

健脾活络汤联合西药治疗老年消化性溃疡的临床观察

张 理¹, 张冬英²

(1. 厦门大学附属中山医院, 福建 厦门 361004; 2. 福建省厦门市中医院, 福建 厦门 361004)

【摘要】 目的:探讨健脾活络汤联合西药治疗老年消化性溃疡的临床疗效。方法:将 82 例老年消化性溃疡患者随机分为观察组和对照组,每组 41 例。对照组给予西医常规治疗,观察组在对照组治疗基础上给予健脾活络汤治疗。比较两组临床疗效及治疗前后症状评分、胃泌素(GAS)水平及幽门螺杆菌(Hp)根除率。结果:观察组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,两组上腹胀痛、胃脘疼痛、纳呆食少、黑便等症状评分均较治疗前显著降低,且观察组上腹胀痛、胃脘疼痛、纳呆食少、黑便等症状评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,两组 GAS 水平显著低于治疗前,且观察组 GAS 水平低于对照组, Hp 根除率显著高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:在西医常规治疗基础上采用健脾活络汤治疗老年消化性溃疡临床疗效显著,能有效改善症状评分及相关生化指标水平,值得临床推广。

【关键词】 健脾活络汤;消化性溃疡;临床疗效;症状评分;胃泌素;幽门螺杆菌根除率;雷贝拉唑钠;复方铝酸铋
中图分类号:R573.1 文献标识码:A DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2019.1328

消化性溃疡是临床常见的消化系统疾病,主要临床表现为上腹疼痛、胸骨后烧灼感、恶心、反酸、嗝气,给患者日常生活及生命健康造成严重影响^[1]。中老年人是消化性溃疡的高发人群,近年来随着人口老龄化的加剧,消化性溃疡在老年人群中的发病率逐年升高。目前临床治疗消化性溃疡多采用以质子泵抑制剂为主的多联疗法,但由于老年人胃蠕动功能减退、胃黏膜抗溃疡能力降低,发病时具有并发症多、症状复杂、易复发、难治愈的特点,虽治疗具有一定疗效,但应用质子泵抑制剂治疗周期长,不良反应明显,复发率较高,效果并不理想^[2-4]。为进一步提高治疗效果,本研究在西医常规治疗基础上采用健脾活络汤治疗老年消化性溃疡,对其临床效果进行探讨,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取厦门大学附属中山医院 2012 年 2 月至 2018 年 6 月收治的 82 例老年消化性溃疡患者为观察对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 41 例。观察组男 28 例,女 13 例;年龄 61~75 岁,平均(68.93±7.16)岁;溃疡类型:十二指肠球部溃疡 16 例,胃溃疡 19 例,复合性溃疡 6 例。对照组男 25 例,女 16 例;年龄 60~73 岁,平均(67.59±6.93)岁;溃疡类型:十二指肠球部溃疡 15 例,胃溃疡 17 例,复合性溃疡 9 例。两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 ①西医诊断标准参照《消化性溃疡病诊断与治疗规范(2013 年,深圳)》中消化性溃疡的诊断

标准^[5]。②中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》中消化性溃疡的诊断标准^[6]。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准。②年龄≥60 岁。③患者对本研究知情同意。

1.4 纳入标准 ①伴有恶性肿瘤者。②精神异常者。③伴有免疫系统及造血系统疾病者。④近期服用其他药物治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗。常规治疗包括:雷贝拉唑钠肠溶片(山东新华制药股份有限公司,国药准字 H20080683),每次 20 mg,每日 1 次;复方铝酸铋颗粒(辽宁奥达制药有限公司,国药准字 H10950319),每次 1.3 g,每日 3 次。连续治疗 2 个月。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予健脾活络汤治疗。处方:生黄芪 30 g,党参片 15 g,丹参 15 g,白芍 15 g,桂枝 10 g,延胡索 10 g,高良姜 10 g,木香 5 g,砂仁 5 g,甘草片 5 g,三七粉 5 g(冲服),大枣 5 个,每日 1 剂,水煎服,分早晚 2 次服用。连续治疗 2 个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标及疗效评定标准 ①观察两组临床疗效及治疗前后症状评分^[6]。临床疗效根据《中药新药临床研究指导原则》^[6]中制定的标准评定。痊愈:治疗后中医证候积分降低≥95%;显效:治疗后中医证候积分降低 75%~95%;有效:中医证候积分降低 50%~75%;无效:中医证候积分降低<50%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。②治疗前

