

· 专家共识 ·

岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊疗专家共识

中国研究型医院学会中西医整合脾胃消化病专业委员会岭南萎缩性胃炎诊疗共识协作组

通信作者:刘凤斌,广州中医药大学第一附属医院(白云分院)脾胃病科,广州 510405, Email:liufb163@163.com

【摘要】 慢性萎缩性胃炎(CAG)是消化系统常见病与主要的胃癌前疾病,也是中医治疗的优势病种。岭南地区由于具有独特的地域差异性,制订适合岭南地区的 CAG 中医诊疗共识意见,有利于增强中医药治疗的实用性、指导性。本共识意见在现有指南的基础上,采用国际指南制定规则,基于循证医学证据,结合岭南地区的地域特点及人群特点,通过共识会议法与德尔菲法多轮修改以及大会表决,从病证结合的角度规范岭南地区 CAG 的诊断、辨证、治疗、疗效评价及随访,为岭南地区的 CAG 临床、科研提供科学、可靠的中医诊疗指导建议。

【关键词】 胃炎,萎缩性; 医学,中国传统; 诊疗准则; 岭南地区

基金项目:国家中医药管理局区域中医(专科)诊疗中心建设项目(国中医药医政函[2018]205号);广州中医药大学“双一流”与高水平大学学科协同创新团队项目[2021xk47]-中医药防治胃“炎-癌”转化的协同创新团队;广东省服务业地方标准项目(第一批 64 号)

Consensus on Traditional Chinese Medicine diagnosis and treatment of chronic atrophic gastritis in Lingnan region

Atrophic Gastritis Cooperation Group of Lingnan Area of Chinese and Western Medicine Integrated Spleen and Stomach Digestive Diseases Professional Committee of Chinese Research Hospital

Corresponding author: LIU Fengbin, Department of Spleen and Stomach, Baiyun Branch of the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China, Email: liufb163@163.com

【Abstract】 Chronic atrophic gastritis (CAG) is a common disease of the digestive system, a main precancerous gastric disease, and Traditional Chinese Medicine (TCM) has advantage in the treatment of this disease. Due to the unique geographical differences in Lingnan area, the development of a consensus opinion on the treatment of CAG in TCM suitable for Lingnan area is helpful to enhance the practicality and guidance of TCM. This consensus, based on the existing guidelines, adopted the international rules of guideline development, based on the evidence-based medical evidence, combined with the geographical characteristics and population characteristics of Lingnan area, through multiple rounds of revision by consensus conference method, Delphi method and congress voting, standardizes the diagnosis, identification, treatment, efficacy evaluation and follow-up of CAG in Lingnan area from the perspective of disease and evidence combination, provides scientific and reliable guidance for clinical and scientific research on CAG in Lingnan area.

【Keywords】 Gastritis, atrophic; Medicine, Chinese traditional; Practice guideline; Lingnan area

DOI: 10.19450/j.cnki.jcrh.2022.01.002

收稿日期 2021-10-25 本文编辑 高宏 毕会阳

引用本文:中国研究型医院学会中西医整合脾胃消化病专业委员会岭南萎缩性胃炎诊疗共识协作组. 岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊疗专家共识[J]. 中国研究型医院, 2022, 9(1): 2-8. DOI: 10.19450/j.cnki.jcrh.2022.01.002.



Fund programs: Construction Project of Regional TCM (Specialty) Diagnosis and Treatment Center of State Administration of Traditional Chinese Medicine [State TCM Medical Letter [2018] No.205]; Collaborative Innovation Team Project of First-Rate Universities and Disciplines and High-Level University Discipline of Guangzhou University of Chinese Medicine [No. 2021xk47] -Collaborative Innovation Team of TCM Prevention and Treatment of Gastric "Inflammation-Cancer " Transformation; Local Standard Project of Service Industry of Guangdong Province (the First Batch No. 64)

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是消化系统常见病与疑难病, 是主要的胃癌前疾病。近年来, 我国胃癌的患病率和病死率居高不下, 积极、有效治疗 CAG 是防治早期胃癌的关键环节。中医药治疗 CAG 疗效可靠, 能有效缓解临床症状、改善胃黏膜病变, 阻断胃“炎-癌”转化, 降低胃癌的患病率^[1]。但临床实践中, 中医药诊治 CAG 遣方用药繁杂, 推荐意见不一, 尚未形成统一标准。岭南地区由于具有独特的地域差异性和流行病学的特性, 广州中医药大学第一附属医院的临床和科研实践显示, 有必要制订适合岭南地区的 CAG 中医诊疗共识意见, 以增强临床诊治的科学性、实用性、指导性, 更好发挥中医药优势。

