

# 香砂六君子汤加减治疗消化性溃疡（脾胃气虚证）的临床研究

储媛，徐惠明，陈小芳

（苏州市吴江区中医医院脾胃病科，江苏 苏州 215221）

**【摘要】目的** 探讨香砂六君子汤加减治疗对消化性溃疡（脾胃气虚证）患者幽门螺杆菌（Hp）根除率、中医证候积分和血清胃泌素-17（G-17）、胃蛋白酶原 I（PG I）、胃蛋白酶原 II（PG II）水平的影响。**方法** 选取苏州市吴江区中医医院 2021 年 2 月至 2023 年 4 月收治的消化性溃疡患者 91 例，根据随机数字表法分为两组。对照组（45 例）患者采用四联疗法（枸橼酸铋钾+雷贝拉唑+阿莫西林+克拉霉素），在对照组的基础上，观察组（46 例）患者加用香砂六君子汤加减治疗。两组患者均连续治疗 6 周。比较两组患者临床疗效、Hp 根除率、不良反应发生情况，以及治疗前后中医证候积分和血清 G-17、PG I、PG II 水平的变化。**结果** 观察组患者总有效率较对照组高；观察组患者 Hp 根除率较对照组高；与治疗前相比，治疗后两组患者胃脘隐痛、腹胀纳少、大便溏薄、肢体倦怠各项中医证候积分均降低，且观察组较对照组更低；两组患者血清胃泌素水平均降低，且观察组较对照组更低（均  $P<0.05$ ）；两组不良反应总发生率经比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。**结论** 消化性溃疡（脾胃气虚证）患者在常规四联疗法的基础上，联合应用香砂六君子汤加减治疗疗效佳，有利于提高 Hp 根除率，改善患者临床症状和胃肠功能，并未显著增加患者不良反应，安全性良好。

**【关键词】** 香砂六君子汤；消化性溃疡；脾胃气虚证；幽门螺杆菌；胃泌素-17；胃蛋白酶原 I；胃蛋白酶原 II

**【中图分类号】** R573.1

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-3718.2023.20.0078.03

**DOI:** 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.20.026

消化性溃疡是指胃溃疡和十二指肠溃疡，幽门螺杆菌（Hp）感染是消化性溃疡的主要病因，主要临床症状为上腹部疼痛、恶心呕吐、胃灼热感、胃酸反流等，治疗不及时可引起消化道穿孔或消化道出血，且发生率与复发率都较高。目前临床上针对消化性溃疡患者采取的主要治疗方法为四联疗法，以清除 Hp，从而促进消化性溃疡愈合，缓解患者症状，但长期使用这种治疗方法容易出现细菌耐药性，导致病情反复发作，因此整体疗效并不十分理想<sup>[1-2]</sup>。中医认为消化性溃疡（脾胃气虚证）属“痞满”“胃脘痛”等范畴，病机为中焦气机不利与脾胃升降失常，该疾病多由感受外邪、劳倦过度、情志不舒及饮食不节所致，内外邪气侵犯，则脾失运化，肝失疏泄，使中焦气机升降失常，致脾阳不升、胃阴不降，从而引发胃脘痞闷或隐痛、纳呆、嗳气、疲乏、便溏等一系列症状，因此，治疗应以健脾和胃、行气温中为主要原则<sup>[3]</sup>。香砂六君子汤来源于《古今名医方论》，此方在四君子汤的基础上加陈皮、半夏、木香和砂仁，木香芳香醒脾、理气止痛，砂仁健脾和胃、理气散寒，意在补气健脾、燥湿化痰，因其健运脾胃而不温不燥的特点，多将其作为中医治疗脾胃虚弱的方剂，见胸脘胀满、大便溏薄、嗳气呕吐等症。且本方在临床治疗脾胃气虚证消化性溃疡中已表现出良好的疗效，故而本研究旨在探讨香砂六君子汤加减治疗对消化性溃疡（脾胃气虚证）患者 Hp 根除率、中医证候积分和胃肠激素的影响，现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取苏州市吴江区中医医院 2021 年 2 月至 2023 年 4 月收治的消化性溃疡患者 91 例，根据随机数字表法分为两组。对照组（45 例）患者中男性 25 例，女性 20 例；溃疡类型：单发 26 例，多发 19 例；年龄 25~77 岁，平均（52.21±2.25）岁。观察组（46 例）患者中男性 24 例，女性 22 例；溃疡类型：单发 25 例，多发 21 例；年龄 26~78 岁，平均（53.01±2.36）岁。比较两组患者一般资料，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。诊断标准：西医和中医分别参照《消化性溃疡诊断与治疗规范（2016 年，西安）》<sup>[4]</sup>《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见（2017 年）》<sup>[5]</sup>中消化性溃疡和胃脘痛的诊断标准。纳入标准：符合上述诊断标准，且确诊为脾胃气虚证消化性溃疡；尿素<sup>13</sup>C 呼气试验提示 Hp 呈阳性；溃疡直径介于 3~20 mm 之间；治疗前 2 周内未接受任何西药或中药治疗。排除标准：青霉素皮试阳性；患有其他消化系统类疾病；对本次研究中需应用的药物有过敏史；机体重要脏器功能异常或受损。本研究经苏州市吴江区中医医院医学伦理委员会批准，且患者及家属均已签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 对照组患者采用四联疗法，早晚餐前 30 min 各口服 1 次枸橼酸铋钾胶囊 [广东香山堂制药有限公司，国药准字 H20093149，规格：0.3 g（含铋 110 mg）]，0.6 g/次，2 次/d；餐前 30 min 口服雷贝拉唑钠肠溶胶囊（济川药业集团有限公司，国药准字

