

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 008-2025

幽门螺杆菌感染中西医结合诊疗 专家共识

Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Helicobacter pylori
infection 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	3
引 言	4
1 范围	5
2 术语和定义	5
3 流行病学	5
4 发病因素和病因病机	5
4.1 西医对发病因素的认识	5
4.2 中医病因病机	6
5 诊断	6
5.1 西医诊断	6
5.2 中医证候诊断	10
6 中西医结合治疗	10
6.1 治疗原则	10
6.2 西医治疗	11
6.3 中医药治疗	12
6.4 中医适宜技术	16
6.5 中西医结合诊治要点	16
6.6 诊疗流程图	18
7 疗效评定标准	19
7.1 H. pylori 根除率	19
7.2 H. pylori 复发率	19
7.3 单项症状与中医证候疗效评定	19
7.4 患者报告结局量表	19
附录 1 缩略词表	20
附录 2 牛津证据质量评价与 GRADE 系统推荐强度等级推荐标准	21
参考文献	23

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/T XXXX-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。

本共识根据《牛津循证医学中心分级 2011 版》对证据体的质量进行评价。

本共识起草单位：首都医科大学附属北京中医医院、北京协和医院

本共识负责人：张声生（首都医科大学附属北京中医医院）、李景南（北京协和医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）

执笔人：张声生（首都医科大学附属北京中医医院）、吴震宇（首都医科大学附属北京中医医院）、吕宾（浙江中医药大学附属第一医院）、成虹（北京大学第一医院）、丁士刚（北京大学第三医院）、谢胜（广西中医药大学第一附属医院）、张学智（北京大学第一医院）、陈斌（广州中医药大学第一附属医院）、胡运莲（湖北省中医院）、柯晓（福建中医药大学附属第二人民医院）、赵鲁卿（首都医科大学附属北京中医医院）

方法学专家：陈薇（北京中医药大学）

本共识工作组成员：吴震宇、赵鲁卿、贾梦迪、丁宁、李丹艳

本共识讨论专家组成员（按姓氏笔画顺序）：弓艳霞、马鑫、王凤云、王立夫、王华宁、王志斌、王灵聪、王彦刚、王美玲、王晓素、王海强、王捷虹、王章流、方盛泉、甘淳、叶梅、田丰、田旭东、田耀洲、白宇宁、冯志杰、冯培民、吕宾、朱金水、朱莹、任顺平、向生霞、刘占举、刘冬梅、刘成海、刘艳迪、江学良、安彦军、孙大志、孙聪、别彩群、黄穗平、苏娟萍、杜时雨、李天望、李军祥、李志、李学军、李勇、李晶、李景南、李靖涛、李慧臻、杨小军、杨长青、杨如意、杨玲、杨胜兰、时昭红、沈洪、迟莉丽、吴震宇、张广玉、张书、张声生、张烁、张莉娟、张涛、张海鸥、张勤生、陈斌、陈远能、陈国忠、陈胜良、范恒、周改兰、周正华、周素芳、周海新、周斌、孟宪梅、赵鲁卿、赵洪礼、郝微微、胡运莲、胡玲、柯晓、查安生、段志军、闻新丽、高建、郭绍举、郭宏华、徐陆周、唐文富、唐旭东、唐艳萍、黄绍刚、曹志群、梁健、琚坚、葛来安、董筠、韩捷、谢春娥、谢胜、谭宝、霍永利、戴幸平、魏玮

引 言

幽门螺杆菌是一种与多种胃肠道疾病密切相关的常见致病菌，本《幽门螺杆菌感染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，成立了幽门螺杆菌感染中西医结合诊疗工作小组，在既往相关共识、指南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，对幽门螺杆菌感染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，完成幽门螺杆菌感染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幽门螺杆菌感染的诊断和治疗作出正确、合理决策。由于相关领域研究进展迅速，本共识仍将根据学科进展和临床需要不断更新和完善。

资金资助及利益冲突情况

本共识由国家中医药管理局中西医结合与少数民族医药司“开展重大疑难疾病中西医结合诊疗方案的研究”项目资助（课题编号：2023354）。

本共识所有参与者均已申明不存在利益冲突。

本共识将在临床应用中进一步完善并及时进行更新。

幽门螺杆菌感染中西医结合诊疗共识意见

1 范围

本共识对幽门螺杆菌感染中西医结合临床诊疗实践作了原则性的提示。

本共识从我国幽门螺杆菌感染的防治实际出发，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，涵盖幽门螺杆菌感染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

幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, *H. pylori*) 属于变形菌门, ϵ -变形菌纲, 弯曲菌目, 弯曲菌科, 螺杆菌属, 是一种螺旋形、微需氧、可以在胃部酸性环境中生存的革兰氏阴性致病菌。*H. pylori* 感染与慢性胃炎、消化性溃疡、胃黏膜相关淋巴组织 (mucosa associated lymphoid tissue, MALT) 淋巴瘤及胃癌的发生发展密切相关, 根除 *H. pylori* 可降低胃癌的发生率^[1-2]。

H. pylori 是西医的概念, 中医古籍中没有与之相对应的病名记载, 但根据其致病特点, *H. pylori* 可归属于中医“邪气”范畴^[3], *H. pylori* 感染的发生、发展过程即为外邪侵袭、正邪相争的过程。

3 流行病学

H. pylori 在全球范围内广泛存在, 其感染率随年龄升高而升高, 男性略高于女性, 且不同国家、不同地区感染率均存在差异, 我国的 *H. pylori* 感染率约为 50%^[4-5]。*H. pylori* 感染主要通过口-口、粪-口、水源途径传播^[6-7]。*H. pylori* 感染存在明显的家庭聚集现象^[8-9], 研究证实, 在同一家庭中, 各家庭成员所感染的 *H. pylori* 菌株基本属于同一菌株, 或是具有高同源性的菌株^[10]。*H. pylori* 感染者是本病的传染源, 在根除治疗前始终存在传播疾病的可能, 部分动物体内也可检测到 *H. pylori*^[11], 但 *H. pylori* 感染动物作为传染源导致人群 *H. pylori* 感染在本病传播过程中的占比还有待进一步研究。《中国居民家庭幽门螺杆菌感染的防控和管理专家共识 (2021 年)》^[12]指出, *H. pylori* 感染主要发生在儿童和青少年时期, 发生在成年后的感染则相对较少见, 且儿童感染主要源于家庭内传播。(证据等级: A 级; 推荐强度: 强推荐)

4 发病因素和病因病机

4.1 西医对发病因素的认识

H. pylori 能在胃内酸性环境中生长繁殖, 其致病机制是尿素酶、空泡

毒素、内毒素等多种因素共同作用的结果^[13]；H. pylori 分泌的尿素酶可分解尿素并产生氨，破坏胃黏膜，引起局部组织损伤；H. pylori 产生的空泡毒素可直接作用于周围的胃壁细胞，引起细胞空泡样变；H. pylori 还可通过释放内毒素诱发机体免疫反应。（证据等级：A 级；推荐强度：强推荐）

4.2 中医病因病机

H. pylori 可归属于中医“邪气”范畴，H. pylori 感染的发生、发展过程即为外邪侵袭、正邪相争的过程。中医学认为，“邪之所凑，其气必虚”，“正气存内，邪不可干”，故 H. pylori 感染的发生除了存在外邪侵袭以外，通常还有着脾胃虚弱、正气不足的内在因素。H. pylori 感染人体后可引起胃黏膜病变，本病发展的过程就是正邪相争的过程：正气盛，邪气衰，疾病就向好的方面发展；邪气盛而正气衰，疾病就向坏的方面发展^[3,14]。

根据 H. pylori 的致病特点与临床表现，中医学认为其多与“湿热”相关，湿阻中焦则伤脾，热灼胃阴则伤胃，脾胃虚弱日久又可进一步导致气虚、阳虚而出现中焦虚寒的表现；寒、热、湿邪困阻中焦，脾胃升降失司，又可出现上热下寒、上寒下热等寒热错杂的病症。此外，脾胃与肝在运化水谷、调畅气机、维持血液正常运行等生理过程中均具有密切的联系，在病理状态下，脾胃运化失常会影响肝疏泄胆汁的功能；中焦气机不畅会影响肝脏条达气机的功能；脾统血、肝藏血，肝脾不调又会引起血液运行失常。故临床中又可出现肝胃不和、气滞血瘀等证候的临床表现^[14-15]。（证据等级：D 级；推荐强度：强推荐）

5 诊断

5.1 西医诊断

5.1.1 临床表现

多数 H. pylori 感染患者无临床症状，有症状者可以表现为上腹痛、上腹部烧灼感、上腹饱胀不适或早饱等消化不良症状^[16]，也可表现为嗝气、恶心、口臭等，症状可共存但缺乏特异性^[17]。多数患者无明显阳性体征，部分患者可有上腹部按压不适或压痛^[15]。（证据等级：A 级；推荐强度：强推荐）

5.1.2 相关检查

5.1.2.1 非侵入性检查

（1）尿素呼气试验（urea breath test, UBT）：H. pylori 的尿素酶可将尿素分解为氨和二氧化碳，UBT 便是运用此原理，通过让患者服用 ¹³C 或 ¹⁴C 的尿素胶囊，采用仪器测定吸收入血并经肺呼出的 ¹³CO₂ 或 ¹⁴CO₂ 丰度，从而判断是否存在 H. pylori 感染。UBT 的灵敏度、特异度高，重现性高，简便易行^[18-19]。但上消化道出血、胃排空快、服用质子泵抑制剂（proton pump inhibitor, PPI）、铋剂、抗生素和有抑菌作用的中药等均可能导致该检查出现假阴性结果，故需结合临床情况，当考虑存在假阴性危险因素时，推荐换用其他检测方法验证^[20]。（证据等级：A 级；推荐强度：强推荐）

（2）粪便抗原检测：H. pylori 定殖于胃黏膜上皮细胞表面，当黏膜上皮细胞脱落时，含 H. pylori 抗原的代谢产物和菌体崩解产物随之脱离，并随粪便排出。故可通过对粪便中的相关抗原进行定性或定量检测来判断是否存在 H. pylori 感染。目前一般采用酶免疫分析法和免疫色谱法进行相关检测，而基于单克隆抗体的粪便检测抗原技术的敏感性、特异性及重复性均高于多克隆抗体^[21-24]。《第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报》^[25]也指出，单克隆粪便抗原试

验的准确度与 UBT 相近，在不适用于进行 UBT 的临床情况下具有一定优势。（证据等级：B 级；推荐强度：强推荐）

（3）血清学检测：H. pylori 表面存在多种抗原，如 CagA、VacA 和 UreaA/B 等，抗原刺激机体产生相应抗体，通过对这些抗原的 IgG 抗体进行血清学检测，可以判断是否存在 H. pylori 感染，并通过对相关抗体的检测对 H. pylori 进行毒力分型^[26]。血清学检测具有非侵袭性、经济、快速、易于检查的优点^[27]，且不受消化道溃疡伴出血、胃 MALT 淋巴瘤、胃黏膜重度萎缩、近期用药等特殊临床情况的影响^[28]，但由于血清抗体的产生具有一定的滞后性，故 H. pylori 感染早期血清学检测可能出现阴性结果。同时，根除 H. pylori 后，抗体仍会在体内持续存在 6 个月甚至数年，故血清检测也不适用于治疗后的复查。目前，血清学试验主要用于流行病学调查，一般情况下不作为 H. pylori 现症感染的诊断方法。（证据等级：B 级；推荐强度：强推荐）

