

肝胃不和证功能性消化不良的中医病机特点与治疗思路探讨

摘要

功能性消化不良（functional dyspepsia, FD）以餐后饱胀、早饱、上腹痛或上腹灼痛为常见表现，病程多迁延反复。现代研究认为，其发生与胃肠动力异常、内脏高敏感、脑-肠互动失衡及心理社会因素等密切相关。中医多将其归入“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴，其中肝胃不和证较为常见。本文在核对相关文献的基础上，围绕肝胃不和证功能性消化不良的病机特点、治疗思路及代表方药作一讨论，认为本证并非单纯“肝郁犯胃”所能尽括，而是以肝失疏泄为始、胃失和降为著、中焦升降失常为枢，继而兼见痰、热、食、湿互结，病久又可由实转虚、由肝胃失和波及脾胃。治疗上宜以疏肝理气、和胃降逆为主，并随兼夹情况酌加清热、化痰、消导、健脾等法；用药则应围绕“使郁者得达、逆者得降、滞者得行、虚者得复”展开，而不宜拘于一法一方。

关键词：功能性消化不良；肝胃不和；气机升降；病机特点；四逆散；柴胡疏肝散

中图分类号：R256.3

引言

功能性消化不良（functional dyspepsia, FD）是临床常见的慢性消化系统疾病。近年文献对中西医诊疗及机制研究作了概括，提示西医治疗虽以抑酸药、促胃肠动力药为主，消化酶、微生态制剂和抗抑郁药可作辅助，但仍存在部分患者疗效不稳、症状反复及长期管理困难等问题^[1]。Rome IV 将其归入“肠-脑互动障碍（disorders of gut-brain interaction, DGBI）”^[2]，提示FD不能仅按局部器质性病变理解。2022年中国功能性消化不良诊治专家共识进一步强调，FD与胃十二指肠动力、内脏敏感性、脑-肠互动及心理社会因素相关，临床需重视个体化治疗^[3]。肝胃不和证兼具情志波动、中焦升降失常及病久及脾等线索，较能统摄其常见症状组合，故本文拟从病机特点入手，对其治疗思路及代表方药作进一步讨论。

1 肝胃不和证功能性消化不良的病机特点

1.1 肝胃同病与中焦升降失常

肝胃不和证功能性消化不良的病位以肝与胃为主，其关键在于肝失疏泄、胃失和降，中焦气机升降因之失常。肝之疏泄失司，则气机条达不利；胃之和降失常，则受纳与通降失序，于是可见食后胀满、早饱、暖气、恶心、脘痛等表现。暖气中医诊疗专家共识明确提出，暖气的核心病机多与“胃气上逆”有关，并将肝胃不和列为常见证型之一^[4]。关于气机升降理论辨治痞满的讨论亦指出，痞满之所以久延难解，关键不在单一脏腑，而在中焦升降失常、清浊不分、气机壅滞^[5]。从中医理论本身看，肝主疏泄而贵条达，胃主受纳与通降，以降为顺；二者一动一降，看似分属两脏，实则共同维系中焦气机之枢转。

1.2 气滞为主而兼夹郁热、痰食

本证虽以气滞为主，但临床很少停留于单纯肝郁犯胃。肝气郁而不达，则横逆犯胃；气机壅滞日久，又易郁而化热，热与湿合，则脾失健运，痰食内停，于是胀、满、嘈、恶诸症互见。Rome IV 框架下的研究提示，FD不同亚组之间常有症状重叠^[6]。陈晓潇观察脾胃湿热型FD时发现，黄连温胆汤加减所针对的正是胃脘痞闷、恶心、暖气等兼夹湿热痰滞之候^[7]。这提示肝胃不和证之“滞”往往不是孤立气滞，而是以气滞为始，继而牵动热、湿、痰、食互结于中焦。

1.3 病久及脾与虚实夹杂

肝胃不和证功能性消化不良迁延日久，常由“木郁犯胃”进一步演变为“木郁乘土”，病机重点亦由单纯肝胃失和转向脾胃同损。其所以如此，一则反复胀满、纳呆、暖气，久则胃失受纳与通降；二则气机壅滞不解，脾之升清与运化亦随之受累，故临床可见纳少、倦怠、便溏、食后困倦等中焦虚弱之象。安苏涛等从“脾胃分治”讨论难治性FD的病机层次，可作为病久及脾、虚实并见的临床辨治线索^[8]；健脾理气法用于脾虚气滞型FD的研究显示，其症状改善与胃排空改善相关^[9]。

