

升阳益胃汤加味联合雷贝拉唑治疗慢性萎缩性胃炎患者临床疗效

李媛媛¹, 董一^{1*}, 贾雪²

¹青岛市胶州中心医院中医科, 山东 青岛

²青岛市胶州中心医院皮肤科, 山东 青岛

收稿日期: 2024年6月25日; 录用日期: 2024年7月19日; 发布日期: 2024年7月26日

摘要

目的: 评估升阳益胃汤加味联合雷贝拉唑在临床慢性萎缩性胃炎治疗中的疗效。方法: 按照纳排标准纳入合适数量的病例, 并随机分组: 对照组(单独使用雷贝拉唑)和研究组(升阳益胃汤加味联合雷贝拉唑), 比较两组有效率。收集两组患者治疗前后中医证候积分和病理积分并比较。测量并记录治疗前后两组患者胃泌素-17、胃蛋白酶原I、胃蛋白酶原II水平。结果: 治疗后, 研究组病例的中医证候积分和病理积分明显降低; 胃泌素-17、胃蛋白酶原I、胃蛋白酶原II水平上升的更高。研究组的临床有效率显著优于对照组, 且不良反应的发生率低。结论: 升阳益胃汤加味联合雷贝拉唑可以改善慢性萎缩性胃炎患者的临床症状。

关键词

升阳益胃汤加味, 慢性萎缩性胃炎, 临床疗效, 雷贝拉唑

Clinical Efficacy of Modified Shengyang Yiwei Decoction Combined with Rabeprazole in the Treatment of Patients with Chronic Atrophic Gastritis

Yuanyuan Li¹, Yi Dong^{1*}, Xue Jia²

¹Department of Traditional Chinese Medicine, Jiaozhou Central Hospital, Qingdao Shandong

²Department of Dermatology, Jiaozhou Central Hospital, Qingdao Shandong

Received: Jun. 25th, 2024; accepted: Jul. 19th, 2024; published: Jul. 26th, 2024

*通讯作者。

文章引用: 李媛媛, 董一, 贾雪. 升阳益胃汤加味联合雷贝拉唑治疗慢性萎缩性胃炎患者临床疗效[J]. 临床医学进展, 2024, 14(7): 1334-1342. DOI: 10.12677/acm.2024.1472152

Abstract

Objective: To evaluate the clinical efficacy of modified Shengyang Yiwei Tang combined with rabeprazole in the treatment of chronic atrophic gastritis. **Methods:** According to the inclusion and exclusion criteria, an appropriate number of cases were included, and randomly divided into a control group (using rabeprazole alone) and a study group (using modified Shengyang Yiwei decoction combined with rabeprazole), comparing the effectiveness of two groups. The traditional Chinese medicine syndrome scores and pathological scores of two groups of patients were collected before and after treatment and compared. The levels of gastrin-17, pepsinogen I, and pepsinogen II were measured and recorded before and after treatment in two groups. **Results:** After treatment, the traditional Chinese medicine syndrome score and pathological score of the study group cases were significantly reduced; the levels of gastrin-17, pepsinogen I, and pepsinogen II increased higher than the control group. The clinical effective rate of the study group was significantly higher than that of the control group, and the incidence of adverse reactions was low. **Conclusion:** The combination of Shengyang Yiwei decoction and rabeprazole can improve the clinical symptoms of patients with chronic atrophic gastritis, providing a new treatment method for clinical treatment of chronic atrophic gastritis.

