

温中消痞汤联合西药治疗胃溃疡脾胃虚寒型临床观察

彭连双

赵县中医院内一科 河北 石家庄 051530

【摘要】目的：观察温中消痞汤联合西药对于胃溃疡脾胃虚寒型患者的临床疗效。方法：选取我院收治的80例胃溃疡脾胃虚寒型患者，时间为2024年1月~2025年1月，采用数字法随机分为两组。每组患者共40例。对照组单纯接受常规西医治疗；观察组在上述基础上给予温中消痞汤治疗。观察并对比两组患者的总有效率、证候积分（寒痛证、喜暖证、纳呆证等）、胃镜下黏膜愈合情况及不良反应发生情况。结果：观察组总有效率明显高于对照组，指标对比差异有统计学意义($P<0.05$)；观察组各中医证候评分均显著低于对照组，指标对比差异有统计学意义($P<0.05$)；观察组胃镜下溃疡愈合优良率高于对照组，指标对比差异有统计学意义($P<0.05$)；两组不良反应发生率比较差异不显著($P>0.05$)。结论：温中消痞汤联合西药对胃溃疡脾胃虚寒型具有明显的提高临床疗效作用，并能改善患者中医症候，促进溃疡愈合，安全可靠，在临床上可推广运用。

【关键词】：温中消痞汤；西药；胃溃疡；脾胃虚寒型；临床疗效

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.056

前言

胃溃疡是消化内科临床常见的慢性溃疡性疾病，临床治疗多选择西医，但疗效一般，且复发率高^[1]。中医将胃溃疡归属于“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”等范畴，根据患者的临床症状及体质特征，可分为脾胃虚寒型、肝胃不和型、胃阴不足型等多种证型，其中脾胃虚寒型最为常见，约占胃溃疡患者总数的50%以上^[2]。中医认为，脾胃虚寒型胃溃疡的发病机制主要是由于患者先天禀赋不足、后天饮食不节、劳倦过度或情志失调等因素，导致脾胃阳气亏虚，寒邪内生，气机阻滞，胃失温养，从而引发胃脘冷痛、喜温喜按、遇寒加重、食欲不振、神疲乏力、大便溏薄等症状^[3]。因此，中医治疗脾胃虚寒型胃溃疡以温中健脾、和胃止痛、修复胃黏膜为核心治则。温中消痞汤是我院根据中医理论及多年临床经验总结而成的经验方，方中包含黄芪、党参、白术、干姜、桂枝、白芍、甘草、海螵蛸、白及、延胡索等多种中药材，具有温中健脾、益气和胃、制酸止痛、敛疮生肌之功效^[4]。为进一步探讨该方剂在胃溃疡脾胃虚寒型治疗中的应用价值，本研究选取我院2024年1月—2025年1月80例患者作为研究对象，对比分析温中消痞汤联合西药与单纯西药治疗的临床效果，旨在为临床治疗提供科学依据和实践指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2024年1月—2025年1月期间符合条件的胃溃疡脾胃虚寒型患者80例为实验对象并采用数字法分为观察组、对照组，各40例；观察组男性22例，女性18例；年龄20~64岁，平均 (42.31 ± 5.62) 岁；患者发病时间6个月~8年，平均 (3.21 ± 1.12) 年；对照组男23例，女17例，平均年龄 (43.12 ± 5.84) 岁；病程6个月~8年，中位数是 $(3.41 + 1.22)$ 年；两组基线资料比较无显著差异， $P>0.05$ 。本研究严格遵守《赫尔辛基宣言》相关规定。

1.2 纳排标准

纳入标准：（1）均经胃镜证实为胃溃疡，直径0.5~2.0cm；（2）证候依据中医辨证标准^[5]，症见胃脘虚寒型，胃脘冷痛，喜温喜按，纳少神疲，大便溏薄，舌淡苔白，脉沉迟。（3）患者本人及家属对本试验知情同意，并签署知情同意书说明已完全知晓并自愿参加本次试验；（4）近一个月内未服用过抗溃疡药物或其他治疗；（5）没有严重心肝肾功能障碍。

排除标准：（1）严重胃疾病，如胃癌、胃息肉及胃出血、胃穿孔等；（2）伴有幽门螺杆菌感染并未经正规根除治疗者；（3）对本研究用药物组份有过敏史者；（4）妊娠期、哺乳期女性；（5）关节炎、血栓症以及肿瘤患者。（6）自体免疫性疾病患者、血液系统疾病及恶性肿瘤者。

