

补脾益肺祛湿汤加减治疗功能性消化不良的疗效观察

何丽丽, 陈玲, 程琦秀

(国药中铁中心医院中医康复科, 安徽 合肥 230023)

摘要: 目的: 探究补脾益肺祛湿汤加减治疗功能性消化不良的价值。方法: 选取医院 2019 年 5 月~2023 年 5 月收治的 96 例功能性消化不良患者作为研究对象, 采用随机数字表法将其分为观察组 ($n=48$) 和对照组 ($n=48$), 对照组应用多潘立酮治疗, 观察组应用补脾益肺祛湿汤加减治疗, 观察两组患者血清胃肠激素水平、胃肠动力、中医证候评分、疗效。结果 (1) 相较于治疗前, 治疗后两组患者胃泌素 (GAS)、胃泌素-17 (G-17)、胃蛋白酶原 (PG) 含量均有上升 ($P<0.05$), 且观察组相较于对照组均更高 ($P<0.05$); (2) 相较于治疗前, 治疗后两组患者胃体蠕动次数 (FA)、胃窦收缩次数 (FB)、胃排空率 (GER) 均有上升 ($P<0.05$), 且观察组相较于对照组均更高 ($P<0.05$); (3) 相较于治疗前, 治疗后两组患者胃胀痛、脘腹痞闷、食少纳呆、暖气中医证候评分各维度得分及其总分均有下降 ($P<0.05$), 且观察组患者相较于对照组均更低 ($P<0.05$); (4) 观察组患者总有效率相较于对照组更高 ($P<0.05$)。结论: 相较于应用西药治疗, 应用补脾益肺祛湿汤加减治疗, 对于功能性消化不良患者而言, 更能改善胃肠功能及不适症状, 提升胃肠动力及疗效, 适合在临床应用推广。

关键词: 补脾益肺祛湿汤; 血清胃肠激素水平; 胃肠动力; 疗效; 功能性消化不良

中图分类号: R 57 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 03-0129-04

胃位于中焦, 又称胃脘, 中医认为胃为六腑之一, 以主受纳及腐熟水谷为主要生理功能, 是机体气血精液化生的来源, 故古籍《素问五脏别论篇》中有相关记载: 胃者, 水谷之海, 六腑之大源也^[1]。在中医理论中, 功能性消化不良与脾虚气滞、肺失润降、胃失和降、水湿停滞、感受风邪、情志失调

等有关^[2]。胃与脾相互络属构成表里关系, 脾有主运化、主统血之功效, 与胃以膜相连同属中焦, 但喜燥恶湿, 若脾为湿困、运化失职、清气不升, 即可干扰胃之受纳与和降, 《临证指南医案》中记载: 脾宜升则健, 胃宜降则和。胃属燥, 脾属湿, 两脏燥湿相济, 阴阳结合, 方能完成食物传化。故脾胃虚

