

温脾散穴位敷贴联合理中复元方对脾虚痰瘀型慢性萎缩性胃炎患者的临床疗效

刘 晏, 竺世静, 吴逸舟, 朱 炯, 朱凌云
(上海中医药大学附属市中医医院, 上海 200041)

摘要: 目的 观察温脾散穴位敷贴联合理中复元方对脾虚痰瘀型慢性萎缩性胃炎患者的临床疗效。方法 105例患者随机分为温脾散联合理中复元方组、理中复元方组、叶酸组, 每组35例, 疗程6个月。然后, 检测临床主症、体征、胃镜指标、理化指标变化。**结果** 温脾散联合理中复元方组中医证候评分改善程度优于理中复元方组和叶酸组, 胃黏膜改善程度显著优于叶酸组 ($P<0.05$)。治疗后, 温脾散联合理中复元方组胃窦小弯侧、胃角、胃体大弯侧病理总分及胃窦小弯侧萎缩积分显著降低 ($P<0.05$)。**结论** 温脾散穴位敷贴联合理中复元方可改善脾虚痰瘀型慢性萎缩性胃炎患者临床症状 (尤其是胃窦大弯侧、胃体小弯侧萎缩), 值得推广应用。

关键词: 温脾散; 穴位敷贴; 理中复元方; 慢性萎缩性胃炎; 脾虚痰瘀型

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2019)12-2902-06

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2019.12.015

Clinical effects of acupoint application of Wenpi Powder combined with Lizhong Fuyuan Decoction on patients with chronic atrophic gastritis due to Spleen Deficiency and Phlegm Stasis Pattern

LIU Yan, ZHU Shi-jing, WU Yi-zhou, ZHU Jiong, ZHU Ling-yun

(Shanghai Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200041, China)

ABSTRACT: AIM To observe the clinical effects of acupoint application of Wenpi Powder combined with Lizhong Fuyuan Decoction on patients with chronic atrophic gastritis due to Spleen Deficiency and Phlegm Stasis Pattern. **METHODS** One hundred and five patients were randomly assigned into Wenpi Powder combined with Lizhong Fuyuan Decoction group (35 cases) for 6-month administration, Lizhong Fuyuan Decoction group (35 cases) for 6-month administration, and folic acid group (35 cases) for 6-month administration. Subsequently, the changes in main clinical symptoms, signs, gastroscopic indices and physicochemical indices were detected. **RESULTS** The Wenpi Powder combined with Lizhong Fuyuan Decoction group demonstrated better improvement degree of TCM syndrome score than the Lizhong Fuyuan Decoction group and the folic acid group, with significantly better improvement degree of gastric mucosas than the folic acid group ($P<0.05$). After the treatment, the Wenpi Powder combined with Lizhong Fuyuan Decoction group displayed markedly decreased total pathological scores for lesser curvature of gastric antrum, gastric angle and greater curvature of stomach, and atrophy integral for lesser curvature of gastric antrum ($P<0.05$). **CONCLUSION** For the patients with chronic atrophic gastritis due to Spleen Deficiency and Phlegm Stasis Pattern, the acupoint application of Wenpi Powder combined with Lizhong Fuyuan Decoction can improve clinical symptoms (especially for atrophy in greater curvature of gastric antrum and lesser curvature of stomach), which is worthy of popularization and application.

收稿日期: 2019-07-18

基金项目: 上海市卫计委课题项目 (zyjx-2017009)

作者简介: 刘 晏(1967—), 男, 主任医师, 硕士生导师, 从事内科、脾胃病及消化内镜的临床研究工作。Tel: 18116070782, E-mail: 0625@szy.sh.cn

KEY WORDS: Wenpi Powder; acupoint application; Lizhong Fuyuan Decoction; chronic atrophic gastritis; Spleen Deficiency and Phlegm Stasis Pattern

随着生活水平提高和饮食多元化、重口味追求,人们大量摄入腌制、速冻、富含防腐剂食品,加之精神压力增大,慢性萎缩性胃炎发病率逐年上升,发病年龄逐渐下降,预后也逐渐恶化。中医认为,慢性萎缩性胃炎属于“胃脘痛”“胃痞”“嘈杂”等范畴,大多由于饮食不节、情志不遂、脾胃虚弱而致痰瘀蕴结、气血郁滞;或久病脾气虚弱,痰瘀交阻。本研究探讨温脾散穴位敷贴联合中复元方对脾虚痰瘀型慢性萎缩性胃炎患者的临床

疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017年至2019年收治于上海中医药大学附属市中医医院的105例患者,按照随机数字表法分为温脾散穴位敷贴联合中复元方组、理中复元方组、叶酸组,每组35例,研究过程中分别脱落5、4、5例。3组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 3组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab.1 Comparison of general data among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

指标	温脾散联合中复元方组(n=30)	理中复元方组(n=31)	叶酸组(n=30)
人口学基线			
年龄/岁	54.87±11.22	57.03±12.50	59.77±9.39
病程/月	23.90±17.92	31.00±32.14	26.53±29.15
[性别(男/女)]/[例(%)]	13/17(43.3/56.7)	5/26(16.1/83.9)	5/25(16.7/83.3)
胃病理基线			
胃黏膜颜色分级/[例(%)]			
正常	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
轻度	1(3.3)	4(12.9)	0(0.0)
中度	27(90.0)	24(77.4)	27(90.0)
重度	2(6.7)	3(9.7)	3(10.0)
胃窦大弯侧病理总分/分	5.63±4.51	3.74±3.28	5.97±4.85
胃窦小弯侧病理总分/分	8.13±4.59	8.26±4.20	8.60±5.42
胃角病理总分/分	7.17±5.83	7.13±5.50	8.77±4.97
胃体大弯侧病理总分/分	2.57±2.97	2.52±2.26	3.23±3.33
胃体小弯侧病理总分/分	4.10±4.49	3.84±4.33	4.00±4.33
中医证候基线			
中脘疼痛/分	1.97±1.30	2.19±1.49	2.00±1.49
胃脘胀满/分	1.13±1.55	1.23±1.33	1.07±1.36
暖气/分	1.00±1.55	0.65±1.08	0.93±1.36
嘈杂/分	0.60±0.93	0.71±1.10	0.80±1.35
恶心/分	0.43±0.57	0.71±0.69	0.60±0.62
呕吐/分	0.40±0.56	0.32±0.54	0.23±0.43
纳呆/分	0.27±0.45	0.10±0.30	0.17±0.38
消瘦/分	0.30±0.47	0.23±0.50	0.13±0.35
总评分/分	6.23±1.68	6.06±1.90	5.93±1.57

1.2 诊断标准 西医诊断标准参考《中国慢性胃炎共识意见》^[1],中医诊断标准参考《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[2]。脾虚痰瘀型主症为胃脘胀满或隐痛,胃脘喜温或喜按;次症为食少纳呆,大便溏薄,倦怠乏力,气短懒言,食后脘痞、暖气嘈杂、恶心;舌苔脉象为舌质淡胖或淡紫,苔薄白或白腻,脉细滑或细弱,具有2项以上主症,舌苔脉象相符,或符合1项主症、2项次症,舌苔脉象基本相符者即可辨为本证。

1.3 胃黏膜分级标准 (1)轻度,红白相间,以白为主,血管网透见,常呈局灶性;(2)中度,红白相间,以白为主,血管网明显见,常呈弥漫性,黏膜皱襞变平、变浅,B型萎缩范围由胃窦至胃角水平上下;(3)重度,除上述表现外,黏膜呈颗粒状或结节状,B型萎缩范围至胃体中上部。

1.4 胃镜取材 根据《中国慢性胃炎共识意见》结合新悉尼分类系统制定。每个患者取5块胃镜组织学标本,包括胃窦小弯侧(距幽门2~3cm)、

胃窦大弯侧（距幽门2~3 cm）、胃体小弯侧（距胃角近侧4 cm）、胃体大弯侧（距贲门8 cm）、胃角（中央）^[3]，对可能或肯定存在的病灶要另取，标本要足够大，并深达黏膜肌层。然后，将标本分瓶装入5个含10%甲醛的标本瓶中固定，送往病理科检查，必须提供取材部位所见的胃镜表现及患者临床病史。

1.5 病理检测 常规石蜡切片，进行HE、Giemsa染色（当同一部位多块标本或病理切片的病变程度不一时，按病变较重者纳入疗效分析）。

1.5.1 病理组织学腺体萎缩分级标准 （1）0，固有腺体总数未减少；（2）+，固有腺体总数为原有的2/3以上；（3）++，固有腺体总数为原有的1/3~2/3；（4）+++，固有腺体总数为原有的1/3以下，甚至完全消失。

