

# 慢性萎缩性胃炎的中西医研究概况

金登卫<sup>1</sup> 李军茹<sup>2</sup> 李 强<sup>2\*</sup>

1. 青海大学, 青海 西宁 810000; 2. 青海省中医院, 青海 西宁 810000

**【摘 要】** 近年来中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎具有独特优势, 可有效延缓疾病进展、预防癌前病变发生, 在慢性萎缩性胃炎的病因病机、治疗方法方面研究有一定进展, 本文对近年来中西医对该病的认识、病因病机、治疗方面进行综述。

**【关键词】** 慢性萎缩性胃炎; 中西医结合; 研究概况

**【中图分类号】** R573.3<sup>+</sup>2

**【文献标志码】** A

**【文章编号】** 1007-8517 (2021) 21-0072-04

慢性萎缩性胃炎 (Chronic atrophic gastritis, CAG) 是临床常见的一种消化系统疾病, 具有病程长、反复性强等特点, 治愈困难, 极易反复发作, 且容易癌变, 治疗较为棘手, 世界卫生组织将其列为胃癌前状态, 尤其同时伴有肠上皮化生或不典型增生患者, 发生癌变的可能性更大, 对患者健康生活造成严重影响<sup>[1]</sup>。在 CAG 的治疗方面, 西医主要以保护胃粘膜、抑制胃酸分泌、护胃、抗炎为主, 单纯的西医治疗方案, 都可以快速改善胃部不适的症状, 但是对于 CAG 的预后、复发及癌变, 并没有有效的干预措施, 而且长时间的三联或者四联西医治疗方案, 还可能出现机体对抗生素产生耐药现象, 情况严重的可能出现胃腺体异常增生<sup>[2]</sup>。针对这一情况, 就使得临床及科研工作者开始转变治疗思路, 从单一的西医治疗方案向中医中药或者中西并重的方案探索。

## 1 慢性萎缩性胃炎的中医研究概况

### 1.1 中医对慢性萎缩性胃炎的认识

1.1.1 病名释译 中医学是根据症状命名的《黄帝内经》将本病定义为“痞满”“痞逆”“痞痛”。《灵枢经脉》云“脾足太阴之脉……胃脘痛, 腹胀, 善噫”, 将本病定义为“胃脘痛”。《伤寒论》中提出“满而不痛者, 将此病意为痞”, 并在病机诊疗等方面做了详细论述, 至今仍然有重要的指导作用。《诸病源候论》将本病概括为“诸

痞”。《景岳全书》定义本病为“痞满”。现代医学根据 CAG 临床表现出的症状, 故将其归属为“胃脘痛”“痞证”“反胃”“吐酸”范畴。

1.1.2 病因病机 CAG 早期主要以脾胃症状为主, 以实邪为主, 后期可累及肝、肾, 可出现虚实夹杂之候<sup>[3]</sup>, 病理产物为瘀、毒。

1.1.2.1 后天之本亏虚, 中焦枢纽失司 脾为太阴湿土, 胃为阳明燥土, 为水谷之海, 化生气血精微、奉养全身五脏百骸, 纳运相得, 为后天之本, CAG 发病之初病邪多为实邪, 随着病情的进展, 逐渐出现虚实夹杂, 导致纳运失济, 气血精微生化乏源, 无以奉养五脏百骸, 表现出中焦枢纽失司之候, 王常琦老中医提出“脾胃虚百病生”, 指出后天之本亏虚是 CAG 发病的关键所在, 在治疗疾病中应注意扶助后天, 保持中焦枢纽畅通<sup>[4]</sup>。

