

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2018.01.01

慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

关键词:慢性非萎缩性胃炎;中西医结合;诊疗
中图分类号:R573.3 文献标志码:A 文章编号:1671-038X(2018)01-0001-08

1 概念

慢性非萎缩性胃炎(CNAG)是慢性胃炎的一种类型,系指在致病因素作用下胃黏膜发生的慢性非萎缩性炎症性病变,为胃黏膜以淋巴细胞和浆细胞浸润为主并可能伴有糜烂、胆汁反流的慢性炎症^[1];属于中医学“胃痛”、“嘈杂”、“胃痞”等病证范畴^[2]。

2 西医诊断

2.1 临床表现

2.1.1 症状 流行病学调查表明,部分 CNAG 患者无明显自觉症状^[3];部分有症状者也可能缺乏典型临床表现,常见进食后上腹胃部饱胀或疼痛、嘈杂反酸、嗝气等不适^[4],且一般无明显规律性,与消化不良相关症状并非特异性相关,而且可能与病变程度并不完全一致;若病程日久,少数患者可伴乏力、体重减轻等全身症状。

2.1.2 体征 大多数 CNAG 患者无明显临床体征,部分可有上腹部轻度压痛或按之不适感;若病程日久,少数可伴消瘦^[5]、贫血貌、面色苍白等。

2.2 相关检查

内镜和胃黏膜活检病理组织学检查是目前诊断 CNAG 最为可靠的手段,尤其后者的首诊价值更大^[6],可准确判断 CNAG 的炎症程度、炎症活动性以及有无幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染,同时对排除萎缩性胃炎和早期恶性病变也有重要参考价值;因此,一般建议将胃镜和病理检查作为 CNAG 首诊的重要手段^[7]。

2.3 诊断

2.3.1 诊断思路 对怀疑有 CNAG 的患者,①首先明确有无慢性胃炎;②排除萎缩性胃炎;③排除特殊类型胃炎;④明确 CNAG 的病因;⑤明确 CNAG 是否与其他消化系统疾病并存。

2.3.1.1 明确有无慢性胃炎 对怀疑有 CNAG 的患者,临床依据上腹胃部饱胀或疼痛、嘈杂反酸、嗝气等不适症状,并结合胃镜及胃黏膜活组织病理学检查以及 Hp 感染的检测明确本病诊断^[8]。

2.3.1.2 排除萎缩性胃炎 内镜下慢性萎缩性胃炎(CAG)可见黏膜红白相间、血管纹理透见、黏膜呈红斑(点、片状或条状)、黏膜粗糙不平、出血点/斑、黏膜水肿、渗出等基本表现^[4],病理学检测呈现胃黏膜萎缩,伴不同程度肠上皮化生、上皮内瘤变等病理改变。若怀疑为自身免疫性胃炎则应检测相关的“壁细胞抗体、内因子抗体”以及血清维生素 B12、血清胃泌素等^[4]。

2.3.1.3 排除特殊类型胃炎 在排除萎缩性胃炎基础上,需进一步排除包括感染性胃炎、化学性胃炎(病)、Ménétrier 病、嗜酸细胞性胃炎、淋巴细胞性胃炎、非感染性肉芽肿性胃炎、放射性胃炎、充血性胃病等特殊类型胃炎^[4]。

2.3.1.4 明确 CNAG 病因 结合患者病史及症状,必要时联合 Hp 检测、胃镜及胃黏膜活组织病理学检查以明确 CNAG 的致病因素^[4]。

2.3.1.5 明确 CNAG 是否与其他消化系统疾病并存 临床上部分 CNAG 患者可能同时存在其他消化系统疾病,如 CNAG 合并反流性食管炎、功能性消化不良、慢性胆囊炎、胆石症、慢性胰腺炎等。在有报警症状时,应检测相关的肿瘤标志物,定期复查胃镜;对于合并中重度焦虑抑郁患者,应注意诊断和进行专科治疗。

2.3.2 诊断标准

2.3.2.1 临床诊断 2012 年中华医学会消化病学分会修订的《中国慢性胃炎共识意见(2012 上海)》中规定了其临床诊断标准为:①多数患者无症状;有症状者可出现不规则上腹痛、早饱、嘈杂反酸、嗝气等症状。②内镜下可见黏膜红斑,黏膜出血点或斑块,伴或不伴水肿,及充血渗出等基本表现。③采用快速尿素酶或¹³C 呼气试验检测判断是否存在 Hp 的感染。④ B 超及其他检查(如 CT 等)排除其他疾病及系统性疾病引起胃炎症状^[7]。

2.3.2.2 病理诊断

(1)Hp 感染:对于胃黏膜炎症明显 HE 染色切片未见 Hp 者,若需作特殊染色积极寻找 Hp,推荐使用 Giemsa 染色或美兰染色,亦可按各病理室惯

用的染色方法。胃黏膜黏液层和胃小凹 Hp 感染定植程度的判断标准如下:①无:特殊染色片上未见 Hp;②轻度:偶见或小于标本全长 1/3 有少数 Hp;③中度:Hp 分布超过标本全长 1/3~2/3 或连续性、薄而稀疏地存在于上皮表面;④重度:Hp 成堆存在,基本分布于标本全长。

