

• 标准与规范 •

慢性胃炎中医诊疗专家共识(2023)

中华中医药学会脾胃病分会

Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of chronic gastritis (2023)

Spleen and Stomach Disease Branch, China Association of Chinese Medicine

慢性胃炎(chronic gastritis, CG)是消化系统常见病、多发病,是由幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, *H.pylori*)感染等多种病因引起的胃黏膜慢性炎症。临床症状缺乏特异性,主要表现为上腹疼痛、胀满、嗝气、食欲减退等。依据内镜和病理组织学分为慢性非萎缩性胃炎(chronic non-atrophic gastritis, CNAG)和慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)。伴肠化、异型增生(上皮内瘤变)者胃癌发生风险增加,是胃癌二级预防的重要对象。中医药通过整体调节和辨证论治,不仅能改善患者的临床症状、提高生活质量,对胃黏膜病理组织学也有积极的逆转作用。中华中医药学会脾胃病分会曾于2017年组织制定了《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》,对CG的诊疗起到了一定的规范作用。近年来,中医药在诊治CG方面取得诸多进展,有必要对共识意见进行更新,以满足临床需要,更好地指导临床。

中华中医药学会脾胃病分会于2020年11月在北京组织专家成立了《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就CG的证候分类、辨证治疗、名医经验、循证研究、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,然后按照德尔菲法分别于2021年4月、2021年8月、2022年10月进行了3轮专家投票,逐次进行修改完善形成送审稿。2023年4月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评,通过了本共识意见。表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果>2/3的人数选择①,或>85%的人数选择①+②,则作为条款通过,纳入共识。

概述

1. 西医诊断

1.1 临床表现 CG无特异性临床表现,部分患者可无任何症状,有症状者主要表现为持续或反复发作性上腹痛、上腹胀

和饱胀感等,与功能性消化不良症状谱相似,但消化不良症状的有无及严重程度与CG的分类、内镜下表现、病理组织学分级均无明显相关性。CG的ICD-11编码是DA42^[1]。

1.2 内镜及病理组织学检查 CG的确诊主要依赖于内镜与病理组织学检查^[2]。对CG的诊断应尽可能地明确病因,特殊类型胃炎的内镜诊断必须结合病因和病理。

1.2.1 内镜诊断: CG的内镜诊断主要依据普通白光或特殊成像方法所见的黏膜炎症变化,需与病理检查结果结合做出最终判断。CNAG内镜下可见黏膜红斑、出血点或出血斑,黏膜粗糙伴或不伴水肿、充血渗出等基本表现。CAG内镜下可见黏膜红白相间,以白相为主,皱襞变平甚至消失,部分黏膜血管显露;可伴有黏膜颗粒或结节状等表现。肠化在内镜下表现为黏膜欠光滑或灰色斑。推荐内镜下初步评估胃炎的*H.pylori*感染状态,内镜下应评估萎缩、肠化的范围。应用染色内镜结合放大内镜有助于提高内镜诊断与病理检查的符合率,对CG的诊断和鉴别诊断有一定价值。

1.2.2 病理诊断: 应根据病变情况和需要进行活检。临床诊断时可取2~3块标本,分别在胃窦、胃角和(或)胃体部位取活检,可疑病灶处另取活检,有条件时可在电子染色放大内镜和显微内镜引导下进行。内镜医师应向病理医师提供取材部位、内镜所见、内镜诊断和简要病史等资料。病理医师应报告每一块活检标本的组织学变化,即*H.pylori*感染、慢性炎症、活动性、萎缩和肠化,分为无(0)、轻度(+)、中度(++)和重度(+++)4级。分级标准采用我国CG的病理诊断标准和新悉尼系统的直观模拟评分法。CG病理诊断应包括部位分布特征和组织学变化程度,有病因可循者应报告病因。病理活检显示固有腺体减少,即可诊断为CAG,不必考虑活检标本的萎缩块数和程度。临床医师可根据病理结果结合内镜下表现,最后作出萎缩范围和程度的判断。肠化范围和亚型对预测胃癌发生风险均有一定的价值^[3],肠化范围越广,发生胃癌危险性越高;不完全性

基金资助: 中国中医科学院科技创新工程(No.CI2021B005), 中国中医科学院科技创新工程脾胃病学科项目(No.CI2021A01004) 国家自然科学基金面上项目(No.82274511)

通信作者: 唐旭东, 北京市海淀区西苑操场1号中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所, 邮编: 100091, 电话: 010-62835451

E-mail: txdl@sina.com

杨倩, 河北省石家庄市长安区中山东路389号河北省中医院, 邮编: 050000, 电话: 0311-6048185转207, E-mail: Yang0311qian@126.com

和(或)大肠型肠化与胃癌发生更为密切。异型增生是最重要的胃癌前病变。分为低级别和高级别两级^[4]。

1.3 实验室检查 ①临床就诊的CG患者,如*H.pylori*感染情况未知,均建议行*H.pylori*检测。②自身免疫性胃炎在我国相对少见,表现为以胃体为主的CAG,其免疫学特点为患者体内产生针对胃组织不同组分的自身抗体,分别造成维生素B₁₂吸收障碍和胃酸分泌减少。诊断本病时建议检测血清抗胃壁细胞抗体、抗内因子抗体、胃泌素、维生素B₁₂含量、胃蛋白酶原等^[5],同时还应检测甲状腺功能和相关抗体,以除外相关合并疾病。③血清胃泌素-17(gastrin-17, G-17)、胃蛋白酶I和II及其比值可能有助于判断有无胃黏膜萎缩和萎缩部位^[5]。

2. 中医范畴 CG中医病名诊断以症状诊断为主。以上腹部疼痛为主症者,诊为“胃痛”;以上腹部胀满、堵闷为主症者,诊为“胃痞病”。若上腹部症状不明显者,可根据主要症状诊断为“嘈杂”等。

病因病机

1. 病因与发病 本病主要与脾胃虚弱、情志失调、饮食不节、药物损伤、感受外邪(如*H.pylori*感染)等多种因素有关,上述因素损伤脾胃,致脾胃纳化失司,升降失常,导致气滞、痰湿、郁热、血瘀等病理因素的产生^[6]。

2. 病位 本病病位在胃,与肝、脾密切相关,亦与肺、肾、大小肠有一定关系。

3. 病机要点 CG病机分为本虚和标实两方面。本虚主要为脾气(阳)虚和胃阴虚,标实以气滞、湿热和血瘀为主,脾虚、气滞是疾病的基本病机,血瘀是久病的重要病机,在胃黏膜萎缩发生发展乃至恶变的过程中起重要作用^[7]。

