DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.01.035

胡氏益胃汤结合针刺疗法治疗慢性萎缩性胃炎临床观察

李海涛,张晓明,郭婷婷,鄢雪辉,利小华
(金华市中医医院,浙江 金华 321017)

摘要:目的 观察胡氏益胃汤结合针刺疗法治疗慢性萎缩性胃炎临床效果和安全性。方法 纳入104例慢性萎缩性胃炎患者(2021年1月—2023年6月收治)进行分组研究,分组方法为随机数字表法,将其随机分为对照组与中医组,给予对照组患者(52例)西药(呋喃唑酮片、西沙比利片)治疗,中医组在对照组西药治疗基础上结合胡氏益胃汤以及针刺疗法治疗,研究过程中中医组脱落3例,对照组脱落1例。观察各组患者临床数据情况:疗效、治疗前后中医证候积分(胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满)变化及胃镜指标(肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度)评分变化、血清胃肠激素指标(胃动力素以及生长抑制素胃泌素)变化、白介素-6(Interleukin-6,IL-6)及白介素-8(Interleukin-8,IL-8)、肿瘤坏死因子α(Tumour necrosis factor-α,TNF-α)等血清炎性因子水平变化、治疗前后幽门螺杆菌(HP)阳性率变化、T淋巴细胞(Human lymphocyte CD_4^+,human lymphocyte CD_8^+、CD_4^+/CD_8^+)变化、不良反应。结果 中医组患者治疗效果优于对照组($P<0.05$);治疗前各组患者中医证候积分(胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满)、胃镜指标(肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度)评分、血清胃肠激素指标(胃动力素以及生长抑制素、胃泌素)、血清炎性因子水平(IL-6、IL-8及TNF-α)、HP阳性率、免疫功能指标(CD_4^+、CD_8^+、CD_4^+/CD_8^+)比较,$P>0.05$,治疗后各组患者中医证候积分(胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满)及胃镜指标(肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度)评分、胃泌素水平、IL-6、IL-8及TNF-α水平、HP阳性率、CD_8^+指标均下降,胃动力素以及生长抑制素水平、CD_4^+、CD_4^+/CD_8^+指标均上升,中医组治疗后各项指标上升及下降程度均大于对照组患者(均$P<0.05$);中医组与对照组不良反应率均较低($P>0.05$)。结论 胡氏益胃汤结合针刺疗法治疗慢性萎缩性胃炎临床效果显著,可有效改善患者症状,缓解患者病情,改善患者胃肠功能及免疫功能,降低HP阳性率,治疗不良反应少,安全可靠。

关键词:慢性萎缩性胃炎;针刺疗法;胡氏益胃汤;疗效;免疫功能;幽门螺杆菌;不良反应
中图分类号:R245.31;R259.733.2 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)01-0200-04

Clinical Observation on Treatment of Chronic Atrophic Gastritis by Hushi Yiwei Decoction(胡氏益胃汤) Combined with Acupuncture

LI Haitao,ZHANG Xiaoming,GUO Tingting,YAN Xuehui,LI Xiaohua
(Jinhua Hospital of Traditional Chinese Medicine,Jinhua 321017,Zhejiang,China)

Abstract:*Objective* To observe the clinical effect and safety of Hushi Yiwei Decoction(胡氏益胃汤) combined with acupuncture in the treatment of chronic atrophic gastritis. *Methods* A total of 104 patients with chronic atrophic gastritis(admitted from January 2021 to June 2023) were included for group study. The patients were randomly divided into control group(Furazolidone Tablets and Cisaprid Tablets) and traditional Chinese medicine group(Furazolidone Tablets and Cisaprid Tablets,Hushi Yiwei Decoction and acupuncture) by random number table method,and 52 cases in each group. During the study,3 cases fell off in the traditional Chinese medicine group and 1 case fell off in the control group. The effect,the changes of TCM syndrome scores(epigastric fullness,stomachache and distention) and gastroscopy indexes(degree of enterization,gastric mucosa characteristics and degree of gastric atrophy) before and after treatment,the levels of serum gastrointestinal hormone indexes(gastrin and somatostatin gastrin),the levels of serum inflammatory factors[interleukin-6(IL-6),interleukin-8(IL-8),tumour necrosis factor-α(TNF-α)],the positive rates of Helicobacter pylori(HP) before and after treatment,the levels of T lymphocytes(CD_4^+,CD_8^+,CD_4^+/CD_8^+) and adverse reactions were observed. *Results* The treatment effect of the traditional Chinese medicine group was better than that of the control group($P<0.05$). Before treatment,TCM syndrome scores(gastric epigastric fullness and acid belching,abdominal pain and distension),gastroscopy indexes(degree of enterization,gastric mucosa characteristics and degree of gastric atrophy),serum gastrointestinal hormone indexes(motilin,somatostatin and gastrin),serum inflammatory factor levels(IL-6,IL-8 and TNF-α),HP positive rate and immune function indexes(CD_4^+,CD_8^+,CD_4^+/CD_8^+) of all patients in each group were not significant($P>0.05$). After treatment,TCM syndrome scores(gastric epigastric fullness,acid belching,abdominal pain and distention),gastroscopy indexes(degree of enterification,gastric mucosa characteristics and degree of gastric atrophy),gastrin levels,IL-6,IL-8 and TNF-α levels,HP positive rate and CD_8^+ indexes were all decreased in both groups.

