

云南白药胶囊联合艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血的临床研究

王永林¹, 荣凤燕², 王蕊^{3*}

1. 聊城市第二人民医院 山东第一医科大学附属聊城二院 临床药学科, 山东 聊城 252600

2. 聊城市第二人民医院 山东第一医科大学附属聊城二院 重症医学科, 山东 聊城 252600

3. 黑龙江省医院 医务部, 黑龙江 哈尔滨 150036

摘要: **目的** 探讨云南白药胶囊联合艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血的临床疗效。**方法** 选取2022年5月—2024年4月聊城市第二人民医院收治的162例消化性溃疡出血患者,按随机数字表法将患者分为对照组和治疗组,每组各81例。对照组静脉滴注给予注射用艾普拉唑钠,与0.9%氯化钠溶液按10 mg:100 mL的比例混合,首次20 mg/次,后续10 mg/次,1次/d。治疗组在对照组治疗基础上口服云南白药胶囊,2粒/次,3次/d。两组连续治疗7 d。观察两组临床疗效、症状缓解时间和禁食时间。比较两组治疗前后症状自评量表(SCL-90)评分、简式抑郁-焦虑-压力量表(DASS-21)评分、格拉斯哥-布拉斯福德出血评分(GBS)评分、血常规相关指标[血红蛋白(Hb)、红细胞计数(RBC)、血细胞比容(HCT)]及血清C反应蛋白(CRP)水平。**结果** 治疗后,治疗组总有效率是97.53%,显著高于对照组的88.89% ($P<0.05$)。治疗后,治疗组腹痛、黑便、呕血、心慌、乏力缓解时间和禁食时间均短于对照组 ($P<0.05$)。治疗后,两组SCL-90、DASS-21、GBS评分均显著低于治疗前 ($P<0.05$);治疗后,治疗组SCL-90、DASS-21、GBS评分低于对照组 ($P<0.05$)。治疗后,两组Hb、RBC、HCT都高于治疗前,而血清CRP水平均显著下降 ($P<0.05$);治疗后,治疗组血常规相关指标和血清CRP水平改善优于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 云南白药胶囊联合艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血具有较好临床疗效,能有效缓解消化道溃疡出血及伴随症状,减轻患者病情严重程度及不良情绪,值得临床推广应用。

关键词: 云南白药胶囊;注射用艾普拉唑钠;消化性溃疡出血;症状自评量表评分;简式抑郁-焦虑-压力量表评分;格拉斯哥-布拉斯福德出血评分;血红蛋白;红细胞计数;血细胞比容;C反应蛋白

中图分类号: R975 文献标志码: A 文章编号: 1674-5515(2025)01-0145-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2025.01.023

Clinical study of Yunnan Baiyao Capsules combined with eprazole sodium in treatment of peptic ulcer bleeding

WANG Yonglin¹, RONG Fengyan², WANG Rui³

1. Department of Pharmacy, The Second People's Hospital of Liaocheng, The Second Hospital of Liaocheng Affiliated to Shandong First Medical University, Liaocheng 252600, China

2. Department of Critical Care Medicine, The Second People's Hospital of Liaocheng, The Second Hospital of Liaocheng Affiliated to Shandong First Medical University, Liaocheng 252600, China

3. Medical Administration Division, Heilongjiang Provincial Hospital, Harbin 150036, China

Abstract: Objective To explore the clinical efficacy of Yunnan Baiyao Capsules combined with eprazole sodium in treatment of peptic ulcer bleeding. **Methods** A total of 162 patients with peptic ulcer bleeding admitted to The Second People's Hospital of Liaocheng from May 2022 to April 2024 were selected and divided into control group and treatment group according to random number table method, with 81 patients in each group. Patients in control group were iv administered with Eprazole Sodium for injection, mixed with 0.9% sodium chloride solution at the ratio of 10 mg to 100 mL, 20 mg/time for the first time, 10 mg/time for the subsequent time, once daily. Patients in treatment group were *po* administered with Yunnan Baiyao Capsules on the basis of the control group, 2 grains/time, three times daily. Patients in two groups were treated for 7 d. After treatment, the clinical efficacy, symptom relief time,

