益胃化瘀方敷脐联合胃复春胶囊治疗脾虚血瘀型慢性萎缩性胃炎伴低级别上皮内瘤变临床研究

沈灵娜，刘军，黄永宏，闫志鹏

嘉兴市中医医院脾胃病科，浙江 嘉兴 314000

［摘要］**目的：**观察益胃化瘀方敷脐联合胃复春胶囊治疗脾虚血瘀型慢性萎缩性胃炎（CAG）伴低级别上皮内瘤变（LGIN）的临床疗效。**方法：**选取2024年1月—2025年3月嘉兴市中医医院脾胃病科门诊就诊或住院部收治的脾虚血瘀型CAG伴LGIN患者60例作为研究对象，以随机数字表法分为观察组和对照组各30例；其中对照组剔除1例，最终纳入29例。观察组给予胃复春胶囊口服加益胃化瘀方敷脐治疗；对照组予胃复春胶囊口服。疗程均为12周。观察2组临床疗效及治疗前后中医证候评分、胃黏膜组织总评分及LGIN评分、胃萎缩分期系统/胃肠化生分期系统（OLGA/OLGIM）分期、血清学指标［血清胃蛋白酶原Ⅰ（PGⅠ）、胃蛋白酶原Ⅱ（PGⅡ）、胃蛋白酶原比值（PGR）、胃泌素17（G-17）］水平。**结果：**治疗后，观察组总有效率为96.7%（29/30），对照组为75.9%（22/29），组间比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组胃脘疼痛、饱胀感、嗳气、纳差、反酸等中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组胃黏膜组织总评分及LGIN评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组OLGA、OLGIM分期均较治疗前改善（$P<0.05$）；观察组OLGA分期改善优于对照组（$P<0.05$），但2组OLGIM分期差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组PGⅠ、PGR、G-17水平均较治疗前升高（$P<0.05$），PGⅡ水平均较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组PGⅠ、PGR、G-17水平高于对照组（$P<0.05$），PGⅡ水平低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**益胃化瘀方敷脐联合胃复春胶囊治疗脾虚血瘀型CAG伴LGIN患者疗效确切，可改善患者临床症状、胃黏膜组织病理学评分、OLGA分期及相关血清学指标。

［关键词］慢性萎缩性胃炎；低级别上皮内瘤变；益胃化瘀方；敷脐；胃复春胶囊；胃蛋白酶原；胃黏膜组织病理学评分

［中图分类号］R256.33；R573.3^{+}2　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2026）10-0022-07

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.004

Clinical Study of Umbilical Application with Yiwei Huayu Prescription Combined with Weifuchun Capsules in Treating Chronic Atrophic Gastritis Complicated by Low-Grade Intraepithelial Neoplasia of Spleen Deficiency and Blood Stasis Type

SHEN Lingna, LIU Jun, HUANG Yonghong, YAN Zhipeng

Department of Spleen and Stomach Diseases, Jiaxing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiaxing Zhejiang 314000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of umbilical application with Yiwei Huayu Prescription combined with Weifuchun Capsules in treating chronic atrophic gastritis (CAG) complicated by low-grade intraepithelial neoplasia (LGIN) of spleen deficiency and blood stasis type. **Methods:** A total of 60 patients with CAG complicated by LGIN of spleen deficiency and blood stasis type who visited the outpatient clinic or were admitted to the inpatient

［收稿日期］2025-10-28
［修回日期］2026-02-23
［基金项目］浙江省医学会临床医学专项资金项目（2023ZYC-Z20）；嘉兴市顾国柱名中医传承工作室建设项目（2021-MZYGZS-001）
［作者简介］沈灵娜（1986-），女，副主任中医师。
［通信作者］刘军（1979-），男，主任中医师。

