

中药方剂治疗脾胃虚寒型胃溃疡的效果及安全性

朱 篓

(江宁区第二人民医院 江苏 南京 211100)

【摘要】目的：以脾胃虚寒型胃溃疡患者作为研究对象，给予其中药方剂治疗，观察中药方剂治疗效果和安全性。方法：于我院档案科调取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月一年间脾胃虚寒型胃溃疡患者资料 60 份作为研究基础，按照患者所接受治疗内容差异，平均分为两组，对照组接受奥美拉唑等西药治疗方式，研究组接受黄芪建中汤加减中药方剂治疗，两组均持续接受治疗 2 周，对比两组 HP (幽门螺杆菌) 清除率、临床有效率、不良反应发生率和病情复发率。结果：治疗后内镜检查结果显示，对照组患者溃疡面积明显减少，研究组溃疡创面愈合，研究组治疗效果更优；相比于对照组而言，研究组 HP 清除率更高，但两组对比无显著差异， $P > 0.05$ ；研究组治愈、有效人数更多，临床有效率高于对照组， $P < 0.05$ ；在治疗期间，两组均未出现明显不良反应， $P > 0.05$ ，治疗后 6 个月间，对两组进行随访，研究组病情复发人数明显少于对照组，病情复发率更低， $P < 0.05$ 。结论：与西药治疗方式相比较，中药方剂治疗方式更适用于脾胃虚寒型胃溃疡患者，一方面，可优化临床疗效，另一方面，也可保障治疗安全，最大程度的降低病情复发风险，值得于临床推广应用。

【关键词】脾胃虚寒型；中药方剂；安全性；胃溃疡；效果

在医院消化系统科室中，胃溃疡疾病较为多见，通常情况下，患者会出现餐后恶心、胃部疼痛、食欲不振等症状，一旦错过最佳治疗时机，即可能诱发胃穿孔和上呼吸道出血问题，严重影响生存质量^[1]。从中医角度来说，胃溃疡疾病隶属于胃脘痛类疾病范畴，因情志不调和邪气入侵引发的内脏功能紊乱为该病的重要病机，当前阶段，脾胃虚寒型胃溃疡在临床有着较高的发病率，患者病情容易反复发作，在气候突变和饮食生冷的情况下尤为明显。过往期间，临床普遍给予脾胃虚寒型胃溃疡患者西医治疗，效果理想，但西医治疗下，疾病无法彻底根治，且有着较高的复发率，基于此，本项研究提出中药方剂治疗方式，以最大程度的优化临床疗效，保障治疗安全，降低不良反应和病情复发风险，同时，为后续阶段临床工作提供参照。本项研究详细内容报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于我院档案科调取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月一年间脾胃虚寒型胃溃疡患者资料 60 份作为研究基础，按照患者所接受治疗内容差异，平均分为两组。对照组男 16 例，女 14 例，最小年龄 35 岁，最大年龄 72 岁，平均 (55.56 ± 10.02) 岁，研究组男 17 例，女 13 例，最小年龄 36 岁，最大年龄 72 岁，平均 (55.55 ± 10.05) 岁，两组资料可对比， $P > 0.05$ ，研究经伦理委员会批准。

纳入标准：①所选患者均契合中医辨证分型脾胃虚寒型胃溃疡标准和症状。②所选患者均临床资料健全完善。③所选患者皆知情研究内容且签署同意书。

排除标准：①排除疑似胃癌患者。②排除存在严重肝肾功能不全和消化系统疾病患者。③排除语言和精神功能障碍患者。

1.2 研究方法

对照组接受奥美拉唑等西医治疗，详细用药内容为：奥美拉唑肠溶片（国药准字：J20080097），每日两次，每次 20 毫克，西药克拉霉素胶囊（国药准字：H20043935），每日两次，每次 0.5 克，阿莫西林胶囊（国药准字：H37020581），每日两次，每次 1 克。

研究组接受中药方剂治疗，即：黄芪建中汤，该方剂主要由如下成分构成：黄芪 15 克、白芍 12 克、桂枝和生姜均为 9 克、炙甘草 6 克、大枣 6 枚、饴糖 3 克，在此组方构成上，根据患者实际症状，科学进行加减治疗。如：若患者同时存在泛吐清酸水情况，则可加用干姜 9 克、半夏和吴茱萸分别 6 克，以实现温胃化饮目标；若患者同时存在寒湿盛情况，则可加用陈皮

12 克；若患者同时存在形寒肢冷阳虚情况，则可加用附子、巴戟天 12 克和肉桂 9 克；若患者同时存在寒冷气滞痛情况，则可加用木香 12 克；若患者便溏，则可加用补骨脂 12 克。一日一剂，持续治疗 2 周，治疗后对患者进行 6 个月随访。