5.1.2.2 侵入性检查

（1）内窥镜检查：内窥镜可直接用于判断 H. pylori 感染情况，H. pylori 现症感染的胃镜下典型表现主要有：黏膜的皱襞肿大、弥漫性发红、点状发红、鸡皮样改变以及黏液白浊等，诊断准确率可高达 80%^[29-32]。近年来，随着放大内窥镜、色素内窥镜、共聚焦激光显微镜内窥镜等光学技术的发展，H. pylori 感染的内窥镜下实时诊断准确率不断提高^[33-35]，但采用内窥镜诊断 H. pylori 感染对于设备和技术的要求较高，不同操作医师的诊断准确率存在一定差异。（证据等级：C 级；推荐强度：强推荐）

（2）快速尿素酶反应试验：快速尿素酶试验的检测原理同尿素呼气试验，但需要通过内窥镜完成胃内活体组织检查（以下简称活检），若活检组织中含有幽门螺杆菌，则可分解尿素并产生氨气致使 pH 升高，从而根据专业试纸的颜色变化而判定结果。快速尿素酶检查较便宜、快速，是能够进行内镜检查的医疗机构诊断 H. pylori 感染最常用的检查方法之一^[36]。但由于 H. pylori 在整个胃黏膜中的分布密度并不相同，为了提高诊断率，建议多部位取检^[37-39]。（证据等级：A 级；推荐强度：强推荐）

（3）细菌培养：通过内窥镜获得胃黏膜组织标本进行细菌培养的检查特异性极高，但 H. pylori 的培养环境十分严格，细菌生长需要大量时间，需要可培养的技术和设备，灵敏度差异较大^[40]，目前还不是常规使用的诊断方法。但考虑到近年来抗生素耐药性持续增加，而细菌培养是确认抗生素敏感性的可靠诊断方法，因此对于耐药菌株的诊断和治疗有很大的指导意义^[41]。（证据等级：B 级；推荐强度：强推荐）

（4）组织学检查：通过内窥镜获得胃黏膜组织标本，通过苏木精-伊红（hematoxylin-eosin, HE）染色、免疫组化染色等技术，可在显微镜下观察是否存在 H. pylori，特异度极高，可作为诊断的金标准。但常规的 HE 染色很难发现非螺旋形、球形的 H. pylori，故灵敏度较低，而同时采用 Giemsa 染色法、Warthin-Starry 染色法、免疫组化染色法等特殊染色可显著提高其灵敏度^[42-43]。（证据等级：A 级；推荐强度：强推荐）

（5）分子生物学检查：聚合酶链反应（polymerase chain reaction, PCR）检查是通过扩增靶 DNA，提高检测灵敏度的方法，不仅可以利用胃组织标本检测，还可以利用粪便、唾液、尿液等标本进行检测。PCR 检测仅存在少量菌即可检出阳性，尽管该检查费用较高，设备及技术要求高，但与现有检测方法相比，灵敏度和特异度也均较高^[44]，既是目前的研究热点，也是今后更值得期待的检测方法。

（证据等级：A 级；推荐强度：强推荐）
临床可参考下表，根据各检测方法的利弊进行选择^[25,45-47]：

表1 H. pylori感染各检测方法的利弊

	特异性、敏感性	优势	缺陷
非侵入性检查			
尿素呼气试验	灵敏度:>95%	①高灵敏度和特异度	①无法分析对抗生素的耐药性
	特异度:>95%	②费用低，操作简单、安全	②需停用PPI、抗生素及部分具有抗菌作用的中药
		③可用于根除后评估	
		④不存在采样错误	
粪便抗原检测	灵敏度:>90%	①高灵敏度和特异度（尤其是单克隆粪便抗原试验）	①无法分析对抗生素的耐药性
	特异度:>90%	②费用低，操作简单、安全	②需停用PPI、抗生素及部分具有抗菌作用的中药
		③可用于儿童	
		④无需专业技术人员进行采样	
血清学检测	灵敏度:>95%	①费用低，操作简单、安全	①无法分析对抗生素的耐药性
	特异度:60-90%	②消化道出血的情况下仍然适用	②仅用于流行病学调查，不能作为H. pylori现症感染的诊断方法
		③无需停用PPI和抗生素	
		④可用于识别毒力因子	
侵入性检查			
电子胃镜	灵敏度和特异度均由医师水平和经验决定	①是所有侵入性检查方法的基础	①无法分析对抗生素的耐药性
		②可判断Hp感染的范围以及对胃黏膜的损伤程度	②不同临床情况下灵敏度和特异度差距较大
快速尿素酶反应试验	灵敏度:>90%	①高灵敏度和特异度	①无法分析对抗生素的耐药性
	特异度:>95%	②费用低，诊断快速，临床适用度高	②取材部位对结果影响大
			③PPI、抗生素和上消化道出血可造成假阴性结果
细菌培养	灵敏度:60-90%	①高特异度	①技术难度高，普遍适用性低
	特异度:>95%	②可进行抗生素敏感性分析	②耗时久，花费高
			③容易出现假阴性结果
组织学检查	灵敏度:60-90%	①高特异度	①无法分析对抗生素的耐药性
	特异度:>95%	②可同时诊断H. pylori感染造成的胃黏膜病变	②取材部位对结果影响大
			③不同病理医师和染色方法对诊断的灵敏度影响较大
			④诊断耗时久
分子生物学检查	灵敏度:>95%	①高灵敏度和特异度	①花费高
	特异度:>95%	②可进行抗生素敏感性分析	②普遍适用性低
		③有助于检测突变和毒力因子	③存在核酸污染风险
		④诊断快速、准确	
		⑤无需停用PPI和抗生素	

5.1.3 诊断思路

H. pylori 感染的诊断首选非侵入性检查；对于非侵入性检查结果为阴性，但内窥镜检查具有 H. pylori 现症感染表现者，可补充进行部分侵入性检查；当需要评估菌株对抗生素的敏感性时，应选用细菌培养或分子生物学方法；治疗后的评估仍首选非侵入性检查。（证据等级：E 级；推荐强度：强推荐）

(1) 由于 *H. pylori* 感染缺乏特异性临床症状与体征，其诊断主要依赖于相关检查并首选非侵入性检查，如尿素呼气试验、单克隆粪便抗原试验（备选）；

(2) 对于非侵入性检查结果为阴性，但内窥镜检查发现存在 *H. pylori* 现症感染征象时，可镜下多部位取检并采用黏膜活检病理组织 HE 染色、免疫组化染色等其他方法进行补充验证；

(3) 如需评估菌株对抗生素的敏感性，可采用细菌培养或分子生物学方法检测；

(4) *H. pylori* 根除治疗后应常规评估根除效果，评估的时间应在完成治疗至少 4 周后，评估的最佳方法是尿素呼气试验，单克隆粪便抗原试验可以作为备选。

(5) 注意事项：除血清学和分子生物学检测外，应用其他检查方法前必须停用 PPI、铋剂、H₂ 受体拮抗剂、钾离子竞争性酸阻滞剂等至少 2 周，停用抗菌药物和某些具有抗菌作用的中药至少 4 周。

5.1.4 根除指征的评估^[25]

根除指征参考《第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告（非根除治疗部分）》（证据等级：A 级；推荐强度：强推荐）

(1) 根除 *H. pylori* 的获益和风险在不同个体之间存在差异，对于感染者应进行个体化评估和处理。

(2) *H. pylori* 是消化性溃疡的主要病因，无论溃疡是否活动和有无并发症史，均应该检测和根除 *H. pylori*。

(3) 根除 *H. pylori* 是局部阶段胃 MALT 淋巴瘤的一线治疗。

(4) *H. pylori* 阳性的早期胃癌患者行内镜下黏膜下剥离术（endoscopic submucosal dissection, ESD）术后仍有发生异时性胃癌的风险，应尽早接受 *H. pylori* 根除治疗。

(5) 有胃癌家族史的 *H. pylori* 感染者胃癌发生风险增加，应接受 *H. pylori* 根除治疗。

(6) 长期服用非甾体类抗炎药（Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs, NSAIDs）（包括低剂量阿司匹林）的 *H. pylori* 感染者消化性溃疡发生风险增加，应在服用前根除 *H. pylori*。

(7) *H. pylori* 感染导致慢性活动性胃炎，根除 *H. pylori* 可显著改善 *H. pylori* 胃炎患者胃黏膜炎症，延缓或阻止胃黏膜萎缩、肠上皮化生的发生和发展，在部分患者可逆转萎缩，甚至可能逆转肠上皮化生，降低胃癌发生风险。

(8) *H. pylori* 根除后胃增生性息肉可以缩小或消失，根除 *H. pylori* 是胃增生性息肉的优选治疗。

(9) 对未经检查的消化不良患者可实施 *H. pylori* “检测和治疗”策略，但应综合考虑当地上消化道肿瘤发病率、成本-效益比、患者的年龄和意愿等因素。对于 *H. pylori* 感染伴消化不良症状的患者，根除 *H. pylori* 可使部分患者症状获得长期缓解，应优先选择。

(10) 长期服用 PPI 会使 *H. pylori* 胃炎的分布部位发生改变，增加胃体胃炎发生的风险，根除 *H. pylori* 可降低这种风险。

(11) *H. pylori* 感染与不明原因缺铁性贫血、原发免疫性血小板减少症、维生素 B12 缺乏症等疾病相关。对于这些疾病患者，应检测并根除 *H. pylori*。

(12) *H. pylori* 胃炎是可传染的感染性疾病，对于家庭成员中与感染者共同居住且无抗衡因素的成年人，建议检测和根除 *H. pylori*，以阻断 *H. pylori* 在家庭成员间的传播。

5.2 中医证候诊断

结合《全国中西医整合治疗幽门螺杆菌相关“病证”共识》、《成人幽门螺杆菌引起的胃炎中西医协作诊疗专家共识(2020, 北京)》及专家组共识意见, 对于有临床症状的 *H. pylori* 感染患者, 常见证候类型主要包括脾胃湿热证, 脾胃虚弱(寒)证, 寒热错杂证, 肝胃不和证和气滞血瘀证。(证据等级: E 级; 推荐强度: 强推荐)

(1) 脾胃湿热证

主症: ①上腹痞满或疼痛; ②口干或口苦;

次症: ①口干不欲饮水; ②食欲减退; ③恶心或呕吐; ④小便黄。

舌脉: 舌红, 苔黄厚腻; 脉滑数。

(2) 脾胃虚弱(寒)证

主症: ①上腹隐痛或痞满; ②喜温喜按。

次症: ①口吐清水; ②食欲减退; ③疲乏; ④手足不温; ⑤大便溏泻。

舌脉: 舌淡, 边有齿痕, 苔白; 脉沉细。

(3) 寒热错杂证

主症: ①上腹痞满或疼痛, 遇冷加重; ②口干或口苦;

