

·诊疗标准·

慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会, 2003' 重庆

1 概念 慢性胃炎(chronic gastritis)是指不同病因引起的胃黏膜的慢性炎症或萎缩性病变,属中医的“胃脘痛”、“胃痞”、“痞满”范畴。

2 临床表现 (1)症状:无特异性,约半数有中上腹不适、饱胀、钝痛、烧灼痛,无明显节律性,一般进食后较重。其次食欲不振、嗝气、泛酸、恶心等消化不良症状也较常见。有相当一部分患者无临床症状。有胃糜烂者可有少量或大量上消化道出血,长期少量出血可引起缺铁性贫血。萎缩性胃炎伴恶性贫血者常有全身衰弱、疲惫、神情淡漠、隐性黄疸,一般消化道症状较少。(2)体征:多不明显,有时上腹轻压痛,胃体胃炎严重时可有舌炎和贫血。

3 类型

3.1 西医分类 (1)浅表性(非萎缩性)。(2)萎缩性:自身免疫性,多灶萎缩性。(3)特殊性。详见附录 I。

3.2 中医证型

3.2.1 肝胃不和证

(1)主要症候:①胃脘胀痛或痛窜两胁。②嗝气频繁。③嘈杂泛酸。④脉弦。

(2)次要症候:①胃黏膜急性活动性炎症。②胆汁反流。③舌质淡红,苔薄白。

(3)证型确定:具备主证 2 项加次证 1 次,或主证第 1 项加次证 2 项。

3.2.2 脾胃虚弱(含虚寒)证

(1)主要症候:①胃脘隐痛。②喜按喜暖。③食后脘闷。④纳呆少食。⑤便溏腹泻。⑥四肢乏力。⑦舌质淡红,有齿印,苔薄白或白。

(2)次要症候:①胃黏膜可见红斑或粗糙不平。②粘液稀薄而多。③胃酸偏低。④脉沉细。

(3)证型确定:具备主证 3 项加次证 1 项,或主证 2 项加次证 2 项。

3.2.3 脾胃湿热证

(1)主要症候:①胃脘灼热胀痛。②口苦口臭。③脘腹痞闷,渴不欲饮。④舌质红,边尖深红,苔黄厚或腻。

(2)次要症候:①胃黏膜急性活动性炎症,充血糜烂明显。②小便黄。③脉滑或濡数。

(3)证型确定:具备主证 2 项加次证 1 项。

3.2.4 胃阴不足证

(1)主要症候:①胃脘灼热疼痛。②口干舌燥。③大便干燥。④舌红少津无苔或剥苔或有裂纹。

(2)次要症候:①胃黏膜呈颗粒状或血管显露。②胃黏膜干燥,黏液少或胃酸偏低。③黏膜充血水肿或小糜烂。④脉细数或弦细。

(3)证型确定:具备主证 2 项加次证 1 项,或主证 1 项加次证 2 项。

3.2.5 胃络瘀阻证

(1)主要症候:①胃脘痛有定处,不喜按或拒按。②大便潜血阳性或黑便。③舌质暗红或紫暗,有瘀点。

(2)次要症候:①胃痛日久不愈。②胃黏膜充血肿胀,伴瘀斑或出血点。③脉弦涩。

(3)证型确定:具备主证 2 项,或主证第 1 项加次证 2 项。

3.2.6 脾虚气滞证

(1)主要症候:①胃脘胀满或胀痛,胃有沉重感。②食欲不振,食后腹胀。③嗝气频发。

(2)次要症候:①大便时溏时结。②面色萎黄。③神疲乏力。④舌体胖,质淡红,苔薄白。⑤脉沉缓或沉细。

(3)证型确定:具备主证 2 项加次证 1 项,或主证第 1 项加次证 2 项。

4 诊断标准

4.1 临床诊断要点

4.1.1 病史、症状、体征及可能的病因和诱因。

4.1.2 内镜诊断依据 (1)浅表性胃炎:红斑(点、片状、条状),黏膜粗糙不平、出血点/斑。(2)萎缩性胃炎:黏膜呈颗粒状,黏膜血管显露,色泽灰暗,皱襞细小。如同时存在平坦糜烂、隆起糜烂或胆汁反流,则诊断为浅表性胃炎或萎缩性胃炎伴糜烂或伴胆汁反流。

