DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.01.044

连芩化湿方联合针刺治疗幽门螺杆菌阳性慢性非萎缩性胃炎临床效果观察

张贝贝[1],崔耀辉[1],常陆春[1],赵甘婷[1],张丽娜[2]
(1.长治医学院附属和平医院,山西 长治 046000;2.长治市人民医院,山西 长治 046000)

摘要:目的 研究连芩化湿方联合针刺治疗幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*,Hp)阳性慢性非萎缩性胃炎临床效果。方法 合计纳入医院针灸理疗科2022年1月—2024年1月收治的64例Hp阳性慢性非萎缩性胃炎患者进行研究分组,采取随机数字表法将患者分成研究组、参照组,每组32例。给予参照组患者标准铋剂四联疗法治疗,给予研究组患者标准铋剂四联疗法联合连芩化湿方及针刺治疗,对比两组患者治疗的临床效果及Hp转阴率、治疗前和治疗后患者中医证候积分(胃脘疼痛及灼热、嘈杂反酸、口臭口黏、纳呆泛恶、渴不欲饮),评估胃动素(motilin,MOT)以及促胃液素(gastrin,GAS)等胃肠激素指标变化以了解患者胃肠功能改变情况,评估机体白细胞介素-8(interleukin-8,IL-8)水平变化了解患者炎症状况,并观察两组治疗不良反应情况。结果 研究组治疗总有效率为96.88%(31/32),明显比参照组患者指标(78.13%,25/32)更高($P<0.05$);与参照组患者Hp转阴率(78.13%,25/32)相比,研究组Hp转阴率(96.88%,31/32)更高($P<0.05$);研究组患者治疗不良反应率为6.25%(2/32),明显低于参照组(28.13%,9/32)($P<0.05$);两组患者治疗前胃脘疼痛及灼热、嘈杂反酸、口臭口黏、纳呆泛恶、渴不欲饮中医证候积分、MOT及GAS胃肠激素指标、IL-8水平比较,$P>0.05$,治疗后两组患者中医证候积分、IL-8水平明显下降,MOT及GAS胃肠激素指标明显上升,研究组治疗后各项指标改善情况明显优于对照组($P<0.05$)。结论 Hp阳性慢性非萎缩性胃炎患者应用连芩化湿方联合针刺治疗效果良好,治疗方案可较好清除Hp感染,改善患者临床症状,促进患者胃肠功能恢复,还可降低不良反应率,提升治疗的安全性,值得应用。

关键词:Hp阳性慢性非萎缩性胃炎;针刺;连芩化湿方;临床效果;Hp转阴率;中医证候积分;胃肠激素指标;不良反应

中图分类号:R246.1;R259.733.2 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)01-0229-04

Clinical Observation of Lianqin Huashi Formula(连芩化湿方) Combined with Acupuncture in Treatment of Hp-Positive Chronic Non-Atrophic Gastritis

ZHANG Beibei[1],CUI Yaohui[1],CHANG Luchun[1],ZHAO Ganting[1],ZHANG Lina[2]
(1. Heping Hospital Affiliated to Changzhi Medical College,Changzhi 046000,Shanxi,China;
2. Changzhi People's Hospital,Changzhi 046000,Shanxi,China)

Abstract:*Objective* To study the clinical effect of Lianqin Huashi Formula(连芩化湿方) combined with acupuncture on *Helicobacter pylori*(Hp)-positive chronic non-atrophic gastritis. *Methods* A total of 64 patients with Hp-positive chronic non-atrophic gastritis admitted to the Department of Acupuncture and Physiotherapy of the hospital from January 2022 to January 2024 were included in the study group. The patients were divided into study group and reference group by random number table method,32 patients in each group. The reference group was given the quadruple therapy with standard bismuth agent. The study group was given the standard bismuth quadruple therapy combined with Lianqin Huashi Formula and acupuncture treatment. The clinical effects,Hp conversion rate,TCM symptom scores(epigastric pain and burning,cacoic acid reflux,halitosis and mouth stickiness,nausea and thirst) of each group were compared,and motilin(MOT) and gastrointestinal hormone indexes such as MOT and gastrin(GAS) were changed to understand the changes in gastrointestinal function of patients,the changes in interleukin-8(IL-8) levels were assessed to understand the inflammatory status of patients,and the adverse reactions of treatment in each group were observed. *Results* The total effective rate of the study group was 96.88%(31/32),which was significantly higher than that of the reference group(78.13%,25/32)($P<0.05$). Compared with that of the reference group(78.13%,25/32),the Hp negative conversion rate of the study group(96.88%,31/32) was higher($P<0.05$). The adverse reaction rate of the study group was 6.25%(2/32),which was significantly lower than that of the reference group(28.13%,9/32)($P<0.05$). The comparison of epigastric pain,burning,cacogenic acid reflux,halitosis and sticky mouth,nausea and thirst,and the TCM syndrome scores,the levels of MOT,GAS and IL-8 in both groups before treatment was not significant($P>0.05$). After treatment,TCM syndrome scores and the level of IL-8 significantly decreased,while the levels of MOT and GAS increased

