

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2018.02.02

## 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017 年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

**关键词:**消化性溃疡;中西医结合;诊疗

**中图分类号:**R573.1

**文献标志码:**A

**文章编号:**1671-038X(2018)02-0112-09

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)是临床常见病多发病,严重威胁着我国人民的身体健康。中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会于 2003 年重庆第 15 届全国中西医结合消化学术会议公布了《消化性溃疡的中西医结合诊治方案(草案)》<sup>[1]</sup>,2011 年在天津公布了《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见》<sup>[2]</sup>。近年来,中西医对 PU 进行了深入研究,取得了不少成绩,有必要对中西医诊疗共识意见进行更新,以满足临床诊治的需要。为此在充分参考中医、西医及中西医结合有关 PU 共识意见的基础上<sup>[1-7]</sup>,对 2011 年公布的《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见》进行修改,并先后组织国内中西医消化病专家就 PU 的中医证型、辨证治疗、疗效评定标准等一系列关键问题进行讨论,按照国际通行的德尔斐法进行了 3 轮次问卷和修改,通过了《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》。

### 1 概念

PU 主要指胃和十二指肠溃疡,主要病变是黏膜的局限性组织缺损、炎症与坏死性病变,深达黏膜肌层。病变主要与黏膜被胃酸、胃蛋白酶自身消化有关,故称 PU。按其发生部位及性质分为胃溃疡、十二指肠溃疡及特殊类型溃疡(如隐匿型溃疡、复合性溃疡、幽门管溃疡、球后溃疡、巨大溃疡等)。由于其发病与幽门螺杆菌(Hp)感染、非甾体类抗炎药(NSAIDs)关系密切,故对 Hp 感染者又称 Hp 相关性溃疡,对服用 NSAIDs 者又称 NSAIDs 相关性溃疡。PU 属中医学的“胃脘痛”、“嘈杂”、“吞酸”等范畴<sup>[1-2,8-9]</sup>。

### 2 西医诊断<sup>[3,8,10]</sup>

#### 2.1 临床表现

2.1.1 症状 典型的 PU 临床表现具有慢性、周期性、节律性上腹痛的特点;疼痛部位:胃溃疡在上腹偏左,十二指肠溃疡在上腹偏右;疼痛性质及时间:多呈隐痛、灼痛或胀痛。胃溃疡饭后 30 min 后痛,至下次餐前缓解。十二指肠溃疡有空腹痛、半夜痛,进食可以缓解。常伴反酸、烧心、暖气等症状,可伴

心理症候群。

2.1.2 体征 上腹部有局限性压痛。胃溃疡压痛位于上腹部正中或偏左,十二指肠溃疡位于上腹部偏右。

2.1.3 并发症 PU 主要并发症有出血、穿孔、梗阻和癌变,部分 PU 患者以溃疡的并发症为首诊症状。

#### 2.2 相关检查

2.2.1 电子胃镜检查 电子胃镜是确诊 PU 的首选方法。在胃镜直视下,PU 通常呈圆形、椭圆形或线形,边缘锐利,基本光滑,为灰白色或灰黄色苔膜所覆盖,周围黏膜充血、水肿,略隆起。根据溃疡发展过程及胃镜下表现,按照日本崎田隆夫的分期法<sup>[11]</sup>将溃疡分为活动期(A 期)、愈合期(H 期)和瘢痕期(S 期),而每期又分为 2 个阶段,分别为 A1 期、A2 期、H1 期、H2 期、S1 期、S2 期。

A1 期:溃疡呈圆形或椭圆形,中心覆盖厚白苔,可伴有渗血或血痂,周围潮红,充血水肿明显;A2 期:溃疡覆盖黄色或白色苔,无出血,周围充血水肿减轻。H1 期:溃疡处于愈合中,其周围充血、水肿消失,溃疡苔变薄、消退,伴有新生毛细血管;H2 期:溃疡继续变浅、变小,周围黏膜皱襞向溃疡集中。S1 期:溃疡白苔消失,呈现红色新生黏膜,称红色瘢痕期;S2 期:溃疡的新生黏膜由红色转为白色,称白色瘢痕期。

2.2.2 钡餐检查 PU 的主要 X 线下影像是壁龛或龛影,是钡悬液填充溃疡的凹陷部分所造成。在正面观,龛影呈圆形或椭圆形,边缘整齐。因溃疡周围的炎性水肿而形成环形透亮区。胃溃疡的龛影多见于胃小弯,且常在溃疡对侧见到痉挛性胃切迹。十二指肠溃疡的龛影常见于球部,通常比胃的龛影小。

#### 2.2.3 Hp 感染检测

(1)非侵入性检测:临床应用的非侵入性 Hp 检测试验中,尿素呼气试验是最受推荐的方法,单克隆粪便抗原试验可作为备选,血清学试验限于一些特定情况(PU 出血、胃 MALT 淋巴瘤和严重胃黏膜萎缩)。非侵入性 Hp 检测试验包括尿素呼气试验、

粪便抗原试验和血清学试验。尿素呼气试验,包括<sup>13</sup>C尿素呼气试验和<sup>14</sup>C尿素呼气试验,是临床最常应用的非侵入性试验,具有Hp检测准确性相对较高、操作方便和不受Hp在胃内灶性分布影响等优点<sup>[12-13]</sup>。但当检测值接近临界值(cut-off value)时,结果不可靠<sup>[14]</sup>,可间隔一段时间后再次检测或用其他方法检测。胃部分切除术患者用该方法检测Hp准确性显著下降<sup>[15]</sup>,可采用快速尿素酶试验和(或)组织学方法检测。

