

# 疏肝和胃方对 APC 术后溃疡患者的临床疗效

俞巧燕，施斌程，胡艳艳

(浙江金华广福肿瘤医院消化内科，浙江 金华 321000)

**摘要：**目的 探讨疏肝和胃方对消化内镜氩离子凝固术（APC）术后溃疡患者的临床疗效。方法 80例患者随机分为对照组和观察组，每组40例，对照组给予雷贝拉唑，观察组在对照组基础上加用疏肝和胃方，疗程6周。检测临床疗效、中医证候评分、GAS、MTL、细胞因子（CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6）变化。结果 观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组中医证候评分、GAS、细胞因子降低（ $P<0.05$ ），MTL升高（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ $P<0.05$ ）。结论 疏肝和胃方可改善APC术后溃疡患者胃动力学，减轻细胞炎性反应，临床疗效显著。

**关键词：**舒肝和胃方；雷贝拉唑；消化内镜氩离子凝固术（APC）；溃疡

中图分类号：R287 文献标志码：B

文章编号：1001-1528(2024)04-1416-03

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2024.04.058

胃十二指肠出血是常见的一种消化内科疾病，随着近年来生活方式、饮食结构的变化，本病发病率不断上升，严重影响人们身心健康<sup>[1]</sup>。消化内镜氩离子凝固术（APC）可准确快速地诊断出血部位，广泛应用于临床<sup>[2]</sup>，但它会使破坏黏膜完整性，导致其保护屏障受损，容易出现胃溃疡，若不及时有效地治疗可能会引起胃穿孔、出血等并发症。中医药发展在治疗溃疡方面具有独特的保护黏膜优势<sup>[3]</sup>，故本研究探讨疏肝和胃方对APC术后溃疡患者的临床疗效，现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2021年3月至2022年9月收治于浙江金华广福肿瘤医院的80例APC术后溃疡患者，随机分为对照组与观察组，每组40例。其中，对照组男性22例，女性18例；年龄28~74岁，平均年龄（56.47±10.29）岁；体质质量指数（BMI）16~28 kg/m<sup>2</sup>，平均BMI（22.08±2.19）kg/m<sup>2</sup>，而观察组男性23例，女性17例；年龄31~75岁，平均年龄（58.10±12.23）岁；BMI 17~27 kg/m<sup>2</sup>，平均BMI（22.17±2.45）kg/m<sup>2</sup>，2组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。研究经医院伦理委员会批准（批号ZJJHGFYY-2022-036）。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医 参照《消化性溃疡病诊断与治疗规范》<sup>[4]</sup>确诊为APC术后溃疡。

1.2.2 中医 参考文献[5]报道中的肝胃不和证，主证脘肋胀痛，吞酸，嗳气，呃逆；次证胃脘嘈杂，情志抑郁，不欲食，烦躁易怒；薄白苔，淡红舌，脉象弦。主证必备，加2项以上次证，参考舌脉即可辨证。

1.3 纳入标准 （1）辨证肝胃不和证；（2）符合消化内镜下治疗适应症，并均行APC术；（3）年龄≥18岁；

（4）患者了解本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 （1）合并内分泌系统、心血管系统疾病；（2）心、肺、肝、肾等脏器功能障碍；（3）精神异常；（4）传染性疾病。

1.5 脱落、剔除标准 （1）由于病情变化等原因停用研究药物；（2）拒绝进行研究，主动要求退出。

1.6 终止试验标准 （1）出现严重不良事件，需停止临床研究；（2）出现病情变化，需停止临床研究；（3）治疗期间出现重要偏差，如依从性差等。

### 1.7 治疗手段

1.7.1 对照组 采用雷贝拉唑钠肠溶胶囊（珠海润都制药股份有限公司，10 mg×7粒/盒，国药准字H20050228），每天2次，每次10 mg，连续治疗6周。

1.7.2 观察组 在对照组基础上加用疏肝和胃方，组方药材白芍15 g、赤芍15 g、柴胡10 g、香附10 g、木香10 g、郁金10 g、黄连6 g、白及10 g、法半夏6 g、延胡索10 g、甘草6 g，水煎，取汁360 mL，每天1次，每次180 mL，连续治疗6周。

1.8 疗效评价 参照《消化性溃疡中医诊疗专家共识意见（2017）》<sup>[5]</sup>，（1）显效，溃疡消失，中医证候显著减轻；（2）好转，溃疡面积减小>50%，中医证候有所改善；（3）无效，溃疡面积减小≤50%，中医证候未改善。总有效率=〔（显效例数+好转例数）/总例数〕×100%。

### 1.9 指标检测

1.9.1 中医证候评分 参考文献[5]报道，①脘肋胀痛，无，0分；偶觉胀闷不适且时间短，能自行缓解，2分；胀闷隐痛，疼痛时间较长，不需或偶需服药，4分；反复发作，疼痛剧烈，需服药才可缓解，6分；②吞酸，无，评分0分；偶有吞酸，2分；时有吞酸，4分；频频吞

