

消化性溃疡的中西医治疗进展

黄丽芬, 李聿晶, 马鸿杰

广西中医药大学研究生院, 广西 南宁

收稿日期: 2025年3月1日; 录用日期: 2025年4月7日; 发布日期: 2025年4月23日

摘要

消化性溃疡(Peptic Ulcer, PU)是消化系统常见病、多发病, 全球发病率约为10%, 常并发出血、穿孔、幽门梗阻、癌变等严重并发症, 对患者生命安全造成严重威胁。目前认为消化性溃疡主要是由于幽门螺杆菌、使用非甾体抗炎药等因素损害了胃、十二指肠粘膜的防御和修复机制, 使得胃酸和胃蛋白酶侵袭粘膜, 从而导致溃疡的形成。虽然西医通过药物治疗消化性溃疡取得一定疗效, 但也存在复发率高、出现抗生素耐药性及长时间用药的不良反应等问题。中医通过中药方剂、针灸、穴位贴敷、穴位埋线等治疗手段, 可有效改善临床症状、降低复发率等, 因此临床上推荐中西医结合治疗消化性溃疡。现本文对近年来中西医在消化性溃疡的病因、发病机制、诊断、治疗等方面进行综述, 希望能为临床治疗消化性溃疡提供帮助。

关键词

消化性溃疡, 中医, 西医, 综述

Progress in the Treatment of Peptic Ulcer with Chinese and Western Medicine

Lifen Huang, Yujing Li, Hongjie Ma

Graduate School, Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: Mar. 1st, 2025; accepted: Apr. 7th, 2025; published: Apr. 23rd, 2025

Abstract

Peptic Ulcer (PU) is a common and frequently occurring disease of the digestive system, with a global incidence of about 10%. It is often accompanied by serious complications such as bleeding, perforation, pyloric obstruction, and cancer, posing a serious threat to patients' lives. At present, it is believed that peptic ulcer is mainly due to *Helicobacter pylori*, the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs, and other factors that damage the defense and repair mechanism of gastric and

duodenal mucosa, so that gastric acid and pepsin invade the mucosa, resulting in the formation of an ulcer. Although Western medicine has achieved certain curative effects by treating peptic ulcers through causes and symptoms, there are also problems such as high recurrence rate, antibiotic resistance, and long-term adverse reactions. Traditional Chinese medicine can effectively improve clinical symptoms and reduce the recurrence rate through traditional Chinese medicine prescription, acupuncture, acupoint application, acupoint burying, and other treatment methods, so it is recommended to treat peptic ulcers by combining traditional Chinese and Western medicine. This article reviews the etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment of peptic ulcers in recent years, hoping to provide help for the clinical treatment of peptic ulcers.

Keywords

Peptic Ulcer, Traditional Chinese Medicine, Western Medicine, Review

Copyright © 2025 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. 引言

消化性溃疡(Peptic Ulcer, PU)包括胃溃疡和十二指肠溃疡,其临床症状主要为慢性、周期性、节律性上腹部疼痛。该病反复发作,难以根除,常并发出血、穿孔、幽门梗阻、癌变等严重并发症,严重影响患者的生活质量。相关研究显示,PU的全球发病率为5%~10%,近年来,由于幽门螺旋菌(*Helicobacter pylori*, Hp)的管理、抑酸药的使用以及更保守地使用非甾体抗炎药(Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs NSAIDs),PU的发病率较二十年前下降了一半以上[1],但抗生素的耐药性、广泛地应用NSAIDs以及停用抑酸药后,PU易反复发作[2]。目前西医主要是通过根除Hp、抑制胃酸分泌、保护胃黏膜等方法来治疗,均取得良好疗效,但也伴随着出现药物的不良反应和耐药性的增加。而中西医结合治疗PU在控制临床症状、减轻药物不良反应、降低复发率等方面有一定优势,疗效较佳。因此,本文就中西医结合治疗PU方面进行以下综述,希望能为临床治疗该病提供参考。

