

中医药治疗功能性胃肠病的基础与临床研究专题

中医药治疗功能性消化不良现状述评

朱恩林 张北华 康楠 唐旭东

(中国中医科学院西苑医院,北京,100091)

摘要 文章从古代著作探讨功能性消化不良(Functional Dyspepsia,FD)的中医病名。FD的发病与饮食、外邪内居及精神因素有关,病位主要在肝脾胃三脏,肝郁、脾虚及胃气不降为FD主要的病机关键,但目前对FD的病机演变规律研究深入不足。FD的治疗有辨证分型、专法专药,以及辨病辨证相结合等,但缺乏严谨有效的评价体系,对患者生活质量也不够重视。

关键词 功能性消化不良;病因病机;临床研究;述评

Progress of Treatment of Functional Dyspepsia by Chinese medicine

Zhu Enlin, Zhang Beihua, Kang Nan, Tang Xudong

(Xiyuan Hospital CACMS, Beijing 100091, China)

Abstract This paper discusses the name of TCM disease from the ancient books. The incidence of FD is related to the diet and the external pathogens and the mental factors. The main site affected was the spleen and the liver. The main pathogenesis of functional dyspepsia is liver qi stagnation, spleen deficiency and stomach qi did not fall. The research on the evolution of FD pathogenesis is insufficient. The treatment of FD can be based on syndrome differentiation, or special medicine for special methods, or combination of syndrome differentiation with disease differentiation. However there is lack of coherent and effective evaluation system, and a lack of attention to the quality of patients' life.

Key Words Functional Dyspepsia; Etiology and pathogenesis; Clinical research; Review

中图分类号:R573.9 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.07.001

功能性消化不良(Functional Dyspepsia,FD)是指存在一种或多种起源于胃十二指肠区域的消化不良症状(如上腹痛、餐后饱胀、早饱感、上腹胀气等),并且缺乏能够解释这些症状的任何器质性、系统性或代谢性疾病。根据FD主要症状、症状与病理生理的关系以及症状谱的因素分析,罗马Ⅲ将其分为餐后不适综合征和上腹疼痛综合征两个不同的亚型。慢性或复发性消化不良症状每年在全世界人口中有20%~30%的人群会出现^[1],并且这个比例在全球范围内基本一致,到目前为止^[2],据可靠的数据显示近几十年消化不良的患病率未见明显变化^[3]。其患病率在不同国家及地区表现的不尽相同,与该地区人们的生活习惯、经济状况、文化背景及民族等因素都具有相关性。随着我国社会经济的发展,人们生活习惯和饮食结构的改变,功能性消化不良患病率逐年增加,由于FD患者反复就医耗费了大量的医疗资源,同时对于FD患者而言,生活质

量及工作情况都受到本病的影响。目前现代医学对本病的病因及病机尚不明确且治疗效果不佳,而中医药对FD的研究进一步深化,取得了一些新进展,但还存在许多问题,需要进一步研究及探讨,现对中医药治疗FD研究进展作一评述。

1 病名探讨

根据FD的主要临床表现餐后饱胀和上腹疼痛等,当属中医的“痞满”“胃脘痛”“积滞”范畴^[4]。FD的两个亚型上腹疼痛综合征当与胃脘痛相近,而餐后不适综合征当与痞满类似。“痞满”“胃脘痛”在《黄帝内经》(以下简称《内经》)中早有记载,其病名表述为痞、否塞、心痛、厥心痛、胃心痛等;由于《内经》未将心痛与胃脘痛做明确区分,历来有医家认为心痛及胃痛,也有医家认为胃痛非心痛之说。《内经》有“厥心痛,腹胀胸满,心尤痛甚,胃心痛也”“六腑胀,胃胀者,腹满,胃脘痛,鼻闻焦臭,妨于食,大便难”“心胃生寒,胸膈不利,心痛痞满”等相关论述。

基金项目:国家重点基础研究发展计划资助项目(编号:2013CB531703);国家自然科学基金资助项目(编号:81173209)