(2)血清学检测:基于单克隆抗体的粪便抗原试验检测Hp准确性与尿素呼气试验相似<sup>[16-17]</sup>,在尿素呼气试验配合欠佳人员(儿童等)检测中具有优势。常规的血清学试验检测Hp抗体IgG,其阳性不一定是现症感染,不能用于根除治疗后复查<sup>[13,17]</sup>,因此其临床应用受限。PU出血、胃MALT淋巴瘤和胃黏膜严重萎缩等疾病患者存在Hp检测干扰因素或胃黏膜Hp菌量少,此时用其他方法检测可能会导致假阴性,而血清学试验则不受这些因素影响<sup>[13,17]</sup>,阳性可视为现症感染。

(3)胃镜下活检:若患者无活组织检查(以下简称活检)禁忌,胃镜检查如需活检,推荐快速尿素酶试验作为Hp检测方法。最好从胃窦和胃体各取1块活检。Hp快速尿素酶试验具有快速、简便和准确性相对较高的优点,完成胃镜检查后不久就能出Hp检测结果,阳性者即可行根除治疗。Hp在胃内呈灶性分布,多点活检可提高检测准确性<sup>[13,17]</sup>。多数情况下,有经验的病理医师采用胃黏膜常规染色(苏木精-伊红染色)即可做出Hp感染诊断。存在慢性活动性胃炎而组织学检查未发现Hp时,可行特殊染色检查。

(4)细菌培养与分子生物技术:如准备行Hp药物敏感试验,可采用培养或分子生物学方法检测。培养诊断Hp感染特异性高,培养出的Hp菌株可用于药物敏感试验和细菌学研究。但培养有一定技术要求,敏感性偏低,因此不推荐单纯用于Hp感染的常规诊断<sup>[13,17]</sup>。随着分子生物学技术的发展,用该技术检测Hp耐药基因突变预测耐药的方法已具有临床实用价值<sup>[18]</sup>。

(5)注意事项:除血清学和分子生物学检测外,Hp检测前必须停用质子泵抑制剂(PPI)至少2周,停用抗菌药物、铋剂和某些具有抗菌作用的中药至少4周。抗菌药物、铋剂和某些具有抗菌作用的中药可以抑制Hp生长,降低其活性。PPI抑制胃酸分泌,显著提高胃内pH水平,从而抑制Hp尿素酶活性。Hp检测前服用这些药物可显著影响基于尿素酶活性(快速尿素酶试验、尿素呼气试验)试验的

Hp检出,造成假阴性<sup>[13,19]</sup>。H<sub>2</sub>受体拮抗剂对检测结果有轻微影响,抗酸剂则无影响<sup>[4]</sup>。血清学试验检测Hp抗体,分子生物学方法检测Hp基因,不受应用这些药物的影响。

### 2.3 诊断

2.3.1 诊断思路 对怀疑有PU的患者:①确定有无溃疡存在;②辨别溃疡的良恶性;③确定溃疡的类型;④判断溃疡分期;⑤明确PU的病因;⑥了解有无并发症。

(1)明确有无溃疡:对具有慢性、周期性、节律性上腹痛特点的患者应考虑有PU之可能,应进行电子胃镜、上消化道气钡双重造影等检查,其中胃镜检查是确诊的主要方法。

(2)排除恶性溃疡:内镜下恶性溃疡直径>2 cm,外形不规则或火山喷口状,边缘不规整、隆起,底部凹凸不平、出血、坏死,周围黏膜皱襞中断或增粗呈结节状。于溃疡边缘取活检病理检查是区分溃疡良恶性的关键。

(3)确定溃疡的类型:根据溃疡发生的部位明确是胃溃疡、十二指肠溃疡、复合性溃疡或特殊类型的溃疡。

(4)判断溃疡分期:应根据溃疡的特点判断溃疡所处的期和阶段,临床一般分为A1期、A2期、H1期、H2期、S1期、S2期。

(5)明确PU的病因:检查Hp,明确是否为Hp相关性溃疡;了解服药史,明确是否为NSAIDs相关性溃疡。

(6)了解有无并发症:根据血常规、胃镜结果、影像学、腹部B超、病理学等结果,判断有无贫血、活动性出血、穿孔、梗阻、甚至癌变等并发症。

2.3.2 诊断标准 2011年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会公布的《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见》规定了PU的临床诊断标准<sup>[2]</sup>:①初步诊断:慢性、周期性、节律性上腹痛伴反酸者;②基本诊断:伴有上消化道出血、穿孔史或现症者;③确定诊断:胃镜发现PU病灶。

