

Progress of TCM Research on Chronic Atrophic Gastritis

Qianqian Wan^{1,2}, Yu Zheng^{1,2*}

¹Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai

²Institute of Digestive Diseases, Shanghai University of TCM, Shanghai

Email: zhengyu2050@163.com

Received: Jan. 11th, 2018; accepted: Jan. 22nd, 2018; published: Jan. 29th, 2018

Abstract

In order to explore the research progress of traditional Chinese medicine on chronic atrophic gastritis, we have reviewed the recent domestic researches on traditional Chinese medicine treating chronic atrophic gastritis from the three aspects of traditional Chinese medicine etiology and pathogenesis, both macroscopic and microcosmic syndrome differentiation and treatment.

Keywords

Gastritis, Atrophic, TCM, Review

慢性萎缩性胃炎的中医研究进展

万迁迁^{1,2}, 郑 昱^{1,2*}

¹上海中医药大学附属龙华医院, 上海

²上海中医药大学脾胃病研究所, 上海

Email: zhengyu2050@163.com

收稿日期: 2018年1月11日; 录用日期: 2018年1月22日; 发布日期: 2018年1月29日

摘 要

从中医病因病机、宏观辨证论治及微观辨证论治等三方面, 对近年来国内慢性萎缩性胃炎的中医药研究进行综述, 以探讨慢性萎缩性胃炎的中医药研究进展。

*通讯作者。

关键词

胃炎, 萎缩性, 中医药, 综述

Copyright © 2018 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是指各种致病因素反复损害胃黏膜上皮, 导致黏膜固有层腺体减少, 伴或不伴纤维替代、肠腺化生和/或假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病[1]。其中伴有异型增生和/或肠上皮化生的 CAG 是胃癌的癌前病变[2]。CAG 临床主要表现为胃脘疼痛、痞闷、嗳气、纳呆等, 属中医“痞满”、“胃痞”、“虚痞”、“胃痛”、“嘈杂”等范畴[3]。CAG 是世界公认的难治性疾病之一, 其病因较复杂, 病情较顽固, 目前西医治疗方式主要有根除幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp), 抑酸以及保护胃黏膜等保护胃黏膜、抑酸等治疗[4]。使用中医药治疗 CAG 时常结合辨证论治, 根据不同证型做方药加减, 故而可以有效的改善患者的症状, 延缓萎缩的进一步发展, 甚至可以使部分病人的萎缩出现逆转[5]。以下为近年来 CAG 中医药研究进展。

2. 病因病机

CAG 主要症状表现为胃脘胀满、痞闷者, 属于“痞满”、“胃痞”或“虚痞”范畴, 《黄帝内经》称为“痞”、“满”、“痞塞”和“痞隔”等。《黄帝内经》认为饮食不节、起居不适和寒气等是其主要病因。《素问·太阴阳明论》有所描述, 如: “饮食不节, 起居不时者, 阴受之。阴受之则入五脏, 入五脏则瞋满闭塞。”《素问·异法方宜论》亦有所描述: “脏寒生满病。”《素问·至真要大论》描述如下: “太阳之复, 厥气上行……心胃生寒, 胸膈不利, 心痛否满。”可见饮食起居及寒邪亦可至痞满。《伤寒杂病论》首次将痞满作为病名提出, 书中曾提出: “若心下满而硬痛者, 此为结胸, 大陷胸汤主之。但满而不痛者, 此为痞, 柴胡不中与之, 半夏泻心汤主之。”指出该病病机是正虚邪陷, 升降失调。至隋朝, 巢元方提出“八痞”、“诸痞”之名, 把病机概括为营卫不和、阴阳隔绝、血气壅塞。其论著《诸病源候论·诸痞候》论述为: “诸否者, 营卫不和, 阴阳隔绝, 脏腑否塞而不宣, 故谓之否”, “其病之候, 但腹内气结胀满, 闭塞不通”。