综上所述, 大黄廑虫汤可缓解 2 型糖尿病合并胃癌 (气滞血瘀型) 患者临床症状、优化糖代谢状态, 降低患者血脂水平, 改善血液流变学。

参考文献

- [1] Yang Y J, Wu C T, Ou H Y, et al. Male non-insulin users with type 2 diabetes mellitus are predisposed to gastric corpus-predominant inflammation after H. pylori infection [J]. J Biomed Sci, 2017, 24 (1): 82.
- [2] 张鸿秋, 朱虹霞. 血塞通胶囊联合 α -硫辛酸治疗气虚血瘀证 2 型糖尿病周围神经病变疗效及对血清肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-1 β 的影响 [J]. 安徽医药, 2020, 24 (7): 1448-1452.
- [3] 杨增辉, 鲍传庆, 许炳华, 等. 三角吻合术对胃癌伴 T2DM 患者全腹腔镜远端胃切除术后糖代谢的影响 [J]. 第三军医大学学报, 2019, 41 (12): 1174-1180.
- [4] 宋怡琳, 李浩华, 俞赛军. 迎随补泻法治疗气虚血瘀型 2 型糖尿病神经病变的临床疗效研究 [J]. 中医药信息, 2020, 37 (6): 105-108.
- [5] 梁尊孝, 黄亚莲, 杨佳, 等. 针灸联合补阳还五汤加减对气虚血瘀型糖尿病足的疗效 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38 (6): 210-213.
- [6] 苏园园, 刘宁宁, 赖优莹, 等. 胃癌中医证型研究进展 [J]. 陕西中医, 2023, 44 (2): 262-266.
- [7] 田佳星, 廖江铨. 糖尿病的中医辨证分型与治疗 [J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19 (11): 1374-1375.
- [8] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版) [J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38 (4): 292-344.
- [9] 中华人民共和国卫生部医政司. 胃癌诊疗规范 (2011 年版) [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2012, 4 (5): 62-71.
- [10] Li H Z, Chen J X, Zheng Y, et al. Laparoscopic - assisted versus open radical gastrectomy for resectable gastric cancer: Systematic review, meta - analysis, and trial sequential analysis of randomized controlled trials [J]. J Surg Oncol, 2016, 113 (7): 756-767.
- [11] 符芸瑜, 张永杰, 吴英萍, 等. 益气化瘀方对气虚血瘀型糖尿病神经病变患者炎症因子、胰岛 B 细胞功能的影响 [J]. 中医学报, 2020, 35 (9): 1980-1985.
- [12] 孙宁, 张靖, 马永强, 等. 三虫通络化风汤加减联合标本配穴针刺治疗 2 型糖尿病合并缺血性脑卒中临床研究 [J]. 四川中医, 2020, 38 (6): 142-145.
- [13] 贺爱军, 任羽. 腹腔镜辅助下胃转流术对胃癌合并 2 型糖尿病患者血糖、血脂、血压的影响 [J]. 川北医学院学报, 2016, 31 (6): 857-859.
- [14] 刘雅凝. 加减消渴方联合二甲双胍对气滞血瘀型 2 型糖尿病相关临床指标的影响 [J]. 世界中医药, 2016, 11 (11): 2271-2273, 2277.
- [15] 白承父. 生脉散合丹参饮加减对 2 型糖尿病伴冠心病患者血小板粘度、血管内皮功能及冠脉血流量的影响 [J]. 四川中医, 2017, 35 (6): 108-110.
- [16] 周小兰, 李阳. 二甲双胍对 2 型糖尿病患者胃癌影响的研究进展 [J]. 公共卫生与预防医学, 2021, 32 (1): 90-95.

(收稿日期 2023-09-20)

弱易造成胃脘嘈杂或灼痛、呃逆、口燥咽干等不适之症。且脾胃紧密联系，脾失健运、津液不布、水湿凝聚等脾虚内湿症状，会减弱胃的吸收与消化功能，导致胃脘满闷、口淡纳呆、不思饮食等消化道不适症状，因此健脾祛湿对于改善消化不良十分重要^[3]。除此之外，肺脾相互影响，肺主气，肺司呼吸而摄纳清气，肺气之宣降为脾脏运化水谷气之来源；肺主水，人体津液由脾上输于肺，再经肺部宣发和肃将散至周身，故表明益肺既可健脾，也可化湿痰、降胃气、起到和胃降逆、温胃化痰的作用，从而缓解消化不良患者胃胀、胃痛、食欲不振等症状，因此改善消化不良亦可从益肺祛湿着手^[4]。西医治疗与中医治疗是临床缓解功能性消化不良的常用方法，但西医药物治疗病情易反复，服药周期长且损伤胃粘膜，中医治疗相对更加温和且安全性较高^[5]。补脾益肺祛湿汤是通过将具有健脾益肺功能的党参、白术、茯苓等中草药以及具有祛湿功能的白扁豆、薏苡仁、砂仁、苍术等化湿中草药经煎煮后制成中药汤剂，根据患者病情的特殊性酌情加减中药成分，有利于针对性地改善患者消化不良症状，促进患者康复。但目前临床将补脾益肺祛湿汤加减治疗应用至功能性消化不良中的研究结果尚少，为了探寻更加高效的功能性消化不良治疗方法，本研究随机选取功能性消化不良患者共 96 例作为研究对象，观察补脾益肺祛湿汤加减治疗功能性消化不良的疗效。研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 5 月~2023 年 5 月医院收治的功能性消化不良患者共 96 例作为研究对象，应用随机数字表法分为对照组及观察组，各 48 例。观察组中男 24 例、女 24 例；年龄在 21~76 岁，平均年龄 (41.08 ± 7.21) 岁；病程 1~9 年，平均病程 4.26 ± 1.04 年。对照组中男 23 例、女 25 例；年龄在 21~76 岁，平均年龄 (41.10 ± 7.19) 岁；病程 1~9 年，平均病程 4.24 ± 1.01 年。两组患者一般资料无比较意义 ($P > 0.05$)。诊断标准：①西医诊断标准^[6]：存在餐后饱胀不适、早饱、中上腹痛及中上腹灼烧等不适症状，持续时间 4 周及以上。②中医证候诊断标准：符合中华中医学会脾胃病分会制定的《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见 (2017)》^[7] 中脾胃虚弱型消化不良诊断标准，主症：胃脘胀闷、嗳气、胃痛、食少纳呆、大便稀溏；次证：舌淡苔薄白、手足不温、脉细弦。纳入标准：满足中西医诊断标准；经胃镜检查排除器质性消化不良者；年龄在 18 岁以上者；了解试验并自愿加入者。排除标准：近 1 年内接受过胃部手术者；患有其他严重消化道疾病者；对试验药物存在过敏反应者；精神异常不能配合评估工作顺利完成者。