通信作者:唐旭东(1963.3—),男,主任医师,教授,博士研究生导师,中国中医科学院首席研究员,地址:北京市海淀区西苑操场1号,Tel:(010)62835001,E-mail:txdy@sina.com

这些论述都阐明了 FD 的发病部位在中焦脾胃。张仲景对胃脘痛的定位用“心下”明确代指胃脘部位,而对痞满的症状做了进一步的界定,“但满而不痛者,此为痞”。隋唐医家对本病亦多有论述,并且从治疗上、病机、病位等方面与心痛做了区别。《千金要方·脾藏》:“治脾胃俱虚,苦饥寒痛方。”孙思邈提出九种心痛说,从其名称及方药分析,大多属于胃脘痛。胃脘痛被作为病名首次被金元医家正式提出,朱丹溪明确指出心痛即胃脘痛。《兰室秘藏》中将胃脘痛作为独立病证单设一门。

2 病因病机及辨证分型

目前对 FD 的病因病机做了大量的研究,主要有以下几方面:1) 基于文献的分析来探讨 FD 的病因病机,文献主要来源古代医家对“痞满”“胃脘痛”等病因病机的分析及现代名家对 FD 病因病机的阐释,如王俊等^[5]对《脾胃论》《兰室秘藏》《医学发明》《内外伤辨惑论》《东垣试效方》等这几篇经典著作以“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”这三个病名进行相关条文的检索,将病因病机均分为两级层次,采用定性与定量的数据分析法,发现引起 FD 的病因以内因居多,内因中以饮食为重,其次则为情志所伤;外因则以寒邪为多;而病机统计发现 FD 的病机以气滞为主。李霞等^[6]采用相似的方法对《伤寒杂病论》中相关条目进行分析,在 FD 的主要病因方面与王俊的研究一致,而病机方面也以气滞为主,实寒和阳虚为次。现代名家对 FD 的病因病机也多有阐述,如董建华院士^[7]认为 FD 的病位在肝、脾、胃三脏,多由外邪内居及情志受伤引起,肝郁、脾虚及胃气不降为 FD 主要的病机关键,三者相互影响,共同导致消化不良症状的产生。李乾构教授^[8]对 FD 的病因病机也多有阐述,认为 FD 的病因主要是由于情志所伤和饱食不节引起,脾虚为本,食滞、痰湿、气滞、血瘀等邪实为标。2) 通过大量的临床研究对 FD 的病因病机进行探讨,如徐敏等^[9]对 222 例 FD 患者进行调查研究发现,FD 与脾虚关系最为密切,其次则为肝郁。张声生教授对 FD 的研究也做了大量的工作,其中一项大样本的调查研究显示^[10],FD 的发生多与饮食相关,病机以脾虚气滞为主。

对 FD 证型规律研究从文献与临床方面也多有研究。在文献研究方面,如刘晶等^[11]对近年来关于 FD 的文献进行统计分析,得出前八位的中医证型是:肝胃不和、脾胃虚弱、寒热错杂、饮食积滞、肝郁脾虚、肝郁气滞、脾胃虚寒、脾胃湿热。王相东等^[12]对 2000—2011 有关 FD 的文献进行分析,符合纳入

标准的有 287 篇,共有病例 3656 例,结果显示前四位的中医证型为肝胃不和证、脾胃虚弱证、肝郁脾虚证、脾胃湿热证,这四个证型占总证型过程比的 71.28%。在临床研究方面,近年来关于 FD 的证候进行了大量的临床研究,其中不乏大量的调查研究,陈贞等^[10]纳入了 565 例 FD 患者,证型频率前四位的是脾虚气滞证、脾胃湿热证、脾胃虚弱(寒)证、寒热错杂证,四个证型共占据了 95.2% 的患者,而与证型最密切相关的症状主要是胃脘胀满和胃脘疼痛,分别占据的构成比为 90.3% 和 87.0%。而卜平教授^[9]也对 222 例 FD 患者进行了证候学研究,FD 的证型主要以脾胃虚弱、肝胃不和、脾胃阳虚这三个证型多见,而脾虚证型占构成比的 59%。符小聪等^[13]采用调查问卷的形式调查了 266 例患者,主要症状胃脘胀满及胃脘疼痛所占比例分别为 91.3% 和 62.7%,前 4 位的证型为脾胃湿热证(43.6%)、脾虚气滞证(25.9%)、寒热错杂证(12.8%)和肝胃不和证(10.6%)。从这些研究发现 FD 证的基本证素包括以下几方面:1) 反应疾病部位的证素,如心、肝、脾等;从上述医家的证型研究发现,FD 的病位多在脾、胃、肝三脏。2) 反应全身状况的证素,如气血阴阳等,从最常见的证型分析,FD 主要与气滞、虚弱、阳虚等相关。3) 反应疾病性质的因素,如寒热等,而 FD 多与虚寒、寒热错杂等相关。4) 反应病理因素的证素,如水湿痰饮等,而 FD 多与湿、痰、积滞等相关。