### 3 中医辨证<sup>[1-2,4,20-23]</sup>

#### (1)肝气犯胃证

主症:①胃脘胀痛,窜及两胁;②胸闷喜叹息,遇情志不遂胃痛加重;③嗳气频繁。

次症:①烦躁易怒;②嘈杂反酸;③口苦纳差。

舌脉:舌质淡红,苔薄白,脉弦。

证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,参考舌脉象。

#### (2)脾胃气虚证

主症:①胃脘隐痛;②腹胀纳少食后尤甚;③大

便溏薄。

次症:①肢体倦怠;②少气懒言;③消瘦。

舌脉:舌淡苔白;脉缓弱或脉细弱。

证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,参考舌脉象。

#### (3)脾胃湿热证

主症:①胃脘疼痛;②痞胀不适;③纳谷不香;④恶心欲呕;⑤口苦口黏;⑥肢重困倦。

次症:①喜冷饮;②吞酸嘈杂;③烦躁易怒;④小便黄;⑤大便秘结或溏而不爽。

舌脉:舌红,苔黄腻,脉滑数。

证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,参考舌脉象。

#### (4)寒热错杂证

主症:①胃脘灼痛,喜温喜按;②口干苦或吐酸水。

次症:①暖气时作;②嘈杂泛酸;③四肢不温;④大便时干时稀。

舌脉:舌淡或淡红,体胖有齿痕,苔黄白相间或苔黄腻,脉弦细。

证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,参考舌脉象。

#### (5)瘀血阻络证

主症:①胃脘疼痛如针刺或如刀割,痛处不移;②胃痛拒按,食后胃痛加重。

次症:①痛晚间发作,或夜间痛甚;②呕血或黑便。

舌脉:舌质紫暗或见瘀斑,脉涩或沉弦。

证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,参考舌脉象。

#### (6)胃阴不足证

主症:①胃脘隐痛或灼痛;②嘈杂似饥,饥不欲食。

次症:①口干不欲饮;②纳呆食少;③干呕;④大便干结。

舌脉:舌红少津裂纹、少苔、无苔或剥苔,脉细数。

证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,参考舌脉象。

#### (7)脾胃虚寒证

主症:①胃脘隐痛,喜温喜按;②空腹痛重,得食痛减。

次症:①面色无华;②神疲肢怠;③纳呆食少;④泛吐清水;⑤四肢不温;⑥大便稀溏。

舌脉:舌体胖,边有齿痕,苔薄白,脉沉细或迟。

证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第

1项加次症2项,参考舌脉象。

## 4 治疗

### 4.1 治疗原则

PU的治疗目的在于缓解症状、促进溃疡愈合、防止并发症、预防复发,治疗的重点在于削弱各种损害因素对胃及十二指肠黏膜的损害、提高防御因子以增强对黏膜的保护。具体的方法包括消除病因、降低胃酸、保护胃黏膜、根除Hp等。通常十二指肠溃疡治疗4~6周,胃溃疡治疗6~8周,特殊类型溃疡的治疗时间要适当延长。

### 4.2 西医治疗

4.2.1 降低胃内酸度 降低胃内酸度是缓解疼痛、促进溃疡愈合的主要措施,常用降低胃酸药物有抑酸剂、制酸剂。抑酸剂首选PPI,常用的药物有奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、埃索美拉唑、雷贝拉唑、艾普拉唑等,一般标准剂量1~2次/d,早餐前0.5h或睡前服药;抑酸治疗也可选用H<sub>2</sub>受体拮抗剂,常用药物有西米替丁、雷尼替丁、法莫替丁、罗沙替丁等,一般标准剂量2~3次/d。制酸剂如氢氧化铝、铝碳酸镁等,一般用于临时给药以缓解症状,不作长期治疗。

4.2.2 黏膜保护剂 黏膜保护剂是促进黏膜修复、提高溃疡愈合质量的基本手段,联合应用胃黏膜保护剂可提高PU的愈合质量,有助于减少溃疡的复发。对老年人PU、难治性溃疡、巨大溃疡、复发性溃疡建议在抗酸、抗Hp治疗同时,配合应用胃黏膜保护剂。常用胃黏膜保护剂有铋剂(枸橼酸铋钾、胶体果胶铋等)、硫糖铝、米索前列醇(喜克溃)、复方谷氨酰胺、吉法酯、膜固思达、施维舒等,标准剂量,3次/d,口服;胆汁结合剂适用于伴胆汁反流者,有消胆胺、甘羟铝、铝碳酸镁等,后者兼有抗酸、黏膜保护作用,常用剂量是1g/次,3次/d,内服。

4.2.3 根除Hp治疗 对Hp阳性的PU,无论初发或复发,有无并发症均应根除Hp,这是促进溃疡愈合和防止复发的基本措施。

由于既往含克拉霉素三联疗法和Hp Maas-tricht-4共识推荐用的非铋剂四联方案(PPI+阿莫西林+克拉霉素+甲硝唑)以及序贯疗法、伴同疗法根除率下降,难以获得高根除率<sup>[24-26]</sup>,故Maas-tricht-5共识不予推荐。目前推荐铋剂四联(PPI+铋剂+2种抗生素)作为主要的经验性治疗根除Hp方案(推荐7种方案)。这些方案的组成、药物剂量和用法见表1。这些方案的根除率均可达到85%~94%,极大多数研究采用了14d疗程,含甲硝唑方案中的甲硝唑剂量为1600mg/d<sup>[27-33]</sup>。

表1 推荐的Hp根除四联方案中抗生素组合、剂量和用法

方案	抗生素 1	抗生素 2
1	阿莫西林 1 000 mg, 2次/d	克拉霉素 500 mg, 2次/d
2	阿莫西林 1 000 mg, 2次/d	左氧氟沙星 500 mg, 1次/d 或 200 mg, 2次/d
3	阿莫西林 1 000 mg, 2次/d	呋喃唑酮 100 mg, 2次/d
4	四环素 500 mg, 3次/d 或 4次/d	甲硝唑 400 mg, 3次/d 或 4次/d
5	四环素 500 mg, 3次/d 或 4次/d	呋喃唑酮 100 mg, 2次/d
6	阿莫西林 1 000 mg, 2次/d	甲硝唑 400 mg, 3次/d 或 4次/d
7	阿莫西林 1 000 mg, 2次/d	四环素 500 mg, 3次/d 或 4次/d

注:标准剂量(PPI+铋剂)(2次/d,餐前0.5h口服)+2种抗生素(餐后口服)。标准剂量PPI为艾司奥美拉唑20mg、雷贝拉唑10mg(或20mg)、奥美拉唑20mg、兰索拉唑30mg、潘托拉唑40mg、艾普拉唑5mg,以上选一;标准剂量铋剂为枸橼酸铋钾220mg。除含左氧氟沙星的方案不作为初次治疗方案外,根除方案不分一线、二线,应尽可能将疗效高的方案用于初次治疗。初次治疗失败后,可在其余方案中选择1种方案进行补救治疗。方案的选择需根据当地的Hp抗生素耐药率和个人药物使用史,权衡疗效、药物费用、不良反应和其可获得性。

