

病证结合诊疗慢性萎缩性胃炎的临床实践与思考

石 佳

天津市中医药研究院附属医院康复医学科, 天津

收稿日期: 2025年8月25日; 录用日期: 2025年9月18日; 发布日期: 2025年9月26日

摘 要

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)是一种以胃黏膜腺体减少为特征的常见消化系统疾病, 被明确认定为肠型胃癌的癌前病变, 临床诊治需兼顾黏膜病理改变与患者整体功能状态。本文结合一例典型病例的全程管理, 阐述“病证结合”模式在CAG诊疗中的应用, 重点探讨西医微观病理与中医整体辨证的有机结合, 以制定个体化治疗方案, 并分享临床实践中的思考与体会, 为促进CAG的中西医结合临床实践提供借鉴与参考。

关键词

慢性萎缩性胃炎, 病证结合, 临床诊疗, 中西医结合, 病例分析

Clinical Practice and Reflections on the Integrated Disease-Pattern Diagnosis and Treatment of Chronic Atrophic Gastritis

Jia Shi

Rehabilitation Department, Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital, Tianjin

Received: Aug. 25th, 2025; accepted: Sep. 18th, 2025; published: Sep. 26th, 2025

Abstract

Chronic Atrophic Gastritis (CAG) is a common digestive system disorder characterized by a reduction in gastric mucosal glands. It is widely recognized as a precancerous lesion of intestinal-type gastric cancer. Clinical diagnosis and treatment must consider both mucosal pathological changes and the patient's overall functional status. This article illustrates the application of the “disease-

pattern integration” model in the management of CAG through the comprehensive care of a typical case. It focuses on the integration of Western microscopic pathology and Traditional Chinese medicine (TCM) holistic pattern differentiation to develop individualized treatment strategies. Furthermore, it shares reflections and experiences from clinical practice, aiming to provide insights and references for advancing integrated Western and Traditional Chinese medicine approaches in the clinical management of CAG.

Keywords

Chronic Atrophic Gastritis, Disease-Pattern Diagnosis, Clinical Diagnosis and Treatment, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Case Analysis

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)是指胃黏膜腺体缩小或消失的慢性疾病,包括非化生性萎缩和化生性萎缩。CAG 通常被认为是胃癌(gastric cancer, GC)的癌前病变,胃癌在全球第五大常见癌症中排名第五,癌症相关死亡率排名第三[1]。CAG 的核心病理改变是胃黏膜固有腺体的丧失和黏膜肌层的增厚,常伴随肠上皮化生和异型增生。其临床重要性在于它是 Correa 级联反应模式中的关键环节,即“正常胃黏膜→慢性浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生→异型增生→胃癌”这一癌变路径中承前启后的阶段[2]。“病证结合”源于中西医结合的临床实践,强调在现代医学明确疾病诊断的基础上,融入中医辨证论治的思维和方法。该模式不仅关注胃黏膜的病理改变,同时重视患者的整体功能状态和证候演变,从而实现更具针对性的个体化治疗。这一思路在近年来多项临床研究中得到进一步验证。例如,23 项 RCT 符合纳入研究标准系统评价表明,在西医常规治疗基础上联合中药能够显著提高 CAG 患者的临床疗效,改善胃黏膜病理状态[3]。另一项多中心 RCT 研究显示,中药干预可在一定程度上逆转萎缩和肠上皮化生,其机制可能与调节炎症反应、改善微环境及影响胃黏膜修复相关[4]。在此背景下,本文基于一例 CAG 患者的全程管理,系统阐述“病证结合”模式在临床实践中的具体应用,并尝试将个案发现置于更广阔的学术背景中,探讨其理论价值和临床意义,以期为 CAG 的中西医结合防治提供更多循证依据和诊疗思路。

