

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 007-2025

消化性溃疡中西医结合诊疗 专家共识

Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Peptic ulcer with the
Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

2025-07-16 发布

2025-07-16 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前 言	II
引 言	III
1 范围	1
2 术语和定义	1
3 流行病学	1
4 发病因素和病因病机	1
4.1 现代医学对发病因素的认识	1
4.2 中医病因病机	2
5 西医诊断	2
5.1 临床表现	2
5.2 相关检查	2
5.3 诊断要点	3
6 中医辨证	4
7 治疗	5
7.1 治疗原则	5
7.2 西医治疗	5
7.3 中医药治疗	7
7.4 中医适宜技术	13
7.6 疗效评定	16
附录 A 缩略词表	17
附录 B GRADE 证据级别分级表	18
参考文献	19

前 言

本共识按照 GB/T1.1-2020《标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》起草。

本共识按《中医临床诊疗指南编制通则》（ZYYXH/T473—2015）要求起草。

本共识由中国中西医结合学会提出并归口管理。

本共识起草单位：北京协和医院、成都中医药大学附属医院、北京中医药大学东方医院

本共识负责人：李景南（北京协和医院）、冯培民（成都中医药大学附属医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）

本共识主要执笔人：李景南（北京协和医院）、冯培民（成都中医药大学附属医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）

李景南（北京协和医院）、冯培民（成都中医药大学附属医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）、曾进浩（成都中医药大学附属医院）、王钧冬（成都中医药大学附属医院）、张志华（乐山市中医医院）、谢凤娇（成都中医药大学）、熊钦（成都中医药大学）、毛堂友（北京中医药大学东方医院）

方法学专家：刘兆兰（北京中医药大学）

本共识讨论专家组成员（按拼音首字母顺序）：迟莉丽（山东中医药大学附属医院）、曾进浩（成都中医药大学附属医院）、冯培民（成都中医药大学附属医院）、冯五金（山西省中医院）、甘淳（江西中医药大学第二附属医院）、江学良（中国人民解放军第 960 医院）、柯晓（福建中医药大学附属第二人民医院）、寇媛（陕西省中医医院）、李景南（北京协和医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）、李天望（湖北省中医院）、李学军（安徽中医药大学第二附属医院）、林江（上海中医药大学附属龙华医院）、刘凤斌（广州中医药大学第一附属医院）、刘启泉（河北省中医院）、吕宾（浙江中医药大学附属第一医院）、毛堂友（北京中医药大学东方医院）、唐旭东（中国中医科学院西苑医院）、唐艳萍（天津市南开医院）、王垂杰（辽宁中医药大学附属医院）、王海强（黑龙江中医药大学附属第一医院）、王捷虹（陕西中医药大学附属医院）、王钧冬（成都中医药大学附属医院）、王敏（云南中医药大学附属医院）、王彦刚（北京中医药大学第三附属医院）、熊钦（成都中医药大学）、谢凤娇（成都中医药大学）、谢胜（广西中医药大学第一附属医院）、鱼涛（陕西省中医医院）、张北平（广东省中医院）、张志华（乐山市中医医院）、赵文霞（河南中医学院第一附属医院）、周正华（天津中医药大学第一附属医院）、朱莹（湖南中医药大学第一附属医院）

引 言

消化性溃疡（Peptic ulcer, PU）是我国常见消化系统疾病，本《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见》是在中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会组织和领导下，成立了 PU 中西医结合诊疗工作小组，在 2011 及 2017 年版的基础上进行修改和补充。本共识意见充分讨论并结合国内外现有诊治指南和中医的诊疗特点，依据循证医学的原理，广泛搜集循证资料，对 PU 中西医结合诊疗形成的主要观点进行总结，征求国内中西医结合专家的意见，完成 PU 中西医结合诊疗共识意见制定工作。

本共识旨在帮助临床医师对 PU 的诊断和治疗作出正确、合理决策。由于 PU 研究进展迅速，本共识仍将根据学科进展和临床需要不断更新和完善。

所有作者均声明不存在利益冲突。

消化性溃疡中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本共识对 PU 中西医结合临床诊疗实践作了原则性的提示。

为进一步提高临床疗效，规范临床诊疗过程，满足临床和科研需要，中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会再次组织全国中西医结合消化研究领域专家，对《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》进行修订，本共识以循证医学为基础，广泛搜集循证资料，并以 GRADE 分级标准进行证据质量评估及推荐强度分级，证据质量等级分为 A、B、C、D4 级，推荐强度分为“强推荐”和“弱推荐”2 级；以德尔菲法征询意见，对 PU 中西医诊疗方面形成的主要观点进行总结，进一步规范本病的中西医临床诊疗过程；对于证据不充足的临床问题或不宜用证据级别和推荐强度表达的内容，则根据最佳临床实践(best practice statement, BPS)，经专家讨论后形成共识意见。本共识从我国 PU 的防治实际出发，涵盖了该病的定义、流行病学、发病机制、诊断与分型、中西医结合治疗方案、调理等内容，坚持中西医协作，突出中西医结合治疗的特色。

本共识力图展示国内外前沿学术内容，涵盖 PU 中西医结合诊治问题。

本共识适用对象为西医消化、中医脾胃病以及中西医结合相关专业医疗人员。

2 术语和定义

消化性溃疡 (Peptic Ulcer, PU)

是指由于胃酸和胃蛋白酶对胃黏膜或十二指肠黏膜的自身消化作用，引起局限性组织缺损并形成溃疡的一类疾病，主要表现为上腹部疼痛、反酸、嗝气等症状，可因饮食、精神压力等因素加重，其组织学特点是病变黏膜的局限性组织缺损，合并炎症和坏死，可穿透黏膜肌层及更深层组织。按照发生部位可分为胃溃疡 (Gastric ulcer, GU) 和十二指肠溃疡 (Duodenal ulcer, DU)。根据临床特点，还有部分特殊类型的溃疡命名，包括无症状性溃疡、复合溃疡、幽门管溃疡、十二指肠球后溃疡和难治性溃疡等。从中医角度出发，根据其病位及临床症状，消化性溃疡可中医病名为“胃脘痛”、“嘈杂”、“胃痛(疡)”、“吞酸”、“痞证”等范畴[1]。

3 流行病学

PU 是全球常见的消化系统疾病，流行病学调查显示，2019 年全球 PU 患病率约为 8.09/百万，比 1990 年增加了 25.82%[2]。PU 好发于 20~50 岁之间，在一般人群中 5%~10% 的终生患病率[3]。2021 年在上海开展的一项的问卷调查共纳入 1108 名受试者，经内镜确诊的消化性溃疡达 9.1%，其中 DU 为 5.8%，GU 为 2.5%，复合溃疡为 0.8%[4]。随着幽门螺杆菌 (Helicobacter pylori, Hp) 感染率的下降和抑制胃酸分泌药物的广泛使用，PU 的发病率呈下降趋势，但非 HP 感染相关的 PU 发病率正在上升[5-6]。

4 发病因素和病因病机

4.1 现代医学对发病因素的认识

PU 的发生是由于对胃十二指肠黏膜的侵袭因素与黏膜自身防御/修复因素 (defensive/repairing factors) 之间失去平衡的结果。在我国，PU 的最主要病因是与幽门螺杆菌 (Helicobacter pylori, Hp) 感染[7]，另外非甾体类抗炎药 (Non-steroid anti-inflammatory drugs, NSAIDs) 包括阿司匹林，也与 PU 关系密

切。其他病因还包括糖皮质激素使用、吸烟、应激和心理因素、刺激性饮食、胃泌素瘤等[8-12]。

4.2 中医病因病机

中医认为，外感六淫、内伤情志、饮食不节、起居失宜、药毒重疾等均能引起 PU 的发生。外邪犯胃，气机郁滞，胃气不和，邪正交争内生湿热，致络脉瘀阻，化腐成痈，溃而生疡；长期饮食不节或精神刺激，情志不畅，伤及于肝，肝气郁滞，横逆犯胃，胃失和降；肝气乘脾，脾失运化，湿浊内生或湿浊化热，湿热上泛，胃气上逆，并可进一步气郁化火而伤阴，气滞寒凝而伤阳，或由气滞血脉瘀阻而形成血瘀疼痛。本病病位在胃，但与肝、脾关系密切。

PU 的病理性性质有虚实寒热之异，病理因素包括虚实两方面，属实的病理因素主要有气滞、寒凝、食积、湿热、血瘀；属虚的病理因素主要有气（阳）虚、阴虚。其基本病机为胃之气机阻滞或脉络失养，致胃失和降，不通则痛，失荣亦痛。PU 的病机演化复杂多样，归纳起来主要是虚实、气血演化。初起多为外邪、饮食、情志等单一病因，亦可相兼为病，临床表现为实证；日久则常由实转虚，由气及血；或素体脾胃虚弱，气血运化无力，血分瘀阻，致黏膜失养溃烂，终成虚实夹杂证[13]。

5 西医诊断[14, 109-111]

5.1 临床表现

5.1.1 症状

PU 典型临床表现包括慢性、周期性、节律性的上腹痛；GU 腹痛常在左上腹，以餐后痛为主，而 DU 腹痛则多在右上腹，以饥饿痛为主。多数患者程度较轻，性质可为隐痛、灼痛或胀痛。此外，患者可伴有上腹饱胀、反酸、嗝气、恶心、呕吐、食欲缺乏、失眠等症状，影响进食的患者则会有消瘦及贫血等营养不良相关的表现。

5.1.2 体征

对于无并发症的患者常无特异性体征，活动期的患者可有局限性上腹部压痛。

5.1.3 并发症

PU 最常见并发症包括上消化道出血、穿孔和幽门梗阻，少部分 GU 患者会有癌变风险。需要注意的是，部分患者可因并发症相关症状就诊。

5.2 相关检查

5.2.1 实验室检查

包括血常规明确有无贫血及程度；粪便潜血检查除外消化道出血，建议粪便检查不应少于 3 次；其他还包括肝功能、肾功能、电解质和凝血功能等。

5.2.2 电子胃镜检查（A 级，强推荐）

电子胃镜目前是确诊和评估 PU 的首选和最优方法。溃疡可表现为边缘较为光整的圆形、椭圆形或线形，可覆白色或黄白色苔膜，周围黏膜充血、水肿突出，在慢性或愈合期溃疡中，周围黏膜可呈中心性集聚。目前公认的内镜下溃疡分期[14]包括活动期（Active, A 期）、愈合期（Healing, H 期）和瘢痕期（Scar, S 期）[15]。