2019 年 1 月, 广州中医药大学第一附属医院脾胃病科、国家华南区域中医脾胃病诊疗中心建设单位、国家临床脾胃病重点专科, 依托广东省服务业地方标准项目, 组织成立了“岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见”起草小组, 初拟了“岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案(讨论稿)”。2019 年 4 月 19 日, 在广州召开《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》专家论证会, 进行了充分地讨论和修订。其后, 按照国际通行的德尔菲法展开了 2 轮专家咨询, 并根据专家咨询意见进行修订和完善^[1]。2020 年 11 月, 中国研究型医院学会中西医结合脾胃消化病专业委员会第二次全国学术年会在广州召开, 组织来自全国各地的近百名脾胃消化病学专家对诊治方案(草案)再次进行讨论和修订, 并以无记名投票方式通过了《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》, 其表决选择: (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。2020 年 11 月 15 日, 在广州组织核心专家组进行了最后的审定。本共识在现有指南的基础上, 采用国际指南制定规则, 基于循证医学证据, 结合岭南地区的地域特点及人群特点, 从病症结合的角度规范 CAG 的诊断、辨证、治疗、疗效评价、预防及随访, 为广东省乃至

岭南地区的 CAG 临床、科研提供科学、可靠的中医诊疗指导意见, 以此提高临床中医医师诊治 CAG 的水平及患者的生存质量。

一、本共识适用范围

本共识规定了我国岭南地区 CAG 的中医诊疗。岭南地区范围包括广东、广西、海南 3 省及香港、澳门特别行政区。

本共识适用于岭南地区内 CAG 的中医诊断、治疗、疗效评价及预防; 主要适用对象为从事中医临床医疗工作的执业医师。岭南地区内各等级医院的脾胃肝胆病科、中西医结合消化病科和中医内科的临床执业中医医师, 西医消化科执业医师和其他学科中医医师可参照本共识中的相关内容。

二、CAG 定义

CAG 系指胃黏膜上皮遭受反复损害导致固有腺体的减少, 伴或不伴肠腺化生和(或)假幽门腺化生的一种慢性胃部疾病^[2-3]。根据发病机制将 CAG 分为多灶性萎缩性胃炎和自身免疫性萎缩性胃炎。自身免疫性萎缩性胃炎是由自身免疫功能异常所致的胃黏膜萎缩性病变, 病变主要位于胃体, 以血液中存在胃液壁细胞抗体和(或)内因子抗体阳性为特点。多灶性萎缩性胃炎是由幽门螺旋杆菌 (*helicobacter pylori*, Hp) 感染、十二指肠液反流等因素导致胃黏膜出现萎缩性改变, 病变在胃内呈多灶性分布, 并以胃窦部为主^[4]。本病依据临床表现可归属中医“胃痛”“胃痞”等疾病范畴^[5]。

三、CAG 的西医诊断

(一) 临床表现

多数 CAG 患者无明显症状; 部分患者可表现为非特异性消化不良症状, 如上腹部饱胀、痞闷、疼痛, 以及食欲不振、嗝气、反酸、恶心等, 可伴有疲乏、消瘦、健忘、焦虑、抑郁等全身和(或)精神症状, 可因饮食不当、情绪不佳、劳逸失调和天气变化等因素而诱发。消化不良症状的有无及其严重程度与病理组织变化程度和内镜下病变分级无明显相关性^[6]。岭南地区的 CAG 发病特点以脾虚、湿热为主, 临床症状除了胃脘部症状外, 可见肢体倦怠、胸闷、头身困重、口中黏腻、大便稀溏或黏腻难解

