

胃复春片和复方田七胃痛片治疗难治性消化性溃疡41例

司志英^{1*}, 李有才², 靳英²

(1. 忻州职业技术学院, 山西 忻州 034000; 2. 忻州市人民医院, 山西 忻州 034000)

【摘要】 目的: 观察胃复春片和复方田七胃痛片治疗难治性消化性溃疡(Pu)的临床疗效。方法: 将80例难治性消化性溃疡患者门诊前后顺序分为观察组41例和对照组39例。对照组, 雷贝拉唑钠肠溶片20 mg, 早晚各服1次, 疗程28 d; 胶体果胶铋胶囊, 150 mg/次, 3次/d, 疗程28 d; 克拉霉素颗粒, 0.5 g/次, 3次/d, 疗程14 d; 阿莫西林胶囊, 0.5 g/次, 3次/d, 14 d。疗程结束后以法莫替丁片, 20 mg/次, 1次/d, 维持治疗4周。疗程共8周。观察组在对照组治疗的基础上加服胃复春片, 4片/次, 3次/d; 复方田七胃痛片, 4片/次, 3次/d, 均连续服用8周。记录治疗前主要症状积分, 通过胃镜进行组织学再生黏膜成熟度评价及溃疡分期, 计算幽门螺杆菌(HP)根除率。结果: 观察组胃镜疗效总有效率为95.1%, 对照组为76.9%, 观察组优于对照组($P < 0.05$); 观察组中医证候疗效总有效率为95.1%, 对照组为71.8%, 观察组优于对照组($P < 0.05$); 治疗后观察组胃镜下愈合情况好于对照组($P < 0.05$); 治疗后观察组再生黏膜组织学成熟度评价优于对照组($P < 0.05$); 观察组胃脘痛、脘腹胀满、纳呆食少等各症状评分均低于对照组($P < 0.01$); 对照组HP根除率为59.26%, 观察组为76.67%, 观察组高于对照组, 但差异无统计学意义。结论: 在西医常规三联疗法的基础上, 采用胃复春片和复方田七胃痛片干预难治性消化性溃疡, 能促进溃疡愈合, 提高溃疡愈合质量, 还能消除PU临床症状, 提高疾病和中医证候疗效, 近期疗效显著, 值得临床试用。

【关键词】 消化性溃疡; 胃复春片; 复方田七胃痛片

【中图分类号】 R287 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1005-9903(2014)04-0175-05

【doi】 10.11653/syfy2014040175

Weifuchun Tablet and Combined Tianqi Weitong Tablet in Refractory Peptic Ulcer of 41 Cases

SI Zhi-ying^{1*}, LI You-cai², JIN Ying²

(1. Xinzhou Vocational and Technical College, Xinzhou 034000, China;

2. Xinzhou City People's Hospital, Xinzhou 034000, China)

【Abstract】 **Objective:** The purpose is to observe the curative effect of Weifuchun tablet combined compound Tianqi Weitong tablet in intractable peptic ulcer (PU). **Method:** Eighty cases of patients were randomly divided into control group (41 cases) and observation group (39 cases) according to the sequence of outpatient service. the patients in the control group took rabeprazole sodium enteric-coated Tablets, 20 mg/time, 2 times/day (morning and evening). the treatment course was 28 days; Colloidal bismuth pectin capsules, 150 mg/time, 3 times/day. the treatment course for 28 days; Clarithromycin granule, 0.5 g/time, 3 times/day, treatment course for 14 days; Amoxicillin capsule, 0.5 g/time, 3 times/day. After the treatment, treat patients with Famotidine tablets, 20 mg/time, 1 times/day. the treatment course continued 4 weeks. Based on the control group, patients in observation group increase with Weifuchun tablet, 4 pieces/time, 3 times/day; Weifuchun Tablet, 4 pieces/time, 3 times/day. The treatment course of two tablets were both 8 weeks. Record the main symptom integral before treatment. By gastroscop to evaluate the histologic regenerative mucosal maturity and ulcer stage. Calculate the eradication rate of helicobacter pylori (HP). **Result:** After the treatment, the

