

胃溃疡经验方剂联合奥美拉唑在胃溃疡患者治疗中的应用研究

代娇蓉¹, 杨清霞^{1*}, 李洪平²

(1. 中国人民解放军联勤保障部队第 920 医院消化内科;

2. 中国人民解放军联勤保障部队第 920 医院检验科, 云南 昆明 650032)

摘要: **目的** 探讨胃溃疡经验方剂联合奥美拉唑对胃溃疡患者胃肠激素水平及免疫功能的影响。**方法** 按照随机数字表法将 2020 年 4 月至 2021 年 4 月中国人民解放军联勤保障部队第 920 医院收治的 96 例胃溃疡患者分为对照组 (予以奥美拉唑肠溶片治疗, 48 例) 与观察组 (予以胃溃疡经验方剂联合奥美拉唑肠溶片治疗, 48 例), 两组患者治疗周期均为 4 周。比较两组患者治疗后临床疗效, 治疗前后中医证候积分、胃肠激素水平及 T 淋巴细胞亚群水平。**结果** 治疗后, 观察组患者临床总有效率为 97.92%, 高于对照组的 66.67%; 与治疗前比, 治疗后两组患者嗝气吞酸、胃脘烧心、胃脘疼痛积分, 血清胃泌素 (GAS)、胆囊收缩素 (CCK) 水平及 CD8⁺ 百分比均呈降低趋势, 且观察组低于对照组; 治疗后, 两组患者血清胃动素 (MTL)、CD4⁺ 百分比、CD4⁺/CD8⁺ 比值与治疗前比均升高, 且观察组高于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 胃溃疡经验方剂联合奥美拉唑可提高胃溃疡患者临床治疗效果, 缓解临床症状, 调节机体内胃肠激素水平, 且可有效改善机体免疫功能。

关键词: 胃溃疡; 胃溃疡经验方剂; 奥美拉唑; 胃泌素; 胆囊收缩素; 胃动素; 免疫功能

中图分类号: R573.1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.01.0096.04

胃溃疡为临床常见的消化道疾病, 多与精神压力大、饮食不规律、胃酸分泌过多及幽门螺杆菌感染等因素有关, 腹痛、腹胀、反酸及烧心等为其主要临床症状, 且随着病情发展, 可引发上消化道出血、溃疡穿孔及幽门梗阻等症状。目前临床上多采用西医药物对胃溃疡患者进行治疗, 其中以奥美拉唑最为常见, 其属于质子泵抑制剂, 具有抑制胃蛋白酶、胃酸分泌及改善胃内酸碱度的作用, 可有效缓解患者临床症状, 但治疗过程中部分患者可出现口干、腹泻及便秘等不良反应, 单独使用治疗效果欠佳^[1]。在中医学中, 胃溃疡属“胃脘痛”范畴, 健脾和胃、行气止痛、收敛止血为其主要治疗原则^[2]。胃溃疡经验方剂中含白芨、白芍、炒白术及当归等多味中药, 可发挥养胃健脾、益气止血之功效, 多用于消化系统疾病的治疗中^[3]。本研究旨在分析胃溃疡经验方剂联合奥美拉唑在胃溃疡患者中的应用效果, 现作报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将 2020 年 4 月至 2021 年 4 月中国人民解放军联勤保障部队第 920 医院收治的 96 例胃溃疡患者分为对照组 (48 例) 与观察组 (48 例)。对照组中男、女患者分别为 26、22 例; 年龄 38~71 岁, 平均 (51.24±5.56) 岁; 病程 1~4 年, 平均 (2.11±0.34) 年; 幽门螺杆菌阳性例数 11 例, 阴性例数 37 例。观察

组中男、女患者分别为 25、23 例; 年龄 36~70 岁, 平均 (50.98±6.35) 岁; 病程 1~5 年, 平均 (2.23±0.52) 年; 幽门螺杆菌阳性例数 10 例, 阴性例数 38 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间具有可比性。纳入标准: 符合《消化内科学》^[4] 和《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》^[5] 中的相关诊断标准, 且经胃镜检查确诊者; 均存在上腹部疼痛、腹胀等胃肠道临床症状者; 对本研究使用药物无药物过敏史者; 入组前未使用相关药物进行治疗者等。排除标准: 合并严重内分泌、神经系统病变或心脑血管疾病者; 处于妊娠期或哺乳期女性; 合并穿孔、出血、幽门梗阻等严重并发症者等。患者均对本研究知情同意并签署知情同意书, 且经中国人民解放军联勤保障部队第 920 医院医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法 对照组患者入组后口服奥美拉唑肠溶片 (青岛双鲸药业股份有限公司, 国药准字 H20020714, 规格: 20 mg/片), 20 mg/次, 2 次/d。观察组患者给予胃溃疡经验方剂联合奥美拉唑肠溶片进行治疗, 奥美拉唑肠溶片治疗方法同对照组, 胃溃疡经验方剂组成: 白芨、白芍、炒白术、当归各 15 g, 香附、木香、延胡索、炙甘草各 10 g, 乌贼骨 (先煎)、瓦楞子 (先煎) 各 30 g, 以上诸药加水煎至 200 mL, 于早晚温服, 100 mL/次, 1 剂/d。两

