

压尤其重要,特别是难治性高血压。据报道,难治性高血压发生机制极为复杂,主要与容量负荷增加、肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活、交感神经系统活性增加、内皮源性缩血管活性物质的增加、扩血管物质的减少、促红细胞生成素的应用、甲状旁腺激素分泌等因素有关^[4],而常规血液透析不能清除上述大分子毒素的潴留可能是重要因素^[5]。HDF 是血液透析和血液滤过的联合治疗,是在血液透析的基础上采用高通透性滤过膜,从而在透析清除小分子毒素的同时增强对中分子物质的清除作用,形成一种高效透析模式,故而血液透析滤过对尿毒症中大分子毒素的清除远多于单纯血液透析。本实验对收治的尿毒症伴难治性高血压患者采用血液透析滤过治疗,并与进行血液透析治疗的 HD 组进行临床效果比较,结果发现血液透析滤过组显效 11 例,总有效

率达 94.44%, 血液透析组显效 6 例, 总有效率为 61.11%:HDF 组的显效率和总有效率明显高于 HD 组,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗 8 周后,HDF 组患者收缩压、舒张压明显下降,与治疗前比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,我们认为对于尿毒症难治性高血压患者,血液透析滤过有着比血液透析更为良好的临床效果,值得临床推广。

参考文献

[1]王质刚.血液净化学[M].第2版.北京:北京科学技术出版社,2005.541
[2]Grekas D,Bamichas G,Bacharaki D,et al.Hypertension in chronic hemodialysis patients:current view on pathophysiology and treatment [J].Clin Nephrol,2000,53(3):164-168
[3]Whitworth JA.Progression of renal failure--the role of hypertension [J].Ann Acad Med Singapore,2005,34(1):8-15
[4]吴华.血液透析与高血压[J].中国血液净化,2008,7(1):1-3
[5]吴晓童.血液透析患者高血压机制及相关危险因素[J].中国临床医学,2003,10(2):180-182

(收稿日期:2014-03-11)

建中愈疡散联合西药治疗消化性溃疡脾胃虚寒证疗效观察

杨宇玲 耿萍 杨立春
(新疆昌吉州中医院 昌吉 831100)

摘要:目的:观察自拟建中愈疡汤治疗消化性溃疡脾胃虚寒证的疗效。方法:使用随机平行对照方法,将 70 例住院及门诊患者按抽签法随机分为治疗组 and 对照组各 35 例。对照组采取西药三联抗 HP、抗溃疡治疗,治疗组在对照组基础上加服自拟建中愈疡散,服药 8 周后观察两组临床症状,停药 4 周后复查 HP,3 个月后复查胃镜有无复发。结果:治疗组治愈 30 例,好转 4 例,未愈 1 例,复发 0 例,HP 根除率 100%;对照组治愈 28 例,好转 3 例,未愈 2 例,复发 2 例,HP 根除率 91.4%。治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。症状体征两组均有改善,治疗组改善优于对照组($P<0.05$)。结论:建中愈疡散联合西药治疗消化性溃疡脾胃虚寒证效果显著,值得临床推广使用。

关键词:消化性溃疡;建中愈疡散;脾胃虚寒

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.012

2012 年 3 月~2013 年 8 月底,笔者采用自拟建中愈疡散联合西药治疗消化性溃疡脾胃虚寒证,取得良好效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机平行对照方法,在昌吉州中医院脾胃病区选择住院患者 70 例,方案获得新疆昌吉州中医院伦理委员会批准并全过程跟踪。70 例纳入样本均为 2012 年 3 月~2013 年 8 月于我院住院的患者,纳入病例按抽签方法随机分为两组。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较 例									
组别	n	男	女	年龄 (岁)	平均年龄 (岁)	病程 (年)	胃溃疡	十二指肠 溃疡	复合溃疡
治疗组	35	22	13	21~74	41	0.5~7	10	20	5
对照组	35	20	15	22~75	43	1~10	11	19	5

1.2 纳入标准 年龄 18~75 岁,因上腹痛伴或不伴有嗝气、反酸、腹胀等症状就诊的患者,并符合以下条件:中上腹阵发性疼痛,喜温喜按,遇冷或劳累后发作,泛吐清水,食后腹胀,畏寒肢冷,倦怠乏力,便

