·临床·

香砂六君子汤联合针刺疗法治疗功能性消化不良临床疗效观察

奚锦要[1]，朱永钦[1*]，朱永苹[1]，黄连梅[2]，罗昭琼[1]，蒙晓冰[1]
（1. 广西中医药大学 附属瑞康医院，南宁 530011；2. 广西中医药大学，南宁 530001）

［摘要］ **目的**：观察和评价香砂六君子汤联合针刺疗法治疗脾胃气虚证功能性消化不良的临床疗效及其对患者血浆胃动素（MOT）和血清胃泌素（GAS）水平的影响。**方法**：选取 2014 年 1 月—2016 年 8 月在广西中医药大学附属瑞康医院消化内科住院被诊断为脾胃气虚证功能性消化不良的 120 例患者，按照随机数字表法分为治疗组（62 例）和对照组（58 例）。治疗组采用口服香砂六君子汤联合针刺疗法治疗，对照组给予口服盐酸伊托必利分散片联合复方阿嗪米特肠溶片治疗，2 周为 1 疗程，两组患者连续治疗 2 个疗程，治疗结束后对两组中临床痊愈的患者进行为期 2 个月的随访。观察并分析比较两组患者的中医证候积分、临床总体疗效、血浆 MOT 和血清 GAS 水平变化、汉密尔顿焦虑量表（HAMA）评分和 17 项汉密尔顿抑郁量表（HAMD-17）评分、不良反应以及远期疗效。**结果**：治疗结束后，治疗组患者中医证候积分，HAMA 评分和 HAMD-17 评分均明显低于对照组（$P<0.05$）；治疗组临床疗效总有效率为 88.71%，高于对照组的 74.14%（$P<0.05$）；治疗组患者血浆 MOT 水平明显高于对照组（$P<0.05$），血清 GAS 水平明显低于对照组（$P<0.05$）；两组患者治疗期间均未出现明显的不良反应；治疗组病情复发率为 11.11%，明显低于对照组的 44.44%（$P<0.05$）。**结论**：香砂六君子汤联合针刺疗法治疗脾胃气虚证功能性消化不良可以显著提高临床疗效，安全性好，能够改善患者焦虑抑郁状态，并且能够提高远期疗效，其作用机制可能与升高血浆 MOT 水平和降低血清 GAS 水平相关。

［关键词］ 功能性消化不良；脾胃气虚证；香砂六君子汤；针刺疗法；胃动素；胃泌素；临床疗效
［中图分类号］ R287；R259 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1005-9903(2017)20-0157-06
［doi］ 10.13422/j.cnki.syfjx.2017200157
［网络出版地址］ http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170711.1119.004.html
［网络出版时间］ 2017-07-11 11:19

Clinical Efficacy of Xiangsha Liujunzi Tang Combined with Acupuncture Therapy in Treatment of Syndrome of Deficiency of Spleen Qi and Stomach Qi of Functional Dyspepsia

XI Jin-yao[1], ZHU Yong-qin[1*], ZHU Yong-ping[1], HUANG Lian-mei[2], LUO Zhao-qiong[1], MENG Xiao-bing[1]
(1. *Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine*, *Nanning* 530011, *China*;
2. *Guangxi University of Chinese Medicine*, *Nanning* 530001, *China*)

［**Abstract**］ **Objective**: To observe and evaluate the clinical efficacy of Xiangsha Liujunzi Tang combined with acupuncture therapy in the treatment of syndrome of deficiency of spleen Qi and stomach Qi of functional dyspepsia and investigate its effect on motilin on plasma (MOT) and serum gastrin (GAS) levels. **Method**: The 120 cases of patients with syndrome of deficiency of spleen Qi and stomach Qi of functional dyspepsia from January 2014 to August 2016 in Department of Gastroenterology, Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine were selected as research subjects and were randomly divided into treatment group (62 cases)

