

胃溃疡的中西医研究进展概况

郝珍珍¹, 郑丽红^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第四医院消化内科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年11月11日; 录用日期: 2024年12月6日; 发布日期: 2024年12月12日

摘要

胃溃疡是指发生在胃肠粘膜的炎性缺损疾病, 通常与胃粘膜的防御作用及损伤作用失衡有关, 男性多于女性, 西医治疗通常采用含铋剂的四联疗法。中医上属于“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”等, 属于虚实夹杂证, 以脾胃虚弱为本, 湿邪瘀血等为标, 各个医家目前对胃溃疡的中医治疗持不同观点, 本文就胃溃疡的中西医研究进展大致进行概述。

关键词

胃溃疡, 中医药治疗, 进展

Overview of the Progress in Traditional Chinese and Western Medicine Research on Gastric Ulcers

Zhenzhen Hao¹, Lihong Zheng^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gastroenterology, The Fourth Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Nov. 11th, 2024; accepted: Dec. 6th, 2024; published: Dec. 12th, 2024

Abstract

Gastric ulcer refers to an inflammatory defect disease that occurs in the gastrointestinal mucosa, usually related to the imbalance of the defensive and damaging effects of the gastric mucosa. It is more common in males than females, and Western medicine treatment usually uses quadruple

*通讯作者。

文章引用: 郝珍珍, 郑丽红. 胃溃疡的中西医研究进展概况[J]. 临床个性化医学, 2024, 3(4): 1561-1567.

DOI: 10.12677/jcpm.2024.34224

therapy containing bismuth agents. In traditional Chinese medicine, it belongs to the category of "epigastric pain", "fullness", "noise", etc. It belongs to the mixed syndrome of deficiency and excess, with spleen and stomach weakness as the basis and dampness and blood stasis as the criteria. Currently, various medical practitioners hold different views on the traditional Chinese medicine treatment of gastric ulcers. This article provides a general overview of the research progress of traditional Chinese and Western medicine on gastric ulcers.

Keywords

Gastric Ulcer, Traditional Chinese Medicine Treatment, Progress

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 胃溃疡的西医研究进展

1.1. 概念以及流行病学

胃溃疡是一种发生于人类胃部的胃黏膜损伤性疾病, 病变可累及黏膜层、黏膜下层、肌层和浆膜层, 是人类消化系统的常见病, 一般与胃液消化与胃蛋白酶的功能密切相关, 常见的发病部位是胃窦和胃角。临床上表现为慢性、周期性、节律性的上腹部疼痛, 并伴有暖气、恶心、呕吐等表现, 严重时可有呕血和黑便, 部分患者有进展为胃癌的风险[1], 严重威胁着患者的身体健康。全世界约有 4%~5% 的人群患有消化性溃疡[2], 其中西方国家人群的胃溃疡患病率约为 2.4% [3]。虽然本病的发病率男性高于女性, 但是中老年人群为主要的发病人群。

1.2. 发病因素

胃溃疡的发病因素和发病机制是多因素的, 其发病机制主要是胃黏膜的损伤及修复防御不足两个方面, 具体主要概括为以下几个方面:

(1) 胃酸与胃蛋白酶

胃酸是胃液的主要成分之一, 胃蛋白酶在未激活前, 通常是以无活性的胃蛋白酶原形式存在于胃液中[4]。胃酸可以激活胃蛋白酶原, 使之转变为具有生物活性的胃蛋白酶, 同时为胃蛋白酶发挥作用提供适宜的外界环境[5]。在消化食物的过程中, 胃酸分泌增多, 胃蛋白酶增多且活性增强, 胃黏膜有损伤而发生溃疡的危险, 或者细胞分泌的黏液不足, 则黏膜就可能被盐酸和胃蛋白酶侵袭, 严重时累及肌层引起溃疡[6]。

(2) 幽门螺杆菌

幽门螺杆菌是一种革兰氏阴性菌, 是导致胃溃疡疾病的主要诱因, 作为世界上最常见的细菌之一, 全世界约有 44 亿人感染幽门螺杆菌, 1983~2019 年之间, 我国居民幽门螺杆菌感染率约为 44.2% [7]。其发病机制为 Hp 会促进胃酸分泌, 损伤胃壁细胞, 同时 Hp 可直接刺激胃窦黏膜细胞产生炎症反应[8]。

