

消化性溃疡的中医药临床和实验研究进展

□ 于昊新¹ 指导：吴耀南²

(1. 福建中医学院 2004 级硕士研究生 福建 福州 350003

2. 福建中医学院附属厦门中医院 福建 厦门 361009)

关键词 消化性溃疡 中医药治疗 实验研究 综述

消化性溃疡 (Peptic ulcer, PU) 是以局部有局限性的粘膜缺损, 其深度超过粘膜肌层, 治愈后留有斑痕为主要特征的一种常见病、多发病, 其发生部位包括食管下端、胃、十二指肠、胃和肠吻合术吻合口附近的小肠以及含有胃腺组织的 Meckel 室。最常见的是十二指肠溃疡 (DU) 和胃溃疡 (GU)。据估计, 约 10% 的人口在其一生中患过本病。任何年龄均可发病, 本病男性多于女性, DU 较 GU 多见。PU 属于中医的“胃脘痛”范畴, 大量研究表明, 中医对 PU 有良好的治疗作用, 现将近年来有关这方面的研究情况概述如下。

1 临床研究

1.1 辨证分型治疗

阮玉东^[1] 将 68 例消化性溃疡

分为六型: (1) 脾胃虚寒型 (25 例): 治拟温中散寒, 处方: 当归 10g, 桂枝、甘松各 6g, 炒白芍、煅瓦楞子各 20g, 山药 30g, 甘草 5g, 生姜 3 片, 大枣 3 个; (2) 肝胃不和型 (12 例): 治拟舒肝和胃, 处方: 柴胡、甘草各 5g, 白芍 30g, 佛手、郁金各 9g, 枳壳、川芎、延胡索各 6g; (3) 寒热夹杂型 (12 例): 治拟辛开苦降, 处方: 干姜、黄芩、甘草各 6g, 黄连、法半夏、白术、党参各 10g, 无花果、佛手各 9g, 柴胡、枳壳、桔梗各 5g; (4) 痰湿内盛型 (8 例): 治拟燥湿化痰, 处方: 枳壳、竹茹、陈皮、苍术、厚朴各 6g, 茯苓、法半夏、杏仁各 10g, 甘草 3g, 薏仁 2g (冲); (5) 肝胃阴虚型 (6 例): 治拟养阴益胃, 处方: 北沙参、麦冬、枸杞子、当归各 10g, 白芍 30g, 佛手片、绿

萼梅、玫瑰花各 6g, 山楂 15g; (6) 气滞血瘀型 (5 例): 治拟行气化瘀, 处方: 柴胡、香附、乌药、川芎各 6g, 丹参、红藤、当归、茯苓各 10g, 桂枝、桃仁、赤芍各 5g。对照组 60 例以泰胃美治疗, HP 阳性者加阿莫西林, 过敏者改用甲硝唑。治疗组总有效率 98.5%, 非常显著优于对照组的 86.7% ($P < 0.01$)。王细凤^[2] 将 60 例消化性溃疡患者分为七型: (1) 胃气壅滞型: 治予理气和胃止痛, 方用香苏散加减; (2) 肝气犯胃型: 治予疏肝理气, 和胃止痛, 方用柴胡疏肝散加减; (3) 肝胃郁热型: 治予疏肝理气, 泄热和胃, 方用丹栀逍遥散加减; (4) 瘀血阻滞型: 治予活血化瘀, 和胃止痛, 方用失笑散合丹参饮加减; (5) 湿热中阻型: 治予清热化湿, 理气和胃, 方用清中汤加减; (6)

