

小柴胡汤外台茯苓饮加减方联合常规治疗对肝郁脾虚型慢性胃炎患者的临床疗效

马远新, 王 健, 刘春龙
(河北省沧州中西医结合医院中医内科, 河北 沧州 061001)

摘要: **目的** 探讨小柴胡汤外台茯苓饮加减方联合常规治疗对肝郁脾虚型慢性胃炎患者的临床疗效。**方法** 124 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 62 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用小柴胡汤合外台茯苓饮加减方, 疗程 4 周。检测临床疗效、中医证候评分 (脘胁疼痛、腹胀、便溏、神情乏力)、炎症因子 (IL-6、IL-8、TNF- α)、胃镜下征象评分 (胃窦小弯、胃窦大弯、胃角)、肠道黏膜屏障指标 (*D*-乳酸、DAO、ET、Gln)、胃功能指标 (PG I、PG II、PGR) 变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、炎症因子、胃镜下征象评分、*D*-乳酸、DAO、ET、PG II 降低 ($P<0.05$), Gln、PG I、PGR 升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 (ET 除外) ($P<0.05$)。**结论** 小柴胡汤合外台茯苓饮加减方可安全有效地提高肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎的治疗效果, 改善其肠道黏膜屏障和胃功能。

关键词: 小柴胡汤; 外台茯苓饮; 常规治疗; 肝郁脾虚型; 慢性萎缩性胃炎; 胃功能

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)05-1759-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.05.056

萎缩性胃炎和肠化生与胃癌的关系密切^[1-2], 及时有效的治疗对预防胃癌发展具有重要意义。尽管现代医学能通过抑制胃酸和保护胃黏膜等方法治疗慢性萎缩性胃炎, 但仍存在反复发作等问题^[3]。在中医理论中, 慢性萎缩性胃炎常归于“胃脘痛”范畴, 其中肝郁脾虚型是一种常见的辨证分型^[4], 肝郁脾虚型表现为肝气郁结和脾虚导致的消化不良、腹胀、便溏等症状。小柴胡汤和外台茯苓饮是中医中两种经典方剂, 小柴胡汤主要用于疏肝解郁, 健脾和胃^[5]; 而外台茯苓饮则具有健脾利湿、和胃止痛的功效^[6]。这两种方剂联合应用, 有望在调整肝脾功能、改善

胃黏膜环境等方面发挥协同效果。因此, 本研究基于中西医结合的治疗理念, 探索小柴胡汤联合外台茯苓饮加减方在治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎中的疗效和机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2023 年 1 月至 2024 年 1 月就诊于河北省沧州中西医结合医院 124 例肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 62 例。2 组一般资料见表 1, 可知差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究医院伦理委员会批准 (CZX2023078)。

表 1 2 组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=62$)

组别	[性别(男/女)]/例	平均年龄/岁	平均 BMI/($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$)	平均病程/年	胃黏膜萎缩程度/例		
					轻度	中度	重度
对照组	35/27	46.86 \pm 5.53	24.15 \pm 3.26	6.12 \pm 1.40	20	32	10
观察组	32/30	47.19 \pm 5.87	24.07 \pm 3.08	6.08 \pm 1.26	21	29	12

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 (慢性萎缩性胃炎) 参照《中国慢性胃炎共识意见 (2017 年, 上海)》^[7], 胃内镜检查显示胃黏膜炎症变化, 同时萎缩性胃炎活检测可见腺体萎缩。

1.2.2 中医 (肝郁脾虚型) 参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见 (2017)》^[8], 胃脘疼痛、灼热嘈杂, 伴口苦口干、不欲饮、身重纳呆, 舌红苔黄腻, 脉滑数, 主证见三项及以上即可辨证施治。

1.3 纳入标准 (1) 符合“1.2”项下诊断标准; (2) 患

者了解本研究, 签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 合并器官功能障碍; (2) 合并免疫系统疾病; (3) 合并恶性肿瘤; (4) 合并存在幽门梗阻、胃出血、十二指肠溃疡等其他消化系统疾病; (5) 妊娠期、哺乳期妇女; (6) 对本研究药物过敏。

