

六经辨治难治性功能性消化不良的 临证思路和验案举隅

王婧 贾越博 李熠萌 刘雪娇 杨柯鸣 叶丽亚·叶尔太 凌江红
(上海中医药大学附属曙光医院消化内科, 上海 200021)

【摘要】 难治性功能性消化不良 (RFD) 发病机制复杂, 症状重叠且反复发作, 常规治疗效果欠佳, 对患者的生活质量产生较大影响。作为中医的经典辨证论治体系, 六经辨证在 RFD 的治疗中展现出了独特的指导作用。通过深入剖析六经辨证的理论精髓与临床应用经验, 系统阐述 RFD 的辨治要领, 旨在拓展中医药治疗 RFD 的思路, 进一步充实和完善其辨证施治体系, 以期提升临床疗效, 造福广大患者。

【关键词】 《伤寒论》; 难治性功能性消化不良; 六经辨治; 临证思路

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.05.004

功能性消化不良 (functional dyspepsia, FD) 是一种常见的消化系统疾病, 表现为早饱、餐后饱胀等症状, 具有症状复杂和反复发作的特点。根据罗马 IV 标准, FD 全球患病率为 6.8%, 潜在的心理障碍是 FD 发生的重要因素^[1]。难治性功能性消化不良 (refractory functional dyspepsia, RFD) 指经至少 2 种常规药物治疗后, 症状持续至少半年以上未见明显好转者, 约占所有 FD 的 24%^[2]。其症状更复杂, 持续更久, 精神、心理合并症更普遍^[3]。目前西医尚无特效药物, 常规治疗具有局限性。近年来, 中医药以其整体调理和个体化辨证治疗的优势, 在 RFD 的治疗中显示出潜力。六经辨证是辨证的基础, 对于指导 RFD 的治疗具有重要意义。因此, 本文旨在深入挖掘六经辨证理论在 RFD 治疗中的临证思路, 以期提供新的辨治视角和方法。

1 基于六经辨证论治 RFD 的依据

1.1 六经辨证概述

六经辨证是源自《伤寒论》的一种中医经典辨证论治方法, 它将疾病分为病位 (表、里、半表半里) 和病性 (阴、阳) 两个维度^[4], 以揭示疾病的本质和演变规律。《黄帝内经》论“善诊者, 察色按脉, 先别阴阳”“治病必求于本, 本于阴阳”, 强调了疾病虽纷繁复杂, 但究其根本, 不

过阴阳两端。正邪之争决定疾病的发生、发展和转归, 其位置无非在表、里、半表半里, 其性质或阴或阳, 均可纳入六经辨证体系中。因此, 六经辨证不仅在外感疾病的辨证论治中发挥着重要作用, 也为内伤杂病的辨治提供了宝贵的思维框架。它涵盖人体内外表里, 是一种全面、系统的辨治方法, 能够更加精准地把握疾病本质。

1.2 六经辨证厘清 RFD 症状与病机

FD 之餐后不适综合征、上腹痛综合征 (EPS) 分属于中医“胃痞”“胃痛”范畴, 《伤寒论》中许多条文涉及胃痛、胃痞的论治。FD 常见症状“上腹痛、上腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐”广泛体现于六经病证候群和变症中。后世医家基于六经辨证理论, 从六经病不同阶段的病因病机和临床症状入手论治胃痛、胃痞等, 取得较好的临床成效^[5-6]。这些实践为六经辨证论治 FD 提供了充分的施治依据。

FD 初起以寒凝、食积、气滞、痰湿等为主, 尚属实证; 邪气久羁, 耗伤正气, 则由实转虚, 或虚实并见。病情久郁化热, 亦可表现为寒热互见。久病入络则变生瘀阻。总之, 脾虚气滞, 胃失和降为 FD 基本病机, 贯穿疾病始终。病理表现多为本虚标实, 虚实夹杂, 以脾虚为本, 气滞、

基金项目: 国家自然科学基金项目 (82174309); 国家中医药管理局中医药循证能力建设项目 (2019XZZX-XH013)

作者简介: 王婧, 女, 23 岁, 硕士研究生。研究方向: 胃肠病的中医药诊疗。

通信作者: 凌江红, E-mail: 459183870@qq.com

引用格式: 王婧, 贾越博, 李熠萌, 等. 六经辨治难治性功能性消化不良的临证思路和验案举隅[J]. 北京中医药, 2024, 43(5):

469-473.