胃阴虚型：治予滋阴益胃，和中止痛，方用益胃汤合芍药甘草汤加减；（7）脾胃虚寒型：治予温中健脾，和胃止痛，方用黄芪建中汤加减。对照组 30 例：口服克拉霉素、法莫替丁、灭滴灵。治疗组总有效率 97% 与对照组总有效率 93% 比较，差异无显著性（ $P > 0.05$ ）。两组恶心呕吐、头晕乏力、皮疹等不良反应发生情况比较：治疗组发生率 16.67%，显著的低于对照组发生率 66.67%（ $P < 0.05$ ）。罗关靖^[3]将消化性溃疡 98 例，分为两型治疗：（1）饮食伤胃型：以甘草泻心汤（炙甘草 30g，党参 30g，半夏 18g，川黄连 6g，干姜 9g，大枣 10g，黄芩 9g）加减治疗；（2）情志伤胃型：以一贯煎（生地黄 18g，沙参 30g，麦冬 12g，白芍 9g，枸杞子 12g，川楝子 12g，当归 9g，延胡索 12g，炙甘草 30g，山茱萸 12g，川黄连 10g）加减治疗。以上两型，如脾虚血亏者，交替投予小建中汤（炙甘草 9g，桂枝 9g，白芍 18g，生姜 9g，饴糖 30g（冲兑），大枣 10g）。对照组 65 例服用奥美拉唑、替硝唑、阿莫西林。结果：治疗组总有效率 96%，显著优于对照组的 84%（ $P < 0.05$ ）。何善明等^[4]辨证用药抗消化性溃疡的复发，将 36 例患者分为三型治疗：（1）脾胃虚寒型：用健胃 I 号方（黄芪、党参、茯苓、白术、甘草、桂枝、高良姜、丹参、莪术、乌药、海螵蛸）；（2）肝胃郁热型：用健胃 II 号方（黄芪、茯苓、白术、甘草、黄芩、茵陈、蒲公英、枳实、丹参、丹皮、海螵蛸、木蝴蝶）；

（3）气滞血瘀型：用健胃 III 号方（黄芪、茯苓、白术、甘草、枳实、白芍、川楝子、延胡索、丹参、莪术、木蝴蝶）。对照组 30 例服用奥美拉唑。治疗结束一年后，复查胃镜，治疗组复发率 11%，非常显著低于对照组的复发率 80%（ $P < 0.01$ ）。

1.2 基本方加减

陈丽霞等^[5]用补气运脾汤加味（党参、黄芪各 20g，生牡蛎（先煎）30g，砂仁（后下）、厚朴各 10g，法半夏 9g，乌贼骨 15g，白术、茯苓、白及、香附、枳壳各 12g）治疗消化性溃疡 45 例。胃热加黄连；食滞加神曲；出血（大便潜血阳性）加三七末。对照组 36 例口服雷尼替丁及甲硝唑。治疗组总有效率 91.1%，显著优于对照组的 75.0%（ $P < 0.05$ ）。冯恒基^[6]以加味逍遥散（柴胡、当归各 10g，白芍、茯苓各 15g，炙甘草 6g）随证加减治疗消化性溃疡 52 例，对照组 50 例服用雷尼替丁、丽珠得乐、灭滴灵、阿莫西林。治疗组总有效率 96.16%，非常显著优于对照组的 84%（ $P < 0.01$ ）。李勇^[7]用半夏泻心汤加减（清半夏 10g，黄芩 15g，白及 20g，干姜 9g，玄胡 10g，枳实 9g，木香 6g，黄连 3g，党参 15g，丹参 20g，乌贼骨 15g，大枣 10g，炙甘草 10g，砂仁 10g）治疗消化性溃疡 60 例。脾胃虚寒者去黄连、黄芩，加白术 10g、吴茱萸 10g。对照组 30 例口服雷尼替丁。治疗组总有效率 96.67%，非常显著优于对照组的 73.33%（ $P < 0.01$ ）。林一帆等^[8]以中西医结合微观辨证

治疗上消化道复发性溃疡，中西医结合治疗组，先以甲硝唑、雷尼替丁、硫糖铝治疗 4 周。4 周后复查胃镜，再进行中医辨证施治。其证主要为脾胃虚寒，主方用黄芪建中汤加减（黄芪 9g，芍药 18g，桂枝 9g，甘草 6g，生姜 9g，大枣 12 枚，饴糖 30g）。寒甚加吴茱萸；虚甚加人参；寒热互结加黄连。对照组的与治疗组西医治疗相同。对两组同时进行 6、12、18 个月的临床随访，结果：中西医结合治疗组 30 例的 6、12 及 18 个月复发率分别为 3.3%、10%、16.7%，非常显著低于对照组 32 例的 28.1%、37.5%、46.9%（ $P < 0.01$ ）。罗清娇^[9]用附桂理中汤加味（白及、附子、党参、白术、干姜、肉桂）治疗顽固性十二指肠溃疡 40 例，反酸加瓦楞子、乌贼骨，腹胀加木香。对照组 40 例服用雷尼替丁、甲硝唑、阿莫西林，治疗组总有效率 92.5%，非常显著优于对照组的 82.5%（ $P < 0.01$ ）。蒋映明^[10]用自拟复胃汤（白术、人参、高良姜、海螵蛸、广木香、延胡索、黄芩、茯苓、黄芪、干姜、厚朴、黄连、甘草）治疗消化性溃疡 124 例，对照组 63 例服用羟氨苄、甲硝唑、雷尼替丁、吗叮啉。结果治疗组总有效率 97.6%，非常显著优于对照组的 88.9%（ $P < 0.01$ ）。梁永^[11]以自拟健中愈疡汤（党参 15g，茯苓 15g，白及 10g，黄芪 15g，白芍 30g，蒲公英 30g，炙甘草 30g，乌贼骨 10g，川贝母 10g，柴胡 8g，郁金 10g，乌药 10g，川楝子 10g，三七粉 5g（冲），莪术 5g）治疗

