

复方陈香胃片辅助三联疗法治疗胃溃疡临床效果观察

邹双南

(江西省资溪县马头山中心卫生院 资溪 335300)

摘要:目的:探讨复方陈香胃片辅助三联疗法治疗胃溃疡的临床效果及应用价值。方法:选取 2012 年 5 月~2015 年 3 月我院收治的 96 例胃溃疡患者,按照随机数字表法均分为实验组和对照组,每组 48 例。对照组采用三联疗法治疗;实验组在对照组治疗的基础上加用复方陈香胃片辅助治疗。观察两组的临床疗效、不良反应发生情况。结果:实验组总有效率为 91.67%,对照组总有效率为 75.00%,两组比较差异显著, $P<0.05$;实验组患者出现头晕 2 例(4.17%)、腹胀 1 例(2.08%),对照组患者出现头晕 5 例(10.42%),无腹胀患者,两组不良反应差异无统计学意义, $P>0.05$ 。结论:复方陈香胃片辅助三联疗法治疗胃溃疡效果显著,值得临床推广应用。

关键词:胃溃疡;复方陈香胃片;三联疗法;临床效果

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.040

胃溃疡是临床常见病症之一,多因十二指肠黏膜修复失衡所致。临床需要采取积极的措施治疗胃溃疡,以免发生严重情况,危及患者生命^[1]。我院采用复方陈香胃片辅助三联疗法治疗胃溃疡,临床疗效显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 5 月~2015 年 3 月我院收治的 96 例胃溃疡患者,按照随机数字表法将患者均分为实验组和对照组,每组 48 例。实验组男 32 例,女 16 例;年龄 26~63 岁,平均年龄(37.98±5.55)岁;胃角部溃疡 11 例,胃窦部溃疡 13 例,胃小弯部溃疡 14 例,胃大弯部溃疡 10 例;病程 2.8~6.3 年,平均病程(3.33±1.21)年。对照组男 33 例,女 15 例;年龄 26~62 岁,平均年龄(37.56±5.14)岁;胃角部溃疡 10 例,胃窦部溃疡 14 例,胃小弯部溃疡 15 例,胃大弯部溃疡 9 例;病程 2.7~6.2 年,平均病程(3.15±1.06)年。两组患者的临床资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用三联疗法治疗,具体方法:克拉霉素、阿莫西林、兰索拉唑联合治疗。其中,克拉霉素 500 mg/次,2 次/d;阿莫西林 1 000 mg/次,2 次/d;兰索拉唑 10 mg/次,2 次/d,均为空腹服用,连续治疗 4 周为 1 个疗程,治疗 1 个疗程。实验组在对照组治疗的基础上加用复方陈香胃片辅助治疗,具体方法:4 粒/次,3 次/d,连续治疗 4 周为 1 个疗程,治疗 1 个疗程。患者在治疗期间,均忌食辛辣、刺激性食物,严禁烟酒。

1.3 观察指标 观察两组患者临床疗效、不良反应发生情况。疗效评价^[2]:分为治愈、显效、有效和无效。以临床症状改善情况进行判断,临床症状完全消失为治愈,显著改善为显效,有所改善为有效,无改善为无效。以治愈率、显效率和有效率之和为治

疗总有效率。

1.4 统计学分析 使用 SPSS19.0 统计和分析数据,以百分率表示计数结果,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示有显著差异。

2 结果

2.1 疗效对比 实验组总有效率为 91.67%,对照组总有效率为 75.00%,两组比较差异显著, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

分组	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
实验组	48	23(47.92)	11(22.92)	10(20.83)	4(8.33)	44(91.67)
对照组	48	14(29.17)	10(20.83)	12(25.00)	12(25.00)	36(75.00)
χ^2		3.562	0.061	0.236	4.800	4.800
P		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 不良反应对比 实验组患者出现头晕 2 例(4.17%),腹胀 1 例(2.08%),对照组患者出现头晕 5 例(10.42%),无腹胀患者。两组比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

3 讨论

胃溃疡的治疗对于改善患者的生活质量具有重要意义。胃溃疡临床以规律性上腹痛为主要表现,有着较高的发病率,属中医“胃脘痛”范畴^[3]。中医认为,疼痛分为因虚致痛和因实致痛,虚则以脾虚为主,实则是外感邪气所致,外来邪气侵入机体,损伤胃络,使得气机、血运不畅,造成疼痛。对于胃溃疡而言,则是外邪侵袭、饮食不当所致^[4-5],治疗的时候,则以疏肝为主、活血健脾为辅。

