

广西中医药大学附属瑞康医院脾胃病科

胃疡（消化性溃疡） 中西医结合诊疗方案

2026年1月 修订

胃脘痛（消化性溃疡）

胃脘痛多因情志郁怒、饮食不节，或因外邪侵扰、药物刺激等，使脾胃失健，胃络受损而出现溃疡，是以经常性胃脘疼痛为主要表现的内伤类疾病。胃脘部指两侧肋骨下缘连线以上至鸠尾的梯形部位。本诊疗常规所讨论的胃脘病证指的是消化性溃疡。消化性溃疡主要指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡，即胃溃疡和十二指肠溃疡，因溃疡的形成与胃酸/胃蛋白酶的消化作用有关而得名。溃疡的粘膜缺损超过粘膜肌层，不同于糜烂。基于2025版《胃脘痛（消化性溃疡）诊疗方案》，参照《消化性溃疡中西医结合诊疗专家共识（2025 年）》，结合本专科2024-2025年度临床实践数据进行系统性优化，制定本方案。

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准：参照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专家共识（2025 年）》

主要症状：胃脘痛（胀痛、刺痛、隐痛、剧痛及喜按、拒按）、脘腹胀满、嘈杂泛酸、善叹息、嗳气频繁、纳呆食少、口干口苦、大便干燥。

次要症状：性急易怒、畏寒肢冷、头晕或肢倦、泛吐清水、便溏腹泄、烦躁易怒、便秘、喜冷饮、失眠多梦、手足心热、小便淡黄。

具备主证2项加次证1项，或主证第1项加次证2项即可诊断。

中医病机：本病病位在胃，与肝、脾密切相关；初起多实证，病程迁延可由实转虚、由气入血，多见虚实夹杂，气滞、湿热、血瘀为主要实邪，气虚、阳虚、阴虚为主要虚损；临床复合证、兼夹证十分常见，不可拘泥单一证型。临床辨证诊断需结合舌、脉象综合判定。本病临床多见复合证、兼夹证，可出现主证、兼证并存（复合证、兼证），辨证时区分主证、兼证，以主证确立核心治则。

附：中医体质辨识

在辨证基础上，参照《中医体质分类与判定》标准，对患者进行体质分型评估。其中气虚质、阳虚质与溃疡复发显著相关，建议对上述体质患者加强维持期调护。体质辨识结果可作为辨证分型的补充参考，指导个体化治疗及预防复发策略。

2. 西医诊断标准：《消化性溃疡中西医结合诊疗专家共识（2025 年）》

（1）慢性病程、周期性发作、节律性中上腹痛伴反酸者。

（2）伴有上消化道出血、穿孔史或现症者。

（3）胃镜证明消化性溃疡。胃镜为 PU 确诊首选检查；对于无法耐受普通胃镜，有条件单位可选用磁控胶囊内镜；溃疡黏膜缺损深度超过黏膜肌层，以此和糜烂鉴别。胃镜检查同时需完善 Hp 相关检测，对于溃疡病灶建议规范活检，鉴别良恶性溃疡。

（4）X线钡餐检查证明是消化性溃疡，钡餐敏感性、特异性低于胃镜，仅用于存在内镜检查禁忌无法行胃镜检查的患者，典型征象为龛影。

幽门螺杆菌（Hp）检测要求：所有既往或现症消化性溃疡患者均应完善 Hp 检测；检测手段包括 $^{13}\text{C}/^{14}\text{C}$ 尿素呼气试验、单克隆粪便抗原检测、胃镜下快速尿素酶试验、胃黏膜组织病理学检测。血清抗体检测仅用于流行病学调查，不作为现症感染确诊依据。检测前需停用 PPI 至少 2 周，停用抗生素、铋剂、具有抗菌作用的中药至少 4 周，防止假阴性。胃部分切除术后患者不优先选用呼气试验，优先内镜下检测。

病因鉴别：详细询问服药史，重点排查 NSAIDs、阿司匹林等致溃疡药物，区分 Hp 相关性溃疡、NSAIDs 相关性溃疡；部分患者可同时存在多种致病因素。

良恶性溃疡鉴别：警惕恶性溃疡报警征象：溃疡直径>2cm、外形不规则火山口样、边缘不规整隆起、底部凹凸不平伴出血坏死、黏膜皱襞中断结节样改变；需于溃疡边缘与正常黏膜交界处多点活检病理确诊。