消化性溃疡 62 例, 上腹痛有定处而拒按, 舌质滞暗或见瘀斑者加桃仁 10g; 腹痛而见黑便者加生蒲黄 15g; 便秘者加瓜蒌仁 15g; 口燥咽干、大便干结、舌红少津、脉弦数者加沙参、麦冬各 15g; 腹痛有冷感、喜按欲热饮者加高良姜 3~6g。对照组 56 例口服法莫替丁, 治疗组总有效率 90.32% 非常显著优于对照组的 76.79% ($P < 0.01$)。两组复发比较差异有显著性 ($P < 0.01$)。郭翠萍等^[12]以溃疡散 (黄芪 15g, 当归 10g, 白芍 15g, 前胡 10g, 白及 10g, 三七粉 (分吞) 4g, 川贝母 10g, 瓦楞子 15g, 黄芩 12g, 丹参 10g, 土茯苓 15g, 白术 10g, 海螵蛸 10g, 黄连 6g, 川楝子 10g) 治疗消化性溃疡 41 例, 伴神疲乏力, 胃脘部隐痛, 喜温喜按者加炮姜、吴茱萸; 胃脘胀痛有灼热感, 口干易怒, 舌红苔黄者加滑石、苍术、茯苓; 伴两胁胀满, 暖气频作, 情志不舒时加重者加香附、枳壳、青皮、木香; 伴胃脘隐痛, 午后尤甚, 纳少口干, 手足心热, 大便干者加沙参、麦门冬; 若兼有瘀血者加桃仁、红花、郁金、赤芍。对照组 37 例口服奥美拉唑、阿莫西林、甲硝唑, 结果治疗组总有效率 97.56% 显著优于对照组的 78.39% ($P < 0.05$)。

1.3 专方治疗

李乾构^[13]以健胃愈疡片 (党参、白芍、延胡索、青黛、珍珠层粉、柴胡、甘草等) 治疗消化性溃疡 791 例, 对照组 254 例口服雷尼替丁, 结果治疗组总有效率 93.05%, 非常显著优于对照组的 78.35% ($P < 0.01$)。魏霞等^[14]

以益溃宁口服液 (白芨、白术、山药、白芷、砂仁、三七参、乌贼骨、黄连) 治疗消化性溃疡 120 例, 对照组 60 例口服快胃片, 治疗组总有效率 98.3%, 非常显著优于对照组的 91.6% ($P < 0.01$)。林芸^[15]以安胃愈疡汤 (党参 20g、赤芍 10g、丹参 10g、当归 10g、白芍 10g、乌贼骨 15g、白术 10g、蒲公英 30g、白及粉 10g、土茯苓 30g) 治疗消化性溃疡 68 例, 对照组 62 例口服奥美拉唑、阿莫西林、甲硝唑, 主要症状疗效, 治疗组总有效率 92.65%, 显著优于对照组的 83.87% ($P < 0.05$); 胃镜疗效, 治疗组 91.18%, 显著优于对照组的 80.65% ($P < 0.05$)。杨顺标等^[16]以治溃散 (黄连 350g、海螵蛸 500g、白及 500g、木香 300g、延胡 400g) 治疗难治性消化性溃疡 60 例, 对照组 24 例服用法莫替丁, 治疗组总有效率 95%, 非常显著优于对照组的 73.4% ($P < 0.01$); 治疗组病灶愈合率 86.7%, 非常显著优于对照组的 61.7% ($P < 0.01$); 治疗组 1 年后复发率 7.7%, 非常显著低于对照组的 83.8% ($P < 0.01$)。李一明等^[17]以健脾愈疡汤 (党参、白术、鱼骨、茯苓、白及、早莲草、白芍、三七、丹参、蒲公英) 治疗消化性溃疡 136 例, 对照组 116 例服用法莫替丁、阿莫西林、甲硝唑, 治疗组总有效率 98.5%, 显著优于对照组的 87.9% ($P < 0.05$)。张晋云等^[18]以自拟疏肝理脾愈疡汤 (黄芪、白芍、当归、炒枳实、乌贼骨、白及、柴胡、蒲黄) 治疗消化性溃疡 120

