

健脾益胃汤治疗非甾体抗炎药相关性胃病的临床观察

● 张 晗 刘金苓 程晓云

摘 要 目的:观察健脾益胃汤对非甾体抗炎药相关性胃病患者(NSAIDs 相关性胃病)的临床疗效。方法:参照本病诊断标准,纳入病例 60 例,随机分为治疗组(30 例)和对照组(30 例)。治疗组给予中药健脾益胃汤口服;对照组给予奥美拉唑口服,疗程均为 2 周。治疗后观察两组中医主要症状积分、中医证候疗效、胃镜下黏膜象。结果:两组在中医主要症状积分、中医证候疗效、胃镜下黏膜象等方面,治疗前较治疗后均有不同程度的改善($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且治疗后两组间比较无显著差异($P > 0.05$)。但中医主要症状积分方面,治疗后治疗组在胃脘胀满、纳呆、嗝气泛酸上优于对照组($P < 0.05$),具有统计学意义。结论:健脾益胃汤治疗 NSAIDs 相关性胃病患者疗效确切,为中医防治 NSAIDs 相关性胃病提供了思路及方法,值得进一步研究及推广。

关键词 健脾益胃汤 非甾体抗炎药相关性胃病 临床观察

非甾体抗炎药(NSAIDs)是一类不含有甾体结构的抗炎药,被广泛用于治疗各种心脑血管、风湿及疼痛发热性疾病。随着其被广泛应用,不良反应的报道日益增多,NSAIDs 导致的不良反应涉及肝、肾、血液、皮肤及胃肠道等多个系统,其中以 NSAIDs 相关性胃肠道损害的报道最为常见^[1],据统计,在美国每年有超过 10 万名患者因服用 NSAIDs 导致胃肠道并发症而住院治疗,年死亡人数达 1.65 万^[2]。中医药在治疗胃肠疾患方面有着独特的优势和特点,本研究运用自拟方健脾益胃汤治疗非甾体抗炎药相关性胃病取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 所选病历均来自 2011 年 9 月至 2013 年 3 月临沂市中医医院脾胃病门诊病人,按照本病纳入标准共纳入 60 例,将其随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例。治疗组男 17 例,女 13 例;最小年龄 18 岁,最大 68 岁,平均年龄 52.73 ± 12.33 岁;病程最短 2 月,最长 21 月。对照组男 16 例,女 14 例;最小年龄 20 岁,最大 69 岁;病程最短 1 月,最长 23 月。两组

患者均有明确长期服用非甾体抗炎药物史,以上数据做统计分析,差别无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准^[3] (1)有明确服用非甾体抗炎药物史;(2)服药前无上腹疼痛、不适、呕血、黑便史;(3)服用非甾体抗炎药物后出现上腹胀满、上腹疼痛、恶心呕吐、呕吐清水、嗝气、泛酸、食欲减退、乏力、口淡、大便稀溏等症状者。

1.3 胃镜诊断标准 参照江巍^[4]等对 NSAIDs 相关性胃病的镜下诊断,拟定本病镜下诊断。

1.4 纳入标准 符合诊断标准者;年龄在 18~70 岁之间的门诊病人;用药前至少 2 周末服用其他对胃黏膜有保护作用及影响胃肠功能的中药或西药;用药时间大于 1 年,因原发病不能或是其他原因不愿意停用 NSAIDs 的患者。

1.5 排除标准 年龄在 18 岁以下或 70 岁以上;妊娠或哺乳期妇女,智力障碍或精神病患者;过敏体质者;合并服用糖皮质激素或其他对胃黏膜有影响的药物者;合并有肝、肾、血液、心血管及免疫系统等严重原发性疾病者;原有或者合并有其他消化系统疾病及可引起消化道症状的其他全身性或慢性疾病者;因出血量较大或者发生穿孔、梗阻等需紧急急诊或外科治

• 作者单位 山东省临沂市中医医院(276000)

疗理者。

1.6 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定本病症状评分标准。根据症状的无、轻、中、重分别记为0、1、2、3分,治疗前后统计积分,根据“尼莫地平法”来判定中医证候疗效。结合文献资料及《中药新药临床研究指导原则》,拟定本病胃镜疗效判定标准。

1.7 治疗方法 治疗组给予健脾益胃汤(主要药物组成:党参30g、白术12g、茯苓20g、炙甘草6g、半夏9g、黄连10g、苍术15g、川朴10g、砂仁10g、豆蔻12g、白及15g、浙贝12g、乌贼骨30g)每日1剂,分早晚两次饭后温服;对照组给予奥美拉唑肠溶片20mg,早、晚饭前半小时口服,疗程均为2周。

