

五丹胃福颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效回顾性分析

李慧臻¹ 马佳乐¹ 梁欣奕² 赵双梅¹ 杨岩¹

[摘要] **目的:** 回顾性总结分析五丹胃福颗粒对慢性萎缩性胃炎的临床疗效,为进一步推广应用提供临床实践依据和研究导向。**方法:** 回顾性分析 2016 年 1 月—2018 年 12 月天津中医药大学第二附属医院消化科门诊中 100 例慢性萎缩性胃炎患者的临床数据资料,根据接受的治疗不同将患者分为暴露组(五丹胃福颗粒干预)和非暴露组(采用常规西药治疗),各 50 例,分析两组患者中医证候积分、胃镜下表现、病理情况、临床疗效及安全性。**结果:** ①暴露组临床总有效率、胃镜下疗效及病理疗效均高于非暴露组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。②中医证候积分:治疗后两组患者中医证候积分均较治疗前改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);在胃脘痞满、痛有定处、面色暗滞、恶心、反酸烧心及总积分方面暴露组均优于非暴露组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。③胃镜下表现:暴露组患者治疗后胃镜积分较治疗前显著改善,且明显优于非暴露组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。④病理情况:治疗后暴露组和非暴露组较治疗前炎症、萎缩、肠化病理积分显著改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);异型增生积分改善程度与治疗前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);在炎症、萎缩积分方面,暴露组较非暴露组显著改善($P < 0.05$),肠化、异型增生积分治疗后两组比较,均差异无统计学意义($P > 0.05$)。⑤临床疗效:治疗结束后 8 周随访,暴露组复发率低于和非暴露组,差异有统计学意义($P < 0.05$);⑥安全性评价:研究过程中严格监测所纳入患者生命体征,两组均未出现不良反应。**结论:** 五丹胃福颗粒能显著提高慢性萎缩性胃炎患者临床总有效率、胃镜下疗效及病理疗效,降低复发率,改善胃镜下表现及病理情况,临床应用安全。

[关键词] 五丹胃福颗粒;慢性萎缩性胃炎;临床疗效;回顾性分析

DOI: 10.3969/j.issn.1671-038X.2023.05.06

[中图分类号] R573.32 **[文献标志码]** A

Retrospective analysis of clinical effect of Wudan Weifu Granules on chronic atrophic gastritis

LI Huizhen¹ MA Jiale¹ LIANG Xinyi² ZHAO Shuangmei¹ YANG Yan¹

(¹Department of Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300250, China; ²Tianjin University of Chinese Medicine)

Corresponding author: LI Huizhen, E-mail: ctjenny@126.com

Abstract Objective: To retrospectively analyze the clinical effect of Wudan Weifu Granules on chronic atrophic gastritis, so as to provide clinical practice basis and research guidance for further application. **Methods:** Clinical data of 100 patients with chronic atrophic gastritis in the Department of Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine from January 2016 to December 2018 were retrospectively analyzed. According to different treatments received, the patients were divided into exposed group (Wudan Weifu Granule intervention) and non-exposed group (conventional medicine treatment) with 50 cases each. Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome score, gastroscopic manifestations, pathological conditions, long-term efficacy and safety of the two groups of patients were analyzed. **Results:** ①The total clinical effective rate, gastroscopic efficacy and pathological efficacy of exposed group were higher than those of non-exposed group ($P < 0.05$). ②TCM syndrome score: After treatment, TCM syndrome score of both groups was improved compared with that before treatment ($P < 0.05$), and the exposed group was superior to the non-exposed group in terms of epigastric fullness of epigastric fullness, pain at a fixed point, dull complexion, nausea, acid reflux heartburn and total score ($P < 0.05$). ③Gastroscopic performance: the gastroscopic score of exposed group after treatment was significantly improved compared with that before treatment, and was significantly better than that of non-exposed group ($P < 0.05$). ④Pathology: After treatment, the pathological scores of inflammation, atrophy and intestinal metaplasia were significantly improved in the exposed and non-exposed groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), while the improvement degree of dysplasia scores in the exposed and non-exposed groups was not statistically significant compared with that before treatment ($P > 0.05$). In terms of inflammation

