

功能性消化不良的中医辨证施治及研究进展

周巧云

(山西医科大学, 山西 太原 030001)

摘要: 功能性消化不良是临床常见的消化系统功能性疾病, 其发病率较高, 病程迁延反复, 严重影响患者的生活质量。中医在功能性消化不良的诊疗中具有独特优势, 形成了系统的辨证理论与施治体系。深入探讨功能性消化不良的中医辨证分型规律及施治方法, 梳理相关研究进展, 对于丰富临床诊疗思路、提高诊疗效果具有重要意义。基于此, 文章以功能性消化不良的中医关联认知为切入点, 系统阐述了其辨证分型标准与各证型特征, 详细介绍了中药、针灸、推拿等中医施治方法的具体应用, 全面梳理了中医辨证施治的临床、机制及实验研究进展, 为临床应用及后续研究提供参考依据。

关键词: 功能性消化不良; 中医; 辨证施治

中图分类号: R57

文献标识码: A

文章编号: 3106-2040 (2025) 07-0021-11

DOI: 10.62022/CPH.issn3106-2040.2025.07.003

Traditional Chinese Medicine (TCM) Syndrome Differentiation and Treatment of Functional Dyspepsia and Its Research Progress

Qiaoyun Zhou

(Shanxi Medical University, Taiyuan, Shanxi 030001)

Abstract: Functional dyspepsia is a common functional disorder of the digestive system in clinical practice, with a high incidence rate and a prolonged and recurrent course, seriously affecting patients' quality of life. Traditional Chinese Medicine (TCM) has unique advantages in the diagnosis and treatment of functional dyspepsia, forming a systematic theory of syndrome differentiation and treatment system. In-depth exploration of the TCM syndrome differentiation and treatment methods for functional dyspepsia, as well as the review of relevant research progress, is of great significance for enriching clinical diagnosis and treatment ideas and improving diagnostic and treatment outcomes. Based on this, the article takes the TCM-related cognition of functional dyspepsia as the starting point, systematically expounds the TCM syndrome differentiation criteria and characteristics of each syndrome type, introduces in detail the specific application of TCM treatment methods such as traditional Chinese medicine, acupuncture and moxibustion, and tuina, and comprehensively reviews the clinical, mechanistic, and experimental research progress of TCM syndrome differentiation and treatment, providing a reference basis for clinical application and subsequent research.

Keywords: functional dyspepsia; traditional Chinese medicine; treatment based on syndrome differentiation

1 功能性消化不良概述与中医关联认知

1.1 功能性消化不良的现代医学定义及流行病学特点

功能性消化不良的现代医学定义为:一种无器质性病变的消化系统功能性疾病, 患者持续或反复出现上腹部疼痛、上腹部饱胀感、早饱、食欲缺乏、恶心等上消化道症状, 症状出现时间累计超过12周, 且症状出现时间不要求连续。该疾病的发生机制极为复杂, 目前尚未完全阐明, 现有研究表明其与胃肠动力异常、内脏高敏感性、肠道菌群失调、精神心理因素、饮食生活习惯及遗传易感性等多种因素密切相关^[1]。其中, 胃肠动力异常是功能性消化不良最核心的病理生理基础之一, 主要表现为胃排空延迟、胃窦收缩幅度降低、胃电

节律紊乱等, 这些异常会直接导致食物在胃内停留时间过长, 引发饱胀、早饱等核心症状。内脏高敏感性则表现为患者胃肠道对正常生理刺激或轻微刺激产生过度的疼痛、不适反应, 这也是部分患者出现上腹部疼痛的重要原因。肠道菌群失调会通过“肠—脑轴”影响胃肠道功能及患者的精神心理状态, 进一步加重症状; 而长期的焦虑、抑郁等精神心理因素则会通过“脑—肠轴”反向调控胃肠动力和内脏敏感性, 形成恶性循环。此外, 长期饮食不规律、暴饮暴食、过量摄入辛辣刺激、油腻及生冷食物, 会直接刺激胃黏膜, 干扰胃肠道的正常蠕动和消化液分泌, 增加疾病发生的风险。

功能性消化不良的核心症状以上腹部疼痛、上腹部饱胀

作者简介: 周巧云, 硕士, 助教, 研究方向为功能性消化不良的中医诊疗优化研究。

感、早饱为主要表现,这三类症状往往相互伴随,部分患者可同时出现两种或三种核心症状。其中,上腹部疼痛多为隐痛、胀痛或灼痛,疼痛部位主要集中在剑突下或脐上区域,疼痛程度轻重不一,部分患者的疼痛与进食存在明显关联,如餐后疼痛加重或空腹时疼痛明显。上腹部饱胀感则表现为进食后不久即出现胃部胀满不适,即使进食少量食物也会有明显的饱胀感,严重时可出现腹部膨隆。早饱症状指患者在进食过程中或进食少量食物后即出现饱腹感,无法完成正常食量,这一症状会直接导致患者食欲减退。除核心症状外,部分患者还可伴随食欲减退、恶心、呕吐、嗝气、反酸、胃灼热等消化道症状,少数患者可出现乏力、体重下降、失眠、焦虑等全身症状,但体重下降通常不明显,若出现明显体重下降,需警惕其他器质性疾病的可能。其诊断标准需严格遵循“排除性诊断”原则,同时满足以下条件:一是存在上述核心症状中的至少一项,且症状持续存在或反复出现;二是通过胃镜、腹部超声、血常规、肝肾功能、血糖、甲状腺功能等相关检查,排除食管、胃、十二指肠等上消化道器质性疾病,如消化性溃疡、胃癌、食管炎、胃食管反流病等,同时排除肝胆胰等腹腔脏器的器质性疾病,以及糖尿病、甲状腺功能亢进或减退等全身性疾病引发的消化道症状;三是症状持续或反复出现的时间累计超过12周,且12周的时间范围可在过去的12个月内,不要求症状连续出现。在临床诊断过程中,医生还需结合患者的病史、饮食生活习惯、精神心理状态等进行综合判断,避免漏诊或误诊。

从流行病学特点来看,功能性消化不良的发病率呈现出较高的水平,且在不同地区、不同人群中存在一定差异,其发病率受地域环境、饮食结构、生活方式、精神压力等多种因素的影响^[2]。在全球范围内,功能性消化不良的发病率为10%~30%,其中亚洲地区的发病率约为15%~25%,欧美地区的发病率约为10%~20%,这种地域差异可能与不同地区的饮食结构和生活习惯有关。在我国,功能性消化不良的发病率同样处于较高水平,不同省份和城市的发病率有所不同,在经济发达的一线城市,由于居民生活节奏快、精神压力大、饮食不规律等因素,发病率相对更高,可达20%~30%;而在农村地区,发病率相对较低,约为10%~15%。从年龄分布来看,青年至中年人群的发病率相对较高,其中20岁~50岁年龄段的发病率最高,占有患者的60%~70%,这一年龄段人群往往承担着较大的工作和生活压力,饮食和作息不规律,是功能性消化不良的高发人群。随着年龄增长,60岁以上老年人群的发病率有所下降,但由于老年人群脾胃功能生理性减退,且常合并其他慢性疾病,一旦发生功能性消化不良,症状往往更为复杂,治疗难度也相对较

大。在性别分布上,女性患者的发病率略高于男性患者,男女发病率比例约为1:1.2~1:1.5,这一差异可能与女性的生理特点(如生理期、孕期、更年期激素水平变化)、精神心理状态(女性情绪波动相对更为明显,焦虑、抑郁的发生率较高)等因素相关。此外,特定职业人群如都市白领、学生、医护人员等,由于长期处于高强度的工作或学习压力下,精神紧张、作息不规律、饮食仓促,功能性消化不良的发病率明显高于其他人群;长期吸烟、饮酒、过量饮用浓茶和咖啡,以及长期食用辛辣刺激、油腻、生冷食物的人群,发病率也相对较高。

