文章类型：论文 | 刊号（ISSN）：2972-4457(P) / 2972-452X(O)

慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜病变进展影响因素及临床干预效果研究

黄成勇
成都市温江区天府街道社区卫生服务中心
DOI:10.32629/ffcr.v3i11.22335

[摘　要] 目的：分析慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜病变进展影响因素及临床干预效果。方法：选取本院收治 130 例慢性萎缩性胃炎胃粘膜病变患者并分为 2 组（各 65 例），对照组行常规临床干预，观察组分析影响因素并行个体化临床干预。比较干预效果。结果：观察组各指标优于对照组（P＜0.05）。结论：慢性萎缩性胃炎患者接受个体化临床干预能控制胃粘膜病变进展。
[关键词] 慢性萎缩性胃炎；临床干预；胃粘膜病变
中图分类号：R573.3 文献标识码：A

Study on Influencing Factors for the Progression of Gastric Mucosal Lesions and Clinical Intervention Efficacy in Patients with Chronic Atrophic Gastritis

Chengyong Huang
Tianfu Subdistrict Community Health Service Center, Wenjiang District, Chengdu

Abstract: Objective: To analyze the influencing factors for the progression of gastric mucosal lesions and the clinical intervention efficacy in patients with chronic atrophic gastritis. Methods: A total of 130 patients with chronic atrophic gastritis accompanied by gastric mucosal lesions treated in our hospital were enrolled and divided into two groups, with 65 cases in each group. The control group received routine clinical intervention, while the observation group adopted individualized clinical intervention based on influencing factor analysis. The intervention outcomes were compared between groups. Results: All indicators in the observation group were superior to those in the control group (P<0.05). Conclusion: Individualized clinical intervention for patients with chronic atrophic gastritis can control the progression of gastric mucosal lesions.
keywords: chronic atrophic gastritis; clinical intervention; gastric mucosal lesion

引言

慢性萎缩性胃炎在消化科门诊中是一种比较常见的疾病类型，部分患者在发病的早期阶段症状并不明显，仅仅表现为上腹隐痛、饱胀、嗳气或食欲下降，因此容易被忽视[1]。伴随病程逐渐延长，胃黏膜病变可能逐步加重，少数患者可向异型增生方向发展，进而大幅提高胃癌的发生风险[2]。目前临床针对慢性萎缩性胃炎的处理普遍围绕幽门螺杆菌根除、抑酸、胃黏膜保护和对症治疗等方面进行，但实际工作中可以发现，同样接受治疗的患者，其病变走向并不完全一致。饮食偏咸、吸烟、胆汁反流、复查不规律、焦虑情绪以及叶酸和维生素 B12 不足等因素，均可能影响胃黏膜修复和病变进展。若仅采用统一的临床干预方案，难以针对不同患者的风险点进行管理[3]。基于此，本研究回顾性收集本院 130 例慢性萎缩性胃炎合并胃黏膜病变患者的病历资料，按干预方式分为两组，分析影响病变进展的相关因素，并观察个体化临床干预的效果，以期为临床慢性萎缩性胃炎患者的随访和管理提供有益借鉴，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集本院收治 130 例慢性萎缩性胃炎合并胃粘膜病变患者病史资料，纳入时段 2024 年 1 月—2025 年 12 月。其中 2024 年 1 月—2024 年 12 月接受常规临床干预的 65 例患者归入对照组；2025 年 1 月—2025 年 12 月接受个体化临床干预的 65 例患者归入观察组。对照组年龄分布 38~72 岁，均值（52.64±7.83）岁；男、女各 34 例、31 例；患病时长 1～9 年，均值（4.31±1.23）年；幽门螺杆菌阳性 38 例；轻度萎缩 28 例，中度萎缩 27 例，重度萎缩 10 例；伴肠上皮化生 25 例；有胃癌家族史 8 例。观察组年龄分布 37~74 岁，均值（53.12±8.09）岁；男、女各 36 例、29 例；患病时长 1～10 年，均值（4.33±1.26）年；幽门螺杆菌阳性 40 例；轻度萎缩 26 例，中度萎缩 29 例，重度萎缩 10 例；伴肠上皮化生 27 例；有胃癌家族史 9 例。2 组各项基线信息对比差

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

异较小（P＜0.05）。本研究为回顾性分析，资料均来自既往病历，不增加患者额外负担，患者个人信息严格保密，符合临床伦理原则。

纳入标准：（1）胃镜及病理检查符合慢性萎缩性胃炎诊断，并伴有胃黏膜病变；（2）年龄在 18 岁及以上；（3）病历资料和随访数据无缺失。

排除标准：（1）胃癌或其他恶性肿瘤；（2）脏器功能严重受损；（3）妊娠期或哺乳期女性；（4）既往接受过胃部手术；（5）合并自身免疫性疾病或血液系统疾病。

1.2 方法

对照组患者接受常规临床治疗及干预，内容如下：对于幽门螺杆菌阳性者给予标准四联方案根除治疗，连续用药 14 天。并结合患者实际症状给予抑酸药、胃黏膜保护剂及促动力药。门诊提供基础的饮食宣教，告知患者少摄入辛辣刺激的食物，保持规律作息；定期复查胃镜，如果症状加重则提前就诊。