2. 消化性溃疡西医概述

2.1. 病因与发病机制

PU的发病机制较为复杂,现有研究认为主要与胃、十二指肠粘膜的损伤因素和粘膜防御修复因素之间失衡有关,其中Hp感染、NSAIDs是主要的致病因素[3]。承丽萍[4]等对220例消化道溃疡患者的档案资料进行分析,发现消化道溃疡患者中Hp阳性率为68.20%。Zhang[5]等的研究也发现在40,385名PU患者中,Hp阳性率为60%,与胃溃疡(48.5%)相比,十二指肠溃疡的阳性率更高(66.9%)。NSAIDs可通过抑制前列腺素的合成,减少胃肠道的血流量及胃粘液的分泌,从而成为溃疡形成的致病基础。除此之外,胃酸、胃蛋白酶、吸烟、遗传、急性应激、心理、居住环境也是PU的重要致病因素[6]。

2.2. 西医诊断

目前临床上确诊PU主要依靠胃镜检查及病理组织学活检,良性溃疡内镜下分为三期:活动期(A期)、愈合期(H期)、瘢痕期(S期)[7]。对于有胃镜禁忌及不愿进行胃镜检查的患者可以行X线钡剂造影,钡剂造影的直接征象为龛影、粘膜聚集,可以诊断PU。口服造影剂增强胃超声检查是一种新型造影剂增强

腹部超声诊断技术,其具有快速、安全、无创的优点,且相对X线钡餐无射线,尤其适用于有胃镜检查禁忌症或拒绝胃镜检查的患者及儿童患者,并可以经常观察溃疡的预后[8]。Hp是PU的重要致病因素,其检测方法主要有无创和有创两种方法,目前临床首选无创性检测,13C/14C-尿素呼气试验是目前临床上使用最多、最准确的无创检查,其具有高敏感性和特异性[9]。

2.3. 西医治疗

对于Hp感染的PU患者,可采用三联或四联疗法抗感染,目前临床上使用更多的是铋剂四联疗法,即一种铋剂、两种抗生素、一种质子泵抑制剂。如车章洪[10]等的研究发现埃索美拉唑四联法能够通过有效抑制胃酸分泌而改善血清炎症因子表达,提高Hp转阴率,改善胃肠积分。钾竞争性酸阻滞剂是一种新型的抑酸剂,相对于质子泵抑制剂,起效迅速,可以深入和持续地抑制胃酸分泌。有研究显示[11],伏诺拉生联合阿莫西林二联疗法在提高Hp清除率、降低Hp复发率、改善肠道菌群等方面均优于常规四联疗法。但是抗生素的滥用,使得Hp对抗生素的耐药性越来越高,导致常规四联疗法的疗效有所降低,因此,临床倡导在常规四联疗法的基础上加用其他药物或者中医治疗以提高临床疗效。有研究显示,在常规四联疗法的基础上加用益生菌辅助治疗Hp感染可以减轻药物不良反应,如钱小棋[12]等的研究中发现采取四联抗Hp感染联合益生菌的治疗方案,可有效改善肠道微生态紊乱,提高Hp根除率,减少四联药物引起的不良反应;并通过抑制细胞因子分泌,改善肠道通透性,保护胃肠道黏膜,从而有利于溃疡黏膜的修复和愈合。国外的研究[13]也发现在常规三联疗法的基础上加用益生菌可以降低药物不良反应,提高药物依从性。综上所述,西医主要是通过药物治疗PU,包括根除Hp、抑制胃酸分泌等,可以有效改善临床症状,提高PU治愈率,也可以加用益生菌减轻药物不良反应。但依然存在抗生素的耐药性、长期使用药物的不良反应、患者用药依从性低等问题,因此,如何彻底根除Hp是未来治疗PU的重大难题。

3. 消化性溃疡中医概述

3.1. 病因病机

根据PU的临床症状,中医将其归于“胃痛”、“胃脘”、“吐酸”的范畴,该病病因多与外邪犯胃、饮食不节、情志内伤、素体脾胃虚弱等有关。基本病机为脾胃升降失调,不通则痛或不荣则痛,实以气滞、寒凝、食积、湿热、血瘀为主,虚以气虚、阳虚、阴虚为主。周学文教授[14]认为PU属于“内痛”范畴,其病机以“毒热”为标,“脾胃素虚”为本。张小萍教授[15]认为胃溃疡的核心病机为“虚、郁、湿、瘀”,其中虚是发病基础,湿、瘀贯穿发病始终,郁是影响疾病进展、预后的重要因素。

