

◆临床证治◆

化湿和胃汤联合四联疗法治疗湿热壅滞型胃脘痛临床研究

娄永亮¹, 张云瑞², 潘婷¹, 朱晓恒¹, 刘静宇¹

1. 开封市中心医院中医科, 河南 开封 475000; 2. 开封市中医院肿瘤科, 河南 开封 475000

[摘要] 目的: 观察化湿和胃汤联合四联疗法治疗湿热壅滞型胃脘痛的效果。方法: 选取开封市中心医院2020年5月—2023年6月收治的108例湿热壅滞型胃脘痛患者为研究对象, 按随机数字表法分为观察组和对照组各54例。2组均予常规四联疗法治疗, 观察组同期加用化湿和胃汤治疗, 2组疗程均为2周。治疗前后评定中医证候评分、检测胃肠道活动功能指标[胃泌素(GAS)、胃动素(MOT)], 比较2组的临床疗效、不良反应发生率、幽门螺杆菌(Hp)根除率以及随访6个月期间的复发率。结果: 治疗后, 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。2组胃脘疼痛、脘闷灼热、纳呆恶心、口干口苦评分均较治疗前降低($P < 0.05$), 观察组4项中医证候评分均低于对照组($P < 0.05$)。2组GAS、MOT水平均较治疗前升高($P < 0.05$), 观察组GAS、MOT水平均高于对照组($P < 0.05$)。2组不良反应发生率、Hp根除率、复发率比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 采用化湿和胃汤联合四联疗法治疗湿热壅滞型胃脘痛患者可提高疗效, 有效缓解症状, 改善胃肠道活动功能, 降低复发风险, 安全性好。

[关键词] 胃脘痛; 湿热壅滞证; 四联疗法; 化湿和胃汤; 幽门螺杆菌; 胃泌素; 胃动素

[中图分类号] R573.1; R573.3*2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 10-0039-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.10.007

Clinical Study on Combination Use of Huashi Hewei Decoction and Quadruple Therapy for Epigastric Pain of Damp-Heat Stagnation Type

LOU Yongliang¹, ZHANG Yunrui², PAN Ting¹, ZHU Xiaoheng¹, LIU Jingyu¹

1. Department of Chinese Medicine, Kaifeng Central Hospital, Kaifeng Henan 475000, China; 2. Department of Oncology, Kaifeng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kaifeng Henan 475000, China

Abstract: **Objective:** To observe the curative effect of the combination use of Huashi Hewei Decoction and quadruple therapy on epigastric pain of damp-heat stagnation type. **Method:** A total of 108 patients with epigastric pain of damp-heat stagnation type admitted to Kaifeng Central Hospital from May 2020 to June 2023 were selected as the study subjects and divided into the observation group and the control group according to the random number table method, with 54 cases in each group. The two groups were treated with conventional quadruple therapy, and the observation group was additionally treated with Huashi Hewei Decoction at the same time. The course of treatment of both groups was two weeks. Before and after treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores were evaluated, the gastrointestinal motility function indexes [gastrin (GAS) and motilin (MOT)] were detected, and the clinical effects, incidence of adverse reactions, eradication rates of helicobacter pylori (Hp) and recurrence rates during 6-month

[收稿日期] 2024-09-27

[修回日期] 2025-02-15

[基金项目] 国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承项目(国中医药办人教函〔2022〕76号); 开封市科技发展计划项目(2203066)

[作者简介] 娄永亮(1981-), 男, 医学硕士, 副主任医师, E-mail: 155353974@qq.com。

follow-up were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). The scores of epigastric pain, epigastric oppression and burning, dementia and nausea, and dry mouth and bitter taste in both groups were reduced when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above four scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of GAS and MOT in both groups were elevated when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of GAS and MOT in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). There were no significant differences being found in the comparisons of incidence of adverse reactions, Hp eradication rate, and recurrence rate between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** The combination use of Huashi Hewei Decoction and quadruple therapy can improve the curative effect on patients with epigastric pain of damp-heat stagnation type, effectively alleviate the symptoms, enhance the gastrointestinal motility function and reduce the risk of recurrence with great safety.