(3) 药物

长期服用非甾体类药物、激素类药物以及某些抗生素等药品均可导致胃溃疡[9], 其中最为常见的是非甾体类抗炎药物, 如水杨酸盐、乙酰氨基酚、布洛芬、贝诺酯、保泰松、吲哚美辛等, 致病的机制与以下几个因素有关: (1) 这类药多呈现弱酸性, 可以增加细胞内的解离度, 产生大量干扰细胞代谢及破坏胃

壁细胞的物质, 导致细胞的损伤。(2) 炎性递质的作用, 药物释放的白三烯与组胺能损伤胃黏膜细胞[10]。(3) 损伤胃黏膜的屏障, 影响上皮细胞组织的修复作用。(4) 抑制环氧化酶的活性而抑制花生四烯酸, PG 的生成减少, 胃内的 pH 降低, 从而减弱了胃黏膜的保护作用。(5) 通过影响胃黏膜细胞的能量代谢来诱导细胞的凋亡[11]。

(4) 其他

大量饮酒、长期吸烟、应激等是胃溃疡的常见诱因, 吸烟吸入尼古丁等可损伤胃粘膜导致胃粘膜缺血、水肿, 同时煤焦油等有害物质可损害部分胃粘膜上皮细胞, 从而导致粘膜保护作用下降[12]。饮食不规律时胃酸消化胃粘膜从而导致胃部黏膜损伤。心理因素如焦虑、抑郁等, 潜在的疾病如结核、单纯疱疹病毒感染等均有可能导致胃溃疡的发生[13]。

1.3. 治疗

胃溃疡治疗的目标是: 去除诱因, 控制症状, 促进溃疡愈合, 预防复发和避免并发症。

(1) 一般治疗

适当休息, 劳逸结合, 减轻精神压力, 养成良好的饮食习惯; 戒烟、戒酒、少饮浓咖啡、浓茶等; 停止服用非甾体类抗炎药、对胃部有刺激引起恶心、呕吐的药物, 若是非常有必要服用, 建议和食物一起或者餐后服用, 或者谨遵医嘱服用保护胃粘膜的药物。

(2) 药物治疗

抑制胃酸分泌、保护胃黏膜, 根治 Hp 是治疗胃溃疡的关键。抑制胃酸分泌常用的药物是 H₂ 受体拮抗剂、质子泵抑制剂, H₂ 受体拮抗剂的原理是 H₂ 受体拮抗剂可以竞争性作用于胃壁细胞上的 H₂ 受体从而抑制组胺的分泌, 抑制胃酸分泌[14]。常见药物有法莫替丁、尼扎替丁、雷尼替丁等。质子泵抑制剂又称氢-钾腺苷三磷酸酶抑制剂, 可以特异性作用于胃壁细胞的 H⁺-K⁺-ATP 酶抑制胃酸分泌[15], 常见的药物包括奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑等。保护胃粘膜药物分为铋剂及弱碱性抗酸药, 铋剂是一种在胃液中呈胶体状弥漫性覆盖于溃疡表面的黏膜保护剂, 可减少胃酸、食物等对胃部细胞的侵袭。但服用后易导致黑便、黑舌苔, 故临床上较少单独使用[16]。弱碱性抗酸药包括硫酸镁、硫酸铝、氢氧化铝凝胶等药物, 这些药物一方面可以中和胃酸, 减轻溃疡症状, 另一方面这类药物可以沉淀在溃疡表面, 促进 PG 合成, 刺激胃壁细胞分泌碳酸氢根及黏液保护胃粘膜[17]。根治 Hp 感染指南和共识常推荐含铋剂西药四联疗法治疗[18], 一般至少服药 2 周。

(3) 手术治疗

胃溃疡的手术治疗主要包括内镜治疗以及外科手术治疗。胃溃疡病人出现出血情况时, 可采用内镜下治疗, 采用消化内镜时, 视野清晰明亮, 易于找到出血点, 可通过在出血点周围注射肾上腺素收缩血管止血, 或者采用电凝止血[19]。当胃溃疡合并穿孔等严重的并发症时, 可采用外科手术治疗, 临床上多采用腹腔镜手术, 一方面可迅速治愈病灶, 快速缓解患者症状, 减少并发症; 另一方面优势高, 可在临床进行推广[20]。