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(20212B318)
作者简介:李海涛(1981-),男,山东烟台人,副主任医师,学士,研究方向:脾胃病、肝病。

中国知网 https://www.cnki.net

The levels of motilin and somatostatin, CD_4^+ and CD_4^+/CD_8^+ were increased, and the increase and decrease of all indexes in the traditional Chinese medicine group after treatment were greater than those in the control group ($P<0.05$). The adverse reaction rate of traditional Chinese medicine group and control group was lower ($P>0.05$). *Conclusion* Hushi Yiwei Decoction combined with acupuncture therapy has significant clinical effect in the treatment of chronic atrophic gastritis, which can effectively relieve the symptoms, alleviate the condition and improve the gastrointestinal function and immune function of patients, reduce the positive rate of HP and the adverse reaction, and is safe and reliable.

Keywords: chronic atrophic gastritis; acupuncture therapy; Hushi Yiwei Decoction (胡氏益胃汤); curative effect; immune function; Helicobacter pylori; adverse reaction

慢性萎缩性胃炎是临床常见胃部疾病，是指患者胃黏膜上皮组织长期造成慢性损伤，导致腺体萎缩，该病属于一种较为复杂的癌前病变性疾病，患者发生癌变率为0.5%～1.0%，危害严重[1-3]。慢性萎缩性胃炎疾病症状为上腹隐痛以及恶心呕吐、反胃、食欲减退、腹部胀满以及打嗝、消瘦、贫血等，甚至出现消化道出血情况，对患者造成严重影响[4-6]。临床治疗慢性萎缩性胃炎多采取弱酸剂以及增加黏膜营养剂、改善胃动力及胃泌素药物、抑制胆汁反流及抗幽门螺杆菌药物治疗，取得一定的临床效果，但并不显著，且容易复发[7-9]。为了提升慢性萎缩性胃炎疾病的治疗效果及预防疾病复发，在西药常规药物治疗基础上探究联合中医治疗的效果，相关报道较多[10-12]。中医对慢性萎缩性胃炎认识较深，治疗该病取得较好效果，治疗方法也较为多样，包括汤剂口服、针刺疗法、穴位敷贴等方法[13-14]。本次研究发现，给予慢性萎缩性胃炎患者胡氏益胃汤结合针刺疗法治疗效果较为显著，值得应用及探讨。故而本次纳入104例慢性萎缩性胃炎患者进行分组，探讨胡氏益胃汤结合针刺疗法治疗的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入104例慢性萎缩性胃炎患者（2022年1月—2023年6月收治）进行分组研究，分组方法为随机数字表法，将其随机分为对照组与中医组，每组52例，研究过程中中医组患者脱落3例，对照组患者脱落1例。中医组：49例，男30例、女19例，年龄40～70岁（58.64±2.12）岁，病程1～8年（4.02±0.56）年，腺体萎缩程度：轻度35例，中度14例。对照组：51例，男31例、女20例，年龄40～69岁（58.61±2.10）岁，病程1～9年（4.06±0.52）年，腺体萎缩程度：轻度35例，中度16例。中医组与对照组患者临床资料比较，$P>0.05$。

1.2 诊断标准 西医诊断慢性萎缩性胃炎参照《中国慢性胃炎共识意见》[15]：患者上腹隐痛、恶心、胃反酸、饱胀等症状，结合胃镜检查确诊。中医参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2017年）》[16]中胃络瘀血证、胃阴不足证以及脾胃湿热证、肝胃不和证以及脾胃虚弱证慢性萎缩性胃炎诊断标准，胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满等病证。