4.1.3 H. Pylori 相关性慢性胃炎的诊断 证实有 H. Pylori 现症感染(组织学、尿素酶、细菌培养、¹³C 或 ¹⁴C 尿素呼气试验任一项阳性),病理切片检查有慢性胃炎组织学改变者,即可诊断。

诊断内容包括胃炎类型、分布范围(胃窦、胃体和全胃)、中医证型,对病因也应尽可能描述。例如:浅表性胃炎伴糜烂,胃窦为主,脾胃湿热证, H. Pylori 阳性。

4.2 病理组织学诊断 包括部位特征和形态学变化(H. Pylori、慢性炎症、活动性、萎缩、肠化等)及程度(分成无、轻、中、重度 4 级),如有异型增生要注明并分为轻、中、重度 3 级。有病因可循的要报告病因。详见附录 I。

5 疗效判定标准

5.1 近期临床治愈 (1)临床主要症状消失,次要症状基本消失或消失。(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、肠化和异型增生复常或消失。(4)胃酸基本恢复正常,胆汁反流消失。

5.2 显效 (1)临床主要症状消失,次要症状基本消失。(2)胃镜复查黏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、肠化和异型增生恢复或减轻达两个等级以上(含两个等级)。(4)胃酸分泌功能和胆汁反流改善,原异常值减少 2/3 以上。

5.3 有效 (1)主要症状明显减轻。(2)胃镜检查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,炎症有所减轻。(3)活检组织病理证实胃镜所见,急、慢性炎症减轻一个等级以上,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。(4)胃酸分泌功能和胆汁反流改善,原异常值减少 1/2 以上。

5.4 无效 达不到有效标准之病例,而未恶化者。

6 治疗

6.1 一般治疗

6.1.1 精神心理治疗 精神因素与慢性胃炎的发病有明显关系。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等在慢性胃炎的治疗中都有极其重要的意义。

6.1.2 饮食治疗 宜选择易消化、无刺激性的食物,避免吸烟、酗酒、咖啡、浓茶,进食宜细嚼慢咽。

6.1.3 安慰治疗 如果无临床症状,胃镜及活检病理发现的轻度炎症及微小糜烂可能属于胃黏膜更新的正常范围,无需特殊治疗,应尽量向患者解释清楚,清除其疑虑。

6.2 制酸或抑酸剂 适用于黏膜糜烂或以反酸、上腹饥饿痛等症状为主者。可根据病情或症状严重程度选用制酸剂或 H₂ 受体阻断剂(西米替丁、雷尼替丁、法莫替丁、尼扎替丁等),质子泵抑制剂(奥美拉唑、兰索拉唑、艾托拉唑、雷贝拉唑等)。

6.3 根除 H. Pylori 治疗 适用于(1)有明显异常(胃黏膜糜烂、中重度萎缩、中重度肠化、异型增生)的慢性胃炎;(2)有胃癌家族史者;(3)伴糜烂性十二指

肠炎者;(4)消化不良症状经规律治疗疗效差者。常用方案为铋剂加两种抗生素、质子泵抑制剂或枸橼酸铋、雷尼替丁加两种抗生素组成的三联疗法。详见附录 II。

6.4 黏膜保护剂 适用于胃黏膜糜烂、出血或症状明显者。常用的药物有铋剂(德诺、丽珠得乐、迪乐、果胶铋、必诺等)、硫酸铝、米索前列醇(喜克溃)、麦滋林、施维舒、醋氨己酸锌等。

6.5 促动力剂 适用于上腹饱胀、早饱、嗝气等症状为主者,常用药物有吗丁啉、西沙比利、莫沙比利、曲美布汀等。

6.6 助消化药 适用于萎缩性胃炎、胃酸偏低,或食滞、纳差等症状为主者,常用药物有胃蛋白酶、酵母片、多酶片、稀盐酸、得每通等。

6.7 其他 抗抑郁药和镇静药适用于睡眠差、有明显精神因素者。

6.8 中医中药治疗

6.8.1 辨证论治

(1)肝胃不和证 治则:疏肝理气,和胃解郁。方药:柴胡疏肝散加减(柴胡、白芍、枳壳、川芎、香附、陈皮、佛手、苏梗、延胡索、甘草);加减:偏寒者加高良姜或乌药;偏热者加川黄连或山栀子;胀甚者加广木香、砂仁;吞酸者加煅乌贼骨、瓦楞子、浙贝母;痛甚者加川楝子。