1.2 中医对功能性消化不良的病名、病因病机认识

中医虽无“功能性消化不良”这一现代医学病名,但根据其核心症状表现,可将其归属于“痞满”“胃痛”“纳呆”“嗝气”“嘈杂”等传统中医病症范畴。其中,以上腹部饱胀感、痞塞不通为主要表现者,最符合“痞满”的病症特点;以上腹部疼痛为主要表现者,可归属于“胃痛”范畴;以食欲减退为主要表现者,可归属于“纳呆”范畴;以嗝气频繁为主要表现者,则与“嗝气”病症相符。中医对这些相关症状的认知历史悠久,在长期的临床实践中,形成了系统的病症描述和诊疗体系,其核心病机多围绕脾胃功能失调展开,与现代医学对功能性消化不良的病理生理认识存在一定的对应关系^[3]。例如,中医“痞满”病症强调“痞塞不通、满而不痛”,这与功能性消化不良患者的上腹部饱胀、早饱症状高度契合;“胃痛”病症中关于“胃脘部疼痛、饮食不慎或情志失调后加重”的描述,也与功能性消化不良患者的上腹部疼痛症状及诱发因素相符。这些传统病症的诊疗经验,为现代中医治疗功能性消化不良提供了丰富的理论基础和实践借鉴。

中医视角下,功能性消化不良的病因复杂多样,主要包括饮食不节、情志失调、劳逸失度、脾胃素虚等方面,这些病因往往相互影响、相互交织,共同导致疾病的发生。饮食不节是临床最常见的致病因素,具体可分为多种情况:一是暴饮暴食,短时间内大量进食,会超出脾胃的运化能力,导致食积内停于胃脘,气机阻滞不通,进而引发上腹部饱胀、疼痛、早饱等症状;二是过食生冷寒凉食物,如冰饮、冰激凌、生冷瓜果、凉拌菜等,这类食物会损伤脾胃阳气,导致脾胃运化功能减退,寒邪凝滞于胃脘,出现胃脘冷痛、喜温喜按、食少便溏等症状;三是过食辛辣刺激、油腻厚味食物,如辣椒、花椒、油炸食品、肥肉等,这类食物会滋生脾胃湿热,干扰脾胃的正常运化,出现胃脘灼痛、口苦口臭、大便黏腻等症状;四是饮食不规律,饥饱无常,会破坏脾胃的正常生理节律,导致脾胃气机紊乱,运化功能受损,逐渐引发

相关症状。情志失调也是诱发和加重功能性消化不良的重要因素，中医认为“肝主疏泄”，能够调节全身气机的升降出入，若长期处于焦虑、抑郁、愤怒、思虑过度等不良情绪中，会导致肝失疏泄，气机郁滞不畅。肝木克脾土，肝郁气滞会进一步影响脾胃的运化功能，导致脾胃气机升降失常，即“肝脾不和”，进而引发胃脘胀痛、连及两胁、嗳气频繁、食欲减退等症状，且这些症状往往会在情绪波动时明显加重。劳逸失度同样会影响脾胃功能，导致疾病发生：一方面，过度劳累，包括体力劳动和脑力劳动过度，会耗伤人体的气血津液，尤其是脾胃之气，导致脾胃气虚，运化无力，出现神疲乏力、少气懒言、食少便溏、胃脘隐痛等症状；另一方面，过度安逸，长期缺乏运动，会导致脾胃运化功能减退，气血生化不足，同时水湿代谢失常，易滋生痰湿，出现脘腹胀满、肢体沉重、食欲缺乏等症状。脾胃素虚则多与先天禀赋不足或后天调养不当相关：先天禀赋不足者，与生俱来脾胃功能薄弱，运化能力低下，易受外界因素影响而引发症状；后天调养不当者，多因长期饮食不节、情志失调、久病不愈等，导致脾胃之气逐渐耗伤，形成脾胃虚弱之证，表现为长期的食少便溏、神疲乏力、胃脘隐痛等症状，且病情易反复，难以痊愈。

功能性消化不良的中医病机核心为脾胃功能失调，气机升降失常。脾胃为后天之本，气血生化之源，主运化水谷精微和水湿，同时主升清降浊，维持人体正常的消化吸收功能。脾主升清，将水谷精微向上输送至心肺，濡养全身；胃主降浊，将食物残渣向下传导至肠道，排出体外。当脾胃功能受损时，运化功能失常则水谷不化、食积内停，升清降浊失常则气机阻滞于胃脘，进而出现上腹部饱胀、疼痛、早饱等一系列症状。不同病因引发的病机存在一定差异，且在疾病发展过程中，病机往往会发生演变。饮食不节引发者，若为暴饮暴食导致食积内停，病机多为食积阻滞、气机不畅，属于实证，表现为胃脘胀满、疼痛拒按、嗝腐吞酸等症状；若为过食生冷寒凉导致脾胃阳气受损，病机多为脾胃虚寒、寒邪凝滞，属于虚证或虚实夹杂证，表现为胃脘冷痛、喜温喜按、食少便溏等症状；若为过食辛辣油腻导致脾胃湿热，病机多为湿热内蕴、气机阻滞，属于实证，表现为胃脘灼痛、口苦口臭、大便黏腻等症状。情志失调引发者，核心病机为肝失疏泄、肝脾不和、气机郁滞，初期多为实证，表现为胃脘胀痛连及两胁、烦躁易怒等症状；若病情迁延不愈，肝郁气滞日久会耗伤脾胃之气，逐渐转化为虚实夹杂证，表现为既有胃脘胀痛、嗳气等气滞症状，又有神疲乏力、食少便溏等气虚症状。劳逸失度或脾胃素虚引发者，核心病机为脾胃气虚、运化无力，属于虚证，表现为胃脘隐痛、喜温喜按、神疲乏

力、食少便溏等症状；若脾胃气虚日久，运化水湿功能减退，水湿内停则会滋生痰湿，形成“脾胃虚弱兼痰湿内蕴”的虚实夹杂证，表现为脘腹胀满、肢体沉重、大便黏腻等症状；若气机阻滞日久，血行不畅则会形成瘀血，出现“脾胃虚弱兼瘀血阻滞”的病机，表现为胃脘疼痛固定不移、疼痛如针刺、夜间加重等症状。此外，在疾病发展过程中，不同病机之间还可能相互转化，如实证日久不愈会耗伤正气，转化为虚证；虚证患者若再次感受外邪或饮食不节，会出现虚实夹杂的情况，这些兼夹病机将进一步加重病情，导致症状更加复杂，增加治疗难度。

2 功能性消化不良的中医辨证分型

2.1 常见辨证分型标准

中医对功能性消化不良的辨证分型以整体观念为指导，以辨证论治为核心，以患者的症状、体征、舌脉、病因、病机及体质特点为综合依据，形成了相对统一的辨证分型标准。目前，国内多个中医消化病相关的诊疗指南和专家共识中，均对功能性消化不良的辨证分型进行了规范，临床常见的辨证分型主要包括肝郁气滞证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、寒热错杂证等，此外，部分患者还可能表现为食积停滞证、胃阴不足证等证型^[4]。各证型之间既有明确的鉴别要点，又可能存在兼夹情况，如肝郁气滞证患者可能兼夹食积，脾胃虚弱证患者可能兼夹痰湿或瘀血。辨证分型的核心原则为“辨证求因、审因论治、治病求本”，通过对患者的病史、症状、体征、舌脉等进行全面收集和综合分析，明确疾病的病因、病位、病性及病机演变规律，进而确定证型。在辨证过程中，需注重主症与次症的区分，核心症状是确定证型的关键，伴随症状和舌脉则是佐证证型的重要依据。例如，以胃脘胀痛连及两胁、情绪波动时症状加重为主症，伴随嗳气频繁、烦躁易怒、脉象弦等，即可辨证为肝郁气滞证；以胃脘隐痛、喜温喜按、食少便溏为主症，伴随神疲乏力、少气懒言、脉象细弱等，即可辨证为脾胃虚弱证。同时，还需注意证型的动态演变，随着病情的发展和治疗的干预，证型可能会发生变化，如肝郁气滞证患者经治疗后，气滞症状缓解，但出现神疲乏力、食少等气虚症状，可能转化为脾胃虚弱证，此时需及时调整辨证分型和治疗方案。规范的辨证分型是确保中医治疗有效性的前提，能够为后续的施治提供明确的方向，避免盲目用药。