3.2. 辨证分型

目前临床上对PU的辨证分型并没有统一,各个医家有不同的见解。根据《消化性溃疡中医诊疗专家共识(2023)》将PU分为6型,分别为肝胃不和证、脾胃虚弱(寒)证、脾胃湿热证、肝胃郁热证、胃阴不足证、胃络瘀阻证[7]。王道坤教授[16]临床上常将PU分为脾胃虚弱型、肝胃不和型、阴虚胃痛型、瘀血内停型。刘启泉教授[17]主张从“心”立论病因病机,主要为心火亢盛、营热肉腐,心血瘀阻、疮面难愈,心神失守、情志难安三个方面。由此可知PU总属本虚标实,脾胃虚弱。

3.3. 中医治疗

3.3.1. 经典方剂治疗

经实践证明,经典方剂治疗PU疗效确切,而辨证论治是中医治疗的灵魂,辨证选方更能体现中医治疗的特色及优势。在临床应用中,患者病情多变,兼夹证较多,加减运用可以体现各医家的中医思

维。宋辉[18]等治疗中医辨证为肝胃不和证的患者 80 例, Hp 根治疗法组采用四联疗法, 中西医结合组加用乌贝散辨证加味治疗, 结果显示中西医结合组患者总疗效显著高于 Hp 根治疗法组, 可以提高患者胃肠动力, 稳固肠道微生态, 促进创面愈合。在林力森[19]等的研究中, 采用托里消毒散加减治疗的中医证候疗效总有效率为 98.41%、Hp 根除率为 95.24%、胃镜下疗效总有效率为 98.41%、再生黏膜成熟度优良率为 92.06%, 均高于胃乃安胶囊治疗的 81.97%、83.61%、86.8%、73.77%, 且黏膜形态学评分、中医证候积分、血清胃泌素、前列腺素 E2、胃蛋白酶原水平均低于胃乃安胶囊治疗组, 由此可知, 托里消毒散加减辅助“四联”疗法治疗 Hp 阳性 PU 寒热错杂证患者, 近期临床疗效显著, Hp 根除率高, 并能调节侵袭/保护因子水平, 提高溃疡愈合质量, 远期可降低 Hp 和 PU 的复发率, 临床使用安全。李朋娟[20]等的研究发现在常规西药治疗的基础上结合归脾汤加味的总有效率为 95.2%、内镜下再生黏膜成熟度 Sc 期率为 75.8%、组织学成熟度优良率为 85.5%, 均分别高于常规西药治疗的 80.6%、72.6%、40.3%, 且病情复发率为 8.1%, 低于常规西药治疗的 32%, 由此可知, 对脾胃气虚证 PU 患者实施西药联合归脾汤加味治疗有助于进一步提高临床疗效, 提高再生黏膜功能学成熟度和溃疡愈合质量, 其治疗安全可靠, 并可减少病情复发。在胡佳元[21]等的研究中, 于常规治疗的基础上加用小建中汤治疗的临床总有效率为 93.15%, 高于常规治疗的 73.97%, 且中医证候积分、不良反应率均低于常规治疗, 这说明小建中汤治疗脾胃虚寒型 PU 患者治疗效果显著, 有效改善了患者临床症状, 并降低了药物不良反应。

