

2.3 两组患者血压达标情况比较 治疗后,对照组血压昼夜节律达标、动态血压达标情况分别为 17 例 (45.9%)、19 例 (51.4%), 观察组分别为 26 例 (70.3%)、28 例 (75.7%), 组间差异显著,  $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者不良反应发生情况比较 对照组出现不良反应 8 例, 其中轻微头痛 2 例, 咳嗽 3 例, 面部潮红 3 例, 不良反应发生率为 21.6% (8/37); 观察组出现不良反应 2 例, 其中轻微头痛、面部潮红各 1 例, 不良反应发生率为 5.4% (2/37)。观察组不良反应发生率明显低于对照组,  $P < 0.05$ , 差异具有统计学意义。

### 3 讨论

目前, 联合用药已成为治疗中、重度原发性高血压的共识。研究显示<sup>[6]</sup>, 联合用药是降压达标的核心策略, 不同类型的降压药可通过叠加效应达到有效降压的目的, 同时还能发挥药物的协同和互补作用, 减少药物剂量, 避免不良反应发生, 保护靶器官。替米沙坦属于高选择性非肽类血管紧张素 II 受体抑制剂, 其半衰期较长, 具有平稳、持续、安全、有效的降压效果, 对多器官有保护作用, 且不会影响血糖及血脂水平。氢氯噻嗪属噻嗪类利尿剂, 能够明显降低夜间血压, 使血压的昼夜节律由非杓型转变为杓型。左旋氨氯地平是一种长效钙离子通道阻滞剂, 非杓

型高血压患者晚服左旋氨氯地平不仅可明显提高患者的夜间血压达标率, 还具有良好的白天和全天血压的控制效果。此外, 小剂量联合用药对机体的影响较小, 用药安全性更高。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率、血压昼夜节律达标率、动态血压达标率明显高于对照组, 治疗后收缩压、舒张压、不良反应发生率均明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明替米沙坦、氢氯噻嗪、左旋氨氯地平小剂量联合用药可有效控制老年非杓型高血压患者的血压水平, 提高临床疗效, 降低不良反应发生率, 具有较高的临床应用价值。

#### 参考文献

[1] 于东汇, 李中言. 24 h 动态血压监测诊断继发性高血压的临床观察 [J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 28(1): 111-112

[2] 李婷, 匡剑韧, 魏平. 2 型糖尿病患者非杓型血压节律与血同型半胱氨酸、颈动脉粥样硬化的关系研究 [J]. 中国循环杂志, 2016, 31(4): 367-371

[3] 寇惠娟, 汪鑫, 高登峰, 等. 高血压患者血压昼夜节律、B 型脑钠肽与左心室肥厚的关系 [J]. 中国医学科学院学报, 2016, 38(5): 514-521

[4] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南: 2010 年修订版 [S]. 北京: 人民卫生出版社, 2012. 1-81

[5] 贝政平, 沈卫峰. 心血管病诊疗标准 [M]. 上海: 上海科学普及出版社, 2013: 63

[6] 徐伟仙, 王涛, 王水强, 等. 抗高血压复方药物合理研发及评价的考虑 [J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 28(3): 286-288

(收稿日期: 2017-10-07)

## 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎的临床效果观察

张凤岭 张志阳 张芸 李泰标  
(福建省厦门市第五医院 厦门 361000)

**摘要:**目的: 探讨中西医结合治疗慢性浅表性胃炎的临床效果。方法: 选取 2016 年 1~12 月我院收治的慢性浅表性胃炎患者 98 例, 随机分为西医组和中西医结合组各 49 例。西医组采用常规西医治疗, 中西医结合组在此基础上联合温针灸治疗, 比较两组患者临床治疗总有效率及治疗前后生活质量(SF-36)评分。结果: 中西医结合组治疗总有效率明显高于西医组 ( $P < 0.05$ ); 治疗前两组 SF-36 评分比较无明显差异 ( $P > 0.05$ ), 治疗后两组患者生活质量均有所改善, 且中西医结合组 SF-36 评分高于西医组 ( $P < 0.05$ )。结论: 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎临床效果显著, 可有效改善患者生活质量, 预后佳, 值得临床推广应用。

