

专科专病
名医临证经验丛书

脾 胃 病

张 声 生 · 主 编



人民卫生出版社

专科专病名医临证经验丛书

脾 胃 病

主 审 李乾构 赵荣莱 危北海

主 编 张声生

副主编 翟兴红 张晓明

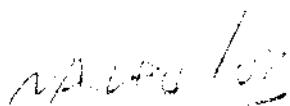
编 委

(按姓氏笔画排列)

于文艳 李军祥 刘成武 刘绍能

张声生 张晓明 汪红兵 陈 明

周丽珍 姚巧林 高连印 翟兴红



人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

脾胃病/张声生主编. —北京:
人民卫生出版社, 2001
(专科专病名医临证经验丛书)
ISBN 7-117-04608-2

I. 脾... II. 张... III. ①脾胃病-中医学临
床-经验-中国-现代②脾胃病-验方 IV. R256.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 084441 号

专科专病名医临证经验丛书

脾 胃 病

主 编: 张声生

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 21.5

字 数: 473 千字

版 次: 2002 年 1 月第 1 版 2002 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 00 001—3 000

标准书号: ISBN 7-117-04608-2/R·4609

定 价: 33.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

出版者的话

为了进一步抢救、挖掘、继承和发扬名老中医、著名中西医结合医学术思想和宝贵经验，不断提高中医、中西医结合诊疗水平，满足广大中医、中西医结合工作者学习需要和加强中医专科专病建设的要求，我社特组织全国有关专家学者编写了《专科专病名医临证经验丛书》。本丛书是在广泛收集近现代国家级和部分省部级名医临床诊疗经验和学术成果的基础上，经过精选、整理研究、汇编而成的系列丛书。该丛书共12个分册，包括呼吸病、心脑血管病、脾胃病、肝胆病、肾脏病、糖尿病、风湿病、血液病、肿瘤、妇科病、儿科病、皮肤病等分册。每一分册均包括两个部分，即疾病篇与方剂篇。其中疾病篇所选医家诊疗经验以病为纲，以人为目；每一疾病均按概述、名医经验、按语三部分来阐述。方剂篇所选医家诊疗经验以病为纲，以证为目，下分列临证有效的专病专方。本丛书作者均为长期在临床第一线从事相关专科专病医疗的工作

者，对名医的诊疗经验和学术思想学习理解颇深，故所收名医经验突出名医在诊疗疾病方面的独到之处，而不是面面俱到、泛泛而谈；其中也选录了少量对某一疾病有独到认识和经验的专家体会，以提高本书的实用性。按语是作者结合个人临证体会加以阐述，对名医辨证思维、遣方用药心得进行挖掘、归纳、提炼，指出各名医诊疗疾病的特点所在，语言精练，客观公允，具有画龙点睛的作用，以便于读者理解和掌握。该丛书资料翔实，内容丰富，重点突出，切合临床实际，为各科临床医生提高诊疗水平提供借鉴。本丛书所收病种一律采用西医病名，所选病种为中医或中西医结合治疗疗效好，有优势、有特色者。本丛书对各级中医和中西医结合医师、中医药大专院校师生、中医药专业研究生学习提高参考价值颇大。

人民卫生出版社

2001年10月

内 容 提 要

本书是专科专病名医临证经验丛书之一，由北京中医医院张声生主任主编。

全书共两篇，即疾病篇和方剂（药）篇。疾病篇以病名为纲，各家诊治经验为目，介绍了十九种常见脾胃病的中医名家诊治经验。方剂（药）篇以病为纲，以证为目，下列各方，荟萃了二十种常见脾胃病的中医名家验方。内容均在广泛收集资料的基础上加以精选，并在每个病后附有按语，以综合分析判断。

本书约 52 万字，主要供中医内科医生参考。

序

中医学源远流长，在长期的发展过程中逐渐形成了完整而独特的理论体系，积累了丰富的实践经验，为中华民族的繁衍昌盛和人类的健康事业作出了巨大的贡献。建国以来，在中华大地上产生了一大批知名中医学家。他们医理透彻，实践丰富，对某些疾病的诊治具有独特的见解，疗效卓著。及时总结、继承他们的临床经验，是提高中医学学术水平和临床疗效的重要途径。

脾胃疾病是临床的常见病和多发病，中医对脾胃疾病的治疗历来具有独特的优势。中医学的振兴，提高疗效是关键；而疗效的提高离不开继承，继承是基础、是源泉。中国中医药学会内科脾胃病专业委员会委员、秘书长，北京中医医院消化科张声生主任，率多年从事脾胃病临床工作的中青年专家、学者，辛勤耕耘，博览医籍，广撷精华，汇集建国以来全国名老中医治疗脾胃病的经验，编成《专科专病名医临证经验丛书·脾胃病》一书。该书分为疾病篇和方剂篇两部份。疾病篇以西医消化系统疾病的病名为纲，不同名老中医的经验为目，集医林诸家独特经验于一处。在每一病的后面加有按语，结合作者自己多年的临床体会，既分析诸家理法共性，治疗规律；更突出个性，强调有创见性的学术观点和独特经验，画龙点睛，一目了然。

方剂篇则收集了许多疗效卓著的方剂，每一个疾病名下，首先分证，然后再论诸家对理法方药的阐述，纲目清晰，便于查阅。

纳百家之言，取各家之长，注重理论联系实践；不求面面俱到，着眼临床运用，注重临床疗效是本书的基本特点。它的出版对于继承名老中医经验，充实中医学内涵，发展中医学术，提高诊治脾胃病的临床水平都将起到积极的推动作用。承前启后，继往开来，精术济民，弘扬国粹，是我们为之奋斗的共同目标，故爰为之序。



编写说明

临床疗效是中医医疗水平的标志，也是中医学赖以生存的法宝。近千年来，中医学经历了风风雨雨，正是由于在诊治各种疾病中显示出良好的疗效，为中华民族的繁衍生息作出了不可磨灭的贡献。“中医药是一个伟大的宝库，应当努力挖掘加以提高”。现代中医水平的不断提高，归功于从事中医的历代医家的一代代努力，不断的积累和总结临床经验，使后来人发扬光大。因此，不少“名医经验”、“名医医案”相继问世，这些书籍有以介绍某一名医诊治经验为主要内容，有将当代名医诊治荟萃集一本，有精选各名医效验秘方为一体，有展现现代名医医案精华为一册等等，成为现代临床不可缺少的文献。但美中不足的是缺少一部以现代医学命名，系统和比较全面地总结当代名医对脾胃病的发生发展、病因病机、诊断治法的独特认识以及临床辨证用药的经验为一体的脾胃病专著。为了弥补这一缺憾，我们摘编和编写了这部《脾胃病》，作为专科专病名医临证经验丛书的一个分册。

本书共两篇，即疾病篇和方剂（药）篇。疾病篇以病名为纲，各家诊治经验为目，每种疾病后面加有按语；方剂（药）篇以病为纲，以证为目，下列各方。上下两篇不求病种形式一致，一切从实际出发，在广泛收集资料的基

2 编写说明

基础上加以精选。名家取舍主要来自全国公认的中医名家；国家中医药管理局命名的 500 名名老中医；全国脾胃病专业委员会委员以及在各地有一定知名度的脾胃病专家。但并不拘泥，对于某些资料较少的病种，而对该疾病确有一定认识的学者，也一并筛选收录。

这里要特别提出的是，在本书的编写过程中中医界的泰斗、著名中医脾胃病专家董建华教授生前曾对本书的编写给予了热情鼓励，在本书定稿之际，董老不顾年高体弱，欣然为本书作序。这既是对晚辈的关爱，更是对我们为中医事业奋斗的鞭策。中国中医药学会内科脾胃病专业委员会主任委员李乾构教授、中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会主任委员危北海教授及赵荣莱主任医师三位全国著名的脾胃病专家为本书做了最后的审定。本书的完稿主要得益于中医名家及学者的长期临床实践和辛勤耕耘。本书即将付梓之际，在此一并表示谢意！

中医文献浩如烟海，难以尽收。由于时间仓促，水平所限，遗漏和错误在所难免，祈请读者和同道批评指正。

编 者

2001 年 1 月

目 录

疾 病 篇

口味异常	1
反流性食管炎	15
急性胃炎	33
慢性胃炎	61
慢性萎缩性胃炎	109
胃粘膜脱垂症	168
消化性溃疡	178
功能性消化不良	206
幽门不全梗阻	232
十二指肠壅积症	248
上消化道出血	258
急性胰腺炎	279
肠梗阻	292
慢性非特异性溃疡性结肠炎	310
急性出血性坏死性肠炎	337
伪膜性肠炎	340
便秘	345

2 目 录

食管癌	363
胃癌	394
大肠癌	435
胃肠术后并发症	452

方剂（药）篇

口味异常	459
反流性食管炎	461
急性胃炎	466
慢性胃炎	470
慢性萎缩性胃炎	480
胃粘膜脱垂症	500
消化性溃疡	505
功能性消化不良	522
幽门不全梗阻	525
十二指肠壅积症	531
膈肌痉挛（顽固性呃逆）	533
胃下垂	537
上消化道出血	541
急性胰腺炎	548
肠梗阻	569
慢性非特异性溃疡性结肠炎	579
急性出血性坏死性肠炎	594
伪膜性肠炎	600
便秘	606
食管癌	615
胃癌	646
大肠癌	666

疾病篇

口味异常

【概述】

口味异常是指口中自觉有甘、苦、酸、辛、咸、臭、腻等气味，是临床常见病症。其临床特征，主要是口中气味和味觉异常。除口腔牙龈疾病外，多由饮食所伤，情志抑郁，外邪侵袭，伤及脏腑，脏腑功能失调，病气上逆于口腔，出现不同气味和味觉。正如《医学正传》口病篇云：“夫口之为病，……或见酸、苦、甘、辛、咸味，原其发作原因，未有不因七情烦扰，五味过伤所致。”现代医学把口味异常分为味觉缺乏、味觉减退、味觉障碍三种。部分内分泌疾病、维生素缺乏、各种重病、严重烧伤及手术后病人、胆道疾病、消化性溃疡、肝昏迷、尿毒症等均可出现口味异常。

【名医经验】

1. 秦伯未诊治经验

口苦:秦氏认为口内津液,通于五脏,脏气偏盛,便有不同的味觉反映于口。《内经》中将口苦称为“胆瘴”,“此人者,数谋虑不决,故胆虚上溢而口为之苦。”“肝气热则胆泄口苦,筋膜干。”病在肝胆,口苦系为肝胆湿热所致,当清泄肝胆湿热,以龙胆泻肝汤加减。

口甘:《内经》称为“脾瘴”。《素问·奇病论》“有病口苦者,……此五气之溢也,名曰脾瘴。”病位在脾,以脾蕴湿热论治,拟芳香化湿,清热健脾之法,主张以泻黄汤加减。

口咸:《丹溪心法》云:“肾热则口咸,宜滋肾丸,滋阴大补丸”秦老将此病定位在肾,此症分虚火与虚寒论治。属虚火者,当引火归元,予滋肾丸治疗。属虚寒者,温补肾阳,以桂附八味丸加五味子。

口酸:《丹溪心法》云:“肝热则口酸,木乘脾,口亦酸,……”病位在肝,以肝热乘脾论治。主张清肝健脾,予左金丸加神曲治疗。

口辣:此系燥邪伤肺,火郁伤阴所致,常伴有舌上有麻辣感,认为病位在肺,以肺热论治。为清泻肺热养阴润燥,以泻白散加黄芩、桔梗、五味子、麦冬、知母。

口腻:口中粘腻不爽,甚则食不知味。概因外湿侵犯人体,或恣食生冷,湿浊中阻,脾胃不化,湿浊上犯于口引起。病位在脾,当芳化湿浊,健脾燥湿,秦老主张用平胃散加藿香。

口臭:口中出气臭秽,自觉或为他人所闻,常伴口渴饮

冷,便秘溲黄,舌苔黄等症状。多出现在湿热病、口疮、牙宣等病时。以胃热上蒸论治,病位在胃。秦老以清泻胃热法治,予加减甘露饮(地黄、麦冬、天冬、黄芩、茵陈、枳壳、石斛、水牛角、甘草)。如臭如馊腐,则为消化不良,则另当别论。^[1]

