

溃疡合剂联合艾司奥美拉唑治疗消化性溃疡 23 例总结

祖宝宏, 万娉娉, 李无名

(江苏省金湖县中医院, 江苏 金湖, 211600)

[摘要] 目的: 观察溃疡合剂联合艾司奥美拉唑治疗消化性溃疡的临床疗效。方法: 将 55 例消化性溃疡患者随机分为 2 组。对照组 22 例采用艾司奥美拉唑治疗, 治疗组 23 例在对照组治疗基础上加用溃疡合剂治疗。观察综合疗效与临床症状改善情况。结果: 溃疡愈合率治疗组为 82.6%, 对照组为 68.2%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 总有效率治疗组为 87.0%, 对照组为 81.8%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。2 组症状评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 溃疡合剂联合艾司奥美拉唑治疗消化性溃疡有较好的临床疗效, 能显著提高溃疡愈合率。

[关键词] 消化性溃疡; 中西医结合疗法; 溃疡合剂; 艾司奥美拉唑

[中图分类号] R259.731 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.026

消化性溃疡主要指胃溃疡和十二指肠溃疡, 表现为黏膜组织发生炎症、坏死, 出现局限性的组织缺损, 溃疡的组织缺损超过黏膜肌层, 有的深达固有肌层^[1-2]。该病可见于任何年龄, 是一种常见病、多发病, 易反复发作, 严重影响患者生活质量, 常规的西医治疗效果欠佳, 运用中西医结合治疗能有效提高溃疡愈合率和溃疡愈合质量, 并降低复发率^[3-5]。笔者采用溃疡合剂联合艾司奥美拉唑治疗消化性溃疡 23 例, 收到了较好疗效, 并与单用西药治疗的 22 例作对比观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2016 年 6 月至 2017 年 5 月在我院经电子胃镜检查诊断为胃或十二指肠球部溃疡患者 55 例, 采用随机数字表法分为 2 组。治疗组 23 例中, 男 15 例, 女 8 例; 平均年龄 (39.5 ± 14.1) 岁; 胃溃疡 8 例, 十二指肠溃疡 12 例, 复合型溃疡 3 例。对照组 22 例中, 男 13 例, 女 9 例; 平均年龄 (41.0 ± 15.0) 岁; 胃溃疡 7 例, 十二指肠溃疡 13 例, 复合型溃疡 2 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《实用内科学》^[6] 中消化性溃疡的诊断标准。慢性病程、周期性发作和节律性中上腹部疼痛, 电子胃镜检查确诊为胃溃疡、十二指肠溃疡或复合型溃疡, 溃疡直径在 2cm 以内。

1.3 排除标准 (1) 既往有上消化道手术病史; (2) 凝血功能异常; (3) 患有其他严重疾患; (4) 特殊部位溃疡, 如贲门溃疡、幽门管溃疡、十二指肠降部溃疡等; (5) 出现消化道出血、穿孔、梗阻等并发症; (6) 溃疡直径 $> 2\text{cm}$, 形态不规则, 内镜下疑有恶

变, 或病理提示胃癌、中重度不典型增生、高级别上皮内瘤变。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗。艾司奥美拉唑镁肠溶片 (商品名: 耐信, 阿斯利康制药有限公司生产, 批准文号: 国药准字 H20046380, 规格: 40mg/片) 每次 40mg, 每天 1 次, 餐前 30min 口服。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用溃疡合剂治疗。处方 (均用免煎颗粒): 黄芪 2 包, 当归 1 包, 醋延胡索 1 包, 甘草 2 包, 炒白芍 1 包, 醋香附 1 包, 乌药 1 包, 白及粉 1 包, 海螵蛸 2 包, 肉桂 1 包, 其中甘草、肉桂、白及粉 1 包 3g, 余 1 包均为 10g。每天 1 剂, 开水冲泡 100mL 左右, 分 3 次餐前 30min 口服。

