

- 14 杨 柳,李晓晖. 颅脑超声诊断对提高新生儿颅内出血准确率的意义[J]. 现代医用影像学,2017,26(1):182-183.
- 15 者桂莲,霍志艳,张 靖,等. 新生儿颅内出血的影响因素及预后[J].

贵州医科大学学报,2018,43(1):79-83.

[收稿日期 2019-07-22][本文编辑 韦 颖 韦所苏]

博硕论坛·论著

中药内服联合隔姜艾灸治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎伴肠化的疗效观察

江 瑞, 袁向科

作者单位: 450003 郑州,河南中医药大学第三附属医院消化内科(江 瑞); 450002 郑州,河南省中医院周围血管科(袁向科)

作者简介: 江 瑞(1985-),女,医学硕士,主治医师,研究方向:消化疾病的中西医诊疗。E-mail:hnszyyxx@163.com

[摘要] 目的 观察中药内服联合隔姜艾灸治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎(CAG)伴肠化的临床疗效。

方法 将92例患者采用统计软件(SAS软件)生成的随机表分为观察组和对照组各46例。两组均给予铋剂四联根除方案进行常规治疗。对照组在常规治疗基础上给予叶酸治疗。观察组在对照组的基础上给予中药内服联合隔姜艾灸治疗。两组均连续治疗12周。观察两组治疗前后的中医证候积分、血清胃蛋白酶原(PG) I、PG II、PGR(PG I/PG II)、胃泌素-17(G-17)水平。治疗结束1个月后复查胃镜和幽门螺杆菌(Hp),比较两组的临床效果。**结果** 观察组的临床总有效率为91.30%,Hp转阴率为93.48%,明显优于对照组($P < 0.05$)。两组治疗后中医证候积分、胃黏膜炎症、腺体萎缩及肠化积分均明显下降,血清PG I、PGR比值和G-17水平均升高,PG II水平明显低于治疗前,且观察组优于对照组($P < 0.05$)。两组均无明显不良反应。**结论** 中药内服联合隔姜艾灸治疗 CAG 伴肠化患者疗效显著,可有效改善患者临床症状,降低炎症反应,保护胃黏膜,改善胃黏膜萎缩及肠化,促使 Hp 转阴,且安全可靠,值得临床进一步研究探讨。

[关键词] 萎缩性胃炎; 肠化; 幽门螺杆菌; 中药内服; 隔姜艾灸

[中图分类号] R 573 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2020)01-0070-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.01.17

Clinical observation on treatment of Hp-positive chronic atrophic gastritis accompanied with intestinal metaplasia by oral Traditional Chinese Medicine combined with Ginger moxibustion JIANG Rui, YUAN Xiang-ke.

Department of Gastroenterology, the Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450003, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical efficacy of oral Traditional Chinese Medicine(TCM) combined with ginger moxibustion for treatment of Helicobacter pylori(Hp)-positive chronic atrophic gastritis(CAG) accompanied with intestinal metaplasia.

Methods Ninety-two patients were randomly divided into observation group and control group by SAS software, with 46 cases in each group. The two groups were given routine treatment of tincture quadruple eradication. The control group received folic acid treatment on the basis of the routine treatment and the observation group was given oral TCM and ginger moxibustion plus the same routine treatment as the control group. Both of the two groups were treated continuously for 12 weeks. The TCM syndrome scores, the levels of serum pepsinogen (PG) I, PG II, PGR (PG I/PG II) and gastrin-17(G-17) were observed in the two groups before and after treatment. The patients were reexamined by gastroscopy and the reexamination of Hp was performed one month after treatment in both groups, and their clinical effects were compared. **Results** The total clinical effective rate of the observation group was 91.30%, and the negative rate of Hp was 93.48%, which was significantly better than those of the control group($P < 0.05$). The TCM syndrome scores, gastric mucosal inflammation, gland atrophy and intestinal metastasis scores were obviously decreased, and the levels of serum PG I, PGR ratio and G-17 were in-

creased, the level of PG II of the two groups after treatment was significantly lower than those before treatment and the improvement of the observation group was better than that of the control group ($P < 0.05$). There were no obvious adverse reactions in the two groups. **Conclusion** Oral TCM combined with ginger moxibustion is effective in treatment of CAG accompanied with intestinal metaplasia, which can effectively improve the clinical symptoms, reduce the inflammatory reaction, protect the gastric mucosa, improve the gastric mucosal atrophy and intestinal metaplasia, and promote Hp to turn negative. The combination therapy is safe and reliable and is worthy of further clinical research.

