

开郁消痞方联合低剂量米氮平治疗 功能性消化不良伴体质量减轻临床观察

赵壮壮¹, 查安生²

(1. 安徽中医药大学研究生院, 安徽 合肥 230012; 2. 安徽中医药大学第一附属医院, 安徽 合肥 230031)

[摘要]目的 观察开郁消痞方联合低剂量米氮平治疗功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)伴体质量减轻(肝胃不和型)的临床疗效。**方法** 将64例FD伴体质量减轻患者按随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组32例。对照组给予常规治疗和米氮平, 治疗组在常规治疗和低剂量米氮平治疗基础上给予开郁消痞方。比较两组治疗前后中医证候积分、体质量变化、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)评分和不良反应情况。**结果** 治疗组临床疗效优于对照组($P < 0.05$)。两组治疗后体质量均较治疗前增加($P < 0.05$); 治疗组体质量增加程度大于对照组($P < 0.05$)。两组治疗后肝胃不和证积分均较治疗前减少($P < 0.05$)、HAMA、HAMD评分均较治疗前显著降低($P < 0.05$); 治疗组治疗后肝胃不和证积分和HAMA、HAMD评分降低值均显著大于对照组($P < 0.05$)。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.391$)。**结论** 开郁消痞方联合低剂量米氮平治疗FD伴体质量减轻(肝胃不和型), 能缓解患者不适症状, 改善焦虑、抑郁状态, 增加体质量。

[关键词]开郁消痞方; 米氮平; 功能性消化不良; 体质量减轻

[中图分类号]R256.3; R573 [DOI]10.3969/j.issn.2095-7246.2019.05.006

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是功能性胃肠疾病的一部分, 是指源于胃及十二指肠区域的一个或一组症状, 且无法用器质性、代谢性疾病来解释其临床表现, 全球发病率为11.5%~14.5%^[1]。体质量减轻型FD是指满足FD诊断标准的12个月内体质量减轻超过5%^[2]。临床发现部分FD患者伴有体质量减轻, 且研究表明此类患者约占FD患者的19.58%, 对患者生活质量的影响更大, 症状反复、病程较长, 且多伴有情绪障碍^[3]。研究认为该病的发病过程复杂, 是一种心身疾病, 与精神心理因素密切相关, 焦虑、抑郁为其常见的表现, 影响临床疗效^[4]。西医多在常规治疗基础上加用调节精神类药物, 其中米氮平能够改善患者不适症状、调节情绪且具有增强食欲和增加体质量的作用, 但存在复发率高、不良反应多等缺点^[5]。笔者在临床上从中医“郁证”论治FD, 认为“气郁”是本病的重要环节, 临床多见肝胃不和型。因此, 本研究采用随机对照临床试验观察开郁消痞方联合低剂量米氮平治疗FD伴体质量减轻的临床疗效, 旨在探索一种高效、不良反应低的治疗方案, 为本病的中西医结合治疗提供临床依据。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照罗马IV诊断标准^[6]。

1.1.1 FD诊断标准 具有以下1项或多项症状: ①餐后饱胀不适; ②早饱感; ③上腹痛; ④上腹烧灼感。且无可解释症状的器质性证据。诊断前症状出现至少6个月, 近3个月符合以上标准。

1.1.2 体质量减轻型FD 满足FD诊断标准的12个月内体质量减轻超过5%^[2]。

1.2 肝胃不和证诊断标准 参照《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)》中肝胃不和型FD的诊断标准^[7]。主症包括胃脘胀痛、两胁胀满, 次症包括情志不畅、暖气、善太息, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准和中医肝胃不和证诊断标准; ②患者知情同意, 且自愿参加该研究。

1.4 排除标准 ①消化道有器质性疾病患者; ②合并心、肺、肝、肾功能不全或肿瘤等慢性疾病者; ③妊娠、哺乳期患者; ④药物依赖、厌食、过敏患者或处于减肥期间患者; ⑤不愿意参与本研究, 中途失访者。

