

黄芪建中汤在消化系统中的临床应用进展

陈建钿¹ 李俊¹ 赵娜¹ 戴琦^{2#}

(1 江西中医药大学 2015 级硕士研究生 南昌 330000; 2 江西省中医院肝胆脾胃科 南昌 330000)

关键字: 黄芪建中汤; 消化系统; 临床应用; 综述

中图分类号: R57

文献标识码: A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.104

黄芪建中汤为东汉医家张仲景所创制,由小建中汤加黄芪组成,具有温中补虚、缓急止痛之功。《金匮血痹虚劳病脉证治》云:“虚劳里急,诸不足,黄芪建中汤主之。”此方建中气、补脾胃、平调阴阳,可治疗各种因虚所致的证候。本方临床应用广泛,凡虚劳者、内伤诸证者皆可使用。本文就近年来黄芪建中汤在消化系统疾病中的临床应用作一综述。

1 慢性胃炎

慢性胃炎是临床上最常见的消化系统疾病之一,以胃脘隐隐作痛或隐隐灼痛、痞塞满闷、嘈杂易饥、饥不欲食、喜揉喜按、反复发作作为主要临床表现。本病病程长,易反复发作,单纯西药治疗疗效不够显著。中医认为其病因为禀赋不足或年老体衰,加劳倦过度或饮食所伤或感受外邪或情志失调,久病脾胃受损,以致脾胃虚弱,中焦虚寒,脾胃失养而作痛。黄芪建中汤广泛应用于治疗脾胃虚寒型慢性胃炎,效果显著。孙玲等^[1]以黄芪建中汤为基础方加味,依病情辨证论治,治疗慢性胃炎患者 60 例,结果显示治疗总有效率高达 96.66%。展笑丽等^[2]运用黄芪建中汤加味治疗慢性浅表性胃炎,治疗组 36 例予黄芪建中汤加味治疗,对照组 36 例予奥美拉唑肠溶胶囊加胶体果胶铋胶囊治疗,两组均治疗 2 个疗程(8 周),结果两组总有效率分别为 91.67%、72.22%,治疗组的临床症状及胃镜疗效均优于对照组 ($P<0.05$)。魏宁^[3]用黄芪建中汤联合西药治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎,对照组单纯使用西药(奥美拉唑肠溶胶囊+胶体果胶铋胶囊,Hp 阳性者加服阿莫西林胶囊)治疗,两组均治疗 2 个疗程(2 个月),结果示治疗组总有效率优于对照组(分别为 95.5%、82.5%) ($P<0.05$);治疗组出现 2 例不良反应(恶心、眩晕),对照组有 7 例不良反应(恶心呕吐、眩晕),治疗组不良反应发生率明显低于对照组 ($P<0.05$);观察半年内的复发率,治疗组无一例复发,对照组 6 例复发,复发率为 15.0%,观察组患者复发率显著低于对照组 ($P<0.05$)。其研究表明黄芪建中汤或黄芪建

