

# 胃痞消方辨证加味对慢性萎缩性胃炎患者免疫功能、胃蛋白酶水平和血 CD47 水平的影响

曹健萍, 李书清, 陈燕

(泰州市中医院, 江苏 泰州 225300)

**摘要:** 目的: 探究胃痞消方辨证加味对慢性萎缩性胃炎 (CAG) 患者免疫功能、胃蛋白酶水平和血 CD47 水平的影响。方法: 选取 2022 年 1 月-2023 年 1 月在本医院就诊的 80 例 CAG 患者, 随机等分为西药组和结合组。西药组患者给予雷贝拉唑口服治疗, 结合组加用胃痞消方辨证加味治疗, 治疗 3 个月, 观察治疗后疗效。分别于治疗前后, 采用流式细胞仪检测患者 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 水平; 采用放射免疫法检测血清胃蛋白酶原 I (PG I) 和 PG II 水平; 采用 ELISA 法检测血清 CD47 水平。记录治疗期间受试者不良反应发生情况。结果: 结合组总有效率为 95.00%, 明显高于西药组的 80.00% ( $P < 0.05$ )。治疗后, 结合组 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>、PG I、PG II 水平明显高于西药组, 血 CD47 水平明显低于西药组 ( $P < 0.05$ )。治疗期间, 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 胃痞消方辨证加味治疗 CAG 的疗效显著, 同时具有提高患者免疫力和胃蛋白酶水平的效果, 对幽门螺旋杆菌感染可能也有治疗作用。

**关键词:** 胃痞消方; 辨证加味治疗; 慢性萎缩性胃炎; 免疫功能; 胃蛋白酶; 血 CD47 水平

**中图分类号:** R 573.3<sup>+</sup>2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 11-0121-04

第一作者及通讯: 曹健萍, 本科, 副主任医师, 研究方向: 消化内科临床相关疾病, E-mail: 1403186944@qq.com.

增强药物疗效, 发挥扶正祛邪、调和阴阳、宣肺平喘的功效, 起到防病治病的作用, 本研究中, 治疗后观察组哮喘发作频次低于对照组, 提示联合使用降气定喘汤联合伏九贴穴位贴敷利于改善患儿肺功能, 减少哮喘发作频次, 考虑与患儿免疫功能的增强有关。

