



慢性糜烂性胃炎的中西医研究进展

郝鑫¹,王垂杰²,李玉锋²

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

摘要:慢性糜烂性胃炎是一种需要在内镜下确诊的,具有特征性形态学表现的慢性胃炎,目前在消化系统疾病中的发生率逐年上升。其临床症状缺乏特异性,可出现餐后饱胀、反酸、嗝气、胃痛等,少数患者可无症状。具体发病机制复杂,但主要与幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染、免疫异常、高胃酸分泌等有关。目前中医及西医对该病因机制、临床诊断、治疗方法等方面均有了各自的认识和进展,该文将对中西医对慢性糜烂性胃炎的研究进展进行阐述。

关键词:慢性糜烂性胃炎;研究进展;治疗;综述

中图分类号:R573.3

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2024)08-0031-04

Research Progress in Traditional Chinese and Western Medicine in Chronic Erosive Gastritis

HAO Xin¹, WANG Chuijie², LI Yufeng²

(1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China;

2. The Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning, China)

Abstract: Chronic erosive gastritis is a chronic gastritis with characteristic morphological manifestations that requires endoscopic diagnosis and its incidence in digestive diseases is increasing year by year. Its clinical symptoms lack specificity and may include postprandial fullness, acid reflux, belching, and stomach pain, while a few patients may be asymptomatic. The specific pathogenesis is complex, but it is mainly related to *H. pylori* (Hp) infection, immune abnormalities, and high gastric acid secretion. At present, Chinese medicine and Western medicine have their own understanding and progress on the etiological mechanism, clinical diagnosis and treatment of this disease, and this paper will elaborate on the research progress of Chinese and Western medicine on chronic erosive gastritis.

Keywords: Chronic erosive gastritis; Research progress; Treat; Review

慢性糜烂性胃炎(chronic erosive gastritis, CEG)又称慢性胃炎伴糜烂,是一种胃黏膜上皮完整性受损,病理损伤不超过黏膜肌层,糜烂深度在1 mm以内的特殊类型胃炎,既往曾称疣状胃炎或痘疹状胃炎,临床明确诊断主要依靠其独特的胃镜下表现。CEG的发生极大程度降低了患者生活质量,因此寻找高效、不良反应较少的治疗方法已经成为热点,现将本病相关研究报道整理如下。

1 现代医学对糜烂性胃炎的研究现状

1.1 发病原因及机制

糜烂性胃炎属于慢性胃炎的一个特殊分型,其病程进展介于慢性浅表性胃炎和消化性溃疡之间,目前内镜检出率较高。现代流行病学主要关注性别、年龄、病理生理和治疗的科学性

等方面,通过研究发现,糜烂灶的产生常由多种因素造成,如幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染,抑郁焦虑,抽烟酗酒,饮食不当等。目前研究发现, Hp感染为主要病因^[1-2]。诸多学者通过实验进一步探究 Hp感染后糜烂灶的产生机制:实验发现机体在 Hp感染后会出现明显的炎症改变^[3-5],而经过 Hp根除治疗后的 CEG患者血清中的炎症因子水平明显下降,结果提示了感染后产生的炎症因子与 CEG的发生及损害过程密切相关。机体感染 Hp后常产生持续的炎症反应及自身免疫反应,造成炎症细胞增殖、活化,释放大量不同的炎症因子,如C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素(IL)等,炎症因子们与 Hp共同作用于胃黏膜,引起中性粒细胞浸润趋化,使黏膜发生局部炎症,导致糜烂发生。长期服用非甾体类药物(NSAID)等黏膜损伤药物也是相关因素^[6-7],此类患者的局灶性炎症活动强度明显增强。NSAID会拮抗血小板的凝集作用,抑制前列腺素的合成,破坏黏膜屏障,对胃肠道黏膜产生毒性,使黏膜防御修复功能受损而产生糜烂。另有相关研究发现,CEG的发病也与免疫因素相关:周锐钧等^[8]研究发现,CEG患者存在血清肝细胞生长因子(HGF)和胃黏膜组织 HGF/GF受体(c-Met)表达水平异常升高的现象,接受治疗后血清 HGF和胃黏膜组织