A1 期：溃疡呈圆形或椭圆形，中心覆盖厚白苔，可伴有动脉喷血、渗血或血痂，病变周围黏膜充血水肿突出；

A2 期：溃疡表面可覆黄色或白苔，无活动性出血，病变周围黏膜充血水肿减轻；

H1 期：溃疡周围充血、水肿消失，溃疡苔变薄、消退，可见新生毛细血管

形成；

H2 期：溃疡继续变浅、变小，病变周围黏膜皱襞向溃疡中心集聚；

S1 期：溃疡白苔消失，原病变处有红色新生黏膜，为红色瘢痕期；

S2 期：原溃疡处的新生黏膜由红色转为白色，为白色瘢痕期。

5.2.3 钡餐检查（C 级，强推荐）

钡餐对于 PU 的敏感性和特异性都较胃镜有明显不足，目前主要应用于有内镜禁忌的患者。典型的影像学表现龛影形成，其他间接征象包括局部痉挛、激惹现象和十二指肠球部变形等。

5.2.4 Hp 感染检测（C 级，强推荐）

（1）非侵入性检测：公认的非侵入性检测试验包括 13C、14C 尿素呼气试验、唾液快速 Hp 抗原检查、粪便抗原试验和血清学试验。在临床实践中，尿素呼气试验是首选，粪便抗原试验可作为备选，血清学试验仅限于特定情况（如 PU 合并急性出血、胃 MALT 淋巴瘤和严重胃黏膜萎缩等）。尿素呼气试验，包括 13C 和 14C-尿素呼气试验，其具有准确性高、操作方便，以及不受胃内 Hp 灶性分布影响等优点[16]。需要注意的是，当检测值接近临界值时，结果可靠性欠佳[17]，可择期再测或用其他方法佐证。对于胃部分切除术后的患者，该方法准确性显著下降[18]，建议使用内镜下快速尿素酶试验或组织学方法检测。粪便抗原试验检测的准确性与尿素呼气试验相似[19][20]，可在无法进行或配合尿素呼气试验的人群（如儿童等）检测中具有优势。血清学试验检测虽然便捷，但是对于判断是否现症感染存在局限性，不能用于根除治疗后复查[19]，因此临床应用受限。

（2）组织学活检[21]：若患者无组织学活检禁忌，推荐使用快速尿素酶试验，建议从胃窦和胃体各取 1 块活检，提高检测准确性。快速尿素酶试验具有快捷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。此外，苏木精-伊红染色和其他特殊染色可帮助 Hp 感染诊断。

（3）细菌培养与分子生物学技术检测[22]：若需行药物敏感试验，则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。但培养敏感性偏低，有技术瓶颈，费用也相对较高，目前不推荐常规使用。

（4）注意事项：尿素呼气试验和快速尿素酶试验均需要在检测前停用质子泵抑制剂（Proton pump inhibitor, PPI）至少 2 周，停用各类抗生素、铋剂和潜在抗菌作用的中（成）药至少 4 周。上述药物可显著影响尿素酶活性（即快速尿素酶试验和尿素呼气试验）结果，出现假阴性[23]。

5.3 诊断要点

对于疑诊或拟诊患者：①明确溃疡诊断；②鉴别病变良恶性；③确定溃疡类型；④判断溃疡分期；⑤判断 PU 潜在病因；⑥评估有无并发症。

（1）明确溃疡诊断：对有典型症状（即慢性、周期性和节律性上腹痛）患者，若无禁忌，应进行电子胃镜检查；若条件不允许或禁忌，则备选钡餐诊断。

（2）良恶性溃疡鉴别：若出现以下报警信号，则需怀疑恶性溃疡，包括溃疡直径>2cm、外形不规则或火山喷口状、边缘不规整、边缘隆起、底部凹凸不平伴出血及坏死、周围黏膜皱襞中断或增粗呈结节状。在溃疡边缘（与正常黏膜交界处）取多块活检病理检查阳性率最高。

（3）确定溃疡类型：明确是 GU、DU、复合性溃疡，或特殊类型的溃疡，必要时完善进一步评估（如血清胃泌素等）。

(4) 判断溃疡分期：应根据内镜下溃疡形态和周边黏膜特点，判断溃疡所处的期和阶段即 A1 期、A2 期、H1 期、H2 期、S1 期、S2 期。

(5) 判断 PU 潜在病因：通过检测 Hp，询问病史及特殊检查（如血清胃泌素）等，明确潜在病因，部分患者可能有多种病因。

(6) 评估有无并发症：根据临床表现、体征、血常规、血尿素氮、胃镜、影像学 and 病理学等结果，判断有无上消化道活动性出血、穿孔、幽门梗阻和癌变等并发症。

6 中医辨证[1,13-14,24]

PU 的辨证分型以复合证多见，病位在胃，与肝、脾等脏腑密切相关，病程长易导致呈虚实夹杂证。由于目前缺乏 PU 辨证分型及常见兼夹证型的高质量前瞻性队列研究证据，因此本共识参照《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》及《消化性溃疡中医诊疗专家共识意见(2017 年)》辨证标准进行修订，以期为临床提供参考。共识并不排斥其他证型，临床上亦可见各种兼夹证型。(B 级，强推荐)

(1) 肝气犯胃证

主症：①胃脘胀痛，窜及两胁；②胸闷喜叹息；③嗳气频繁；④每因情志因素加重。

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。

(2) 脾胃湿热证

主症：①胃脘痞满或疼痛；②纳呆或恶心欲呕；③口苦口黏；④肢重困倦。

次症：①心烦喜冷；②吞酸嘈杂；③小便黄，大便秘结或溏而不爽。

舌脉：舌红，苔黄腻，脉滑数。

(3) 瘀血阻络证

主症：①胃痛如刺如割，痛处不移；②胃痛拒按，食后尤甚。

次症：①痛晚间发作，或夜间痛甚；②呕血或黑便。

(4) 肝胃郁热证

主症：①胃脘灼热疼痛；②口干口苦。

次症：①胸胁胀满；②泛酸；③烦躁易怒；④大便秘结。

舌脉：舌体胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细或迟。

舌脉：舌质紫暗或见瘀斑，脉涩或沉弦。

(5) 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嗳气时作；②嘈杂泛酸；③四肢不温；④大便时干时稀或肠鸣下利。

舌脉：舌淡或淡红，体胖有齿痕，苔黄白相间或苔黄腻，脉弦细。

(6) 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；③遇冷、劳累则发作或加重。

次症：①面色无华；②神疲肢冷；③食少便溏；④泛吐清水。

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 项和次症 1 或 2 项，参考舌象、脉象、胃镜等辅助检查。

辨证说明：证型确定以就诊当时的证候为准，具备 2 个证者称为复合证（2 个证同等并存，如肝气犯胃证与脾胃湿热证）或兼证型（1 个证为主，另 1 个证为辅，前者称主证，后者称兼证，如脾胃虚寒证兼瘀血阻络证）。

7 治疗

7.1 治疗原则

核心目标：充分缓解症状，减少并发症，进一步预防溃疡复发。重点通过积极的药物治疗增强对黏膜的保护，重塑正常黏膜屏障系统，同时还应减少各种损害因素（Hp 感染、NSAIDs、糖皮质激素和应激等）对胃及十二指肠黏膜的损害。

治疗方法：包括祛除病因、抑制胃酸和保护胃黏膜等。通常 DU 的抑酸治疗需要持续 4-8 周，GU 的抑酸治疗则需 6-8 周，特殊类型或病因相关溃疡的治疗时间要酌情延长。

中医在 PU 的治疗中具有协同作用，整体治疗原则可采用中西医结合的方式[25]。

7.2 西医治疗

7.2.1 抑制胃酸（B 级，强推荐）

抑制胃酸是缓解症状、促进溃疡愈合的最主要措施。我国抑酸治疗目前首选 PPI，常用的药物包括奥美拉唑（20mg/次）、兰索拉唑（30mg/次）、泮托拉唑（40mg/次）、艾司奥美拉唑（20mg/次）、雷贝拉唑（10 或 20mg/次）和艾普拉唑（5mg/次）等，频率 1-2 次/d，早餐前半小时或睡前服药。在 PPI 有禁忌，或无 PPI 可用时，也可考虑 H₂ 受体拮抗剂，常用药物有西咪替丁（0.2-0.4g/次，2-3 次/d）、雷尼替丁（150mg/次，2 次/d）和法莫替丁（20mg/次，2 次/d）等。近年来，新型抑酸剂-钾离子竞争性酸阻滞剂（Potassium competitive acid blocker, P-CAB）已被批准用以治疗酸相关性疾病[26]，但目前在我国尚未获得治疗 PU 的适应证，其相关效果和临床价值有待进一步研究来验证。

7.2.2 黏膜保护剂（B 级，强推荐）

黏膜保护剂可在溃疡病变表层形成保护膜，保护病变免受胃酸、胃蛋白酶和胆汁酸等刺激。在抑酸治疗的基础上，联合黏膜保护剂使用可改善 PU 预后。临床常用的黏膜保护剂包括铋剂（枸橼酸铋钾和胶体果胶铋等，用法参见表 1）、硫糖铝（1000mg/次，3-4 次/d）、铝碳酸镁（500-1000mg/次，3-4 次/d）、米索前列醇（0.8mg/d，分 2-4 次服用）、复方谷氨酰胺（500mg，3 次/d）和吉法酯（50-100mg，3 次/d）等。

7.2.3 根除 Hp 治疗（B 级，强推荐）

对于合并 Hp 感染的 PU，若无禁忌，均应进行规范的 Hp 根除治疗，这是促进溃疡愈合和减少溃疡复发的最基本和重要的措施。研究提示三联疗法、非铋剂四联方案、序贯疗法和伴同疗法等根治方法的 Hp 根除治疗方案在我国均较难获得高根除率[27][28][29]，因此未得到我国指南或共识推荐。2021 年，我国幽门螺杆菌和消化性溃疡学组发表了《中国居民家庭幽门螺杆菌感染的防控和管理专家共识》，推荐含铋剂的 10 或 14 天四联（PPI+铋剂+2 种抗生素）作为一线方案[30]，这些方案具体用法参见表 1，若有条件，建议选择 14 天方案。近年来，也有国内学者研究发现大剂量 PPI+阿莫西林方案疗效优于标准四联方案[31]，尚需学界进一步论证。此外，钾离子竞争性酸阻滞剂（Potassium-competitive acid blocker, P-CAB）是一类新型抑酸剂，可产生比 PPI 更强、更持久的胃酸抑制作用。P-CAB 联合青霉素方案的有效性和安全性普遍优于基于 PPI 的方案[32]。含

