

中西医结合治疗湿热蕴脾型胃溃疡 30 例临床观察

陈 涵¹, 刘 洁²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第二附属医院, 天津, 300250)

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗湿热蕴脾型胃溃疡的临床疗效。方法: 将湿热蕴脾型胃溃疡患者 60 例随机分为 2 组各 30 例, 对照组采用雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上结合健脾祛湿粥治疗。结果: 总有效率治疗组为 96.7%, 对照组为 86.7%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组中医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 ($P < 0.05$)。2 组溃疡愈合率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗胃溃疡安全有效, 值得广泛推广。

[关键词] 胃溃疡; 中西医结合疗法; 健脾祛湿粥

[中图分类号] R259.731 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.11.024

胃溃疡 (Gastric Ulcer) 是胃酸及胃蛋白酶对消化道黏膜自身消化所致的炎症性溃疡, 以慢性、周期性发作、节律性上腹痛为临床表现^[1]。胃溃疡属于中医学“胃脘痛”“肝胃不和”“痞满”范畴, 病机以脾胃气虚运化无力或脾胃湿热阻滞中焦为主。临床以湿热蕴脾型胃溃疡最常见, 常因饮食不节, 七情内伤所致。笔者采用中西医结合疗法治疗湿热蕴脾型胃溃疡 30 例, 收到较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 5 月至 2017 年 8 月天津中医药大学第二附属医院收治的湿热蕴脾型胃溃疡患者 60 例, 随机分为 2 组各 30 例。治疗组中, 男 14 例, 女 16 例; 平均年龄 (37.2 ± 6.2) 岁; 病程 3 个月至 17 年。对照组中, 男 17 例, 女 13 例; 平均年龄 (37.9 ± 4.0) 岁; 病程 4 个月至 15 年。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

1.2.1 西医诊断标准 依据《中药新药临床研究指导原则》^[2] 拟定。(1) 反复并长期出现周期性、节律性的慢性上腹疼痛, 服用抑酸药后可缓解; (2) 上腹部有局限性压痛; (3) X 线钡餐造影可见溃疡龛影; (4) 内窥镜检查可见活动期溃疡。

1.2.2 中医辨证标准 依据《中药新药临床研究指导原则》^[2] 中关于湿热蕴脾证的标准制定。主

症: (1) 口渴少饮; (2) 食少纳呆; (3) 脘腹胀闷, 大便溏而不爽; (4) 舌质红, 苔黄腻。次症: (1) 肢体困重; (2) 身热不扬或汗出不解; (3) 腹胀满, 恶心欲呕, 身目发黄色鲜明; (4) 脉濡数。符合主症 3 项或 2 项 (舌象必备), 加次症 2 项, 即可确诊。

1.3 纳入标准 (1) 符合上述中西医诊断标准; (2) 年龄 18 ~ 65 岁; (3) 1 个月内未接受胃溃疡的相关治疗; (4) 签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 内窥镜证实为穿凿性溃疡、胃底部溃疡、胃溃疡合并重度异型增生; (2) 在观察前 30d 内出现并发症而实施手术; (3) 有特殊原因的胃及十二指肠溃疡, 如胃泌素瘤、肝硬变等引起; (4) 妊娠和准备妊娠的妇女, 哺乳期妇女; (5) 过敏体质或对多种药物过敏; (6) 有其他并发症可影响疗效观察或对观察药物有禁忌证; (7) 酗酒或有其他原因不宜做药物观察; (8) 合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西药治疗。雷贝拉唑钠肠溶胶囊 (江苏济川制药有限公司生产, 批准文号: 国药准字 H20061220, 规格: 20mg/粒) 20mg, 每天 2 次, 连续服用 4 周, 而后改为 20mg, 每天 1 次, 再服用 4 周, 总疗程 8 周。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上配合健脾祛湿粥治疗。依据胃溃疡湿热蕴脾的证型特点, 根据食物及中药的性味归经、功效主治、药理研究等制