¹天津中医药大学第二附属医院消化科(天津,300250)

²天津中医药大学

通信作者:李慧臻,E-mail:ctjenny@126.com

and atrophy scores, the exposed group was significantly improved compared with the non-exposed group ($P < 0.05$), and there was no statistical significance in intestinal metaplasia and dysplasia scores between the two groups after treatment ($P > 0.05$). ⑤ Follow-up clinical efficacy: After 8 weeks of follow-up, the recurrence rate of exposed group was lower than that of non-exposed group ($P < 0.05$). ⑥ Safety evaluation: Vital signs of the included patients were strictly monitored during the study, and no adverse reactions occurred in the two groups.

Conclusion: Wudan Weifu Granules can significantly improve the total clinical effective rate, gastroscopic efficacy and pathological efficacy of patients with chronic atrophic gastritis, reduce the recurrence rate, improve the gastroscopic manifestations and pathological conditions, and the clinical application is safe.

Key words Wudan Weifu Granule; chronic atrophic gastritis; clinical effect; retrospective analysis

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)指胃黏膜出现长期炎症性改变,黏膜变薄、固有腺体丧失、肌层增厚,可伴有肠上皮化生和低、中、高级别上皮内瘤变,属于胃癌前病变(precancerous lesions of gastric cancer, PLGC)发展进程中的重要环节^[1]。近年来,CAG作为消化系统常见疾病,发病率逐年上升,同时逐渐趋于年轻化^[2]。由于CAG缺乏显著的临床表现,因此对其流行病学研究多处于横断面水平。目前,关于CAG的发病原因主要包括内源性和外源性因素:幽门螺旋杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染^[3]、肠道菌群丰度和多样性紊乱^[4]、维生素B12缺乏^[5]、胃蛋白酶原I、II表达降低^[6]、情绪应激、吸烟及饮酒等。CAG发病机制尚未完全明确,目前主要涉及:①免疫失稳;②PI3K/Akt信号通路在CAG发展过程中被激活,破坏细胞增殖与凋亡之间的动态平衡^[7];③巨噬细胞趋向M1表型活化,诱导一系列炎症因子[如干扰素 γ (interferon- γ , IFN- γ)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor, TNF- α)、白细胞介素-1 β (interleukin-1 β , IL-1 β)和脂多糖(lipopolysaccharides, LPS)等]激活^[8];④氧化与抗氧化系统失衡,诱导活性氧形成和自由基损伤^[9];⑤胃肠道激素,主要包括胃动素、胃泌素和生长抑素等表达水平异常^[10]。

邵祖燕教授是全国第二批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,天津市首批名中医,中医脾胃病专家,临床善用“理气机、调升降、通血络”治疗慢性萎缩性胃炎,经多年实践研制五丹胃福颗粒,临床疗效显著。动物实验证实,五丹胃福颗粒能抑制慢性萎缩性胃炎大鼠COX-2、NF- κ B、TNF- α 、IL-1 β 等炎症因子表达,减轻胃黏膜炎症反应^[11];五丹胃福颗粒还可调节慢性萎缩性胃炎氧化与抗氧化系统,减少自由基水平,增加萎缩胃黏膜血流量以治疗CAG^[12]。因此,本研究以我院门诊CAG患者为研究对象,利用回顾性分析方法探讨五丹胃福颗粒对CAG患者病情的改善情况,为今后临床治疗提供思路,同时为未来进一步深入研究五丹胃福颗粒提供可行性证据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

通过回顾性分析,收集2016年1月—2018年

12月天津中医药大学第二附属医院消化科门诊收治的CAG患者临床资料,符合CAG胃镜、病理诊断标准,中医四诊辨证属胃络瘀血证,共100例。50例患者接受五丹胃福颗粒干预,纳入暴露组;其余50例患者接受常规西药治疗,纳入非暴露组。

1.2 纳入标准

①2016年1月—2018年12月在天津中医药大学第二附属医院消化科门诊治疗;②年龄18~85岁;③胃镜及病理诊断均参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》标准^[1];④中医证候符合《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[1]以及《中药新药临床研究指导原则》^[13],证型符合胃络瘀血证;⑤Hp阴性患者。