1.5 治疗手段 对照组给予常规治疗, 包括兰索拉唑肠溶片 (江苏康缘药业股份有限公司, 国药准字 H20067606, 15 mg), 每天 1 次, 每次 30 mg; 枸橼酸铋钾片 (石家庄华诺制药股份有限公司, 国药准字 H20043817, 0.3 g), 每天

收稿日期: 2024-12-05

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目 (2025165)

作者简介: 马远新 (1981—), 女, 副主任中医师, 从事中医内科研究。Tel: 13582730657, E-mail: 13582730657@163.com

2 次，每次 0.6 g；阿莫西林胶囊（深圳高卓药业有限公司，国药准字 H44021345，0.25 g），每天 3 次，每次 0.5 g；克拉霉素胶囊（国药集团汕头金石制药有限公司，国药准字 H19991164，0.25 g），每天 2 次，每次 0.25 g，疗程 4 周。

观察组在对照组基础上加用小柴胡汤合外台茯苓饮加减方，组方药材柴胡 12 g、黄芩 9 g、姜半夏 9 g、生姜 6 g、大枣 15 g、党参 12 g、茯苓 12 g、白术 12 g、陈皮 9 g、枳实 9 g、炙甘草 6 g。根据患者的具体症状可加减以下药物，胃胀明显者加入厚朴 15 g；反酸烧心者加入煅瓦楞子、海螵蛸各 15 g；胃脘疼痛明显者加入香附 9 g、元胡 15 g；胁痛明显者加入香橼、佛手各 9 g；暖气者加入旋复花、代赭石各 15 g；食欲不振者加入焦三仙 15 g；加水煎煮取汁 400 mL，分早、晚 2 次饭后 30 min 温服，疗程 4 周。

1.6 观察指标

1.6.1 炎症因子水平 采用酶联免疫吸附试验检测血清中白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-8（IL-8）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）水平，试剂盒由济凡生物科技（北京）有限公司提供。

1.6.2 胃镜下征象评分 进行胃镜检查，采用四级制度来评估胃黏膜的变化，0 分为胃黏膜无明显症状；1 分为胃镜下观察到单发灰色肠上皮化生结节，血管部分可见；2 分为多发灰色肠上皮化生结节，血管连续透见；3 分为有弥漫的灰色肠上皮化生结节，皱襞减少时表层血管可见，颗粒较粗大。

1.6.3 肠道黏膜屏障指标 采用酶联免疫吸附试验检测血清中二胺氧化酶（DAO）、D-乳酸、内毒素（ET）和谷氨酰胺（Gln）含量。

表 3 2 组炎症因子水平比较（ $\bar{x}\pm s$ ， $n=62$ ）

组别	IL-6/(ng·mL ⁻¹)		IL-8/(pg·mL ⁻¹)		TNF-α/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	52.12±6.45	33.57±4.23 [#]	36.84±4.27	20.40±2.98 [#]	50.01±5.52	22.07±2.18 [#]
观察组	52.45±6.72	22.49±3.15 ^{#*}	36.51±4.12	15.19±2.44 ^{#*}	50.04±5.54	13.22±1.86 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

2.3 胃镜下征象评分 治疗后，2 组胃窦小弯评分、胃窦大弯评分、胃角评分降低（ $P<0.05$ ），以观察组更明显

表 4 2 组胃镜下征象评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ， $n=62$ ）

组别	胃窦小弯评分/分		胃窦大弯评分/分		胃角评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	2.12±0.41	1.51±0.35 [#]	1.49±0.36	1.12±0.28 [#]	1.71±0.37	1.16±0.31 [#]
观察组	2.15±0.44	1.02±0.30 ^{#*}	1.51±0.39	0.74±0.23 ^{#*}	1.76±0.40	0.84±0.27 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

2.4 肠道黏膜屏障指标 治疗后，2 组 D-乳酸、DAO、ET 降低（ $P<0.05$ ），Gln 升高（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ET 除外）（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 5 2 组肠道黏膜屏障指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ， $n=62$ ）

