

# 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡临床研究

马文军, 严全民, 赵剑芳, 郑琴琴, 郭艳

甘肃省第三人民医院, 甘肃 兰州 730020

**[摘要]** **目的:** 观察黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡的临床效果。**方法:** 采用随机数字表法将194例脾胃虚寒型消化性溃疡患者分为中药组和西药组各97例, 西药组采用铋剂四联疗法治疗, 中药组给予黄芪建中汤治疗, 2组均观察治疗2周。观察2组治疗前后证候积分与血清转化生长因子- $\alpha$  (TGF- $\alpha$ )、胃泌素、表皮生长因子 (EGF)、一氧化氮 (NO)、白细胞介素-17 (IL-17) 水平的变化, 统计2组临床疗效和幽门螺杆菌 (Hp) 根除率。**结果:** 治疗后, 2组临床总有效率和Hp根除率相当, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。2组主症、次症、证候总分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ), 中药组主症、次症、证候总分均低于西药组 ( $P < 0.05$ )。2组TGF- $\alpha$ 、EGF水平均较治疗前升高 ( $P < 0.001$ ), 胃泌素、NO、IL-17水平均较治疗前降低 ( $P < 0.001$ ), 2组各指标比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡可取得与铋剂四联疗法同样的效果, 在改善中医证候方面具有明显优势, 值得在临床推广应用。

**[关键词]** 消化性溃疡; 脾胃虚寒型; 黄芪建中汤; 四联疗法; 炎症因子; 幽门螺杆菌根除率

**[中图分类号]** R573.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2018) 10-0070-04

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2018.10.019

## Clinical Study on Huangqi Jianzhong Tang for Peptic Ulcer of Spleen-stomach Deficiency Cold Type

MA Wenjun, YAN Quanmin, ZHAO Jianfang, ZHENG Qinqin, GUO Yan

**Abstract:** **Objective:** To observe the clinical effect of Huangqi Jianzhong tang for peptic ulcer of spleen-stomach deficiency cold type. **Methods:** Divided 194 cases of patients with peptic ulcer of spleen-stomach deficiency cold type into the Chinese medicine group and the western medicine group according to the random number table method, 97 cases in each group. The western medicine group was treated with bismuth quadruple therapy, while the Chinese medicine group was treated with self-made Huangqi Jianzhong tang. The two groups were observed and treated for two weeks. Observed the changes of syndrome scores, levels of transforming growth factor -  $\alpha$  (TGF- $\alpha$ ) in serum, gastrin, epidermal growth factor (EGF), nitric oxide (NO) and interleukin-17 (IL-17) in the two groups before and after treatment. Carried out the statistics on the clinical curative effect and helicobacter pylori (Hp) eradication rate in the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rates and Hp eradication rates in the two groups were similar, there being no significance in the difference ( $P > 0.05$ ). The total scores of main symptoms, secondary symptoms and syndromes in the two groups were decreased when compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ). The total scores of main symptoms, secondary symptoms and syndromes in the Chinese medicine group was lower than that in the western medicine group ( $P < 0.05$ ). Levels of TGF- $\alpha$  and EGF in the two groups were increased when compared with those before treatment ( $P < 0.001$ ). Levels of gastrin, NO and IL-17 were decreased when compared with those before treatment ( $P < 0.001$ ). There was no significant difference being found in the comparison of each index in the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** The therapy of Huangqi Jianzhong tang for peptic ulcer of spleen-stomach deficiency cold type can achieve the same effect as bismuth quadruple therapy, which has obvious advantages in improving Chinese medicine syndromes and is worthy of clinical promotion and application.