1.3 纳入排除标准 纳入标准：①患者符合慢性萎缩性胃炎疾病诊断；②患者年龄40～70岁；③患者疾病程度均为轻中度；④患者知情，同意研究；⑤患者可接受西药（呋喃唑酮片、西沙比利片）以及中医方法（胡氏益胃汤、针刺疗法）治疗；⑥伦理会批准研究进行。排除标准：①胃部手术病史患者；②胃癌患者及其他胃部疾病患者；③严重心肝肾功能疾病患者；④胃肠疾病患者；⑤无法针刺患者；⑥依从性差及精神疾病、心理疾病等无法配合完成研究患者等。

1.4 治疗方法 对照组：患者采取西医方案治疗，口服呋喃唑酮片（上海金不换兰考制药有限公司；国药准字H41021628；规格：0.1 g×100 s/瓶），每日3～4次，每次0.1 g；口服西沙比利片（山东齐康药业有限公司；国药准字H20050853；规格：5 mg）治疗，每日3次，每次5 mg，治疗2个月。中医组：患者在西医方案治疗基础上联合中医方案（胡氏益胃汤结合针刺疗法）治疗，西医方案与对照组相同。胡氏益胃汤：三叶青15 g，红藤20 g，鸡血藤20 g，生薏苡仁50 g，香茶菜15 g，厚朴10 g，乌贼骨30 g，香橼10 g，太子参15 g。水煎煮，每日1剂，治疗2个月。针刺疗法：取穴胃俞、脾俞、气海、足三里、公孙、下脘等穴位，胃俞及脾俞穴向内斜刺0.6寸；向下斜刺足三里2.5寸；直刺1寸下脘及气海、公孙穴位，气海及下脘穴采取提插捻转泻法针刺，重插轻提。胃络瘀血患者加刺血海、丰隆及章门穴位；胃阴不足患者加刺太溪及三阴交穴；脾胃湿热患者加刺曲池及天枢、厉兑等穴；肝胃不和患者加刺建里及上脘、期门穴；脾胃虚弱患者加刺内关以及气海穴。针刺以患者感觉酸胀为宜，留针20 min，隔日针刺，治疗2个月。

1.5 观察指标 ①患者疗效标准[17]：显效：患者胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满等症状全部消失，中医证候积分下降80%以上；有效：患者胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满等症状显示好转，中医证候积分下降30%～80%；无效：患者中医证候积分下降不足30%，胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满等症状未见改善。总有效率=显效率+有效率。②比较各组患者治疗前后胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满证候积分变化，各项积分0～3分，分值越高表示证候越严重[18]。③比较各组患者治疗前后胃镜指标（肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度）评分变化，各项分值越高表示患者胃镜下指标状况越差[19]。④比较各组治疗前后血清胃肠激素指标（胃动力素以及生长抑制素胃泌素）变化，测定方法为放射免疫法。⑤比较各组患者治疗前后白介素-6（Interleukin-6，IL-6）及白介素-8（Interleukin-8，IL-8）、肿瘤坏死因子α（Tumour necrosis factor-α，TNF-α）水平等指标变化，测定方法为酶联免疫吸附法。⑥比较各组患者治疗前后HP阳性率变化。⑦比较各组治疗前后T淋巴细胞（human lymphocyte CD_4^+，human lymphocyte CD_8^+、CD_4^+/CD_8^+）变化，测定方法为单克隆抗体免疫荧光法。⑧比较各组不良反应。

1.6 统计学方法 采用SPSS 26.0软件进行统计学分析，计量资料（疗效、HP阳性率与不良反应率等）采用χ^2检验，计量资料（中医证候积分、胃镜指标评分以及血清炎性因子水平、免疫功能指标等）采用t检验，$P<0.05$为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 表1显示，中医组患者治疗效果优于对照组（$P<0.05$）。

表1 两组慢性萎缩性胃炎患者效果比较 单位：例（%）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	51	23(45.10)	19(37.25)	9(17.65)	(82.35)
中医组	49	33(67.35)	14(28.57)	2(4.08)	(95.92)
χ^2值		-	-	-	4.697 3
P值		-	-	-	0.030 2

