

DOI: 10.19296/j.cnki.1008-2409.2024-05-029

· 论 著 ·

· ORIGINAL ARTICLE ·

温针灸联合黄芪建中汤对脾胃虚寒型慢性胃炎的治疗作用

梅丽^a, 王代明^b, 周景^b

(信阳市中医院 a. 肾内科, b. 内科, 信阳 464000)

摘要 **目的** 探讨温针灸联合黄芪建中汤对脾胃虚寒型慢性胃炎(CG)患者的治疗作用。**方法** 选取2022年1月至2023年12月接收的100例脾胃虚寒型CG患者,随机分为西药组和中医联合组,每组50例。比较两组临床疗效、中医证候积分、免疫功能指标[血清免疫球蛋白(Ig)M、IgA、IgG、CD₄⁺、CD₄⁺/CD₈⁺]、炎症因子[白介素(IL)-6、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)]和胃肠功能指标[胃泌素17(G17)、胃蛋白酶原-I(PG-I)]和不良反应。**结果** 中医联合组治疗总有效率96.00%高于西药组82.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$);中医联合组各项中医证候积分低于西药组($P < 0.05$);治疗后,中医联合组IgG、IgM、IgA、CD₄⁺/CD₈⁺、血清PG-I水平高于西药组,CD₈⁺、血清G17、TNF-α、IL-6水平低于西药组($P < 0.05$);两组不良反应总发生率相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 温针灸联合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型CG可有效抑制炎症反应,调节免疫功能,促进胃肠功能恢复。

关键词: 慢性胃炎;脾胃虚寒型;温针灸;黄芪建中汤

中图分类号: R256; R573.3

文献标志码: A

文章编号: 1008-2409(2024)05-0179-07

Therapeutic effects of warm acupuncture and moxibustion combined with Huangqi Jianzhong decoction on chronic gastritis with cold deficiency of spleen and stomach

MEI Li^a, WANG Daiming^b, ZHOU Jing^b

(a. Department of Nephrology, b. Department of Internal Medicine, Xinyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xinyang 464000, China)

Abstract **Objective** To analyze the therapeutic effects of warm acupuncture and moxibustion combined with Huangqi Jianzhong decoction on chronic gastritis (CG) with cold deficiency of spleen and stomach.

Methods 100 CG patients with cold deficiency of spleen and stomach who were received from January 2022

基金项目: 河南省医学科技攻关联合共建项目(LHGJ20197221)。

第一作者: 梅丽, 本科, 主治医师, 研究方向为内科疾病诊治, reu637hjsd@163.com。

to December 2023 were selected and randomly divided into the Western medicine group and traditional Chinese medicine combined group, with 50 patients in each group. The clinical efficacy, TCM syndrome score, immune function indexes including serum immunoglobulin (Ig) M, IgA, IgG, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, inflammatory factors including interleukin (IL)-6 and tumor necrosis factor- α (TNF- α), gastrointestinal function indexes including gastrin 17 (G17) and pepsinogen-I (PG-I) and adverse reactions were compared between two groups. **Results** The total effective rate of traditional Chinese medicine combined treatment group was 96.00% higher than 82.00% of western medicine group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The scores of various TCM syndromes in the TCM combined group were lower than those in the Western medicine group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of IgG, IgM, IgA, CD4⁺/CD8⁺, and serum PG-I in the traditional Chinese medicine combined group were higher than those in the Western medicine group, while the levels of CD8⁺, serum G17, TNF- α , and IL-6 were lower than those in the Western medicine group ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the total incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Warm acupuncture and moxibustion combined with Huangqi Jianzhong decoction is effective on CG with cold deficiency of spleen and stomach, which can effectively inhibit inflammatory response, regulate immune function and promote the recovery of gastrointestinal function.

