

中西医结合治疗脾胃虚寒型消化性溃疡临床研究

金姣君¹, 楼巧勤², 叶育双¹

1. 杭州市江干区采荷街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310016
2. 杭州市第三人民医院, 浙江 杭州 310009

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗脾胃虚寒型消化性溃疡的临床疗效。方法: 纳入 90 例脾胃虚寒型消化性溃疡患者, 按随机数字表分为治疗组和对照组各 45 例。2 组均服用埃索美拉唑镁肠溶片、阿莫西林胶囊、胶体果胶铋胶囊, 治疗组加用香砂六君子汤加味治疗, 2 组均治疗 8 周。比较 2 组的临床疗效, 随访 1 年内溃疡复发率、复发时间及幽门螺杆菌 (Hp) 根除率。结果: 治疗组总有效率、Hp 根除率均高于对照组 ($P < 0.01$), 复发率低于对照组 ($P < 0.01$), 复发时间较对照组明显延后 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗脾胃虚寒型消化性溃疡有确切疗效, 优于单纯西药治疗, 能减少及延缓溃疡的复发, 提高 Hp 根除率。

[关键词] 消化性溃疡; 中西医结合疗法; 脾胃虚寒; 香砂六君子汤

[中图分类号] R573.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0091-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.043

消化性溃疡是消化内科的常见病、多发病, 其发生主要与胃酸、胃蛋白酶的消化作用相关, 发病率约为 5% ~ 10%。对消化性溃疡要及早治疗, 防止穿孔、出血, 甚至癌变。中医学将其归属为反酸、嘈杂、胃痛等范畴。笔者在临床上采用香砂六君子汤加味联合西药治疗脾胃虚寒型消化性溃疡取得确切疗效, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]标准, 主要症状包括: 胃脘痛, 腹部胀满, 吞酸暖气, 舌淡苔白, 脉迟缓。胃镜下溃疡分期: A1 期: 溃疡为圆形, 中间有厚苔, 伴有渗出或血痂, 充血水肿明显。A2 期: 溃疡覆盖有黄白苔, 未见出血, 充血减轻。H1 期: 愈合中期, 周围充血, 不伴水肿, 苔变薄、甚至消退, 有新生血管。H2 期: 溃疡变小、变浅, 周围黏膜向溃疡集中。S1 期: 苔消失, 有红色黏膜生成, “红色瘢痕期”。S2 期: 新生黏膜转为白色, “白色瘢痕期”。采用快速尿激酶试验和 ¹³C 呼气试验检测幽门螺杆菌(Hp)为阳性。

1.2 中医辨证标准 按《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]标准, 辨证属脾胃虚寒型。主要症状包括: 胃脘痛, 腹部胀满, 吞酸暖气, 舌淡、苔白, 脉迟缓。

1.3 纳入标准 脾胃虚寒型且 Hp 为阳性的消化性溃疡患者; 胃溃疡 A1~A2 期; 愿意签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并消化道出血、穿孔及梗阻者; 近 3 月内

使用非甾体抗炎类药及激素者; 消化系统恶性肿瘤者; 多器官功能衰竭者; 妊娠期、哺乳期患者。

1.5 一般资料 病例来源于 2012 年 1—12 月本中心治疗的 90 例脾胃虚寒型消化性溃疡患者, 按随机数字表分为治疗组和对照组各 45 例。对照组男 27 例, 女 18 例; 平均年龄 (41.2 ± 20.5) 岁; 平均病程 (7.1 ± 3.3) 年; 溃疡 A1 期 28 例, A2 期 17 例。治疗组男 26 例, 女 19 例; 平均年龄 (39.9 ± 21.5) 岁; 平均病程 (7.3 ± 3.4) 年; 溃疡 A1 期 29 例, A2 期 16 例。2 组性别、年龄、病程及胃镜溃疡分期比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予埃索美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司, 每片 20 mg), 每次 20 mg, 每天口服 2 次, 共 2 周, 继之改为每次 20 mg, 每天 1 次, 共 6 周; 阿莫西林胶囊(珠海联邦制药有限公司, 每片 250 mg), 每次 500 mg, 每天 2 次, 共 1 周; 胶体果胶铋胶囊[上海现代哈森(商丘)药业有限公司, 每片 50 mg], 每次 150 mg, 每天口服 3 次, 共 8 周。

2.2 治疗组 在上述治疗基础上予香砂六君子汤加味, 方药组成: 香附、党参、陈皮、木香、厚朴各 15 g, 白术、茯苓、制半夏、陈皮、白豆蔻、益智仁、砂仁各 10 g, 炙甘草 5 g。若畏寒肢冷加干姜 10 g, 若伴有肠鸣、泄泻加葛根 10 g, 山药 15 g。每天 1 剂, 水煎分 2 次服用, 每次口服 100 mL, 共 8 周。