1.5.2 肠上皮化生分度标准 （1）0，无肠化；（2）+，肠化区占总腺体和表面上皮总面积的1/3以下；（3）++，肠化区占总腺体和表面上皮总面积的1/3~2/3；（4）+++，肠化区占总腺体和表面上皮总面积的2/3以上。

1.5.3 不典型增生（异型增生、上皮内瘤变）分度标准 诊断上皮内瘤变时，要注明轻度、重度（或低级别、高级别）。

1.6 纳入标准 （1）入选前1周内未服用同类药物；（2）Hp检测呈阴性或转阴；（3）自愿签署知情同意书，同意疗程结束后配合复查。

1.7 排除标准 （1）临床症状疑似，未检查胃镜，未作病理明确诊断；（2）伴有胃及十二指肠溃疡；（3）上消化道出血；（4）胃黏膜病理诊断高级别上皮瘤变或疑似恶性病变；（5）具备严重原发性心、肝、肾、肺、血液系统疾病，肾功能血清肌酐水平大于正常参考值上限，肝功能中谷丙转氨酶水平大于或等于正常参考值1.5倍；（6）妊娠或哺乳期妇女；（7）皮肤过敏或不能配合穴位敷贴治疗；（8）患有精神病。

1.8 剔除标准 （1）擅自随意停药或敷贴；（2）不按时服药或敷贴；（2）合并应用其他药物。

1.9 给药

1.9.1 温脾散穴位敷贴联合中复元方组 穴位敷贴温脾散组方药材为苍术9 g、藿香9 g、广木香12 g、小茴香12 g、制香附12 g、葫芦巴9 g、干姜6 g，上述药材研磨成散剂后加陈醋调和为膏体（干湿程度以能固定在敷贴材料上不掉落为度），每块敷贴材料上其用量为3 g，然后向清醒的患者

作好解释工作，取得他们配合。患者取正坐位，75%酒精棉球在穴位附近皮肤进行常规消毒，酒精挥发后将适量调和完毕的外用药涂抹在敷贴材料上，用膏药纸[天和骨痛贴膏（桂林华润天和药业有限公司生产，国药准字Z10980134，11 cm×14 cm），剪成5.5 cm×7 cm]固定于正中后贴在中脘、双侧胃俞、双侧足三里上，每个穴位所用膏体干重3 g，直径约2 cm，厚约0.3 cm。然后，打开SW-61A系列微波治疗仪（天津市顺博医疗设备有限公司），待机器预热及自检完毕后功率调至15 W，微波辐射器对准上述穴位（距离患者约5 cm）各照射5 min。6个月为1个疗程。

理中复元方组成药材为生黄芪9 g、炒白术9 g、淮山药18 g、制半夏9 g、柴胡6 g、枳壳9 g、广郁金9 g、炙刺猬皮9 g、炒白芍12 g、白花蛇舌草30 g、丹参18 g，水煎服（400 mL冷水浸泡1 h，大火煮沸后小火煎20 min，取汁200 mL，同法再煎1次，取汁200 mL），每天早、晚饭后30 min各服用1次，每次1剂。6个月为1个疗程。

1.9.2 理中复元方组 同“1.9.1”项。

1.9.3 叶酸组 口服叶酸片剂（上海信谊黄河制药有限公司，国药准字H31020147，批号130101，5 mg×100片），每天分3次餐后服用，每次10 mg。6个月为1个疗程。

1.10 临床疗效 采用慢性胃炎内镜分型分级标准^[3]，对比治疗前后胃镜报告变化；采用《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》^[4]，对比治疗前后病理报告结果变化；采用《中药新药临床研究指导原则》^[5]，将临床主症（胃脘疼痛、胃脘胀满）、临床次症（嘈杂、嗝气、呕吐、恶心）分为“无”“轻”“中”“重”4个等级，观察治疗后第1天及第1、2、3、4、6个月的症状并予以评分，主症分别按0、2、4、6分计算，次症分别按0、1、2、3分计算，同时记录治疗前后6个时间点的舌苔和脉搏。

1.11 疗效评价

1.11.1 症状 采用《中药新药临床研究指导原则》^[5]。（1）痊愈，症状、体征消失，中医证候评分减少≥90%；（2）显效，症状、体征明显改善，中医证候评分减少≥70%；（3）有效，症状、体征均有好转，中医证候评分减少≥30%；（4）无效，症状、体征无明显改善，甚至加重，中医证候评分减少不足30%。

