

半夏泻心汤治疗功能性消化不良的临床研究

李丽, 花海兵, 沈明, 钟晓锋*

江阴市中医院脾胃病科, 江苏 江阴 214400

摘要 目的: 分析加味半夏泻心汤治疗功能性消化不良(FD)的效果。方法: 回顾性纳入 2024 年 1 月—2024 年 12 月江阴市中医院门诊收治的 100 例 FD 患者作为研究对象, 按照随机数表法分为对照组和观察组, 每组 50 例, 病例来源于江阴市中医院电子病例系统。对照组采取常规西药治疗, 观察组采取常规西药联合加味半夏泻心汤治疗。治疗 4 周后比较两组疗效; 于治疗前、治疗 1 周、治疗 4 周, 比较两组中医证候积分(脘腹痞闷、饮食减少、疲乏无力)、胃窦收缩频率、胃窦收缩幅度、胃半排空时间、胃动素、胃泌素、生长抑素(SS); 记录两组不良反应发生情况。结果: 治疗 4 周时, 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$); 治疗前、治疗 1 周、治疗 4 周, 两组脘腹痞闷、饮食减少、疲乏无力中医证候积分、胃窦收缩幅度、胃半排空时间、SS 呈逐渐下降趋势($P < 0.05$), 观察组低于对照组($P < 0.05$), 胃窦收缩频率、胃动素、胃泌素呈逐渐上升趋势($P < 0.05$), 观察组高于对照组, 两组组别主效应显著($P < 0.05$)。结论: 加味半夏泻心汤治疗 FD 效果显著, 可有效改善患者胃肠动力及胃肠激素水平, 缓解临床症状。

关键词 功能性消化不良; 半夏泻心汤; 胃动力; 胃肠激素

中图分类号: R256.32

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)02-0103-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260043

功能性消化不良(Functional dyspepsia, FD)是临床常见的胃肠道疾病, 多出现上腹痛、腹胀、食欲不振、恶心等症状, 通常起病缓慢, 病程较长, 可持续、反复发作, 严重影响患者日常生活^[1-2]。目前, 西医治疗 FD 的主要方式为使用常规药物对症治疗, 虽可有效减轻胃胀、胃痛, 缓解临床症状, 但整体疗效欠佳。因此, 需考虑其他更为有效的治疗方式。中医认为 FD 属“痞满”范畴, 《金匱要略》记载: “夫瘦人绕脐痛, ……心下则痞”, 表明病机多因外感表症未愈, 误下伤中, 损伤脾胃, 导致中焦气阻、脾胃升降失常而发病^[3]。因此, 中医治疗 FD 应遵循健脾理气, 和胃消积。健脾和胃法不同于西医的单一靶点治疗, 可通过整体调理脾胃功能, 结合患者体质、证型进行个体化施治, 进一步提升疗效。半夏泻心汤具有脾升胃降, 降逆除痞, 调和脾胃, 寒热平调, 消痞散结的作用, 多靶点协同作用进行治疗, 符合 FD 患者的治疗需求, 《金匱要略》记载: “呕而肠鸣, 心下痞者, 半夏泻心汤主之”, 也同样证实了

这一点^[4-5]。白术可健脾祛湿, 增强脾胃运化功能, 茯苓可祛除中焦湿浊, 健脾益气、祛湿和胃。鉴于此, 本研究着重分析加味半夏泻心汤治疗 FD 的效果。现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性纳入 2024 年 1 月—2024 年 12 月江阴市中医院门诊收治的 100 例 FD 患者作为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 50 例, 病例来源于江阴市中医院电子病例系统。两组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。本研究通过江阴市中医院伦理委员会批准(EC202329)。

1.2 诊断标准

西医诊断符合相关诊断标准^[6], 病程 ≥ 6 个月, 出现 1 项或多项以下临床症状, 餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹灼烧感, 同时无器质性原因可查。

中医诊断符合“痞满”范畴, 属脾胃虚弱型^[7]。主症: 食欲不振, 疲乏无力, 脘腹痞闷, 进食后加重; 次症: 大便稀溏或便秘, 排便无力, 恶气短; 舌脉: 舌质淡, 边有齿痕, 舌苔白腻, 脉细弱或沉缓。主症须具备 2 项, 次症 2 项, 结合舌脉象可诊断。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准; ②年龄 ≥ 18 岁; ③认识功能正常, 依从性良好; ④患者及家属均签署知情同意书; ⑤临床资料完整。

