

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0024-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.011

枳术连夏汤辅助治疗慢性胃炎患者的效果分析

叶凤君¹ 黎英贤²

(1. 南方医科大学顺德医院附属陈村医院, 广东 佛山 528313; 2. 广东省中医院, 广东 广州 510120)

〔摘要〕 目的: 探讨枳术连夏汤辅助治疗慢性胃炎患者的效果。方法: 选取南方医科大学顺德医院附属陈村医院和广东省中医院2017年9月至2019年9月期间收治的80例慢性胃炎患者, 分为对照组(40例, 予以常规治疗)和观察组(40例, 在对照组的基础上联合枳术连夏汤辅助治疗), 观察两组临床疗效、中医症状积分变化和胃动力指标。结果: 观察组患者治疗总有效率为90.00%, 高于对照组的72.50%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗前两组患者的中医症状积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后两组患者的中医症状积分均有不同程度下降, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者的胃动力指标比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者胃排空时间短于对照组, 胃收缩范围大于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 慢性胃炎患者使用枳术连夏汤辅助治疗效果显著, 缓解临床症状, 调节胃肠功能。

〔关键词〕 慢性胃炎; 枳术连夏汤; 艾司奥美拉唑

〔中图分类号〕 R 573.3 〔文献标识码〕 B

慢性胃炎是胃黏膜为各种有害因素长期、反复损伤引起的疾病。临床治疗以控制幽门螺杆菌感染和保护胃黏膜药物的使用最为多见, 常选用艾司奥美拉唑, 能够对幽门螺杆菌予以有效清除, 但对处于长期胃病者症状缓解不明显, 且单一用药患者易产生耐药性, 病情反复导致胃酸分泌较多。慢性胃炎主要以脾胃虚弱, 气阴两虚为本, 故治疗需达到清热燥湿、除其寒热、补其脾胃的功效^[1]。枳术连夏汤是由黄芪、丹参、葛根、延胡索、枳壳、甘草等药组成, 联合治疗或许能进一步提高治疗效果。基于此, 本研究将其应用于慢性胃炎患者中, 旨在探讨其价值, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取南方医科大学顺德医院附属陈村医院和广东省中医院2017年9月至2019年9月期间收治的80例慢性胃炎患者, 分为对照组和观察组, 各40例。对照组男20例, 女20例; 年龄45~68岁, 平均年龄(50.36±2.20)岁; 病程2~6年, 平均病程(4.51±0.21)年; 内镜下分级: I级16例, II级24例。观察组男24例, 女16例; 年龄46~59岁, 平均年龄(50.39±2.26)岁; 病程2~6年, 平均病程(4.15±0.42)年; 内镜下分级: I级14例, II级26例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

- 1.2.1 纳入标准 (1) 符合慢性胃炎西医诊断标准^[2];
(2) 胃肠动力紊乱病程持续≥2个月; (3) 内镜下分级:

I级、II级。

1.2.2 排除标准 (1) 消化道或者胃镜检查有消化道器质性病变者; (2) 对临床中药汤剂治疗表现出不耐受的患者; (3) 合并存在着其他严重的慢性内科疾病。

1.3 方法

1.3.1 对照组 予以常规治疗: 给予艾司奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司, 国药准字H20046379), 1次20mg, 每日2次。治疗4周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上联合枳术连夏汤治疗: 黄芪20g, 丹参15g, 党参15g, 枳实10g, 葛根10g, 延胡索10g, 枳壳12g, 砂仁12g, 郁金10g, 麦冬10g, 甘草10g, 黄芩10g, 半夏10g, 干姜10g。1剂·d⁻¹, 水煮取汁400mL·剂⁻¹, 200mL·次⁻¹, 分早晚2次温服, 治疗4周。

1.4 观察指标

观察比较两组患者的临床疗效、中医症状积分变化和胃动力指标。

1.4.1 疗效判定 显效: 慢性胃炎相关临床症状消失, 纤维胃镜检查可见炎症病灶消失; 有效: 慢性胃炎相关临床症状消失, 纤维胃镜检查可见炎症病灶明显减少; 无效: 慢性胃炎临床症状及纤维胃镜检查结果无改善; 总有效率 = (显效+有效) / 总例数 × 100%^[3]。

1.4.2 中医症状积分 治疗前后比较两组患者的胃脘痛、痞满、食欲不振、胃镜像, 每一项积分为0~10分, 分数越高表示越严重。

〔收稿日期〕 2021-04-04

〔作者简介〕 叶凤君, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合消化内科。

1.4.3 胃动力指标 治疗前后比较两组患者的胃排空时间、胃窦收缩幅度。每 10 min 重复测量 1 次，直至胃窦面积、体-底交界处内径恢复到空腹状态不再变化时为胃排空时间，大于 50 min 尚不能恢复者，视为胃排空延迟。胃窦收缩幅度 = ((胃窦舒张时面积 - 胃窦收缩时面积) / 胃窦舒张时面积) × 100 %。胃排空时间：超声仪动态测定进餐前后胃内容物体积、胃窦体积或胃窦面积等方法评估胃排空时间。可观察胃窦有无逆蠕动及胃排空。胃窦收缩幅度：连续测定 4 次胃窦最大收缩所引起的胃窦面积减少的平均值。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.1 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* = 0.05 表示具有显著差异水平。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 90.00 %，高于对照组的 72.50 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (n = 40, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	14(35.00)	15(37.50)	11(27.50)	29(72.50)
观察组	20(50.00)	16(40.00)	4(10.00)	36(90.00) ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后中医症状积分比较

