

(文章编号) 1007-0893(2021)16-0062-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.16.024

参附黄蒲汤与黄芪建中汤治疗胃痛的比较研究

王 旭 贾阳阳

(解放军联勤保障部队第990医院, 河南 驻马店 463000)

〔摘要〕 **目的:** 比较参附黄蒲汤和黄芪建中汤在脾胃虚寒证胃痛患者治疗中的临床效果。**方法:** 选择解放军联勤保障部队第990医院2018年7月至2020年10月期间收治的88例脾胃虚寒证胃痛患者,按随机数字表法分为对照组与观察组,各44例。两组入院后均给予对症治疗,对照组给予黄芪建中汤,观察组给予参附黄蒲汤。比较两组患者临床疗效、治疗前后中医证候积分、不良反应。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为97.73%,高于对照组的81.82%,差异具有统计学意义($P < 0.05$);治疗前两组患者的各项中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后观察组患者的各项中医证候积分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗期间均未出现明显不良反应。**结论:** 与黄芪建中汤治疗相比,参附黄蒲汤在脾胃虚寒证胃痛治疗中疗效确切,能够有效改善各临床症状,无明显不良反应,安全可靠。

〔关键词〕 胃痛;脾胃虚寒证;参附黄蒲汤;黄芪建中汤

〔中图分类号〕 R 573 **〔文献标识码〕** B

胃痛是消化内科常见疾病,指上腹部靠近心窝处出现疼痛感,并伴有腹胀、暖气等临床症状,患者多因饮食不节等因素导致,多于秋冬、早春冬令之交发生,且发病率逐年上升,呈年轻化^[1]。中医学认为气机不畅、脉络瘀堵等是该病主要病机所在,可导致经脉不通、胃失所养^[2]。脾胃虚寒证是该病主要证型,在临床治疗中以温中健脾、疏肝行气为基本原则。参附黄蒲汤具有温中健脾、和胃止痛、化痰生新等功效;黄芪建中汤则可温养脾胃、和胃消痞,是治疗脾胃虚寒型胃痛常用方剂^[3]。鉴于此,本研究采用参附黄蒲汤和黄芪建中汤治疗脾胃虚寒证胃痛,比较二者治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院2018年7月至2020年10月期间收治的88例脾胃虚寒证胃痛患者,按随机数字表法分为对照组与观察组,各44例。其中观察组男24例,女20例;年龄24~69岁,平均年龄(46.83±3.94)岁;病程6个月~7年,平均病程(3.47±0.73)年;疾病类型:十二指肠溃疡14例,胃溃疡20例,复合性溃疡10例。对照组男25例,女19例;年龄25~70岁,平均年龄(47.01±3.11)岁;病程6个月~8年,平均病程(3.60±0.71)年;疾病类型:十二指肠溃疡12例,胃溃疡24例,复合性溃疡8例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 西医符合《内科学》^[4]中消化性溃疡诊断标准,患者出现周期性、节律性的上腹部慢性疼痛,服

药后症状缓解;局限性上腹深层压痛;经胃镜检查可见处于消化性溃疡活动期等。中医符合《中医病症诊断疗效标准》^[5]中脾胃虚寒证胃痛辨证标准,表现如下:胃脘部疼痛明显,恶心呕吐、嘈杂痞闷、胀满反酸,遇饿或寒冷时胃痛加剧,进食或保暖后症状减轻,面色不华、泛吐清水,舌淡苔白,脉迟缓。

1.2.2 纳入标准 符合诊断标准;均经胃镜或钡餐检查明确胃溃疡;病例资料完整;对本研究知情同意。

1.2.3 排除标准 既往胃部手术史;伴有其他脏器功能障碍;存在胃下垂、胃癌等其他内科疾病;精神疾病,无法完成本研究者。

1.3 方法

两组入院后均给予对症治疗,对于胃痛严重者,给予早晚饭前30 min服用雷尼替丁胶囊(山西云鹏制药有限公司,国药准字H14020800), $0.15\text{ g}\cdot\text{次}^{-1}$, $2\text{ 次}\cdot\text{d}^{-1}$;另服用山莨菪碱片(杭州民生药业有限公司,国药准字H33021706), $5\text{ mg}\cdot\text{次}^{-1}$, $3\text{ 次}\cdot\text{d}^{-1}$,连续服用10 d为1个疗程,共服用3个疗程。

1.3.1 对照组 给予黄芪建中汤治疗,组方:饴糖30 g,桂枝(去皮)、黄芪各9 g,生姜10 g,白芍(酒炒)18 g,大枣12枚,炙甘草6 g。 $1\text{ 剂}\cdot\text{d}^{-1}$,水煮取汁 $400\text{ mL}\cdot\text{剂}^{-1}$, $200\text{ mL}\cdot\text{次}^{-1}$,分早晚2次温服,连续服用10 d为1个疗程,共服用3个疗程。