1.2 方法 对照组应用西医治疗。口服多潘立酮 (规格：10mg×30 片，黑龙江诺捷制药有限公司生产，国药准字：H20084577)，每日早中晚各一次，每次 10mg，于餐前 30min 服用。服用 3 个月后观察

疗效。观察组采用补脾益肺祛湿汤加减治疗。方药组成：党参 15g，白术 15g，大枣 10g，陈皮 10g，茯苓 15g，黄芩 12g，法半夏 15g，砂仁 15g，薏苡仁 15g。大便干结者，加枳壳 15g、厚朴 15g，去党参、大枣。胀闷不适者加木香 10g、青皮 10g；伴有睡眠障碍患者加远志 12g、首乌藤 15g；疼痛明显患者加白芍 12g、延胡索 15g；严重反酸、嗳气者加代赭石 15g、旋覆花 15g；胃脘部灼烧感严重患者加煅瓦楞子 15g、海螵蛸 15g。将药材放入锅中添加 1000mL 清水煎煮，煎煮时长为 45min，取出 500mL 汤液，分两次服用，每日早晚各一次。嘱患者服药期间饮食以清淡为主，避免辛辣刺激性食物。连续服用 3 个月观察疗效。

1.3 观察指标 (1) 血清胃肠激素水平^[8]。比较两组患者治疗前、治疗后血清胃肠激素水平，分别从胃泌素 (GAS)、胃泌素-17 (G-17)、胃蛋白酶原 (PG) 3 方面进行评估，指导患者检查前禁食 12h，中途可适量饮用清水但勿进食刺激性饮品，抽取患者 3mL 肘静脉血，经 1000R/min 离心处理后，取上清，采用酶联免疫吸附法检测 GAS、G-17、PG，酶联免疫吸附试剂盒均购自武汉吉利德生物科技有限公司，空腹状态下 GAS 正常含量为 20~160ng/L，胃部消化能力与血清胃肠激素水平呈正相关。(2) 胃肠动力。比较两组患者治疗前、治疗后胃肠动力，分别从胃体蠕动次数 (FA)、胃窦收缩次数 (FB)、胃排空率 (GER) 进行评估^[9]，采用彩色多普勒超声诊断仪进行检测。分别检测患者进食后 60minFA 及 FB，空腹及进食 60min 后胃窦面积，并计算 GER。(3) 中医证候评分。比较两组患者治疗前、治疗后中医证候评分，参考中医诊断标准，对胃胀痛、脘腹痞闷、食少纳呆、嗳气 4 方面进行量化评分，分别采用 0、1、2、3 计分，分别对应无、轻、中、重，得分与消化不良症状呈正相关。(4) 疗效。比较两组患者治疗 3 个月后疗效，同样参考中医诊断标准进行评估，显效：患者腹胀、嗳气等症状明显好转，中医证候评分下降 95% 以上；有效：患者腹胀、嗳气等症状有所改善，中医证候评分下降 80%~95%；无效：治疗后患者腹胀、嗳气等症状并未好转甚至加重，中医证候评分降低在 80% 以下甚至升高。总有效率为显效率与有效率之和。

1.4 数据分析 数据分析采用 SPSS 22.0 软件，计数资料采用 χ^2 检验，以例 (n) 及百分数 (%) 表示；计量资料采用 t 检验，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示， $P < 0.05$ 表示有比较意义。

