

中西医结合治疗脾胃虚寒型Hp阳性消化性溃疡35例临床观察

叶军勇

河北邯郸大名县中医医院 大名 056900

摘要:目的:观察中西医结合治疗脾胃虚寒型Hp阳性消化性溃疡的临床疗效。方法:将70例幽门螺旋杆菌阳性消化性溃疡脾胃虚寒证患者随机分为观察组、对照组,每组35例。对照组采用常规西药治疗;观察组在对照组的基础上口服黄芪建中汤。对照组及观察组的总疗程均为6周。比较两组治疗后的幽门螺旋杆菌根除率、总疗效,并通过血常规、肝功能、二便常规评价其安全性并记录不良反应。结果:两组Hp根除率较高,疗效相同($P > 0.05$)。安全性评价方面,两组血常规、二便常规、肝肾功能均未发生明显变化,两组治疗均安全。两组患者均有可耐受的不良反应,但观察组的不良反应发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。总疗效方面,观察组为94.29%,高于对照组91.42%($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗脾胃虚寒型Hp阳性消化性溃疡疗效肯定,能促进溃疡愈合,改善中医证候,改善患者症状,安全性好,不良反应少,具有一定的临床价值。

关键词: 中西医结合;脾胃虚寒;消化性溃疡

引言

胃溃疡为消化科临床工作中常见病与多发病,是由多种原因引起的以慢性、节律性、周期性疼痛为主要临床特征的病症。西医治疗本病大多采用抑酸药物、抗菌药物、保护胃黏膜药物等,长期应用会导致耐药性及影响治疗效果。研究报道显示,在对胃溃疡患者进行常规西药治疗的基础上联合中药治疗可增益疗效^[1]。胃溃疡在中医学中并无直接病名,但根据胃溃疡临床症状表现可归为“胃脘痛”范畴,脾胃虚寒为常见证型。采用黄芪建中汤联西药治疗脾胃虚寒型胃溃疡,取得满意效果,下面进行详尽汇报。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年7月至2020年9月我院收治的70例Hp阳性消化性溃疡脾胃虚寒型患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组35例。对照组男19例,女16例;年龄25~60岁,平均年龄(51.03 ± 3.15)岁;病程1~13个月,平均(6.12 ± 1.19)个月;溃疡直径0.5~1.7cm,平均溃疡直径(1.21 ± 0.42)cm;胃溃疡10例,十二指肠溃疡22例,复合性溃疡3例。观察组男17例,女18例;年龄27~60岁,平均年龄(52.98 ± 3.09)岁;病程3~15个月,平均(6.05 ± 1.37)个月;

溃疡直径0.6~1.8cm,平均溃疡直径(1.37 ± 0.53)cm;胃溃疡13例,十二指肠溃疡20例,复合性溃疡2例。两组患者在性别、年龄、病程、溃疡直径、溃疡部位等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准①符合上述的诊断及辨证标准;②Hp为阳性;③胃镜显示处于溃疡活动期者;④年龄18~60岁;⑤已签署相关知情同意书^[2]。排除标准①有消化性溃疡并发症:出血、梗阻、穿孔、癌变者;②合并严重肝、肾功能障碍以及心脑血管疾病者;③孕妇或哺乳期妇女;④有相关药物过敏史者;⑤精神疾病或认知功能障碍,不能正确理解研究内容者。

1.2 方法

对照组采用常规西药治疗,药物选用奥美拉唑肠溶胶囊(江苏福邦药业有限公司,国药准字H20123057)与阿莫西林胶囊(重庆科瑞制药有限公司,国药准字H20123014)。指导口服用药,前者每次用药剂量是20mg,1次/d;后者每次用药剂量为0.5g,2次/d。持续用药治疗2周,随后单独应用奥美拉唑治疗16d。观察组在对照组基础上加用黄芪建中汤治疗,组方:饴糖30g、黄芪30g、海螵蛸20g、干姜9g、元胡6g、桂枝9g、炙甘草6g、大枣9g、白及15g、白芍18g。水煎服,1剂/d,2次/剂。若脾胃虚寒证严重,需加熟附子10g、炙党参15g、白术15g;胃阴受损,将药剂桂枝去除后加石斛15g、生地15g、麦冬15g;气滞血瘀症,需加丹参15g、郁金15g。持续治疗4周。

通讯作者: 叶军勇,1974年9月,男,汉族,大名县人,就职于大名县中医医院,中医本科,研究方向:中医内科(风湿脾胃为主)

1.3 观察指标

①总疗程结束后4周复查14C呼气试验,阴性为Hp根除;②不良反应(包括治疗过程中新出现的症状、体征,以及原有的症状、体征在治疗过程中较原来加重也记录为药物的不良反应);③总疗效判定标准:临床治愈:症状全部消失,溃疡瘢痕愈合或无痕迹愈合,Hp根除;显效:主要症状消失,溃疡达H2期,Hp根除;有效:症状有所减轻,溃疡达H1期,Hp减少(由+++变为+);无效:症状、内镜及Hp检查均无好转者。总疗效率为临床治愈率、显效率、有效率之和^[3]。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0对研究对象采集的数据进行分析处理,计量数据采用($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用%表示,使用 χ^2 对数据进行校检; $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组Hp根除情况比较