1.3.2 观察组 采用参附黄蒲汤治疗,组方:陈皮、广木香各10 g,炒香附、神曲各12 g,炒山药、乌贼骨、炒白术、延胡索、制附片、炒大黄各15 g,蒲公英、党参各30 g,甘

〔收稿日期〕 2021-06-23

〔作者简介〕 王旭,女,主治医师,主要研究方向是中西医治疗传染病。

草 10 g。1 剂·d⁻¹，水煮取汁 400 mL·剂⁻¹，200 mL·次⁻¹，分早晚 2 次温服，连续服用 10 d 为 1 个疗程，共服用 3 个疗程。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效，治愈：胃镜检查可见胃黏膜恢复正常，各症状及体征全部消失，中医证候积分下降幅度 > 90%；显效：胃镜检查可见胃溃疡面积明显缩小，且缩小幅度为 50%~90%，各症状及体征较治疗前明显好转，中医证候积分下降幅度为 70%~89%；有效：胃镜检查可见胃溃疡面积较治疗前缩小幅度为 39%~49%，各症状及体征好转，中医证候积分下降幅度为 40%~69%；无效：未达上述标准。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

(2) 中医证候积分：分别于治疗前及治疗 3 个疗程后对患者胃脘疼痛、恶心呕吐、嘈杂痞闷、胀满反酸、面色不华等症候进行评估，采用 0、1、2、3 分评分法，症状越严重，评分越高。(3) 不良反应：观察患者胃肠功能、血常规、肝、肾功能是否异常。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表

示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 97.73%，高于对照组的 81.82%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (n=44, n(%))

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	11(25.00)	15(34.09)	10(22.73)	8(18.18)	36(81.82)
观察组	23(52.27)	12(27.27)	8(18.18)	1(2.27)	43(97.73) ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后各项中医证候积分比较

治疗前两组患者的各项中医证候积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后观察组患者的各项中医证候积分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后各项中医证候积分比较

(n=44, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	胃脘疼痛	恶心呕吐	嘈杂痞闷	胀满反酸	面色不华
对照组	治疗前	2.09 ± 0.30	1.48 ± 0.36	1.66 ± 0.43	1.70 ± 0.44	1.71 ± 0.58
	治疗后	1.06 ± 0.38	0.69 ± 0.11	0.78 ± 0.12	0.79 ± 0.15	0.67 ± 0.16
观察组	治疗前	2.10 ± 0.31	1.49 ± 0.37	1.65 ± 0.45	1.69 ± 0.43	1.70 ± 0.57
	治疗后	0.52 ± 0.01 ^b	0.38 ± 0.02 ^b	0.45 ± 0.07 ^b	0.60 ± 0.08 ^b	0.35 ± 0.04 ^b

与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05

2.3 两组患者不良反应情况比较

两组患者治疗期间均未出现明显不良反应。

3 讨论

随着生活节奏及饮食习惯的改变，胃痛发病率愈来愈高，已严重影响患者生活质量。中医学将胃痛归结为“胃脘痛”范畴，认为胃痛的发生机制主要为以下两点，(1) 患者机体长时间处于忧思恼怒等状态，易导致肝气失调；(2) 因其脾脏功能不佳，脾不健运，进而导致胃失和降，并指出该病属本虚标实证，以脾虚为本，湿阻、血瘀、寒热为标。故针对上述胃痛的发病机制，中医治疗采用疏肝理气、温通补中的治疗方法，以恢复正常的脾胃功能^[6]。

黄芪建中汤始载于《金匮要略》，具有温中补气、和中缓急之效。组方中桂枝温通经脉、助阳化气；黄芪补气固表；生姜解表散寒、温中止呕；白芍养血和营、柔肝止痛；饴糖补脾益气、缓急止痛；大枣养血安神、健脾益气；炙甘草调和诸药^[7-8]。但黄芪建中汤在和胃补脾及活血化瘀治疗中存在一定局限性。本研究结果显示，相比于对照组，观察组治疗总有效率高、治疗后各中医证候积分均较低，无明显不良反应，表明采用参附黄蒲汤在脾胃虚寒证胃痛治疗中疗效确

切，能够有效改善各临床症状，安全性高。参附黄蒲汤中陈皮健脾开胃、理气止呕、燥湿化痰；广木香益气健脾、行气化痰；炒香附调经止痛、疏肝理气；神曲健脾开胃、消食化积、解表散寒；乌贼骨、炒大黄收敛止血；炒白术健脾益气、燥湿利水；炒山药补脾健胃、固肾益精；延胡索行气止痛；制附片补火助阳、散寒止痛；蒲公英消肿散结、清热解毒；党参补气健脾、补肺生津；甘草调和诸药^[9]。现代药理学研究表明^[10]，炒山药可促进上皮组织修复，促进溃疡面愈合；炒白术可防治胃溃疡；生甘草则可缓解胃平滑肌痉挛，具有较好的抗酸效果。诸药合用，有助于改善胃黏膜微循环，提高胃黏膜的防御功能，抑制胃酸分泌，缓解胃痛。