1.3 排除标准

①胃肠镜检查提示存在其他严重器质性疾病;②合并严重心脑血管、肝肾功能异常等疾病;③试验过程服用其他影响本研究临床疗效的药物;④临床资料记录不完整的患者;⑤对本研究药物中任一成分过敏者;⑥Hp阳性或近期行三联、四联杀菌者。

1.4 药物干预

暴露组患者服用五丹胃福颗粒。服用方法:五丹胃福颗粒(院内中成药制剂,主要由木香、枳实、丹参、砂仁、乌药及沉香等组成,1袋/次,3次/d,150 mL温开水冲服);治疗疗程 ≥ 1 个月。非暴露组采用常规西药治疗,根据患者临床症状用药,如反酸、胃痛者,予抑酸药如质子泵抑制剂或H₂受体拮抗剂;腹部饱胀、恶心或伴胆汁反流者,予促动力药如盐酸莫沙必利、马来酸曲美布丁;餐后腹胀、纳差者,予消化酶制剂如复方阿嗝米特;治疗疗程 ≥ 1 个月。

1.5 观察指标

1.5.1 基线资料 使用SPSS 26.0对两组性别、年龄、病程、病理结果(包括炎症、萎缩、肠化、异型增生)等方面数据进行统计学分析。

1.5.2 中医证候积分 参照2017版《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[1]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[13],应用积分法进行症状疗效评估。根据共胃络瘀阻证的主症及次症:主症与次症所有症状均分为无、轻、中、重4级。主症分别记0、2、4、6分,次症分别记0、1、2、3分。

1.5.3 胃镜及病理积分 ①胃镜积分:根据《中国慢性胃炎共识意见(2017年)》^[14]及《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见(2017年,上海)》^[15]观察胃镜积分。内镜下胃黏膜分为主要病变和次要病变,采用积分法,主要病变分为无(无萎缩)、轻度(黏膜细小颗粒,部分见小血管)、中度(黏膜中等颗粒,可见连续血管)、重度(黏膜粗大颗粒,皱襞变浅或消失,透见树枝状血管影),分别记0、1、2、3分。观察比较两组治疗前后的胃镜评分。②病理评分:根据《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[1],治疗前后进行病理组织学评分,将萎缩、肠化按无、轻、中、重分别记为0、3、6、9分;慢性炎症记0、1、2、3分。统计胃窦小弯、胃体和胃角3个部位组织得分总和。

1.5.4 随访临床疗效 治疗周期结束后8周对经研究药物干预后临床结局为痊愈、显效、有效的患者,记录其临床症状,评估药物复发率。依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[13],临床痊愈:主要症状、体征基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:主要症状、体征明显改善,70% \leq 疗效指数 $< 95\%$;有效:主要症状、体征好转,30% \leq 疗效指数 $< 70\%$;无效:主要症状、体征无改善或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数(%)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。总有效率(%)=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

胃镜疗效评价参照2017版《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[1]。治愈:胃镜复查活动性炎症消失或转至轻度;胃黏膜萎缩、肠化生和异型增生消失。显效:急性炎症基本消失,慢性炎症好转;胃黏膜萎缩、肠化生和异型增生明显减轻。有效:黏膜病变范围缩小1/2以上,炎症有所减轻;胃黏膜萎缩、肠化生和异型增生减轻。无效:内镜及病理均无好转者。总有效率(%)=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5.5 安全性评估 观察两组患者治疗过程中不良反应及不良事件发生情况,记录患者基本生命体征变化情况。

1.6 统计学方法

各项数据均使用Excel数据库录入、整理,并采用SPSS 26.0统计软件进行分析。计数资料采用 χ^2 检验;计量资料方差齐用 t 检验,方差不齐用非参数检验;等级资料使用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者各项基线资料比较

患者年龄分布、病程分段、病理分级(炎症、萎缩、肠化、异型增生)等基线资料,均差异无统计学意义($P > 0.05$),表明基线水平一致,具有可比性。

见表1~3。

表 1 两组患者计量资料比较 $M(Q_1, Q_3)$

组别	例数	年龄/岁	病程/d
暴露组	50	60.00(51.00,63.50)	8.00(6.00,9.00)
非暴露组	50	60.50(55.00,65.00)	8.00(7.00,10.00)
Z		-1.648	-0.531
P		0.099	0.595

