



“以痛论治”胃溃疡与消托补

周丽杰,刘国政,王鑫宇,段金江,肖景东
(辽宁中医药大学,辽宁 沈阳 110847)

摘要:慢性胃溃疡是消化系统最普遍的疾病之一。在慢性胃溃疡患者中,往往伴有胃黏膜的慢性破坏和缺陷,因此胃黏膜防御的功能降低,胃酸或消化液的反复分泌导致恶性混合,溃疡长时间不能愈合,容易变成胃癌。慢性胃溃疡的临床表现以每种疾病为特征。患者经常到诊所就诊,反复出现节律性发作,如腹痛、呕吐、胃酸反流、消化不良等,严重威胁患者的生活质量。慢性胃溃疡是临床试验中最热门的选择之一,也是治疗的挑战之一。文章介绍了慢性胃溃疡的病情和治疗的研究进展,并提出将“消托补”融合进治疗方法中,为胃溃疡治疗方案的制定提供了参考。

关键词:胃溃疡;以痛论治;消托补;毒热

中图分类号:R259

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2023)12-0004-03

Treating Gastric Ulcer Based on Carbuncle and Resolving – Promoting – Supplementing Method

ZHOU Lijie, LIU Guozheng, WANG Xinyu, DUAN Jinjiang, XIAO Jingdong
(Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China)

Abstract: Chronic gastric ulcer is one of the most prevalent diseases of the digestive system. In patients with chronic gastric ulcer, it is often accompanied by chronic destruction and defects of the gastric mucosa, so the function of gastric mucosal defense is reduced, and the repeated secretion of gastric acid or digestive juice leads to malignant mixture. The ulcer cannot heal for a long time, and it is easy to become gastric cancer. The clinical manifestations of chronic gastric ulcer are characterized by each

基金项目:国家自然科学基金项目(82074296);辽宁省教育厅基金项目(L202063)

作者简介:周丽杰(1998-),女(满族),辽宁沈阳人,硕士在读,研究方向:中西医结合治疗消化病。

通讯作者:肖景东(1971-),男(回族),辽宁丹东人,教授,博士研究生导师,博士后,研究方向:中医内科治疗消化病。E-mail: xiaojd@126.com。

中医理论为指导,分析探索患者所有症状造成的多种证素之间主次、相兼、重叠关系^[20],这是中医整体观念的体现,为临床辨证治疗提供了标准化的依据。

参考文献

- [1] 李富增,徐红日,王虹虹,等.铜绿假单胞菌肺炎中医证候特点研究[J].现代中医临床,2020,27(1):26-29.
- [2] 瞿介明,曹彬.中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(4):253-279.
- [3] 佚名.铜绿假单胞菌下呼吸道感染诊治专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2014,37(1):9-15.
- [4] 朱文峰.证素辨证学[M].北京:人民卫生出版社,2008.
- [5] 张伯礼,吴勉华.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2017.
- [6] RESTREPO MI, BABU BL, REYES LF, et al. Burden and risk factors for Pseudomonas aeruginosa community-acquired pneumonia: a multinational point prevalence study of hospitalised patients[J]. Eur Respir J, 2018, 52(2):1701190.
- [7] 杨原,孙志宏,闫竹琴.头孢哌酮/舒巴坦联合痰热清注射液对老年患者院内铜绿假单胞菌肺炎的疗效[J].中华老年多器官疾病杂志,2021,20(9):683-688.
- [8] 冉清智,计辰洋,翟伟航,等.症状群:中西医结合的交汇点[J].中医药学报,2022,50(7):1-4.
- [9] 邱红梅.老年肺炎患者临床特点观察及诊疗探讨[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(12):64-65.