［收稿日期］ 20170105(017)
［基金项目］ 广西中医药民族医药传承创新专项（GZLC16-17）；广西中医药民族医药自筹经费科研项目（GZZC15-19）
［第一作者］ 奚锦要，硕士，主治医师，讲师，从事中西医结合诊治消化系统疾病研究，Tel：0771-2188055，E-mail：kavinxi@163.com
［通讯作者］ * 朱永钦，硕士，医师，从事消化系统疾病的中西医结合诊治研究，Tel：0771-2188055，E-mail：982581633@qq.com

and control group (58 cases). The patients in treatment group received oral Xiangsha Liujunzi Tang combined with acupuncture therapy, and the patients in the control group were treated with itopride hydrochloride dispersible tablets combined with compound azimtamide enteric-coated tablets treatment. Both groups were treated for 2 courses, 2 weeks/course. After the end of treatment, the patients with clinical recovery were followed up for 2 months. The two groups were observed and compared in traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, the overall curative effect and the changes of plasma MOT and serum GAS levels, the Hamilton Anxiety Scale (HAMA) score and the 17 item Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) score, adverse reaction and long-term curative effect. **Result**: After the treatment, TCM syndrome scores, HAMA scores and HAMD-17 scores in the treatment group were significantly lower than those in control group ($P < 0.05$); the total effective rate of the treatment group was 88.71%, significantly higher than 74.14% in control group ($P < 0.05$); the plasma MOT level was significantly higher than that of control group ($P < 0.05$), and the serum GAS level was significantly lower than that of control group ($P < 0.05$). No obvious adverse reactions were found during the period of treatment in two groups; the relapse rate was 11.11% in treatment group, significantly lower than 44.44% in control group ($P < 0.05$). **Conclusion**: The curative effect of Xiangsha Liujunzi Tang combined with acupuncture therapy in the treatment of syndrome of deficiency of spleen Qi and stomach Qi of functional dyspepsia can significantly increase the clinical efficacy, safety, improve the anxiety and depression of the patients, and can improve the long-term curative effect. Its mechanism may be related to increasing the level of plasma MOT and decreasing the levels of GAS.

[**Key words**] functional dyspepsia; syndrome of deficiency of spleen Qi and stomach Qi; Xiangsha Liujunzi Tang; acupuncture therapy; motilin; gastrin; clinical efficacy

功能性消化不良(FD)是由多种因素引起的具有慢性消化不良症状,但不能用器质性、系统性或者代谢性疾病等来解释产生症状原因的消化系统常见疾病[1]。目前,FD 的病因和发病机制尚未完全明确。西医尚没有治疗 FD 的特效药物,临床上主要采取对症支持处理等治疗措施。相关研究显示中国 FD 的发病率为 18% ~45%[2],约占消化内科门诊患者的 50%[3]。由于 FD 具有发病率和复发率高等特点,严重影响着患者的生活质量。FD 属于中医学“痞满”、“胃脘痛”等范畴。FD 的病机关键在于脾胃功能失调,导致中焦气机不利,脾胃升降失职[4]。近年来,随着对 FD 研究的不断深入,中医药以其独特的优势在预防和治疗 FD 方面取得了肯定的临床疗效[5-7]。笔者经过多年的临床研究发现脾胃气虚证是 FD 临床中常见的证型之一,大量的临床研究显示香砂六君子汤是治疗脾胃气虚证 FD 的有效方剂[8-10]。因此,本研究在多年辨证论治 FD 基础上,针对脾胃气虚证 FD 患者选用《古今名医方论》名方香砂六君子汤联合针刺疗法治疗,以进一步观察和评价中医内外治结合疗法防治脾胃气虚证 FD 的疗效。本研究将血浆胃动素(MOT)和血清胃泌素(GAS)作为客观的量化指标,并将中医证候积分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分,17 项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)评分和复发率作为评价疗效的指标,以探讨香砂六君子汤联合针刺疗法防治脾胃气虚证 FD 可能的作用机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月—2016 年 8 月期间在广西中医药大学附属瑞康医院消化内科住院被诊断为脾胃气虚证 FD 的 120 例患者,按照随机数字表法分为治疗组(62 例)和对照组(58 例)。治疗组男性 23 例,女性 39 例;年龄 24 ~ 67 岁,平均(54.17 ± 8.48)岁;病程 0.7 ~ 9.0 年,平均(2.63 ± 1.06)年。对照组男性 21 例,女性 37 例;年龄 22 ~ 68 岁,平均(52.63 ± 9.17)岁;病程 0.6 ~ 8.5 年,平均(2.57 ± 1.13)年。两组均未出现病例脱落情况。两组患者在性别、年龄和病程等一般资料方面相比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照罗马Ⅲ FD 诊断标准[11],①餐后饱胀不适,早饱感,上腹痛,上腹部烧灼感。②没有可以解释上述症状的器质性疾病(包括胃镜检查)的证据。具备①中 1 ~ 4 项中的 1 项或多项加上②,诊断前症状至少出现 6 个月,近 3 个月满足以上标准。