Keywords

Shengyang Yiwei Decoction, Chronic Atrophic Gastritis, Clinical Efficacy, Rabeprazole

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)是胃粘膜上皮在反复遭受损害(生物的、物理的或化学的)后固有腺体减少,呈现的一种异变炎症状态[1] [2]。CAG 可能会伴有假幽门腺化生甚至肠腺化生,所以胃黏膜萎缩(Gastric atrophy, GA)和胃黏膜肠上皮化生(Gastric intestinal metaplasia, GIM)均意味着可诊断 CAG [3]。目前, CAG 已被公认为胃癌前病变状态。一项关于 CAG 近 10 年(2010~2020)患病率的研究发现,全球 CAG 患病率约为 25%,其中幽门螺旋杆菌阳性患者患 CAG 的风险是阴性患者的 2.4 倍[4]。Zhang 等对 10 年来我国华南地区不同年龄段的慢性萎缩性胃炎行回顾性的分析,发现 2011 年至 2020 年,我国华南地区 CAG 总患病率为 20.92% (24084/115110),而且 2016~2020 年发病率(22.30%)明显高于 2011~2015 年发病率(18.78%) [5]。另外, 2016~2020 年间的 CAG 患者年龄明显更小(45 岁以下),且存在更多的肌体萎缩和更多的自身免疫性萎缩性胃炎。这些结果表明我国的 CAG 疾病负担较重。

目前, CAG 治疗的西医疗法主要为根除幽门螺杆菌、抑制胃酸产生、保护胃黏膜或者提升胃动力等对症疗法[6]。西医治疗慢性萎缩性胃炎尚缺乏特异而根治效果确切的方法[7]。近年来,越来越多的 CAG 治疗研究发现中医药治疗 CAG 具有独特优势。目前,我国最新诊疗意见将 CAG 按中医证型分为六种,如肝胃气滞证、肝胃郁热证等[7]。在治则上,我国名老中医以前人经验为基础,结合自身临床实践,逐渐创新 CAG 新治法,包括浊毒、五脏、脾虚寒热瘀毒、阳化气、阴成形理论、络病理论论治等[8]。目前形成的治法内外相联,创新性地发明了内服 - 外用、中药 - 腧穴等新治法[9]。另外,针刺、艾灸、耳穴压豆法、穴位埋线、推拿疗法等外治法以及各种中药汤剂均有大量用于 CAG 的研究[10]。例如,一

项 Meta 分析显示康复新液可于临床显著辅助 CAG 的治疗, 胃复春颗粒则最抑制幽门螺杆菌, 香砂养胃丸改善胃痛、胃胀症状方面为优选, 胃复春治疗反酸恶心、暖气症状显著, 摩罗丹则可明显改善胃黏膜萎缩[11]。升阳益胃汤可治疗属脾胃虚弱证的慢性肾脏病或支气管哮喘, 属湿阻中焦证的慢性泄泻和慢性咳嗽, 属清阳不升证的糖尿病, 属浊阴不降证的前额冷痛或呃逆, 属内化郁热证的哮喘和肺病[12]。实验研究已经证实该汤剂可以抑制慢性萎缩性胃炎大鼠胃组织中 IL-6 和 TLR4 的表达, 其可能的机制在于抑制 TLR4 介导的信号转导途径, 从而阻止下游的细胞因子(如: IL-6)信号转导, 降低胃黏膜损伤[13]。升阳益胃汤还可以升高 CAG 患者血清胃泌素-17 (Gastrin-17, G-17), 并改善胃内酶水平, 例如胃蛋白酶原 I (pepsinogen I, PG I)和胃蛋白酶原 II (pepsinogen II, PG II), 进而对患者纳呆和胃胀等不适症状有治疗作用[14]。

本研究选用雷贝拉唑作为升阳益胃汤的联合疗法用药, 探索其对 CAG 患者的临床疗效。

2. 资料与方法

2.1. 病例纳入及分组

2.1.1. 样本量

随机选取 2022 年 8 月~2023 年 7 月于我院中医门诊及消化内科门诊进行就诊的慢性萎缩性胃炎患者 (120 名)入组研究。随机分组, 行不同治疗, 分为对照组(n = 60)与研究组(n = 60)。自研究启动开始 12 个月内所有符合入组标准的病人入组, 计划最后一例研究对象于 2023 年 3 月 31 日前入组完毕。本次研究通过医院伦理委员会批准。

2.1.2. 诊断标准

症状及体征以《慢性萎缩性胃炎诊断标准》为参照:

胃脘部胀满不适且反复发作, 胃脘隐痛, 有纳差或纳呆症状, 或存在胃反酸, 有时伴贫血甚至消瘦等; 上腹部和剑突下压之有痛或不适。

内镜检查以《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》中的胃镜内容为评定标准。即胃粘膜颜色的改变, 例如灰白色、灰色甚至灰黄; 胃粘膜变薄, 血管透见度增加; 胃腺体萎缩后, 粘膜出现颗粒感, 现结节, 可见腺窝增生延长或肠上皮化生。

2.1.3. 病理诊断标准

胃粘膜可见腺体萎缩, 出现粘膜变薄呈炎症状态, 而肌层反而增厚。在病理活检技术前患者签署知情同意书。病理活检在胃镜检查中进行, 将一次性活检钳插入活检孔道, 于萎缩部位取活检, 张开活检钳, 对粘膜上皮病变部位取活检。12 周后复查胃镜, 在定标处活检复查病理情况。

2.1.4. 纳排标准

纳入标准:

- ① 符合上述诊断慢性萎缩性胃炎的标准;
- ② 年龄 18~65 岁的男性或女性;
- ③ 内镜病理组织学检查确定为 CAG 者。

排除标准:

- ☐ 妊娠或哺乳期 CAG 患者;
- ☐ 合并严重疾病者或精神病者;
- ☐ 胃粘膜出现其他病变者;

- ☐ 过敏体质者;
- ☐ 不守医嘱、依从性差的 CAG 患者;
- ☐ 入组其他临床试验者。

脱落标准:

- ☐ 无法坚持到最后治疗的 CAG 患者;
- ☐ 现严重不良反应或其他严重并发症者;
- ☐ 自动退出者。

2.2. 治疗方案

基础治疗: 行医嘱以饮食和运动疗法为主: 饮食规律且清淡, 忌暴饮/食, 戒烟酒且忌油腻或辛辣等刺激, 新鲜水果蔬菜宜多食, 情志需保持舒畅, 起居需避风寒, 着重腹部的保暖, 进行适度的锻炼。

对照组: 以雷贝拉唑钠肠溶片(海斯制药, 国药准字 H20080125)单用治疗, 晨起口服药, 20 mg/次/日, 连用 4 周。

研究组: 雷贝拉唑钠肠溶片服用同对照组, 另外加用升阳益胃汤加味, 含炙黄芪、党参、茯苓、炒白术各 15 g, 另含 10 g 炒白芍、3 g 黄连、6 g 法半夏/醋柴胡/升麻/防风/羌活/独活、3 g 炙甘草。水煎后得一剂(300 mL), 每日早饭后 1 小时服 150 mL, 晚饭后 1 小时服 150 mL, 连服 4 周。

2.3. 观察指标

2.3.1. 临床疗效

临床疗效以《中医消化病诊疗指南》中的慢性萎缩性胃炎疗效判定为准。胃镜复查显示粘膜慢性炎症明显好转(或达轻度)且不见粘膜萎缩, 病理组织检查腺体萎缩恢复正常, 为临床治愈; 胃镜复查后粘膜的慢性炎症和萎缩都好转, 病理组织检查腺体萎缩恢复正常或减轻 2 个级度, 为显效; 治疗后胃镜复查粘膜病变范围与治疗前相比缩小 1/2 以上, 病理组织查得炎症减轻 1 个级度以上且腺体萎缩减轻, 为有效; 未达到所有转好标准甚至恶化者, 为无效。

2.3.2. 胃镜组织学

治疗前后使用电子胃镜观察的胃粘膜改变, 参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》(2017 年版) [7] 将病理积分为分级积分, 黏膜的萎缩及肠化按诊断结果依然分为 4 个等级: 无(0 分)、轻(3 分)、中(6 分)、重(9 分)。

2.3.3. 中医证候积分评估

参照《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)》对 CAG 常见症状行评分。总分 10 分, 低分为优。

2.3.4. G-17、PGI、PGII 水平

在治疗前后, 对所有患者行空腹采静脉血液(5 mL)。血液以 3000 r/min 的转速, 离心 5 min, 得到血清, 后使用酶联免疫吸附方法测定 G-17、PGI 以及 PGII 水平。

