

中国中西医结合学会
中华中医药学会 发布
中华医学会

萎缩性胃炎癌前病变中西医结合诊疗指南

Guideline for Diagnosis and Treatment of Chronic Atrophic Gastritis with Precancerous
Lesion of Gastric Cancer by the Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

2023-05-31 发布

2023-05-31 实施

目 次

前 言	3
引 言	6
正 文	7
1. 范围	8
2. 规范性引用文件	8
3. 术语和定义	8
4. 诊断	9
5. 风险监测与评估	13
6. 治疗	14
7. 预防和调摄	19
8. 诊疗流程图	20
附录 A 指南编制方法	21
附录 B 证据分级方法及推荐强度表述	23
附录 C 证据综合报告	25
附录 D 术语和缩略语表	31
参考文献	32

前 言

1. 起草规则

本指南按照 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》；《中国制定/修订临床诊疗指南的指导原则》有关规则制定。

本指南由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

本指南由中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所牵头制定。

2. 制定小组

指南负责人：唐旭东（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、时永全（空军军医大学第一附属医院）

执笔人：王萍（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、卞立群（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、张北华（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、尹晓岚（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、刘林（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）。

主审人：唐旭东（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、时永全（空军军医大学第一附属医院）、李军祥（北京中医药大学附属东方医院）、李鹏（首都医科大学附属北京友谊医院）、陈紫暄（上海交通大学医学院附属仁济医院）、温艳东（中国中医科学院眼科医院）、刘震（中国中医科学院西苑医院）。

讨论专家：（按姓氏拼音排序）

白光（辽宁中医药大学附属医院）、陈涤平（南京中医药大学）、陈苏宁（中国医科大学附属盛京医院）、陈紫暄（上海交通大学医学院附属仁济医院）、迟莉丽（山东中医药大学附属医院）、储浩然（安徽中医药大学第二附属医院）、党中勤（河南省中医院）、丁霞（北京中医药大学）、冯培民（成都中医药大学附属医院）、戈焰（成都中医药大学附属医院）、龚向京（江西中医药大学附属医院）、郝微微（上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院）、郭绍举（深圳市中医院）、郭晓燕（西安交通大学第二附属医院）、胡玲（广州中医药大学科技创新中心）、胡运莲（湖北省中医院）、黄恒青（福建省第二人民医院）、黄绍刚（广东省中医院）、黄穗平（广东省中医院）、季光（上海中医药大学）、柯晓（福建省第二人民医院）、孔文霞（绵阳市中医医院）、冷炎（长春中医药大学附属医院）、李慧臻（天津中医药大学第二附属医院）、李吉彦（大连市中医医院）、李军祥（北京中医药大学附属东方医院）、李理（中国中医科学院广安门医院）、李鹏（首都医

科大学附属北京友谊医院)、李学军(安徽中医药大学第二附属医院)、李延萍(重庆市中医院)、李艳彦(山西中医学院附属医院)、李岩(中国医科大学附属盛京医院)、李勇(上海市中医院)、李振华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、姜莉云(昆明市中医医院)、梁超(成都中医药大学附属医院),林江(上海中医药大学附属龙华医院)、凌江红(上海中医药大学附属曙光医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院)、刘华一(天津市中医药研究院附属医院)、刘绍能(中国中医科学院广安门医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘静生(开封市中医院)、刘启泉(河北省中医院)、刘震(中国中医科学院西苑医院)、卢瑗瑗(空军军医大学第一附属医院)、马群(海军青岛特勤疗养中心)、任顺平(山西中医学院第二中医院)、沈洪(江苏省中医院)、时永全(空军军医大学第一附属医院)、时昭红(武汉市中西医结合医院)、舒劲(甘肃中医药大学第一附属医院)、苏娟萍(山西省中医院)、孙志广(南京中医药大学)、钦丹萍(浙江中医学院附属第一医院)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、唐艳萍(天津市南开医院)、唐志鹏(上海中医药大学附属龙华医院)、田旭东(甘肃省中医院)、田耀洲(南京中医药大学附属江苏省中西医结合医院)、王邦才(浙江宁波市中医院)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、王华宁(云南省中医医院)、王凤云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、汪红兵(首都医科大学附属北京中医医院)、汪德龙(安徽中医药大学第一附属医院)、王捷虹(陕西中医药大学附属医院)、王敏(贵阳中医学院一附院)、王晓素(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、王彦刚(北京中医药大学第三附属医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、吴耀南(厦门市中医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、谢晶日(黑龙江中医药大学附属第一医院)、徐健众(重庆市中医院)、徐进康(昆山市中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨胜兰(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、鱼涛(陕西省中医院)、袁红霞(天津中医药大学)、曾斌芳(新疆医科大学)、查安生(安徽中医药大学第一附属医院)、张北平(广州中医药大学第二附属医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张烁(浙江中医药大学附属第一医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院南岗分院)、张志华(四川乐山市中医医院)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、郑培永(上海中医药大学附属龙华医院)、郑昱(青岛市中医医院)、周晓玲

（柳州市中医医院）、周正华（天津中医药大学第一附属医院）、朱西杰（宁夏医科大学）、朱莹（湖南中医药大学第一附属医院）。

引言

1. 背景信息

胃癌是世界范围内的高发肿瘤，2018 年全球胃癌新发病例约 103.3 万例，死亡约 78.3 万例。我国胃癌新发和死亡病例约占全球 42.6% 和 45.0%。胃癌的早期诊断率低，确诊患者大多已处于中晚期，严重威胁人们健康，造成巨大的医疗负担。胃癌发生之前患者长期处于胃癌前疾病和胃癌前病变（Precancerous Lesions of Gastric Cancer, PLGC）阶段，胃癌前病变一般指胃黏膜肠上皮化生（intestinal metaplasia, IM）（简称肠化生）和/或异型增生（Gastric dysplasia, DYS），以后者最为公认。异型增生通常发生在萎缩性胃炎（Chronic atrophic gastritis, CAG）和/或胃黏膜肠化生的基础上。萎缩性胃炎癌前病变的患病率在不同国家和地区存在较大差异，胃癌高发地区明显高于低发地区。我国一项全国范围调查¹显示内镜诊断萎缩性胃炎比例为 17.7%，病理诊断萎缩为 25.8%，肠化生占 23.6%，异型增生占 7.3%。萎缩的程度和范围越大胃癌发生风险越高，全胃萎缩胃癌风险增加 4.5 倍。萎缩性胃炎年胃癌发病率为 0.1%~0.25%，肠化生为 0.25%，异型增生为 1.36%²。尽早发现并治疗萎缩性胃炎癌前病变是当前防治胃癌的主要措施。

中西医诊治萎缩性胃炎癌前病变侧重不同。现代医学重视异型增生和早癌的内镜筛查和治疗。中医药侧重于临床干预，以整体调节和辨证论治的优势逐渐引起广泛关注。但由于诊断标准、评价方法、活检准确性和一致性问题，研究成果难以获得广泛认可。有必要联合中西医消化、内镜、病理等多学科专家，在整合证据的基础上，制定适合我国国情的中西医结合萎缩性胃炎癌前病变诊疗指南，促进临床诊疗规范性和诊治能力的提升。

本指南从临床诊疗实际需要出发，详细介绍萎缩性胃炎癌前病变的术语和定义、适用范围、病因病机、诊断要点、风险监测、中西医治疗等内容，突出中西医结合和多学科协作，坚持中西医并重。以供中医、西医、中西医结合医院相关科室医师参考应用。