1.1.2.2 气血不畅, 毒瘀互结 血为气之母, 气为血之帅, 肝主升、肺主降, 形成的龙虎循环为人体气机通路, 但是脾主升、胃主降, 一升一降, 是人体气机的枢纽, 张凤武认为 CAG 的发病主要是因为中焦气机不畅、枢纽郁结, 气机因郁致病<sup>[5]</sup>。《内经》有“六腑传化物而不藏”, 胃以降为补、脾以升为健; 气血相辅相成, 假使中焦脾气亏虚, 日久势必会出现气虚无力推动血行, 进而出现瘀血留滞; 血停气滞, 气滞则阳气不达, 造成寒、湿、痰、浊等实邪困阻中焦; 简言之病邪的属性为实为虚, 都将影响中焦气机畅达, 减

基金项目: 2020 年青海省卫生健康委 重点课题 (2020-wjzd-10)。

作者简介: 金登卫 (1992-), 男, 汉族, 硕士研究生在读, 研究方向为中医药治胃病的临床研究。E-mail: 997616867@qq.com

通信作者: 李强 (1975-), 男, 汉族, 本科, 主任医师, 研究方向为五运六气临床应用。E-mail: 274661749@qq.com

弱脾胃对水谷食物的消化吸收及化生气血、精微奉养全身的作用。周素芳认为该病属本虚标实,虚在于脾胃虚弱,实在于气滞、热毒、血瘀<sup>[6]</sup>。姚乃礼教授认为该病的病机演变为由气入血络,毒邪侵犯,损伤胃络是病情恶化的重要因素。病机变化规律表现为从脾胃亏虚到胃络瘀阻再到毒损胃络,即因虚致瘀,蕴久化毒<sup>[7]</sup>。王道坤认为脾胃虚弱,纳运失常是主要病因病机;气机升降失常是主要病机特点;痰瘀互阻,毒邪侵袭是进一步发展甚至恶化的主要因素<sup>[8]</sup>。

## 1.2 慢性萎缩性胃炎的中医论治

1.2.1 单味中药或中药汤剂论治 近年来中医中药针对患者自身情况进行辨证论治,且总有效率高、安全性高等优势促使中医药治疗本病成为研究热点。张世洋等<sup>[9]</sup>在人参、白术有效组分群对慢性萎缩性胃炎大鼠口腔、肠道菌群的影响动物实验中得出人参、白术有效组分群对慢性萎缩性胃炎大鼠有良好的保护作用,可缓解胃黏膜萎缩;龙华晴等<sup>[10]</sup>将大鼠分为模型组、正常组、西洋参醇提物组,结果显示西洋参醇提物对 CAG 模型大鼠具有良好的治疗作用,减轻体质量丢失,减轻胃黏膜萎缩和肠化生。杨小春等<sup>[11]</sup>认为 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎多为脾胃虚寒证,提出黄芪通络汤辅助治疗脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎,治疗后两组中医证候积分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ),观察组中医证候积分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。杨小静等<sup>[12]</sup>运用香砂六君子汤治疗 CAG,结果显示中药组有效率为 92.5% 高于西药组有效率 67.5%。单味中药或中药汤剂是治疗各类疾病的首选方法,其起效快,费用低廉,是治疗慢性萎缩性胃炎的优选方案。

1.2.2 针灸、埋线疗法论治 岳鹏<sup>[13]</sup>用针刺联合穴位埋线治疗 CAG,结果显示两组中医证候积分、萎缩、肠上皮化生、异型增生、慢性炎症评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ),且观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ ),观察组总有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。章海凤等<sup>[14]</sup>运用热敏灸大鼠模型“中脘”穴,结果显示热敏灸“中脘”穴可能通过上调血清 GH、PG I 表达改善 CAG 大鼠胃黏膜形态。石艳芬等<sup>[15]</sup>运用益气疏肝方合穴位埋线辅助治疗 Hp 阳性 CAG 肝郁气滞证可有效缓解消化道症状,促进黏膜修复,抑制黏膜炎性损伤,调节胃肠激素和细胞免疫功能,提高 Hp 根除效果。马林等<sup>[16]</sup>采用穴位埋线治疗 CAG,结果显示穴位埋线可以