(2)活动性:在慢性炎症基础上见中性粒细胞浸润。①轻度:黏膜固有层少量中性粒细胞浸润;②中度:中性粒细胞较多,存在于黏膜固有层,可见小淋巴滤泡出现;③重度:中性粒细胞较密集,可见于整个黏膜固有层,有较明显淋巴滤泡出现。

(3)慢性炎症:根据黏膜层慢性炎症细胞的密集程度和浸润深度分级。①正常:单个核细胞每高倍视野不超过 5 个,如数量略超过正常而内镜下无明显异常,病理可诊断为基本正常;②轻度:慢性炎症细胞较少并局限于黏膜浅层,不超过黏膜层的 1/3;③中度:慢性炎症细胞较密集,不超过黏膜层的 2/3;④重度:慢性炎症细胞密集,占据黏膜全层。计算密度程度时需考虑淋巴滤泡及其周围的小淋巴细胞区。

3 中医辨证^[6]

3.1 脾胃湿热证

主症:①胃脘胀痛;②口黏且苦。

次症:①大便黏滞不爽;②脘腹灼热;③纳呆泛恶;④身重困倦。

舌脉:舌红,苔黄腻;脉濡数或滑数。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,症状不明显者,参考舌脉象,及胃镜、病理相关检查。

3.2 肝胃不和证

主症:①胃脘胀痛连胁,嗳气或矢气可缓;②脘痞不舒,情绪不遂复发或加重。

次症:①嗳气频作;②嘈杂反酸;③善太息。

舌脉:舌淡红,苔薄白;脉弦。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,症状不明显者,参考舌脉象,及胃镜、病理相关检查。

3.3 寒热错杂证

主症:①胃脘痞满;②饥不欲食,食后胀痛。

次症:①胃脘怕冷或嘈杂;②口干或苦;③大便干或溏滞不爽。

舌脉:舌淡红,苔黄或黄白相间;脉弦细。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,症状不明显者,参考舌脉象,及胃镜、病理相关检查。

3.4 脾气虚证

主症:①胃脘隐痛,遇劳而发;②食欲不振或食后胀甚。

次症:①神疲懒言;②倦怠乏力;③口淡不渴;④

大便稀溏;⑤排便无力;⑥面色萎黄。

舌脉:舌淡或伴齿痕,苔薄白腻;脉缓弱或沉弱。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,症状不明显者,参考舌脉象,及胃镜、病理相关检查。

3.5 脾胃虚寒证

主症:①胃脘隐痛不休,空腹痛甚、得食可缓,或痛喜温按;②泛吐清水。

次症:①大便稀溏甚则完谷不化;②面色无华;③四末不温。

舌脉:舌淡胖伴齿痕,苔白腻;脉沉迟无力。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,症状不明显者,参考舌脉象,及胃镜、病理相关检查。

4 治疗

4.1 治疗原则

CNAG 治疗的主要目标为改善临床相关症状,去除病因,保护胃黏膜,从而改善患者的生活质量;其次要阻止 CNAG 进展,减少或防止慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生、上皮内瘤变以及胃癌的发生。对于无明显症状、Hp 阴性的 CNAG 患者,需多注意饮食、身心的调养而暂时无需进行药物治疗。

4.2 西医治疗^[5-6,9-23]

4.2.1 抑酸或制酸剂 适用于胃黏膜炎症伴糜烂或以烧心、反酸、嘈杂、上腹痛等症状为主者。可根据病情或症状严重程度短期选用 H₂ 受体阻断剂(雷尼替丁、法莫替丁等),质子泵抑制剂(奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑、艾司奥美拉唑、艾普拉唑等),制酸剂(碳酸氢钠、氢氧化铝、胃舒平)。

4.2.2 根除 Hp 治疗 适用于 Hp 阳性者。①胃黏膜炎症伴糜烂的 CNAG;②伴糜烂性十二指肠炎者;③伴上皮内瘤变者;④常规治疗症状不缓解者;⑤要求根除者;⑥有胃癌家族史者。

目前推荐的治疗方案:铋剂四联疗法(首选:铋剂+PPI+阿莫西林+克拉霉素;若产生耐药或过敏者,可改为:铋剂+PPI+另外两种抗生素),适用于 Hp 耐药较高的发达城市、中心地区;鉴于铋剂四联疗法延长疗程可在一定程度上提高疗效^[24-25],故推荐疗程为 14 d 方案;但应注意肾功能不全者应慎用铋剂。对于 Hp 耐药较低的农村、边远地区和社区人群,仍可采用非铋剂方案,包括标准三联以及序贯疗法。

