针灸治疗慢性萎缩性胃炎的研究现状及思考

王晓梅[1]　刘雅楠[2]　常小荣[3]　顾沐恩[2]　吴焕淦[1]　许　峰[4]

（1 上海中医药大学上海市针灸经络研究所，上海，200030；2 上海中医药大学岳阳临床医学院，上海，200437；
3 湖南中医药大学，长沙，410208；4 上海市气功研究所，上海，200030）

摘要　近年来针灸治疗慢性萎缩性胃炎的研究取得了一定的进展。文章通过文献检索，查阅近 10 年来针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及作用机制实验研究相关文献，总结了针灸治疗慢性萎缩性胃炎的研究现状，同时也提出了目前针灸治疗慢性萎缩性胃炎研究中存在的一些不足和对未来研究的展望，为进一步探讨并发掘针灸治疗慢性萎缩性胃炎最为有效的方法和相关的机制研究提供思路。

关键词　针灸；慢性萎缩性胃炎；现状；思考

Research Situation and Thoughts of Acupuncture and Moxibustion on Chronic Atrophic Gastritis

Wang Xiaomei[1], Liu Yanan[2], Chang Xiaorong[3], Gu Muen[2], Wu Huangan[1], Xu Feng[4]

(1 *Shanghai Research Institute of Acupuncture and Meridian*, *Shanghai University of Traditional Chinese Medicine*, *Shanghai* 200030, *China*; 2 *Yueyang Clinical Medical College*, *Shanghai University of Traditional Chinese Medicine*, *Shanghai* 201203, *China*; 3 *Hunan University of Chinese Medicine*, *Changsha* 410208, *China*;
4 *Shanghai Qigong Research Institute*, *Shanghai* 200030, *China*)

Abstract　In recent years, there is a certain research progress of acupuncture and moxibustion treatment on chronic atrophic gastritis. In this paper, through literature searching, we referred to the literature of the relevant clinical efficacy and experimental mechanism study of acupuncture and moxibustion on chronic atrophic gastritis in the past decade, summarized the research status quo, and put forward in some deficiencies and research prospect for the future of the research of the acupuncture treatment on chronic atrophic gastritis, for further exploration and discovering the most effective method and the related mechanism researches about acupuncture and moxibustion on chronic atrophic gastritis.

Key Words　Chronic atrophic gastritis; Acupuncture and moxibustion; Research situation; Thought

中图分类号：R245　　**文献标识码**：A　　**doi**：10.3969/j.issn.1673－7202.2016.12.013

慢性萎缩性胃炎（Chronic Atrophic Gastritis，CAG）是指胃黏膜固有腺体萎缩，常伴肠上皮化生、不典型增生的慢性胃炎[1]。肠上皮化生与胃癌发生密切相关[2]。我国是胃癌的高发地区，绝大多数患者的胃癌发生过程遵循 Correa 提出的胃癌发生模式：正常胃黏膜-浅表性胃炎-萎缩性胃炎-小肠型肠上皮化生-大肠型肠上皮化生-异型增生（中重度）-胃癌发生模式[3]。因此，对 CAG 患者的早期发现、诊断及治疗尤为重要。近年来中医药疗法尤其是针灸治疗 CAG 取得了显著的疗效，在整体改善患者临床症状和少或无不良反应等方面具有优势。本文通过文献检索，查阅了近 10 年来针灸治疗 CAG 的临床及动物实验研究相关文献，总结了针灸治疗 CAG 的临床疗效及作用机制实验研究现状，现综述如下。

1　临床疗效研究

1.1　单一疗法

1.1.1　单纯针刺　金晓飞[4]等针刺治疗 CAG 患者 40 例。治疗组主穴取中脘、足三里、内关。常规刺法，临症加减。1 次/d，6 次为 1 个疗程，休息 1 d，连续治疗 4 个疗程。对照组口服常规西药，连续治疗 1 个月。结果治疗组总有效率 85.0%，对照组为 72.5%。钟伟明[5]针刺治疗 CAG 患者 56 例，主穴取足三里、中院、内关、脾俞、胃俞，临证加减。结果治疗后临床症状和胃黏膜病理变化均较治疗前有明显改善，临床症状积分与治疗前相比差异有统计学意义（$P<0.01$）。Gu W[6]等针刺治疗 CAG 患者 40 例。观察组针刺取穴关元、气海、足三里、血海、膈俞。对照组根据临床症状等给予常规西药治疗。治