(2)脾胃虚弱证 治则:温中健脾,益气 and 胃。方药:香砂六君子汤合黄芪建中汤加减(党参、茯苓、白术、陈皮、广木香、砂仁、黄芪、桂枝、白芍、生姜、甘草);加减:腹胀便溏者加炒扁豆、薏苡仁、莲子肉;食后腹胀、嗝气者加香橼、佛手、炒三仙;泛吐清水者加姜半夏、草豆蔻;寒气盛者加良附丸或干姜、肉桂。

(3)脾胃湿热证 治则:清热化湿,和中醒脾。方药:三仁汤合连朴饮加减(黄连、黄芩、白蔻仁、蒲公英、生薏苡仁、法半夏、茯苓、厚朴、甘草);加减:胃痛甚者加延胡索、川楝子、郁金;大便不爽者加大黄、枳实;恶心、呕吐者加竹茹、生姜、佩兰;纳呆者加鸡内金、谷芽、麦芽。

(4)胃阴不足证 治则:养阴益胃,和络止痛。方药:一贯煎合芍药甘草汤加减(北沙参、太子参、麦冬、生地、栀子、当归、金铃子、白芍、甘草、绿萼梅、八月扎、香橼皮、鸡内金);加减:口干甚、舌红赤者加天花粉、石斛;大便干结者加玄参、火麻仁;纳呆者加谷芽、麦芽、乌梅、山楂。

(5)胃络瘀阻证 治则:活血化瘀,行气止痛。方药:失笑散合丹参饮加减(五灵脂、蒲黄、丹参、檀香(后

下)、砂仁、三七粉(冲服)、延胡索、郁金、枳壳、炒莪术];加减:偏实热者可加大黄、金川楝;偏寒者加肉桂、乌药;兼气虚者加黄芪、党参;阴虚者加生地、白芍、百合;黑便者加血余炭、阿胶(烊化)。

(6)脾虚气滞证 治则:健脾理气,活血化瘀。方药:四君子汤合四逆散加减(柴胡、白芍、枳壳、党参、白术、茯苓、郁金、蒲黄、五灵脂、九香虫、丹参、甘草);加减:痛甚加延胡索、皂角刺;偏寒者加肉桂、乌药;空腹痛伴泛酸者加乌贼骨、浙贝母;腹胀疼满,嗳气频繁者加厚朴、苏梗、香附;大便稀溏者加桂枝、炮姜;大便秘结者以枳实易枳壳,加莱菔子、槟榔片、肉苁蓉。

6.8.2 中成药治疗 针对慢性胃炎,特别是萎缩性胃炎的病因病理,运用健脾益气、清热解毒、活血化瘀等治则,制成固定方中成药,如三九胃泰、胃复春、胃炎康、胃萎康,摩罗丹、温胃舒、养胃舒、气滞胃痛冲剂、舒肝健胃冲剂、六味能消、六味安消等。

6.8.3 针灸治疗 取穴足三里、肝俞、胃俞针灸或向穴位注射黄芪、当归注射液,因对机体免疫功能的双相调节作用,有利于保护胃黏膜,逆转肠化和防止癌变。

6.9 手术治疗适应症 慢性萎缩性胃炎伴重度不典型增生或重大肠型肠腺化生。

附录 I 慢性胃炎的病理诊断标准和分类

1 活检取材

1.1 用于研究时,希望根据悉尼系统的要求取 5 块标本,胃窦 2 块取自距幽门 2~3 cm 处的大弯和小弯;胃体 2 块取自距贲门 8 cm 处的大弯和小弯(约距胃角近侧 4 cm);胃角 1 块。对可能或肯定存在的病灶要另取标本。标本要足够大,达到粘膜肌层。

1.2 用于临床时,建议取 2~3 块标本,胃窦小弯 1 块(和大弯 1 块)及胃体小弯 1 块。

1.3 不同部位的标本须分开装瓶。

1.4 须向病理科提供取材部位、内镜所见和简要病史。

2 特殊染色

2.1 对炎症明显而 HE 染色片上未见 H. Pylori 的标本,要作特殊染色仔细寻找。可用较简便的 Giemsa 染色或 Warthin-Starry 染色。

2.2 对于肠化如认为有必要,可作 AB-PAS 和 HID-AB 染色。

3 组织学分级标准 有 5 种形态学变量要分级(H. Pylori、活动性、慢性炎症、萎缩和肠化),分成无、轻度、中度和重度 4 级(或 0、+、++、+++)。分级方法如下。

3.1 H. Pylori 观察胃黏膜黏液层、表面上皮、小凹上皮和腺管上皮表面的 H. Pylori。无:特殊染色片上未见 H. Pylori;轻度:偶见或小于标本全长 1/3 有少数 H. Pylori;中度:H. Pylori 分布超过标本全长 1/3 而未达 2/3 或连续性、薄而稀疏地