1.2.2 中医诊断标准 参照中国中西医结合学会

消化系统疾病专业委员会制定的《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010,苏州)》[12]中脾胃气虚证 FD 的诊断标准,主证,①脘腹痞满隐痛,劳累后加重或饥饿时疼痛;②纳差而饱;③大便溏软;④舌质淡,体胖有齿痕,舌苔薄白或白腻。次证,①泛吐清水;②嗳气不爽;③口淡不渴;④头晕乏力;⑤脉细弱。具备以上主证 2 项加上次证 1 项或者主证 1 项加上次证 2 项即可诊断为脾胃气虚证 FD。

1.3 纳入标准 同时符合 FD 西医诊断标准和中医诊断标准者;性别不限,年龄 18 ~65 岁;本研究方案获得广西中医药大学附属瑞康医院伦理委员会批准,所有患者知情同意,自愿参加,依从性良好。

1.4 排除标准 不符合 FD 西医诊断标准和中医诊断标准者;患有器质性、系统性或代谢性疾病的患者,如消化性溃疡、胃肠道肿瘤、甲状腺功能亢进和(或)减退等疾病;患有精神疾病者;孕妇、哺乳期妇女;依从性差、不配合治疗的患者。

1.5 治疗方法 治疗组采用口服香砂六君子汤联合针刺疗法治疗。香砂六君子汤(党参 15 g,木香 7 g,砂仁 10 g,陈皮 10 g,姜半夏 10 g,炒白术 12 g,茯苓 15 g,生姜 6 g,炙甘草 6 g)为中药免煎配方颗粒农本方[培力(南宁)药业有限公司,批号分别为 A1600949, A1600669, A1601711, A1601676, A1601281, A1601624, A1601722, A1601611, A1601515],1 剂/d,早饭和晚饭后温水冲服。针刺疗法,取穴足三里穴(双侧)、中脘穴、胃俞穴、脾俞穴、气海穴和三阴交穴(双侧),其中以足三里穴、中脘穴、脾俞穴和胃俞穴为主穴,常规毫针刺,采用补法,每次留针 30 min,每日针刺 1 次,针刺治疗均由广西中医药大学附属瑞康医院消化内科外治室同 1 位针灸学专业医师操作完成。

对照组服用盐酸伊托必利分散片联合复方阿嗪米特肠溶片治疗。盐酸伊托必利分散片(威太,迪沙药业集团有限公司,国药准字 H20031270,50 mg/片),1 片/次,3 次/d(*tid*),餐前 15 ~30 min 服用;复方阿嗪米特肠溶片(泌特,扬州一洋制药有限公司,国药准字 H20000232),2 片/次,*tid*,餐后服用。

