

消肿;柴胡功效主要为疏肝解郁、和解表里^[5]。全方具有散结软坚、活血化瘀、清热解毒的功效,能够有效治疗乳腺增生。在临床中,单一药物治疗的效果并不理想^[7],二者联合应用,能够充分发挥协同作用,进一步提高治疗效果。

本文研究表明:观察组临床总有效率高于对照组,治疗后月经异常、乳头溢液、乳房疼痛积分均比参照组低;治疗后血清雌二醇、催乳素水平均比参照组低,孕酮水平比参照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。此结果与有关文献^[8]的报道基本一致,究其原因可能为:经现代药理学研究表明,三七具有增强机体免疫力、生肌强体、抑制肿瘤等作用;香附能够抑制血小板聚集,减轻腺泡增生引起的充血症状;鼠妇虫可充分发挥抗炎、镇痛等功效,对减轻患者疼痛有着积极的作用^[9-12];黑蚂蚁中三萜类化合物能够发挥镇静、止痛的功效,对减轻患者疼痛的作用十分显著;八角莲中鬼臼毒素可有效抑制癌症细胞;大红袍中有效成分有鞣质、氢键、酚、苯环、脂肪族化合物等,能够充分发挥收敛止血、理气止痛的功效^[13-17];五香血藤可充分发挥抗菌、抗炎、镇痛的作用,是治疗气滞血瘀类病变的常用药材;鸡矢藤中有效成分为石油醚、正丁醇等,能够充分发挥镇痛效果,且成瘾性低,作用时间长,安全性高^[18-19]。

综上所述,乳腺增生患者应用红金消结胶囊与乳癖散结颗粒联合治疗的效果更确切,能够显著改善患者症状,调节患者血清激素水平,且安全可靠,值得临床借鉴应用。

参考文献

[1] 饶根辉,黄莺.红金消结胶囊联合小切口腺叶切除术治疗乳腺增生症的临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(21):86-87.
[2] 高瑞瑞,何海燕,谭娟,等.柴胡疏肝散加炮山甲结合实测经络针灸法治疗乳腺增生症临床研究[J].四川中医,2020,38(12):167-170.
[3] 谢向丽,林锐填,方泽伟.消乳散结胶囊联合小金片对乳腺增生患者乳腺超声指标及激素水平的影响[J].中国药物经济学,2021,16(7):97-100.
[4] 中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与疾病防治学组.乳腺增

生症诊治专家共识[J].中国实用外科杂志,2016,25(7):759-762.

[5] 来保勇,贾丽燕,樊英怡,等.中成药治疗乳腺增生症随机对照试验的对照措施设置现状分析[J].世界中西医结合杂志,2021,16(1):12-16,22.
[6] 安丽景.岩鹿乳康胶囊联合芦笋菠萝蛋白酶胶囊治疗乳腺增生的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(12):2446-2449.
[7] 邵文娟.乳癖散结颗粒对乳腺增生微创旋切术后患者焦虑、抑郁情绪及血清E₂、PRL水平的影响[J].中国中医药科技,2020,27(2):284-285.
[8] 徐婷,尚进,李雄雄.托瑞米芬联合中成药治疗乳腺增生疗效的Meta分析[J].西北国防医学杂志,2020,41(8):513-519.
[9] 来保勇,贾丽燕,刘宇飞,等.红金消结胶囊治疗乳腺增生症随机对照试验的系统评价与试验序贯分析[J].中国中药杂志,2020,45(19):4776-4783.
[10] 李秀兰,何强成,全梦华,等.红金消结胶囊联合刃针疗法治疗肝郁气滞型乳腺囊性增生症临床研究[J].新中医,2019,51(1):153-156.
[11] 裴滕滕,窦娟,徐明华,等.岩鹿乳康胶囊两种不同服药周期对乳腺增生症患者的疗效研究[J].世界临床药物,2018,39(6):389-392.
[12] 张立双,金鑫瑶,杨丰文,等.软坚散结中成药治疗乳腺增生症的网状Meta分析[J].中国中药杂志,2018,43(17):3562-3572.
[13] 杨军,李明志,徐东,等.紫金散结汤联合他莫昔芬治疗乳腺增生症的有效性及对性激素的影响[J].哈尔滨医科大学学报,2021,55(2):191-194.
[14] 程新君.炒盐局部热敷、按摩结合逍遥丸治疗乳腺小叶增生疗效观察[J].中医药临床杂志,2012,24(7):665-666.
[15] 史丽民,姚劲松,王英,等.加味逍遥丸配合乳腺病治疗仪治疗乳腺增生疗效观察[J].山东医药,2010,50(32):70-71.
[16] 高翔,官文博,李瑞青,等.乳癖散结胶囊治疗气滞血瘀型乳腺增生病乳痛症52例临床观察[J].中国医药指南,2017,15(11):203.
[17] 孙小慧,刘胜.中医药治疗乳腺增生病的临床研究进展[J].中医外治杂志,2011,20(3):37-39.
[18] 谭娟,惠彩霞,白雪峰,等.温针灸、药线灸联合乳癖汤治疗乳腺增生症气滞血瘀型的疗效及对患者性激素、血脂水平的影响[J].河北中医,2021,43(4):653-657.
[19] 于慧会,朱博,关磊,等.城市健康体检人群乳腺增生患病情况及影响因素的研究[J].中国临床医生杂志,2019,47(4):439-442.

