

中医治疗消化性溃疡的研究进展

● 曾榆凯¹ 吴耀南²

摘要 消化性溃疡是临床上较为常见的消化系统疾病,目前西医对症治疗虽有疗效,但仍存在病情易复发与溃疡愈合质量欠佳或者出现耐药性等问题。中医通过多种治疗方法、方案有效缓解消化性溃疡临床症状,溃疡愈合率提高,复发率降低,取得较好的临床成果。本文主要对近 10 年中医对消化性溃疡的辨证分型治疗、专方治疗、基本方加减治疗以及外治法等方面进行了归纳和总结。

关键词 消化性溃疡 中医研究 综述

消化性溃疡(Peptic ulcer, PU)是主要发生于胃和十二指肠的慢性溃疡,是一种多发且易复发的常见病,约 10% 的人一生中曾经患过此病。其主要临床表现为慢性、周期性、节律性的上腹部疼痛^[1]。现代医学以抑酸、保护胃黏膜、抗幽门螺杆菌(Hp)对症治疗,近期消化性溃疡的愈合已不是太大问题,但停药后易复发,抗 Hp 易产生耐药,且药物存在一定的毒副作用^[2]。目前中医药治疗 PU 的临床疗效较佳,在提高临床疗效、控制病情复发、减少药物副作用等方面具备一定优势。现将近年来中医药治疗 PU 的研究进展综述如下。

1 病因病机研究

祖国医学无 PU 这一病名,临床多将 PU 归属于中医“胃脘痛”“嘈杂”“痞满”等范畴^[3-7]。其病位在胃,与肝、脾两脏密切相关,与

情志、饮食、劳倦等因素有关。在传统中医理论指导下,诸多医家对本病的认识提出了不同的见解。辛军^[4]认为本病多由阳郁阴火、清气郁滞则阳气不达所致。刘全让^[5]将 PU 病程分为三期,认为瘀、热互为因果并以消长的形式贯穿病程始终。满春艳^[6]认为本病主要病机为气机不畅,瘀血阻滞胃络,进而溃烂化腐形成 PU,其中寒与热是其主要因素。

2 中医中药治疗

2.1 辨证分型治疗 辨证论治是中医内科学的治病核心,不同医家通过各自的临床经验将 PU 分成不同的证型,多数医家将其归纳为脾胃虚寒、肝胃不和、气滞血瘀、脾胃湿热、胃阴亏虚等证型,临证采用不同的方药来对证治疗。肖长莘^[8]将 63 例 PU 患者辨证分为脾胃虚寒、肝胃不和、胃阴亏虚、脾胃湿热、气滞血瘀五

型,分别以香砂六君子汤、左金丸合柴胡疏肝散、沙参麦冬汤合芍药汤、连朴饮合四君子汤、失笑散合血府逐瘀汤加减治疗,总有效率 96.8%,显著优于对照组(西咪替丁、阿莫西林、枸橼酸铋钾胶囊治疗)的 82.5% ($P < 0.05$)。史丽清^[9]将 210 例 PU 患者辨证分为肝胃不和、脾胃虚寒、脾胃湿热、胃阴亏虚、气滞血瘀型五型,分别以左金丸合柴胡疏肝散、香砂六君子汤合理中汤、连朴饮合四君子汤、沙参麦冬汤合芍药汤、失笑散合血府逐瘀汤加减治疗,有效率达 95.00%,显著优于对照组(以西咪替丁、阿莫西林、枸橼酸铋钾胶囊治疗)的 82.00% ($P < 0.05$)。于方明等^[10]将 43 例 PU 患者分为脾胃虚寒、肝郁气滞、胃热炽盛、气滞血瘀、湿热中阻五型,分别以附子理中汤、柴胡疏肝散、清胃散、血府逐瘀汤合天台乌药散、平胃散合三仁汤加减治疗,总有效率达 95.35%,显著优于对照组(奥美拉唑、枸橼酸铋钾胶囊、多潘立酮片治疗)的

• 作者单位 1. 福建中医药大学(350108); 2. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009)

83.72% ($P < 0.05$)。郑凯文^[11]将39例PU患者分为气滞血瘀、胃阴亏虚、湿热中阻、脾胃虚寒、肝郁气滞五型,分别以失笑散合血府逐瘀汤、麦门冬汤、小陷胸汤合六一散、黄芪建中汤、四逆散加减治疗,总有效率达97.4%,显著优于对照组(以奥美拉唑、阿莫西林和克拉霉素的三联疗法治疗)的84.6% ($P < 0.05$)。