存在于上皮表面;重度:H. Pylori 成堆存在,基本分布于标本全长。肠化黏膜表面通常无 H. Pylori 定植,故标本全长中要扣除肠化区。

3.2 活动性 慢性炎症背景上有中性粒细胞浸润。轻度:黏膜固有层有少数中性粒细胞浸润;中度:中性粒细胞较多存在于黏膜层,可见于表面上皮细胞、小凹上皮细胞或腺管上皮间;重度:中性粒细胞较密集,或除中度所见外还可见小凹脓肿。

3.3 慢性炎症 根据慢性炎症细胞的密集程度和浸润深度分级,两可时以前者为主。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,病理可诊断为无明显异常;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;中度:慢性炎症细胞较密集,占据黏膜全层的 1/3,达到 2/3;重度:慢性炎症细胞密集,占黏膜全层。计算密度程度时要避开淋巴滤泡及其周围的小淋巴细胞区。

3.4 萎缩 指胃的固有腺体减少,幽门腺萎缩是指幽门腺减少或由肠化腺体替代,胃底(体)腺萎缩是指胃底(体)腺假幽门腺化生、肠化或腺体本身减少。轻度:固有腺体数减少不超过原有腺体的 1/3,大部分腺体仍保留;中度:固有腺体数减少超过 1/3,但未超过 2/3,残存腺体分布不规则;重度:固有腺体数减少超过 2/3,仅残留少数腺体,甚至完全消失。标本过浅未达黏膜肌层者不能诊断为萎缩,要剔除。胃窦部少数淋巴滤泡不算萎缩,但胃体黏膜层出现淋巴滤泡要考虑萎缩。

3.5 肠化 肠化部分占腺体和表面上皮总面积 1/3 以下

为轻度;1/3~2/3 为中度;2/3 以上为重度。

3.6 其他组织学特征 分为非特异性和特异性两类,不需要分级,出现时要注明。前者包括淋巴滤泡、小凹上皮增生、腺腺化生和假幽门腺化生等;后者包括肉芽肿、集簇性嗜酸性粒细胞浸润、明显上皮内淋巴细胞浸润和特异性病原体等。假幽门腺化生是胃底腺萎缩的指标,判断时要核实取材部位。

4 异型增生分度 分轻度、中度、重度三级。

4.1 轻度异型增生 胃黏膜结构和上皮细胞的异形性很轻微的异型增生,肯定是良性病。(1)腺管结构呈轻度不规则,形状不整,迂曲,排列紊乱或疏密不均。(2)再生型异型增生仅限于黏膜浅部,隐窝型则见于黏膜深层。(3)在胃型,其上皮细胞呈高柱状,胞浆中残存黏液分泌物,甚至保存着正常的状态。在肠型,则杯状细胞减少。(4)核长圆形或杆状,体积增大,深染。(5)核排列较密集,位于细胞基底。

轻度异型增生与单纯性增生之区别是后者仅为胃小凹及腺颈部上皮的增生和腺管伸长,但排列尚整齐,与黏膜表面大致呈垂直状态。上皮细胞分化成熟,无异型性。单纯性增生常见于萎缩伴增生性胃炎。

4.2 中度异型增生 是黏膜结构和细胞异型性较明显者,但仍为良性。(1)腺管结构不规则,形状大小不等,腺管迂曲。(2)腺管呈分枝状,排列较细密。(3)常呈一定的病灶性,并且与周围组织有较清楚之界限,病变深部常见囊状扩张的腺管,或为异型增生的腺管,或为残存的原有胃腺,腺瘤型异型增生多属此级。(4)上皮细胞呈柱状,杯状细胞甚少或仅见

痕迹,几乎不见潘氏细胞。(5)核呈长圆或杆状,增大并浓染。(6)核排列密集,虽然基本上位于细胞基底,但排列稍显紊乱。

日本胃癌研究会的第三群“境界领域病变”相当于此级,但其原意是由轻度到重度的连续性病变中,除去轻度异型增生和癌及可疑癌以外的中间范围的异型增生。

4.3 重度异型增生 结构及细胞异型性非常明显或判定良性恶性困难者均属此级,在切除的胃标本或胃黏膜活检标本上,常常很难与高分化微小癌鉴别。(1)腺管结构明显紊乱,腺管之形态及大小不整,可见到“背靠背”或“共壁”现象,也可见分支或“出芽”现象。(2)如果是灶性,表面常呈锯齿形。(3)常常达黏膜全层,不一定残存有深部的囊状扩张腺管。(4)上皮细胞呈高柱状(肠型)或立方型、不定型(胃型),前者不见杯状细胞或潘氏细胞,后者分泌功能消失。(5)核比例增大,浓染或疏松网状,核仁明显。(6)核呈杆状或类圆形,排列参差不齐,可见核分裂象。