次症: ①食欲减退; ②恶心或呕吐; ③肠鸣; ④大便溏泻。

舌脉: 舌淡, 苔黄; 脉弦细滑。

(4) 肝胃不和证

主症: ①胃脘胀满或胀痛; ②胁肋胀满或痛及两胁。

次症: ①多于情志不畅后加重; ②善太息; ③呃逆嗳气; ④口泛酸水

舌脉: 舌淡红或红, 苔薄白; 脉弦。

(5) 气滞血瘀证

主症: ①胃脘刺痛; ②痛有定处。

次症: ①喜温拒按; ②夜间痛甚; ③伴呕血或黑便; ④肌肤甲错。

舌脉: 舌暗或有瘀斑, 苔薄白; 脉弦涩或沉涩。

证型确定: 具备主症 2 项和次症 2 项, 参考舌象、脉象等。

※辨证说明: 证型诊断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, 如脾胃虚弱证与气滞血瘀证)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, 如脾胃虚弱证兼气滞血瘀证)。

6 中西医结合治疗

6.1 治疗原则

H. pylori 的根除治疗应强调中西医整合的全程个体化治疗, 联合中医药治疗的主要目的在于提高根除率、减少不良反应、减轻临床症状及降低复发率等。此外, 当因各种原因无法实施根除方案时, 可通过中西医结合的无抗生素方案控制 *H. pylori* 活性、减少胃黏膜损害、改善临床症状^[14-15]。(证据等级: E 级; 推荐强度: 强推荐)

(1) 对于一般人群: 首次根除 *H. pylori* 者, 推荐以西药一线根除方案联合中医药治疗; 首次根除失败者, 推荐以与首次治疗不同的一线根除方案联合中医药进行再次根除; 难治性 *H. pylori* 感染者, 建议以在药敏试验指导下的铋剂四联或经验性铋剂四联联合中医药进行根除。

(2) 对于年龄>70岁的老年患者：应充分了解抗生素使用情况，多学科评估风险与获益，并尽量减少药物使用种类进行根除治疗。

(3) 对于存在根除指征但因抗衡因素或其他原因无法耐受根除治疗时，可进行中西医结合的非根治性治疗，以达到控制H. pylori活性、减少胃黏膜损害、改善临床症状等治疗目的。

6.2 西医治疗

目前铋剂四联仍是根除H. pylori的主流方案。铋剂四联疗法是指标准剂量的PPI+铋剂+2种抗菌药物。其中标准剂量质子泵抑制剂为艾司奥美拉唑20mg、雷贝拉唑10mg、奥美拉唑20mg、兰索拉唑30mg、泮托拉唑40mg、艾普拉唑5mg(以上选一)，钾离子竞争性酸阻滞剂(potassium-competitive acid blocker, P-CAB)与PPI疗效相当，临床可选用伏诺拉生（20mg、2次/d）代替标准剂量PPI；不同铋剂的用法有所区别，推荐铋剂为枸橼酸铋钾220mg。临床需根据普通H. pylori感染、难治性H. pylori感染、青霉素过敏患者的H. pylori感染等不同情况，选用不同的抗菌药物组合，以达到较好的根除效果。（证据等级：A级；推荐强度：强推荐）

(1) 普通 H. pylori 感染

两种抗菌药物可选择阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑、左氧氟沙星、四环素。服用要求，标准剂量的质子泵抑制剂和铋剂（2次/d，餐前半小时口服）+2种抗菌药物(餐后口服)。

表2 一线四联疗法抗菌药物的组合与剂量

方案	抗菌药物 1	抗菌药物 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	四环素 500mg， 3 次/d 或 4 次/d	甲硝唑 400mg， 3 次/d 或 4 次/d
4	阿莫西林 1000mg， 2 次/d	甲硝唑 400mg， 3 次/d 或 4 次/d
5	阿莫西林 1000mg， 2 次/d	四环素 500mg， 3 次/d 或 4 次/d

(2) 难治性 H. pylori 感染

中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组制定的《2022 中国幽门螺杆菌感染治疗指南》[48]明确指出，连续按照共识推荐的不同药物组合标准方案治疗失败≥2 次仍未根除成功的感染即为“难治性 H. pylori 感染”。对于难治性 H. pylori 感染，建议结合当地的 H. pylori 耐药情况和个人抗生素使用史选用铋剂四联方案联合中医药治疗，有条件者可在细菌培养和抗生素敏感性检测指导下选择铋剂四联治疗方案。

表3 难治性H. pylori感染患者四联疗法抗菌药物的组合与剂量

方案	抗菌药物 1	抗菌药物 2
1	四环素 500mg， 3 次/d 或 4 次/d	甲硝唑 400mg， 4 次/d
2	阿莫西林 1000mg， 2 次/d 或 3 次/d	呋喃唑酮 100mg， 2 次/d

3	四环素 500mg, 3 次/d 或 4 次/d	呋喃唑酮 100mg, 2 次/d
4	阿莫西林 1000mg, 2 次/d 或 3 次/d	四环素 500mg, 3 次/d 或 4 次/d
5	阿莫西林 1000mg, 2 次/d 或 3 次/d	甲硝唑 400mg, 4 次/d

(3) 青霉素过敏患者的 *H. pylori* 感染
针对青霉素过敏患者, 须使用不含青霉素的抗菌药物组合。

表4 青霉素过敏患者四联疗法抗菌药物的组合与剂量

方案	抗菌药物 1	抗菌药物 2
1	四环素 500mg, 3 次/d 或 4 次/d	甲硝唑 400mg, 3 次/d 或 4 次/d
2	头孢呋辛 500mg, 2 次/d	左氧氟沙星 500mg, 1 次/d
3	克拉霉素 500mg, 2 次/d	甲硝唑 400mg, 4 次/d

(4) 高剂量双联方案

高剂量双联方案是指: 每日 ≥ 3 g 的阿莫西林(至少分 3 次服药)联合双倍剂量 PPI 的治疗方案, 该方案具有根除率较高, 且相对简便、易行、服药种类少等优势, 可用于年龄大于 70 岁的老年患者或因服药依从性问题无法坚持 14 天铋剂四联疗法的患者, 也可用于铋剂四联根除失败后的补救治疗[15]。需要注意的是, 因为只包含青霉素这一种抗生素, 故对阿莫西林具有较高耐药风险者不适用(如既往长期或多次使用青霉素者), 有条件者可在治疗前进行青霉素药敏试验评估该方案是否可选。

(5) 疗程的选择

推荐铋剂四联治疗方案疗程为 10 或 14d。临床应用尽可能将疗程延长至 14 d, 但鉴于我国 *H. pylori* 耐药率有可能存在显著的地区差异, 如果能够证实当地某些方案 10d 的疗程的根除率接近或达到 90%, 则仍可选择 10d 疗程。

6.3 中医药治疗

6.3.1 中医辨证治疗

(1) 脾胃湿热证

治法: 清热化湿, 理气和中。

方药: 连朴饮(《霍乱论》), 药用厚朴 10g、黄连 5g、石菖蒲 10g、法半夏 9g、淡豆豉 10g、栀子 10g、芦根 15g。(证据等级: B 级; 推荐强度: 强推荐)

加减: 恶心呕吐明显者, 加竹茹、陈皮、旋覆花降逆止呕; 口苦、口干, 加柴胡、郁金、天花粉清热利胆养阴; 纳呆不食者, 加鸡内金、谷麦芽开胃导滞; 嘈杂不适者, 合用左金丸开痞散结; 便溏者, 加白扁豆、白豆蔻、陈皮化湿和胃。

证据描述: 一项纳入 6 个连朴饮治疗 *H. pylori* 感染的随机对照试验(randomized controlled trial, RCT) [49-54]、涉及 613 例患者的 meta 分析, 对照组予西医四联疗法治疗, 观察组予连朴饮联合四联疗法治疗。结果显示, 两组患者 *H. pylori* 清除率无统计学差异[RR=1.09, 95%CI (0.96, 1.24), P=0.18]。其中 3 项研究报告无不良反应; 另外 3 项研究报告中出现皮疹、胃肠道反应等不良反应, 经统计学分析, 与对照组相比, 观察组可降低不良反应发生率[RR=0.30, 95%CI (0.14, 0.67), P=0.003]。

中成药:

三九胃泰: 主要由三叉苦、九里香、白芍、地黄、木香等组成, 具有清热祛湿,

消炎止痛，理气除胀，养胃益肠的功效。（证据等级：B级；推荐强度：弱推荐）
用法用量：开水冲服。一次1袋，一日2次。

证据描述：一项多中心RCT[55]以三九胃泰联合三联疗法治疗H. pylori感染的消化性溃疡患者，其H. pylori根除率显著高于单纯三联疗法（76.1%vs52.6%， $P<0.05$ ），并认为三九胃泰在根除H. pylori中的疗效与铋剂相近。

左金丸：主要由黄连、吴茱萸组成，具有泻火疏肝，和胃止痛的功效。（证据等级：B级；推荐强度：弱推荐）

用法用量：口服。一次3~6g，一日2次。

证据描述：一项RCT[56]表明，左金丸联合四联疗法的H. pylori根除率显著高于单纯四联疗法（90.3%vs71.0%， $P<0.05$ ），且临床总有效率也显著高于单纯四联疗法（92.7%vs71.8%， $P<0.05$ ）。

（2）脾胃虚弱（寒）证

治法：健脾益气，和胃安中。

方药：香砂六君子汤（《古今名医方论》）或黄芪建中汤加减（《金匮要略》），香砂六君子汤药用木香6g、砂仁后下3g、陈皮10g、法半夏9g、党参15g、白术10g、茯苓10g、炙甘草6g。黄芪建中汤药用黄芪30g，桂枝15g，白芍10g，炙甘草10g，大枣5枚，生姜15g。（证据等级：B级；推荐强度：强推荐）

加减：胀闷较重者，可加枳壳、木香、厚朴理气运脾；四肢不温，阳虚明显者，加制附子、干姜，或合理中丸温胃健脾；纳呆厌食者，加砂仁、神曲理气开胃；舌苔厚腻，湿浊内蕴者，加清半夏、茯苓，或改用香砂六君子汤加减以健脾祛湿、理气除胀。

证据描述：一项纳入5个香砂六君子汤治疗H. pylori感染的RCT[57-61]、涉及469例患者的meta分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予香砂六君子汤联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高H. pylori清除率[RR=1.23，95%CI（1.14，1.33）， $P<0.00001$]。其中3项研究报告无不良反应；另外2项研究报告出现皮疹、胃肠道反应等不良反应，经统计学分析，观察组与对照组不良反应发生率无统计学差异[RR=0.79，95%CI（0.33，1.92）， $P=0.61$]。一项纳入6个黄芪建中汤治疗H. pylori感染的RCT[62-67]、涉及752例患者的meta分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予黄芪建中汤联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高H. pylori清除率[RR=1.29，95%CI（1.16，1.44）， $P<0.0001$]。其中4项研究报告无不良反应；另外2项研究报告出现皮疹、胃肠道反应等不良反应，经统计学分析，观察组与对照组不良反应发生率无统计学差异[RR=0.08，95%CI（0.00，1.32）， $P=0.08$]。