收稿日期: 2025-02-28 修回日期: 2025-12-10

基金项目: 2021 年度江苏省中医药科技发展计划项目(ZX2021A1); 花海兵无锡市名中医工作室(锡中医[2023]2号)

作者简介: 李丽(1986-), 女, 硕士, 副主任中医师, 从事功能性胃肠病相关研究。

* 通信作者: 钟晓锋(1985-), 男, 副主任中医师, 从事功能性胃肠病相关研究。

表 1 两组 FD 患者一般资料比较

组别	例数	性别[例(%)]		BMI[例(%)]		年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	病程($\bar{x} \pm s$)/月
		男	女	>24 kg/m ²	≤24 kg/m ²		
对照组	50	28(56.00)	22(44.00)	21(42.00)	29(58.00)	45.92 ± 3.89	28.51 ± 5.42
观察组	50	26(52.00)	24(48.00)	23(46.00)	27(54.00)	46.14 ± 3.81	28.63 ± 5.51
χ^2/t 值		0.161		0.162		0.286	0.110
<i>P</i> 值		0.688		0.687		0.776	0.913

1.4 排除标准

①内镜检查发现肝、胆等器质性病变;②存在肠易激综合征;③存在腹部手术史;④精神疾病;⑤合并恶性肿瘤;⑥入组 1 个月前服用过胃动力、质子泵抑制剂等药物;⑦合并糖尿病、风湿性疾病;⑧妊娠、哺乳期女性;⑨对本研究药物过敏。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

采取常规西药治疗,饭前口服枸橼酸莫沙必利片[京新药业,规格:5 mg(按 C₂₁H₂₅ClFN₃O₃ · C₈H₈O₇ 计),国药准字 H20244986]进行治疗,3 次/d,5 mg/次。连续治疗 4 周。

1.5.2 观察组

在对照组基础上联合加味半夏泻心汤治疗,给予患者加味半夏泻心汤进行治疗,组方:半夏 12 g,黄芪 9 g,党参 12 g,干姜、甘草各 9 g,黄连 3 g,大枣 3 枚,加味:白术、茯苓均 9 g。药材的品种、规格、质量等符合要求,煎煮步骤:药材冷水浸泡 30 min,水量为高出药材 2~3 cm,浸泡完后进行一煎,武火煮沸后转文火煎煮 25~30 min,滤出后获得 150~200 mL 药液,进行二煎,药渣再次加水 300 mL 文火煎煮 20 min,滤出 100~150 mL 药液,混合两次药液,总量约为 250~300 mL,分两次温服。连续服用 4 周。

1.6 观察指标及疗效判断标准

1.6.1 两组疗效比较

根据相关指南^[7]评估疗效。无效:证候积分减少<30%,症状无改善或加重;有效:70%>证候积分减少≥30%,症状有所改善;显效:95%>证候积分减少≥70%,症状基本消失;临床痊愈:证候积分减少≥95%,症状消失。总有效率(%)=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6.2 两组中医证候积分比较

根据相关指南^[7]评估。于治疗前、治疗 1 周、治疗 4 周,评估患者中医证候积分,脘腹痞闷:0 分(无症状),1 分(轻微胀满,不影响日常生活),2 分(胀满明显,影响日常生活),3 分(胀满难忍,持续不止,需服用

药物缓解);饮食减少:0 分(饮食正常),1 分(饮食减少 1/4);2 分(饮食减少 1/3);3 分(饮食减少 1/2);疲乏无力:0 分(无疲乏),1 分(肢体稍倦,可坚持工作);2 分(四肢乏力,影响日常生活);3 分(全身无力,严重影响日常生活)。

1.6.3 两组胃动力参数比较

于治疗前、治疗 1 周、治疗 4 周,使用超声诊断系统 ACUSON Oxana 3(西门子医疗,国械注进 20173061080)检查患者胃窦收缩频率、胃窦收缩幅度、胃半排空时间(空腹 12 h 后口服钡剂进行观察)。

1.6.4 两组胃肠激素水平比较

于治疗前、治疗 1 周、治疗 4 周,取 3 mL 静脉血离心,使用酶联免疫吸附法检测胃动素、胃泌素、生长抑素(SS),检测试剂盒分别来自莱尔生物,艾维可生物,吉利德生物。