基金项目：国家重点基础研究发展计划（“973”计划）项目（编号：2009CB522900；2015CB554501）；上海市卫生与计划生育委员会中医药科研基金项目（编号：2014LP066A）

作者简介：刘雅楠（1990—），女，上海中医药大学 2016 级博士研究生，研究方向：针灸治疗胃肠疾病，E-mail：5527lyn@163.com

通信作者：王晓梅（1977—），女，副教授，硕士研究生导师，研究方向：针灸治疗胃肠疾病的临床与基础研究；许峰，男，主治医师，研究方向：气功与推拿治疗颈腰椎疾病的临床研究

疗 8 周后观察组总有效率为 92.5%，对照组为 75%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。观察组胃黏膜病理改变总有效率为 85.0%，高于对照组的 65.0%（$P<0.05$）。说明单纯针刺治疗可以改善 CAG 患者的临床症状和病理状态，且其疗效优于西药。

1.1.2 穴位埋线 穴位埋线治疗 CAG 也有较好的疗效。临床上一般多选用羊肠线进行穴位埋线治疗。李国徽[7]等穴位埋线治疗 CAG 患者 55 例。穴位埋线组常规取穴，将长 10 mm 医用羊肠线线段埋入穴位处皮下脂肪层或肌肉层中，每 2 周 1 次，总疗程 6 个月。药物组予常规西药治疗。结果穴位埋线组临床总有效率 96.9%，优于药物组 64.4%（$P<0.01$）。朱海涛、任建坤等[8-9]采用穴位埋线治疗 CAG，穴位取脾俞、胃俞、足三里，15 d 1 次；对照组 51 例，给予胃复春片口服治疗，疗程为 3 个月。结果穴位埋线组总有效率大于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。贺君[10]等穴位埋线治疗 CAG 患者 47 例。结果发现穴位埋线组可明显改善 CAG 患者临床症状（$P<0.01$），并可有效降低幽门螺杆菌感染率（$P<0.05$）。

1.2 综合疗法

1.2.1 针灸并用 针刺和艾灸合用是临床上应用较为广泛的方法之一。葛平丽[11]观察针灸治疗 CAG 的效果，取穴胃俞、中脘、内关、足三里等。足三里穴留针期间配合温针灸。对照组采用中西药治疗。结果治疗组总有效率 94.4%，对照组总有效率 77.7%，差异有统计学意义（$P<0.01$）。杨瑞春、英健民[12-13]等温针灸治疗 CAG，治疗组主穴取脾俞、胃俞、中院、足三里，常规针刺后温针，配穴临症加减，1 次/d。对照组口服维酶素，吗丁啉，3 次/d。2 组均治疗 3 个月后，结果中医证候总有效率治疗组优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.01$）。此外，在胃镜疗效、病理疗效和 HP 清除率上，治疗组均优于对照组（均 $P<0.05$）。隋翠翠、谷巍等[14-15]针灸治疗慢性萎缩性胃炎，对照组患者采用西药治疗，观察组在对照组西药治疗基础上对患者进行针灸治疗或只进行针灸治疗。取穴为气海、关元、血海、足三里、膈俞。针刺得气后，气海、关元、足三里穴进行温针灸，每次留针 30 min，1 次/d。治疗结束后观察组治疗有效率及胃黏膜病变改善率均高于对照组（$P<0.05$）。孙玉霞[16]观察针灸治疗 CAG 患者 30 例的疗效。治疗组取穴胃俞、中脘、内关、曲泽、足三里，留针期间配合温针灸。对照组 28 例采用西药治疗。结果治疗组总有效率 90%，对照组总有效率 75%，差异有统计学意义（$P<0.01$）。龚志荣[17]等针灸治疗 CAG 患者 79 例，治疗组针刺取穴为胸 9～12、腰 1 华佗夹脊穴、胃俞、足三里、天枢、中脘、内关、三阴交。常规针刺得气后，足三里、中脘、胃俞穴施以温和灸。对照 1 组口服常规西药。对照 2 组采用中药治疗。结果总有效率治疗组高于两对照组，组间差异有统计学意义（$P<0.05$）。袁静、高希言等[18-19]针灸治疗慢性萎缩性胃炎 30 例，针刺组 30 例取单侧的足三里、中脘、天枢穴进行常规针刺，每次留针 30 min，两侧穴位交替运用。针灸组 30 例取穴同上，针后每穴用特制细艾条温灸 15 min。对照组 28 例服用胃苏冲剂。治疗 2 个月后，针刺组总有效率为 90.0%，针灸组 93.3%，对照组 82.1%。治疗后血清胃泌素水平针刺组与针灸组均低于对照组（$P<0.05$），但针灸组作用最明显。针灸组治疗后腺体萎缩及肠化生有不同程度的改善，治疗前后有统计学意义。表明针灸是治疗慢性萎缩性胃炎的一种安全有效的方法。李建中[20]等针灸治疗 CAG36 例并观察其疗效。患者按中医辨证分型进行针灸治疗。结果显效好转率为 97.2%，临床症状消失率达 97%，且治疗后胃动力功能增强，血中前列腺素 E 等防御分子增强。说明针灸治疗萎缩性胃炎疗效肯定。

