

半夏泄心汤加减治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎患者的临床效果

王雪梅 严光俊 刘 冲

(湖北省荆州市中医医院脾胃病科, 荆州, 434000)

摘要 目的:分析半夏泻心汤加减辨治脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎(CAG)患者的临床疗效及对患者血清炎性指标、免疫功能的影响,探讨疗效机制,为临床脾胃湿热型CAG患者治疗方案的选择提供参考。方法:选取2015年1月至2017年1月荆州市中医医院收治的脾胃湿热型CAG患者120例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组60例。2组均予以日常生活指导及兰索拉唑片+阿莫西林胶囊+克拉霉素胶囊治疗,观察组在对照组治疗基础上,再予以半夏泻心汤加减辨治,2组均连续治疗2个月。比较2组患者治疗前后中医证候积分、免疫功能指标($CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$)、血清炎性指标(IL-2、IL-6、TNF- α 、G-17)。评价中医证候疗效。比较治疗期间2组患者药物不良反应。结果:治疗2个月后,2组胃脘或肘肋胀满、胃脘灼热、口苦口干、恶心呕吐症状积分均较治疗前明显下降,且观察组明显低于对照组,观察组总有效率均明显高于对照组($P < 0.05$);2组完成治疗后血清炎性反应递质IL-2、IL-6、TNF- α 较治疗前降低,且观察组明显低于对照组,G-17较治疗前明显上升,且观察组高于对照组($P < 0.05$);2组完成治疗后 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 均较治疗前明显升高,且观察组高于对照组($P > 0.05$), $CD8^+$ 均较治疗前明显下降,且观察组低于对照组($P < 0.05$);2组治疗后,观察组中医证候总有效率均明显高于对照组,脾胃湿热型CAG疾病总有效率明显高于对照组($P < 0.05$);2组治疗过程中未收集到明显药物不良反应。结论:半夏泻心汤加减辨治可改善脾胃湿热型CAG患者胃部炎性反应、提升机体免疫功能,从而改善患者临床症状,提升临床治疗疗效,且不增加药物不良反应,具有较高的临床价值。

关键词 脾胃湿热型;慢性萎缩性胃炎;半夏泻心汤;加减辨治;炎性反应;免疫功能;疗效;不良反应

Effects of Banxia Xiexin Decoction on Chronic Atrophic Gastritis of Spleen-stomach Damp-heat Type and Serum Inflammatory Index and Immune Function

Wang Xuemei, Yan Guangjun, Liu Chong

(Department of Spleen and Stomach Diseases, Jingzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jingzhou 434000, China)

Abstract Objective: To analyze the clinical effects of Danganbanxia Xiexin Decoction on chronic atrophic gastritis (CAG) of damp-heat-type spleen and stomach, and its influence on serum inflammatory index and immune function, so as to explore the mechanism of curative effect, so as to provide a reference for the selection of treatment scheme for CAG patients with damp-heat-type spleen and stomach. **Methods:** A total of 120 cases of spleen-stomach damp-heat CAG were selected, which were admitted to Jingzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2015 to January 2017. The patients were numbered according to the order of admission. Odd number patients were selected into control group, and even number patients were selected into observation group, with 60 cases in each group. These 2 groups of patients were given daily life guidance and "lansoprazole tablets + Amoxicillin Capsules + clarithromycin capsules" treatment, the observation group was given Add or Subtract Banxia Xiexin Decoction treatment on the basis of control group. 2 groups of patients were treated for 2 months. The scores of Traditional Chinese Medicine (TCM) symptoms, immune function indexes ($CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD4^+/CD8^+$), serum inflammatory indexes (IL-2, IL-6, TNF- α , G-17) were compared between the 2 groups before and after treatment. Evaluation of TCM syndrome treatment, curative effect, disease curative effect. The adverse drug reactions / side effects of the 2 groups were compared during the treatment period. **Results:** 1) After 2 months of treatment, the scores of gastric epigastric or elbow costal distention, gastric burning, dry mouth, nausea and vomiting in the 2 groups were significantly lower than those before treatment, and the observation group was significantly lower than the control group. The total effective rate of syndrome in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). 2) The levels of serum inflammatory factors IL-2, IL-6 and TNF- α were significantly lower in the observation group than those in the control group, and G-17 was significantly higher in the observation group than in the control group ($P < 0.05$). 3) After treatment, $CD3^+$, $CD4^+$, $CD4^+/CD8^+$ of the 2 groups were significantly higher than before treatment, and the observation group was higher than the control group ($P > 0.05$), $CD8^+$ were significantly lower than before treatment, and the ob-