综上所述, 降气定喘汤联合伏九贴穴位贴敷治疗缓解期支气管哮喘患儿的疗效显著, 有助于减少哮喘发作频次, 改善免疫及外周 T 细胞亚群水平。

## 参考文献

- [1] 周耀铃, 王俊霞, 李静, 等. 清肺平喘汤联合西药治疗小儿支气管哮喘对肺功能保护及免疫功能恢复的影响 [J]. 中国医药导刊, 2018, 20 (11): 674-678.
- [2] 陆振瑜, 庄承. 健脾益气中药联合吸入性糖皮质激素治疗临床缓解期哮喘患儿的疗效观察 [J]. 广西医学, 2020, 42 (18): 2361-2363, 2368.
- [3] 张颖, 马瑶. 补肺益肾汤联合孟鲁司特对支气管哮喘缓解期患者 SOD、GSH-Px 及气道重塑的疗效研究 [J]. 四川中医, 2021, 39 (10): 94-98.
- [4] 高伟, 武维屏, 苏惠萍, 等. 固本调平汤辅助提高支气管哮喘吸入糖皮质激素降阶梯治疗成功率临床研究 [J]. 国际中医中药杂志, 2021, 43 (10): 954-959.
- [5] 于鸿, 计忠宇, 陈维, 等. 平喘固本膏联合穴位贴敷对支气管哮喘缓解期患者血清免疫因子及细胞因子的影响 [J]. 吉林中医药, 2021, 41 (12): 1612-1615.
- [6] 中华医学会儿科学会呼吸学组, 《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南 [J]. 中华儿科杂志, 2008, 46 (10): 745-753.
- [7] 中华中医药学会肺系病专业委员会, 中国民族医药学会肺病分会. 支气管哮喘中医证候诊断标准 (2016 版) [J]. 中医杂志, 2016, 57 (22): 1978-1980.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 39.
- [9] 黄蓓. 《证候类中药新药临床研究技术指导原则》发布 [J]. 中国医药管理杂志, 2018, 26 (21): 1-2.
- [10] 施乐, 陈伟斌, 王树霞, 等. 扶正固本通络法治疗儿童支气管哮喘缓解期肺气虚证的临床疗效及对患儿肺通气功能、血清炎症因子、T 淋巴细胞亚群的影响 [J]. 河北中医, 2019, 41 (5): 657-661, 666.
- [11] 夏新意, 王一婷, 张晶, 等. 《临证指南医案》“奇经病”“通因”法证治方药规律探析 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (11): 6821-6824.
- [12] 吕明辉, 贾艳平, 元国红. 清热涤痰定喘汤联合穴位贴敷治疗儿童支气管哮喘安全性及疗效分析 [J]. 陕西中医, 2019, 40 (1): 25-27.
- [13] 杨敏飞, 张玲, 王苗. 宣肺平喘汤联合穴位贴敷治疗痰饮郁肺型支气管哮喘患儿的疗效观察 [J]. 海南医学, 2019, 30 (22): 2938-2940.
- [14] 范慧海, 彭丰, 何静. 支气管哮喘患儿血清 GSH-Px 和 Nr2 水平与其严重程度关系 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2020, 23 (2): 159-163.
- [15] 冯琴, 唐川婷, 侯小燕, 等. 缓解期支气管哮喘患儿血清 NLR、IgE 及 25-(OH) D3 水平与肺功能的相关性 [J]. 贵州医科大学学报, 2021, 46 (5): 573-577.
- [16] 梁彪, 高家治, 徐朝辉, 等. 基于网络药理学的淫羊藿增强免疫功能作用机制研究 [J]. 世界中医药, 2021, 16 (23): 3467-3471, 3477.

(收稿日期 2023-06-05)

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 被认为是接近癌前状态的一种, 其病程绵长, 临床治愈难度较高, 内镜下可见胃粘膜萎缩, 部分病理检查可观察伴肠化生或非典型增生<sup>[1-2]</sup>。目前围绕 CAG 的治疗主要倚靠增加胃粘膜防御力, 改善胃动力等方面, 但就目前实际情况而言, 单纯采用西药治疗仍无法实现所有 CAG 患者完全治愈<sup>[3]</sup>。中医在慢病治疗和管理方面具有独特优势, 随着越来越多的精力投入到中医研究中, 中西医结合治疗 CAG 的模式将是大势所趋。CAG 在中医上属“胃脘痛”“腹胀”和“痞满”等范畴, 认为脾胃虚弱是 CAG 的主要病因, 饮食失调、情志不畅、外邪侵袭导致胃失和降, 脾胃不调是其主要病机, 治疗当以和胃健脾、活血理气为基本原则<sup>[4-5]</sup>。既往研究显示<sup>[6]</sup>, 胃消痞方能够促进功能性消化不良大鼠的胃肠运动, 表明该方具备治疗胃肠疾病的潜力。中医治疗讲究辨证论治, 根据不同证候随证加减, 既提高了治疗针对性, 也保证了治疗的有效性。本研究将胃消痞方辨证加味治疗法与传统 CAG 西药治疗结合, 旨在观察胃消痞方对 CAG 的治疗效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月~2023 年 1 月在本院就诊的 80 例 CAG 患者, 随机等分为西药组和结合组。西药组男 27 例, 女 13 例, 年龄 35~57 岁, 平均 (47.86±9.33) 岁; 西药组男 25 例, 女 15 例, 年龄 33~56 岁, 平均 (47.65±9.02) 岁, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。本研究通过医院伦理委员会批准 (KY-Y-2023-051-08), 患者知情同意。纳入标准: ①符合专家共识中 CAG 诊断标准<sup>[7-9]</sup>, 经胃镜证实, 有必要者行病理诊断; ②中医辨证分型为脾胃虚弱型, 症见胃脘疼痛, 中脘闷胀, 痞满, 纳呆少食, 乏力, 便溏腹泻, 舌淡红, 脉细。排除标准: ①临床资料欠缺; ②对本研究涉及药物过敏; ③合并消化系统肿瘤; ④沟通存在障碍。