department of spleen and stomach diseases at Jiaxing Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2024 to March 2025 were selected as the study subjects. The patients were randomly divided into an observation group and a control group using the random number table method, with 30 cases in each group. One case was excluded from the control group, resulting in 29 cases finally included. The observation group received Weifuchun Capsules orally plus umbilical application with Yiwei Huayu Prescription, while the control group received Weifuchun Capsules orally. Both groups were treated for 12 weeks. Clinical efficacy, traditional Chinese medicine syndrome scores, total histopathological scores of gastric mucosa, LGIN scores, Operative Link on Gastritis Assessment/Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment (OLGA/OLGIM) stages, and levels of serological indicators [serum pepsinogen Ⅰ (PG Ⅰ), pepsinogen Ⅱ (PG Ⅱ), pepsinogen ratio (PGR), gastrin-17 (G-17)] between the two groups were observed before and after treatment. **Results**: After treatment, the total effective rate was 96.7% (29/30) in the observation group, significantly higher than that of 75.9% (22/29) in the control group ($P<0.05$). Traditional Chinese medicine syndrome scores for epigastric pain, bloating, belching, poor appetite, and sour regurgitation decreased in both groups after treatment ($P<0.05$), with lower scores in the observation group ($P<0.05$). Total histopathological scores of gastric mucosa and LGIN scores decreased in both groups after treatment ($P<0.05$), with lower scores in the observation group ($P<0.05$). OLGA and OLGIM stages improved in both groups after treatment ($P<0.05$). The improvement in OLGA stage was better in the observation group than in the control group ($P<0.05$), while no significant difference was observed in OLGIM stages between the two groups ($P>0.05$). PG Ⅰ, PGR, and G-17 levels increased in both groups after treatment ($P<0.05$), while PG Ⅱ levels decreased ($P<0.05$). The observation group had higher PG Ⅰ, PGR, and G-17 levels and lower PG Ⅱ levels than the control group ($P<0.05$). **Conclusion**: Umbilical application with Yiwei Huayu Prescription combined with Weifuchun Capsules demonstrates definite efficacy in treating CAG complicated by LGIN of spleen deficiency and blood stasis type, improving clinical symptoms, histopathological scores of gastric mucosa, OLGA staging, and related serological indicators.

Keywords: Chronic atrophic gastritis; Low-grade intraepithelial neoplasia; Yiwei Huayu Prescription; Umbilical application; Weifuchun Capsules; Pepsinogen; Histopathological scores of gastric mucosa

慢性萎缩性胃炎(CAG)是临床常见的消化系统疾病，指活检病理显示固有层腺体萎缩的胃炎，可分为单纯性胃黏膜萎缩(GA)和胃黏膜肠化生(GIM)，属于胃腺癌的癌前状态，其患病率与胃癌发病率呈正相关[1]。上皮内瘤变既往被称为不典型/异型增生，是最重要的胃癌前病变，依据细胞异型程度，可分为低级别上皮内瘤变(LGIN)和高级别上皮内瘤变(HGIN)，其中胃黏膜萎缩、肠化生、上皮内瘤变均是胃癌发生的独立危险因素[2]。西医对于CAG合并LGIN的患者建议行精查内镜复查并广泛活检：若病理结果仍证实为LGIN且病灶边界清晰者可行内镜黏膜下剥离术(ESD)；若病灶边界不清或患者拒绝行ESD治疗，则建议密切内镜复查[3]。因此对于内镜下边界不清的可视病灶或者拒绝行诊断性ESD切除术的患者，临床上强调内镜随访，在内科药物干预方面不够重视。

CAG伴LGIN属中医学本虚标实之证，其核心病机在于脾胃虚弱，瘀血阻滞[4]。因此，笔者所在科室团队紧扣上述病机研制出益胃化瘀方。胃复春胶囊作为胡庆余堂经典制剂，在CAG、胃癌前病变的临床运用广泛，并获多个中西医临床诊疗规范和指南推荐[5]。近年来多项研究表明，中医药干预胃上皮内瘤变不仅能

