

连朴饮合半夏泻心汤加减治疗 脾胃湿热证慢性浅表性胃炎 55 例

李兴华^{1*}, 江玉², 郝小鹰¹

(1. 自贡市中医院, 四川 自贡 643000; 2. 泸州医学院附属中医院, 四川 泸州 646000)

[摘要] 目的:观察连朴饮合半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎(CSG)的临床疗效及对血清超氧化物歧化酶(SOD)影响。**方法:**110 例 CSG(脾胃湿热证)患者随机按数字法分为对照组和观察组各 55 例。对照组口服施维舒胶囊, 1 粒/次, 3 次/d。观察组采用连朴饮合半夏泻心汤加减, 1 剂/d, 常规水煎分 2 次服用, 两组疗程均为 8 周。进行治疗前后胃镜检查, 观察脾胃湿热证积分及幽门螺旋杆菌(HP)清除率, 并检测治疗前后血清 SOD 水平。**结果:**对照组内镜下胃黏膜疗效总有效率为 81.8%, 观察组为 96.4%, 观察组优于对照组($P < 0.05$); 对照组胃黏膜组织学疗效总有效率为 78.2%, 观察组为 96.4%, 观察组优于组($P < 0.01$); 治疗后观察组脾胃湿热证积分均明显降低, 并低于对照组($P < 0.01$); 对照组中医证候疗效总有效率 76.4%, 观察组为 98.2%, 观察组优于对照组($P < 0.01$); 治疗后观察组餐后饱胀不适、早饱和上腹部疼痛的总有效率分别为 91.1%、90.9% 和 90.4% 均优于对照组的 67.4%、64.3% 和 75.0% ($P < 0.01$); 对照组 HP 清除率 65.9%, 观察组清除率 80%, 差异无统计学意义; 治疗后观察组血清 SOD 水平明显上升, 并高于对照组($P < 0.01$); 对照组复发率 66.7%, 观察组复发率 39.4%, 观察组低于对照组($P < 0.05$)。**结论:**连朴饮合半夏泻心汤加减能明显减轻 CSG(脾胃湿热证)的临床症状, 临床疗效好, 并能杀灭 HP, 提高血清 SOD, 降低复发率, 值得临床使用。

[关键词] 慢性浅表性胃炎; 脾胃湿热证; 连朴饮; 半夏泻心汤; 临床疗效

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)15-0293-05

[doi] 10.11653/syfy2013150293

[收稿日期] 20130409(114)

[基金项目] 四川省教育厅项目(11ZB130)

[通讯作者] *李兴华, 主治医师, 从事中西医结合内科的临床工作, Tel:13568326629, E-mail:810952589@qq.com

活质量的提高。本组资料显示治疗组综合疗效达 96.15%, 明显优于对西医组。研究结果表明加味大柴胡治疗 OSAHS 临床疗效显著, 值得临床推广使用。

[参考文献]

[1] 李树华, 石洪金, 赵海涛, 等. 上呼吸道形态功能与阻塞性睡眠呼吸暂停综合征关系的病例对照研究[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(7):417.

[2] 中华医学会呼吸病学分会呼吸病学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案)[J]. 中华结核呼吸杂志, 2002, 25(4):195.

[3] 欧琼, 黄平, 郑勤伟, 等. 中老年人阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征白天嗜睡的临床表现[J]. 中华老年医学杂志, 2004, 23:482.

[4] 施运涛, 施红毅. 辨治睡眠呼吸暂停综合征 46 例疗效观察[J]. 安徽中医学院学报, 1998, 17(6):16.

[5] 孙济治. 有关鼾症及阻塞性睡眠呼吸暂停综合征疗效评定的意见[J]. 临床耳鼻喉科杂志, 1997, 11

(6):287.

[6] 孟毅, 郑伟锋, 刘望乐. 王松龄教授治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征经验[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(24):281.

[7] 沈莹莹, 王真. 试述阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的分型辨治[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(1):48.