CG的辨证应当审证求因,其病机与发病原因、病变类型有关,总体而言,在临床上常表现为本虚标实、虚实夹杂之证;临床应以虚实、脏腑结合气血、寒热八纲加以辨证。初起以实证为主,病久多为虚证或虚实夹杂证;早期多在气分,病久则兼涉血分。CNAG以脾胃虚弱、肝胃不和证多见;CAC以脾胃虚弱、气滞血瘀证多见;CG伴胆汁反流以肝胃不和证多见;伴*H.pylori*感染以脾胃湿热证多见;伴肠化、异型增生者以气阴两虚、气滞血瘀证多见^[8-12]。

辨证分型

1. 辨证标准

1.1 肝胃不和证(中医病证分类与代码B04.06.02.04.01.01^[11])

1.1.1 肝胃气滞证(中医病证分类与代码B04.06.02.04.01.01^[11]):主症:①胃脘胀满或胀痛;②胁肋部胀满不适或疼痛。次症:①症状因情绪诱发或加重;②嗝气频作。舌脉:①舌淡红,苔薄白;②脉弦。

1.1.2 肝胃郁热证(中医病证分类与代码B04.06.02.04.01.03^[11]):主症:①胃脘灼痛;②两胁胀闷或疼痛。次症:①心烦易怒;②反酸;③口干;④口苦;⑤大便干燥。舌脉:①舌质红,苔黄;②脉弦或弦数。

1.2 脾胃湿热证(中医病证分类与代码未见) 主症:①脘腹痞满或疼痛;②身体困重;③大便黏滞或溏滞。次症:①食少纳呆;②口苦;③口臭;④精神困倦。舌脉:①舌质红,苔黄腻;②脉滑或数。

1.3 脾胃气虚证(中医病证分类与代码B04.06.03.01.03^[11])

1.3.1 脾胃气虚证(中医病证分类与代码B04.06.03.01.03.01^[11]):主症:①胃脘胀满或胃痛隐隐;②餐后加重;③疲倦乏力。次症:①纳呆;②四肢倦怠;③大便溏薄。舌脉:①舌淡或有齿痕,苔薄白;②脉虚弱。

1.3.2 脾胃虚寒证(中医病证分类与代码B04.06.03.01.03.04^[11]):主症:①胃痛隐隐,绵绵不休;②喜温喜按。次症:①劳累或受凉后发作或加重;②泛吐清水;③精神疲倦;④四肢不温;⑤大便稀溏或完谷不化。舌脉:①舌淡胖,边有齿痕,苔白滑;②脉沉弱。

1.4 胃阴不足证(中医病证分类与代码B04.03.02.03.02^[11]) 主症:①胃脘灼热疼痛;②胃中嘈杂。次症:①似饥而不欲食;②口干舌燥;③大便干结。舌脉:①舌红少津或有裂纹,苔少或无;②脉细或数。

1.5 胃络瘀阻证(中医病证分类与代码未见) 主症:①胃脘痞满或痛有定处。次症:①胃痛日久不愈;②痛如针刺。舌脉:①舌质暗红或有瘀点、瘀斑;②脉弦涩。

证候诊断:具备主症2项,次症2项,参考舌脉,即可诊断。

上述证候可单独出现,也可相兼出现,临床应在诊断单一证候的基础上辨别复合证候。常见的复合证候有肝郁脾虚证、脾虚气滞证、寒热错杂证、气阴两虚证、气滞血瘀证、虚寒夹瘀证、湿热夹瘀证等。同时,随着病情的发展,证候也可能呈现动态变化,临床需认真甄别。

2. 胃镜下黏膜辨证 胃镜下黏膜辨证是通过辨析黏膜色泽、表面形态、皱襞、分泌物、蠕动、黏膜血管等判断病机证候的诊断方法,属于局部辨证范畴,为中医望诊的延伸。由于目前尚缺乏高质量的前瞻性研究证据,胃镜下黏膜辨证在中医辨证过程中为辅助参考作用。具体可参考《中国整合胃癌前病变临床管理指南》^[13]推荐的胃镜下黏膜辨证标准。①肝胃不和证:胃黏膜活动性炎症反应,或伴胆汁反流,胃蠕动较快。②肝胃郁热证:胃黏膜红白相间,以红为主,黏膜弥漫性充血、水肿,反光度增强,伴见糜烂,黏液黏稠浑浊发黄,伴胆汁反流,胃蠕动较快。③脾胃湿热证:胃黏膜充血水肿,糜烂明显,黏液黏稠浑浊。④脾胃虚弱证:胃黏膜苍白或灰白,黏膜变薄,黏液清稀而多,或有黏膜水肿,黏膜下血管清晰可见,胃蠕动减弱。⑤胃阴不足证:黏膜表面粗糙不平,变薄变脆,分泌物少。皱襞变细或消失,或可透见黏膜下小血管网。⑥胃络瘀阻证:胃黏膜呈颗粒或结节状,伴黏膜内出血点,黏液灰白或褐色,血管网清晰可见,血管纹暗红。

临床治疗

1. 治疗目标与原则 CG临床治疗的目的包括祛除病因、缓解症状、改善胃黏膜组织学,提高患者的生活质量。中医药对

CG的主要干预手段有药物治疗、针灸疗法等,临床可根据具体情况选择合适的治疗方式,并配合饮食调节、心理疏导等综合调治。治疗过程中,应当审证求因,辨证施治。

胃癌前病变内科干预应针对无内镜可见病变的低级别异型增生或不确定性异型增生,以促进病变的逆转为目标;CAG的干预应针对胃体或全胃萎缩和(或)肠化,以减少病变范围、促进病变消退、逆转和降低胃癌风险为目标。

2. 辨证论治

2.1 肝胃不和证

2.1.1 肝胃气滞证:治法:疏肝和胃,理气止痛。主方:柴胡疏肝散加减。药物组成:柴胡6~9 g,陈皮6~12 g,枳壳9~12 g,白芍9~15 g,香附6~12 g,川芎6~12 g,甘草3~6 g等。加减:胃痛明显者,加醋延胡索9~12 g,川楝子6~9 g,乌药9~12 g以理气止痛;痞满明显者,加紫苏梗9~12 g,香橼12~15 g,佛手12~15 g以理气消胀;嗳气明显者,加柿蒂9~18 g,丁香1.5~3 g以和降胃气。

