DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.09.041

黄芪建中汤加减联合针刺治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎临床效果观察

何璠,余维微,周晓君,叶海潇
(浙江中医药大学附属温州市中医院,浙江 温州 325000)

摘要:目的 探讨黄芪建中汤加减联合针刺治疗幽门螺杆菌(Hp)阳性慢性萎缩性胃炎临床效果。方法 合计纳入医院消化内科收治的60例Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者(2021年1月—2023年1月收治)以随机数字表法分成西医治疗组以及联合中医组,每组患者30例,西医治疗组患者均采取西医常规疗法治疗,联合中医组在西医治疗组治疗基础上联合黄芪建中汤加减联合针刺治疗,对比两组患者治疗后Hp根除率以及临床治疗效果、治疗前后两组患者胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等中医证候积分变化以及白介素-1β(Interleukin-1 β,IL-1β)及白介素-6(interleukin 6,IL-6)等炎症因子水平变化、血清生长抑素及胃泌素、胃动素水平变化、不良反应情况及治疗后1年疾病复发率。结果 联合中医组患者治疗后Hp根除率(96.67%)明显高于西医治疗组(76.67%),$P<0.05$;联合中医组临床治疗总有效率(93.33%)明显比西医治疗组总有效率(73.33%)更高,$P<0.05$;比较各组患者治疗前胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等中医证候积分、炎症因子水平(IL-1β及IL-6)、血清生长抑素及胃泌素、胃动素水平,均$P>0.05$,各组治疗后胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等中医证候积分、炎症因子水平(IL-1β及IL-6)等指标均下降,血清生长抑素及胃泌素、胃动素水平均提升,联合中医组治疗后各项指标均优于西医治疗组患者,均$P<0.05$;联合中医组不良反应率(3.33%)比西医治疗组(26.67%)更低,治疗后1年复发率(0.00%)比西医治疗组(13.33%)更低,均$P<0.05$。结论 黄芪建中汤加减联合针刺治疗幽门螺杆菌(Hp)阳性慢性萎缩性胃炎临床效果良好,可较好改善患者病症及抑制机体炎症反应,改善患者胃肠功能,用药不良反应少,治疗后1年疾病复发率低,较为安全可靠。

关键词:Hp阳性慢性萎缩性胃炎;针刺;黄芪建中汤加减;治疗效果;中医证候积分;胃肠功能;不良反应;复发率
中图分类号:R259.733.2;R246.1 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)09-0224-04

Clinical Effect of Modified Huagnqi Jianzhong Decoction(黄芪建中汤加减) Combined with Acupuncture on Hp-positive Chronic Atrophic Gastritis

HE Fan, YU Weiwei, ZHOU Xiaojun, YE Haixiao
(Department of Gastroenterology, Wenzhou Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Wenzhou 325000, Zhejiang, China)

Abstract: *Objective* To explore the clinical effect of Modified Huagnqi Jianzhong Decoction(黄芪建中汤加减) combined with acupuncture on *Helicobacter pylori*(Hp)-positive chronic atrophic gastritis. *Methods* A total of 60 patients with Hp-positive chronic atrophic gastritis admitted to the gastroenterology department of the hospital(admitted from January 2021 to January 2023) were divided into Western medicine treatment group and combined Chinese medicine group by random number table method, with 30 patients in each group. All patients in the Western medicine treatment group were treated with conventional western medicine therapy. The combined Chinese medicine was treated with Huangqi Jianzhong Decoction combined with acupuncture treatment on the basis of Western medicine treatment group. The Hp eradication rate and clinical therapeutic effect after treatment, as well as the changes of TCM syndrome scores such as continuous stomach pain, watery vomiting, warm hands and feet, fatigue and loose stool of the two groups before and after treatment, as well as the levels of inflammatory factors such as interleukin-1β(IL-1β) and interleukin-6(IL-6), the level changes of serum somatostatin, gastrin and motilin, adverse reactions and disease recurrence rate 1 year after treatment were compared between the two groups. *Results* The eradication rate of Hp in the combined Chinese medicine group(96.67%) was significantly higher than that in the western medicine group(76.67%)($P<0.05$). The total effective rate of the combined Chinese medicine group(93.33%) was significantly higher than that of Western medicine group(73.33%)($P<0.05$). Traditional Chinese medicine syndrome scores, inflammatory factor levels(IL-1β and IL-6), serum levels of somatostatin, gastrin and motilin were not significant before treatment in two groups(all $P>0.05$). After treatment, the scores of TCM symptoms such as continuous stomachache, watery vomiting, lukewarm hands and feet, fatigue and loose stool, as well as the levels of inflammatory factors(IL-1β and IL-6) were decreased in both groups, and the levels of serum somatostatin, gastrin and motilin were increased in both groups, and all indexes in the combined Chinese medi-