**关键词:**慢性浅表性胃炎; 中西医结合疗法; 温针灸; 临床疗效

中图分类号: R246.1

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.005

慢性浅表性胃炎是消化系统常见疾病, 可由多种致病因素导致的慢性胃黏膜炎性病变。相关研究证实<sup>[1]</sup>, 慢性浅表性胃炎多因幽门螺旋杆菌感染导致, 多数患者无明显临床症状, 或存在一定程度的恶心、嗝气、反酸、钝痛、烧灼痛、腹胀不适及食欲减退等消化道症状。临床治疗慢性浅表性胃炎以根除幽门螺旋杆菌、增强胃黏膜防御、抑制胃酸分泌及促进胃肠动力等西医治疗为主, 临床疗效较好, 但长期服药不良反应明显, 患者往往因耐受性差而停药<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨中西医结合治疗慢性浅表性胃炎的临

床疗效, 为临床治疗提供参考依据。现报道如下:

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1~12 月我院收治的慢性浅表性胃炎患者 98 例, 随机分为西医组和中西医结合组各 49 例。西医组男 30 例, 女 19 例; 年龄 31~77 岁, 平均年龄 (50.1 ± 3.0) 岁; 病程 2~25 个月, 平均病程 (13.0 ± 2.7) 个月。中西医结合组男 32 例, 女 17 例; 年龄 30~78 岁, 平均年龄 (50.4 ± 3.7) 岁; 病程 2~24 个月, 平均病程 (13.4 ± 2.0) 个月。两组患者一般资料比较无显著性差异,  $P > 0.05$ , 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:所有患者均符合《内科学》(第 8 版)<sup>[1]</sup>中有关慢性浅表性胃炎的相关诊断标准;经胃镜检查确诊者;实验室检查显示幽门螺旋杆菌感染阳性者;对本研究药物未有过敏者;均签署知情同意书。(2)排除标准:患有慢性萎缩性胃炎者;合并心肝肺肾等脏器功能障碍及造血系统异常者;具有过敏体质者;晕针者;哺乳或妊娠期女性。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 西医组 采用常规西医治疗,给予奥美拉唑肠溶胶囊(国药准字 H20074063)口服,20 mg/次,1 次/d;阿莫西林胶囊(国药准字 H44021518)口服,0.5 g/次,2 次/d;甲硝唑片(国药准字 H20056339)口服,0.4 g/次,2 次/d。连续用药 8 周。

1.3.2 中西医结合组 在西医组基础上加用温针灸治疗,具体方法如下:选取四神聪、百会、中脘、胃区、大横、关元、气海、三阴交、足三里、内庭和公孙等穴位,常规局部皮肤消毒后予以针灸,头针平刺,其余穴位垂直进针,根据患者针灸部位和体质刺入,深度为 15~20 mm,进针得气后在中脘、气海、关元和足三里针柄上套置艾卷,长度约为 2 cm,每次每穴均施艾灸 2 壮。

1.4 观察指标及疗效判定 (1)比较两组患者临床疗效,判定标准:治疗后,患者临床症状完全消失,疗效指数 $\geq 95\%$ 为治愈;治疗后,患者临床症状显著改善,疗效指数 70%~95%为显效;治疗后,患者临床症状较前好转,疗效指数 30%~70%为有效;治疗后,患者临床症状无明显变化或较前加重,疗效指数低于 30%为无效。(2)比较两组患者治疗前后生活质量评分,采用美国波士顿健康研究所制定的简明健康问卷调查表(SF-36)对患者治疗前后生活质量进行评分,量表共包括八个维度及 36 个条目,评分越高表示生活质量越好。

1.5 统计学处理 通过 SPSS18.0 统计学软件进行数据分析处理,用率表示计数资料并进行 $\chi^2$ 检验,用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料并进行  $t$  检验, $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 中西医结合组临床治疗总有效率明显高于西医组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	n	治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
西医组	49	8	17	14	10	79.6
中西医结合组	49	11	19	16	3	93.9
$\chi^2$						4.346
P						<0.05