收稿日期: 2024-09-21

基金项目: 山东省医学会临床科研资金项目(YXH2022ZX02072)

作者简介: 王永林(1988—)男,主管药师,主要从事临床药学方面研究。E-mail: wyonglin1988@163.com

*通信作者: 王蕊(1976—)女,本科,主要从事临床管理工作。E-mail: rea8533@outlook.com

and fasting time of two groups was evaluated. Symptom Rating Scale (SCL-90), simplified depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21), Glasgow-Blatchford hemorrhage score (GBS), blood routine related indicators [hemoglobin (Hb), red blood cell count (RBC), hematocrit (HCT)] and serum C-reactive protein were compared between two groups before and after treatment. **Results** After treatment, the total effective rate of treatment group was 97.53%, which was significantly higher than that of control group (88.89%, $P < 0.05$). After treatment, the relief time of abdominal pain, black stool, hematemesis, palpitation, fatigue and fasting time in treatment group were shorter than those in control group ($P < 0.05$). After treatment, SCL-90, DASS-21, and GBS scores in two groups were significantly lower than before treatment ($P < 0.05$). After treatment, the scores of SCL-90, DASS-21, and GBS in treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, Hb, RBC, and HCT in both groups were higher than before treatment, but serum CRP levels were significantly decreased ($P < 0.05$). After treatment, the improvement of blood routine related indexes and serum CRP level in treatment group was better than that in control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Yunnan Baiyao Capsules combined with eprazole sodium has a good clinical effect in treatment of peptic ulcer bleeding, and can effectively relieve gastrointestinal ulcer bleeding and accompanying symptoms, reduce the severity of patients' disease and bad mood, which is worthy of clinical application.

Key words: Yunnan Baiyao Capsules; Eprazole Sodium for injection; peptic ulcer bleeding; SCL-90 score; DASS-21 score; GBS score; Hb; RBC; HCT; CRP

消化性溃疡出血是指胃或十二指肠黏膜发生溃疡, 导致血管破裂, 血液流入胃腔或肠道。该病为常见的消化系统疾病, 在我国患病率达 17.2% 左右, 其发生与胃酸分泌过多、胃黏膜屏障受损、幽门螺杆菌 (Hp) 感染等有关^[1]。消化性溃疡出血以上腹痛、恶心、黑便、贫血、乏力等为主要临床表现, 长期失血可能导致贫血, 严重者可引发贫血性心脏病、休克、胃穿孔、胃黏膜病变乃至胃癌, 进而危及生命。本病的治疗目标在于促进溃疡愈合、迅速控制出血、缓解症状及预防并发症, 目前治疗手段包括内镜治疗、药物及介入治疗等, 其中抑制胃酸分泌、抗生素、保护胃黏膜等药物在消化性溃疡出血的治疗中占有重要地位^[2]。艾普拉唑钠为新型质子泵抑制剂 (PPI), 在促进溃疡愈合、减少出血风险方面展现出良好的疗效, 是治疗消化性溃疡出血的抑制胃酸分泌类药物^[3]。云南白药胶囊属于中成药, 适用于溃疡病出血等多种出血性疾病, 可起到活血止痛、化瘀止血、解毒消肿之效^[4]。故而本研究将艾普拉唑钠与云南白药胶囊联用治疗消化性溃疡出血。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 5 月—2024 年 4 月聊城市第二人民医院收治的 162 例消化性溃疡出血患者, 其中男 94 例, 女 68 例; 年龄 22~69 岁, 平均 (42.38±8.10) 岁; 发病至就诊时间 3~32 h, 平均 (17.54±3.21) h; 溃疡直径 4~16 mm, 平均 (11.55±2.27) mm; 出血部位: 胃溃疡出血 61 例, 十二指肠溃疡出血 101 例。

纳入标准: (1) 患者满足消化性溃疡出血临床诊断标准^[5]; (2) 无精神障碍史; (3) 近 1 个月无 PPI、相关中医药等治疗史; (4) 无凝血功能障碍史; (5) 年龄 18~70 岁; (6) 既往无消化道手术史; (7) 自愿签订知情同意书。