综上所述,FD 的病因不外内因与外因,内因与饮食情志密切相关,外因主要与寒邪为多。病位在肝脾胃,脾虚气滞为关键,脾胃升降失常为疾病发生的关键环节。

3 临床研究

现代医学治疗 FD 主要采取对症治疗,如抑制胃酸分泌、促进胃肠动力等,但效果不甚满意,而中医药在治疗 FD 上具有很大的优势。从文献报道来看,中医药对 FD 的治疗主要有以下几种情况。

3.1 辨证分型治疗 关于辨证分型中医治疗 FD 的研究,注重个体化治疗往往能取得很好的疗效。在具体实施如何辨证治疗研究,一般采用两种方法,一是分几个证型每个证型用固定的方剂,而是根据辨证处与汤剂治疗。如叶乙等^[14]将 FD 患者分为肝气郁结、脾胃气虚、肝气犯胃、湿热滞胃四个证型,分别给予固定汤剂:柴胡疏肝散合越鞠丸、香砂六君子汤、四逆散合沉香降气、三仁汤治疗,结果试验组优于对照组。范一宏等^[15]则采用的是中药汤剂加减,

方剂均为经典方剂,将证型分为肝胃不和型,方用柴胡疏肝散加减;脾胃虚弱型方用香砂六君子汤加减;肝胃郁热型,方用化肝煎加减;肝郁脾虚型,方用四逆散合六君子汤加减,此研究虽然试验组的有效率高于对照组,但差异无统计学意义。

3.2 传统经典方化裁治疗 传统经典方剂多出自古代名家之手,方剂组成相对固定,同时经过历代医家的临床检验,可以针对固定的证型起到很好的治疗效果,有些类似于西医所说的靶向治疗。临床研究中所用的传统经典方剂较多,如半夏泻心汤、香砂六君汤、逍遥散、柴胡疏肝散、参苓白术散、黄芪建中汤、三仁汤等。运用经典方剂治疗 FD 往往都取得了良好的治疗效果,如李欣^[16]等运用半夏泻心汤作为试验组、马来酸曲美布汀作为对照组,结果表明试验组和对照组的总有效率分别是 93.33% 和 75.00% ($P < 0.01$)。运用经典方剂配合西药治疗 FD 的疗效远远高于单纯用中药或用西药,如黄静等^[17]运用半夏泻心汤联合枸橼酸莫沙比利治疗 FD,在总体疗效及症状疗效方面均优于对照组单纯的运用枸橼酸莫沙比利。

3.3 自拟方治疗 医生根据自己的临床经验所拟定的处方叫自拟方,在 FD 的临床研究中大量的使用了自拟方治疗,归纳起来自拟方的命名可分为三类:1)根据方剂的治疗作用直接命名的,如自拟消痞除满汤^[18]、自拟固本益胃汤^[19]等;2)根据方剂的中医治疗法则命名,如自拟健脾化湿和胃方^[20]、自拟升清降浊汤^[21]等;3)根据方剂中所含药物命名,如自拟枳术二陈汤^[22]等;4)有些临床研究仅仅冠以自拟方或自拟中药汤剂,如尹亚东运用自拟方治疗 FD 的研究^[23]等。从大量的运用自拟方治疗 FD 的研究报告中可以看出自拟方治疗 FD 也能起到很好的治疗效果,如王彩虹等^[24]运用自拟方与西药莫沙比利对照研究,自拟方的总有效率为 95.2% 远远大于对照组总有效率为 76.1%。