基金项目:王垂杰全国名老中医药专家传承工作室(国中医药人教函[2022]75号)

作者简介:郝鑫(1998-),女,辽宁沈阳人,硕士在读,研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。

通讯作者:王垂杰(1956-),男,辽宁沈阳人,主任医师、教授,博士研究生导师,博士,研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。
E-mail:lnzyxhk@163.com。



HGF、c-Met 表达水平均显著降低,结果提示 HGF、c-Met 高表达会使局部黏膜组织产生强烈的炎症,进而出现糜烂灶。郭春丽等^[9]研究发现疣状胃炎患者细胞免疫功能存在一定程度的异常,其 CD_8^+ T 细胞水平较慢性浅表性胃炎降低、 CD_4^+ / CD_8^+ 比值升高,因此推测发生感染后 T 淋巴细胞的亚群发生改变也可能是引起 CEG 慢性化的原因。

1.2 相关内镜及病理表现

CEG 的确诊主要依靠胃镜下的独特黏膜变化及病理学检查。参考《2017 年中国慢性胃炎共识意见》制定的分级标准,指南中将慢性胃炎分慢性非萎缩性胃炎和慢性萎缩性胃炎两类,其中若同时存在糜烂征象,可根据内镜下糜烂灶的表现,将糜烂性胃炎分为隆起型和平坦型糜烂^[10]。隆起型糜烂可见单个或多个疣状、膨大皱襞状或丘疹样隆起,顶端可见黏膜缺损或脐样凹陷,中央有糜烂;平坦型糜烂表现为胃黏膜有单个或多个糜烂灶,病灶大小不等^[11]。病理表现可因病变处于不同阶段而呈现不同结果,CEG 的病理组织学改变在活动期可见上皮变性、坏死、脱落,炎性细胞浸润和纤维素样物质渗出;修复期常见糜烂灶周围固有腺、幽门腺或胃小凹上皮增生,有时可见纤维化,再生腺管可出现不同程度的不典型增生;黏膜肌层常明显增厚并隆起,结构紊乱^[12]。

1.3 CEG 与癌变的关系

目前胃黏膜糜烂虽尚未被明确定义为癌前病变的一种,但已有研究发现 CEG 有较高的肠化生或不典型增生的几率,与癌前病变状态的发生密切相关^[13-14]。吴县斌等^[15]在研究中发现疣状胃炎患者胃黏膜中低氧诱导因子-1 α (HIF-1 α)和诱导酶环氧合酶-2(COX-2)呈高表达状态,试验研究了其与胃炎和炎症反应的关系,推断其高表达及所引起的炎症反应或为转变为胃癌的原因之一。糜烂病变处常存在活动性炎症,在炎症的反复刺激下,胃小凹及腺体可能发生增生、异型增生、肠化生等,CEG 胃黏膜深度糜烂处含有多向分化的干细胞,持续的炎症反应刺激下,细胞增殖活跃可出现不典型增生,甚至向肿瘤分化,产生癌变^[14]。同时,CEG 的发生常伴随着 Hp 的高感染率,而 Hp 感染已被世界卫生组织国际癌症研究机构定为胃癌的 I 类致癌因子,这些提示着 CEG 确实与癌变密切相关。发现糜烂灶后给予积极治疗,防止下一步进展,也有助于延缓癌变的发生发展。