血瘀、食积、痰湿等邪实为标^[7]。这与“实则阳明，虚则太阴”，“厥阴病虚实夹杂”的特点相应，总体符合六经传变规律。

目前中医学对FD的辨治多以八纲、脏腑和气血津液辨证为主，形成了较为完善的胃痛、胃痛证的辨证诊疗体系。随着临床实践的深入，RFD虽以胃失和降表现为主，却也涉及六经传变及多个脏腑功能变化，且易存在多证兼夹的复杂证候，而这恰是RFD难治的原因。在这一背景下，六经辨证作为集人体脏腑经络、升降出入、营卫气血等中医精髓理论于一体的综合性辨证思维模式，显得尤为重要。它能够准确把握疾病发生发展中的核心病机和预后转归，为中医证候、病因病机及治则治法提供系统的理论指导^[8]，也为病机更加复杂的RFD提供了六经合病辨治基础。通过深入挖掘六经辨证的理论内涵和实践经验，有望为RFD的治疗带来更多突破和创新。

2 RFD六经辨治思路

2.1 太阳病

太阳为六经之藩篱，外邪侵袭，首当其冲。太阳病以正邪交争于表，营卫不和为主要病机。RFD兼有太阳表证，辨为太阳者，可用桂枝剂加减治疗。《黄帝内经》论“治病求本，本于阴阳”，桂枝汤作为调和阴阳之典范，能外调营卫，内调气血、脾胃，在太阳病的治疗中占据重要地位。在《伤寒论》中，桂枝加桂汤用于治疗“气从少腹上冲心”之奔豚病，其症状与嗝气、呃逆、反酸等消化不良表现相似，均为气机上逆所致。仲景提出的“异病同治”理念在此得到体现，桂枝加桂汤通过调和气机，可用于阳虚饮逆的胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)患者^[9]。凌江红教授在临床实践中发现，该方对RFD症状亦有改善作用，特别对于EPS与GERD合并者，其疗效更为显著。《伤寒论》云：“太阳病，外证未除，而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞硬，表里不解者，属桂枝人参汤。”太阳病多次误下致脾胃虚寒，一则中焦升降失常，发为心下痞硬，二则运化失职，水谷杂下，发生表热兼寒利，与可能合并肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)或功能性腹泻的RFD症状相仿。此乃太阳太阴合病，应表里双解，散寒止利，投桂枝人参汤，中焦得以温运，气机升降有调，则利止痞消，表证亦解。朱红春等^[10]发现桂枝人参

汤能有效改善胃寒证患者的消化不良症状，促进黏膜慢性炎症消失。现代研究证实，桂枝中的桂皮醛能强化细胞保护，加固胃碳酸氢盐屏障，有效保护胃黏膜^[11]；而白术可通过调节胃肠激素、肠神经系统、神经递质等途径，改善胃肠功能^[12]。

2.2 少阳病

少阳为枢机，调节表里阴阳气血之开阖，邪犯少阳，气机不利，发为半表半里的阳性证。其病理变化以肝气郁滞、胆火上炎为主。《伤寒论》曰：“往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕……小柴胡汤主之。”小柴胡汤方证与“腹中痛”“便溏/便秘”“呕”“痞”“不欲食”等症状相关，其关键病机为少阳枢机不利，气机升降出入失常，与RFD病机相参，方证相应。《血证论》云：“木之性主于疏泄，气入胃，赖肝木之气以疏泄。”少阳肝气条达、情绪调畅对维持脾胃运化功能至关重要。易志忠在临床研究中发现，小柴胡汤加减可有效缓解肝胃不和型FD患者症状和焦虑状态^[13]。若少阳病邪不解，传变入阳明，见“呕不止、心下急、心下满痛”，乃少阳阳明合病，治以和解少阳，内泻热结，投大柴胡汤。黄煌教授指出郁热为本证核心病机，“心下按之满痛”是郁热的直接反映^[14]，这与RFD烧灼感、饱胀感等症密切相关。由于郁热具上逆之性，大柴胡汤体质者常伴随有反酸、烧心等胃液反流的症状。这为大柴胡汤治疗RFD重叠GERD提供了有力支持。研究^[15]表明，大柴胡汤能抑制组胺和五肽胃泌素所引起的胃酸分泌过多，促进胆汁排泄，降低反流对食管黏膜的损伤。《伤寒论》曰：“伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者，此为未解也，柴胡桂枝干姜汤主之。”刘渡舟教授以胆热脾寒为病机解释本方主证，认为条文中虽未明言太阴虚寒之便溏，然必为之兼症^[16]。岳小强教授亦认为本方少阳太阴同治，可用于肝脾共病、虚实交错、寒热错杂的各种消化系统疾病^[17]。康年松等^[18]研究表明，柴胡桂枝干姜汤在改善FD重叠IBS患者的胃肠道功能，调节胃肠激素和肠道菌群平衡等方面较西药更具优势。

