

## 康复新液联合艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血的临床研究

伍小鱼<sup>1</sup>, 李 凤<sup>1</sup>, 陈 武<sup>2</sup>

1. 资阳市精神病医院 消化内科, 四川 资阳 641300

2. 资阳市中医医院 脾胃科, 四川 资阳 641300

**摘要:** **目的** 探讨康复新液联合艾普拉唑钠治疗消化性溃疡出血的临床疗效。**方法** 2021 年 3 月—2024 年 3 月选取资阳市精神病医院和资阳市中医医院收治的 92 例消化性溃疡出血患者参与研究, 以随机数字表法分为对照组和治疗组, 各 46 例。对照组静脉滴注注射用艾普拉唑钠, 1 次/d, 首次剂量 20 mg, 后续剂量 10 mg, 以 10 mg : 100 mL 的比例与生理盐水混合使用。治疗组在对照组治疗基础上口服康复新液, 10 mL/次, 3 次/d。两组患者疗程 7 d。评估两组临床疗效, 比较两组禁食时间和症状缓解时间。比较治疗前后两组 Rockall、简式抑郁-焦虑-压力量表 (DASS-21) 和睡眠状况自评量表 (SRSS) 评分, 及红细胞计数 (RBC)、血红蛋白 (Hb)、血细胞比容 (HCT)、单核细胞趋化蛋白 1 (MCP-1) 和白细胞介素-17 (IL-17) 水平。**结果** 治疗后, 治疗组总有效率明显高于对照组 (95.65% vs 82.61%,  $P < 0.05$ )。治疗后, 治疗组患者禁食时间和各项症状缓解时间均明显短于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组 Rockall、DASS-21 和 SRSS 评分均明显低于同组治疗前 ( $P < 0.05$ ), 且治疗组患者明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组 RBC、Hb、HCT 均高于组内治疗前, 而 MCP-1、IL-17 水平均低于同组治疗前 ( $P < 0.05$ ), 且治疗组 RBC、Hb、HCT 和血清 MCP-1、IL-17 水平改善明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论** 康复新液联合艾普拉唑钠进行消化性溃疡出血的临床治疗, 可显著减轻患者临床症状及体内炎症反应, 消化性溃疡出血, 促进胃肠道黏膜修复及出血控制, 并能有效改善患者的不良情绪、睡眠及贫血状况。

**关键词:** 康复新液; 注射用艾普拉唑钠; 消化性溃疡出血; 睡眠状况自评量表; 血细胞比容; 单核细胞趋化蛋白 1; 白细胞介素-17

中图分类号: R975

文献标志码: A

文章编号: 1674-5515(2025)07-1726-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2025.07.019

## Clinical study on Kangfuxin Liquid combined with ilaprazole sodium in treatment of peptic ulcer bleeding

WU Xiaoyu<sup>1</sup>, LI Feng<sup>1</sup>, CHEN Wu<sup>2</sup>

1. Department of Gastroenterology, Ziyang Psychiatric Hospital, Ziyang 641300, China

2. Department of Spleen and Stomach, Ziyang Traditional Chinese Medicine Hospital, Ziyang 641300, China

**Abstract: Objective** To explore the clinical efficacy of Kangfuxin Liquid combined with ilaprazole sodium in treatment of peptic ulcer bleeding. **Methods** Patients (92 cases) with peptic ulcer bleeding in Ziyang Traditional Chinese Medicine Hospital from March 2021 to March 2024 were randomly divided into control and treatment group, and each group had 46 cases. Patients in the control group were iv administered with Ilaprazole Sodium for injection, the first dose was 20 mg and subsequent dose was 10 mg, mixed with 0.9% sodium chloride solution at a ratio of 10 mg : 100 mL, once daily. Patients in the treatment group were *po* administered with Kangfuxin Liquid on the basis of the control group, 10 mL/time, three times daily. Patients in two groups were treated for 7 d. After treatment, the clinical evaluations were evaluated, and the fasting time and symptom relief time, the scores of Rockall, DASS-21 and SRSS, the levels of BC, Hb, HCT, MCP-1 and IL-17 in two groups before and after treatment were compared. **Results** After treatment, the total effective rate in the treatment group was significantly higher than that in the control group (95.65% vs 82.61%,  $P < 0.05$ ). After treatment, the fasting time and the relief time of various symptoms in the treatment group were significantly shorter than those in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the scores of Rockall, DASS-21 and SRSS in two groups were significantly lower than those in the same group before treatment ( $P < 0.05$ ), and patients in the treatment group were significantly lower than those in the control