表 2 两组患者性别分布比较

组别	例数	男	女	χ^2	P
暴露组	50	23	27	0.040	0.841
非暴露组	50	22	28		

表 3 两组患者病理分组比较

组别	严重程度	级别			
		炎症	萎缩	肠化	异型增生
暴露组	轻度	16	16	18	11
	中度	31	31	29	4
	重度	3	3	3	0
非暴露组	轻度	20	24	22	12
	中度	28	24	26	1
	重度	2	2	2	0

2.2 两组治疗前后积分变化比较

两组治疗前患者中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。与治疗前相比,两组患者治疗后各项中医证候积分均显著改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗后组间比较发现,在胃脘痞满、痛有定处、面色暗滞、恶心、反酸烧心方面,暴露组治疗后较非暴露组积分显著改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);在疼痛拒按、黑便方面暴露组和非暴露组之间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

两组患者用药前胃镜积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。暴露组患者治疗后胃镜积分较治疗前显著改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);非暴露组胃镜积分治疗前后比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者治疗后组间比较发现,暴露组在改善胃镜积分方面优于非暴露组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表5。

暴露组和非暴露组治疗前各项病理表现积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。与治疗前相比,暴露组和非暴露组治疗后炎症、萎缩、肠化病理均得到显著改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);异型增生积分改善程度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者治疗后组间比较发现,在炎症、萎缩积分方面,暴露组较非暴露组显著改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组在肠化、异型增生积分治疗后比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表6。

表 4 两组患者中医证候积分比较

分, $M(Q_1, Q_3)$

症状	暴露组				非暴露组			
	例数	治疗前	治疗后	有效率/%	例数	治疗前	治疗后	有效率/%
胃脘痞满	41	4.00(2.00,4.00)	2.00(1.00,4.00) ¹⁾²⁾	82.93	41	4.00(4.00,4.00)	2.00(2.00,4.00) ¹⁾	53.66
痛有定处	34	4.00(2.00,4.00)	2.00(2.00,2.50) ¹⁾²⁾	85.29	33	4.00(2.00,4.00)	2.00(2.00,4.00) ¹⁾	57.58
疼痛拒按	34	3.00(3.00,5.00)	1.00(1.00,3.00)	85.29	34	3.00(2.50,5.00)	3.00(1.00,3.00) ¹⁾	52.94
黑便	29	3.00(1.00,4.00)	1.00(0.00,3.00)	93.10	30	3.00(2.50,5.00)	3.00(1.00,3.00) ¹⁾	70.00
面色暗滞	41	3.00(1.00,3.00)	1.00(1.00,2.00) ¹⁾²⁾	87.80	43	3.00(3.00,5.00)	1.00(1.00,3.00) ¹⁾	53.49
恶心	42	3.00(1.00,3.00)	1.00(1.00,3.00) ¹⁾²⁾	85.71	41	3.00(2.00,3.00)	1.00(1.00,3.00) ¹⁾	56.10
反酸烧心	36	3.00(1.00,4.50)	1.00(0.00,3.00) ¹⁾²⁾	83.3	37	3.00(3.00,5.00)	1.00(1.00,3.00) ¹⁾	48.65

与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与非暴露组比较,²⁾ $P < 0.05$

2.3 两组临床疗效评定对比

在总临床疗效方面,暴露组临床总有效率为 96.00%(48/50),非暴露组临床总有效率为 66.00%(33/50)。两组患者临床疗效进行比较,暴露组高于非暴露组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 7。

表 5 两组用药前后胃镜积分比较

分, $M(Q_1, Q_3)$

组别	例数	用药前	用药后
暴露组	50	1.00(1.00,2.00)	1.00(0.75,1.00) ¹⁾²⁾
非暴露组	50	1.00(1.00,2.00)	1.00(1.00,1.00) ¹⁾

与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与非暴露组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 6 两组用药前后病理积分对比

