$).

5. Comparison of TCM syndrome score and single score: the difference of TCM syndrome score and single score between the two groups before and after treatment was statistically significant ($P<0.01$), and the difference between the observation group and the control group after treatment was statistically significant ($P<0.05$).

6. Comparison of TCM syndrome efficacy: the total effective rate was 90.32% in the observation group and 76.47% in the control group, and the difference between the two groups was statistically significant ($P<0.01$).

7. No adverse events occurred during the treatment, and no significant abnormal changes were observed in the safety indexes of ecg, liver and kidney function before and after treatment.

Conclusion

1. Buqihujifang can effectively improve the clinical symptoms, gastroscopic signs and pathological status of patients with chronic atrophic gastritis.

2. Buqihujifang shows no obvious untoward effective, and actually proves to be favorably safe.

Key Words: Buqihujifang, chronic atrophic gastritis, Qi deficiency and blood stasis syndrome, Chinese medicine

引言

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG）是因胃黏膜上皮反复遭受损害所导致的固有腺体减少，黏膜萎缩，可能伴有肠腺化生和假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病。通常表现为上腹痛、腹胀、早饱感等一系列消化不良症状^[1]，亦有一部分患者无任何不适。CAG 有较高的癌变可能性，我国萎缩性胃炎癌变率已达到 7.1%^[1]。现认为胃癌的发展顺序为：正常胃黏膜→非萎缩性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生→上皮内瘤变→胃癌。其中，肠上皮化生和上皮内瘤变被认为是不可逆转的癌前病变。

CAG 作为胃癌前疾病，因目前多认为与幽门螺旋杆菌（*Helicobacter pylori*, Hp）感染有关^[2-3]，临床上治疗基本以消除 Hp 和对症治疗为主，但 Hp 感染患者可无症状，许多患者在就诊时就已经发展为 CAG。根除 Hp 虽可以延缓病理的进一步发展，但逆转已经发生的萎缩、肠化尚有难度^[4]。现代医学亦无明显确切疗效的药物可以逆转胃黏膜萎缩，而中医治疗在这方面具有显著优势，大量临床实践研究发现，中医中药在治疗 CAG 的过程中，不仅可以改善患者的临床症状，亦可改善胃黏膜的病理情况，且不良反应少，复发率低。因此，对中药治疗 CAG 的疗效进行评估并在临床推广逐渐成为热点。

中医学中并无 CAG 病名，但根据其临床症状，后世医家多将其归入“胃脘痛”、“痞满”等范畴。其发病原因与素体脾虚、情志不畅、劳逸失调、外感六淫、饮食不节等密切相关，病机多认为脾气虚弱或胃阴不足，导致胃失濡养。2017 年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识》中阐述，CAG 主要证型有肝胃气滞、肝胃郁热、脾胃虚弱、脾胃湿热、胃阴不足、胃络瘀血等 6 个证型，但由于其病情缠绵，故多有虚实夹杂。

导师在多年临床观察中发现，CAG 患者表现为本虚标实者众多，其中，又以气虚血瘀证最为多见。导师认为，随着现代经济发展，人们的生活工作愈加忙碌，长期劳累耗气伤形，加上饮食不规律，损伤脾胃，脾胃本为气血生化之源，脾胃伤而不能运化水谷，气血生化无源，而致气虚，气虚不能行血，血行壅滞，日久成瘀，而成气虚血瘀之证。因此，导师针对气虚血瘀型 CAG 确立了补气健脾，化瘀消积的治疗方法，总结了“补气化积方”，选用炙黄芪 20g，炒白术 10g，茯苓 12g，当归 10g，三七粉 1g，延胡索 10g，莪术 10g，白花蛇舌草 15g，枳实 10g，陈皮 10g，九节茶 20g，炙甘草 3g。并将其广泛应用于临床，疗效甚佳。故本次研究旨在从多个方面对补气化积方治疗 CAG

进行规范的临床观察，更科学、严谨地评价补气化积方的临床疗效。

临床研究

1 临床资料

1.1 研究对象

所有观察病例均来源于 2019 年 1 月 31 日至 2019 年 12 月 31 日就诊于福建中医药大学附属晋江市中医院脾胃病科门诊及病房的 CAG 患者。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》(2017, 上海) 制定

1.2.1.1 症状: 不明显或以上腹痛、腹胀、早饱感等消化不良表现为主。

1.2.1.2 体征: 不明显或上腹压痛表现。

1.2.1.3 胃镜诊断标准: 内镜下黏膜白相为主, 黏膜皱襞变平或消失, 部分黏膜血管显露; 可伴有黏膜颗粒或结节状。

1.2.1.4 病理诊断标准: 活检示存在固有腺体萎缩或肠化, 即可诊断。

1.2.2 气虚血瘀型 CAG 中医诊断标准 参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识》(2017, 北京) 制定

主症: ①胃脘胀满②胃脘疼痛

次症: ①食少纳呆; ②痛处固定; ③倦怠乏力; ④便溏

舌脉: ①舌暗、边有齿痕或有瘀点、瘀斑; ②脉弱

具备主症 1 项, 次症 2 项及舌脉符合, 即属本证。

1.3 纳入标准

1.3.1 符合西医诊断且中医辨证属气虚血瘀者的 CAG 患者;

1.3.2 年龄在 18-65 岁的患者;

1.3.3 知悉同意并签署同意书;

1.3.4 治疗前后能够配合研究内容, 完整填写症状等级表, 并能提供确切可靠的材料者。

1.4 排除标准

1.4.1 合并有幽门螺旋杆菌感染者;

1.4.2 伴有高级别上皮内瘤变(重度异型增生)者;

1.4.3 确诊为胃癌或其他系统癌变者; 合并有消化性溃疡者;

1.4.4 合并有心、肺、肝、肾或造血系统等严重原发疾病者；

1.4.5 伴有精神疾病者；

1.4.6 正在备孕、妊娠及哺乳期女性；

1.4.7 正在参加其他临床试验者；

1.4.8 已知对研究中药物某一成分过敏者或过敏体质者；

1.5 剔除标准

1.5.1 误纳病例；

1.5.2 资料缺漏不完整者；

1.5.3 不按研究给药方案服药者；

1.5.4 研究期间同时服用可能影响疗效评价的其他药物（如促胃动力药、中成药等）

及使用研究禁忌药物的患者。

1.6 中止标准

1.6.1 试验过程中出现严重不良事件；

1.6.2 研究者决定中止；

1.6.3 药品监督部门命令中止。

1.7 脱落标准

1.7.1 病例脱落标准

1.7.1.1 在试验过程中出现药物过敏或不能耐受者；

1.7.1.2 自行退出试验者；

1.7.1.3 未按规定时间复诊、复查，或中途失去联系者。

1.7.2 脱落病例处理

1.7.2.1 无论是哪种原因脱落，不再补充病例，对脱落者尽量追访，登记时间，做好记录，保留好原始资料。

1.7.2.2 若因过敏反应、不良反应退出时，首先分析受试者出现不适情况的原因，采取治疗措施，做好记录。

2 研究方法

2.1 样本量估算

参照颜虹主编的《医学统计学》（人民卫生出版社，2005年8月），估算样本量。根据导师前期治疗经验，预估观察组的有效率为0.91^[5]，对照组根据相关文献设定有效率

为 0.66^[6], 设定假设检验的 I 类错误, 即检验水准 $\alpha=0.05$, II 类错误 $\beta=0.2$, 检验效能 $(1-\beta)$ 为 80%。样本量比例为 1, 经统计学估算, 观察组与对照组各需 30 例, 考虑到观察过程中病例剔除脱落因素, 可能会存在 10%~20% 的脱落率, 故总病例数为 70 例, 每组 35 例。

计算公式:

$$n_2 = \frac{[(Z_{(1-\alpha/2)} + Z_{(1-\beta)})]^2}{(P_1 - P_2)^2} \left[\frac{P_1(1-P_1)}{k} + P_2(1-P_2) \right], n_1 = kn_2$$

$Z(1-\alpha/2) = 1.645$, $Z(1-\beta) = 0.842$; $P_1 = 0.91$, $P_2 = 0.66$, $K = 1$ 。

2.2 分组方案

本次研究共剔除 1 人, 将纳入的 69 例患者, 通过随机数字表法 (见附表 A) 随机分为观察组 35 例和对照组 34 例, 两组患者分别于治疗开始和 12 周后进行中医证候评分、安全性指标、胃镜及病理检查。复查胃镜及病理的医生需为初检的同一名医生, 胃镜检查应符合规范, 并取 3 块黏膜 (胃窦 1 块、胃角 1 块、胃体 1 块) 送检。

2.3 给药方案

观察组: 予中药汤剂“补气化积方”口服。具体方药组成: 炙黄芪 20g、炒白术 10g、茯苓 12g、当归 10g、三七粉 1g、莪术 10g、白花蛇舌草 15g、延胡索 10g、枳实 10g、陈皮 10g、九节茶 20g、炙甘草 3g。由晋江市中医院煎药室统一电煎 (设备: 北京东华原医疗设备有限责任公司生产; 型号: YJD20-GL) 150ml/次, 2 次/日, 早晚饭后半小时温服, 疗程 12 周。

对照组: 予“胃复春片”口服。(规格: 0.36g/片, 生产企业: 杭州胡庆余堂药业有限公司, 国药准字 Z20040003) 4 片/次, 3 次/日, 饭后半小时温水送服, 疗程 12 周。

2.4 合并用药

2.4.1 除方案使用的药物外, 治疗期间避免使用其它可能干扰本研究的药物, 如促胃动力药、黏膜保护剂、抑酸药等, 以及香砂六君丸、摩罗丹等中成药。

2.4.2 因其他合并疾病必须继续服用的药物, 必须记录药品名称、用量、使用次数、时间和目的等。并尽量保持服用药物种类和剂量不变, 如有修改则需说明修改原因并记录。

2.4.3 进行健康饮食指导, 纠正吸烟、过度饮酒、饮食偏嗜等不良嗜好。

2.5 依从性把控方案

使用微信公众平台与患者互动，提醒患者复诊及预约，安排患者复诊取药时间，普及 CAG 相关知识及调护方法，对于未按期复诊患者进行电话随访，详询用药反应、有无不适等，确保病例资料完整。

2.6 观察指标

将受试者的观察指标记录在临床观察表（见附 C），主要项目如下：

2.6.1 基本信息：包含性别、年龄、病程、合并基础病及用药、联系方式等；

2.6.2 入组及 12 周后复查时胃镜征象及病理情况。

2.6.3 临床症状：观察患者的临床症状，对治疗前后的中医证候进行评分。

2.6.4 安全性指标

2.6.4.1 治疗前后血、尿、粪常规及粪 OB、肝、肾功能、十二导联心电图。用药后出现异常的具有临床意义的实验室检查，需追踪至正常或基线水平。

2.6.4.2 不良事件：根据病人主观症状和医生观测到的不良事件，随时做好记录，并对其原因进行分析，判断是否与服用药物相关，及时处理，并根据不良事件的严重程度评估是否继续治疗观察。

2.7 疗效评价

2.7.1 胃镜疗效评定标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》（2017，上海）及 2002 年 5 月《中药新药临床研究指导原则》制定

2.7.1.1 胃镜征象分度标准

无：正常黏膜色泽。

轻度：红白相间，以白为主，血管网透见，呈局灶性。

中度：红白相间，以白为主，血管网明显可见，呈弥漫性，黏膜皱襞变平、变浅。

B 型萎缩范围由胃窦至胃角水平上下。

重度：除上述表现外，并见黏膜呈颗粒状或结节状等过度形成表现。B 型萎缩范围至胃体中上部。

2.7.1.2 胃镜征象疗效评定 以显效、有效的病例数计算总有效率。

显效：原有胃镜征象改善 2 级；

有效：原有胃镜征象改善 1 级；

无效：原有胃镜征象无改善或加重。

2.7.2 病理组织分度标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》（2017，上海）及 2002 年 5 月《中药新药临床研究指导原则》制定