某些中药或中成药具有抗Hp的作用,但确切疗效和如何组合根除方案,尚待更多研究验证。

4.2.4 NSAIDs诱发溃疡的治疗 对NSAIDs诱发的溃疡,应首选PPI治疗,疗程与剂量同PU。PPI能高效抑制胃酸分泌,显著改善患者的胃肠道症状,预防消化道出血,并能促进溃疡愈合。H<sub>2</sub>受体拮抗剂仅能预防NSAIDs十二指肠溃疡的发生,而不能预防胃溃疡的发生。胃黏膜保护剂可增加PG合成、清除并抑制自由基、增加胃黏膜血流等作用,对NSAIDs溃疡有一定的治疗作用。Hp感染会增加NSAIDs相关消化道并发症的风险,是一个独立的危险因素,在接受长期NSAIDs治疗前检查并根除Hp对患者有益。

对于NSAIDs所致的溃疡,建议停用NSAIDs药物,如因原发疾病治疗的需要而不能停药者,可换用选择性环氧合酶(COX-2)抑制剂,并同时服用PPI。

4.2.5 饮食治疗 PU的进食原则是易消化、富营养、少刺激。应避免刺激性食物、烟酒、咖啡、浓茶和NSAIDs。

4.2.6 心理治疗 神经精神和心理因素与PU的关系十分密切,调节神经功能,避免精神刺激,调整心态十分重要。应保持心情舒畅、乐观、平和,树立战胜疾病的信心,针对患者实际情况,进行心理疏导,可酌情给予镇静剂或抗抑郁药。

4.2.7 对症治疗 PU对症治疗的要点是调节胃肠功能。根据患者症状酌情分别给予解痉剂(屈他维林、阿托品等)、促动力剂(伊托比利、莫沙比利等)、抗胆汁反流剂(铝碳酸镁、消胆胺、甘羧铝片等)。

4.2.8 并发出血的治疗<sup>[34]</sup> PU并发急性出血时,应尽可能做急诊胃镜检查,24h内的胃镜干预能够改善高危患者的预后。合并活动性出血的首选治疗方法是胃镜下止血,对于Forrest分级Ia级-IIb级患者,应在胃镜下进行适当的止血治疗,同时使用大剂量PPI,可有效预防再出血,减少外科手术率与病死率。不建议对胃镜治疗的患者进行常规胃镜复查,但再出血风险高的患者除外。对于无条件行胃镜治疗或胃镜治疗失败时,也可以考虑放射介入治疗或外科手术治疗。

4.2.9 手术治疗 手术治疗不是PU的首选方法,如有上消化道大出血、幽门梗阻、难治性溃疡、球部或球后明显狭窄等,经内科治疗无效者;如有急性穿孔或巨形溃疡、重度异型增生甚至恶变倾向者应考虑外科手术治疗。

4.2.10 PU病的复发及预防 Hp感染、长期服用NSAIDs是导致PU复发的主要原因,其他原因尚有吸烟、饮酒等不良生活习惯。

对复发性溃疡的治疗,应首先分析其原因,做出相应的处理。根除Hp后,溃疡复发率显著低于单用抑酸剂治疗组和未根除治疗组,提示Hp是导致溃疡复发的主要因素,这其中包括未进行Hp根除治疗和根除治疗后Hp再次转为阳性者。后者包括再燃和再感染2种可能,近年来多个研究表明再燃可能是Hp感染复发的主要因素,应对Hp再次进行根除治疗。

对非Hp感染、根除Hp失败,及其他不明原因的复发性PU的预防,建议应用PPI或H<sub>2</sub>受体拮抗剂维持治疗。

长期服用NSAIDs和阿司匹林是导致PU病复发的另一个重要因素,如因原发病需要不能停药者可更换为选择性COX-2抑制剂,并同时服用PPI。

对合并Hp感染者,应行根除治疗。对不能停

用 NSAIDs 和阿司匹林药物者,长期使用 PPI 预防溃疡复发的效果显著优于 H<sub>2</sub> 受体拮抗剂。从药理机制上讲,选择性 COX-2 抑制剂可避免 NSAIDs 和阿司匹林对 COX 非选择性抑制,减少消化道黏膜损伤的发生,但研究表明,仍有 1%~3% 高危人群使用选择性 COX-2 抑制剂发生溃疡,因此对此类患者仍建议同时使用 PPI 维持治疗。

### 4.3 中医药治疗

#### 4.3.1 中医辨证治疗<sup>[1-2,4,8]</sup>

##### (1) 肝气犯胃证

治法:疏肝理气,和胃止痛。

方药:柴胡疏肝散加减(《景岳全书》),药用柴胡、白芍、炙甘草、枳壳、川芎、香附、沉香、郁金、青皮等。

加减:疼痛明显者加元胡、三七粉(冲服);嗳气明显者加柿蒂、旋复花;烦躁易怒者加丹皮、栀子;伴泛酸者加海螵蛸、浙贝母;苔厚腻者加厚朴、薏苡仁。胃蠕活动活跃或亢进者加芍药、甘草;溃疡呈圆形或椭圆形,中心覆盖黄苔或白苔,周围黏膜充血水肿者,加蒲公英、银花、地丁。