例, 对照组 40 例口服雷尼替丁、阿莫西林、硫糖铝, 治疗组总有效率 94%, 非常显著优于对照组的 75% ($P < 0.01$)。马锡金等^[19]以胃康胶囊 (三七、珍珠、白及、乌贼骨、黄芩、黄连、大黄、丹参、郁金、乌药、砂仁、白芍、白术、党参、甘草等) 治疗消化性溃疡 56 例, 对照组 50 例口服雷尼替丁、丽珠得乐胶囊、阿莫西林、甲硝唑, 治疗组总有效率为 96.4%, 幽门螺杆菌根除率为 82.1%, 镜下溃疡面愈合率为 85.71%, 对照组总有效率为 98.0%, 幽门螺杆菌根除率为 84.0%, 镜下溃疡面愈合率为 88.00%。两组比较差异无显著性 ($P > 0.05$)。辛献运等^[20]以胃康宁胶囊内服 (由党参、白术、黄连、黄芩、黄柏、仙鹤草、陈皮、枳实、丹参、白芍、甘草、五灵脂、蒲黄、珍珠层粉) 治疗消化性溃疡 60 例, 对照组 40 例口服奥美拉唑、阿莫西林、甲硝唑, 治疗组总有效率 93.3%, 对照组总有效率 92.5%, 两组愈合率与总有效率相近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.4 针灸、穴位埋线法

吴绪荣等^[21]针灸治疗消化性溃疡 80 例, 治疗组 50 例, 第 1 组取穴足三里、内关、公孙; 第 2 组取穴中脘、脾俞、胃俞; 痛甚加梁丘, 寒甚加灸中脘, 胀甚加天枢, 反酸多加太冲, 便秘加支沟, 失眠加神门, 乏力加灸气海、足三里。以上两组穴位交替使用, 平补平泻手法, 留针 30 分钟; 对照组 30 例取穴内关、公孙。操作方法同治疗组, 溃疡出血 (轻度) 可辅助用药。治疗组总有效率 92%, 显著

优于对照组的 83.3% ($P < 0.05$)。谭静川等^[22]选取胃脘、中脘、足三里等穴应用 BD8998 胃电治疗仪结合中医辨证药物治疗消化性溃疡 32 例, 对照组 32 例辨证分型及所用中药同治疗组, 同时服用甲氰咪胍, 治疗组总有效率 96.8%, 显著优于对照组的 81.2% ($P < 0.05$)。尤千里等^[23]用穴位埋羊肠线法, 按中医辨证分 3 组选穴: 1、足三里 (左)、胃俞; 2、中脘透上脘、足三里 (右); 3、下脘、梁门; 并配合西药四联疗法 (法莫替丁、丽珠德乐、替硝唑、克拉霉素) 治疗消化性溃疡 50 例, 对照组 50 例仅用四联疗法, 治疗组总有效率 94%, 显著优于对照组的 80% ($P < 0.05$)。

2 实验研究

李宇航等^[24]以半夏泻心汤 (半夏、干姜、黄芩、黄连、人参、炙甘草、大枣) 及其拆方, 对慢性胃溃疡大鼠溃疡灶形态变化的影响进行研究, 用纯醋酸处理大鼠胃粘膜, 再向大鼠喂食幽门螺旋杆菌 (HP) 进行造模, 将 120 只大鼠随机分为正常对照组、模型组、手术对照组、辛开药组 (半夏、干姜)、苦降药组 (黄芩、黄连)、甘补药组 (人参、炙甘草、大枣)、辛开苦降药组、苦降甘补药组、辛开甘补药组和全方组, 共 10 组。结果: 黏膜厚度组间差异除全方组外均存在非常显著性差异 ($P < 0.001$)。各治疗组被覆黏膜厚度排序如下: 全方组 > 辛开甘补组 > 甘补组 > 苦降甘补组 > 辛开组 > 辛开苦降组 > 苦降组。溃疡肉芽

