

# 胃苏颗粒联合西药治疗活动期胃溃疡临床观察

祝旭清, 王国祥, 王建文, 缪扬德, 王宏刚

台州市立医院, 浙江 台州 318000

**[摘要]** 目的: 观察胃苏颗粒联合西药治疗活动期胃溃疡的临床疗效。方法: 选取 120 例活动期胃溃疡患者作为研究对象, 随机分成 2 组各 60 例。治疗第 1 周, 2 组均给予四联疗法治疗, 观察组同时给予胃苏颗粒治疗; 第 2~6 周, 2 组均给予奥美拉唑胶囊治疗, 观察组加用胃苏颗粒。比较 2 组的治疗效果。结果: 胃镜疗效观察组总有效率为 98.33%, 高于对照组的 76.67%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。治疗后, 2 组炎症细胞浸润程度、胃黏膜形态结构、中性黏液含量评分以及上腹痛、腹胀、嗝气、反酸、烧心症状评分均低于治疗前 ( $P < 0.01$ ), 观察组各项评分均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 胃苏颗粒联合西药治疗活动期胃溃疡可有效缓解临床症状, 促进胃黏膜修复, 溃疡愈合质量明显提高, 值得在临床推广应用。

**[关键词]** 胃溃疡; 气滞证; 中西医结合疗法; 四联疗法; 胃苏颗粒

**[中图分类号]** R573.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 09-0030-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.015

活动期胃溃疡为消化内科常见病及多发病, 是由黏膜防御因素与侵袭因素失去平衡所引发, 病情迁延, 呈周期性发作, 并可表现为节律性上腹痛, 疼痛多出现在餐后 1~2 h<sup>[1]</sup>。活动期胃溃疡的诱发因素很多, 其中幽门螺杆菌(Hp)感染是最重要的因素之一, 胃酸在胃溃疡的形成中也起着关键作用<sup>[2]</sup>。临床多采用质子泵抑制剂、H<sub>2</sub>受体拮抗剂、胃黏膜保护剂等治疗, 但疗效多不甚理想, 停药后复发率高。近年来, 中医药在消化性溃疡的治疗中发挥了重要作用<sup>[3]</sup>。为进一步探讨胃苏颗粒联合西药治疗活动期胃溃疡的应用价值, 本研究对 120 例活动期胃溃疡患者分别给予胃苏颗粒联合西药治疗及单用西药治疗, 现报道如下。

## 1 临床资料

选取本院 2013 年 2 月—2015 年 8 月收治的 120 例活动期胃溃疡患者作为研究对象, 所有患者 1 周内经胃镜等确诊为活动期胃溃疡, 且溃疡数量 ≤ 2 个, 所有患者入组前 2 天停用其他抗溃疡药物。中医辨证属气滞型, 症见胃脘胀痛、两胁胀闷, 遇情志不遂可加重, 矢气或嗝气则舒, 善怒, 喜太息, 反酸, 胸闷食少, 舌苔薄白, 脉弦。所有患者对本研究知情同意, 并签署知情同意书。排除消化道出血、溃疡穿孔、幽门梗阻等患者; 癌性溃疡或无法排除癌变的溃疡患者; 患严重心、肺、肝、肾功能不全的患者; 妊娠及哺乳期妇女。采用随机数字表法将 120 例患者随机分成 2 组, 每组 60 例。观察组男 27 例, 女 33 例; 年龄 25~72 岁, 平均(46.2±7.3)岁; 病程

0.6~7 年, 平均(2.32±0.74)年; 溃疡直径 5~23 mm, 平均(1.33±0.66)mm。对照组男 29 例, 女 31 例; 年龄 22~70 岁, 平均(45.4±7.9)岁; 病程 0.4~6 年, 平均(2.28±0.76)年; 溃疡直径 4~21 mm, 平均(1.28±0.79)mm。2 组临床资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

治疗第 1 周, 2 组患者均给予根除 Hp 治疗, 采取标准四联疗法, 即奥美拉唑胶囊 20 mg、阿莫西林胶囊 1000 mg、克拉霉素胶囊 500 mg、胶体果胶铋胶囊 220 mg, 每天 2 次。治疗第 2~6 周, 2 组均给予奥美拉唑胶囊治疗, 每次 20 mg, 每天 1 次。

观察组在 1~6 周均联合胃苏颗粒(扬子江药业集团江苏制药股份有限公司)治疗, 每次 5 g, 每天 3 次, 餐前 30 min 口服。连续治疗 6 周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①6 周治疗结束后对 2 组患者进行胃镜复查, 并于原溃疡边缘取活检 3 块, 送病理检查。溃疡愈合质量: 对 2 组患者活检组织的炎症细胞浸润程度、胃黏膜形态结构、中性黏液含量进行评分, 正常计 0 分, 轻度异常计 1 分, 中度异常计 2 分, 重度异常计 3 分。②临床症状: 对 2 组患者的上腹痛、腹胀、嗝气、反酸、烧心 5 大临床症状进行评分, 无症状计 0 分, 症状轻微不影响日常活动计 1 分, 影响日常活动计 2 分, 症状严重需用药维持日常活动计 3 分。

**[收稿日期]** 2016-05-12

**[作者简介]** 祝旭清 (1977-), 女, 副主任医师, 主要从事消化内科临床工作。

3.2 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计软件处理数据, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 计量资料采用  $t$  检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 胃镜疗效标准 治愈: 溃疡与炎症完全消退, 胃黏膜完整; 有效: 溃疡面积缩小  $\geq 50\%$  或仅留有疤痕; 无效: 未达到上述标准。