中成药:①气滞胃痛颗粒(片),开水冲服,每次5 g,每日3次。②胃苏颗粒(无糖型),口服,每次1袋,每日3次。③快胃片,口服,成人每次6片,每日3次,饭前1~2 h服。

2.1.2 肝胃郁热证:治法:疏肝泄热和胃。主方:化肝煎加减。药物组成:青皮6~12 g,陈皮9~12 g,白芍12~15 g,牡丹皮9~12 g,炒山栀6~12 g,泽泻6~12 g,浙贝母12~18 g,黄连3~6 g,吴茱萸1~3 g,甘草3~6 g等。加减:嗳气呃逆明显者,加旋覆花^(包煎)9~12 g,赭石^(先煎)9~15 g,丁香1.5~3 g,柿蒂15~30 g降气止逆;嘈杂、反酸明显者,加乌贼骨15~30 g,煅瓦楞子^(先煎)15~30 g制酸和胃;胸闷胁胀者,加柴胡6~12 g,郁金9~15 g疏肝理气。

中成药:①达立通颗粒(冲剂),开水冲服,每次1袋,每日3次。②加味左金丸(水丸),口服,每次6 g,每日2次。③金胃泰胶囊,口服,每次3粒,每日3次。

2.2 脾胃湿热证 治法:清热化湿,和中醒脾。主方:黄连温胆汤加减。药物组成:法半夏6~9 g,陈皮6~12 g,制苍术12~15 g,茯苓12~18 g,枳实6~12 g,竹茹6~9 g,黄连3~6 g,黄芩6~12 g,滑石^(包煎)6~9 g,甘草3~6 g等。加减:胃脘痞闷、口黏、舌苔白腻者,加佩兰9~15 g,白蔻仁^(后下)6~9 g芳香化湿、醒脾和胃;腹胀者,加厚朴9~12 g,槟榔9~15 g理气消胀;嗳食酸腐者,加莱菔子9~15 g,神曲9~15 g,焦山楂9~15 g消食导滞;大便黏滞不畅、嘈杂、反酸者,加全瓜蒌12~15 g,煅瓦楞子^(先煎)15~30 g理气制酸。

中成药:①三九胃泰颗粒,开水冲服,每次1袋,每日2次;三九胃泰胶囊,口服,每次2~4粒,每日2次。②七蕊胃舒胶囊,口服,每次4粒,每日2次。③延参健胃胶囊,口服,每次4粒,每日3次。

2.3 脾胃虚弱证

2.3.1 脾胃气虚证:治法:健脾益气,和胃止痛。主方:香砂六君子汤加减。药物组成:党参12~15 g,炒白术12~15 g,茯苓12~15 g,陈皮9~12 g,法半夏6~9 g,木香6~9 g,砂仁^(后下)3~6 g,

炙甘草3~6 g等。加减:痞满者,加佛手9~15 g,香橼9~15 g理气和胃;气短、汗出者,加炙黄芪15~18 g补气固表;四肢不温者,加桂枝6~9 g,当归9~12 g养血和营;夜间痛者,加九香虫6~15 g,延胡索9~15 g,煅瓦楞子^(先煎)15~30 g活血制酸止痛。

中成药:①香砂养胃丸,口服,每次9 g,每日2次;香砂养胃丸(浓缩丸),口服,每次8丸,每日3次。②枳术宽中胶囊,口服,每次3粒,每日3次。③养胃颗粒(冲剂),开水冲服,每次1袋,每日3次。④益气和胃胶囊,口服,每次4粒,每日3次。⑤甘海胃康胶囊,口服,每次6粒,每日3次。

2.3.2 脾胃虚寒证:治法:温中健脾。主方:黄芪建中汤合理中汤加减。药物组成:炙黄芪15~30 g,党参9~15 g,炒白术12~15 g,白芍9~15 g,桂枝6~12 g,干姜6~9 g,生姜6~9 g,大枣6~15 g,饴糖9~15 g,炙甘草6~9 g等。加减:便溏者,加炮姜炭6~9 g,炒薏苡仁15~30 g温中健脾止泻;畏寒明显者,加炮附子^(先煎)6~9 g温补脾肾。

中成药:①虚寒胃痛颗粒(冲剂),开水冲服,每次5 g,每日3次。②温胃舒胶囊,口服,每次3粒,每日2次;或温胃舒颗粒,开水冲服,每次1~2袋,每日2次;或温胃舒片,口服,每次3片,每日2次。③胃复春片,口服,每次4片,每日3次;或胃复春胶囊,口服,每次4粒,每日3次。

2.4 胃阴不足证 治法:养阴生津,益胃止痛。主方:一贯煎加减。药物组成:北沙参9~15 g,麦冬9~15 g,熟地黄12~15 g,当归9~15 g,枸杞子9~15 g,川楝子6~9 g,木香6~9 g,砂仁^(后下)3~6 g等。加减:胃痛者,加白芍12~15 g,生甘草6~9 g缓急止痛;大便干结,排出困难者,熟地黄改为生地黄12~15 g,加玄参9~18 g以润肠通便;胃胀明显者,加佛手9~15 g,香橼9~12 g,紫苏梗12~15 g以理气和胃。

中成药:①养胃舒胶囊,口服,每次3粒,每日2次;或养胃舒颗粒,开水冲服,每次1~2袋,每日2次;或养胃舒片,口服,每次3片,每日2次。②阴虚胃痛颗粒,开水冲服,每次10 g,每日3次;或阴虚胃痛胶囊,口服,每次4粒,每日3次。

2.5 胃络瘀阻证 治法:活血理气,化瘀止痛。主方:失笑散合丹参饮加减。药物组成:生蒲黄^(包煎)9~12 g,炒五灵脂9~15 g,丹参15~30 g,檀香^(后下)3~6 g,砂仁^(后下)3~9 g等。加减:疼痛明显者,加延胡索9~12 g,川楝子6~9 g理气活血止痛;气短、乏力者,加炙黄芪15~30 g,炒白术9~15 g健脾益气。

中成药:①元胡止痛颗粒,开水冲服,每次1袋,每日3次;或元胡止痛片,口服,每次4~6片,每日3次。②华铃胃痛颗粒,开水冲服,每次5 g,每日3次。③摩罗丹(大蜜丸),口服,每次1~2丸,每日3次;或摩罗丹(浓缩丸),口服,每次1~2袋,每日3次。

