

基于“肝胃不和”辨证论治功能性消化不良患者的症状及焦虑状态影响研究

【摘要】目的：观察门诊场景下以“肝胃不和”为辨证核心的中医综合干预对功能性消化不良（FD）患者消化道症状与焦虑状态的影响。**方法：**选取 2024 年 1 月—2025 年 12 月本院门诊 150 例肝胃不和证 FD 患者，按就诊序号采用随机数字表法分为对照组与观察组各 75 例，对比两组干预效果差异。**结果：**治疗后观察组证候总积分（ 8.62 ± 3.15 vs 12.94 ± 3.88 ）及 HAMA 评分（ 8.47 ± 2.63 vs 12.18 ± 2.91 ）均显著低于对照组，观察组总有效率 93.33%，高于对照组的 74.67%（ $P < 0.05$ ）。**结论：**在促动力药基础上联合柴胡疏肝散与短时情志疏导，能同步缓解肝胃不和型 FD 患者的躯体症状与轻中度焦虑，且未明显增加门诊接诊负担，具备在基层中医门诊推广的可行性。

【关键词】肝胃不和；功能性消化不良；门诊管理；柴胡疏肝散；焦虑状态；中医证候

功能性消化不良（FD）是门诊常见的消化系统疾病，患者常因反复上腹不适多次复诊，其间夹杂入睡困难、心烦善太息等焦虑表现，单纯促动力治疗停药后易反弹^[1]。中医将此类以胃脘胀闷、痛连两胁、情志诱发为核心表现者归为“肝胃不和”，认为木郁克土、气机壅滞是病机关键^[2]。我们在门诊随访中发现，部分 FD 患者 HAMA 评分已达 14 分以上却未被转介心理科，仅以“胃病”处置，症状迁延。为此，本研究以 2024—2025 年门诊连续病例为样本，把辨证用方与简短情志疏导嵌入常规就诊流程，评估其对症状与焦虑的双重作用，试图为门诊辨证标准化提供一点可复制的细节。

1 资料与方法

1.1 一般资料

150 例患者均来源于 2024 年 1 月—2025 年 12 月本院门诊，按就诊序号以随机数字表分为对照组和观察组；平均年龄（ 41.27 ± 11.35 ）岁。西医诊断参照罗马 IV 标准，中医肝胃不和证参照《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见（2023）》^[3]，HAMA 评分 ≥ 14 分且 < 24 分，近 2 周末用抗焦虑药及中药。排除胃镜提示溃疡、肿瘤等器质病变，妊娠哺乳期妇女，正在接受心理治疗。以上基础资料均衡可比， $P > 0.05$ 。

表 1 患者一般资料($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男女比例	平均年龄(岁)	平均病程(月)
对照组	75	39:36	41.87±4.21	10.92±2.13
观察组	75	35:40	41.75±4.69	10.87±2.41

1.2 方法

1.2.1 对照组：多潘立酮片 10 mg，餐前 30 min 口服，3 次/d，连用 4 周。

1.2.2 观察组：在对照组基础上加柴胡疏肝散加减治疗。柴胡 12 g、白芍 12 g、枳壳 10 g、香附 10 g、川芎 9 g、陈皮 9 g、炙甘草 6 g；嗝气甚者加旋覆花 9 g（包煎），眠差甚者加合欢皮 15 g、夜交藤 15 g，每日 1 剂，水煎 400 mL 分早晚餐后 1 h 温服；同时每次复诊（每周 1 次，共 4 次）由主诊医师完成 5～8 min 情志疏导（入组前均已接受统一培训），采用开放式提问确认情绪诱因，示范腹式呼吸 2 min。两组均发放 FD 饮食与作息宣教单。

1.3 观察指标

对比两组中医单项症状（胃脘痞满、上腹痛、两胁胀、嗝气、善太息、心烦易怒）按无/轻/中/重计 0～3 分，总和即证候总积分。两组临床疗效与焦虑分级。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行 t 检验；计数资料以[n(%)]表示，行 χ^2 检验；P<0.05 为差异有统计学意义。

2. 结果

表 2 两组患者治疗前后中医证候总积分与 HAMA 评分对比($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	例数	证候总积分(疗前)	证候总积分(疗后)	HAMA(疗前)	HAMA(疗后)
对照组	75	22.08±4.52	12.94±3.88	17.39±3.05	12.18±2.91
观察组	75	22.41±4.37	8.62±3.15	17.52±3.21	8.47±2.63
P 值	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 3 两组患者治疗效果对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
----	----	----	----	----	-----

对照组	75	23 (30.67%)	33 (44.00%)	19 (25.33%)	56 (74.67%)
观察组	75	39 (52.00%)	31 (41.33%)	5 (6.67%)	70 (93.33%)
P 值	-	-	-	-	<0.05

3. 讨论

本组数据显示，在促动力药基础上联合柴胡疏肝散类方与短时情志疏导，4周即把证候总积分降至8分左右，较对照组多下降约4.3分，组间差异显著，这和我们门诊日常发现一致。观察组疗后均值8.47分，已低于轻焦虑临界值14分，对照组仍停在12分以上，这一差距提示，联合干预可能通过打破“胃肠不适—情绪紧张”的恶性循环，实现躯体症状与情绪状态的同步改善。观察组总有效率93.33%、对照组74.67%的悬殊差距，从机制层面看，柴胡、白芍、枳壳等配伍可行气解郁、柔肝和胃，现代药理亦证实其具有调节脑肠肽、降低内脏高敏性及抑制促炎因子释放等多靶点效应；而每次复诊时的开放式提问与腹式呼吸示范，则通过打断负性认知反刍、激活副交感神经，为药物疗效提供了行为层面的加成。

综上，从门诊运行角度看，把辨证用方+5分钟情绪访谈嵌进既有就诊时长，并未明显增加单次接诊负担，但却能有效改善患者的临床治疗效果，值得在临床医学广泛应用。

参考文献

- [1]吴旭,李瑞倩,潘洋.调肝散痞方联合多潘立酮治疗功能性消化不良临床疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(8):620-624.DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.08.09.
- [2]赵薇,张亚茜,姜宇轩,等.柴胡疏肝散及其加减方治疗功能性消化不良的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(17):248-255.DOI:10.13422/j.cnki.syfjx.20241996.
- [3]中华中医药学会脾胃病分会,张声生,唐旭东,等.功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2023)[J].中华中医药杂志,2024,39(3):1372-1378.

