

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 002-2025

慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗 专家共识

Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Chronic Non-Atrophic Gastritis
with the Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

2025-07-16 发布

2025-07-16 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前 言	3
引言	4
慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识	5
1 范围	5
2 术语和定义	5
3 流行病学	5
4 发病因素和病因病机	6
4.1 现代医学对发病因素的认识	6
4.2 中医病因病机	7
5 诊断	8
5.1 西医诊断	8
5.2 中医证候诊断	11
6 中西医结合治疗	12
6.1.1 治疗原则	12
6.1.2 适用范围	12
6.2 西医治疗	12
6.3 中医药治疗	14
6.4 中医适宜技术:	23
6.5 中西医结合治疗要点	24
附 录	30
缩略词表	30
GRADE 系统推荐强度等级	31
证据质量评价与推荐标准	32
参考文献	33

前 言

本共识按照 GB/T1.1-2020《标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》起草。

本共识按《中医临床诊疗指南编制通则》(ZYYXH/T 473-2015)要求起草。

本共识由中国中西医结合学会提出并归口管理。

本共识起草单位：广州中医药大学、上海交通大学医学院

本共识负责人：胡玲(广州中医药大学脾胃研究所)、朱金水(上海交通大学医学院附属第六人民医院)

本共识主要执笔人：胡玲(广州中医药大学脾胃研究所)、陈昀(广州中医药大学第一附属医院)、代云凯(广州医科大学附属中医医院)、张启佳(广州中医药大学脾胃研究所)、贾景(广州中医药大学脾胃研究所)、吴云博(广州中医药大学脾胃研究所)。

方法学专家：刘兆兰

本共识主审专家：李军祥、唐旭东、刘成海、柯晓、李景南、张声生、唐艳萍。

本共识讨论专家组成员（按拼音首字母顺序）：安彦军、白宇宁、曹志群、查安生、陈国忠、陈胜良、陈昀、陈远能、迟莉丽、戴幸平、代云凯、董筠、杜时雨、段志军、范恒、方盛泉、冯培民、冯志杰、甘淳、高建、葛来安、弓艳霞、郭宏华、韩捷、郝微微、胡玲、胡运莲、黄绍刚、霍永利、江学良、琚坚、柯晓、李慧臻、李晶、李景南、李靖涛、李军祥、李培武、李天望、李学军、李勇、李志、刘成海、刘冬梅、刘汶、刘艳迪、刘占举、吕宾、马鑫、孟宪梅、任顺平、沈洪、时昭红、苏娟萍、孙聪、孙大志、宋斌、谭宝、唐文富、唐旭东、唐艳萍、田丰、田旭东、田耀洲、王凤云、王海强、王华宁、王捷虹、王立夫、王灵聪、王敏、王美玲、王晓素、王彦刚、王章流、王志斌、魏玮、闻新丽、向生霞、谢春娥、谢胜、颜勤、杨玲、杨如意、杨胜兰、杨小军、杨长青、叶梅、张北平、张广玉、张海鸥、张莉娟、张勤生、张声生、张书、张烁、张涛、赵洪礼、周斌、周海新、周素芳、周滔、周正华、朱金水、朱莹。

引 言

慢性非萎缩性胃炎（Chronic non-atrophic gastritis, CNAG）是一种由多种致病因素引起以胃黏膜发生淋巴细胞、浆细胞浸润为主要病变的良性炎性疾病，《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识（2025）》是在中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会的组织和领导下，2021 年 12 月 19 日成立 CNAG 中西医结合诊疗工作小组，并在本学会 2017 年首次制定的《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2017）》基础上进行修改和补充而成。本共识通过充分讨论并结合国内、外现有诊治指南和中医诊疗特点，依据循证医学原理，广泛搜集循证资料，对 CNAG 中西医结合诊疗形成的主要观点进行系统梳理与总结，并通过广泛征求全国中西医结合专家的意见，从而完成了《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识（2025）》的修订工作。

本共识旨在更好地反映 CNAG 中西医结合临床诊治的全貌，满足临床、教学和科研的需要，帮助临床医师对 CNAG 的诊断和治疗作出正确、合理的决策。由于 CNAG 相关的研究进展较为迅速，本共识仍将根据学科进展和临床需要不断进行更新和完善。

慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本共识在中国中西医结合学会《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017)》^[1]基础上修订的目的,旨在为慢性非萎缩性胃炎(Chronic non-atrophic gastritis, CNAG)中西医结合诊疗提供进一步的原则性指导。通过结合国内外的最新研究成果、临床实践经验与循证医学证据,本共识详细讨论了CNAG的定义、流行病学、发病机理、诊断与分型以及中西医结合治疗的策略与调理方法;特别强调中西医的协同作用,以发挥中西医结合在诊疗上的独特优势。

本共识应用对象主要为以下专业人员:

中医脾胃病科医师:提供中医角度对CNAG的疾病理解和诊疗方法,促进中医在现代消化系统疾病管理中的结合与应用。

中西医结合科医师:促进此领域内相关专业人员对CNAG中西医结合诊疗模式的深入理解和实际应用。

西医消化科医师:强化西医消化科医师对CNAG中西医结合诊疗的认识和应用。

中西医结合科研人员:为从事中西医结合脾胃消化的科研人员,在CNAG中西医结合诊疗相关的科研工作中提供指导。

其他相关医疗健康专业人员:包括护理人员、营养师等,强化其在CNAG中西医结合诊疗整体管理中扮演的重要角色。

本共识可更好地指导CNAG相关的临床实践,提高其治疗效率和质量;同时,也可更为全面地服务于患者和医疗团队。

2 术语和定义

慢性非萎缩性胃炎(Chronic non-atrophic gastritis, CNAG)

是一种由多种致病因素引起以胃黏膜发生淋巴细胞、浆细胞浸润为主要病变的临床常见消化系统良性炎性疾病(又称慢性浅表性胃炎);临床症状缺乏特异性,常见上腹胀或痛、反酸、嗝气、食欲下降等,亦可无任何症状,属于中医“胃痛”、“胃痞”、“嘈杂”、“吐酸”等范畴[1]。

3 流行病学

胃镜与病理组织学检查是诊断慢性非萎缩性胃炎(CNAG)的关键手段。一项全国性多中心横断面流行病学调查显示,在8892名接受诊断性上消化道内窥镜检查的患者中,CNAG的检出率高达49.36%,提示其是目前临床最为常见的慢性胃炎类型[2]。流

行病学数据进一步表明，我国 CNAG 的发病率呈现逐年上升趋势，且其患病率随年龄增长而逐渐升高[3]。

幽门螺旋杆菌（*Helicobacter pylori*, *H. pylori*）感染是诱发 CNAG 的重要危险因素之一[4]。*H. pylori* 是一种革兰氏阴性杆菌，可定植于胃黏膜上皮表面与粘液底层；其在人群中感染率极高，全球已有超过 50% 的人口接触并可能感染该菌[3]。CNAG 病程通常迁延反复，呈长期慢性发作状态。需要强调的是，若对 CNAG 未予足够重视或治疗措施不当，长期反复的炎症刺激可驱动疾病进展：部分 CNAG 可能发展为慢性萎缩性胃炎，并在此基础上逐渐发生胃黏膜肠上皮化生、异型增生等癌前病理改变，最终增加胃癌发生的风险[5]。鉴于 CNAG 的高患病率及其潜在的癌变风险，中西医结合诊疗模式在 CNAG 的综合管理中展现出确切优势。

4 发病因素和病因病机

4.1 现代医学对发病因素的认识

CNAG 的发生与多种因素相关联，主要包括 *H. pylori* 感染、十二指肠液反流入胃、不良饮食习惯、长期非甾体类抗炎药使用、心理因素波动以及其他系统疾病影响等，其中，*H. pylori* 感染是 CNAG 最常见也是最主要的病因之一^[6]。

（1）幽门螺杆菌（*H. pylori*）感染：*H. pylori* 感染是 CNAG 发生发展的最重要驱动因素。其定植于胃黏膜，通过多种毒力因子（如空泡毒素 VacA、细胞毒素相关蛋白 CagA）直接损伤上皮细胞。感染触发强烈的局部和全身免疫炎症反应，导致大量炎症细胞（中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞等）浸润，释放炎性介质（如白细胞介素、肿瘤坏死因子等），造成持续性黏膜炎症和损伤。

（2）十二指肠-胃反流：反流入胃的胆汁酸、溶血卵磷脂、胰酶（特别是胰蛋白酶）可直接溶解胃黏膜上皮细胞的脂质膜，破坏胃黏膜屏障。胆汁酸能抑制胃黏膜上皮细胞的增殖和迁移，阻碍损伤修复；还能降低黏膜表面疏水性，破坏黏液层稳定性。此外，反流液可改变胃内微环境，可能影响 *H. pylori* 的定植和毒力，两者存在协同致损伤作用。

（3）不良饮食习惯：长期摄入高盐、辛辣食物、过热饮食、粗糙食物、浓茶、咖啡、酒精等，可直接刺激或损伤胃黏膜；高盐饮食可协同 *H. pylori* 促进炎症，腌制食品中含有的亚硝酸盐可在胃内转化为亚硝胺类致癌物；缺乏新鲜蔬菜水果（富含抗氧化剂和维生素）可能削弱黏膜的修复能力。

（4）长期使用非甾体抗炎药（NSAIDs）：NSAIDs 通过抑制环氧合酶（COX，尤其是 COX-1）活性，减少具有胃黏膜保护作用的前列腺素（如 PGE₂）的合成。前列腺

素对维持黏膜血流、促进黏液和碳酸氢盐分泌、增强细胞修复至关重要；部分 NSAIDs（如阿司匹林）本身具有酸性，可在胃内溶解直接损伤上皮细胞。此外，*H. pylori* 感染显著增加 NSAIDs 使用者发生胃黏膜损伤（包括 CNAG、糜烂、溃疡）的风险，两者有协同作用。

（5）心理社会因素：长期精神压力、焦虑、抑郁等可通过“脑-肠轴”影响胃肠功能。应激状态导致下丘脑-垂体-肾上腺（HPA）轴激活，释放促肾上腺皮质激素释放激素（CRH）、糖皮质激素等，影响胃肠动力、分泌和感觉。应激可导致胃酸分泌异常增加、胃黏膜血流减少、黏液分泌减少、上皮细胞更新减慢，并可能增强对 *H. pylori* 感染的炎症反应敏感性。心理问题可能导致不良饮食习惯（如暴饮暴食、厌食）、吸烟酗酒增加、依从性差（如不按医嘱服药），间接加重胃黏膜损伤。

（6）其他系统性疾病影响：某些疾病如克罗恩病、结节病、门脉高压性胃病等可直接侵犯或影响胃黏膜结构和功能；部分代谢/内分泌疾病如糖尿病、慢性肾功能衰竭、肝硬化等可通过代谢紊乱、内毒素血症、血管病变等途径间接损伤胃黏膜。

（7）医源性因素：放疗、化疗药物可直接损伤胃黏膜上皮。

（8）年龄因素：随着年龄增长胃黏膜可出现生理性退行性变，如黏膜变薄、血流减少、腺体萎缩（虽然 CNAG 定义为非萎缩，但老年黏膜本身修复能力下降）、黏液分泌减少、*H. pylori* 感染率增高（长期累积感染），使其更易受到上述致病因素的损伤。

（9）自身免疫因素（部分相关）：虽然经典的自身免疫性胃炎以壁细胞抗体（PCA）和内因子抗体（IFA）阳性、导致胃体为主的严重萎缩为特征，但研究发现部分 CNAG 患者也可能存在低滴度的自身抗体或轻微的自身免疫反应倾向，可能作为炎症背景的一部分参与黏膜损伤。其在 CNAG 中的确切作用和普遍性仍需进一步研究。

总结：现代医学强调 CNAG 是多因素、多步骤的疾病过程。*H. pylori* 感染是核心启动和维持因素；其他因素（如反流、NSAIDs、不良饮食、应激等）或作为独立致病因素，或通过 *H. pylori* 的协同作用，或通过削弱黏膜防御/修复能力，共同参与胃黏膜的慢性炎症发生与持续；年龄因素增加了黏膜的脆弱性；理解这些因素的相互作用对于 CNAG 的预防、诊断和个体化治疗至关重要。根除 *H. pylori* 是治疗 *H. pylori* 相关性 CNAG 的关键基础。

4.2 中医病因病机

CNAG 属中医“胃痛”、“胃痞”、“嘈杂”、“吐酸”等范畴。其病位在胃，与脾、肝胆的关系甚为密切，且多与饮食、情志等相关；主要病机为肝郁气滞、胃气上逆、脾失健运、湿浊或湿热内阻、脾胃虚弱等。