中汤联合西药治疗慢性胃炎有良好的临床疗效,且疗效常优于单纯西药治疗,不良反应及复发率较单纯西药治疗低。

2 消化性溃疡

消化性溃疡分为胃溃疡和十二指肠溃疡,具有病程长、反复发作、病程迁延的特点。临床上多位医家应用黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型消化性溃疡,其疗效较单纯采用西药治疗显著。温艳华等^[4]运用黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型消化性溃疡患者 47 例,对照组 47 例患者口服西药兰索拉唑(Hp 阳性患者予加抗 Hp 治疗 2 周:兰索拉唑+阿莫西林+克拉霉素)治疗。对两组患者进行疗效分析显示,治疗组总有效率 93.62%,对照组 76.60%,治疗组总有效率明显优于对照组 ($P<0.01$)。两组患者均随访 1 年,对照组复发 23 例(48.94%),治疗组复发 13 例(27.66%),对照组复发率明显高于治疗组 ($P<0.05$)。曾泽生^[5]将 80 例脾胃虚寒型胃溃疡患者随机分为治疗组和对照组,对照组口服克拉霉素、阿莫西林、奥美拉唑肠溶胶囊治疗,治疗组在对照组基础上加予黄芪建中汤治疗,两组疗程均 2 个月。结果示治疗组总有效率为 97.5%,对照组 77.5%,观察组治疗效果明显优于对照组 ($P<0.05$)。两组均未发生明显的药物不良反应。对患者进行一年的随访,结果发现观察组有 2 例复发,复发率为 5.0%;对照组有 11 例复发,复发率为 27.5%;观察组一年内的复发率远远低于对照组 ($P<0.05$)。荣翔^[6]观察黄芪建中汤治疗胃溃疡的临床效果,观察组予纯中药黄芪建中汤治疗,对照组使用常规西药(阿莫西林、甲硝唑及奥美拉唑)治疗,疗程 1 个月。观察组临床总有效率为 93.33%,优于对照组的 73.33% ($P<0.05$)。经过 5 个月随访,观察组复发 2 例,复发率为 6.67%,对照组复发例数 7 例,复发率达 23.33%,观察组复发率低于对照组 ($P<0.05$)。大量临床观察提示黄芪建中汤或黄芪建中汤联合西药在治疗消化性溃疡中效果显著,相比单纯西药治疗具有较大优势,副作用少,且

复发率低。

3 功能性消化不良

功能性消化不良(FD)是指经内镜及血生化、病理生理检查未能发现可解释症状的胃十二指肠的非器质性疾病。特异症状包括上腹痛、餐后饱胀、早饱感、上腹胀气、上腹烧灼感、恶心、呕吐、嗝气等。现代医学认为其病因和发病机制与胃肠运动障碍有关,多采用促动力药、质子泵抑制剂、黏膜保护剂和抗抑郁剂等药物治疗,疗效不理想且副作用较大。中医学认为本病病机在于脾虚为本,气机阻滞,升降失司,病位主要在胃,涉及肝脾两脏,治疗上以调理脾胃气机为原则^[7]。大量临床研究显示采用黄芪建中汤加减治疗 FD 疗效显著。梁心慧等^[8]研究黄芪建中汤加减治疗脾胃气虚为主症的功能性消化不良的临床疗效,将 221 例患者随机分为观察组 120 例和对照组 101 例,观察组应用黄芪建中汤加减治疗,对照组应用吗丁啉治疗,两组均连续治疗 2 个疗程(28 d),随访观察 4 周。对两组 Hp 感染者均加用四联抗 Hp 治疗 10 d。观察组与对照组的治愈率分别为 34.2%、18.8%,总有效率分别为 93.3%、79.2%,观察组均优于对照组($P<0.05$)。两组治疗后中医症状分级评分较治疗前均有改善,但观察组改善程度优于对照组($P<0.05$)。梁艳平等^[9]运用加味黄芪建中汤治疗功能性消化不良 120 例,连续服药 1 个月,依患者症状的消失与改善程度判定疗效,总有效率达 95.8%。朱子凤^[10]将 FD 患者随机分为治疗组和对照组,治疗组 60 例予加味黄芪建中汤治疗,对照组 60 例予多潘立酮、多酶片治疗,1 个月后观察两组临床效果。结果治疗组总有效率 88.34%,对照组总有效率 68.33%,治疗组明显优于对照组($P<0.01$)。以上临床研究显示黄芪建中汤加减治疗功能性消化不良治愈率高、临床疗效显著,疗效常优于西药治疗,值得临床推广应用。

4 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎(UC)是一种病因尚不明确的结肠和结肠慢性非特异性炎症性疾病,以腹痛、腹泻、粘液脓血便、里急后重等为主要症状,属中医“久泻、久痢、肠风”等范畴。该病的原因及发病机制尚未明确,现代医学主要采用 5-氨基水杨酸、激素、免疫抑制剂或生物制剂等治疗,临床仅能消除症状,无法根治,需要长期维持治疗,否则容易复发。而且这些药物长期应用会对患者造血、肝、肾功能等产生不良影响^[11]。中医中药在本病的治疗中发挥着重要作用,黄芪建中汤的疗效尤其明显并受到重视。李明等^[12]以黄芪建中汤为主方加减联合西药治疗慢性溃疡性结

