

# 消化性溃疡的中西医结合诊治方案

张万岱, 陈治水, 危北海

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

张万岱, 陈治水, 危北海. 消化性溃疡的中西医结合诊治方案. 世界华人消化杂志 2004;12(11):2687-2689

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2687.asp>

## 0 引言

胃或十二指肠黏膜的局限性组织缺损, 表浅者为糜烂; 深达肌层者为溃疡. 组织缺损系由胃酸、胃蛋白酶自我消化所致, 故称消化性溃疡. 近年发现其发病与幽门螺杆菌(*H pylori*)感染关系密切, 故对 *H pylori*(+)者又称 *H pylori* 相关性溃疡.

## 1 临床表现及类型

起病缓慢, 病程迁延, 上腹痛具有周期性、节律性等特点, 伴反酸暖气, 上腹部有局限性压痛, 可有神经功能症候群.

1.1 西医分类 胃溃疡、十二指肠溃疡, 或特殊类型溃疡如: 穿透性溃疡、隐匿型溃疡、幽门管溃疡、多发性溃疡、复合性溃疡、球后溃疡、巨大型溃疡、老年性溃疡、小儿溃疡以及类固醇性溃疡等.

### 1.2 中医证型

#### 1.2.1 肝胃不和证

1.2.1.1 主要症候 (1)胃脘胀痛, 窜及两胁. (2)善叹息, 遇情志不遂胃痛加重. (3)暖气频繁. (4)嘈杂泛酸. (5)脉弦.

1.2.1.2 次要症候 口苦. (1)胸闷食少. (2)性急易怒. (3)舌质淡红, 苔薄白或薄黄.

1.2.1.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 1 项, 或主证第 1 项加次证 2 项.

#### 1.2.2 脾胃虚寒证

1.2.2.1 主要症候 胃脘隐痛, 喜暖喜按. (1)空腹痛重, 得食痛减. (2)泛吐清水. (3)舌质胖, 边有齿痕, 苔薄白.

1.2.2.2 次要症候 (1)畏寒肢冷. (2)头晕或肢倦. (3)纳呆食少. (4)便溏腹泻. (5)脉沉细或迟.

1.2.2.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 1 项, 或主证第 1 项加次证 2 项.

#### 1.2.3 胃阴不足证

1.2.3.1 主要症候 (1)胃脘隐痛或灼痛. (2)似饥而不欲食, 口干不欲饮. (3)大便干燥. (4)舌红少津裂纹、少苔、无苔或剥苔.

1.2.3.2 次要症候 (1)口干舌燥. (2)纳呆干呕. (3)失眠多梦. (4)手足心热. (5)小便淡黄. (6)脉细数.

1.2.3.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 1 项, 或主证第 1 项加次证 2 项.

#### 1.2.4 寒热夹杂证

1.2.4.1 主要症候 (1)胃脘隐痛或胀痛, 喜温按. (2)口苦而淡. (3)呕吐酸水. (4)舌淡或淡红, 体胖有齿痕, 苔黄白相间或苔黄腻.

1.2.4.2 次要症候 (1)口干失眠. (2)大便时干时稀. (3)小便淡黄. (4)脉细弦.

1.2.4.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 2 项.

#### 1.2.5 瘀血阻络证

1.2.5.1 主要症候 (1)胃脘痛如针刺或如刀割, 痛处不移. (2)胃痛拒按, 食后胃痛加重. (3)舌质紫暗或见瘀斑.

1.2.5.2 次要症候 (1)胃痛剧烈, 可痛彻胸背, 肢冷汗出. (2)呕血或黑便史. (3)脉涩或沉弦.

1.2.5.3 证型确定 具备主证 2 项加次证 1 项.

## 2 诊断标准

2.1 慢性、周期性、节律性上腹痛伴反酸者 - 初步诊断

2.2 伴有上消化道出血、穿孔史或现症者 - 基本诊断

2.3 胃镜发现消化性溃疡病灶(兼查 *H pylori*, 方法如尿素酶实验或  $C^{14}$ -UBT), 或上消化道气钡双重造影检查见胃或十二指肠有龛影或球部变形者 - 确定诊断.