两组患者均以 2 周为 1 疗程,连续治疗 2 个疗程。治疗结束后对两组中临床痊愈的患者进行为期 2 个月随访以观察远期疗效。

1.6 观察指标 ①两组患者中医证候积分,治疗前后各评价 1 次,中医证候评分标准参照中华中医药学会脾胃病分会制定的《消化不良中医诊疗共识意见(2010,北京)》[13],根据患者症状分为轻度(+),中度(++)和重度(+++)3 个等级,主证分别记 2,4,6 分,次证分别记 1,2,3 分,无症状记为 0 分。②临床总体疗效。③两组患者血浆 MOT 和血清 GAS 水平变化,治疗前后各检测 1 次。④采用 HAMA 评分和 HAMD-17 评分比较两组患者存在的焦虑和抑郁情况,治疗前后各评价 1 次。⑤记录两组患者在治疗过程中所出现的不良反应。⑥治疗结束后对两组中临床痊愈的患者进行为期 2 个月随访以观察远期疗效。

1.7 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》[14]中"中药新药治疗痞满的临床研究指导原则",①临床痊愈,患者的临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%;②显效,患者的临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%;③有效,患者的临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%;④无效,患者的临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 <30%。采用尼莫地平计分法评判临床疗效。

1.8 统计学处理 所得数据均采用 SPSS 21.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料运用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医证候积分比较 与治疗前比较,两组患者中医证候积分均降低($P < 0.05$);治疗后与对照组比较,治疗组患者中医证候积分明显降低($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison of traditional Chinese medicine syndrome scores before and after treatment between two groups($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	脘腹痞满	脘腹疼痛	纳差	大便溏软	泛吐清水	嗳气不爽	口淡不渴	头晕乏力
治疗	62	治疗前	4.62 ±2.93	4.31 ±2.26	3.95 ±2.01	3.82 ±1.95	2.74 ±1.68	2.86 ±1.77	3.02 ±1.79	2.96 ±1.88
		治疗后	1.34 ±0.97[1,2)]	1.47 ±0.84[1,2)]	1.37 ±0.72[1,2)]	1.64 ±0.83[1,2)]	0.94 ±0.61[1,2)]	0.62 ±0.73[1,2)]	1.13 ±0.58[1,2)]	0.72 ±0.65[1,2)]
对照	58	治疗前	4.73 ±2.87	4.52 ±2.31	3.88 ±1.96	3.94 ±2.05	2.84 ±1.74	3.01 ±1.82	2.98 ±1.75	2.87 ±1.94
		治疗后	1.84 ±0.76[1)]	1.68 ±0.83[1)]	1.52 ±0.87[1)]	1.86 ±1.11[1)]	1.59 ±0.94[1)]	1.83 ±0.82[1)]	1.72 ±1.01[1)]	1.79 ±0.93[1)]

注:与本组治疗前比较[1)] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较[2)] $P < 0.05$(表 3,4 同)。

2.2 两组患者临床总体疗效比较　治疗组临床总有效率为 88.71%，对照组临床总有效率是 74.14%，治疗组临床总有效率高于对照组（$Z = -2.518$，$P < 0.05$）。见表 2。

表 2　两组患者临床总体疗效比较

Table 2　Comparison of total effective rate between two groups after treatment

组别	例数	临床痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗	62	18	21	16	7	88.71[1)]
对照	58	9	16	18	15	74.14

注：与对照组比较[1)] $P < 0.05$（表 5 同）。

2.3 两组患者治疗前后血浆 MOT 和血清 GAS 水平变化比较　与治疗前比较，两组患者 MOT 水平升高，GAS 水平降低（$P < 0.05$）；治疗后与对照组比较，治疗组患者 MOT 水平升高，GAS 水平降低（$P < 0.05$）。见表 3。

表 3　两组患者治疗前后 MOT 和 GAS 水平变化比较（$\bar{x} \pm s$）

Table 3　Comparison of MOT and GAS levels between two groups before and after treatment（$\bar{x} \pm s$）　$ng \cdot L^{-1}$

组别	例数	时间	MOT	GAS
治疗	62	治疗前	297.46 ± 89.54	61.34 ± 14.64
		治疗后	574.24 ± 147.38[1,2)]	32.37 ± 6.43[1,2)]
对照	58	治疗前	289.84 ± 93.16	60.87 ± 13.79
		治疗后	442.53 ± 116.27[1)]	45.12 ± 7.36[1)]