[Key words] Atrophic gastritis; Intestinal metaplasia; Helicobacter pylori (Hp); Oral Traditional Chinese Medicine; Ginger moxibustion

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是指各种原因引起的以胃黏膜固有腺体萎缩为主要特点的一种常见的慢性消化道疾病。国内外专家一直公认由慢性浅表性胃炎→胃黏膜萎缩→肠上皮化生(简称肠化)→不典型增生→胃癌的发展模式,肠化处于胃癌发病的中间环节,CAG常合并肠化。研究资料表明幽门螺杆菌(Helicobacter pylori, Hp)感染与CAG伴肠化的发生与发展有着密切关系, Hp感染致使胃黏膜腺体萎缩和黏膜上皮损伤,促进CAG进展,诱发肠型胃癌癌前病变,因此根除Hp、控制胃黏膜的萎缩及逆转肠化对预防胃癌具有重要临床意义^[1]。目前对CAG伴肠化尚缺乏特殊的有效疗法,西医主要根除Hp、抑酸、保护胃黏膜、促胃动力药等对症处理,治疗效果欠佳,且长期服用有副作用。近年来我国Hp治疗不规范、抗生素耐药率呈上升趋势,导致Hp根除率下降^[2],因此寻找一种安全有效及适用广泛的多种疗法相结合的新方法,以取代或辅助抗生素根治Hp阳性CAG已成为消化系统领域亟待解决的难题。近年来中医药治疗CAG的研究取得了较好的成果,传统医学在治疗慢性疾病方面存在一定优势,中医以其特有的整体观念为理论指导、从多途径、多靶点、多环节进行综合辨证施治,以其显著的疗效及安全性高受到医患重视和认可^[3]。研究^[4]表明,在胃癌癌前病变的过程中常发生SFRPs基因异常甲基化,叶酸是重要的甲基供体,补充叶酸可有效改善CAG患者胃黏膜萎缩并预防胃癌发生。我院采用中药内服联合隔姜艾灸治疗Hp阳性CAG伴肠化患者46例,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017-03~2018-08在我院消化内科就诊的Hp阳性CAG(脾胃虚弱证)伴肠化患者92例,采用SAS软件生成的随机表分为观察组和对照组。观察组46例,男24例,女22例,年龄22~68(42.38 ± 5.16)岁;病程1.2~16.3(6.37 ± 1.58)年;病变部位胃体20例,胃窦18例,胃体合并胃窦8例;病情严重程度轻度23例,中度18例,重度5例。对照组

46例,男25例,女21例;年龄19~70(43.22 ± 6.47)岁;病程1.1~15.4(6.29 ± 1.83)年;病变部位胃体21例,胃窦19例,胃体合并胃窦6例;病情严重程度轻度22例,中度20例,重度4例。两组CAG患者基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。**1.2 纳入标准** (1)所有患者均符合《中国慢性胃炎共识意见》相关诊断标准^[5]; (2)¹³C-尿素呼气试验提示Hp阳性者; (3)胃黏膜病理组织学提示胃黏膜腺体萎缩伴肠化; (4)符合《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》中脾胃虚弱证的中医诊断标准^[6]; (5)年龄范围在18~70岁之间; (6)所有患者自愿参与本研究,且已签署胃黏膜活检知情同意书。

1.3 排除标准 (1)合并消化道溃疡、消化道出血或消化道肿瘤者; (2)胃镜检查禁忌证者; (3)伴有心、肝、肾等重要器官病变者; (4)对本研究药物过敏者; (5)妊娠期或哺乳期妇女; (6)未按规定治疗,资料不全等影响疗效评判者。

