

# 柴胡疏肝散加减治疗对肝胃不和型慢性胃炎患者应用有效率分析

刘玉书

内蒙古自治区赤峰市松山区城子乡猴头沟卫生院, 内蒙古 赤峰 024033

DOI:10.61369/MRP.2026050004

**摘要:** 目的: 评价柴胡疏肝散(加减)对于慢性胃炎(肝胃不和型)的治疗效果。方法: 选择2022年1月至2025年1月间入院治疗的60例慢性胃炎(肝胃不和型)患者, 随机数字表等分, 观察组实行柴胡疏肝散(加减)和西药治疗, 参照组单纯实行西药治疗, 对比组间的有效率等指标。结果: 观察组的总有效率高, 治疗后的中医证候积分低, 炎性因子水平优异, 不良反应率低, 生活质量评分高, 与参照组对比 $P < 0.05$ 。结论: 为慢性胃炎(肝胃不和型)患者实行柴胡疏肝散(加减)治疗的总体疗效更佳, 可减轻中医症状, 缓解炎症反应, 且副作用少, 能够提高患者的生活质量。

**关键词:** 柴胡疏肝散加减; 肝胃不和型; 慢性胃炎; 有效率

## Analysis of the Application Effectiveness of Modified Chaihu Shugan San in Treating Patients with Chronic Gastritis of Liver-Stomach Disharmony Type

Liu Yushu

Houtougou Health Center, Chengzi Township, Songshan District, Chifeng City, Inner Mongolia Autonomous Region, Chifeng, Inner Mongolia 024033

**Abstract:** Objective: To evaluate the therapeutic effect of Modified Chaihu Shugan San on chronic gastritis of liver-stomach disharmony type. Methods: A total of 60 patients with chronic gastritis of liver-stomach disharmony type admitted to the hospital from January 2022 to January 2025 were selected and equally divided using a random number table. The observation group received Modified Chaihu Shugan San combined with Western medicine treatment, while the reference group received Western medicine treatment alone. The effectiveness rate and other indicators were compared between the two groups. Results: The observation group exhibited a higher overall effectiveness rate, lower traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores after treatment, excellent inflammatory factor levels, a lower incidence of adverse reactions, and higher quality of life scores compared to the reference group ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Modified Chaihu Shugan San demonstrates favorable overall therapeutic effects in treating patients with chronic gastritis of liver-stomach disharmony type, alleviating TCM symptoms, reducing inflammatory responses, with fewer side effects, and improving patients' quality of life.

**Keywords:** Modified Chaihu Shugan San; liver-stomach disharmony type; chronic gastritis; effectiveness rate

## 引言

慢性胃炎的病位在胃黏膜层, 是发病率较高的消化道疾病, 典型症状为胃痛、反酸等。西药是该病的常用疗法, 可利用抗生素或是质子泵抑制剂(PPI)进行对症治疗, 进而缓解疾病症状, 抑制病情进展。但西药治疗的不良反应较多, 停药后复发率高, 治疗效果有限, 还需联合中医疗法<sup>[1]</sup>。慢性胃炎属于中医学的“胃痛”范畴, 以肝胃不和型为主, 需进行疏肝养胃、理气止痛与活血化瘀等治疗。柴胡疏肝散是该病的常用中药方剂, 具有宣泄气机、解郁和胃以及疏肝理气等治疗作用, 可对患者进行辨证治疗, 进而纠正肝胃不和表现。基于此, 本研究选择60例慢性胃炎(肝胃不和型)患者, 以评价柴胡疏肝散(加减)的治疗有效率。

## 一、资料与方法

### (一) 一般资料

选择2022年1月至2025年1月间入院治疗的60例慢性胃炎

(肝胃不和型)患者, 随机数字表等分, 观察组30例, 男患者18例, 女患者12例; 年龄范围在25-69岁, 均值(42.56 ± 3.18)岁; 病程范围在1-11年, 均值(5.65 ± 1.48)年。参照组30例, 男患者17例, 女患者13例; 年龄范围在27-65岁, 均值

(42.41±3.27)岁;病程范围在1-10年,均值(5.41±1.39)年。两组资料对比, P > 0.05。

纳入标准:经《中医内科学》<sup>[2]</sup>诊断为慢性胃炎;符合肝胃不和型体征;年龄小于70岁;病程超出6个月;基本资料完整;对研究知情。纳入标准:对研究药物过敏;证实为中医其他证型;患有其他消化道疾病;合并恶性肿瘤;免疫系统缺陷;中途退出研究。

