

• 诊疗方案 •

文章编号: 1671-038X(2010)03-0207-03

慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)

中华中医药学会脾胃病分会

关键词: 胃炎, 慢性浅表性; 中医诊疗标准; 共识

中图分类号: R 573.3 文献标志码: A

慢性浅表性胃炎(chronic superficial gastritis, CSG)是临床最常见的内科疾病之一,近年来,国内外已对此进行了比较深入的研究,并提出了一些切实可行的诊疗标准与共识意见^[1,2],而作为中医药治疗的优势病种之一,中医药诊治CSG在诸多方面亦有不少进展。2008年开始,中华中医药学会脾胃病分会组织成立全国专科专病“慢性浅表性胃炎中医诊疗协作组”和“慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见”起草小组,依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内中医消化病专家就CSG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按照国际通行的德尔斐法进行了3轮次投票,制订了“慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(草案)”。2009年10月16~19日,中华中医药学会脾胃病分会第21届全国脾胃病学术会议在深圳召开,来自全国各地的近百名中医消化病专家对共识意见(草案)再次进行了充分地讨论和修改,并以无记名投票形式通过了《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见》(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)。最后由核心专家组于2010年1月9日在北京进行了最后的审定。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中定期修改,不断完善更新,以加强其实用性和指导性。

1 概念及主要发病机制

1.1 定义

CSG是胃黏膜在各种致病因素作用下所发生的非萎缩慢性炎症性病变,其和慢性萎缩性胃炎同属慢性胃炎范畴。CSG无典型及特异的临床症状,大多数患者表现为消化不良的症状,如进食后觉上腹部饱胀或疼痛、嗝气、反酸等^[3]。该病属于中医学“胃痞”、“胃痛”的范畴^[4]。

1.2 流行病学

该病患病率极高,在各种胃病中居于首位,约占接受胃镜检查患者的80%~90%,男性多于女性,且其发病率有随年龄增长而有所升高的趋势^[3]。

1.3 发病机制

CSG的病因迄今尚未完全明确。一般认为物理性、化学性及生物性有害因素持续反复作用于易感人体即可引起胃黏膜慢性炎症。已明确的病因包括幽门螺杆菌(Hp)感染、胃黏膜理化损伤因子、免疫因素、十二指肠液反流、胃窦内容物潴留、细菌病毒和其毒素等^[3]。

1.4 病因病机

中医学认为该病发生主要与饮食、情志因素、感受邪气、禀赋不足等有关。饮食不节、烈酒、辛辣之品等损伤脾胃,运化失职,湿浊内生,阻滞气机,或郁久化热伤胃,胃失和降致痞满、胃痛、呕吐等症。恼怒伤肝,肝木横逆,胃气受扰,或忧思伤脾,脾失健运,胃失和降,乃作胃痞、胃痛。饮食不洁,邪(主要是湿邪、热邪)随口入,侵犯脾胃,运化失职,纳降受碍,气机不畅,胃失和降致痞满、疼痛、呕吐等症。脾胃禀赋不足,或长期饮食不节,或年老体衰,脾胃虚弱,运化失司,无以运转气机、水湿,致气滞、湿阻、血瘀,胃失和降,故作痞满、疼痛。该病病位在胃,与肝、脾两脏关系密切。CSG的基本病机是胃膜受伤,胃失和降^[4,5]。

2 诊断

2.1 临床表现

流行病学研究表明部分CSG患者无任何症状^[6]。有症状者主要为非特异性消化不良,表现为反复或持续性上腹不适、饱胀、钝痛、烧灼痛、无明显节律性,一般进食后较重。其次为食欲下降、嗝气、反酸、恶心等消化不良症状。CSG与消化不良症状并非密切相关。内镜检查和胃黏膜组织学检查结果与症状的相关分析表明:CSG患者的症状缺乏特异性,且有无症状以及症状的严重程度与内镜所见和组织学分级无明显相关性^[7]。

2.2 相关检查

CSG的确诊主要依赖内镜检查和胃黏膜活检组织学检查,尤其是后者的诊断价值更大^[1]。建议将胃镜检查作为CSG诊断的首要手段。组织学检查对CSG的诊断,尤其是判别慢性炎症的程度、炎症的活动性、有无伴肠上皮化生(IM)、有无Hp感染以及排除萎缩性胃炎及早期恶性病变有重要意义。