【收稿日期】 20131030(210)

【基金项目】 山西省卫生厅青年人才计划项目(20113019)

【通讯作者】 * 司志英, 从事医学系检验病理学教学工作, Tel: 13994137021, E-mail: sizhiying_72@163.com

gastroscope curative effect rate of the observation group was 95.1%, superior to 76.9% of the control group, ($P < 0.05$). the traditional Chinese medicine syndrome rate of observation group was 95.1%, superior to 71.8% of the control group, ($P < 0.05$). By chi-square test, after the treatment, the evaluation of regenerative mucosal histology rate of the observation group was superior to the control group ($P < 0.05$). The scores of epigastric pain, abdominal fullness and distention, indigestion and loss of appetite of observation group was lower to the control group ($P < 0.01$). the eradication rate for HP of the control group was 59.26%, the observation group was 76.67%, the observation group was higher than the control group, but there was no significant difference between two groups. **Conclusion:** Base on the groovy triple therapy of western medicine, intervening the refractory peptic ulcer with the Weifuchun tablet and compound Tianqi Weitong tablet, can promote the ulcer healing, improve the quality of anabrosis, eliminate the clinical symptoms of PU, improve the curative effect of illness and traditional Chinese medicine syndrome. the short-term curative effect was obvious, it deserves being used in clinic.

[**Key words**] peptic ulcer; Weifuchun tablets; compound Tianqi Weitong tablet

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)是一种全球性常见的多发性慢性病,大多数消化性溃疡通过根除幽门螺杆菌或(和)强力的抑酸治疗溃疡能够愈合。但仍有部分消化性溃疡应用常规治疗疗效差,溃疡难以愈合,或停止治疗后溃疡容易复发,成为难治性消化性溃疡。难治或复发性消化性溃疡病是一种治疗性的挑战^[1]。难治性消化性溃疡的机制及影响因素十分复杂,HP耐药、药物因素、生活饮食习惯、环境因素和精神因素等,均可形成难治性消化性溃疡^[2]。根除幽门螺杆菌(HP)(如果阳性)治疗、强力抑酸治疗、停止服用非甾体类抗炎药可加快溃疡愈合^[1]。

难治性消化性溃疡属于中医学“胃脘痛”范畴,中药具有明显抗HP,提高免疫功能,改善胃黏膜微环境,增强组织修复能力的作用;中医药对HP耐药导致的难治性消化性溃疡的治疗具有其独特的优势,中药逐渐成为治疗难治性PU的重要选择手段之一^[3]。笔者在西医常规治疗的基础上加用胃复春片和复方田七胃痛片治疗难治性PU,临床疗效显著。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组80例患者来自2011年1月-2013年6月山西省忻州市人民医院门诊,采用入诊前后顺序分为对照组39和观察组41例。其中对照组男24例,女15例;年龄24~61岁,平均(44.6±9.2)岁;病程4~10年,平均(5.5±2.8)年;胃溃疡(GU)14例,十二指肠溃疡(DU)13例,(GU+DU)12例;碳-14尿素(¹⁴C)呼气试验检查HP阳性者27例。观察组男26例,女15例;年龄23~64岁,平均(45.3±10.7)岁;病程5~11年,平均(5.9±2.9)年;(GU)15例,(DU)14例,(GU+

DU)12例;¹⁴C呼气试验检查HP阳性者30例。两组年龄、性别、病程、胃镜检查及¹⁴C呼气试验检查等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 难治性消化性溃疡诊断标准 参照《实用内科学》^[4]制定,所有患者均经胃镜及病理证实,并经内科标准三联或四联治疗8周以上,溃疡仍难以愈合,或停止治疗后溃疡短期内复发。