1.2.2 针刺加穴位注射 谢文霞[21]等用电针加穴位注射治疗 CAG 患者 35 例，主穴取中脘、内关、足三里、脾俞。进针得气后，加电针 30 min，采用连续波，强度以患者感到舒适为宜。起针后再双侧足三里穴注射黄芪注射液各 2 mL，双侧内关穴注射当归注射液各 1 mL。治疗 4 个疗程后总有效率为 91.4%。邱仙灵[22]教授根据多年的针灸临床经验，提出胃阴受损是萎缩性胃炎的病机，并制定了清养胃阴的治疗原则，在临床上取得了较好的疗效。针刺取穴以胃俞、中脘、期门、足三里、三阴交、太溪、内庭等穴为主，并随证加减。同时用黄芪注射液注射肝俞、胃俞穴，每穴 2 mL，疗效显著。

1.2.3 针药结合 赵珩[23]等观察附子理中丸结合针刺治疗慢性胃炎 75 例的疗效。附子理中丸 2 次/d，6 g/次，饭后服。15 d 为 1 个疗程，连续服用 3～6 个疗程。针灸治疗取穴中脘、章门、关元、足三里等穴。隔日 1 次，7 次为 1 个疗程，连续针灸 2～5 个疗程。结果治疗总有效率为 93%。高绍芳[24]等用化浊解毒方结合针刺治疗 CAG。针刺组取穴中脘、天枢、内关等穴，中药组给予化浊解毒方中药治疗。针

药组口服化浊解毒方的同时给予针刺治疗,各组治疗时间均为 6 个月。治疗后针药组各临床症状积分均明显优于针刺组、中药组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。周文艳[25]针药结合治疗治疗 CAG 患者 51 例。治疗组患者予以中药胃萎方,1 剂/d,同时针刺胸 7 ~ 12 夹脊穴,得气后施平补平泻捻转 1 min,留针 30 min;对照组 50 例服用胃复春片,4 片/次,3 次/d。3 个月后疗效对比结果提示治疗组总有效率为 92.2%,高于对照组的 76.0%,治疗组疗效优于对照组($P<0.01$)。王立新[26]运用针刺和中药治疗 CAG 患者 48 例。针刺主穴取穴中脘、足三里、胃俞、内关穴,配穴临症加减。采用平补平泻法,得气后留针 30 min。中药则以益气养阴、活血通络为主。4 个月后临床总有效率 83.3%,疗效可靠。崔建胜[27]中药加针刺治疗 CAG 患者 210 例。观察组和对照组患者均给予中药内服治疗,观察组再加针刺治疗,取穴内关、期门、中院、足三里、太冲等。治疗 3 个月后,观察组总有效率 91.9%,对照组总有效率 76.2%,2 组疗效差异有统计学意义($P<0.05$),说明中药加针刺治疗 CAG 临床效果显著。莫湘[28]中药结合针刺治疗 CAG,对照组给予一般西药治疗,治疗组给予中药辨证口服和针刺治疗。治疗结束后治疗组总有效率及 Hp 转阴率均优于对照组,2 组比较差异有统计学意义($P<0.01$ 和 $P<0.05$),说明治疗组有提高 Hp 根除率的趋势。张继明[29]采用针药结合西医治疗 CAG73 例。对照组只进行西医对症治疗。治疗组在西医治疗的基础上,加用中药健脾清热化瘀汤和针刺治疗。针刺治疗取胸 9-12、腰 1、华佗夹脊穴,随症加减,每日或隔日 1 次,20 次为 1 个疗程。结果治疗组总有效率为 94.52%,对照组为 82.19%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。Lu Y[30]等针药结合治疗伴有肠上皮化生的 CAG 患者 26 例。治疗组针刺治疗取穴中脘、足三里、内关、公孙,同时口服四君子汤,对照组只口服四君子汤,治疗 3 个月后,临床症状总有效率治疗组为 88.46%,而对照组为 64.00%,2 组间差异有统计学意义($P<0.05$),肠化生的病理改善有效率,治疗组也优于对照组($P<0.05$)。

