

半夏泻心汤加減联合西药治疗慢性胃炎脾虚胃热证疗效观察

李晶晶

(河南省灵宝市第三人民医院中医内科 灵宝 472500)

摘要:目的:分析慢性胃炎(CG)脾虚胃热证应用半夏泻心汤加減联合西药治疗的效果。方法:将 84 例 CG 患者按照随机数字表法分为对照组和观察组各 42 例。对照组给予西药治疗,观察组加用半夏泻心汤治疗。比较两组治疗效果。结果:观察组临床总有效率高于对照组($P<0.05$);治疗后观察组胃脘痞闷、胃痛、少食纳呆、反酸积分及 IL-6、TNF- α 水平较对照组低($P<0.05$);治疗期间两组未见不良反应。结论:CG 脾虚胃热证应用半夏泻心汤加減联合西药治疗能减轻炎症反应,缓解临床症状,是一种安全有效的治疗方案。

关键词:慢性胃炎;脾虚胃热证;半夏泻心汤;西药;中医证候积分;炎症介质;安全性
中图分类号:R573.3 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2021.15.007

慢性胃炎(CG)是消化内科常见病,是由各种原因导致的以腹胀、疼痛、反酸等为主要表现的胃黏膜反复慢性炎症,重者可发生胃溃疡,若任其发展,可进展为不可逆的腺体萎缩^[1]。CG 病因较为复杂,多认为与幽门螺杆菌(Hp)感染、刺激性物质、药物刺激等因素相关,西医多采用保护胃黏膜、增强胃动力等药物治疗,虽有一定的治疗效果,但长期用药往往伴有诸多不良反应,单一应用无法取得理想的治疗效果。中医学认为,CG 多属于脾虚胃热证,治疗应遵循健脾益气、调和寒热的原则。半夏泻心汤出自《伤寒论》,为古今流传的经典方剂,具有寒热平调、调和肝脾的作用^[2-3]。本研究探讨了 CG 脾虚胃热证患者应用半夏泻心汤加減联合西药治疗的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 84 例 CG 患者均为我院于 2019 年 4 月~2020 年 10 月收治,本研究经医院医学伦理委员会批准。按照随机数字表法将 84 例患者分为对照组和观察组,各 42 例。对照组男 25 例,女 17 例;年龄 32~58 岁,平均(42.85 $\pm$ 3.18)岁;体质指数 18~29 kg/m²,平均(24.35 $\pm$ 1.12) kg/m²;病程 1~9 年,平均(4.78 $\pm$ 1.03)年。观察组男 27 例,女 15 例;年龄 33~57 岁,平均(42.79 $\pm$ 3.20)岁;体质指数 19~28 kg/m²,平均(24.32 $\pm$ 1.13) kg/m²;病程 2~8 年,平均(4.81 $\pm$ 1.05)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 (1)符合《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》^[4]中诊断标准:病理组织学显示胃黏膜被慢性炎症细胞浸润;胃镜下可见黏膜红斑、黏膜粗糙等表现;伴上腹不适、隐痛、餐后饱胀等症状。(2)符合《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5]中脾虚胃热证诊断标准:症候表现为胃脘痞闷、胃

痛、少食纳呆、嗝气、反酸、大便溏薄,舌质红,苔黄腻,脉滑或数。

1.3 纳入标准 语言、认知功能正常,不影响正常交流;符合中西医诊断标准;患者知情同意。

1.4 排除标准 恶性消化道肿瘤患者;对本研究所使用药物过敏者;妊娠期或哺乳期妇女;肝肾功能不全者;伴重度异型增生者;胃黏膜病变者。

1.5 治疗方法 两组均给予西药治疗,口服克拉霉素分散片(国药准字 H20103113),250 mg/次,2 次/d;口服兰索拉唑肠溶片(国药准字 H20065318),15 mg/次,2 次/d;口服枸橼酸莫沙必利片(注册证号 H20140636),5 mg/次,3 次/d。观察组加用半夏泻心汤治疗。药用半夏 10 g、干姜 3 g、黄连 3 g、黄芩 10 g、炒枳实 10 g、白及 10 g、党参 15 g、大枣 6 枚、甘草 6 g。烦躁易怒者加 15 g 夏枯草;反酸甚者加 15 g 乌贼骨;大便秘结者加 6 g 大黄;胃脘刺痛者加 20 g 白芍;乏力甚者党参改为 6 g 人参。用水煎成 300 ml 药汁,分早晚 2 次温服,1 剂/d。两组均连续治疗 4 周。