CAG 主要症状表现为胃脘疼痛者, 属“胃痛”范畴, 《黄帝内经》最早对该病进行了记载, 《素问·六元正纪大论》曰: “木郁发之……民病胃脘当心而痛。”《素问·举痛论》中提出了寒邪可导致气滞血瘀, 是引发胃痛的主要病机。在唐宋以前, 众医家多将胃脘痛称作“心痛”, 与心自身疾病一心痛混淆。比如《伤寒论·辨太阳病脉证并治》曰: “伤寒六七日, 结胸热实, 脉沉而紧, 心下痛, 按之石硬, 大陷胸汤主之。”其中的“心下痛”就是指胃痛。至金元时期, 李东垣《兰室秘藏》首立“胃脘痛”一门, 使胃痛成为独立的病证, 论其病机多是饮食劳倦或寒邪所伤。如《兰室秘藏·胃脘痛门》曰: “腹中为寒水反乘, 痰唾沃沫, 食则反出, 腹中常痛, 心胃作痛, 肋下缩急, 有时而痛”。胃脘痛亦有属热者, 如《丹溪心法·心脾病》曰: “大凡心膈之痛, 须分新久……若病之稍久则成郁, 久郁则蒸热, 热久必生火。”

综上所述, 如果因为饮食不节、表邪内陷入里、痰湿阻滞、情志失调或脾胃虚弱等各种原因导致脾胃损伤, 升降失司, 胃气壅塞, 均可发生痞满或胃痛。脾胃虚弱会导致水谷失于运化, 久则气血生化不

足;肝郁气滞亦会导致胃失和降,久而久之则脾胃虚弱;脾胃气虚,无力推动气血运行不畅,亦会导致胃络瘀阻;脾胃虚弱导致湿热阻滞中焦,纳运失常。故虚证主要为中焦脾胃虚弱,实证常以气滞、痰凝、血瘀为主。现代临床医生关于 CAG 的病因病机又有自己的认识。张声生教授认为气滞、血瘀、湿阻会导致 CAG,因脾胃虚、气滞均可导致瘀阻,瘀热互结。因胃失和降、脾失健运及肝气郁结均可令气机不畅,故而出现肝胃失和、肝脾不调、气滞血瘀等不同证候类型[6]。张迎泉等[7]认为痞满初起在气分,病久由气及血,渐致气滞血瘀,胃络瘀阻,甚至产生癥瘕积聚,渐至胃络失养是本病的主要病机。马贵同[8]认为素体脾胃虚弱、外邪侵犯、饮食失节、情志过极、劳倦损伤等均可导致 CAG;脾胃虚弱是本病的发病基础,脾失健运,中焦气化不利,久因气滞致血瘀。韩文等[9]认为高原地区的环境多低温低氧,居民常多食辛辣刺激性食物,这种情况下 CAG 病机以气虚血瘀、胃失所养为本,阴亏、痰湿、寒凝、郁热等为标,以益气活血为主法治疗高原地区 CAG,在改善患者血瘀证方面有明显效果。

3. 辨证分型

3.1. 宏观辨证

辨证论治是中医诊疗疾病的基本原则之一,辨证分型是决定治疗方案的依据。但 CAG 的病因病机复杂,各医家对其辨证论治意见仍不统一,现仍缺乏规范化的证型及辨证分型准则。陆世风[10]认为肝郁气滞、脾胃虚寒、胃络瘀阻是 CAG 的三种主要证型,在治疗上从疏肝、健脾、化瘀三方面来着手。朱慧渊等[11]认为 CAG 当辨证为肝胃不和、脾胃气虚、脾胃湿热、瘀血阻络及胃阴不足,分别予逍遥散、六君子汤、三仁汤、血府逐瘀汤及麦味六君汤治疗。严光俊认为本虚标实为 CAG 病机,以脾胃气虚为主,因病程较长,导致气滞血瘀、食积湿阻、火郁痰结常相因为患,最终表现为血瘀津亏等各种复杂证候[12]。