难治性溃疡排查：规范治疗 2- 3 个月溃疡仍不愈合者，需要反复内镜活检，排除恶性肿瘤、胃泌素瘤、特殊感染、全身性疾病所致特发性溃疡（IPU）。

辅助检查：完善血常规评估贫血；粪便潜血检查，建议不少于 3 次；可完善肝肾功能、电解质、凝血功能评估基础状态；怀疑胃泌素瘤等特殊病因，完善血清胃泌素检测。

对于特殊类型溃疡：需识别无症状溃疡、复合溃疡、幽门管溃疡、球后溃疡，此类溃疡临床表现不典型，出血风险更高。

3. Hp感染复查规范：

根除Hp治疗结束4周后常规行13C或14C呼气试验复查，评估根除效果。复查前需停用PPI至少2周，停用抗生素及铋剂至少4周。

（二）疾病分期

A1期：溃疡呈圆形或椭圆形，中心覆盖厚白苔，可伴有渗出或血痂，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：溃疡处于愈合中期，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，有时不易与周围黏膜区别，称白色瘢痕期。

各证型与胃镜下分期对应关系参考：

证型	常见内镜分期	备注
脾虚湿热证	A1期、A2期	活动期多见充血水肿、苔厚
肝气犯胃证	A2期、H1期	与情志波动相关
瘀血停滞证	A1期、A2期	常伴出血或血瘀
脾胃虚寒证	H1期、H2期、S1期	愈合期及瘢痕期多见
胃阴亏虚证	H1期、S1期	黏膜干燥、愈合缓慢
湿郁脾胃证	A2期、H1期	苔白腻、黏膜水肿
痰瘀阻滞，寒热错杂证	A2期、H1期	表现多样

（三）证候诊断

1. 脾虚湿热证：胃脘胀痛，泛酸嘈杂，烦躁易怒，口干口苦，渴喜凉饮，舌红，舌体胖大，苔黄，脉滑数。

2. 肝气犯胃证：胃脘胀闷，攻撑作痛，脘痛连胁，噯气频繁，大便不畅，每因情志因素而痛作，苔多薄白，脉沉弦。

3. 痰瘀阻滞，寒热错杂证：胃脘胀闷或疼痛而拒按，纳差，食入胀满，口干口苦，舌质暗红，舌苔黄腻或黄厚，脉弦。

4. 湿郁脾胃证：胃脘胀闷或疼痛，纳差，食入胀满，舌质淡红，舌苔白或白腻，脉弦。

5. 瘀血停滞证：胃脘疼痛，痛有定处而拒按，或痛有针刺感，食后痛甚，或见吐血便黑，舌质紫黯，脉涩。

6. 胃阴亏虚证：胃痛隐隐，口燥咽干，大便干结，舌红少津，脉细数。

7. 脾胃虚寒证：胃痛隐隐，喜温喜按，空腹痛甚，得食痛减，泛吐清水，纳差，神疲乏力，甚则手足不温，大便清薄，舌淡苔白，脉虚弱或迟缓。

二、治疗方案

（一）辨证选择中药汤剂、中成药

1. 脾虚湿热证

治法：健脾化湿，泄热和胃。

方药：化肝煎加减。丹皮、栀子、白芍、青皮、陈皮、浙贝、泽泻等。

燮理三阳膏（专科协定方：淡豆豉、石膏、白芍、赤芍、柴胡、知母、栀子、黄芩、升麻、杏仁、大青叶、煅瓦楞子、合欢皮）：每次20克，每日二次。

2. 肝气犯胃证

治法：以疏肝理气为主。

方药：柴胡疏肝散加减。柴胡、白芍、枳壳、川芎、香附、陈皮、甘草等。

柴龙膏方（专科协定方：柴胡、黄芩、党参、茯苓、生龙骨、煅牡蛎、磁石、桂枝、半夏、生姜、大枣、枳壳、赤芍、厚朴）：每次20g，每天两次

3. 痰瘀阻滞，寒热错杂证

治法：消痞健胃，行气缓急。

方药：安胃汤加减。黄连、干姜、制半夏、薏苡仁、百合、乌药、丹参、白芍、木香、甘草。

安胃和中膏（专科协定方：姜半夏、薏苡仁、陈皮、干姜、黄连、黄芩、姜厚朴、炒枳实、白芍、百合、浮小麦、大枣、煅瓦楞子、人参、丹参、麦冬、甘草）：每次20g，每天两次

