

黄芪建中汤联合奥美拉唑应用于胃溃疡的效果分析

肖传

(湖南省衡阳市中医医院药剂科 衡阳 421001)

摘要:目的:研究黄芪建中汤联合奥美拉唑对胃溃疡患者的疗效。方法:选取 2020 年 1~12 月收治的胃溃疡患者 120 例,以随机抽签法分成研究组与对照组,各 60 例。对照组予以奥美拉唑常规西医治疗,研究组在对照组基础上联合黄芪建中汤治疗,两组治疗 30 d。比较两组临床疗效、中医证候积分、复发率及治疗前后血清胃泌素、生长抑素水平。结果:研究组治疗总有效率相比对照组更高($P<0.05$);研究组与对照组治疗后中医证候积分相比治疗前更低,且研究组低于对照组(P 均 <0.05);研究组复发率相比对照组更低($P<0.05$);研究组治疗后血清胃泌素、生长抑素水平均低于对照组($P<0.05$)。结论:黄芪建中汤联合奥美拉唑治疗胃溃疡临床疗效显著,有利于降低复发率,安全性较好。

关键词:胃溃疡;黄芪建中汤;奥美拉唑

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.15.006

胃溃疡主要是由于多种因素导致的胃黏膜屏障破坏,胃酸和胃蛋白酶对黏膜自身进行消化所形成的溃疡^[1]。患者主要表现为上腹痛、恶心、呕吐、反酸及嗝气等症状,疼痛多在餐后 1 h 内发生^[2]。既往临床上主要采用西药治疗,但长期用药易引发不良反应,不利于患者预后。目前中药治疗胃溃疡逐渐受到广泛关注,中药具有毒副作用小以及疗效肯定等优势。鉴于此,本研究探讨黄芪建中汤联合奥美拉唑对胃溃疡患者的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2020 年 1~12 月于我院接受诊治的 120 例胃溃疡患者纳入研究,以随机抽签法分成研究组与对照组,各 60 例。研究组男 35 例,女 25 例;年龄 26~78 岁,平均年龄(45.62 ± 6.01)岁;病程 0.4~21.0 年,平均病程(11.85 ± 3.05)年。对照组男 37 例,女 23 例;年龄 25~79 岁,平均年龄(45.68 ± 6.03)岁;病程 0.6~20.0 年,平均病程(11.82 ± 3.04)年。两组一般资料均均衡可比($P>0.05$)。纳入标准:(1)所有患者均经临床症状以及影像学检查确诊为胃溃疡;(2)入院前均未接受任何相关药物治疗;(3)年龄 18 周岁以上;(4)无临床病历资料缺失;(5)经临床检查确诊为幽门螺杆菌感染。排除标准:(1)合并重要脏器病变者;(2)过敏体质或(和)存在相关药物使用禁忌证者;(3)交流能力障碍或(和)精神异常者;(4)中途退出研究者;(5)同时参与其他研究者;(6)妊娠期或哺乳期女性。所有患者均在知情同意书上签字,并获批于医院医学伦理委员会。

1.2 治疗方法 对照组予奥美拉唑等常规治疗。阿莫西林胶囊(国药准字 H20073235)500 mg/次,口服,3 次/d;替硝唑胶囊(国药准字 H20000382)0.5 g/次,口服,2 次/d;奥美拉唑肠溶胶囊(国药准字 H20113067)20 mg/次,口服,2 次/d。连续治疗 30

d。研究组在对照组基础上采用黄芪建中汤治疗。黄芪建中汤方组方:炙黄芪 30g,白芍 15 g,桂枝 10 g,饴糖 20 g,大枣 12 g,生姜 6 g,炙甘草 5 g。加清水煎煮,取汁 300 ml,于早晚分服,1 剂/d,连续治疗 30 d。

1.3 观察指标 比较两组临床疗效、中医证候积分、复发率及治疗前后血清胃泌素、生长抑素水平。临床疗效判定标准:(1)显效为临床症状、体征基本消失,相关实验室指标趋于正常,胃镜检查提示溃疡处于愈合期(H2);(2)有效为临床症状、体征有所减轻,相关实验室指标有所恢复,胃镜检查结果显示溃疡处于愈合期(H1);(3)无效为未达上述标准。将显效和有效计入总有效。中医证候积分包括呕吐、反酸、胃脘胀痛、嗝气 4 个主要症状和口干苦、大便秘结、脉弦滑、舌质红绛或黄腻苔等次要症状,主要症状各项评分 0~5 分;次要症状各项评分 0~1 分。总分越高说明症状越严重。复发判断标准:停药后 1 个月复查胃镜结果显示原本处于愈合期的溃疡面积增大。

1.4 统计学方法 数据应用 SPSS22.0 统计学软件分析,计数资料及计量资料分别用%、($\bar{x}\pm s$)表示,进行 χ^2 、 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 研究组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较					
组别	n	治愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
研究组	60	30	26	4	56(93.33)
对照组	60	25	23	12	48(80.00)
χ^2					4.615
P					0.032

2.2 两组治疗前后中医证候积分比较 两组治疗后中医证候积分均显著降低,且研究组降低幅度明显大于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
研究组	60	15.24± 4.27	2.09± 0.88	23.364	0.000
对照组	60	15.31± 4.30	3.74± 1.78	19.257	0.000
t		0.089	6.437		
P		0.929	0.000		