改善症状、修复胃黏膜，同时能抑制CAG及IN甚至逆转，呈现出可观的疗效[6-7]。脐疗是指在脐部进行药敷、艾灸、拔罐、按摩或针刺等以防治疾病的一种中医外治方法[8]。本文研究结合脐疗优势，观察益胃化瘀方敷脐联合胃复春胶囊治疗脾虚血瘀型CAG伴LGIN的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 CAG伴LGIN的西医诊断参照《中国慢性胃炎诊治指南(2022年，上海)》[9]，需经内镜并结合组织病理确诊。

1.2 辨证标准 脾虚血瘀型中医辨证参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识(2023)》[10]。主症：胃脘痞满或痛有定处；次症：纳差食少、便溏稀、体倦无力、气短少言、餐后脘闷、面色暗滞；舌脉：舌质紫暗伴瘀点、或边有齿痕，舌下脉络迂曲、脉弦涩或细弱。符合1项及以上主症、2项及以上次症，并结合舌苔脉象即可辨证。

1.3 纳入标准 年龄18～70岁；性别不限；符合脾虚血瘀型辨证标准；符合CAG伴LGIN诊断标准；经胃镜放大内镜联合窄带成像(ME-NBI)检查结合病理探查到病灶边界不清晰的LGIN，或病灶边界清晰的LGIN但拒绝行局部微创治疗者；幽门螺杆菌阴性者；自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 胃镜活检病理提示HGIN/重度异型增生者；自身免疫性胃炎、消化性溃疡、恶性肿瘤者；妊娠或哺乳期妇女；有口服中药或者中成药后出现肝肾功能损伤等病史者；伴有严重皮肤过敏等不良反应者；合并有其他脏器严重疾病(如重度心肺肾功能不全等)不适合参加本研究者；有精神疾病无法配合治疗者。

1.5 剔除标准 依从性差，服药不规律者；使用非规定范围内药物，影响实验有效性或安全性判断者；资料不全或无随访记录者；研究期间妊娠者。

1.6 一般资料 选取2024年1月—2025年3月嘉兴市中医医院脾胃病科门诊就诊或住院部收治的脾虚血瘀型CAG伴LGIN患者60例作为研究对象，以随机数字表法分为观察组和对照组各30例，其中对照组剔除1例，最终纳入29例。观察组男19例，女11例；年龄29～67岁，平均(44.23±10.11)岁；病程10～29个月，平均(17.33±6.05)个月。对照组男17例，女12例；年龄27～63岁，平均(43.83±10.34)岁；病程8～30个月，平均(16.83±6.16)个月。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经嘉兴市中医医院伦理委员会审批通过(批件号：SL-2023-0085)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予胃复春胶囊(杭州胡庆余堂药业有限公司，国药准字Z20090697，规格：0.35 g/粒)，每次4粒，每天3次，餐后30 min口服，疗程为12周。