Keywords: Epigastric pain; Damp-heat stagnation syndrome; Quadruple therapy; Huashi Hewei Decoction; Helicobacter pylori; Gastrin; Motilin

胃脘痛指以上腹部疼痛为主要症状的病症,临床多种消化道疾病均可见胃脘痛症状,如急性胃炎、功能性消化不良、胃食管反流病、消化性溃疡等。幽门螺杆菌(Hp)是胃炎和消化性溃疡的重要致病因素,亦是导致胃癌的主要危险因素之一^[1]。目前临床针对慢性胃炎或胃溃疡所致的胃脘痛,多以抑制胃酸分泌药、促胃肠动力药、胃黏膜保护剂以及根除Hp等药物治疗为主,但相关诊疗共识^[2-3]指出,相较单纯西医治疗,中西医结合治疗慢性胃炎或消化性溃疡效果更好,可提高Hp的根治率。临床常见湿热壅滞型胃脘痛患者,但治疗效果不甚理想。笔者基于湿热壅滞证病机,师承河南省名中医刘静宇教授的经验方自拟化湿和胃汤,以化湿和胃汤联合四联疗法治疗Hp阳性湿热壅滞型胃脘痛患者,观察该疗法对胃肠道活动功能指标的改善情况,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《内科学》^[4]中的慢性非萎缩性胃炎、胃溃疡诊断标准。慢性非萎缩性胃炎:在进食期间或用餐后,出现脐周、上腹部等部位疼痛,腹胀、早饱感、嗝气等消化不良表现;胃镜检查显示胃黏膜下充血、渗出或萎缩。胃溃疡:有上腹部疼痛或不适,腹胀、反酸、饱胀感、嗝气等症状;胃镜检查显示胃部存在活动期溃疡。

1.2 辨证标准 参考《中医内科学》^[5]拟定湿热壅滞

型胃脘痛辨证标准。主症:胃脘疼痛,脘闷灼热;次症:纳呆恶心,口干口苦,口渴而不欲饮水,小便黄,大便不畅;舌质红、苔黄腻,脉滑数。

1.3 纳入标准 符合慢性非萎缩性胃炎或胃溃疡的诊断标准,有胃痛症状;符合湿热壅滞型胃脘痛辨证标准;年龄 ≥ 18 岁;Hp检测结果为阳性;签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并造血系统疾病、心血管疾病、慢性肾炎、肝硬化等严重疾病;因幽门梗阻、胃穿孔等其他胃部疾病导致的胃脘痛;伴恶性肿瘤;伴有肝、胆、胰腺等消化系统疾病;既往有腹部手术史;对本研究所用药物过敏或有严重不良反应史;合并精神疾病或认知功能障碍,不能配合治疗;妊娠期或哺乳期。

1.5 剔除、脱落标准 未按医嘱服药;未能按照研究方案进行胃镜检查,自动退出试验;因临床资料不全而无法判断疗效。

1.6 一般资料 选取2020年5月—2023年6月开封市中心医院收治的108例湿热壅滞型胃脘痛患者为研究对象,按随机数字表法分为观察组和对照组各54例。观察组有1例未按医嘱服药,1例自行退出试验,对照组有1例临床资料不全而无法判断疗效,1例自行退出试验,最终2组各纳入52例患者。观察组男28例,女24例;年龄26~64岁,平均 (45.56 ± 9.54) 岁;单次胃痛发作持续时间3~12 min,平

均(7.52±2.16)min;原发病:慢性非萎缩性胃炎22例,胃溃疡30例。对照组男25例,女27例;年龄27~67岁,平均(47.33±9.88)岁;单次胃痛发作持续时间3~13min,平均(7.89±2.24)min;原发病:慢性非萎缩性胃炎24例,胃溃疡28例。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过开封市中心医院医学伦理委员会批准[伦(审)H2020041206]。

2 治疗方法

2.1 对照组 予常规四联疗法治疗。奥美拉唑肠溶胶囊(上海信谊万象药业股份有限公司,国药准字H20045335,规格:20mg/粒),早、晚餐前30min口服,每次20mg,每天2次;阿莫西林胶囊(重庆迪康长江制药有限公司,国药准字H50021364,规格:0.25g/粒),早、晚饭后30min口服,每次1g,每天2次;克拉霉素片(浙江京新药业股份有限公司,国药准字H20065652,规格:0.25g/片),早、晚饭后30min口服,每次0.5g,每天2次;胶体果胶铋胶囊(山西同达药业有限公司,国药准字H20044025,规格:50mg/粒),三餐前1h及临睡前口服,每次150mg,每天4次。连续服药治疗2周。疗程结束后复诊。