将病理组织学变化中 Hp 感染、活动度、慢性炎症、萎缩、肠上皮化生、异型增生，各分为无、轻、中、重度 4 级评分。（详见附 C）

2.7.3 中医证候疗效评定标准 参照 2002 年 5 月《中药新药临床研究指导原则》制定，以临床痊愈、显效、有效病例数计算总有效率。

所有症状均按照无、轻、中、重度分级，主症胃脘胀满、胃脘疼痛予 0、2、4、6 分，次症按 0、1、2、3 分计分。（详见附 C）

计算公式(尼莫地平法)：疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

疗效	判定标准
临床痊愈	症状、舌暗消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$
显效	症状、舌暗明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$
有效	症状、舌暗有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$
无效	症状、舌暗无明显改善，或加重，证候积分减少不足 30%

2.8 安全性评价

2.8.1 不良事件的严重程度 参照 2002 年中国医药科技出版社《中药新药临床研究指导原则》制定（详见附 B）

2.8.2 不良事件与试验药物的相关性评估 根据因果关系进行 5 个级别评价，将其中肯定相关、可能相关、可能、可疑情况计为不良反应，统计发生不良反应的几率。（详见附 B）

2.8.3 不良反应程度分级 参照 2005 年发布的《药品不良反应报告和工作手册》将 ADR 分为轻、中、重度三级。（详见附 B）

2.8.4 严重药品不良反应 参照 2006 卫生部部务会议审议通过的《药品不良反应报告和监测管理办法》制定（详见附 B）

2.8.5 安全性判定 参照《中药新药临床研究指导原则》（2002 年版）标准进行 4 级评定。

1 级：安全，无任何不良反应；

2 级：比较安全，可能存在轻度不良反应，但不需要做任何治疗处理，仍可继续给

药;

3 级: 有安全性问题存在, 出现中度不良反应, 但处理后可继续给药;

4 级: 有明显的不良反应。

2.9 统计方法

研究相关数据资料均使用 SPSS 21.0 软件进行处理, 计数资料采用 χ^2 检验; 以例数和百分数 (%) 描述, 所有计量资料用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 若符合正态分布且方差齐采用 t 检验; 不符合正态分布的数据及等级资料, 采用非参数秩和检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 研究结果

本研究剔除 1 人, 共收集病例 69 人, 纳入后脱落 4 人, 最终成功收集病例 65 人。其中, 采用补气化积方的观察组 31 人, 采用胃复春的对照组 34 人。

3.1 可比性分析

3.1.1 两组患者性别、年龄、病程比较

性别比较 本研究共纳入 65 人, 对照组 34 人, 女性 15 人, 男性 19 人, 观察组 31 人, 女性 18 人, 男性 13 人; 经卡方检验, $\chi^2 = 1.262$, $P = 0.261 > 0.05$, 两组性别分布无差异。详见表 1-2。

年龄比较 对照组平均年龄 47.47 ± 8.46 岁, 观察组平均年龄 45.87 ± 8.59 岁, 经 t 检验, 得 $t = 0.756$, $P = 0.452 > 0.05$, 两组年龄分布无差别, 具有可比性。详见表 1-2。

病程比较 对照组平均病程 5.41 ± 1.81 年, 观察组平均病程 4.90 ± 1.64 年, 经检验符合正态分布, 经 t 检验计算, $t = 1.182$, $P = 0.241 > 0.05$, 两组病程比较无差别, 具有可比性。详见表 1-2。

表 1-2 两组患者性别、年龄、病程比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	女 (例)	男 (例)	年龄 (岁)	病程 (年)
对照组	34	15(44.12%)	19(55.88%)	47.47 ± 8.46	5.41 ± 1.81
观察组	31	18(58.06%)	13(41.94%)	45.87 ± 8.59	4.90 ± 1.64

3.1.2 两组患者治疗前胃镜分度比较 对照组 34 人, 其中轻度 12 人, 占 35.29%, 中度 14 人, 占 41.18%, 重度 8 人, 占 23.53%; 观察组 31 人, 轻度 15 人, 占 48.39%, 中度 10 人, 占 32.26%, 重度 6 人, 占 19.35%; 经秩和检验, $Z = -0.842$, $P = 0.400 > 0.05$,

两组胃镜分度差异无统计学意义。详见表 1-3。

表 1-3 两组治疗前胃镜分度比较[n (%)]

组别	例数 (例)	轻度 (例)	中度 (例)	重度 (例)
对照组	34	12(35.29%)	14(41.18%)	8(23.53%)
观察组	31	15(48.39%)	10(32.26%)	6(19.35%)

3.1.3 两组治疗前病理积分比较 两组积分均不符合正态分布, 采用秩和检验计算, 治疗前活动度比较, $Z=-0.610$, $P=0.542>0.05$, 慢性炎症比较 $Z=-0.290$, $P=0.770>0.05$, 萎缩比较 $Z=-1.671$, $P=0.095>0.05$, 肠上皮化生 $Z=-0.908$, $P=0.364>0.05$, 异型增生 $Z=-0.942$, $P=0.364>0.05$, 两组病理积分分布差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。详见表 1-4。

表 1-4 两组治疗前病理积分比较 $M(25\%-75\%)$

组别	对照组 (分)	观察组 (分)	P
活动度	1.5 (1-2)	2 (1-2)	0.542
慢性炎症	2 (1-2)	2 (1-2)	0.770
萎缩	1 (1-2)	2 (1-3)	0.095
肠上皮化生	1 (1-2)	1 (1-2)	0.364
异型增生	0 (0-0)	0 (0-0)	0.364

3.1.4 两组治疗前中医证候积分比较 经检验不符合正态分布, 两组的治疗前中医证候积分和单项积分, 经秩和检验计算 P 值均小于 0.05 ($P>0.05$), 证候积分 $Z=-1.149$, $P=0.251>0.05$, 各单项积分和证候积分无差异, 具有可比性。详见表 1-5。

表 1-5 两组治疗前中医证候积分比较 $M(25\%-75\%)$

组别	对照组 (分)	观察组 (分)	P
胃胀	4 (2-6)	4 (2-4)	0.088
胃痛	4 (2-6)	4 (2-4)	0.429
纳呆	2 (1-3)	2 (1-3)	0.889
倦怠	2 (1-3)	2 (1-3)	0.596
痛处固定	1 (1-2)	2 (1-2)	0.168
便溏	1 (1-2)	1 (1-3)	0.409
舌暗	2 (2-2)	2 (2-2)	1.000
总分	16 (14.75-17.25)	15 (14-17)	0.251

3.2 疗效分析

3.2.1 胃镜疗效比较 两组治疗后胃镜分度，对照组非萎缩 8 人，占 23.53%，轻度 22 人，占 64.71%，中度 2 人，占 5.88%，重度 2 人，占 5.88%；观察组非萎缩 20 人，占 64.52%，轻度 9 人，占 29.03%，中度 2 人，占 6.45%，重度 0 人；经非参数秩和检验计算， $Z=-2.387$ ， $P=0.017<0.05$ ，差异具有统计学意义。详见表 1-6。

表1-6 治疗后胃镜分度比较[n (%)]

组别	例数(例)	非萎缩(例)	轻度(例)	中度(例)	重度(例)
对照组	34	8(23.53%)	22(64.71%)	2(5.88%)	2(5.88%)
观察组	31	20(64.52%)	9(29.03%)	2(6.45%)	0(0.00%)

对照组胃镜总有效率 70.59%，观察组胃镜总有效率 93.55%，对两组胃镜疗效进行秩和检验，得出 $Z=-3.541$ ， $P=0.000<0.01$ ，说明观察组疗效显著优于对照组，差异极具统计学意义。详见表 1-7。

表1-7 两组胃镜分度疗效比较[n (%)]

组别	例数(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)
对照组	34	9(26.47%)	15(44.12%)	10(29.41%)
观察组	31	13(41.94%)	16(51.61%)	2(6.45%)

3.2.2 病理组织学疗效分析

组内治疗前后比较 经秩和检验计算，两组治疗前后慢性炎症、萎缩、肠化方面比较， $P=0.000<0.01$ ，均有统计学意义，而在活动度、异型增生方面， $P>0.05$ ，差异均无统计学意义。

两组治疗后比较 经秩和检验，慢性炎症 $Z=-2.673$ ， $P=0.008<0.01$ ，显著优于对照组，萎缩方面， $Z=-1.803$ ， $P=0.027<0.05$ ，疗效优于对照组，在肠化方面， $Z=-1.387$ ， $P=0.166>0.05$ ，对照组与观察组在肠化改善方面无差异。详见表 1-8。

表 1-8 两组治疗前后病理积分比较 $M(25\%-75\%)$

组别	对照组 (分)		观察组 (分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
活动度	1.5 (1-2)	2 (1-2) ▲	2 (1-2) ▼	2 (1-2) ▲▼
慢性炎症	2 (1-2)	1 (0-1) *	2 (1-2) ▼	0 (0-1) **
萎缩	1 (1-2)	1 (0-1) *	2 (1-3) ▼	0 (0-1) *▽
肠上皮化生	1 (1-2)	1 (0-1) *	1 (1-2) ▼	0 (0-1) *▼
异型增生	0 (0-0)	0 (0-0) ▲	0 (0-0) ▼	0 (0-0) ▲▼

注 a: 组内比较: * $P<0.01$, $\Delta P<0.05$, $\blacktriangle P>0.05$

注 b: 组间比较: # $P<0.01$, $\nabla P<0.05$, $\blacktriangledown P>0.05$

3.2.3 中医证候积分比较 两组患者治疗 12 周后再次进行中医证候评分。

组内治疗前后比较 两组证候积分和单项积分较治疗前均明显下降, 经秩和检验计算, $P<0.05$, 差异有统计学意义。

两组治疗后疗效比较 治疗后证候积分和单项积分经秩和检验, $P<0.05$, 主要症状积分胃胀比较 $Z=-2.778$, $P=0.005<0.01$; 胃痛比较 $Z=-2.034$, $P=0.042<0.05$; 差异均有统计学意义。证候积分比较 $Z=-4.125$, $P=0.000<0.01$, 差异有统计学意义, 治疗组疗效显著优于对照组。详见表 1-9。

表 1-9 两组治疗前后中医证候积分比较 $M(25\%-75\%)$

组别	对照组 (分)		观察组 (分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃胀	4 (2-6)	2 (0-2) *	4 (2-4) ▼	0 (0-2) **
胃痛	4 (2-6)	2 (0-2) *	4 (2-4) ▼	0 (0-2) *▽
纳呆	2 (1-3)	1 (0-2) *	2 (1-3) ▼	1 (0-1) *▽
倦怠	2 (1-3)	1 (0-2) *	2 (1-3) ▼	0 (0-1) *▽
痛处固定	1 (1-2)	1 (0-2) Δ	2 (1-2) ▼	0 (0-1) *▽
便溏	1 (1-2)	1 (0-2) *	1 (1-3) ▼	0 (0-1) *▽
舌暗	2 (2-2)	0 (0-1) *	2 (2-2) ▼	0 (0-0) *▼
总分	16 (14.75-17.25)	7 (5-10) *	15 (14-17) ▼	3 (2-5) **

注 a: 组内比较: * $P<0.01$, $\Delta P<0.05$, $\blacktriangle P>0.05$

注 b: 组间比较: # $P<0.01$, $\nabla P<0.05$, $\blacktriangledown P>0.05$

3.2.4 中医证候疗效比较 经治疗后, 观察组有效率 90.32%, 对照组 76.47%, 经秩和检验, $Z=-3.908$, $P=0.000<0.01$, 差异有统计学意义; 说明了补气化积方疗效明显优于对照组。详见表 1-10。

表 1-10 中医证候有效率比较[n (%)]

组别	例数 (例)	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	有效率
对照组	34	1 (2.94%)	7 (20.59%)	18 (52.94%)	8 (23.53%)	76.47%
观察组	31	5 (16.13%)	19 (61.29%)	4 (12.90%)	3 (9.68%)	90.32%

3.3 安全性分析

治疗前后患者的心电图、血常规、尿常规、粪便常规+隐血、肝肾功能均未见明显异常。在为期 12 周的观察治疗中，患者服用补气化积方未诉特殊不适，未发生不良事件或不良反应，说明补气化积方无明显不良反应。

观察组 31 例患者中，31 例安全性评价为 1 级；对照组 34 例患者中，34 例安全性评价为 1 级。治疗前后患者的各项实验室检查和心电图均未见明显异常，治疗过程中无不良反应发生，说明补气化积方具有安全性。