1.6 观察指标 (1)中医证候积分:对患者胃脘痞闷、胃痛、少食纳呆、反酸 4 项症状于治疗前及治疗 4 周后按照无、轻度、中度、重度分别计 0、2、4、6 分,分值 0~24 分,症状越严重,评分越高。(2)炎症介质水平:于治疗前、治疗 4 周后抽取患者空腹静脉血 5 ml,对白介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)进行检测,方法为酶联免疫吸附法。(3)不良反应:胃肠不适、头痛、发热等。(4)疗效。痊愈:胃镜显示胃黏膜水肿、充血及临床症状、体征消失;显效:胃镜显示胃黏膜水肿、充血及临床症状、体征基本消失;有效:胃镜显示水肿、充血减轻,临床症状、体征好转;无效:胃镜结果及临床症状、体征无改善甚至加重。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times$

100%。

1.7 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行数据处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用 % 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后中医证候积分比较 两组治疗前胃脘痞闷、胃痛、少食纳呆、反酸积分比较无显著差异 ($P > 0.05$); 观察组治疗后胃脘痞闷、胃痛、少食纳呆、反酸积分均较对照组低 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	胃脘痞闷		胃痛		少食纳呆		反酸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	4.58± 0.57	2.03± 0.35	4.25± 0.52	1.98± 0.30	4.46± 0.52	1.75± 0.25	4.51± 0.60	1.92± 0.36
观察组	42	4.62± 0.59	1.21± 0.24	4.31± 0.49	1.07± 0.26	4.50± 0.48	0.98± 0.23	4.49± 0.63	1.14± 0.27
<i>t</i>		0.316	12.522	0.544	14.856	0.366	14.690	0.149	11.233
<i>P</i>		0.753	0.000	0.588	0.000	0.715	0.000	0.882	0.000

2.2 两组治疗前后炎症介质水平比较 两组治疗前 IL-6、TNF- α 水平比较无显著差异 ($P > 0.05$); 观察组治疗后 IL-6、TNF- α 水平较对照组低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后炎症介质水平比较 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-6		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	212.68± 13.24	160.71± 11.43	99.31± 10.24	57.65± 8.34
观察组	42	212.70± 13.31	138.52± 11.01	99.28± 10.32	40.20± 7.09
<i>t</i>		0.007	9.062	0.013	10.331
<i>P</i>		0.995	0.000	0.989	0.000

2.3 两组临床疗效比较 观察组临床总有效率较对照组高 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较 [例 (%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	42	13(30.95)	12(28.57)	6(14.29)	11(26.19)	31(73.81)
观察组	42	17(40.48)	14(33.33)	9(21.43)	2(4.76)	40(95.24)
χ^2						7.372
<i>P</i>						0.007

2.4 两组不良反应比较 治疗期间两组未见不良反应。

3 讨论

西医治疗 CG 提倡对症治疗, 即给予保护胃黏膜、抑酸、抗 Hp 等药物治疗^[6], 三联疗法是该病常用治疗方案。克拉霉素是一种大环内酯类抗生素, 可紧密结合核糖, 抑制多肽转移酶, 最终达到抑制蛋白质合成的作用, 具有较强的抗菌效果, 能有效抑制 Hp 感染, 且具有组织渗透性好、耐酸性强的优点; 兰索拉唑片可有效抑制胃酸分泌, 保护胃黏膜免受胃酸侵蚀; 莫沙必利可抑制乙酰胆碱酯酶活性, 拮抗体内多巴胺受体, 促进胃肠蠕动^[7]。然而随着三联疗法的广泛应用, 耐药率随之升高, 致使该疗法的治疗效果并不十分理想。

