DOI：10. 13288/j. 11-2166/r. 2024. 10. 019

标准与规范

消化性溃疡中医诊疗专家共识（2023）

中华中医药学会脾胃病分会

消化性溃疡（peptic ulcer，PU）是指在各种致病因子的作用下，消化道黏膜发生炎性反应与坏死、脱落，形成溃疡，病变可达黏膜肌层、固有肌层，更深者可穿透浆膜层[1]。病变可发生于食管、胃或十二指肠，也可发生于胃-空肠吻合口附近或含有胃黏膜的麦可尔憩室内，其中以胃、十二指肠最常见[2-3]。PU是由一种或多种有害因素，如幽门螺杆菌（helicobacter pylori，Hp）感染、非甾体抗炎药（nonsteroidal antiinflammatory drugs，NSAIDs）的应用、胃酸和/或胃蛋白酶分泌异常等对黏膜的破坏超过黏膜抵御损伤和自身修复能力所引起的综合结果[4]。我国尚缺少大规模的流行病学调查资料，文献报道的内镜检查病例中PU的检出率为10. 3%~32. 6%，患病人群年龄以20~50岁居多，男性多于女性[5]。参考西医诊断指南，结合PU临床特征，中医药形成了较为系统的以辨证论治为核心的临床诊疗方案，包括《消化性溃疡中医诊疗共识意见（2009，深圳）》[6]、《消化性溃疡中医诊疗专家共识意见（2017）》[7]、《消化系统常见病消化性溃疡中医诊疗指南（基层医生版）》[2]。近年来，中医药在治疗PU方面取得了较好成效，为了体现最新研究成果，特对原《消化性溃疡中医诊疗专家共识意见（2017）》进行更新。本次修订，中华中医药学会脾胃病分会于2020年11月在北京牵头成立了PU中医诊疗专家共识意见起草小组。小组成员依据循证医学的理念，广泛搜集证据资料，参考国内外共识制定方法，并先后组织国内脾胃病专家就PU的证候分类、辨证治疗、名医经验、循证研究、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论，形成本共识意见初稿。然后按照德尔菲法分别于2021年4月、2021年8月、2022年10月进行了3轮专家投票，逐次进行修改完善形成送审稿。2023年4月，由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评，通过了本共识意见。

基金项目：国家中医药传承创新中心内涵建设项目（财社〔2023〕29号）；国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室（国中医药办人教函〔2022〕75号）

1 概述

1. 1 西医诊断

PU的诊断主要依据特征性临床表现、胃镜、病理组织学检查、Hp检测、X线钡餐（特别是气钡双重造影）等。PU在国际疾病分类第十一次修订本（ICD-11，https://icd11. pumch. cn/）中的编码为DA61。

1. 1. 1 临床表现 PU患者临床表现不一，多数表现为中上腹反复发作性节律性疼痛，少数患者无症状，或表现为恶心、纳差、腹胀等消化道非特异性症状，或以出血、穿孔等并发症的发生作为首发症状[1]。十二指肠球部溃疡常发生于秋末至春初较冷的季节，疼痛多位于中上腹部偏右处，多发于两餐之间空腹时，持续不减直至下餐进食或服制酸药物后缓解，部分患者可发生夜间疼痛。胃溃疡疼痛多位于中上腹部，常在餐后1 h内发生，经1~2 h后逐渐缓解，直至下一餐进食后再重复出现上述表现。

1. 1. 2 相关检查 内镜检查是确诊PU最主要的方法，可确定溃疡的部位、大小、形态与数目，结合活体组织检查病理结果，可确定溃疡的性质及分期。良性溃疡内镜下分三期[4]：活动期（A期）、愈合期（H期）、瘢痕期（S期）。活动期：溃疡呈圆形或椭圆形，中心覆盖厚黄或白色苔，边缘光滑，充血水肿，呈红晕环绕。部分十二指肠溃疡表现为多个散在、浅表溃疡，斑点状或小片状，内镜下酷似白霜覆盖在充血、水肿黏膜上，称为“霜斑样溃疡”，可能是溃疡处于活动期进展过程或愈合中的一种表现。愈合期：溃疡变浅缩小，表面薄白苔，周围充血水肿消退后可出现皱襞集中。瘢痕期：底部白苔消失，溃疡被红色上皮覆盖，渐变为白色上皮，纠集的皱襞消失。