2.3.5. 副反应

记录所有头晕、腹泻以及恶心等副反应, 统计两组出现副反应人数。

2.4. 统计学分析

本研究所有数据经 SPSS 24.0 统计学软件综合统计分析。计数资料用频数、百分比表示。计量资料

需先行正态性检验,符合正态分布则以平均值(mean)± 标准差(standard deviation, SD)表示,行独立样本 *t* 检验;非正态分布数据表示为中位数(Median, *M*)和四分位数间距(P75~P25),行非参数 Mann-Whitney *U* 检验。以 *P* < 0.05 时有统计学意义。

3. 结果

3.1. 患者一般资料

本实验共纳入 120 例 CAG 病例。其中对照组和研究组各 60 例。对照组内 60 例入组患者,脱落 2 例,共 58 例完成试验;研究组 60 例入组患者,脱落 1 例,共 59 名完成试验。对照组中男性 33 例,女性 25 例;研究组含男性 34 例,女性 25 例;性别方面无显著差异。研究组 CAG 患者年龄中位数为 48 岁(35~57 岁),对照组 CAG 患者年龄中位数为 50 岁(34~57 岁),年龄分布无明显差异。对照组(2.7 ± 0.6 天)与研究组(2.7 ± 0.5 年)在病程长短上无差异。且两组 CAG 患者的中医辨证分型无差异。见表 1。

Table 1. Baseline data of subjects

表 1. 受试者基线资料

参数	对照组(n = 58)	研究组(n = 59)	$\chi^2/Z/t/LR$	<i>P</i> 值
性别(男, %)	33, 56.9%	34, 57.6%	0.01	0.94
年龄, 岁, <i>M</i> (P75~P25)	50 (34~57)	48 (35~57)	-0.15	0.88
病程, 年, mean ± SD	2.7 ± 0.6	2.7 ± 0.5	-0.45	0.65
中医辨证分型			0.58	0.99
脾胃虚弱证	9	10		
肝胃气滞证	10	10		
脾胃湿热证	15	15		
胃阴不足证	13	14		
肝胃郁热证	6	4		
胃络瘀血证	5	6		

3.2. 两组患者疗效比较

治疗后,对照组临床治愈 28 例,显效 11 例,有效 10 例,无效 9 例,有效率为 84.5%;研究组临床治愈 33 例,显效 16 例,有效 9 例,无效 1 例,有效率为 98.3%;两组患者在治疗疗效上有显著差异(*P* = 0.03)。见表 2。

Table 2. Comparison of efficacy between the two groups before and after treatment

表 2. 治疗前后两组患者疗效比较

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
对照组	58	28	11	10	9	84.5
研究组	59	33	16	9	1	98.3
LR			8.75			-
项七针组			0.03			-

3.3. 两组患者病理积分比较

治疗前，对照组和研究组患者在病理积分上没有显著差异($P = 0.41$)。治疗后，对照组患者和研究组患者的病理积分均有明显改善($P < 0.01$)。而且，研究组患者的病理积分明显低于对照组患者($P < 0.01$)。见表 3。

Table 3. Comparison of pathological scores between the two groups (M (P75~P25), score)
表 3. 两组患者病理积分比较(M (P75~P25)，分)

组别	治疗前	治疗后	Z	P 值
对照组	5 (3~7)	3 (2~3)*	-5.86	<0.001
研究组	4 (3~6)	1 (1~2)*	-8.54	<0.001
Z	-0.82	-6.82		
P 值	0.42	<0.001		

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.001$ 。

3.4. 两组患者中医症候积分比较

治疗前，两组 CAG 患者行组间比较，在中医症候积分无统计学差异。治疗后，组内统计分析发现，对照组和研究组的中医症候积分与治疗前比较均下降($P < 0.001$)。而且，组间比较发现，治疗后研究组的中医症候积分评分与对照组相比显著下降($P < 0.001$)。见表 4。

