

乌梅丸方加减联合艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察^Δ

费芹芹^{1,2*},葛荣美²,李云涛^{1#},赵莉³,王振国³,李玉明³,崔涛⁴(1. 南京医科大学第二附属医院全科医学科,江苏南京 210011; 2. 南京市上坊社区卫生服务中心全科医学科,江苏南京 211100; 3. 武警特色医学中心研究部,天津 300162; 4. 武警后勤学院学员三大队,天津 300093)

中图分类号 R932 文献标志码 A 文章编号 1672-2124(2021)04-0401-04

DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2021.04.004

摘要 目的:探讨乌梅丸方加减与艾司奥美拉唑镁肠溶片联合治疗慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis,CAG)的疗效及安全性。方法:研究对象为武警特色医学中心于2015年12月至2016年12月收治的CAG患者,共88例,采用随机数表法分为观察组和对照组(每组44例患者)。对照组患者采用口服艾司奥美拉唑镁肠溶片进行治疗,观察组患者采用乌梅丸方加减与艾司奥美拉唑镁肠溶片进行联合治疗。治疗1个疗程后,比较两组患者的中医证候积分、临床疗效、内镜病理组织学积分、血清学指标[C反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)和胃泌素-17(G-17)]检测结果及不良反应发生情况。结果:(1)中医证候积分方面,治疗后观察组、对照组患者的中医证候总积分较治疗前明显降低,其中观察组患者的降低程度更显著,差异有统计学意义($P<0.05$)。(2)临床疗效方面,观察组、对照组的总有效率分别为79.5%(35/44)、70.5%(31/44),观察组患者明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(3)内镜病理组织学检查方面,两组患者治疗后的组织学积分较治疗前有所降低,但两组患者治疗后组织学积分的差异无统计学意义($P>0.05$)。(4)血清学检测方面,观察组患者治疗后的G-17、PCT及CRP水平较治疗前得到明显改善,且较对照组改善更加明显,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(5)不良反应方面,观察组患者不良反应发生率为11.4%(5/44),明显低于对照组的18.2%(8/44),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:乌梅丸加减和艾司奥美拉唑镁肠溶片联合治疗可有效缓解CAG患者的临床症状,同时可明显改善胃黏膜萎缩,且不良反应发生率较低,具有较好的临床治疗价值。

关键词 慢性萎缩性胃炎;艾司奥美拉唑镁肠溶片;乌梅丸

Efficacy of Modified Wumei Pill Combined with Esomeprazole Magnesium Enteric-coated Tablets in the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis^Δ

FEI Qinqin^{1,2}, GE Rongmei², LI Yuntao¹, ZHAO Li³, WANG Zhenguo³, LI Yuming³, CUI Tao⁴(1. Dept. of General Medicine, Second Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Jiangsu Nanjing 210011, China; 2. Dept. of General Medicine, Nanjing Shangfang Community Health Service Center, Jiangsu Nanjing 211100, China; 3. Research Department of Characteristic Medical Center of PAP, Tianjin 300162, China; 4. Three Teams of Students, Armed Police Logistics College, Tianjin 300093, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To probe into the efficacy and safety of modified Wumei pill combined with esomeprazole magnesium enteric-coated tablets in the treatment of chronic atrophic gastritis (CAG). METHODS: Totally 88 patients with CAG admitted into Characteristic Medical Center of PAP from Dec. 2015 to Dec. 2016 were extracted to be randomly divided into the observation group and the control group, with 44 cases in each group. The control group was treated with oral esomeprazole magnesium enteric-coated tablets, while the observation group received modified Wumei pill combined with esomeprazole magnesium enteric-coated tablets. After one course of treatment, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, clinical efficacy, endoscopic histopathological score, serological indicators [C-reactive protein (CRP), procalcitonin (PCT) and gastrin-17 (G-17)] and the incidence of adverse drug reactions of two groups were compared. RESULTS: (1) In terms of TCM syndrome scores, the total TCM syndrome scores in both groups after treatment were significantly lower than those before treatment, and the reduction in the observation group was more significant, the difference was statistically significant ($P<0.05$). (2) In terms of clinical efficacy, the total effective rate of the observation group and the control group was respectively 79.5% (35/44) and 70.5%

