

临床报道

运用加味左金丸治疗胃溃疡 60 例

尹旭花

(山东省莱阳市第三人民医院, 265219)

关键词 胃溃疡/中医药治疗; @ 加味左金丸

2003 年 10 月 - 2006 年 7 月笔者临床运用加味左金丸治疗胃溃疡 120 例, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 诊断标准参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[1] 标准选择: 1) 长期反复发生的慢性、周期性和节律性上腹部疼痛, 应用碱性药物可缓解。2) 上腹部有局限性压痛。3) X 线钡餐造影见溃疡龛影; 胃镜下示溃疡活动期。4) 常伴有食欲减退、嗝气、反酸、恶心、呕吐等。排除病例: 活动性溃疡出血、幽门梗阻、恶变、穿凿性溃疡、胃溃疡合并重度异型增生者, 试验前 30 天内发生并发症而进行手术者, 特殊原因的胃溃疡, 如胃泌素瘤等。

1.2 一般资料 病例来源于 2003 年 10 月 - 2006 年 7 月来我院就诊的符合上述诊断标准的消化性溃疡患者, 随机编号对应治疗。治疗组 60 例, 男 42 例, 女 18 例; 年龄 17.6 ~ 65 岁, 平均 41.5 ± 6.7 岁; 病程 2 ~ 31 年, 平均 9.5 ± 3.8 年。其中幽门管部溃疡 8 例, 胃窦部溃疡 29 例, 胃小弯部溃疡 17 例, 胃大弯及胃底部溃疡 6 例。对照组 60 例, 男 39 例, 女 21 例; 年龄 18 ~ 66.5 岁, 平均 41.3 ± 6.8 岁; 病程 2 ~ 31.3 年, 平均 9.1 ± 3.5 年。其中幽门管部溃疡 10 例, 胃窦部溃疡 25 例, 胃小弯部溃疡 19 例, 胃大弯及胃底部溃疡 6 例。2 组资料差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法 治疗组: 加味左金丸: 黄连 15g, 吴茱萸 5g, 干姜 6g, 砂仁 6g, 延胡索 9g, 丹参 12g, 白术 9g, 白及 10g, 乌贼骨 10g。加减法: 湿热重者, 加厚朴 10g, 枳实 6g; 脾胃虚寒重者, 黄连减为 6g, 干姜加至 9g; 肝胃气滞者加醋柴胡 10g, 乌药 10g; 伴有痰食者加浙贝母 10g, 橘红 10g, 焦三仙各 10g; 伴瘀血刺痛者加莪术 9g, 五灵脂 9g; 有压痛者加瓜蒌 15g, 半夏 9g, 即是与小陷胸汤合用, 每日 1 剂, 水煎 2 次各取汁 250mL 混匀, 分早、中、晚 3 次口服。

对照组: 给予(国产)法莫替丁每次 20mg, 每日 2

次口服。2 组疗程均为 6 周。治疗期间停用其他治疗方法, 避免进食生冷及刺激性食物。

2.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》中关于消化性溃疡的疗效判定标准^[1], 以治疗前后胃镜检查疗效判断依据: 痊愈: 溃疡和周围炎症全部消失; 显效: 溃疡消失, 仍有炎症; 有效: 溃疡面积缩小超过 50% 或溃疡数目减少; 无效: 溃疡面积缩小 < 50% 或无变化。

2.3 统计学方法 采用统计学 χ^2 和 t 检验。

3 治疗结果

治疗组和对照组的疗效见表 1。从表 1 中可以看出, 治疗组显效率和有效率与对照组相比较, 有显著性差异 ($P < 0.05$)。

表 1 治疗组和对比较组的治疗效果对比

组别	总例数	痊愈例数	显效例数	有效例数	无效例数	显效率 (%)	有效率 (%)
治疗组	60	23	28	6	3	85.00	95.00
对照组	60	18	23	11	8	68.33	86.67

4 讨论

胃溃疡属中医“胃脘痛”“反酸”“嘈杂”“痞满”的范畴。左金丸方中黄连苦寒清泻心肝胃之火, 6 倍用量于吴茱萸, 作为君药, 配以辛热的吴茱萸温肝降逆, 且可兼制黄连苦寒败胃之弊。二药之性, 一温一寒, 一苦降一辛开, 疏泄肝胃气机, 降泄肝胃逆气, 起相辅相成之妙。笔者临证中根据患者的体质、寒热多寡、正邪盛衰等情况, 灵活运用黄连、吴茱萸不同配伍比例。若肝火犯胃所致胃脘痛较轻者, 将黄连、吴茱萸之比调整为 3:1, 其意在于减缓黄连苦寒之性, 既可直袭其上炎之火, 又不至苦寒败胃; 若肝火犯胃之胃脘疼痛, 呕逆而伴素体中焦虚寒、脾胃虚弱之人出现寒热错杂之征, 将黄连、吴茱萸两药按 1:1 配比, 其意取黄连苦寒清肝和胃, 吴茱萸从类相求、引热下行而降逆和胃。纵观全方共奏和胃降逆, 理气化痰, 开结散痞之效, 恢复脾胃纳化之权, 因此在治疗胃溃疡方面确能收到明显效果。

参考文献

[1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 中国医药科技出版社, 2002: 116.

(2008-02-25 收稿)