

广西中医药大学附属瑞康医院脾胃病科

胃脘痛（慢性胃炎） 中西医结合诊疗方案

2026 年 1 月 修订

胃脘痛（慢性胃炎）

广西中医药大学附属瑞康医院脾胃病科

胃脘痛是指由于脾胃受损，气血不调导致的以胃脘部疼痛为主要症状的病证。胃脘部指两侧肋骨下缘连线以上至鸠尾的梯形部位。西医学的慢性胃炎、消化性溃疡、功能性消化不良等疾病中医常以其主要症状的不同，按胃脘痛病辨证论治。本诊疗常规所讨论的胃脘痛为慢性胃炎。慢性胃炎是由各种病因引起的胃粘膜慢性炎症。参照国家中医药管理局印发的胃脘痛（慢性胃炎）诊疗方案，结合本专科实际制定本方案。

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准：参考中华中医药学会脾胃病分会 2023 年发布的《慢性胃炎中医诊疗专家共识（2023）》及《中医内科学》（全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材 / 全国高等中医药院校规划教材 第十一版 / 新世纪第五版，吴勉华、石岩主编，中国中医药出版社 2021 年 6 月出版）。

主要症状：不同程度和性质的胃脘部疼痛。

次要症状：可兼有胃脘部胀满、胀闷、噎气、吐酸、纳呆、胁胀腹胀等。

本病可见于任何年龄段，以中老年多见，常反复发作。

2. 西医诊断标准：参考中华医学会消化病学分会 2023 年发布的《中国慢性胃炎诊治指南（2022，上海）》及《2022 中国幽门螺杆菌感染治疗指南》。

慢性胃炎常见上腹部疼痛，腹胀，早饱，食欲减低，饮食减少，

或伴有烧心泛酸等。症状缺乏特异性，确诊依赖于胃镜及内镜下病理。

（1）内镜诊断

浅表性胃炎：内镜下可见红斑（点状、条状、片状）、黏膜粗糙不平、出血点或出血斑、黏膜水肿或渗出。

萎缩性胃炎：内镜下可见黏膜红白相间、以白为主、黏膜皱襞变平甚至消失、黏膜血管显露、黏膜呈颗粒状或结节样。

如伴有胆汁反流、糜烂、黏膜内出血等，描述为萎缩性胃炎或浅表性胃炎伴胆汁反流、糜烂、黏膜内出血等。

（2）病理诊断

根据需要可取 2-5 块活检组织，内镜医师应向病理科提供取材的部位、内镜检查结果和简要病史。病理医师应报告每一块活检标本的组织学变化，对 Hp、慢性炎症、活动性炎症、萎缩、肠上皮化生和异型增生应予以分级。

慢性胃炎活检显示有固有腺体的萎缩，即可诊断为萎缩性胃炎，不必考虑活检标本的萎缩块数与程度，临床医师可结合病理结果和内镜所见，做出病变范围与程度的判断。

（二）证候诊断

1. 痰瘀阻滞，寒热错杂证：胃脘胀闷或疼痛而拒按，纳差，食入胀满，口干口苦，舌质暗红，舌苔黄腻或黄厚，脉弦。

2. 湿郁脾胃证：胃脘胀闷或疼痛，纳差，食入胀满，舌质淡红，舌苔白或白腻，脉弦。

3. 肝胃气滞证：胃脘胀痛，脘痛连胁，每因情志不遂而痛增，噯气、矢气则舒，苔薄白，脉弦。

4. 肝胃郁热证：胃脘灼痛，痛势急迫，泛酸嘈杂，烦躁易怒，口

干口苦，渴喜凉饮，舌红苔黄，脉弦数。

5.脾胃虚寒证：胃脘隐痛，喜温喜按，畏寒肢冷，纳少便溏，腹中冷痛，口泛清水，舌淡胖有齿印，苔白，脉沉缓无力。

6.胃阴不足证：胃脘隐痛，胃中嘈杂，饥不欲食，口干不思饮，大便干结，舌红少苔，脉细数。

二、治疗方案

（一）辨证选择中药汤剂、中成药

1.痰瘀阻滞，寒热错杂证

治法：消痞健胃，行气缓急。

方药：安胃汤加减。黄连、干姜、制半夏、薏苡仁、百合、乌药、丹参、白芍、木香、甘草。

安胃和中膏方（专科协定方：姜半夏、薏苡仁、陈皮、干姜、黄连、黄芩、姜厚朴、炒枳实、白芍、百合、浮小麦、大枣、煅瓦楞子、人参、丹参、麦冬、甘草）：每次 10ml，每日三次。