1.2 治疗方法 西药组患者给予雷贝拉唑口服治疗: 给予患者雷贝拉唑肠溶片 (生产厂家: 成都迪康药业股份有限公司, 批准文号: 国药准字 H20040715, 规格: 20mg×10 片) 20 mg/次, 每日 1 次, 共治疗 3 个月。结合组患者在西药组基础上加用胃痞消方辨证加味治疗, 主要药方组成: 黄芪 20g, 白芍 25g, 猪苓 15g, 丹参 20g, 黄连 5g, 白术 15g, 枳壳 10g, 党参 15g, 乌梅 15g, 薏苡仁 30g,

茯苓 15g, 山慈菇 10g, 甘草 3g, 蛇舌草 20g, 檀香 8g。随证加减, 水煎服, 分早晚服用, 每日 1 剂, 3 个月为一个疗程。

### 1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效<sup>[9]</sup> 显效: 临床症状显著改善, 不适消失, 胃镜检查提示无明显异常; 有效: 临床症状好转, 尚存部分不适, 胃镜下可见胃粘膜充血; 无效: 临床症状未见改善, 不适感甚至有所增加, 胃镜检查无改善。总有效率=显效率+有效率。

1.3.2 免疫功能 分别于治疗前后, 于清晨取患者静脉血, 流式细胞仪 (BD FACSCanto II) 检测患者 T 淋巴细胞亚群 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 水平。

1.3.3 胃蛋白酶水平 分别于治疗前后, 采集 CAG 患者清晨空腹静脉血, 离心分离血清, 送至医院检验科。采用放射免疫法检测血清胃蛋白酶原 I (pepsinogen I, PG I) 和 PG II 水平, 试剂盒购自上海恒雅生物科技有限公司, 操作均遵循说明书。

1.3.4 血 CD47 水平 同 1.3.3 法取血, 采用 ELISA 法检测血清 CD47 水平, 试剂盒购自上海百英生物科技有限公司, 操作均遵循说明书。

1.3.5 不良反应 记录治疗期间, 患者不良反应发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 21.0 统计学软件对所有临床数据进行统计学分析, 满足正态分布且方差齐的计量资料采用 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示, 采用两样本独立 t 检验比较组间差异, 计数资料用率表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  提示有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗后, 结合组总有效率为 95.00%, 明显高于西药组的 80.00% ( $P<0.05$ )。详见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 [ $n$ (%)]

组别	$n$	显效	有效	无效	总有效率
西药组	40	9	23	8	32/40(80.00)
结合组	40	16	22	2	38/40(95.00)

2.2 两组治疗前后免疫功能比较 两组治疗前 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 水平差异不显著 ( $P>0.05$ )。治疗后, 两组 CAG 患者 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 水平均明显升高 ( $P<0.05$ ); 结合组 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 水平明显高于西药组 ( $P<0.05$ )。详见表 2。

表 2 两组治疗前后免疫功能比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	CD3 <sup>+</sup>		CD4 <sup>+</sup>		CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup>	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组 ( $n=40$ )	54.05±3.19	56.37±3.25*	36.92±4.20	41.24±4.91*	1.59±0.38	1.85±0.47*
结合组 ( $n=40$ )	54.13±3.22	60.05±4.13* <sup>△</sup>	37.11±4.17	47.87±5.18* <sup>△</sup>	1.53±0.40	2.09±0.44* <sup>△</sup>

注: 与同组治疗前比较, \* $P<0.05$ ; 与西药组比较, <sup>△</sup> $P<0.05$  (下同)