[8] 秦玉玲, 王真. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的中医药治疗近况[J]. 河南中医学院学报, 2008, 23(6):245.

[9] 张葵, 张培琴, 陈星江, 等. 参茂补肺汤对慢性阻塞性肺疾病稳定期肺气虚证患者肺功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 17(1):231.

[10] 张华楷, 刘俊芳, 郭选贤. “半表半里证”用方用药配伍规律[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(4):285.

[11] 吕景山. 施今墨药对[M]. 3 版. 北京:人民军医出版社, 2008:158.

[12] 王本祥. 现代中药药理与临床[M]. 天津:天津科技翻译出版公司, 2004:74.

[责任编辑 蔡仲德]

Efficacy of Lianpu Drink Combined with Pinellia Ternate Soup for Removing the Stomach-Fire on Damp Heat Syndrome of Chronic Superficial Gastritis: Clinical Observation of 55 Cases

LI Xing-hua^{1*}, JIANG Yu², HAO Xiao-ying¹

(1. Zigong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zigong 643000, China;

2. Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine of Luzhou Medical College, Luzhou 646000, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of Lianpu drink combined with Pinellia ternate soup for removing the stomach-fire on damp heat syndrome of Chronic Superficial Gastritis (CSG) and its effect on serum superoxide dismutase (SOD). **Method:** One hundred and ten patients with CSG (chronic superficial gastritis) were divided into control group and observation group, 55 patients in each. The control group took Selbex capsules orally 3 times per day and 1 grain per time, while the observation group received Lianpu drink combined with Pinellia ternate soup for removing the stomach-fire 1 dose per day. The treatment courses were both 8 weeks. Stomachoscopy was given before and after the treatment, the score of the damp heat syndrome was assessed, the clearance rate of the Helicobacter Pylori (HP) was calculated, and the SOD levels in serum were detected. **Result:** the total effective rate of the gastric mucosa of the control group under the endoscope was 81.8%, which was significantly lower than that of the observation group (96.4%, $P < 0.05$). As for the total effective rate of the gastric mucosa histology, observation group was markedly higher than the control group, (96.4% vs 78.2%, $P < 0.01$). The total effective rate of the TCM syndrome of the control group was 76.4%, while that of the observation group was 98.2%, which is better than the control group ($P < 0.01$). the total effective rate of abdominal fullness, early fullness, and aching in the upper stomach after dinner of the observation group were 87.3%, 90.9% and 92.7% respectively, all better than those of the control group, which were 65.5%, 67.3% and 69.1% ($P < 0.01$). The HP clearance rate of the control group was 65.9%, while that of the observation group was 80%, and the difference was of no statistical significance. The SOD level in serum of the observation group after treatment increased significantly, and was higher than that of the control group (66.7% vs 39.4%, $P < 0.01$). **Conclusion:** Lianpu drink combined with Pinellia ternate soup for removing the stomach-fire can significantly relieves the clinical symptoms of CSG and the effect is favorable. Meanwhile it can kill HP and increase the SOD level in serum, and reduce the recurrence rate. Therefore, it is worth to be widely used clinically.

[Key words] chronic superficial gastritis; damp heat syndrome; lianpu drink; pinellia ternate soup for removing the stomach-fire; clinical effect

慢性浅表性胃炎(CSG)是由多种致病因素引起胃黏膜的慢性炎症性病,是消化系统的常见病,多发病,约占接受胃镜检查病人的90%。幽门螺杆菌(HP)感染是其主要原因,数据显示80%~95%的慢性活动性胃炎患者胃黏膜中有Hp感染^[1]。但迄今对CSG发生的机制尚未完全明确,现代医学仍无特效药物,多为对症治疗,如抑制幽门螺杆菌感染,保护胃黏膜,减少胃酸分泌,促进胃肠蠕动等,但本病病程较长,需长期服药,西药不同程度的存在毒副作用,且易产生耐药性^[2-3]。近来中医对病进行了