2.2 各常见证型的症状表现与诊断要点

肝郁气滞证是功能性消化不良最常见的证型之一，尤其多见于中青年女性和精神压力较大的人群。该证型的症状表现以胃脘胀痛为核心，疼痛多连及两胁肋部，疼痛性质多为

胀痛、窜痛,疼痛程度可轻可重,情绪波动时如焦虑、抑郁、愤怒后症状会明显加重,暖气或矢气后症状可稍有缓解,这是由于暖气和矢气能够排出部分阻滞的气机,暂时缓解气滞状态。患者常伴随暖气频繁、胸闷不舒、烦躁易怒、善太息等症状,善太息即频繁叹气,是患者不自觉缓解肝郁气滞的一种表现。部分患者可出现口苦、咽干、咽喉有异物感、失眠多梦、易惊醒等表现,这是由于肝郁气滞日久化热,或影响肝的疏泄功能导致津液代谢失常。舌脉特点为舌质淡红或暗红,舌苔薄白或薄黄,脉象弦,弦脉是肝郁气滞证的典型脉象,表现为脉象端直而长,如按琴弦。该证型的诊断要点主要包括以下几个方面:一是具备核心症状,即胃脘胀痛且疼痛连及两胁,同时症状与情绪变化存在明显关联,情绪波动时症状加重,暖气后缓解;二是伴随肝失疏泄的相关表现,如暖气频繁、胸闷、烦躁易怒、善太息、口苦咽干等;三是舌脉符合肝郁气滞的特征,即舌质淡红或暗红、舌苔薄白或薄黄、脉象弦。在辨证过程中,需注意与其他证型相鉴别,如脾胃湿热证也可能出现胃脘胀痛,但常伴随口苦口臭、大便黏腻等湿热症状,脉象多为滑数;食积停滞证也可能出现胃脘胀痛,但常伴随嗝腐吞酸、不思饮食等食积症状,脉象多为滑。此外,还需注意肝郁气滞证可能兼夹的其他病机,如兼夹食积、兼夹痰湿等,需结合具体症状进行综合判断。

脾胃虚弱证是功能性消化不良的常见证型之一,多见于老年患者、体质虚弱者及长期劳累、饮食不规律的人群。该证型的核心症状为胃脘隐痛,疼痛程度较轻,呈持续性或间歇性发作,劳累后或进食后症状会明显加重,休息后或进食温热食物后可缓解,这是由于劳累会耗伤脾胃之气,进食后脾胃运化负担加重,而休息和温热食物能够补益脾胃之气、缓解疼痛。患者常伴随食少便溏、食欲减退、神疲乏力、少气懒言等症状,食少便溏表现为进食量少,大便稀溏不成形,每日排便次数增多;神疲乏力表现为全身乏力、精神萎靡,稍活动即感疲惫;少气懒言表现为说话声音低微、不愿多言。部分患者还可出现面色萎黄或苍白、肢体倦怠、脘腹喜温喜按、大便中夹杂未消化的食物残渣、舌体胖大边有齿痕等表现,这些都是脾胃气虚、运化无力的典型特征。舌脉特点为舌质淡,舌苔薄白,脉象细弱,细脉表现为脉象细如线,但应指明显;弱脉表现为脉象沉细无力,提示脾胃气虚、气血不足。该证型的鉴别要点主要包括以下几个方面:一是核心症状为胃脘隐痛、喜温喜按,疼痛与劳累、进食相关;二是伴随明显的气虚表现,如神疲乏力、少气懒言、食少便溏等;三是舌脉符合淡舌、薄白苔、细弱脉的特征。在辨证过程中,需注意与脾胃虚寒证相鉴别,脾胃虚寒证在脾胃虚弱证的基础上,还会出现明显的寒象,如胃脘冷痛、畏寒肢冷、四肢

不温、大便稀溏清冷等,舌脉多为舌淡胖、苔白滑、脉沉迟;还需与胃阴不足证相鉴别,胃阴不足证表现为胃脘灼痛、口干咽燥、大便干结等阴虚症状,舌脉多为舌红少津、脉细数。此外,脾胃虚弱证患者若病情迁延不愈,可能会兼夹痰湿、瘀血等病机,需结合具体症状进行判断,如兼夹痰湿者会出现脘腹胀满、肢体沉重、大便黏腻等症状,兼夹瘀血者会出现胃脘疼痛固定不移、疼痛如针刺等症状。

脾胃湿热证是功能性消化不良的常见实证证型之一,多见于饮食不规律、长期食用辛辣刺激、油腻厚味食物或长期处于潮湿环境的人群。该证型的核心症状为胃脘灼痛,疼痛程度较明显,呈持续性发作,进食辛辣油腻食物后症状会明显加重,这是由于辛辣油腻食物会进一步加重脾胃湿热,刺激胃黏膜,加剧疼痛。患者常伴随口苦口臭、口干不欲饮、脘腹胀满、恶心呕吐、大便黏腻不爽等症状,口苦口臭是由于湿热内蕴、胆气上逆所致;口干不欲饮是由于湿热阻滞,津液无法正常输布,虽有口干感,但不愿饮水或饮水后仍无法缓解;脘腹胀满是由于湿热阻滞气机,导致脾胃气机升降失常;恶心呕吐是由于湿热中阻,胃失和降,胃气上逆所致;大便黏腻不爽是由于湿热下注肠道,导致肠道传导功能失常。部分患者还可出现肢体沉重、皮肤油腻、小便短黄、舌红苔黄腻等表现,这些都是湿热内蕴的典型特征。舌脉特点为舌质红,舌苔黄腻,脉象滑数,滑脉表现为脉象往来流利,如盘走珠;数脉表现为脉象跳动急促,每分钟超过90次,提示体内有热、气机不畅。该证型的判定依据主要包括以下几个方面:一是具备核心症状,即胃脘灼痛,疼痛与进食辛辣油腻食物相关;二是伴随湿热内蕴的表现,如口苦口臭、口干不欲饮、脘腹胀满、恶心呕吐、大便黏腻、肢体沉重等;三是舌脉符合红舌、黄腻苔、滑数脉的特征。在辨证过程中,需注意与肝郁化热证相鉴别,肝郁化热证表现为胃脘胀痛连及两胁、烦躁易怒、口苦咽干等症状,舌脉多为舌红苔薄黄、脉弦数,无明显的湿热内蕴表现;还需与胃热证相鉴别,胃热证表现为胃脘灼痛、口干喜饮、多食易饥、大便干结等症状,舌脉多为舌红苔黄、脉滑数,无明显的湿邪表现。此外,脾胃湿热证患者若病情迁延不愈,湿热耗伤脾胃之气,可能会转化为虚实夹杂证,表现为既有胃脘灼痛、口苦口臭等湿热症状,又有神疲乏力、食少便溏等气虚症状,需及时调整辨证思路。

寒热错杂证是功能性消化不良的复杂证型之一,多见于病情迁延不愈、治疗不当或体质特殊的人群,其核心特点是寒象与热象同时存在,病机较为复杂。该证型的核心症状为胃脘痞满,即胃脘部痞塞不通、胀满不适,这是由于寒热错杂、气机阻滞所致。患者同时存在畏寒肢冷、脘腹喜温等寒

象,以及口干口苦、反酸、胃灼热等热象,寒象多为脾胃虚寒所致,表现为畏寒肢冷、脘腹喜温喜按、大便稀溏等;热象多为食积化热或肝胆郁热所致,表现为口干口苦、反酸、胃灼热、烦躁易怒等。部分患者还可伴随嗝气、恶心、呕吐、大便时干时稀、食欲不振等症状,这些症状都是由于寒热错杂、脾胃气机升降失常、运化功能紊乱所致。舌脉特点为舌质淡红或偏红,舌苔黄白相间或白腻罩黄,脉象弦滑或沉细,舌苔黄白相间或白腻罩黄是寒热错杂的典型舌象,提示体内既有寒邪又有热邪;脉象弦滑多提示既有气滞又有湿热,脉象沉细多提示有气虚或虚寒。该证型的分析要点主要包括以下几个方面:一是症状中同时存在明确的寒象与热象,寒象与热象相互交织,难以截然分开;二是寒象多源于脾胃本身的虚弱或虚寒,热象多源于食积、肝郁等因素化热;三是舌脉呈现寒热并存的特征;四是需注意区分寒热的主次关系,这是指导治疗的关键。若寒象偏重,表现为畏寒肢冷、脘腹喜温喜按等症状更明显,热象相对较轻,治疗应以温中散寒为主,兼顾清热;若热象偏重,表现为口干口苦、反酸胃灼热等症状更明显,寒象相对较轻,治疗应以清热为主,兼顾温中;若寒热并重,则需寒热并治,调和脾胃功能。在辨证过程中,需注意与单纯的虚寒证、实热证相鉴别,避免因遗漏某一病机而导致治疗不当。例如,单纯虚寒证无热象表现,单纯实热证无寒象表现,而寒热错杂证则两者兼具,这是最核心的鉴别点。