1.2.2 脾胃虚弱兼胃络瘀阻辨证标准 参照“消化性溃疡中医诊疗共识意见(2009,深圳)”^[5]拟定:主证:胃脘隐痛或胀痛或刺痛,痛处较为固定,喜暖喜按。次症:空腹痛重,得食痛减;夜间痛甚;畏寒肢冷;倦怠乏力;泛吐清水;纳呆食少;便溏腹泻;口干不欲饮;可见呕血或黑便;舌质紫暗或有瘀点、瘀斑、脉涩。主证必备,次证3项以上可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合难治性消化性溃疡诊断标准,并经病理检查为良好者;②符合中医脾胃虚弱兼胃络瘀阻辨证者;③年龄18~65岁;④取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①无幽门梗阻及胃肠手术史;②促胃液素瘤患者;③特殊类型的溃疡如巨大溃疡、吻合口溃疡;④入组前2周内使用过H₂受体阻断剂、质子泵抑制、剂抗菌剂及铋剂者;⑤过敏体质或对多种药物过敏者;⑥合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者。

1.5 治疗方法 对照组服用雷贝拉唑钠肠溶片(成都迪康制药公司生产,批号20120511)20mg,早晚各服1次,疗程28d;胶体果胶铋胶囊(四川科伦药业股份有限公司,批号01127),150mg/次,3次/d,疗程28d;克拉霉素颗粒(天津红日药业股份有限公司,批号2012316),0.5g/次,3次/d,疗程

14 d;阿莫西林胶囊(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司,批号 2012237),0.5 g/次,3 次/d,疗程 14 d。疗程结束后以法莫替丁片(阿斯泰来制药有限公司,批号 20120316C),20 mg/次,1 次/d,维持治疗 4 周,疗程共 8 周。

观察组在对照组治疗的基础上加服胃复春片(杭州胡庆余堂药业有限公司,批号 120324),4 片/次,3 次/d 及复方田七胃痛片(桂林三金药业股份有限公司,批号 20120805),4 片/次,3 次/d。连续服用 8 周。中药与西医服用时间间隔 30 min。两组疗程均为 8 周。

1.6 观察指标

1.6.1 记录治疗前后主要症状评分^[6] 胃脘痛 0 分无;1 分时有疼痛,较轻,持续时间短,或注意时才感觉,每日疼痛在 1 h 以内;2 分疼痛尚可忍受,不影响工作,每日疼痛在 2 h 内;3 分疼痛剧烈,持续时间长,每日疼痛半日以上,影响工作和休息。脘腹胀满 0 分无;1 分脘腹稍有胀满,可自行缓解;2 分脘腹胀满明显,部分影响日常生活;3 分终日脘腹胀满,影响工作和休息,需对症治疗。呃逆暖气 0 分无;1 分偶有呃逆暖气;2 分时有呃逆暖气;3 分频频呃逆暖气。纳呆食少 0 分正常;1 分食欲减退,食量减少低于 1/3;2 分食欲差,食量减少在 1/3 以上;3 分无食欲,食量减少在 1/2 以上。倦怠乏力 0 分无;1 分肢体稍倦,可坚持轻体力工作;2 分肢体稍倦,可坚持轻体力活动;3 分全身无力,终日不愿活动。便溏 0 分无;1 分大便偶有溏便或每日 1 次便溏;2 分每日 2~3 次便溏;3 分每日 4 次以上便溏;畏寒肢冷 0 分无;1 分手足发冷;2 分四肢发冷;3 分全身发冷,得温不解。

1.6.2 溃疡病胃镜下分期^[6] 活动期(A 期)为发病的初期阶段,溃疡边缘炎症,水肿明显,组织修复尚未发生,包括 A₁ 期和 A₂ 期;愈合期(H 期)此期溃疡缩小,炎症消退,再生上皮及皱襞集中明显,包括 H₁ 期和 H₂ 期;疤痕期(S 期)此期溃疡已完全修复,为再生上皮覆盖,包括 S₁ 期和 S₂ 期。

