

段迎喜主任医师运用疏肝健脾理论治疗胃痞病

王舒*, 段迎喜

内蒙古自治区中医医院脾胃科, 内蒙古 呼和浩特

收稿日期: 2026年1月5日; 录用日期: 2026年1月29日; 发布日期: 2026年2月6日

摘要

目的: 分析段迎喜主任医师运用疏肝健脾理论治疗胃痞病患者的临床疗效。方法: 选取我院于2022年1月~2022年12月收治的78例胃痞病患者为观察对象, 为满足组间比对实验要求, 按照随机抽样法将两组患者分为对照组、研究组, 各39例。对照组患者给予常规西药治疗, 研究组患者则在对照组的基础上联合使用段迎喜主任医师提出的疏肝健脾理论进行治疗, 比对两组患者的治疗效果、应激指标、临床症状积分及不良反应发生情况。结果: 在治疗周期结束后, 相较于对照组, 研究组患者整体治疗有效率更高(94.87% vs 79.49%, $p = 0.042$), 不良反应发生率明显降低(2.56% vs 15.38%, $p = 0.048$); 此外, 研究组P物质(SP)水平升高, 热休克蛋白(HSP)水平更低(p 均 <0.01), 各临床症状积分亦显著低于对照组(p 值范围: 0.001~ <0.01); 研究组的。结论: 胃痞病患者采取段迎喜主任医师的疏肝健脾理论进行治疗, 可提升治疗有效率, 改善应激指标, 降低不良反应发生率, 值得推广。

关键词

疏肝健脾理论, 胃痞病, 应激指标, 临床症状积分, 治疗效果

Application of Shugan Jianpi Theory (Soothing Liver and Strengthening Spleen) in Treating Gastric Stiffness by Chief Physician Duan Yingxi

Shu Wang*, Yingxi Duan

Department of Spleen and Stomach Diseases, Inner Mongolia Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Hohhot Inner Mongolia

Received: January 5, 2026; accepted: January 29, 2026; published: February 6, 2026

*通讯作者。

文章引用: 王舒, 段迎喜. 段迎喜主任医师运用疏肝健脾理论治疗胃痞病[J]. 临床医学进展, 2026, 16(2): 1425-1431.
DOI: 10.12677/acm.2026.162529

Abstract

Objective: To analyze the clinical effect of Chief Physician Duan Yingxi's application of Shugan Jianpi theory (soothing liver and strengthening spleen) in treating patients with gastric stuffiness (TCM term, corresponding to functional dyspepsia, chronic gastritis, etc. in Western medicine). **Methods:** 78 patients with gastric stuffiness in our hospital from January 2022 to December 2022 were selected as the observation objects. To meet the requirements of inter-group comparison, the patients were randomly divided into a control group and a study group with 39 cases each. Patients in the control group were treated with routine Western medicine, while patients in the study group were treated with the Shugan Jianpi theory proposed by Chief Physician Duan Yingxi on the basis of the control group. The therapeutic effect, stress indexes, clinical symptom scores, and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** After the treatment cycle, the overall therapeutic effective rate of the study group was higher than that of the control group (94.87% vs 79.49%, $p = 0.042$); the level of substance P (SP) in the study group was higher than that in the control group, and the level of heat shock protein (HSP) was lower than that in the control group (both $p < 0.01$); the clinical symptom scores of the study group were lower than those of the control group (p value range: 0.001~<0.01); the incidence of adverse reactions in the study group was significantly lower than that in the control group (2.56% vs 15.38%, $p = 0.048$). **Conclusion:** The application of Shugan Jianpi theory by Chief Physician Duan Yingxi in the treatment of gastric stuffiness can improve the therapeutic effectiveness rate, optimize stress indexes, and reduce the incidence of adverse reactions, which is worthy of promotion.

