

• 经验交流 •

张照兰教授治疗功能性消化不良临床经验

安丽^{1*}, 曹国强², 张照兰³

(1. 首都医科大学附属北京朝阳医院, 北京 100020; 2. 北京市通州区中西医结合骨伤医院, 北京 101100; 3. 河南省中医学院第一附属医院, 郑州 450000)

【摘要】 根据张照兰教授治疗功能性消化不良的临床病例以及对该病病因病机、辨证论治等的观点, 归纳出张教授对其病因病机的看法, 认为脾胃虚弱为功能性消化不良的发病基础, 肝气郁滞为功能性消化不良的致病条件, 血瘀、湿热、痰饮为功能性消化不良的病理产物; 从病因病机出发, 阐释其临床辨证论治的精髓, 提出以益气健脾、疏肝解郁、祛痰化瘀为治疗大法。同时张教授重视身心调养在该病的治疗中亦非常重要, 并总结其遣方用药的规律, 尤其是临床治疗功能性消化不良用方用药的特色, 以期临床功能性消化不良的辨治提供参考。

【关键词】 功能性消化不良; 益气健脾; 疏肝解郁; 祛痰化瘀; 身心调养; 张照兰

【中图分类号】 R287 【文献标识码】 A 【文章编号】 1005-9903(2011)24-0278-04

Professor Zhang Treat Functional Dyspepsia's Experience

AN Li^{1*}, CAO Guo-qiang², ZHANG Zhao-lan³

(1. Beijing Chaoyang Hospital, Capital Medical University, Beijing 100020, China;

2. Beijing Orthopedics Hospital of Tongzhou District, Beijing 101100, China;

3. The First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China)

【Abstract】 Based on professor Zhang's treatment of functional dyspepsia and their case studies of the disease etiology, pathogenesis, differential treatment and their views, summed up the views of its etiology and pathogenesis, the Spleen and Stomach deficiency as the basis of the incidence of the disease, Liver qi stagnation as its conditions, Functional dyspepsia disease conditions originated in the qi stagnation, Blood stasis, damp, phlegm as a pathological product of functional dyspepsia, Starting from the etiology and pathogenesis, she explained the essence of the clinical syndrome, she made qi spleen, liver qi stagnation, phlegm stasis for the treatment, Professor Zhang also attached importance to physical and mental recuperation, she thought that the physical and mental recuperation in the treatment of this disease is also important, she concluded the law Herbal prescription, In particular the clinical treatment of functional dyspepsia with the characteristics of medication side, also she looked forward to provided a reference for functional dyspepsia in clinical.

【Key words】 functional dyspepsia; increase spleen qi; dredge stagnation of liver qi; ease blood stasis and dispel phlegm; pay attention on both physical and mental; Zhang Zhaolan.

功能性消化不良是消化系统的功能紊乱, 首先排除器质

性、全身性或代谢性疾病, 临床表现为持续性、反复性发作上腹饱胀、早饱、胀气、恶心、烧灼感、上腹痛、干呕、或呕吐。由于功能性消化不良的病因病机尚未清晰, 现代医学主要是对症治疗, 并没有特效的治疗方法。本病属于中医的“痞满”、“胃痛”、“嘈杂”、“呕吐”等病的范畴。河南中医学院第一附属医院张照兰教授经过多年临床实践, 积累了丰富的临床经验, 取得相应疗效。

【收稿日期】 20110720(011)

【通讯作者】 * 安丽, 硕士, 住院医师, 主要从事中医内科临床研究, Tel: 15801582235, E-mail: lian1982115@126.com

1 病因病机

1.1 中虚不运 《兰室秘藏·中满腹胀》曰“或多食寒凉,及脾胃久虚之人,胃中寒则胀满,或脏寒生满病。”阐明了脾胃虚弱与痞满有关。张师认为饥饱失常、暴饮暴食导致脾胃受损,运化失职,影响水谷精微的吸收和输布。脾之与胃,一脏一腑,一升一降,一纳一化,相互制约,协调互用。脾胃属土,位居中焦,脾以升为健,胃以降为和,二者共同完成受纳、运化、腐熟的功能。所谓“胃中元气盛,则能食而不伤”,《素问·太阴阳明论》谓“饮食不节,起居不时者,阴……入五脏则满闭塞”;肠胃易为邪气侵犯而淫居其中,易致胃肠的功能受损。若脾胃虚弱,健运失职,运化无力,故胃脘痞满、纳呆食少、餐后饱胀等诸证。

