

# 清热化湿汤联合西药治疗脾胃湿热型消化性溃疡临床观察

沈文娟

安吉县中医院中医内科, 浙江 安吉 313300

**[摘要]** 目的: 观察清热化湿汤联合西药治疗脾胃湿热型消化性溃疡的临床效果。方法: 纳入 114 例辨证属脾胃湿热证的幽门螺杆菌阳性消化性溃疡患者, 随机分为对照组与观察组各 57 例。对照组给予埃索美拉唑镁肠溶片、克拉霉素片、氨苄西林胶囊三联疗法抗幽门螺杆菌治疗 2 周后, 再给予泮托拉唑钠肠溶片治疗 2 周, 观察组在对照组用药的基础上每天给予清热化湿汤治疗, 2 组均治疗 4 周。治疗前后对 2 组患者的中医症状与胃、十二指肠黏膜损伤情况进行评分, 并评估 2 组患者的临床疗效。结果: 治疗后, 观察组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。2 组胃脘灼热疼痛、嘈杂泛酸、口干口苦、纳呆恶心、口甜黏浊、身重肢倦积分与胃、十二指肠黏膜损伤评分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组各项中医症状积分与胃、十二指肠黏膜损伤评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 清热化湿汤联合西药治疗消化性溃疡脾胃湿热证可有效改善患者的临床症状, 促进损伤的黏膜修复, 提高临床疗效。

**[关键词]** 消化性溃疡; 幽门螺杆菌; 脾胃湿热证; 中西医结合疗法; 清热化湿汤; 三联疗法; 质子泵抑制剂

**[中图分类号]** R573.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 02-0025-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.02.007

## Clinical Observation of Qingre Huashi Tang Combined with Western Medicine for Peptic Ulcer with Dampness Heat in Spleen and Stomach

SHEN Wenjuan

**Abstract:** **Objective:** To observe the clinical effect of Qingre Huashi tang combined with western medicine for treating peptic ulcer with dampness heat in spleen and stomach. **Methods:** Selected 114 cases of patients with helicobacter pylori positive peptic ulcer with dampness heat in spleen and stomach based on syndrome differentiation, and divided them into the control group and the observation group randomly, 57 cases in each group. The control group was firstly given triple therapy of anti-helicobacter pylori with esomeprazole magnesium enteric-coated tablets, clarithromycin tablets, and ampicillin capsules for 2 weeks, then given pantoprazole sodium enteric-coated tablets therapy for another 2 weeks, while the observation group was additionally received Qingre Huashi tang everyday based on the treatment of the control group for 4 weeks. Treatment for both groups lasted for four weeks. Scored the Chinese medicine symptoms and gastric and duodenal mucosal injuries of two groups, and evaluated clinical curative effect of patients in both groups. **Results:** After treatment, the total effective rate in the observation group was higher than that in the control group, the difference being significant ( $P < 0.01$ ). The scores of epigastric burning pain, gastric upset and discomfort, dry mouth and bitter taste, dementia and nausea, sweet taste and sticky mouth, and heavy body and tired limbs as well as the gastric and duodenal mucosal injury scores in two groups were lower than those before treatment, difference beings significant ( $P < 0.05$ ). The scores of Chinese medicine symptoms and the gastric and duodenal mucosal injury scores in the observation group were both lower than those in the control group, differences being significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Qingre Huashi tang combined with western medicine for peptic ulcer with dampness heat in spleen and stomach can effectively improve the clinical symptoms of patients, help to promote mucosal recovery and clinical curative effect.

**Keywords:** Peptic ulcer; Helicobacter pylori; Dampness heat in spleen and stomach; Integrated Chinese and western medicine therapy; Qingre Huashi tang; Triple therapy; Proton pump inhibitor