2.2 观察组 给予胃复春胶囊口服合益胃化瘀方敷脐治疗。胃复春胶囊口服治疗方案同对照组。益胃化瘀方敷脐治疗具体方案如下。中药组成及制备：取炙黄芪、党参、炒白术、炒白芍、莪术、三棱、三七、丹参、白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、干姜、降香、炙甘草，按黄芪3份、其余各味药物各1份的比例，粉碎成极细粉末并混匀；将混匀后的粉末与白凡士林按1∶1比例标准混合，制成10 g药丸，备用。药丸由嘉兴市中医医院中药制剂室统一制备。贴敷操作：常规清洁患者脐周皮肤后，将制备好的药丸置于5.5 cm×5.5 cm无纺布医用空白贴中心，贴敷于患者神阙穴，每天1次，每次贴敷2 h。贴敷期间注意观察患者贴敷部位的皮肤变化，如出现过敏则立刻停止并按需处理。疗程为12周。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①中医证候评分。依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》[11]对2组患者治疗前及疗程结束后(治疗12周)的主、次症进行评分。主症包括胃脘疼痛、饱胀感，分别按无(0分)、轻(2分)、中(4分)、重(6分)计分，次症包括嗳气、纳差、反酸、乏力，分别按无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)计分，汇总各评分后计算总分。②临床疗效。③胃黏膜组织病理学评分。分别于治疗前及疗程结束后对2组患者进行ME-NBI检查(由本院内镜中心高年资医师操作，同一患者的胃镜操作固定为同一内镜医师)并取胃黏膜组织行病理活检，标本送至本院病理科检测。2组患者在实验过程中均需行2次胃镜检查，每次活检均于胃窦小弯、胃窦大弯、胃体小弯、胃体大弯和胃角共5处各取1块胃黏膜组织，依据《中国慢性胃炎诊治指南(2022年，上海)》[9]，将萎缩、肠化、异型增生、炎性反应、活动性5项指标按无、轻、中、重(0、+、++、+++)分级；其中主要病理萎缩、肠化按0、2、4、6分计分，LGIN按无=0分、轻度异型增生=2分、中度异型增生=4分计；次要病理炎症、活动性按0、1、2、3分计。取5项指标中每项分值最高者相加为病理总评分。④胃萎缩分期系统/胃肠化生分期系统(OLGA/OLGIM)分期。依据国际萎缩研究小组提出的OLGA/OLGIM分期标准[12-13]，参照上述胃镜检查及病理取材结果，按萎缩/肠化生的无、轻、中、重(0、+、++、+++)分级，以胃窦、胃体两个部位进行评分，2组患者分别于治疗前及疗程结束后均进行1次分期评估。⑤血清学指标。2组患者均于治疗前及疗程结束后在清晨空腹(禁食≥8 h)抽取5 mL静脉血，检测血清胃蛋白酶原Ⅰ(PGⅠ)、血清胃蛋白酶原Ⅱ(PGⅡ)、胃蛋白酶原比值(PGR，PGⅠ/PGⅡ)、胃泌素17(G-17)水平。操作过程需严格按照相关试剂盒说明书进行。

3.2　统计学方法　采用SPSS25.0软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)形式表示，组间、组内比较分别采用两独立样本t检验及配对样本t检验；计数资料以百分比(%)表示，组间比较采用χ^2检验；等级资料比较采用秩和检验。$P<0.05$代表差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[11]判定疗效。痊愈：症状消失，证候积分降幅≥95%；显效：症状显著改善，积分降幅70%～94%；有效：症状减轻，积分降幅30%～69%；无效：症状无改善或加重，积分降幅<30%。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。疗效指数=(治疗前中医证候评分-治疗后中医证候评分)/治疗前中医证候评分×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗12周，观察组的总有效率为96.7%，对照组为75.9%，组间比较，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	总有效率(%)
观察组	30	0	11	18	1	96.7
对照组	29	1	7	14	7	75.9
χ^2值						5.445
P值						0.020

4.3　2组治疗前后中医证候评分比较　见表2。治疗前，2组各项中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗12周，2组各项中医证候评分(除乏力外)较治疗前均降低，差异有统计学意义($P<0.05$)；观察组各项中医证候评分(除乏力外)均低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2　2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

项　目	观察组(例数=30)		对照组(例数=29)	
	治疗前	治疗 12 周	治疗前	治疗 12 周
胃脘疼痛	4.53±1.48	1.20±1.13①②	4.62±1.32	1.86±1.30①
饱胀感	4.40±1.52	1.13±1.14①②	4.34±1.42	1.83±1.31①
嗳气	2.30±0.75	0.77±0.77①②	2.31±0.76	1.21±0.86①
纳差	2.27±0.78	0.73±0.69①②	2.28±0.80	1.17±0.76①
反酸	2.27±0.69	0.80±0.71①②	2.24±0.69	1.21±0.73①
乏力	2.33±0.71	1.77±0.63	2.31±0.76	1.79±0.56

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗12周比较，$P<0.05$。

4.4　2组治疗前后胃黏膜组织病理学评分比较　见表3。治疗前，2组胃黏膜组织病理总评分及LGIN评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗12周，2组胃黏膜组织病理总评分及LGIN评分较治疗前降低($P<0.05$)，且观察组2项评分均低于对照组($P<0.05$)。

