

HP Maastricht V 共识解读

▲ 北京大学第一医院消化内科 成虹

HP Maastricht V 共识于 2016 年发布。该共识内容主要涉及了幽门螺杆菌（HP）治疗指征、诊断、治疗、预防和公共卫生、HP 与胃微生物群等内容。

HP 胃炎是感染性疾病

Maastricht V 共识中首先强调了“不管有无症状和并发症，HP 胃炎是一种感染性疾病”，几乎所有 HP 感染者均在组织学上存在慢性活动性胃

炎，HP 胃炎是感染的基础病变，HP 感染引起慢性活动性胃炎，HP 感染引起慢性活动性胃炎，HP 感染引起慢性活动性胃炎，HP 感染引起慢性活动性胃炎。

消化不良是常见症状

消化不良是临床常见症状，因消化不良症状在普通内科及消化内科就诊患者分别约占门诊量的 11% 和 50%。HP 胃炎在一些感染者中可以产生

消化不良症状，根除 HP 可使 10% 的患者获得症状的长期缓解，在做出可靠的功能性消化不良诊断前，须先排除 HP 胃炎。

HP 感染为胃癌的诱因

HP 感染已经被接受为胃癌的主要病因，环境因素的影响次于 HP，根除 HP 可以降低胃癌发生风险，尤其在胃黏膜萎缩和肠化前实施根除治疗可更

有效的降低胃癌发生风险。根除 HP 后，胃黏膜慢性炎症和活动性炎症可以获得显著改善，萎缩可部分逆转，但肠化生通常很难逆转。

强烈推荐 HP 根除治疗

根除 HP 治疗，在不同感染者中其获益存在差异，强烈推荐对消化性溃疡、胃黏膜相关淋巴瘤（MALT 淋巴瘤）患者进行 HP 根除治疗。由于 HP 对抗生素耐药问题日益严重，导致很多治疗方案的根除率越来越低，而细菌对克拉霉素耐药是影响根除治疗结果的重要因素。Maastricht V 共识中推荐可以将铋剂四联疗法（四环素、甲硝唑方案）作为一线治疗方案；含左氧氟沙星方案不建议用于一线治疗，可以作为二线治疗方案；对于不能获得铋剂的国家和地区，如细菌对克拉霉素和甲硝唑双重耐药率低，可以选择不含铋剂四联疗法（伴同疗法）。

自发现 HP 以来，还没有开发出任何一种可专门用于 HP 根除治疗的新抗生素，而由于 HP 对抗生素耐药问题导致的临床治疗困难，

使得研究者们开始关注中医中药治疗 HP 感染的可行性。近十余年来，已有很多学者从传统中药中筛选可能用于治疗 HP 感染的单味药或复方制剂，并进行相关的基础和临床研究。黄连、黄芩、大黄等单味药在体外对 HP 具有较好的抗菌作用，近些年学者们研究探索过的中药复方制剂有灭 HP 煎剂、温 / 养胃舒、胃复春、荆花胃康胶丸等。

中西医结合（整合）治疗 HP，可以减少抗生素所致不良反应，提高患者症状缓解率，促进胃黏膜炎症修复，适当提高治疗的根除率，如果在给患者治疗过程中，能够辨证施治、个体化治疗，有可能会获得更好的疗效。中西医整合治疗 HP，为 HP 的治疗开辟了新的路径，但未来还需要更多以及更加深入的研究和探索。



会议现场

临床经验

反酸烧心中医辨治八法

▲ 北京中医药大学东方医院消化内科 李军祥

反酸烧心是消化系统疾病常见症状，容易在胃食管反流病、消化性溃疡、慢性胃炎、功能性消化不良等疾病中出现，反酸烧心与肝、脾、胃关系最为密切。若肝与脾胃的正常生理失调，可出现以下病理情况：