4. 湿郁脾胃证

治法：化湿解郁，行气健胃。

方药：平胃散加减。苍术、陈皮、制半夏、薏苡仁、茯苓、草果、田七。

安胃化湿解郁膏（专科协定方：苍术、陈皮、姜半夏、薏苡仁、茯苓、草果、田七、甘草）：每次20克，每日两次。

5. 瘀血停滞证

治法：活血化瘀。

方药：失笑散合丹参饮加减。五灵脂、蒲黄、丹参、檀香、砂仁、甘草。

加味血府逐瘀膏方（专科协定方：生地、白芍、当归、川芎、桃仁、红花、柴胡、枳壳、桔梗、牛膝、甘草、玄参、麦冬、白术、黑顺片（先煎）、黄芪、火麻仁）：每次 30克，每日二次。

6. 胃阴亏虚证

治法：养阴益胃。

方药：益胃汤合芍药甘草汤加减。沙参、玉竹、麦冬、生地、白芍、石斛、佛手、玫瑰花、甘草等。

养阴益胃膏方（专科协定方：沙参、玉竹、麦冬、生地、白芍、石斛、佛手、玫瑰花、炙甘草、瓜蒌仁、黑豆）：每次20克，每日两次。

7. 脾胃虚寒证

治法：温中健脾。

方药：黄芪建中汤加减。黄芪、桂枝、白芍、干姜、大枣、甘草、茯苓、白术、党参、砂仁。

益气健脾膏（专科协定方：党参、黄芪、白术、苍术、高良姜、陈皮、砂仁、茯苓、薏苡仁、法半夏、佛手、海螵蛸、白及、乌药、鸡内金、合欢皮、炒麦芽、炒扁豆、莪术、草果、田七、炙甘草）：每次20g，每天两次。

（二） 中医外治

1. 贴敷疗法：

主要穴位：神阙、中脘、足三里，可随证加减。

贴敷药物辨证加减：【2026新增：肝胃郁热】

证型	贴敷药物	穴位
脾胃虚寒证	丁香、肉桂、吴茱萸研粉姜汁调	神阙、中脘
肝气犯胃证	香附、青皮、佛手研粉醋调	期门、中脘
瘀血停滞证	丹参、川芎、延胡索研粉酒调	膈俞、足三里
肝胃郁热证	黄连、生地、延胡索研粉蜂蜜调敷	中脘、肝俞

贴敷疗程：每日1次，连续6天后休息1天，7天为1小周期，21天为1大疗程。

2. 灸疗：

（1）脐灸（神阙穴隔药灸）：

① 适应证：脾胃虚寒证、湿郁脾胃证之偏寒湿者。

② 药物制备：人参、干姜、白术、半夏等分，研细粉，以全麦面调和制成直径约10cm、厚约5cm圆形面碗，中央穿小孔。

③ 操作流程：患者仰卧位，暴露腹部，先以轻柔手法揉腹开穴，后以面碗置于神阙穴上，从碗中孔洞中放置适量药粉至肚脐，面碗上置锥形艾炷（底面直径约4cm，高约3cm）。点燃艾炷顶端，燃至局部灼热感时更换，连续灸治3壮。灸毕以穴位贴敷同药粉封穴，封穴2小时。以灸盒悬空灸双侧涌泉引火下行。

④ 疗程：每日1次，10次为1疗程，建议连续2~3个疗程。

⑤ 时序治疗建议：推荐于辰时（7:00-9:00，胃经当令）或巳时（9:00-11:00，脾经当令）进行治疗，顺应经气流注，增强温中健脾之效。

⑥ 注意事项：严格避免烫伤，以局部皮肤潮红、深部温热感为度；糖尿病、感觉迟钝者全程专人看护。

（2）督脉灸（长蛇灸）：

① 适应症：脾胃虚寒证、合并肾阳不足见腰膝酸冷者。

② 药物制备：附子、干姜、肉桂、细辛、丁香按2:2:1:1:1打粉备用；鲜生姜捣碎成泥。

③ 操作流程：患者俯卧位，沿督脉（大椎至腰俞穴）涂姜汁后撒布药粉（约1—2g），上铺宽约6cm、厚约2—3cm生姜泥，再置梭形艾炷（长约5cm），点燃头、中、尾三点，自然燃尽更换，连灸3壮。

④ 疗程：建议纳入“三九贴”时间节点（冬至后每9天1次，即一九、二九、三九各灸1次，共3次），顺应天时，增强温补元阳之效。常规治疗建议每周1—2次，4—6次为1疗程，一般治疗1—2个疗程。

