



# 黄芪建中汤合附子理中汤治疗脾胃虚寒型胃痛（慢性胃炎）的临床观察

胡涛

（江西赣州市会昌县筠门岭镇卫生院，江西 赣州 342614）

**摘要：**目的 探讨黄芪建中汤合附子理中汤对脾胃虚寒型胃痛（慢性胃炎）的临床疗效。方法 选取我在临床中收取的120例脾胃虚寒型胃痛（慢性胃炎）患者，随机分为两组，对照组（ $n=60$ ）采用常规西药治疗，观察组（ $n=60$ ）在西药治疗基础上，加用黄芪建中汤合附子理中汤治疗，经过治疗30天后，对患者有效率、临床症状积分、用药不良反应等数据进行统计学分析。结果 观察组有效率为98.33%，对照组有效率为88.33%，观察组有效率明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组上腹疼痛积分为（ $1.25\pm 0.23$ ），恶心呕吐积分为（ $0.87\pm 0.32$ ），腹胀积分为（ $0.91\pm 0.31$ ），嗝气积分为（ $0.89\pm 0.28$ ）；对照组上腹疼痛积分为（ $2.51\pm 0.78$ ），恶心呕吐积分为（ $1.64\pm 0.81$ ），腹胀积分为（ $1.44\pm 0.84$ ），嗝气积分为（ $1.58\pm 0.67$ ），观察组临床症状评分明显低于常规组（ $P<0.05$ ）。联合组用药不良反应数量低于常规组（ $P>0.05$ ）。结论 黄芪建中汤联合附子理中汤治疗脾胃虚寒型胃痛（慢性胃炎）患者，具有良好疗效，不仅可改善患者的症状，而且具有较高安全性，建议在治疗中予以借鉴和采纳。

**关键词：**黄芪建中汤；附子理中汤；脾胃虚寒型胃痛；慢性胃炎；慢性萎缩性胃炎；慢性非萎缩性胃炎

**中图分类号：**R573.3

**文献标识码：**A

**DOI：**10.3969/j.issn.1671-3141.2023.28.016

**本文引用格式：**胡涛.黄芪建中汤合附子理中汤治疗脾胃虚寒型胃痛（慢性胃炎）的临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2023,23(28):88-91.

## 0 引言

胃痛，中医病名。又称胃脘痛，是以上腹胃脘部近心窝处疼痛为主症的病证。主要是由外邪犯胃、饮食伤胃、情志不畅和脾胃虚寒等，导致胃气郁滞，胃失和降，不通则痛。主要病变脏腑是胃，常与肝脾等脏有密切关系。西医学的急性胃炎、慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、功能性消化不良等病以上腹部疼痛为主要症状者，属于中医学胃痛范畴。脾胃虚寒，中医病机，又称中焦虚寒、脾胃阳虚。指脾胃阳气不足，阳气温煦能力减弱，出现一系列虚寒症候。主要与饮食及先天体质差有关。主要表现为怕冷、水肿、四肢不温、腹泻、腹痛等。常见于现代医学慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、腹泻、功能性消化不良等。

慢性胃炎，是指不同病因引起的慢性胃黏膜炎症病变。本病临床十分常见，但由于多数患者无明显症状，故本病的确切患病率尚不清楚，约占胃镜检查患者的80%以上，且随年龄增长患病率逐渐增高。本病临床表现缺乏特异性，主要有上腹胀满、嘈杂、反酸、纳呆和上腹隐痛等症状。慢性胃炎分为非萎缩性和萎缩性胃炎，可归属于中医学胃痛、痞满等范畴。本病属于常见的胃部疾病，发病因素相对复杂，主要是由于日常饮食习惯、幽门螺杆菌感染等因素造成，通常会予以药物治疗。

西药奥美拉唑基于其能有效抑制胃酸分泌的作用，可以改善胃部溃疡、酸碱失衡等病理状态，但是在实际的用药治疗中效果并不显著，且具有诸多副作用<sup>[1]</sup>。大量的研究表明<sup>[2-3]</sup>，具有温中健脾、益气除湿功效的黄芪建中汤及具有补虚

