

温中散寒方加减联合三联疗法治疗消化性溃疡疗效观察及3年随访观察

陈雅斐

台州市黄岩区城区社区卫生服务中心, 浙江 台州 318020

[摘要] 目的: 观察温中散寒方加减联合三联疗法治疗消化性溃疡的临床疗效。方法: 将120例消化性溃疡患者, 随机分为对照组与观察组, 各60例, 对照组给予常规三联疗法治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用温中散寒方加减治疗。观察2组患者临床疗效, 2组3年随访调查, 记录复发率。结果: 总有效率观察组96.67%, 对照组76.67%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。3年随访调查提示, 观察组1年复发率1.67%, 2年复发率3.33%, 3年复发率10.00%, 对照组分别为30.00%, 33.33%, 38.33%。2组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 温中散寒方联合三联疗法治疗消化性溃疡, 可明显改善治疗效果, 降低复发率。

[关键词] 消化性溃疡; 温中散寒方; 三联疗法; 随访; 复发

[中图分类号] R573.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0065-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.031

消化性溃疡是消化内科常见疾病之一, 包括胃及十二指肠溃疡。一般在正常生理条件下, 人体胃黏膜保护屏障功能的完整是促使其免受胃蛋白酶、胃酸等有害物质的侵袭的重要条件^[1]。消化性溃疡属中医学呕吐、腹胀、胃脘痛的范畴, 主要由脾胃升降失调、气血瘀积、肝气犯胃、寒邪客胃所引起, 胃是五脏六腑之源, 胃脘胀痛, 累及两胁, 治疗上则需遵循疏肝和胃、温中散寒的原则^[2]。临床上对消化性胃溃疡患者的治疗主要采取三联方案。笔者采用温中散寒方加减联合三联疗法治疗消化性溃疡, 收到较好的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例为2008年1月—2010年1月本院120例消化性溃疡患者, 随机分为对照组与观察组, 各60例。对照组男42例, 女18例; 年龄24~68岁, 平均(41.6±2.6)岁; 病程2~10年, 平均(4.9±1.3)年; 十二指肠溃疡38例, 胃溃疡22例; 溃疡直径0.2~2.3 cm, 平均(1.5±0.4)cm; 脾胃不和型12例, 脾胃虚寒型10例, 温热中阻型26例, 瘀血阻滞型12例。观察组男40例, 女20例; 年龄23~70岁, 平均(42.3±1.9)岁; 病程1~9年, 平均(4.3±1.2)年; 十二指肠溃疡42例, 胃溃疡18例; 溃疡直径0.3~2.1 cm, 平均直径(1.2±0.3)cm; 脾胃不和型11例, 脾胃虚寒型12例, 温热中阻型28例, 瘀血阻滞型9例。2组性别、年龄、病程、溃疡部位、溃疡直径等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具

有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规三联疗法。睡前2h常规禁食, 戒烟戒酒, 无食油腻、刺激性食物, 规律饮食。口服阿莫西林(香港澳美制药厂生产), 每次1.0g, 每天2次。口服克拉霉素(浙江震元制药有限公司生产), 每次0.5g, 每天2次。口服奥美拉唑(浙江康恩贝制药股份有限公司生产), 每次20mg, 每天2次。口服三联疗法1周后继续口服奥美拉唑治疗6周。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用温中散寒方加减治疗。温中散寒方组成: 白芍20g, 黄芪、大枣各15g, 桂枝、生姜各12g, 饴糖32g, 炙甘草10g。温水煎服, 取汁250mL, 分早晚2次服用。温热中阻型加用黄芩10g, 半夏8g。瘀血阻滞型加用当归15g, 郁金12g, 木香10g; 脾胃不和型加法半夏、陈皮各8g, 香附10g; 脾胃虚寒型加干姜10g, 茯苓12g, 吴茱萸5g。每天1剂, 每天2次, 服用6周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 对2组患者均实施为期3年的随访调查, 记录2组患者1年、2年、3年的溃疡复发率。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0对数据进行统计学分析。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 参照《中医病证诊断与疗效标准》^[3]制定。治

