

中西医结合治疗消化性溃疡脾胃虚寒型临床观察

司志伟

(临漳县人民医院 河北临漳 056600)

摘要: 目的: 探究消化性溃疡脾胃虚寒型患者中西医结合治疗的临床效果。方法: 选择研究者医院中西医结合科提供的样本进行研究, 共计 60 例消化性溃疡脾胃虚寒型患者, 入院时间 2022 年 1 月~2023 年 12 月。随机分组, 抽签法。对照组予以单纯西药治疗, 观察组则采用中西医结合方案治疗。比较两组治疗效果、以及治疗前后炎症因子、胃肠激素水平。结果: 观察组治疗有效率、Hp 转阴率较对照组高 ($P < 0.05$)。观察组治疗后 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平较对照组低 ($P < 0.05$)。观察组治疗后胃泌素较对照组低, 生长抑素、促胰液素较对照组高 ($P < 0.05$)。结论: 消化性溃疡脾胃虚寒型患者治疗中, 中西医结合治疗效果理想, 可改善患者炎症状态, 恢复胃肠功能, 促进溃疡愈合, 值得推广。关键词: 消化性溃疡; 脾胃虚寒型; 中西医结合治疗; 临床效果; 炎症因子; 胃肠激素

前言: 消化性溃疡是消化系统常见病之一, 我国发病率约为 10%, 且近年来受饮食、熬夜等因素影响, 该发病率还在持续上升^[1]。以往治疗中, 临床多采用西药联合方案治疗消化性溃疡, 虽能够改善患者病情, 但也存在复发率高、不良反应多等问题, 整体疗效并不理想^[2]。而中医学诊治消化性溃疡历史悠久, 将该病归属于“胃脘痛”、“胃气痛”等范畴, 可辩证分为脾胃虚寒型、肝胃不和型等证型, 且以脾胃虚寒型多见, 并主张辩证论治, 疗效理想。本文即选择 60 例消化性溃疡脾胃虚寒型患者进行研究, 探究中西医结合治疗的临床效果, 为临床提供参考, 见下文。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选择研究者医院中西医结合科提供的样本进行研究, 共计 60 例消化性溃疡脾胃虚寒型患者, 入院时间 2022 年 1 月~2023 年 12 月。随机分组, 抽签法。

对照组中, 男:女(例)=17:13(例); 年龄 20~75 岁, 均值 (58.52 ± 8.44) 岁; 病程 1~7 年, 均值 (3.55 ± 0.88) 年; 溃疡位置: 胃部 19 例, 十二指肠 11 例。

观察组中, 性别比: 男/女=18/12; 年龄均值 (58.44 ± 8.53) 岁, 最大 75 岁, 最小 20 岁; 病程均值 (3.59 ± 0.84) 年, 最长 8 年, 最短 1 年; 溃疡位置: 胃部 20 例, 十二指肠 10 例。

两组资料比较 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准

均确诊消化性溃疡^[3]。中医证型为脾胃虚寒型。临床资料完整。沟通和认知正常。在研究同意书上签字。治疗依从性良好。

1.2.2 排除标准

合并其余消化系统严重疾病者。自行更改用药方案者。精神异常, 无法遵从医嘱的患者。近 1 个月接受类似治疗的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

本组予以单纯西药治疗, 本院予以患者克拉霉素(药物由上海现代制药提供, 国药准字 H20073784, 口服, 每日 2 次, 每次 500 mg)+泮托拉唑(药物由杭州中美华东制药提供, 国药准字 H20010032, 口服, 每日 2 次,

每次 40 mg)+阿莫西林(药物由上海信谊万象药业提供, 国药准字 H31020363 口服, 每日 2 次, 每次 1 g)+枸橼酸铋钾(药物由威特(湖南)药业有限公司提供, 国药准字 H20063864, 口服, 每日 2 次, 每次 220mg mg)的四联用药方案, 治疗 4 周。