等^[7]。若患者确诊为 CAG 而无明显临床症状,亦可参考本共识意见诊治。

(二)内镜与病理检查

CAG 的诊断有内镜和病理诊断,二者一致性偏低。确诊应以病理诊断为依据。

内镜诊断:内镜下可见黏膜红白相间,以白为主,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。

病理诊断:胃黏膜萎缩是指胃固有腺体减少。诊断标准参考 2017 年慢性胃炎上海共识意见^[8]。可操作的与胃癌风险联系的胃癌评估(operative link for gastritis assessment, OLGA)、可操作的与胃癌风险联系的肠化生评估(operative link on gastric intestinal metaplasia assessment, OLGIM)分级分期系统是判断胃黏膜萎缩、肠化生范围和严重程度、评估癌变风险的重要指标。在临床实践中,推荐 OLGA 与 OLGIM 结合使用^[9-10]。

慢性胃炎观察内容包括 5 项组织学变化:Hp 感染、慢性炎性反应(单个核细胞浸润)、活动性炎症(中性粒细胞浸润)、固有腺体减少、肠上皮化生和 4 个分级(无、轻度、中度、重度)。分级标准采用我国的慢性胃炎病理诊断标准^[8]与新悉尼系统的直观模拟评分法。

(三)实验室检查

(1)Hp 是引起 CAG 最重要的因素,建议常规检测明确病因;(2)血清壁细胞抗体及内因子抗体阳性,血清维生素 B₁₂降低以及胃液中壁细胞抗体、内因子抗体阳性有助于诊断自身免疫性萎缩性胃炎;(3)血清胃泌素-17(gastrin-17, G-17)、胃蛋白酶原(pepsinogen, PG) I 和 II 可能有助于判断有无胃黏膜萎缩和萎缩部位。胃体萎缩:血清 PG I、PG I/PG II 比值降低,血清 G-17 水平升高。胃窦萎缩:血清 G-17 水平降低,血清 PG I、PG I/PG II 正常。全胃萎缩:血清 G-17、PG I、PG I/PG II 均降低。通常以 PG I 水平 ≤ 70 g/L、PG I/PG II ≤ 3.0 作为 CAG 的诊断临界值。

四、中医病因病机

(一)病因

在生理上,胃气顺降则和;在病理上,胃气滞不行或胃气虚不运则发而为病。该病主要与情志不畅、饮食不调、外邪犯胃、药物所伤以及先天脾胃虚弱等多种因素有关。在岭南地区,本病发病与气候湿热,居民恣肆肥甘厚味、贪凉、生活节奏快、社会压力大等因素密切相关^[7]。

(二)病位

本病病位在胃,与肝、脾两脏密切相关,与心、肺、肾有一定联系。在岭南地区,湿邪致病尤为突出,故本病与脾脏关系更加密切。

(三)病机

岭南地区地卑土薄、气候炎热、濒临大海,终年湿邪为患,岭南之人体素脾胃虚弱,在多种发病因素作用下,中焦脾胃气机升降失调,而出现气滞、湿阻、热郁、血瘀等病理产物,表现胃脘疼痛、胀满、痞闷等症状;加之岭南之地湿邪为患、湿性黏滞、病情缠绵、久病不愈,导致脾气亏耗、瘀血阻络、热毒内灼,最终发展为萎缩。因此,结合岭南地区的地域特点及人群特点,该地区 CAG 为本虚标实、虚实夹杂以虚证为主,脾胃虚弱为核心病机,湿热(毒)、血瘀是关键病理因素^[11-13]。总体上,脾虚胃络瘀毒是岭南地区 CAG 基本病机,也是病变进展、恶化的主要病机环节。

(四)病机转化

CAG 至胃癌前病变证候分布呈现“由实至虚、由虚至实”的变化规律,从虚实夹杂实证为主,到虚实夹杂虚证为主,再到虚实并重的证候演变趋势^[14]。病初时多为中焦气机升降失调、胃气壅滞,病在气分,以肝胃不和证多见;中期随着病情缠绵难愈,脾气进一步亏耗,湿热困阻不解,以脾气虚弱证、脾虚气滞证、脾虚湿热证多见;后期多因虚致实,气虚无力运血,血停成瘀,以及湿热郁闭而化火,火郁成毒,以脾虚瘀阻证多见。脾虚、湿滞贯穿疾病发生、发展全过程。脾(气)虚湿热证多见于 CAG 伴肠上皮化生阶段,脾(阳)虚瘀毒证多见于 CAG 伴上皮内瘤变阶段^[15]。

五、CAG 的中医辨证分型

参照现有的共识意见及标准,结合岭南地区 CAG 的发病特点、病机转化规律,确立肝胃不和证、脾虚气滞证、脾虚湿热证、脾虚瘀阻证的辨证诊断标准及微观辨证内容。证候诊断:具备主症加次症 2 项,参照舌脉,即可诊断。

