

• 标准与规范 •

慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)

中华中医药学会脾胃病分会

通讯作者: 张声生¹, 唐旭东²(¹首都医科大学附属北京中医医院消化中心, 北京 100010; ²中国中医科学院西苑医院消化内科, 北京 100091)

慢性胃炎是由多种原因引起的胃黏膜的慢性炎性反应, 是消化系统常见病之一。该病症状易反复发作, 严重影响患者的生活质量, 慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生、上皮内瘤变者发生胃癌的危险度增加, 在临床上越来越引起重视。中医药在本病的诊疗方面有着多年的积累, 中华中医药学会脾胃病分会曾于2009年组织制定了《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见》《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》, 对慢性胃炎的诊疗起到了一定的规范作用。近年来, 中医药在诊治慢性胃炎方面取得诸多进展, 有必要对共识意见进行更新, 以满足临床需要, 更好地指导临床工作。

中华中医药学会脾胃病分会于2014年8月在合肥牵头成立了《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, 并先后组织国内脾胃病专家就慢性胃炎的证候分类、辨证治疗、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, 之后按照国际通行的德尔斐法进行了3轮投票。2015年9月在重庆进行了第一次投票, 并根据专家意见, 起草小组对本共识意见进行了修改。2015年12月在北京进行了第二次投票。2016年6月在厦门中华中医药学会脾胃病分会召开核心专家审稿会, 来自全国各地的20余名脾胃病学知名专家对本共识意见(草案)进行了第三次投票, 并进行了充分地讨论和修改。2016年7月在哈尔滨第28届全国脾胃病学术会议上专家再次进行了讨论、修改和审定。并于2016年9月在北京召开了本共识的最终定稿会议, 完成了本共识意见。(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)。现将全文公布如下, 供国内外同道参考, 并冀在应用中不断完善。

概述

1. 病名 慢性胃炎中医病名诊断以症状诊断为主。以胃痛为主症者, 诊为“胃脘痛”; 以胃脘部胀满为主症者, 诊为“痞

满”。若胃痛或胃脘部胀满症状不明显者, 可根据主要症状诊断为“反酸”“嘈杂”等病^[1-3]。

2. 西医诊断 慢性胃炎的确诊主要依赖于内镜与病理检查, 尤以后者的价值更大。对慢性胃炎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^[4]。

2.1 临床表现 慢性胃炎是胃黏膜的慢性炎性反应, 多数慢性胃炎患者可无明显临床症状, 有症状者主要表现为非特异性消化不良, 如上腹部不适、饱胀、疼痛、食欲不振、嗝气、反酸等, 部分还可有健忘、焦虑、抑郁等精神心理症状^[1-4]。消化不良症状的有无及其严重程度与慢性胃炎的组织学所见和内镜分级无明显相关性^[1-2, 4]。

2.2 内镜及病理检查 内镜诊断: ①非萎缩性胃炎: 内镜下可见黏膜红斑、黏膜出血点或斑块、黏膜粗糙伴或不伴水肿、充血渗出等基本表现; ②萎缩性胃炎: 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; ③如伴有胆汁反流、糜烂、黏膜内出血等, 描述为萎缩性胃炎或非萎缩性胃炎伴胆汁反流、糜烂、黏膜内出血等。

病理诊断: 根据需要可取2块或以上活检组织, 内镜医师应向病理科提供取材的部位、内镜检查结果和简要病史。病理医师应报告每一块活检标本的组织学变化, 对幽门螺杆菌感染、慢性炎性反应、活动性、萎缩、肠上皮化生和异型增生(上皮内瘤变)应予以分级。慢性胃炎活检显示有固有腺体的萎缩(包括化生性萎缩和非化生性萎缩), 即可诊断为萎缩性胃炎, 不必考虑活检标本的萎缩块数与程度。临床医师可结合病理结果和内镜所见, 做出病变范围与程度的判断^[4]。