中成药：

胃复春胶囊（片）：由红参、香茶菜、枳壳（炒）组成。具有健脾益气，活血解毒的功效。（证据等级：B级；推荐强度：弱推荐）

用法用量：口服，一次4粒，一日3次。

一项纳入7个胃复春胶囊（片）治疗H. pylori感染的RCT[68-74]、涉及788例患者的meta分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予胃复春胶囊（片）联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高H. pylori清除率[RR=1.27，95%CI（1.18，1.36）， $P<0.00001$]。4项研究报告无不良反应；3项研究报告出现皮疹、胃肠道反应等不良反应，经统计学分析，观察组与对照组不良反应发生率无统计学差异[RR=0.99，95%CI（0.54，1.85）， $P=0.99$]。

温胃舒胶囊：由党参，附片（黑顺片），炙黄芪，肉桂，山药，肉苁蓉（酒蒸），

白术（清炒），南山楂（炒），乌梅，砂仁，陈皮，补骨脂组成。具有温中养胃，行气止痛的功效。（证据等级：B级；推荐强度：强推荐）

用法用量：口服，一次3粒，一日2次。

证据描述：有研究[75]以温胃舒联合三联疗法为观察组，以单纯三联疗法为对照组治疗 *H. pylori* 阳性消化性溃疡，结果表明治疗后4周观察组 *H. pylori* 根除率显著高于对照组（88.16%vs75%， $P<0.05$ ），且观察组的根除成功者1年后 *H. pylori* 复发率显著低于对照组（1.49%vs8.77%， $P<0.05$ ）。

摩罗丹：由百合、茯苓、玄参、乌药、泽泻、麦冬、当归、白术、茵陈、白芍、石斛、川芎、三七、地榆、九节菖蒲、延胡索、鸡内金、蒲黄组成。具有和胃降逆，健脾消胀，通络定痛的功效。（证据等级：B级；推荐强度：弱推荐）

用法用量：小蜜丸每服55-110粒，一日3次；大蜜丸一次1-2丸，一日3次；浓缩丸一次8丸，一日3次。

证据描述：有RCT[76]表明，与单纯西药治疗相比，摩罗丹联合西药可显著提高幽门螺杆菌根除率（90%vs70%， $P<0.05$ ）。

（3）寒热错杂证

治法：辛开苦降，和胃消痞。

方药：半夏泻心汤（《伤寒论》），药用法半夏9g、黄芩10g、黄连5g、干姜10g、炙甘草6g、党参15g、大枣3枚。（证据等级：B级；推荐强度：强推荐）

加减：口舌生疮者，去干姜，加连翘、栀子、丹皮清热凉血；腹泻便溏者，加炒白术、草豆蔻、白扁豆、砂仁健脾化湿；畏寒怕冷，加附子、肉桂温中健脾；痞满较重者，加枳实、佛手行气除满。

证据描述：一项纳入23个半夏泻心汤治疗 *H. pylori* 感染的RCT[77-99]、涉及2195例患者的meta分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予半夏泻心汤联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高 *H. pylori* 清除率[RR=1.20，95%CI（1.15，1.25）， $P<0.0001$]。其中7项研究报告无不良反应；另外16项研究报告出现皮疹、胃肠道反应等不良反应，经统计学分析，观察组不良反应发生率低于对照组[RR=0.34，95%CI（0.22，0.51）， $P<0.0001$]。

中成药：

荆花胃康胶丸：主要成分为土荆芥、水团花。具有理气散寒，清热化瘀的功效。

（证据等级：B级；推荐强度：强推荐）

用法用量：饭前服，一次2粒，一日3次。

证据描述：一项纳入17个荆花胃康胶丸治疗 *H. pylori* 感染的RCT[100-116]、涉及3116例患者的meta分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予荆花胃康胶丸联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高 *H. pylori* 清除率[RR=1.14，95%CI（1.07，1.22）， $P<0.0001$]。3项研究报告无不良反应；14项研究报告出现皮疹、胃肠道反应等不良反应，经统计学分析，观察组与对照组不良反应发生率无统计学差异[RR=0.79，95%CI（0.52，1.21）， $P=0.28$]。

（4）肝胃不和证

治法：疏肝理气和胃。

方药：柴胡疏肝散（《医学统旨》）主要药物组成：北柴胡、陈皮、白芍、川芎、枳壳、甘草、香附。（证据等级：B级；推荐强度：强推荐）

加减：肝胃郁热而口苦、舌红甚者，可加黄芩、黄连、栀子、川楝子清肝胃郁热；肝胃阴虚而见舌红少苔、口干甚者，可加沙参、麦冬、玉竹、枸杞等养阴生津、益胃柔肝。

证据描述：一项纳入 2 个柴胡疏肝散治疗 *H. pylori* 感染的 RCT[117-118]、涉及 196 例患者的 meta 分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予柴胡疏肝散联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高 *H. pylori* 清除率 [RR=1.24, 95%CI (1.08, 1.41), P=0.002]。其中 1 项研究报告无不良反应；另外 1 项研究报告出现胃肠道反应，观察组与对照组不良反应发生率无统计学差异 (P=0.21)。

中成药：

胃苏颗粒：紫苏梗、香附、陈皮、香橼、佛手、枳壳、槟榔、鸡内金（制）。具有理气消胀，和胃止痛的功效。（证据等级：B 级；推荐强度：弱推荐）

用法用量：口服，一次 1 袋，一日 3 次。

证据描述：一项纳入 10 个胃苏颗粒治疗 *H. pylori* 感染的 RCT[119-128]、涉及 1136 例患者的 meta 分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予胃苏颗粒联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高 *H. pylori* 清除率 [RR=1.23, 95%CI (1.17, 1.31), P<0.00001]。3 项研究报告无不良反应；7 项研究报告出现皮疹、胃肠道反应等不良反应，经统计学分析，观察组与对照组不良反应发生率无统计学差异 [RR=0.76, 95%CI (0.56, 1.04), P=0.09]。

疏肝解郁胶囊：主要成分为贯叶金丝桃、刺五加。具有疏肝解郁，健脾安神的功效。（证据等级：B 级；推荐强度：弱推荐）

用法用量：口服，一次 2 粒，一日 2 次。

证据描述：RCT 研究[129]表明，相较于单纯四联疗法，舒肝解郁胶囊联合四联疗法治疗 *H. pylori* 阳性消化性溃疡具有更高的总有效率（95.56%vs84.10%，P<0.05）和 *H. pylori* 根除率（93.33%vs79.55%，P<0.05）。

（5）气滞血瘀证

治法：行气活血，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。主要药物组成：五灵脂、蒲黄、丹参、檀香、砂仁、三七粉、延胡索、川楝子、甘草。（证据等级：C 级；推荐强度：强推荐）

加减：气滞甚而痛及两胁，可加郁金、乌药或合金铃子散行气活血止痛；气虚则气必滞，以气虚甚者而见乏力气短、形体消瘦者可加党参、黄芪益气活血；寒瘀互结而见喜温畏寒、得温痛减者，可加用干姜、炮姜、小茴香以温经散寒。

证据描述：临床研究表明，失笑散[130]与丹参饮[131]与西药联合在提高 *H. pylori* 根除率、改善临床症状方面均具有一定的优势。

中成药：

荜铃胃痛颗粒：主要成分为荜澄茄、川楝子、延胡索、酒大黄、黄连、吴茱萸、醋香附、香橼、佛手、海螵蛸、煅瓦楞子。具有行气活血，和胃止痛的功效。（证据等级：B 级；推荐强度：强推荐）

用法用量：口服，一次 5 克，一日 3 次。

证据描述：一项纳入 8 个荜铃胃痛颗粒治疗 *H. pylori* 感染的 RCT[132-139]、涉及 895 例患者的 meta 分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予荜铃胃痛颗粒联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高 *H. pylori* 清除率 [RR=1.28, 95%CI (1.19, 1.37), P<0.0001]。5 项研究报告无不良反应；3 项研究报告出现皮疹、胃肠道反应等不良反应，经统计学分析，观察组与对照组不良反应发生率无统计学差异 [RR=0.88, 95%CI (0.46, 1.71), P=0.71]。

康复新液：主要成分为美洲大蠊干燥虫体提取物。具有通利血脉，养阴生肌的功

效。(证据等级：B 级；推荐强度：弱推荐)

用法用量：口服，一次 10ml，一日 3 次。

证据描述：一项纳入 13 个康复新液治疗 H. pylori 感染的 RCT[140-152]、涉及 2070 例患者的 meta 分析，对照组予西医四联疗法治疗，观察组予康复新液联合四联疗法治疗。结果显示，与对照组相比，观察组可提高 H. pylori 清除率 [RR=1.22, 95%CI (1.09, 1.37), P=0.0005]。4 项研究报告无不良反应；9 项研究报告出现皮疹、胃肠道反应等不良反应，经统计学分析，观察组不良反应发生率低于对照组 [RR=0.54, 95%CI (0.36, 0.82), P=0.004]。

6.3.2 中药提取物

6.3.2.1 黄连素

一项关于“含黄连素四联方案”治疗 H. pylori 相关性消化性溃疡的效度和安全性的 meta 分析[153]纳入了 7 项 RCT 研究，包含患者 948 例，结果表明试验组(含有黄连素)的 H. pylori 根除成功率显著优于对照组(传统三联方案)(P<0.05)。

(证据等级：A 级；推荐强度：弱推荐)

6.3.2.3 大蒜素

探讨大蒜素对 H. pylori 阳性十二指肠溃疡治疗作用的 meta 分析[154]，共纳入 8 个研究、961 例患者，结果显示，大蒜素治疗 H. pylori 阳性十二指肠溃疡的溃疡愈合总体有效率及 H. pylori 根除率均高于对照组 (P<0.05)。(证据等级：B 级；推荐强度：弱推荐)

6.4 中医适宜技术

采用中医适宜技术治疗 H. pylori 感染的循证医学证据相对较少，证据等级不足，有研究表明，针刺、灸法、穴位埋线等治疗技术对根除 H. pylori 具有一定的辅助治疗效果。(证据等级：C 级；推荐强度：弱推荐)

6.4.1 针刺疗法[155]

常用取穴：中脘、内关、足三里、脾俞、胃俞、太白。

操作方法：提插捻转、补泻兼施，每次留针 30min，留针期间每穴行针 1 次。

疗程：隔日治疗 1 次，7 次为 1 个疗程。

6.4.2 灸法[156]

常用取穴：中脘、足三里、脾俞、胃俞等穴。

操作方法：将艾灸盒放置于穴位，以局部温热感不引起烧灼感为度，灸至皮肤出现红晕伴热感透向胃脘部为佳，20 至 25min/次。

疗程：每日或隔日治疗 1 次，7 次为 1 个疗程。

6.4.3 穴位埋线[157]