Keywords: chronic gastritis; cold deficiency of spleen and stomach; warm acupuncture and moxibustion; Huangqi Jianzhong decoction

慢性胃炎 (chronic gastritis, CG) 是消化科常见病, 发病机制复杂, 一般认为是各种因素刺激而导致胃黏膜发生慢性炎症反应和胃组织萎缩性病变, 它的发病率居胃病首位^[1-2]。临床以胃脘胀痛、食欲不振等为主要特征, 且多伴有幽门螺杆菌 (helicobacter pylori, HP) 感染, 若不及时给予有效治疗, 随病情进展, 严重者可发展为胃癌^[3-4]。目前, 胃黏膜保护剂、抑酸药、HP 根除药物为常用治疗药物, 但长期使用西药治疗易出现腹泻、恶心等不良反应, 且易发生耐药性, 影响长期疗效和预后^[5-6]。CG 证型复杂, 可分为寒邪犯胃、胃热炽盛、食滞胃肠、脾胃虚寒等, 其中脾胃虚寒最为常见^[7]。基于上述辨证分型特点, 有研究^[8]认为脾胃虚寒型 CG 的发病原因与虚、瘀、痰等病理相关, 故应以健脾和胃、温中散寒、通络化痰为治疗原则。黄芪建中汤由多种中药材组成, 具有温中散寒、理气和胃、缓急止痛等功效^[9]。另外, 温针灸是对疾病相关的各种穴位进行针刺、艾灸, 搭配中药治疗, 可提升药物疗效, 起到事半功倍的效果^[10]。基于此, 本研究探讨温针灸联合黄芪建中汤对脾胃虚寒型 CG 患者的治疗作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取信阳市中医院 2022 年 1 月至 2023 年 12 月收治的 100 例脾胃虚寒型 CG 患者, 随机分为西药组和中医联合组, 每组 50 例。西药组男 32 例, 女 18 例; 年龄 (50.1 \pm 8.2) 岁; 病程 (1.2 \pm 0.2) 个月。中医联合组男 31 例, 女 19 例; 年龄 (49.9 \pm 7.9) 岁; 病程 (1.2 \pm 0.2) 个月。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究获信阳市中医院医学伦理委员会审核批准, 患者知情, 签署知情同意书。

诊断标准: ①西医诊断符合 CG 诊断标准^[11], 且经胃镜检查确诊。②中医诊断均符合中医脾胃虚寒证的辨证标准^[12]。主症: 胃脘胀痛, 大便黏滞, 乏力不支; 次症: 口苦口臭, 胃口不佳, 恶心呕吐, 脉滑数, 舌红苔黄。

纳入标准: ①符合上述西医、中医诊断标准; ②伴 HP 感染; ③年龄 \leq 75 岁。

排除标准: ①近 1 个月内使用过抗炎药物; ②有胃部手术史; ③合并重要脏器功能异常; ④处于备孕、妊娠或哺乳期; ⑤对本研究中的药物过敏。

1.2 方法

西药组:给予奥美拉唑、枸橼酸铋钾、克拉霉素、阿莫西林四联疗法。奥美拉唑(山东罗欣药业集团股份有限公司,国药准字:H20084507),2次/日,每次10 mg;枸橼酸铋钾片(华北制药股份有限公司,国药准字:H13022413),2次/日,每次0.6 g,均早、晚餐前服用;克拉霉素(大同大源药业有限责任公司,国药准字:H20000203),2次/日,每次500 mg;阿莫西林(澳美制药厂,国药准字:HC20130015),2次/日,每次1 g,均早、晚餐后服用。中医联合组:在西药组基础上给予温针灸和黄芪建中汤治疗。黄芪建中汤方剂:20 g 黄芪,20 g 桂枝,25 g 饴糖,10 g 生姜,10 g 白芍,6 枚大枣,9 g 甘草。取上述中药加适量清水,小火煎至400 mL,均分为2份,早、晚各服1份,1剂/日。温针灸主穴位:天枢、关元、足三里、气海、神阙、中脘,并根据患者的临床症状增加配穴:内关、胃俞、脾俞,依次对上述主穴和配穴进行温针灸,采用一次性毫针直刺穴位,捻转补法、提插补法刺激穴位,患者感知穴位处麻胀为适度,得气后,针柄处放置约2 cm的艾段,灸3壮,1次/日,每次约30 min。两组均持续治疗2周。

