

# 中医辨证施治脾胃虚寒型慢性胃炎的临床分析

杨振羽<sup>1</sup> 方秀秀<sup>2\*</sup>

1 北京市通州区中仓街道社区卫生服务中心 2 火箭军广州特勤疗养中心

DOI:10.12238/fcmr.v6i4.11028

**[摘要]** 目的: 探讨中医辨证施治在治疗脾胃虚寒型慢性胃炎中的临床效果分析——精细解析传统医学策略在胃肠道疾病治疗中的应用价值。方法: 在一项临床研究中, 选取本院2022年60名被诊断为脾胃虚寒型慢性胃炎的患者为研究对象, 并随机分配至对照组和观察组, 每组各30人。对照组接受标准西医治疗方案, 而观察组则在西医治疗的基础上, 联合应用中医辨证施治的方法。本研究旨在对比分析两组患者的临床治疗效果, 并评估治疗前后中医证候积分的变化, 以及血清中炎症因子水平的变化, 包括白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )、白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 和C反应蛋白 (CRP) 的差异。结果: 在本研究中, 观察组的治疗总有效率高达93.8%, 相比之下, 对照组仅为68.8%, 观察组在治疗后各项中医证候积分优于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ )。观察组的这些症状评分普遍低于对照组, 显示出显著的差异 ( $P < 0.05$ )。此外, 观察组治疗后血清炎症因子IL-1 $\beta$ 、IL-6、TNF- $\alpha$ 、CRP水平也显著低于对照组, 分别为  $14.3 \pm 2.5$  ng/L、 $20.3 \pm 3.0$  ng/L、 $4.6 \pm 0.8$  ng/L、 $3.0 \pm 0.8$  mg/L, 与对照组的  $19.0 \pm 3.3$  ng/L、 $27.8 \pm 3.6$  ng/L、 $7.1 \pm 1.2$  ng/L、 $6.9 \pm 1.3$  mg/L 相比, 差异显著 ( $P < 0.05$ )。结论: 中医针对脾胃虚寒型慢性胃炎的辨证治疗取得了显著成效, 显著改善了中医证候, 有效减轻了炎症, 因此其临床应用得到了广泛认可和高度评价。

**[关键词]** 脾胃虚寒证; 慢性胃炎; 中医辨证施治; 临床效果; 中医证候

中图分类号: R573.3 文献标识码: A

## Clinical Analysis of Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment for Chronic Gastritis of Spleen Stomach Deficiency Cold Type

Zhenyu Yang<sup>1</sup> Xiuxiu Fang<sup>2\*</sup>

1 Zhongcang Street Community Health Service Center, Tongzhou District, Beijing

2 Rocket Force Guangzhou Special Service Rehabilitation Center

**[Abstract]** Objective: To explore the clinical effect analysis of traditional Chinese medicine syndrome differentiation and treatment in the treatment of chronic gastritis with spleen stomach deficiency and cold type – to finely analyze the application value of traditional medical strategies in the treatment of gastrointestinal diseases. Method: In a clinical study, a total of 60 patients diagnosed with spleen stomach deficiency cold type chronic gastritis participated and were randomly assigned to a control group and an observation group, with 30 patients in each group. The control group received standard Western medicine treatment, while the observation group received a combination of Western medicine treatment and traditional Chinese medicine diagnosis and treatment. This study aims to compare and analyze the clinical treatment effects of two groups of patients, and evaluate the changes in traditional Chinese medicine syndrome scores before and after treatment, as well as the changes in serum inflammatory factor levels, including differences in interleukin-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ), interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor -  $\alpha$  (TNF -  $\alpha$ ), and C-reactive protein (CRP). Result: In this study, the total effective rate of treatment in the observation group was as high as 93.8%, compared to only 68.8% in the control group. The observation group had better scores for various traditional Chinese medicine syndromes after treatment than the control group, and the difference was significant ( $P < 0.05$ ). The observation group was significantly lower than the control group, with scores of  $0.9 \pm 0.2$ , while the control group had scores of  $1.5 \pm 0.2$ , with significant differences ( $P < 0.05$ ). In addition, the levels of serum inflammatory factors IL-1 $\beta$ , IL-6,