常用取穴：胃俞、中脘、足三里、脾俞等穴。

操作方法：将已消毒的羊肠线置入注射器针头内，局部消毒后快速刺入穴位，将羊肠线推入穴位皮下或肌层。

疗程：每 10-14d 治疗 1 次，1 次为 1 个疗程。

6.5 中西医结合诊治要点

6.5.1 根除治疗

无论是对于普通 H. pylori 感染的一线根除，还是初次根除失败的患者及难治性 H. pylori 感染患者，均建议采用中西医结合治疗。其中初次根除失败的患者与难治性 H. pylori 感染患者或因外邪侵袭日久，或因反复根除治疗损伤脾胃，多在其中医主证的基础上具有脾胃虚弱(寒)的复合证或兼证。因此，对于这部分

患者，尤其需要注意固护脾胃、补益人体正气，重视“扶正祛邪”的中医理论，采用中西医结合的分阶段治疗方案。中西医结合分阶段治疗主要包括了西医为主、中医为辅的“治疗阶段”，以及中医为主的治疗前“准备阶段”与治疗后“巩固阶段”。中医药在各阶段中的“扶正”与“祛邪”各有侧重：“准备阶段”重在“扶正”，通过健脾益气等方法增强免疫保护、阻断免疫逃逸、改善临床症状，为后续的治疗阶段打好基础；“治疗阶段”强调“祛邪”，充分发挥中药的辅助灭菌、抑菌作用，提高根除成功率；“巩固阶段”当“扶正”与“祛邪”兼顾，以免正虚邪恋。（证据等级：E级；推荐强度：强推荐）

临床实际工作中，分阶段治疗的具体实施方案因人而异，三个阶段也并非缺一不可，应用时可参考以下三种方案执行[14]：

方案一：准备阶段予辨证口服中药治疗 14d；治疗阶段予四联西药根除 *H. pylori* 治疗 14d。

方案二：准备阶段予辨证口服中药治疗 14d；治疗阶段予四联西药根除 *H. pylori* 和辨证口服中药同时治疗 14d。

方案三：准备阶段予辨证口服中药治疗 14d；治疗阶段予西药根除 *H. pylori* 治疗 14d；巩固阶段予辨证口服中药治疗 14d。

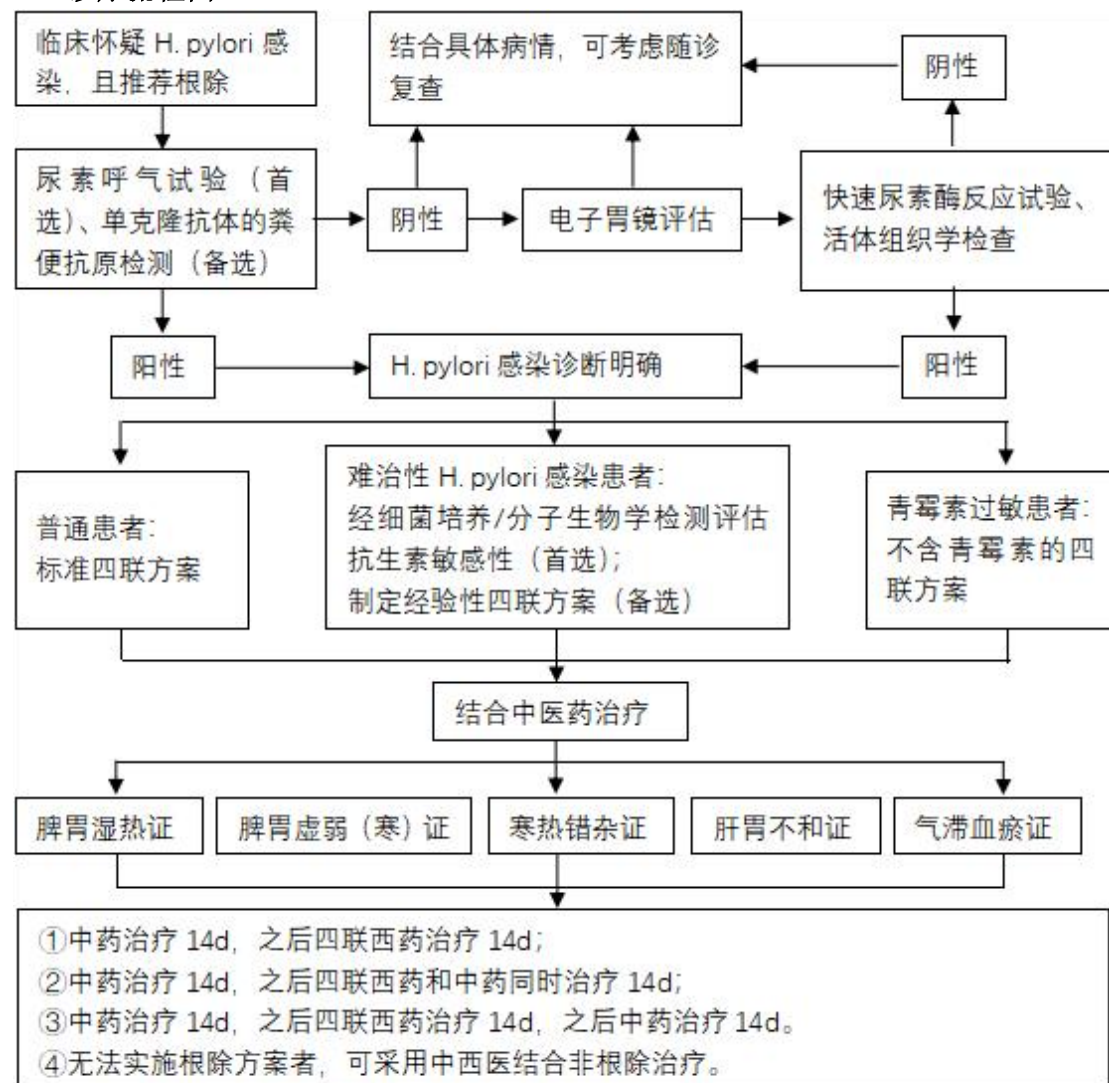
6.5.2 非根除治疗

当由于抗衡因素或患者不耐受等因素而无法实施根除治疗时，经临床医师评估后可考虑单纯中药或中药联合益生菌进行非根除性治疗，也可以选择西药中的黏膜保护剂、动力调节剂等联合中药、中成药，进行辨证论治与对症处理[158]。（证据等级：B级；推荐强度：强推荐）

6.5.3 药物使用注意

中西医结合治疗应注意在辨证论治的基础上凸显中医药“扶正祛邪”的基本理论与治疗原则。需扶正时，多加用人参、茯苓、白术、黄芪、当归等具有健脾、益气、补血等作用的中药；需祛邪时，可加用黄连、青果、土荆芥、头蓼花、牛蒡子、蒲公英等具有解毒、杀虫作用的中药。需要注意的是，分阶段治疗中的准备阶段重在扶正，此时应尽量避免应用上述祛邪类中药，以免损伤脾胃正气，影响治疗阶段的根除效果。（证据等级：E级；推荐强度：强推荐）

6.6 诊疗流程图



7 疗效评定标准

对于 H. pylori 感染治疗的疗效评定，主要包含 H. pylori 根除率、H. pylori 复发率、单项症状疗效、中医证候疗效、患者报告结局量表等。其中，H. pylori 根除效果的评估时间应在完成治疗至少 4 周后；评估的最佳方法是尿素呼气试验，单克隆粪便抗原试验可以作为备选。（证据等级：A 级；推荐强度：强推荐）

7.1 H. pylori 根除率

H. pylori 感染患者接受根除治疗后，推荐停药 4 周后进行 13C 或 14C 呼气试验评估 H. pylori 是否根除，且呼气试验前 4 周停用质子泵抑制剂及抗生素。

7.2 H. pylori 复发率

H. pylori 感染复发是指接受抗 H. pylori 治疗的患者在治疗结束至少 4 周后，复查 H. pylori 结果为阴性，但在后续随访中再次出现 H. pylori 阳性。一般包括再燃和再感染两种机制：①再燃是指根除治疗并未彻底清除 H. pylori，药物只是暂时降低菌株总量及其活性，使菌株分布发生变化或产生球形变，从而使复查结果出现假阴性，随着停药时间延长，菌株活性恢复并大量繁殖从而再次检测呈阳性；②再感染是指患者经治疗全部根除原始菌株后，被新的菌株类型或与原菌株同源的 H. pylori 感染，使检测结果呈阳性。目前认为，H. pylori 根除成功后一年内的复发多为再燃，一年后的复发多为再感染。我国的 H. pylori 感染复发率约为 2.2% [159]，复发率是中西医结合治疗 H. pylori 感染的重要疗效评定标准之一 [160-161]。

7.3 单项症状与中医证候疗效评定

对于具有明确症状、体征的 H. pylori 感染患者，单项症状与中医证候疗效评定也可作为评定标准之一。

单项症状疗效评定是对症状的详细、定量的分析（如程度、频率、消失时间、复发次数、中位复发时间等），可作为重要的次要疗效评价指标。

中医证候疗效为复合性指标，包括主证和次证共同积分的改变。应重视各指标的权重值的合理确定。需要注意证候诊断标准与证候评价标准的区别，两者不能完全等同。可采用尼莫地平法进行证候疗效的判定。

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、重四级，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%。

7.4 患者报告结局量表

患者报告结局量表（Patient reported outcomes, PRO）是近些年来国外在健康相关的生存质量之上发展起来的评价指标。“基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局评价量表”可应用于 H. pylori 感染相关性疾病的评估中。该量表以患者为中心，从全身症状、消化不良、反流、心理、排便、社会功能六个维度评价慢性胃肠疾病的干预效果，该量表具有良好的信度和效度。

附录

缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
H.pylori	Helicobacter pylori	幽门螺杆菌
HE	hematoxylin-eosin	苏木精-伊红
MALT	mucosa associated lymphoid tissue	胃黏膜相关淋巴组织
NSAIDs	Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs	非甾体类抗炎药
PCR	polymerase chain reaction	聚合酶链反应
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
RCT	randomized controlled trial	随机对照试验
UBT	urea breath test	尿素呼气试验

牛津证据质量评价与 GRADE 系统推荐强度等级推荐标准

证据等级和推荐强度的评估：根据《牛津循证医学中心分级 2011 版》，将证据等级从高到低分为 A、B、C、D、E5 级（表 1）。采用 GRADE 系统的指导原则，将推荐强度分为 3 个等级，分别是强推荐、弱推荐和不推荐，采用名义组法对有证据支持的意见依据 GRADE 网格计票（表 2）并形成推荐意见，对无证据支持的意见采用多数过票规则形成共识建议。证据等级仅是决定推荐强度的因素之一，在综合考虑其他相关因素后，包括临床实践要求、我国具体情况、法律法规、患者的价值偏好、可行性、临床可及性等，确定推荐强度。