观察组患者分析胃黏膜病变进展影响因素，并提供个体化临床干预，详细做法如下：（1）影响因素分析：回顾观察组患者既往资料，重点记录年龄、幽门螺杆菌感染及根除情况、饮食习惯、吸烟饮酒、胆汁反流、胃癌家族史、焦虑状态、叶酸及维生素 B12 水平、用药依从性和胃镜复查情况。从中筛选出可能影响病变进展的因素，如年龄偏大、幽门螺杆菌持续阳性、长期高盐及腌制饮食、吸烟、胆汁反流、家族史、情绪紧张、营养不足和未规律复查。将其中可干预的因素作为后续管理重点。（2）个体化临床干预：①幽门螺杆菌管理：针对幽门螺杆菌阳性患者，首先接受规范的四联治疗，停药 4 周后复查，如果仍没有根除根据既往用药情况调整补救方案，并对其共同生活家庭成员进行宣教，减少再感染可能。②饮食调整：建议减少腌制、熏烤和高盐食物，增加新鲜蔬菜、水果和优质蛋白摄入，避免过烫、过硬食物，做到定时定量的摄入食物。③生活方式指导：劝吸烟者逐步戒烟，限制饮酒，保持充足的睡眠时间，适当活动，避免长期熬夜。④胆汁反流处理：对于存在反流表现的患者，给予促动力药和胃黏膜保护剂，睡觉时适当抬高床头，晚餐不要摄入过多的食物。⑤心理疏导：对焦虑明显者耐心解释病情，说明慢性萎缩性胃炎需要长期管理但并非均会癌变，必要时请心理科协助。⑥营养支持：对叶酸、维生素 B12 偏低者，在医生指导下补充，并定期复查相关指标。⑦随访管理：根据萎缩和肠化程度制定合理的复查间隔时间，比如轻中度者每 6~12 个月复查胃镜，重度或伴异型增生者缩短至 3~6 个月，同时复查血清胃蛋白酶原、胃泌素-17 等指标。⑧用药管理：结合患者既往用药和耐受情况，调整抑酸药、黏膜保护剂等，告知患者严禁自行停药或滥用药物。

1.3 观察指标

（1）疗效判定：结合胃镜和病理结果，将患者治疗效果分为 3 个档次，其中显效表示萎缩或肠上皮化生程度降低至少 1 个等级，炎症有明显的减轻；有效表示萎缩或肠上皮化生程度有所降低，或炎症减轻；无效表示胃镜及病理无明显变化；进展表示病变程度加重，或出现异型增生。显效率+有效率之和为总有效率。（2）观察幽门螺杆菌根除情况，记录治疗及随访期间不良反应，如腹胀、腹泻、皮疹、头晕等。

1.4 统计学分析

以 SPSS 26.0 软件进行资料分析，满足正态分布的计量数据以（$\bar{x}$ ±s）表示，采用 t 检验；计数数据以[n(%)]表示，采用χ^2 检验；P＜0.05 代表有统计学差异。

2 结果

2.1 对比 2 组患者临床治疗效果

根据临床治疗效果评估数据，观察组总有效率相比对照组存在大幅提高（P＞0.05），见表 1。

表 1 对比 2 组患者临床治疗效果[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	进展	总有效率
对照组	65	18	27	14	6	45（69.23）
观察组	65	27	31	5	2	58（89.23）
χ^2						7.900
P						0.005

2.2 对比 2 组患者幽门螺杆菌根除率

根据幽门螺杆菌根除检查情况，观察组 92.50%（37/40）在根除率方面与对照组 76.32%（29/38）相比大幅提高，组间有统计学差异（χ^2=3.921，P=0.048）。

2.3 对比 2 组患者用药不良反应

对照组用药过程中发生 2 例腹泻、1 例皮疹、2 例头晕；观察组用药过程中发生 1 例腹胀、1 例腹泻、1 例头晕。对比 2 组总发生率，观察组 4.62%低于对照组 10.77%，组间无统计学差异（χ^2=1.733，P=0.188）。

3 讨论

从本研究结果可知，在总有效率方面观察组相比对照组大幅提高，这也说明在常规治疗干预基础上，通过对胃黏膜病变进展的影响因素进行分析，并给予个体化干预，能够改善患者的胃镜及病理结局。分析具体原因是：慢性萎缩性胃炎患者的治疗并不仅仅是接受药物治疗，患者长期饮食、生活习惯和复查依从性都会影响胃黏膜修复效果[4]。观察组在干预前首先分析年龄、幽门螺杆菌、饮食、吸烟、胆汁反流、情绪和营养状态等因素，再针对可改变环节提供针对性的管理，这种方式比统一宣教能够更好地落实到具体患者身上[5]。从病变进展来看，观察组进展率低于对照组，这可能与风险因素控制更具体、随访更紧密有关。胃黏膜萎缩和肠上皮化生本身就是一个比较漫长的过程，如果幽门螺杆菌持续存在，