- [10] 史若愚,孙宏源.橘红痰咳液联合莫西沙星治疗痰浊阻肺型老年社区获得性肺炎的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(11):2183-2186.
- [11] 王成,罗均平,黄青松,等.参苓白术散治疗呼吸系统疾病研究进展[J].中医临床杂志,2020,32(6):1178-1182.
- [12] 王芳,薛娟娟,方建飞,等.缺血性卒中相关性肺炎危险因素的病例对照研究[J].现代预防医学,2022,49(12):2154-2158.
- [13] 陈思清,韩运宗,刘琴,等.浅析“脾主卫”[J].中医药通报,2022,21(5):28-29.
- [14] 马玉侠.老年耐药铜绿假单胞菌肺炎中医证型演变规律及炎性指标相关性研究[J].山西医药杂志,2021,50(5):831-833.
- [15] 樊姝宁,张双,徐甜,等.王庆国教授治疗恶风证治经验[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(3):54-57.
- [16] 刘晓芳,刘琼,潘家文.六经辨证论治重症肺炎[J].中国中医急症,2019,28(6):1095-1097.
- [17] 陈浩.论“逆传心包”之“逆”字内涵解析[J].亚太传统医药,2021,17(2):201-202.
- [18] 陈玉飞,蔡永敏.“逆传”与“逆传”心包考辨[J].中医学报,2021,36(3):676-678.
- [19] 李奕,张国杰.关于“证素辨证新体系”创新性的评述[J].中医研究,2023,36(2):5-9.
- [20] 王章林,赖新梅.证素辨证理论体系与方法学研究述评[J].福建中医药,2022,53(5):53-55,59.



disease. The patient visited the clinic frequently with recurrent rhythmic attacks, such as abdominal pain, vomiting, acid reflux and dyspepsia, which seriously threatened the patient's quality of life. Chronic gastric ulcer is one of the hottest options in clinical trials and one of the challenges of treatment. This article introduced the research progress of the condition and treatment of chronic gastric ulcer, and proposed to integrate resolving – promoting – supplementing method into the treatment, which provided a reference for the formulation of the treatment plan for gastric ulcer.

Keywords: gastric ulcer; treatment based on carbuncle; resolving – promoting – supplementing method; heat toxin

根据相关数据统计,慢性胃溃疡的全国总发病率为5% ~ 10%,并且逐年增加^[1-2]。胃溃疡患者的胃镜检出率在全中国占15% ~ 35%,溃疡变癌发生率分别为1.5%,而致死率则为2.5%^[3]。慢性胃溃疡显然是季节性的,更可能在气候寒冷的冬季发生,而在夏季的发病率相对较低^[4]。研究表明,胃溃疡的发病率与年龄因素呈明显的正相关,随年龄增长,发病率越高,但50 ~ 60岁是男性暴发最为普遍的人群,男女比例为3.6:1^[5]。慢性胃溃疡与生活条件、工作条件、文化素质、财经情况、饮食习惯和卫生条件等因素存在密切关系。受教育程度越低,发病率越高。慢性胃溃疡不仅呈现高发病率和病死率,而且伴有并发症的高发生率,其严重损害患者身心健康。慢性胃溃疡目前是胃肠病学领域研究最多的课题之一,但还需要更多的研究。许多科学家已经研究了胃溃疡发作的机制。研究集中在几种理论上,包括胃酸溃疡理论,消化作用的虚构,炎症失衡理论和幽门螺杆菌感染理论^[6]。然而,没有一个理论完全解释慢性胃溃疡的状态,并且有重叠的理论。其中,最重要的是炎症失衡理论。研究表明,慢性胃溃疡患者胃酸的分泌量远高于正常人。如果抑制胃酸的分泌,溃疡的发生率会明显降低,这将有助于治愈溃疡^[7]。在胃酸水平高的环境中,被胃酸激活的胃蛋白酶等消化酶,可直接消化胃黏膜,从而使黏膜形成溃疡。这与施瓦茨等1910年所提出的“无酸不溃疡”的理论是一致的。胃黏膜的防御层是由黏膜分泌的黏液与胃柱状上皮细胞组成的,以防止在正常生理条件下胃酸和消化酶破坏胃黏膜。胃黏膜的防御系统可以防止胃酸中的H⁺离子主动扩散到细胞中并引起细胞内酸碱失调。而黏液-碳酸氢盐屏障又是胃黏膜的另一道防御网。由胃壁细胞分泌的性质黏稠的物质与胃上皮细胞分泌的碳酸根离子共同构成了胃黏液碳酸盐屏障,其起到了保护胃黏膜的作用,通过这层屏障使胃酸在胃黏膜表面的浓度降低,从而缓解盐酸对胃黏膜的腐蚀,使胃内的PH值浓度对胃黏膜细胞的影响减少^[8]。此外,胃的黏膜层具有丰富的毛细血管网络,不仅可以随时起到滋养或供应的作用,并且可以消除代谢废物和破坏因素以减少对胃黏膜的损害。但是在胃酸的腐蚀作用下胃黏膜受到了损伤,形成溃疡,黏膜抵御侵袭的能力下降,使盐酸及胃蛋白酶等攻击因子进一步腐蚀胃黏膜,随着正常黏膜数量的减少,黏液和碳酸氢盐的分泌能力也受到影响,消除代谢废物的能力也降低,溃疡范围越来越大,如此往复,经久不愈,形成恶性循环。结果是胃黏膜损伤越来越重,防御屏障对黏膜的保护能力越来越差^[9]。

