

加味小建中汤治疗消化性溃疡 62 例

奚胜艳 钱林超* 钱小燕

厦门大学医学院中医系,福建省厦门市思明区大学路 168 号,361005

* 通讯作者:lcqian@xmu.edu.cn, (0592)2183069

[摘要] 目的 观察加味小建中汤治疗消化性溃疡(PU)的临床疗效。方法 将 82 例 PU 患者随机分为中药组 62 例和西药组 20 例,中药组口服加味小建中汤,每天 1 剂;西药组口服奥美拉唑肠溶胶囊 20 mg,每日 1 次,两组均 30 天为 1 个疗程。两个疗程后观察临床疗效及不良反应。结果 中药组总有效率为 95.2%,西药组总有效率为 80.0%,中药组疗效优于西药组($P<0.05$)。两组均未见明显不良反应。结论 加味小建中汤治疗 PU 疗效明显优于西药奥美拉唑。

[关键词] 消化性溃疡;加味小建中汤;临床疗效

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)包括胃、十二指肠溃疡,其发病与患者饮食不节、精神紧张、药物因素、遗传因素、环境因素等关系密切。本病属于中医学的“胃脘痛”、“泛酸”、“嘈杂”等范畴^[1]。胃酸分泌过多、幽门螺旋杆菌(HP)感染以及胃黏膜自身保护作用减弱等是引起本病的主要因素。近年来由于质子泵抑制剂的应用及 HP 根除方法的发展,虽使大多数 PU 患者在短期内治愈,但其高复发率仍然是目前尚待解决的难题。中医药治疗 PU 在愈合质量、减少复发方面具有明显的优势^[2-3]。我们运用加味小建中汤治疗 PU 62 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]关于 PU 的诊断标准:①长期反复发生的周期性、节律性的慢性上腹部疼痛,应用碱性药物可缓解;②上腹部有局限性深在压痛;③X 线钡餐造影见溃疡龛影;④内窥镜检查可见活动期溃疡;符合以上 4 项中的 3 项者,即可诊断。

1.2 中医辨证标准

参照 2008 年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[5]中属于肝气犯胃证、脾胃虚寒证、肝气犯胃及脾胃虚寒兼杂证。

1.3 纳入标准

符合诊断标准与中医辨证标准者;病程 5 个月~20 年;患者知情同意。

1.4 排除标准

幽门管溃疡以呕吐多见,缺乏溃疡的典型节律性症状者;大量出血伴有呕血和黑便者;胃溃疡伴急

性胃穿孔出现上腹剧痛等腹膜炎的症状和体征者;胃溃疡伴中、晚期癌变且出现淋巴转移者;治疗期间不能坚持服药或间断服药或服药期间一直配合西药治疗,可影响本研究疗效评判与观察者。

1.5 一般资料

收集 2009 年 10 月至 2012 年 10 月厦门大学附属中山医院演武分院门诊 PU 患者 82 例。采用随机数字表法按照 3:1 的比例分为中药组 62 例和西药组 20 例。中药组男 38 例,女 24 例;年龄 19~62 岁,中位年龄 38.2 岁;病程 6 个月~20 年,平均病程 48.4 个月。西药组男 12 例,女 8 例;年龄 21~61 岁,中位年龄 39.5 岁;病程 5 个月~20 年,平均病程 47.5 个月。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

中药组给予加味小建中汤治疗,药物组成:仙鹤草 30 g,桂枝 12 g,白芍 24 g,乌贼骨 15 g,黄连 3 g,吴茱萸 6 g,大枣 9 枚,炙甘草 12 g,饴糖 15 g、生姜 15 g。若见胃十二指肠出血、柏油样大便者,加白及 30 g;胃痛明显者,桂枝加至 15 g,白芍增至 30 g;遇情绪不舒胃痛加重者,加柴胡 12 g,香附 9 g。面色萎黄,精神疲乏,畏冷,脉细弱者多为脾气亏虚,加黄芪 15 g,党参 15 g。呕酸甚者乌贼骨增至 30 g,并加煅瓦楞子 15 g。将上述中药加清水浸泡 40 min,文火煎煮 1 h,取水煎液约 100 ml,水煎分早晚两次温服,每日 1 剂。西药组口服奥美拉唑肠溶胶囊(每粒 20 mg,海南新中正制药有限公司,国药准字 H20046272)1 粒,每日 1 次。两组均治疗 30 d 为 1

个疗程,连续治疗两个疗程。

2.2 观察指标及方法^[5]

治疗前后分别行胃镜检查,并观察临床症状包括主症胃脘部疼痛,次症脘腹胀满、食欲不振、恶心呕吐、嘈杂吞酸、嗳气呃逆、大便不调等;部分病情严重者伴有的呕血、便血等变证。