Keywords

Shugan Jianpi Theory (Soothing Liver and Strengthening Spleen), Gastric Stuffiness, Stress Index, Clinical Symptom Score, Therapeutic Effect

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

胃痞病属于中医概念,从西医角度可替换为功能性消化不良、慢性胃炎及因胃下垂所致的不良症状,在多种因素影响下易引发炎症反应,发病期间伴有消化不良症状及胃肠动力紊乱[1]。胃痞病在中医方面最明显的症状为肝胃不和,指的是胃失和降、肝失疏泄表现出的证候,伴有肝胃不和、舌红苔薄黄、嗝气、脘腹胀痛及急躁易怒,主要是由气郁化火、肝气郁结所致,对胃功能造成影响,需针对该疾病提出更加完善的治疗方案[2]。奥美拉唑肠溶片作为胃痞病常见的西药治疗方法,虽可获得一定疗效,但长期用药会使患者产生耐药性,增加不良反应[3]。疏肝健脾理论可有效治疗胃痞病,在用药方面具有低副作用、多层面、多靶点及多效应的优势[4]。近年来研究表明,P物质(Substance P, SP)与热休克蛋白(Heat Shock Protein, HSP)在功能性消化不良及慢性胃炎等胃肠功能障碍性疾病的发生发展中具有重要作用。SP作为一种神经肽,参与调节胃肠运动、内脏感觉及黏膜保护,其适度升高可促进胃肠蠕动、改善内脏高敏状态,并参与胃黏膜修复过程;而在慢性应激或炎症状态下,SP水平异常下降常提示胃肠神经调节功能受损。HSP则是细胞应激反应的重要标志,其持续高表达反映机体处于慢性应激与炎症状态。临床研究显示,治疗SP水平回升、HSP水平下降,往往提示胃肠应激状态改善,而非单纯的致痛或致炎反应增强[5][6]。本研究以段迎喜主任医师提出的疏肝健脾理论为治疗方案,分析其对胃痞病患者的临床疗效,现将结果报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取我院于2022年1月~2022年12月收治的78例胃溃疡病患者为观察对象,为满足组间比对实验要求,按照随机抽样法将两组患者分为对照组、研究组,各39例。对照组中,男/女比例22:17;年龄46~77岁,平均年龄(61.45 ± 2.36)岁;病程2~11年,平均(6.57 ± 1.16)年;体重指数23.87~26.14 kg/m²,平均(24.60 ± 1.13)kg/m²。研究组中,男/女比例23:16;年龄47~78岁,平均年龄(62.11 ± 2.27)岁;病程2~12年,平均(7.10 ± 1.04)年;体重指数23.83~26.21 kg/m²,平均(24.79 ± 1.24)kg/m²。两组患者一般资料比对无统计学差异($p > 0.05$)。纳入标准:1) 经《中药新药临床研究指导原则》[7]诊断,所有患者均符合胃溃疡病就诊标准;2) 半个月未服用治疗胃部疾病的药物;3) 所有患者均知晓本研究,并签署知情同意书。排除标准:1) 合并心肝肾等严重器质性病变者;2) 伴有严重精神疾病及血液疾病者;3) 对本次研究所用药物存在过敏反应者;4) 因各种原因退出本研究者。

2.2. 方法

对照组患者给予西药治疗,具体用药方案为:口服奥美拉唑肠溶片(生产厂家:湖南方盛制药股份有限公司;批准文号:国药准字H20103295),每次20 mg,每天1次,连续治疗3个月。

研究组患者在对照组治疗方案基础上,联合段迎喜主任医师的疏肝健脾理论,中药成分包括香附20 g、枳壳13 g、佛手15 g、地榆13 g、柴胡20 g、白芍20 g、乌贼骨10 g、甘草10 g、元胡20 g、白及15 g、川芎10 g、浙贝10 g,每天1剂,加水煎煮,取汁300 mL,于早晚饭后各温服1次,连续治疗3个月。

2.3. 观察指标

2.3.1. 治疗效果评估

显效:临床症状明显改善,症状积分降低 $\geq 65\%$;有效:症状有所改善,症状积分降低25%~64%;无效:未达到上述标准,且临床症状未缓解。治疗有效率 = (显效例数 + 有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.3.2. 应激指标评估