TNF- $\alpha$ , and CRP in the observation group were significantly lower than those in the control group after treatment, at  $14.3 \pm 2.5$  ng/L,  $20.3 \pm 3.0$  ng/L,  $4.6 \pm 0.8$  ng/L, and  $3.0 \pm 0.8$  mg/L, respectively. Compared with the control group's levels of  $19.0 \pm 3.3$  ng/L,  $27.8 \pm 3.6$  ng/L,  $7.1 \pm 1.2$  ng/L, and  $6.9 \pm 1.3$  mg/L, the differences were significant ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Traditional Chinese Medicine has achieved significant results in the diagnosis and treatment of chronic gastritis with spleen and stomach deficiency cold type, significantly improving TCM syndromes and effectively reducing inflammation. Therefore, its clinical application has been widely recognized and highly praised.

[Key words] spleen and stomach deficiency cold syndrome; Chronic gastritis; Traditional Chinese Medicine Syndrome Differentiation and Treatment; Clinical efficacy; TCM syndrome

## 引言

脾胃病在中医学中涵盖了脾胃相关的一系列疾病,其中慢性胃炎在临床上尤为常见。该病病程漫长,易反复,治疗上颇具挑战,难以彻底治愈<sup>[1]</sup>。该病由胃肠功能失调、炎症侵袭和胃酸异常分泌等因素引起,导致胃黏膜慢性炎症,表现为充血、水肿和糜烂<sup>[2]</sup>。西医对于本病的治疗手段有限,通常采取对症处理,如抑制胃酸、调节胃动力、抗炎等治疗方法,这些方法在短期内可能有一定效果,但难以达到根治目的,且停药后复发风险较高。此外,长期使用西药治疗可能会引起显著的不良反应,这成为临床治疗中的一个棘手问题<sup>[3]</sup>。根据中医理论,脾胃虚寒是本病的主要证型,其成因多与饮食不当、寒邪侵袭损伤脾阳,或个体本身阳虚体寒、脾阳不振有关。抑或因患者素体脾胃功能薄弱,导致脾胃的升清降浊功能失调,使得脾气运化不利,水谷精微无法正常转化,胃气升降失序,中焦气机受阻,最终导致本病的发生<sup>[4]</sup>。针对脾胃虚寒的病理特点,本研究精心调配了一剂中药方,其核心治疗原则为健脾、暖中、祛胃寒。该方剂的设计理念,旨在发挥中医辨证论治的精髓,全面提升健脾、温中、助消化等方面的疗效,彰显中医治疗的优势。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料。在2022年的全年期间,本院对60名患有脾胃虚寒型慢性胃炎的患者进行了临床观察研究。这些患者被随机分配到两个组别,每组各30人,分别作为对照组和观察组。统计分析显示,两组患者在基本资料方面没有显著差异( $P > 0.05$ ),这说明两组之间具有高度的对比性。具体的患者资料对比情况详见附表1。入选条件:①符合2017年上海慢性胃炎诊断标准;②胃镜检查无幽门螺杆菌;③中医诊断为脾胃虚寒,症状包括胃痛、喜暖等;④近期末用药;⑤内镜病变I-III级;⑥资料齐全<sup>[5]</sup>。在挑选研究对象时,本研究排除了以下情况的患者:胃黏膜存在重度非典型增生或癌变者;肝肾功能严重受损者;对药物过敏的个体;有酗酒或药物依赖历史的患者;以及患有严重感染、出血或凝血障碍问题的人。

表1 两组一般资料比较(n,  $\pm$ s)

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(年)
		男	女		
观察组	30	16	14	$39.9 \pm 10.7$	$5.7 \pm 1.9$
对照组	30	17	13	$40.3 \pm 10.8$	$6.2 \pm 2.0$
$\chi^2/t/Z$		0.06		0.17	0.71
P		0.80		0.87	0.49

## 续上表

组别	慢性胃炎类型			内镜分级		
	慢性浅表性胃炎	慢性糜烂性胃炎	慢性萎缩性胃炎	I级	II级	III级
观察组	14	10	6	17	7	6
对照组	14	9	7	19	6	5
$\chi^2/t/Z$		0.11			0.49	
P		0.95			0.63	