胃与脾互为表里，胃主受纳，腐熟水谷，以和降为顺；脾主饮食精微的运化转输，以上升为常。二者同为后天之本，仓廪之官，在生理上相互配合，病机上相互影响。如劳倦内伤，饥饱无常，每多脾胃同病；脾胃素虚者，内外之邪乘而袭之，使得脾之清阳不升，胃之浊阴不降，发而为病。肝属木，为刚脏，喜条达，主疏泄；肝气横逆，木旺乘土，或中土壅滞，木郁不达；或肝火亢炽，灼灼胃阴，故胃病也多关乎于肝。饮食不节，既损伤脾胃，脾胃功能失调又易为饮食所伤；肥甘厚味，酿湿生热，湿热内聚又易阻滞气机。以上各种致病因素之间也易互相关联和相互影响^[7]。

5 诊断

5.1 西医诊断

5.1.1 临床表现

5.1.1.1 症状 大多数 CNAG 患者临床可能并无明显症状，而常在胃镜检查中发现。有症状者多呈非特异性，包括中上腹饱胀、钝痛或烧灼痛等，也可呈现为食欲下降、嗝气、反酸、恶心等消化不良症状；临床上，症状的有无以及轻重与胃镜下和病理组织学改变所见不一定都存在着明显的关联，且一般可无明显的规律性；部分患者可伴焦虑、抑郁状态，少数可伴乏力、体重减轻等全身不适的症状。

5.1.1.2 体征 CNAG 患者临床体征大多不明显，部分可有上腹轻压痛或按之不适感；若病程日久，少数可伴消瘦、贫血貌等疾病发生改变的报警症状^[8]。

证据级别：高 推荐等级：强

证据描述：我国一项纳入了 8892 例慢性胃炎患者的全国多中心横断面研究（流行病学部分已陈述）显示，上腹痛（52.9%）、腹胀（48.7%）以及餐后饱胀（14.3%）是最常见的临床症状，此外早饱、嗝气、反酸、烧心、食欲欠佳、恶心等症状发生率均在 10% 以上，且超过 1/3 患者有上述 2 个以上症状共存，与消化不良疾病谱相似^[2]。另一项纳入了 9125 名慢性胃炎患者的日本调查研究结果显示，22.4% 的患者存在上腹痛/腹胀/烧心三联症状，36.5% 的患者存在烧心/腹胀、上腹痛/腹胀或者腹胀/烧心的二连症状^[9]。

5.1.2 相关检查

5.1.2.1 胃镜检查：CNAG 患者镜下可见黏膜红斑(点、片或条状)、黏膜粗糙不平、出血点(斑)，伴或不伴黏膜水肿及出血渗出等基本表现，部分同时可见黏膜糜烂及胆汁反流附着征象^[1]。胃镜检查直观评估黏膜改变以及病变部分形态、大小，需与病理组织学检查结果相结合以作出最终的判断。

5.1.2.2 胃黏膜活检组织学检查：为诊断 CNAG 的金标准。根据新悉尼系统，建议胃窦、体各取 2 块和胃角 1 块组织；若仅用于临床诊断则依据伦理学原则，取 2~3 块足够大的标本即可^[2]。CNAG 胃黏膜的病理特点以淋巴和浆细胞浸润为主，不伴胃黏膜固有腺体的萎缩和肠上皮化生等病理变化。

证据级别：高 推荐等级：强

证据描述：CNAG 的诊断应包括内镜诊断和病理诊断，普通白光内镜下的判断与病理诊断的符合率较低，确诊应该以病理诊断为依据。横断面研究结果显示，在白光内镜下 CNAG 与慢性萎缩性胃炎较难准确鉴别，慢性萎缩性胃炎的敏感性仅为 42%^[2]。

5.1.2.3 幽门螺杆菌检测：*H. pylori* 感染为 CNAG 发病重要致病因素之一，非侵入性检测常用 ¹³C-或 ¹⁴C-*H. pylori* 尿素呼气试验 (*H. pylori*-urea breath test, Hp-UBT)；侵入性检测需通过内镜呈像，胃黏膜活检组织行快速尿素酶试验、胃黏膜组织切片染色镜检、或 *H. pylori* 培养；其它还包括血清学检查以及粪便抗原试验 (Stool antigen test, SAT)。马斯特里赫特 V 共识报告建议患者在检测 *H. pylori* 前 4 周停服用抗生素和铋剂，并在检测前 2 周停药 PPIs 和 P-CAB 等具有抑酸作用的制剂^[10]。

(证据级别：高，推荐等级：强)

证据描述：Hp 感染是慢性胃炎最主要的病因。美国一项纳入 78985 名患者的研究结果显示，几乎所有的 Hp 感染者均存在慢性活动性胃炎^[11]，Hp 感染与慢性胃炎之间的因果关系符合 Koch 原则^[12]。Hp 感染引起的慢性胃炎在成人群体以胃窦胃炎为主，而在儿童群体则以胃体胃炎为主^[13]。

5.1.2.4 实验室检查：可采取便于操作且检测诊断率较高的尿素呼吸实验、粪便标本抗原检测、抗体检测和分子生物学检测技术等

5.1.2.5 其他检查：完善 B 超及腹部 CT 等检查，排除肝、胆、胰等疾病。

5.1.3 诊断

5.1.3.1 诊断要点

5.1.3.1.1 若有可疑临床症状，可行胃镜检查及进一步胃黏膜活检组织学检查确诊。

5.1.3.1.2 排除慢性萎缩性胃炎：慢性萎缩性胃炎胃镜下呈现胃黏膜红白相间，以白相为主，皱襞变平甚至消失，部分黏膜血管显露，可伴黏膜颗粒或结节状等表现^[2]；病理学检测呈现胃黏膜萎缩，伴不同程度肠上皮化生、上皮内瘤变等病理改变。

5.1.3.1.3 排除特殊类型胃炎：需内镜诊断结合病因和病理检查，排除巨大肥厚性胃炎、感染性胃炎、化学性胃炎、腐蚀性胃炎、Ménétrier 病、嗜酸细胞性胃炎、淋巴细胞性胃炎、非感染性肉芽肿性胃炎、放射性胃炎、充血性胃病等特殊类型的胃炎^[1,2]。

5.1.3.1.4 在上述各项基础上可按下列标准进行诊断：①多数患者无明显症状，有症状者可见持续或反复发作的中上腹饱胀、钝痛、烧灼痛等，也可呈现食欲下降、嗝气、

反酸、恶心等消化不良症状。②内镜下可见黏膜红斑(点、片或条状)、黏膜粗糙不平、出血点(斑), 伴或不伴黏膜水肿及出血渗出等表现。③采用胃黏膜快速尿素酶或组织病理切片 Giemsa、美兰染色或 ^{13}C 呼气试验判断是否存在 *H. pylori* 感染。④B 超及其它检查(如 CT 等)排除其它疾病引起的胃炎相关症状。

5.1.3.1.5 明确 CNAG 病因: 依据症状, 结合患者年龄因素、用药史、饮酒史, 以及是否有 *H. pylori* 感染、十二指肠-胃反流等病史, 必要时联合 *H. pylori* 检测、胃镜及胃黏膜组织学检查以明确 CNAG 的致病因素^[14]。

5.1.3.1.6 明确 CNAG 是否合并其它消化系统疾病: 部分 CNAG 患者可能合并有反流性食管炎、功能性消化不良、慢性胆囊炎、胆石症、慢性胰腺炎等。建议定期复查胃镜, 必要时进行相关肿瘤标志物、胆胰超声或 CT 等检查进行排除; 合并中、重度焦虑抑郁症者, 则应注意及时进行专科的诊治。

5.1.3.2 疾病评估: 诊断慢性胃炎包括五项组织学变化, 分级标准采用我国慢性胃炎病理诊断标准和新悉尼系统的直观模拟评分法。评估 CNAG 应用其中三项: *H. pylori* 感染、慢性炎症(单核细胞浸润)、活动性(中性粒细胞浸润)。

① ***H. pylori* 感染:** *H. pylori* 常用的组织切片染色方式包括 Warthin-Starry 银染色、美兰染色、Giemsa 染色、免疫组化染色、HE 染色等^[15]。

程度	镜下 <i>H. pylori</i> 感染定植程度
无	特殊染色片上未见 <i>H. pylori</i>
轻度	偶见或小于标本全长 1/3 的胃黏膜上皮表面和或黏液底层。有少数 <i>H. pylori</i>
中度	<i>H. pylori</i> 分布超过标本全长 1/3~2/3 或连续性、薄而稀疏地存在于胃黏膜上皮表面和或黏液底层。
重度	<i>H. pylori</i> 成堆存在, 基本分布于标本全长胃黏膜上皮表面和或黏液底层。

② **活动性:** 在慢性炎症基础上镜下中性粒细胞浸润病理改变。

程度	镜下活动性程度
轻度	黏膜固有层少量中性粒细胞浸润
中度	中性粒细胞较多, 存在于黏膜固有层, 可见小淋巴滤泡出现。
重度	中性粒细胞较密集, 可见于整个黏膜固有层, 有较明显淋巴滤泡出现。

③ **慢性炎症:** 根据镜下黏膜层慢性炎症细胞密集程度和浸润深度进行分级。

程度	镜下炎症细胞的密集程度
正常	单个核细胞每高倍视野不超过 5 个, 如数量略超而内镜下无明显异常, 病理可诊断为基本正常。
轻度	慢性炎性细胞较少并局限于黏膜浅层, 不超过黏膜层的 1/3。
中度	慢性炎性细胞较密集, 不超过黏膜层的 2/3。

5.2 中医证候诊断^{[1][16]}

5.2.1 脾胃湿热证

主症: ① 胃脘胀痛; ② 口黏且苦。

次症: ① 大便黏滞不爽; ② 脘腹灼热不适; ③ 纳呆泛恶; ④ 身重困倦。

舌脉: 舌红, 苔黄腻; 脉濡数或滑数。

5.2.2 肝胃不和证

主症: ① 胃脘胀痛连胁, 嗳气或矢气可缓; ② 脘痞不舒, 情绪不遂复发或加重。

次症: ① 嗳气频作; ② 嘈杂反酸; ③ 善太息。

舌脉: 舌淡红, 苔薄白; 脉弦。

5.2.3 肝胃郁热证型

主症: ① 胃脘灼痛; ② 两胁胀闷或疼痛

次证: ① 心烦易怒; ② 嘈杂反酸; ③ 口干口苦; ④ 大便干燥。

舌脉: 舌质红苔黄, 脉弦或弦数。

5.2.4 寒热错杂证

主症: ① 胃脘痞满; ② 饥不欲食, 食后胀痛。

次症: ① 胃脘怕冷或嘈杂; ② 口微干或口干微苦; ③ 大便干或溏滞不爽。

舌脉: 舌淡红, 苔黄或黄白相间; 脉弦细。

5.2.5 痰湿中阻证

主症: ① 胃脘痞满, 胸闷, ② 身体沉重; ③ 食欲不振

次证: ① 口黏腻或口甜, ② 大便黏滞不爽

舌脉: 舌体胖大, 苔白腻或水滑。脉滑或脉濡。

5.2.6 脾胃虚弱证

主症: ① 胃脘隐痛, 遇劳而发; ② 食欲不振, 或食后胀甚。

次症: ① 神疲懒言; ② 倦怠乏力; ③ 口淡不渴; ④ 大便稀溏; ⑤ 排便无力;
⑥ 面色萎黄。

舌脉: 舌淡或伴齿痕, 苔薄白; 脉缓弱或细弱。

5.2.7 脾胃虚寒证

主症: ① 胃脘隐痛不休, 空腹痛甚、得食可缓, 或痛喜温按; ② 泛吐清水。

次症: ① 大便稀溏甚则完谷不化; ② 面色无华; ③ 四末不温;

舌脉: 舌淡胖或伴齿痕, 苔白或白腻; 脉沉迟无力。

5.2.8 胃阴不足证

主症: ① 胃脘灼痛或隐痛; ② 胃中嘈杂。

次症: ① 似饥而不欲食; ② 口干舌燥; ③ 大便干结;

舌脉: 舌红少津或有裂纹, 苔少或无; 脉细数。

证型确定: 具备主症 2 项和次症 1 或 2 项, 舌脉象; 症状不明显者, 参考舌脉象及胃镜、病理相关检查。

辨证说明: 两证兼见为复合证或兼证型。两证同存, 不分主次者为复合证, 如脾胃虚弱和脾胃虚寒证; 一主一次者为兼证型, 分主证、兼证, 如脾胃湿热证兼肝胃不和证。