肠炎,对照组 30 例给予口服柳氮磺胺吡啶,治疗组 30 例在对照组基础上加用黄芪建中汤及保留灌肠治疗。结果显示治疗组治疗总有效率 86.7%,对照组 73.3%,治疗组优于对照组($P<0.05$),且未见不良反应。余建华^[13]对 60 例 UC 患者应用黄芪建中汤等基础方加减辨证治疗,总有效率 100%,并对患者体内白细胞介素-4(IL-4)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)的表达水平进行检测,结果显示治疗后患者血浆 IL-4 水平明显高于治疗前,血浆 TNF- α 水平明显低于治疗前($P<0.05$),此结果提示黄芪建中汤治疗 UC 的显著临床效果可能与提高患者 IL-4 的表达水平及降低 TNF- α 表达水平相关。以上研究说明以黄芪建中汤为主方的中药方剂或中药联合西药治疗溃疡性结肠炎疗效较单纯西药治疗显著。

5 胃食管反流病

胃食管反流病(GERD)是指胃、十二指肠内容物因各种诱因反流入食管引起的以烧心、反酸、呃逆等为主要症状的临床综合征,包括非糜烂性反流病(NERD)、糜烂性食管炎(RE)和 Barrett 食管(BE)三型。GERD 是临床上的常见多发疾病,发病率随年龄的增长而升高,40 岁以上人群患病率增加,尤其是老年人常伴有严重的并发症^[14]。西医治疗以抑制胃酸分泌、增强胃肠动力、促进胃肠排空及保护胃食管黏膜为主。中医认为其病位在脾胃,多因体虚、嗜食生冷、油腻而损伤脾胃,导致脾胃虚弱、脾阳不足、运化不及。脾胃虚弱,胃失和降,胃气上逆是该病根本病机,采用黄芪建中汤加减治疗疗效显著。张涛^[15]应用黄芪建中汤治疗反流性食管炎患者 65 例,治愈 39 例,好转 20 例,总有效率达 90%以上。陆永妮^[16]将黄芪建中汤用于治疗老年脾胃虚寒型反流性食管炎,对照组 44 例予法莫替丁、吗丁啉治疗;治疗组 44 例予黄芪建中汤加减治疗。治疗组治疗总有效率为 86.4%,明显优于对照组 63.6%($P<0.05$)。丁邦盛^[17]将 126 例反流性食管炎患者随机分成治疗组和对照组,每组 63 例,对照组予常规西药(奥美拉唑肠溶胶囊、硫酸庆大霉素片)治疗,治疗组在对照组基础上加黄芪建中汤合乌贝散治疗,结果显示治疗组总有效率 95.24%,对照组 82.54%,治疗组优于对照组($P<0.05$)。治疗组胃镜积分和症状积分改善情况亦优于对照组($P<0.05$)。以上研究表明黄芪建中汤或黄芪建中汤加减联合西药治疗反流性食管炎临床疗效显著,作用优于单纯西药治疗。