4.2.3 胃黏膜保护剂 适用于胃黏膜糜烂者。常用药物有枸橼酸铋钾、铝碳酸镁、替普瑞酮、瑞巴派特、复方铝酸铋颗粒、磷酸铝凝胶、依卡倍特钠、硫糖铝混悬凝胶等。

4.2.4 增强胃肠动力药 适用于早饱、上腹饱胀、嗳气、呕吐等症状为主者,常用药物有莫沙必利、盐

酸伊托必利、马来酸曲美布汀等。

4.2.5 助消化药 适用于胃酸偏低或食欲减退等症状为主者,常用药物有复方阿嗝米特肠溶片、米曲菌胰酶片、复方消化酶胶囊等。

4.2.6 胆汁结合剂 适用于伴胆汁反流者,常用药为同时兼具抗酸、保护胃黏膜作用的铝碳酸镁。

4.2.7 其他 睡眠差、有明显精神因素者可用抗抑郁和镇静药治疗。常用药物有三环类抗抑郁药、选择性 5-HT 再摄取抑制药、选择性 5-HT 及 NE 再摄取抑制药等。

4.3 中医药治疗

4.3.1 中医辨证治疗^[5,26]

(1)脾胃湿热证

治法:清热除湿,理气和中。

方药:连朴饮(《霍乱论》)。

药物:黄连、厚朴、石菖蒲、法半夏、芦根、茵陈、生薏仁。

加减:湿偏重者,宜加苍术、藿香燥湿醒脾;热偏重者,宜加蒲公英清胃泄热;伴恶心呕吐者,宜加竹茹、橘皮以清胃降逆;气滞腹胀者,宜加枳实以理气消胀;大便滞结不通者,宜加大腹皮或槟榔理气除湿导滞;嘈杂不舒者,可合用左金丸;寒热错杂者,可以半夏泻心汤苦辛通降。

(2)肝胃不和证

治法:疏肝和胃,理气止痛。

方药:柴胡疏肝散(《景岳全书》)。

药物:柴胡、佛手、川芎、香附、郁金、陈皮、枳壳、白芍、炙甘草。

加减:胃痛较甚者,加川楝子、延胡索以加强理气止痛;嗳气较频者,加瓜蒌、柿蒂以宽胸顺气降逆;痛势急迫,嘈杂吐酸,口干口苦,舌红苔黄,脉弦或数,乃肝胃郁热之证,以化肝煎或丹栀逍遥散加黄连、吴茱萸以疏肝泄热和胃。

(3)寒热错杂证

治法:寒热平调,消痞散结。

方药:半夏泻心汤(《伤寒论》)。

药物:半夏、黄芩、干姜、人参、炙甘草、黄连、大枣。

加减:胃脘寒凉者加高良姜、制附子;湿热明显者,加蒲公英、车前草;腹胀者加厚朴、枳壳;疲乏明显者,加炙黄芪、炒白术。

(4)脾气虚证

治法:益气健脾,和胃除痞。

方药:香砂六君子汤(《医方集解》)。

药物:党参、炒白术、茯苓、法夏、陈皮、木香、砂仁、炙甘草。

加减:胀闷较重者,加枳壳、厚朴理气运脾;纳呆厌食者,加砂仁、神曲理气开胃;脾虚下陷者,宜补中益气汤加减。

(5)脾胃虚寒证

治法:温中健脾,和胃止痛。

方药:黄芪建中汤(《金匮要略》)。

药物:黄芪、桂枝、生姜、白芍、饴糖、大枣、炙甘草。

加减:泛吐清水明显者,加干姜、白术、法半夏、陈皮、茯苓温胃化饮;泛酸者,可去饴糖,加乌贼骨、煅瓦楞子和胃制酸止痛;里寒较甚,胃脘冷痛、呕吐肢冷者,加理中丸温中散寒;若形寒肢冷、腰膝酸软者,可用附子理中丸温肾暖脾,和胃止痛。

4.3.2 中成药治疗

①香砂六君丸:党参、白术、茯苓、制半夏、陈皮、木香、砂仁、炙甘草;能益气健脾,理气宽中;适用于脾虚气滞证之暖气纳呆、脘腹胀满、大便溏泄者;10 g/次,2次/d。

②香砂理中丸:党参、干姜(炮)、木香、白术(炒)、砂仁、甘草(蜜炙);能健脾和胃,温中行气;适用于脾胃虚寒,气滞腹痛,反胃泄泻者;10 g/次,2~3次/d。

③胃乃安胶囊:黄芪、三七、红参、珍珠层粉、人工牛黄;能补气健脾,活血止痛;适用于脾胃气虚,瘀血阻滞所致胃脘隐痛或刺痛、纳呆食少;4粒/次,3次/d。

④温胃舒胶囊:党参、附子(制)、黄芪(炙)、肉桂、山药、肉苁蓉(制)、白术(炒)、山楂(炒)、乌梅、砂仁、陈皮、补骨脂;能温胃止痛;适用于胃脘冷痛,饮食生冷,受寒痛甚者;3粒/次,3次/d。

⑤气滞胃痛颗粒:柴胡、延胡索(炙)、枳壳、香附(炙)、白芍、甘草(炙);能疏肝和胃;适用于肝胃不和气滞之胃脘胀痛;5 g/次,3次/d。

⑥荜铃胃痛颗粒:荜澄茄、川楝子、延胡索、黄连、吴茱萸、香橼、佛手、香附、酒大黄、海螵蛸、瓦楞子;能行气活血,和胃止痛;适用于气滞血瘀所致的胃脘痛以及慢性胃炎;5 g/次,3次/d。

