

- 固性幻听的效果及作用机制分析 [J]. 四川医学, 2018, 39 (6): 686-689.
- [7] 孙洁. 左背外侧前额叶低频重复经颅磁刺激 (rTMS) 治疗精神分裂症患者顽固性幻听的临床研究 [J]. 中国医药指南, 2018, 16 (11): 125-126.
- [8] 季磊, 刘超, 王培涓. 重复经颅磁刺激对老年精神障碍顽固性幻听患者症状和血清 BDNF 水平的影响 [J]. 现代医学与健康研究: 电子版, 2020, 4 (15): 56-57.
- [9] 陈新英, 张勇. 重复经颅磁刺激治疗老年精神分裂症顽固性幻听患者的疗效 [J]. 医疗装备, 2020, 33 (8): 17-18.

• 临床研究 •

半夏泻心汤加减结合西医治疗消化性溃疡的疗效观察

福建省泉州市泉港前进中医医院中医内科 (泉州 362800) 龙振湘 王泉忠¹

【摘要】 目的 观察中西医结合治疗消化性溃疡的疗效。**方法** 选择我院诊治的 86 例消化性溃疡患者, 随机分成对照组和观察组, 每组各 43 例。对照组予常规西医治疗, 观察组在对照组基础上加用半夏泻心汤加减治疗, 观察两组治疗效果、不良反应和复发情况。**结果** 观察组有效率高于对照组, 对照组不良反应发生率高于观察组, 观察组复发率低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗消化性溃疡高效安全, 能控制复发率, 值得临床推广。

【关键词】 中西医结合治疗; 消化性溃疡; 复发; 不良反应; 临床疗效

【中图分类号】 R573.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2021)02-0127-03

消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡, 是因胃黏膜防御及攻击因子失衡导致的黏膜炎症和坏死性疾病。消化性溃疡发病机制复杂, 涉及多种因素。近年来临床研究表明^[1], 胃酸分泌过多、Hp 感染和胃黏膜保护作用减弱等因素是引起消化性溃疡的重要环节。西医药物治疗常以胃酸抑制剂、胃黏膜保护剂、胃肠道动力药物为主, 尽管能改善症状, 增加近期愈合率, 但停药后易复发, 且药物不良反应常见, 不能改变其自然病程和彻底根治溃疡。在中医学中, 消化性溃疡属于“胃脘痛”、“痞满”等范畴^[2], 发病与精神、饮食、体质因素有关。中医整体治疗消化性溃疡既着眼于局部病变, 又重视整体调节, 故与西医治疗相比, 在改善症状、促进溃疡愈合和减少复发中有明显优势。临床研究发现^[3], 对消化性溃疡患者采用中西医结合治疗效果更确切, 且不良反应少, 能增加患者依从性, 改善临床预后。选择我院诊治的 86 例消化性溃疡患者资料, 分组采用两种方法治疗, 探讨中西医结合治疗的效果。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选择 2015 年 10 月至 2019 年 6 月我院诊治的 86 例消化性溃疡患者。入选标准: 1) 患者经胃镜及¹⁴C 尿素呼气试验阳性检查后确诊为消化性溃疡, 符合《内科学》^[4]中关于消化性溃疡

的诊断标准; 2) 临床资料完整者。排除标准: 1) 伴有其他严重性器质性系统疾病者; 2) 过敏体质者; 3) 伴有肝硬化等其他严重消化系统疾病者; 4) 有精神疾病史者; 5) 存在癌变、溃疡穿孔、幽门梗阻、大出血等者。本研究符合医院伦理要求, 患者均签订知情同意书。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[5], 主证: 胃脘部疼痛, 常伴有食欲不振, 痞闷或胀满, 恶心, 吞酸嘈杂等; 辨证分型: 脾胃虚寒、肝胃郁滞、湿热蕴脾、胃阴亏虚。将患者随机分成两组, 每组各 43 例。对照组男 24 例, 女 19 例, 年龄 21~68 (37.84±5.02) 岁, 病程 1~24 (11.58±5.16) 个月, 溃疡直径 0.3~2.7 (1.52±0.60) cm; 22 例胃溃疡, 15 例十二指肠溃疡和 6 例复合性溃疡。观察组男 26 例, 女 17 例, 年龄 22~67 (37.90±5.15) 岁, 病程 1~22 (11.76±5.33) 个月, 溃疡直径 0.4~2.7 (1.50±0.58) cm; 24 例胃溃疡, 14 例十二指肠溃疡和 5 例复合性溃疡。两组性别、年龄等差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法: 对照组单纯采用西医治疗, 具体采用以下几种药物联合治疗, 1) 奥美拉唑肠溶片 (湖南方盛制药股份有限公司, 20 mg×28 片/盒) 口服治疗, 每日 2 次, 每次 20 mg。2) 克拉霉素

