

# 中西医结合治疗脾胃气滞型消化性溃疡的临床疗效及病机探析

王婷婷

新疆生产建设兵团奎屯中医院 新疆 奎屯 833200

**【摘要】**目的：探析脾胃气滞型消化性溃疡的中医病机特点及中西医结合治疗的临床疗效。方法：回顾性分析2023年1月至2024年6月收治的92例脾胃气滞型消化性溃疡患者临床资料，依据治疗方案分为对照组（46例，采用西医常规治疗）与观察组（46例，在西医基础上加用柴胡疏肝散合香砂六君子汤加减治疗），比较两组临床疗效、中医证候积分、胃黏膜修复指标及Hp根除率。结果：观察组治疗总有效率（95.65%）显著高于对照组（80.43%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗后观察组胃脘胀痛、暖气泛酸等中医证候积分均低于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组Hp根除率（91.30%）高于对照组（76.09%），1年复发率（6.52%）低于对照组（21.74%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：脾胃气滞型消化性溃疡病机核心为肝脾失调、中焦气机壅滞，中西医结合治疗可通过疏肝理气、健脾和胃改善胃肠功能，促进黏膜修复，提高Hp根除率，降低复发风险。

**【关键词】**：脾胃气滞型；消化性溃疡；中西医结合；柴胡疏肝散；病机探析

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.072

## 引言

消化性溃疡（peptic ulcer, PU）是消化内科常见多发病，主要指胃和十二指肠黏膜被胃酸与胃蛋白酶消化所致的慢性溃疡，全球患病率约6%~15%，我国发病率约10%，其中十二指肠溃疡与胃溃疡比例约为3:1。该病临床表现以中上腹节律性疼痛、暖气、反酸为特征，严重时可并发出血、穿孔、幽门梗阻等并发症，其中上消化道出血发生率20%~25%，胃溃疡癌变率约1%~3%，严重威胁患者健康。现代医学治疗以质子泵抑制剂（PPI）抑制胃酸、抗生素根除幽门螺杆菌（Hp）为主，但长期使用PPI易引发骨质疏松、维生素B12缺乏等不良反应，且停药后1年复发率高达60%，Hp耐药问题亦日益突出<sup>[1]</sup>。

中医把PU归类到“胃脘痛”以及“痞满”的范畴之中，其中脾胃气滞型属于临床常见的证型，这种证型的发病和情志失调、饮食不节以及脾胃虚弱有着紧密的联系。近些年来的研究显示，中医药在调节胃肠气机、修复黏膜屏障以及降低复发率这些方面有独特的优势，中西医结合治疗可达成“快速缓解症状”和“整体调理体质”的有机结合。鉴于此，本研究借助临床观察以及理论探析，全面阐述脾胃气滞型PU的病机本质以及中西医结合治疗的优势，为临床诊疗提供循证依据。

## 1 脾胃气滞型消化性溃疡的病机探析

### 1.1 中医病机溯源与核心内涵

中医观点里脾胃被视作“后天之本，气血生化之源”，脾有主升清的功能，胃则主降浊，二者共同掌管中焦气机的升降。要是脾胃功能出现失调状况，那么气机就会壅滞，引发溃疡，脾胃气滞型PU的病机核心呈现为“肝脾失调，气滞中焦”。具体可划分成三个层面，情志失调会致使肝气郁结，肝失去疏泄功能后就会横逆侵犯胃部，也就是“木郁乘土”。《素问·宝命全形论》里说“土得木而达”，肝气郁结会使得脾胃运化

功能失常，气机在中焦阻滞，表现为胃脘胀痛以及胁肋不适。饮食不节会直接对脾胃造成损伤，过度食用生冷油腻食物或者饥饱失常会导致脾失去健运功能，胃失去和降功能，清气无法上升而浊气不能下降，形成气滞内阻，可见到暖气酸腐、食后胀甚的情况，平素脾胃虚弱是发病的基础，脾胃气虚会导致运化无力，气机推动出现失常，再加上外邪侵袭或者情志刺激，容易致使气滞缠绵难以痊愈，呈现出“正虚邪恋”的病理特征。

### 1.2 现代病理机制的中医契合性

在现代医学的角度来看，脾胃气滞型PU的病机本质可借助胃肠功能紊乱、黏膜屏障损伤以及炎症反应得以证实，Hp感染是PU的主要致病原因，大概70%至90%的十二指肠溃疡患者存在Hp感染情况，中医觉得Hp属于“邪气”的范畴，只有在脾胃气虚、气机不畅的时候容易定植侵袭，并且感染之后会加重气滞现象，形成“邪实致虚”的恶性循环。胃肠动力异常和中医所讲的“气机升降失常”十分契合，研究说明脾胃气滞患者的胃排空延迟率达到68%，十二指肠反流发生率有所增加，这与肝失疏泄致使的胃肠蠕动调节紊乱是一样的。