Δ 基金项目:国家重点研发项目(No. 2017YFC1307602);天津市科技计划项目(No. 16ZXHLSY00120)

* 住院医师。研究方向:全科医学。E-mail:576910239@qq.com

通信作者:主任医师。研究方向:全科医学。E-mail:liyuntao@njmu.edu.cn

(31/44), the observation group was significantly higher than the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). (3) In terms of endoscopic histopathological examination, the histological scores of both groups after treatment were lower than those before treatment, but there was no statistically significant difference between two groups after treatment ($P>0.05$). (4) In terms of serological indicators, the levels of G-17, PCT and CRP in the observation group were significantly improved after treatment compared with those before treatment, and the improvement was more significant than that in the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). (5) In terms of adverse drug reactions, the incidence of adverse drug reactions in the observation group was 11.4% (5/44), significantly lower than 18.2% (8/44) in the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). CONCLUSIONS: Modified Wumei pill combined with esomeprazole magnesium enteric-coated tablets in the treatment of CAG can effectively relieve the clinical symptoms, and significantly improve gastric mucosa atrophy with lower incidence of adverse drug reactions and higher clinical therapeutic value.

KEYWORDS Chronic atrophic gastritis; Esomeprazole magnesium enteric-coated tablets; Wumei pill

慢性胃炎是常见的消化系统疾病之一,且容易反复,其中慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)患者的胃黏膜因腺体及上皮萎缩,可导部分患者出现幽门腺化生、肠腺化生等癌前病变,严重影响患者的生活质量^[1-2]。目前,中医治疗是CAG的重要治疗方法之一,CAG在中医辨证中主要分为5种证型,即脾胃虚弱证、脾胃湿热证、肝胃不和证、胃络瘀阻证及胃阴不足证^[3],本研究纳入的为寒热错杂证患者。乌梅丸是一种用于治疗消化系统疾病的方剂,主要由乌梅、黄柏、蜀椒及附子等组成,具有虚实兼顾、调和肝脾、温清并用和辛开苦降等临床特点^[4-5]。研究结果显示,乌梅丸具有修复胃黏膜、调节肠道菌群、抗炎、调节免疫、抗氧化损伤、促胃肠动力、抑制胃癌细胞增殖以及促进胃癌细胞凋亡等作用^[6-8]。艾司奥美拉唑镁肠溶片可抑制幽门螺杆菌感染,还可通过作用于氢钾ATP酶而抑制胃壁细胞中的胃酸分泌,从而保护胃黏膜^[9-10]。上述2种药物联合应用,在治疗CAG中是否能起到优势互补的效果、改善CAG的预后,鲜有报道。为此,本研究通过临床病例对照研究,探讨了乌梅丸方加减与艾司奥美拉唑镁肠溶片联合治疗CAG的有效性与安全性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

研究对象为武警特色医学中心于2015年12月至2016年12月收治的CAG患者,共88例,包括男性患者48例,女性患者40例;年龄25~71岁,平均(53.74±8.25)岁;病程0.5~12年,平均(4.61±3.11)年。西医诊断标准:胃镜检查内镜下可见胃黏膜皱襞变平或消失、黏膜血管显露、红白相间以及黏膜成结节状改变等,病理检查结果显示腺体萎缩、肠化。中医诊断标准:(1)主症:①胃脘隐痛或胀满;②疲倦乏力;③餐后加重。(2)次症:①四肢不温;②纳呆;③大便稀溏。(3)舌脉:①脉细弱;②舌质淡^[3]。纳入标准:(1)经胃镜检查及病理检查确诊,且中医诊断符合CAG,无幽门螺杆菌感染(¹⁴C尿素呼气试验阴性)的患者;(2)尚未使用其他药物进行治疗;(3)能够积极配合治疗,依从性较好;(4)性别不限,但年龄在25~80岁范围内。排除标准:(1)不同意签署知情同意书的患者;(2)对艾司奥美拉唑镁肠溶片或乌梅丸方过敏者;(3)以往进行过胃相关手术者;(4)病理检测疑似胃部恶变者(如合并有消化性溃疡、