基金项目:山西省中医药科研项目(2023ZYYC096)

作者简介:张贝贝(1987-),男,山西高平人,主治医师,硕士,研究方向:针灸临床机制。

significantly. The improvement of various indexes in the study group after treatment was significantly better than that in the reference group ($P<0.05$). *Conclusion* The patients with Hp - positive chronic non - atrophic gastritis treated with Lianqin Huashi Formula combined with acupuncture obtain good effect. This treatment plan can better clear Hp infection, improve the clinical symptoms, promote the gastrointestinal function recovery, reduce the adverse reaction rate and improve the treatment safety, which is worthy of application.

Keywords: Hp - positive chronic non - atrophic gastritis; acupuncture; Lianqin Huashi Formula (连芩化湿方); clinical effect; Hp negative conversion rate; TCM syndrome score; gastrointestinal hormone index; adverse reaction

幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*,Hp)阳性慢性非萎缩性胃炎是临床常见疾病,近年发病率显著上升,引起临床关注[1-2]。Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎由 Hp 引起,疾病主要症状为早饱、上腹胀、上腹痛与餐后饱胀、嗳气、反酸等,需积极治疗,改善患者病情,避免影响患者日常生活及健康[3-5]。Hp 相关胃炎属于感染性疾病,根除 Hp 是治疗该病的关键,以避免病情加重,胃黏膜向萎缩及肠化方向发展,避免疾病发展为胃癌,造成严重影响[6-7]。西医治疗 Hp 相关阳性慢性非萎缩性胃炎疾病多采取标准铋剂四联疗法治疗,取得较好临床效果,临床应用较多[8-9]。为了进一步提升 Hp 相关阳性慢性非萎缩性胃炎患者治疗效果,降低西药带来的不良反应,临床给予患者中医方案治疗,取得较好疗效[10-11]。连芩化湿方联合针刺治疗具有较好健脾和胃、清热祛湿、益气止痛等功效,治疗 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)效果较好,还可较好降低西药带来的不良反应,治疗安全可行。故而纳入 64 例 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)患者进行分组,观察连芩化湿方联合针刺治疗患者的效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

合计纳入我院针灸理疗科 2022 年 1 月—2024 年 1 月收治的 64 例 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎患者进行研究分组,采取随机数字表法将患者分成研究组、参照组。参照组:32 例,男女比例为 12∶20;年龄 28 ~ 66 岁,平均(39.76 ± 3.25)岁;病程 6 个月 ~ 8 年,平均(2.93 ± 0.62)年。研究组:32 例,男女比例为 13∶19,年龄 29 ~ 68 岁,平均(39.80 ± 3.33)岁,病程 7 个月 ~ 8 年,平均(2.99 ± 0.57)年。对比参照组与研究组患者临床资料差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。本研究经长治医学院附属和平医院伦理学会批准进行,伦理编号为 zc20220010。

1.2 诊断标准

西医诊断 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎疾病参照《中国慢性胃炎共识意见》[12]:患者出现上腹部疼痛、饱胀、不适、嗳气、食欲不振与反酸、健忘、抑郁、焦虑等症状。中医诊断 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)参考《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》[13]:胃脘疼痛及灼热、嘈杂反酸、口臭口黏、纳呆泛恶、渴不欲饮、身重困倦、大便黏滞不爽、舌红苔黄、脉弦数。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:均确诊为 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎,中医辨证为脾胃湿热证;患者自愿加入研究;患者可接受标准铋剂四联疗法、连芩化湿方、针刺治疗;伦理批准研究进行。排除标准:依从性较差患者;无法配合治疗患者;合并其他消化道疾病患者;无法配合本次治疗及研究患者;合并精神疾病与心理疾病患者;手术病史患者等。

