

胃痛宁片联合泮托拉唑治疗十二指肠溃疡急症的临床研究

苏敏敏 刘文娟*

西安医学院附属宝鸡医院 陕西宝鸡 721000

摘要: **目的:** 观察胃痛宁片联合泮托拉唑治疗十二指肠溃疡急性发作的临床效果。**方法:** 选取我院收治的十二指肠溃疡急性发作期患者90例, 随机分为观察组与对照组, 对照组口服泮托拉唑治疗, 观察组在对照组基础上加用胃痛宁片, 比较两组治疗前后溃疡改善情况、症状消失时间及不良反应情况。**结果:** 观察组总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$), 胃脘痛、反酸、嗝气等症状缓解时间更短, 不良反应发生率无明显差异。**结论:** 胃痛宁片联合泮托拉唑治疗十二指肠溃疡急性发作安全高效, 可快速改善症状, 提高治疗效果, 值得临床推广。

关键词: 十二指肠溃疡急性发作; 胃痛宁片; 泮托拉唑; 联合治疗; 临床观察

前言

十二指肠溃疡 (duodena ulcer, DU) (中医: 胃痛/胃脘痛), 临床属于消化性溃疡 (peptic ulcer, PU), 是胃酸及胃蛋白酶对消化道黏膜自身消化所导致的炎性溃疡, 当发生在十二指肠部位时, 即为十二指肠的慢性溃疡, 溃疡的组织缺损超过黏膜肌层, 相较胃炎病变部位更深, 十二指肠溃疡的直径一般 $< 1\text{cm}$, 活动期溃疡呈圆形或卵圆形, 溃疡边缘常有充血水肿, 基底光滑, 以慢性、周期性、节律性的上腹疼痛为主要临床特点。最新研究显示: 在我国, 消化性溃疡的发病率男性高于女性, 且十二指肠溃疡 (DU) 比胃溃疡 (GU) 要更多见, DU 发病多见于青壮年, 且发病高峰要比 GU 早十年。尽管 PU 的发病率较高, 但本病的病因和相关发病机制目前依旧没能阐明。初步研究表明: 本病是一种或多种有害因素对黏膜破坏后, 超过黏膜抵御损伤和自身修复能力所引起的综合结果。常见的致病因素有: 幽门螺杆菌 (Hp) 感染、胃酸分泌过量、非甾体类抗炎药 (NSAIDs)、抗肿瘤和糖皮质激素类药物以及遗传因素、吸烟、饮食习惯、心理因素等。临床表现除中上腹节律性疼痛外, 还可伴有唾液分泌增多、灼热感、嗝酸、嗝气、恶心呕吐等相关胃肠道症状。而 DU 的诱因多与饮食不节等有关, 青年群体对饮食多偏好辛辣炙烤, 且在节假日期间更容易暴饮暴食而导致十二指肠溃疡急性

发作。在中医学上, 将此疾病归为“胃痛”, 或称“胃脘痛”, 是以胃脘部近心窝处疼痛为主症的中医疾病。最早的《黄帝内经》中称: “胃病者, 腹胀, 胃脘当心而痛”, 便明确了疼痛的部位, 并带有兼症——腹胀; 东汉时期, 张仲景描述此病部位时用“心下”一词; “金元四大家”之一的李东垣首次确立的单独的“胃脘痛”, 用以明确区分“心痛”, 以及张元素在《医学启源》中首次记载了“胃脘痛”之名, 至此, 胃脘痛正式确立为独立的病证; 明清时期, 有关心痛与胃痛的鉴别要点得以进一步明确, 对胃痛的治法也逐渐完善。比如明代虞抟所著的《医学正传·胃脘痛》中就指出: “寒者温之, 热者寒之, 虚者培之, 实者泻之。”明代杨继洲在《针灸大成》中还系统记载了胃脘痛的针灸治疗处方: 如中脘穴、足三里、内关穴等, 是为胃脘痛非药物治疗的补充, 而清叶天士倡导“初病在经, 久痛入络”的病机特点, 在治疗方面强调“通则不痛”, 指出胃痛可因为“不通”导致, 擅长运用养胃阴、疏肝和胃、温通阳气等治疗。及至现代, 胃脘痛的中医辨证施治已经足够完善。

