

- line empirical regimen. Am J Gastroenterol, 2009,104:21-25.
- 24 Hunt RH, Xiao SD, Megraud F, 等. 世界胃肠病学组织全球指南——发展中国家幽门螺杆菌感染. 胃肠病学, 2011,16:423-428.
- 25 宋民宪, 郭维加. 新编国家中成药. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 576,658,949,433,854,196,372,842,1032.
- 26 王茂兴. 丽珠胃三联联合胃复春治疗 HP 阳性萎缩性胃炎临床疗效观察. 中国现代医生, 2007, 45(22): 46,56.
- 27 袁耀宗, 张振书, 智发朝. 三九胃泰四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的临床研究. 现代消化及介入诊疗, 2002, 7(专辑): 230-231.

- 28 牟方宏, 胡伏莲, 杨桂彬, 等. 温胃舒、养胃舒预防幽门螺杆菌培养上清液所致小鼠胃黏膜损伤. 世界华人消化杂志, 2007,15:1505-1509.
- 29 武和平, 李萍, 郑昱. 康复新液治疗糜烂型胃炎 112 例疗效分析. 上海中医药杂志, 2004,38(2):28-29.
- 30 姚洪森, 姚希贤, 姚冬奇, 等. 枸橼酸铋钾/替硝唑/克拉霉素联用“灭 Hp 胶囊”对 126 例慢性胃病幽门螺杆菌根除疗效. 临床荟萃, 2009,24:1351-1352.

(收稿日期:2012-06-01)

(本文审编:张万岱)

· 共识意见 ·

消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见 (2011·天津)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会于 2003 年重庆第 15 届全国中西医结合消化学术会议公布了《消化性溃疡的中西医结合诊治方案(草案)》^[1], 至今已推广使用 8 年余, 针对本病近年来在基础和临床研究所取得的进展, 本会组织国内有关专家于 2009 年南宁会议和 2010 年苏州会议对消化性溃疡的中西医结合诊治方案进行了两次讨论修订, 基本达成了 2010 年苏州消化性溃疡的中西医结合诊疗共识, 2011 年 10 月 28-30 日专业委员会又特邀了部分知名专家在天津进行了最后讨论审定, 现将审定后的天津诊疗共识公布如下。

一、概念

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)主要指胃和十二指肠溃疡, 主要病变是黏膜的局限性组织缺损、炎症与坏死性病变, 深达黏膜肌层。病变是黏膜被胃酸、胃蛋白酶自身消化所致, 故称消化性溃疡^[2]。近年发现其发病与幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染、非甾体类抗炎药(NSAIDs)药物关系密切, 故对 Hp 阳性者又称 Hp 相关性溃疡, 对服用 NSAIDs 者又称 NSAIDs 相关性溃疡。属中医学的“胃脘痛”、“嘈杂”、“吞酸”等范畴^[1,3-5]。

二、临床表现^[2,3,6]

1. 症状

典型的消化性溃疡临床表现具有慢性、周期性、节律性上腹痛的特点, 疼痛部位: 胃溃疡在上腹偏左, 十二指肠溃疡在上腹偏右; 疼痛性质及时间: 多呈空腹痛、隐痛、灼痛、胀痛。胃溃疡饭后 30 min 后痛, 至下次餐前缓解。十二指肠溃疡

有空腹痛、半夜痛, 进食可以缓解。常伴反酸、烧心、嗝气等消化不良症状, 可伴精神神经功能失调症候群。

2. 体征

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

三、类型

1. 西医分类^[2,3,6]

按其性质分为胃溃疡、十二指肠溃疡及特殊类型溃疡(如隐匿型溃疡、复合性溃疡、幽门管溃疡、球后溃疡、巨大溃疡、应激性溃疡等)。按其病因分为 Hp 相关性溃疡、NSAIDs 相关性溃疡及非 Hp 非 NSAIDs 相关性溃疡等。

2. 中医证型^[1,2-5,7,8]