1.4 情志波动与症状反复相互影响

在肝胃不和证功能性消化不良的演变过程中，情志波动与症状轻重常相互影响。症状反复不愈，可加重焦虑、抑郁等心理负担；而情绪失调又会进一步影响患者对胀满、疼痛、暖气等症状的感受与耐受。2024年有关FD患者心理特征与生活质量的显示，FD患者在焦虑、抑郁等心理维度得分升高，生活质量则明显下降^[10]。故从病机上看，本证既有肝胃失和、中焦升降失常的一面，又有心理应激与症状反复彼此牵动的一面。

2 基于病机认识的治疗思路与治疗原则

作者：孙伟东 单位：辽宁中医药大学第二临床学院

通信作者：谷松 单位：辽宁中医药大学第二临床学院 电子信箱：songgu03@sohu.com

2025年功能性消化不良中西医结合诊疗专家共识已将中医辨证、中医治疗、中医适宜技术及中西医结合治疗要点纳入统一诊疗框架^[11]。基于这一前提，肝胃不和证的治疗讨论不能停留于对单个症状的经验性处理，而应围绕证候特点、气机失调的中心环节及症状主次进行有层次的治疗原则分析。

2.1 疏肝理气为治疗之本

既然肝失疏泄常是本证发端之处，疏肝理气便是重要治法。但“疏”并不等于一味辛散，“理气”也不只是为了止胀。关于FD伴抑郁状态的经验总结可作为名医辨治思路的参考，其价值主要在于提示临床应把“肝胃不和”与舌象变化、情志表现合参而论，而不宜把经验性文献作为机制研究或疗效定论的直接证据^[12]。

2.2 和胃降逆为治疗关键

胃失和降是本证症状外露最直接的一面。若胃气不降，胀暖恶心便难以稳定。和胃降逆不仅是对付呕恶，更关系到胃的通降能否逐步恢复。关于FD治疗现状的综述指出，饮食干预、根除幽门螺杆菌、抑酸治疗、促动力药、神经调节剂及心理行为干预等方案各有适用范围^[13]。本文仅将该类综述用于说明现代治疗背景，不将其作为具体中医病机或方药疗效的原始证据。

2.3 调畅气机、协调升降的整体思路

本证虽以肝胃为中心，但病机并不限于局部。肝之疏泄关系条达，胃之和降关系通降，脾之运化关系升清，三者协调则中焦气机得以有序运行。针灸对比胃肠促动力药治疗功能性消化不良的Meta分析显示，针灸在总体疗效上具有一定优势，并能改善消化不良相关症状^[14]。这说明从整体调节入手干预FD并非空谈，而有可观察的临床效应。

2.4 兼顾健脾以顾护中焦

肝胃不和证并不排斥健脾。若患者反复发作，兼见纳少、乏力、便溏等表现，说明中焦运化已受影响，此时适当兼顾健脾，有助于恢复中焦功能。健脾理气法用于脾虚气滞型FD的研究显示，不仅可改善症状，也与胃排空改善有关^[9]。这提示健脾在本证治疗中并非可有可无的陪衬，而是对中焦运化功能的积极照顾。

3 代表方剂的病机对应性分析

3.1 四逆散：调和肝脾的用方特点

四逆散的特点，在于调和肝脾、疏达气机而不过于峻散。方中柴胡透达肝郁，枳实行气开结，芍药柔肝缓急，甘草和中缓急，体现的是“疏肝不伤中、理气兼顾脾”的治法思路。本文不再使用研究进展类文献作为四逆散疗效和机制的直接证据，而将四逆散置于方义与病机对应层面讨论：其适用于胁脘同病、情志不舒、气机郁结而中焦失和者，重在恢复肝脾之间的升降枢机。

3.2 柴胡疏肝散：病机针对性与适用证候

柴胡疏肝散长于疏肝解郁、行气止痛，较适用于肝胃气滞或肝胃不和偏重者。若见脘腹胀痛、胸胁不舒、暖气频作，且疼痛、胀满随情绪波动而明显增减，则多与其方意相合。2025年针对80例肝胃不和型FD患者的随机对照研究显示，在常规西药基础上加用柴胡疏肝散加减后，总有效率为92.50%，高于对照组的75.00%；治疗后中医证候总积分下降更明显，胃泌素（gastrin, GAS）、胃动素（motilin, MTL）水平升高，不良反应发生率亦低于对照组^[15]。