组别	D-乳酸/(mg·L ⁻¹)		DAO/(U·L ⁻¹)		ET/(U·L ⁻¹)		Gln/(μmol·L ⁻¹)	
	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	24.12±3.81	18.66±2.01 [#]	16.84±2.27	14.62±1.88 [#]	15.59±2.11	11.51±1.02 [#]	412.39±34.73	480.12±30.16 [#]
观察组	23.75±3.72	15.42±1.95 ^{#*}	16.51±2.12	11.89±1.45 ^{#*}	15.78±2.03	13.24±1.14 ^{#*}	416.75±38.25	524.57±35.28 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

1.6.4 胃功能指标 采用发光免疫分析试验对胃蛋白酶原 I（PG I）和胃蛋白酶原 II（PG II）进行测定，计算其比值 $PGR=PG\ I/PG\ II$ 。

1.6.5 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[9]，对患者脘胁疼痛、腹胀、便溏、神情乏力等症状进行评分，每项总分均为 4 分，分数越高，症状越严重。

1.7 疗效评价 （1）痊愈，患者症状消失且胃黏膜恢复正常；（2）显效，症状改善且胃镜显示胃黏膜改善两级；（3）有效，症状减轻且胃黏膜改善一级；（4）无效，未见改善或病情恶化。总有效率=〔（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数〕×100%。

1.8 统计学分析 通过 SPSS 27.0 软件进行处理，连续变量以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；类别变量以百分率表示，组间比较采用卡方检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较〔例（%）， $n=62$ 〕

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	9(11.32)	21(37.74)	17(37.74)	15(13.27)	47(86.79)
观察组	14(0)	32(24.53)	10(28.30)	6(47.17)	56(52.83)*

注：与对照组比较，* $P<0.05$ 。

2.2 炎性因子水平 治疗后，2 组 IL-6、IL-8、TNF-α 水平降低（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ $P<0.05$ ），见表 3。

2.5 胃功能指标 治疗后，2 组 PG I、PGR 升高（ $P<0.05$ ），PG II 降低（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ $P<0.05$ ），见表 6。

表 6 2 组胃功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=62$)

组别	PG I/(mg·mL ⁻¹)		PG II/(mg·mL ⁻¹)		PGR	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50.18±5.41	69.61±7.16 [#]	23.10±3.32	17.16±2.26 [#]	2.17±0.43	4.12±0.60 [#]
观察组	50.93±5.63	90.25±9.25 ^{#*}	23.08±3.57	14.02±1.64 ^{#*}	2.19±0.46	6.43±0.74 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ 。

2.6 中医证候评分 治疗后，2 组中医证候评分降低 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)，见表 7。

表 7 2 组中医证候评分比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=62$)

组别	脘胁疼痛/分		腹胀/分		便秘/分		神情乏力/分	
	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	3.22±0.52	1.70±0.32 [#]	2.87±0.41	1.53±0.30 [#]	2.76±0.40	1.52±0.32 [#]	3.14±0.51	1.47±0.31 [#]
观察组	3.25±0.54	1.11±0.29 ^{#*}	2.91±0.42	1.04±0.27 ^{#*}	2.79±0.43	0.98±0.28 ^{#*}	3.16±0.54	1.08±0.28 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎，在中医理论中常归属于“胃痛”“痞满”等范畴，其病机复杂，多因情志失调、饮食不节导致脾胃虚弱，肝失疏泄，形成本虚标实、寒热错杂之证^[10-11]。针对此病机，中医治疗强调整体调节，辨证施治^[12]。小柴胡汤源自《伤寒论》，具有疏肝解郁、和解少阳之功，其中柴胡疏肝解郁，黄芩清胆热，半夏、生姜和胃降逆，人参、甘草、大枣健脾益气，共奏调和肝脾、和胃降逆之效^[13]。而外台茯苓饮，作为健脾化湿的经典方剂与小柴胡汤合用，可进一步增强健脾和胃、疏肝解郁的作用，同时兼顾清热燥湿，对于慢性萎缩性胃炎伴肝郁脾虚证型尤为适宜^[14]。本研究结果也显示，在常规治疗基础上加用小柴胡汤合外台茯苓饮加减方的患者治疗总有效率更高。