2. 慢性萎缩性胃炎的西医认识与分析

2.1. 病因与发病机制

慢性萎缩性胃炎(CAG)病因复杂多样,主要可分为生物、免疫、环境及生活等多类因素。幽门螺杆菌(Hp)感染是最主要的病因,其毒素可诱导慢性炎症反应并造成 DNA 损伤,进而导致胃腺体萎缩[5]。除 Hp 外,海尔曼螺杆菌、硝酸盐还原菌等微生物也参与胃黏膜病变进程[6]。自身免疫因素可引起胃体弥漫性萎缩,常合并于其他自身免疫病[7]。胆汁反流是独立危险因素,其化学损伤作用与肠上皮化生密切相关。宿主方面,男性、中老年及有家族史者发病率更高。不良生活因素包括高盐、腌制和辛辣饮食、吸烟、饮酒、缺乏运动及长期精神压力。某些职业暴露(如高空、重金属作业)和地域环境也会增加发病风险[8]。此外,长期服用非甾体抗炎药或质子泵抑制剂也可能损害胃黏膜屏障,促进 CAG 发生。

2.2. 病理学诊断与分型

CAG 的诊断金标准为胃镜检查结合组织病理学活检[9]。根据更新的悉尼系统要求,活检应从胃窦(大弯和小弯)、胃角、胃体(大弯和小弯)等至少 5 个标准部位规范取材,以确保评估的全面性和准确性[10]。组织学评估推荐采用 OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment)或 OLGIM (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia assessment)分期系统,这两种系统通过对萎缩和肠上皮化生的程度和范围进行量化评估,能够更准确地预测胃癌发生风险[11][12]。病理学报告需详细描述萎缩的程度和分布、肠上皮化生的类型(完全型或不完整型)及范围,以及是否存在异型增生(低级别或高级别)及其严重程度,为临床制定个体化监测和治疗策略提供关键依据。

2.3. 临床表现与辅助检查

CAG 临床表现缺乏特异性,常见症状包括上腹隐痛、饱胀、嗝气、食欲减退等,部分患者可无明显症状[13]。辅助检查手段包括:(1) 血清学筛查:胃蛋白酶原 I(PGI)、胃蛋白酶原 II(PGII)及其比值(PGR)、血清胃泌素-17 (G-17)有助于评估胃黏膜的功能状态和萎缩范围[14]-[16]。(2) Hp 检测:¹³C 或¹⁴C 尿素呼气试验为首选方法[17]。(3) 高级内镜技术:窄带成像技术(NBI)、放大内镜、共聚焦激光显微内镜等能更清晰地显示黏膜微观结构,有助于 targeted 活检(靶向活检),提高早期病变的检出率[18]。

2.4. 西医治疗策略

(1) 根除 Hp 治疗:对于 Hp 阳性的 CAG 患者,应毫不犹豫地予以根除治疗。目前首选含铋剂的四联方案(PPI+ 铋剂 + 两种抗生素),疗程 10~14 天。早期根除 Hp 可有效延缓甚至部分逆转胃黏膜萎缩[19]。(2) 对症治疗:根据症状可使用促胃肠动力药、消化酶制剂、黏膜保护剂等[20]。(3) 内镜监测与干预:对于伴有肠化生或异型增生的患者,必须进行定期内镜监测。监测间隔根据 OLGA/OLGIM 分期风险等级决定。对高级别异型增生,可行内镜下黏膜剥离术(ESD)等治疗性切除[21]。

3. 慢性萎缩性胃炎的中医辨证分析

3.1. 中医病名与病因病机

CAG 根据其临床症状,可归属于中医“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”等范畴。人食五谷,脾主运化,胃主受纳。若饥饱无常、寒热不调、劳逸过度,加之七情内伤、六淫外袭,或过食生冷炙煊,皆可导致脾胃升降失常,纳运失调。善治脾胃者,唯以调治脾胃气机升降为第一要义。升降通顺,病去如失。其核心病机为本虚标实。本虚主要指脾胃气虚或胃阴亏虚;标实则则为气滞、血瘀、湿热、痰浊等互结,阻滞中焦。病位在胃,与肝、脾二脏关系尤为密切。

3.2. 中医辨证分型与案例剖析

中医临证贵在辨证论治,CAG 常见证型包括脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证及胃络瘀血证。以下通过一则案例进行深度剖析:

病例摘要:李某,女,65 岁。2023 年 10 月 6 日初诊。主诉:反复胃脘痞满 1 年余,加重伴口干 1 月。现病史:患者 1 年前胃镜示“慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生(OLGA II 期)”,Hp(+),胃镜(2023 年 9 月):胃体黏膜红白相间,以白色为主,血管透见。病理:中度萎缩,局灶肠上皮化生。血清学:PGI 45 μg/L, PGR 4.5。经四联疗法根除后转阴。近 1 月来胃脘痞满加重,食后尤甚,喜温喜按,畏食生冷,夜间口干明显,伴乏力,纳呆。现症见:胃脘部不适,食后加重,喜食温热,食冷则胃胀,纳呆,寐可。舌苔白腻,脉弦细。胃镜诊断:慢性萎缩性胃炎。西医诊断:慢性萎缩性胃炎(OLGA II 期)伴肠上皮化生;

中医辨证：脾胃虚寒，湿阻气滞，兼有津伤。初诊(2023.10.6)治法：温中健脾，化湿理气，兼以生津，处方：高良姜 8 g、醋香附 8 g、苏梗 12 g、炒白术 10 g、枳实 15 g、石斛 18 g、萆薢 6 g、丁香 4 g、黄芪 45 g、党参 15 g、炒谷芽 30 g、炒麦芽 30 g、生姜 4 片、炙甘草 8 g。7 剂，水煎服，每日 1 剂。二诊(2023.10.13)患者诉胃脘痞满减轻，食欲改善，仍感乏力，口干稍缓。舌脉同前。调整：黄芪增至 60 g，加山药 15 g。继服 14 剂。三诊(2023.10.27)症状明显改善，胃脘舒适，食欲正常，乏力减轻。舌淡红，苔薄白。改为丸剂缓图：黄芪 60 g、党参 30 g、白术 30 g、茯苓 30 g 等，制蜜丸，每次 9 g，每日 2 次，服用 3 个月。2024 年 1 月复查：症状基本消失，PGI 68 $\mu\text{g/L}$ ，PGR 6.8。胃镜示黏膜改善，病理提示轻度萎缩。

辨证分析：CAG 患者多见寒热错杂、虚实互见之证。本案患者“食冷则胃胀”、“喜食温热”为脾胃虚寒之本；“苔白腻”、“心下不适，食多加重”为湿浊中阻、气机痞塞之标；“夜口干”为久病气阴轻微损伤或津液不布之象；“乏力”为气虚之明确指征；“脉弦细”提示病在气分，兼有津液不足。综合四诊信息，本案辨证属本虚标实，寒热错杂之证，以脾胃虚寒、湿阻气滞为主，兼有轻微津伤。治则：温中散寒、健脾化湿、理气消痞、兼以生津。

