

用,故可达到活血不动血的目的^[6]。本观察结果显示,补阳还五汤加味治疗幕上硬膜外血肿疗效较好,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 1998:332-333.
- [2] 李飞. 方剂学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:1300-1301.
- [3] 李季泓. 黄芪的药理作用研究[J]. 辽宁中医药大学学

报, 2009, 11(4):188.

- [4] 马廷刚, 房景奎. 黄芪在补阳还五汤中的作用机制探讨[J]. 吉林中医药, 2009, 29(6):521-522.
- [5] 寇绍杰. 补阳还五汤治疗颅脑损伤后遗症 28 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2001, 10(8):747-748.
- [6] 木海鸥, 苏孝共. 地龙的药理研究概要[J]. 中国药业, 2007, 16(1):61-62.

(编辑:高锦丽)

胃疡片治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的临床研究

邹志红, 王小军, 廖慧

衡阳市中医医院消化内科, 湖南 衡阳 421001

[摘要]目的:观察胃疡片联合三联疗法治疗幽门螺杆菌(Hp)相关性消化性溃疡的临床疗效。方法:将 470 例内镜检查为胃及十二指肠溃疡活动期,且 Hp 检验阳性的患者随机 2 组各 235 例。对照组采用三联疗法;治疗组在对照组治疗基础上加用胃疡片(黄芪、白芍、丹参、蒲公英、柴胡、枳实、黄连、吴茱萸、沉香、三七粉、白及)治疗。疗程 4 周。结果:临床总有效率治疗组为 100%,对照组为 93.6%,2 组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。胃镜痊愈率治疗组为 88.9%,对照组 73.2%,2 组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论:胃疡片联合三联疗法治疗 Hp 相关性消化性溃疡,可以显著改善临床症状,提高溃疡愈合率及 Hp 清除率。

[关键词]消化性溃疡;幽门螺杆菌;中西医结合疗法;胃疡片

[中图分类号]R573.1 **[文献标识码]**A **[文章编号]**0256-7415(2010)04-0051-02

消化性溃疡是一种全球性常见多发疾病,其发病率呈逐年上升趋势^[1]。大量研究已证明,幽门螺杆菌(Hp)感染是引起消化性溃疡的重要病因,根除 Hp 可有效治愈溃疡,缩短溃疡愈合时间,还可降低溃疡复发率^[2]。以 PPI 为基础的三联疗法是临床治疗消化性溃疡的常用药物,但是 Hp 出现抗生素耐药,且耐药率越来越高,耐药的抗生素种类逐渐增多,我国大多数地区 Hp 耐药已成为一个影响 Hp 根除的严重问题^[3],三联疗法对 Hp 相关性消化性溃疡的疗效有下降趋势。笔者采用胃疡片联合三联疗法治疗 Hp 相关性消化性溃疡,收到较好的疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断标准:长期反复发生周期性、节律性的慢性上腹部疼痛,应用碱性药物可缓解;上腹部有局限性深在压痛;内窥镜检查可见到活动期溃疡。中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4],分为气滞证、郁

热证、瘀血证。

1.2 一般资料 观察病例共 470 例,随机分为 2 组,各 235 例。治疗组男 119 例,女 116 例;年龄 18~79 岁,平均 37.6 岁;胃溃疡 90 例,十二指肠溃疡 145 例,复合性溃疡 0 例。对照组 235 例,男 102 例,女 133 例;年龄 20~73 岁,平均 46.9 岁;胃溃疡 82 例,十二指肠溃疡 151 例,复合性溃疡 2 例。2 组一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用三联疗法治疗。泮托拉唑,每次 40mg,每天 2 次,口服;克拉霉素,每次 500mg,每天 2 次,口服;阿莫西林,每次 1000mg,口服,每天 2 次。疗程 2 周。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用中药胃疡片。组成:黄芪、白芍各 15g,丹参 20g,蒲公英 30g,柴胡、枳实各 10g,黄连 12g,吴茱萸、沉香、三七粉各 6g,白及 10g。由

