

# 益气化瘀解毒汤结合微观辨证用药治疗慢性萎缩性胃炎

李枝锦<sup>\*</sup>, 卢保强, 吴平财  
(海口市中医医院, 海口 570216)

**[摘要]** **目的:**观察益气化瘀解毒汤结合胃镜下微观辨证用药治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效,并探讨其作用机制。**方法:**将 120 例经胃镜检查并病理活检确诊为慢性萎缩性胃炎的患者,随机分为治疗组和对照组,各 60 例。对照组口服胃复春片,4 片/次,3 次/d;治疗组采用益气化瘀解毒汤治疗,在此基础上根据胃镜下微观征象辨证加味用药,1 剂/d。16 周为 1 个疗程,观察治疗前后两组患者临床症状总积分、主要中医症状疗效、胃黏膜病理组织学及胃镜下微观征象的变化。**结果:**治疗组与对照组临床疗效总有效率分别为 83.3%、70%,内镜总有效率分别为 73.3%、60%,治疗后治疗组的症状总积分和主要中医症状积分改善优于对照组( $P < 0.05$ )。与对照组比较,治疗组能显著改善胃黏膜组织病理学及内镜下微观征象,且有较好的抗幽门螺杆菌作用( $P < 0.05$ )。**结论:**结合胃镜下微观辨证治疗慢性萎缩性胃炎的疗效确切,值得在临床上推广应用。

**[关键词]** 胃镜下微观辨证;慢性萎缩性胃炎;益气化瘀解毒汤;临床疗效

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)20-0163-05

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2016200163

**[网络出版地址]** <http://www.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20160830.0826.034.html>

**[网络出版时间]** 2016-08-30 8:26

## Effect of Yiqi Huayu Jiedu Decoction Combined with Endoscopic Microcosmic Syndrome Differentiation in Treating Chronic Atrophic Gastritis

LI Zhi-jin<sup>\*</sup>, LU Bao-qiang, WU Ping-cai  
(Haikou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Haikou 570216, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the effect of Yiqi Huayu Jiedu decoction combined with endoscopic microcosmic syndrome differentiation in treating chronic atrophic gastritis, and discuss its action mechanism. **Method:** Totally 120 cases of chronic atrophic gastritis patients were randomly divided into two groups, with 60 in each group. The control group was orally given Weifuchun table (4 pills/time, tid), Treatment group was orally given Yiqi Huayu Jiedu decoction and other traditional Chinese medicines (TCM) on the basis of endoscopic microcosmic syndrome differentiation. The treatment of both groups lasted for 16 weeks to observe clinical symptoms, score of symptoms, mucosal lesions and microscopic signs of both groups under gastroscop before and after treatment. **Result:** At the end of the treatment, the total effective rates of treatment group and control group were 83.3% and 70%, respectively, their total effective rates of gastric mucosa were 73.3% and 60%, respectively. Treatment group was better than control group in the total score of symptoms and the TCM syndrome score ( $P < 0.05$ ). Treatment group can significantly improve gastric mucosal histopathology and microscopic signs under gastroscop, with a better effect in resisting helicobacter pylori ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Yiqi Huayu Jiedu decoction combined with endoscopic microcosmic syndrome differentiation has a definite efficacy in treating chronic atrophic gastritis, and so is worth promoting in clinic.

**[Key words]** endoscopic microcosmic syndrome differentiation; chronic atrophic gastritis; Yiqi Huayu Jiedu decoction; clinical efficacy