2.2 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较 治疗前两组患者 SF-36 评分比较无明显差异, $P > 0.05$ ;治疗后两组患者生活质量均有所改善,且中西医结合组 SF-36 评分显著高于西医组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
西医组	49	63.0 $\pm$ 2.9	80.8 $\pm$ 3.0	29.862	<0.05
中西医结合组	49	63.2 $\pm$ 2.6	89.3 $\pm$ 4.6	35.213	<0.05
t		0.372	10.834		
P		>0.05	<0.05		

## 3 讨论

慢性浅表性胃炎是一种常见的慢性消化系统疾病,在多种致病因素影响下发生的非萎缩性炎症反应,临床表现主要为恶心、反酸、嗝气、腹痛和腹胀。病程较长,易反复发作,迁延不愈,这在一定程度上影响患者日常生活和工作<sup>[4]</sup>。

现代医学认为<sup>[5]</sup>,临床上治疗慢性浅表性胃炎以对症处理为主,如根除幽门螺旋杆菌、抑酸护胃,可获得良好的近期疗效,但易复发,影响患者的治疗依从性和配合度。与西医治疗比较,传统中医在慢性疾病的治疗过程中可有效杀灭致病菌、改善临床症状、降低疾病复发情况<sup>[6]</sup>。中医学认为<sup>[7]</sup>,慢性浅表性胃炎是本虚标实之证,属“痞满、胃脘痛”等范畴,而虚证多与机体阳虚、阴虚及气虚等有关,实证多与寒凝经脉、肝气瘀滞及瘀血阻络等有关。随着中医学治疗理论的发展和普及,临床上以针刺治疗胃脘痛的方式得到广泛应用。温针是根据《内经》中针刺理论发展而来的一种治疗方式,具有艾灸和针法的双重治疗作用。温针治疗过程中通过针刺穴位,可更好的发挥艾叶的药效和药性,可起到行气活血、温经通络及祛湿逐寒的功效。

本研究结果显示,中西医结合组治疗总有效率明显高于西医组( $P < 0.05$ );治疗前两组 SF-36 评分比较无明显差异( $P > 0.05$ ),治疗后两组患者生活质量均有所改善,且中西医结合组 SF-36 评分高于西医组( $P < 0.05$ )。该结果与熊云等<sup>[8]</sup>研究结果基本一致。综上所述,中西医结合治疗慢性浅表性胃炎临床效果显著,可有效改善患者生活质量,预后佳,值得临床应用。

### 参考文献

- [1]吴冀川,龙恩武,陈子洋,等.奥美拉唑与替普瑞酮治疗慢性浅表性胃炎临床疗效比较研究[J].四川医学,2014,35(3):331-333
- [2]陈波,李莉,李根.替普瑞酮治疗老年慢性浅表性胃炎疗效及安全性系统评价[J].中国药业,2015,24(24):50-52
- [3]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013:297-368
- [4]史金花.穴位贴敷联合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2016,11(2):227-230

[5]杜科涛,谢辉.针刺配合灸法治疗慢性浅表性胃炎临床观察[J].上海针灸杂志,2015,34(10):908-910  
 [6]柯晓,王清泉.慢性浅表性胃炎中医药疗效评价述评[J].中医杂志,2015,56(22):1927-1930

[7]渠乐,周云,朱小莉.健脾清胃汤治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J].陕西中医,2017,38(7):899-900  
 [8]熊云,张旖晴,刘涛.健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎疗效观察[J].中医药通报,2015,14(3):50-52,63  
 (收稿日期:2017-10-20)

# 足痛宁浴足治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察\*

许婵娟 缪易 赵亚 王旭东#

(江苏省南通市第一人民医院中医科 南通 226001)

**摘要:**目的:探讨中药足痛宁浴足对糖尿病周围神经病变(DPN)临床症状的影响。方法:选取2015年3月~2017年3月我院接诊的DPN患者92例,随机分为A组(31例)、B组(31例)、C组(30例)。三组均给予常规对症治疗,A组辅以中药方足痛宁水煎浴足,B组辅以温水浴足,C组仅给予常规治疗。比较三组患者临床疗效。结果:A组治疗后疼痛、麻木、针刺感症状评分均较治疗前改善( $P<0.05$ );B组治疗后疼痛、麻木症状评分较前改善( $P<0.05$ );C组治疗后仅麻木症状较前改善( $P<0.05$ );治疗后,A组疼痛、麻木、针刺感症状评分均明显低于B组和C组。结论:中药方足痛宁浴足辅助治疗DPN效果显著,可明显改善患者疼痛、麻木、针刺感等临床症状。