抗菌作用的中药或中成药也具有抗 Hp 的能力，但确切疗效尚待更多临床研究评估。

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 1000mg, 2次/d	克拉霉素 500mg, 2次/d
2	阿莫西林 1000mg, 2次/d	左氧氟沙星 500mg, 1次/d 或 200mg, 2次/d
3	阿莫西林 1000mg, 2次/d	呋喃唑酮 100mg, 2次/d
4	四环素 500mg, 3次/d 或4次/d	甲硝唑 400mg, 3次/d 或4次/d
5	四环素 500mg, 3次/d 或4次/d	呋喃唑酮 100mg, 2次/d
6	阿莫西林 1000mg, 2次/d	甲硝唑 400mg, 3次/d 或4次/d
7	阿莫西林 1000mg, 2次/d	四环素 500mg, 3次/d 或4次/d

注：建议抗生素在餐后服用，PPI在餐前半小时服用，铋剂在餐前服用。其中标准剂量PPI被定义为艾司奥美拉唑20mg、雷贝拉唑10mg（或20mg）、奥美拉唑20mg、兰索拉唑30mg、泮托拉唑40mg、艾普拉唑5mg，以上六种药物任选一种，每日服药两次；标准剂量铋剂定义为枸橼酸铋钾220mg，每日服药两次，胶体果胶铋的标准剂量尚未确定。方案的选择应需根据患者所在当地的Hp耐药率和个人药物耐受性，以及费用、不良反应和可获得性等共同决策^[21]。

7.2.4 NSAIDs相关溃疡的治疗（C级，强推荐）

对NSAIDs相关溃疡，也是首选PPI作为短期内的治疗药物。此外，Hp感染和NSAIDs对于PU形成有协同作用，因此，对于需要接受长期NSAIDs治疗的患者，可考虑完善Hp评估。对于此类患者，停用NSAIDs非常重要，对于因原发疾病治疗无法停药者，建议使用选择性环氧合酶（COX-2）抑制剂，并同时服用标准剂量PPI，以减少复发风险。

7.2.5 对症治疗（C级，弱推荐）

PU对症治疗的重点是恢复原有消化道功能。根据临床需要，可给予解痉类药物（匹维溴铵和奥替溴铵等）、促动力剂（伊托比利和莫沙比利等）及抗胆汁反流剂（铝碳酸镁、考来烯胺、甘氨酸铝片等），具体用法可参考相关药品说明书。

7.2.6 并发出血的治疗^[33]（C级，弱推荐）

PU并发急性上消化道出血时，若生命体征平稳，应尽可能完善急诊胃镜检查，但具体干预时间窗尚有争议^[34]。目前推荐是在24h内完成急诊胃镜，有可能改善高危患者的预后。若镜下有活动性出血灶或潜在出血的病变，建议优先选择在胃镜下进行止血治疗，同时使用静脉PPI，可有效止血，并预防短期内再出血，减少放射介入和外科手术率，从而改善预后。当无法进行胃镜治疗或胃镜治疗失败时，需根据医疗条件水平，选择放射介入或（和）外科手术治疗。另外，对于首次活检病理良性的胃溃疡患者（无论是否合并急性出血），若无特殊，建议治疗8周后复查胃镜，因为约有4%初诊考虑良性胃溃疡的患者实际是恶性溃疡^[35]。

7.2.7 外科手术治疗（C级，弱推荐）

外科手术治疗目前已不是PU的首选方法，但若出现上消化道大出血、幽门梗阻等，经药物或内镜治疗无效者，需要外科手术积极治疗。另外，如有急性消化道穿孔、恶变倾向的患者也应外科手术治疗。

7.2.8 PU的复发及预防（C级，弱推荐）

Hp感染和长期服用NSAIDs是导致PU复发的最主要原因。Hp感染的原因包括未积极根治Hp、根治失败和根治后转阳；因此，对于PU患者，若Hp检测阳性，应积极根治。而对于需要长期服用NSAIDs的患者，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。而对于血栓栓塞风险高的患者，有共识建议可考虑继续使用阿司匹林^[15]，此外出血后需要继续接受双联抗血小板药物治疗（Dual antiplatelet therapy, DAPT）的患者，也应长期使用PPI预防溃疡复发^[15]。需要注意的是，选择性COX-2抑制剂虽然可以降低PU发生率，但在高危人群中，仍有1%-3%的PU发生率，因此可考虑使用PPI预防治疗。

7.3 中医药治疗

7.3.1 中医辨证治疗^[1,13-14,24,36-37]

（1）肝气犯胃证

治则：疏肝理气，和胃止痛。

方药：柴胡疏肝散加减（《景岳全书》），药用北柴胡、醋香附、川芎、陈皮、麸炒枳壳、炒白芍、炙甘草等。（C级，强推荐）

加减：胸脘痞闷、不思饮食者，加炒鸡内金、麸炒枳实消积散痞；疼痛甚者，加延胡索、川楝子理气止痛；暖气频繁者，加蜜旋覆花^{包煎}、煅赭石^{先煎}顺气降逆；胃中灼热者加姜黄连、栀子清降胃火；肠鸣音活跃者，加白芍、甘草柔筋缓急。

证据支持：针对柴胡疏肝散联合西药治疗消化性溃疡随机对照研究^[38]发现，相较于西药治疗的对照组，在总有效率、溃疡愈合时间、住院时间、炎性指标方面均具有优势（ $P<0.05$ ）。另一项柴胡疏肝散加减治疗肝气犯胃证消化性溃疡随机对照研究^[39]同样证实了，与奥美拉唑肠溶片（40mg/d）相比，经过6周治疗后，两组临床疗效总有效率（中药91.1%vs西药82.2%），幽门螺杆菌根除率（中药93.3%vs西药89.0%），均具有显著差异（ $P<0.05$ ）。

经验方：疏肝和胃汤。由柴胡15g、白芍10g、当归10g、郁金10g、枳实10g、木香10g、黄芪20g、党参15g、白术12g、炙甘草6g、鸡内金10g、白及12g、海螵蛸10g组成。具有疏肝和胃、行气止痛的功效。

证据支持：一项针对疏肝和胃汤联合抗溃疡西药对肝胃不和型消化性溃疡的随机对照研究^[40]显示，治疗后治疗组消化性溃疡面的愈合程度总有效率为86.05%，明显优于对照组66.67%（ $P<0.05$ ），且治疗组中医证候疗效总有效率（90.70%）较单纯使用抗溃疡西药（Hp阴性患者：奥美拉唑镁肠溶片40mg/d，枸橼酸铋钾颗粒6g/d。Hp阳性患者：在上述两药基础上加用阿莫西林胶囊2g/d，克拉霉素片1g/d）的对照组中医证候疗效总有效率（64.29%）更加显著（ $P<0.01$ ）。

中成药：

①胃苏颗粒：由紫苏梗、香附、陈皮、香橼、佛手、枳壳、槟榔、鸡内金（制）组成。具有理气消胀，和胃止痛的功效。（C级，强推荐）

用法用量：口服，1袋/次，3次/d。15天为一个疗程。

证据支持：随机对照临床研究关于胃苏颗粒联合含铋剂四联方案治疗消化性溃疡的结果^[41]显示治疗组Hp根除率（67.3%vs42.6%， $P<0.01$ ）及总有效率（92.7%vs74.1%， $P<0.01$ ）均显著优于单用四联方案（呋喃唑酮200mg/d，阿莫

西林 2000mg/d, 埃索美拉唑 40mg/d, 果胶铋 600mg/d) 的对照组。治疗后, 两组症状评分、炎性因子、MDA 降低, PG I、PG II、G-17、SOD、NO 均升高($P<0.05$), 治疗组变化更为显著($P<0.05$)。

②气滞胃痛颗粒: 由柴胡、延胡索(炙)、枳壳、香附(炙)、炙甘草组成。具有舒肝理气, 和胃止痛的功效。

用法用量: 口服, 口服, 1 袋/次, 3 次/d。

证据支持: 一项针对气滞胃痛颗粒联合奥美拉唑三联疗法治疗消化性溃疡的随机对照研究^[42]显示, 治疗组的临床总有效率优于使用奥美拉唑三联疗法(奥美拉唑 40mg/d, 阿莫西林 2g/d, 甲硝唑 0.8g/d) 的对照组(86.7%vs86.7%, $P<0.05$)。治疗组的根除率为 90.0%, 对照组为 80.8%, 治疗组明显高于对照组($P<0.05$)。临床症状缓解率于第一周末明显高于对照组, 且停药 4 周后维持症状缓解率均高于对照组, 两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。

③促胃消食颗粒口服液: 由山楂、太子参、陈皮、山药、炒麦芽、太子参组成。具有健脾开胃、理气、消食化积的功效。

用法用量: 口服, 10ml/次, 2 次/d。

证据支持: 一项针对健胃消食口服液联合常规四联疗法治疗幽门螺杆菌(Hp)相关性十二指肠溃疡患者的临床疗效的随机对照研究^[43]显示, 对照组给予常规四联疗法治疗, 联合组加用健胃消食口服液治疗。联合组患者临床治疗总有效率(85.56%)明显优于对照组(82.22%), 2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$); 2 组治疗后血清 NLRP3、TNF- α 水平均较治疗前明显降低, 且联合组血清 NLRP3、TNF- α 水平低于对照组($P<0.05$); 治疗后, 2 组上腹痛、上腹胀、嗝气、反酸以及胸骨后烧灼痛的症状积分明显降低, 且联合组改善效果明显优于对照组($P<0.05$); 联合组患者治疗后 Hp 根除率(92.22%)明显优于对照组(75.56%), 2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$); 联合组不良反应发生率(8.89%)明显低于对照组(17.78%), 2 组比较 $\chi^2=3.077, P=0.079$ 。