1.3 观察指标

①临床疗效。治疗2周后,参照文献^[13]评估疗效:治疗后,中医证候积分降低 $\geq 95\%$,症状完全消失为痊愈; $70\% \leq$ 积分降低 $< 95\%$,症状显著改善为显效; $30\% \leq$ 积分降低 $< 70\%$,症状明显好转为有效;积分降低 $< 30\%$,且症状未改善,甚至加重视为无效。

总有效=痊愈+显效+有效。②中医证候积分。根据脾胃虚寒证^[12]中的主症(胃脘胀痛、乏力不支、大便黏滞)、次症(口苦口臭、胃口不佳、恶心呕吐)发生情况,评估中医证候评分,分数越高表示症状越严重。③免疫功能。抽取6 mL空腹静脉血,分2份,1份静置后离心10 min(3 000 r/min),取上层血清冷藏备用。采用放射免疫扩散法检测血清免疫球蛋白(immunoglobulin, Ig) M、IgA、IgG;另1份采用流式细胞仪(FACS Calibur, Becton Dickison)、单克隆抗体三色测定法检测 CD_4^+ 、 CD_8^+ ,并计算 CD_4^+/CD_8^+ 。④炎症因子和胃肠功能指标。采用酶联免疫吸附试验法检测血清胃蛋白酶原-I(pepsinogen-I, PG-I)、胃泌素17(gastrin 17, G17)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、白介素-6(interleukin-6, IL-6)水平。⑤不良反应:治疗期间皮疹、腹泻、便秘、恶心呕吐等。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计软件分析数据。计数资料以样本量 n 、样本量占比(%)表示,进行 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗2周后,中医联合组治疗总有效率96.00%高于西药组82.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$),结果如表1所示。

表1 两组临床疗效比较

组别	n /例	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
中医联合组	50	15	22	11	2	96.00
西药组	50	9	15	17	9	82.00
χ^2						5.005
P						< 0.05

2.2 中医证候积分

治疗后,两组中医证候积分(胃脘胀痛、乏力不支、大便黏滞、口苦口臭、恶心呕吐、胃口不佳)均下

降,且中医联合组各项积分低于西药组($P < 0.05$),结果如表2所示。

表 2 两组中医症候积分比较

组别	n/例	胃脘胀痛/分		乏力不支/分		大便黏滞/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医联合组	50	2.89±0.34	1.02±0.31*	2.43±0.35	0.65±0.35*	1.98±0.32	0.59±0.30*
西药组	50	2.78±0.35	1.18±0.30*	2.39±0.34	0.97±0.33*	2.01±0.33	0.86±0.31*
<i>t</i>		1.594	2.623	0.58	4.704	0.461	-4.426
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	n/例	口苦口臭/分		恶心呕吐/分		胃口不佳/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医联合组	50	1.71±0.30	0.74±0.34*	1.95±0.32	0.86±0.34*	2.05±0.30	1.03±0.34*
西药组	50	1.82±0.31	1.05±0.30*	1.87±0.31	1.02±0.30*	1.98±0.32	1.45±0.32*
<i>t</i>		1.803	4.834	1.27	2.495	1.128	6.361
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,**P*<0.05。