2.3 阳明病

阳明为多气多血之经，邪入阳明，热化最盛，耗伤津液。阳明病以“胃家实”为提纲，一则阳明经证的无形热邪亢盛，二则阳明腑证有形燥实

积滞。治疗应注重清热泻火、通腑泻实，以消除热邪对胃肠功能的影响。《伤寒论》中大黄黄连泻心汤是治疗阳明病无形邪热壅塞心下的经典方剂。若 RFD 患者见心下痞满，按之濡而不硬不痛，伴口渴，心烦，舌红苔黄，脉数或关脉浮，可投此方清泻阳明，热邪既除，气机调和，痞满自消。现代研究也证实，大黄黄连泻心汤能显著降低血清 IL-8 和 TNF- α 含量，以减轻胃黏膜损伤^[19]。若 RFD 患者表现为“心下按之则痛”“脉浮滑”，为体内有形之痰水与外感之邪热互结、痞塞中焦所致，可予小陷胸汤清热涤痰开结。临床观察发现，小陷胸汤合四逆散可改善 FD 患者脘腹痞闷、胃部灼热等症状，提高促胃液素（GAS）、血浆胃动素（MOT）水平^[20]。《伤寒论》描述太阳病误下后，邪气内陷导致水热互结胸腹之大结胸证。对于 RFD 患者，若见“心下硬满、疼痛”，甚则“从心下至少腹硬满而痛，不可近”，兼有阳明热证时，可借鉴大陷胸汤的治疗思路。即使未见明显结胸证，大陷胸汤泻热逐水之用亦能助清胃肠湿热，调和气机。同时大结胸证所见短气躁烦、心中懊憹等症提示大陷胸汤可能对改善 RFD 患者烦躁、焦虑的情绪状态有一定作用。

2.4 太阴病

“实则阳明，虚则太阴”，除“里实热之阳明病”之外的里证，皆属太阴病范畴，其核心病机在于脾阳虚弱，寒湿内生，应以“当温之”为治则，具体分虚寒、气虚、水湿痰饮等辨证施治。RFD 发于太阴病者，除消化不良症状外，常兼一系列机能虚衰的表现，如《金匮要略》所述小建中汤证，文曰：“虚劳里急，悸、衄、腹中痛，梦失精、四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥。”为营卫不调，阴阳不和所致，可予小建中汤强健中气，益阴和阳。潘海燕^[21]用加味小建中汤治疗脾气虚证 FD，实验组总有效率达 92.0%，证明了建中法在 FD 治疗中的有效性。黄芪建中汤是另一种经典的建中法方剂，为治疗“虚劳里急，诸不足”而创，五脏阴阳俱虚偏气虚的 RFD 患者可投此方。现代研究表明，黄芪建中汤有促进胃蛋白酶原及胃肠道激素分泌，改善胃黏膜功能的作用^[22]。《景岳全书·脾胃》云：“饮食不节，则脾胃受伤，脾胃虚弱，百病由生。”RFD 患者多饮食失宜，脾胃阳气受损，进而出现脘腹疼痛，呕吐泄泻、纳呆食少等症，宜投理中汤温阳健脾和胃。研究显示，

理中丸治疗后寒证型大鼠血清中 TNF- α 水平有降低趋势，体现出一定的方证相应性^[19]。中阳虚损且伴有痰饮内生的 RFD 患者，因脾阳不振，痰饮停于心下或流于膈间，阳气不得畅通而引发胸胁支满、目眩等症。治疗应以温阳化饮、健脾利水为主，可予苓桂术甘汤。王庆国教授谓其有“拨云见日”之用^[23]。RFD 患者因中虚气逆导致反复嗝气时，在补中益气的基础上合旋覆代赭汤降气止嗝，标本兼顾。研究表明，旋覆代赭汤可通过促进胃排空、增强胃黏膜 C-kit 及 TFF1 的表达等来发挥治疗 FD 的作用^[24]。

