

小建中汤联合温针灸干预脾胃虚寒型胃脘痛的临床疗效研究

阳伟红 陈梦月

天津中医药大学, 天津静海, 301617;

摘要: 目的: 本课题通过前瞻性研究探讨小建中汤联合温针灸疗法治疗胃脘痛中医辨证属脾胃虚寒型患者的临床疗效、安全性。方法: 以130例胃脘痛辨证为脾胃虚寒型的患者为研究对象, 随机分为治疗组65例(脱落2例), 予小建中汤联合温针灸疗法进行治疗; 对照组65例(脱落4例)予小建中汤口服。两组各观察3周。对比两组治疗前后的临床疗效与安全性等。结果: 总有效率结果, 治疗组为96.8%, 对照组为85.2%, $P < 0.05$, 提示组间差异有统计学意义; 治疗结束后患者各项中医证候评分均较治疗前明显降低, 统计学计算得到 $P < 0.05$, 且治疗组各项中医证候评分均低于对照组, 统计学计算得到 $P < 0.05$; 两组均无不良反应发生。结论: 研究提示小建中汤联合温针灸疗法干预脾胃虚寒型胃脘痛确有疗效, 能促进患者疾病痊愈。

关键词: 小建中汤; 胃脘痛; 脾胃虚寒型; 疗效观察

DOI: 10.69979/3029-2808.26.04.047

胃脘痛主要表现为胃脘部靠近心窝处疼痛, 是中医内科学的常见病。现代医学中以上腹部疼痛为主症的急慢性胃炎、胃溃疡等均在胃脘痛之列^[1]。其临床常见辨证分型较多, 如脾胃虚寒型、肝气郁结型、寒邪客胃型等^[2], 而其中属脾胃虚寒型较为常见。小建中汤作为温养中焦类方剂的代表, 是治疗虚劳里急证及脾胃虚寒型胃脘痛的常用方, 具有温中补虚、和里缓急的作用。

近年来, 关于小建中汤的临床研究文献数量呈逐年递增趋势, 表明该方剂的学术价值正得到越来越多研究者的关注。目前, 探讨小建中汤与温针灸、穴位敷贴等中医疗法联合应用的作用机制, 已成为该领域的研究热点之一^[3]。例如, 刘江平^[4]在中医医派思想指导下采用小建中汤辨证治疗腹痛, 研究显示此方能较好地缓解腹痛, 改善患者症状; 李燕红^[5]在治疗消化性溃疡时, 在常规西药四联疗法的基础上增加中药小建中汤加味, 发现其疗效显著优于单纯西药治疗组, 且幽门螺杆菌根治率更高、复发率更低。上述研究均证实小建中汤在缓解胃脘痛症状、减轻患者痛苦方面具有积极作用, 因此进一步开展小建中汤的临床应用研究具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选自2024年1月至2025年6月天津市中医药研究院附属医院、天津中医药大学第一附属医院门诊收治的130例辨证为脾胃虚寒型胃脘痛的患者, 用随机抽样法将患者分为治疗组($n=65$)和对照组($n=65$)。治疗组除服用小建中汤外, 还结合温针灸疗法; 对照组仅口服小建中汤, 观察两组治疗效果。治疗组、对照组分别纳

入65人, 研究过程中详细记录患者的基本资料及临床诊疗信息。本研究经医学伦理委员会批准审查, 受试者知情同意并已签字。

1.1.1 中医辨证依据

①主症: 胃脘部隐隐作痛, 疼痛绵绵; ②次症: 食少纳呆、神疲体倦, 喜温喜按、遇冷加重, 畏寒肢冷, 便溏、小便清长; ③舌脉信息: 舌淡苔薄白, 脉沉细或脉弱。除主症必须符合外, ②③需满足任意3项及以上, 方可辨证为脾胃虚寒型胃脘痛。

1.1.2 纳入标准

①符合《中医内科病证诊断疗效标准》中脾胃虚寒型胃脘痛的中医辨证标准; ②患者治疗依从性良好, 能够配合完成所有治疗; ③临床资料完备; ④签署知情同意书。

1.1.3 排除标准

①经研判属于治疗方案禁忌症患者; ②肝肾功能障碍、自身免疫性疾病等, 或恶性肿瘤患者; ③患精神类疾病、意识障碍者; ④入组前30天内接受过其他针对胃脘痛的治疗方案的患者; ⑤不符合中医辨证依据的患者; ⑥孕期或哺乳期女性; ⑦18周岁以下或75周岁以上的患者; ⑧治疗依从性差、中途退出治疗者。

1.1.4 剔除与脱落标准

1. 剔除标准

①临床资料不完整, 无法对治疗前后的疗效及安全性进行系统评定的患者; ②治疗依从性差, 未按照临床医师指导完成临床症状采集及治疗, 导致无法获取完整疗效评价数据的患者。

2. 脱落标准

①突发疾病或有特殊情况无法继续治疗者；②治疗过程中出现严重并发症或反应者。脱落患者的临床资料妥善存放以便后续追溯分析。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