**[收稿日期]** 2017-10-16

**[作者简介]** 沈文娟 (1979-), 女, 主治医师, 主要从事中医内科临床工作。

消化性溃疡是消化科的常见病与多发病,该病与幽门螺杆菌感染有关,多见于20~50岁的中青年人群,与饮食结构改变、不规律饮食,生活节奏快,压力大有一定的相关性<sup>[1]</sup>。研究表明大部分的消化性溃疡可通过抗幽门螺杆菌治疗与抑制胃酸分泌来达到效果,但仍有10%左右的患者在治疗后反复发作,成为难治性消化性溃疡<sup>[2]</sup>。中医药治疗脾胃病具有其独特优势,大量中药复方制剂的效果在临床中得到了证实,兼具抗幽门螺杆菌、保护胃黏膜、减少不良症状的作用,不良反应小、耐药率低<sup>[3-4]</sup>,在西药干预的基础上加用中药复方在临床上已不断被应用。结合本院临床实践,脾胃湿热证是消化性溃疡的常见证型,因此本院采用清热化湿汤联合三联疗法治疗湿热型消化性溃疡,取得了良好的临床效果,报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准<sup>[5]</sup>** 具有反复发作的慢性上腹痛症状,疼痛性质为有规律性,试验性碱性药物治疗可缓解症状;局部有按压痛;X线钡餐检查可见溃疡病灶;上消化道内镜检查镜下表现:周围黏膜充血水肿,蠕动活跃或亢进,呈红色新生黏膜或白苔消失,提示上消化道溃疡。

**1.2 辨证标准<sup>[6]</sup>** 辨证属脾胃湿热证,主症:胃脘灼热疼痛,嘈杂泛酸,口干口苦,渴不欲饮,或口甜黏浊,纳呆恶心,身重肢倦,舌质鲜红、苔黄厚或腻,脉滑数。

**1.3 纳入标准** 符合诊断标准,辨证属脾胃湿热证,<sup>14</sup>C或<sup>13</sup>C呼气试验结果示幽门螺杆菌感染阳性;年龄20~50岁;入组前签署知情同意书,并通过医院医学伦理委员会批准。

**1.4 排除标准** 对本研究使用的药物过敏,不能配合本方案治疗者;合并有其他严重系统性疾病,或肿瘤患者。

**1.5 一般资料** 纳入2015年11月—2017年3月于本院诊断为消化性溃疡的患者,共计114例,采用随机数字表法将纳入研究对象分为2组。观察组57例,男30例,女27例;年龄30~63岁,平均(45.85±10.96)岁;胃溃疡20例,十二指肠溃疡25例,混合型溃疡12例。对照组57例,男29例,女28例;年龄32~65岁,平均(45.89±10.17)岁;胃溃疡22例,十二指肠溃疡26例,混合型溃疡9例。2组一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 以三联疗法治疗。前2周给予埃索美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司),每次20mg,每天口服2次;氨苄西林胶囊(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司),每次500mg,每天口服2次;克拉霉素片(江西汇仁药业有限公司),每次250mg,每天口服2次。后2周给予泮托拉唑钠肠溶片(沈阳圣元药业有限公司),每次20mg,每天口服1次。

**2.2 观察组** 在对照组的基础上给予中药复方清热化湿汤,处方:薏苡仁20g,茯苓、党参、蒲公英、郁金各15g,赤芍、莪术、丹参、白术、陈皮各10g,清半夏8g,三七粉3g。并根据患者的临床表现进行加减:疼痛频繁加用延胡索、佛手、甘松;泛吐酸水加用瓦楞子、白及、海螵蛸、浙贝母;嗝气加用降香、丁香、竹茹等。每天1剂,水煎,取汁400mL,每次服200mL,每天2次,每周复诊1次,共治疗4周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①中医症状评分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>在治疗前与完成治疗后对患者进行脾胃湿热证中医症状评分:对胃脘灼热疼痛、嘈杂泛酸、口干口苦、纳呆恶心、口甜黏浊、身重肢倦按4级评分:无为0分,轻度为2分,中度为4分,重度为6分。总分0~36分,分数越高,表示症状越严重。②黏膜损伤评分:参照Lanza FL等<sup>[8]</sup>拟定的内镜标准于治疗前后评定患者的胃、十二指肠黏膜评分。4分:>10处出现黏膜糜烂或溃疡灶;3分:3~10处出现黏膜糜烂灶;2分:1~2处出现黏膜糜烂灶;1分:黏膜仅出现点状出血;0分:黏膜并未发现破损。总分0~4分,分数越高,表示黏膜损伤越严重。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS20.0软件对数据进行统计分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,数据服从正态分布,采用 $t$ 检验;计数资料以百分比表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>中的标准进行评价。临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,症状积分减少率 $\geq 95\%$ ;显效:症状、体征明显改善,症状积分减少率 $\geq 70\%$ ;好转:症状、体征均有改善,症状积分减少率 $\geq 30\%$ ;