本指南将在临床应用中进一步完善并及时进行更新。

2. 确定并构建临床问题

根据临床诊疗的关键环节，筛选出以下的主要临床问题：

2.1 诊断

2.1.1 萎缩性胃炎癌前病变如何诊断和分类？

2.1.2 萎缩性胃炎癌前病变的危险因素有哪些？

2.1.3 萎缩性胃炎癌前病变的中医病因病机是什么？

2.1.4 萎缩性胃炎癌前病变的常见中医证候有哪些？

2.1.5 如何针对萎缩性胃炎癌前病变进行风险评估？

2.2 治疗

2.2.1 萎缩性胃炎癌前病变干预的目标和定位是什么？

2.2.2 萎缩性胃炎癌前病变西医治疗方法有哪些？

2.2.3 中医药(单独应用或与西药联合使用)是否能改善萎缩性胃炎癌前病变患者的消化不良症状？

2.2.4 中医药(单独应用或与西药联合使用)是否能逆转萎缩性胃炎癌前病变患者病理组织学病变(如胃黏膜萎缩、肠化生、异型增生等)？

2.2.5 中医药(单独应用或与西药联合)是否对幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)有根除作用？

2.3 预防调摄

2.3.1 如何针对萎缩性胃炎癌前病变开展预防和调摄？

3 资金资助及利益冲突

资金资助：本指南由中国中西医结合学会立项、资助。

利益冲突：所有参与人员均声明无利益冲突。

萎缩性胃炎癌前病变中西医结合诊疗指南

1. 范围

本指南对萎缩性胃炎为背景的胃癌前病变的定义、诊断、中西医治疗、风险评估、预防调摄等作了原则性的提示。

本指南的适用对象为中医、西医及中西医结合医院相关科室医师。

2. 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本指南必不可少的条款。其中，注明日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本指南。不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改版本）适用于本指南。

GB/T 15657-2021 中医病证分类及代码

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第二部分：证候

中国胃黏膜癌前状态和癌前病变的处理策略专家共识（2020年）

中国整合胃癌前病变临床管理指南（2021年）

慢性胃炎中医诊疗专家共识意见（2017年）

慢性胃炎及上皮性肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识（2017年）

3. 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

3.1

胃癌前病变 precancerous lesion of gastric cancer

指具有恶性转化可能的病理改变，通常包括肠化生和异型增生³，其中异型增生是当前公认的胃腺癌的癌前病变，通常发生在萎缩性胃炎和/或肠化生基础上。有西方学者将萎缩、肠化生和异型增生归类为广义的胃癌前病变。本指南中的胃癌前病变主要指胃黏膜异型增生（上皮内瘤变），萎缩性胃炎、肠化生为其背景病变。

3.2

慢性萎缩性胃炎 chronic atrophic gastritis

慢性胃炎病理活检显示固有腺体萎缩，即可诊断为萎缩性胃炎，而不必考虑活检标本的萎缩块数和程度。临床医师可根据病理结果结合内镜表现，最后作出萎缩范围和程度的判断。

3.3

胃黏膜萎缩 gastric atrophy

是指胃黏膜上皮和固有腺体萎缩、数目减少。

3.4

肠化生 intestinal metaplasia

是指胃黏膜慢性炎症使固有腺体被以杯状细胞为特征的肠腺所取代。

3.5

异型增生 dysplasia

定义为组织学上明确的肿瘤上皮，没有组织浸润的证据。1978年WHO批准统一使用异型增生，分为轻、中、重度3级；2000年WHO国际癌症研究协会建议采用上皮内瘤变术语；2010年WHO推荐等同使用异型增生和上皮内瘤变，分为低级别、高级别两级；2019年WHO新版分类⁴建议在胃肠道采用异型增生，分为低级别异型增生（low grade dysplasia, LGD）和高级别异型增生（high grade dysplasia, HGD）两级。

4. 诊断

4.1 临床问题：萎缩性胃炎癌前病变如何诊断及分型？

4.1.1 推荐意见：萎缩性胃炎癌前病变诊断及分型参考《中国慢性胃炎共识意见》（2017年）及《慢性胃炎及上皮性肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识》（2017年）。

（1）临床表现

部分患者无明显症状，有症状者表现上腹不适、饱胀、疼痛等非特异性消化不良症状，还可有纳差、嘈杂、嗝气、反酸、恶心、乏力、消瘦等。上述症状的有无及程度与胃镜所见、组织学分级无明显相关性。

（2）内镜诊断

萎缩性胃炎癌前病变的诊断主要依据胃镜检查 and 病理组织学，以后者为金标准⁵。内镜下可见如下表现：

胃黏膜萎缩：黏膜红白相间，以白色为主，皱襞变平甚至消失，部分黏膜血管显露，或伴有黏膜颗粒或结节状等表现。

肠化生：根据白光内镜（可结合放大内镜）形态学特征将肠化生分为四类：①淡黄色结节型：单发或多发直径 2-3mm 的淡黄色结节，略呈扁平状突出于胃黏膜，表面呈绒毛状或细颗粒状；②瓷白色小结节型：孤立或多发的细小结节，瓷白色半透明状，表面光滑，柔软，镜下反光较正常黏膜强；③鱼鳞型：胃小区呈条状扩大，排列呈鱼鳞状，一般呈条片状或弥漫性分布；④弥漫型：黏膜弥漫不规则颗粒状不平，略呈灰白色。

异型增生：普通白光内镜下缺乏特征性表现，与病理诊断的符合率较低，高清染色内镜及放大内镜诊断胃癌前疾病和异型增生的灵敏度和特异度优于普通白光内镜，且有助于提高活检阳性率。在放大内镜下有以下三种直接征象：①轻度凹陷伴细微结构消失或呈不规则的细微小凹，病变较大时在普通内镜下形似糜烂；②轻度隆起伴细微结构消失或呈不规则的细微小凹，病变较大时在普通内镜下形似息肉或结节样的轻度隆起；③平坦而细微结构消失或粗糙紊乱，这种表现普通内镜难以识别。间接征象为病变周围呈现中重度肠化生的 D 型（斑块状）、E 型（绒毛状）黏膜。异型增生病变经 0.5% 美蓝染色后常不着色或着色浅淡。

（3）病理诊断

病理组织学检查是确诊萎缩性胃炎癌前病变的主要手段。按照《中国慢性胃炎共识意见》⁵进行常规活检，提高胃癌前病变检出率，对于经胃镜观察怀疑有肠化生和异型增生的部分应重点活检。

肠化生：是指胃黏膜上皮及腺上皮在病理情况下转变为肠黏膜上皮及肠腺上皮。肠化生表面上皮或/和腺体占黏膜 1/3 以下为轻度、1/3~2/3 的为中度，2/3 以上为重度。同时，酌情进行特殊染色或免疫组化检测，以区分肠化生亚型。

异型增生：国际胃癌研究组将细胞的不典型性、组织结构的紊乱和细胞分化异常三项指标作为诊断标准，分为高级别和低级别 2 类。

低级别异型增生：腺管轻度增多或结构紊乱明显，大小形状稍不规则或不规则、密集、分支状；核略增大或增大、粗杆状、深染、密集呈假复层，排列较乱，核分裂象增多，但主要见于基底部分；分泌空泡减少。

高级别异型增生：腺管密集，大小形状、排列甚不规则，紊乱，甚至背靠背、共壁；核增大，变椭圆或圆形，染色质增多，核浆比值增大，核密集且多达细胞顶部，假复层明显，排列紊乱，顶部亦见核分裂象；分泌消失。

4.2 临床问题：萎缩性胃炎癌前病变危险因素有哪些？

4.2.1 推荐意见：本病危险因素包括 Hp 感染、胆汁反流、免疫、年龄、高盐饮食等，Hp 感染是其发生发展的主要因素。

(1) **Hp 感染**：萎缩性胃炎癌前病变的发生与 Hp 感染密切相关，感染 Hp 后萎缩性胃炎发生风险增高 4 倍，国内研究显示萎缩性胃炎患者 Hp 感染率为 26.69%⁶。即使在低流行人群中，肠化生和异型增生的发生也与 Hp 感染密切相关。