**[收稿日期]** 20151216(014)

**[基金项目]** 海南省自然科学基金项目(813270)

**[通讯作者]** \*李枝锦, 硕士, 主治中医师, 从事中医内科临床研究, Tel:0898-36385910, E-mail: zhijin05@163.com

慢性萎缩性胃炎(CAG)是慢性胃炎的一种,系指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少,伴或不伴纤维替代、肠腺化生、假幽门腺化生(IM)的一种慢性胃部疾病<sup>[1]</sup>,属于消化系统常见病与疑难病。目前,西医学对该病尚无确切有效的治疗方法。中医认为 CAG 属于中医“胃痞”、“胃痛”、“痞满”、“呃逆”、“嘈杂”等病范畴,认为本病病程漫长、病机错综复杂,概括其病机不外乎“虚”、“毒”、“瘀”,其发展是一个由气及血入络的渐变复杂过程,既有脾胃虚弱之本虚,又有邪毒内蕴及气滞血瘀之标实<sup>[2]</sup>。在长期临床实践中,根据“脾虚络阻毒损”病机理论,针对其病机,采用益气化痰解毒法组方治疗 CAG,可明显改善患者临床症状,有效阻断或逆转部分肠上皮化生和异型增生,阻断胃癌发生<sup>[2-3]</sup>。实验研究亦证明<sup>[4-5]</sup>,益气化痰解毒法可显著抑制表皮生长因子受体(EGFR)的高表达及 EGFR/丝裂原活化蛋白激酶(MAPK)细胞信号转导通路的异常激活,逆转胃癌前病变;亦可通过促抑癌基因 p21<sup>WAF1</sup> 的表达、抑制细胞周期蛋白 D<sub>1</sub>(cyclin D<sub>1</sub>)的表达,从而恢复 p21-细胞周期蛋白依赖性激酶(CDK)-cyclin D<sub>1</sub>之间的平衡,进而使细胞周期调控恢复正常而逆转胃黏膜异型增生。

中医对胃镜下胃黏膜微观征象越来越重视,电子胃镜能够直观地获得胃黏膜形态、胃黏膜组织病理,是中医“望诊”的延伸和发展,胃镜下黏膜微观征象可提高 CAG 辨证的准确性并为其治疗提供依据。临床研究证实,中医传统整体辨证与西医学内

表 1 两组患者内镜病理分级

Table 1 Comparison in endoscopic pathology between two groups

组别	萎缩程度			肠上皮化生程度				异型增生程度			
	+	++	+++	0	+	++	+++	0	+	++	+++
治疗	26	20	14	14	18	16	12	36	15	9	0
对照	28	20	12	16	19	15	10	38	15	7	0

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准,内镜诊断标准参照中华医学会消化内镜学分会《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》<sup>[7]</sup>,黏膜呈颗粒状,皱襞变平,血管透见,可有灰色肠上皮化生结节。病理诊断标准参照《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[8]</sup>病理诊断标准和分类。活检方法采用体腔黏膜定标活检钳经胃镜活检孔道插入,按悉尼标准要求,选取胃窦小弯、胃窦大弯、胃体小弯、胃体大弯、胃角及其他可以病灶点为定标活检部位,注射定标液,同时予黏膜活检<sup>[9]</sup>,标本分别标识并送病理检查。疗程结束后复

镜检查微观辨证结合,并参考近代药理学研究,综合辨证施治可提高 CAG 临床疗效<sup>[6]</sup>。海口市中医医院名老中医根据《脾胃论》:“治脾胃即所以安五脏”,“善治病情,惟在调理脾胃”,《临证指南医案》:“盖胃者汇也,乃冲繁要道,为患最易……初病在经,久痛入络,以经主气,络主血……凡气既久阻,血亦应病,循行之脉络自痹”,《卫生宝鉴》曰:“凡人脾胃虚弱或饮食过度,不能克化,至成积聚结块”的理论,针对“虚”、“毒”、“瘀”病机,立益气、化痰、解毒治法,化裁古方补中益气汤、血府逐瘀汤、抵挡汤,组成益气化痰解毒汤治疗 CAG,积累了丰富的临床经验。笔者采用该方并结合胃镜下微观辨证加味用药治疗慢性萎缩性胃炎,并探讨其可能机制。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 80 例患者均是海口市中医医院消化内镜室 2014 年 1 月—2015 年 6 月经电子胃镜检查并经病理组织学确诊为慢性萎缩性胃炎的门诊患者。按随机数字表法分为治疗组和对照组,各 60 例。治疗组中男 31 例,女 29 例;年龄 52 ~ 75 岁,平均年龄(61.4 ± 9.2)岁;病程 28 ~ 62 个月,平均(40.7 ± 10.2)个月。对照组中男 30 例,女 30 例;年龄 50 ~ 72 岁,平均年龄(59.9 ± 8.8)岁;病程 26 ~ 61 个月,平均(39.9 ± 9.8)个月。两组病例在性别、年龄、病程、内镜分级等方面差异均无显著性,具有可比性。治疗期间,两组均无脱落病例。两组患者内镜病理分级见表 1。