2. 姚乃礼诊治经验

姚氏对口味异常的诊治论述最为详尽。

口苦:将口苦区别于《内经》的“胆瘴”,口苦是“胆瘴”一症状。根据历代医家的经典文献,将口苦分成三型施治:

①少阳口苦:此为伤寒太阳病不解,邪传少阳,胆为少阳之府,胆热上蒸所致。即《伤寒论》中“少阳之为病,口苦、咽干、目眩也。”常伴有寒热往来、胸胁苦满、纳呆喜呕等,拟和解少阳之法,小柴胡汤加减治疗。②肝胆郁热,常因情志郁结,五志过极化火,郁火内蕴,疏泄失职,胆气上溢使然,常伴有心烦口渴、太息易怒、头晕头痛、目赤目眩、溲黄便干等,当清泻肝胆,用龙胆泻肝汤加减。③如痰热内扰,清热化痰,用黄连温胆汤。

口甘:口甘不同于“脾瘴”,只是“脾瘴”一症状。认为口甘属热,但有虚实不同,当加辨析。①脾胃热蒸,伴口干喜饮、便结溲黄、舌红苔黄、脉数有力为主症。拟清热泻火法,轻者用泻黄散,有腑实用大黄黄连泻心汤加减。②脾胃气阴二虚:多因年老久病,伤及脾胃、气阴两虚、虚热内生、以纳少、神疲无力、舌红少苔、脉细数为主症,拟补气健脾、和胃养阴之法,方用七味白术散加山药、石斛、莲子。

口咸:咸为肾味,肾液上乘所致,以肾虚论治,一为肾阴虚,一为肾阳虚。多为劳伤于肾,年老体衰,久病及肾,导致下元虚衰,真阴真阳受损。①虚火上炎,煎灼肾液:兼具阴虚火旺之耳鸣口干,五心烦热,舌红脉细数。当滋阴降火,壮水

之主,用大补阴丸,或知柏地黄丸。②肾阳不摄,肾液上泛,兼有畏寒肢冷,神疲乏力,夜尿频数,舌质淡胖,脉象沉细。当温补肾阳,肾气丸合五味子加减。

口酸:本症当与吞酸区别,口酸仅自觉有酸味,而无酸水泛出。认为当辨明虚实,分清脏腑。分三型施治①肝热:属肝实热,伴胸胁满痛,性急易怒,头痛目眩,苔黄脉弦滑数,立疏肝清热法,予柴胡清肝饮,甚者用当归龙荟丸。②脾虚木乘:因脾虚在先、木乘在后,并具脾胃虚弱之象,纳差便溏,食后脘痞腹胀,兼见胁胀太息,脉细缓而弦。属虚实夹杂,立健脾和胃,平肝之法。用六君子汤合左金丸加减。③宿食停滞:系因过食肥甘,饮食过量,脾胃运化不利,属实证,以停食及胃失和降症状为主,立消食导滞、和胃降气之法,方选保和丸或木香槟榔治疗。

口臭:姚氏认为口臭多为脏腑积热,多因湿热、食积、痰浊所致,皆为实证。临床辨证,胃热上蒸者,伴见口渴饮冷,口舌生疮,便秘溲黄,苔黄。胃肠食积者,有伤食史、伴干噎食臭,吞酸噎腐,腹胀苔腻;痰热壅肺,以咳唾腥臭,胸满胸痛为主症。确立三法施治:①胃热上蒸:清胃泻热,予清胃汤或凉膈散;②肠胃食积:消导积滞,予保和丸。③痰热壅肺:清肺化痰,予千金苇茎汤、泻白散。

此外,姚氏把口淡也列入口味异常,并辨证施治。^[2]

3. 高荣林诊治经验

口腻:认为口腻症,常兼口苦、口甘、口酸、口淡等口味异常,临床有三种不同①寒湿困脾:口腻较轻,口淡乏味,口中不渴,便溏苔白,脉濡而缓,当芳香化浊,健脾燥湿,予藿香正气散、平胃散。②湿热中阻:口腻较重,口气秽浊,口渴不欲饮,大便粘滞不爽,小便黄赤,舌红苔黄,脉数,宜清热化湿,

予三仁汤、藿朴夏苓汤。③痰热阻滞：口中粘腻，口渴不欲饮，痰黄不易咯出，胸闷心烦，舌红苔黄，脉象滑数。治宜清热化痰，予黄连温胆汤或清气化痰丸。^[2]

4. 李寿山诊治经验

李氏对口味异常诊治颇具心得，提出诊查四点很有参考价值。①口味异常不受饭食味道的影响而发出的不同气味和味觉。②由于受邪不同而出现脏腑的病气溢出于口中而发出者。③与口腔、牙龈、鼻咽部疾病区别。④可用不同浓度的蔗糖溶液、稀盐酸溶液、奎宁溶液、食盐溶液，测定甜阈值、酸阈值、苦阈值、咸阈值，以便参考（但对辣和腻还无法测定）。将口感量化，对科研发展有指导意义。李氏对口味异常病机分析认为，口甜乃脾胃湿热；口苦为热邪犯胆；口酸是肝脾郁热；口辣主肺胃燥热；口臭系胃肠蕴热；口咸即脾肾阳虚。提出6法施治疗：①清热化湿，健脾和胃，以藿朴夏苓汤加减；②和解少阳，舒肝清胆，以小柴胡汤化裁。③疏肝清热，和胃制酸，以逍遥散化裁。④养阴清热，润肺滋胃，以清燥救肺汤化裁。⑤清热泻火，通腑和胃，以泻心汤合白虎汤化裁。⑥温补肾阳，健脾益气，以金匱肾气丸化裁。^[3]

5. 姜振明诊治经验

口中气味异常乃临床常见症状，表现为口甘、口臭、口咸，或味觉丧失，或口中冷气自出等。姜氏认为病因为湿邪蒙蔽清窍，或湿热困脾，亦有胃中火热上冲，或肝气不舒，厥气上逆，或肾阴亏虚肾气上泛而致。病因不同，表现各异，临床需凭脉辨证，分别施治，方可取效。

（1）宣肺化湿法治味觉丧失：由于外感风寒每多夹湿。湿性重浊粘腻，每易阻滞气机而致清阳不升，蒙蔽清窍而致

头部昏重,味觉丧失,即叶天士所云“浊邪害清”也。使肺气宣通,气化湿利,清窍复其灵机而病愈。

患者吴某,男,42岁,1990年6月12日诊。10日前感冒风寒,咳嗽发热,在某医院静滴抗生素及服中药6剂(方中有天门冬、麦门冬等),咳止热退。但口中味觉丧失,头部昏重,脘痞不饥,倦怠乏力,脉浮滑,舌苔薄白微腻。证属外感风寒湿邪,未得外解,肺气失宣,湿阻气分,蒙蔽清窍。治宜宣肺达邪,芳香化湿,佐以淡渗。处方:淡豆豉、大豆黄卷、制半夏各12g,藿香梗、佩兰梗、陈皮、神曲、炒苍术、厚朴、枇杷叶(包)各10g,白豆蔻仁4g,冬瓜子、薏苡仁各15g。服药3剂能知饭菜香味,脘中宽舒,食增神爽。原方稍事损益续服3剂以巩固疗效。本例感邪之后未得及时宣散,复投天门冬、麦门冬等清润滋腻之品以助湿邪,使病不解。脉浮滑,舌苔白腻,乃表邪未解,肺气失宣,湿蕴气分之象。治用杏仁、白豆蔻仁、陈皮、淡豆豉、大豆黄卷宣通肺气,达邪外出,取肺主一身之气,“肺气化,则脾湿自化,即有兼邪亦与之俱化之意;配伍苍术、厚朴、半夏苦温燥湿;芦根、冬瓜子、薏苡仁淡渗利湿。

(2)清热化浊法治脾瘴口甘:口中味甘,《内经》谓之“脾瘴”,瘴者热也。叶氏《温热论》云“吐出浊厚涎沫,口必甜味也,为脾瘴病”,明确其病因为“湿热气聚与谷气相搏”。

患者许某,男,38岁,1993年9月22日。因慢性浅表性胃炎、反流性食管炎、十二指肠壶腹部炎症住院治疗,住院18日诉口中味甘,如嚼糖块,涎沫时时上泛,唾吐不已,脘部痞闷,食欲不振,口干不欲多饮,尿色黄,脉滑,舌质红,苔薄黄腻。诊为湿热困脾,运化失司,水谷之气与湿热相搏,化为陈腐浊气上蒸于口。治宜清热利湿,芳香化浊。处方:佩兰梗12g,黄芩、陈皮、枳壳、猪苓、赤茯苓、杏仁、郁金各10g,六

一散 20g(包),茵陈 30g,制半夏、枇杷叶(包)各 15g,通草 6g,白豆蔻仁 4g。5 剂后复诊,口中甘味大减,渗涎亦止,胃脘宽舒。原方续进 3 剂而愈。本例口甘且见唾吐涎沫,脘痞食减,口干,尿黄,舌红,苔黄腻等症,为湿热困脾所致。脾为湿困不能为胃行其津液,水反为湿,湿浊上泛则渗吐涎沫,湿阻气机,脾运失运则脘痞、食减。华岫云治湿热主张用苦辛寒法,佐以淡渗之剂”,余师其意,方用茵陈、黄芩苦寒清热;佩兰、白豆蔻仁、陈皮、枇杷叶微辛芳香以化湿浊;通草、六一散、猪苓等淡渗利湿;苦辛寒淡合法,加入枳壳、郁金、杏仁等理气之品,取气化则湿化之意。药后湿浊化,热邪清,脾运复常而口甘消失。

(3)疏肝化痰法治口中冷气:胃出冷气一证,余师愚《疫病篇》曾述其病机乃火极似水,热极之证,阳亢逼阴故有冷气,主用清瘟败毒饮增重方中水牛角、生地黄、牡丹皮、黄连之量,再加龙胆草,大清热毒而泄肝火。诸阳受气于胸中,胸中为阴阳升降之道路,肝气与痰热交阻胸中,胸中阳气敷布失常,阴阳二气不相顺接,胸中阳和之气化作厥冷之气。肝性主动主升,肝疏不利,胃气上逆,夹胸中之冷气循咽喉入于口中,故口中冷气自出。

戴某,女,40 岁,1993 年 5 月 31 日诊。胸中常有冷气随呼吸出于口中,咽喉如有异物阻塞,胸脘痞满,得噫气或转矢气则觉舒适,口干欲饮,脉弦滑,舌红,苔薄黄腻。证属肝气郁结,痰热内蕴,疏泄失司,厥气上逆。治宜清热化痰,疏肝理气。处方:代赭石 15g(先煎),旋覆花 10g(包),炒瓜蒌皮 15g,浙贝母 10g,枳壳 10g,干芦根 30g,淡竹叶 15g,橘红 10g,杏仁 10g,薄荷 10g,焦栀子 10g,白豆蔻仁 4g,茯苓 12g。4 剂后口中冷气消失,且未再发。本例患者并无火极证候,而见胸闷脘痞、舌苔黄腻等肝气郁结、痰热内蕴之证。脉弦

为肝旺,滑为痰征,舌红,苔黄腻为痰热之象。其病机与余氏所述不同,故其治疗亦异。治予疏肝化痰清热理气之剂,使痰化热清,气机畅通,肝之疏泄有权,胸中阳气敷布和畅,冷气自消而病愈。