讨 论

1 理论探讨

1.1 现代医学对 CAG 的病因研究

目前现代医学对 CAG 的发病机制尚不明确,在病因研究方面则比较深入,①Hp 感染:研究发现,CAG 患者 Hp 感染率可达 70%以上^[2,3],且 Hp 感染的病理组织学改变与感染的严重程度呈正相关^[7]。通过对 Hp 感染的发病机制研究,发现 Hp 可使胃黏膜上皮细胞发生骨架重排、酪氨酸磷酸化,从而激活 NF- κ B,产生 IL-8,诱导炎症反应。长期反复的慢性炎症刺激,破坏正常胃腺,使胃腺体不断减少,导致 CAG。故有理由怀疑 Hp 感染是导致 CAG 发病的最主要病因。②乙醇摄入:乙醇对胃黏膜上皮细胞有直接损伤作用,破坏胃黏膜屏障的结构和功能,加重胃黏膜损伤。③免疫因素:患者自身的抗内因子抗体(IFA)和壁细胞抗体(PCA)阻断或结合维生素 B12,导致维生素 B12 吸收受到阻碍,导致贫血。④十二指肠液反流:胆汁和肠液大量反流损害了胃黏膜屏障功能,促进组胺分泌,引起血管扩张,胃黏膜血流减少,黏膜修复能力减弱,同时组胺刺激胃酸分泌增多,加重胃黏膜损伤。⑤遗传因素:临床调查发现,一些生活习惯良好,无不良嗜好且 Hp 阴性的 CAG 患者,追问家族史,发现家族中有 CAG 或胃癌患者,故认为与遗传相关。或可说 CAG 存在家族聚集性,因其生活环境、饮食习惯相近。⑥年龄、营养因子缺乏:随着年龄增大,血管弹性降低,血管条件变差,胃黏膜内小血管迂曲,管腔变窄,使胃黏膜血供减少,营养缺乏,致使黏膜萎缩。⑦精神因素:不良的情绪使人体植物神经功能紊乱,不仅影响胃的正常运动,更导致胃液过多分泌、胃酸含量增多、胃黏膜血管异常舒缩,屏障功能减弱,导致慢性胃炎反复发作,形成 CAG。⑧生物因素:研究发现,肝炎等慢性传染病患者,可在胃中找到相关病毒,病毒繁殖破坏胃内环境,进而损伤胃黏膜。

1.2 西医治疗

1.2.1 一般治疗 主要以避免诱因、调节生活方式、健康饮食为主。目前虽无明确证据证实饮食导致 CAG 发病,但腌菜、烧烤等食物中的致癌物质极有可能加快 CAG 癌变。同时烟酒等不良嗜好亦会直接损伤胃黏膜,尤其在多人聚会饮酒中更容易增加 Hp 感染风险。健康规律的饮食不仅可以恢复胃黏膜自我修复能力,亦可避免因暴饮暴食、或过饥过饱导致的胃酸、胃液刺激。

1.2.2 根除 Hp

Hp 感染作为与 CAG 关系最密切的病因，对它的彻底根除逐渐引起重视，历年来 Hp 根除的指征和用药方案一直在更新，目前京都共识主张，凡是 Hp 感染的患者，若无特殊禁忌，考虑到 Hp 对胃黏膜的一系列损害，都应该进行根除治疗，以防止 Hp 的持续活动反复损伤黏膜。公认的根除方案除了铋剂四联以外，还有三联、序贯、伴同疗法，但目前应用最广的还是以质子泵抑制剂(PPI)+铋剂+两种抗菌药物为内容的四联疗法。此外，多项研究分析发现，根除 Hp 后，萎缩可实现逆转^[4]。

1.2.3 促动力药

正常人体可存在十二指肠液反流的现象，但有一部分患者可能出现反流过量的现象，引起胃黏膜损伤，幽门功能不全、胃动力障碍等原因，导致胃内容物排空时间延长，使得胆汁、肠液、胃酸等消化液在胃内持续刺激胃壁，而排空时间越久，反流越多，胃黏膜损伤更重。故对于这类型的患者，促进胃动力和结合胆汁酸是必不可少的，一方面予莫沙必利、多潘立酮等促胃动力药加快胃肠蠕动，促进肠液、胃液排出，另一方面应用熊去氧胆酸、铝碳酸镁等制剂，减少在胃中的肠液、胃液对胃体自身的消化。

1.2.4 抗酸剂、胃黏膜保护剂

CAG 患者常因饮食不规律或各种原因出现烧灼感、上腹痛、反酸等一系列胃酸分泌过多的症状，对于此类症状，抗酸剂和黏膜保护剂效果不凡。尤其是服用 NSAIDs 药物引起的胃黏膜损伤，PPI 制剂更是首选，无论是 PPI，或是 H₂ 受体阻滞剂（H₂RA），都可以通过不同路径抑制胃酸和胆汁分泌，从根本上去除胃酸、胆酸带来的损伤，而胃黏膜保护剂则通过加强黏膜屏障，在胃黏膜的表面形成一层保护膜，既可组织胃酸对胃壁的刺激，又能保护黏膜再生修复。需要注意的是，有研究表明，长期使用 PPI 制剂有增加胃体黏膜发生萎缩的风险^[8]。

1.2.5 消化酶制剂

除了上腹疼痛、灼热等消化液过多、反流的症状以外，更多的患者则是出现消化不良症状，如纳差、早饱、腹胀等。对于 CAG 引起的消化不良患者，在餐中服用消化酶制剂能取得良好疗效。此类患者往往因体内缺乏消化酶导致消化时间长、胃口不佳，服用复方消化酶、米曲菌胰酶等消化酶制剂，则可人为补充消化酶，帮助患者吸收营养、减轻腹胀、增加食欲。

1.2.6 抗抑郁药或抗焦虑药

当今社会竞争的激烈，社交关系的复杂，使得人们的压力和负面情绪与日俱增，精神长期处于紧张不放松的状态，引起植物神经功能紊乱，胃肠蠕动减慢，黏膜血供异常，胃酸分泌调节失常，此时单纯用促动力药或消化酶制剂等往往难以取效。治疗的关键，在于缓解患者的焦虑和抑郁，因焦虑人群比例升高，现抗焦虑抑郁药的使用频率也在逐渐增加。指南和多项研究均表明了抗焦虑抑郁药在 CAG 患者中的疗效，胡雪松^[9]在常规制酸、护胃的基础上加用氟哌噻吨美利曲辛片，1 片/次，结果治疗组的症状改善明显高于对照组 ($P<0.01$)，谭慧珍^[10]用氟哌噻吨美利曲辛联合果胶铋和莫沙必利治疗 4 周后，治疗组焦虑抑郁患者症状改善优于对照组($P<0.05$)。

1.2.7 维生素

有研究认为一些维生素是可以延缓萎缩进程的，但对于能否降低癌变的风险仍然存在争议。国内多有报道，叶酸可以改善 CAG 患者肠化、异型增生等病例状态，并且其具有的调控甲基化功能能够预防癌前病变。但说法不一。杨佳琦等^[18]报道，连续口服叶酸 3 个月可以明显改善萎缩、肠上皮化生、异性增生等病变。

1.3 中医病因探讨

古代文献中并无“慢性萎缩性胃炎”这一病名，最早则见于《黄帝内经》中的“阳明之复……气归于左，善太息，甚则心痛、否满。”此处心痛、否满，乃指胃脘疼痛、痞满。CAG 患者临床上或无症状，或表现出胃痛、胃胀、反酸等消化不良症状，现代医家根据其相应的临床症状，将其归属于“胃痛”、“痞满”、“嘈杂”等范畴，在第三次脾胃学术会议上，正式将以“胃脘痞满”症状为主的慢性胃炎定义为“胃痞病”，而 1997 年《中医诊疗术语中》则规定“胃痞”即指“CAG”。

1.3.1 饮食所伤 晋江地处东南沿海，经济发达，作为全国百强县，不仅海鲜水产丰富，肉蛋禽类等甘味肥腻亦是日常餐桌可见，加之闽南饮酒之风盛行，常有过食、过饮之行，“饮食自倍，脾胃乃伤……”嗜食肥甘、食饮无度，长此以往，脾胃功能受损，脾气虚弱，且晋江为亚热带季风气候，气候炎热，人们多喜食冷饮、冰棒等寒凉冰冷之物，寒饮入胃，血气凝结，脾胃运化功能减弱，则见胃脘痞满、胀痛。

1.3.2 情志失调 随着生活节奏的加快，工作就业、升学教育、养老等问题成了压在人们身上的一座座大山，晋江人口密度大，民营企业繁荣，吸引众多外来务工人员，

随着生活节奏加快，竞争和压力与日俱增，导致肝气不舒，郁结心胸。然脾胃者，居于心下，以膜相连，又有“见肝之病，知肝传脾……”可知肝脾一衣带水，肝木乘脾，脾胃功能受损，且长期劳累伤形耗气，《难经·四十九难》言：“饮食劳倦则伤脾”，久则脾气亏虚，不能正常运化腐熟水谷，饮食留滞，则生痞胀。

1.3.3 外感六淫 闽南气候多样，盛夏、长夏炎热，随着生活条件改善，无论是家庭还是工作场所，空调已是标配，从室内到室外，温差巨大，人体往往不能迅速反应，便有了“空调病”一说，一些脾胃虚弱的患者，往往躲不过“胃肠型感冒”，诚如李杲在《脾胃论》所述：“……若风、寒、暑、湿、燥一气偏胜，亦能伤胃损脾”闽本湿热，又受寒邪，寒湿困脾，阻遏脾阳，“四季脾旺不受邪……”脾阳渐衰，气血推动无力，而成气虚血瘀之证，故生胃脘疼痛、腹胀不消等症。

1.3.4 体质禀赋 本次研究可见，慢性萎缩性胃炎患者年龄多集中在40~60岁之间，流行病学调查亦显示萎缩性胃炎的发病率与年龄呈正相关关系^[2]，《素问》述：“年四十而阴气自半也，起居衰矣……年六十，阴痿，气大衰。”年岁渐长，精气渐衰，正气亏虚，脏腑功能减退，脾胃运化功能减弱，而脾虚日久，脾土渐衰，气血生化无源，血流缓滞，导致胃络瘀阻，而血瘀作为病理产物，又加重脾气虚弱，互为因果。

综上所述，CAG的发病与饮食所伤、情志失调、外感六淫、体质禀赋有关，而这些病因往往不单独致病，多是协同或先后作用，导致萎缩性胃炎的发生。

1.4 病机探讨

慢性萎缩性胃炎病因虽然复杂多样，目前以外感六淫、饮食不节、情志不畅、劳逸失调、素体脾虚等为主要原因，而病机则众说纷纭，但总不离本虚与标实共同致病。2017年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》提出，本虚中多以脾胃虚寒，胃阴不足为主，邪实则不离气滞血瘀、肝郁及湿热，值得一提的是，CAG病程缠绵，在疾病发展过程以及后期，则极易出现脾虚与血瘀交织，二者互为因果，协同致病。

CAG病位在胃，但与脾密切相关，本次研究中的气虚血瘀证，即以脾胃气虚为根本，以血瘀为标实。

1.4.1 脾虚为本 脾乃中土，胃为水谷之海，二者健则气血旺，若脾气亏虚则运化无力，一则气血生化无源，无以濡养胃体，二则脾不能升清降浊，胃不能腐熟水谷，故出现胃脘痞满、疼痛、呕吐等不适，久之气血俱虚，胃镜下见黏膜发白，不红润。

1.4.2 血瘀为标 正所谓“胃病久发，必有聚瘀”，气虚不能行血，血流壅滞，胃络瘀阻，则黏膜腺体萎缩，结节增生，甚者出现肠化、异型增生。而血瘀作为气虚的病理产物，也是影响脾胃运化和气机升降的新致病因素，即《脾胃论》所言：“脾胃不足，皆为血病。”气虚和血瘀日久不除，则病理进一步发展，甚者积久成毒，导致胃癌发生。

1.5 治疗原则

综上所述，气虚血瘀型 CAG 的主要发病机制为脾胃气虚，血络瘀阻。CAG 作为一种慢性疾病，病程长，病势缠绵，若伴有肠化、异型增生等病变，其治疗非一朝一夕可成，单方面的补虚或泄实皆难取其效。若只着眼于血瘀阻络，一味重用活血药则伤正，反而加重气虚根本，而一味补气忽视化瘀，亦难使补益发挥最大功效，应审慎病因，知气虚致瘀，当以扶正为主，兼顾祛瘀，故导师确立了补气健脾，化瘀消积的治疗方法。唯补气与祛瘀并行，方使脾虚得健，气虚得补，血瘀得去，脾气乃生。