2.3 诊断标准

①以反复或持续性上腹不适、饱胀、钝痛、烧灼痛,进食后加重,伴嗝气、反酸、恶心、纳差等为临床表现;或伴上腹部压痛;②胃镜检查及胃黏膜活检提示慢性活动性炎症征象;③B超及其他检查(如CT)排除肝胆病及胰腺病等。慢性胃炎的诊断应包括病因、病变部位、组织学形态(包括炎症程度、活动性以及有无Hp等),并对各种组织学形态程度进行分级(无、轻、中、重)。与组织学平行,对内镜所见也进行分类诊断及分级^[3]。

2.4 中医病名

以餐后饱胀不适为主症者,应属于中医“痞满”的范围,可命名为“胃痞”。以上腹痛为主症者,应属于中医“胃痛”范畴,可命名为“胃痛”。

收稿日期: 2010-03-18

通讯作者: 张声生,首都医科大学附属北京中医医院消化中心, E-mail:

zss2000@sohu.com

2.5 证候分类标准

2.5.1 脾胃气虚证 主症: ①胃脘胀满或胃痛隐隐; ②餐后明显, 饮食不慎后易加重或发作。次症: ①纳呆; ②疲倦乏力, 少气懒言; ③四肢不温, 大便溏薄; ④舌淡或有齿印, 苔薄白; ⑤脉沉弱。

2.5.2 脾胃虚寒证 主症: ①胃痛隐隐, 绵绵不休; ②喜温喜按, 劳累或受凉后发作或加重。次症: ①泛吐清水; ②神疲纳呆, 四肢倦怠; ③手足不温, 大便溏薄; ④舌淡苔白; ⑤脉虚弱。

2.5.3 肝胃不和证 主症: ①胃脘胀痛; ②痞塞不舒, 情绪不遂时易加重或复发。次症: ①两胁胀满; ②纳少泛恶; ③心烦易怒, 善叹息; ④舌淡红, 苔薄白; ⑤脉弦。

2.5.4 脾胃湿热证 主症: ①脘腹痞满; ②舌质红, 苔黄腻, 脉滑或数。次症: ①食少纳呆; ②口干口苦; ③身重困倦; ④小便短黄; ⑤恶心欲呕。

2.5.5 胃阴不足证 主症: ①胃脘灼热疼痛; ②胃中嘈杂; ③舌红少津或有裂纹, 苔少或无。次症: ①似饥而不欲食; ②口干舌燥; ③大便干结; ④脉细或数。

上述证候确定: 主症必备, 加次症 2 项以上即可诊断。

3 治疗

3.1 辨证治疗

3.1.1 脾胃气虚证 治法: 益气健脾, 和胃除痞。主方: 香砂六君子汤(《医方集解》) 加减。药物: 党参、炒白术、茯苓、法半夏、陈皮、木香、砂仁、炙甘草。

3.1.2 脾胃虚寒证 治法: 温中健脾, 和胃止痛。主方: 黄芪建中汤(《金匱要略》) 合理中汤(《伤寒论》) 加减。药物: 黄芪、桂枝、干姜、白术、法半夏、陈皮、党参、茯苓、炙甘草。

3.1.3 肝胃不和证 治法: 疏肝和胃, 理气止痛。主方: 柴胡疏肝散(《景岳全书》)。药物: 炒柴胡、香附、川芎、陈皮、枳壳、白芍、炙甘草。

3.1.4 脾胃湿热证 治法: 清热除湿, 理气和中。主方: 连朴饮(《霍乱论》) 加减。药物: 黄连、厚朴、石菖蒲、法半夏、黄芩、芦根、茵陈、生薏仁。

3.1.5 胃阴不足证 治法: 养阴益胃, 和中止痛。主方: 益胃汤(《温病条辨》) 加减。药物: 北沙参、生地、麦冬、白芍、佛手、石斛、甘草。

3.2 随症加减

胃胀明显者, 可加厚朴、枳实; 胃痛明显者, 可加郁金、元胡; 反酸者, 可加海螵蛸、煅瓦楞子; 纳食减少者, 可加鸡内

金、神曲; 虚寒明显者, 可加熟附子、肉桂(焗服)。

3.3 中成药治疗^[8]

①香砂六君丸: 每次 10 g, 每日 2 次; 胃乃安胶囊: 每次 4 粒, 每日 3 次; 复方田七胃痛胶囊: 每次 4 粒, 每日 3 次; 补中益气丸: 每次 10 g, 每日 2 次。适用于脾胃虚弱证。

