

《慢性胃炎中医临床实践指南》的特色和临床解读

卞立群 李振华 李保双 温艳东 唐旭东

(中国中医科学院西苑医院, 北京, 100091)

摘要 《慢性胃炎中医临床实践指南》是我国第一部按照循证医学方法编制的临床实践指南, 该指南与现有的其他现有行业共识比较, 具有其自身的特色, 本文对该指南的要点进行解读, 为临床提供参考。

关键词 慢性胃炎; 中医临床实践指南; 临床解读

Characteristics and Clinical Interpretation on Clinical Practice Guideline of TCM for Chronic Gastritis

Bian Liqun, Li Zhenhua, Li Baoshuang, Wen Yandong, Decoction Xudong

(Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China)

Abstract Clinical Practice Guideline (CPG) of TCM for Chronic Gastritis is the first clinical guideline which is developed according to modern evidence-based medicine methods and it has certain characteristics compared to other related consensus of chronic gastritis of TCM. This paper is to give interpretation on this CPG and provide reference for clinical treatment.

Key Words Chronic gastritis; Clinical practice guideline; Clinical interpretation

中图分类号: R256.3 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2017.10.054

随着临床实践医疗模式从经验医学模式向循证医学模式转变, 临床实践指南 (Clinical Practice Guidelines, CPGs) 也得到了长足的发展, 其作用正逐渐的被专业团体、政府部门等机构认识^[1]。2005 年中国中医科学院与世界卫生组织 (WHO) 西太区合作, 开发了包括慢性胃炎在内的 27 个病种的中医循证临床实践指南。《慢性胃炎中医临床实践指南》系统总结了慢性胃炎的现有中医临床研究成果, 体现了对慢性胃炎的全程管理, 其中、英文版分别收录及发表于《中医临床实践指南》^[2] 及中国结合医学杂志英文版^[3] 中, 现特对其作临床解读, 以期引起重视, 发挥对临床的指导作用。

1 指南制作的难点及程序

编制中医药的循证临床实践指南在此之前尚无先例, 指南制作过程中如何将现代循证临床实践指南制作方法与传统中医学特点相结合是面临的迫切问题, 尤其是对于证据的使用及评价方面。指南制作小组在总课题组的指导下, 参考了国外临床实践指南的制作方法, 制定了《慢性胃炎中医临床实践指南》的编程序, 通过指南开发小组的建立、文献调查、临床问题的分解与定义、文献检索、文献评价与证据形成、证据评价与推荐建议形成、书写指南草案、专家评审、草案修改等步骤, 最终形成相对完善

的《慢性胃炎中医临床实践指南》^[4]。

指南制作完成后, 采用 AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) 工具进行了初步评价^[5], 在范围与目的领域标准化得分为 71.4%; 参与人员领域的得分为 50.0%; 制定的严谨性领域的得分为 80.6%; 清晰性和可读性领域的得分为 66.7%, 编辑独立领域的得分为 83.3%; 应用性领域未予评价。

2 《慢性胃炎中医临床实践指南》的特点

2.1 较为明确的提出了慢性胃炎目前中医诊疗模式 指南在背景中对慢性胃炎的定义、发病机制、临床表现及预后等西医内容进行了简单的阐述, 在中医概要部分, 对研究现状进行了简单总结, 在总结临床文献的基础上, 提出了“临床上辨病与辨证相结合, 在疾病诊断明确的情况下, 以辨证论治为主, 从病证的虚实、寒热、气血、通降、病理产物及病位等方面分析四诊信息, 把握病机, 归纳临床证候, 进行立法处方, 是一种病-证-症结合的临床诊疗模式。”

2.2 中医病名沿袭传统 在诊断标准方面, 强调与现有的现代医学共识相接轨, 尤其是在胃镜及病理诊断方面。在中医病名方面, 基本沿袭了传统的方法, 以主要临床症状命名, 以胃痛为主症者, 诊为胃脘痛或胃痛; 以胃脘部胀满为主症者, 诊为痞满或胃

基金项目: 国家中医药行业科研专项 (201407001-12); 国家“十二五”科技支撑计划课题 (2014BAI10B02); 北京市科委“首都临床特色应用研究”专项重点项目 (Z141107002514018)

通信作者: 唐旭东 (1963.03—), 男, 博士, 主任医师, 研究方向: 中医药防治消化系统疾病研究, E-mail: txdl@ sina.com

作者简介: 卞立群 (1982.03—), 男, 博士, 副主任医师, 研究方向: 中医药防治消化系统疾病的临床研究, E-mail: liq_bian@163.com