(1)肝气犯胃证: 主症: ①胃脘胀痛, 窜及两胁; ②胸闷喜叹息, 遇情志不遂胃痛加重; ③嗝气频繁; ④脉弦。次症: ①烦躁易怒; ②嘈杂反酸; ③口苦纳差; ④舌质淡红, 苔薄白或薄黄。胃镜象: ①蠕动活跃或亢进; ②溃疡呈圆形或椭圆形, 中心覆盖黄苔或白苔较薄, 周围黏膜轻度充血水肿; ③或白苔消失呈现红色新生黏膜者。证型确定: 具备主症 2 项加次症 1 项, 或主症第 1 项加次症 2 项, 并结合胃镜象。

(2)寒热错杂证: 主症: ①胃脘灼痛, 喜温喜按; ②口干苦或吐酸水; ③舌淡或淡红, 体胖有齿痕, 苔黄白相间或苔黄腻。次症: ①嗝气时作; ②嘈杂泛酸; ③四肢不温; ④大便时干时稀。⑤脉弦细。胃镜象: 溃疡覆盖黄色或白色厚苔, 可溢出溃疡边缘, 周围黏膜充血水肿明显。证型确定: 具备主症 2 项加次症 1 项, 或主症第 1 项加次症 2 项, 并结合胃镜象。

(3)瘀血阻络证: 主症: ①胃脘疼痛如针刺或如刀割, 痛处不移; ②胃痛拒按, 食后胃痛加重; ③舌质紫暗或见瘀斑。

次症:①疼痛晚间发作,或夜间痛甚;②呕血或黑便;③脉涩或沉弦。胃镜象:溃疡呈圆形或椭圆形,中心覆盖黄苔或白苔,可伴有渗血或出血或血痂,周围黏膜充血水肿明显。证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,并结合胃镜象。

(4)胃阴不足证:主症:①胃脘隐痛或灼痛;②嘈杂似饥,饥不欲食;③舌红少津裂纹、少苔、无苔或剥苔。次症:①口干不欲饮;②纳呆食少;③干呕;④大便干结;⑤脉细数。胃镜象:①黏液量少黏稠;②溃疡黄苔或白苔变薄,周围充血水肿减轻,或出现红色新生黏膜。证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,并结合胃镜象。

(5)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舌体胖,边有齿痕,苔薄白。次症:①面色无华;②神疲肢怠;③纳呆食少;④泛吐清水;⑤四肢不温;⑥大便稀溏;⑦脉沉细或迟。胃镜象:①黏液稀薄而多;②溃疡继续变浅、变小,中心覆盖白苔,周围黏膜皱襞向溃疡集中;③胃蠕动缓慢。证型确定:具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,并结合胃镜象。

四、诊断标准^[2,3,6]

1. 初步诊断:慢性、周期性、节律性上腹痛伴反酸者。
2. 基本诊断:伴有上消化道出血、穿孔史或现症者。
3. 确定诊断:胃镜发现消化性溃疡病灶(兼查Hp,方法如快速尿素酶实验或¹³C、¹⁴C-UBT)者。

良性溃疡内镜下分三期六级:活动期(A期、A₁A₂)、愈合期(H期、H₁H₂)和瘢痕期(S期、S₁S₂)。

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

诊断内容举例:十二指肠球部溃疡,A₁期,Hp(+),寒热错杂型。

五、疗效判定标准^[1,5]

1. 总疗效判定标准

临床治愈:症状全部消失,溃疡疤痕愈合或无痕迹愈合, Hp根除。显效:主要症状消失,溃疡达愈合期(H₂), Hp根除。有效:症状有所减轻,溃疡达愈合期(H₁), Hp减少(由+++变为+)。无效:症状、内镜及Hp检查均无好转者。

2. 胃镜疗效判定标准

临床治愈:溃疡疤痕愈合或无痕迹愈合;显效:溃疡达愈合期(H₂);有效:溃疡达愈合期(H₁);无效:内镜检查无好转者。

六、治疗

1. 西医药治疗^[1-3,6]

(1)降低胃内酸度:降低胃内酸度是缓解疼痛、促进溃疡愈合的主要措施,常用降低胃酸药物有抑酸剂:首选质子泵抑制剂(奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、埃索美拉唑、雷贝拉