⑦三九胃泰颗粒:三叉苦、九里香、两面针、木香、黄芩、茯苓、地黄、白芍;能清热燥湿,行气活血,柔肝止痛;适用于湿热内蕴、气滞血瘀所致脘腹隐痛、饱胀反酸、恶心呕吐、嘈杂纳减;2.5 g/次,2~3次/d。

⑧胃苏颗粒:陈皮、佛手、香附、香橼、枳壳、紫苏梗、槟榔、鸡内金;具有理气消胀,和胃止痛之功;适用于肝胃气滞所致胃脘胀痛,窜及两胁,郁怒则甚,胸闷食少,排便不畅,得暖气或矢气则舒;15 g/次,3次/d。

⑨荆花胃康胶丸:土荆芥、水团花;能理气散寒,清热化痰;适用于寒热错杂、气滞血瘀所致之胃脘胀闷、疼痛、嗳气、反酸、嘈杂、口苦;2粒/次,3次/d。

⑩达立通颗粒:柴胡、枳实、木香、陈皮、法夏、蒲公英、焦山楂、焦槟榔、鸡矢藤、党参、延胡、神曲;能清热解郁,和胃降逆,通利消滞;适用于肝胃郁热所致胃脘胀满、嗳气纳差、胃中灼热、嘈杂泛酸、脘腹疼痛、口干口苦;6 g/次,3次/d。

⑪枳术宽中胶囊:白术(炒)、枳实、柴胡、山楂;能健脾和胃,理气消痞;适用于胃痞(脾虚气滞)所致呕吐、反胃、纳呆、返酸等,3粒/次,3次/d。

4.3.3 中医特色治疗^[27] 包括体针、指针、耳针针刺疗法;穴位贴敷、注射、埋线疗法、艾灸法等。

(1) 针刺疗法

①体针:取中脘、内关、胃俞、足三里,以1.5寸毫针刺入。穴位加减:脾胃虚弱者加脾俞、公孙补脾益胃,用补法;脾胃虚寒者加神阙、气海温中散寒,用补法;肝胃不和者加肝俞、太冲、行间疏肝和胃,用泻法;胃阴不足者加太溪、三阴交滋阴养胃,用补法。每日或隔日1次,10次为1个疗程,疗程间隔3~5 d。

②指针:取中脘、至阳、足三里等穴,以双手拇指或中指点压、按揉,力度以患者能耐受并感觉舒适为度。同时令病人行缓慢腹式呼吸。连续按揉3~5 min即可止痛。

③耳针:取穴神门,胃,交感,十二指肠,肝,脾,每次选用3~5穴,毫针浅刺,留针30 min,亦可用王不留行籽贴压。

(2) 穴位疗法

①穴位贴敷:温胃膏(附子、肉桂、炮姜、小茴香、丁香、木香、香附、吴茱萸各2 g,麝香^(另研)0.3 g),共研细末,用生姜汁调和成软膏状,用时先将麝香置入神阙内,再将铜钱大小的药丸敷于麝香上面,外加胶布固定。每日换药1次,10 d为1个疗程。适用于脾胃虚寒胃痛。偏于肝气犯胃者,取肝俞、胆俞、脾俞为主穴,每次可选足三里或内关作配穴,1疗程未愈者,可休息5 d后继行下1疗程。

②穴位注射:选取中脘、足三里、肝俞、胃俞、脾俞。每次选2穴,诸穴可交替使用。用黄芪注射液,或丹参注射液、当归注射液、生脉注射液、维生素B₁注射液、维生素B₁₂注射液,每穴注入药液0.5~1.0 ml,每日或隔日1次;适用于脾气虚胃痛。

③穴位埋线法:中脘、足三里、肝俞、胃俞、脾俞、至阳(常有压痛点),行常规穴位埋线,每次埋线1~3穴为宜,在同一穴位做多次治疗时应偏离前次治疗部位。每2~4周埋线1次,3~5次为1个疗程;

适用于肝胃不和与脾气虚胃痛。

(3) 灸法

①灸神阙穴:先用细盐将肚脐填平,取块厚约0.2~0.3 cm姜片以粗针刺数个孔后置于盐上,然后取清艾绒撮捏成圆锥状花生米大小置于姜片上点燃,燃尽后可易炷再灸;每日灸5~7炷,连续20~30 d。②灸足三里穴:取清艾绒捏制成花生米大的艾炷置于足三里处,皮肤上可擦少许凡士林或蒜汁以便粘住艾炷,然后点燃,可连灸7~10炷;灸完后由于灼伤可形成灸疮。也可用艾熏灼足三里穴,每天20~30炷,连灸10~15 d为1个疗程。③艾条灸法:适用于脾胃虚寒、脾气虚或中老年人胃脘隐痛、食欲不振者,可用艾条温和灸中脘穴、梁门、足三里穴。具体方法为取艾条点燃后直对准穴位,距离以患者耐受为度;灸10~15 min使皮肤出现红晕而不烫伤,每2~3天1次,症状减轻后可适当减少施灸次数;若患者腹中冷痛加灸神阙穴、公孙穴。

4.4 中西医结合治疗^[2,4-5,7,11-15,20,28-30]

