

柴胡疏肝散加减治疗慢性萎缩性胃炎肝胃不和证的 Meta 分析*

王 淋¹, 杨慧萍¹, 朱梦佳¹, 蔡萌强¹, 赵文霞^{2△}

(1. 河南中医药大学, 河南 郑州 450000; 2. 河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

摘要: **目的** 系统评价柴胡疏肝散加减治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)肝胃不和证的临床疗效以及安全性。**方法** 检索 Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, CNKI, VIP 和万方数据库, 纳入所有柴胡疏肝散加减治疗慢性萎缩性胃炎肝胃不和证的临床随机对照试验(RCTs), 检索时间为建库至 2019 年 10 月 1 日, 采用 RevMan5.3 软件进行 Meta 分析。**结果** 最终纳入 11 项研究, 共 1 068 例患者。Meta 分析结果显示:与常规西药治疗相比, 柴胡疏肝散能有效提高肝胃不和型萎缩性胃炎患者的临床总有效率[RR=1.25, 95%CI(1.19, 1.33), $P<0.000\ 01$]、症状疗效总有效率[RR=1.57, 95%CI(1.30, 1.89), $P<0.000\ 01$]及血清胃泌素 G17 水平[MD=3.61, 95%CI(2.89, 4.33), $P<0.000\ 01$], 并能改善胃粘膜萎缩[MD=-1.53, 95%CI(-1.93, -1.12), $P<0.000\ 01$]、肠上皮化生[MD=-0.79, 95%CI(-0.96, -0.63), $P<0.000\ 01$]、异型增生度[MD=-0.69, 95%CI(-0.84, -0.55), $P<0.000\ 01$]的病理检查积分, 2 组疗效差异具有统计学意义。**结论** 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎疗效优于常规西药治疗。

关键词: 柴胡疏肝散; 慢性萎缩性胃炎; 肝胃不和; Meta 分析

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2020)01-0026-08

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2020.01.005

Meta-analysis of Liver and Stomach Disharmony Syndrome in the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis with Chaihu Shugan San

WANG Lin¹, YANG Huiping¹, ZHU Mengjia¹, CAI Mengqiang¹, ZHAO Wenxia²

(1. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China;

2. The First Affiliated Hospital of Hean University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China)

ABSTRACT: Objective To systematically evaluate the clinical efficacy and safety of Chaihu Shugan San in the treatment of chronic atrophic gastritis (CAG). **Methods** Electronic computer search Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, CNKI, VIP and Wanfang database, all randomized controlled trials(RCTs) of Chaihu Shugan san for the treatment of chronic atrophic gastritis with liver-stomach disharmony were included. The search time is established for the database until October 1, 2019. And Meta analysis was performed using RevMan 5.3 software. **Results** A total of 1 068 patients were included in 11 studies. The results of Meta analysis showed that compared with conventional western medicine, Chaihu Shugansan san effectively improve the total clinical effective rate [RR=1.25, 95%CI (1.19, 1.33), $P<0.000\ 01$], the total effective rate of symptomatic effect [RR=1.57, 95%CI(1.30, 1.89), $P<0.000\ 01$] and the serum gastrin G17 level[MD=3.61, 95%CI (2.89, 4.33), $P<0.000\ 01$] in patients with liver-stomach disharmony atrophic gastritis. And it can improve the pathological examination scores of gastric mucosal atrophy [MD=-1.53, 95%CI (-1.93, -1.12), $P<0.000\ 01$], intestinal metaplasia[MD=-0.79, 95%CI(-0.96, -0.63), $P<0.000\ 01$] and abnormal hyperplasia[MD=-0.69, 95%CI(-0.84, -0.55), $P<0.000\ 01$]. The difference in curative effect between the two groups is statistically significant. **Conclusion** The efficacy of Chaihu Shugan san in the treatment of chronic atrophic gastritis with liver-stomach disharmony is better than that of conventional western medicine.

KEY WORDS: Chaihu Shugan San; chronic atrophic gastritis; liver-stomach disharmony; Meta analysis

收稿日期: 2019-12-03

* 基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2018〕134号);河南省自然科学基金(162300410183)

第一作者简介: 王淋 (1993-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 脾胃肝胆系统疾病的临床与研究。

△通信作者: 赵文霞; E-mail: 18838243139@163.com

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是一种常见的炎症性疾病,通常以胃腺体结构增生萎缩或胃腺结构丧失为特征^[1]。临床以上腹部疼痛、腹胀、嗝气、厌食等非特异性症状为表现^[2],是肠型胃癌的癌前阶段之一,发病率高^[3]。现代医学通常使用抑酸药物、粘膜保护剂、根除幽门螺杆菌、消化剂和胃肠促动药缓解临床症状和改善生活质量^[4-6]。然而研究表明,长期使用西药的患者可能更容易出现弥漫性或线性/微小结节性嗜铬细胞样细胞增生^[7],不良反应明显。