servation group was lower than the control group ($P < 0.05$). 4) After treatment, the total effective rate of TCM syndrome in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). In the observation group, the total effective rate of spleen-stomach damp-heat CAG was significantly higher than that of the control group (P **Conclusion:** Banxia Xiexin Decoction can improve the gastric inflammation and immune function of patients with spleen-stomach damp-heat CAG, improve the clinical symptoms, enhance the clinical therapeutic effect, and do not increase the toxic and side effects of drugs, so it has high clinical value.

Key Words Spleen-stomach damp-heat chronic atrophic gastritis; Banxia Xiexin Decoction; Add or subtract treatment; Inflammatory state; Immune function; Curative effect; Adverse reaction

中图分类号: R289.4; R573 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.02.032

慢性萎缩性胃炎 (Chronic Atrophic Gastritis, CAG) 是消化系统常见病, 其临床病理特征为: 胃黏膜上皮、腺体萎缩使得胃黏膜变薄, 肌层增厚, 伴或不伴肠腺上皮化生、不典型增生。其病理变化导致患者因烟、酒、辛辣等刺激性食物刺激、消化道感染病原菌、药物、心理因素等加剧对胃黏膜的刺激而出现胃脘、胀满、胃痛、嗳气反酸、便溏、无力、恶心、呕吐等一系列临床症状, 严重影响患者身心健康^[1]。近年来, 随着人们生活方式的改变、精神压力的增加, CAG 患者人数不断增加, CAG 成为严重影响身心健康水平的疾病。受到抗菌药物滥用的影响, 西医治疗 CAG 的疗效因个体差异并不稳定, 增加了西医治疗难度。而近年来中医在消化系统疾病中的治疗取得较大进展。中医将 CAG 归于“胃脘痛”“胃痛”范畴^[2]。根据中医八纲辨证, CAG 的中医证候类型较多, 但各流派中医证候分型基本认同病位在胃, 并存在脾、肾功能失调。脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎在中医证候分型中较为多见, 且常合并其他兼证^[3]。我们采用半夏泻心汤辨证加减治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎颇有心得, 并获得较好临床效果。本研究采用前瞻性单盲实验方案分析半夏泻心汤加减辨治脾胃湿热型 CAG, 分析其临床疗效, 并观察对血清炎症反应递质、免疫功能的影响, 以期对疗效机制进行初步分析, 为临床此类疾病的治疗方案向选择提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2017 年 1 月荆州市中医医院收治的脾胃湿热型 CAG 患者 120 例作为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组中男 24 例, 女 36 例, 平均年龄 (56.19 ± 7.36) 岁, 平均体质量 (71.15 ± 7.82) kg, 平均体质量指数 (23.51 ± 4.25) kg/m², 平均病程 (1.36 ± 0.51) 年, 肝胃气滞 11 例, 肝胃郁热 1 例, 脾胃虚弱 6 例, 胃阴亏虚 14 例, 胃络瘀血 13 例; 观察组中男 26 例, 女 34 例, 平均年龄 ($55.83 \pm$

7.32) 岁, 平均体质量 (71.63 ± 7.79) kg, 平均体质量指数 (23.57 ± 4.18) kg/m², 平均病程 (1.31 ± 0.48) 年, 肝胃气滞 10 例, 肝胃郁热 2 例, 脾胃虚弱 7 例, 胃阴亏虚 15 例, 胃络瘀血 12 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。具有可比性。本方案经医院伦理委员会审核批准 [伦理审批号: 2015(伦) 审第 1 号]。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中国慢性胃炎共识意见》中对 CAG 的诊断标准^[4]: 上腹部疼痛, 饱胀, 早饱, 食欲减低, 饮食减少, 或伴有烧心反酸等。症状缺乏特异性。若胃镜及内镜下胃黏膜红白相间, 以白为主, 皱襞变平甚至消失, 血管显露则为阳性, 确诊为 CAG。