对于临床症状复杂、多个证候相兼的患者,可用处方组成相应的切合病机的合方治疗。如CNAG,其病机表现为脾胃虚弱、肝胃不和,可用脾胃虚弱证的主方香砂六君子汤与肝胃不和证的主方柴胡疏肝散合方化裁。CAG、CG伴胆汁反流等也可据此方法处方。

辨病论治、专病专方是CG中医临床治疗的重要组成部分,其原理是在认识CG基本病机的基础上,拟定方剂,并随证化裁。从临床用方的组成来看,多数为各单一证候用方所组成的合方。

对于无明显临床症状者,可采用辨病论治并结合舌脉、内镜下局部黏膜表现的辨证结果施治,具体病机参考病因病机“3. 病机要点”及辨证分型“2. 胃镜下黏膜辨证”部分。

关于*H.pylori*感染的根除指征及用药方案,可参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[14]。中医辨证属脾胃湿热证的患者也可配合使用具有清热化湿功效的方剂(如以黄连温胆汤、半夏泻心汤等化裁)以提高疗效。

CG伴胃黏膜出血、糜烂时,可加用中药三七粉、白及粉治疗(随汤药冲服或用温水调成糊状口服,空腹时服用),但建议在辨证的基础上使用。

对CG伴肠化、异型增生者的治疗,非脾胃虚寒者可在复方中选加白花蛇舌草、藤梨根、半枝莲、半边莲等,或配合使用活血化瘀类中药,如丹参、三七、莪术等。

3. 当代名家经验

3.1 董建华

3.1.1 学术观点:“通”与“降”是胃的生理特点。通降失常,则水反为湿,谷反为滞,形成气滞、血瘀、湿阻、食积、火郁等。“壅滞”是胃的病理特点。治疗上要着眼于“通降”,即调气血、疏壅塞、消郁滞^[15-16]。

3.1.2 用药心得:①以香苏饮加减治疗CG属肝胃不和证者,常用药物:紫苏叶、香附、陈皮疏郁行滞、和胃通降。气滞重者,加枳壳、大腹皮、香橼、佛手等加强理气除胀之力;胃脘怕凉、偏寒者,加草澄茄或高良姜;少腹胀满,加小茴香、乌药;胃痛较甚,加川楝子、延胡索;郁邪化热,口干苔黄,加栀子、黄芩;恶心欲吐,加清半夏。②以黄芩滑石汤加减治疗湿热中阻证热偏甚者,常用药物:黄芩、栀子、黄连、吴茱萸、厚朴、荷梗、滑石、甘草等;以藿朴夏苓汤加减治疗湿热中阻证湿偏盛者,常用药物:藿香、佩兰、厚朴、茯苓等。③以甘平、甘凉、甘温之法治脾胃气虚、气阴两虚和脾阳虚之证。如以益胃汤加减治疗胃阴不足证者,常用药物:北沙参、麦冬、石斛、乌梅、白芍、香附、芦根、丹参、甘草等。津伤重者加芦根、玉竹;泛酸者加煅瓦楞子;痛甚用芍药甘草汤;纳差甚加陈皮、谷芽、麦芽等。以黄芪桂枝汤加减治疗脾胃阳虚证,常用药物:黄芪、桂枝、白芍、甘草、干姜、大枣、饴糖等。

3.2 薛伯寿

3.2.1 学术观点:CG病机多为脾胃不和,常由寒热虚实夹杂、气机升降失调引起。辨证首先辨脏腑,以脾胃为主,兼顾肝、肾、大肠、小肠等,次辨寒热虚实。以通降阳明为原则,重视“气以通为补,血以和为补”在临床中的运用^[17]。

3.2.2 用药心得:补气注重配伍理气之品,补血须伍和血之药。脾虚日渐,正气不足,阴阳失衡,阳不胜阴,阴寒内盛,常用

干姜、高良姜、吴茱萸;饮食不节,化火伤阴,中焦热盛,常用连翘、浙贝母、知母、黄精、牡丹皮;运化失司,痰湿停聚中阻,常用陈皮、苍术、白术、苦杏仁;中焦失和,诸气必虚,日久成瘀,可用丹参、赤芍、红花;中气不足,肝木乘之,肝气犯胃,常用柴胡、炒栀子、佛手、香橼;脾胃亏虚,生化气血失常,肾精匮乏,或脾阳不足,累及先天,脾肾阳虚,常用葫芦巴、盐杜仲、牛膝。

3.3 李振华

3.3.1 学术观点:“治疗慢性脾胃病,治脾需兼治胃,治胃亦必兼以治脾,脾胃病不可单治一方”“治疗脾胃病必须紧密联系于肝”^[18]。

3.3.2 用药心得:①制立“香砂温中汤”治疗脾胃虚弱证CAG,药物组成:白术10 g,茯苓12 g,陈皮10 g,半夏10 g,香附10 g,砂仁^(后下)8 g,桂枝5 g,白芍12 g,小茴香10 g,乌药10 g,木香6 g,郁金10 g,甘草3 g。②自拟“沙参养胃汤”治疗CG属脾胃阴虚证者,药物组成:沙参20 g,麦冬15 g,石斛15 g,白芍20 g,山楂15 g,知母12 g,鸡内金10 g,天花粉12 g,牡丹皮10 g,乌梅10 g,陈皮10 g,甘草3 g。兼气滞者加枳壳、川楝子、郁金;兼血瘀者加丹参、桃仁、延胡索;阴虚内热,呃逆、嗳气者加竹茹、柿蒂;心烦易怒,失眠多梦加焦栀子、首乌藤;大便干结者加火麻仁;兼脾虚气滞者加党参。

3.4 杨春波

3.4.1 学术观点:慢性胃病以虚为本,但治病之始,不在补而在清化,湿热不除,胃难受补,只有在湿热已化、气机畅达、血行通顺的情况下,言补才有意义,行补才能建功。脾虚是发病之基,虚则邪至,湿热相扰以成诸证,而湿热一化则脾虚立现^[19-20]。

3.4.2 用药心得:创立经验方“清化饮”,用于治疗CG脾胃湿热证。药物组成:茵陈10 g,扁豆15 g,黄连3 g,厚朴10 g,薏苡仁15 g,赤芍10 g,甘草3 g。君药茵陈清热利湿。扁豆醒脾化湿,黄连清热燥湿,共为臣药。厚朴行气燥湿,宽中下气除胀;薏苡仁利水渗湿健脾;赤芍清热凉血,散瘀止痛,同为佐药。诸药合用,共奏清热化湿,和胃通络之效。