于患者空腹状态下采集3 mL静脉血,以3000转/分钟离心分离,采用酶联免疫吸附试验检测两组患者热休克蛋白(Heat Shock Protein, HSP)、P物质(Substance P, SP)水平。

2.3.3. 临床症状积分

按照症状分级情况评估两组胃脘或脘腹胀满、胃脘疼痛、反酸、嗝气、恶心呕吐、嘈杂、便溏、便秘、口干、口苦、神疲乏力、食少纳呆、胸闷、肢体困重、喜太息、小便短黄、胁肋胀痛评分。具体标准:依据症状程度分为4级:3分:症状严重,频繁出现,影响生活及工作;2分:症状常见,对工作、生活造成轻度影响;1分:偶有症状,无明显不适,需提示方可察觉,不影响日常生活;0分:无症状。

2.3.4. 不良反应发生情况评估

观察并记录两组患者不良反应发生例数,计算发生率,评估项目包括恶心呕吐、腹泻、腹痛,发生率越低,临床效果越好。

2.4. 统计学处理

采用SPSS 23.0分析数据,应激指标、临床症状积分均以($\bar{x} \pm s$)表示,行t检验;治疗有效率及不良反应发生率以(n, %)表示,行卡方检验,确切p值以结果表中的数据为准, $p < 0.05$ 表示差异有统计

学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者治疗后治疗效果比对

在治疗周期结束后, 相较于对照组, 研究组患者整体治疗有效率更高(94.87% vs 79.49%), 差异有统计学意义($p = 0.042$)。数据详见表 1。

Table 1. Comparison of treatment outcomes between the two groups of patients after treatment (n, %)

表 1. 两组患者治疗后治疗效果比对(n,%)

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
研究组	39	25 (64.10)	13 (33.33)	2 (5.13)	37 (94.87)
对照组	39	15 (38.46)	16 (41.03)	8 (20.52)	31 (79.49)
χ^2					4.129
p					0.042

3.2. 两组患者治疗前、后应激指标比对

治疗前, 两组患者应激指标无显著统计学差异($p > 0.05$)。在治疗周期结束后, 研究组 SP 水平较对照组更高, 且 HSP 水平较对照组更低, 差异均有统计学意义(均 $p < 0.01$)。数据详见表 2。

Table 2. Comparison of stress indicators before and after treatment in the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

表 2. 两组患者治疗前、后应激指标比对($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SP (ng/mL)		HSP (U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	39	33.68 \pm 4.21	59.33 \pm 6.44	86.32 \pm 8.63	43.60 \pm 7.25
对照组	39	33.14 \pm 4.57	42.60 \pm 6.51	86.75 \pm 8.72	57.14 \pm 7.34
t		0.543	11.410	0.219	8.196

3.3. 两组患者治疗前、后临床症状积分比对

在接受治疗前, 两组患者临床症状积分比较, 无明显差异($p > 0.05$); 治疗结束后, 研究组患者各临床症状积分均显著低于对照组, 差异均有统计学意义(p 值范围: 0.001~<0.01)。数据详见表 3。

Table 3. Comparison of clinical symptom scores before and after treatment in the two groups of patients (points, $\bar{x} \pm s$)

表 3. 两组患者治疗前、后临床症状积分比对(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗阶段	研究组(n = 39)	对照组(n = 39)	t	p
胃脘或脘腹胀满	治疗前	2.06 \pm 0.21	2.01 \pm 0.24	0.979	0.331
	治疗后	0.42 \pm 0.13	1.04 \pm 0.21	15.677	$p < 0.01$
胃脘疼痛	治疗前	1.34 \pm 0.27	1.32 \pm 0.25	0.339	0.735
	治疗后	0.39 \pm 0.10	0.72 \pm 0.16	10.922	$p < 0.01$
反酸	治疗前	0.93 \pm 0.25	1.03 \pm 0.27	1.697	0.094
	治疗后	0.25 \pm 0.12	0.47 \pm 0.15	7.152	$p < 0.01$