中国知网 https://www.cnki.net

2.2 治疗前后中医证候积分(胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满)变化 表2显示,各组患者治疗前中医证候积分(胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满)比较,$P>0.05$,治疗后各组患者中医证候积分(胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满)均降低,中医组患者治疗后中医证候积分(胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满)均比对照组患者积分更低($P<0.05$)。

表2 两组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后中医证候积分变化($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	时间	胃脘痞闷	反酸嗳气	腹痛胀满
对照组	51	治疗前	2.54±0.25	2.27±0.27	2.19±0.20
		治疗后	0.68±0.13[a]	0.60±0.11[a]	0.58±0.09[a]
中医组	49	治疗前	2.49±0.23	2.30±0.25	2.21±0.19
		治疗后	0.21±0.05[ab]	0.18±0.04[ab]	0.16±0.03[ab]

注:a与各组治疗前比较,$P<0.05$;b与对照组治疗后比较,$P<0.05$。

2.3 治疗前后胃镜指标(肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度)评分变化 表3显示,各组患者治疗前胃镜指标(肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度)评分比较,$P>0.05$,治疗后各组患者胃镜指标(肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度)评分均降低,中医组患者治疗后胃镜指标(肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度)评分均比对照组患者积分更低($P<0.05$)。

表3 两组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后胃镜指标评分变化($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	时间	肠化程度	胃黏膜特征	胃萎缩程度
对照组	51	治疗前	2.38±0.36	13.29±2.65	4.02±0.37
		治疗后	1.44±0.28[a]	6.15±1.13[a]	2.05±0.37[a]
中医组	49	治疗前	2.40±0.34	13.30±2.59	4.00±0.34
		治疗后	1.08±0.20[ab]	3.03±0.48[ab]	1.60±0.27[ab]

注:a与治疗前比较,$P<0.05$;b与对照组治疗后比较,$P<0.05$。

2.4 治疗前后血清胃肠激素指标(胃动力素以及生长抑制素、胃泌素)变化 表4显示,各组患者治疗前血清胃肠激素指标(胃动力素以及生长抑制素胃泌素)比较,$P>0.05$,治疗后各组患者胃泌素均降低,胃动力素以及生长抑制素均上升,中医组患者治疗后胃动力素以及生长抑制素、胃泌素上升及下降程度均大于对照组($P<0.05$)。

表4 两组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后血清胃肠激素指标变化($\bar{x}\pm s$)

单位:ng/L

组别	例数	时间	胃动力素	生长抑制素	胃泌素
对照组	51	治疗前	102.54±6.23	40.36±4.95	208.56±9.54
		治疗后	154.23±8.65[a]	62.12±6.34[a]	168.54±6.62[a]
中医组	49	治疗前	102.49±6.25	40.34±5.00	208.63±9.60
		治疗后	242.54±5.99[ab]	85.43±4.42[ab]	125.65±7.65[ab]

注:a与治疗前比较,$P<0.05$;b与对照组治疗后比较,$P<0.05$。

2.5 治疗前后血清炎性因子水平(IL-6、IL-8及TNF-α)变化 表5显示,各组患者治疗前血清炎性因子水平(IL-6、IL-8及TNF-α)比较,$P>0.05$,治疗后各组患者血清炎性因子水平(IL-6、IL-8及TNF-α)均降低,中医组患者治疗后血清炎性因子水平(IL-6、IL-8及TNF-α)均比对照组患者积分更低($P<0.05$)。

表5 两组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后血清炎性因子水平变化($\bar{x}\pm s$)

单位:ng/L

组别	例数	时间	IL-6	IL-8	TNF-α
对照组	51	治疗前	11.65±2.01	14.11±2.06	62.16±5.43
		治疗后	6.59±0.78[a]	8.11±0.75[a]	40.36±4.23[a]
中医组	49	治疗前	11.62±2.00	14.08±2.08	62.12±5.39
		治疗后	4.11±0.37[ab]	5.09±0.60[ab]	30.27±3.84[ab]

注:a与治疗前比较,$P<0.05$;b与对照组治疗后比较,$P<0.05$。

2.6 治疗前后HP阳性率变化 表6显示,各组患者治疗前HP阳性率比较,$P>0.05$,治疗后各组患者HP阳性率均降低,中医组患者治疗后HP阳性率均比对照组患者积分更低($P<0.05$)。

表6 两组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后HP阳性率变化

单位:例(%)