作者简介：储媛，大学本科，主治医师，研究方向：胃肠疾病的诊治。

H20061220, 规格: 20 mg), 20 mg/ 次, 2 次 /d; 早晚餐后各口服 1 次阿莫西林胶囊 ( 山东淄博新达制药有限公司, 国药准字 H37020470, 规格: 按 C<sub>16</sub>H<sub>19</sub>N<sub>3</sub>O<sub>5</sub>S 计 0.25 g), 1 g/ 次, 2 次 /d; 早晚餐后各口服 1 次克拉霉素缓释片 ( 江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H20031041, 规格: 0.5 g), 0.5 g/ 次, 2 次 /d。2 周后停用枸橼酸铋钾胶囊、阿莫西林胶囊、克拉霉素缓释片, 继续服用雷贝拉唑肠溶胶囊 4 周。观察组患者在对照组的基础上加用香砂六君子汤加减治疗, 茯苓 15 g, 炒白术、炒党参各 10 g, 制半夏、陈皮、木香各 9 g, 炙甘草 5 g, 砂仁 6 g, 随证加减: 食欲减退者加焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 12 g、鸡内金 10 g; 腹胀、大便不畅者加厚朴 12 g、枳实 10 g; 恶心呕吐者加海螵蛸 20 g、代赭石 15 g、浙贝母 10 g; 夜寐差, 明显焦虑者加龙骨、煅牡蛎各 15 g; 口干口苦者加太子参 15 g、石斛 10 g, 以上方剂由苏州市吴江区中医医院中药房统一煎制, 水煎 300~400 mL, 1 剂 /d, 分早晚 2 次温服。疗程为 6 周。

**1.3 观察指标** ①临床疗效。治愈: 临床症状、体征消失, 胃镜显示胃黏膜存在少量局部充血, 溃疡消失, 但无明显水肿; 显效: 临床症状、体征基本消失, 胃镜显示胃黏膜轻度充血、水肿, 溃疡基本消失; 有效: 临床症状、体征好转, 胃镜显示胃黏膜充血、水肿有所减轻, 溃疡面缩小范围≥50%; 无效: 临床症状、体征未见好转, 胃镜显示胃黏膜充血、水肿仍比较明显, 溃疡面缩小范围<50%<sup>[6]</sup>。总有效率=治愈率+显效率+有效率。②Hp 根除率。治疗结束 4 周后应用<sup>13</sup>C 尿素呼气试验评估。③中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则 ( 试行)》<sup>[6]</sup> 评价两组中医症状, 分别于治疗前后对两组患者胃脘隐痛、腹胀纳少、大便溏薄、肢体倦怠等中医证候进行积分, 根据症状的严重程度分别赋值 0~6 分, 分值越高, 患者中医临床症状越严重。④血清胃泌素 17 ( G-17)、胃蛋白酶原 I ( PG I )、胃蛋白酶原 II ( PG II ) 水平。于清晨安静空腹状态下抽取治疗前及治疗 6 周后患者外周静脉血 5 mL, 以离心式血液成分分离机 ( 美国雅培有限公司, 型号: I2000 ) 进行离心, 转速为 4 000 r/min, 时间为 5 min, 得血清, 采用酶联免疫吸附法测定血清 G-17、PG I、PG II 水