1.5 一般资料 选取2017年8月至2018年8月于安徽中医药大学第一附属医院消化内科诊疗的FD伴体质量减轻(肝胃不和型)患者64例, 按随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组32例。对照组: 男12例, 女20例; 年龄20~62岁, 平均年龄(41.66±10.38)岁; 病程6~24个月, 平均病程(22.59±6.96)个月。治疗组: 男14例, 女18例; 年龄24~64岁, 平均年龄(43.44±10.39)岁; 病程9~

作者简介: 赵壮壮(1991-), 男, 硕士研究生

通信作者: 查安生(1965-), 男, 主任医师, 教授, 15209860343

@163.com

36月,平均病程(21.69±8.15)个月。两组患者性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义(性别: $\chi^2=0.259, P=0.611$;年龄: $t=-0.686, P=0.495$;病程: $Z=-0.553, P=0.580$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 常规治疗方案为枸橼酸莫沙必利片(每次5mg,每日3次,饭前30min服用)、雷贝拉唑钠肠溶片(每次20mg,每日1次,早晨空腹口服)。对照组予常规治疗加米氮平(初始剂量为每日15mg,逐步增加至每日30mg,并维持该剂量)。治疗组为常规治疗基础上口服低剂量米氮平(初始剂量为每日7.5mg,逐步增加至每日15mg,并维持该剂量),并联用开郁消痞方(白术、白芍、莱菔子、香

附、炒麦芽、炒谷芽各15g,柴胡、枳壳、苍术、厚朴各10g,青皮、陈皮、法半夏各9g,生姜6g)。每日1剂,水煎200mL,早晚饭后分服。两组疗程均为8周,治疗结束后评价疗效及不良反应情况。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 肝胃不和证积分 观察两组治疗前后肝胃不和证积分,主症包括胃脘胀痛、两胁胀满,次症包括情志不畅、暖气、善太息,参照《功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)》,根据症状的严重程度,将症状分为0级、I级、II级和III级,主症分别计0、2、4、6分,次症分别计0、1、2、3分,舌象和脉象不计分。肝胃不和证积分标准见表1。

表1 肝胃不和证积分标准

症状	0级	I级	II级	III级
胃脘胀痛	无	轻微胀痛,不影响日常生活	胀痛明显,可以忍受,影响日常生活	胀痛明显,持续存在,需服用药物,显著影响工作生活。
两胁胀满	无	轻微胀满,不影响工作和生活	胀满明显,可以忍受,影响生活及休息	胀满明显,持续存在,服用药物尚可缓解
情志不畅	无	偶发情志不畅,可自行缓解,不影响生活	情志不畅明显,影响工作和休息	情绪不畅持续存在,不能自行缓解,需要心理疏导
暖气	无	有暖气,多于食后出现	经常暖气,不影响工作和休息	暖气频繁,严重影响工作和休息
善太息	无	偶有太息,每日少于3次	太息频繁,每日3~10次	太息明显,每日大于10次

2.2.2 焦虑、抑郁状况测评 采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)评价患者焦虑、抑郁状态。

2.2.3 体质量测定 采用电子体质量计测量体质量,每次使用前进行校对,嘱患者按标准体质量测量法准备。每周检测患者血、尿常规和肝肾功能,记录药物不良反应。

2.3 肝胃不和证疗效判定标准 显效:治疗后肝胃不和证积分下降率>70%;有效:治疗后肝胃不和证积分下降率为30%~70%;无效:治疗后肝胃不和证积分下降率<30%。肝胃不和证积分下降率= $[(\text{治疗前总积分}-\text{治疗后总积分})/\text{治疗前总积分}]\times 100\%$ 。