定出健脾祛湿粥处方:山药 20g,粳米 30g,薏苡仁 10g,白扁豆 20g,荷叶 6g,大枣 3 枚。1 剂/d,熬粥,分早晚 2 次温服。总疗程 8 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组的中医证候评分及溃疡愈合率、综合疗效。中医证候评分参照《中药新药临床研究指导原则》^[2] 的有关标准。脘腹胀闷:30min 内可自行缓解计 1 分;2h 内可自行缓解计 2 分;持续脘腹胀闷计 3 分。口渴少饮:偶觉口渴计 1 分;有时觉口渴,但不思饮水计 2 分;整日口渴,但不思饮水计 3 分。食少纳呆:食量减少低于 1/3 计 1 分;食量减少 1/3~1/2 计 2 分;食量减少 1/2 以上计 3 分。便溏不爽:大便不成形,每天 1~2 次,便时稍觉不爽计 1 分;大便稀溏,每天 3~4 次,便时不爽计 2 分;大便稀溏,每天 4 次以上,便时不爽计 3 分。肢体困重:稍觉困重,不影响活动计 1 分;困重较明显,活动减少计 2 分;困重明显,不欲活动计 3 分。身热不扬:感觉发热,按之稍热计 1 分;全身发热,按之较热计 2 分;全身烘热,按之烫手计 3 分。恶心想吐:偶有恶心计 1 分;时有恶心,偶有欲吐计 2 分;频频恶心,有时欲吐甚或呕吐计 3 分。

3.2 疗效标准

3.2.1 中医证候疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[2] 拟定。治愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:症状、体征明显

改善,证候积分减少 $\geq 70\%$,但 $<95\%$;有效:症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$,但 $<70\%$;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $<30\%$ 。

3.2.2 胃镜疗效标准 参照“中国慢性胃炎共识意见”^[3] 拟定。完全愈合(C):病灶愈合,周围炎症完全消失;基本愈合(S):病灶愈合,周围炎症仍存在;有效(P):病灶面积缩小 $\geq 50\%$ 以上(以最长径计算);无效(N):病灶面积缩小 $<50\%$ 或无变化甚至扩大。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件统计处理,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,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 96.7%,对照组为 86.7%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组中医证候疗效比较(n)						
组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	19	8	2	1	96.7 ^a
对照组	30	16	8	2	4	86.7

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。
3.4.2 2 组治疗前后中医证候评分比较 2 组各项中医证候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 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$,分)									
组别	n	时间	脘腹胀闷	口渴少饮	食少纳呆	便溏不爽	肢体困重	身热不扬	恶心想吐
治疗组	30	治疗前	2.11 $\pm$ 0.87	1.99 $\pm$ 0.77	2.14 $\pm$ 0.63	2.42 $\pm$ 0.72	2.31 $\pm$ 0.65	2.05 $\pm$ 0.62	2.12 $\pm$ 0.70
		治疗后	0.84 $\pm$ 0.61 ^{ab}	0.72 $\pm$ 0.58 ^{ab}	0.82 $\pm$ 0.53 ^{ab}	0.66 $\pm$ 0.49 ^{ab}	0.80 $\pm$ 0.55 ^{ab}	0.73 $\pm$ 0.54 ^{ab}	0.70 $\pm$ 0.51 ^{ab}
对照组	30	治疗前	2.13 $\pm$ 0.73	2.04 $\pm$ 1.02	2.19 $\pm$ 0.72	2.30 $\pm$ 0.60	2.22 $\pm$ 0.71	2.13 $\pm$ 0.69	2.37 $\pm$ 0.50
		治疗后	1.24 $\pm$ 0.70 ^a	1.30 $\pm$ 0.80 ^a	1.25 $\pm$ 0.63 ^a	1.18 $\pm$ 0.72 ^a	1.09 $\pm$ 0.47 ^a	1.27 $\pm$ 0.56 ^a	1.24 $\pm$ 0.31 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。
3.4.3 2 组溃疡愈合率比较 溃疡愈合率治疗组为 83.3%,对照组为 70.0%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组溃疡愈合率比较(n)						
组别	n	C	S	P	N	愈合率(%)
治疗组	30	20	5	4	1	83.3 ^a
对照组	30	17	4	7	2	70.0

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。
4 讨 论
中医学认为药食同源。孙思邈《千金要方》载:“若能用食平疴,适性遣疾者,可谓良工。”西医治疗

胃溃疡常用抗酸药为主,其起效虽迅速但作用却相对短暂^[4],长期服用亦会导致维生素 C、B₁₂ 及钙镁元素的缺乏^[5]。健脾祛湿粥方中应用的豆类品含有多量微量矿质元素及多种维生素^[6],从而补充雷贝拉唑服用时造成的营养缺失,并能缓解胃溃疡患者对 PPI 类药物的依赖性。
湿热蕴脾证是胃溃疡的常见证型,湿热内蕴,脾失健运,症见脘腹胀闷、口渴少饮、呕恶纳呆、舌苔黄腻等。本证多因感受湿热外邪或过食肥甘厚腻、酿湿生热所引起。治疗当以“清热祛湿,补脾益气”为主。健脾祛湿粥方中以山药为君,功能“益肾气,