**Keywords:** Peptic ulcer; Spleen-stomach deficiency cold type; Huangqi Jianzhong tang; Quadruple therapy; Inflammatory factor; Helicobacter pylori eradication rate

**[收稿日期]** 2018-06-03

**[作者简介]** 马文军 (1962-), 男, 副主任医师, 主要从事消化内科临床工作。

消化性溃疡指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡,是常见的慢性消化系统疾病,长期慢性溃疡可导致消化道出血、穿孔、幽门梗阻等并发症,也是导致癌变的重要因素,严重影响患者的生活质量和生命安全<sup>[1]</sup>。消化性溃疡的发病机制目前尚未完全阐明,多认为其与幽门螺杆菌(Hp)感染、胃酸分泌过多、胃黏膜保护作用减弱等多种因素相关,临床治疗原则为根除Hp和抑制胃酸分泌<sup>[2]</sup>。质子泵抑制剂联合两种抗生素的标准三联疗法是治疗消化性溃疡的常用方案,但随着抗生素应用增加,Hp耐药率增加,延长抗生素应用时间对提升Hp根除率并不理想,含铋剂的四联疗法可提高Hp根除率,但铋剂对全身多个系统如肾、脑、肝、脾、骨骼等有毒性作用,临床用药存在潜在的风险<sup>[3-4]</sup>。中医学认为消化性溃疡属胃脘痛范畴,脾胃虚寒是常见证型,以温中散寒、行气止痛法治疗具有明显疗效<sup>[5]</sup>。本研究采用黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型消化性溃疡,对比观察其与四联疗法的临床效果,进一步探讨中药在消化性溃疡治疗中的临床价值,现将结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 经医院伦理委员会批准,选择2016年8月—2017年8月在本院就诊的194例Hp阳性消化性溃疡患者,采用随机数字表法分为中药组和西药组各97例。中药组男53例,女44例;年龄29~68岁,平均(51.05±13.75)岁;溃疡类型:胃溃疡73例,十二指肠溃疡24例;溃疡直径(0.87±0.36)cm;体质指数23.14±3.26;既往史:吸烟史(每年吸烟总量≥18包)38例,饮酒史(每周酒精摄入量>50g)41例。西药组97例,男56例,女41例;年龄26~69岁,平均(52.69±11.62)岁;溃疡类型:胃溃疡76例,十二指肠溃疡21例;溃疡直径(0.94±0.26)cm;体质指数23.53±2.87;既往史:吸烟史40例,饮酒史40例。2组性别、年龄、溃疡类型、体质指数、既往史等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** ①经胃镜检查确诊为消化性溃疡,且为初次诊断,排除合并消化道出血、穿孔、幽门梗阻等并发症。②经实验室<sup>13</sup>C呼气试验检测Hp感染阳性。③符合脾胃虚寒型辨证标准<sup>[6]</sup>:主症:胃痛隐隐,喜温喜按;遇冷或劳累发作后加重;空腹痛重,得食痛减,食后腹胀。次症:倦怠乏力,神疲懒言;畏寒肢冷;大便溏薄;舌质淡嫩;边有齿痕;脉沉细或迟。符合主症2项加次症2项即可确诊。④入组前4周内未用过黏膜保护剂、抑酸剂、抗生素和中药治疗。⑤患者对研究知情,并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** ①合并消化道出血、穿孔、幽门梗阻者。②合并严重肝、肾功能障碍及恶性肿瘤者。③既往有消化性溃疡病史、消化道手术史或接受过非甾体类药物药物治疗者。④妊娠或哺乳期妇女。⑤对研究药物过敏者。⑥患精神疾病或认知功能障碍,不能正确理解研究内容者。

**1.4 剔除标准** ①不符合纳入标准或符合排除标准而误纳入

组者;②治疗过程中出现新的疾病,对其治疗可能影响疗效判断者;③治疗过程中病情恶化,需要更改治疗方案者;④治疗过程中出现严重不良反应,患者无法坚持原方案治疗者;⑤依从性差,不能按计划服用药物者;⑥强烈要求退出研究者。

## 2 治疗方法

**2.1 西药组** 参照有关指南给予四联方案治疗。雷贝拉唑胶囊(江苏济川制药有限公司,规格:10mg),每次口服20mg,每天1次;阿莫西林胶囊(丽珠集团丽珠制药厂,规格:0.25g),每次口服0.25g,每天3次;呋喃唑酮片(山西云中制药有限公司,规格:0.1g),每次口服0.1g,每天3次;枸橼酸铋钾片(湖北科益药业股份有限公司,规格:0.3g),每次口服0.3g,每天4次。三餐前30min各口服1次,晚餐后2h口服1次。

