

幽门螺杆菌感染性胃病给予中医药治疗的效果研究

付晓乐

衡阳市中心医院中医科 421001

[摘要] 目的 探讨幽门螺杆菌感染性胃病给予中医药治疗的临床疗效。方法 将 84 例幽门螺杆菌感染性胃病肝胃郁热型患者按照随机均等原则分为研究组（自拟中药方）与对照组（常规西医）。对比两组治疗效果。结果 治疗后，研究组中医证候积分低于对照组，总有效率高于对照组，Hp 清除率高于对照组，不良反应少于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论 中医药在幽门螺杆菌感染性胃病治疗中效果更为理想。

[关键词] 幽门螺杆菌；感染性胃病；中医药

[中图分类号] R259

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 03-131-02

幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*, Hp）是胃肠疾病一个常见致病因素，而幽门螺杆菌感染性胃病治疗关键是提升幽门螺杆菌清除率。当前，临床上多采用西医药物治疗幽门螺杆菌感染性胃病，但在 Hp 耐药、药物副作用等方面仍存在较多问题。近年来，中医对幽门螺杆菌感染性胃病的研究不断深入，并提出较多治疗方案。本研究旨在深入探讨自拟中药方治疗幽门螺杆菌感染性胃病的效果，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取 2016 年 9 例-2017 年 9 月本院收治的幽门螺杆菌感染性胃病患者 84 例。符合“慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见”诊断标准^[1]及《中医内科常见病诊疗指南》中肝胃郁热型辨证标准^[2]。按照随机均等原则分组，各 42 例。研究组男 24 例，女 18 例；年龄 22-65 岁，平均（39.24±2.54）岁；病程 6 个月-10 年，平均（8.15±1.46）年；28 例为慢性浅表性胃炎，14 例为慢性萎缩性胃炎。对照组男 22 例，女 20 例；年龄 21-68 岁，平均（39.34±2.60）岁；病程 6 个月-11 年，平均（8.18±1.50）年；27 例为慢性浅表性胃炎，15 例为慢性萎缩性胃炎。两组一般资料对比， $P > 0.05$ ，可对比。本研究经医院伦理委员会批准。排除合并消化性溃疡、胃黏膜病变疑似恶变者。

1.2 方法

对照组：30mg/次兰索拉唑肠溶胶囊（生产厂家：四川仁制药有限公司，批准文号：国药准字 H20093522）口服，1 次/d；0.5g/次克拉霉素胶囊（生产厂家：开封制药有限公司，批准文号：国药准字 H20068098）口服，2 次/d；1.0g/次阿莫西林胶囊（生产厂家：葵花华威得菲尔药业有限公司，批准文号：国药准字 H13021077）口服，每 12 小时 1 次。对照组采用自拟中药治疗，药方包括大黄、炙甘草、黄连各 6g；黄芩、枳实、法半夏、栀子各 10g，柴胡 12g，鱼腥草、瓜蒌、白芍各 15g，蒲公英 30g。针对偏胀满者，添加莱菔子 12g，青皮 10g；针对偏黑便者，添加三七粉 3g，白及 10g；针对偏口干舌燥者，添加五味子 10g，生地 20g。以上药方以水煎服，分三次饭前服。两组一个疗程均为 2 周，持续治疗 2 个疗程。治疗结束 4 周后评估疗效。

1.3 观察指标和评定标准

①观察两组就诊时、治疗后中医证候积分变化，包括食欲不振、疲劳乏力、烧心反酸、腹胀腹痛、嗝气呃逆，采用 0-3 分评分法，总分范围为 0-15 分，得分越高，情况越差。以中医证候积分减分率评估疗效：中医证候积分降低 >95%，为临床治愈；降低 70%-95%，为显效；降低 30%-69%，为有效；降低 <30%，或加重，为无效。总有效率 = 临床治愈率 + 显效率 + 有效率^[3]。②治疗结束 4 周后，以 14C-尿素呼气实验检测 Hp，计算清除率。③观察两组治疗期间不良反应发生情况。

1.4 统计学分析

以 SPSS19.0 统计学软件分析数据资料。计数资料样本容量 $n > 40$ ，且理论频数 $T > 5$ 时，用 χ^2 检验； $n > 40$ ，但 $1 < T < 5$ 时，

用校正 χ^2 检验； $n < 40$ 或 $T < 1$ 时，用 Fisher 确切概率法检验。计量资料以均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ），以 t 检验。 $P < 0.05$ 表示有统计学差异。

2 结果

2.1 两组中医证候积分对比

治疗后，研究组中医证候积分低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1：两组中医证候积分的对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	就诊时	治疗后
研究组	9.54±1.69	2.05±0.56
对照组	9.46±1.58	4.07±0.42
t	0.224	18.702
P	0.412	0.000