1.2.2 中医诊断及分型标准 确诊为 CAG 后, 由高年资中医师按照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》中胃脘的诊断及辨证分型标准对患者进行中医诊断分型^[5]。中医胃脘诊断标准: 胃脘部疼痛, 有或无胃脘部胀满、胀闷、嗳气、吐酸、纳呆、胁胀腹胀。胃脘中医分型: 脾胃湿热证: 胃脘痞胀或疼痛, 舌质红, 苔黄厚、腻, 口苦口臭, 恶心、呕吐, 胃脘灼热, 大便黏滞或稀溏, 脉滑数。胃阴亏虚: 隐隐胃痛, 胃热, 嘈杂似饥, 食少口干, 大便干燥, 舌红少津, 脉细数。脾胃虚寒: 胃痛, 空腹更甚, 进食即缓, 喜热或按, 吐清水, 神倦乏力, 手足不温, 大便多溏, 舌质淡, 脉沉细。肝胃气滞证: 胃脘胀满或痛; 情绪变化可诱发或加重, 嗳气, 胸闷, 舌苔薄白, 脉弦。肝胃郁热证: 胃脘饥嘈或灼痛; 脉弦或弦数, 心烦易怒; 反酸; 口干口苦、大便干燥、舌质红苔黄; 脾胃虚弱证: 胃脘胀满, 喜按、暖, 食少纳呆, 大便稀溏, 倦怠乏力, 气短懒言, 食后脘闷, 舌质淡, 脉细弱; 胃络瘀血证: 胃脘痞满或痛有定处, 舌质暗红或有瘀点、瘀斑, 胃痛拒按, 黑便, 面色暗滞, 脉弦涩。

1.3 纳入标准 1) 年龄 18 ~ 65 岁; 2) 入组前 1 个月未采用药物治疗; 3) 符合西医 CAG 诊断标准及中

医胃脘诊断及脾胃湿热分型标准;4)符合药物保守治疗之证;5)信任中医药,无多种药物过敏史;6)患者了解参加此次研究利弊,愿意配合各项研究工作,签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并有其他免疫系统缺陷、感染性疾病者;2)严重呼吸系统、消化系统、血液系统、泌尿系统、神经系统疾病者;3)符合手术治疗指征者;4)合并消化性溃疡、胃息肉等或伴恶性病变;5)哺乳期或妊娠期妇女。

1.5 脱落与剔除标准 1)受试者无法完成既定治疗方案者;2)患者用药期间出现严重不良事件、并发症和特殊生理变化,无法继续完成既定方案者;3)因非治疗原因致疗程未结束患者退出试验、失访或死亡者;4)随访资料不完整者。

1.6 治疗方法 2组均予以日常生活指导,让患者明确饮食禁忌项目,加强情志调制、饮食节制、加强锻炼,避免CAG诱因。均予以兰索拉唑片(湖北科益药业股份有限公司,国药准字H20073862),空腹口服,1~2粒/次,2次/d,加服阿莫西林胶囊(甘肃兰药药业有限公司,国药准字H62020588),饭后口服,4粒/次,2次/d,加服克拉霉素胶囊(辰欣药业股份有限公司,国药准字H20063469),饭后口服,1粒/次,2次/d,观察组在对照组治疗基础上予以半夏泻心汤加减辨治。半夏泻心汤组方:半夏12g、黄芩、干姜、人参、炙甘草各9g、黄连3g、大枣4枚;加减辨治:兼肝胃气滞证者加用柴胡10g、香附、枳壳、陈皮、佛手、乌药各5g,兼肝胃郁热证者加柴胡、赤芍、陈皮、龙胆草、黄连、吴茱萸、海螵蛸、浙贝母、牡丹皮、栀子各5g;兼脾胃虚弱证加黄芪、党参、炒白术、茯苓、陈皮、砂仁各5g;兼胃阴亏虚证加用人参、麦冬、生地黄、玉竹、百合、乌药各5g;兼胃络瘀血证加用丹参、檀香、砂仁、蒲黄、五灵脂、香附各5g。1剂/d,水煎,早晚2次温服。2组均连续治疗2个月。