瘢痕层厚度统计结果, 模型对照组未经治疗, 愈合不良, 肉芽瘢痕层厚度值最大, 与各治疗组比较, 除苦降组外均存在显著差异 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。各治疗组溃疡肉芽瘢痕层厚度排序如下: 全方组 \leq 甘补组 < 辛开甘补组 < 苦降甘补组 < 辛开苦降组 < 辛开组 < 苦降组。严光俊等^[25]以金不换冲剂对消化性溃疡进行实验研究, 对大鼠腹腔注射利血平, 造成实验性利血平溃疡模型, 给实验组 (10 只) 和对照组 (9 只) 分别给予金不换冲剂或糊精糖水灌胃, 结果金不换冲剂的溃疡抑制率 51%, 非常显著优于对照组的 0 ($P < 0.01$)。张红宇等^[26]以白族药保元胃康胶囊对消化性溃疡进行实验研究, 采用 Shay 幽门结扎法诱导大鼠胃溃疡, 设正常对照组、模型对照组及保元胃康胶囊高、低剂量组, 每组 10 只。结果高、低剂量保元胃康胶囊均可非常显著降低大鼠胃溃疡指数 ($P < 0.001$ 及 $P < 0.01$)。张惠勤等^[27]以溃疡灵 (海螵蛸、甘草、白术、元胡、茯苓等) 抗消化性溃疡的实验研究, 采用小鼠水浸应激性胃溃疡模型, 将 30 只小白鼠随机分成模型组 (蒸馏水)、低剂量和高剂量药物治疗组。结果低剂量组溃疡抑制率为 45.38%, 显著优于模型组的 0% ($P < 0.05$); 高剂量组溃疡抑制率为 68.72%, 非常显著优于模型组的 0% ($P < 0.01$)。

3 展望

综上所述, 近年来的临床和实验研究表明, 中医药治疗 PU 确有良好疗效, 能提高溃疡愈合的质

量, 减少复发, 且副作用少。但是研究中也存在一些问题, 主要是临床辨证分型没有统一的金标准, 缺乏明确的疗效评判规范, 设计不够严格, 对中药的药理研究较少, 研究缺乏深入性, 重复性较差, 且没有进一步阐明中药治疗消化性溃疡的作用机理。另外, 中医药在防治消化性溃疡复发方面仍处于起始阶段, 应从临床与实验两方面着手, 设置对照组, 进行大样本长期随访, 从临床症状、体征到胃镜、病理组织学各方面进行观测, 对中药与单纯西药在抗溃疡复发的治疗疗效上进行综合评判, 通过统计学处理得出其治疗效果的差异性, 尤其值得注意的是对溃疡愈合质量 (QOUH) 的作用。今后我们研究的重点应放在以上这些方面, 做到临床与实验相结合, 提高研究的水平。

参考文献

- [1] 阮玉东. 辨证治疗消化性溃疡 68 例疗效观察 [J]. 浙江中医学院学报, 2000, 24 (3): 27-28.
- [2] 王细凤. 辨证治疗消化性溃疡 60 例 [J]. 湖南中医杂志, 2004, 20 (1): 35-36.
- [3] 罗关靖. 中医辨证治疗消化性溃疡 98 例临床观察 [J]. 河南中医, 2003, 23 (2): 28-29.
- [4] 何善明, 牛豫洁. 辨证用药抗消化性溃疡复发的临床观察 [J]. 广西中医药, 2001, 24 (6): 27-28.
- [5] 陈丽霞, 邓育. 补气运脾汤加味治疗消化性溃疡临床观察 [J]. 国际医药卫生导报, 2005, 11 (4): 98-99.
- [6] 冯恒基. 加味逍遥散治疗消化性溃疡 52 例临床观察 [J]. 中华实用中西医杂志, 2004, 4 (17): 177.