1.2.4　灸药结合　黄发生[31]等采用灸药结合治疗 CAG 患者 42 例。治疗组口服健脾泻心汤。同时加艾条悬灸足三里、中脘、天枢,2 次/d。对照组口服叶酸 5 mg,2 次/d。腹胀、消化不良加用西沙比利,有 HP 感染加用阿莫西林、甲硝唑、丽珠得乐。结果临床总有效率治疗组为 92.85%,对照组为 71.43%,治疗组高于对照组($P<0.05$)。胃镜下征象在颗粒增生、胆汁反流上,治疗组也优于对照组。

1.2.5　针灸加穴位埋线　柴一峰[32]等温针灸加穴位埋线治疗 CAG 患者 40 例。温针灸、穴位埋线治疗取穴中脘、天枢、足三里、三阴交、胃俞。针刺中脘、天枢、足三里穴得气后行温针,继续留针 20 min 后出针,1 次/d,12 次为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。休息 10 d 期间,选取三阴交、胃俞穴进行穴位埋线治疗,约 20 ~ 30 d 埋线 1 次。对照组采用西药治疗。结果温针灸加穴位埋线组总有效率 92.5%,西药对照组 85%,差异有统计学意义($P<0.05$);胃镜疗效、病理疗效比较,治疗组也均优于对照组($P<0.05$)。

1.2.6　药加穴位埋线　陈海霞[33]采用胃复春配合穴位埋线治疗 CAG 患者 30 例,对照组予胃复春片口服,治疗组在对照组基础上加用穴位埋线,取穴中脘、天枢、脾俞、胃俞、肝俞、膈俞、足三里穴,每 10 d 埋线 1 次。结果治疗组总有效率 86.7%,对照组总有效率 70.0%,2 组疗效比较差异有显著性意义($P<0.05$)。齐越[34]等中药联合穴位埋线疗法治疗 CAG 患者 29 例。对照组给予一般药物治疗,观察组采用自拟养胃汤口服联合穴位埋线治疗。穴位埋线用注射式专用埋线针将长 8 ~ 10 mm 生物蛋白线埋入中脘穴、双侧胃俞、脾俞、足三里穴处,1 次/周,共 6 个月。结果观察组疗效、胃镜下胃黏膜的改善、症状积分的改善均优于对照组($P<0.05$),血浆胃泌素、生长抑素浓度也高于对照组($P<0.05$)。说明养胃汤联合埋线疗法治疗 CAG,不仅能改善临床症状,增强治疗效果,还能改变体内胃肠激素的水平。

1.2.7　灸药加耳穴　王正国[35]综合运用中药汤剂、艾灸以及耳穴贴敷治疗脾胃气虚型 CAG 患者 48 例。观察组艾条灸患者中脘和神阙穴,1 次/d,15 min/次。王不留行籽贴敷双耳脾区、胃区,每次刺激按压 30 s,3 次/d,3 d 后更换,并口服香砂六君子汤。对照组单纯口服香砂六君子汤。结果观察组的好转率 91.7%,对照组的好转率 86.1%,而且观察组较对照组缩短住院天数平均为 4 ~ 5 d。说明口服中药汤剂并配合艾灸及耳穴刺激按压较单纯使用中药汤剂具有显著的疗效。

1.2.8　药加耳穴　洪刘和[36]耳穴压丸配合中药治疗 CAG 患者 52 例,给予患者自拟振萎汤治疗,治疗期间停用其他胃药及对胃黏膜有刺激的药物,同时取双侧耳穴神门、皮质下、脾、胃、肝、胆、小肠贴压王不留行籽,每周换 1 次,2 个月为 1 个疗程。疗程结