6 肠易激综合征

肠易激综合征(IBS)主要是以腹痛或腹部不适、大便习惯、大便性状的改变等为主要临床表现,

伴有焦虑、抑郁等植物神经功能失调症状的一组肠功能障碍性综合征。可分为腹泻型肠易激综合征(IBS-D)和便秘型肠易激综合征(IBS-C)。目前该病的病因和发病机制尚未明确,可能与遗传、性别、胃肠道炎症、脑肠轴和脑肠肽、肠道动力、内脏敏感性、应激、饮食习惯等有关^[18]。中医认为脾胃虚寒是腹泻型肠易激综合征的一个重要病因病机。临床运用黄芪建中汤加减治疗 IBS-D 取得了显著疗效。胡业建等^[19]运用加味黄芪建中汤治疗脾胃虚弱型腹泻型肠易激综合征患者 52 例,疗程 4 周,随访 6 个月,临床总有效率达 94.23%,且未见不良反应,随访半年未见腹泻反弹。霍玉枝等^[20]将 73 例腹泻型肠易激综合征患者随机分成对照组和治疗组,对照组 35 例予口服谷维素、思密达治疗,治疗组予黄芪建中汤加减保留灌肠治疗,疗程 4 周,结果显示治疗组治疗总有效率为 89.5%,对照组总有效率 68.6%,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$),未见不良反应。雷宏斌^[21]运用加味黄芪建中汤治疗 IBS-D,对照组 60 例予思密达、双歧杆菌制剂治疗(有精神症状者加百忧解或多虑平,睡眠障碍者加阿普唑仑或安定片)。治疗组 75 例在西药治疗基础上加黄芪建中汤加减治疗。治疗组和对照组治疗总有效率分别为 80.00%和 51.67%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。可见黄芪建中汤或黄芪建中汤联合西药治疗腹泻性肠易激综合征疗效显著,优于单纯西药治疗,且未见不良反应。

7 萎缩性胃炎、胃癌

对于萎缩性胃炎和胃癌,有研究表明运用黄芪建中汤治疗也有显著疗效。徐纪文^[22]治疗慢性浅表性胃炎迁延所致的慢性萎缩性胃炎患者 78 例,治疗组 39 例予黄芪建中汤加减辨证治疗,对照组 39 例采用西药维酶素片治疗,疗程 8 周。结果显示两组患者治疗后中医症状及体征积分较治疗前均有明显改善,但治疗组改善效果更为显著($P<0.05$);胃镜、实验室检查等综合疗效评估情况比较,治疗组总有效率 100%,对照组 74.4%,治疗组明显优于对照组($P<0.01$)。两组均未见不良反应;随访 6 个月,治疗组复发 1 例,对照组复发 6 例,治疗组复发率低于对照组($P<0.05$)。付强等^[23]运用黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎 30 例,对照组 30 例予维酶素片治疗,两组均治疗 8 周。结果治疗组总有效率 90.00%,优于对照组 63.33%($P<0.05$)。两组治疗后中医症状和体征积分均较治疗前降低,且治疗后治疗组低于对照组($P<0.05$)。两组均未发现明显不良反应。以上研究表明黄芪建中汤辨证加减治疗慢性

萎缩性胃炎的疗效显著,有较高的安全性及远期防治效果。王其进等^[24]观察黄芪建中汤防治脾胃虚寒型胃癌的临床疗效并探讨其机制,将研究对象分为两组,治疗组 25 例予黄芪建中汤联合化疗药物治疗,对照组单纯用化疗药物治疗,两组均治疗 3 个疗程,结果显示治疗组治疗总有效率 76%,优于对照组 64%($P<0.05$)。在生活质量积分及中医证候积分评价方面,治疗组的改善情况也明显优于对照组($P<0.05$)。并且发现治疗组 Kaiso、Flotillin-1 表达水平较治疗前呈下降趋势($P<0.05$),而对照组则无明显变化,提示黄芪建中汤可能通过调控 Kaiso、Flotillin-1 表达水平有效缓解胃癌患者临床症状。王海龙等^[25]将 80 例脾胃虚寒型胃癌患者随机分成中药组和对照组,中药组顿服黄芪建中汤治疗,对照组口服西沙必利、乳酸菌素或思密达治疗,两组均治疗 2 周。两组疼痛疗效比较:中药组总有效率 57.3%,优于对照组的 34.1%($P<0.05$)。中药组的生活质量改善情况也明显优于对照组。以上临床观察说明黄芪建中汤可有效的改善胃癌患者临床症状,提高患者的生活质量。