④猴头健胃灵片: 由猴头菌丝体、海螵蛸、醋延胡索、酒白芍、醋香、甘草组成。具有舒肝和胃, 理气止痛的功效。

用法用量: 口服。4 片/次, 3 次/天。

一项针对猴头健胃灵片联合奥美拉唑治疗胃溃疡的随机对照试验^[44], 疗程为 4 个月, 中药+西药观察组的临床总有效率显著高于单独应用西药治疗(中药+西药 96% vs 西药 80%, $P<0.05$)。此外该研究发现, 实验组 3 天腹痛消失率、6 天腹痛消失、28 天溃疡愈合率、28 天 Hp 清除率、4 个月后复发率等观察指标结果均明显优于对照组($P<0.05$)。

⑤快胃片: 由海螵蛸、枯矾、醋延胡索、白及、甘草组成。具有制酸和胃, 收敛止痛的功效。

用法用量: 口服。一次 6 片, 十一至十五岁一次 4 片; 一日 3 次, 饭前 1~2 小时服。

证据支持: 一项快胃片联合奥美拉唑治疗非甾体类抗炎药引起的消化性溃疡临床疗效研究显示^[45], 治疗组在上腹痛症状消失及溃疡愈合疗效方面总有效率均高于对照组; 治疗组显效率高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

(2) 脾胃湿热证

治则: 清热化湿, 理气和胃。

方药: 王氏连朴饮加减(《霍乱论》), 药用姜黄连、厚朴、石菖蒲、法半夏、焦栀子、淡豆豉、芦根等。(C级, 强推荐)

加减：腹胀便秘者，加麸炒枳实、槟榔导滞除胀；便血或呕血者，加生地黄、牡丹皮、三七粉冲服凉血止血；热重于湿者加黄芩、竹茹清热燥湿；头身困重者，加薏苡仁、炒白扁豆燥湿健脾。

证据支持：一项针对加味连朴饮治疗湿热阻胃型胃溃疡的随机对照研究^[46]显示，治疗组的临床总有效率优于使用常规西药三联疗法（奥美拉唑肠溶胶囊 40mg/d，甲硝唑片 0.4g/d，阿莫西林胶囊 1.5g/d）治疗的对照组（96.61%vs83.33%， $P<0.05$ ），治疗组患者 Hp 清除率高于对照组，两组比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

经验方：紫稔止血汤。由裸花紫珠 30g、岗稔子 15g、凤尾草 30g 组成。具有清热凉血、化瘀止血的功效。

证据支持：在一项关于紫稔止血汤联合奥美拉唑治疗消化性溃疡出血的随机对照研究^[47]中，结果显示：治疗组临床疗效优于仅使用奥美拉唑（40mg/d）的对照组（ $P<0.05$ ）；治疗后两组 TXB2 水平升高，6-Keto-PGF1 α 水平下降（ $P<0.01$ ），且治疗后治疗组 GMP-140 和 TXB2 水平高于对照组，6-Keto-PGF1 α 水平低于对照组。

中成药：

①溃疡宁胶囊：由珍珠、珍珠层粉、象牙屑、青黛、人指甲（滑石烫）、蚕茧（炭）、牛黄、冰片组成。具有清热解毒、生肌止痛功效。（C级，弱推荐）
用法用量：口服 3 粒/次，1 次/d，睡前服。

②三九胃泰颗粒：由三叉苦、黄芩、九里香、两面针、木香、茯苓、白芍、地黄组成。具有清热燥湿，行气活血，柔肝止痛，消炎止痛，理气健胃功效。

用法用量：口服 1 袋/次，2 次/d。

（3）瘀血阻络证

治则：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，药用五灵脂^{包煎}、生蒲黄^{包煎}、丹参、檀香、砂仁^{后下}、延胡索、三七粉^{冲服}、郁金、麸炒枳壳等。（C级，强推荐）

加减：疼痛甚者，加醋乳香、醋没药化瘀止痛；气虚者，加黄芪、党参益气活血；气滞者，加北柴胡、麸炒枳壳疏肝理气；血虚者，加当归、川芎养血止血；呕血或黑便者，加白及粉^{冲服}、更加三七粉^{冲服}化瘀止血。

证据支持：针对丹参饮合失笑散治疗消化性溃疡的随机对照研究^[48]显示，治疗组的总有效率（85.19%vs65.52%）显著优于使用奥美拉唑胶囊（40mg/d）的对照组（ $P<0.05$ ）。关于失笑散合丹参饮加味联合四联疗法治疗瘀血阻络型消化性溃疡随机对照研究^[49]显示，治疗后，治疗组的综合疗效总有效率（94.00%vs77.55%），Hp 根除率（88.00%vs67.35%）均显著高于单纯使用四联疗法的对照组（ $P<0.05$ ）。治疗组胃、十二指肠黏膜损伤评分明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。

经验方：益气活血方。由炙黄芪 30g、五灵脂 10g、川桂枝 10g、生蒲黄 10g、炒白芍 20g、制乳香 3g、铁树叶 30g、炙甘草 6g 组成。具有益气活止痛的功效。

证据支持：在一项关于益气活血方对消化性溃疡愈合质量及复发的影响的随机对照临床研究^[50]中，治疗组服用益气活血方加奥美拉唑（20mg/d），对照组服用奥美拉唑。结果显示，与对照组 Sc 期成熟度百分率（41.7%）比较，治疗组黏膜 Sc 期成熟度百分率（72.7%）较高（ $P<0.05$ ）。VEGF、bFGF 的水平亦较高（ $P<0.05$ ）。

中成药：

①荜铃胃痛颗粒：由黄连、蒲公英、苦参、砂仁、豆蔻、黄芪、浙贝母、海螵蛸、三七、白及、白芍、甘草组成。具有清热和胃，制酸止痛的功效。（C级，弱推荐）

用法用量：口服，1袋/次，3次/d。

证据支持：针对荜铃胃痛颗粒联合布拉酵母菌治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的随机对照研究^[51]发现，与单纯予以四联疗法（胶体果胶铋 400mg/d，克拉霉素 1000mg/d，艾司奥美拉唑 40mg/d，阿莫西林 2000mg/d）治疗相比，经过 2 周治疗后，两组临床疗效总有效率（治疗组 92.00%vs 对照组 77.08%， $P<0.01$ ）。治疗组 Hp 根除率显著高于对照组（ $P<0.01$ ）；治疗后，治疗组生活质量明显高于对照组，临床症状评分低于对照组，血清白细胞介素-6（Interleukin-6, IL-6）、肿瘤坏死因子- α （Tumor necrosis factor- α , TNF- α ）、C-反应蛋白（C-reactive protein, CRP）水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.01$ ）。

（4）肝胃郁热证

治则：疏肝泄热，和胃止痛。

方药：化肝煎（《景岳全书》）合左金丸（《丹溪心法》）加减，药用青皮、陈皮、白芍、牡丹皮、炒栀子、浙贝母、泽泻、萸黄连、吴茱萸等。（C级，强推荐）

加减：两胁痛甚者，加川楝子、龙胆泻肝止痛；舌红少津者，加生地黄、玄参、麦冬滋阴；吐血者，加生大黄、黄芩、黄连泻火止血；排便困难者，加麸炒枳实、生大黄后下泻热通便。

证据支持：一项化肝煎联合奥美拉唑治疗消化性溃疡的对照研究^[52]发现，观察组症状改善总有效率显著高于给予奥美拉唑胶囊（20mg/d）的对照组（91.1%vs67.7%， $P<0.05$ ）。观察组治疗后的内镜下溃疡愈合总有效率均显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。

经验方：疏肝愈疡汤。由半夏 10g、竹茹 10g、黄连 6g、吴茱萸 3g、珍珠母 30g、煅牡蛎 20g、白及 10g、赤芍 20g、白芍 20g、延胡索 20g、海螵蛸 30g、川楝子 10g、煅龙骨 20g（先煎）、炙甘草 6g 组成。具有疏肝清热制酸、养血柔肝止痛的功效。

证据支持：针对疏肝愈疡汤联合西药（若无 Hp 感染，泮托拉唑肠溶胶囊 40mg/d；若有 Hp 感染，泮托拉唑肠溶胶囊 80mg/d，阿莫西林 2g/d，克拉霉素 1g/d）治疗肝胃郁热型消化性溃疡的随机对照研究^[53]显示，经治疗后，治疗组及对照组的痊愈率（77.5%vs60%）、溃疡愈合率（72.5%vs62.5%）、Hp 根除率（81%vs54%），停药后溃疡复发率（15%vs35%）之间的差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

中成药：

①金胃泰胶囊：由黄连、吴茱萸、柴胡、大黄、延胡索、木香、丁香、砂仁、蒲公英组成。具有行气、活血，和胃止痛的功效。用法用量：口服，3粒/次，2次/天。（C级，弱推荐）

证据支持：一项金胃泰胶囊治疗消化性溃疡的临床研究中^[54]，对照组患者给予常规阿莫西林+克拉霉素+兰索拉唑三联疗法治疗，在上述治疗基础上，研究组患者加用金胃泰胶囊。结果发现，研究组消化性溃疡患者的临床治疗总有效率均较对照组显著升高（ $P<0.05$ ）。

（5）寒热错杂证

治则：平调寒热，和胃止痛。

方药：半夏泻心汤加减（《伤寒论》“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤……但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤。”），药用清半夏、干姜、黄连、黄芩、党参、大枣、甘草等。（C级，强推荐）

加减：食欲不振者，加炒神曲、炒麦芽健脾消食；痞满甚者，加檀香、大腹皮行气宽中；反酸烧心者，加瓦楞子^{先煎}、海螵蛸^{先煎}、煅牡蛎^{先煎}和胃制酸；寒症明显者，加高良姜、更加干姜温胃和中；胃脘烧心者，加酒黄连、吴茱萸清泻胃火。

证据支持：一项针对半夏泻心汤加减治疗 Hp 相关消化性溃疡的随机对照研究^[55]显示，中药组总有效率明显优于对照组（奥美托唑肠溶片 40mg/d；克拉霉素片 1000mg/d；阿莫西林胶囊 1g/d）总有效率（96.36%vs80%%, $P<0.05$ ）。治疗后治疗组寒热错杂证主要症状积分、胃和十二指肠黏膜损伤评分均明显低于对照组（ $P<0.01$ ），并且在治疗后治疗组 Hp 根除率为 90.91%，显著优于对照组根除率 74.45%（ $P<0.05$ ）。一项半夏泻心汤加减治疗胃溃疡的随机临床研究^[56]发现，半夏泻心汤加减联合三联疗法相较于单独使用三联疗法（奥美拉唑肠溶胶囊 20mg/次，2 次/d；克拉霉素胶囊 0.25g/次，2 次/d；阿莫西林胶囊 0.5g/次，2 次/d）在总有效率方面具有显著优势（96.7% vs 83.3%, $P<0.05$ ），且治疗组溃疡面积明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。