6 中西医结合治疗

6.1.1 治疗原则

CNAG 治疗的主要目的为去除病因, 缓解相关症状, 改善生活质量; 同时保护胃黏膜, 改善胃黏膜炎性反应, 防止 CNAG 向慢性萎缩性胃炎和或肠上皮化生、上皮内瘤变病理改变以及胃癌的进展。对于无明显临床症状、无糜烂, 无 *H. pylori* 感染的 CNAG 患者, 可不予药物治疗, 但可配合进行相关情绪、生活起居的管理与疏导。

6.1.2 适用范围

无症状或症状轻微的非糜烂性 CNAG (*H. pylori* 阴性): 中医辨证论治 (如健脾和胃、疏肝理气等) 及生活方式调摄 (情志疏导、饮食指导、起居规律) 可作为主要干预手段, 改善体质, 预防疾病进展。

慢性反复发作的功能性消化不良样症状 (如餐后饱胀、早饱、上腹胀痛、嗳气等): 尤其当西药治疗效果不佳、不耐受或症状与情绪、饮食关系密切时, 中医辨证施治 (如调和肝脾、消痞除满等) 常能有效缓解症状, 提高生活质量。

伴有明显情绪心理因素 (焦虑、抑郁、失眠) 的 CNAG 患者: 中医在疏肝解郁、调畅情志方面具有特色和优势, 可协同改善胃肠症状和情绪状态。

作为现代医学治疗的协同手段:

在根除 *H. pylori* 治疗期间或之后, 配合使用健脾益气、清热解毒类中药, 可能有助于减轻抗生素副作用、促进黏膜修复、改善症状、提高根除成功率或减少复发。

对于需要长期服用 NSAIDs 或存在其他胃黏膜损伤风险的患者, 中医的健脾护胃法可起到一定的协同保护作用。

在疾病缓解期, 中医的扶正固本、调理体质有助于巩固疗效, 预防复发。

6.2 西医治疗

6.2.1 抑酸或制酸剂: 适用于 CNAG 内镜下呈现胃黏膜炎症伴糜烂, 且炎症波及黏膜全层或呈活动性, 或以反酸嘈杂、上腹灼痛等为主者, 可根据病情予以抑酸药酌情进行短期治疗。常用可选择的药物包括奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑、艾普

拉唑、埃索美拉唑等质子泵抑制剂（PPI）；雷尼替丁、法莫替丁、西咪替丁等 H₂ 受体阻断剂（H₂RA）；碳酸氢钠、氢氧化铝、胃舒平等制酸剂。（证据级别：高 推荐等级：强）

证据描述：如上所述，CNAG 常见的症状包括因胃酸分泌过多导致反酸烧心、上腹灼痛等，抑酸剂如 PPI 或 H₂RA 的使用能有效缓解患者临床症状，减轻胃酸对胃黏膜的损伤。一项多中心前瞻性研究结果显示，法莫替丁可明显缓解慢性胃炎患者上腹痛、上腹饱胀和烧心的症状^[17]；另一系统研究发现，在治疗非溃疡性消化不良症状中，PPI 与 H₂RA 的疗效分别较安慰剂高出 14%和 22%，说明二者在治疗消化不良症状的疗效相当^[18]。此外，多项病例对照研究及 RCT 结果显示 PPI 是预防和治疗非甾体抗炎药相关消化道损伤的首选药物，优于 H₂RA 和胃黏膜保护剂^[19-21]。

6.2.2 根除 *H. pylori* 治疗：适用于 CNAG 且 *H. pylori* 阳性感染者，除非有抗衡因素，根除治疗对象可扩展至无症状者；我国目前推荐的为质子泵抑制剂+铋剂+两种抗菌药四联方案，推荐疗程为 14d。（证据级别：高 推荐等级：强）

证据描述：我国第五次 Hp 感染处理共识推荐，证实 Hp 阳性的慢性胃炎，无论有无症状和并发症，均应进行 Hp 根除治疗，除非有抗衡因素存在，且目前推荐的根除方案为铋剂四联方案^[22]。新近的研究发现，益生菌联用可提高 *H. pylori* 的根除率并减少不良反应^[23-25]，但应注意益生菌服用时间应与抗菌药分开至少 1 小时。四联非铋剂方案有序贯和伴同疗法两种；序贯疗法不再是国际指南建议的方法，伴同疗法能克服甲硝唑耐药等副作用问题^[26]。国内研究认为，联合中药能增加对 *H. pylori* 的根除效果^[27]。用药应结合患者的情况制定个体化方案，注意肾功能不全者慎用铋剂。治疗完成至少 4 周后方可进行 ¹³C-或 ¹⁴C-UBT 检查以评估 *H. pylori* 的根除情况^[28]。

6.2.3 胃黏膜保护剂：适用于 CNAG 伴胃黏膜糜烂者。常用可选择用的药物有胶体果胶铋、铝碳酸镁、硫糖铝混悬凝胶、替普瑞酮、瑞巴派特、马来酸伊索拉定、复方铝酸铋颗粒、磷酸铝凝胶、索法酮干混悬剂等。（证据级别：中 推荐等级：强）

证据描述：胃黏膜保护剂在因胃酸/胃蛋白酶分泌过多导致胃黏膜糜烂的修复中起重要作用。随机对照研究表明，替普瑞酮、瑞巴派特可有效改善胃黏膜屏障，促进糜烂愈合修复，但对症状的改善作用尚有争议^[29-30]。

6.2.4 促胃肠动力药：适用于 CNAG 以早饱、上腹饱胀、嗝气、恶心呕吐等症状为主者，常用可选择用的药物有莫沙必利、盐酸伊托必利、马来酸曲美布汀等。（证据级别：中 推荐等级：强）

证据描述：胃肠动力异常时候 CNAG 不可忽视的因素，胃排空迟缓可导致上腹饱胀或恶心、呕吐等症状，促胃肠动力药可改善上述症状。一项纳入 10044 名患者的 meta 分析研究表明，促胃肠动力药能显著改善功能性消化不良患者临床症状（RR = 0.81, 95%

CI 0.74 至 0.89），且无明显不良反应^[31]。另一研究表明，西沙比利在治疗功能性消化不良时可有效改善患者上腹痛、早饱、腹胀和恶心等症状，但对胃排空无明显影响^[32]。一项纳入了 2420 名患者的 meta 分析结果显示，在治疗功能性消化不良时，伊托必利与多潘立酮在总有效率方面无明显差异，但其改善早饱症状优于多潘立酮^[33]。

6.2.5 助消化药：适用于 CNAG 以胃酸分泌不足或食欲下降等症状为主者，常用可选择用的药物有复方阿嗝米特肠溶片、米曲菌胰酶片、复方消化酶胶囊等，注意不宜与硫糖铝、碱性药物同服。（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：消化酶制剂推荐患者餐中使用，效果优于餐前和餐后服用，目的在于进食的同时提供充足的消化酶，以帮助营养物质的消化、缓解相应症状。一项多中心的随机双盲对照研究表明，复方阿嗝米特肠溶片可显著改善功能性消化不良患者腹胀、嘈杂等症状^[34]。

6.2.6 胆汁结合剂：适用于 CNAG 伴胆汁反流的患者，常用可选择用的药物为同时兼具抗酸、保护胃黏膜作用的铝碳酸镁等。（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：铝碳酸镁制剂可增强胃黏膜并结合胆酸，从而减轻或消除胆汁反流所致的胃黏膜损伤。一项 Meta 分析结果表明，铝碳酸镁片联合莫沙必利在治疗治疗反流性胃炎时可提高临床有效率，缓解上腹胀等症状^[35]。

6.2.7 其他：对于 CNAG 伴不同程度焦虑或抑郁状态以及睡眠障碍的患者，可适当辅助应用抗抑郁和镇静药治疗但时间不宜过长；常用可选择用的药物有氟哌噻吨美利曲辛片、盐酸帕罗西汀等。（证据级别：中 推荐等级：弱）

证据描述：一项多中心随机对照研究表明，与安慰剂相比，抗焦虑抑郁药的使用可改善功能性消化不良患者的临床疗效，且能提高患者生活质量，但对胃排空和腹胀等症状无明显改善^[36]。

6.3 中医药治疗

6.3.1 中医辨证治疗

6.3.1.1 脾胃湿热证

治则：清热除湿，理气和中。

方药：连朴饮《霍乱论》。药用黄连、石菖蒲、厚朴、山栀、制半夏、淡豆豉、芦根。（证据级别：中 推荐等级：弱）

加减：湿偏重者加苍术、藿香燥湿醒脾；热偏重者加蒲公英清胃泄热；伴恶心呕吐者加竹茹、橘皮清胃降逆；气滞腹胀者加枳实理气消胀；大便滞结不通者加大腹皮或槟榔理气除湿导滞；嘈杂不舒者可合用左金丸；寒热错杂者可予半夏泻心汤苦辛通降。

证据描述：研究表明，连朴饮合半夏泻心汤联合奥美拉唑治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎，总有效率优于单一西药组，相关中医证候及胃黏膜病理学积分均低于西药对照

组^[37]。研究发现，在雷贝拉唑、阿莫西林、左氧氟沙星治疗基础上，联合连朴饮合柴芩泻心汤加减，能提高脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的治疗有效率和 *H. pylori* 根除率，并降低复发率^[38]。

经验方：祛湿清热汤。药物组成：枳壳、建曲、莱菔子、薤白各 20g，黄芩、藿香、佩兰、赤芍、瓜蒌皮各 15g，旋覆花^{包煎}、生姜各 10g，黄连、柴胡、甘草、苍术各 6g；具有调气、化湿、清热的功效。（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：临床研究发现，祛湿清热汤治疗脾胃湿热型 CNAG，在改善单项症状和胃镜下积分以及证候疗效方面均优于雷贝拉唑钠对照组，停药后 3 月复发率明显低于对照组，远期疗效较为确切，且安全可靠^[39]。

中成药：

① 三九胃泰颗粒（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】三叉苦、九里香、两面针、木香、黄芩、茯苓、地黄、白芍。

【适应症】清热燥湿、行气活血、柔肝止痛；用于湿热内蕴、气滞血瘀所致的慢性浅表性胃炎，症见胃脘隐痛、饱胀反酸、恶心呕吐、嘈杂纳呆者。

【用法用量】开水冲服，2.5g/次，2~3 次/d。

证据描述：一项临床研究表明，三九胃泰颗粒联合雷贝拉唑钠治疗慢性浅表性胃炎，其总有效率高于单一使用雷贝拉唑，且不良反应发生率相对较低^[40]。

② 七蕊胃舒胶囊（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】三七、酒大黄、枯矾、煅花蕊

【适应症】化瘀除湿、导滞清热、生肌止痛，用于湿热瘀滞型慢性浅表性胃炎伴糜烂，症见胃脘疼痛、痞胀、口苦口臭或口黏、纳呆食少、嗳气、嘈杂反酸者。

【用法用量】口服，2g/次，2 次/d。

证据描述：一项随机、双盲、平行对照、多中心临床研究表明，七蕊胃舒胶囊在治疗湿热瘀滞型慢性浅表性胃炎伴糜烂患者时，在缓解胃脘疼痛、修复胃黏膜糜烂、改善证候评分以及根除 *H. pylori* 等疗效方面均优于对照组及安慰剂组，且不良反应率低，安全性良好^[41]。

6.3.1.2 肝胃不和证

治则：疏肝和胃，理气止痛。

方药：柴胡疏肝散《景岳全书》。药用柴胡、佛手、川芎、香附、郁金、陈皮、枳壳、白芍、甘草^炙。（证据级别：中 推荐等级：弱）

加减：胃痛较甚者加延胡索理气止痛；嗳气较频者加瓜蒌、柿蒂宽胸顺气降逆；痛势急迫，嘈杂吐酸，口干口苦，舌红苔黄，脉弦或数乃肝胃郁热之证，以化肝煎或丹栀逍遥散加黄连、吴茱萸疏肝泄热和胃。

证据描述：临床研究表明，CNAG 肝胃不和证合并焦虑、抑郁状态者，在西药个体化常规治疗基础上，联合柴胡疏肝散加减疗效优于联合氟哌噻吨美利曲辛片，焦虑、抑郁症状及睡眠质量显著改善^[42]。亦有研究发现，柴胡疏肝散能明显降低肝胃不和证 CNAG 患者血清 IL-2、IL-6、TNF- α 、MCP-1、CRP 水平，有效缓解患者的临床症状^[43]。