1.4 治疗方法

参照组:患者采取标准铋剂四联疗法治疗。早晚餐前口服美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司,国药准字 H20046379,规格:20 mg × 7 片)治疗,2 次/d,1 粒/次,20 mg/粒;早晚餐前口服枸橼酸铋钾片(华北制药股份有限公司,国药准字 H13022413,规格:0.3 g × 20 s/盒)进行治疗,2 次/d,2 粒/次;早晚餐后口服阿莫西林胶囊(哈尔滨三三药业有限公司,国药准字 H23020415,规格:0.25 g × 12 s × 2 板/盒)进行治疗,2 次/d,4 粒/次;早晚餐后口服克拉霉素片(杭州中美华东制药有限公司,国药准字 H10970216,0.25 g × 12 s/盒)进行治疗,2 次/d,2 粒/次。研究组:患者采取标准铋剂四联疗法治疗同时联合连芩化湿方及针刺治疗。连芩化湿方药用:黄连 15 g,苍术 15 g,黄芩 12 g,蒲公英 12 g,砂仁 12 g,茯苓 12 g,薏苡仁 12 g,藿香 10 g,佛手 10 g,厚朴 10 g。反酸严重患者加瓦楞子及海螵蛸;胃脘痛患者加白芍与延胡索;腹胀患者加枳实与槟榔。1 剂/d,水煎煮,早晚取汁 400 mL,每次各 200 mL,治疗 2 周时间。针刺治疗方法:取患者胃俞穴、脾俞穴、公孙穴、气海穴、下脘穴、足三里穴、曲池穴、天枢穴、厉兑穴。消毒穴位皮肤,实施针刺治疗,胃俞与脾俞穴位向内斜刺 0.6 寸;足三里穴向下斜刺 2.5 寸;气海穴及下脘穴、公孙穴直刺 1 寸,采取提插捻转泻法针刺,重插轻提;曲池穴垂直针刺 1 ~ 1.5 寸;天枢穴直刺 1 ~ 1.5 寸;斜刺厉兑穴 0.1 ~ 0.2 寸。隔日针刺,留针 20 min,治疗 2 周时间。

1.5 观察指标

1.5.1 *治疗效果*[14] 显效:患者胃脘疼痛及灼热、嘈杂反酸、口臭口黏、纳呆泛恶、渴不欲饮等中医证候积分基本消失,Hp 彻底清除;有效:患者胃脘疼痛及灼热、嘈杂反酸、口臭口黏、纳呆泛恶、渴不欲饮等中医证候积分明显好转,Hp 彻底清除;无效:患者 Hp 未清除,胃脘疼痛及灼热、嘈杂反酸、口臭口黏、纳呆泛恶、渴不欲饮等中医证候积分未见明显好转。总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.5.2 *Hp 清除情况* 应用碳 13 尿素呼气试验(carbon 13 urea breath test,^{13}C - UBT)进行测定。

1.5.3 *不良反应* 观察两组患者治疗不良反应情况,如恶心呕吐、食欲不振等。

1.5.4 *治疗前后中医证候积分情况*[15] 评估患者胃脘疼痛及灼热、嘈杂反酸、口臭口黏、纳呆泛恶、渴不欲饮等中医证候积分,总分 0 ~ 3 分,由低到高对应无症状、轻度及中度、重度,分值越高表示证候越严重。

1.5.5 *治疗前后胃动素(motilin,MOT)以及促胃液素(gastrin,GAS)等胃肠激素指标* 采取放射免疫法测定各组指标。

1.5.6 *治疗前后白细胞介素 - 8(interleukin - 8,IL - 8)水平* 酶联免疫吸附法进行指标测定。

1.6 统计学方法

收集及整理本次研究所有数据,采取 SPSS 28.0 软件处理,计数与计量资料分别实施卡方、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

研究组患者治疗总有效率为96.88%，明显比参照组患者指标(78.13%)更高($P<0.05$)。见表1。

表1 两组Hp阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)患者疗效比较 单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
参照组	32	18	7	7	25(78.13)
研究组	32	25	6	1	31(96.88)
χ^2值		-	-	-	5.143
P值		-	-	-	0.023

2.2 Hp转阴率比较

与参照组患者Hp转阴率(96.88%)相比，研究组患者的Hp转阴率(78.13%)更高($P<0.05$)。见表2。

表2 两组Hp阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)患者Hp转阴率比较

组别	例数	Hp转阴例数/(例)	Hp转阴率/(%)
参照组	32	25	78.13
研究组	32	31	96.88
χ^2值		5.143	
P值		0.023	