1.4 西医治疗

1.4.1 药物治疗 西医采取药物治疗时遵循个体化原则,主要是以去除病因、缓解症状和改善胃黏膜炎性反应为治疗目的。现代医学认为 CEG 病因主在 Hp 感染,因此对于伴有 Hp 阳性的患者临床多采用根除 Hp 为目的的药物联合治疗。孙琳琳^[16]在研究中对 84 例 Hp 阳性糜烂性胃炎患者行质子泵抑制剂(PPI)联合两种抗生素的三联药物疗法,取得较好疗效,患者临床症状缓解,炎性因子水平降低,不良反应发生较少。在 PPI 类药物选择方面,有研究进行了疗效对比^[17]发现不同的 PPI 联合克拉霉素以及阿莫西林的三联疗法中,新一代 PPI 雷贝拉唑和埃索美拉唑在清除 Hp 及缓解症状方面的效果优于第一代 PPI 如奥美拉唑、泮托拉唑。对于 Hp 阴性的 CEG 患

者可根据病情或症状严重程度选用抑酸药、胃黏膜保护剂、质子泵抑制剂(PPI)等药物治疗,缓解临床症状、抑酸、保护胃黏膜以延缓糜烂灶下一步进展。相关实验用瑞巴派特联合泮托拉唑治疗 Hp 阴性 CEG 患者来探究药物疗效,结果显示瑞巴派特联合泮托拉唑组临床症状有明显改善,不良反应发生率低,建议临床推广使用。伴有消化不良症状者可酌情使用促动力药如莫沙必利,多潘立酮等^[18-19]。同时,有研究发现,CEG 的发生与情志因素密切相关,实验中通过 Zung 自评抑郁量表(SDS)、自评焦虑量表(SAS)评分对 200 例 CEG 患者进行评分,发现 32.5% 的慢性糜烂性胃炎患者会出现不同程度的抑郁、焦虑情绪,将常规治疗与单纯抗抑郁治疗相结合,患者在联合用药的治疗下消化道症状和情绪障碍都明显减轻^[20]。伴情绪障碍者,可使患者情况适当配合心理干预治疗,如三环类抗抑郁药、5-HT 再摄取抑制剂、NE 再摄取抑制剂等。

1.4.2 创伤性治疗 随着内镜下介入术的发展,一些靶向性强的创伤性治疗也逐渐在临床使用。高频电凝术可以很好的控制炎性的发展,治疗时病变组织可以被高频电流直接电凝灼烧致坏死。研究表明,此法不仅临床疗效可,且并发症发生较少^[21-22]。李斌^[23]将收集到的临床患者 1:1 分为使用高频电凝术联合根除 Hp 治疗的联合组和只进行标准三联 Hp 根除治疗的对照组,经治疗后发现联合组的总有效率为 95%,高于对照组的 70% ($P < 0.05$),当使用高频电凝术联合 Hp 根除术时,疗效好于单纯用药治疗。热极治疗可以通过高热热极探头将热量直达病变处,在病变处实现高效热凝,其原理为热传递和热辐射,治疗作用在局部病变组织时,此处的病变灶会快速升温走向凝固,达成有效热凝后,病灶即可坏死脱落。姜婉芬^[24]将临床患者分为治疗组(无痛胃镜下热极治疗联合药物治疗)及对照组(单纯使用西医药物治疗)。治疗结束后,试验组的临床总有效率为 59%,高于对照组;经胃镜下观察统计,试验组患者的疣状病灶减少数大幅度多于对照组 ($P < 0.05$)。可以得知,治疗时将热极治疗联合药物,对疣状胃炎患者的临床治疗效果强于只应用药物治疗。等离子消融术可直达病变组织,使其发生凝固、坏死、脱落。体内含钠离子的软组织可在低温等离子射频的能量作用下,通过降解、气化,从而起到治疗作用。梁功臣等^[25]对 90 例 Hp 阳性疣状胃炎患者进行分组,观察组(对照组基础上联合胃镜下等离子消融术)临床总有效率高于对照组(雷贝拉唑四联疗法),治疗后观察组腹痛、嗝气、反酸症状评分均低于对照组,且 Hp 根除率高于对照组 ($P < 0.05$)。可知,在药物治疗的同时配合等离子消融效果更佳。