2.4 两组患者治疗前后 HAMA 和 HAMD-17 评分比较　与治疗前比较，两组患者 HAMA 和 HAMD-17 评分均降低（$P < 0.05$）；治疗后与对照组比较，治疗组患者 HAMA 和 HAMD-17 评分明显降低（$P < 0.05$）。见表 4。

表 4　两组患者治疗前后 HAMA 和 HAMD-17 评分比较（$\bar{x} \pm s$）

Table 4　Comparison of HAMA and HAMD-17 scores between two groups before and after treatment（$\bar{x} \pm s$）　分

组别	例数	时间	HAMA	HAMD-17
治疗	62	治疗前	25.37 ± 7.18	26.71 ± 6.32
		治疗后	9.27 ± 2.05[1,2)]	8.14 ± 1.24[1,2)]
对照	58	治疗前	26.13 ± 7.44	25.83 ± 6.52
		治疗后	12.37 ± 2.83[1)]	13.48 ± 3.26[1)]

2.5 两组患者不良反应和远期疗效比较　两组患者治疗期间均未出现明显的不良反应。治疗组复发率为 11.11%，对照组复发率是 44.44%，治疗组复发率明显低于对照组（$P < 0.05$）。见表 5。

表 5　两组患者远期疗效比较

Table 5　Comparison of long-term curative effect between two groups

组别	随访/例	复发/例	复发率/%
治疗	18	2	11.11[1)]
对照	9	4	44.44

3　讨论

FD 是临床中常见的一种功能性胃肠疾病，FD 的病因和发病机制尚未完全明确，可能与胃肠道动力障碍、胃肠激素水平改变、内脏感觉过敏、精神和社会因素等相关。由于 FD 发病率和复发率比较高，严重影响着患者的生活质量，西医目前尚没有治疗 FD 的特效药物，主要采取抑制胃酸分泌、促进胃肠道动力、助消化及抗抑郁焦虑等措施治疗，但是远期疗效欠佳，病情易反复发作。

FD 属于中医学“痞满”、“胃脘痛”等范畴，金·刘完素《素问病机气宜保命集》记载：“脾不能行气于肺胃，结而不散，则为痞。”清·沈金鳌《杂病源流犀烛》阐述：“痞满，脾病也，本由脾气虚，及气郁运化，心下痞塞满。”FD 多因外邪侵袭、内伤饮食、情志失调和脾胃虚弱等因素引起脾胃功能失调，导致中焦气机不利，脾胃升降失职而发病。明·张景岳《景岳全书·心腹痛》记载：“胃脘痛证，多有因食、因寒、因气不顺者……惟食滞、寒滞、气滞者最多。”胃脘痛多由脾胃受损，气血失调所致[15]。FD 的病位在胃腑，主要涉及脾脏和肝脏。中医学认为脾胃为仓廪之官，主受纳和运化水谷。FD 多为病程较长，久病不愈，损伤中气，导致脾胃气虚的发生，脾胃气虚无力推动脾胃受纳和运化水谷，引起中焦气机不利，脾胃升降失职。张照兰教授认为脾胃虚弱是 FD 的发病基础，并提出了益气健脾等治疗法则[16]。因此脾胃气虚证 FD 应采取健脾益气，和胃降逆的治疗原则。

香砂六君子汤是在四君子汤基础上加味而成，由党参、炒白术、茯苓、炙甘草、木香、砂仁、陈皮、姜半夏和生姜组成。方中党参甘平益气，健脾和胃；白术甘温，益气健脾燥湿，加强益气助运化之力；茯苓