1.2 气滞不行 本病病位在胃,但与肝密切相关,正如《景岳全书·痞满》:“怒气暴伤,肝气未平而痞”。《血证论》言:木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化;设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之症,在所不免。”指出痞满发病与情志不和有关。脾主运化,为气机升降之枢纽,肝主疏泄,调畅气机与情志。脾胃的运化有赖于肝的疏泄,肝疏泄功能正常,则脾胃的运化功能健旺。七情内伤,肝气郁结,失于疏泄,无以助脾之升散,胃气和降,则引起“木不疏土”;反之,脾胃升降失常,也能影响肝之疏泄功能,导致土雍木郁。正如清代名医叶天士云“凡醒胃必先制肝。”若使肝的疏泄功能正常,肝气疏泄得以条达,则胃气得以通降,木郁、土雍得以疏解,全身气机调畅。若肝失条达,土壅木郁,肝脾不和,故痞满胀痛,时作时止,得暖气则舒,肠鸣泄泻等。

1.3 兼证繁多 虽然脾胃虚弱是发病的基础,肝郁是致病的条件,但久而久之,可导致血瘀、湿热、痰饮等病理产物。脾胃虚弱,纳运失职,水湿内生,湿郁日久化热,故湿热郁滞;气为血帅,气行则血行,气滞则血瘀,加之迁延日久,“久病入络”,故瘀血阻滞;脾胃虚弱,加之饮食不节,恣嗜冷饮,损伤脾胃,水谷不能化为精微,反酿生湿浊,进而阻碍气机而变生痰饮,如呕吐、泄泻、胃痛、痞满、嘈杂、反酸。《温热经纬·薛生白湿热病篇》曰“太饱则脾阻,过逸则脾滞,脾气因滞而少健运,则饮停湿聚矣。”而这些病理产物又反过来阻滞中焦气机,脾胃升降失司,导致胃肠功能紊乱。

2 治则治法

本病早期多为邪胜,后期常为脾胃虚弱,但往往虚实夹杂如脾胃虚弱夹湿、夹热、夹瘀、夹痰等。邪气盛以祛邪为急,正虚以扶正为先,虚实夹杂者,则当祛邪扶正并举。她提出祛邪扶正、审证求因、辨证施治的治疗原则,临床用药灵活机变,随证加减,常常取得预期疗效。

2.1 益气健脾,治痞之本 脾主运化,胃主受纳、腐熟水谷,才能生化气血;黄帝内经》曰:正气存内,邪不可干;邪之所凑,其气必虚。脾胃虚弱是导致本病的根本病因,古人认为存一分胃气,便得一分生机,脾胃虚弱,脾气不升胃气不降则中焦气机不利,症见痞满、胃痛、纳呆、早饱等,方选四君子

汤、补中益气汤加减,从现代药理学分析^[1]:四君子汤可以促进消化,促进胃排空,调节胃肠运动功能,增强小肠的吸收。“脾贵在运”,在应用过程中,应避免补而不滞,因此在健脾益气的同时,应配伍理气健脾之药,如陈皮、枳实、半夏、厚朴、佛手等理气助运。且认为补脾定先开胃,常在补益药同时加用山楂、神曲、炒麦芽、炒鸡内金、砂仁等消积导滞。

2.2 疏肝解郁,治痞之枢 忧思恼怒,肝气郁结,肝胆疏泄失常,可导致脾胃运化失权,气机壅滞。症见痞满胀痛,时作时止,常因情志不畅而诱发,暖气纳减,肠鸣便溏。如《素问·宝命全形论》云“土得木而达”;叶天士云“治脾胃必先制肝”。因此,张师认为肝郁气滞是治疗功能性消化不良之枢纽,治疗当以疏肝解郁,健脾和胃,方选柴胡疏肝散加减,现代药理学研究证实^[2]:柴胡、枳壳具有增强胃排空作用;白芍具有解痉、镇痛、抗炎、抗溃疡等作用;若肝失疏泄,气机郁滞,横逆乘脾致肝脾不和之候,加佛手、苏梗、白术、山药、扁豆以疏肝健脾,若郁而化火,口苦而干者,可加黄连、黄芩,泻火解郁;若化火伤阴,加沙参、麦冬、石斛、玉竹等滋阴;若肝气上逆,加半夏、生姜、竹茹等止呕。