收稿日期: 2024-11-11

基金项目: 资阳市科学技术局计划项目 (KY2023086)

作者简介: 伍小鱼, 主要从事消化内镜和消化心身疾病的研究。E-mail: wuxiaoyu84@126.com

group ( $P < 0.05$ ). After treatment, RBC, Hb, and HCT in two groups were higher than before treatment, while MCP-1 and IL-17 levels were lower than before treatment in the same group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the RBC, Hb, HCT and serum MCP-1 and IL-17 levels in the treatment group were significantly better than those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The treatment of peptic ulcer bleeding with Kangfuxin Liquid combined with ilaprazole sodium can effectively reduce gastrointestinal inflammation and clinical symptoms, promote gastrointestinal mucosal repair and bleeding control, and effectively improve patients' negative emotions, sleep, and anemia.

**Key words:** Kangfuxin Liquid; Ilaprazole Sodium for injection; peptic ulcer bleeding; SRSS; HCT; MCP-1; IL-17

消化性溃疡出血属于临床最常见的急危重症之一，主要因消化道内血管受溃疡面侵蚀而发生破裂所导致。其诊断主要依据症状包括上腹部疼痛、恶心、呕吐、黑便等，体征包括上腹部压痛、反跳痛等，实验室检查包括红细胞计数 (RBC)、血红蛋白 (Hb) 等指标异常。文献显示，我国消化性溃疡的内镜检出率为 10.3%~32.6%，消化性溃疡出血占上消化道出血病因构成的 50% 左右，男性多于女性<sup>[1-2]</sup>。作为常见消化系统疾病的严重并发症，消化性溃疡出血会导致患者出现急性失血症状，如头晕、心悸、乏力等，严重时甚至可能引发休克，长期慢性失血还会引起不同程度的贫血及免疫力下降。同时，其还可能引发胃穿孔、幽门梗阻等其他并发症，增加治疗难度。再者，疾病痛苦给患者带来的心理及生活质量的影响亦不容忽视。该病治疗的基本原则包括止血、抗酸、保护胃肠道黏膜及抗感染等，中西医结合等综合治疗方法在减轻临床症状、迅速止血、预防并发症及再出血、促进溃疡愈合、去除病因等方面显现出明显优势<sup>[3]</sup>。艾普拉唑是一种新型质子泵抑制剂 (PPI)，具有强效抑制胃酸分泌的作用，可有效治疗消化性溃疡出血<sup>[4]</sup>。康复新液属于中成药，内服用于瘀血阻滞导致的十二指肠溃疡病，可发挥通利血脉、养阴生肌的功效<sup>[5]</sup>。故而本研究针对消化性溃疡出血患者联合应用康复新液与艾普拉唑钠进行治疗。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般临床资料

2021 年 3 月—2024 年 3 月选取资阳市精神病医院和资阳市中医医院收治的 92 例消化性溃疡出血患者参与研究，男 58 例，女 34 例；年龄 24~70 岁，平均 (45.85±7.13) 岁；发病时间 2~29 h，平均时间 (16.99±3.22) h；疾病类型：十二指肠溃疡出血 60 例，胃溃疡出血 32 例。本研究经资阳市精神病医院伦理委员会审批通过 (202404)。