1.11.2 病理 采用《慢性萎缩性胃炎中医诊疗

共识意见》，根据慢性萎缩性胃炎病理组织学特点分为主要变量和次要变量，前者包括胃黏膜萎缩、肠腺化生、不典型增生，后者包括慢性炎症、活动性炎症。根据我国标准与悉尼系统的直观模拟评分法，将病理组织学各变量分为“无”“轻度”“中度”“重度”4个等级，主要变量分别按0、3、6、9分计算，次要变量分别按0、1、2、3分计算，当同一部位多块标本或病理切片的病变程度不一时，病变较重的赋分。除了关注某一活检部位病变程度外，还要兼顾病变范围以全面评估病情。

1.12 统计学分析 通过 SPSS 16.0 软件进行处理， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 或最大值、最小值、中位数、95% 置信区间表示，组间比较采用方差分析、LSD- t 检验，治疗后各时间点与基线比较采用配对 t 检验，3 个及 3 个以上时间点重复测量数据比较采用重复测量资料方差分析，不符合球形检验时以 G-G 法、H-H 法进行校正；计数资料以频数表、百分率表示，二分类计数资料组间比较、两两比较采用 Mantel-Haenszel 卡方检验，发生频数小于 5 时采用 Fisher 精确检验；等级资料组间比较采用 KW 秩和检验，两两比较采用 CMH 卡方检验，频数小于 5 时采用 Fisher 精确检验。

表 2 3 组胃黏膜颜色级别比较 [例 (%)]

Tab. 2 Comparison of color grades for gastric mucosas among the three groups [case (%)]

级别	温脾散联合合理中复元方组 (n=30)	理中复元方组 (n=31)	叶酸组 (n=30)
治疗前			
正常	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
轻度	1(3.3)	4(12.9)	0(0.0)
中度	27(90.0)	24(77.4)	27(90.0)
重度	2(6.7)	3(9.7)	3(10.0)
治疗后*			
正常	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
轻度	16(53.3)	15(48.4)	6(20.0)
中度	14(46.7)	15(48.4)	24(80.0)
重度	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)

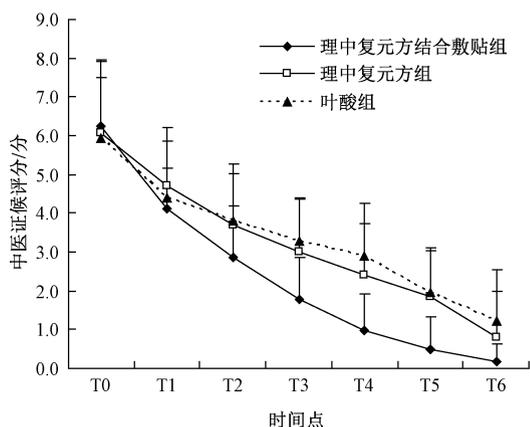
注：* 表示治疗后温脾散敷贴结合合理中复元方组与叶酸组之间有显著差异 ($P < 0.05$)

2.3 胃镜病理指标 治疗后，温脾散联合合理中复元方组胃窦小弯侧病理总分、胃角病理总分、胃体大弯侧病理总分显著降低 ($P < 0.05$)，理中复元方组胃窦小弯侧病理总分、胃角病理总分显著降低 ($P < 0.05$)，叶酸组胃体小弯侧病理总分显著升高 ($P < 0.05$)，见表 3。

2.4 胃萎缩 治疗后，温脾散联合合理中复元方组和理中复元方组胃窦小弯侧萎缩积分显著降低

2 结果

2.1 中医证候评分 各组中医证候评分改善程度依次为温脾散联合合理中复元方组 > 理中复元方组 > 叶酸组，见图 1。



注：T0~T6 分别为治疗前，治疗后第 1 天，治疗后第 1、2、3、4、6 个月

图 1 中医证候评分历时性分析

Fig. 1 Diachronical analysis of TCM syndrome scores

2.2 胃黏膜颜色 治疗前，各组胃黏膜颜色级别无显著差异 ($P > 0.05$)；治疗后，温脾散联合合理中复元方组胃黏膜改善程度显著优于叶酸组 ($P < 0.05$)，见表 2。