3.3 越鞠丸：统治六郁与气郁为先

越鞠丸所体现的病机重点在于“郁”。肝胃不和证FD若以胀满、暖气、胸脘痞闷、情志抑郁为主，并兼见食滞、湿阻或痰郁等表现，可从“气郁为先、诸郁互结”理解。越鞠丸不应被机械理解为单纯行气方，而是以行气开郁为枢纽，兼顾湿、痰、食、火等郁滞因素。其病机对应性在于：肝郁不达为起点，气机郁滞为核心，继而影响胃气通降和脾运升清。临证时可据兼夹偏向加减，郁热较显者佐清热，食滞较著者佐消导，痰湿较重者佐燥湿化痰。

3.4 金铃子散及其化裁方：疏肝泄热、行气止痛

金铃子散由川楝子、延胡索组成，长于疏肝泄热、行气止痛，较适用于肝郁化热、气滞血阻而以胃脘痛、胸胁不舒、疼痛较著为主要表现者。现代成方萆铃胃痛颗粒是在金铃子散、左金丸等方义基础上化裁而成，相关基础与临床应用研究提示其作用重点与行气活血、和胃止痛相关^[16]。随机对照研究亦显示，萆铃胃痛颗粒用于上腹痛综合征可改善症状^[17]。因此，在肝胃不和证FD中，若“痛”重于“胀”、兼见郁热或气滞血阻线索，可将金铃子散及其化裁思路作为补充方义，而不宜只局限于四逆散和柴胡疏肝散。

3.5 方剂选择与证候差异

方剂选择应立足于具体证候，而不宜仅据证名机械套方。气滞偏重、胀痛明显者，可从柴胡疏肝散一类思路入手；肝脾失调、胁脘同病者，可从四逆散思路切入；诸郁互结、痞满较著者，可参考越鞠丸；肝郁化热、疼痛较甚者，可参考金铃子散及其化裁方。如此处理，较能体现同属肝胃不和而临床表现并不完全相同的实际情况。

4 验案举隅

患者，女，46岁，2024年4月8日初诊。主诉：反复餐后胃脘胀满、暖气1年余，加重2个月。现病史：患者1年前因工作压力增大后出现餐后胃脘胀满，进食少量即觉饱胀不舒，伴暖气频作、胸胁胀闷，

情绪紧张或生气后症状加重，暖气后稍缓。近2个月因家庭事务烦劳，胃脘胀满较前加重，早饱明显，纳食减少，偶有胃脘隐痛，无呕血、黑便、进行性消瘦。曾间断服用促胃动力药及助消化药，症状可短暂缓解，停药后反复。刻下症见：餐后胃脘痞满，暖气频作，早饱纳差，胸胁胀闷，善太息，情绪急躁，夜寐欠安，大便偏干，日一行；舌淡红，苔薄白微腻，脉弦细。既往体健，否认消化性溃疡、肝胆疾病及腹部手术史。辅助检查：胃镜示慢性非萎缩性胃炎，未见溃疡及占位性病变；幽门螺杆菌检测阴性；腹部超声未见明显异常。西医诊断：功能性消化不良。中医诊断：痞满，证属肝胃不和、胃失和降。治以疏肝理气、和胃降逆。方选柴胡疏肝散加减。处方：柴胡10g，白芍15g，枳壳10g，香附10g，陈皮10g，川芎6g，炙甘草6g，佛手10g，郁金10g，苏梗10g，姜半夏9g，厚朴10g，炒麦芽15g。14剂，水煎服，每日1剂，早晚温服。嘱患者饮食清淡，少食辛辣油腻及生冷之品，避免饱食，调畅情志，规律作息。

2024年4月23日二诊。患者胃脘胀满明显减轻，暖气偶作，早饱感基本消失，胸胁胀闷未再明显发作，纳眠较前改善，大便略干。舌淡红，苔薄白，脉弦较前缓。前方既效，守疏肝理气、和胃降逆之法，去厚朴，加炒莱菔子12g、火麻仁10g，以助消导通腑；白芍增至18g，以柔肝缓急。继服7剂，水煎服，每日1剂，早晚温服。后电话随访1个月，患者诉仅于情绪波动及进食过饱后偶有轻度胃脘不舒，休息及饮食调整后可缓解，未再出现明显餐后胀满及频繁暖气。