中成药：和胃安颗粒，每次一袋，每日三次。同时可以予活血化瘀药物治疗，如康复新液等。

2.湿郁脾胃证

治法：化湿解郁，行气健胃。

方药：安胃化湿解郁汤加减。苍术、陈皮、制半夏、薏苡仁、茯苓、草果、田七。

安胃化湿解郁膏方（专科协定方：苍术、陈皮、姜半夏、薏苡仁、茯苓、草果、田七、甘草）：每次 10ml，每日三次。

3.肝胃气滞证

治法：疏肝和胃，理气止痛，疏肝解郁。

方药：柴胡疏肝散加减。柴胡、白芍、枳壳、川芎、香附、陈皮、甘草。

柴龙膏方（专科协定方：柴胡、黄芩、党参、茯苓、生龙骨、煅牡蛎、磁石、桂枝、半夏、生姜、大枣、枳壳、赤芍、厚朴）：每次 20g，每天两次

4. 肝胃郁热证

治法：清肝泻热，和胃止痛。

方药：化肝煎加减。丹皮、栀子、白芍、青皮、陈皮、浙贝、泽泻。

方药：柴胡、黄芩、白芍、法半夏、枳实、生姜、大枣、石膏、党参、山药、知母、连翘、栀子。

燮理三阳膏（专科协定方：淡豆豉、石膏、白芍、赤芍、柴胡、知母、栀子、黄芩、升麻、杏仁、大青叶、煅瓦楞子、合欢皮）：每次 10ml，每日三次。

5. 脾胃虚寒证

治法：健脾温中。

方药：黄芪建中汤加减。黄芪、桂枝、白芍、干姜、大枣、甘草、茯苓、白术、党参、砂仁。

益气健脾膏方（专科协定方：党参、黄芪、白术、苍术、陈皮、砂仁、茯苓、薏苡仁、姜半夏、佛手、白及、乌药、鸡内金、百合、炒麦芽、炒扁豆、草果、田七、连翘、炙甘草）：每次 10ml，每日三次。

6. 胃阴不足证

治法：益气养阴。

方药：益胃汤合芍药甘草汤加减。沙参、玉竹、麦冬、生地、花粉、白芍、甘草、石斛、佛手、玫瑰花等。

养阴益胃膏方（专科协定方：沙参、玉竹、麦冬、生地、白芍、石斛、佛手、玫瑰花、瓜蒌仁、黑豆、炙甘草）：每次 10ml，每日三次。

（二） 中医外治

1. 贴敷疗法：

主要穴位：神阙，中脘，足三里，可随证加减。

2. 灸疗

主要穴位：足三里、中脘、神阙，可随证加减。

疗程：每天 1 次，10 天为 1 疗程。

3. 穴位埋线疗法：

主穴：第 8-12 胸椎棘突两旁反射区为主，足三里，三阴交，可随证加减。

疗程：10 天 1 次，4-5 次为一疗程。

4. 针刺疗法：

主要穴位：中脘、下脘、气海、关元，可随证加减。

疗程：每天 1 次，4—5 次为 1 疗程。

5. 中药热敷：

主要穴位：上脘、中脘、下脘

疗程：每日 1 次，7~10 天为一疗程。

6. 隔物灸疗法（隔姜灸）

主要穴位：神阙、中脘、下脘、气海、关元，可随证加减。

疗程：每日 1 次，10 次为一疗程。

7. 刮痧疗法

部位：胁肋部 期门、章门；腿部 足三里、梁丘；背部 膈俞、胃俞。

实证：2—3 日一次，7 次一疗程。

虚证：5—6 日一次，5 次一疗程。

（三）西医治疗

1. 根除幽门螺杆菌治疗。

2. 内镜下治疗。慢性胃炎伴粘膜糜烂，或胃粘膜有固有腺体萎缩、肠化或不典型增生等萎缩性胃炎患者，在内镜下行氩离子凝固术（APC）治疗；如胃粘膜活检病理提示中重度不典型增生，有癌变倾向的胃炎患者，在内镜下行粘膜下剥离术（ESD）治疗。

3. 抑制胃酸分泌治疗。

4. 保护胃粘膜治疗。

三、疗效评价

（一）评价标准（参照《中药新药临床研究指导原则》及《中医内科常见病诊疗指南》）

1. 主要症状疗效评价标准

主要症状（胃脘痛及痞满）的记录与评价。按症状改善百分率= $(\text{治疗前总积分}-\text{治疗后总积分})/\text{治疗前总积分}\times 100\%$ ，计算主要症状改善百分率。