1.6.5 两组不良反应比较

记录患者治疗期间不良反应发生情况。

1.7 统计学方法

采用 SPSS25.0 软件进行数据处理,用 Shapiro-Wilk 正态分布检验计量资料正态性,计量资料符合正态分布以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,两组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验,偏态分布则以四分位数“[*M*(*P*₂₅,*P*₇₅)]”表示,两组比较用 Mann-Whitney *U* 检验,组内比较用 Wilcoxon 符号秩检验;计数资料用例(%)表示,采用 χ^2 检验;两组间、组内多时点比较采用重复测量方差分析;*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗 4 周时,观察组总有效率为 96.00%(48/50),高于对照组的 84.00%(42/50),差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组 FD 患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	20(40.00)	12(24.00)	10(20.00)	8(16.00)	42(84.00)
观察组	50	23(46.00)	14(28.00)	11(22.00)	2(4.00)	48(96.00)
χ^2 值						4.000
<i>P</i> 值						0.046

2.2 两组中医证候积分比较

0.05), 观察组低于对照组, 两组组别主效应显著 (F 值分别为 4.013, 4.714, 245.348, $P < 0.05$)。见表 3。

治疗前、治疗 1 周、治疗 4 周, 两组脘腹痞闷、饮食减少、疲乏无力中医证候积分呈逐渐下降趋势 ($P <$

表 3 两组 FD 患者中医证候积分比较 [$M(P25, P75)$, 分]

组别	例数	脘腹痞闷			饮食减少		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
对照组	50	[2.00(2.00, 3.00)]	[2.00(1.00, 2.00)] ^a	[1.00(0.00, 1.00)] ^{ab}	[2.00(2.00, 3.00)]	[2.00(1.00, 2.00)] ^a	[1.00(1.00, 1.00)] ^{ab}
观察组	50	[2.00(2.00, 3.00)]	[1.00(1.00, 2.00)] ^a	[1.00(0.75, 1.00)] ^{ab}	[2.00(2.00, 3.00)]	[2.00(1.00, 2.00)] ^a	[1.00(0.75, 1.00)] ^{ab}

组别	例数	疲乏无力		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
对照组	50	[2.00(2.00, 3.00)]	[2.00(1.00, 2.00)] ^a	[1.00(1.00, 1.00)] ^{ab}
观察组	50	[2.00(2.00, 3.00)]	[2.00(1.00, 2.00)] ^a	[1.00(1.00, 1.00)] ^{ab}

注: 与同组治疗前相比, ^a $P < 0.05$; 与同组治疗 1 周时相比, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组胃动力参数比较

胃窦收缩幅度、胃半排空时间呈逐渐下降趋势 ($P < 0.05$), 观察组低于对照组, 两组组别主效应显著 (F 值分别为 17.263, 18.709, 170.000, $P < 0.05$)。见表 4。

治疗前、治疗 1 周、治疗 4 周, 两组胃窦收缩频率呈逐渐上升趋势 ($P < 0.05$), 观察组高于对照组, 两组

表 4 两组 FD 患者胃动力参数比较 [$M(P25, P75)$]

组别	例数	胃窦收缩频率/(次/min)			胃窦收缩幅度/mmHg		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
对照组	50	[2.00(2.00, 1.00)]	[2.00(2.00, 3.00)] ^a	[3.00(3.00, 4.00)] ^{ab}	41.28 ± 3.52	38.02 ± 3.16 ^a	36.01 ± 2.85 ^{ab}
观察组	50	[2.00(2.00, 1.00)]	[3.00(2.00, 3.00)] ^a	[4.00(3.00, 4.00)] ^{ab}	41.32 ± 3.49	35.24 ± 3.08 ^a	33.57 ± 2.79 ^{ab}

组别	例数	胃半排空时间/min		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
对照组	50	90.08 ± 5.56	71.42 ± 4.89 ^a	45.28 ± 4.06 ^{ab}
观察组	50	90.06 ± 5.24	52.89 ± 4.87 ^a	41.09 ± 4.11 ^{ab}

注: 与同组治疗前相比, ^a $P < 0.05$; 与同组治疗 1 周时相比, ^b $P < 0.05$ 。

2.4 两组胃肠激素水平比较

呈逐渐下降趋势 ($P < 0.05$), 观察组低于对照组, 两组组别主效应显著 (F 值分别为 27.791, 259.130, 96.349, $P < 0.05$)。见表 5。

