

安胃汤治疗功能性消化不良寒热杂证的临床疗效观察

朱永钦¹, 刘玉², 朱永苹^{1*}, 林寿宁¹, 黄连梅³, 奚锦雯¹,
罗昭琼¹, 李岸平³, 曾文彬³, 王潇晗³, 骆小霞³, 黎莹³, 吴承芳³, 陈保霖³

(1. 广西中医药大学附属瑞康医院, 广西南宁 530011;

2. 九江市第一人民医院, 江西九江 332000; 3. 广西中医药大学, 广西南宁 530001)

摘要:目的 观察和评价安胃汤治疗功能性消化不良寒热错杂证的有效性及其对患者血浆胃动素和血清胃泌素水平的影响,为安胃汤的临床应用和科研开发提供新的依据。方法 选取 2015 年 06 月至 2016 年 06 月期间在广西中医药大学附属瑞康医院消化内科住院和门诊就诊被诊断为功能性消化不良寒热错杂证的 40 例患者,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 20 例。治疗组予服用中药安胃汤治疗,对照组予口服多潘立酮片联合复方阿嗝米特肠溶片治疗,两组患者均以 2 个月为 1 个疗程,连续治疗 1 个疗程后,分别分析比较两组患者的中医证候积分、临床疗效及血浆胃动素和血清胃泌素水平变化,并观察药物的安全性。结果 两组患者经过 1 个疗程治疗后,治疗组总有效率是 85.00%,对照组总有效率为 75.00%,两组总有效率相比较差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组患者治疗后胃脘痞满、嘈杂、疼痛等主症积分和纳呆、暖气等次症积分与治疗前相比均有所下降,以治疗组最为显著,两组相比较差异具有统计学意义($P < 0.05$);治疗组能够显著提高患者血浆胃动素和血清胃泌素水平,与对照组相比较具有显著性差异($P < 0.05$);两组患者在用药期间均未出现不良反应,两组相比较差异不具有统计学意义($P > 0.05$)。结论 ①安胃汤治疗功能性消化不良寒热错杂证临床疗效确切,安全性好,并且可以提高患者的血浆胃动素和血清胃泌素水平;②安胃汤治疗功能性消化不良寒热错杂证的作用机制可能与影响患者的血浆胃动素和血清胃泌素水平相关。

关键词: 安胃汤; 功能性消化不良; 寒热错杂证; 胃动素; 胃泌素

DOI 标识: doi: 10.3969/j.issn.1008-0805.2017.08.049

中图分类号: R259 文献标识码: A 文章编号: 1008-0805(2017)08-1934-03

The clinical observation of functional dyspepsia of syndrome of intermingled heat and cold with the treatment of Anwei Decoction

ZHU Yong-qin¹, LIU Yu², ZHU Yong-ping^{1*}, LIN Shou-ning¹, HUANG Lian-mei³, XI Jin-yao¹, LUO Zhao-qiong¹, LI An-ping³, ZENG Wen-bin³, WANG Xiao-han³, LUO Xiao-xia³, LI Ying³, WU Cheng-fang³, CHEN Bao-lin³

(1. Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi 530011, China; 2. Jiujiang NO. 1 People's Hospital, Jiujiang Jiangxi 332000, China; 3. Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi 530001, China)

Abstract: Objective To observe and evaluate the effectiveness of Anwei Decoction treating the syndrome of intermingled heat and cold of functional dyspepsia and the influence of patients' plasma motilin level and serum gastrin lever, so that it can provide new evidence for Anwei Decoction in clinical application and scientific research and development. **Methods** 40 patients were selected from whom were diagnosed with syndrome of intermingled heat and cold of functional dyspepsia by Department of Gastroenterology, Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine outpatient and inpatient ward during Jun 2015 to Jun 2016. Divided them into treatment group and control group according to random number table method, 20 cases in each group. The treatment group was treated with oral administration of Chinese herbal compound Anwei Decoction treatment, and the control group was treated with Domperidone Tablets combined with Compound Azintamide Enteric-coated Tablets treatment. Two groups of patients with 2 months for a period of treatment, continuous after one course of treatment, respectively, compared two groups of patients with symptoms integral, clinical curative effect and variation of plasma motilin and serum gastrin lever, and observed their safety. **Results** After one course of treatment, the treatment group effective rate was 85%, and the control group effective rate was 75%. The effective rate difference between two groups was statistically significant ($P < 0.05$); After treatment, the primary symptom integral such as upper abdominal distension, gastric upset, pain and so on, and the secondary symptom integral such as

