

# 胃康胶囊联合西药治疗慢性胃炎气滞血瘀证临床观察

傅海江<sup>1</sup>, 吴静南<sup>2</sup>

1. 奉化市西坞街道卫生院内科, 浙江 奉化 315505; 2. 奉化市中医医院中医内科, 浙江 奉化 315500

[摘要] 目的: 观察胃康胶囊联合西药治疗慢性胃炎气滞血瘀证的临床疗效。方法: 将 102 例慢性胃炎气滞血瘀证患者随机分为对照组和治疗组各 51 例, 对照组服用奥美拉唑肠溶胶囊和多潘立酮片, 治疗组在对照组治疗基础上, 给予胃康胶囊治疗。2 组疗程均为 4 周。观察 2 组胃炎临床症状评分、生活质量评分的变化, 比较 2 组的临床疗效。结果: 总有效率治疗组为 90.20%, 对照组为 74.51%, 治疗组疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组胃痛、上腹胀、口干苦臭和恶心呕吐评分均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ ); 治疗组各项评分均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。治疗后, 2 组 SF-36 问卷各项评分均较治疗前升高 ( $P < 0.01$ ); 治疗组各项评分均高于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 胃康胶囊联合西药治疗慢性胃炎气滞血瘀证患者, 可明显改善临床症状, 提高患者的生活质量, 其临床疗效明显优于单纯西药治疗。

[关键词] 慢性胃炎; 气滞血瘀证; 中西医结合疗法; 胃康胶囊

[中图分类号] R573.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0056-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.025

慢性胃炎是消化系统常见病、多发病, 本病病程长, 临床表现形式多样, 目前西医尽管疗效较好, 但是副作用强且易反复发作。而中医药治疗本病取得了较满意的疗效。本研究中, 笔者在西药治疗基础上采用胃康胶囊治疗慢性胃炎气滞血瘀证患者, 取得了较好效果, 报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组研究选择纳入 102 例气滞血瘀型慢性胃炎患者, 均为 2013 年 7 月—2014 年 12 月奉化市西坞街道卫生院和奉化市中医医院的内科门诊病例, 按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 51 例。治疗组男 32 例, 女 19 例; 年龄 21~63 岁, 平均(41.6±3.9)岁; 病程 2~9 年, 平均(4.5±1.8)年。对照组男 29 例, 女 22 例; 年龄 20~65 岁, 平均(42.2±4.1)岁; 病程 3~10 年, 平均(5.1±2.2)年。2 组性别、年龄、病程比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见(2012, 上海)》<sup>[1]</sup>拟定。浅表性胃炎: 内镜下见黏膜弥漫性充血、水肿、渗出性黏液附着, 黏膜下出血点。糜烂(平坦型或隆起型)轻度: 黏膜轻度充血水肿, 有和(或)糜烂; 重度: 黏膜充血水肿显著, 可见较多平坦型糜烂(>10 点), 且常呈片状, 隆起型糜烂较多。萎缩性胃炎: 内镜下可见黏膜红白相间, 以白为主, 皱襞变平甚至消失, 黏膜血管显露以及黏膜呈颗粒或结节状等, 组织病理学显示黏膜固有腺体减少。

1.3 辨证标准 参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》<sup>[2]</sup>中气滞血瘀证辨证标准拟定。主症: 胃脘痛有定处, 拒按; 舌质暗红或紫暗, 有瘀点、瘀斑。次症: 胃痛久治不愈; 大便色黑; 面色晦暗; 脉弦涩。胃镜: 胃黏膜呈颗粒状或结节状; 黏膜下血管透见; 黏膜陈旧性出血。具备主症 2 项加次症 1 项, 或主症第 1 项加次症 2 项, 即可诊断。

1.4 纳入标准 符合上述诊断标准和辨证标准; 年龄 20~65 岁; 病程为 3 月以上; 生命体征平稳, 意识清楚; 接受本研究治疗方案, 并签署知情同意书。

1.5 排除标准 不符合上述诊断标准与辨证标准者; 合并胃、十二指肠溃疡及肿瘤者; 近 1 月接受过药物和手术治疗; 近半年发生过消化道出血者; 妊娠及哺乳期妇女, 或精神疾病患者; 伴有严重心、脑血管疾病和其他脏器功能衰竭者; 治疗期间依从性差或自行退出者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 奥美拉唑肠溶胶囊(广东彼迪药业有限公司), 每次 20 mg, 每天 1 次, 晚上服用。多潘立酮片(修正药业集团长春高新制药有限公司), 每次 10 mg, 每天 3 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上, 给予胃康胶囊(沈阳神龙药业有限公司)治疗, 每次 3 粒, 每天 3 次, 餐后 1 h 口服。

2 组均治疗 4 周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 胃炎临床症状评分: 于治疗前、后分别记