2.3 免疫功能指标

治疗后,两组 IgG、IgM、IgA、CD₄⁺/CD₈⁺均升高,CD₈⁺均降低,且中医联合组 IgG、IgM、IgA、CD₄⁺/CD₈⁺

高于西药组,CD₈⁺低于西药组(*P*<0.05),结果如表 3 所示。

表 3 两组免疫功能指标比较

组别	n/例	IgG/(g/L)		IgM/(g/L)		IgA/(g/L)		CD ₈ ⁺ /%		CD ₄ ⁺ /CD ₈ ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医联合组	50	8.72±0.71	14.63±0.84*	1.18±0.43	1.95±0.41*	0.89±0.35	1.92±0.45*	31.93±2.58	21.42±2.47*	0.94±0.15	1.69±0.12*
西药组	50	8.65±0.72	11.28±0.70*	1.20±0.45	1.27±0.42*	0.91±0.31	1.37±0.43*	32.78±2.65	27.84±2.41*	0.95±0.15	1.16±0.18*
<i>t</i>		0.489	21.664	0.227	8.192	0.302	6.248	1.625	13.155	0.333	17.324
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,**P*<0.05。

2.4 炎症因子和胃肠功能指标

治疗后,两组血清 PG-I 水平均升高,血清 G17、TNF-α 和 IL-6 水平均降低,且中医联合组血清 PG-I 水

平高于西药组,血清 G17、TNF-α、IL-6 水平低于西药组(*P*<0.05),结果如表 4 所示。

表4 两组炎症因子与胃肠功能指标比较

组别	n	PG-I / (μg/L)		G17 / (ng/L)		TNF-α / (μg/L)		IL-6 / (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医联合组	50	44.12±7.20	58.23±7.24*	332.64±45.70	121.36±15.01*	2.73±0.54	1.65±0.44*	61.75±5.78	31.53±4.25*
西药组	50	44.32±6.51	53.12±9.51*	334.76±42.64	452.17±26.43*	2.70±0.52	1.94±0.46*	62.08±5.62	45.82±4.80*
t		0.146	3.023	0.240	76.960	0.283	3.221	0.289	15.761
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.5 不良反应

治疗期间,中医联合组不良反应总发生率4.00%

与西药组 12.00%相比,差异无统计学意义($P>0.05$),如表5所示。

表5 两组不良反应比较

组别	n/例	皮疹/例	便秘/例	腹泻/例	恶心呕吐/例	总发生率/%
中医联合组	50	1	1	0	0	4.00
西药组	50	2	1	1	2	12.00

3 讨论

CG 病因与炎症反应、HP 感染、免疫失衡等有关^[14-15]。该病病程较长,且易反复发作,若未接受有效治疗,可导致病情迁延不愈,对生活质量造成不良影响。CG 患者肠胃功能较弱,而西药治疗的不良反应较大,单独使用西药治疗易产生耐药性,长期效果不甚理想^[16-17]。近年来,中医在临床治疗中受到医者和患者的广泛青睐。

中医学理论认为,CG 属于虚实夹杂之证,病机为脾胃虚寒、浊毒、痰湿瘀阻等^[18]。脾胃虚弱,受外邪侵袭,导致胃气郁滞、气机升降失衡,胃气不降则滋生湿热,脾气下降则产生寒邪,胃气瘀滞、脾运迟缓日久则致湿浊而生,导致发病,脾胃虚寒为常见证型^[19]。因此,脾胃虚寒型 CG 应以健脾和胃、温中散寒、通络化瘀为基本治疗之法。本研究结果显示,治疗后,中医联合组治疗总有效率高于西药组,中医证候积分低于西药组,IgG、IgM、IgA、CD₄⁺/CD₈⁺高于西药组,CD₈⁺低于西药组,提示在常规四联疗法基础上,温针灸联合黄芪建中汤可增强脾胃虚寒型 CG 的治疗效果,减轻临床症状,提升免疫功能。分析原因在于:常规四联疗法可有效抑制 HP 增殖,杀灭病菌,其中枸橼酸铋钾片可通过胃的酸性环境保护胃黏膜,促进溃疡愈合,可