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2024ZF141);浙江中医药大学校级科研项目(2022FSYYZY28)
作者简介:何璠(1988-),女,江西九江人,副主任中医师,硕士,研究方向:中医脾胃病。

cine group were better than those in the Western treatment group ($P < 0.05$). The adverse reaction rate (3.33%) in the combined Chinese medicine group was lower than that in the western medicine treatment group (26.67%), and the recurrence rate one year after treatment (0.00%) was lower than that in the Western medicine treatment group (13.33%) (all $P < 0.05$). *Conclusion* Huagnqi Jianzhong Decoction combined with acupuncture has good clinical effect in the treatment of Hp-positive chronic atrophic gastritis, which can better relieve the symptoms, inhibit the inflammatory response of the body, improve the gastrointestinal function of the patients, with less adverse drug reactions and low disease recurrence rate one year after treatment, which is relatively safe and reliable.

Keywords: Hp-positive chronic atrophic gastritis; acupuncture; Modified Huangqi Jianzhong Decoction (黄芪建中汤加减); therapeutic effect; TCM syndrome score; gastrointestinal function; adverse reactions; recurrence rate

慢性萎缩性胃炎是临床常见的胃黏膜慢性炎症病变，其发生与发展均与幽门螺杆菌（Hp）感染相关，发病后出现胃痛及胃胀、食欲减退等症状，需及时治疗，避免出现胃出血与胃溃疡等严重并发症，影响患者健康及危及患者生命安全[1-3]。有研究指出，HP阳性慢性萎缩性胃炎患者存在癌变的风险，临床十分重视[4-5]。西医治疗HP阳性慢性萎缩性胃炎多采取四联疗法，本次以雷贝拉唑为主的四联疗法治疗该病，取得较好效果[6-7]。为了提升该病治疗效果，降低疾病复发率，在给予患者以雷贝拉唑为主的四联疗法治疗同时，联合中医治疗，取得较好效果[8-9]。本次中医治疗主要采取黄芪建中汤加减联合针刺治疗，可较好温中益气、健脾和胃、祛湿祛寒、活血化瘀，可有效改善HP阳性慢性萎缩性胃炎患者病情，对患者恢复具有较好帮助，值得探讨。故而纳入60例HP阳性慢性萎缩性胃炎患者分组，分析黄芪建中汤加减联合针刺治疗效果与作用机制，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 合计纳入我院消化内科收治的60例HP阳性慢性萎缩性胃炎患者（2021年1月—2023年1月收治）以随机数字表法分成西医治疗组以及联合中医组，每组患者30例。西医治疗组：30例，男女比例为11∶19，年龄为27～73岁，平均（41.76±4.23）岁，病程1～7年，平均（2.85±0.52）年。联合中医组：30例，男女比例为10∶20，年龄为25～75岁，平均（41.69±4.30）岁，病程1～8年，平均（2.89±0.49）年。比较西医治疗组以及联合中医组基线资料，P均>0.05。

1.2 诊断标准 西医诊断HP阳性慢性萎缩性胃炎参照《中国慢性胃炎共识意见》[10]。中医诊断HP阳性慢性萎缩性胃炎（脾胃虚寒型）参照《胃脘痛中医诊疗专家共识意见（2017）》[11]：主症－胃痛绵绵、泛吐清水；次症－手足不温、神疲乏力、大便多溏；舌脉－舌质淡、脉沉细。

1.3 纳入排除标准 纳入标准：患者均确诊为HP阳性慢性萎缩性胃炎，中医辨证为脾胃虚寒型；患者自愿参与本次研究，可接受黄芪建中汤加减、针刺；患者依从性良好；伦理批准研究进行。排除标准：合并消化性溃疡患者；合并肝肾功能不全患者；药物过敏患者；晕针患者；哺乳期与妊娠患者；接受其他方案治疗患者；参与其他研究患者；精神疾病及心理疾病等无法配合研究患者。