分, $M(Q_1, Q_3)$

病理表现	暴露组			非暴露组		
	例数	治疗前	治疗后	例数	治疗前	治疗后
炎症	50	4.00(2.00,4.00)	2.00(2.00,4.00) ¹⁾	50	4.00(2.00,4.00)	2.00(2.00,4.00) ¹⁾
萎缩	50	6.00(3.00,9.00)	3.00(0.00,3.00) ¹⁾	50	6.00(3.00,9.00)	3.00(3.00,6.00) ¹⁾
肠化	50	4.00(2.00,4.00)	2.00(2.00,4.00) ²⁾	50	4.00(2.00,4.00)	2.00(2.00,2.00) ²⁾
异型增生	20	1.00(1.00,2.00)	1.00(1.00,1.00) ²⁾	23	1.00(1.00,2.00)	1.00(1.00,2.00) ²⁾

与本组用药前比较,¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 7 两组总临床疗效比较

例

组别	例数	疗效				有效率/%
		痊愈	显效	有效	无效	
暴露组	50	4	10	33	2	96.00 ¹⁾
非暴露组	50	1	6	26	17	66.00

与非暴露组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

两组胃镜疗效进行对比,在胃镜下黏膜改善方面,暴露组胃镜下总有效率为 56.00%(28/50),非暴露组胃镜下总有效率为 36.00%(18/50),暴露

组明显高于非暴露组,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 8。

两组病理疗效进行比较,在改善炎症、萎缩、肠化方面,暴露组较非暴露组疗效显著,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$);异型增生无痊愈、显效患者,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 9。

2.4 随访情况

两组治疗后 8 周随访对比,暴露组复发率低于非暴露组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 10。

表 8 两组胃镜疗效对比

例(%)

组别	例数	疗效				有效率/%
		痊愈	显效	有效	无效	
暴露组	50	12(24.00)	1(2.00)	15(30.00)	22(44.00)	56.00 ¹⁾
非暴露组	50	3(6.00)	1(2.00)	14(28.00)	32(64.00)	36.00

与非暴露组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

表 9 两组病理疗效比较 例

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
暴露组					
炎症	6	12	19	13	74.00 ¹⁾
萎缩	13	13	12	12	76.00 ¹⁾
肠化	9	11	19	11	78.00 ¹⁾
异型增生	0	0	6	14	30.00
非暴露组					
炎症	3	8	15	24	52.00
萎缩	8	9	10	23	54.00
肠化	4	10	15	21	58.00
异型增生	0	0	6	17	26.09

与非暴露组比较, ¹⁾P<0.05。

表 10 治疗后 8 周随访对比 例

组别	例数	复发	未复发	复发率/%
暴露组	48	7	41	14.58 ¹⁾
非暴露组	33	13	20	39.39

与非暴露组比较, ¹⁾P<0.05。

2.5 不良事件

在整个药物研究阶段,通过记录所纳入患者生命体征及临床症状,均未出现不良反应,表明暴露组和非暴露组均不存在药物安全性问题,证明本试验所用药物安全性较高。

3 讨论

CAG 由于早期临床症状不典型,因此针对其流行病学的研究多处于横断面水平。Correa^[16] 提出胃癌发生发展模式即:“正常黏膜—浅表性胃炎—萎缩性胃炎—肠上皮化生—异型增生—胃癌”。CAG 可隶属于祖国医学中“胃脘痛”“痞满”等概念范畴,CAG 临床表现为胃脘胀满不适、胃脘隐隐疼痛、嗝气、泛酸等症状。因“脾为气血生化之源,胃为多气多血之腑”,CAG 与脾胃气血息息相关,寒热不适,饮食失节,情志失调以及痰浊、食积均可导致胃失和降。因此,这一慢性病变过程的病机为胃气郁滞日久,胃络失和,导致瘀血阻于胃络,“气滞络瘀”是 CAG 发生发展的中心环节。我院邵祖燕教授从医五十余载,基于祖国医学理论基础和临床经验,据“气能行血”“祛瘀生新”理论研制研制出五丹胃福颗粒,系由五磨饮子和丹参饮合方化裁。五丹胃福颗粒方中木香、枳实、乌药、沉香等共醒脾胃、肝胆气机郁滞;丹参、砂仁等具活血化瘀、理气健脾之效。诸药共同改善胃黏膜病变,减少 CAG 发病率,同时降低因病情进一步发生而形成 GC 的可能性。我们前期研究发现,五丹胃福颗粒可调控 PLGC 大鼠 PI3K/AKT 信号通路,抑制 ENOS、NF-KB、COX-2、VEGF、HIF-1 α 水平,改善 PLGC 黏膜血