(一)肝胃不和证

主症:(1)胃脘胀满或胀痛;(2)两胁胀满或疼痛。

次症:(1)症状因情志不调诱发或加重;(2)嗝气;(3)呃逆;(4)吞酸;(5)不欲食;(6)内镜下见胃黏膜红白相间,可伴胆汁斑。

舌脉:舌苔薄白或黄;脉弦。

(二)脾虚气滞证

主症:脘腹胀胀。

次症:(1)胃脘嘈杂;(2)食欲不振;(3)食后腹胀;(4)暖气肠鸣;(5)便溏不爽;(6)内镜下见胃黏膜红白相间,以白为主,黏膜变薄,黏液混浊而多,黏膜下血管网可见,胃蠕动减弱。

舌脉:舌质淡红,苔薄白腻;脉弦或滑数。

(三)脾虚湿热证

主症:胃脘痞胀或疼痛。

次症:(1)食少;(2)腹胀;(3)便清不爽;(4)身热不扬;(5)身体困重;(6)内镜下见黏膜红白相间,呈颗粒或结节状,伴黏液混浊。

舌脉:舌质红胖,苔黄厚或腻,脉滑数。

(四)脾虚瘀阻证

主症:胃脘痞满或痛有定处。

次症:(1)胃痛或痞满日久不愈;(2)胃痛如针刺,拒按;(3)食少、腹胀、便溏;(4)面色暗滞;(5)黑便;(6)内镜下见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,血管纹理暗红。

舌脉:舌质暗、淡红略紫,唇紫或有瘀点、瘀斑;脉弦涩或弱。

六、CAG 的中医治疗

(一)治疗目的

CAG 的中医药治疗主要目标为延缓、阻断或逆转 CAG 癌变进程,次要目标为改善患者临床症状,提高患者生存质量。

(二)治疗原则

中医药对 CAG 的治疗方法以中药为主,辅以针灸疗法、饮食指导、心理疏导等方法。治疗过程中,应当以益气健脾、理气和胃为基本治法,辅以疏肝行气、清热化湿、活血通络等治法,临床上应审证求因,辨证施治。对于病程较长的黏膜萎缩、肠上皮化生者,在辨证准确的基础上,可守方治疗。

(三)辨证论治

1.肝胃不和证:治疗方法为疏肝理气和胃。主方:四逆散(《伤寒论》)合半夏厚朴汤(《金匮要略》)。

药物:柴胡、芍药、枳实、半夏、厚朴、紫苏、五指毛桃、茯苓、生姜、甘草、素馨花。辨证使用中成药:气滞胃痛颗粒、达立通颗粒。

2.脾虚气滞证:治疗方法为健脾行气和胃。主方:六君子汤(《太平惠民合剂局方》)加减。药物:党参、五指毛桃、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏。辨

证使用中成药:香砂六君子丸、人参健脾片。

3.脾虚湿热证:治疗方法为健脾和胃,清热化湿。主方:四君子汤(《太平惠民和剂局方》)合连朴饮(《霍乱论》)加减。药物:党参、五指毛桃、白术、茯苓、甘草、半夏、淡豆豉、厚朴、黄连、石菖蒲、栀子、半枝莲、布渣叶、救必应。辨证使用中成药:腹可安片、三九胃泰颗粒。

4.脾虚瘀阻证:治疗方法为健脾益气,活血化瘀。主方:四君子汤(《太平惠民合剂局方》)合丹参饮(《时方歌括》)加减。药物:黄芪、五指毛桃、党参、白术、茯苓、甘草、丹参、檀香、砂仁、莪术、三棱、两面针。辨证使用中成药:胃乃安胶囊。

(四)方药加减

1.兼证加减。(1)肝胃郁热证:选加黄连、吴茱萸、九里香、三丫苦、七叶莲。(2)脾胃湿热证:选加黄芩、蒲公英、半枝莲、布渣叶、救必应、鸡蛋花、木棉花、凤尾草。(3)脾虚湿蕴证:选加大腹皮、紫苏梗、苍术。(4)脾虚痰阻证:选加浙贝母、猫爪草、姜半夏、芒果核。(5)脾胃虚寒证:选加附子、桂枝、高良姜、炮姜。(6)胃阴不足证:选加石斛、百合、麦冬。(7)胃络瘀血证:选加蒲黄、五灵脂、土鳖虫、赤芍、丹参、三棱、莪术、两面针。