5 病理诊断报告 诊断应包括部位特征和形态学变化程

表 1 慢性胃炎分类表

胃炎类型	病因	胃炎同义语
浅表性 (非萎缩性)	H. Pylori	慢性胃炎炎
	其他因素?	间质性/滤泡性 高分泌性 糜烂性
萎缩性	自身免疫	A 型胃炎,胃萎缩 弥漫胃体性 恶性贫血相关性
	多灶萎缩性	H. Pylori 饮食因素 环境因素? B 型胃炎 化生性 弥漫胃窦萎缩性
特殊型	化学性	化学性刺激 胆汁性 NSAIDs 其他因素? 反应性 反流性 NSAID 性
	放射性	射线损伤
淋巴细胞性	原发性? 免疫反应性	痘疹样(或疣状)胃炎(内镜下)
	麦胶 药物性	乳糜泻相关性
非感染性	H. Pylori?	
	Crohn 病	
肉芽肿性	结节病	
	Wegener 肉芽肿和 其他血管炎病	
嗜酸细胞性	异物性	孤立肉芽肿性
	原发性	
嗜酸细胞性	食物过敏	过敏性
	其他过敏源?	
其他感染性疾病	细菌(非 H. Pylori)蜂窝织炎性	
	病毒	
	霉菌	
	寄生虫	

度,有病因可循的要报告病因。胃窦和胃体都有炎症的慢性胃炎不再称全胃炎,称慢性胃炎即可;但当胃窦和胃体炎症程度相差两级或以上时,应加上“为主”修饰,例如“慢性(活动性)胃炎,胃窦为主”。慢性胃炎有许多同义词,应统一使用慢性胃炎分类表左侧的名称,见表 1。

病理检查要报告每块活检标本的组织学变化情况。萎缩性胃炎的病理诊断标准暂定为:同一部分(胃窦或胃体,胃角标本作胃窦计算)的 2 块或 2 块以上活检标本都有萎缩和/或肠化时可诊断为萎缩性胃炎;如仅 1 块标本有萎缩和/或肠化,应诊断为“慢性胃炎伴萎缩和/或肠化”。

附录 II 推荐的根除 H. Pylori 治疗方案

1 一线方案

- 1.1 PPI/RBC(标准剂量) + A(1.0) + C(0.25 - 0.5) Bid×7 天
- 1.2 PPI/RBC(标准剂量) + M(0.4) + C(0.25 - 0.5) Bid×7 天
- 1.3 PPI/RBC(标准剂量) + A(1.0) + F(0.1)/M(0.4) Bid×7 天
- 1.4 B(标准剂量) + F(0.1) + C(0.25 - 0.5) Bid×7 天
- 1.5 B(标准剂量) + M(0.4) + T(0.5) Bid×14 天
- 1.6 B(标准剂量) + M(0.4) + A(0.5) Bid×14 天

从经济状况出发也可以 H₂ 受体阻断剂(H₂RA)替代 PPI(如:西米替丁 400/mg、雷尼替丁 150 mg、法莫替丁 20 mg),或选用其他更经济但疗效相当的抗生素可庆大霉素缓释片(胃内滞留型,瑞贝克)。

2 二线方案/补救疗法

- 2.1 PPI(标准剂量) + B(标准剂量) + M(0.4Tid) + T(0.75 - 1.0) Bid×14 天
- 2.2 PPI(标准剂量) + B(标准剂量) + F(0.1) + T(0.75 - 1.0) Bid×14 天

3 治疗药物及缩写

PPI:质子泵抑制剂 proton pump inhibitor
RBC:雷尼替丁枸橼酸铋 ranitidine bismuth citrate
B:铋剂 bismuth
H₂RA:H₂ 受体阻断剂 H₂receptor antagonist
A:阿莫西林 amoxicillin
C:克拉霉素 clarithromycin
M:甲硝唑 metronidazole
F:呋喃唑酮 furazolidone
T:四环素 tetracycline

(张万岱 陈治水 危北海整理)

(收稿:2004 - 06 - 15)