

# 清热化湿、理气和中法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎探讨

郝英杰

巴林左旗中医蒙医医院 内蒙古 赤峰 025450

**摘要:** 幽门螺杆菌相关性胃炎是消化系统常见病, 西医根除治疗面临耐药率上升、不良反应多等问题。本文从中医角度探讨清热化湿、理气和中法治疗该病的理论基础与临床应用。通过分析幽门螺杆菌感染的中医病因病机, 认为湿热中阻、气机失调是核心病机, 清热化湿、理气和中为基本治法。临床研究显示, 该法能有效改善临床症状, 提高根除率, 减少复发。本文为中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性胃炎提供新思路。

**关键词:** 清热化湿; 理气和中; 幽门螺杆菌; 胃炎; 中医药治疗

引言: 幽门螺杆菌感染是慢性胃炎、消化性溃疡及胃癌的重要致病因素, 全球感染率超50%, 我国约40%-60%。西医含铋剂四联疗法根除率已降至70%-80%, 面临耐药上升、依从性差、不良反应多等困境。中医药具有多靶点、低耐药、整体调节等优势。本文基于“清热化湿、理气和中”治法, 探讨其治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的理论依据、临床应用及作用机制, 为优化治疗方案提供参考。

## 1 幽门螺杆菌相关性胃炎的现代医学认识

### 1.1 定义与流行病学

幽门螺杆菌相关性胃炎是指由幽门螺杆菌感染引起的胃黏膜慢性炎症性疾病, 是慢性胃炎最常见的病因学类型。1994年世界卫生组织将其列为 I 类致癌物。全球约半数人口感染幽门螺杆菌, 发展中国家感染率高于发达国家。我国自然人群感染率为40%-60%, 部分地区高达70%以上。感染多发生于儿童期, 如不经治疗可持续终生。幽门螺杆菌感染后, 约70%发展为无症状慢性胃炎, 10%-15%发展为消化不良, 15%-20%发展为消化性溃疡, 1%-3%最终发展为胃癌。幽门螺杆菌相关性胃炎的诊断主要依靠胃镜检查及病理活检, 快速尿素酶试验、<sup>13</sup>C或<sup>14</sup>C尿素呼气试验、粪便抗原检测等非侵入性方法也广泛应用。

### 1.2 发病机制

幽门螺杆菌相关性胃炎的发病机制复杂, 涉及细菌、宿主及环境因素相互作用。幽门螺杆菌通过尿素酶分解尿素产生氨, 中和胃酸, 在胃黏膜表面定植。其产生的空泡毒素A和细胞毒素相关蛋白A是主要毒力因子, 可损伤胃上皮细胞, 诱导炎症反应。细菌定植后, 激活中性粒细胞、巨噬细胞、淋巴细胞等免疫细胞, 释放白细胞介素-1、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 等促炎因子, 导致胃黏膜慢性炎症。宿主遗传因素影响感染结

局, 白细胞介素-1 $\beta$ 基因多态性与胃癌风险相关。环境因素中, 高盐饮食、吸烟、维生素C缺乏等可加重胃黏膜损伤。长期感染可导致胃黏膜萎缩、肠上皮化生、异型增生, 最终进展为胃癌<sup>[1]</sup>。

### 1.3 西医治疗现状与困境

目前西医根除幽门螺杆菌采用含铋剂四联疗法, 即质子泵抑制剂+铋剂+两种抗生素, 疗程14天。但治疗面临多重困境: 一是抗生素耐药率持续上升, 克拉霉素耐药率达20%-40%, 左氧氟沙星耐药率达30%-50%, 甲硝唑耐药率高达60%-80%; 二是根除率逐年下降, 从90%以上降至70%-80%; 三是患者依从性差, 药物种类多、疗程长、不良反应如恶心、腹泻、味觉异常等发生率较高; 四是复发问题, 根除后年复发率约为1%-3%。过度使用抗生素导致肠道菌群紊乱, 引发二重感染。因此, 探索安全有效、低耐药、高依从性的替代或补充治疗方案成为研究热点, 中医药治疗显示出独特优势。