2 补气化积方的组方及用药分析

导师通过临床观察治疗，针对气虚血瘀型 CAG，在四君子汤的基础上总结了“补气化积方”，选用炙黄芪 20g，炒白术 10g，茯苓 12g，当归 10g，三七粉 1g，延胡索 10g，莪术 10g，白花蛇舌草 15g，枳实 10g，陈皮 10g，九节茶 20g，炙甘草 3g。方中炙黄芪味甘性温，归脾、肺经，有益气健脾之效，为本方君药。白术、茯苓益气健脾，当归、三七活血化瘀，共为臣药，莪术助当归、三七以祛中焦瘀血之阻滞，陈皮、枳实理气和中，延胡索理气止痛，白花蛇舌草、九节茶具有“抗肿瘤之功”，共为佐药，“炙甘草”调和诸药。补气化积方组方严谨精妙，集补气、行气、健脾、活血、消瘀为一体，使中焦瘀血尽去，脾胃气机得以恢复。

炙黄芪，味甘性微温，有补气升阳、健脾益肺之效，现代广泛应用于脾胃病、心血管等疾病等。黄芪在补气方面的疗效被誉为“诸药之最”，尤以蜜炙过的黄芪更补益中气，又可缓急止痛。本方之所以重用黄芪，一则取其补气之功，二则取其健脾之效，现代药理研究证明，黄芪除了黄芪多糖和黄芪皂苷之外，尚有丰富的微量元素、叶酸、咖啡酸等^[1]。不仅可以提高机体免疫力，更可以帮助消化，改善血液循环，抑制胃酸分泌^[12]。

莪术，味苦辛性温，入肝、脾经，可行气破血、消积止痛，常用于癥瘕痞块、食积胀痛、胸痹心痛等。现代药理研究证实莪术有抗血栓、抗炎、抗肿瘤等作用^[13]。其所含的挥发油和姜黄素类成分^[14]便是其行气破血的功效来源，大部分破血药多有伤气之嫌，

故气虚者少用,《本草新编》中记载莪术“虽破血,然不伤气也。”故本方中应用莪术,既取其破血行气之功,又不致加重气虚,且莪术尚有消积止痛之效,除了减轻胃络瘀阻征象,尚可缓解胃痞、胃痛症状。

当归,味甘气辛,性温,有活血止痛、调经、润肠通便之效,《本草纲目》记载当归可“治头痛、心腹诸痛。”现代药理研究亦表明当归有松弛胃肠平滑肌作用,可以缓解胃肠道疼痛^[15]。《日华子本草》言当归“破恶血,养新血……”本方中,当归助莪术破瘀血,又养血生新,可以改善胃黏膜气血壅滞,养血以濡养胃体。

炒白术,味甘苦,性温,具有益气健脾,燥湿安胎功效,为补气健脾第一要药,《药性本草》谓白术“治心腹胀满”,现代研究发现白术中的挥发油、内酯、多糖等成分具有调节消化系统、抗炎、抗肿瘤等作用,尤其麸炒后的白术,在炮制过程中,白术内酯含量增加,增强了健脾功效^[16,17]。

陈皮,味苦辛,性温,有理气健脾,燥湿化痰之效,自古便广泛应用于呼吸、消化系统疾病。《脾胃论》言陈皮:“……导气,又能益元气。”可知陈皮在本方中既可以疏导气机,助于行血,又能补益元气。陈皮中丰富的乙酸乙酯提取物不仅可以促进胃液排出,又可以增强胃蛋白酶活力,增强肠蠕动,促进消化^[18]。

白花蛇舌草,味微苦、甘、寒。有清热解毒之效,因其具有的强大的抗肿瘤功效,被广泛应用于各种肿瘤疾病,被称为“抗癌第一中药”。而其作用于胃癌的主要机理是调控肿瘤细胞的周期、分化、凋亡等^[19]。CAG作为一种胃癌前疾病,应用白花蛇舌草可以抑制胃黏膜的病变,尤其是在伴有肠化、异型增生等胃癌前病变者。

延胡索,味辛、苦、性温,有活血、理气止痛之功效,《医学启源》中更述其有“下气消食”之效。李时珍在《本草纲目》中言及延胡索“能行血中气滞,气中血滞,故专治一身上下诸痛。”可知其擅治心腹腰等诸多痛症,现代医学对延胡索进行研究发现,亦发现延胡索具有镇痛、抗血栓、抗菌消炎的作用,在消化系统疾病中,其蕴含的多种生物碱发挥着较强的抑制胃酸、胃液和黏膜保护的作用^[20]。

枳实,味苦,辛,酸,性微寒。可以破气,散痞,消积。能治胸腹胀满,痞痛。《本经》中对于枳实的除痞效果给予了非常高的评价,言“非枳实不能除痞。”张洁古亦在《用药心法》中写到“……用去脾经积血,故能去心下痞。”CAG患者多有痞胀积滞之症,故本方应用枳实,既去胃络瘀血,又兼消痞。现代药理证实,枳实在消化疾病中具

有增强胃肠蠕动，调节胃酸分泌的作用，其蕴含的挥发油和黄酮类物质，便是它消积散痞的基础^[21]。

茯苓，性平味甘淡，有利水，渗湿，健脾，宁心之效，可用于脾虚食少，便溏泄泻等。脾胃气虚患者，除胃脘部症状外，常有脾虚泄泻之症，盖因脾气亏虚，运化失职，水液代谢失常，下输于肠所致，且脾本应散精，上归于肺，然脾气亏虚，不能上输于脾，故有“清气在下，则生飧泄。”《本草衍义》言：“茯苓……益心脾不可阙也。”初起因脾虚而生水湿，后则水湿阻滞气血，愈发难治，故健脾不可不利水祛湿，以益脾健。现代医学发现茯苓中的三萜和多糖类物质具有抗肿瘤、利尿、保肝等作用，在胃肠道中则有抑酸、抗溃疡作用^[22]。

三七，味甘微苦，性温，有散瘀，止血，消肿，定痛的功效，不仅可以用于多种出血证和外伤肿痛，亦可治疗胸腹刺痛。三七专入血分，张锡纯在《医学衷中参西录》中言三七：“化瘀血而不伤新血。”血瘀证中活血破血最惧出血，且本证中合并气虚，气虚本不能摄血，更有血溢脉外之险，而三七除活血外尚有止血功效，能使瘀血去，新血更，其止血作用又可防止莪术破血太过。现代研究发现三七提取物中，诸如三七皂苷等物质，在抗血小板聚集，降低血液粘稠度方面效果卓越，也是三七散瘀功效的基础^[23]，临床亦常用三七抗血栓，意在三七能够有效改善微循环。

九节茶，性味辛平，为福建省常见的一种药材，具有清热解毒，消斑散瘀等作用。《闽东本草》亦记录其可“健脾，活血，止渴，消肿胀”。现代药理通过对九节茶的分离提取，发现其具有抗肿瘤、平喘、抗菌抗炎等作用，在脾胃病应用中，更有抗幽门螺旋杆菌，帮助溃疡愈合，促进胃黏膜再生的作用^[24]。

炙甘草，味甘性平。可补脾益气，调和诸药等。李杲认为炙后的甘草性偏温，补中健脾之力益甚，更可补三焦气血。诚如《本草汇言》所述：“健脾胃，固中气之虚羸……故治劳损内伤，脾气虚弱……其甘温平补，效与参芪并也。”药理研究表明，甘草有抗肿瘤、保肝、调节免疫等作用。甘草具有的解除平滑肌痉挛、抗溃疡等作用可缓解胃脘疼痛等不适^[25]。

3 补气化积方治疗 CAG 的结果分析

3.1 发病情况分析

3.1.1 发病年龄、性别差异 本次研究最终纳入男性32人，占49.23%，女性33人，

占50.77%，性别分布无差别，故认为本次研究中CAG发病与性别无关。而发病年龄存在一定差异，患者年龄多在40岁~60岁之间，尤以51~60岁区间更为集中，与现代流行病学调查相符。王暖凤^[26]等人随机抽取498例慢性萎缩性胃炎患者进行分析，发现CAG发病在30岁之后直线上升，而在60岁之后减少，其中41~60岁占整体的60.04%，明显高于其他年龄段。于建勋等发现，CAG发病率在40岁之后达到40.4%，且随年龄增大而升高^[27]。成年人发病率高，可能与Hp感染最为相关，再者成年人多是现代生产劳动者，工作压力大，以及三餐饮食不规律等，都可能导致胃酸增多，胆汁反流，损伤胃壁，或非萎缩性胃炎不重视，未规范治疗，导致炎症加重，病理进一步发展。

3.1.2 发病趋势年轻化 本次研究中收集到的最小发病年龄为26岁，而26~35岁的患者亦不在少数，比高发年龄段提前，一项国内外学者对瑞典1990至2009年CAG发病率的调查发现55~66岁人群CAG患病率正在下降，而33~44岁的CAG患者患病率升高^[28]。国内学者袁索红等人亦对10年内CAG的发病率进行调查，发现50岁以上的CAG患者发病率明显下降，而低于50岁的各个年龄组发病率都明显增加^[29]。故认为CAG发病可能存在年轻化趋势。原因可能有：（1）Hp感染：随着科技进步，Hp的检出率逐年增加，现已广泛认为Hp是CAG发生、发展的主要原因。Hp感染后，细菌在胃内活动，引起胃黏膜广泛炎症，若及时发现根除，炎症反复发作、加重，日久导致胃黏膜萎缩，甚至癌变。

（2）情志不畅：中青年多为家庭支柱，现如今社会发展迅速，竞争日益激烈，具有较大的精神和生活压力。姚晨旭通过调查研究CAG伴抑郁症118个病例，证实抑郁症会加重胃黏膜病理状态^[31]。精神紧张、情志障碍容易导致胃酸分泌增加，血管异常收缩，导致胃部缺血，而长期胃酸过多，亦可引起胃黏膜反复炎症。“郁不离七情……”肝气郁结，则气机失于条达，胆汁不能正常疏泄，肝木久亢则克脾土，引起脾胃损伤。（3）饮食不节：现代生活水平提高，信息高速发展，各国各类美食汇集，青年人往往喜食而不知节制，或有因工作忙碌而不能顾及三餐温饱，前者加重胃肠消化负担，后者胃不能正常发挥运化功能，长此以往，脾胃功能损伤，脾气渐衰，胃气渐弱，百病始生。（4）烟酒偏嗜：酒为辛热搏结之物，入胃则灼络蒸液，损伤胃壁，引起黏膜炎症，进而导致萎缩，而烟草中的尼古丁不仅可能导致胃液潴留，其尼古丁成分亦会引起胃部血流减少，加重黏膜修复难度。王莉^[32]对38例CAG进行回顾性分析，发现烟酒与本病有着重要联系。

（5）劳逸失调：青年人多为工作群体，或久坐于办公室，或加班熬夜损伤机体，长期

劳累不加休息，耗气伤形，可谓“积劳成疾”。下班后休息时间短，也没有精力锻炼，《内经》言：“久坐伤肉，久卧伤气。”长期久坐和久卧，缺乏运动，身体机能逐渐减退，人体自我修复能力减弱。

3.2 补气化积方疗效分析

3.2.1 胃镜下征象改善情况分析 CAG患者镜下观察多见胃黏膜呈现白相为主，萎缩重者常伴见各种癌前病变，究其根本，为气虚不能生血所致。平人血气足于内，荣于外，气旺则血旺，气行则血行，而气虚之人不然也，一则气少不能生血，血虚难以载气，日久多有气血两亏之象，形于外则见面色黯淡，胃黏膜色白发灰；二则血虚流动无力，气虚难以摄血，血行滞缓，壅塞于络，见血管显露，但不能濡养周边黏膜，血瘀日久，颗粒、结节增生，病理进一步加重，愈发难治。本次研究中胃镜下征象的改善考虑与补气化积方的作用有关，中医治疗强调辨证论治，黏膜色泽晦暗、血管显露和颗粒结节的增生，无一不是气虚和血瘀共同作用的结果，补气化积方中足量的黄芪、白术补气健脾，当归、三七、延胡索活血化瘀，既改善了胃黏膜炎症表现，又促进胃黏膜血液循环，使胃黏膜逐渐恢复正常状态。