1.3.2 观察组

本组予以中西医结合方案治疗, 治疗 4 周, 西医方案同对照组, 中医方案有: (1) 中药方剂: 本院予以患者小建中汤治疗, 方剂由饴糖 20 g、白芍 10 g、香附 12 g、桂枝 12 g、大枣 10 g、生姜 10 g、甘草 10 g、高良姜 8 g 组成, 以水煎煮, 留汁 250 mL, 早晚服用。(2) 针灸: 取患者内关、天枢、胃俞、足三里、中脘、关元、公孙等穴位, 进针后行平补平泻捻转, 得气后留针 30 min。

1.4 观察指标

1.4.1 比较两组治疗效果

纳入显效、有效、无效三个等级。

显效: 临床症状基本消失, 内镜检查可见溃疡完全消失, 停药 4 周无复发。

有效: 临床症状明显改善, 内镜检查可见溃疡面积消减 $> 60\%$ 。

无效: 临床症状无明显变化, 内镜检查可见溃疡面积消减 $\leq 60\%$ 。

总有效率 = (显效 + 有效) 数 / 分组总数 * 100.00%。

1.4.2 比较两组治疗前后炎症因子水平

含白介素-6 (interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、白介素-8 (interleukin-8, IL-8) 三项指标。患者空腹状态下, 经肘部静脉获取血液样本分析, 得出数据。

1.4.3 比较两组治疗前后胃肠激素水平

含胃泌素、生长抑素、促胰液素三项指标。患者空腹状态下, 经肘部静脉获取血液样本分析, 得出数据。

1.5 统计学方法

研究数据采用 SPSS26.0 系统处理。计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 以 T 检验; 计数资料 (%) 表示, 以 χ^2 检验。 $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组治疗效果比较

观察组治疗有效率、Hp 转阴率较对照组高 ($P < 0.05$)。详情见表 1。

表 1 治疗效果比较[n (%)]

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 总发生率 | Hp 转阴率 | (n=30) | |
|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|----------------|--------|
| | | | | | | X ² | P |
| 对照组 (n=30) | 10(33.33) | 14(46.67) | 6(20.00) | 24(80.00) | 16(53.33) | 4.0431 | 4.8000 |
| 观察组 | 14(46.67) | 15(50.00) | 1(3.33) | 29(96.67) | 24(80.00) | 0.0444 | 0.0285 |

表 2 治疗前后炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | TNF- α (ng/mL) | | IL-6 (ng/L) | | IL-8 (ng/mL) | |
|------------|-----------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| | 前 | 后 | 前 | 后 | 前 | 后 |
| 对照组 (n=30) | 2.78 \pm 0.78 | 2.02 \pm 0.54 | 60.22 \pm 11.25 | 45.25 \pm 10.82 | 0.86 \pm 0.15 | 0.55 \pm 0.12 |
| 观察组 (n=30) | 2.80 \pm 0.75 | 1.47 \pm 0.43 | 60.10 \pm 11.32 | 28.88 \pm 9.16 | 0.88 \pm 0.13 | 0.31 \pm 0.09 |
| T | 0.1012 | 4.3641 | 0.0412 | 6.3246 | 0.5519 | 8.7636 |
| P | 0.9197 | 0.0001 | 0.9673 | 0.0000 | 0.5832 | 0.0000 |

2.3 两组治疗前后胃肠激素水平比较

观察组治疗后胃泌素较对照组低，生长抑素、促胰

液素较对照组高 (P<0.05)。详情见表 3。

表 3 治疗前后胃肠激素水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 胃泌素 (pg/mL) | | 生长抑素 (pg/mL) | | 促胰液素 (ng/mL) | |
|------------|--------------------|--------------------|-----------------|------------------|--------------------|--------------------|
| | 前 | 后 | 前 | 后 | 前 | 后 |
| 对照组 (n=30) | 260.44 \pm 24.12 | 220.55 \pm 17.23 | 7.12 \pm 1.12 | 10.23 \pm 1.32 | 150.99 \pm 14.72 | 176.62 \pm 15.52 |
| 观察组 (n=30) | 261.05 \pm 23.46 | 181.56 \pm 15.70 | 7.15 \pm 1.10 | 12.40 \pm 1.44 | 151.05 \pm 14.55 | 211.18 \pm 21.32 |
| T | 0.0993 | 9.1615 | 0.1047 | 6.0844 | 0.0159 | 7.1782 |
| P | 0.9212 | 0.0000 | 0.9170 | 0.0000 | 0.9874 | 0.0000 |