管新生,即气滞络瘀状态,从而延缓 PLGC 向胃癌的发展^[17-18]。

本临床研究采用回顾性队列研究方式,观察五丹胃福颗粒与其他西医常规治疗相比,在临床疗效、中医证候积分、胃镜下黏膜及病理组织学等方面的改善情况。研究表明,五丹胃福颗粒可显著提高 CAG 患者的临床疗效,在改善胃脘痞满、痛有定处、面色暗滞、恶心、反酸烧心方面优于常规西医治疗。同时,五丹胃福颗粒可改善 CAG 患者胃镜及病理积分,提高胃镜及病理疗效,在内镜下观察可明显改善黏膜病变,在病理中促进炎症、萎缩、肠化的黏膜部位好转。而在随访临床疗效方面,五丹胃福颗粒的效果也优于常规治疗。本次研究过程中两组患者均未出现不良反应,提示五丹胃福颗粒和常规西医治疗临床长期应用安全。

4 结论

综上所述,本次回顾性队列研究较为完整地收集本院 CAG 患者的临床信息资料,经统计学方法验证,五丹胃福颗粒能提高 CAG 临床疗效,改善 CAG 患者中医证候积分、胃镜下及病理组织学表现,临床疗效随访较好,临床长期应用安全。但本次研究为单中心研究,存在一定的局限性,纳入 CAG 病例数量相对较少。因此,本团队下一步将开展五丹胃福颗粒的多中心试验研究,提高循证医学证据支持。此外,本团队将继续探寻五丹胃福颗粒治疗 CAG 的基础研究,从转录组学、蛋白组学进行深入研究,揭示五丹胃福颗粒干预 CAG 的生物学效应特点,为中医药治疗 CAG 提供研究基础及临床策略。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 李军祥,陈諳,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [2] Adamu MA, Weck MN, Gao L, et al. Incidence of chronic atrophic gastritis:systematic review and meta-analysis of follow-up studies [J]. Eur J Epidemiol, 2010,25(7):439-448.
- [3] Weck MN, Brenner H. Association of Helicobacter pylori infection with chronic atrophic gastritis:Meta-analyses according to type of disease definition[J]. Int J Cancer,2008,123(4):874-881.
- [4] Liu Y, Cai C, Qin X. Regulation of gut microbiota of Astragali Radix in treating for chronic atrophic gastritis rats based on metabolomics coupled with 16S rRNA gene sequencing[J]. Chem Biol Interact,2022, 365:110063.
- [5] Yang GT, Zhao HY, Kong Y, et al. Correlation between serum vitamin B12 level and peripheral neuropathy in atrophic gastritis[J]. World J Gastroenterol, 2018,24(12):1343-1352.