1.6.3 组织学再生黏膜成熟度^[7] 优:绒毛或上皮完整,腺体数量多、结构形成较好,毛细血管较多,炎性细胞浸润少。良:绒毛矮小、粗糙或上皮完整性较差,腺体数量较少,结构紊乱,毛细血管较少,中度炎性细胞浸润。差:仅有几个新生上皮细胞,上皮完整性极差,绒毛和腺体结构无或少,毛细血管网少,大量炎性细胞浸润。

1.6.4 HP 清除率 对于治疗前碳-14 尿素(¹⁴C)

呼气试验 HP 阳性患者,治疗后胃镜下取活检胃黏膜标本做 HP 尿素酶试验和 Warthin-Starry 银染色,并计算 HP 清除率。

1.7 疗效标准

1.7.1 胃镜疗效判定标准^[6] 临床痊愈:溃疡完全消失,局部轻度充血,无明显水肿。显效:溃疡基本消失,仍有明显炎症,内镜下为 S₁,S₂ 期,疤痕周围黏膜充血。有效:溃疡面积缩小 50% 以上,内镜下 H₁,H₂ 期。无效:溃疡面积缩小不及 50%。

1.7.2 中医证候疗效^[5] 临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效:症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%。

1.8 统计学处理 数据分析采用 SPSS 17.0 统计分析软件,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 或 t' 检验,等级资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃镜疗效比较 观察组胃镜疗效有效率 95.1%,对照组 76.9%,观察组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组胃镜疗效比较

组别	例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	39	11	7	12	9	76.9
观察	41	16	13	10	2	95.1 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组中医证候疗效比较 观察组中医证候疗效有效率 95.1%,对照组 71.8%,观察组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组中医证候疗效比较

组别	例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	39	10	10	8	11	71.8
观察	41	20	12	7	2	95.1 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 治疗后两组胃镜下分期情况比较 治疗后观察组胃镜下分期比较,观察组愈合情况好于对照组($P < 0.05$),见表 3。

2.4 两组组织学再生黏膜成熟度比较 经卡方检验,治疗后观察组再生黏膜组织学成熟度评价优于对照组($P < 0.05$),见表 4。

2.5 两治疗前后主要症状评分比较 治疗后两组

表 3 治疗后两组胃镜下分期情况比较 例

组别	例数	时间	A 期		H 期		S 期	
			A ₁	A ₂	H ₁	H ₂	S ₁	S ₂
对照	39	治疗前	7	12	10	10	0	0
		治疗后	2	7	7	5	4	3
观察	41	治疗前	7	13	11	10	0	0
		治疗后	0	2	4	6	7	6

表 4 两组再生黏膜组织学成熟度比较

组别	例数	优/例	良/例	差/例
对照	39	12	17	10
观察	41	20	19	2

胃脘痛、脘腹胀满、纳呆食少等各症状评分均较治疗前下降,观察组各症状评分均低于对照组 ($P < 0.01$),见表 5。

表 5 两组治疗前后主要症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	胃脘痛	脘腹胀满	纳呆食少	便溏	倦怠乏力	畏寒肢冷	呃逆暖气	总分
对照	39	治疗前	2.18 ± 0.34	2.08 ± 0.33	1.85 ± 0.43	1.93 ± 0.35	1.75 ± 0.41	1.37 ± 0.48	1.91 ± 0.39	12.81 ± 2.69
		治疗后	0.65 ± 0.20 ¹⁾	0.68 ± 0.24 ¹⁾	0.58 ± 0.20 ¹⁾	0.76 ± 0.26 ¹⁾	0.59 ± 0.24 ¹⁾	0.53 ± 0.22 ¹⁾	0.73 ± 0.27 ¹⁾	4.05 ± 1.16 ¹⁾
观察	41	治疗前	2.24 ± 0.32	2.11 ± 0.37	1.83 ± 0.45	1.95 ± 0.36	1.73 ± 0.46	1.41 ± 0.47	2.02 ± 0.42	12.94 ± 2.73
		治疗后	0.24 ± 0.17 ^{1,2)}	0.21 ± 0.16 ^{1,2)}	0.25 ± 0.19 ^{1,2)}	0.25 ± 0.15 ^{1,2)}	0.16 ± 0.13 ^{1,2)}	0.19 ± 0.15 ^{1,2)}	0.25 ± 0.18 ^{1,2)}	1.36 ± 0.92 ^{1,2)}