2.2 两组中医证候疗效对比

研究组总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2：两组中医证候疗效的对比（n）

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率（%）
研究组	42	17	15	9	1	97.62
对照组	42	15	12	7	8	80.95
χ^2						4.48
P						0.034

2.3 两组 Hp 清除率对比

研究组 Hp 清除率为 95.24%（40/42），对照组则为 76.19%（32/42），结果有统计学意义（ $\chi^2 = 6.22$ ， $P = 0.013$ ）。

2.4 两组不良反应对比

研究组无一例出现不良反应。对照组出现 3 例胃肠道反应加重，2 例失眠，1 例皮疹，发生率为 14.29%。两组有统计学意义（ $\chi^2 = 4.49$ ， $P = 0.034$ ）。

3 讨论

当前，西医多采用三联疗法治疗幽门螺杆菌感染性胃病，如联用兰索拉唑、克拉霉素、阿莫西林。但西医三联疗法极易导致患者出现胃肠道不适加重、头晕、头痛等不良反应，长期应用还可损伤肝肾功能。

中医认为，慢性胃炎属于“痞满”、“胃脘痛”、“反酸”等范畴，且病情缠绵，经久难愈。本研究患者病程均较长，且就诊时处于急性发作期，中医辨证分型为肝胃郁热型，病因病机为气滞血瘀，久病入络。临床治疗需以疏肝理气、活血化瘀、清胃泄热为主。自拟药方中，白芍、枳实等可疏肝理气；蒲公英可清胃、祛郁热；法半夏、茯苓能健脾和胃；大黄具有活血化瘀、通腑泄热的作用。现代药理学发现，黄连有较强抑菌作用，对 Hp 敏感度较高^[4]。治疗期间按照患者病症辨证加减，不仅能自根源上控制疾病，还能控制药物本身所致损伤。本研究治疗后，研究组中医证候疗效、Hp 清除率均较对照组更为理想。提示在幽门螺杆菌感染性胃病治疗中实施中医辨证治疗，能提升 Hp 清除作用，改善患者临床

（下转第 134 页）

绝骨穴来预防^[17]。而当发现中风先兆时则可调节饮食起居来改善,《证治汇补·中风》“平人手指麻木,不是眩暈,乃中风先兆,须预防之,宜慎起居,节饮食,远房帑,调情志。张仲景^[18]在《金匱要略》中则是明确提出了中风的预防方法,并指出在未病阶段要注重养生、预防中风发作的观点;同时还提出了有病需及早治疗,以防病情加重及疾病进一步传变,主动截断病程,这一过程充分的体现了“治未病”的思想^[19,20]。说明准确的把握不同疾病的干预时机是针灸治未病取效的重要因素。

3 问题与展望

随着社会的发展、科学技术的进步以及人民群众生活水平的日益提高,疾病医学正在向健康医学转变,近几年来,中医养生保健从国家政策层面也得到了足够的重视,政府部门积极推行“未病先防、既病防变”的中医理念,在整个医疗行业产生了巨大的影响^[21]。针灸治未病是一种整体协调性的干预方式,是以针灸为本,在适宜的时机,通过鼓舞正气、利关节和气血,使速去邪,邪去而正自复,正复而病自愈,是通过调动内源性的防御保护机制来预防疾病,产生良性调节的作用^[22],因此针灸治未病必将越来越予以重视。

【参考文献】

- [1] 梁凤霞,王华,孔立红.针灸治未病特色探析[A].针灸经络研究回顾与展望国际学术研讨会会议论文.2010.
- [2] 王苏娜,韩励兵,易荣.浅议针灸“治未病”[J].中国针灸,2009,29(08):667-669.
- [3] 方芳,周海纯.针灸“治未病”刍议[J].针灸临床杂志,2014,30(07):69-70.
- [4] 袁沛然.中华医典(第四版)[CD].长沙:湖南电子音像出版公司,2006.
- [5] 胡晓洁,仇烈炜,王兴臣.从“治未病”浅论缺血性中风的二级预防[J].江苏中医药,2013,45(09):20-21.
- [6] 杨春华.针灸介入时机对于中医治未病的意义[J].中国卫生标准管理,2014,5(06):43-45.