近年来,中医药在治疗 CAG 方面优势明显^[8],CAG 属中医学“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴^[9]。其中,脾虚、气滞是疾病的基本病机^[10]。肝胃不和证又名肝胃不调证、肝气犯胃证^[11],近来在 CAG 治疗中已成为重要证型之一^[12-14]。临床常用疏肝和胃法治疗肝胃不和证,其中柴胡疏肝散使用频率最高,为 68.87%^[15]。柴胡疏肝散又名柴胡疏肝汤,见于《景岳全书》卷五十六,主要由柴胡、陈皮各二钱,芍药、枳壳、香附、川芎各一钱五分,炙甘草五分成^[16]。现在多应用于脾胃疾病。本研究运用循证医学的方法对大量的文献进行回顾性分析,搜集柴胡疏肝散治疗 CAG 肝胃不和证的随机对照试验,进行 Meta 分析,进一步明确柴胡疏肝散治疗 CAG 肝胃不和证的有效性,期为治疗 CAG 提供参考借鉴。

1 资料与方法

1.1 纳入和排除标准

1.1.1 研究类型 柴胡疏肝散加减治疗 CAG 肝胃不和证的随机对照试验。

1.1.2 研究对象 西医诊断符合 CAG 的诊断标准^[17],中医诊断符合 CAG 肝胃不和证^[17],不受年龄、性别、病程限制。

1.1.3 干预措施 试验组采用柴胡疏肝散加减,对照组为常规西药治疗。

1.1.4 排除标准 ①动物试验、临床经验、综述、个案等非随机对照试验;②无对照组或采用自身对照的研究;③治疗组联合其他西药或中药方剂的临床研究;④无法获取全文的文献。

1.2 结局指标 主要结局指标为临床总有效率,次

要结局指标包含治疗后病理检查肠上皮化生、胃黏膜萎缩、异型增生度积分,血清胃泌素 G17 积分水平,症状疗效总有效率。

1.3 检索策略 检索 Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, 中国期刊全文数据库 (CNKI), 万方数据库和维普中文期刊服务平台 (VIP), 检索时间从建库至 2019 年 10 月 1 日,并追踪检索纳入文献的参考文献,检索采用主题词与自由词结合的方法,中医检索:(柴胡疏肝散或柴胡疏肝汤)并慢性萎缩性胃炎并 (肝胃不和或肝胃不调或肝气犯胃), 西医检索:(Chaihu Shugan San OR Chaihu Shugan Decoction OR Chaihu Shugan Tang) AND Chronic atrophic gastritis AND (Disharmony between liver and stomach OR Hepatic qi attacking stomach)。

1.4 文献质量评价与资料提取 根据纳入与排除标准,由 2 名研究人员独立进行文献筛选、基本资料提取、文献质量评价以及交叉核对,如遇分歧,由第 3 方研究员参与讨论并协助解决。纳入研究运用 Cochrane 系统评价手册 5.1.0 推荐的 Risk of Bias 工具^[18]进行方法学质量评价,具体采用“低风险 (Low Risk)”“高风险 (High Risk)”“不清楚 (Unclear Risk)”进行评判。

1.5 统计学分析 采用 ReviewManager 5.3 对提取的数据进行统计分析。计量资料采用加权均数差 (MD)、计数资料采用相对危险度 (RR),均以 95% 可信区间 (CI) 表示各效应量。采用卡方检验对纳入研究进行异质性检验,若研究间有同质性 ($P > 0.05$, $I^2 < 50\%$),使用固定效应模型,若有明显异质性 ($P < 0.05$, $I^2 > 50\%$),则使用随机效应模型。若存在异质性则需进行敏感性分析,通过逐篇排除文献的方式,分析异质性产生的原因。采用“漏斗图”分析检验纳入研究是否存在潜在的发表偏倚。

2 结果

2.1 检索结果 初检共获得 122 篇相关文献,去除重复文献 47 篇,通过阅读题目和摘要排除 59 篇,通过阅读全文排除 5 篇,最终纳入 11 篇文献^[19-29],共 1 068 例患者。文献检索流程,见图 1。