经验方：清胃建中汤。由蒲公英 12g、制半夏 9g、党参 9g、木香 9g、陈皮 9g、六曲 9g、黄芩 9g、黄连 3g、炙甘草 3g 组成。具有清上温下、清胃宽中、理气降逆的功效。

证据支持：在一项关于清胃建中汤治疗消化性溃疡的随机对照临床研究^[57]中发现，治疗组服用清胃建中汤，对照组服用奥美拉唑（40mg/d），经治疗后，治疗组总有效率（72.4%）与对照组总有效率（77.5%）相仿（ $P>0.05$ ）。但治疗组治疗后胃泌素水平明显低于治疗前，也明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。

荆花胃康胶丸：由土荆芥、水团花组成。具有理气散寒，清热化瘀的功效。

（C级，弱推荐）

用法用量：口服，2 粒/次，3 次/d。

证据支持：一项针对荆花胃康胶丸联合三联疗法治疗幽门螺杆菌相关十二指肠溃疡的随机对照研究^[58]显示，治疗组的 Hp 清除率、溃疡愈合总有效率均优于使用标准三联疗法（兰索拉唑片 60mg/d，阿莫西林片 2000mg/d，克拉霉素片 1000mg/d）的对照组（ $P<0.05$ ）。

（6）脾胃虚寒证

治则：温中散寒，健脾和胃。

方药：黄芪建中汤加减（《金匱要略》），药用炙黄芪、桂枝（去皮）、白芍、生姜、炙甘草、大枣、饴糖等。（C级，强推荐）

加减：大便潜血阳性者，加炮姜、白及粉冲服、仙鹤草温中止血；泛吐酸水明显者，加吴茱萸、海螵蛸、益智温中制酸；泛吐痰涎者，加陈皮、姜半夏健脾化痰；胃脘冷痛甚者，加吴茱萸、炮附片先煎、久煎温中止痛。

证据支持：一项黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型胃溃疡的随机对照临床研究^[67]显示，经过 8 周治疗后，相较于口服奥美拉唑（40mg/d）和克拉霉素（0.5g/d）的对照组，治疗组治疗总有效率更高（93.0%vs76.7%, $P<0.05$ ），1 年后复发率显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。两组不良反应发生率相当，差异无统计学意义（ $P<0.05$ ）。

经验方：芪夏温中汤。由黄芪 25g、半夏曲 12g、焦神曲 30g、白芍 30g、桂枝 9g、炮姜 10g、甘草 9g、大枣 3 枚组成。具有温中健脾，散寒止痛的功效。

证据支持：在一项研究芪夏温中汤治疗消化性溃疡疗效的随机对照研究^[68]中，对照组服用奥美拉唑片（40mg/d），治疗组在对照组的基础上加服芪夏温中汤，治疗后结果显示：治疗组痊愈率为 57.69%，对照组痊愈率为 22.73%，两组比较（ $P<0.05$ ）差异有统计学意义。

中成药：

①小建中胶囊：由木香、砂仁、白术、陈皮、茯苓、半夏（制）、香附（醋制）、枳实（炒）、豆蔻（去壳）、厚朴（姜制）、广藿香、甘草等组成。具有温中祛寒，缓急止痛的功效。（脾胃虚寒证）（C级，弱推荐）

用法用量：口服，2~3 粒/次，3 次/d。

证据支持：针对小建中胶囊治疗脾胃虚寒证消化性溃疡的随机对照研究^[69]表明，治疗组胃镜复查溃疡消失率高于使用仲景胃灵片（3.6g/d）的对照组的（胃溃疡 88.2vs86.4，十二指肠溃疡 89.6vs84.2， $P>0.05$ ）。中医证候疗效总有效率与之相仿（89.8%vs85.0%， $P>0.05$ ），两组无统计学差异。

②温胃降逆颗粒：由肉桂、延胡索、牡蛎、小茴香、砂仁、高良姜、甘草、白芍组成。具有温中散寒，缓急止痛的功效。

用法用量：口服，1 袋/次，3 次/d。

证据支持：关于温胃降逆颗粒联合磷酸铝凝胶治疗消化性溃疡的随机对照研究^[70]显示，治疗后，治疗组的综合疗效总有效率（92.31%vs92.31%）。治疗组血清 TGF- α 水平显著高于磷酸铝凝胶（40g/d）对照组，Gas 水平显著低于对照组（均 $P<0.05$ ）。而血清炎症因子 IL-8、IL-17、IL-25 水平显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。

7.3.2 中药单体/单药（C级，弱推荐）

①大蒜素：2019 年来自我国的一项系统评价^[71]，评估了大蒜素作为 PPI 三联疗法和含铋四联疗法治疗幽门螺杆菌感染的附加疗法的疗效和安全性。结果证实，大蒜素可以提高溃疡的根除率、愈合率和消化系统症状的缓解率，但不会提高副作用率。

②黄连素：2020 年我国一项随机、对照临床试验^[72]研究黄连素对 Hp 阳性消化性溃疡的辅助治疗作用，发现四联药物与黄连素（0.1~0.3g/次，3 次/d）对于 Hp 阳性消化性溃疡的效果确切，可加速溃疡愈合，促使 Hp 转阴，改善生活质量。同年我国另一项随机、对照实验^[73]发现采用黄连素联合三联疗法对患 Hp 阳性消化性溃疡患者进行治疗，其疗效显著，有利于改善患者临床症状，提升临床用药的安全性。

③姜黄素：姜黄素是从中药姜黄中提取的化合物，2016 年伊朗展开了一项随机、双盲、安慰剂对照试验^[74]，结果发现在标准抗 Hp 方案基础上加用姜黄素（500mg/天）治疗消化性溃疡患者是安全的，可改善消化不良症状。

7.3.3 针对性选择用药^[75-86]（C级，弱推荐）

根据现代医学消化性溃疡的病因、发病机制、生理病理特点，中医治疗除了选用上述方剂或中成药外，还可根据不同治疗目的有针对性地选择用药：

①降低胃酸：抑酸可选用海螵蛸^{先煎}、煅瓦楞子^{先煎}、煅牡蛎^{先煎}、白螺丝壳、浙贝母、败酱草、制半夏。

②促进粘膜愈合：益气健脾可选用黄芪、党参、茯苓、白术、甘草等；活血化瘀常用田七、丹参、莪术、红花等；养阴敛疮：白及、凤凰衣、马勃等；甘温健中可选党参、炙黄芪、桂枝、白芍、香附子、高良姜、蒲公英、炙甘草等；健

脾清热化瘀可选党参、白术、砂仁、蒲公英、夏枯草、川芎、丹参、甘草等。

③协助根除 Hp 治疗：健脾益气固其本，药用党参、北芪、茯苓、白术、甘草等益气健脾；活血清热解毒治其标，清热散瘀选用丹参、田七等；清热解毒选用蒲公英、白花蛇舌草等；清热燥湿选用黄连、黄芩等；健脾益气、托毒生肌选用托里消毒散；新开苦降、平调寒热可选半夏泻心汤等；益气活血、清热化湿可选黄芪、白术、党参、丹参、陈皮、黄芩、仙鹤草、参三七、白花蛇舌草等；清利湿热、和胃止痛可选法半夏、干姜、炙甘草、厚朴、苍术等。

④抗溃疡作用：补脾益气选用：黄芪、党参、白术等；活血散瘀止痛：药选丹参、延胡索、莪术。

⑤并发出血的治疗：包括化瘀止血可选用化瘀止血散；敛疮止血选用康复新液、云南白药；清胃和络止血可选用炙大黄、黄芩、黄连、白及、三七、蒲黄炭、仙鹤草、甘草等；健脾利湿清热活血止血可选黄芪、党参、炒白术、茯苓、大黄、黄连、黄芩、三七粉、仙鹤草、蒲黄炭、甘草等；

⑥调节焦虑抑郁状态：包括疏肝调节情志，可选用柴胡疏肝散、四逆散、逍遥散等；清肝降火、宁心安神可选用柴胡加龙骨牡蛎汤；养心安神，和中缓急可选用甘麦大枣汤。

7.4 中医适宜技术

7.4.1 针刺疗法^[1,13-14,87]：（C级，弱推荐）

针灸治疗根据不同证型及兼证选择相应的穴位进行治疗。

主穴取中脘、足三里；（主穴取足三里、脾俞、胃俞、中脘、天枢、内关）辨证选穴：

①肝气犯胃证配伍内关、太冲、期门、阳凌泉穴；只针不灸，泻法

②脾胃湿热证配伍阴陵泉、内庭；

③瘀血阻络证配伍胃俞、脾俞、内关、膈俞、阿是穴；只针不灸，泻法。

④肝胃郁热证配伍胃俞、内关、行间、内廷。

⑤脾胃气虚证配伍胃俞、脾俞；

⑥胃阴不足证配伍胃俞、脾俞、内关、三阴交、太溪穴；治针不灸，补法或平补平泻

⑦脾胃虚寒证配伍胃俞、脾俞、内关、神阙、气海、关元穴；针灸并用以补为主。

症状选穴：

①泛酸配伍胃俞、脾俞、内关、太冲；

②腹胀配伍胃俞、内关、天枢、公孙；

③胃痛难忍配伍胃俞、内关、梁丘、公孙；

④乏力配伍胃俞、脾俞、内关、气海、公孙。

证据支持：2017 年一项纳入 16 项 RCT、合计 1570 例 PU 的针刺荟萃分析^[88]显示：针刺与西药比较在有效率、溃疡面积愈合率、HP 转阴率方面，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；在复发率方面，针刺组低于西药组，差异具有统计学意义（ $RR=0.35$, 95%CI 0.14, 0.84, $P<0.05$ ）。针刺联合西药与西药比较在有效率、溃疡面积愈合率、复发率方面，差异均具有统计学意义（ $RR=1.20$, 95%CI 1.04, 1.38, $P=0.01$ ）、（ $RR=1.29$, 95%CI 1.06, 1.58, $P=0.01$ ）、（ $RR=0.27$, 95%CI 0.16, 0.45, $P<0.00001$ ）。2019 年另一项纳入 25 篇文献，合计 2233 例 PU 的荟萃分析^[89]显示：针灸配合中药、西药相对于单纯西药疗法具有更好疗效（ $P<0.00001$ ），更高的幽门螺旋杆菌清除率（ $P<0.00001$ ）、更少的不良反应（ $P<0.00001$ ）及更低