##### (2) 脾胃气虚证

治法:健脾益气。

方药:四君子汤加味(《太平惠民和剂局方》),药用党参、白术、茯苓、厚朴、木香、砂仁(后下)、三七粉(冲服)、海螵蛸、炙甘草等。

加减:脾虚重者可加用黄芪;疼痛明显者加元胡、白芷;嗳气明显者加枳壳、柿蒂、旋复花;纳呆食少者加炒神曲;苔厚腻者加扁豆、薏苡仁。

##### (3) 脾胃湿热证

治法:清热化湿,理气和中。

方药:王氏连朴饮加减(《霍乱论》),药用黄连、厚朴、石菖蒲、制半夏、香豉、焦山栀子、芦根等。

加减:湿重于热者加苍术、豆蔻(后下);纳呆食少者加炒神曲;疼痛明显者加元胡、三七粉(冲服);烦躁易怒者加丹皮、栀子;伴泛酸者加海螵蛸、浙贝母;苔厚腻者加薏苡仁。

##### (4) 寒热错杂证

治法:寒温并用,和胃止痛。

方药:半夏泻心汤加减(《伤寒论》),药用黄连、黄芩、干姜、桂枝、白芍、半夏、炙甘草、陈皮、茯苓、枳壳等。

加减:畏寒明显者加高良姜、香附;胃脘痞满者加檀香、大腹皮;胃脘烧心者加黄连、吴茱萸;嗳气者加代赭石;嘈杂泛酸明显者加煅瓦楞子、乌贼骨、浙贝母。

##### (5) 瘀血阻络证

治法:活血化瘀,通络止痛。

方药:失笑散(《太平惠民和剂局方》)合丹参饮(《时方歌括》)加减,药用蒲黄、五灵脂、丹参、檀香、砂仁、延胡索、三七粉(冲服)、郁金、枳壳等。

加减:兼气虚者加黄芪、党参;泛酸者加海螵蛸、浙贝母;胃镜下见溃疡合并有出血或患者呕血或黑便者加大黄粉、白及粉。

##### (6) 胃阴不足证

治法:健脾养阴,益胃止痛。

方药:一贯煎(《柳州医话》)合芍药甘草汤(《伤寒论》)加减,药用沙参、麦冬、炒白芍、甘草、当归、枸杞子、生地、玉竹、石斛、香橼等。

加减:干呕者加姜半夏、竹茹;反酸嘈杂似饥者加煅瓦楞子、贝母;神疲乏力者加黄芪、太子参;大便干燥者加火麻仁、郁李仁;舌红光剥者加玄参、天花粉;失眠者加酸枣仁、合欢皮;胃黏液量少而黏稠者加浙贝母、瓜蒌。溃疡呈现红色瘢痕或白色瘢痕者,用香砂六君子汤善其后。

##### (7) 脾胃虚寒证

治法:温中散寒,健脾和胃。

方药:黄芪建中汤加减(《金匮要略》),药用黄芪、桂枝、白芍、高良姜、香附、广木香、炙甘草、大枣等。

加减:泛吐清水明显者加姜半夏、陈皮、干姜;泛酸明显者加黄连、吴茱萸、乌贼骨、瓦楞子;大便潜血阳性者加炮姜炭、白及、仙鹤草;胃黏液稀薄而多,用胃苓汤;溃疡继续变浅、变小,中心覆盖白苔,周围黏膜皱襞向溃疡集中者,加黄芪、当归、白芍;胃蠕动缓慢者加枳实、白术。

#### 4.3.2 中成药治疗

(1) 荜铃胃痛颗粒:荜澄茄、川楝子、延胡索、黄连、吴茱萸、香橼、佛手、香附、酒大黄、海螵蛸、瓦楞子;能行气活血,和胃止痛;适用于气滞血瘀所致的胃脘痛以及慢性胃炎;5 g/次,3 次/d。

胃苏颗粒:陈皮、佛手、香附、香橼、枳壳、紫苏梗、槟榔、鸡内金;具有理气消胀,和胃止痛之功;适用于肝胃气滞所致胃脘胀痛,窜及两胁,郁怒则甚,胸闷食少,排便不畅,得嗳气或矢气则舒;15 g/次,3 次/d。

(2) 荆花胃康胶丸<sup>[35]</sup>:土荆芥、水团花;具有理气散寒、清热化瘀之功,用于肝气犯胃、寒热错杂与瘀血阻络证;160 mg/次(2 粒),3 次/d。

(3) 复方田七胃痛胶囊<sup>[36]</sup>:白及、白芍、川楝子、甘草、枯矾、三七、瓦楞子、吴茱萸、香附、延胡索、颠茄流浸膏、碳酸氢钠、氧化镁;具有制酸止痛、理气化瘀、温中健脾、收敛止血之功;用于肝气犯胃证;3~4 粒/次,3 次/d。

(4) 溃疡宁胶囊<sup>[37]</sup>:珍珠、珍珠层粉、象牙屑、青黛、人指甲(滑石烫)、蚕茧(炭)、牛黄、冰片;具有清热解毒、生肌止痛之功;用于肝气犯胃及脾胃湿热证;0.9 g/次,1次/d,睡前服。

(5) 健胃愈疡片<sup>[38]</sup>:白及、白芍、柴胡、党参、甘草、青黛、延胡索、珍珠层粉;具有疏肝健脾、解痉止痛、止血生肌之功;用于肝郁脾虚证;4~6片/次,3次/d。

(6) 康复新液<sup>[39]</sup>:美洲大蠊干燥虫体的乙醇提取物;具有通利血脉,养阴生肌之功;用于瘀血阻络证;10 ml/次,3次/d。

(7) 安胃疡<sup>[40]</sup>:甘草黄酮类化合物;具有补中益气、解毒生肌之功;用于脾胃虚弱证;0.4 g/次,4次/d。

(8) 胃乃安胶囊<sup>[41]</sup>:黄芪、三七、人参粉、珍珠层粉、人工牛黄;具有补气健脾、宁心安神、行气活血、消炎生肌之功;用于脾胃虚弱证;4粒/次,3次/d。

(9) 小建中胶囊<sup>[42]</sup>:白芍、大枣、桂枝、甘草、生姜;具有温中补虚,缓急止痛之功;用于脾胃虚寒证;0.8 g/次,3次/d。

(10) 乌贝散<sup>[43]</sup>:海螵蛸、浙贝母、陈皮油;具有制酸止痛、收敛止血之功;用于肝胃不和证;3 g/次,3次/d。

(11) 胃康胶囊<sup>[44]</sup>:白及、海螵蛸、黄芪、三七、白芍、香附、乳香、没药、鸡内金、百草霜、鸡蛋壳(炒焦);具有健胃止痛、制酸之功;用于肝气犯胃证;2~4粒/次,3次/d。