Hp为PU重要发病和复发因素之一，其检测方法分为侵入性和非侵入性两大类，侵入性检测包括

Hp快速尿素酶试验、胃黏膜直接涂片染色镜检、胃黏膜组织切片染色镜检；非侵入性检查为首选方法，主要包括^{13}C或^{14}C标记的尿素呼气试验、血清Hp抗体和粪便Hp抗原检测。

对于不能接受内镜检查的患者可考虑进行X线钡餐检查，钡剂填充溃疡的凹陷部分所造成的龛影是诊断溃疡的直接征象。

1.2 中医病名

根据PU的临床表现特点，中医学将其归为“胃痛”“胃疡”范畴，症状不典型者，亦可归为“痞满”“嘈杂”等范畴。《消化性溃疡中医诊疗共识意见（2009，深圳）》[6]中以“胃痛”“嘈杂”作为PU的中医病名，《消化性溃疡中医诊疗专家共识意见（2017）》[7]根据多数专家意见在延续采用上述命名基础上，增加了“胃疡”病名。因本病病理性质主要为黏膜损害形成溃疡，故“胃疡”更能准确描述本病特点。

2 中医病因病机

2.1 病位

PU的病位在胃，与肝、脾密切相关。

2.2 病因与发病

PU的病因主要包括外感寒邪，内客于胃；饮食不节，食滞伤胃；情志内伤，肝气犯胃；素体脾虚，后天失养等。寒邪犯胃，气机郁滞，胃气不和，乃发本病；暴饮暴食，损伤脾胃，运化失职，失于和降，发为胃脘痛、痞满、嘈杂等；忧思恼怒，焦虑紧张，肝失疏泄，横逆犯胃，胃失和降，若肝郁化热，郁热耗伤胃阴，胃络失于濡润，致胃脘隐隐灼痛，若气郁日久，血行不畅，血脉凝滞，瘀血阻胃，致胃脘刺痛；素体脾胃虚弱，或劳倦内伤，或久病不愈，延及脾胃，或用药不当，皆可损伤脾胃，脾胃虚弱，气虚不能运化或阳虚不能温养，致胃脘疼痛[8]。

2.3 病机要点

PU的病机为胃气壅滞，失于和降，致不通则痛，或胃失濡养，致不荣则痛[9]。PU初起多为外邪、饮食、情志、药毒、劳倦等一种或多种病因致病。病机多由肝气犯胃，气血瘀阻；寒邪客胃，寒凝血滞；食滞胃肠，郁热内生，临床多表现为实证。发病日久则由气及血，因实致虚，或素体脾胃虚弱，气血运化无力，血分瘀阻，因虚致实而虚实夹杂[7]。

3 辨证分型

辨证分型参照中华中医药学会脾胃病分会《消化系统常见病消化性溃疡中医诊疗指南（基层医生版）》[2]、《消化性溃疡中医诊疗共识意见（2009，深圳）》[6]、《消化性溃疡中医诊疗专家共识意见（2017）》[7]，主症2项加次症2项及以上，参考舌脉，即可诊断。

3.1 肝胃不和证

中医病证分类与代码B04.06.02.04.01[10]。

主症：1）胃脘胀满或疼痛；2）两胁胀满。次症：1）每因情志不畅而发作或加重；2）心烦易怒；3）嗳气频作；4）善叹息。舌脉：舌淡红；舌苔薄白；脉弦。

3.2 脾胃虚弱（寒）证

中医病证分类与代码B04.06.03.01.03[10]。

主症：1）胃脘隐痛，喜温喜按；2）得食痛减。次症：1）四肢倦怠；2）畏寒肢冷；3）口淡流涎；4）便溏；5）纳少。舌脉：舌淡或舌边齿痕；舌苔薄白；脉虚弱或迟缓。

3.3 脾胃湿热证

中医病证分类与代码B04.06.03.01.02.05[10]。

主症：1）脘腹痞满或疼痛；2）口干或口苦。次症：1）口干不欲饮；2）纳呆；3）恶心或呕吐；4）小便短黄；5）大便黏腻。舌脉：舌红；舌苔黄厚腻；脉滑或滑数。

3.4 肝胃郁热证

中医病证分类与代码B04.06.02.04.01.03[10]。

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：舌红；舌苔黄；脉弦数。

3.5 胃阴不足证

中医病证分类与代码B04.03.02.03.02[10]。

主症：1）胃脘隐隐作痛；2）饥而不欲食。次症：1）口干渴；2）消瘦；3）五心烦热。舌脉：舌红少津或舌有裂纹；少苔或无舌苔；脉细。

3.6 胃络瘀阻证

中医病证分类与代码未见。

主症：胃脘胀痛或刺痛，痛处不移。次症：1）夜间痛甚；2）口干不欲饮；3）呕血或黑便。舌脉：舌质紫暗或有瘀点、瘀斑；脉涩。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