Table 4. Comparison of TCM syndrome scores between the two groups (M (P75~P25), score)
表 4. 两组患者中医症候积分比较(M (P75~P25)，分)

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P 值
对照组	58	6 (5~7)	5 (4~5)*	-5.32	<0.001
研究组	59	6 (5~7)	3 (2~4)*	-8.39	<0.001
Z		-0.27	-5.67		
P 值		0.78	<0.001		

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.001$ 。

3.5. 两组血清 G-17、PGI 和 PGII 水平相比结果

治疗前，两组 CAG 患者的血清 G-17、PGI 以及 PGII 水平相比无差异($P = 0.63$)。治疗后，两组患者血清 G-17、PGI 以及 PGII 水平均升高($P < 0.001$)。而且，研究组血清 G-17、PGI 以及 PGII 水平远远高于对照组($P < 0.001$)。如表 5~7 所示。

Table 5. Comparison of serum G-17 levels between the two groups (mean $\pm$ SD)
表 5. 两组血清 G-17 水平比较(mean $\pm$ SD)

组别	例数	G-17 ($\mu\text{mol/L}$)		t	P 值
		治疗前	治疗后		
对照组	58	7.50 $\pm$ 0.62	9.62 $\pm$ 0.65*	-18.02	<0.001
研究组	59	7.55 $\pm$ 0.67	12.44 $\pm$ 0.82*	-35.45	<0.001
t		-0.48	-20.64		
P 值		0.63	<0.001		

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.001$ 。

Table 6. Comparison of serum PGI levels between the two groups (mean $\pm$ SD)
表 6. 两组血清 PGI 水平比较(mean $\pm$ SD)

组别	例数	PGI ($\mu\text{g/L}$)		<i>t</i>	<i>P</i> 值
		治疗前	治疗后		
对照组	58	80.12 $\pm$ 9.52	117.03 $\pm$ 18.14*	-13.73	<0.001
研究组	59	81.50 $\pm$ 8.39	138.50 $\pm$ 13.72*	-27.24	<0.001
<i>t</i>		-0.83	-7.23		
<i>P</i> 值		0.41	<0.001		

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.001$ 。

Table 7. Comparison of serum PGII levels between the two groups (mean $\pm$ SD)
表 7. 两组血清 PGII 水平比较(mean $\pm$ SD)

组别	例数	PGII ($\mu\text{g/L}$)		<i>t</i>	<i>P</i> 值
		治疗前	治疗后		
对照组	58	9.73 $\pm$ 2.19	13.99 $\pm$ 2.31*	-10.12	<0.001
研究组	59	9.98 $\pm$ 1.77	16.03 $\pm$ 2.30*	-16.00	<0.001
<i>t</i>		-0.67	-4.79		
<i>P</i> 值		0.50	<0.001		

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.001$ 。

3.6. 不良事件分析

对照组 CAG 患者出现不良反应的例数为 7 例，研究组 CAG 患者现不良反应的例数为 1 例，存在差异($P = 0.032$) (表 8)。

Table 8. Comparison of side effects between the two groups
表 8. 两组副反应结果比较

		头晕	腹泻	恶心	其他	合计
对照组	58	2	2	2	1	7
研究组	59	0	0	1	0	1
<i>P</i> 值				0.032		

4. 讨论

CAG 的致病因素较多，其病情迁延不愈，加重后可导致胃癌。CAG 早发现和及时治疗对降低胃癌的患病率具有重要的临床意义[15]。西医药治疗 CAG，以缓解患者症状为主，比如根除幽门螺旋杆菌、保护胃粘膜、增强胃蠕动等；而中医药可以从补气健脾、祛湿和胃、疏肝理气、活血祛瘀，通络止痛等方面对本病辨证施治[16]。单方面使用中药或西医治疗 CAG，一般无法达到根治该病的目的，郑子春研究发现，石斛养胃汤联合西药治疗在该病的临床治疗中得到显著的疗效，联合治疗后，观察组中医证候积分、CRP、IL-6、TNF- α 均低于对照组，而 G-17、PGI、PGII 均高于对照组[17]。目前中、西医在 CAG 的治疗上各有独特的优势，而二者结合可以增加 CAG 的治疗手段多样，使临床方案更具选择性。本研究采用升阳益胃汤加味联合雷贝拉唑治疗 CAG 患者，研究结果发现二者联用比单独使用雷贝拉唑疗效更好，