综上所述，与黄芪建中汤治疗相比，参附黄蒲汤在脾胃虚寒证胃痛患者治疗中疗效确切，有助于改善各临床症状，安全可靠。

[参考文献]

- (1) 周海艳, 丁佳媛, 刘绍能. 从病理致病因素论治胃痛的思路与方法 (J). 环球中医药, 2018, 11(10): 1621-1623.
- (2) 黎妍, 罗伟生, 禩传凤. 罗伟生教授治疗胃脘痛临床经验 (J). 陕西中医, 2019, 40(5): 658-660.
- (3) 刘鹏妹. 黄芪建中汤加减对胃溃疡脾胃虚寒证患者临床疗

- 效及机制研究(J). 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(1): 68-71.
- (4) 葛均波, 徐永健, 王辰. 内科学(M). 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 1511-1516.
- (5) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准(S). 北京: 中国医药科技出版社, 2012.
- (6) 陈国伟. 慢性胃炎的中医证型分布及主要证素的临床分析(J). 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(1): 45-47.
- (7) 魏晓广. 黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效观察(J). 实用临床医药杂志, 2018, 22(9): 68-71.
- (8) 魏敏, 陈思洁, 李成艳. 脐灸联合黄芪建中汤对脾胃虚寒型胃痛患者临床疗效及机制研究(J). 湖南中医药大学学报, 2020, 40(12): 1499-1503.
- (9) 黄兹高, 黄律, 黄胜, 等. 黄芪建中汤合良附丸对慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜血流量及血清氧化应激指标的影响(J). 现代中西医结合杂志, 2020, 29(18): 1998-2002.
- (10) 刘月涛, 胡英还, 秦雪梅. 黄芪建中汤治疗大鼠慢性萎缩性胃炎的代谢组学研究(J). 中草药, 2018, 49(10): 2312-2319.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)16-0064-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.16.025

三黄泻心汤联合内镜下止血治疗上消化道溃疡并出血

刘丹青 方伶心 朱美慧

(昆明市盘龙区人民医院, 云南 昆明 650224)

〔摘要〕 **目的:** 对上消化道溃疡并出血患者采用三黄泻心汤加减联合内镜下止血治疗进行疗效观察。**方法:** 选取昆明市盘龙区医院 2015 年 5 月至 2019 年 12 月期间收治的 60 例上消化道溃疡并出血患者, 随机分为观察组与对照组, 各 30 例。对照组采用内镜下止血治疗, 观察组采用三黄泻心汤加减联合内镜下止血治疗, 比较两组治疗效果。**结果:** 治疗前两组患者的各项指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者的各项指标均有不同程度改善, 且观察组患者优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对上消化道溃疡并出血患者采用三黄泻心汤加减联合内镜下止血进行治疗, 对患者临床症状有明显改善作用。

〔关键词〕 上消化道溃疡并出血; 三黄泻心汤; 内镜下止血

〔中图分类号〕 R 573.1 〔文献标识码〕 B

近年来, 在上消化道溃疡并出血治疗方法中, 内镜下止血治疗因止血迅速, 在临床应用比较广泛。随着中医技术地不断发展, 中医药在上消化道溃疡并出血的治疗中也发挥着显著作用, 其中三黄泻心汤是常用治疗方剂^[1]。单独采用内镜下止血或三黄泻心汤治疗, 疗效有限。基于此, 本研究通过观察 60 例上消化道溃疡并出血患者, 初步探讨三黄泻心汤加减联合内镜下止血治疗的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取本院 2015 年 5 月至 2019 年 12 月期间收治的 60 例上消化道溃疡并出血患者, 随机分为观察组与对照组, 各 30 例。对照组中男性 17 例, 女 13 例, 年龄 22~65 岁, 平均年龄 (43.1 ± 5.3) 岁, 病程 1~8 d, 平均病程 (4.3 ± 0.7) d; 观察组男性 18 例, 女 12 例, 年龄 21~66 岁, 平

均年龄 (43.6 ± 5.1) 岁, 病程 1~9 d, 平均病程 (4.5 ± 0.6) d。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 胃镜提示消化溃疡 A1~H2 期, Forrest 分级 I a~II a 级、局部病理结果符合溃疡诊断标准^[2]。

1.2.2 排除标准 上消化道内镜检查、治疗禁忌证者; 临床病史、症状、体征、胃镜及病理检均不符合溃疡诊断标准; 不同意行内镜下治疗。

1.3 方法

所有患者入院后均给予抑酸护胃、胃肠减压、纠正水电解质紊乱、补充血容量等常规治疗。入院 48 h 内均行胃镜 (EG-2200 型, 日本富士能) 检查。对照组在内镜下对患者病灶情况进行观察同时给予局部盐酸肾上腺素 (无锡济民可信山禾药业股份有限公司, 国药准字 H32024032) 止血治疗。

〔收稿日期〕 2021-06-17

〔作者简介〕 刘丹青, 女, 主治医师, 主要从事中西医结合内科工作。