(4)清胃化痰法除口味臭秽:余师愚认为疫证口臭乃“毒火熏蒸于内”,《医学入门》:“口臭者,胃热也”。故口臭一证多责胃热。

季某,女,33岁,1993年6月22日诊。口中气味臭秽数月,口干欲饮,恶心欲吐,口中烘热,常欲将舌伸出口外方感凉爽,口唇内侧有粟状小疹,疼痛时作,舌红,苔黄腻,脉弦滑。证属湿热痰火蕴积胃中,胃气受其熏灼变为臭秽之味,冲发于口。治宜清火化痰,化湿和胃。处方:黄连6g,生大黄4g,黄芩、浙贝母、焦栀子、射干、枳壳、六一散(包)各10g,茵陈30g,连翘、竹茹、炒瓜蒌皮各15g,干芦根30g,九节菖蒲6g。4剂。二诊时口中臭秽之味大减,口疮亦愈。舌红,苔薄黄。原方稍事损益再服5剂而愈。本例患者脉弦滑,舌红,苔黄腻乃湿热痰火蕴积胃中,蒸腾熏灼,气变臭秽,冲发于口。胃气上逆则恶心欲吐;胃热外发则为口疮疼痛,舌体烘热;胃热灼津则口干欲饮。治用大黄黄连泻心汤加味,方中三黄直折胃中火热,其味苦,其性寒,苦能燥湿,寒能清热;配伍茵陈、栀子、瓜蒌皮、浙贝母、芦根等化痰清热祛湿之品,使痰火清、湿热祛而口中臭秽自除。

(5)滋肾清热法齁口中咸味:肾在味为咸,经有明文。《杂病源流犀烛》:“肾热则味咸。”《张氏医通》:“口咸,肾液上乘也。”故口中味咸多责肾病。肾者主封藏,藏肾中阴阳也,其经脉循喉咙,夹舌本。

陈某,男,40岁,1997年3月20日诊。口中有咸味20日,整日如饮盐水,口干欲饮,左胁隐痛,腰脊酸痛,手心常

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医

热,舌质红,苔薄白,左脉弦滑。证属肾阴亏虚,虚热内生,肾气上泛。治宜滋补肾阴而清虚热,镇纳肾气而除口咸。处方:生地黄、熟地黄、山茱萸各 15g,龟甲(先煎)、牡丹皮、沙苑子、川楝子各 10g,盐水炒知母、黄柏各 6g,枸杞子、茯苓、白芍药各 12g,龙骨、牡蛎各 30g(先煎),玄参 18g,甘草 6g。5 剂。隔 1 月复诊,口中咸味大减,手心之热亦轻。原方加怀牛膝 12g,续服 5 剂。3 月后随访,口中咸味消失,腰胁痛止而安。本例患者口咸,口干,腰、胁痛,手心热,脉弦滑,乃肾阴亏虚,虚热内生,封藏失司,摄纳无权,肾气循经上泛。肝为肾子,胁为肝部,肾虚而肝络失养故胁痛。欲清其热必滋其阴,欲除咸味必补其肾。治用知柏地黄汤加减,方中生地黄、熟地黄、知母、黄柏、玄参、枸杞子、牡丹皮、川楝子、白芍药等滋肾阴而清虚热;龙骨、牡蛎、龟甲潜镇上逆之肾气,以助肾气封藏。药后肾阴充沛而虚热清,肝肾得养而腰胁痛除,肾之摄纳有权,上泛之肾气得平而口中咸味消除。^[4]

6. 王小军诊治经验

王氏认为口咸症在中西医书籍中均无此病名,仅为一种特殊味觉异常的自觉症状。王氏从中医整体观出发分析此症。其口咸难耐为自觉症状,在《素问·阴阳应象大论》中述:“咸生肾”,“肾在味为咸”,认为此两句实指咸味生于肾,咸味的浓淡由肾脏阴阳平衡来调节,蒸腾气化来完成,并由肺脏通调水道输布至全身,上至于口中唾液,下达于脬中渡水。此症因咳嗽日久,肺气耗散,通调水道功能紊乱,母病及子致肾阳虚亏,蒸腾气化无力,咸味浓淡调节失司,口咸症由此而发。

王某,男,68 岁,1994 年 12 月 28 日初诊。自觉唾液有咸味,似有盐粒含于口中,影响纳食,不知其味,痛苦难耐,且

逐渐加重月余。平素饮食味淡,患慢性支气管炎已10余年,此次缘于感冒,引致气管炎复发,经抗炎、止咳祛痰等对症治疗后,病情减轻,近1月来却见上症,自寻民间土方治疗罔效而前来诊治。症见形体消瘦,面目虚肿,口咸难忍,时时引唾欲解,纳食无味,咳嗽,痰少易咯,畏寒肢冷,神疲乏力,腰骶酸软,二便尚可,舌淡略胖、苔白腻,脉沉细。因病情复杂,遂请本院口腔科及内科会诊后未能确诊。《内经》指出“咸入肾”,据此得到启示,咸味不能下入于肾而上泛于口,则其肾必虚,且患者有慢性支气管炎(慢支)多年,久咳肺气耗散致肾阳虚亏,不足以蒸腾气化,输布精津上温涎水,口咸症乃作,证属肺肾两亏。治以益肺温肾,佐以止咳化痰。处方:炙麻黄5g,炙甘草、细辛各6g,红参、麦冬、川贝母、制附子、桂枝、苦杏仁各10g,紫苏叶12g,款冬花15g。5剂,每日1剂,水煎服。二诊:自觉唾液咸味稍减,已能辨食五味,面目虚肿、畏寒肢冷、腰骶酸软乏力等症亦减,但仍咳嗽,痰少,舌淡红、苔白,脉细但应指有力,考虑肺肾之气渐复,药已对症,原方易桂枝为肉桂(后下)3g,加紫河车粉(冲服)、白术、茯苓、干姜各10g,继服5剂。三诊:口咸症大减,纳增,面目虚肿已消,畏寒肢冷、腰膝酸软顿失,咳嗽较前略缓。药已对症,守二诊方,加重附子12g,肉桂(后下)6g,继服10剂。四诊:口咸症消失,仅有微咳,痰少,余症均告缓解,精神渐好转,病已初愈,以金匱肾气丸合固本咳喘片善后调理。随访3年余,慢支发病次数较前大减,口咸症从未复发。本案治应从肺肾两虚入手,故拟益肺温肾,予以止咳化痰之法,以麻黄附子细辛汤合参苏饮加减。方中麻黄、细辛、紫苏叶宣肺止咳,苦杏仁、川贝母、款冬花益肺化痰;红参、桂枝、麦冬、炙甘草温肺益气助肾阳;制附子温肾。全方配伍,肺肾同治,取其金能生水,水能润金之妙,待肾之气渐复后,再以紫河车、白术、茯

苓、干姜使益肺温肾、温阳化痰之力大增,更易桂枝为肉桂,其与制附子共行微微生长少火以助肾气之功,终以肺肾之气渐盛,肾脏蒸腾气化渐旺,咸味浓淡调节平衡,肺脏通调水道输布有序,口咸顽症得除。^[5]

7. 谢龙诊治经验

第一,引起口臭的原因主要是厌氧菌感染。第二,治疗应以抗厌氧菌感染,抑制厌氧致病菌生长为主。第三,采用中药治疗比用西药灭滴灵疗效高得多,尽管灭滴灵是较好的抗厌氧菌药物,但仍有一定的副作用;对肝功能不全者应减少用量,少数病人服后有轻微恶心、腹泻、上腹部不适,口中有金属味等反应,但不影响治疗,停药后即会消失,但用灭滴灵期间严禁饮酒,否则会出现胃肠道反应,呼吸困难,意识模糊,甚至血压下降等副作用,中枢神经有严重疾病和血液病患者禁用。孕妇与哺乳期妇女避免使用。中药则无此反应。第四,中药黄连、黄芩……等 16 种药物是抗厌氧菌感染的有效药,能有效杀灭厌氧致病菌中药要比西药疗效高出 33.3 个百分点,效果非常显著。第五,平时要加强口腔卫生,养成早晚或饭后刷牙的良好习惯,夜间睡前刷牙后不再吃食物,以免食物遗留牙缝腐蚀造成口臭。

口臭不是病名而是一种症状,临床上表现口腔内持续难闻奇臭,在男女老幼正常人或病人中广泛存在,令人厌恶烦恼,给生活工作和交往造成诸多不便,本人采用中医药治疗,取得了满意的效果。谢氏认为引起口臭的原因很多,中医辨证分析,阴虚火旺、胃火上升、肝火上炎、肝阳上亢等都会造成口臭。采用中医治疗口臭 25 例,显效 16 例,占总数 64%;有效 7 例,占 28%;无效 2 例,占 8%;总有效率 92%。

辨证分型:①阴虚型:口臭、咽干舌燥,口腔溃疡,舌边溃烂,或其他疾病,舌质红少苔,脉细数。②胃火型:口臭难闻,呼出气味如腐烂食物,胃脘闷胀感,口干涩,大便秘结尿黄臭,或兼某种肠胃病,舌腻,脉数。③肝火型:口臭气浓,口苦口干,心烦易怒,头胀痛,闷胀痛,或兼患某种疾病,舌质红苔黄干,脉弦数。④阳亢型:口臭、头痛目眩,咽干、口舌生疮,性情急见血压偏高或者有心脑血管疾病,舌苔黄腻,脉弦滑。⑤脓肿型:口臭兼患急性化脓性咽喉炎或其他脓肿性,舌苔白腻或黄腻,脉滑数。

治疗方法:①阴虚型:以养阴清热为主,用生地 15g、丹皮 9g、玄参 12g、天花粉 15g,水煎服每日 1 剂,每剂煎 3 次,服 3 次,午饭前、晚饭前、睡前服。②胃火型:以清热泻火为主,用黄芩 12g、黄连 9g、大黄 9g,水煎、服法与阴虚型相同。③肝火型:以清肝泻火为主,用菊花 30g、黄芩 9g、板蓝根 20g、夏枯草 15g,用法同阴虚型。④阳亢型:以清热平肝潜阳为治疗原则,用夏枯草 30g、菊花 30g、珍珠母 60g、丹皮 10g,用法同阴虚型。⑤脓肿型:以清热解毒化脓为主,用金银花 30g、连翘 15g、黄柏 10g、虎杖 15g、败酱草 15g,用法同阴虚型。10 天为 1 疗程。^[6]

8. 何建华诊治经验

何氏认为口臭多由胃火上炎或肝火犯胃引起。清肝火,泻胃火为其主要治疗大法。方选龙胆泻肝汤泻肝胆之实火,清胃散泻胃中之实热,合而用之,使胃火清,肝火降,则口臭自除。曾治疗 40 例,所有病例口臭均有明显改善。

治疗方法:①西医方法:有龋齿者,进行根管治疗及龋洞充填,对残冠、残根进行拔除,牙结石伴牙龈出血及牙周袋形成者,给予全口牙洁治。3% 双氧水冲洗,局部上碘酚。②中

医方法:治疗原则为清肝火、泻胃火。方选龙胆泻肝汤与清胃散合用。药用:龙胆草、栀子、升麻各 5g,黄芩、黄连各 3g,柴胡 6g,车前子、生地、丹皮、赤芍、甘草、陈皮各 10g,生石膏 20g。舌苔无厚腻者去车前子,1 剂/日。每日分 3 次煎服。连服 5 日。^[7]

【按语】

目前国内对口味异常一病系统论述较少,杂志中仅偶见个案。从现存名老中医文献中可看出,各医家对本病诊治均以脏腑论治,依病位、病邪不同,予以施治,每一位又各具特色。秦伯未是以《内经》理论为依据,对口苦、口甘、口咸、口酸、口辣、口腻、口臭七种口味异常,按脏气偏衰偏盛不同,分别施以八法治疗。①清泻肝胆湿热治口苦。②芳香化湿,清热健脾治口甘。③引火归元治口咸热证。④温补肾阳治口咸寒证。⑤清肝健脾治口酸。⑥清泻肺热,养阴润燥治口辣。⑦芳香化浊,健脾燥湿治腻。⑧清泻胃热治口臭。对本病治疗热证多;虚证、寒证少。对理法方药阐述简明扼要,便于掌握。杨学礼、高荣林对每种口味异常都详加辨析,分型施治疗。口苦立三法:①和解少阳。②清泻肝胆。③清化痰热。口甘,分虚实立两法:①清热泻火;②补气健脾,和胃养阴;口咸,有寒热,立两法:①滋阴降火,壮水之主;②温补肾阳。口酸,有虚实立三法:①清热泻火;②健脾和胃,平肝抑木;③消食导滞,和胃降逆。口臭:①清胃泻热;②消导积滞;③清肺化痰。口腻,依据寒热痰湿不同立三法:①芳香化浊,健脾燥湿;②清热化湿;③清热化痰。其特点是辨证分析详尽,遣方用药严谨。有较大理论和实践意义。李寿山对消化系统疾病有深入研究,对本病诊治中衷参西,