1.4 治疗方法 两组患者均参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[7]给予铋剂四联根除方案进行常规药物治疗: (1)雷贝拉唑钠肠溶胶囊(珠海润都制药股份有限公司,国药准字H20110076,10 mg/粒)2粒/次,1次/d,餐前服。(2)阿莫西林胶囊(石家庄市华新药业有限责任公司,国药准字H20123313,0.5 g/粒)2粒/次,2次/d,早晚饭后即服。(3)克拉霉素胶囊(吉林敖东集团大连药业股份有限公司,国药准字H20020670,0.25 g/粒)2粒/次,1次/d,餐中服。(4)枸橼酸铋钾片(丽珠集团丽珠制药厂,国药准字H10900084,0.3 g/片)2片/次,2次/d,早晚饭前30 min口服。

1.4.1 对照组 在常规药物治疗的基础上给予叶酸片(常州制药厂有限公司,国药准字H32023302,5 mg/片)2片/次,3次/d,口服。上述药物治疗2周后停用阿莫西林和克拉霉素,继续治疗10周。

1.4.2 观察组 在对照组的基础上给予中药内服(自拟健脾养胃通络汤)+隔姜艾灸。(1)健脾通络汤方药:黄芪30 g,党参20 g,三棱15 g,莪术12 g,白

术 15 g, 白花蛇舌草 25 g, 半枝莲 20 g, 陈皮 10 g, 木香 12 g, 柴胡 10 g, 薏苡仁 25 g, 山楂 15 g, 三七 3 g (研粉冲服), 甘草 6 g。每个患者根据情况适当化裁, 1 剂/d, 水煎服, 分两次早晚温服。(2) 隔姜艾灸: 将新鲜老生姜纤维纵向切片 (直径 2.5 ~ 3.5 cm, 厚度 0.3 ~ 0.5 cm), 用针在姜片中间穿刺若干个孔洞。患者仰卧位, 操作者将姜片放置于患者的中脘、神阙、内关和双侧足三里部位, 并将艾炷段 (直径约 1.5 cm, 重量约 1.8 g) 点燃后放置于生姜片上。每次每穴各灸 2 壮, 1 次/d。连续治疗 12 周后判定疗效。

1.5 观察指标 (1) 中医证候积分: 参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[6] 进行评价, 将患者治疗前后的临床症状及体征分为无、轻、中、重四级, 主证分别计 0、2、4、6 分, 次证分别计 0、1、2、3 分。(2) 胃镜病理组织学检查: 治疗前及治疗结束 1 个月后进行胃镜检查, 根据个体病情于胃窦大弯和小弯、胃体大弯和小弯、胃角处取组织进行病理检查。参照《中国慢性胃炎共识意见》^[5] 中组织学分级并结合直观模拟评分法对胃黏膜炎性反应、腺体萎缩及肠化进行评价。(3) 血清胃蛋白酶原 (pepsinogen, PG) I、PG II、PGR (PG I / PG II)、胃泌素-17 (gastrin-17, G-17) 水平测定: 采用酶联免疫吸附检测, 试剂由上海申索佑福医学诊断用品有限公司提供, 治疗前和治疗结束后 1 个月各检测 1 次。(4) Hp 检测: 治疗前及治疗结束 1 个月对两组患者采用 ¹³C-尿素呼气试验复查 Hp 转阴情况。(5) 安全性指标: 观察两组患者在治疗期间并发症及不良反应的发生情况。

1.6 疗效判定标准 参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2011 年天津)》^[8] 和《中药新药临床研究指导原则》^[9] 中疗效评判标准拟定。(1) 痊愈: 治疗后患者的胃脘痛、胃脘胀满、嗝气反酸临床症状、体征消失或基本消失, 中医证候积分减少 $\geq 95\%$; 胃镜检查: 胃黏膜慢性炎症完全消失或减轻至轻度, 病理组织学证实腺体萎缩、肠化恢复正常或消失。(2) 显