实验组采用三联疗法和复方陈香胃片联合治疗,其中克拉霉素、阿莫西林、兰索拉唑有着较好的抗菌效果,该方法在治疗胃溃疡方面,安全性较高,加用复方陈香胃片,可以和胃健脾、行血止痛。研究结果表明,实验组总有效率为 91.67%,对照组为 75.00%,两组比较差异显著, $P<0.05$ 。总之,复方陈

香胃片辅助三联疗法治疗胃溃疡效果显著,值得临床应用。

参考文献

- [1]赵晖,钟卫一,梁金仙,等.益生菌辅助三联疗法根除幽门螺杆菌的疗效观察[J].广西医学,2015,37(1):105-106
[2]孟高达,王垂杰.中医药治疗胃溃疡简况[J].实用中医内科杂志,2015,29(1):78-79

- [3]王晓琴,杨印智.三联疗法联合丹参注射液治疗胃溃疡的效果观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(2):151-153
[4]吴勇惠,方明亮,张武林.常规西药三联疗法联合半夏泻心汤治疗胃溃疡的临床效果观察[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(2):102-103
[5]高东.三联疗法与胃炎灵联合治疗胃溃疡幽门螺旋杆菌感染疗效分析[J].武警后勤学院学报(医学版),2014,23(4):316-318

(收稿日期:2015-05-08)

加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效分析

解德雄

(江西省永丰县七都乡卫生院 永丰 331506)

摘要:目的:探讨加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的临床效果。方法:随机选取2010年3月~2014年3月我院收治的86例腹泻型肠易激综合征患者,分为中药组与西药组各43例,西药组给予思密达治疗,中药组给予加味痛泻要方治疗。比较两组临床疗效结果:中药组的总有效率为95.35%,显著高于西药组的79.07%,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征能有效改善患者的临床症状,疗效显著,值得临床应用。

关键词:腹泻型肠易激综合征;加味痛泻要方;思密达;临床疗效

中图分类号:R574.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.041

肠易激综合征是一种常见的胃肠功能紊乱性疾病,临床表现以腹痛、腹胀、排便习惯改变以及大便性状异常等症状为主^[1]。临床中可将该病分为腹泻型、便秘型及两者交替型,以腹泻型居多。该病的病因和发病机制复杂,认为与胃肠动力异常、肠道菌群失调、精神心理等因素有关^[2]。临床中对该病的常规治疗以思密达等西药为主,但存在疗效不甚理想、不良反应多等缺陷。中医是临床治疗腹泻型肠易激综合征的重要手段,为了分析采用加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的临床效果,我院对86例患者进行了分组比较。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取2010年3月~2014年3月我院收治的86例腹泻型肠易激综合征患者,分为中药组与西药组各43例。中药组:男27例,女16例;年龄18~66岁,平均年龄(41.6±3.8)岁;病程6个月~12年,平均病程(5.2±1.3)年。西药组:男24例,女19例;年龄34~85岁,平均年龄(58.6±5.6)岁;病程4个月~13年,平均病程(5.4±1.4)岁。纳入标准:(1)符合《肠易激综合征罗马标准》者;(2)近1周内未接受肠易激综合征药物治疗者;(3)签署知情同意书^[2]。排除标准:(1)合并其他消化系统疾病者;(2)合并严重性心、肝、肾疾病者;(3)对思密达过敏者;(4)妊娠、哺乳期妇女。两组的各项资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 西药组给予思密达口服治疗,3g/次,3次/d,4周为1个疗程。中药组给予加味痛泻

要方治疗,方药组成:炒白术15g、炒白芍15g、炒陈皮10g、炒防风10g、麦芽10g、山药15g、谷芽10g、红花10g、绿萼梅10g、白花蛇舌草30g、炙甘草10g,1剂/d,早晚煎服,疗程为4周。

1.3 疗效判定 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]。(1)显效:临床症状消失,大便成形、有规律,1~2次/d。(2)有效:临床症状明显改善,大便次数明显减少,但仍 >3 次/d;(3)无效:临床症状无变化,大便次数无减少或增加。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 用SPSS22.0软件进行统计,计数资料采用卡方检验,用百分值表示, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

中药组的总有效率为95.35%,显著高于西药组的79.07%,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表1。

表1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
中药组	43	25(58.14)	16(37.21)	2(4.65)	41(95.35)
西药组	43	14(32.56)	20(46.51)	9(20.93)	34(79.07)

3 讨论

中医认为^[4],腹泻型肠易激综合征属于“泄泻、痛泄”等范畴,病机为肝郁脾虚,肠道传导失司。因脾胃素虚,或有食滞湿阻,但未发病,因情志失调、忧郁恼怒,累及肝脾,使肝气失于疏泄,横逆犯脾胃,使脾胃受制,运化失常,痛泄由生。故该病治疗宜以疏肝解郁、健脾渗湿为主。