4.4.1 结合胃镜中医治疗 西医认为CNAG系由不同原因引起的胃黏膜炎症,其主要病变为胃黏膜充血、水肿,可伴局限性糜烂或黏膜出血点等病理改变;针对于此,可选择性采用具有清热消炎、去腐生肌、保护胃黏膜和止血等作用的中药如黄芩、栀子、连翘、黄芪、茯苓、白芍、白芨、元胡、木香、砂仁、败酱草、鱼腥草、甘草等治疗,或采用黄芪建中汤、香砂六君子汤、理中汤等方加减治疗。

4.4.2 辨证为主,结合胃镜西医治疗 CNAG属中医“胃痛”、“嘈杂”、“胃痞”范畴^[2],主要表现为上胃脘疼痛(灼痛、胀痛、隐痛或空腹痛)以及早饱、嘈杂反酸、嗳气等症状^[4],不仅可按中医辨证论治给予中药治疗,亦可按中医“证”本质内涵参考给予西药治疗:如郁怒伤肝或肝郁化火之本质主要与肝疏泄情志功能障碍相关,可给予心理疏导或酌情应用抗抑郁药治疗(甲氯苯酰胺、帕罗西汀等);痞满气滞之本质乃脾胃运化功能失调,可给予促胃肠动力药或胃肠运动调节剂(枸橼酸莫沙必利、莫沙必利等);脾胃湿热证的本质主要表现为胃黏膜炎症活动、充血水肿糜烂明显,或伴Hp感染,可参考选择给予抑酸剂(雷尼替丁、奥美拉唑等)、胃黏膜保护剂(枸橼酸铋钾、铝碳酸镁、复方谷氨酰胺)、根除Hp三联或四联疗法(铋剂+PPI+两种抗生素)进行治疗。

4.4.3 病证合参,中西医结合治疗 对每个患者进行具体辨证与辨病,实行病证合参个体化治疗。一般来说,脾胃湿热证常表现为胃黏膜明显充血水肿、糜烂及Hp感染,清热除湿,理气和中与抑酸、抗菌相结合疗法较为合理^[5];肝胃不和证常有抑郁易怒

等情绪变化及胃肠运动功能失调等改变,可考虑给予疏肝和胃,理气止痛与心理疏导抗抑郁、调节胃肠动力相结合疗法^[5];寒热错杂证常寒热象并见,治疗上温清并用,以温补辛开健脾运胃,苦降清泄开解郁热,同时予以促胃肠动力药相结合;脾气虚证常见脾失健运兼气虚等症状,可考虑给予健脾益气,和胃除痞与护膜生肌相结合治疗;脾胃虚寒证胃黏膜红斑或粗糙不平,黏液稀薄或胃酸偏低^[6],则可考虑给予温中健脾,和胃止痛与护膜生肌、促进胃酸分泌相结合的疗法。当然,以上所述仅是临床的一般规律,具体临床中尚需根据中医理论具体辨证,同时结合病史、症状以及内镜与病理结果进行辨病,以形成贴切于临床的病证合参个体化中西医结合疗法。

5 疗效评定标准^[7]

CNAG 疗效评价标准包括:主要症状疗效评价、证候疗效评定、生存质量评价;为增加中西医同行的认同性,便于国内外学术交流,CNAG 疗效评价应对上述标准进行综合判断。目前来说,临床研究采用主要症状疗效评价、证候疗效评定;科学研究以综合疗效判定为主。

5.1 CNAG 主要症状疗效评价标准^[7]

5.1.1 主要症状单项纪录 分为0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ共4

级如下。

0级:没有症状,积0分。

Ⅰ级:症状轻微,不影响日常生活和工作,积2分。

Ⅱ级:症状中等,部分影响日常生活和工作,积4分。

Ⅲ级:症状严重,影响到日常生活,难以坚持工作,积6分。

5.1.2 主要症状单项评价 主要单项症状:分为痊愈、显效、进步、无效、恶化共5级。

5.1.3 主要症状记录与评价 胃痛(隐痛、胀痛或灼痛)、餐后上腹胃脘部饱胀、烧心、反酸、嘈杂、嗝气为CNAG的主要症状。按症状改善百分率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%,计算症状改善百分率。①痊愈:症状消失;②显效:症状改善百分率≥80%;③有效:50%≤症状改善百分率<80%;④无效:症状改善百分率<50%;⑤恶化:症状改善百分率负值。痊愈和显效病例数计算总有效率。

5.1.4 主要症状疗效量化分级 使用时根据各主要症状积分的权重,分别赋予不同分值。本主要症状量化分级表,参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会“胃肠疾病中医症状评分表”^[31],结合CNAG临床具体症状制定如下。

