

黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型消化性溃疡 41 例

胡长军

(湖南省邵阳市中医医院, 湖南 邵阳, 422001)

[摘要] 目的:观察黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型消化性溃疡的临床疗效。方法:将82例脾胃虚寒型消化性溃疡患者随机分为2组各41例。对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组治疗的基础上给予黄芪建中汤加减治疗。结果:总有效率治疗组为90.2%,对照组为78.0%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型消化性溃疡疗效可靠,值得临床推广应用。

[关键词] 消化性溃疡;脾胃虚寒证;中西医结合疗法;黄芪建中汤加减

[中图分类号] R259.731 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.026

消化性溃疡是指胃肠道黏膜被自身消化而形成的溃疡,可发生于食管、胃、十二指肠、胃-空肠吻合口附近及含有胃黏膜的 Meckel 憩室。胃、十二指肠球部溃疡最为常见^[1]。主要临床表现为慢性、周期性、节律性的上腹痛,可伴有反酸、嗝气^[2]。本病归属于中医学“胃脘痛”“嘈杂”等范畴,病位在胃,与肝脾相关,有文献研究表明脾胃虚寒证是本病的主要证型之一^[3]。脾胃为后天之本,气血生化

之源,李东垣云:“百病皆由脾胃衰而生也。”笔者在西医常规治疗的基础上加用黄芪建中汤治疗本病41例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 82例均为2016年10月至2017年10月于我院脾胃病科住院治疗的脾胃虚寒型消化性溃疡患者,采用随机数字表法将其分为2组。治疗组41例,男23例,女18例;年龄18~68岁,平均

表1 2组治疗结果及疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	14	10	2	4	86.67 ^a
对照组	30	10	6	6	8	73.33

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

西医学认为慢性胃炎的病因和发病机制为幽门螺旋杆菌感染、自身免疫和遗传因素及其他因素如十二指肠液反流、胃黏膜损伤因子。慢性胃炎的主要治疗手段为消除或削弱攻击因子,增强胃黏膜防御。泮托拉唑为质子泵抑制剂,通过特异性作用于胃黏膜壁细胞,降低壁细胞中的 $H^+ - K^+ - ATP$ 酶的活性,从而抑制胃酸的分泌,降低胃酸对胃黏膜损伤。

慢性胃炎属中医学“胃脘痛”“痞满”等范畴,病因为外感六淫,内伤饮食,情志、脏腑功能失调等导致气机郁滞,胃失和降,“不通则痛”是主要病机,其病位在胃,与肝脾密切相关。临床上慢性胃炎反复发作的患者,常因久病致情志不畅,或平素易恼怒而伤肝,肝气郁滞,肝气横逆犯胃而致胃脘痛,故肝郁气滞证是胃脘痛常见临床证型之一,治以疏肝理气、和胃止痛,临床多用肝胃百合汤加减。肝胃百

合汤出自清·陈修园《时方歌括》,方中柴胡、郁金、川楝子、乌药疏肝解郁,理气和胃;丹参、郁金活血化瘀;黄芩清解肝胃之热;百合益气调中,生血,养胃阴。诸药合用,共奏疏肝理气之功效。有研究显示,运用肝胃百合汤加减治疗胃痛能取得较好临床效果^[3];对胃炎患者在常规西医治疗的基础上加用肝胃百合汤进行治疗,可提高治疗效果,达到标本兼治的目的^[4]。本观察结果显示,治疗组总有效率优于对照组,差异有统计学意义,表明中西医结合治疗慢性非萎缩性胃炎肝郁气滞证临床疗效显著,且无明显不良反应。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎诊疗共识意见(2012·上海)[S]. 中华消化杂志,2012,20(3):199.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011·天津)[S]. 中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-743.
- [3] 张娜,朱莹. 朱莹运用肝胃百合汤化裁治疗胃痛验案3则[J]. 湖南中医杂志,2017,33(5):106-107.
- [4] 陈建平. 肝胃百合汤加味治疗胃溃疡肝胃不和证临床研究[J]. 航空航天医学杂志,2014,21(11):1583-1584.