2 组疗程均为 6 周, 治疗结束后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1) 观察临床症状改善情况, 采用尼莫地平法对上腹痛、嗝气、反酸 3 项症状进行评分^[7], 并计算疗效指数。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。(2) 电子胃镜检查溃疡愈合情况。

3.2 疗效标准 中医证候疗效标准: 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7] 制定。治愈: 疗效指数 $\geq 95\%$; 显效: $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$; 有效: $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$; 无效: 疗效指数 $< 30\%$ 。内镜下溃疡愈合标准符合“消化性溃疡中医药疗效评价中的问题及对策”中有关标准。愈合: 溃疡及炎症均消失; 显效: 溃疡消失, 周围仍有炎症; 有效: 溃疡面积缩小 50% 以上 (指溃疡长径的缩小); 无效: 溃疡面积缩小不及 50%。愈合率 = (愈合例数 + 显效例

数) / 总例数。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件处理数据, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 87.0%, 对照组为 81.8%, 组间比较, 差异无统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组中医证候疗效比较 (n)						
组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	23	13	6	1	3	87.0 ^a
对照组	22	8	7	3	4	81.8

注: 与对照组比较, ^a $P > 0.05$ 。

3.4.2 2 组溃疡愈合情况比较 溃疡愈合率治疗组为 82.6%, 对照组为 68.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义。(见表 2)

表 3 2 组溃疡愈合情况比较 (n)						
组别	n	愈合	显效	有效	无效	愈合率 (%)
治疗组	23	13	6	1	3	82.6 ^a
对照组	22	8	7	3	4	68.1

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后症状评分比较 2 组各项症状评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)							
组别	n	上腹痛		嗝气		反酸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	23	6.23 $\pm$ 1.45	3.47 $\pm$ 1.92 ^{ab}	5.17 $\pm$ 1.12	2.68 $\pm$ 1.29 ^{ab}	3.56 $\pm$ 1.81	1.53 $\pm$ 1.31 ^{ab}
对照组	22	5.93 $\pm$ 1.89	3.95 $\pm$ 1.68 ^a	5.64 $\pm$ 1.17	4.01 $\pm$ 1.12 ^a	4.12 $\pm$ 1.24	2.99 $\pm$ 1.53 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

消化性溃疡属于中医学“胃脘痛”“痞满”范畴, 其基本病机为胃气郁滞, 胃失和降, 不通则痛, 故治疗原则为理气止痛。溃疡合剂系吴辑庵提出的验方, 其用此方治疗消化性溃疡 63 例, 总有效率达 83.5%^[9]。徐振盛等^[10]单用溃疡合剂治疗消化性溃疡 66 例, 总有效率达 97.0%。我科通过溃疡合剂联合艾司奥美拉唑治疗消化性溃疡 23 例, 临床症状改善情况明显优于对照组, 2 组总有效率无明显差异, 但愈显率治疗组优于对照组。