3.2.2 病理组织学程度改善情况分析 本次研究中，治疗后的活动度和异型增生积分虽较治疗前下降，但不具有统计学意义。慢性炎症、肠上皮化生、萎缩程度对比治疗前差异则较为显著。CAG患者病程长、反复发作，多种情志不畅、饮食不节等病因作用于人体，首先损伤脾胃，脾胃日渐虚弱，纳运愈疲，水谷不能化精，脾不能散精，更使脾气不生，胃气渐虚，血行不畅，日久血停瘀阻，胃一不能得到濡养，二不能正常运化，导致胃黏膜功能受损，炎症反复发生且不能自我修复，血瘀产生的一系列病理变化更加难以逆转。而补气化积方中黄芪先行，扶养脾胃之气，再臣以健脾理气药，使得脾胃运化功能日益恢复，胃体得到濡养，黏膜自我修复能力提升，故见炎症逐渐减轻，萎缩好转，“气行则血行”，脾胃气机升降条畅，气行血功能恢复，再佐以延胡索、三七等活血药，可以去宛陈莖，使瘀血散而新血生，同时，方中白花蛇舌草、九节茶的抗肿瘤功效不可忽视，数味并行，使得萎缩、肠化等病理程度改善，阻止了病理进一步发展。

3.2.3 中医证候疗效改善情况分析 本次研究中，胃复春与补气化积方均可显著改善患者的证候积分和单项积分，经秩和检验计算，补气化积方疗效更优于对照组胃复春。中医学以整体观念为本，治疗因人而异，患者本研究中CAG患者或胃脘疼痛，或胃脘胀

满，或伴有便溏、乏力等不适，其症虽异，但推敲其病因病机，终不离气虚血瘀，气虚则脾胃运化失职，水谷不能正常运化腐熟，故见胃脘痞胀；血瘀壅塞胃络，不通则痛，故见胃脘疼痛，且痛有定处；“清气在下，则生飧泄”，脾主升清，脾气虚弱，则清气不升，下入大肠，导致腹泻。胃复春主要成分有红参、枳壳、香茶菜等，具有健脾益气，活血解毒之效，为指南推荐治疗脾胃气虚和胃络瘀阻CAG的中成药。但胃复春因药量固定和剂型限制，临床无法根据患者的具体情况加减药味，调整剂量，这可能是胃复春具有一定疗效但低于补气化积方的原因。补气化积方全方虽无昂贵稀药，以补气健脾和活血化瘀并举，可根据患者气虚或血瘀偏重加减调整，不致使补气太过或祛瘀太弱，故能精准把握病机侧重点，对于单一症状如胃胀、胃痛，通过增加理气消积，活血止痛药物的剂量，更有效地改善了患者的主诉症状，故认为这是补气化积方疗效显著的关窍。

3.3 脱落病例分析

本次研究中脱落病例4例，均来自于观察组，其中1例因疗程太长，中药味苦无法坚持，1例因未按时复诊、不规律服药退出，2例患者因回老家就诊不便退出。

3.4 安全性分析

观察治疗期间，患者未诉特殊不适，无不良事件或不良反应发生，治疗后血、尿、粪常规、心电图、肝肾功能未见明显异常变化，说明补气化积方无不良反应，具有良好的安全性。

4 不足与展望

(1) 观察组采用的补气化积方是中药汤剂，而对照组胃复春片是中成药，因剂型不同，“丸者缓也”，可能导致胃复春疗效发挥较慢，对研究结果产生影响。

(2) 胃镜检查依据检查医生个人判断，存在主观性，可能导致研究样本有一定偏差。

(3) 治疗疗程以及随访时间较短，缺乏长期的观察，使研究成果及分析存在一定的局限性，希望有机会可以扩大样本量，增加观察时间，开展更具代表性的多样本、多中心研究，进一步探寻中医药治疗 CAG 的机制。

结 论

- 1、补气化积方可以有效改善慢性萎缩性胃炎患者的临床症状、胃镜征象、病理状态。
- 2、补气化积方未发现明显不良反应，具有良好的安全性。

参考文献

- [1]莫剑忠,江石湖,萧树东.江绍基胃肠病学[M].2版.上海:上海科学技术出版社,2014:155-156.
- [2]李慕然,刘艳迪,唐涛等.幽门螺杆菌和慢性胃炎胃黏膜病理变化的关系研究[J].天津医药,2015,43(01):54-56.
- [3]黄曼玲,孙圣斌,徐丹等.幽门螺杆菌感染与胃镜下的不同胃炎及病理之间的关系[J].实用医学杂志,2014,30(14):2245-2247.
- [4]李军祥,陈諲,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.
- [5]黄伟荣.抗萎协定方辨证施治慢性萎缩性胃炎 200 例[J].中国药业,2011,20(18):66-67.
- [6]芦兰,金建军,邢鲁奇等.胃复春治疗胃癌前病变的疗效观察[J].河南科技大学学报(医学版),2010,28(02):86-88.
- [7]于皆平,沈志祥,罗和生.实用消化病学(2版)[M].北京:科学出版.2007:233-240.247-256.317-354
- [8]Lundell L,Havu N,Miettinen P,et al.Changes of gastric mucosal architecture during long-term omeprazole therapy:results of a randomized clinical trial.[J].Alimentary Pharmacology&Therapeutics,2010,23(5):639-647.
- [9]胡雪松.氟哌噻吨美利曲辛联合雷贝拉唑、莫沙必利治疗慢性胃炎临床观察[J].现代中西医结合杂志,2013,22(33):3727-3729.
- [10]谭慧珍.精神因素对慢性胃炎影响的临床研究[J].现代诊断与治疗,2012,23(06):734-735.
- [11]Yuetao Liu,Lu Jia,Xuemei Qin.Rapid quantitative analysis of 18 chemical constituents in HuangQi JianZhong Tang based on UHPLC-MS[J].Biomedical Chromatography,2020,34(3).
- [12]朱轶荣.黄芪建中汤加减治疗十二指肠球部溃疡疗效观察[J].中国民康医学,2012,24(23):2918-2920.
- [13]Jing-Jing Z,Yue-Wei A,Guang H,et al.Simultaneous Determination of Multiple Sesquiterpenes in Curcuma wenyujin Herbal Medicines and Related Products with One Single Reference Standard[J].Molecules,2013,18(2):2110-2121.
- [14]赵志梅,张立杰,夏天等.莪术主要单体成分抗炎、抗肿瘤作用研究进展[J].药物评价研究,2017,40(01):119-124.
- [15]王瑞琼,吴国泰,任远等.当归挥发油对兔离体胃肠平滑肌张力的影响[J].甘肃中医学院学报,2010,27(01):12-14.
- [16]李伟,文红梅,崔小兵等.白术的炮制机理及其倍半萜成分转化的研究[J].中国中药杂志,2006(19):1600-1603.
- [17]Song H P,Hou X Q,Li R Y,et al.Atractylenolide I stimulates intestinal epithelial repair through polyamine-mediated Ca²⁺ signaling pathway[J]. Phytomedicine, 2017, 28:27-35.
- [18]傅曼琴,肖更生,吴继军等.广陈皮促消化功能物质基础的研究[J].中国食品学报,2018,18(01):56-64.
- [19]Liu Xinkui,Wu Jiarui,Zhang Dan,et al.Network Pharmacology-Based Approach to Investigate the Mechanisms of Hedyotis diffusa Willd. in the Treatment of Gastric Cancer.[J].Evidence-based complementary and alternative medicine:eCAM,2018,2018.
- [20]杨波,纪宏宇,郑东友等.中药延胡索的炮制工艺和药理作用的研究进展[J].药学实践杂志,2017,35(02):112-115+153.
- [21]胡源祥,陈海芳,宋玉鹏等.枳实及其主要活性成分促进脾虚模型大鼠胃肠运动的机制研究[J].中国药房,2017,28(13):1747-1750.
- [22]彭成.中药药理学[M].北京:中国中医药出版社,2012:183.

- [23] 王丽娟. 中药三七药理药效分析及临床应用效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(05): 195+197.
- [24] 王燕. 肿节风在胃溃疡患者中的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(80): 12.
- [25] Jalilzadeh-Amin, Ghader, Najarnezhad, et al. Antiulcer Properties of Glycyrrhiza Glabra L. Extract on Experimental Models of Gastric Ulcer in Mice[J]. Iranian Journal of Pharmaceutical Research Ijpr, 2015, 14(4): 1163-1170.
- [26] 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(07): 1109-1111.
- [27] 于建勋, 杨岚岚, 田毓霞等. 老年人慢性胃炎与幽门螺杆菌感染的临床意义[J]. 中国老年学杂志, 2004(10): 911-912.
- [28] Huan Song, Maria Held, Sven Sandin, et al. Increase in the Prevalence of Atrophic Gastritis Among Adults Age 35 to 44 Years Old in Northern Sweden Between 1990 and 2009[J]. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2015, 13(9).
- [29] 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(16): 115-116.
- [30] 姚晨旭. 焦虑抑郁状态、幽门螺杆菌感染与慢性萎缩性胃炎关系的研究[D]. 山西医科大学, 2018.
- [31] 王莉. 38例慢性萎缩性胃炎的临床回顾性分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(57): 83+88.

附 录

附录 A：随机数字表

附录 B：安全性评价标准

附录 C：临床观察表

附录 A

随机数字表

62	38	97	75	84	16	07	44	99	83	11	46	32	24	20	14	85	88	45	10	93
72	88	71	23	42	40	64	74	82	97	77	77	81	07	45	32	14	08	32	98	94
07	72	93	85	79	10	75	52	36	28	19	95	50	92	26	11	97	00	56	76	31
38	80	22	02	53	53	86	60	42	04	53	37	85	94	35	12	83	39	50	08	30
42	34	07	96	88	54	42	06	87	98	35	85	29	48	39	70	29	17	12	13	40
33	20	38	26	13	89	51	03	74	17	76	37	13	04	07	74	21	19	30	56	62
18	37	35	96	83	50	87	75	97	12	25	93	47	70	33	24	03	54	97	77	46
44	80	99	49	57	22	77	88	42	95	45	72	16	64	36	16	00	04	43	18	66
79	94	77	24	21	90	16	08	15	04	72	33	27	14	34	09	45	59	34	68	49
12	72	07	34	45	99	27	72	95	14	31	16	93	32	43	50	27	89	87	19	20
15	37	00	49	52	85	66	60	44	38	68	88	11	80	68	34	30	13	70	55	74
30	77	40	44	22	78	84	26	04	33	46	09	52	68	07	97	06	57	74	57	25
65	76	59	29	97	68	60	71	91	38	67	54	13	58	18	24	76	15	54	55	95
52	27	42	37	86	53	48	55	90	65	72	96	57	69	36	10	96	46	92	42	45
97	60	49	04	91																

附录 B

安全性评价标准

不良事件的严重程度（参照 2002 年中国医药科技出版社《中药新药临床研究指导原则》）

轻度：受试者可忍受，不影响治疗，不需要特殊处理，对受试者康复无影响。

中度：受试者难以忍受，需要撤药或特殊处理，对受试者康复有直接影响。

重度：危及受试者生命，致死或致残，需要立即撤药或紧急处理。

不良事件与试验药物的相关性评估 根据药物与不良事件因果关系按 5 级标准评价，即肯定有关、很可能有关、可能有关、可疑、不可能，其中将肯定相关、可能相关、可能、可疑情况计为该试验药物的不良反应，并据此统计不良反应发生率。

判断指标	判断结果				
	肯定	很可能	可能	可疑	不可能
1.开始用药的时间和可疑出现的时间有无合理的先后关系					
2.可疑 ADR 是否符合该药品已知 ADR 类型					
3.所怀疑的 ADR 是否可以用患者的病理情况、合并用药、并用疗法或曾用疗法来解释					
4.停用或降低剂量可疑的 ADR 是否减轻或消失					
5.再次接触可疑药品是否再次出现同样的反应					
说明：+ 表示肯定；- 表示否定；± 表示肯定或者否定；？表示情况不明；ADR 表示药物不良反应					

不良反应程度分级 参照国家食品药品监督管理局药品安全监管司、国家药品不良反应监测中心 2005 年发布的《药品不良反应报告和工作手册》对 ADR 按轻、中、重度三级分类：