广泛的研究,取得了较好的临床疗效,成为中医药治疗的优势病种之一^[4]。笔者以连朴饮合半夏泻心汤加减治疗CSG(脾胃湿热证)取得了较好的临床疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 110例患者均来源于2011年2月-2012年12月自贡市中医院和泸州医学院附属医院,随机按数字法分为观察组和对照组各55例。对照组男30例,女25例;年龄20~60岁,平均(49.5±10.7)岁;病程1~15年,平均(6.1±3.5)

年;HP 阳性 44 例。观察组男 32 例,女 23 例;年龄 22~61 岁,平均(50.1±10.5)岁;病程 1~14 年,平均(6.2±3.8)年;Hp 阳性 45 例。两组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 内镜诊断标准 参照 2003 年中华消化内镜学会大连会议慢性胃炎内镜分型分级标准及治疗的试行意见^[5],浅表性胃炎内镜诊断标准:胃黏膜红斑(点、片状、条状),胃黏膜粗糙不平,出血点/斑;分级标准:I 级:分散或间断线状;II 级:密集斑点或连续线状;III 级:广泛融合。

1.2.2 病理诊断标准 参照 2006 年中华医学会消化病分会上海会议慢性胃炎研讨会共识意见^[6],胃黏膜固有层间质内炎细胞 > 100 个/高倍视野和(或)病理性淋巴滤泡形成。伴有中性粒细胞浸润者为慢性期,同时有多形核细胞浸润者为急性活动期,细胞浸润不明显者为静止期;被覆上皮和(或)腺上皮变性坏死,严重者可伴有糜烂形成和(或)腺体崩解。

1.2.3 HP 诊断方法 参照 2003 年安徽桐城幽门螺杆菌共识意见^[7],本研究采用¹⁴C-尿素呼气试验。

1.2.4 脾胃湿热证辨证标准^[4] 主症:胃脘疼痛;胃脘胀满,纳呆;次症:胃脘灼热,大便溏,口苦,口臭,渴不欲饮,尿黄;舌象脉象:舌质红,边尖深红,苔黄厚或腻,脉弦滑或滑数。具有主症 2 项,或具备主症 1 项及次症 2 项,结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合上述内镜西医诊断标准;②属中、重度慢性活动性 CSG 者;③符合脾胃湿热证辨证标准者;④年龄在 18~65 岁者;⑤取得知情同意者。

1.4 排除标准 ①合并有胃、十二指肠溃疡,胃黏膜有重度异型增生或病理诊断疑有恶变者;②妊娠和准备妊娠的妇女,哺乳期妇女;③恶性肿瘤患者,合并有心、脑血管、肝、肾、造血系统等原发性疾患,精神病患者;④合并中医明显兼证者。

1.5 治疗方法 对照组采用施维舒胶囊(卫材株式会社川岛工厂,批号 0542C17),1 粒/次,3 次/d。观察组采用连朴饮合半夏泻心汤加减,组成:姜厚朴 12 g,姜黄连 6 g,石菖蒲 12 g,姜半夏 12 g,炒栀子 10 g,芦根 10 g,黄芩 10 g,干姜 10 g,大枣 6 枚,甘草 10 g,陈皮 15 g,广藿香 15 g,茵陈 15 g,姜黄 10 g,延胡索 12 g。按症状变化加减:热盛加蒲公英 15 g,白花蛇舌草 20 g;有肝郁表现加柴胡 12 g,白芍 15 g,枳壳 12 g 以疏肝解郁;疼痛甚加蒲黄 10 g,^(醋制)五灵

脂 10 g 以活血化瘀;胀满明显加砂仁 6 g^(后下),焦山楂 15 g^(醋制)以消食积。常规水煎分 2 次服用。两组疗程均为 8 周。对内镜下痊愈者于进行 3 个月随访。