观察组Hp根除33例,根除率91.43%;对照组根除31例,根除率88.57%,两组Hp根除率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组 Hp 根除情况比较(例)

组别	例数	Hp阴性	Hp阳性	Hp根除率/%
对照组	35	31	4	88.57
观察组	35	32	3	91.43*

2.2 两组不良反应比较

治疗期间两组患者出现的不良反应均较轻微,无需特殊处理,并能继续参与治疗。对照组不良反应发生率为17.14%,观察组不良反应发生率为2.86%,差异具有统计意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组不良反应的比较(例)

组别	例数	腹泻	腹痛	纳差	乏力	合计	发生率/%
对照组	35	2	1	2	1	6	17.14
观察组	35	0	1	0	0	1	2.86*

2.3 两组疗效比较

两组治疗后观察组总疗效率为94.29%,对照组为91.42%,观察组总疗效优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总疗效率/%
对照组	35	6	12	14	3	91.42
观察组	35	11	16	6	2	94.29*

3 讨论

胃溃疡为临床常见慢性疾病,发病率较高,病情易

反复。本病属中医学“胃脘痛”范畴,病位在胃,与脾、肝关系密切,病机大多为脾气亏虚,气血不畅,脾乃后天之本,气血生化之源,脾虚则气血生化无力,运化功能不足,脾阳不足,中焦虚寒;或胃阴受损,失于濡养而致溃疡;或素体脾虚,复感外邪,胃失和降,胃气瘀滞,寒热湿毒乃致溃疡发生^[4]。此外,饥饱失常,劳倦过度,久病脾胃伤,复寒凉药物等也引起脾胃虚寒而痛。消化性溃疡的病变程度可能会达到黏膜肌层,常见于与胃酸分泌有关的消化道黏膜。中医药治疗善用辨证施治,可延长药物作用时间,此外,不会产生因长期应用抗生素而产生的耐药问题。现代医学研究发现,胃酸、胃蛋白酶分泌过多与Hp感染均可导致胃黏膜受损,发生炎症反应及免疫反应进而形成溃疡。在胃溃疡活动过程中IL-6、IL-8、TNF- α 等多种细胞因子起到重要作用。西药是临床治疗消化性溃疡的首选手段,可快速改善症状,但不良生活方式等多种因素会对治疗效果产生影响,且复发率高^[5]。祖国医学中,消化性溃疡属“痞满”“胃脘痛”等范畴,病理病机为若饥饱失常,久病脾胃受伤,均能引起脾阳不足,中焦虚寒而发生诸证,治疗应以温中补虚、和里缓急为主。黄芪建中汤联合西药治疗脾胃虚寒型胃溃疡效果优于常规西药,可有效改善临床症状、胃黏膜组织学评分、炎症因子指标。黄芪建中汤出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》,组方中饴糖配伍炙甘草,独入脾胃;桂枝配伍生姜,散寒温胃;白芍可滋阴柔肝止痛;大枣甘温建中,可使脾胃之寒得除,阳气复升。药物组成为甘草、芍药、生姜、饴糖、高良姜、香附、大枣、桂枝^[6]。甘草清热解毒;芍药养血和营;生姜增进食欲;饴糖补脾益气;高良姜温胃祛风;香附理气解郁;大枣补中益气;桂枝温中散寒。全方可发挥益气补中、健脾祛寒之效。且经现代药理学表明,甘草可起到抗病毒和调节免疫效果;桂枝具有抗炎、镇痛等多种作用;大枣中富含维生素,对炎症反应具有较好的治疗效果;生姜可刺激消化道,增加肠张力、节律和蠕动^[7]。

结束语

综上所述,黄芪建中汤联合西药治疗脾胃虚寒型胃溃疡效果优于常规西药,可有效改善临床症状、胃黏膜组织学评分、炎症因子指标。

参考文献

[1]王雪媛.泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化

道出血的临床价值研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(36):99+138.DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2019.36.077.

[2]黎丽群,刘洪武,龚潇坤,陈广文,宋庆增,谭金晶,谢胜.中医药治疗消化性溃疡的Meta分析再评价[J].中国医药导报,2019,16(36):127-131.

[3]潘新彦.黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃溃疡的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(A2):23-25. DOI:10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.102.012.

[4]付扬.消化性溃疡经西医治疗与中西医结合治疗

的临床效果对比分析[J].中国医药科学,2019,9(21):256-258+283.

[5]周桃芬.中西医结合治疗老年消化性溃疡45例[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(13):121-122.

[6]刘建军,庞武元,王会松,李娟.中西医结合治疗消化性溃疡(脾胃虚寒型)临床疗效分析[J].健康之路,2018,17(08):30.

[7]安金丽.中西医结合治疗消化性溃疡的临床疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(52):105-106. DOI:10.16281/j.cnki.jocml.2018.52.056.