无效：症状、体征均无明显改善，症状积分减少率 < 30%。计算公式(尼莫平法)为：症状积分减少率 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率高与对照组，差异有统计学意义( $\chi^2=7.033$ ,  $P<0.01$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	好转	无效	总有效[例(%)]
对照组	57	18	23	5	11	46(80.70)
观察组	57	26	25	4	2	55(96.49) <sup>①</sup>

与对照组比较, ① $P<0.01$

4.3 2组治疗前后中医症状积分比较 见表2。治疗前, 2组各项中医症状积分比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后, 2组中医症状积分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ ), 观察组各项中医症状积分均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组治疗前后中医症状积分比较( $\bar{x}\pm s$ ,  $n=57$ ) 分

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃脘灼热疼痛	3.54±0.37	1.87±0.25 <sup>①②</sup>	3.57±0.26	2.78±0.45 <sup>①</sup>
嘈杂泛酸	3.26±0.43	1.64±0.27 <sup>①②</sup>	3.35±0.57	2.25±0.58 <sup>①</sup>
口干口苦	3.37±0.53	1.66±0.26 <sup>①②</sup>	3.48±0.57	2.38±0.34 <sup>①</sup>
纳呆恶心	3.38±0.57	1.67±0.24 <sup>①②</sup>	3.35±0.55	2.36±0.38 <sup>①</sup>
口甜黏浊	3.35±0.57	1.64±0.27 <sup>①②</sup>	3.36±0.58	2.38±0.36 <sup>①</sup>
身重肢倦	3.15±0.53	1.68±0.24 <sup>①②</sup>	3.08±0.55	2.45±0.38 <sup>①</sup>

与治疗前比较, ① $P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.05$

4.4 2组治疗前后胃、十二指肠黏膜损伤评分比较 见表3。治疗前, 2组胃、十二指肠黏膜损伤评分比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后, 2组胃、十二指肠黏膜损伤评分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组胃、十二指肠黏膜损伤评分均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组治疗前后胃、十二指肠黏膜损伤评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,  $n=57$ ) 分

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃黏膜	3.05±0.46	0.75±0.19 <sup>①②</sup>	3.09±0.64	1.55±0.36 <sup>①</sup>
十二指肠黏膜	3.03±0.47	0.76±0.15 <sup>①②</sup>	3.08±0.48	1.48±0.48 <sup>①</sup>

与治疗前比较, ① $P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.05$

## 5 讨论

消化性溃疡是临床常见的消化系统疾病, 其中幽门螺杆菌感染是主要的发病原因, 近年来随着抗幽门螺杆菌治疗的不断深入, 三联抗幽门螺杆菌治疗已在临床上不断被推广与规范应用<sup>[9]</sup>。本研究患者通过规范的三联抗幽门螺杆菌感染2周之后, 继续使用质子泵抑制剂巩固治疗2周, 结果显示, 临床症状与黏膜损伤均得到了改善, 但是抗生素的副反应较大, 治疗效果有限。

近年来, 中医药在消化系统疾病中的治疗优势受到了广泛的认可和关注, 中药联合规范的西药治疗可大大提高临床效果及治疗满意度<sup>[10]</sup>。消化性溃疡可归属于中医学胃痛、嘈杂、反酸等范畴, 病位在脾胃, 中医学认为该病与饮食、劳倦、情志均有一定的相关性, 多由外感湿邪、饮食不节或过食肥甘, 酿成湿热, 内蕴脾胃, 脾胃运化受阻所致, 可见全身湿热症状等病理变化。有研究指出, 伴有幽门螺杆菌感染的消化性溃疡患者中医证型主要为脾胃湿热<sup>[11]</sup>, 因此本研究主要纳入脾胃湿热型幽门螺杆菌感染的消化性溃疡患者进行观察, 根据清热化湿、理气和中的治疗方法, 拟定了清热化湿汤, 方中薏苡仁、茯苓、白术健脾化湿, 党参、陈皮健脾行气, 蒲公英、清半夏清热除湿。赤芍、丹参、莪术、三七清热化瘀止痛; 溃疡病病程长且反复发作, 久病必瘀, 故加用活血化瘀药物。郁金行气解郁、清心凉血, 胃脘部不适, 胃痛、胃胀等症状虽然在脾胃, 但究其原因与肝的关系密切, 因此在用药中配合使用理气解郁的药物。以上诸药合用, 共奏清热化湿、健运脾胃之功。

