

• 诊疗标准 •

慢性胃炎中西医结合诊断、辨证
和疗效标准(试行方案)

(中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会制订 1989年11月10日, 南昌)

为了探索和研究慢性胃炎的中西医结合诊断和辨证规律, 提高临床疗效, 便于学术交流, 全国亟需有一个统一的诊断、辨证和疗效标准。现根据出席中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会成立大会与会代表们讨论的意见, 整理出如下试行方案。

诊断特点及依据

突出中西医结合特点, 除对临床症状进行辨证分型外, 并要求胃镜及活体组织检查。根据1982年10月在重庆召开的慢性胃炎诊治问题座谈会上制订的“慢性胃炎的分类、纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的病理诊断标准(试行方案)”和全国胃癌协作组病理组制订的“胃癌病理检查及诊断规范”中所定的“胃粘膜上皮异型增生分级标准”, 对本病确诊, 以明确病变部位(胃底、胃体、胃窦等)、病变性质程度(浅表性、萎缩性; 急性、慢性; 轻、中、重度; 活动、静止等)及增生、化生(腺窝增生、异型增生, 肠上皮化生、假幽门腺化生, 轻、中、重度等); 同时, 对某些较具体特征性的粘膜表现和功能变化的检查结果, 纳入辨证分型的项目之中。

辨证分型

一、肝胃不和型: 主症: (1)胃脘胀痛或痛窜两胁; (2)嗝气频仍; (3)嘈杂泛酸。次症: (1)胃粘膜急性活动性炎症; (2)胆汁返流; 舌象脉象: 舌质淡红, 苔薄白或白厚; 脉弦。证型确定: (1)具备主症两项, 舌脉象基本符合, 或(2)具备主症一项和次症一项, 舌脉象基本符合即可确定。

二、脾胃虚弱(包括虚寒)型: 主症: (1)胃脘隐痛; (2)胃痛喜按喜暖; (3)食后胀闷、痞满; (4)纳呆少食; (5)便溏或腹泻; (6)乏力, 四肢酸软。次症: (1)胃粘膜红白相间以白为主; (2)粘液稀薄而多; (3)胃酸偏低。舌象脉象: 脉沉细; 舌质淡红, 苔薄白或白或有齿痕。证型确定: (1)具备主症3项, 舌脉基本符合, 或(2)具备主症两项和次症1项, 舌脉基本符合即可确定。

三、脾胃湿热型: 主症: (1)胃脘灼热胀痛; (2)口苦、口臭; (3)尿黄; (4)脘腹痞闷、渴不欲饮。次

症: 胃粘膜急性、活动性炎症, 充血糜烂明显。舌象脉象: 舌质红, 边尖深红, 苔黄厚或腻, 脉滑、脉紧。证型确定: (1)具备主症2项, 舌脉基本符合, 或(2)具备主症1项及次症, 舌脉基本符合即可确定。

四、胃阴不足型: 主症: (1)胃脘灼热疼痛; (2)口干舌燥; (3)大便干燥。次症: (1)胃粘膜片状红白相间, 粘膜变薄; (2)胃粘膜干燥, 粘液少; (3)胃酸偏低。舌象脉象: 舌红少津或有裂纹, 脉细或弦细。证型确定: (1)具备主症2项及舌脉象1项, 或(2)具备主症1项及次症2项, 舌脉象基本符合即可确定。

五、胃络瘀血型: 主症: (1)胃脘疼痛, 痛有定处, 拒按; (2)胃疼日久不愈; (3)大便潜血阳性或有黑血便。次症: 胃粘膜充血肿胀, 伴瘀斑或出血点。舌象脉象: 舌质暗红, 或紫暗, 或有瘀斑, 脉弦涩。证型确定: (1)具备主症2项, 舌脉基本符合; 或(2)具备主症1项加次症, 舌脉基本符合即可确定。

诊断说明

一、证型确定: 以就诊当时的症候为准, 并排除其它疾病。具备两个证型者称为: 复合证型(两个证型同等并存), 兼证型(一个证型为主, 另一个证型为辅, 前者称主型, 后者称兼型)。本标准未纳入的证型, 在诊断时要求列出全部证候。

二、胃镜检查: 以治疗前及停止治疗后半个月以内的检查为准, 并必须作活组织检查。治疗后胃镜复查进行活检时尽可能在原病变活检处钳取活体组织。

三、必作检验: 血、尿、粪三大常规及潜血、胃酸分泌功能检查。此外, 根据各单位具体条件, 开展有关各种疗效观察及研究项目。

疗效评定标准

一、近期临床治愈, 包括以下所有指标: (1)临床主要症状消失, 次症消失或基本消失。(2)胃镜复查活动性炎症消失, 慢性炎症好转达轻度。(3)活检组织病理证实胃镜所见: 腺体萎缩、肠化生和异型增生复常或消失。(4)胃酸基本恢复正常, 胆汁返流消失。