治疗前、治疗 1 周、治疗 4 周, 两组胃动素、胃泌素呈逐渐上升趋势 ($P < 0.05$), 观察组高于对照组, SS

表 5 两组 FD 患者胃肠激素水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃动素/(ng/L)			SS/(pg/mL)		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
对照组	50	198.12 ± 10.28	244.52 ± 9.85 ^a	253.74 ± 9.45 ^{ab}	23.67 ± 3.36	18.89 ± 3.17 ^a	15.51 ± 2.96 ^{ab}
观察组	50	197.96 ± 10.31	251.06 ± 9.62 ^a	264.62 ± 9.51 ^{ab}	23.61 ± 3.42	15.01 ± 3.08 ^a	12.34 ± 2.85 ^{ab}

组别	例数	胃泌素/(ng/L)		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
对照组	50	59.62 ± 3.37	62.37 ± 3.52 ^a	78.42 ± 3.96 ^{ab}
观察组	50	59.58 ± 3.42	69.52 ± 3.55 ^a	83.06 ± 3.84 ^{ab}

注: 与同组治疗前相比, ^a $P < 0.05$; 与同组治疗 1 周时相比, ^b $P < 0.05$ 。

2.5 两组不良反应比较

对照组不良反应总发生率低于观察组, 但两组比较无统计学意义 ($\chi^2 = 0.177, P = 0.674$)。见表 6。

观察组不良反应总发生率高于对照组, 两组组别主效应显著 (F 值分别为 2.000, 2.000, 2.000, $P < 0.05$)。见表 6。

表 6 两组 FD 患者不良反应发生情况比较 [例(%)]

组别	例数	皮疹	腹泻	头晕	不良反应总发生
对照组	50	1(2.00)	0(0)	1(2.00)	2(4.00)
观察组	50	2(4.00)	1(2.00)	1(2.00)	4(8.00)
χ^2 值					0.177
P 值					0.674

3 讨论

FD 是由非器质性病变诱发的胃肠道综合征,全球发病率高达 16%,目前无治疗 FD 特效药,临床仅通过对症治疗的方式,虽可在一定程度上缓解患者临床症状,但效果仍不理想^[8-9]。安成飞等^[10]研究显示,中医治疗 FD 具有独特优势,其认为,FD 属“痞满证”范畴,病机为外感寒湿风邪、情志伤体等引发的脾胃升降失常,可通过胃动力、脑肠互动及免疫炎症反应等多途径、多层次进行治疗。因此,FD 的治疗原则应为健脾理气,和胃消积。

加味半夏泻心汤具有调和寒热、消痞散结、健脾和胃等作用,全方由半夏、黄芪等 9 味中药组成,半夏为君药,归脾、胃、肺经,可燥湿化痰、消痞散结、降逆止呕,白术归脾、胃经,可健脾利气、燥湿利水,茯苓归肺、脾、心、肾经,可健脾和胃、利尿消肿,黄芪归脾、肺经,可益卫固表、健脾补中,党参归脾、肺经,可健脾益肺、养血生津,干姜归脾、胃、心、肺经,可温中散寒、回阳通脉,甘草归心、肺、脾、胃经,可补脾益气、清热解毒,黄连归心、脾、胃、胆、大肠经,可调节脾胃、清热燥湿,大枣归脾、胃经,可健脾益胃,补中益气。

本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,观察组脘腹痞闷、饮食减少、疲乏无力中医证候积分、胃窦收缩幅度、胃半排空时间、SS 低于对照组,胃窦收缩频率、胃动素、胃泌素高于对照组,表明基于《金匮要略》的健脾和胃法使用加味半夏泻心汤治疗 FD 疗效显著,可有效缓解患者临床症状,改善患者胃肠动力及胃肠激素水平。

半夏中含有的生物碱、多糖等多种成分,可通过细胞凋亡信号通路,提高 Bcl-2 的表达,抑制 Bax 及通路下游 Caspase 等凋亡因子的表达,最终抑制细胞发生凋亡,维护胃肠壁平滑肌细胞结构,促进 FD 患者胃肠动力的恢复,缓解临床症状^[11-12]。白术中含有的白术内酯Ⅲ、多糖类等活性成分,可通过激活胆碱能神经,促进胃平滑肌收缩,据 Zhang 等^[13]研究显示,白术内酯Ⅲ既可兴奋胃肠道平滑肌,有可对其产生一定抑制,对胃肠道具有双向调节作用,可有效促进胃肠动力的恢复。茯苓中的多糖成分可通过激活胆碱能神经元及 5-HT 受体,促进胃平滑肌收缩,改善胃动力,调节激素平衡,此外,茯苓中含有的三环三萜化合物可刺激胃蛋白酶及胰酶释放,提升食物分解效率,缩短胃半排空时间,还可通过清除超氧阴离子自由基,减少氧化应激,减轻肠道组织炎性损伤,保护肠道上皮细胞和免疫细胞,改善胃肠功能,缓解临床症状^[14-15]。黄芪中的多糖成分具有抗氧化、抗炎和免疫调节作用,可有效增