溃疡合剂方中海螵蛸性味咸而微温, 有制酸、止血、敛疮生肌的功能。现代药理研究也表明, 海

螵蛸中含碳酸钙、壳角质、黏液质等, 有抗溃疡、抑制胃酸分泌作用。胡雪苗等^[11]单用海螵蛸冲剂治疗消化性溃疡, 有效率高于对照组。白及质黏而涩, 与海螵蛸配伍为乌及散, 不仅有良好的止血作用, 而且能促进溃疡愈合, 黄少芳^[12]运用乌及散联合云南白药治疗消化性溃疡, 总有效率达 95.24%。延胡索含延胡索丑素、延胡索甲素等多种生物碱, 具有明显镇痛及减少胃液分泌的作用。白芍所含芍药甙有较好的解痉作用, 并有一定的镇静、镇痛作用, 故可缓解胃肠痉挛性疼痛。甘草具有抗酸、缓解胃肠平滑肌痉挛的作用, 吴凡伟^[13]单用芍药甘草汤治疗消化性溃疡, 有效率达 97.2%。肉桂含桂皮油, 对胃肠有缓和刺激作用, 能增强消化功能, 排除消化道积气, 缓解胃肠痉挛性疼痛, 郭琳^[14]曾运用八味肉桂胶囊联合西药治疗消化性溃疡 37 例, 有效率达 94.59%, 明显高于西药组的 78.94%。乌药、香附均有镇痛作用, 且乌药又能促进消化液分泌。当归能增强机体的特异性及非特异性免疫功能, 加强肌体消化功能。黄芪有提高血浆组织内 cAMP 含量、增强免疫功能等多种作用, 有利于胃内溃疡面的愈合, 促进胃肠消化功能的恢复^[15]。溃疡合剂为验方, 方案中虽未遵循中医辨证施治进行分型, 但疗效确切, 易于使用、推广, 从药物组成方面, 10 味药大部分具有调节胃肠功能/镇痛以及抗溃疡的作用, 在本观察中, 2 组总有效率无明显差异, 但在溃疡愈合率及中医症状改善方面, 治疗组有明显优势。消化性溃疡是易复发疾病, 姚金锋^[16]认为消化性溃疡复发率与溃疡愈合质量 (QOUH) 有关, 有效提高 QOUH 能控制溃疡复发, 联合使用中药能提高 EGF 和 EGFR 水平, 促进胃肠黏膜上皮细胞增生及组织黏膜修复, 提高 QOUH。该方案中溃疡合剂服用时间为 2 周, 主要考虑到患者依从性及医疗费用、疗效的关系, 适当延长疗程能否提高总有效率, 有待日后总结分析; 同时该方案回访时间较短, 溃疡合剂能否降低复发率, 在以后的研究中可以进一步观察。

综上所述, 溃疡合剂联合艾司奥美拉唑治疗消化性溃疡在临床症状改善及溃疡愈合率方面确实有一定优势, 值得临床推广。

参考文献

[1] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡诊断与治疗 (2016) [S]. 中华消化杂志, 2016, 36 (8): 508 - 513.
[2] 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) [S]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32 (6): 733 - 737. (下转第 66 页)

表1 2组中医证候疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	10(33.33)	15(50.00)	5(16.67)	25(83.33) ^a
对照组	30	6(20.00)	10(33.33)	14(46.67)	16(53.33)

注:与对照组比较,^aP<0.05。

表2 2组疼痛疗效比较[n(%)]

组别	n	CR	PR	NR	总有效
治疗组	30	9(30.00)	17(56.67)	4(13.33)	26(86.67) ^a
对照组	30	5(16.67)	10(33.33)	15(50.00)	15(50.00)

注:与对照组比较,^aP<0.05。

3.5 2组不良反应比较 2组不良反应主要表现为轻度恶心、腹部不适等,多为轻中度,经对症处理能缓解。

4 讨论

骨转移导致的骨疼痛及骨相关事件(SREs)严重影响了中晚期癌症患者的生活质量,临床数据表明,发展成骨相关事件后的骨转移患者只有4.1个月的中位生存周期^[5]。目前来看,中医药在肺癌骨转移的治疗中占据着不可或缺的地位。

肺癌骨转移患者临床辨证以脾肾亏虚型居多,病程较长,久病则虚,损及肾阴、肾阳,同时由于疼痛对生活的影响,使得患者长期过度忧思而伤及于脾,脾虚不能运化水谷之精微濡养于肾,致肾进一步亏虚。根据“缓则治本,虚则补之”的原则,当以滋补气血、益精填髓为法。

扶正口服液由西洋参等13味中药制成。方中西洋参、熟地黄补气血、益精填髓,同为君药。黄芪大补元气,使气血生化有源;何首乌、枸杞、女贞子、山茱萸补肝肾、益气养血;鸡血藤、当归、大枣补血活血,上8味共为臣药以补气养血、益精填髓,助君药扶正固本。白术健脾益气;麦冬养阴生津,两药