且不良反应更低。

雷贝拉唑属于质子泵抑制剂的一种,其抑胃酸作用高出奥美拉唑十倍左右,能够充分调节胃内 pH,见效快和效果好[18]。其可治疗胃酸异常疾病,如消化性溃疡、卓-艾氏综合征、胃食管反流性疾病等[19]。含雷贝拉唑的四联疗法则对幽门螺杆菌导致的胃溃疡疗效较好[20]。另外,雷贝拉唑对 CAG 疗效显著,可以提高患者血清 G-17、胃蛋白酶原及胃动素水平,改善临床症状[21]。有研究表明,在与阿莫西林、克拉霉素、养胃颗粒的联合治疗中,雷贝拉唑对 CAG 的疗效优于奥美拉唑[22]。本研究发现雷贝拉唑单独应用对 CAG 具有疗效,能够改善 CAG 中医证候积分和病理积分,升高 G-17、PGI、PGII 水平。

升阳益胃汤记载于《脾胃论·肺之脾胃虚论》,由“补土派”代表李杲创制[23]。该方以黄芪为君,健脾益胃、升阳益气。涵盖四君子汤、小柴胡汤、芍药甘草汤等多个经典方剂,由黄芪、半夏、人参、独活、防风、羌活、橘皮、茯苓、柴胡、泽泻、白术、黄连、生姜、大枣十六味中药组成,组方严谨缜密,既可益气生津,壮元补气,又具祛风胜湿、益气固表之效,能携阳气上升,还可引湿热下行,以泻阴火,降气消积,有补有泻,升清降浊[24]。该方以升阳益胃为主,但非呆补,加入的酸寒、苦寒之药,搭配合理,可以实现虚实同治、攻补兼施、补中有散、发中有收,共奏健脾益胃、除阴火、升阳气之效[14]。现代药理研究证实此方具有调节免疫力、抗胃癌、抗炎、抗过敏等多种药理作用[25]。近年来,升阳益胃汤应用于消化道疾病,比如肠易激综合征等多种疾病的治疗,且表现出良好的治疗效果[26]。升阳益胃汤对 CAG 有一定的药理作用,具有明显的抗炎、抗肿瘤和降血糖作用[27]。本研究发现升阳益胃汤联合雷贝拉唑治疗 CAG,可以更有效的改善患者的中医证候积分和西医病理积分,对 G-17、PGI、PGII 水平的改善程度明显高于雷贝拉唑单用,而且不良反应更少。

5. 结论

本研究联合升阳益胃汤和雷贝拉唑治疗 CAG,可发挥二者协同作用,能够降低 CAG 患者的中医证候积分和西医病理积分,加快 G-17、PGI、PGII 水平的恢复,具有较好的治疗效果。与单独使用雷贝拉唑相比,联合升阳益胃汤和雷贝拉唑治疗 CAG 的临床有效率更高,不良反应率更低,表示二者联合治疗具有理想的治疗效果。