4.2 2组胃镜疗效比较 见表1。观察组总有效率为98.33%, 高于对照组的76.67%, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
观察组	60	43	16	1	98.33
对照组	60	21	25	14	76.67
$\chi^2$ 值					12.876
P 值					0.000

4.3 2组胃溃疡愈合质量比较 见表2。治疗后, 2组炎症细胞浸润程度、胃黏膜形态结构、中性黏液含量评分均低于治疗前( $P < 0.01$ ), 观察组3项评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

组别	时间	炎症细胞浸润程度	胃黏膜形态结构	中性黏液含量
观察组	治疗前	1.95 ± 0.48	0.77 ± 0.32	1.85 ± 0.63
	治疗后	0.72 ± 0.26 <sup>②</sup>	0.28 ± 0.21 <sup>②</sup>	0.76 ± 0.42 <sup>②</sup>
对照组	治疗前	1.92 ± 0.55	0.74 ± 0.29	1.82 ± 0.58
	治疗后	1.31 ± 0.37 <sup>①</sup>	0.58 ± 0.24 <sup>①</sup>	1.35 ± 0.34 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后临床症状评分比较 见表3。治疗后, 2组上腹痛、腹胀、嗝气、反酸、烧心症状评分均低于治疗前( $P < 0.01$ ), 观察组各项症状评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

组别	时间	上腹痛	腹胀	嗝气	反酸	烧心
观察组	治疗前	2.20 ± 0.07	2.15 ± 0.09	2.23 ± 0.16	2.01 ± 0.15	2.11 ± 0.13
	治疗后	0.38 ± 0.02 <sup>②</sup>	0.36 ± 0.03 <sup>②</sup>	0.35 ± 0.08 <sup>②</sup>	0.24 ± 0.05 <sup>②</sup>	0.14 ± 0.02 <sup>②</sup>
对照组	治疗前	2.18 ± 0.06	2.14 ± 0.10	2.19 ± 0.18	2.02 ± 0.13	2.13 ± 0.16
	治疗后	0.91 ± 0.04 <sup>①</sup>	0.82 ± 0.07 <sup>①</sup>	0.83 ± 0.11 <sup>①</sup>	0.42 ± 0.04 <sup>①</sup>	0.52 ± 0.06 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

#### 5 讨论

现代医学认为, 胃黏膜保护作用减弱、胃酸过高、Hp感

染等均是诱发胃溃疡的重要原因, 故在胃溃疡的治疗上应采用抑制胃酸分泌、抗 Hp、保护胃黏膜等药物治疗。奥美拉唑为质子泵抑制剂, 具有强效抑酸作用, 其能选择性作用于胃黏膜细胞, 抑制  $H^+ - K^+ - ATP$  酶的活性, 进而有效抑制胃酸分泌<sup>[4]</sup>。此外, 奥美拉唑可直接抑制 Hp, 起效快、安全性高。但单纯给予奥美拉唑治疗疗效往往欠佳。近年来, 大量研究显示, 在常规西药治疗基础上联合中医药治疗消化性溃疡可达到满意疗效。

胃苏颗粒近年来被广泛应用于气滞型消化性溃疡、慢性胃炎、术后胃黏膜损伤<sup>[5]</sup>等疾病的治疗中, 取得了良好疗效。气滞型胃溃疡以气机郁滞、胃失和降为主要病机, 胃苏颗粒可起到行气止痛、和胃通降的功效, 故适宜于气滞型胃溃疡的治疗。胃苏颗粒由香附、紫苏梗、陈皮、佛手、香橼、枳壳、鸡内金、槟榔组成, 其中紫苏梗、佛手、香附理气消胀, 可有效促进胃肠蠕动; 陈皮、香橼理气燥湿、疏肝解郁, 具有抗抑郁及抗焦虑功效; 鸡内金消食健脾。上述药物合用, 可起到和胃通降、疏肝理气、消胀止痛的功效, 对抑制胃酸分泌及胃蛋白酶活性、促进损伤胃黏膜修复、减轻溃疡程度、加速溃疡愈合、促进胃肠蠕动等具有重要意义。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率达98.33%, 明显高于单用奥美拉唑治疗的对照组, 且治疗后溃疡愈合质量及临床症状评分均优于对照组。提示在常规西药治疗基础上联合胃苏颗粒治疗可有效提高临床疗效, 加速溃疡愈合及缓解临床症状, 值得在临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 付丹. 雷贝拉唑治疗 Hp 阳性活动期胃溃疡的临床及组织学质量评价[J]. 河北医学, 2013, 19(7): 964-967.
- [2] 胡国红, 蒋国法, 李岗秀. 奥美拉唑与兰索拉唑对成人活动期胃溃疡患者的临床疗效及溃疡愈合质量的影响[J]. 实用药物与临床, 2013, 16(11): 1083-1085.
- [3] 张鑫. 胃苏颗粒辅助治疗肝胃不和型反流性食管炎46例临床评价[J]. 中国药业, 2014, 23(23): 30-31.
- [4] 王建军, 刘胜春. 柴旋汤联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗反流性食管炎45例临床观察[J]. 河北中医, 2013, 35(7): 982-983.
- [5] 刘宇, 孙桂锋, 李淑珍, 等. 胃苏颗粒联合埃索美拉唑镁肠溶片治疗经皮冠状动脉介入治疗术后胃黏膜损伤的临床疗效及其对氯吡格雷抗血小板作用的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2015, 23(11): 111-114.

(责任编辑: 吴凌)