3.4.3 特色用药:①动静相合:在补脾为主的处方中加入行气药,如黄芪、茯苓、白术常同厚朴、枳壳等;在化湿药中配伍行气药以开门祛闭、迫邪逐寇,如茵陈、白豆蔻、佩兰与厚朴花、枳壳相合。②升降互配:特别注意气机的升降。湿热中阻则下用薏苡仁、泽泻以利,上用藿香、佩兰、白豆蔻以宣;湿热阻滞而使头晕脑蒙者,用薏苡仁、通草、泽泻、枳壳行气化湿于下,荷叶、薄荷轻清开窍于上,使邪从下退,清从上生。

3.5 李佃贵

3.5.1 学术观点:饮食不节(洁),情志不舒,或感受外湿,导致脾失运化,谷反为滞,水反为湿。浊邪积而化热,热蕴血瘀而成毒,是为浊毒。浊毒损伤胃络,导致胃体失于濡养,胃腺体萎缩,黏膜变薄,进而发展为肠化、异型增生。浊毒内蕴是CG及胃癌前病变的关键病机^[21]。

3.5.2 用药心得: 香连化浊汤, 化浊解毒, 和胃降逆, 用于CG属浊毒内蕴者。药物组成: 广藿香10 g, 黄连6 g, 麸炒白术12 g, 豆蔻^(后下)6 g, 半枝莲15 g, 白花蛇舌草15 g, 当归12 g, 川芎9 g, 三七粉^(冲服)6 g, 茯苓15 g, 麸炒枳实10 g, 醋香附9 g, 木香6 g, 炒白芍15 g, 百合12 g, 砂仁^(后下)6 g, 全蝎3 g, 醋延胡索10 g。脉弦滑或滑数者纳差者加炒鸡内金、莪术; 烧心、泛酸者加儿茶、生地黄; 暖气者加石菖蒲、郁金; 胃脘痞满者加瓜蒌、半夏。

此外, 善用虫类药化浊毒。一是固本扶正以清浊毒之源; 二是攻坚化积以消浊毒之体; 三是活血通络以畅浊毒之道; 四是以毒攻毒以减浊毒之性。

寒因寒用化浊毒: 有胃脘畏寒, 用姜、桂不能缓解者, 舌质多暗红, 苔多黄腻, 脉多弦滑, 为浊毒蕴于中焦, 阳气不能敷布, 属真寒假寒, 当以黄芩、黄连等寒因寒用, 少佐虫类之药以通络。

3.6 蔡淦

3.6.1 学术观点: CG病机关键是脾虚肝郁, 夹湿热或郁热为患。临床应围绕健脾益气、疏肝理气治疗^[22]。

3.6.2 用药心得: 治疗脾虚兼有阴虚胃热、脾胃阴虚证者常用太子参配石斛; 治疗气机阻滞之脘腹痞满者常苏梗配藿梗; 治疗寒热互结、胃气不和证者常用半夏、黄芩配伍; 治疗肝脾不调、肝胃不和、脾虚肝旺之CG有消化不良表现者, 采用白术、白芍配伍; 治疗脾胃虚寒、湿阻气机所致的纳呆食少、食积不消、胸闷不舒、脘腹胀痛、反胃、呕吐等症采用砂仁、白蔻仁配伍。

4. 西医诊疗进展概述 慢性胃炎亦可根据病因分为 *H.pylori* 胃炎和非 *H.pylori* 胃炎, 不管有无症状和并发症, *H.pylori* 胃炎是一种感染性疾病^[23], 根除治疗对象可扩展至无症状者。*H.pylori* 胃炎伴消化不良症状的患者, 根除 *H.pylori* 后可使部分患者的症状获得长期缓解; 长期服用质子泵抑制剂 (proton pump inhibitors, PPI) 会使 *H.pylori* 胃炎分布发生改变, 增加胃体胃炎发生风险, 根除 *H.pylori* 可降低这种风险; 根除 *H.pylori* 可显著改善胃黏膜炎性反应, 阻止或延缓胃黏膜萎缩、肠化发生和发展, 部分逆转萎缩, 但难以逆转肠化。根除 *H.pylori* 有助于阻断低级别异型增生进展为高级别异型增生或胃癌。

内镜诊断CG的敏感性较低, 需依赖病理组织学检查。高清放大染色内镜在对CG的诊断和鉴别诊断有一定价值, 诊断胃癌前病变和早期胃癌方面优于普通白光内镜, “亮蓝谱”有助于判断肠化的存在和范围。对于低级别异型增生应重视高清内镜下的边界和血管, 若可见明确边界, 且表面腺管开口形态和(或)微血管形态存在异常, 即提示存在升级诊断的可能。

人工智能具有综合胃黏膜图像信息、辅助识别 *H.pylori* 胃炎的价值, 其真正的临床应用潜力需更多的临床研究来验证。人工智能具有辅助识别CAG、肠化、异型增生的潜在价值^[2]。

胃体为主或累及全胃的重度萎缩性胃炎(伴或不伴肠化)具有较高胃癌风险, 应定期进行内镜和病理组织学检查随访, 胃

镜检查时需重视胃体活检。内科干预应定位于全胃的重度萎缩性胃炎(伴或不伴肠化、低级别异型增生), 不确定性异型增生也需要密切监测和治疗。异型增生多为局灶性病变, 内镜医师应注意使用胃黏膜定位标记并活检, 以保证疗效评价和监测的科学性。

可操作的与胃癌风险联系的萎缩评估 (Operative Link on Gastritis Assessment, OLGA) 和可操作的与胃癌风险联系的肠化评估 (Operative Link on Gastritis Intestinal Metaplasia Assessment, OLGIM) 分级分期系统、血清胃蛋白酶 I、胃蛋白酶 I/胃蛋白酶 II 比值、G-17、单抗MG7相关抗原 (MG7-Ag) 能够反映CG患者胃黏膜萎缩程度和范围, 有利于胃癌风险分层^[24]。

5. 临床诊疗难点与中医药优势

5.1 临床诊疗难点 ①随着抗生素耐药率升高, *H.pylori* 根除率下降, 复发率升高; ②胃镜下黏膜活检的准确性和前后一致性; ③CAG及胃癌前病变中胃早癌高风险患者的识别与监测; ④中医药干预CAG、胃癌前病变疗效的科学评价, 有效方案的科学筛选; ⑤自身免疫性胃炎的诊断、治疗与监测。