尤其是运用了现代医学手段,检查口味异常,提出了量化标准,以不同溶液测定阈值,这对诊断颇具指导意义。而对本病的治疗更是执简驭繁。针对口味异常的病因病机,提出六法:①清热化湿,健脾和胃治口甜、口腻;②和解少阳,疏肝利胆治口苦;③疏肝清热和胃制酸治口酸;④养阴清热,润肺滋胃治口辣;⑤清热泻火,通腑和胃治口臭;⑥温补肾阳,健脾益气治口咸。李氏治疗口味异常重视和法运用,善于从脏腑的相互关系中立法施治,如口甜、口腻用藿朴夏苓汤加佩兰、白术,清热化湿中,调和脾胃升降功能;治口苦注意清肝利胆;口酸注意调和肝脾,以逍遥散加抑胃酸药如左金丸、煅瓦楞,因为肝疏泄能促脾运。对口辣则养阴润燥,调肺胃;对口臭则调肠胃,肠降有助于胃降,用药以泻心汤合白虎汤;对口咸非单温肾阳,而是温肾阳同时加黄芪、白术、仙灵脾,以健脾益气。这些都丰富了中医对口味异常的诊治内容。

(张晓明 刘成武)

参 考 文 献

- [1] 秦伯未. 中医临证备要. 北京:人民卫生出版社,1963. 64
- [2] 赵金铎. 中医症状鉴别诊断学. 北京:人民卫生出版社,1985. 112
- [3] 李寿山. 中医消化病证治准绳. 北京:中国中医药出版社, 1972. 202
- [4] 姜振明. 口中气味异常治验举隅. 河北中医,1998,20,(5):296
- [5] 王小军. 口咸症验案一则. 新中医,1999,31(1):52
- [6] 谢龙. 中药治疗口臭临床观察. 实用中西医结合杂志,1997,(10):1723
- [7] 何建华. 中西医结合治疗口臭. 湖北中医杂志,1998,20,(3):54

反流性食管炎

【概述】

反流性食管炎是指由于各种病因导致胃或十二指肠内容物反流入食管,引起食管粘膜充血、水肿,甚至糜烂等炎性病变,炎症反复存在可以使整个食管壁糜烂、溃疡、纤维化,甚至可发生食管瘢痕性狭窄。本病好发部位在食管中下段,以下段为最多见,发病年龄常见于40~60岁,约占接受胃镜检查病人的5.8%,主要临床表现为胸骨后或剑突下烧灼感、烧灼样疼痛、吞咽困难、反酸等。西医学认为本病治疗关键是如何提高食管下段括约肌(LES)的张力,治疗采用综合措施,①提高LES张力,用胃复安、普瑞博思等;②促使胃内容物排出,降低胃内张力,用胃复安、吗叮啉、普瑞博思等;③抑制胃酸分泌,如西咪替丁、雷尼替丁、奥美拉唑等;④保护食管粘膜,用铋剂、前列醇、硫糖铝等。此外还通过饮食疗法、体位疗法、戒除烟酒、心理调整等以达到治疗目的。对食管狭窄以及难以控制的出血等病宜采用手术治疗。

本病属中医“噎膈”、“胸痛”、“胃脘痛”、“反酸”、“嘈杂”等病范畴。病位在食管,属胃气所主。病因多因情志不畅、饮食失调、劳累过度而发病。情志不畅,肝失疏泄,气机升降失调;饮食不节、烟酒过度、损伤脾胃,以致湿热壅积于中;或久病伤脾,脾气虚弱,土虚木郁,肝胃不和,以上诸因素均可致痰、气、热、瘀结于食管,胃之通降受阻,而见恶心、

呕吐、反酸、嗝气、胸骨后痛伴烧灼感诸症，甚则吞咽困难，饮食难下或食入反出。

【名医经验】

1. 陈泽民诊治经验

陈氏认为，本病的病因病机是由于①长期情志内伤，引起肝气郁结，横逆犯胃，胃气失于和降，浊气上逆；②饮食不节，劳倦伤脾，脾胃受损，致升降功能失常，胃火、浊气上逆而患病。本病辨证当分寒热虚实，实证多见肝气犯胃，脾胃湿热；虚证多见脾胃虚弱，胃阴不足；本虚标实之证则以脾虚气滞，气滞血瘀为多见。治疗要审证求因，治病求本，注意局部病变与全身病变结合施治，主症与兼顾次症结合施治，攻邪与扶正结合施治。

辨证治疗中应分清标本，本病以脾胃虚损为本，胃火浊邪上逆为标，故治则宜标本兼治，攻补兼施，健脾和胃，佐以泻火降逆。方药为：太子参 15g、白术 10g、茯苓 15g、白蔻仁（后下）5g、黄连 6g、蒲公英 30g、大黄 8g、柿蒂 30g、代赭石 30g、苏子梗各 10g。兼阴虚者加沙参、麦冬或生地、玄参；兼湿热者，加茵陈、赤茯苓、藿香；兼气滞者加厚朴、枳壳；兼有瘀血者加三棱、莪术或丹参、川芎；兼有虚火上炎，咽干舌燥者加玄参、麦冬、牛蒡子、山豆根；兼有泛酸者属肝气旺，加左金丸或煅瓦楞子、乌贼骨或珍珠母；泛清水则为脾虚，加苍术、半夏；兼心烦失眠者合用酸枣仁汤。

反流性食管炎以胸骨后或剑突下烧灼感或烧灼样疼痛为主症，且以痛为主，烧灼感次之。须辨疼痛的性质，气滞痛当理气，血瘀痛当活血，宜气分药、血分药合用，如元胡与乌

药、香附与三七、制乳香与广木香合用常能收到良好的止痛效果。

本病的主要病机是胃失和降,浊气上逆,因此和胃降逆是主要治则。经云“六腑以通为用”,所以注意大便通畅与否是通腑降逆的重要环节,故选大黄以泻腑通便,引邪外出。运用大黄、枳壳、柿蒂相配,可加强和胃降逆、泻火驱邪之效力。

在辨证中注意病人的情志变化十分必要,七情内伤、肝郁犯胃是本病发生和复发的重要因素。因此,病人神态忧郁者当给疏肝解郁散结之品。如逍遥散加合欢皮、远志等,其中合欢皮宜重用;郁结日久,肝郁化火者可配用牡蛎、石决明、丹皮、山栀子以清肝火。肝郁日久,化火伤阴,易致肝胃阴虚,虚火上炎,因此在施治中宜用养阴清热之品,如沙参、麦冬、石斛、生地、元参等。^[1]

2. 林宗广诊治经验

林氏认为本病属中医“反胃”、“吐酸”、“吞酸”等病证范畴,主要病机为脾胃虚损,或湿热湿浊内阻,导致胃失和降而发病。临床应辨证而治。

胃腑湿热证:症见胃脘痞闷烦热,吐酸,口干口苦,心烦易怒,尿赤,便秘,舌苔腻,舌质红,脉弦滑。治宜清胃泄热,化湿和胃,方用黄连温胆汤加减:黄连 10g、制半夏 10g、陈皮 10g、茯苓 10g、炒竹茹 10g、苍术 10g、枳实 10g、蒲公英 30g、炒黄芩 10g、甘草 6g 等。

痰浊阻胃证:症见胃脘痞满不适,泛吐痰涎和宿食不化,吐后方舒,舌苔白腻,脉滑。治以涤痰化浊和胃,方用平胃散合导痰汤加减:苍术 10g、厚朴 10g、白芥子 6g、陈皮 6g、茯苓 10g、枳实 10g、胆南星 10g、甘草 6g 等。

脾胃虚寒,寒凝不化证:此证多见于病程较长,反复不愈,或原有脾胃虚寒病史者。症见神疲乏力,胃纳减退,饭后胃脘胀痛,反胃吐酸和宿食不化,大便溏薄,面色无华,舌淡苔薄白,脉细小无力。治以温中健脾,和胃降逆,方用丁香透膈散加减。药用:丁香 6g、广木香 10g、砂仁 3g、制香附 10g、党参 10g、炒白术 10g、制半夏 10g、广陈皮 10g、吴茱萸 6g、神曲 10g 等。

以上各证吞酸反胃明显者均可加煨瓦楞 30g,海螵蛸 10g,有利于缓解症状。^[2]

3. 郝海山诊治经验

郝氏认为本病病因病机为:过食辛辣,热毒蕴结,日久伤及阴血,热与血结,凝聚于食管。治疗时以清热解毒为主,活血行瘀为辅,仙方活命饮去防风、白芷治疗。

基本方用:金银花、皂角刺各 30g,当归 12g,陈皮、赤芍、天花粉各 10g,贝母、炙穿山甲、乳香、没药、甘草各 6g。噎腐吞酸者,加海螵蛸、瓦楞子各 10g;咽部出血者加仙鹤草 15g、藕节 10g;咽喉肿痛加射干、玄参各 10g。

郝氏认为本病初期热毒较盛,为求其迅速消散,故皂角刺用量较大,一般均为 30g,中后期病势已杀,仅取其活血通络之功,故用量大为减少。其他伴随症状,随证加减可很快痊愈。郝氏用本方治疗 104 例,1~3 周后 78 例痊愈,12 例有效,14 例无效,总有效率 86.5%,复发者 5 例,仍用本法 4 例痊愈,1 例有效。^[3]

4. 李荫昆诊治经验

李氏认为食管炎属于中医“噎膈”范畴,临床以实证或虚实夹杂证为多见,故治疗本病多以丹参饮畅气行血,祛瘀生

新：百合饮甘润清热，宽中止痛。两方合用，一凉一温，刚中有柔，润而不燥，使其热得清，气得行，瘀得去，则饮食可下，气行膈通，加之灵仙清痰散癖，牛蒡子消炎抑菌止痛，全方共奏清痰散癖，清热祛瘀之功。丹参百合饮组成：丹参 15 ~ 30g、百合 12 ~ 24g、台乌药 12g、檀香 10 ~ 15g、砂仁 6 ~ 10g、甘草 6g。属痰气交阻型，症见吞咽食物梗阻，喉中痰鸣，胸膈满闷等加半夏、厚朴各 10g；痰瘀胶结型，症见突然吞咽食物梗阻，伴胸骨下有烧灼刺痛感，甚则食入即吐，水饮难下，大便干结等，加五灵脂、蒲黄各 10g，取心胃同治之法；津亏热结型，症见吞咽梗塞而痛，只能饮水，口干咽燥，五心烦热，形体消瘦等，加沙参、冬凌草、生地各 15g；气虚阳微型，症见长期饮食不下，形寒肢冷，神疲气短，泛吐唾涎，腹胀足肿等，加川附片 30g、肉桂 6g。以上各型均加灵仙 15g、牛蒡子 12g。

治疗结果：21 例患者，治愈 3 例，显效 8 例，好转 9 例，无效 1 例，总改善率为 95.2%。^[4]

5. 孙凤霞诊治经验

孙氏等采用启膈散加味治疗本病，效果满意。依据中医理论，本病病机为胃热壅盛，胃气上逆，胆失疏泄，胆汁返流所致，故治以消痰散结，降逆制酸。方药：南沙参、云茯苓、广郁金、黄芩各 12g，大贝母、紫丹参、蒲公英各 15g，乌贼骨、煅瓦楞各 30g，荷蒂 6g、白蔻衣 3g，水煎日 1 剂，早晚分服，20 天为 1 疗程。2 个疗程统计表明：28 例患者，显效 19 例，有效 10 例，无效 2 例，总有效率 93%。

方中南沙参、大贝母清热化痰；郁金开郁利胆；丹参活血化瘀；蒲公英、黄芩、茯苓、荷蒂、白蔻衣升清降浊，健脾和胃；乌贼骨、煅瓦楞制酸止痛。全方不仅能改善临床症状，促进局部溃疡愈合，抑制反流，同时对防止食管炎再复发也

有较好效果。^[5]