研究结果表明，观察组治疗后的炎症标志物水平较对照组降低，且肠道黏膜屏障功能显著改善。慢性萎缩性胃炎通常伴随胃黏膜慢性炎症反应和肠道黏膜屏障功能受损^[15]，治疗后观察组的 *D*-乳酸、DAO、ET 水平均降低，表明胃黏膜和肠道黏膜的炎症及屏障损伤得到了有效控制。小柴胡汤和外台茯苓饮的药理机制主要体现在调节免疫反应、抗炎作用和改善胃肠道功能，小柴胡汤通过疏肝解郁、调畅气机，辅以黄芩等成分的清热作用，能有效缓解肝郁所导致的消化系统功能紊乱^[16]；外台茯苓饮中的党参、白术、茯苓等成分则主要负责健脾益气、利水化湿，有助于增强肠道黏膜屏障的功能和促进肠道健康^[14]。所以本研究中观察组胃镜下征象评分也低于对照组，这在微观层面上反映了胃黏膜的健康和功能恢复。现代研究也支持中药成分的生物活性，如柴胡中的挥发油类、柴胡皂苷类、黄酮类等能调节免疫和抑制炎症^[17]；黄芩中的黄芩素则具有保护胃黏膜、预防慢性炎症的作用^[18]。清代医家沈明宗曾于《金匱要略编注》中指出，外台茯苓饮的主要机制在于益气健脾、渗湿利水、理气化痰，针对中焦虚寒、脾胃失运所致的水饮停滞^[19]。人参白术补气健脾，强化脾胃功能；茯苓白术渗湿利水，消除水饮^[20]；生姜温化水饮，陈皮枳实理气化痰，促进气机畅通，对于伴有肝气郁结证的患者，常合用小柴胡汤等，加减配伍可使外台茯苓饮在治疗慢性

萎缩性胃炎时具有广泛的适应性^[21-22]。因此，观察组在联合治疗下中医证候评分比对照组降低，胃功能也显著改善。

综上所述，小柴胡汤合外台茯苓饮加减方在提高治疗总有效率、改善胃镜下黏膜征象、降低炎症标志物水平及增强肠道黏膜屏障功能方面均优于单一西药治疗。但应用时需注意个体化治疗，根据患者具体症状进行药物加减，避免潜在的草药相互作用及不良反应。未来研究还应扩大样本规模，延长观察期，探索中药组分的具体作用机制，并评估治疗的长期效果及安全性，以更全面地验证中西医结合治疗慢性胃炎的有效性和可行性。

参考文献：

[1] Shi Y T, Wei N, Wang K H, *et al.* Deep learning-assisted diagnosis of chronic atrophic gastritis in endoscopy[J]. *Front Oncol*, 2023, 13: 1122247.

[2] Wang Y K, Zhou J L, Meng N L, *et al.* The occurrence, progression and development of four types of gastric mucosal atrophic lesions and their histopathological characteristics[J]. *Gastric Cancer*, 2023, 26(5): 721-733.

[3] Huang M H, Li S H, He Y C, *et al.* Modulation of gastrointestinal bacterial in chronic atrophic gastritis model rats by Chinese and west medicine intervention[J]. *Microb Cell Fact*, 2021, 20(1): 31.

[4] 陈 静, 徐 蕾, 曹正民, 等. 姚乃礼教授从“肝郁脾虚, 络阻毒损”论治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 天津中医药大学学报, 2022, 41(3): 295-299.

[5] 杜金城, 肖 浩, 杜钢军. 小柴胡汤治疗胃炎的系统性评价与作用机制[J]. 河南大学学报 (自然科学版), 2020, 50(5): 535-550.

[6] 杨慧婷, 沈 维, 吴山永. 黄煌运用外台茯苓饮经验探析[J]. 浙江中医杂志, 2024, 59(2): 106-107.

[7] 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.

[8] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 等. 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.

[9] 郑筱蓓. 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: 124-129.

[10] 赵晓琳, 诸葛丽, 马尚清, 等. 252 例慢性萎缩性胃炎中医证候分布规律及其病理相关性研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(12): 7405-7408.

[11] 王龙华, 李 柏, 李 萍, 等. 慢性萎缩性胃炎的中医辨证思路与对策[J]. 世界中医药, 2024, 19(15): 2334-2338.