1.4 治疗方法 西医治疗组治疗方案：本组30例患者均采取西医常规疗法治疗，患者应用雷贝拉唑四联疗法治疗；雷贝拉唑（厂家为晋城海斯制药有限公司；国药准字H20080125；规格：20 mg×12片/盒），每日1次，每次20 mg，晨起口服；胶体果胶铋（厂家为上海全宇生物科技确山制药有限公司；国药准字H20059265；规格：50 mg×20粒），每日3次，每次100 mg，三餐前1 h口服用药；克拉霉素（厂家为江苏恒瑞医药股份有限公司；国药准字H10970032；规格：0.25 g），每日2次，每次0.5 g。早晚饭后用药；阿莫西林（厂家为国药集团汕头金石制药有限公司；国药准字H20003254；规格：0.5 g×12粒），每日2次，每次1 g，口服用药。连续用药3个月。联合中医组：患者在西医治疗组用药基础上联合黄芪建中汤加减联合针刺治疗。黄芪建中汤加减：黄芪15 g，玉竹15 g，熟附子15 g，炙甘草12 g，饴糖12 g，白芍10 g，砂仁10 g，桂枝10 g，生姜10 g，木香9 g，大枣6 g。随症加减：呕吐清水加半夏9 g，干姜7 g；便溏加炮姜与炒白术各10 g；腹痛腹胀严重加延胡索12 g，佛手10 g；食欲降低加15 g谷麦芽；嗳气反酸加10 g海螵蛸。加500 mL清水煎煮，取300 mL药液，早晚各服药150 mL，治疗3个月。针刺：取双侧内关机脾俞、胃俞、足三里及天枢、中脘。消毒穴位，采取一次性无菌针灸针（0.3 mm×50 mm），直刺0.5～1寸内关穴，斜刺0.5～0.8寸脾俞与胃俞，直刺1～1.5寸足三里、天枢及中脘穴。得气后留针20 min，每周针刺2～3次，治疗3个月。

1.5 观察指标 ①西医治疗组以及联合中医组患者治疗后Hp根除率情况[12]。采取14C尿素呼气试验进行检测，阴性则为Hp根除，计算各组清除率情况。②观察西医治疗组以及联合中医组患者中医症状治疗效果[13]。显效：患者治疗后胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等证候基本消失；有效：患者治疗后胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等症候明显好转；无效：治疗后患者胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等未见明显改善。总有效率＝显效率＋有效率。③观察治疗组以及联合中医组患者治疗前后中医证候积分变化，各项积分0～3分，分值越高表示证候越为严重[14]。④观察治疗组以及联合中医组患者治疗前后白介素－1β（Interleukin－1β，IL－1β）及白介素－6（interleukin 6，IL－6）等炎症因子水平变化，采取酶联免疫吸附法进行指标测定。⑤观察治疗组以及联合中医组患者治疗前后血清生长抑素及胃泌素、胃动素水平变化，应用放射免疫分析法进行指标测定。⑥观察治疗组以及联合中医组不良反应情况。⑦观察治疗组以及联合中医组治疗后1年疾病复发率情况。

1.6 统计学方法 采用SPSS 28.0软件处理西医治疗组以及联合中医组患者数据，计数资料（Hp根除率及治疗总有效率及不良反应率、治疗后1年疾病复发率等）采用χ^2检验，计量资料[胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等中医证候积分、炎症因子水平（IL－1β及IL－6）等指标]，采用t检验，$P<0.05$，差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比西医治疗组以及联合中医组患者Hp根除率情况 表1显示，联合中医组患者治疗后Hp根除率（96.67%）明显高于西医治疗组（76.67%），$P<0.05$。

2.2 对比西医治疗组以及联合中医组患者临床疗效 表2显示，联合中医组临床治疗总有效率（93.33%）明显比西医治疗组总有效率（73.33%）更高，$P<0.05$。

表 1 两组 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者 Hp 根除率 单位:%

组别	例数	Hp 根除例数	Hp 根除率
西医治疗组	30	23	76.67
联合中医组	30	29	96.67
χ^2 值	–	5.192 3	
P 值	–	0.022 7	

2.3 对比西医治疗组以及联合中医组患者治疗前后中医证候积分变化

表 3 显示,治疗前各组患者胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等中医证候积分对比,均 $P>0.05$,经治疗后各组患者中医证候积分均降低,而联合中医组患者治疗后中医证候积分均低于西医治疗组,$P<0.05$。