效: 临床主要症状、体征明显改善, 中医证候积分减少率 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$; 胃镜检查, 胃黏膜慢性炎症明显减轻或减轻 2 个级度, 病理组织学证实黏膜腺体萎缩、肠化明显改善或减轻 2 个级度以上。(3) 有效: 临床症状、体征有所好转, 中医证候积分减少率 30% ~ 70%; 经胃镜检查, 胃黏膜的病变范围缩小超过 1/2、慢性炎症减轻, 病理组织学证实黏膜腺体萎缩、肠化轻度改善或减轻 1 个级度。(4) 无效: 症状、体征无明显改善甚或加重, 中医证候积分减少率 $< 30\%$; 胃镜检查未见任何好转。总有效率 = (临床痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.7 统计学方法 应用 SPSS23.0 统计软件进行数据分析, 计量资料符合正态分布以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用成组 t 检验, 组内前后比较采用配对 t 检验, 计数资料以百分率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 等级资料组间比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组 CAG 患者治疗 12 周后的临床总有效率为 91.30%, 对照组为 71.74%, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 [n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效 (%)
观察组	46	5	24	13	4	42(91.30)
对照组	46	1	14	18	13	33(71.74)
Z/χ^2	-	-	-3.270	-	-	5.845
P	-	-	0.001	-	-	0.016

2.2 两组治疗前后中医证候积分比较 治疗前两组患者胃脘痛、胃脘胀满等中医证候积分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组胃脘痛、胃脘胀满、嗝气反酸等中医证候积分均较治疗前有所下降, 且观察组下降幅度明显大于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后中医证候积分比较 [$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	例数	胃脘痛		胃脘胀满		嗝气反酸		食少纳呆		倦怠乏力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	3.17 \pm 1.72	1.29 \pm 0.85 *	3.11 \pm 1.77	0.83 \pm 0.71 *	2.11 \pm 1.41	0.55 \pm 0.22 *	2.16 \pm 1.15	0.71 \pm 0.45 *	1.86 \pm 0.41	0.55 \pm 0.31 *
对照组	46	3.15 \pm 1.39	2.08 \pm 1.06 *	3.18 \pm 1.45	2.13 \pm 0.98 *	2.05 \pm 1.33	1.14 \pm 0.76 *	2.19 \pm 1.33	1.44 \pm 0.76 *	1.84 \pm 0.63	0.91 \pm 0.47 *
t	-	0.060	-3.940	-0.210	-7.290	0.210	-5.060	-0.120	-5.610	0.180	-4.340
P	-	0.950	0.000	0.836	0.000	0.834	0.000	0.908	0.000	0.857	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.01$

2.3 两组治疗前后胃镜检查与病理检查结果比较 治疗前两组患者胃镜检查所见比较差异无统计学意

义 ($P > 0.05$)。治疗结束 1 个月后, 观察组患者病理检查胃黏膜炎症、腺体萎缩及肠化评分均较治疗

前有显著改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组治疗后各项评分较治疗前改善,黏膜炎症、腺体萎缩评分差异有统计学意义($P < 0.05$),肠化评分差

异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组改善程度情况好于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组治疗前后胃黏膜病理直观模拟评分结果比较 $[(\bar{x} \pm s), \text{分}]$

组别	例数	黏膜炎症		腺体萎缩		肠化	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	10.79 ± 2.55	3.21 ± 1.69 *	4.89 ± 1.36	2.47 ± 1.09 *	3.54 ± 3.62	1.49 ± 1.22 *
对照组	46	10.74 ± 2.31	5.34 ± 1.72 *	4.86 ± 1.13	3.82 ± 1.15 *	3.56 ± 1.13	3.37 ± 1.65
<i>t</i>	-	0.100	-5.990	0.120	-5.780	-0.040	-6.210
<i>P</i>	-	0.922	0.000	0.909	0.000	0.972	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.01$

2.4 两组治疗前后血清PG和胃泌素水平比较 治疗前两组患者血清PG I、PG II、G-17水平及PGR比值比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组血清PG I、PGR比值和G-17水平均升高,PG II

水平降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$),观察组改善程度好于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组治疗前后血清PG和胃泌素水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	PG I ($\mu\text{g/L}$)		PG II ($\mu\text{g/L}$)		PGR		G-17 (pmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	113.94 ± 25.16	162.07 ± 26.34 *	16.46 ± 6.97	9.33 ± 4.61 *	7.26 ± 2.06	17.31 ± 6.81 *	6.15 ± 1.07	9.34 ± 1.74 *
对照组	46	115.39 ± 25.31	144.36 ± 28.33 *	16.38 ± 7.26	12.53 ± 5.62 *	7.28 ± 2.31	12.23 ± 5.25 *	6.12 ± 1.13	7.68 ± 1.42 *
<i>t</i>	-	-0.280	3.110	0.120	-2.990	-0.040	4.010	0.130	5.010
<i>P</i>	-	0.784	0.003	0.904	0.004	0.965	0.000	0.896	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.01$