1.3 方法

两组患者在治疗期间均需注意饮食调理，避免食用辛辣、生冷、油腻、刺激性食物，戒烟戒酒，规律作息，保持心情舒畅。

1.3.1 对照组

患者采用单纯西药治疗，具体方案为：

（1）奥美拉唑肠溶胶囊（阿斯利康制药有限公司，国药准字H20030412），口服，每次20mg，每日2次，早晚餐前30min服用。

（2）铝碳酸镁咀嚼片（拜耳医药保健有限公司，国药准字H20013410），口服，每次1.0g，每日3次，餐后1-2h服用。

（3）若合并幽门螺杆菌感染，加用阿莫西林胶囊（哈药集团制药总厂，国药准字H23020939），每次1.0g，每日2次，餐后服用；克拉霉素缓释片（江苏恒瑞医药股份有限公司，国药准字H20031041），每次0.5g，每日1次，餐后服用，幽门螺杆菌根除治疗疗程为14d，后续继续服用奥美拉唑肠溶胶囊和铝碳酸镁咀嚼片。总治疗疗程为4周。

1.3.2 观察组

患者在对照组治疗方案的基础上联合温中消痞汤治疗，温中消痞汤方剂组成：黄芪 15g、党参 12g、白术 10g、干姜 6g、桂枝 9g、白芍 12g、甘草 6g、海螵蛸 15g、白及 10g、延胡索 10g。加减：若患者食欲不振症状明显，加麦芽 15g、神曲 10g；若神疲乏力严重，加山药 15g、茯苓 12g；若胃脘疼痛剧烈，加香附 10g、砂仁 6g。上述药物由我院中药房统一煎煮，每剂煎煮 2 次，取汁 400ml，分早晚两次温服，每次 200ml，餐后 1h 服用。总治疗疗程为 4 周。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效：参照《中药新药临床研究指导原则》^[6] 中的相关标准评定疗效。治愈：患者胃冷痛、纳差等症均消失，胃镜检查溃疡面恢复如常，表面平坦；显效：患者诸症明显好转，胃镜检查可见溃疡面积缩小 $\geq 75\%$ ，黏膜炎症改善；有效指患者症状部分减轻，内镜下溃疡灶缩小达 30%~74%，黏膜炎症减轻；无效指患者症状不减甚至加重，内镜下溃疡灶无改变。计算式：治疗总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

(2) 中医症状积分：参照中医症状分级量化标准，对患者治疗前后的胃脘冷痛、喜温喜按、食欲不振、神疲乏力、大便溏薄等主要症状进行评分，每个症状按严重程度分为无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)4个等级，总积分越高表示患者症状越严重。

(3) 内镜下溃疡愈合情况：治愈：溃疡面完全消失，黏膜光滑；显效：溃疡面基本消失，仅残留少量充血水肿；有效：溃疡面缩小，周围黏膜充血水肿减轻；无效：溃疡面无明显变化或扩大。愈合优良率=(治愈例数+显效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

(4) 不良反应发生率：记录两组患者治疗期间出现的恶心、呕吐、腹胀、头晕等不良反应情况，计算不良反应发生率。

1.5 统计学分析

利用 SPSS29.0 软件，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，利用 t 检验，计数资料以率(%)表示。利用统计学 P 值衡量和评估本次实验探究的结果数据以及论证是否具备统计学意义。P<0.05 表明具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比

总有效率比较，观察组高，指标对比差异有统计学意义(P<0.05)，见下表 1。

表 1 两组患者临床疗效对比

组别	观察组	对照组	X ²	P
例数	40	40	-	-

治愈(例)	20	12	-	-
显效(例)	12	10	-	-
有效(例)	6	8	-	-
无效(例)	2	10	-	-
总有效率(%)	95.00	75.00	6.275	0.012

2.2 两组患者治疗前后中医症状积分对比

治疗后，观察组患者的各项中医症状积分均明显低于对照组，指标对比差异有统计学意义(P<0.05)，见下表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医症状积分对比

组别	观察组	对照组	t	P
例数	40	40	-	-
治疗前(分)	10.23 \pm 2.15	10.18 \pm 2.21	0.103	0.919
治疗后(分)	2.35 \pm 0.86	5.62 \pm 1.34	12.989	<0.001
t	21.522	11.159	-	-
P	<0.001	<0.001	-	-

2.3 两组患者内镜下溃疡愈合情况对比

观察组患者的内镜下溃疡愈合优良率高于对照组，指标对比差异有统计学意义(P<0.05)，见下表 3。

表 3 两组患者内镜下溃疡愈合情况对比

组别	观察组	对照组	X ²	P
例数	40	40	-	-
治愈(例)	18	10	-	-
显效(例)	14	11	-	-
有效(例)	6	9	-	-
无效(例)	2	10	-	-
愈合优良率(%)	80.00	52.50	6.275	0.012

2.4 两组患者不良反应发生率对比

不良反应发生率组间比较，观察组低，但比较无显著差异(P>0.05)。见下表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率对比