收稿日期: 2016-11-25; 修订日期: 2017-04-10

基金项目: 广西中医药民族医药传承创新专项立项课题(GZLC16-17);

广西中医药民族医药自筹经费科研课题(GZZC15-19)

作者简介: 朱永钦(1988-),男(汉族),河南封丘人,广西中医药大学附属瑞康医院医师,学士学位,主要从事消化系统疾病的中西医结合诊治研究工作。

* 通讯作者简介: 朱永苹(1972-),女(汉族),广西合浦人,广西中医药大学附属瑞康医院教授,主任医师,硕士研究生导师,学士学位,主要从事消化系统疾病的中西医结合诊治研究工作。

anorexia, belching, were both decreased, and the treatment group was in more significant than the control group, also had statistically significant difference ($P < 0.05$). The treatment group can significantly improve the level of plasma motilin and serum gastrin compared with the control group with significant difference ($P < 0.05$); Two groups of patients with no adverse reactions occurred during the medication, compared two groups of no statistically significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion** ①Anwei Decoction in the treatment of the syndrome of intermingled heat and cold of functional dyspepsia has clinical curative effect, good safety, and can improve the patient's plasma motilin level and serum gastrin lever; ②The mechanism of Anwei Decoction treating the syndrome of intermingled heat and cold of functional dyspepsia may be related to influence of the level of plasma motilin and serum gastrin.

Key words: Anwei Decoction; Functional dyspepsia; Syndrome of intermingled heat and cold; Motilin; Gastrin

功能性消化不良 (functional dyspepsia, FD) 是由多种因素导致胃和十二指肠功能紊乱而引起的以餐后饱胀、早饱感、上腹胀痛、上腹灼热感、暖气、食欲不振、恶心等为主要临床表现,并排除器质性疾病的一组临床综合征^[1]。根据罗马Ⅲ诊断标准将 FD 分为上腹痛综合征 (EPS) 和餐后不适综合征 (PDS) 两个临床亚型^[2]。随着生活节奏的加快和社会压力的增加,FD 的发病率呈逐年上升趋势。相关研究显示世界各地消化不良发病率为 7%~63%,平均患病率是 25%^[3],其中我国 FD 的发病率为 18%~45%,约占消化专科门诊的 20%~50%^[4]。目前,FD 的原因和发病机制尚未完全明确。西医治疗 FD 尚没有特效药物,主要采取抑酸护胃、促进胃肠道动力及抗焦虑抑郁状态等对症处理^[5]。近年来,中医中药以其独特的优势治疗 FD 取得了显著疗效。课题组运用安胃汤治疗功能性消化不良寒热错杂证取得了显著的临床疗效,现将临床研究成果报道如下。