改善肝胃不和型慢性萎缩性胃炎患者的主要症状并提高生存质量。黄艳等<sup>[17]</sup>运用隔药饼灸、电针治疗 CAG 模型大鼠,结论显示隔药饼灸、电针和西药干预 CAG 的外周血差异表达基因的数量不同,西药较针灸改变 CAG 的差异基因数目少,且能上调 PGI、PCR 水平,从而增加了 HP 清除率,使得症状改善。综上所述研究可知针灸、埋线疗法对 CAG 胃黏膜损害的修复作用优于西药治疗组,且毒副作用小,体现了针灸、埋线疗法治疗 CAG 的独特优势。

## 2 慢性萎缩性胃炎的西医研究概况

2.1 病因及发病机制 慢性萎缩性胃炎 (CAG) 是以胃黏膜上皮以及腺体萎缩、黏膜肌层增厚等为特征,是消化系统难治性疾病之一<sup>[1]</sup>。目前普遍认为,CAG 发病机制主要为幽门螺杆菌 (Hp) 感染、环境因素等均可导致机体胃黏膜表面损害,胃分泌腺体萎缩以及胃酸分泌减少,从而导致胃消化功能减弱等<sup>[18]</sup>。此外十二指肠液反流、或外源性因素,如长时间应用非甾体抗炎药 (NSAIDs) 等药物、酗酒、刺激性及高盐饮食等均可对胃黏膜生损伤作用<sup>[19]</sup>。

2.1.1 幽门螺旋杆菌 (Hp) 与 CAG 幽门螺旋杆菌 (Hp) 附着于胃窦黏液层,在黏液层与胃窦黏膜上皮细胞表面定居,产生氨类物质,中和胃酸,使之创造有利于其繁殖的微环境,促进上皮炎症介质释放<sup>[20]</sup>,能对胃黏膜造成损伤作用,造成胃黏膜的慢性炎症反应,甚至萎缩、化生及异型增生等<sup>[21]</sup>,由于萎缩性胃炎通常发生在多个部位,在萎缩早期单纯依靠胃镜及活检来判断萎缩性胃炎的程度是非常困难的,此时, Hp 感染就成为胃癌发生的重要危险因子和主要病因。Chun - Hua Wang 等<sup>[22]</sup>通过观察 286 组典型病例中发现,绝大部分的 CAG 活动期的胃黏膜中都发现存在 HP 感染。所以,控制 Hp 感染是预防慢性萎缩性胃炎发病、恶性病变的重要因素<sup>[23]</sup>。

2.1.2 十二指肠液反流与 CAG 由于消化道手术病史或胆囊疾病病史等,大量胆汁、胰液长期反流入胃对胃黏膜产生的持续性学损伤导致了慢炎症的发生<sup>[24]</sup>。有研究<sup>[25]</sup>表明吸烟可以降低幽门口括约肌的张力,导致幽门开放时间延长,加重患者的反流症状。

2.1.3 外源性因素与 CAG 研究<sup>[26]</sup>表明长期服用 NSAIDs 类药物,会对胃黏膜产生反复的刺激损伤作用,降低胃黏膜屏障的防御保护机能,使胃黏

膜处于持续不愈的慢性炎症损伤状态。长期大量酗酒可产生对胃黏膜具有损伤作用的介质因子,并可导致胃、十二指肠的运动功能失调,使胃排空时间延迟,影响胃酸分泌,增加了胃酸潴留对胃黏膜的损伤作用<sup>[27]</sup>。此外,长期过食辛辣刺激食物或摄入过量食盐等不良生活习惯都会影响肠胃的消化吸收功能,并对胃黏膜造成反复的损伤作用<sup>[28]</sup>。以上这些因素可各自或与 Hp 感染起协同作用。

