

- [11] American Diabetes Association. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of medical care in diabetes-2019 [J]. Diabetes Care, 2019, 42(Suppl 1): S90-S102.
- [12] Hassanein MM, Sahay R, Hafidh K, et al. Safety of lixisenatide versus sulfonylurea added to basal insulin treatment in people with

type 2 diabetes mellitus who elect to fast during Ramadan (LixiRam): An international, randomized, open-label trial [J]. Diabetes Res Clin Pract, 2019, 150: 331-341.

收稿日期 2021-08-01

(编辑 王叶)

扶正消萎汤辅助治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床效果

熊禹¹ 李慧慧² 王红梅¹ 湖南省永州市中心医院 1 药学部 2 消毒供应科 425100

摘要 目的:探究扶正消萎汤辅助治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎(Chronic atrophic gastritis, CAG)的临床效果。**方法:**选取 2018 年 8 月—2020 年 8 月于我院治疗的脾胃虚弱型 CAG 患者 84 例,按随机数字表法分为西药组(42 例)和中西医结合组(42 例)。西药组给予常规西药治疗,中西医结合组在西药组的基础上加用扶正消萎汤治疗。观察比较两组临床效果、中医证候总积分及胃黏膜的情况。**结果:**治疗 1 个月后,中西医结合组临床效果及胃黏膜情况均优于西药组($P < 0.05$);中西医结合组中医证候总积分低于西药组($P < 0.05$)。**结论:**扶正消萎汤辅助治疗脾胃虚弱型 CAG 能有效改善患者的临床症状,促进患者胃黏膜恢复。

关键词 慢性萎缩性胃炎 脾胃虚弱型 扶正消萎汤 奥美拉唑

中图分类号: R573.3⁺1 **文献标识码:** B **doi:** 10.19381/j.issn.1001-7585.2021.22.020

慢性萎缩性胃炎(CAG)是慢性消化系统疾病中的常见病,其主要病因为幽门螺旋杆菌感染^[1]。临床上常采用质子泵抑制剂加抗菌药联合治疗,但其治疗效果欠佳,且长期治疗容易发生耐药性,影响患者预后^[2]。目前,中医学在临床上发展得越来越好,故中医治疗被大量运用于临床^[3]。而在中医学中,CAG 属“胃痛”“胃痞”等范畴,以脾胃虚弱型最为常见^[4]。中医学治疗多讲辨证治之,针对脾胃虚弱型 CAG 的治疗应以“益气健脾”为主^[5],故本文在西药治疗的基础上加用扶正消萎汤治疗,其治疗效果更佳,具体如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 8 月—2020 年 8 月于我院治疗的脾胃虚弱型 CAG 患者 84 例,按随机数字表法分为西药组(42 例)和中西医结合组(42 例)。西药组男 21 例,女 21 例;年龄 20~60 岁,平均年龄(49.36±6.45)岁;病程 1~7 年,平均病程(5.34±1.27)年;萎缩程度:重度 9 例,中度 13 例,轻度 20 例。中西医结合组男 24 例,女 18 例;年龄 18~65 岁,平均年龄(48.62±5.71)岁;病程 1~9 年,平均病程(6.17±1.59)年;萎缩程度:重度 7 例,中度 16 例,轻度 19 例。两组以上一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。纳入标准:经临床及实验室检查确诊为 CAG 者;经内镜检查胃黏膜缺损者;存在面色暗黄、腹满暖气及困倦乏力者;知情同意者;精神正常能主动配合者。排除标准:严重精神障碍、意识模糊者;严重心、肾等功能不全者;对本研究使用药物过敏者;存在胃黏膜病变及消化性溃疡者;近期服用过胃黏膜保护性药物者。

1.2 方法 西药组给予常规西药治疗,即阿莫西林胶囊口服,0.5g/次,1 次/8h;奥美拉唑肠溶片口服,20mg/次,2 次/d。连续治疗 1 个月。中西医结合组在西药组的基础上加用扶正消萎汤治疗,组方:黄芪、山药各 30g,白术、党参、鸡内

