摩罗丹联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎临床研究

李华丽

临海市中医院，浙江 临海 317000

［摘要］**目的：**观察摩罗丹联合四联疗法治疗胃络瘀阻型幽门螺杆菌（Hp）阳性慢性萎缩性胃炎（CAG）的临床疗效。**方法：**选取160例胃络瘀阻型Hp阳性CAG患者为研究对象，按随机数字表法分为研究组及对照组各80例。对照组予以四联疗法治疗，研究组在此基础上予以摩罗丹口服治疗。观察2组临床疗效，比较2组治疗后Hp转阴率及不良反应发生率，比较2组治疗前后血清炎症因子［肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、白细胞介素-1β（IL-1β）、白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-8（IL-8）］、胃肠激素［胃泌素（GAS）、胃动素（MTL）、生长抑素（SS）］、胃蛋白酶原［胃蛋白酶原Ⅰ（PGⅠ）、胃蛋白酶原Ⅱ（PGⅡ）］含量的变化。**结果：**治疗后，研究组临床疗效总有效率为96.25%，对照组为78.75%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，研究组Hp转阴率为93.75%，对照组Hp转阴率为81.25%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组血清TNF-α、IL-1β、IL-6、IL-8水平均较治疗前下降（$P<0.05$），研究组上述4项水平均低于对照组（$P<0.06$）。治疗后，2组血清GAS、SS水平均较治疗前下降（$P<0.05$），MTL水平均较治疗前上升（$P<0.05$）；研究组血清GAS、SS水平均低于对照组（$P<0.05$），MTL水平高于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组血清PGⅠ含量均较治疗前上升（$P<0.05$），PGⅡ含量与治疗前比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；研究组血清PGⅠ含量高于对照组（$P<0.05$），PGⅡ含量与对照组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗期间，研究组不良反应发生率为11.25%，对照组不良反应发生率为8.75%，2组药物不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**摩罗丹联合四联疗法可有效提高胃络瘀阻型Hp阳性CAG临床疗效水平，增强Hp清除效果，缓解炎症反应，改善胃肠激素和胃蛋白酶原分泌水平，且不增加药物安全性风险。

［关键词］慢性萎缩性胃炎；幽门螺杆菌；胃络瘀阻证；摩罗丹；四联疗法

［中图分类号］R573.32 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2024）03-0033-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.03.007

Clinical Study on Moluo Pellets Combined with Quadruple Therapy for Helicobacter Pylori-Positive Chronic Atrophic Gastritis

LI Huali

Linhai Hospital of Traditional Chinese Medicine，Linhai Zhejiang 317000，China

Abstract：Objective： To observe the clinical effect of Moluo Pellets combined with quadruple therapy for Helicobacter pylori (Hp)-positive chronic atrophic gastritis (CAG) of stomach collateral stasis obstruction type. **Methods：** A total of 160 cases of patients with Hp- positive CAG of stomach collateral stasis obstruction type were selected as the study objects，and were divided into the study group and the control group according to the random number table method，with 80 cases in each group. The control group was treated with quadruple therapy， and the study group was additionally given the oral administration of Moluo Pellets based on the treatment of the control group. The clinical effects of CAG in the two

［收稿日期］2023-03-13
［修回日期］2023-11-24
［作者简介］李华丽（1985-），女，主治医师，E-mail：494019397@qq.com。

groups were observed; the Hp negative conversion rates and the incidence of adverse reactions after treatment were compared between the two groups; the changes in contents of serum inflammatory factors [tumor necrosis factor-α (TNF-α), interleukin-1β (IL-1β), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8)], gastrointestinal hormones [gastrin (GAS), motilin (MTL), somatostatin (SS)], and pepsinogen [pepsinogen Ⅰ (PGⅠ) and pepsinogen Ⅱ (PGⅡ)] were compared before and after treatment between the two groups. **Results**: After treatment, the total effective rate was 96.25% in the study group and 78.75% in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). After treatment, the Hp negative conversion rate was 93.75% in the study group and 81.25% in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). After treatment, the levels of TNF-α, IL-1β, IL-6 and IL-8 in serum in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), the the above four levels in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of GAS and SS in serum in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and MTL levels were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$); the levels of GAS and SS in serum in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$), and MTL level was higher than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the contents of serum PGⅠ in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and PGⅡ contents were not significantly different from those before treatment ($P>0.05$); the content of serum PGⅠ in the study group was higher than that in the control group ($P<0.05$), PGⅡ content was not significantly different from that in the control group ($P>0.05$). During treatment, the incidence of adverse reactions was 11.25% in the study group and 8.75% in the control group, there being no significant difference between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Moluo Pellets combined with quadruple therapy for Hp-positive CAG of stomach collateral stasis obstruction type can effectively improve the clinical effect, enhance the clearance effect of Hp, relieve inflammation, and improve the secretion of gastrointestinal hormones and pepsinogen, without increasing the risk of medication.

