

[文章编号] 1007-0893(2023)14-0039-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.14.012

加味黄芪建中汤联合香砂养胃丸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效观察

赵丽丽 宫临征 蔡焦生

(焦作市第二人民医院, 河南 焦作 454000)

[摘要] 目的: 探讨加味黄芪建中汤联合香砂养胃丸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效。方法: 选取 2020 年 1 月至 2021 年 1 月焦作市第二人民医院收治的 84 例脾胃虚寒型慢性胃炎患者, 随机分为对照组和观察组, 每组 42 例。予以对照组患者常规三联疗法治疗, 观察组患者加用加味黄芪建中汤联合香砂养胃丸治疗, 比较两组患者临床疗效、中医证候积分及不良反应。结果: 观察组患者临床总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 加味黄芪建中汤联合香砂养胃丸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎患者, 可减轻其临床症状, 且用药安全性高。

[关键词] 慢性胃炎; 脾胃虚寒型; 加味黄芪建中汤; 香砂养胃丸

[中图分类号] R 573.3 **[文献标识码]** B

慢性胃炎为常见消化系统疾病, 多由各种病因诱发的胃黏膜慢性炎症, 若随疾病进展, 可致胃黏膜腺体出现化生和萎缩, 进而诱发上皮内瘤变, 增加胃癌发生风险^[1]。以往, 临床多采用三联疗法 (奥美拉唑+阿莫西林+克拉霉素) 治疗该病, 短期疗效可观, 但无法根治, 且不良反应多、易反复, 致使应用受限^[2]。中医在消化系统疾病治疗方面具有丰富的实践经验及理论基础, 其认为慢性胃炎属“胃痛”“痞满”等范畴, 以脾胃虚寒型多见, 治疗应遵循补虚固本、温养脾胃为原则。加味黄芪建中汤为温阳、健脾的代表方剂, 有温中健脾、和胃止痛之效^[3]; 香砂养胃丸属温里剂, 有温中和胃、行气化湿之效^[4]。基于此, 本研究旨在分析加味黄芪建中汤联合香砂养胃丸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月至 2021 年 1 月焦作市第二人民医院收治的 84 例脾胃虚寒型慢性胃炎患者, 随机分为对照组和观察组, 每组 42 例。观察组年龄 22~63 岁, 平均 (41.45±4.13) 岁; 女性 16 例, 男性 26 例; 病程 4 个月~8 年, 平均 (4.15±1.05) 年。对照组年龄 22~64 岁, 平均 (41.63±4.25) 岁; 女性 18 例, 男性 24 例; 病程 4 个月~9 年, 平均 (4.36±1.11) 年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 诊断标准 (1) 符合西医《慢性胃炎基层诊疗指南 (实践版·2019)》^[5] 中相关诊断标准; (2) 符合中医《中医内科常见病诊疗指南》^[6] 中脾胃虚寒型诊断标准, 主症: 喜按喜暖, 胃脘疼痛; 次症: 暖气泛酸、大便稀溏、食少纳呆、脘腹胀满, 舌质淡且有齿痕, 脉沉细, 符合主症 1 项加次症中任意 2 项, 即可确诊。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合上述西医、中医诊断标准, 并经病理组织及胃镜检查确诊; (2) ¹³C 尿素呼气试验显示幽门螺杆菌 (*helicobacter pylori*, Hp) 阳性; (3) 患者及家属知情研究; (4) 年龄 > 18 岁; (5) 具有基本配合能力。

1.2.3 排除标准 (1) 有十二指肠、胃部手术史者; (2) 存在幽门梗阻、消化道出血等; (3) 过敏体质; (4) 处于哺乳期或妊娠期妇女。

1.3 方法

1.3.1 对照组 常规三联疗法治疗: 奥美拉唑 (山东罗欣药业集团股份有限公司, 国药准字 H20033444) 20 mg·次⁻¹; 阿莫西林 (湖南科伦制药有限公司, 国药准字 H43022211) 1 g·次⁻¹; 克拉霉素 (山东新华制药股份有限公司, 国药准字 H19990225) 0.5 g·次⁻¹, 以上药物均 2 次·d⁻¹。

1.3.2 观察组 在常规三联疗法基础上加服加味黄芪建中汤联合香砂养胃丸, 其中加味黄芪建中汤组方:

[收稿日期] 2023-05-26

[作者简介] 赵丽丽, 女, 主治医师, 主要从事中医内科工作。

枳实、桂枝、生姜、半夏、厚朴各 10 g，白芍、黄芪、党参、建曲各 20 g，饴糖 30 g，炙甘草 6 g，炒白术 15 g，大枣 12 g。胃痛者加瓦楞子 10 g、海螵蛸 10 g，浙贝母 5 g；胃胀者加砂仁 5 g、木香 5 g；消化不良者加鸡内金 6 g；情志不遂者加佛手 10 g、香附 10 g。水煎取汁，150 mL·次⁻¹，3 次·d⁻¹，1 剂·d⁻¹。香砂养胃丸（四川济生堂药业有限公司，国药准字 Z51021221）9 g·次⁻¹，1 次·d⁻¹。