2.1.4 环境因素与 CAG 有研究<sup>[29]</sup>表明长期生活在高原缺氧环境中的居民会因为自由基代谢失衡而导致集体出现过早的衰老和身体机能的改变。而这部分地区多发胃部疾病的原因是因为超氧自由基在铁离子存在的情况下会与过氧化氢产生相互作用而产生的对身体有损害的羟自由基。有研究<sup>[30]</sup>表明患有慢性萎缩性胃炎的患者身体中的脂质过氧化物明显要比平常人高,由此可知氧自由基清除剂可以在一定程度上保护胃黏膜。

2.2 西医治疗 应以减轻患者的临床症状和改善胃黏膜组织学的炎症表现为主要目的,尽可能全面掌握发病原因,并采取有针对性的个体化治疗。

2.2.1 一般调护治疗 饮食上的调治对 CAG 缓解临床症状以及减少愈后复发次数起到极其重要的作用。少吃刺激胃黏膜损伤的食物和煎炸品。不饮浓茶及咖啡,戒烟忌酒。可引起胃黏膜损伤的药物都应慎用或禁用。同时要培养良好的饮食方式,尽量实行家庭分餐制,以预防 Hp 的相互传染。此外,合理安排作息时间,适当运动,保持良好的精神心理状态有利于机体的调摄。

2.2.2 根除 Hp 治疗 Hp 可通过多种途径产生直接和间接损伤作用,2015 年国际诊疗共识已将 Hp 感染定义为传染性疾病,主张积极根除治疗。研究发现,通过积极的杀菌治疗可以有效改善胃炎症状,胃炎的病情变化和 Hp 感染密切相关<sup>[31]</sup>。根除 Hp 治疗可以改善 CAG 的病理表现<sup>[32]</sup>,甚至还能够阻止或延缓胃黏膜的萎缩以及异型增生的发生发展,降低癌变发生几率,以预防胃癌的发生发展<sup>[33-34]</sup>。故临床上经相关检查确诊为 Hp 感染阳性的 CAG 患者无论是否有临床症状及并发症,除外特殊因素不可抗衡外,均应推荐采取根除 Hp 的方案<sup>[35]</sup>。

2.2.3 抑酸或抗酸治疗 此法主要适用于以反酸、胃脘部热感和饥饿疼痛等症明显的患者。根据患者症状的轻重差别,可对抗酸药、H<sub>2</sub> 受体拮抗剂或者 PPI 等不同类别药物进行选择应用。因 PPI 较其它抑酸剂抑酸时效更为持久,作用效果更突出

等优点,可首选作为治疗泌酸过多具有相关性的多种消化系统疾病的药物。如需长期服用 PPI,还应遵循个体化原则,全面评估其获益与风险性。长时间服用 PPI 可增加发生 CAG 肠上皮化生的发生几率<sup>[36]</sup>。所以临床应用 PPI 治疗,应根据患者病情轻重程度的不同及是否合并其它疾病,结合不同 PPI 的药动学特点,合理选用。

2.2.4 促胃肠动力 此法适用于上腹部饱胀或重压感、恶心呕吐等胃肠排空弛缓症状,或见口苦而存在胆汁反流的患者。临床中常用的如莫沙必利等促胃肠动力药等不仅能够增强胃十二指肠的排空以缓解饱胀感等不适症状,还可以通过减少胆汁反流而对受损黏膜起到保护作用<sup>[37]</sup>。此外,消化不良症状明显者,还可合用消化酶制剂促进饮食物的消化和吸收<sup>[38]</sup>。

### 3 慢性萎缩性胃炎的中西医结合治疗

3.1 中药汤剂联合四联疗法论治 张静等<sup>[39]</sup>运用血府逐瘀汤联合西医四联疗法治疗 CAG,结论显示血府逐瘀汤联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的效果显著优于单用四联疗法。梁平<sup>[40]</sup>运用疏肝和胃汤联合四联疗法治疗 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎,结论显示观察组治疗 1 年后 Hp 根除率为 89.55% 明显高于对照组根除率 (76.12%)。经上述研究可知中西医结合治疗 CAG 能够有效地改善 CAG 的临床症状,提高临床治疗疗效。