2.3 不良反应率比较

研究组患者治疗不良反应率为6.25%，明显比参照组患者指标(28.13%)更低($P<0.05$)。见表3。

表3 两组Hp阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)患者不良反应比较 单位:例(%)

组别	例数	恶心	呕吐	食欲不振	总不良反应
参照组	32	5	3	1	9(28.13)
研究组	32	1	1	0	2(6.25)
χ^2值					5.379
P值					0.020

2.4 中医证候积分比较

比较两组患者治疗前胃脘疼痛及灼热、嘈杂反酸、口臭口黏、纳呆泛恶、渴不欲饮中医证候积分，差异无统计学意义($P>0.05$)；两组患者治疗后分值均下降，研究组积分比参照组更低($P<0.05$)。见表4。

2.5 MOT及GAS胃肠激素指标比较

治疗前两组患者MOT及GAS胃肠激素指标比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，治疗后两组患者MOT及GAS胃肠激素指标均上升，研究组患者治疗后MOT及GAS胃肠激素指标均高于参照组($P<0.05$)。见表5。

2.6 IL-8比较

治疗前两组患者IL-8比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后两组患者IL-8下降，研究组患者治疗后IL-8比参照组更低($P<0.05$)。见表6。

3 讨论

中医学将Hp阳性慢性非萎缩性胃炎疾病纳入“嘈杂”“痞满”“胃脘痛”等范畴[16-18]。其病机较为复杂，中医学认为该病是由患者饮食不节、情志不畅、疲劳过度及外邪侵袭等引起，其证型较多，包括脾胃虚寒证、肝胃不和证、胃阴亏虚证及脾胃湿热证，其中脾胃湿热证临床较为多见，需积极对症治疗[19-22]。Hp属于中医学邪毒范畴，和湿热病邪病类似，脾为土脏，喜燥恶湿，湿困机体；胃属阳明，喜润恶燥。胃病患者多从热化，湿热之邪损伤患者脾胃，湿困脾，热伤胃，故而引发疾病，可采取健脾和胃、祛湿益气等法治疗[23-26]。连芩化湿方是由黄连、苍术、黄芩、蒲公英、砂仁、茯苓、薏苡仁、藿香、佛手、厚朴等中药组成，方中黄连具有清热燥湿、泻火解毒等功效；苍术具有燥湿健脾、祛风散寒等功效；蒲公英具有清热解毒等功效；砂仁具有化湿开胃、温脾、理气等功效；茯苓具有利水渗湿、健脾、宁心安神等功效；薏苡仁具有利水渗湿、健脾、解毒等功效；藿香可芳香化浊、和中止呕；佛手具有疏肝理气，和胃止痛、燥湿化痰等功效；厚朴具有燥湿消痰及下气除满等功效。反酸严重患者加瓦楞子及海螵蛸，瓦楞子可消痰化瘀及制酸止痛；海螵蛸可制酸止痛、收湿。胃脘痛患者加白芍与延胡索，白芍可养血、止痛、敛阴；延胡索可活血、行气、止痛，可较好改善患者胃痛之症。腹胀患者加枳实与槟榔，枳实可破气消积、化痰；槟榔可消除积食，可较好改善患者腹胀之症[27-29]。现代药理指出，连芩化湿方中黄连为抗Hp作用最强中药，其有效成分为小檗碱，有助于抑制Hp生长及呼吸，从而抑制糖代谢中间产物氧化过程[30]；黄芩具有较好抗炎作用，可改善Hp对胃黏膜上皮细胞的损伤情况，达到改善患者病情目的；苍术中的茅苍术挥发油可抑制Hp生长；茯苓可有效抑制Hp增殖及其毒力因子脲酶活性[31]；蒲公英可抗菌；藿香中广藿香醇可抑制Hp脲酶的活性。诸药配合，可较好抗炎抑菌，发挥抗Hp的作用与功效，治疗Hp阳性慢性非萎缩性胃炎效果较为显著[32]。

