

益气活血解毒方联合西药治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎患者的疗效及对胃蛋白酶原的影响

庞海江¹ 许家艳¹ 丁守坤²

(1 河南省郑州市中医院急诊科, 郑州, 450007; 2 河南省人民医院心内科, 郑州, 450003)

摘要 目的:探究益气活血解毒方联合西药治疗幽门螺杆菌(Hp)阳性慢性萎缩性胃炎(CAG)患者的疗效及对胃蛋白酶原(PG)的影响。方法:选取2016年11月至2018年2月郑州市中医院收治的Hp阳性CAG患者74例,随机分为对照组和观察组,每组37例。对照组Hp阳性CAG患者采用四联疗法治疗,观察组Hp阳性CAG患者在对照组的基础上服用益气活血解毒方。治疗3个月后,检测患者PG(PG I、PG II、PG I/PG II)、炎症反应递质水平、胃液pH值以及血液流变学指数变化情况,评价其疗效。结果:观察组总有效率为94.59%,对照组总有效率为72.97% ($P < 0.05$)。治疗后,2组患者的pH值、炎症反应递质水平[白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子(TNF- α)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)]、血液流变学指数(全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度、红细胞聚集指数)均降低,PG(PG I、PG II、PG I/PG II)水平升高($P < 0.05$),观察组患者的pH值、炎症反应递质水平(IL-6、TNF- α 、hs-CRP)、血液流变学指数(全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度、红细胞聚集指数)低于对照组,PG(PG I、PG II、PG I/PG II)水平高于对照组($P < 0.05$)。结论:益气活血解毒方联合西药四联疗法可以对Hp产生抑菌作用,有效控制Hp阳性CAG患者的PG、炎症反应递质水平,改善血流动力学,保护胃黏膜,发挥良好的疗效,具有较高的临床应用价值。

关键词 益气活血解毒方;四联疗法;幽门螺杆菌;慢性萎缩性胃炎;疗效;胃蛋白酶原;炎症反应递质;血液流变学

Curative Effects of Yiqi Huoxue Jiedu Decoction Combined with Western Medicine on Patients with Hp Positive Chronic Atrophic Gastritis and Its Effects on Pepsinogen

Pang Haijiang¹, Xu Jiayan¹, Ding Shoukun²

(1 Emergency Department, Zhengzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450007, China;

2 Department of Cardiology, People's Hospital of Henan Province, Zhengzhou 450003, China)

Abstract Objective: To explore the curative effects of Yiqi Huoxue Jiedu Decoction combined with western medicine on patients with helicobacter pylori (Hp) positive chronic atrophic gastritis (CAG) and its effects on pepsinogen (PG). **Methods:** A total of 74 patients with Hp positive CAG treated in Zhengzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine from November 2016 to February 2018 were selected and randomly divided into the control group and the observation group, with 37 patients in each group. The patients with Hp positive CAG in the control group were treated with quadruple therapy. The patients with Hp positive CAG in the observation group were treated with Yiqi Huoxue Jiedu Decoction on the basis of the same treatment in control group. After 3 months of treatment, the levels of PG (PGI, PGII, PGI/PGII), inflammatory factors and blood rheological index were measured to evaluate the efficacy. **Results:** The total effective rate was 94.59% in the observation group and 72.97% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of pH, inflammatory factors (IL-6, TNF, CRP), blood rheological index (whole blood viscosity high shear, whole blood viscosity low shear, plasma viscosity, erythrocyte aggregation index) decreased, and the levels of PGI, PGII, PGI/PGII increased in both groups ($P < 0.05$), and the levels of pH, inflammatory factors (IL-6, TNF, CRP), blood rheological index (whole blood viscosity high shear, whole blood viscosity low shear, plasma viscosity, erythrocyte aggregation index) in the observation group were lower than those in the control group, the levels of PGI (PGI, PGII, PGI/PGII) were higher than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Yiqi Huoxue Jiedu Decoction combined with western medicine quadruple therapy has bacteriostatic effects on Hp, and it can effectively control the levels of PG and inflammatory factors in Hp positive CAG patients, improve hemodynamics, protect gastric mucosa, which has a good therapeutic effect with high clinical value.