共为佐药。甘草益气和中,为使药。全方共奏滋补气血、益精填髓之功。现代药理研究显示,西洋参具有抗肿瘤、促进造血、提高免疫力等作用;熟地黄中的水提液具有抗肿瘤之功,其中的多糖成分能增强机体造血功能;黄芪在治疗肿瘤、增强免疫、保护肾脏等方面尚有独特的作用;枸杞及当归中的多糖成分也具有抗肿瘤等作用;麦冬、女贞子具有增强免疫力等作用^[6-8]。

本观察结果表明,采用扶正口服液治疗脾肾亏虚型肺癌骨转移可改善临床症状,减轻肺癌骨转移患者的疼痛,进一步提高患者的生活质量,在临床上取得了较好的疗效。

参考文献

[1] Yang L, Parkin DM, Ferlay J, et al. Estimates of cancer incidence in China for 2000 and projections for 2005[J]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2005, 14(1): 243-250.

[2] Kodo O, Sabokbar A, Itonaga I, et al. Interleukin-6 and interleukin-11 support human osteoclast formation by a RANKL-independent mechanism[J]. Bone, 2003, 32(1): 1-7.

[3] 刘听耀, 蒋孝忠, 孟宽庸, 等. 疾病临床诊断标准和疗效标准[S]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1990: 56.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 183.

[5] Delea T, Langer C, McKiernan J, et al. The cost of treatment of skeletal related events in patients with bone metastases from lung cancer[J]. Oncology, 2004, 67(5-6): 390-396.

[6] 马宝兰, 秦绪花. 西洋参临床药理研究进展[J]. 江西中医学院学报, 2011, 23(5): 88-92.

[7] 朱妍. 熟地黄活性成分药理作用研究进展[J]. 亚太传统医药, 2011, 7(11): 173-175.

[8] 张国用. 中药黄芪的药理作用及其临床应用研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2012, 20(6): 1059-1060.

(收稿日期: 2017-08-24)

(上接第57页)

[3] 王如茂, 胡开生, 陈月载. 中西医结合治疗消化性溃疡188例临床观察[J]. 中国医药导报, 2008(11): 116-117.

[4] 何春华. 中西医结合治疗消化性溃疡48例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2008(11): 20-21.

[5] 彭素娟. 中西医结合治疗消化性溃疡的疗效观察[J]. 中国医药导报, 2010(14): 70, 72.

[6] 陈灏珠. 实用内科学(12版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1866-1877.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 151-155.

[8] 姜巍, 王垂杰. 消化性溃疡中医药疗效评价中的问题及对策[J]. 中医杂志, 2016(1): 32-35.

[9] 郑益民. “溃疡合剂”加味治疗胃病的体会[J]. 福建医药杂志, 1980(6): 9-10.

[10] 徐振盛, 宁瑞盈, 任俊杰, 等. 溃疡合剂治疗胃及十二指肠溃疡66例[J]. 中医杂志, 1981(3): 32.

[11] 胡雪苗, 孟辉. 海螵蛸冲剂治疗消化性溃疡31例[J]. 湖南中医杂志, 1997(S1): 21-22.

[12] 黄少芳. 加味乌及散合云南白药治疗消化性溃疡42例临床观察[J]. 甘肃中医学院学报, 2010(5): 21-22.

[13] 吴凡伟. 芍药甘草汤加减治疗消化性溃疡36例[J]. 中医药信息, 2010(5): 48-49.

[14] 郭琳. 八味肉桂胶囊联合西药治疗消化性溃疡37例[J]. 陕西中医, 2013(3): 306-307.

[15] 雷载权. 中药学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 280-281.

[16] 姚金锋. 消化性溃疡的愈合质量[J]. 现代消化及介入诊疗, 2011(4): 255-258.

(收稿日期: 2017-06-13)