

脾胃气虚型功能性消化不良参苓白术散配伍针刺足三里探究

莫冬华

广西壮族自治区南宁市横州市百合镇 广西 南宁 530302

【摘要】：目的：研究参苓白术散联合针刺足三里干预脾胃气虚型功能性消化不良的临床研究的临床疗效及安全性，旨在为功能性消化不良的中西医结合治疗提供循证医学证据。方法：收集 2023 年 7 月至 2025 年 12 月期间我院门诊与住院患者中，甄别出 60 名符合脾胃气虚功能性消化不良病例，借助随机数字表工具完成分配，上述人员分别归入样本量为 30 的实验组与对照组。实验组予以参苓白术散加减口服联合针刺足三里治疗，对照组予以多潘立酮片口服治疗，两组疗程均为 4 周。观察指标包括两组患者的总有效率、中医证候积分变化、中医证候疗效及不良反应发生率，并对上述指标进行统计学分析。结果：检验结果显示，实验组患者整体康复比例达 96.7%，而对照组相应数值仅 73.3%，统计差异显著（ $\chi^2=11.768$ ， $P<0.05$ ）；随着干预措施执行，实验组受试者的中医症状评分呈现剧烈波动特征显著低于对照组（ $t=-6.411$ ， $P<0.001$ ）；实验组中医证候总有效率为 96.7%，对照组为 76.7%，组间比较差异具有统计学意义（ $\chi^2=11.831$ ， $P<0.05$ ）。两组均未出现明显不良反应。结论：参苓白术散联合针刺足三里疗法对脾胃气虚型功能性消化不良有较好的治疗效果，能够明显减轻患者的临床症状以及中医证候，且安全性良好，有临床应用价值。

【关键词】：功能性消化不良；脾胃气虚；参苓白术散；针刺；足三里

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.050

功能性消化不良（Functional Dyspepsia, FD）的认定需以胃镜确认无器质性问题为基础，患者常出现上腹痛、烧心、早饱与餐后腹胀等症候。根据罗马IV诊断标准，FD 可分为餐后不适综合征（Postprandial Distress Syndrome, PDS）与上腹痛综合征（Epigastric Pain Syndrome, EPS）两个亚型，其全球患病率超过 10%，病程呈迁延性特征，对患者生活质量造成显著影响^[1]。现代医学研究表明，功能性消化不良（FD）的发病机理与胃肠动力紊乱、内脏高敏感性、幽门螺杆菌感染、脑肠肽分泌异常以及精神心理因素有关。目前临床治疗以促动力药物、抑酸药物为主，但存在症状易复发、长期用药副作用显著及患者依从性欠佳^[2]。中医学将 FD 归属为“胃痞”“胃脘痛”范围之内，其病位在胃但与脾、肝两个脏腑的功能密切相关。与内分泌失调密切相关。其中，脾胃气虚证的临床特征表现为胃脘痞满、食少纳呆、倦怠乏力、大便溏薄、舌淡苔白、脉细弱，治则以健脾益气和胃渗湿为核心。参苓白术散源自《太平惠民和剂局方》，方中人参、白术、茯苓为君药，具益气健脾之效；山药、莲子、扁豆、薏苡仁为臣药，可辅助运化水湿；砂仁行气化滞，桔梗载药上行，甘草调和诸药，全方攻补兼施、补而不滞，与脾胃气虚型 FD 的病机高度契合^[3]。足三里穴为足阳明胃经合穴，针刺该穴位可通过调节脑肠肽水平、改善胃肠动力及降低内脏敏感性发挥治疗作用^[4]。

本研究采用随机对照试验设计，将参苓白术散联合针刺足三里方案设为实验组，以多潘立酮为对照组，系统评价该中西医结合方案治疗脾胃气虚型 FD 的临床疗效，旨在为 FD 治疗方案的优化提供循证医学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究纳入 2023 年 7 月至 2025 年 12 月于本院脾胃病科门诊及住院部就诊的功能性消化不良（functional dyspepsia, FD）患者 60 例，采用随机数表法将其分为实验组与对照组。每组各 30 人。实验组有男 13 人、女 17 人；年龄介于 25~68 岁之间，平均年龄（ 46.52 ± 10.38 ）岁；病程区间为 6 个月~12 年，平均病程（ 3.85 ± 2.16 ）年；FD 亚型分布为餐后不适综合征（PDS）18 例、上腹痛综合征（EPS）8 例、混合型 4 例。对照组包含男性 14 例、女性 16 例；年龄区间为 23~65 岁，平均年龄（ 45.18 ± 11.25 ）岁；病程范围为 6 个月~11 年，平均病程（ 3.62 ± 2.08 ）年；FD 亚型分布为 PDS 17 例、EPS 9 例、混合型 4 例，在性别占比、年龄结构、病程阶段及 FD 分型等初始条件上，两组数据的分析结果未呈现统计学差异（ $P>0.05$ ），据此可确认两组对象具有进行后续比较的基础条件。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