2.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件分析数据。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”进行统计学描述。同组治疗前后数据比较,采用配对t检验(数据全呈正态分布)或Wilcoxon检验(数据不全呈正态分布);两组间数据比较采用两个独立样本t检验(数据全呈正态分布)或Mann-Whitney U检验(数据不全呈正态分布);两组临床疗效比较采用Mann-Whitney U检验。采用双侧检验,显著性水准为 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 两组基于肝胃不和证积分的疗效比较 两组基于肝胃不和证积分的疗效分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结合平均秩次,可以认为治疗组基于肝胃不和证积分的疗效明显优于对照组。见表2。

表2 两组基于肝胃不和证积分的疗效比较

组别	n	显效/例	有效/例	无效/例	平均秩次	Z值	P值
对照	32	2	21	9	36.86	-2.374	0.018
治疗	32	5	25	2	28.14		

3.2 两组患者治疗前后体质量比较 两组患者治疗前体质量比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗后体质量均较治疗前增加,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组体质量增加程度大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

3.3 两组患者治疗前后肝胃不和证积分比较 两组患者治疗前肝胃不和证积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗后肝胃不和证积分均较治疗前减少,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组治疗后肝胃不和证积分降低值显著大于对照组($P<0.05$)。见表4。

3.4 两组患者治疗前后HAMA、HAMD评分比

较 两组患者治疗前 HAMA、HAMD 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组患者治疗后 HAMA、HAMD 评分均较治疗前显著降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后治疗组 HAMA、HAMD 评分降低值均显著大于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 3 两组患者治疗前后体质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	体质量/kg		
		治疗前	治疗后	差值
对照	32	50.91±4.15	52.60±4.74*	1.68±2.50
治疗	32	51.17±5.39	55.86±7.25*	4.69±2.95 [#]

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

表 5 两组患者治疗前后 HAMA、HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	HAMA 评分			HAMD 评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	32	18.94±6.46	15.06±7.67*	3.88±4.18	20.78±6.44	16.22±8.30*	4.56±4.85
治疗	32	18.75±6.15	10.94±4.86*	7.81±4.12 [#]	20.63±6.12	12.19±6.76*	8.44±4.88 [#]

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

4 讨论

FD 是一种常见的功能性胃肠道疾病,其病因和发病机制尚不清楚,仍处于探索和研究阶段,目前的研究表明,FD 主要与胃肠动力障碍、胃酸分泌异常、胃肠激素失衡、内脏超敏反应和心理社会因素相关^[8]。临床上 FD 伴体质量减轻的患者通常伴有焦虑、抑郁,增加患者心理负担,故 FD 伴体质量减轻的治疗需增加患者体质量,改善症状,减轻患者顾虑,增强信心。然而目前常规治疗往往以促进胃肠动力、抑制胃酸分泌、根除幽门螺杆菌等对症治疗为主,临床效果欠佳,患者反复诊断和治疗,严重影响患者生活质量,进一步影响患者情绪,形成恶性循环。因此,在常规治疗的基础上增加药物来调节内脏敏感性和改善焦虑、抑郁已成为共识,其中米氮平可以改善患者食欲、增加体质量、改善症状,为治疗 FD 伴体质量减轻提供新的方案^[9]。

精神因素在疾病的发病机制中起着重要作用,其发病机制与生理因素、心理因素及社会因素等相互作用有关^[10]。有研究发现,636 例 FD 患者在整个疾病过程中体质量发生变化,50% 的患者表现出体质量减轻^[11]。其原因可能为不良的精神因素及不适症状造成部分患者出现食欲减退、营养不良,从而出现体质量下降。米氮平是一种去甲肾上腺素和 5-羟色胺抑制剂,具有双重作用机制,通过提高组织中去甲肾上腺素浓度和 5-羟色胺浓度,从而缓解焦虑和抑郁症状^[12]。研究表明米氮平可以改善 FD 患者的胃肠道症状,降低焦虑、抑郁评分,具有起效

表 4 两组患者治疗前后肝胃不和证积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肝胃不和证积分		
		治疗前	治疗后	差值
对照	32	13.59±3.70	9.66±4.50*	3.94±2.21
治疗	32	13.44±3.88	6.56±4.57*	6.88±2.59 [#]