### (二) 方法

参照组实行西药治疗:口服给药奥美拉唑肠溶胶囊,每次的用药剂量为20mg,每日给药2次;口服给药铝碳酸镁咀嚼片,每次嚼服1g,每日给药3次;口服给药克拉霉素片,每次用药剂量为0.5g,每日给药3次;口服给药阿莫西林胶囊,每次用药剂量为1g,每日给药3次。上述西药均治疗28d。

观察组除西药治疗外,联合柴胡疏肝散加减,基础方:醋北柴胡(量为12g)、陈皮(量为10g)、生白芍(量为30g)、醋香附(量为10g)、川芎(量为6g)、麸炒枳壳(量为12g)与炙甘草(量为6g)。加减方:严重嗝气加入旋覆花(量为10g)以及代赭石(量为30g);纳差少食加入六神曲(量为15g)、生麦芽(量为20g)以及焦山楂(量为15g);喜太息加入香橼(量为20g)以及佛手(量为15g);烦躁易怒加入合欢花(量为20g),柴胡需加倍;嘈杂反酸加入瓦楞子(量为20g)、黄连(量为9g)、百合(量为15g)、制吴茱萸(量为3g)以及海螵蛸(量为20g);合并淤血且舌质紫暗加入赤芍(量为10g)以及地龙(量为10g)。以上药材用水煎煮后每日服1剂,早晚各饮用1次,持续给药28d。

### (三) 观察指标

(1) 中医证候积分:治疗前与疗程结束后,评估患者的胃脘痛、嗝气、胃脘胀满与反酸积分,每项0-6分,无症状计0分,重度症状计6分。

(2) 炎性因子:同时时间点抽集静脉血(5ml,空腹),离

心操作10min,转速设置3000r/min,评测肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白介素-10(IL-10)与白介素-6(IL-6)水平,均行酶联免疫吸附法。

(3) 不良反应率:观察恶心、皮疹、腹胀与便秘等发生概率。

(4) 生活质量评分:选择世界卫生组织生活质量评定简表,含环境、生理、社会关系与心理,均为100分,生活质量正向计分。

### (四) 疗效评价标准

疗效指数=治疗前后的中医证候积分差/治疗前积分\*100%,疾病治愈即疗效指数超出95%,无相关症状和体征;显著疗效即疗效指数在71-95%,轻微症状和体征;初步疗效即疗效指数在30-70%,明显症状和体征;未见疗效即疗效指数低于30%,严重症状和体征。

### (五) 统计学分析

数据经SPSS 28.0软件处置,计量值经t值对比/检验,计数值经 $\chi^2$ 值对比/检验,统计学有意义计为P < 0.05。

## 二、结果

### (一) 两组对比总有效率

观察组的总有效率比参照组高(P < 0.05)。

表1 两组对比总有效率[n/%]

| 分组       | 例数 | 疾病治愈          | 显著疗效         | 初步疗效         | 未见疗效         | 总有效              |
|----------|----|---------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
| 观察组      | 30 | 14<br>(46.67) | 7<br>(23.33) | 7<br>(23.33) | 2<br>(6.67)  | 93.33<br>(28/30) |
| 参照组      | 30 | 9<br>(30.00)  | 6<br>(20.00) | 6<br>(20.00) | 9<br>(30.00) | 70.00<br>(21/30) |
| $\chi^2$ |    |               |              |              |              | 5.455            |
| P        |    |               |              |              |              | 0.020            |

### (二) 两组对比中医证候积分

观察组治疗后的中医证候积分比参照组低(P < 0.05)。

表2 两组对比中医证候积分[ $\bar{x} \pm s$ , 分]

| 分组  | 例数 | 胃脘痛       |           | 嗝气        |           | 胃脘胀满      |           | 反酸        |           |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|     |    | 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 | 4.18±0.82 | 1.62±0.33 | 4.32±0.51 | 1.48±0.38 | 4.21±0.66 | 1.83±0.27 | 4.15±0.48 | 1.36±0.54 |
| 参照组 | 30 | 4.11±0.85 | 2.94±0.39 | 4.29±0.57 | 2.77±0.42 | 4.28±0.62 | 3.12±0.31 | 4.19±0.44 | 2.65±0.68 |
| t   |    | 0.325     | 14.152    | 0.215     | 12.475    | 0.423     | 17.187    | 0.336     | 8.137     |
| P   |    | 0.747     | < 0.001   | 0.831     | < 0.001   | 0.674     | < 0.001   | 0.738     | < 0.001   |