6. 傅昌格诊治经验

傅氏等用中药治疗反流性食管炎 78 例,疗效满意。傅氏认为本病主症为胸骨下烧灼感或疼痛,胃中嘈杂或胀痛,口苦咽干,辨证属少阳证,故以小柴胡汤和解少阳枢机为主,随证加减治疗。主方:柴胡 15g,黄芩、党参、法半夏各 10g,生姜 4 片,甘草 6g,大枣 5 枚。反酸加煅瓦楞子 30g,兼血瘀者加丹参 20g,灼痛加乌梅、白芍各 30g,水煎服。本方柴胡气质轻清,苦味最薄,能疏少阳之郁滞;黄芩苦寒,气味较重,能清胸腹蕴热,以除烦满;生姜、半夏调理胃气,降逆止呕;甘草、大枣益气和缓。全方寒热并用,攻补兼施,以疏利三焦,调理上下,宣通内外,和畅气机。若吞咽困难,兼见血瘀者加丹参活血祛瘀;反酸者加瓦楞子降逆止酸;灼痛甚者加乌梅、白芍化阴缓急、解痉。结果 78 例中治愈 69 例,好转 6 例,无效 3 例,总有效率 96.2%,疗程为 30 天。^[6]

7. 李世德诊治经验

李氏认为本病的中医辨证,不外乎寒、热、虚、实四大证,血、气、痰、瘀四大因,而总在肝(胆)、脾(胃)横逆犯胃。若形盛过胖,过食肥甘,或脾虚湿盛,痰浊内生,损及脾胃;肝脾失和,中焦壅滞,邪郁胸膈,气机升降失常而逆反于上,故诸证由生。病情迁延,郁久生热,由气入血,热伤阴血,发为气滞血瘀,或痰瘀互结。故反流性食管炎由气、火、痰、瘀交阻于胸膈而发,治疗原则宜理气和胃降逆,泻火涤痰,化湿散瘀。具体治疗方法如下:西药用氢氧化铝凝胶 10ml,日 3 次,口服。中药四君子汤合温胆汤加减:党参 10g、白术 10g、茯苓 18g、陈皮 6g、半夏 10g、枳壳 10g、竹茹 10g、木香 6g、砂

仁 6g、黄芩 6g、代赭石 18g、甘草 3g。加减法：虚寒型加元胡 10g、干姜 3g、大枣 6 个；气滞型加柴胡 6g、藿梗 10g、薏仁 6g；瘀阻型加元胡 10g、丹参 10g；痰浊型加草薢 6g、莱菔子 6g，疗程 1 个月。李氏观察 78 例反流性食管炎，临床症状和粘膜恢复正常均达到 81%，获得满意效果。^[7]

8. 王国田诊治经验

王氏等采用中西医结合方法，自拟食复散治疗本病，收到较好的效果。

食复散组成：生瓦楞子 450g、生甘草 150g、胃复安 0.6g，共研为末，过 120 目筛，为 10 天用量，装盒备用。服用方法：先将食复散 20g 放入药杯加温水 10ml 调匀，饭前半小时缓慢咽下，1 日 3 次，30 天为 1 个疗程。治疗期间忌烟酒等刺激物，2 个疗程后复查胃镜。结果显效 22 例，有效 10 例，无效 3 例。王氏等认为本病宜采用综合疗法，食复散温水调匀，缓慢服下，可直接作用于溃疡、糜烂面，其中瓦楞子用以软坚、平逆制酸，有消炎散结止痛之功；甘草补中和胃，生肌解痉，促进炎症及溃疡愈合；胃复安改善食管下段括约肌舒缩，促进排空，可防止十二指肠液反流。三药共奏和胃生肌、散结消炎、解痉止痛、抗反流之功效。^[8]

9. 耿朝义诊治经验

耿氏等对经胃镜及组织病理诊断为反流性食管炎 87 例患者，分别进行中西医结合治疗和西药治疗。治疗方法如下：①治疗组：木香顺气丸 12g，每日 2 次，连服 2~3 周；香砂养胃丸 12g，每日 2 次，连服 3~4 周；西咪替丁 0.2g，每日 3 次，每晚睡前再加服 0.4g；胃复安 10mg，每日 3 次，饭前 15~30 分钟服用。均连服 6 周。②对照组：只用西药西咪

替丁和胃复安,剂量与用法同上。结果表明中西医结合治疗组治愈率36%,总有效率91%;对照组治愈率6%,总有效率53%,两组对此差异显著($P < 0.01$)。

耿氏认为从中医辨证看,此病多因脾胃气虚,肝气郁滞而致,故用健脾和胃,理气止痛之治则。“六腑以通为顺”、“不通则痛,通则不痛”,所以先用木香顺气丸,以达通下。但若长期服用易耗气伤阴,若大便通畅,腹痛缓解后药量渐减而停用。然后用香砂养胃丸,达到健脾和胃的目的。^[9]

10. 黄福斌诊治经验

黄氏等用自拟消炎护膜方治疗本病30例,收到满意效果,消炎护膜方组成由黄连、滑石、生甘草、枳壳、陈皮按1:6:1:2:2的比例共研细末,每服6g,大枣10枚,煎汤送下,每日3次,4周为1疗程。对照组以硫糖铝1.0g,饭前嚼服,每日3次,4周为1疗程。同时要求两组患者低脂饮食、少食多餐,睡前2小时不进饮食,睡时将床头抬高15~20cm,避免弯腰、举重物,嗜烟酒者戒除,肥胖者予以减肥。结果表明1个疗程后治疗组治愈、好转、无效分别为8例、19例、3例,对照组分别为3例、15例、9例,治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

黄氏等认为,本病以痛、胀、嘈、噯为主症,以气、湿、痰、热中阻,胃失冲和为主要病机。消炎护膜方中黄连苦寒,能清热消炎,降逆除痞;滑石甘淡,有保护粘膜的作用;枳壳、陈皮理气和胃,化痰降逆;甘草、大枣补脾养胃,调和诸药,甘草还有抗菌消炎、抑制胃酸的分泌、促进溃疡愈合的功能,诸药合用寒不碍胃,攻不伤正,共奏清热化痰、理气和胃之功,切合反流性食管炎的病机。^[10]

11. 寿小云诊治经验

寿小云认为本病病机是胃气上逆,邪毒壅滞食管血络,其用著名中医专家董建华的成方“香苏饮”基础上加减制成食炎灵方。治疗住院病人 34 例,疗效良好。

食炎灵处方组成:苏梗、陈皮、香附、枳实、姜半夏、白及、三七粉等。制剂:除三七外所有药物水煎 2 次共取汁 400ml,再将三七兑入,使其有一定粘度。服法:每日饭后半小时及睡前各服 1 次,服时注意小口频服,缓咽。4~6 周后复查胃镜,结果表明:痊愈 9 例,显效 13 例,有效 9 例,总有效率为 91%。

寿氏认为本方用香苏饮通降和胃,用白及、三七粉散瘀止痛,同时制剂时加大药液的粘度,采取饭后小口频服缓咽的服法,使药物能较长时间停留在炎症局部,了解食管部位药物难以存留的问题。通过观察,用食炎灵治愈后复发率较少。^[11]

12. 俞彩珍诊治经验

俞氏等根据中医辨证理论将 232 例反流性食管炎病例分为四型:肝胃不和型、肝胃郁热型、脾胃虚寒型、痰气交阻型。同时对患者胃镜检查做分级诊断:

反流性食管炎的分级诊断标准:Ⅰ级:红斑及粘膜水肿;Ⅱ级:粘膜硬脆,触之易出血;Ⅲ级:孤立性溃疡;Ⅳ级:融合性溃疡或伴有狭窄。

中医诊断标准:①肝胃不和型:因情志不遂而致胃脘胀满,两胁疼痛,胸闷脘堵,暖气频繁,泛吐呃逆,食欲不振,大便不畅,舌苔薄白,脉弦。②肝胃郁热型:心口烧灼感,口苦咽干,呃逆,胃脘胀满不舒,进食后胸骨后疼痛,大便干燥,舌

苔黄腻,脉弦数。③脾胃虚寒型:凡因受凉或食生冷而致胃脘隐隐作痛,泛吐酸水或清水,喜温喜按,疲乏无力,食欲不振,手足不温,大便溏泄,舌苔薄白,脉细弱或缓。④痰气交阻型:症见吞咽食物梗阻,喉中痰鸣,胸膈满闷,或食入即吐或水饮难下,大便干结,舌苔薄白,脉弦滑。

经过统计,反流性食管炎中医分型肝胃不和型 62 例,占 26.7%,肝胃郁热型 148 例,占 62.8%。两型共占 90.5%,说明本病“实证”、“热证”多见。

中医分型与胃镜检查分级诊断相结合,经统计分析表明:肝胃不和型和肝胃郁热型主要以Ⅰ级和Ⅱ级多见,占 98.8%和 97.1%,脾胃虚寒型 20 例中 15 例属Ⅲ级占 75%,痰气交阻型 2 例属Ⅳ型。

研究表明,本病病因上虽有邪气客胃、饮食伤胃、肝气犯胃、脾胃虚弱等因素不同,但其病因为“胃失和降,气逆于上”,早期为实证、热证,以肝胃不和型和肝胃郁热型多见,随着疾病的发展,病情由实转虚,脾胃虚寒型多见,此时治疗愈加困难。因此,在疾病早期就积极治疗,可提高疗效,防止疾病进一步发展。^[12]

13. 刘叔林诊治经验

反流性食管炎患者症状多种多样,有的无任何不适,但大多数表现为胸骨后或剑突下疼痛,胸骨后堵闷感,症状多发于进食后或俯身、平卧位,长期不愈可累及咽喉部,导致咽喉不利,咽中异物感,有如中医所说的“梅核气”,严重的可以因为反流而引起夜间窒息。食管炎长期不愈,还可以造成食管粘膜溃疡出血,引起呕吐、吐血。刘氏认为反流性食管炎与中医的“郁证”、“噎膈”、“反胃”等有关,其病因不外乎气、火、痰、瘀四端,诸邪可单一致病,又可以合而为病。病变脏

腑在肝、脾(胃)二脏。本病以实证、热证居多,病机为忧思恼怒,使肝失疏泄,肝郁气滞,横逆犯胃;或形体肥胖、过食肥甘,或脾虚湿盛,痰浊内生,肝脾失和,中焦气机不畅。早期病在气分,邪浅症轻;后期多入血分,阴血受灼,气、火、痰、瘀交阻胸膈,病变由食管上延咽喉,下连胃口,甚至发为噎膈。

刘氏治疗反流性食管炎以祛邪为主,清膈降逆、涤痰散瘀为其治疗大法。常用方药为清膈降逆汤,处方为:半夏9g、枳壳10g、瓜蒌15g、代赭石24g、柴胡9g、黄连6g、山梔9g、赤芍12g、郁金12g、砂仁6g。方中半夏、枳壳、砂仁行气散结以降逆,佐瓜蒌涤痰开结以消痞;柴胡疏肝解郁以升清气;代赭石、黄连、山梔平肝清热以降火;赤芍、郁金和血散瘀以利窍。尤需指出,代赭石一味不可或缺,代赭石既走气分,又入血分,既可平肝镇逆,又可除热利膈,驱气、火、痰、瘀诸邪于下,使清气得升,浊邪得降,实乃治疗本病之要药。如平素气盛、肝郁较重者,原方酌加香附、佛手、川楝子疏肝理气以散郁;肝胃火盛,甚则吐衄血者,去半夏、砂仁,重用代赭石,加黄芩、大黄、生石膏以折其火势;痰浊湿盛者,宜加陈皮、杏仁、莱菔子化痰利气以祛湿;热盛血瘀者加丹皮、牛膝、红花、桃仁以凉血散瘀;胸膈至咽喉疼痛较重者去半夏、砂仁,加乳香、没药,并合珠黄散(或锡类散)含化,徐徐咽下,以活血化瘀、涤膈解毒,若病久迁延不愈,气血郁滞,气阴损伤而咽喉干涩,食少气短者,宜去半夏、砂仁、山梔、黄连,合以增液汤加人参、当归、红花、丹参以徐缓图之,兼顾气阴,不宜妄投克伐。^[13]