两组患者均治疗 4 周。同时治疗期间，叮嘱两组患者多食易消化且无刺激性的食物，禁食过甜、过酸的食物，忌浓茶、烟酒等；教会患者纾解情绪的方式，及时调节情绪，保持较好的心态。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效：参照相关标准^[7]评估两组患者临床疗效，其中嗝气、胃痛、反酸等症状完全根除，内镜下活动性炎症反应消退，且中医证候积分降低≥95%为临床痊愈；嗝气、胃痛、反酸等症状显著缓解，内镜下急性炎症反应基本消退，且中医证候积分降低<95%且≥70%为显效；嗝气、胃痛、反酸等症状有所缓解，内镜下提示胃黏膜病变区域缩小>1/2，且中医证候积分降低<70且≥50%为有效；症状、炎症反应均无改善，且中医证候积分降低<50%为无效。总有效率=（临床痊愈+显效+有效）/总例数×100%。(2) 中医证候积分：参照相关标准^[7]评估治疗前、后中医证候积分变

化，其包括脘腹胀满、泛酸、食少纳呆、胃脘疼痛、嗝气、大便稀溏 6 大症状，按正常、轻、中、重度分别计 0、1、2、3 分，分值越高代表症状越重。(3) 不良反应：观察两组患者用药期间腹泻、恶心呕吐、头晕、头疼等发生情况。

1.5 统计学分析

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 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n = 42, n (%)]

组别	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	8(19.05)	14(33.33)	11(26.19)	9(21.43)	33(78.57)
观察组	13(30.95)	20(47.62)	7(16.67)	2(4.76)	40(95.24) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

两组患者治疗后脘腹胀满、泛酸、食少纳呆、胃脘疼痛、嗝气、大便稀溏积分均较治疗前降低，且观察组患者治疗后脘腹胀满、泛酸、食少纳呆、胃脘疼痛、嗝气、大便稀溏积分均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

(n = 42, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	脘腹胀满	泛酸	食少纳呆	胃脘疼痛	嗝气	大便稀溏
对照组	治疗前	2.31 ± 0.54	2.01 ± 0.41	2.30 ± 0.34	2.15 ± 0.36	2.12 ± 0.47	2.07 ± 0.21
	治疗后	1.02 ± 0.23 ^b	0.85 ± 0.34 ^b	0.93 ± 0.22 ^b	1.35 ± 0.26 ^b	1.14 ± 0.15 ^b	0.87 ± 0.23 ^b
观察组	治疗前	2.19 ± 0.62	1.91 ± 0.33	2.20 ± 0.45	2.24 ± 0.41	2.03 ± 0.52	2.11 ± 0.38
	治疗后	0.69 ± 0.14 ^{bc}	0.47 ± 0.18 ^{bc}	0.54 ± 0.34 ^{bc}	0.63 ± 0.41 ^{bc}	0.71 ± 0.29 ^{bc}	0.58 ± 0.16 ^{bc}

注：与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者不良反应情况比较

两组患者不良反应总发生率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者不良反应情况比较 (n = 42, 例)

组别	头疼	腹泻	恶心呕吐	头晕	总发生/n (%)
对照组	2	1	2	0	5(11.90)
观察组	0	2	1	1	4(9.52)

3 讨论

慢性胃炎发病机制繁杂，Hp 感染、体质因素、免疫因素等均可诱发本病，西医认为 Hp 感染为主要诱因，因此，临床多用质子泵抑制剂联合抗菌药物对患者实施抗感染治疗。由克拉霉素和阿莫西林加质子泵抑制剂构成

的三联疗法在清除 Hp 感染方面具有良好的作用，可于短时间内改善病情，但长期服用易增加机体耐药性，且毒副作用较明显，致使整体治疗效果受限^[8-9]。

中医认为慢性胃炎多由情志内伤、饮食不节、饥饱失常致脾胃虚弱，胃气受阻、运化失调，日久则寒凝气滞，脾胃虚寒会损伤胃黏膜再生能力，日积月累便形成慢性胃炎，故脾胃虚寒既是本病演变之本，亦是治疗关键^[10-12]。本研究结果显示，治疗后，与对照组比较，观察组患者临床总有效率高，中医证候积分低，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，但两组患者不良反应总发生率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。表明脾胃虚寒型慢性胃炎应用黄芪建中汤联合香砂养胃丸治疗，可提升治疗效果，加速临床症状缓解，且安全性高。分析原因如下，