1 资料与方法

1.1 患者一般资料 选取 2015 年 06 月至 2016 年 06 月期间在广西中医药大学附属瑞康医院消化内科住院和门诊就诊诊断为功能性消化不良寒热错杂证的 40 例患者,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 20 例。治疗组男性 9 例,女性 11 例;年龄 30~65 (52.55±9.70) 岁;病程 0.6~5 (2.90±1.28) 年。对照组男性 10 例,女性 10 例;年龄 28~64 (50.95±9.45) 岁;病程 0.8~7 (2.83±1.54) 年。两组患者在性别、年龄及病程等一般资料方面相比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照由德罗斯曼 (Drossman, D. A.) 编著的《罗马Ⅲ功能性胃肠病》^[2]中有关“功能性消化不良”诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见 (2010 苏州)》^[6]中寒热错杂证型功能性消化不良的诊断标准: (1) 主症: ①胃脘痞满或者疼痛; ②胃脘部嘈杂不适; ③心烦, 口干, 口苦; ④腹满, 肠鸣, 遇冷加重。 (2) 次症: ①腹冷, 便溏; ②暖气, 纳呆; ③小便时黄; ④舌质淡, 苔黄; ⑤脉弦细或者弦滑。具备以上 2 项主证加 2 项次症即可诊断为寒热错杂证型功能性消化不良。

1.3 纳入标准 ①西医诊断符合罗马Ⅲ功能性消化不良诊断标准者; ②中医辨证符合寒热错杂证型 FD 者; ③性别不限, 年龄在 18 岁以上, 65 岁以下者; ④排除有其他脏器明显疾患及精神疾病者; ⑤患者知情同意, 自愿参加, 依从性良好。

1.4 排除标准 ①不符合西医诊断标准和中医诊断标准者; ②年龄小于 18 岁, 大于 65 岁者; ③患有胃等脏器器质性病变或精神疾病者; ④孕妇、哺乳期妇女; ⑤有滥用药物或酗酒史者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 服用安胃汤治疗。安胃汤 (半夏 13g, 黄连 5g, 干

姜 5g, 木香 7g, 乌药 7g, 丹参 15g, 百合 20g, 白芍 20g, 薏苡仁 10g, 炙甘草 5g) 为中药免煎配方颗粒农本方 [培力 (南宁) 药业有限公司生产], 1 剂/日, 早饭和晚饭后温水冲服。

1.5.2 对照组 服用多潘立酮片联合复方阿嗝米特肠溶片治疗。多潘立酮片 (吗丁啉) (由西安杨森制药有限公司生产, 批准文号: 国药准字 H10910003, 规格: 10mg/片), 1 片/次, 3 次/日, 餐前 15~30 分钟服用; 复方阿嗝米特肠溶片 (泌特) (由扬州一洋制药有限公司生产, 批准文号: 国药准字 H20000232, 规格: 复方), 2 片/次, 3 次/日, 餐后服用。

两组患者均以 2 个月为 1 疗程, 连续用药 1 个疗程 (以上所用药物均由广西中医药大学附属瑞康医院药剂科提供)。

1.6 观察指标 评价两组患者治疗前后中医证候积分值、临床总体疗效、血浆胃动素和血清胃泌素水平的变化及药物不良反应。

1.7 症状分级标准与总体疗效评定标准

1.7.1 症状分级标准 参考中华中医药学会脾胃病分会制定的《消化不良中医诊疗共识意见 (2010 北京)》^[7]根据患者所有症状分为轻度 (+)、中度 (++) 和重度 (+++) 3 个等级, 主症分别记 2、4、6 分, 次症分别记 1、2、3 分, 无症状记为 0 分。症状的分级标准: ①轻度: 患者症状轻微, 不影响工作、生活, 可以忍受; ②中度: 患者症状较重, 已影响到工作和生活, 但患者尚能够忍受; ③重度: 患者症状严重, 妨碍了工作和生活, 难以忍受。

1.7.2 总体疗效评定标准 参照郑筱萸主编的《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[8]中“中药新药治疗痞满的临床研究指导原则”, 采用尼莫地平计分法评判临床疗效: 积分计算公式为: [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%]。①临床痊愈: 患者的临床症状、体征消失或基本消失, 症候积分减少 ≥ 95%; ②显效: 患者的临床症状、体征明显改善, 症候积分减少 ≥ 70%; ③有效: 患者的临床症状、体征均有好转, 症候积分减少 ≥ 30%; ④无效: 患者的临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 症候积分减少 < 30%。

