

清胃和络法联合奥美拉唑治疗胃热血瘀型消化性溃疡出血疗效观察

郑恺

绍兴第二医院, 浙江 绍兴 312000

[摘要] 目的: 观察清胃和络法联合奥美拉唑治疗胃热血瘀型消化性溃疡出血的临床疗效。方法: 将70例胃热血瘀型轻、中度消化性溃疡出血患者随机分为2组各35例。常规组给予奥美拉唑注射液治疗; 中医组清胃和络方联合奥美拉唑针剂治疗。2周为1疗程, 1疗程后进行疗效评价。观察2组大便隐血转阴时间、住院时间、临床止血疗效。结果: 临床止血总有效率中医组97.1%, 常规组85.7%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。中医组大便隐血转阴天数、住院时间与常规组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 消化性溃疡胃热血瘀型轻、中度消化性溃疡出血给予清胃和络法联合奥美拉唑治疗, 其疗效明显优于常规单纯性西医治疗, 并可明显缩短其止血时间和住院时间。

[关键词] 消化性溃疡出血; 胃热血瘀证; 奥美拉唑; 清胃和络法

[中图分类号] R573.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0063-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.030

消化性溃疡出血是一种较为常见的上消化道出血, 也是消化性溃疡最为常见的并发症。据相关文献报道, 上消化道出血患者急性、大量出血的死亡率约为10%左右; 而60岁以上患者出血死亡率则又较中青年高, 约占30%左右^[1]。笔者在多年的临床实践中发现, 急性消化性溃疡出血患者中约有80%证属胃中积热, 并多表现为吐血鲜红, 口唇红赤, 舌红苔黄, 口干口臭等。其胃中积热, 伤及胃络, 且热迫血行, 从而导致胃气上逆而吐血; 如血走肠间则便血; 离经之血阴于脉络致血不归经, 从而又致出血加重。笔者在常规治疗基础之上辅以清胃和络方治疗胃热血瘀型消化性溃疡出血, 取得较好临床疗效。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为本院2013年2月—2014年2月胃热血瘀型轻、中度消化性溃疡出血患者, 共70例。男46例, 女24例; 年龄22~58岁, 平均(44.3±4.0)岁。均无药物过敏史、胃肠道手术史, 且心、肺、肾、肝功能正常。随机分为常规组和中医组, 各35例。常规组男21例, 女14例; 年龄22~57岁, 平均(41.5±5.4)岁; 其中十二指肠球部溃疡18例, 胃溃疡11例, 复合性溃疡6例。治疗前平均血红蛋白为(84.5±9.4)g/L。中医组男23例, 女12例; 年龄22~58岁, 平均(42.3±6.5)岁; 其中十二指肠球部溃疡16例, 胃溃疡12例, 复合性溃疡7例; 治疗前平均血红蛋白为(85.7±8.3)g/L。2组年龄、性别、溃疡部位、血红蛋白等比较, 差异均无统计

学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 参考《实用内科学》^[2]与《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3], 消化性溃疡诊断标准:

①周期性、节律性、慢性反复发生的上腹部疼痛, 且应用碱性药物得以暂时性缓解。②患者上腹呈局限性压痛。③内窥镜检查时, 可见活动溃疡。具有上消化道出血依据: ①患者有呕血或黑便史; ②口渴、心悸、头晕、虚弱等; ③大便潜血阳性。急诊胃镜检查, 有明确出血灶。中医证候诊断标准: 参照《实用中医消化病学》^[4]: 胃中积热证: 主症: ①患者吐血紫暗或鲜红, 大便黑如漆; ②患者口干口臭, 且喜冷饮。次症: ①患者胃脘胀闷, 有灼痛感; ②苔黄舌红, 且脉滑数。具主症①, 并兼有次症①、②者, 即可诊断为本证。胃络瘀血证。主症: ①患者呕血或黑便; ②患者胃脘刺痛, 痛处不移。次症: ①患者剧烈疼痛, 肢冷, 汗出; ②患者舌质紫黯, 或现瘀点; 具主症①, 并兼有次症任意一项, 即可诊断为本证。

2 治疗方法

2.1 常规组 奥美拉唑(西安大唐制药集团有限公司)注射液, 静脉注射, 每天2次, 每次20mg, 同时采取平衡水电解质、补液等基础治疗, 出院后继续口服奥美拉唑胶囊(山东省莱阳生物化学制药厂)治疗, 每次20mg, 每天2次。2周为1疗程, 1疗程后进行疗效评价。