2.辨症加减。(1)伴呃逆暖气者:选加柿蒂、沉香、代赭石、降香。(2)伴嘈杂、烧心、反酸者:选加乌贼骨、浙贝母、瓦楞子、煅牡蛎、黄连、吴茱萸。(3)伴纳差者:选加山楂、神曲、麦芽。(4)伴伤食者:选加神曲、鸡内金、麦芽、莱菔子、独脚金。(5)伴胃脘冷痛,喜温喜按,得食痛减者:选加桂枝、高良姜、白芍。(6)伴痞满明显者:选加紫苏梗、香橡皮、大腹皮。(7)伴口黏腻者:选加苍术、厚朴、白蔻仁。(8)伴咽喉堵塞或咽部有痰者:选加半夏、瓜蒌、薤白、旋复花。(9)伴胸闷不适者:选加檀香、瓜蒌、薤白。(10)伴大便稀溏者:选加炒白术、炮姜。(11)伴大便稀烂者:选加炒白术、炒白扁豆、广藿香。(12)伴便秘者:选加瓜蒌、火麻仁、枳实、桃仁。(13)伴胃黏膜内出血者:选加白及粉、三七粉、阿胶珠。

3.辨病加减。在辨证论治的基础上,根据胃黏膜病理情况进行以下方药加减。Hp 感染者:选加蒲公英、连翘、藿香、黄连。中重度萎缩者:选加丹参、鳖甲、当归尾、鸡内金。轻度肠上皮化生者:选加漏芦、肿节风。中、重度肠上皮化生及低级别上皮内瘤变者:选加白花蛇舌草、半枝莲、莪术、半边莲、三七粉、薏苡仁、石见穿、土鳖虫、九香虫、重楼、

蜈蚣、全蝎等活血化瘀通络、攻毒抗癌的有效草药^[16-20]。

4. 辨病中成药。在辨证论治的基础上,根据胃黏膜病理情况选用以下中成药。黏膜萎缩和(或)伴有肠上皮化生者:选加胃复春、摩罗丹。低级别上皮内瘤变者:选加复方斑蝥胶囊。

(五)CAG 的其他治疗

1. 针刺治疗:针刺治疗对改善 CAG 患者的临床症状有一定作用,各证型均可配合应用,尤其适用于胃脘疼痛或胃脘胀满者。基本取穴:足三里、中脘、胃俞、脾俞、内关。辨证配穴:肝胃不和证加肝俞、太冲、期门;脾胃虚弱证加脾俞、梁丘、气海;脾胃湿热证加内庭、丰隆;气滞血瘀证加太冲、曲池、合谷;气虚血瘀证加血海、膈俞。兼有反酸加建里、公孙,兼有恶心、呕吐、嗝气者加上脘、膈俞。另外,可配合穴位贴敷及埋线治疗^[21-22],以足三里、中脘、胃俞、脾俞、天枢为主穴。

2. 饮食治疗:CAG 患者饮食以“清淡、易消化、少油腻”为原则,要定时定量,不可过饥或过饱、暴饮暴食。忌食生冷、不洁、霉变的食物,尽可能减少高盐和腌制食物的摄入。适量多吃新鲜蔬菜、水果^[23-25]。注意饮食卫生,饭前宜洗手,饭后宜漱口。进食环境宜整洁宁静,气氛宜轻松愉悦。饭后不可立即卧床休息,亦不可做剧烈运动,以免食物反流而引起反酸、恶心、呕吐等。需要尽量减少进食以下食物,以免诱发或加重消化道症状:第一类是刺激性食物,包括煎炸食品、辣味食品(如:辣椒、大蒜等),以及咖啡、浓茶、酒类,以及过酸过甜食品,包括糖类(巧克力、蛋糕、雪糕等)、果类(菠萝、芒果、柑橘等)。第二类是产气过多的食品,包括红薯、土豆、芋头以及米粉、肠粉等。此外,岭南地区之人喜食鱼虾、内脏等,加上气候湿热,人们多贪凉饮冷,同时人们热量需求大,饮食次数增加,多数人养成了“下午茶”“夜茶”习惯,加重脾胃负担,容易损伤脾胃,加重 CAG 病情。因此,岭南地区 CAG 患者应减少寒凉海鲜、动物内脏的摄入,不可饮冷,避免“下午茶”“夜茶”。临床医师可根据患者实际体质情况和证型特点提出饮食宜忌、食疗方进行调养,以辅助疾病治疗。