后应用放射免疫法检测胃泌素(GAS)水平。③比较两组幽门螺杆菌(Hp)根除率。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件处理数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.3 结果

(1)临床疗效比较 观察组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组老年消化性溃疡患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	41	14(34.15)	20(48.78)	5(12.19)	2(4.88)	39(95.12)▲
对照组	41	9(21.95)	14(34.15)	8(19.51)	10(24.39)	31(75.61)

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$

(2)症状评分比较 治疗前,两组症状评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组上腹胀痛、胃脘疼痛、纳呆食少、黑便等症评分均较治疗前显著降低,且观察组上腹胀痛、胃脘疼痛、纳呆食少、黑便等症评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组老年消化性溃疡患者治疗前后症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	上腹胀痛		胃脘疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	2.28±0.41	0.43±0.21▲	4.12±0.87	0.49±0.11▲
对照组	41	2.29±0.47	0.78±0.29△	4.09±0.74	0.85±0.23△

续表

组别	例数	纳呆食少		黑便	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	1.81±0.42	0.29±0.08▲	1.80±0.42	0.33±0.10▲
对照组	41	1.78±0.45	0.81±0.25△	1.83±0.54	0.83±0.21△

注:与本组治疗前比较,△ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$

(3)GAS 水平比较 治疗前,两组 GAS 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组 GAS 水平显著低于治疗前,且观察组 GAS 水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组老年消化性溃疡患者治疗前后胃泌素水平比较($\text{p/ng} \cdot \text{L}^{-1}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	41	40.16±6.12	25.39±4.14▲
对照组	41	41.38±7.32	32.98±5.12△

注:与本组治疗前比较,△ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$

(4)Hp 根除率比较 观察组 Hp 根除率为 95.12%(39/41),明显高于对照组的 68.29%(28/41),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

消化性溃疡与 Hp 感染密切相关,其发病率较高的原因是低剂量阿司匹林与非甾体抗炎药物的广泛应用,同时吸烟、饮食、遗传因素、应激因素等均是引发消化性溃疡的重要因素^[7]。随着年龄的增长,老年患者机体抵抗能力明显减弱,消化系统的功能及结构出现退化与衰老,且合并的基础病较多,联合应用药物治疗的机会较多,导致消化性溃疡在老年人群中的发病率升高^[8]。消化性溃疡在中医属于“痞证”“胃脘痛”等范畴,中医认为老年人发生消化性溃疡的机制为脾胃功能减退,导致代谢功能失衡,加之患者存在焦虑、忧郁等不良情绪,导致肝郁气滞,久病入络而致瘀血内阻,病情反复发作,迁延难愈^[9-10]。

本研究应用的健脾活络汤由黄芪、党参、丹参、白芍、甘草、桂枝、延胡索、高良姜、木香、砂仁、三七粉、大枣组成。其中党参、黄芪补脾益气;甘草、大枣益气健脾;白芍缓急止痛;桂枝、高良姜散寒温阳;木香、延胡索止痛行气;丹参止痛祛瘀;三七化瘀活血,止痛消肿;砂仁温脾止泻,化湿开胃。全方共奏健脾和胃、温中散寒、通络止痛、行气化痰的功效。现代药理学研究认为,黄芪、党参、白芍具有调节免疫功能的作用,能够促进溃疡面愈合,降低溃疡复发率;三七粉具有杀菌消炎作用^[11]。本研究结果显示,观察组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,两组上腹胀痛、胃脘疼痛、纳呆食少、黑便等症评分均较治疗前显著降低,且观察组上腹胀痛、胃脘疼痛、纳呆食少、黑便等症评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),观察组 Hp 根除率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),表明老年消化性溃疡患者在西医常规治疗基础上应用健脾活络汤可有效提高临床效果,明显改善临床症状。分析其原因可能是健脾活络汤能提高患者免疫功能,调节肠胃功能,保护胃黏膜屏障,纠正胃肠运动功能紊乱,通过抑制和杀灭 Hp 对溃疡面进行修补,促进愈合,同时还能促进胃排空,预防胃潴留的发生,提高治疗效果。GAS 是一种多肽类胃肠激素,其水平升高可使胃酸水平随之升高,高水平胃酸会导致胃肠道黏膜损伤,引发溃疡。本研究结果显示,治疗后,两组 GAS 水平显著低于治疗前,且观察组 GAS 水平低于对照组($P < 0.05$),表明在西医常规治疗基础上应用健脾活络汤治疗老年消化性溃疡能够有效改善 GAS 水平,这可能是健脾活络汤能够提高治疗效果的机制之一。