2 中医学对糜烂性胃炎的研究现状

2.1 病因病机

慢性糜烂性胃炎或慢性胃炎伴糜烂的病名虽未在中医中具体出现,但该病可根据其临床体征与中医中的“胃脘痛”“胃痛”“嘈杂”“嗳气”“吐酸”等对应,其涉及范围大致相似。古今医家对此病均有论述。《素问·举痛论篇》云:“寒气客于肠胃之间,膜原之下,血不能散,小络急引,故痛”,认为产生胃痛的病因主要是受寒邪侵袭,血络不通;《素问·举痛论篇》又云:“痛而闭不通矣”“脉泣则血虚,血虚则痛”。《素问·至



真要大论篇》云：“少阳之胜，热客于胃，呕酸善饥”，认为热邪犯胃是引起反酸的病因。另有《伤寒论》云“谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满”，指出外邪入侵、内伤饮食是引起痞证的病因。在中医领域，CEG 的流行病学更侧重于疾病的整体观和个体化治疗。中医对 CEG 的诊断以症状诊断为主，如胃痛为主症者诊为“胃脘痛”，以胃脘部胀满为主症者诊为“痞满”，治疗时强调辨证分型，通过调整患者的整体状态来改善症状和缓解病情，旨在调和脏腑功能，平衡气血阴阳。

目前现代各医家观点主要如下。崔鹏等^[26]认为此病根本原因为脾胃虚弱，胃络失养，脾胃是人体气机升降枢纽，气血生化之源，李东垣《脾胃论》提出“百病皆由脾胃衰而生”。《脾胃虚实传变论》中也提到“脾胃既和，谷气上升，春夏令行，故其人寿”，脾胃虚弱则元气不足，升降失调，阴火内生，湿自内生，藏腑、经络、九窍、四肢失养，百病由生。”脾胃纳运饮食化为水谷，脾胃纳运协调，升降相因，燥湿相济，则水谷精气充足，水谷之气则是激发人体生命活动的根本动力，若脾胃出现失衡，脾胃虚弱无从化生气血，瘀血痰食之邪由此而生。CEG 总属本虚标实。饮食不节，饥饱失常，或七情内伤，忧思过度，引起肝气郁滞、胃失和降；邪毒内侵，热由毒化，日久成“毒热蕴胃”，肝胃郁热、热盛肉腐。热盛肉腐而成痈则发病。故临床治疗糜烂性胃炎时可应用周学文教授“以痈论治”的独特学术思想，使用消托补的方法治疗糜烂性胃炎，临床疗效显著。李国维^[27]从“怪病责之于痰”的思想来论治糜烂性胃炎，认为其发病机制主要是正气不足，脾主运化功能失调。脾失健运，则气化推动无力，津水不能正常输布，部分水液积留生湿，湿浊内蕴，聚而成痰，痰停于胃，则可见痞闷不舒等症状。阮玉东认为慢性糜烂性胃炎病机关键在于气机郁滞，升降失司，同时气滞、热毒、痰浊、瘀血错杂为患^[28]。脾胃为气机升降之枢纽，脾胃升降相因，运化输布水谷精微以化生气血布敷周身。《脾胃论》云：“脾胃虚弱，阳气不能生长，是春夏之令不行，五脏之气不升”。百病皆由脾胃衰而生。肝主调畅全身气机，是维持脾胃升降相因的重要条件。胃为水谷之海，饮食入胃，脾气健运散精于肝，肝才能发挥正常功能，两者在生理上相互联系，病理上相互影响。因此调节气机升降应贯穿于 CEG 治疗的始终。

各医家对 CEG 的病因病机有不同认识，但均认为并非一因所致，综合诸多医家观念，总体看来主要在于饮食、情志、劳倦、体虚、外邪等内外病因，病机总属本虚标实，本虚为脾胃虚弱，标实则热郁、湿阻、气滞、痰凝、血瘀等各种病理产物交错。

2.2 证型分类

目前尚无对 CEG 的证型具体分类标准，各医家各有见解，导致 CEG 的证候分型各有不同。张学华^[29]认为肝火、胃热、瘀血、脾虚为本病病因，因此将证型分为脾气虚损、肝火犯胃、热伤胃络、瘀血阻络四种。张闽光等^[30]搜集了 124 例 CEG 临床病例并进行中医辨证分型，总体分为脾胃湿热型、肝胃不和型、脾胃气虚型，其中以脾胃湿热型占比最高。安晓霞等^[31]对 198 例 CEG 患者的中医体质进行研究，试验发现气虚质占 23.