溃疡形成的最关键的是黏膜屏障出现损伤，中医所说的“气滞”可凭借多种途径影响屏障功能，一方面，气滞会使胃黏膜的血流量减少，营养供应不足，妨碍黏液-碳酸氢盐屏障的合成，这与中医“气血运行不畅，黏膜失养”的观点相符，另一方面，气滞引发的神经内分泌紊乱会促使胃酸分泌增加，提高胃蛋白酶的活性，加速黏膜的侵蚀，这与中医“胃气不和，酸水泛溢”的描述契合。2024年《中医临床研究》说明，疏通中焦气机可使胃黏膜微血管数量增加32%，琥珀酸脱氢酶活性提升28%，提高黏膜修复能力，验证了“气行则血行，血行则肌荣”的理论<sup>[2]</sup>。

## 2 中西医结合治疗的临床疗效观察

### 2.1 研究对象与方法

选取 2023 年 1 月至 2024 年 6 月在本院消化内科就诊的脾胃气滞型 PU 患者 92 例。

纳入标准：符合《中医病证诊断疗效标准》中脾胃气滞证诊断，表现为胃脘胀痛、嗳气频作、餐后加重，舌淡苔薄白，脉弦；胃镜确诊为胃溃疡或十二指肠溃疡，溃疡直径 0.5~2.0cm；Hp 检测阳性；年龄 18~65 岁，签署知情同意书。

排除标准：合并胃癌、胃泌素瘤者；近 1 个月使用抗生素、PPI 者；肝肾功能严重障碍者；妊娠哺乳期妇女。

采用随机数字表法分为对照组与观察组各 46 例，两组性别、年龄、溃疡类型及病程比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，具有可比性。

对照组采用西医常规治疗：奥美拉唑肠溶胶囊 20mg，每日 2 次口服；阿莫西林胶囊 1.0g 联合克拉霉素片 0.5g，每日 2 次口服 (Hp 根除疗程 14 天)。观察组在对照组基础上加用柴胡疏肝散合香砂六君子汤加减：柴胡 12g、白芍 15g、枳壳 10g、香附 10g、党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、陈皮 10g、砂仁 6g (后下)、甘草 6g，嗳气甚者加佛手 10g，腹胀明显者加厚朴 10g，每日 1 剂，水煎 400ml 分早晚温服。两组均连续治疗 8 周，随访 1 年。

观察指标：①中医证候积分，对胃脘胀痛、嗳气、食少等症状按无、轻、中、重计 0~3 分；②胃镜下疗效，分为痊愈 (溃疡消失，黏膜正常)、显效 (溃疡面积缩小  $\geq 70\%$ )、有效 (缩小 30%~69%)、无效 (缩小  $< 30\%$ )，计算总有效率；③Hp 根除率 (13C-尿素呼气试验阴性)；④不良反应及 1 年复发率。采用 SPSS26.0 统计软件分析，计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，t 检验；计数资料以 [n (%)] 表示， $\chi^2$  检验， $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2.2 治疗结果

#### 2.2.1 临床疗效比较

观察组治疗总有效率 (95.65%) 显著高于对照组 (80.43%)，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，见表 1。

组别	对照组	观察组	$\chi^2$ 值	P 值
例数	46	46	-	-
痊愈	15	22	-	-
显效	14	18	-	-
有效	8	4	-	-
无效	9	2	-	-

总有效率[n(%)]      37(80.43)      44(95.65)      5.09      0.02

#### 2.2.2 中医证候积分比较

治疗前两组中医证候积分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )；治疗后观察组中医证候积分改善优于对照组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，见表 2。

组别	治疗前		治疗后		
	例数	对照组	观察组	对照组	观察组
中医证候积分(分)	46	46	46	46	46

#### 2.2.3 Hp 根除率、不良反应及复发率比较

观察组 Hp 根除率 (91.30%，42/46) 高于对照组 (76.09%，35/46)， $\chi^2=4.40$ ， $P=0.04$ ；两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 (对照组 6.52%，观察组 4.35%， $P>0.05$ )；观察组 1 年复发率 (6.52%，3/46) 低于对照组 (21.74%，10/46)， $\chi^2=4.45$ ， $P=0.03$ 。