(2) **年龄** 萎缩性胃炎癌前病变在世界不同地区老年人中较常见，有研究⁷显示萎缩性胃炎平均年龄 59.2±14.1 岁，患病率随年龄增长而升高。

(3) **胆汁反流**：胆汁反流是萎缩性胃炎癌前病变的危险因素⁸。肠化生患者胃液内胆汁酸浓度显著升高，无论是否感染 Hp，胆汁反流均导致萎缩加重和肠化生发生风险升高。

(4) **胃癌家族史**：10%的胃癌病例存在家族聚集性，胃癌患者的一级亲属是胃癌持续性危险因素。胃癌患者亲属出现癌前病变，可通过致癌的级联反应更快发展为胃癌。

(5) **高盐饮食**：高盐饮食是萎缩性胃炎癌前病变发生的潜在高危因素。高钠饮食显著升高向异型增生和胃癌进展的风险，这种相关性在长期 Hp 感染人群中更为显著⁹。我国研究¹⁰表明，高盐饮食是肠化生、异型增生的高危因素，与远端胃异型增生的相关性尤为显著。

(6) **吸烟**：吸烟是胃癌前病变的独立危险因素，吸烟者发生肠化生的风险显著升高，且吸烟量与肠化生风险呈正相关。长期吸烟者患重度萎缩和肠化生风险显著升高。

4.3 临床问题：萎缩性胃炎癌前病变中医病机是什么？

4.3.1 推荐意见 萎缩性胃炎癌前病变病机多以虚实夹杂证为主

一项多中心、大样本横断面研究(n=1000)¹¹提示虚实夹杂证贯穿胃癌前病变恶性转化全程，其中肠化生是虚实转化的关键阶段。另一项研究(n=592)¹²指出，慢性非萎缩性胃炎向萎缩性胃炎、肠化生、异型增生转化过程中存在由实至虚、渐见阴虚、血瘀的证候演变规律。一项横断面研究(n=1056)¹³显示脾胃虚弱证与萎缩、肠化生的相关性最大，胃络瘀阻证与异型增生的相关性最大。另一项横断面研究(n=307)¹⁴亦指出，随着萎缩、肠化生

的进展，胃阴不足证和胃络瘀阻证逐渐增多。因此，胃癌前病变的发生、发展是由气及血入络的复杂渐变过程，血瘀和虚损可能是虚实变化的关键证候要素。

4.4 临床问题：萎缩性胃炎癌前病变中医辨证分型有哪些？

4.4.1 推荐意见：萎缩性胃炎癌前病变证候诊断参照《慢性萎缩性胃炎中西医诊疗共识意见》（2017年）。

- (1) 肝胃气滞证：上腹胀满或胀痛，胁肋胀痛，症状因情绪因素诱发或加重，暖气频作，胸闷，舌苔薄白，脉弦。
- (2) 肝胃郁热证：上腹饥嘈不适或灼痛，心烦易怒，嘈杂反酸，口干口苦，大便干燥，舌质红苔黄，脉弦或弦数。
- (3) 脾胃湿热证：上腹痞满，食少纳呆，口干口苦，身重困倦，小便短黄，恶心欲呕，舌质红，苔黄腻，脉滑或数。
- (4) 脾胃气虚证：上腹胀满或隐痛，餐后明显，饮食不慎后易加重或发作，食欲减退，纳差，疲倦乏力，少气懒言，四肢不温，大便稀溏，舌淡或有齿痕，苔薄白，脉虚弱。
- (5) 脾胃虚寒证：上腹隐痛，绵绵不休，喜温喜按，劳累或受凉后发作或加重，泛吐清水，神疲纳呆，四肢倦怠，手足不温，大便溏薄，舌淡苔白，脉沉弱。
- (6) 胃阴不足证：上腹灼热疼痛，胃中嘈杂，似饥而不欲食，口干舌燥，大便干结，舌红少津或有裂纹，苔少或无，脉细或数。
- (7) 胃络瘀血证：上腹痞满或痛有定处，胃痛拒按，黑便，面色暗滞，舌质暗红或有瘀点、瘀斑，脉弦涩。

4.5 临床问题：如何基于胃镜下黏膜表现进行辨证？

4.5.1 推荐意见：胃镜下黏膜辨证是通过辨析黏膜色泽、表面形态、皱襞、分泌物、蠕动、黏膜血管等判断中医证候，可作为指导局部治疗的客观依据，也是对整体辨证的重要补充。

参考《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》（2017年）¹⁵的胃镜下辨证标准。

- (1) 肝胃不和证：黏膜急性活动性炎症反应，或伴胆汁反流，胃蠕动较快。
- (2) 脾胃湿热证：黏膜充血水肿，糜烂明显，黏液黏稠浑浊。
- (3) 脾胃虚弱证：黏膜变薄，色泽苍白或灰白，黏液稀薄而多，或有黏膜水肿，黏膜下血管清晰可见，胃蠕动减弱。
- (4) 胃阴不足证：黏膜表面粗糙不平，变薄变脆，分泌物少；皱襞变细或消失，呈龟裂

样改变，或可透见黏膜下小血管网。

(5) 胃络瘀阻证：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，血管纹暗红。

5. 风险监测与评估

5.1 临床问题：萎缩性胃炎癌前病变监测策略是什么？

5.1.1 推荐意见：依据《中国慢性胃炎共识意见》（2017年）制定监测策略。

(1) 低风险萎缩性胃炎（局限于胃窦部的轻中度萎缩和/或肠化生），患者可每3年进行一次内镜检查，如有胃癌家族史则建议每1~2年进行一次。

(2) 高风险萎缩性胃炎（重度萎缩、胃窦和胃体同时萎缩/肠化生、OLGA/OLGIM III/IV期）患者可每年进行一次高清内镜检查或白光内镜联合活检病理检查，合并胃癌家族史者尤其需要密切监测。

(3) 随机活检发现异型增生的患者应接受高清电子染色或化学染色内镜的再次评估，如再评估未发现可见病灶，可每6~12个月进行一次高清电子染色或化学染色内镜复查。

5.2 临床问题：萎缩性胃炎癌前病变风险评估方法有哪些？

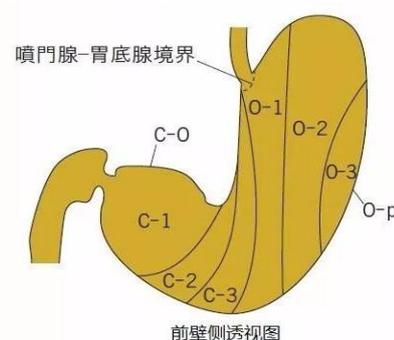
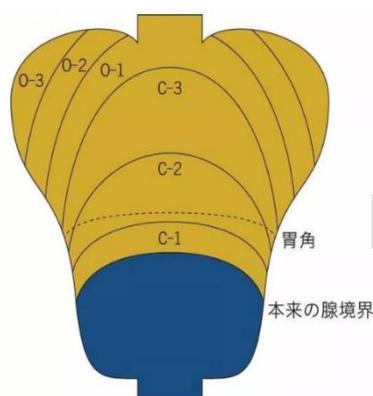
5.2.1 推荐意见：临床多采用血清学、内镜木村-竹本分类、OLGA和OLGIM系统进行萎缩性胃炎癌前病变风险评估。

(1) 血清学监测

通常使用胃蛋白酶原 I 浓度 $\leq 70\text{ng/ml}$ 且胃蛋白酶原 I/II ≤ 3.0 作为萎缩性胃炎的诊断临界值以及胃癌高危人群筛查的标准，其敏感性和特异性均令人满意¹⁶；我国通常将血清胃泌素-17与胃蛋白酶原检测结合用以判别萎缩部位。

(2) 内镜监测与评估

通常推荐采用日本的木村-竹本（Kimura-Takemoto）分型，萎缩范围越大，胃癌发生率越高。



(3) 病理组织学 OLGA 和 OLGIM 评估系统

慢性胃炎“可操作的与胃癌风险联系的胃炎评估 (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 for gastric intestinal metaplasia assessment, OLGIM)”包含了对萎缩、肠化生范围和程度的评价, OLGA/OLGIM III/IV 期是胃癌的独立危险因素, OLGA、OLGIM 高危组发生胃癌的风险可分别升高 19.9 倍、38.2 倍¹⁷。

胃 窦	胃 体			
	无萎缩	轻度萎缩	中度萎缩	重度萎缩
无萎缩	0 期	I 期	II 期	III 期
轻度萎缩	I 期	I 期	II 期	III 期
中度萎缩	II 期	II 期	III 期	IV 期
重度萎缩	III 期	III 期	IV 期	IV 期

胃 窦	胃 体			
	无肠化生	轻度肠化生	中度肠化生	重度肠化生
无肠化生	0 期	I 期	II 期	III 期
轻度肠化生	I 期	I 期	II 期	III 期
中度肠化生	II 期	II 期	III 期	IV 期
重度肠化生	III 期	III 期	IV 期	IV 期

5.3 临床问题 如何进行病证结合萎缩性胃炎癌前病变风险监测?