查活检部位在原定标部位。幽门螺杆菌(HP)诊断方法<sup>[10]</sup>,胃镜检查时取距幽门 2 ~ 3 cm 胃窦部小弯侧黏膜一块,作快速尿素酶试验。

中医诊断标准参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[11]</sup>,主证为胃脘痞满或疼痛,呈隐痛或痛有定处;舌质淡暗,或有瘀点、瘀斑。次证为倦怠乏力,气短懒言;食后脘闷;黑便;面色暗滞;脉细弱或弦涩。

**1.3 纳入标准** 符合 CAG 的内镜诊断标准;年龄 18 ~ 75 岁;均经本院伦理委员会批准,患者对治疗

方案知情同意,并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 不能耐受胃镜检查者;合并有消化性溃疡、消化道肿瘤等,有胃大部切除术史者;胃黏膜病理有重度异型增生或病理诊断疑有恶变者;孕妇、哺乳期妇女或在服药期间可能怀孕者;合并有心脑血管、肝肾及造血系统等严重疾病者,有精神病或患有痴呆者。

**1.5 治疗方法** 对照组口服胃复春片(杭州胡庆余堂药业有限公司,国药准字 Z20040003,0.36 g × 60 片)治疗,每次 4 片,每日 3 次,餐前 30 min 服用。

治疗组给予益气化痰解毒汤,并根据电子胃镜下微观征象进行辨证加味用药,方药组成:党参 20 g,黄芪 20 g,丹参 10 g,三七 6 g(研末分 2 次冲服),莪术 10 g,蒲公英 15 g,白花蛇舌草 20 g。微观辨证用药:黏膜糜烂者加金银花 10 g,赤芍 10 g;见新鲜出血斑者加地黄 10 g,生柏叶 10 g;见陈旧性血迹者加白及 10 g,仙鹤草 10 g;黄色胆汁附着者加茵陈 10 g,黄连 6 g,薏苡仁 15 g;胃窦蠕动减弱者加厚朴 10 g,枳实 10 g;见食物残渣潴留者加莱菔子 15 g,炒麦芽 15 g;HP 阳性者加徐长卿 10 g,土茯苓 10 g;肠上皮化生或轻中度异型增生者加半枝莲 10 g,山慈菇 10 g。基础方 + 微观辨证用药组方,每日 1 剂,水煎 2 次,共煮取 200 mL,取 100 mL/次,每日 2 次,餐前 30 min 口服,中药均由海口市中医医院中药房提供,煎药房煎取。两组疗程均为 16 周,治疗期间禁食烟、酒、辛辣、肥甘厚味,忌过饱,保持心情舒畅。

**1.6 观察指标** 疗效指标,观察治疗前后临床症状总积分变化,临床症状的变化,胃黏膜组织病理学及胃镜下黏膜微观征象变化。安全性指标,治疗前后均检测两组患者心肌酶谱、肾功能(包括天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、肌酐、尿素氮)、心电图。

**1.7 疗效标准** 临床疗效评定标准<sup>[12]</sup>采用尼莫地平法计算,临床痊愈,主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 ≥ 95%;显效,主要症状、体征明显改善,70% ≤ 疗效指数 < 95%;有效,主要症状、体征明显好转,30% ≤ 疗效指数 < 70%;无效,主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 < 30%。

$$\text{疗效指数} = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分} \times 100\%$$

胃镜及病理疗效评定<sup>[13]</sup>,治愈,胃镜复查活动性炎症消失,慢性炎症好转达轻度;活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异型增生复常或消失。显效,胃镜复查黏膜急性炎症基本消失,慢性炎

症好转;活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异型增生恢复或减轻达两个级度以上(含两个级度)。有效,胃镜检查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,炎症有所减轻;活检组织病理证实胃镜所见,急、慢性炎症减轻一个级以上,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。无效,达不到有效标准之病例,未恶化者。

**1.8 统计学方法** 采用 SPSS 21.0 统计软件分析处理所有数据,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用单因素方差分析和 *t* 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 治疗组与对照组临床疗效总有效率分别为 83.3%,70%,治疗组高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效总有效率比较

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗	8	18	24	10	83.3 <sup>1)</sup>
对照	5	15	22	18	70.0