痞。若胃痛或胃脘部胀满症状不明显者,可根据主要症状诊断为反酸、嗝气、嘈杂等病。

2.3 中医辨证 指南在中医辨证方面包括以下特点:1)临床辨证在辨单一证候的基础上,强调证候相兼及转化;2)系统总结了慢性胃炎的内镜直视下胃黏膜辨证要点;3)制定了慢性胃炎中医辨证的问诊要点,简化辨证程序。

2.3.1 临床辨证在辨单一证候的基础上,强调证候相兼及转化 在慢性胃炎的临床分型中,指南开发小组结合现有共识和标准,采用定量的文献统计方法,对近 10 年的临床治疗文献进行了分析,确定临床相对单一的证候为脾胃虚弱证(包括脾胃气虚证和脾胃虚寒证)、肝胃不和证(包括肝气犯胃证和肝胃郁热证)、胃阴不足证、脾胃湿热证及胃络瘀阻证。本指南的特点在于强调上述证候可单独出现,也可相兼出现,更加贴近临床治疗实际。临床应在辨别单一证候的基础上辨别相兼证候。比较常见的相兼证候有肝郁脾虚证、脾虚气滞证、寒热错杂证、气阴两虚证、气滞血瘀证、虚寒夹瘀证、湿热夹瘀证等。同时,随着病情的发展变化,证候也呈现动态变化的过程,临床需认真甄别。

2.3.2 系统总结了慢性胃炎的内镜直视下胃黏膜辨证要点 内镜直视下胃黏膜辨证是在胃镜直视下,观察胃黏膜的颜色、质地、分泌物、蠕动及黏膜血管等情况,来识别证型的一种方法,对辨证论治有一定的辅助作用。指南在制定了慢性胃炎的胃黏膜辨证标准,在同行评议通过,但在正式出版过程中,由于体例的限制,未予出版,现特介绍如下,供临床参考。1)脾胃虚弱证:胃黏膜苍白或灰白,黏膜变薄,黏液稀薄,或有黏膜水肿,黏膜下血管清晰可见,胃蠕动减弱。2)肝胃不和证:胃黏膜充血水肿,或伴胆汁反流,胃蠕动较快。3)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,或可透见黏膜下小血管网。4)脾胃湿热证:胃黏膜充血水肿,糜烂明显,黏液黏稠混浊。5)胃络瘀阻证: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,血管纹暗红。

2.3.3 制定了慢性胃炎中医辨证的问诊要点,简化辨证程序 问诊是中医四诊中的重要组成部分,对慢性胃炎的证型的判别有重要的意义,指南在制定了慢性胃炎的中医辨证问诊要点,在同行评议通过,由于体例变动,未能出版,附录于下,以供参考。1)主症的性质:胀满、胀痛者多属气滞;灼痛者多属热证;刺痛者多属血瘀;隐痛者多属虚证。2)症状的诱

发、加重和缓解因素:由情志因素引起的病位多在肝胃;劳累诱发或加重的多属虚证;拒按者多属实证;喜按者多属虚证;受寒引起的多属寒邪犯胃;饮食后诱发,噎腐吞酸者多属食滞。3)病程的长短:病程短,病势急迫者多属实证或热证;病程较长者多虚证或虚实夹杂证,多伴血瘀。4)整体精神状态与体力:平素精神倦怠,体力不足者多属虚证;畏寒,手足不温者多属寒证;肢体困倦感明显者多属湿困。5)食欲、饮食喜好:食欲不振,口淡乏味者多属虚证、寒证;喜热食者多属寒证;喜冷食者多属热证。6)大便的质地、色泽、气味、频次:大便溏薄者多属虚证;完谷不化者多属虚寒证;大便干者多属实热或阴虚;大便不畅者多属气滞;大便有黏液且气味臭秽者多属湿热证;大便发黑者多兼血瘀。

2.4 中医干预方案 指南强调中医药对慢性胃炎的干预采取以药物治疗为主,针灸、穴位埋线为辅,配合饮食调节、心理疏导等手段的综合治疗方法。在药物治疗中,总结现有的中医药干预慢性胃炎的临床治疗模式,从辨证论治、辨病论治、临症要点等方面分别叙述,区别于其他现行的行业共识。对于临床干预方法,以证据为主,专家经验为辅。