②香砂养胃丸: 每次 9 g, 每日 2 次; 温胃舒胶囊: 每次 3 粒, 每日 3 次; 香砂理中丸, 每次 10 g, 每日 2~3 次; 湿寒胃痛颗粒: 每次 3 g, 每日 3 次。适用于脾胃虚寒证。

③气滞胃痛颗粒: 每次 5 g, 每日 3 次; 胃苏颗粒: 每次 15 g, 每日 3 次; 金佛止痛丸: 每次 5 g, 每日 3 次; 元胡止痛片: 每次 2 片, 每日 3 次; 三九胃泰颗粒(无糖型): 每次 2.5 g, 每日 2~3 次; 荆花胃康胶丸: 每次 2 粒, 每日 3 次; 枳术宽中胶囊: 每次 3 粒, 每日 3 次; 达立通颗粒: 每次 6 g, 每日 3 次。适用于肝胃不和气滞证。

④胃热清胶囊: 每次 2~4 粒, 每日 3 次, 适用于脾胃湿热证。

⑤养胃舒胶囊: 每次 3 粒, 每日 2 次, 适用于胃阴不足证。

⑥加味保和丸: 每次 6 g, 每日 2 次, 适用于湿滞食积, 脾失健运证。

3.4 其他疗法

针灸治疗 CSG 是目前主要的外治法之一, 具有经济、方便、安全的优势, 一些临床报道证明针灸对胃肠道功能具有双向调节作用, 尤其对胃动力具有良好的双向调节功能, 可能是改善 CSG 症状的病理基础, 但同样缺乏严格的 RCT 证据^[9,10]。体针疗法取穴中脘、内关、胃俞、足三里等, 根据证型可适当加减。如肝胃不和, 可加肝俞、太冲、行间; 脾胃虚弱, 可加脾俞、气海; 胃阴不足, 可加三阴交; 虚证用补法, 其他证型用平补平泻, 每日或隔日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间隔 3~5 天^[11]。

4 诊治流程

见图 1。

5 疗效评定

目前针对 CSG 仍然缺乏疗效评定的金标准, 其疗效评价应该以综合疗效判定为主, 为增加中西医同行认同性, 便于国内外交流, 建议以主要症状疗效评价、证候疗效评定、内镜下胃黏膜疗效评定、胃黏膜组织学疗效评定、生存质量评价等标准进行综合判断, 用于临床研究可以采用主要症状疗效评价、证候疗效评定、胃黏膜组织学评价; 用于科学研究则需要采取综合判断标准。

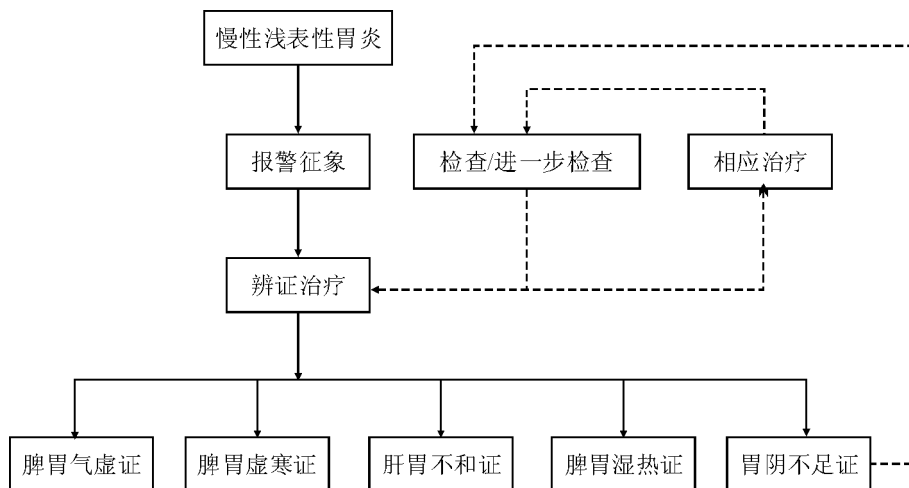


图 1 CSG 诊治流程示意图

5.1 主要症状疗效评价标准

主要症状(餐后饱胀不适、早饱感、上腹部疼痛)的记录与评价。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进步: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。

5.2 证候疗效评定标准^[12]