胃息肉等);(5)伴有精神、智力或语言障碍等患者;(6)妊娠期或哺乳期妇女;(7)伴有严重的其他系统疾病(如肝肾衰竭等)者。

纳入的患者通过随机数表法分为观察组 and 对照组(每组44例患者)。观察组患者中,男性24例,女性20例;年龄28~65岁,平均(51.8±5.2)岁;病程0.5~8.7年,平均(6.6±7.1)年。对照组患者中,男性21例,女性23例;年龄26~67岁,平均(52.4±4.9)岁;病程0.5~9.6年,平均(7.2±7.8)年。观察组和对照组患者的一般资料(病程、年龄及性别等)具有可比性。

1.2 方法

观察组、对照组患者均合理饮食、戒烟戒酒、生活规律及避免刺激性食物。(1)对照组患者口服艾司奥美拉唑镁肠溶片[规格:20 mg(按C₁₇H₁₉N₃O₃S计算)],1次20 mg,1日1次,共治疗1个疗程(4周)。(2)观察组患者进行乌梅丸方加减与艾司奥美拉唑镁肠溶片联合治疗。乌梅丸组方为党参、当归和乌梅各10 g,细辛、黄连、桂枝、干姜、蜀椒、黄柏和附子各6 g;脘腹胀痞,加枳壳、木香各6 g;纳呆便溏,加炒白术、山药各10 g;反酸,加吴茱萸3 g、乌贼骨30 g;加水煎煮至200 ml,1日分2次服用,治疗1个疗程(4周)。艾司奥美拉唑镁肠溶片的给药方法和剂量同对照组。

1.3 观察指标

(1)中医证候积分:所有证候均分为四级(包括重度、中度、轻度及无),其中主证(包括嗝气、饱胀、胃脘疼痛、纳差和痞闷)分别记6、4、2及0分,次证(包括嘈杂、睡眠差、疲乏和反酸)分别记3、2、1及0分。(2)中医证候疗效。(3)内镜病理组织学积分(包括异型增生积分、肠化生积分及萎缩积分):治疗前后分别通过内镜进行组织病理检测,分析异型增生程度、肠上皮化生程度和萎缩程度,按其严重程度分为4级(包括重度、中度、轻度及无),分别计3、2、1及0分。(4)血清学相关检测:分别于治疗前后采集外周静脉血,测定血液中C反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)以及胃泌素-17(G-17)的水平。(5)治疗期间,密切观察所有患者出现的任何不良反应。

1.4 疗效评定标准

中医证候疗效的评定标准^[3]:(1)痊愈,疗效指数≥95%,患者主要的临床症状、体征消失;(2)显效,70%≤疗效指数<95%,患者主要的临床症状、体征明显得到改善;(3)有效,

30%≤疗效指数<70%,患者的主要临床症状、体征明显得到好转;(4)无效,疗效指数<30%,患者的主要临床症状、体征无改善或加重。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。总显效率=(痊愈病例数+显效病例数)/总病例数×100%;总有效率=(治愈病例数+显效病例数+有效病例数)/总病例数×100%。

1.5 统计学方法

统计数据通过 SPSS 17.0 软件进行分析,计数资料通过率(%)表示,以 χ^2 检验进行比较;计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,以 t 检验比较;若 $P<0.05$ 表示差异有统计学