[收稿日期] 2014-12-15

[作者简介] 金姣君 (1976-), 女, 主治医师, 主要从事临床全科工作。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察2组患者的临床症状变化情况,给药结束后1周后复查胃镜;记录随访1年内的溃疡复发情况:溃疡复发是胃镜复查原已痊愈的溃疡,经胃镜证实再次发生溃疡。若仅为充血水肿、浅表糜烂者不计为复发。采用快速尿激酶试验和¹³C呼气试验2种方法测定Hp,若2种方法的结果均为阳性则认定Hp为阳性,为溃疡复发。若两者均为阴性则认定Hp根除。

3.2 统计学方法 采用SPSS 15.0软件统计数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]的标准拟定。痊愈:症状、体征消失,溃疡疤痕愈合;显效:主要症状及体征明显消失,溃疡达到H2期;有效:症状及体征好转,溃疡达到H1期;无效:症状及体征无改善或恶化,溃疡面积缩小达不到50%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗8周后,治疗组总有效率为95.6%,对照组为68.9%,组间比较,差异有统计学意义($\chi^2=10.946, P < 0.01$)。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	45	30	8	5	2	95.6
对照组	45	19	4	8	14	68.9

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.3 2组随访1年内复发情况比较 见表2。治疗组4例复发,复发率为13.3%,对照组10例复发,复发率为52.6%,组间比较,差异有统计学意义($\chi^2=8.803, P < 0.01$)。与对照组比较,治疗组的复发时间明显延后($t=10.65, P < 0.05$)。

组别	n	复发[例(%)]	复发时间(月)
治疗组	30	4(13.3)	9.4 ± 1.6
对照组	19	10(52.6)	3.4 ± 2.1

与对照组比较,① $P < 0.05$,② $P < 0.01$

4.4 2组Hp根除情况比较 随访1年,治疗组Hp阴性38例,根除率为84.4%,对照组22例,根除率为48.9%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=12.800, P < 0.01$)。

5 讨论

消化性溃疡是发生在胃、十二指肠的溃疡,多发生在食管下段、胃空肠吻合口处等部位,表现为上腹部疼痛、嗝气、吞酸等症状,常在进食后、空腹时或夜间疼痛加重,影响患者的生活质量。病情严重者可出现消化道出血、穿孔,甚至癌变。消化性溃疡的形成与胃酸、胃蛋白酶密切相关。另外,本病的发生多与Hp有关,在Hp毒性因子的作用下,炎症可导致胃黏膜屏障损伤、改变,根除Hp可减少消化性溃疡的发生、发展。尽管积极治疗后,溃疡急性期愈合率达到90%,但停药后容易复发,1年内复发率可达65%~80%,2年内可高达100%^[2-3],因此根除Hp是治疗的关键点之一。

中医学中无消化性溃疡的概念,可将其归为胃痛、腹痛、嘈杂、反酸等范畴。多因贪凉饮冷、过劳或久病等,伤及脾胃,导致脾胃虚寒,脾失运化,胃失受纳,临床表现为纳差、腹胀、痞满、腹痛,得温则减,脾失统摄发为腹泻,气虚不能达于四末发为肢冷等。香砂六君子汤由木香、砂仁、陈皮、制半夏、党参、白术、茯苓、炙甘草组成,方中党参、茯苓、白术、炙甘草为四君子汤,是气分之总方。党参致冲和之气,白术培中宫,茯苓清浊节,甘草调五脏。消化道黏膜的修复得益于正常的脾胃功能,脾旺则气血生化有源,可促进黏膜再生。加陈皮以利肺金之逆气,加制半夏以疏脾土之湿气,痰饮可除,加木香行三焦之滞气,加砂仁通脾肾之气。诸药合用,有健脾养胃、行气化痰之功。

本研究结果显示,治疗组总有效率、Hp根除率均高于对照组($P < 0.05$),复发率低于对照组($P < 0.05$),提示在常规西药治疗基础上加用香砂六君子汤加味治疗脾胃虚寒型消化性溃疡有确切疗效,优于单纯西药治疗,能减少及延缓溃疡的复发,提高Hp根除率。

[参考文献]

- [1] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:151-155
- [2] 王吉耀.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:430.
- [3] 黄绍刚,周福生,王汝俊,等.消化性溃疡复发机理的中西医研究进展[J].新中医,2002,34(3):73-75.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)