3.2 中西医结合联合针灸疗法论治 陈伟军等<sup>[41]</sup>运用针刺联合西医治疗 CAG,治疗 2 年后随访临床疗效,结果显示针药治疗组总有效率为 88.71%,一般治疗组总有效率 74.19%,可以明显发现针药联合组疗效高于一般治疗组。江瑞等<sup>[42]</sup>在西医四联疗法基础上给予中药内服联合隔姜艾灸治疗,结果显示中药内服联合隔姜艾灸治疗 CAG 伴肠化患者疗效显著,可有效改善患者临床症状,降低炎性反应,保护胃黏膜,改善胃黏膜萎缩及肠化,促使 Hp 转阴。综上所述研究可知中西医结合联合针灸疗法,不仅疗效明显,而且价格低廉,副作用小,具有临床实用价值,值得推广应用。

### 4 小结

综上所述,中西医结合治疗 CAG 具有独特优势,疗效显著,可明显缓解患者临床症状,较单纯西医单纯对症治疗,毒副作用更少、临床疗效更优、发展空间更广。但是,现阶段中西医对于

CAG 的研究仍有许多不足,诸如中医辨证分型过杂,疗效评价没有统一标准,治疗前后所取活检组织难以准确定位,存在治疗结果判定的差异,此外治疗疗程不一致,相互之间缺乏可比性,治疗结束后随访不够。临床科研设计不够严谨,许多临床观察不设对照组,更少提及盲法设计,且目前对于本病的研究以临床研究为主,基础实验研究进行较少。今后应该加强基础实验研究,从细胞、分子、基因等多层次多角度的研究中西医结合治 CAG 的作用机制,为中西医结合治疗 CAG 奠定理论基础。