(上接第 130 页)

不但对患者起到淡渗利湿的作用,还能调和诸药^[2]。再与耳穴贴压相结合,可以达到标本兼治,共同发挥补血固以及调经血的治疗作用^[3]。

综上所述,对月经过少患者的临床治疗过程中,积极将归肾丸加减治疗与耳穴贴压治疗相结合,效果极佳。

(上接第 131 页)

症状。此外,研究组无一例出现不良反应,对照组发生率为 14.29%,提示中医药治疗安全性更高,考虑与中药材取自天然、副作用少等因素有关。

综上所述,中医药在幽门螺杆菌感染性胃病治疗中效果更为理想,值得进行深入研究和推广。

【参考文献】

- [1] 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

(上接第 132 页)

为多发,随着病程的延伸不断下降,起因两虚证的病程多数超过半年时间。

综上所述,病毒性心肌炎热毒证和气阴两虚证相反,前者多见于急性期患者,而且年龄特点偏小,以儿童为主体发病人群;后者多见于慢性期和恢复期患者,而且发病人群以成人为主。

【参考文献】

- [1] 于海睿,皇甫海全,周亚滨等.养心汤加减对病毒性心肌炎(气阴

[7] 郑笑,赵瑞珍.“应时调衡”——中医“治未病”于节气文化中的应用渊藪[J].环球中医药,2016,9(08):963-965.

[8] 崔翔,刘建民,齐凤军等.五运六气学说在针灸治未病中的价值及应用探讨[J].中华中医药杂志,2016,31(05):1797-1800.

[9] 苏临荣,刘媛媛.节气灸“治未病”思想探析及临床应用举隅[J].云南中医中药杂志,2012,33(04):51-52.

[10] 陈慧.试论万全对儿童治未病理论的贡献[J].四川中医,2011,29(06):33-34.

[11] 胡亚男,尚晓玲,杨靖.近 5 年中医体质学说与疾病的相关性研究概况[J].长春中医药大学学报,2010,26(03):455-457.

[12] 竺益芳,吴璐一,吴焕淦.保健灸的适宜时机探要[J].中华中医药学刊,2014,2(32):277-279.

[13] 王洪彬.针灸治未病思想在儿科疾病预防中的应用[J].针灸临床杂志,2013,29(10):55-56.

[14] 张淑君.试论灸法“治未病”[J].中国针灸,2008,28(10):739-741.

[15] 陈芳,陈偶英.调理脾胃治未病的理论研究进展[J].中医药导报,2013,19(11):71-73.

[16] 罗本华,于建春,韩景献.艾灸养生防病方法探讨[J].陕西中医,2011,32(01):79-81.

[17] 王洪彬,李晓泓,孙志芳等.古代医家针灸治未病思想在内科疾病防治中的应用[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(12):1377-1378.

[18] 邱龙,周爽,尤艳利.“治未病”思想在针灸预防中风中的运用及机理研究概况[J].中国中医药信息杂志,2009,16(08):100-102.

[19] 吴粮葶,李瑛,任玉兰.基于数据挖掘技术探析针灸治疗中风后遗症的经穴特点[J].中国针灸,2013,33(02):125-130.

[20] 丁立辉.浅谈用治未病理论指导中风治疗[J].光明中医,2013,28(02):233-234.

[21] 国家中长期科学和技术发展规划纲要(2006—2020 年)[J].中华人民共和国国务院公报,2006(09):7-37.

[22] 钟延进,张锦华,杨慧琳等.从“治未病”理论浅谈慢性疲劳综合征的中医防治[J].湖南中医杂志,2016,32(01):126-127.

【参考文献】

- [1] 逯芳芳.归肾丸加减联合耳穴贴压治疗月经过少的临床分析[J].临床医学工程,2018,25(01):83-84.
- [2] 何惠娟.归肾丸加减治疗肾虚型月经过少病 38 例临床观察[J].光明中医,2016,31(06):801-803.
- [3] 邓志艳.归肾丸加减联合耳穴贴压对月经过少患者血清性激素水平的影响[J].河北中医,2016,38(08):1195-1197.

医结合诊疗共识意见(2011 年天津)[J].中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-743.

[2] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南:西医疾病部分[M].中国中医药出版社,2008:58-59.

[3] 廖莉莉,杨百京.中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床疗效观察[J].重庆医学,2017,46(29):4164-4165.

[4] 王爽,何生虎,孙鹏,等.黄连颗粒剂与水煎剂的主要成分和抑菌效果对比研究[J].动物医学进展,2017,38(5):69-73.

两虚证)患者心肌酶的影响[J].中国中医急症,2017,26(6):1026-1028.

[2] 杨菲菲.二脉养心汤治疗小儿病毒性心肌炎迁延期气阴两虚证观察[J].中医临床研究,2016,8(27):99-100.

[3] 迟青云.小柴胡汤加味治疗急性病毒性心肌炎的临床疗效[J].世界临床医学,2016,10(10):163.

[4] 范帅,崔宏,胡思源等.荣心丸治疗儿童病毒性心肌炎(气阴两虚或兼心脉瘀阻证)的多中心临床研究[J].药物评价研究,2017,40(1):68-74.

[5] 崔宏,范帅,胡思源等.荣心丸治疗病毒性心肌炎(气阴两虚或兼心脉瘀阻证)的多中心临床研究[J].药物评价研究,2016,39(2):245-249.