

中西医结合治疗脾胃虚寒型胃脘痛患者的临床效果观察

马 珊 吴瑞瑞

银川市第二人民医院 宁夏 银川 750002

摘要：目的：探究中西医结合治疗脾胃虚寒型胃脘痛的临床效果。**方法：**将2023与2024年度本院80例脾胃虚寒型胃脘痛患者纳入观察范围，采用随机数字表分组方法，设立对照组与观察组。两组各纳入40例病例，对照组采用西医基础治疗方案，观察组实施西医标准治疗同步配合中药疗法，对两组患者的疗效、症状积分及不良反应情况进行对比分析。**结果：**观察组治疗总有效率显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）；治疗后，两组患者的胃脘痛、腹胀、嗝气等症状积分均较治疗前降低，且观察组降低程度更明显（ $P < 0.05$ ）；两组不良反应出现率的组间对比，两组差异无统计学意义（ $P < 0.05$ ），**结论：**脾胃虚寒型胃脘痛患者经中西医结合治疗收效明显，对临床症状的改善作用显著，且临床安全性可靠，临床推广意义显著。

关键词：脾胃虚寒型胃脘痛；中西医结合；临床效果；西医治疗

引言

胃脘痛是临床常见的消化系统疾病，主要表现为上腹部疼痛、腹胀、嗝气、反酸等症状，相当于西医的慢性胃炎、胃溃疡等疾病范畴^[1]。脾胃虚寒型胃脘痛是其中较为常见的证型，多因脾胃阳气不足、寒邪内生所致，其病程迁延，易反复发作，严重影响患者的生活质量^[2]。目前，西医治疗多采用抑酸、保护胃黏膜等方法，但长期疗效欠佳，且易出现不良反应。中医在治疗胃脘痛方面具有独特优势，通过辨证论治，采用温阳健脾、散寒止痛等方法，可从根本上调理患者体质^[3]。本研究主要分析中西医结合疗法对脾胃虚寒型胃脘痛患者的临床疗效，为临床用药提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取近一年（2023.1-2024.1）本院80例脾胃虚寒型胃脘痛患者开展研究。纳入标准：符合西医慢性胃炎或胃溃疡诊断标准，且中医辨证为脾胃虚寒型；患者充分知情后完成知情同意书签署，排除标准：罹患严重肝/肾/心等器官功能障碍；恶性肿瘤；对本研究药物过敏；妊娠或哺乳期妇女；精神疾病患者。

采用随机数字表法将患者随机分配至对照组与观察组，两组各纳入40例，22例男患，18例女性患者；年龄25到65岁人群。平均（ 45.2 ± 5.6 ）岁；病程6个月-10年，平均（ 4.5 ± 1.2 ）年。23例男性患者，17例为女患；年龄下限26岁，上限64岁，平均（ 44.8 ± 5.3 ）岁；病程8个月-9年，平均（ 4.2 ± 1.1 ）年。纳入23例男性患者，17例患者性别为女；年龄范围自26岁起，最高年龄64岁（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

采用西医常规对症治疗方案。具体用药如下：口服奥美拉唑肠溶胶囊（由阿斯利康制药有限公司生产，国药准字H20030412），规格为20mg/粒，给药剂量为每次20mg，每日2次，分别于早餐前30分钟及晚餐前30分钟空腹服用，以确保药物快速吸收并抑制基础胃酸分泌。同时联合铝碳酸镁咀嚼片（拜耳医药保健有限公司生产，国药准字H20013410），规格为0.5g/片，每次服用1.0g（即2片），每日3次，于饭后1-2小时咀嚼服用，此时间段为胃酸分泌高峰后，可充分发挥其中和胃酸、吸附胃蛋白酶的作用。治疗期间需注意用药规范：奥美拉唑肠溶胶囊不可咀嚼或掰开服用，以免破坏肠溶衣影响药效；铝碳酸镁咀嚼片需充分嚼碎后用温水送服，以增强药物与胃黏膜的接触面积。两组均连续治疗4周为1个疗程，治疗期间嘱患者保持清淡饮食，避免摄入辛辣、生冷、油腻及刺激性食物，同时规律作息，避免熬夜及精神紧张，以减少对胃黏膜的不良刺激。

1.2.2 观察组

在对照组西医常规治疗基础上，联合中药辨证施治。中药治疗以“温阳健脾、散寒止痛”为核心治则，选用经典方剂黄芪建中汤作为基础方进行加减化裁。基础处方组成如下：黄芪15g（炙，补气升阳以固脾胃之气），桂枝10g（温通经脉，散寒化湿以助阳气运行），白芍15g（炒，养血柔肝，与桂枝配伍调和营卫），生姜3片（去皮，温胃散寒，助桂枝温通之力），大枣5枚（擘开，补中益气，与生姜共调脾胃升降），炙甘草6g（益气和中，调和诸药），饴糖30g（烊化冲服，温中补