### (三) 两组对比炎性因子

观察组治疗后的炎性因子水平比参照组优异(P < 0.05)。

表3 两组对比炎性因子[ $\bar{x} \pm s$ , ng/L]

| 分组  | 例数 | TNF- $\alpha$ |           | IL-10      |            | IL-6       |            |
|-----|----|---------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 治疗前           | 治疗后       | 治疗前        | 治疗后        | 治疗前        | 治疗后        |
| 观察组 | 30 | 20.38±3.15    | 6.17±1.52 | 32.53±4.18 | 55.14±6.32 | 62.41±6.73 | 20.11±3.49 |
| 参照组 | 30 | 20.41±3.18    | 9.22±1.57 | 32.41±4.25 | 49.15±6.14 | 62.49±6.71 | 28.45±3.56 |
| t   |    | 0.037         | 7.645     | 0.110      | 3.723      | 0.046      | 9.163      |
| P   |    | 0.971         | < 0.001   | 0.913      | < 0.001    | 0.963      | < 0.001    |

#### (四) 两组对比不良反应率

观察组的不良反应率比参照组低 ( $P < 0.05$ )。

表4 两组对比不良反应率 [n/%]

| 分组       | 例数 | 恶心       | 皮疹       | 腹胀        | 便秘       | 发生率          |
|----------|----|----------|----------|-----------|----------|--------------|
| 观察组      | 30 | 1 (3.33) | 0        | 1 (3.33)  | 0        | 6.67 (2/30)  |
| 参照组      | 30 | 2 (6.67) | 1 (3.33) | 3 (10.00) | 2 (6.67) | 26.67 (8/30) |
| $\chi^2$ |    |          |          |           |          | 4.320        |
| P        |    |          |          |           |          | 0.038        |

#### (五) 两组对比生活质量评分

观察组治疗后的生活质量评分比参照组高 ( $P < 0.05$ )。

表5 两组对比生活质量评分 [ $\bar{x} \pm s$ , 分]

| 分组  | 例数 | 环境           |              | 生理           |              | 社会关系         |              | 心理           |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 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 | 68.74 ± 5.83 | 84.26 ± 5.72 | 69.41 ± 5.67 | 84.93 ± 5.34 | 68.92 ± 5.49 | 82.38 ± 5.61 | 69.83 ± 5.22 | 85.17 ± 6.08 |
| 参照组 | 30 | 69.08 ± 5.64 | 79.19 ± 6.21 | 70.23 ± 5.81 | 77.82 ± 5.90 | 69.35 ± 5.73 | 75.64 ± 6.47 | 70.45 ± 5.36 | 78.56 ± 5.87 |
| t   |    | 0.230        | 3.289        | 0.553        | 4.894        | 0.297        | 4.311        | 0.454        | 4.284        |
| P   |    | 0.819        | 0.002        | 0.582        | < 0.001      | 0.768        | < 0.001      | 0.652        | < 0.001      |

### 三、讨论

慢性胃炎的致病因素包括饮食习惯不良、作息紊乱和工作压力增大等，其早期症状为嗝气、食欲下降、腹部胀满和轻微疼痛等，疾病持续发展会导致严重胃痛和反酸等表现<sup>[9]</sup>。该病的治疗方案以西药口服为主，其中，奥美拉唑可减少胃酸分泌，降低胃壁细胞的  $H^+/K^+-ATP$  酶活性，进而改善胃内酸碱度，修复受损胃黏膜。铝碳酸镁是常用的黏膜保护剂，可有效中和胃酸，对胆汁酸具有吸附作用，以此保护胃黏膜<sup>[10]</sup>。克拉霉素属于大环内酯类药物，对细菌蛋白质合成具有阻断作用，可清除幽门螺杆菌，稳定发挥抗菌作用。阿莫西林属于青霉素类药物，对细菌细胞壁合成过程的破坏性较强，可增强克拉霉素的抗菌效果，进而提高幽门螺杆菌的清除率<sup>[9]</sup>。以上药物联合治疗能够稳定胃环境、保护胃黏膜与强效抗炎，但其长期用药的不良反应多，具有治疗局限性。