我国经济快速发展以来, 广大居民群体的饮食方式较古代时期已经发生了显著的变化, 由以前的清淡饮食为主变成了现在的辛辣炙烤、重油高糖等, 尤其是现在中青年群体, 不重视正确的饮食方法, 导致十二指肠在中青年群体中依然高发, 且在节假日期间尤为显著。当前研究表明: 消化性溃疡中常见的胃、十二指肠溃疡在当前治疗过程中存在时间长、易复发、药物副作用影响大及不良反应明显等问题, 临床治疗效果还有明显上升空间。长期以来, 虽然中医药在治疗胃脘痛方面有着一定的优势, 但对

作者简介: 苏敏敏 (1994年9月—) 女, 汉族, 陕西宝鸡人, 研究生学历, 西安医学院附属宝鸡医院, 主治医师, 研究方向为中西医结合内科 (消化方向)。

于中医药在十二指肠溃疡急性发作时的治疗效果研究相对较少，本研究拟观察中西医结合治疗十二指肠溃疡急性发作时的临床疗效及不良反应。现报道如下。

一、临床资料

(一) 诊断标准

符合《胃痛中医诊疗专家共识(2024)》诊断标准。胃脘部痞闷胀满、嗳气、吞酸、嘈杂、恶心、呕吐、纳呆等症状。

(二) 辨证标准

符合《中医内科学》脾胃病证中湿热中阻证及《胃痛中医诊疗专家共识(2024)》中脾胃湿热证的辨证标准。脘腹痞满或疼痛且急迫，口干、口苦，口干不欲饮水，纳呆，恶心或呕吐，小便短赤，大便不畅，苔黄厚腻，脉滑(数)。

(三) 纳入标准

①符合上述诊断标准及辨证标准；②年龄18-35岁，③经胃镜检查明确诊断为十二指肠溃疡，④患者知情同意并自愿参加本研究。

(四) 排除标准

①合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者，②合并其他消化道溃疡，如胃溃疡、胃炎者，③妊娠及哺乳期女性，④对本研究相关药物过敏者，⑤研究期间发现受试者不遵医嘱、不配合治疗者。

(五) 一般资料

收集2025年10月至2026年2月在西安医学院附属宝鸡医院接诊的90例确诊为十二指肠溃疡的患者，用随机数字表发随机分为治疗组、对照组，两组各45例。对照组男32例，女13例；年龄18~32岁，平均(22±4.3)岁；观察组男30例，女15例；年龄18~32岁，平均(23±3.7)岁，两组病程均为1-3天。两组一般资料差异无统计学意义(P>0.05)，在统计学上无显著差异。本研究经西安医学院附属宝鸡医学伦理委员会批准。

二、治疗方法

(一) 对照组

给予泮托拉唑钠肠溶胶囊(辽宁康博士制药有限公

司，国药准字H20080292)治疗，早餐前服用40mg(2粒)，PO QD。

(二) 治疗组

在给予口服泮托拉唑的基础上再口服胃痛宁片(陕西华西制药股份有限公司，国药准字Z20023310)治疗，一次3片，第一周TID，后三周调整为BID。

2组均治疗1个月。

三、观察指标与统计学方法

(一) 观察指标

①通过胃镜检查治疗前后两组患者十二指肠溃疡愈合情况；②在治疗期间每周观察患者相关症状的改善情况；③随时注意两组患者在治疗期间的不良反应事件。

(二) 统计学方法

所有数据采用SPSS 26.0统计软件进行分析。计数资料以例数(百分比)表示，疗效等级比较。采用Wilcoxon秩和检验，检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

四、疗效标准与治疗结果

(一) 疗效标准

参考《胃脘痛的诊断依据、证候分类、疗效评定》(ZY/T001.1-94)制定。治愈：胃脘疼痛症状完全消失，兼症亦全部消除，饮食、大便恢复正常，舌脉恢复平和，胃镜检查正常；好转：胃脘疼痛明显减轻，发作频率降低，兼症得到改善，饮食、大便基本正常，舌脉较前好转，胃镜检查好转；未愈：胃脘疼痛症状无缓解甚至加重，兼症无改善或恶化，舌脉无变化^[7]。总有效率=(治愈+好转)例数/总例数×100%。

(二) 2组临床疗效比较

见表1。本研究对治疗组与对照组的临床疗效进行了对比分析，对比如下：治疗后治疗组总有效率93.3%，相对对照组的77.8%，高出15.5%；经Wilcoxon秩和检验，差异有统计学意义($Z=-2.26$ ， $P=0.024$)。