Keywords: Chronic atrophic gastritis; Helicobacter pylori; Stomach collateral stasis obstruction syndrome; Moluo Pellets; Quadruple therapy

慢性萎缩性胃炎(CAG)是临床常见的消化系统疾病，以胃黏膜固有腺体萎缩及较少为主要临床特征，多数患者伴有不同程度胃部疼痛、胃胀、嗳气、食欲不振、反酸等消化不良症状，若CAG病情长期得不到有效控制，易诱发胃出血及胃溃疡，甚至进展为胃部恶性肿瘤，对患者生活质量和生命健康均造成不利影响[1]。病理学研究显示，幽门螺杆菌(Hp)感染对胃黏膜的持续性损伤是诱发CAG的主要病因，且是导致恶性病变风险增加的重要危险因素[2]。目前临床针对Hp阳性CAG患者多采用口服质子泵抑制剂+祕剂+两种抗菌药物的四联疗法，以改善消化不良症状并最大程度清除Hp，然而部分患者疗效欠佳，起效慢，易产生耐药性，病情久治不愈，不利于预后水平的改善。该病归属于中医胃痛、痞满范畴，针对胃络瘀阻证患者应以理气和胃、健脾消胀、通络定痛、活血化瘀为主要施治原则[3-4]。摩罗丹作为中医治疗CAG的常用中成药物，兼具理气和胃、健脾消胀、通络定痛、活血化瘀之功效，与胃络瘀阻尤为对证。本研究采用前瞻性研究方式以160例胃络瘀阻型Hp阳性CAG患者为研究对象，观察摩罗丹联合四联疗法用于治疗此类患者的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国慢性胃炎共识意见(2017年，上海)》[5]中CAG诊断标准。伴有腹痛、腹胀、餐后饱胀、早饱感、消化不良及胆汁反流等临床症状，胃镜检查可见胃黏膜糜烂、出血及固有腺体萎缩。

1.2 辨证标准 符合《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2017)》[6]中胃络瘀阻证辨证标准。胃脘痞满，痛有定处，胃痛日久不愈，痛如针刺，舌质暗红或有瘀点、瘀斑，脉弦涩。

1.3 纳入标准 符合上述CAG诊断标准及胃络瘀阻证辨证标准；年龄18～65岁；C14呼气试验结果呈Hp阳性；病程≥1年；自愿参与研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 消化系统手术史；胃黏膜不典型增生及恶性病变；其他未经控制或疗效不佳的基础性疾病；肝肾功能不全；对本研究药物成分过敏；近3个月内接受过其他方案治疗；妊娠期或哺乳期；严重认知及精神障碍。

1.5 剔除标准 未按本研究治疗方案完成全部疗程；中途增加或更换其他治疗方案；研究周期内失访。

1.6 一般资料 选取2019年10月—2022年10月临海市中医院收治的160例胃络瘀阻型Hp阳性CAG患者，按随机数字表法分为研究组及对照组各80例。研究组男42例，女38例；年龄29～63岁，平均(49.26±5.81)岁；病程1～10年，平均(6.13±1.39)年；体质量指数19.26～24.84，平均22.49±1.73；胃黏膜胃镜分度轻度29例，中度37例，重度14例。对照组男41例，女39例；年龄27～64岁，平均(48.76±5.96)岁；病程1～9年，平均(5.92±1.34)年；体质量指数19.41～24.69，平均22.41±1.68；胃黏膜胃镜分度轻度27例，中度40例，重度13例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 四联疗法治疗。包括奥美拉唑肠溶片(北京亚宝生物药业有限公司，国药准字H20123096，规格：20 mg)口服，每次20 mg，每天2次；枸橼酸铋钾片(丽珠集团丽珠制药厂，国药准字H10900084，规格：0.3 g)口服，每次0.3 g，每天4次；阿莫西林胶囊(哈药集团制药总厂，国药准字H20044605，规格：0.5 g)口服，每次1 g，每天2次；克拉霉素缓释片(江苏恒瑞医药股份有限公司，国药准字H20031041，规格：0.5 g)口服，每次0.5 g，每天2次，持续治疗2周。