2.3 两组复发率比较 研究组复发率低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组复发率比较

组别	n	复发(例)	复发率(%)
研究组	56	1	1.79
对照组	48	8	16.67
χ^2			3.927
P			0.048

2.4 两组治疗前后血清胃泌素、生长抑素水平比较 两组治疗后血清胃泌素、生长抑素水平均明显降低,且研究组降低幅度大于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后血清胃泌素、生长抑素水平比较 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	胃泌素		生长抑素	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	60	134.82± 9.73	75.82± 7.57	47.07± 5.31	12.09± 3.41
对照组	60	134.79± 9.80	84.33± 6.20	47.12± 5.34	14.66± 3.75
t		0.017	6.737	0.051	3.928
P		0.987	0.000	0.959	0.000

3 讨论

胃溃疡作为消化系统疾病之一,主要因胃酸分泌过多导致胃黏膜出现溃烂样病变,多发生于中老年人群,且随着人们生活方式不断改变以及老龄化问题日益凸显,胃溃疡发病人数与日俱增^[3]。患者主要临床表现包括胃痛、嗝气、反酸等,病情若未得到积极有效的控制,极易进展成胃出血、胃穿孔,甚至胃癌等^[4]。目前临床上针对胃溃疡以药物治疗为主,其中西药主要选择质子泵抑制剂治疗,常见药物有奥美拉唑,可通过抑制胃酸分泌、抑制幽门螺杆菌活性等途径发挥治疗作用。虽然奥美拉唑可有效改善患者溃疡情况,但其抗菌活性不强,长期使用易出现耐药性,加之幽门螺杆菌在胃液中生长会自动解离,从而增加杀菌难度,且易反复发作。中医认为,胃溃疡属“胃脘痛”范畴,主要病机可能与脾胃虚弱、气滞不畅等相关。饮食所伤、情志不遂以及外感邪气等均为该病的主要发病因素,会导致脾胃受伤、横逆反胃、胃气壅滞。因此,临床治疗可通过增强机体抵抗力以及免疫力,继而发挥治疗效果。黄芪建中汤最早记载于东汉张仲景的《伤寒杂病论》中,目前已在多种脾胃疾病的治疗中得到广泛应用,主要机制有寒热兼用、协调阴阳、攻补配合、调和虚实等。

本研究结果表明,研究组治疗总有效率相比对照组更高,说明黄芪建中汤与奥美拉唑联合应用于

胃溃疡患者具有显著临床疗效。黄芪建中汤以黄芪作为君药,可发挥益气补血的作用,从而促进胃溃疡面的快速愈合;白芍为臣药,与君药共用,发挥明显止痛作用;饴糖、大枣、生姜、炙甘草、桂枝为辅药,前三者起到温胃补血、止呕缓急的作用,炙甘草具有明显益气健脾、理气调肝功效,同时可发挥生肌敛溃、驱邪扶正的作用,桂枝具有健胃温阳作用。诸药共用,具有养血益气、补虚温中与温阳敛阴的功效。此外,研究组与对照组治疗后中医证候积分相比治疗前更低,研究组比对照组更低,表明黄芪建中汤与奥美拉唑联合应用于胃溃疡患者中有利于缓解临床症状。究其原因,黄芪不但具有补气固表的作用,同时具有显著的抗溃疡作用,可明显减少溃疡范围,而且可发挥抗炎与增强机体免疫功能的作用,有利于溃疡的愈合;白芍可发挥抗菌、抗炎的功效;生姜可改善腹痛、腹胀症状;炙甘草可显著改善脾胃虚弱、脘腹疼痛等;大枣^[5]具有中和药性、健脾益胃的作用。由此可知,黄芪建中汤具有抑制胃酸分泌、健脾开胃、增强机体免疫功能的功效,从而有效缓解患者各项临床症状。

另外,研究组复发率相比对照组更低,提示黄芪建中汤与奥美拉唑联合应用有效降低胃溃疡患者的复发风险。主要原因在于上述两药联合应用,可促进患者胃溃疡创面的愈合,加快幽门螺杆菌的清除,从而降低复发风险。研究组治疗后血清胃泌素、生长抑素水平均低于对照组。其中胃泌素具有促进胃组织大量释放组胺的作用,进一步刺激胃酸的分泌,对胃肠道黏膜营养以及血供产生影响。生长抑素水平的失调极易导致胃酸和胃蛋白酶分泌异常,继而介导胃溃疡的发生、发展过程。黄芪建中汤与奥美拉唑联合应用,可降低血清胃泌素、生长抑素水平,进而有助于胃溃疡的愈合。

综上所述,黄芪建中汤与奥美拉唑联合应用于胃溃疡患者,疗效显著,有助于减轻临床症状,安全性较好,临床推广应用价值较高。

参考文献

[1]李效宇.兰索拉唑对胃溃疡患者血清丙二醛抗氧化酶超氧化物歧化酶和一氧化氮水平的影响[J].中华实用诊断与治疗杂志,2015,29(10):1034-1035.
[2]杨瑞琦,毛华,黄丽韞,等.铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗胃溃疡黏膜愈合质量的临床研究[J].中华消化杂志,2017,37(1):35-40.
[3]刘奉伟,戈旺.黄芪建中汤加减治疗胃溃疡疗效及对胃黏膜 bFGF 的影响研究[J].中医临床研究,2018,10(5):49-51.
[4]萨茹拉,吴玉小,吴伟红,等.蒙药熊胆治疗应激性胃溃疡出血模型大鼠的主要成分及机制研究[J].世界中医药,2018,13(1):156-160.
[5]王宏,李映.耳穴贴压联合柴胡疏肝散治疗肝胃气滞型胃溃疡及失眠的临床观察[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(2):221-224.

(收稿日期: 2021-03-22)