排除标准: (1) 反流性食管炎、胃炎、内镜治疗等导致的消化道出血或不明原因消化道出血; (2) 妊娠或哺乳期女性; (3) 出血性休克或需手术治疗; (4) 合并心、肝、肺、肾、脑等器官严重疾病; (5) 胃溃疡活动组织检查证实存在恶变; (6) 难治性溃疡、复合性溃疡、吻合口溃疡等特殊类型消化性溃疡出血; (7) 对艾普拉唑钠、云南白药胶囊中任何成分过敏。

1.2 药物

云南白药胶囊由云南白药集团股份有限公司生产, 规格 0.25 g/粒, 产品批号 2203016、2306057、2401003; 注射用艾普拉唑钠由丽珠集团丽珠制药厂生产, 规格 10 mg/支, 产品批号 20220408、20230105、20240210。

1.3 分组和治疗方法

按随机数字表法将患者分为对照组和治疗组, 每组各 81 例。其中对照组男 49 例, 女 32 例; 年龄 25~69 岁, 平均 (42.88±8.12) 岁; 发病至就诊时间 3~32 h, 平均 (17.37±3.17) h; 溃疡直径 5~16 mm, 平均 (11.48±2.24) mm; 出血部位: 胃溃疡出血 33 例, 十二指肠溃疡出血 48 例。治疗组男 45 例, 女 36 例; 年龄 22~66 岁, 平均 (41.91±8.07) 岁; 发病至就诊时间 5~31 h, 平均 (17.69±3.24) h; 溃疡直径 4~16 mm, 平均 (11.60±2.29)

mm；出血部位：胃溃疡出血 28 例，十二指肠溃疡出血 53 例。两组基线资料相当，存在可比性。

患者均接受病因治疗、生命体征和循环状况监测、禁食水、营养支持等相同的基础治疗。对照组静脉滴注给予注射用艾普拉唑钠，与 0.9%氯化钠溶液按 10 mg：100 mL 的比例混合，首次 20 mg/次，后续 10 mg/次，1 次/d。治疗组对照组治疗基础上口服云南白药胶囊，2 粒/次，3 次/d。两组连续治疗 7 d。

1.4 疗效判定标准^[6]

临床治愈：治疗后，患者出血伴随症状明显改善，大便潜血阴性，吐血或黑便在 1 周内停止；显效：出血伴随症状好转，大便潜血(+)且颜色转黄，吐血或黑便在 1 周内停止；有效：出血伴随症状略有好转，大便潜血由强阳性转为(++)，出血在 1 周内减少；无效：出血伴随症状无改善，重度出血，经治 24 h 未好转，出血未在 1 周内停止，或转手术治疗；恶化：出血伴随症状加重，重度出血，经治 24 h 后加重。

总有效率 = (临床治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数

1.5 观察指标

1.5.1 症状缓解时间和禁食时间 记录两组腹痛、黑便、呕血、心慌、乏力、面色苍白缓解时间和禁食时间。

1.5.2 相关评分 症状自评量表(SCL-90)评分：涉及人际关系、行为、睡眠、焦虑等方面，用以评估心理健康程度，每条计 0~4 分，共 90 个条目，得分(0~360 分)越高则心理健康水平越低^[7]。简式抑郁 - 焦虑 - 压力量表(DASS-21)评分：涉及抑郁、焦虑、压力 3 个维度，用以评估不良情绪体验程度，每项计 0~3 分，共 21 项内容，得分(0~63 分)越高则不良情绪体验越强^[8]。格拉斯哥 - 布拉克福德出血评分(GBS)评分：根据收缩压、血红蛋白(Hb)、脉搏、黑便、血尿氮素、心力衰竭等

进行评分，总分 0~23 分，用以评估消化道出血严重程度，得分越高危险程度越高^[9]。

1.5.3 血常规相关指标和 C 反应蛋白(CRP)水平 治疗前后采集患者 5 mL 空腹静脉血，其中 3 mL 行血常规检查，主要记录 Hb、红细胞计数(RBC)、血细胞比容(HCT)变化；另 2 mL 离心分离血清标本，使用 BS-230 型生化分析仪(深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司)测定血清 CRP 水平，按免疫比浊法试剂盒(均购自深圳优迪生物技术有限公司)要求进行操作。