1 消化性溃疡病因的现代研究

研究显示,慢性胃溃疡是一种炎症通路介导的反应,其发生与多种炎症因子的释放和活性有密不可分的关系^[10]。炎症因子的激活和抑制炎症因子的失活可扰乱炎症反应平衡,是慢性胃溃疡久治不愈的重要因素之一。有研究表明,在胃溃疡的病灶中心及四周,白介素(IL)1、2、6和10及肿瘤坏死因子

(TNF)等炎症因子的表达明显增加,但当炎症因子表达相关通路被抑制时,随着炎症因子的表达减少,溃疡创面也趋于愈合^[11]。同时,表皮生长因子、三叶肽因子、血管内皮细胞生长因子、转移因子、肝细胞生长因子、血小板源生长因子、角质细胞生长因子和血清反应因子被证实是溃疡创面生长愈合的重要介质^[10]。

幽门螺杆菌(hp)感染和胃溃疡之间的联系近年来被试验确认。自从Marshall和Warren1983年从胃溃疡患者的样本胃黏膜中提取出幽门螺杆菌以来, hp感染就受到了相关学术界的广泛关注,作为消化性溃疡发生和发展过程中的诸多病因中最易致病的原因。据研究表明,对胃溃疡患者的胃黏膜进行检查, hp的检出率高达70%^[12]。Hp侵入人体后具有极强的生存和运动能力,在胃液中借助鞭毛可以穿透黏液层从而紧紧抱牢胃壁上皮细胞。并通过自身分泌的过氧化物歧化酶和过氧化氢酶共同作用于中性粒细胞,来对抗中性粒的吞噬作用,防止其自身被消灭^[13]。HP分泌的尿素酶^[8]可在胃液的作用下分解产生氨。而这些氨可在hp的周围形成“氨云”——即为一层保护膜,以防止hp的菌体被盐酸杀灭^[14]。并且, hp还可以刺激产生大量的病原微生物,引起炎症介质倾倒式的级联释放。另外,当感染hp后,胃窦部的hp值升高尤其明显,这可反射性地激活机体的负反馈调节机制,增加胃泌素的分泌,继而形成胃酸分泌过多的形势,导致胃部黏膜被侵蚀,胃壁上皮细胞损伤,肠道上皮化生的严重后果。多种因素交织相互影响,最终导致溃疡的慢性持续性,频繁复发性及致癌性。