2.3 两组治疗前后胃蛋白酶水平比较 两组治疗前 PG I、PG II 水平差异不显著 ( $P>0.05$ )。治疗后西药组和结合组 CAG 患者 PG I、PG II 水平均明显增加, 结合组 PG I、PG II 水平均明显高于西药组 ( $P<0.05$ )。详见表 3。

表 3 两组治疗前后胃蛋白酶水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	PG I (ng/L)		PG II (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组 (n=40)	80.24±10.33	117.28±13.56*	15.92±1.47	19.36±2.56*
结合组 (n=40)	79.97±10.45	129.01±14.27* <sup>△</sup>	15.87±1.51	24.13±2.79* <sup>△</sup>

2.4 两组治疗前后血 CD47 水平比较 两组治疗前血 CD47 水平差异不显著 ( $P>0.05$ )。治疗后西药组和结合组 CAG 患者血 CD47 水平均明显下降, 结合组明显低于西药组 ( $P<0.05$ )。详见表 4。

表 4 西药组和结合组 CAG 患者治疗前后血 CD47 水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	CD47 (ng/ml)	
	治疗前	治疗后
西药组 (n=40)	51.45±11.38	31.96±5.82*
结合组 (n=40)	49.76±10.92	22.54±5.46* <sup>△</sup>

2.5 两组治疗期间不良反应比较 治疗期间, 西药组出现头晕头痛、恶心呕吐、嗝气和过敏等不良反应 4 例, 结合组 3 例, 两组比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

### 3 讨论

CAG 是多因素共同作用下导致的消化道疾病, 胃粘膜可见明显受损, 是从正常发展至胃癌的中间阶段, 阻断和逆转胃粘膜萎缩是防止胃炎过渡为胃癌的必要措施。由于 CAG 的病因和发病机制目前仍在探索讨论, 因此临床缺少完全治愈 CAG 的特效疗法<sup>[10-11]</sup>。中医治疗 CAG 采用辨病辨证结合的原则, 随证不同, 用药也不同, 故治疗本病效果甚佳, 值得深入研究。

本研究结果显示, 联合胃痞消方辨证加味治疗 CAG 能够明显提高疗效, 肯定了胃痞消方在 CAG 治疗中的独特优势, 说明这种方法有助于更好地缓解临床症状。并且中医治疗讲究辨证论治, 根据患者证型不同组成不同药方, 使治疗更具针对性, 整个治疗过程中根据患者病情变化随证加减, 使治疗有效性更高, 这可能是联合胃痞消方辨证加味治疗后, 疗效提高的重要原因之一。胃痞消方具有健脾益气, 养胃生津, 活血化瘀的功效, 能够协调脾胃, 使气血调和, 对脾胃不和, 胃失和降引起的胃脘痞满, 纳差, 嗝气, 嘈杂, 泛酸, 口苦口干, 消瘦乏力等症有较好的缓解作用。于莹<sup>[12]</sup>等围绕中成药辅助治疗 CAG 展开了荟萃性研究, 其结果显示, 多种中成药均具备提高 CAG 治疗效果的辅助作用, 肯定了将中医应用于现代医学的科学性。白芍具有消炎养

血的功效, 有利于改善 CAG 相关炎症; 黄芪、党参大补元气, 可提高免疫力, 促进胃黏膜修复; 薏苡仁利水祛湿; 枳壳行气消积, 抑制胃酸, 能通过促进胃肠蠕动增强胃动力; 茯苓补中益气、健脾和胃; 半夏燥湿祛痰、消痞散结, 通过降低胃内 pH 值保护胃黏膜; 甘草调和诸药, 标本兼治, 引药入胃经, 共奏调理脾胃、降逆和胃之效。脾胃协调, 气血生化有源, 病自愈<sup>[13-14]</sup>。