## 2 幽门螺杆菌相关性胃炎的中医认识

### 2.1 病名溯源

中医学无“幽门螺杆菌相关性胃炎”病名, 根据其临床表现可归属于“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”“反酸”等范畴。历代医家对类似病证有丰富论述。《内经》指出“饮食自倍, 肠胃乃伤”, 强调饮食不节是胃病重要病因。《伤寒论》创半夏泻心汤、生姜泻心汤等方剂, 治疗“心下痞”, 为后世治疗胃炎提供了经典方药。《脾胃论》提出“内伤脾胃, 百病由生”, 强调脾胃在人体健康中的核心地位。现代医家结合幽门螺杆菌的致病特点, 将其归为“湿热疫毒”或“湿热邪气”, 认为其具有传染性、缠绵性、湿热性等特征。幽门螺杆菌感染后, 邪气客于胃腑, 导致胃气壅滞, 升降失常, 发为胃脘胀满、疼痛、嗝气、反酸等症状。

### 2.2 病因病机

幽门螺杆菌相关性胃炎的病因病机可概括为“湿热中阻、气机失调”。外感湿热疫毒是始动因素，幽门螺杆菌作为外邪侵入胃腑。内因方面，饮食不节如嗜食肥甘厚味、辛辣炙煨、饮酒过度，损伤脾胃，酿生湿热；情志失调如忧思恼怒，肝气郁结，横逆犯胃，气机阻滞；劳倦内伤致脾胃虚弱，运化失司，湿浊内生。外因通过内因而起作用，内外合邪，导致湿热蕴结中焦。湿为阴邪，其性重浊黏滞，热为阳邪，其性炎上，湿热相合，如油入面，胶结难解<sup>[2]</sup>。湿热阻滞中焦，气机升降失常，胃气不降则脘腹胀满、嗝气反酸；胃气上逆则恶心呕吐；湿热熏蒸则口苦口臭、舌苔黄腻。病久可导致胃阴耗伤或脾胃虚寒，形成虚实夹杂之证。

### 2.3 清热化湿、理气和中法理论依据

清热化湿、理气和中法是针对幽门螺杆菌相关性胃炎核心病机确立的基本治法。湿热中阻是标，脾胃运化失常是本，气机失调是枢。清热化湿法针对湿热之邪，选用黄连、黄芩、蒲公英、白花蛇舌草等苦寒清热之品，配以苍术、厚朴、薏苡仁、茯苓等芳香化湿、淡渗利湿之药。苦寒药直折热势，芳香药宣化湿浊，淡渗药引导湿邪从小便而去。理气和中法针对气机失调，选用陈皮、枳壳、木香、砂仁等理气药物，疏理中焦气机，恢复脾胃升降功能。气行则湿化，气行则热散，理气有助于湿热祛除。两法合用，清热不碍湿，化湿不助热，理气不伤阴，共奏祛邪安胃之功。现代药理研究证实，清热化湿类中药具有抑制幽门螺杆菌、保护胃黏膜、调节免疫等作用。

## 3 清热化湿、理气和中法的临床应用

### 3.1 辨证论治要点

临床应用清热化湿、理气和中法，需把握辨证要点。主症为胃脘痞满或疼痛，脘腹胀闷，嗝气反酸，口苦口臭，纳呆恶心。舌象为舌质红，舌苔黄腻，为湿热内蕴之征。脉象多为滑数或弦滑，提示湿热内盛或气机郁结。辨病位：病在胃者以痞满、疼痛为主；病及脾者兼见腹胀、便溏；病及肝者兼见胁胀、易怒。辨湿热偏重：热重于湿者，口苦明显，舌苔黄厚而干，大便干结；湿重于热者，脘腹胀闷明显，舌苔白腻而厚，大便溏黏；湿热并重者，上述表现兼而有之。辨虚实：实证者病程短，体质壮实，症状明显；虚实夹杂者病程长，反复发作，兼见乏力、纳差、消瘦等脾虚表现。临床应根据具体证候灵活加减，热重者加重黄连、黄芩用量；湿重者加苍术、厚朴、佩兰；气滞甚者加枳实、木香、佛手。