在一定程度上减轻临床症状。而中药黄芪建中汤的主要成分有黄芪、桂枝、生姜、饴糖、大枣、白芍、甘草等,其中黄芪具有补气、升阳、行滞、通痹、生津、养血作用;桂枝具有补中、益气、温通经脉、温阳和驱寒作用;饴糖具有缓急、镇痛、益气、健脾作用;白芍具有止痛、缓急、补血、滋阴作用,生姜具有驱寒、止呕、温中作用;大枣具有益气、养血作用,而甘草具有调和上述中药,共奏祛寒、温中、健脾、和胃、化痰、通络功效^[20]。因此,黄芪建中汤可有效减轻其临床症状,提高治疗效果。黄芪中的黄酮类、皂苷类和多糖等具有较好的抗氧化和免疫调节作用,黄芪建中汤可提高 CG 大鼠的免疫能力^[21]。但黄芪建中汤提高机体免疫力的作用机制尚需进一步探讨。中药起效较慢,且对煎药火候要求较高,较难达到最佳疗效。而温针灸通过对 CG 患者相关穴位进行针灸,如针灸胃俞穴具有和胃、降逆作用,针灸脾腧穴具有健脾作用,针灸足三里具有健脾、祛湿作用,针灸神阙具有和胃、理肠作用,针灸中脘具有健脾、和胃作用,加上艾灸的热气熏蒸,可加快患者血液循环,起到温经、通脉、行气、活血功效,与中药黄芪建中汤联用,可提高药效,达到标本兼治的作用^[22]。因此,中西医结合治疗 CG,可发挥协同作用,保护胃黏膜,杀灭 HP。同时,中医治疗具有多靶

点作用,可一定程度上改善西药引起的不良反应,促进病情转归,提升机体的免疫力。

HP 感染刺激炎症因子大量分泌,对胃黏膜造成损伤,导致胃肠功能下降,表现为 G17 水平上升,PG-I 水平下降^[23-25]。本研究结果显示,治疗后,中医联合组血清 PG-I 水平高于西药组,血清 G17、TNF- α 、IL-6 水平低于西药组,但两组不良反应发生率无统计学差异,提示在常规四联疗法基础上,采用温针灸联合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型 CG,可改善机体状态,调节胃肠功能。分析其原因为,中药黄芪建中汤中黄芪的黄芪总黄酮、桂枝的桂枝醛、白芍的白芍总苷均具有较好的抗病毒与抗炎作用,再结合四联疗法可增强抑菌、抗炎、修复胃肠黏膜作用,通过减轻炎症反应,快速修复胃肠黏膜,改善胃肠蠕动功能。同时,中药汤剂对西药引起的恶心、呕吐、腹泻均有一定改善作用,温针灸也具有较好的辅助治疗作用。

4 结论

温针灸联合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型 CG 可有效抑制炎症反应,调节免疫功能、促进胃肠功能恢复,提高治疗效果,为脾胃虚寒型 CG 的治疗提供了有价值的参考。

参考文献

- [1] 王婷婷,叶新彬,金向红,等.胃苏颗粒治疗 HP 感染慢性胃炎的疗效及对炎症因子、COX-2、E-cadherin 的影响[J].中华中医药学刊,2022,40(2):119-122.
- [2] YANG L J, LIU X Y, ZHU J J, et al. Progress in traditional Chinese medicine against chronic gastritis: From chronic non-atrophic gastritis to gastric precancerous lesions [J]. Heliyon,2023,9(6):e16764.
- [3] 刘洁,杨华,穆清华,等.慢性胃炎患者幽门螺杆菌认知度及影响因素调查分析[J].现代消化及介入诊疗,2022,27(7):812-816,821.
- [4] ZHOU X M, ZHU Y M, LIU J Y, et al. Effects of *Helicobacter pylori* infection on the development of chronic gastritis[J]. Turk J Gastroenterol,2023,34(7):700-713.
- [5] 杨芳,许琰杰,臧海洋,等.除幽愈疡免煎颗粒联合含铋剂四联疗法治疗幽门螺杆菌感染相关脾虚湿热型慢性胃炎临床观察[J].中国药业,2023,32(14):104-108.