Key Words Yiqi Huoxue Jiedu Decoction; Quadruple therapy; Positive helicobacter pylori; Chronic atrophic gastritis; Curative effects; Pepsinogen; Inflammatory factors; Hemorheology

中图分类号: R289.5; R573 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.01.025

基金项目:二〇一七年度河南省医学科技攻关计划项目(21702213)——房颤行左心耳封堵术后与单纯抗凝治疗后血栓发生风险对比

作者简介:庞海江(1967.05—),男,本科,副主任中医师,研究方向:中医内科消化系统疾病, E-mail: doctorpang@163.com

通信作者:丁守坤(1980.06—),男,硕士,主治医师,研究方向:冠心病与精神压力, E-mail: dcdsk2011@126.com

幽门螺杆菌(Hp)感染常会导致被感染者产生淋巴增生性胃淋巴瘤、慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)等严重威胁人体生命及健康的胃部疾病^[1]。其中 CAG 是一种多致病因素性疾病, Hp 是主要致病因素。目前对于 Hp 阳性 CAG 患者治疗主要是西药四联疗法, 但若长期服用, Hp 对该疗法中抗生素具有耐药性, 且不能根治 CAG。中医中药通过辨证论治, 在辨证分型下对 CAG 患者进行个体化治疗, 可显著改善 CAG 临床症状。戈焰教授不断总结临床实践, 提出健脾疏肝活血解毒法治疗 CAG, 但对其主要通过影响那些途径发挥治疗效果的解释不够深入, 对胃蛋白酶原(PG)、炎性反应递质、血液流变学等对 Hp 阳性 CAG 的具体作用机制不够明确, 现有对 Hp 阳性 CAG 的研究指标相对单一^[2-3]。我院根据戈焰教授的研究, 反复推敲得出益气活血解毒方, 并选取了 74 例 Hp 阳性 CAG 患者进行研究, 发现其联合西药四联疗法可以通过改善患者的胃液 pH 值及 PG、炎性反应递质、血液流变学而发挥良好的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 11 月至 2018 年 2 月在郑州市中医院治疗的 Hp 阳性 CAG 患者 74 例, 随机分为对照组和观察组, 每组 37 例。对照组中男 20 例, 女 17 例; 年龄 27 ~ 60 岁, 平均年龄 (49.13 ± 10.24) 岁; 病程 1 ~ 15 年, 平均病程 (8.43 ± 6.13) 年; 伴有黏膜异型增生者 11 例, 伴有胃溃疡 14 例, 伴有十二指肠溃疡 17 例, 伴有复合性溃疡 14 例, 伴有肠上皮化生者 10 例。观察组中男 18 例, 女 19 例; 年龄 30 ~ 63 岁, 平均年龄 (50.08 ± 10.17) 岁; 病程 1 ~ 15 年, 平均病程 (8.57 ± 6.49) 年; 伴有黏膜异型增生者 18 例, 伴有胃溃疡 13 例, 伴有十二指肠溃疡 11 例, 伴有复合性溃疡 19 例, 伴有肠上皮化生者 16 例。2 组 Hp 阳性 CAG 患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《慢性萎缩性胃炎的诊断与中医药治疗》以及《中国慢性胃炎共识意见》中关于 CAG 诊断标准, 并经胃镜和病理检查确诊的患者。

1.3 纳入标准 1) 参与本研究前 1 个月内未服用解痉止痛药、保护胃黏膜药以及抗生素等与研究药物具有相互作用的药物; 2) 符合《慢性萎缩性胃炎的诊断与中医药治疗》以及《中国慢性胃炎共识意见》中关于 CAG 诊断标准, 并经胃镜和病理检查确诊的患者; 3) 精神正常, 意识清醒, 服药依从性好的患者; 4) 病理组织切片检查或 13C 呼气试验为 Hp

