

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2016. 01. 010

# 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势

魏玮\*，杨洋

(中国中医科学院望京医院，北京市朝阳区花家地街6号，100102)

**[摘要]** 慢性萎缩性胃炎是一种多致病因素的消化系统慢性疾病，为胃癌前状态。通过梳理目前中西医诊治慢性萎缩性胃炎的现状，发现该疾病在诊断方面存在着胃镜与病理诊断一致性不理想、对肠上皮化生分型的临床价值仍有争论、术语使用不统一等问题；治疗方面则有幽门螺杆菌的根除、手术治疗的时机和必要性等难点。中医药治疗慢性萎缩性胃炎有着自身独特优势，具体体现在个体化治疗、具有针对病理改变的特效中药、整体调理、毒副作用小可长期治疗等方面。结合“因机制法，以病守方，随证配伍”治疗思想，最大程度地发挥中医药治疗慢性萎缩性胃炎的优势，可为临床中西医结合、病证结合方法提供思路。

**[关键词]** 慢性萎缩性胃炎；肠上皮化生；上皮内瘤变；幽门螺杆菌；中医药疗法

慢性胃炎概念的明确是基于胃镜技术及病理学水平的提升。由于慢性胃炎的确切病因无法确定，症状表现缺乏特异性，长期以来其诊断及分类国际标准不统一，直至 1996 年国际胃肠病理学家才达成共识，并发布了慢性胃炎新悉尼系统 (the update sydney system)<sup>[1]</sup>。新悉尼系统将慢性胃炎分为非萎缩性胃炎和萎缩性胃炎两大类，重点强调萎缩和非萎缩的区别，统一了有关组织学定义和术语。此系统经过近 20 年的应用及修订，目前已被普遍接受。2008 年国际上提出了慢性胃炎分期分级系统 (operative link for gastritis assessment, OLGA)<sup>[2]</sup>，但《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[3]</sup>认为此标准是否适合我国应用尚待研究。

1996 年的新悉尼系统对于萎缩的定义仍是模糊的，且病理学家对于肠上皮化生是否属于萎缩有不同的认识。Atrophy Club 经过 3 次研讨，于 2002 年明确萎缩的定义，即“萎缩是胃固有腺体的丧失”，进而将萎缩分为非化生性萎缩和化生性萎缩两个类型，前者是腺体丧失伴有黏膜固有层纤维化和纤维肌增生，后者是胃黏膜腺体被化生的腺体所替换<sup>[4]</sup>。至此萎缩性胃炎的定义达成国际共识。

## 1 慢性萎缩性胃炎的诊断现状

### 1.1 胃镜诊断与病理诊断的符合性

胃镜检查是萎缩性胃炎的主要诊查手段，但目

前萎缩的确诊仍依赖于病理组织学检查。检索近 3 年内关于内镜检查及病理组织学检查诊断慢性萎缩性胃炎符合性研究论文，发现我国各地区萎缩性胃炎胃镜与病理诊断一致性并不理想，符合率仅为 66.7% ~ 79.7%<sup>[5-11]</sup>。

我们认为，出现这一问题的原因主要有以下 3 个方面：1) 胃镜下诊断与医生主观判断 (经验判断)、视觉影响等主观因素有一定关系。2) 活组织检查选取组织太浅，组织包埋方向不当，甚至标本量不足。3) 黏膜炎症很明显时，大量单核细胞浸润造成腺体被移植，形似萎缩，此时肉眼下难以判断腺体是否真正丧失。

针对以上问题，2012 年《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[3]</sup>提出，活组织检查应根据病变情况和需要取 2 块或更多，内镜电子染色技术结合放大内镜的应用可提高内镜下诊断率。但新技术的推广仍受到诸多因素限制，慢性萎缩性胃炎的内镜诊断与病理诊断不一致时，主要以病理诊断为标准。

只要病理组织检查确定萎缩就可以诊断为萎缩性胃炎，但无论萎缩还是幽门螺杆菌 (Hp) 的分布都是非均匀的，所以病理未确诊的，也未必不是萎缩性胃炎。这就要求临床医生对于重点患者群，如长年慢性胃炎病史者、难治性 Hp 阳性患者、胃部症状反复发作者，进行健康宣教，让其常规进行胃镜检查以监测病情。