基金项目

升阳益胃汤加味联合 PPI 治疗慢性萎缩性胃炎患者临床疗效及治疗前后胃镜组织学的影响(2022-zyym22)。

参考文献

- [1] Li, Y., Xia, R., Zhang, B., et al. (2018) Chronic Atrophic Gastritis: A Review. *Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology: Official Organ of the International Society for Environmental Toxicology and Cancer*, **37**, 241-259.
- [2] 柯梦楠, 葛来安. 慢性萎缩性胃炎的发病机制及中西医治疗概况[J]. 中国民族民间医药, 2023, 32(9): 69-74.
- [3] Shah, S.C., Piazuelo, M.B., Kuipers, E.J., et al. (2021) AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Atrophic Gastritis: Expert Review. *Gastroenterology*, **161**, 1325-1332.E7. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.06.078>
- [4] Yin, Y., Liang, H., Wei, N., et al. (2022) Prevalence of Chronic Atrophic Gastritis Worldwide from 2010 to 2020: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Palliative Medicine*, **11**, 3697-3703. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1464>
- [5] Zhang, Z. and Zhang, X. (2023) Chronic Atrophic Gastritis in Different Ages in South China: A 10-Year Retrospective Analysis. *BMC Gastroenterology*, **23**, Article No. 37. <https://doi.org/10.1186/s12876-023-02662-1>
- [6] 魏玮, 杨洋. 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. 中医杂志, 2016, 57(1): 36-40.
- [7] 李军祥. 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): 11.
- [8] 刘晓雨, 刘志华, 李润泽, 等. 近 40 年中医药治疗慢性萎缩性胃炎研究文献可视化分析[J]. 亚太传统医药, 2024,

- 20(3): 157-163+257.
- [9] 师立阳, 王垂杰, 李岩. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗进展[J]. 亚太传统医药, 2022, 18(4): 223-227.
- [10] 梁国英, 曲智慧, 李庆伟. 慢性萎缩性胃炎致病因素的中西医研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(5): 378-382.
- [11] 于莹, 张功, 韩涛, 等. 临床常用中成药辅助治疗慢性萎缩性胃炎的网状 Meta 分析[J]. 中草药, 2022, 53(6): 1790-1800.
- [12] 杨菲. 升阳益胃汤治疗慢性腹泻的临床疗效分析[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2023(1): 42-45.
- [13] 周语平, 张艺琼, 刘光伟, 等. 升阳益胃汤对慢性萎缩性胃炎大鼠胃组织 TLR4 和 IL-6 的影响[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(36): 63+68.
- [14] 李晓晓, 王振. 升阳益胃汤临床应用研究进展[J]. 山东中医杂志, 2016(4): 361-362.
- [15] 穆凯代斯·阿布都热合曼, 李志钢, 郭蕾. 探讨慢性萎缩性胃炎的中西医研究进展[J]. 新疆中医药, 2022, 40(6): 116-119.
- [16] 伊斯马伊力·热合曼, 文宁, 曾斌芳. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 新疆中医药, 2023, 41(4): 126-130.
- [17] 郑子春. 石斛养胃汤联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果分析[J]. 大医生, 2023, 8(20): 104-106.
- [18] 杨风华. 慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗体会[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2023(8): 89.
- [19] Bakheit, A.H., Al-Kahtani, H.M. and Albraiki, S. (2021) Rabeprazole: A Comprehensive Profile. *Profiles of Drug Substances, Excipients, and Related Methodology*, **46**, 137-183. <https://doi.org/10.1016/bs.podrm.2020.07.003>
- [20] 王建业, 赵书章, 陈卿奇, 等. 雷贝拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的疗效分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(1): 89-91.
- [21] 金旭波, 方文杰. 雷贝拉唑对慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素-17、胃蛋白酶原及胃动素水平影响[J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36(3): 76-78.
- [22] 陈静, 王奇, 陈军贤. 雷贝拉唑与奥美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的疗效对比研究[J]. 现代实用医学, 2014, 26(11): 1380-1381.
- [23] 罗娟, 代二庆, 任会宁, 等. 升阳益胃汤的临床应用进展[J]. 国际中医中药杂志, 2016, 38(4): 377-380.
- [24] 马维庆. 升阳益胃汤临床应用举隅[J]. 时珍国医国药, 2000, 11(3): 265.
- [25] 李月, 王宝娟. 升阳益胃汤实验及临床研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(9): 205-207.
- [26] 罗娟. 升阳益胃汤治疗消化系统疾病进展及文献复习[C]. 中华中医药学会脾胃病分会全国脾胃病学术交流会, 2015.
- [27] Xiong, M., Luo, H., Zhu, W., et al. (2020) Shengyang Yiwei Decoction for the Treatment of Chronic Gastritis: A Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, **99**, e22869. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022869>