5.2 中医药优势 当前在CG、胃癌前病变诊治方面, 中西医侧重不同, 各有优势和不足。现代医学重视内镜诊断和筛查, 关注异型增生和胃早癌的镜下治疗。传统的中医药侧重于临床干预, 通过整体调节和辨证论治的独特诊疗模式, 在改善临床症状、提高生活质量方面具有一定的疗效优势。中西医结合治疗有望提高 *H.pylori* 根除率、降低复发率、减少西药不良反应, 以及促进胃黏膜萎缩、肠化、异型增生的消退与逆转, 中医药在这些方面的作用和优势逐渐受到关注, 但目前仍缺乏可靠的循证证据。需要通过开展大样本、高质量的多中心随机对照临床研究进一步确证。

6. 其他治法

6.1 针灸治疗 针灸对CG的症状改善有作用。用温针配合艾灸, 可有效地缓解CG脾胃虚寒证患者的症状, 提高生活质量^[25]。治疗方法包括传统针刺、艾灸、电针等, 实证者用针刺, 虚证者用灸法, 虚实夹杂, 针灸并用。取穴多取脾经、胃经、膀胱经腧穴, 主要穴位为足三里、中脘、内关、胃俞以及脾俞, 其次包括肝俞、三阴交、上脘、梁门以及华佗夹脊穴等^[26-27]。

灸法适用于脾胃虚寒证。取中脘、关元、足三里等穴, 采用艾卷温和灸, 每穴灸10 min, 每日灸1次。10次为1个疗程^[28]。

6.2 穴位贴敷

6.2.1 药物组成: 干姜, 吴茱萸, 冰片, 细辛等。

6.2.2 选穴: 脾俞、中脘、胃俞。

6.2.3 贴敷方法: 每次贴敷时间为2~4 h, 1~2日1次, 4周为1个疗程。

6.3 心理干预 CG患者常见的心理障碍包括恐癌心理、丧失治疗信心及对特殊检查的恐惧等。针对性的情绪疏导对减少病情反复、缓解症状, 提高临床诊治的依从性有一定帮助^[29-30]。

7. 诊疗流程图 见图1。

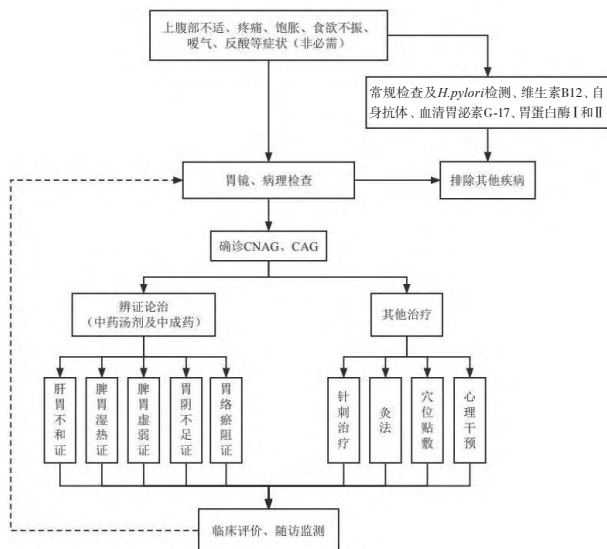


图1 诊治流程图

疗效评定

1. 疗效评价指标 CG的疗效评价包括病理组织学评价、内镜下胃黏膜评价、症状评价、证候评价、生活质量评价等。临床研究中应根据主要研究目的不同,选择主要疗效指标与次要疗效指标^[31]。

1.1 病理组织学评价 CG、胃癌前病变的病理组织学评价包括萎缩、肠化、异型增生、慢性炎症、活动性等。其中,对胃黏膜萎缩、肠化的评价,采用以区域(部位)与程度相结合的评价方法,计算各区域积分及总积分。对于异型增生的评价,可按无异型增生、不确性异型增生、低级别异型增生、高级别异型增生的顺序予以赋分。积分下降>50%者定义为有效。异型增生也可从病理组织学的定性和半定量结合进行评价。

1.2 内镜黏膜评价 内镜下胃黏膜评价可参照《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》^[32]。对于胃黏膜糜烂、出血的评价,需同时考虑糜烂、出血程度以及病变区域(部位),并分别对两者进行赋分,计算总积分,总积分较基线至少下降50%者定义为有效。对于胆汁反流的评价,按胃镜下黏液湖的颜色,从清亮、轻度黄染、中度黄染、深黄或黄绿色分别赋分。建议将降低2个等级或消失定义为有效,以治疗后的有效率来评价其疗效。对胃黏膜萎缩的评价,包括黏膜颗粒状、皱襞变平、血管透见、灰色肠化结节等,按0、I、II、III进行赋分,总积分较基线至少下降50%定义为有效。

1.3 症状评价 主要是针对CG消化不良症状的评价,如上腹部疼痛、上腹部胀满、早饱、嗝气、食欲不振等。可针对一个或多个主要症状,建议将单一症状改善应答的有效率或症状总体积分改善应答的有效率作为主要评价指标。推荐将每周症状平均积分较基线至少下降50%定义为应答,应答周数>观察期周数的50%定义为有效。症状改善频率、消失时间、复发次数、中位复发时间等作为次要评价指标。推荐通过患者日记卡等方式收集每日症状信息。

1.4 证候疗效评价 中医证候疗效为复合性指标,包括主症和次症共同积分的改变。多采用尼莫地平法进行疗效的判定。应重视各指标的权重值的合理确定。需要注意证候诊断标准与证候评价标准的区别,两者不能完全等同。

1.5 生活质量评价 可用于CG生活质量评价的量表如尼平消化不良指数(NDI)、SF-36等,使用这些量表需获得授权方可。也可选择“基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局评价量表”,该量表以患者为中心,从全身症状、消化不良、反流、心理、排便、社会功能6个维度评价慢性胃肠疾病的干预效果,该量表具有良好的信度和效度^[33]。

1.6 *H.pylori*根除率评价 以*H.pylori*根除率作为疗效指标,评价方法应当选择当前公认的有效方法。目前一般采用¹³C或¹⁴C呼气试验。应当排除饮食、药物等可能影响评价结果的因素。