中医学认为, CG 属于“痞满、胃脘痛”等范畴, 病因病机主要是由于湿寒之邪、素体虚弱、情志不畅、饮食不节等原因导致脾胃失和、气滞血瘀, 治疗

应施以扶正祛邪、健脾和胃、行气活血之法。本研究结果显示, 观察组临床总有效率高于对照组, 治疗后胃脘痞闷、胃痛、少食纳呆、反酸积分及 IL-6、TNF- α 水平较对照组低, 治疗期间两组未见不良反应, 表明 CG 脾虚胃热证应用半夏泻心汤加减联合西药治疗的效果显著, 利于缓解炎症反应和临床症状, 安全可靠。半夏泻心汤中半夏为君药, 具有和胃降逆、化痰消痞之效; 干姜温中除痞, 黄连、黄芩清热燥湿, 共为臣药; 炒枳实行气消胀; 白及解毒敛肌; 党参、大枣补脾和中、健脾益气; 甘草调和诸药。诸药合用共奏健脾益气、和胃降逆之效。同时根据患者临床症状加减治疗, 针对烦躁易怒者加夏枯草可清肝泻火; 反酸者加乌贼骨可制酸止痛; 大便秘结者加大黄可清热泻下、泻热通便; 胃脘刺痛者加白芍可缓急止痛; 乏力甚者将党参改为人参, 可大补元气。现代药理研究显示, 黄芩能够促进胃肠消化, 并可抑制 Hp 感染; 半夏可抑制胃酸分泌, 并对细菌和真菌均有较好的抑制作用; 党参中含有皂苷、微量生物碱、淀粉等多种增强脏器功能的化学成分, 有助于机体免疫力的增强^[8-10]。

综上所述, CG 脾虚胃热证应用半夏泻心汤加减联合西药治疗的效果较佳, 能减轻炎症反应, 改善病情, 安全可靠, 利于预后。

参考文献

[1]王艳威,季杰,巩子汉,等.半夏泻心汤加减治疗慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证临床研究[J].陕西中医,2020,41(4):499-501,537.

[2]黄俊,郑召鹏,刘宁蓉,等.半夏泻心汤合香砂养胃丸加减对慢性萎缩性胃炎患者血清 GAS、ET、ILs 的影响[J].中药材,2019,42(7):1682-1685.

[3]王菁,杨冰,李丽,等.半夏泻心汤联合胃复春对慢性萎缩性胃炎患者血清表皮生长因子及血清胃蛋白酶原、胃泌素表达影响[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(7):154-157.

[4]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].中华消化杂志,2017,37(11):721-738.

[5]中华中医药学会脾胃病分会.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.

[6]王海英.半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗(下转第 62 页)

表 1 两组心绞痛发作情况对比($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	发作次数(次/周)	持续时间(min/次)
治疗前	观察组	46	5.69± 2.13	8.06± 3.15
	对照组	44	5.75± 2.25	7.98± 3.04
	t		0.130	0.123
	P		0.897	0.903
治疗后	观察组	46	2.23± 1.35*	2.51± 1.62*
	对照组	44	3.36± 1.44*	5.16± 2.33*
	t		3.842	6.288
	P		<0.001	<0.001

注:与同组治疗前相比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组心电图对比 相比治疗前,两组治疗 4 周后 ST 段压低最大值、ST 段压低的导联数降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组心电图对比($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	ST 段压低最大值(mm)	ST 段压低的导联数(个)
治疗前	观察组	46	2.36± 1.09	4.63± 1.96
	对照组	44	2.41± 1.12	4.37± 1.85
	t		0.214	0.647
	P		0.831	0.520
治疗后	观察组	46	1.06± 0.74*	1.93± 0.52*
	对照组	44	1.45± 0.77*	2.31± 0.61*
	t		2.450	3.185
	P		0.016	0.002

注:与同组治疗前相比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

UA 主要因冠心病引起心脏急剧暂时性缺血、缺氧,进而导致胸闷、明显胸痛等症状,若未得到有效治疗,极易引发急性心肌梗死,严重者甚至导致猝死,威胁患者生命安全。研究指出,动脉粥样硬化在 UA 发生发展中起重要作用,多数患者存在血小板聚集、血脂水平异常等,故西医多采用抑制血小板聚集、降脂等药物进行对症治疗,虽可在一定程度上控制病情发展,但由于 UA 病情易反复,需长期服用西药治疗,可能会产生耐药性,降低临床治疗效果^[6]。因此,寻找更为有效的手段治疗十分重要。