3.2. 微观辨证

1986 年沈自尹先生首次提出“微观辨证”的概念。也就是在临床辨证过程中,引进现代科学技术,特别是现代医学中的先进技术。这些先进技术可以在较深的层次上,微观地认识机体的结构、代谢和功能特点,能够更完整、更准确、更本质地阐明证的物质基础,从而为微观辨证奠定基础[13]。在中医整体辨证的同时,利用胃镜、病理等现代先进检查方式,把宏观辨证与微观辨证相结合,更深入的说明病变的本质及变化[14]。中医辨证 CAG 方案各不相同,现仍缺乏规范化的证型及辨证分型准则,应尽快制定并量化微观辨证分型的标准和治疗总则[15]。

3.2.1. 参照胃黏膜相辨证

CAG 胃镜下常可见胃黏膜红白相间,以白为主,黏膜皱襞可变平甚至消失,部分胃黏膜血管可显露;可伴有黏膜颗粒或结节状等表现[16]。胃镜下胃黏膜相微观辨证采用对病变局部进行直接观察的方法,使观察更接近于病变的本质,是对“证”的科学化和微观化,有利于对疾病性质的准确认识和定性[17]。陶秀良等[18]对 231 例胃镜病理确诊的 CAG 病例进行研究,发现胃镜下所见胆汁反流多见于肝胃不和证,黏膜下出血或出血点以胃络瘀阻为主,肠上皮化生多见于脾胃虚弱、脾虚气滞或胃络瘀阻等证型。蒋晓玲[19]对 266 例慢性胃炎患者胃镜下胃黏膜表现与中医证型的相关性做了研究,发现胃黏膜红白相间,以红为主者证型多见于脾胃湿热型,以白为主者多见于脾胃虚寒型;胃黏膜呈红斑改变者以脾胃湿热证多见;胃黏膜水肿者以脾胃湿热及脾胃虚寒型多见;胃黏膜糜烂者以脾胃湿热型多见,胃黏膜非糜烂者以肝胃郁热型多见;胃黏膜出血者以脾胃湿热和肝胃郁热型多见。辛芳对 208 例非萎缩性胃炎患者胃镜下表现与中医证型关系进行了研究,发现最多见证型为脾胃虚弱证,其次为肝郁气滞证、脾胃湿热证、肝胃郁热证、胃阴不足证;胃络瘀阻证患者最少。另外他发现各中医证型与镜下黏膜表现有显著相关性,脾胃虚弱证胃黏膜表现以黏膜水肿为主,肝郁气滞证胃黏膜多出现黏膜红斑、水肿;脾胃湿热证及肝胃

郁热证者胃黏膜表现常见出血点或糜烂, 胃阴不足证者多见黏膜粗糙[20]。

3.2.2. 参照组织病理学辨证

CAG 的确诊有赖于胃镜与病理检查, 内镜肉眼观察和病理诊断的符合率尚有待进一步提高[16]。郑进敏[21]通过对 90 例 CAG 患者的中医证候和胃黏膜病理改变进行研究, 发现胃为 CAG 肠上皮化生的危险病位, 病性在气虚、湿、热、血瘀。胡晓平[22]对 262 例慢性胃炎患者进行研究, 通过研究这些患者胃镜下胃黏膜表现和病理组织学改变, 发现萎缩性胃炎者证型以胃阴亏虚证和脾胃虚寒证多见, 萎缩性胃炎伴肠化者多见胃阴亏虚证。