(12) 珍珠胃安丸<sup>[45]</sup>:珍珠层粉、甘草、豆豉姜、陈皮、徐长卿;具有健胃和中、制酸止痛、收敛生肌之功;用于脾胃虚寒证;1.5 g/次,4次/d。

#### 4.3.3 中医特色治疗

##### (1) 针灸疗法

主穴:中脘、足三里、内关、胃俞、脾俞、肾俞。

配穴:肝胃不和,加肝俞、期门、膈俞、梁门、梁丘、阳陵泉,用泻法。饮食积滞者,加梁门、下脘、天枢、脾俞、支沟,用泻法、强刺激。脾胃虚弱者,加章门,用补法,另外加灸脾俞、胃俞、下脘、气海、关元、天枢。胃阴不足者,加三阴交、太溪,用补法。胃热者,刺金津、玉液出血。胃寒者,主穴加灸。瘀血阻络者加肝俞、期门、三阴交。1次/d,10 d为1个疗程。

##### (2) 中药穴位贴敷

①寒证:热敷方:取干姜、吴茱萸等调制成药膏外敷脐部或疼痛最明显处,外敷1~2次/d,并配合红外线照射。

②热证:寒敷方:取大黄、黄柏调制成药膏外敷

脐部或疼痛最明显处,外敷1~2次/d。

##### (3) 穴位注射

双足三里穴位各注射灯盏细辛注射液或丹参注射液1 ml。

#### 4.4 中西医结合治疗要点

4.4.1 西医为主,中医按需治疗 本病西医治疗的要点是降低胃酸、保护黏膜和根除Hp。反酸明显时应使用更有效的PPI或者联合H<sub>2</sub>受体阻滞剂,以降低胃酸为主;胃脘不适、饱胀、暖气明显时,则可结合中医药治疗,如枳术宽中胶囊、或气滞胃痛胶囊、或荆花胃康胶丸等中成药治疗,或者在动力药基础上加中成药治疗。对于难治性溃疡、体虚迁延反复或寒热瘀湿证候明显者,可按需要分别给予辨证论治、中成药或针灸治疗。对于四联疗法仍然根除效果不佳患者,或者对抗生素比较恐惧或反应较大的患者,应强调进行中西医结合根除Hp治疗。已有全国多中心临床研究表明,PPI标准三联结合中成药荆花胃康胶丸<sup>[46]</sup>、温胃舒<sup>[47]</sup>、养胃舒<sup>[47]</sup>、康复新液<sup>[48]</sup>等治疗,可明显提高Hp根除率,减少抗Hp治疗中的不良反应,提高溃疡愈合质量,增加临床症状缓解。因此,在西医标准方案治疗的同时,辨证地选用上述药物,按常规剂量服用,或在西医治疗方案结束后继续服用1~2个月中成药,也可在西医药治疗同时,辨证合用中药汤剂治疗,对提高Hp的根除率大有帮助。今后更应加强抗Hp有效中药筛选与药物组合以提高疗效及减少耐药有关方面严格随机、对照大样本研究。

4.4.2 中医为主,西医对症治疗 对于无明显并发症,而体质比较虚弱、或年龄较大患者,可首先考虑按前述7个证型进行中医辨证论治,给予相应的中药方剂加减治疗,同时加上PPI或H<sub>2</sub>受体阻滞剂。若患者有些症状不能迅速缓解则可辅以动力药、解痉止痛的西药对症治疗。如有精神紧张、抑郁、焦虑者应予以心理治疗,调节心态、疏导情志,必要时适当加用抗抑郁药;如有饮食不当致症状加重者应避免刺激性饮食、烟酒和对胃有伤害的药物;如有反酸疼痛或饱胀、暖气显著者则应分别给予抑酸、解痉止痛药或促胃肠动力药。中医辨证联合西医对症治疗,常可收到标本兼治的效果。

4.4.3 病证结合,中西医结合治疗 根据中医证型与黏膜病变关系研究的文献报告,进行病证结合治疗的探索。提出设想和初步实践如下:从病而言,PU患者应该使用PPI,如果有Hp感染,必须正规杀菌治疗;从证而言,就是因人而异的辨证论治,实行个体化治疗。病证结合就是在使用PPI或者杀菌的基础上进行中医辨证论治。病证结合还有一层

意思就是把西医对PU的分期结合辨证进行诊治,如肝气犯胃证及脾胃气虚证大致相当于溃疡病早期或瘢痕期,给予舒肝理气与调节功能、抑酸等相结合的治疗;脾胃湿热证及寒热错杂证相当于溃疡病急性活动期Hp阳性者,应予健脾清热、寒热平调与除菌消炎、抑酸等相结合的治疗;瘀血阻络证多为溃疡充血明显伴有出血倾向者,应予活血化瘀与抑酸、护膜、止血相结合的治疗;胃阴不足证相当于溃疡病活动缓解但仍有炎症反应或伴萎缩病变者,应予养阴清热与改善微循环相结合的治疗;脾胃虚寒证相当于活动程度减轻趋向于愈合过程者,应予温中散寒与促进愈合相结合的治疗。在病证结合治疗过程中要灵活运用中西医结合原则,如根据辨证在使用中医药的基础上,根据溃疡的具体分期和是否有并发症,使用恰当的西药进行综合治疗,或者在使用西药治疗的同时,根据患者的体质和特点,进行必要的辨证论治和理法方药,以提高疗效。尤其是在根除Hp时,根据患者是否耐药或者对抗生素是否有较大的不良反应,而有机的结合中药,以便更加有效地根除Hp。