纳入标准：(1) 满足消化性溃疡出血的诊断标准<sup>[6]</sup>；(2) 生命体征平稳，病情危险程度分层为中、

低危；(3) 自愿签订知情同意书；(4) 近 1 个月无抑酸药、胃黏膜保护等治疗史；(5) 既往无消化道手术史。

排除标准：(1) 存在凝血功能障碍或免疫性疾病；(2) 上消化道肿瘤、急慢性胃黏膜损伤等其他原因导致的上消化道出血；(3) 年龄 <18 岁，>70 岁；(4) 病情严重需行手术治疗；(5) 伴有其他出血性疾病；(6) 妊娠、哺乳期女性；(7) 对康复新液、艾普拉唑钠中任何成分过敏；(8) 精神障碍；(9) 难治性及特发性消化性溃疡出血；(10) 合并严重心、肝、肺、肾、脑等器官功能障碍。

### 1.2 药物

注射用艾普拉唑钠 (丽珠集团丽珠制药厂，规格 10 mg/支，产品批号 20210208、20220516、20230922、20240103)；康复新液 (湖南科伦制药有限公司，规格 10 mL/瓶，产品批号 2101015、2208076、2310179、2402032)。

### 1.3 分组和治疗方法

以随机数字表法将纳入患者分为对照组和治疗组两组，各 46 例。其中对照组男 28 例，女 18 例；年龄 24~66 岁，平均年龄 (45.42±7.09) 岁；发病时间 4~29 h，平均时间 (16.17±3.24) h；疾病类型：十二指肠溃疡出血 31 例，胃溃疡出血 15 例。治疗组男 30 例，女 16 例；年龄 27~70 岁，平均年龄 (46.29±7.18) 岁；发病时间 2~29 h，平均时间 (16.78±3.19) h；疾病类型：十二指肠溃疡出血 29 例，胃溃疡出血 17 例。以上基线资料两组相当，有可比性。

所有患者在研究期间均接受统一的基础干预措施，包括饮食控制、情绪管理、生命体征观察、电解质平衡调节及营养补充等。对照组接受注射用艾普拉唑钠治疗，1 次/d，首次剂量 20 mg，后续剂量 10 mg，使用生理盐水作为溶媒，每次按 10 mg:100 mL 的比例进行配制后静脉滴注。在此基础上，治疗组加用康复新液口服，每次 10 mL，3 次/d。两组疗程 7 d。

### 1.4 疗效判定标准<sup>[7]</sup>

临床治愈：治疗后，患者粪便隐血阴性，相关出血伴随症状（头晕、面色苍白等）明显缓解，治疗期间未再出现黑便或呕血；显效：治疗后，患者粪便隐血（+），排泄物色泽转为正常，相关出血伴随症状（头晕、面色苍白等）减轻，治疗期间黑便或呕血现象消失；有效：治疗后，患者粪便隐血由强阳性降至（++），排泄物颜色改善，相关出血伴随症状（头晕、面色苍白等）有一定减轻，治疗期间出血减少；无效：治疗后，患者严重出血持续 24 h 未见缓解，相关出血伴随症状（头晕、面色苍白等）无改善，治疗期间持续出血（或需转为手术治疗）；恶化：治疗后，患者严重出血 24 h 后，出血及其伴随症状（头晕、面色苍白等）仍持续恶化。

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 禁食时间和症状缓解时间** 对两组禁食时间以及各项症状（包括呕血、黑便、腹痛等）的缓解时间进行记录。

**1.5.2 相关评分** Rockall 评分：由 5 项内容（包括伴发病、内镜诊断、内镜下出血征象等）构成，总分区间 0~11 分， $\geq 5$  分判定为高危病例，分值高低与病情严重程度呈正相关<sup>[8]</sup>。简式抑郁 - 焦虑 - 压力量表 (DASS-21)：该量表从抑郁状态、焦虑程度和压力水平 3 个维度评估患者的负面情绪反应，包含 21 个测评项目，每个项目采用 0~3 分制评分，总分区间为 0~63 分，DASS-21 评分分值越高反映表示情绪问题越严重<sup>[9]</sup>。睡眠状况自评量表 (SRSS)：该工具通过 10 个测评项目（包括睡眠时间、睡眠后做梦情况等）来评估受试者的睡眠状况，采用 1~5 分制评分，总分在 10~50 分，得分越高表示睡眠障碍越明显<sup>[10]</sup>。