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ 。

2.6 两组 HP 清除率比较 对照组治疗前 27 例 HP 阳性,治疗后 11 例 HP 阳性,根除率 59.26%;观察组治疗前 30 例 HP 阳性,治疗后 7 例 HP 阳性,根除率 76.67%,两组比较差异无统计学意义。

3 讨论

难治性消化性溃疡的机制复杂,仍然不完全清楚。HP 对抗生素的耐药已成为普遍现象,是导致出现难治性消化性溃疡的主要因素,65% 的难治性消化性溃疡均由不同程度的 HP 耐药所致^[2]。精神因素,社会竞争激烈、精神高度紧张以及一些应激因素可引起系列神经内分泌的变化,导致溃疡难以愈合^[8]。非甾体类抗炎药 (NSAID) 本身也是导致消化性溃疡的主要病因,中老年患者往往合并有心血管、风湿性等疾病而需要长年服用此类药物,无疑也是影响溃疡愈合和复发的因素^[1]。吸烟可增加消化性溃疡发病率、影响溃疡愈合、促进溃疡复发,吸烟也可降低 HP 根除率,同样的方案吸烟者的 HP 根除率相比不吸烟者低 10% ~ 20%^[2]。胃泌素瘤、胃窦 G 细胞增生和特发性高酸分泌等都是造成高胃酸分泌的原因。因此对难治性消化性溃疡应该认真分析可能的原因,尽量排除可能造成溃疡不愈合的因素。

传统西医治疗 PU 疗效显著,但频繁反复发作使大部分患者对单一西药治疗失去了信心,治疗的反应越来越差,系统综合疗法已成为难治性消化性溃疡患者治愈的关键,而其中中医药扮演着重要的作用^[9]。

中医认为,本病病位在胃,涉及肝脾两脏,脾胃

虚弱为本,脾虚不仅是溃疡发病与转归的关键,也是溃疡愈合与复发的关键。脾虚则气血生化乏源,机体抗病能力下降而易患病,或患病不愈;脾胃虚弱生湿化热,也可导致血瘀、食滞、痰饮等病理产物的产生^[2]。而溃疡日久,病情反复,久病入络,瘀血阻络,因此本病的病机以虚、瘀为特点,乃本虚标实之证。因此治疗上应注重健脾益气、活血止痛、化瘀生新^[10]。

胃复春片由红参、香茶菜、炒枳壳等组成,具有健脾益气、活血解毒之功,临床广泛用于慢性浅表性胃炎、萎缩性胃炎、功能性消化不良等病症的治疗。体外实验研究显示本品对 HP 有一定抑制作用^[11]。复方田七胃痛片由三七,延胡索(醋制),香附(醋制),吴茱萸(醋制),瓦楞子(煅),白矾(煅),甘草,白芍,白及,川楝子等组成,具有制酸止痛,理气化瘀,温中健脾之功。临床上用于治疗胃溃疡、十二指肠球部溃疡以及其他胃黏膜损伤性疾病的治疗。实验研究显示本品对提高溃疡大鼠胃黏膜愈合程度,对胃黏膜有一定的保护作用^[12]。

本组资料显示,对于难治性 PU,在常规 3 联疗法的基础,采用胃复春片和复方田七胃痛片进行干预,能促进溃疡愈合,提高溃疡质量,还能消除 PU 临床症状,提高了疾病和中医证候疗效,近期疗效显著,值得临床试用。但加用胃复春片和复方田七胃痛片能否提高 HP 根除率,降低远期复发率,因样本量偏小,随访时间短,本研究未能给予说明。

[参考文献]

[1] 刘文忠. 消化性溃疡—难治性或复发性溃疡的处理 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 3(16): 177.