金各 15g,玄参 12g,桂枝、陈皮各 9g,炙甘草、莪术各 6g。以上为 1 剂,每日 1 剂,煎好后取汁 400ml,于三餐前温服。连续治疗 1 个月。

1.3 观察指标 治疗 1 个月后,观察比较两组临床效果、中医证候总积分及胃黏膜情况。(1)临床效果划分:无效:患者症状无显著改变,甚至加重,黏膜无变化,幽门杆菌检查示阳性;有效:患者临床症状部分缓解,胃黏膜检查见红区增多、少许暗红斑点;显效:患者绝大部分临床症状减轻或消除,黏膜检查红色为主,无显著的血管显露,幽门杆菌检查示阴性;痊愈:患者的临床症状完全消失,胃黏膜恢复正常。(2)中医证候总积分评定:采用本院自制的问卷,对患者反酸、腹胀、腹痛、暖气及舌黏腻等进行评价,重度:6 分;中度:4 分;轻度:2 分;无:0 分。各项相加之和即为中医证候总积分,分数越低表示患者症状缓解越好。(3)胃黏膜情况采用内镜镜检查,主要观察内镜下黏膜皱襞、血管显露、颗粒状改变及红白相间的情况。

1.4 统计学方法 使用 SPSS19.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间行 t 检验;计数资料以百分数表示,组间行 χ^2 检验,等级资料组间比较采用方差分析; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床效果对比 治疗 1 个月后,中西医结合组临床效果优于西药组,比较差异有统计学意义($Z = 2.308, P = 0.021 < 0.05$),见表 1。

表 1 两组临床效果对比[n(%)]

组别	n	无效	有效	显效	痊愈
中西医结合组	42	1(2.38)	4(9.52)	5(11.90)	32(76.19)
西药组	42	6(14.29)	8(19.05)	7(16.67)	21(50.00)

2.2 两组中医证候总积分对比 治疗前,西药组的中医证

候总积分为(19.58±6.31)分,中西结合组为(20.79±6.54)分;治疗后,西药组的中医证候总积分为(10.37±3.18)分,中西结合组为(5.52±1.96)分。治疗后,两组中医证候总分均降低,且中西结合组低于西药组,两组比较差异有统计学意义($t=8.414, P<0.05$)。

表 2 两组胃黏膜情况对比 [n (%)]

组别	n	皱襞变平或消失		血管显露		颗粒结节增生		红白相间	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西结合组	42	26(61.90)	7(16.67)	32(76.19)	8(19.05)	31(73.81)	6(14.29)	23(54.76)	7(16.67)
西药组	42	24(57.14)	16(38.10)	30(71.43)	17(40.48)	28(66.67)	14(33.33)	25(59.52)	15(35.71)
χ^2		0.198	4.850	0.246	4.613	0.513	5.143	0.1944	3.941
P		0.657	0.028	0.620	0.032	0.474	0.023	0.659	0.047

3 讨论

CAG 多因幽门螺旋杆菌感染、免疫力下降及不良饮食习惯造成,其易发生癌变,癌变率可达 10%^[3],严重影响患者的生活健康,故如何将其治愈十分重要。临床常采用西药联合治疗,但西药治疗不仅会产生耐药性,而且会影响患者的内分泌功能,其临床效果无法完全达到预期。故本院在西药治疗的基础上加用扶正消萎汤中药辅助治疗,以期达到更佳的治疗效果。

CAG 在中医学中属“腹痛”“胃痞”“嘈杂”“痞满”等范畴,其病变位置在胃,而脾胃相依,脾虚则气降,则浊聚于胃,故以脾胃虚弱型多见^[5]。暴饮暴食加之过度劳累使患者胃内阳气消耗,阳气不足致脾胃虚寒,故运化无力,致气、水、血及食等停而为积、为湿、为痰、为毒及为滞,从而影响脾胃气机升降。同时胃胆属中焦,痰热内扰、胆胃不和而致 CAG。故治疗因以益气健脾、理气化痰及和胃止痛为主^[6]。

扶正消萎汤由黄芪、山药、白术、党参、鸡内金、玄参及炙甘草等组成。其中黄芪和党参为君药,有增补脾胃气机的功效,可起到治理脾胃虚弱根本的作用;陈皮和白术为臣药,白术可增强黄芪、党参的功效,陈皮有健脾和中、行气止痛的功效;玄参、莪术、桂枝、山药及鸡内金为佐药,玄参有益气养阴的功效,鸡内金和莪术有消积止痛、破血行气及健脾理气的功效,桂枝有辛甘化阳的功效,山药有健脾和胃、滋养强壮的功效;炙甘草为使药,主要发挥调和全方的作用^[7-8]。诸药合用,共奏活血化瘀、养阴益胃及健脾益气的功效,从而使患者气血共调,促进患者痊愈^[9]。

脾胃虚弱型 CAG 患者多表现为食欲下降、恶心及呕吐等,且有反酸、腹胀、腹痛、暖气及舌黏腻等证候^[10]。本文结果显示,治疗后,中西结合组的临床效果优于西药组($P<0.05$),且中医证候总分低于西药组($P<0.05$)。说明与单纯西药治疗相比,加用扶正消萎汤治疗可进一步改善患者症状,提高临床疗效。分析原因为扶正消萎汤在西药治疗基础上标本兼治,大补脾胃元气、通络解毒,从而使患者气机调畅、脾胃健运,使脾胃纳运恢复正常,气行则血自行、痰自消,进一步改善患者临床症状,促进其恢复^[11]。