表 1 牛津证据质量的描述

问题	A 级	B 级	C 级	D 级	E 级
疾病或事件的发生率	在疾病或事件发生的当地和即刻进行的随机抽样调查	对与事发地情况有可比性的若干其他情形下进行的抽样调查的系统综述	当地的非随机抽样调查	病例系列	无
诊断或监测的准确性	对采用同意参考标准并应用盲法的若干横断面研究的系统综述	采用同一参考标准并应用盲法的单一横断面	非连续收集的数 据或采用非同一 参考标准的研究	病例-对照研究； 或低质量的采用 不独立于试验方 法的参考标准的 研究	基于机制的推论
预后或自然病程	对起始队列研究的系统综述	起始队列研究	队列研究或 RCT 试验中的对照组	病例系列，病例对 照研究，或低质量 的前瞻性队列研 究	无
干预效果	随机试验或 n-of-1 试验的系 统综述	随机试验或效果 显著的观察性研 究	非随机性、对照性 队列研究或随访 研究	病例系列，病例对 照，或历史对照研 究	基于机制的推论
常见危害	随机试验的系统 综述，巢式病例对 照研究的系统综 述，针对被研究者 的 n-of-1 试验，或 显著效果的观察 性研究	单个随机研究，或 效果显著的观察 性研究	非随机性、对照性 队列研究或随访 研究（上市后监 督），研究样本应 足以判断某危害 为常见或罕见危	病例系列，病例对 照，或历史对照研 究	基于机制的推论
罕见危害	随机试验或 n-of-1 试验的系 统综述	单个随机研究，或 效果显著的观察 性研究	害，随访时间应足 以确定长期危害		
疾病筛查	对随机性研究的	随机研究	非随机性、对照性	病例系列，病例对	基于机制的推论

系统综述	队列研究或随访研究	对照, 或历史对照研究
------	-----------	-------------

表 2 GRADE 网格计票规则

推荐强度	选票情况
A（强推荐）	A 选票超过 50%
B（弱推荐）	B 选票超过 50%或 A+B 选票超过 70%
C（弱不推荐）	C 选票超过 50%或 C+D 选票超过 70%
D（不推荐）	D 选票超过 50%
未达成共识	其余情况

参考文献

- [1] LIOU J M, MALFERTHEINER P, LEE Y C, et al. Screening and eradication of *Helicobacter pylori* for gastric cancer prevention: the Taipei global consensus[J]. Gut, 2020,69(12):2093-2112.
- [2] ASAKA M, KATO M, GRAHAM D Y. Strategy for eliminating gastric cancer in Japan[J]. *Helicobacter*, 2010,15(6):486-490.
- [3] 易惺钱, 敖梅英, 陈晓凡,等. 从正邪两端浅析中医药防治幽门螺杆菌感染的机制[J]. 中医药通报,2021,20(05):28-31+34.
- [4] 刘文忠, 谢勇, 陆红,等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学,2017,22(06):346-360.
- [5] MUBARAKALI D, AKSHAYA T, SATHYA R, et al. Study on the Interaction of Algal Peptides on Virulence Factors of *Helicobacter pylori*: In Silico Approach[J]. *Appl Biochem Biotechnol*, 2022,194(1):37-53.
- [6] PARSONNET J, SHMUELY H, HAGGERTY T. Fecal and oral shedding of *Helicobacter pylori* from healthy infected adults[J]. JAMA, 1999,282(23):2240-2245.
- [7] THOMAS J E, GIBSON G R, DARBOE M K, et al. Isolation of *Helicobacter pylori* from human faeces[J]. Lancet, 1992,340(8829):1194-1195.
- [8] 杨亮, 刘改芳, 朱新影,等. 幽门螺杆菌感染的家庭聚集性现状调查和分析[J]. 胃肠病学,2019,24(07):416-419.
- [9] OSAKI T, KONNO M, YONEZAWA H, et al. Analysis of intra-familial transmission of *Helicobacter pylori* in Japanese families[J]. J Med Microbiol, 2015,64(Pt 1):67-73.
- [10] DRUMM B, PEREZ-PEREZ G I, BLASER M J, et al. Intrafamilial clustering of *Helicobacter pylori* infection[J]. N Engl J Med, 1990,322(6):359-363.
- [11] DORE M P, SEPULVEDA A R, EL-ZIMAITY H, et al. Isolation of *Helicobacter pylori* from sheep-implications for transmission to humans[J]. Am J Gastroenterol, 2001,96(5):1396-1401.
- [12] 丁松泽, 杜奕奇, 陆红,等. 中国居民家庭幽门螺杆菌感染的防控和管理专家共识(2021年)[J]. 胃肠病学,2022,27(12):734-746.
- [13] 宋元彬. 幽门螺杆菌的致病机制及检测方法[J]. 中国医学创新,2022,19(34):184-188.
- [14] 胡伏莲, 张声生. 全国中西医整合治疗幽门螺杆菌相关“病-证”共识[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(09):715-723.
- [15] 张学智, 魏玮, 蓝宇. 成人幽门螺杆菌引起的胃炎中西医协作诊疗专家共识(2020,北京)[J]. 中医杂志,2020,61(22):2016-2024.
- [16] MOAYYEDI P, FORMAN D, BRAUNHOLTZ D, et al. The proportion of upper gastrointestinal symptoms in the community associated with *Helicobacter pylori*, lifestyle factors, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Leeds HELP Study Group[J]. Am J Gastroenterol, 2000,95(6):1448-1455.
- [17] 路长安, 罗金兵, 杨光燃,等. 上消化道症状就诊人群幽门螺杆菌感染调查分析[J]. 慢性病学杂志,2022,23(07):1020-1025.
- [18] BEST L M, TAKWOINGI Y, SIDDIQUE S, et al. Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2018,3(3):CD012080.

- [19] 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(4):1305-1314.
- [20] 国家消化系疾病临床医学研究中心(上海), 中华医学会健康管理学分会, 中华医学会核医学分会. 幽门螺杆菌-尿素呼气试验临床应用专家共识(2020 年)[J]. *中华消化杂志*, 2020,40(12):797-802.
- [21] GISBERT J P, PAJARES J M. Stool antigen test for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection: a systematic review[J]. *Helicobacter*, 2004,9(4):347-368.
- [22] GISBERT J P, PAJARES J M. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection by stool antigen determination: a systematic review[J]. *Am J Gastroenterol*, 2001,96(10):2829-2838.
- [23] DEGUCHI R, MATSUSHIMA M, SUZUKI T, et al. Comparison of a monoclonal with a polyclonal antibody-based enzyme immunoassay stool test in diagnosing *Helicobacter pylori* infection after eradication therapy[J]. *J Gastroenterol*, 2009,44(7):713-716.
- [24] DOMÍNGUEZ J, FORNÉ M, BLANCO S, et al. Comparison of a monoclonal with a polyclonal antibody-based enzyme immunoassay stool test in diagnosing *Helicobacter pylori* infection before and after eradication therapy[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2006,23(12):1735-1740.
- [25] 第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告（非根除治疗部分）[J]. *胃肠病学*, 2022,27(05):289-304.
- [26] MUHSEN K, SINNREICH R, BEER-DAVIDSON G, et al. Sero-prevalence of *Helicobacter pylori* CagA immunoglobulin G antibody, serum pepsinogens and haemoglobin levels in adults[J]. *Sci Rep*, 2018,8(1):17616.
- [27] BURUCOA C, DELCHIER J C, COURILLON-MALLET A, et al. Comparative evaluation of 29 commercial *Helicobacter pylori* serological kits[J]. *Helicobacter*, 2013,18(3):169-179.
- [28] 杜奕奇, 陈刚, 张志勉, 等. 体检人群幽门螺杆菌血清学检测专家共识(2022 年)[J]. *健康体检与管理*, 2022,3(04):329-335+349.
- [29] WATANABE K, NAGATA N, NAKASHIMA R, et al. Predictive findings for *Helicobacter pylori*-uninfected, -infected and -eradicated gastric mucosa: validation study[J]. *World J Gastroenterol*, 2013,19(27):4374-4379.
- [30] YOSHII S, MABE K, WATANO K, et al. Validity of endoscopic features for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection status based on the Kyoto classification of gastritis[J]. *Dig Endosc*, 2020,32(1):74-83.
- [31] ZHAO J, XU S, GAO Y, et al. Accuracy of Endoscopic Diagnosis of *Helicobacter pylori* Based on the Kyoto Classification of Gastritis: A Multicenter Study[J]. *Front Oncol*, 2020,10:599218.
- [32] MAO T, WANG Y, YIN F, et al. Association of Endoscopic Features of Gastric Mucosa with *Helicobacter pylori* Infection in Chinese Patients[J]. *Gastroenterol Res Pract*, 2016,2016:6539639.
- [33] QI Q, GUO C, JI R, et al. Diagnostic Performance of Magnifying Endoscopy for *Helicobacter pylori* Infection: A Meta-Analysis[J]. *PLoS One*, 2016,11(12):e0168201.
- [34] DOHI O, YAGI N, ONOZAWA Y, et al. Linked color imaging improves endoscopic diagnosis of active *Helicobacter pylori* infection[J]. *Endosc Int Open*, 2016,4(7):E800-805.
- [35] JI R, LI Y Q, GU X M, et al. Confocal laser endomicroscopy for diagnosis of *Helicobacter*

- pylori infection: a prospective study[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2010,25(4):700-705.
- [36] YANG H, HU B. Diagnosis of *Helicobacter pylori* Infection and Recent Advances[J]. *Diagnostics (Basel)*, 2021,11(8):1305.
- [37] 朱兵. 慢性胃炎不同病变部位内镜活检与幽门螺杆菌检出率关系的探讨(附 102 例分析)[J]. *福建医药杂志*,2002(01):56.
- [38] 谢天舜, 章小玲. 不同部位活检检测幽门螺杆菌的结果分析[J]. *临床医学*,2005(02):30-31.
- [39] 李彦玮, 于玮, 滕飞,等. 北京地区 2131 例胃镜活检人群幽门螺杆菌感染分析[J]. *中国临床医学*,2016,23(01):44-47.
- [40] 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.
- [41] BORDIN D S, VOYNOVAN I N, ANDREEV D N, et al. Current *Helicobacter pylori* Diagnostics[J]. *Diagnostics (Basel)*, 2021,11(8):1458.
- [42] HARTMAN D J, OWENS S R. Are routine ancillary stains required to diagnose *Helicobacter* infection in gastric biopsy specimens? An institutional quality assurance review[J]. *Am J Clin Pathol*, 2012,137(2):255-260.
- [43] DOGLIONI C, TURRIN M, MACRì E, et al. HpSS: a new silver staining method for *Helicobacter pylori*[J]. *J Clin Pathol*, 1997,50(6):461-464.
- [44] PICHON M, PICHARD B, BARRIOZ T, et al. Diagnostic Accuracy of a Noninvasive Test for Detection of *Helicobacter pylori* and Resistance to Clarithromycin in Stool by the AmpliDiag H. pylori+ClariR Real-Time PCR Assay[J]. *J Clin Microbiol*, 2020,58(4):e01787-01719.
- [45] FITZGERALD R, SMITH S M. An Overview of *Helicobacter pylori* Infection[J]. *Methods Mol Biol*, 2021,2283:1-14.
- [46] HUH C W, KIM B W. [Diagnosis of *Helicobacter pylori* Infection][J]. *Korean J Gastroenterol*, 2018,72(5):229-236.
- [47] LEE Y C, DORE M P, GRAHAM D Y. Diagnosis and Treatment of *Helicobacter pylori* Infection[J]. *Annu Rev Med*, 2022,73:183-195.
- [48] 2022 中国幽门螺杆菌感染治疗指南[J]. *胃肠病学*,2022,27(03):150-162.
- [49] 黄捷平. 连朴饮治疗幽门螺杆菌感染复治失败者临床观察[J]. *中国中医药现代远程教育*,2024,22(17):120-122.
- [50] 杨子唯. 连朴饮加味方联合铋剂四联治疗脾胃湿热型 Hp 相关胃炎的临床观察[D]:湖北中医药大学,2023.
- [51] 苏禹如. 连朴饮加减联合四联疗法治疗幽门螺杆菌感染(脾胃湿热型)的临床疗效观察[D]:天津中医药大学,2023.
- [52] 王曦宇. 连朴饮加减联合四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎脾胃湿热证的临床研究[J]. *中国医药指南*,2019,17(01):153-154.
- [53] 田光芳, 刘敏. 连朴饮加减联合四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎脾胃湿热证临床研究[J]. *中国中医药信息杂志*,2015,22(03):32-35.
- [54] 刘燕, 王韶华, 王微,等. 连朴饮加减治疗幽门螺杆菌感染慢性胃炎脾胃湿热证临床疗效与安全性评价[J]. *中国医药科学*,2021,11(07):82-84+92.
- [55] 董欣红, 胡伏莲, 李世荣,等. 三九胃泰四联疗法治疗消化性溃疡及根除幽门螺杆菌的多中心临床研究[J]. *中国新药杂志*,2002(06):476-479.
- [56] 彭华明, 王晓凤, 王悦宁. 左金丸加减联合四联疗法对幽门螺杆菌阳性功能性消化不