1.6 观察指标

1.6.1 内镜下胃膜观察及病理检查 治疗前后各 1 次。

1.6.2 中医症状、体征^[8]评分 治疗前后各 1 次。

①胃脘疼痛:无:0 分;轻度:2 分 轻微胃脘痛,时作时止,不影响工作和休息;中度:4 分 胃脘痛可忍,发作频繁,影响工作和休息;重度:6 分 胃脘痛难忍,持续不止,常需服用止痛药。②胃脘胀满:无:0 分;轻度:2 分 偶有胃脘胀满;中度:4 分 胃脘胀满,每日 < 6 h;重度:6 分 胃脘持续胀满,影响工作和休息。③纳呆:无:0 分 轻度:2 分 食欲较差,饭量减少 1/2 以下;中度:4 分 食欲差,饭量减少 1/2~2/3;重度:6 分 无食欲,饭量减少 2/3 以上。④胃脘灼热:无:0 分;轻度:1 分 胃脘灼热较轻,每日 < 4 h;中度:2 分 胃脘灼热较重,每日 > 4 h;重度:3 分 胃脘持续灼热,影响工作和休息。⑤口苦、口臭:无:0 分;轻度:1 分 偶有口苦;中度:2 分 经常口苦口臭;重度:3 分 持续口苦、口臭。⑥渴不欲饮:无:0 分;轻度:1 分 偶有口干而不欲饮;中度:2 分 饮水后胃部不适;重度:3 分 饮水后胃中振水声。⑦大便溏:无:0 分;轻度:1 分 大便稀,每日 < 3 次;中度:2 分 大便稀,每日 3~4 次;重度:3 分 大便溏薄,每日 > 4 次。尿黄:无:0 分。

1.6.3 幽门螺旋杆菌检查 ¹⁴C-尿素呼气试验,治疗前后各 1 次。

1.6.4 血清超氧化物歧化酶(SOD)含量测定 采用黄嘌呤氧化酶法测定 SOD 活性,治疗前后各检测 1 次,试剂由上海酶联生物科技提供。

1.7 疗效标准

1.7.1 内镜下胃黏膜疗效评定^[9] 分别对内镜下红斑、糜烂、出血和胆汁反流的情况加以统计,计算各单个镜下表现的改善等级及总积分改善程度。痊愈:胃黏膜正常;显效:胃黏膜病变积分减少 2 级以上;有效:胃黏膜病变积分减少 1 级;无效:胃黏膜病变无改变或加重。

1.7.2 胃黏膜组织学疗效评定^[9] 分别对病理状态下慢性炎症、活动性和肠上皮化生的情况加以统计,计算各单个病理表现的改善等级及总积分改善程度。痊愈:胃黏膜病理无明显异常;显效:胃黏膜病理积分减少 2 级;有效:胃黏膜病理积分减少 1

级;无效:胃黏膜炎症程度无改变或加重。

1.7.3 主要症状疗效评价标准^[4] 主要症状(餐后饱胀不适、早饱感、上腹部疼痛)的记录与评价。按公式计算症状改善率。痊愈:症状消失;显效:症状改善率 $\geq 80\%$;进步: $\geq 50\%$ 但 $< 80\%$;无效: $< 50\%$ 。恶化:症状改善率负值。痊愈和显效病例数计算总有效率。

$$\text{症状改善率} = (\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分} \times 100\%$$

1.7.4 中医证候疗效评定标准^[8] 临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$ 。显效:主要症状、体征明显改善,70% \leq 疗效指数 $< 95\%$ 。有效:主要症状、体征明显好转,30% \leq 疗效指数 $< 70\%$ 。无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。

1.8 统计学处理 采用 SPSS 15.0 统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 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 两组内镜下胃黏膜疗效比较 对照组内镜下胃黏膜疗效总有效率为 81.8%,观察组为 96.4%,两组比较差异显著($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组内镜下胃黏膜疗效比较($n = 55$)