束后临床总有效率为 90.38%，取得了满意的疗效。

1.3 特殊针法 梁尧[38]等用腹针疗法治疗 CAG 患者 26 例并观察临床疗效。取中脘、下脘、气海、关元、天枢（双侧）、大横（左）穴位，选用 0.22 mm × 40 mm 的一次性针灸针进针，留针 30 min，每 2 d 1 次，治疗 10 次休息 3 d，共治疗 24 周。结果近期临床痊愈 5 例，显效 8 例，有效 9 例，无效 4 例，总有效率达 84.6%。Zhang R[39]等治疗脾胃虚弱型 CAG 患者 91 例。治疗组取穴中脘、足三里穴，得气后采用阳中隐阴的手法：首先进针约 0.6 寸，然后快速插入并缓慢提升，重复操作 9 次直到针下有热感。之后，进针 1.2 寸，然后快速的提升并缓慢插入，重复操作 6 次直到针下有凉爽的感觉产生。之后针被撤回深度的 1/3，留针 20 min，该手法每 5 min 进行 1 次。隔天治疗 1 次，共治疗 30 次。对照组用香砂六君子丸治疗。结果治疗组临床总有效率为 87.9%，对照组有效率为 75.3%，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。

2 机制研究

朱方石[40]等研究发现 CAG 大鼠较正常组大鼠胃黏膜主、壁细胞数、G、D 细胞数及其阳性染色灰度值均明显下降，外周血清胃泌素（GAS）含量较正常组大鼠也明显降低。表明大鼠 CAG 的发生与胃黏膜屏障的破坏，主、壁细胞和 G、D 细胞数的减少导致胃蛋白酶、胃酸分泌异常及胃泌素、生长抑素等胃肠激素的神经内分泌调节紊乱有关。针灸治疗 CAG 的作用机制主要包括抑制炎性反应、保护胃黏膜和调整胃肠激素等 3 个方面。

2.1 抑制炎性反应 陈璐、樊永磊、钟国新等[41-43]探讨穴位埋线对 CAG 模型大鼠炎性反应过程中某些炎性反应因子变化的影响及其可能作用机制。结果显示慢性萎缩性胃炎模型大鼠血清 CRP、IL-6、TNF-α 较正常大鼠升高，穴位埋线可下调 CAG 大鼠血清 CRP、IL-6、TNF-α 水平，说明穴位埋线对慢性萎缩性胃炎大鼠的治疗作用可能与调节炎性反应相关因子的表达有关。而穴位埋线也可下调 TLR4 的表达，抑制大鼠胃黏膜 IKKβ 活化，进而抑制 IκB 降解，降低 NF-κB 活化水平，减轻胃黏膜病变。提示 TLR4/NF-κB 通路的激活在萎缩性胃炎的炎性反应过程中发挥了重要作用。穴位埋线可通过调节 TLR4/NF-κB 通路中炎性反应分子的表达，起到抑制炎性反应并改善胃黏膜组织损伤的作用。

2.2 保护胃黏膜 黄康博、李素荷[44-45]等观察穴位埋线对 CAG 大鼠胃黏膜和胃黏膜超微结构的影响。埋线组选取足三里、中脘、胃俞，针刺组取穴同埋线组。结果针刺组和埋线组大鼠胃黏膜的胃液量、游离酸度、总酸度及总酸排量均高于模型组（$P < 0.05$），且胃黏膜病理形态均有明显改善；针刺和穴位埋线治疗后的 CAG 大鼠胃黏膜超微结构损伤也改善明显。说明穴位埋线可通过保护胃黏膜起到治疗作用。

2.3 调节胃肠激素 高希言、张业等[46-47]观察穴位贴敷对 CAG 大鼠胃动素、胃泌素、胃黏膜血流量、胃黏膜前列腺素 E2 等含量的影响。治疗组选取足三里、中脘穴进行穴位贴敷治疗。结果显示穴位贴敷可增加血清胃泌素含量，胃黏膜血流量及胃黏膜前列腺素 E2 含量，降低血浆胃动素含量。提示穴位贴敷对黏膜的营养作用及调节胃肠蠕动的作用可能是通过调节胃肠激素，增加细胞保护作用而实现的。孙玉霞[48]等观察针刺对 CAG 大鼠模型血清胃泌素（GAS）和血浆胃动素（MOT）的影响。结果显示针刺能使慢性萎缩性胃炎大鼠血清胃泌素水平升高，胃动素的水平降低。表明针刺中脘、足三里、内关、胃俞等穴位，通过增加胃泌素的分泌，降低胃动素的分泌，调节胃肠激素水平，从而发挥预防及治疗慢性萎缩性胃炎的作用。贺君[49]等也研究表明穴位埋线可改善慢性萎缩性胃炎患者血浆胃泌素和 P 物质含量，使慢性萎缩性胃炎患者的胃电幅值和频率趋于正常化。