1.8 统计学方法 课题研究所得数据均采用 SPSS21.0 统计软件进行统计分析, 所有计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料运用 χ^2 检验, 等级资料使用秩和检验, 以 $P < 0.05$ 作为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者主症积分比较 两组患者治疗前主症积分相比较无显著性差异 ($P > 0.05$); 两组患者治疗后主症积分均有所降低, 以治疗组最为显著, 两组相比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组中, 患者治疗后所有症状与治疗前相比较具有显著性差异 ($P < 0.01$); 对照组中, 患者治疗后胃脘痞满和胃脘嘈杂症状与治疗前比较, 差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$)。结果见表 1。

2.2 两组患者次症积分比较 两组患者于治疗前单项次症积分

相比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组患者治疗前后次症积分相比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组中患者纳呆、暖气、便溏以及舌象和脉象等症积分与治疗前比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$);对照组中患者腹冷及对照组中患者腹冷、小便时黄等症积分与治疗前相比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结果见表 2。

表 1 两组患者主症积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

主症	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃脘痞满	2.50 ± 1.93	0.82 ± 1.02*	3.10 ± 1.51	1.90 ± 1.20*
胃脘疼痛	2.40 ± 1.90	1.26 ± 1.10*	2.90 ± 1.51	2.50 ± 1.43▲
胃脘嘈杂	2.50 ± 1.82	1.00 ± 0.91*	2.70 ± 1.75	2.10 ± 1.15▲
口苦、口干	2.38 ± 1.76	1.52 ± 0.83*	2.44 ± 1.70	2.03 ± 1.64
腹满、肠鸣	2.65 ± 1.77	1.12 ± 0.94*	2.70 ± 1.87	1.98 ± 1.32

与治疗前比较,▲ $P > 0.05$,* $P < 0.01$; $n = 20$

表 2 两组患者次症积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

次症	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
纳呆	1.70 ± 0.86	0.65 ± 0.58▲	1.80 ± 0.89	1.10 ± 0.78#
暖气	1.55 ± 0.51	0.60 ± 0.50▲	1.90 ± 0.71	1.00 ± 0.64#
腹冷	1.15 ± 0.93	1.55 ± 0.75*	0.70 ± 0.57	1.15 ± 0.67*
便溏	1.00 ± 0.79	0.55 ± 0.51▲	1.40 ± 0.88	0.90 ± 0.44#
小便时黄	1.55 ± 0.94	0.85 ± 0.74▲	1.70 ± 0.86	1.40 ± 0.88*
舌象、脉象	0.95 ± 0.88	0.55 ± 0.51▲	1.45 ± 0.88	1.03 ± 0.64#

与治疗前比较,* $P > 0.05$,▲# $P < 0.05$; $n = 20$

2.3 两组患者症状总积分比较 两组患者治疗前症状总积分相比较差异不具有统计学意义($P > 0.05$);两组患者于治疗后与治疗前相比较症状总积分均有所降低,治疗组症状总积分降低幅度优于对照组,两组相比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结果见表 3。

表 3 两组患者症状总积分比较 分

组别	治疗前	治疗后
治疗组	13.70 ± 2.69	3.45 ± 2.50▲*
对照组	13.45 ± 1.93	7.60 ± 2.37▲

与治疗前总积分比较,▲ $P < 0.05$;与对照组总积分比较,* $P < 0.05$; $n = 20$

2.4 两组患者总体疗效比较 治疗组 20 例患者中临床痊愈 7 例,显效 5 例,有效 5 例,无效 3 例,总有效率是 85.00%;对照组 20 例患者中临床痊愈 2 例,显效 3 例,有效 10 例,无效 5 例,总有效率为 75.00%。两组患者总体临床疗效相比较,治疗组优于对照组,差异具统计学意义($Z = -2.058$, $P = 0.04 < 0.05$)。结果见表 4。