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	24	11	10	10	81.8
观察	33	12	8	2	96.4 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组胃黏膜组织学疗效比较 对照组胃黏膜组织学疗效总有效率为 78.2%,观察组为 96.4%,两组比较差异显著($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组胃黏膜组织学疗效比较($n = 55$)

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	22	14	7	12	78.2
观察	27	18	8	2	96.4 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ (表 3 同)。

2.3 两组中医证候疗效比较 对照组中医证候疗效总有效率 76.4%,观察组 98.2%,两组比较差异显著($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组中医证候疗效比较($n = 55$)

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	25	10	7	13	76.4
观察	36	12	6	1	98.2 ¹⁾

2.4 两组主要症状疗效比较 治疗后对照组餐后饱胀不适、早饱感和上腹部疼痛的总有效率分别为 67.4%、64.3%和 75.0%,均低于观察组的 91.1%、90.9%和 90.4% ($P < 0.05, P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组主要症状疗效比较

项目	组别	例数	痊愈/例	显效/例	进步/例	无效/例	恶化/例	总有效率/%
餐后饱胀不适	对照	46	22	9	12	2	1	67.4
	观察	45	29	12	4	0	0	91.1 ²⁾
早饱感	对照	42	19	8	12	3	0	64.3
	观察	44	25	15	4	0	0	90.9 ²⁾
上腹部疼痛	对照	52	26	13	10	2	1	75.0
	观察	52	34	13	5	0	0	90.4 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05, ^{2)} P < 0.01$ 。

2.5 两组治疗前后血清 SOD 活性及脾胃湿热证积分比较 治疗后两组血清 SOD 水平均明显上升,治疗后观察组高于对照组,差异显著($P < 0.01$),见表 5。治疗后两组脾胃湿热证积分均明显降低,观察组低于对照组,差异显著($P < 0.01$),见表 5。

表 5 两组治疗前后血清 SOD 活性及脾胃湿热证积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	SOD/U·mL ⁻¹	脾胃湿热证积分/分
对照	55	治疗前	0.81 \pm 0.64	21.4 \pm 5.6
		治疗后	1.22 \pm 0.75 ¹⁾	8.6 \pm 4.2 ¹⁾
观察	55	治疗前	0.83 \pm 0.62	21.7 \pm 5.5
		治疗后	1.82 \pm 0.75 ^{1,2)}	2.5 \pm 2.8 ^{1,2)}

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组比较²⁾ $P < 0.01$ 。

2.6 两组 HP 清除率比较 对照组治疗前阳性 44 例,治疗后 15 例,清除率 65.9%;观察组治疗前阳性 45 例,治疗后 9 例,清除率 80%,两组比较差异无显著性。

2.7 两组复发率比较 对照组痊愈 24 例,随访 3 个月后复发 16 例,复发率 66.7%;观察组痊愈 33 例,随访 3 个月后复发 13 例,复发率 39.4%,两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

3 讨论

慢性浅表性胃炎属中医“胃脘痛”、“痞满”等范畴。现代中医多认为本病发生主要与饮食、情志因素、感受邪气、禀赋不足等有关。饮食不洁(节)是导致本病的主要原因,湿邪、热邪随口入,侵犯脾胃,运化失职,纳降受碍,气机不畅,胃失和降致痞满、疼痛、呕吐等症。脾胃禀赋不足,或长期饮食不节,或年老体衰,脾胃虚弱,运化失司,无以运转气机、水湿,致气滞、湿阻、血瘀,胃失和降,故作痞满、疼

痛^[4,10]。本病位在胃,与肝、脾两脏关系密切。《素问·阴阳应象大论》云:“其在天为湿,在地为土,在藏为脾”。《病能论》云:“人病胃脘痛者,……则热聚于胃口而不行,故胃脘为痛也”。《兰室秘藏》云:“亦有膏粱之人,湿热郁于内而成胀满者……”。叶天士曰:“外邪入里,里湿为合,在阳旺之躯,胃湿恒多;在阴盛之体,脾湿亦不少,然其化热则一”。并指出湿热侵犯人体的病变重心在中焦脾胃,如“湿伤脾胃”、“湿郁脾胃之阳”等。可见湿邪、热邪与脾、胃病密切相关。