\* 通讯作者: sxxyty@sina.com

### 1.2 肠上皮化生分型的临床意义

应用过碘酸 (PAS) 和高铁二胺氧化酶 (HID) 技术, 将胃黏膜的肠上皮化生分成 3 种亚型<sup>[12]</sup>: I 型为完全性肠上皮化生, 即小肠型肠上皮化生, 表现为带有刷状缘的吸收上皮、杯状细胞及潘氏细胞; II 型和 III 型为不完全性肠上皮化生, 类似结肠柱状上皮, II 型分泌唾液黏蛋白, III 型分泌硫黏蛋白。肠上皮化生是在长期不利环境下细胞表型的一种非肿瘤性改变, 胃内肠上皮化生部位发现很多遗传学改变, 尤其 III 型肠上皮化生具有大多数遗传学改变, 其发生胃癌的风险较高<sup>[13]</sup>, 但近年来鲜有 III 型肠上皮化生随访发展成胃癌的文献报道。肠上皮化生的范围及分级程度与预后有关, 肠上皮化生分布范围愈广及肠上皮化生程度愈重, 其发生胃癌的危险愈高。基于以上分析, 肠上皮化生分型的临床价值仍有争议。

### 1.3 相关术语的使用

萎缩性胃炎常合并不典型增生/异型增生, 而不典型增生/异型增生多被认为是一种良性的、具有恶性潜能的肿瘤性上皮内病变, 其组织学有别于浸润癌及良性增生病变。胃上皮内瘤变 (GIN) 是 2000 年世界卫生组织国际癌症研究协会推荐使用的术语。不典型增生、异型增生与胃上皮内瘤变是同义词, 但目前对这些术语的使用极不统一、规范。GIN 是胃癌前病变, 提示胃黏膜发生胃癌的风险增加。GIN 分为低级别上皮内瘤变 (LGIN) 及高级别上皮内瘤变 (HGIN), 其中 LGIN 指胃黏膜上皮结构和细胞学异常局限于上皮的下半部, 相当于胃黏膜轻度、中度异型增生, 部分属于 LGIN 胃黏膜的炎症反应, 经治疗可逆转; HGIN 指上皮结构和细胞学异常发展至上皮的上半部乃至全层, 相当于胃黏膜重度异型增生和胃原位癌。研究表明, 少数发展为胃癌的 LGIN 进展时间为 10 个月~4 年, 60%~85% 的 HGIN 患者 4~48 个月可检出胃癌, 3 个月内诊断者很可能是已存在的未诊断胃癌<sup>[14-15]</sup>。但大部分 GIN 患者病情属于非进展期, 甚至有些 GIN 是可以逆转的, 这就给临床治疗方案的选择带来了困难。

## 2 慢性萎缩性胃炎的治疗难点

### 2.1 治疗现状

2.1.1 药物治疗 慢性萎缩性胃炎西医治疗目前缺乏特效药物, 《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[3]</sup> 认为, 其治疗应尽可能针对病因, 遵循个体化原则。Hp

阳性者应根除 Hp, 根据症状可采用促动力药、消化酶制剂、抑酸药, 精神因素明显者可加用抗抑郁或抗焦虑药物。中医中药也在此意见中被推荐。

对于症状不明显的已确诊的慢性萎缩性胃炎是否进行药物干预尚存争议。现代医学针对萎缩的靶点药物仍是空白, 目前研究仅发现某些具有生物活性的维生素、叶酸可改善慢性萎缩性胃炎组织病理状态, 可能降低胃癌的发生风险<sup>[16-17]</sup>。建议慢性萎缩性胃炎尤其是伴有中-重度肠上皮化生或上皮内瘤变者, 应定期接受内镜和病理组织学检查随访。

2.1.2 Hp 的根除 研究表明, 长期 Hp 感染所致的炎症、免疫反应可使部分患者发生胃黏膜萎缩和肠上皮化生<sup>[18-19]</sup>, 故《第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》<sup>[20]</sup> 将慢性胃炎伴胃黏膜萎缩、糜烂作为根除 Hp 的推荐疾病, 并认为根除 Hp 可消除炎症反应, 使萎缩发展减慢或停止, 并有可能使部分萎缩得到逆转。但要注意的是, Hp 感染并不是萎缩性胃炎的唯一病因, 宿主因素如白细胞介素 1 $\beta$  等细胞因子基因多态性, 吸烟、高盐饮食等环境因素和 Hp 的不同毒株的毒力基因等协同作用决定了萎缩和肠上皮化生的发生和发展<sup>[21-23]</sup>, 且 Hp 感染者中最终仅有不足 1% 的患者进展为肠型胃癌<sup>[24]</sup>。目前中国自然人群 Hp 的感染率约为 54.76%, 血清学阳性范围为 40%~90%, 平均 59%<sup>[25]</sup>。中国 Hp 感染者其菌株对甲硝唑和克拉霉素的耐药率均较高, 对阿莫西林的耐药率较低, 而 Hp 对抗生素耐药是导致根除治疗失败的主要原因<sup>[26]</sup>, 人群高感染率及菌株高耐药性使得 Hp 根除现状不理想。