**2.2 中药组** 给予自拟黄芪建中汤治疗,处方:炙黄芪15g,煨瓦楞子30g,桂枝、白芍各10g,高良姜、香附、延胡索各9g,甘草6g。泛吐酸水明显者,加吴茱萸;泄泻较重者,加薏苡仁、诃子。每天1剂,水煎至400mL,早晚分服。

2组疗程均为2周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①观察2组的临床疗效。②评定2组治疗前后的证候积分,主症和次症均按无、轻、中、重四级评分,主症记0、2、4、6分,次症记0、1、2、3分。③治疗后4周行<sup>13</sup>C呼气试验,阴性者记为Hp根除。④治疗前后抽取患者的空腹静脉血,采用放射免疫法检测血清转化生长因子- $\alpha$ (TGF- $\alpha$ )、胃泌素和表皮生长因子(EGF)水平,采用酶联免疫吸附法检测血清一氧化氮(NO)和白细胞介素-17(IL-17)水平。

**3.2 统计学方法** 采用意向性分析原则,所有入组患者均纳入最终统计。采用SPSS23.0软件进行数据处理。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验;等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准**<sup>[7]</sup> 痊愈:症状消失,溃疡及周围炎症消失;显效:症状明显减轻,溃疡消失,仍有炎症;有效:症状减轻,溃疡面积缩小50%以上;无效:未达有效标准。

**4.2 2组临床疗效比较** 见表1。2组总有效率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

| 组别         | n  | 痊愈        | 显效        | 有效        | 无效      | 总有效       |
|------------|----|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|
| 西药组        | 97 | 64(65.98) | 18(18.56) | 10(10.31) | 5(5.15) | 92(94.85) |
| 中药组        | 97 | 61(62.89) | 19(19.59) | 10(10.31) | 7(7.22) | 90(92.78) |
| $\chi^2$ 值 |    |           |           |           |         | 0.355     |
| P值         |    |           |           |           |         | 0.551     |

**4.3 2组治疗前后中医证候积分比较** 见表2。治疗前,2组主症、次症、证候总分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

治疗后, 2组主症、次症、证候总分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ), 中药组主症、次症、证候总分均低于西药组( $P < 0.05$ )。

4.4 2组Hp根除率比较 西药组Hp根除91例, 根除率93.81%; 中药组根除86例, 根除率88.65%。2组Hp根除率比较, 差异无统计学意义( $\chi^2=1.136, P=0.286$ )。

4.5 2组治疗前后实验室指标比较 见表3。治疗前, 2组

TGF- $\alpha$ 、胃泌素、EGF、NO、IL-17水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组TGF- $\alpha$ 、EGF水平均较治疗前升高( $P < 0.001$ ), 胃泌素、NO、IL-17水平均较治疗前降低( $P < 0.001$ ), 2组治疗后各指标比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表2 2组治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 治疗前          |              |              | 治疗后                      |                          |                          |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|     |    | 主症           | 次症           | 证候总分         | 主症                       | 次症                       | 证候总分                     |
| 西药组 | 97 | 11.26 ± 3.27 | 9.85 ± 1.74  | 21.12 ± 3.94 | 2.45 ± 1.14 <sup>①</sup> | 2.26 ± 1.13 <sup>①</sup> | 4.81 ± 1.54 <sup>①</sup> |
| 中药组 | 97 | 11.47 ± 3.52 | 10.03 ± 2.32 | 21.51 ± 3.73 | 1.35 ± 1.17 <sup>①</sup> | 1.08 ± 0.85 <sup>①</sup> | 2.43 ± 1.32 <sup>①</sup> |
| t值  |    | 0.524        | 0.422        | 0.336        | 2.589                    | 2.433                    | 4.022                    |
| P值  |    | 0.602        | 0.675        | 0.738        | 0.012                    | 0.018                    | < 0.001                  |