PU的治疗目的在于缓解临床症状、促进溃疡

愈合、防止溃疡复发、减少并发症发生。针对PU的病因病机，治疗以健脾和胃、疏肝理气、清热祛湿、活血化瘀为主要原则。对有Hp感染、巨大溃疡或有上消化道出血等并发症者，宜采用中西医结合方法进行综合治疗[11]。

4.2 辨证论治

PU活动期，以实证为主要表现者，采用理气导滞、疏肝和胃、清热祛湿、活血化瘀等法；溃疡日久反复发作不愈者，多为本虚标实之候，临床宜标本兼顾，健脾、疏肝与理气并用，和胃与化瘀同施。

4.2.1 肝胃不和证

治法：疏肝理气，和胃止痛。

主方：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。药物组成：北柴胡9 g、香附9 g、川芎9 g、陈皮9 g、白芍9 g、枳壳6 g、炙甘草6 g。

加减：心烦易怒者，加佛手9 g、青皮9 g、栀子9 g以疏肝清热；口干者，加石斛15 g、沙参15 g以益胃生津；畏寒者，加高良姜9 g、肉桂6 g（后下）以温中散寒；反酸者，加黄连6 g、吴茱萸3 g以泻肝制酸；嗳气明显者，加赭石15 g、旋覆花10 g以降气止呃。

中成药：气滞胃痛颗粒[12-13]口服，每次5 g，每日3次；或气滞胃痛片[14]口服，每次3 g，每日3次。健胃愈疡片[15-16]口服，每次1.2~1.5 g，每日4次。快胃片[17]口服，每次2.1 g，每日3次。甘海胃康胶囊[18]口服，每次2.4 g，每日3次。

4.2.2 脾胃虚弱（寒）证

治法：健脾和胃，温中止痛。

主方：四君子汤（《太平惠民和剂局方》）或黄芪建中汤（《金匮要略》）加减。四君子汤药物组成：白术15 g、茯苓15 g、党参15 g、炙甘草10 g；黄芪建中汤药物组成：黄芪30 g、白芍15 g、桂枝9 g、炙甘草6 g、生姜9 g、饴糖15 g、大枣9 g。

加减：胃寒重者、胃痛明显者加吴茱萸3 g、川椒6 g、炮附片9 g（先煎）、干姜9 g以温中止痛；吐酸者加浙贝母9 g、海螵蛸12 g以制酸止痛；肠鸣腹泻者加泽泻9 g、猪苓9 g、茯苓15 g以利水渗湿；睡眠不佳者加龙骨25 g（先煎）、牡蛎25 g（先煎）以重镇安神；纳呆食少者加炒神曲15 g、炒麦芽15 g以健脾消食。

中成药：小建中胶囊[19-20]口服，每次0.8~1.2 g，每日4次。安胃疡胶囊[21-22]口服，每次0.4 g，每日4次。

4.2.3 脾胃湿热证

治法：清利湿热，和胃止痛。

主方：连朴饮（《霍乱论》）加减。药物组成：黄连6 g、厚朴9 g、石菖蒲9 g、清半夏9 g、栀子12 g、芦根12 g。

加减：舌红苔黄腻者，加蒲公英15 g、黄芩9 g以清热燥湿；头身困重者，加白扁豆15 g、苍术9 g、藿香9 g、佩兰9 g以健脾化湿；恶心、干呕者，加陈皮12 g、竹茹12 g以降逆止呕；反酸者，加瓦楞子15 g、海螵蛸15 g以制酸和胃。

中成药：三九胃泰颗粒或三九胃泰胶囊[23-24]，三九胃泰颗粒口服，每次2.5 g，每日2次；三九胃泰胶囊口服，每次1~2 g，每日2次。

4.2.4 肝胃郁热证

治法：疏肝解郁，泄热和胃。

主方：化肝煎（《景岳全书》）合左金丸（《丹溪心法》）加减。药物组成：陈皮12 g、青皮9 g、牡丹皮9 g、栀子9 g、白芍15 g、浙贝母9 g、泽泻9 g、黄连6 g、吴茱萸3 g。