我们认为, Hp 感染对黏膜萎缩的影响不是单一的, 根除 Hp 是萎缩性胃炎的基础治疗, 但对于难以根除的 Hp 感染患者及对抗生素极度不耐受的患者不必急于反复进行根除, 基于单味及复方中药可抑制 Hp, 所以对于上述患者可尝试阶段性中药治疗。

2.1.3 手术治疗的指征与必要性 HGIN 经确诊后应行内镜下治疗或手术治疗<sup>[3]</sup>。目前针对 HGIN 的手术方式主要有内镜下黏膜切除术及内镜黏膜下剥离术, 但即便是胃镜下手术也是创伤治疗, 有一定的危险, 且术后的复发率仍较高。前瞻性研究表明, 内镜下黏膜切除术治疗早期胃癌的术后复发率较高, HGIN 和早癌的复发率分别为 32%、21.1%<sup>[27]</sup>。临床研究资料表明, 内镜黏膜下剥离

术确实能显著降低普通活组织检查的漏诊率, 提高临床检出率<sup>[28-29]</sup>。由于内镜黏膜下剥离技术具有操作复杂、操作难度大以及并发症高等特点, 所以是否对 HGIN 患者均采用内镜黏膜下剥离术诊断性切除争议较大。我们认为, 单纯灶状的中-重度异型增生是否必须进行手术需要综合考虑患者胃黏膜的状态、年龄、病程、甚至家族史等。很多内镜下黏膜切除术及内镜黏膜下剥离术后复发的患者不仅是原位复发, 有些还是其他胃黏膜部位异型性病变的进展。这一情况提示了此类患者体质存在问题, 如果体质不改变, 这种导致其胃黏膜异型性病变的内环境不改变, 就杜绝不了 HGIN 甚至胃癌的发生, 故建议 HGIN 患者无论是否要进行内镜下黏膜切除及内镜黏膜下剥离术均应服用中药调理体质。

## 2.2 疗效评价

病理组织检查是评价萎缩性胃炎疗效的金标准, 但由于萎缩分布不均匀的特点, 临床很难做到对特定病灶的监测。我们认为, 应推广开展胃黏膜定标活组织检查 (mucosatargetbiopsy, MTB), 该技术采用胃黏膜定标活组织检查钳和定标液对活组织检查部位进行标记定位, 同时取材活组织检查, 可对可疑病变进行准确定位, 便于疗效评价、长期随访和复查。慢性萎缩性胃炎的定标部位为胃窦小弯、胃窦大弯、胃角、胃体小弯、胃体大弯以及病灶处。

## 3 中医药治疗萎缩性胃炎优势及研究趋势

### 3.1 临床优势

中医药在治疗萎缩性胃炎及包括上皮内瘤变在内的胃癌前病变方面具有优势, 临床实践证实中医药可以控制、截断萎缩性胃炎进展, 甚至可以逆转萎缩<sup>[30]</sup>。其优势主要体现在以下 4 个方面。

3.1.1 辨证论治, 个体化治疗 慢性萎缩性胃炎的发展是一个长期的过程, 容易受到各种致病因素如情志、饮食等的影响而出现病情反复, 在治疗时应发挥辨证论治的思想, 可结合内镜和病理分期、分阶段辨证治疗, 做到方随证变, 进一步发挥个体化治疗的优势。目前中医药治疗萎缩性胃炎主要有辛开苦降法、健脾益气法、活血化瘀法、养阴增液法、理气消胀法、清热解毒法等不同治法, 临床资料表明, 中医药辨证论治萎缩性胃炎的疗效确切可靠<sup>[31-35]</sup>。

3.1.2 特效药直接针对病理改变 慢性萎缩性胃炎合并肠上皮化生及上皮内瘤变是胃癌前病变, 虽

未至癌症阶段, 但一些抗肿瘤中药已被证实能够有效截断甚至逆转其病理改变。如白花蛇舌草对急性淋巴细胞型、粒细胞型、单核细胞型及慢性粒细胞型的肿瘤细胞有较强抑制作用, 同时能够改善萎缩性胃炎胃镜及病理状态<sup>[36-37]</sup>。有研究表明, 丹参、三七对萎缩性胃炎伴异型增生有逆转治疗作用<sup>[38-40]</sup>, 三棱、莪术能够减轻萎缩性胃炎症状及胃镜病理状态<sup>[41-42]</sup>。以上均为直接针对病理改变的特效药的应用。