第一、肝郁气滞，木郁土壅，可见情志抑郁，郁郁寡欢，或情绪紧张，从而致肝气郁结，木不疏土，导致肝胃不和。

第二、肝胃气逆，木旺乘土，可见恼怒伤肝，或肝气逆乱，则疏泄太过，乘犯胃腑，导致胃气上逆。

第三、外感邪气、或饮食劳倦，使中焦气机失常，胃失和降，导致食、湿、痰、火、瘀结聚于中焦，气机阻滞，土壅侮木，亦可导致肝胃不和。

第四、肝郁日久，郁而化热，易导致肝胃郁热，出现吐酸的发生。

治疗上可根据病因病机 立法遣方用药

第一、若肝气郁滞，脾胃失和，出现胁肋胀痛，反酸烧心，情志不舒加重等症状，治以疏肝理气和胃，方以柴胡疏肝散加减。

第二、若肝旺犯脾克胃，出现反酸烧心，甚者呕吐等，治以泄肝和胃，方以二陈汤合金丸加减。

第三、若肝郁日久，郁怒伤肝，气逆动火，致烧心，烦热胁痛等症，治以化肝清热，可用化肝煎清化肝经郁火。

第四、若肝气郁滞日久，或素有肝郁

又复情绪激动，形成肝气上逆之证，症见反酸嗳气，呃逆频繁等，治当以平肝降逆，方可用旋覆代赭汤。

第五、若肝阳上亢，肝风内动，致头目眩晕，或目胀耳鸣，或心中烦热，或时常嗳气、反酸等症，治当以重镇平肝降逆，方可用柴胡加龙骨牡蛎汤。

第六、太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢，伤寒论中“厥阴欲解时，从丑至卯上”，若反酸烧心等症每于凌晨 1~7 点发作，即为肝气不敛

证，治疗当以敛肝为法，方可用乌梅丸加减。

第七、若见腹部隐痛、反酸嘈杂，眠差等肝阴不足等症，治疗当以养肝滋阴清热，方可用一贯煎加减。

第八、若脾胃升降失常则可出现：（1）寒热错杂证：治疗当以平调寒热，健脾和胃，方可用半夏泻心汤加减。

（2）脾胃湿热证：治疗当清热化湿，理气消胀，方可用连朴饮加减。（3）脾胃虚弱证：治疗当以健脾和胃，方可用香砂六君子汤加减。

腹泻与便秘 祛湿泻下治不同

▲ 江苏省中医院脾胃病科 沈洪

功能性腹泻与便秘的病生理机制异同

罗马Ⅳ提出了功能性肠病全新定义——肠-脑互动异常。同时提出了肠道疾病症状谱，即功能性肠病具有相同的病理生理机制，不同种疾病可以看作是症状

的频度、强度和严重程度不同的连续症状谱。

功能性肠病共同病理生理机制包括结肠运动异常、内脏高敏感性、脑肠轴调节异常、肠道微生态

失衡、肠道感染和免疫因素、精神心理因素。不同的是，功能性腹泻结肠传输时间缩短，排便阈值低；功能性便秘结肠传输时间延长，排便阈值高。

功能性腹泻与便秘临证遣方用药管见

功能性腹泻与便秘同属脾胃病，病位在大肠。

功能性腹泻病性为太阴湿土用事，病机总属清气在下，清浊相混，治则以运脾化湿为主，治法包括健脾、化湿、升清、固涩、消食等。

功能性便秘病性为阳明燥金行令，病机总属肠失传导，通降不利，治则以通降阳明为主，治法包括润肠、滋养、宣上、泻下、导滞等。

治湿法止腹泻

苦温燥湿法，代表方平胃散，常配伍健脾化湿

药，化湿毋忘健脾，以杜生湿之源。

苦寒祛湿法，代表方葛根苓连汤，常配伍干姜、附子等苦温化湿，恢复脾胃气机升降。

芳香化湿法，代表方藿香正气散，常配伍法法胜湿、温中燥湿药，芳香亦寓宣透和畅气机之意，尤宜于外感寒湿或寒凉饮食诱发。

淡渗利湿法，代表方五苓散，合平胃散（胃苓汤）为治泻第一法，多用于急性发作期。

下法治便秘

刺激性泻药，包括大

黄、番泻叶、芦荟等，便通即止，不宜久用。

容积性泻药，包括魔芋、麦麸、肉苁蓉等，酌情加入，肉苁蓉尤适用于老年男性肾虚患者。

粪便软化剂，包括火麻仁、蜂蜜、黑芝麻等，为基础用药，药食两用。

渗透性泻药芒硝，多在便秘梗阻之特殊情况下使用。

促动力药，包括威灵仙、莱菔子、紫苏子等，可根据体质虚实选用。

此外，调整生活方式、饮食结构、怡情畅志尤为重要。