的复发率($P<0.05$), 并可以提高患者生存质量。

7.4.2 推拿疗法(C级, 弱推荐)

采用行气止痛治法。用一指禅推、按、揉、摩、拿、搓、擦等法。取穴及部位: 中脘、天枢、肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肩中俞、手三里、内关、合谷、足三里、气海, 胃脘部、背部、肩及胁部。

7.4.3 穴位贴敷疗法^[89-92] (C级, 弱推荐)

肝胃不和型:

柴胡、香附、青皮、芍药、川芎、乳香、没药、皂角、樟脑九味中药研末制成。

肝胃郁热型:

黄连、生地、知母、牡丹皮、延胡索、 罂粟壳等中药研末制成。

脾胃虚弱(寒)型:

丁香、乌药、白芷、制乳没、川乌、草乌、当归、土鳖虫、大黄、赤芍、连翘、白蒺、白芨、苦参、皂角、山奈研粉制成穴位贴。

胃阴不足型:

吴茱萸、女贞子、延胡索、白附子等中药研末制成。

证据支持: 2018 年一项随机对照临床试验发现穴位贴敷联合穴位按摩, (穴位按摩: 采用揉、推、摩、按等手法, 穴位取中脘、双侧太冲、双侧足三里等, 敷贴取香附 20g, 川芎 20g, 木香 10g, 延胡索 10g, 吴茱萸 8g, 栀子 8g), 研究组临床疗效显著高于对照组($P<0.05$)。

7.4.4 穴位埋线疗法^{[94][95]} (C级, 弱推荐)

常用穴位: 中脘、胃俞、脾俞、足三里、肝俞、三阴交、关元、阿是穴; 肝胃不和证配足三里、胃脘、中脘、脾胃虚弱证加阴陵泉、气海; 痰湿内阻证加丰隆、阴陵泉; 脾胃湿热证加丰隆、三焦俞; 胃络瘀血证加脾俞、膈俞、血海; 胃阴不足证加三阴交。

证据支持: 一项单中心、随机对照试验^[96]发现以埋线治疗消化性溃疡, 穴位为双侧足三里、脾俞、中脘, 埋线组胃镜检查溃疡面愈合情况明显优于对照组且治愈率相比对照组更高, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

7.4.5 穴位注射疗法(C级, 弱推荐)

常用穴位: 中脘、足三里, 常用注射液: 灯盏细辛注射液、丹参注射液。

证据支持:

2013 年一项随机对照试验^[97]发现丹参注射液穴位注射联合奥美拉唑治疗消化性溃疡(穴位: 足三里、天枢、脾俞、胃俞, 每次取 2 穴, 双侧交替, 每穴各注射 1ml, 10d 为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程), Hp 阴转率(92.86%)高于对照组, 内镜下再生黏膜成熟度比较差异有统计学意义($P<0.05$), 治疗组恢复优于对照组。

7.5 中西医结合诊治要点(C级, 弱推荐)

PU的临床表现是慢性、周期性、节律性疼痛, 可根据PU分期、内镜下溃疡表现及是否感染Hp进行中西医结合治疗, 对于缓解症状、促进溃疡愈合、防止并发症、预防复发具有重要临床意义。西药治疗效果明显, 目前西医治疗的要点是降低胃酸、保护黏膜和根除Hp。但单纯的西药治疗后复发率高、不良反应明显, 为寻求更佳的治疗效果, 降低复发率, 减少不良反应, 中西药联合是最佳的选择, 而且在临床中也证明了其具有协同、增效、降低不良反应的特点^[98], 中西药联用能够维持胃肠的正常功能, 降低促炎因子释放水平, 改善消化道黏膜微循

环，缩短愈合期^[99]。

7.5.1 活动期PU（C级，弱推荐）

活动期PU患者，口服PPI或H2RA及配合黏膜保护剂是目前一线疗法，配合中医治疗效果更加明显，证型多见脾胃湿热证、脾胃虚寒证，镜下局部表现为黏膜充血、水肿者，溃疡苔为黄色，甚至伴糜烂者，多为脾胃湿热证，宜疏肝清热；镜下溃疡面较小且浅，覆盖少量白苔，周围黏膜色淡、湿润或水肿，属脾胃虚寒证，宜温中散寒；黏膜出血或血痂，周围瘀暗肿胀，多属瘀血阻络或脾胃湿热，治宜清热活血通络；也可根据患者自身病情，根据临床症状进行辨证组方选药治疗^[100-102]。

7.5.2 愈合期及瘢痕期PU（C级，弱推荐）

愈合期PU患者仍需使用PPI或H2RA，但在症状不明显及口服PPI超过治疗疗程时可单独使用中医药治疗，若单用治疗效果一般，可中西医结合治疗，以提高黏膜愈合率，愈合期PU镜下可见溃疡面变浅，可见面上少许白苔，溃疡部位微充血水肿，多属胃阴不足证或脾胃虚弱，宜益气补阴健脾，并可佐养血生肌之品加快疮面愈合，防止病灶畸形狭窄。瘢痕期PU患者溃疡基本愈合，不需要或按需使用PPI，此时多以中医药治疗为主，瘢痕期PU以虚证或虚中夹实为主，以益气扶正为主，兼顾活血化瘀，提高溃疡愈合质量，减少复发等^{[103][104][105]}。

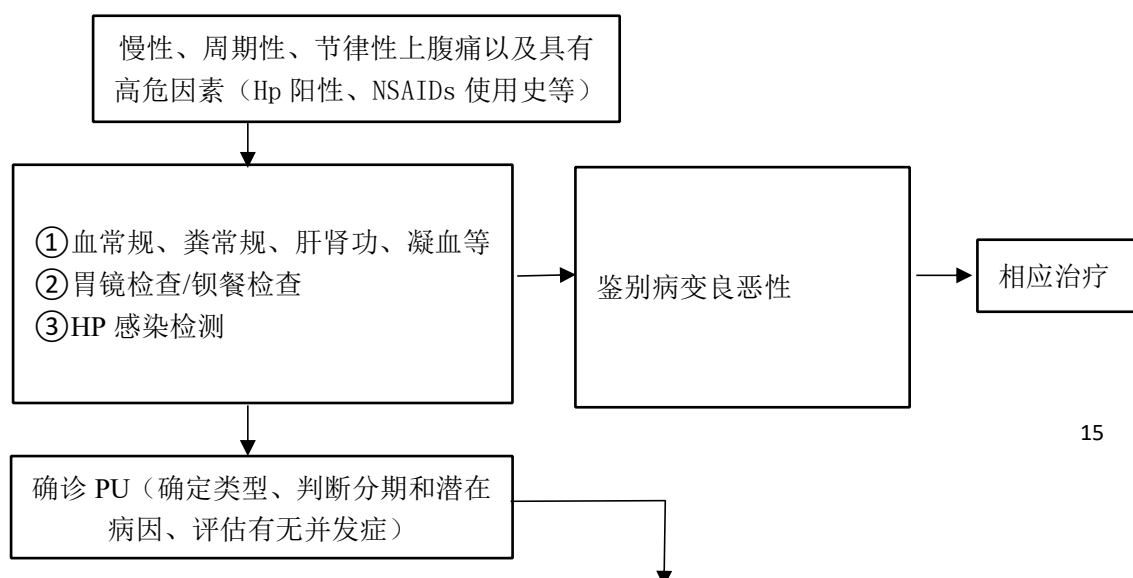
7.5.3 HP相关性PU（C级，弱推荐）

传统三联疗法是临床应用最广泛的一线治疗方案，但随着细菌耐药性增加，治疗有效率逐渐降低，目前推荐铋剂四联疗法作为主要的经验性治疗根除HP方案^[106-107]，在标准三联或四联治疗过程中或治疗后，根据患者实际临床症状或镜下溃疡表现，辨证选取中药汤剂、中成药，可缩短抗生素的疗程，减少治疗中不良反应，提高HP的根除率^[108]。近几年中药、中成药联合西药治疗PU的方案较以往有明显增加，但各医家对消化性溃疡病因病机认识不同，辨证分型不统一。未来应基于现代化的检查技术与祖国医学辨证疗法，归纳标准、病因病机、辨证分型，重视结合疗法中对于降低溃疡复发率促进作用的研究，完善临床疗效评价标准，得出更全面、可重复性更强、可大规模推广、患者依从性更高的治疗方法。

7.5.4 特殊类型PU（C级，弱推荐）

小儿PU主要以口服PPI或H2RA，合并HP感染需抗HP治疗，在患儿配合情况下可辨证予以口服中药汤剂或颗粒以增强疗效；老年PU伴出血可能性高，可结合内镜下止血治疗，并输注或口服PPI，在出血止住后结合中医药治疗，尤其是配合收敛止血药效果甚佳；对于难治性溃疡，采用中西医结合治疗，予以辨证论治、中成药、针灸、穴位贴敷等治疗，能够整体进行调理，减轻患者负担。

诊疗流程图



7.6 疗效评定

7.6.1 疗效评定标准（C级，弱推荐）

目前各项指南或共识中尚无公认的疗效评定标准。临床中，溃疡愈合可被定义为，在经过治疗后，内镜下溃疡已达到S期。PU相关的消化道症状（腹痛、恶心、呕吐或腹胀等）改善可被认为临床改善。患者自我评估也可作为疗效评定的参考指标。

7.6.2 中医症候疗效判断^[24]