3.1.3 整体调理, 标本兼治 慢性萎缩性胃炎为本虚标实之病, 治疗要求其本, 究其因, 重食疗, 畅情志, 重预防。中医药治疗多扶正与祛邪并用, 使扶正不留邪, 祛邪不伤正。中医药在整体观念指导下, 充分发挥不同方剂和特效中药的互补性治疗作用, 可以确保治疗萎缩性胃炎的疗效, 甚至可以调整患者“内环境”, 改善体质, 截断及逆转胃癌前病变。

3.1.4 毒副作用小, 可长期治疗 慢性萎缩性胃炎是慢性病, 在临床无症状的阶段并不能证实胃黏膜的病理状态未进展, 西医学没有成熟的针对病理改变的靶点药物, 而中医药治疗可以部分逆转病理改变, 且毒副作用小, 适合长期治疗。

“寒热错杂、气虚血瘀”为慢性萎缩性胃炎的基本病机, 治疗应以“辛开苦降、益气活血”遵法组方, 临床应用半夏泻心汤为基础加减; 并提出根据疾病的基本病机选方, 根据具体证候遣药加减, 即“因机制法, 以病守方, 随证配伍”的指导思想。对于慢性萎缩性胃炎这种症状缺乏特异性、病程漫长的疾病, 根据基本病机“守方”治疗, 才是保证临床疗效的前提。“因机制法, 以病守方, 随证配伍”这一思想是中西医病证结合具体过程中的探索创新, 可最大限度发挥中医药治疗萎缩性胃炎的优势。

### 3.2 存在的问题

3.2.1 临床试验设计和实施不严谨 中医药针对萎缩性胃炎的症状、胃镜下表现、病理组织检查的治疗效果的临床研究要做到设计科学, 方法得当, 实施严谨, 结果可靠。但目前中医药治疗萎缩性胃炎疗效研究虽然众多, 却普遍质量不高, 大样本、多中心的临床研究较少, 很难为中医药逆转萎缩及上皮内瘤变提供确切治疗证据。

3.2.2 机制研究不系统 中药复方作用是多靶点的, 这是中医药治疗的优势, 但同时也造成了相关基础研究的繁琐。探究中医药的多治疗靶点难度很

高,慢性萎缩性胃炎的中药新药研究要针对胃的生理特点及萎缩性胃炎的病理特点,对胃分泌功能、胃肠激素的含量、氧化应激、细胞因子的表达、胃黏膜上皮增殖有关信号通路、抑癌基因及表达等方面层层逐渐深入,同时也不能忽视基础的抗炎研究,只有系统全面的机制研究才能诠释中药成方的多靶点作用,揭示出中医药的优势。目前很多治疗萎缩性胃炎的成方研究只求热点靶点,而忽视基础抗炎机制及毒理作用的研究,这种不系统、无根基的研究很难向临床转化,造成了医疗资源的极大浪费。

### 3.3 研究趋势

中医药治疗慢性萎缩性胃炎有着自身独特的临床疗效优势。大量的临床实践证实,中医的指导思想是先进的甚至超前的,但如何恰当地设计出适合中医药的科研方法仍是需要长期思考的问题。我们认为,中医药治疗慢性萎缩性胃炎研究趋势应主要集中在以下 3 个方面: 1) 临床疗效研究的针对性、明确性必须加强; 2) 分子水平机制研究继续深入,但也不可忽视基础,要做到有面有点; 3) 处方要优化。

医学科研来源于临床并将最终服务于临床,所以医学科研是需要严肃对待的一份责任,且不是短期内能够完成的工作,对于萎缩性胃炎,尚有很多需要探索解决的问题。

### 参考文献

[1] 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): 1161-1181.

[2] RUGGE M, CORREA P, Di MARIO F, et al. OLGA staging for gastritis: a tutorial [J]. *Dig Liver Dis* 2008, 40 (8): 650-658.

[3] 房静远, 刘文忠, 李兆申, 等. 中国慢性胃炎共识意见 [J]. *胃肠病学* 2013, 33(1): 24-36.

[4] RUGGE M, CORREA P, DIXON MF, et al. Gastric mucosal atrophy: interobserver consistency using new criteria for classification and grading [J]. *Aliment Pharmacol Ther* 2002, 16(7): 1249-1259.