良性溃疡内镜下分三期六段: 活动期(A 期,  $A_1A_2$ )、愈合期(H 期,  $H_1H_2$ )和瘢痕期(S 期,  $S_1S_2$ ).  $A_1$  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;  $A_2$  期: 溃疡覆盖黄色或白色苔, 无出血, 周围充血水肿减轻. 一些十二指肠溃疡表现为多个散在、浅表溃疡, 呈斑点状或小片状, 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 A 期进展过程或愈合中的一种表现.  $H_1$  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;  $H_2$  期: 溃疡继续变浅、变小, 周围黏膜皱襞向溃疡集中.  $S_1$  期: 溃疡白苔消失, 呈现红色新生黏膜, 称红色瘢痕期;  $S_2$  期: 溃疡的新生黏膜由红色转为白色, 有时不易与周围黏膜区别, 称白色瘢痕期.

诊断内容举例: 十二指肠球部溃疡,  $A_1$  期, 寒热夹杂型, *H pylori* (+).

## 3 疗效判定标准

3.1 临床治愈 症状全部消失, 溃疡疤痕愈合或无痕迹愈合, *H pylori* 根除.

3.2 显效 主要症状消失, 溃疡达愈合过程期( $H_2$ ), *H pylori*根除。

3.3 有效 症状有所减轻, 溃疡达愈合过程期( $H_1$ ), *H pylori*减少。

3.4 无效 症状、内镜及 *H pylori* 检查均无好转者。

## 4 治疗

4.1 避免致病外因 避免精神紧张, 保持心情舒畅, 树立胜病信心; 避免刺激性食物、烟、酒、咖啡、浓茶和非甾体抗炎药物。

4.2 改善机体内因 调节神经功能, 进行精神心理治疗, 针对患者实际情况, 给予镇静剂或抗抑郁药; 调节胃肠功能, 酌情分别给予解痉剂(阿托品、普鲁本辛、颠茄片等)、促动力剂(吗丁啉、西沙比利、莫沙比利、曲美布汀等)、抗胆汁反流剂(消胆胺、铝碳酸镁、甘羧铝片等)。

4.3 克服攻击因子

4.3.1 制酸剂 如碳酸氢钠、碳酸钙、氧化镁、氢氧化铝、氢氧化镁等。

4.3.2 抑酸剂 如  $H_2$  受体拮抗剂(西米替丁、雷尼替丁、法莫替丁、尼扎替丁等), 质子泵抑制剂(奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑、埃索美拉唑等), 胃泌素受体拮抗剂(丙谷胺), 毒蕈碱受体拮抗剂(颠茄、阿托品、山莨菪碱、哌吡氮平等)。

4.4 增强防御因子 应用黏膜保护剂如铋剂(德诺、丽珠得乐、果胶铋等)、硫糖铝、米索前列醇(喜克溃)、麦滋林、施维舒等。

4.5 抗 *H pylori* 治疗

4.5.1 *H pylori* 感染治疗适应证 (表 1)。

表 1

<i>H pylori</i> 阳性的下列疾病	必须	支持	不明确
消化性溃疡 <sup>1</sup>	√		
早期胃癌术后	√		
胃 MALT 淋巴瘤	√		
明显异常的慢性胃炎 <sup>2</sup>	√		
计划使用 NSAIDs		√	
部分功能性消化不良(FD) <sup>3</sup>		√	
GERD		√	
胃癌家族史		√	
个人强烈要求治疗者			√
胃肠道外疾病			√

<sup>1</sup>PU(GU 或 DU): 无论活动或陈旧, 无论有无并发症; <sup>2</sup>明显异常: 指合并糜烂, 中-重度萎缩, 中-重度肠化生, 中-重度不典型增生; <sup>3</sup>溃疡型 FD 或其他疗法无效者。