3.3.2. 自拟方治疗

现代各医家在经典方剂的基础上, 结合实际的辨证论治进行自拟方治疗。相对于经典方剂, 自拟方与时俱进、灵活运用, 更能体现现代中医家治疗 PU 的认识, 亦能取得更好的临床疗效, 能促进中医不断进步。但由于各医家的临床经验、中医水平各不相同, 且各自拟方缺乏大量样本的临床研究进行验证, 需要更多的医家进行临床研究验证自拟方的有效性。王凌红[22]等的研究中, 通过在抗 Hp 四联方案的基础上加自拟 15 味健脾护膜汤治疗 PU 脾胃虚寒型患者, 结果显示增加自拟 15 味健脾护膜汤的总有效率为 97.5%, Hp 根除率为 87.5%, 均高于西医抗 Hp 四联方案的 80.0%, 60.0%, 且其中中医证候积分均低于西医常规治疗。据此可知, 自拟 15 味健脾护膜汤加抗 Hp 四联方案能改善慢性 PU 患者临床症状, 降低 Hp 感染及复发, 疗效确切, 且安全性高。施旌[23]等的研究中, 通过在西医对症治疗的基础上给予自拟调和肝胃汤治疗 PU 肝胃不和证患者, 结果显示对症治疗的基础上给予自拟调和肝胃汤的总有效率为 89.6%, 高于西医治疗组的 70.8%, 治疗后两组患者的黏膜颗粒状、黏膜血管显露、黏膜皱襞变薄、黏膜色泽异常征象评分、肝胃不和证候症状评分均降低, 观察组降低更明显; 经过中西医结合治疗后观察组症状缓解时间明显短于对照组。表明自拟调和肝胃汤联合西医常规治疗 PU 可改善肝胃不和证患者的临床症状、减轻黏膜损伤、提高临床疗效。石艳芬[24]等的研究中, 通过在西医常规抗 Hp 四联疗法的基础上辅以生肌消毒经验方治疗 Hp 阳性 PU 患者, 结果显示西医常规抗 Hp 四联疗法的基础上辅以生肌消毒经验方的 Hp 根除率为 95.38%, 高于常规西医抗 Hp 四联疗法的 80.30%, 其复发率为 11.29%, 低于西医组的 28.30%, 且其中中医证候积分黏膜形态、黏膜厚度及腺体密度评分均低于西医治疗组。这说明生肌消毒经验方辅助西药治疗 Hp 阳性 PU 能够有效缓解临床症状, 促进黏膜愈合, 提高 Hp 根除率, 并有助于预防溃疡复发。

3.3.3. 中成药

中成药不用煎煮、携带方便、口感良好、患者易于接受, 因此临床上应用广泛。但其有局限性, 用药固定, 不能进行加减, 因此不能体现中医辨证论治的优势。在傅岩[25]等的研究中, 胃苏颗粒联合含铋剂四联疗法治疗的临床总有效率为 95%、Hp 根除率为 85%, 均高于含铋剂四联疗法治疗的 87%、71%, 且其不良反应发生率为 3%, 低于含铋剂四联疗法的 5%, 这说明胃苏颗粒联合含铋剂四联方案可提高消化

性溃疡患者临床疗效,减轻炎性反应,抑制氧化应激反应,增加幽门螺杆菌根除率,改善胃肠道功能,缓解消化道症状。樊慧[26]等将 60 例难治性 PU 患者分为对照组和观察组,对照组给予艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗,观察组在对照组的基础上加用健胃消炎颗粒治疗,治疗后观察组 Hp 清除率明显优于对照组,且其复发率低于对照组,说明健胃消炎颗粒联合艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗难治性 PU 患者可以提高 Hp 清除率,并降低溃疡复发率。

3.3.4. 中医外治疗法

中医外治也是中医治疗的一种方法,包括针灸、穴位贴敷、穴位埋线等,其具有简、便、效、廉等优点,对于不愿口服中药的患者,可以选择中医外治进行治疗。一项荟萃分析结果显示[27],针灸配合中药、西药相对于单纯西药治疗 PU 均具有更好疗效,可以提高 Hp 根除率,降低 Hp 复发率,减少药物的不良反应,并可以改善患者生存质量。丁淑婷[28]等将 60 例脾虚型 PU 患者,随机分为对照组和观察组,对照组给予常规抑酸、保护胃黏膜及根除 Hp 治疗,观察组在对照组的基础上加用黄芪建中汤联合艾灸治疗。结果显示,观察组患者治疗总有效率为 93.3%,高于对照组的 66.7%,观察组血清血管内皮生成因子(VEGF)、碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)均高于对照组,且其中医症状积分(4.4 ± 3.2)分低于对照组的(8.3 ± 4.5)分,说明黄芪建中汤联合艾灸治疗脾虚型消化性溃疡疗效显著,可明显提高患者血清 VEGF、bFGF 水平,改善患者症状,值得推广。崇菲菲[29]等将 100 例脾胃虚寒型 PU 患者,随机分为对照组和观察组,对照组采用小建中汤加减治疗,观察组在对照组的基础上加用温针灸(肾俞、胃俞、肝俞、脾俞、足三里、气海、天枢、中脘)治疗,治疗后观察组总有效率为 88.0%,对照组为 66.0%,观察组治疗后溃疡复发率、溃疡面积、Hp 清除率、生活质量评分均优于对照组,由此可知,采用温针灸联合小建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡,可以改善患者临床症状,降低溃疡复发率、溃疡面积。王攀[30]等将 84 例脾虚血瘀型 PU 伴 Hp 感染患者,随机分为观察组和对照组,对照组患者采用奥美拉唑三联疗法治疗,观察组患者在对照组治疗的基础上联合应用温脾养胃活血通络方与穴位贴敷(胃俞、神阙、中脘、足三里),结果显示,观察组患者总有效率为 95.24%、Hp 转阴率为 88.10%,明显高于对照组患者的总有效率 80.95%、Hp 转阴率 69.05%,说明在奥美拉唑三联疗法治疗的基础上联合应用温脾养胃活血通络方与穴位贴敷,可有效抑制脾虚血瘀型消化性溃疡伴 Hp 感染患者的胃酸分泌,改善临床症状,提高 Hp 转阴率,疗效确切。姚鹏[31]将 44 例 PU 患者分为对照组和埋线组,对照组采用常规口服药物治疗,埋线组在对照组治疗的基础上加用穴位埋线(双侧足三里、脾俞和督脉中脘)治疗,结果显示穴位埋线可改善患者临床症状,促进溃疡愈合。