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ (表 5~8 同)。

**2.2 两组患者治疗前后症状总积分比较** 与治疗前比较,治疗组治疗后的症状总积分有明显改善( $P < 0.05$ );治疗后与对照组比较,治疗组的症状总积分改善明显( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后症状总积分比较( $\bar{x} \pm s, n = 60$ )

组别	治疗前	治疗后
治疗	21.45 ± 4.36	10.31 ± 2.07 <sup>1,2)</sup>
对照	20.96 ± 3.97	15.23 ± 2.36 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;治疗后与对照组比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$ (表 4,9 同)。

**2.3 两组患者治疗前后主要中医症状积分比较** 与治疗前比较,治疗组治疗后胃脘痛、胃脘痞满、嘈杂、嗝气、纳差症状总积分均有明显改善( $P < 0.05$ );治疗后治疗组胃脘痛、胃脘痞满、嘈杂、嗝气、纳差症状总积分均较对照组改善明显( $P < 0.05$ )。见表 4。

**2.4 两组患者胃镜疗效比较** 治疗组与对照组内镜总有效率分别为 73.3%,60.0%,治疗组高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 5。

**2.5 两组患者治疗前后胃黏膜组织学变化比较** 治疗组胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生程度治疗有效率分别为 76.7%,73.9%,70.8%,对照组胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生程度治疗有效率分别

表 4 两组患者主要中医症状积分比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 60$ )

Table 4 Comparison of changes in score of traditional Chinese medicines syndrome between two groups ( $\bar{x} \pm s, n = 60$ )

组别	时间	胃脘胀满	胃脘疼痛	嘈杂	暖气	纳差
治疗	治疗前	3.72 ± 1.41	3.67 ± 1.50	2.36 ± 0.98	2.31 ± 0.84	1.97 ± 0.79
	治疗后	1.21 ± 0.67 <sup>1,2)</sup>	1.09 ± 0.72 <sup>1,2)</sup>	1.13 ± 0.44 <sup>1,2)</sup>	0.97 ± 0.54 <sup>1,2)</sup>	0.89 ± 0.48 <sup>1,2)</sup>
对照	治疗前	3.74 ± 1.43	3.62 ± 1.49	2.34 ± 0.87	2.32 ± 0.91	1.89 ± 0.77
	治疗后	2.13 ± 0.66 <sup>1)</sup>	2.23 ± 0.91 <sup>1)</sup>	1.61 ± 0.74 <sup>1)</sup>	1.40 ± 0.52 <sup>1)</sup>	1.25 ± 0.49 <sup>1)</sup>

表 5 两组患者胃镜疗效比较

Table 5 Comparison in effective rate of gastric mucosa between two groups

组别	痊愈/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗	5	39	16	73.3 <sup>1)</sup>
对照	0	36	24	60.0

为 68.3%、63.6%、59.1%，治疗组高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 6~8。

表 6 两组患者胃黏膜萎缩程度疗效比较

Table 6 Comparison of changes in degree of gastric mucosal atrophy between two groups

组别	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	有效率/%
治疗	5	18	23	14	76.7 <sup>1)</sup>
对照	0	17	24	19	68.3

2.6 两组患者治疗前后内镜下微观征象变化比较 经治疗后,两组患者内镜下微观征象均有改善,

表 9 两组患者治疗前后内镜下微观征象变化比较

Table 9 Comparison of changes in microscopic signs under gastroscop between two groups before and after treatment

组别	时间	黏膜糜烂	见陈旧性血迹	新鲜渗血、出血	黄色胆汁附着	胃蠕动减弱	见食物残渣	幽门螺杆菌阳性
治疗	治疗前	21	11	6	14	16	8	37
	治疗后	9 <sup>1,2)</sup>	4 <sup>1,2)</sup>	2 <sup>1,2)</sup>	7 <sup>1,2)</sup>	9 <sup>1,2)</sup>	0 <sup>1,2)</sup>	6 <sup>1,2)</sup>
对照	治疗前	22	10	7	12	17	6	34
	治疗后	14 <sup>1)</sup>	11 <sup>1)</sup>	4 <sup>1)</sup>	8 <sup>1)</sup>	12 <sup>1)</sup>	2 <sup>1)</sup>	9 <sup>1)</sup>