2 “胃痛”病名的由来

胃溃疡的主要症状是有规律的上腹部疼痛,主要呈现隐、钝、胀和烧灼样等性质。在胃溃疡的活跃期,纤维内镜下可见形状或正圆或椭圆的溃疡,溃疡面内光整或伴组织增厚,可有肿胀出血,颜色或白或黄的渗出物可出现在溃疡创面深部。在内镜下观察到的黏膜形态的病理改变及临床症状的主要表现可以简单归纳为红、肿、热、痛四个字。以上总结与中医外科学中的痈病主要症状表现十分类似,且与周学文教授提出的毒热学说完全一致,即外邪入里化火、或肝胆情志化火犯脾挟胃等因素致脾胃气机升降失司,气行不畅,郁而化火,日久则郁而化热酿毒,以致痈疡,所以胃溃疡又被称为内痈,古代医家随即提出胃溃疡应“以痈论治”的看法。《黄帝内经·素问病能论篇》首次记载了胃脘痈这个病名,黄帝问岐伯曰:“人病胃脘痈者,诊当何如?”岐伯答曰:“当候胃脉,其脉当沉细,沉细者气逆,逆者,人迎甚盛,甚盛则热则聚于胃口而不行,故胃脘为痈也”。此上指出了诊断方法和主要病机,并说明胃脘痈的主要病因为“热盛”。《医宗金鉴》中有提到:“盖内痈、内疽,其病原无殊,惟在根浅深之别耳”,在古代医籍的记载中胃脘痈这种疾病虽然多次出现,但其疾病的形态和症状表现并不相同,与当今临床所说的胃溃疡更是出入甚远。所以不能因为病名相



同就将所提及的疾病不加区分,混为一谈。根据瘀伤治疗理论,提出毒热是活动性胃溃疡的主要致病因素,而其中重点强调的是“毒”。“毒”是一种攻击性强大,并能作用于人体,损害人体五脏六腑、奇经八脉和气血阴阳的破坏性极强的致病因素。“毒”邪又有阴阳,内外的区别。病起由热化毒,肝胆火旺,横犯脾土,脾胃运化失调,中焦气机逆乱,郁滞不行,久而化热,热与毒相纠结,共同致肉腐血溢,形成溃疡。对应到现代医学胆汁反流^[15]和幽门螺杆菌感染^[16]为“毒热”的主要代表。

3 “毒热”学说与消托补

外毒主要是指“风寒暑湿燥火”六大外源性病原体,传染病病毒,饮食和药物等因素作用于机体而产生的不良影响。内毒引起人体的不适主要包括器官功能障碍,气血运转紊乱,气血的贮藏能力减弱,运行受阻导致毒热的积累。在特殊情况下,内外毒可同时发而为病,长时间持续难以治愈,发作重复并逐渐形成疮疡。因此,周学文教授指出,毒热的存在不仅是胃溃疡首发和复发的重要病因,也是溃疡后期预后的主要障碍。毒热贯穿于溃疡病发生发展的各个阶段,导致了溃疡加重,延缓了创面的愈合时间,对疾病产生了极大的影响^[17]。

“毒热”致病的矛盾根源在于毒邪久结不散,《金匱要略心典》云:“毒者,邪气蕴结不解之谓”。热因毒侵而起,“毒热”烧灼筋骨,使肉腐肌溃,日久为痈,有《灵枢痛疽》云:“热盛则肉腐,肉腐则为脓”。前者因两邪缠绵,结而不散,郁而不行,《三指禅卷三·内外痈疽先变脉论》有云:“凡属肺痈与胃脘诸痈,总是热毒蕴结”。热邪不除,毒邪有所依附,二者互结难愈。后者因日久不去,《圣济总录》云:“胃脘痈者,由寒气隔阳,热聚胃口,寒热不调,故血肉腐败。邪气久积不除,日久化热,热起致毒,毒热互结”。所以“两邪缠绵”与“日久不去”又互为因果,毒邪的“不去”与“缠绵”相互影响,不断相互促进,使邪发展,纠结难愈,最终形成溃疡。