2.3 特殊情况下的辨证要点

兼夹证的辨证思路:功能性消化不良在临床中并非总是表现为单一证型,由于病因复杂、病情迁延或治疗不当等因素,患者常出现兼夹证情况,如兼有痰湿、血瘀、食积等,这些兼夹证会使病情更加复杂,治疗难度增加。因此,在辨证过程中,需在明确主证的基础上,结合兼夹证的症状特点、舌脉变化进行综合判断,准确把握主证与兼夹证的主次关系,为治疗提供依据。兼有痰湿者,在主证症状的基础上,会出现脘腹痞闷加重、肢体沉重乏力、大便黏腻不爽、舌苔白腻、脉象滑等表现。痰湿的形成多与脾胃功能失调相关,脾胃虚弱或脾胃湿热患者若运化水湿功能减退,水湿内停则会滋生痰湿。辨证时需在主证基础上叠加痰湿内蕴的病机,例如,脾胃虚弱兼痰湿内蕴证,既有胃脘隐痛、神疲乏力等脾胃虚弱症状,又有脘腹痞闷、肢体沉重、大便黏腻等痰湿症状;肝郁气滞兼痰湿内蕴证,既有胃脘胀痛连及两胁等肝郁气滞症状,又有脘腹痞闷、大便黏腻等痰湿症状。治疗时需在辨证治疗的基础上,兼顾祛湿化痰,选用相应的药物如茯苓、薏苡仁、陈皮、半夏等。兼有血瘀者,在主证症状的基础上,会出现胃脘疼痛固定不移、疼痛如针刺或刀割、疼

痛夜间加重、舌质紫暗或有瘀斑瘀点、脉象涩等表现。血瘀的形成多为气机阻滞日久所致,“气为血之帅”,气滞则血行不畅,日久成瘀;或为脾胃虚弱日久,气血生化不足,血行无力,导致瘀血内停。辨证时需考虑气机阻滞或脾胃虚弱与血瘀并存的病机,例如,肝郁气滞兼血瘀证,既有胃脘胀痛及两胁等肝郁气滞症状,又有胃脘疼痛固定不移、舌质紫暗等血瘀症状;脾胃虚弱兼血瘀证,既有胃脘隐痛、神疲乏力等脾胃虚弱症状,又有胃脘疼痛固定不移、脉象涩等血瘀症状。治疗时需在主证治疗的基础上,兼顾活血化瘀,选用相应的药物如丹参、桃仁、红花、延胡索等。此外,还有部分患者会出现食积兼气滞、湿热兼血瘀等复杂兼夹情况,需结合具体症状、舌脉进行细致辨证,避免漏诊或误诊。

不同年龄段、性别患者的辨证差异:由于不同年龄段患者的生理特点、生活习惯、病因病机存在差异,其辨证分型也呈现出一定的规律性;性别差异导致的生理特点和心理状态不同,也会影响辨证分型的分布。不同年龄段患者的辨证差异主要体现在以下几个方面:青年患者(18岁~30岁)多因饮食不节、情志失调引发功能性消化不良,饮食上常存在暴饮暴食、过食辛辣刺激、油腻食物、饮食不规律等问题,情志上多因学习、工作压力大而出现焦虑、抑郁等不良情绪。因此,青年患者的辨证多以肝郁气滞证、脾胃湿热证、食积停滞证为主,病机多为实证或虚实夹杂偏实证,症状表现多较明显,如胃脘胀痛、口苦口臭、嗝气频繁等,病情相对较轻,治疗后恢复较快。中年患者(31岁~60岁)多因长期劳累、情志压力大、饮食不规律等因素导致,长期的工作和生活压力会使肝失疏泄,同时劳累会耗伤脾胃之气,饮食不规律会进一步损伤脾胃功能。因此,中年患者的辨证多以肝郁脾虚证、脾胃虚弱证为主,病机多为虚实夹杂证,表现为既有胃脘胀痛、嗝气等气滞症状,又有神疲乏力、食少便溏等气虚症状;部分患者由于长期饮食不节,还可能兼夹痰湿、血瘀等病机,病情相对复杂,治疗周期相对较长。老年患者(61岁以上)由于脾胃功能生理性减退,气血生化不足,且常合并其他慢性疾病,如高血压、糖尿病等,体质相对虚弱。因此,老年患者的辨证多以脾胃虚弱证、脾胃虚寒证为主,病机多为虚证,表现为胃脘隐痛、喜温喜按、神疲乏力、食少便溏等症状;由于脾胃虚弱日久,运化水湿功能减退,老年患者常伴随痰湿内蕴的兼夹证,表现为脘腹胀满、肢体沉重、大便黏腻等症状;部分患者还可能因气虚血行无力,出现血瘀阻滞的表现,病情迁延反复,治疗难度相对较大。性别差异方面,女性患者由于生理特点(如生理期、孕期、更年期激素水平波动)和心理状态(女性情绪波动相对更为明显,焦虑、抑郁的发生率较高)的影响,肝郁气滞证、肝脾

不和证的比例明显高于男性患者,表现为胃脘胀痛连及两胁、烦躁易怒、情绪波动时症状加重等;在生理期或更年期,女性患者还可能出现脾胃虚弱证的表现,如神疲乏力、食少便溏等。男性患者则因饮食不规律、吸烟饮酒、过食辛辣刺激食物等习惯更为普遍,脾胃湿热证、食积停滞证的比例相对较高,表现为胃脘灼痛、口苦口臭、大便黏腻、嗳腐吞酸等症状;部分长期劳累的男性患者,也可能出现脾胃虚弱证的表现。在临床辨证过程中,充分考虑不同年龄段、性别的辨证差异,能够提高辨证的准确性,制定更具针对性的治疗方案。

3 功能性消化不良的中医施治方法

3.1 中药治疗

常用方剂及功效:中药治疗功能性消化不良严格遵循“辨证论治”原则,根据不同证型的核心病机,选用对应的方剂进行治疗,以达到调理脾胃功能、恢复气机升降、消除症状的目的。不同证型的常用方剂具有明确的功效定位,且在临床应用中需结合患者的具体症状进行加减调整。肝郁气滞证常用方剂为柴胡疏肝散,该方剂出自《景岳全书》,是疏肝理气的经典方剂。其药物组成包括柴胡、陈皮、川芎、香附、枳壳、白芍、炙甘草。方中柴胡为君药,味苦、辛,性微寒,归肝、胆经,具有疏肝解郁、理气止痛的功效,能够疏解肝郁,恢复肝的疏泄功能,从根本上解决肝郁气滞的核心病机。香附为臣药,味辛、微苦、微甘,性平,归肝、脾、三焦经,具有疏肝解郁、理气宽中的功效,与柴胡配伍,可增强疏肝理气的作用,缓解胃脘胀痛、嗳气等症状。陈皮、枳壳为臣药,陈皮味辛、苦,性温,归脾、肺经,具有理气健脾、燥湿化痰的功效;枳壳味苦、辛、酸,性微寒,归脾、胃、大肠经,具有破气消积、化痰散痞的功效,两者配伍,能够理气健脾、消胀除痞,改善脾胃气机阻滞的状态。川芎为佐药,味辛,性温,归肝、胆、心包经,具有活血行气、祛风止痛的功效,能够活血化瘀、缓解疼痛,与疏肝理气药物配伍,达到“气行则血行”的效果,缓解胃脘疼痛症状。白芍为佐药,味苦、酸,性微寒,归肝、脾经,具有养血柔肝、缓急止痛的功效,能够柔肝缓急,缓解肝气郁滞所致的疼痛,同时可制约柴胡、香附等药物的辛燥之性,调和药性。炙甘草为使药,味甘,性平,归心、肺、脾、胃经,具有益气补中、清热解毒、调和诸药的功效,能够调和方中各药物的药性,增强方剂的整体疗效。全方配伍严谨,共奏疏肝理气、活血止痛之功,能够有效缓解肝郁气滞引发的胃脘胀痛、连及两胁、嗳气频繁等症状。脾胃虚弱证常用方剂为香砂六君子汤,该方剂出自《古今名医方论》,是益气健脾和胃化