组别	观察组	对照组	X ²	P
例数	40	40	-	-
恶心(例)	2	3	-	-

腹胀(例)	1	2	-	-
头晕(例)	0	1	-	-
总不良反应发生率(%)	7.50	15.00	1.127	0.029

注：续表4。

3 讨论

胃溃疡是一种常见的消化道疾病之一，其发生机制较为复杂，在临床中多认为其与HP感染、高胃酸分泌、胃黏膜防御屏障受损及精神心理因素、遗传等因素相关。西药治疗虽能快速抑制胃酸分泌、保护胃黏膜，但其治疗效果存在一定局限性，长期应用易产生耐药性及不良反应，且病情复发率较高。中医在胃溃疡的治疗中具有独特的优势，强调辨证论治和整体调理。脾胃虚寒型胃溃疡作为胃溃疡的常见证型，其核心病机为脾胃阳气亏虚，寒邪凝滞胃脘，因此治疗需以温中健脾、和胃止痛为核心。温中消痞汤作为我院的经验方，其组方遵循中医理论，各药物协同作用，针对脾胃虚寒型胃溃疡的病机发挥治疗作用。

本结果表明，观察组疗效更高，可见温中消痞汤联合西药治疗可显著提升疗效。从中医症状积分来看，治疗前两组患者的症状积分无显著差异，治疗后观察组患者的症状积分显著低于对照组，说明联合治疗方案能更有效地改善患者的胃脘冷

痛、食欲不振等临床症状，这与温中消痞汤的温中健脾、和胃止痛功效密切相关^[7]。在胃镜下溃疡愈合情况方面，观察组患者的溃疡愈合优良率（80.00%）高于对照组（52.50%），提示温中消痞汤联合西药能更好地促进溃疡面愈合。分析其原因，温中消痞汤中的黄芪、党参、白术具有益气健脾的功效，能增强机体免疫力，促进胃黏膜修复；干姜、桂枝能温中散寒，改善胃部虚寒环境，缓解胃脘冷痛症状；白芍、甘草能缓急止痛，调和诸药；海螵蛸、白及具有制酸止痛、敛疮生肌的作用，能有效保护胃黏膜，促进溃疡愈合；延胡索能行气活血、止痛，进一步缓解胃部疼痛症状^[8]。这些药物与西药联合使用，既能发挥西药快速抑制胃酸、保护胃黏膜的作用，又能通过中药的整体调理，改善患者的脾胃功能，从根本上治疗疾病，从而达到协同增效的治疗效果^[9]。在不良反应方面，两组患者的不良反应发生率对比无显著差异，且不良反应症状均较轻微，经对症处理后缓解，表明温中消痞汤联合西药治疗具有较高的安全性，不会增加药物不良反应的发生风险^[10]。

本研究局限性：单中心、小样本，且随访时间短，未观察长期复发率。未来需开展多中心大样本研究，结合胃黏膜病理活检及Hp根除率，进一步明确联合治疗的作用机制。

综上所述，胃溃疡脾胃虚寒型治疗期间，选择温中消痞汤联合西药治疗可提升疗效，改善患者中医症状，加速溃疡面愈合。

参考文献：

- [1] 杨迪.温中消痞汤联合常规西药治疗脾胃虚寒型胃溃疡临床研究[J].新中医,2021,53(19):98-101.
- [2] 张美玲,徐芳,朱雅碧,黄茂建.中汤合二陈汤加减联合四联疗法治疗Hp阳性胃溃疡的临床观察[J].中国中医药科技,2024,31(3):511-512.
- [3] 游志平.中西药合用治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(11):2149-2151.
- [4] 裴亮,廖冬波,周平.附子理中汤联合穴位温灸及西药治疗脾胃虚寒型胃溃疡对炎性因子与胃黏膜屏障功能的影响[J].临床合理用药,2024,17(35):86-89.
- [5] 李艳歌,董齐燕,周莹.加味左金汤联合常规西药治疗消化性胃溃疡患者的效果[J].中国民康医学,2025,37(10):95-98.
- [6] 沈佳仪,单君康,吉如意.虚寒胃痛颗粒联合西药治疗老年幽门螺杆菌阳性胃溃疡临床研究[J].新中医,2024,56(5):81-85.
- [7] 宋倩红,李龙,邱彬.解毒愈溃汤联合西药治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的临床观察[J].中国中医药科技,2023,30(3):607-609.
- [8] 高月,李佳,黄茂建.中汤对老年脾胃虚寒型胃溃疡患者的临床疗效及血清EGF、TIMP-1及PGE2的影响[J].中医药学报,2025,53(1):93-97.
- [9] 何静,祁丽萍,童丽,等.中医药通过调控PI3K/Akt信号通路改善胃溃疡的研究进展[J].西北药学杂志,2025,40(6):297-308.
- [10] 姚利锋,段金龙,王建平,等.加味黄连解毒汤联合西药治疗幽门螺杆菌感染性胃溃疡临床研究[J].新中医,2021,53(6):21-24.