作者简介: 代娇蓉, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 消化内科疾病的诊治。

通信作者: 杨清霞, 硕士研究生, 副主任医师, 研究方向: 消化内科疾病的诊治。E-mail: 18788511513@139.com

组均进行为期4周的治疗。

1.3 观察指标 ①治疗后两组临床疗效。依据《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[6]进行疗效判定,患者治疗后胃镜检查显示溃疡面完全消失,中医证候积分减少90%及以上,临床症状、体征完全消失视为痊愈;患者治疗后胃镜检查显示溃疡面缩小 $\geq 80\%$,中医证候积分减少70%~89%,临床症状、体征显著改善视为显效;患者治疗后胃镜检查显示溃疡面缩小50%~79%,中医证候积分减少30%~69%,临床症状、体征有所改善视为有效;患者治疗后胃镜检查显示溃疡面缩小 $< 50\%$,中医证候积分减少 $< 30\%$,临床症状、体征均无改善或加重视为无效。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。②治疗前后两组中医证候积分。采用《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[6]评价两组患者治疗前后嗝气吞酸、胃脘烧心、胃脘疼痛等症状,每项分值均为0~5分,分值与患者症状严重程度呈正比。③治疗前后两组胃肠激素水平。抽取患者空腹静脉血5 mL,离心(3 000 r/min,10 min)后,取血清,应用酶联免疫吸附实验法测定血清胃泌素(GAS)、胆囊收缩素(CCK)、胃动素(MTL)水平。④治疗前后两组T淋巴细胞亚群水平。血液采集方式同③,采用流式细胞仪检测CD4⁺、CD8⁺百分比,并计算CD4⁺/CD8⁺比值。

1.4 统计学方法 使用SPSS 21.0统计软件分析数据,计量资料、计数资料分别采用 $(\bar{x} \pm s)$ 、[例(%)]表示,分别应用 t 、 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 与对照组比,治疗后观察组患者临床总有效率升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 中医证候积分 治疗后,两组患者中医证候积分(嗝气吞酸、胃脘烧心、胃脘疼痛)与治疗前比均降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表2。

2.3 胃肠激素水平 治疗后,两组患者血清GAS、CCK水平与治疗前比均降低,且观察组低于对照组;而两组患者血清MTL水平均升高,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表3。

2.4 T淋巴细胞亚群水平 治疗后,两组患者CD4⁺百分比、CD4⁺/CD8⁺比值与治疗前比均升高,且观察组高于对照组;而两组患者CD8⁺百分比均降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表4。

3 讨论

胃溃疡指发生于贲门到幽门之间的一种慢性溃疡,其病情较长,难以在短期内得到根治,且易反复发作,对患者的日常生活影响较大。奥美拉唑为临床上治疗胃溃疡的

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	48	15(31.25)	10(20.83)	7(14.58)	16(33.33)	32(66.67)
观察组	48	20(41.67)	13(27.08)	14(29.17)	1(2.08)	47(97.92)
χ^2 值						16.083
P 值						< 0.05

表2 两组患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	嗝气吞酸		胃脘烧心		胃脘疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	3.20 \pm 0.20	1.99 \pm 0.14*	3.17 \pm 0.31	2.88 \pm 0.14*	3.06 \pm 0.23	2.63 \pm 0.12*
观察组	48	3.23 \pm 0.18	1.31 \pm 0.11*	3.12 \pm 0.30	1.22 \pm 0.18*	3.07 \pm 0.34	1.54 \pm 0.06*
t 值		0.772	26.461	0.803	50.434	0.169	56.287
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$ 。

表3 两组患者胃肠激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	GAS(μ mol/L)		CCK(pg/mL)		MTL(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	104.75 \pm 13.02	84.25 \pm 10.85*	18.36 \pm 2.52	15.24 \pm 2.15*	183.44 \pm 19.50	202.56 \pm 20.85*
观察组	48	100.40 \pm 14.92	62.30 \pm 9.15*	17.50 \pm 2.70	11.30 \pm 1.02*	184.53 \pm 21.05	235.33 \pm 22.80*
t 值		1.522	10.715	1.613	11.471	0.263	7.348
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$ 。GAS:胃泌素;CCK:胆囊收缩素;MTL:胃动素。

组别	例数	CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	33.55±5.19	40.20±5.38*	33.40±3.98	30.15±3.50*	1.01±0.15	1.33±0.30*
观察组	48	32.96±5.30	43.50±5.60*	33.50±4.15	27.21±3.50*	0.98±0.40	1.60±0.35*
<i>t</i> 值		0.551	2.944	0.120	4.115	0.487	4.058
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

• 98 •

耳穴压豆治疗痰湿质高血压患者的临床研究

杨帆, 曾博斯, 吴乐文

(湛江市第一中医医院内一科, 广东 湛江 524043)