痰的经典方剂,由六君子汤加木香、砂仁组成。其药物组成包括人参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、半夏、木香、砂仁。方中人参为君药,味甘、微苦,性微温,归脾、肺、心经,具有大补元气、补脾益肺的功效,能够补益脾胃之气,增强脾胃运化功能,从根本上解决脾胃气虚的核心病机。白术为臣药,味苦、甘,性温,归脾、胃经,具有健脾益气、燥湿利水的功效,与人参配伍,可增强益气健脾的作用,改善脾胃虚弱所致的神疲乏力、食少便溏等症状。茯苓为臣药,味甘、淡,性平,归心、肺、脾、肾经,具有利水渗湿、健脾宁心的功效,能够健脾利湿,消除脾胃虚弱所致的水湿内停,缓解脘腹胀满、大便黏腻等症状。炙甘草为臣药,味甘,性平,归心、肺、脾、胃经,具有益气补中、调和诸药的功效,与人参、白术、茯苓配伍,增强益气健脾的效果,同时调和方中各药物的药性。陈皮为佐药,味辛、苦,性温,归脾、肺经,具有理气健脾、燥湿化痰的功效,能够理气和胃,缓解脾胃虚弱所致的脘腹胀满、嗳气等症状。半夏为佐药,味辛,性温,归脾、胃、肺经,具有燥湿化痰、降逆止呕的功效,能够化痰祛湿、缓解恶心呕吐症状。木香为佐药,味辛、苦,性温,归脾、胃、大肠、三焦、胆经,具有行气止痛、健脾消食的功效,能够增强行气消胀的作用,缓解脘腹胀满、食欲减退等症状。砂仁为佐药,味辛,性温,归脾、胃、肾经,具有化湿开胃、温脾止泻、理气安胎的功效,能够化湿和胃、增强消食功能,缓解脾胃虚弱所致的食少、消化不良等症状。全方配伍严谨,共奏益气健脾和胃消胀、化痰祛湿之功,能够有效缓解脾胃虚弱引发的胃脘隐痛、食少便溏、神疲乏力等症状。脾胃湿热证常用方剂为三仁汤,该方剂出自《温病条辨》,是清热利湿的经典方剂。其药物组成包括杏仁、滑石、通草、白蔻仁、竹叶、厚朴、薏苡仁、半夏。方中杏仁、白蔻仁、薏苡仁为君药,三药合用,共奏宣上、畅中、渗下之功,针对脾胃湿热的核心病机进行治疗。杏仁味甘、苦,性微温,归肺、大肠经,具有宣利上焦肺气的功效,肺主一身之气,肺气宣畅则水湿运化正常,通过宣肺达到通调水道、祛湿的目的。白蔻仁味辛,性温,归脾、胃、肺经,具有芳香化湿、行气宽中的功效,能够化湿和胃、缓解脾胃湿热所致的脘腹胀满、恶心呕吐等症状。薏苡仁味甘、淡,性凉,归脾、胃、肺经,具有利水渗湿、健脾止泻的功效,能够利水祛湿、清热健脾,通过泻下作用将湿热之邪排出体外。滑石为臣药,味甘、淡,性寒,归膀胱、肺、胃经,具有利水通淋、清热解暑、祛湿敛疮的功效,能够增强利水清热的作用,将湿热之邪通过小便排出体外。通草为臣药,味甘、淡,性微寒,归肺、胃经,具有清热利尿、通气下乳的功效,能够辅助滑石清热利湿、通利水道。竹叶为臣药,

味甘、淡，性寒，归心、肺、胃经，具有清热泻火、除烦、生津、利尿的功效，能够清热除烦、辅助利湿，缓解脾胃湿热所致的口苦、口干等症状。厚朴为佐药，味苦、辛，性温，归脾、胃、肺、大肠经，具有燥湿消痰、下气除满的功效，能够燥湿理气、缓解脘腹胀满症状。半夏为佐药，味辛，性温，归脾、胃、肺经，具有燥湿化痰、降逆止呕的功效，能够燥湿化痰、缓解恶心呕吐症状。全方配伍严谨，以清热利湿为主，兼顾理气和胃，通过宣上、畅中、渗下三焦同治的方法，清除脾胃湿热，恢复脾胃运化功能，能够有效缓解脾胃湿热引发的胃脘灼痛、口苦口臭、大便黏腻不爽等症状。寒热错杂证常用方剂为半夏泻心汤，该方剂出自《伤寒论》，是调和寒热、消痞散结的经典方剂。其药物组成包括半夏、黄芩、干姜、人参、炙甘草、黄连、大枣。方中半夏为君药，味辛，性温，归脾、胃、肺经，具有散结消痞、降逆止呕的功效，能够针对寒热错杂所致的胃脘痞满、恶心呕吐等核心症状进行治疗，同时其辛温之性能够温散脾胃寒邪。黄芩、黄连为臣药，黄芩味苦，性寒，归肺、胆、脾、大肠、小肠经；黄连味苦，性寒，归心、肝、胃、大肠经，两者均具有苦寒清热的功效，能够清除脾胃湿热或食积化热所致热邪，缓解口干口苦、反酸胃灼热等热象症状。干姜为臣药，味辛，性热，归脾、胃、肾、心、肺经，具有温中散寒、回阳通脉、温肺化饮的功效，能够温散脾胃寒邪，缓解畏寒肢冷、脘腹喜温等寒象症状，与黄芩、黄连配伍，寒热并用，调和脾胃寒热失衡。人参为佐药，味甘、微苦，性微温，归脾、肺、心经，具有大补元气、补脾益肺的功效，能够补益脾胃之气，增强脾胃功能，兼顾患者可能存在的脾胃虚弱病机。大枣为佐药，味甘，性温，归脾、胃、心经，具有补中益气、养血安神的功效，能够辅助人参益气健脾，同时调和药性。炙甘草为使药，味甘，性平，归心、肺、脾、胃经，具有益气补中、清热解毒、调和诸药的功效，能够调和方中寒热药物的药性，增强方剂的整体疗效。全方配伍严谨，寒热并用、辛开苦降、补泻兼施，通过半夏、干姜的辛温之性温散寒邪、开结散痞，黄芩、黄连的苦寒之性清除热邪，人参、大枣、炙甘草的甘温之性补益脾胃之气，共同达到调和脾胃寒热、消痞散结和胃降逆的功效，能够有效缓解寒热错杂引发的胃脘痞满、畏寒肢冷与口干口苦并存等症状。寒热错杂证常用方剂为半夏泻心汤。该方剂由半夏、黄芩、干姜、人参、炙甘草、黄连、大枣等药物组成。其调和寒热的功效明确，半夏散结消痞、降逆止呕；黄芩、黄连苦寒清热；干姜辛温散寒；人参、炙甘草、大枣益气健脾，调和诸药。全方寒热并用、辛开苦降、补泻兼施，能够有效调和脾胃的寒热失衡，缓解胃脘痞满、畏寒肢冷与口干口苦并存的症

中药配伍原则与加减运用：中药配伍根据证型的核心病机确定君药，君药是方剂中针对核心病机起主要治疗作用的药物，是方剂的核心；围绕君药选用臣药，臣药能够辅助君药增强疗效，或针对次要病机进行治疗；佐药分为佐助药、佐制药和反佐药，佐助药辅助君药、臣药增强疗效，佐制药制约君药、臣药的毒性或烈性，反佐药用于病情复杂、寒热错杂的情况，防止药物与病情相悖；使药具有引导药物直达病所或调和方中各药物药性的作用。在功能性消化不良的中药治疗中，严格遵循“君臣佐使”原则配伍药物，能够确保方剂的针对性和有效性，同时根据患者的具体症状变化、体质特点、病情轻重等进行药物加减，以提高治疗的精准性，实现“个体化治疗”。根据症状变化进行药物加减的规律需结合不同证型的核心病机和具体症状进行，具体如下：肝郁气滞证患者若嗳气频繁、恶心呕吐明显，提示胃气上逆症状较重，可加用旋覆花、代赭石以增强降逆止呕之功，旋覆花具有降气化痰、降逆止呕的功效，代赭石具有平肝潜阳、重镇降逆的功效，两者配伍能够有效缓解胃气上逆症状；若胃脘疼痛明显、疼痛拒按，提示气滞较甚，可加用延胡索、川楝子以加强止痛效果，延胡索具有活血行气、止痛的功效，川楝子具有疏肝泄热、行气止痛的功效，两者配伍即“金铃子散”，是行气止痛的经典组合；若出现口干口苦、舌苔薄黄等热象，提示肝郁气滞日久化热，可加用黄芩、栀子以清热疏肝，黄芩具有清热燥湿、泻火解毒的功效，栀子具有泻火除烦、清热利湿的功效，两者能够清除肝郁化热之邪。脾胃虚弱证患者若食少腹胀明显、噯腐吞酸，提示兼夹食积，可加用山楂、神曲、麦芽等消食药，山楂善于消食化积，尤其擅长消化肉食油腻；神曲善于消食和胃；麦芽善于消食化积，尤其擅长消化米面薯芋类食物，三者配伍即“焦三仙”，能够有效消食化积、缓解腹胀；若神疲乏力、少气懒言严重，提示气虚症状明显，可加用黄芪、党参以增强益气功效，黄芪具有补气升阳、固表止汗的功效，党参具有补中益气、健脾益肺的功效，两者与原方中的人参、白术配伍，增强益气健脾的效果；若出现畏寒肢冷、脘腹冷痛、大便稀溏清冷等症状，提示脾胃气虚日久转化为脾胃虚寒，可加用干姜、附子以温中散寒，干姜具有温中散寒的功效，附子具有回阳救逆、补火助阳的功效，两者配伍能够有效温散脾胃寒邪。脾胃湿热证患者若恶心呕吐明显、肢体沉重，提示湿邪较重，可加用藿香、佩兰以化湿止呕，藿香具有化湿解暑和中止呕的功效，佩兰具有化湿解暑、醒脾开胃的功效，两者配伍能够增强化湿和胃的作用；若大便黏腻不爽严重、小便短黄，提示湿热下注症状明显，可加用车前子、泽泻以加强利湿作用，车前子具有清热利尿、渗湿止泻的功效，泽泻具有利水