注:两组相比较, $P > 0.05$

1.2 方法。对照组接受了常规西医治疗,具体为每日服用一次泮托拉唑钠肠溶片,剂量为40毫克,连续用药8周。

观察组在对照组的的治疗基础上,加用中医辨证施治的方法,服用特制的中药方剂,其成分包括党参9克、补骨脂10克、炒白术10克、砂仁10克、茯苓10克、陈皮6克、炮姜9克、炒山药12克、炙甘草6克、鸡内金10克、炒山楂10克和炒白芍6克<sup>[6]</sup>。根据患者具体症状进行个体化调整:若睡眠质量差,则加入炒枣仁12克以助眠;若食欲缺乏且言语无力,则加入黄芪30克以健脾益气;若胃脘部感到胀满,则加入木香10克以行气消胀;若出现泛酸症状,则加入海螵蛸10克、煅瓦楞子10克、煅牡蛎10克,并去除山楂和鸡内金;若胃脘疼痛,则加入川楝子12克和延胡索12克以止痛;若伴有恶心和呕吐倾向,则添加丁香10克、竹茹10克、橘皮10克以和胃止呕<sup>[7]</sup>。每日一剂,水煎两次,合并药液至300毫升,分早晚两次温服,每次150毫升,持续用药8周。

1.3 观察指标及判定标准。对两组患者的临床治疗效果展开对比分析,并观察其治疗前后中医证候积分与血清炎症因子水平的变动情况。

1.3.1 中医证候积分。涵盖胃脘部隐痛、偏好温暖和按压、频繁吐清水、大便稀溏、精神不振和体力不足等症状,每个症状的评分介于0至3分之间,总分范围为0至15分,分数越高,表明证候的严重程度越重。

1.3.2 血清炎症因子。在清晨未进食的状态下,从受试者外周静脉抽取3毫升血液,通过离心分离出血清,接着采用酶联免疫吸附试验(ELISA)对白细胞介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )和C反应蛋白(CRP)进行定量分析。

1.3.3 疗效判定标准。通过中医证候积分的降低比例来评估

治疗效果。若积分减少率达到或超过95%,则判定为痊愈;减少率在70%至94%之间,则为显效;减少率在30%至69%之间,视为有效;减少率低于30%,则判定为无效<sup>[8]</sup>。治疗效率的综合计算方式为:将痊愈、显著有效以及有效的病例数相加,然后除以总病例数,最后乘以100%得到治疗的总有效率。

1.4统计学方法。利用SPSS 21.0,对数据进行统计分析,连续变量以均值±标准差表示,分类变量用百分比展示。分别通过t检验和卡方检验评估统计意义,等级数据则采用秩和检验。 $P < 0.05$ 视为差异显著。

## 2 结果

2.1在比较两组治疗效果时,观察组的治疗总有效率达到93.8%,明显优于对照组的68.8%,这一差异在统计学上达到了显著性水平( $P < 0.05$ )。具体疗效数据见表2。

表2 两组临床疗效比较 [n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	7(21.9)	12(40.6)	9(31.3)	2(6.3)	28(93.8) <sup>a</sup>
对照组	30	2(6.3)	7(23.0)	11(37.5)	10(31.3)	20(68.8)
$\chi^2$						6.564
P						0.010

注:与对照组相比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

2.2在对比中医证候评分时,治疗前两组间在胃部隐痛、倾向温暖和按压、频繁吐清水、大便稀薄以及精神萎靡和体力不支等指标上的评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,观察组的这些症状评分普遍低于对照组,显示出显著的差异( $P < 0.05$ )。有关评分的详细变化状况,可查看表3。

表3 两组治疗前后中医证候积分比较(±s,分)

组别	例数	胃脘隐痛		喜温喜按		泛吐清水	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	2.4±0.3	0.9±0.2 <sup>a</sup>	2.4±0.3	0.9±0.2 <sup>a</sup>	2.4±0.3	0.9±0.2 <sup>a</sup>
对照组	30	2.4±0.3	1.5±0.2	2.4±0.3	1.4±0.2	2.4±0.3	1.5±0.2
t		0.27	11.04	0.14	11.86	0.29	10.72
P		0.79	0.00	0.89	0.00	0.77	0.00

注:与对照组治疗后相比,<sup>a</sup> $P < 0.05$

2.3就血清炎症因子水平的变化情况而言,治疗前,两组在白介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )、白介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、C反应蛋白(CRP)的水平方面,在比较中,未发现显著统计学差异( $P$ 值超过0.05);然而,经过治疗,观察组的IL-1 $\beta$ 、IL-6、TNF- $\alpha$ 和CRP水平较对照组显著下降,这一差异在统