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

经常摄入高盐腌制食物，长期受到胆汁反流的刺激，胃黏膜慢性炎症难以消退，病变进展风险也会大幅增加[6]。本研究中，观察组对幽门螺杆菌未根除者进行补救治疗，对高盐饮食和吸烟者反复宣教，对胆汁反流者给予相应处理，并对重度萎缩或伴异型增生者适当缩短复查间隔时间。此类措施有助于尽早发现病变的异常变化，也减少了部分患者因为症状不明显而长期不复查的情况[7]。

在幽门螺杆菌根除率方面，本研究分析结果得知观察组相较对照组有更为明显地提高。幽门螺杆菌感染是导致慢性萎缩性胃炎的发病的重要因素，通过根除幽门螺杆菌部分可以减轻部分患者的胃黏膜炎症，一定程度抑制萎缩和肠化进展速度。常规干预虽然也会对阳性患者进行根除治疗，但部分患者存在用药不规律、疗程不足或未按时复查等问题。观察组在治疗前强调用药方法，停药后统一复查未根除者及时调整方案，并对家庭成员进行宣教，这些做法有助于提高了根除成功率[8]。随着根除率的提高后，胃黏膜持续炎症刺激减少，可能更好地维持临床治疗效果，减少病情进展。从临床干预的实施过程看，观察组效果更好的原因还可能与患者对自身病情了解程度提高有关。以往部分患者将慢性萎缩性胃炎作为普通胃炎看待，症状存在一定缓解后便自行停药，也不愿按期复查胃镜[9]。通过对影响因素进行分析，将复查依从性、用药规律性、饮食偏好和情绪状态纳入干预效果，医生沟通时不仅仅笼统叮嘱注意饮食，而是结合患者具体情况提出可操作的调整办法[10]。例如，对喜食腌制食品者帮助寻找替代食物；对焦虑明显者结合病理结果解释癌变风险，减轻其心理负担；对叶酸、维生素 B12 偏低者及时补充，对胆汁反流者给予促动力药和黏膜保护剂，有助于改善胃黏膜修复环境。以上各种措施共同发挥作用，继而使患者治疗效果提升，减少病变进展。

从安全性方面来看，观察组不良反应发生率相比对照组降低，但 2 组间不具备统计学差异，这也说明个体化干预并未明显增加治疗风险。观察组出现的不良反应主要为轻度腹胀、腹泻和头晕，经对症处理或调整用药后缓解，未影响后续随访。

综上所述，慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜病变进展受到多种因素的影响，在临床工作中不能仅仅关注短期症状改善情况，通过对患者相关风险因素进行分析，并针对幽门螺杆菌根除、饮食调整、生活方式改善、胆汁反流处理、心理疏导、营养补充和规律复查等方面实施个体化临床干预，有助于提高临床效果，控制胃黏膜病变进展。但本研究也存在一定不足，属于回顾性分析，部分资料来自既往病历，饮食、焦虑等信息记录可能不够完整；并且本研究中的样本量有限，随访时间仍偏短，没有观察长期的癌变结局。后续条件允许的情况下，可开展多中心、前瞻性研究，进一步验证个体化干预对慢性萎缩性胃炎胃黏膜病变进展的影响。

[参考文献]

[1]邓冬生.依卡倍特钠联合常规四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的临床效果[J].临床合理用药,2024,17(15):79-82.

[2]董一,李媛媛,任文.雷贝拉唑联合升阳益胃汤治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的效果[J].世界复合医学,2024,10(10):70-73.

[3]苏文雨,白杨,邹多武,等.我国慢性萎缩性胃炎患者诊疗现状及疾病进展相关影响因素分析[J].中华消化杂志,2026,46(1):26-35.

[4]魏慧娜.老年慢性萎缩性胃炎的临床特征及病情进展的影响因素分析[J].临床研究,2022,30(6):25-28.

[5]由昭阳,李石背,罗润,等.血清 PCSK9LTB4ADAM17 与慢性萎缩性胃炎患者病情进展的相关性分析[J].河北医学,2026,32(1):62-69.

[6]王新琦,郝婷婷.慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生进展的影响因素[J].临床医学进展,2025,15(9):1697-1702.

[7]汪建花.铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗老年慢性萎缩性胃炎中的应用[J].北方药学,2025,22(7):147-149.

[8]刘少宁.叶酸联合幽门螺杆菌根除治疗慢性萎缩性胃炎的临床有效性[J].系统医学,2025,10(16):90-93.

作者简介：

黄成勇（1977.12-），男，汉族，四川德阳人，大专，中级职称，研究方向为慢性胃病诊治。

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.