表 2 两组 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者临床疗效

单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
西医治疗组	30	14	8	8	22(73.33)
联合中医组	30	20	8	2	28(93.33)
χ^2 值	–	–	–	–	4.320 0
P 值	–	–	–	–	0.037 7

表 3 两组 Hp 阳性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	治疗时间	胃痛绵绵	泛吐清水	手足不温	神疲乏力	大便多溏
西医治疗组	30	治疗前	2.33±0.19	2.27±0.20	2.00±0.17	1.95±0.22	1.85±0.29*
		治疗后	0.56±0.05*	0.50±0.06*	0.47±0.05*	0.49±0.06*	0.47±0.05
联合中医组	30	治疗前	2.40±0.14	2.19±0.15	1.98±0.20	1.99±0.19	1.90±0.31
		治疗后	0.18±0.06*#	0.15±0.04*#	0.14±0.05*#	0.15±0.05*#	0.14±0.04*#

注:*较各组治疗前数据,$P<0.05$;#与西医治疗组治疗后数据比较,$P<0.05$。

2.4 对比西医治疗组以及联合中医组患者治疗前后炎症因子水平(IL-1β 及 IL-6)变化 表 4 显示,治疗前各组患者炎症因子水平(IL-1β 及 IL-6)对比,均 $P>0.05$,经治疗后各组指标均降低,联合中医组各项指标明显低于西医治疗组,$P<0.05$。

表 4 两组 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者治疗前后炎症因子水平(IL-1β 及 IL-6)变化($\bar{x}\pm s$) 单位:μg/L

组别	例数	治疗时间	IL-1β	IL-6
西医治疗组	30	治疗前	51.23±5.82	46.59±4.82
		治疗后	40.25±4.92*	30.26±3.12*
联合中医组	30	治疗前	51.19±5.79	47.01±4.69
		治疗后	34.29±3.85*#	24.33±4.95*#

注:*较各组治疗前数据,$P<0.05$;#与西医治疗组治疗后数据比较,$P<0.05$。

2.5 对比西医治疗组以及联合中医组患者治疗前后血清生长抑素及胃泌素、胃动素水平变化 表 5 显示,治疗前各组患者血清生长抑素及胃泌素、胃动素水平对比,P 均 >0.05,经治疗后各组患者指标均提升,而联合中医组患者治疗后各项指标均高于西医治疗组,$P<0.05$。

表 5 两组 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者治疗前后血清生长抑素及胃泌素、胃动素水平变化($\bar{x}\pm s$)

单位:pg/mL

组别	例数	治疗时间	生长抑素	胃泌素	胃动素
西医治疗组	30	治疗前	13.76±2.55	22.36±3.03	147.63±8.34
		治疗后	17.65±2.14*	29.45±2.46*	179.54±7.35*
联合中医组	30	治疗前	14.00±2.48	22.29±2.99	147.59±8.29
		治疗后	22.20±2.85*#	38.54±2.85*#	209.45±9.54*#

注:*较各组治疗前数据,$P<0.05$;#与西医治疗组治疗后数据比较,$P<0.05$。

2.6 对比西医治疗组以及联合中医组患者不良反应率比较 表 6 显示,联合中医组不良反应率(3.33%)明显比西医治疗组(26.67%)更低,$P<0.05$。

表 6 两组 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者不良反应率

单位:例(%)

组别	例数	恶心	呕吐	头晕	总不良反应
西医治疗组	30	5	2	1	8(26.67)
联合中医组	30	1	0	0	1(3.33)
χ^2 值	–	–	–	–	6.405 2
P 值	–	–	–	–	0.011 4

2.7 对比西医治疗组以及联合中医组患者治疗后 1 年疾病复发率 表 7 显示,联合中医组临床治疗后 1 年疾病复发率(0.00%)明显比西医治疗组(13.33%)更低,$P<0.05$。

表 7 两组 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者治疗后 1 年疾病复发率

单位:例(%)

组别	例数	复发例数	复发率
西医治疗组	30	4	(13.33)
联合中医组	30	0	(0.00)
χ^2 值	–	4.285 7	
P 值	–	0.038 4	