### 3.2 常用方药分析

代表方剂以半夏泻心汤、连朴饮、左金丸等加减化裁。半夏泻心汤出自《伤寒论》，由半夏、黄芩、黄连、干姜、人参、甘草、大枣组成，功能寒热平调、散结消痞，适用于寒热错杂之痞证。连朴饮出自《霍乱论》，由黄连、厚朴、石菖蒲、半夏、淡豆豉、栀子、芦根组成，功能清热化湿、理气和中，适用于湿热蕴结中焦之霍乱、痞满。左金丸出自《丹溪心法》，由黄连、吴茱萸组成，功能清泻肝火、降逆止呕，适用于肝火犯胃之反酸嘈杂。临床常用基础方为：黄连6-10g、黄芩10g、苍术10-15g、厚朴10g、陈皮10g、茯苓15g、枳壳10g、蒲公英15-30g、甘草6g。加减法：热甚加栀子10g、知母10g；湿甚加薏苡仁30g、佩兰10g；痛甚加延胡索10g、川楝子10g；反酸加海螵蛸15g、瓦楞子15g；纳差加神曲10g、麦芽15g；脾虚加党参15g、白术10g。每日1剂，水煎分2次服，疗程4-8周。

### 3.3 临床研究证据

多项临床研究证实清热化湿、理气和中法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的有效性。一项纳入320例患者的随机对照研究显示，半夏泻心汤联合三联疗法根除率为91.2%，显著高于对照组三联疗法的76.5%，且不良反应发生率降低。另一项Meta分析纳入15项研究共1860例患者，结果显示中药联合西药组幽门螺杆菌根除率显著优于单纯西药组，临床症状改善率也更高。对于克拉霉素耐药患者，清热化湿方药联合含左氧氟沙星四联疗法，根除率可达85%以上。在改善症状方面，中药组在胃脘疼痛、痞满、反酸、纳差等单项症状积分下降幅度均优于西药组。中药还可减少根除治疗后的肠道菌群紊乱，降低二重感染风险。随访6-12个月，中药组复发率低于西药组<sup>[3]</sup>。上述证据表明，清热化湿、理气和中法既可单独使用，也可与西药联合应用，发挥协同增效作用。

## 4 作用机制探讨

### 4.1 抑制幽门螺杆菌

清热化湿类中药具有直接抑制幽门螺杆菌的作用。体外抑菌实验显示，黄连、黄芩、大黄、蒲公英、白花蛇舌草等对幽门螺杆菌标准株和临床耐药株均有抑制作用。黄连中的小檗碱可破坏细菌细胞壁完整性，抑制DNA合成；黄芩中的黄芩素可抑制尿素酶活性，降低幽门螺杆菌在胃酸环境中的生存能力。中药复方通过多成分、多靶点作用，不易产生耐药性。最低抑菌浓度研究表明，黄连水煎液对幽门螺杆菌的MIC为0.5-1.0mg/mL，黄芩为1.0-2.0mg/mL。中药与抗生素联用时，可降低抗生素的MIC值，恢复耐药菌株对抗生素的敏感性。此外，中药可抑制幽门螺杆菌生物膜形成，增强抗生素渗透性，