2.3 实验室检查 ①幽门螺杆菌是引起慢性胃炎的最重要的原因, 建议常规检测; ②维生素B12、自身抗体等在诊断萎缩性胃炎时建议检测; ③血清胃泌素G17、胃蛋白酶I和II可能有助于判断有无胃黏膜萎缩和萎缩部位^[4]。

通讯作者: 张声生, 北京市东城区美术馆后街23号首都医科大学附属北京中医医院消化中心, 北京市医院管理局重点医学专业发展计划-重点医学专业(中医脾胃病)(No.ZYLX201411), 邮编: 100010, 电话: 010-52176720, E-mail: zhss2000@163.com

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消化内科, 国家中医药行业科研专项(No.201407001-12), 邮编: 100091 电话: 010-62835012, E-mail: txdl@sina.com

病因病机

1. 病因 胃在生理上以和降为顺,在病理上因滞而病^[5],本病主要与脾胃虚弱、情志失调、饮食不节、药物、外邪(幽门螺杆菌感染)等多种因素有关,上述因素损伤脾胃,致运化失司,升降失常,而发生气滞、湿阻、寒凝、火郁、血瘀等,表现为胃痛、胀满等症状。

2. 病位 慢性胃炎病位在胃,与肝、脾两脏密切相关。

3. 病机 慢性胃炎的病机可分为本虚和标实两个方面。本虚主要表现为脾气(阳)虚和胃阴虚,标实主要表现为气滞、湿热和血瘀,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着重要作用。

4. 病机转化 慢性胃炎的辨证应当审证求因,其病机与具体的临床类型有关,总体而言,在临床上常表现为本虚标实、虚实夹杂之证^[1-2]。早期以实证为主,病久则变为虚证或虚实夹杂;早期多在气分,病久则兼涉血分。慢性非萎缩性胃炎以脾胃虚弱,肝胃不和证多见^[6];慢性萎缩性胃炎以脾胃虚弱,气滞血瘀证多见^[7-8];慢性胃炎伴胆汁反流以肝胃不和证多见^[9];伴幽门螺杆菌感染以脾胃湿热证多见^[10-11];伴癌前病变者以气阴两虚、气滞血瘀、湿热内阻证多见^[12-13]。

辨证分型

结合现有共识和标准,采用定量的文献统计方法,对临床常用的相对单一证候进行统计,确定常用证候为肝胃不和证(包括肝胃气滞证和肝胃郁热证)、脾胃湿热证、脾胃虚弱证(包括脾胃气虚证和脾胃虚寒证)、胃阴不足证及胃络瘀阻证。上述证候可单独出现,也可相兼出现,临床应在辨别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,随着病情的发展变化,证候也呈现动态变化的过程,临床需认真甄别。

1. 辨证标准

1.1 肝胃不和证

1.1.1 肝胃气滞证:主症:①胃脘胀满或胀痛;②胁肋部胀满不适或疼痛。次症:①症状因情绪因素诱发或加重;②嗳气频作。舌脉:①舌淡红,苔薄白;②脉弦。

1.1.2 肝胃郁热证: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 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 脾胃虚弱证

1.3.1 脾胃气虚证: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;②四肢不温;③大便溏薄。舌脉:①舌淡或有齿印,苔薄白;②脉虚弱。

1.3.2 脾胃虚寒证: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;④四肢倦怠;⑤腹泻或伴不消化食物。舌脉:①舌淡胖,边有齿痕,苔白滑;②脉沉弱。

1.4 胃阴不足证 主症:①胃脘灼热疼痛;②胃中嘈杂。次症:①似饥而不欲食;②口干干燥;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 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。

2. 微观辨证 微观辨证是以胃镜为工具,在胃镜直视下,观察胃黏膜的颜色、色泽、质地、分泌物、蠕动及黏膜血管等情况,来识别证型。研究显示,胃镜下辨证有一定的临床价值,尤其是对于临床无症状或长期治疗而疗效不佳者。鉴于文献报道的微观辨证分型标准并不完全一致,共识制定小组经过讨论,拟定了微观分型的参考标准,以供临床参考^[14]。