**关键词:**糖尿病周围神经病变;足痛宁;浴足

中图分类号:R587.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.006

糖尿病周围神经病变(Diabetic Peripheral Neuro-pathy, DPN)是糖尿病最常见的慢性并发症之一,我国DPN的患病率可达50%~60%<sup>[1-2]</sup>。其临床症状通常呈对称性疼痛和感觉异常,可表现为疼痛、麻木、针刺等,严重影响患者生活质量。本研究在常规治疗基础上辅以中药方足痛宁水煎浴足治疗DPN,取得满意疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2015年3月~2017年3月我院接诊的糖尿病周围神经病变患者92例,随机分为A组(31例)、B组(31例)、C组(30例)。A组男18例,女13例;年龄34~68岁,平均年龄(48.51±7.53)岁;病程3个月~15年,平均病程(9.64±2.42)年。B组男19例,女12例;年龄32~67岁,平均年龄(49.53±6.83)岁;病程4个月~14年,平均病程(10.42±3.51)年。C组男16例,女14例;年龄29~65岁,平均年龄(47.49±6.43)岁;病程4个月~13年,平均病程(10.14±2.59)年。三组性别、年龄、病程等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** 参照世界卫生组织(WHO)2型糖尿病诊断标准、Toronto临床评分系统及2011年中华中医药学会《糖尿病周围神经病变中医防治指南》制定<sup>[3-4]</sup>。

**1.3 纳入标准** (1)既往有糖尿病史,符合1999年世界卫生组织2型糖尿病诊断标准;(2)有肢体运动、感觉神经病变表现,如感觉过敏、减退,肢体麻木、针刺样或烧灼样疼痛等;(3)肌电图检查显示神

经感觉传导速度减慢;(4)中医辨证属络脉淤阻型者。

**1.4 排除标准** (1)伴有严重的糖尿病并发症患者,如足背动脉或胫后动脉搏动消失、DPN所导致的足部溃疡、坏疽、糖尿病酮症酸中毒、糖尿病高渗状态等;(2)由化学药物损害、感染、营养障碍以及金属中毒等非糖尿病周围神经病变原因引起的周围神经病变者;(3)有严重心、肾、肝、脑、血液系统等并发症或合并其它严重原发性疾病者;(4)孕妇及哺乳期妇女;(5)精神病患者;(6)未按规定用药,资料不全等影响疗效判断者。

**1.5 治疗方法** 三组均给予糖尿病教育、饮食控制、适量运动及常规降糖治疗,使血糖控制在空腹4.8~7.8 mmol/L,餐后2 h血糖6.2~9.8 mmol/L,并根据具体情况给予降压和调脂药物控制血压、血脂水平;同时给予生理盐水100 ml+甲钴胺1 mg静脉滴注、生理盐水20 ml+前列地尔10 μg静脉推注、生理盐水250 ml+α-硫辛酸0.3 g静脉滴注。A组辅以中药方足痛宁水煎浴足治疗。药方组成:鸡血藤40 g,海风藤40 g,伸筋草40 g,鸡骨草40 g,寻骨风40 g,生麻黄10 g,怀牛膝10 g,苍术10 g,黄柏10 g,生薏仁10 g;使用高温高压电加热自动煎药机煎药至400 ml,加适量温水放入药浴箱中,双足入内,浸泡至踝关节以上15 cm,1次/d,30 min/次,水温维持在(39±1)℃。B组辅以温水足浴,方法、浸泡时间和次数同A组。C组不进行任何辅助治疗。三组均持续治疗2周。

**1.6 观察指标** 对三组患者治疗前后疼痛、麻木、

\* 基金项目:江苏省南通市卫生和计划生育委员会课题(课题编号:WQ2015006)

# 通讯作者:王旭东, E-mail: dangeree@sohu.com