脾胃虚弱型 CAG 患者由于感染、胃酸分泌异常等情况使其胃黏膜受损,影响患者的消化功能。临床上多采用内窥镜的方式对患者胃黏膜进行直观检查,可直接、准确地反映出患者胃黏膜情况。本文结果还显示,治疗后,中西结合组

2.3 两组胃黏膜情况对比 治疗前两组胃黏膜情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 1 个月后,两组内镜下黏膜皱襞、血管显露、颗粒状改变及红白相间等黏膜情况较治疗前均好转,且中西结合组优于西药组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

内镜下黏膜皱襞、血管显露、颗粒状改变及红白相间等胃黏膜情况均优于西药组($P<0.05$)。说明与单纯西药相比,扶正消萎汤辅助治疗能进一步改善患者胃黏膜情况。分析原因为奥美拉唑和阿莫西林通过抑制胃酸分泌和抗感染保护胃黏膜,扶正消萎汤在此基础上可发挥活血化瘀的作用,从而增加患者胃黏膜处的血流量,改善微循环,从而进一步发挥抗感染的作用,促进患者胃黏膜再生^[12]。

综上所述,扶正消萎汤辅助治疗脾胃虚弱型 CAG 能有效改善患者的临床症状,提高临床疗效,促进患者胃黏膜恢复。

参 考 文 献

- [1] 王丹,裴斯彪,唐志立,等. 健脾促愈汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对胃动力和炎症因子的影响[J]. 四川中医,2020,38(4):115-118.
- [2] 杨枝青,曹敏,孙美玲. 温中解毒汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 上海中医药大学学报,2018,32(2):32-35.
- [3] 韦维,林寿宁,汪波,等. 安胃汤对慢性萎缩性胃炎大鼠 PI3K/Akt 信号传导通路的影响[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(5):1088-1091.
- [4] 成映霞,周语平,段永强,等. 香砂六君子汤对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜核因子- κ Bp65 活化水平及其介导炎症级联反应的影响[J]. 中国中医药信息杂志,2018.
- [5] 刘俊葆. 黄芪建中汤结合中药穴位贴敷法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临床分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(52):170,185.
- [6] 王永宁,石杰. 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临床观察[J]. 实用中西医结合临床,2020,20(4):67-68.
- [7] 时艳华,任喜尚,秦芳,等. 扶正消萎汤治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 中华中医药学刊,2020,38(5):86-88.
- [8] 兰青,马尚清,赵兵,等. 健脾通络汤治疗慢性萎缩性胃炎伴广泛肠化脾胃虚弱证的疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2019,34(8):538-540.
- [9] 王韶康,段永强,王道坤. 王道坤运用化瘀消痞汤治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变经验[J]. 中国中医药信息杂志,2019,26(1):122-124.
- [10] 赵蕾,代二庆. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗慢性萎缩性胃炎合并失眠的经验举隅二则[J]. 环球中医药,2018,11(8):1305-1306.

[11] 陈楠,高伟,张敏,等.扶正消瘤汤联合¹²⁵I-放射性粒子植入术治疗头颈部横纹肌肉瘤[J].中医学报,2019,34(2):348-352.

[12] 付爱民,谭铭龙.加味大柴胡汤联合西药治疗痛风(湿热蕴结

证)的临床疗效分析[J].北方药学,2020,17(7):137-138.

收稿日期 2021-01-27

(编辑 倩楠)

西黄丸联合羟考酮缓释片治疗肺癌癌痛的疗效评估和作用机制分析*

鄢清元 杨文平 熊巍 江西省丰城市人民医院 331100

摘要 目的:分析西黄丸联合羟考酮缓释片治疗肺癌癌痛的疗效评估和作用机制。**方法:**选择 2020 年 1 月—2021 年 3 月于我院治疗的 100 例肺癌癌痛患者,按随机数字表法将其分为两组,各 50 例。对照组采用羟考酮缓释片治疗,观察组采用西黄丸联合羟考酮缓释片治疗。比较两组临床疗效、疼痛程度、生活质量及不良反应。**结果:**观察组的治疗总有效率(RR)高于对照组,用药后 1h、12h、1 周、2 周时数字疼痛分级法(NRS)评分均低于对照组,治疗后肺癌治疗功能评价系统(FACT-L)评分高于对照组,有统计学差异($P < 0.05$);两组不良反应发生率对比,无统计学差异($P > 0.05$)。**结论:**西黄丸联合羟考酮缓释片治疗肺癌癌痛有利于增强止痛效果,提高患者生活质量,是治疗肺癌癌痛的一种较为安全有效方法。