3.3. 治法与方药析义

方义解析：拟温胃四君汤合仲景枳术汤加减，温胃四君为良附丸加萆薢、丁香而成。温中散寒，斡旋中土：高良姜、萆薢、丁香大队辛温之品，直入中焦，温散寒凝，降逆止呕。醋香附疏肝解郁，理气宽中，与良姜相配乃良附丸之意，共奏行气疏肝、散寒止痛之功。此四药共担“温脾胃、除中寒”之功。健脾益气，以资化源：胃中津液虚而不足，亦为中气受损不能生津，故黄芪、党参、炒白术、炙甘草取四君子汤之意，大补脾胃之气，益气健脾燥湿。气足则运化有力，血津得生，此为解决“乏力”之本，亦为生津之源。理气消痞，化湿除满：枳实、苏梗为理气要药。枳实破气消积，化痰除痞；苏梗宽胸利膈，行气和中。又枳术汤出自《金匮要略》，原文主治：“心下坚大如盘，边如旋盘，水饮所作，枳实白术汤主之”。清代高学山云其所治之证为留气、留饮相抟，而成坚大之形者。“譬之干云在天，其色常白，郁久不散，地气上升，地乃湿气，云湿相并，其色渐黑，沉浓郁滞，悬而未下之象，故以破气之枳实为君，先散留气，以燥湿之白术为佐，并去留饮，则气泄而水自下注，故曰腹中软，即水散矣。”脾胃受邪日久，气机升降失常，痰饮水湿停聚不下，痰饮不下又反增气滞，二者互为因果，终致留气、留饮相抟。且舌苔白腻，亦为佐证。故以枳术汤下气除痰蠲饮。张锡纯曰：“阳明胃气以息息下行为顺”，方中枳实、苏梗即顺其胃气下降之性。炒谷芽、炒麦芽消食和胃，疏肝健脾，消积化滞，亦可疏达肝气，以防土受木乘。此组药对针对“心下不适、食多加重、苔白腻”之标实证。滋阴生津，防燥护阴：胃为燥土，喜润恶燥，又为多气多血之腑，受邪后易出现燥化。患者“夜口干”乃津液不足之兆，且温燥之药有伤阴之虑。故用石斛益胃生津，滋阴清热，兼顾标本，防诸辛燥之药伤及胃中真阴，体现了“治未病”的预见性思维。调和诸药：生姜温中止呕，助药力散寒；炙甘草调和诸药。全方温中不忘滋阴：在用良姜、萆薢等温药的同时，佐以石斛护阴；理气兼顾健脾：枳实、苏梗理气消痞，配合黄芪、党参健脾益气；注意动静结合：黄芪补气固表，配枳实行气导滞，补而不滞。融“温、补、消、降、润”诸法于一炉，结构严谨，君臣佐使分明，深刻体现了中医“整体观念”和“辨证论治”的精髓。

4. 研究局限与展望

本研究通过一例典型案例，初步展示了“病证结合”模式在慢性萎缩性胃炎个体化治疗中的潜在价值，但也存在需要注意的方面。单案例设计虽有助于深入分析，但限制了结果的外推性，需更大样本进一步验证。此外，患者在中药干预前已接受 Hp 根除治疗，虽观察到黏膜病理改善，但仍需考虑根除治疗

本身对胃黏膜修复的积极影响。有限的随访时间虽显示近期疗效良好，更长周期的观察将有助于评估治疗的持续效应与稳定性。中医个体化诊疗虽具特色，但疗效评估仍存在主观因素。这些考虑为未来研究指明了方向，建议开展多中心大样本研究，结合内镜与组织学指标，探索更客观的中医疗效评价体系，从而更全面验证中西医结合在 CAG 管理中的作用。