2.2 纳入文献一般特征 纳入研究基本特征,见表 1。方药组成,见表 2。

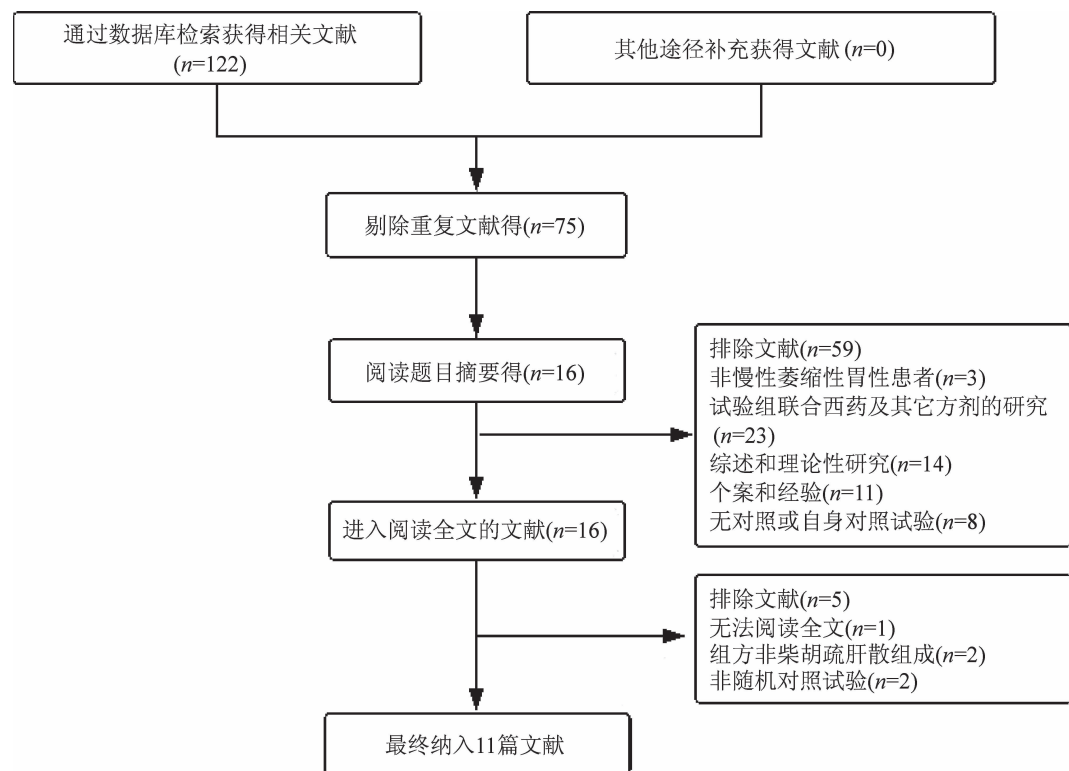


图 1 文献检索流程

表 1 纳入研究基本特征

纳入研究	样本量 T/C	年龄/岁 T/C	性别/(男/女) T/C	干预措施		疗程	结局指标	方法学特点
				试验组	对照组			
李秀英 2019 ^[19]	100/100	32~67/33~66	T:63/37 C:55/45	柴胡疏肝汤加減	吗丁啉片	3 月	A+E	随机对照
刘 美 2018 ^[20]	52/52	30~75/31~75	T:26/26 C:27/25	柴胡疏肝汤加減	吗丁啉片	3 月	A+C+D	随机对照
张 辉 2018 ^[21]	50/50	21~62/25~61	T:23/27 C:28/22	柴胡疏肝散加減	常规西药	6 月	A+B+C	随机对照
陈连生 2018 ^[22]	43/43	25~66/26~67	T:27/16 C:26/17	柴胡疏肝汤加減	吗丁啉片	6 月	A+F	随机对照
杜俊峰 2017 ^[23]	29/29	30~75/31~74	T:19/10 C:18/11	柴胡疏肝汤加減	吗丁啉片	3 月	A	随机对照
张春林 2016 ^[24]	37/37	28~68/32~71	T:20/17 C:22/15	柴胡疏肝散加減	养胃舒	3 月	A	随机对照
刘 晔 2015 ^[25]	50/50	22~57	60/40	柴胡疏肝汤加減	吗丁啉片	3 月	A+E	随机对照
孔宪辉 2012 ^[26]	51/35	29~70/32~73	T:29/22 C:17/18	柴胡疏肝散加減	吗丁啉片	3 月	A+H	随机对照
胡 浩 2012 ^[27]	50/30	30~65/30~60	T:33/17 C:22/8	柴胡疏肝散加減	养胃舒	3 月	A	随机对照
许忠康 2010 ^[28]	46/46	30.4/32.6	T:30/16 C:32/14	柴胡疏肝散加減	吗丁啉片+ 多种维生素片	3 月	A	随机对照
李秀英 2009 ^[29]	53/35	29~74/30~78	T:31/22 C:16/19	柴胡疏肝散加減	吗丁啉片+ 维酶素片	6 月	A+F+H+I	随机对照

注:T/C 试验组/对照组; 结局指标:A 总有效率,B 胃镜疗效,C 症状积分,D 胃粘膜组织变化,E 血清胃泌素 G17,F 病理检查积分,H 症状疗效,I 复发情况