**作者简介：**胡涛（1989.09-），男，汉族，江西省赣州市会昌县筠门岭镇，主治医师，本科，研究方向：中医内科。

回阳、温中散寒功效的附子理中汤对慢性萎缩性胃炎的临床表现有一定的改善作用。基于此,本研究将选择2017年5月至2022年5月期间我在临床中收治的120例患者作为研究对象,通过黄芪建中汤联合附子理中汤治疗脾胃虚寒型胃痛(慢性胃炎)进行初步观察,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我临床中收取的120例脾胃虚寒型胃痛(慢性胃炎)患者,随机进行分组,每组患者数量:60例。一般资料:观察组:男性:33例、女性:27例,平均年龄:(43.45±10.36)岁;对照组:男性:32例、女性:28例,平均年龄:(44.41±10.61)岁。采集患者的一般资料分析,数据显示 $P>0.05$ ,证明临床资料具有可比性。

### 1.2 方法

对照组采用常规西药治疗:为患者口服奥美拉唑(国药准字:H20056577),每天2次,每次20mg。

观察组:(1)奥美拉唑用法和常规组相同。(2)观察组药方:黄芪15g、桂枝10g、党参10g、炒白术10g、白芍10g、干姜6g、甘草6g。反酸甚者加海螵蛸30g;内寒偏盛患者加制附子6g;胃痛甚者加元胡10g,用水煎煮分早晚饭后半小时温服。所有患者均持续治疗30天。

### 1.3 观察指标

收集并分析患者的治疗有效率、临床症状积分、用药不良反应情况等数据。(1)有效率:显效:患者疼痛等症状消失,胃功能恢复正常。有效:患者疼痛等症状缓解,胃功能改

善。无效:没有满足上述条件。治疗有效率:(显效+有效)/病例数×100.00%;(2)临床症状积分:每项0分~6分,分数越高则症状越严重;(3)用药不良反应情况:头痛、便秘、腹泻等。

### 1.4 统计学方法

所有的数据都是用SPSS 19.0进行的。通过率(%)为治疗有效率、药物不良反应等统计指标。以( $\bar{x} \pm s$ )为代表的测量资料,采用 $t$ 检验。资料判断标准: $P<0.05$ 表明两者间的差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者治疗有效率比较

观察组治疗有效率:98.33%(59例);其中显效数量:36例(60.00%)、有效数量:23例(38.33%)、无效数量:1例(1.67%)。对照组治疗有效率:88.33%(53例);其中显效数量:33例(55.00%)、有效数量:20例(33.33%)、无效数量:7例(11.67%)。联合组治疗有效率高于常规组, $P<0.05$ 。

### 2.2 患者临床症状积分比较

联合组临床症状评分低于常规组, $P<0.05$ 。表1为临床症状评分数据。

### 2.3 患者用药不良反应情况比较

观察组用药不良反应数量:1例(1.67%),其中便秘1例(1.67%);对照组用药不良反应数量:3例(5.00%),其中头痛1例(1.67%)、便秘1例(1.67%)、腹泻1例(1.67%)。数据显示:联合组用药不良反应数量低于常规组,但 $P>0.05$ 。

表1 患者临床症状评分数据( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	$n$	上腹疼痛	恶心呕吐	腹胀	嗝气
联合组	60	1.25±0.23	0.87±0.32	0.91±0.31	0.89±0.28
常规组	60	2.51±0.78	1.64±0.81	1.44±0.84	1.58±0.67
$t$	--	12.001	6.848	4.585	7.360
$P$	--	0.000	0.000	0.000	0.000