阳性的患者^[4]。

1.4 排除标准 1) 排除诊断为慢性非萎缩性胃炎者; 2) 排除病理检查为癌变或疑似癌变者; 3) 排除过敏体质患者或对本研究所用药物过敏者; 4) 排除出现严重不良反应, 或由于不可控因素而中途退出者; 5) 排除伴有肝肾功能严重障碍、心脑血管疾病、恶性肿瘤者。

1.5 脱落与剔除标准 治疗中接受其他治疗方案者; 治疗中发生严重不良反应需终止治疗者; 治疗中主动退出研究者或失联者等。

1.6 治疗方法 对照组给予 Hp 阳性 CAG 患者四联疗法进行治疗, 包括克拉霉素片(上海雅培制药有限公司, 国药准字 H20033044), 0.25 g(1 片)/次, 2 次/d; 枸橼酸铋钾胶囊(湖南华纳大药厂有限公司, 国药准字 H20033756), 2 粒/次, 2 次/d; 奥美拉唑肠溶胶囊(石药集团欧意药业有限公司, 国药准字 H20046430), 每次 20 mg(1 粒), 2 次/d; 阿莫西林胶囊(上海华源安徽仁济制药有限公司, 国药准字 H34020561), 2 粒/次, 2 次/d。疗程 3 个月。

观察组在对照组的基础上给予 Hp 阳性 CAG 患者服用中药益气活血解毒方。益气活血解毒方组成: 丹参 16 g、黄芪 16 g、白僵蚕 16 g、党参 16 g、薏苡仁 16 g、炒白术 12 g、炙甘草 12 g、蜂房 12 g、陈皮 12 g、紫丹 10 g、当归 10 g、麦冬 10 g、五灵脂 10 g、延胡索 10 g、三七粉 8 g, 传统方法煎煮成汤剂, 取 320 mL 为 1 剂, 2 剂/d, 每 5 天间隔 2 d 为 1 个疗程, 治疗 3 个月。

1.7 观察指标

1.7.1 胃液 pH 值及胃蛋白酶原 分别采用活检孔插入塑料管吸取治疗前后 2 组患者胃液 2 ~ 3 mL, 以精密 pH 试纸(江苏泰州市奥克滤纸厂提供)测定胃液 pH 值; 分别于治疗前后抽取 2 组患者清晨空腹静脉血 5 mL, 离心取血清保存备检, 采用美国雅 ARCHITECTi2000SR 全自动化学发光仪以及配套试剂盒检测胃蛋白酶原 I(PGI)和胃蛋白酶原 II(PGII)^[6]。

1.7.2 炎性反应递质 2 组患者于治疗前后分别采集静脉血, 采用酶联免疫吸附双抗体夹心法分别检测白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子(TNF- α)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)的水平^[7]。

1.7.3 血液流变学 分别于治疗前后各抽取 2 组患者静脉血 3 mL, 采用 LB-2A 系列全自动血液流变学分析仪(天津市唐宇医疗器械科技发展有限公司)测定患者的血液流变学, 包括全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度、红细胞聚集指数^[8]。

1.8 疗效判定标准 根据《慢性萎缩性胃炎的诊断与中医药治疗》中医证候疗效判定标准进行评价。将患者的临床疗效分为痊愈、显效、有效、无效4种。临床症状、体征消失,胃镜、活检示急性炎症反应消失,慢性炎症反应好转,胆汁返流消失记为痊愈;症状体征均明显改善,胃镜和活检显示急性炎症反应基本消失,慢性炎症反应好转,胆汁返流减少2/3以上记为显效;症状体征均有所改善,胃镜和活检显示黏膜病变范围缩小1/2以上,急慢性炎症反应程度减轻1度,胆汁返流减少1/2以上记为有效;不能达到以上标准或者加重者记为无效^[5]。