加减：口干明显者，加北沙参15 g、麦冬15 g、石斛15 g以益胃生津；恶心者，加姜半夏9 g、竹茹12 g以降逆止呕；舌苔厚腻者，加苍术15 g以燥湿和中；便秘者，加枳实9 g、瓜蒌仁15 g以润肠通便。

中成药：胃热清胶囊[25]口服，每次1 g，每日4次。

4.2.5 胃阴不足证

治法：养阴益胃。

主方：益胃汤（《温病条辨》）加减。药物组成：沙参12 g、麦冬12 g、冰糖9 g（后下）、生地黄12 g、玉竹9 g、石斛15 g。

加减：脘腹胀痛、时作干呕者，加佛手9 g、竹茹12 g以理气降逆；神疲气短、倦怠乏力者，加太子参9 g、黄芪30 g以补益气阴；嗳腐吞酸、纳呆者，加麦芽15 g、鸡内金15 g以消食化积；胃刺痛、入夜加重者，加丹参15 g、红花12 g、降香12 g以活血止痛；大便秘结者，加火麻仁10 g、郁李仁9 g以养阴润肠通便。

中成药：无。

4.2.6 胃络瘀阻证

治法：活血化瘀，行气止痛。

主方：失笑散（《太平惠民和剂局方》）合丹参饮（《时方歌括》）加减。药物组成：生蒲黄12 g（包煎）、五灵脂15 g（包煎）、丹参15 g、檀香3 g（后下）、砂仁3 g（后下）。

加减：黑便者，加三七3 g、白及9 g、仙鹤草15 g以敛疮止血，或口服裸花紫珠每次3 g、每日3或4次以散瘀止血；畏寒重者，加炮姜9 g、桂枝9 g以温阳散寒；乏力者，加黄芪30 g、党参15 g、白术15 g、茯苓15 g、甘草9 g以补气健脾。

中成药：荆花胃康胶丸[26]口服，每次0.16 g，每日3次。康复新液[27]口服，每次10 ml，每日3次。金胃泰胶囊[28]口服，每次0.9 g，每日3次。

4.3 当代名家经验

4.3.1 俞尚德[29] 1）学术观点：将PU归属为“胃脘痈”范畴，认为其包括PU各个时期的表现以及并发症。溃疡病不论从病因、病机、理法、方药及影像学（包括钡餐造影、内镜）的表现等都与外科的疮疡极为相似，因而提出“内痈”理论，并指导用于临床实践，取得了较好的疗效。

2）用药心得：俞氏补中生肌汤加减。药物组成：黄芪、党参、炙甘草、赤芍、白及、制乳香、当归、茯苓、海螵蛸，并随证加减。

4.3.2 周学文 1）学术观点：创新“毒热”病因理论，提出“以痈论治”胃溃疡，并研制出治疗胃溃疡的中成药溃得康颗粒，应用于PU的治疗[30-31]。实验研究显示其作用机理涉及胃黏膜表皮生长因子[32]。

2）用药心得[33]：根据PU的病因病机特点，选取黄芪、黄连、苦参、海螵蛸、浙贝母、三七粉、白及、蒲公英、白蔹、砂仁、豆蔻、炙甘草等组成基本方。治疗PU活动期常重用黄连以清热解毒，配伍黄芪、苦参、败酱草以暗合清热托毒的“托”法达到扶益正气、托毒外出的临床疗效；PU的愈合期、瘢痕期为溃疡修复阶段，常用黄芪配伍白及、砂仁、三七粉暗合“补”法，治以托毒、生肌、健脾。

4.3.3 劳绍贤[34] 1）学术观点：从中医学与现代医学的认识出发，认为溃疡病的发生发展和慢性迁延过程与“瘀”（病灶局部血供障碍）和“热”（病灶局部炎性活动，Hp感染）有着极其密切的关系，并据此提出PU的“瘀热”治疗理论。