常规药物联合黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的效果

石志磊 辛苹

(山东省北大医疗鲁中医院药剂科,山东 淄博,255400)

摘要:目的 观察对慢性胃炎(脾胃虚寒型)患者应用常规药物与中药汤剂联合治疗的效果以及安全性。方法 选取2020年2月~2021年2月北大医疗鲁中医院接收的慢性胃炎患者92例,通过抽签方式将患者均分为两组,对照组(46例,应用常规药物治疗),观察组(46例,应用常规药物联合黄芪建中汤加减治疗),对比分析两组患者治疗前后中医证候积分变化、临床治疗效果、生活质量评分、临床症状变化、营养指标以及不良反应发生状况。结果 治疗后,两组患者食欲下降、上腹痛、恶心呕吐等积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组社会功能、生理功能、躯体疼痛、情感职能评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

观察组患者各项指标(疼痛消失时间、胃肠功能恢复正常时间、腹胀消失时间)时间相比对照组更短,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前两组患者各项营养指标[血红蛋白(Hb)、白蛋白(ALB)、血清总蛋白(TP)]对比差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后观察组患者各项指标相比对照组更高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率与对照组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 在慢性胃炎(脾胃虚寒型)患者治疗过程中,应用常规药物联合黄芪建中汤加减治疗效果理想,可提升患者生活质量,安全性较高,临床应用可行性较高。

关键词:慢性胃炎;常规药物;中药汤剂;不良反应

中图分类号:R287 文献标识码:A 文章编号:1009-8011(2022)-13-0033-04

慢性胃炎是消化内科疾病的一种,较为常见,发病原因主要为各类致病因子损害胃黏膜上皮,进而引发胃黏膜腺体萎缩性病变或持续性炎症,包含糜烂出血、充血水肿等,消化不良、上腹部胀痛、呕血等为该病主要临床症状^[1]。慢性胃炎发病与年龄存在一定相关性,年龄越大,慢性胃炎发病率越高,与女性相比,男性发病率更高,而男性多是由部分不良饮食习惯或过度吸烟而引起的。部分研究指出,在慢性胃炎疾病治疗中,常规药物与中药汤剂联合治疗效果理想^[2]。近年来,慢性胃炎患者发病率呈现出明显增长趋势,主要原因在于人们饮食习惯改变,患者由多种因素影响,自身逐渐出现慢性胃炎病证,对患者日常生活产生的影响较为明显,需要及时治疗,以促使患者病证得到及时控制,避免病情进展。中药汤剂是治疗该病证的常见方法,治疗方法较为温和,对人体产生的不良反应较小,应用价值较高^[3]。本次研究以 2020 年 2 月~2021 年 2 月北大医疗鲁中医院接收的 92 例慢性胃炎患者作为研究对象,比较分析对慢性胃炎患者应用常规药物联合黄芪建中汤加减治疗的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月~2021 年 2 月北大医疗鲁中医院接收的慢性胃炎患者 92 例,通过抽签方式将患者均分为两组,每组 46 例。对照组男 25 例,女 21 例;年龄 22~80 岁,平均年龄(50.72 ± 2.65)岁;病程 4.2~25.4 年,平均病程(15.48 ± 2.95)年;慢性萎缩性胃炎 17 例、胆汁反流性胃炎 9 例、慢性浅表性胃炎 20 例。观察组男 24 例,女 22 例;年龄 23~79 岁,平均年龄(50.26 ± 2.71)岁;病程 4.4~24.8 年,平均病程(15.36 ± 2.79)年;慢性萎缩性胃炎 19 例、胆汁反流性胃炎 11 例、慢性浅表性胃炎 16 例。两组患者一般资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究通过北大医疗鲁中医院医学伦理委员会批准,所有患者已签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合脾胃虚寒证证型,诊断依据为胃脘隐痛或胀满,餐后加重,乏力、疲倦,四肢不温,纳呆,舌淡或存在齿印,苔薄白^[4];②使用胃镜检查、影像学检查、病理检查等综合诊断与中华医学会消化病学分会制定的慢性胃炎相关诊断标准相符^[5];③临床资料完整;④沟通能力正常。