表 1 观察组、对照组患者治疗前后主证积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

Tab 1 Comparison of main syndrome scores between the observation group and the control group before and after treatment($\bar{x} \pm s$,scores)						
组别	时间	主证积分				
		暖气	痞闷	饱胀	纳差	胃脘疼痛
观察组($n=44$)	治疗前	3.14±1.88	3.06±1.76	2.76±1.84	4.02±1.41	3.13±2.10
	治疗后	0.98±1.60 ^{##}	1.16±1.80 ^{##}	1.32±1.90 [*]	1.17±1.72 ^{##}	0.53±1.82 ^{##}
对照组($n=44$)	治疗前	3.11±1.73	3.05±1.78	2.78±1.98	3.96±1.46	3.10±1.71
	治疗后	2.45±1.21 [*]	2.35±1.71 [*]	2.13±1.91 [*]	2.56±1.35 [*]	1.71±0.93 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$
Note: vs. before treatment, ^{*} $P<0.05$; vs. the control group after treatment, ^{##} $P<0.05$

2.1.2 次证积分:观察组、对照组患者治疗前次证积分(包括睡眠差、疲乏、嘈杂和反酸积分)的差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组患者治疗后的睡眠差、疲乏及嘈杂积分显著低于治疗前,且显著低于对照组治疗后,差异均有统计学意义($P<0.05$);而对照组患者治疗后的次证积分与治疗前比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表2。

表 2 观察组、对照组患者治疗前后次证积分比较($\bar{x} \pm s$,分)
Tab 2 Comparison of secondary syndrome scores between the observation group and the control group before and after treatment($\bar{x} \pm s$,scores)

组别	时间	次证积分			
		反酸	疲乏	睡眠差	嘈杂
观察组($n=44$)	治疗前	0.85±0.98	1.30±1.12	1.01±0.93	0.98±0.95
	治疗后	0.77±0.86	0.62±0.79 ^{##}	0.60±0.53 ^{##}	0.42±0.61 ^{##}
对照组($n=44$)	治疗前	0.93±1.01	1.28±1.04	1.06±0.87	0.95±1.02
	治疗后	0.89±0.78	1.10±0.52	0.98±0.32	0.86±0.65

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$
Note: vs. before treatment, ^{*} $P<0.05$; vs. the control group after treatment, ^{##} $P<0.05$

2.1.3 总积分(主证积分+次证积分):治疗前,观察组患者中医证候总积分为(21.19±3.92)分,对照组为(21.12±3.73)分,两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组患者中医证候总积分为(8.43±2.95)分,对照组为(15.28±2.81)分,两组患者治疗后的总积分显著低于治疗前,且观察组患者显著低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.1.4 中医证候疗效:观察组、对照组的总显效率分别为38.6%(17/44)、27.3%(12/44),总有效率分别为79.5%(35/44)、70.5%(31/44),观察组患者的总显效率、总有效率明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表3。

2.2 两组患者治疗前后内镜病理组织学积分比较

两组患者治疗前的异型增生积分、肠上皮化生积分和黏膜萎缩积分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);且两组患者治

意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医证候积分及中医证候疗效比较

2.1.1 主证积分:观察组、对照组患者治疗前主证积分(包括暖气、痞闷、饱胀、纳差和胃脘疼痛积分)的差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组、对照组患者治疗后的主证积分均显著低于治疗前,且观察组患者治疗后的暖气、痞闷、纳差及胃脘疼痛积分显著低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);但观察组患者治疗后的饱胀积分与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表 3 观察组、对照组患者中医证候疗效比较[例(%)]

Tab 3 Comparison of efficacy of TCM syndromes between the observation group and the control group [cases (%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总显效	总有效
观察组($n=44$)	2 (4.5)	15 (34.1)	18 (40.9)	9 (20.5)	17 (38.6 ^{##})	35 (79.5 ^{##})
对照组($n=44$)	0 (0)	12 (27.3)	19 (43.2)	13 (29.5)	12 (27.3)	31 (70.5)

注:与对照组比较,^{##} $P<0.05$
Note: vs. the control group, ^{##} $P<0.05$

疗后的异型增生积分、肠上皮化生积分和黏膜萎缩积分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,对照组和观察组患者的黏膜萎缩积分均显著降低,差异均有统计学意义($P<0.05$);但对照组、观察组患者治疗后的异型增生积分、肠上皮化生积分与治疗前比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表4。