表 4 两组患者总体疗效比较

组别	例数	临床痊愈		显效		有效		无效		总有效率	
		例	率/%	例	率/%	例	率/%	例	率/%	例	率/%
治疗组	20	7	35.00	5	25.00	5	25.00	3	15.00	17	85.00△
对照组	20	2	10.00	3	15.00	10	50.00	5	25.00	15	75.00

与对照组相比较,△ $P < 0.05$

2.5 两组患者血浆胃动素和血清胃泌素水平变化比较 治疗前后两组患者血浆胃动素和血清胃泌素水平均有所升高,治疗组患者血浆胃动素和血清胃泌素水平升高幅度明显优于对照组,两组相比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结果见表 5。

2.6 两组患者用药安全性评价 治疗前后分别对两组患者进行血常规、大小便常规、肝肾功能和心电图检查,在整个治疗过程中,两组患者均未出现明显的药物不良反应,两组患者用药不良反应相比较差异不具有统计学意义($P > 0.05$)。

表 5 两组患者胃动素、胃泌素水平变化比较($\bar{x} \pm s$) $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$

指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃动素	226.62 ± 55.37	327.25 ± 24.36▲*	230.31 ± 46.14	285.46 ± 29.48▲
胃泌素	50.90 ± 31.38	88.91 ± 6.28△*	51.25 ± 31.09	70.54 ± 5.38△

与对照组比较,* $P < 0.05$,与治疗前比较,▲ $P < 0.01$;与治疗前比较,△ $P < 0.01$,与对照组比较,* $P < 0.05$; $n = 20$

3 讨论

功能性消化不良是临床中常见的消化系统疾病,中医学中并没有功能性消化不良病名,根据 FD 的临床表现将其归入中医学“痞满”和“胃脘痛”等范畴。张仲景首创“痞满”病名,并在《伤寒论》中提到“满而不痛者,此为痞”,并指出“谷不化,腹中雷鸣,心下痞硬而满”。王俊等^[9]通过统计分析发现功能性消化不良最主要的病因是饮食,寒邪内侵与脾阳被遏是 FD 发生的重要因素。张照兰^[10]提出了 FD 病位在于胃腑和脾脏,与肝脏密切相关,饮食不节、情志失调为其重要发病原因,致病条件为肝气郁滞,脾胃虚弱为发病基础。田德禄^[11]认为情志不遂、饮食不节和脾胃虚弱是引起 FD 发病的主要原因,其病位在胃腑,与肝脏、肾脏和脾脏密切相关,胃气壅滞失于和降为本病病机。总之,FD 多缘由外邪犯胃、内伤饮食、情志失调和脾胃虚弱等因素而引发,病变部位在胃腑,与肝脏和脾脏关系密切,中焦气机不利、脾胃升降失职是 FD 发病的病机关键^[12]。中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010 苏州)》^[6]将 FD 分为肝气郁结证、肝气犯胃证、脾胃气虚证、湿滞胃证和寒热错杂证等 5 个证型,其中寒热错杂证是临床中比较常见的一个证型,因此针对寒热错杂证型 FD 的治疗,临床中主要采取辛开苦降、和胃消痞的治法。

安胃汤是在已故全国名老中医林沛湘教授治疗慢性胃病用药基础上组方而成^[13]。胃居中焦,为后天之本、气血生化之源,为阳明燥土,具有主通降、喜润恶燥的生理特性,胃的生理机能是主受纳和腐熟水谷,胃气以和降为顺。林沛湘教授学术思想的传承人林寿宁教授认为,FD 属于一种慢性胃病,与中医学的“痞满”“胃脘痛”等病症的临床表现类似。林沛湘教授^[14]认为慢性胃病无论其临床表现如何,其基本病机乃是胃失和降、腑气壅滞,导致湿阻胃燥、升降逆乱、寒热错杂、气滞血瘀、五脏受扰;其病理因素为湿、燥、滞、瘀;病位在胃腑,与脾脏、肝脏、胆腑和肺脏相关;病性以实证为主。在治疗上,林沛湘教授提出了“顺五脏,安胃腑”的治疗大法。