排除标准:①肝、肾、心、肺等重要脏器存在严重疾病者;②接受其他方式治疗者;③哺乳期、妊娠期患者;④依从性低者;⑤意识障碍者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

应用常规药物治疗,具体如下:选用奥美拉唑肠溶胶囊(生产企业:阿斯利康制药有限公司,国药准字 H20030412,规格:20 mg×14 粒,剂型:胶囊剂)展开治疗,20 mg/次,2 次/d。除此之外,对于胆汁反流患者,服用坐珠达西(生产企业:西藏甘露藏药股份有限公司,国药准字 Z54020058,规格:1 g×6 丸/盒,剂型:丸剂)与消胆胺(生产企业:南京厚生药业有限公司,国药准字 H10940130,规格:5 g:4 g×12 袋,剂型:粉剂);对于暖气与上腹饱胀患者,服用枸橼酸莫沙必利片(生产企业:江苏豪森药业集团有限公司,国药准字 H19990315,规格:5 mg×24 s×200 盒,剂型:片剂)等;对于胃出血患者,服用米索前列醇(生产企业:华润紫竹药业有限公司,国药准字 H20000668,规格:0.2 mg,剂型:片剂)与膜固思达(生产企业:浙江大冢制药有限公司,国药准字 H20020541,规格:0.1 g×12 s,剂型:片剂)。14 d 为 1 个疗程,患者治疗时长为 2 个疗程。

1.3.2 观察组

于常规药物治疗基础上加用黄芪建中汤加减治疗,具体如下:①常规药物使用方式与对照组相同。②黄芪建中汤药方:桂枝 10 g,黄芪 20 g,白芍 20 g,饴糖 30 g,生姜 10 g,炒白术 15 g,大枣 12 g,枳实 10 g,党参 20 g,厚朴 10 g。对于反酸患者,加用浙贝母、海螵蛸、瓦楞子;对于情志不遂患者,加用香附、佛手;对于胃痛患者,加用延胡索。上述药物水煎服,取汁 450 mL,1 剂/d,3 次/d(早中晚),温服。14 d 为 1 个疗程,患者治疗时长为 2 个疗程。

1.4 观察指标

①以《慢性胃炎的中西医结合诊疗方案》^[6]相关标准为依据,观察比较两组患者治疗前后中医证候积分变化状况,通过慢性胃炎中医证候评分表评价治疗前后中医证候积分变化,包含食欲下降、上腹痛、恶心呕吐 3 个维度,轻度 1 分,中度 2 分,重度 3 分,总分 0~9 分,分值越高症状越严重。

②观察记录两组患者临床治疗效果,分别为显效(临床症状消失,胃镜复查黏膜活动性炎症消失)、有效(临床症状减轻,胃镜复查病灶减少 >50%)、无效(未达到上述指标)。有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

表 1 两组患者治疗前后中医证候积分变化比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	食欲下降		上腹痛		恶心呕吐	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	3.88 ± 0.69	0.79* ± 0.18	4.11 ± 0.59	1.12 ± 0.24*	3.61 ± 0.81	0.79 ± 0.21*
对照组	46	3.92 ± 0.83	1.33 ± 0.39*	4.17 ± 0.75	2.17 ± 0.53*	3.58 ± 0.93	1.53 ± 0.54*
<i>t</i>		0.251	8.527	0.426	12.240	0.165	8.662
<i>P</i>		0.802	<0.001	0.671	<0.001	0.869	<0.001

注: 与同组治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者生活质量(SF-36)评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	社会功能		生理功能		情感职能		躯体疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	65.75 ± 1.85	87.48 ± 2.29*	68.95 ± 2.06	87.09 ± 2.47*	69.74 ± 2.61	89.84 ± 2.43*	67.18 ± 2.39	87.55 ± 3.37*
对照组	46	65.82 ± 1.74	78.35 ± 2.21*	69.04 ± 2.15	80.31 ± 2.08*	69.67 ± 2.54	79.62 ± 3.29*	67.12 ± 2.44	80.51 ± 3.33*
<i>t</i>		0.187	19.457	0.205	14.240	0.130	16.947	0.119	10.078
<i>P</i>		0.852	<0.001	0.838	<0.001	0.897	<0.001	0.905	<0.001