2.3 祛瘀化痰,治痞之责 情志失调、脾胃虚弱等,均可导致脾胃运化失职,清浊不分、升降失常,水谷不能化生精微而变生湿浊痰饮;气为血之帅,气形则血行,气滞则血瘀,加之久而变生瘀血,症见呕恶纳呆,身重困倦,或胃脘疼痛,如针刺,胸膈满闷,头晕目眩,口淡不渴,小便不利,舌质黯紫或有瘀斑,或苔白腻或脉沉滑或脉涩,张师主张治以化痰通络,化湿祛痰,理气和胃,方选二陈汤、失笑散加减,则选用陈皮、半夏、砂仁、苍术以健脾化痰祛湿;蒲黄、五灵脂、丹参、檀香等活血行气;藿香、佩兰等化湿醒脾开胃;若痰盛而胀满甚者,可加枳实、紫苏梗、桔梗等或合用半夏厚朴汤以加强化痰理气,痰湿郁久化热而口苦者、舌苔黄者,改用黄连温胆汤。

2.4 身心同治,治痞之辅 功能性消化不良是一个反复发作的慢性疾病,患者大多合并情绪障碍、睡眠障碍。此病患者情志方面的改变,与心神神志亦有密切关系。《灵枢·口问》曰“悲哀愁忧则心动,心动则五脏六腑皆摇。”阐述思虑过度以致劳伤心脾,心神失养。张师认为重视身心调养在本病的治疗中亦非常重要,宜调畅气机,养心安神,方选逍遥散加减,多加用合欢花、夜交藤以解郁养心安神;香附、郁金、绿萼梅理气疏肝、调畅情志;同时,除药物治疗外,注重心理疏导,从心理上消除患者的恐惧、紧张及疑虑情绪,使之正确对待疾病,树立战胜疾病的信心。

张师认为功能性消化不良的病位在脾胃,与肝密切相关。情志失调、饮食不节是主要病因;肝失疏泄,肝气犯胃是病理基础;脾胃虚弱是中心环节。

3 辨证分型

3.1 肝胃不和证 胃脘胀痛,痛连两胁,遇烦恼则痛或痛甚,暖气、矢气则舒,或脘腹痞闷,胸胁胀满,心烦易怒,善太息,呕恶,或吐苦水,大便不爽或大便不畅,舌质淡红,苔薄白或薄腻,脉弦,张老师主张此证应从肝论治,并提出疏肝养肝

调畅气机的治疗大法,本病标在胃,本在肝,疏肝解郁就是治本。治当疏肝解郁、理气止痛、和胃消痞,给予柴胡疏肝散和枳术丸加减:柴胡 10 g,白芍 12 g,川芎 12 g,枳实 12 g,香附 10 g,甘草 5 g,陈皮 15 g,佛手 12 g,郁金 15 g,白术 15 g 等,若嗳气较频者,可加沉香 3 g,旋覆花 15 g 以顺气降逆,泛酸者加乌贼骨 30 g,煅瓦楞子 15 g,浙贝母 12 g,中和胃酸。若气郁明显,胀满较甚者,酌加柴胡 10 g,郁金 15 g,厚朴 9 g 等,郁而化火,口苦而干者,可加黄连 6 g,黄芩 6 g,泻火解郁;若呕恶明显者加制半夏 9 g,生姜 9 g 和胃止呕;嗳气甚者,加竹茹 15 g,沉香 3 g 和胃降气。