2.2 研究组 在与对照组相同的四联疗法基础上加用摩罗丹(邯郸制药股份有限公司，国药准字Z13021324，规格：9 g)口服治疗，每次18 g，每天3次，持续治疗2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②Hp转阴情况。于治疗前、持续治疗2周后，由医师采取C14呼气试验对患者Hp感染情况进行检测。③血清炎症因子及胃肠激素水平。于治疗前、持续治疗2周后，由医师于患者清晨空腹状态抽取静脉血5mL，使用美国贝克曼库尔特公司Beckman Ananti J-15R高速离心机，以3 200 r/min速度离心15 min(半径12.5 cm)，分离获得上层血清待检，使用美国伯乐BIO-RAD iMark全自动酶标仪，分别对2组血清炎症因子[肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、白细胞介素-1β(IL-1β)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)]、胃肠激素[胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)、生长抑素(SS)]和胃蛋白酶原[胃蛋白酶原Ⅰ(PGⅠ)、胃蛋白酶原Ⅱ(PGⅡ)]含量进行检测，检测试剂盒均购自上海科华生物工程股份有限公司。④药物不良反应。由医师记录2组治疗期间药物不良反应。

3.2 统计学方法 应用IBM SPSS24.0软件进行本研究数据的统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，方差齐性时，组间和组内数据两两比较使用LSD检验法进行分析；方差非齐性时，组间和组内数据两两比较使用Tamhane´s T2检验法进行分析；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 分别于治疗前和持续治疗2周后由医师对患者从胃脘痞满、痛有定处、胃痛日久不愈、痛如针刺、舌质暗红或有瘀斑、脉弦涩6项中医症状进行评分，参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》[6]拟定评分项目，并参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[7]拟定评分标准，各项症状从轻到重赋予分值为0～3分，总分值为0～18分，分值越高代表中医症状越严重，并通过治疗

前后症状总分值变化情况评判CAG临床疗效水平。痊愈：治疗后分值减少率≥95%；显效：75%≤治疗后分值减少率＜95%；有效：30%≤治疗后分值减少率＜75%；无效：治疗后分值减少率＜30%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗后，研究组临床疗效总有效率为96.25%，对照组为78.75%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表1　2组临床疗效比较　例（%）

组　别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
研究组	80	46（57.50）	24（30.00）	7（8.75）	3（3.75）	77（96.25）
对照组	80	31（38.75）	22（27.50）	10（12.50）	17（21.25）	63（78.75）
χ^2值						11.200
P值						0.001

4.3　2组Hp转阴情况比较　治疗后，研究组有75例Hp转阴，对照组有65例Hp转阴，研究组Hp转阴率为93.75%，对照组Hp转阴率为81.25%，2组比较，差异有统计学意义（χ^2=5.714，P=0.017）。

4.4　2组治疗前后血清炎症因子水平比较　见表2。治疗前，2组血清TNF-α、IL-1β、IL-6、IL-8水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组血清TNF-α、IL-1β、IL-6、IL-8水平均较治疗前下降（$P<0.05$），研究组上述4项水平均低于对照组（$P<0.06$）。

4.5　2组治疗前后血清胃肠激素水平比较　见表3。治疗前，2组血清GAS、MTL、SS水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组血清GAS、SS水平均较治疗前下降（$P<0.05$），MTL水平均较治疗前上升（$P<0.05$）；研究组血清GAS、SS水平均低于对照组（$P<0.05$），MTL水平高于对照组（$P<0.05$）。