综上所述,在西医常规治疗基础上应用健脾活络汤治疗老年消化性溃疡患者临床疗效显著,能有效改善症状评分及相关生化指标水平,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陈晓锋,吴育龙.老年消化性溃疡临床特点及治疗方法探讨[J].中国现代药物应用,2015,9(24):147-149.
 [2]司玉广,高蕾,徐薇,等.老年消化性溃疡临床特点及治疗方法探讨[J].河北医学,2015,21(7):1180-1182.
 [3]张昊,谢卫红,谢永曼.中西医结合治疗老年人消化性溃疡68例临床观察[J].中国民间疗法,2015,23(5):67-68.
 [4]孙九凤.健脾利湿清热活血法治疗消化性溃疡出血的疗效研究[J].光明中医,2015,30(7):1458-1459.
 [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]郑筱萸.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,2002:151-156.
 [7]黄汉忠,易星航.慢性消化性溃疡与胃癌患者血清 TGF-β1 和胃泌素水平的表达及意义[J].南昌大学学报(医学版),2015,55(1):51-55.
 [8]张莉,殷桂香,殷芳.消化性溃疡患者血清和胃液中胃泌素、表皮生长因子及转化生长因子-α 的表达及临床意义[J].实用临床医药杂志,2015,19(9):46-48.
 [9]张素义.小柴胡汤加减治疗消化性溃疡 47 例[J].中国民间疗法,2017,25(6):50-51.
 [10]陆剑豪.健脾利湿清热活血法治疗消化性溃疡出血疗效观察[J].亚太传统医药,2014,10(15):106-107.
 [11]肖高健.健脾化痰汤联合西药治疗消化性溃疡 50 例疗效分析[J].中国现代医生,2013,51(12):97-99.

(收稿日期:2019-01-09)

半夏泻心汤联合西药治疗消渴病(脾虚胃热证)的临床观察

刘 胜

(贵州省仁怀市中医院,贵州 仁怀 564500)

【摘要】 目的:分析半夏泻心汤联合西药治疗消渴病(脾虚胃热证)的临床效果。方法:将 80 例消渴病(脾虚胃热证)患者随机分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组给予常规治疗,观察组在对照组治疗基础上给予半夏泻心汤治疗。比较两组临床疗效。结果:观察组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,两组糖化血红蛋白(HbA1c)、餐后 2 h 血糖(2 h PG)、空腹血糖(FPG)比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组 HbA1c、2 h PG、FPG 均低于治疗前,观察组 HbA1c、2 h PG、FPG 均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:采用半夏泻心汤联合西药治疗消渴病(脾虚胃热证)患者疗效显著,且能改善血糖水平。

【关键词】 脾虚胃热证;消渴病;半夏泻心汤;胰岛素;拜阿司匹林

中图分类号:R259 文献标识码:A DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2019.1329

中医将糖尿病归于“消渴”范畴,认为引发该病的根本原因为津液耗伤、气阴两虚,发病关键为肾虚、脾胃湿热、肺燥。近年来,随着人们生活方式的改变,该病发病率日益增高。消渴病具有病程长、治愈难度大等特点,仅给予西医治疗,无法更好地控制血糖指标。相关研究表明半夏泻心汤治疗消渴病疗效突出^[1]。因此,本研究探讨了半夏泻心汤联合西药治疗消渴病(脾虚胃热证)的治疗效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取仁怀市中医院 2016 年 5 月至 2018 年 6 月收治的 80 例消渴病(脾虚胃热证)患者作为研究对象,依据其治疗方式按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组女 16 例,男 24 例;

年龄 45~78 岁,平均(65.3±1.2)岁;病程 6~16 个月,平均(11.3±0.5)个月。观察组女 17 例,男 23 例;年龄 44~78 岁,平均(65.5±1.3)岁;病程 5~16 个月,平均(11.5±0.4)个月。两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合《糖尿病中医防治指南》中消渴病(脾虚胃热证)的诊断标准^[2],表现为虚烦不眠、肠鸣下利、纳呆便溏、水谷不消、胀闷呕恶、心下痞满、口干口渴、倦怠乏力等。②患者与其家属均同意此次治疗方案。③未接受其他方式治疗。

1.3 排除标准 ①合并心包病、心肌炎等器质性疾病者。②电解质紊乱者。③有肝、肾、心、脑异常或急性代谢功能紊乱、肾动脉狭窄者。④有过敏史及妊娠者。