

舒肝养胃汤联合西药治疗消化性溃疡并失血性休克临床观察

陈佳园

温州市中西医结合医院, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察舒肝养胃汤联合西药治疗消化性溃疡并失血性休克的临床疗效。方法: 回顾本院收治的 86 例消化性溃疡合并失血性休克患者的临床资料, 按治疗方式的不同分为对照组 41 例和观察组 45 例。对照组在吸氧、抑酸、输血、抗休克等常规处理的基础上给予奥美拉唑肠溶胶囊治疗, 观察组在对照组的用药基础上加用舒肝养胃汤治疗。治疗后, 观察 2 组的临床疗效、休克改善率及不良反应发生情况, 比较 2 组患者的止血时间、住院时间以及中医证候积分。结果: 治疗总有效率观察组为 95.56%, 高于对照组的 82.93%, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组休克改善率为 86.67%, 对照组休克改善率为 73.17%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间, 观察组不良反应发生率为 6.67%, 对照组不良反应发生率为 24.39%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组的止血时间和住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$), 中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 舒肝养胃汤联合西药治疗消化性溃疡并失血性休克临床疗效显著, 可有效改善消化性溃疡并失血性休克患者的休克症状, 缩短止血时间和住院时间, 且用药相对安全。

[关键词] 消化性溃疡; 失血性休克; 中西医结合疗法; 舒肝养胃汤; 奥美拉唑肠溶胶囊

[中图分类号] R573.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0063-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.028

消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡, 上消化道出血是溃疡病常见的并发症之一, 具有发病急、进展快的特点。虽然过去 10 余年来, 临床对消化道出血的诊治已有很大的进展, 但消化性溃疡合并上消化道出血的病死率仍高达 1%~8%, 若不及时治疗往往会导致急性失血性休克, 进而危及生命^[1]。故上消化道出血的防治尤为重要。鉴于西药在上消化道出血的防治上仍存在一定局限, 而中医药在治疗上又有其独特优势。因此, 本研究选取本院收治的 86 例消化性溃疡并失血性休克患者的病历资料进行回顾性研究, 旨在观察舒肝养胃汤联合西药治疗消化性溃疡并失血性休克的临床疗效。结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 12 月—2015 年 12 月收治的 86 例消化性溃疡并失血性休克患者的临床资料作为研究对象, 按治疗方式的不同分为对照组 41 例和观察组 45 例。对照组男 31 例, 女 10 例; 年龄 31~70 岁, 平均(47.76±5.25)岁; 溃疡部位: 胃溃疡 11 例, 十二指肠溃疡 23 例, 复合性溃疡 7 例。观察组男 33 例, 女 12 例; 年龄 33~75 岁, 平均(48.15±6.41)岁; 溃疡部位: 胃溃疡 12 例, 十二指肠溃疡 25 例, 复合性溃疡 8 例。2 组性别、年龄以及溃疡部位等一般资

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 符合消化性溃疡伴失血性休克的诊断标准, 经胃镜确诊; 符合《中药新药临床研究指导原则》中吐血、便血的辨证标准, 辨为肝胃不和证, 症见食少、腹胀、腹泻、脓血便甚则黑便或吐血鲜红, 神疲懒言, 肢体倦怠, 舌红淡胖, 脉弦细或缓; 排除患心、肝、肾等严重疾病以及依从性差者; 患者及家属知情同意并签署知情同意书。

2 治疗方法

2.1 对照组 在吸氧、抑酸、输血、抗休克等治疗的基础上, 给予奥美拉唑肠溶胶囊(江苏吴中实业股份有限公司第六制药厂)治疗, 每天晨起口服 1 次或早、晚各口服 1 次, 每次 20 mg, 连续服用 8 周。

2.2 观察组 在对照组用药基础上加用舒肝养胃汤治疗。处方: 炙甘草、黄芪各 20 g, 白及、白芍、白术各 15 g, 党参、紫苏梗、茯苓、香附、桂枝、高良姜、陈皮、鸡内金各 10 g, 黄连 3 g, 每天 1 剂, 水煎取汁 300 mL, 分早晚 2 次口服, 服用 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗后, 观察 2 组临床疗效和休克改善率。休克分为轻、中和重度。轻度: 患者神志尚清, 但烦躁不安,