渗湿、泄热通淋的功效,两者能够促进湿热之邪从小便排出;若胃脘灼痛明显、口干口苦严重,提示热象较重,可加用蒲公英、金银花以清热解毒,蒲公英具有清热解毒、消肿散结、利湿通淋的功效,金银花具有清热解毒、疏散风热的功效,两者能够增强清热效果,缓解热象症状。寒热错杂证患者若畏寒肢冷、脘腹喜温喜按等寒象偏重,可增加干姜用量,减少黄芩、黄连用量,以增强温中散寒的作用;若口干口苦、反酸胃灼热等热象偏重,可增加黄芩、黄连用量,减少干姜用量,以增强清热的作用;若胃脘痞满明显、嗳气频繁,提示气滞症状较重,可加用枳实、厚朴以增强行气消痞之功,枳实具有破气消积、化痰散痞的功效,厚朴具有燥湿消痰、下气除满的功效,两者配伍能够有效缓解气滞痞满症状;若神疲乏力、食少便溏等气虚症状明显,可增加人参、大枣的用量,或加用黄芪以增强益气健脾的效果。特殊药材的使用注意事项:在功能性消化不良的中药治疗中,部分特殊药材如贵细药材、有毒药材,以及药性峻猛的药材,由于其药性特殊、使用不当可能引发不良反应,因此需要严格把握使用指征、剂量、用法及禁忌,确保用药安全有效。贵细药材如人参、西洋参、三七等,这类药材价格昂贵、功效显著,但药性特殊,需严格把握使用指征和剂量。人参味甘、微苦,性微温,归脾、肺、心经,具有大补元气、补脾益肺的功效,适用于脾胃虚弱证、气虚证患者;使用时需严格把握剂量,一般用量为1~3克,过量使用可能导致上火,出现口干舌燥、烦躁失眠等症状;用法上可采用另煎兑服的方式,即将人参单独加水煎煮30~60分钟,然后将煎液与其他药物的煎液混合后服用,以充分发挥药效,同时避免与其他药物同煎导致有效成分流失;使用前需明确患者体质,阴虚火旺者慎用,这类患者使用后可能会加重阴虚火旺症状,如口干咽燥、大便干结等;脾胃虚寒者慎用西洋参,西洋参味甘、微苦,性凉,归心、肺、肾经,具有补气养阴、清热生津的功效,适用于气阴两虚证患者,脾胃虚寒者使用后可能会加重虚寒症状,如胃脘冷痛、大便稀溏等。有毒药材如附子、川乌、草乌等,这类药材具有一定的毒性,使用不当可能导致中毒,因此必须严格遵循炮制规范和使用要求。附子味辛、甘,性大热,有毒,归心、肾、脾经,具有回阳救逆、补火助阳、散寒止痛的功效,适用于脾胃虚寒证、阳虚证患者;使用时必须经过炮制,生附子毒性较大,临床常用炮制后的制附子,以降低毒性;剂量需严格控制在3~10克之间,过量使用易导致中毒,出现头晕、恶心、呕吐、肢体麻木、呼吸困难等症状;用法上需先煎1小时~2小时,将附子单独加水煎煮,破坏其毒性成分,然后再加入其他药物同煎;使用过程中需密切观察患者反应,若出现中毒症状,需立即停药,并采取

催吐、洗胃、补液等相应的急救措施;同时,附子反半夏、瓜蒌、贝母、白芍、白及,使用时需避免与这些药物配伍。此外,部分药性寒凉或峻猛的药材,如大黄、番泻叶、芦荟等,虽能缓解腹胀、便秘等症状,但使用不当可能损伤脾胃阳气,脾胃虚弱证、脾胃虚寒证患者需慎用。大黄味苦,性寒,归胃、大肠、肝、脾经,具有泻下攻积、清热泻火、凉血解毒的功效,适用于食积停滞、便秘等实证患者;使用时剂量需控制在3克~15克之间,且不可长期使用,长期使用易导致脾胃功能紊乱,出现食少便溏等症状;番泻叶味甘、苦,性寒,归大肠经,具有泻热行滞、通便、利水的功效,适用于热结便秘患者;使用时剂量需控制在2克~6克之间,可泡茶饮用或入煎剂,同样不可长期使用,长期使用可能导致药物依赖和脾胃功能损伤。在使用这类特殊药材时,医生需充分了解患者的体质、病情,严格遵循辨证论治原则,合理配伍、规范用量用法,同时加强用药监护,确保用药安全有效。

特殊药材的使用注意事项:贵细药材如人参、西洋参等,在使用时需严格把握剂量,一般用量为1克~3克,可采用另煎兑服的方式,以充分发挥药效,同时避免浪费;使用前需明确患者体质,阴虚火旺者慎用,脾胃虚寒者慎用西洋参。有毒药材如附子、川乌等,在用于脾胃虚寒证患者时,必须经过炮制,降低毒性,且用量需控制在3克~10克之间,同时需先煎1~2小时,确保用药安全;使用过程中需密切观察患者反应,若出现头晕、恶心、肢体麻木等中毒症状,需立即停药并采取相应措施。此外,部分药材如大黄、番泻叶等,虽能缓解腹胀症状,但药性寒凉,易损伤脾胃阳气,脾胃虚弱证患者需慎用,且不可长期食用。

3.2 针灸治疗

常用穴位及定位:针灸治疗功能性消化不良以调理脾胃气机、疏肝健脾和胃降逆为核心原则,通过刺激特定穴位,调节经络气血运行,恢复脾胃正常的消化吸收功能。选用的穴位主要分布在胃经、脾经及任脉、心包经、肝经等经脉上,这些经脉与脾胃功能密切相关,能够通过经络传导作用调节脾胃气机。常用穴位包括足三里、中脘、三阴交、阴陵泉、内关、公孙、太冲、脾俞、胃俞等,每个穴位都有明确的定位和主治功效,临床应用时需根据患者的证型特点进行配伍。胃经穴位中,足三里是治疗消化系统疾病的核心穴位,被誉为“长寿穴”,其定位为小腿外侧,犊鼻下3寸,胫骨前嵴外1横指处。取穴时可让患者采取屈膝姿势,先找到犊鼻穴(即膝盖外侧的凹陷处),从犊鼻穴向下量取3寸(患者本人食指、中指、无名指、小指四指并拢的宽度为3寸),再向外侧平移1横指(患者本人拇指的宽度为1横指),此处