虚，缓急止痛以顾护胃气）。

针对患者伴随症状进行个体化调整：若患者腹胀明显，触诊腹部有痞满感，加厚朴10g（燥湿消痞）、枳壳10g（理气宽中），增强行气导滞之效；若嗳气频繁，餐后尤甚，加陈皮10g（理气健脾）、半夏10g（燥湿化痰，降逆止呕），共奏和胃降逆之功；若患者兼见手足不温、畏寒明显，可加干姜6g以加强温中散寒之力；若病程日久、纳差乏力显著，加党参12g、白术10g以健脾益气。

中药煎制方法：每日1剂，将除饴糖外的药材加入800ml清水浸泡30分钟，大火煮沸后转小火煎煮30分钟，滤取药液约200ml；药渣再加600ml清水复煎20分钟，滤取药液约200ml，两次药液混合后纳入饴糖搅拌至完全融化，分早晚两次温服（餐后1小时服用为宜），避免空腹服药刺激胃黏膜。连续治疗4周为1个疗程，治疗期间嘱患者忌食生冷、辛辣及油腻食物，保持规律作息，避免劳累及情绪波动。

1.3 观察指标与疗效判定标准

1.3.1 观察指标

临床症状积分：对患者治疗前后出现的胃脘疼痛、腹部胀满及嗳气症状予以量化评分，采用四级计分制：无症状0分，累计分值越大，反映症状恶化程度。

不良反应发生情况：采集治疗过程中患者发生的恶心、呕吐及头晕等不良事件数据。

1.3.2 疗效判定标准

根据症状积分改善情况判定疗效。痊愈：症状完全消失，症状积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：患者主诉明显减少，症状积分下降幅度达70%~94%；有效：临床状况好转，症状评分降幅达到30%~69%；无效：症状未明显减轻或反见加重，症状评分降低不足30%，总有效率 = $[(\text{痊愈} + \text{显效} + \text{有效}) \text{病例数} / \text{总病例数}] \times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

数据分析工作借助SPSS 22.0统计工具实施，定量数据采用均值（ $\bar{x} \pm s$ ）形式呈现，采用 t 检验进行组间差异比较；计数结果采用百分制（%）显示，采用 χ^2 检验对组间数据进行对比，采用 $P < 0.05$ 作为统计显著性阈值。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组实现95.0%的临床治愈率，较对照组77.5%的水平差异显著，统计检验证实差异明显（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效
对照组	40	10 (25.0)	12 (30.0)	9 (22.5)
观察组	40	18 (45.0)	14 (35.0)	6 (15.0)

2.2 两组患者治疗前后症状积分比较

两组症状积分对比，两组间差异无统计意义

（ $P > 0.05$ ）；治疗后，治疗后两组患者的症状积分较干预前明显改善，观察组的症状积分明显更低，统计学分析证实差异

（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组患者治疗前后症状积分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	8.6 $\pm$ 2.1	4.2 $\pm$ 1.3
观察组	40	8.5 $\pm$ 2.0	2.1 $\pm$ 0.8

2.3 两组患者不良反应发生情况比较

对照组出现恶心2例，头晕1例，不良反应发生率为7.5%；观察组出现恶心1例，不良反应发生率为2.5%。两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $\chi^2 = 0.711$ ， $P = 0.399$ ）。

3 讨论

在中医理论体系中，胃脘痛的发生与脾胃功能失调密切相关，而脾胃虚寒型作为临床常见证型，其核心病机在于脾胃阳气亏虚。脾主运化，胃主受纳，若先天禀赋不足、饮食不节或久病体虚，均可导致脾胃阳气耗伤，温煦功能失司^[4]。阳气亏虚则寒邪内生，凝滞胃脘，致气血运行不畅，“不通则痛”，故患者多表现为胃脘隐痛、喜温喜按、遇寒加重等特征。因此，治疗需紧扣“温阳健脾、散寒止痛”的基本原则，既要驱散寒邪，更要恢复脾胃阳气的温煦与运化功能。从现代医学视角来看^[5]，脾胃虚寒型胃脘痛多对应慢性胃炎、胃溃疡等疾病，其病理机制与胃酸分泌异常、胃黏膜屏障受损、胃肠动力紊乱相关。本研究中对对照组采用的奥美拉唑与铝碳酸镁联合方案，正是针对上述病理环节：奥美拉唑通过抑制胃壁细胞质子泵活性，强效减少胃酸分泌，从源头减轻胃黏膜刺激；铝碳酸镁则能中和已分泌的胃酸，并在黏膜表面形成保护层，同时吸附胃蛋白酶及胆酸，促进黏膜修复。二者联合可快速缓解疼痛、腹胀等症状，但西医治疗聚焦于局部病理改善，难以纠正患者整体的“虚寒体质”，故远期疗效欠佳，停药后易复发^[6]。观察组在西医基础上联合黄芪建中汤加减治疗，体现了中西医结合“标本兼治”的优势。黄芪建中汤源自《金匱要略》“虚劳里急，诸不足，黄芪建中汤主之”的论述，方中诸药配伍严谨，紧扣脾胃虚寒病机：黄芪甘