注: 与治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

③通过 SF-36(生活质量量表)评估两组患者治疗前后生活质量, 包含社会功能、生理功能、躯体疼痛、情感职能, 总分 0 ~ 100 分, 分值与患者生活质量正相关。

④观察两组患者症状变化, 指标包括疼痛消失时间、胃肠功能恢复正常时间、腹胀消失时间。

⑤观察两组患者营养情况, 营养指标包括 Hb(血红蛋白)、ALB(白蛋白)、TP(血清总蛋白), 抽取患者空腹静脉血开展测量。

⑥观察记录两组患者不良反应发生状况, 包含嗜酸性细胞升高、皮疹。不良反应发生率 = (嗜酸性细胞升高 + 皮疹) 例数 / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件对数据进行处理和分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料以 [$n(\%)$] 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医证候积分变化比较

治疗前, 两组患者食欲下降、上腹痛、恶心呕吐等积分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者食欲下降、上腹痛、恶心呕吐等积分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者临床治疗效果比较

观察组治疗有效率 97.83%, 高于对照组治疗有效率 82.61% ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床治疗效果比较 [$n(\%)$]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	46	32(69.57)	13(28.26)	1(2.17)	45(97.83)
对照组	46	27(58.70)	11(23.91)	8(17.39)	38(82.61)
χ^2					6.035
<i>P</i>					0.014

2.3 两组患者生活质量评分比较

与治疗前相比, 治疗后观察组、对照组患者生活质量评分均提升 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者生活质量评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 与对照组相比, 观察组社会功能、生理功能、躯体疼痛、情感职能评分更高 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者临床症状变化

观察组患者各项指标(疼痛消失时间、胃肠功能恢复正常时间、腹胀消失时间)时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者临床症状变化情况 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	疼痛消失时间	胃肠功能恢复正常时间	腹胀消失时间
观察组	46	1.78 ± 0.15	2.86 ± 0.26	2.12 ± 0.15
对照组	46	3.22 ± 0.65	5.75 ± 0.34	4.52 ± 0.28
<i>t</i>		8.265	7.240	6.947
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

2.5 两组患者 Hb、ALB、TP 营养指标情况对比

治疗前, 两组患者各项营养指标(Hb、ALB、TP)比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者各项指标(Hb、ALB、TP)相比对照组更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

2.6 两组患者不良反应发生状况比较

观察组(4.35%)、对照组(6.52%)患者不良反应发生率对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 6。

表 6 两组患者不良反应发生状况比较 [$n(\%)$]

组别	例数	嗜酸性细胞升高	皮疹	发生率
观察组	46	1(2.17)	1(2.17)	2(4.35)
对照组	46	1(2.17)	2(4.35)	3(6.52)
χ^2				0.212
<i>P</i>				0.646

表 5 两组患者 Hb、ALB、TP 营养指标情况对比

($\bar{x} \pm s$, g/L)

组别	例数	Hb		ALB		TP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	102.65 ± 3.21	139.57 ± 4.25*	28.86 ± 3.47	46.21 ± 3.26*	56.36 ± 3.26	64.32 ± 4.75*
对照组	46	102.23 ± 3.40	134.27 ± 4.59*	28.83 ± 3.50	37.15 ± 3.36*	56.40 ± 3.24	58.56 ± 4.79*
<i>t</i>		0.212	7.157	0.305	8.868	0.337	8.178
<i>P</i>		0.876	<0.001	0.733	<0.001	0.712	<0.001