（1）痊愈：症状消失。

（2）显效：症状改善百分率 $\geq 80\%$ 。

（3）进步： $50\% \leq \text{症状改善百分率} < 80\%$ 。

（4）无效：症状改善百分率 $< 50\%$ 。

(5) 恶化：症状改善百分率为负值。

痊愈和显效病例数计算总有效率。

2. 证候疗效评定标准

采用尼莫地平法计算，疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

临床痊愈：症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%。

显效：症状、体征明显改善，70%≤疗效指数<95%。

有效：症状、体征明显好转，30%≤疗效指数<70%。

无效：症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效指数<30%。

3. 内镜下胃粘膜疗效评定

分别对胃镜下红斑、糜烂、出血、胆汁反流，花斑、苍白、血管显露、黏膜结节等情况加以统计，计算各单个镜下表现的改善等级及总积分改善程度。

(1) 痊愈：胃粘膜恢复正常。

(2) 显效：胃粘膜病变积分减少2级以上。

(3) 有效：胃粘膜病变积分减少1级。

(4) 无效：胃粘膜病变无改变或加重。

4. 胃粘膜组织学疗效评定

分别对病理状态下慢性炎症、活动性、肠上皮化生、异型增生的情况加以统计，计算各单个病理表现的改善等级及总积分改善程度。

(1) 痊愈：胃粘膜病理恢复正常。

(2) 显效：胃粘膜病理积分减少2级。

(3) 有效：胃粘膜病理积分减少1级。

(4) 无效：胃粘膜炎症程度无改变或加重。

（二）评价方法

1. 基本情况

中医优势病种名称（中西医病名）、诊疗方案应用时间、应用病例数、主要治疗方法、平均住院日（或门诊治疗时间）等。

2. 诊疗方案应用情况分析

提供诊疗方案中主要治疗方法的应用例数和使用率，并对这些治疗方法应用情况进行分析，如临床适应症、技术优势、可操作性、医生执行情况、患者依从性等，对未使用的诊疗方案中的治疗方法也应做简要说明。

3. 疗效评价与分析

从症状、体征、理化指标改善情况等方面进行分析。

4. 中医药的作用分析

依据本病主要症状、体征、理化指标及病情的变化情况，对中医药治疗的优劣点以及作用环节等进行分析，也可结合目前本病西医疗现状进行分析。

四、中医治疗难点

（一）难点分析

1. 如何防治胃脘痛（慢性胃炎）的癌变及复发仍然是目前治疗慢性胃炎的难点。胃脘痛（慢性胃炎）的临床缓解率有较大提高。但远期疗效差，易反复发作。

2. 如何提高慢性胃炎的远期治愈率，如何照顾患者的个体化差异是慢性胃炎的治疗难点。

（二）对策与思路

1. 为了防治慢性胃炎的复发，建议在胃脘痛（慢性胃炎）症状消

失后，以中药巩固治疗一周。并可配合中药定期穴位贴敷上脘、中脘、建里、足三里，以健脾和胃，减少慢性胃炎复发。针对患者的个体化差异，中医药在缓解临床症状方面因辨证论治而兼顾了个体化差异，所以能够取得缓解症状的显著疗效。

2. 在辨证施治的时候，需借助现代检测方法如电子胃镜等协助诊断，并根据检测结果，选加专效药物，以增强疗效，如胃酸过多者，则加海螵蛸、瓦楞子、乌药、龙骨、牡蛎之属，胆汁反流者，则加柴胡、郁金之属，萎缩性胃炎伴肠上皮增生者，则加黄芪、北沙参之属，有幽门螺杆菌者，则加黄药子、黄连、白芍、三七粉之属。在临床辨证施治方面，有待我们继续去琢磨，更好地发挥中医药特色。

2026 年度优化说明：

相较于 2025 版，优化内容如下：

1、症候诊断中，根据本科室近几年临床病人的常见症候综合分析，增加肝胃郁热证；减去脾虚湿热证、气血不足证。

2、痰瘀阻滞，寒热错杂证方药增加安胃和中膏方（专科协定方），增加中成药：和胃安颗粒，每次一袋，每日三次；减去加味乌梅丸膏方（专科协定方）、调阳和阴膏方（专科协定方）。

3、湿郁脾胃证的方药中，将“胃病二号方”调整为“安胃化湿解郁方”；增加安胃化湿解郁膏方（专科协定方）。

4、肝胃气滞证方药减去六磨化气膏方（专科协定方）。

5、脾胃虚寒证方药增加益气健脾膏方（专科协定方）；减去补

血愈疡膏（专科协定方）、太少养和膏（专科协定方）。

6、胃阴不足证方药增加养阴益胃膏方（专科协定方）；减去益气养阴膏方（专科协定方）、加味三仙膏方（专科协定方）。

7. 增加肝胃郁热证及其治法、方药；减去脾虚湿热证、气血不足证。