4. 总结与展望

综上所述,西医通过药物治疗 PU 疗效显著、作用迅速、治愈率高,使得 PU 发病率较前 20 年明显下降,但依然存在抗生素耐药性高、复发率高、药物不良反应多等不足。中医通过辨证论治治疗 PU,在减轻西药不良反应、增加 Hp 根除率、降低复发率等方面优势显著,但存在治疗机理不明确、缺乏统一诊断标准及评价标准、中药用药用量不统一、研究样本量较少等不足。因此在未来治疗 PU 的研究中应加大样本量研究来验证中医疗效,制定统一的中医疗效评价标准,且重视中西医结合治疗,充分发挥中医、西医各自优势,相互补充,以提高临床疗效,降低复发率。

利益冲突声明

本文所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

- [1] Ailey, J.M. (2024) Gastrointestinal Conditions: Peptic Ulcer Disease. *The Lancet*, **540**, 16-23.

- [2] Lanas, A. and Chan, F.K.L. (2017) Peptic ulcer disease. *The Lancet*, **390**, 613-624. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32404-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32404-7)
- [3] 张敏敏. 消化性溃疡诊断与治疗共识意见(2022 年, 上海) [J]. 胃肠病学, 2023, 28(4): 208-225.
- [4] 承丽萍, 朱长红. 消化性溃疡患者幽门螺旋杆菌分布特征及其相关因素分析[J]. 中国病原生物学杂志, 2022, 17(4): 463-466.
- [5] Zhang, W., Liang, X., Chen, X., Ge, Z. and Lu, H. (2021) Time Trends in the Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection in Patients with Peptic Ulcer Disease: A Single-Center Retrospective Study in Shanghai. *Journal of International Medical Research*, **49**, 1-8. <https://doi.org/10.1177/03000605211051167>
- [6] 高万欣. 药物治疗消化性溃疡新进展[J]. 临床合理用药, 2023, 16(23): 167-171.
- [7] 李玉锋, 王垂杰, 蔡敏, 等. 消化性溃疡中医诊疗专家共识(2023) [J]. 中医杂志, 2024, 65(10): 1086-1092.
- [8] Mu, K., Sun, Q., Li, X., Du, X., Gao, H. and Zhang, W. (2024) The Value of Oral Contrast-Enhanced Gastric Ultrasonography in the Diagnosis and Staging of Benign Peptic Ulcer. *Scientific Reports*, **14**, Article No. 17390. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-68430-7>
- [9] Aumpan, N., Mahachai, V. and Vilaichone, R. (2022) Management of *Helicobacter pylori* Infection. *JGH Open*, **7**, 3-15. <https://doi.org/10.1002/jgh3.12843>
- [10] 车章洪, 曾芳. 埃索美拉唑四联疗法治疗 Hp 阳性消化性溃疡疗效及血清炎症因子的关联性研究[J]. 中国新药杂志, 2018, 27(12): 1382-1386.
- [11] 吴倩倩, 陈光侠, 孟勇, 等. 伏诺拉生对幽门螺杆菌根除率和肠道菌群的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2024, 34(16): 68-72.
- [12] 钱小棋, 陈玲玲, 钟海兵. 益生菌联合抗幽门螺杆菌治疗对消化性溃疡患者的疗效[J]. 中国微生态学杂志, 2018, 30(2): 189-192