注:与同组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性胃炎为一种常见病证,近年来,该病证发病率呈现显著增长趋势,患者患病后症状反复发作,对患者日常生活、工作影响较为严重^[7]。慢性胃炎患者需及时治疗,防止患者病情加重^[8]。慢性胃炎存在诸多发病机制,如患者饮食不规律、遗传因素等,因此,在治疗中需以发病原因展开针对性治疗,促进患者康复。当前,慢性胃炎治疗方式主要为药物治疗,但西药刺激性较强,患者易产生多种不良反应,长期服用会损伤患者组织器官,降低患者生活质量^[9]。从中医学角度分析,慢性胃炎属“腹胀”“心下痞”“胃脘痛”等范畴,该病病机为脾胃不和、六淫或饮食不节,造成血瘀、阻滞气机,脾胃气虚,治疗方式为健脾和胃^[10]。黄芪建中汤中,桂枝具备温通经脉、助阳化气的效用^[11];《神农本草经》将黄芪列为“上品”,微温,味甘,具备补中益气的效用;白芍具备缓急止痛的效用^[12];生姜具备温中止呕、发汗解表的效用;炒白术具备燥湿利水的效用;大枣具备养血安神、补中益气的效用;枳实具备消痰癖的效用^[13];厚朴具备燥湿除满、行气消积的效用;党参具备和胃生津、补中益气、去痰止咳的效用;饴糖具备补虚、缓中、润燥的效用^[14]。现代药理学证实,黄芪建中汤方内白芍存在镇痛效用,党参多糖可促进患者胃黏膜、胃壁厚度提升,保护胃黏膜;黄芪皂苷可促进自由基消除,促进胃黏膜损伤减轻,促进胃黏膜病理与氧化应激状态改善。上述诸多药材合用,可发挥活血益气、疏通经络的功效^[15]。

研究显示,治疗后,与对照组患者对比,观察组患者食欲下降、上腹痛、恶心呕吐等积分、不良反应发生率更低,治疗有效率、生活质量评分(社会功能、生理功能、躯体疼痛、情感职能)、各项营养指标(Hb、ALB、TP)更高,各项指标(疼痛消失时间、胃肠功能恢复正常时间、腹胀消失时间)时间更短($P < 0.05$),表明在慢性胃炎患者治疗期间,行常规药物联合黄芪建中汤加减治疗疗效确切,可有效改善患者临床症状,促进患者生活质量提升,提升患者康复速度,提升患者机体营养水平。观察组与对照组患者不良反应发生率对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),表明在慢性胃炎患者治疗期间,应用常规药物治疗联合黄芪建中汤加减治疗安全性较高。

综上所述,在治疗慢性胃炎患者期间,应用常规药物治

疗联合黄芪建中汤加减治疗效果理想,可改善患者生活质量,较为安全,值得进一步临床应用。

参考文献

- [1] 郭振. 疏肝理气中药汤剂治疗肝胃不和型浅表性胃炎的临床效果及安全性分析[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(1): 229-231.
- [2] 刘珊, 范琼尹, 刘逍遥. 基于CiteSpace的中药治疗慢性萎缩性胃炎文献可视化分析[J]. 中国医药导报, 2021, 18(20): 10-15, 20.
- [3] 吴日亮, 何成辉, 陆小强. 中药热庵包联合香砂六君子汤治疗慢性胃炎与泮托拉唑治疗的效果对比研究[J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(3): 16-18.
- [4] 李军祥, 陈詒, 吕宾, 等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2017, 37(11): 721-738.
- [6] 张万岱, 陈治水, 危北海. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J]. 现代消化及介入诊疗, 2005, 10(3): 181-184.
- [7] 宋英杰, 黄小桦, 成荣新, 等. 中成药治疗慢性胃炎成方规律分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(9): 102-107.
- [8] 王士源, 刘慧荣, 吴焕淦. 艾灸联合口服中药治疗慢性萎缩性胃炎有效性的Meta分析[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(3): 756-760.
- [9] 侯政昆, 陈瑞芳, 刘凤斌, 等. 个性化膏方治疗慢性胃炎的临床研究: 498例回顾性病例系列分析和专家访谈[J]. 中草药, 2021, 52(23): 7280-7292.
- [10] 李亚可, 郭志玲, 艾思南, 等. 基于网络药理学分析胃苏颗粒治疗慢性胃炎的内在机制[J]. 北京中医药, 2021, 40(9): 1037-1041.
- [11] 周慧, 周昕欣, 曲颂扬. 慢性胃炎应用奥美拉唑、正气散加减方联合治疗对细胞炎性因子和胃蛋白酶PG、GS影响探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(2): 80-83.
- [12] 陈忠宁, 罗桂金, 陈远博. 益气化湿中药治疗幽门螺杆菌首次根治失败慢性胃炎疗效及对血清核因子- κ B、热休克蛋白水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(32): 3607-3609.
- [13] 李娅, 孙建慧, 王彩云, 等. 刘启泉运用花类药物治疗慢性胃炎经验[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(7): 1379-1381.
- [14] 张彧, 吴东升, 徐寅, 等. 基于文献研究的中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性胃病中中药用药规律分析[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(22): 4985-4991.
- [15] 梁艺钟, 林德荣, 郭绍举. 中药治疗脾胃虚弱型幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的疗效分析[J]. 中国现代医学杂志, 2019, 29(16): 103-107.