3. 心理干预:紧张、抑郁、焦虑等不良情绪会诱发或加重 CAG 相关消化道症状,岭南地区作为我国经济快速发展地区,人们生活节奏快,工作、生活压力大,过思过虑则易耗伤脾。因此,在药物治疗之外,应重视心理治疗,并积极开展疾病科普,帮助

患者正确地认识疾病,消除恐癌心理,树立战胜疾病信心,同时根据患者具体心理状况进行有针对性的心理疏导,使其更好地配合医师治疗,提高临床疗效。

七、CAG 的诊治流程

关于 CAG 的中医诊治流程图见图 1。

八、CAG 的疗效评定

(一)胃镜和病理组织学检查评价

胃镜观察内容:主要病变表现为黏膜红白相间,以白为主,皱襞变平甚至消失,部分血管显露,可伴有黏膜颗粒或结节状等。次要病变表现为黏膜糜烂、出血,胆汁反流。由于 CAG 的主要治疗目标是降低癌变风险,基于胃炎新悉尼系统对萎缩、肠化生和上皮内瘤变程度的半定量评分方法应为主要结局疗效指标^[5]。因此,可采用 OLGA、OLGIM 分级分期系统对疗效进行评估。根据治疗后病理变化程度分为进展、稳定、改善^[26]。

(二)临床症状疗效评价

依据《脾胃病症状量化标准专家共识意见》^[27]推荐的医师报告结局(clinician-reported outcome, ClinRO)量表或慢性胃炎(胃痞或胃脘痛)医师报告结局量表^[28]评价临床结局。其采用单个条目的独立计分为统计指标,而非所有条目的累积总分。(1)症状消失率:即临床症状在各管理时间评分为“0”的比例;(2)症状得分:即临床症状在各管理时间的定量计分。

(三)中医证候疗效评价

证候疗效评价是体现中医临床疗效评价特色的部分,参照《脾胃病症状量化标准专家共识意见》^[27]评价。常用尼莫地平法进行疗效的评估^[26]。

(四)生存质量评价

在生存质量方面可采用中华脾胃系疾病患者报告结局(patient reported outcomes, PRO)量表^[28-30]、中华健康状况量表^[31-32]及 SF-36 健康调查量表等进行测评。PRO 量表从中医药治疗脾胃病的特点出发,其信度、效度已得到验证。对于焦虑抑郁状态测评,可以采用医院焦虑与抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)等工具^[5]。