4.5.2 *H pylori* 根除推荐的治疗方案 一线方案(按疗效顺序排列)(1)PPI/RBC(标准剂量)+ A(1.0 g)+ C(0.5 g) 2/d×7 d; (2) PPI/RBC(标准剂量)+ M(0.4 g)+ C(0.5 g)2/d×7 d;

(3) PPI/RBC(标准剂量)+ A(1.0 g)+ F(0.1 g)/M(0.4 g) 2/d×7 d; (4)B(标准剂量)+ F(0.1 g)/M(0.4 g)+ C(0.5 g) 2/d×7 d; (5)B(标准剂量)+ M(0.4 g)+ T(0.75-1.0 g)2/d×14 d; (6)B(标准剂量)+ M(0.4 g)+ A(0.5 g) 2/d×14 d。

因病情或经济状况也可以  $H_2$  受体阻断剂( $H_2$ RA)替代 PPI(如: 西米替丁 400 mg、雷尼替丁 150 mg、法莫替丁 20 mg)。

二线方案: (1)PPI(标准剂量)+B(标准剂量)+M(0.4 g 3/d)+T(0.75-1.0 g)2/d×7-14 d; (2) PPI(标准剂量)+B(标准剂量)+F(0.1 g)+T(0.75-1.0 g)2/d×7-14 d。代号说明: (1) PPI(质子泵抑制剂), 目前有埃索美拉唑(E)20 mg、雷贝拉唑(R)10 mg、兰索拉唑(L)30 mg、奥美拉唑(O)20 mg; (2)RBC(枸橼酸铋雷尼替丁)350 mg; (3)A: 阿莫西林; (4) C: 克拉霉素; (5)M: 甲硝唑或替硝唑; (6)T: 四环素; (7)B: 铋剂(枸橼酸铋钾、果胶铋等); (8)F: 呋喃唑酮。

4.5.3 如何选择治疗方案 (1)方案因病种稍异: 活动性消化性溃疡疼痛症状明显时, 选用抑酸分泌剂为基础的方案。(2)以疗效为主: 选择的抗生素中包含克拉霉素, 可使 *H pylori* 的根除率提高 10-20%。(3)考虑经济问题:  $H_2$ RA 或铋剂+2 种抗生素(选价格便宜者, 如甲硝唑、替硝唑、呋喃唑酮、阿莫西林、胃内滞留型庆大霉素缓释片等)。(4)短疗程: 含克拉霉素的方案疗程为 1 wk。(5)根除治疗失败者: 可改用二线方案或酌情更换敏感药物或适当增加抗生素(克拉霉素、阿莫西林)的剂量与疗程。

4.5.4 如何避免耐药株的产生 (1)严格掌握 *H pylori* 根除的适应证, 选用正规、有效的治疗方案。(2)联合用药, 避免使用单一抗生素, 与胶体铋剂或 RBC 合用可以降低或避免 *H pylori* 的耐药性。(3)加强基层医生对 *H pylori* 治疗知识的普及与更新。(4)有条件的单位治疗前先做药物敏感试验, 避免使用对 *H pylori* 耐药的抗生素。(5)不断开发治疗 *H pylori* 的新药, 包括中西医结合治疗。(6)由于 *H pylori* 的耐药性, PPI 三联方案必要时可以使用 2 wk。(7)对一线治疗失败者, 改用补救疗法或替代疗法时, 尽量避免使用咪唑类药物, 可改用其他药物, 如呋喃唑酮、胃内滞留型庆大霉素缓释片等。(8)努力研究开发 *H pylori* 疫苗, 让 *H pylori* 感染的免疫防治变成现实。

4.6 中医药治疗

4.6.1 辨证论治

4.6.1.1 肝胃不和证 治则: 疏肝理气, 健脾和胃。方药: 柴胡疏肝散合五磨饮子加减(柴胡、炒白芍、炙甘草、枳壳、川芎、香附、沉香、郁金、青皮、川楝子)加减: 疼痛明显者加元胡, 三七粉<sup>(冲服)</sup>; 暖气明显者加沉香, 白蔻仁<sup>(后下)</sup>; 苔厚腻者加厚朴、薏苡仁; 伴反酸者加海螵蛸、浙贝母。