固本化积方治疗气虚毒瘀型胰腺癌 30 例临床观察

李成丽¹, 刘 华², 伍梦思¹

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察固本化积方治疗Ⅲ、Ⅳ期气虚毒瘀型胰腺癌的临床疗效。方法: 将 60 例气虚毒瘀型胰腺癌患者随机分为 2 组各 30 例, 治疗组采用固本化积方加西医常规疗法治疗, 对照组单用西医常规疗法治疗。比较 2 组治疗前后的 KPS 评分、中医证候评分及血清 C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)水平。结果: 2 组 KPS 评分、中医证候评分及 CRP、IL-6 比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 固本化积方能提高Ⅲ、Ⅳ期气虚毒瘀型胰腺癌患者生活质量, 改善局部炎症微环境。

[关键词] 胰腺癌; 气虚毒瘀型; 中西医结合疗法; 固本化积方

[中图分类号] R273.59 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.11.025

胰腺癌是一种潜伏期长、进展快、预后差的恶性肿瘤。受其解剖特点和复杂内环境的影响, 使之对放化疗抵抗, 治疗效果欠佳, 5 年生存率仅约 4%^[1]。研究发现, 胰腺癌的生长不仅受肿瘤细胞自身遗传学和生物学的调控, 并且与胰腺癌炎症微环境密不可分^[2], 而 CRP 和 IL-6 通过上调炎症通路, 进而抵抗细胞凋亡, 促进细胞异常增殖、肿瘤新生血管生成及肿瘤细胞转移^[3], 是诱导炎症微环境

发生变化的重要影响因素。笔者采用固本化积方加西医常规疗法治疗气虚毒瘀型胰腺癌患者 30 例, 收到较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 9 月至 2018 年 2 月在湖南中医药大学第一附属医院肿瘤科门诊及住院部治疗的Ⅲ、Ⅳ期气虚毒瘀型胰腺癌患者 60 例, 按随机数字表法随机分为 2 组各 30 例。治疗组中,

健脾胃”, 现代药理学证明山药提取物可以呈剂量依赖性地降低血清胃泌素水平, 有抗胃溃疡作用^[7]; 粳米“补脾气, 益五脏, 壮气力”^[8]; 薏苡仁“利水渗湿, 清热健脾”; 白扁豆“性温而色黄, 与脾性最和”^[9]; 荷叶“升发清阳, 裨助脾胃”^[10]; 大枣补中益气, 归脾、胃经。全方共奏补气健脾、清热祛湿之功。张锡纯云“食粥则借其黏稠留滞之力, 可以略存胃腑, 以待药力之施行”。一则顾护胃气, 二则防药性速去。健脾祛湿粥以粥方的形式增加了药物停留在溃疡面的时间, 有利于药效的长时间释放, 且易于吸收, 从而加速了溃疡面的愈合。健脾祛湿粥易于吸收且口感好, 可长期食用。

本观察结果表明, 健脾祛湿粥不但能补脾气祛湿热, 促进胃溃疡患者症状的改善, 而且服用方便, 口感好, 易于被患者所接受, 临床疗效也明显优于单纯应用西药治疗, 值得在临床进一步推广。

参考文献

- [1] 唐承薇, 张澍田. 内科学: 消化内科分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 82.
- [2] 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: 392.
- [3] 萧树东, 房静远. 解读和评述: 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2007, 12(9): 513-515.
- [4] 刘中宏, 王秀江, 马香华. 泮托拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效观察[J]. 中国基层医药, 2002, 9(2): 111-112.
- [5] 马一茜, 罗斌阳, 王一平, 等. 长期应用质子泵抑制剂的不良反应[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 32(25): 141-144.
- [6] 王鹏, 任顺成, 王国良. 常见食用豆类的营养特点及功能特性[J]. 食品研究与开发, 2009, 30(12): 171-174.
- [7] 丁国胜. 张锡纯应用山药的经验初探[J]. 安徽医学, 1985(3): 44.
- [8] 翁维健. 中医饮食营养学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 30.
- [9] 沈雁英. 秋后常吃扁豆好[J]. 祝您健康, 2011(11): 34.
- [10] 姜兴俊. 荷叶(含荷蒂、荷梗)古今应用概说[J]. 中国中药杂志, 1997, 22(6): 374-375.

(收稿日期: 2018-04-11)