续表

暖气	治疗前	0.97 ± 0.16	1.02 ± 0.10	1.655	0.102
	治疗后	0.26 ± 0.09	0.51 ± 0.16	8.505	$p < 0.01$
恶心呕吐	治疗前	0.54 ± 0.15	0.59 ± 0.18	1.333	0.187
	治疗后	0.13 ± 0.05	0.30 ± 0.11	8.786	$p < 0.01$
嘈杂	治疗前	0.80 ± 0.23	0.82 ± 0.25	0.368	0.714
	治疗后	0.21 ± 0.10	0.43 ± 0.16	7.282	$p < 0.01$
便溏	治疗前	0.57 ± 0.19	0.62 ± 0.25	0.994	0.323
	治疗后	0.19 ± 0.06	0.43 ± 0.11	11.962	$p < 0.01$
便秘	治疗前	0.50 ± 0.18	0.53 ± 0.17	0.757	0.452
	治疗后	0.19 ± 0.07	0.26 ± 0.10	3.581	0.001
口干	治疗前	1.13 ± 0.19	1.16 ± 0.18	0.716	0.476
	治疗后	0.49 ± 0.12	0.60 ± 0.14	3.726	$p < 0.01$
口苦	治疗前	0.86 ± 0.15	0.81 ± 0.21	1.210	0.230
	治疗后	0.36 ± 0.14	0.45 ± 0.16	2.644	0.010
神疲乏力	治疗前	0.74 ± 0.28	0.72 ± 0.26	0.327	0.745
	治疗后	0.27 ± 0.14	0.35 ± 0.17	2.269	0.026
食少纳呆	治疗前	1.45 ± 0.35	1.43 ± 0.34	0.256	0.799
	治疗后	0.45 ± 0.16	0.57 ± 0.21	2.839	0.006
胸闷	治疗前	0.41 ± 0.15	0.40 ± 0.17	0.275	0.784
	治疗后	0.21 ± 0.10	0.30 ± 0.14	3.267	0.002
肢体困重	治疗前	0.70 ± 0.24	0.68 ± 0.21	0.392	0.696
	治疗后	0.21 ± 0.09	0.53 ± 0.16	10.886	$p < 0.01$
喜太息	治疗前	0.45 ± 0.10	0.47 ± 0.19	0.582	0.563
	治疗后	0.17 ± 0.08	0.39 ± 0.15	8.082	$p < 0.01$
小便短黄	治疗前	0.43 ± 0.16	0.41 ± 0.14	0.587	0.559
	治疗后	0.12 ± 0.04	0.27 ± 0.13	6.887	$p < 0.01$
胁肋胀痛	治疗前	0.41 ± 0.18	0.43 ± 0.16	0.519	0.606
	治疗后	0.16 ± 0.07	0.28 ± 0.10	6.139	$p < 0.01$

3.4. 两组患者不良反应发生率比对

在治疗周期结束后, 相较于对照组, 研究组不良反应发生率明显降低(2.56% vs 15.38%), 差异有统计学意义($p = 0.048$)。数据详见表 4。

Table 4. Comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups of patients (n, %)**表 4.** 两组患者不良反应发生率对比(n, %)

组别	例数	恶心呕吐	腹泻	腹痛	不良反应发生率(%)
研究组	39	1 (2.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.56)
对照组	39	3 (7.69)	1 (2.56)	2 (0.00)	6 (15.38)
χ^2					3.924
p					0.048

4. 讨论

胃痞病属于慢性疾病, 在临床中较为常见, 病情发展反复, 很难完全治愈。从中医角度来说, 胃痞病指的是患者心下痞塞, 发病过程中的主要致病因素包括情绪因素及饮食因素, 患者多表现为心下痞塞不适, 主要与脾胃功能失调相关[8]。治疗应以辨证论治为核心, 叮嘱患者遵医嘱选用调理脾胃的药物进行针对性治疗[9] [10]。