($P < 0.05$)，叶酸组胃体小弯侧萎缩积分显著升高 ($P < 0.05$)，见表 4。

在胃窦大弯侧萎缩改善程度方面，温脾散联合合理中复元方组和理中复元方组显著优于叶酸组 ($P < 0.05$)；在胃角萎缩改善程度方面，理中复元方组显著优于叶酸组 ($P < 0.05$)；在胃体小弯侧萎缩改善程度方面，温脾散联合合理中复元方组显著优于叶酸组 ($P < 0.05$)，见表 5。

表3 3组胃镜病理总分比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 3 Comparison of total pathological scores under gastroscopy among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

指标	温脾散联合理中复元方组(n=30)	理中复元方组(n=31)	叶酸组(n=30)
胃窦大弯侧病理总分/分			
治疗前	5.63±4.51	3.74±3.28	5.97±4.85
治疗后	4.33±4.96	3.71±4.41	4.90±5.12
胃窦小弯侧病理总分/分			
治疗前	8.13±4.59	8.26±4.20	8.60±5.42
治疗后	5.47±4.94*	5.26±4.94*	7.03±5.48
胃角病理总分/分			
治疗前	7.17±5.83	7.13±5.50	8.77±4.97
治疗后	5.03±5.18*	5.16±5.51*	8.60±6.50
胃体大弯侧病理总分/分			
治疗前	2.57±2.97	2.52±2.26	3.23±3.33
治疗后	1.10±0.31*	2.16±2.81	2.10±2.12
胃体小弯侧病理总分/分			
治疗前	4.10±4.49	3.84±4.33	4.00±4.33
治疗后	3.23±4.55	3.84±5.02	5.87±6.10*

注: *表示治疗前后胃镜病理指标有显著差异($P<0.05$)

表4 3组胃萎缩积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 4 Comparison of gastric atrophy integrals among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

指标	温脾散联合理中复元方组(n=30)	理中复元方组(n=31)	叶酸组(n=30)
胃窦大弯侧萎缩积分/分			
治疗前	1.90±2.16	0.87±1.59	2.00±2.27
治疗后	1.40±2.33	0.97±1.96	1.70±2.32
胃窦小弯侧萎缩积分/分			
治疗前	3.00±2.23	3.10±2.12	3.10±2.29
治疗后	1.90±2.29*	1.74±2.29*	2.70±2.53
胃角萎缩积分/分			
治疗前	2.40±2.54	2.42±2.73	3.10±2.29
治疗后	1.70±2.45	1.65±2.78	3.30±3.09
胃体大弯侧萎缩积分/分			
治疗前	0.50±1.38	0.39±1.02	0.60±1.45
治疗后	0.00±0.00	0.39±1.28	0.30±0.92
胃体小弯侧萎缩积分/分			
治疗前	1.20±2.17	0.97±1.96	1.00±1.98
治疗后	1.00±2.13	1.16±2.41	2.10±2.86*

注: *表示治疗前后胃萎缩积分有显著差异($P<0.05$)

表5 3组胃萎缩改善程度比较 [例(%)]

Tab. 5 Comparison of improvement degrees of gastric atrophy among the three groups [case(%)]

指标	温脾散联合理中复元方组(n=30)	理中复元方组(n=31)	叶酸组(n=30)
胃窦大弯侧萎缩 ^{▲*}			
无效	6(20.0)	8(25.8)	12(40.0)
有效	13(43.3)	22(71.0)	14(46.7)
显效	11(36.7)	1(3.2)	4(13.3)
胃窦小弯侧萎缩			
无效	9(30.0)	13(41.9)	16(53.3)
有效	7(23.3)	6(19.4)	6(20.0)
显效	14(46.7)	12(38.7)	8(26.7)
胃角萎缩 [#]			
无效	11(36.7)	6(19.4)	18(60.0)
有效	13(43.3)	15(48.4)	6(20.0)
显效	6(20.0)	10(32.3)	6(20.0)
胃体大弯侧萎缩			
无效	0(0.0)	3(9.7)	3(10.0)
有效	26(86.7)	27(87.1)	24(80.0)
显效	4(13.3)	1(3.2)	3(10.0)
胃体小弯侧萎缩 [*]			
无效	5(16.7)	7(22.6)	12(40.0)
有效	20(66.7)	22(71.0)	18(60.0)
显效	5(16.7)	2(6.5)	0(0.0)