唑、艾普拉唑等),标准剂量,每天1~2次;也可选用H₂受体拮抗剂(西米替丁、雷尼替丁、法莫替丁、罗沙替丁等),标准剂量每天2~3次。制酸剂:如碳酸氢钠、氢氧化铝、胃舒平、乐得胃等,一般用于临时给药,不作长期治疗。通常胃溃疡疗程为6~8周,十二指肠溃疡疗程为4周。

(2)黏膜保护剂:黏膜保护剂是促进黏膜修复、提高溃疡愈合质量的基本手段。常用黏膜保护剂有:如铋剂(丽珠得乐、果胶铋等)、硫糖铝、康复新液、米索前列醇(喜克溃)、复方谷氨酰胺、吉法酯、膜固思达、施维舒等,标准剂量,每天3次;胆汁结合剂适用于伴胆汁反流者,有消胆胺、甘羟铝、铝碳酸镁(达喜、威地镁)等,后者兼有抗酸、黏膜保护作用,常用剂量是1次1g,1天3次内服。

(3)抗Hp治疗:对Hp阳性的消化性溃疡,无论初发或复发,有无并发症均应根除Hp,这是促进溃疡愈合和防止复发的基本措施。目前对于广大患者,特别是在发达城市、中心地区以及对Hp常用抗生素耐药的地方,应推荐含铋剂的四联疗法作为首次治疗以提高Hp根除率,防止继发耐药;而对于广大农村、边远地区以及社区基层Hp耐药较低的人群,则仍可采用以PPI三联或铋三联为主的传统三联疗法。Hp根除推荐治疗方案^[9-17]如表1,2。甲硝唑耐药率>40%、克拉霉

表1 一线治疗方案

一线1	PPI(标准剂量)+B(标准剂量)+A(1.0)+F(0.1)
一线2	PPI(标准剂量)+B(标准剂量)+T(0.75)+F(0.1)
一线3	PPI(标准剂量)+B(标准剂量)+C(0.5)+A(1.0)
一线4	PPI(标准剂量)+C(0.5)+A(1.0)
一线5	PPI(标准剂量)+C(0.5)/A(1.0)+M(0.4)/F(0.1)

注:PPI:质子泵抑制剂;RBC:雷尼替丁枸橼酸铋;B:铋剂;A:阿莫西林;C:克拉霉素;M:甲硝唑;F:呋喃唑酮;T:四环素;L:左氧氟沙星;ti:替硝唑;Ri:利福布汀;表2同。

表2 二线治疗方案

二线1	一线方案失败可延长疗程至2周,或增加剂量如M 0.4g 1天2次改为1天3次
二线2	一线方案失败抗生素可换用耐药低的L、T、F、ti、Ri等
二线3	一线方案中某一方案失败可改用其他一线方案
二线4	一线方案失败可将PPI改用RBC
二线5	一线1,2,3无效时,可将B改为中成药或益生菌,构成新的四联疗法
二线6	一线4,5无效时,可加中成药*或益生菌 [△] ,构成四联疗法
二线7	上述任何1个一、二线方案加口腔洁治 [△]

注:方法与疗程同一线治疗,应密切观察药物不良反应; *中成药:按所列药物(三九胃泰、荆花胃康胶丸、养胃舒、胃复春、康复新液等)及适应证型分别选取1种中成药。[△]益生菌:含双歧杆菌、嗜酸乳杆菌为主的微生态制剂(如培菲康、金双歧、思连康、美常安等)任选1种,按常规剂量、与抗生素间隔3h服用,或二线疗程后服用2周。[△]口腔洁治:每日三餐后刷牙,每次3min以上;0.12%氯己定溶液10ml漱口,早晚各1次,每次1min;加用超声洁治术和手工龈下刮治术,每周1次。

素耐药率 > 15% ~ 20%, 即不再用此两药, 可用呋喃唑酮、四环素、唑诺酮类(如左氧氟沙星或莫西沙星)替代作一线治疗。各方案均为每天2次, 疗程10 d、最长14 d。PPI早晚餐前服, 而抗生素餐后服用。