国医大师周学文继承“内痈”理论,开拓“毒热”学说,认为“虚实夹杂”是胃溃疡整个进展过程中的主要病理特征,而“毒热蕴胃”是疾病活动期最主要的辨证分型,通过以上思路总结出其基本治疗原则为“以痈论治”,相对应的治法则是“解毒清热、脱腐生肌。将治疗外痈的“消、托、补”疗法借鉴到胃溃疡的治疗过程中,在临床试验阶段获得了较为满意的预期效果。“消”法应用于肿疡早期令邪消散,以防毒邪郁而成脓,适用于痈疡形成早期,经络瘀滞,气血运行不畅,未溃脓之时。“托”法是指在溃疡发展到中期,郁久化热,血败肉腐以防毒邪内陷而用补中益气、脱毒外出的中药来补益气血,扶正祛邪的方法。《证治准绳》中提到:“内托之药,以补药为主,活血祛瘀之药佐之,或以芳香之药行其郁滞,或加温热之药御其风寒”。因此,在应用托法的基础上,应对胃溃疡的不同发展阶段和兼见病证,兼用不同功效的中药以补中益气、活血化瘀、解郁行气、解表祛邪;并且助正气以攻毒外出,加快溃疡愈合速度。“补”法是指用有脱腐生肌,补血益气作用的中药在溃疡后期,化瘀生新,使机能恢复,防止余邪留恋,以助新发,加快疮面愈合的方法。“消、托、补”三法可根据溃疡发展的具体阶段,先后,单独或结合选用,遣方用药亦可以根据治疗思路灵活应用。胃溃疡病是当今临床较为常见的疾病,具有广泛的易感人群^[18-19]。且在西医方面对此病的治疗方案较为单一。主要方案有四联疗法以杀灭幽门螺杆菌以及用来抑制胃酸分泌的质子泵抑制

剂和碱类药物。虽然此方法改善胃溃疡症状的能力较强,但是作用并不持久,以至于疾病治疗不彻底。停止常规抗酸治疗的一年后溃疡复发率就可达到60%^[20]。当今随着科技的进步,医疗水平也不断发展,微波与电凝等技术广泛应用于临床,但是由于缺少参考对照及术后随访,使治疗效果未得到学术证实。周学文教授从“热毒”的理论基础出发,以“以痈论治”为胃溃疡治疗原则,研制出了消痈溃得康煎剂^[21]。在临床治疗中,它可以显著改善患者的临床表现并加速溃疡表面的愈合,具有明显的临床治疗效果。

4 消痈溃得康煎剂

国医大师周学文教授从20世纪就开始研究胃溃疡的发生发展及演变机制,总结出一套“以痈论治”的治疗思路,创立了“毒热”致病理论,并研制出消痈生肌方药,即后来的消痈溃得康煎剂,并取得了较好的临床疗效,其组成包括黄芪、黄连、蒲公英、海螵蛸、丹参、苦参、白及、浙贝母、甘草、三七粉,其中黄芪、黄连属于方中君药^[22]。

黄芪,出自《神农本草经》,其味甘、性微温,归脾肺两经,具有补中益气、利水、固表、脱腐生肌的功效,故称为“药之长”。《医学启源》中记载其善补中脏,托内外痈毒疮疡。《本草备要》亦加载黄芪生肌、生血、托痈排脓之效甚佳。《本草纲目》中称其甘温纯阳,可补诸虚不足:一可补益元气,二可健脾益胃,三可解肌热,四可排脓毒,五可托阴疽乃是疮家之圣药。当今药理研究表明,黄芪含胆碱、皂苷、氨基酸及叶酸等,对肾综综合征能加快蛋白尿的消退,能促进小肠运动,能增强机体抵抗力,并且能降低血压、扩张血管^[23]。黄连,味苦性寒,归于心、肝、胃、大肠四经,具备清热燥湿、泻火解毒的疗效,尤其善清中焦胃肠之湿热,为治中焦湿热之要药。现代医学对其研究发现,黄连的主要成分有小檗碱、甲基黄连碱等生物活性物质,此类物质具有良好的抗菌功效,除了常见的致病菌还对幽门螺杆菌有专门的杀灭作用,其中小檗碱还具有利胆、降血清胆甾醇以及抑制胃液分泌的作用。对保护胃黏膜的保护小檗碱与黄连碱亦可起到一定作用,具有良好的抗溃疡的作用^[24-25]。黄芪、黄连同用益气兼以解毒,一补素虚之脾胃,二解蕴结之“毒热”,为本方之关键。治疗毒热蕴胃型胃溃疡二者功效互补共同促进溃疡愈合,故为君药。苦参、白及、蒲公英、海螵蛸、浙贝母为方中臣药。苦参,其味苦性寒,入肝、胃、大肠,小肠经,其善清热、燥湿,对湿热毒疮的治疗有显著作用。《神农本草经》记载其能开淤散结,消癥瘕积聚,逐水去黄,消痈祛肿。经现代医学研究,苦参中含有的苦参酮,能治疗胃酸侵蚀所致的溃疡^[26-27]。白及,其味苦、甘、涩性凉,入胃经,具有消肿、生肌,收敛止血之功效,《本草汇言》说其为敛气、利痰、消痈、止血之药,《本草正义》称其为消肿生肌之要药。实验研究发现白及能增强胃黏膜防御因子的活性有效保护由胃酸过多引起的黏膜损伤^[28-29]。蒲公英,其味苦、甘性寒,入肝、胃二经,具有凉血解毒,散结消肿之功。《本草正义》有记录此草性质寒凉,对红肿、疮疡、热毒等证具有较好的治疗作用,为“疮家之最”。实验研究表明,蒲公英具有清热解毒消炎的作用,在临床应用中可在溃疡面上形成保护膜并有效降低胃溃疡的复发几率^[30-31]。海螵蛸,其味咸涩,性质微温,入肝、肾二经,具备敛疮止血、制酸止痛的功效^[32]。浙贝母其性苦寒,入肺、胃二经,有清热解毒、化痰散结的功效^[33]。现代实验研究证实浙贝