治疗前两组患者的中医症状积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后两组患者的中医症状积分均有不同程度下降，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医症状积分比较 (n = 40, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	胃脘痛	痞满	食欲不振	胃镜像
对照组	治疗前	4.68 ± 1.01	4.19 ± 1.03	4.08 ± 0.31	3.64 ± 0.16
	治疗后	3.09 ± 0.71 ^b	3.69 ± 0.62 ^b	3.24 ± 0.62 ^b	2.79 ± 0.14 ^b
观察组	治疗前	4.75 ± 1.13	4.52 ± 1.13	4.23 ± 0.70	3.69 ± 0.25
	治疗后	2.01 ± 0.12 ^{bc}	2.44 ± 0.11 ^{bc}	2.05 ± 0.51 ^{bc}	2.11 ± 0.11 ^{bc}

与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05

2.3 两组患者治疗前后胃动力指标比较

治疗前，两组患者的胃动力指标比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后，观察组胃排空时间短于对照组，胃收缩范围大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后胃动力指标比较 (n = 40, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	胃排空时间 /min	胃收缩幅度 /cm ²
对照组	治疗前	145.12 ± 26.73	4.71 ± 1.16
	治疗后	105.21 ± 33.01	7.43 ± 1.25
观察组	治疗前	145.32 ± 25.34	4.83 ± 1.12
	治疗后	83.12 ± 35.12 ^d	8.31 ± 1.45 ^d

与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05

3 讨论

慢性胃炎是由幽门螺杆菌感染等因素所引发的慢性炎症及肠胃功能减退，临床通常选择艾司奥美拉唑治疗，可通过降低消化系统酸度起到控制幽门螺杆菌感染，但单药治疗存在疗程长、效果欠佳，无法有效改善胃肠激素水平，中医认为慢性胃炎属于“痞满”“胃脘痛”范畴，属于寒热错杂、本虚标实之证^[4]，中医治疗原则多以扶正祛邪为主，辅以补气、活血化瘀相结合。

枳术连夏汤主要成分为黄芪、丹参、党参、延胡索、枳壳、黄连、甘草、黄芩等。黄芩、黄连苦寒降泄，甘草、大枣干温益气，补中调虚以扶正，党参、麦冬均为补脾益气，治疗脾胃气阴两虚的同时，也可生津以滋润脾胃，修复虚火灼烧胃络所致胃肠道的损伤。

本研究中，观察组总有效率为 90.00 %，高于对照组 72.50 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。表明使用枳术连夏汤辅助治疗可提高治疗效果。枳术连夏汤中党参能补气健脾，中和胃酸和调整胃液中酸碱度的作用^[5]，恢复黏膜防御功能，促进炎症的吸收并加快溃疡愈合，加强胃黏膜的疏水性，对黏膜及黏膜下组织的修复及防御功能恢复具有显著的临床效果^[6]。

本研究中，治疗后，两组患者的中医症状积分均有所下降，其中观察组患者明显低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。表明使用枳术连夏汤辅助治疗可缓解临床症状。枳术连夏汤中的黄芪补气固表，既可补益脾又可固卫肌表以防止外邪入侵；黄连、黄芩均为清热燥湿的常用药物，两者合用，可增强胃的降气功能^[7]。枳壳以调畅脾胃，缓解胃肠气机不畅所致的疼痛^[8]。

本研究中，治疗后观察组胃排空时间短于对照组，胃窦收缩范围大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。表明使用枳术连夏汤辅助治疗调节胃肠功能。枳术连夏汤方中利用辛、苦两类不同性味药的功能，达到辛以开结、苦以降气的功效。干姜为臣，辛热温中散寒；党参甘温补中，益脾胃之气；黄芩、黄连苦寒以清中焦之热，枳实苦辛，化痰以行气消痞；郁金辛苦，体清气窜，解郁祛瘀。诸药合用，寒热平调，共奏辛开苦降、调节寒热，调畅气机。

综上所述，慢性胃炎患者使用枳术连夏汤辅助治疗效果显著，缓解临床症状，调节胃肠功能。

[参考文献]

- (1) 马学慧, 沈旦蕾, 张征波. 扶正活萎汤治疗气虚络瘀型慢性萎缩性胃炎临床研究 (J). 南京中医药大学报, 2020, 12(6): 809-813.
- (2) 仲艳丽. 慢性胃炎胃镜诊断的临床分析 (J). 中国现代药物应用, 2015, 21(19): 51-52.
- (3) 吴日亮, 何成辉, 陆小强. 慢性胃炎患者中药热奄包联合香砂六君子汤治疗与泮托拉唑治疗的效果对比研究 (J). 实用中医内科杂志, 2020, 15(13): 21-24.
- (4) 史圣华, 莫日根, 王生义. 半夏泻心汤对老年 Hp 阳性慢性胃炎患者胃动力及胃肠激素的影响 (J). 中国老年学杂志,

2020, 40(20): 4324-4327.