[收稿日期] 2015-07-08

[作者简介] 傅海江 (1972-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合内科的临床工作。

录胃痛、上腹胀、口干苦臭和恶心呕吐评分，程度按轻、中、重和极重分别记为 1 分、2 分、3 分和 4 分；生活质量：参照“健康状况调查问卷(SF-36)”<sup>[8]</sup>进行，本研究评价指标包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、生命力、社会功能、情感职能及精神健康 8 个领域；得分越高，提示患者生活质量越好。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件统计分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用  $t$  检验；计数资料采用  $\chi^2$  检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011·天津)》<sup>[4]</sup>拟定。显效：临床症状、体征消失，胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转，达轻度，病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生复常或明显减轻；有效：临床主要症状、体征基本消失，胃镜复查黏膜慢性炎症好转，病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生转为轻度；无效：主要症状、体征无改善，胃镜复查无好转甚至恶化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 90.20%，对照组为 74.51%，治疗组疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。

4.3 2 组治疗前后胃炎临床症状评分比较 见表 2。治疗后，2 组胃痛、上腹胀、口干苦臭和恶心呕吐评分均较治疗前下降

( $P < 0.01$ )；治疗组各项评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

4.4 2 组治疗前后生活质量评分比较 见表 3。治疗后，2 组 SF-36 问卷各项评分均较治疗前升高( $P < 0.01$ )；治疗组各项评分均高于对照组( $P < 0.01$ )。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	51	21	25	5	90.20 <sup>①</sup>
对照组	51	18	20	13	74.51

与对照组比较，① $P < 0.05$

表 2 2 组治疗前后胃炎临床症状评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=51$ ) 分

组别	时间	胃痛	上腹胀	口干苦臭	恶心呕吐
治疗组	治疗前	3.17±0.59	3.84±0.47	1.53±0.44	1.65±0.37
	治疗后	0.75±0.37 <sup>①②</sup>	1.13±0.32 <sup>①②</sup>	0.39±0.14 <sup>①②</sup>	0.29±0.18 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	3.19±0.61	3.75±0.58	1.72±0.36	1.64±0.37
	治疗后	0.95±0.23 <sup>①</sup>	1.99±0.41 <sup>①</sup>	1.17±0.31 <sup>①</sup>	0.45±0.36 <sup>①</sup>

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

表 3 2 组治疗前后生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=51$ ) 分

组别	时间	生理功能	生理职能	情感职能	生命力	社会功能	躯体疼痛	精神健康
对照组	治疗前	76.88±6.67	32.55±4.62	38.78±4.33	48.65±5.27	69.57±5.68	53.46±5.44	59.22±5.66
	治疗后	82.13±6.22 <sup>①</sup>	66.56±5.45 <sup>①</sup>	60.25±4.71 <sup>①</sup>	63.67±5.82 <sup>①</sup>	75.47±5.64 <sup>①</sup>	74.16±5.78 <sup>①</sup>	63.52±5.75 <sup>①</sup>
治疗组	治疗前	77.21±6.87	33.10±4.49	37.99±4.62	48.33±5.19	70.15±5.65	53.96±5.23	59.15±5.78
	治疗后	88.17±6.80 <sup>①②</sup>	75.31±6.75 <sup>①②</sup>	65.98±4.46 <sup>①②</sup>	67.24±5.67 <sup>①②</sup>	80.33±5.21 <sup>①②</sup>	81.33±5.63 <sup>①②</sup>	67.95±5.41 <sup>①②</sup>

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

#### 5 讨论

本病归属于中医学胃痛、痞满、呕吐、吐酸、胃痛范畴。胃为水谷之海，为人体多气多血之腑，同时也为机体气血生化之源。脾胃气机的升降，有赖于肝之疏泄；《素问·宝命全形论》曰：“土得木而达”。故在病理上就会出现木旺克土或土虚木乘之变；情志失调，肝气郁结，肝郁气滞，横逆犯胃，以致胃气失和，胃气阻滞，即可发为胃痛。此外，胃经多气多血，胃气阻滞则可引起瘀血内停<sup>[5]</sup>。因此，治疗该病当以健胃止痛、行瘀止血为主。

胃康胶囊是目前临床常用于治疗胃病的中成药，方中白及收敛止血，消肿生肌；海螵蛸收敛止血、制酸敛疮；香附疏肝理气、调经止痛；乳香、没药活血化瘀、敛疮生肌；白芍养血活血、缓急止痛，兼能养肝，增强化瘀消肿止痛之力；三七活血化瘀、祛瘀生新、消肿止痛；黄芪补气固表，利尿托毒，排脓，敛疮生肌，与活血药合用，发挥行气活血功效；鸡内金健脾胃、消积滞；炒蛋壳的主要成分是碳酸钙，能够抑制胃酸分泌，保护胃黏膜；百草霜消积、止血、清毒。全方合用，共奏