中医学认为，慢性胃炎主要为肝胃不和型，病机是肝气瘀阻、脾失健运、胃阴不足和胃络受阻等，病因是外感湿邪、情志不畅等，其治疗原则为疏肝健脾、理气活血和调理气机等<sup>[9]</sup>。柴胡疏肝散是该病的经典方剂，其中，柴胡能够疏肝解郁和通达气机；陈皮具备和胃消滞等作用；白芍可在止痛敛阴的同时柔肝养血；香附具有疏肝解郁、止痛与理气等作用；川芎兼具行气活血和止痛祛风等功效；枳壳可以理气宽中与消胀行滞；甘草可调和药性，且有健脾益气等作用。诸方合用能够缓急止痛、调理气机

与疏肝和胃，进而提升临床疗效<sup>[7]</sup>。

结果显示，观察组的总有效率高于参照组，治疗后的中医证候积分低于参照组，炎症因子水平优于参照组 ( $P < 0.05$ )。分析原因：柴胡疏肝散的药方组成中，柴胡具有抗炎和保肝等功效，可调节胃肠平滑肌功能，减轻胃痉挛等表现，进而缓解疼痛症状。陈皮能够增加消化液分泌量，增进患者食欲，进而改善胃肠道蠕动功能。白芍能够抗炎、解痉与镇静，且能改善胃肠道功能<sup>[9]</sup>。香附可在抗炎和解热的同时，发挥抗过敏与抗氧化作用。川芎能够镇静和保肝，调节胃肠运动能力，且能保护血管功能。枳壳对于胃肠平滑肌具有较强的双向调节作用，可增加胆汁分泌量。甘草能够抗病毒和增强免疫，且能辅助其他药材发挥保肝与抗炎机制。其联合于西药治疗可发挥协同作用，尽快改善患者的疾病症状，促进炎症反应吸收，具有较高的治疗有效率<sup>[9]</sup>。观察组的不良反应率低于参照组，生活质量评分高于参照组 ( $P < 0.05$ )。分析原因：加减方可根据患者的症状差异进行辨证治疗，合理调节联合用药方案，具有增效减毒等作用，能够减少西药治疗的不良反应<sup>[10]</sup>。而且联合治疗可显著增强患者免疫力，恢复其脾胃功能，降低疾病因素对于日常生活的负面干扰作用，可有效提升患者的生活质量。

综上，为慢性胃炎（肝胃不和型）患者进行柴胡疏肝散（加减）治疗的有效率与安全性较高，可减轻临床症状和炎症反应，提高患者的生活质量。

### 参考文献

- [1] 吴红琴. 柴胡疏肝散治疗肝胃不和型慢性胃炎伴消化不良的用药效果分析 [J]. 北方药学, 2025, 22(7):50-53.
- [2] 张克敏, 白兆芝. 中医内科学 [M]. 科学出版社, 2001.
- [3] 郝海英, 桑贤良, 宋平瑞. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性胃炎的疗效及对生活质量的影响 [J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(3):568-571.
- [4] 张世军, 李涛. 柴胡疏肝散加减联合西药治疗肝胃不和型慢性胃炎的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(2):143-146.
- [5] 何细芝, 梁健波, 尹巧英. 柴胡疏肝散加减治疗对肝胃不和型慢性胃炎患者临床效果分析 [J]. 智慧健康, 2024, 10(6):52-55.
- [6] 韩苗苗. 柴胡疏肝散加减治疗对肝胃不和型慢性胃炎患者的疗效及对中医证候积分的影响 [J]. 每周文摘·养老周刊, 2025(14):159-161.
- [7] 罗维萍, 胡建强, 廖志群. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性胃炎的疗效及对生活质量的影响 [J]. 新疆中医药, 2025, 43(3):23-25.
- [8] 于淑青. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性胃炎伴消化不良的临床疗效及对症状缓解时间的影响 [J]. 临床合理用药, 2024, 17(31):93-95, 99.
- [9] 冯军, 黄建康, 陈达. 柴胡疏肝散合沉香降气散联合三联疗法治疗幽门螺杆菌感染肝胃不和型慢性胃炎的临床观察 [J]. 河北中医, 2022, 44(3):416-419, 429.
- [10] 余雨恬. 加减柴胡疏肝散对慢性胃炎（肝胃气滞型）患者炎症因子及胃黏膜分泌水平的影响 [J]. 中国医学创新, 2023, 20(5):77-81.