溏,舌质淡嫩,苔薄白,脉沉细弱;用药前胃镜检查诊断为胃溃疡或十二指肠溃疡;HP 均为阳性。签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)其他疾病、证候或合并症;(2)已接受相关治疗并可能影响观测指标;(3)伴有可能影响观测指标、判断的其他生理或病理状况,严重心、肝、肾损害影响药物代谢;(4)孕妇、未成年人、精神病、病情危重或疾病晚期。

1.4 退出标准 (1)未按规定服药无法判断疗效;(2)资料不全无法判定疗效、安全性;(3)严重不良反应、并发症、特殊生理变化等,难以继续治疗;(4)使用影响疗效药物。本研究观察期间无退出病例及脱落病例。

1.5 诊断标准 西医诊断参照《内科学》^[1],中医诊断参照《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》^[2]。

1.6 治疗方法 对照组:西药三联抗 HP、抗溃疡治疗,埃索美拉唑肠溶片(国药准字 H20046379)40 mg,1 次/d,口服 8 周;呋喃唑酮(国药准字

H14020588)0.1 g,2 次 /d,口服 10 d;阿莫西林胶囊 (国药准字 H20003263)1.0 g,2 次 /d,口服 10 d,青霉素过敏者用左氧氟沙星片 0.5 g,2 次 /d,口服 10 d。治疗组:在对照组基础上加用自拟建中愈疡散:黄芪 30 g、桂枝 10 g、炒白芍 20 g、干姜 10 g、香附 10 g、五灵脂 10 g、白及 10 g、炒神曲 20 g、炙甘草 6 g、鹿茸 3 g;食后腹胀明显加木香 10 g、砂仁 6 g;泛吐清水加吴茱萸 5 g;便溏加炒薏苡仁 30 g;水煎服,每日 1 剂,分早、中、晚 3 次空腹服用,每次 150 mL。连服 4 周后上方鹿茸改为鹿角胶 15 g,共 10 剂,制成膏剂口服,3 次 /d,每次 10 g 早晚空腹服用,连服 4 周巩固疗效。两组在治疗期间均忌生冷、辛辣、酸腐等刺激性食物,忌烟酒,注意保暖,避免劳累,饮食规律。服药 8 周后胃镜复查,停药 4 周后复查 HP,4 个月后复查胃镜有无复发。

1.7 疗效判定 两组均连续治疗 1 个疗程(8 周),判定疗效。参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[3]。治愈:症状消失,胃镜下观察溃疡面转为瘢痕期或消失,HP(一)。好转:症状明显改善,胃镜下观察溃疡面积缩小>50%,HP(一);未愈:所有症状均无改善,胃镜下观察溃疡面积不变或面积缩小<50%,HP 指数无变化。痊愈+好转合计为有效。

1.8 统计分析 采用 SPSS13.0 统计软件,计量资料采用均值±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较用单因素方差分析和 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效比较 连续治疗 1 个疗程(8 周),治疗组临床疗效优于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	未愈	复发	HP 根除
治疗组	35	30(85.7)	4(11.4)	1(2.8)	0(0)	35(100.0)
对照组	35	28(80.0)	3(8.6)	2(5.7)	2(5.7)	32(91.4)

2.2 临床症状疗效比较 连续治疗 1 个疗程(8 周),两组症状体征均有改善 ($P<0.05$),治疗组改善优于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。两组均未出现药物过敏反应副作用。

表 3 两组症状体征疗效比较 例

症状体征	组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
上腹痛	治疗组	35	24	11	0	100.00
	对照组	35	20	15	0	100.00
泛吐清水	治疗组	32	16	14	2	93.75
	对照组	34	14	16	4	88.24
食后腹胀	治疗组	31	17	12	2	93.55
	对照组	29	15	11	3	89.66
畏寒肢冷	治疗组	30	20	10	0	100.00
	对照组	29	14	11	4	86.21
便溏	治疗组	24	17	7	0	100.00
	对照组	26	13	10	3	88.46
舌质淡嫩,苔薄白	治疗组	35	18	15	2	94.28
	对照组	35	9	15	11	68.57
脉沉细弱	治疗组	32	14	16	2	93.75
	对照组	30	6	15	9	70.00

2.6 胃镜疗效 连续治疗 1 个疗程(8 周),两组间胃镜疗效无明显差异 ($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组胃镜疗效比较 例

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	35	16	15	4	88.57
对照组	35	18	12	5	85.71