14. 赵紫珍治经验

反流性食管炎是临床上常见的一种疾病,患者的临床表

现多种多样,有的以反酸、烧心、胸骨后灼热感或不适为主,有的表现为咽中异物感,吐之不出,咽之不下,酷似中医的“梅核气”,还有一类病人表现为顽固性咳嗽,但这种咳嗽一般与呕恶同时出现,咳嗽多骤然发作,尤其是进食酸性食物或平卧位,夜间睡眠时症状较为明显,常在卧睡中呛咳而醒。现代医学称之为“胃反流性肺疾病”,由于酸性胃内容物、胃酸等反流于食管、咽部,误吸入气管,或胃酸刺激食管粘膜,引起反射性咳嗽。

赵氏认为,宗古训“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,此种咳嗽以胃肠疾患为根本,而咳嗽为主要表现。所谓诸脏先伤,后传于肺,标见于肺,而其本在脏腑之间,其病机与胃气无法通降有关之外,尚有肝气犯肺,故肝胃气机失调,升降失司,肺失清肃,肺气上逆为本病的主要病机。

本病的论治,以治肺为标,肝胃为本;止咳为标,降逆为本。治法:平降肝胃之气,兼助肺肃降。常用方药为自拟的“降逆止咳汤”,方药组成为:木蝴蝶 12g、蜜枇杷叶 9g、苦杏仁 7g、蒸百部 12g、川厚朴 9g、绿枳壳 9g、麦谷芽各 30g、海螵蛸 70g、粉甘草 5g。^[14]

15. 徐景藩诊治经验

胃食管反流引起的反流性食管炎,属中医“呕吐”、“反胃”、“噎证”、“梅核气”范畴,多与情志不畅有关,肝郁气滞,横逆犯胃,胃失和降是基本病机,日久可致血瘀、痰凝,甚至可发展为“噎膈”证。在治疗上以畅为和,理气调升降是基本治则,法当和胃降逆。同时,还应兼顾他证,若证由痰气交阻者,参以化痰散结;所谓郁热者,当佐以清泄;病久及血,气滞血瘀者,宜加入活血化瘀之品。徐氏在辨证上分四大证型:气郁证、痰气交阻证、肝胃郁热证、气滞血瘀证。

气郁证:主症为嗝气频多,以此为苦,兼有胸闷,偶有食物反流,舌苔薄白,脉象细弦或正常。情志不畅或烦劳紧张后症状尤著。治法宜理气解郁、和胃降逆。如木香调气散(木香、丁香、蔻仁、砂仁等),吴氏新制橘皮竹茹汤(橘皮、竹茹、柿蒂、姜汁),解郁合欢汤(合欢花、柴胡、白芍、郁金、沉香、薄荷、茯神等)加减。

痰气交阻证:主症为咽中不适,如有物阻,咯之不出,咽之不下,饮食自觉发噎,舌苔薄白,脉小滑。症状的发作与加重,常与情志有关,治宜理气解郁,化痰散结。常用方如半夏厚朴汤加减,并可加用桔梗、枳壳(或可以青、陈皮代之)调节气机升降。如咽干而觉痛,去厚朴、紫苏,配挂金灯、金果榄等清利咽喉。关于服药方法,按半夏厚朴汤原方所载:“分温服,日三夜一服”,原则上以多次频服为宜。

肝胃郁热证:主症为嗝气多,食物反流,口干或兼口苦,大便干结,舌质红,脉小弦或细数。治法宜清泄肝胃郁热,理气降逆。主方如左金丸、大黄甘草汤、济生橘皮竹茹汤(橘皮、竹茹、麦冬、枇杷叶、半夏、茯苓、甘草、人参等)加减。

气滞血瘀证:病史较久,临床表现除气郁证外,常伴见失眠、食少、无力、舌质暗紫。治当行气化瘀,可用血府逐瘀汤、解郁合欢汤等方随证加减。

反流性食管炎或食管功能性疾患以咽中不适、胸骨后不适等症为主者,尚可配用代茶饮,俾药力较能持久。如用厚朴花泡茶,或橘皮、玉蝴蝶泡茶频饮;若有郁热征象者,可用麦门冬、玉蝴蝶泡服,徐徐咽下。如伴有吞咽欠利,胸宇窒闷者,可仿古人含化制剂,炼蜜为丸,含化咽津,颇有一定效果。

嗝气频多之症,一般可用和胃降逆之品,如前述橘皮、枳壳、沉香、柿蒂、代赭石等。除汤剂外,可配用“磨饮”法,用沉香或刀豆子水磨服之,药末粉子细小,作用较好。若不用沉

香,亦可代以乌药、白檀香等。

对于食管疾病的用药,徐氏经验十分丰富,他认为治疗食管疾病,用药宜润燥适当,在通降药物中少佐升散之品,使升降得宜,宣通为贵,并要改进服药方法,具体体现在以下几个方面。

反流性食管炎每多经久不愈,多虚实夹杂。阴液不足,食管失于濡养而见吞咽干涩不利、口干、舌红者,则需润燥适当。据证选用麦门冬、玉竹、生地、杏仁、白蜜等品,兼血虚者配用当归、白芍、枸杞子、首乌、桑椹子等,上述育阴养血之润剂还当酌加枳壳、川朴花、橘皮等微辛理气药物,既养阴润燥,又助胃和降通顺,有利于改善食管功能。气滞犹如中医“梅核气”,咽部至胸骨后不适,善太息,每于情志不畅时发作或症状加重者,宜疏理气机的同时加入白芍、芦根,以酸甘化阴,使润燥相合,刚柔相济,改善症状尤为明显,若对食管炎或食管溃疡病属气滞证者,加入白及、山药、藕节等清润护膜,颇有良效。

徐氏治疗反流性食管炎以调理脾胃升降为枢要,临床上有很多行之有效药对,尤其对于那些久病、顽病或反复发作、一般理气药难以治愈的病例,常可提高治疗效果。常用的升降药对如枳壳配桔梗,沉香配升麻,杏仁配瓜蒌,竹茹配刀豆壳,桔梗配牛膝(一般用怀牛膝,伴咽堵及胸骨后隐痛者用土牛膝),木蝴蝶配柿蒂等等,均属升降相配之例。升中有降,降中有升,升降得宜。

食管疾病的病机不外乎气滞、痰凝、血瘀、郁热,故治疗当以宣通为贵。徐氏运用一般常见理气、化痰药物宣通的同时,还常选加鹅管石、娑罗子、橘络、通草、急性子、威灵仙、王不留行等宣通药。鹅管石治胸膈痞滞,古方“焚香透膈散”(《宣明论方》)早有记载,有扩张食管之作用。娑罗子行气

宽胸利膈,且能宣通心脉,宣通食管,对胸骨后隐痛、刺痛或兼冠状动脉供血不足而连及心前区疼痛者,用之甚验。橘络宣通气血,善疗膈上疾患,虽非主药,但轻清而行,久服无弊。通草入肺、胃,甘淡而凉,凉而不寒,亦是食管疾病具有宣通功用之辅助药。急性子《本草纲目》早载“治噎膈,下骨鲠”,破瘀、软坚,对吞咽不利、困难者用之有效,即使是食管功能障碍,病久而一般诸药效果不著者,短期用之也较有效。威灵仙走而不守,宣通十二经络,历来用治骨鲠在咽喉,实际上是食管疾病之常用良药。王不留行行水化瘀,对食管疾患瘀瘀互结者,疏瘀之功甚著,且无不良副作用。

徐氏根据食管的生理功能,提倡一种针对性与众不同的服药方法,即卧位服药法,使药物在食管停留时间延长,治疗效果更佳。具体方法是:据证处方,汤剂浓煎,头煎与二煎各煎成150ml左右,加入藕粉或山药粉二匙,文火调匀,边煮边搅,煮熟成薄糊状,糊剂漱口,平卧勿起,不少于半小时,若晚间服药,服后即睡,作用尤佳。^[15]

【按语】

综合以上15位医家对反流性食管炎的认识,一般认为其发病与肝气郁滞、脾胃受损,气、火、痰、瘀阻于胸膈,升降失常,胃火、浊气上逆有关,临证时多应明辨寒热虚实,以便遣方用药。

但上述医家对本病认识又各有特点。陈泽民认为病多为肝郁、饮食、劳倦,导致脾胃受损,升降失调,胃火浊气上逆而致。辨证当分寒热虚实标本,认为脾胃虚损为本,胃火浊气上逆为标。治宜健脾和胃,泻火降逆为主,标本兼治,并随证加减。本病以痛为主者,宜气分、血分药同用,元胡与乌

药,香附与三七,木香与乳香合用常取得较好效果。另外,大便通畅与否是本病治疗的重要环节,故选大黄以泻腑通便,引邪外出;林宗广认为本病主要病机是或为脾胃虚损,或为湿热、湿浊内阻,临床分而论治;郝海山则认为热伤阴血,热与血结是本病的主要病机,治宜清热解毒为主,活血行瘀为辅,用仙方活命饮加减治疗,方中皂角刺在病之初期用量宜大,一般为30g,中后期病势已缓,仅取其活血通络之功,用量减少;李荫昆认为本病多为实证或虚实夹杂,治宜活血祛瘀,清热宽中,凉温并用,以丹参饮和百合饮加灵仙、牛蒡子为基本方,随证加减论治;李世德概括本病不外寒热虚实四大证,血气痰瘀四大因,气火痰瘀交阻于胸膈而发病,治疗原则以理气和胃降逆,泻火涤痰,化湿散瘀,四君子汤合温胆汤加减;王国田等中西药合用自拟食复散治疗本病,其中生瓦楞子450g、生甘草150g、胃复安0.6g,三药共奏和胃生肌、散结消炎、解痉止痛、抗反流之功效;寿小云则认为本病病机是胃气上逆,邪毒壅滞食管血络;俞彩珍等将反流性食管炎分为肝胃不和型、肝胃郁热型、脾胃虚寒型、痰气交阻型四型,并同时对应胃镜检查的分级诊断,说明本病“实证”、“热证”多见;刘叔林治疗本病以祛邪为主,清膈降逆、涤痰散瘀为其治疗大法,常用方药为清膈降逆汤,尤需指出,代赭石一味不可或缺,代赭石既走气分,又入血分,既可平肝镇逆,又可除热利膈,驱气、火、痰、瘀诸邪于下,使清气得升,浊邪得降,实乃治疗本病之要药;赵荣治疗胃酸反流致咳时认为肝胃气机失调,升降失司,肺失肃降,肺气上逆为本病的主要病机;徐景藩对于食管疾病的用药经验十分丰富,认为治疗食管疾病,用药宜润燥适当,在通降药物中少佐升散之品,使升降得宜,宣通为贵,并要改进服药方法。常用的升降药对如枳壳配桔梗,沉香配升麻,杏仁配瓜蒌,竹茹配刀豆壳,桔梗

配牛膝(一般用怀牛膝,伴咽堵及胸骨后隐痛者用土牛膝),木蝴蝶配柿蒂等等。以宣通为贵则在运用一般常见理气、化痰药物宣通的同时,还常选加鹅管石、娑罗子、橘络、通草、急性子、威灵仙、王不留行等宣通药。服药方法宜卧位服药法,使药物在食管停留时间延长,治疗效果更佳;临床上本病常伴一些兼夹证,有时表现突出,笔者认为对兼证的治疗亦不容忽视,如本病若有咽痛堵闷不适者加板蓝根、玄参、山豆根以清热解毒利咽,兼暖气频作者加菖蒲、郁金,胁肋胀痛者加柴胡疏肝散,兼胃阴不足,背沉重或痛者加麦门冬汤等。

另外,本病病程较长,与情绪、饮食关系较大,故治疗时应怡情放怀,避免精神刺激,宜少量多餐,勿过量饮酒和恣食辛辣油腻食物及甜食,忌浓茶、咖啡,睡眠时抬高床头 15 ~ 20cm,劳逸结合,坚持综合治疗,彻底治愈本病。

(姚巧林 翟兴红)