2.2 专方治疗 多数中医专家在总结历代名方的基础上,结合多年的临床经验,总结出有效的治疗PU的经验方,并验之于临床,取得了优异的疗效。王占云^[12]用自拟活血解毒汤(三七、黄连、鸡内金、白芍、蒲公英、白及、赤石脂、香附、延胡索、佛手、海螵蛸、枳壳、炙甘草)治疗PU患者60例,总有效率95.0%,显著优于对照组(奥美拉唑、阿莫西林、果胶铋治疗)的73.3% ($P < 0.05$)。任晓颖^[13]用黄芪三七汤(黄芪、三七、海螵蛸、蒲公英、甘草、延胡索)治疗PU 138例,总有效率93.48%,显著优于对照组(奥美拉唑、硫糖铝治疗)的79.76% ($P < 0.05$)。王淑丽等^[14]用自拟愈疡汤(黄芩、黄连、党参、半夏、炮姜、白芍、木香、白芷、川楝子、延胡索、煅瓦楞子、海螵蛸、枳实、槟榔、陈皮、炙甘草)治疗PU患者66例,总有效率为94%,优于对照组(雷尼替丁治疗)的82% ($P < 0.05$)。李建云^[15]以九味消疡汤(黄芩、法半夏、茯苓各10g,枳实、陈皮、生姜各6g,竹茹12g,蒲公英15g,甘草3g)治疗PU患者40例,Hp清除率为58.33%,显著优于对照组(以雷尼替丁片治疗)的14.29% ($P < 0.05$)。

2.3 基本方加减治疗 王彦峰^[16]以自拟基本方(乌贼骨20g,吴茱萸2g,延胡15g,蒲公英20g,

桂枝10g,大黄8g,炙甘草6g,乳香6g,陈皮10g,香附10g,黄连8g,没药6g,白及6g,陈皮10g,黄芪20g,茯苓15g)为主方,气滞血瘀加川芎10g、丹参10g,肝胃不和加柴胡10g、枳壳10g,治疗PU患者44例,总有效率97.72%,优于对照组(以奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林治疗)的90.90% ($P < 0.05$)。陈永峰^[17]以自拟方(黄连6g,黄芩12g,白芍15g,海螵蛸10g,太子参20g,苍术15g,白术15g,厚朴20g,瓦楞子15g,黄芪30g)为主方,情志不畅、暖气频作加木香、青皮、香附等,大便干、手足心热、胃脘压痛加沙参、麦冬,喜太息者加炮姜,治疗PU患者30例,总有效率为93.33%,优于对照组(以奥美拉唑、阿莫西林、甲硝唑治疗)的70.00% ($P < 0.05$)。李佰玲^[18]用半夏泻心汤(半夏15g,黄连8g,黄芩10g,三七粉6g,干姜8g,党参10g,海螵蛸粉10g,炙甘草10g,砂仁6g,大枣6枚)为主方,脾胃虚寒加香附10g、高良姜10g,肝胃郁滞加枳壳10g、柴胡10g,胃阴亏虚加麦冬10g、柴胡10g、玉竹10g,湿热蕴脾加苍术10g、厚朴10g、薏苡仁15g,出血者加炒白及15g、乌贼骨15g,治疗PU患者39例,总有效率为94.9%,优于对照组(服奥美拉唑、阿莫西林和阿拉霉素)的82.1% ($P < 0.05$)。毕卫珍^[19]以自拟方(三七粉2g,黄连6g,白及10g,川楝子10g,海螵蛸10g,浙贝母10g,黄芩12g,元胡12g,苍术12g,白术12g,白芍15g,瓦楞子15g,太子参15g,厚朴20g,丹参20g,黄芪30g)为主方,手足心热、大便干燥加沙参、麦冬,口干易怒、舌红苔黄加龙胆草,神疲乏力、形寒明显者加炮姜、吴茱萸,血瘀者加红花、赤芍、桃仁,治疗PU患者

