

大柴胡汤加雷尼替丁治疗消化性溃疡 84 例临床研究

俞辅军¹, 寿洲芳²

(1 浙江省绍兴市中医院, 浙江 绍兴 312000; 2 浙江省珠玑市人民医院, 浙江 珠玑 311800)

摘要: 对 84 例消化性溃疡患者应用大柴胡汤加雷尼替丁进行治疗, 并与 60 例单纯应用雷尼替丁治疗作比较。结果表明: 治疗组治愈率 78.6%, 而对照组治愈率为 53.3%, 治疗组 HP 阴转率 92.2%, 对照组 HP 阴转率 42.8%, 两组比较差异有高度显著性。提示: 中西药联合应用是治疗消化性溃疡的一种高效的方法。

关键词: 消化性溃疡; 幽门螺旋杆菌; 治疗学; 雷尼替丁

中图分类号: R256.33 文献标识码: D 文章编号: 1005-9903(2002)05-0051-02

为探索消化性溃疡的治疗方法, 我们对 1998 年 1 月~2000 年 7 月消化性溃疡的住院患者进行观察, 并在出院后进行了 1.5 年跟踪随访, 共 144 例, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 144 例病例全部经胃镜确诊为消化性溃疡。随机分为治疗组和对照组, 治疗组 84 例, 对照组 60 例。其中男 79 例, 女 65 例, 年龄 18~56 岁, 平均 39 岁。上腹痛 98 例, 腹胀 94 例, 反酸嗳气 46 例, 墨便 18 例。病程最长 18 年, 最短半个月。十二指肠球部溃疡 83 例, 占 57.6%, 胃溃疡 42 例, 占 29.2%, 复合性溃疡 19 例, 占 13.2%。两组年龄、性别、症状、病程及烟酒史相近。

1.2 治疗及观察方法 治疗组用雷尼替丁 0.15g, 2 次/d, 餐前口服, 4 周为 1 疗程。每天加服大柴胡汤(《伤寒论》方), 剂量为: 柴胡、黄芩各 12g, 白芍、枳实、生姜、半夏各 10g, 大黄 1.5g, 大枣 15g, 1 剂/d, 水煎服。对照组用雷尼替丁 0.15g, 2/d, 餐前口服, 4 周为 1 疗程。治疗期间严禁烟酒及刺激性食物。治疗开始第 2 周、第 4 周各测血常规、尿常规、肝、肾功能及电解质各 1 次, 1 个疗程后作胃镜检查 1 次, 记录愈合情况, 治疗前后各作幽门螺旋杆菌(HP)检查 1 次, 每日记录症状缓解情况, 有无毒副作用。

1.3 随访方法: 出院后由内镜室医生负责进行信函或电话随访, 记录随访结果并动员患者来院做胃镜复查, 随访时间 1.5 年。

1.4 疗效判定标准 近期疗效: 痊愈: 为临床症状消失, 内镜下溃疡愈合或达红色或白色瘢痕期; 好转, 为临床症状基本消失, 内镜下溃疡缩小 $\geq 50\%$;

无效, 为临床症状有改善, 内镜下溃疡缩小未达到好转标准; 复发: 凡随访中经胃镜复查有胃镜下溃疡改变者为胃镜复发, 信访或电话回答有上腹痛、反胃及上腹不适等症状者均列为信访复发。

2 结果

2.1 愈合情况(见表 1)。

2.2 HP 阴转情况 治疗组治疗前 HP 阳性 64 例, 占 76.2%, 对照组 HP 阳性 49 例, 占 81.7%, 治疗 1 个疗程后治疗组 HP 阴转 59 例, 阴转率 92.2%, 对照组阴转 21 例, 阴转率 42.8%, 两组对比差异有高度显著性, $P < 0.001$ 。

表 1 治疗组与对照组治疗结果比较

	治疗组			对照组		
	n	治愈例 (%)	有效例 (%)	n	治愈例 (%)	有效例 (%)
十二指肠溃疡	49	42(85.7)	7(14.3)	34	21(61.8)	11(32.4)
胃溃疡	23	16(69.6)	6(26.1)	19	8(42.1)	7(36.8)
复合性溃疡	12	8(66.6)	4(33.3)	7	3(42.9)	2(28.6)
总计	84	66(78.6)*	17(20.2)	60	32(53.3)	20(33.3)
总有效率			98.8%*			86.6%