酸，6分；③嗳气，无，0分；每天3次以下，2分；每天4~9次，4分；每天10次以上，6分；④呃逆，无，评分0分；每天3次以下，2分；每天4~9次，4分；每天10次以上，6分。

1.9.2 实验室指标 (1) 胃泌素 (GAS)、胃动素 (MTL) 水平，抽取肘静脉血，离心10 min，取血清，采用ELISA法检测；(2) 细胞因子水平，抽取肘静脉血，离心10 min，取血清，采用ELISA法检测C反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白介素-6(IL-6)水平。

1.10 统计学分析 通过SPSS 25.0软件进行处理，计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验；计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示，方差齐时采用t检验，方差不齐时采用t'检验。

验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学差异。

## 2 结果

2.1 临床疗效 如表1所示，观察组总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较 ( $n=40$ )

组别	显效/例	好转/例	无效/例	总有效率/%
观察组	23	14	3	92.50*
对照组	14	15	11	72.50

注：与对照组比较，\* $P<0.05$ 。

2.2 中医证候评分 如表2所示，治疗后2组中医证候评分降低( $P<0.05$ )，以观察组更明显( $P<0.05$ )。

表2 2组中医证候评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ , n=40)

组别	时间	脘胀腹痛	吞酸	嗳气	呃逆
观察组	治疗前	4.15±0.78	3.84±0.92	4.01±0.76	3.75±0.81
	治疗后	0.89±0.16*#	1.02±0.28*#	0.76±0.21*#	0.57±0.14*#
对照组	治疗前	4.17±0.92	3.87±0.83	3.96±0.87	3.78±0.92
	治疗后	1.96±0.43*	2.01±0.43*	1.78±0.43*	1.64±0.28*

注：与同组治疗前比较，\* $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，# $P<0.05$ 。

2.3 GAS、MTL水平 如表3所示，治疗后2组GAS水平降低( $P<0.05$ )，MTL水平升高( $P<0.05$ )，以观察组更明显( $P<0.05$ )。

2.4 细胞因子水平 如表4所示，治疗后2组CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6水平降低( $P<0.05$ )，以观察组更明显( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

消化道内镜术是治疗消化道疾病的常用手段，其中

表3 2组GAS、MTL水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=40)

组别	时间	GAS/( $\mu\text{g}\cdot\text{dL}^{-1}$ )	MTL/( $\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$ )
观察组	治疗前	114.32±21.26	197.62±15.42
	治疗后	54.78±13.42*#	243.51±18.98*#
对照组	治疗前	116.23±27.48	195.45±20.19
	治疗后	82.31±18.71*	218.48±16.27*

注：与同组治疗前比较，\* $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，# $P<0.05$ 。

表4 2组细胞因子水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=40)

组别	时间	CRP/( $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ )	TNF- $\alpha$ /( $\text{pg}\cdot\text{mL}^{-1}$ )	IL-6/( $\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$ )
观察组	治疗前	10.32±2.17	261.47±32.41	124.31±21.26
	治疗后	2.74±0.71*#	145.23±18.82*#	47.57±12.31*#
对照组	治疗前	10.51±2.65	259.83±27.45	123.27±26.52
	治疗后	4.26±0.86*	196.57±25.53*	78.84±17.84*

注：与同组治疗前比较，\* $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，# $P<0.05$ 。

APC是一种非接触性的电凝技术，主要经电离氩产生的高能量牵引组织，产生凝固效应，在胃息肉、消化道出血等方面疗效较好<sup>[6-11]</sup>，但术后溃疡不可避免，从而影响后续治疗<sup>[12-16]</sup>。中医将APC术后溃疡归属于“胃脘痛”范畴，认为其病因起初多因情志不遂、饮食不节、外邪侵袭所致，表现为实证，久则由实转虚，内外病因可单独存在，也可相互协同致病<sup>[17]</sup>，基本病机为胃络瘀阻，胃气阻滞，胃失所养，不通则痛，脾胃受损，胃部顽疾乃生，加之手术损伤，担忧思虑，临幊上多见为肝胃不和型。另外，脾胃共主中土，胃主降浊，脾主升清，两者升降相因，一表一里，共主全身气机升降运动；肝属木，喜条达而主疏泄，可促进脾胃运化功能，通达全身气机，促进胆汁分泌排泄功能，肝胃不和型溃疡主要是由于肝胃之间，木土相克，中焦气

机不通，胃失和降引起<sup>[18]</sup>，因此，应以疏肝和胃、理气止痛为治则。

疏肝和胃方中白芍柔肝止痛；赤芍散瘀止痛，清热凉血；柴胡疏肝解郁；香附和木香助柴胡疏肝理气，加强疏肝解郁之功；郁金活血止痛，行气解郁；黄连清热泻火；白及消肿生肌，收敛止血；法半夏降逆止呕，消痞散结；延胡索活血行气止痛；甘草调和诸药，诸药合用，共奏疏肝和胃、理气止痛之功，可促进溃疡愈合，保护胃黏膜，加强胃黏膜屏障，调节胃肠动力作用，并且具有止痛、消炎等作用。本研究发现，观察组总有效率高于对照组，表明疏肝和胃方可提高临床疗效；治疗后观察组中医证候评分低于对照组，表明疏肝和胃方可减轻中医证候；治疗后观察组GAS水平低于对照组，MTL水平更高，表明疏肝和

