

三七五倍子芍药炙甘草散加减治疗瘀血停滞型胃脘痛的效果分析

许震中

(澄迈县中医院急诊科, 海南 澄迈 571900)

【摘要】目的 研究三七五倍子芍药炙甘草散加减对瘀血停滞型胃脘痛患者炎症因子与血液流变学指标水平的影响。**方法** 选取于澄迈县中医院 2020 年 1 月至 2022 年 1 月就诊的瘀血停滞型胃脘痛患者 50 例, 以随机数字表法分为两组, 各 25 例。对照组患者使用克拉霉素片、奥美拉唑肠溶胶囊、阿莫西林胶囊传统三联疗法治疗, 观察组患者在对照组的基础上联合三七五倍子芍药炙甘草散加减治疗, 两组患者均治疗 1 个月。比较两组患者治疗后治疗效果, 治疗前后血液流变学和炎症因子水平, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 相比对照组, 观察组患者临床总有效率显著升高; 相比治疗前, 治疗后两组患者血清白细胞介素-4 (IL-4)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平及全血黏度 (WBV)、红细胞压积 (HCT)、红细胞聚集指数 (AI) 均显著下降, 观察组显著低于对照组; 血清表皮生长因子 (EGF) 水平显著升高, 观察组显著高于对照组 (均 $P < 0.05$); 两组患者不良反应总发生率相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 三七五倍子芍药炙甘草散治疗瘀血停滞型胃脘痛, 可提高患者临床治疗效果, 减轻炎症反应, 改善血液流变学指标, 且安全性良好。

【关键词】 三七五倍子芍药炙甘草散; 瘀血停滞型; 胃脘痛; 炎症反应; 血液流变学

【中图分类号】 R256.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.07.0095.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.07.031

胃脘痛是指胃脘部发生疼痛的病症, 属于临床胃部疾病中的多发病、常见病, 该疾病在现代医学中属于慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡等范畴。目前西医治疗胃脘痛常使用克拉霉素片、奥美拉唑肠溶胶囊、阿莫西林胶囊传统的三联疗法治疗, 可抑制胃肠道致病菌的生长, 修复受损胃黏膜, 调节胃肠道动力, 但近年来随着临床应用推广, 三联疗法疗效呈现差异性, 部分患者还存在耐药现象, 导致治疗效果欠佳。而中医药在胃脘痛治疗中历史悠久, 中医认为胃脘痛病位在胃, 与脾、肝等关系密切。《素问》记载“木郁之发, 民病胃脘当心而痛……寒气客于胃肠之间, 膜原之下, 血不得散, 故痛”。肝气不舒、瘀血停滞, 不通则痛。既往研究也显示, 饮食不节、感受外邪均可引起脏腑功能失调, 最终导致胃脘痛的发生^[1]。芍药甘草汤出自《伤寒杂病论》, 具有解痉镇痛的功效; 三七性温, 可活血化瘀; 五倍子具有收敛止血、镇痛的功效, 研究显示, 可将三七、五倍子与芍药炙甘草汤联合, 用于胃部疾病患者的治疗中, 以增强止痛功效^[2]。基于此, 本研究旨在探讨三七五倍子芍药炙甘草散加减对瘀血停滞型胃脘痛患者的治疗效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取澄迈县中医院 2020 年 1 月至 2022 年 1 月就诊的瘀血停滞型胃脘痛患者 50 例, 以随机数表