(4) 心理治疗: 神经精神心理因素与消化性溃疡的关系十分密切, 调节神经功能, 避免精神刺激, 调整心态十分重要。应保持心情舒畅、乐观、平和, 树立战胜疾病信心, 针对患者实际情况, 进行心理疏导, 酌情给予镇静剂或抗抑郁药。

(5) 饮食治疗: 消化性溃疡的进食原则是易消化、富营养、少刺激。应避免刺激性食物、烟酒、咖啡、浓茶和非甾体抗炎药。

(6) 对症治疗: 消化性溃疡对症治疗的要点是调节胃肠功能。根据患者症状酌情分别给予解痉剂(阿托品、普鲁本辛、颠茄片等)、促动力剂(多潘立酮、伊托比利、莫沙比利、马来酸曲美布汀等)、抗胆汁反流剂(铝碳酸镁、消胆胺、甘氨酸铝片等)。

(7) 手术治疗: 如有上消化道大出血、胃出口梗阻、难治性溃疡经内科治疗无效者; 如有急性穿孔或巨形溃疡、重度异型增生等恶变倾向者应考虑外科手术治疗。

2. 中医治疗

(1) 辨证论治^[1,3-5]

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

2) 寒热错杂证: 治则: 寒温并用, 和胃止痛。方药: 半夏泻心汤加减(黄连、黄芩、干姜、桂枝、白芍、半夏、炙甘草、陈皮、茯苓、枳壳)。加减: 畏寒明显者加高良姜、香附; 胃脘痞满者加檀香、大腹皮; 胃脘烧心者, 加左金丸; 嗳气者, 加代赭石; 嘈杂泛酸明显者, 加煨瓦楞子、乌贼骨、浙贝母。

3) 瘀血阻络证: 治则: 活血化痰, 通络止痛。方药: 失笑散合丹参饮加减[蒲黄、五灵脂、丹参、檀香、砂仁、延胡索、三七粉(冲服)、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; 胃镜下见溃疡合并有出血或患者呕血或黑便者加大黄粉、白及粉。

4) 胃阴不足证: 治则: 健脾养阴, 益胃止痛。方药: 一贯煎合芍药甘草汤加减(沙参、麦冬、炒白芍、甘草、当归、枸杞子、生地、玉竹、石斛、香橼)。加减: 干呕者, 加姜半夏、竹茹; 反酸嘈杂似饥者加煨瓦楞子、浙贝母; 神疲乏力者加黄芪、太子参; 大便干燥者加火麻仁、郁李仁; 舌红光剥者加玄参、天花粉; 失眠者加酸枣仁、合欢皮; 胃黏液量少黏稠, 加浙贝母、枯萎。溃疡呈现红色瘢痕或白色瘢痕者, 用香砂六君子汤善其后。

5) 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、

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

(2) 中成药治疗^[1,4,5,18-25]

1) 荆花胃康胶丸: 2粒/次, 3次/d, 适用于肝气犯胃、寒热错杂与胃络瘀阻证。

2) 气滞胃痛颗粒: 5g/次, 3次/d, 适用于肝气犯胃证。

3) 三九胃泰颗粒: 2.5g/次, 2次/d, 适用于气滞夹湿热证。

4) 小建中颗粒: 15g/次, 3次/d, 适用于脾胃虚寒证。

5) 康复新液: 10ml/次, 3次/d, 适合于气阴两虚兼瘀血症。

6) 温胃舒胶囊: 3个/次, 3次/d, 适用于脾胃虚寒证。

7) 养胃舒胶囊: 3个/次, 3次/d, 适用于胃阴不足证。

8) 健胃愈疡片: 4~6片/次, 3次/d, 适用于寒热错杂证。

9) 胃复春: 4片/次, 3次/d, 适用于脾虚气滞或胃络瘀阻证。

10) 阴虚胃痛片: 6片/次, 3次/d, 适用于胃阴不足证。

11) 复方三七胃痛胶囊: 3~4粒/次, 3次/d, 适用于胃络瘀阻证。

(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。瘀血阻络者加肝俞、期门、三阴交。每天1次, 10d为1疗程。

3. 中西医结合治疗^[3,7,8,18-25]