1.8 统计方法 所有数据采用SPSS17.0统计软件

进行分析。计量资料,符合正态分布,采用独立样本 t 检验;不符合正态分布,采用秩和检验。计数资料采用卡方检验。等级资料采用秩和检验;率的比较采用Ridit分析。

2 治疗结果

2.1 中医主要症状积分比较 治疗前两组各临床症状积分比较无显著差异($P>0.05$),治疗后均较治疗前有不同程度的好转($P<0.05$ 或 $P<0.01$),具有统计学意义;治疗后两组间比较治疗组在胃脘胀满、纳呆、嗝气泛酸上优于对照组($P<0.01$);两组治疗前后差值比较治疗组在胃脘胀满、纳呆、嗝气泛酸上优于对照组($P<0.01$),具有统计学意义。见表1。

表1 两组治疗前后各临床症状及积分改善情况($\bar{x}\pm s$)

观察指标	治疗组			对照组		
	治疗前	治疗后	前后差值	治疗前	治疗后	前后差值
胃脘胀满	2.10±1.00	0.95±0.03 [#]	1.24±0.12 [*]	2.13±1.00	1.45±0.76	0.65±0.13
胃脘疼痛	2.26±0.18	1.13±0.15	1.13±0.28	2.33±0.10	1.16±0.06	1.16±0.09
纳呆	2.17±0.09	0.87±0.09 [#]	1.30±0.01 [*]	2.16±0.09	1.25±0.08	0.90±0.08
嗝气泛酸	1.57±0.07	0.97±0.09 [#]	0.60±0.15 [*]	1.60±0.06	1.24±0.10	0.36±0.12

注:与对照组治疗后比较,[#] $P<0.01$;与对照组前后差值比较,^{*} $P<0.01$

2.2 中医证候疗效比较 两组中医证候疗效经Ridit分析: $R(\text{治疗组})=0.5436$,95%的可信区间为(0.4627,0.6245), $R(\text{对照组})=0.4564$,95%的可信区间为(0.3755,0.5373),95%的可信区间有重叠, $P=0.1351$,说明治疗后两组间中医证候疗效比较无显著意义。见表2。

表2 两组疗效比较(例)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	2	5	21	2	93.3
对照组	30	1	2	23	4	86.7

注:经Ridit分析,治疗后两组间中医证候疗效比较无显著意义

2.3 胃镜疗效比较 两组治疗后胃镜疗效经Ridit分析: $R(\text{治疗组})=0.5383$,95%的可信区间为(0.4432,0.6335), $R(\text{对照组})=0.4617$,95%的可信区间为(0.36654,0.5568),95%的可信区间有重叠, $P=0.2640$,说明治疗后两组胃镜疗效无显著差异。见表3。

表3 治疗后两组胃镜疗效比较(例)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	18	6	4	2	93.3
对照组	30	14	7	5	4	86.7

注:经Ridit分析,两组胃镜疗效无显著差异

3 讨论

非甾体类抗炎药相关性胃病,是指因应用非甾体类抗炎药引起的胃肠道反应(如恶心、烧心、消化不良等症状),急慢性胃肠黏膜损伤所致的消化性溃疡及并发出血、穿孔^[6],甚至导致死亡。西医对本病的治疗,主要是通过改变剂型、开发新的衍生物、联合运用抑酸药或抗酸药及胃黏膜保护剂、抗HP治疗等措施,效果并不显著,并且增加了患者的经济负担。本研究运用纯中药制剂健脾益胃汤与西药作了比较,结果显示中药在改善胃脘胀满、纳呆、嗝气泛酸等症状方面明显优于西药组。中医虽然无NSAIDs相关性胃病之病名,根据其特点,认为本病应归属于“胃痛”、“痞满”等范畴,根据本病的临床表现认为该病病位在胃,涉

及于脾,病机多以脾虚为本,痰湿为标。脾胃居中焦,具腐熟受纳运化水谷之职,升清降浊,为气机升降之枢纽。《素问·经脉别论》中说:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋,食气入胃,浊气归心,淫精于脉。饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”概括了饮食消化的全部过程,是对脾胃运化水谷精微及输布水液功能的较为全面的认识。饮食不节、感受外邪、情志失调、体虚久病等因素均能损伤脾胃,导致脾胃健运失职,升降失司,水谷精微不得运化,反生湿浊,影响气血运行,致痰湿、瘀血交结胃脘,而表现为胃脘疼痛、痞满等症。脾为湿土,喜燥恶湿,对湿邪的易感性强,湿邪易损伤脾胃,影响脾气升清降浊功能。痰湿易导致脾虚,脾虚日久又使痰湿内生,两者相互影响,互为因果。根据此病机,治疗过程中应虚实并重,健脾益气,提高免疫功能,以故其本;化湿醒脾,改善脾胃功能,以治其标。健脾益胃汤方中党参甘温益气,健脾益胃;茯苓甘淡渗湿,可使湿无所聚,痰无所生,以治生痰之源,二药合用可使脾气健运,痰湿化生无源,共为君药。半夏燥湿化痰,消痞散结,降逆止呕;白术、苍术辛香苦温,为燥湿运脾之要药;厚朴味苦性燥而能燥湿,善于行气除满,气行而湿化,与苍术有相须为用,共奏燥湿健脾之功;豆蔻、砂仁行气燥湿,温中止呕,相须为用,以增强燥湿健脾之功,以上诸药共用以