予以小建中汤治疗，处方如下：胶饴 30g，炙甘草 6g，炒白芍 18g，桂枝 10g，大枣 6g，生姜 10g。煎煮方法：将上述药材（除胶饴外）加水浸泡，大火煮沸后改小火煮 20 分钟，倒出药汁；再加适量水重复煎煮一次。将两次药汁混合，加入饴糖用文火融化（约 10 分钟），注意避免高温破坏饴糖成分。早晚两次饭前温服，日 1 剂，连续服用 3 周。

1.2.2 治疗组

治疗组患者采用小建中汤联合温针灸治疗，其中小建中汤的服用方案与对照组一致。温针灸穴位处方：中脘、气海、胃俞、上巨虚、足三里、内关、公孙、脾俞，另外，神阙穴采用隔盐灸；每周治疗 3 次，连续治疗 3 周。

1.2.3 治疗疗程

两组患者均以 3 周为治疗周期，治疗期间对照组每日服用 1 剂小建中汤，总计服用 21 剂；治疗组在每日服用小建中汤的基础上，按上述方案接受温针灸治疗。治疗周期结束后，对两组患者的临床疗效进行评估。

1.3 观察指标

①记录治疗后的临床效果，注意有无不良反应发生；②记录治疗前后的中医证候评分。参照《胃肠疾病中医证候评分表》（2003 年版），结合相关文献资料制定本研究的中医证候评分量表，涉及的主要条目有胃脘隐痛、脘腹胀满、食少纳呆、畏寒肢冷、嗝气、泛酸、便溏、舌淡苔薄白、脉沉细或弱 9 项，用 0~3 分表示各证候条目的轻重程度，3 分提示重度，其余次之，0 分表示无该证候；③复发情况：治疗周期结束后两个月，对所

有纳入研究的患者进行电话随访，通过公式计算复发指数及复发率。其中，复发指数 > 30% 判定为疾病复发，复发指数计算公式为：（随访时症状总分 - 治疗周期结束时症状总分）/ 随访时症状总分 × 100%；复发率计算公式为：（复发病例数 ÷ 该组有效随访病例数）× 100%。

1.4 疗效判断标准

根据文献计算疗效指数（n）， $n = [(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分}] \times 100\%$ 。疗效等级判定：①痊愈：n ≥ 95% 提示临床症状、体征大有改善；②显效：n 介于 70%~95% 之间，提示临床症状、体征明显改善；③有效：n 介于 30%~70% 之间，表示临床症状、体征略有改善；④无效：n 小于 30%，表示患者临床症状、体征无改善。总有效率计算方法为：[(痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总病例数] × 100%。

1.5 统计学方法

计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较用 t 检验；计数资料用 χ^2 检验。采用 SPSS 22.0 对数据进行分析， $P < 0.05$ 提示差异有统计学意义。

2 治疗结果

2.1 一般性资料比较

根据脱落情况（截至观察期结束，对照组 4 例脱落，治疗组 2 例脱落），最终纳入临床观察的患者，治疗组 n=63，男、女分别为 29 例、34 例；对照组 n=61，男、女分别为 30 例、31 例。两组患者在年龄、病程方面比较， $P > 0.05$ ，提示差异无统计学意义，可以进行比较。

表一 两组患者一般性资料比较

组别	n	年龄（岁）	病程（天）
对照组	61	44.55 ± 3.56	8.95 ± 0.68
治疗组	63	43.92 ± 4.77	9.35 ± 0.34
t 值		0.44	0.35
P 值		>0.05	>0.05

2.2 临床疗效比较

通过计算得到对照组、治疗组总有效率分别为 85.2%、96.8%，二者比较 $P < 0.05$ ，组间差异有统计学意义。

表二 两组患者临床疗效比较 [n (%)]

分组	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	61	10 (16.4%)	30 (49.2%)	12 (19.7%)	9 (14.7%)	52 (85.2%)
治疗组	63	16 (25.4%)	42 (66.7%)	3 (4.8%)	2 (3.2%)	61 (96.8%)
χ^2 值						3.524
P 值						<0.05

2.3 中医证候评分比较

治疗周期结束，治疗组、对照组各项中医证候评分

与治疗前比较均降低（用①表示 $P < 0.05$ ）；治疗后治疗组与对照组组间进行比较（用②表示 $P < 0.05$ ）。均提示差异有统计学意义。

表三 两组患者中医证候评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	胃脘隐痛	脘腹胀满	食少纳呆	泛酸	畏寒肢冷	便溏	舌淡苔薄白	脉沉细或弱	总计
治疗前	对照组	2.4±0.6	2.2±0.5	2.1±0.5	1.6±0.7	1.5±0.8	1.9±0.3	2.3±0.4	2.2±0.3	22.6±0.5
	治疗组	2.5±0.5	2.1±0.3	2.0±0.4	1.5±0.8	1.4±0.5	1.8±0.5	2.2±0.2	2.1±0.8	22.1±0.4
治疗后	对照组	1.1±0.3 ^①	1.5±0.4 ^①	1.3±0.4 ^①	0.9±0.5 ^①	0.9±0.4 ^①	1.1±0.3 ^①	1.5±0.3 ^①	1.6±0.4 ^①	14.4±0.4 ^①
	治疗组	0.5±0.3 ^{①②}	0.8±0.3 ^{①②}	0.7±0.3 ^{①②}	0.5±0.3 ^{①②}	0.5±0.3 ^{①②}	0.6±0.2 ^{①②}	0.7±0.3 ^{①②}	0.6±0.3 ^{①②}	8.2±0.3 ^{①②}