3 结语与展望

综上所述，临床上针灸治疗 CAG 的方法多种多样，其中针灸合用及针药结合的应用最为广泛。针灸疗法不仅可以改善 CAG 患者的症状，对胃黏膜、胃腺体萎缩以及肠上皮化生等均有改善作用，同时也可调节胃肠激素的水平。动物实验研究表明穴位埋线或针刺可以通过抑制炎性反应因子、保护胃黏膜、调节胃肠激素等发挥治疗 CAG 的作用。

虽然近年来针灸治疗 CAG 的研究取得了一定的进展，但仍存在很多问题，比如，临床研究上，许多研究设计不够严谨，许多研究中样本量的估计及设定、样本的脱落、排除纳入标准等都未说明；选用进行对照的中药或西药没有标准；部分研究样本量较少，没有进行大样本、多中心的研究[50]。此外，在治疗取穴上，主穴的选取差别较大，没有统一的取穴标准。在治疗方法上，单一疗法只有针刺和穴位埋线，缺少单纯灸法疗效的研究。动物实验中穴位埋线与穴位贴敷的研究较多，缺少艾灸、针刺、针灸并用、针药并用等临床有效手段干预大鼠的作用机制研究。

近年来研究发现血清及胃黏膜中的一些蛋白在

慢性胃炎的诊断和评估中扮演了重要角色。例如血清中高敏感性的 CRP、胃蛋白酶原、血清胃泌素、促胃液素等可以结合内镜检查、组织学诊断,共同作为 HP 和非 HP 感染引起的胃炎的诊断评估方法[51-56];胃黏膜中热休克蛋白(Heat Shock Protein 70, HSP70)的水平与萎缩性胃炎患者肠化、增生等病理变化密切相关[57];胃黏膜中尾型同源转录因子(CDX-2)、黏蛋白 2(MUC2)也可成为萎缩性胃炎中评价黏膜萎缩、化生的高效性标记物[58]。此外,天然抗菌化合物溶菌酶在食管炎、慢性胃炎、萎缩性十二指肠炎、结肠炎等胃肠道炎性反应时表达上调,间接提示胃肠炎性反应时,胃肠道微环境会发生变化[59]。胃肠道内的某些益生菌可调节肠道微生物群的不平衡状态,在抑制 CAG 的炎性反应、根除 HP 中发挥重要作用[60-61]。因此,在现有研究的基础上,可通过观察血清及胃黏膜中相关蛋白的变化情况来进一步阐释针灸治疗 CAG 的机制,也可通过粪便样本 16SrDNA 测序技术来研究肠道菌群变化与 CAG 的关系,从而为进一步揭示 CAG 的发病机制及针灸治疗 CAG 的起效机制研究提供更广泛的方法。

参考文献

[1]路敏敏,金世禄,刘宝珍,等. 慢性萎缩性胃炎的诊断进展[J]. 中华全科医学,2015,13(5):823-825,836.

[2]DÎrnu R1,Secureanu FA,Neamţu C,et al. Chronic gastritis with intestinal metaplasia: clinico-statistical, histological and immunohistochemical study[J]. Rom J Morphol Embryol,2012,53(2):293-297.

[3]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.

[4]金晓飞,刘金福. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎 40 例[J]. 中国民间疗法,2010,18(1):14-15.

[5]钟伟明. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎 56 例临床观察[J]. 内蒙古中医药,2010,29(15):84-85.

[6]Gu W,Hu QC. Clinical observation on acupuncture for treatment of chronic atrophic gastritis[J]. Zhong guo Zhen Jiu,2009,29(5):361-364.

[7]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.

[8]朱海涛. 穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2008,27(12):11-12.

[9]任建坤,丁庆学,王德学,等. 病源穴埋线治疗慢性萎缩性胃炎 51 例[J]. 江西中医药,2014(10):39-40.

[10]贺君. 俞募配穴埋线治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 上海针灸杂志,2008,27(12):8-10.

[11]葛平丽. 慢性萎缩性胃炎的针灸治疗与分析[J]. 中医中药,2007,4(12):93.

[12]杨瑞春,伦新. 温针灸治疗萎缩性胃炎 45 例临床观察[J]. 新中医,2008,40(12):68-70.

[13]英健民. 俞募配穴针灸治疗萎缩性胃炎临床观察[J]. 中国中医药信息杂志,2009,16(5):70-71.

[14]隋翠翠,侯洁. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎 28 例[J]. 内蒙古中医药,2014,33(14):51.