表3　2组治疗前后胃黏膜组织病理学评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	病理总评分		LGIN	
		治疗前	治疗 12 周	治疗前	治疗 12 周
观察组	30	18.23±2.03	8.73±2.13①②	3.27±0.98	0.40±0.81①②
对照组	29	18.31±2.04	10.79±1.93①	3.31±0.97	1.04±1.00①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗12周比较，$P<0.05$。

4.5　2组治疗前后OLGA分期比较　见表4。治疗前，2组OLGA分期比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组OLGA分期均较治疗前改善($P<0.05$)；且观察组OLGA分期改善优于对照组($P<0.05$)。

4.6　2组治疗前后OLGIM分期比较　见表5。治疗前，2组OLGIM分期比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组OLGIM分期均较治疗前改善($P<0.05$)；但2组OLGIM分期比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

4.7　2组治疗前后血清学指标比较　见表6。治疗前，2组血清PGⅠ、PGR、G-17水平比较，差异无统计学意义($P<0.05$)。治疗12周，2组PGⅠ、PGR、G-17水平均较治疗前上升($P<0.05$)，PGⅡ水平均较治疗前下降($P<0.05$)；观察组PGⅠ、PGR、G-17水平高于对照组($P<0.05$)，PGⅡ水平低于对照组($P<0.05$)。

表4　2组治疗前后OLGA分期比较　例

组　别	时　间	例数	0期	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
观察组	治疗前	30	0	2	3	14	11
	治疗 12 周	30	0	17	8	3	2
对照组	治疗前	29	0	2	2	13	12
	治疗 12 周	29	0	9	6	10	4
Z值治疗前组间				−0.364			
P值治疗前组间				0.715			
Z值观察组治疗12周组内				−4.732			
P值观察组治疗12周组内				<0.001			
Z值对照组治疗12周组内				−3.055			
P值对照组治疗12周组内				0.002			
Z值治疗12周组间				−2.251			
P值治疗12周组间				0.024			

表5　2组治疗前后OLGIM分期比较　例

组　别	时　间	例数	0期	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
观察组	治疗前	30	0	2	3	17	8
	治疗 12 周	30	0	8	12	8	2
对照组	治疗前	29	0	2	2	16	9
	治疗 12 周	29	0	5	9	11	4
Z值治疗前组间				−0.364			
P值治疗前组间				0.716			
Z值观察组治疗12周组内				−3.548			
P值观察组治疗12周组内				0.001			
Z值对照组治疗12周组内				−2.465			
P值对照组治疗12周组内				0.014			
Z值治疗12周组间				−1.379			
P值治疗12周组间				0.168			

5　讨论

CAG以胃黏膜固有层腺体减少或消失为特征，常伴有肠化甚至上皮内瘤变。Correa级联反应模式认为胃黏膜萎缩、肠化生及上皮内瘤变是胃癌发生发展进程中的三个关键演变点[14]。一项针对22 365名荷兰人群的流行病学调查显示，GA进展为胃癌的年发病率为0.1%，

表6　2组治疗前后血清学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	时　间	例数	G-17(pmoL/L)	PGⅠ(μg/L)	PGⅡ(μg/L)	PGR
观察组	治疗前	30	2.58±0.33	63.37±7.03	18.27±2.71	3.50±0.40
	治疗12周	30	6.07±0.56①②	96.94±5.41①②	11.98±0.81①②	7.93±0.52①②
对照组	治疗前	29	2.59±0.36	63.15±7.24	18.15±2.93	3.52±0.41
	治疗12周	29	4.41±0.42①	84.26±5.13①	13.04±1.09①	6.50±0.60①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗12周比较，$P<0.05$。