### 3 讨论

我国目前 CAG 的患病率较高,其患病率与胃癌的发病率呈正相关<sup>[10]</sup>,其发展模式为正常胃黏膜—慢性胃炎—胃黏膜萎缩—肠上皮化生—异型增生—胃癌<sup>[14]</sup>。中医认为脾虚是胃癌前病变—早期胃癌—进展期胃癌病变过程中的重要因素<sup>[15]</sup>,瘀血与 CAG—肠上皮化生—不典型增生—胃癌的病理演变过程相对应<sup>[16]</sup>,邪毒内滞损伤胃络是本病发生的重要病机。益气化瘀解毒汤具有健脾益气、活血通络、消积解毒之功效,其中党参、莪术益气健脾、化瘀通络,为君药;黄芪健脾益气为臣药;丹参、三七活血祛瘀通络,蒲公英、白花蛇舌草解毒,共为佐药。微观辨证用药:黏膜糜烂者为胃热炽盛,加金银花、赤芍清泻胃热;见新鲜出血斑点者为热盛迫血外溢,加地

表 7 两组患者胃黏膜肠上皮化生程度疗效比较

Table 7 Comparison of changes in degree of intestinal metaplasia between two groups

组别	例数	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	有效率/%
治疗	46	3	17	14	12	73.9 <sup>1)</sup>
对照	44	0	12	16	16	63.6

表 8 两组患者胃黏膜异型增生程度疗效比较

Table 8 Comparison of changes in degree of hyperplasia between two groups

组别	例数	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	有效率/%
治疗	24	2	6	9	7	70.8 <sup>1)</sup>
对照	22	0	5	8	9	59.1

治疗组胃黏膜糜烂、新鲜出血点斑、陈旧性血迹、黄色胆汁附着、胃窦蠕动减弱、食物残渣潴留、幽门螺杆菌感染改善均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 9。

2.7 安全性评价 治疗前后两组患者心肌酶谱、肝肾功能、心电图检查均无异常,均未出现不良反应。

黄、生柏叶凉血止血;见陈旧性血迹者为瘀血停滞,加白及、仙鹤草活血祛瘀;黄色胆汁附着者为肝胃湿热,加茵陈、黄连、薏苡仁清热利湿;胃窦蠕动减弱者胃气失降,加厚朴、枳实行气降胃;见食物残渣潴留者为食积阻滞,加莱菔子、炒麦芽消食化积;HP 阳性者湿热毒重,加徐长卿、土茯苓清热化湿解毒;肠上皮化生或轻中度异型增生者痰瘀互结、毒滞胃络,加半枝莲、山慈菇化痰祛瘀、解毒通络。

现代药理研究证实,益气化瘀解毒汤可降低 CAG 伴异型增生大鼠胃黏膜凋亡指数及增殖细胞核抗原表达,调节细胞周期蛋白 E 的表达,下调 DNMT1,抑制 p53 基因的突变,从而阻止胃癌前病变发展<sup>[17-20]</sup>。白及<sup>[21]</sup>能够刺激胃黏膜合成及释放内源性前列腺素,从而对胃黏膜起保护作用;仙鹤

草<sup>[22]</sup>可能通过改善胃黏膜微循环与血流,减轻黏膜炎症,加速黏膜修复,从而达到清热护膜、益气生肌的作用;薏苡仁<sup>[23]</sup>可通过提高机体免疫、镇痛抗炎等作用保护胃黏膜,且对肿瘤细胞有抑制作用;蒲公英<sup>[24]</sup>具有直接抑杀 HP 的作用。

微观辨证为试用微观指标认识与辨别证<sup>[25]</sup>。微观辨证是对中医四诊的深化和扩展,扩大了四诊信息收集的范围,丰富了微观层面上资料的收集,提高了诊断“证”的准确度,同时微观辨证有助于判断疾病的预后与转归,易于判断疾病的性质与严重程度,为疾病的宏观调控提供一定指导<sup>[26]</sup>。通过本临床研究,笔者认为益气化瘀解毒汤结合胃镜下微观辨证加味用药能显著改善慢性萎缩性胃炎临床症状,逆转或阻断肠上皮化生和异型增生,值得在临床上推广应用。

[参考文献]

[1] Rugge M, Correa P, Dixon M F, et al. Gastric mucosal atrophy: interobserver consistency using new criteria for classification and grading[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2002, 16(7): 1249-1259.