计学上是显著的( $P$ 值小于0.05)。详细数据见表4。

表4 两组治疗前后血清炎症因子比较(±s)

组别	例数	IL-1 $\beta$ (ng/L)		IL-6 (ng/L)		TNF- $\alpha$ (ng/L)		CRP (mg/L)	
		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	30	25.14±4.3	14.3±2.5 <sup>a</sup>	42.3±3.8	20.3±3.1 <sup>a</sup>	13.0±2.3	4.6±0.8 <sup>a</sup>	11.3±2.8	3.0±0.8 <sup>a</sup>
对照组	30	24.8±4.3	19.0±3.3	41.7±3.3	27.8±3.3	13.1±2.2	7.1±1.2	11.1±3.3	6.9±1.1
t		0.34	6.36	0.65	9.10	0.23	10.28	0.25	14.68
P		0.74	0.00	0.52	0.00	0.82	0.00	0.80	0.00

注:与对照组治疗后相比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

中医理论指出,脾胃病主要由脾胃虚寒和阳气不足引起,表现为胃痛、胀满,尤其在冷食或受凉后加剧,伴随消化不良和食欲下降。脾胃功能下降导致气血不足,引起胃痛和肢体无力。脾胃升降功能失衡,导致水湿内停生痰,阻碍气机<sup>[9]</sup>。寒邪与痰湿结合,形成寒湿,损害脾胃,导致病理产物堆积,可能引发胃黏膜病变,甚至胃癌。治疗的核心在于强化脾胃功能、提升体温、平衡胃部气息以及缓解疼痛。在本项研究中,采用了中药配方,其中包含多种药材以发挥其独特的疗效:党参药材主要起到补强脾胃、显著增强体内元气的效用;炒白术和茯苓联合作用,共同促进健脾和调胃气、排除湿气;补骨脂则专注于补肾阳、温暖脾胃以止泻;砂仁有助于消除湿气、开胃并温脾止泻;陈皮药材有助于增强脾胃功能、调理气机,并具有燥湿化痰的功效;炮姜则用于温暖中焦、缓解疼痛;炒山药的功效在于健脾养胃、补肾固精;鸡内金与炒山楂联用,有助于增强胃动力、促进消化;炒白芍用于补血调经、减轻痛感;而炙甘草则全面发挥健脾益气、滋阴补血的作用<sup>[10]</sup>。在传统方剂的基础上,根据患者的具体症状进行药物的灵活调整,可以显著提升方剂温补脾胃和驱邪固本的效果。根据现代药理学的探究,这种调整后的方剂展现出强大的抗炎作用,能够有效地保护胃黏膜,调节胃肠道运动,并促使胃肠激素的分泌恢复平衡,凭借多种方式促使病情好转,进而收获显著的治疗效果。在本次研究里,观察组所呈现出的总治疗有效率高达93.8%,和对照组的68.8%相比,有着明显的优势,经统计学检验,二者差异显著( $P < 0.05$ )。经过相应的治疗措施后,观察组成员在胃脘隐痛、偏好温暖与按压、频繁吐出清水、大便稀薄、精神不振及体力不足等方面的症状积分显著降低,分别达到了(0.9±0.2)分、(0.9±0.2)分、(0.9±0.2)分、(0.9±0.2)分、(0.9±0.2)分,而对照组对应症状的积分依次为(1.5±0.2)分、(1.4±0.2)分、(1.5±0.2)分、(1.5±0.2)分、(1.5±0.2)分,很显然,观察组各项症状的积分均低于对照组,且这种差异具备统计学意义( $P < 0.05$ )。结果表明,中医依据辨证论治脾胃疾病成效斐然。其可依据患者具体证型精准施药,实现个性化治疗,从而有力地促进治疗效果的提升,加快证候的减轻与好转。