针刺之法治疗Hp阳性慢性非萎缩性胃炎取得较好效果，值得重视。本次针刺主要取穴胃俞、脾俞、公孙、气海、下脘、足三里、曲池、天枢、厉兑，针刺胃俞穴具有调和胃气、健运脾气等功效；针刺脾俞具有和胃健脾、化湿等功效；针刺公孙健脾化湿、和胃理中功效；针刺气海可益气、理气；针刺下脘可和胃止痛、补益中气、疏通水湿；针刺足三里可生发胃气、燥化脾湿；针刺曲池穴可疏风清热、通络止痛；针刺天枢可理气止痛、清利湿热、调理胃肠；针刺厉兑可清胃泻火[33-34]。诸穴合刺具有较好健脾和胃、清热祛湿及理气止痛等功效，配合连芩化湿方可较好改善Hp阳性慢性非萎缩性胃炎患者临床病情，促进患者更好恢复。分析本次研究数据情况，研究组患者治疗总有效率为96.88%，明显比参照组患者指标(78.13%)更高，Hp转阴率(96.88%)高于参照组(78.13%)，不良反应率为6.25%，明显比参照组患者指标(28.13%)更低，提示连芩化湿方联合针刺治疗Hp阳性慢性非萎缩性胃炎临床效果良好，可较好清除

表4 两组Hp阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	胃脘疼痛及灼热	嘈杂反酸	口臭口黏	纳呆泛恶	渴不欲饮
参照组	32	治疗前	2.16±0.25	2.05±0.22	2.00±0.19	1.85±0.22	1.92±0.25
		治疗后	0.56±0.08*	0.50±0.04*	0.48±0.05*	0.43±0.05*	0.40±0.04*
研究组	32	治疗前	2.20±0.31	2.00±0.28	1.98±0.21	1.90±0.18	1.95±0.19
		治疗后	0.16±0.05*#	0.14±0.03*#	0.12±0.04*#	0.11±0.03*#	0.12±0.04*#

注：*与治疗前比较，$P<0.05$；#与参照组治疗后比较，$P<0.05$。

表 5 两组 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)患者 MOT 及 GAS 胃肠激素指标比较($\bar{x} \pm s$) 单位:ng/L

组别	例数	时间	MOT	GAS
参照组	32	治疗前	164.85 ± 8.23	60.63 ± 7.72
		治疗后	216.23 ± 7.52 *	79.62 ± 5.23 *
研究组	32	治疗前	165.02 ± 8.19	60.70 ± 7.80
		治疗后	240.76 ± 5.82 *#	88.54 ± 5.82 *#

注:* 与治疗前比较,$P < 0.05$;# 与参照组治疗后比较,$P < 0.05$。

表 6 两组 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)患者 IL-8 水平比较($\bar{x} \pm s$) 单位:pg/mL

组别	例数	治疗前	治疗后
参照组	32	177.93 ± 9.23	90.23 ± 7.23 *
研究组	32	178.04 ± 9.18	63.85 ± 6.62 *#

注:* 与治疗前比较,$P < 0.05$;# 与参照组治疗后比较,$P < 0.05$。

Hp,还可降低恶心、呕吐等不良反应,可能与中药具有较好解毒及降逆止吐等功效有关。各组患者治疗后中医证候积分、IL-8 水平明显下降,MOT 及 GAS 胃肠激素指标明显上升,研究组患者治疗后各项指标改善情况明显优于参照组患者,提示连芩化湿方联合针刺治疗 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎可较好降低机体炎症水平及临床症状,改善患者胃肠功能。

综上所述,示连芩化湿方联合针刺治疗 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎临床效果良好,可较好改善患者病证,促进患者恢复,还可降低不良反应率,提升治疗安全性。