## 5 疗效评定标准<sup>[1-2,4]</sup>

### 5.1 总疗效判定标准

临床治愈:症状全部消失,溃疡瘢痕愈合或无痕迹愈合,Hp根除。显效:主要症状消失,溃疡达H<sub>2</sub>期,Hp根除。有效:症状有所减轻,溃疡达H<sub>1</sub>期,Hp减少(由+++变为+)。无效:症状、内镜及Hp检查均无好转者。

### 5.2 内镜疗效判定标准

临床治愈:溃疡疤痕愈合或无痕迹愈合;显效:溃疡达H<sub>2</sub>期;有效:溃疡达H<sub>1</sub>期;无效:内镜检查无好转者。

### 5.3 中医证候疗效评价

疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。所有症状都分为无、轻、中、重4级,在主证分别记0、2、4、6分,在次证则分别记0、1、2、3分。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

### 5.4 单项症状疗效评价

显效:原有症状消失;有效:原有症状改善2级;进步:原有症状改善1级;无效:原有症状无改善或原症状加重。(症状分级记录:0级:没有症状,积0分;1级:症状轻微,不影响日常生活,积1分;2级:症状中等,部分影响日常生活,积2分;3级:症状严

重,影响到日常生活,难以坚持工作,积3分。)

项目负责人:李军祥、陈 言

共识意见执笔人:肖 冰、刘绍能

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

白文元、王长洪、甘 淳、冯五金、吕 宾、任顺平、危北海、刘成海、刘 汶、刘绍能、劳绍贤、李天望、李军祥、李茁然、李 岩、李道本、杨春波、杨胜兰、肖 冰、吴云林、何晓晖、沈 洪、张万岱、张荣华、陈治水、陈 言、赵洪川、胡 玲、柯 晓、姚希贤、姚树坤、徐克成、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、梁 健、谢晶日、窦永起、魏品康

## 参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(5):478-450.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6):733-737.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范建议(2008·黄山)[J]. 中华消化杂志, 2008, 28(7):447-450.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化性溃疡中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中医杂志, 2010, 5(10):941-944.
- [5] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组/幽门螺杆菌阻科研协作组. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告(2007·庐山)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(1):73-76.
- [6] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组/全国幽门螺杆菌研究协作组. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(10):832-837.
- [7] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范[J]. 全科医学临床与教育, 2014, 12(3):243-246.
- [8] 危北海,张万岱,陈治水. 中西医结合消化病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:582-604.
- [9] 中华中医药学会. 中医内科学常见病诊治指南·西医疾病部分[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:97-99.
- [10] 中华医学会. 临床诊疗指南——消化系统疾病分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:32-34.
- [11] 唐琳,黄启阳,杨云生. 消化性溃疡的检查方法及诊断标准[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2010, 5:16-18.
- [12] Ferwana M, Abdulmajeed I, Alhajiahmed A, et al. Accuracy of urea breath test in Helicobacter pylori infection: meta-analysis[J]. World J Gastroenterol, 2015,