3.4 中成药治疗 在治疗 FD 的临床研究中也大量的选取了中成药治疗,或为试验组或为对照组,对上市中成药进行临床研究,既有利于上市药临床疗效的再评价,也有利于中成药的进一步的推广,如越鞠保和丸、四磨汤、胃舒胶囊、保和丸、胃苏颗粒、三九胃泰颗粒、六味能消胶囊等中成药。其中枳术宽中胶囊、三九胃泰颗粒等进行了临床多中心的临床研究,刘方旭等^[25]在北京 5 家医院共纳入 202 例功能性消化不良餐后不适患者,试验组给予枳术宽中胶囊、对照组给予多潘立酮,结果试验组在改善临床症

状、抑郁症状等方面均优于对照组。

3.5 中西医结合治疗 在单独运用中医治疗方法的同时,也进行着中西医结合治疗。主要有以下几类:1)中药汤剂联合西药治疗,如半夏泻心汤联合多潘立酮^[26]、自拟泻平饮合多潘立酮^[27]等;2)中成药联合西药治疗,如胃苏颗粒联合莫沙必利^[28]、六味安消胶囊联合多潘立酮^[29]等;3)中医外治法联合西药治疗,如捏脊疗法联合莫沙必利^[30]、黛力新联合中医针灸^[31]、电针配合中药、黛力新联合穴位贴压^[32]等。从大量的文献看中药常配合的西药有:1)抗焦虑抑郁药,如米氮平片、黛力新等;2)抑酸药,如奥美拉唑等;3)胃肠动力药,多潘立酮、莫沙必利等。孙菁等^[33]进行的一项多中心随机对照试验,一共纳入 405 例患者,分别给予三九胃泰颗粒 + 奥美拉唑模拟剂、奥美拉唑 + 三九胃泰颗粒模拟剂及三九胃泰颗粒 + 奥美拉唑,结果三九胃泰组、奥美拉唑组、联合用药组的总有效率分别为 69.2%、65.6%、83.7%,联合用药组疗效优于其他 2 组,而三九胃泰组与奥美拉唑组无统计学意义。中西医结合治疗 FD 也能起到良好的疗效。

3.6 其他治疗 其他中医治疗方法主要有针灸治疗、穴位注射、经皮穴位电刺激、穴位埋线、腹针结合五行音乐、背俞指针疗法、艾灸法等,同时外治法也联合药物共同治疗。外治法也能起到较好的效果,如谢胜等^[34]运用周易象数切脉疗法治疗 FD 患者,与对照组相比可以明显改善胃电节律紊乱。这些方法具有简便廉验的特点,具有中医特色。

4 小结与展望

总结近年来 FD 的中医药研究现状,可以看出中医药学界在 FD 的病名探讨、病因病机、临床研究等方面做了大量的工作,同时关于 FD 的研究及治疗目前还存在不少问题,为此我们提出以下几点建议。

1)重视 FD 中医病机演变的深入研究:引起 FD 发生的原因多与饮食、情志及外邪内侵有关,不同因素导致的 FD 的发病特点多有不同,且 FD 的发病个体差异性大。中医病机是疾病一个阶段性的演变过程,不同的病因及不同的个体完全有可能在病机和证型方面存在差异,同一个患者在不同阶段可能受不同病因的影响或者在同一阶段受多个病因影响,因此在临床设计上要考虑对不同病因和病理阶段的 FD 区分,对不同病因和病理阶段的 FD 患者的临床疗效进行分析,找出其规律。