经验方：胃炎 2 号方。方药组成：柴胡、枳实、白芍^炒、稻芽^炒、麦芽^炒、六神曲^焦、山楂^焦、莱菔子^炒各 4g，槟榔、法夏、大腹皮、木蝴蝶、甘松、百合各 3g，桔梗、甘草、沉香各 1g；具有疏肝理气，和胃止痛之功。（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：研究表明，胃炎 2 号方改善肝胃不和证 CNAG 症状总体疗效优于莫沙必利对照组，在情绪因素诱发或加重、胸闷、善太息积分方面低于对照组，内镜下胃黏膜疗效总有效率两组基本相当，且胃炎 2 号方耐受性良好，无明显不良反应^[44]。

中成药

① 气滞胃痛颗粒（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由柴胡、延胡索^炙、枳壳、香附^炙、白芍、甘草^炙组成。

【适应症】疏肝理气、和胃止痛；用于肝郁气滞所致的胸痞胀满，胃脘疼痛。

【用法用量】口服，5g/次，3 次/d。

证据描述：一项随机对照临床研究表明，气滞胃痛颗粒联合标准四联治疗 *H. pylori* 感染阳性 CNAG，在改善证候疗效以及上腹胀痛、胁肋胀痛、嗳气、口苦等症状方面优于标准四联对照组，且不良反应发生率较低^[45]。另一项随机、双盲、多中心、安慰剂对照临床研究发现，气滞胃痛颗粒可显著改善餐后不适综合征症状，治疗第 2、4 周总有效率均显著高于安慰剂组，消化不良症状严重程度和频率以及焦虑评分均显著低于安慰剂对照组^[46]。

② 快胃片（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由海螵蛸、枯矾、醋延胡索、白及、甘草组成。

【适应症】制酸和胃，收敛止痛。适用于肝胃不和所致的胃脘疼痛、呕吐反酸、纳食减少；浅表性胃炎、胃及十二指肠溃疡、胃窦炎见上述证候者。

【用法用量】口服，一次 4 片，一日 3 次（规格：每片重 0.35 克）；饭前 1-2 小时服用。

证据描述：一项随机对照临床研究表明，快胃片能有效快速改善慢性浅表性胃炎患者上腹痛、食欲不振、腹胀、嗳气、反酸、烧心等临床症状，且对患者上腹痛、腹胀及 PRO 量表评分的改善作用优于西药替普瑞酮胶囊，安全性好^[47]。

③ 荜铃胃痛颗粒（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由荜澄茄、川楝、延胡索、黄连、吴茱萸、香橼、佛手、香附、大黄^酒、海螵蛸、瓦楞子组成。

【适应症】行气活血、和胃止痛；适用于气滞血瘀所致胃脘痛及慢性胃炎。

【用法用量】口服，5g/次，3次/d。

证据描述：一项对比荜铃胃痛颗粒与气滞胃痛颗粒对肝胃不和型 CNAG 疗效的临床研究显示，荜铃胃痛颗粒治疗后第 3、6、9 天，腹痛积分、总起效时间分别低于和短于气滞胃痛颗粒对照治疗组^[48]。

③ 胃苏颗粒（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由陈皮、佛手、香附、香橼、枳壳、紫苏梗、槟榔、鸡内金组成。

【适应症】理气消胀、和胃止痛；适用于肝胃气滞所致胃脘胀痛，窜及两胁，郁怒则甚，胸闷食少，排便不畅，得嗳气或矢气则舒者。

【用法用量】口服，15g/次，3次/d。

证据描述：一项关于 *H. pylori* 感染慢性胃炎的研究表明，胃苏颗粒联合三联疗法治疗，可通过降低 IL-4、IL-32、TGF-β1、COX-2、E-cadherin 水平，减轻炎症反应、改善症状、提高 *H. pylori* 根除率，疗效优于单一三联疗法对照组^[49]。

④ 猴头健胃灵片（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由猴头菌丝体、海螵蛸、延胡索^醋、白芍^酒、香附^醋、甘草组成。

【适应症】舒肝和胃、理气止痛；适用于肝胃不和致胃脘肋肋胀痛、呕吐吞酸者。

【用法用量】口服，4片/次，3次/d。

证据描述：一项关于猴头健胃灵片治疗慢性胃炎研究表明，该药在临床治疗总有效率、胃镜及胃黏膜活检有效率方面均高于胃康灵片对照组^[50]。

6.3.1.3 肝胃郁热证

治则：疏肝泄热、和胃理气。

方药：化肝煎合左金丸：《景岳全书》《丹溪心法》组成：青皮、陈皮、白芍、牡丹皮、栀子、泽泻、浙贝母、黄连、吴茱萸（证据级别：低 推荐等级：弱）

加减：嗳气呃逆明显者，加丁香、柿蒂降气止逆；嘈杂、反酸明显者，加乌贼骨、煅瓦楞子^{（先煎）}制酸和胃；胸闷肋胀者，加柴胡，郁金疏肝理气。

证据描述：临床研究提示，左金丸合化肝煎合用能疏肝泄热理气和胃，用以治疗肝胃郁热型慢性浅表性胃炎，具有提高疗效，增强 *H. pylori* 根除效果，并较好改善中医症状的特点，且安全性较高^[51]。

经验方：清胃散合金铃子散加味，方药组成：黄连、大黄、升麻、石膏^{先煎}、川楝子、延胡索、生地黄、当归、牡丹皮。（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：研究表明，清胃散合金铃子散加味治疗肝胃郁热型 CNAG，能较好改善患者胃脘灼痛、两胁疼痛、口干等，有效改善胃镜下胃黏膜红斑、糜烂、出血等表现^[52]。

中成药

① 达立通颗粒（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】柴胡、枳实、木香、陈皮、法夏、蒲公英、山楂焦、槟榔焦、鸡矢藤、党参、延胡索、神曲。

【适应症】清热解郁、和胃降逆、通利消滞；适用于肝胃郁热所致胃脘胀痛、暖气纳差、灼热嘈杂、口干口苦者。

【用法用量】口服，6g/次，3次/d。

证据描述：一项达立通颗粒联合电针治疗餐后不适综合征随机对照试验表明，联合治疗组生活质量评分、血浆胃动素、胃电图频率和胃排空的改善以及短期、长期总有效率均明显高于单一电针对照组，症状评分则显著低于对照组^[53]。

6.3.1.4 寒热错杂证

治则：寒热平调，消痞散结。

方药：半夏泻心汤《伤寒论》。由法半夏、黄芩、干姜、人参、甘草^炙、黄连、大枣组成。（证据级别：中 推荐等级：弱）

加减：胃脘寒凉者加高良姜、附子^制；湿热明显者加蒲公英、车前草；腹胀者加厚朴、枳壳；疲乏明显者加黄芪^炙、白术^炒。

证据描述：一项有关 CNAG 的研究显示，半夏泻心汤治疗组症状和证候总有效率高于荆花胃康对照组，且在缓解脘腹胀满、反酸暖气等症状，改善病理组织学结果、胃镜疗效方面更佳^[54]。

经验方：柴胡桂枝干姜汤加味，方药组成：：柴胡、桂枝、干姜、黄芩、天花粉、牡蛎、炙甘草（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：临床研究表明，柴胡桂枝干姜汤加味治疗寒热错杂型 CNAG 能较好得较好疗效，能较好改善 CNAG 的胃黏膜炎症，缓解临床症状，且安全性较好^[55]。

中成药

① 荆花胃康胶丸（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由土荆芥，水团花组成。

【适应症】理气散寒，清热化瘀。主要用于治疗寒热错杂所致的慢性胃炎、消化性溃疡及功能性消化不良。

【用法用量】口服，80mg/粒，2粒/次，3次/d。

证据描述：一项治疗 *H. pylori* 感染 CNAG 临床研究表明，荆花胃康胶丸联合铋剂四联治疗，中医证候总有效率优于铋剂四联对照组，在改善胃脘痞满、胃痛或嘈杂、口干苦、大便欠畅方面疗效更佳^[56]。

6.3.1.5 痰湿中阻证

治则：健脾化痰、和中理气

方药：二陈汤：《太平惠民和剂局方》 组成：半夏、陈皮、白茯苓、炙甘草、生姜，乌梅（证据级别：低 推荐等级：弱）

加減：若痰湿重、胸膈满闷明显者，加枳实、厚朴、苍术；若胸闷、腹胀、暖气者，加藿梗、柴胡、沉香；若恶心、呕吐、腹胀者，加竹茹、生姜；若口苦、口臭、舌苔黄腻者，加白茅根、土茯苓。

证据描述：临床观察表明，二陈汤加減治疗 CNAG 可使病程时间缩短、恢复加快，且副作用小；疗效优于莫沙比利、奥美拉唑对照组^[57]。

经验方：平胃散；方药组成：苍术去黑皮，捣为粗末，炒黄色，厚朴去粗皮，涂生姜汁，炙令香熟，陈橘皮洗令净，焙干，甘草炙黄，上为散，每服二钱(6g)（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：诸药相配共奏燥湿运脾，行气和胃之功；临床疗效观察表明，平胃散治疗痰湿中阻型慢性浅表性胃炎，在改善症状方面效果明显，未见明显不良反应^[58]。

中成药

① 香砂平胃颗粒（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由苍术^炒、厚朴姜^炙、陈皮、砂仁、香附^{醋炙}、甘草组成。

【适应症】运脾、理气、燥湿；适用于饮食不节、食湿互滞所致胃脘胀满，胸闷纳呆等痰湿中阻型慢性胃炎的治疗。

【用法用量】开水冲服，5g/次，2次/d。

证据描述：临床研究发现，香砂平胃颗粒联合四联疗法治疗，能显著改善 H. pylori 相关性胃炎合并消化不良患者的临床症状，且具有较好的安全性^[59]。

6.3.1.6 脾胃虚弱证

治则：益气健脾，和胃除痞。

方药：香砂六君子汤《医方集解》。由党参、白术^炒、茯苓、法夏、陈皮、木香、砂仁、甘草^炙组成。（证据级别：低 推荐等级：弱）

加減：胃脘胀闷较重者加枳壳、厚朴理气运脾；纳呆厌食者加砂仁、神曲理气开胃；脾虚中气下陷者，宜补中益气汤加減。

证据描述：有学者对香砂六君子汤治疗 CNAG 的疗效和安全性进行荟萃分析，为香砂六君子汤作为 CNAG 补充替代治疗提供了一定的参考依据^[60]。

经验方：二白养正汤。方药组成：白术^炒、茯苓、陈皮、党参、甘松、神曲、谷芽^炒各 10g，砂仁、厚朴花、甘草^炙各 6g，白花蛇舌草 15g；具有健脾益气，行气除满的功效。（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：一项二白养正汤治疗 H. pylori 根除后脾胃气虚型 CNAG 的研究显示，治疗组在改善脾胃气虚和慢性胃炎症状方面，显著优于瑞巴派特对照组^[61]。

中成药

① 益气和胃胶囊（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由黄芪^炙、丹参、党参、黄芩、枳壳^炒、白芍^炒、白术^{麸炒}、仙鹤草、甘草^炙、檀香组成。

【适应症】具有健脾和胃、通络止痛之功；用于 CNAG 脾胃虚弱兼胃热瘀阻证，症见胃脘胀痛、纳呆、大便溏薄、体倦乏力者。

【用法用量】口服，4 粒/次，3 次/d。

证据描述：研究表明，益气和胃胶囊能增加小鼠胃血流量并促进胃排空，对脾胃虚弱型 CNAG 有一定辅助治疗作用^[62]。一项关于功能性消化不良伴抑郁临床试验显示，益气和胃胶囊联合氟哌噻吨美利曲辛片与莫沙必利对照比较，治疗组胃排空率、血浆胃动素、血清胃泌素、胃电图平均收缩波频率、收缩波幅值升高均显著高于对照组^[63]。

② 胃复春胶囊（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由红参、香茶菜、枳壳^{麸炒}组成。

【适应症】健脾益气、活血解毒；用于治疗慢性浅表性胃炎属脾胃虚弱证者。

【用法用量】口服，4 片（粒）/次，3 次/d。

证据描述：一项治疗 *H. pylori* 阴性慢性浅表性胃炎的研究表明，胃复春临床、胃镜和病理总有效率均优于香砂六君丸对照组^[64]。胃复春联合三联疗法治疗小儿 *H. pylori* 感染相关胃炎研究发现，联合治疗较单一疗法 *H. pylori* 根除率更高，且有利于胃蛋白酶原的表达^[65]。研究还发现，胃复春联合四联疗法治疗 *H. pylori* 相关性 CNAG 疗效和 *H. pylori* 根除率也优于单一疗法^[66]。