2.4.1 中医证据分级、推荐级别及证据描述 1)证据分级标准参考《传统医学证据体的构成及证据分级的建议》,本指南结合临床实际作适当修订^[6]。I a:由随机对照试验、队列研究、病例对照研究、病例系列这四种研究中至少 2 种不同类型的研究构成的证据体,且不同研究结果的效应一致;实施较好的 Meta 分析或系统评价;I b:具有足够把握度的单个随机对照试验;II a:非随机对照研究或队列研究(有对照的前瞻性研究);II b:病例对照研究;III a:历史性对照的系列病例;III b:自身前后对照的病例系列;IV:长期在临床上广泛运用的病例报告和史料记载的疗法;专家共识意见;V:未经系统研究验证的专家观点和临床经验,以及没有长期在临床上广泛运用的病例。2)推荐级别采用美国国家临床指南交换所建议分级划分标准^[7],并作适当修改。A 级:需要至少一个随机对照临床试验作为高质量和连贯性地提出具体建议的文献整体的一部分(证据来自 I a 和 I b);B 级:需要与主题相关的完成良好的临床研究,但没有随机对照临床试验(证据来自 II a、II b 和 III 级);C 级:需要来自专家委员会的报告或意见和(或)临床经验,但缺乏直接的高质量临床研究(证据来自 IV 和 V 级)。3)指南开发小组在对证据分级、评价的基础上,对证据进行总结和描述。如对

于半夏泻心汤的描述如下:半夏泻心汤是东汉张仲景的名方,被广泛使用用于治疗消化系统疾病。一项有关该方的 Meta 分析表明,半夏泻心汤能改善症状,清除 *H. pylori*,且无明显不良反应。该试验收集了 1978 年至 2003 年的 18 篇随机或半随机试验文献进行 Meta 分析,共涉及 1 886 名患者。结果显示,在症状改善方面,半夏泻心汤优于枸橼酸铋钾、雷尼替丁、三九胃泰和非特异性疗法(维酶素、维生素 B₆),结果有统计学差异;与西药组(庆大霉素 8 万 U,维酶素 5 片,潘立酮 10 mg)及三联疗法[RR = 1.03, 95% CI(0.94, 1.14)]比较,无统计学意义,提示疗效相当。在 *H. pylori* 清除方面,疗效优于枸橼酸铋钾、非特异性疗法;而与三联疗法疗效相当[RR = 1.05, 95% CI(0.90, 1.22)]。18 个试验中仅有一个报告了不良反应,中药复方未见不良反应,三联疗法有 14 例出现恶心,6 例出现胃部不适^[8]。但由于纳入的文献质量较低,且可能存在发表性偏倚,因此对结果的解释应慎重,该研究没有提及成本-效益分析问题(证据级别:Ⅰa)。半夏泻心汤适应证的病机历代医家描述不一,其使用的适应证有脾胃湿热证、寒热错杂证、脾虚胃热证等,从不同侧面揭示了此方的作用机制。研究表明,半夏泻心汤可明显改善慢性胃炎患者胃脘胀满、胃中嘈杂、食少纳呆、口干口苦症状,对嗝气、泛酸及肢冷便溏症状也有一定的疗效,能使患者症状积分明显下降,且对腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生有一定的改善,但对年龄较大或肠上皮化生、异型增生程度较重者,可能效果不佳。使用本方治疗慢性胃炎临床研究较多,各文献间研究结果存在较强的一致性^[9-11]。(证据级别:Ⅱa~Ⅲb)

2.4.2 辨证论治 指南在辨证论治方面主要特色有:每个证型多方剂推荐、提出复合证型的处理方法。1)每个证型推荐多个方剂。如对脾胃气虚证患者,推荐使用香砂六君子汤为主方化裁;脾胃虚寒证选用黄芪建中汤、理中汤为主方化裁;肝气犯胃证使用四逆散、柴胡疏肝散或小柴胡汤作为主方化裁;胃阴不足证患者,选用一贯煎、益胃汤或麦门冬汤作为主方治疗;对脾胃湿热证而言,选用半夏泻心汤、温胆汤、三仁汤、连朴饮、蒿芩清胆汤作主方化裁;对胃络瘀阻证推荐血府逐瘀汤治疗。应当说明的是,尽管各个证型有多个推荐的方剂,但实际上,同一证候的各个方剂之间还是有一定的区别,临床仍需仔细辨别方证,使方药与病症更为契合。2)提出复合证型或证型兼夹的处理指南提出了对于证候相兼等复杂临床情况的解释和处理。指出对多证候相兼,表