5.3.1 推荐意见 在血清学、内镜木村-竹本分型、OLGA/OLGIM 风险评估的基础上, 可纳入中医证候, 开展病证结合风险监测。

萎缩性胃炎癌前病变中医证候与癌变风险有一定相关性。研究 (n=347) 发现胃阴不足证、肝胃郁热证、胃络瘀阻证和脾胃虚弱证萎缩性胃炎患者内镜木村-竹本分型中的开放型 (0 型) 比例较高¹⁷。研究 (n=126) 显示血清胃蛋白酶原强阳性常见于胃络瘀阻证和脾胃虚弱证胃癌前病变患者。胃黏膜重度萎缩和胃癌前病变患者均以胃络瘀阻证和脾胃虚弱证最为多见, 二者被认为是临床癌变高危证候类型。一项研究¹⁸采用 Logistic 回归分析 180 例萎缩性胃炎患者中医证型与癌变风险的相关性, 结果显示胃络瘀阻证 (OR=9.972, 95% CI:1.637~60.743) 与 OLGA 分期增高显著相关, 胃络瘀阻可能是加速疾病进展的因素之一。

6. 治疗

6.1 治疗的时机和定位

6.1.1 临床问题: 萎缩性胃炎癌前病变药物干预时机和定位是什么?

6.1.1.1 推荐意见：萎缩性胃炎的干预应针对胃体或全胃萎缩和(或)肠化生，以促进病变消退、降低胃癌风险为目标；胃癌前病变的内科干预应针对低级别异型增生、不确定性增生，以促进病变逆转为目标。

对于有内镜下可见病变且范围清晰的LGD，建议行诊断性ESD，无内镜下可见病变的LGD是内科学干预的重要对象。累及全胃的重度萎缩(伴或不伴肠化生)具有较高的胃癌发生风险，需积极监测和干预，以降低胃癌风险。建议非靶向活检病理诊断的不确定性增生由胃肠病理学专家重新进行评估，并行高清内镜复查。如未发现病变，建议6~12个月后再次复查。如未发现可见病变，且反复非靶向活检病理未发现异型增生，需结合癌前状态的严重程度和病变范围分期制定监测计划，尤其应重视 OLGA/OLGIM III/IV期患者。

6.2 西医治疗

萎缩性胃炎癌前病变的治疗目的是去除病因、缓解症状和改善胃黏膜组织学病变。有症状者可进行对症治疗，如上腹饱胀、嗝气、早饱者，可给予促胃动力药、消化酶制剂；上腹隐痛、灼热、反酸者可给予抑酸剂和黏膜保护剂；伴焦虑、抑郁者可在专科医师指导下进行抗焦虑、抑郁治疗；改善病理组织学病变治疗包括根除Hp、补充抗氧化维生素等。

6.2.1 临床问题 根除幽门螺杆菌是否可以逆转萎缩性胃炎癌前病变？

6.2.1.1 推荐意见：根除幽门螺杆菌可阻止或减缓萎缩性胃炎的发生和进展，从而降低胃癌风险。(证据质量：高；推荐等级：强)

Hp 阳性患者推荐进行根除治疗，除非存在抗衡因素。根除 Hp 可显著减轻胃黏膜炎症。一项纳入 12 个研究包含 2658 例患者的 Meta 分析²⁰，显示根除 Hp 后胃窦萎缩 (WMD=0.12, 95%CI:0.00~0.23, P=0.06)、胃体萎缩 (WMD=0.32, 95%CI: 0.09~0.54, P=0.006) 有改善；对胃窦肠化生 (WMD=0.02, 95%CI:-0.12~0.16, P=0.76)、胃体肠化生

(WMD=-0.02, 95%CI:-0.05~0.02, P=0.42.) 改善不明显。根除 Hp 不仅对年轻人、病变较轻者，对老年人、肠化生或异型增生等较重病变者均有较好的预防作用。

6.2.2 临床问题 补充抗氧化维生素是否可以促进萎缩性胃炎癌前病变逆转？

6.2.2.1 推荐意见：叶酸、抗氧化维生素等可能延缓部分人群萎缩性胃炎的进程。(证据质量：高；推荐等级：强)

国内多中心 RCT²¹ 研究显示叶酸联合维生素 B₁₂ 治疗可改善胃黏膜萎缩、肠化生、异型增生。针对胃癌高危人群中开展的研究发现，β-胡萝卜素和维生素 C 可促进胃癌前病变逆转 (RR=5.1, 95% CI:1.7~15.0; RR=5.0, 95% CI:1.7~14.4)。有学者认为²²，对于存在抗氧化维生素缺乏的胃癌高危人群，补充后如能达到生理剂量，则有可能延缓胃癌前病变进展。

6.3 中医药治疗

6.3.1 临床问题 萎缩性胃炎癌前病变如何辨证论治？

6.3.1.1 推荐意见：辨证用药参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》（2010 年）²³

(1) 肝胃气滞证

治法：疏肝解郁，理气和胃

推荐方药：柴胡疏肝散加减。选用柴胡，白芍，川芎，枳壳，陈皮，香附，炙甘草等。

中成药：气滞胃痛颗粒、胃苏颗粒等。

(2) 肝胃郁热证

治法：疏肝和胃，解郁清热

推荐方药：化肝煎合左金丸加减。选用柴胡，赤芍，青皮，陈皮，黄连，吴茱萸，浙贝母，牡丹皮，栀子，炙甘草等。

中成药：加味左金丸等。

(3) 脾胃湿热证

治法：清热化湿，宽中醒脾

推荐方药：黄连温胆汤加减。选用黄连，法半夏，陈皮，茯苓，枳实，生姜，炙甘草等。

中成药：三九胃泰胶囊等。

(4) 脾胃虚弱证

① 脾胃气虚证

治法：健脾益气，调胃和中。

推荐方药：香砂六君子汤加减。选用生黄芪，党参，炒白术，干姜，茯苓，半夏，陈皮，砂仁^(后下)，炙甘草。

中成药：香砂六君丸、养胃颗粒、胃复春片等。

② 脾胃虚寒证

治法：温中健脾，散寒和胃

推荐方药：黄芪建中汤加减。选用生黄芪，桂枝，白芍，茯苓，陈皮，法半夏，木香，砂仁^(后下)，生姜，大枣，炙甘草。

中成药：温胃舒胶囊、虚寒胃痛颗粒等。

(5) 胃阴不足证

治法：养阴生津，益胃和中

推荐方药：沙参麦冬汤加减。选用北沙参，麦冬，生地黄，玉竹，百合，乌药，石斛，佛手，生甘草。

中成药：养胃舒胶囊、阴虚胃痛颗粒、养阴清胃颗粒等。

(6) 胃络瘀阻证

治法：活血通络，理气化瘀

推荐方药：丹参饮合失笑散加减。选用丹参，檀香，砂仁^(后下)，蒲黄，五灵脂，香附，延胡索，三七粉^(冲)。

中成药：摩罗丹等。

6.3.2 临床问题：中医药是否能改善萎缩性胃炎癌前病变病理组织学病变？

6.3.2.1 推荐意见：中药复方(含中成药)改善胃癌前病变具有一定疗效。(证据质量：中；推荐等级：强)