表2　2组治疗前后血清炎症因子水平比较（$\bar{x}\pm s$）　pg/mL

组　别	例数	TNF-α		IL-1β		IL-6		IL-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
研究组	80	64.03±5.47	37.59±3.16①	114.68±9.76	49.02±4.51①	54.61±4.82	29.84±2.76①	12.53±1.34	7.61±0.85①
对照组	80	64.67±5.62	45.82±4.37①	115.49±9.52	72.56±6.49①	53.96±4.73	36.52±3.19①	12.76±1.28	9.24±0.97①
t值		0.423	13.294	0.316	24.736	0.451	15.685	0.347	9.672
P值		0.612	＜0.001	0.728	＜0.001	0.594	＜0.001	0.695	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

表3　2组治疗前后血清胃肠激素水平比较（$\bar{x}\pm s$）　pg/mL

组　别	例数	GAS		MTL		SS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	80	97.52±6.84	63.41±5.18①	102.35±8.86	143.74±11.32①	15.37±1.61	9.62±1.04①
对照组	80	96.83±7.02	75.36±6.23①	101.74±8.73	125.61±10.49①	15.49±1.58	11.25±1.17①
t值		0.409	14.573	0.352	19.526	0.339	10.492
P值		0.627	＜0.001	0.693	＜0.001	0.614	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

4.6　2组治疗前后血清胃蛋白酶原含量比较　见表4。治疗前，2组血清PGⅠ、PGⅡ含量比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组血清PGⅠ含量均较治疗前上升（$P<0.05$），PGⅡ含量与治疗前比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；研究组血清PGⅠ含量高于对照组（$P<0.05$），PGⅡ含量与对照组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

表4　2组治疗前后血清胃蛋白酶原含量比较（$\bar{x}\pm s$）　μg/L

组　别	例数	PGⅠ		PGⅡ	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	80	54.79±4.79	116.35±8.93①	15.21±1.62	15.58±1.57
对照组	80	55.06±4.83	91.52±7.64①	15.49±1.58	15.74±1.53
t值		0.316	16.834	0.428	0.361
P值		0.627	＜0.001	0.617	0.684

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

4.7　2组不良反应发生率比较　治疗期间，研究组共出现恶心6例、腹泻3例，不良反应发生率为11.25%，对照组共出现恶心5例、腹泻2例，不良反应发生率为8.75%。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（χ^2=0.278，P=0.598）。

5　讨论

CAG是临床常见的慢性消化系统疾病，具有发病缓慢、病势缠绵、迁延难愈等特点，易诱发胃部恶性肿瘤，目前临床对于CAG的详细发病机制尚未完全阐明，多数学者认为Hp感染、长期吸烟和饮酒、饮食不规律均是诱发CAG的独立危险因素，临床研究显示，在近60% CAG患者的胃黏膜中均可检出Hp，故Hp感染是CAG的最主要致病因素之一[8]。目前临床针对Hp阳性CAG多采用质子泵抑制剂+铋剂+两种抗菌药物的四联疗法进行治疗，其主要施治原理是通过质子泵抑制剂抑制胃酸分泌，缓解消化不良相关症状，通过铋剂缓解胃黏膜损伤，促进胃黏膜修复更新，通过抗菌药物快速降低胃黏膜Hp载量，提高Hp清除效率。然而部分患者对于四联疗法并不敏感，易产生耐药性，疗效欠佳，且病情易反复，出现Hp反复感染的情况而致病情迁延不愈，预后水平较差。

CAG归属于中医胃痛、痞满范畴，脾胃气机运化失常是本病主要病机，标本虚实，本虚则为脾胃亏虚，导致胃络失养，标实则为气滞瘀阻，脾胃作为气血生化的主要来源，脾虚则会导致无力，造成气血亏虚，胃腑失养，而遇外邪入侵，与络脉中气血相互搏结，血运行不畅，形成气滞瘀阻，脉络不通，脉络失于气血濡养，不通则痛，形成胃络瘀阻证，针对胃络瘀阻证，应以理气和胃，健脾消胀，通络定痛，活血化瘀为施治原则[9-11]。摩罗丹为临床治疗CAG的传统中成药，用药历史悠久，疗效确切，安全性高，该药成方以百合、麦冬、石斛、玄参为君药，具有滋养胃阴、和胃降逆之功效；以当归、川芎、三七、蒲黄、白术、茯苓、鸡内金为臣药，具有健脾消胀、活血化瘀、通络定痛之功效；地榆、茵陈、九节菖蒲、泽泻为佐药，具有活血化瘀、健脾利湿之功效；白芍、延胡索、乌药为使药，具有活血化瘀、理气止痛之功效，全方诸药共奏理气和胃、健脾消胀、通络定痛、活血化瘀之功效，与胃络瘀阻尤为对证[12-13]。