胃方可改善胃动力学。

细胞炎性因子与消化溃疡发生发展密切相关，并且多种细胞炎性因子参与后者发生发展<sup>[19-20]</sup>。CRP水平一般在机体黏膜出现破损、细菌感染和组织损伤时急剧升高。TNF-α、IL-6等细胞炎性因子会激活机体炎症反应，加剧胃黏膜损伤<sup>[21]</sup>。本研究发现，治疗后观察组CRP、TNF-α、IL-6水平低于对照组，表明疏肝和胃方可通过降低三者水平来使患者细胞炎性反应减轻。

综上所示，疏肝和胃方可改善APC术后溃疡患者胃动力学，减轻细胞炎性反应。

#### 参考文献：

- [1] 王金鑫. 内镜下氩离子凝固术治疗胃十二指肠出血的疗效观察[J]. 浙江临床医学, 2022, 24(6): 892-894.
- [2] 张潇斌, 马玉宁, 李春静, 等. 中药治疗十二指肠溃疡的中医证型、用药规律研究[J]. 中成药, 2023, 45(6): 2092-2098.
- [3] 赵丽君, 张世超. 疏肝和胃汤联合四联疗法治疗肝胃不和型胃溃疡临床观察及对血清炎症因子影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(9): 178-181.
- [4] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范[J]. 全科医学临床与教育, 2014, 12(3): 243-246.
- [5] 张声生, 王垂杰, 李玉峰, 等. 消化性溃疡中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(9): 4089-4093.
- [6] 赵明星, 朱玉侠, 孔祥云, 等. 消化内镜氩离子凝固术后不同黏膜保护剂应用的对比研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(1): 24-27.
- [7] 任佳佳. 消化内镜下氩离子凝固术治疗胃十二指肠出血的疗效研究[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(17): 107-109.
- [8] 翁洋, 王吉魁, 赵志峰. 氩离子凝固术与抗幽门螺杆菌治疗成熟型疣状胃炎的比较[J]. 中国医科大学学报, 2021, 50(7): 658-660.
- [9] 李宝, 柴宁莉, 汤小伟, 等. 胃低级别瘤变内镜下氩离子凝固术后局部复发的影响因素[J]. 中华腔镜外科杂志(电子版), 2021, 14(2): 104-108.
- [10] 卢宝祥, 刘春华, 邓有彩. 胃及十二指肠出血采取消化内镜下氩离子凝固术治疗的临床研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(29): 12; 17.
- [11] 陈虹羽, 金晓维, 银新, 等. 内镜下应用氩离子束凝固术修剪金属支架的效果及安全性分析[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(4): 85-88.
- [12] 徐丽, 陈姗姗, 徐毅. 内镜下不同止血方案治疗非静脉曲张性上消化道出血的疗效分析[J]. 浙江临床医学, 2020, 22(8): 1166-1168.
- [13] 张月晓, 陈健. 奥美拉唑配合内镜下氩离子凝固术治疗Barrett食管疗效及对患者p53蛋白表达的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(8): 587-591.
- [14] 姜红建, 韩文良, 李小环, 等. 胃镜下氩离子凝固术与胃镜下黏膜切除术治疗胃息肉临床疗效比较[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(2): 166-168.
- [15] 蒋丽丽, 于霞. 高频电切术与氩离子凝固术对胃息肉患者疗效和各项因子的比较分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(4): 494-497.
- [16] 张小振. 消化内镜下氩离子凝固术治疗胃十二指肠出血的疗效分析[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(1): 13-14.
- [17] 张梦梦, 刘丽波, 徐静, 等. 清热利湿健脾方治疗老年胃溃疡60例[J]. 浙江中医杂志, 2022, 57(5): 341-342.
- [18] 文琪, 何毅, 王明选. 柴平汤联合中药穴位贴敷治疗老年肝胃不和型消化性溃疡的临床观察[J]. 老年医学与保健, 2021, 27(6): 1256-1260.
- [19] 赵静, 斯望春, 王佩珠, 等. 幽门螺杆菌阳性胃溃疡患者T淋巴细胞及相关炎症因子水平[J]. 中华医院感染学杂志, 2022, 32(7): 1014-1017.
- [20] 姜蕾, 宋永玲. 中西医结合治疗急性胃溃疡疗效及对表皮生长因子与炎症因子和胃功能的影响[J]. 医药论坛杂志, 2022, 43(1): 95-98.
- [21] 汪慧霞, 张彩凤, 张超群, 等. 益生菌治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡的效果及对肠道菌群分布、血清炎症因子的影响[J]. 中国医药导报, 2021, 18(12): 154-158.