轻度：指轻微的反应，症状不发展，一般无需治疗。

中度：指 ADR 症状明显，重要器官或系统有中度损害。

重度：指重要器官或系统功能有严重损害缩短或危及生命。

严重药品不良反应 参照 2006 卫生部部务会议审议通过的《药品不良反应报告和监测管理办法》，有因药物造成以下损害情形之一的反应：

- A.导致死亡；
- B.危及生命；
- C.致癌、致畸、致出生缺陷；
- D.导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤；
- E.导致住院或者住院时间延长；
- F.导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

安全性判定 参照《中医新药临床研究指导原则》（2002 年版）安全性评价标准制定，根据安全指标进行四级评定。

- 1 级：安全，无任何毒副作用；
- 2 级：比较安全，如有不良反应，不需做任何处理，可继续给药；
- 3 级：有安全性问题，有中等程度的不良反应，处理后可继续给药；
- 4 级：有明显的不良反应。

附录 C

补气化积方治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患 者的临床观察

临床观察表 (Case Report Form)

组 别： _____
姓 名： _____
电 话： _____

知情同意书

尊敬的女士/先生：

我们邀请您参加补气化积方的临床研究。在您决定是否参加这项临床研究之前，请您花些时间仔细阅读以下内容，这会帮助您了解本研究的目的、内容及参加此项研究可能给您带来的益处、风险和不便。您也可以和您的亲属进行讨论，以决定是否参加本研究。

本项研究的目的是：评价补气化积方治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎有效性和安全性。补气化积方是经过临床反复实践总结出的方剂，在既往临床使用中未发现明显的不良反应。

如果您初步符合入选标准，您将被随机分配到观察组或对照组，给予相对应的药物治疗。对照组采用胃复春片口服，观察组采用补气化积方煎汤口服。

任何药物都可能不良反应，如果您在用药过程中出现了腹泻、腹痛、发热、乏力和恶心等不适症状，不论其是否与治疗有关，请随时告诉您的医生以获得帮助。

研究期间，您可以随时了解与本研究有关的信息资料，如果新出现可能影响您参加本研究意愿的信息，您将会及时得到通知。如有疑问您可以随时向研究者提出咨询。

特别提醒的是，为了保证临床研究的科学性，您需要按照医生的要求进行检查和治疗，同时，不能自行使用其它同类药物。

您参加本项研究是完全自愿的，您可以拒绝参加或在研究的任何阶段退出，而不会遭到歧视或报复，并能继续接受其它恰当的治疗。

您的所有研究资料将是保密的，如公开发表研究结果，也会对你的身份保密。但研究相关人员者在工作需要时可以查阅相关研究资料。

患者的责任和权益：

- 1 自愿参加本项研究并严格遵守研究医生的要求和指示；
- 2 充分了解本项研究的目的、本研究药物的适应症、可能受益和可能发生的不良反应以及可能存在的风险，并获知情同意书副本一份；
- 3 在本研究的整个阶段随时有权退出；
- 4 对受试者的个人资料保密；
- 5 在研究过程中，如果出现严重不良反应，您可随时中止研究并得到适当的治疗。

作为此项研究的管理者及研究者，我们对您能参加本次临床研究表示最诚挚的感谢！

受试者签名：

作为一名患者，我已被充分告知了有关这项研究的上述情况，完全了解本研究的目
的、本研究药物的适应症，我已经知晓将得到的受益和可能发生的不良反应以及可能存
在的风险，我所提出的问题已得到了满意的回答。我自愿参加这项研究，并愿意在研究
中与医师充分合作完成所规定的用药疗程及相关检查。同时，我已经得到一份双方签名
的知情同意书。

患者签名：

日期： 年 月 日

联系电话：

家庭住址：

研究者签名：

我确认已向受试者详尽解释了本临床研究有关内容，包括受试者可能的获益和风
险。

研究者签名：

日期： 年 月 日

联系电话：

基础信息表

姓名		性别		年龄		是否在职	
民族		地区		就诊日期		病程	
初诊胃镜							
初诊病理							
复查胃镜							
复查病理							
基础疾病							

合并用药表

☐ 没有 ☐ 有（自签署知情同意书至结束观察期间所有合并用药）

药物	用药 途径	每日 剂量	开始日期	停止日期	治疗目的

相关理化检查

		治疗前	治疗后
安全指标	血常规		
	尿常规		
	粪常规 隐血OB		
	肝功能		
	肾功能		
	心电图		

备注：正常打√，异常记录。

胃镜征象分度评分表

(无：0分；轻度：1分；中度：2分；重度：3分)

	分度标准	治疗前	治疗后
胃镜征象	无：正常黏膜色泽		
	轻度：红白相间，以白为主，血管网透见，常呈局灶性。		
	中度：红白相间，以白为主，血管网明显可见，常呈弥漫性，黏膜皱襞变平、变浅。B型萎缩范围由胃窦至胃角水平上下。		
	重度：除上述表现外，并见黏膜呈颗粒状或结节状等过度形成表现。B型萎缩范围至胃体中上部。		

病理组织学报告评分表

(无: 0 分; 轻度:1 分; 中度: 2 分; 重度: 3 分)

	分度	特征	治疗前	治疗后
病理组织学	Hp 感染	无	特殊染色片上未见 Hp。	
		轻度	偶见或小于标本全长 1/3 有少数 Hp。	
		中度	Hp 分布超过标本全长 1/3~2/3 或连续性、薄而稀疏地存在于上皮表面。	
		重度	Hp 成堆存在, 基本分布于标本全长。	
	活动性	无	无中性粒细胞浸润	
		轻度	黏膜固有层有少数中性粒细胞浸润。	
		中度	中性粒细胞较多存在于黏膜层, 可见于表面上皮细胞、小凹上皮细胞或腺管上皮内。	
		重度	中性粒细胞较密集, 或除中度所见外还可见小凹脓肿。	
	慢性炎症	无	无炎性细胞浸润。	
		轻度	慢性炎性细胞较少并局限于黏膜浅层, 不超过黏膜层的 1/3。	
		中度	慢性炎性细胞较密集, 不超过黏膜层的 2/3。	
		重度	慢性炎性细胞密集, 占据黏膜全层。	
	腺体萎缩	无	无腺体萎缩	
		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	无	无肠上皮化生	
		轻度	肠化区占腺体和表面上皮总面积<1/3。	
		中度	肠化区占腺体和表面上皮总面积的 1/3~2/3。	
		重度	肠化区占腺体和表面上皮总面积>2/3。	
	异型增生	无	无上皮内瘤变。	
		轻度	细胞核稍大、深染、呈圆形、卵圆形或柱状, 排列较密集为胃型, 上皮细胞呈柱状, 粘液分泌减少; 如为肠型, 杯状细胞减少, 少见潘氏细胞。腺管轻度增生, 管腔稍不规则, 排列稍紊乱和疏密不匀。	
		中度	细胞异型性较明显。细胞核增大, 卵圆或杆状, 大小不一, 浓染密集, 排列较乱, 参差不齐, 呈假复层结构, 核分裂较多。上皮细胞呈柱状, 粘液分泌明显减少, 杯状细胞少见, 不见潘氏细胞。腺管排列较细密, 有分支迂曲, 管腔结构不规则, 形状大小不等。	
		重度	重度: 细胞异型非常明显, 有时与高分化黏膜内皮癌难以区分。上皮细胞成高柱状(肠型), 无杯状细胞和 Paneth 细胞; 或呈现立方形/不定形(胃型), 黏液分泌功能消失。细胞核显著增大, 大小形状不一, 排列紊乱, 参差不齐, 核/胞比例增大, 浓染或疏松网状, 核仁明显, 分裂象常见。腺管结构明显紊乱, 形状大小和排列极不规则, 常见出芽, 分支, 乳头, 共壁及背靠背现象。	

中医证候评分表

中医症状	标准	治疗前	治疗后
胃脘痞满	0分：无症状或体征		
	2分：食后脘痞腹满，半小时内自行缓解		
	4分：食后脘痞腹满，2小时内自行缓解		
	6分：不进食亦整日脘痞腹满		
胃脘疼痛	0分：无症状或体征		
	2分：轻微胃疼，时作时止，不影响工作及休息		
	4分：胃疼可忍，发作频繁，影响工作及休息		
	6分：胃疼难忍，持续不止，常需服止疼药缓解		
纳呆	0分：无症状或体征		
	1分：饮食减少 1/4		
	2分：饮食减少 1/3		
	3分：饮食减少 1/2		
倦怠乏力	0分：无症状或体征		
	1分：肢体稍有疲倦，但可坚持轻体力工作		
	2分：四肢乏力明显，勉强坚持日常活动		
	3分：全身无力，终日不愿活动		
痛处固定	0分：无症状或体征		
	1分：胃痛似有定处		
	2分：痛有定处明显		
	3分：痛处固定不移		
便溏	0分：无症状或体征		
	1分：大便不成形		
	2分：每日大便 2-3 次，呈糊状		
	3分：每日大便 4 次以上，呈糊状		
舌暗	0分：无瘀斑，无齿痕		
	1分：有瘀斑或齿痕		
	2分：有瘀斑且伴有齿痕		
脉象			
总分			

备注：根据患者症状，于相对应空格以“√”表示

中医证候疗效评价标准

注：计算公式(尼莫地平法)：疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

- ①痊愈：临床症状、体征消失或基本消失，症候积分减少 $\geq 95\%$ ；
- ②显效：临床症状、体征明显改善，症候积分减少 $\geq 70\%$ ；
- ③有效：临床症状、体征均有好转，症候积分减少 $\geq 30\%$ ；
- ④无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，症候积分减少不足 30%。

不良事件记录表

不良事件	<input type="checkbox"/> 有（若有请填下表） <input type="checkbox"/> 没有
具体表现	
时间	年 月 日至 年 月 日
停药	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
严重程度	<input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
与试验药物关系	<input type="checkbox"/> 肯定有关 <input type="checkbox"/> 很可能有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关
计入不良反应	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
不良反应程度（若有）	<input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
因不良反应退出	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
因不良事件退出	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
退出日期	年 月 日

脱落病历记录表

病历脱落	<input type="checkbox"/> 是（若是请填下表） <input type="checkbox"/> 否
脱落原因	<input type="checkbox"/> 不良反应 <input type="checkbox"/> 依从性差 <input type="checkbox"/> 自动退出 <input type="checkbox"/> 失访 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他：_____
处理措施	
是否计入统计病历	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
脱落日期	年 月 日

中止研究记录表

中止研究	<input type="checkbox"/> 是（若是请填下表） <input type="checkbox"/> 否
中止原因	<input type="checkbox"/> 病情加剧 <input type="checkbox"/> 出现严重并发症：_____ <input type="checkbox"/> 出现严重不良反应 <input type="checkbox"/> 自动退出 <input type="checkbox"/> 疗程过半症状无好转
是否计入统计病历	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
中止日期	年 月 日

首诊预估症状表

胃脘痞满	0分：无症状或体征	
	2分：食后脘痞腹满，半小时内自行缓解	
	4分：食后脘痞腹满，2小时内自行缓解	
	6分：不进食亦整日脘痞腹满	
胃脘疼痛	0分：无症状或体征	
	2分：轻微胃疼，时作时止，不影响工作及休息	
	4分：胃疼可忍，发作频繁，影响工作及休息	
	6分：胃疼难忍，持续不止，常需服止疼药缓解	
纳呆	0分：无症状或体征	
	1分：饮食减少 1/4	
	2分：饮食减少 1/3	
	3分：饮食减少 1/2	
倦怠乏力	0分：无症状或体征	
	1分：肢体稍有疲倦，但可坚持轻体力工作	
	2分：四肢乏力明显，勉强坚持日常活动	
	3分：全身无力，终日不愿活动	
痛处固定	0分：无症状或体征	
	1分：胃痛似有定处	
	2分：痛有定处明显	
	3分：痛处固定不移	
便溏	0分：无症状或体征	
	1分：大便不成形	
	2分：每日大便 2-3 次，呈糊状	
	3分：每日大便 4 次以上，呈糊状	
舌暗	0分：无瘀斑，无齿痕	
	1分：有瘀斑或齿痕	
	2分：有瘀斑且伴有齿痕	
其他		
其他		
其他		
脉象		

