



慢性胃炎久治不愈？ 中西医结合给出答案

◎宜宾市第三人民医院 刘 惠

慢性胃炎是消化内科常见慢性病，以胃黏膜长期炎症、糜烂或萎缩为特征，患者常反复胃痛、胃胀、嗝气、反酸，病程较长，严重影响生活质量。临床发现，中西医结合诊疗理念以及优势互补的治疗模式，能为破解此困局提供有效途径。

中西医各有见解

现代医学研究发现，慢性胃炎的发病与多种因素紧密相关。幽门螺杆菌（Hp）感染是首要“元凶”，它定植在胃黏膜后，会破坏黏膜屏障，引发炎症反应。若长期反复感染，甚至会导致黏膜萎缩和肠化生。此外，非甾体抗炎药、酒精等会直接损伤胃黏膜上皮细胞；长期焦虑、熬夜等不良生活习惯，会通过神经-内分泌调节紊乱，加重黏膜供血不足。病理上，主要表现为胃黏膜充血水肿、固有腺体减少、炎性细胞浸润等。

中医则将慢性胃炎归为“胃痛”“痞满”范畴，认为其核心病机是脾胃气机失调、升降失常。饮食不节，像暴饮暴食、嗜食辛辣生冷，会损伤脾胃运化功能；情志失调导致肝失疏泄、横逆犯胃；久病则气血亏虚，胃黏膜失养，或者痰湿、瘀血等病理产物积聚。中医强调“脾胃为后天之本”，脾胃功能虚弱是发病的内在基础，气滞、痰湿、瘀血等邪实是诱发或加重病情的关键因素，二者相互影响，形成“本虚标实”的病机特点。

辨病与辨证相结合

诊断慢性胃炎，关键在于“西医辨病明确病因，中医辨证细化证型”，二者结合实现精准定位，避免漏诊误治。

首先，借助西医检查手段明确“病”的本质。胃镜能直接观察胃黏膜炎症、糜烂、萎缩的范围，取组织活检还能排除恶变，是诊断的金标准。碳13/14呼气试验可检测Hp，明确是否感染。血清胃泌素、胃蛋白酶原检测能评估胃黏膜分泌功能，判断萎缩程度。

在此基础上，结合中医四诊合参进行辨证。若胃镜提示黏膜充血水肿、Hp阳性，患者伴有口苦口黏、大便黏腻等症状，辨证为“脾胃湿热证”；若黏膜萎缩、分泌功能减退，患者神疲乏力、大便溏薄，为“脾胃气虚证”；若胃痛随情绪波动加重、嗝气频繁，即使西医检查无明显糜烂，辨证为“肝胃不和证”；对于胃阴不足证患者，常伴口干咽燥、饥不欲食，结合血清检查多提示胃黏膜分泌功能偏弱。

同时，辨证结果还能反推辨病。比如“瘀血停滞证”（胃痛固定、舌有瘀斑）患者，需重点借助胃镜排查黏膜糜烂或肠化生风险，实现病与证的双向印证，让诊断更具针对性和全面性。

标本兼顾显奇效

治疗慢性胃炎，关键在于“西医治标快速控症，中医治本巩固疗效”，二者协同能降低复发率，避免单一治疗的局限性。

首先，针对病因协同干预。针

对Hp阳性患者，西医四联疗法（质子泵抑制剂+两种抗生素+铋剂）是根除感染、控制病情的核心手段。此时配合黄连、蒲公英、白术等清热化湿、健脾和胃的中药，能减轻抗生素对胃肠道的刺激，缓解恶心、腹泻等不适，提升根除率。非Hp相关胃炎若反酸、胃痛明显，也可用此模式，减少西药长期使用的副作用。

其次，针对症状与体质协同调理。胃胀、嗝气明显的患者，西医给予促胃肠动力药改善胃排空，中医则根据辨证选用柴胡疏肝散疏肝理气，或艾灸足三里、中脘穴调节胃肠气机。黏膜修复阶段，西医用胃黏膜保护剂促进创面愈合，中医按证型给予四君子汤（脾胃气虚）、益胃汤（胃阴不足）等，调理脾胃功能，从根源上修复黏膜屏障。

最后，中西医结合分期协同。急性发作期，患者胃痛、反酸剧烈，以西医对症治疗为主，快速控制症状；缓解期，症状减轻、黏膜逐渐修复，以中医调理为主，巩固疗效。同时，指导患者调整饮食、作息，避免危险因素，实现急则治标、缓则治本的协同目标。

总之，中西医结合治疗慢性胃炎，优势互补，为患者带来了新的希望，让“胃痛胃胀”的困局不再难以破解。◎