现为复合证候患者,建议根据相应的证候,使用对应证候的合方化裁治疗。

2.4.3 辨病论治 辨病论治、专病专方治疗是临床常用的另一种处方形式,其机制是在该病的基本病机的基础上,随证、症化裁。指南总结临床经验,将辨病论治作为一种独立的临床诊疗方式明确提出,承认辨病论治方法的临床地位,此点与其他的共识有明显的区别。指南认为慢性胃炎由于分类、伴随症状及病理组织学类型的不同,其中医证候及病机可能有相对特异性,如慢性非萎缩性胃炎多表现为脾胃虚弱,肝胃不和证;慢性萎缩性胃炎表现为脾胃虚弱,气滞血瘀证;慢性胃炎伴胆汁反流多表现为肝胃不和证;伴 *H. pylori* 感染以脾胃湿热证多见;伴癌前病变者以气阴两虚,气滞血瘀,湿热内阻证多见。在治疗方面,提出对于无明显临床症状的慢性胃炎患者,可根据辨病论治的方法为主进行治疗。考虑到辨病论治的病机多表现为复合证候,与辨证论治相似,临床治疗时可选择相应的单一证候的主方,组成合方,进行化裁。对于胃癌前病变的治疗是目前中医药治疗的热点之一,对伴癌前病变的治疗方面,提出:1)首先宜辨别本虚标实的主次,其次宜辨别本虚中的气虚、阴虚的主次或兼夹,以及标实中的气滞、湿热、血瘀的主次或兼夹,并综合考虑上述证候的相互关系,合理处方;2)可在复方中加入白花蛇舌草、半枝莲、半边莲,或配合使用活血化瘀类中药丹参、三七、莪术等。在胃黏膜充血、糜烂方面,认为可加用中药三七粉、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),但建议在辨证的基础上使用。伴黏膜内出血者,可在处方中加入化瘀止血之品,如三七粉、白及粉;如出血量较大,宜用现代医学手段或中医药止血为先。

2.4.4 临证要点 由于临床诊疗过程的复杂性和一定程度上的思辨性,指南对部分临证要点进行了说明,如:1)在脾胃虚弱证辨证正确的前提下如果效果不佳,可以考虑健脾与温肾法联用,在健脾的基础上合用温补肾阳的药物。2)慢性胃炎用药宜平和,在理气、清热、燥湿、化瘀时不宜攻伐太过。使用滋阴类药物时,注意补中兼通,以防滋腻碍胃;使用温补类药物时,避免温热太过,燥热伤阴。3)由于临床情况的复杂性,对特定的患者来说,慢性胃炎的辨证论治与辨病论治所得出的证候类型并不一定完全一致,临床处方时宜相互参照,应将病、证、症 3 方面的情况综合考虑,合理处方。临床效果不明显时,应综合考虑虚实、寒热、气血、通降、病理产物等辨证要点

之间的关系,或结合其他辨证手段如微观辨证,寻找可能的原因,调整处方;或依据辨证试用同类证候中推荐的其他处方。

2.4.5 其他治疗 指南同时总结和推荐了其他干预方案,如针灸、穴位埋线等,具体建议如下:1)针刺是治疗慢性胃炎的另一种选择。对脾胃虚寒证患者,推荐使用温针、火针并配合艾灸治疗(推荐强度:B,证据级别:Ⅱa\Ⅲb)。主穴如:足三里 ST36、中脘 CV[RN]12、内关 PC6、胃俞 BL21、脾俞 BL20、华佗夹脊穴 EX-B2(T7-T12)、天枢 ST25、梁丘 ST34、上巨虚 ST37、下巨虚 ST39 等。配穴如:脾胃气虚证加气海 CV[RN]6;脾胃虚寒证加气海 CV[RN]6 灸法;肝胃不和证加太冲 LR3、肝俞 BL18、期门 LR14;胃阴不足证加三阴交 SP6;脾虚肝郁证加公孙 SP4、太冲 LR3;气滞血瘀证加太冲 LR3、血海 SP10、合谷 LI4。操作方法:以毫针为主,可单独应用,也可配合艾灸、电针、火针等使用。2)在药物治疗无效的情况下,可以酌情选用穴位埋线疗法治疗(推荐强度:B,证据级别:Ⅱa\Ⅲb)。主穴如:中脘 CV[RN]12、胃俞 BL21、足三里 ST36、阿是穴等。配穴如:脾胃虚弱证加脾俞 BL20、章门 LR13;肝胃不和证加肝俞 BL18、期门 LR14;脾胃湿热证加丰隆 ST40;胃络瘀血证加脾俞 BL20、膈俞 BL17、血海 SP10。操作应严格按照《中华人民共和国国家标准:针灸技术操作规范(第 10 部分)·穴位埋线(GB/T21709.10-2008)》进行。3)加强对慢性胃炎患者的心理疏导对缓解慢性胃炎的发病、减轻症状,提高生命质量有一定的帮助(推荐强度:B,证据级别:Ⅱa\Ⅴ)。