1.9 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析,等级计数资料使用秩和检验进行比较。计量资料以均数标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较使用配对 t 检验,组间比较使用独立样本 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义

2 结果

2.1 2组疗效比较 观察组总有效率为94.59%,

对照组总有效率为72.97%,观察组疗效优于对照组($Z = -3.18, P = 0.01$)

2.2 2组胃液pH值及胃蛋白酶原比较 治疗前,2组患者的pH、PG I、PG II、PG I/PG II差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,观察组患者的pH低于对照组,PG I、PG II、PG I/PG II高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 2组炎症反应递质比较 治疗前,2组患者的IL-6、TNF-、hs-CRP差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组IL-6、TNF-、hs-CRP均降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,观察组IL-6、TNF-、hs-CRP低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表1 2组疗效比较

组别	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)
观察组($n = 37$)	17	11	7	2
对照组($n = 37$)	7	9	11	10

注:与对照组比较, $Z = -3.18, P = 0.01$

表2 2组胃液pH值及胃蛋白酶原比较($\bar{x} \pm s$)

组别	pH	PG I ($\mu\text{g/L}$)	PG II ($\mu\text{g/L}$)	PG I/PG II
观察组($n = 37$)				
治疗前	4.51 $\pm$ 1.33	55.28 $\pm$ 4.91	10.37 $\pm$ 1.29	5.15 $\pm$ 1.24
治疗后	2.71 $\pm$ 1.21 * Δ	148.91 $\pm$ 12.07 * Δ	12.04 $\pm$ 1.73 * Δ	12.17 $\pm$ 1.75 * Δ
对照组($n = 37$)				
治疗前	4.49 $\pm$ 1.28	55.37 $\pm$ 5.02	10.45 $\pm$ 1.32	5.20 $\pm$ 1.26
治疗后	3.38 $\pm$ 1.24 *	98.72 $\pm$ 10.81 *	11.23 $\pm$ 1.53 *	8.74 $\pm$ 1.53 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表3 2组炎症反应递质比较($\bar{x} \pm s$)

组别	IL-6 (ng/mL)	TNF-($\mu\text{g/mL}$)	hs-CRP (mg/L)
观察组($n = 37$)			
治疗前	54.38 $\pm$ 13.62	2.51 $\pm$ 0.72	2.87 $\pm$ 0.75
治疗后	25.61 $\pm$ 7.28 * Δ	1.53 $\pm$ 0.54 * Δ	1.31 $\pm$ 0.49 * Δ
对照组($n = 37$)			
治疗前	55.07 $\pm$ 13.71	2.49 $\pm$ 0.73	2.86 $\pm$ 0.77
治疗后	34.29 $\pm$ 8.91 *	2.02 $\pm$ 0.68 *	2.28 $\pm$ 0.58 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表4 2组患者血液流变学比较($\bar{x} \pm s$)

组别	全血黏度高切 (mPa · S)	全血黏度低 (mPa · S)	血浆黏度 (mPa · S)	红细胞聚集指数
观察组($n = 37$)				
治疗前	5.61 $\pm$ 0.57	11.31 $\pm$ 0.66	1.83 $\pm$ 0.14	3.41 $\pm$ 0.42
治疗后	4.21 $\pm$ 0.32 * Δ	8.62 $\pm$ 0.47 * Δ	1.27 $\pm$ 0.08 * Δ	2.33 $\pm$ 0.27 * Δ
对照组($n = 37$)				
治疗前	5.64 $\pm$ 0.60	12.04 $\pm$ 0.68	1.80 $\pm$ 0.12	3.37 $\pm$ 0.44
治疗后	4.68 $\pm$ 0.41 *	9.10 $\pm$ 0.52 *	1.36 $\pm$ 0.11 *	2.51 $\pm$ 0.35 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.4 2 组血液流变学比较 治疗前,2 组全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度、红细胞聚集指数差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,观察组全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度、红细胞聚集指数低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