③ 补中益气口服液（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由大枣、生姜、柴胡、升麻、陈皮、白术、当归、党参、黄芪、甘草组成。

【适应症】补中益气，适用于体倦乏力、内脏下垂等。

【用法用量】口服，10ml/次，2~3 次/d。

证据描述：一项临床研究结果显示，补中益气汤加味可促进脾胃虚弱型 CNAG 患者胃黏膜炎症所致损伤的修复，能有效缓解不适，提高生活质量，且安全性较高^[67]。

④ 胃乃安胶囊（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由黄芪、三七、红参、珍珠层粉、人工牛黄组成。

【适应症】补气健脾、活血止痛；适用于脾胃虚弱，瘀血阻滞所致的胃脘隐痛或刺痛、纳呆食少者。

【用法用量】口服，4 粒/次，3 次/d。

证据描述：一项关于胃乃安胶囊治疗 *H. pylori* 阳性慢性糜烂性胃炎的临床研究表明，胃乃安治疗组有效率和 *H. pylori* 根除率均明显高于复方氢氧化铝对照组^[68]。

6.3.1.7 脾胃虚寒证

治则：温中健脾，和胃止痛。

方药：黄芪建中汤《金匮要略》。由黄芪、桂枝、生姜、白芍、饴糖、大枣、甘草^炙组成。（证据级别：中 推荐等级：弱）

加减：泛吐清水明显者加干姜、白术、法夏、陈皮、茯苓温胃化饮；泛酸者可去饴糖加乌贼骨、瓦楞子^煨和胃制酸止痛；里寒较甚，胃脘冷痛、呕吐肢冷者加理中丸温中散寒；若形寒肢冷、腰膝酸软者，可用附子理中丸温肾暖脾、和胃止痛。

证据描述：一项临床研究表明，黄芪建中汤合枳实消痞丸治疗，能通过调节胃肠激素、炎症因子表达水平改善功能性消化不良伴睡眠障碍，治疗后降钙素基因相关肽、SF-36 评分高于奥美拉唑合枸橼酸莫沙比利分散片对照组，胃泌素、生长抑素、白细胞介素-6、PSQI 评分均低于对照组^[69]。

经验方：温中运脾汤，组成：山药 15g，肉桂、白术、党参、佩兰、广藿香、陈皮、大腹皮各 10g，丁香、干姜各 5g，甘草 6g。具有归复中阳，散寒祛邪的功效。（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：一项温中运脾汤联合奥美拉唑与单一奥美拉唑对照治疗脾胃虚寒型 CNAG 的研究显示，治疗组证候、胃镜及病理疗效均高于对照组，且安全性更高^[70]。

中成药

① 温胃舒胶囊（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由党参、附子^制、黄芪^炙、肉桂、山药、肉苁蓉^制、白术^炒、山楂^炒、乌梅、砂仁、陈皮、补骨脂组成。

【适应症】温胃止痛；适用于胃脘冷痛，饮食生冷，受寒痛甚者。

【用法用量】口服，3 粒/次，3 次/d。

证据描述：研究表明，温胃舒可通过抑制胃黏膜 NF-κB 通路，降低 NF-κBp65、IκBα、COX2 蛋白表达和 TNF-α、IL-6 炎症因子水平，减轻慢性胃炎大鼠胃黏膜病变的程度^[71]。

6.3.1.8 胃阴不足证

治则：养阴益胃，缓急止痛。

方药：一贯煎《续名医类案》。由北沙参、麦冬、地黄、当归、枸杞、川楝组成。（证据级别：低 推荐等级：弱）

加减：胃中嘈杂吞酸者加左金丸制酸和胃；胃酸明显减少者酌加乌梅、诃子以增加酸甘化阴之功；胃脘胀满较剧者加延胡索行气止痛；胃痛明显者加白芍、甘草缓急止痛；便秘者酌加麻仁、瓜蒌仁润肠通便；倦怠乏力，不思饮食者加太子参、山药益气养阴。

证据描述：一项临床研究表明，加減一贯煎联合奥美拉唑治疗胃阴亏虚型慢性糜烂性胃炎，临床总有效率、症状总积分改善均优于奥美拉唑合瑞巴派特对照组，且随访复发率明显低于对照组^[72]。

经验方：一贯逍遥汤。组成：北沙参、粉葛各 30g，茯苓 20g，白芍、白术、当归、石斛、黄芩^炒、浙贝母、海螵蛸各 15g，柴胡^{醋炒}、川楝子、香附^炙各 10g，甘草 5g。具有养阴疏肝，和胃止痛的功效。（证据级别：低 推荐等级：弱）

证据描述：一项关于 CNAG 胃阴不足证临床研究表明，一贯逍遥汤治疗组证候疗效总有效率更高，在缓解 CNAG 胃脘灼痛、嘈杂、口干、大便干结，改善焦虑、抑郁状态方面均优于养胃舒胶囊对照组^[73]。

中成药

① 养胃舒胶囊（证据级别：低 推荐等级：弱）

【成份】由党参、陈皮、黄精^蒸、山药、玄参、乌梅、山楂、北沙参、干姜、菟丝子、白术^炒组成。

【适应症】滋阴养胃；适用于胃脘灼热胀痛，隐隐作痛者。

【用法用量】口服，3 粒/次，2 次/d。

证据描述：一项多中心临床研究表明，泮托拉唑+克拉霉素+甲硝唑标准三联疗法（PCM）联合养胃舒虽不能明显提高对 *H. pylori* 相关慢性胃炎的 *H. pylori* 根除率，但在改善腹痛、腹胀症状方面优于单一 PCM 对照组^[74]。

6.3.2 中药单体/单药

(1) 蒲公英甾醇：研究发现，与模型组相比，蒲公英甾醇可改善脾胃湿热型 *H. pylori* 感染相关胃炎小鼠的状态，使其胃黏膜损伤减轻、*H. pylori* 定植减少以及血清 IP-10 和 IFN- β 水平、NOD1 和 RIP2 mRNA 表达量及 p-p65 蛋白表达均降低，提示其可能通过调控 NOD1/NF- κ B 通路，一定程度改善 *H. pylori* 相关胃炎小鼠脾胃湿热证状态、抑制炎症反应是其可能的作用机理^[75]。药理研究也表明，蒲公英甾醇具有抗炎、抗氧化、抗凋亡以及抗肿瘤等作用^[76]。

(2) 黄芪多糖：研究表明，黄芪多糖能通过上调抑凋亡蛋白 Bcl-2 表达，降低促凋亡蛋白 Bax 和 Caspase-3 表达，从而修复乙醇诱导的大鼠胃黏膜损伤，显著降低胃黏膜病理损伤评分，且呈量效依赖关系^[77]。

(3) 黄连素：研究显示，与生理盐水和布氏肉汤对照组比较，*H. pylori* 感染细胞活力显著下降，炎症因子 IL-1 β 、IL-8、IL-4、IL-10 水平和凋亡率以及 Bax 和 Cl-caspase-3 表达显著增加；黄连素可一定程度促进 *H. pylori* 感染模型小鼠胃黏膜上皮细胞成活率，抑制其凋亡与炎症反应且呈量效关系，从而减轻 *H. pylori* 对胃黏膜上皮细胞的损伤^[78]。

6.3.3 针对性选择用药

治疗中除以上方剂或中成药外，仍可根据 CNAG 的生理病理特点，针对不同病因与病理改变选择相应药物进行针对性治疗：①**根除 *H. pylori* 感染**：湿邪与 *H. pylori* 感染或重复感染密切相关，亦可对胃黏膜黏液层中多种炎症因子表达产生影响^[79]，湿热内环境利于 *H. pylori* 滋生，故根除 *H. pylori* 感染对因治疗中，可选泽泻、猪苓及南药救必应、火炭母、药食同源的荠菜等清热利湿化浊；白术、茯苓、薏仁、苍术、党参健脾祛湿；藿香、佩兰、砂仁、郁金、石菖蒲芳香化湿开窍。②**减轻炎症反应**：清热解毒类中药含黄酮、生物碱、多糖、有机酸等多种有效化学成分，能抗炎、提高免疫力，根据病情可适当选蒲公英、土茯苓等以减轻胃黏膜的炎症反应。③**抑酸保护胃黏膜**：临床常用海螵蛸、浙贝母、珍珠母、瓦楞子^煅、龙骨^煅、牡蛎^煅等制酸和胃之品以中和胃酸，达到保护胃黏膜的目的。④**促进胃黏膜修复**：救必应、石斛具有防治胃肠黏膜损伤和促进受损黏膜修复的作用^[80,81]；中药治疗亦可选白及、赤石脂以及黄芪配伍桔梗、石膏佐以知母等药对，以奏托脓敛疮生肌之效。口服康复新液、云南白药亦可起促进黏膜修复的作用。⑤**改善胃肠动力**：可选陈皮、大腹皮、枳壳、枳实行气宽中、消痞导滞，亦可选布渣叶^[82]、莱菔子、白豆蔻^{后下}化湿行气、消食化滞。⑥**促进消化**：可选神曲、麦芽^炒、鸡内金、山楂^炒等消食健胃之品，以及健胃消食片、神曲消食口服液等。⑦**缓解焦虑抑郁状态**：肝气不疏者可选四逆散、柴胡疏肝散、逍遥散，亦可治疗中酌加香橼、佛手、合欢花、素馨花、玫瑰花等疏肝行气之品。

6.4 中医适宜技术^[83,84]：

包括针刺、推拿、穴位贴敷、埋线、艾灸、刮痧等。

6.4.1 针刺疗法

① 体针：

常用取穴：中脘、内关、胃俞、足三里，以 1.5 寸毫针刺入。

穴位加减及操作方法：脾胃湿热者加曲池、内庭、丰隆清热化湿，用泻法；脾胃虚弱者加脾俞、公孙补脾益胃，用补法；脾胃虚寒者加神阙、气海、脾俞温中散寒，用补法；肝胃不和者加肝俞、太冲、行间疏肝和胃，用泻法；胃阴不足者加太溪、三阴交、胃俞滋阴养胃，用补法，每日或隔日 1 次。亦有温针灸法取穴中脘、关元、足三里、内关、公孙以健脾和胃、调理中焦^[85]。火针灸法取穴中脘、足三里、内关、公孙、脾俞、胃俞等扶正祛邪、疏通经络。注意期门、膈俞等穴不可直刺、深刺，以免伤及内脏。

② 指针：

常用取穴：中脘、至阳、足三里等穴。

操作方法：以双手拇指或中指点压、按揉，力度以患者能耐受并感觉舒适为度；同时令病人行缓慢腹式呼吸。

③ 耳针：

常用取穴：神门，胃，交感，十二指肠，肝，脾。

操作方法：每次选 3~5 穴，毫针刺用中等强度，留针 30 分钟，亦可用揠针埋藏或王不留行籽贴压。

6.4.2 穴位疗法

① 穴位贴敷：温胃膏（附子、肉桂、炮姜、小茴香、丁香、木香、香附、吴茱萸各 2g，麝香^{另研} 0.3g），共研细末，用生姜汁调和成软膏状，用时先将麝香置入神阙内，再将铜钱大小药丸敷于麝香上，外加胶布固定。每日换药 1 次，10 天为 1 疗程。适用于脾胃虚寒胃痛。偏于肝气犯胃者，取肝俞、胆俞、脾俞为主穴，每次可选足三里或内关作配穴，1 疗程未愈者，可休息 5 天后继行下 1 疗程。肝胃不和者可将厚朴、枳实研细末、用姜汁或葱汁调和，敷与神阙穴，用纱布覆盖，胶布固定，每日换药 1 次。

② 穴位埋线：中脘、足三里、肝俞、胃俞、脾俞、至阳，行常规穴位埋线，每次 1~3 穴为宜，同一穴位做多次应偏离前次治疗部位。每 2~4 周埋线 1 次，3~5 次为 1 疗程；适用于肝胃不和与脾气虚者。注意消毒止血，防止针口感染。

6.4.3 灸法：

① 灸神阙：先用细盐将肚脐填平，取块厚约 0.2~0.3cm 姜片以粗针刺数个小孔后置于盐上，取清艾绒撮捏成圆锥状花生米大小置于姜片上点燃，燃尽后可易炷再灸；每日灸 5~7 炷，连续 20~30 天。

② 灸足三里：在足三里涂少量凡士林以便粘住艾炷，将大小适宜的艾柱置于穴位点燃，当艾柱燃剩 2/5 或 1/4 且患者感到微有灼痛时即可易柱再灸，可连灸 5~7 炷；也可用艾条熏灼足三里穴，连灸 10~15 天为一疗程。