3.2 饮食伤胃证 本证为饮食不节损伤脾胃,多表现为胃脘疼痛痞闷而胀,拒按,进食尤其,噎腐吞酸,或呕吐不消化食物,吐后痛减,不思饮食,或大便不爽,或大便不调,矢气频作,得矢气及便后稍舒,味臭如败卵,舌苔厚腻,脉滑。对于此证,张老师提出健脾和胃为治疗大法,治当消食和胃、行气消痞、和胃降逆,保和丸为主方加减,用药要通而不滞,常用利气畅中之品如莱菔子、枳实等。用药:神曲 15 g,焦山楂 15 g,莱菔子 15 g,茯苓 12 g,陈皮 12 g,半夏 9 g。若食积较重者,可加鸡内金 15 g,谷芽 20 g,麦芽 20 g,以消食,若脘腹胀满者,可加枳实 10 g,厚朴 9 g,槟榔 9 g 等理气除满,食积化热,大便秘结者,加大黄 6 g,枳实 10 g,炒二丑 5 g 通腑消胀,兼脾虚便溏者,加炒白术 15 g,怀山药 15 g 等健脾助运、化湿和中。

3.3 脾胃湿热证 胃脘疼痛,痛势急迫,脘闷灼热,口干口苦,口渴而不欲饮,纳呆恶心,或脘腹痞闷,恶心呕吐,口干不欲饮,口苦、纳少,小便色黄,大便不畅,舌红,苔黄腻,脉滑数。湿为阴邪,湿性黏滞,易阻碍气机,张师认为此证从湿论治,湿祛则脾气健旺,脾气上升,胃气下降。健脾则湿邪自去,脾升胃降,纳化正常,气机畅达,则五脏安和,六腑通畅,祛湿健脾是本型功能性消化不良的治疗重点。治当清化湿热、理气和胃、消痞除满。给予泻心汤和清中汤加减:大黄 6 g,黄连 6 g,黄芩 6 g,厚朴 12 g,石菖蒲 10 g,半夏 9 g,芦根 30 g,栀子 12 g,豆豉 10 g,制半夏 6 g,茯苓 15 g,草豆蔻 12 g,陈皮 10 g,甘草 6 g 等,若湿偏重者加苍术 12 g,藿香 15 g,佩兰 15 g 燥湿醒脾;热偏重者,加蒲公英 12 g,黄芩 6 g 清胃泻热;伴恶心呕吐者加竹茹 15 g,橘皮 10 g 以清胃降逆;大便秘结不通者可加大黄 6 g(后下)通下导滞;气滞腹胀者加厚朴 12 g,枳实 12 g 以理气消胀,纳呆少食者,加神曲 15 g,谷芽 20 g,麦芽 20 g 以消食导滞,恶心明显者,加竹茹 12 g,生姜片 9 g,旋覆花 15 g 以止呕,嘈杂不适者可合用左金丸,便溏者去大黄,加扁豆 12 g,陈皮 12 g 以化湿和胃。

3.4 脾胃虚弱证 胃痛隐隐,绵绵不休,空腹痛甚,得食则缓,劳累或受凉后发作或加重,泛吐清水,神疲纳呆,四肢倦怠,手足不温,或脘腹痞闷,时轻时重,乏力少气懒言,声低语微,舌质淡,苔薄白,脉虚弱或迟缓或细弱或虚弦。脾胃为后天之本,古人认为存一分胃气,便得一分生机,脾胃虚弱,脾气不升胃气不降则中焦气机不利,不通则痛,故见胃痛、纳

呆、痞满等症,张师用药注重保护脾胃之气,轻者用橘皮以助健脾,重者重用补气健脾之太子参、黄芪、炒白术,善用生姜大枣,生姜性辛微温,入胃、脾、肝、肺经,能温中祛寒、降逆止呕、调和脾胃,大枣味甘,入胃脾心经,能补益心脾,调和诸药,张师常加用生姜大枣,两药具有调和脾胃调和诸药的功效,亦每获良效。治当温中健脾、和胃止痛、升清降浊,给予黄芪建中汤和补中益气汤加减:黄芪 20 g,桂枝 5 g,生姜片 9 g,炒白芍 15 g,制甘草 6 g,饴糖 9 g,大枣 3 枚,太子参 15 g,白术 15 g,升麻 9 g,柴胡 6 g,当归 12 g,陈皮 12 g 等,若泛吐清水较多者,宜加干姜 6 g,制半夏 9 g,陈皮 12 g,茯苓 15 g 以温胃化饮,泛酸,可去饴糖,加黄连 6 g,炒吴茱萸 3 g,乌贼骨 30 g,煅瓦楞子 15 g,浙贝母 12 g 等以制酸和胃,胃脘冷痛,呕吐,肢冷,可加理中丸以温中散寒,若兼有形寒肢冷,腰膝酸软,可用附子理中汤以温肾暖脾,和胃止痛,无泛吐清水,无手足不温者,可改用香砂六君子汤以健脾益气,和胃止痛。若胀闷较重者,可加枳壳 12 g,木香 10 g,厚朴 12 g 以理气运脾,若呕吐频作,噎气脘痞,可酌加旋覆花布包 15 g,代赭石 15 g 以镇逆止呕,若呕吐不止,呕吐之物完谷不化,汗出肢冷,腰膝酸软,舌质淡胖,脉沉细,可加制附子 6 g,肉桂 9 g 等温补脾肾之品。