本研究观察摩罗丹联合四联疗法用于治疗胃络瘀阻型Hp阳性CAG的临床效果，研究结果显示，研究组CAG治疗总体有效率（96.25%）高于对照组（78.75%），说明在四联疗法基础上加用摩罗丹口服治疗有助于缓解胃络瘀阻型Hp阳性CAG临床症状，提高临床疗效水平，该结论与肖志群[14]研究报道相符。同时，研究组Hp转阴率（93.75%）高于对照组（81.25%），说明联合摩罗丹可有效提高CAG患者Hp清除效果，有助于减轻Hp对于CAG患者胃黏膜损伤程度和侵袭能力，该结论与朱友等[15]研究报道相符。TNF-α、IL-1β、IL-6、IL-8均是参与机体炎症反应的重要细胞因子，CAG病情持续过程中通常伴有上述炎症因子合成分泌水平上调，是参与胃黏膜炎性损伤机制的重要物质；GAS正常情况下存在于胃黏膜中，当胃黏膜损伤后释放到外周血液循环导致血液中GAS含量升高，因此，血清GAS含量升高是胃黏膜损伤的重要标志，MTL在维持胃肠蠕动功能和胃动力方面发挥重要作用，MTL合成分泌水平下降是胃肠蠕动功能和胃动力减弱的重要标志，而SS水平病理性上调会导致抑制MTL合成分泌和生物功能，进而导致胃肠蠕动功能和胃动力进一步减弱；PGⅠ和PGⅡ在维持机体胃消化功能方面发挥重要作用，临床研究显示，GAS患者常由于胃黏膜损伤和腺体萎缩而导致PGⅠ合成分泌水平降，但PGⅡ合成分泌水平保持相对稳定[16-18]。本研究结果，研究组治疗后血清TNF-α、IL-1β、IL-6、IL-8、GAS和SS含量均低于对照组水平，而MTL和PGⅠ含量均高于对照组水平，且PGⅡ含量与对照组水平比较差异无统计学意义（$P>0.05$），说明在四联疗法基础上增加摩罗丹口服治疗，可更加有效地缓解炎症反应，改善胃肠激素和胃蛋白酶原分泌水平，这可能与摩罗丹对于胃黏膜损伤和腺体萎缩抑制作用有关。并且，2组药物不良反应发生率比较，差异无统计学意义，说明四联疗法与摩罗丹同时用药，安全性较高。现代药理研究表明，摩罗丹中石斛、鸡内金、茯苓等组分可有效促进胃肠蠕动功能，改善胃肠激素分泌状况，提高胃肠动力[19-21]；而三七、川芎、白芍等组分在抑制炎症反应、降低炎性损伤方面具有较强功效[22-24]。因此，在四联疗法基础上，增加摩罗丹口服治疗，可通过对Hp阳性CAG患者胃络瘀阻证内在病机进行调理，改善患者整体生理机

能，实现标本兼治，提高病情控制水平和疗效持久性。

综上，摩罗丹联合四联疗法可有效提高胃络瘀阻型 Hp 阳性 CAG 临床疗效水平，增强 Hp 清除效果，缓解炎症反应，改善胃肠激素和胃蛋白酶原分泌水平，且不增加药物安全性风险。然而本研究仍有不足之处，例如研究样本数量较少、样本收集机构单一、研究周期较短等，可能会导致研究结果的客观真实性出现偏倚，后续有待通过更加全面和深入的研究，对摩罗丹联合四联疗法用于治疗胃络瘀阻型 Hp 阳性 CAG 的客观疗效和药理机制进行进一步剖析，为提高 CAG 临床治疗水平提供帮助。