2 结果

2.1 两组患者血清胃肠激素水平比较 相较于治疗前，治疗后两组患者 GAS、G-17、PG 含量均有上升 ($P < 0.05$)，且观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者胃肠动力比较 相较于治疗前，治疗后两组患者 FA、FB、GER 均有上升 ($P < 0.05$)，且观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者血清胃肠激素水平比较 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	GAS (ng/L)		G-17 (pmol/L)		PG (ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	84.19 $\pm$ 9.76	101.34 $\pm$ 10.37 ^{ab}	5.86 $\pm$ 0.99	8.62 $\pm$ 1.04 ^{ab}	81.08 $\pm$ 10.52	105.38 $\pm$ 11.05 ^{ab}
对照组	48	85.07 $\pm$ 9.82	92.45 $\pm$ 11.08 ^a	6.01 $\pm$ 1.03	8.14 $\pm$ 1.06 ^a	83.67 $\pm$ 10.33	97.85 $\pm$ 11.24 ^a

注：与治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组比较，^b $P < 0.05$ （下同）

表 2 两组患者胃肠动力比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FA (次/min)		FB (次/min)		GER (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	3.99 $\pm$ 0.42	8.94 $\pm$ 2.15 ^{ab}	4.02 $\pm$ 0.74	9.02 $\pm$ 2.13 ^{ab}	41.34 $\pm$ 6.14	61.49 $\pm$ 6.75 ^{ab}
对照组	48	4.01 $\pm$ 0.46	7.55 $\pm$ 2.07 ^a	4.04 $\pm$ 0.69	8.11 $\pm$ 2.07 ^a	36.83 $\pm$ 6.27	57.94 $\pm$ 6.69 ^a

2.3 两组患者中医证候评分比较 相较于治疗前，均有下降 ($P < 0.05$)，且观察组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者中医证候评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	胃胀痛		脘痞痞闷		食少纳呆		嗝气	
		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	48	2.15 $\pm$ 0.44	1.01 $\pm$ 0.31 ^{ab}	2.04 $\pm$ 0.34	0.97 $\pm$ 0.28 ^{ab}	1.99 $\pm$ 0.35	0.91 $\pm$ 0.28 ^{ab}	2.13 $\pm$ 0.41	0.88 $\pm$ 0.27 ^{ab}
对照组	48	2.13 $\pm$ 0.42	1.16 $\pm$ 0.29 ^a	2.06 $\pm$ 0.35	1.12 $\pm$ 0.31 ^a	2.01 $\pm$ 0.37	1.07 $\pm$ 0.30 ^a	2.11 $\pm$ 0.39	1.04 $\pm$ 0.28 ^a

2.4 两组疗效比较 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	48	29 (60.42)	16 (33.33)	3 (6.25)	45 (93.25) ^b
对照组	48	25 (52.08)	13 (27.08)	10 (20.83)	38 (79.17)

3 讨 论

在中医领域，功能性消化不良被分为脾虚气滞证、脾胃湿热证、寒热错杂证等 5 个证型，其中以脾胃虚弱为主要病型^[10]。其主要病机在于外感病邪、饮食不节、情志失调、先天禀赋不足等有关，虽病位在胃，但与脾肺密切相关。中医治疗功能性消化不良的基本原则在于调理脾胃，维持脾胃运化和气机升降正常^[11]。补脾益肺祛湿汤通过发挥党参、白术、半夏等中草药药效，从而帮助患者有效调理脾胃、润肺补气、驱寒祛湿，进而改善消化不良症状。

本研究结果发现，观察组患者 GAS、G-17、PG 含量相较于对照组均更高 ($P < 0.05$)。说明相较于对照组应用西医治疗，观察组应用补脾益肺祛湿汤加减治疗对于功能性消化不良患者而言，更能改善血清胃肠激素水平。究其原因：GAS、G-17、PG 均为重要的胃功能能调节激素^[12]，GAS 是一种重要的胃肠激素，由 G 细胞分泌，主要位于胃窦、胃底及十二指肠等消化部位。GAS 具有刺激胃粘膜细胞增殖、刺激壁细胞分泌盐酸和主细胞分泌胃蛋白酶原等作用，高 GAS 水平可以帮助提升胃部消化能力，缓解积食、嗝气、腹胀等消化不良症状。G-17 又叫小胃泌素，由胃窦细胞所分泌，具有刺激胃酸分泌、促进肠道蠕动等功能，G-17 含量异常则可提示患者胃