2.5 两组Hp转阴情况比较 治疗结束1个月后,观察组有43例Hp转阴,转阴率为93.48%;对照组34例Hp转阴,转阴率为73.91%,观察组明显优于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 6.452, P < 0.05$)。

2.6 两组安全性比较 在治疗期间两组患者均未出现严重的不良反应以及并发症,仅对照组2例出现轻度恶心,观察组1例出现轻度皮肤瘙痒,均未对症处理自行消失。

3 讨论

3.1 CAG是多病因、多阶段、多基因共同作用所导致的消化系统疾病,胃黏膜表面受到不同程度损伤造成黏膜基层增厚,进而使胃黏膜变薄,经炎症因子的反复刺激,致使黏膜固有腺体萎缩,数量减少甚至消失,引发肠化,进一步演变为异型增生,若合并不完全大肠化生和异型增生则系胃癌癌前病变^[10]。近年来随着人们社会经济压力增大及生活方式的变化,CAG发病率呈逐年上升与老龄化的趋势,据调查资料显示我国内镜下CAG发病率为17.7%,病理诊断萎缩占25.8%,肠化占23.6%,异型增生占10.6%,

CAG发生癌变率为2.54%~7.45%^[11]。本病的发生与Hp感染、胆汁反流、生活习惯、生物因素、药物因素及遗传因素等有关,CAG伴肠化是多种致病因素综合作用的结果。Hp感染和长期服用非甾体类药物是致使胃黏膜损伤的重要因素,研究表明慢性胃炎患者中出现Hp感染者达60%~90%,Hp感染程度与胃黏膜的炎症程度呈正相关,Hp感染是目前预防胃癌最重要最明确且可控的危险因素^[1]。PG是检测胃泌酸腺细胞功能的指标,不仅反映胃黏膜腺体和细胞的数量,而且也反映胃黏膜不同部位的分泌功能及病理形态^[12]。G-17是由胃窦部合成及分泌的一种激素,能刺激胃细胞壁促进胃酸分泌。血清PG I、PGR比值联合G-17检测,不仅有助于判断胃黏膜是否有萎缩,也能明确萎缩的严重程度和累及的部位^[13]。因CAG发病缓慢,病势缠绵,迁延难愈,目前对于CAG伴肠化西医常采用缓解症状和改善胃黏膜炎性反应,对于逆转萎缩、肠化尚缺乏特异性的治疗手段。

3.2 祖国传统医学认为CAG属于“胃脘痛”、“嘈

杂”、“痞满”等范畴。脾胃虚弱证是 CAG 患者最为常见的证候。常因先天禀赋不足、饮食不调、外邪犯胃、情志失和及年老体虚等日久累及于胃,致胃脏受损,本病病变在胃,可累肝脾,胃与脾以膜相连,一脏一腑,互为表里,脾胃乃后天之本,五脏六腑之源。《黄帝内经·素问》曰:“正气存内,邪不可干;邪之所凑,其气必虚”。脾胃之气不仅扶助正气以驱邪外出,又鼓舞正气抵御毒邪深入。胃气虚弱,胃之受纳无权、腐熟水谷无力,则食少纳呆;胃虚日久则损伤脾气,脾虚失健,不能运转水谷,导致气血生化乏源,食滞于胃,胃失和降,则胃脘胀满、嗝气反酸;土虚木乘,肝气横逆犯胃,升降失常,气机阻滞,则胃脘隐痛;脾胃气虚日久,胃失濡养,脾阳不足,水谷精气化生不足,宗气亦虚,则倦怠乏力。其病机以脾胃虚弱为本,气滞血瘀湿热为标,属于本虚标实之病。故治疗应遵循益气健脾养胃、活血化瘀、通络止痛的原则,达到标本兼治目的。基于中医理论,脾胃虚弱为 Hp 侵入致病提供了前提条件,为繁殖提供了有利环境,是致病之根本。健脾养胃通络汤方中重用黄芪补中益气、健脾固表;党参和白术健脾养胃、生津养血,助黄芪益气补中;三棱和莪术配伍气血双施、行气止痛、活血化瘀、软坚散结;三七通络行瘀,使邪去不留根、化瘀生新;半枝莲和白花蛇舌草清热解毒;木香和陈皮行气导滞、顾护脾胃;柴胡疏肝解郁、升阳举气;薏苡仁健脾祛湿;山楂消食导滞。以上诸药配伍相得益彰,共奏健脾养胃、益气扶正、活血化瘀、通络止痛之效,从而有效治疗 CAG。现代药理研究证实,活血化瘀类中药可改善微循环,提高患者血清胃动素及促胃泌素水平,阻断胃黏膜的萎缩,有利于胃黏膜肠化的逆转^[14]。在内服中药的同时,辅以隔姜艾灸,通过生姜的辛温药性以及艾灸具有的散寒除湿之效,借灸火之局部温热效应对经络穴位进行刺激,最终达到温通经脉、止痛散寒、调和气血的目的。神阙穴为经络之枢、经气之汇,与脾、肾、胃关系最为密切,中脘为胃之募穴,足三里乃胃之下合穴,内关益气和胃、降逆止痛。现代研究表明,隔姜灸此四个穴位能够促进胃蠕动,调节胃酸和胃蛋白酶,抑制胃黏膜炎性反应,改善胃黏膜的萎缩及肠化,提高机体免疫力。