3.2.3. Hp 感染相关辨证

Hp 感染是慢性活动性胃炎的主要病因, 感染几乎都会引起胃黏膜活动性炎性反应, 长期感染后部分患者可发生胃黏膜萎缩和肠化[23]。Hp 感染后一般难以自发清除而导致终身感染, 除非进行根除治疗[24]。许多学者进行了 Hp 感染与中医证型关系的研究。杨洋等[25]对 97 例 CAG 患者进行幽门螺杆菌与中医辨证分型及治疗研究, 发现 Hp 感染在 CAG 中医证型的分布有一定规律, 且对 CAG 治疗有影响。其中 Hp 感染率为脾胃湿热证 82.3%, 肝胃郁热证 76.9%, 肝胃气滞证 65.0%, 胃络瘀血证 53.3%, 脾胃虚弱(脾胃虚寒)证 40.9%, 胃阴不足证 40.0%。刘兴山[26]等对 287 例经内镜诊断为 CAG 的病人的辨证分型、舌象及 Hp 感染情况进行分析, 结果提示 287 例患者辨证分型比率依次为脾胃湿热 > 肝胃不和 > 脾胃虚弱 > 胃阴不足 > 胃络瘀血; 其中 Hp 感染的比率以胃络瘀血证、脾胃湿热证居多, 肝胃不和证、脾胃虚弱证、胃阴不足证次之。冯玉彦等[27]观察 100 例 CAG 患者不同中医证型的 Hp 感染情况, 发现胃络瘀血证 Hp 感染率为 86.17%, 脾胃湿热证 Hp 感染率为 83.13%, 肝胃不和证 Hp 感染率为 73.19%, 胃阴不足证 Hp 感染率为 50.10%, 脾胃虚弱证 Hp 感染率为 45.15%, 可见以胃络瘀血和脾胃湿热为最高。

4. 临床治疗

4.1. 宏观辨证论治

中医药辨证论治来治疗 CAG, 在重视整体治疗的同时, 方药因人而异、随证加减, 既可以有效改善患者的症状、延缓萎缩的进展, 而且不良反应少, 甚至可以逆转萎缩。治法上以行气活血、温中补虚为治疗要点。中医谓“通则不痛, 痛则不通”, 《医学真传·心腹痛》曰: “通之之法, 各有不同。调和血, 调血以和气, 通也; 下逆者使之上行, 中结者使之旁达, 亦通也; 虚者助之使通, 寒者温之使通, 无非通之之法也”。故应正确理解和运用“通则不痛”, 谨守行气活血、温中补虚之法。李学军[28]认为, CAG 的病因主要跟饮食、劳倦、情志等方面相关, 病机主要为脾胃气虚、气滞血瘀, 故以健脾益气、理气化痰为治疗大法。周学文[29]认为以痞论治 CAG 应采用寒热并用、升降配合、攻补兼施的方法, 治疗以清热解毒、健脾燥湿, 肝胃同治、通达气机, 消导和中、活血通络为治则。贾浩[30]等用半夏泻心汤化裁治疗 CAG 40 例, 总有效率为 95.00%。肖跃敏[31]使用调和气血法(自拟方: 柴胡 9 g, 丹参 9 g, 赤芍 9 g, 炒白术 15 g, 黄芩 9 g, 白芍 9 g, 白英 15 g, 白花蛇舌草 30 g, 炙甘草 9 g。阴虚口干者加石斛、沙参, 胃脘嘈杂者可加扁豆、陈皮, 胃脘痛者酌加延胡索, 泛酸嗝气者加乌贼骨、旋覆花, 纳差者加半夏, 腹胀者加枳壳)治疗 CAG 48 例, 总有效率为 89.80%。熊云华[32]用健脾益胃汤治疗 CAG 54 例, 发现中药健脾益胃汤组方治疗 CAG 疗效显著, 症候总有效率 96.3%, 胃镜总有效率 83.3%。

4.2. 微观辨证论治

内镜下观察的胃黏膜是胃病的最直接反映, 结合胃黏膜相微观辨证可以更好的指导治疗。李学军等[17]对 120 例慢性胃炎进行研究, 这些病例均经胃镜明确诊断, 他们将 120 例患者随机分为治疗组和对照