表 2 方药组成

纳入研究	方药	方药组成
李秀英 2019 ^[19]	柴胡疏肝汤加减	柴胡 12 g,白芍 22 g,香附 9 g,枳壳 10 g,甘草 12 g,佛手 10 g,乌药 9 g,百合 9 g,丹参 12 g
刘 美 2018 ^[20]	柴胡疏肝汤加减	柴胡 12 g,白芍 22 g,香附 9 g,枳壳 9 g,陈皮 6 g,甘草 12 g,佛手 9 g,乌药 9 g,百合 9 g,丹参 12 g
张 辉 2018 ^[21]	柴胡疏肝散加减	柴胡 6 g,白芍 15 g,香附 12 g,枳壳 30 g,陈皮 9 g,川芎 9 g,炙甘草 9 g
陈连生 2018 ^[22]	柴胡疏肝汤加减	柴胡 10 g,白芍 22 g,香附 9 g,枳壳 8 g,陈皮 6 g,甘草 8 g,佛手 10 g,乌药 9 g,丹参 10 g
杜俊峰 2017 ^[23]	柴胡疏肝汤加减	柴胡 12 g,白芍 22 g,香附 9 g,枳壳 9 g,陈皮 6 g,甘草 12 g,佛手 9 g,乌药 9 g,百合 9 g,丹参 12 g
张春林 2016 ^[24]	柴胡疏肝散加减	柴胡 10 g,白芍 15 g,炒香附 15 g,炒枳壳 15 g,甘草 6 g,佛手 6 g,茯苓 15 g,炒白术 10 g,炒延胡索 15 g,绿萼梅 10 g,黄连 6 g,半枝莲 25 g,炒吴茱萸 3 g,丹参 15 g
刘 晔 2015 ^[25]	柴胡疏肝汤加减	柴胡 12 g,白芍 22 g,香附 9 g,枳壳 9 g,陈皮 6 g,甘草 12 g,佛手 9 g,乌药 9 g,百合 9 g,丹参 12 g
孔宪辉 2012 ^[26]	柴胡疏肝散加减	柴胡 10 g,白芍 22 g,香附 9 g,枳壳 8 g,陈皮 6 g,甘草 8 g,佛手 10 g,乌药 9 g,百合 9 g,丹参 10 g
胡 浩 2012 ^[27]	柴胡疏肝散加减	柴胡 10 g,白芍 15 g,炒香附 15 g,炒枳壳 15 g,甘草 6 g,佛手 6 g,茯苓 15 g,炒白术 10 g,黄连 6 g,炒吴茱萸 3 g,绿萼梅 10 g,炒延胡索 15 g,半枝莲 25 g,丹参 15 g
许忠康 2010 ^[28]	柴胡疏肝散加减	柴胡 10 g,白芍 22 g,香附 9 g,枳壳 8 g,陈皮 6 g,甘草 8 g,佛手 10 g,乌药 9 g,百合 9 g,丹参 10 g
李秀英 2009 ^[29]	柴胡疏肝散加减	柴胡 12 g,白芍 12 g,枳壳 9 g,川芎 9 g,炙甘草 6 g,赤芍 12 g,半夏 12 g,党参 15 g,白术 12 g,黄连 9 g,川楝子 9 g

2.3 纳入文献方法学质量评价 11 项研究^[19-29]均提及随机分配,其中 2 项研究采用随机数字表法^[19,22],1 项研究采用电脑随机分配^[23];所有研究均未提及是否