1.7 观察指标 比较2组主要中医证候积分(胃脘、胀满、胃痛、嗳气反酸)、免疫功能指标($CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$)、血清炎性指标[白细胞介素-2(IL-2)、IL-6、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、胃泌素G-17]。根据患者治疗前后的中医证候积分变化,评价临床治疗疗效。根据患者临床症状体征、病理检测、胃镜检测等综合评价疾病疗效。比较治疗期间2组药物不良反应。

1.8 疗效判定标准

1.8.1 中医证候积分 参照中国中医药管理局制定的《中药新药临床研究指南》《慢性萎缩性胃炎中

医诊疗共识意见》制定CAG中医证候积分疗效标准:对患者的胃脘或肘肋胀满、胃脘灼热、口苦口干、恶心呕吐,采用轻、中、重分级,分别赋以0~2分。根据治疗前后的积分变化,计算中医证候积分变化率:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times$ 100%。中医证候无效:中医证候证候积分减少率 $<$ 30%。临床总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

1.8.2 免疫功能指标 患者入组未治疗前、完成治疗后,采集空腹静脉血,离心得上层清液,采用Semi-Bio Assay细胞免疫芯片测定 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$,计算 $CD4^+/CD8^+$ 。试剂盒均购自上海汇中生物细胞科技有限公司。严格按照试剂盒说明书操作。

1.8.3 血清炎性反应递质 患者入组后治疗前、完成治疗后,采集空腹静脉血,离心得上层清液,采用酶联免疫吸附试验法检测血清IL-2、IL-6、TNF- α 、胃泌素G-17。试剂盒购自深圳晶美生物制剂公司,严格按照试剂盒说明书操作。

1.8.4 CAG临床疗效 临床痊愈:完成治疗后,临床症状、体征消失,胃镜检查正常,病理组织检查腺体萎缩,肠上皮化或增生消失;显效:完成治疗后,主要临床症状、体征消失,胃镜检查黏膜炎性反应好转,病理组织检查腺体萎缩,肠上皮化或增生减轻2个级度;好转:完成治疗后,临床症状、体征明显减轻,胃镜检查黏膜病变缩小一半以上,病理组织检查炎性反应减轻1个级度,腺体萎缩,肠上皮化或增生减轻;无效:不符合上述标准,甚至恶化。总有效率=临床痊愈率+显效率+好转率。

1.8.5 药物不良反应 治疗过程中指导患者观察药物不良反应,每月监测1次血常规、肝功、肾功,综合判定是否出现药物不良反应。

1.9 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件分析数据,计数资料用率表示,行 χ^2 检验。本研究所有数据均符合正态分布,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组中医证候积分比较 治疗2个月后,2组胃脘或肘肋胀满、胃脘灼热、口苦口干、恶心呕吐证候积分均较治疗前明显下降,且观察组明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 2组血清炎性反应递质比较 2组治疗后血清炎性反应递质IL-2、IL-6、TNF- α 较治疗前降低,且观察组明显低于对照组,胃泌素G-17较治疗前明显上升,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表 2 2 组中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	胃脘或肘肋胀满	胃脘灼热	口苦口干	恶心呕吐
对照组($n=60$)				
治疗前	1.42±0.21	1.48±0.21	1.55±0.22	1.52±0.21
治疗后	1.17±0.16 [*]	1.21±0.15 [*]	1.23±0.15 [*]	1.22±0.16 [*]
观察组($n=60$)				
治疗前	1.46±0.23	1.50±0.22	1.53±0.21	1.54±0.22
治疗后	0.92±0.1 ^{*△}	1.03±0.13 ^{*△}	1.01±0.12 ^{*△}	0.97±0.13 ^{*△}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$

表 2 2 组血清炎症反应递质比较($\bar{x} \pm s$, pg/ mL)

组别	IL-2	IL-6	TNF- α	胃泌素 G-17
对照组($n=60$)				
治疗前	21.05±3.27	51.55±5.47	2.61±0.28	302.02±34.28
治疗后	15.67±2.59 [*]	42.57±4.02 [*]	1.94±0.23 [*]	381.39±43.25 [*]
观察组($n=60$)				
治疗前	22.08±3.31	51.58±5.46	2.63±0.29	312.42±35.13
治疗后	11.31±2.47 ^{*△}	34.27±3.83 ^{*△}	1.43±0.19 ^{*△}	351.27±39.36 ^{*△}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$

