

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.03.21

中西医结合治疗十二指肠溃疡的疗效及安全性分析

吴琴咪

(桐庐县中医院 神经内科,浙江 杭州 311500)

摘要:[目的]探究与分析中西医结合治疗十二指肠溃疡的临床疗效观察及不良反应。[方法]选取我院 2014 年 1 月~2015 年 1 月收治的 160 例十二指肠溃疡患者,采取随机数字表法分为常规西医组与中西医结合组,每组各 80 例,西医治疗组仅给予奥美拉唑胶囊治疗,中西医结合组在其基础上配合中药治疗,对比 2 组患者临床疗效、症状积分及不良反应。[结果]常规西医组总有效率为 85.00%,中西医结合组总有效率为 93.75%,中西医结合组总有效率明显高于常规西医组($P<0.05$)。中西医结合组治疗后 1 个月、3 个月上腹痛、嗝气、胸骨后烧灼痛症状积分较常规西医组治疗后 1 个月、3 个月相比均明显降低($P<0.05$)。常规西医组不良反应发生率为 10.00%,中西医结合组不良反应发生率为 12.50%,中西医结合组不良反应发生率与常规西医组相比差异无统计学意义。[结论]采用中西医结合治疗十二指肠溃疡具有显著临床疗效,可明显降低主要症状积分,不良反应发生率较低,安全性较高,可作为一种理想方法应用于临床工作中。

关键词:中西医结合;十二指肠溃疡;疗效;症状积分;不良反应

中图分类号:R573.1

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)03-0235-03

十二指肠溃疡作为临床上一类发病率较高的消化系统疾病,约占全部消化性溃疡患者的 70% 以上,以胃部胀痛、剧痛或饥饿时隐痛不适感为主要临床症状,也有部分患者出现消化不良的症状,易合并包括胃出血、胃穿孔在内的多种并发症,呈现出反复发作、规律性发作的特点,对患者的生活质量造成了不小的影响^[1]。目前,随着胃黏膜保护剂的广泛应用及胃镜检查的推广,在一定程度上降低了十二指肠溃疡的发病率,但仍有部分患者需要采取积极有效的方法进行治疗^[2]。本次研究现针对收治的 160 例十二指肠溃疡患者分别给予常规西医与中西医结合治疗,对比二者临床疗效,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2014 年 1 月~2015 年 1 月收治的 160 例十二指肠溃疡患者,全部患者均在我院行胃镜检查及病理组织活检后确诊,排除了患有严重肝肾功能障碍者,排除患有严重心脑血管疾病者,排除患有精神疾病者,并签署了关于本次研究的知情权同意书。采取随机数字表法分为常规西医组与中西医结合组,每组各 80 例。常规西医组中男 43 例、女 37 例,年龄 24~65 岁,平均 (46.8 ± 4.8) 岁,病程 1~7 年,平均为 (3.8 ± 0.4) 年,溃疡直径 3~14 cm 之间,平均 (6.9 ± 0.8) cm。中西医结合组中男 45 例、女 25 例,年龄 25~68 岁,平均 (47.5 ± 4.9) 岁,

病程 2~8 年,平均 (3.9 ± 0.6) 年,溃疡直径 4~15 cm,平均 (6.5 ± 0.7) cm。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

常规西医组:每日口服 1 次奥美拉唑胶囊,10 mg/次。中西医结合组于常规西医组基础上给予疏肝健脾方辨证治疗,方法如下:①基础药方:楞子 30 g、白芍 20 g、柴胡 10 g、白及 10 g、党参 10 g、刺猬皮 10 g、白术 10 g、茯苓 10 g、延胡索 10 g、枳壳 10 g。②脾胃气血者加炒神曲 20 g、麦芽 15 g、木香 10 g 及砂仁 5 g。③湿热中阻者加黄芩 15 g、佩兰 10 g、黄连 6 g。④脾胃虚寒者加白芍 20 g、高良姜 10 g、荜茇 10 g、桂枝 10 g。⑤胃络瘀血者加香橼 10 g、三七粉 3 g。⑥肝胃郁热者加北沙参 15 g、黄连 6 g 及吴茱萸 5 g。用水煎煮,2 次/d,200 ml/次,以 1 个月为 1 个疗程。

1.3 疗效评价指标

①显效:临床症状完全消失,行胃镜检查可见溃疡面消失并有瘢痕形成。②有效:临床症状有所好转,行胃镜检查可见溃疡面缩小。③无效:临床症状无好转甚至加重,行胃镜检查可见溃疡面未缩小甚至扩大。以显效及有效之和作为总有效。

1.4 观察指标

症状积分评价指标包括上腹痛、上腹胀、嗝气、反酸、胸骨后烧灼感,每个指标的评价共分为 0 分、1 分、2 分、3 分四个等级,具体如下:①0 分:无症状。②1 分:上述临床症状轻微,对日常生活不造成影响。③2 分:上述临床症状明显可对日常生活造成一定的影响。④3 分:上述临床症状严重无法完成