即为足三里穴。足三里为胃经合穴,“合治内腑”,其主治功效广泛,尤其擅长治疗胃痛、腹胀、早饱、食欲减退、嗝气、呕吐、腹泻等消化系统症状,同时具有健脾和胃、益气养血、通经活络、扶正祛邪的功效。现代研究表明,针刺足三里能够调节胃肠动力,促进胃排空,增加消化酶分泌,改善胃肠功能,同时还能调节患者的精神心理状态,缓解焦虑、抑郁情绪。中脘穴位于上腹部,前正中线上,脐中上4寸,是任脉上的重要穴位,同时为胃之募穴、八会穴之腑会,“募治脏腑”,腑会中脘,因此是调理胃腑功能的关键穴位。取穴时可让患者采取仰卧姿势,先找到脐中(肚脐中央),从脐中向上量取4寸(患者本人食指、中指、无名指、小指四指并拢的宽度加食指的宽度为4寸),此处即为中脘穴。中脘穴的主治功效为理气和胃、消食导滞、健脾祛湿,主要用于治疗胃脘痛、腹胀、嗝气、呕吐、早饱、食欲缺乏等症状,尤其适用于食积停滞、脾胃气滞所致的功能性消化不良患者。针刺中脘穴能够调节胃的蠕动和分泌功能,缓解胃平滑肌痉挛,减轻胃脘疼痛和腹胀症状。脾经穴位中,三阴交是脾经、肝经、肾经三条经脉的交会穴,其他相关穴位中,内关位于前臂掌侧,腕横纹上2寸,两筋之间,取穴时可让患者握拳,在腕横纹向上量取2寸,于掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间确定穴位。内关为心包经穴位,同时为八脉交会穴之一,通阴维脉,具有宁心安神、理气止痛和胃降逆的功效,可缓解功能性消化不良引发的恶心、呕吐、胸闷等症状,与足三里、中脘等穴位协同使用,可增强调理脾胃的效果。公孙位于足内侧缘,第1跖骨基底的前下方,取穴时可让患者正坐或仰卧,在第1跖骨基底前下方寻找凹陷处确定穴位。公孙为脾经穴位,同时为八脉交会穴之一,通冲脉,具有健脾和胃、降逆止呕的功效,与内关配伍使用,可增强理气和胃的作用,缓解胃脘痞满、嗝气等症状。

针灸手法与操作要点:针灸手法的选择需根据患者的证型特点确定,遵循“虚则补之、实则泻之”的原则,不同证型对应的补泻手法存在差异。不同证型对应的补泻手法选择:肝郁气滞证、脾胃湿热证多为实证,采用泻法,通过针刺手法疏解肝郁、清除湿热。操作时可采用捻转泻法,即针刺得气后,以较强的力度进行捻转,捻转角度较大,频率较快,留针期间可重复操作。脾胃虚弱证多为虚证,采用补法,以增强脾胃益气功能,操作时采用捻转补法,针刺得气后,以轻柔的力度进行捻转,捻转角度较小,频率较慢,同时可配合艾灸,以温通经络、益气健脾。寒热错杂证需采用平补平泻法,调和寒热,操作时捻转力度与频率适中,避免偏补或偏泻。留针时间、针刺深度等操作参数的确定:留针时间一般为20~30分钟,对于症状较轻、病程较短的患者,留针

时间可控制在20分钟左右;对于症状较重、病程较长的患者,留针时间可延长至30分钟,留针期间每10分钟行针1次,以维持针感。针刺深度需根据穴位位置、患者体质及年龄调整,足三里针刺深度为0.5~1.5寸,中脘针刺深度为0.8~1.2寸,三阴交针刺深度为0.5~1寸,阴陵泉针刺深度为0.8~1.2寸,内关针刺深度为0.5~1寸,公孙针刺深度为0.3~0.5寸。老年患者、体质虚弱者针刺深度宜浅,一般为常规深度的2/3;青年患者、体质强壮者针刺深度可稍深,采用常规深度。针刺时需严格遵循操作规程,避免伤及血管、神经等组织。

3.3 推拿按摩治疗

常用按摩手法:推拿按摩治疗功能性消化不良以理气和胃、健脾消食为核心,常用的按摩手法包括揉法、摩法、推法、按法等,这些手法在胃脘部的操作具有明确的技巧要求。揉法的操作技巧:以手掌或指腹为着力点,按压于胃脘部,做轻柔、缓和的环旋运动,力度由轻到重,再由重到轻,动作连贯,频率为每分钟50~60次。揉法可分为掌揉法与指揉法,掌揉法适用于胃脘部整体按摩,以缓解脘腹胀满;指揉法适用于穴位按摩,如按揉足三里、中脘等穴位,力度需融入至穴位深层,以患者出现酸胀感为宜。

摩法的操作技巧:以手掌面为着力点,平铺于胃脘部,做顺时针或逆时针方向的环形摩擦运动,力度轻柔,以皮肤发热为度,频率为每分钟60~80次。顺时针摩法具有消食导滞、理气和胃的作用,适用于食积停滞、脘腹胀满的患者;逆时针摩法具有健脾益气的作用,适用于脾胃虚弱的患者。

推法的操作技巧:以手掌或指腹为着力点,沿特定方向做直线推动运动,力度均匀,速度适中。在胃脘部可采用自上而下的推法,从胸骨下端推至脐部,重复10次~20次,以缓解胃脘疼痛、饱胀;在背部可采用沿膀胱经的推法,从第7胸椎推至第12胸椎,以调理脾胃功能。

按摩部位与顺序:推拿按摩的部位主要包括腹部、背部及四肢相关穴位,按摩顺序需遵循“先腹部后背部,先上后下,先主后次”的原则,以确保按摩效果的连贯性与针对性。

从腹部到背部、四肢的按摩路线规划:首先进行腹部按摩,以胃脘部为核心,依次采用摩法、揉法、推法等手法进行操作,缓解局部症状;随后进行背部按摩,重点按摩背部膀胱经沿线及脾俞、胃俞等穴位,采用推法、揉法等手法,调理脏腑功能;最后进行四肢穴位按摩,重点按揉足三里、三阴交、内关等穴位,增强调理脾胃的效果。

(四) 其他中医特色疗法

耳穴压豆疗法:耳穴压豆疗法是通过刺激耳部穴位来调理脏腑功能的中医特色疗法,其常用耳穴包括胃、脾、肝、胰、胆、神门、交感等。

常用耳穴的定位与刺激方法:胃穴位于耳甲腔内侧壁,在耳轮脚消失处;脾穴位于耳甲腔后上部;肝穴位于耳甲艇的后下部;胰穴位于耳甲艇中下部,脾穴与肝穴之间;胆穴位于耳甲艇后部,肝穴下方;神门穴位于三角窝后1/3处;交感穴位于耳轮下脚末端与耳轮内缘相交处。刺激方法为:首先对耳部进行消毒,用75%酒精棉球擦拭耳部皮肤;然后将王不留行籽贴于胶布上,再将胶布贴于选定的耳穴上;最后用手指按压王不留行籽,力度以患者出现酸胀、疼痛或麻木感为宜,每个穴位按压3~5分钟,每天按压3~4次。

耳穴压豆的疗程安排与注意事项:疗程一般为10~14天,每次贴压单侧耳朵,两侧耳朵交替进行,贴压后保留2~3天,然后更换另一侧耳朵。注意事项包括:贴压期间避免耳部沾水,防止胶布脱落;按压时力度需适中,避免过度用力导致耳部皮肤破损;若出现耳部皮肤过敏、红肿、瘙痒等症状,需立即取下胶布,停止治疗,并对局部皮肤进行消毒处理;孕妇慎用神门、交感等穴位,以免引发不适。

拔罐疗法:拔罐疗法在功能性消化不良的治疗中主要采用背部膀胱经拔罐,通过负压吸附作用刺激经络与穴位,调理脾胃功能。

背部膀胱经拔罐的操作流程与作用:操作流程为:首先让患者取俯卧位,暴露背部皮肤;然后对背部膀胱经沿线皮肤进行消毒;选择合适大小的玻璃罐或竹罐,采用闪火法进行拔罐,即将点燃的酒精棉球伸入罐内快速旋转一周后取出,立即将罐扣于背部膀胱经穴位上,如脾俞、胃俞、肝俞等;每个罐保留10~15分钟,拔罐力度以皮肤出现轻微红晕或淤血为宜;起罐时采用缓慢按压罐边皮肤的方法,使空气进入罐内,然后平稳取下罐具。其作用为:通过负压吸附刺激背部膀胱经及相关穴位,疏通经络、调和气血、调理脾胃功能,缓解脾胃虚弱、肝郁气滞引发的胃脘不适、神疲乏力等症状。

拔罐后的皮肤反应及处理:拔罐后皮肤可能出现轻微红晕、淤血、瘙痒等反应,这些均为正常的生理反应,一般无需特殊处理,可自行消退。若出现皮肤淤血严重、疼痛明显等情况,可在拔罐后24小时采用热敷的方法,促进淤血消散;若出现皮肤破损、水疱等情况,需立即对破损部位进行消毒处理,涂抹抗生素软膏,并用纱布覆盖包扎,避免感染;若水泡较大,需用无菌针头将液体抽出后再进行消毒包扎。