表 3 2 组免疫功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组($n=60$)				
治疗前	28.52±3.13	37.24±4.17	23.94±2.69	1.53±0.72
治疗后	34.29±4.07 [*]	41.67±5.01 [*]	21.48±2.23 [*]	1.89±0.61 [*]
观察组($n=60$)				
治疗前	28.48±3.17	37.36±4.25	24.13±2.71	1.54±0.69
治疗后	40.27±4.35 ^{*△}	47.61±5.13 ^{*△}	20.68±2.02 ^{*△}	2.24±0.53 ^{*△}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$

表 4 2 组临床疗效、证候疗效比较

组别	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组($n=60$)	7	17	18	18	42(70.00)
胃脘或肘肋胀满	11	16	22	14	46(76.67)
胃脘灼热	13	19	20	8	52(86.67)
口苦口干	9	21	16	14	46(92.68)
恶心呕吐	15	24	11	10	50(83.337)
观察组($n=60$)	12	23	19	6	54(90.00) [*]
胃脘或肘肋胀满	15	23	15	7	53(88.33) [*]
胃脘灼热	17	23	17	3	57(95.00) [*]
口苦口干	10	21	21	8	52(86.67) [*]
恶心呕吐	18	24	17	1	59(98.33) [*]

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$

2.3 2 组免疫功能比较 2 组治疗后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 均较治疗前明显升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),CD8⁺ 均较治疗前明显下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 2 组临床疗效、证候疗效比较 2 组治疗后,观察组中医证候胃脘或肘肋胀满、胃脘灼热、口苦口干、恶心呕吐总有效率均明显高于对照组,脾胃湿热型 CAG 疾病总有效率明显高于对照组,差异有统计

学意义($P<0.05$)。见表 4。

2.5 2 组不良反应比较 2 组治疗过程中无明显药物不良反应。

3 讨论

随着纤维和电子显微胃镜技术的发展,我国 CAG 的检出人数快速攀升,目前在行胃镜检出的人群中有 7.5%~13.8% 确诊为 CAG。有临床报道显示,世界范围内每年有 0.51%~1% CAG 患者发展为胃癌,尤其在 CAG 伴异型增生患者中,发展为胃

癌的概率更高。健康胃黏膜向胃癌发展过程显示,CAG 处于整个发展过程的中间阶段^[6]。临床很多胃癌患者是由 CAG 演变而来。因此重视 CAG 的诊治对 CAG 高危人群的健康具有重要意义。目前已明确,CAG 属多病因疾病。幽门螺杆菌(Hp)感染引发的炎性反应、血管活性因子及细胞因子改变、自身免疫平衡的破坏等是较为明确的发病原因^[7-8]。近年来随着抗菌药物不合理应用,使 Hp 耐药性不断增加,西药治疗疗效难以稳定。

中医对于消化系统疾病的治疗历史悠久,在治疗 CAG 方面积累了较多的经验。在中医脏腑归经体系里,“胃脘”“胃痞”“胃痛”“嘈杂”病位在胃、脾、肝^[9]。发病诱因以饮食不节而损伤脾胃、情志不畅而肝气郁结为常见。疏泄失调致横逆犯胃、肝胃不和、气郁化火。木旺克土,胃气郁滞日久而致胃阴亏乏,失于濡润而致胃体萎缩。从中医的虚实辨析分虚脾实脾,早在《医宗金鉴》中就有明确的虚脾实脾论述^[10]:“凡有邪有滞而胀者,实痞也,无物无滞而痞者,虚痞也”。虚实随着病情的发展为转化,初期痞满因外邪入侵,饮食停止,脾胃运纳失职,清阳不升,浊阴不降,中焦气机阻滞而形成痞满,此阶段多为实证^[11]。实痞日久,正气耗损,损及脾胃,若素体已虚,中焦运化失调,则实转虚。因此,痞满、胃痛、胃脘、嘈杂等中医病证虽病位在胃,但与肝气舒达、脾脏运化功能密切相关^[12-13]。采用中医八纲辨证,CAG 较为常见的中医证型为脾胃湿热型,但由于受病情发展的阶段、环境、情志等多方面的影响,一种中医证型往往与其他证型兼具、错综复杂^[14-15]。基于此,本研究采用半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型 CAG,观察启临床疗效,并根据现有成熟的发病机制理论,监测炎性反应递质、免疫功能,分析半夏泻心汤治疗 CAG 的疗效作用机制。