#### 参考文献

- [1] 魏玮,杨洋.慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J].中医杂志,2016,57(1):36-40.
- [2] 张森,杨沈秋,孙兴华,等.参芪健胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(16):1460-1463.
- [3] 周仲英.普通高等教育十二五国家规划教材中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:178-186.
- [4] 齐洪军.王常绮老中医脾胃病学术思想及临床经验的总结、继承及相关临床研究[D].成都:成都中医药大学,2016.
- [5] 王立平.张凤武脾胃病学术经验总结及治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[D].北京:中国中医科学院,2017.
- [6] 陈喜建,王祠菊,殷贵帅,等.周素芳从“脾虚气滞、瘀毒内结”论治慢性萎缩性胃炎经验[J].中医药临床杂志,2018,30(1):68-70.
- [7] 燕东.姚乃礼教授治疗脾胃病学术思想及慢性胃炎辨治经验的临床研究[D].北京:中国中医科学院,2016.
- [8] 段永强.王道坤主任医师辨治慢性萎缩性胃炎学术经验总结及临证医案挖掘整理研究[D].北京:中国中医科学院,2017.
- [9] 张世洋,刘美辰,唐飞,等.人参、白术有效组分群对慢性萎缩性胃炎大鼠口腔、肠道菌群的影响[J].中成药,2020,42(1):48-54.
- [10] 龙华晴,赵文慧,聂晓静,等.西洋参醇提物对慢性萎缩性胃炎大鼠的逆转效应研究[J].中国现代应用药学,2019,36(17):2131-2135.
- [11] 杨小春,王媛媛,盖银铃.黄芪通络汤辅助治疗脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].云南中医学院学报,2019,42(2):28-30.
- [12] 杨小静,陈延.香砂六君子汤治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].陕西中医,2020,41(5):597-599.
- [13] 岳鹏.针刺联合穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2020,36(4):521-522.
- [14] 章海凤,罗淑瑜,张瑶,等.热敏灸“中脘”穴对慢性萎缩性胃炎模型大鼠血清 GH、PG 的影响[J].中国针灸,2020,40(3):279-28.
- [15] 石艳芬,卢燕许,韩芳.益气疏肝方合穴位埋线辅助治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎肝郁气滞证疗效及对实验室指标水平的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(12):2912-2915.
- [16] 马林,唐纯志,章小梅.埋线对肝胃不和型慢性萎缩性胃炎主要症状及 SF-36 评分的影响[J].中国民族民间医药,2020,29(7):95-98.
- [17] 黄艳,吴凌翔,马喆,等.艾灸对慢性萎缩性胃炎大鼠外周血基因表达谱的影响[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(8):1549-1562.
- [18] 房军.半夏泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[J].临床医学研究与实践,2017,2(29):107-108.
- [19] 葛均波,徐永健.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:364-399.
- [20] GOH K L, CHAN W K, SHIOTA S, et al. Epidemiology of Helicobacter pylori infection and public health implications[J]. Helicobacter, 2011, 16 (Suppl1): 1-9.
- [21] 肖怀芳,赵西位,黄定桂,等. HP 感染与不同类型上消化道疾病的相关性及感染危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(14):3190-319.
- [22] WANG C H, LIAO S T, YANG J. Effects of daily telephone-based re-education before taking medicine on Helicobacter pylori eradication: A prospective single-center study from China[J]. World Journal of Gastroenterology, 2015, 21(39): 11179-11184.
- [23] 赵晓琳,程若东,赵兵,等.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识对比分析[J].中华中医药杂志,2018,33(9):3840-3842.
- [24] 赵亚男,许翠萍.胆汁反流性胃炎病因病机及诊治进展[J].世界华人消化杂志,2018,36(32):1886-1892.
- [25] 冯少华.吸烟、情绪不良与胆汁反流性胃炎的关系[J].天津中医,2000,17(6):42.
- [26] 田文武,王心怡,刘丹,等.非甾体抗炎药致胃肠损伤机制的研究进展[J].生命的科学,2018,38(2):250-254.
- [27] 何绍珍,任建林.乙醇对胃黏膜作用机制的研究进展[J].世界华人消化杂志,2005,13(21):2591-2596.
- [28] 姜兴兴.慢性非萎缩性胃炎的饮食和环境饮食分析[J].中国医药指南,2011,9(21):78-79.
- [29] 杨桂英,熊元治.青海地区慢性萎缩性胃炎流行病学特点研究[J].中国消化内镜,2009,3(2):22-28.