实施盲法及是否分配隐藏;所有研究均不清楚是否有选择性报告结果;均不清楚是否有其他偏倚;结局数据均完整。纳入研究方法学质量评价结果,见图 2。

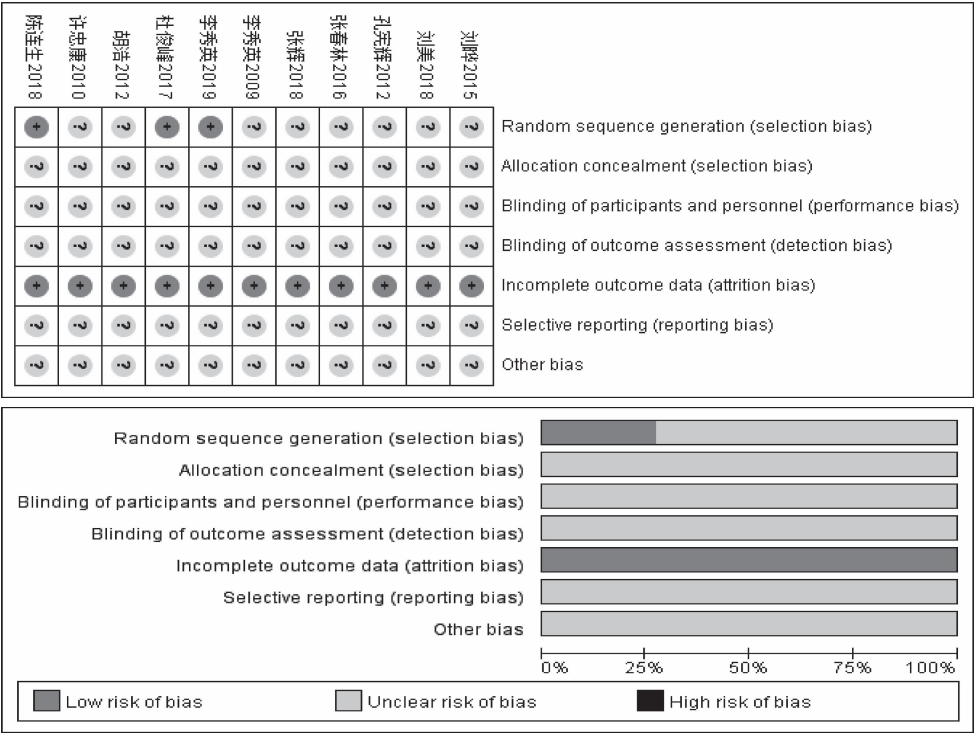


图 2 纳入研究方法学质量评价

2.4 Meta 分析结果

2.4.1 总有效率 所纳入 11 项研究^[19-29]均报道了柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型 CAG 临床疗效, 共计 1 068 例患者。异质性检验显示, 11 项研究间无异质

性($P=0.04, I^2=48\%$), 采用固定效应模型进行分析, 结果表明, 在有效率方面, 柴胡疏肝散加减治疗 CAG 肝胃不和证优于常规西药组, 差异有统计学意义 [$RR=1.25, 95\%CI(1.19, 1.33), P<0.000\ 01$]。见图 3。

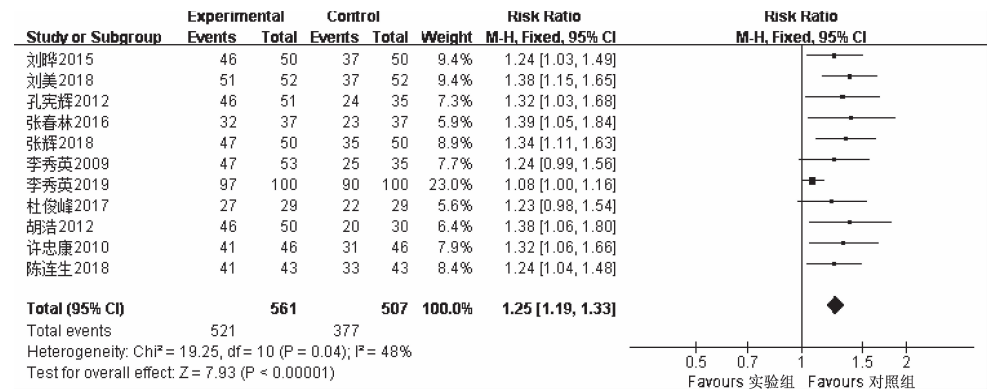


图 3 柴胡疏肝散与常规西药组治疗的总有效率比较

2.4.2 主要症状疗效 2 项研究^[27, 29]报道了柴胡疏肝散对比西药治疗肝胃不和型 CAG 的主要症状疗效情况, 共 174 例患者, 合并异质性检验显示, 2 项研究间无异质性($P=0.46, I^2=0\%$), 采用固定效应

模型进行分析, 结果表明, 柴胡疏肝散加减治疗 CAG 肝胃不和证的主要症状疗效优于常规西药组, 差异有统计学意义 [$RR=1.57, 95\%CI(1.30, 1.89), P<0.000\ 01$]。见图 4。

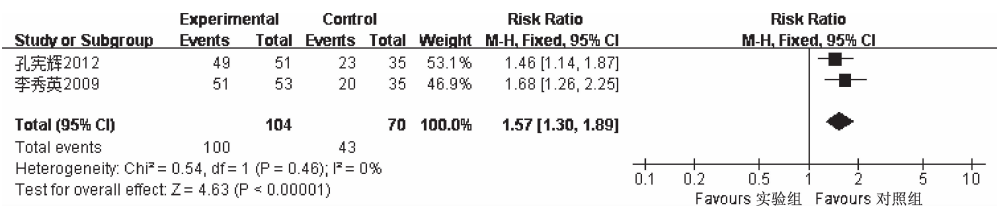


图 4 柴胡疏肝散与常规西药组治疗的主要症状疗效比较

2.4.3 病理检查积分

(1)胃粘膜萎缩: 纳入 2 项研究^[22, 29], 共 174 例患者, 合并异质性检验显示研究间无异质性($P=0.90, I^2=0\%$), 采用固定效应模型分析, 结果

表明, 与对照组相比, 柴胡疏肝散加减能改善肝胃不和型 CAG 患者的胃粘膜萎缩情况, 差异有统计学意义 [$MD=-1.53, 95\%CI(-1.93, -1.12), P<0.000\ 01$]。见图 5。