在《罗马IV功能性胃肠病》框架下，功能性消化不良的诊断标准涉及一系列临床指征：①若受检者具备以下任一或多类不适反应，如进餐后的饱腹感，即可纳入考量范围。早饱感、上腹部疼痛、上腹部灼烧感；②没有器质性、系统性或代谢性疾病的证据可以说明以上不适症状；③在作出诊断之前症状至少持续存在 6 个月，并且在近 3 个月符合以上标准。亚型分类：餐后不适综合征（PDS）餐后饱胀不适和早饱感，每周发作 ≥ 3 天，且对正常进食造成影响；上腹痛综合征（EPS）中上腹痛和烧灼感，症状出现频率为每星期至少一次，且对常规生活事

务产生波及。

1.2.2 中医辨证标准

参照《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见（2023）》及《中药新药临床研究指导原则》中“胃痞”脾胃气虚证的辨证标准：①主症：胃脘痞满或隐痛，喜温喜按；食少纳呆；倦怠乏力。②次症：大便溏薄；面色萎黄；气短懒言；口淡不渴。③舌脉：舌淡胖有齿痕，苔白腻，脉细弱或沉缓。④证候确定：若患者主症出现两项、次症亦达两项，再辅以舌象与脉象的诊察结果，便能确立诊断结论。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准如下：①既要达到西医罗马IV标准对功能性消化不良的界定，又需满足中医关于脾胃气虚证的判断规范；②其年龄范围为18~70周岁，男女不限；③通过胃镜确认未出现消化性溃疡、糜烂或肿瘤等器质性问题，即便存在慢性非萎缩性胃炎情形，依然符合准入条件。④幽门螺杆菌检测结果为阴性或已完成根除治疗；⑤近2周内未使用促胃肠动力药、抑酸药、消化酶制剂及中药等可能影响本研究疗效评价的药物；⑥本研究对象的加入源于其自发意愿，目前已完成知情同意书的签署，并在整个过程中保持了较高的配合程度。

排除标准如下：①囊括了多种器质性病理改变，具体涉及消化道恶性肿瘤、肝胆胰系统疾患、胃食管反流状况以及消化性溃疡等各类病症。②合并糖尿病、甲状腺功能异常、系统性红斑狼疮等代谢性或系统性疾病；③当患者存在心脏、肺部、肝脏或肾脏功能的严重障碍时，予以合并处理。④存在精神疾病或心理障碍，无法配合完成治疗及疗效评估；⑤处于妊娠期或哺乳期的女性；⑥对本研究药物过敏或存在针刺禁忌证者；⑦近1个月内参与其他临床试验者。

1.4 干预措施

实验组：

（1）参苓白术散源自宋代《太平惠民和剂局方》，其主治范畴为脾胃虚弱、运化失司之证。通过人参、白术与茯苓的组合，本方能达成健脾益气及渗湿止泻的功效；同时利用山药、莲子、白扁豆和薏苡仁进行辅助，以加强补脾与祛除湿气的整体功能。砂仁可行气化滞；桔梗能载药上行；甘草则调和诸药。全方兼具补益与行散之效，实现标本同治，与脾胃气虚型功能性消化不良“本虚标实”的病机特征高度契合。本研究采用的处方具体为：党参15g、炒白术15g、茯苓15g、山药15g、莲子肉9g、炒白扁豆12g、炒薏苡仁9g、砂仁6g、桔梗6g、炙甘草9g、大枣3枚、生姜3片。临床应用中，可依据患者具体证候进行加减：若脘腹胀满显著，可添加陈皮、木香；若存在食积，可加入焦山楂、炒麦芽；若出现泛吐清水症状，可增用姜半夏、生姜；若便溏症状较重，可加用煨肉豆蔻、补骨脂；若气虚症状明显，可加用黄芪；若伴有血虚，可加入当归、白

芍；若情志不畅，可添加柴胡、佛手。该方剂的用法为每日1剂，加水煎煮后取汁400mL，分早晚两次于饭前温服，连续治疗4周构成1个疗程。

（2）取双侧足三里（ST36），其定位为犊鼻穴下3寸，胫骨前嵴外一横指处。患者取仰卧位，常规消毒局部皮肤后，选用规格为0.30mm×40mm的针灸针直刺25~35mm。得气后采用平补平泻手法，留针30分钟，其间每10分钟行针1次。针刺频率为每日1次，每周治疗5次，连续干预4周。施针时间选择上午9:00~11:00胃经气血流注旺盛时段。足三里作为足阳明胃经合穴，其治疗功能性消化不良（FD）的作用机制可归纳为以下途径：①调节脑肠肽水平，促进胃泌素、胃动素的释放，抑制血管活性肠肽表达，从而增强胃动力；②激活迷走神经通路，改善胃肠平滑肌电活动；③调控中枢痛觉传导通路，降低内脏高敏感性；④发挥抗炎效应并促进胃黏膜修复；⑤调节脑-肠轴功能，改善焦虑、抑郁等情绪状态，实现脑肠协同调节。