3.讨论

消化性溃疡是临床常见的一种慢性消化系统疾病，主要发生于胃部、十二指肠部。目前，临床已经明确消化性溃疡发生的机制，与胃、十二指肠黏膜损害因素以及黏膜自身防御-修复因素失衡有关^[4]，且病情程度也会受患者日常饮食、精神状态等多方因素的影响，若未能及时诊治，不仅会影响患者健康，降低生活质量，还会增加消化系统肿瘤发生风险。

以往治疗中，临床多单用西药治疗消化性溃疡，虽能够改善患者病情，但多治标不治本，患者复发率高，且西药长期应用下不良反应多见，会极大损伤患者依从性，降低疗效^[5]。而中医是我国的传统医学，诊治消化性溃疡历史悠久，认为该病是因人体脾胃虚弱、气血亏虚、饮食不节等因素损伤脾胃引起的^[6]，属于“胃气痛”、“胃脘痛”等范畴，脾胃虚寒型则是常见的消化性溃疡证型，是指脾胃阳气虚衰、阴寒内盛所表现出的证候^[7]。

本文中，观察组治疗有效率、Hp 转阴率较对照组高，治疗后胃泌素较对照组低，治疗后生长抑素、促胰液素较对照组高 (P<0.05)。便证实了中西医结合治疗脾胃虚寒型消化性溃疡的有效性。分析原因：本院基于患者中医证型应用针灸、中药内服辅助西药治疗，其中小建中汤是治疗脾胃虚寒、肝脾失调的常用方剂，具有良好的益气和中、温脾祛寒之功效；而针灸可扶正祛邪、调和阴阳，同时选择内关、胃俞等穴位，可进一步发挥补中益气、健脾益胃之功效；多方共同作用下，从而提升了患者治疗效果，促进其胃肠功能改善。

而观察组治疗后炎症水平较对照组低 (P<0.05)。则进一步突显中西医结合治疗的优势。分析原因：中医治

疗技术可促进人体气血运动的通畅，改善血液循环，加速新陈代谢，从而抑制细胞因子，减轻炎症反应，利于预后。

综上所述，中西医结合治疗消化性溃疡脾胃虚寒型患者效果理想，可促进患者溃疡愈合，改善其胃肠功能，还可减轻机体炎症，利于预后，值得推广。

参考文献：

- [1]张慧萍. 埃索美拉唑四联疗法在 Hp 阳性消化性溃疡治疗中的临床观察[J]. 贵州医药,2023,47(4):582-584.
- [2]李朋娟,李红阁,白欣. 归脾汤加味合西药治疗消化性溃疡疗效及对血前列腺素 E2、溃疡愈合质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(10):1102-1105.
- [3]中华中医药学会脾胃病分会,张声生,王垂杰. 消化性溃疡中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(9):4089-4093.
- [4]周立基,王广发. 观察针灸辅助治疗消化性溃疡的疗效及血清肿瘤坏死因子、白细胞介素-8、胃泌素水平变化[J]. 中国中西医结合消化杂志,2022,30(1):21-25.
- [5]薛宁,郭恒博,马瑞雪,等. 基于数据挖掘的中医药治疗消化性溃疡用药特点研究[J]. 中草药,2022,53(3):799-805.
- [6]成龙,马俊,唐伟,等. 健脾消溃汤联合穴位贴敷治疗消化性溃疡疗效观察及对胃蛋白酶原的影响[J]. 四川中医,2021,39(3):103-105.
- [7]胡佳元,汤蓓,沈红卫,等. 脾胃虚寒型消化性溃疡行小建中汤治疗的临床效果[J]. 沈阳药科大学学报,2021,38(S02):64-6467.