安胃汤由半夏、黄连、干姜、木香、乌药、丹参、百合、白芍、薏苡仁和炙甘草共 10 味药物组成,该方是由半夏泻心汤、芍药甘草汤、丹参饮和百合汤等方药化裁组合而成。安胃汤具有辛开苦降、平调寒热、消痞和胃的功效。课题组通过前期大量的临床试验研究和动物实验研究表明安胃汤是治疗脾胃病的有效方药^[15,16]。方中半夏味辛、性温,归脾、胃、肺经,具有燥湿除满、降逆和胃、消痞散结的功效,为君药。黄连味苦、性寒,归脾、胃、心经,具有清热燥湿之效,长于清中焦湿热,泻火解毒;干姜味辛、性热,归脾、胃、肾经,本药主入脾脏和胃腑长于温中散寒、健运脾阳,是温暖中焦的主药,与黄连配伍共为臣药,以达辛开苦降、寒热同治。百合味甘、性寒,归肺、胃、心经,具有养胃阴、清胃热的作用;乌药味辛、性温,归脾、肾、膀胱经,具有行气开郁、散寒止痛之效,与百合相配伍,以达养津护胃而无滋腻之虞,行气散寒而无温燥之虞。白芍味苦、酸,性微寒,归肝、脾经,本品酸敛肝阴,养血柔肝而止痛;甘草味甘、性平,归脾、胃、心、肺经,有补脾益气、

缓急止痛和调和诸药之功效;安胃汤取甘味之甘草与酸味之白芍同用,即遵循了“酸甘化阴”之理念,共奏益胃生津、柔肝止痛。丹参味苦、性微寒,归心、肝经,具有活血祛瘀止痛的功效;木香味辛、苦,性温,归脾、胃、胆、三焦经,有行气止痛的作用;薏苡仁味甘、淡,性凉,归脾、胃、肺经,具有健脾清热之效。综上所述,诸药合用,寒热并施,辛开苦降,攻补兼施,专治 FD 虚实相兼、寒热错杂之证,疗效独特,并在临床上取得了显著疗效。

本研究结果证实,安胃汤在改善 FD 患者临床症状、提高临床治愈率及提高患者血浆胃动素和血清胃泌素水平等方面明显优于单纯西药治疗组;在安全性方面,治疗后患者并未出现任何不良反应,证实了安胃汤治疗功能性消化不良安全可靠,是一种治疗寒热错杂型 FD 的有效方药,值得临床推广应用。安胃汤能够提高 FD 患者血浆胃动素和血清胃泌素水平,这可能是安胃汤治疗寒热错杂型 FD 的作用机制之一,这将有益于今后 FD 的相关研究工作,也有助于更好的预防和治疗功能性消化不良。

参考文献:

- [1] 葛均波,徐永健.内科学,8版[M].北京:人民卫生出版社,2013:398.
- [2] 德罗斯曼著,柯美云,方秀才译.罗马Ⅲ功能性胃肠病,3版[M].北京:科学出版社,2008:372.
- [3] 莫剑忠,江石湖,萧树东.江绍基胃肠病学,2版[M].上海:上海科学技术出版社,2014:512.
- [4] 陈灏珠,林果为,石吉耀.实用内科学,14版[M].北京:人民卫生出版社,2013:1938.
- [5] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组.中国功能性消化不良专家共识意见(2015,上海)[J].中华消化杂志,2016,36(4):217.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010,苏州)[J].中国中西医结合杂志,2011,31(11):1545.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会.消化不良中医诊疗共识意见(2010,北京)[J].中华中医药杂志,2010,25(5):722.
- [8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:134.
- [9] 王俊,张翼宙.基于量化分析的功能性消化不良中医因病机研究[J].中华中医药学刊,2014,32(2):300.
- [10] 安丽,曹国强,张照兰.张照兰教授治疗功能性消化不良临床经验[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(24):278.
- [11] 李志红,田德禄.运用田德禄教授“清降”理论治疗功能性消化不良的经验[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2013,20(2):45.
- [12] 张伯礼,薛博瑜.中医内科学,2版[M].北京:人民卫生出版社,2013:150.
- [13] 林寿宁.中医临床家—林沛湘[M].北京:中国中医药出版社,2001:9.
- [14] 林寿宁.林沛湘学术经验集[M].北京:科学出版社,2012:22.
- [15] 韦维,林寿宁,朱永苹.安胃汤对慢性萎缩性胃炎模型大鼠肠三叶因子基因表达的影响[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(3):159.
- [16] 朱永苹,韦维,林寿宁,等.安胃汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对EGFmRNA的影响[J].广西中医药,2012,35(2):8.