⑤ 注意事项：灸后6小时内不宜洗澡；出现小水疱勿抓破，大水疱无菌抽液后涂烫伤膏；正值经期且经量偏大者、严重贫血及凝血功能障碍者禁用。

（3）常规艾灸： 主要穴位：背部第九至第十一胸椎两侧、足三里、中脘、神阙，可随证加减。疗程：每天1次，10天为1疗程。

（4）禁忌明确：肝胃郁热证、脾胃湿热证、活动性消化道出血者严禁使用灸法；阴虚内热者慎用艾灸。

3. 针刺疗法：

（1）基本取穴（基础方）：中脘、下脘、气海、关元、足三里、内关

证型	辨证取穴加减	操作要点
脾胃虚寒证	加神阙（温针灸或隔姜灸）、脾俞、胃俞	针用补法，加灸，留针30分钟，每日1次
肝气犯胃证	加太冲、期门、阳陵泉	针用泻法，留针20—25分钟，隔日1次
瘀血停滞证	加膈俞、血海、三阴交	针用平补平泻，加电针（疏密波，频率2/100Hz），留针20分钟
胃阴亏虚证	加三阴交、太溪、复溜	针用补法，不灸，留针30分钟，隔日1次
湿郁脾胃证	加阴陵泉、丰隆、公孙	针用平补平泻，留针20分钟，可加温针灸

证型	辨证取穴加减	操作要点
脾虚湿热证	加曲池、内庭、阴陵泉	针用泻法，不灸，留针15—20分钟
痰瘀阻滞，寒热错杂证	加丰隆、膈俞、内关	针用平补平泻，留针25分钟

(2) 辨证分型加减：

(3) 操作规范： 选用0.25mm×40mm或0.30mm×50mm一次性无菌针灸针。背部腧穴斜刺0.5-0.8寸，腹部腧穴直刺1-1.5寸（中脘、下脘注意浅刺，避免穿透胃壁），四肢腧穴直刺1-1.5寸。

(4) 疗程： 每日1次或隔日1次，4—5次为1疗程，疗程间休息2~3天，一般治疗2—4个疗程。

(5) 注意事项： 中脘、下脘不宜深刺；过饥、过饱、过度疲劳者不宜立即针刺；电针治疗时心脏起搏器者禁用；孕妇禁刺腹部及腰骶部腧穴。

（三）西医治疗

1. 根除幽门螺杆菌治疗：

参照2022年中国Hp感染处理共识，推荐含铋剂四联方案，疗程14天。可选方案包括：

- 含阿莫西林+克拉霉素方案；
- 含阿莫西林+左氧氟沙星方案；
- 含呋喃唑酮方案（对克拉霉素耐药地区推荐）；
- 含P-CAB（钾离子竞争性酸阻滞剂，如伏诺拉生）的铋剂四联方案。
- 含P-CAB（钾离子竞争性酸阻滞剂，如伏诺拉生）的高剂量阿莫西林二联方案。

根除治疗结束4周后常规行13C或14C呼气试验复查。

2. 抑制胃酸分泌治疗：

常规使用质子泵抑制剂（PPI）标准剂量，每日1—2次，胃溃疡疗程6-8周，十二指肠溃疡疗程4-6周。对PPI应答不佳者，可换用P-

CAB类药物（如伏诺拉生20mg，每日1次）。H₂RA不作为活动期首选，可用于维持治疗；NSAIDs溃疡尽可能停药，不能停药则换用COX - 2抑制剂 + PPI长期防护。

3. 保护胃黏膜治疗：

常用胃黏膜保护剂包括铋剂、硫糖铝、替普瑞酮、瑞巴派特等，可与PPI联合使用。

4. 肠道微生态制剂辅助应用：

在根除Hp治疗期间，联合使用益生菌制剂（如含乳酸杆菌、双歧杆菌、布拉氏酵母菌的复方制剂），与抗生素间隔2小时以上服用，可降低抗生素相关性腹泻、恶心等不良反应的发生率，提高患者依从性。推荐疗程与根除治疗疗程一致（14天），根除结束后可继续服用2周以恢复肠道菌群平衡。