表 4 观察组、对照组患者治疗前后异型增生积分、肠上皮化生积分及黏膜萎缩积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

Tab 4 Comparison of dysplasia score, intestinal metaplasia score and mucosal atrophy score between the observation group and the control group before and after treatment ($\bar{x} \pm s$,scores)

组别	时间	异型增生积分	肠上皮化生积分	黏膜萎缩积分
观察组($n=44$)	治疗前	0.11±0.39	1.796±0.81	1.72±0.74
	治疗后	0.08±0.25	1.51±0.68	1.49±0.60 [*]
对照组($n=44$)	治疗前	0.09±0.28	1.71±0.78	1.83±0.76
	治疗后	0.06±0.32	1.57±0.64	1.51±0.71 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$
Note: vs. before treatment, ^{*} $P<0.05$

2.3 两组患者治疗前后 G-17、PCT 及 CRP 水平比较

治疗前,两组患者血清 G-17、PCT 及 CRP 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组患者的血清

G-17、PCT 及 CRP 水平较对照组显著改善,且两组患者治疗后的血清 G-17、PCT 及 CRP 水平均较治疗前显著改善,上述差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 5 观察组、对照组患者治疗前后 G-17、PCT 及 CRP 水平比较($\bar{x}\pm s$)

Tab 5 Comparison of levels of G-17, PCT and CRP between the observation group and the control group before and after treatment($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	G-17/(ng/L)	PCT/(ng/ml)	CRP/(mg/L)
观察组($n=44$)	治疗前	286.57±37.81	6.44±1.62	9.62±1.53
	治疗后	396.71±35.25 ^{##}	3.080±1.49 ^{##}	6.57±1.37 ^{##}
对照组($n=44$)	治疗前	291.41±34.15	6.53±1.76	9.89±1.19
	治疗后	336.55±36.37 [*]	4.51±1.82 [*]	8.18±1.27 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$
Note: vs. before treatment, ^{*} $P<0.05$; vs. the control group after treatment, ^{##} $P<0.05$

2.4 不良反应

观察组患者在治疗期间出现肠道反应 2 例,恶心呕吐 2 例,头晕头痛 1 例,不良反应总发生率为 11.4%(5/44);对照组患者出现肠道反应 3 例,恶心呕吐 4 例,头晕头痛 1 例,不良反应总发生率为 18.2%(8/44);对照组患者的不良反应发生率显著高于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

CAG 是一种长期反复的慢性疾病,严重降低了患者的生活质量。中医将 CAG 归于“胃脘痛”范畴,与多种因素相关,如饮食不调、外邪犯胃、脾胃素虚、情志失和以及先天禀赋不足等,胃是其主要病位,但也与脾、肝等其他器官相关^[11-12]。乌梅丸是中医治疗脾胃疾病的常用方,属于寒热并用、补虚泻实、辛开苦降之剂,具有和胃止痛、疏肝补脾和清热驱寒的作用,还可刺激唾液腺分泌唾液而发挥促进消化的功能,从而加强糖类化合物在体内的代谢^[13-16]。

本研究结果显示,中医证候积分方面,治疗后观察组、对照组的中医证候总积分较治疗前均降低,且观察组患者的降低程度更显著;中医证候疗效方面,治疗后观察组患者的总有效率、总显效率较对照组显著升高,表明观察组的治疗可更显著地改善患者的临床症状、体征,并提高治疗效果。内镜组织病理学检查方面,两组患者治疗后的组织学积分虽较治疗前有所降低(其中黏膜萎缩积分较治疗前显著降低),但组间比较的差异均无统计学意义。另外,研究结果表明,胃黏膜萎缩会导致 G-17 分泌降低,而 PCT、CRP 分泌升高,因此可用于筛查 CAG^[17-18]。本研究结果显示,治疗后观察组患者的 G-17、PCT 及 CRP 水平较治疗前显著改善,且与对照组比较,改善更加显著,从而间接表明乌梅丸方加减与艾司奥美拉唑镁肠溶片联合治疗 CAG 具有较好的疗效。