[收稿日期] 2016-04-15

[作者简介] 陈佳园 (1986-), 女, 住院医师, 主要从事消化内科的临床研究工作。

面色苍白, 口干, 出汗, 收缩压 ≥ 80 mmHg(10.64 kPa); 中度: 患者面色苍白, 表情淡漠, 四肢发冷, 肢端发绀, 收缩压在 60~80 mmHg(8.00~10.64 kPa); 重度: 神志欠清, 意识模糊, 反应迟钝, 面色苍白、发绀, 四肢厥冷、发绀, 皮肤出现大理石样改变, 收缩压降至 40~60 mmHg(5.32~8.00 kPa)。患者休克好转 1 个等级以上者视为休克改善。比较 2 组止血时间、住院时间以及中医证候(包括吐血、黑便、面色、冷汗、神志、头昏、心悸、畏寒、少尿等)积分的差异。每项分值 1~3 分, 分值越高提示症状越严重。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效: 治疗 1 周后相关症状显著消失, 出血伴随症状及休克症状有所改善; 有效: 治疗 1 周后相关症状有所缓解, 出血伴随症状及休克症状略有改善; 无效: 治疗 1 周后相关症状无改善甚至加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗总有效率观察组为 95.56%, 高于对照组的 82.93%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
观察组	45	31	12	2	43(95.56) ^①
对照组	41	15	19	7	34(82.93)

与对照组比较, ^① $P < 0.05$

4.3 2 组休克改善率比较 观察组休克改善 39 例, 休克改善率为 86.67%, 对照组休克改善 30 例, 休克改善率为 73.17%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2 组不良反应发生率比较 治疗期间, 观察组出现轻度水肿 2 例, 腹部胀满不适 1 例, 不良反应发生率为 6.67%。对照组出现轻度水肿 5 例, 腹部胀满不适 3 例, 出血未止 2 例, 不良反应发生率为 24.39%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 2 组止血时间、住院时间及中医证候积分比较 见表 2。治疗后, 观察组的止血时间和住院时间均短于对照组($P < 0.05$), 中医证候积分低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组止血时间、住院时间及中医证候积分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	止血时间(d)	住院时间(d)	中医证候积分(分)
观察组	45	3.27 \pm 1.03	12.34 \pm 3.87	5.88 \pm 2.46
对照组	41	5.69 \pm 2.64	28.72 \pm 6.63	15.18 \pm 6.25
t 值		6.782	8.526	9.127
P		<0.05	<0.05	<0.05

5 讨论

目前临床治疗消化性溃疡合并失血性休克主要是在吸氧、抑酸、输血、抗休克等基础上静脉滴注奥美拉唑治疗, 具有一定的治疗效果。奥美拉唑是一种 $H^+ - K^+ - ATP$ 酶抑制剂, 静脉推注治疗消化性溃疡并出血, 可迅速提高胃内 pH 值, 促进黏膜溃疡或糜烂面愈合而达到止血的目的^[2]。但有研究表明, 单纯使用奥美拉唑治疗消化性溃疡并出血具有一定的局限性, 且不良反应发生率较高^[3], 已不能满足临床治疗需要。

中医学认为消化性溃疡合并失血性休克属吐血、便血范畴, 主要由于血不循经而外溢于胃、肠所致。本研究主要针对肝胃不和证进行辨证施治, 主要指肝气郁结, 胃失和降, 以脘胁胀痛、噯气、吞酸、情绪抑郁等为主要表现的证候。肝气郁结, 疏泄失职, 可见情志郁闷、善叹息, 或烦躁易怒、胸胁胀痛; 肝气横逆, 气滞于胃, 胃气上逆, 则表现为胃脘胀痛, 呃逆、噯气; 肝气犯胃, 气滞不行, 日久影响血液运行而致血瘀, 则表现为胁肋胃脘疼痛固定, 痛如针刺, 甚则损伤脉络, 而见吐血、便血。治疗应以疏肝理气、和胃降逆为主。舒肝养胃汤中黄芪、白及收敛止血, 能保护胃黏膜以促进再生; 香附、陈皮、紫苏梗理气健脾, 行气宽中; 桂枝、高良姜温中和胃止痛; 鸡内金导滞和中; 白术、党参、茯苓健脾益气, 燥湿利水; 黄连泻火解毒、清热燥湿; 白芍、炙甘草养血敛阴, 柔肝缓急、安中。诸药合用, 共奏疏肝理气、和胃降逆之功效。

本研究结果提示, 舒肝养胃汤联合西药治疗消化性溃疡并失血性休克, 可有效改善患者的休克症状, 缩短止血时间和住院时间, 临床疗效优于单纯西药治疗, 值得临床借鉴。

[参考文献]

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1866-1877.
- [2] 何金木, 董明国. 人参胃康片防治胃溃疡药理学研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2008, 16(3): 182-184.
- [3] 萧树东, 许国铭. 中华胃肠病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 552-557.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)