(三) 2组不同时间点主要症状消失的累计统计

见表2、表3。汇总表2、表3数据，相同症状整合成折线图1后发现：与对照组相比，治疗组在各观察时间点的主要症状累计消失率均更高，且至第27天时，二

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效
对照组	45	15 (33.33%)	20 (44.44%)	10 (22.22%)	77.8%
治疗组	45	25 (55.56%)	17 (37.78%)	3 (6.67%)	93.3%

表2 对照组不同时间点主要症状消失的累计统计 (n=45) 例 (%)

	胃脘疼痛	恶心呕吐	纳呆泛酸	口干不欲饮	二便不畅	舌脉象
第6天	4 (8.89)	7 (15.56)	4 (8.89)	6 (13.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
第13天	6 (13.33)	10 (22.22)	10 (22.22)	10 (22.22)	7 (15.56)	2 (4.44)
第20天	10 (22.22)	18 (40.00)	20 (44.44)	15 (33.33)	20 (44.44)	15 (33.33)
第27天	24 (53.33)	30 (66.67)	27 (60.00)	27 (60.00)	32 (71.11)	30 (66.67)

表3 治疗组不同时间点主要症状消失的累计统计 (n=45) 例 (%)

	胃脘疼痛	恶心呕吐	纳呆泛酸	口干不欲饮	二便不畅	舌脉象
第6天	7 (15.56)	8 (17.78)	7 (15.56)	10 (22.22)	1 (2.22)	1 (2.22)
第13天	10 (22.22)	12 (26.67)	15 (33.33)	17 (37.78)	10 (22.22)	5 (11.11)
第20天	14 (31.11)	22 (48.89)	23 (51.11)	30 (66.67)	27 (60.00)	15 (33.33)
第27天	35 (77.78)	40 (88.89)	34 (75.56)	40 (88.89)	45 (100.00)	39 (89.97)

对照组与治疗组不同时间点主要症状累计消失率比较 (N=45)