收稿日期:2015-06-04

作者简介:吴琴咪,本科,主要从事神经内科脑血管瘤研究

通讯作者:吴琴咪,E-mail:1255034696@qq.com

正常日常生活。常见并发症:口干、失眠、恶心呕吐等。

1.5 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计软件对所取得的数据进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采取 t 检验,以 $\bar{x} \pm s$ 表示数据, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

常规西医组总有效率为 85.00%,中西医结合组总有效率为 93.75%,中西医结合组总有效率明显高于常规西医组 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 治疗前后主要症状积分改善情况比较

常规西医组与中西医结合组治疗前上腹痛、上腹胀、嗝气、反酸、胸骨后烧灼痛的症状积分相比差异无统计学意义。常规西医组治疗后 1 个月上腹痛、嗝气、反酸、胸骨后烧灼痛的症状积分较治疗前

相比均明显降低 ($P < 0.05$)。常规西医组治疗后 3 个月上腹痛、嗝气、胸骨后烧灼痛的症状积分较治疗前相比均明显降低 ($P < 0.05$)。中西医结合组治疗后 1 个月上腹痛、上腹胀、嗝气、反酸、胸骨后烧灼痛的症状积分较治疗前相比均明显降低 ($P < 0.05$)。中西医结合组治疗后 3 个月上腹痛、嗝气、胸骨后烧灼痛的症状积分较治疗前相比均明显降低 ($P < 0.05$)。中西医结合组治疗后 1 个月、3 个月上腹痛、嗝气、胸骨后烧灼痛症状积分较常规西医组治疗后 1 个月、3 个月相比均明显降低 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 不良反应

常规西医组不良反应发生率为 12.50%,中西医结合组不良反应发生率为 13.75%,中西医结合组不良反应发生率与常规西医组相比差异无统计学意义。见表 3。

表 1 2 组患者的临床疗效对比 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
常规西医组	80	40(50.00)	28(35.00)	12(15.00)	68(85.00)
中西医结合组	80	45(56.25)	30(37.50)	5(6.25)	75(93.75) ¹⁾

与常规西医组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

表 2 2 组患者治疗前后主要症状积分改善情况比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	时间段	上腹痛	上腹胀	嗝气	反酸	胸骨后烧灼痛
常规西医组	治疗前	2.30 $\pm$ 0.50	1.72 $\pm$ 0.53	2.50 $\pm$ 0.33	2.22 $\pm$ 0.32	1.91 $\pm$ 0.75
	治疗后 1 个月	1.40 $\pm$ 0.72 ¹⁾	1.42 $\pm$ 0.63	1.54 $\pm$ 0.51 ¹⁾	1.73 $\pm$ 0.34 ¹⁾	1.26 $\pm$ 0.58 ¹⁾
	治疗后 3 个月	1.89 $\pm$ 0.39 ¹⁾	1.43 $\pm$ 0.62	1.58 $\pm$ 0.56 ¹⁾	1.79 $\pm$ 0.32	1.56 $\pm$ 0.84 ¹⁾
中西医结合组	治疗前	2.34 $\pm$ 0.45	1.68 $\pm$ 0.33	2.51 $\pm$ 0.28	2.16 $\pm$ 0.28	2.03 $\pm$ 0.76
	治疗后 1 个月	1.22 $\pm$ 0.41 ¹⁾²⁾	1.22 $\pm$ 0.26 ¹⁾	1.28 $\pm$ 0.24 ¹⁾²⁾	1.16 $\pm$ 0.42 ¹⁾	1.32 $\pm$ 0.53 ¹⁾²⁾
	治疗后 3 个月	1.36 $\pm$ 0.49 ¹⁾²⁾	1.32 $\pm$ 0.43	1.32 $\pm$ 0.15 ¹⁾²⁾	1.30 $\pm$ 0.30	1.48 $\pm$ 0.53 ¹⁾

与常规西医组比较,¹⁾ $P < 0.05$;与治疗前比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者不良反应比较 例(%)

组别	例数	口干	失眠	恶心呕吐	合计
常规西医组	80	4(5.00)	4(5.00)	2(2.50)	10(12.50)
中西医结合组	80	5(6.25)	4(5.00)	2(2.50)	11(13.75)

3 讨论

十二指肠溃疡作为临床上一类发病率较高的消化系统疾病,以青壮年为主要发病时期,并受到诸多诱发因素影响,具有病程长,反复发作的特点^[3]。现代医学认为,十二指肠溃疡的发生与发展与黏膜防御功能损伤相关,另外,包括吸烟、酗酒、情绪波动、

过度劳累在内的诸多不良因素也可在一定程度上增加了十二指肠溃疡的发病率^[4]。有临床研究资料显示,仅给予单纯药物治疗虽可取得较好的临床疗效,但易出现腹胀、腹泻、乏力、失眠等多种不良反应,可对临床效果及预后造成影响^[5]。现代中医则认为,十二直肠溃疡属于“胃脘痛”、“吞酸”范畴,认为其发