平。⑤不良反应。记录两组患者治疗期间的不良反应发生情况, 包括恶心呕吐、肝肾功能异常、头晕、腹泻等情况。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 25.0 统计学软件分析数据, 计数资料以 [ 例 (%) ] 表示, 采用  $\chi^2$  检验; 计量资料经 S-W 法检验符合正态分布, 以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用独立  $t$  检验, 治疗前后比较应用配对  $t$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 观察组总有效率较对照组高, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 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	无效	总有效
对照组	45	7(15.56)	22(48.89)	6(13.33)	10(22.22)	35(77.78)
观察组	46	10(21.74)	24(52.17)	9(19.57)	3(6.52)	43(93.48)
$\chi^2$ 值						4.579
$P$ 值						<0.05

**2.2 两组患者 Hp 根除率比较** 对照组中 Hp 阴性的患者有 36 例, 观察组有 44 例, 观察组患者 Hp 根除率 95.65% ( 44/46 ) 较对照组的 80.00% ( 36/45 ) 高, 差异有统计学意义 ( $\chi^2=5.244, P < 0.05$ )。

**2.3 两组患者中医证候积分比较** 与治疗前相比, 治疗后两组患者各项中医证候积分均降低, 且观察组更低, 差异均有统计学意义 ( 均  $P < 0.05$  ), 见表 2。

**2.4 两组患者血清 G-17、PG I、PG II 比较** 与治疗前相比, 治疗后两组患者血清各项胃肠激素水平均降低, 且观察组更低, 差异均有统计学意义 ( 均  $P < 0.05$  ), 见表 3。

**2.5 两组患者不良反应发生率比较** 两组不良反应总发生率经比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 4。

3 讨论

消化性溃疡是消化内科常见疾病, Hp 为主要致病菌, 现代医学以根除 Hp、抑制胃酸、保护胃黏膜为主要治疗原则, 多采用四联疗法, 但该疗法长时间应用可导致多种不良反应, 且治疗后病情易反复发作<sup>[7]</sup>。

中医学认为, 消化性溃疡 ( 脾胃气虚证 ) 病因多为脾

表 2 两组患者中医证候积分比较 ( 分,  $\bar{x} \pm s$  )

组别	例数	胃脘隐痛		腹胀纳少		大便溏薄		肢体倦怠	
		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	45	4.11±0.61	2.81±0.52*	4.57±0.32	2.65±0.47*	4.21±0.58	2.77±0.47*	2.33±0.45	1.64±0.59*
观察组	46	4.09±0.76	2.33±0.51*	4.48±0.33	2.36±0.35*	4.29±0.49	2.14±0.36*	2.49±0.50	1.32±0.48*
$t$ 值		0.138	4.446	1.320	3.343	0.711	7.188	1.603	2.841
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前相比, \* $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者血清 G-17、PG I、PG II 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	G-17(pmol/L)		PG I (ng/mL)		PG II (ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	8.31±1.23	6.56±1.28*	257.34±70.61	211.46±51.83*	47.52±14.29	24.56±7.39*
观察组	46	8.29±1.38	5.13±1.29*	256.49±70.85	177.53±50.68*	47.39±14.38	16.41±7.24*
t 值		0.073	5.307	0.057	3.157	0.043	5.314
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前相比，\*P<0.05。G-17：胃泌素 -17；胃；PG I：蛋白酶原 I；PG II：胃蛋白酶原 II。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 [例 (%)]

组别	例数	恶心呕吐	肝肾功能异常	头晕	腹泻	总发生
对照组	45	1(2.22)	0(0.00)	1(2.22)	1(2.22)	3(6.67)
观察组	46	2(4.35)	0(0.00)	2(4.35)	1(2.17)	5(10.87)
$\chi^2$ 值						0.114
P 值						>0.05