强机体免疫力,增强肠道屏障功能,抵御外来病原体的入侵,促进胃肠道黏膜修复,改善患者肠胃功能^[16-17]。党参中含有皂苷、多糖、氨基酸等有效成分,可以显著提升消化酶的活性,增加胃液分泌,增强胃肠道运转能力,缓解临床症状^[18]。干姜醇提取物经化学分离可得到姜酚和挥发油两种成分,通过激活 5-HT₃/4 受体及胆碱能通路,促进乙酰胆碱释放,增强胃窦收缩,加速胃排空^[19]。甘草中的黄酮类成分可通过作用于 5-HT 受体或胆碱能系统,调节胃部平滑肌收缩,改善患者胃肠动力,据 Báez^[20]等研究显示,干姜、甘草等中药可有效缓解 FD,与本研究结果一致。黄连中的小檗碱可促进胃酸分泌,增强消化酶活性,帮助患者消化,还可通过激活胆碱能神经通路,促进乙酰胆碱释放,兴奋平滑肌,增强胃肠道收缩幅度、张力、蠕动,从而加速胃排空^[21]。大枣中含有大量的糖类和膳食纤维,可刺激肠道机械感受器,引发蠕动反射,有助于促进 FD 患者肠胃蠕动,减轻患者临床症状^[22]。据邹得方等^[23]研究显示,半夏泻心汤可通过降低炎症因子,抑制十二指肠慢性炎症,保护小肠黏膜,改善 FD 患者胃肠功能,促进胃肠排空,缓解临床症状,与本研究结果相似。

本研究结果显示,两组不良反应比较差异无统计学意义,表明基于《金匮要略》的健脾和胃法使用加味半夏泻心汤治疗 FD 不会增加更多不良反应,主要原因在于加味半夏泻心汤组方内的中药均来自于天然的植物,经过炮制加工后入药,其药性温和,相对安全,副作用较少。

本研究依旧存在一定局限性,如样本量少、单中心、样本来源仅为江阴市中医院等,可能导致结果的推广性受到限制,未来需多中心、大样本进一步分析基于《金匮要略》的健脾和胃法使用加味半夏泻心汤治疗 FD 的临床效果。

综上所述,加味半夏泻心汤治疗 FD 效果显著,可有效改善患者胃肠动力及胃肠激素水平,缓解临床症状。

参考文献:

- [1] LACY B E, CHRISTOPHER CHASE R, CANGEMI D J. The treatment of functional dyspepsia: present and future[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2023, 17(1): 9-20.
- [2] OLSON C G, TRAVERS P, LACY B E. Current opinion: functional dyspepsia[J]. Curr Opin Gastroenterol, 2024, 40(6): 470-476.
- [3] 何仁胜, 田瑛琪, 李小雪. 香砂六君子汤治疗功能性消化不良的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(2): 126-129.
- [4] 甘丽华, 杨坤, 郭超峰. 半夏泻心汤类方的方证释义与现代研究概况[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(11): 82-86.
- [5] 张楚楚, 刘莹, 李海燕, 等. 经典名方半夏泻心汤古今临床应用衍变分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(3): 452-456.