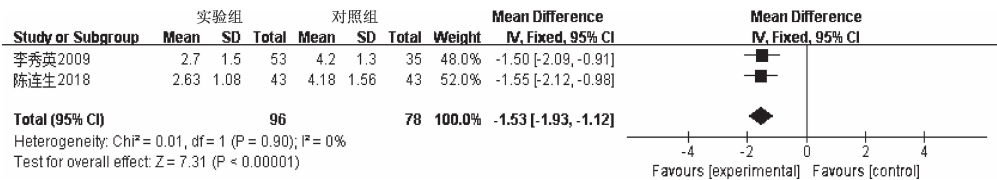


图 5 柴胡疏肝散与常规西药组治疗的胃粘膜萎缩病理积分比较

(2)肠上皮化生: 纳入 2 项研究^[22, 29], 共 174 例患者, 合并异质性检验显示, 纳入研究间无异质性($P=0.30, I^2=6\%$)。采用固定效应模型分析, 结果表明, 与对照组相比, 柴胡疏肝散加减能改善肝胃不和型 CAG 患者的肠上皮化生情况, 差异有统计学意义 [$MD=-0.79, 95\%CI(-0.95, -0.63), P<0.000\ 01$]。见图 6。

(3)异型增生度: 纳入 2 项研究^[22, 29], 共 174 例患者, 合并异质性检验显示, 纳入研究间无异质性($P=0.95, I^2=0\%$)。采用固定效应模型分析, 结果表明, 与对照组相比, 柴胡疏肝散加减能改善肝胃不和型 CAG 患者的异型增生度情况, 差异有统计学意义 [$MD=-0.69, 95\%CI(-0.84, -0.55), P<0.000\ 01$]。见图 7。

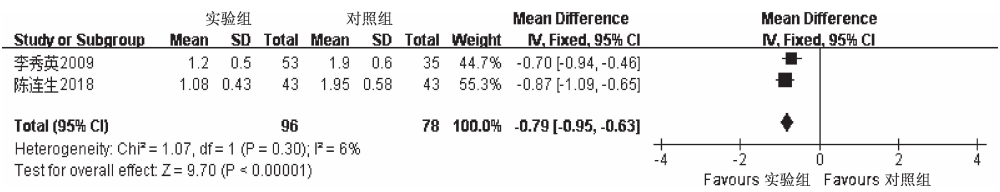


图 6 柴胡疏肝散与常规西药组治疗的肠上皮化生病理积分比较

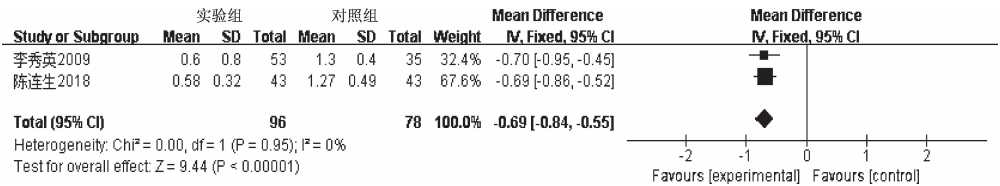


图 7 柴胡疏肝散与常规西药组治疗的异型增生度病理积分比较

(4)血清胃泌素 G17:纳入 2 项研究^[19,25],共 300 例患者,合并异质性检验显示,纳入研究间无异质性($P=0.86, I^2=0\%$)。采用固定效应模型分析,结果表明,与

对照组相比,柴胡疏肝散加减能改善肝胃不和型 CAG 患者的血清胃泌素 G17 水平,差异有统计学意义[MD=3.61, 95%CI(2.89, 4.33), $P<0.000 01$]。见图 8。

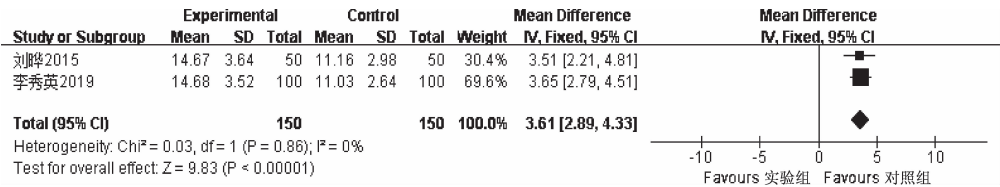


图 8 柴胡疏肝散与常规西药组治疗的血清胃泌素 G17 比较

2.5 敏感性分析 基于柴胡疏肝散加减治疗 CAG 肝胃不和证总有效率 Meta 分析结果,逐一排除某个研究重新分析,异质性及研究结果并未发生明显改变,说明研究结果对不同效应量的改变均稳健。

2.6 安全性分析 纳入 11 篇文献^[19-29]对不良反应的发生情况均未作提及。

2.7 发表偏倚 以纳入研究的临床总有效率 RR 作为横坐标,以 SE(log[RR])值作为纵坐标绘制漏斗图。从图中看出,散点分布不对称,表明纳入研究可能存在一定发表偏倚。见图 9。