GA伴GIM为0.25%，而LGIN则高达0.6%[15]，提示LGIN阶段是胃癌防控的关键干预节点。目前西医对于CAG的治疗以对症支持为主，主要采用质子泵抑制剂、胃黏膜保护剂、促胃肠动力药、叶酸片等缓解症状、改善胃黏膜炎性反应。对于LGIN者需行精查胃镜评估，如边界不清晰的LGIN或者边界清晰但患者拒绝行局部微创治疗者，则进行密切随访观察，而在药物干预方面甚少。近年来，中医药治疗CAG及癌前病变的研究取得了很大进展，不仅能有效改善症状、修复胃黏膜，同时还可以延缓阻断疾病进程，对CAG及IN的抑制甚至逆转，均显示出较为良好的疗效[16-18]。

中医学将CAG伴LGIN归属于胃脘痛、胃痞、痞满、嘈杂等范畴。基于“久病入血、久病合虚、久病合瘀”“脾常不足”等中医理论，有学者提出CAG伴LGIN在治疗时宜从脾虚血瘀入手[19]。一项针对480例胃黏膜异型增生患者的中医证候研究亦证实，脾虚及血瘀是该病最常见的2种证型[20]。根据上述病机特征，我科团队研制的益胃化瘀方与CAG伴LGIN患者的病机相契合。益胃化瘀方中以黄芪为君药，重用黄芪健脾益气补中，配以党参、炒白术增强黄芪益气健脾之功；炒白芍、炙甘草缓急止痛；三七、三棱、莪术、丹参活血化瘀同时兼具止痛；干姜、降香二者辛散温补、化瘀止痛，并可加强三七、三棱、莪术、丹参等的活血化瘀之功效；白花蛇舌草、半边莲、半枝莲是一组经典的抗癌组合中药，联用有清热解毒、消肿散结之功效。脐疗是中医外治法的重要组成部分，中药敷脐作为脐疗的常用方式，其通过药物和腧穴的协同作用，将药气渗透于经络以发挥药效；且局部用药能够绕过肝脏首关效应，从而提高药物的生物利用度并降低其毒性和不良反应[21]。故益胃化瘀方敷脐在避免肝肾功能损害的同时，还可以提高有效成分的吸收，达到更佳的治疗效果。

胃复春胶囊在临床上广泛运用于治疗CAG、胃癌前病变，无论在单纯萎缩性胃炎，或是合并LGIN方面均疗效确切，在改善临床症状、提高治疗有效率、降低病理分级等方面，有大量的文献数据作为支持[22-23]。胃复春组方由红参、香茶菜、枳壳组成，方中红参复脉固脱、大补元气，香茶菜活血散瘀、清热解毒，配合枳壳行气消胀除痞。益胃化瘀方敷脐联合胃复春胶囊口服，内服联合外用，可起到补中焦脾气、散血脉瘀毒之功，也与CAG伴LGIN脾虚血瘀的核心病机相契合。

本研究结果显示，治疗12周后，观察组总有效率高于对照组，OLGA分期改善优于对照组，且观察组各项中医证候评分(除乏力外)、胃黏膜组织总评分及LGIN评分均低于对照组，血清PGⅠ、PGR、G-17水平均高于对照组，PGⅡ水平低于对照组。结果提示益胃化瘀方敷脐联合胃复春胶囊治疗脾虚血瘀型CAG伴LGIN，在提高临床总有效率、降低胃黏膜组织病理学评分、改善OLGA分期及血清学指标方面更具优势；在改善临床不适症状包括胃脘疼痛、饱胀感、嗳气、纳差、反酸等效果亦更佳。但鉴于CAG伴LGIN是一种慢性的

可进展性疾病，长期的随访监测尤为重要，对于12周以后的病情变化是否可获益尚不明确，本研究方案在观察时间点内对于改善OLGIM分期未见优势，且此次纳入的样本量亦较少，以上几点均是本研究的不足之处，后续可就此进一步观察研究。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化病学分会，中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组. 中国慢性胃炎诊治指南(2022年，上海)[J]. 胃肠病学，2023，28(3)：149-180.