2）用药心得：常用川芎、蒲公英、黄芩组合理气兼清热，川芎为血中之气药，理气同时可行气血瘀滞，组方体现溃疡病“瘀热”治疗理念。研制治疗脾胃虚弱型PU的健脾Ⅱ号方，药物组成为党参、白术、茯苓、黄芪、川芎、砂仁（后下）、蒲公英、甘草等。

4.4 西医诊疗进展概述

PU的诊断目前主要通过胃镜及镜下活体组织检查。抑酸治疗是缓解PU症状、促进溃疡愈合的最主要措施，质子泵抑制剂（proton pump inhibitor，PPI）是首选药物，应用PPI治疗胃溃疡的疗程为6~8周，十二指肠溃疡的疗程为4~6周。钾离子竞争性酸阻滞剂（postassium competitive acid blockers，P-CABs）作为一种新型抑酸药，逐渐用于PU的治疗，并取得了较好的临床疗效[35]。根除Hp对于Hp阳性的PU是对因治疗，也是促进溃疡愈合及防止溃疡复发的有效措施。根除Hp治疗方案参见《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）》[36]，并且在抗Hp治疗结束后仍应继续使用PPI至疗程结束。

4.5 其他治法

4.5.1 针灸治疗 根据不同症状证型选择相应的腧穴进行针灸治疗，主穴取中脘、足三里[37]。根据不同证型配穴[38]：1）脾胃虚弱证配伍胃俞、脾俞、内关穴；2）气滞血瘀证配伍胃俞、脾俞、内关、膈俞穴；3）肝郁气滞证配伍胃俞、脾俞、期门穴；4）肝气犯胃证配伍内关、太冲穴；5）胃寒证配伍胃俞、脾俞、内关、公孙穴；6）胃阴不足证配伍胃俞、脾俞、内关、三阴交穴；7）痰湿壅滞证配伍胃俞、脾俞、内关、阴陵泉、肝俞穴。

根据不同症状配穴：1）反酸配伍胃俞、脾俞、内关、太冲穴；2）腹胀配伍胃俞、内关、天枢、公孙穴；3）胃痛难忍配伍胃俞、内关、梁丘、公孙穴；4）乏力配伍胃俞、脾俞、内关、气海、公孙穴。

4.5.2 中药穴位贴敷[11] 寒证使用热敷方：取干姜、吴茱萸等调制成药膏，外敷脐部或疼痛最明显处，外敷每日1或2次，并配合红外线照射。热证使用寒敷方：取大黄、黄柏调制成药膏，外敷脐部或疼痛最明显处，外敷每日1或2次。

4.5.3 穴位埋线[39] 常用穴位：中脘、胃俞（双侧）、脾俞（双侧）、足三里（双侧）、肝俞（双侧）。采用羊肠线埋于穴位皮下。

4.6 治疗难点与中医药优势

Hp感染及长期服用NSAIDs是PU复发的主要原因。各种原因导致Hp根除失败，或因其他疾病无法停用NSAIDs使得PU反复发作、迁延不愈甚至加重，已成为目前治疗PU的突出问题及治疗难点。规范治疗方案联合中医药治疗可提升患者Hp的根除率[40]。同时，溃疡愈合质量也是决定PU是否复发的关键因素[41]。中医学将整体观念与辨证论治

相结合，更有针对性地改善患者症状，促进PU溃疡面的愈合，提高溃疡的愈合质量，对于PU的治疗及预防复发具有一定远期疗效[42-43]。

4.7 诊治流程图

对于出现PU相关症状的患者应完善检查，确定诊断后进行辨证论治。诊疗流程详见附图1（请扫描本文二维码获取）。

5 疗效评价

5.1 内镜下疗效评价

内镜下黏膜形态学变化是评价溃疡愈合疗效的重要指标。1）白光模式观察[11]。临床治愈：溃疡瘢痕愈合或无痕迹愈合；显效：溃疡达H2期或减轻2个级别；有效：溃疡达H1期或减轻1个级别；无效：内镜检查无好转。

2）放大内镜结合窄带成像模式观察[44-45]。采用日本竹本溃疡愈合分期法，根据溃疡形态分为再生期（R期，白苔存在）、瘢痕期（S期）。S期又分为Sa期（中央凹陷）、Sb期（凹陷消失，见粗大的再生绒毛）、Sc期（黏膜平坦，接近正常）三期，其中Sc期为溃疡高质量愈合。Sc期愈合率=（Sc期例数/总例数）×100%。

5.2 中医证候疗效评价[46]