2. 胃溃疡的中医研究进展

2.1. 中医病名的认识

胃溃疡属于西医病名, 根据其临床症状, 祖国医学将其称为“胃脘痛”、“痞满”“嘈杂”“反酸”等范畴。关于胃溃疡最早可追溯到殷商时期出土的甲骨文: “癸酉卜, 争贞王腹不安”; 汉代墓马王堆出土的《阴阳十一脉灸经》中提到“臂巨阴脉……其所产病: 胸痛、脘痛”。《内经》对胃脘痛与心痛的区别并不明确, 导致后世医家对胃脘痛及心痛两病病名的认识并不清晰, 直至汉代, 张仲景在《内经》的

基础上,明确地指出了“胃脘当心而痛”的概念,明确了其部位在“心下”,将胃脘痛与心痛进行了明确区分[21]。

2.2. 中医病因病机

2.2.1. 古代医家的认识

从中医角度来看,本病多是由外感六淫、饮食所伤、七情刺激、脾胃虚弱所致,胃溃疡的基本病机较为复杂多变,大致分为不通则痛、不荣则痛。脾主升清,胃主和降,脾胃受损,气机阻滞,失于通降,则不通则痛;素体脾胃虚弱,气血生化乏源,致络脉失养,则不荣则痛。慢性溃疡,病程绵长,病情反复,“久病必虚”,故本病常寒热错杂、虚实相间。

(1) 外感六淫

风、寒、暑、湿、燥浊、火等邪气,均是导致胃溃疡的邪气,其中最为常见的为寒邪,寒性凝滞收引,易损伤脉络,造成气血不通,不通则痛,发为胃病[22]。

(2) 饮食所伤

“饮食自倍,肠胃乃伤”,饮食不节、饮食不洁、宿食内停可致脾胃气机失调,胃失和降发为胃痛;过食肥甘厚腻则湿热内生,脾胃气机郁滞;过食生冷则脾阳受损,运化失常,气血凝滞,发为胃痛[23]。

(3) 七情刺激

祖国医学向来认为人的生命活动与五脏六腑、气血津液及精神情志等有着密切关系,强调“形神合一”。朱丹溪亦曰:“人生诸疾,皆生于郁”。情志不畅,肝失调达,肝气横逆犯胃,致脾胃气机失常导致胃脘痛。土虚木旺、木乘土位、肝脾失调、肝胃不和的关系存在于本病的发生、发展过程中[24]。

(4) 脾胃虚弱

脾胃虚弱是胃溃疡的内因,脾主升清,运化水谷,胃主通降,受纳、腐熟水谷及降泄浊气,素体脾胃虚弱,气血生化无源,脉络失于濡养,则导致胃痛,为病之根本[25]。

2.2.2. 现代医家对病因病机的认识

国医大师徐景蕃认为胃溃疡的病机关键在于脾胃虚弱、胃气失调、肝脾相关,湿邪为患、病易缠绵,久病入络、瘀血成疴。脾胃虚弱,胃络失养,不荣则痛,发为胃脘痛。土虚木乘,肝气犯胃,胃失和降,不通则痛。脾为阳土,喜润恶燥,湿性重浊黏腻,困于脾胃,发为胃脘痛,而疼痛日久难愈的原因是瘀血[26]。

国医大师伍炳彩认为胃溃疡病机错综复杂,从临床角度分析,单纯热证或者单纯寒证病人已不多见,大多数病人是属于虚实错杂、寒热错杂,以脾胃虚寒,阳气不舒为本,湿热瘀毒为标,胃溃疡的发病是脾胃虚弱,饮食不节,情志不畅,外邪犯胃等多种因素共同作用的结果[27]。

全国名中医张小萍认为临床上胃溃疡患者多为虚实夹杂证,“虚”“郁”“湿”“瘀”互为因果共同导致了胃溃疡的发生,虚是胃溃疡的发病基础;情志郁结是大多数胃溃疡患者的重要临床表现;湿邪则是人体水液代谢紊乱下化生的病理性产物,是胃溃疡发生、发展的重要因素;脾胃为后天之本,为气血化生之源,脾胃为病者必气血不和,易生瘀血[28]。

综上所述,大多数中医学者认为胃溃疡属于虚实错杂证,脾胃虚弱是关键病机,此为本病之本;湿邪、瘀血为本病之标,病位在胃,与肝、脾密切相关,疾病的发生大多与脾胃、饮食、情志、外邪等因素所导致的不通则痛、不荣则痛相关。