黄芪建中汤在《金匱要略》中为：虚劳里急，诸不足，黄芪建中汤主之。黄芪建中汤方中桂枝可温阳化气；饴糖、炒白术具有补脾益气、缓急止痛之效；黄芪可补中益气；白芍可养血敛阴；生姜可温经散寒；大枣、党参、炙甘草可补气、养血；厚朴、枳实可改善食积、行气导滞；半夏可降逆、消痞；建曲可消食导滞、解表和中、和胃健脾，诸药合用，共达健脾补虚、温中和胃之功。现代药理证实，加味黄芪建中汤有阻断胃蛋白酶活性与胃酸分泌、修复受损胃黏膜、调节免疫及抗炎等功效^[13]。具体表现为，白芍中的有效成分酚类和苷类物质均为天然抗炎成分，其可消除人体多种炎症反应，且具有保肝、止痛的功效；黄芪可提高机体网状内皮系统吞噬能力，扩张血管，加快蛋白质代谢，同时有新研究发现^[14-15]，黄芪中有效成分还可拮抗自由基，调控表皮生长因子，杀灭 Hp，进而加快胃黏膜修复；大枣则可增强机体免疫抵抗能力。同时本研究通过在黄芪建中汤治疗基础上实施辨证加减，更利于快速改善脾胃损伤后相应症状。香砂养胃丸由广藿香、木香、茯苓、砂仁、豆蔻、白术、醋香附、姜厚朴、枳实等多种中药制成，广藿香可止呕和中、芳香化浊；木香可抗菌消炎、健脾消食、行气止痛；茯苓可健脾宁心、利水渗湿；砂仁可温脾开胃、行气调中、行气化滞、和胃醒脾；豆蔻可温中止呕、行气开胃、醒脾化湿；白术可补气健脾；醋香附可理气宽中、疏肝解郁；姜厚朴可健脾促消化、缓解胀痛；枳实可改善食积、行气导滞，全方合用，可温中和胃、行气化湿。现代药理证实，香砂养胃丸可促进胃肠道运动，改善胃动力，且可阻断胃酸分泌，加速胃黏膜修复；同时其还具有镇痛、抑菌等功效，可增强机体免疫力，清除 Hp，进而促进患者症状缓解。可见，中药在治疗慢性胃炎方面可发挥多靶点的作用，配合常规西药可进一步加快胃黏膜修复，促使症状缓解。

综上所述，加味黄芪建中汤联合香砂养胃丸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎患者，可减轻其临床症状，且用药安全性高。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,

- 上海) [J]. 中华消化杂志, 2017, 37(11): 721-738.
- [2] 赵艺梅. 香砂养胃丸联合西药治疗对慢性萎缩性胃炎患者血清炎症因子水平的影响 [J]. 医学理论与实践, 2021, 34(19): 3368-3370.
- [3] 高达, 杨延良, 王宇, 等. 康复新液联合香砂养胃丸治疗慢性萎缩性胃炎脾虚气滞证的临床疗效分析 [J]. 世界临床药物, 2022, 43(10): 1320-1325.
- [4] 刘恩增, 程凡花, 刘芳勤. 香砂养胃丸联合四君子汤加减辅助治疗浅表性胃炎疗效观察 [J]. 中国处方药, 2020, 18(5): 138-139.
- [5] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会消化病学分会, 等. 慢性胃炎基层诊疗指南(实践版·2019) [J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(9): 776-782.
- [6] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 14-16.
- [7] 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.
- [8] 范丽. 荆花胃康胶囊联合雷贝拉唑三联疗法根除慢性胃炎幽门螺杆菌感染的临床疗效 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(11): 1185-1187, 1240.
- [9] 闫泽明, 包安, 李华南, 等. 中医药治疗慢性胃炎作用机制研究进展 [J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(2): 435-438.
- [10] 钟晓香, 丁宗平, 陈学淳. 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化道溃疡患者临床疗效 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2023, 33(5): 29-32.
- [11] 赵先平. 黄芪建中汤加味联合中药热奄包治疗功能性消化不良脾胃气虚型临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2023, 39(1): 29-31.
- [12] 吴春艳, 邢陈. 康复新液联合黄芪建中汤治疗胃溃疡对炎症因子、氧化应激的影响 [J]. 中医药临床杂志, 2022, 34(12): 2363-2366.
- [13] 许婉雯, 李紫昕, 戈焰, 等. 黄芪建中汤加味联合盘龙灸治疗脾胃虚寒型胃脘痛的临床研 [J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(11): 2576-2581.
- [14] 李泰城. 加味黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡患者的临床疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(13): 165-167.
- [15] 李建伟, 周利渊. 黄芪建中汤加减治疗胃溃疡脾胃虚寒证的临床效果及对患者炎症因子水平、胃肠道症状的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(16): 134-137.