组别	例数	治疗前	治疗后	χ^2值	P值
对照组	51	24(47.06)	13(25.49)	5.131 8	0.023 5
中医组	49	25(51.02)	4(8.16)	21.598 2	0.000 0
χ^2值		0.156 9	5.317 2		
P值		0.692 0	0.021 1		

2.7 治疗前后免疫功能指标(CD_4^+、CD_8^+、CD_4^+/CD_8^+)变化 表7显示,各组患者治疗前免疫功能指标(CD_4^+、CD_8^+、CD_4^+/CD_8^+)比较,$P>0.05$,治疗后各组患者CD_8^+降低,CD_4^+与CD_4^+/CD_8^+均上升,中医组患者治疗后指标上升及下降均大于对照组患者($P<0.05$)。

表7 两组慢性萎缩性胃炎患者治疗前后免疫功能指标变化($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	CD_4^+/(%)	CD_8^+/(%)	CD_4^+/CD_8^+
对照组	51	治疗前	37.45±3.67	24.36±2.02	1.60±0.15
		治疗后	43.26±5.02[a]	22.65±0.78[a]	1.87±0.20[a]
中医组	49	治疗前	37.48±3.69	24.32±2.00	1.62±0.13
		治疗后	50.65±4.21[ab]	21.02±0.69[ab]	2.28±0.15[ab]

注:a与治疗前比较,$P<0.05$;b与对照组治疗后比较,$P<0.05$。

2.8 不良反应比较 对照组:1例头晕(1.96%);中医组:1例头痛,1例皮疹,不良反应率为4.08%。两组不良反应率均较低,$\chi^2=0.386\ 3$($P=0.534\ 3$)。

3 讨论

中医并无慢性萎缩性胃炎病名,将其纳入“痞满”与“胃痞”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴[20-21]。该病病机较为复杂,与外感寒湿热邪及正气虚弱、情志不畅与饮食不节、素体脾胃气虚、胃失和降气机失调致使痰湿生,郁而化热,气机瘀滞,中焦湿热[22-23]。笔者认为,慢性萎缩性胃炎疾病以虚实夹杂为主,“脾虚气虚,气滞血瘀”为其主要病机,胃络阻痹贯穿疾病始终,故而治疗该病当以清热祛湿、化痰、疏肝理气及健脾和胃、活血化瘀之法治疗。胡氏益胃汤为我院自拟方,是由三叶青、红藤、鸡血藤、生薏苡仁、香茶菜、厚朴、乌贼骨、香橼、太子参等中药组成,方中三叶青可清热抗炎、活血止痛;红藤可清热解毒、祛风活血止痛、散瘀散结;鸡血藤可活血补血、调经止痛、舒筋活络;生薏苡仁可健脾渗湿、消除水肿、除痹;香茶菜可清热利湿、活血散瘀、解毒消肿;厚朴可燥湿消痰、下气平喘、行气消积;乌贼骨可制酸止痛、收敛止血;香橼可疏肝解郁、理气宽中、燥湿化痰;太子参可补气益肺、健脾生津、健胃消食。诸药配伍有较好活血化瘀及健脾渗湿、燥湿化痰、疏肝解郁、益胃益肺、行气消积等功效,治疗慢性萎缩性胃炎效果甚佳。现代药理指出,三叶青具有较好抗炎及抗氧化作用,可较好抑制慢性萎缩性胃炎患者炎症症状,帮助患者恢复。现代药理指出,红藤对乙型链球菌、金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌及大肠杆菌等有益,还可抑制血栓,增加冠脉流量。现代药理指出,鸡血藤可增强机体免疫功能。现代药理指出,生薏苡仁可镇痛镇静,还可解热抑菌,增强免疫功能;香茶菜具有抗炎及护肝作用;厚朴可调整胃肠运动功能以及促进消化液分泌,还具有较强抗炎及镇痛作用,对葡萄球菌、赤痢杆菌、巴氏杆菌、链球菌、霍乱弧菌的活性有一定抑制作用;乌贼骨有抗溃疡及中和胃酸作用,可以缓解反酸或烧心等症状;香橼具有抗炎、抗病毒作用;太子参可增强记忆力,抗疲劳及抗应激,还可增强机体免疫力。总之,胡氏益胃汤的现代药理作用为抗炎及抗菌,增强机体免疫功能及