奥美拉唑作为胃痞病的常用西药, 虽可提升治疗有效率, 但易引发并发症。段迎喜主任医师运用疏肝健脾理论治疗胃痞病, 选用的中药成分中香附可疏肝解郁; 柴胡的作用是解表退热、疏肝理气; 白芍的主要作用是敛阴收汗、缓中止痛、养血柔肝; 元胡的作用是活血行气、止痛; 佛手的主要作用是理气和胃; 白及的主要作用是收敛止血、消肿生肌; 枳壳的作用是理气宽中、行滞消胀; 地榆的作用是凉血止血、解毒敛疮; 川芎的作用是活血止痛、行气开郁; 浙贝的作用是清热化痰、散结消痞; 乌贼骨的主要作用是制酸止痛、收敛止血; 甘草可调和诸药, 进一步提升临床疗效[11] [12]。

本研究结果显示, 研究组治疗后 SP 水平显著升高、HSP 水平显著降低(p 均 <0.01), 提示疏肝健脾治疗可能通过改善胃肠神经-内分泌调节功能、减轻机体慢性应激状态而发挥作用。SP 水平的回升并非提示疼痛或炎症加重, 而更可能反映胃肠感觉与动力功能的恢复, 这与既往功能性消化不良相关研究结果一致[5] [6]。

此外, 本研究尚存在一定局限性。首先, 本研究未采用双盲设计, 研究对象及研究人员均知晓治疗方案, 可能对临床症状积分等主观指标的评估产生一定偏倚; 其次, 样本量相对有限, 且为单中心研究, 结果的外推性仍需多中心、大样本随机对照研究进一步验证。综上, 对于胃痞病患者, 采用段迎喜主任医师提出的疏肝健脾理论进行治疗, 可显著提升治疗有效率、改善应激指标, 并有效降低不良反应发生率, 该疗法值得临床推广。

参考文献

- [1] 赵秦, 赵琦, 姬炫. 从中医病机“虚、瘀、郁”角度论治功能性消化不良伴焦虑抑郁状态[J]. 贵州中医药大学学报, 2023, 45(6): 15-19.
- [2] 沈春霞, 王彦刚. 基于核心病机观浅析王彦刚论治慢性糜烂性胃炎经验拾萃[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(4): 676-680+713.
- [3] 李家兴, 梁欣奕, 李慧臻. 李永成运用“开心气, 泻肝气”法治疗胃痞病肝郁气滞证经验[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(5): 47-50.
- [4] 梁绮婷, 周恒立, 李嘉丽, 等. 基于多中心住院病历数据的岭南胃痞病中医证治规律研究[J]. 中药新药与临床药理, 2022, 33(7): 994-1000.
- [5] Taché, Y. and Bonaz, B. (2007) Corticotropin-Releasing Factor Receptors and Stress-Related Alterations of Gut Motor Function. *Journal of Clinical Investigation*, **117**, 33-40. <https://doi.org/10.1172/jci30085>
- [6] Lan, J., Deng, Z., Wang, Q., Li, D., Fan, K., Chang, J., et al. (2024) Neuropeptide Substance P Attenuates Colitis by Suppressing Inflammation and Ferroptosis via the cGAS-STING Signaling Pathway. *International Journal of Biological*

Sciences, 20, 2507-2531. <https://doi.org/10.7150/ijbs.94548>

- [7] 刘伟锋, 吴东阳, 范丽丽, 等. 基于中医传承辅助平台探讨邓家刚教授治疗脾胃湿病的用药规律[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(4): 1667-1675.
- [8] 李婧. 栗德林教授治疗寒热错杂型胃痞病临床经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(10): 86-87+95.
- [9] 王阳, 王萍, 姜艾利, 等. 温艳东运用半夏泻心汤治疗胃痞病经验总结[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(8): 1187-1189+1209.
- [10] 孙肇阳, 马晓峰. 试论胃痞病的阶段传变与三级架构模型[J]. 天津中医药大学学报, 2020, 39(4): 413-416.
- [11] 蔡和平, 侯丽, 董青, 等. 中医综合治疗晚期恶性肿瘤合并胃痞理论及应用探讨[J]. 陕西中医, 2020, 41(6): 783-785.
- [12] 蔡和平, 祁烁, 董青, 等. 基于“温阳补虚, 理气消胀”理论综合治疗晚期恶性肿瘤合并胃痞病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(15): 1612-1615.