- [6] CAO X Y, YANG Y Y, ZHANG Y Z, et al. Impact of *Helicobacter pylori* on the gastric microbiome in patients with chronic gastritis: a systematic review and meta-analysis protocol[J]. BMJ Open,2023,13(3):e050476.
- [7] 王小文,康立英,张秀芬,等.艾盒灸联合中药加温外敷对脾胃虚寒型慢性胃炎患者的干预效果研究[J].河北中医药学报,2023,38(2):34-38.
- [8] 吴陈,施翠芬,万磊,等.祛寒暖胃贴治疗慢性胃炎(脾胃虚寒型)的临床疗效观察[J].江西中医药大学学报,2023,35(5):35-38.
- [9] 黄洁春,熊苗.黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎临床疗效观察[J].中药材,2022,45(4):986-988.
- [10] 郝眸嘉.温胃止痛汤配合温针灸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床研究[J].中国保健营养,2020,30(23):113.
- [11] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].中华消化杂志,2017,37(11):721-738.
- [12] 中华中医药学会脾胃病分会,张声生,唐旭东.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.
- [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,2002:62.
- [14] 冯媛媛,刘宣,周利红,等.幽门螺杆菌感染对慢性胃炎胃黏膜病理变化及舌苔分布情况的影响[J].中华中医药杂志,2021,36(6):3192-3195.
- [15] ZHOU X M, ZHU Y M, LIU J Y, et al. Effects of *Helicobacter pylori* infection on the development of chronic gastritis[J]. Turk J Gastroenterol,2023,34(7):700-713.
- [16] 邓雅凤,郭亚男,张成明,等.中药联合四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的 Meta 分析[J].现代消化及介入诊疗,2022,27(7):863-869.
- [17] SUN Y C, ZHU M J, YUE L, et al. Multiple bismuth quadruple therapy containing tetracyclines combined with other antibiotics and *Helicobacter pylori* eradication therapy[J]. J Clin Med,2022,11(23):7040.
- [18] 麦联任,周海新,蔡媛媛.黄芪建中汤联合四联疗法治疗脾胃虚寒证慢性胃炎患者的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2022,17(2):299-302.
- [19] 班彦然,张楠楠,李昱芃,等.刘华一教授从“痰瘀毒”理论论治慢性萎缩性胃炎的经验撷菁[J].中国医药导报,2022,19(12):142-146.
- [20] 赵丽丽,宫临征,蔡焦生.加味黄芪建中汤联合香砂养胃丸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效观察[J].深圳中西

- 医结合杂志,2023,33(14):39-41.
- [21] 刘旺根,蒋时红,冯黎,等.黄芪建中汤对脾虚型慢性萎缩性胃炎大鼠免疫功能的影响[J].浙江中医杂志,2007,42(7):387-389.
- [22] 朱江.香砂六君子汤联合温针灸法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临床观察[J].医学食疗与健康,2022,20(10):75-78.
- [23] 肖麟,徐寅,周阳祥,等.中药四君子汤加减联合质子泵抑制剂治疗慢性胃炎的疗效及对血清 PGI、PGII 和 GAS 的影响[J].辽宁中医杂志,2022,49(7):90-93.
- [24] 郑惠之,赵荣,杨梅,等.龙胆泻肝汤联合三联疗法对 Hp 感染慢性胃炎患者血清 PG 及 IL-8 表达的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(2):81-84,89.
- [25] LI X L, FENG M X, YUAN G. Clinical efficacy of *Weisu* granule combined with *Weifuchun* tablet in the treatment of chronic atrophic gastritis and its effect on serum G-17, PG I and PG II levels[J]. *Am J Transl Res*,2022,14(1):275-284.

[收稿日期:2024-06-04]

[责任编辑:涂剑,向秋 英文编辑:李佳睿]