采用尼莫地平法计算,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%。

5.3 内镜下胃黏膜疗效评定^[12]

分别对胃镜下红斑、糜烂、出血和胆汁反流的情况加以统计,计算各单个镜下表现的改善等级及总积分改善程度。①痊愈:胃黏膜正常。②显效:胃黏膜病变积分减少2级以上。③有效:胃黏膜病变积分减少1级。④无效:胃黏膜病变无改变或加重。

5.4 胃黏膜组织学疗效评定^[12]

分别对病理状态下慢性炎症、活动性和IM的情况加以统计,计算各单个病理表现的改善等级及总积分改善程度。①痊愈:胃黏膜病理无明显异常。②显效:胃黏膜病理积分减少2级。③有效:胃黏膜病理积分减少1级。④无效:胃黏膜炎症程度无改变或加重。

5.5 生存质量评价标准

中医药治疗CSG可以改善患者的生存质量,目前国内较普遍采用汉化版SF36健康调查量表进行评价;患者报告结局指标(patient reported outcomes, PRO)是近些年来国外在健康相关的生存质量之上发展起来的评价指标。PRO量表,即患者报告PRO的测评量表。在慢性病领域,从患者报告PRO的角度入手,以量表作为工具来评价中医临床疗效,已经逐渐被认可。借鉴量表的制作原则和方法,研制具有中医特色的脾胃系统疾病PRO量表^[13],对CSG的疗效评价有借鉴意义。

5.6 其他

部分CSG患者存在精神心理障碍CSG症状的严重程度与抑郁、焦虑和恐惧等有关^[1],因此,精神心理因素是CSG发病的重要因素之一,用Hamilton焦虑他评量表(HAMA)及Hamilton抑郁他评量表(HAMD)对CSG患者的精神心理状态进行评定可以运用到CSG疗效评价中。

项目负责:张声生 李乾构

共识执笔人:黄穗平 黄绍刚(广东省中医院)

共识意见专家(按姓氏笔画排列):马贵同、马骏、牛兴东、王垂杰、王新月、白光、李佃贵、李军祥、李乾构、李振华、刘敏、刘凤斌、刘绍能、朱生梁、劳绍贤、沈洪、时昭红、汪红兵、杨春波、杨晋翔、杨胜兰、张声生、单兆伟、周学文、周福生、唐旭东、唐志鹏、黄穗平、魏玮等109位专家。

6 转归与随访

CSG绝大多数预后良好,经过积极治疗可以好转或痊愈。但少部分患者随着病变的发展可发生萎缩性胃炎或IM与异型增生,严重的病变可发展为胃癌,应该得到重视。CSG症状易反复发作,受心理、社会和饮食因素影响较多,建议随访时间可在症状消失后3个月。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病分会.中国慢性浅表性胃炎共识意见[C].胃肠病学,2006,11(11):674-684.
- [2] RUGGE M, CORREA P, DIXON M F, et al. Gastric mucosal atrophy: interobserver consistency using new criteria for classification and grading[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2002, 16: 1249-1259.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 罗云坚,余绍源,黄穗平,主编.消化科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2000:75-114.
- [6] BORCH K, JONSSON K A, PETERSSON F, et al. Prevalence of gastroduodenitis and Helicobacter priori infection in a general population sample: relations to symptomatology and life style[J]. Dig Dis Sci, 2000, 45:1322-1329.
- [7] REDEEN S, PETERSSON F, JONSSON K A, et al. Relationship of gastroscopic features to histological findings in gastritis and Helicobacter priori infection in a general population sample[J]. Endoscopy, 2003, 35: 946-950.
- [8] 黄绍刚,主编.慢性胃炎安全用药374问[M].北京:中国医药科技出版社,2009:115-130.
- [9] 崔延超,程耀南,杨运宽.针灸治疗慢性浅表性胃炎研究进展[J].实用中医药杂志,2007,4(23):265-266.
- [10] 唐胜修,罗和生.针灸治疗慢性浅表性胃炎的现状[J].中华实用中西医杂志,2007,20(15):1369-1371.
- [11] 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.
- [12] 李乾构,周学文,单兆伟,主编.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006:21-28.
- [13] MEIER M, LINKE K, TATSCH K, et al. advance approach for the assessment of gastric motor function in long term type 1 diabetes mellitus with and without autonomic neuropathy[J]. Clin Auton Res, 2002, 12: 197-202