CNAG 主要症状评分量化分级表

症状	0级(0分)	Ⅰ级(2分)	Ⅱ级(4分)	Ⅲ级(6分)
胃痛(灼痛、胀痛、隐痛或空腹痛)	无	每天偶有胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛,1 h内可自行缓解。	每天时有胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛,持续1~3 h方可缓解。	每天明显胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛,甚则疼痛难忍,每次持续>3 h,服药后才能缓解。
脘腹饱胀	无	偶有早饱,或食后脘腹微胀,0.5 h内减轻或消失,不影响食欲和食量,无需服对症药。	食则早饱,或食后脘腹痞胀0.5~1 h较甚,稍影响食欲和食量,或需服对症药。	持续早饱,食后脘腹痞胀更甚,2 h内仍不好转,明显影响食欲和食量,或服对症药效果不佳。
烧心、反酸	无	每天偶有烧心、反酸,每次不超过1 h。	经常烧心、反酸,1~2 h可缓解。	明显烧心、反酸,持续>2 h,需服药方可缓解。
嗝气	无	偶有嗝气,每日<4次。	经常嗝气,每日4~10次。	频繁嗝气,每日>10次。

5.2 CNAG 中医证候疗效评定标准^[32]

5.2.1 疗效判断 采用尼莫地平法计算,疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。①临床痊愈:主要症状消失或基本消失,疗效指数≥95%;②显效:主要症状明显改善,70%≤疗效指数<95%;③有效:主要症状明显好转,30%≤疗效指数<70%;④无效:主要症状无明显改

善,甚或加重,疗效指数<30%。

5.2.2 证候疗效量化分级 使用时根据各中医证候疗效在积分中的权重,分别赋予中医主要症状和次要症状不同分值。其量化分级表参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会“胃肠疾病中医症状评分表”^[31],结合CNAG临床不同证型中主要和次要症状具体制定如下。

CNAG 中医证候主要症状评分量化分级表

症状	0 级(0 分)	I 级(2 分)	II 级(4 分)	III 级(6 分)
胃脘疼痛	无	胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛>3 d 发作 1 次,时作时止;或嗳气、或矢气、或得食、或得温则减;1 h 内可缓解;不影响工作及生活。	胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛 2~3 d 发作 1 次;情绪波动后明显,或饥时痛剧,或时喜温按;1~3 h 内可缓解;已影响工作及生活。	胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛每日发作,情绪波动明显加重、或饥时明显痛剧>3 h 方可缓解,或绵绵脘痛不休,遇劳则发,或喜温喜按;严重影响工作及生活。
脘腹痞胀	无	>3 d 发作 1 次,食后明显,时作时止,1 h 内缓解,不影响日常生活。	2~3 d 发作 1 次,食后明显,发作频繁;1~4 h 内缓解,部分影响日常生活。	每天发作;食后明显,>4 h 才缓解甚至整天不能缓解;影响工作及生活。
口黏且苦	无	偶觉口黏或苦,不影响进食。	时觉口黏或苦,稍影响进食。	持续口黏或苦,明显影响进食。
胀痛连胁	无	每日偶有胀痛连胁,1 h 内可自行缓解。	每日经常胀痛连胁较频,程度可忍,持续 1~3 h 方能缓解。	每日胀痛连胁频作,每次持续>3 h,程度多不能忍受,需服药后才能缓解。
嘈杂反酸	无	胃中微觉嘈杂反酸,>3 d 发作 1 次,1 h 内可缓解,作息不受影响。	嘈杂反酸明显,2~3 d 发作 1 次,1~3 h 内可缓解,生活作息受到影响。	嘈杂反酸较甚,每日发作,>3 h 方缓解甚至终日不缓解,生活作息明显受影响。
嗳气	无	偶有嗳气,每日≤4 次。	经常嗳气,每日 4~10 次。	频繁嗳气,每日>10 次。
饥不欲食、食后胀甚	无	偶有饥饿感而不欲食,食后偶感胃胀。	时有饥饿感而不欲食,食后时感胃胀。	常有饥饿感而不欲食,食后常感胃胀。
痛喜温按	无	胃脘轻微隐痛,怕进食生冷,喜暖;偶有四肢不温,无需添加衣被。	胃脘隐痛绵绵,得温可减;进食生冷疼痛明显;四肢欠温,较常人稍多加衣被。	胃脘隐痛不休,空腹痛甚,喜温喜按,进生冷易患病,四肢冰冷,较常人必需多加衣被。
泛吐清水	无	偶见泛吐清水,量不多。	时泛吐清水,量较多。	频频泛吐清水,量明显增多。

CNAG 中医证候次要症状评分量化分级表

症状	0 级(0 分)	I 级(1 分)	II 级(2 分)	III 级(3 分)
大便粘滞不爽	无	大便粘滞不爽,每次排便<15 min。	大便粘滞不爽,每次排便需 15~30 min。	大便粘滞不爽难解,每次排便需>30 min。
呕恶	无	偶有恶心,无物吐出,每日≤2 次。	经常恶心,每天 3~4 次,时吐涎沫或少量食物残渣。	明显恶心,多伴呕吐,并可吐出食物残渣,每天>4 次。
肢体困重	无	偶觉肢体困重,1 h 内可自行缓解。	时觉肢体困重,轻度影响工作,2~3 h 才能缓解。	持续感肢体困重,明显影响工作,休息后也难以缓解。
善太息	无	情绪不畅,偶有善太息。	情绪不畅,时有善太息。	情绪不畅,经常善太息。
食欲不振	无	每日进食乏味,但基本保持原食量	无食欲,食量较前减少 1/3 左右。	厌恶进食,食量较前减少 1/2 以上。
渴不欲饮	无	每日偶觉口渴但不欲饮。	每日常觉口渴但不欲饮。	每日持续口渴但不欲饮。
神疲懒言	无	不喜多言,不问不答,能坚持工作。	懒言,多问少答,工作能力下降。	倦卧而不喜言语,工作能力明显下降。
倦怠乏力	无	精神不振,不耐劳力,尚可坚持日常轻体力活动。	精神较为疲乏、倦怠思睡,只能勉强支持日常轻体力活动。	精神极度疲乏,身体和四肢均感无力,不能坚持日常生活轻体力活动。
便溏	无	大便稀溏、或初硬后溏,2~3 次/d,甚者反复 2 个月左右。	大便稀溏、或轻度完谷不化,3~4 次/d,甚者持续 2 个月左右。	大便完谷不化,每日>4 次;甚或飧泄不止,持续 2 个月以上。
四末不温	无	偶有四末不温。	经常四末不温。	长年四末不温。

