

升清益胃汤及穴位敷贴治疗老年消化性溃疡临床效果观察

邱松玲¹ 贺红燕²

1. 泰安市中医二院, 山东 泰安 271000; 2. 泰安市中医医院, 山东 泰安 271000

[摘要]目的 探究升清益胃汤及穴位敷贴治疗老年消化性溃疡临床效果。方法 选择2021年1月至2021年12月收治的老年消化性溃疡患者80例为研究对象,分为实验组与对照组,每组40例,对照组患者应用四联疗法,实验组添加升清益胃汤及穴位敷贴治疗。最终观察患者治疗前后镜下溃疡面愈合情况、幽门螺旋杆菌清除率、症状变化、不良反应、生活质量、舒适度评分、满意度。**结果** 实验组患者的幽门螺旋杆菌根除率更高,与对照组比较,差异显示为 $P < 0.05$ 。实验组患者的治疗有效率明显更高,与对照组比较,差异显示为 $P < 0.05$ 。实验组患者治疗后腹胀症状评分、腹痛症状评分、呕吐症状评分低于对照组, $P < 0.05$ 。实验组与对照组的不良反应发生率无明显差异, $P > 0.05$ 。**结论** 老年消化性溃疡患者应用升清益胃汤及穴位敷贴治疗,具有显著治疗效果,可在临床推广及使用。

[关键词]老年消化性溃疡;升清益胃汤;穴位敷贴

[中图分类号] R573.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-2269(2023)06-041

消化性溃疡是在各种致病因子作用下,黏膜发生炎症、坏死,病变可深达黏膜肌层。常见于和胃酸接触的消化道黏膜,以胃、十二指肠最为常见,主要由于黏膜受到酸性胃液而引发,需及时给予有效治疗,避免诱发上消化道出血^[1]。有研究指出,消化性溃疡的发生与幽门螺杆菌感染有直接关系,为提高溃疡的愈合等级、减少溃疡的复发,清除幽门螺杆菌治疗尤为重要。虽然部分幽门螺杆菌阳性的胃溃疡患者实施根除幽门螺杆菌治疗后,溃疡并发症与复发率均明显降低,但仍存在部分患者无法治愈^[2]。祖国医学并无“消化性溃疡”病名,根据临床表现多归属“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”等范畴^[2]。因其与胃痛关系密切,近代医家对其研究颇多。认为其病因病机主要为外邪犯胃、饮食伤胃、情志不畅、脾胃虚弱、胃阴不足、胃络瘀阻等。消化性溃疡采用中医辨证分析,主要为脾虚气滞证,其病程漫长,脾胃气虚,病情反复,因机体抗病能力降低,病邪侵入,诱发炎症,具有炎症迁延不愈、气机阻滞特点^[3]。我院对消化性溃疡患者应用升清益胃汤及穴位敷贴治疗取得显著效果,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2021年1月至2021年12月期间于我院治疗的幽门螺旋杆菌(Hp)阳性的消化性溃疡患者80例为研究对象,分为实验组与对照组,每组各40例。其中对照组,男26例,女14例;年龄22-68岁,平均(44.65±5.73)岁;十二指肠溃疡患者是26例,胃溃疡患者是14例。实验组男29例,女11例;年龄21-69岁,平均(44.16±5.64)岁;十二指肠溃疡患者是25例,胃溃疡患者共15例。参照组、研究组患者一般资料比较, $P > 0.05$ 。

1.2 纳入与排除标准

西医诊断标准:以《实用内科学》(第13版)为依据,经电子胃镜检查符合消化性溃疡诊断标准,经14C呼气试验或唾液检测幽门螺旋杆菌的方法明确幽门螺旋杆菌阳性。

中医诊断标准:以《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017)》为依据,主症:胃脘灼痛或隐痛;饥不欲食,嘈杂似饥;次症:干呕;口干不欲饮;纳呆食少;大便秘结。辨证分型为胃阴不足型。

纳入标准:参考上述诊断标准,确诊疾病;资料齐全;认知正常;自愿参加本研究。排除条件:近4周使用抑酸药及抗幽

门螺旋杆菌感染药物;胃癌或有恶变可能的胃溃疡;心肺等重要器官功能障碍;上消化道大出血;穿孔,幽门梗阻;药物过敏;不配合研究者。两组患者一般资料对比分析, $P > 0.05$ 。

1.3 方法

对照组患者应用四联疗法:前14天,服用雷贝拉唑肠溶片(成都迪康药业有限公司)口服10mg/次2次/天;阿莫西林克拉维酸钾口服2粒/次2次/天;克拉霉素口服500mg/次2次/天;胶体果胶铋胶囊口服150mg/次4次/天。随后,单用雷贝拉唑肠溶片治疗,10mg/次,口服,2次/天,持续治疗6周。