(收稿日期:2017-12-18)

(37.11±15.01)岁;病程1~15年。对照组41例,男20例,女21例;年龄20~65岁,平均(38.02±16.25)岁;病程1~17年。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照“消化性溃疡中医诊疗共识意见(2009,深圳)”^[2]制定。(1)初步诊断:慢性、周期性、节律性上腹痛伴反酸。(2)基本诊断:伴有上消化道出血、穿孔史或现症。(3)确定诊断:胃镜发现消化性溃疡病灶(14C标记的尿素呼吸试验兼查HP)。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医内科学》^[4]辨证为脾胃虚寒证。症见胃脘隐痛,遇寒或饥时痛剧,得温或进食则缓,喜暖喜按,伴面色不华,神疲肢怠,四末不温,食少便溏,或泛吐清水。舌质淡而胖,边有齿痕,苔薄白,脉沉细无力。

1.3 纳入标准 (1)符合西医诊断标准;(2)符合中医辨证标准;(3)愿意配合临床研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)2周内有用过抗生素、抑酸制剂等影响本研究的药物;(2)幽门梗阻、穿孔及上消化道出血、癌变;(3)合并严重心、脑、肺、肝、肾等系统严重疾病;(4)妊娠或哺乳期妇女;(5)精神疾患。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医治疗。奥美拉唑肠溶片,每次20mg,每天2次;克林霉素,每次0.5g,每天2次;阿莫西林,每次1.0g,每天2次^[5]。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上给予黄芪建中汤加减治疗。药物组成:黄芪15g,饴糖30g,桂枝12g,白芍12g,生姜9g,大枣4枚,炙甘草6g。腹痛剧烈者加延胡索、川楝子;呕吐者加半夏、干姜;反酸者加黄连、吴茱萸、海螵蛸、瓦楞子;纳差者加焦山楂、焦神曲、焦麦芽;畏寒明显者加高良姜、香附;黑便者加炮姜炭、白及、仙鹤草。每天1剂,水煎,取药液300mL,分早晚2次温服。

2组疗程均为6周,其中阿莫西林及克林霉素服药疗程为2周。治疗期间嘱患者戒烟酒,规律饮食,避免辛辣刺激,保持情绪稳定。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察2组症状、体征的改善情况,参照《中药新药临床研究指导原则》^[6],对临床症状、体征按照轻重程度分为4级,分别计0、1、2、3分,计算2组治疗前后证候积分,计算疗效指数。

疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

3.2 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定。痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%,溃疡瘢痕愈合或无痕迹愈合;显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%,溃疡达愈合期(H2),或减轻2个级别;有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%,溃疡达愈合期(H1),或减轻1个级别;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%,内镜检查无好转。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行分析。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果 总有效率治疗组为90.2%,对照组为78.0%,2组比较,差异具有统计学意义。(见表1)

表1 2组治疗结果及疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	41	12	17	8	4	90.2 ^a
对照组	41	6	15	11	9	78.0

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

4 讨论

消化性溃疡的发病机制主要与胃十二指肠黏膜的损害因素和黏膜自身防御-修复因素之间失衡有关^[7]。胃酸分泌异常及幽门螺杆菌感染是引起本病的最常见病因,故治疗本病时抑制胃酸分泌、消除炎症、保护和修复胃黏膜尤为重要。胃黏膜的保护和修复过程,依赖旺盛的气血,而脾胃是气血生化之源,气血旺盛则损伤的黏膜易于修复。脾胃阳虚,阴寒内生,胃失温养,故胃脘隐痛,喜暖喜按;脾胃虚弱,中阳不振,水谷腐熟运化不及,故食少纳呆;气血虚弱,故面色不华,神疲肢怠;阳气虚不达四末,故四肢不温;脾虚湿胜,运化无权,水谷不化,清浊不分,故大便稀溏。舌质淡而胖,边有齿痕,苔薄白,脉沉细无力乃脾胃虚寒之象。

本研究选用的黄芪建中汤出自《金匮要略·血痹虚劳病》:“虚劳里急,诸不足,黄芪建中汤主之”,由饴糖、黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣、炙甘草7味药物组成。方中饴糖、黄芪、炙甘草、大枣,味甘性温,温中健脾,补益气血;桂枝配白芍,一辛一酸,调和阴阳;白芍配甘草,酸甘化阴,缓急止痛。现代药理学研究表明,黄芪建中汤能促进与血管生成相关的VEGF的蛋白表达,改善胃黏膜的微循环,发挥胃黏