8 讨论

黄芪建中汤是由小建中汤加黄芪一两半而成。方中黄芪益气健脾,饴糖温中补虚、缓急止痛,二者同为君药;臣以辛温之桂枝以温阳气,祛寒邪;酸甘之白芍养营阴,缓肝急,止腹痛;佐以生姜温胃散寒,大枣补脾益气;炙甘草益气和中,调和诸药,是为佐使之用。其中黄芪配饴糖、桂枝补气温阳,温中焦而补脾虚;芍药配甘草,酸甘化阴,缓肝急而止腹痛。诸药合用,温中补虚缓急之中,蕴有柔肝理脾,益阴和阳之意,用之可使中气强健,阴阳气血生化有源。

现黄芪建中汤已广泛应用于临床,常用于治疗脾虚或以脾虚为主要证型的各类消化系统疾病,机理为黄芪建中汤建中气、补脾胃、平调阴阳,使气血生化有源,阴阳升降之枢调和,即“中气立则营卫流行而不失其和”。然而,黄芪建中汤治疗脾虚或以脾虚为主要证型的各类消化系统疾病的报道也存在着诸多问题,如尽管报道的临床观察疗效显著,但大多都是小样本、小规模地进行,缺乏大规模、双盲研究,而且对黄芪建中汤的现代药理学及实验研究也有待进一步提高,以进一步明确其作用机制,为今后的临床应用提供重要的依据。

参考文献

[1]孙玲,董恩荣.黄芪建中汤治疗慢性胃炎 60 例临床观察[J].中国民族民间医药,2013,22(24):34,36
[2]展笑丽,李玄丽,高素,等.黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅

表性胃炎 36 例[J].湖南中医杂志,2016,32(3):42-43

[3]魏宁.黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎临床研究[J].亚太传统医药,2017,13(7):129-130

[4]温艳华,吴士云,王静.黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡 47 例疗效观察[J].中国社区医师,2017,33(4):94-95

[5]曾泽生.黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃溃疡的临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(8):161,163

[6]荣翔.黄芪建中汤治疗胃溃疡的临床效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(2):35-36

[7]陈建钊,李俊,赵娜,等.中医药治疗功能性消化不良的进展[J].实用中西医结合临床,2016,16(10):89-91

[8]梁心慧,张钊,黄垚森,等.黄芪建中汤加减治疗脾胃气虚证功能性消化不良临床研究[J].世界中医药,2016,11(10):2026-2029

[9]梁艳平,谢海艳.加味黄芪建中汤治疗功能性消化不良 120 例[J].山东中医杂志,2011,30(7):511

[10]朱子凤.加味黄芪建中汤治疗功能性消化不良临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(4):210-211

[11]王师英,胡鸿毅,林江.中医药治疗溃疡性结肠炎机制研究进展[J].辽宁中医杂志,2016,43(11):2452-2456

[12]李明,曾艳.黄芪建中汤为主治疗慢性溃疡性结肠炎 60 例[J].陕西中医,2011,32(9):1134-1135

[13]余建华.黄芪建中汤对溃疡性结肠炎患者体内 IL-4 及 TNF-a 的表达水平的研究[J].北方药学,2016,13(6):134-135

[14]王瀛峰,张继全,吴飞,等.胃食管反流病的中西医发病机制及临床

治疗的研究进展[J].世界华人消化杂志,2013,21(34):3821-3827

[15]张涛.黄芪建中汤治疗反流性食管炎 65 例[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(6):16

[16]陆永妮.黄芪建中汤治疗 44 例老年脾胃虚寒型反流性食管炎患者的疗效分析[J].中医临床研究,2013,5(2):71-72

[17]丁邦盛.乌贝散合黄芪建中汤治疗反流性食管炎 63 例临床观察[J].河北中医,2013,35(10):1461-1462

[18]吴淑娟,潘建春.肠易激综合征发病机制研究进展[J].温州医科大学学报,2015,45(5):387-391

[19]胡业建,李甜英,梁健,等.加味黄芪建中汤治疗脾胃虚弱型腹泻型肠易激综合征临床观察[J].山西中医,2015,31(11):41,43

[20]霍玉枝,杨建成.黄芪建中汤保留灌肠治疗腹泻型肠易激综合征 73 例[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(24):186