参考文献

- [1]李乾构,王自立. 中医胃肠病学. 北京:中国医药科技出版社, 1993
- [2]林宗广. 怎样辨治反流性食管炎. 中医杂志, 1996, 37(3)
- [3]郝海山,等. 仙方活命饮加减治疗反流性食管炎 104 例. 浙江中医杂志, 1990, (4): 155
- [4]李荫昆. 丹参百合饮治疗食管炎 21 例. 云南中医杂志, 1991, 12 (2): 24
- [5]孙凤霞,等. 加味启膈散治疗反流性食管炎 28 例. 四川中医, 1993, (8): 30
- [6]傅昌格. 小柴胡汤加味治疗反流性食管炎近期疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1992, (11): 686
- [7]李也德. 中西医结合治疗反流性食管炎 78 例. 福建中医药, 1994, (3): 2

- [8] 王国田,等. 食复散治疗反流性食管炎 35 例. 湖北中医杂志, 1991,(1):11
- [9] 耿朝义,等. 中西医结合治疗反流性食管炎 55 例. 中国中西医结合杂志,1993,(12):751
- [10] 黄福斌,季哲生. 消炎护膜方治疗反流性食管炎 30 例. 上海中医药杂志,1990,(1):34
- [11] 寿小云. 食炎灵治疗反流性食管炎 34 例. 北京中医药大学学报,1995,(4):32-33
- [12] 俞彩珍,韩玮琳,徐慧光. 运用中医治疗反流性食管炎 232 例. 黑龙江中医药,1995,(1):6-7
- [13] 刘叔林,宋桂香. 清膈降逆汤治疗反流性食管炎. 中医杂志, 1992,(2):17-18
- [14] 赵向华,赵茱治疗胃酸反流致咳的经验. 中医杂志,1994,(1): 20-21
- [15] 徐景藩. 对食管功能性疾病的证治体会. 中医杂志,1981,(6): 55-56

急性胃炎

【概述】

急性胃炎是一种胃粘膜急性的可逆性病变。病程一般较短,胃镜观察可见到粘膜充血水肿、粘液增多,表面有灰黄色渗出物等,少数可见到粘膜大面积糜烂,浅表溃疡和出血。急性胃炎的临床表现常因病因不同而很不一致,多有中上腹部不适、疼痛,甚至剧烈上腹绞痛,食欲减退、恶心、呕吐等,伴有急性水样腹泻,严重者可有发热、脱水、酸中毒、休克等中毒症状。

急性胃炎按照证候学属于中医的“胃脘痛”、“呕吐”等病证。其病因病机中医认为主要是寒邪犯胃、饮食伤胃、情志不畅和体虚久病而致胃气郁滞,不通则痛。胃脘痛的基本病位在胃,但与肝、脾的关系极为密切,正如《医学正传·胃脘痛》:“胃脘当心而痛,……未有不由清痰食积郁于中,七情九气触于内所致焉。”和《医学正传·胃脘痛》所言:“木气被郁,发则太过,故民病有土败木贼之候”。

【名医经验】

1. 印会河诊治经验

印氏治疗胃脘痛,制定出新的根据主症分型的辨证施治

方法,效果颇佳。

(1)酸多、便干型:本型临床最为常见。症见呕吐酸水,心烦嘈杂,不喜甜食,食甘则吐酸加重,大便偏干或数日一解。胃脘胀闷,有时疼痛,舌苔薄黄或黄厚,舌质红,脉弦细或滑。前人有“肝经郁火吐酸”之说,指出吐酸之症多由肝火内郁所致;大便干艰,则多因肝胆气逆,腑气不降之故。方选大柴胡汤加减:柴胡 10g,半夏 10g,陈皮 10g,黄芩 12g,竹茹 12g,芍药 20g,大黄 6g,生姜 6g,煅瓦楞子 30~60g。若舌苔厚者,加薄荷 3g;吐酸多者,加川连粉(冲)3g,吴茱萸 3g;纳少者,加龙胆草 2g。本方健胃制酸,通腑降逆,疗效甚好。其中薄荷一味,辛散芳香,能化积滞,对舌苔厚腻者有较好疗效。

(2)纳少型:本型特点为纳食少而不知饥,勉强进食则脘腹胀满、疼痛,且多见胸闷不舒,嗳气,恶心,脉弦细,舌少苔。方选小柴胡汤加减:柴胡 10g,半夏 10g,黄芩 12g,竹茹 12g,生姜 6g,龙胆草 2g,大黄 1g。若胃脘胀满甚者加陈皮 10g。本方健胃舒肝,增进食欲。其中龙胆草、大黄为常用“对药”,取其小量苦寒健胃,以增强食欲。

(3)压痛型:本型特点是胃脘痛,压之加重,有时兼见恶心或大便干燥,脉多弦象,舌苔腻。方选柴陷汤加减。柴胡 10g,半夏 10g,陈皮 10g,黄芩 12g,竹茹 12g,生姜 6g,全瓜蒌 30g,川连粉 3g(冲)。若纳食少者,加龙胆草 2g,大黄 1g;舌苔腻者,加苏叶 10g,藿香 10g。本方为小柴胡汤与小陷胸汤合方,具有舒肝理气,和胃涤痰的作用,对于痰热结聚胃脘,阻滞气机而引发疼痛者,多能奏效。原方中参、草、枣等甘味补品,对胃脘胀满不利,故减去。

(4)嗳气、胀闷型:症见胃脘胀痛,胀闷,胀甚于痛,或不见痛,嗳气频作,得嗳气则胃脘胀闷减轻,稍感舒适,脉多弦

细,舌苔多净。治宜舒肝理气,方选香苏饮加减:生香附 12g,苏叶 10g,陈皮 10g,柴胡 10g,佛手 6g,玫瑰花 3g。胃纳差或呃逆者,加川连粉 3g(冲)。

(5) 痉挛型:本型多见于青少年,疼痛多突然发作而剧烈,拒按,食物冷热对疼痛无影响,或兼见纳少,呃逆,舌质紫暗,脉多弦细或紧,乃胃部痉挛所致。治宜舒挛止痛,方选芍药甘草汤加味:白芍 30g,甘草 12g,木瓜 12g,丹参 12g,当归 5g,延胡索 10g。若腹胀者,加乌药 10g;大便干者,加炒决明子 30g。芍药甘草汤酸甘化阴,补血滋液,养筋脉止痉挛,用治痉挛性疼痛,效果满意。

(6) 食后饱闷,嗜甘型:本型见食后饱闷,甚则胀痛不适,纳少,口干,喜食酸甜之味,脉多细象,舌质偏红。此多由胃酸偏低,消化能力下降之故。方选益胃汤加减:沙参 15g,天花粉 15g,生地 15g,白芍 15g,玉竹 10g,黄精 10g,川贝粉 3g(冲),蜂蜜 30g。以滋养胃阴,调补机体为主。^[1]

2. 魏长春诊治经验

(1) 气化失调是胃病初期的病机关键:胃病初起,气化失司,运化失调,症见胃脘饱闷不舒,偶有短暂胃痛或嗳气、泛酸,食欲不佳,晨起口苦,舌苔薄白,脉平和或稍弦。宜用轻剂宣通,忌用补涩恋邪。常用下列三方治疗。

① 瓜蒌薤白半夏汤合二陈汤:本方具有通阳宣气,和胃降逆的功用。其中瓜蒌按习惯用瓜蒌皮仁,如夹有风寒则加苏叶、防风,夹暑则加香薷、藿香;夹湿则加青木香、佩兰、厚朴。若夹有燥火,则加焦山栀、淡竹茹;若兼气滞,则合平胃散;若兼有胃热,则加蒲公英、胡黄连;若兼有胃寒则加桂枝、吴茱萸;若夹食滞则合保和丸。

② 五花芍草汤:本方系自拟方。方用白扁豆花、厚朴花、

玫瑰花、绿梅花、佛手花、白芍、甘草。主治体虚气郁，肝胃失调证。具有芳香行气，解郁醒胃，缓急止痛的功用。

③加减连朴饮：方由黄连、厚朴、石菖蒲、姜半夏、豆卷、炒山栀、天仙藤、陈皮组成，主治湿热中阻，升降功能失常。

(2)胃病失治日久，则脾胃功能受损：胃病初起失治，病情加重，或病愈后复发，功能受损，升降失司，运化无力，气血阻滞，其病情较气化失调为重，症见胃脘定时疼痛，痛引及背，经常发作，或得食稍安，或食后胀痛尤甚，食欲不佳，噎气泛酸，吞腐频作，夜寐欠安，脉沉弦，舌苔薄白。若胃中有热，则自觉胃灼热，大便干结，心烦咽干口苦，舌红苔黄，脉弦数。若胃气下陷则兼有气短懒言，食后腹胀，心下痞满，大便溏薄，舌淡胖嫩，舌苔白滑或微黄，脉缓无力，治宜标本兼治，疏补并进。其中气滞宜疏肝理气，温胃止痛；燥热宜清胃润燥，和中止痛；气陷宜补中益气，升清降浊。常用处方有：

①丹参良附小金瓜散：本方的药物组成为：丹参、檀香、砂仁、高良姜、香附、小青皮、瓜蒌仁皮、鸡内金、乌药、姜半夏。具有疏肝理气、温胃止痛、消食的功效，适用于脾胃脘痛之属气滞者。若腹胀者加厚朴、地鳖虫；便秘者加火麻仁；若阳虚体寒可加半硫丸；若脘痛阵发成痉挛状加九香虫、八月札；若脘痛甚剧加金铃子、玄胡索；个别泛酸多者，可酌加海螵蛸、浙贝母；若气滞血瘀而有间断小量出血者，可加蒲黄、五灵脂、侧柏炭、山茶花、玫瑰花，以消瘀止痛。

②加减乌梅安胃丸：本方由乌梅、桂枝、川椒、干姜、川连、木瓜、生白芍、陈皮、炙甘草、吴茱萸、生麦芽组成，为酸苦甘辛合用，刚柔寒温协调之平治之剂，具有理肝和胃敛酸降逆的功效。适用于脾胃功能受损的患者。

③蒲乳清胃汤：本方由蒲公英、羊乳参、无花果、白芍、玄参、炙甘草、生地、陈皮、竹茹、黄芩组成，具有清胃润燥止痛

的功用。适用于燥热者。燥热兼便秘者可加大黄或更衣丸；兼肝郁化热，口苦烦躁者加丹皮、决明子、钩藤，或胡黄连、胆草。

④乌梅安胃丸合良附丸蜜煎：本方即乌梅安胃丸30g，良附丸15g，捣碎加白蜜60g，用滚开水泡后热服，具有良好的止痛作用，适用于气滞胃脘剧痛不止者，亦可用于蛔厥。^[2]

3. 劳绍贤诊治经验

(1)调达气机，唯通是务：劳氏认为胃脘痛的发生，与气机通降失常有关，治宜疏理气机，调达气机。胃脘痛的关键，应究其病机而通达之。疏肝、降逆、滋阴、补虚等皆为通达之法。

①肝胃不和之胃脘痛，疏肝和胃以为通

临床症见胃脘胀痛，痛窜两胁，暖气痛减，气怒痛甚，嘈杂吞酸，排便不畅，善叹息，舌淡红苔白，脉弦。方用四逆散加用延胡索、郁金、木香。劳氏认为四逆散其方实含两小方，枳实芍药汤及芍药甘草汤，组方精妙，其性缓而不峻，刚柔相济，不仅适用于伤寒病证，更宜于肝失条达，木郁气滞、累及脾胃所致肝脾失调、肝胃不和及脾胃气机逆乱、肝胃郁热、胃气上逆等一系列肝胆脾胃病变。若胃脘腹痛兼有便秘者，则可加大白芍用量；若肝郁则加夏枯草、木贼；若胀痛明显，大便重用木香宽中理气，痛甚或久痛不止，加甘松、两面针；伴有胃阴不足者，去木香，因其性燥热易伤胃阴，常选用石斛、知母、百合等，滋润以助通降之用。