1.3 观察指标

对比两组 HP (幽门螺杆菌) 清除率、临床有效率、不良反应发生率和病情复发率。

在 HP (幽门螺杆菌) 清除率方面，治疗后要求两组患者持续接受两次尿素 $14C$ 呼气试验，结果为阴性，则表示 HP 根除，结果为阳性，则表示 HP 未根除，计算 HP 清除率，计算方式为：根数例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

在临床有效率方面，临床效果主要分为三个维度，即：治愈、有效和无效。治愈指的是接受治疗后，患者相关症状彻底消失，体征和炎症均消失，且溃疡面愈合；有效指的是接受治疗后，患者相关症状显著改善，体征明显好转，溃疡愈合面积超过 50%，无效指的是接受治疗后，未达成上述两项标准，甚至患者病情出现加重。临床有效率计算方式为：(治愈 + 有效) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

治疗后 6 个月内对患者进行随访，观察两组不良反应和病情复发情况。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 26.0 系统，计数资料以 (n, %) 表示， χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，正态分布变量行 t 检验，否则秩和检验； $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 HP 清除率对比

结果显示，与对照组相比，研究组 HP 清除率更高，但两组对比无显著差异， $P > 0.05$ ，见表 1。

表 1 两组 HP 清除率对比 (n, %)

组别	例数	清除	未清除	HP 清除率
研究组	30	27 (90.00)	3 (10.00)	90.00
对照组	30	25 (83.33)	5 (16.67)	83.33
χ^2				0.5769
P				0.4475

2.2 两组临床有效率对比

结果显示，与对照组相比，研究组治愈和有效人数更多，临床有效率更高， $P < 0.05$ ，见表 2。

表 2 两组临床有效率对比 (n, %)

组别	例数	治愈	有效	无效	临床有效率
研究组	30	19 (63.33)	9 (30.00)	2 (6.67)	93.33
对照组	30	12 (40.00)	10 (33.33)	8 (26.67)	73.33
χ^2					4.3200
P					0.0376

2.3 两组不良反应发生率和病情复发率对比

结果显示,在治疗期间,研究组和对照组患者均未出现不良反应,不良反应发生率无显著差异, $P>0.05$, 随访 6 个月期间,对照组 6 例患者病情复发,研究组无病情复发患者,病情复发率对比存在统计学意义, $P<0.05$, 见表 3。

表 3 两组不良反应发生率和病情复发率对比 (n, %)

组别	例数	不良反应发生率	病情复发率
研究组	30	0/30 (0.00)	0/30 (0.00)
对照组	30	0/30 (0.00)	6/30 (20.00)
χ^2		—	6.6667
P		—	0.0098

3 讨论

新发展阶段,随着社会领域经济水平的提升,社会公众的生活和饮食习惯也对应出现了变化,在一定程度上,也增加了其发生胃溃疡疾病的风险^[2]。严格来说,胃溃疡疾病的出现为多因素作用,如:遗传因素、吸烟因素、饮酒因素和幽门螺杆菌感染等,在胃黏膜组织遭受相关致病因子损害和侵袭下,个体即会出现胃溃疡疾病,而其中幽门螺杆菌为一项十分关键的致病因素。当前阶段,临床针对胃溃疡患者,普遍对其应用药物治疗方式,以达成增强患者黏膜抵抗力、强化患者胃运动性的目标^[3]。一直以来,西药在胃溃疡患者疾病治疗工作中,都发挥着理想的疗效和价值,其可以有效修复患者胃黏膜,提升治疗效果,但西药治疗方式也存在一定的弊端,即在长期应用下,患者的疾病复发风险较高,同时,部分胃溃疡患者往往还同时伴有幽门螺杆菌感染问题,需要长期接受抗感染药物治疗,以强化临床疗效,在一定程度上,增加了患者发生不良反应的风险^[4]。基于此,新时代背景下,临床需探索出一项有效的治疗方法,强化治疗效果,保障治疗安全。

立足中医学角度可将胃溃疡归属于胃脘痛、嘈杂范畴,而胃气受阻和胃失和降则是胃溃疡疾病发生的重要原因,在胃气不通的情况下,患者胃部即会发生疼痛,长此以往,则可能衍生脾阳不足问题,进而使胃内渐生寒气,手足逐渐变得寒冷,胃部失去温养^[5]。中医医师在对胃溃疡患者进行治疗时,常常结合患者实际情况,对患者进行辩证分型,将便溏稀薄、脉象迟缓和舌苔淡白的患者归结为脾胃虚寒型胃溃疡范畴^[6]。当前阶段,脾胃虚寒型胃溃疡疾病在临床领域多发,临床在对脾胃虚寒型胃溃疡患者进行治疗时,普遍采用和胃止痛与温中健脾的方法,本项研究即立足此项原理,提出给予脾胃虚寒型胃溃疡患者黄芪建中汤治疗。