1.6 不良反应观察

记录患者不良反应情况，包括转氨酶升高、口干、白细胞降低等。

1.7 统计学分析

处理数据使用 SPSS 28.0 统计软件包，计量资料、计数资料分别以 $\bar{x} \pm s$ 、百分比表示，分别行 t 、 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗后，治疗组总有效率是 97.53%，显著高于对照组的 88.89% ($P < 0.05$)，见表 1。

2.2 两组症状缓解时间和禁食时间比较

治疗后，治疗组腹痛、黑便、呕血、心慌、乏力缓解时间和禁食时间均短于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

2.3 两组 SCL-90、DASS-21、GBS 评分比较

治疗后，两组 SCL-90、DASS-21、GBS 评分均显著低于治疗前 ($P < 0.05$)；治疗后，治疗组 SCL-90、DASS-21、GBS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 3。

2.4 两组血常规相关指标和血清 CRP 水平比较

治疗后，两组 Hb、RBC、HCT 都高于治疗前，而血清 CRP 水平均显著下降 ($P < 0.05$)；治疗后，治疗组血常规相关指标和血清 CRP 水平改善优于对照组 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison on clinical efficacy between two groups

组别	n/例	临床治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	恶化/例	总有效率/%
对照	81	14	25	33	9	0	88.89
治疗	81	18	29	32	2	0	97.53*

与对照组比较：* $P < 0.05$ 。

* $P < 0.05$ vs control group.

表 2 两组症状缓解时间和禁食时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison on symptom relief time and fasting time between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	症状缓解时间/d						禁食时间/d
		腹痛	黑便	呕血	心慌	乏力	面色苍白	
对照	81	5.45±1.33	4.33±1.02	2.67±0.79	6.10±0.82	6.31±0.68	5.83±1.29	3.56±0.96
治疗	81	5.02±1.10*	3.47±0.94*	1.85±0.62*	4.99±0.77*	5.58±0.76*	4.95±1.03*	2.80±0.75*

与对照组比较: * $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs control group.

表 3 两组 SCL-90、DASS-21、GBS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison on SCL-90, DASS-21, and GBS scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	SCL-90 评分	DASS-21 评分	GBS 评分
对照	81	治疗前	192.31±44.12	48.66±7.27	11.04±2.67
		治疗后	127.59±31.07*	25.51±5.08*	5.33±1.05*
治疗	81	治疗前	189.75±40.88	50.04±7.29	10.97±2.48
		治疗后	104.62±26.48*▲	19.30±3.71*▲	3.98±0.92*▲

与同组治疗前比较: * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 4 两组血常规相关指标和血清 CRP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison on blood routine related indicators and serum CRP levels between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	Hb/(g·L ⁻¹)	RBC/($\times 10^{12}$ ·L ⁻¹)	HCT/%	CRP/(mg·L ⁻¹)
对照	81	治疗前	104.23±6.71	3.49±0.40	29.98±2.97	22.16±3.55
		治疗后	123.61±7.22*	4.25±0.34*	40.86±3.14*	8.54±2.12*
治疗	81	治疗前	106.11±6.83	3.46±0.38	31.05±3.05	21.98±3.36
		治疗后	130.47±7.49*▲	4.51±0.31*▲	43.99±3.20*▲	5.38±1.47*▲

与同组治疗前比较: * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

2.5 两组不良反应比较

对照组发生转氨酶轻度升高 2 例,白细胞降低、口干、恶心各 1 例,不良反应发生率是 6.17%; 治疗组出现转氨酶轻度升高、恶心各 2 例,皮疹、口干各 1 例,不良反应发生率是 7.41%。两组不良反应发生率相当,差异没有统计学意义。以上患者均未给予额外处理可自行恢复。

3 讨论

上消化道出血是最常见的急危重症之一,可引发严重并发症,造成潜在生命危险。我国 1 项回顾性病例分析显示,消化性溃疡出血在上消化道出血中占比高达 52.7%,是其最主要原因^[10]。该消化系统疾病的发生与非甾体抗炎药(如布洛芬、阿司匹林等)的使用、吸烟和饮酒、Hp 感染有关,可造成胃肠道黏膜防御机制受损,导致溃疡形成,增加出血风险;此外,长期使用免疫抑制剂,使胃肠道黏