九、转归与随访

CAG 属胃癌前疾病,胃黏膜萎缩患者的胃癌年发病率约为 0.1%,黏膜萎缩合并肠上皮化生者年发生率约为 0.25%,胃黏膜低级别上皮内瘤变者约

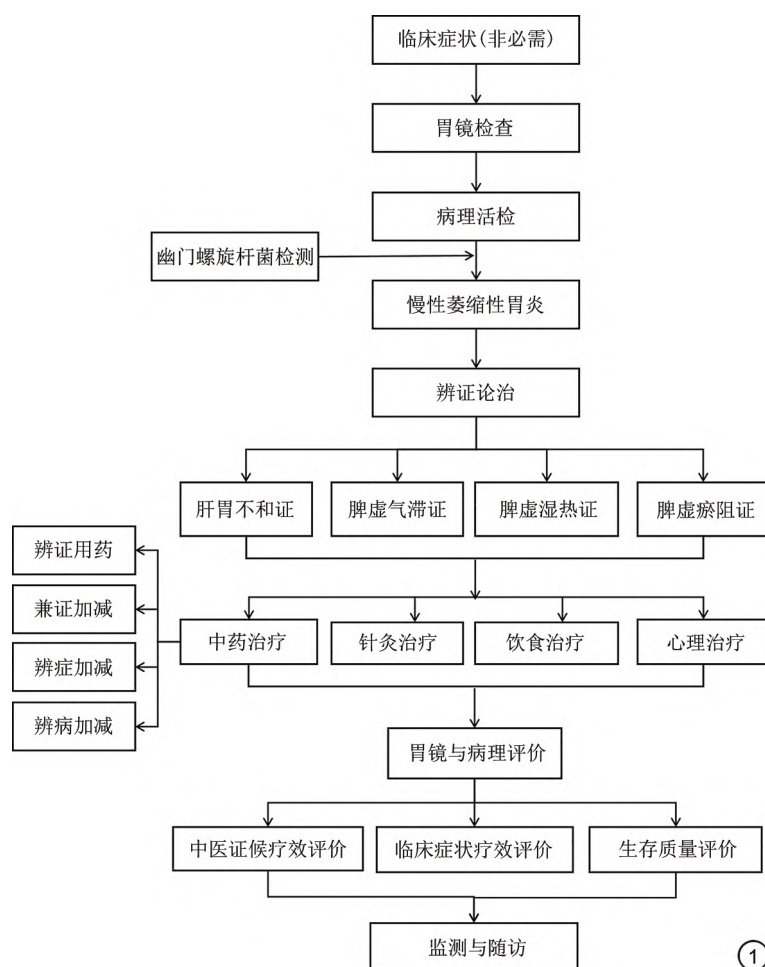


图1 岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治流程图

为0.6%^[33]。因此,CAG尤其是伴有中重度肠化生或上皮内瘤变者,要定期内镜检查、病理组织活检和随访。重度胃黏膜萎缩并伴有肠化生的CAG患者需1年左右随访1次,不伴有肠化生或上皮内瘤变的CAG患者可2~3年随访1次。伴有低级别上皮内瘤变患者,应每6个月左右随访1次;而高级别上皮内瘤变者需立即行内镜下治疗或手术治疗^[34]。

项目负责人:刘凤斌

共识执笔人员:刘凤斌;李培武;潘静琳;黄远程;文艺;杨泽虹

共识参与专家(按姓氏笔画排序):马素平(河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆科);王伟(广西中医药大学第一附属医院脾胃病科);王国全(陕西中医药大学药学院);刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院脾胃病科);许鑫梅(广州中医药大学第一附属医院脾胃病科);劳绍贤(广州中医药大学第一附属医院脾胃病科);陈国忠(广西中医药大学第一附属医院脾胃病科);张清(海南省中医院脾胃病科);汪雪琦(广东省清远市中医院脾胃病科);陈斌(广州中医药大学第一附属医院脾胃病科);周应生(中国科学院大学深圳医院光明院区消化内科);周海新(海南省中医院脾胃病科);郑培永(上海中医药大学附属龙华医院脾胃病研究所);侯政昆(广州中医药大学第一附属医院脾胃病科);郭绍举(深圳市中医院脾胃病科);黄晓燕(广西中医药大学第一附属医院脾胃病

科);梁雪(广西中医药大学第一附属医院脾胃病科);符滨(广东省中山市中医院脾胃肝胆科);黄穗平(广东省中医院);程宏辉(深圳市宝安区中医院脾胃病科);谢胜(广西中医药大学第一附属医院);简燕婷(广东省江门市五邑中医院脾胃病科);熊文生(广州中医药大学第一附属医院脾胃病科);樊冬梅(广州中医药大学第一附属医院脾胃病科)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 黄远程,文艺,潘静琳,等.基于德尔菲法制订《岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊治规范方案》[J].广州中医药大学学报,2021,38(4):832-838.
- [2] Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994[J]. Am J Surg Pathol, 1996, 20(10): 1611-1811.
- [3] Misiewicz JJ. The Sydney System: a new classification of gastritis Introduction[J]. Gastroenterol Hepatol, 1991, 6(3): 207-208.
- [4] Plummer M, Buiatti E, Lopez G, et al. Histological diagnosis of precancerous lesions of the stomach: a reliability study[J]. Int J Epidemiol, 1997, 26(4):716-720.
- [5] 张声生,李乾构,唐旭东,等.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识