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%。

附录 A

缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
ADM	Adrenomedullin	肾上腺髓质素
CRP	C-reactive protein	C-反应蛋白
CGRP	Calcitonin gene related peptide	降钙素基因相关肽
DU	Duodenal ulcer	十二指肠溃疡
DAPT	Dual antiplatelet therapy	双联抗血小板药物治疗
GU	Gastric ulcer	胃溃疡
GAS	Gastrin	胃泌素
HP	Helicobacter pylori	幽门螺杆菌
HMGB1	High mobility group box 1 protein	高迁移率蛋白族 1
IL-6	Interleukin-6	白细胞介素-6
NSAIDs	Non-steroid anti-inflammatory drugs	非甾体类抗炎药
PU	Peptic ulcer	消化性溃疡
PPI	Proton pump inhibitor	质子泵抑制剂
P-CAB	Potassium competitive acid blocker	钾离子竞争性酸阻滞剂
SS	Somatostatin	生长抑素
TNF- α	Tumor necrosis factor- α	肿瘤坏死因子- α

附录 B

GRADE 证据级别分级表

证据级别	总级别	具体描述
高 (A)	0	我们非常确信真实的疗效接近估计疗效：进一步研究也不可能改变该估计疗效的可信度
中 (B)	-1	我们对估计疗效信心一般：真实的疗效可能接近估计疗效，但也有可能差别很大；进一步研究很可能影响该估计疗效结果的可信度，且可能改变该估计疗效的结果
低 (C)	-2	我们对疗效的估计信心有限：真实疗效可能与估计疗效有很大差别；进一步研究极有可能影响该估计疗效结果的可信度，且很可能改变该估计疗效的结果
极低 (D)	≤ -3	我们对疗效的估计几乎没有什么信心：真实疗效可能与估计疗效有很大差别；估计疗效结果很不确定

参照目前国际通用的评价证据体的 GRADE 方法，将推荐意见分为“强 (1)”“弱 (2)”两级。当明确显示干预措施利大于弊或弊大于利时，指南制订工作组将其列为强推荐。当利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当时，则视为弱推荐。除证据级别与利弊权衡外，其他一些因素也会影响推荐意见的强弱，影响推荐强度的因素，见下表。

GRADE 影响证据级别的因素

降级因素	严重程度	降低等级
偏倚风险 不一致性 不间接性 不精确性 严重发表偏倚	严重 非常严重	-1 -2

GRADE 影响推荐强度的因素

证据级别（证据级别越高，越适合制定强推荐，反之亦然）
利弊权衡（利弊之间的差别越大，越适合制定强推荐，反之亦然）
价值观及意愿差异（医护人员及患者之间的价值观及意愿差异越小，或不确定性越小，越适合制定强推荐，反之亦然）
资源成本（一项干预措施的花费越低，消耗成本越小，越适合制定强推荐，反之亦然）

参考文献

- [1] 张声生, 周强. 胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(13):1166-1170.
- [2] Xie X, Ren K, Zhou Z, et al. The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: a population-based study[J]. BMC Gastroenterol. 2022; 22(1):58.
- [3] Lanás A, Chan FKL. Peptic ulcer disease[J]. Lancet. 2017; 390(10094):613-624.
- [4] Huang Y, Li H, Long X, et al. Lessons learned from upper gastrointestinal endoscopy in asymptomatic Chinese[J]. Helicobacter. 2021; 26(3):e12803.
- [5] Sung JJ, Kuipers EJ, El-Serag HB. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease[J]. Aliment Pharmacol Ther. 2009; 29(9):938-46.
- [6] Zhang W, Liang X, Chen X, et al. Time trends in the prevalence of Helicobacter pylori infection in patients with peptic ulcer disease: a single-center retrospective study in Shanghai[J]. J Int Med Res. 2021; 49(10):3000605211051167.
- [7] Zheng Y, Xue M, Cai Y, et al. Hospitalizations for peptic ulcer disease in China: Current features and outcomes[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2020, 35(12):2122-2130.
- [8] Eastwood GL. The role of smoking in peptic ulcer disease[J]. J Clin Gastroenterol. 1988; 10 Suppl 1:S19-23.
- [9] Yegen BC. Lifestyle and Peptic Ulcer Disease[J]. Curr Pharm Des. 2018; 24(18):2034-2040.
- [10] Holstege A. Effects of nicotine, alcohol and caffeine on the incidence, healing and recurrence rate of peptic ulcer[J]. Z Gastroenterol. 1987; 25 Suppl 3:33-40.
- [11] Bardou M, Quenot J P, Barkun A. Stress-related mucosal disease in the critically ill patient[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2015, 12(2):98-107.
- [12] Rossi R E, Elvevi A, Citterio D, et al. Gastrinoma and Zollinger Ellison syndrome: A roadmap for the management between new and old therapies[J]. World J Gastroenterol, 2021, 27(35):5890-5907.
- [13] 张声生, 王垂杰, 李玉锋, 等. 消化性溃疡中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(09):4089-4093.
- [14] 李军祥, 陈諱, 肖冰, 等. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(02):112-120.
- [15] Kamada T, Satoh K, Itoh T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020[J]. J Gastroenterol, 2021, 56(4):303-322.
- [16] Best L M, Takwoingi Y, Siddique S, et al. Non-invasive diagnostic tests for Helicobacter pylori infection[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2018, 3:CD012080.
- [17] Abd Rahim M A, Johani F H, Shah S A, et al. ¹³C-Urea Breath Test Accuracy for Helicobacter pylori Infection in the Asian Population: A Meta-Analysis[J]. Ann Glob Health, 2019, 85(1):110.
- [18] Chen Z, Liu H, Zhang Y, et al. ¹³C-Urea Breath Test for the Diagnosis of H. pylori Infection in Patients after Partial Gastrectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. J Invest Surg, 2022, 35(5):1125-1134.
- [19] Godbole G, Megraud F, Bessede E. Review: Diagnosis of Helicobacter pylori infection[J]. Helicobacter, 2020, 25 Suppl 1:e12735.
- [20] Shimoyama T. Stool antigen tests for the management of Helicobacter pylori infection[J].

World J Gastroenterol, 2013, 19(45):8188-91.

- [21] Liu W Z, Xie Y, Lu H, et al. Fifth Chinese National Consensus Report on the management of Helicobacter pylori infection[J]. Helicobacter, 2018, 23(2):e12475.
- [22] 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.
- [23] Malfertheiner P, Megraud F, O'morain C A, et al. Management of Helicobacter pylori infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report[J]. Gut, 2012, 61(5):646-64.
- [24] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:402.
- [25] 陈志强, 杨关林. 中西医结合内科学 新世纪第3版[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016:818.
- [26] Abdel-Aziz Y, Metz D C, Howden C W. Review article: potassium-competitive acid blockers for the treatment of acid-related disorders[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2021, 53(7):794-809.
- [27] 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):535-41.
- [28] 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):91-9.
- [29] 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):382-8.
- [30] Ding S Z, Du Y Q, Lu H, et al. Chinese Consensus Report on Family-Based Helicobacter pylori Infection Control and Management (2021 Edition)[J]. Gut, 2022, 71(2):238-253.
- [31] Yang J, Zhang Y, Fan L, et al. Eradication Efficacy of Modified Dual Therapy Compared with Bismuth-Containing Quadruple Therapy as a First-Line Treatment of Helicobacter pylori[J]. Am J Gastroenterol, 2019, 114(3):437-445.
- [32] Jiang Y, Zhang R, Fang Y, et al. P-CAB versus PPI in the eradication of Helicobacter pylori: a systematic review and network meta-analysis[J]. Therap Adv Gastroenterol. 2024,17:17562848241241223.
- [33] 郝元震, 程芮, 李鹏, 等. 急性非静脉曲张性消化道出血的内镜诊断与治疗[J]. 中华内科杂志, 2022, 61(03):331-335.
- [34] Lau J Y W, Yu Y, Tang R S Y, et al. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding[J]. N Engl J Med, 2020, 382(14):1299-1308.
- [35] Li X Q, Andersson T B, Ahlstrom M, et al. Comparison of inhibitory effects of the proton pump-inhibiting drugs omeprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole, and rabeprazole on human cytochrome P450 activities[J]. Drug Metab Dispos, 2004, 32(8):821-7.
- [36] 罗云坚, 黄穗平, 池晓玲, 等. 专科专病中医临床诊治丛书 消化科专病中医临床诊治第3版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013:550.
- [37] 唐旭东, 郭朋. 消化性溃疡[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2002:293.
- [38] 刘爱萍. 柴胡疏肝散联合西药治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(04):380-381.
- [39] 胡长军. 柴胡疏肝散加减治疗肝气犯胃证消化性溃疡疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2020, 42(10):36-37.
- [40] 陈奕伸, 麦蕾, 洪仲思, 等. 中西医结合治疗肝胃不和型消化性溃疡的临床观察[J]. 中

药材, 2015, 38(04):872-874.