酸分泌功能异常；PG 主要由胃底腺的主细胞及黏液颈细胞分泌，PG 能够反映胃粘膜腺体及细胞数量，当 PG 含量发生异常变化时，则一定程度可反映胃粘膜的病理变化。而本研究使用补脾益肺祛湿汤中的党参^[13]味甘、性平，具有补中益气、养血生津、健脾益肺之功效，能有效改善脾肺虚弱，提升脾肺对机体水液及精气的运化，为胃之消化提供能量，从而提升胃部消化能力。黄芩^[14]甘温，入脾经，能补益脾气；入肺经，能补益肺气。而脾脏主运化，消化水谷，转输胃之精微；肺主宣发肃降，有助于维持胃气运行通畅，故黄芩的健脾益气之功效能有效改善脾肺虚弱型消化不良。除此之外，补脾益肺祛湿汤中的白术^[15]能帮助调节胃酸的分泌，改善胃液浓度。故随着脾肺虚弱的改善以及胃酸分泌的调节，能有效提升胃部消化功能，提升 GAS、G-17、PG 含量。

本研究结果显示，观察组患者中医证候评分相较于对照组更低 ($P < 0.05$)。说明相较于对照组应用西医治疗，观察组应用补脾益肺祛湿汤加减治疗对于功能性消化不良患者而言，更能改善胃胀痛、脘痞痞闷、食少纳呆、嗝气等消化不良症状。究其原因：中医认为胃为“太仓”，为“水谷之海”，胃主受纳，是脾脏运化的前提，脾主运化微精并转输，有利于胃的受纳，两者密切协作，维持人体正常消化与吸收。若胃失受纳，则影响脾之运化；脾失健运，亦影响胃之受纳，故脾虚常造成胃胀痛、脘痞痞闷、食少纳呆等消化不良症状。补脾益肺祛湿汤中法半夏性辛且温，归脾、胃、肺经，其具有黄酮类、单萜类、皂苷类等丰富生物活性，能有效健脾益气，帮助调理胃肠功能，从而缓解消化不良、胃

脘痛等消化系统不适症状。党参具有补中、健脾、益气等功效，可促进胃酸分泌，促进肠道蠕动；茯苓药性甘，归肾经、脾经，具有利水渗湿、健脾宁心、益脾养胃之功效，可有效缓解脾虚而引发的功能性消化不良；砂仁药性辛温，归脾胃经，具有化湿行气、温脾止泻的功效，能有效缓解脘腹胀满、食欲不振等消化不良症状；陈皮则具有行气止痛、健脾和中之功效，可以有效治疗脾胃气滞证。白术药性苦且温，归脾、胃经，白术可以缓解胃酸过多对胃肠黏膜的刺激以及增强胃肠蠕动功能，改善消化功能；同时白术苦温燥湿，具有补脾气、燥湿化水之功效，与脾喜燥恶湿相结合能有效健脾益气，从而缓解功能性消化不良症状。故白术、党参、茯苓、砂仁等健脾养胃中药配伍使用，可以有效改善患者消化不良症状^[16]。

本研究结果发现，观察组患者胃肠动力相较于对照组更高 ($P<0.05$)。说明相较于对照组应用西医治疗，观察组应用补脾益肺祛湿汤加减治疗对于功能性消化不良患者而言，更能提升胃肠动力。究其原因：补脾益肺祛湿汤中瓦楞子^[17]为毛蚶的贝壳，性质平和，能促进肠胃蠕动，有效治疗胃脘胀满、胃痛等消化不良病证，提升胃肠动力。陈皮味辛且苦、性温、归脾、肺经，能够健脾顺气、燥湿化痰，从而缓解因脾肺不和而导致的消化功能减弱。同时，补脾益肺祛湿汤加减治疗对于饱胀苔腻不透明者，添加枳壳及厚朴，去党参、大枣，枳壳及厚朴能促进胃部消化液的分泌，增加食欲促进消化，同时枳壳还能祛湿化痰，补肺益气，从而进一步改善功能性消化不良，而党参及大枣性温，过多食用会导致补气过量内火旺盛，不利于改善消化不良症状。