备注：根据患者症状，于相对应空格以“√”表示

7±2天复诊预估症状表

胃脘痞满	0分：无症状或体征	
	2分：食后脘痞腹满，半小时内自行缓解	
	4分：食后脘痞腹满，2小时内自行缓解	
	6分：不进食亦整日脘痞腹满	
胃脘疼痛	0分：无症状或体征	
	2分：轻微胃疼，时作时止，不影响工作及休息	
	4分：胃疼可忍，发作频繁，影响工作及休息	
	6分：胃疼难忍，持续不止，常需服止疼药缓解	
纳呆	0分：无症状或体征	
	1分：饮食减少 1/4	
	2分：饮食减少 1/3	
	3分：饮食减少 1/2	
倦怠乏力	0分：无症状或体征	
	1分：肢体稍有疲倦，但可坚持轻体力工作	
	2分：四肢乏力明显，勉强坚持日常活动	
	3分：全身无力，终日不愿活动	
痛处固定	0分：无症状或体征	
	1分：胃痛似有定处	
	2分：痛有定处明显	
	3分：痛处固定不移	
便溏	0分：无症状或体征	
	1分：大便不成形	
	2分：每日大便 2-3 次，呈糊状	
	3分：每日大便 4 次以上，呈糊状	
舌暗	0分：无瘀斑，无齿痕	
	1分：有瘀斑或齿痕	
	2分：有瘀斑且伴有齿痕	
其他		
其他		
其他		
脉象		

备注：

1、根据患者症状，于相对应空格以“√”表示。

2、如有不良事件，在不良事件记录表中记录。若新增合并用药，在合并用药表记录。

14±2天复诊预估症状表

胃脘痞满	0分：无症状或体征	
	2分：食后脘痞腹满，半小时内自行缓解	
	4分：食后脘痞腹满，2小时内自行缓解	
	6分：不进食亦整日脘痞腹满	
胃脘疼痛	0分：无症状或体征	
	2分：轻微胃疼，时作时止，不影响工作及休息	
	4分：胃疼可忍，发作频繁，影响工作及休息	
	6分：胃疼难忍，持续不止，常需服止疼药缓解	
纳呆	0分：无症状或体征	
	1分：饮食减少 1/4	
	2分：饮食减少 1/3	
	3分：饮食减少 1/2	
倦怠乏力	0分：无症状或体征	
	1分：肢体稍有疲倦，但可坚持轻体力工作	
	2分：四肢乏力明显，勉强坚持日常活动	
	3分：全身无力，终日不愿活动	
痛处固定	0分：无症状或体征	
	1分：胃痛似有定处	
	2分：痛有定处明显	
	3分：痛处固定不移	
便溏	0分：无症状或体征	
	1分：大便不成形	
	2分：每日大便 2-3 次，呈糊状	
	3分：每日大便 4 次以上，呈糊状	
舌暗	0分：无瘀斑，无齿痕	
	1分：有瘀斑或齿痕	
	2分：有瘀斑且伴有齿痕	
其他		
其他		
其他		
脉象		

备注：

1、根据患者症状，于相对应空格以“√”表示。

2、如有不良事件，在不良事件记录表中记录。若新增合并用药，在合并用药表记录。

28±2天复诊预估症状表

胃脘痞满	0分：无症状或体征	
	2分：食后脘痞腹满，半小时内自行缓解	
	4分：食后脘痞腹满，2小时内自行缓解	
	6分：不进食亦整日脘痞腹满	
胃脘疼痛	0分：无症状或体征	
	2分：轻微胃疼，时作时止，不影响工作及休息	
	4分：胃疼可忍，发作频繁，影响工作及休息	
	6分：胃疼难忍，持续不止，常需服止疼药缓解	
纳呆	0分：无症状或体征	
	1分：饮食减少 1/4	
	2分：饮食减少 1/3	
	3分：饮食减少 1/2	
倦怠乏力	0分：无症状或体征	
	1分：肢体稍有疲倦，但可坚持轻体力工作	
	2分：四肢乏力明显，勉强坚持日常活动	
	3分：全身无力，终日不愿活动	
痛处固定	0分：无症状或体征	
	1分：胃痛似有定处	
	2分：痛有定处明显	
	3分：痛处固定不移	
便溏	0分：无症状或体征	
	1分：大便不成形	
	2分：每日大便 2-3 次，呈糊状	
	3分：每日大便 4 次以上，呈糊状	
舌暗	0分：无瘀斑，无齿痕	
	1分：有瘀斑或齿痕	
	2分：有瘀斑且伴有齿痕	
其他		
其他		
其他		
脉象		

备注：

- 1、根据患者症状，于相对应空格以“√”表示。
- 2、如有不良事件，在不良事件记录表中记录。若新增合并用药，在合并用药表记录。

56±2天复诊预估症状表

胃脘痞满	0分：无症状或体征	
	2分：食后脘痞腹满，半小时内自行缓解	
	4分：食后脘痞腹满，2小时内自行缓解	
	6分：不进食亦整日脘痞腹满	
胃脘疼痛	0分：无症状或体征	
	2分：轻微胃疼，时作时止，不影响工作及休息	
	4分：胃疼可忍，发作频繁，影响工作及休息	
	6分：胃疼难忍，持续不止，常需服止疼药缓解	
纳呆	0分：无症状或体征	
	1分：饮食减少 1/4	
	2分：饮食减少 1/3	
	3分：饮食减少 1/2	
倦怠乏力	0分：无症状或体征	
	1分：肢体稍有疲倦，但可坚持轻体力工作	
	2分：四肢乏力明显，勉强坚持日常活动	
	3分：全身无力，终日不愿活动	
痛处固定	0分：无症状或体征	
	1分：胃痛似有定处	
	2分：痛有定处明显	
	3分：痛处固定不移	
便溏	0分：无症状或体征	
	1分：大便不成形	
	2分：每日大便 2-3 次，呈糊状	
	3分：每日大便 4 次以上，呈糊状	
舌暗	0分：无瘀斑，无齿痕	
	1分：有瘀斑或齿痕	
	2分：有瘀斑且伴有齿痕	
其他		
其他		
其他		
脉象		

备注：

1、根据患者症状，于相对应空格以“√”表示。

2、如有不良事件，在不良事件记录表中记录。若新增合并用药，在合并用药表记录。

84±2天复诊预估症状表

胃脘痞满	0分：无症状或体征	
	2分：食后脘痞腹满，半小时内自行缓解	
	4分：食后脘痞腹满，2小时内自行缓解	
	6分：不进食亦整日脘痞腹满	
胃脘疼痛	0分：无症状或体征	
	2分：轻微胃疼，时作时止，不影响工作及休息	
	4分：胃疼可忍，发作频繁，影响工作及休息	
	6分：胃疼难忍，持续不止，常需服止疼药缓解	
纳呆	0分：无症状或体征	
	1分：饮食减少 1/4	
	2分：饮食减少 1/3	
	3分：饮食减少 1/2	
倦怠乏力	0分：无症状或体征	
	1分：肢体稍有疲倦，但可坚持轻体力工作	
	2分：四肢乏力明显，勉强坚持日常活动	
	3分：全身无力，终日不愿活动	
痛处固定	0分：无症状或体征	
	1分：胃痛似有定处	
	2分：痛有定处明显	
	3分：痛处固定不移	
便溏	0分：无症状或体征	
	1分：大便不成形	
	2分：每日大便 2-3 次，呈糊状	
	3分：每日大便 4 次以上，呈糊状	
舌暗	0分：无瘀斑，无齿痕	
	1分：有瘀斑或齿痕	
	2分：有瘀斑且伴有齿痕	
其他		
其他		
其他		
脉象		

备注：

- 1、根据患者症状，于相对应空格以“√”表示。
- 2、如有不良事件，在不良事件记录表中记录。若新增合并用药，在合并用药表记录。

文献综述

慢性萎缩性胃炎中医治疗进展

摘要：慢性萎缩性胃炎是因胃黏膜上皮反复遭受损害而导致腺体萎缩。以上腹痛、腹胀、早饱，或嗝气、反酸等为主要症状。其有着癌变率高的特点，目前现代医学多以对症治疗为主，而中医药在改善胃胀、胃痛等临床症状和病理状态方面有独特优势，且不良反应少。

关键词：慢性萎缩性胃炎，胃癌，中医，综述

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG）以上腹痛、腹胀、早饱，或嗝气、反酸等为主要症状，其发生是因胃黏膜上皮反复遭受损害腺体萎缩^[1]。CAG的内镜检出率在我国已经达到13.8%，并且随着年龄增长，发病率逐渐增高，尤其在51~60岁的成年人中检出率可达一半以上^[2,3]。临床上治疗多以根除幽门螺旋杆菌（*Helicobacter pylori*, Hp），促胃动力，保护胃黏膜为主，最佳的根除Hp时间是在未发生癌前病变时^[4]。但因Hp感染可能毫无症状，故许多患者在就诊时就已发展为CAG，而根除Hp虽可以预防萎缩性胃炎，却难以逆转已经发生的萎缩^[5]。现代医学对于逆转萎缩束手无策，而中医治疗在这方面具有显著优势，研究发现，中医中药在治疗CAG的过程中，不仅可以改善患者的临床症状，亦可改善胃黏膜的病理情况，且不良反应少，复发率低。因此，对中药治疗CAG的疗效进行评估并在临床推广，既帮助患者减轻痛苦，又发扬祖国医学优势。

1 病因病机研究

CAG发病原因复杂，但总不离内外协同，外有六淫之邪、药食损伤、起居失常、劳倦过度等，内因则责之体质禀赋、情志失调、久病缠绵等。致病之因众多，其病机则有迹可循。

1.1 脾胃虚弱

脾胃中土，气血化生本源，亦是全身气机升降之枢纽，早在《杂病源流犀烛》中就有记载：“痞满，脾病也，本由脾气虚……”又有《证治汇补》言：“大抵心下痞闷，必是脾胃受亏。”可知脾胃虚弱即是胃脘痞满的根本病机，脾胃亏损，中气必虚，虚则清气不升，浊气难降，壅塞于胃脘中焦。

1.2 血络瘀阻

巢元方在《诸病源候论》中写道：“血气壅塞不通而成痞也”。阳明胃者，多气多血，气血调则运化畅，而 CAG 本是缠绵难愈之病，病程长，病情反复，久病则多虚多瘀。《读医随笔》也提到：“气虚不足以推血，则血必有瘀。”故可知血瘀作为病机，并非是整个疾病发展的本源，其多以病理产物存在，但随着疾病发展日久，血瘀逐渐转化为影响 CAG 发生发展的关键病机。

1.3 湿热内阻

《兰室秘藏》中云：“膏粱之人，湿热郁于内而成胀满者”。现代人生活水平提高，饮食多喜肥甘厚味，此类者最易酿生湿热，尤以夏季之时，烧烤、小龙虾、各类海鲜应接不暇，又兼长夏时节，外有湿热之邪，内食湿热之物。《脾胃论》亦言：“湿胜则食不消而作痞满。”湿邪本是重浊，最易阻滞气机，不仅是气机升降失调，导致痞胀，又使本病缠绵难愈，湿热蒸灼血络，更使胃体萎缩发病。

1.4 胃阴不足

叶天士认为：“肺胃津液枯，因燥而致痞。”提出痞病的关键病机在于阴液不足，人体五脏以阴液濡养，若津液亏少，则无以濡养胃体，久致腺体萎缩，更遑论胃本是喜润恶燥，著名国医大师周仲瑛亦采用养阴和胃之法，疗效甚佳^[6]。

1.5 情志不畅

《景岳全书》言：“胃脘痛症……惟气滞者最多。”气机郁滞，肝胃先受。现代人精神压力大，或就业，或升学，或经济等压力，常使精神紧张，心情不畅，则气机不能条达。肝气郁结首先传脾，《类证治裁》提到：“气郁脘痛，必攻刺胀满。”故可情志不畅亦是引起胃脘痛、痞满的主要病机。

2 中医对慢性萎缩性胃炎的治疗

古代文献中并无“慢性萎缩性胃炎”这一病名，最早则见于《黄帝内经》中的“心胃生寒，胸膈不利，心痛、否满。”此处心痛、否满，乃指胃脘疼痛、痞满。CAG 患者临床上或无症状，或表现出胃痛、胃胀、反酸等消化不良症状，现代医家根据其相应的临床症状，将其归属于“胃痛”、“痞满”、“嘈杂”等范畴，在第三次脾胃学术会议上，正式将以“胃脘痞满”症状为主的慢性胃炎定义为“胃痞病”，而 1997 年《中医诊疗术语中》则规定“胃痞”即指“CAG”。