2.2 观察组 在常规四联疗法基础上加用化湿和胃汤治疗,处方:薏苡仁30g,苦杏仁10g,白豆蔻(后下)5g,厚朴8g,姜半夏10g,藿香12g,佩兰12g,石菖蒲10g,黄连4g,陈皮8g,大腹皮15g,紫苏梗12g,土茯苓20g。随症加减:热偏重者,加蒲公英15g,黄芩12g,连翘10g。纳呆食少者,加焦神曲、焦山楂、焦麦芽各10g。用药方法:将以上药材浸泡30min后,用中药煎药机煎煮,每剂煎取2袋,每袋150mL,每次口服1袋,每天2次,2次服用需间隔8~10h。共治疗2周。治疗2周后复诊。

治疗期间指导2组患者调整生活方式,嘱避免进食过量甜食与辛辣、刺激类食物,少食多餐、戒烟酒,寻找并避免可能诱发胃脘痛的因素,避免使用非甾体类抗炎药物。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。于2周疗程结束后的次日早晨,入院复诊时评定。②中医证候评分。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]拟定中医证候评分量化表(见表1),对2组患者的主症、次症进行评分。主症(胃脘疼痛、脘闷灼热)根据无、轻、中、重分别计0、2、4、6分,次症(纳呆恶心、口干口苦)根据无、轻、中、重分别计0、1、2、3分,分值越高代表症状越严重。于治疗前、治疗2周后评定。③胃肠道活动功能指标。采集空腹肘静脉血4mL,以3000r/min转速、离心半径10cm离心10min,分别取血清、血浆,使用酶标仪(浙江孚夏医疗科技有限公司,HBS-1001),以酶联免疫吸附法检测血清胃泌素(GAS)水平;通过放射免疫分析仪(南京威美特科学仪器有限公司,型号KZ4GC-1200),以放射免疫分析法检测血浆胃动素(MOT)水平。分别于治疗前、治疗2周后检测。④不良反应发生率。统计2组患者治疗2周内的药物不良反应发生率,主要药物不良反应包括恶心、消化不良、呕吐、腹泻以及头痛。⑤Hp根除率。参照《幽门螺杆菌感染基层诊疗指南(2019年)》^[7],于疗程结束4周后次日早晨复诊时,2组患者均行¹³C呼气试验,检测结果呈阴性则表示Hp根除成功。⑥复发率。2周疗程结束后,以电话、微信或查阅门诊资料等形式随访6个月,统计2组治愈者复发胃脘痛的情况,计算复发率。

3.2 统计学方法 应用SPSS25.0统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间资料比较采用独立样本 t 检验,组内资料比较采

表1 中医证候评分量化表

证候	无	轻	中	重
主症	胃脘疼痛 计0分	时有疼痛,较轻,持续时间短,或注意时才感觉,每天疼痛持续时间累计在1h以内,计2分。	疼痛尚可忍受,不影响工作,每天疼痛持续时间累计在2h以内,计4分。	疼痛剧烈,持续时间长,每天疼痛持续时间累计在半天以上,影响工作和休息,计6分。
	脘闷灼热 计0分	餐后脘闷灼热,30min内自行缓解,计2分。	餐后脘闷灼热,2h内自行缓解,计4分。	整日脘闷灼热,计6分。
次症	纳呆恶心 计0分	食欲减退,食量尚未减少,计1分。	食欲差,食量减少1/3,嗝气吞酸,计2分。	无食欲,食量减少1/2以上,计3分。
	口干口苦 计0分	偶觉口干苦,计1分。	晨起口干苦,计2分。	整日觉口干苦,计3分。

用配对样本 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 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 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定疗效标准。治愈：胃脘痛及其他症状消失，胃镜检查结果显示正常；好转：胃脘痛发作次数减少，其他症状减轻，胃镜检查显示病情较治疗前好转；未愈：胃脘痛及其他症状均无改善，胃镜检查显示病情较治疗前无变化或加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 2。治疗后，观察组总有效率 96.15%，对照组总有效率 84.62%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较					例(%)
组 别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
观察组	52	21(40.38)	29(55.77)	2(3.85)	50(96.15)
对照组	52	17(32.69)	27(51.92)	8(15.38)	44(84.62)
χ^2 值					3.983
P 值					0.046