中医证候疗效评价标准采用尼莫地平法计算：疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%，分为临床痊愈、显效、有效、无效共4级。1）临床痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%；2）显效：主要症状、体征明显改善，70%≤疗效指数＜95%；3）有效：主要症状、体征明显好转，30%≤疗效指数＜70%；4）无效：主要症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效指数＜30%。

6 中医药循证医学进展

中药治疗：有研究者[47]通过收集国内期刊发表的有关于中药治疗PU的临床试验，运用物理治疗证据数据库标度表对文献进行评价，结果显示中药治疗PU的有效率、溃疡面积改善率明显高于西药组，且不良反应发生率低于西药组。另有研究者[48]通过检索数据库并纳入半夏泻心汤联合三联疗法治疗Hp相关性PU的随机对照临床研究，结果显示，与单纯使用三联方案相比，半夏泻心汤联合三联疗法能够更有效提高Hp相关性PU患者的临床总有效率、临床治愈率和Hp根除率，并能降低不良反应发生率，有更好的临床效果与长期疗效。

针灸治疗：有研究者[49]通过检索国内外数据库，提取针灸治疗PU的相关资料，进行系统评价及Meta分析，结果显示针刺联合西药治疗PU对照常规西药具有一定的优势，但该结论的证据质量等级不高，研究结论需谨慎对待。

虽然近年来有关中医药治疗PU的研究数量在逐年增加，但从循证医学角度分析，仍缺乏对于中医药治疗PU的较为严谨的、科学性强的临床试验方案及相关临床报道。今后仍需进一步开展大样本、高质量的临床随机对照试验进行研究。

7 预防调摄

PU之起病，多与情志不遂、饮食不节有关，预防上要重视精神与饮食的调摄，良好的生活习惯有助于患者保持健康的身体状态，避免PU的发生及发展。

7.1 饮食、心理及生活方式的调整

保持精神愉快，情绪放松，避免忧思恼怒等情志内伤。养成良好的饮食规律和习惯，避免暴饮暴食、饥饱无常；避免长期食用生冷、肥甘厚味、辛辣、粗硬等物；避免酗酒及过度吸烟；慎用、忌用苦寒、燥热、有毒等易损伤脾胃的药物。注意休息、保持充足睡眠、避免长期过度劳累；季节交替时避免受凉、适度的锻炼均有助人体正气的提升，奠定抵御外邪的基础。

7.2 维持治疗

根据患者寒热虚实的临床表现，在专科医师指导下辨证选用对应的中成药维持治疗。

8 转归与随访

随着对PU发病机制的深入研究及抗酸药物的不断发展，内科治疗PU已取得良好的疗效，据统计95%以上的PU均可治愈[4]。但PU具有反复发作的临床特点，且少数患者由于饮食调摄不当、治疗不及时可出现出血、穿孔、梗阻，甚至癌变。胃溃疡患者应定期复查胃镜，推荐每6个月至1年进行一次胃镜检查[50-51]。尤其对于胃溃疡病理提示有上皮内瘤变者，应缩短复查胃镜的时间间隔。对于病灶表面充血，表面有溃疡的胃上皮内瘤变可能存在或进展为高级别上皮内瘤变或胃癌的风险；病灶直径＞20 mm的低级别上皮内瘤变可能存在或进展为高级别上皮内瘤变的风险，应积极随访，缩短复查胃镜的时间间隔，必要时应行内镜下黏膜切除术（endoscopic mucosal resection，EMR）或内镜下黏膜剥离术（endoscopic submucosal dissection，ESD）

诊断性切除；病灶直径＞30 mm的高级别上皮内瘤变可能存在或进展为胃癌的风险，应详细检查后行EMR/ESD或外科手术治疗[52]。

共识意见执笔人：李玉锋（辽宁中医药大学附属医院）、王垂杰✉（辽宁中医药大学附属医院）、蔡敏（海南省中医院）、唐旭东✉（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）

✉通讯作者：王垂杰，lnzyxhk@163. com；唐旭东，txdly@sina. com

共识意见制定专家名单：（按姓氏笔画排序）

组内主审专家+共审专家：王萍（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、李振华（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、杨晋翔（北京中医药大学第三附属医院）、蔡敏（海南省中医院）