[5] 孙芳红, 曲爱华. 慢性萎缩性胃炎内镜检查与病理诊断临床对比研究 [J]. *中国社区医师(医学专业)*, 2012, 14(20): 255-256.

[6] 李华茹. 慢性萎缩性胃炎胃镜检查与病理诊断结果的相关性研究 [J]. *中外医疗* 2013, 32(10): 52-54.

[7] 罗贵光. 慢性萎缩性胃炎病理诊断与内镜诊断的相关性研究 [J]. *现代诊断与治疗* 2013, 24(6): 1395-1396.

[8] 刘丽娜, 狄建华. 慢性萎缩性胃炎胃镜下与病理诊断的一致性分析 [J]. *甘肃医药* 2013, 32(10): 773-774.

[9] 杨立. 浅谈用胃镜检查 and 病理检查诊断慢性萎缩性胃炎的相关性 [J]. *当代医药论丛* 2014, 12(5): 37-38.

[10] 樊荣. 慢性萎缩性胃炎内镜检查与病理诊断结果的关系 [J]. *中国卫生标准管理* 2014(12): 64-65.

[11] 徐斌, 黄玉凯, 周进. 慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断对照分析 [J]. *中华全科医学* 2014, 16(9): 1388-1390.

[12] RUGGE M, CORREA P, DIXON MF, et al. Gastric dysplasia: the padova international classification [J]. *Am J Surg Pathol*, 2000, 24(2): 167-176.

[13] CORREA P, PIAZUELO MB, WILSON KT. Pathology of gastric intestinal metaplasia: clinical implications [J]. *Am J Gastroenterol* 2010, 105(3): 493-498.

[14] KOKKOLA A, HAAPIAINEN R, LAXÉN F, et al. Risk of gastric carcinoma in patients with mucosal dysplasia associated with atrophic gastritis: a follow up study [J]. *J Clin Pathol*, 1996, 49(12): 979-984.

[15] YAMADA H, IKEGAMI M, SHIMODA T, et al. Long-term follow-up study of gastric adenoma/dysplasia [J]. *Endoscopy* 2004, 36(5): 390-396.

[16] LAGIOU P, SAMOLI E, LAGIOU A, et al. Flavonoids, vitamin C and adenocarcinoma of the stomach [J]. *Cancer Causes Control* 2004, 15(1): 67-72.

[17] VOLLSET SE, IGLAND J, JENAB M, et al. The association of gastric cancer risk with plasma folate, cobalamin, and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition [J]. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007, 16(11): 2416-2424.

[18] KUIPERS EJ, UYTERLINDE AM, PENN AS, et al. Long-term sequelae of *Helicobacter pylori* gastritis [J]. *Lancet*, 1995, 345(8964): 1525-1528.

[19] ASAKA M, SUGIYAMA T, NOBUTA A, et al. Atrophic gastritis and intestinal metaplasia in Japan: results of a large multicenter study [J]. *Helicobacter*, 2001, 6(4): 294-299.

[20] 刘文忠, 谢勇, 成虹, 等. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告 [J]. *胃肠病学* 2012, 17(10): 618-625.

[21] ZENG ZR, HU PJ, HU S, et al. Association-1B gene polymorphism and gastric cancers in high and low prevalence regions in China [J]. *Gut*, 2003, 52(12): 1684-1689.

[22] ELOMAR EM, CARRINGTON M, CHOW WH, et al. Interleukin-1 polymorphisms associated with increased risk of gastric cancer [J]. *Nature*, 2000, 404(6776): 398-402.

[23] ATHERTON JC. The pathogenesis of *Helicobacter pylori*-induced gastro-duodenal diseases [J]. *Annu Rev Pathol*,