二、显效：(1)临床主要症状消失，次症基本消失。(2)胃镜复查粘膜急性炎症基本消失，慢性炎症好转。(3)活检组织病理证实胃镜所见：腺体萎缩肠化生和异型增生恢复或减轻两个级度以上(含两个级度)。(4)胃酸分泌功能和胆汁返流改善，达原病异常值量的2/3以上。

三、有效：(1)主要症状明显减轻。(2)胃镜检查粘膜病变范围缩小1/2以上，炎症有所减轻。(3)活检组织病理证实胃镜所见。急、慢性炎症减轻一个级度以上，腺体萎缩，肠化生和异型增生减轻。(4)胃酸分泌功能和胆汁返流改善，达原异常值量的1/2以上。

四、无效：达不到有效标准之病例，而未恶化者。

五、恶化：有下列指标之一：(1)主要和次要症状明显加重。(2)胃镜粘膜病变范围扩大达1/2以上，或

病变表现有所加重。或伴发了其他病变。(3)活检病理加重，炎症、腺体萎缩、肠化和异型增生，恶化上升一个级度。(4)胃酸分泌功能和胆汁返流恶化，达原病异常值量的1/2以上。

注 意 事 项

一、严格掌握诊断和疗效标准，开拓科研思路，提高科研设计水平。

二、尽可能设立各项必须的对比组。

三、总结疗效时要将慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎分组总结统计；并要求对证候、胃镜、活检病变及胃功能实验和其它科研项目，进行单项总结及统计，进行统计学处理。

(周建中 陈泽民 危北海整理)

八珍汤加减用于外科手术后患者恢复的观察

吉林市铁路中心医院(吉林 132001) 孙作山

笔者从1987年10月~1988年12月，用八珍汤加减对32例外科手术后患者进行疗效观察，报告如下。

一般资料 32例中男性24例，女性8例；年龄最大65岁，最小23岁，平均52.5岁。其中前列腺切除术16例，膀胱癌全切乙状结肠造瘘直肠代膀胱术2例，膀胱癌部分切除术4例，输尿管切开取石术2例，胆囊切除术4例，乳腺癌根治术4例。各种病患者均等分三组，八珍汤组16例，抗生素组16例。均以术后恢复预防感染为目的。

治疗方法

八珍汤组：方用沙参15g 白术10g 甘草10g 柴胡5g 砂仁3g 当归10g 川芎5g 白芍10g 生地15g 陈皮10g。随证加减：气阴两伤较重者加麦冬15~30g 生地用至30~50g 沙参15~30g；口渴甚者加天花粉30~50g，以益气生津；若热势较重兼便秘者加丹皮15g 石膏15~30g 大黄5~10g 柴胡用至15g等，以清热凉血。第1剂于术后6小时煎服。每日1剂，2次或多次口服或胃管注入。疗程为5~10天。术后2~3天适当输液。

抗生素组：16例于术后即肌肉注射青霉素80万u，链霉素0.5g或肌肉注射庆大霉素8万u，均12小时1

次。疗程3~10天。或用庆大霉素16万u静脉滴注，每日1次，疗程3~4天。

结果 术后恢复：食欲恢复时间：八珍汤组24~48小时，比抗生素组平均提前24小时，无腹胀、厌食，恢复时间7~12天；抗生素组，7例出现腹胀，占43.7%，恢复时间8~25天，1例出现切口感染，并形成切口~直肠瘘，占6.2%。体温变化(术后3日体温)：八珍汤组：11例体温正常，占68.75%。抗生素组：6例体温正常，占37.5%。术后5日八珍汤组体温均正常；抗生素组13例体温正常，7日后，15例正常，1例22日后体温恢复正常。实验室检查：术后7日统计八珍汤组与抗生素组白细胞分别为 $7.6 \pm 0.28 (\times 10^9/L, \bar{x} \pm S_x, \text{下同})$ 、 11.63 ± 8.69 ； $0.05 > P > 0.01$ ；血沉分别为 22.56 ± 1.54 、 $26.87 \pm 1.5mm, P < 0.01/h$ 。

体会 中医学认为人体“正气内存邪不可干”，“邪之所凑其气必虚”。术后病人由于疾病和创伤，使机体内环境紊乱，各器官代谢发生改变，免疫功能低下，常表现为虚症。八珍汤加减治疗手术后气血两伤患者，能改变患者一般状态，进食时间提前，增进食欲，提高患者的抗病能力，达到了预防感染，早日康复的目的，适合临床使用。