健胃止痛、活血化瘀止血之功。本研究结果显示，在西药治疗基础上加用胃康胶囊治疗慢性胃炎气滞血瘀证患者可显著改善临床症状，临床疗效明显优于对照组。

近年发现，长期的治疗会对慢性胃炎患者的生活、心理和社会活动均产生不同程度的影响。临床采用 SF-36 问卷对患者的生活质量进行评估，是目前临床全面评价患者健康的指标体系之一<sup>[9]</sup>。SF-36 问卷具有条目数量适中、选项明确和内容简明等优点，对慢性胃炎患者生活质量的评价已被证实操作性强和结果可靠<sup>[9]</sup>。本研究结果显示，治疗后 2 组患者的 SF-36 问卷各项评分均显著升高；治疗组 SF-36 问卷各项评分均高于对照组，提示慢性胃炎对患者的生活、生理和心理均产生了一定程度的影响，而加用胃康胶囊治疗可改善慢性胃炎气滞血瘀证患者的生活质量。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2012, 上海)[J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2013, 5

- (7): 44-55 .
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738-743 .
- [3] 陈莹, 于磊, 万崇华, 等. 基于健康状况调查问卷的慢性胃炎患者生命质量评价及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(10): 1153-1156 .
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011·天津)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(3): 172-177.
- [5] 苑述刚. 阴虚气滞瘀血与慢性萎缩性胃炎的关系[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2003, 11(6): 293-294 .
- (责任编辑: 吴凌)

## 中西医结合治疗重症胰腺炎临床研究

李小青

常山县人民医院, 浙江 常山 324200

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗重症胰腺炎的疗效。方法: 将 82 例重症胰腺炎患者随机分为 A、B、C 组, 3 组均给予常规治疗, B 组加用注射用乌司他丁静脉滴注, C 组加用注射用乌司他丁静脉滴注联合生大黄煎液灌肠治疗。观察 3 组患者的临床疗效、腹痛缓解时间、肠功能恢复时间、肛门排气时间、排便恢复时间。并随时监测患者的血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞计数、肌酐、谷丙转氨酶水平, 治疗前后测定肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-8 (IL-8) 的水平。结果: C 组腹痛缓解时间、肠功能恢复时间、肛门排气时间、排便恢复时间均短于 A、B 组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。C 组血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞计数、肌酐、谷丙转氨酶改善情况均优于 A、B 组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。C 组 TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-8 改善情况均优于 A、B 组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 采用中西医结合治疗重症胰腺炎, 能明显提高疗效, 缩短症状缓解时间, 促进实验室指标恢复到正常水平。

[关键词] 重症胰腺炎; 中西医结合疗法; 注射用乌司他丁; 生大黄; 灌肠

[中图分类号] R657.5+1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0058-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.026

重症胰腺炎是临床较为常见的急腹症, 具有发病快、急、重之特点, 且病情复杂, 如不及时救治, 容易引起严重的并发症, 甚至器官衰竭, 全身感染而死亡。如何有效减轻患者的痛苦, 缩短病程, 降低转手术率和死亡率, 仍是该领域的研究热点。研究表明, 乌司他丁可以有效抑制胰酶分泌及肿瘤坏死因子释放, 对重症胰腺炎有良好的治疗作用<sup>[1-2]</sup>; 同时, 大黄在改善重症胰腺炎患者胃肠道功能方面有着重要的作用<sup>[3-4]</sup>。本研究对注射用乌司他丁静脉滴注联合生大黄煎液灌肠治疗重症胰腺炎的临床疗效进行了研究, 治疗结果较为满意, 现总结如下。

### 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《重症胰腺炎诊治指南》<sup>[5]</sup>、《急性胰腺炎的临床诊断及分级标准(1996 年第二次方案)》<sup>[6]</sup>和 1974 年

Ranson JHC 等<sup>[7]</sup>提出的评价胰腺炎严重程度的 11 项指标, 拟定重症胰腺炎临床诊断标准如下: 上腹部胀痛、肌紧张、肠鸣音减弱或消失、恶心呕吐; 动态增强 CT 显示腹部左侧有局部病变、胰液渗透, 腹部积液, 胰腺坏死或脓肿, 或二者兼而有之等病理改变; 或伴随肝、肾、肺、脑等 1 个或多个脏器功能障碍, 也可伴有严重的代谢功能紊乱。以上 3 项中, 满足至少 2 项即可诊断为重症胰腺炎。并经验血、验尿、B 超及 CT 检查。

1.2 纳入标准 符合重症胰腺炎的诊断标准; 患者及家属知情同意, 并签署知情同意书。

1.3 排除标准 血、尿淀粉酶未升高的重症胰腺炎患者; 妊娠期或哺乳期妇女; 其他原因致肝肾功能损害者。

[收稿日期] 2015-07-10

[作者简介] 李小青 (1970-), 男, 副主任医师, 主要从事重症监护室临床工作。