### 3 讨论

慢性胃炎分为萎缩性和非萎缩性，慢性非萎缩性胃炎（chronic non-atrophic gastritis）又称慢性浅表性胃炎，属于临床最常见消化系统疾病之一。它是由多种原因引起的慢性胃黏膜浅表性炎症。幽门螺杆菌(Hp)感染是最主要的病因，患者临床表现无特异性，以上腹痛或不适、食欲不振、暖气、反酸、恶心和呕吐等消化不良表现为主。患者病程迁延，进展缓慢，诊断主要靠胃镜及镜下病理活检。若治疗不积极，浅表性胃炎会发展至萎缩性胃炎，出现肠上皮化生、异型增生，甚至发展为胃癌。慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是一种常见消化系统疾病，临床表现多以胃粘膜上皮、腺体萎缩以及胃粘膜基层增厚胃基本特征，常伴有肠生及不典型增生，还可能会出现不同程度的贫血，严重的会引起严重的神经系统症状，属于癌前病变，发病率逐年升高<sup>[4]</sup>。慢性萎缩性胃炎临床症状多以上腹痛、暖气及食欲减退等多见，缺乏特异性<sup>[5]</sup>。目前，慢性萎缩性胃炎的主要方法是通过药物进行干预，有一定的效果，但是长期使用容易引起诸多不良反应<sup>[6]</sup>。中医学有很长的历史和丰富的理论基础，既能标本兼顾治疗，又能降低成本，且能降低机体的副作用<sup>[7]</sup>。本病当属中医“胃痛”“胃脘痛”等范畴，脾胃虚寒是其中较为常见的证型之一<sup>[8-9]</sup>。脾胃虚寒证胃痛病患者临床症状多为上腹隐痛、喜温、喜按、食少腹胀、纳差、便溏、倦怠乏力、畏寒、肢冷，面白或萎黄、舌淡苔白、脉濡弱等症候，慢性胃炎相较于急性胃炎在临床症状上更接近于脾虚虚寒型胃痛，而慢性萎缩性胃炎患者相较于非萎缩性胃炎也更多见上述虚寒性症候，特别是腺体萎缩和贫血多属虚寒性的表现，所以慢性胃炎，特别是慢性萎缩性胃炎患者在中医辨证分型上属脾胃虚寒型居多。

在慢性胃炎患者中多见脾胃虚寒证型，究

其原因，大致分析如下，现代人居住有空调调寒控温，温室效应下耐寒锻炼的少，素体的阳旺之人少，加之饮食常存放冰箱，大部分人饮食习惯和文化多食饮冷，一感冒发热就误认为自己上火、发炎，常饮凉茶、多服西药寒凉之药强行压制、遏制阳气，久而久之阳气耗损严重，体质偏阳气虚者多，体质正气衰退以后天脾胃运化功能衰退为首当其冲，像慢性胃炎特别是慢性萎缩性胃炎以胃的萎缩和功能性衰退为表现的居多，从中医辨证证型上脾胃虚寒之人，常因饮食伤脾导致运化失司，寒湿内蓄，或外感寒湿困脾，中焦之脾阳愈加虚弱。慢性胃炎为久病，久病多虚，虚则易退化，暖气及食欲减退均为虚性退化性病症，脾胃虚证易与寒证、寒湿证、气虚证相合，寒主收引，虚则不能濡养，不荣也痛，易见上腹痛证，西药单单通过抑制胃酸分泌，减少胃酸对胃黏膜刺激而缓解疼痛，但同时有抑制、压制胃气温煦推动之嫌，很难从根本上改善慢性胃炎特别是萎缩性胃炎的胃粘膜上皮、腺体萎缩的问题。

虚则补之，寒则温之，因此，临床治疗常常需要阳气温煦推动之性，黄气建中汤温中健脾、利湿散寒，附子理中汤补虚回阳、温中散寒。而黄芪建中汤联合附子理中汤组合可以协同发挥作用，其中黄芪建中汤中的黄芪、党参具有健脾益气的作用，白芍柔肝止疼；桂枝有散寒和温中的功效；炒白术健脾利湿；甘草调和诸药。2个经方合用能够帮助患者补气升阳、健脾养胃、祛除阴寒<sup>[10]</sup>。理中汤温补脾胃之阳，加附子温补脾肾之阳，故附子理中汤为先后天并补之剂。方中以附子温补脾肾，人参补气益脾，白术健脾燥湿，甘草和中补土，干姜温胃散寒。郑钦安《医理真传》中云：“非附子不能挽救欲绝之真阳，非姜术不能培中宫之土气”，人参微寒有刚柔相济之意，甘草调和上下最能缓中，五味药配合得当，治疗中下焦虚寒、火不生土诸证。方中附子温补先天真阳，白术健脾燥湿、补中宫之土，干姜温胃散寒，人参补气益阴，炙甘草补后天脾土、调和诸药。