[2] 白宇宁,张润顺,朱昱翎,等.从“脾虚络阻毒损”辨治慢性萎缩性胃炎及癌前病变[J].中医杂志,2013,54(1):26-28.

[3] 邱作成,李志钢,闫宏宇,等.健脾益气化瘀解毒法治疗慢性萎缩性胃炎探讨[J].中医学报,2014,29(1):94-95.

[4] 魏玥,杨晋翔,王再见,等.益气化瘀解毒法对慢性萎缩性胃炎伴异型增生大鼠 EGFR/MAPK 信号通路的影响[J].北京中医药大学学报,2015,38(2):95-99.

[5] 贺梅娟,杨晋翔,安静,等.益气化瘀解毒法对慢性萎缩性胃炎伴异型增生大鼠 P21<sup>WAF1</sup>及 CyclinD<sub>1</sub>的影响[J].北京中医药大学学报,2014,37(11):773-776.

[6] 王伟,朱方石,吴晓燕.慢性萎缩性胃炎中医药治法分类研究[J].世界华人消化杂志,2008,16(32):3692-3695.

[7] 中华医学会消化内镜学分会.慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J].中华消化内镜杂志,2004,21(2):77-78.

[8] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见[J].中华消化杂志,2013,3(1):6-11.

[9] 朱雅碧,黎红光,尚惺杰,等.定标活检技术评价瑞巴派特联合胃复春对慢性萎缩性胃炎疗效[J].中国内镜杂志,2009,15(6):569-570.

[10] Zaman C, Osaki T, Hanawa T, et al. Helicobacter pylori represses proton pump expression and inhibits acid

secretion in human gastric mucosa [J]. Gut, 2010, 59(7):874-881.

[11] 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].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-348.

[12] 李乾构,周学文,单兆伟.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006:21-28.

[13] 张万岱,陈治水,危北海.慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J].中国中西医结合杂志,2005,25(2):172-175.

[14] Kuipers E J, Klinkenberg-Knol E C, Vandenbroucke-Grauls C M, et al. Role of *Helicobacter pylori* in the pathogenesis of atrophic gastritis [J]. Scand J Gastroenterol Suppl, 1997, 223(1):28-34.

[15] 赵爱光,杨金坤,郑坚,等.脾虚与胃癌发生、发展的相关性研究[J].上海中医药杂志,1998,32(5):10-12.

[16] 刘启泉,杨翠香,肖彦玲,等.慢性萎缩性胃炎的中医病机研究[J].河北中医,2002,24(6):473-475.

[17] 彭继升,杨晋翔,安静,等.化瘀解毒益气法对慢性萎缩性胃炎伴异型增生大鼠胃黏膜细胞 PCNA 水平和凋亡状况的干预研究[J].中医研究,2015,28(3):49-53.

[18] 郭亚蕾,饶晶,潘华峰,等.健脾化瘀解毒法对慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对细胞周期蛋白 E 表达的影响[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(11):292-295.

[19] 贺梅娟,杨晋翔,安静,等.益气化瘀解毒法对慢性萎缩性胃炎伴异型增生大鼠 DNMT1 的影响[J].中医学报,2015,30(3):396-398.

[20] 魏玥,杨晋翔,王再见,等.益气化瘀解毒法对慢性萎缩性胃炎伴异型增生大鼠 p53 的影响[J].世界华人消化杂志,2011,19(34):3494-3497.

[21] 芮海云,吴国荣,陈景耀,等.白及中性多糖抗氧化作用的实验研究[J].南京师大学报:自然科学版,2003,26(4):94-98.

[22] 谢传星.重用仙鹤草治疗消化性溃疡[J].中国民间疗法,2004,12(5):9-10.

[23] 胡少华,肖小年,易醒,等.薏苡仁的研究新进展[J].时珍国医国药,2009,20(5):1059-1060.

[24] 胡伟,王红,程丽,等.蒲公英对幽门螺杆菌体外抑菌作用的实验研究[J].胃肠病学,2006,11(6):365-366.

[25] 沈自尹.微观辨证和辨证微观化[J].中医杂志,1986,32(2):55-56.

[26] 闻斐斐.慢性胃炎内镜微观辨证研究[D].北京:中国中医科学院,2014.

[责任编辑 张丰丰]