精神刺激是引起慢性胃炎的重要因素,而慢性胃炎患者的焦虑与抑郁量表评分也较正常人高。常见的心理障碍包括丧失治疗信心、恐癌心理及对特殊检查的恐惧等^[12-13]。在药物治疗的基础加强对患者的心理干预,优于单纯的药物治疗,患者的 SDS 和 SAS 积分下降更明显,可缩短症状缓解时间及住院时间,提高患者的生命质量^[14-16]。

2.4.6 调摄及随访 在调摄护理方面,强调了良好的饮食习惯及生活方式的重要性,避免过食辛辣、热烫、油腻食物及胃黏膜有损伤的药物;对脾胃虚寒者强调少食生、冷之品。

对于随访强调按照《中国慢性胃炎共识意见》安排随访。

3 小结

以上简单对《慢性胃炎中医临床实践指南》中的重要意见或建议做一简单解读,涉及到了慢性胃

炎中医药临床治疗中的多数重要问题,尤其是复合证型的治疗、专病专方等临床常见问题予以明确的表述,体现了本指南区别于其他共识的特点。

指南制作小组会定期委托相关人员对指南进行评议,对新出现的证据进行收集、整理和分析,最后由指南指导委员会决定是否对指南予以修订。一般而言,在下列情况下,需要对指南进行修订或更新 1)产生新的干预方法;2)产生证明现有干预方法为最佳、有利或有弊的证据;3)产生新的重要或有意义的结论;4)产生新的医疗资源。

引进国外循证指南制作方法,结合中医药特点,制定《慢性胃炎中医学临床实践指南》在中国尚属首次,本次指南的制作只是一个开端和尝试,更多的经验仍需以后进一步总结。

参考文献

- [1]汪受传,虞舜,赵霞,等.循证性中医临床诊疗指南研究的现状与策略[J].中华中医药杂志,2012,27(11):2759-2763.
- [2]中国中医科学院.中医循证临床实践指南[M].北京:中国中医药出版社,2011:346-371.
- [3]Tang XD,Lu B,Zhou LY,et al. Clinical practice guideline of Chinese medicine for chronic gastritis[J]. Chin J Integr Med,2012,18(1):56-71.
- [4]卞立群,唐旭东,李振华,等.慢性胃炎中医循证临床实践指南制作实例介绍[J].中华中医药杂志,2015,30(9):3070-3074.
- [5]詹思延.临床指南研究与评价工具简介[J].中国循证儿科杂志,2007,2(5):375-377.
- [6]刘建平.传统医学证据体的构成及证据分级的建议[J].中国中西医结合杂志,2007,27(12):1061-1065.
- [7]Rockville. Acute pain management guideline panel. Acute pain management:Operative or Medical procedures and Trauma[M]. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U. S. 1992:107.
- [8]李国春.半夏泻心汤治疗慢性胃炎随机对照试验的系统分析[J].南京中医药大学学报:自然科学版,2004,20(2):79-82,117.
- [9]沈跃建,卫德龙,胡翠芳,等.半夏泻心汤治疗幽门螺杆菌相关性胃炎 120 例疗效观察[J].中国中医急症,2009,18(6):880-881.
- [10]林燕.清化益胃口服液治疗慢性胃炎湿热证的临床研究[J].山东中医药大学学报,2003,27(5):367-369.
- [11]王顺华.半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].湖北中医杂志,2008,30(3):29-30.
- [12]孙雯.慢性萎缩性胃炎的心理护理体会[J].中原医刊,2000,27(4):63.
- [13]王秀锋,陈一伟,白亮寅.浅谈老年慢性萎缩性胃炎的心理问题与护理措施[J].甘肃科技,2006,22(4):170,172.
- [14]谷建明.心理护理在慢性胃炎治疗中的作用[J].中国医药指南,2007,5(12):686-687.
- [15]王玉飞.心理护理在慢性胃炎抑郁症中的作用[J].中国误诊学杂志,2005,5(3):584-585.
- [16]何滨,孙海侠,李晓春.中药加心理健康教育疗法治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中国实用医药,2008,3(2):97-98.