2.4 复发情况比较

治疗周期结束两个月后通过电话随访, 治疗组无复发病例; 对照组有 1 例复发, 计算得到复发率为 1.96%, 复发指数为 30.77%。

3 讨论

胃脘痛究其主要病因病机为饮食不节、忧思恼怒^[1], 小建中汤作为治疗该病症的经典方剂, 在改善患者症状、促进疾病痊愈、提高生活质量方面具有确切疗效。《黄帝内经》中最早记载“胃脘当心而痛”, 后世《寿世保元》等古籍文献中也将其称为“心胃痛”, 沿用至今。脾胃虚寒型胃脘痛的发病率较高, 患者以胃脘部隐痛、脘腹胀满等为主症, 迁延不愈。其主要病机责之于脾阳亏虚, 阳气不足、脾失温煦导致脾的运化功能下降, 间接导致胃气运行不畅、脉络失养, 最终引发胃脘疼痛。脾胃作为人体气血生化之源及水谷运化的关键脏腑, 如出现中焦虚寒、气机受阻, 则易出现水谷运化失常、脾胃失和的病理状态。因此, 中医治疗脾胃虚寒型胃脘痛的核心思路为温养中焦、健运脾胃。

本研究结果显示, 小建中汤联合温针灸治疗脾胃虚寒型胃脘痛的临床效果显著优于单纯小建中汤治疗, 这一结果与中医“协同增效”的治疗理念高度契合。从方剂学角度分析, 小建中汤最早见于《伤寒论·辨太阳病脉证并治法》, 其现代临床应用已广泛运用于脾胃虚寒、气血不足的消化系统病证中。该方由桂枝汤加入饴糖、倍用芍药使功效迭代升级, 倍用芍药可借助其酸甘益阴之性, 在补脾的同时缓解筋脉拘挛状况; 饴糖则以其甘温补中之力缓和急痛, 诸药合用达到营卫调和、脾胃健运的功效。

从治疗机制协同性来看, 小建中汤与温针灸的联合应用可实现“内服调理与外治通经”的双重作用: 小建中汤内服从内部改善脾胃虚寒、气血不足的病理状态; 温针灸能疏通经络、调节气血、温通经脉, 快速缓解胃脘疼痛等症状。这种“内外兼治”的模式, 不仅适用于脾胃虚寒型胃脘痛, 还可推广至寒凝血瘀、阳气亏虚类病症。类似的协同治疗思路在其他研究中也有体现, 如

刘效芝采用小建中汤结合穴位贴敷治疗小儿腹痛(腹部中寒证), 通过内服方剂与外用贴敷的协同作用, 有效改善了患儿症状, 调节了气血运行, 温养了脏腑功能。本研究存在一定局限性, 例如样本量相对较小, 且未深入探讨联合治疗对胃肠道菌群、炎症因子等客观指标的影响, 未来可通过扩大样本量、增加客观指标检测等方式, 进一步验证小建中汤联合温针灸的长期疗效与作用机制。此外, 由于本研究仅纳入脾胃虚寒型胃脘痛患者, 该方案对其他证型胃脘痛的适用性仍需进一步研究。

综上, 小建中汤联合温针灸治疗脾胃虚寒型胃脘痛, 可通过方剂内服与温针灸疗法的协同作用, 改善患者临床症状、加快疾病痊愈。该治疗方案既遵循了中医传统理论, 又得到了现代临床数据的支持, 具有较高的临床推广价值。

参考文献

- [1] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学. [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017. 8
- [2] 李秀英. 小建中汤配合食疗治疗脾胃虚寒型胃脘痛临床疗效观察[J]. 中国当代医药, 2012, 19(04): 107-108.
- [3] 郎燕, 谢小峰, 马小琴, 等. 经典名方小建中汤研究热点及趋势分析[J]. 河南中医. 2025. 45(07): 977-984.
- [4] 刘江平, 刘江梅. 中和医派思想指导下小建中汤辨证治疗腹痛临床观察[J]. 光明中医. 2025. 40(10): 1957-1960.
- [5] 李燕红. 小建中汤治疗脾胃虚寒型消化性溃疡临床观察[J]. 光明中医, 2023, 38(04): 685-687.

作者简介: 阳伟红(1988-), 女, 汉族, 江西宜春人, 讲师, 医学博士, 研究方向为针刺机理、针灸标准化研究。

基金项目: 天津市卫生健康委中医中西医结合科研课题(编号: 2023146)