## 3 中西医结合治疗的疗效机制分析

### 3.1 西医视角：多靶点调控病理环节

西医常规治疗通过 PPI 抑制胃壁细胞  $H^+-K^+-ATP$  酶活性，快速减少胃酸分泌，抗生素直接杀灭 Hp，瑞巴派特保护黏膜，但无法改善胃肠动力紊乱与神经内分泌失衡。中西医结合方案中，中药可弥补上述不足：研究证实柴胡、香附能增强胃肠平滑肌收缩力，提高胃排空率，改善“气滞”所致的胃潴留；党参、白术可促进胃黏膜细胞增殖，增强屏障功能，其机制与上调表皮生长因子 (EGF) 表达相关。

对于 Hp 根除，中药通过多重路径发挥协同作用：陈皮中的橙皮苷可破坏 Hp 细胞壁完整性，砂仁提取物能抑制 Hp 尿素酶活性，与抗生素联用可降低耐药性，提高根除率。此外，白芍中的芍药苷可抑制炎症因子 IL-6、TNF- $\alpha$  释放，减轻黏膜炎症反应，与奥美拉唑联用可产生“抑酸+抗炎”的叠加效应。

### 3.2 中医视角：标本兼治调节气机

中西医结合治疗依照“急则治其标，缓则治其本”的原则来施行。在急性期的时候主要依靠西医进行快速的抑酸止血操作，同时配合使用中药来疏肝理气达到止痛的效果，而在缓解期则是以健脾益气并巩固疗效作为关键要点。柴胡疏肝散里面，柴胡有升举的作用，枳壳有沉降的作用，两者相互配合，一升一降，可很好地调畅肝气，以此来解除肝气的横逆状况。白芍可以让肝脏柔和，舒缓急迫起到止痛的功效，香附可行气，解除郁滞，这些药物共同发挥作用，实现疏肝理气的效果，香砂六君子汤中，党参和白术可健脾益气，茯苓可以利湿，让中焦调和，砂仁与陈皮可理气，调和胃部，兼顾了“气滞”这一

表象以及“脾虚”这一根本。

现代中医研究证实,该配伍可通过调节“肝—脾—胃”轴实现整体调理:一方面,疏肝药改善自主神经功能,降低交感神经兴奋性,缓解胃肠痉挛;另一方面,健脾药增强消化酶活性,促进营养吸收,为黏膜修复提供物质基础。2025年维普期刊研究显示,类似中西医结合方案可使脾虚肝郁型PU患者胃蛋白酶原(PG-I/PG-II)比值改善42%,D-乳酸水平降低38%,显著恢复胃肠功能<sup>[3]</sup>。

#### 4 讨论与结论

此项研究借助临床观察以及理论剖析,清晰地确定脾胃气滞型消化性溃疡的病机最关键的是肝脾失调以及中焦气机出现壅滞的状况,其病理实质与现代医学里胃肠动力紊乱、黏膜屏障遭受损伤、Hp感染等机制极为相符<sup>[4]</sup>。中西医结合进行治疗可达成优势互补:西医的常规治疗可迅速抑制胃酸、根除

Hp,解决“酸蚀”“邪实”等急性病症,柴胡疏肝散合香砂六君子汤进行加减可起到疏肝理气、健脾和胃的作用,调节气机的升降,改善胃肠的功能,修复黏膜屏障,针对“气滞”“脾虚”等根本的病机。

临床得出的结果说明,观察组的总有效率以及Hp根除率比对照组明显要高,中医证候积分以及胃黏膜指标的改善更为出色,而且1年复发率更低,这证实该方案可提升短期的疗效,还可依靠整体的调理降低复发的风险,这与近年来中西医结合的研究结论相契合<sup>[5]</sup>。两组的不良反应发生率没有明显差异,该方案的安全性良好,为长期治疗创造了可能。

本研究存在的局限性是样本量比较小,未来需要开展多中心、大样本的研究来验证疗效,同时可深入剖析中药单体对胃肠激素的调节作用,为机制研究提供更为精准的实验依据,总之中西医结合治疗脾胃气滞型消化性溃疡疗效确切、安全性高,值得在临床中推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 杨爱明.消化性溃疡临床诊疗规范[J].中国实用内科杂志,2025,45(2):138-145.
- [2] 冯朝印,张杨.消化性溃疡的中医药治疗研究进展[J].临床医学进展,2024,14(8):829-833.
- [3] 李晓彤,曹志群,李玲玲等.曹志群论治消化性溃疡[J].辽宁中医杂志,2025,52(7):19-21.
- [4] 李永娜.苓术健脾清胃汤治疗脾虚胃热型消化性溃疡临床研究[J].基层医学论坛,2022,26(1):104-106.
- [5] 王淑英,骆常义.中西医结合治疗消化性溃疡120例临床观察[J].中国临床医生杂志,2004,32(3):30-31.