CAG 是一种以胃脘部胀满、胃脘部疼痛、烧心及消化不良症状、贫血等为临床表现的消化系统疾病。CAG 在胃部疾病中发病率占 25% 左右,属于胃癌癌前状态,癌变率高达 3%~8%。Hp 属于种革兰阴性微需氧杆菌,通常寄生于人的胃黏膜,Hp 长期感染会引起严重的慢性炎症反应,加重 CAG 患者的临床症状^[9-10]。中医学认为,CAG 是由外邪侵袭,致中气不足、脾胃亏虚、瘀血内阻而引起的“嘈杂”“胃脘痛”“嘈杂”“痞满”等。服用益气活血解毒方可对 CAG 患者产生补益脾胃、益气活血、祛痰化浊之功,联合西药四联疗法治疗,可有效清除 Hp,改善胃黏膜血液循环,有助于缓解炎症反应,促进黏膜恢复,降低不良反应发生率,对 CAG 具有良好的疗效,治疗后观察组总有效率为 94.59%,对照组总有效率为 72.97% ($P < 0.05$),采用中药益气活血解毒方联合西药四联疗法治疗 CAG 要比单独使用西药四联疗法治疗效果更好^[11-13]。

研究表明,Hp 持续感染会引起胃黏膜的炎症反应,促进胃黏膜萎缩、肠化及不典型增生,是导致 CAG 产生的主要因素,CAG 胃酸分泌异常,胃黏膜保护作用减弱。IL-6 是一种由 T 细胞、成纤维细胞、巨噬细胞、内皮细胞等产生的多功能细胞因子、巨噬细胞的活化剂、T 淋巴细胞的趋化因子,可诱导炎症反应急性期蛋白、抗体的产生,发挥促炎症反应剂的作用,在 Hp 感染引起的炎症反应中高表达;TNF- α 是一种由 T 细胞、巨噬细胞、内皮细胞等产生的免疫活性较高的细胞因子,能够直接杀伤肿瘤细胞而对正常细胞无明显毒性,hs-CRP 是一种全身性炎症反应的非特异性标志物,是反映体内炎症反应最敏感的指标。PG (PG I、PG II、PG I/PG II) 是胃黏膜内最为主要的酸性蛋白酶,Hp 感染后,胃黏膜的萎缩现象加重,胃酸分泌异常,导致 PG 下降,PG 水平可反映胃黏膜状态^[14-15]。本研究结果表明,治疗后,2 组患者的 pH 值、炎症反应递质水平(IL-6、TNF- α 、hs-CRP)均降低,PG (PG I、PG II、PG I/PG II)水平升高($P < 0.05$),观察组患者的 pH 值、炎症反应递质水平(IL-6、TNF- α 、hs-CRP)低于对照组,

PG (PG I、PG II、PG I/PG II)水平高于对照组($P < 0.05$)。因奥美拉唑肠溶胶囊属于 H⁺-K⁺-ATP 酶抑制剂,能特异地作用于胃腺壁细胞,选择性抑制胃酸分泌,改善患者 pH 值。克拉霉素片、枸橼酸铋钾和阿莫西林胶囊具有一定的抑菌作用,可以清楚体内 Hp,保护胃黏膜,该法常由 Hp 的耐药性而影响治疗效果,与中药益气活血解毒方联用,效果更好。益气活血解毒方中黄芩性寒味苦,入心、肺、胆、大肠经,清湿热、泻实火,还对革兰阴性菌具有一定的抑制作用,可杀灭 Hp;麦冬微苦,微寒,润肺清心、化痰止呕,党参味甘,性平,可补中益气,健脾益肺,丹参归心、肝经,味苦,微寒,当归属肝、心、脾经,补血活血,润肠通便,以上各药均有提高免疫功能的作用,可以减少炎症反应递质产生,缓解炎症反应;炒白术燥湿利水,是一种祛湿药,可提高胃酸 pH 值,减少 PG 转化,从而减轻对胃黏膜的损伤,黄芪、党参等补气散寒、温胃止痛,炙甘草可补阴补血,阴阳并调,以上各药均可较好的发挥保护胃黏膜的功效,改善胃黏膜状态。全方可以补气健脾散寒、温胃止痛,起到减少炎症反应递质水平,增强胃黏膜的分泌功能,改善胃酸分泌功能,保护胃黏膜的作用^[16-18]。