- 级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 4-5.
- [10] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [11] 陈家旭, 邹小娟. 中医诊断学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 38-45.
- [12] Vannella L, Lahner E, Osborn J, et al. Risk factors for progression to gastric neoplastic lesions in patients with atrophic gastritis[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2010, 31(9): 1042-1050.
- [13] González CA, Pardo ML, Liso JM, et al. Gastric cancer occurrence in preneoplastic lesions: a long-term follow-up in a high-risk area in Spain[J]. Int J Cancer, 2010, 127(11): 2654-2660.
- [14] 刘赓, 丁洋, 张声生. 张声生从“虚”、“毒”、“瘀”论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(10): 1098-1099.
- [15] 蔡淦. 慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的中医治疗[J]. 江苏中医药, 2007, 39(8): 1.
- [16] 王爱云, 单兆伟. 慢性萎缩性胃炎从血瘀论治[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000, 8(5): 290-291.
- [17] 刘赓, 唐旭东. 唐旭东辨证治疗慢性萎缩性胃炎经验体会[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(5): 734-736.
- [18] 吴丹. 慢性萎缩性胃炎胃镜象与证素特点的相关性研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2018.
- [19] 董丽霞. 慢性胃炎胃镜下微观表现与中医宏观辨证的相关性研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
- [20] 许话. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布与胃镜象、病理象相关性的研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [21] 黄雅慧, 郭菊清, 刘越洋, 等. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜癌前病变病理变化与中医证型及 Hp 的相关性研究[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(6): 1381-1383.
- [22] 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, 52(6): 20-23.
- [23] 黄远程, 潘静琳, 黄超原, 等. 慢性萎缩性胃炎癌前病变证型、证素演变规律文献研究[J]. 中医杂志, 2019, 60(20): 1778-1783.
- [24] 杨洋, 瞿先侯, 杨敏, 等. 慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 319-324.
- [25] 李军祥, 陈諳, 吕宾, 等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [26] 张贺军, 金珠, 崔荣丽, 等. OLGA 分期、分级评估系统在胃镜活检组织病理学评价中的应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2014, 31(3): 121-125.
- [27] Cotruta B, Gheorghe C, Iacob R, et al. The orientation of gastric biopsy samples improves the inter-observer agreement of the OLGA staging system[J]. J Gastrointest Liver Dis, 2017, 26(4): 351-356.
- [28] 陈璇, 瞿旻晔, 史肖华, 等. 木村-竹本分类法在胃癌筛查中的应用[J]. 现代医学, 2020, 48(9): 1238-1241.
- [29] 李兆申, 王贵齐, 张澍田, 等. 中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案)(2017 年, 上海)[J]. 胃肠病学, 2018, 23(2): 92-97.

(收稿日期: 2023-03-15)

(上接第 350 页)

- [6] Adamu MA, Weck MN, Rothenbacher D, et al. Incidence and risk factors for the development of chronic atrophic gastritis: five year follow-up of a population-based cohort study[J]. Int J Cancer, 2011, 128(7): 1652-1658.
- [7] Tong Y, Liu L, Wang R, et al. Berberine Attenuates Chronic Atrophic Gastritis Induced by MNG and Its Potential Mechanism[J]. Front Pharmacol, 2021, 12: 644638.
- [8] Yang T, Wang R, Liu H, et al. Berberine regulates macrophage polarization through IL-4-STAT6 signaling pathway in Helicobacter pylori-induced chronic atrophic gastritis[J]. Life Sci, 2021, 266: 118903.
- [9] Toh JWT, Wilson RB. Pathways of Gastric Carcinogenesis, Helicobacter pylori Virulence and Interactions with Antioxidant Systems, Vitamin C and Phytochemicals[J]. Int J Mol Sci, 2020, 21(17): 6451.
- [10] Luo C, Sun Z, Li Z, et al. Notoginsenoside R1(NGR1) Attenuates Chronic Atrophic Gastritis in Rats[J]. Med Sci Monit, 2019, 25: 1177-1186.
- [11] 祁向争, 李慧臻, 闫志杰, 等. 五丹胃福颗粒对胃癌前病变大鼠炎症因子影响的实验研究[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(8): 185-187.
- [12] 魏国变, 刘新生, 邵祖燕, 等. 五丹胃福汤对慢性萎缩性胃炎模型大鼠自由基水平的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10(6): 352-354.
- [13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139-142.
- [14] 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.
- [15] 于中麟. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 4-5.
- [16] Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process—First American cancer society award lecture on cancer epidemiology and prevention[J]. Cancer Res, 1992, 52(24): 6735-6740.
- [17] 祁向争, 胡建功, 马志豪, 等. 五丹胃福颗粒对胃癌前病变大鼠组织病理学及 VEGF 和 HIF-1 α 的影响研究[J]. 中医药学报, 2021, 49(11): 28-32.
- [18] 祁向争, 李志强, 马志豪, 等. 五丹胃福颗粒对胃癌前病变大鼠 PI3K/AKT 信号通路影响的实验研究[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(11): 196-198, 223.

(收稿日期: 2023-02-08)