大量研究表明, CAG 患者存在不同程度的免疫力下降, 并且与病情严重程度有一定关联, 本研究结果显示, 在联合胃痞消方辨证加味治疗后, 患者 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 水平均明显提高, 说明免疫力明显提高。PG I 和 PG II 水平反映胃黏膜的萎缩程度, 本研究结果显示, 治疗后结合组胃蛋白酶水平明显升高, 说明结合组患者胃黏膜萎缩情况有明显的好转<sup>[15]</sup>。CD47 是一种糖蛋白, 广泛表达于细胞膜, 其高表达与幽门螺旋杆菌感染有关, 因此与胃癌患者总生存时间也有关联<sup>[16]</sup>。黄婷婷<sup>[17]</sup>等人的研究显示, 幽门螺旋杆菌感染可能是导致血清 CD47 表达增加的原因, 有望成为 CAG 诊治的标志物。本研究结果显示, 联合胃痞消方辨证加味治疗后患者血 CD47 水平明显下降, 说明患者 CAG 情况得以改善, 有可能是幽门螺旋杆菌感染得到了有效治疗。

综上所述, 胃痞消方辨证加味治疗与西药结合能够更好的治疗 CAG, 该疗法能提高患者免疫功能和胃蛋白酶水平, 促进胃粘膜恢复。本研究不足之处在于研究样本和研究时间有限, 未分析其他中医证型 CAG 的治疗效果, 随访时间有限无法观察联合治疗的远期疗效。后期应加大样本量, 多样化中医辨证分析。

### 参考文献

- [1] Botezatu A, Bodrug N. Chronic atrophic gastritis: an update on diagnosis [J]. Med Pharm Rep, 2021, 94 (1): 7-14.
- [2] Shah SC, Piazzuelo MB, Kuipers EJ, et al. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Atrophic Gastritis: Expert Review [J]. Gastroenterology, 2021, 161 (4): 1325-1332. e7.
- [3] 周本刚, 梅宇宙, 颜学良, 等. 养胃颗粒治疗慢性胃炎有效性和安全性的系统评价与 Meta 分析 [J]. 中国中药杂志, 2020, 45 (20): 5008-5016.
- [4] 张美颖, 刘鹏, 杜梅. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎患者的临床疗效及机制 [J]. 世界中医药, 2019, 14 (11): 2978-2982, 2987.
- [5] 赵泽世, 周斌. 基于" 先安未受邪之地" 学说治疗慢性萎缩性胃炎经验探析 [J]. 中华中医药杂志, 2022, 37 (9): 5197-5201.
- [6] 韩壮, 邢赛赛, 张胜华, 等. 调胃消痞方对功能性消化不良大鼠胃肠运动及炎症反应的调节作用 [J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31 (20): 2813-2817, 2823.
- [7] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2013, 18 (1): 24-26.

# 半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型慢性胃炎对患者胃功能及炎症反应水平的影响

段柳花, 李丹丹<sup>△</sup>, 徐喃喃

(中山大学附属喀什医院(喀什地区第一人民医院), 新疆 喀什 844000)

**摘要:** 目的: 观察半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型慢性胃炎对患者胃功能及炎症反应水平的影响。方法: 选取我院 2020 年 10 月~2022 年 9 月收治的 116 例脾胃湿热型慢性胃炎患者为资料, 根据奇偶数分组法分为对照组 ( $n=60$ ) 和半夏泻心汤组 ( $n=56$ )。对照组给予常规治疗, 半夏泻心汤组在其基础上给予半夏泻心汤加减治疗。评估或检测两组中医证候积分、胃粘膜损伤、胃电图及炎症因子指标的差异, 统计两组幽门螺杆菌 (Hp) 根除率。结果: 两组治疗前中医证候积分、胃电图指标比较, 未见统计学差异 ( $P>0.05$ )。与治疗前比较, 两组胃脘疼痛、胀满、口黏且苦 3 项主症评分和纳呆泛恶、大便黏滞、脘腹灼热、身重困倦 4 项次症评分治疗后均下降, 且半夏泻心汤组明显低于对照组 ( $P<0.05$ )。两组餐前和餐后节律紊乱百分比、平均幅值、平均频率治疗后均升高, 且半夏泻心汤组明显高于对照组 ( $P<0.05$ )。两组治疗前胃粘膜损伤、炎症因子指标比较, 未见统计学差异 ( $P>0.05$ )。与治疗前比较, 两组 (PG I)、PG I / (PG II)、白细胞介素-2 (IL-2)、干扰素- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) 治疗后明显升高, 且半夏泻心汤组高于对照组 ( $P<0.05$ )。两组 PG II、白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-32 (IL-32)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 治疗后下降, 且半夏泻心汤组明显低于对照组 ( $P<0.05$ )。半夏泻心汤组 Hp 根除率为 96.43% (54/56) 与对照组的 91.67% (55/60) 比较, 未见统计学差异 ( $P>0.05$ )。结论: 半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型慢性胃炎可改善患者胃功能, 减轻胃粘膜损伤, 抑制炎症因子的表达。