1 福建省泉州市泉港区中医医院

(汕头金石制药总厂, 0.25 g×6 粒/盒) 口服治疗, 每日 2 次, 每次 0.5 g; 阿莫西林胶囊 (哈药集团制药总厂, 0.5 g×10 粒×3 板) 口服治疗, 每日 2 次, 每次 1.0 g; 3) 果胶铋 (贵州同济堂制药有限公司; 规格: 50 mg×24 粒) 口服治疗, 每日 4 次, 每次 0.15 g。观察组在上述西医治疗基础上结合中医辨证治疗: 选用半夏泻心汤加减。方剂组成: 海螵蛸 10 g, 黄芩 10 g, 干姜 8 g, 砂仁 6 g, 黄连 10 g, 炙甘草 10 g, 大枣 6 枚, 半夏 15 g, 党参 8 g; 加减治疗: 脾胃虚寒者加苏叶 10 g, 香附 10 g, 肉桂 9 g; 溃疡合并出血者加炒白及 10 g, 乌贼骨 20 g; 肝胃郁滞者加枳壳 10 g, 柴胡 10 g, 青皮 10 g; 湿热蕴脾者加虎杖 15 g, 厚朴 10 g, 薏苡仁 15 g; 胃阴亏虚者加麦冬 10 g, 玉竹 10 g。每日 1 剂, 将上述中药混合后加水煎煮 30 min, 取药汁 400 mL, 指导患者早晚服用, 每日 2 次, 每次 200 mL。两组疗程均为 4 周。用药期间避免过劳, 忌食辛辣, 忌烟戒酒。

1.3 观察指标: 1) 比较两组治疗效果: 临床痊愈: 症状消失, 溃疡及周围炎症全部消失, 经胃镜检查提示溃疡面愈合; 显效: 症状明显减轻, 溃疡消失, 仍有炎症; 有效: 症状减轻, 胃镜检查提示溃疡面缩小>50%提示有效; 无效: 临床症状无明显改善, 胃镜检查提示溃疡面缩小<50%提示^[6]。有效率=(显效例数+有效例数)/总例数。2) 比较两组不良反应: 主要包括食欲低下、腹泻、头晕和恶心。3) 比较两组疾病复发率: 治疗后对患者进行为期 6 个月的随访, 了解患者病情复发情况。

1.4 统计学分析: 采用 SPSS 17.0 软件进行分析。计数资料比较采用 χ^2 检验; 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验进行比较。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较: 对照组总有效率低于观察组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 [n=43, 例 (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	22 (51.16)	13 (30.23)	8 (18.60)	35 (81.40)
观察组	26 (60.47)	15 (34.88)	2 (4.65)	41 (95.35)
χ^2 值				4.074
P 值				0.044

2.2 两组不良反应比较: 两组不良反应发生率比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组不良反应对比 [n=43, 例 (%)]

组别	食欲低下	恶心	腹泻	头晕	合计
观察组	0	1 (2.33)	0	0	1 (2.33)
对照组	2 (4.65)	3 (6.98)	1 (2.33)	1 (2.33)	7 (16.28)
χ^2 值					4.962
P 值					0.026

2.3 两组复发率比较: 对照组复发 9 例 (20.93%), 观察组复发 2 例 (4.65%), 对照组复发率高于观察组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

消化性溃疡指的是胃肠黏膜为酶蛋白或自身消化液消化而导致的胃黏膜肌层损伤, 此病可发生在消化道任意部位, 尤其是十二指肠与胃。消化性溃疡病因复杂多样, 其发生与 Hp 感染、精神紧张、吸烟饮酒、情绪不良、遗传、滥用药物等因素关系密切, 溃疡局部免疫、血供状态及患者年龄等因素参与该病的发生及发展^[7]。近些年来, 随着人们生活方式及饮食习惯的逐渐转变, 消化性溃疡发生率逐年升高, 且呈年轻化趋势, 多数患者会出现周期性上腹部疼痛、恶心、嗝气、反酸和食欲不良等症状, 而少部分患者症状不明显或无症状, 若患者未及时接受治疗, 病情发展严重后, 有可能导致幽门梗阻、穿孔及出血等, 威胁患者生命安全。

西医治疗消化性溃疡以保护胃黏膜、抑制胃酸分泌、根除 Hp 等为主。奥美拉唑是一种胃酸分泌抑制剂, 能使胃酸分泌减少, 从而减轻对胃黏膜的损伤。克拉霉素是一种抗菌药物, 能有效抑制幽门螺杆菌, 具有口服吸收好、耐药性低及耐酸等优点, 能使胃黏膜功能得到改善。阿莫西林为 β -内酰胺类抗生素, 在酸性条件下稳定, 能穿透细胞膜, 杀菌作用较强。果胶铋为胃黏膜保护剂, 能选择性覆盖在溃疡面, 避免氢离子反渗及胃蛋白酶、胃酸的消化侵蚀, 还可增加黏膜屏障作用。李群等^[8]研究认为, 消化性溃疡经常规西医治疗效果有限, 存在不良反应多、复发率高、患者依从性低等问题。