字法分为两组, 各 25 例。对照组患者中男性 18 例, 女性 7 例; 年龄 38~72 岁, 平均 (48.95±10.51) 岁; 其中幽门螺杆菌 (Hp) 阳性 13 例; 病程 1~14 个月, 平均 (5.19±2.30) 个月。观察组患者中男性 16 例, 女性 9 例; 年龄 34~68 岁, 平均 (50.26±11.79) 岁; 其中 Hp 阳性 10 例; 病程 1~12 个月, 平均 (5.43±2.28) 个月。比较两组患者一般资料, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间可比。纳入标准: 与《胃脘痛中医诊疗专家共识意见 (2017)》^[3] 和《临床诊疗指南: 消化病系统疾病分册》^[4] 中的诊断标准相符者; 临床症状表现为四肢倦怠、腹胀、反酸、嗝气、胃痛等者; 近 1 个月内未行胃肠道手术者等。排除标准: 合并有严重感染、胃肠道穿孔或恶性肿瘤者; 胃肠、十二指肠严重糜烂者; 合并有严重肝、肾功能不全者等。本研究经院内医学伦理委员会批准, 患者签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组患者口服克拉霉素片 (浙江震元制药有限公司, 国药准字 H20058305, 规格: 0.25 g/片) 治疗, 0.25 g/次, 2 次/d; 奥美拉唑肠溶胶囊 (黑龙江诺捷制药有限责任公司, 国药准字 H20064032, 规格: 20 mg/粒) 治疗, 20 mg/次, 1 次/d; 阿莫西林胶囊 (四川依科制药有限公司, 国药准字 H20083153, 规格: 0.5 g/粒) 治疗, 0.5 g/次, 2 次/d。观察组患者在此基础上给予三七五倍子芍药炙甘草散治疗, 组方: 白芍 15 g, 炙甘草、三七、五

倍子各 6 g。暖气胁痛、腹胀、焦虑抑郁者，加柴胡、枳壳、香附各 10 g；胃脘隐痛、喜温拒按、倦怠乏力者，加干姜、白术、党参各 10 g，茯苓 8 g；舌红少苔、脉弦细数者，加麦冬、沙参各 10 g，玉竹、栀子各 6 g；便血严重者，加仙鹤草 10 g、地榆 8 g；泛酸严重者，加瓦楞子 8 g、海螵蛸 6 g；食滞严重者，加鸡内金 8 g、焦三仙 6 g。将上述药材进行煎制，先加清水 250 mL，用大火熬开，取药汁 100 mL，再加清水 250 mL，以小火熬开，再取药汁 100 mL。将两次药汁混匀，均分为两份，100 mL/次，2 次/d。两组患者均治疗 1 个月。

1.3 观察指标 ①记录患者治疗后中医症状积分，中医症状包括胃脘痛、腹胀、恶心呕吐、反酸、暖气、嘈杂、纳呆、便血，每项评分均为 0~3 分，得分越高，症状越严重，其中治愈：症状积分下降 $\geq 85\%$ ，胃脘痛症状完全消失；显效： $50\% \leq$ 症状积分下降 $<85\%$ ，胃脘痛症状基本消失；有效： $25\% \leq$ 症状积分下降 $<50\%$ ，胃脘痛症状有所缓解；无效：症状积分 $<25\%$ ，胃脘痛症状无改变^[3]。总有效率=治愈率+显效率+有效率。②采集治疗前后患者 3 mL 静脉血，采用离心机（江苏云宇医疗科技有限公司，苏常械备 20210335 号，型号：LL50R）离心，以 3 000 r/min 的转速，离心 10 min，取血清，使用酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素-4（IL-4）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）及表皮生长因子（EGF）水平。③血液采集方法同②，采用血液黏度计[宸熙医疗器械有限公司，津食药监械（准）字 2010 第 2400005 号，型号：JGN-6D]检测全血黏度（WBV）、红细胞压积（HCT）及红细胞聚集指数（AI）。④记录两组患者发生恶心呕吐、

眩晕、头痛等情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据，计数资料以[例(%)]表示，采用 χ^2 检验；计量资料符合正态分布且方差齐，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 相比对照组，观察组患者临床总有效率显著升高，差异有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]						
组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	25	4(16.00)	9(36.00)	4(16.00)	8(32.00)	17(68.00)
观察组	25	11(44.00)	10(40.00)	3(12.00)	1(4.00)	24(96.00)
χ^2 值						4.878
P 值						<0.05