关键词 肺癌癌痛 西黄丸 羟考酮缓释片 疼痛程度 生活质量

中图分类号: R734.2 **文献标识码:** B **doi:** 10.19381/j.issn.1001-7585.2021.22.021

癌痛作为一种复杂独特的主观体验,是指由抗癌治疗、癌症相关性疾病及癌症本身等所致的疼痛,对患者生活质量及治疗效果影响较大^[1]。肺癌为常见恶性肿瘤,癌痛是肺癌患者常见症状,可发生在肺癌的各个时期,而探索一种安全、有效的方法缓解肺癌癌痛尤为重要。羟考酮缓释片作为强效阿片类镇痛药物,为治疗癌痛的常用药物,止痛效果良好,但具有一定的毒副作用^[2]。西黄丸作为中药制剂,具有镇痛止痛、清热解毒、活血化痰及消肿散结的功效,对癌痛、癌肿有效^[3]。鉴于此,本研究将分析西黄丸联合羟考酮缓释片治疗肺癌癌痛的疗效评估和作用机制,以探索中西医结合治疗肺癌癌痛的新方案,以期对肺癌癌痛治疗提供参考依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2020 年 1 月—2021 年 3 月于我院治疗的 100 例肺癌癌痛患者,按随机数字表法将其分为两组,各 50 例。观察组:男 27 例,女 23 例;年龄 42~78 岁,平均年龄(62.39 ± 2.13)岁;数字疼痛分级法(NRS)评分 4~9 分,平均 NRS 评分(6.83 ± 1.02)分;发病时间 2~15 个月,平均发病时间(9.82 ± 1.34)个月;肿瘤直径 1.5~6.5cm,平均肿瘤直径(3.49 ± 0.51)cm;TNM 分期:Ⅲ期 18 例,Ⅳ期 32 例。对照组:男 29 例,女 21 例;年龄 44~79 岁,平均年龄(62.45 ± 2.07)岁;NRS 评分 4~9 分,平均 NRS 评分(6.78 ± 0.98)分;发病时间 2~17 个月,平均发病时间(9.95 ± 1.32)个月;肿瘤直径 1.5~7.0cm,平均肿瘤直径(3.53 ± 0.50)cm;TNM 分期:Ⅲ期 21 例,Ⅳ期 29 例。两组一般资料相比,无统计学差异($P > 0.05$)。本研究获医学伦理委员会批准。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:①患者签署知情同意书;②

肺癌经影像学及病理学检查确诊;③伴有中度及以上疼痛(NRS 评分 ≥ 4 分);④预计生存期 > 3 个月;⑤能够耐受西黄丸、羟考酮缓释片治疗。(2)排除标准:①吞咽功能异常;②失语或患有精神疾病,无法依据 NRS 评分标准准确描述自身癌性疼痛程度。

1.3 方法 对照组采用羟考酮缓释片[萌蒂(中国)制药有限公司,国药准字 J20110015]口服治疗,根据 NRS 评分进行给药,严格滴定,首次剂量 10mg/d,每隔 12h 给药 1 次,饭后温水冲服。观察组采用西黄丸(浙江天一堂药业有限公司,国药准字 Z19993389)联合羟考酮缓释片治疗:西黄丸 3g/次,2 次/d;羟考酮缓释片治疗方法与剂量同对照组。两组连续治疗 2 周。

1.4 评价指标 (1)临床疗效:治疗 2 周后评估疗效,疼痛减轻 ≥ 2 度为显效;疼痛减轻 1 度为有效;疼痛减轻 < 1 度为无效;有效率+显效率=总有效率(RR)。(2)疼痛程度:于治疗前及用药后 1h、12h、1 周、2 周时采用 NRS 评分法^[4]评估,评分范围 0~10 分,疼痛程度与评分呈正相关。(3)生活质量:于治疗前、治疗 2 周后采用肺癌治疗功能评价系统(FACT-L)^[5]评估,共 36 个条目,包括肺癌相关症状、功能状态、情感状况、社会状况、生理状况,采用 Likert 5 级评分法,评分 0~4 分,生活质量与评分间呈正相关。(4)不良反应:便秘、头晕/嗜睡、恶心/呕吐等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件分析数据,计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,用 t 检验;以 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组治疗 RR 高于对照组,有统计学差

* 宜春市科技计划项目(JXYC2021KSA120)