2%、湿热质 20.7%、痰湿质 14.6%、阳虚质 13.4%，其中气虚质、湿热质比例最高。潘卫中^[32]对确诊为 CEG 的 117 例患者进行中医辨证分型，分为脾胃湿热型、肝胃不和型、脾胃虚弱型、胃络瘀血型及胃阴不足型，其中脾胃湿热证占比最多。许娟^[13]对 147 例 CEG 患者进行中医辨证分型，总体分为肝胃不和证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃阴不足证、脾虚气滞证、胃络瘀阻证六型，统计后脾胃湿热证比例最高。

2.3 中医治疗

就 CEG 的治疗来讲，现代诸多医家考据文献从经典中学习，并结合临床经验，归纳总结出许多颇具疗效的方剂。

崔鹏等^[26]研究发现，糜烂性胃炎在临床上有“内痈”的表现，因此运用丹桅逍遥散加减治疗相应症状，观察治疗 4 周后和治疗前的胃黏膜组织变化，发现治疗后患者临床症状改善，单核细胞浸润程度和中性粒细胞浸润程度均降低。刘迎辉^[33]以脾胃湿热型慢性糜烂性胃炎作为研究对象，认为该病脾胃湿热型的病机主要是由内外湿邪相合而成，脾胃为其病变中心。采用藿朴夏苓汤加减治疗，原方出自《医原》，功能宣畅气机，燥湿利水，主治湿热邪在气分而湿偏重者。结果显示，治疗后患者临床症状改善，血液中炎性因子水平下降表明该方能在一定程度上改善患者的炎性反应状态。罗云玲^[34]将痰凝血瘀视为贯穿本病的病机，辨证治疗时从阴虚、阳虚两个方向出发，在此思路下本病即可被分成阴虚夹痰瘀及阳虚夹痰瘀型。学者对此两证型辨证施治，分别给予沙参麦冬汤加减及良附丸和手拈散加味治疗，疗程 1 个月，有效率为 84%，临床疗效明显。管日军^[35]认为本病寒热交错、虚实兼见，多属本虚标实，脾胃虚弱为本，寒热湿阻、络脉不畅、聚积成疣为标，根据患者症状采用半夏泻心汤加减治疗，总有效率 84% ($P < 0.01$)。周锐钧等^[8]认为血清 HGF 和胃黏膜组织 HGF、c-Met 表达异常促使了糜烂的发生，而使用升阳益胃汤加减治疗糜烂性胃炎患者后，该两者表达水平下降，由此可知，升阳益胃汤在治疗 CEG 上有效 ($P < 0.05$)。

2.4 中医特色疗法

历代医家通过对中医基础理论的研究理解，摸索出诸多特色疗法，如针灸、穴位贴敷、穴位埋线、耳穴埋豆等。屠林莉等^[36]在治疗 CEG 伴焦虑及失眠患者时，采取了耳穴压豆和穴位贴敷相结合的特色疗法。该项研究结果表明，单纯应用常规治疗的对照组的焦虑自评量表 (SAS) 及匹茨堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 评分均高于观察组 ($P < 0.05$)。徐哲锋等^[37]在治疗 CEG 时采取活胃方联合穴位埋线，结果表明治疗组的症状积分比和糜烂病灶愈合的总有效率均优于对照组 ($P < 0.05$)，由此可知在缓解患者的腹痛、暖气等临床症状方面，活胃方合穴位埋线治疗效果较好，患者的生活质量也得到了改善。