①肝胃不和证:胃黏膜急性活动性炎症反应,或伴胆汁反流,胃蠕动较快。②脾胃湿热证:胃黏膜充血水肿,糜烂明显,黏液黏稠混浊。③脾胃虚弱证:胃黏膜苍白或灰白,黏膜变薄,黏液稀薄而多,或有黏膜水肿,黏膜下血管清晰可见,胃蠕动减弱。④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,呈龟裂样改变,或可透见黏膜下小血管网。⑤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 慢性胃炎中医药治疗以改善患者症状,提高患者生活质量为主,同时关注胃黏膜糜烂、萎缩、肠上皮化生、上皮内瘤变(异型增生)等病变。

2. 治疗原则 中医药对慢性胃炎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、心理疏导等方法综合调治。治疗过程中,应当审证求因,辨证施治;对于病程较长、萎缩、肠上皮化生者,在辨证准确的基础上,可守方治疗。

3. 辨证论治

3.1 肝胃不和证

3.1.1 肝胃气滞证:治法:疏肝理气和胃。主方:柴胡疏肝散(《景岳全书》)。药物:柴胡、陈皮、枳壳、芍药、香附、川芎、甘草。加减:胃脘疼痛者可加川楝子、延胡索;嗳气明显者,可加沉香、旋覆花。

3.1.2 肝胃郁热证:治法:清肝和胃。主方:化肝煎(《景岳全书》)合左金丸(《丹溪心法》)。药物:青皮、陈皮、白芍、牡丹皮、栀子、泽泻、浙贝母、黄连、吴茱萸。加减:反酸明显者可加乌贼骨、瓦楞子;胸闷胁胀者,可加柴胡、郁金。

3.2 脾胃湿热证 治法:清热化湿。主方:黄连温胆汤(《六

因条辨》)。药物:半夏、陈皮、茯苓、枳实、竹茹、黄连、大枣、甘草。加减:腹胀者可加厚朴、槟榔;噎食酸腐者可加莱菔子、神曲、山楂。

3.3 脾胃虚弱证

3.3.1 脾胃气虚证:治法:益气健脾。主方:香砂六君子汤(《古今名医方论》)。药物:木香、砂仁、陈皮、半夏、党参、白术、茯苓、甘草。加减:痞满者可加佛手、香橼;气短、汗出者可加炙黄芪;四肢不温者可加桂枝、当归。

3.3.2 脾胃虚寒证:治法:温中健脾。主方:黄芪建中汤(《金匮要略》)合理中汤(《伤寒论》)。药物:黄芪、芍药、桂枝、生姜、大枣、饴糖、党参、白术、干姜、甘草。加减:便溏者可加炮姜炭、炒薏苡仁;畏寒明显者可加炮附子。

3.4 胃阴不足证 治法:养阴益胃。主方:一贯煎(《续名医类案》)。药物:北沙参、麦冬、地黄、当归、枸杞子、川楝子。加减:胃痛明显者加芍药、甘草;便秘不畅者可加瓜蒌、火麻仁。

3.5 胃络瘀阻证 治法:活血化瘀。主方:失笑散(《太平惠民和剂局方》)合丹参饮(《时方歌括》)。药物:五灵脂、蒲黄、丹参、檀香、砂仁。加减:疼痛明显者加延胡索、郁金;气短、乏力者可加黄芪、党参。

对于临床症状复杂、多个证候相兼的患者,用成方组成相应的切合病机的合方治疗可提高治疗的效果,简化处方的程序。如慢性非萎缩性胃炎,其病机表现为脾胃虚弱,肝胃不和,故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。慢性萎缩性胃炎、慢性胃炎伴胆汁反流等也可据此方法处方。