[2] 北京医学会消化内镜学分会. 胃低级别上皮内瘤变规范化诊治专家共识(2019，北京)[J/CD]. 中华胃肠内镜电子杂志，2019，6(2)：49-56.

[3] 国家消化系疾病临床医学研究中心(上海)，国家消化道早癌防治中心联盟，中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组，等. 中国胃黏膜癌前状态和癌前病变的处理策略专家共识(2020年)[J]. 中华消化杂志，2020，40(11)：731-741.

[4] 杨洋，瞿先侯，杨敏，等. 慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性[J]. 中医杂志，2020，61(4)：319-324.

[5] 田杨，胡文，杨坤，等. 胃复春综合评价研究[J]. 药物流行病学杂志，2022，31(3)：147-153.

[6] 周羚，梁国英. 中医药治疗胃低级别上皮内瘤变相关信号通路的研究进展[J]. 中医药学报，2025，53(5)：107-113.

[7] 王医，宋健，孟凯强，等. 基于网络药理学探究金果胃康胶囊治疗慢性萎缩性胃炎和胃上皮内瘤变的分子机制[J]. 现代中西医结合杂志，2023，32(19)：2731-2743.

[8] 祝红，黄胜楠，苗明三. 基于数据挖掘的脐疗法临床应用特点分析[J]. 中医学报，2023，38(3)：658-664.

[9] 房静远，杜奕奇，刘文忠，等. 中国慢性胃炎诊治指南(2022年，上海)[J]. 胃肠病学，2023，28(3)：149-180.

[10] 王萍，卞立群，杨倩，等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中华中医药杂志，2023，38(12)：5904-5911.

[11] 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.

[12] RUGGE M，GENTA R M. Staging and grading of chronic gastritis[J]. Hum Pathol，2005，36(3)：228-233.

[13] CAPELLE L G，DE VRIES A C，HARINGSMA J，et al. The staging of gastritis with The Olga system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis[J]. Gastrointest Endosc，2010，71(7)：1150-1158.

[14] CORREA P. Human gastric carcinogrnesis：amultistep and Multifactorial process-First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology And Prevention[J]. Cancer Res，1992，52(24)：6735-6740.

[15] DE VRIES A C，VANAN GRIEKEN N C，LOOMAN C W，et al. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions：a nationwide cohort study in the Netherlands[J]. Gastroenterology，2008，134(4)：945-952.

[16] LU Y，LIU H，YANG K，et al. A comprehensive update：gastrointestinal microflora，gastric cancer and gastric premalignant condition，and intervention by traditional Chinese medicine[J]. J Zhejiang Univ Sci B，2022，23(1)：1-18.

[17] 张晴晴，刘南阳，吴迪，等. 基于数据挖掘和网络药理学探讨中药治疗胃癌前病变的分子生物学机制[J]. 浙江大学学报(医学版)，2022，51(5)：573-584.

[18] 张忠绵，黄佳钦，贺柏翔，等. 参白颗粒对胃癌前病变患者胃黏膜上皮细胞自噬与凋亡的调控作用[J]. 北京中医药大学学报，2022，45(10)：1052-1059.

[19] 白光，唐旭东，周红丽，等. 慢性萎缩性胃炎以脾虚血瘀论治探析[J]. 中华中医药学刊，2021，39(9)：28-31.

[20] 王阳，王萍，李中玉，等. 480例胃黏膜异型增生患者的中医证候分布规律及其与病理改变的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志，2023，31(5)：333-339.

[21] 姜蕾，孙晓红，王秀. 中医脐疗的现代临床进展简述[J]. 基层中医药，2023，2(6)：132-137.

[22] BIAN Y，CHEN X，CAO H，et al. A correlational study of Weifuchun and its clinical effect on intestinal flora in precancerous lesions of gastric cancer[J]. Chin Med，2021，16(1)：120.

[23] 曹均荣，程定有. 叶酸片联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的疗效[J]. 中国继续医学教育，2019，11(2)：131-133.

[责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)]