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

3.5 两组不良反应情况比较 对照组出现乏力 1 例,头晕 2 例,恶心 1 例;治疗组出现口干 1 例,头晕 1 例。两组不适症状自行消失,不影响治疗。两组患者血、尿常规,肝肾功能等均无明显变化。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.736$, $P = 0.391$)。

快、耐受性好等特点^[13]。但米氮平长期服用,易产生耐药性,它通过肝脏代谢,也可以引起肝损伤,特别是老年代谢减弱的患者,其不良反应有嗜睡、头晕、口干等^[14]。中医学治疗该疾病具有优势和特色,个体化治疗,可减少不良反应,为中西医结合治疗提供新的途径。

依据临床症状特点,FD 可归属于中医学“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”等范畴。“气郁”是 FD 发病的基础,应从“郁证”治疗。该病位于胃脘部,主要与肝、脾两脏相关。目前证实 FD 为心身疾病,与精神心理因素密切相关,两者相互影响。《类证治裁》云:“神伤思虑则肉脱,意伤忧愁则肢废。”脾主运化,胃主受纳,在体合肉,主四肢,为后天之本,然胃脘不适、纳少、形体消瘦,似责脾胃,实则不然,则因肝郁犯土而致。《临证指南医案·卷六·郁》记载:“悒郁动肝致病,久则延及脾胃,中伤不纳,……而兼形瘦液枯。”可见郁证导致消瘦。情志不调,肝失疏泄,肝气不舒,郁结不畅,木犯胃土,胃失和降,中焦气机失调,脾胃运化受损,导致疾病。其病机是气郁为基础,以肝气郁结、脾虚不运为病理过程,兼杂食滞、水湿等病理因素,根据辨证论治的原则,结合疾病本身特点,以疏肝解郁、健脾化湿、行气消痞为治则,在柴胡疏肝散和平胃散的基础上加减拟方。方中柴胡、白芍、香附、青皮疏肝解郁,白术、苍术、陈皮、法半夏健脾化湿,枳壳、厚朴、莱菔子行气消痞,炒麦芽、炒谷芽消食和胃,佐少量生姜,取其辛润散郁之性,全方辛散与酸甘联用,用辛理气而不破气,用药润燥相

兼而不碍气,肝胃同治,共奏疏肝开郁、理气消痞之效。实验研究表明,柴胡疏肝散是通过多层次、多靶点、多环节协同抗抑郁作用^[15]。平胃散可以增加模拟大鼠胃动素及胃泌素的含量,具有促进胃肠道动力作用^[16]。同时临床研究也表明疏肝健脾法治疗FD是行之有效的^[17]。

综上所述,以柴胡疏肝散和平胃散加减组成“开郁消痞方”联合低剂量米氮平对FD伴体质量减轻肝胃不和型患者的临床疗效显著,疗效优于单用米氮平,可以改善患者不适症状,增加患者体质量,降低焦虑、抑郁积分,且安全性高、不良反应少。

参考文献:

[1] GHOSHAL U C, SINGH R, CHANG F Y, et al. Epidemiology of uninvestigated and functional dyspepsia in asia: facts and fiction [J]. *J Neurogastroenterol Motil*, 2011, 17(3): 235-244.

[2] 刘静, 贾林, 雷晓改, 等. 功能性消化不良伴体重减轻患者的临床特征、生活质量及其精神心理因素分析[J]. 2013, 30(8): 446-449.

[3] JIANG S M, JIA L, LIU J, et al. Beneficial effects of antidepressant mirtazapine in functional dyspepsia patients with weight loss [J]. *World J Gastroenterol*, 2016, 22(22): 5260-5266.

[4] 杨昌妮, 刘纯伦. 精神心理因素与功能性消化不良的相关性研究进展[J]. *重庆医学*, 2015, 44(15): 2129-2131.

[5] 朱丽明, 常敏, 黄丹, 等. 米氮平治疗功能性消化不良疗效评价[J]. *临床消化病杂志*, 2011, 23(2): 71-72, 83.