并发症处理 ① 上消化道出血：在血流动力学稳定前提下24h内行内镜检查治疗；内镜止血后予大剂量抑酸治疗；使用GBS（格拉斯哥 - 布拉奇福德）评分做风险分层；输血遵循限制性输血策略；内镜止血失败可选择TAE介入栓塞或者外科手术。出血患者首次活检良性的胃溃疡，治疗 8 周后建议复查胃镜，约 4% 初诊良性溃疡实际为恶性。② 穿孔、内科保守无效幽门梗阻，及时外科多学科会诊评估手术。

复发预防要点 Hp 根除是预防复发最重要手段；长期服用NSAIDs / 抗栓药物患者做好风险分层；体质气虚、阳虚的患者溃疡愈合后，使用中药膏方、节气外治做维持调护，降低复发率。消化道出血前使用抗血小板或抗凝人群，出血后需评估血栓- 出血风险，多学科协商是否继续抗栓或恢复抗栓时机。

5. 难治性溃疡的进阶治疗与转诊：

经规范内科治疗（足量PPI/P-CAB联合胃黏膜保护剂及中药辨证治疗）8周后，内镜下复查溃疡缩小不足50%或仍为A期/H1期者，定义为难治性消化性溃疡。此类患者建议：

- 行放大内镜+NB1精查，排除早期恶性病变；
- 行Hp培养及药敏试验，指导抗生素精准选择；
- 24小时pH监测，评估是否存在病理性酸反流。

三、疗效评价

（一）疗效评价标准（参照《中药新药临床研究指导原则》及《中医内科常见病诊疗指南》）

1. 主要症状疗效评价标准

按症状轻重分为4级（0、I、II、III），积分分别为0分、1分、2分、3分。

主要症状的记录与评价。

评定标准：①临床痊愈：原有症状消失；②显效：原有症状改善2级者；③有效：原有症状改善1级者；④无效：原有症状无改善或原症状加重。

2. 患者报告结局（PRO）量表评价

在原有症状积分基础上，增加PRO量表评价维度，包含但不限于以下方面：

① 症状频率评分（胃痛、反酸、腹胀等）；

② 生活质量影响评分（饮食、睡眠、情绪、日常工作）；

③ 治疗满意度评分（非常满意/满意/一般/不满意）。

PRO量表于治疗前、治疗结束后及随访期（3个月、6个月）各评估1次，作为疗效评价的补充指标。

3. 证候疗效评定标准 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%

(1) 临床痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数 $\geq 95\%$

(2) 显效：主要症状、体征明显改善， $70\% \leq$ 疗效指数 $<95\%$ 。

(3) 有效：主要症状、体征明显好转， $30\% \leq$ 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 $<30\%$ 。

4. 胃镜下疗效评定标准

(1) 临床治愈：溃疡疤痕愈合或无痕迹愈合；

(2) 显效：溃疡达到愈合期（H₂ 期），或减轻 2 个级别；

(3) 有效：溃疡达到愈合期（H₁ 期），或减轻 1 个级别；

(4) 无效：内镜无好转者或溃疡面积缩小小于 50%。

5. 溃疡愈合质量评价

在S₁期及S₂期评估溃疡瘢痕周围黏膜情况：

- 优良愈合： 瘢痕光滑，周围黏膜色泽正常，皱襞走向规整；
- 不良愈合： 瘢痕凹陷或隆起，周围黏膜充血、水肿或皱襞集中中断。不良愈合者建议延长治疗及随访周期。

6. 整合总疗效判定（参考 2017 中西医结合共识）

临床治愈：症状全部消失；溃疡瘢痕愈合或无痕迹愈合；Hp 根除；

显效：主要症状消失；溃疡达 H₂期；Hp 根除。

有效：症状减轻；溃疡达 H₁期；Hp 载量下降；

无效：症状、内镜、Hp 均无改善。

7. 远期随访评价：

对所有经治达S期的患者，建议于治疗结束后6个月及12个月各复查1次胃镜，评估远期复发率及溃疡愈合质量变化。复发定义为S期后原溃疡部位再次出现A期或H₁期病变。12个月无复发且愈合质量为优良者，可转为常规随访（每年1次）。

（二）疗效评价方法

1. 基本情况

中医优势病种名称（中西医病名）、诊疗方案应用时间、应用病例数、主要治疗方法、平均住院日（或门诊治疗时间）等。

2. 诊疗方案应用情况分析

提供诊疗方案中主要治疗方法的应用例数和使用率，并对这些治疗方法应用情况进行分析，如临床适应症、技术优势、可操作性、医生执行情况、患者依从性等，对未使用的诊疗方案中的治疗方法也应做简要说明。