[12] 李正菊, 汪龙德, 张志明, 等. 基于“病-证-治”的慢性萎缩性胃炎动物模型分析及中医药靶点干预[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(8): 1931-1934.

[13] 秦百君, 陈月桥, 宫文浩, 等. 基于数据整合研究及药靶虚拟探讨陈国忠治疗慢性萎缩性胃炎组方规律和作用机制[J]. 中药新药与临床药理, 2022, 33(2): 201-210.

[14] 王亚楠, 刘春龙, 蔡春江, 等. 刘春龙应用外台茯苓饮治疗脾胃病验案举隅[J]. 中医临床研究, 2020, 12(15): 6-8.

[15] Li Y X, Jiang L B, Li Z C, et al. Differences in gastric microbiota and mucosal function between patients with chronic superficial gastritis and intestinal metaplasia[J]. Front Microbiol, 2022, 13: 950325.

[16] 劳梓滢, 蒋智锐, 张靖怡, 等. 小柴胡汤化学成分、药理作用研究进展及质量标志物 (Q-Marker) 预测[J]. 中草药, 2023, 54(19): 6520-6530.

[17] Ma Y Z, Guo X W, Wu P L, et al. Comprehensive analysis reveals the difference in volatile oil between *Bupleurum marginatum* var. *stenophyllum* (Wolff) shan et Y. Li and the other four medicinal bupleurum species[J]. Molecules, 2024, 29(11): 2561.

[18] Yang L C, Chang Y C, Chiang C Y, et al. Protective effect of wogonin on inflammatory responses in BisGMA-treated macrophages through the inhibition of MAPK and NFκB pathways[J]. Environ Toxicol, 2022, 37(12): 3007-3012.

[19] 刘 彤, 杨 芳. “脾主为胃行其津液”理论源流及应用研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(2): 166-169.

[20] 程 玥, 丁泽贤, 张 越, 等. 茯苓多糖及其衍生物的化学结构与药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(18): 4332-4340.

[21] 曹志娟, 宋珍珍, 向英歌. 疏肝和中降逆方治疗反流性食管炎中虚气逆证研究进展[J]. 陕西中医, 2023, 44(9): 1327-1328.

[22] 李 广, 张世葳. 经方辨治抑郁症七法[J]. 河南中医, 2020, 40(5): 704-706.

加味补阳还五汤联合智能光灸及“俞募配穴”针刺对气虚血瘀型脑梗死患者的临床疗效

程慧娟¹, 柳 雯¹, 李维超², 周 兰¹
(1. 蚌埠医科大学第一附属医院中医科, 安徽 蚌埠 233000; 2. 蚌埠市第三人民医院康复科, 安徽 蚌埠 233000)

摘要: **目的** 探究加味补阳还五汤联合智能光灸及“俞募配穴”针刺对气虚血瘀型脑梗死患者的临床疗效。**方法** 98 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 49 例, 对照组给予加味补阳还五汤, 观察组在对照组基础上加用智能光灸及“俞募配穴”针刺治疗, 疗程 4 周。检测临床疗效、中医证候评分、肢体运动及吞咽功能 (MAS 评分、FMA 评分、SSA 评分)、凝血功能指标 (APTT、PT、TT、FIB)、血清炎症因子 (CRP、TNF-α、IL-6、IL-1β)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、MAS 评分、SSA 评分、FIB、血清炎症因子降低 ($P<0.05$), FMA 评分升高、APTT、PT、TT 增加 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 加味补阳还五汤联合智能光灸及“俞募配穴”针刺可安全有效地缓解气虚血瘀型脑梗死临床症状, 改善凝血功能及炎症反应, 促进肢体运动功能、吞咽功能恢复。

关键词: 加味补阳还五汤; 智能光灸; 俞募配穴; 脑梗死; 气虚血瘀证

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)05-1762-04

doi: 10. 3969/j. issn. 1001-1528. 2025. 05. 057

脑梗死高发于中老年人群, 致残率、致死率及复发率均较高, 随着临床医学的不断发展, 急性脑梗死经过及时救治后其死亡率有所下降, 但仍有较大一部分患者存在不同程度的神经功能障碍, 对恢复期脑梗死患者的治疗已成