膜胃修复能力削弱,以及胃酸分泌过多,均是消化性溃疡出血的促发因素。因此,消化性溃疡出血的发生机制,主要与胃肠道黏膜的损伤与修复机制失衡有关,正常情况下,胃肠道黏膜能迅速修复损伤,但在上述危险因素的作用下,这种平衡被打破,导致溃疡形成;同时溃疡底部血管损伤是出血的直接原因,而炎症反应可促进血管损伤^[11]。抑酸药是目前治疗消化性溃疡出血的主要止血措施之一,其中以 PPI 为首选抑酸剂。作为我国消化领域的创新药,艾普拉唑钠能以二硫键与胃壁细胞质子泵亚基结合,形成酶抑制复合体,进而抑制质子泵活性,减少胃酸分泌及胃肠道黏膜损害;胃内 pH 值提高,不仅利于治疗消化性溃疡,还可加速血小板聚集和纤维蛋白凝块形成,从而起到止血、防止再出血的治疗目的^[12]。相关临床试验表明,艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血疗效确切,安全性良好,且与其他

PPI 相比,用药次数更少,给药更方便,作用也更稳定、更强、更持久^[13]。

单纯抑酸药治疗消化性溃疡出血的效果有限,临床中多采取综合治疗措施,中西医结合治疗方案在减少药物不良反应、加速凝血及整体病情恢复方面具有明显优势。消化性溃疡出血属中医“呕血”“便血”等范畴,初起多为饮食、药毒、外邪、情志等病因致病,病机多为肝气犯胃,气血瘀阻;发病日久则由气及血,气滞血瘀,邪毒郁结,血不循经而妄动招致出血。故治疗宜采用“活血化瘀,止血生肌”之法^[14]。云南白药胶囊为中药止血剂,主要由三七、冰片、草乌等多种中药精制而成,原名“曲焕章百宝丹”,是治疗瘀血肿痛及出血性疾病之要药,具有行瘀止痛、活血消肿、排脓去毒、化瘀止血、防腐生肌等功效,与消化性溃疡出血之核心病机要点相契。现代药理研究表明,云南白药制剂可通过引起血小板成分释放而提高血小板活化能力、缩短凝血酶原时间、加速血小板黏附与聚集、对抗肝素的抗凝作用等途径,有效促进止血过程;另外其还具有提高胃肠道黏膜愈合能力、抑菌的作用,并能抑制炎症介质释放、增强机体免疫功能,发挥抗炎镇痛的效果^[15]。有关文献显示,在常规治疗基础上使用云南白药胶囊,能有效增强止血效果,缩短止血时间,降低再出血率,且安全性较好^[16]。本研究中,治疗组患者在艾普拉唑钠基础上加用云南白药胶囊治疗后,总有效率达 97.53%,较对照组(88.89%)明显提高;治疗组腹痛、黑便、呕血等症状的缓解时间和禁食时间均较对照组显著缩短,SCL-90、DASS-21、GBS 评分亦明显低于对照组。以上结果提示,云南白药胶囊与艾普拉唑钠联用有良好的协同作用,可加速出血及其伴随症状缓解,减轻患者病情严重程度及不良情绪体验,改善患者心理健康水平。同时,治疗组血常规相关指标(Hb、RBC、HCT)的改善情况明显优于对照组,说明该联合方案利于缓解消化性溃疡出血患者的贫血状况,促进病情整体好转。另外,治疗组加用云南白药胶囊后并未明显增加药物不良反应,此联合用药方案具备良好的安全性。

炎症反应与消化性溃疡出血间存在着密切的联系。当胃肠道黏膜受胃酸和胃蛋白酶的侵蚀、Hp 感染等因素刺激时,胃肠道黏膜防御机制被破坏,导致炎症反应的发生。而炎症不仅增加血管通透性及直接导致血管损伤和出血,还影响溃疡的愈合和