- 良外来务工人员临床疗效及胃电参数影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2017,19(06):134-136.
- [57] 张亚芹, 沙玉彪, 贾春霞,等. 香砂六君子汤联合铋剂四联疗法治疗幽门螺杆菌感染血液透析患者临床疗效及安全性观察[J]. 湖北中医药大学学报,2021,23(03):100-103.
- [58] 苑清国. 加味香砂六君子汤联合标准四联疗法治疗幽门螺杆菌感染相关性胃炎的临床研究[J]. 中国医学创新,2022,19(28):145-148.
- [59] 陶涛. 香砂六君子汤联合西药治疗 Hp 阳性消化性溃疡的临床观察[J]. 药品评价,2022,19(24):1510-1513.
- [60] 樊春华, 丛龙玲, 王学川,等. 加味香砂六君子汤联合标准四联疗法治疗幽门螺杆菌感染相关性胃炎临床研究[J]. 内蒙古中医药,2023,42(01):55-57.
- [61] 储媛, 徐惠明, 陈小芳. 香砂六君子汤加减治疗消化性溃疡(脾胃气虚证)的临床研究[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2023,7(20):78-80.
- [62] 肖春海, 杨燕, 姜小红. 黄芪建中汤联合含铋剂四联疗法治疗 Hp 阳性胃溃疡患者的疗效分析[J]. 当代医学,2019,25(21):145-146.
- [63] 陈高峰, 郭静. 黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型幽门螺杆菌相关性胃炎临床观察[J]. 光明中医,2020,35(06):864-866.
- [64] 吴爱玲. 黄芪建中汤加减联合四联疗法治疗 Hp 感染性胃溃疡疗效分析[J]. 中国烧伤创疡杂志,2021,33(06):436-438.
- [65] 高静. 黄芪建中汤加味联合四联疗法治疗脾胃虚寒型幽门螺杆菌相关性胃炎的临床效果[J]. 中外医学研究,2021,19(28):57-60.
- [66] 王蓓蓓, 白梅. 黄芪建中汤加减联合四联疗法对 Hp 阳性胃溃疡患者 Hp 清除率及复发率的影响[J]. 医学信息,2022,35(20):145-147.
- [67] 张文娟. 黄芪建中汤加味联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡效果及疼痛评价[J]. 中华养生保健,2022,40(2):13-15.
- [68] 王红欣. 胃复春片联合雷贝拉唑四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染患者的效果观察[J]. 华夏医学,2021,34(03):22-26.
- [69] 阿如汉, 刘彦琦. 胃复春胶囊与四联疗法联合治疗幽门螺杆菌阳性功能性消化不良的临床效果[J]. 中医临床研究,2022,14(19):125-128.
- [70] 王卫兵. 四联疗法联合胃复春治疗慢性萎缩性胃炎的疗效[J]. 糖尿病天地,2022,19(5):83-84.
- [71] 周莉. 胃复春胶囊辅助治疗初治幽门螺杆菌阳性伴功能性消化不良的临床观察[J]. 基层中医药,2022,1(05):47-53.
- [72] 唐忠明, 邓中民, 朱德斌,等. 胃复春胶囊联合含铋剂四联疗法治疗胃溃疡伴 Hp 感染临床研究[J]. 新中医,2024,56(15):72-76.
- [73] 王浩, 谢晓红, 毕玉珍,等. 胃复春联合铋剂四联疗法治疗萎缩性胃炎并 Hp 感染临床研究[J]. 新中医,2024,56(06):85-89.
- [74] 胡闻华, 吴鑫莲, 路嘉程. 胃复春胶囊联合四联疗法治疗 Hp 感染胃溃疡的临床效果[J]. 中华医院感染学杂志,2024,34(18):2752-2756.
- [75] 蔡春霞. 温胃舒联合三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡[J]. 吉林医学,2016,37(07):1694-1695.
- [76] 王雯红. 摩罗丹蜜丸联合阿莫西林治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的临床探讨[J]. 中医临床研究,2018,10(28):62-64.
- [77] 李照权. 半夏泻心汤加减+四联疗法治疗对 Hp 阳性慢性胃炎的作用分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2023,10(44):51-53.

- [78] 苏慧滢, 谢素凤. 半夏泻心汤结合四联疗法对幽门螺杆菌胃炎患者血清指标及 Hp 清除率的影响[J]. 内蒙古中医药,2024,43(07):57-59.
- [79] 胡楠杰, 章静, 胡佳楠. 半夏泻心汤加减联合四联疗法对幽门螺杆菌相关性胃炎氧化应激及血清 miR-155、sIL-2R 的影响[J]. 新中医,2024,56(13):12-17.
- [80] 刘婉, 汪湃, 晋颖,等. 半夏泻心汤加味联合四联疗法对脾胃湿热型 Hp 相关慢性胃炎患者 Hp 清除率及胃肠黏膜功能的影响[J]. 天津中医药,2024,41(01):29-33.
- [81] 徐汤舟, 毛吉波, 刘海英,等. 半夏泻心汤加减联合四联疗法治疗寒热错杂证慢性胃炎疗效观察及对胃蛋白酶的影响[J]. 新中医,2024,56(14):25-29.
- [82] 周芳, 陈云斌. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志,2023,33(17):48-50.
- [83] 申昌国, 肖春. 半夏泻心汤分阶段综合治疗难治性幽门螺杆菌感染(RHPI)的效果[J]. 实用中医内科杂志,2023,37(10):103-105.
- [84] 徐晶晶. 半夏泻心汤加味治疗幽门螺杆菌相关慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对血清胃蛋白酶、血清胃泌素 17 的影响[J]. 新疆中医药,2023,41(04):6-9.
- [85] 胡莎莎, 黎明, 周敏,等. 加味半夏泻心汤联合西药治疗对脾胃湿热型 HP 阳性慢性胃炎的临床观察[J]. 药品评价,2023,20(10):1250-1252.
- [86] 杨文君, 王晶, 刘二委. 加味半夏泻心汤对幽门螺杆菌相关性胃炎(脾胃湿热型)患者胃黏膜状态、细胞毒素相关蛋白 A 及空泡毒素 A 水平的影响[J]. 湖北中医杂志,2023,45(03):36-38.
- [87] 李菊芳, 陈小芳, 徐惠明,等. 半夏泻心汤合连朴饮加减对慢性胃炎患者幽门螺杆菌根除率与胃蛋白酶原水平的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(04):101-105.
- [88] 顾长好, 刘盛军, 林维进. 西药四联疗法联合半夏泻心汤治疗慢性胃炎伴 Hp 感染的效果研究[J]. 当代医药论丛,2021,19(1):153-155.
- [89] 孟祥林, 罗宏伟. 半夏泻心汤加味联合铋剂四联疗法治疗幽门螺杆菌感染致慢性胃炎 49 例[J]. 中医研究,2021,34(3):33-36.
- [90] 王建龙, 葛娅琳, 邵学军,等. 半夏泻心汤合四联疗法治疗寒热错杂型 Hp 耐药患者 40 例观察[J]. 浙江中医杂志,2021,56(11):821.
- [91] 方春芝, 黄驭, 刘磊,等. 半夏泻心汤在分阶段综合治疗难治性幽门螺杆菌感染的临床研究[J]. 中医药学报,2021,49(11):78-82.
- [92] 秦风华. 半夏泻心汤加减辅助西药治疗幽门螺杆菌感染胃溃疡的效果[J]. 河南医学研究,2021,30(08):1501-1503.
- [93] 沈杰, 梁敏仪. 半夏泻心汤加减辅助治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用,2021,15(05):215-217.
- [94] 马会妙, 马民凯, 吴立国,等. 加减半夏泻心汤辅助治疗幽门螺杆菌相关性胃炎疗效及对胃肠激素、氧化应激及炎症状态的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(24):2681-2685.
- [95] 王建龙, 祝雪. 半夏泻心汤治疗 50 例慢性胃炎的效果分析[J]. 系统医学,2020,5(08):13-15.
- [96] 耿艳, 皇甫沁媛, 范利锋,等. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的疗效评价[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(22):2478-2481.
- [97] 郝撑, 王捷虹, 赵唯含. 半夏泻心汤联合标准四联疗法治疗根除幽门螺杆菌失败的慢性胃炎寒热错杂型疗效观察[J]. 河北中医,2019,41(12):1859-1861+1872.
- [98] 卢美璘, 张印, 李绍旦,等. 半夏泻心汤化裁方治疗幽门螺杆菌相关性胃炎寒热错杂证的临床研究[J]. 北京中医药,2019,38(05):480-483.