本研究结果发现，观察组患者总有效率相较于对照组更高 ($P<0.05$)。说明相较于对照组应用西医治疗，观察组应用补脾益肺祛湿汤加减治疗对于功能性消化不良患者而言，更能提升疗效。究其原因：补脾益肺祛湿汤加减治疗对于胀闷不适者添加木香和青皮，木香具有除湿温脾、健脾开胃等功效，能促进胃酸分泌，改善胃脘胀痛与消化不良；青皮味苦且辛，能疏肝理气、消食化积，帮助改善胀闷不适^[18]；对于严重嗳气患者患者添加代赭石和旋覆花^[19]，代赭石性味苦寒归肝经，能平肝降逆，具有良好的抑制嗳气、恶心、呕吐等功效；旋覆花能降气、行水，有效缓解胃中痞满导致的胃气上逆。而党参、黄芩等中药成分具有补中益气、健脾益肺之功效，从而改善功能性消化不良。首乌藤与远志具有养血安神、通络祛风、疏肝理气等功效，能有效安神助眠，帮助中枢神经调节胃酸的分泌。海螵蛸具有固精止带、收敛止血等功效，常与瓦楞子配伍使用可以有效缓解胃部灼烧之症。故补脾益肺祛湿汤加减治疗疗效更佳。

综上所述，相较于应用西医治疗，应用补脾益肺祛湿汤加减治疗，对于功能性消化不良患者而言，更能改善胃肠功能及不适症状，提升胃肠动力和疗

效，适合在临床应用推广。

参考文献

- [1] 代表,王渊,刘奇,等.基于复杂网络分析针刺治疗胃脘痛选穴规律[J].中国中医药信息杂志,2023,30(7):29-36.
- [2] 黄菊萍,谭禾英,孙姚,等.疏肝解郁消痞方对肝胃不和型功能性消化不良患者的临床疗效[J].中成药,2023,45(7):2202-2205.
- [3] 李帷,刘赓,丁洋,等.理气健脾方治疗脾虚气滞证功能性消化不良患者临床效果观察[J].临床误诊误治,2021,34(11):17-20,30.
- [4] 刘文静,王盼,韩增银,等.刘启泉从肝肺论治功能性消化不良经验[J].河北中医,2021,43(2):193-195,200.
- [5] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华中医药学会脾胃病分会.西医合理使用中成药治疗功能性消化不良临床指南[J].中华消化杂志,2020,40(2):83-86.
- [6] 童晶晶,潘琦,高晓阳,等.罗马Ⅲ标准在功能性消化不良诊断和鉴别诊断中的价值[J].中华消化杂志,2009,29(1):25-28.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会,张声生.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] 雷洪军,潘金,曹丽鹏,等.血清胃泌素-17、胃蛋白酶原Ⅰ、胃蛋白酶原Ⅱ、同型半胱氨酸在萎缩性胃炎患者表达的临床意义[J].实用医院临床杂志,2020,17(5):135-138.
- [9] 毛兰芳,汪龙德,杜晓娟,等.基于 ICC 自噬探讨疏肝健脾法调节功能性消化不良胃肠动力障碍的研究思路[J].中国基础医学杂志,2021,27(12):1916-1919,1924.
- [10] 吴冬,荣培晶,王宏才,等.耳甲电针治疗功能性消化不良的临床效果[J].世界中医药,2020,15(4):627-631.
- [11] 范明明,张良霜,常雨,等.柴术理胃饮治疗功能性消化不良肝郁脾虚证的疗效研究[J].医学研究杂志,2023,52(5):130-133.
- [12] 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.
- [13] 刘向荣,潘韦韦,金美英,等.党参的临床应用及其用量探究[J].吉林中医药,2019,39(4):453-456.
- [14] 龙茜,刘乐平,郭璇,等.基于网络药理学探讨柴胡-黄芩药对治疗功能性消化不良的作用机制[J].时珍国医国药,2019,30(4):815-819.
- [15] 葛阳,王恩行.白术益脾汤治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的临床疗效及对血管新生因子、胃酸分泌功能的影响[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(11):1483-1486.
- [16] 潘金波.香砂六君子汤治疗老年脓毒症胃肠功能障碍脾胃气虚证的临床研究[J].中国中西医结合急救杂志,2022,29(2):139-144.
- [17] 胡诗宛,沈梦菲,张湘苑,等.重构本草——瓦楞子[J].吉林中医药,2023,43(4):465-467.
- [18] 方旖旎,王琦,李天星,等.基于《中医方剂大辞典》探讨调治痰湿体质相关病证处方用药规律研究[J].西部中医药,2023,36(4):68-72.
- [19] 吴迪,许征宇,王奕晨,等.基于数据挖掘分析《中国百年百名中医临床家丛书》辨治胃脘痛用药规律[J].国际中医中药杂志,2022,44(4):422-427.

(收稿日期 2023-10-19)