**关键词:** 半夏泻心汤; 脾胃湿热型; 慢性胃炎; 胃功能; 胃粘膜损伤; 炎症因子

**中图分类号:** R 573.3   **文献标志码:** A   **文章编号:** 1000-3649 (2023) 11-0124-04

慢性胃炎是临床常见的消化道良性疾病, 临床表现为上腹胀满、灼痛、嗝气、反酸等。其发病机制比较复杂, 与不良饮食习惯、幽门螺杆菌 (Hp) 感染、自身免疫力低下等多种因素有关<sup>[1]</sup>。西医临床一般采用四联疗法处理慢性胃炎, 以两种抗生素抗 Hp、质子泵抑制剂抑酸、铋剂保护胃黏膜。多数患

者经四联治疗后症状减轻, 但也有部分患者疗效欠佳, 且长期服用抗生素还可导致耐药菌株形成<sup>[2]</sup>。

中医理论将慢性胃炎归纳于“胃脘痛”“胃痞”“吞酸”等范畴, 与饮食不节、外感六淫邪气、情志不舒等有关。其病位在脾胃, 与肝郁密切相关, 肝气犯胃, 导致脾失健运, 胃不能腐熟水谷而致痞满,

<sup>△</sup>通讯作者: 李丹丹, 本科, 住院医师, 研究方向: 中医肢体经络病症的诊疗, E-mail: ldd8324@163.com; 第一作者: 段柳花, 本科, 副主任医师, 研究方向: 脾胃病的中药研究, E-mail: DLH321654@163.com。

[8] 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.

[9] 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): 121-131.

[10] Lahner E, Zagari RM, Zullo A, et al. Chronic atrophic gastritis: Natural history, diagnosis and therapeutic management. A position paper by the Italian Society of Hospital Gastroenterologists and Digestive Endoscopists [AIGO], the Italian Society of Digestive Endoscopy [SIED], the Italian Society of Gastroenterology [SIGE], and the Italian Society of Internal Medicine [SIMI] [J]. Dig Liver Dis, 2019, 51 (12): 1621-1632.

[11] 王晓楠, 张亚峰, 许翠萍. 慢性萎缩性胃炎的诊治进展 [J]. 中南医学科学杂志, 2020, 48 (3): 323-326.

[12] 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.

[13] 张旭, 邢淑丽, 王志宏. 半夏在方剂中的作用及配伍规律 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28 (14): 1584-1588.

[14] 王露, 党中勤. 消痞和胃方结合四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性萎缩性胃炎疗效及对胃功能、血清炎症因子水平影响研究 [J]. 中华中医药学刊, 2021, 39 (7): 239-243.

[15] 刘阳, 刘文, 刘婕, 等. 健胃消痞汤联合雷贝拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对血清 G-17、ET-1、胃蛋白酶原、EGF 及 NO 水平的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2018, 18 (2): 297-300, 333.

[16] Feng L, Jian R, Wang Y, et al. A close relationship between Helicobacter pylori infection and the serum level of CD47 in adults [J]. Scand J Gastroenterol, 2020, 55 (6): 640-645.

[17] 黄婷婷, 谢桂丹, 蔡潇阳. 血清 CD47 水平与幽门螺杆菌感染及慢性萎缩性胃炎进展的关系 [J]. 国际消化病杂志, 2022, 42 (4): 237-242.

(收稿日期 2023-06-05)