- [99] 林裕强, 陈海霞, 孙晓敏. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的疗效评价[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(02): 110-112.
- [100] 马盼盼, 孟立娜, 王曼彤, 等. 铋剂四联序贯荆花胃康胶丸治疗伴有消化不良症状的幽门螺杆菌感染初治患者的多中心随机对照研究[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(26): 2060-2065.
- [101] 杨琼, 尚琪, 魏国强, 等. 含铋剂四联方案联合荆花胃康胶丸治疗幽门螺杆菌感染的前瞻性多中心随机对照研究[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(4): 295-300.
- [102] 朱英超. 荆花胃康胶丸辅助雷贝拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌感染疣状胃炎的疗效评价[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(6): 73-74.
- [103] 鲁宏, 何玉环, 陈思宇, 等. 荆花胃康胶丸联合铋剂四联治疗幽门螺杆菌感染初治患者的疗效观察[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(04): 621-624.
- [104] 李建勋, 吕宾, 杜勤, 等. 荆花胃康胶丸联合铋剂四联治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎多中心随机对照研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(12): 998-1004.
- [105] 赵丽娟, 武建军, 云宇婷, 等. 荆花胃康胶丸联合标准四联疗法对 Hp 相关十二指肠溃疡患者血清肽类胃肠激素、胃蛋白酶原和炎症介质的影响[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(17): 3314-3318.
- [106] 王瑞昕, 张声生, 周强. 荆花胃康胶丸联合标准四联疗法对 Hp 相关性慢性胃炎患者的疗效研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(09): 610-614.
- [107] 王楠楠, 潘婷婷. 荆花胃康胶丸联合含铋剂四联疗法对慢性胃炎合并 Hp 感染患者血清炎症因子和胃黏膜标志物的影响[J]. 中国卫生工程学, 2022, 21(03): 499-501+504.
- [108] 徐志坚. 荆花胃康胶丸联合兰索拉唑四联疗法对幽门螺杆菌阳性胃十二指肠溃疡的症状改善的影响[J]. 黑龙江中医药, 2023, 52(06): 174-176.
- [109] 刘玲玲, 营大礼, 张会珍. 荆花胃康胶丸联合四联疗法在幽门螺杆菌感染患者中的应用效果[J]. 中国现代医学杂志, 2018, 28(22): 117-121.
- [110] 姜欣, 刘丹, 韩林, 等. 荆花胃康胶丸联合四联疗法治疗 Hp 阳性老年慢性胃炎的临床效果[J]. 中国医药导报, 2020, 17(18): 155-158.
- [111] 谷静, 张国宝, 耿昌海. 荆花胃康胶丸联合四联疗法治疗消化性溃疡伴 Hp 感染的临床效果[J]. 中国当代医药, 2017, 24(35): 12-14.
- [112] 魏松辉. 荆花胃康胶丸治疗初治 HP 阳性 FD[J]. 牡丹江医学院学报, 2021, 42(01): 109-112.
- [113] 王利慧. 荆花胃康胶丸治疗十二指肠溃疡伴 Hp 感染的效果观察[J]. 实用中西医结合临床, 2023, 23(18): 41-43+105.
- [114] 李俊辰, 张连峰. 荆花胃康联合四联方案在幽门螺杆菌阳性患者中的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2021, 21(8): 184-186.
- [115] 袁建, 曾薇, 钟冬香, 等. 敏感四联方案联合荆花胃康胶丸治疗幽门螺杆菌感染的效果评价[J]. 赣南医学院学报, 2023, 43(11): 1111-1113.
- [116] 樊娅辉. 治疗幽门螺杆菌感染行荆花胃康胶丸联用四联疗法补救的效果及对幽门螺旋杆菌根除率影响研究[J]. 中外女性健康研究, 2022(18): 79-80, 104.
- [117] 季科, 薛育政, 吴铁龙, 等. 铋剂四联法联合柴胡疏肝散治疗胃溃疡的效果分析[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2021, 18(06): 55-58.
- [118] 陈朝元, 王岩, 何顺勇, 等. 加味柴胡疏肝散联合西药治疗幽门螺杆菌相关性十二指肠球部溃疡 30 例[J]. 福建中医药, 2017, 48(05): 9-10+13.
- [119] 徐芳, 王立明, 钱俊峰, 等. 胃苏颗粒辅助胃铋镁四联疗法治疗 Hp 阳性消化性溃疡临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(11): 111-114.

- [120] 谭绮嘉, 陈利芳, 李新荣. 胃苏颗粒联合四联疗法对 Hp 相关性胃溃疡患者 Hp 转阴率及复发的影响[J]. 北方药学, 2022, 19(09): 70-72.
- [121] 谢明山, 肖义琼, 蓝志伟. 胃苏颗粒联合四联疗法对 Hp 相关性消化性溃疡疗效与炎症因子水平的影响[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(19): 3367-3368.
- [122] 王鸣, 吴丽丽, 周庆, 等. 胃苏颗粒联合四联疗法对 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者血清胃 肠 激 素 和 胃 黏 膜 COX-2、NF- κ B 表达的影响[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(10): 1856-1859+1864.
- [123] 王剑, 车玲艳. 胃苏颗粒联合四联疗法对消化性溃疡的疗效[J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 24(12): 1442-1445.
- [124] 胡荣, 宋婷, 刘静静, 等. 胃苏颗粒联合四联疗法对幽门螺杆菌相关性消化性溃疡患者血清炎症因子、胃 肠 激 素 及 生 活 质 量 的 影 响 [J]. 现 代 生 物 医 学 进 展, 2021, 21(14): 2675-2678+2707.
- [125] 赵瑛瑛, 陈浩军, 黄国欣. 胃苏颗粒联合四联疗法治疗 Hp 相关性消化性溃疡的临床观察[J]. 世界中医药, 2019, 14(09): 2448-2450+2454.
- [126] 陆贤香, 陆文瑜, 周静. 胃苏颗粒联合四联疗法治疗 Hp 阳性消化性溃疡的临床效果观察[J]. 中外医学研究, 2021, 19(29): 22-24.
- [127] 黄妙兴, 李志坚, 林沛玲, 等. 胃苏颗粒联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21(03): 281-284.
- [128] 陈彬. 胃苏颗粒联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(24): 88-91.
- [129] 周铭, 陶杨, 邓莉, 等. 舒肝解郁胶囊联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡临床观察[J]. 临床消化病杂志, 2015, 27(01): 36-39.
- [130] 孔维民. 观察中医分阶段治疗慢性胃炎幽门螺杆菌阳性患者的效果[J]. 中医临床研究, 2016, 8(13): 86-87.
- [131] 喻子良, 古丽孜热·毛拉, 周静. 中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 80 例临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(34): 416-417.
- [132] 苏卫仙, 刘倩, 杜丙杰, 等. 荜铃胃痛颗粒联合四联疗法治疗伴幽门螺杆菌感染慢性萎缩性胃炎疗效及对血清炎症因子、EGF 和 TGF- β 1 水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(05): 692-695.
- [133] 洪珊珊, 黄家惠, 徐少军. 荜铃胃痛颗粒联合四联疗法治疗幽门螺杆菌感染阳性慢性萎缩性胃炎的效果[J]. 中国医药导报, 2021, 18(29): 122-125.
- [134] 马娟, 刘文楷, 陈娜, 等. 荜铃胃痛颗粒联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡疗效及对胃 肠 道 激 素、T 淋 巴 细 胞 亚 群 的 影 响 [J]. 现 代 中 西 医 结 合 杂 志, 2024, 33(11): 1571-1575.
- [135] 郭佳宇, 王晓瑜. 荜铃胃痛颗粒联合四联疗法对气滞血瘀型幽门螺杆菌相关性胃炎疗效观察[J]. 药物流行病学杂志, 2020, 29(07): 465-468.
- [136] 罗文, 钟文鑫. 荜铃胃痛颗粒联合改良四联疗法在 Hp 阳性消化性溃疡中的应用价值[J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35(05): 576-579.
- [137] 戴础, 姚玉玲, 周莹乔. 荜铃胃痛颗粒联合兰索拉唑四联方案治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者的疗效研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25(04): 515-517.
- [138] 李永娟, 张媛, 石钟, 等. 荜铃胃痛颗粒联合幽门螺杆菌根除四联疗法治疗胃食管反流病合并幽门螺杆菌感染气滞血瘀证的疗效观察[J]. 河北中医, 2022, 44(08): 1327-1330.
- [139] 于丽, 巩阳. 荜铃胃痛颗粒联合四联疗法治疗 Hp 阳性胃溃疡的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(03): 175-177+182.

- [140] 黄灵姗, 林丽英, 俞静. 康复新液漱口辅助治疗 Hp 阳性患者 40 例[J]. 福建中医药, 2019, 50(04): 76-77.
- [141] 韩少伟. 埃索美拉唑四联疗法联合康复新液对 Hp 阳性慢性胃炎患者胃泌素及炎症因子的影响[J]. 中国合理用药探索, 2019, 16(06): 53-55+58.
- [142] 王庆娜. 四联疗法联合康复新液治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2019, 35(32): 54+56.
- [143] 赵文强. 康复新液联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(04): 59-62.
- [144] 易珍. 四联疗法联合康复新液治疗幽门螺杆菌相关性溃疡患者的效果[J]. 中国当代医药, 2021, 28(25): 56-58+62.
- [145] 郭会昌. 康复新液联合四联疗法治疗 Hp 阳性胃溃疡的疗效分析[J]. 黑龙江中医药, 2022, 51(02): 49-51.
- [146] 沈德坤. 康复新液联合埃索美拉唑在慢性胃炎 Hp 感染中的应用[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13(08): 109-111.
- [147] 谭德胜, 梁心慧, 刘杨基, 等. 康复新液联合四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡的效果[J]. 中国医药科学, 2022, 12(11): 106-109.
- [148] 谷盈盈, 朱雯. 康复新液联合四联疗法对幽门螺杆菌感染性消化道溃疡患者溃疡愈合效果及炎症反应的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2023, 4(12): 95-98.
- [149] 周勇兵. 康复新液与奥美拉唑四联疗法联合治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡临床观察[J]. 基层医学论坛, 2023, 27(28): 68-70.
- [150] 何向东, 姜胜文, 刘宗泽. 康复新液联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性相关性胃炎的疗效及对炎症因子的影响分析[J]. 蛇志, 2023, 35(04): 489-493.
- [151] 黄萍, 伍灵志. 康复新液联合四联疗法对 Hp 阳性胃溃疡患者炎症因子及胃肠道激素水平的影响[J]. 中国医学创新, 2023, 20(12): 26-29.
- [152] 张凯, 张霞. 康复新液联合雷贝拉唑四联疗法治疗 Hp 阳性胃溃疡的有效性及其安全性分析[J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5(07): 4-7.
- [153] 司小北, 张旭敏, 蓝宇. “含黄连素四联方案”治疗幽门螺杆菌感染及其相关消化性溃疡的 Meta 分析[J]. 世界华人消化杂志, 2018, 26(32): 1864-1873.
- [154] 胡雪, 马静静, 田山, 等. 大蒜素治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡的 Meta 分析[J]. 海南医学, 2017, 28(17): 2898-2902.
- [155] 韩晓江, 杜锦辉, 毕连宝, 等. 胃三针联合 PPI 三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(01): 11-14.
- [156] 姚民武, 徐兰, 黄光鸿, 黄芪建中汤联合募配穴灸法辅助治疗脾胃虚寒型幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(02): 124-128.
- [157] 孙丽香, 李荣清, 赵海军, 等. 中医穴位埋线配合 PPI 方案治疗幽门螺杆菌感染疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(31): 3499-3500+3503.
- [158] 丰胜利, 叶晖, 张默, 等. 中药为主非抗生素疗法治疗幽门螺杆菌感染 78 例回顾性分析[J]. 北京中医药, 2018, 37(10): 915-918.
- [159] HU Y, WAN J H, LI X Y, et al. Systematic review with meta-analysis: the global recurrence rate of Helicobacter pylori[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2017, 46(9): 773-779.
- [160] 张恬, 陈越, 汤意远, 等. 中药联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡临床疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(10): 75-80.
- [161] 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.