甘淡,健脾补中;木香、陈皮辛温,行气止痛,健脾和中;砂仁辛温,醒脾调胃;半夏辛苦温,降逆和胃;生姜辛温,温胃散寒,和中降逆;甘草甘平,益气和中,调和诸药。诸药合用,共奏健脾益气,和胃降逆之功效。现代药理学研究显示香砂六君子汤具有增加胃肠道动力、调节胃肠激素水平、促进胃排空、降低内脏高敏感以及保护和修复胃黏膜等功效[17-19]。本研究除了采用口服中药香砂六君子汤治疗外,还联合针刺胃俞穴、脾俞穴、中脘穴、气海穴、足三里穴(双侧)和三阴交穴(双侧)治疗。胃俞为胃之背俞穴,是治疗胃脘痛等胃部疾病的常用穴位;脾俞为脾之背俞穴,多用于治疗腹胀、纳差、呕吐等脾胃肠腑病证;中脘为胃之募穴,八会穴之腑会,常为治疗胃脘痛、腹胀、纳差、呕吐、呃逆等病证的主穴之一;气海为肓之原穴,常用于治疗气虚病证和肠腑病证;足三里为足阳明胃经的合穴和胃的下合穴,多用于治疗胃痛、腹胀、呕吐等胃肠病证和虚劳诸证,是临床上治疗胃肠病选取的主穴之一;三阴交位于足太阴脾经之上,为足三阴交会穴,常用于治疗腹胀、肠鸣等脾胃虚弱病证。相关研究发现针刺中脘、足三里、脾俞、胃俞等穴位可以调节胃肠道动力和胃肠激素水平、改善患者抑郁焦虑状态以及加速胃排空等[20-22]。

现代研究发现胃肠激素水平的改变在 FD 的发生和发展中发挥着重要作用。MOT 是由十二指肠及空肠黏膜所分泌的多肽激素,MOT 具有促进胃肠道蠕动和加速胃排空等作用,当 MOT 分泌量不足时可造成胃蠕动减弱,导致腹胀等消化不良症状。相关研究显示 FD 的发生和发展与 MOT 分泌量不足密切相关[23-25]。GAS 又称促胃液素,GAS 是由胃窦部和十二指肠近端黏膜中 G 细胞分泌的一种胃肠激素。GAS 具有促进胃肠道内分泌功能,促进胃体和胃窦的收缩,促进胃蠕动,增加幽门括约肌的张力,延缓胃的排空。相关研究显示 FD 患者存在抑郁焦虑状态与 GAS 水平改变相关,另外 GAS 还可以作为评价 FD 及其治疗效果的客观指标之一[26-28]。

本研究结果显示,香砂六君子汤联合针刺疗法可以降低 FD 患者中医证候积分,显著升高血浆 MOT 水平,同时可以明显降低血清 GAS 水平,表明香砂六君子汤联合针刺疗法能够调节 FD 患者胃肠激素水平,改善胃肠道功能,提高临床疗效。治疗后治疗组患者 HAMA 和 HAMD-17 评分低于对照组患者,表明香砂六君子汤联合针刺疗法在一定程度上可以改善 FD 患者焦虑抑郁状态。另外,治疗过程中两组患者均未出现明显的不良反应,经过 2 个月随访后治疗组患者病情复发率明显低于对照组,表明香砂六君子汤联合针刺疗法治疗脾胃气虚证 FD 安全性好,并且可以提高远期疗效。

综上所述,香砂六君子汤联合针刺疗法治疗脾胃气虚证 FD 可以显著提高临床疗效,安全性好,能够改善 FD 患者焦虑抑郁状态,并且能够提高 FD 患者远期疗效,其作用机制可能与升高血浆 MOT 水平和降低血清 GAS 水平相关,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组. 中国功能性消化不良专家共识意见(2015,上海)[J]. 中华消化杂志,2016,36(4):217-223.

[2] 陈灏珠,林果为,王吉耀. 实用内科学[M]. 14 版. 北京:人民卫生出版社,2013:1938.

[3] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:398-399.

[4] 梁健,林寿宁. 中西医结合内科学[M]. 桂林:广西师范大学出版社,2011:197.