组外函审专家：丁霞（北京中医药大学）、戈焰（广东省第二中医院）、张学智（北京大学第一医院）、胡运莲（湖北省中医院）、姜莉云（昆明市中医医院）

定稿审定专家+审稿会投票专家：王萍（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、王凤云（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、王垂杰（辽宁中医药大学附属医院）、吕林（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、任顺平（山西中医药大学附属医院）、刘力（陕西中医药大学）、刘震（中国中医科学院广安门医院）、刘凤斌（广州中医药大学附属第一医院白云医院）、刘礼剑（广西中医药大学第一附属医院）、李军祥（北京中医药大学东方医院）、李艳彦（山西中医药大学附属医院）、杨倩（河北省中医院）、杨晋翔（北京中医药大学第三附属医院）、沈洪（江苏省中医院）、张声生（首都医科大学附属北京中医医院）、张雅丽（黑龙江省中医药科学院）、季光（上海中医药大学）、赵文霞（河南中医药大学第一附属医院）、赵迎盼（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、袁红霞（天津中医药大学）、唐旭东（中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所）、黄恒青（福建省中医药科学院）、黄穗平（广东省中医院）、温艳东（中国中医科学院眼科医院）、谢胜（广西中医药大学第一附属医院）、魏玮（中国中医科学院望京医院）

共识工作秘书：于蕊（辽宁中医药大学附属医院）、潘静琳（海南省中医院）

利益冲突声明

所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

[1]中华消化杂志编委会. 消化性溃疡诊断与治疗规范(2016年,西安)[J]. 中华消化杂志,2016,36(8):508-513.

[2]中华中医药学会脾胃病分会. 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.

[3]FASHNER J, GITU AC. Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease and H. pylori infection[J]. Am Fam Physician, 2015,91(4):236-242.

[4]陈灏珠,林果为,王吉耀. 实用内科学[M]. 15版. 北京:人民卫生出版社,2017:1511.

[5]LI Z, ZOU D, MA X, et al. Epidemiology of peptic ulcer disease: endoscopic results of the systematic ivestigation of gastrointestinal disease in China[J]. Am J Gastroenterol, 2010,105(12):2570-2577.

[6]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,2010,51(10):941-944.

[7]中华中医药学会脾胃病分会. 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(9):4089-4093.

[8]王永炎,严世芸. 实用中医内科学[M]. 2版. 上海:上海科学技术出版社,2009:276.

[9]罗云坚,黄穗平. 消化病专科中医临床诊治[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2013:23.

[10]国家中医药管理局,国家卫生健康委员会. 国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[EB/OL]. (2020-11-16)[2023-02-01]. https://www. gov. cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703. htm.

[11]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(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):112-120.

[12]温小萍,刁云鹏,韩凌,等. 气滞胃痛颗粒抗大鼠实验性胃溃疡作用研究[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(8): 1948-1950.

[13]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, 2006,15(7): 39-40.

[14]秦鑫鹏,包永睿,王帅,等. 基于微流控芯片分析气滞胃痛片中不同药效组分对炎症细胞GES-1的影响[J]. 药学研究,2022, 41(6): 351-356,368.

[15]潘国伟. 健胃愈疡饮片对胃黏膜修复作用的机理研究[J]. 中华中医药学刊,2015,33(1):31-33.

[16]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.

[17]李艳,黄静,颜廷彦,等. 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76例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(6): 47-48.