**1.5.3 血清细胞因子水平** 治疗前后采集患者静脉血 3 mL，取 1 mL 进行血常规检查，观察 RBC、Hb

和血细胞比容 (HCT) 参数变化；余下 2 mL 制备血清标本，按酶联免疫法（试剂盒购自上海通蔚生物）要求测定血清单核细胞趋化蛋白 1 (MCP-1) 和白细胞介素-17 (IL-17) 水平，仪器选用酶标仪 (MB-530 型，深圳汇松科技)。

### 1.6 不良反反应观察

详细登记用药期间出现的不良反应，包括但不限于转氨酶升高、口苦等。

### 1.7 统计学分析

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

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较

如表 1 所示，治疗组患者总有效率明显高于对照组 (95.65% vs 82.61%,  $P < 0.05$ )。

### 2.2 两组禁食时间和症状缓解时间比较

如表 2 所示，禁食时间和各项症状（呕血、黑便等）的缓解时间治疗组明显短于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 2.3 两组 Rockall、DASS-21 和 SRSS 评分比较

如表 3 所示，治疗后，两组 Rockall、DASS-21、SRSS 评分都低于同组治疗前 ( $P < 0.05$ )；治疗后治疗组低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 2.4 两组 RBC、Hb、HCT 和血清 MCP-1、IL-17 水平比较

如表 4 所示，治疗后，两组 RBC、Hb、HCT 都高于组内治疗前 ( $P < 0.05$ )；治疗后，治疗组 RBC、Hb、HCT 高于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后，两组 MCP-1、IL-17 水平都显著下降 ( $P < 0.05$ )，且治疗后治疗组低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 2.5 两组不良反应比较

治疗期间，对照组发生转氨酶轻度升高、口苦各 1 例；治疗组患者出现转氨酶轻度升高、皮肤瘙痒、口苦各 1 例。治疗组和对照组不良反应发生率分别为 6.52%、4.35%，二者比较差异无统计学意义。

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	46	9	16	13	8	0	82.61
治疗	46	12	20	12	2	0	95.65*

与对照组比较：\* $P < 0.05$ 。

\* $P < 0.05$  vs control group.

表 2 两组禁食时间和症状缓解时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )Table 2 Comparison on fasting time and symptom relief time between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	禁食时间/d	症状缓解时间/d					
			呕血	黑便	腹痛	头晕	面色苍白	心悸
对照	46	3.25 ± 0.88	2.59 ± 0.76	4.48 ± 1.02	5.37 ± 1.23	6.01 ± 0.89	5.74 ± 1.20	5.41 ± 1.18
治疗	46	2.74 ± 0.70*	1.78 ± 0.55*	3.69 ± 0.93*	4.94 ± 1.06*	5.36 ± 0.99*	5.25 ± 1.11*	5.02 ± 1.07*

与对照组比较: \* $P < 0.05$ 。\* $P < 0.05$  vs control group.表 3 两组 Rockall、DASS-21 和 SRSS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )Table 3 Comparison on Rockall, DASS-21, and SRSS scores between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	观察时间	Rockall 评分	DASS-21 评分	SRSS 评分
对照	46	治疗前	3.58 ± 0.69	49.23 ± 8.10	33.12 ± 7.14
		治疗后	1.97 ± 0.51*	24.19 ± 6.34*	16.30 ± 5.01*
治疗	46	治疗前	3.65 ± 0.74	47.66 ± 7.98	32.47 ± 6.98
		治疗后	1.40 ± 0.33*▲	19.88 ± 4.25*▲	12.77 ± 3.79*▲

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 两组实验室指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )Table 4 Comparison on laboratory indicators between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	观察时间	RBC/( $\times 10^{12} \cdot L^{-1}$ )	Hb/( $g \cdot L^{-1}$ )	HCT/%	MCP-1/( $pg \cdot mL^{-1}$ )	IL-17/( $pg \cdot mL^{-1}$ )
对照	46	治疗前	3.51 ± 0.52	100.49 ± 7.83	27.43 ± 3.14	162.35 ± 39.31	41.23 ± 8.24
		治疗后	4.28 ± 0.67*	121.55 ± 8.11*	38.79 ± 4.46*	134.08 ± 31.86	33.59 ± 6.53*
治疗	46	治疗前	3.50 ± 0.49	102.61 ± 8.02	28.05 ± 3.20	160.79 ± 36.78	39.76 ± 7.99
		治疗后	4.56 ± 0.73*▲	129.87 ± 9.45*▲	42.44 ± 5.17*▲	116.55 ± 25.33*▲	26.12 ± 5.71*▲

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.