2.3 不良反应

服药治疗前后行血常规、尿常规及大便常规检查以及心、肝、肾功能检测各 1 次,另行消化道反应、过敏反应观察,及时记述有无症状加重及其他除 PU 引起症状以外的不适。

3 结果

3.1 疗效判定标准^[6-7]

治愈:临床症状消失,胃镜检查提示溃疡及周围炎症全部消失,溃疡面已愈合。有效:治疗后临床症状明显好转,疼痛次数明显减少,胃镜检查提示溃疡消失但仍有炎症或溃疡缩小 $>50\%$ 者,溃疡有所好转。无效:治疗后临床症状无改善,胃镜检查溃疡面无变化或缩小 $<50\%$ 者。总有效率=(治愈+有效)/总病例数 $\times 100\%$ 。

3.2 两组患者临床疗效比较

中药组 62 例中,治愈 36 例占 58.1%,有效 23 例占 37.1%,无效 3 例占 4.8%,总有效率 95.2%;西药组 20 例中,治愈 5 例占 25.0%,有效 11 例占 55.0%,无效 4 例占 20.0%,总有效率 80.0%。中药组疗效优于西药组($P<0.05$)。

3.3 不良反应

中药组 3 例患者服药 6 剂过程中,出现轻微胃脘不舒症状,嘱其继续用药 4 剂后症状消失。服药期间未见其他不良反应,治疗后心、肝、肾功能及血尿便常规未见异常。

4 讨论

小建中汤出自《伤寒论》,由桂枝、白芍、生姜、大枣、炙甘草、饴糖组成,由桂枝汤倍芍药加饴糖而成。本方原为“虚劳、里急、腹中痛”而设,现代临床则广泛用于 PU 的治疗。现代医学认为,HP 感染是消化性溃疡发生的主要因素。HP 侵犯胃和十二指肠黏膜后,造成黏膜的炎症和损伤,又能刺激胃肾产生过量的胃酸,造成消化系统的失调,破坏自身免疫,打破胃黏膜上保护因子与攻击因子的平衡,从而导致 PU 的发生^[8]。

PU 是以胃脘近心窝处疼痛为主症的病证,忧思郁怒、饮食不节、劳倦过度、感受外邪等导致胃之气机阻滞引起^[5]。其病因病机复杂,临床特点为慢性过程,呈周期性发作,常伴出血,如治不得法,每致病情反复,变证较多。长期情志不遂、过食生冷、劳倦致使脾胃阳虚、中焦失运、肝胃不和、久而成病,病变脏腑责于肝、脾、胃。脾胃虚寒、肝胃失和是为 PU 两大主要证型。故法宜温中补虚、散寒通脉、柔肝缓急。加味小建中汤中仙鹤草味苦涩性平,归肝脾经,能补虚、消积、消痛、收敛止血。PU 属中医胃脘痛范畴,也为中医内伤之证。临床上又多伴见出血,故以本品消痛、下气、收敛止血,以促进溃疡面的愈合和防止出血。白芍养血柔肝,缓急止痛。甘草味甘性平、能解除平滑肌痉挛、抑制细胞所引起的胃酸分泌作用,从而保护胃黏膜。且白芍与甘草合用酸甘化阴以益胃阴,且止痛之力增强,正如《医学心悟》所言:“芍药甘草汤治腹痛如神。”桂枝温通经脉、散寒补中,厚朴下气消胀,促进胃腑通降;黄连配吴茱萸清肝和胃与乌贼骨共同制酸止痛。因此诸药相合,具有温中补虚、散寒通脉、柔肝缓急、消痛止痛作用。

本研究结果表明,应用加味小建中汤治疗 PU,能明显减轻甚至消除患者的临床症状,可明显促进胃及十二指肠溃疡的黏膜愈合,且无明显不良反应,发挥了较好防治 PU 的作用。

参考文献

- [1] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:97.
- [2] 赖谦凯. 中药治疗消化性溃疡复发经验[J]. 中医杂志, 2011,52(3):249-250.
- [3] 何春霞,廖英,黄太基. 消化性溃疡的中药治疗研究[J]. 长春中医药大学学报,2012,28(5):822-823.
- [4] 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.
- [5] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:72-74.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 1993:78-83.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:6.
- [8] 丁维俊,张天娥,王宇,等. 仙鹤草抗癌活性成分及机理探讨[J]. 辽宁中医杂志,2006,33(2):251-252.

(收稿日期:2012-01-02;修回日期:2013-02-01)

[编辑:侯建春]