研究发现,慢性胃炎的进展与不断持续的炎症反应紧密相关,这一过程是疾病加重的核心动力。具体而言,炎症因子IL-1 $\beta$ 扮演了激发胃黏膜反应的角色,它能够触动胃黏膜上皮细胞的活性,引发炎症并使其加剧。与此同时,IL-6因子在炎症的舞台上扮演了直接参与者,它加剧了胃黏膜的损伤。TNF- $\alpha$ ,作为炎症的先锋,它不仅自身作用强大,还能促进IL-1 $\beta$ 、IL-6等其他炎症因子的释放,引发一系列细胞毒性反应,推动胃黏膜炎症的持续恶化。而在这一系列变化中,C反应蛋白(CRP)的身影也不容忽视,它是身体在应对感染或创伤时的产物,其血清浓度的上升与胃黏膜炎症的严重程度同步上升。因此,CRP的检测成为了评估脾胃疾病严重性的一个关键指标。在本次研究中,治疗结束后,观察组的白细胞介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )以及CRP水平依次为(14.3 $\pm$ 2.5)ng/L、(20.3 $\pm$ 3.0)ng/L、(4.6 $\pm$ 0.8)ng/L、(3.0 $\pm$ 0.8)mg/L,相较于对照组的(19.0 $\pm$ 3.3)ng/L、(27.8 $\pm$ 3.6)ng/L、(7.1 $\pm$ 1.2)ng/L、(6.9 $\pm$ 1.3)mg/L,明显更低,且经统计学检验,差异具有显著性( $P < 0.05$ )。在脾胃病的治疗场景中,中医辨证施治所带来的中药抗炎效果不容小觑。它像是一位精准的“炎症狙击手”,能够直击胃黏膜的炎症反应,让那些可能肆虐的炎症因子无处遁形,成功阻止胃黏膜的炎症损伤进一步恶化。同时,它又如同一位“环境优化大师”,精心地对胃内环境进行调理与优化,并且积极助力胃黏膜损伤的修复工作。如此一来,脾胃病的治疗效果得到了极为显著的提升,为饱受脾胃病困扰的患者带来了新的希望之光。

总而言之,中医辨证施治于脾胃虚寒型慢性胃炎的医治进程中,其临床疗效可谓是大放异彩。它仿若一把神奇的钥匙,精准地开启减轻中医证候与炎症反应的大门,为这一病症的治疗开辟出一条充满希望与曙光的道路,在临床应用领域无疑具有不可估量的珍贵价值,宛如一颗璀璨的明珠,在医学的浩瀚星空中闪耀着独特的光芒,给患者带来福祉,也为中医治疗此类疾病增添了浓墨重彩的一笔。

#### [参考文献]

- [1]彭文婉,王宇新,黄湘彦,等.黄芪建中汤合理中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效及对患者血清炎症因子和胃肠激素的影响[J].河北中医,2022,44(9):1470-1474.
- [2]许婉雯,李紫昕,戈焰,等.黄芪建中汤加味联合盘龙灸治疗脾胃虚寒型胃脘痛的临床研究[J].广州中医药大学学报,2022,39(11):2576-2581.
- [3]陈集贤,曾进德,黄芪建中汤联合常规西药治疗慢性非萎缩性胃炎脾胃虚寒证患者的效果[J].中国民康医学,2023,35(10):113-116.
- [4]许文倩,秦雪梅,刘月涛.基于网络药理学的黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎作用机制研究[J].中草药,2018,49(15):3550-3561.
- [5]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.
- [6]党民卿,刘钰军,李嘉.自拟温中健胃丸联合艾灸治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎验案举隅[J].陕西中医药大学学报,2022,45(6):119-122.
- [7]陈庆斌.黄芪建中汤联合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(8):94-96.
- [8]邱永斌,吴雯莉,杨梅.虚寒胃痛颗粒联合四联疗法治疗脾胃虚寒证慢性非萎缩性胃炎幽门螺杆菌阳性临床研究[J].新中医,2022,54(18):58-61.
- [9]鄢佳佳,杨雅明,杜婷.黄芪建中汤与穴位贴敷联合治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床疗效及其对胃肠功能的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(24):80-83.
- [10]陈洁,黄蓉,钱赟达,等.附子理中汤合吴茱萸汤加减治疗脾胃虚寒型反流性食管炎的疗效及对血清相关激素的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(6):463-468.

#### 作者简介:

杨振羽(1993--),女,汉族,北京人,硕士研究生,研究方向:中医学。

#### \*通讯作者:

方秀秀(1993--),女,汉族,广东广州人,硕士研究生,研究方向:中医学。