[18]管河延,王璐,梁旭阳,等. 甘海胃康胶囊联合艾司奥美拉唑镁治疗胃溃疡的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2023, 38 (9): 2284-2289.
[19]黄文广,黄灿均. 小建中汤治疗虚寒型消化性溃疡的临床观察 [J]. 中国民族民间医药, 2017, 26 (19): 93-95.
[20]邓晓敏,林燕端,傅诗书. 小建中胶囊联合耳穴压豆治疗脾胃虚寒证十二指肠溃疡疗效评价 [J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37 (6): 1035-1039.
[21]李大威,王振东. 安胃疡胶囊治疗胃溃疡的临床疗效 [J]. 中国处方药,2017,15(4):105-106.
[22]薛连才. 安胃疡胶囊在消化性溃疡中的治疗效果及其对胃泌素水平变化的探讨[J]. 中国美容医学,2012,21(8):221-222.
[23]罗辉,麦扬,钟天恒,等. 三九胃泰抗胃溃疡有效部位研究[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(12):215-218.
[24]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,2002,11(6):476-479.
[25]邹琦,王如萍. 胃热清胶囊治疗消化性溃疡的实验和临床研究[D]. 福州:福建中医学院,2005.
[26]岳苏阳,丁钦,闾永健,等. 荆花胃康胶丸联合质子泵抑制剂和抗生素调治Hp相干消化性溃疡的Meta分析[J]. 世界中医药,2017,12(11):2831-2834.
[27]刘留,费素娟. 康复新液联合质子泵抑制剂治疗消化性溃疡的Meta分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2015,23(12):891-892,895
[28]何梦龙,傅志雄,李俊. 金胃泰胶囊联合雷贝拉唑治疗胃十二指肠溃疡的临床效果 [J]. 临床合理用药, 2023, 16 (2): 64-67.
[29]叶蔚,王小奇,刘苏娅,等. 俞尚德以内痈论治消化性溃疡的理论与临床实践[J]. 中华中医药学刊,2013,31(9):1862-1863.
[30]王玉涛,肖景东. 周学文以痈论治胃溃疡及“毒热”病因病机研究 [J]. 中医临床研究, 2019, 11 (16): 55-57.
[31]蒋宁,才丽平,曲怡,等. 消痈溃得康抑制局部炎性反应促进胃溃疡愈合的研究 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30 (4): 1058-1061.
[32]肖景东. 清热解毒、健脾和胃、托腐生肌治法对乙酸型胃溃疡大鼠胃黏膜表皮生长因子影响的实验研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47 (12): 184-187.
[33]王鑫宇,刘国政,肖景东. 周学文等11位国医大师论治消化性溃疡的撷萃[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38 (2): 11-13.
[34]常东. 劳绍贤教授诊治消化性溃疡经验[J]. 中国中西医结合杂志,2015,23(6):427-428.
[35]牛春燕,罗晓春. 钾离子竞争性酸阻滞剂在酸相关疾病中的应用[J]. 世界华人消化杂志,2021,29(8):383-388.
[36]中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组. 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(5):289-304.
[37]徐然,王海丽,刘彤,等. 运用数据挖掘技术探讨针灸治疗消化性溃疡的选穴规律 [J]. 河北中医, 2023, 45 (4): 603-608,612.
[38]路小伟. 基于数据挖掘技术对针灸治疗消化性溃疡腧穴处方规律的研究[D]. 咸阳:陕西中医药大学, 2023.
[39]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.
[40]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.
[41]姜巍,王垂杰. 消化性溃疡中医药疗效评价中的问题及对策[J]. 中医杂志,2016,57(1):32-35.
[42]林立容,陈一斌. 消化性溃疡中西医研究概况[J]. 新中医,2019,51(11):39-42.
[43]张昊,褚梦慧,宋雪莉,等. 消化性溃疡的中医治疗及作用机制研究进展[J]. 中医研究, 2021,34(2):50-54.
[44]TAKEMOTO T, SASAKI N, TADA M, et al. Evaluation of peptic ulcer healing with a highly magnifying endoscope: potential prognostic and therapeutic implications [J]. J Clin Gastroenterol ,1991,13(1) :125-128.
[45]KIMURA K, YOSHIDA Y, KIHIRA K, et al. Endoscopic ultrasonographic (EUS) evaluation of the quality of gastric ulcer healing[J]. Gastroenterol Japonica, 1993, 28 (5):178-185.
[46]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, 2002:155
[47]朱晶晶. 中医疗法治疗消化性溃疡的Meta分析[J]. 河北中医, 2018,40(2):297-300.
[48]周锦涛,何锐,王梁,等. 半夏泻心汤联合三联疗法治疗Hp相关性消化性溃疡有效性及安全性的Meta分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020,28(12):932-939.
[49]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及Meta分析[J]. 针刺研究, 2017,42(3):275-282.
[50]庄莉红. 胃镜检查与病理特征在胃溃疡鉴别诊断中的作用[D]. 上海:复旦大学,2008.
[51]徐顺福,张国新,施瑞华,等. 胃溃疡内镜随访价值分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2007,16(5):444-446.
[52]韩雪,原皓. 内镜下胃上皮内瘤变潜在恶变风险因素分析[J]. 潍坊医学院学报,2014,36(1):54-56.

(收稿日期: 2023-11-14; 修回日期: 2024-03-01)
[编辑: 焦 爽]