我们的研究数据分析显示：观察组的疗效显著优于对照组，但其临床症状得分较正常组低， $P < 0.05$ 。此外，观察药不良反应数量低于常规组，但 $P > 0.05$ 。因此，我们认为黄芪建中汤联合合理中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎患者疗效更优。

综上所述，在为脾胃虚寒型胃痛（慢性胃炎）患者进行治疗时，选择黄芪建中汤联合合理中汤治疗可以显著改善治疗质量，消除患者胃部疼痛等症状，并具有良好的用药安全性，建议在治疗中予以借鉴和采纳。

### 参考文献

- [1] 李昊燃,高文艳.乌梅丸方加减联合艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗慢性萎缩性胃炎不良反应分析[J].中国药物滥用防治杂志,2021,27(6):936-939.
- [2] 钱舒乐,俞赟丰,苏思雅,等.黄芪建中汤加减治疗慢性萎缩性胃炎的Meta分析和序贯分析[J].河南中医,2022,42(3):331-336.
- [3] 白雪峰,谭娟,高枫.理中汤对慢性萎缩性胃炎模型大鼠胃黏膜保护作用及对ADAM17、EGFR蛋白的影响[J].中医药导报,2021,27(10):32-36+41.
- [4] Lahner E, Zagari RM, Zullo A, et al. Chronic atrophic gastritis: Natural history, diagnosis and therapeutic management. A position paper by the Italian Society of Hospital Gastroenterologists and Digestive Endoscopists [AIGO], the Italian Society of Digestive Endoscopy [SIED], the Italian Society of Gastroenterology [SIGE], and the Italian Society of Internal Medicine [SIMI][J]. Dig Liver Dis,2019,51(12):1621-1632.
- [5] 汪悦,李明,查安生.慢性萎缩性胃炎伴肠化患者中医体质分布研究[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(5):355-359.
- [6] Li Y, Xia R, Zhang B, Li C. Chronic Atrophic Gastritis: A Review[J]. J Environ Pathol Toxicol Oncol,2018,37(3):241-259.
- [7] Huang M, Li S, He Y, et al. Modulation of gastrointestinal bacterial in chronic atrophic gastritis model rats by Chinese and west medicine intervention[J]. Microb Cell Fact,2021,20(1):31-32.
- [8] 梁国英,曲智慧,李庆伟.慢性萎缩性胃炎致病因素的中西医研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(5):378-382.
- [9] 包科颖,王建梅,钟哲,等.麦粒灸联合扶阳和调颗粒治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎30例临床观察[J].浙江中医杂志,2021,56(11):840.
- [10] 郭宇.黄芪建中汤合理中汤治疗脾胃虚寒型胃痛的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2020,14(16):208-210.
- [11] 王立妍,王金艳,汤霓红,等.养老院老年人姑息护理接受度及影响因素分析[J].全科护理,2019,17(09):1122-1124.
- [12] Zhang Y, Long W, Wang L, et al. Obstacles and Facilitating Factors in Decision-Making of Elderly Patients' Living Will in the Chinese Context-A Literature Review[J]. Risk Manag Healthc Policy, 2022,15:2177-2186.
- [13] Kozlov E, Cai A, Sirey J A, et al. Identifying Palliative Care Needs Among Older Adults in Nonclinical Settings[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2018,35(12):1477-1482.
- [14] Lei L, Lu Y, Gan Q, et al. Awareness and Perceptions of Palliative Care Among the Elderly: A Qualitative Study[J]. J Palliat Care, 2022,37(2):204-212.
- [15] Taubert M, Norris J, Edwards S, et al. Talk CPR – a technology project to improve communication in do not attempt cardiopulmonary resuscitation decisions in palliative illness[J]. BMC Palliat Care, 2018,17(1):118.
- [16] Sorathia L. Palliative Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease[J]. Med Clin North Am, 2019,103(3):517-526.
- [17] 孟春梅,罗金措,刘娜,等.慢性阻塞性肺疾病病人对安宁疗护接受度及影响因素分析[J].全科护理,2022,20(07):981-984.
- [18] Lei L, Lu Y, Zhao H, et al. Construction of life-and-death education contents for the elderly: a Delphi study[J]. BMC Public Health,2022,22(1):802.

(上接第 67 页)