中国知网 https://www.cnki.net

镇痛镇静,对慢性萎缩性胃炎患者具有积极影响[24-27]。

针刺疗法作为外治疗法,治疗慢性萎缩性胃炎具有独特疗效,治疗效果良好,临床应用较多[28-29]。本次针刺疗法主要取穴胃俞、脾俞及气海、足三里、公孙、下脘等。胃俞穴针刺可升清降浊、健脾和胃;脾俞为治疗消化系统疾病要穴,针刺脾俞穴可降逆止呕、健脾益胃、激发脾气、升清降浊;针刺气海可散瘀解毒、赔补元气;针刺足三里可健脾益胃、消肿止痛、化痰安神、补气益血;针刺公孙穴可消痞化滞、健脾和胃、通调冲脉;针刺下脘可健脾胃。诸穴合刺可健脾益胃、化瘀解毒,治疗慢性萎缩性胃炎效果良好。现代医学认为,针刺疗法治疗慢性萎缩性胃炎可促进患者胃黏膜修复,利于预防疾病复发[30-31]。本次数据显示,中医组患者治疗效果优于对照组($P<0.05$),提示胡氏益胃汤结合针刺疗法治疗慢性萎缩性胃炎临床效果显著。治疗后各组患者中医证候积分(胃脘痞闷及反酸嗳气、腹痛胀满)及胃镜指标(肠化程度、胃黏膜特征以及胃萎缩程度)评分、胃泌素水平、IL-6、IL-8 及 TNF-α 水平、HP 阳性率、CD_8^+ 指标均下降,胃动力素以及生长抑制素水平、CD_4^+、CD_4^+/CD_8^+ 指标均上升,中医组治疗后各项指标上升及下降程度均大于对照组患者(均 $P<0.05$),提示胡氏益胃汤结合针刺疗法可较好改善慢性萎缩性胃炎病症,可较好修复患者胃黏膜,改善患者肠化程度及萎缩程度,降低患者炎症水平,改善患者胃肠功能,降低患者 HP 阳性率,提升患者免疫功能。中医组与对照组不良反应率均较低($P>0.05$),提示胡氏益胃汤结合针刺疗法治疗慢性萎缩性胃炎安全可靠。本次取得较好近期疗效,但未观察患者远期疗效,可进行随访,观察患者疾病复发情况。