恢复脾升胃降之机,共助君药达健脾益胃之功效,共为臣药。白及味涩质粘,能够生肌敛疮;乌贼骨味咸涩可制酸止痛,与白及相伍可增强收敛止血之功;乌贼骨微温,浙贝大苦,性寒,二者配合寒热并用,互相制约,而且乌贼骨性善收敛,浙贝性善散结,二者收散兼施,共同辅助脾胃升降功能;黄连味苦性寒,泻火解毒,清热燥湿,共为佐药。炙甘草既可益气,辅助党参、白术健脾益胃,又可和中调药,为使药。诸药合用,功能健脾益气,化湿和胃,取得了较好的临床疗效,值得进一步推广及运用。

参考文献

- [1] Caso P, Galdersisi M, D' Andrea A, et al. Analysis by pulsed Doppler tissue imaging of ventricular interaction in long - distance competitive swimmers. Am J Cardiol, 2002, 90: 193 - 197.
- [2] Singh G. Recent considerations in nonsteroidal antiinflammatory drug gastropathy. Am J Med 1998, 105: 31S - 38S.
- [3] 李 健, 王修齐, 杨桂仙, 等. 药源性消化系统疾病[M]. 第 1 版. 北京: 科学出版社, 2001: 168 - 169.
- [4] 江 巍, 刘 燕, 张淮民, 等. 非甾体抗炎药相关性胃肠道损害的诊断和治疗[J]. 中国现代医生, 2010, 48(10): 10 - 13.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 第 1 版. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124 - 155.
- [6] Laine L. The role of proton pump inhibitors in NSAID - associated gastropathy and upper gastrointestinal symptoms[J]. Rev Gastroenterol Disord, 2003, 3(suppl 4): S30 - S39.

(上接第 26 页)

左腹隐或掣痛 2 月,矢气难。近年来体重减 20 余斤,腰膝疼,午睡易醒,或胸闷心慌,夜晚口干苦,或吐痰涎,脉细濡,舌红苔白。证属脾胃气虚,肝血不足。治宜健脾和胃,理气止痛,补血调血。方投香砂六君子汤合四物汤加味。药用:制香附 10g,砂仁 8g,党参 10g,炒白术 12g,陈皮 10g,法夏 10g,云苓 12g,炙甘草 6g,川芎 10g,白芍 10g,赤小豆 20g,当归 20g,黄芪 20g,白茅根 20g,黄芩炭 10g,熟地 40g,三七粉 10g,玄胡 10g,小茴香 6g。7 剂,水煎服。

3 月 27 日复诊:上症尽剂则血止。

按 患者便血已半月,色鲜少暗,且左腹隐痛 2 月,矢气难,脉细苔白乃脾气亏虚,气不摄血,血溢肠道所致。脾虚不能运化水谷精微,气血生化无源,故而出现体重减、腰膝疼、午睡易醒、或胸闷心慌或吐涎痰。故用香砂六君子汤健脾和胃,理气止痛;加黄芪、三七粉、白茅根益气止血,玄胡以强止痛之功。《平治会萃·血虚阴难成易亏论》云:“阴气一亏于伤,所变之证妄行于上则吐、衄,衰涸于外则虚癆,妄返于下则便红”。说明阴血虚可导致便血,故合四物汤养血补血。

2 小结

《景岳全书·血证》云:“凡治血证,须知其要,而血动之由,惟火惟气耳。故察火者但察其有火无火,察气者但察其气虚气实,知此四者而得其所以,则治血之法无余义矣。”对血证的治疗可概括为治火、治气、治血三个原则。血证涉及多个脏腑组织,陈师在治血证时抓住主要病症兼顾次要病症,标本兼治,治疗时或补其正气,或泻其邪气,或正邪兼顾,根据出血部位的不同酌情选用凉血止血,收敛止血或益气止血的药物,以提高疗效。