对照组：予以多潘立酮片，连续治疗4周。两组患者在治疗期间均需遵循规律饮食原则，避免摄入生冷油腻、辛辣刺激类食物；同时需调畅情志并适当运动，且禁用其他可能影响胃肠功能的中西药物。

1.5 观察指标

（1）主要疗效指标：①症状评分：针对餐后饱胀不适、早饱感、上腹痛、烧心感等7项核心症状，依据症状严重程度进行量化评分、轻、中、重分别计0分、1分、2分、3分，计算症状总积分。②临床疗效：依据疗效指数判定，分为痊愈（疗效指数≥95%）、显效（疗效指数70%~95%）、有效（疗效指数30%~70%）、无效（疗效指数<30%），并计算临床总有效率。

（2）中医证候疗效指标：①证候积分：主症按无、轻、中、重分别计0分、2分、4分、6分，次症按无、轻、中、重分别计0分、1分、2分、3分，计算证候总积分。②证候疗效：根据积分减少率判定，分为痊愈（积分减少率≥95%）、显效（积分减少率≥70%）、有效（积分减少率≥30%）、无效（积分减少率<30%）。

（3）安全性指标：分别于治疗前及治疗后检测受试者血常规、尿常规、粪便常规、肝肾功能及心电图。记录恶心、皮疹等不良反应发生情况。

1.6 统计方法

借助SPSS 26.0工具完成数据的统计处理，其中计量数据呈现为均值加标准差的形式（ $\bar{x} \pm s$ ），不同组别间的差异经由独立样本t检验进行判定；计数类数据则以具体频数及百分比（%）展现，并应用 χ^2 检验方法，若 P 值<0.05，则视为两组间存在统计学层面的显著差异。

2 结果

2.1 两组患者临床总有效率比较

四周治疗周期终结时,临床观察结果呈现如下:受试实验团队中,16名患者符合痊愈指标,10人显示显效,3人获得有效,仅有1人无效,整体有效比例达96.7%;反观对照团队同期数据,7人治愈、7人显效、8人有效及8人无效,统计得出总有效率为73.3%。两组总有效率相比,差异有统计学意义($\chi^2=11.768$, $P<0.05$),提示实验组临床疗效优于对照组。具体参考表1:

表1 两组患者临床总有效率比较[例(%)]

组别	实验组	对照组	χ^2	P
例数	30	30		
痊愈	16(53.3)	7(23.3)		
显效	10(33.3)	7(23.3)		
有效	3(10.0)	8(26.7)		
无效	1(3.3)	8(26.7)		
总有效率	29(96.7)	22(73.3)	11.768	0.05

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

通过运用数理统计方法进行分析可知,在所有干预行动开展前,试验双方中医证候的测量数值之间缺乏明显区别($t=-0.091$, $P=0.928>0.05$),进而阐明了研究开端时各队列基线属性的一致程度及比较可行性。治疗后,两组患者中医证候积分均较治疗前明显下降(均 $P<0.001$),且实验组治疗后中医证候积分明显小于对照组,有显著性差异($t=-6.411$, $P<0.001$),说明实验组对于改善中医证候方面强于对照组。具体如下表2:

表2 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	实验组	对照组	t	P
例数	30	30		
治疗前	18.52 $\pm$ 2.84	18.38 $\pm$ 2.76	-0.091	0.928
治疗后	6.15 $\pm$ 2.13	9.82 $\pm$ 2.45	-6.411	<0.001

2.3 两组患者中医证候疗效比较

治疗4周之后,实验组治愈15名患者、显效11名患者、有效3名患者、无效1名患者,总有效率达到96.7%;对照组治愈6名患者、显效8名患者、有效9名患者、无效7名患者,总有效率为76.7%,分析结果表明,两组间中医证候总有效率存在实质性区别($\chi^2=11.831$, $P<0.05$),反映出实验组较对照组拥有更强的证候调理能力。具体见表3:

表3 两组患者中医证候疗效比较[例(%)]

组别	实验组	对照组	χ^2	P
例数	30	30		
痊愈	15(50.0)	6(20.0)		
显效	11(36.7)	8(26.7)		
有效	3(10.0)	9(30.0)		
无效	1(3.3)	7(23.3)		
总有效率	29(96.7)	23(76.7)	11.831	0.05