5.3 生存质量评价^[7]

中医药治疗可以明显改善 CNAG 患者的生存质量,故对患者进行生存质量评价显得较为重要和符合临床实际。目前国内较普遍采用汉化版 SF-36 健康调查量表进行评价;患者报告结局指标(patient reported outcomes,PRO)是近年来在健康相关生存质量上发展起来评价慢性疾病较为实用的评价指标,并以此来评价中医临床疗效已逐渐得到认可。CNAG 作为临床常见慢性病,病情的反复常常会影响患者的生存质量,加重其生活负担;具有中医特色的脾胃系疾病 PRO 量表^[33]对于评价 CNAG 的相关症状、体征和临床疗效均具有一定的借鉴意义,为更有效地提高患者的生存质量提供新的思路。

5.4 其他^[7]

鉴于精神心理因素是 CNAG 发病的因素之一,对于存在一定程度精神心理障碍,症状严重程度与抑郁、焦虑和恐惧有关的部分患者^[6],可以采用 Hamilton 焦虑他评量表(HAMA)、Hamilton 抑郁他评量表(HAMD)及症状自评量表(Symptom check list-90, SCL-90),对其精神心理状态和疗效进行评定。

6 转归^[7]

CNAG 经积极治疗可好转或痊愈,绝大多数预后较为良好;但少数患者可能随着疾病发展出现胃黏膜萎缩或肠上皮化生与上皮内瘤变,严重者甚至可发展为胃癌,故应予以高度重视,同时进行早期胃癌筛查及内镜诊治^[34]。

7 饮食和生活方式调摄

对于 CNAG 患者治疗固然重要,但合理正确的饮食调摄和生活方式对于巩固疗效、防止复发也可起至关重要的作用。平素饮食宜淡、衡、软、温、缓、细,同时要避免吸烟、酗酒、咖啡、浓茶等不良生活方式;治疗期间患者应饮食有节,避免生冷不洁、糯米、油炸、干硬粗糙等难以消化之物以免损脾伤胃,忌食辛辣醇酒、荤腥油腻之品以防蕴湿生热,对于胃脘痞胀、暖气明显者宜少食豆类和奶类制品;同时,在缓解期间也应避免服用对胃黏膜有损伤的药物如非甾体抗炎药(NSAID),若因如关节炎或血栓等其他病需服用此类药物,则应同时使用胃黏膜保护剂或必要时适当使用抑酸剂以避免胃黏膜的进一步损伤。此外,要消除患者疑虑,调整精神情绪,保持心情舒畅、乐观、平和,适当运动,确立健康积极的生活态度。

项目负责人:李军祥、陈 諒

共识意见执笔人:胡 玲、吴云林

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

王凤云、王长洪、王彦刚、王 敏、甘 淳、冯五金、冯培民、吕 宾、吕冠华、朱 莹、朱金水、危北海、刘 力、刘凤斌、刘冬梅、刘成海、刘绍能、江学良、孙 聪、孙玉凤、劳绍贤、苏娟萍、李 岩、李 勇、李天望、李延萍、李军祥、李茁然、李道本、杨小军、杨春波、杨胜兰、杨晋翔、肖 冰、时昭红、吴云林、何晓晖、余泽云、沈 洪、沈 薇、张万岱、张北平、张声生、张学智、张荣华、陈 諒、陈治水、林寿宁、季 光、周正华、周素芳、孟立娜、赵洪川、赵鲁卿、胡 玲、柯 晓、查安生、姚希贤、姚树坤、徐克成、唐文富、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、黄穗平、梁 健、琚 坚、智发朝、谢 胜、谢春娥、谢晶日、窦永起、魏 玮、魏品康