2)重视建立客观有效的疗效评定标准:由于 FD

的发病机制复杂,且受到生活习惯、气候变化、精神心理因素等多方面的影响,临床治疗措施可以作用于人体的各个环节,治疗后的表现既可以体现在理化指标的改变,也可以体现在病理形态学的改变;同时也可以体现在症状的改善,也可以体现在生活质量及心理状态的好转,所以FD的临床疗效评定需要从多方面的进行。由于缺乏统一的疗效评定标准,关于FD的中医药研究存在一定的重复、遗漏及失误,某种程度上浪费了有限的科研资源,而且未能很好的指导临床,也使相互之间的交流存在一定的障碍。因此,今后的工作重点是建立和完善客观有效的疗效评定标准,以便更好地揭示中医药治疗FD的疗效,提高临床学术水平。

3)重视FD的动物实验研究:与临床研究相比,目前关于FD的动物实验研究较少。而动物实验的成功与否与动物模型的成功复制密切相关。现代医学主要根据FD的发病机制进行造模,如应用阿托品进行动力障碍型造模^[35-36],碘乙酰胺进行内脏敏感型造模^[37-38]及采用打乱大鼠正常饮食规律、破坏胃内酸碱平衡的方法制作胃电节律失常模型^[39]。辨证论治是中医的基本诊疗模式,为更好地适应中医临床研究的需要,应建立既符合西医疾病诊断标准又可以体现中医证候特点的病证结合动物模型。中医证候涉及的范围往往遍及机体的多脏腑、组织或功能系统,加上FD的病因多端,因此在进行动物造模时所采用的方法也应多样化,这些都给中医动物模型的制作添加了难度。目前病证结合的动物模型存在制作方法比较单一,在这方面的研究太少,某些模型缺乏造模成功的客观检测标准。目前,关于中药疗效的实验研究多以单味中药以及活性成分居多,对于复方研究不足,而中药复方的疗效与各药物之间的相互作用密切相关,故将复方中的每一味药孤立研究,并不符合临床实际。此后的研究,应注意中药复方配伍、化裁对疗效的影响,以明确中药复方的作用机制。

4)重视患者心理健康及生活质量方面的研究:在FD的诊疗中过分强调药物治疗,而忽视了饮食习惯、体育锻炼等生活指导及心理调节。过度强调理化指标的好转,而忽视中医药对患者生活质量的改善。对于FD患者给予心理安慰、健康教育和积极的暗示是很重要的,帮助患者提高对自己所患疾病的认识,使患者充分的认识到所患疾病的良性本质并能够很好的理解自己的病情。现在常用评价生活质量的有SF-36量表、WHOQOL-100及FDDQL、

FD相关满意度量表等,但这些量表缺乏中医特色。借鉴量表的制作原则和方法,研制出具有中医特色的FD量表,对本病的疗效评价具有十分重要的借鉴意义。

5)重视中药安全性研究:FD具有慢性、长期性、易反复及难以缓解等特征需要长期服药,研究证实长期大剂量服用中药,特别是中药复方,也会出现肝肾功能的损害。多数的研究报道都重视临床疗效,忽视了中药毒性的研究,导致患者及家属存在“中药无毒”的思想误区。不少临床研究报道所使用的中药剂量远远超出其安全使用范畴,在今后的科研及临床实践中应予以重视。