Meta 分析显示中药复方(含中成药)治疗萎缩性胃炎癌前病变患者，在改善临床症状方面优于西药对照组，对组织病理学的改善有一定的疗效趋势^{24, 25}，中西医结合治疗胃癌前病变具有优势²⁶。一项基于胃黏膜定标活检技术的多中心 RCT 显示，摩罗丹逆转胃黏膜异型增生的效果有优于叶酸的趋势(24.6%、15.2%)，改善萎缩、肠化生的有效率亦高于叶酸(34.6%和 23.0%；24.3%和 13.6%)但未达统计学意义²⁷。一项纳入 5 个 RCT 的 meta 分析结果显示胃复春可改善萎缩性胃炎伴肠化生(OR=3.81, 95%CI: 1.24~11.69)，与常规对照组比较，差异有统计学意义。上述结论有待多中心、大样本、安慰剂对照、长期随访临床研究进一步确证。

6.3.3 临床问题：中医药能否改善萎缩性胃炎癌前病变患者消化不良症状？

6.3.3.1 推荐意见：中药复方可有效缓解萎缩性胃炎癌前病变患者消化不良症状。(证据质量：中；推荐等级：强)

一项纳入 10 个 RCT 包含 755 例胃癌前病变患者的 meta 分析²⁸显示为中药复方可改善胃癌前病变上腹胀(OR=-1.15, 95%CI:-1.33~-0.98)、上腹痛(OR=-1.21, 95%CI:-1.05~

-0.92)、烧心(OR=-0.64, 95%CI:-0.91~-0.37)等症状。基于黏膜定标活检技术的多中心 RCT 研究显示摩罗丹治疗萎缩性胃炎伴异型增生,主症消失率在 37%~83%,其中上腹疼痛和主症总体消失率优于叶酸,差异有统计学意义。一项纳入 38 项 RCT 包含 3261 例萎缩性胃炎患者的 meta 分析²⁹半夏泻心汤可有效改善萎缩性胃炎上腹不适症状,临床有效率(RR=1.29, 95%CI:1.24~1.35, P<0.01),上腹痛指数(RR=1.17, 95% CI:-2.14~-0.21, P=0.02)。

6.3.4 临床问题: 中医药能否治疗萎缩性胃炎癌前病变患者伴 Hp 感染?

6.3.4.1 推荐意见 部分中成药可辅助用于幽门螺杆菌的根除治疗。(证据质量:中;推荐等级:强)

2 项 RCT 评价了荆花胃康胶丸辅助治疗 Hp 的作用,其中一项显示荆花胃康胶丸联合 PPI 三联疗法治疗 10 天与铋剂四联疗法治疗 10 天相比疗效无明显差异(RR=0.91, 95% CI:0.78~1.06)³⁰;另一研究显示荆花胃康胶丸联合铋剂四联疗法疗程 10d 与铋剂四联疗法相比疗效提升并不明显(RR=1.05, 95% CI:0.94~1.17, P=0.43)³¹。因此,荆花胃康胶丸联合 PPI 三联疗法在 Hp 根除率方面与铋剂四联疗法相似,在临床上可替代铋剂。现有证据尚不支持其与铋剂四联疗法合用能显著提高 Hp 根除率。一项纳入 196 例 Hp 相关慢性非萎缩性胃炎患者的 RCT 显示胃复春联合铋剂四联疗法的 Hp 根除率与铋剂四联疗法相比无明显差异(RR=1.11, 95% CI:1.00~1.23, P=0.04)³²。一项纳入 9 篇 RCT 的 meta 分析显示胃复春联合常规根除治疗在 Hp 根除率、不良反应发生率方面较常规根除治疗有统计学差异。相关结果有待高质量、大样本临床研究进一步证实。

6.4 根据内镜黏膜表现辨证用药

6.4.1 临床问题: 如何通过内镜下黏膜表现加减用药?

6.4.1.1 推荐意见: 通过辨识内镜下黏膜表现进行局部辨证,为临床用药提供参考。

伴 Hp 感染辨证属脾胃湿热证者可配合使用具有清热化湿功效的方剂(如黄连温胆汤、半夏泻心汤)或加入蒲公英、连翘、藿香、黄连等;伴胃黏膜充血、糜烂时,可在辨证的基础加用三七粉、白及粉、珍珠粉治疗(随汤药冲服或用温水调成糊状口服,空腹时服用);伴黏膜内出血者,可加入化瘀止血之品,如三七粉、白及粉;见胃黏膜疣状隆起及息肉样隆起病变者,可加石见穿、生薏仁、浙贝母等软坚散结之品;伴癌前病变者,非脾胃虚寒

者可在复方中加入白花蛇舌草、半枝莲、半边莲，或配合使用丹参、三七、莪术等活血化瘀之品⁵。

6.5 中医特色疗法

6.5.1 临床问题：萎缩性胃炎癌前病变患者如何采用中医特色疗法？

6.5.1.1 推荐意见：中医特色疗法有助于辅助改善萎缩性胃炎癌前病变患者临床症状。可根据病情需要，选用针灸、穴位敷贴、中药足浴等疗法。

(1) 针灸治疗

推荐选穴：以中脘、足三里（双）为基础穴位。肝胃不和证加章门（双）、天枢（双）；脾胃湿热证加丰隆（双）、天枢（双）；脾胃虚弱证加关元、神阙；胃阴亏虚证加三阴交（双）。

(2) 穴位敷贴疗法

功效：温经通络、消痞止痛。

推荐处方：生川乌，白芷，花椒，白附子，干姜，川芎，细辛等。

方法：共研细末，黄酒调敷，贴敷穴位。取穴：中脘、天枢、胃俞、脾俞等，每日1次，每次2~4小时。

禁忌：对药物过敏者、孕妇。

(3) 中药足浴疗法

推荐处方：当归，细辛，川芎，木瓜，红花，甘草等。据具体情况辨证加减。

方法：将煎煮好药液加入足浴器中，温度控制在40~42℃，每日一次，15~20次为一疗程。

禁忌：过敏、脱皮、有出血症、安装有心脏起搏器、糖尿病并发末梢神经病变者、身体极度虚弱者。

7. 预防和调摄

7.1 临床问题：如何针对萎缩性胃炎癌前病变患者进行预防和调摄？

7.1.1 推荐意见：正确认识疾病，调整萎缩性胃炎癌前病变发病相关的危险因素，调整不良情绪、饮食习惯、生活方式等。

(1) 合理解释病情，加强健康宣教

正确解释病情，针对疾病知识开展健康教育，有助于消除患者的恐慌、焦虑，提高防病意识和配合监测治疗的顺从性。视而不见及过分恐慌焦虑均不可取，应根据病变的程度和范围，结合年龄、家族史等综合判断个体风险，推荐健康的生活饮食方式，以辅助改善临床症状；对高危患者，需强调定期监测的必要性，制定合理的监测策略。