3.5 痰瘀内阻证 胃脘疼痛,如针刺,痛有定处,按之痛甚,痛时持久,食后加剧,入夜尤甚或脘腹痞塞不舒,胸膈满闷,头晕目眩,身重困倦,呕恶纳呆,口淡不渴,小便不利,舌质黯紫或有瘀斑,或苔白腻或脉沉滑或脉涩,张师主张辨病与辨证相结合,对于短期内出现体重明显减轻,伴有贫血、呕血、黑便、腹部包块、吞咽困难、食欲不振的患者,多提示器质性病变,首先应借助现代诊疗设备,排除器质性病变,再根据中医辨证论治进行治疗,治当化痰通络、和中化痰、理气和胃,给予失笑散和丹参饮或二陈平胃散加减:蒲黄 12 g,五灵脂 10 g,丹参 30 g,檀香 6 g,砂仁 6 g,制半夏 9 g,苍术 12 g,藿香 15 g,陈皮 10 g,厚朴 12 g,茯苓 15 g,甘草 6 g 等,若胃痛甚可加延胡索 15 g,木香 10 g,郁金 15 g,枳壳 12 g 以加强活血行气止痛之功,若四肢不温、舌淡脉弱者,当为气虚无以行血,加太子参 15 g,黄芪 15 g 等以益气活血,口干咽燥,舌干无苔,脉细,为阴虚无以濡养,加生地 15 g,麦冬 12 g 以滋阴润燥。若痰盛而胀满甚者,可加枳实 12 g,紫苏梗 15 g,桔梗 12 g 等或合用半夏厚朴汤以加强化痰理气,痰湿郁久化热而口苦者、舌苔黄者,改用黄连温胆汤,气逆不降,噎气不止者,加旋覆花 15 g,代赭石 12 g,枳实 12 g,沉香 3 g。

3.6 寒热错杂证 多见上热下寒和上寒下热 2 种表现。上热下寒者多症见:嘈杂吞酸,脘腹痞满疼痛,口干苦,心烦易怒,肠鸣,腹痛,大便溏薄,小便清长等。上寒下热者多症见:口吐清水,口淡乏味,脘腹隐痛,伴见大便秘结,小便黄赤。张师认为脾胃的升降之机不利是本证的主要原因,故调畅气机,寒温并用,注意反佐是本型的治疗重点,本方干姜与黄连辛开苦降,温清并用。黄芩黄连为苦寒之品,苦能泻满,寒能清热,功效泻热消痞,佐以太子参、制甘草、大枣以益气,干姜

王松龄教授治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征经验

孟毅, 郑伟锋, 刘望乐*

(河南中医学院第二附属医院, 郑州 450002)

【摘要】 王老出身于中医世家, 从事医学教研 40 余年, 中医学理论基本功扎实, 临床经验丰富, 尤其是治疗脑病科疑难杂症有独到之处。在治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征方面亦有独到的经验, 笔者跟师学习, 颇有心得。王老根据多年临床经验总结出脾虚湿困、痰瘀阻窍是阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征病人的基本病机。治疗方面根据辨证论治与体质相结合将该病分为脾虚湿困、痰瘀阻窍证, 心脾阳虚、痰浊蔽窍证, 肾气亏损、痰瘀互阻证 3 个证型, 且结合中成药、针刺治疗、中药丸散等综合治疗, 经多年临床观察, 疗效满意。