2.3. 辨证论治

胃溃疡反复发作难以痊愈,与素体先天不足以及后天脾胃虚弱关系密切,依据《中医临床病症诊断

疗效标准》结合胃溃疡的临床表现将其分为以下五种类型：脾胃虚寒型、肝胃不和型、胃阴亏虚型、肝胃郁热型、瘀血阻络型。分别推荐使用黄芪建中汤合良附丸温中补虚缓急止痛；柴胡疏肝散疏肝理气、行气止痛；麦门冬汤清养胃阴、降逆下气；丹栀逍遥散清泻郁热、理气止痛；金铃子散和失笑散活血化瘀、补气养肝[29]。

国医大师周学文教授根据胃溃疡“红、肿、热、痛”病理形态表现称胃溃疡为“内痛”，创新性提出了胃溃疡为“毒热的”病因病机学说，倡导临床上“以痛论治”胃溃疡，认为“毒热蕴胃证”为基本证候，以“清热解毒、化腐生肌”为基本治疗原则，并在胃溃疡的治疗中加入了将中医外科常用的“托”“补”“消”三法，并且在临床上取得了不错的疗效[30]。

郝斌教授从中医学整体观念出发，将辩证论治与整体观念相结合，提出了从病灶与环境的辩证关系论治胃溃疡的核心观念。分别从脾、肝、脾、肾论治溃疡与环境辩证，溃疡发生的环境内涵是机体内各脏腑气机相互作用的直接结果，气机辨证不仅反映了病灶的气场环境，而且可以指导五脏六腑与胃肠的传变关系，从病灶与环境的关系辨证对于治疗消化性溃疡具有着重大意义[31]。

2.4. 中医治疗

2.4.1. 中医经典方治疗

祖国医学治疗胃溃疡已有上千年历史，因为其辩证论治、从整体观出发的特点，对于治疗胃溃疡具有极大的优势和特色。王蓓蓓[32]等探究黄芪建中汤加减方联合四联疗法对幽门螺杆菌阳性胃溃疡患者的影响中一文表明，在原四联疗法基础上加入黄芪建中汤加减方对胃溃疡患者胃脘痛、反酸、嗝气等临床症状具有明显的改善作用，具有减轻毒性、增加疗效的作用。王增增[33]等观察甘草泻心汤治疗幽门螺杆菌(Hp)相关性胃溃疡的临床效果显示，溃疡面积减少、中医证候评分观察组优于对照组($P < 0.05$)，观察组Hp根除率、6个月复发率优于对照组($P < 0.05$)，观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)，说明甘草泻心汤治疗溃疡具有较好的疗效，有助于提高幽门螺杆菌相关性胃溃疡Hp清除效果。王永成[34]等探究半夏泻心汤加减治疗胃溃疡的临床效果，将115例胃溃疡患者随机分为观察组(57例)和对照组(58例)，对照组使用以奥美拉唑为主的三联法进行治疗，观察组在对照组基础上配合服用半夏泻心汤加减治疗，对两组治疗后的结果比较发现，半夏泻心汤加减联合以奥美拉唑为主的三联法对胃溃疡治疗具有明显促进作用，有利于患者的康复。

2.4.2. 中成药治疗

近年来，随着中医的不断改良与传承，中医学也进入了百家争鸣的发展阶段，全国各地中医学大家对胃溃疡的治疗有不同的意见与用药。严皓哲[35]等治疗老年人胃溃疡时，加用复方猴头颗粒，其主要成分具有和胃制酸的作用，临床可用于改善胃溃疡等疾病所引起的胃脘疼痛、嗝气等症状，且安全性较高。胃康灵胶囊是一种中成药，由三七、延胡索、白芍、颠茄浸膏、茯苓、白及、甘草、海螵蛸等制成，具有柔肝和胃、缓急止痛的作用，不仅可以有效降低机体促炎因子表达的水平，而且还可改善机体胃肠激素水平和改善胃溃疡的临床症状[36]。两和镇痛饮中药配方颗粒治疗肝胃不和型胃溃疡取得了显著疗效，各项临床症状都有明显改善[37]。王翔临床上应用香砂养胃丸治疗胃溃疡发现，香砂养胃丸可调理脾胃、散寒止痛，具有提升了胃溃疡治疗效果的作用，可明显改善患者的消化道功能和以及上腹部疼痛、恶心嗝气和反酸等症状[38]。