中医学内并无 UA 病名,但一直有“心痛、胸痹”等记载,以气滞血瘀型较多,故中医认为治疗 UA 应以化瘀通脉、活血益气等为基础^[7]。参蛭通脉汤是在血府逐瘀汤基础上加減得来,治疗气滞血瘀型心血管疾病具有显著疗效。本研究结果显示,相比治疗前,两组治疗 4 周后心绞痛发作次数减少,心绞痛持续时间缩短,且观察组优于对照组,提示参蛭通脉汤治疗 UA 可改善患者心绞痛发作情况。分析其原因

(上接第 15 页)慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的疗效评价[J].现代中西医结合杂志,2019,28(7):773-775.

[7]徐静.序贯疗法与传统三联疗法在根治幽门螺杆菌阳性慢性胃炎中的疗效比较[J].中国药物与临床,2018,18(12):2149-2150.

[8]陈玲.半夏泻心汤加味对慢性胃炎症状体征改善情况、血清炎症因子变化及临床治疗效果分析[J].中华中医药学刊,2019,37(7):1763-1766.

在于,参蛭通脉汤方中水蛭可通经、破血逐瘀;人参可复脉固脱、大补元气;红花可散瘀止痛、活血通经;川芎可行气止痛、活血祛瘀;桃仁可活血化瘀、平喘;枳壳可理气宽中、行痰消痞;牛膝可逐瘀通经;当归可活血止痛;柴胡可疏肝理气、清热泻火;赤芍可活血止痛;益母草可活血通脉;甘草起调和诸药作用。诸药合用,全方有升有降,活血但不耗血,既可祛瘀也可生新^[8]。且现代药理研究表明,参蛭通脉汤中多种中药具有抗血小板聚集、改善微循环、减轻炎症反应、降脂、改善血液流变学等作用,与西药联合治疗,可进一步提高临床治疗效果。

心电图不仅为临床诊断 UA 的主要手段,其 ST 段变化还可用于评估疾病病情,如 ST 段压力最大值与 ST 段压低的导联数均可反映心肌缺血状况,其数值越大表明病情越严重^[9]。本研究结果中,相比治疗前,两组治疗 4 周后 ST 段压低最大值、ST 段压低的导联数降低,且观察组低于对照组,表明参蛭通脉汤治疗 UA 还可显著改善患者心电图,促进疾病康复。综上所述,参蛭通脉汤治疗 UA 可显著改善患者心绞痛发作及心电图情况。

参考文献

[1]杨琛.中西医结合治疗冠心病不稳定型心绞痛的疗效研究[J].中国实用医药,2021,16(7):179-181.

[2]刘新叶,李勇,杨东伟.银杏叶提取物联合富马酸比索洛尔对不稳定型心绞痛患者心电图及血清炎症因子水平的影响[J].河南医学研究,2019,28(16):2965-2966.

[3]牛莺歌,牛广团,尚知昊,等.化痰祛瘀通脉汤对不稳定型心绞痛患者症状改善及血液流变学的影响[J].实用中西医结合临床,2020,20(13):57-58.

[4]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定型心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):409-412.

[5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2007.135-146.

[6]张建慧,王琳,曹赛赛.阿托伐他汀钙治疗不稳定型心绞痛的效果及对炎症反应的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(23):73-75,79.

[7]陈敏,杨国峰,孙丽平.祛瘀通络法治疗不稳定型心绞痛心血瘀阻证临床疗效评价[J].中医药学报,2021,49(3):76-79.

[8]魏巍,李香甜,戚文超.参蛭通脉汤对不稳定型心绞痛血液抗氧化能力和血管内皮细胞保护作用的研究[J].中医药信息,2018,35(6):72-76.

[9]郭丽娟,张亦辉.心电图 T 波异常在心绞痛诊断中的效果评价[J].解放军预防医学杂志,2019,37(7):134-135.

(收稿日期: 2021-03-17)

[9]门凯龙,黄海量,孙倩倩,等.半夏泻心汤加減方治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎疗效及安全性系统评价[J].山东中医杂志,2019,38(9):833-838.

[10]李小明,李雯.连朴饮合半夏泻心汤加減治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎疗效及对血清 SOD 的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(1):54-56.

(收稿日期: 2021-03-10)