本研究采用半夏泻心汤加减辅助西药治疗脾胃湿热型 CAG 患者,较之于仅采用西药治疗,在改善临床症状、免疫功能提升、炎性反应的控制方面具有较为明显的优势。且并未增加患者药物不良反应率。半夏泻心汤出自《伤寒论》,其具有和胃降逆,平调寒热,散结除痞之功。为古典医籍中治疗寒热互结之痞证的经典方剂^[16]。半夏性辛温,具有散结除痞、降逆止呕之功效,为方中君药。干姜辛热具有温中散寒,黄芩、黄连为苦寒之品,泄热除痞,该 4 味中药合为主药,发挥寒热平调,辛开苦降之功^[17]。而脾胃湿热型 CAG 为寒热互结、中虚失常证,佐以人参、大枣甘温益气之品,补脾虚,调和半夏的降逆

之势,达到升降平衡之态。辅以甘草补脾和中而调和诸药。全方升降互制、寒热互用、阴阳互补、补泻兼施,达到脾胃肝三脏平衡、寒热得解、升降平衡而发挥治疗胃脘痛痞满的功效^[18]。

综上所述,半夏泻心汤加减辨治可以改善脾胃湿热型 CAG 患者胃部炎性反应、提升机体免疫功能,从而改善患者临床症状,提升临床疗效,且不增加药物不良反应,具有较高的临床价值。

参考文献

- [1]李勇坚.理气平胃合剂联合三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证的效果评价[J].内蒙古中医药,2018,37(6):53-54.
- [2]高晔平.慢性萎缩性胃炎的治疗方法与癌变预防[J].中国社区医师,2011,2(10):8.
- [3]曹志群,张晓彤,赵庆华,等.兰索拉唑联合中药治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中国药物警戒,2014,11(12):721-724.
- [4]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,2013,18(1):24-36.
- [5]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[J].中医杂志,2010,51(8):749-753.
- [6]盛丽晴.基于清热化湿观点应用中药联合标准四联疗法提高萎缩性胃炎伴糜烂脾胃湿热证临床疗效及对 PGR、G-17 影响的研究[D].南京:南京中医药大学,2018.
- [7]徐清喜,吴仁凯,刘姗姗.黄连温胆汤加减治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证 35 例[J].浙江中医杂志,2018,53(3):193.
- [8]赵彬.慢性萎缩性胃炎胃黏膜中医微观辨证与癌前病变的特征分析[J].新中医,2018,50(3):149-153.
- [9]陶英杰.养胃舒胶囊联合复方黄连素片治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎临床评价[J].中国药业,2018,27(1):58-61.
- [10]李霞,鄧志宏.三仁汤加味治疗脾胃湿热型萎缩性胃炎 30 例[J].光明中医,2016,31(13):1891-1892.
- [11]焦玉梅.柴胡三仁汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床研究[J].新中医,2017,49(10):41-43.
- [12]邢恩龙.慢性萎缩性胃炎并胃黏膜糜烂的中医证候研究[D].北京:北京中医药大学,2017.
- [13]马志勇.慢性萎缩性胃炎中医证治拾掇[J].当代医学,2018,24(6):183-184.
- [14]程鹏,查安生.慢性萎缩性胃炎胃黏膜病理与中医证型之间的相关性研究[J].内蒙古中医药,2016,35(15):52.
- [15]朱颖玲,唐晓华,吴红铃,等.小陷胸汤合温胆汤加味治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].慢性病学杂志,2016,17(10):1125-1126.
- [16]邱智辉,黄毅斌,陈春雷,等.慢性萎缩性胃炎癌前病变胃黏膜胃镜表现与中医分型的关系[J].海南医学,2016,27(14):2255-2257.
- [17]韩宇斌,陈锦锋,邓健敏,等.胃肠安片治疗脾胃湿热型化生萎缩性胃炎的临床观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(20):2512-2514.
- [18]郭志刚.加味半夏泻心汤对慢性萎缩性胃炎(CAG)脾胃湿热证的临床观察[J].中医临床研究,2017,9(35):83-85.