现代医学研究表明,CAG 患者交感神经的兴奋以及胃肠激素的分泌失调,会导致胃、十二指肠黏膜充血,胃黏膜血减少,胃黏膜微循环障碍,血液存在显著的高黏状态,这与中医学理论中的血瘀证不谋而合,《景岳全书》载:“凡人之气血……少则壅滞……虚则无有不滞者”。本研究结果显示,治疗后,2 组患者的全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度、红细胞聚集指数均降低($P < 0.05$),观察组患者的以上血液流变学指数低于对照组($P < 0.05$),说明通过治疗,患者的血液循环得到改善。中医学认为,外感寒邪,寒邪客胃,寒凝血滞成瘀血。中药益气活血解毒方中党参、当归补益气血,养血生津,活血通络;陈皮、白术健脾利水,燥湿化痰;延胡索行气止痛;炙甘草通阳复脉、益气滋阴;丹参、三七、白僵蚕可活血化瘀止血;薏苡仁、紫丹补脾益胃,消谷消痞温中;全方共奏补益脾胃、活血化益之功效,有效改善血流动力学,改善胃黏膜微循环,修复胃壁屏障功能,调节全身血流^[19-21]。

综上所述,益气活血解毒方联合西药四联疗法可以对 Hp 产生抑菌作用,有效控制 Hp 阳性 CAG 患者的 PG、炎症反应递质水平,改善血流动力学,保护胃黏膜,具有良好的治疗效果。

参考文献

- [1] 赵兵,崔一鸣,陈璐,等. 基于萎缩、肠化、异型增生严重程度影响因素的 Logistic 回归探讨慢性萎缩性胃炎的预防[J]. 中华中医药杂志,2018,33(5):2145-2153.
- [2] 宋觉非,左芳. 四联疗法治疗 Hp 阳性慢性胃炎患者的临床疗效研究[J]. 中国实用医药,2018,13(21):131-132.
- [3] 曾娟,戈焰,郭红,等. 健脾疏肝活血解毒法联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎[J]. 吉林中医药,2017,37(9):907-911.
- [4] 杨晓平,张勇,郑伟. 幽门螺杆菌相关性慢性萎缩性胃炎 74 例临床治疗体会[J]. 中国实用医药,2018,13(13):117-119.
- [5] 赵婕,赵丽华. 胃热汤治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 河南中医,2018,38(3):431-433.
- [6] 王雪华,曹燕,张剑宏,等. 血清胃蛋白酶原联合胃泌素测定在胃癌及萎缩性胃炎中的诊断价值[J]. 中华临床医师杂志(连续型电子期刊),2015,9(10):62-65.
- [7] Olsen RS, Nijm J, Andersson RE, et al. Circulating inflammatory factors associated with worse long-term prognosis in colorectal cancer[J]. World J Gastroenterol, 2017, 23(34):6212-6219.
- [8] 乔若飞,张红星,王凤英,等. 益气活血方对急性颈髓损伤患者血液流变学及凝血功能的影响[J]. 中国中医药科技,2018,25(1):21-23,27.
- [9] 王馨. 幽门螺旋杆菌感染与心血管疾病关系研究进展[J]. 心血管病学进展,2018,39(2):266-270.
- [10] Gravina AG, Zagari RM, De Musis C, et al. Helicobacter pylori and extragastric diseases: A review[J]. World J Gastroenterol, 2018, 24(29):3204-3221.
- [11] 谢昭敏,陈楚华,吴志雄. 黄芪建中汤辅助治疗对脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的影响[J]. 赣南医学院学报,2018,38(6):545-548.
- [12] 陈东. 中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 河北中医,2018,40(3):387-390.
- [13] 靳绵绵,靳思思,王廷焱,等. 艾普拉唑、抗生素序贯疗法或抗生素三联疗法联合益生菌治疗 Hp 感染性慢性萎缩性胃炎患者临床观察[J]. 内科,2017,12(5):622-625.
- [14] 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.
- [15] 黄懋敏,董丹丹,亓丹丹,等. 慢性萎缩性胃炎患者 Hp 感染与 TGF- β R II、IL-6 和 TNF- α 的表达研究[J]. 中国免疫学杂志,2018,34(5):751-756.
- [16] 陶丽媛,冀子中,王玲珑,等. 幽门螺杆菌感染对血清胃蛋白酶原诊断价值的影响[J]. 胃肠病学,2017,22(12):728-732.
- [17] 王芳芳. 调节性 T 细胞在幽门螺杆菌感染相关疾病中的作用[J]. 中国儿童保健杂志,2018,26(1):48-50,54.
- [18] 张增弟. 苦参碱联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎疗效及对 Hp 转阴率的影响[J]. 中外医疗,2017,36(35):16-17,29.
- [19] 赵凡,唐德才. 慢性萎缩性胃炎血瘀证的中医药治疗[J]. 吉林中医药,2015,35(5):473-476.
- [20] 刘福生,陈亮,李健,等. 慢性萎缩性胃炎脾虚血瘀证与 pEGFR-ACAP4-ARF6 表达的相关性[J]. 中华中医药杂志,2015,30(5):1636-1639.
- [21] 李墨航,郭淑云,曾震军,等. 健脾活瘀方治疗慢性萎缩性胃炎脾虚血瘀证经验[J]. 中医研究,2017,30(10):40-43.