提高杀菌效果。

#### 4.2 保护胃黏膜

清热化湿、理气和中法能增强胃黏膜屏障功能。研究表明,半夏泻心汤可增加胃黏膜血流量,促进前列腺素E2合成,增强黏液分泌,形成保护层。黄连素可促进表皮生长因子表达,加速胃上皮细胞增殖与修复。黄芩苷可抑制幽门螺杆菌诱导的胃上皮细胞凋亡,降低细胞损伤。中药复方能下调炎症因子白细胞介素-8、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 的表达,减轻胃黏膜炎症反应。理气药如陈皮、枳壳中的黄酮类成分可调节胃平滑肌运动,改善胃排空,减少胆汁反流对胃黏膜的损伤。动物实验显示,中药组大鼠胃黏膜病理评分显著低于模型组,黏膜厚度增加,炎症细胞浸润减少<sup>[4]</sup>。

#### 4.3 调节免疫与抗炎

清热化湿、理气和中法对机体免疫功能具有双向调节作用。一方面,增强机体防御能力,促进胃黏膜分泌型免疫球蛋白A分泌,增强局部免疫屏障,阻止细菌定植;另一方面,抑制过度炎症反应,下调辅助性T细胞1型/辅助性T细胞2型比例失衡,调节细胞因子网络。黄连素可抑制核因子- $\kappa$ B信号通路活化,减少炎症因子释放。黄芩苷可上调调节性T细胞比例,诱导免疫耐受,减轻持续性炎症损伤。临床研究显示,治疗后患者血清白细胞介素-8、白细胞介素-1 $\beta$ 、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 水平显著下降,而白细胞介素-10水平升高。中药还可改善胃肠激素分泌,调节胃泌素、胃动素水平,恢复胃肠动力。

#### 5 未来研究方向

未来研究应聚焦以下方向:一是开展高质量多中心随机对照试验,采用国际公认的结局指标,验证清热化湿、理气和中法的疗效与安全性;二是建立标准化辨证分型和治疗方案,提高研究的可重复性;三是深入探索中药复方的作用靶点和分子机制,利用网络药理学、代谢组学等技术揭示多成分、多靶点的协同作用;四是

开展中药联合优化抗生素方案的临床研究,探索缩短疗程、降低耐药的可能;五是开发中药新剂型,如颗粒剂、片剂、口腔崩解片等,提高患者依从性;六是建立中药质量控制标准,确保药材来源稳定、有效成分含量可控。中西医结合、个体化治疗是未来发展方向<sup>[5]</sup>。

#### 结束语

幽门螺杆菌相关性胃炎是临床常见病,西医根治治疗面临耐药率上升、不良反应多、患者依从性差等困境。中医学认为湿热中阻、气机失调是核心病机,清热化湿、理气和中为基本治法。临床研究证实该法能有效改善临床症状、提高根除率、降低复发率,具有多靶点、低耐药、整体调节等优势。未来应开展高质量多中心随机对照试验,深入探索作用机制,建立规范化治疗方案,推动中西医结合在该领域的应用。清热化湿、理气和中法为幽门螺杆菌相关性胃炎的治疗提供了有效策略,具有良好的临床推广价值。

#### 参考文献

- [1]沈飞,沈天霖,臧蕾,等. 幽门螺杆菌感染抗体分型联合白光胃镜技术评估慢性萎缩性胃炎胃癌前病变的价值[J]. 重庆医科大学学报,2026,51(3):353-361.
- [2]陈海云,胡悦,肖培宇,等. 幽门螺杆菌检测方法的效能比较及组织病理学特征分析[J]. 重庆医学,2026,55(2):374-380.
- [3]乔会侠,刘新宇,罗金涛,等. 清热化湿运脾汤联合雷火灸治疗幽门螺杆菌引起的脾胃湿热型胃炎48例[J]. 环球中医药,2024,17(11):2347-2350.
- [4]孙颖伟,王晶,李海涛. 清热化湿和胃法对幽门螺杆菌感染萎缩性胃炎患者的影响机制分析[J]. 医学理论与实践,2024,37(3):412-414.
- [5]黄秋月,杨闪闪,史宗明,等. 基于网络药理学探讨清热化湿方治疗幽门螺杆菌胃炎的机制[J]. 中国中西医结合消化杂志,2021,29(4):246-251,255.