1.7 血清学指标 评价胃黏膜萎缩者,可将血清胃蛋白酶原I、II及G-17作为辅助指标进行考察。

1.8 焦虑抑郁评价 对精神心理状态的测量常作为CG疗效评价的辅助指标。临床常用的心理状态测量表如焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)等,各个量表之间的繁简程度不一,部分量表需要一定的专业资格,研究中根据需要选择。

2. 关于疗效评价的注意事项

2.1 不建议使用复合性指标 复合评价是将几个相关指标按照一定的关系,重新组合成新的指标体系;如将临床症状、内镜表现及病理组织学三者组合,综合制定治愈、显效、有效及无效的标准,这种组合数据无法回溯,实际执行时容易受主观因素影响。推荐对各个疗效指标进行单独评价和解释,不推荐使用复合指标。

2.2 根据研究目的及定位选择合适的疗程和随访期 定位于改善症状的研究,需设置不少于1周的导入期,疗程建议4~12周,随访期不少于2周。定位于改善胃黏膜糜烂、出血、胆汁反流的研究,疗程建议不少于4周。定位于改善胃黏膜萎缩、肠化、异型增生的研究,建议疗程不少于6个月,并辅以不低于疗程的随访。定位于提高*H.pylori*根除率的研究,建议疗程与标准治疗方案保持一致。

2.3 建议采用胃黏膜定标活检 对胃黏膜萎缩、肠化尤其异型增生的评价,建议采取适当的手段保证干预前后活检部位上的一致性和可比性(如胃黏膜定标活检或其他类似手段)。

2.4 合并用药 研究期间应根据临床试验定位不同,确定限制使用的合并用药种类:定位于改善胃黏膜糜烂、出血、胆汁反流者,应酌情限制使用胃黏膜保护剂、抑酸或抗酸剂、促胃动力药等药物或具有类似作用的中药;定位于改善胃黏膜萎缩、肠化、异型增生者,应限制长期合并使用叶酸、维生素类、含硒制剂等药物或相关中药。

中医药循证医学进展

1. 摩罗丹改善胃黏膜萎缩、肠化及逆转异型增生具有一定优势 摩罗丹在治疗胃癌前病变和胃癌前疾病,尤其是低级别异型增生的方面具有一定的优势。一项多中心、随机、对照、双盲双模拟临床试验^[34],引入胃黏膜定标活检技术,在规范病理组织学诊断基础上,纳入196例CAG伴轻中度异型增生患者,以叶酸为对照,疗程为6个月,结果显示摩罗丹组胃黏膜萎缩、肠化改善率(34.6%、23.0%)优于叶酸组(24.3%、13.6%),异型增生消失率(24.6%)优于叶酸组(15.2%),但差异未达到统计学差异;改善上腹部疼痛、上腹部胀满、嗝气、食欲减退等症状积分及症状总积分优于叶酸组($P<0.05$)。

2. 荆花胃康胶丸联合铋剂四联可提高 *H.pylori* 根除率 一项多中心、分层区组随机、对照临床研究^[35],随机分为:A组:铋剂四联10 d;B组:荆花胃康胶丸+铋剂四联10 d;C1组:荆花胃康胶丸14 d+铋剂四联10 d;C2组:铋剂四联10 d+荆花胃康胶丸14 d。结果显示,A、B、C1、C2组根除率分别为82.3%、86.0%、78.9%、79.8%(ITT分析)和87.9%、90.7%、86.5%、85.6%(PP分析)。荆花胃康胶丸联合铋剂四联组 *H.pylori* 根除率较高,症状改善优于铋剂四联($P<0.05$)。

3. 七蕊胃舒胶囊可提高CNAG伴糜烂的胃黏膜糜烂痊愈率 一项多中心、随机、双盲、平行对照临床研究^[36],选择231例湿热瘀滞证CNAG伴糜烂患者作为研究对象。随机分为观察组、对照组及安慰剂组。观察组口服七蕊胃舒胶囊,对照组口服三九胃泰胶囊,安慰剂组口服安慰剂,疗程28 d。结果显示:3组胃痛消失率分别为78.9%、42.2%、28.6%,观察组高于对照组及安慰剂组,对照组高于安慰剂组($P<0.05$);3组胃黏膜糜烂痊愈率分别为65.3%、46.7%、30.6%,观察组高于对照组及安慰剂组,对照组高于安慰剂组($P<0.05$)。

预防调摄

1. 饮食调理 进餐无定时、进食过快、暴饮暴食、喜食热烫食、烧烤、口味偏咸、饮酒等为CG的危险因素。CG患者应尽量避免服用对胃黏膜有刺激或损伤的食物(如辛辣食物、含亚硝酸盐食物等)及药物(如非甾体类抗炎药等),注意饮食规律、易消化。根据体质情况和证型特点提出饮食宜忌,并应用食疗方等进行调养。情志不畅,肝气郁结,可配合玫瑰花、白梅花等代茶饮;胃阴不足者,可予麦冬、百合、石斛、枸杞煮粥或代茶饮;脾胃虚弱者,可用山药、扁豆、薏米煮粥调养。饮食治疗有助于改善症状。

2. 生活及精神调摄 注意适当锻炼。紧张、焦虑等不良情绪均可诱发或加重CG症状。重视患者的精神生活,帮助其调整精神情绪,确立积极健康的生活态度。同时做好相关知识宣教,帮助患者正确认识疾病,并按各证型特点,进行有针对性的心理疏导,有助于消除CG尤其胃癌前病变患者恐癌心理,树立战胜疾病信心,提高治疗的依从性和临床疗效。

转归与随访

《中国胃黏膜癌前状态和癌前病变的处理策略专家共识(2020)》^[24]建议:累及全胃的重度萎缩性胃炎(OLGA系统和OLGIM系统分期为Ⅲ和Ⅳ期)建议每1~2年复查高清内镜,轻中度、局限于胃窦的萎缩性胃炎建议每3年复查胃镜;伴有肠化的轻中度萎缩性胃炎可每2~3年复查胃镜。

对内镜检查发现可见病灶的异型增生患者,应当进行治疗和随访,对于内镜检查未发现明确病灶而随机活检提示异型增生的患者,建议尽快用高清内镜或染色内镜再评估。如果仍未发现病变,可以定期内镜监测;如果为边界不清的低级别异型增生建议每年复查高清染色内镜,边界清晰、未行内镜治疗的低级别异型增生建议每6个月复查高清染色内镜。