2.4.3. 其他治疗

祖国医学博大精深，治病方式多种多样，景春华[39]等研究雷火灸配合药物治疗脾胃虚寒型胃溃疡发现，雷火灸配合药物治疗的疗效高于单纯型药物治疗，选取中脘、神阙、关元、脾俞、足三里等穴位共奏

补益阳气之效用, 同时雷火灸药效迅猛, 具有温通作用, 可加快血液循环, 改善溃疡局部血液循环, 使因局部缺血引起的疼痛得到一定缓解。督脉为“诸阳之会”, 有统帅一身之阳气, 主导人体脏腑之功能, 通过针刺督脉压痛点可以有效缓解脾胃虚寒型的胃脘痛, 明显改善胃溃疡患者的健康状况[40]。在适当的穴位上进行穴位贴敷, 选取合适的药物敷于相应穴位, 药效由经络运行至全身, 简单、便宜, 并且患者接受度高, 副作用小。中脘穴穴位贴敷可以起到健脾益气、散寒止痛的作用, 缓解胃溃疡的临床症状[41]。

3. 总结

随着现代社会的发展, 人民生活水平的不断提高, 胃溃疡的发病率逐渐越来越高, 亟需有效的干预手段。胃溃疡是一种常见的消化系统疾病, 胃部黏膜细胞破裂直达肌层, 患者表现为周期性腹部疼痛、恶心、呕吐等, 严重时会导致胃穿孔和呕血, 严重危害着患者的生命安全, 影响着全球数以万计人类的健康安全和财产安全。本文就西医和中医治疗胃溃疡进行概述总结, 寻求更加合理有效的治疗方式, 有效缓解并治疗胃溃疡的相关症状, 提高患者的生活质量, 为积极治疗并预防病变提供思路。

参考文献

- [1] 于杰. 铝碳酸镁联合兰索拉唑治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡患者的临床效果[J]. 中国医药指南, 2022, 20(14): 13-16.
- [2] Tabiri, S., Akanbong, P. and Abubakari, B.B. (2016) Assessment of the Environmental Risk Factors for a Gastric Ulcer in Northern Ghana. *Pan African Medical Journal*, 25, Article 160. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.160.8531>
- [3] Groenen, M.J., Kuipers, E.J., Hansen, B.E. and Ouwendijk, R.J.T. (2009) Incidence of Duodenal Ulcers and Gastric Ulcers in a Western Population: Back to Where It Started. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 23, 604-608. <https://doi.org/10.1155/2009/181059>
- [4] 徐璐, 王渝涵, 李非凡, 等. 基于“炎癌转化”理论探讨中医药治疗慢性萎缩性胃炎的机制[J]. 中医康复, 2024, 1(4): 39-43.
- [5] 周丹, 陈路, 王学东, 等. 针灸防治胃溃疡作用机制的研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38(5): 573-576.
- [6] 王璞, 王长宏, 刘明晖, 等. 自拟抑酸止痛方对胃溃疡大鼠胃酸及胃蛋白酶的影响[J]. 中国实验诊断学, 2017, 21(2): 311-312.
- [7] 周柳柳, 郭峰健, 施扬利, 等. 崇明东部地区幽门螺杆菌感染率调查及其危险因素 logistic 回归分析[J]. 热带医学杂志, 2022, 22(7): 1010-1013, 1021.
- [8] 金秋雨, 张阳, 李哲轩, 等. 幽门螺杆菌感染与胃癌关联的流行病学研究[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2022, 8(2): 5-10.
- [9] 刘洪英. 幽门螺杆菌感染的治疗现状及进展[J]. 中国处方药, 2018, 16(4): 15-17.
- [10] 窦艳晓. 口服小剂量阿司匹林致消化道出血的临床分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(7): 1369-1370.
- [11] 蒋宇利. 警惕药物引起的胃溃疡[J]. 家庭医学, 2022, 37(11): 8.
- [12] 李红艳. 非甾体类药物致急性胃黏膜损害 70 例临床分析[J]. 中国社区医师, 2014, 30(30): 38-39.
- [13] 王晓琼, 曾凡玲. 体检者胃溃疡检出率及其影响因素分析[J]. 医学信息, 2019, 32(23): 132-134.
- [14] 李艺武. 胃溃疡的临床治疗及影响因素分析研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(2): 83.
- [15] 王素青, 王晓阁. 胃溃疡的药物治疗进展[J]. 天津药学, 2021, 33(1): 75-78.
- [16] 重庆市医院协会药事管理专业委员会. 质子泵抑制剂审方规则专家共识[J]. 中国药房, 2022, 33(8): 897-910.
- [17] 吕艳. 含铋剂四联疗法对慢性胃溃疡患者炎性因子的影响研究[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13(5): 106-109.
- [18] 李娜, 黄莉, 焦捷英, 等. 清创联合药物治疗霉菌性胃溃疡的疗效[J]. 吉林医学, 2010, 31(35): 6441-6442.
- [19] 张志华, 巩晓欢, 马进福, 等. 双歧杆菌联合幽门螺杆菌根除四联疗法治疗青少年人群幽门螺旋杆菌感染的临床研究[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(3): 48-50.
- [20] 王庆基. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血患者的效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34(6): 23-25.
- [21] 姜德友, 王得力. 胃脘痛源流考[J]. 山东中医药大学学报, 2012, 36(3): 226-228.