组, 其中治疗组做微观辨证, 对照组进行传统的中医临床辨证, 两组各 60 例, 均采用成方加减治疗, 4 周后观察临床疗效。结果发现慢性胃炎内镜下微观辨证治疗效果(总有效率为 90.0%)优于中医临床辨证(总有效率 71.6%)治疗效果。

CAG 常合并肠上皮化生及不典型增生, 少数出现上皮内瘤变, 经历长期的演变, 少数病例可发展为胃癌[33]。中医药在本病的治疗上能够起到改善萎缩、肠化生的作用, 具有明显优势。王君[34]等用中药慢萎颗粒(主要成分: 太子参、黄芪、红景天、石斛、天花粉、莪术、白花蛇舌草等, 主要功效: 益气化痰, 健脾和胃)治疗证属气虚血瘀的患者共 80 例, 证实慢萎颗粒能较好的缓解 CAG 患者的临床症状, 改善胃镜下胃黏膜病理组织异型增生及肠化生。赵军艳等[35]观察化湿和胃法治疗 120 例 CAG 伴肠化及不典型增生患者, 发现化湿和胃法治疗 CAG 疗效显著, 可逆转肠上皮化生及不典型增生。张燕等[36]用经验方四白化痰解毒汤: 白花蛇舌草 30 g, 炒白术 12 g, 白及 15 g, 白芷 15 g, 黄连 6 g, 乌梅 15 g, 丹参 12 g, 三七粉 3 g, 治疗 CAG 胃黏膜肠上皮化生临床疗效确切。程炼骅等[37]观察肠化方治疗 CAG 伴肠上皮化生的临床疗效, 发现肠化方(炒白术、炒白芍、炙甘草、制香附、广郁金、姜半夏、陈皮、丹参、莪术、白花蛇舌草、蛇莓和延胡索等)治疗 CAG 伴肠上皮化生具有疏肝理气健脾, 活血化痰的作用, 可改善黏膜的萎缩及肠上皮化生。王志坤等[38]用仲景原方当归芍药散合小陷胸汤制成小归芍颗粒, 治疗胃癌前病变 119 例, 总有效率为 90.76%, 发现其可逆转腺体萎缩、肠化和异型增生。

西医通过根除 Hp 来治疗 Hp 阳性的 CAG 患者, 根除 Hp 可使胃黏膜炎症消退, 可停止或减缓萎缩和肠化生; 部分萎缩可以逆转, 但肠化生不能逆转[39]。金亚弦等对中医药根除慢性浅表性胃炎 Hp 的有效性进行 Meta 分析分析后发现, 关于根除 Hp, 中西药的疗效差异无统计学意义, 提示中药与西药根除 Hp 的疗效相当[40]。马健等[41]使用健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法治疗脾胃虚弱型 CAG 患者, 将 60 例患者随机分为试验组和对照组, 试验组采用健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法, 对照组采用抗氧化联合抗 Hp 疗法, 治疗 3 个月后观察两组病例中医临床症状和病理疗效的变化。发现健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法对脾胃虚弱型 CAG 的疗效优于抗氧化联合抗 Hp 疗法。其中健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法总有效率为 93.33%, 胃黏膜萎缩及肠化积分下降明显, Hp 转阴率 73.33%。

5. 讨论

近年来, 相关中医药治疗 CAG 的临床研究正在逐年增加。中医药治疗 CAG 不仅仅可以改善患者的临床症状, 还可以逆转黏膜萎缩、肠化和异型增生。目前, 中医药治疗 CAG 时常宏观辨证与微观辨证相结合, 结合现代检查技术为中医诊疗所用。中医药结合胃镜下黏膜表现、病理表现及 Hp 感染等进行微观辨证, 在治疗 CAG 的临床研究中取得了丰硕的成果, 表明了中医药治疗 CAG 具有优势。随着中医辨证相关性研究的深入, CAG 的中医微观辨证正在不断向客观化、规范化发展, 但现在仍没有统一公认的 CAG 微观辨证分型, 主要存在以下问题: 1) 主观判断, 凭经验下定论; 2) 样本量少, 实验结论不可靠; 3) 观测指标不全面, 统计分析缺少多因素关联; 故应设计一套大样本的 CAG 微观辨证研究方案, 从胃黏膜相、病理组织学、Hp 感染等多个指标多角度研究, 并予以全面多因素分析, 加快中医微观辨证科学化、规范化、标准化的发展, 并早日能在临床诊断和治疗疾病中发挥作用。