5. 中西医结合诊疗模式的优势与探索

本案是中西医结合“病证结合”模式的典范。既重视西医的病理诊断，又注重中医的辨证分析。这种“病证结合”的模式有助于全面把握病情：病理分期决定了治疗的紧迫性和监测频率，中医证型则指导了治疗的具体方向。这种模式的优势在于：优势互补：西医长于病因学治疗和客观精准地评估；中医长于功能学调节、改善症状、多靶点干预以延缓甚至逆转癌前病变。分期结合：在疾病活动期或 Hp 感染期，可以西医药为主导快速控制病因；在缓解期和康复期，则以中医药调理为主导，改善内环境，修复黏膜，防止复发。减毒增效：中医药能有效缓解西药带来的胃肠道不良反应，提高患者的治疗依从性和生活质量。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] Weng, J., Wu, X., Shao, P., Liu, X. and Wang, C. (2023) Medicine for Chronic Atrophic Gastritis: A Systematic Review, Meta- and Network Pharmacology Analysis. *Annals of Medicine*, **55**, Article: 2299352. <https://doi.org/10.1080/07853890.2023.2299352>
- [2] 陈幽兰, 唐志鹏. 慢性萎缩性胃炎伴肠化生的诊断和治疗[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(10): 796-800.
- [3] 张洁, 尚亚西, 杨清瑞, 等. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎随机对照试验结局指标的现状分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(17): 193-202.
- [4] 姜宁, 黄宣, 范一宏, 等. 中西医结合治疗胃癌前病变疗效的系统评价[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(1): 149-154.
- [5] Gao, X., Zhang, Y. and Brenner, H. (2017) Associations of *Helicobacter pylori* Infection and Chronic Atrophic Gastritis with Accelerated Epigenetic Ageing in Older Adults. *British Journal of Cancer*, **117**, 1211-1214. <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.314>
- [6] Hua, Z., Xu, L., Zhu, J., Xiao, L., Lu, B., Wu, J., et al. (2023) *Helicobacter pylori* Infection Altered Gastric Microbiota in Patients with Chronic Gastritis. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, **13**, Article ID: 1221433. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2023.1221433>
- [7] Rodriguez-Castro, K.I., Franceschi, M., Miraglia, C., et al. (2018) Autoimmune Diseases in Autoimmune Atrophic Gastritis. *Acta Biomedica*, **89**, 100-103.
- [8] 梁国英, 曲智慧, 李庆伟. 慢性萎缩性胃炎致病因素的中西医研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(5): 378-382.
- [9] Shah, S.C., Piazuelo, M.B., Kuipers, E.J. and Li, D. (2021) AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Atrophic Gastritis: Expert Review. *Gastroenterology*, **161**, 1325-1332.E7. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.06.078>
- [10] Esposito, G., Pimentel-Nunes, P., Angeletti, S., Castro, R., Libânio, D., Galli, G., et al. (2018) Endoscopic Grading for Gastric Intestinal Metaplasia (EGGIM): A Multicentre Validation Study. *Endoscopy*, **50**, S75. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1637250>
- [11] Capelle, L.G., de Vries, A.C., Haringsma, J., Ter Borg, F., de Vries, R.A., Bruno, M.J., et al. (2010) The Staging of Gastritis with the OLGA System by Using Intestinal Metaplasia as an Accurate Alternative for Atrophic Gastritis. *Gastrointestinal Endoscopy*, **71**, 1150-1158. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2009.12.029>
- [12] Yue, H., Shan, L. and Bin, L. (2018) The Significance of OLGA and OLGIM Staging Systems in the Risk Assessment of Gastric Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastric Cancer*, **21**, 579-587. <https://doi.org/10.1007/s10120-018-0812-3>
- [13] 周红润, 崔梅, 申耀元, 等. 自身免疫性胃炎的临床病理学特点[J]. 新疆医学, 2025, 55(4): 441-445.

-
- [14] 方文彬. 基于胃镜及胃蛋白酶原探究电针改善慢性萎缩性胃炎的临床疗效及机制研究[D]: [硕士学位论文]. 合肥: 安徽中医药大学, 2025.
- [15] 刘倩, 苏卫仙, 杜丙杰, 等. 质子泵抑制剂联合穴位埋线对慢性非萎缩性胃炎患者胃肠功能、PGI、PGII、G17 及生活质量的影响[J/OL]. 河北医药, 1-5. <https://link.cnki.net/urlid/13.1090.R.20250725.1618.002>, 2025-08-27.
- [16] 王瑞. 基于胃镜及 G-17 探究电针治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及机制研究[D]: [硕士学位论文]. 合肥: 安徽中医药大学, 2025.
- [17] 秦连瑞, 李国娜, 周建华, 等. 艾灸治疗慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染医案 1 则[J]. 新中医, 2025, 57(14): 132-134.
- [18] 汤进芝, 周娟燕, 石嫦娥, 等. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜形态与病理、H. pylori 相关分析[J]. 河北医药, 2023, 45(22): 3419-3422.
- [19] 冯菊菊, 陶明亮. 含铋剂和克拉霉素四联方案对老年慢性萎缩性胃炎患者 Hp 根除率、外周血 PGI、PGII、G-17、EGF 水平的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2025, 36(2): 209-211.
- [20] 董秋菊, 韩佰花, 刘增福. 慢性萎缩性胃炎的临床治疗研究进展[J]. 系统医学, 2023, 8(7): 185-188.
- [21] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识(2025 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(3): 230-241.