参考文献

- [1] Zhang XX, Chen WW, She B, et al. The efficacy and safety of Jian-Wei-Qu-Tong Pills for the treatment of chronic non-atrophic gastritis (spleen and stomach qi deficiency with damp-heat stasis syndrome): study protocol for a phase II, randomized controlled trial [J]. Trials, 2014, 15(1):1-11.
- [2] 余绍源, 刘茂才, 罗云坚主编. 中西医结合内科学 [M]. 北京:科学出版社, 2003:329-345.
- [3] Borch K, Jansson KA, Petersson F, et al. Prevalence of gastroduodenitis and Helicobacter pylori infection in a general population sample: relations to symptomatology and life-style [J]. Dig Dis Sci, 2000, 45(7):1322-1329.
- [4] 陈灏珠主编. 实用内科学 [M]. 第 12 版. 北京:人民卫生出版社, 2005:1861-1863.
- [5] 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(2011 天津) [J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6):738-743.
- [6] 中华医学会消化病分会. 中国慢性浅表性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2006, 11(11):674-684.
- [7] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2012 上海) [J]. 胃肠病学, 2013, 18(1):24-36.
- [8] Redeen S, Petersson F, Jonsson KA, et al. Relationship of gastroscopic features to histological findings in gastritis and Helicobacter pylori infection in a general population sample [J]. Endoscopy, 2003, 35(11):946-950.
- [9] 中华医学会. 临床诊疗指南·消化疾病分册 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:29-31.
- [10] 危北海, 张万岱, 陈治水主编. 中西医结合消化病学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:553-572.
- [11] 胡伏莲. 幽门螺杆菌感染治疗中的问题及处理策略 [J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(3):229-232.

- [12] 姚希贤, 姚冬梅. 中药联合“三联疗法”治疗幽门螺杆菌感染[J]. 现代消化及介入诊疗, 2010, 15(2):104—107.
- [13] 胡伏莲, 王蔚红, 胡品津, 等. 温胃舒、养胃舒治疗 Hp 相关性胃炎和消化性溃疡的全国多中心临床研究[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(2):75—78.
- [14] 胡伏莲, 成虹, 张学智, 等. 多中心临床观察荆花胃康联合三联疗法治疗幽门螺旋杆菌相关性十二指肠溃疡和胃炎疗效及耐药分析[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(10):679—684.
- [15] 杜亦奇. 微生态制剂联合三联疗法治疗幽门螺杆菌感染[J]. 现代消化及介入诊疗, 2010, 15(1):43—46.
- [16] 胡伏莲. 以菌制菌-益生菌对幽门螺杆菌抑制作用探讨[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(29):2017—2018.
- [17] 胡伏莲, 张万岱, 吕农华, 等. 幽门螺杆菌治疗新路径[N]. 中国医学论坛报, 2011(消化周刊):D2-D3.
- [18] Cheon JH, Kim N, Lee DH, et al. Efficacy of moxifloxacin-based triple therapy as second-line treatment for *Helicobacter pylori* infection [J]. *Helicobacter*, 2006, 11(1):46—51.
- [19] Gisbert JP, Morena F. Systematic review and Meta-analysis:levofloxacin-based rescue regimens after *Helicobacter pylori* treatment failure[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2006, 23(1):35—44.
- [20] Rokkas T, Sechopoulos P, Robotis I, et al. Cumulative H. pylori eradication rates in clinical practice by adopting first and second-line regimens proposed by the Maastricht III consensus and a third-line empirical regimen[J]. *Am J Gastroenterol*, 2009, 104(1):21—25.
- [21] Hunt RH, Xiao SD, Megraud F, et al. *Helicobacter pylori* in developing countries. World Gastroenterology Organisation Global Guideline[J]. *J Gastrointest Liver Dis*, 2011, 20(3):299—304.
- [22] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组/全国幽门螺杆菌研究协作组. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2012, 17(10):618—625.
- [23] 中国中西医结合学会消化病专业委员会. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2011 天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6):733—737.
- [24] Xie Y, Zhu Y, Zhou H, et al. Furazolidone-based triple and quadruple eradication therapy for *Helicobacter pylori* infection [J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(32):11415—11421.
- [25] Sun Q, Liang X, Zheng Q, et al. High efficacy of 14-day triple therapy-based, bismuth-containing quadruple therapy for initial *Helicobacter pylori* eradication[J]. *Helicobacter*, 2010, 15(3):233—238.
- [26] 曾耀明, 余维微, 叶海潇, 等. 半夏泻心汤对寒热错杂型慢性浅表性胃炎患者胃黏膜肥大细胞的影响[J]. 浙江中医杂志, 2016, 51(1):5—6.
- [27] 王启才主编. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:106—108.
- [28] 李乾构, 周学文, 单兆伟主编. 实用中医消化病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:19—32.
- [29] 袁耀宗, 张振书, 智发朝. 三九胃泰四联疗法治疗 Hp 相关慢性胃炎的临床研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2002, 7(专辑):230—231.
- [30] 牟方宏, 胡伏莲, 杨桂彬, 等. 温胃舒、养胃舒预防 Hp 培养上清液致小鼠胃黏膜损伤的实验研究[J]. 华人消化杂志, 2007, 15(13):1505—1509.
- [31] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会(2010 苏州). 胃肠疾病中医症状评分表[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1):66—68.
- [32] 李乾构, 周学文, 单兆伟, 主编. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:21—28.
- [33] 刘凤斌, 王维琼. 中医脾胃系疾病 PRO 量表理论结构模型的构建思路[J]. 广州中医药大学学报, 2008, 25(1):12—14.
- [34] 中华医学会消化病学分会中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会. 中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见(2014 长沙)[J]. 胃肠病学, 2014, 19(7):408—427.