注: 温脾散联合理中复元方组与理中复元方组比较, [▲] $P<0.05$; 温脾散联合理中复元方组与叶酸组比较, ^{*} $P<0.05$; 理中复元方组与叶酸组比较, [#] $P<0.05$

3 讨论

WHO在20世纪70年代将慢性萎缩性胃炎确定为胃癌前病变,而在胃固有腺体萎缩的基础上伴有肠腺化生或异性增生者更受到重视^[6],但西医至今尚无特效药^[7]。本研究遵循“治中焦如衡,非平不安”“脾虚必生痰湿”^[8]“初病在经,久病入络”“久病必瘀”的中医理论,传承国医大师张镜人“宏观以辨证,微观以借鉴”^[9]的学术思想,在长期临床实践中摸索出益气健脾、活血化瘀的攻补兼施治则,研制出理中复元方,可做到祛痰不伤正、化瘀不动血。方中君药黄芪健脾益气健脾培元,托毒生肌;茯苓、炒白术、山药助君药健脾之功,又兼具祛痰湿之力;柴胡、制半夏、枳壳升降结合,令中焦得平,气机得畅,中焦如衡;郁金、丹参、刺猬皮(制用)行气化瘀止痛,以上六药使补中有行;炒白芍缓急止痛,酸甘化阴;白花蛇舌草清热解毒,专治其标,防止痰瘀交阻郁久化热。

温脾散方中苍术、藿香健脾化湿,广木香、制香附行气止痛,小茴香、葫芦巴、干姜散寒止痛,温运相合,中焦得衡,配合内服方可补而不滞,助中阳健运,所选取的足三里穴为足阳明胃经的合穴及下合穴,敷贴该处可奏舒经通络、扶正祛邪、补益脾胃之功,为强壮保健要穴^[10];中脘为任脉循经所过之穴,为胃经募穴、八会穴之腑会,同时也是手太阳、少阳、足阳明、任脉交汇之处,对于胃痛、腹胀、呕吐、呃逆等症候均有非常确切的疗效^[10];胃俞有着“胃腑的湿热之气由此外输膀胱经”学说,为胃经俞穴,对胃脘痛、腹胀、呕吐等症候有治疗作用,中脘配胃俞,属于俞募相配,疗效相得益彰,四穴远近共治^[11],共奏理气通络、健脾化痰之效。本研究发现,温脾散穴位敷贴联合理中复元方可迅速将药效透腠理、循经络、至脏腑、达病所,在原有益气健脾化痰、化瘀托毒生肌的基础上三穴俞募相配,加强了通络行气、温运脾

经的功效^[12],对胃窦小弯侧、胃角、胃体大弯侧的萎缩细胞再生、活化作用较强,疗效强于单用理中复元方组或叶酸,值得临床推广应用。

与西医大量应用抗生素、叶酸、维生素、硒酵母等支持药物对症处理或胃镜下微创治疗比较,本研究可减少用药成本,同时弘扬国医大师学术思想,开拓了一条脾胃病内外共治的临床研究新思路。今后研究中将扩大样本量,以期进一步提升中医药治疗慢性萎缩性胃炎的效果。

参考文献:

- [1] 房静远,刘文忠,李兆申,等. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 现代消化及介入诊疗, 2013, 18(2): 119-128.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 345-349.
- [3] 中华医学会消化内镜学分会. 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): 77-78.
- [4] 张万岱,陈治水,危北海. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11): 2697-2700.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002: 74-78.
- [6] 张艳君. 中医治疗慢性萎缩性胃炎的研究近况[J]. 河北中医, 2007, 29(10): 957-958.
- [7] 徐清喜,金冠羽,吴耀南. 慢性萎缩性胃炎癌前期病变的中医药临床和实验研究综述[J]. 中医药通报, 2002, 1(6): 37-39.
- [8] 张亚声. 治胃之要, 衡平概之——张镜人老师临床用药经验[J]. 中国中医急症, 1996, 5(6): 267-268.
- [9] 张亚声. 重脾胃生理契机 治胃炎独具匠心——张镜人老师临床经验[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1995, 3(4): 226-228.
- [10] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2010.
- [11] 黄丽,叶国平,吴明霞. 穴位埋线治疗慢性胃炎应用近况[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(5): 90-92.
- [12] 陶语. 穴位贴敷配合艾灸治疗脾胃虚寒型胃痛[J]. 医药前沿, 2014(33): 362-363.