参考文献

- [1] Hu W H, Wong W M, Lam C L, et al. Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2002, 16 (12): 2081 - 2088.
- [2] Talley N J, Boyce P, Jones M. Dyspepsia and health care seeking in a community: How important are psychological factors? [J]. *Dig Dis Sci*, 1998, 43 (5): 1016 - 1022.
- [3] Gschossmann J M, Haag S, Holtmann G. Epidemiological trends of functional gastrointestinal disorders [J]. *Dig Dis Sci*, 2001, 19 (3): 189 - 194.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化不良中医诊疗共识意见 (2009) [J]. *中国中西医结合杂志*, 2010, 30 (5): 533 - 537.
- [5] 王俊, 张翼宙. 基于量化分析的功能性消化不良中医病因病机研究 [J]. *中华中医药学刊*, 2014, 32 (2): 300 - 302.
- [6] 李霞, 张翼宙, 董颖. 基于内容分析法的功能性消化不良中医病因病机探讨 [J]. *浙江中医杂志*, 2013, 48 (2): 115 - 116.
- [7] 王长洪. 著名中医学家董建华教授学术经验系列之一——功能性消化不良的论治经验 [J]. *辽宁中医杂志*, 1999, 26 (7): 3 - 4.
- [8] 李乾构, 周斌, 任蜀兵. 功能性消化不良的辨证论治探析 [J]. *中国中西医结合脾胃杂志*, 1996, 4 (2): 115 - 116.
- [9] 徐敏, 卜平, 时乐, 等. 功能性消化不良 222 例证候病机分析 [J]. *实用中医药杂志*, 2006, 22 (4): 246 - 247.
- [10] 陈贞, 许文君, 张声生. 功能性消化不良中医证候及症状分布特点的研究 [J]. *北京中医药*, 2008, 27 (11): 841 - 843.
- [11] 刘晶, 李峰, 唐旭东, 等. 功能性消化不良中医辨证及辨证标准的现代临床文献研究 [J]. *世界中医药*, 2015, 10 (1): 56 - 59.
- [12] 郭小青, 王相东, 杨帆. 功能性消化不良证候要素分布特点的研究 [J]. *中国中医基础医学杂志*, 2012, 18 (10): 1057 - 1058.
- [13] 刘永芬. 明爱红符小聪. 266 例功能性消化不良患者中医证候的规律分析 [J]. *中医药导报*, 2014, 20 (1): 21 - 22.
- [14] 叶乙. 辨证分型治疗功能性消化不良随机平行对照研究 [J]. *实用中医内科杂志*, 2014, 28 (9): 104 - 106.