4.6.1.2 脾胃虚寒证 治则: 温中散寒, 健脾和胃。方药: 黄芪建中汤加味(黄芪、桂枝、白芍、高良姜、香附、广木香、炙甘草、生姜、大枣)加减: 吐清水明显者加姜半夏、陈皮、干姜; 反酸明显者加吴茱萸、乌贼骨、瓦楞子; 大便潜血阳性者加炮姜炭、白芨、仙鹤草、地榆炭。

4.6.1.3 胃阴不足证 治则: 健脾养阴, 疏肝益胃. 方药: 一贯煎合芍药甘草汤加减(沙参、麦冬、炒白芍、甘草、生地、玉竹、石斛、香橼、柴胡、生山楂) 加减: 大便干燥者加火麻仁、柏子仁; 反酸嘈杂者加瓦楞子、浙贝母; 神疲乏力者加黄芪、太子参; 舌红光剥者加玄参; 伴失眠者加酸枣仁、合欢皮.

4.6.1.4 寒热夹杂证 治则: 清补兼施, 寒热并用. 方药: 三黄泻心汤合理中丸加减或半夏泻心汤(黄芪、黄连、黄芩、白术、桂枝、白芍、炙甘草、陈皮、佛手、丹参、半夏、枳壳) 加减: 胃寒明显者加高良姜、香附; 胃脘痞满、纳呆者加干姜、砂仁; 反酸烧心等热象明显者煅瓦楞子、乌贼骨、浙贝母.

4.6.1.5 瘀血阻络者证 治则: 活血化瘀, 通络止痛; 方药: 失笑散合丹参饮加减(蒲黄、五灵脂、丹参、延胡索、三七粉<sup>(冲服)</sup>、郁金、枳壳、川楝子) 加减: 兼气虚者加黄芪、党参; 泛酸者加海螵蛸、浙贝母; 瘀热者加赤芍、大黄.

#### 4.6.2 中成药治疗

4.6.2.1 胃必宁片 能健脾和胃, 清热祛瘀. 适用于脾胃湿热兼气滞血瘀者, 5片, 4次/d; 也可用于溃疡病恢复期巩固治疗, 4片/次, 3次/d.

4.6.2.2 健胃愈疡片 能疏肝健脾, 理气止痛, 生肌愈疡, 适用于肝胃不和, 肝郁脾虚证, 4~6粒, 3次/d.

4.6.2.3 胃苏冲剂 适用于肝郁气滞证溃疡病, 1包, 2次/d, 口服.

4.6.2.4 胃热清胶囊 适用于胃热证溃疡病, 4粒,

3次/d, 口服.

4.6.2.5 胃乃安胶囊 适用于脾胃虚弱证溃疡病, 4粒, 3次/d, 口服.

4.6.2.6 金佛止痛丸 适用于肝气犯胃型溃疡病, 1粒, 3次/d, 口服.

4.6.2.7 四方胃片 适用于肝胃郁热型溃疡病, 4粒, 3次/d, 口服.

4.6.3 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. 瘀血阻络者加肝膈、期门、三阴交. 每日1次, 10d为1疗程.

## 5 巩固疗效防止复发

5.1 避免复发诱因 如精神紧张、刺激性饮食、过劳、受冻、饮酒、吸烟等均应尽量避免.

5.2 彻底解决并发症 如并发慢性胃炎、*H pylori*感染者必须彻底治疗根除之.

5.3 巩固治疗 溃疡治愈后应继续选用一种抑酸剂或黏膜保护剂低剂量继续治疗3mo以上.

5.4 根据中医辨证 以中药辨证论治结合西医西药治疗, 以巩固治疗, 预防复发.