参考文献 (References)

- [1] Ruge, M., Correa, P., Dixon, M.F., Fiocca, R., Hattori, T., Lechago, J., Leandro, G., Price, A.B., Sipponen, P., Solcia, E., *et al.* (2002) Gastric Mucosal Atrophy: Interobserver Consistency Using New Criteria for Classification and Grading. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, **16**, 1249-1259.
- [2] Dinis-Ribeiro, M., Areia, M., De Vries, A.C., Marcos-Pinto, R., Monteiro-Soares, M., O'Connor, A., Pereira, C., Pimentel-Nunes, P., Correia, R., Ensari, A., *et al.* (2012) Management of Precancerous Conditions and Lesions in the

Stomach (MAPS): Guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSg), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy*, **44**, 74-94.

- [3] 张声生, 李乾构, 唐旭东, 王萍, 李振华. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010(5): 345-349.
- [4] 张万岱, 李军祥, 陈治水, 危北海, 唐旭东. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志 2012(6): 738-743.
- [5] 周阿高, 李琰. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎文献荟萃分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010(1): 120-123.
- [6] 陈剑明, 崔超, 张声生. 张声生诊治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 北京中医药, 2010(3): 180-181.
- [7] 张迎泉, 耿峰. 基于脾阴虚论对萎缩性胃炎中医病因病机的探讨[J]. 中国医药指南, 2016(34): 178-179.
- [8] 洪原淑. 马贵同辨治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 上海中医药杂志, 2007(8): 11-13.
- [9] 韩文, 王津慧, 吴萍, 张广梅, 徐达宇, 刘占厚, 范仲麟. 益胃活血颗粒治疗高原地区慢性萎缩性胃炎 50 例临床观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008(8): 627-628.
- [10] 陆星宇, 张小军, 杨平. 庆阳地区名老中医陆世风辨治萎缩性胃炎经验[J]. 光明中医, 2016(23): 3493-3495.
- [11] 朱慧渊. 中医辨证论治慢性萎缩性胃炎心得体会[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011(1): 128-129.
- [12] 王雪梅. 严光俊治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 湖北中医杂志, 2010(6): 24.
- [13] 沈自尹. 微观辨证和辨证微观化[J]. 中医杂志, 1986(2): 55-57.
- [14] 杜明, 张丽娟, 张锦明, 林宪华, 祖季铭, 王秋萍, 李琳. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎近况[J]. 河北中医 2013(3): 459-461.
- [15] 朱方石, 姒健敏. 对萎缩性胃炎辨证分型论治现状的分析与思考[J]. 医学与哲学, 2003(8): 45-46.
- [16] 房静远, 刘文忠, 李兆申, 杜奕奇, 纪小龙, 戈之铮, 李延青, 姒健敏, 吕农华, 吴开春, 等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2013(1): 24-36.
- [17] 李学军, 马骏. 内镜下胃黏膜相微观辨证治疗慢性胃炎 60 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010(7): 115-116.
- [18] 陶秀良, 李国成, 王艳, 罗树星. 胃镜和病理诊断对萎缩性胃炎中医辨证分型的研究[J]. 湖北中医学院学报, 2010(5): 59-60.
- [19] 蒋晓玲. 慢性胃炎内镜下胃黏膜表现及病理改变与中医证型的相关性研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 成都中医药大学, 2015.
- [20] 辛芳. 慢性非萎缩性胃炎内镜下表现与中医辨证分型相关性研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2014.
- [21] 郑进敏. 慢性萎缩性胃炎中医证素及与胃黏膜病理改变相关性研究[D]: [硕士学位论文]. 福州: 福建中医药大学, 2015.
- [22] 胡晓平. 262 例慢性胃炎胃黏膜病变与中医辨证分型的相关性观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2007(8): 1013-1015.
- [23] Asaka, M., Sugiyama, T., Nobuta, A., Kato, M., Takeda, H. and Graham, D.Y. (2001) Atrophic Gastritis and Intestinal Metaplasia in Japan: Results of a Large Multicenter Study. *Helicobacter*, **6**, 294-299. <https://doi.org/10.1046/j.1523-5378.2001.00042.x>
- [24] 刘文忠. “幽门螺杆菌胃炎京都全球共识”解读[J]. 胃肠病学, 2015(8): 449-456.
- [25] 杨洋, 刘华一. 幽门螺杆菌与萎缩性胃炎中医分型的关系及对治疗的影响[J]. 江西中医药, 2014(2): 25-35.
- [26] 刘兴山, 郝筱倩, 杨斌. 中医舌诊、辨证在幽门螺杆菌相关慢性萎缩性胃炎诊治中的意义[J]. 中医研究, 2010(1): 32-34.
- [27] 冯玉彦, 杨倩, 刘建平, 白海燕, 胡冬菊. 慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染相关性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2005(8): 754-755.
- [28] 李永帅, 李学军. 李学军教授治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J]. 国医论坛, 2017(1): 23-24.
- [29] 张雪梅, 周学文. 周学文教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015(6): 235-237.
- [30] 贾浩. 半夏泻心汤化裁治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果观察[J]. 临床医学研究与实践, 2016(22): 114-115.
- [31] 肖跃敏. 调和气血治疗法治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 当代临床医刊, 2016(1): 1856-1857.
- [32] 熊云华. 健脾益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 世界中医药, 2016(10): 2012-2015.
- [33] Correa, P. (1992) Human Gastric Carcinogenesis: A Multistep and Multifactorial Process—First American Cancer So-