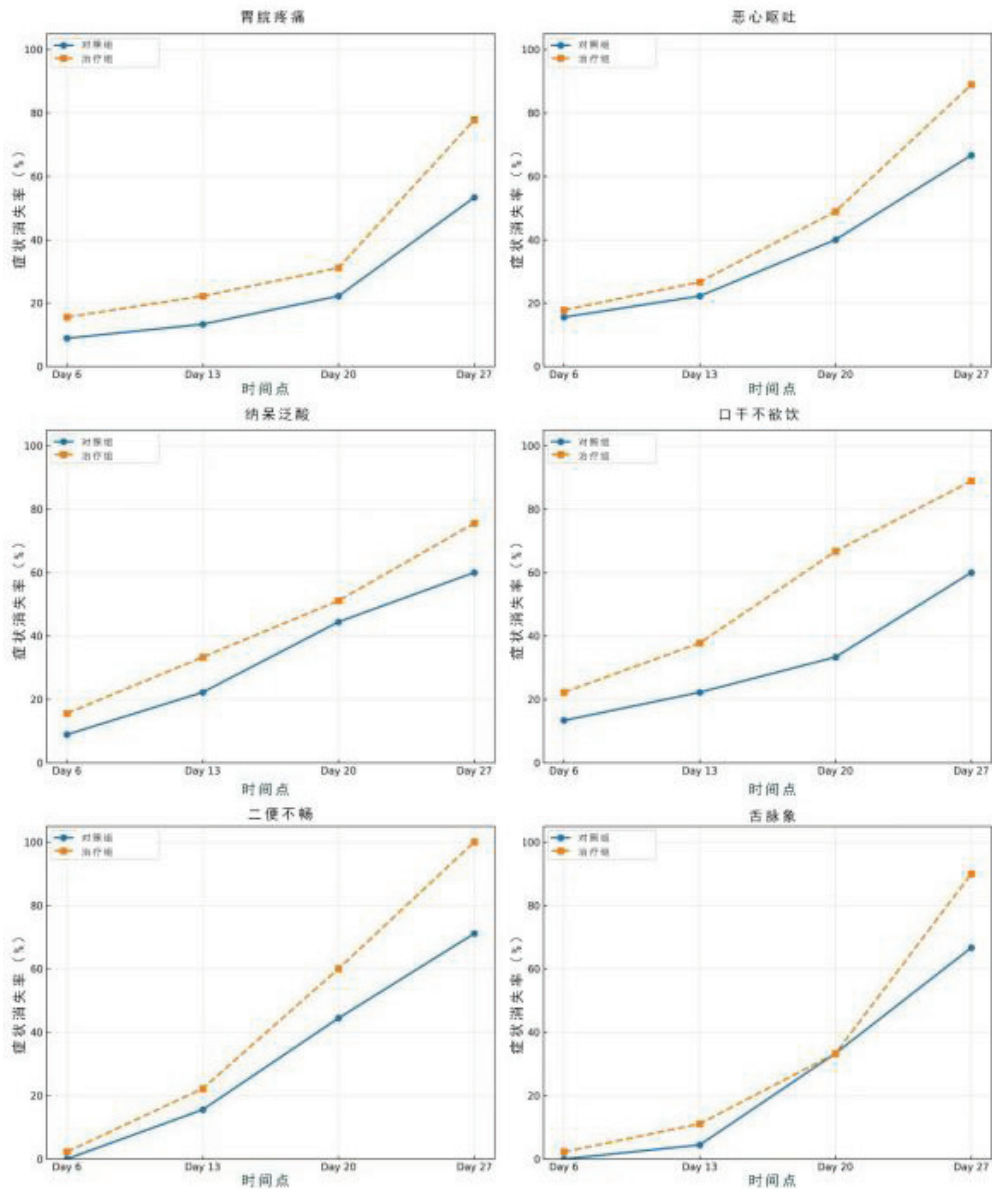


图1 对照组与治疗组不同时间点主要症状累计消失率比较 (n=45)

便不畅症状消失率达100%，整体临床疗效更优。

(四) 不良反应

对照组出现头晕症状2例，恶心加重1例，治疗组出现皮疹1例，下肢肌肉酸痛不适1例。

结语

十二指肠溃疡是指发生于十二指肠部位的慢性溃疡性病变，属于慢性反复发作性疾病。其急性发作多因饮食不节、暴饮暴食及情志失调等因素诱发，发作期疼痛剧烈，常显著影响患者日常生活、工作与休息。本病的核心发病机制是由于胃酸与胃蛋白酶对十二指肠黏膜的过度消化，导致黏膜屏障受损。

本病临床主要表现以胃脘部疼痛为主，急性发作时可出现痉挛样疼痛，这也是众多患者紧急就医的主要因素，多由于胃平滑肌痉挛、胃动力紊乱等引起，同时还可伴随反酸、嗝气、恶心呕吐及纳差等症状，中青年群体在饮食刺激下更易出现急性发作。虽然现代医学认为幽门螺杆菌感染是导致消化性溃疡的重要危险因素之一。但本研究以十二指肠溃疡急性发作为研究对象，故未将幽门螺杆菌感染状态作为单一纳入标准，旨在更贴近临床实际情况，从而更准确地分析胃痛宁片联合泮托拉唑肠溶胶囊在湿热型十二指肠溃疡急性发作中的治疗效果。

泮托拉唑是苯并咪唑类不可逆质子泵抑制剂，是临床常用的抑酸药。其作用机制在于选择性地作用于胃黏膜壁细胞分泌小管上的 H^+-K^+-ATP 酶，在酸性环境下被激活为环次磺胺，与酶的巯基共价结合，使其永久失活，从而有效抑制胃酸分泌。该药生物利用度约为70%~80%，血药浓度达峰时间约为1小时，可持续抑制胃酸分泌24小时以上，具有较高的临床安全性。然而，随着其应用范围的扩大，相关不良反应的报道逐渐增多，主要有头晕头痛、腹胀腹泻便秘恶心等，皮疹、瘙痒、肌肉疼痛、肝酶升高、间质性肾炎、低镁血症，长期服用可能导致 B_{12} /铁吸收障碍、骨质疏松等。同时，没有研究表明泮托拉唑对中医证候中纳呆、口干不欲饮、大便干结等湿热症状的明显改善，说明其难以全面恢复脾胃气机状态，患者整体满意度仍有提升空间。

中成药胃痛宁片出自《中药部颁标准》，标准编号：WS₃-B-3287-98。是用蒲公英提取物，龙胆粉，甘草干浸膏，小茴香油、天仙子浸膏以及氢氧化铝制成的中成药制剂，其中蒲公英可清热解毒，利尿祛湿，蒲公英中富含黄酮类、酚酸类、萜类、糖类、甾醇类、脂肪酸类