2.2 中医组 在常规组治疗基础上, 辅以清胃和络方。基础方: 黄芩、制大黄、仙鹤草、蒲黄炭、白及(冲服)各10g, 三

[收稿日期] 2015-01-11

[作者简介] 郑恺(1970-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医消化内科。

七(冲服)6g, 甘草 5g, 黄连 3g。若患者症见口苦胁痛, 舌质红, 脉弦数, 且心烦易怒征象时, 可酌情加栀子和柴胡各 10g。如症见面色少华, 肢软乏力, 舌淡、苔薄白, 少气懒言, 且脉弱等脾虚征象之时, 可酌情减黄芩、大黄剂量, 辅加黄芪 20g, 白术、党参各 15g。每天 1 剂, 水煎, 温服, 每天 2 次。2 周为 1 疗程, 1 疗程后进行疗效评价。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察临床止血疗效、大便隐血转阴天数、住院时间等。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件, 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《实用中医消化病学》^[4]标准。治愈: 患者 1 周内停止吐血或黑便, 且连续 3 天大便潜血检查呈阴性; 各种出血伴随症状得以有效改善。显效: 患者 1 周内停止吐血或黑便, 且大便潜血检查呈 ++~+, 同时, 各种出血伴随症状得以有效改善。有效: 患者 1 周内吐血或黑便明显减少, 且大便潜血检查呈 +++~++, 同时, 各种出血伴随症状略有改善。无效: 患者进行 1 周的治疗之后, 出血未止, 各种出血伴随症状未有任何改善或加重。患者出院标准: 首先, 患者均无呕血、黑便, 且连续 3 天大便潜血检查呈阴性; 其次, 患者血红蛋白较入院时无下降; 第三, 腹部症状体重均较入院时好转。第四, 周围循环衰竭症得以有效缓解。

4.2 2 组止血疗效比较 见表 1。临床止血总有效率中医组 97.1%, 常规组 85.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组止血疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
中医组	35	12(34.3)	18(51.4)	4(11.4)	1(2.9)	34(97.1) ^①
常规组	35	8(22.9)	8(22.9)	14(40.0)	5(14.3)	30(85.7)

与常规组比较, ^① $P < 0.05$

4.3 2 组大便隐血转阴及住院时间比较 见表 2。中医组大便隐血转阴时间、住院时间中医组与常规组比较, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 2 组大便隐血转阴及住院时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ 天

组别	n	大便隐血转阴时间	住院时间
中医组	35	4.05 ± 1.48 ^①	7.53 ± 1.05 ^①
常规组	35	4.81 ± 1.41	8.65 ± 1.12

与常规组比较, ^① $P < 0.05$

5 讨论

消化性溃疡出血是消化性溃疡最为常见的并发症, 发病机

制主要是患者消化道黏膜损伤因子与其消化道黏膜的自身修复、防御因子之间失衡。多由幽门螺杆菌感染或者患者胃酸分泌异常等因素造成消化道黏膜因子出现损伤。临床治疗消化性溃疡出血通常采用奥美拉唑。奥美拉唑属质子泵抑制剂, 可充分抑制胃酸分泌, 并可选择性地作用于患者的胃黏膜壁细胞, 抑制 H^+K^+ATP 酶的活性, 达到抑制胃酸分泌的作用。同时, 还具有起效迅速, 不良反应小的优势^[5-9]。因此, 常被临床用于消化性溃疡出血的治疗。

消化性溃疡出血属中医学血症中吐血和便血范畴。中医学认为, 吐血、便血多与患者饮食不节、劳倦过度、外感病邪、久病伤脾等因素有关, 并可导致患者火热炽盛, 气血逆乱, 最终导致迫血妄行; 而瘀血阻络, 血不循经。笔者经过多年临床研究发现, 80% 的急性消化性溃疡出血者均属胃中积热。故选用了清胃和络方来进行治疗。其基本方中的大黄取其清热泻火, 凉血止血之功, 又能引火下泄, 化瘀, 从而达止血目的; 而黄连、黄芩以清热泻火之功, 辅助大黄清血热, 并止血于清热泻火之中。而三七、白及、仙鹤草、蒲黄炭取其活血止血之功, 在本方中有进一步增强止血之功, 同时还可有效促进离经之血的消散作用。甘草有调和诸药之功, 共奏清胃泻火、止血和络之效。中医组采用清胃和络法联合奥美拉唑治疗胃热血瘀型消化性溃疡出血, 患者大便隐血转阴天数、住院天数均较常规西药组降低 ($P < 0.05$); 同时, 中医组的治疗总有效率也高于常规组 ($P < 0.05$)。提示清胃和络法具有较好的止血效果, 联合奥美拉唑则可较单独西医止血的治疗方法更行之有效。

[参考文献]

- [1] 包带发. 奥美拉唑治疗消化性溃疡的疗效观察[J]. 临床合理用药, 2013, 6(3): 65.
- [2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1838.
- [3] 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.
- [4] 李乾构, 周学文. 实用中医消化病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 353-374.
- [5] 王玉涛. 泮托拉唑与奥美拉唑治疗消化性溃疡出血的疗效比较[J]. 中国药师, 2012, 15(5): 693-694.
- [6] 倪扬. 国产泮托拉唑与奥美拉唑治疗消化性溃疡出血疗效比较和药物经济学评价[J]. 中国药业, 2012, 21(15): 66-67.

(责任编辑: 马力)