(1) 西医为主, 中医按需治疗: 本病西医治疗的要点是降低胃酸、保护黏膜和根除Hp。一般十二指肠溃疡或疼痛, 反酸明显时应以降低胃酸为主, 而胃溃疡或胃脘不适、饱胀、嗳气明显时则应以保护黏膜为主, 同时兼顾其他的药物治疗。对于难治性溃疡、体虚迁延反复或寒热瘀湿证候明显者, 可按需要分别给予辨证论治、中成药或针灸治疗。对于Hp阳性者应强调进行中西医结合根除Hp治疗, 已有全国多中心临床研究表明, PPI标准三联结合中成药荆花胃康、温胃舒、养胃舒或“灭Hp胶囊”等治疗, 可明显提高Hp根除率, 减少抗Hp治疗中的不良反应, 提高溃疡愈合质量, 增加临床症状缓解。因此, 在西医一线或二线标准方案治疗同时, 也可对荆花胃康胶丸、养胃舒、温胃舒、三九胃泰、康复新液、胃复春等有效中成药中任选一种, 按常规剂量服用, 或在西医治疗方案结束后继续服用1~2个月中成药。也可在西医药治疗同时, 辨证合用中药汤剂治疗。今后更应加强抗-Hp有效中药筛选、药物组合疗效和减少耐药有关方面严格随机、对照大样本研究。

(2) 中医为主, 西医对症治疗: 按前述5个证型进行中医辨证论治, 给予相应的中药方剂加减治疗。若患者有些症状

不能迅速缓解则可辅以西医对症治疗。如有精神紧张、抑郁、焦虑者应予以心理治疗,调节心态、疏导情志,必要时适当加用抗抑郁药;如有饮食不当致症状加重者应避免刺激性饮食、烟酒和伤胃性药物;如有反酸疼痛或饱胀、嗝气显著者则应分别给予抑酸解痉止痛药或促胃肠动力剂。这样使中医辨证联合西医对症治疗,常可收到标本兼治、立竿见影的效果。

(3)病证结合,中西医结合治疗:根据中医证型与黏膜病变关系研究的文献报告,进行病证结合治疗的探索,提出设想和初步实践如下:对每个患者要进行具体地辨证与辨病,实行个体化治疗。如肝气犯胃证大致相当于溃疡病早期或疤痕期,以神经胃肠功能失调为主要表现者,给予舒肝理气与调节功能相结合的治疗;寒热错杂证相当于溃疡病急性活动期Hp阳性者,应予健脾清热与除菌消炎相结合的治疗;瘀血阻络证多为溃疡充血明显伴有出血倾向者,应予活血化瘀与护膜止血相结合的治疗;胃阴不足证相当于溃疡病活动缓解但仍有炎症反应或伴萎缩病变者,应予养阴清热与改善微循环相结合的治疗;脾胃虚寒证相当于活动程度减轻趋向于愈合过程者,应予温中散寒与促进愈合相结合的治疗。在病证结合治疗过程中要灵活运用中西医结合原则,如根据辨证用西药治疗或根据辨病用中药治疗等,前者如中医辨证为肝郁气滞证出现情志障碍则应给予心理疏导、抗抑郁药和促胃动力药;后者如胃阴不足证出现黏膜糜烂则应在滋养胃阴的同时加用清热解药才能提高疗效。

[共识意见起草执笔者:张万岱、李军祥、陈治水、危北海、唐旭东

共识意见终审专家(按姓氏笔划排列):王新月、危北海、刘成海、张万岱、李道本、李焕荣、李军祥、李岩、陈治水、劳绍贤、杨春波、杨强、胡伏莲、姚希贤、姚树坤、唐旭东、唐艳萍、梁健
共识意见讨论专家委员会成员(按姓氏笔画排列):毛水龙、王长洪、王新月、邓伟哲、甘淳、冯五金、吕宾、危北海、任光荣、刘成海、肖冰、沈洪、张万岱、吴云林、李岩、李天望、李军祥、李茁然、李道本、李春雷、陈詒、陈治水、劳绍贤、何晓辉、林寿宁、杨强、杨胜兰、杨春波、柯晓、胡玲、赵文霞、姚希贤、姚树坤、姜春萌、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、徐克成、龚梅、梁健、琚坚、黄国美、谢晶日、雷正荣、潘阳、魏品康等106位专家]