- 意见(2009,深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- [6] 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.
- [7] 赵鹏伟. 岭南地区慢性萎缩性胃炎的证型分布及其影响因素[D]. 广州:广州中医药大学,2016.
- [8] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 中华消化杂志,2017,37(11):721-738.
- [9] Zhou Y, Li HY, Zhang JJ, et al. Operative link on gastritis assessment stage is an appropriate predictor of early gastric cancer[J]. *World J Gastroenterol*, 2016, 22(13):3670-3678.
- [10] 张贺军,金珠,崔荣丽,等. OLGA分期、分级评估系统在内镜活检组织病理学评价中的应用[J]. 中华消化内镜杂志,2014,31(3):121-125.
- [11] 黄大未,杨晋翔,魏玥,等. 中国南北方地区慢性萎缩性胃炎中医证候对比研究[J]. 北京中医药大学学报,2013,36(11):783-785.
- [12] 李玉玲,胡学军,钟子劭,等. 广州地区慢性胃炎中医证型分析[J]. 中华中医药杂志,2015,30(3):821-823.
- [13] 黄远程,潘静琳,蒋凯林,等. 岭南地区慢性萎缩性胃炎证候、证素分布规律的文献研究[J]. 广州中医药大学报,2019,36(10):1646-1650.
- [14] 苏泽琦,张文君,张雨珊,等. 慢性胃炎恶性转化过程证候、证素演变规律[J]. 现代中医临床,2017,24(6):9-14.
- [15] 黄远程,潘静琳,黄超原,等. 慢性萎缩性胃炎癌前病变证型、证素演变规律文献研究[J]. 中医杂志,2019,60(20):1778-1783.
- [16] 梁艺枫. 劳绍贤教授学术理论初步研究[D]. 广州:广州中医药大学,2016.
- [17] 郑耿东,何科蔚,余榕健,等. 浅析当代岭南名老中医辨证治疗脾胃病的特点[J]. 中医杂志,2013,54(5):445-447.
- [18] 杨伟钦,蒋凯林,杨浩宇,等. 基于数据挖掘的刘凤斌教授治疗慢性萎缩性胃炎组方规律探究[J]. 辽宁中医药大学学报,2018,20(8):81-84.
- [19] 侯政昆,刘凤斌,李培武,等. 刘凤斌教授治疗慢性萎缩性胃炎的病例系列挖掘分析和经验总结[J]. 中国中药杂志,2015,40(11):2227-2234.
- [20] 吕林,王静,罗仕娟,等. 黄穗平治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 广州中医药大学学报,2014,31(6):1002-1004.
- [21] 陈果,薛智慧,向娟,等. 穴位埋线疗法治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价[J]. 中国针灸,2015,35(S1):97-101.
- [22] 杨雪菲. 穴位贴敷治疗慢性胃炎疗效的系统评价[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2014.
- [23] Chooi EY, Chen HM, Miao Q, et al. Chronic atrophic gastritis is a progressive disease: analysis of medical reports from Shanghai(1985-2009) [J]. *Singapore Med J*, 2012, 53(5):318-324.
- [24] Nomura A, Grove JS, Stemmermann GN, et al. A prospective study of stomach cancer and its relation to diet, cigarettes, and alcohol consumption[J]. *Cancer Res*, 1990, 50(3):627-631.
- [25] Gao QY, Wang ZH, Hao EY, et al. A novel model might predict the risk of chronic atrophic gastritis: a multicenter prospective study in China[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2012, 47(5):509-517.
- [26] 李军祥,陈詒,吕宾,等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [27] 张声生,刘凤斌,侯政昆. 脾胃病症状量化标准专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(8):3590-3596.
- [28] 王珏莲,侯政昆,刘洪,等. 慢性胃炎中医医生报告结局量表构建的理论分析[J]. 中华中医药杂志,2018,33(4):1445-1447.
- [29] 黄尧达. 中医脾胃系疾病 PRO 量表之慢性胃炎模块的研制和考核[D]. 广州:广州中医药大学,2009.
- [30] 张祚铭. 中医脾胃系疾病患者报告的结局指标量表的反应度考核[D]. 广州:广州中医药大学,2008.
- [31] 曾碧珊. 中华健康状况量表对不同病种的反应度及项目反应理论研究[D]. 广州:广州中医药大学,2012.
- [32] 刘凤斌,郎建英,赵利,等. 中医健康状况量表的研制[J]. 中山大学学报(医学科学版),2008,29(3):332-336.
- [33] de Vries AC, van Grieken NC, Looman CW, et al. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands[J]. *Gastroenterology*, 2008, 134(4):945-952.
- [34] 李兆申,吕宾,吕农华,等. 中国胃黏膜癌前状态及病变的处理策略专家共识(2020)[J]. 中华消化内镜杂志,2020,37(11):769-780.