3 讨论

消化性溃疡是一种常见的慢性胃肠道疾病,通常发生在胃或十二指肠球部的溃疡。依据其症状,属于中医“胃痛、泛酸”范畴。病位在脾胃,涉及肝胆。脾胃是一个水谷受纳场所,贵为娇脏,易损而不易平复,饮食不节、劳倦内伤以及外感六淫损及脾胃,升降失常,长期反复戕害刺激,至中气虚弱,因虚生内寒,导致溃疡反复发作,病性多属本虚标实,温中健脾、和胃止痛是其主要的治疗原则。

建中愈疡散以黄芪建中汤为基础方,去生姜加干姜温补脾阳,加香附行气止痛,加白及收敛疮面,加五灵脂活血,加当归养血补虚,加炒神曲消食和胃,加鹿茸补肾益精、托疮毒。黄芪建中汤源于《金匱要略》:“虚劳里急,诸不足,黄芪建中汤主之。”方中黄芪补益脾胃、建立中气、益气生血;桂枝温阳化气、辛散升举;芍药养血补血、缓急止痛;芪、桂、芍三味药为黄芪建中汤主药,具有温中补虚、理气和血之功能,能改善胃黏膜血液循环,消除炎症,促进坏死细胞修复,即补血、生肌、长肉。干姜温中散寒止痛止呕;香附理气调中止痛;五灵脂味苦咸、甘温,活血定痛、化瘀止血;白及味苦、甘涩,归胃经,收敛止血、消肿生肌;炒神曲味甘、辛温,归脾胃,消食和胃健脾;甘草温中补虚、缓急止痛;据《内经》云:“肾为胃之关也。”故该方少佐鹿茸以大补肾精,鹿茸甘咸温,补阳气、益精血,起到温补内托的目的,可缩短溃疡愈合的周期。

现代研究表明溃疡愈合的质量与溃疡的复发密切相关,溃疡愈合质量高,则复发低。近年来随着对胃黏膜屏障损伤与消化性溃疡发生之间的关系的深入研究,我们已经认识到消化性溃疡通过抑制胃酸、保护胃黏膜可以改变消化性溃疡的自然病程而达到治愈本病的目的。消化性溃疡的愈合往往需要具备四个条件:胃内保持低酸和无幽门螺杆菌的感染,完成再上皮化,形成新的愈合带,建立充足的胃黏膜血流。现代药理研究显示黄芪含苷类、多糖、黄酮、氨基酸、微量元素等,能促进机体代谢,有干扰素系统诱导作用,并有抗缺氧、抗寒、抗炎等作用;甘草所含甘草次酸对胃黏膜有保护作用,并降低胃液量、总酸度、游离酸度,黄芪、甘草联合可促进胃肠黏膜的微循环,促进胃黏膜碱性黏液的分泌作(下转第 28 页)

2.3 临床疗效 见表 3。治疗 2 周后,治疗组总有效率明显优于对照组, $P<0.05$ 。

表 3 两组临床疗效比较 例

组别	n	基本治愈	显著进步	进步	恶化	总有效率(%)
治疗组	40	10	17	9	4	90.0
对照组	40	4	9	14	13	67.5

3 讨论

外伤后脑水肿是脑外伤治疗中的一大难题,是急性期病情恶化或死亡的主要原因。目前认为,脑水肿与血脑屏障机能障碍、脑微循环障碍、脑细胞代谢障碍、自由基增加、钙超载、颅内静脉压增高等有关^[1]。中医认为脑为髓海,颅脑外伤,血脉瘀阻,张仲景就指出“血不利则为水”,明·王肯堂明确指出“瘀则成水”、“瘀则液外渗,则成水也”。这说明外伤后脑水肿的病机与髓海蓄血蓄水密切相关。《素问·经脉篇》曰:“人始生,先成精,精成而脑髓生”。胡聪等用受惊吓伤肾大鼠模型发现一系列病理形态的改变,包括脑部神经细胞核内核外均有许多空泡形成,而且有大空泡出现,坏死溶解形成裸核^[2]。脑为奇恒之腑,其功能与五脏六腑密切相关,尤其与肾脏相关。