- [13] Zaman, T., Haq, A., Ahmad, R., Sinha, S., Chowdhury, K., Parvin, S., et al. (2024) The Role of Probiotics in the Eradication of *Helicobacter pylori* and Overall Impact on Management of Peptic Ulcer: A Study Involving Patients Undergoing Triple Therapy in Bangladesh. *Cureus*, **16**, e56283. <https://doi.org/10.7759/cureus.56283>
- [14] 孙雪, 肖景东. 国医大师周学文治疗消化性溃疡学术思想[J/OL]. 辽宁中医杂志: 1-6. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20241105.1534.014.html>, 2024-11-13.
- [15] 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.
- [16] 刘俊宏, 李亚静, 赖学倩, 等. 王道坤从调和气血论治消化性溃疡临床经验[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(3): 1300-1304.
- [17] 高晴, 董新悦, 梁笑妍, 等. 刘启泉从心论治消化性溃疡经验[J]. 中国中医急症, 2023, 32(6): 1089-1091.
- [18] 宋辉, 金益峰, 陈诗雨. 乌贝散辨证加味联合 Hp 根治疗法对伴 Hp 感染消化性溃疡患者肠道微生态和肠动力的影响[J]. 四川中医, 2024, 42(2): 125-127.
- [19] 林力森, 李国政, 符月敏, 等. 托里消毒散加减辅助治疗 Hp 阳性消化性溃疡寒热错杂证的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(5): 102-107.
- [20] 李朋娟, 李红阁, 白欣. 归脾汤加味合西药治疗消化性溃疡疗效及对血前列腺素 E2、溃疡愈合质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(10): 1102-1105.
- [21] 胡佳元, 汤蓓, 沈红卫, 等. 脾胃虚寒型消化性溃疡行小建中汤治疗的临床效果[J]. 沈阳药科大学学报, 2021, 38(S2): 64, 67.
- [22] 王凌红, 项梅, 詹士宝, 等. 自拟 15 味健脾护膜汤加抗 Hp 四联方案治疗慢性消化性溃疡脾胃虚寒型效果及相关机制[J]. 临床误诊误治, 2023, 36(9): 112-117.
- [23] 施旌, 余承云, 余敏. 自拟调和肝胃汤联合西医常规治疗消化性溃疡的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(1): 181-182.
- [24] 石艳芬, 卢燕许, 樊慧, 等. 生肌消毒经验方辅助西药治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(13): 76-80.
- [25] 傅岩, 许超, 杨淑玲. 胃苏颗粒联合含铋剂四联方案对消化性溃疡患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43(12): 3351-3354.
- [26] 樊慧, 王进. 健胃消炎颗粒联合艾司奥美拉唑镁肠溶片对难治性消化性溃疡幽门螺杆菌根除率及复发的临床疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(2): 411-412.
- [27] 忽世秀, 王士源, 吴焕淦, 等. 针灸治疗消化性溃疡荟萃分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(8):

1590-1597.

- [28] 丁淑婷, 戴孟, 叶方益, 等. 黄芪建中汤联合艾灸治疗脾虚型消化性溃疡的疗效及对患者血清 VEGF、bFGF 水平的影响探讨[J]. 中国实用医药, 2022, 17(26): 150-153.
- [29] 崇菲菲, 朱鹏飞, 赵开鹏, 等. 温针灸联合小建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(1): 35-39.
- [30] 王攀, 蒋璐. 温脾养胃活血通络方联合穴位贴敷在脾虚血瘀型消化性溃疡伴 Hp 感染中的应用效果分析[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2023, 35(1): 75-78.
- [31] 姚鹏. 穴位埋线治疗消化性溃疡 44 例临床观察[J]. 天津中医药, 2015, 32(12): 728-731.