3 讨论

中医将 HP 阳性慢性萎缩性胃炎纳入“腹胀”“痞满”及“胃脘痛”等范畴[15-18]。中医关于该病记载较多[18],如《景岳全书》记载:“盖满则近胀,而痞则不必胀也;痞者,痞塞不开之谓;满者,胀满不行之谓。”该病病机复杂,HP 阳性慢性萎缩性胃炎(脾胃虚寒型)为临床常见证型,中医认为,该病发生是由饮食不节、情志不畅导致脾胃损伤,肝疏泄不畅,梗逆犯胃,导致患者脾胃虚弱故而发病,治疗当以养胃、健脾益气及温中散寒之法[19-22]。本次研究发现,黄芪建中汤加减治疗 HP 阳性慢性萎缩性胃炎效果良好。黄芪建中汤为经典方剂,出自《金匮要略》[23],为治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎良好药方,本次通过辨证加减,其中黄芪乃君药,具有补气升阳、益卫固表功效,现代药理指出,该药可抗炎及抗氧自由基,可有效清除幽门螺杆菌,修复患者胃黏膜[24]。白芍可疏经活络、养肝镇痛,配伍桂枝与甘草可较好解表发汗、养胃去痛、去胃寒;白芍及甘草可补中止痛及养阴生津;大枣可养血安神及健脾,增强机体免疫功能[25]。嗳气反酸患者以煅海螵蛸以止痛制酸;胃胀胃痛患者以延胡索止痛畅气;便溏患者以白术消肿生肌。诸药配伍具有较好健脾养胃、益气、温中祛寒、养阴清热等功效[26]。

HP 阳性慢性萎缩性胃炎患者采取针刺疗法治疗取得较好效果,相关报道较多[27-28]。针刺之法乃中医外治疗法,针刺内关穴可理气宽胸及和胃降逆;针刺脾俞穴可健脾和胃及利湿升清;针刺胃俞可和胃健脾、理中降逆、祛湿消积;针刺中脘可和胃气及理中焦、化湿滞;针刺足三里可燥化脾湿、生发胃气;针刺天枢穴可理气止痛及活血化瘀、和胃健脾。诸穴合刺可较好和胃健脾、理中降逆、化湿升清。现代药理指出,针刺诸穴具有

调节机体炎症反应,抑制 Hp,修复胃黏膜损伤,调节胃肠激素,保护胃黏膜屏障等作用[29-30]。本次数据显示,联合中医组患者治疗后 Hp 根除率及总有效率均明显高于西医治疗组,胃痛绵绵、泛吐清水、手足不温、神疲乏力、大便多溏等中医证候积分低于西医治疗组,$P<0.05$,提示 黄芪建中汤加减联合针刺治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎临床效果良好,可较好缓解患者症状,分析原因为四联疗法具有较好抗炎及根除 Hp 作用,结合黄芪建中汤加减联合针刺可更好改善患者胃肠功能,根除 Hp,提升治疗效果。IL-1β 及 IL-6 均为促炎因子[31],Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者发病后指标显著上升,机体呈高炎症反应,而黄芪建中汤加减及针刺均具有较好抗炎作用,故而可明显降低机体 IL-1β 及 IL-6 水平,达到治疗目的。Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者发病后胃黏膜损伤,胃肠功能明显下降,而血清生长抑素及胃泌素、胃动素为胃肠功能评估常见指标[32],本次治疗后联合中医组各项胃肠功能指标均高于西医治疗组,均 $P<0.05$,提示黄芪建中汤加减联合针刺可较好改善患者胃肠功能,分析原因为,两种治疗方法可较好修复患者胃肠黏膜,改善患者症状有关。胃动素水平均提升,联合中医组治疗后各项指标均优于西医治疗组患者,均 $P<0.05$;联合中医组不良反应率(3.33%)比西医治疗组(26.67%)更低,治疗后 1 年复发率(0.00%)比西医治疗组(13.33%)更低,均 $P<0.05$,提示本次治疗安全可靠,可有效降低 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者不良反应率及复发率,分析原因为中医治疗方案不良反应少,且具有较好清热解毒及降逆止呕等作用,可有效缓解西药带来的不良反应,而黄芪建中汤加减联合针刺可更好清除 Hp 感染,提升治疗效果,可有效降低患者疾病复发率。

综上所述,黄芪建中汤加减联合针刺治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎临床效果佳,安全可靠,疾病复发率低,值得应用。