复发。因此,在治疗消化性溃疡出血时,除控制出血本身外,还需综合考虑炎症反应的控制,以降低复发率和出血风险。CRP 是一种急性期反应蛋白,消化性溃疡出血患者由于胃肠道局部组织受损、机体免疫炎症反应被激活,导致 CRP 水平升高,其表达变化与病情严重程度及并发症风险有关,可为临床治疗提供参考依据^[17]。本研究中,治疗后两组血清 CRP 水平均显著降低,但治疗组血清 CRP 水平低于对照组同期;提示在艾普拉唑钠治疗基础上联合应用云南白药胶囊,在抑制消化性溃疡出血患者机体炎症反应方面具有更突出优势,进而利于病情好转。

综上所述,云南白药胶囊联合艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血具有较好临床疗效,能有效缓解消化道溃疡出血及伴随症状,减轻患者病情严重程度及不良情绪,值得临床推广应用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Li Z, Zou D, Ma X, *et al.* Epidemiology of peptic ulcer disease: Endoscopic results of the systematic investigation of gastrointestinal disease in China [J]. *Am J Gastroenterol*, 2010, 105(12): 2570-2577.
- [2] 王智杰, 柏愚. 消化性溃疡出血的综合治疗新进展 [J]. *上海医学*, 2022, 45(11): 755-759.
- [3] 刘志强, 梁毅, 曾德利. 注射用艾普拉唑钠治疗消化性溃疡合并上消化道出血的有效性及安全性评价 [J]. *世界临床药物*, 2022, 43(1): 26-31.
- [4] 王奎艳, 姜春英. 云南白药在出血性疾病中的应用 [J]. *中华实用医学*, 2000, 2(6): 95.
- [5] 《中华内科杂志》编辑委员会, 《中华医学杂志》编辑委员会, 《中华消化杂志》编辑委员会, 等. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2018 年, 杭州) [J]. *中华消化杂志*, 2019, 39(2): 173-180.
- [6] 吴少祯, 吴敏. 常见疾病的诊断与疗效判定(标准) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 307.
- [7] 王极盛, 韦筱青, 丁新华. 中国成人心理健康量表的编制与其标准化 [J]. *中国公共卫生*, 2006, 22(2): 137-138.
- [8] 文艺, 吴大兴, 吕雪靖, 等. 抑郁-焦虑-压力量表中文精简版信度及效度评价 [J]. *中国公共卫生*, 2012, 28(11): 1436-1438.
- [9] Blatchford O, Murray W R, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for uppergastrointestinal haemorrhage [J]. *Lancet*, 2000, 356(9238): 1318-1321.
- [10] 王锦萍, 崔毅, 王锦辉, 等. 上消化道出血 15 年临床流行病学变化趋势 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2017, 20(4):

- 425-431.
- [11] 韩建高, 杨小庆. 急性非静脉曲张上消化道出血病因、诱因及内镜下治疗时机与方法的临床研究 [J]. 医学信息, 2016, 29(26): 104-105.
- [12] 古小阳, 陈杰, 文剑波. 注射用艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血的临床效果分析 [J]. 药品评价, 2019, 16(13): 27-28.
- [13] 索宝军, 王晔, 周丽雅, 等. 注射用艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血的多中心、随机、双盲、阳性药物平行对照Ⅲ期临床研究 [J]. 中华消化杂志, 2018, 38(10): 691-695.
- [14] 薛宁, 郭恒博, 马瑞雪, 等. 基于数据挖掘的中医药治疗消化性溃疡用药特点研究 [J]. 中草药, 2022, 53(3): 799-805.
- [15] 陈西勇, 阴琳琳. 云南白药的现代药理作用及其临床新用途 [J]. 社区医学杂志, 2006, 4(10): 27-28.
- [16] 董为技. 云南白药辅助治疗上消化道出血效果观察 [J]. 中国乡村医药, 2017, 24(12): 54.
- [17] 刘建生, 肖红兵, 傅极. 消化性溃疡出血期血清免疫球蛋白、补体和 C-反应蛋白变化的意义 [J]. 内科急危重症杂志, 2001, 7(3):126-127.

【责任编辑 金玉洁】