[收稿日期]2009-11-24

[作者简介]邹志红(1966-),女,副主任医师,从事中西医结合诊治脾胃病研究。

本院制剂室生产成片剂，每片 80mg。饭前服 2 片，每天 3 次，疗程 2 周。

2 周后，治疗组继续服用胃疡片加泮托拉唑 40mg，每天 1 次；对照组服用泮托拉唑 40mg，每天 1 次，疗程 4 周。第 42 天复查内镜并检测 H_p 。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗 2 周后行胃镜检测，治疗前后 2 组患者进行临床症状观察，卡式呼气 H_p 检测。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件包，计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[4]相关标准制定。临床痊愈：疗程结束后，症状消失或基本消失，症状积分减少 $\geq 95\%$ 。显效：疗程结束后症状明显改善，症状积分减少 $\geq 70\%$ 。有效：疗程结束后症状有好转，症状积分减少 $\geq 30\%$ 。无效：症状无明显好转，症状积分减少不足 30%。

4.2 胃镜疗效标准 痊愈：溃疡及周围炎症全部消失。显效：溃疡消失仍有炎症。有效：溃疡面缩小 50% 以上。无效：溃疡面缩小不及 50%。

4.3 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 100%，对照组为 93.6%，2 组比较，差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。

表 1 2 组临床疗效比较						例
组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	235	186	23	26	0	100 ^①
对照组	235	163	30	27	15	93.6

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.4 2 组胃镜疗效比较 见表 2。胃镜痊愈率治疗组为 88.9%，对照组为 73.2%，2 组比较，差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。

表 2 2 组胃镜疗效比较						例
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	痊愈率(%)
治疗组	235	209	11	15	0	88.9 ^①
对照组	235	172	25	30	8	73.2

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.5 2 组 H_p 根除率比较 治疗后治疗组检测 H_p 阴性者 201 例，根除率为 85.5%；对照组检测 H_p 阴性者 182 例，根除率为 77.4%。2 组 H_p 根除率比较，差异有显著性意义

（ $P < 0.05$ ）。

5 讨论

消化性溃疡属于中医学胃脘痛、吐酸、嘈杂等范畴。饮食、情志等各种致病因素综合作用，导致肝脾不和、气滞血瘀、气血失调而发病，胃络瘀阻是关键，郁热困阻是标象。董建华教授^[5]根据胃为水谷之腑，六腑者传化物而不藏，以通为用，以降为顺的特点，认为通降乃治胃之大法。胃疡片具有理气止痛、清热制酸、活血化瘀的作用。方以黄芪、丹参、蒲公英为君药。黄芪补益中气；丹参活血化瘀，凉血消痛；蒲公英甘苦而寒，清热解毒，为清胃之要药，蒲公英合黄连清热益胃；吴茱萸能温中解郁，止痛降逆，与黄芪同用，可散寒燥湿而助脾胃之阳，与黄连配伍，仿左金丸之意，可疏肝和胃、清热燥湿；柴胡、白芍疏肝和胃，理气止痛；白及性收而涩，能入血分以泄热消肿，能生肌止血；三七粉既可止血，又可活血散瘀定痛；枳实、沉香理气通降。现代医学研究黄连、丹参、蒲公英、柴胡、枳实、白及均具有不同程度抑灭幽门螺旋杆菌的作用。

从现代医学来看， H_p 感染与消化性溃疡的发病及复发密切相关，根除 H_p 是治疗 H_p 相关性消化性溃疡最有效的治疗方法，可以明显降低消化性溃疡的复发率。研究表明，胃疡片联合三联疗法可以提高 H_p 清除率，在临床症状的改善上也具有优势。胃疡片治疗 H_p 相关消化性溃疡具有患者依从性好、无毒副作用、价格较便宜等优势。同时从综合研究可以看出，联合使用胃疡片可显著改善症状，提高溃疡愈合率、 H_p 根除率，值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 陈灏珠. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1866-1867.
- [2] 胡品津, 胡伏莲. 中华医学会第四次全国幽门螺杆菌学术会议纪要[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(11): 698-699.
- [3] 张万岱, 萧树东, 胡伏莲, 等. 幽门螺杆菌共识意见[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(2): 126-127.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [5] 王长洪. 董建华的脾胃学术思想[J]. 南京中医药大学学报, 1999, 15(4): 199-200.

(编辑: 马力)