3. 疗效评价与分析

从症状、体征、理化指标改善情况等方面进行分析。

4. 中医药的作用分析

依据本病主要症状、体征、理化指标及病情的变化情况，对中医药治疗的优劣点以及作用环节等进行分析，也可结合目前本病西医治疗现状进行分析。

四、中医治疗难点及对策

（一）难治性溃疡

运用中西医结合、中医外治疗法对于改善症状能够提高疗效，对部分患者能够减少症状反复发作情况，远期疗效令人满意，但仍存在小部分溃疡难治愈。

针对难治性溃疡，建立中西医联合阶梯治疗方案：

- 第一阶梯（基础治疗）：西药标准治疗（PPI/P-CAB + 胃黏膜保护剂）+ 辨证中药汤剂/膏方；
- 第二阶梯（强化治疗）：在基础治疗上加用针刺（每周5次）+ 贴敷（每日1次）；
- 第三阶梯（特色治疗）：在强化治疗基础上，脾胃虚寒证加用脐灸或督脉灸，瘀血停滞证加用电针，疗程延长1—2个周期。

对第三阶梯治疗仍应答不佳的难治性溃疡患者，建议分析是否存在以下因素：①Hp耐药（行药敏检测）；②长期服用NSAIDs/阿司匹林（评估停药或换药可能）；③吸烟、饮酒等不良生活习惯（强化行为干预）；④精神心理因素（焦虑/抑郁，建议心理科会诊）。针对上述可干预因素逐一处理的同时，中药方面在辨证基础上加强抗溃疡修复药物（如白及、海螵蛸、珍珠层粉等），外治方面增加灸法频次（脐灸改为每日2次，间隔4小时以上），观察2周后再评效。

（二）溃疡复发

经过努力，中西医结合治疗消化性溃疡的复发率有所下降，但仍存在少部分患者溃疡易复发。Hp根除失败、持续 NSAIDs/抗栓、情志应激、吸烟饮酒、体质偏颇、焦虑抑郁状态会显著升高复发率，故瘢痕期不能直接停药，对气虚阳虚体质患者坚持中医药维持治疗，重视心理疏导。

针对易复发患者，建议：

- 溃疡达S期后，继续中药膏方调理1-3个月；
- 指导患者饮食调理及情志管理，避免诱发因素；
- 定期随访（3个月、6个月各复查1次胃镜或呼气试验）

基于体质辨识的复发预防策略

基于2025年度纳入的体质辨识结果，对气虚质及阳虚质患者在S期膏方调理的基础上，建议联合节气灸（选择二十四节气中的关键节点如春分、秋分、夏至、冬至各加强灸疗1次），维持阳气充沛、气血调和状态，巩固远期疗效，降低复发风险。

2026年度优化调整说明

本年度优化以“循证评价，路径固化与个体化结合”为主题，在2025版方案基础上，参照《消化性溃疡中西医结合诊疗专家共识（2025年）》及2025年国内最新消化性溃疡指南共识，结合本专科

2024至2025年临床实践数据进行系统性优化，共涉及诊断、辨证分型、中药治疗、中医外治、西医治疗、疗效评价、治疗难点对策等7大模块、15项具体优化，其中新增9项、修订4项、细化2项。

2026版的核心变化体现在以下方面：

诊断方面，中医诊断标准参照依据从2017年共识更新为2025年专家共识，新增中医病机补充说明，西医诊断标准吸纳2025年专家共识内容并细化钡餐检查定位，补充诊断要点新增临床表现补充、辅助检查补充和特殊类型溃疡提示共三项，Hp检测要求中补充具有抗菌作用的中药需停药4周。

中药治疗方面，对全部七个证型的专科协定方进行系统性更改，并统一剂型为每次20克，每日两次。

外治方面，贴敷新增6天治疗1天休息的疗程优化方案和肝胃郁热证贴敷方案，新增明确的灸法禁忌说明。西医治疗方面，新增Hp根除用药规范、H₂受体拮抗剂定位说明、出血胃镜随访提示、抗栓人群多学科处理原则，新增难治性溃疡的明确定义及精查内镜、Hp药敏、pH监测等系统评估规范。疗效评价方面，新增6个月和12个月的远期随访评价。难点对策方面，新增复发影响因素的系统说明、基于体质辨识的节气灸复发预防策略、难治性溃疡中西药协同策略。