综上所述,乌梅丸方加减与艾司奥美拉唑镁肠溶片联合治疗,可有效缓解 CAG 患者的临床症状,明显改善患者胃黏膜萎缩,且不良反应发生率低,具有较好的临床治疗价值。

参考文献

[1] Lenti MV, Miceli E, Cococcia S, et al. Determinants of diagnostic

delay in autoimmune atrophic gastritis[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2019,50(2):167-175.

[2] Massironi S, Zilli A, Elvevi A, et al. The changing face of chronic autoimmune atrophic gastritis: an updated comprehensive perspective [J]. Autoimmun Rev, 2019,18(3):215-222.

[3] 张万岱, 李军祥, 陈治水, 等. 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, 2012,32(6):738-743.

[4] 史锁芳. 从“厥阴病欲解时”探讨乌梅丸证治特点[J]. 南京中医药大学学报, 2019,35(2):121-123.

[5] Wan YX, Xu L, Liu Z, et al. Utilising network pharmacology to explore the underlying mechanism of Wumei Pill in treating pancreatic neoplasms[J]. BMC Complement Altern Med, 2019,19(12):148.

[6] 王付. 乌梅丸方证探析与临证实践[J]. 中医药通报, 2018,17(2):9-12.

[7] 王帅. 乌梅丸加减治疗幽门螺杆菌感染慢性非萎缩性胃炎的效果[J]. 河南医学研究, 2020,29(21):3967-3969.

[8] 马银平, 靳秀芳, 徐凤超, 等. 乌梅丸联合三联疗法治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2018,40(8):702-705.

[9] Jin Y, Zhang S, Pan J, et al. Comparison of efficacy and safety of ilaprazole and esomeprazole both in initial treatment regimen and retreatment regimen of Helicobacter pylori infection in chronic gastritis[J]. Pharmazie, 2019,74(7):432-438.

[10] 庄瑛瑛. 大剂量艾司奥美拉唑镁治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的疗效观察[J]. 航空航天医学杂志, 2020,31(2):206-208.

[11] Zhang Y, Liu Y, Li Y, et al. Hierarchical and Complex System Entropy Clustering Analysis Based Validation for Traditional Chinese Medicine Syndrome Patterns of Chronic Atrophic Gastritis [J]. J Altern Complement Med, 2019,25(11):1130-1139.

[12] 李莉, 朱蕾蕾, 孙祝美, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布及幽门螺杆菌感染、胃黏膜病理变化情况分析[J]. 上海中医药杂志, 2019,53(6):20-23.

[13] 周晓兰. 关于乌梅丸临床应用的理论研究[J]. 海峡药学, 2018,30(12):6-9.

[14] 吉跃进, 李红晓, 陆为民. 基于现代文献分析乌梅丸的临床应用[J]. 山东中医杂志, 2019,38(3):216-220.

[15] Ding XJ, Sun XL, Wang ZE, et al. The Effects of Wumei Pill on TLRs/NF- κ B Signaling Pathway in Rats with Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome[J]. Pakistan Journal of Zoology, 2018,51(1):57-65.

[16] 黎敏姬, 岑月, 张绍芬. 艾灸联合乌梅丸治疗慢性萎缩性胃炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2016,30(7):29-31.

[17] 刘冬, 徐娟, 张承顺. 幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎患者吹气定量检测值与 PG、G-17 的关系探讨[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020,25(2):174-177,182.

[18] 魏小果, 杨帆, 王倩凤, 等. 逆菱益中方治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对血清 C 反应蛋白、白细胞介素 6 及肿瘤坏死因子 α 的影响[J]. 河北中医, 2018,40(4):527-530.

(收稿日期:2020-08-10)