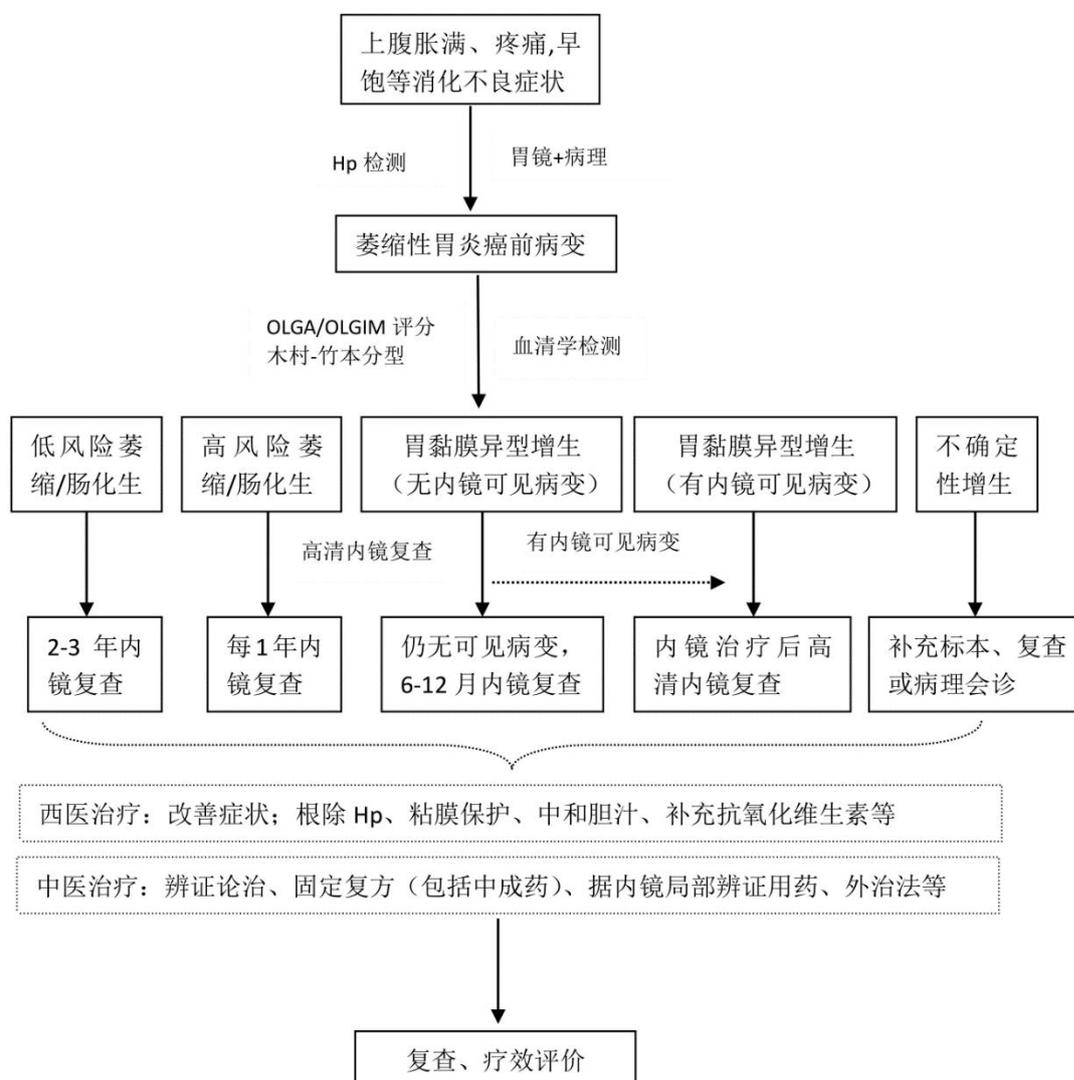
(2) 养成良好生活习惯

注意饮食卫生；多食新鲜鱼、肉、蛋、奶等含有优质蛋白质的食物，多食番茄、油菜、菠菜、胡萝卜等新鲜蔬菜；戒烟酒；减少刺激性食物，避免高盐、腌制、油炸、烧烤类食品；规律进食；规律起居，适当锻炼，避免熬夜。

(3) 科学、合理监测

对于胃体或全胃萎缩/肠化生、OLGA/OLGIM III/IV 期、低级别异型增生等高风险患者，应制定科学合理的个体化监测方案，定期进行高质量的内镜病理监测，以评估癌变风险，筛查早期胃癌。

8. 诊疗流程图



附录 A (资料性)

指南编制方法

1. 编制依据和原则

本指南依照《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则》(2022 版)、《GB/T 1.1-2020》标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则等文件要求编制。(详细内容见编制说明)

2. 编制过程

2.1 提案、立项

本指南由中国中西医结合学会总会提议,由项目负责人提出申请,各分会提出并推荐,于 2022 年 6 月由中国中西医结合学会组织专家进行线上评审并批准立项。

2.2 撰写计划书

本指南按中国中西医结合学会提供的指南编制方法编制,计划书的内容见《中国中西医结合学会团体标准立项建议书》。

2.3 成立工作组

方法制定工作组以多学科协作的方式于 2022 年 6 月成立,成员为中华中医药学会脾胃分会专业委员会成员。

2.4 调研与构建方案问题

通过专家访谈和临床调研收集和构建临床问题。就萎缩性胃炎癌前病变诊断、风险监测、中西医治疗等问题,访谈中西、西医及中西医结合专家。结合专家访谈,对中西医指南中关注的、拟解决的问题进行了讨论,制作调研问卷,对临床医师进行调研。

2.5 证据检索、筛选、评价

检索 2022 年 6 月之前的中英文数据库,检索类型为指南/共识、系统评价或 Meta 分析、随机对照临床试验、病例对照研究、队列研究、专家经验等。由专人依据文献的纳入、排除标准对文献独立进行筛选,对合格的证据按格式进行资料提取。对拟采纳文献证据质量进行评估,讨论形成推荐意见。对证据体的质量和推荐意见的强度依据 GRADE 进行分级。

2.6 形成推荐意见

由指南工作组负责展示每个临床问题的相关证据,由专家组对证据的内容、容量、临床需求、方法学等进行评价,决定是否纳入,并对拟定的推荐意见进行完善和修改。

2.7 撰写指南草案

指南草案由多人执笔，于 2022 年 10 月完成初稿，指南负责人、主审专家参与了讨论，对稿件提出了修改意见，指南工作组成员再次对草案进行了修改，形成了征求意见稿。

2.8 征求意见

指南征求意见稿完成后，向全国范围的100余名专家征求意见，征求专家意见均为中医脾胃病专业或西医消化专业高级职称人员。

附录 B (规范性)

证据分级方法及推荐强度表述

参照目前国际通用的评价证据体的 GRADE 方法，有 5 项因素可影响随机对照试验的证据级别，证据体初始得分为 0 分，于各因素中根据证据体的风险严重程度降低 1~2 分。通过累计 5 项因素中证据体的所降低的总分，最终决定其证据级别。

GRADE 证据级别分级表

证据级别	总级别	具体描述
高 (A)	0	我们非常确信真实的疗效接近估计疗效：进一步研究也不可能改变该估计疗效的可信度
中 (B)	-1	我们对估计疗效信心一般：真实的疗效可能接近估计疗效，但也有可能差别很大；进一步研究很可能影响该估计疗效结果的可信度，且可能改变该估计疗效的结果
低 (C)	-2	我们对疗效的估计信心有限：真实疗效可能与估计疗效有很大差别；进一步研究极有可能影响该估计疗效结果的可信度，且很可能改变该估计疗效的结果
极低 (D)	≤-3	我们对疗效的估计几乎没有什么信心：真实疗效可能与估计疗效有很大差别；估计疗效结果很不确定

参照目前国际通用的评价证据体的 GRADE 方法，将推荐意见分为“强 (1)”、“弱 (2)”两级。当明确显示干预措施利大于弊或弊大于利时，指南制订工作组将其列为强推荐。当利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当时，则视为弱推荐。除证据级别与利弊权衡外，其它一些因素也会影响推荐意见的强弱，影响推荐强度的因素，见下表。