40例,总有效率为92.5%,显著高于对照组(予口服奥美拉唑加果胶铋治疗)的75.0% ($P < 0.05$)。

2.4 中医针灸治疗 中医针灸能为患者克服诸如无法正常服药、不愿意配合内服药或药物治疗效果欠佳等问题,针灸在治疗PU方面也取得了优异的疗效。侯宽超等^[20]以温针灸(中脘、天枢、气海及双侧足三里、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞)治疗PU患者30例,治愈率和总有效率分别为53.3%和93.3%,显著优于对照组(口服奥美拉唑及雷尼替丁)的33.3%和76.7% ($P < 0.05$)。段玉荣^[21]在对照组的基础上联合针灸(公孙、天枢、内关、关元、中脘、足三里)治疗PU患者68例,临床有效率为98.5%,显著优于对照组(西医常规保护胃黏膜、抑制胃酸分泌及杀灭幽门螺旋杆菌)的83.8% ($P < 0.05$)。张对霞等^[22]用中医三联疗法(中药、芒针、艾灸)治疗PU患者35例。①中药:用加味逍遥散(黄芪30g,党参15g,柴胡15g,炒白芍15g,当归10g,炒白术10g,茯苓10g,炙甘草5g),每日2次,7日为1疗程,共4个疗程;②芒针:取中脘穴得气后缓慢出针,不留针;③艾灸:取神阙穴以皮肤透热为度,每日1次,7日为1疗程,共4个疗程。总疗效为97.15%,优于对照组西医三联疗法(奥美拉唑20mg、阿莫西林750mg、甲硝唑400mg)的77.14% ($P < 0.05$)。李咏梅等^[23]以内服扶正愈疡丸(白术15g,黄芪30g,延胡索10g,三七3g,甘松10g,砂仁6g,白及10g,乌贼骨6g)联合针刺治疗(取足三里、内关、脾俞、胃俞、中脘穴)治疗PU患者48例,总有效率达95.8%,优于对照组(口服得乐、阿莫西林)的81.2% ($P < 0.05$)。林

海等^[24]以中药内服(生石膏 30g, 蒲公英 20g, 牡蛎 20g, 瓦楞子粉 15g, 黄芩 9g, 苦参 6g, 黄连 6g, 厚朴 10g, 紫苏叶 6g, 桔梗 30g, 半夏 10g)及针灸(取三阴交、足三里、脾俞、胃俞、中脘、内关、内庭、太冲, 每次取 4~6 个穴位)治疗 PU 患者 43 例, 总有效率达 95.35%, 优于对照组(服用奥美拉唑肠溶胶囊、阿莫西林胶囊、替硝唑胶囊)的 76.19% ($P < 0.05$)。

2.5 中药加拔罐治疗 拔罐法是利用燃烧排除罐内空气, 在负压作用下产生刺激, 使局部皮肤瘀血、充血以达到防治疾病的目的, 若加上外用药物能更好地使药物渗透入皮肤, 直达病所。吴大斌^[25]以黄芪建中汤加减每天 1 剂, 加上竹罐及布包外用(吴茱萸 15g, 制附子 10g, 干姜 10g, 桂枝 15g, 延胡索 20g, 广木香 10g, 丹参 15g)紧扣在双侧胃俞、肾俞、脾俞、足三里及中脘穴上, 留罐 10~15min 再起罐, 每日 1 次, 4 周为 1 疗程, 治疗 PU 患者 45 例, 总疗效为 95.56%, 优于对照组(口服奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林)的 80.00% ($P < 0.05$)。吴翠莲等^[26]用中药内服(川椒 10g, 桂枝 10g, 干姜 10g, 厚朴 10g, 炙甘草 10g, 白芍 15g, 黄芪 20g, 饴糖 10g)加药竹罐(外用方为制附子 10g, 桂枝 15g, 吴茱萸 15g, 干姜 10g, 广木香 10g, 延胡索 20g, 丹参 15g; 取穴胃俞、肾俞、脾俞、以及足三里、中脘穴)疗法治疗消化性溃疡患者 45 例, 总有效率为 95.56%, 优于对照组(服用奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林)的 80.00% ($P < 0.05$)。

2.6 中药加埋线治疗 潘文斌等^[27]用四合汤配合穴位埋线治疗 PU 患者 38 例, 治愈率和总有效率分别为 73.68% 和 94.74%, 明显

优于对照组(西药三联疗法)的 57.89% 和 78.95% ($P < 0.05$)。张丽琴等^[28]采用埋线疗法加平疡灵(埋线取穴:中脘、足三里、天枢、脾胃虚弱配脾俞、胃俞, 泛酸、烧心配梁丘; 平疡灵药物组成: 红藤 30g, 败酱草 12g, 黄连 10g, 制附子 10g, 干姜 6g, 白及 10g, 黄芪 20g, 当归 10g, 木香 10g, 白芍 10g, 甘草 10g)治疗 PU 患者 30 例, 临床有效率为 93.3%, 显著优于对照组(阿莫西林 0.5g, 每日 3 次口服; 奥美拉唑 20mg, 每日 3 次口服; 硫糖铝 1.0g, 每日 3 次口服)的 83.3% ($P < 0.05$)。韦兰岚^[29]采用穴位埋线(穴取中脘、关元及双侧脾俞、胃俞、上巨虚、内关、足三里)配合中药封包(干姜、党参、炙甘草、白术各 50g)外敷治疗 PU 患者 45 例, 总有效率为 93.33%, 优于对照组(常规西医治疗)的 78.05% ($P < 0.05$)。