该病属中医“胃脘痛、痞满”等范畴。中医理论认为, 消化性溃疡的病因病机为七情刺激、忧思恼怒、肝气郁结, 外加饮食失节, 塞滞胃脘, 进而致脾失健运、气滞湿阻, 最终损伤十二指肠与胃黏膜, 形成溃疡^[9]; 常表现虚实夹杂、寒热错杂兼脾胃虚寒、肝胃郁滞、湿热蕴脾、胃阴亏虚等, 其特征表现痛、胀、闷、滞; 本病的病位在胃, 与肝脾等有密切关系; 其病机为中焦气化不利, 脾胃升降

失职；故治疗的原则在于消痞散结、和胃降逆。因胃为水谷之海，受纳之海，脾为传化之藏，不论是外邪、内伤均可致脾胃运化失职，清阳不升，浊阴不降，导致痞满而生。半夏泻心汤为辛开苦降方剂，在胃脘疾病中应用广泛，方剂中的黄连、黄芩解毒泻火、燥湿清热；海螵蛸收敛止血、止痛抑酸；半夏止呕降逆、化痰燥湿；大枣益气血、补脾胃；干姜回阳通脉、温中散寒；党参生津益气、补肺健脾；炙甘草益气复脉、和胃补脾；砂仁止泻温脾、开胃化湿；诸药共奏，具有寒热平调，调和肝脾，消痞散结之功，能够使脾胃升降功能显著提升。半夏泻心汤是为《伤寒论》的经方，为中焦虚痞，气机升降失常，寒热错杂之痞证而立。该方加减寒热并用以调和阴阳，苦辛并用以顺其升降，补泻并用以调虚实，使脾胃气机得和，升降复常，则痞满吐利等证可愈^[10]。现代药理研究证明^[11]：黄芩、黄连、干姜具有抗菌消炎、止痛止呕的作用，其中黄连有较强的抗炎及抗溃疡作用；党参、炙甘草、大枣具有解除平滑肌痉挛，缓急止痛，类激素样抗炎镇痛之效；白及质粘而涩，止痛止血，消肿生肌；半夏具有明显的胃、肠电抑制作用，能使胃肠慢电波幅减少，周期延长，显著增加胃肠血供。本研究结果显示，与对照组相比，观察组治疗后总有效率更高，不良反应更少，复发率更低，提示消化性溃疡经中西医结合治疗效果更显著，安全性更高，能减少复发。推测原因可能是：在西医治疗的基础上加用半夏泻心汤加减辩证治疗，能起到协同作用，可对胃肠动力进行有效调节，有效增加胃黏蛋白含量，使胃黏膜抵抗能力增强，从而加快溃疡愈合。

综上所述，消化性溃疡患者采用中西医结合治疗疗效确切，在常规西医治疗基础上联合半夏泻心汤加减辩证治疗，可使消化性溃疡患者系列临床症状获得满意效果，增强疗效，值得作为科学有效的治疗方法进一步推广。

参考文献

- [1] 戴瑞鸿, 林果为, 林庚金. 内科学新理论与技术 [M]. 上海: 上海科技教育出版社, 2002: 203-219.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准 [S]. 中国医药科技出版社, 1995: 6.
- [3] 李宝玲, 童玉梅, 甄丽影. 益气活血清热化湿方联合西药标准三联疗法治疗消化性溃疡的疗效观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14 (6): 866-869.
- [4] 叶任高, 陆再英. 内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 398-409.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 151-155.
- [6] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化疾病诊疗指南 [M]. 中国中医出版社, 2006: 33-37.
- [7] 张玉泉, 李茂清, 徐碧红, 等. 康胃愈溃疡 II 号对老年消化性溃疡外周血淋巴细胞亚群及相关炎症因子水平影响的研究 [J]. 新中医, 2013, 45 (2): 18-20.
- [8] 李群, 熊明, 徐鹏. 黄连素联合三联疗法治疗消化性溃疡对同型半胱氨酸水平的影响 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26 (4): 374-377.
- [9] 吴刚, 郭胜红, 袁华兵, 黄芪建. 中汤加味方联合西药治疗消化性溃疡脾胃虚寒证疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27 (11): 1203-1205.
- [10] 姜惟. 半夏泻心汤对慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11 (10): 750.
- [11] 赵球. 半夏泻心汤不同性味拆方对胃溃疡大鼠血清胃泌素的影响 [J]. 上海中医药杂志, 2004, 38 (10): 45.



欢迎订阅 《福建医药杂志》

邮发代号: 34-6