参考文献

- 1 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡的中西医结合诊治方案(草案). 中国中西医结合杂志, 2005,25:478-450.
- 2 中华医学会消化病学分会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范建议(2008·黄山). 中华消化杂志, 2008,28:447-450.
- 3 张万岱. 消化性溃疡. 危北海,张万岱,陈治水. 中西医结合消化病学. 北京:人民卫生出版社,2003:582-604.
- 4 中华中医药学会. 中医内科学常见病诊治指南,西医疾病部分. 北京:中国中医药出版社,2008:97-99.
- 5 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). 中医杂志, 2010,5:941-944.

- 6 中华医学会. 临床诊疗指南. 消化系统疾病分册. 北京:人民卫生出版社,2005:32-34.
- 7 白兆芝. 消化性溃疡. 见:李乾构,王自立. 中医胃肠病学. 北京:中国医药科技出版社,1993:448-469.
- 8 张万岱. 溃疡病的中医分型及其病理基础初探. 中医杂志, 1980,21:17-20.
- 9 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组/幽门螺杆菌科研协作组. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告(2007·庐山). 现代消化及介入诊疗, 2008,13:73-76.
- 10 胡伏莲. 幽门螺杆菌感染治疗中的问题及其处理策略. 中国中西医结合杂志, 2010,30:229-232.
- 11 Cheon JH, Kim N, Lee DH, et al. Efficacy of moxifloxacin-based triple therapy as second-line treatment for *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter*, 2006,11:46-51.
- 12 Gisbert JP, Morena F. Systematic review and meta-analysis: levofloxacin-based rescue regimens after *Helicobacter pylori* treatment failure. *Aliment Pharmacol Ther*, 2006,23:35-44.
- 13 Rokkas T, Sechopoulos P, Robotis I, et al. Cumulative *H. pylori* eradication rates in clinical practice by adopting first and second-line regimens proposed by the Maastricht III consensus and a third-line empirical regimen. *Am J Gastroenterol*, 2009,104:21-25.
- 14 Hunt RH, Xiao SD, Megraud F, 等. 世界胃肠病学组织全球指南-发展中国家幽门螺杆菌感染. *胃肠病学*, 2011,16:423-428.
- 15 张万岱. 探索中西医结合治疗幽门螺杆菌感染的新路径. *中华医学杂志*, 2012,92:664-665.
- 16 杜奕奇. 微生态制剂联合三联疗法治疗幽门螺杆菌感染. *现代消化及介入诊疗*, 2010,15:43-46.
- 17 胡伏莲. 以菌制菌-益生菌对幽门螺杆菌抑制作用的探讨. *中华医学杂志*, 2011,91:2017-2018.
- 18 姚希贤,姚冬梅. 中药联合“三联疗法”治疗幽门螺杆菌感染. *现代消化及介入诊疗*, 2010,15:104-107.
- 19 窦艳,王向东,梁浩,等. 荆花胃康胶丸治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的疗效和安全性. *中国新药杂志*, 2004,13:650-652.
- 20 陆贤能. 胃复春法莫替丁吡喃唑酮治疗Hp阳性溃疡疗效观察. *现代中西医结合杂志*, 2001,10:717.
- 21 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. *中国新药杂志*, 2002,11:476-479.
- 22 胡伏莲,王蔚红,胡品津,等. 温胃舒、养胃舒治疗幽门螺杆菌相关性胃炎和消化性溃疡的全国多中心临床研究. *中华医学杂志*, 2010,90:75-78.
- 23 李春梅,梁代英,刘晋升,等. 养阴颗粒治疗幽门螺杆菌感染实验性胃溃疡的实验研究. *北京中医杂志*, 2002,21:309-310.
- 24 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. *中华医学杂志*, 2012,92:679-684.
- 25 宋民宪,郭维加. 新编国家中成药. 北京:人民卫生出版社,2002:576,658,949,433,854,196,372,842,1032.

(收稿日期:2012-06-01)

(本文审编:张万岱)