共识意见执笔人(按姓氏笔画排序):王萍(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、卞立群(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、杨倩(河北省中医院)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)。

共识意见制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、朱莹(湖南中医药大学第二附属医院)、李延萍(重庆市中医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、鱼涛(陕西省中医院)、唐志鹏(上海中医药大学附属龙华医院)。

组外函审专家:丁霞(北京中医药大学)、王秀娟(天津市中医药研究院附属医院)、陈苏宁(中国医科大学附属盛京医院)、张烁(浙江省新华医院)、董明国(广东省东莞市中医院)。

定稿审定专家+审稿会投票专家:王凤云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘震(中国中医科学院西苑医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、李军祥(北京中医药大学附属东方医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院南岗分院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、黄恒青(福建中医药大学附属第二人民医院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)。

共识工作秘书:王奕晨(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、尹晓岚(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)。

利益冲突:所有作者均申明不存在利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局,国家卫生健康委员会.国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知.(2020-11-16)[2023-02-01].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm
- [2] 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).中华消化杂志,2023,43(3):195-214
- [3] EI-ZIMAITY H M, RAMCHATESINGH J, SAEED M A, et al. Gastric intestinal metaplasia: Subtypes and natural history. J Clin Pathol, 2001, 54(9): 679-683
- [4] WHO Classification of Tumours Editorial Board. WHO classification of tumours of digestive system. Lyon: IARC Press, 2019
- [5] 林三仁. 消化病学. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2006: 29-33
- [6] 张声生. 慢性胃炎中医证候学临床研究. 北京: 北京中医药大学, 2005
- [7] 周学文. 慢性萎缩性胃炎中医证治旨要. 中医药学刊, 2002, 20(5): 558-559, 587
- [8] 唐旭东. 慢性萎缩性胃炎血瘀病机与治疗方法探讨. 中医杂志, 1998, 39(11): 687-689
- [9] 侯俐. 胆汁反流性胃炎的病因病机探讨. 山东中医杂志, 2007, 26(5): 294-295
- [10] 冯玉彦, 杨倩, 刘建平, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染相关性研究. 辽宁中医杂志, 2005, 32(8): 754-755
- [11] 王长洪, 陆宇平, 王立新, 等. 1052例胃炎中医证型与胃镜Hp感染及舌苔炎细胞关系的对比观察. 中医药学刊, 2004, 22(8): 1396-1397
- [12] 胡玲, 马剑颖. 劳绍贤教授辨治胃癌癌前疾病经验介绍. 新中医, 2006, 38(5): 7-9
- [13] 王萍, 李鹏, 陈紫恒, 等. 中国整合胃癌前病变临床管理指南. 胃肠病学, 2021, 26(2): 91-111
- [14] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组, 全国幽门螺杆菌研究协作组. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告. 中国实用内科杂志, 2017, 37(6): 509-523
- [15] 唐旭东. 董建华通降论学术思想整理. 北京中医药大学学报, 1995, 18(2): 45-48
- [16] 吴寅保. 董建华治疗慢性胃炎经验拾零. 山西中医, 2002, 18(6): 7-8
- [17] 石倩玮, 薛燕星. 国医大师薛伯寿辨治慢性胃炎经验初探. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(12): 106-109
- [18] 郭淑云. 李振华诊治慢性萎缩性胃炎的思路与方药. 辽宁中医杂志, 2010, 37(10): 1883-1884
- [19] 杨春波. 中医“脾”理论的临床应用及其本质的探讨. 福建医药杂志, 1979(2): 38-42
- [20] 杨春波, 李秀娟, 祁建生. 脾胃湿热证的临床研究. 福建中医学院学报, 1999, 9(4): 1-6
- [21] 娄莹莹, 刘小发, 张金丽, 等. 国医大师李佃贵教授辨治慢性胃炎经验. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(10): 1384-1387
- [22] 朱梅萍, 张正利, 林江. 蔡淦治疗慢性胃炎的临床经验. 上海中医药杂志, 2006, 40(7): 12-13
- [23] SUGANO K, TACK J, KUIPERS E J, et al. Faculty members of Kyoto Global Consensus Conference. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. Gut, 2015, 64(9): 1353-1367
- [24] 国家消化系疾病临床医学研究中心. 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). 中华消化内镜杂志, 2020, 37(11): 769-780
- [25] 蒋文杰, 曹莲瑛, 李璟, 等. 针灸治疗慢性萎缩性胃炎的Meta分析. 上海针灸杂志, 2016, 35(7): 886-892
- [26] 苏凯奇, 沈艳婷, 林柳兵, 等. 近5年慢性胃炎的针灸治疗概述. 2017, 37(6): 646-648
- [27] 王岩, 杨衍涛. 针灸治疗慢性胃炎的文献计量学分析与评价. 甘肃科技, 2017, 33(11): 90-91
- [28] 秦云. 温针隔姜灸治疗脾胃虚寒型胃脘痛78例临床观察. 贵阳中医学院学报, 2004, 26(4): 37-38
- [29] 潘先玲, 马静, 马厚芝. 心理干预对老年慢性萎缩性胃炎疗效的影响. 华西医学, 2014, 29(4): 751-753
- [30] 徐军. 慢性萎缩性胃炎患者行综合护理对疗效及心理状态的影响. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(3): 492-494
- [31] 国家药监局药审中心. 国家药监局药审中心关于发布《中药新药用于慢性胃炎的临床疗效评价技术指导原则(试行)》的通告(2022年第47号). (2022-12-19)[2023-07-22]. <https://www.cde.org.cn/main/news/viewInfoCommon/>
- [32] 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. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78
- [33] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量表的编制及信度、效度分析. 中医杂志, 2009, 50(1): 27-29
- [34] TANG X D, ZHOU L Y, ZHANG S T, et al. Randomized double-blind clinical trial of Muluodan for the treatment of chronic atrophic gastritis with dysplasia. Chin J Integr Med, 2016, 22(1): 9-18
- [35] 李建勋, 吕宾, 杜勤, 等. 荆花胃康胶丸联合铋剂四联治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎多中心随机对照研究. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(12): 998-1004
- [36] 韩树堂, 陈静, 田旭东, 等. 七蕊胃舒胶囊对慢性浅表性胃炎伴糜烂湿热瘀滞证随机、双盲、多中心平行对照临床试验. 世界中医药, 2022, 17(10): 1435-1439

(收稿日期: 2023年10月23日)