【关键词】 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 名医经验; 王松龄

【中图分类号】 R242 【文献标识码】 B 【文章编号】 1005-9903(2011)24-0281-03

1 辨证求因 明晰病机

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是指睡眠时上气道塌陷阻塞引起的呼吸暂停和通气不足,伴有打鼾、睡眠结构紊乱、频繁血氧饱和度下降、夜间尿频、白天嗜睡、晨起口干、口苦等病症。临床上可分为阻塞性、中枢性、混合性三类,其中以阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)最为常见。目前诊断睡眠呼吸暂停低通气综合征多靠多导睡眠监测(PSG)。经 7 h 多导睡眠监测睡眠呼吸暂停及低通气反复发作 30 次以上,或睡眠呼吸暂停和低通气指数(AHI)≥5 次/h 即可诊断为睡眠呼吸暂停低通气综合征(SAHS)^[1]。主要表现为睡眠打鼾并伴有呼吸暂停和呼吸表浅,夜间反复发生低氧血症、高碳酸血症和睡眠结构紊乱,导致白天嗜睡、口干、注意力不集中等,且可引起心脑血管病并

发症乃至多脏器损害,严重影响患者的生活质量。阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征,中医称之为“鼾症”。鼾,鼻息有声也。早在张仲景的《伤寒论》中就有“身重多眠睡,鼻息必鼾,语言难出”的论述。隋朝巢元方《诸病源候论》最早提出了肥人鼾眠的成因“鼾眠者,眠里咽喉间有声也。人喉咙,气上下也。气血若调,虽寤寐不妨宣畅;气有不和,则冲击后咽而作声也。其有肥人眠作声者,但肥人气血沉厚,迫隘咽喉,涩而不利亦作声”。朱丹溪也指出“肥白人多痰湿”。王老认为鼾眠病位在心、肺,与脾肾关系密切,多属本虚标实。本虚主要为心、脾、肾阳气虚弱,机窍失荣;标实则为湿邪、痰浊、瘀血等阻滞脉络,蒙塞机窍。清·吴谦的《医宗金鉴·外科心法要诀》曰“喉闭声鼾者,肺气将绝”。王老指出鼾眠的发生多是由于过食肥甘或嗜酒无度,损伤脾胃,运化失司,聚湿生痰,痰浊结聚日久,脉络瘀阻则血运不畅,易致瘀血停聚,痰瘀互结,阻塞气道致使气流出入不利,冲击作声发为睡眠打鼾甚至呼吸暂停。痰浊瘀阻,上蒙清窍则脑失荣养,或素体脾气虚弱,土不生金致肺气虚,气血化源匮乏,咽部肌肉失去气血充养则痿软无力,致气道塌陷,气流出入受阻而发病。王老认为该病与饮食不当、生活节律紊乱密切相关。由于该类患者长期饮食不节,生活无规律,损伤脾胃

【收稿日期】 2011-08-16

【第一作者】 孟毅,教授,从事脑血管疾病睡眠障碍疾病的中医药临床研究, Tel: 13673693562

【通讯作者】 * 刘望乐,教授,从事脑血管病研究, Tel: 0371-63730853

配半夏加强降逆止呕,和胃消痞之功。治法:辛开苦降,补脾和中。方药以半夏泻心汤加减:制半夏 9 g,黄芩 6 g,黄连 6 g,干姜 6 g,太子参 15 g,生甘草 5 g,莱菔子 15 g,厚朴 9 g 等。大便稀溏者加用怀山药 15 g,薏苡仁 12 g,白扁豆 10 g 等以健脾化湿。若湿热偏重,舌苔厚腻者加用六一散,佩兰 15 g,藿香 15 g 等清热化湿,和中化浊。

4 结语

功能性消化不良是一个反复发作的慢性疾病,患者大多精神状态不佳,张师认为重视身心调养在本病的治疗中亦非常重要,正如《黄帝内经》:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”,单纯依赖药物是不可取的,需以治未病为指导思

想,以饮食有节,起居有常,养性调神为本。张师认为调畅气机、攻补兼施、健脾益气、舒畅情志是中医治疗功能性消化不良的治疗原则,临床中辨证准确,随证加减,常能获得良效。

【参考文献】

- [1] 苏仁意,章晓华. 香砂六君子汤加减治疗功能性消化不良 38 例[J]. 时珍国医国药, 2006, 17(6): 1056.
- [2] 周俊亮,刘友章. 加味四逆散治疗功能性消化不良肝郁脾虚证的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(6): 880.

【责任编辑】 邹晓翠