按语：肝胃不和证功能性消化不良虽病位主要在胃，但其发病与肝失疏泄密切相关。该患者以餐后胃脘胀满、早饱、暖气为主症，兼见胸胁胀闷、善太息、情绪波动后加重，舌淡红、苔薄白微腻、脉弦细，属情志不畅，肝气郁滞，横逆犯胃，胃失和降，中焦气机壅滞。治当疏肝理气、和胃降逆，不宜单纯消食导滞或一味攻下。谷松教授使用柴胡疏肝散加减。方中柴胡疏肝解郁，香附、郁金、佛手理气宽中，白芍柔肝缓急，枳壳、陈皮、苏梗行气和胃，姜半夏降逆止暖，厚朴宽中除满，炒麦芽消食和中，炙甘草调和诸药。二诊时胀满、暖气减轻，说明肝气得疏、胃气渐降；因仍有饭后痞满及大便偏干，故酌加炒莱菔子、火麻仁，以消导通腑，使中焦气机更得宣畅。全案体现了“肝失疏泄—胃失和降—中焦升降失常”的病机特点，也说明柴胡疏肝散加减用于肝胃不和型功能性消化不良时，不仅重在止胀止痛，更重在调畅肝胃气机、恢复胃腑通降。临证时应抓住“症状随情志波动而增减”这一辨证要点，并根据食滞、痰湿、郁热或脾虚等兼夹变化灵活加减，切合病机。

5 结论

综上，肝胃不和证功能性消化不良并非固定不变的单一证候。其病机核心在于肝失疏泄与胃失和降并见，中焦气机升降失常为其关键；临床以气滞为主，常兼见郁热、痰食，病程迁延后又可累及脾胃，形成虚实夹杂。辨治时应在疏肝理气、和胃降逆的基础上，结合兼夹病机与中焦虚实变化灵活调整。代表方剂不宜仅限四逆散、柴胡疏肝散，还可结合越鞠丸、金铃子散及其化裁方，以更准确呈现肝胃不和证从气郁、气逆、郁热、痰食到虚实夹杂的病机谱系。

参考文献

- [1] 张声生,时昭红,卢小芳,等.功能性消化不良中西医诊疗及机制研究概况[J].中医杂志,2026,67(4):397-403.
- [2] DROSSMAN DA,HASLER WL.Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction[J]. Gastroenterology,2016,150(6):1257-1261.
- [3] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组.2022中国功能性消化不良诊治专家共识[J].中华消化杂志,2023,43(7):433-446.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会.暖气中医诊疗专家共识(2023)[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(4):273-278.
- [5] 潘超,郑丰杰.浅谈运用气机升降理论辨治痞满[J].中国民间疗法,2025,33(8):1-4.
- [6] VAN DEN HOUTE K,CARBONE F,GOELEN N,et al.Effects of Rome IV Definitions of Functional Dyspepsia Subgroups in Secondary Care[J].Clinical Gastroenterology and Hepatol,2021,19(8):1620-1626.
- [7] 陈晓潇.黄连温胆汤加减治疗功能性消化不良的临床疗效观察[J].湖北中医杂志,2014,36(10):12-13.
- [8] 安苏涛,安祯祥,莫媚.基于“脾胃分治”治疗难治性功能性消化不良[J].中国现代医生,2025,63(20):74-77.
- [9] 邓晋妹,汪红兵,李享,等.健脾理气法治疗功能性消化不良脾虚气滞证及对核素胃排空的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2012,20(5):193-197.
- [10] LEE SW,YANG CM,RYU HS,et al.Psychological characteristics and quality of life of patients with functional dyspepsia[J]. Psychiatry Investig,2024,21(6):637-645.
- [11] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,李岩,王垂杰,等.功能性消化不良中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(11):1004-1015.
- [12] 刘素彤,张丽慧,顾亚娇,等.赵文霞教授基于“肝胃不和-舌象变化”诊治功能性消化不良伴抑郁状态的经验[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(1):13-15.

[13] LACY BE,CHASE RC,CANGEMI DJ.The treatment of functional dyspepsia: Present and future[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol,2023,17(1):9-20.

[14] 吴晓尉,季洪赞,许莲娥,等.针灸对比胃肠促动力药治疗功能性消化不良的 Meta 分析[J].中国中西医结合消化杂志,2015,23(2):100-104.

[15] 方洋. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型功能性消化不良的效果及对胃功能的影响[J].中国医学创新, 2025,22(4):102-106.

[16] 刘敏. 萆铃胃痛颗粒的基础研究及临床应用[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(7): 541-545.

[17] WEN YD,LU F,ZHAO YP, et al.Epigastric pain syndrome: What can traditional Chinese medicine do? A randomized controlled trial of Biling Weitong Granules[J].World J Gastroenterol,2020,26(28):4170-4181.