3 小结与展望

中医学通过辨证论治, 进行阴阳调和, 实现机体的自我调节。而调整的手段是一套自然生态的中草药及针灸推拿等高效、低副作用的治疗方法。中医治病根据不同个体四诊合参, 辨证论治, 依证选方, 整体把握。正是基于这种认识, 应用中医治疗 PU 改善临床症状疗效确切, 在缓解症状、降低复发率上凸显很大的优势, 临床疗效甚佳。虽是如此, 中医药治疗 PU 仍存在不少问题: (1) 近年来对本病的中医专方、经验方不胜枚举, 但是辨证分型、具体用药个人主观因素过多, 用药加减没有统一的标准; (2) 目前大多数临床研究所采用的诊断标准和疗效评价标准不统一, 且样本量偏小, 可信度亦受质疑, 难于评价整体疗效; (3) 中药

的产地、材质等多少都有区别, 而影响疗效的判断。今后应利用中医治病特点, 结合现代医疗手段, 从多方面、多层次探讨 PU 的病因病机, 以期总结出更全面、更可靠、重复性更强的中医治疗方法, 将中医药的优势与潜力更好地发挥出来。

参考文献

- [1] 储琳. 消化性溃疡中医治疗进展[J]. 天津中医药大学, 2010; 42-43.
- [2] 张声生, 赵鲁卿. 消化性溃疡的中医辨证分型与治疗[J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 16(4): 252-255.
- [3] 于青松, 姚朋华. 中医治疗消化性溃疡的研究进展[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(47): 9448-9449.
- [4] 辛军. 浅谈消化性溃疡的中医病机及治疗原则[J]. 四川中医, 2008, 26(7): 32-34.
- [5] 陈晓强, 李海风. 刘全让主任医师消化性溃疡的热病观[J]. 光明中医, 2011, 26(3): 461-463.
- [6] 满春艳. 结合胃镜表现以“疮疡”立论两型论治胃溃疡[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(2): 5-6.
- [7] 杨艺, 孟宪生. 消化性溃疡的研究进展[J]. 世界中医药, 2017, 12(4): 951-955.
- [8] 肖长萃. 中医辨证治疗消化性溃疡的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(13): 37-38.
- [9] 史丽清. 辨证治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(7): 60-61.
- [10] 于方明, 孙超. 辨证治疗消化性溃疡 43 例疗效观察[J]. 山西中医, 2012, 28(10): 19-20.
- [11] 郑凯文. 辨证施治消化性溃疡 39 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(15): 23-24.
- [12] 王占云. 活血解毒汤治疗消化性溃疡 120 例[J]. 当代医学, 2010, 16(13): 158.
- [13] 任晓颖, 刘永华. 自拟黄芪三七汤治疗消化性溃疡 138 例[J]. 福建中医药, 2010, 41(4): 62.
- [14] 王淑丽, 李惠霞, 李国庆, 等. 自拟愈疡汤治疗消化性溃疡 66 例[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(11): 36.

(下转第 58 页)

胀满不适,伴咽干,痰少质黏难咯,常有咽喉痰黏感,自诉深呼吸后舒緩,注意力分散时咳减,或不咳;性情烦躁易怒,喜叹息,咳嗽常随情绪波动而增减,夜寐差,舌红,苔薄白,脉细弦。中医诊断:咳嗽病。证属肝郁化火,肺失清肃。治以疏肝清热,宣畅气机。予以丹梔逍遥散合半夏厚朴汤加减。药用:丹皮 10g,梔子 10g,柴胡 6g,当归 10g,白芍 10g,茯苓 10g,白术 10g,炙甘草 6g,生姜 9g,薄荷 10g,法半夏 9g,厚朴 6g,紫苏叶 10g,郁金 10g,玫瑰花 10g,合欢花 10g。7 剂。