(下转第 20 页)

貳注射液、黄芪注射液、川芎嗪注射液、化瘀通脉注射液。吸收期可以注射生脉注射液、参脉注射液、化瘀通脉注射液、复方丹参注射液。

6 注意固护正气, 应用扶正改善免疫的药物

SARS 疾病发生过程中, 热毒

炽盛易伤及肺胃、肝脾、心肾, 而出现正气亏乏、免疫功能低下, 尤其是老年体弱的患者, 易继发细菌感染, 加重病情甚至患者死亡。因此应时刻注意固护患者的正气, 及时应用扶正提高免疫药物。如生脉注射液、冬虫夏草水煎剂、西洋参水煎剂、百令胶囊、复方氨基酸胶囊等。西药应及时补充人体白蛋

白、丙种球蛋白、胸腺肽、支链氨基酸等。其他如免疫调节剂白细胞介素 2 等可尝试使用。

参考文献

- [1] 张伯礼. 非典的中医命名、病机及治法 [J]. 天津中医药, 2003, 20 (5): 23-24.
- [2] 南京中医学院编. 温病学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1978: 352.

(上接第 66 页)

- [7] 李 勇. 半夏泻心汤加减治疗消化性溃疡 60 例疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2003, 24 (5): 23-24.
- [8] 林一帆, 周学文, 王长洪, 等. 中西医结合微观辨证治疗上消化道复发性溃疡的研究 [J]. 中医药学刊, 2004, 22 (3): 452-453.
- [9] 罗清娇. 附桂理中汤加味治顽固性十二指肠溃疡 40 例 [J]. 广西中医药, 2002, 25 (1): 29-30.
- [10] 蒋映明. 白拟复胃汤治疗消化性溃疡 124 例 [J]. 广西中医药, 2004, 27 (2): 17-18.
- [11] 梁 永. 健中愈疡汤治疗消化性溃疡 62 例临床观察 [J]. 中国中医急症, 2005, 14 (12): 1167-1168.
- [12] 郭翠萍, 马雪梅. 溃疡散治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 41 例 [J]. 中国民间疗法, 2005, 13 (7): 35.
- [13] 李乾构. 健胃愈疡片治疗消化性溃疡 791 例 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12 (5): 291-292.
- [14] 魏 霞, 韩广智. 益溃宁口服液治疗消化性溃疡 120 例 [J]. 中医研

- 究, 2001, 14 (5): 19-20.
- [15] 林 芸. 安胃愈疡汤治疗消化性溃疡 68 例临床观察 [J]. 中医药导报, 2005, 11 (4): 23-24.
- [16] 杨顺标. 治溃散治疗难治性消化性溃疡 60 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2005, 19 (1): 57-58.
- [17] 李一明, 吴向琼. 健脾愈疡汤治疗消化性溃疡疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2004, 20 (7): 348-349.
- [18] 张晋云, 郑秋菊, 陈福兴. 疏肝理脾愈疡汤治疗消化性溃疡 120 例 [J]. 四川中医, 2002, 20 (3): 33.
- [19] 马锡金, 于世良, 陈 萍. 胃康胶囊治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 56 例临床研究 [J]. 中医杂志, 2006, 47 (3): 187-189.
- [20] 辛献运, 侯爱华. 胃康宁治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡临床研究 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13 (6): 384-386.
- [21] 吴绪荣, 曾振秀, 李家康. 针灸治疗胃、十二指肠溃疡 50 例 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2001, 9 (3):

- 175-176.
- [22] 谭静川, 张宝文, 孙 晶, 等. 胃电治疗仪配合中医辨证治疗消化性溃疡 32 例 [J]. 吉林中医药, 1997, (3): 7.
- [23] 尤千里, 张文春. 穴位埋线联合四联疗法治疗消化性溃疡 50 例 [J]. 新医学, 2002, 33 (6): 347-348.
- [24] 李宇航, 李澎湃, 王庆国, 等. 半夏泻心汤及其拆方对慢性胃溃疡大鼠溃疡灶形态变化的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9 (1): 16-20.
- [25] 严光俊, 李远蓉, 俞悦慈. 金不换冲剂治疗消化性溃疡的临床与实验研究 [J]. 中国医药学报, 2003, 18 (2): 90-92.
- [26] 张红宇, 段 兴, 高菊珍. 白族药保元胃康胶囊抗消化性溃疡的实验研究 [J]. 中国民族医药杂志, 2000, 6 (1): 33.
- [27] 张惠勤, 符麟善, 黄增琼. 溃疡灵抗消化性溃疡作用的实验研究 [J]. 中国中医药科技, 2004, 11 (4): 218-219.