4. 辨病论治 辨病论治、专病专方是慢性胃炎中医临床实践的重要组成部分,其原理是在认识慢性胃炎基本病机的基础上,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、内镜下胃黏膜表现的辨证结果施治,具体病机可参考“病机转化”及“微观辨证”部分。

在幽门螺杆菌阳性的慢性胃炎患者中,如果有明显的临床症状,或伴萎缩、糜烂、肠上皮化生、上皮内瘤变等,或有胃癌家族史者,根除幽门螺杆菌是必要的^[1,4]。关于幽门螺杆菌的根除指针及用药方案,具体可参照相关幽门螺杆菌共识意见。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(如黄连温胆汤、半夏泻心汤)提高疗效。

慢性胃炎伴胃黏膜充血、糜烂时,可加用中药三七粉、白及粉、珍珠粉治疗(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。伴黏膜内出血者,可在处方中加入化瘀止血之品,如三七粉、白及粉。对慢性胃炎伴癌前病变者的治疗,非脾胃虚寒者可在复方中加入白花蛇舌草、半枝莲、半边莲,或配合使用活血化瘀类中药丹参、三七、莪术等。

5. 常用中成药

5.1 气滞胃痛颗粒 舒肝理气,和胃止痛。用于肝郁气滞,

胸痞胀满,胃脘疼痛。

5.2 胃苏颗粒 理气消胀,和胃止痛。用于气滞型胃脘痛,症见胃脘胀痛,窜及两胁,得暖气或矢气则舒,情绪郁怒则加重,胸闷食少,排便不畅及慢性胃炎见上述证候者。

5.3 温胃舒胶囊 温中养胃,行气止痛。用于中焦虚寒所致的胃痛,症见胃脘冷痛、腹胀暖气、纳差食少、畏寒无力;慢性萎缩性胃炎、浅表性胃炎见上述证候者。

5.4 虚寒胃痛颗粒 益气健脾,温胃止痛。用于脾虚胃弱所致的胃痛,症见胃脘隐痛、喜温喜按、遇冷或空腹加重;十二指肠球部溃疡、慢性萎缩性胃炎见上述证候者。

5.5 健胃消食口服液 健胃消食。用于脾胃虚弱所致的食积,症见不思饮食,噎腐吞酸,脘腹胀满;消化不良见上述证候者。

5.6 养胃舒胶囊 扶正固本,滋阴养胃,调理中焦,行气疏导。用于慢性萎缩性胃炎、慢性胃炎所引起的胃脘灼热疼痛,手足心热,口干、口苦,纳差,消瘦等症。

5.7 荜铃胃痛颗粒 行气活血,和胃止痛。用于气滞血瘀引起的胃脘胀痛、刺痛;慢性胃炎见有上述证候者。

5.8 摩罗丹(浓缩丸) 和胃降逆,健脾消胀,通络定痛。用于慢性萎缩性胃炎见胃脘疼、胀满、痞闷、纳呆、暖气等症。

5.9 胃复春 健脾益气,活血解毒。用于治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前期病变、胃癌手术后辅助治疗、慢性浅表性胃炎属脾胃虚弱证者。

5.10 达立通颗粒 清热解郁,和胃降逆,通利消滞。用于肝胃郁热所致痞满证,症见胃脘胀满、暖气、纳差、胃中灼热、嘈杂泛酸、脘腹疼痛、口干口苦;动力障碍型功能性消化不良见上述症状者。

5.11 金胃泰胶囊 行气活血,和胃止痛。用于肝胃气滞,湿热瘀阻所致的急慢性胃肠炎、胃及十二指肠溃疡等。

5.12 胃康胶囊 行气健胃,化瘀止血,制酸止痛。用于气滞血瘀所致的胃脘疼痛、痛处固定、吞酸嘈杂、胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎见上述症状者。

5.13 三九胃泰颗粒 清热燥湿,行气活血,柔肝止痛。用于湿热内蕴、气滞血瘀所致的胃痛,症见脘腹隐痛、饱胀反酸、恶心呕吐、嘈杂纳减;浅表性胃炎、糜烂性胃炎、萎缩性胃炎见上述证候者。