综上所述,胡氏益胃汤结合针刺疗法治疗慢性萎缩性胃炎效果佳,患者病情改善,恢复好,胃肠功能及免疫功能均改善,不良反应少,安全可行,值得应用。

参考文献

[1] 秦文彪,胡金鑫,周秋兵,等. 慢性萎缩性胃炎中医证候分型与血清同型半胱氨酸指标分布规律的研究及 OLGA 风险分期因素分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(12):2007-2010.
[2] 宋健,韦永红,孟凯强,等. 沈舒文教授运用中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验与学术思想[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(8):1539-1543.
[3] 杨锐平,林小靖,陶春晖,等. 基于数据挖掘的中医药治疗气虚血瘀证慢性萎缩性胃炎用药规律研究[J]. 中国医药导报,2022,19(10):136-139,154.
[4] 王雨,赵薇巍,姚玉璞,等. 中医体质类型与慢性萎缩性胃炎相关性研究的系统评价与 Meta 分析[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(9):1715-1722.
[5] 吴灿,邓行行,罗燕文,等. 针灸联合加味香砂六君子汤对脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎中医证候、组织学及疗效的影响[J]. 中华中医药学刊,2022,40(7):185-188.
[6] 张瑞芬,党林林,王智业,等. 慢性萎缩性胃炎中医辨证结合微观辨证的研究进展[J]. 中国中医药科技,2022,29(3):519-521.
[7] 吴丹桐,苏泽琦,孟涵,等. 基于专利数据研究中药复方治疗慢性萎缩性胃炎的用药规律[J]. 世界中医药,2022,17(11):1621-1626.
[8] 王亚楠,袁莉,汪莉,等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与舌下络脉特征相关性分析[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(5):158-163.
[9] 李璇,陈婷,李敬华,等. 基于中医药循证文献大数据平台的慢性萎缩性胃炎临床证据图研究[J]. 中医杂志,2023,64(8):790-798.
[10] 陈艺楠,纪海静,白雪松,等. Hp 阳性慢性萎缩性胃炎中医药治疗研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2023,25(1):95-98.
[11] 霍嘉欣,吴挺丰,陈锦锋. 慢性萎缩性胃炎 OLGA/OLGIM 分期及其中医证型评估结直肠腺瘤发生风险的临床意义[J]. 中医肿瘤学杂志,2023,5(3):24-30.
[12] 李昊天,谢晶日,孙志文. 谢晶日教授运用调肝通胃法论治慢性萎缩性胃炎经验探析[J]. 浙江中医药大学学报,2023,47(2):161-166.
[13] 孙洁纯,黄胜林,刘婷婷,等. 乌梅丸联合抗 Hp 四联根除疗法治疗 Hp 感染寒热错杂型慢性萎缩性胃炎的疗效及对 Hp 根除率和 IL-1β、IL-6 的影响[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(8):1916-1922.
[14] 梅语,孙琴,裴蓓,等. 脾胃培源方联合瑞巴派特治疗慢性萎缩性胃炎增效作用及机制研究[J]. 长春中医药大学学报,2023,39(5):543-546.
[15] 林剑良,戈焰,蔡伟才,等. 基于"虚-瘀-毒"论治脾胃虚弱证慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(3):556-562.
[16] 于勇,黄雅慧,赵唯含,等. 益气活血法对慢性萎缩性胃炎癌前病变 Ki-67 和肿瘤标记物的影响[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(2):329-335.
[17] 裴蓓,刘云,宋标,等. 脾胃培源方治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证患者疗效及对胃黏膜三叶因子 2、核因子-κB 表达的影响[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(3):121-125.
[18] 蔡玉丰,李欢,钱正刚,等. 基于网络药理学探讨石丹颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. 南京中医药大学学报,2023,39(6):564-574.
[19] 邵昌明,谢姗珊,智勇,等. 基于网络药理学及实验验证探讨养阴活胃合剂治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. 湖南中医药大学学报,2023,43(5):847-856.
[20] 周非男,王翼洲,杨辉,等. 健脾消萎汤联合西药治疗老年肝胃郁热型慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 老年医学与保健,2023,29(3):590-596.
[21] 佘荣荣,郭金伟,葛惠男. 益气活血通络方加减对气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜 PTEN 及血清 IL-6、TNF-α 的影响[J]. 浙江中医药大学学报,2023,47(1):52-57.
[22] 高婧,范淑月,倪钰莹,等. 国医大师王庆国时相辨证辨治慢性萎缩性胃炎[J]. 长春中医药大学学报,2023,39(7):728-731.
[23] 赵冉,张雯,王斌. 基于 ROB 和 CONSORT-CHM Formulas 2017 的中药复方治疗慢性萎缩性胃炎随机对照试验质量评价[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(3):43-50.
[24] 周明,刘敏. 基于网络药理及分子对接探讨薏苡仁—浙贝母药对治疗慢性萎缩性胃炎的作用机制[J]. 环球中医药,2023,16(6):1118-1126.
[25] 荣华,付永民,杜旭. 丹石健脾汤联合针灸治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前病变 43 例[J]. 环球中医药,2023,16(4):765-768.
[26] 李天伦,李芳,邢艺子,等. 黄芪建中汤对慢性萎缩性胃炎(脾胃虚弱证)患者胃镜指标和胃蛋白酶原变化的影响[J]. 吉林中医药,2023,43(4):419-422.
[27] 周亚丹,张华,刘高仁. 针刺联合穴位贴敷治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察及对血清炎性因子和胃肠激素的影响[J]. 上海针灸杂志,2023,42(7):677-682.
[28] 欧阳观,徐桂菊. 温通针刺中脘联合百笑灸治疗慢性萎缩性胃炎患者的效果及对胃动力的影响[J]. 广西医学,2022,44(18):2128-2131.
[29] 丁亮,肖燕. 半夏泻心汤配合针刺治疗寒热错杂型慢性萎缩性胃炎的效果[J]. 中国医药导报,2021,18(35):167-170.
[30] 尹鸿智,赵娟,刘倩,等. 针刺对慢性萎缩性胃炎大鼠"足三里"穴区 HRH2、SP 及炎性因子表达的影响[J]. 湖南中医药大学学报,2021,41(2):259-264.
[31] 范丽红,方园,黄河,等. 针刺与艾灸治疗慢性萎缩性胃炎的多中心前瞻性临床研究[J]. 湖南中医药大学学报,2020,40(9):1060-1064.

中国知网 https://www.cnki.net