- [6] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国消化不良诊治指南[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2012, 19(20): 9–11.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 134–139.
- [8] FORD A C, MAHADEVA S, CARBONE M F, et al. Functional dyspepsia[J]. Lancet, 2020, 396(10263): 1689–1702.
- [9] OSHIMA T. Functional dyspepsia: current understanding and future perspective[J]. Digestion, 2024, 105(1): 26–33.
- [10] 安成飞, 陈英英, 宁静, 等. 中医药治疗功能性消化不良肝郁脾虚证临床疗效及作用机制研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2025, 32(1): 181–185.
- [11] 蒙毅, 吴月霞, 龚纯, 等. 基于网络药理学研究半夏治疗功能性消化不良的作用机制[J]. 安徽医药, 2022, 26(1): 16–20.
- [12] 张奕秉, 黄志养, 袁渝萍, 等. 加味半夏泻心汤对功能性消化不良患者的疗效和胃功能学的影响[J]. 中华消化杂志, 2023, 43(10): 696–700.
- [13] ZHANG S B, XU Z M, CAO X Q, et al. Shenling Baizhu San improves functional dyspepsia in rats as revealed by 1H–NMR based metabolomics[J]. Anal Methods, 2020, 12(18): 2363–2375.
- [14] SIN S H, WU J, KANG Y C, et al. Efficacy of modified Banxia Xiexin decoction in the management of Wei–Pi syndrome (postprandial distress syndrome): study protocol for a randomized, waitlist–controlled trial[J]. Trials, 2021, 22(1): 135.
- [15] 柳正清, 庞元鑫, 刘珍珍, 等. 加味半夏泻心汤联合莫沙必利对老年糖尿病性胃轻瘫患者胃肠功能及 Ghrelin、IGF–1 水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(8): 1839–1843.
- [16] 张丹妮. 加味半夏泻心汤治疗老年功能性消化不良的疗效及对患者临床症状的影响评价研究[J]. 贵州医药, 2022, 46(8): 1270–1271.
- [17] 胡雄丽, 陈峭, 李力. 背俞指针疗法联合半夏泻心汤治疗寒热错杂证功能性消化不良疗效及对胃肠激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(11): 1157–1161.
- [18] 邹得方, 顾任钧, 朱明喜, 等. 半夏泻心汤治疗功能性消化不良的机制研究[J]. 南京中医药大学学报, 2024, 40(9): 941–948.
- [19] ZHONG L Y, TONG H L, ZHU J, et al. Pharmacological effects of different ginger juices on the concurrent symptoms in animal models of functional dyspepsia: a comparative study[J]. Food Sci Nutr, 2019, 7(7): 2205–2213.
- [20] BÁEZ G, VARGAS C, ARANCIBIA M, et al. Non–Chinese herbal medicines for functional dyspepsia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2023, 6(6): CD013323.
- [21] 周嘉培, 王小平, 曹志群, 等. 半夏泻心汤治疗功能性消化不良的网络药理学研究[J]. 世界中医药, 2021, 16(17): 2576–2581.
- [22] 韩豆瑛, 杨瑞芳. 半夏泻心汤结合“温通针法”治疗功能性消化不良疗效观察[J]. 西部中医药, 2020, 33(1): 134–136.
- [23] 邹得方, 顾任钧, 朱明喜, 等. 半夏泻心汤治疗功能性消化不良的机制研究[J]. 南京中医药大学学报, 2024, 40(9): 941–948.

Clinical Study on Banxia Xiexin Decoction for the Treatment of Functional Dyspepsia

LI Li, HUA Haibing, SHEN Ming, ZHONG Xiaofeng

Department of Gastroenterology, Jiangyin Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangyin 214400, China

Abstract Objective: To analyze the effect of modified Banxia Xiexin Decoction in treating functional dyspepsia (FD). Methods: A total of 100 FD patients treated in the outpatient department of Jiangyin Traditional Chinese Medicine Hospital from January 2024 to December 2024 were retrospectively included as study subjects. The patients were randomly divided into a control group and an observation group, with 50 cases in each group. Case data were sourced from the hospital's electronic medical record system. The control group received conventional Western medicine treatment, while the observation group received conventional Western medicine combined with modified Banxia Xiexin Decoction. After 4 weeks of treatment, the efficacy of the two groups was compared. Before treatment, at week 1, and at week 4 of treatment, Traditional Chinese Medicine syndrome scores (epigastric fullness, reduced appetite, fatigue), gastric antrum contraction frequency, gastric antrum contraction amplitude, gastric half–emptying time, motilin, gastrin, and somatostatin (SS) were compared between the two groups. Adverse reactions in both groups were also recorded. Results: After 4 weeks of treatment, the total effective rate in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$); before treatment, at 1 week, and at 4 weeks of treatment, scores of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes such as epigastric and abdominal fullness, reduced appetite, and fatigue, as well as antral contraction amplitude, gastric half–emptying time, and SS showed a gradual decreasing trend ($P < 0.05$), with the observation group lower than the control group ($P < 0.05$). Antral contraction frequency, motilin, and gastrin showed a gradual increasing trend ($P < 0.05$), with the observation group higher than the control group. The main effects between groups were significant ($P < 0.05$). Conclusion: modified Banxia Xiexin Decoction with significantly effective in treating functional dyspepsia (FD) can effectively improve patients' gastrointestinal motility and gastrointestinal hormone levels, and relieve clinical symptoms.

Key words Functional dyspepsia; Banxia Xiexin Decoction; Gastric motility; Gastrointestinal hormones