[6] TACK J, DROSSMAN D A. What's new in Rome IV? [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2017, 29(9): 155-155.

[7] 张声生, 赵鲁卿. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(6): 2595-2598.

[8] 方晓琳. 功能性消化不良发病机制研究进展综述[J]. *转化医学电子杂志*, 2015, 2(10): 117-118.

[9] 丰廷富, 郭子媛. 联用帕罗西汀或米氮平对功能性消化不良伴体重减轻的改善效果观察[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2015, 23(7): 507-509.

[10] 刘静. 功能性消化不良伴体重减轻患者的临床发病学特征及米氮平治疗[D]. 广州: 广州医科大学, 2014.

[11] TACK J, JONES M P, KARAMANOLIS G, et al. Symptom pattern and pathophysiological correlates of weight loss in tertiary-referred functional dyspepsia [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2010, 22(1): 29-35.

[12] 方世平, 杨宝玉. 抗抑郁症新药米氮平的药理与临床[J]. *中国新药杂志*, 1999(3): 23-25.

[13] 宋军民, 郝庆, 李岩, 等. 米氮平治疗严重功能性消化不良22例[J]. *世界华人消化杂志*, 2011, 19(27): 2895-2899.

[14] 孙振晓, 于相芬, 孙波. 米氮平的临床应用及其不良反应[J]. *精神医学杂志*, 2012, 25(4): 310-313.

[15] 倪新强, 曹美群, 吴正治, 等. 柴胡疏肝散抗抑郁的临床应用、药理作用及化学成分研究进展[J]. *辽宁中医杂志*, 2017, 44(11): 2434-2438.

[16] 高文强, 王益琼, 谭桂兰, 等. 平胃散对湿滞脾胃证大鼠血清胃动素、胃泌素分泌的影响[J]. *中华中医药学刊*, 2010, 28(7): 1470-1472.

[17] 李莉, 陈昶洲, 从军, 等. 疏肝健脾方治疗功能性消化不良餐后不适综合征临床观察[J]. *安徽中医药大学学报*, 2016, 35(6): 44-48.

(收稿日期: 2018-12-06; 编辑: 曹健)

Clinical Effect of Kaiyu Xiaopi Decoction Combined with Low-dose Mirtazapine in Treatment of Functional Dyspepsia with Weight Loss

ZHAO Zhuang-zhuang¹, ZHA An-sheng²

(1. Graduate School of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230012, China; 2. The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China)

[Abstract] Objective To investigate the clinical effect of Kaiyu Xiaopi Decoction combined with low-dose mirtazapine in the treatment of functional dyspepsia (FD) with weight loss (incoordination between the liver and the stomach). **Methods** A total of 64 patients with FD and weight loss were divided into control group and treatment group using a random number table, with 32 patients in each group. The patients in the control group were given conventional treatment and mirtazapine, and those in the treatment group were given Kaiyu Xiaopi Decoction in addition to the conventional treatment and low-dose mirtazapine. The two groups were compared in terms of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, body weight, Hamilton Depression Scale (HAMD) score, and Hamilton Anxiety Scale (HAMA) score before and after treatment, as well as adverse events. **Results** The treatment group had a significantly better clinical outcome than the control group ($P < 0.05$). Both groups had a significant increase in body weight after treatment ($P < 0.05$), and the treatment group had a significantly greater increase than the control group ($P < 0.05$).

畅心饮治疗冠心病心绞痛痰瘀搏结证临床研究

郭 炜,王肖龙,黄 宇,薛金贵

(上海中医药大学附属曙光医院心内科,上海 200021)