③ 艾灸：适用于脾胃虚寒、脾气虚或中老年人胃脘隐痛、食欲不振者，可用艾条温和灸中脘、梁门、足三里。取艾条点燃后直对准穴位，距离以患者耐受为度；灸 10~15 分钟使皮肤出现红晕而不烫伤，每 2~3 天 1 次，症状减轻后适当减少施灸次数；若患者腹中冷痛加灸神阙、公孙。

6.4.4 推拿疗法：对缓解 CNAG 胃痛、腹胀、便秘疗效较佳。取中脘、上脘、足三里、脾俞、胃脘，可选一指禅推法、揉按法、摩法、擦法。患者取仰卧位，于上脘、中脘施一指禅推法，足三里施按揉法，上腹施摩法。肝胃不和者加膻中、期门、章门揉按加两肋擦法；脾胃虚寒或胃阴不足者加气海、关元揉按加背部脾俞至骶部八髎穴擦法。

6.4.5 刮痧疗法：适用于 CNAG 之实证、热证。具体方法为在上、中、下脘和胸骨柄及脊椎两侧，以 75%乙醇消毒后，用牛角由上往下刮动，重复 20~30 次，力度适中，以皮肤出现紫红色皮下出血为度。

6.5 中西医结合治疗要点

6.5.1 西医思维，中医对策：西医通过胃镜、实验室检查等，结合患者自身的疾病和用药史以明确 CNAG 病因，能直观地观察病变部位的情况。*H. pylori* 感染为 CNAG 发病重要因素，*H. pylori* 定植于胃黏膜上皮表面和或黏液底层，释放尿素酶、空泡毒素等破坏黏膜屏障，释放炎症介质导致胃黏膜炎性损伤，进一步迁延加重造成糜烂、出血。针对不同阶段可予以相应中药对症治疗。初期 *H. pylori* 感染多因湿热之邪侵淫，可酌情予以运脾化湿、清热利湿或在四君子汤基础上对症加减治疗，以助 *H. pylori* 根除；胃黏膜炎症阶段，可予以清热解毒类中药以减轻黏膜炎症反应；糜烂、出血阶段则可予以敛疮生肌止血中药以促进黏膜修复。对于疾病过程中出现消化不良、食欲下降等，可予以行气除痞消食中药如陈皮、莱菔子^炒、六神曲^焦等，或保和丸等以改善胃肠动力、促进消化。对于胃酸分泌过多的反酸、烧心者，可予以海螵蛸、珍珠母等制酸和胃之品中和胃酸、保护胃黏膜以缓解症状。对于伴焦虑抑郁者可根据病情选四逆散、柴胡疏肝散、逍遥散等，亦可治疗中酌加香橼、合欢花、素馨花等疏肝行气之品以缓解焦虑抑郁状态。

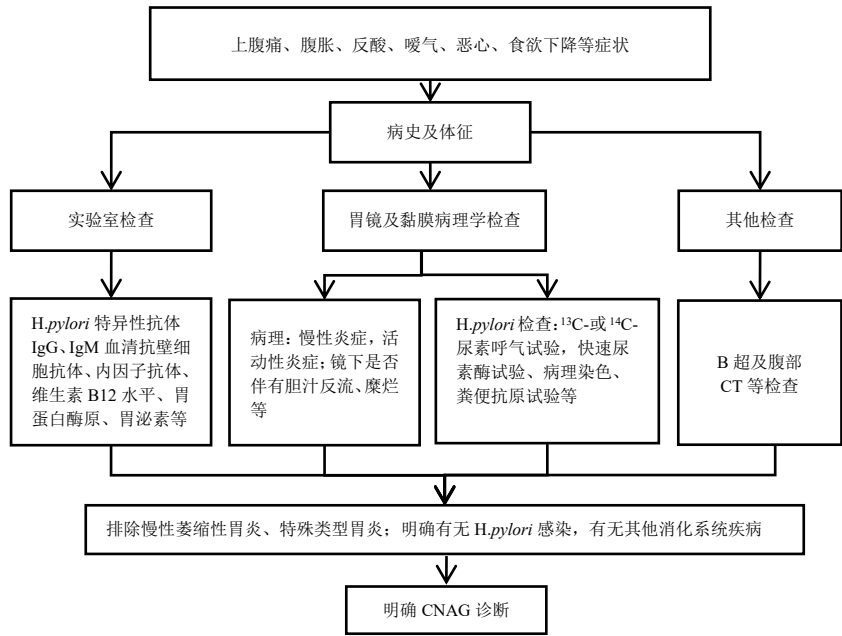
6.5.2 中医思维，西医对策：CNAG 属中医“胃痛”、“胃痞”、“嘈杂”、“吐酸”等范畴，其主要病机为肝郁气滞、胃气上逆、脾胃失运、湿浊或湿热内阻，针对其病机特点可运用西药辨“证”治疗。如肝气郁滞者可因情绪不佳症状加重，该类患者多因工作生活压力过大等处于焦虑抑郁状态或伴随情绪调节功能障碍，此时可施以心理疏导并酌情予以抗抑郁、调节睡眠西药；对于胃气上逆，痞满气滞见脘腹闷胀、嗝气、便秘者，对应西医胃肠功能失调、动力不足，可予以胃肠功能调节剂及促胃肠动力剂；脾胃运化失常者多表现为消化不良、食欲下降，此时可予以调节胃肠道菌群药物和消化酶等以缓解症状；脾失健运，日久易致湿浊内阻，湿邪日久化热则见烧心、反酸、口黏苦、大便粘滞等症，针对此类患者，一则可遵医嘱适当短期服抑酸或制酸剂，二则应注意行相应检查明确有无 *H. pylori* 感染，若明确 *H. pylori* 感染可予以对应的四联疗法予以根除。

6.5.3 病证合参，中西医结合治疗：实行病证结合个体化中西医结合治疗方案，对提高临床疗效大有裨益。众多研究表明，中医各证型与不同胃黏膜病变之间存在相应联系。如脾胃湿热证内镜下多见充血水肿、糜烂，亦多见 *H. pylori* 感染，故以清热利湿，理气和中为法，联合抑酸、保护胃黏膜、抗炎、除菌治疗；肝胃不和证多伴焦虑抑郁状态、胃肠功能紊乱、胆汁反流等，在疏肝和胃基础上，配合抗抑郁、抗焦虑、促胃肠动力、胆汁结合剂等药物；肝郁日久易化热，肝胃郁热者内镜下多见糜烂和散在出血点，在清肝和胃的同时可结合保护胃黏膜、生肌止血西药；脾胃气虚及脾胃虚寒证者，其胃肠功能低下、抵抗力下降，故温中健脾、补气和胃结合促进胃肠功能、提高免疫力西药，治疗效果更佳；胃阴不足证镜下多见充血水肿或兼少许糜烂，可将养阴益胃、缓急止痛与抑酸、消炎治疗相结合以提高疗效。总之，针对不同个体，采取中医辨证与症状、体

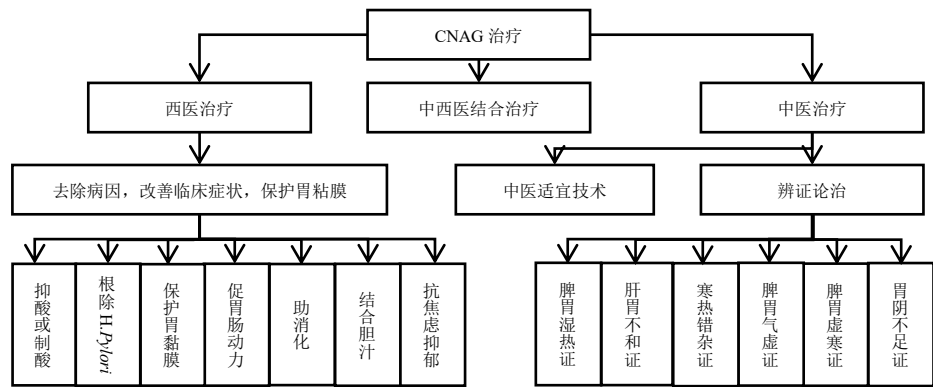
征、病史、用药史、生活饮食习惯以及镜下病理、实验室检查结果相结合，做到辨证施治，方随证变，发挥个体化以及中医内、外治疗法等综合治疗的优势[86]。

6.6 诊疗流程图

6.6.1 诊断流程图



6.6.2 治疗流程图



7 疗效评定标准： CNAG 疗效评价标准包括：主要症状疗效评价、证候疗效评定、生存质量评价；临床疗效评价当结合以上标准进行综合判断。

7.1 CNAG 主要症状疗效评价标准

(1)主要症状单项纪录： 分为 0、I、II、III 共 4 级如下：**0 级：** 没有症状，积 0 分。**I 级：** 症状轻微，不影响日常生活和工作，积 2 分。**II 级：** 症状中等，部分影响日常生活和工作，积 4 分。**III 级：** 症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作，积 6 分。

(2) 主要症状单项评价： 主要单项症状分为痊愈、显效、进步、无效、恶化共 5 级。

(3)主要症状记录与评价： 主要症状包括：胃痛（隐痛、胀痛或灼痛）、餐后上腹胃脘部饱胀、反酸嘈杂、嗳气。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有效：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。以痊愈和显效病例数计算总有效率。

(4)主要症状疗效量化分级:使用时根据各主要症状积分的权重，分别赋予不同分值。本主要症状量化分级表，参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会“慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)”^[1]和“胃肠疾病中医症状评分表”^[87]，制定如下（表 1）：

表 1 CNAG 主要症状评分量化分级表

症状	I级（2 分）	II级（4 分）	III级（6 分）
胃痛（灼痛、胀痛、隐痛或空腹痛）	每天偶有胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛，1h 内可自行缓解。	每天时有胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛，持续 1~3h 方可缓解。	每天明显胃脘灼痛、或胀痛、或隐痛、或空腹痛，甚则疼痛难忍，每次持续>3h，服药后才能缓解。
脘腹饱胀	偶有早饱，或食后脘腹微胀，0.5h 内减轻或消失，不影响食欲和食量，无需服对症药。	食则早饱，或食后脘腹胀痞 0.5-1h 较甚，稍影响食欲和食量，或需服对症药。	持续早饱，食后脘腹胀痞更甚，2h 内仍不好转，明显影响食欲和食量，或服对症药效果不佳。
烧心、反酸	每天偶有烧心、反酸，每次不超过 1h。	经常烧心、反酸，1-2h 可缓解。	明显烧心、反酸，持续>2h，需服药方可缓解。
嗝气	偶有嗝气，每日<4 次。	经常嗝气，每日 4-10 次。	频繁嗝气，每日>10 次。

7.2 CNAG 中医证候疗效评定标准

(1)疗效判断：采用尼莫地平法计算，疗效指数=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%。①临床痊愈：主要症状消失或基本消失，疗效指数≥95%；②显效：主要症状明显改善，70%≤疗效指数<95%；③有效：主要症状明显好转，30%≤疗效指数<70%；④无效：主要症状无明显改善，甚或加重，疗效指数<30%。

(2)证候疗效量化分级:使用时根据各中医证候疗效在积分中的权重，分别赋予中医主要症状和次要症状不同分值。结合 CNAG 临床具体症状制定中医证候主要症状评分量化分级表（表 2），中医证候次要症状评分量化分级表（表 3）：

表 2 CNAG 中医证候主要症状评分量化分级表

主要症状	I级（2 分）	II级（4 分）	III级（6 分）
胃脘疼痛	胃脘灼痛或胀痛或隐痛或空腹痛>3 日发作 1 次，时作时止；或嗝气或矢气或得食或得温则减；1h 内可缓解；不影响工作及生活。	胃脘灼痛或胀痛或隐痛或空腹痛，2-3 日发作 1 次；情绪波动后明显或饥时痛剧或时喜温按；1-3h 内可缓解；影响工作及生活。	胃脘灼痛或胀痛或隐痛或空腹痛。每日发作，情绪波动明显加重或饥时明显痛剧>3h 方可缓解，或绵绵脘痛不休，遇劳则发或喜温喜按；严重影响工作及生活。
脘腹胀痞	>3 天发作 1 次，食后明显，时作时止，1h 内缓解，不影响日常生活。	2-3 天发作 1 次，食后明显，发作频繁；1-4h 内缓解，部分影响日常生活。	每天发作；食后明显，>4h 才缓解甚至整天不能缓解；影响工作及生活。
口黏且苦	偶觉口黏或苦，不影响进食。	时觉口黏或苦，稍影响进食。	持续口黏或苦，明显影响进食。
胀痛连胁	每日偶有胀痛连胁，1h 内可自行缓解。	每日经常胀痛连胁较频，程度可忍，持续 1-3h 方能缓解。	每日胀痛连胁频作，每次持续>3h，程度多不能忍受，需服药后才能缓解。
嘈杂反酸	胃中微觉嘈杂反酸，>3 日发作 1 次，1h 内可缓解，作息不受影响。	嘈杂反酸明显，2-3 日发作 1 次，1-3h 内可缓解，生活作息受影响。	嘈杂反酸较甚，每日发作，>3h 方缓解甚至终日不缓解，生活作息明显受影响。
嗝气	偶有嗝气，每日≤4 次。	经常嗝气，每日 4-10 次。	频繁嗝气，每日>10 次。
饥不欲食、食后胀甚	偶有饥饿感而不欲食，食后偶感胃脘胀痞。	时有饥饿感而不欲食，食后时感胃脘胀痞。	常有饥饿感而不欲食，食后常感胃脘胀痞。