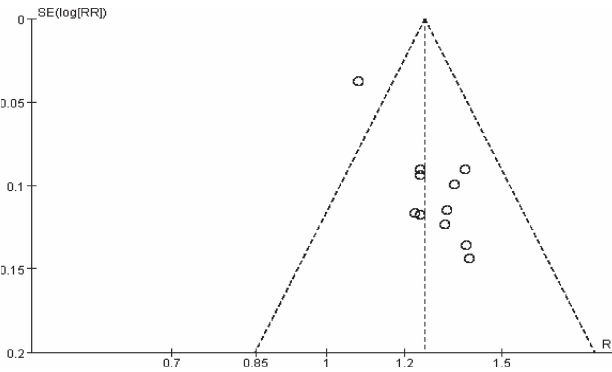


图 9 柴胡疏肝散加减治疗 CAG 肝胃不和证的 Meta 分析漏斗图

3 讨论

CAG 属中医“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴,通常由外邪、饮食、情志所致。本病病位在胃,与肝脾密切相关,肝气郁滞,疏泄失常,胃失和降则出现一系列临床症状。柴胡疏肝散出自《景岳全书》的名方,由柴胡、芍药、陈皮、香附、枳壳、川芎、甘草 7 味药组成。方中柴胡、芍药以柔肝解郁,陈皮、香附、枳壳以理气滞而疏肝,川芎以行气活血,甘草以和中缓急,调和药性。诸药共奏疏肝解郁,行气止痛之效。现在研究表明,柴胡、白芍和炙甘草均具有抗炎、镇痛及调节免疫作用^[30-32],川芎具有改善血液循环及镇痛作用^[33],枳壳有调节胃运动、调节免疫力、抗肿瘤等作用^[34],陈皮能明显的促进胃排空^[35],而香附能延缓胃排空,减少溃疡的发生^[36]。临床应用本方治疗肝郁气滞、郁久伤脾所致慢性胃炎、慢性肝炎,常可获其意想不到的效果,值得临床推广应用。

目前,国内很多研究表明中医药在治疗 CAG 方面有着独特优势,但临床研究设计不合理,诊疗评价不规范等原因,得出的结论零散、单一,尚缺乏统一认识。因此,本文采用循证医学的方法对多个研究结果

进行综合分析,作出系统评价。本篇共纳入 11 项 RCTs,共 1 068 例患者,单个样本量最大 200 例,最小 58 例,Meta 分析结果显示,与常规西药组相比,柴胡疏肝散加减治疗 CAG 肝胃不和证在临床总有效率、主要症状疗效、病理检查积分及血清胃泌素 G17 水平等方面均具有良好疗效。但对安全性重视不够,所有研究均未提及不良反应发生情况。

本研究存在一定局限性。第一,所纳入研究样本量较小,可能存在测量偏倚及实施偏倚;第二,纳入的研究的质量总体偏低,所纳入的 11 项研究中,提及随机数字表法的有 2 项,提及电脑随机分配的仅 1 项,均未说明是否采用分配隐藏、是否实施盲法,可能造成选择性偏倚;第三,由于纳入文献数量较少,且均为中文文献,致漏斗图中散点分布不均,存在发表偏倚,可能降低系统评价证据强度;第四,缺乏灰色文献检索,可能存在选择性偏倚。

目前,国内开展中医药治疗 CAG 临床研究较多,但研究方法学质量普遍较低,样本量较小,在今后的研究中应提高研究文献的方法学质量,加大样本数据,在试验设计、实施及随访等阶段严格要求,采取随机、对照、双盲的方法,对 CAG 病理学积分、症状积分、胃镜下粘膜情况等要广泛报道,并且要长期随访。从而为今后临床研究提供强有力循证医学证据。

4 结论

综上所述,柴胡疏肝散加减治疗 CAG 肝胃不和证临床疗效优于常规西药组,但由于研究自身局限性可能存在结局的局限性,今后需要开展高质量、大样本、多中心、设计严谨的随机对照试验,进一步证实试验结果。

参考文献:

- [1] VANNELLA L, LAHNER E, ANNIBALE B. Risk for gastric neoplasias in patients with chronic atrophic gastritis: A critical reappraisal [J]. *World J Gastroenterol*, 2012, 18 (12):1279-1285.
- [2] ZHANG Y, ZHOU A, LIU Y, et al. Exploratory factor analysis for validating traditional Chinese syndrome patterns of chronic atrophic gastritis[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2016, 2016:6872890.
- [3] SUGANO K. Screening of gastric cancer in Asia [J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2015, 29(6):895-905.
- [4] FANG J Y, LIU W Z, SHI Y, et al. Consensus on chronic gastritis in China --Second national consensus meeting on chronic gastritis (14-16 September 2006 Shanghai, China) [J]. *J Dig Dis*, 2007, 8(2):107-119.
- [5] LIU W Z, XIE Y, LU H, et al. Fifth Chinese national consensus report on the management of helicobacter pylori infection[J]. *Helicobacter*, 2018, 23(2):e12475.
- [6] LEONTIADIS G I, FORD A C. Helicobacter pylori eradication: gastric cancer prevention [J]. *BMJ Clin Evid*, 2015, 2015:0406.
- [7] SONG H, ZHU J, LU D. Long-term proton pump inhibitor (PPI) use and the development of gastric pre-malignant lesions[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(12):CD010623.
- [8] 范尧夫, 魏睦新. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的 Meta 分析 [J]. *辽宁中医杂志*, 2013, 40(4):633-637.
- [9] 宋青, 刘震, 黄达. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展 [J]. *首都医科大学学报*, 2019, 40(3):479-482.
- [10] 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.
- [11] 邹积隆, 丛林, 杨振宁. 简明中医病证辞典[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005:636.
- [12] 黄大未, 杨晋翔, 魏玥, 等. 中国南北方地区慢性萎缩性胃炎中医证候对比研究 [J]. *北京中医药大学学报*, 2013, 36 (11):783-785.
- [13] 赵晓丹, 孙静晶, 周斌. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布规律[J]. *环球中医药*, 2015, 8(1):18-21.
- [14] 刘云霞, 徐珊. 徐珊教授治疗慢性萎缩性胃炎临证经验[J]. *中华中医药学刊*, 2011, 29(6):1206-1207.
- [15] 易平钰, 朱方石. 慢性萎缩性胃炎中医治法分布及方剂运用规律[J]. *世界华人消化杂志*, 2011, 19(36):3696-3699.
- [16] 李经纬, 区永欣, 余瀛鳌. 简明中医辞典[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001:813.
- [17] 李军祥, 陈諒, 吕宾, 等. 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.
- [18] HIGGINS J P, ALTMAN D G, GOTZSCHE P C, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials [J]. *BMJ: British Medical Journal*, 2011, 343:d5928.
- [19] 李秀英. 柴胡疏肝汤加减治疗慢性萎缩性胃炎肝胃不和证的临床观察[J]. *中国保健营养*, 2019, 29(1):70-71.
- [20] 刘美. 加减柴胡疏肝汤治疗慢性萎缩性胃炎肝胃不和证

- 患者效果分析[J]. 双足与保健, 2018, 27(12): 170-171.
- [21] 张辉. 柴胡疏肝散加减治疗慢性萎缩性胃炎肝气犯胃证临床观察[J]. 山西中医, 2018, 34(5): 15-16.
- [22] 陈连生. 加减柴胡疏肝汤治疗慢性萎缩性胃炎肝胃不和证患者效果观察[J]. 河南医学研究, 2018, 27(5): 907-908.
- [23] 杜俊峰. 加减柴胡疏肝汤治疗慢性萎缩性胃炎肝胃不和证的效果观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(40): 7880.
- [24] 张春林, 张秀琴. 柴胡疏肝散加味治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎 74 例患者的临床疗效 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(27): 198-199.
- [25] 刘晔. 加减柴胡疏肝汤治疗慢性萎缩性胃炎肝胃不和证的疗效分析[J]. 中国医药导刊, 2015, 17(5): 497-498.
- [26] 胡浩. 柴胡疏肝散加味治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎 80 例[J]. 河南中医, 2012, 32(11): 1544.
- [27] 孔宪辉. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和证慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 中医临床研究, 2012, 4(12): 17-18.
- [28] 许忠康, 梁显锋, 农胜利. 柴胡疏肝散治疗 46 例肝胃不和证慢性萎缩性胃炎体会 [J]. 内蒙古中医药, 2010, 29(7): 7-8.
- [29] 李秀英. 柴胡疏肝散化裁治疗肝胃不和型慢性萎缩性胃炎 53 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2009, 15(6): 77-78.
- [30] 舒文将, 姚昕利, 陈宗游, 等. 中药柴胡的药理研究与临床应用[J]. 广西科学院学报, 2017, 33(4): 268-273.
- [31] 李文艳, 黄山君, 王瑞. 中药白芍的药理作用和质量控制研究进展[J]. 药学服务与研究, 2012, 12(2): 118-122.
- [32] 张玉龙, 王梦月, 杨静玉, 等. 炙甘草化学成分及药理作用研究进展[J]. 上海中医药大学学报, 2015, 29(3): 99-102.
- [33] 唐亚芳, 杨岸新. 中药川芎的有效成分及其药理作用研究 [J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(10): 219-220.
- [34] 谭辉. 中药枳壳的化学成分及药理作用探析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(27): 14-15.
- [35] 王贺玲, 李岩, 白菡, 等. 理气中药对鼠胃肠动力的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(5): 1136-1138.
- [36] 陈志坚, 胡璇, 刘国道. 香附的化学成分及药理作用研究进展[J]. 安徽农业科学, 2017, 45(36): 113-115.

《云南中医学院学报》欢迎网上投稿

网址: <http://www.xb.ynutcm.edu.cn>