五苓散为《伤寒论·辨太阳病脉证并治》治疗外有表证、内停水湿的名方,现代医家用来治疗多种疾

(上接第 23 页)用,对减轻炎症、促进溃疡愈合提高疗效、减少复发有非常好的作用;桂枝含酚类、有机酸、多糖、苷类、桂皮油,桂皮醛有健胃、缓解胃肠道痉挛的作用;白芍含芍药苷、胡萝卜苷、糖、蛋白质等,有解痉、扩张血管、抑制胃液分泌及预防溃疡复发。干姜、香附含多种挥发油,可降低肠管紧张度,拮抗乙酰胆碱;五灵脂含有尿素、尿酸、维生素 A,提高耐缺氧、耐寒、缓解痉挛,增强机体免疫功能;白及含菲类衍生物、胶原、淀粉,能缩短出血和凝血时间,促进创面愈合,对胃黏膜的损伤有明显保护作用;炒神曲为酵母制剂,含酵母菌、淀粉酶、维生素 B 复合体、蛋白质、脂肪等,可维持正常消化机能,调整肠道菌群^[4]。鹿茸富含胆固醇、氨基酸、多量胶质、中性糖、葡萄糖胺、钙、磷、镁等,具有明显的抗脂质过氧化作用及抗应激作用。纵观建中愈疡散全方立意兼顾了溃疡愈合质量的三个原则即:祛除病因、缓解症状、促进溃疡愈合等。

西医方面由于幽门螺杆菌根除疗法的推广应用,幽门螺杆菌对抗生素的耐药性已明显影响到幽门螺杆菌的根除率,而且幽门螺杆菌的西药治疗不良反应发生率、停药后的复发率较高,长期联合应用抗生素易引起肠道菌群紊乱、真菌的二重感染、变态

病。如:刘芳芳等应用五苓散配合甘露醇治疗脑水肿取得满意结果^[3]。刘泰等在五苓散基础上加用三七、丹参制成健神利水 I 号做了对血管源性脑水肿影响的实验研究,得出满意结论^[4]。作者在临床实践中应用五苓散治疗脑积水亦取得良效^[5]。五苓散方中桂枝有为肉桂一说,我们的治疗方剂中二药同用,并用附子加强温肾阳作用,另加用三七活血利水。临床上舌质紫黯、舌体瘀斑、脉涩、固定性疼痛者视为蓄血,加用丹参。遇舌体胖大、舌苔白腻、身重不爽、脉滑者视为蓄水,加用浙贝片。遇发热气促、小便短赤、舌红苔黄、脉数者视为热毒壅滞,加水牛角片(先煎)30 g。同时我们观察到,中西医结合治疗组患者甘露醇用量明显减少,患者出现躁动、持续发热、应激性溃疡者减少,这均是患者预后良好的表现。

参考文献

[1]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科技出版社,1998.54-56
[2]胡聪,曾祥国.试论“肾充于脑”的物质基础[J].长春中医学院学报,1997,13(1):1-3
[3]刘芳芳,王爱梅,张轩萍.中西医结合治疗脑水肿临床疗效观察[J].光明中医,2011,26(1):127-128
[4]刘泰,唐宇平,曾祥发,等.健神利水 I 号对血管源性脑水肿影响的实验研究[J].广西中医药,2002,25(6):50-52
[5]赵新军,姜汝明,王德亮,等.外伤性脑积水证治初探[J].中华中医药学刊,2007,25(3):563-564

(收稿日期: 2014-03-17)

反应以及肝肾功能的损害,而且抑酸药物的滥用可导致胃内低酸状态而促发肠上皮化生和不典型增生,诱发癌变^[5]。中药联合西药根除幽门螺杆菌,可提高根除率,减少西药的副作用,且不受胃内 HP 的影响,不产生耐药,见效快,疗效显著,副作用少,可起到健脾温中、标本兼治的作用。

通过本组临床观察发现建中愈疡散联合埃索美拉唑肠溶片、阿莫西林胶囊、呋喃唑酮治疗消化性溃疡脾胃虚寒证并幽门螺杆菌阳性的患者,能够通过整体调节实现对局部组织病理改变的修复,最大程度调节机体抗病驱邪、化腐生肌的能力,并有效调节消化性溃疡发病的攻击因子与胃肠黏膜和功能的保护因子之间平衡,使临床症状改善迅速,溃疡愈合快,幽门螺杆菌清除率高,复发率低,副作用少,值得在临床推广。

参考文献

[1]陆再英,钟南山.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.387-395
[2]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,2008.97-99
[3]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
[4]高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2007.239-463
[5]赵兰才,吴丹明.简明中西医结合消化病学[M].北京:科学技术文献出版社,2008.145-165

(收稿日期: 2014-03-10)