2.5 少阴病

《内经》云：“无热恶寒者，发于阴也。”少阴病乃在表之阴证，呈一派虚寒沉衰等真阳不足之象。RFD 病程长、迁延反复则耗气伤阳，终致脾肾阳气俱伤，正与少阴病病机高度吻合。仲景针对少阴寒化设四逆汤，中用附子干姜以温中散寒，振兴沉衰，RFD 患者若见四肢厥冷、神疲欲寐、下利清谷、腹中冷痛，可投此方以回阳。《医宗金鉴》言：“肾为胃关，聚水而从其类，倘肾中无阳，则脾之枢机虽运，而肾之关门不开，水即欲行，以无主制，故泛滥妄行而有是证也。”脾肾阳气虚馁，水气失于温化，泛滥成邪，波及全身，或上攻于胃，或阻滞脾络，或下迫肠腑，引起呕吐、腹痛、腹泻等多种消化不良症状重叠出现。如《伤寒论》所云：“少阴病……腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。”《金匮要略》曰：“腹中寒气，雷鸣切痛，胸胁逆满，呕吐，附子粳米汤主之。”《灵枢经·五邪》又曰：“邪在脾胃……阳气不足，阴气有余，则寒中肠鸣腹痛。”现代研究^[25]证实，附子粳米汤具有镇痛、保护胃黏膜的作用，可直接通过神经-免疫-内分泌网络（NEI）系统，提高机体免疫能力。

2.6 厥阴病

厥阴者，合阴之门，两阴交尽而阳生也。厥阴之阳，乃少阳春生之气，始萌未盛，易受寒邪抑制，肝阳不足，寒邪郁久化热，形成厥阴病寒热错杂的病机，其治疗应遵循温清并用的原则，以调和阴阳。乌梅丸为厥阴病主方，有大建中汤、四逆汤、当归四逆汤、泻心汤等数方之意，能缓肝调中、清上温下，广泛用于肝胃、肝脾不和之病证。凌江红教授将厥阴证乌梅丸主治证总结为“呕、

烦、厥、利”，和“渴、气、疼、热、饥”，认为乌梅丸证与 FGIDS 症状重叠方证相应，临床应用疗效颇佳。针对寒热错杂，互结中焦而见痞满的 RFD 患者，可用泻心汤加减治疗。泻心汤证多由胃气虚、虚寒、水饮等与湿热互结交阻于心下所致，与 RFD 常见寒热错杂的病机特点相应。从六经辨之，泻心汤证属阳明太阴合病，究其病机，寒热错杂，用药亦寒温兼顾、平调阴阳，正契合厥阴病病机与治法。《金匱要略》中提到：“呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之。”若心下痞满伴呕、利者，可予半夏泻心汤辛开苦降，寒热平调。杨倩^[26]发现辛开苦降方能有效缓解 FD 重叠 IBS-D 寒热错杂证患者的临床症状，方中包含半夏泻心汤的多数药物。研究表明泻心汤中辛温之半夏、干姜及苦寒之黄连、黄芩有双向调节胃肠运动的作用^[27]，黄芩黄连可作用于相关靶点，改善肠道菌群结构^[28]。

3 六经辨证治疗 RFD 验案举隅

3.1 厥阴病

患者，女，29 岁。2023 年 11 月 2 日初诊，主诉：上腹痛伴腹泻 2 年余。患者 2 年前出现上腹部疼痛，反复发作，伴肠鸣易泻，1~2 次/d，腹冷，四肢不温，长期服用质子泵抑制剂（PPI）、蒙脱石散，停药后症状反复。2022 年行胃镜示：充血渗出性胃炎。肠镜（-）。刻下症见：上腹部疼痛，伴大便不成形，腹冷，手足冷，时发口腔溃疡，心烦，寐差，舌暗红，脉弦细。西医诊断：FD；中医诊断：胃痛（厥阴病）。治法：清热温寒、调理肝脾、止痛止泻，予乌梅丸加减，方药组成：乌梅 18 g，黄柏 9 g，黄连 3 g，细辛 3 g，附子 9 g，干姜 9 g，桂枝 9 g，人参 9 g，当归 10 g，茯苓 15 g，白术 15 g，陈皮 9 g，蜜炙甘草 9 g。7 剂，1 剂/d，水煎取汁 400 mL，早晚分服。

11 月 9 日复诊，自诉服药后胃痛缓解，情绪转佳，大便次数减少，1 次/d，多成形，夜寐欠安，舌脉同前。守上方加减 7 剂。

11 月 16 日三诊，诸症悉除。

按：患者主诉胃部疼痛、泄泻，与厥阴病提纲证“心中疼热”“下之利不止”相符。《伤寒论》云：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者是也”，厥阴为阴阳交接之处，手足冷亦与厥阴病有关。患者时发口腔溃疡，心烦，寐差，此为上热之象；腹泻，怕冷，此为下寒之征，正应厥阴病寒热错杂之病机。《诊家枢要》曰：“弦为血气收敛，为阳中伏阴，或经络间为寒所