GRADE 影响证据级别的因素

降级因素	严重程度	降低等级
偏倚风险	严重	-1
不一致性	非常严重	-2
不直接性		
不精确性严重		
发表偏倚		

GRADE 影响推荐强度的因素

证据级别（证据级别越高，越适合制定强推荐，反之亦然）
利弊权衡（利弊之间的差别越大，越适合制定强推荐，反之亦然）
价值观及意愿差异（医护人及患者之间的价值观及意愿差异越小，或不确定性越小，越适合制定强推荐，反之亦然）
资源成本（一项干预措施的花费越低，消耗成本越小，越适合制定强推荐，反之亦然）

附录 C (资料性)

证据综合报告

1. 证据概要表

1.1 西医治疗

(1) 根除幽门螺杆菌可阻止或减缓萎缩性胃炎的发生和进展，从而降低胃癌风险。(A)

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	萎缩性胃炎 伴 Hp 感染	根除 Hp 治疗	未根除	萎缩性胃炎癌前 病变病理改善
研究类型 及数量	一项纳入 12 个研究包含 2658 例 Hp 感染患者的 Meta 分析			
效应值及 可信区间	根除 Hp 后胃窦萎缩 (WMD=0.12, 95%CI:0.00~0.23, p=0.06)、胃体萎 缩 (WMD=0.32, 95%CI: 0.09~0.54, p=0.006) 有改善；胃窦肠化生 (WMD=0.02, 95%CI:-0.12~0.16, p=0.76)、胃体肠化生 (WMD=-0.02, 95%CI:-0.05~0.02, p=0.42.) 改善不明显。 另一项研究根除 Hp 治疗进行远期随访，结果显示胃癌发生率降低 (RR=0.66, 95%CI: 0.46~0.95)			
证据等级	高			
是否升级 或降级	否			
升级或降 级因素	/			

(2) 叶酸、抗氧化维生素等可能延缓部分人群萎缩性胃炎的进程。(A)

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	萎缩性胃炎 癌前病变	抗氧化维生素	安慰剂或 空白对照	病理组织学逆转
研究类型 及数量	多项设计良好的 RCT			
效应值及 可信区间	β -胡萝卜素和维生素 C 可促进胃癌前病变逆转 (RR=5.1, 95% CI:1.7~ 15.0; RR=5.0, 95% CI:1.7~14.4)			
证据等级	高			
是否升级	是			

或降级	
升级或降级因素	各研究采用的维生素种类、剂量、疗程不一致

1.2 中医治疗

(1) 中医药能否改善和逆转萎缩性胃炎癌前病变病理组织学病变？

① 摩罗丹逆转胃黏膜萎缩、肠化生、轻度异型增生有一定优势。(B)

	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
临床问题	萎缩性胃炎伴 异型增生	摩罗丹	叶酸片	异型增生消失率, 萎缩、肠化生积分
研究类型及数量	RCT; 1 个			
效应值及可信区间	摩罗丹逆转胃黏膜异型增生的效果有优于叶酸的趋势 (24.6% vs 15.2%), 改善萎缩、肠化生有效率高于叶酸 (34.6%和 23.0%、24.3%和 13.6%), 差异未见统计学意义。 异型增生 (RR=1.62, 95%CI: 0.85~3.10); 萎缩 (RR=1.65, 95%CI: 0.56~4.05); 肠化生 (RR=5.63, 95%CI: 0.32~100.23)			
证据等级	高			
是否升级或降级	是			
升级或降级因素	样本量较小			

② 胃复春改善萎缩性胃炎伴肠化生有疗效, 但对异型增生的改善尚需进一步研究。(B)

	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
临床问题	萎缩性胃炎伴肠 化生/异型增生	胃复春	常规对照组	异型增生、萎缩、肠化生改善情况
研究类型及数量	Meta 分析; 1 个 (包含 5 个 RCT)			
效应值及可信区间	改善萎缩性胃炎伴肠化生差异有统计学意义。(OR=3.81, 95%CI: 1.24~11.69)			
证据等级	低			

是否升级或降级	/
升级或降级因素	/

(2) 中医药是否能改善萎缩性胃炎癌前病变患者消化不良症状？

① 中药复方可改善萎缩性胃炎癌前病变患者的消化不良症状。(C)

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	胃癌前病变	中药复方	常规药物治疗	临床疗效、内镜疗效、症状改善
研究类型及数量	Meta 分析；1 个 (10 篇 RCT, 755 例)			
效应值及可信区间	总有效 (OR=4.09, 95%CI: 2.70~6.21) 上腹胀 (OR=-1.15, 95%CI: -1.33~-0.98) 上腹痛 (OR=-1.21, 95%CI: -1.05~-0.92) 烧心 (OR=-0.64, 95%CI: -0.91~-0.37)			
证据等级	低			
是否升级或降级	/			
升级或降级因素	/			

② 摩罗丹可改善萎缩性胃炎癌前病变患者上腹痛等主要症状。(B)

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	萎缩性胃炎伴异型增生	摩罗丹	叶酸片	症状积分
研究类型及数量	RCT；1 个			
效应值及可信区间	摩罗丹组各主症消失率在 37%~83%，其中上腹疼痛和主症总体消失率优于叶酸，P<0.01。			
证据等级	高			
是否升级或降级	是			

升级或降级因素	样本量较小
---------	-------

③ 半夏泻心汤可改善慢性萎缩性胃炎患者的临床症状。(C)

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	萎缩性胃炎	半夏泻心汤	其他中药+常规西药治疗	症状积分改善
研究类型及数量	纳入 38 篇 RCT 3261 例萎缩性胃炎患者的 meta 分析			
效应值及可信区间	临床有效率 (RR=1.29, 95%CI:1.24~1.35, P<0.01), 上腹痛 (RR=1.17, 95% CI:-2.14~-0.21, P=0.02)。			
证据等级	低			
是否升级或降级	/			
升级或降级因素	/			

(3) 中药是否能治疗慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染?

① 荆花胃康胶囊联合三联、四联治疗幽门螺杆菌与铋剂四联疗效相当。(B)

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	慢性胃炎伴 Hp 感染	荆花胃康胶丸联合三联、四联疗法	铋剂四联疗法	Hp 根除率
研究类型及数量	RCT; 2 个			
效应值及可信区间	荆花胃康胶丸联合 PPI 三联疗法治疗 10d 与铋剂四联疗法治疗 10d 相比, 疗效无明显差异 (RR=0.91, 95%CI:0.78~1.06); 荆花胃康胶丸联合铋剂四联疗法疗程 10d 与铋剂四联疗法相比疗效相当 (RR=1.05, 95% CI:0.94~1.17)			
证据等级	中			
是否升级或降级	是			
升级或降级因素	样本量较小			

② 胃复春联合四联疗法有助于提高幽门螺杆菌根除率。(C)

	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
临床问题	慢性萎缩性胃炎 伴 Hp 感染	胃复春联合 Hp 根除治疗	常规 Hp 根除治疗	Hp 根除率、不良 反应发生率
研究类型 及数量	纳入 9 篇 RCT 的 meta 分析 (有 3 项高质量, 其余为低质量)			
效应值及 可信区间	联合组在 Hp 根除率上 (MD=3.41, 95%CI:2.23~5.19); 不良反应发生率上 (MD=0.37, 95%CI:0.18~0.79); 总体疗效率 (MD=3.88, 95%CI:2.68~5.62)。			
证据等级	低			
是否升级 或降级	/			
升级或降 级因素	/			