中西医结合治疗糖尿病肾病30例临床观察

董扬洲¹, 杨巧玉², 尹程琳², 刘 筱², 胡剑卓¹, 刘 杨¹

(1. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005;

2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208)

[摘要] 目的: 观察中西医结合疗法治疗糖尿病肾病的临床疗效。方法: 将糖尿病肾病患者60例随机分为治疗组和对照组各30例, 治疗组采用中西医结合疗法治疗, 对照组单用西医常规疗法治疗。结果: 总有效率治疗组为83.3%, 对照组为56.7%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组24h尿蛋白定量、BUN、Scr、TC、TG、LDL-C、HbA_{1c}、UEAR治疗前后组内比较及治疗后与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中西医结合疗法治疗糖尿病肾病有较好的临床疗效。

[关键词] 糖尿病肾病; 中西医结合疗法; 肾安汤

[中图分类号] R259.871 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.027

糖尿病肾病(Diabetic Nephropathy, DN)是最常见的糖尿病并发症, 是糖尿病微血管并发症之一, 又称糖尿病性肾小球硬化症, 随着我国糖尿病的发病率逐年升高, DN的发病也成上升趋势。研究表明, DN是发展至终末期肾病的首要原因, 亦与心血管疾病发病密切相关, 常可威胁患者生命^[1-2]。因此近年来关于DN的临床研究热点之一便是如何改善DN患者的相关临床症状, 及时缓解其相关病症^[3-7]。笔者采用坎地沙坦联合自拟肾安汤治疗糖尿病肾病30例, 收到较好的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取湖南中医药大学第二附属医院2017年1月至2017年12月门诊及住院的DN患者60例, 按随机数字表法分为治疗组和对照组

各30例。治疗组中, 男20例, 女10例; 平均年龄(58.3 ± 6.8)岁; 平均病程(10.8 ± 3.2)年; 透析时间(4.8 ± 3.5)年。对照组中, 男20例, 女10例; 平均年龄(57.3 ± 6.2)岁; 平均病程(10.1 ± 4.1)年; 透析时间(5.1 ± 3.6)年。2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。

1.2 诊断标准 符合“中国2型糖尿病防治指南(2013年版)”^[8]中的诊断标准。根据目前公认的丹麦学者Mogensen提出的分期标准^[9]均为糖尿病肾病期(Ⅳ期): 临床糖尿病肾病期, 进展性显性白蛋白尿, 尿微量白蛋白排泄率(UAER) $> 30\text{mg}/24\text{h}$, 部分可表现为肾病综合征, 病理检查肾小球病变更重, 部分肾小球硬化, 灶状肾小管萎缩及间质纤维化。

膜损伤修复作用^[8]。黄芪可以增强免疫, 促进创面的愈合, 桂枝有抗炎抑菌的功效^[9], 白芍能止痛抗炎^[10], 甘草能抑制胃酸分泌, 保护胃黏膜, 促进溃疡愈合^[11]。本研究结果显示, 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡疗效可靠, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 葛均波, 徐永健. 内科学(8版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 369.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化性溃疡中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[S]. 中医杂志, 2010, 51(10): 941-944.
- [3] 李海泉. 从虚实论治消化性溃疡的临床经验及文献方药证治规律研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2011.
- [4] 石学敏, 戴锡孟, 王键. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 159.
- [5] 张万岱, 李军祥, 陈治水, 等. 消化性溃疡中西医结合诊疗共

识意见(2011年天津)[S]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 733-737.

- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129.
- [7] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范(2013年, 深圳)[S]. 中华消化杂志, 2014, 34(2): 73-76.
- [8] 汤丽芬, 徐升, 许祖建, 等. 黄芪建中汤对胃黏膜损伤模型大鼠VEGF表达的影响[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(2): 100-101.
- [9] 徐锋, 王德健, 王凤, 等. 桂枝挥发油的药理作用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2016(11): 139.
- [10] 张利. 白芍的药理作用及现代研究进展[J]. 中医临床研究, 2014(29): 25-26.
- [11] 孙建宁. 中药药理学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 103-105, 220-223.

(收稿日期: 2017-12-26)