5.14 荊花胃康胶丸 理气散寒,清热化瘀。用于寒热错杂症,气滞血瘀所致的胃脘胀闷疼痛、暖气、返酸、嘈杂、口苦;十二指肠溃疡见上述证候者。

5.15 甘海胃康胶囊 健脾和胃,收敛止痛。用于脾虚气滞所致的胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎、反流性食管炎。

5.16 东方胃药胶囊 舒肝和胃,理气活血,清热止痛,用于肝胃不和,瘀热阻络所致的胃脘疼痛、暖气、吞酸、嘈杂、饮食不振、燥烦易怒等,以及胃溃疡、慢性浅表性胃炎见上述证候者。

5.17 延参健胃胶囊 健脾和胃,平调寒热,除痞止痛。用于治疗本虚标实,寒热错杂之慢性萎缩性胃炎。症见胃脘痞满、疼痛、纳差、暖气、嘈杂、体倦乏力等。

5.18 胆胃康胶囊 舒肝利胆, 清利湿热。用于肝胆湿热所致的胁痛、黄疸, 以及胆汁反流性胃炎、胆囊炎见上述症状者。

6. 针灸治疗 针灸治疗对慢性胃炎的症状改善有作用, 用温针配合艾灸, 可有效地缓解慢性胃炎脾胃虚寒证患者的症状, 提高生活质量^[15-18]。

针灸治疗常用取穴有足三里、中脘、胃俞、脾俞、内关等。肝胃不和加肝俞、太冲、期门; 伴郁热加天枢、丰隆; 脾胃虚弱者加脾俞、梁丘、气海; 胃阴不足加三阴交、太溪; 脾胃虚寒重者, 可灸上脘、中脘、下脘、足三里; 兼有恶心、呕吐、暖气者, 加上脘、内关、膈俞; 痛甚加梁门、内关、公孙; 消化不良者加合谷、天枢、关元、三阴交; 气滞血瘀证加太冲、血海、合谷; 气虚血瘀证加血海、膈俞等; 兼有实证者用针刺, 虚证明显者用灸法; 虚实夹杂, 针灸并用。

7. 心理干预 精神刺激是引起慢性胃炎的重要因素, 而慢性胃炎患者的焦虑与抑郁量表评分也较正常人高。常见的心理障碍包括丧失治疗信心、恐癌心理及对特殊检查的恐惧等。加强对慢性胃炎患者的心理疏导对缓解慢性胃炎的发病、减轻症状, 提高生活质量有一定的帮助^[19-21]。

8. 慢性胃炎诊治流程 见图1。

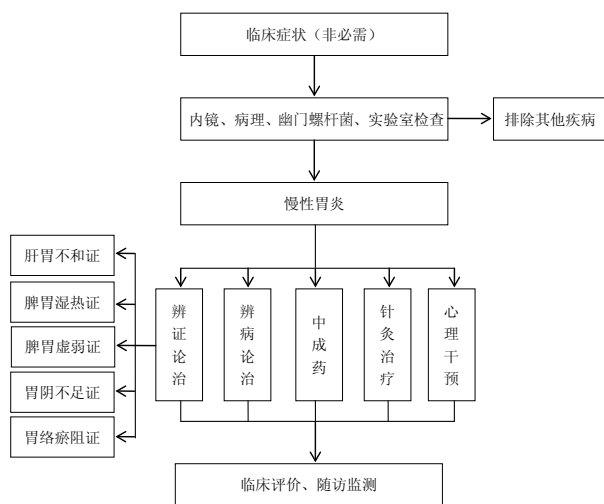


图1 慢性胃炎治疗流程图

疗效评定

1. 明确主要疗效指标 慢性胃炎的疗效评价包括证候疗效评价、症状评价、内镜下胃黏膜表现评价、病理组织学评价、生活质量评价等。临床研究中应根据主要研究目的的不同, 选择主要疗效指标与次要疗效指标。