[15]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):361-364.

[16]孙玉霞,李苏民. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎 30 例[J]. 陕西中医,2005,26(9):955-956.

[17]龚志荣,汪灵,龚沁. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎 79 例[J]. 山东中医杂志,2013,32(6):412-413.

[18]袁静,高希言. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 浙江中医杂志,2006,41(5):263-264.

[19]Gao Xiyan,Yuan Jing,Li Huijuan,et al. Clinical Research on Acupuncture and Moxibustion Treatment of Chronic Atrophic Gastritis[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine,2007,27(2):87-91.

[20]Li Jianzhong,Zhou Lu,Liu Ligong,et al. Clinical Observation on Acupuncture Treatment of 36 Cases of Chronic Atrophic Gastritis[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science,2005,3(2):23-25.

[21]谢文霞,曹高忠,朱启槐,等. 电针加穴注治疗慢性萎缩性胃炎 35 例[J]. 浙江中医杂志,2005,40(9):401.

[22]魏居明. 邱仙灵教授针刺治疗萎缩性胃炎经验[J]. 针灸临床杂志,2003,19(6):7.

[23]赵珩,张建功. 附子理中丸合针灸治疗慢性胃炎 75 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2007,7(23):5666-5667.

[24]高绍芳,何华,米惠茹,等. 化浊解毒方药结合针刺治疗慢性萎缩性胃炎 40 例临床观察[J]. 中医杂志,2011,54(10):839-842.

[25]周文艳. 针药并用治疗慢性萎缩性胃炎 51 例[J]. 中国中医急症,2007,16(2):232-233.

[26]王立新,缪卫华,崔恒德,等. 针药结合治疗萎缩性胃炎 48 例[J]. 吉林中医药,2008,28(2):131.

[27]崔建胜. 中药加针刺治疗慢性萎缩性胃炎 210 例临床观察[J]. 内蒙古中医药,2012,31(11):74.

[28]莫湘. 中药结合针灸治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 黑龙江中医药,2011,40(1):29-30.

[29]张继明. 中医针药并用结合西医治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 四川中医,2014,32(3):95-96.

[30]Lu Y,Wang JT,Chen RX. Observation on therapeutic effect of acupuncture combined with drug for treatment of intestinal metaplasia of chro nic atrophic gastritis[J]. Chinese Acupuncture & Moxibustion,2005,25(7):457-459.

[31]黄发生,张智,廖春华. 灸药结合治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 中国民康医学,2008,20(12):1297,1322.

[32]柴一峰,蒋湘萍. 温针灸加穴位埋线治疗萎缩性胃炎临床研究[J]. 针灸临床杂志,2011,27(1):20-22.

[33]陈海霞. 胃复春配合穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎 30 例疗效观察[J]. 新中医,2011,43(12):89-90.

[34]齐越,秦杰,邱坤鹏,等. 自拟养胃汤联合穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中国中医药科技,2013,20(4):387-388.

[35] 王正国. 中药汤剂配合艾灸、耳穴贴敷治疗慢性萎缩性胃炎脾胃气虚型48例临床观察[J]. Clinical Journal of Chinese Medicine, 2012, 4(23): 54-55.

[36] 洪刘河. 自拟方配合压耳穴治疗慢性萎缩性胃炎52例[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(5): 31-32.

[38] 梁尧, 黎波, 腹针疗法治疗慢性萎缩性胃炎26例[J]. 广西中医学院学报, 2011, 14(2): 11-13.

[39] Zhang Rong, Wu Yaochi, Sun Yijun. Clinical Study on Acupuncture plusMedication for Chronic Atrophic Gastritis Due to Spleen-stomach DeficiencyJ[J]. Acupunct Tuina Sci, 2014, 12(4): 211-215.

[40] 朱方石, 姒健敏, 王良静. 等. 萎缩性胃炎大鼠胃黏膜主、壁细胞和G、D细胞及外周血胃泌素、生长抑素的变化[J]. 世界华人消化杂志, 2006, 14(34): 3261-3267.

[41] 陈璐, 李素荷, 钟国新, 等. 穴位埋线对慢性萎缩性胃炎大鼠Toll样受体4和核因子NF-κB表达的影响[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(8): 47-50.

[42] 樊永磊, 李素荷, 钟国新, 等. 穴位埋线对慢性萎缩性胃炎大鼠血清CRP、IL-6、TNF-α的影响[J]. 吉林中医药, 2013, 33(8): 824-826.