[5] 张声生,赵鲁卿,王垂杰,等. 基于"寒热虚实"辨证治疗功能性消化不良:患者评价结局的随机对照试验[J]. 中华中医药杂志,2016,31(1):65-71.

[6] 朱明,缪蔚冰,薛文娟,等. 香砂枳术颗粒对脾胃虚弱证功能性消化不良患者的治疗作[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(23):161-165.

[7] 肖洪玲,吴元洁,王翔,等. 基于 CNKI 分析中医药治疗功能性消化不良用药规律[J]. 中国中药杂志,2015,40(19): 3866-3869.

[8] 蔡利军,范一宏,吕宾,等. 香砂六君子汤加减治疗脾胃虚弱型功能性消化不良疗效观察[J]. 中华中医药学刊,2014,32(8):1974-1976.

[9] 马继红. 香砂六君子汤治疗功能性消化不良脾胃虚弱型临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2014,41(1):79-80.

[10] 范钦平. 香砂六君子汤加味方治疗功能性消化不良的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2010,16(3):146.

[11] 德罗斯曼. 罗马Ⅲ功能性胃肠病[M]. 3 版. 北京:科学出版社,2008:372-391.

[12] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010,苏州)[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(11):1545-1549.

[13] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化不良中医诊疗共识意见(2010,北京)[J]. 中华中医药杂志,2010,

25(5):722-725.

[14] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:134-139.

[15] 海峡两岸医药卫生交流协会中医药专业委员会消化学组. 胃痛中医诊疗专家共识意见[J]. 中医杂志,2016,57(1):87-90.

[16] 安丽,曹国强,张照兰. 张照兰教授治疗功能性消化不良临床经验[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(24):278-281.

[17] 郁红美. 香砂六君子汤治疗消化系统疾病临床研究[J]. 亚太传统医药,2015,11(14):109-110.

[18] 苏旭春,梁榜顺,邬晓东,等. 特定炮制加味香砂六君子汤对化疗患者胃肠激素的影响[J]. 中药材,2009,32(11):1790-1792.

[19] 王学武,杨爱萍. 香砂六君子汤加减方对功能性消化不良的影响及作用机制研究[J]. 河北中医,2016,38(6):830-834.

[20] 马朝阳,黄琪,万文俊,等. 辨证针刺对功能性消化不良患者生活质量的影响[J]. 中国针灸,2014,34(2):125-129.

[21] 杨洋,艾芬,马朝阳,等. 辨证针刺治疗功能性消化不良的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志,2015,35(4):411-414.

[22] 王成伟,刘梦阅,闫江华,等. 针灸对伴情绪障碍功能性消化不良患者的疗效观察[J]. 中国针灸,2015,35(9):876-880.

[23] 陈海山,龚锦容,黄朝忠,等. 功能性消化不良与胃黏膜肥大细胞、血浆胃动素的关系[J]. 胃肠病学,2015,20(9):533-537.

[24] 汪江波,李峰. 脑肠轴与功能性消化不良的关系[J]. 现代诊断与治疗,2013,24(15):3382-3384.

[25] 饶珈琦,布小玲,陈浩,等. 功能性消化不良患者外周血胃动素、神经肽 Y 和瘦素水平研究[J]. 胃肠病学,2015,20(8):486-488.

[26] 聂锦山,金魁莺,朱建新,等. 老年功能性消化不良患者血清胃蛋白酶原Ⅰ、Ⅱ和胃泌素-17 的水平及意义[J]. 中国老年学杂志,2013,33(16):4002-4003.

[27] 赵青,金玉莲,洪洋,等. 功能性消化不良患者钡餐胃动力检查与胃泌素观察[J]. 中国中西医结合影像学杂志,2012,10(5):404-407.

[28] 刘红玉,李志婷. 功能性消化不良患者焦虑、抑郁状态与胃窦黏膜 GAS 及 SS 表达的关系[J]. 山东医药,2016,56(18):57-58.

[责任编辑　张丰丰]