2.1 一般治疗

主要以避开诱因和调整饮食结构、改变生活方式为主。目前虽无确切证据证明饮食与 CAG 存在因果关系,但改变饮食习惯和调整生活方式仍然是 CAG 治疗的不可或缺的一部分。同时要尽量避免药物对胃黏膜的损害(如非甾体类抗炎药, NSAIDs),养成良好的饮食生活习惯,重视饮食健康,保持卫生,规律进食,多食新鲜蔬果,戒烟酒、浓茶等,避免暴饮暴食或过饥节食,同时要尽量少食辛辣油腻等刺激胃黏膜,加重消化负担的食物。

2.2 经典方

经典方有着丰富的理论承载,又经过长时间的临床实践发展,选用经方加减治疗效果卓越,是目前中医治疗常见的一种手段。南京中医专家韩璐^[7]等以温中健脾为核心,使用用黄芪建中汤配合温针灸治疗脾胃虚寒型 CAG,不仅症状、胃镜征象均有改善, Hp 根除率明显高于胃复春,总有效率达到了 92.5%。杨静波^[8]等使用乌梅丸进行治疗,观察治疗前后血清炎症指标及免疫功能,发现乌梅丸对 CAG 的抗炎效果显著,极大缓解了患者的胃部不适症状。金勋^[9]则采用旋覆代赭汤加减调和脾胃,不仅改善了患者的临床症状,又减轻了根除 Hp 的副作用。

2.3 自拟方

中医经过多年传承发展,许多医家结合当地特点和临床经验,不断探索加减,自拟针对 CAG 的方剂,疗效颇佳。邹桂芝观察武汉著名中医郝建军治疗 CAG 的经验,发现其自拟的香丹和胃饮能够明显改善患者的症状,甚至逆转病理变化^[10]。袁敏惠^[11]等认为 CAG 的治疗关键在于恢复脾阳,使用温胃散寒汤治疗 12 周后,无一例患者发生不良反应,且临床症状和病理均明显改善。

单静喜^[12]则使用自拟的脾宁方汤剂与胃苏颗粒对比,结果服用脾宁方的治疗组胃酸分泌减少,胃痛、吐酸等不适均明显好转,因此脾宁汤能够调节胃酸分泌、修复胃黏膜,降低胃肠道刺激。

陈春妃^[13]认为脾胃虚弱是 CAG 最常见的证型,故自拟了益气健脾方并进行临床观察研究,结果除了临床主观症状好转以外,各项炎性指标水平如 CRP、IL-6、TNF- α ,均明显降低,且有安全性高的优势。

2.4 中西医结合

中西医结合治疗是现代医学和祖国医学共同发展、交叉的成果，也是患者更倾向于接受的治疗模式，渐渐成为了治疗趋势。杨进等^[14]使用叶酸结合中医辨证治疗，疗效优于单纯使用中药。

宋敏^[15]将 120 例 CAG 患者随机分为对照组和观察组各 60 例。对照组给予兰索拉唑肠溶片，观察组患者在对照组治疗基础上加服香砂养胃丸。结果采用香砂养胃丸联合兰索拉唑治疗的患者不仅疗效显著，兰索拉唑的不良反应也大大降低了。

姚春和^[16]则使用替普瑞酮与理中汤加味，发现中西药联用减轻了患者的氧化应激水平，既改善患者不适，又降低了胃动素、胃泌素含量，血浆中低生长抑素状态也得到了纠正，总有效率达到 96.30%。

2.5 中成药

中成药不仅有携带方便，服法简单等优势，更是不能接受中药味苦患者的福音，成为大众用药首选。何旭东^[17]使用摩罗丹联合维生素 E 治疗 CAG，临床症状缓解达到了 90.7%，甚至改善了低级别上皮内瘤变程度。

谢姐^[18]则使用荆花胃康胶丸和摩罗丹联合治疗老年 CAG，发现治疗组患者的症状，Hp 根除率以及病理改善程度均比西药组显著 ($P<0.05$)。

刘润^[19]在西药组莫沙必利的基础上联用胃复春片。结果：发现联用后的有效率达 97.6%，且患者的血清学指标明显下降。

2.6 非药物治疗

非药物治疗时中医治疗的特色之一，其种类形式多样，除了大众熟知的针刺、艾灸以外，推拿、拔罐、耳穴等也逐渐流行。非药物治疗没有中药熬煮的不便，治疗方便快捷，临床医师身上可以常备针具，对于患者的不适能够马上施治，深受群众信赖，因此也成为众多医家倾向的手段。曹雯^[20]等将 100 例患者随机分成对照组和观察组，观察组在西药组常规治疗基础上加用隔姜灸，发现改善临床症状和萎缩改善疗效均优于单纯口服药 ($P<0.05$)。

张迪^[21]则使用合募配穴艾灸法治疗，总有效率为 93.8%，且经随访观察，复发率也明显降低。

唐铭津^[22]使用针灸治疗与常规西药做对比，结果观察组有效率 92.0%，对照组有效率 76.0%，两者差异显著。

综上所述, CAG 已是公认的胃癌前疾病, 如不采取有效的治疗措施, 极易引起癌变。目前现代医学虽有多种方式暂时缓解相关症状, 但在改善萎缩病理方面仍无计可施。而中医药整体观念、辨证施治已有千年历史, 大量的文献研究表明了中医药治疗 CAG 存在显著的优势, 无论是汤液、中成药, 亦或是针灸等祖国传统疗法, 无一不昭示着中医中药的优良疗效。且大量研究发现在治疗中加用中药还能减轻西药的副作用, 降低不良反应, 故中医药治疗 CAG 值得发展、推广。

参考文献

- [1]莫剑忠,江石湖,萧树东.江绍基胃肠病学[M].2版.上海:上海科学技术出版社,2014:155-156.
- [2]黄红兵.慢性萎缩性胃炎从肾辨治 80 例临床观察.现代保健·医学创新研究,2008,5(20):99-100.
- [3]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(1):152-154.
- [4]Kodama M,Murakami K,Okimoto T,et al.Ten-year prospective follow-up of histological changes at five points on the gastric mucosa as recommended by the updated Sydney system after Helicobacter pylori eradication[J].Journal of Gastroenterology,2012,47(4):394-403.
- [5]房静远,杜奕奇,刘文忠等.中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [6]高尚社.国医大师周仲瑛教授治疗慢性萎缩性胃炎验案赏析[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(03):4-6+14.
- [7]韩璐,李欣,吴义琴.黄芪建中汤合温针灸治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎 40 例[J].中国临床研究,2017,30(12):1697-1698+1701.
- [8]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.
- [9]金勋.旋复代赭汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 30 例临证观察[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(89):17579-17580.
- [10]邹桂芝.香丹和胃饮治疗气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎临床观察[D].湖北中医药大学,2018.
- [11]袁敏惠,马小兵.温胃散寒汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].现代中医药,2018,38(06):84-87.
- [12]单静喜.脾宁方治疗慢性萎缩性胃炎患者的临床观察[J].中国医药指南,2018,16(30):14-15.
- [13]陈春妃.益气健脾方治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证患者临床疗效及安全性观察[J].现代消化及介入诊疗,2018,23(04):509-511.
- [14]杨进,赵新鲜,刘先勇.叶酸联合中药治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].中国继续医学教育,2018,10(29):152-154.
- [15]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.
- [16]姚春和,李伟.理中汤加味联合替普瑞酮胶囊治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对血浆生长抑素、胃泌素含量水平的影响[J].四川中医,2017,35(12):117-120.
- [17]何旭东,龚芸,胡阳黔等.摩罗丹联合维生素 E 对慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变的临床疗效[J].临床消化病杂志,2017,29(05):294-296.
- [18]谢姐.荆花胃康胶丸联合摩罗丹治疗老年慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染临床疗效及对胃镜组织学的影响[J].河北医学,2017,23(03):412-415.

- [19]刘润,张黎红.胃复春片联合莫沙必利片治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(09):1195-1197.
- [20]曹雯,张靖娟.隔姜灸治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].福建中医药,2018,49(05):21-22.
- [21]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.
- [22]唐铭津.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(54):153.[18]谢姐.荆花胃康胶丸联合摩罗丹治疗老年慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染临床疗效及对胃镜组织学的影响[J].河北医学,2017,23(03):412-415.
- [19]刘润,张黎红.胃复春片联合莫沙必利片治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(09):1195-1197.
- [20]曹雯,张靖娟.隔姜灸治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].福建中医药,2018,49(05):21-22.
- [21]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.
- [22]唐铭津.针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(54):153.

致 谢

写到这里才恍然发觉研究生生涯已然到达终点，三年如弹指一挥，又不免感慨感动。特别感谢我的导师黄伟荣副教授，三年时光里，把我们当成自己孩子般悉心教导，无论是学术经验，亦或是为人处世，毫无保留，循循善诱。临床思维的形成、与病人的沟通交流、课题的圆满完成等，都离不开老师的指导和帮助，谢谢您！

感谢我的师兄孙少帅和好朋友邱琳，总是在我消极挫败的时候给我鼓励和支持，在我困惑不解的时候给我帮助。感谢我的同门、师妹、和我的室友们，陪伴我一起学习和生活，共同度过美好难忘的三年。感谢中医院消化内科全体老师对我的帮助和指导，感谢所有带教老师的耐心教导和言传身教，让我深深感受到医学永无止境，当主动进取，勤学多练，方不辜负医师之名。

感谢我的家人对我无条件的支持和鼓励，让我专心求学，感谢你们的耐心和包容。

感谢在奋战疫情之时抽出时间评阅本文的专家老师们，感谢您的付出。同时对在本文中被引用文献资料的专家、学者致以诚挚的谢意！

作者简历

1.一般情况：周婉迎，女，汉族，1993 年 10 月，福建晋江。

2.学习经历：

2012.9—2017.7 福建中医药大学中医学专业本科毕业，获学士学位；

2017.7—2020.7 福建中医药大学中医内科学专业，攻读中医硕士专业学位。

3.工作经历：

无。

4.在校攻读期间参加科研项目：

无。

5.在校攻读期间发表学术论文：

周婉迎.黄伟荣老中医治疗胃痞经验,福建中医药,2019,50(增刊):164-165

6.在校攻读期间申请专利：

无。

7.在校攻读期间获奖情况：

奖学金，研究生入学奖学金,二等奖，福建中医药大学，2017-2018 学年，周婉迎

奖学金，研究生优秀奖学金,三等奖，福建中医药大学，2018-2019 学年，周婉迎

学位论文质量承诺及原创性声明

本人郑重声明：所提交的学位论文已按答辩专家意见进行认真修改，文字和图表均无错误，内容真实可靠，论文书写和格式符合学校相关规定。本学位论文是在导师的指导下，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研究成果。对本文的研究做出贡献的个人和集体，均已在文中作了明确说明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名：周晓迎

签字日期：2020年 6月 30日

学位论文版权使用授权书

本人完全了解福建中医药大学有关保留和使用学位论文的规定，即：研究生在校攻读学位期间论文工作的知识产权单位属福建中医药大学所有。同意学校保留并向有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许学位论文被查阅和借阅。本人授权福建中医药大学可以公布学位论文的全部或部分内容，并编入有关数据库进行检索，可以允许采用任何手段保存、汇编学位论文（保密的学位论文在解密后遵守此规定）。

1、本学位论文属于（必须在以下相应方框内打“√”，否则一律按“公开论文”处理）：

（1）保密论文：☐ 本学位论文属于保密，在_____年解密后适用本授权书。

（2）公开论文：☒ 本学位论文不属于保密范围，适用本授权书。

2、是否同意授权以下单位（必须在相应方框内打“√”，否则一律按“同意授权”处理），未经授予的单位不得转载：

☒ 同意授权 ☐ 不同意授权

清华大学“中国学术期刊(光盘版)电子杂志社”☒ 立即/☐ _____年后将本人学位论文进行电子和网络出版，并编入 CNKI 系列数据库（《中国优秀博硕士学位论文全文数据库》和《中国知识资源总库》），同时本人保留在其他媒体发表论文的权利。

本人签名：周晓迎

签字日期：2020年 6月 30日

导师签名：郭伟军

签字日期：2020年 6月 30日