实验组患者在对照组治疗基础上应用升清益胃汤及穴位敷贴治疗:①升清益胃汤:药物组成是麦冬、生地黄、党参各20g,白术、海螵蛸、百合各12g,白芍30g,太子参10g,北沙参、玉竹、枳壳各9g,陈皮、川楝子、白及、甘草各6g。以上药物由我院煎药室制成,每袋200ml,每天2次,每次1袋。②穴位敷贴:药物组成是厚朴、延胡索、女贞子、白附片、吴茱萸等,研磨成细粉,取茶油调和成糊状,制作成圆饼(直径是2cm),3h/次,隔天1次,持续治疗6周。

1.4 观察指标

对比两组患者的幽门螺旋杆菌清除率、溃疡愈合程度、症状积分、不良反应,对比分析。

①溃疡愈合程度:使用胃镜诊断,分为显效、有效与无效三个等级,若溃疡消失,即为显效;溃疡面积减少50%-99%,表示好转;其余情况则是无效。

②幽门螺旋杆菌清除率:使用14C呼吸试验或唾液检测幽门螺旋杆菌方法,若结果为阳性,则表示感染;若为阴性,表示根除成功。

③以《胃肠疾病中医症状评分表》为依据,对治疗前后症状变化综合评估,包括呕吐、腹痛、腹胀,0分无症状,1分为轻微症状;症状轻微,对日常生活几乎无影响记2分,症状严重,对患者工作能力、日常生活能力产生影响,即为3分。

1.5 统计学方法

使用SPSS20.0软件分析本研究数据,计数资料使用 χ^2 检验(%表示),计量资料使用T检验($\bar{x} \pm s$ 表示),差异 $P < 0.05$,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者幽门螺旋杆菌根除率比较

对于H.pylori根除率, 实验组明显更优, $P < 0.05$, 统计学意义存在。如表1所示。

表1 两组患者幽门螺杆菌根治率比较 (n%)

组别	n	阳性	阴性	阳性率
对照组	40	29 (72.50%)	11 (27.50%)	29 (72.50%)
实验组	40	37 (92.50%)	3 (6.00%)	37 (92.50%)
χ^2	/	/	/	4.5662
P	/	/	/	0.0412

2.2 两组患者治疗效果比较

对比治疗有效率, 实验组明显更高, 与对照组比较, 差异

$P < 0.05$, 统计学意义存在。如表2所示。

表2 两组患者治疗效果比较 (n%)

组别	n	治愈	好转	无效	有效率
对照组	40	16 (40.00%)	16 (40.00%)	8 (20.00%)	32 (80.00%)
实验组	40	23 (57.50%)	15 (37.50%)	2 (4.00%)	38 (95.00%)
χ^2	/	/	/	/	4.1143
P	/	/	/	/	0.0432

2.3 症状评分分析

研究组治疗后腹胀症状评分、腹痛症状评分、呕吐症状评分低于对照组, $P < 0.05$ 。如表3所示。

表3 两组症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	腹胀评分		腹痛评分		呕吐评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	2.38 ± 0.43	2.45 ± 0.55	2.37 ± 0.46	1.08 ± 0.55	0.98 ± 0.54	0.82 ± 0.27
实验组	40	2.36 ± 0.47	2.42 ± 0.54	2.38 ± 0.48	0.44 ± 0.17	0.46 ± 0.17	0.39 ± 0.12
t 值	/	0.4423	6.7343	0.5463	6.8232	0.6734	9.3244
P 值	/	0.7684	0.0000	0.6712	0.0000	0.4121	0.0000

2.4 两组患者不良反应比较

对比不良反应发生率, 实验组与对照组比较, 差异 $P > 0.05$, 差异无统计学意义。如表4所示。

表4 两组患者不良反应比较 (n%)

组别	n	恶心呕吐	腹胀	头晕头痛	发生率
对照组	40	2(5.00%)	1(2.50%)	0 (0)	3 (7.50%)
实验组	40	2(5.00%)	1(2.50%)	1(2.50%)	4 (10.00%)
χ^2	/	/	/	/	1.5634
P	/	/	/	/	0.8934