ciety Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention. *Cancer Research*, **52**, 6735-6740.

- [34] 王君, 杨如意, 杨永成. 慢萎颗粒对高原地区萎缩性胃炎异型增生及肠化生患者氨基己糖、表皮生长因子的作用[J]. 中药药理与临床, 2016(6): 192-195.
- [35] 赵军艳, 赵蕊, 赵瑞红. 化湿和胃法治疗萎缩性胃炎伴肠化及不典型增生疗效观察[J]. 中国社区医师, 2016(25): 121-123.
- [36] 张燕, 郑艳. 治疗萎缩性胃炎验方[J]. 中国民间疗法, 2016(9): 22.
- [37] 程炼骅, 沈遐君. 肠化方治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017(1): 65-66.
- [38] 王志坤, 刘启泉, 杜艳茹, 白海燕. 小归芍颗粒治疗胃癌前病变 119 例疗效观察[J]. 新中医, 2008(1): 28-29.
- [39] Wang, J., Xu, L., Shi, R., Huang, X., Li, S.W., Huang, Z. and Zhang, G. (2011) Gastric Atrophy and Intestinal Metaplasia before and after Helicobacter Pylori Eradication: A Meta-Analysis. *Digestion*, **83**, 253-260.
<https://doi.org/10.1159/000280318>
- [40] 金亚弦, 吴泰相. 中医药根除慢性浅表性胃炎幽门螺杆菌的有效性评价[J]. 贵阳中医学院学报, 2009(3): 3-5.
- [41] 马健, 李勇, 刘春燕. 健脾益胃汤联合抗Hp疗法治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎 60 例疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2009(3): 31-32.

知网检索的两种方式:

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择: [ISSN], 输入期刊 ISSN: 2166-6067, 即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入, 输入文章标题, 即可查询

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: tcm@hanspub.org