参考文献

[1] 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.
[2] 石振旺,方东,鲍德明,等. 胃癌高发地区慢性萎缩性胃炎血清幽门螺杆菌抗体分型情况以及癌变风险的差异[J]. 安徽医药,2023,27(2):332-336.
[3] 周泽华,梁琨,崔波,等. 中药干预幽门螺杆菌阴性慢性萎缩性胃炎相关信号通路研究进展[J]. 中华中医药学刊,2024,42(5):82-88,后插 21-后插 22.
[4] 张娟,邱玉萍,罗晶,等. 鸡胫养胃散治疗慢性萎缩性胃炎的效果与作用机制探讨[J]. 中国医药,2023,18(5):736-740.
[5] 陈柏尧,苏燕婷,文彬,等. 半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎研究概述[J]. 西部中医药,2023,36(1):149-152.
[6] 林意珊. 自拟百丹胃萎汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效[J]. 保健医学研究与实践,2023,20(S2):80-82.
[7] 孙利红,孔芳芳,赵琦,等. 富马酸伏诺拉生联合目标性健康教育干预治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的疗效[J]. 中华全科医学,2023,21(3):458-462.
[8] 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.
[9] 倪航,关晓辉. 荆花胃康联合四联疗法对 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者的临床疗效[J]. 北华大学学报(自然科学版),2023,24(5):626-629.
[10] 董紫薇,刘建平,杨森,等. 国医大师李佃贵治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎用药经验[J]. 中医药导报,2023,29(9):101-105.
[11] 郑秀金,陈长旦,张炜. 胃苏颗粒联合四联法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者的疗效[J]. 川北医学院学报,2023,38(10):1404-1407.
[12] 李艳,赵婷. 标准四联联合荆花胃康胶丸对 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎病人血清胃泌素 17、PG 及免疫功能的影响[J]. 蚌埠医学院学报,2023,48(2):222-225.
[13] 熊丽,王玫,罗熙林,等. 自拟舒肝健中汤治疗肝胃郁热型幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的临床效果[J]. 中国医药导报,2023,20(19):149-152,157.
[14] 闫丽琴,薛临萍,姚晓东. 慢性萎缩性胃炎患者血清 miR-122-5p 水平与炎症因子、疾病严重程度的相关性研究[J]. 中华内分泌外科杂志,2023,17(4):469-473.
[15] 罗楠,李萌,田志华,等. 基于“阳道实,阴道虚”理论探析慢性萎缩性胃炎“炎癌转化”的病因病机与防治思路[J]. 中医药导报,2023,29(11):138-142.
[16] 李一桐,汪红兵. 健脾清化化瘀汤对幽门螺杆菌相关胃癌前病变大鼠胃黏膜 miR-21、PTEN 表达的影响[J]. 环球中医药,2023,16(11):2153-2160.
[17] 马玉景,郎晓猛,康欣,等. 中成药联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的网状 Meta 分析[J]. 中药药理与临床,2023,39(4):79-86.
[18] 李萍,李园,苏泽琦,等. 基于象思维解析中医对慢性萎缩性胃炎“炎癌转化”的认识[J]. 吉林中医药,2023,43(10):1142-1145.
[19] 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.
[20] 李正菊,汪龙德,张志明,等. 基于“病-证-治”的慢性萎缩性胃炎动物模型分析及中医药靶点干预[J]. 时珍国医国药,2023,34(8):1931-1934.
[21] 曾锋,王学川,廖媛,等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与焦虑抑郁的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志,2023,31(8):599-603.
[22] 王思慈,李园,李萍,等. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的多途径作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(19):193-202.
[23] 石芳,刘阳,郭浩林,等. 刘启泉运用腹诊辨治慢性萎缩性胃炎之经验[J]. 江苏中医药,2024,56(6):9-12.
[24] 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.
[25] 季玉伟,张云松. 从“腑以通为用”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 江苏中医药,2023,55(8):9-12.
[26] 梁光烨,谢晶日,刘朝霞,等. 谢晶日论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 国际中医中药杂志,2024,46(2):254-257.
[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] 涂焱华,时文远,施斌. 原络通经针法联合浮针治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2024,40(5):17-21.
[30] 饶显俊,谢晶日,刘思邈,等. 近十年针刺治疗慢性萎缩性胃炎作用机制研究进展[J]. 环球中医药,2023,16(10):2127-2133.
[31] 赵艳,杨华,刘云,等. 化浊通清饮治疗慢性萎缩性胃炎浊毒内蕴证的临床疗效观察[J]. 实用临床医药杂志,2024,28(7):58-62.
[32] 郑婧雯,郑亮. 基于“六郁”理论辨治慢性萎缩性胃炎癌前病变思路探析[J]. 江苏中医药,2024,56(5):17-21.