2.2 两组患者炎症因子、细胞因子水平比较 相比治疗前，两组患者治疗后炎症因子（血清 IL-4、TNF- α ）均显著降低，观察组显著低于对照组；细胞因子（EGF）显著升高，观察组显著高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者血液流变学指标比较 相比治疗前，两组患者治疗后血液流变学指标（WBV、HCT、AI）显著降低，观察组显著低于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 3。

2.4 两组患者不良反应发生情况比较 治疗期间两组患者不良反应总发生率相比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），

表 2 两组患者血清炎症因子、细胞因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	IL-4(ng/L)		TNF- α (ng/mL)		EGF(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	21.85 \pm 6.37	16.75 \pm 4.49*	2.42 \pm 0.51	1.60 \pm 0.44*	314.09 \pm 42.15	543.38 \pm 66.34*
观察组	25	23.06 \pm 5.92	11.86 \pm 3.91*	2.39 \pm 0.49	1.15 \pm 0.36*	310.85 \pm 37.21	620.11 \pm 54.53*
t 值		0.696	4.107	0.212	3.958	0.288	4.468
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。IL-4：白细胞介素-4；TNF- α ：肿瘤坏死因子- α ；EGF：表皮生长因子。

表 3 两组患者血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	WBV(mPa·s)		HCT(%)		AI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	10.81 \pm 1.93	9.33 \pm 1.41*	55.74 \pm 6.73	48.42 \pm 5.51*	3.23 \pm 0.39	2.72 \pm 0.35*
观察组	25	10.63 \pm 2.08	8.01 \pm 1.24*	56.02 \pm 5.18	41.78 \pm 4.46*	3.18 \pm 0.42	2.07 \pm 0.28*
t 值		0.317	3.515	0.165	4.683	0.436	7.251
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。WBV：全血黏度；HCT：红细胞压积；AI：红细胞聚集指数。

见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	恶心呕吐	眩晕	头痛	总发生
对照组	25	1(4.00)	0(0.00)	1(4.00)	2(8.00)
观察组	25	1(4.00)	2(8.00)	0(0.00)	3(12.00)
χ^2 值					0.000
P 值					>0.05

3 讨论

胃脘痛发病机制复杂,可能与饮食不规律有关,若患者存在暴饮暴食、贪凉、饮冷等习惯,会造成脾胃失调,引发胃失和降,进而导致疼痛。现代医学认为, Hp 感染在胃脘痛发病中发挥重要作用,而传统三联疗法能有效根除 Hp 感染,抑制肠上皮化生,逆转胃黏膜萎缩,减轻胃黏膜炎症,减轻胃脘痛;但近年来有研究显示传统三联方案可能引起肠道菌群失调,且疗效已进入瓶颈期^[5]。

中医认为,胃脘痛多因病邪侵胃、脾胃虚弱,肝气犯胃、心情郁结所致。若患者感受外邪,损伤脉络,耗伤阴气,同时伴肝气疏泄不利,则可导致气机郁滞,累及营血,形成痰、瘀等病理产物,最终形成瘀血停滞证候,因而应以活血化瘀、疏肝和胃为主要治疗原则^[6]。三七五倍子芍药炙甘草散中白芍具有养血调经、柔肝止痛的功效;炙甘草具有补脾益气的功效,与白芍配伍,酸甘化阴、缓急止痛;三七具有消肿散瘀的功效;五倍子具有涩肠止泻的功效^[7]。此外,加减药材中,柴胡、枳壳具有活血行滞的功效;香附具有解郁理气、止痛的功效;干姜具有活血化瘀的功效;党参具有补中益气、和胃生津的功效;白术、茯苓具有温阳利水、活血化瘀的功效;玉竹具有养阴、润燥的功效;栀子具有清透郁热的功效;沙参、麦冬具有益胃生津的功效;仙鹤草具有补虚、收敛止血的功效;瓦楞子具有制酸止痛的功效;鸡内金、焦三仙具有消食健胃功效;地榆具有收涩止泻、止血的功效;海螵蛸具有制酸止痛的功效,以上诸药合用,共奏止血、活血、止痛、和胃的功效。且三七五倍子芍药炙甘草散为中药制剂,患者服用后不易产生过多的不良反应,药物用药安全性良好,患者接受度较高。本研究中,观察组患者临床总有效率显著升高,而两组患者不良反应总发生率相比,差异无统计学意义,说明三七五倍子芍药炙甘草散加减治疗瘀血停滞型胃脘痛患者,可提高临床治疗效果,且安全性良好。