痛喜温按	胃脘轻微隐痛，怕进食生冷，喜暖；偶有四肢不温，无需添加衣被。	胃脘隐痛绵绵，得温可减；进食生冷疼痛明显；四肢欠温，较常人稍多加衣被。	胃脘隐痛不休，空腹痛甚，喜温喜按，进食冷易患病，四肢冰冷，较常人需多加衣被。
泛吐清水	偶见泛吐清水，量不多。	时泛吐清水，量较多。	频频泛吐清水，量明显增多。

表 3 CNAG 中医证候次要症状评分量化分级表

次要症状	I级（1分）	II级（2分）	III级（3分）
大便粘滞不爽	大便粘滞不爽，每次排便<15min。	大便粘滞不爽，每次排便需 15-30min。	大便粘滞不爽难解时，每次排便>30min。
呕恶	偶有恶心，无物吐出，每日≤2 次。	经常恶心，每天 3-4 次，时吐涎沫或少量食物残渣。	明显恶心，多伴呕吐，并吐出食物残渣，每天>4 次。
肢体困重	偶觉肢体困重，1h 内可自行缓解。	时觉肢体困重，轻度影响工作，2-3h 才能缓解。	持续感肢体困重，明显影响工作，休息后也难以缓解。
善太息	情绪不畅，偶有善太息。	情绪不畅，时有善太息。	情绪不畅，经常善太息。
食欲不振	每日进食乏味，但基本保持原食量	无食欲，食量较前减少 1/3 左右。	厌恶进食，食量较前减少 1/2 以上。
渴不欲饮	每日偶觉口渴但不欲饮。	每日常觉口渴但不欲饮。	每日持续口渴但不欲饮。
神疲懒言	不喜多言，不问不答，能坚持工作。	懒言，多问少答，工作能力下降。	倦卧而不喜言语，工作能力明显下降。
倦怠乏力	精神不振，不耐劳力，尚可坚持日常轻体力活动。	精神较为疲乏、倦怠思睡，只能勉强支持日常轻体力活动。	精神极度疲乏，身体和四肢均感无力，不能坚持日常生活轻体力活动。
便溏	大便稀溏、或初硬后溏，2-3 次/日，甚者反复 2 个月左右。	大便稀溏、或轻度完谷不化，3-4 次/日，甚者持续 2 个月左右。	大便完谷不化，4 次>日；甚或飧泄不止，持续 2 个月以上。
四末不温	偶有四末不温。	经常四末不温。	长年四末不温。

7.3 生存质量评价：目前国内较普遍采用尼平消化不良指数(Nepean dyspepsia index, NDI)、汉化版 SF-36 健康调查量表、“基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局评价量表”等进行评价^[2,88]。患者报告结局指标（Patient reported outcomes, PRO）作为在健康相关生存质量上评价慢性疾病较为实用的评价指标，在中医临床疗效的评价中已逐渐得到认可。CNAG 作为临床常见慢性病，病情反复常常会影响患者的生存质量，加重生活负担；具有中医特色脾胃系疾病 PRO 量表对于评价 CNAG 相关症状、体征和临床疗效均具有一定的借鉴意义，为更有效地提高患者生存质量提供新的思路。

7.4 其他：CNAG 治疗也应着重关注患者的精神心理因素，对于存在焦虑抑郁状态以及一定程度精神心理障碍者，可以采用 Hamilton 焦虑他评量表（HAMA）、Hamilton 抑郁他评量表（HAMD）及症状自评量表（Symptom check list-90, SCL-90），对其精神心理状态和疗效进行评定。

8 转归：CNAG 预后良好，经规范治疗一般可好转痊愈。但对于有胃癌家族史、食物营养单一、常食熏制或腌制食品的患者，应警惕其胃黏膜进一步萎缩、肠化并向胃癌的进展；应定期进行胃镜检查，及时发现早期胃癌，积极治疗。

9 饮食和生活方式调摄：饮食方面：平素宜淡、衡、软、温、缓、细，避免过于粗糙、浓烈、辛辣的食物；食物应多样化，多食时令新鲜果蔬，补充多种营养物质，少食腌制、熏制、富含亚硝酸盐的食物；避免长期大量饮酒、吸烟；避免服用易损伤胃黏膜的非甾体抗炎药等，不可避免时则应同时服用胃黏膜保护剂。生活方式方面：建立良好

的心理状态，保持乐观、积极的生活态度，保持充足的睡眠，进行适当的体育运动；提倡使用公筷及分餐制，避免不良喂食习惯，以减少 *H. pylori* 在家庭内的感染与传播。

附 录

缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
CNAG	Chronic non-atrophic gastritis	慢性非萎缩性胃炎
<i>H. pylori</i>	<i>Helicobacter pylori</i>	幽门螺旋杆菌
Hp-UBT	Hp-urea breath test	Hp 尿素呼气试验
NDI	Nepean dyspepsia index	尼平消化不良指数
PRO	Patient reported outcomes	患者报告结局指标
SAT	Stool antigen test	粪便抗原试验
SCL-90	Symptom check list-90	症状自评量表

GRADE 系统推荐强度等级

采用 GRADE 方法对纳入中药方剂或中成药的有效性和安全性的证据体进行汇总和质量评价。根据 GRADE 方法，将证据质量分为高、中、低、极低四个等级（表 1）。在证据分级过程中，考虑五个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚，以及三个升级因素——效应量大、剂量反应关系、可能的混杂因素。基于专家意见和后续的讨论达成共识，形成结果总结表，以呈现证据等级分级，最后通过证据总结表呈现证据，并参照 GRADE 系统对推荐级别的分级（表 4），结合专家意见，得到初步的推荐意见。GRADE 推荐强度分级与定义见表 5。

表 4 GRADE 证据质量的描述

证据分级	代码	说明
高质量	A	非常确信真实的效应值接近估计值
中等质量	B	对效应估计值有中等程度信心：真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性
低质量	C	对效应估计值的确信程度有限：真实值与估计值可能有很大差别
极低质量	D	对效应估计值几乎没有信心：真实值与估计值可能有很大差别

表 5 GRADE 推荐强度分级的定义

定义	强推荐	弱推荐
对患者	几乎所有患者均会接受所推荐的方案；此时若未接受推荐，则应说明。	多数患者会采纳推荐方案，但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用。
对临床医生	应对几乎所有患者都推荐该方案；此时若未给予推荐，则应说明。	应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现他偏好与价值观的决定。
对政策制定者	该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去	制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与

证据质量评价与推荐标准

由经过专业培训的指南制定人员应用质量评估工具对纳入研究的方法学质量进行评价,不确定之处则咨询高资历专家。使用 Cochrane 偏倚风险评估工具 2.0(ROB 2.0)^[89]对纳入的 RCT(randomized controlled trial, RCT)进行偏倚风险评估。评估主要有 5 个领域,随机过程中产生的偏倚、偏离既定干预的偏倚、结局数据缺失的偏倚、结局测量的偏倚、结果选择性报告的偏倚,每项内容被判定为高偏倚风险、可能存在偏倚风险、低偏倚风险。采用纽卡斯尔-渥太华量表(Newcastle-Ottawa scale, NOS)^[90]对非 RCT 进行评价。

NOS 评分量表包括研究对象的选择、可比性、暴露因素 3 方面的内容,评分范围 0~9 分,大于 6 分为高质量文献。采用 AMSTAR-2 量表^[91]对系统评价/Meta 分析进行评价,分别对 16 个项目进行评估,设定 2、4、7、9、11、13、15 为关键条目。评价等级标准为非关键条目 ≤ 1 个与标准不一致为高,非关键条目 > 1 个与标准不一致为中。关键条目 ≤ 1 个不一致,伴或不伴非关键条目与标准不一致为低,关键条目 > 1 个不一致,为伴或不伴非关键条目与标准不一致为极低。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性非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(01): 1-8.
- [2] Du Y, Bai Y, Xie P, et al. Chinese Chronic Gastritis Research group. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey[J]. BMC Gastroenterol. 2014 Feb 7;14:21.
- [3] 中华医学会消化病学分会, 中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组. 中国慢性胃炎诊治指南(2022 年,上海)[J]. 中华消化杂志, 2023, 43(03): 145-175.
- [4] Yu C, Qiu J, Xiong M, et al. Trends in Helicobacter pylori-related gastric ulcer research from 2012 to 2022: A bibliometric and visual analysis[J]. Front Med (Lausanne). 2022 Nov 23;9:1027534.
- [5] Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process--First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention[J]. Cancer Res. 1992, 52(24): 6735-40.
- [6] 柯晓, 王清泉. 慢性浅表性胃炎中医药疗效评价述评[J]. 中医杂志, 2015, 56(22): 1927-1930.
- [7] 王永炎, 严世芸 主编. 实用中医内科学[M]. 第二版. 上海:上海科学技术出版社, 2009: 266-277.
- [8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2011 天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6):738-743.
- [9] Kinoshita Y, Chiba T; FUTURE Study Group. Characteristics of Japanese patients with chronic gastritis and comparison with functional dyspepsia defined by ROME III criteria: based on the large-scale survey, FUTURE study. Intern Med. 2011;50(20):2269-2276.
- [10] Sonnenberg A, Lash RH, Genta RM. A national study of Helicobacter pylori infection in gastric biopsy specimens. Gastroenterology. 2010;139(6):1894-e12.
- [11] Marshall BJ, Armstrong JA, McGeachie DB, et al. Attempt to fulfil Koch's postulates for pyloric Campylobacter. Med J Aust. 1985;142(8):436-439.
- [12] Hoepler W, Hammer K, Hammer J. Gastric phenotype in children with Helicobacter pylori infection undergoing upper endoscopy. Scand J Gastroenterol. 2011;46(3):293-298.
- [13] Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report[J]. Gut. 2017, 66(1):6-30.
- [14] 葛均波, 徐永健, 王辰 主编. 内科学[M]. 第 9 版. 北京:人民卫生出版社, 2018: 354-356.
- [15] Bordin DS, Voynovan IN, Andreev DN, et al. Current Helicobacter pylori Diagnostics[J]. Diagnostics (Basel). 2021, 11(8):1458.
- [16] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性胃炎中医诊疗专家共识 (2023) [J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(12):5904-5911.
- [17] Kinoshita Y, Chiba T; FUTURE study group. Therapeutic effects of famotidine on chronic symptomatic gastritis: subgroup analysis from FUTURE study. J Gastroenterol. 2012;47(4):377-386.
- [18] Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD001960.
- [19] Sugano K, Choi MG, Lin JT, et al. Multinational, double-blind, randomised, placebo-controlled, prospective study of esomeprazole in the prevention of recurrent peptic ulcer in low-dose acetylsalicylic

acid users: the LAVENDER study. *Gut*. 2014;63(7):1061-1068.

[20] Tozawa K, Oshima T, Okugawa T, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of rebamipide for gastric mucosal injury taking aspirin with or without clopidogrel. *Dig Dis Sci*. 2014;59(8):1885-1890.

[21] Kim JH, Park SH, Cho CS, et al. Preventive efficacy and safety of rebamipide in nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced mucosal toxicity. *Gut Liver*. 2014;8(4):371-379.

[22] 刘文忠, 谢勇, 陆红, 等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. *胃肠病学*, 2017, 22(06):346-360.

[23] 孙佳娜, 吴建男, 郑优优. 探讨复方嗜酸乳杆菌不同干预时机与四联疗法在根除 Hp 失败补救治疗中的作用[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2022, 30(02):143-147.