病虽以胃为主要体现,但是其发病的起因与肝脾功能具有更多的相关性,多由情志不畅、肝郁犯胃引起,导致胃肠功能发生损伤,正常功能出现紊乱,从而诱发溃疡形成^[6-7]。为此,在治疗该病期间需以调中和胃、益气健脾为主^[8]。

在本次研究中,我们将疏肝健脾方应用于十二指肠溃疡的治疗过程中,并根据患者的具体症状给予辨证加减治疗,以达到益气健脾、柔达肝气的目的^[9]。基础药方组成包括楞子、白芍、柴胡、白及、党参、刺猬皮、白术、茯苓、延胡索及枳壳,其中党参、茯苓、白术及甘草具有柔肝止痛、通达肝气的功效,同时可促进脾脏的运化功能恢复正常,缓解该病的诸多临床症状,此外,在促进肠道黏膜修复期间,有效缩小溃疡面^[10-11]。另外,此种治疗方法还可有效调节机体的内分泌作用,增加机体免疫力与抵抗力^[12]。另外,在此药方的基础上给予辨证加减,不仅遵循了中医主张的“以人为本、同病异治”的治疗理念,同时强调了三因治宜理论,确保了中医重视七情的重要性,针对该组患者的病因共分为脾胃气血、湿热中阻、脾胃虚寒、胃络瘀血、肝胃郁热五种类型,分别给予辨证加减治疗。^[13-14]。研究结果显示,常规西医组总有效率为 85.00%,中西医结合组总有效率为 93.75%,中西医结合组总有效率明显高于常规西医组($P<0.05$)。中西医结合组治疗后 1 个月、3 个月上腹痛、暖气、胸骨后烧灼痛症状积分较常规西医组治疗后 1 个月、3 个月相比均明显降低($P<0.05$)。结果显示,中西医结合治疗该病可在一定程度上提高临床治愈率,并有效缓解临床症状,降低各典型症状积分。常规西医组不良反应发生率为 12.50%,中西医结合组不良反应发生率为 13.75%,中西医结合组不良反应发生率与常规西医组相比差异无统计学意义。提示中西医结合治疗十二直肠溃疡不仅可显著提高临床疗效,同时不增加不良反应的发生率,获得了更高的安全性^[15]。

综上所述,采用中西医结合治疗十二指肠溃疡具有显著临床疗效,通过中西医互补的协同作用,明

显降低主要症状积分,不良反应发生率较低,安全性较高,值得临床推广。

参考文献

- [1] 林士坤,龙伟东,陈朝阳.埃索美拉唑及奥美拉唑治疗 HP 阳性慢性胃炎的疗效比较[J].临床合理用药杂志,2010,3(16):23-24.
- [2] 蔡明姬,国世洋,张琳琳.奥美拉唑治疗胃溃疡临床分析[J].中国医药指南,2011,12(11):90-91.
- [3] 潘雪英,劳德琼.湿润烧伤膏局部外涂联合吹氧治疗皮肤慢性溃疡的疗效观察[J].全科护理,2011,9(4):877-878.
- [4] 王勇杰,高克强.老年消化性溃疡患者的临床护理效果观察[J].中国当代医药,2012,19(34):189-190.
- [5] 李永波.老年消化性溃疡危险因素的分析及护理对策[J].四川医学,2014,35(6):726-727.
- [6] 马凤茹.西咪替丁与奥美拉唑治疗胃溃疡的临床疗效观察[J].中国医药导刊,2013,15(2):301-302.
- [7] 刘绍田.奥美拉唑和雷尼替丁治疗消化性溃疡疗效观察[J].基层医学论坛,2011,15(10):2316-2317.
- [8] 胡慧,胡海燕.埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效比较[J].中国现代医生,2012,50(3):1193-1194.
- [9] 刘鹏程,林上助,王建中,等.中西药结合治疗幽门螺杆菌感染并功能性消化不良[J].中国基层医药,2012,19(18):2787-2788.
- [10] 邱劲松.雷贝拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡临床观察[J].四川医学,2011,12(2):2126-2127.
- [11] 高保华.奥美拉唑联合奥曲肽治疗非静脉曲张性上消化道出血的临床观察[J].中国当代医药,2013,20(6):2102-2103.
- [12] 陈德清.西咪替丁与兰索拉唑治疗消化性溃疡出血分析[J].中国中医药咨询,2012,4(2):167-169.
- [13] 朱建祥,吴仁君.奥美拉唑治疗消化性溃疡上消化道出血 42 例临床疗效分析[J].中国社区医师(医学专业),2010,12(36):1287-1288.
- [14] 李斌.奥美拉唑联合克拉霉素治疗慢性胃炎 75 例疗效观察[J].中国现代医生,2011,49(21):159-160.
- [15] 冯文治.用埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效比较[J].求医问药,2013,11(5):71-72.