1.1 证候疗效评价 证候疗效评价是体现中医临床疗效评价特色的部分, 常用尼莫地平法进行疗效的评估, 其是以症状, 部分结合舌苔、脉象为基础的评定。尼莫地平法计算方法: 疗效指数(%) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。①临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 ≥ 95%; ②显效: 主要症状、体征明显改善, 70% ≤ 疗效指

数 < 95%; ③有效: 主要症状、体征明显好转, 30% ≤ 疗效指数 < 70%; ④无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 < 30%。

1.2 症状评价 症状评价主要是针对慢性胃炎的消化不良症状的评价, 如上腹部疼痛、饱胀、早饱、食欲不振等, 处理方法多是参照《中药新药临床研究指导原则》, 将其分为主要症状与次要症状, 从程度和频次两个方面进行分级, 并按照权重赋值。但目前对症状的选择、分级标准的制定、权重的赋值均存在较大的主观性, 其信度、效度及反应度均得不到验证, 需要进一步规范。

1.3 临床评定 《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》曾提出慢性胃炎内镜下黏膜表现的分级, 该标准主要用于临床评定^[22]。内镜下胃黏膜疗效评价指标可暂时参照该标准制定, 但其价值仍有待于进一步认定。

1.4 其他评价 对于胃黏膜萎缩、肠上皮化生、上皮内瘤变的评价是病理组织学为主。病理组织学病变包括萎缩、肠上皮化生、上皮内瘤变、炎性反应、活动性等。可参考《中国慢性胃炎共识意见》提供的直观模拟评分法对各病变予以分级赋分^[4], 应当区分主要指标和次要指标, 并结合病变范围, 综合评价。

对于上皮内瘤变的评价, 建议在采用黏膜定标活检技术的基础上, 进行病理组织学的定性和半定量评价。

1.5 生活质量评价 在生活质量方面可采用慢性胃肠疾病患者报告临床结局评价量表(patient reported outcomes, PRO)及SF-36健康调查量表等进行测评。PRO从中医药治疗脾胃病的特点出发, 分消化不良、反流、排便、社会、心理、一般状态6个维度对患者进行测评, 其信度、效度已得到验证^[23-24]。

1.6 焦虑抑郁评价 对于焦虑抑郁状态测评, 可以采用医院焦虑与抑郁量表(HAD)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)等工具。

2. 不推荐使用复合指标 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三者组合, 综合制定治愈、显效、有效及无效的标准, 这种组合看似精确, 但数据无法回溯, 实际执行时容易流于粗糙。临床疗效评价中, 推荐对各个临床疗效评价指标单独评价和解释, 不推荐使用复合指标。

3. 关注远期疗效 慢性胃炎临床疗效评价应将近期疗效与远期疗效评价相结合。慢性胃炎的病程是一个长期的、慢性、反复的过程, 除症状外, 萎缩、肠上皮化生、上皮内瘤变等病变应当是观察的重要内容。慢性胃炎的临床疗效评价时间推荐在3个月以上, 以便于疗效的准确评估。治疗结束后进行长期随访, 观察胃癌发生率等终点结局指标及疾病复发情况。

4. 胃黏膜定标活检技术 胃黏膜定标活检技术对于慢性萎缩性胃炎、慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生、上皮内瘤变等评价具有较高的价值。

预防调摄

1. 饮食控制 关于饮食行为与慢性胃炎的关系研究显示:进餐无定时、进食过快、暴饮暴食、喜食热烫食、烧烤、口味偏咸、饮酒等为慢性胃炎的危险因素^[25-26]。慢性胃炎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)。