- [22] 王振东, 崔翔, 王峰, 等. 除幽颗粒联合三联疗法治疗脾胃虚弱证幽门螺杆菌相关胃消化性溃疡的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(7): 1656-1659.
- [23] 张敏, 冯泓源, 余王琴. 胃溃疡中医证治探析[J]. 光明中医, 2021, 36(3): 349-352.
- [24] 陈磐华. 情志与消化性溃疡关系探讨[J]. 中医药研究, 2000, 16(3): 20-21.
- [25] 蔡媛媛, 麦联任, 张玲. 柴疏四君汤联合艾灸在脾胃虚弱胃溃疡患者中的临床对照研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(7): 1296-1299.
- [26] 胡玉翠, 周晓波. 国医大师徐景藩辨治消化性溃疡经验[J]. 河南中医, 2022, 42(3): 375-379.
- [27] 胡子毅, 易莹, 叶菁, 等. 国医大师伍炳彩消化性溃疡学术经验总结[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(18): 2880-2883.
- [28] 袁名钰, 董必成, 张润垚, 等. 全国名中医张小萍治疗胃溃疡经验总结[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(7): 1738-1739.
- [29] 祁志娟. 四联法联合中医辨证疗法治疗胃溃疡临床疗效观察[J]. 福建医药杂志, 2020, 42(3): 89-91.
- [30] 庞立健, 吕晓东, 王琳琳, 等. 国医大师周学文对胃溃疡活动期“毒热”病因释义[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(1): 194-198.
- [31] 张秋平, 郭利仙, 郝斌. 从病灶与环境辨证关系论治消化性溃疡[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(12): 2571-2572.
- [32] 王蓓蓓, 白梅. 黄芪建中汤加减联合四联疗法对 Hp 阳性胃溃疡患者 Hp 清除率及复发率的影响[J]. 医学信息, 2022, 35(20): 145-147.
- [33] 王增增, 李青. 甘草泻心汤加减治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(8): 1305-1307.
- [34] 王永成. 半夏泻心汤加减治疗胃溃疡的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(3): 59-60.
- [35] 严皓哲, 汤璧嘉, 王勇兴. 复方猴头颗粒联合西药治疗老年胃溃疡临床疗效及对血清学指标的影响[J]. 新中医, 2022, 54(7): 89-92.
- [36] 夏艳, 赵倩义, 王春芳. 胃康灵胶囊联合雷贝拉唑治疗胃溃疡的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2022, 37(1): 122-125.
- [37] 骆健祥, 陈家兴. 两和镇痛饮颗粒治疗肝胃不和型胃溃疡疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(12): 15-16.
- [38] 王翔. 香砂养胃丸联合雷贝拉唑治疗胃溃疡的疗效及对胃黏膜 TGF- β_1 表达的影响[J]. 中国处方药, 2021, 19(10): 130-132.
- [39] 景春华, 李素平, 孙梅, 等. 雷火灸应用于脾胃虚寒型胃溃疡患者的疗效观察[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(33): 156-160.
- [40] 李玲, 陈莎, 陈剑豪, 等. 针刺督脉背段压痛穴位治疗胃炎、胃溃疡脾胃虚寒证患者的疗效分析[J]. 中国中医药科技, 2020, 27(5): 816-818.
- [41] 李婷婷. 中脘穴艾灸联合穴位贴敷对脾胃虚寒型胃溃疡的效果探讨[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(10): 206-208.