2016 年 11 月 13 日二诊:诸症皆有减轻,咽干好转,痰极少,烦躁易怒得缓,睡眠得以改善,舌转淡红。守上方去梔子、丹皮,7 剂,水煎服,日 1 剂。

2016 年 11 月 20 日三诊:咳嗽基本消除,留有轻微咽喉痰黏感,继服 7 剂后,病情稳定,咳嗽未作。

按 咳嗽病多责之于肺,然不止于肺,它脏功能失调亦可累及于

肺,导致咳嗽。正如《素问·咳论》谓:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也。”导师常提:肝生于左,肺藏于右,肝与肺的关系主要体现在气机升降方面,治疗重在调畅肝肺之气机。本案患者因性情烦躁易怒,喜叹息,致情志不遂,肝郁气滞;肝主升而肺主降,肝升太过,疏泄失常,阻碍肺气,肺降不及,气逆于上,所谓“木旺侮金”,故出现咳嗽;肝失条达,疏泄不利,故患者胸闷胸痛、肋肋胀满不适;患者久病,迁延不愈,肝郁日久化火,故见痰黏、咽干、舌红等症。此案究其病机为肝郁化火,气机不畅,肺失清肃;实则它脏累及于肺所致,肝为本,肺为标也,应以清肝平木为原则。通过治肝以肃肺止咳,达到肝肺同治的目的。导师选用丹梔逍遥散为基础加味,以疏肝清热治本,佐以理气宣肺止咳治标。初诊考虑患者胸闷胸痛、夜寐差,加郁金、玫瑰花、合欢花,以行气止痛,解郁安神;肝主疏泄,调全身气机,疏泄不利,肝气郁结,痰

气交阻于咽喉,患者常有咽喉痰黏感,合用半夏厚朴汤,以疏肝理气,使气机顺畅,津液随气机升降运行,气行则痰消。二诊时,患者各症状好转,内热已除,上方去丹皮、梔子,再服 7 剂。待到三诊,患者基本痊愈,再进 7 剂,巩固疗效,使肝郁得解,咳嗽平复。此案所诉之咳嗽应属中医“肝咳”的范畴,临床颇多,以妇人多见。患者平素性格冲动,急躁易怒,或懒言少动,悲伤欲哭,可能与日常生活、工作、学习压力大、自身性格等因素有关。导师运用丹梔逍遥散加味治疗此类咳嗽,疗效显著,充分体现了中医整体观和辨证论治的科学性和有效性。

参考文献

- [1]魏鹏草,苗青,樊茂蓉,等.湿热咳嗽证治探讨[J].中华中医药杂志,2010,25(12):2030.
- [2]王庆国.伤寒论讲义[M].北京:高等教育出版社,2012:20-22.
- [3]洪广祥.慢性咳嗽中医药治疗再探讨[J].中医药通报,2010,9(3):10-11.

(上接第 72 页)

- [15]李建云.九味消痞汤治疗消化性溃疡脾胃湿热证的临床观察[J].世界临床医学,2016,10(9):188,192.
- [16]王彦峰.中医治疗消化性溃疡 88 例临床疗效观察[J].大家健康(学术版),8(17):145.
- [17]陈永峰.中医治疗消化性溃疡 60 例临床疗效观察[J].中国社区医师,2016,32(13):115-116.
- [18]李佰玲.半夏泻心汤治疗消化性溃疡的临床观察[J].中国处方药,2014,12(4):124.
- [19]毕卫珍.中医治疗消化性溃疡 80 例临床观察[J].内蒙古中医药,2015,34(12):39-40.
- [20]侯宽超,王健.温针灸治疗消化性溃疡

- 疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(11):1062-1063.
- [21]段玉荣.针灸治疗消化性溃疡 68 例[J].转化医学电子杂志,2015,2(3):80,82.
- [22]张对霞,陈宗余.中医三联疗法治疗消化性溃疡疗效观察[J].实用中医药杂志,2017,33(4):361-362.
- [23]李咏梅,吴杞.针药合用治疗活动性消化性溃疡 48 例临床观察[J].湖南中医杂志,2008,24(3):21-22.
- [24]林海,武江.中药联合针灸治疗消化性溃疡活动期疗效观察[J].实用中医药杂志,2017,33(6):613-614.
- [25]吴大斌.中药内服加药竹罐疗法治疗消

- 化性溃疡疗效观察[J].四川中医,2012,30(2):70-71.
- [26]吴翠莲,吴大斌.中药内服加药竹罐疗法治疗消化性溃疡的临床观察与护理[J].实用临床护理学杂志,2017,2(16):57,61.
- [27]潘文斌,梁霞,陈杰,等.四合汤配合穴位埋线治疗难治性消化性溃疡 38 例疗效观察[J].新中医,2011,43(8):115-116.
- [28]张丽琴,陈银山.埋线疗法配合平腧灵治疗消化性溃疡 60 例临床观察[J].河北中医,2009,31(5):677-678.
- [29]韦兰岚.穴位埋线配合中药外敷治疗消化性溃疡疗效观察[J].广西中医药,2016,39(5):364-365.