参考文献

[1] 陈余妍,陈润花,张厂. Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎中医证候分布[J]. 吉林中医药,2013,33(11):1117-1118,1124.
[2] 姚兰杰. Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎合并糜烂患者 72 例的临床治疗[J]. 中国临床研究,2015,28(1):47-49.
[3] 闫奇. Hp 感染及血清 PCT、G-17 在参与介导老年慢性萎缩性胃炎病理过程中的作用[J]. 中国老年学杂志,2023,43(7):1578-1580.
[4] 卜佳,孙曼銮,吕科,等. 不同 Hp 感染的老年慢性胃炎患者 S100 蛋白表达及意义[J]. 中国老年学杂志,2023,43(22):5446-5449.
[5] 刘莹莹,王青青,魏芳,等. 老年人幽门螺杆菌相关性胃炎及体质量指数与小肠细菌过生长的关系[J]. 老年医学与保健,2023,29(4):812-815.
[6] 林博,张万宇,苏金玲,等. 胃功能三项与幽门螺杆菌分型联合检测在慢性胃炎及胃癌中的诊断价值[J]. 标记免疫分析与临床,2023,30(1):72-77.
[7] 张易从,叶帆,刘慧敏,等. 姚乃礼经验方治疗慢性非萎缩性胃炎的效果观察[J]. 长春中医药大学学报,2023,39(11):1221-1225.
[8] 石松艳,孙永顺,李毅平. 莲连胶囊对脾胃湿热型幽门螺杆菌相关性慢性非萎缩性胃炎的效果[J]. 中国医药导报,2023,20(7):89-92.
[9] 刘二军,邢亚情,张伟玲,等. 黄芪建中汤中药配方颗粒与传统饮片汤剂治疗慢性非萎缩性胃炎的临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊,2023,41(6):204-208.
[10] 王静,邓芬,毛立娟,等. 慢性非萎缩性胃炎不同证型患者唾液指标变化[J]. 北京中医药,2023,42(11):1274-1276.
[11] 刘晓峰,苏秀贞,赵冬雪,等. 改良无痛麦粒化脓灸配合中药治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2023,42(10):1064-1069.
[12] 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.
[13] 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.
[14] 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.
[15] 裴晨越,张良,王广龙,等. 中医外治法治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J]. 内蒙古医科大学学报,2023,45(5):545-547,560.
[16] 陈佳萍,杜正光,关贝,等. 基于性别差异的化生型慢性萎缩性胃炎患者色诊特征研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2024,26(1):129-136.
[17] 中华中医药学会脾胃病分会,唐旭东,杨倩. 慢性胃炎中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中华中医药杂志,2023,38(12):5904-5911.
[18] 陈心怡,宋瑞平,豆鹏程,等. 基于缺氧微环境的益气化瘀法干预胃癌前病变研究进展[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(12):188-191.
[19] 游绍伟,詹亚梅,王文素,等. 基于"脾虚宛滞"探讨慢性萎缩性胃炎"炎癌转化"与防治思路[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(21):188-195.
[20] 杜宝慧,杨成龙,李一平,等. 郝海蓉治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 广西中医药,2023,46(3):49-51.
[21] 徐晓惠,闫海琳,徐子萱,等. 从"湿热致瘀"角度探讨幽门螺旋杆菌感染对慢性萎缩性胃炎 Hedgehog 及 NOX/NF-κB/STAT1 信号通路的影响[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2024,26(1):137-144.
[22] 李华东,唐伟. 浅谈唐伟从脾虚为切点论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 基层中医药,2023,2(5):18-21.
[23] 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.
[24] 赵兵,周斌. 人胃黏膜端粒功能障碍与慢性萎缩性胃炎的相关性研究[J]. 中华消化杂志,2023,43(1):47-51.
[25] 王继尧,李廷荃,任超越,等. 李廷荃基于"伏其所主,先其所因"思想分阶段论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 国际中医中药杂志,2023,45(11):1458-1461.
[26] 李慧臻,马佳乐,梁欣奕,等. 五丹胃福颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效回顾性分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2023,31(5):346-350,358.
[27] 黄超群,吕文亮,高清华,等. 连朴饮加味方联合四联补救治疗幽门螺杆菌感染的疗效及肠道微生态分析[J]. 时珍国医国药,2023,34(6):1407-1411.
[28] 李淑君,刘铁军,邢睿,等. 刘铁军辨治脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎[J]. 吉林中医药,2022,42(2):170-172.
[29] 李丹丹,刘长发,袁星星,等. 丹芪祛瘀止痛颗粒对慢性非萎缩性胃炎患者血清相关指标的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(7):1407-1411.
[30] 李冠,王海峰. 益气和胃胶囊治疗慢性非萎缩性胃炎的疗效及机制[J]. 西北药学杂志,2022,37(5):110-115.
[31] 李永娟,刘永香,刘倩,等. 穴位埋线、柴龙逆萎汤联合质子泵抑制剂对肝胃气滞型非 H. pylori 感染慢性非萎缩性胃炎的治疗效果[J]. 河北医药,2022,44(17):2599-2602.
[32] 车红霞,李嘉,犹春丽,等. 针灸治疗慢性非萎缩性胃炎虚证的选穴规律探析[J]. 中医药通报,2022,21(2):46-49.
[33] 于泽玥,郝莉雨,陈红映,等. 摩罗丹(浓缩丸)对慢性非萎缩性胃炎模型大鼠的影响[J]. 世界中医药,2022,17(16):2307-2311.
[34] 张玉莹,黄丽霞,杨佃会. 腹部十字灸联合针刺治疗肝胃气滞型慢性非萎缩性胃炎 30 例[J]. 中国针灸,2022,42(4):471-472.