### 3 讨论

近年来,随着全球心脑血管疾病、风湿等的高发,抗血栓及消炎止痛药物应用广泛,以及受不良生活方式等的影响,消化性溃疡的发病率有所上升,由此导致的上消化道出血日益受到重视。胃酸和胃蛋白酶的侵袭作用是导致消化性溃疡的主要原因,其中胃溃疡和十二指肠溃疡最为常见;同时,过量饮酒可刺激胃酸分泌,损害胃肠道黏膜,幽门螺杆菌感染、长期服用非甾体抗炎药不仅增强侵袭因素、导致胃肠道黏膜损伤,还会削弱局部黏膜的防御作用,增加消化性溃疡出血的风险;此外,血液循环障碍可导致胃肠道黏膜缺血、缺氧,诱发消化性溃疡出血<sup>[11]</sup>。因此,抑酸治疗在消化性溃疡出血的治疗中扮演着至关重要的角色,通过抑制胃酸分泌,可有效减少胃肠道黏膜损伤,防止出血的发

生和加重。

PPI 是抑酸治疗的首选药物,胃壁细胞表面的质子泵主要功能是将胃壁细胞内的氢离子( $H^+$ )泵出细胞外,从而维持胃内的酸性环境,PPI 类药物的作用机制即针对该胃酸分泌的关键环节。艾普拉唑钠作为 PPI 中的新型代表,具有强效抑酸作用,能快速到达胃肠道黏膜,减少胃酸对溃疡面的侵蚀作用,发挥其保护效应,减少再出血风险;同时其还可促进胃肠道黏膜细胞的增殖和分化,加速溃疡面愈合。有关研究指出,艾普拉唑钠与传统 PPI 治疗消化性溃疡的疗效相近,但在抑制机体氧化反应、促进溃疡愈合、改善临床症状方面效果更佳<sup>[12]</sup>。

中医学中,消化性溃疡出血属“便血”等范畴。中医认为,气为血之帅,血为气之母,在消化性溃疡出血的发病过程中,由于情志不畅、饮食不节、

外感寒邪、药毒等因素，导致肝气郁结，气机不畅，或脾胃虚弱，气血生化不足，或寒邪客胃，寒凝血滞，进而影响血液的正常运行，形成气血瘀滞。瘀血阻滞脉络，导致局部血液循环受阻，从而引发出血。故治疗方面常采用“通利血脉，止血生肌”之法。康复新液为中药生物制剂，既可口服又可外用，由美洲大蠊干燥虫体分离提取物精制而成，其活血化瘀、去腐生肌、止血止痛等功效突出，高度契合瘀血阻滞引起的消化性溃疡出血之核心病机。药理研究证明，康复新液中包含多元醇类、肽类等多种活性物质，具有调节胃肠激素、阻碍细菌生长繁殖、促进组织修复、改善胃肠道黏膜微循环、抗炎消肿、抗氧化、镇痛、修复消化道溃疡、调节免疫功能等多重作用，可在消化系统疾病的治疗中发挥良效<sup>[13]</sup>。相关报道显示，在常规西药基础上加用康复新液治疗，能进一步增强止血效果，提高消化性溃疡出血的临床疗效<sup>[14]</sup>。本研究中，与对照组(82.61%)相比，治疗组在艾普拉唑钠基础上联合使用康复新液治疗后总有效率达 95.65%，明显增高，且禁食时间及各项症状(呕血、黑便等)的缓解时间均明显短于对照组，治疗后的 Rockall、DASS-21 和 SRSS 量表评估结果都明显优于同期对照组的改善幅度。提示该联合疗法能够更有效地促进消化性溃疡出血患者的临床症状缓解，同时改善情绪状态和睡眠质量，利于整体疗效提升及病情减轻。