[24] Poonyam P, Chotivitayatarakorn P, Vilaichone RK. High Effective of 14-Day High-Dose PPI-Bismuth-Containing Quadruple Therapy with Probiotics Supplement for Helicobacter Pylori Eradication: A Double Blinded-Randomized Placebo-Controlled Study[J]. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019, 20(9):2859-2864.

[25] 杨元生, 彭卫斌, 容海鹰, 等. 益生菌对 Hp 根除及其后续胃黏膜病理变化的影响研究[J]. *中华全科医学*, 2019, 17(05):749-751.

[26] Georgopoulos SD, Xirouchakis E, Martinez-Gonzales B, et al. Randomized clinical trial comparing ten day concomitant and sequential therapies for Helicobacter pylori eradication in a high clarithromycin resistance area[J]. *Eur J Intern Med*. 2016, 32:84-90.

[27] 谢欣城, 张永乐, 陈数荣, 等. 荆花胃康胶囊和复方嗜酸乳杆菌片联合标准四联疗法根除 Hp 的疗效及安全性分析[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2021, 29(01):45-47.

[28] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组. 第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告（非根除治疗部分）[J]. *胃肠病学*, 2022, 27(05):289-304.

[29] Sakamoto C, Ogoshi K, Saigenji K, et al. Comparison of the effectiveness of geranylgeranylacetone with cimetidine in gastritis patients with dyspeptic symptoms and gastric lesions: a randomized, double-blind trial in Japan. *Digestion*. 2007;75(4):215-224.

[30] Talley NJ, Riff DS, Schwartz H, et al. Double-blind placebo-controlled multicentre studies of rebamipide, a gastroprotective drug, in the treatment of functional dyspepsia with or without Helicobacter pylori infection. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001;15(10):1603-1611.

[31] Pittayanon R, Yuan Y, Bollegala NP, et al. Prokinetics for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10(10):CD009431.

[32] Veldhuyzen van Zanten SJ, Jones MJ, Verlinden M, Talley NJ. Efficacy of cisapride and domperidone in functional (nonulcer) dyspepsia: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(3):689-696.

[33] 吴斌, 吴逢波, 于磊, 等. 伊托必利对比多潘立酮治疗功能性消化不良的 Meta 分析[J]. *中国药房*, 2010, 21(22):2081-2083.

[34] 上海市泌特临床协作组. 复方阿嗟米特肠溶片治疗消化不良的多中心、随机、双盲、安慰剂平行对照临床研究[J]. *胃肠病学*, 2005,(02):83-87.

[35] 谢日升, 曾光. 铝碳酸镁片联合莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎疗效的 Meta 分析[J]. *中国药业*,

2016, 25(07):27-30.

- [36] Talley NJ, Locke GR, Saito YA, et al. Effect of Amitriptyline and Escitalopram on Functional Dyspepsia: A Multicenter, Randomized Controlled Study. *Gastroenterology*. 2015;149(2):340-9.e2.
- [37] 李勇. 连朴饮合半夏泻心汤辅治慢性浅表性胃炎脾胃湿热证临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(02):226-227.
- [38] 陈小钦, 徐志雄, 贺明清. 连朴饮合柴芩泻心汤加减在脾胃湿热型慢性浅表性胃炎患者中的疗效分析[J]. 中国处方药, 2018, 16(09):97-98.
- [39] 张李梅. 祛湿清热汤治疗慢性非萎缩性胃炎(脾胃湿热证)的临床研究[D]. 成都中医药大学, 2020.
- [40] 高胜芬. 三九胃泰颗粒联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗慢性浅表性胃炎的效果及安全性分析[J]. 临床医学, 2017, 37(08):113-114.
- [41] 韩树堂, 陈静, 田旭东, 等. 七蕊胃舒胶囊对慢性浅表性胃炎伴糜烂湿热瘀滞证随机、双盲、多中心平行对照临床试验[J]. 世界中医药, 2022, 17(10):1435-1439.
- [42] 华自森, 余军, 刘俊. 柴胡舒肝散加减治疗肝胃不和型慢性非萎缩性胃炎合并焦虑、抑郁患者的临床疗效观察[J]. 四川中医, 2021, 39(04):106-110.
- [43] 张美颖, 刘鹏, 杜梅. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎患者的临床疗效及机制[J]. 世界中医药, 2019, 14(11):2978-2982+2987.
- [44] 钱梦烨. 胃炎 2 号方治疗肝胃不和型慢性非萎缩性胃炎的临床疗效观察[D]. 南京中医药大学, 2021.
- [45] 张涛, 苏晓兰, 张涛, 等. 气滞胃痛颗粒联合标准四联治疗 Hp 阳性慢性胃炎患者的临床效果分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(08):529-532.
- [46] Su Q, Chen SL, Wang HH, et al. A Randomized, Double-Blind, Multicenter, Placebo-Controlled Trial of Qi-Zhi-Wei-Tong Granules on Postprandial Distress Syndrome-Predominant Functional Dyspepsia[J]. *Chin Med J (Engl)*. 2018, 131(13):1549-1556.
- [47] 张北华, 付万发, 杨祖福, 等. 快胃片治疗慢性浅表性胃炎上腹痛的有效性和安全性: 一项多中心、随机、双盲、双模拟对照研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(10):775-780.
- [48] 崔丹阳, 巩阳. 对比观察革铃胃痛颗粒与气滞胃痛颗粒对肝胃不和型非萎缩性胃炎的临床疗效和起效时间[J]. 中华消化杂志, 2019(06):412-414.
- [49] 王婷婷, 叶新彬, 金向红, 等. 胃苏颗粒治疗 HP 感染慢性胃炎的疗效及对炎症因子、COX-2、E-cadherin 的影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(02):119-122.
- [50] 毕超, 陈仕武, 刘祥, 等. 猴头健胃灵片治疗慢性胃炎的疗效分析[J]. 中国处方药, 2018, 16(01):80-81.
- [51] 古丽那扎尔, 王苗, 米娜瓦尔·胡加艾合买提. 左金丸合化肝煎治疗肝胃郁热型慢性浅表性胃炎的疗效及安全性观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(35):3944-3946.
- [52] 杨月. 清胃散合金铃子散加味治疗 CNAG(肝胃郁热证)的临床观察[D]. 长春中医药大学, 2020.
- [53] Zhang CX, Guo LK. Dalitong granule combined with electroacupuncture in the treatment of functional dyspepsia: A randomized controlled trial[J]. *Chin J Integr Med*. 2015 Oct;21(10):743-50.
- [54] 张鼎轩. 半夏泻心汤治疗慢性非萎缩性胃炎(寒热错杂证)的临床研究[D]. 山西中医药大学,

2020.

[55] 傅小红. 柴胡桂枝干姜汤加味治疗寒热错杂型慢性非萎缩性胃炎的临床观察[D]. 河北北方学院, 2022.

[56] 杭丽. 荆花胃康胶丸联合四联疗法治疗幽门螺杆菌感染慢性非萎缩性胃炎的临床研究[D]. 南京中医药大学, 2020.

[57] 王显杰. 二陈汤加味治疗胃痞 40 例[J]. 中外医学研究, 2013, 11(19):177.

[58] 包小峰. 平胃散加减治疗慢性浅表性胃炎 98 例的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(30):98+100.

[59] 朱新影, 赵丽伟, 孟霞, 等. 香砂平胃颗粒治疗幽门螺杆菌相关性胃炎伴消化不良的近期疗效观察[J]. 中华全科医学, 2021, 19(07):1107-1110+1178.

[60] Yue P, Zhong J, Huang J, et al. The efficacy and safety of Xiangsha Liujunzi decoction in the treatment of chronic non-atrophic gastritis: A protocol for a systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore). 2021, 100(4):e24504.

[61] 卢一铭. 二白养正汤治疗幽门螺杆菌根除后慢性非萎缩性胃炎(脾胃气虚证)的临床观察[D]. 天津中医药大学, 2021.

[62] 洪浩, 陈光亮, 王钦茂, 等. 益气和胃胶囊对小鼠胃血流量及胃排空的影响[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2001(01):64-65.

[63] 洪丽莉, 汪芸. 益气和胃胶囊联合氟哌噻吨美利曲辛片对功能性消化不良伴抑郁患者的胃动力和脑肠肽的影响[J]. 中国处方药, 2021, 19(07):115-118.

[64] 厉兰娜, 王翠莲, 张义平, 等. 胃复春片治疗慢性浅表性胃炎的临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2007(05):55-56.

[65] 白庆峰, 刘菲, 拜博, 等. 胃复春联合三联疗法治疗小儿 Hp 感染相关胃炎的临床效果及对 PG 表达的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(35):116-118.

[66] 何孝明, 黄宣. 胃复春联合四联疗法治疗 H.pylori 相关性慢性非萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 世界华人消化杂志, 2017, 25(06):521-525.

[67] 孙阳. 补中益气汤加味治疗慢性非萎缩性胃炎(脾胃虚弱证)临床观察[D]. 长春中医药大学, 2019.

[68] 李国虹, 邱筱影, 陈其铭. 胃乃安胶囊治疗 HP 阳性慢性糜烂性胃炎疗效观察[J]. 中成药, 2001, (07):31-33.

[69] 王飞, 刘姝, 杨成俊, 等. 黄芪建中汤合枳实消痞丸加减对功能性消化不良伴睡眠障碍患者胃肠激素、炎症因子的变化研究[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(08):155-160.

[70] 阳磊. 温中运脾汤治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃虚寒证临床观察[D]. 广西中医药大学, 2019.

[71] 张录梅, 周熙祥, 张秋菊, 等. 温胃舒胶囊通过抑制核因子 κ B(NF- κ B)通路减轻慢性胃炎大鼠胃黏膜损伤[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2020, 36(04):297-303.

[72] 廖志远. 加减一贯煎治疗胃阴亏虚型慢性糜烂性胃炎临床观察[D]. 湖北中医药大学, 2017.

[73] 朱谊. 一贯逍遥汤治疗慢性非萎缩性胃炎(胃阴不足证)的临床研究[D]. 云南中医药大学, 2019.

[74] 王蔚虹, 胡伏莲. 温胃舒或养胃舒治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎和消化性溃疡的全国多中心临床研究[J]. 中华医学杂志, 2010(02):75-78.

- [75] 李翰嵩, 贾纯亮, 梁磊, 等. 蒲公英甾醇通过NOD1/NF- κ B通路对Hp相关性胃炎脾胃湿热证小鼠改善作用研究[J]. 中医药导报, 2021, 27(11):25-29.
- [76] 葛冰洁, 王政, 周鸿缘, 等. 蒲公英甾醇药理作用研究进展[J]. 动物医学进展, 2020, 41(09):102-105.
- [77] 陈自泓, 黄可儿. 黄芪多糖对乙醇诱导的大鼠胃黏膜损伤的修复机制[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(12):2750-2756.
- [78] 郭颖媛, 冯强, 杨运霞, 等. 黄连素对感染幽门螺杆菌小鼠胃黏膜上皮细胞损伤的影响[J]. 世界中医药, 2021, 16(18):2702-2705+2713.
- [79] 夏文娟, 邱伟, 杨振斌, 等. “湿”证与幽门螺旋杆菌感染的相关性及对胃黏液蛋白 MUCA5AC、MUC6、MUC1 表达的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(04):280-282.
- [80] 桂文琪, 方媛, 聊晓玉, 等. 基于网络药理学和体内实验验证霍山石斛治疗胃溃疡的作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(07):151-161.
- [81] 梁欣仪. 岭南中药救必应胃肠黏膜损伤修复作用机制研究[D]. 广州中医药大学, 2021.
- [82] 普舒琪. 岭南中药布渣叶总黄酮成分分析及其药效学观察[D]. 广州中医药大学, 2020.
- [83] 王启才 主编. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:106-108.
- [84] 张声生, 沈洪, 王垂杰, 主编. 中华脾胃病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016:366-368.
- [85] 蔡焕昭. 温针治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎量效关系临床观察[D]. 广州中医药大学, 2020.
- [86] 唐旭东, 王凤云, 张声生, 等. 消化系统常见病慢性非萎缩性胃炎中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(08):3613-3618.
- [87] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会(2010 苏州). 胃肠疾病中医症状评分表[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1):66-68.
- [88] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度、效度分析[J]. 中医杂志, 2009, 50(01):27-29.
- [89] STERNE J A C, SAVOVIĆ J, PAGE M J, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials[J]. BMJ, 2019: 14898.
- [90] STANG A. Critical evaluation of the Newcastle-Ottawa scale for the assessment of the quality of nonrandomized studies in Meta-analyses [J]. Eur J Epidemiol, 2010(9):603-605.
- [91] SHEA B J, REEVES BC, WELLS G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both[J]. BMJ, 2017: j4008.