摘要: **目的** 探讨耳穴压豆对痰湿质高血压患者血压、血脂水平及睡眠质量的影响。**方法** 回顾性分析湛江市第一中医医院 2018 年 10 月至 2020 年 12 月收治的 118 例中医体质辨证为痰湿质的高血压患者的临床资料, 按照治疗方法的不同分为 A 组和 B 组, 每组 59 例。给予 A 组患者常规血压调节药物与健康指导, B 组患者在 A 组的基础上实施耳穴压豆, 两组患者均进行为期 1 个月的治疗。对比两组患者治疗前后血压、血脂水平, 睡眠质量及生活质量评分。**结果** 相较于治疗前, 治疗后两组患者收缩压、舒张压、总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评分均降低, 且 B 组低于 A 组, 两组患者生理功能、心理职能、社会功能、精神健康、一般健康状况评分均较治疗前升高, 且 B 组高于 A 组 (均 $P<0.05$)。**结论** 耳穴压豆治疗痰湿质高血压患者可取得较好的治疗效果, 有助于控制患者血压、血脂水平, 改善睡眠质量, 同时对其生活质量的提高有着积极的影响。

关键词: 痰湿质; 高血压; 耳穴压豆; 血压; 血脂; 睡眠质量

中图分类号: R544.1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.01.0099.04

高血压是临床常见的慢性疾病, 可导致交感神经兴奋性增强, 造成体内内分泌系统的异常, 进而影响大脑和神经系统的活动, 使人体的内环境受到干扰, 最终导致睡眠障碍。痰湿质是中医常见的体质之一, 在高血压患者中比较常见, 其形成与代谢不畅、气血瘀积有关, 而痰湿质易加重高血压, 进而影响患者睡眠、生活质量^[1]。除了常规降压药物治疗外, 临床通常会采取作息调整、音乐疗法等方法对患者进行干预, 但效果并不理想。耳穴压豆是中医常见疗法, 具有通经活络、调节气血的作用, 有利于调节神经紊乱, 在各种慢性病的治疗中有着极其重要的价值^[2]。基于此, 本研究重点探讨耳穴压豆对痰湿质高血压患者血压、血脂水平及睡眠质量的影响, 现将研究结果作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析湛江市第一中医医院 2018 年 10 月至 2020 年 12 月收治的 118 例中医体质辨证为痰湿质的高血压患者的临床资料, 按照治疗方法的不同分为 A 组和 B 组, 每组 59 例。A 组中男、女患者分别为 35、24 例; 年龄 50~80 岁, 平均 (68.32±5.64) 岁; 高血压病程 5~17 年, 平均 (11.64±2.36) 年。B 组中男、女患者

分别为 34 例、25 例; 年龄 50~80 岁, 平均 (68.76±5.41) 岁; 高血压病程 4~17 年, 平均 (11.74±2.41) 年。对比两组患者一般资料, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 可进行组间对比。诊断标准: 西医参照《中国高血压防治指南 2010》^[3] 中的相关诊断标准; 中医参照《中医体质分类与判定》^[4] 中关于痰湿质的诊断标准。纳入标准: 符合上述中西医诊断标准者; 收缩压 >140 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 舒张压 >90 mmHg; 合并面部油脂多、多汗、胸闷、痰多、口黏腻、舌苔腻、脉细滑等症状者; 主诉有失眠症状, 失眠时间超过 1 个月者; 临床资料齐全者。排除标准: 患有恶性肿瘤及心、肝、肾等重要脏器病变者; 患有睡眠呼吸暂停综合症者; 近 1 周内使用过安眠药物者等。本研究在湛江市第一中医医院医学伦理委员会审核批准下实施。

1.2 治疗方法 均给予 A 组患者常规降压药物治疗, 包括钙离子拮抗剂、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂等, 遵心内科医师医嘱给予单药或联合用药治疗; 对患者的作息进行调整, 建议 22:00 左右睡觉, 保证每日 7 h 的睡眠时间; 可指导患者在睡前 30 min 倾听舒缓、轻快的音乐, 有利于放松心情; 睡前 4 h 避免食用兴奋性食物, 如咖啡、

作者简介: 杨帆, 大学本科, 副主任中医师, 研究方向: 内科疾病的诊治。

- 的临床对比研究 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(22): 136, 138.
- [10] 刘慧, 郁磊, 张治凤, 等. 替普瑞酮改良四联疗法治疗幽门螺旋杆菌阳性胃溃疡患者效果及对胃黏膜形态、TGF- β 、Smad 3、胃肠激素影响 [J]. 临床误诊误治, 2020, 33(5): 38-43.
- [11] 费林立, 何璐莎. 奥美拉唑联合抗生素治疗对胃溃疡患者免疫

- 功能及胃肠激素的影响 [J]. 国际消化病杂志, 2018, 38(4): 272-275.
- [12] 张玉龙, 王梦月, 杨静玉, 等. 炙甘草化学成分及药理作用研究进展 [J]. 上海中医药大学学报, 2015, 29(3): 99-102.
- [13] 王晶, 张世洋, 盛永成, 等. 白术治疗胃肠道疾病药理作用研究进展 [J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(12): 2854-2858.