消化性溃疡出血患者的 RBC、Hb、HCT 往往低于正常范围，这主要是由于溃疡部位持续出血导致血液丢失，进而引起贫血，贫血不仅会加重患者的症状，如乏力、头晕等，还可能影响患者的预后。本研究数据显示，两组受试者在干预后 RBC、Hb 及 HCT 均呈现显著提升趋势，其中治疗组的改善幅度更为突出；这表明康复新液联合艾普拉唑钠的疗法能进一步减轻消化性溃疡出血患者的贫血程度，降低出血并发症风险。另外，安全性方面，两组患者均未发生严重药物不良反应。

在消化性溃疡出血的发生发展过程中，炎症反应扮演着至关重要的角色。炎症反应导致胃肠道黏膜上皮细胞损伤，使得胃肠道黏膜屏障功能减弱，易受胃酸和胃蛋白酶的侵蚀，增加出血风险，同时其还影响血小板功能及胃肠道黏膜再生和修复，增加止血难度、延长溃疡病程。MCP-1 是重要的趋化因子，可吸引单核细胞和巨噬细胞到溃疡部位释放多种炎症介质，加剧溃疡的炎症反应；还能促进血

管内皮细胞的增殖和迁移，从而增加溃疡部位的血管密度，导致血管脆弱，增加出血风险<sup>[15]</sup>。IL-17 属于促炎因子，可通过激活中性粒细胞、诱导血管内皮细胞表达黏附分子及胃肠道黏膜上皮细胞凋亡等途径，加速溃疡形成和出血<sup>[16]</sup>。本研究结果表明，两组患者治疗后血清 MCP-1 和 IL-17 水平均出现明显降低，但治疗组的下降幅度更为显著；这说明康复新液联合艾普拉唑钠在调控消化性溃疡出血患者炎症因子表达方面的表现更出色，从而利于出血控制及溃疡恢复。

综上所述，消化性溃疡出血采用康复新液联合艾普拉唑钠治疗，能有效减轻患者胃肠道炎症反应及临床症状，促进胃肠道黏膜修复及出血控制，并能使患者的不良情绪、睡眠及贫血状况得到有效改善，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 S, Zou D W, Ma X Q, *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(4): 425-431.
- [3] 叶晓玲, 熊周勇. 中医药治疗消化性溃疡的研究进展 [J]. *江西中医药*, 2022, 53(2): 77-80.
- [4] 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): 691-696.
- [5] 龙厚宁, 杨璟, 沈巧琳. 康复新液药理作用与临床应用及安全性研究进展 [J]. *临床合理用药*, 2024, 17(13): 173-178.
- [6] 《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.
- [7] 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.
- [8] Rockall T A, Logan R F, Devlin H B, *et al.* Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage [J]. *Gut*, 1996, 38(3): 316-321.
- [9] 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.
- [10] 李建明. 睡眠状况自评量表(SRSS)简介 [J]. *中国健康心理学杂志*, 2012, 20(12): 1851.

- [11] 卞秋桂. 消化性溃疡出血的诱因分析及健康教育 [J]. 实用临床医药杂志, 2008, 12(2): 49-50.
- [12] 黄天红, 刘玉峰, 徐伟松. 艾普拉唑治疗消化性溃疡出血患者的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(19): 2748-2751.
- [13] 曹瑞青. 康复新液药理作用及其临床应用 [J]. 临床医药实践, 2022, 31(9): 682-684.
- [14] 周君艳. 康复新液对消化性溃疡出血患者的疗效及作用机制分析 [J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(18): 134-135.
- [15] 张静, 何涛, 刘茗. 消化性溃疡患者血清 MCP-1 水平变化及其对并发上消化道出血的预测效能 [J]. 山东医药, 2022, 62(11): 84-86.
- [16] 赵冰, 刘巍, 刘丹. 消化性溃疡并发上消化道出血患者 CD4<sup>+</sup> CD25<sup>+</sup>、IL-17、TGF- $\beta$  水平的变化 [J]. 标记免疫分析与临床, 2021, 28(8): 1292-1295.

【责任编辑 金玉洁】