3.3 本研究结果显示,观察组的临床总有效率为 91.30%,Hp 转阴率为 93.48%,明显优于对照组($P < 0.05$),中医证候积分、胃黏膜炎症、腺体萎缩及肠化积分均明显下降,血清 PG I、PGR 比值和 G-17 水

平均升高,血清 PG II 明显下降,各项指标均明显低于治疗前,且观察组好于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组在治疗期间均未出现不良反应。说明在四联根治 Hp 的基础上加用中药内服联合隔姜艾灸能显著改善 CAG 伴肠化患者的临床症状、修复黏膜损伤、消除炎症反应、调节胃肠激素、使胃黏膜腺体萎缩及肠化得到有效改善,从而提高 Hp 转阴率及临床总有效率。

综上所述,中药内服联合隔姜艾灸治疗 CAG 伴肠化患者疗效显著,可有效改善患者临床症状,降低炎症反应、保护胃黏膜、改善胃黏膜萎缩及肠化,促使 Hp 转阴,且安全可靠,值得临床进一步研究探讨。

参考文献

- 1 黄曼玲,孙圣斌,徐丹,等. 幽门螺杆菌感染与胃镜下的不同胃炎及病理之间的关系[J]. 实用医学杂志,2014,(14):2245-2247.
- 2 谢昆华,农兵. 幽门螺杆菌耐药现状及临床治疗对策[J]. 中国临床新医学,2011,4(1):90-93.
- 3 高京宏,任静,王翠娟,等. 健脾清热化痰法治疗老年慢性萎缩性胃炎及对胃黏膜病理的影响[J]. 中国老年学杂志,2014,(8):2257-2258.
- 4 周继旺,丁世玲,张卫星. 叶酸片联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效观察[J]. 新中医,2017,49(2):42-44.
- 5 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):24-37.
- 6 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):345-349.
- 7 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组,全国幽门螺杆菌研究协作组. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学,2017,22(6):346-378.
- 8 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合杂志,2012,36(2):738-743.
- 9 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:125-129.
- 10 黄铭涵,黄健,李思汉,等. 复方胃炎合剂逆转胃癌前病变的临床研究[J]. 中国中医药信息杂志,2016,23(4):20-23.
- 11 房静远,杜奕奇,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- 12 邓桂菊. 拉呋替丁联合奥美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 中国临床新医学,2017,10(9):902-904.
- 13 朱延红,吴英杰,孟存英,等. PG I、PG II 和胃泌素-17 在慢性胃窦部萎缩性胃炎中的诊断价值[J]. 北京医学,2017,39(4):412-414.
- 14 张国星,林寿宁,杨亮梅,等. 中药复方治疗慢性萎缩性胃炎作用机制研究进展[J]. 湖南中医杂志,2016,32(3):179-180.

[收稿日期 2019-03-12][本文编辑 韦颖 韦所苏]