瘀血停滞型胃脘痛患者受瘀血内阻,可瘀阻胃络,导致胃黏膜损伤,加重腺体萎缩,使血流缓慢,患者血液处于高凝状态,造成 WBV、HCT、AI 等血液流变学指标水平升高,血液微循环发生障碍。而在疾病发展过程中,会抑制胃黏膜细胞生长,降低血清 EGF 水平,同时也增加了血

管通透性,大量释放 IL-4、TNF- α 等促炎因子,加重患者炎症反应^[8]。现代药理学研究表明,五倍子中鞣酸成分具有止血的作用,可促进胃上皮细胞增生,加快细胞因子生长,促使胃黏膜修复^[9];白芍中含芍药苷,可发挥扩血管、缓解疼痛的作用,消除胃脘痛患者瘀血内阻,改善营养,从而调节血液流变学指标^[10];三七中的有效成分三七皂苷可改善局部微循环,加快血液循环^[11];柴胡中的有效成分柴胡皂苷和柴胡挥发油可抑制胃脘痛患者体内白细胞,降低毛细血管通透性,发挥良好的抗炎作用^[12]。本研究中,与对照组比,治疗后观察组患者炎症因子、血液流变学指标显著降低,而细胞因子水平显著升高,提示三七五倍子芍药炙甘草散加减治疗瘀血停滞型胃脘痛患者可抑制炎症反应,调节血液流变学指标,改善血液循环。

综上,三七五倍子芍药炙甘草散治疗胃脘痛患者,可有效提高临床治疗效果,改善血液流变学指标,抑制炎症反应,修复胃黏膜,同时安全性良好,值得临床推广。

参考文献

- [1] 郑振兰.脾胃气虚型胃脘痛中医护理方案应用效果[J].中国卫生标准管理,2021,12(6):130-132.
- [2] 刘强,黄鑫华,吴文斌.益胃汤合芍药甘草汤治疗胃阴亏虚型慢性胃炎患者临床效果及生活质量的影响[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(13):84-85.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会.胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(13):1166-1170.
- [4] 中华医学会.临床诊疗指南:消化病系统疾病分册[M].北京:人民卫生出版社,2010:83.
- [5] 刘国雪.观察联用枳实消痞汤、西医三联方案对幽门螺杆菌相关性胃炎对临床疗效[J].心理医生,2018,24(9):172-173.
- [6] 刘迎辉.中药熨烫中脘穴治疗脾胃虚寒型胃脘痛临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2021,19(4):127-129.
- [7] 鲁斌.加味芍药甘草汤治疗胃病临床体会[J].内蒙古中医药,2008,27(5):17-18.
- [8] 王国庆,刘红军,梁素芳.益气活血方联合三联疗法对气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者炎症反应和血液流变学的影响[J].世界中医药,2019,14(1):182-186.
- [9] 周劲光.五倍子的药理作用与临床研究进展[J].海峡药学,2010,22(4):30-32.
- [10] 李岩.白芍及其化学成分的药理研究进展[J].职业与健康,2015,31(15):2153-2156.
- [11] 谭辉.三七的化学成分和药理作用研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(17):140-142.
- [12] 李仁国.柴胡有效成分及药理作用分析[J].陕西中医,2013,34(6):750-751.