- 2004: 138.
- [37] 邓德英. 浅谈川崎病的中医药治疗 [J]. 临证经验, 2004, 24 (3): 62.
- [38] 王宗强, 薛莉强. 辨证治疗川崎病 32 例疗效观察 [J]. 山东中医药大学学报, 2005, 29 (4): 283-284.
- [39] 李虹. 卫气营血辨证配合西药治疗川崎病 39 例 [J]. 陕西中医, 2005, 26 (10): 1034-1035.
- [40] 李蕾华, 李淑华. 中西医结合治疗小儿川崎病 30 例 [J]. 新中医, 2008, 40 (6): 90-91.
- [41] 朱杰. 分期辨证治疗川崎病 [J]. 陕西中医, 2010, 31 (11): 1543-1544.
- [42] 赵明德. 以卫气营血辨证治疗小儿皮肤黏膜淋巴结综合征 [J]. 中国社区医师 (医学专业), 2012, 14 (11): 235-236.
- [43] 许鸿佳, 许尤佳. 川崎病中医辨证与治疗 [J]. 中国民族民间医药, 2011, 28 (4): 6-8.
- [44] 卢似馨. 羚羊苦参汤治愈川崎病 1 例 [J]. 新中医, 1995 (2): 41.
- [45] 张如玲, 王小慧. 中西医结合治疗川崎病 20 例临床观察 [J]. 中医药研究, 1996 (5): 30.
- [46] 王卫玲, 崔彩善, 贾俊英. 中西医结合治疗川崎病 80 例临床观察 [J]. 编辑之友, 1996 (1): 34-35.
- [47] 吴水盛, 易传安. 解毒化瘀地黄汤治疗皮肤黏膜淋巴结综合征 12 例 [J]. 辽宁中医杂志, 2000, 27 (7): 304.
- [48] 江英能, 肖旭腾, 许双虹, 等. 中西医结合治疗小儿川崎病例疗效观察 [J]. 新中医, 2002, 34 (1): 37-38.
- [49] 陈增芳. 中西医结合治疗川崎病 20 例 [J]. 山东中医杂志, 1998 (2): 23-24.
- [50] 耿少怡, 张力, 赵燕娥. 清热化瘀汤治疗川崎病 23 例 [J]. 浙江中医杂志, 2006, 41 (1): 11.
- [51] 周柳娟. 中西医结合治疗川崎病 5 例 [J]. 中西医结合杂志, 1990, 10 (5): 305.
- [52] 马融, 韩新民. 中医儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 227-228.
- [53] 张涤, 何炜星. 张涤教授治疗川崎病经验拾萃 [J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39 (2): 218-221.
- [54] 李开, 鄢素琪. 中医卫气营血辨证联合丙种球蛋白治疗儿童川崎病的临床研究 [J]. 中华中医药学刊, 2016, 34 (10): 2527-2531.
- [55] 陈琛. 川崎病中西医结合治疗的研究进展 [J]. 临床合理用药, 2016, 9 (1): 177-178.

(收稿日期: 2021-03-16 编辑: 陶希睿)

(上接第 75 页)

- [30] 周加太, 南拉卡, 多杰才让, 等. 青海藏区萎缩性胃炎流行病学特点研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (54): 166-169.
- [31] 孙希良, 吕冠华, 贾金玲, 等. 和胃止痛颗粒联合耳穴压豆治疗 180 例 Hp 感染慢性萎缩性胃炎的疗效观察 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28 (7): 494-498.
- [32] 黄学, 刘福健, 贾秋红. 胃蛋白酶原、胃泌素-17 和幽门螺杆菌抗体在早期胃癌筛查中的研究进展 [J]. 海南医学, 2020, 31 (18): 2414-2418.
- [33] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组; 全国幽门螺杆菌研究协作组. 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): 346-360.
- [34] 李岩. 根除幽门螺杆菌临床意义 [J]. 中国实用内科杂志, 2013, 33 (3): 179-181.
- [35] 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): 670-687.
- [36] 范昭豪, 邓亮, 钟永煜. 中长期应用质子泵抑制剂与胃癌及胃癌前病变的相关性 [J]. 实用医学杂志, 2014, 30 (3): 469-471.
- [37] 石刚, 吴硕东. 促胃肠动力药的作用机制及临床应用研究进展 [J]. 世界华人消化杂志, 2006, 14 (2): 189-196.
- [38] 郑丹, 夏冰, 施先艳, 等. 多潘立酮联合复方消化酶治疗功能性消化不良 84 例 [J]. 世界华人消化杂志, 2009, 17 (3): 336-339.
- [39] 张静, 阎晓悦, 刘永, 等. 血府逐瘀汤联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的临床观察 [J]. 现代生物医学进展, 2019, 19 (14): 2751-2754.
- [40] 梁平. 疏肝和胃汤联合四联疗法治疗 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (7): 138-140.
- [41] 陈伟军, 刘镇, 徐连登, 等. 健胃消痞汤配合针刺治疗对慢性萎缩性胃炎患者的远期效果分析 [J]. 新疆中医药, 2020, 38 (1): 24-26.
- [42] 江瑞. 中药内服联合隔姜艾灸治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎伴肠化的疗效观察 [J]. 中医临床新医学, 2020, 5 (1): 70-74.

(收稿日期: 2021-03-16 编辑: 陶希睿)