本研究结果显示, 观察组临床疗效优于对照组, 中医症状积分、胃与十二指肠黏膜损伤评分均低于对照组, 提示清热化湿汤联合西药规范治疗可提高治疗效果, 改善患者的临床症状, 有效促进溃疡黏膜的修复与控制幽门螺杆菌感染, 提高消化道黏膜的修复效果, 促进溃疡的愈合。临床医生可根据患者的中医证型采用不同的中药方剂联合西药治疗, 以提高临床治疗效果。

## [参考文献]

- [1] 许波, 叶柏. 消化性溃疡的中医辨证施治[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(3): 448-449.
- [2] Taghizadeh S, Sankian M, Ajami A, et al. Expression

- levels of vascular endothelial growth factors a and c in patients with peptic ulcers and gastric cancer[J]. J Gastric Cancer, 2014, 14(3): 196-203.
- [3] Luo JC, Peng YL, Hou MC, et al. The diminished expression of proangiogenic growth factors and their receptors in gastric ulcers of cirrhotic patients[J]. PLoS One, 2013, 8(4): e61426.
- [4] 敖丽丽, 李晔. 中西医结合治疗幽门螺旋杆菌阳性消化性溃疡 44 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(18): 196-199.
- [5] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范(2013年, 深圳)[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(2): 73-76.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 733-737.
- [7] 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.
- [8] Lanza FL, Graham DY, Davis RE, et al. Endoscopic comparison of cimetidine and sucralfate for prevention of naproxen-induced acute gastroduodenal injury. Effect of scoring method[J]. Dig Dis Sci, 1990, 35(12): 1494-1499.
- [9] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1866.
- [10] 司志英, 李有才, 靳英. 胃复春片和复方田七胃痛片治疗难治性消化性溃疡 41 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(4): 175-179.
- [11] 王洪京, 黄海量, 赵明, 等. 消化性溃疡脾胃湿热证临床流行病学调查研究[J]. 山东中医药大学学报, 2010, 33(5): 417-420.

(责任编辑: 吴凌)

## 中医药综合疗法联合西药治疗慢性功能性便秘老年患者临床观察

张玉红, 潘永兴

浙江普陀医院肛肠科, 浙江 舟山 316100

**[摘要]** 目的: 观察中医药综合疗法联合西药治疗慢性功能性便秘老年患者的效果。方法: 将 150 例脾肾阳虚型慢性功能性便秘老年患者随机分为治疗组和对照组各 75 例。对照组采用多潘立酮片、酚酞片治疗, 治疗组在对照组治疗基础上采用中医药综合疗法, 包括内服温肾润肠方, 将生大黄贴敷于神阙穴, 针刺治疗。2 组均连续治疗 1 月。比较 2 组治疗前后主要症状 [排便困难、排便时间、粪便性状、腹胀、排便次数] 评分、血清 P 物质 (SP) 和血管活性肽 (VIP) 水平的变化及临床疗效。结果: 治疗后, 总有效率治疗组 97.33%, 对照组 86.67%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组主要症状 (排便困难、排便时间、粪便性状、腹胀、排便次数) 评分均较治疗前减少 ( $P < 0.01$ ); 治疗组各症状评分均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。2 组血清 SP 水平均较治疗前升高, VIP 水平均较治疗前降低, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗组血清 SP 水平高于对照组, VIP 水平低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 中医药综合疗法联合西药治疗慢性功能性便秘脾肾阳虚证老年患者疗效确切, 上调血清中 SP 及降低 VIP 水平可能是其疗效途径之一。

**[关键词]** 慢性功能性便秘; 老年; 脾肾阳虚证; 中西医结合疗法; 针刺; P 物质 (SP); 血管活性肽 (VIP)

**[中图分类号]** R256.35 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 02-0028-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.02.008

## Clinical Observation of Integrated Therapy of Chinese Medicine Comprehensive Therapy Combined with Western Medicine for Senile Patients with Chronic Functional Constipation

ZHANG Yuhong, PAN Yongxing

**Abstract:** Objective: To observe the clinical effect of integrated therapy of Chinese medicine comprehensive therapy

**[收稿日期]** 2017-10-18

**[作者简介]** 张玉红 (1981-), 女, 主治中医师, 主要从事肛肠疾病的临床诊疗工作。