温,既能补中益气,又可升阳固表,为君药,现代药理研究证实其能增强胃肠黏膜屏障功能,调节免疫及炎症反应;桂枝辛温通阳,助黄芪温化寒邪,且能促进血液循环,改善胃黏膜血供;白芍酸甘化阴,与桂枝相配调和营卫,同时通过抑制胃肠平滑肌痉挛发挥缓急止痛作用;生姜、大枣共为佐使,生姜温胃散寒,大枣补中益气,二者协同调和脾胃升降;炙甘草益气和中,既能增强黄芪的补益之力,又可缓和药性^[7];饴糖甘温质润,温中补虚而不燥烈,为脾胃虚寒证的关键药味

针对患者个体化症状的加减用药更体现中医辨证精髓:腹胀明显者加厚朴、枳壳,通过增强胃肠动力、促进排气缓解痞满;嗳气频繁者加陈皮、半夏,理气和胃以降逆,与现代医学调节胃肠动力的目标形成呼应。全方共奏温阳健脾、散寒止痛之效,既改善局部病理,又纠正整体虚寒状态。本研究结果显示,观察组总有效率显著高于对照组,症状积分降低更明显,印证了中西医结合的优势:西医方案快速控制症状,中药方剂通过多靶点作用(如调节胃肠激素分泌、改善微循环、增强免疫功能)实现整体调理,二者协同既提高了近期疗效,又为远期康复奠定基础。同时,两组不良反应发生率无显著差异,表明中药与西药联用并未增加安全风险,这与黄芪建中汤药性平和、君臣佐使配伍严谨的特点密切相关。

这种中西医结合的治疗模式,既吸纳了西医对病理环节的精准干预优势,又传承了中医辨证施治的整体调理智慧,形成了功能互补的治疗体系。现代药理学研究亦为这种结合提供了科学佐证,如黄芪中的黄芪多糖可调节胃肠黏膜免疫平衡,桂枝中的挥发油成分能促进胃肠蠕动,与奥美拉唑的抑酸作用形成协同,共同加速黏膜修复。临床实践表明,中西医结合不仅能快速减轻患者痛苦,更能通过改善脾胃阳气亏虚的体质本质,降低

症状复发风险,提升患者生活质量。这种融合传统与现代的治疗思路,为脾胃虚寒型胃脘痛的临床治疗开辟了更优路径,展现出广阔的应用前景。

综上,中西医结合治疗脾胃虚寒型胃脘痛,既发挥了西医快速缓解症状的优势,又体现了中医辨证施治、整体调理的特色,在提高疗效、改善症状、保障安全方面均表现突出,为临床治疗提供了可靠方案,值得推广应用。

参考文献

- [1]高滔杨,覃志周,唐湛淋,等.中西医结合治疗对急性胰腺炎患者炎症因子及T淋巴细胞亚群的影响[J].云南中医中药杂志,2025,46(07):39-43.
- [2]朱晓松,孟卓然,石安华,等.基于中西医结合的智慧教学模式在病理学教学中的应用[J].科学咨询,2025,(07):220-223.
- [3]赫子娇,高永泽,尉戎戎,等.中西医结合调控胃黏膜屏障功能在防治胃黏膜肠化中的作用机制[J].内蒙古中医药,2025,44(03):154-156.
- [4]秦春峰.探讨中西医结合治疗脾胃虚弱证胃溃疡患者胃肠激素及氧化应激的影响[J].内蒙古中医药,2024,43(12):37-39.
- [5]李蓓,张维征.对中晚期胃癌患者进行中西医结合治疗的效果及价值分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2024,8(16):79-82.
- [6]陈飞,李文芳.中西医结合治疗幽门螺杆菌相关消化性溃疡的疗效及不良反应分析[J].基层医学论坛,2024,28(20):154-156.
- [7]孟旨毅,孟宪梅,刘飞飞,等.含草铃胃痛颗粒的中西医结合疗法治疗幽门螺杆菌的Meta分析[J].包头医学院学报,2024,40(06):56-60.