4.3 2 组治疗前后中医证候评分比较 见表 3。治疗前，2 组胃脘疼痛、腕闷灼热、纳呆恶心、口干口苦评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 4 项中医证候评分均较治疗前降低($P < 0.05$)，观察组 4 项中医证候评分均低于对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)										分
组 别	例数	胃脘疼痛		腕闷灼热		纳呆恶心		口干口苦		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	52	4.19 ± 1.60	1.08 ± 1.01 ^①	4.15 ± 1.63	1.27 ± 1.05 ^①	2.46 ± 0.57	0.54 ± 0.53 ^①	2.42 ± 0.63	0.54 ± 0.50 ^①	
对照组	52	4.35 ± 1.57	1.81 ± 1.55 ^①	4.23 ± 1.47	1.77 ± 1.46 ^①	2.40 ± 0.61	0.81 ± 0.72 ^①	2.31 ± 0.47	0.85 ± 0.64 ^①	
t 值		0.496	2.845	0.263	2.002	0.518	2.178	1.009	2.730	
P 值		0.621	0.005	0.793	0.048	0.605	0.032	0.315	0.007	

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ 。

4.4 2 组治疗前后胃肠道活动功能指标比较 见表 4。治疗前，2 组 GAS、MOT 水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 GAS、MOT 水平均较治疗前升高($P < 0.05$)，观察组 GAS、MOT 水平均高于对照组($P < 0.05$)。

表 4 2 组治疗前后胃肠道活动功能指标比较($\bar{x} \pm s$)						ng/L
组 别	例数	GAS		MOT		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	52	101.69 ± 11.45	133.77 ± 15.68 ^①	176.17 ± 20.13	240.37 ± 29.56 ^①	
对照组	52	104.58 ± 11.50	125.80 ± 15.41 ^①	180.43 ± 21.90	226.31 ± 29.89 ^①	
t 值		1.128	2.614	1.033	2.453	
P 值		0.262	0.010	0.304	0.016	

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ 。

4.5 2 组不良反应发生率比较 见表 5。2 组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4.6 2 组 Hp 根除率比较 见表 6。治疗后，2 组 Hp 根除率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4.7 2 组复发率比较 随访 6 个月期间，观察组复发 1 例，复发率为 4.76%(1/21)；对照组复发 5 例，复发率 29.41%(5/17)。2 组比较，差异无统计学意义($\chi^2 =$

2.639, $P = 0.104$)。

表 5 2 组不良反应发生率比较							例(%)
组 别	例数	恶心	消化不良	呕吐	腹泻	头痛	合计
观察组	52	2(3.85)	2(3.85)	1(1.92)	0	0	5(9.62)
对照组	52	1(1.92)	1(1.92)	0	1(1.92)	0	3(5.77)
χ^2 值							0.177
P 值							0.674

表 6 2 组 Hp 根除率比较				例(%)
组 别	例数	Hp 阳性	Hp 阴性	
观察组	52	10(19.23)	42(80.77)	
对照组	52	18(34.62)	34(65.38)	
χ^2 值				3.128
P 值				0.077

5 讨论

胃脘痛的发生离不开素体脾虚、外邪犯胃、情志不畅、劳逸所伤等病因^[9]。湿热壅滞型胃脘痛可因脾胃运化失职，湿浊内生，郁而化热，或嗜食肥甘厚味，湿热内结，积滞中焦，气机阻遏不通，胃腑失于和降，气机不畅，发为胃脘痛。笔者认为，对