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

表3 2组治疗前后实验室指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 时间  | TGF- $\alpha$ (pg/mL)    | 胃泌素(pg/mL)                  | EGF( $\mu$ g/L)          | NO( $\mu$ mol/L)          | IL-17(pg/mL)              |
|-----|----|-----|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 西药组 | 97 | 治疗前 | 3.18 ± 0.42              | 245.17 ± 38.76              | 0.51 ± 0.15              | 51.74 ± 6.18              | 89.63 ± 8.13              |
|     |    | 治疗后 | 4.85 ± 0.51 <sup>①</sup> | 189.52 ± 27.54 <sup>①</sup> | 0.74 ± 0.17 <sup>①</sup> | 40.54 ± 4.32 <sup>①</sup> | 58.22 ± 6.42 <sup>①</sup> |
| 中药组 | 97 | 治疗前 | 3.07 ± 0.38              | 250.09 ± 41.18              | 0.49 ± 0.13              | 50.93 ± 5.72              | 90.14 ± 9.08              |
|     |    | 治疗后 | 4.88 ± 0.48 <sup>①</sup> | 193.50 ± 19.54 <sup>①</sup> | 0.77 ± 0.16 <sup>①</sup> | 41.85 ± 4.73 <sup>①</sup> | 57.06 ± 6.13 <sup>①</sup> |

与同组治疗前比较, ① $P < 0.001$

## 5 讨论

Hp可穿透胃黏液层定植于胃上皮细胞表面, 感染的胃黏膜防御系统受到破坏, 诱导胃黏膜发生炎症反应, 炎性因子可激活上皮细胞一氧化氮合酶, 诱导NO合成, 加重炎症反应程度<sup>[7]</sup>。IL-17具有较强的致炎性, 可促进机体局部趋化因子的产生, 并可诱导炎性因子和趋化因子表达上调, 促进炎症反应, 加快消化性溃疡的发展进程<sup>[8]</sup>。胃泌素既可直接刺激壁细胞分泌胃酸, 又可通过促进组胺释放间接增加胃酸的分泌, 因此, 胃泌素常被视为消化道炎症和溃疡的重要血清标志物<sup>[9]</sup>。TGF- $\alpha$ 可通过促进前列腺素E<sub>2</sub>合成等途径促进溃疡损伤组织修复。EGF则可通过刺激细胞增殖和分化, 促进纤维蛋白、胶原蛋白和弹性蛋白合成, 促进溃疡愈合, 消化性溃疡患者体内存在TGF- $\alpha$ 和EGF水平降低<sup>[10]</sup>。针对胃酸分泌过多和Hp感染的发病机制, 质子泵抑制剂联合两种抗菌药物的三联方案曾作为消化性溃疡的标准治疗方案, 但近年来治疗效果逐渐降低, 临床一直致力于寻求新的治疗方案<sup>[11]</sup>。铋剂四联方案和延长疗程可克服Hp的耐药性, 国内权威专家肯定了10~14天铋剂四联方案对提升Hp根除率和消化道溃疡的治疗作用, 但铋剂有较高的不良反应发生率, 虽然短期应用具有较高的安全性, 但临床应用仍应注意剂量、疗程和禁忌症<sup>[12]</sup>。

中医学认为脾胃为仓廪之官, 主受纳和运化水谷, 若劳倦过度, 或饥饱失宜, 或过服寒凉药物, 或久病, 或肝气郁结, 肝郁乘脾, 均可伤及脾胃之阳, 中焦虚寒, 脾失健运, 胃失通

降, 故见胃脘隐痛, 得食痛减; 脾虚则湿盛, 故大便溏薄, 泛吐酸水, 倦怠乏力; 阳气不足, 故胃部冷感, 四肢不温, 舌淡、苔薄白, 脉细弱, 故治宜温中补虚<sup>[13]</sup>。本研究所用的黄芪建中汤, 方中黄芪益气健脾; 桂枝、高良姜温中祛寒; 香附疏肝行气; 白芍益阴养血, 与桂枝配伍和营卫而调阴阳; 甘草益气补中、缓急止痛; 延胡索行气止痛, 煅瓦楞子制酸止痛。全方有温中散寒、行气止痛等功效。

本研究结果显示, 治疗后, 中药组主症、次症、证候总分均低于对照组, 提示黄芪建中汤可取得与四联疗法一样的临床效果, 且对临床证候的改善优于西药组, 根除Hp、抑制胃酸分泌、减轻胃溃疡病变部位的炎症反应程度、促进黏膜修复可能是其作用机制。

综上所述, 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡可取得与铋剂四联疗法同样的效果, 在改善中医证候方面具有明显优势, 值得在临床推广应用。

## 【参考文献】

- [1] 骆国才, 张天辉, 张庆. 雷贝拉唑三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡84例疗效观察[J]. 海南医学, 2014, 25(6): 813-815.
- [2] 廖国建. 雷贝拉唑三联疗法治疗Hp阳性消化性溃疡患者的临床疗效及其对血清相关指标的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36(5): 81-83.