［参考文献］

[1] 尹意婷，鲁月琴，何月敏. 石斛养胃汤联合奥美拉唑肠溶胶囊对慢性萎缩性胃炎患者炎症因子及氧化应激水平的影响[J]. 新中医，2022，54(5)：108-112.
[2] 曾静，李明，王雄，等. 幽门螺杆菌感染慢性萎缩性胃炎患者中医辨证分型特点与癌前病变风险的关系[J]. 四川中医，2022，40(3)：60-63.
[3] 李欣莹，赵荧荧，赵兴林，等. 中医治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J]. 光明中医，2023，38(14)：2703-2707.
[4] 徐晴，王萍，姜艾利，等. 从脾虚论治慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变的思考[J]. 中华中医药学刊，2021，39(8)：186-188.
[5] 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.
[6] 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.
[7] 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，2002：124-129.
[8] 刘芳芳，雷云霞. 中医药治疗HP相关慢性萎缩性胃炎的进展[J]. 新疆中医药，2020，38(3)：113-116.
[9] 廉艳红，周斌. 从脾肾亏虚、胃络瘀阻论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中华中医药杂志，2017，32(9)：4064-4066.
[10] 周超宏. 慢性萎缩性胃炎的中西医辨治[J]. 现代中医药，2019，39(6)：73-75.
[11] 王德芳，赵明，董笑一，等. 基于络病理论观察丹参饮加味治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀阻证的临床疗效及机制[J]. 中国实验方剂学杂志，2022，28(23)：122-127.
[12] 丁紫薇. 摩罗丹药理作用及临床应用的研究进展[J]. 中国药物经济学，2018，13(9)：127-129.
[13] 齐乐，周娟燕，朱丽丽，等. 摩罗丹联合伊托必利治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 现代药物与临床，2022，37(8)：1774-1778.
[14] 肖志群. 摩罗丹联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中国民间疗法，2019，27(12)：67-68.
[15] 朱友，谭学明，杨光旭，等. 荆花胃康胶丸联合摩罗丹治疗老年慢性萎缩性胃炎伴Hp感染[J]. 长春中医药大学学报，2022，38(11)：1226-1229.
[16] 史圣华，莫日根，王生义，等. 半夏泻心汤对老年Hp阳性慢性胃炎患者胃动力及胃肠激素的影响[J]. 中国老年学杂志，2020，40(20)：4324-4327.
[17] 彭文婉，王宇新，黄湘谚，等. 黄芪建中汤合理中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效及对患者血清炎症因子和胃肠激素的影响[J]. 河北中医，2022，44(9)：1470-1474.
[18] 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、血清炎性因子水平影响研究[J]. 中华中医药学刊，2021，39(7)：239-243.
[19] 邵璐，刘杨，唐阿梅，等. 茯苓甘草汤对功能性消化不良大鼠血清中胃动素、胃泌素及5-羟色胺的影响[J]. 贵阳中医学院学报，2019，41(5)：11-15.
[20] 陈青青，苏洁，杜宇忠，等. 铁皮石斛超微粉对“过食辛辣”致胃阴虚模型小鼠的影响[J]. 中国中药杂志，2021，46(7)：1651-1657.
[21] 程江. 小儿复方鸡内金咀嚼片联合多潘立酮对功能性消化不良患儿胃排空功能及胃肠激素水平的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志，2020，28(7)：523-526.
[22] 黄志敏，黄仁发，唐宇，等. 三七注射液对阿霉素肾纤维化大鼠炎症启动因子和终止因子的影响[J]. 中华中医药学刊，2021，39(5)：175-178.
[23] 崔广梅，顾和燕，焦黛妍. 川芎茶调散加味联合西药治疗风痰阻络型周围性神经炎的疗效及对面神经功能、炎症反应的影响[J]. 四川中医，2022，40(2)：152-155.
[24] 马运锋，韩小飞，苏国磊，等. 白芍总苷对类风湿性关节炎滑膜细胞增殖、凋亡和炎性因子的影响[J]. 沈阳药科大学学报，2022，39(6)：677-683.

（责任编辑：吴凌，郭雨驰）