此证型,应以燥湿健脾、清热止痛为治疗原则。本研究所用的化湿和胃汤,方中薏苡仁利水渗湿,健脾止泻;苦杏仁宣利上焦之气,气行则湿化;白豆蔻芳香化湿,行气宽中,畅中焦之脾气;厚朴能燥湿、下气除满,可用于治疗湿滞伤中;陈皮不仅可燥湿,还可理气健脾;姜半夏有温中功效,可在一定程度上促进脾胃运化;石菖蒲化湿开胃;藿香芳香化浊,常用于治疗湿浊中阻;佩兰化湿和中之功与藿香相似,两者相须为用,可增强芳香化湿之功;土茯苓为除湿热之利药;大腹皮能行气导滞,为宽中利气之捷药;紫苏梗理气宽中、止痛;黄连具有清热燥湿、清泻胃火之功,可解决祛湿则增热、除热不去湿之用药矛盾。以上诸药合用,共奏燥湿健脾、清热止痛,可有效缓解因湿热内结、气机阻遏不通而引发的胃脘痛。本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,且胃脘疼痛、脘闷灼热、纳呆恶心、口干口苦评分均低于对照组,提示加用化湿和胃汤治疗可提高疗效,较单用常规四联疗法能更好地改善症状。观察组Hp根除率略高于对照组,提示应用化湿和胃汤有可能提高Hp转阴率。而现代药理学研究结果表明,黄连具有抗菌作用^[10]。笔者认为,化湿和胃汤能提高Hp转阴率可能与方中药物有抗菌作用有关。

炎症性肠病、腹部疼痛均可引起胃肠动力紊乱^[11],而胃肠动力紊乱可致胃肠道活动障碍,故笔者认为,胃肠道活动功能与胃肠道疾病的发生、发展关系密切。GAS、MOT是胃肠道激素,能反映胃肠道活动(分泌、运动、吸收)情况^[12]。本研究结果显示,治疗后,观察组GAS、MOT水平均高于对照组,提示化湿和胃汤能够促进胃肠道活动功能的改善。现代药理学研究证实,大腹皮具有抗菌、抗炎之效,可为胃肠道活动功能的修复创造稳定的内环境;同时,大腹皮含有多种具有生物活性的化学成分,可调节胃肠肽类激素分泌,进而调节胃肠道活动功能^[13-14]。笔者认为,大腹皮在改善胃肠道活动功能方面发挥着关键作用,其抗菌效果有助于减少胃肠道内的有害菌群,减轻炎症反应,从而为胃肠道的修复提供一个更为有利的微环境。此外,大腹皮通过调节胃肠肽类激素的分泌,进一步促进了胃肠道活动功能的恢复。

本研究结果显示,2组药物不良反应发生率相

近,提示服用化湿和胃汤不会增加不良反应发生风险,安全性理想。观察组复发率低于对照组,提示化湿和胃汤可减少胃脘痛复发。但2组Hp根除率、复发率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),笔者分析认为与本研究纳入样本量较少有关,后续需进一步开展前瞻性、多中心、大样本研究加以验证。

综上所述,采用化湿和胃汤联合四联疗法治疗湿热壅滞型胃脘痛患者可提高疗效,有效缓解症状,改善胃肠道活动功能,降低复发风险,且安全性好,值得在临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 王蕊,郑世勤,付青海,等.幽门螺杆菌及其分型与消化道疾病关系的研究进展[J].国际消化病杂志,2023,43(6):367-370.
- [2] 李军祥,陈諒,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):112-120.
- [4] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2018:355-356,358-361.
- [5] 张伯礼,吴勉华.中医内科学(新世纪第四版)[M].北京:中国中医药出版社,2019:157-159.
- [6] 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,2002:153.
- [7] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.幽门螺杆菌感染基层诊疗指南(2019年)[J].中华全科医师杂志,2020,19(5):397-402.
- [8] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:6.
- [9] 吴千言,章莹,王飞,等.国医大师伍炳彩治疗胃脘痛用药规律分析[J].中医药导报,2023,29(9):91-95.
- [10] 张庆莲,黄娟,邵单炫,等.黄连抗菌作用研究进展[J].中医药信息,2019,36(5):125-127.
- [11] 宫彩霞,马骋,张华丹,等.中药对胃肠动力紊乱治疗作用的研究进展[J].中医药学报,2022,50(1):115-120.
- [12] 厉志莲,汪艳.半夏莪术消痞汤治疗脾胃湿热型慢性非萎缩性胃炎临床研究及对胃肠激素水平的影响[J].辽宁中医杂志,2023,50(11):163-166.
- [13] 景永帅,张钰炜,张丹参,等.大腹皮本草考证、化学成分和药理作用研究进展[J].中国药房,2021,32(14):1784-1788.
- [14] 张琳琳,燕艳,李修洋.陈皮、莱菔子、大腹皮治疗胃动力功能障碍经验——全小林三味小方撷萃[J].吉林中医药,2023,43(2):153-155.

(责任编辑:吴凌)