入。”患者脉弦细，舌暗红为肝阳虚郁而为热所致，即尤在经所云：“积阴之下必有伏阳”之理，应治从厥阴，予乌梅丸加减。三诊时诸症悉除，正因方证相应，效果显著。

3.2 少阳阳明太阴合病

患者，男，43 岁，2023 年 8 月 28 日初诊，主诉：暖气反复发作 4 年余。患者 4 年前出现暖气、早饱、餐后饱胀感，时发时止，伴反酸、口干、口苦，长期多方诊治服用多种中西成药治疗效果不佳，并因此焦虑不安。2019 年胃镜检查示：慢性浅表性胃炎，反流性食管炎，HP（-）。刻下症见：暖气，脘腹胀满，反酸，口干，口苦，咽部异物感，纳寐可，二便调，舌暗红，苔薄黄腻，脉沉弦。西医诊断：FD，反流性食管炎；中医诊断：胃痞病（少阳阳明太阴合病）。治法：疏肝和胃、理气降逆，予大柴胡汤合半夏厚朴汤加减，方药组成：制大黄 3 g，柴胡 9 g，黄芩 9 g，白芍 15 g，枳壳 9 g，大枣 9 g，制半夏 9 g，厚朴 9 g，紫苏梗 9 g，干姜 6 g，茯苓 30 g，旋覆花 12 g，煅代赭石 10 g，吴茱萸 2 g，黄连 6 g。7 剂，1 剂/d，水煎取汁 400 mL，早晚分服。

9 月 4 日复诊，患者自觉暖气、反酸减轻，脘腹不适缓解，进食后胃部痞塞感，舌脉同前。上方去代赭石，恐其质重碍胃。14 剂，煎服法同前。

9 月 18 日三诊，患者诉食油腻食物后症状反复，上方加山楂炭 9 g 消食开胃，陈皮 18 g 理气行滞，金钱草 30 g 清热利胆。后患者每 2 周复诊 1 次，守方加减 3 月余，诸症悉除。

按：患者 FD 与 RE 症状重叠且反复发作，合并心理问题，治疗难度加大。从六经辨之，病证涉及多脏腑、多经络功能失调，病机复杂。患者初诊时口苦，情绪欠佳，脉弦，乃少阳枢机不利的典型表现。同时，阳明受甲木之邪，胃气失于和降，导致反酸，暖气，并伴口干，舌暗红，苔薄黄等里热之象，如《素问·至真要大论篇》所言：“诸呕吐酸……皆属于热。”患者苔腻，咽中异物感，提示痰湿内蕴，阴邪内藏，其脉又沉，符合太阴病证特点。本案应辨为少阳阳明太阴合病。大柴胡汤泻少阳之经邪，清阳明之里热。患者出现的精神情绪异常符合大柴胡汤“心下急、郁郁微烦”之症，反酸、暖气亦与大柴胡汤“呕不止”的病机特点一致。《金匱要略》曰：“妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之”，该方燥湿化痰、降逆除满，针对太阴湿邪在里的病机，与大

柴胡汤合用能和解少阳，清解郁热，理气除胀，降逆和胃。同时辅以左金丸、旋覆花、代赭石增其下气降逆之效。

4 结语

本文基于六经辨证体系，对 RFD 不同证候特点进行了分经论治的深入探讨，旨在将病机与方证同 RFD 患者的具体病理变化结合，为其治疗提供新的辨证视角和研究思路。李可论：“伤寒六经之法，统病机而执万病之牛耳，则万病无所遁形。”“病”可以有千种万种，但病机则不出六经八纲之范畴。正如《内经》“知其要者，一言而终”的明训，执简驭繁，万病一理。对于 RFD、症状重叠、多病共病等复杂问题，运用六经辨证，抽丝剥茧，抓住要害，执简驭繁，临床有千军万马之势。