(2018-12-05 收稿 责任编辑:芮莉莉)

(上接第 125 页)

- [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京:江苏科学技术出版社,2001:607.
- [4] 张俊红,毕淑英,郑春茜,等. 婴幼儿重症湿疹联合治疗的效果观察[J]. 中国医药,2013,8(9):1305-1306.
- [5] 翟张,张丰川,姜玉,等. 中医治疗湿疹临床经验浅谈[J]. 中华中医药杂志,2016,24(6):2199-2201.
- [6] 李国泉,陈明春. 基于 EASI 量化观察的紫外线 UVA-UVB 结合封包治疗湿疹的效果[J]. 广东医学,2016,37(15):2327-2331.
- [7] de Korte-de Boer D, Mommers M, Gielkens-Sijstermans CM, et al. Stabilizing prevalence trends of eczema, asthma and rhinoconjunctivitis in Dutch schoolchildren (2001-2010) [J]. Allergy, 2015, 70(12):1669-1673.
- [8] 艾建伟,徐景利,盖建青,等. 中药除湿丸联合耳净散内外合治外耳湿疹的疗效评价[J]. 中华耳科学杂志,2017,15(4):471-474.
- [9] Chu CY. Measuring quality of life in infants, children and adolescents with eczema[J]. Br J Dermatol, 2017, 176(4):848-849.
- [10] 张虎生. 龙珠软膏联合曲安奈德益康唑乳膏治疗湿疹临床效果观察[J]. 中华皮肤科杂志,2016,49(2):131-132.
- [11] 王胜春,王胜,李琳,等. 血清特异性 IgE 检测在湿疹患儿诊治中的作用[J]. 中国皮肤性病学杂志,2017,31(10):1094-1096.
- [12] 周延萌,高允生. 中药紫草的药理作用与临床应用[J]. 医药导报,2008,27(7):786-788.
- [13] 鲁思爱. 忍冬藤的化学成分及其药理应用研究进展[J]. 临沂大学学报,2012,34(3):132-134.

(2018-12-14 收稿 责任编辑:芮莉莉)