作为《金匱要略》中的著名药方,黄芪建中汤温中散寒,有益气养血和和胃止痛的作用。结合现代药理学相关研究成果可以将黄芪建中汤应用于胃溃疡疾病的机制归结于如下方面^[7]。第一,黄芪建中汤可调节患者胃酸分泌,降低患者胃蛋白酶活性,同时,清除患者体内的幽门螺杆菌,最大程度的降低攻击胃黏膜的因素^[8]。第二,黄芪建中汤可促进患者体内纤维生长因子的表达,调节患者胃黏膜组织代谢和表皮生长因子,进而强化胃黏膜保护因素,最大程度的推动患者恢复进程。临

床领域已有相关研究成果证实,将黄芪建中汤应用于脾胃虚寒型胃溃疡患者中,效果显著,疗效理想^[9]。如学者张凤霞即在研究中以脾胃虚寒型胃溃疡患者作为研究对象,给予其黄芪建中汤加减治疗,观察治疗效果,最终结果证实了黄芪建中汤的优越价值^[10]。而本项研究结果显示,与对照组相比,研究组 HP 清除率更高,但两组对比无显著差异, $P>0.05$, 同时,与对照组相比,研究组治愈和有效人数更多,临床有效率更高, $P<0.05$, 最后,在治疗期间,研究组和对照组患者均未出现不良反应,不良反应发生率无显著差异, $P>0.05$, 随访 6 个月期间,对照组 6 例患者病情复发,研究组无病情复发患者,病情复发率对比存在统计学意义, $P<0.05$, 研究结果同样证明了黄芪建中汤的应用价值,该实验研究结果与既往实验结果相似。

同时,本项研究所提出的黄芪建中汤中药方剂,在基本组方的前提下,还可结合患者具体情况,灵活加减进行治疗。如:若患者同时存在泛吐清酸水情况,则可加用干姜 9 克、半夏和吴茱萸分别 6 克,以实现温胃化饮目标;若患者同时存在寒湿盛情况,则可加用陈皮 12 克;若患者同时存在形寒肢冷阳虚情况,则可加用附子、巴戟天 12 克和肉桂 9 克;若患者同时存在寒冷气滞痛情况,则可加用木香 12 克;若患者便溏,则可加用补骨脂 12 克,可满足大多数脾胃虚寒型胃溃疡患者的治疗需求。但需要明确的是,虽然将黄芪建中汤中药方剂应用于脾胃虚寒型胃溃疡患者中效果显著,但相关病理生理机制仍需临床领域进一步深入研究,同时,本项研究所侧重的仅为脾胃虚寒型胃溃疡患者,可能并不适用于其他中医证型的胃溃疡患者。另外,本项研究仅将单纯的中医治疗和西医治疗进行对比,相信在后续阶段,随着中西医结合治疗的普遍推广,中药结合西药治疗也可能成为临床领域治疗胃溃疡患者的新思路。

综上所述,与西药治疗方式相比较,中药方剂治疗方式更适用于脾胃虚寒型胃溃疡患者,可优化临床疗效,保障治疗安全,最大程度的降低病情复发风险,值得于临床推广应用。

参考文献:

- [1] 白敏,段永强,杨晓轶,王强,巩子汉,马骏,王斑.黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型胃溃疡的系统评价和 Meta 分析 [J]. 中医临床研究,2021,13(25):141-145.
- [2] 白敏,段永强,杨晓轶,王强,李钦,巩子汉,马骏.基于网络药理学探讨黄芪建中汤对胃溃疡的保护作用及机制研究 [J]. 中药药理与临床,2020,36(04):75-80.
- [3] 陈小娟.黄芪建中汤对脾胃虚寒型胃溃疡大鼠的治疗效应及作用机制研究 [D]. 湖南中医药大学,2020.
- [4] 邓湘君.理气温中和胃方治疗脾胃虚寒型胃溃疡的疗效观察 [J]. 医学理论与实践,2019,32(17):2744-2745.
- [5] 秦素云.中医治疗脾胃虚寒型胃溃疡 50 例临床研究 [J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(90):138+276.
- [6] 薛建华.中药治疗脾胃虚寒型胃溃疡的效果研究 [J]. 当代医药论丛,2017,15(19):213-214.
- [7] 袁继云,曹家玮,潘立华.中医疗法对脾胃虚寒型胃溃疡的临床效果观察 [J]. 中国医药指南,2017,15(24):168-169.
- [8] 吴泽春.中医治疗脾胃虚寒型胃溃疡的临床效果 [J]. 内蒙古中医药,2016,35(13):104-105.
- [9] 李云龙,杨良俊,许锦奋,梁如生.中医治疗脾胃虚寒型胃溃疡 60 例临床体会 [J]. 海峡药学,2015,27(07):179-180.
- [10] 张凤霞.黄芪建中汤加减应用于脾胃虚寒型胃溃疡治疗中的临床效果观察 [J]. 航空航天医学杂志,2022,33(01):94-96.