- 21:1305—1314.
- [13] Wang Y K, Kuo F C, Liu C J, et al. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection; Current options and developments[J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(40):11221—11235.
- [14] Gisbert J P, Pajares J M. Review article:<sup>13</sup>C-urea breath test in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection—a critical review[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2004, 20:1001—1017.
- [15] Tian X Y, Zhu H, Zhao J, et al. Diagnostic performance of urea breath test, rapid urea test, and histology for *Helicobacter pylori* infection in patients with partial gastrectomy; a meta-analysis[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2012, 46:285—292.
- [16] Gisbert J P, de la Morena F, Abaira V. Accuracy of monoclonal stool antigen test for the diagnosis of *H. pylori* infection: a systematic review and meta-analysis[J]. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101:1921—1930.
- [17] Atkinson N S, Braden B. *Helicobacter Pylori* Infection: Diagnostic Strategies in Primary Diagnosis and After Therapy[J]. *Dig Dis Sci*, 2016, 61(1):19—24.
- [18] Smith S M, O'Morain C, McNamara D. Antimicrobial susceptibility testing for *Helicobacter pylori* in times of increasing antibiotic resistance[J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(29):9912—9921.
- [19] Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C A, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maas-tricht V/Florence Consensus Report[J]. *Gut*, 2017, 66:6—30.
- [20] 李乾构, 王自立. 中医胃肠病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993:448—469.
- [21] 张万岱. 溃疡病的中医分型及其病理基础初探[J]. *中医杂志*, 1980, 21(2):17—20.
- [22] 曹志群, 宋贵发, 陈雯雯, 等. 消化性溃疡中医微观辨证规律研究[J]. *山东中医药大学学报*, 2014, 38(1):27—28.
- [23] 晏喻婷, 蒋波涛, 张朋, 等. 消化性溃疡病中医证型的客观化临床研究[J]. *现代中西医结合杂志*, 2014, 23(25):2748—2835.
- [24] Zhou L, Zhang J, Chen M, et al. A comparative study of sequential therapy and standard triple therapy for *Helicobacter pylori* infection; a randomized multicenter trial[J]. *Am J Gastroenterol*, 2014, 109(4):535—541.
- [25] Zhou L, Zhang J, Song Z, et al. Tailored versus Triple plus Bismuth or Concomitant Therapy as Initial *Helicobacter pylori* Treatment; A Randomized Trial[J]. *Helicobacter*, 2016, 21(2):91—99.
- [26] Song Z, Zhou L, Zhang J, et al. Hybrid Therapy as First-Line Regimen for *Helicobacter pylori* Eradication in Populations with High Antibiotic Resistance Rates[J]. *Helicobacter*, 2016, 21(5):382—388.
- [27] Zhang W, Chen Q, Liang X, et al. Bismuth, lansoprazole, amoxicillin and metronidazole or clarithromycin as first-line *Helicobacter pylori* therapy[J]. *Gut*, 2015, 64(11):1715—1720.
- [28] Liang X, Xu X, Zheng Q, et al. Efficacy of bismuth-containing quadruple therapies for clarithromycin-, metronidazole-, and fluoroquinolone-resistant *Helicobacter pylori* infections in a prospective study[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2013, 11(7):802—807.
- [29] Chen Q, Zhang W, Fu Q, et al. Rescue Therapy for *Helicobacter pylori* Eradication; A Randomized Non-Inferiority Trial of Amoxicillin or Tetracycline in Bismuth Quadruple Therapy[J]. *Am J Gastroenterol*, 2016, 111(12):1736—1742.
- [30] Sun Q, Liang X, Zheng Q, et al. High efficacy of 14-day triple therapy-based, bismuth-containing quadruple therapy for initial *Helicobacter pylori* eradication[J]. *Helicobacter*, 2010, 15(3):233—238.
- [31] Liao J, Zheng Q, Liang X, et al. Effect of fluoroquinolone resistance on 14-day levofloxacin triple and triple plus bismuth quadruple therapy[J]. *Helicobacter*, 2013, 18(5):373—377.
- [32] Lu H, Zhang W, Graham D Y. Bismuth-containing quadruple therapy for *Helicobacter pylori*; lessons from China[J]. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2013, 25(10):1134—1140.
- [33] Xie Y, Zhu Y, Zhou H, et al. Furazolidone-based triple and quadruple eradication therapy for *Helicobacter pylori* infection[J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(32):11415—11421.
- [34] 中华内科杂志, 中华医学杂志, 中华消化杂志, 中华消化内镜杂志, 中华医学会消化内镜学分会. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2015, 南昌)[J]. *中华消化杂志*, 2015, 35(12):793—798.
- [35] 刁云辉, 薛萌, 樊宏伟, 等. 荆花胃康胶丸治疗十二指肠溃疡 96 例疗效观察[J]. *中药药理与临床*, 2015, 31(6):191—192.
- [36] 马青芳. 复方田七胃痛胶囊治疗消化性溃疡 81 例临床观察[J]. *青海医药杂志*, 2012, 42(3):89—89.
- [37] 田玉芝, 田玉兰, 高庆军, 等. 溃疡宁胶囊治疗胃十二指肠溃疡 350 例分析[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 1999, 5(6):392—392.
- [38] 湛韬, 戴幸平, 陈泽奇. 健胃愈疡片治疗消化性溃疡的 Meta 分析[J]. *南京中医药大学学报*, 2010, 26(3):185—189.
- [39] 于伟. 康复新液治疗消化性溃疡临床观察[J]. *中国社区医师*, 2016, 32(25):127—128.
- [40] 吴祖毅, 谢平伯, 梁兴. 安胃疡联合泮托拉唑治疗消化性溃疡的临床价值研究[J]. *海峡药学*, 2016, 28(4):143—144.
- [41] 江礼兴. 胃乃安胶囊治疗消化性溃疡 68 例[J]. *河北中*



- 医, 2000, 22(9):690-690.
- [42] 黄海燕. 小建中胶囊治疗消化性溃疡 186 例的临床疗效观察[J]. 海峡药学, 2009, (5):165-166.
- [43] 原冬亚, 李霞丽. 乌贝散治疗消化性溃疡 62 例临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(3):181-181.
- [44] 杨洪英, 仝瑞民, 段复华, 等. 胃康胶囊治疗消化性溃疡的疗效观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2014, 19(3):197-199.
- [45] 刘清, 林亚, 徐丽涛. 珍珠胃安丸治疗消化性溃疡 28 例疗效观察[J]. 江西医学院学报, 2003, 43(2):58-60.
- [46] 胡伏莲, 成虹, 张学智, 等. 多中心临床观察荆花胃康联合三联疗法治疗幽门螺旋杆菌相关性十二指肠溃疡和胃炎疗效及耐药分析[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(10):679-684.
- [47] 胡伏莲, 王蔚红, 胡品津, 等. 温胃舒、养胃舒治疗 Hp 相关性胃炎和消化性溃疡的全国多中心临床研究[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(2):75-78.
- [48] 马晨飞. 康复新液联合泮托拉唑三联疗法治疗消化性溃疡的临床疗效[J]. 临床合理用药, 2016, 9(7C):69-70.

(上接第 111 页)

- [9] 吕超智. 柳氮磺吡啶的不良反应及其防治措施[J]. 医药导报, 2012, 31(4):537-538.
- [10] 李霞, 曲波, 姜海燕, 等. 激素依赖型溃疡性结肠炎的治疗进展[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2012, 22(1):95-98.
- [11] Paoluzi O A, Pica R, Marcheggiano A, et al. Azathioprine and metho-trexate in the treatment of patients with steroid-dependent or steroid-resistant ulcerative colitis: results of an open-label study on efficacy and tolerability in inducing and maintaining remission[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2002, 16(10):1751-1759.
- [12] Bocker U. Infliximab in ulcerative colitis[J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(9):997-1000.
- [13] 欧阳钦, 张虎. 重症溃疡性结肠炎的诊断、评估与治疗[J]. 临床内科杂志, 2006, 20(8):512-524.
- [14] 吕明, 刘晓艳. 推拿三步九法结合针灸治疗慢性溃疡性结肠炎 46 例[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(9):951.
- [15] 黄磊, 蔡植, 朱莹, 等. 溃结宁膏穴位贴敷治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(7):577-581.
- [16] 罗高国, 郭新侠, 杨洋. 穴位埋线与灸法治疗溃疡性结肠炎疗效对比[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(11):822-823.