与对照组比较* $P < 0.001$ 。

2.3 毒副作用 治疗组 2 例病人出现恶心, 1 例出现便秘。3 次复查血、尿常规、肝、肾功能及电解质均未发现异常。

3 讨论

消化性溃疡是一多因素综合引起的病变。在消化性溃疡的发病过程中, 各种原因引起的胃粘膜屏障损伤从而导致胃粘膜对胃酸、胃蛋白酶的侵蚀防御能力减弱可能在发生消化性溃疡的机制中占首要地位。粘膜抵抗力降低使粘膜直接受到损害, 而粘膜抵抗力与粘膜碳酸氢盐致粘膜血流降低有关^[1]。

大柴胡汤是一首传统中医方剂,其主症是“心下急,郁郁微烦”。方中柴胡、黄芩清热解毒,白芍缓急止痛,生姜降逆止呕,甘草、大枣和中、缓急、止痛,大黄、枳实轻下实热,柴胡、白芍、枳实、甘草四药又有疏肝和胃之功。消化性溃疡患者多数都有胃肠实热、胃肠积滞或肝胃郁热的情况,应用本方,有疏肝和胃,轻下实热,缓急止痛之功,体现了中医“六腑以通为用”的辨证思想。现代研究大柴胡汤具有制酸抗菌、改善粘膜血流量的作用。因此,我们根据消化性溃疡的发病机理联合使用大柴胡汤治疗消化性溃疡既达到制酸抗菌又有改善粘膜血流量,提高胃粘膜电位,使粘膜结构完整,保护粘膜减少胃酸、胃蛋白酶的侵蚀作用。

消化性溃疡2年复发率高达60%~80%。研究表明HP感染与十二指肠球部溃疡关系密切,约80%~100%十二指肠球部溃疡患者存在HP感染^[2],其机理是十二指肠球部溃疡患者十二指肠球部pH值降低,导致HP的移生和繁殖,引发溃疡^[3]。因此,HP的根除对治疗消化性溃疡是非常重要的因素^[4]。现代研究大柴胡汤亦有良好的清除HP作用,因而与雷尼替丁联合治疗消化性溃疡取得良好效果,总有效率达98.8%,不失为一种良好治疗消化性溃疡的方法。

消化性溃疡的远期复发问题是国内外学者关注的热门,我院采用住院联合治疗及出院后的维持治

疗预防其复发,经过1.5年的随访分析,十二指肠球部溃疡坚持维持治疗者复发5%,未坚持维持治疗者复发80%($P < 0.01$)。胃溃疡及复合性溃疡组坚持治疗者复发17%,未坚持治疗者均复发($P < 0.01$),胃镜复发率18%。因此,维持治疗是抗复发的关键。本组坚持维持治疗的病例无1例出现严重并发症,也无1例因病情反复加重而入院,说明住院治疗及出院后的维持治疗会明显减少复发。本组治疗中出现的少数副作用,估计与H₂受体阻滞剂有关,但病例少,症状均较轻微,经停药或对症处理后很快恢复。

因此,作者认为消化性溃疡的治疗宜采用中西药联合用药,并坚持长期小剂量维持治疗,控制易发因素,将会显著减少复发。

参考文献:

- [1] Michlkes. Severity of *Helicobacter pylori* gastritis pred[J]. *cts duodenal ulcer recurrency*, 1996, 31(9): 856-862.
- [2] Hunt RH. The role of acid suppression in the treatment of *H. pylori* infection. In: Hunt R, Tytgat GNT ed. *Helicobacter pylori Basic Mechanism to clinic cure* [J]. Kluwer Academic Publishers. Dordrecht, 1994, 584-591.
- [3] 俞峻. 法莫替丁治疗十二指肠球部溃疡40例[J]. 新消化病学杂志, 1995, 3(3): 177.
- [4] 全国多中心临床研究协作组. 低剂量三联疗法根除HP[J]. 中华消化杂志, 1996, 16(4): 195.