- [3] 毛军民, 石镇东, 匡清清, 等. 调和解毒法联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(19): 2060-2062, 2065.
- [4] 王珏磊, 刘星宇, 聂燕, 等. 对铋剂在临床应用利弊的思考[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(12): 932-934.
- [5] 冯雪瑾, 夏永良. 温中愈疡汤在治疗脾胃虚寒型消化性溃疡中的临床应用[J]. 中国中医药科技, 2016, 23(3): 338-339.
- [6] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 33-38.
- [7] 程海花, 阿祥仁. 高原地区消化性溃疡患者血清一氧化氮和一氧化氮合酶的变化[J]. 检验医学, 2010, 25(6): 427-428.
- [8] 吴永城, 曾繁之, 吴兴强, 等. 艾普拉唑序贯疗法对消化性溃疡患者血清一氧化氮和白细胞介素-17表达的影响[J]. 广东医学, 2015, 36(9): 1430-1432.
- [9] 李菁. 老年消化性溃疡患者血清 I 型胶原氨基端前肽、胃泌素水平及其与幽门螺杆菌感染的关系[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(13): 3230-3232.
- [10] 张莉, 殷桂香, 殷芳. 消化性溃疡患者血清和胃液中胃泌素、表皮生长因子及转化生长因子- $\alpha$  的表达及临床意义[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(9): 46-48.
- [11] 孟霞, 刘改芳, 赵丽伟, 等. 幽门螺杆菌耐药性与铋剂四联方案临床根除疗效的相关性分析[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(1): 26-29.
- [12] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组, 全国幽门螺杆菌研究协作组. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(10): 832-837.
- [13] 李七一. 中医老年病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 141-147.

(责任编辑: 吴凌)

## 健脾消胀丸治疗脾虚气滞型功能性消化不良临床观察

景奉能

济南市章丘区中医院脾胃病科, 山东 济南 250200

**[摘要]** 目的: 观察健脾消胀丸治疗脾虚气滞型功能性消化不良的临床疗效。方法: 选取 92 例脾虚气滞型功能性消化不良患者, 并按入院先后顺序分为治疗组 ( $n=47$ ) 与对照组 ( $n=45$ )。2 组均给予饮食控制, 其中对照组给予西药盐酸依托必利颗粒+雷贝拉唑肠溶片治疗, 治疗组给予自制健脾消胀丸治疗。观察评估 2 组中医症候积分、临床疗效及不良反应。结果: 治疗组总有效率为 89.36%, 对照组总有效率为 71.11%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组中医症候积分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组中医症候积分较治疗前均显著降低 ( $P < 0.05$ ), 治疗组中医症候积分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗组不良反应发生率为 4.26%, 对照组不良反应发生率为 20.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 针对脾虚气滞型功能性消化不良患者, 给予健脾消胀丸治疗可有效改善患者临床症状, 提高临床治疗效果, 且治疗后不良反应发生率低, 值得临床推广应用。

**[关键词]** 功能性消化不良; 脾虚气滞型; 健脾消胀丸; 中医症候评分; 临床疗效

**[中图分类号]** R57 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 10-0073-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.10.020

### Clinical Observation of Jianpi Xiaozhang Pills for Functional Dyspepsia of Spleen - Deficiency and Qi-Stagnation Type

JING Fengneng

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Jianpi Xiaozhang pills for functional dyspepsia of spleen-deficiency

**[收稿日期]** 2017-12-05

**[基金项目]** 山东省中医药科技发展计划项目 (2017-308)

**[作者简介]** 景奉能 (1972-), 女, 本科, 副主任中医师, 研究方向: 中西医结合治疗脾胃病。