(5) 纪涛. 自拟中药调脾健胃汤联合三联疗法治疗慢性胃炎的临床疗效 (J). 临床合理用药杂志, 2020, 13(30): 32-34.

(6) 杨浩峰, 乔斌, 白骥. 温阳健脾汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床效果 (J). 临床医学研究与实践, 2020,

5(30): 128-130.

(7) 欧阳继斌, 叶贵文, 许学忠. 枳术连夏汤联合针灸对慢性胃炎患者预后的影响 (J). 四川中医, 2019, 37(8): 115-117.

(8) 谢建先. 枳术连夏汤对慢性胃炎模型大鼠的药效学及抗炎机制的研究 (D). 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2019.

(文章编号) 1007-0893(2021)13-0026-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.012

消痔灵两步注射法在出血性痔中的应用

黄少鹏 叶庆华 李煥容 庄映如*

(汕头市中医医院, 广东 汕头 515031)

〔摘要〕 **目的:** 探索消痔灵两步注射法在出血性痔中的应用。**方法:** 选取汕头市中医医院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月期间收治的 54 例出血性痔患者, 采用消痔灵两步注射法治疗, 观察消痔灵两步注射法止血的效果以及治疗前后痔黏膜充血情况。**结果:** 54 例出血性痔患者, 经治疗后总有效率达 100%, 所有患者治疗后痔黏膜充血情况均优于治疗前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 消痔灵两步注射法对于出血性痔的疗效显著。

〔关键词〕 消痔灵; 两步注射法; 出血性痔

〔中图分类号〕 R 657.1⁺8 **〔文献标识码〕** B

消痔灵注射疗法在痔病的治疗中占据重要地位。对于以出血为主要症状, 且伴有严重基础病的不适合手术以及拒绝手术的痔病患者, 消痔灵两步注射法是一种很好的治疗选择。通过回顾性观察 2017 年 1 月至 2018 年 12 月期间, 在本院住院行消痔灵两步注射疗法的出血性痔病例 54 例, 证实消痔灵两步注射法在治疗痔病出血方面有很好的效果, 注射过程没有不良作用, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取本院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月期间收治的 54 例出血性痔患者。参照《痔临床诊治指南》^[1] 符合内痔、混合痔的西医诊断标准以及痔病的中医诊断标准, 以痔出血为主要症状, 并行消痔灵两步注射法。其中女性 21 例, 男性 33 例, 平均年龄 (55.82 ± 19.70) 岁, 分期 I 期 18 例, II 期 22 例, III 期 14 例, 伴有基础病患者 43 例 (包括重度贫血 9 例, 中度贫血 5 例, 轻度贫血 2 例, 糖尿病 3 例, 高血压 8 例, 心脑血管疾病 9 例, 肺系疾病 4 例, 慢性肾病 3 例)

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合临床诊断者; (2) 以痔出血为主要症状者; (3) 行消痔灵两步注射法者。

1.2.2 排除标准 (1) 肠道其他原因引起出血者; (2) 有精神、神经系统疾病不能配合治疗者; (3) 有凝血功能障碍患者; (4) 长期口服阿司匹林、氯吡格雷等抗凝药物停药达 1 周以上的患者; (5) 妊娠、哺乳或可能已妊娠的妇女。

1.3 方法

(1) 配置消痔灵 1:1 液, 消痔灵原液 (吉林省集安益盛药业股份有限公司, 国药准字 Z22026175) 10 mL + 2% 利多卡因 5 mL + 灭菌注射用水 5 mL; (2) 在充分清洁注射术野后, 于出血最明显处旁开 1~2 mm 的痔核黏膜处, 6 号注射针头刺入黏膜及黏膜下层, 针尖接触肌层, 出现抵抗感后, 稍微退针, 开始边注射消痔灵 1:1 液边退针, 逐渐退针至黏膜层, 完成第一步注射; (3) 减缓退针速度继续边退针边注射, 直至完全退出黏膜层, 注射量以痔核黏膜充盈至透亮为宜, 完成第二步注射; (4) 用两步注射法处理其他痔核, 每个痔核量约 3~5 mL, 注射 3~4 个痔核。注射后充分按摩注射痔核至隆起消退, 药液充分散开。嘱患者注射术后当天不排便。术后常规静滴甲硝唑注射液 (石家庄四药有限公司, 国药准字 H13022486) 0.5 g, 0.9% 氯化钠注射液 + 头孢呋辛钠 (麦道甘美大药厂, 注册证号 H20090375) 1.5 g, 2 次 · d⁻¹。

〔收稿日期〕 2021-04-29

〔基金项目〕 汕头市科技计划医疗卫生类别财政资金支持项目资助课题 (190731225263819)

〔作者简介〕 黄少鹏, 男, 主治医师, 主要研究方向是肛肠科。

〔※ 通信作者〕 庄映如 (E-mail: 109909905@qq.com; Tel: 13536881501)