等多种化学成分，具有抗肿瘤、抗炎、保肝利胆、抑菌等多重作用功效。龙胆清热燥湿，可清泄脾胃肝胆湿热，现代研究发现龙胆中的龙胆苦苷、龙胆碱等具有解热、抗炎、利胆、健胃等作用。小茴香可理气和胃止呕，可开胃下食（《日华子本草》）。现代研究表明其有调节胃肠运动等作用。甘草和缓急止痛，调和诸药。李时珍《本草纲目》中记载：天仙子：“叶圆而光，有毒，误食令人狂乱，状如中风，或吐血，以甘草汁解之”。天仙子具有解痉、平喘、镇痛等功效。主要成分包括生物碱类、黄酮类、挥发油、脂肪酸、酚酸等。现代研究表明，天仙子提取物具有解痉、抗炎、镇痛、抗菌等多种药理作用，莨菪烷类生物碱是天仙子解痉和镇痛作用的主要活性成分。唯一化学成份氢氧化铝具有中和胃酸的作用。为进一步加强临床用药安全，2019年3月，国家药品监督管理局将其由非处方转换为处方药。功能主治为清热燥湿，理气和胃，制酸止痛。用于湿热互结所致胃、十二指肠溃疡，胃炎，症见胃脘疼痛，胃酸过多，脘闷暖气，泛酸嘈杂，食欲不振，大便秘结，小便短赤。因此，胃痛宁片联合泮托拉唑肠溶胶囊治疗十二指肠溃疡，能快速缓解患者症状，改善体征，提高临床疗效，比单用泮托拉唑肠溶胶囊具有更好的效果，联合治疗后可产生协同增效作用。本研究结果显示，胃脘疼痛、恶心呕吐、纳呆泛酸、口干不欲饮水、二便不畅、舌脉象等六组主要症状消失率在相同时间点时，治疗组要显著高于对照组，提示胃痛宁片的加入，对患者主要症状的改善有积极推动作用。且2组治疗后不良反应发生率比较，差异无统计学意义，表明胃痛宁片联合泮托拉唑肠溶胶囊治疗十二指肠溃疡急性发病时在规定计量内安全有效，不良反应少。

综上，相比单纯的泮托拉唑肠溶胶囊治疗，采取胃痛宁片联合泮托拉唑治疗十二指肠溃疡急性发作安全高效，可快速改善胃脘部痉挛性疼痛等临床症状，治疗效果能令患者更加满意，具有临床推广价值。

参考文献

- [1] 林果为, 王吉耀, 葛均波. 实用内科学[M]. 15版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 1945-1965.
- [2] 王兴, 麦凤香. 穴位微创埋线疗法治疗消化性溃疡118例临床观察[J]. 四川中医, 2011, 29(01): 118-119.
- [3] 刘增科. 中医药治疗消化性溃疡66例效果观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(15): 239.

- [4]王岩.中华传统饮食文化对现代饮食结构的影响[J].衡水学院学报,2025,27(04):31-37.
- [5]李岩峰,王楠,李广鉴,等.兰索拉唑药物不良反应的Meta分析[J].药物评价研究,2023,46(04):866-877.
- [6]唐旭东,杨胜兰,刘震.胃痛中医诊疗专家共识(2024)[J].中医杂志,2024,65(24):2598-2604.DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.24.015.
- [7]胃脘痛的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].实用中医内科杂志,2021,35(02):128.
- [8]杨宝峰,陈建国.药理学[M].10版.北京:人民卫生出版社,2024:380-381.
- [9]石爱文,姚佳靖,王庆,等.蒲公英化学成分和药理作用研究进展及其质量标志物预测分析[J].中华中医药学刊,2024,42(09):38-45+259.DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2024.09.008.
- [10]周祯祥,唐德才.中药学(新世纪第二版)[M].北京:中国中医药出版社.2016:87,208.
- [11]李时珍.本草纲目[M].校注本.北京:人民卫生出版社,2015:草部·苣荬(天仙子).
- [12]张梦田,王俊香,梁晓东,等.天仙子化学成分及药理作用研究进展[J].中成药,2024,46(07):2321-2326.
- [13]关于胃痛宁片等3种药品转换为处方药并修订药品说明书的公告(2019年第12号)[J].中老年保健,2019,(05):6-7.
- [14]戴德银.新编简明中成药手册[M].4版.郑州:河南科学技术出版社,2020:387.