中医特色疗法虽在影响 Hp 根除效率方面作用不明显，但可对特定穴位产生刺激，刺激沿经络循行，从而可调节五脏六腑的机能，进一步缓解患者的临床症状，值得进一步研究与推广。

3 总结与展望

近年来，经济快速发展，人群生活压力上升，且饮食结构



大幅度改变,人群嗜食肥甘厚味,导致 CEG 的发病率逐年上升。若单纯使用西药治疗如抗生素,则较易带来不良反应。近年来,国家大力扶持中医药发展,现代医家对 CEG 的认识也在不断加深,并且随着中医药的发展,中医治疗 CEG 的优势也不断展现。中医药临床治疗时强调整体出发,四诊合参,主张根据患者的具体情况辨证施治,遣方用药,疗效显著,值得临床推广。然而,当今中医的临床研究样本数依旧不足,中药作用靶点尚未完全挖掘,药物作用机制尚不明确。目前研究应加大力度结合中医证候分型与现代临床医学,探索药物作用机制与疾病的相关性研究,确定方药有效成分,使中西医药物高效结合,促使 CEG 治疗研究继续向前发展。

参考文献

- [1] 李庭赞,陈志坦,朱晓蕾,等. 对疣状胃炎与幽门螺旋杆菌的关系及临床对策的探讨[J]. 临床和实验医学杂志,2009,8(11):9-11,13.
- [2] 金海,於云燕. 367 例疣状胃炎与幽门螺杆菌及病理关系的探索[J]. 中华消化杂志,2005(8):495.
- [3] 张卫平,朱金水,王如华,等. H pylori 感染及根除对慢性糜烂性胃炎患者 IL-18 水平的影响[J]. 世界华人消化杂志,2007(21):2306-2310.
- [4] 郭洪平,孙延敏,赵拥军,等. 滨州市体检居民胃部病变与 Hp 感染的相关性研究[J]. 中国病原生物学杂志,2023,18(1):94-96.
- [5] 彭华军,吴小微. IL-8、IL-10 及 CRP 水平在幽门螺杆菌阳性胃炎患者中的表达[J]. 临床和实验医学杂志,2015,14(2):89-91.
- [6] 陈创杰. 长期服用 NSAID 人群胃十二指肠黏膜损伤的临床流行病学研究及临床干预[J]. 临床医学工程,2015,22(5):567-569.
- [7] 廖日斌,潘晏,刘晓敏. 埃索美拉唑对防治非甾体类抗炎药致胃肠道黏膜损伤的研究进展[J]. 医学综述,2011,17(13):2030-2032.
- [8] 周锐钧,陈渠发,周光辉. 升阳益胃汤对糜烂性胃炎患者 HGF/c-Met 信号通路的影响[J]. 现代消化及介入诊疗,2020,25(4):481-485.
- [9] 郭春丽,丁西平,胡闻,等. 疣状胃炎胃黏膜 T 淋巴细胞亚群变化及其临床意义[J]. 安徽医科大学学报,2012,47(10):1229-1233.
- [10] 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.
- [11] LAINE L, WEINSTEIN WM. Subepithelial hemorrhages and erosions of human stomach. [J]. Dig Dis Sci,1988,33(4):490-503.
- [12] 陆敏,田耀洲,夏军权. 疣状胃炎内镜表现和病理的相关性研究[J]. 医学临床研究,2006(11):1776-1778.
- [13] 许娟. 慢性糜烂性胃炎中医证型与胃癌前病变相关性研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2012,14(12):142-143.
- [14] 沈思源,刘欢,刘元元. 慢性糜烂性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床及病理学分析[J]. 中国老年学杂志,2019,39(7):1603-1605.
- [15] 吴县斌,苏东星,潘志刚,等. HIF-1 α 、COX-2 在疣状胃炎患者胃黏膜组织中的表达及临床意义[J]. 世界华人消化杂志,2014,22(36):5680-5683.