CSG 脾胃湿热证是一个常见证型,在消化系统中占有重要的地位,有研究显示占 CSG 临床常见证型的 55%^[11],当然可能不同地域其所占比例不同。笔者地处川南长江流域,气候多湿、多热,居民喜食辛辣之品,且随着生活水平的提高,烟、酒、饮料的消费量不断增加,因此易内生水湿,气候、地理及饮食的因素导致了本地区脾胃湿热证居多。在治疗上《素问·宣明五气论》指出“脾苦湿,急食苦以燥之……湿淫所胜,平以苦热,佐以酸辛,以苦燥之,以淡泄之”。对胃脘痛的治疗,朱丹溪也云“若中焦湿热久而痛,乃热势甚盛,亦黄连用姜汁炒”。温病名家薛生白则指出“分解湿热,不使相合”为原则。可见对于脾胃湿热证清热、化湿、理气为本病的基本治法。

连朴饮具有清热化湿,理气和中,出自王士雄《霍乱论》,本为湿热蕴脾之霍乱,上吐下泻而设,原方重用芦根,取其味甘性寒,生津、清热、止呕除烦。现代医家多司其法,从湿热并重,郁阻中焦这一基本病机出发,将该方加减广泛应用于多种杂病^[12]。半夏泻心汤具有辛开苦降、和胃消痞之功效,为《伤寒论》用治伤寒误下寒热错杂之痞症名方,其症“心下痞,但满而不痛,或呕吐,肠鸣下利,舌苔腻而微黄”,与 CSG 极其相似。因此笔者以二方化裁化加减治疗 CSG 脾胃湿热证。本组资料显示,其胃镜疗效、病理检查疗效及中医证候疗效均明显优于对照组,并能显著降低脾胃湿热证候积分,其主要症状餐后饱胀不适、早饱和上腹部疼痛的改善也明显优于对照组。

SOD 是自由基的清除防御系统最重要的标志

酶之一,是胃黏膜细胞的保护因子,慢性胃炎患者胃黏膜组织中的 SOD 活力降低已被公认^[2,13]。本组资料显示,经连朴饮合半夏泻心汤加减治疗后,患者血清 SOD 含量明显增加,从而有效发挥其抗氧化清除自由基的作用,保护胃黏膜,这可能是其重要作用机制。

[参考文献]

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2006, 11(11): 674.
- [2] 易展, 刘密, 常小荣, 等. 不同隔姜灸治时间对慢性浅表性胃炎脾胃虚寒证患者血清中 SOD 和 MDA 的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(23): 301.
- [3] 王玉桦, 方显明. 中医药治疗慢性胃炎的临床研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(6): 550.
- [4] 张声生, 李乾构, 黄穗平, 等. 慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(3): 207.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 现代实用医学, 2004, 16(4): 245.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见—全国第二届慢性胃炎共识会议(2006 年上海)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2007, 12(1): 55.
- [7] 张万岱, 萧树东, 胡伏莲, 等. 幽门螺杆菌若干问题的共识意见[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(2): 126.
- [8] 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: 205.
- [9] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 21.
- [10] 厉兰娜, 王翠莲, 张义平, 等. 胃复春片治疗慢性浅表性胃炎的临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2007, 13(5): 55.
- [11] 劳绍贤, 周正, 林文良, 等. 建立慢性浅表性胃炎脾胃湿热证诊断标准的探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2004, 21(5): 365.
- [12] 宋素花. 王氏连朴饮的临床研究概况[J]. 福建中医药, 2002, 33(2): 45.
- [13] 刘卫红, 李萍, 张蕾, 等. 慢性浅表性胃炎中医证型与胃黏膜保护因子的相关性分析[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(2): 285.

[责任编辑 蔡仲德]