- 2006(1):63-96.
- [24] CORREA P, HOUGHTON J. Carcinogenesis of Helicobacter pylori [J]. Gastroenterology, 2007, 133(2): 659-672.
- [25] 张万岱, 胡伏莲, 萧树东, 等. 中国自然人群幽门螺杆菌感染的流行病学调查 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2010, 15(5): 265-270.
- [26] 成虹, 胡伏莲, 谢勇, 等. 中国幽门螺杆菌耐药状况以及耐药对治疗的影响: 全国多中心临床研究 [J]. 胃肠病学, 2007, 12(9): 525-530.
- [27] 连元, 冷狐恩强, 王志强, 等. 胃上皮内瘤变与早癌内镜下黏膜切除术(EMR)后复发率的调查研究 [J]. 中国继续医学教育, 2011, 14(12): 101-103.
- [28] KIM YD, CHO JY, JUNG IS, et al. Comparison of endoscopic forcep biopsy and the histopathologic diagnosis after endoscopic submucosal dissection [J]. Korean J Gastrointest Endosc, 2009, 38(4): 188-192.
- [29] KIM YJ, PARK JC, KIM JH, et al. Histologic diagnosis based on forceps biopsy is not adequate for determining endoscopic treatment of gastric adenomatous lesions [J]. Endoscopy, 2010, 42(8): 620-626.
- [30] 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, 24(1): 149-154.
- [31] 巩阳, 魏玮. 辛开苦降法合“标准三联”治疗幽门螺杆菌阳性慢性非萎缩性胃炎临床研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 10(4): 379-381, 385.
- [32] 徐铁有. 活血益胃解毒方治疗胃癌前病变 40 例疗效观察 [J]. 新中医, 2013, 18(10): 82-83.
- [33] 邹煜明. 胃肠安方治疗脾虚型胃癌前病变临床研究 [J]. 上海中医药杂志, 2013, 24(12): 40-42.
- [34] 谢晶日, 张皓婷, 梁国英. 欣胃颗粒治疗胃癌前病变气阴两虚挟瘀型患者的临床观察 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 288-290.
- [35] 席虎斌. 疏肝和胃方治疗 74 例胃癌前病变疗效观察 [J]. 当代医学, 2013, 19(21): 155.
- [36] 陆霞, 伊春锦. 白花蛇舌草为主治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变 86 例 [J]. 福建中医药, 2001, 32(3): 37-38.
- [37] 伊春锦, 黄德清, 黄昉萌, 等. 夏枯草、白花蛇舌草治疗慢性萎缩性胃炎“癌前病变”初探 [J]. 福建中医药, 2007, 38(4): 34.
- [38] 王常松, 杨敏, 俞杰, 等. 人参丹参对萎缩性胃炎鼠模型胃黏膜保护及对 Bcl- $\alpha$ 、Bax、TLR4 和 NF- $\kappa$ B p65 表达影响随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2012, 16(2): 19-20, 82.
- [39] 吴时胜. 丹参对萎缩性胃炎伴异型增生的逆转治疗研究 [J]. 时珍国医国药, 2002, 13(12): 751-752.
- [40] 刘进, 朱栋才. 丹参、三七治疗胃癌前病变的研究近况 [J]. 中国医学文摘: 内科学, 2004, 21(4): 518-520.
- [41] 赵刚, 邹迪新. 三棱莪术粉治疗 62 例慢性萎缩性胃炎的临床疗效 [J]. 当代医药论丛, 2014, 12(11): 192-193.
- [42] 白玉昊, 时银英. 莪术在治疗胃癌前期病变中的作用 [N]. 中国医药报, 2000-11-04(6).

## Current Situation of Diagnosis & Treatment for Chronic Atrophic Gastritis and Treating Advantages of Chinese Medicine

WEI Wei, YANG Yang

(Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medicine Sciences, Beijing, 100102)

**ABSTRACT** Chronic atrophic gastritis is a chronic disease in digestive system with multiple pathologic factors, and is also the gastric precancerous state. By analyzing the current situation of Chinese and western medicine treatment for chronic atrophic gastritis, the authors find the following problems. In diagnosis, the problems are lack of consistency between gastroscopic findings and the pathological diagnosis, controversy about the clinical value of intestinal metaplasia subtypes, issues of unified terminology. In treatment, it is challengeable in eradication of helicobacter pylori, as well as the timing and necessity of surgery. Chinese medicine has its unique advantages in treating chronic atrophic gastritis, which includes individualized treatment, special Chinese medicine herbs for the pathological changes, regulation one patient as a whole, and smaller side effect allowing for long-term treatment. There are three principles of “choosing treatment method according to the mechanism, long-term adherence to the special formula for the disease, modification the formula based on the current syndrome”. Using the guidance of these principles could help maximize the advantages of Chinese medicine treatment for chronic atrophic gastritis, which could bring inspiration for clinical combination of Chinese medicine and western medicine, as well as for the method of disease and syndrome combination.

**Keywords** chronic atrophic gastritis; intestinal metaplasia; epithelial neoplasia; helicobacter pylori; Chinese medicine therapy

(收稿日期: 2015-02-20; 修回日期: 2015-03-15)

[编辑: 崔京艳]