葛根通脉饮下调 NF- κ B 表达干预动脉粥样硬化

呼海涛, 张妍, 沈晓君*, 孙洁, 王坦
(河南中医学院, 郑州 450046)

[摘要] 目的: 观察葛根通脉饮对动脉粥样硬化(AS)患者血清核转录因子(NF- κ B)水平的影响, 探讨其对 AS 的防治作用及相关机制。方法: 符合入选标准的 97 例患者随机分为对照组和葛根通脉饮组(治疗组), 对照组给予瑞舒伐他汀常规治疗, 治疗组在常规治疗的基础上加上葛根通脉饮每日 1 剂, 水煎服。8 周后全自动生化仪检测血浆总胆固醇(TC), 甘油三酯(TG), 高密度脂蛋白(HDL), 低密度脂蛋白(LDL), 载脂蛋白 A(ApoA), ApoB, 脂蛋白 a(Lpa); 酶联免疫吸附测定(ELISA)法检测外周血 NF- κ B 水平; 飞利浦 ie33 超声机检测颈动脉内膜中膜厚度(IMT)、颈动脉 AS 斑块积分。结果: 葛根通脉饮治疗后, 血清 TC, TG, LDL-C, ApoB, Lpa 水平降低, 血清 HDL 水平升高, 与治疗前比较, 差异显著($P < 0.05$, $P < 0.01$); 治疗组治疗后血清 TC, LDL-C, ApoB 显著降低, 与对照组比较差异显著($P < 0.05$), 提示联合使用葛根通脉饮改善血脂的疗效优于常规治疗。颈动脉内膜中膜厚度检测及斑块积分情况显示, 治疗组治疗后 AS 斑块明显消退, 与治疗前及对照组治疗后比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组 NF- κ B 表达明显减少, 与对照组相比差异显著($P < 0.01$)。结论: 葛根通脉饮能有效的调节血脂水平, 干预颈动脉 AS 斑块的发生发展, 下调 NF- κ B 水平是其抗 AS 作用机制之一。

[关键词] 葛根通脉饮; 动脉粥样硬化; 核转录因子

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)04-0179-04

[doi] 10.11653/syjf2014040179

[收稿日期] 20130403(004)

[基金项目] 河南省教育厅科学技术研究重点项目(13A310612); 河南省基础与前沿技术研究项目(072300450030); 郑州市科技创新团队(121PCXTD520)

[第一作者] 呼海涛, 副教授, 从事心血管疾病基础及临床研究

[通讯作者] * 沈晓君, 教授, 从事心血管疾病中医药防治研究, E-mail: shenxiaojun0628@163.com

- [2] 刘俊宏. 难治性消化性溃疡中西医结合治疗的要点[J]. 贵阳中医学院学报, 2012, 34(3): 177.
- [3] 刘维明, 黄丹青, 赵延春. 清幽益胃灵抗幽门螺杆菌阳性胃病的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2006, 12(1): 33.
- [4] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1866.
- [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)[J]. 中医杂志, 2010, (10): 941.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 151.
- [7] Pan S, Liao C H, Lien G S, et al. Histological maturity of healed duodenal ulcer and ulcer recurrence after treatment with colloidal bismuth subcitrate or cim etidine[J]. Gastroenterol, 1991, 101(5): 1187.
- [8] 李啸峰, 马琳, 边壮, 等. 全融合活性酶复合蜂胶治疗难治性消化性溃疡 23 例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2008, 16(5): 346.
- [9] 邵海忠. 中西医结合治疗难治性消化性溃疡的临床疗效观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(10): 2038.
- [10] 李毅, 张小萍. 张氏益胃汤治疗 Hp 相关性难治性消化性溃疡的临床研究[J]. 中医药导报, 2010, 16(11): 32.
- [11] 陈岩, 王杭勇, 严杰. 胃复春片对幽门螺杆菌抑制作用的实验研究[J]. 浙江临床医学, 2008, 10(7): 907.
- [12] 张学智, 李超波, 梁文郁, 等. 复方田七胃痛胶囊改善大鼠胃黏膜损伤的实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(12): 910.

[责任编辑 蔡仲德]