4 功能性消化不良中医辨证施治的研究进展

4.1 临床研究进展

不同辨证分型治疗效果的临床观察研究:近年来,众多

学者围绕不同辨证分型的治疗效果开展了大量临床观察研究,结果表明中医辨证治疗功能性消化不良具有显著优势。针对肝郁气滞证患者,采用柴胡疏肝散加减治疗的临床观察显示,该方剂能够有效缓解患者的胃脘胀痛、嗝气等症状,改善患者的生活质量,且治疗后患者的胃肠动力指标有明显改善。针对脾胃虚弱证患者,香砂六君子汤加减治疗的临床研究表明,该方剂可显著改善患者的食少便溏、神疲乏力等症状,增强患者的脾胃功能,治疗有效率较高。针对脾胃湿热证患者,三仁汤加减治疗的临床观察显示,该方剂能够有效清除脾胃湿热,缓解胃脘灼痛、口苦口臭等症状,且无明显不良反应。针对寒热错杂证患者,半夏泻心汤加减治疗的研究表明,该方剂可有效调和寒热,改善患者的胃脘痞满等复合症状,疗效优于单纯的对症治疗。这些临床观察研究进一步验证了中医辨证论治的科学性与有效性,为临床分型治疗提供了有力的依据。

中医综合疗法与单一疗法疗效对比研究:随着中医诊疗理念的不断发展,中医综合疗法在功能性消化不良的治疗中应用越来越广泛,相关疗效对比研究也逐渐增多。研究表明,中医综合疗法如中药联合针灸、中药联合推拿、针灸联合耳穴压豆等,其疗效优于单一疗法。中药联合针灸治疗的对比研究显示,两者协同作用可进一步改善患者的胃肠动力,缓解胃脘不适症状,治疗有效率明显高于单纯中药治疗或单纯针灸治疗。中药联合推拿治疗的研究表明,推拿可促进胃肠蠕动,增强中药的吸收与起效速度,两者结合能够更快地缓解患者的症状,缩短病程。针灸联合耳穴压豆治疗的临床观察显示,该联合疗法可通过多途径、多靶点调节患者的脾胃功能,改善患者的精神心理状态,对于伴有焦虑、抑郁情绪的功能性消化不良患者具有显著疗效。此外,中医综合疗法的安全性较高,不良反应发生率低于西药治疗,体现了其整体调理的优势。

4.2 机制研究进展

中药治疗功能性消化不良的药理机制研究:随着现代药理学技术的发展,中药治疗功能性消化不良的药理机制研究不断深入,逐渐揭示了中药发挥作用的分子生物学基础。研究发现,中药方剂主要通过调节胃肠动力、影响消化酶分泌、调节肠道菌群、改善内脏高敏感性等途径发挥治疗作用。在调节胃肠动力方面,柴胡疏肝散中的柴胡、香附等成分可促进胃肠平滑肌收缩,加快胃排空速度,改善胃肠动力障碍;香砂六君子汤中的人参、白术等成分可增强胃肠平滑肌的收缩功能,提高胃肠动力。在影响消化酶分泌方面,部分中药成分如陈皮、半夏等可促进胃液、胰液等消化液的分泌,提

高消化酶活性,增强消化功能。在调节肠道菌群方面,中药方剂可调节肠道内有益菌的数量,抑制有害菌的生长,改善肠道菌群失衡状态,进而调节胃肠功能。在改善内脏高敏感性方面,中药成分可通过调节神经递质的释放,降低胃肠道的敏感性,缓解患者的疼痛、饱胀等不适症状。

针灸调节胃肠功能的神经—内分泌机制探索:针灸调节胃肠功能的机制研究取得了一定进展,目前认为其主要通过神经—内分泌调节网络发挥作用。在神经调节方面,针灸刺激相关穴位可通过迷走神经反射、交感神经调节等途径影响胃肠功能,研究发现,针刺足三里、中脘等穴位可激活迷走神经,促进胃肠蠕动,加快胃排空;同时可调节交感神经的兴奋性,降低胃肠道的内脏高敏感性。在内分泌调节方面,针灸可影响多种内分泌激素的分泌,如胃动素、胃泌素、生长抑素等,这些激素参与胃肠动力的调节,针刺相关穴位可提高胃动素、胃泌素的分泌水平,促进胃肠蠕动,同时降低生长抑素的分泌,减少其对胃肠动力的抑制作用。此外,针灸还可调节中枢神经系统中与情绪、疼痛相关的神经递质,如5-羟色胺、多巴胺等,改善患者的精神心理状态,进而间接调节胃肠功能,这也为针灸治疗伴有精神心理因素的功能性消化不良患者提供了机制支持。

(三) 实验研究进展

动物实验中中医治疗方法对功能性消化不良模型的作用研究:动物实验为中医治疗功能性消化不良的机制研究提供了重要支撑,近年来相关研究不断增多。研究者通过建立功能性消化不良动物模型,如束缚应激模型、高脂饮食模型等,探讨中药、针灸等中医治疗方法的作用效果及机制。中药方面,柴胡疏肝散干预束缚应激所致功能性消化不良模型大鼠的实验研究显示,该方剂可改善大鼠的胃排空延迟症状,调节大鼠胃组织中胃肠动力相关激素的表达水平,降低模型大鼠的内脏高敏感性。香砂六君子汤干预脾虚型功能性消化不良模型大鼠的实验表明,该方剂可增强大鼠的脾胃功能,提高大鼠的体重增长速度,改善大鼠的胃肠黏膜形态。针灸方面,针刺足三里、中脘等穴位干预功能性消化不良模型大鼠的实验研究显示,针灸可促进大鼠的胃排空,调节大鼠肠道菌群的组成,改善肠道菌群失衡状态,同时可调节大鼠中枢神经系统中神经递质的水平,缓解应激状态下的胃肠功能紊乱。

细胞实验对中医治疗相关信号通路的初步探究:细胞实

验为深入揭示中医治疗的分子机制提供了新的视角,目前相关研究主要围绕胃肠平滑肌细胞、肠上皮细胞等展开,探讨中药成分对相关信号通路的影响。研究发现,中药中的有效成分如柴胡皂苷、人参皂苷等,可通过调节MAPK信号通路、PI3K/Akt信号通路等影响胃肠平滑肌细胞的收缩功能,进而调节胃肠动力。例如,柴胡皂苷可激活MAPK信号通路,促进胃肠平滑肌细胞的收缩,改善胃肠动力障碍;人参皂苷可通过PI3K/Akt信号通路增强胃肠平滑肌细胞的活力,提高胃肠动力。此外,中药成分还可通过调节肠道上皮细胞的紧密连接相关信号通路,改善肠道屏障功能,减少肠道炎症反应,进而缓解功能性消化不良的相关症状。不过,目前细胞实验的研究还相对初步,多数研究仍停留在单一成分、单一信号通路的探讨,对于中药复方的多成分、多靶点作用机制研究有待提高。

5 结束语

中医辨证施治在功能性消化不良的诊疗中占据重要地位,其基于整体观念与辨证论治思想,形成了系统的辨证分型体系与丰富的施治方法,包括中药、针灸、推拿、耳穴压豆等,这些方法在临床应用中展现出显著的优势,能够有效缓解患者症状,改善患者生活质量。未来,应进一步实行本文提出的辨证施治规范,加强不同辨证分型的精准治疗研究,深化中医治疗的机制探索,尤其是中药复方的多成分、多靶点作用机制及中医综合疗法的协同作用机制研究;同时,应注重临床研究的规范化与标准化,提高研究结果的可靠性与重复性。通过这些努力,能够进一步发挥中医特色优势,丰富功能型消化不良的诊疗手段,提升临床诊疗水平,为更多患者带来益处,推动中医消化内科领域的发展。

参考文献:

- [1] 刘静,方雄蕊,陈顺风,等.功能性消化不良患儿护理干预对心理及生活质量影响评价[J].护理学论坛,2025,2(03):37-39.
- [2] 梁炜南.功能性消化不良的中医临床治疗研究进展[J].医学研究前沿,2024,2(10):51-53.
- [3] 张凯丽.健脾和胃消痞中药治疗功能性消化不良的效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2025,42(06):639-641.
- [4] 叶瑞银,翟淑婷,李勾玄,等.基于多组学的中医药治疗功能性消化不良作用机制研究进展[J].中草药,2025,56(20):7645-7656.