[43] 钟国新, 李素荷, 陈璐, 等. 穴位埋线对慢性萎缩性胃炎模型大鼠IKKβ、IκB、NF-κB表达的影响[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(5): 1291-1294.

[44] 黄康柏, 李素荷, 黄德裕, 等. 穴位埋线对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜超微结构的影响[J]. 新中医, 2011, 43(11): 101-103.

[45] 李素荷, 黄德裕, 唐纯志, 等. 穴位埋线对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2010, 27(4): 346-349.

[46] 高希言, 任珊, 赵欣纪. 穴位贴敷对慢性萎缩性胃炎大鼠胃肠激素影响的实验研究[J]. 针刺研究, 2006, 31(2): 107-109.

[47] 张业, 高希言, 赵欣纪. 穴位贴敷对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜血流量、前列腺素E2的影响[J]. 针刺研究, 2005, 30(1): 35-38.

[48] 孙玉霞, 王瑞莉, 贾成文, 等. 针刺对慢性萎缩性胃炎大鼠血清胃泌素和血浆胃动素水平的影响[J]. 陕西中医, 2006, 27(10): 1301-1302.

[49] 贺君, 庄礼兴, 林涵. 俞募配穴埋线疗法对慢性萎缩性胃炎患者血浆胃动素及体表胃电图的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2011, 28(4): 374-378.

[50] 蒋文杰, 曹莲瑛, 李璟, 等. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的Meta分析[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(7): 886-892.

[51] Rahmani A, Moradkhani A, Hafezi Ahmadi MR, et al. Association between serum levels of high sensitive C-reactive protein and inflammation activity in chronic gastritis patients[J]. Scand J Gastroenterol, 2016, 13: 1-7.

[52] Kitamura Y, Yoshihara M, Ito M1, Boda T, et al. Diagnosis of Helicobacter pylori-induced gastritis by serum pepsinogen levels[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2015, 30(10): 1473-1477. doi: 10. 1111/jgh. 12987.

[53] Takao T, Ishikawa T, Ando T, et al. Multifaceted Assessment of Chronic Gastritis: A Study of Correlations between Serological, Endoscopic, and Histological Diagnostics[J]. Gastroenterol Res Pract, 2011, 2011: 631461. doi: 10. 1155/2011/631461.

[54] Yakut M, Örmeci N, Erdal H, et al. The association between precancerous gastric lesions and serum pepsinogens, serum gastrin, vascular endothelial growth factor, serum interleukin-1 Beta, serum toll-like receptor-4 levels and Helicobacter pylori Cag A status[J]. Clin Res Hepatol Gastroenterol, 2013, 37(3): 302-311. doi: 10. 1016/j. clinre.

[55] 项利. 胃蛋白酶原与促胃液素联合检测在慢性萎缩性胃炎诊断中的临床价值[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(2): 20-21.

[56] 盛菁. 慢性萎缩性胃炎患者血清胃蛋白酶原的研究[J]. 吉林医学, 2016, 37(1): 145-146.

[57] Thou JH, Fu ZQ, Deng JP, et al. Effect of Chinese drugs for strengthening Pi, harmonizing Wei, and dispersing blood stasis on the expression of gastric mucosal heat shock protein 70 in chronic atrophic gastritis patients[J]. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine, 2015, 35(4): 406-410.

[58] Kononov AV, Mozgovoĭ SI, Shimanskaia AG, et al. Immunohistochemical detection of biomolecular markers for metaplastic mucosal atrophy in gastric biopsy specimens[J]. Arkh Patol, 2014, 76(6): 44-50.

[59] Rubio CA. The Natural Antimicrobial Enzyme Lysozyme is Up-Regulated in Gastrointestinal Inflammatory Conditions[J]. Pathogens, 2014, 3(1): 73-92. doi: 10. 3390/pathogens3010073.

[60] Oh B, Kim BS, Kim JW, et al. The Effect of Probiotics on Gut Microbiota during the Helicobacter pylori Eradication: Randomized Controlled Trial[J]. Chun J Helicobacter, 2015, 21(3): 165-174. doi: 10. 1111/hel. 12270.

[61] 王圆圆, 刘雅楠, 唐天瀛, 等. 胃肠道菌群与慢性萎缩性胃炎的关系概述[J]. 世界华人消化杂志, 2016, 24(10): 1526-1531.

(2016-12-07 收稿 责任编辑: 洪志强)