3 讨论

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是消化系统高发的功能性胃肠病之一,具有发病率高、病程迁延、反复发作的特征,对患者身心健康及生活质量构成显著负面影响。现代医学对FD发病机制的认知已从单一胃肠动力障碍拓展至脑-肠轴功能紊乱、内脏高敏感、肠道微生态失衡及精神心理异常等多维度交互作用的复杂模式。当前西医治疗以促胃肠动力药、抑酸药等对症干预为主,虽可暂时缓解部分症状,难以从根本上纠正胃肠功能失调,且长期应用存在疗效衰减及不良反应增加等局限,临床对安全有效的治疗方案存在迫切需求^[5]。中医学对FD的认识历史悠久,理论体系完备,本病归属于中医“胃痞”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴,病位在胃,与脾、肝、肾等脏腑密切相关。脾胃同居中焦,为气机升降之枢纽,脾主升清,胃主降浊。若饮食不节、劳倦内伤、情志失调等因素损伤脾胃,导致中气亏虚、运化失司、升降失常,则可表现为胃脘痞满、食少纳呆等症状^[6]。脾胃气虚证是FD最常见的证型,其核心病机为“虚”“滞”并存,属本虚标实之证。

本研究采用参苓白术散加减内服联合针刺足三里方案治疗脾胃气虚型功能性消化不良(FD),体现了中医学“内调外治、标本兼治”的整体观念。参苓白术散源自《太平惠民和剂局方》,是健脾益气、渗湿止泻的经典方剂。方中以党参替代人参,取其补中益气之效,为君药;臣药地位由白术与茯苓担当,二者具备健脾燥湿之效;山药、莲子、扁豆及薏苡仁协同君药,旨在强化健脾并促进水湿渗利;砂仁则凭借芳香特性发挥醒脾功能。行气化滞,避免补益之品壅滞气机;桔梗载药上行、培土生金;炙甘草、姜枣调和诸药。全方紧扣“脾虚”核心病机,健脾与渗湿并举,行气与补气同施,兼顾气机升降协调。针对FD“痞满”的临床特征,随证加用陈皮、木香以行气消胀,焦山楂、炒麦芽以消食导滞,充分体现了辨证论治的学术特色。针刺足三里为外治法的核心策略,足三里作为足阳明胃经之合穴与下合穴,遵循“合治内腑”的经络理论,是调理脾胃功能的关键腧穴。本研究选择辰时进行针刺,旨在借助经络气血运行规律增强干预效果。现代医学研究表明,针刺足

三里具有多靶点作用机制：在胃肠动力调节方面，可激活迷走神经，促进胃泌素释放，加速胃排空进程；在内脏敏感性调控方面，能够调节中枢痛觉调制系统，降低内脏高敏感状态；在脑-肠轴功能改善方面，可调节神经递质水平，缓解焦虑抑郁等精神心理异常；在胃黏膜保护方面，能够促进局部血流灌注，抑制炎症反应^[7]。

本文的研究结果表明，试验组的临床总有效率为 96.7%，

明显高于对照组的 73.3% ($P<0.05$)；实验组中医证候积分及总有效率亦显著优于对照组 ($P<0.001$)。研究结果提示，参苓白术散联合针刺足三里在改善临床症状及中医证候方面的疗效显著优于单纯西药治疗。其优势在于中药内服从整体层面固本培元，针刺外治通过经络调节实现治标作用，二者协同发挥增效效应。综上所述，参苓白术散配伍针刺足三里治疗脾胃气虚型功能性消化不良，是一种安全有效的治疗方案，具有临床推广应用价值。

参考文献：

- [1] 关士勇,李德刚.中医辨证治疗脾胃气虚型功能性消化不良的临床研究[J].基层医学论坛,2025,29(28):12-14+18.
- [2] 李朵朵,岳增辉,刘未艾.针刺经穴对脾胃虚弱型功能性消化不良患者血清 5-羟色胺、血管活性肽及胰高血糖素样肽-1 的影响[J].中医杂志,2025,66(13):1357-1362.
- [3] 刘文文,杨峰.《卫生宝鉴》针灸医案中气海与足三里配伍应用考源[J].中国针灸,2025,45(3):397-404.
- [4] 尧梅香,王诚远,黄东,等.参苓白术散在消化和呼吸系统疾病运用中的研究进展[J].中国民间疗法,2022,30(17):113-117.
- [5] 王献林.四君子汤治疗脾胃气虚型胃溃疡合并功能性消化不良临床观察[J].光明中医,2022,37(2):253-255.
- [6] 杨莹萍.内关、足三里配伍对胃动力障碍的即时调节作用[D].山东中医药大学,2021.
- [7] 王明慧,王慧.参苓白术散治疗脾胃气虚型腹泻的疗效分析[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(24):59-60.