[21]雷宏斌,刘建民.加味黄芪建中汤治疗肠易激综合征腹泻型 75 例[J].陕西中医学院学报,2010,33(3):26-27

[22]徐纪文.黄芪建中汤辨证加减治疗慢性浅表性胃炎迁延所致慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].陕西中医,2016,37(2):142-144

[23]付强,王祖龙,蒋士卿.黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚寒证 30 例[J].中医杂志,2013,54(18):1600-1601

[24]王其进,张达坤,蔡媛媛.黄芪建中汤防治脾胃虚寒型胃癌的临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(2):108-111,115

[25]王海龙,王绍山,陈立军,等.黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型胃癌临床研究[J].长春中医药大学学报,2013,29(1):49-50

(收稿日期: 2017-07-07)

(上接第 140 页)

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]			
组别	n	痊愈	复发
研究组	29 (32 眼)	30 (93.75)	2 (6.25)
对照组	29 (31 眼)	25 (80.65)	6 (19.35)
χ ²		7.688	7.688
P		0.006	0.006

2.2 两组患者术后角膜上皮化用时 研究组术后角膜上皮化用时 (5.02± 0.82) d 低于对照组术后角膜上皮化用时 (6.52± 1.01) d, P<0.05, 差异具有统计学意义。

3 讨论

翼状胬肉是眼科临床常见病变,表现为睑裂区局部球结膜组织增生及变性,侵犯角膜,随着病情进展,侵犯范围逐渐扩大,造成视力下降,严重影响患者身心健康。相较于原发性胬肉,复发性胬肉发展更快,且常规手术治疗复发性胬肉的复发率较高。因此,选择一种疗效确切、复发率低的治疗方法成为临床和患者共同的需求。角膜缘上皮移植术和羊膜移植术是目前临床治疗翼状胬肉的主要方法。羊膜属胎盘内侧膜,厚度较大,具有多种细胞因子,可促进上皮细胞增生,改善角膜缘干细胞环境。但羊膜移植术后胬肉切除部位依然缺乏角膜上皮干细胞,术后复发可能性较大,且术后上皮修复用时较久。

角膜缘干细胞位于角膜缘基底部,具有可分化、保护角膜正常功能等特点。研究发现^[6],角膜缘上皮移植术可有效填补翼状胬肉病变区域干细胞,重建角膜缘正常生理屏障,进而阻止变性结膜组织外向增生;另外,角膜缘移植术中将移植上皮覆盖于胬肉切除部位,可使胬肉切除后角膜创面迅速上皮化,降低胬肉复发率。

本研究结果显示,研究组痊愈率明显高于对照组,复发率、术后角膜上皮化用时低于对照组 (P<0.05)。说明角膜缘上皮移植术治疗翼状胬肉疗效确切,可明显提高患者术后痊愈率高,降低术后复发率,减少术后上皮修复用时,值得临床推广应用。

参考文献

[1]岳艳菊,吴华.联合自体角膜缘干细胞移植术和单纯切除术治疗翼状胬肉疗效比较[J].中国实用眼科杂志,2014,32(12):1457-1459

[2]张丽翠.翼状胬肉 100 例自体角膜缘干细胞移植疗效观察[J].中国实用眼科杂志.2014.32(9):1108-1109

[3]林天兰,周善璧,李鸿,等.两种不同手术方式治疗翼状胬肉的疗效分析[J].中国实用眼科杂志,2016,34(11):1203-1206

[4]黄智清,蔡蕾,宋晓晴,等.翼状胬肉术后巩膜坏死自体角膜缘干细胞移植治疗疗效观察[J].中国实用眼科杂志,2016,34(5):492-494

[5]李英琦,王鲜.翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植治疗的效果[J].贵阳医学院学报,2015,40(11):1217-1219

[6]符郁,岑育健.翼状胬肉切除联合角膜缘干细胞移植封闭 Tenon 囊术治疗翼状胬肉的疗效及其对泪膜稳定性的影响 [J]. 海南医学, 2016,27(17):2869-2871

(收稿日期:2017-07-15)