[收稿日期] 2015-01-12

[作者简介] 陈雅斐(1979-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合内科。

愈：临床症状、体征基本消失，胃镜检查提示溃疡面积减少90%及以上；好转：胃部疼痛、体征明显减轻，溃疡面积减少超过50%；无效：临床症状及体征均无明显改善或有加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组96.67%，对照组76.67%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
观察组	60	37(61.67)	21(35.00)	2(3.33)	96.67
对照组	60	20(33.33)	26(43.33)	14(23.33)	76.67
χ^2 值		9.6575	0.8744	10.3846	10.3846
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

4.3 2组随访3年复发率比较 见表2。3年随访调查提示，观察组1年复发率1.67%，2年复发率3.33%，3年复发率10.00%，对照组分别为30.00%，33.33%，38.33%。2组比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组随访3年复发率比较 例(%)

组别	n	1年复发率	2年复发率	3年复发率
观察组	60	1(1.67)	2(3.33)	6(10.00)
对照组	60	18(30.00)	20(33.33)	23(38.33)
χ^2 值		18.0719	18.0334	13.1413
P		<0.05	<0.05	<0.05

5 讨论

消化性溃疡是临床消化内科常见多发疾病之一，由人体胃黏膜攻击因子与防御因子失衡所引起。属慢性疾病范畴，易复发^[4]。若未及时采取治疗措施，则可能并发胃穿孔、消化道出血，严重情况下可能发生胃溃疡癌变。可能引起腹部疼痛、恶心、呕吐等症状表现。临床上对消化性溃疡的治疗主要采取常规三联疗法，可在较短时间内改善患者的症状及体征，促进消化道溃疡的快速愈合。但近年来部分文献研究提示，三联疗法疗效有所下降，且复发率上升。同时有报道显示，单纯采取西药治疗无法完全改善患者的胃溃疡症状^[9]。

中医学认为，消化性溃疡属胃脘痛的范畴，由饮食不节、情志不遂、劳倦过度、脾胃虚弱等因素引起，导致人体胃受纳功能失调，胃失和降，引起腹痛。肝气横逆，肝脾不和，则脾失健运，瘀积阻滞，演变为消化性溃疡。胃痛长久发作，则可

能伤及脾胃，引起虚寒表现。消化性溃疡以虚寒居多，胃热次之，饮食失调、脏腑传变、情志失调均可致脾胃虚弱，病例特点总结为气血瘀滞、脾胃虚寒、寒热交杂。分为脾胃不和、脾胃虚寒、温热中阻、瘀血阻滞等辨证分型^[6-7]。主要以温中健脾、疏肝和胃、化瘀等组成，功效突出表现在温中补虚，缓急止痛，中和脾胃。方中饴糖缓急止痛，黄芪益气健脾，白芍滋养阴血，炙甘草、大枣、生姜则均为甘补之药，并用可发挥协同药效，扶脾益气，温中散寒。茯苓、党参、白芍则同时有健脾益气的功效，可促进溃疡愈合，同时强化机体免疫抵抗力。海螵蛸则富含碳酸钙，中和胃酸，止血止痛，修复溃疡面。栀子、黄芩则和胃解热，柴胡则疏肝行气功效。配合常规三联疗法，可快速解除溃疡症状，促进创面愈合，缓解腹痛，提高治疗效果。

本研究中，观察组采用温中散寒方加减联合三联疗法，治疗总有效率96.67%，明显高于对照组，且随访3年调查结果提示，观察组3年复发率明显低于对照组，提示采用中西医结合治疗可有效降低消化性溃疡的复发率，改善远期疗效。

[参考文献]

- [1] 孟灵梅, 周丽雅, 林三仁, 等. 幽门螺杆菌与消化性溃疡关系的10年随访研究[J]. 中华消化杂志, 2009, 29(6): 361-364.
- [2] 杨国军. 柴胡疏肝汤为主辨证治疗消化性溃疡60例[J]. 陕西中医, 2012, 33(1): 14-16.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 李毅, 张小萍, 刘艳, 等. 基于多元统计分析对消化性溃疡中医辨证标准的研究[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(4): 1031-1033.
- [5] 王生力. 以雷贝拉唑为主的三联疗法治疗消化性溃疡临床疗效分析[J]. 河北医学, 2012, 18(5): 655-657.
- [6] 吴国良. 加味小建中汤治疗脾胃虚寒型复发性消化性溃疡45例[J]. 河南中医, 2010, 30(1): 23-24.
- [7] 常勇, 李彦龙. 甘草泻心汤加味治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(6): 1145-1146.

(责任编辑: 马力)