[摘要]目的 观察畅心饮治疗冠心病心绞痛的疗效及其可能的机制。方法 将冠心病心绞痛符合痰瘀搏结证患者随机分为对照组和治疗组,每组40例,对照组按标准西医治疗,治疗组在其基础上加服畅心饮。观察两组心绞痛和中医证候疗效,以及治疗前后总胆固醇(total cholesterol,TC)、低密度脂蛋白胆固醇(low-density lipoprotein cholesterol,LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(high-density lipoprotein cholesterol,HDL-C)、脂蛋白a[*lipoprotein (a)*,Lp(a)]、超敏C反应蛋白(high-sensitive reactive protein,hs-CRP)、空腹血糖(fasting plasma glucose,FPG)、糖化血红蛋白A1c(glycosylated haemoglobin A1c,HbA1c)、血前蛋白转化酶枯草杆菌蛋白酶9(proprotein convertase subtilisin kexin type 9,PCSK9)水平。结果 治疗组心绞痛和中医证候疗效均优于对照组($P<0.05$)。与治疗前比较,对照组治疗后hs-CRP、TC、LDL-C、HDL-C、Lp(a)、FPG、HbA1c、PCSK9水平均无明显变化($P>0.05$),治疗组治疗后hs-CRP、TC、LDL-C、Lp(a)、PCSK9水平显著降低($P<0.05$);治疗组治疗前后hs-CRP、TC、LDL-C、PCSK9降低值显著大于对照组($P<0.05$)。结论 畅心饮治疗冠心病心绞痛痰瘀搏结证的机制可能是通过降低血PCSK9水平以降低血脂水平与炎症反应以改善动脉粥样硬化。

[关键词]畅心饮;冠心病;糖尿病;血脂;血糖;超敏C反应蛋白;PCSK9

[中图分类号]R541.4 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.05.007

冠心病是威胁人类健康与生命的主要疾病之一。随着社会、经济的快速发展和生活方式的改变,冠心病已成为中国人群第二位死亡原因,预期冠心病在中国的发病率与其导致的死亡率还将继续升高^[1]。包括美国在内的西方国家,虽然冠心病的发病率与死亡率在逐步下降,但其仍然是导致死亡的主要疾病之一^[2]。目前冠心病的治疗处于瓶颈期,需要探索新的途径或治疗靶点以期进一步改善冠心病患者预后。

冠心病的危险因素包括年龄、吸烟、高血压、糖尿病、血脂异常、肥胖、缺乏体力活动等,其中血脂异

常指的主要是血清中总胆固醇(total cholesterol,TC)与低密度脂蛋白胆固醇(low-density lipoprotein cholesterol,LDL-C)水平的异常。一般认为,高密度脂蛋白胆固醇(high-density lipoprotein cholesterol,HDL-C)对动脉血管可能具有保护作用^[3]。近年来发现脂蛋白a[*lipoprotein (a)*,Lp(a)]水平升高是冠心病的独立危险因素,甚至可作为冠状动脉病变严重程度的预测指标之一^[4]。

近年来发现前蛋白转化酶枯草杆菌蛋白酶9(proprotein convertase subtilisin kexin 9,PCSK9)的基因突变对动脉粥样硬化具有很大的影响,其中功能获得型突变使动脉粥样硬化包括冠心病的发病率显著增加,发病年龄提前;功能丧失型突变则相反,研究进一步发现,PCSK9在体内参与了胆固醇的代谢过程^[5]。有研究发现畅心饮可进一步改善冠心病心绞痛症状与中医证候积分,并且这种改善作

基金项目:国家自然科学基金项目(81774088)

作者简介:郭炜(1967-),男,硕士,副主任医师

通信作者:薛金贵(1973-),男,博士,副主任医师,副教授,
13916465889@139.com

Both groups had significant reductions in the syndrome score of incoordination between the liver and the stomach, HAMA score, and HAMD score after treatment ($P<0.05$), and the treatment group had significantly greater reductions than the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence rate of adverse events between the two groups ($P>0.391$). **Conclusion** In patients with FD and weight loss (incoordination between the liver and the stomach), Kaiyu Xiaopi Decoction combined with low-dose mirtazapine can alleviate discomforts, improve anxiety and depression, and increase body weight.

[Key words] Kaiyu Xiaopi Decoction; Mirtazapine; Functional dyspepsia; Weight loss