- [41] 傅岩, 许超, 杨淑玲. 胃苏颗粒联合含铋剂四联方案对消化性溃疡患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43(12):3351-3354.
- [42] 杨丽, 冯艳苓, 王艳, 等. 气滞胃痛颗粒配合奥美拉唑三联疗法治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2006, (07):39-40.
- [43] 张冲, 周炜, 杨云志, 贾丽丽, 王会哲. 健胃消食口服液联合常规四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性十二指肠溃疡患者的临床研究[J]. 临床消化病杂志, 2024, 36(02):90-94.
- [44] 胡光胜, 陈明, 廖爱军, 等. 猴头健胃灵片+奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效探究[J]. 中国医药指南, 2018, 16(18):188-189.
- [45] 亓恒梁. 奥美拉唑联合快胃片治疗非甾体抗炎药引起的胃溃疡疗效观察[J]. 中国当代医药, 2013, 20(09):113-114.
- [46] 冯群虎, 赵文博, 冯桂成. 加味连朴饮治疗湿热阻胃型胃溃疡的临床研究[J]. 陕西中医, 2015, 36(12):1594-1596.
- [47] 郭亚蕾, 黄晓燕, 韦玉娜. 紫参止血汤联合奥美拉唑治疗消化性溃疡出血 45 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(08):198-201.
- [48] 邹德明. 丹参饮合失笑散治疗消化性溃疡 54 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2011, 43(11):37.
- [49] 黄韶辉, 宋金东, 文时继, 等. 失笑散合丹参饮加味联合四联疗法治疗消化性溃疡瘀血阻络证 50 例[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(10):726-727.
- [50] 张卫平, 葛惠男, 郭金伟. 益气活血方对消化性溃疡愈合质量及复发的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(12):1081-1084.
- [51] 黄茜, 杨湛南, 解淑蕊, 等. 革铃胃痛颗粒联合布拉酵母菌治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的疗效[J]. 贵州医科大学学报, 2021, 46(01):105-109.
- [52] 郑国军, 张学文, 徐雪峰. 化肝煎合奥美拉唑治疗消化性溃疡 34 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(07):54-55.
- [53] 李明宽. 疏肝愈疡汤联合西药治疗肝胃郁热型消化性溃疡的临床观察[D]. 湖北中医药大学, 2021.
- [54] 贾宝洋, 杨志平, 关晓辉. 金胃泰胶囊治疗慢性胃炎胃十二指肠溃疡的临床效果[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(05):1148-1149.
- [55] 彭国强, 商建飞, 杜杰, 等. 半夏泻心汤加减治疗 Hp 相关消化性溃疡的临床分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(05):197-201.
- [56] 蒙晓冰, 薛皓方, 刘锐, 等. 半夏泻心汤加减治疗胃溃疡肝气犯胃证的疗效及对患者黏膜攻击和保护因子的影响[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(03):624-627.
- [57] 孙年霞. 清胃健中汤治疗消化性溃疡 80 例疗效观察[J]. 江苏医药, 2013, 39(15):1834-1835.
- [58] 贾宝洋, 杨志平, 关晓辉. 荆花胃康胶丸联合三联疗法治疗幽门螺杆菌相关十二指肠溃疡的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(04):1009-1011.
- [59] 吕亚丽, 李骁峰. 四君子汤加减联合雷贝拉唑治疗脾胃气虚证胃溃疡临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(11):1563-1566.
- [60] 李秩伦, 何丽芳. 巫氏溃疡散加味治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 41 例临床观察[J]. 中医杂志, 2004, (01):31-33.
- [61] 杨忠兰, 吴云峰, 田茂超. 安胃疡胶囊联合雷贝拉唑治疗消化性溃疡疗效及对患者血浆胃泌素与胃动素的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(02):80-83.
- [62] 甄丽影. 香砂养胃丸联合三联疗法治疗消化性溃疡的疗效观察[J]. 中国医院用药评价

- 与分析, 2016, 16(03):355-357.
- [63] 纪红竹, 朱红, 江力宣. 胃乃安胶囊联合奥美拉唑治疗十二指肠溃疡的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(07):1277-1280.
- [64] 李莉, 王伟. 一贯煎加味治疗消化性溃疡 40 例[J]. 现代中医药, 2010, 30(03):18.
- [65] 刘华, 周正光, 张旭. 芍药甘草汤加减治疗胃阴不足型消化性溃疡患者的临床效果及部分机制[J]. 世界中医药, 2020, 15(09):1312-1316.
- [66] 周磊, 范月娟, 陈福元. 质子泵抑制剂联合康复新液对消化性溃疡患者的炎症因子及免疫能力的调控作用[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(17):4262-4264.
- [67] 刘永秋. 黄芪健中汤治疗脾胃虚寒型胃溃疡的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2012, 7(02):8-9.
- [68] 陈雪清, 李录花, 高记华. 自拟芪夏温中汤治疗消化性溃疡 52 例临床体会[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(01):109.
- [69] 孙淑芳, 陈敏, 尹航. 小建中胶囊治疗脾胃虚寒证消化性溃疡临床观察[J]. 中国中药杂志, 2003, (09):102-104.
- [70] 张薇薇, 苗润青, 杨梅, 等. 温胃降逆颗粒联合磷酸铝凝胶治疗老年消化性溃疡患者的效果[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(06):1360-1362.
- [71] Si X B, Zhang X M, Wang S, et al. Allicin as add-on therapy for *Helicobacter pylori* infection: A systematic review and meta-analysis[J]. *World J Gastroenterol*, 2019, 25(39):6025-6040.
- [72] 朱义洪. 黄连素对 Hp 阳性消化性溃疡的辅助治疗作用研究[J]. 中外医学研究, 2020, 18(33):131-132.
- [73] 石岩. 黄连素联合三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的疗效及安全性探讨[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(20):124-126.
- [74] Khonche A, Biglarian O, Panahi Y, et al. Adjunctive Therapy with Curcumin for Peptic Ulcer: a Randomized Controlled Trial[J]. *Drug Res (Stuttg)*, 2016, 66(8):444-8.
- [75] 林力森, 李国政, 符月敏, 等. 托里消毒散加减辅助治疗 Hp 阳性消化性溃疡寒热错杂证的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(05):102-107.
- [76] 凌江红, 丛军, 张正利, 等. 全国名中医蔡淦教授治疗消化性溃疡经验[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(06):1497-1498.
- [77] 董梦宇. 基于甘温建中理论探讨温中消痞汤促进虚寒性 Hp 阳性胃溃疡愈合的临床研究[D]. 青海大学, 2019.
- [78] 安建国. 健脾利湿清热活血法治疗消化性溃疡出血临床研究[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(12):71-72.
- [79] 敖丽丽, 李晔. 中西医结合治疗幽门螺旋杆菌阳性消化性溃疡 44 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(18):196-199.
- [80] 戴高中, 范先靖, 田秋实, 等. 益气活血清热化湿方对消化性溃疡 Hp 根除率的影响及对 Hp 球形变的观察[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(05):978-981+3.
- [81] 何善明. 中西医结合治疗消化性溃疡的思路与方法[J]. 四川中医, 2008, (01):13-14.
- [82] 黄晓宇. 从四君子汤促进脾虚胃溃疡愈合探索《内经》“脾主卫”机制[D]. 北京中医药大学, 2018.
- [83] 邝生. 清胃和络法联合奥美拉唑治疗胃热血瘀型消化性溃疡出血的临床研究[D]. 南京中医药大学, 2010.
- [84] 王立洪, 邢立刚, 施旭辉, 等. 利用马氏芪苓溃疡汤辨证治疗幽门螺旋杆菌所致消化性溃疡病的临床应用探讨[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(01):207-210.
- [85] 温艳东, 易亮, 范铁兵. 化瘀止血散治疗上消化道出血的临床疗效观察[J]. 中国中医基

基础医学杂志, 2015, 21(08):974-976.

- [86] 祝延昭. 健脾清热化痰方抗胃溃疡及复发临床疗效研究[J]. 中国实用医药, 2016, 11(34):127-128.
- [87] 唐旭东, 王凤云, 李慧臻, 等. 痞满中医临床实践指南(2018)[J]. 中医杂志, 2019, 60(17):1520-1530.
- [88] 田瑶, 闫亚南, 关翰宇, 等. 针刺治疗消化性溃疡疗效的系统评价和 Meta 分析[J]. 针刺研究, 2017, 42(03):275-282.
- [89] 忽世秀, 王士源, 吴焕淦, 等. 针灸治疗消化性溃疡荟萃分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(08):1590-1597.
- [90] 史晓艳. 中药穴位贴敷干预虚寒性胃脘痛的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(32):24-25.
- [91] 曾霞, 王振东, 刘雅男, 等. 自制清胃止痛贴治疗肝胃郁热型消化性溃疡疗效研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(10):1396-1398.
- [92] 陈银花, 刘龙辉, 陆志巧, 等. 益胃汤加减联合穴位贴敷治疗胃痛的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(22):64-65.
- [93] 高淑娟, 苗晓霞, 崔彩霞. 中药穴位贴敷配合穴位按摩对消化性溃疡疗效及再生黏膜功能学成熟度的影响[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(09):17-19.
- [94] 高玮, 杜昕, 王洪博. 旋覆代赭汤加减联合穴位埋线对肝胃不和证反流性食管炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43(11):3255-3257.
- [95] 王垂杰, 郝微微, 唐旭东, 等. 消化系统常见病消化性溃疡中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(10):4721-4726.
- [96] 姚鹏. 穴位埋线治疗消化性溃疡 44 例临床观察[J]. 天津中医药, 2015, 32(12):728-731.
- [97] 罗婷, 麦强才, 梁秀萍, 等. 丹参注射液穴位注射联合奥美拉唑治疗消化性溃疡 40 例临床观察[J]. 河北中医, 2013, 35(12):1858-1860.
- [98] 李玉锋, 张晓军, 姜巍, 等. 中药联合三联疗法与三联疗法对照治疗幽门螺杆菌相关性胃部疾病随机对照试验的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(02):86-89.
- [99] 范明明, 刘佳鑫, 薛英华, 等. 清胃健中汤联合埃索美拉唑治疗消化性溃疡的疗效分析[J]. 世界中医药, 2018, 13(12):3050-3052+3057.
- [100] 高军, 王德媛, 王晓妍, 等. 内镜下从气血辨治胃溃疡[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(05):7-8.
- [101] 罗漫琳. 125 例消化性溃疡的中医辨证分型与其胃镜下表现及 Hp 感染的关系探讨[D]. 大连医科大学, 2016.
- [102] 王海燕. 消化性溃疡中医辨证分型与其内镜诊断、Hp 及 ACTH 关系初步研究[D]. 广州中医药大学, 2014.
- [103] 常东. 劳绍贤教授诊治消化性溃疡经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(06):427-428.
- [104] 翟经鹏. 胃镜检查在消化性溃疡诊断中的应用价值分析[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(05):738-739.
- [105] 张旭东. 幽门杆菌所致消化性溃疡与中医辨证分型关系探讨[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(01):30-31.
- [106] 黄光俊. 含铋剂四联与标准三联疗法根除幽门螺杆菌疗效对比分析[J]. 咸宁学院学报(医学版), 2012, 26(04):304-305.
- [107] 李锐强, 胡宝英. 含铋剂的四联疗法与标准三联疗法对幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的疗效对比[J]. 临床消化病杂志, 2015, 27(06):327-329.

- [108] 陈少芳, 江月斐. 抗幽门螺杆菌面临的问题与中医药对策[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(05):16-19.
- [109] VAKIL N. Peptic ulcer disease: a review[J]. JAMA-Journal of the American Medical Association, 2024, 332(21): 1832-1842. DOI: 10.1001/jama.2024.19094.
- [110] LANAS A, CHAN F K L. Peptic ulcer disease[J]. Lancet (London, England), 2017, 390(10094): 613-624. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
- [111] LAUCIRICA I, GARCÍA IGLESIAS P, CALVET X. Peptic ulcer. Úlcera péptica[J]. Medicina clinica, 2023, 161(6): 260-266. DOI: 10.1016/j.medcli.2023.05.008.