- [16] 孙琳琳. 雷贝拉唑三联疗法对 Hp 阳性糜烂性胃炎患者的疗效及不良反应的影响[J]. 中华养生保健,2022,40(1):167-169.
- [17] 刘海云. 不同质子泵抑制剂和抗生素三联疗法治疗 Hp 阳性糜烂性胃炎疗效对比[J]. 影像研究与医学应用,2017,1(9):209-211.
- [18] 左小梅. 幽门螺杆菌阴性慢性糜烂性胃炎采用瑞巴派特联合泮托拉唑治疗的临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(16):9-10.
- [19] 张海芳,贾淑娟,张娟,等. 瑞巴派特联合泮托拉唑治疗幽门螺杆菌阴性慢性糜烂性胃炎的临床疗效分析[J]. 中国全科医学,2021,24(S1):108-110.
- [20] 王伯军,丁勇. 200 例慢性糜烂性胃炎患者情绪障碍及其治疗[J]. 临床内科杂志,2007(7):474-476.
- [21] 程秋云,刘洪,张艳. 高频电凝术联合药物治疗疣状胃炎 39 例[J]. 实用临床医药杂志,2004(5):74-76.
- [22] 陈言斌,包红. 高频电凝治疗疣状胃炎的临床疗效观察[J]. 安徽卫生职业技术学院学报,2007(1):38,40.
- [23] 李斌. 胃镜下高频电凝结合幽门螺杆菌根除治疗疣状胃炎的疗效观察[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(4):107-108.
- [24] 姜婉芬. 无痛胃镜下对疣状胃炎患者实施热极治疗的临床效果[J]. 医疗装备,2020,33(10):123-124.
- [25] 梁功臣,刘国青. 胃镜下等离子消融术与雷贝拉唑四联疗法治疗 Hp 阳性疣状胃炎的临床效果[J]. 医学理论与实践,2021,34(17):2991-2992.
- [26] 崔鹏,赵夜雨,周学文,等. 周学文教授“以痛论治”糜烂性胃炎的疗效分析[J]. 中华中医药学刊,2016,34(8):11880-11882.
- [27] 李国维. 自拟“化痰祛瘀方”治疗疣状胃炎 47 例临床观察[J]. 交通医学,2001(1):120.
- [28] 朱新红,阮玉东. 阮玉东治疗慢性糜烂性胃炎经验介绍[J]. 新中医,2018,50(10):262-264.
- [29] 张学华. 糜烂性胃炎的中医分型治疗[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(6):66.
- [30] 张闽光,朱国曙. 糜烂性胃炎中医分型与幽门螺杆菌感染的相关研究[J]. 现代中西医结合杂志,2002(1):7-8.
- [31] 安晓霞,王振刚,龙春莉. 慢性糜烂性胃炎病理分型与中医体质的相关性研究[J]. 广西中医药大学学报,2016,19(4):15-16,61.
- [32] 潘卫中. 慢性糜烂性胃炎中医分型辨证施治研究[J]. 中国医药指南,2011,9(9):118-119.
- [33] 刘迎辉. 藿朴夏苓汤加减对脾胃湿热型慢性糜烂性胃炎患者炎症因子及临床疗效的影响观察[J]. 包头医学,2017,41(2):101-102.
- [34] 罗云玲. 疣状胃炎临证体会[J]. 云南中医学院学报,2003(1):37.
- [35] 管日军. 半夏泻心汤治疗疣状胃炎 30 例疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2005(24):3214.
- [36] 屠林莉,朱晓军,童艳青. 耳穴压豆配合穴位贴敷对慢性糜烂性胃炎伴焦虑及失眠的影响[J]. 新中医,2017,49(8):133-135.
- [37] 徐哲锋,林寿宁,朱永苹,等. 活胃方合穴位埋线治疗慢性糜烂性胃炎临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2012,14(5):189-190.