胃虚弱、气血亏虚、情志失调以及饮食不节等，影响脾胃运化功能，导致脾胃运化功能失司，进而出现脘腹胀满、食少纳呆、便溏不爽等一系列症状，因此，该疾病的治疗主要在于健脾益气，和胃止痛<sup>[8]</sup>。香砂六君子汤是一种中药经典方剂，炒白术性温且可入脾经，有化湿开胃等功效；茯苓甘淡渗利，有健脾益气等功效；方中党参味甘性平，有补中益气、健脾补气等功效，以上三者合用，具有健脾祛湿、行气和胃的功效；陈皮可发挥健脾开胃的功效，炙甘草具有补脾益气等功效，两者配伍共奏健脾补中，行气化湿之功效；制半夏主要有降逆止呕、消痞散结的作用，木香入三焦经和胆经，可发挥健脾和胃等功效，两者配伍具有调畅中焦气机、除胀消痞的功效；砂仁可发挥化湿开胃、温脾止泻等功效；加用山楂、焦神曲、焦麦芽、鸡内金能健脾消食、消积化滞；加用厚朴、枳实具有行气宽中、消积异滞的功效；加用海螵蛸、代赭石、浙贝母可发挥健脾益气温中、疏肝健脾的功效；加用龙骨、煅牡蛎能安神宁心、平肝潜阳；太子参、石斛具有补气生津、健脾益肺的功效，全方共行强健脾脏、调理脾胃气机之功<sup>[9]</sup>。本研究结果显示，与对照组比较，观察组患者总有效率和Hp根除率更高，各项中医证候积分均降低，提示消化性溃疡（脾胃气虚证）患者联合应用香砂六君子汤加减治疗临床疗效确切，有助于提高Hp根除率，降低患者中医证候积分。

现代药理研究表明，香砂六君子汤方中茯苓、白术、党参中的有效成分茯苓醇、白术内酯 I、白术丙酮、党参多糖等，可以抑制胃蛋白酶活性，减少胃酸分泌量，减轻胃黏膜萎缩，保护并修复胃黏膜；陈皮所含挥发油可促进消化液的分泌，排除肠管内积气；炙甘草含有甘草甜素、甘草次酸、甘草多糖等多种化学成分，可促进胃肠道蠕动、促进脾胃运行，改善胃肠道消化功能，香砂六君子汤中多

种活性成分可抑制胃黏膜水肿、减少肠上皮化生，并可促进胃液分泌、提高胃液游离酸度，在调节胃肠功能、促进胃动力等方面发挥重要作用<sup>[10]</sup>。本研究结果显示，治疗后两组患者血清各项胃肠激素水平均降低，且观察组较对照组更低，提示香砂六君子汤加减治疗消化性溃疡（脾胃气虚证）患者有利于降低血清胃蛋白酶原、胃泌素水平，从而对胃黏膜起到保护作用。

综上，消化性溃疡（脾胃气虚证）患者在常规四联疗法的基础上，应用香砂六君子汤加减治疗疗效佳，有利于提高Hp根除率，降低患者中医证候积分，改善患者临床症状，故香砂六君子汤对脾胃气虚证消化性溃疡有良好的疗效，且安全性好，值得进一步加强推广应用。

参考文献

[1] 翟建宁,金小晶. 香砂六君子汤对脾胃虚弱型消化性溃疡的疗效及EGF水平的影响[J]. 吉林中医药, 2020, 40(6): 754-757.

[2] 马艳,毛志田. 香砂六君子汤联合西药治疗 HP 阳性脾胃虚弱型消化性溃疡临床研究[J]. 陕西中医, 2020, 41(3): 357-359.

[3] 殷裔昌,杨晓军,骆嘉俊,等. 香砂六君子丸联合胃复春治疗胃溃疡的临床疗效及对患者胃肠道功能和炎性因子的影响[J]. 现代生物医学进展, 2020, 20(1): 89-92.

[4] 袁耀宗. 消化性溃疡诊断与治疗规范(2016年,西安)[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(8): 508-513.

[5] 李军祥,陈詒,肖冰,等. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 112-120.

[6] 郑筱萸. 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: 151-152.

[7] 蒋玉萍,刘伟锋,温智稀. 温针灸联合健脾益胃方治疗脾胃气虚型消化性溃疡临床观察[J]. 广西中医药, 2023, 46(2): 5-8.

[8] 齐宏,陈广,祁永梅,等. 香砂六君子汤联合奥美拉唑治疗消化性溃疡的效果分析[J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(6): 1185-1188.

[9] 王娜,杨翠兰,伏新顺,等. 香砂六君子汤加减联合兰索拉唑治疗脾胃虚弱型消化性溃疡疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(9): 1187-1188.

[10] 倪媛元,吉兆奕. 香砂六君子汤在消化系统疾病中的应用进展[J]. 医学综述, 2022, 28(13): 2700-2704.