母与海螵蛸合用可有效减少胃酸的分泌,同时可对溃疡表面进行有效保护以促进溃疡的愈合^[34],所以二药合用,一可从致病因素(胃酸)上解决问题,二可在防御功能上具有协同作用。丹参、三七为方中佐药。丹参,其味偏苦性偏凉,归入心、肝之经,有凉血消痈、活血化瘀之功效。现代医学研究发现,因其能够改善胃黏膜微循环并加快黏膜上皮细胞更新等作用,所以丹参具有良好抗胃溃疡功效,并且丹参中的丹酚酸类化合物对各类溃疡具有一定的治疗及预防复发的作用。三七,其味甘偏苦性微温,归肝、胃二经,有止血化瘀、消肿定痛之效。临床药理学试验证实,三七能有效止血的作用机制是其能大大缩短血液凝固时间,并且可以有效抑制细菌和病毒的生长和繁殖。最后用甘草为本方之使,其味甘性平入脾经,可调五脏,又称之为“国老”。甘草可缓急、止痛、解毒并调和诸药,主治诸弱之证、消痈解毒。本方当中诸药相互配合,补脾胃之虚、清蕴结之毒热、托疮疡之脓毒。

5 结论

正如《理渝骈文》所云:“外治之理,亦即内治之理,外治之药,亦即内治之药,所异者法耳”。只有充分了解胃溃疡初起、化脓、破溃三个主要病理阶段的临床表现,把中医外科治疗痈疡的手段方法借鉴到内科胃溃疡的治疗之中,内外科治法相结合,博采众长,百花齐放,更好的利用多学科学术探讨,总结出优势结果,达到异病同治的目的。鉴于上文所提,“以痈论治”及“毒热”观点的继承和创新,“审证求因”不仅为中西医结合治疗毒热蕴胃型胃溃疡提供了最新的理论支撑,同时也完善了中西医结合治疗胃溃疡的整体框架,展现了中西医结合治疗“老慢病”的优势,指导临床工作取得了更加喜人的疗效。

参考文献

[1] 田晔. 不同 PPI 组成的四联疗法对 Hp 阳性消化性溃疡患者的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2022, 20(18): 37-40.

[2] 白文元, 周超, 郭东梅. 消化性溃疡的临床流行病学[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2010, 31(5): 11-12, 30.

[3] 丁慧敏, 肖景东. HP 相关消化性溃疡的发生发展机制与中医毒热理论潜在关联探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(4): 108-112.

[4] 孙玉鹤, 张春风. 胃溃疡研究进展[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(11): 46-49.

[5] 唐保东. 胃黏膜保护剂在胃溃疡治疗中的研究进展[J]. 消化性溃疡治疗, 2006, 5(50): 39-42.

[6] 于皆平, 王小众. 胃部疾病的诊断和治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 354-355.

[7] 邓兰琼, 王国荣. 柴胡桂枝汤对乙酸胃溃疡大鼠再生黏膜表层黏液的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13(4): 243-245.