参考文献

- [1] MAHADEVA S, GOH KL. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective[J]. WJG, 2006, 12(17): 2661.
- [2] HAMILTON J, GUTHRIE E, CREED F, et al. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia[J]. Gastroenterology, 2000, 119(3): 661-669.
- [3] 孙小娟, 贾林, 王胜炳, 等. 难治性功能性消化不良及其亚型患者的抑郁焦虑状况及其对生活质量影响的调查[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(4): 332-335.
- [4] 胡希恕, 冯世纶. 经方医学: 六经八纲读懂伤寒论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 4-31.
- [5] 王雷, 李天赐, 徐姗姗, 等. 胃痛六经辨治初探[J]. 四川中医, 2016, 34(5): 35-38.
- [6] 邢齐树, 董昌武. 《伤寒论》之“痞”临证浅析[J]. 环球中医药, 2021, 14(1): 3.
- [7] 张声生, 赵鲁卿. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6): 2595-2598.
- [8] 宋红普. 从六经辨证体系中探讨《伤寒杂病论》体质思想[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(11): 2703-2705.
- [9] 唐可伟, 周秉舵, 李亚鼎, 等. 从逆、热、郁探讨经方在胃食管反流病中的运用[J]. 新中医, 2024, 56(2): 32-37.
- [10] 朱红春, 国向东, 王淑英. 桂枝人参汤加减治疗胃寒症 49 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(16): 300.
- [11] TANKAM JM, SAWADA Y, ITO M. Regular ingestion of cinnamomi cortex pulveratus offers gastroprotective activity in mice[J]. J Nat Med, 2013, 67: 289-295.

- [12] 王晶, 张世洋, 盛永成, 等. 白术治疗胃肠道疾病药理作用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(12): 5.
- [13] 易志忠. 小柴胡汤加减治疗肝胃不和型功能性消化不良的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2021.
- [14] 刘卫东. 基于黄煌临床经验的大柴胡汤方证研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2022.
- [15] 刘芊. 大柴胡汤加减方联合黛力新治疗顽固性功能性消化不良 60 例疗效观察[J]. 北京中医药, 2010, 29(10): 2.
- [16] 刘渡舟. 伤寒论通俗讲话[J]. 傅士垣, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 103.
- [17] 张慈安, 刘焯, 岳小强. 柴胡桂枝干姜汤在消化系统疾病中应用举隅[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(9): 695-696.
- [18] 康年松, 谷红苹, 倪约翰, 等. 柴胡桂枝干姜汤加减联合西药治疗功能性消化不良重叠肠易激综合征临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(9): 59-63.
- [19] 于海, 柴剑波, 赵伟国, 等. 大黄黄连泻心汤、理中丸对消炎痛型胃溃疡寒热证模型大鼠血清 IL-8 和 TNF- α 含量的影响[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(2): 2.
- [20] 吕剑峰, 陈元霄. 四逆散联合小陷胸汤加减治疗肝胃郁热型功能性消化不良效果观察[J]. 中国乡村药, 2018, 25(1): 24-25.
- [21] 潘海燕. 建中法治疗功能性消化不良临床研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2007.
- [22] 李天伦, 李芳, 邢艺子, 等. 黄芪建中汤对慢性萎缩性胃炎(脾胃虚弱证)患者胃镜指标和胃蛋白酶原变化的影响[J]. 吉林中医药, 2023, 43(4): 419-422.
- [23] 刘姝伶, 王庆国, 程发峰, 等. 王庆国运用苓桂术甘汤之经验采撷[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(9): 4445-4448.
- [24] 邓九零, 徐燕芳, 陈丽娟. 旋覆代赭汤治疗功能性消化不良药效作用的实验研究[J]. 中国中医药科技, 2018, 25(2): 171-175.
- [25] 张芸, 陈继婷. 略论附子粳米汤对脾胃的调节作用[J]. 贵阳中医学院学报, 2007, (3): 9-11.
- [26] 杨倩. 辛开苦降法治疗功能性消化不良重叠腹泻型肠易激综合征的临床疗效观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2022.
- [27] 蒋锋利, 王淑艳, 李丽娜, 等. 半夏泻心汤及其拆方对胃肠平滑肌细胞增殖的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(8): 1540-1542, 1598.
- [28] XIAO S, LIU C, CHEN M, et al. Scutellariae radix and coptidis rhizoma ameliorate glycolipid metabolism of type 2 diabetic rats by modulating gut microbiota and its metabolites[J]. Appl Microbiol Biot, 2020, 104: 303-317.

Clinical thinking and case examples about the treatment of refractory functional dyspepsia based on syndrome differentiation according to the theory of six meridians

WANG Jing, JIA Yuebo, LI Yimeng, LIU Xuejiao, YANG Keming, Yeliya Yeertai, LING Jianghong

(收稿日期: 2024-03-11)