3 讨论

消化性溃疡属于消化系统疾病, 表示十二指肠、胃慢性溃疡, 还可发于胃空肠吻合口、食管下段等^[4]。该溃疡形成与胃蛋白酶、胃酸消化作用存在相关性。消化性溃疡主要发病人群为青壮年, 且男性多于女性, 老年消化性溃疡患者数量不断升高。胃溃疡在发病后出现胃部疼痛现象, 给患者带来痛苦。消化性溃疡病因复杂, 包括药物使用、不良生活习惯、情绪变化、饮食结构、气候变化、环境变化、遗传等。部分消化性溃疡患者存在疾病史、家族病史^[5]。中医将慢性消化性溃疡的病因总结为肝气犯胃型、寒邪客胃型、饮食伤胃型、胃阴不足型。其中胃阴不足型是因劳倦过度, 饮食所伤, 久病脾胃受损, 而致素体不足; 肾阳不足, 失于温煦, 而致中焦虚寒, 脾胃虚崩, 致胃失温养, 诱发此病; 或饮食过量的寒凉药物, 损伤脾胃之阳, 也可引起疾病^[6]。以上病因可单独出现或者合并出现。现代中医认为, 消化性溃疡不仅与饮食失调、外邪犯胃相关, 还与因虚或因瘀致痛、情志致病相关, 中阳不运、脾胃虚寒可引起胃脘隐痛, 时泛清水, 喜温喜按, 纳呆便塘; 胃失濡润、胃阴不足可致阴虚胃痛^[7]。

我院对胃阴不足型消化性溃疡患者应用升降益胃汤治疗, 取得显著效果。升降益胃汤具升清降浊、养阴益胃功效^[8]。药方中, 麦冬、生地黄属甘凉益胃药, 具生津润燥、养阴清热功效; 甘草酸、白芍具滋阴增液、柔肝止痛作用; 白术、党参具益气健脾功效, 寓降于升之中, 以臻升降得宜, 旺中气, 降胃气; 陈皮具理气健脾和胃功效, 补而不滞; 川楝子可疏肝解郁; 白及具消肿生肌、收敛止血功效; 海螵蛸具制酸止痛、收敛和胃功效; 甘草可调和众药。以上众药共奏升清降浊、养阴益胃功效。穴位

贴敷属于中医外治法, 在治疗老年消化性溃疡患者时, 可益气健脾、养阴益胃, 还可刺激中脘穴、三阴交穴、足三里穴, 达到止呕吐、除腹胀、止胃痛作用。本研究中, 实验组患者的幽门螺杆菌根除率更高, 与对照组比较, 差异显示为 $P < 0.05$ 。实验组患者的治疗有效率明显更高, 与对照组比较, 差异显示为 $P < 0.05$ 。实验组患者治疗后腹胀症状评分、腹痛症状评分、呕吐症状评分低于对照组, $P < 0.05$ 。提示升清益胃汤及穴位敷贴治疗能够提高治疗有效率。现代药理学提出, 枳壳具有调节胃肠平滑肌的作用, 解痉止痛, 缓解胃痛, 还可抗溃疡。白及成分具有保护胃黏膜、修补毛细血管缺损、促进创面愈合与生长的作用。白术能够促进创面愈合和生长, 促使血清SOD水平升高, 促使MDA水平降低, 达到抗氧化应激作用, 治疗胃溃疡。本研究分析升清益胃汤及穴位敷贴治疗安全性发现, 实验组与对照组的不良反应发生率无明显差异, $P > 0.05$ 。提示升清益胃汤及穴位敷贴具有较高安全性。

综上所述, 老年消化性溃疡患者应用升清益胃汤及穴位敷贴治疗, 具有显著治疗效果, 可在临床推广及使用。

参考文献

- 詹士宝, 曹正龙. 不同质子泵抑制剂四联疗法治疗幽门螺杆菌Hp相关性消化性溃疡的临床疗效比较[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2020, 15(21): 59-60.
- 刘飞. 分析雷贝拉唑三联疗法治疗耐药性HP相关性消化性溃疡的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2020, 18(19): 113-114.
- 张汇升. 柴胡疏肝散联合西药治疗老年消化性溃疡临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(19): 3225-3227.
- 蔡芹. 雷贝拉唑联合奥美拉唑治疗幽门螺杆菌感染性消化性溃疡的临床疗效及安全性分析[J]. 中国实用医药, 2021, 16(4): 151-153.
- 文琪, 何毅, 王明选. 柴平汤联合中药穴位贴敷治疗老年肝胃不和型消化性溃疡的临床观察[J]. 老年医学与保健, 2021, 27(6): 1256-1260.
- 陈香莲. 升清益胃汤及穴位敷贴治疗老年消化性溃疡临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(4): 554-557.
- 王争艳, 李正军. 健胃止血合剂联合穴位贴敷治疗老年胃热内盛型消化性溃疡出血的疗效及对凝血功能、免疫球蛋白及炎症因子的影响[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(8): 1638-1642.
- 陈培峰, 董堃, 高博, 等. 新加三合汤辅助瑞巴派特治疗消化性溃疡48例的临床疗效[J]. 中外医疗, 2021, 40(3): 174-176.