2. 心理调摄 慢性胃炎患者应保持心情舒畅,避免不良情绪的刺激,必要时可向心理医师咨询。

3. 生活调摄 慢性胃炎患者应当避免长期过度劳累;在冬春季尤需注意生活调摄^[9]。

4. 随访监测 慢性萎缩性胃炎伴有上皮内瘤变和肠上皮化生者有一定的癌变机率。有研究显示,癌前病变人群95%癌变所需时间:萎缩性胃炎为11.6年,肠上皮化生为11.4年,异型增生为5.7年,中重度肠上皮化生伴中重度异型增生为4.5年^[27]。《中国慢性胃炎共识意见》建议:活检有中-重度萎缩并伴有肠化生的慢性萎缩性胃炎1年左右随访1次,不伴有肠化生或上皮内瘤变的慢性萎缩性胃炎可酌情行内镜和病理随访,伴有低级别上皮内瘤变并证明此标本并非来于癌旁者,根据内镜和临床情况缩短至每3个月左右随访1次;而高级别上皮内瘤变需立即确认,证实后行内镜下治疗或手术治疗^[4]。

项目负责人:张声生

共识意见执笔人:唐旭东、黄穗平、卞立群

共识意见专家(按姓氏笔画排序):丁霞、马群、王凤云、王邦才、王汝新、王垂杰、王春生、王宪波、王敏、牛兴东、卞兆祥、叶松、田旭东、田耀洲、冯培民、朱生樑、朱莹、任顺平、刘力、刘友章、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘德喜、江宇泳、孙玉信、苏娟萍、李乾构、李军祥、李佃贵、李保双、李勇、李振华、李培、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪龙德、汶明琦、沈洪、张小萍、张声生、张学智、张磊、陈苏宁、陈涤平、林寿宁、季光、金小晶、周正华、周强、郑昱、单兆伟、孟立娜、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡玲、胡玲、柯晓、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、高蕊、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒青、黄穗平、梁超、董明国、舒劲、曾斌芳、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、潘洋、薛西林、魏玮。

参考文献

- [1] Tang X D, Li B S, Zhou L Y, et al. Clinical practice guideline of Chinese medicine for chronic gastritis. Chin J Integr Med, 2012, 18(1):56-71
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5):345-349
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(3):207-209
- [4] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见. 胃肠病学, 2013, 18(1):24-36
- [5] 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

- [6] 张声生. 慢性胃炎中医证候学临床研究. 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. 1 052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] 史锁芳, 陆为民. 单兆伟教授论治慢性萎缩性胃炎癌前病变的经验. 中医教育, 1998, 17(4):44-46
- [13] 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
- [14] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6):738-743
- [15] 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
- [16] 向娟, 薛智慧, 陈果, 等. 针刺治疗慢性萎缩性胃炎的Meta分析. 中医药导报, 2016, 22(15):75-78, 83
- [17] 辛银虎, 陈小玲. 温针治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎52例. 陕西中医, 2005, 26(9):959-960
- [18] 秦云. 温针隔姜灸治疗脾胃虚寒型胃痛78例临床观察. 贵阳中医学院学报, 2004, 26(4):37-38
- [19] 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
- [20] 张晓菊, 曾霞. 护理干预对慢性萎缩性胃炎患者疗效及心理状态的影响. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(10):1130-1132
- [21] 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
- [22] 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
- [23] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠炎疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度、效度分析. 中医杂志, 2009, 50(1):27-29
- [24] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠炎疾病患者报告临床结局测量量表条目筛选. 中西医结合学报, 2012, 10(10):1092-1098
- [25] 高蔚, 王增珍, 黄绪, 等. 饮食行为与慢性胃炎. 医学与社会, 1996, 9(4):18-19, 26
- [26] 林兰, 郑奎城, 王雯, 等. 慢性萎缩性胃炎危险因素病例对照研究. 海峡预防医学杂志, 2016, 22(4):1-3, 7
- [27] 杨少波, 王孟薇, 张子其, 等. 胃癌前黏膜变化的自然演变规律研究. 中国综合临床, 2005, 21(3):193-194

(收稿日期:2017年3月14日)