扶正固本汤联合同步放化疗 治疗中晚期宫颈癌疗效观察

袁选举,邓守恒*

(湖北医药学院附属人民医院肿瘤中心,湖北 十堰 442000)

摘要:目的 探讨扶正固本汤联合同步放化疗对局部中晚期宫颈癌患者临床疗效、毒副反应及生活质量的影响。方法 收集2012年1月至2013年12月我院收治的62例ⅡA~ⅣA期的宫颈癌病例,按治疗方法分中药扶正固本汤剂配合同步放化疗组(观察组,34例)与同步放化疗组(对照组,28例),比较两组间的近期疗效、2年生存率及骨髓抑制反应、胃肠道反应、慢性放射性肠炎、慢性放射性膀胱炎的发生率差异。结果 ①观察组近期有效率(97.01%)优于对照组(92.85%)($P < 0.05$)。②观察组2年生存率为85.3%,2年无进展生存率为76.5%,与对照组2年生存率82.1%,2年无进展生存率71.4%比较,均无统计学差异($P > 0.05$),两组不同分期期间生存期比较也无明显差异($P > 0.05$)。③观察组3~4级骨髓抑制反应和1~2级急性胃肠道反应发生率均略低于对照组(23.5% vs 35.7%)和(35.3% vs 53.6%)(P 均 < 0.05)。④观察组1~2级慢性放射性肠炎和慢性放射性膀胱炎发生率均低于对照组(17.6% vs 28.6%)和(5.9% vs 10.7%)(P 均 < 0.05)。结论 扶正固本汤联合同步放化疗可有效提高局部中晚期宫颈癌患者治疗疗效,并能减少毒性反应,改善患者生活质量。

关键词:扶正固本汤; 同步放化疗; 宫颈肿瘤; 临床疗效

DOI标识: doi: 10.3969/j.issn.1008-0805.2017.08.050

中图分类号: R737.33 文献标识码: A 文章编号: 1008-0805(2017)08-1937-03

收稿日期: 2016-12-30; 修订日期: 2017-06-19

基金项目: 湖北省卫生和计划生育委员会科研课题(No. WJ2015MB292)

作者简介: 袁选举(1969-),男(汉族),湖北十堰人,湖北医药学院附属人民医院副主任技师,学士学位,主要从事肿瘤放化疗研究工作。

* 通讯作者简介: 邓守恒(1973-),男(汉族),湖北十堰人,湖北医药学院附属人民医院主任技师,博士学位,主要从事肿瘤药理研究工作。

宫颈癌(Cervical cancer)是女性最常见的恶性肿瘤之一,发病率仅次于乳腺癌,近年来呈现出年轻化高发趋势,严重威胁女性生命健康^[1]。手术和放疗是宫颈癌治疗的主要手段,由于大多数宫颈癌患者发现时已属中晚期,错过了最佳手术时机,故放疗同步化疗成为中晚期宫颈癌患者标准治疗模式,同步化疗除可对原发病灶产生直接杀伤作用外,还可降低宫颈癌局部复发及远