2. 推荐意见摘要

	推荐意见
诊断	萎缩性胃炎癌前病变尚缺乏统一辨证标准，多以虚实夹杂证为主。
	胃镜下黏膜辨证是通过辨析黏膜色泽、表面形态、皱襞、分泌物、蠕动、黏膜血管等判断病机证候，可作为指导局部治疗的客观依据，也是对整体辨证的重要补充。
监测	在血清学、内镜木村-竹本分型、OLGA/OLGIM 风险评估的基础上，可纳入中医证候，开展中西医结合的胃癌前病变风险监测和管理。
西医治疗	萎缩性胃炎的干预应针对胃体或全胃萎缩和(或)肠化生，以促进病变消退、降低胃癌风险为目标；胃癌前病变的内科干预应针对不确定性增生、低级别异型增生，以促进病变逆转为目标。
	根除幽门螺杆菌可阻止或延缓萎缩性胃炎的发生和进展，对肠化生、异型增生有良好的预防作用。
	叶酸、抗氧化维生素等可能延缓部分人群萎缩性胃炎的进程。
中医治疗	摩罗丹逆转胃黏膜萎缩、肠化生、轻度异型增生有一定优势。
	胃复春改善萎缩性胃炎伴肠化生有疗效，但对异型增生的改善尚需进一步研究。
	中药复方可改善萎缩性胃炎癌前病变患者的消化不良症状。
	摩罗丹可改善萎缩性胃炎癌前病变患者上腹痛等主要症状。
	半夏泻心汤可改善慢性萎缩性胃炎患者的临床症状。
	荆花胃康胶囊联合三联、四联治疗幽门螺杆菌与铋剂四联疗效相当。
胃复春联合四联疗法有助于提高幽门螺杆菌根除率	

附录 D (资料性)

术语和缩略语表

术语	缩略语	英文全称
置信区间	CI	Confidence Interval
慢性萎缩性胃炎	CAG	Chronic atrophic gastritis
胃癌前病变	PLGC	Precancerous Lesions of Gastric Cancer
胃黏膜肠化生	IM	Intestinal metaplasia
胃黏膜异型增生	DYS	Dysplasia
高级别异型增生	HGD	High grade dysplasia,
低级别异型增生	LGD	Low grade dysplasia
可操作的与胃癌风险联系的萎缩评估	OLGA	Operative link for gastritis assessment
可操作的与胃癌风险联系的肠化生评估	OLGIM	Operative link for gastric intestinal metaplasia assessment
胃蛋白酶原	PG	Pepsinogen
焦虑自评量表	SAS	Self-rating anxiety scale
抑郁自评量表	SDS	Self-rating depression scale
均差	MD	Mean difference
人群, 干预, 对照, 结局	PICO	Population, intervention, control, outcomes
随机对照试验	RCT	Randomized controlled trial
相对危险度	RR	Relative Risk

参考文献

- 1 Vannella L, Lahner E, Osborn J, et al. Risk factors for progression to gastric neoplastic lesions in patients with atrophic gastritis[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2010, 31(9):1042-1050.
- 2 Lahner E, Esposito G, Pilozzi E, et al. Occurrence of gastric cancer and carcinoids in atrophic gastritis during prospective long-term follow up[J]. *Scand J Gastroenterol* 2015, 50(7):856-865.
- 3 Nagayo T. Histological diagnosis of biopsied gastric mucosae with special reference to that of borderline lesion[J]. *Gann Monogr*. 1971,11:245-256.
- 4 WHO Classification of Tumours Editorial Board. WHO classification of tumours of digestive system[M]. Lyon: IARC Press, 2019.
- 5 中华中医药学会脾胃病分会.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. *中华中医药杂志*,2017,32(7):3060-3064.
- 6 张慧,薛艳,周丽雅,等.北京某三级甲等医院35年间主要上消化道疾病及幽门螺杆菌感染的演变[J]. *中华内科杂志*, 2016,55(6):440-444.
- 7 SIPPONEN P, MAA ROOS H I. Chronic gastritis [J]. *Scand J Gastroenterol*,2015,50(6):657-667.
- 8 ZHANG LY, ZHANG J, LI D, et al. Bile reflux is an independent risk factor for precancerous gastric lesions and gastric cancer: an observational cross-sectional study[J]. *J Dig Dis*, 2021, 22(5):282-290.
- 9 Thapa S, Fischbach LA, Delongchamp R, et al. Association between Dietary Salt Intake and Progression in the Gastric Precancerous Process. [J]*Cancers (Basel)*. 2019,11(4):467.
- 10 YU Y, FANG C, PENG C, et al. Risk factors for gastric intraepithelial neoplasia in Chinese adults: a case-control study [J]. *Cancer Manag Res*,2018,10:2605-2613.
- 11 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.
- 12 苏泽琦,李培彩,郭强,等. 慢性胃炎中医证候演变规律研究 [J]. *北京中医药大学学报*, 2015, 38(11):762-766, 771.
- 13 程若东,崔一鸣,陈璐,等.基于 Logistic 回归模型的慢性萎缩性胃炎癌前病变中医证型规律研究 [J]. *中华中医药杂志*,2018,33(8):3623-3626.
- 14 晁俊,甄晓敏,刘绍能. 慢性萎缩性胃炎中医证候演变规律研究 [J]. *北京中医药*, 2019, 38(1):48-50.
- 15 张声生,唐旭东,黄穗平,卞立群. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. *中华中医药杂志*,2017,07:3060-3064.
- 16 Masuyama H, et al. Relationship between the degree of endoscopic atrophy of the gastric mucosa and carcinogenic risk[J]. *Digestion*,2015,91(1):30-36.

- 17 Mera R M, Bravo L E, Camargo M C, et al. Dynamics of Helicobacter pylori infection as a determinant of progression of gastric precancerous lesions: 16-year follow-up of an eradication trial[J]. Gut, 2018, 67(7): 1239-1246.
- 17 杨振华, 孙波, 黄傲霜, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证候的胃镜及病理特征分析研究 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(1): 58-61.
- 18 杨洋, 瞿先侯, 杨敏, 等. 慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性 [J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 319-324.
- 20 Wang J, Xu L, Shi R, et al. Gastric atrophy and intestinal metaplasia before and after Helicobacter pylori eradication: a meta-analysis[J]. Digestion, 2011, 83(4):253- 260
- 21 朱舜时, Joel Mason, 施尧, 等. 叶酸对胃癌和其他胃肠道癌发生的干预作用——临床试验七年随访[J]. 胃肠病学, 2002, 7(2):73-78.
- 22 Taylor PR. Prevention of gastric cancer: a miss [J]. J Natl Cancer Inst, 2007, 99 (2) : 101-103.
- 23 中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见.中医杂志,2010,51(8):749-753.
- 24 魏霞, 钦丹萍. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎伴异型增生疗效的系统评价 [J]. 浙江中医药大学学报, 2013,37 (7) : 864-869.
- 25 李芳,韩吉.中药治疗胃上皮异型增生疗效的 Meta 分析 [J]. 中医药导报, 2017, 23 (14) : 108-112.
- 26 杨湘怡, 吴云林, 朱燕华, 等. 胃黏膜低级别上皮内瘤变的胃复春联合叶酸治疗及转归研究 [J]. 内科理论与实践,2013,8 (1) : 24-28.
- 27 Tang XD, Zhou LY, Zhang ST, et al. Randomized double-blind clinical trial of Moluodan (摩罗丹) for the treatment of chronic atrophic gastritis with dysplasia [J]. Chin J Integr Med,2016,22 (1) :9-18.
- 28 Chen Xu,Dai Yun-Kai,Zhang Yun-Zhan et al. Efficacy of traditional Chinese Medicine for gastric precancerous lesion: A meta-analysis of randomized controlled trials.[J]. Complement Ther Clin Pract, 2020, 38: 101075.
- 29 刘静,周易,叶松,胡运莲.半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎随机对照试验 Meta 分析. 辽宁中医药大学学报.2020,22(9):195-200.
- 30 成虹, 胡伏莲, 盛剑秋, 等. 荆花胃康胶丸联合含呋喃唑酮三联或四联疗法补救治疗幽门螺杆菌感染的多中心随机对照研究.中华医学杂志,2016, 3206-3212.
- 31 李建勋, 吕宾, 杜勤, 等.荆花胃康胶丸联合铋剂四联治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎多中心随机对照研究 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(12) : 998-1004.
- 32 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. 世界华人消化杂志, 2017,521-525.