[8] 彭琴, 张清. 双歧杆菌四联活菌片联合四联疗法对 HP 阳性胃溃疡患者血清 TGF- β 1、G17、PGI 的影响[J]. 中南医学科学杂志, 2022, 50(5): 684-686, 731.

[9] HAN F K, CHING J Y, HUNG L C, et al. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding[J]. N Engl J Med, 2005, 35(3): 238-244.

[10] 肖景东. 清热解毒、健脾和胃、托腐生肌治法对乙酸型胃溃疡大鼠胃黏膜表皮生长因子影响的实验研究[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(12): 184-187.

[11] KAWAHARA Y, NAKASE Y, ISOMOTO Y, et al. Role of macrophage colony stimulating factor (M-CSF) - dependent macrophages

in gastric ulcer healing in mice[J]. JPP, 2011, 62(4): 441-448.

[12] CAROLYN J, HILDRETH M D, CASSIO L, et al. Helicobacter pylori[J]. JAMA, 2008, 30(11): 1374.

[13] 许桦林. 实用老年消化病诊疗学[M]. 北京: 清华大学出版社, 2004: 145.

[14] ARGENT R H, THOMAS R J, AVILES JIMENEZ F, et al. Toxigenic Helicobacter pylori infection precedes gastric hypochlorhydria in cancer relatives, and H. pylori virulence in these families[J]. Clin Cancer Res, 2008, 14(7): 2227-2235.

[15] 汤立东, 王垂杰, 周学文等. 活动性胃溃疡及胆汁反流与中医毒热证的关联研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(6): 385-388.

[16] 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.

[17] 王玉涛, 肖景东. 周学文以痈论治胃溃疡及“毒热”病因病机研究[J]. 中医临床研究, 2019, 11(16): 55-57.

[18] 赵晓峰, 赵艺涵, 史大卓. 整体辨证结合局部辨病治疗消化性溃疡探讨[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(8): 827-830.

[19] 周学文, 李刚, 姜树民, 等. 消化性溃疡中医辨治的临床研究[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1994, 2(1): 4-6.

[20] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1866-1869.

[21] 刘林, 王垂杰, 郑洪新, 等. “以效证因”消痈溃得康治疗胃溃疡胃毒热证的随机双盲对照临床试验[J]. 世界科学技术(中医药现代化), 2012, 14(2): 1399-1404.

[22] 王芳. 对热毒炽盛型 Hp 阳性胃溃疡患者进行中医护理的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(11): 213-214.

[23] 高学敏. 中药学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 367-369.

[24] 梁保坤. 黄连解毒汤联合隔姜灸治疗热毒蕴结证胃溃疡的效果[J]. 河南医学研究, 2021, 30(30): 5705-5708.

[25] 陆福山, 钟月圆, 刘秋杰, 等. 影响幽门螺旋杆菌感染消化性溃疡患者病原菌根除效果的因素调查[J]. 热带医学杂志, 2022, 22(8): 1130-1132, 1157.

[26] 段玲, 严祥, 韩位. 苦豆子总碱及 4 种单体生物碱对幽门螺旋杆菌的体外抑菌作用研究[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(9): 2217-2218.

[27] 沈映君. 中药药理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 830, 834, 228.

[28] 肖景东, 白光. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2008(6): 369.

[29] 花梦, 董文秀, 孙丽, 等. 清热解毒消痈生肌方药抗胃溃疡机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志. 2015, 21(8): 210-214.

[30] 张声生, 赵鲁卿. 消化性溃疡的中医辨证分型与治疗[J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 16(4): 252-255.

[31] 肖景东, 周学文. 胃溃疡“毒热”病因中医证治文献研究[J]. 中国药物经济学, 2013(S1): 280-281.

[32] 王洁宜, 陈明显, 傅睿, 等. 朱承汉“元气先亏, 火热迫妄”论治呕血特色[J]. 中医文献杂志, 2022, 40(2): 62-65.

[33] 张恬, 陈越, 汤意远, 等. 中药联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡临床疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(10): 75-80.

[34] 罗玉慧, 张丽. 左金海螵蛸汤联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡的效果[J]. 临床医学, 2021, 41(9): 122-124.