- [24] 苏俊权, 罗琦, 许仕杰, 等. 康泰复方对 IBS 模型大鼠脑肠轴 CRH 及肥大细胞的干预作用[J]. 新中医, 2012, 44(8): 151 - 153.
- [25] 苏晓兰, 魏玮. 温肾健脾方对腹泻型肠易激综合征大鼠 Th1/Th2 表达的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2012, 29(5): 550 - 609.
- [26] 林震群, 周文博. 丹红注射液对腹泻型肠易激综合征患者血清 IL-8 及 TNF- α 的影响[J]. 吉林医学, 2010, 31(1): 70 - 71.
- [27] 黄罡, 黄景瑞, 胡绵清. 生姜泻心汤对感染后肠易激综合征患者肥大细胞、IL-13 及 IL-1 β 的影响[J]. 中国中医药科技, 2012, 19(2): 111 - 113.
- [28] 高文艳, 王长洪, 吕冠华, 等. 伴有食物不耐受的腹泻型肠易激综合征患者 IL-17 和 IL-23 的表达及健脾法对其表达的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(10): 1940 - 1942.
- [29] 惠德生, 陈随才, 张来启, 等. 马来酸曲美布汀联合参苓白术散治疗腹泻型肠易激综合征及对血浆生长抑素、神经肽 Y 水平影响[J]. 现代生物医学进展, 2013, 13(12): 2342 - 2344.
- [30] 项凤梅, 江一平, 邓科穗. 升降浊法对腹泻型肠易激综合征 TNF- α 、IL-10 表达的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(11): 638 - 643.
- [31] 吴华清, 邵亮, 谷圣青. 温中止泻汤治疗脾阳亏虚型肠易激综合征的疗效观察与机理探讨[J]. 中医药研究, 2015, 12(8): 86 - 88.
- [32] 庄李磊, 胡团敏, 黄思付, 等. 黄术灌肠液对肠易激综合征患者 TNF- α 表达的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(1): 144 - 148.
- (2015 - 06 - 24 收稿 责任编辑: 洪志强)
- (上接第 972 页)
- [15] 范一宏, 蔡利军, 徐国萍, 等. 中医辨证治疗功能性消化不良的随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(12): 1592 - 1597.
- [16] 林琳, 魏玮, 李欣. 半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良 60 例临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(4): 876 - 878.
- [17] 黄静. 半夏泻心汤联合枸橼酸莫沙比利治疗功能性消化不良疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2011, 27(7): 464 - 465.
- [18] 刘亚祥. 自拟消痞除满汤治疗功能性消化不良 136 例[J]. 陕西中医学院学报, 2011, 34(6): 44 - 46.
- [19] 汪晓艳. 自拟固本益胃汤加减对功能性消化不良的治疗作用[J]. 中医临床杂志, 2012, 24(9): 860.
- [20] 韦朝霞, 刘洁嫻. 自拟健脾化湿和胃方治疗功能性消化不良临床观察[J]. 蛇志, 2014, 26(2): 179 - 181.
- [21] 丛庆国. 自拟升降浊汤治疗功能性消化不良的临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2010, 8(32): 204 - 205.
- [22] 王进. 自拟枳术二陈汤治疗功能性消化不良 82 例[J]. 云南中医中药杂志, 2012, 33(8): 35.
- [23] 尹亚东. 自拟方治疗功能性消化不良 51 例疗效观察[J]. 光明中医, 2012, 27(9): 1778 - 1779.
- [24] 王彩虹. 中药自拟汤方治疗功能性消化不良 168 例临床分析[J]. 求医问药: 下半月刊, 2012, 10(8): 589 - 590.
- [25] 刘方旭, 许乐. 枳术宽中胶囊治疗功能性消化不良及抑郁症状疗效及安全性多中心、开放、随机对照研究[J]. 世界中医药, 2012, 7(6): 484 - 485.
- [26] 肖朝阳, 徐秀梅. 半夏泻心汤加减配合多潘立酮片治疗功能性消化不良 62 例临床研究[J]. 新中医, 2012, 44(1): 53 - 54.
- [27] 胡全光, 林小武. 自拟泻平饮合多潘立酮治疗功能性消化不良疗效观察[J]. 广西中医药大学学报, 2013, 16(2): 34 - 35.
- [28] 郭军, 刘苗, 郑冬青, 等. 胃苏颗粒联合莫沙比利治疗餐后不适综合征临床疗效观察[J]. 云南医药, 2013, 34(3): 247 - 248.
- [29] 王丽. 六味安消胶囊联合多潘立酮治疗功能性消化不良临床研究[J]. 新中医, 2013, 45(6): 37 - 39.
- [30] 韩志瑾, 谢海芳. 捏脊疗法联合莫沙比利治疗功能性消化不良 48 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2013, 23(7): 546 - 548.
- [31] 牛爱原, 邓世雄, 白凤鸣. 黛力新联合中医针灸在心因相关功能性消化不良中的应用价值[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(19): 2080 - 2081.
- [32] 戚红亮, 宋斌, 凌家生. 黛力新联合穴位贴压治疗功能性消化不良上腹疼痛综合征[J]. 按摩与康复医学, 2014, 5(3): 110 - 111.
- [33] 孙菁, 房静远, 盛剑秋, 等. 三九胃泰颗粒与奥美拉唑联用治疗功能性消化不良疗效和安全性的多中心、随机、双盲、双模拟、平行对照临床试验[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(4): 269 - 273.
- [34] 谢胜, 张越, 周晓玲, 等. 周易象数切脉疗法对功能性消化不良患者胃电节律的影响广西中医药管理局中医药科技专项课题[J]. 江西中医药, 2011, 42(5): 17 - 18.
- [35] 李冀, 刘蔚雯, 肖洪彬, 等. 枳术汤治疗功能性消化不良的配伍研究[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(2): 199 - 201.
- [36] 段嘉川. 中药复方芍术颗粒治疗功能性消化不良的药效机理研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2002.
- [37] Liu L S, Winston J H, Shenoy M M, et al. A rat model of chronic gastric sensorimotor dysfunction resulting from transient neonatal gastric irritation[J]. Gastroenterology, 2008, 134(7): 2070 - 2079.
- [38] Ozaki N, Bielefeldt K, Sengupta J N, et al. Models of gastric hyperalgesia in the rat[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol, 2002, 283(3): G666 - G676.
- [39] 张勇, 王振华. 大鼠胃电节律失常模型的建立[J]. 世界华人消化杂志, 1998, 6(7): 612 - 613.
- (2015 - 06 - 24 收稿 责任编辑: 洪志强)