②湿热内阻之胃脘痛，清利湿热以为通

脾为脏属阴，性喜燥而恶湿，其化湿而职司运化，故脾病则运化失司，蕴而生湿；胃为腑属阳，性润而燥，职司受纳，故胃病则通降不行，郁热内盛，阻滞中焦气机而为胃脘痛。

依据现代医学理论分析,劳氏认为:湿热内盛之胃脘痛,临床常用藿朴夏苓汤加减。对于湿热中阻之胃脘痛,除化湿、祛湿、利湿之法外,尤重以理气为法。因湿为阴邪,其性重浊粘滞,易伤阳气,阻滞气机运行,湿郁可以化热,而湿热形成,亦与胃腑失于通降有关。气机通达则湿热可祛,胃腑可复通降之职,故必当以理气为首务。若邪热偏盛,可加用蒲公英、黄芩、白花蛇舌草;湿盛者,可以加用草果皮、佩兰。就草果而言,临床常以草果实入药,但劳氏常用其皮,免其果实之温燥,因燥甚则化火,其化湿之力不弱于其实。对于痛甚明显者,加用延胡索、佛手。

③胃虚损致胃脘痛者,补虚安中以为通

饮食不节、劳倦过度,或诸邪犯胃,久病不愈,损伤脾胃,脾失健运,胃失通降,而致胃脘痛。常用香砂六君子汤或四君子汤加广木香、延胡、佛手、郁金。劳氏用药,从不拘泥于补法,尤强调“补中兼疏”,反对一味滋补而致脾胃呆滞。因为胃气一虚,气机不运,饮食不消,故而虚中必夹实滞,当其时,若一味壅补,实滞越甚,虚则越虚,病无愈期矣。劳氏认为四君子汤方实非纯补之剂,方中以党参补益脾气,是为纯补,而白术则是以祛湿达脾之用,先贤有以土炒加强其燥湿之功者,可以效法。茯苓亦非纯补之品,而是渗湿而健脾,使湿祛而脾运自健,是为补也。纵观全方,补而兼泄,故为众医家尊为补脾之祖方。脾胃阴虚之胃脘痛者,滋阴和胃以助通降,脾胃同居中州,但体用各异,“太阴阳土,得阳始运,阳明阴土,得阴自安,以脾宜升则健,胃宜降则和”(《临证指南医案》)。劳氏用滋阴法,多选用太子参、石斛、沙参、白芍等。不仅于此,还强调滋阴之味,即使是甘凉濡润之药,每有碍胃之嫌,且治病疗疾,岂可待其通降,而当以行气之味以助其通降,是为良策,故用佛手、甘松以理气解郁。阴虚日久,可用

丹参、赤芍、郁金活血化瘀，以助阴液之来复。

(2)洞察病理，病证并重：辨证与辨病相结合治疗胃脘痛，是劳氏治疗胃脘痛的重要特色之一。在中医辨证的基础上，结合对具体疾病病理的深入研究，有的放矢，辨证用药结合辨病用药，二者相得益彰。劳氏常指出：辨证施治是中医学的特色，但是辨证应紧密与现代医学理论尤其是疾病的病理生理等认识紧密结合，而不能死守辨证施治的教条，一成不变，那样既不符合辨证施治的实质，也不符合中医科学发展的精神。

(3)安和五脏，曲径通幽：脾胃与五脏六腑紧密关联，其为后天之本，五脏六腑皆禀气于胃，故而五脏之病可治从脾胃，明·张景岳提出了“安五脏以治脾胃”的观点，劳氏对此尤为推崇，大加推广，用之临床，获效甚捷。如胃脘痛伴见便秘之患者，常佐杏仁一味，宣肺气以和胃通大肠，盖肺主一身之气，司肃降之职，开肺可通肠腑，气机得以通达，可协助胃气复其通降之职。湿浊内阻之胃脘痛，亦常以杏仁开肺利水助化中焦之湿浊，因肺为水之上源也。肝胃不和亦是胃脘痛的常见原因，肝为起病之源，胃为传病之所，或因木不疏土，或木横克土，或土虚木贼，皆可致胃脘痛之患，其治或疏肝或泄肝或清肝，达到治肝以治胃的目的。常用木贼、夏枯草以清肝，用青皮以泄肝，用郁金、佛手、木香以疏肝，其效甚捷。

(4)审因论治，药中肯綮：劳氏认为：临床治病，须深明究理，探明起病因由，由是而辨证施治，药中肯綮，方可效如鼓。若不明病因，猛浪造次，鲜有获效者。现代胃病之病因，虽然仍可以以饮食不节、情志不遂、内伤劳倦来概括，但内涵已不同，饮食不节主要为膏粱厚味过重、过于油腻，或烟、酒、茶、冷冻饮料等为饥饱无时之患；在快节奏的现代社会中，情志

因素在脾胃病中影响越来越大,内伤劳倦方面是快节奏的社会生活所致的生理劳累,同时更为主要的是复杂的社会生活关系所致心理劳累,因此,明确病因,有的放矢方可药中肯綮,这一点非常重要。^[3]

4. 李乾构诊治经验

(1)舒肝和胃法:主要适用于胃病的肝胃不和证或肝气犯胃证或肝胃气滞证或气滞证。主症:胃部胀痛。次症:①痛窜胁背;②气怒痛重;③恼怒诱发;④嗳气频作;⑤矢气症轻(或嗳气症轻);⑥胸脘堵闷;⑦排便不畅;⑧苔白脉弦。诊断:凡具备以上主症和二项次症者即可诊断为肝胃不和证。辨证:郁怒伤肝,横逆犯胃。治法:舒肝和胃,理气止痛。方药:舒肝和胃汤。醋柴胡 10g、炒白术 15g、江枳壳 10g、广郁金 10g、延胡索 10g、炒川楝 5g、生甘草 5g、沉香粉 2g(冲服)。

(2)散寒温胃法:主要适用于胃病寒邪客胃证或寒凝气滞证。主症:胃凉暴痛。次症:①剧痛难忍;②遇寒痛重;③得热痛轻;④口淡纳差;⑤喜热饮食;⑥呕吐清水;⑦舌淡苔白;⑧脉象弦紧。诊断:凡具备以上主症和两项次症者即可诊断为寒邪客胃证。辨证:寒邪客胃,胃气凝滞。治法:散寒温胃,理气止痛。方药:散寒温胃汤。制香附 10g、高良姜 6g、炒白术 15g、鲜生姜 10g、紫苏叶 10g、延胡索 10g、广藿梗 10g、炙甘草 5g。

(3)泻热清胃法:主要适用于胃病火郁证或热邪阻滞证或火热炽盛证。主症:胃灼热痛。次症:①痛势急迫;②口苦口臭;③口舌生疮;④喜冷饮食;⑤大便干燥;⑥小便灼热;⑦舌红苔黄;⑧脉象弦数。诊断:凡具备主症和两项次症者即可诊断为火郁证。辨证:郁火热邪,壅滞胃腑。治

法:泻热清胃,和中止痛。方药:泻热清胃汤。生大黄 10g、川黄连 5g、枯黄芩 10g、炒栀子 10g、粉丹皮 10g、延胡索 10g、炒川楝 5g、广郁金 10g。

(4)健脾补胃法:主要适用于胃病脾胃虚弱证或脾胃气虚证。主症:胃部隐痛。次症:①不思饮食;②餐后饱胀;③大便稀溏;④面色萎黄;⑤气短懒言;⑥疲乏无力;⑦舌淡苔白;⑧脉沉细弱。诊断:凡具备主症和两个次症者即可诊断为胃痛脾胃虚弱证。辨证:久病伤中,脾胃虚弱。治法:健脾补胃,和中止痛。方药:健脾补胃汤。潞党参 10g、炒白术 10g、云茯苓 15g、炙甘草 5g、广陈皮 10g、春砂仁 3g、炙黄芪 15g、焦三仙 30g。

(5)消食泻胃法:主要适用于胃病食积证或伤食证或宿食停滞证。主症:伤食胃痛。次症:①胃部饱胀;②厌食拒按;③噎腐酸臭;④恶心呕吐;⑤吐后症轻;⑥大便不爽;⑦苔垢厚腻;⑧脉象弦滑。诊断:凡具备主症和两项次症者即可诊断为伤食证。辨证:暴饮暴食,食积胃腑。治法:消食泻胃,和中止痛。方药:消食泻胃汤。生大黄 10g、江枳实 10g、生白术 10g、鸡内金 10g、莱菔子 20g、焦三仙 45g、半夏曲 10g、川黄连 5g。

(6)温中暖胃法:主要适用于胃病虚寒证或中阳不振证或阳虚证或脾胃虚寒证。主症:胃凉隐痛。次症:①胃喜按暖;②脘腹胀满;③稍食痛轻;④畏寒肢冷;⑤口淡吐水;⑥舌淡体胖;⑦食欲不振;⑧脉沉细弱。诊断:凡具备主症和两项次症者即可诊断为虚寒证。辨证:脾胃阳虚,中寒内生。治法:温中暖胃,振阳止痛。方药:温中暖胃汤。炙黄芪 15g、嫩桂枝 10g、炒白芍 15g、制香附 10g、高良姜 6g、炮干姜 6g、广草拨 10g、炙甘草 5g。

(7)滋阴润胃法:主要适用于胃病阴虚证或胃阴不足证。

主症:胃灼隐痛。次症:①纳少便干;②嘈杂干呕;③口干舌燥;④手足心热;⑤心烦易怒;⑥舌红无苔;⑦舌裂少津;⑧脉象细数。诊断:凡具备主症和两项次症者即可诊断为胃病阴虚证。辨证:热灼阴津,胃阴不足。治法:滋阴润胃,和中止痛。方药:滋阴润胃汤。北沙参 20g、麦门冬 15g、鲜生地 30g、肥玉竹 20g、生知柏各 10g、生白芍 15g、生山栀 15g、生甘草 10g。

(8)化瘀通胃法:主要适用于胃病瘀血证或瘀血阻络证或气滞血瘀证。主症:胃刺割痛。次症:①痛处固定;②剧痛拒按;③胃痛夜甚;④疼痛持久;⑤呕血黑便;⑥舌系带紫暗;⑦舌质暗红;⑧脉象弦涩。诊断:凡具备主症和两项次症者即可诊断为瘀血证。辨证:瘀血停胃,气机闭阻。治法:化瘀通胃,活血止痛。方药:化瘀通胃汤。紫丹参 20g、生蒲黄 10g、五灵脂 10g、檀香木 10g、酒大黄 10g、延胡索 10g、刺猬皮 10g、九香虫 3g。

(9)清化活胃法:主要适用于胃病湿热中阻或湿浊壅胃证。主症:胃痞闷痛。次症:①饮食呆滞;②胸腹痞满;③口苦口粘;④头身重着;⑤肛门灼热;⑥大便粘滞;⑦苔黄厚腻;⑧脉象濡数。诊断:凡具备主症和两项次症者即可诊断为湿热中阻证。辨证:湿热中阻,气机阻滞。治法:清化湿热,活胃止痛。方药:清化湿热汤。川黄连 6g、川厚朴 10g、清半夏 10g、茵陈蒿 10g、香苏梗 10g、六一散 15g、制大黄 5g、瓜蒌皮 10g。

(10)芳化胃浊法:主要适用于胃病痰浊积胃或痰饮凝胃证。主症:胃痛涌涎。次症:①胃部痞闷;②胃漉声声;③胸闷腹胀;④口粘纳呆;⑤身体困倦;⑥咳嗽痰多;⑦苔白厚腻;⑧脉滑或濡。诊断:凡具备主症和两项次症者即可诊断为痰饮凝胃证。辨证:脾虚失运,湿化痰浊。治法:

芳化胃浊，调饮止痛。方药：芳化胃浊汤。藿香叶 10g、佩兰叶 10g、制苍术 10g、广陈皮 10g、法半夏 10g、云茯苓 20g、川厚朴 10g、六一散 15g、嫩桂枝 5g。

(11)通降胃气法：主要适用于胃病腑实不通或胃气上逆证。主症：胃痛便秘；次症：①不思饮食；②恶心呕吐；③脘腹胀满；④暖气呃逆；⑤口干口苦；⑥烦躁易怒；⑦舌苔黄厚；⑧脉象滑数。诊断：凡具备主症和两项次症者即可诊断为腑实不通证。辨证：腑实不通，胃气上逆。治法：通降胃腑，顺气和中。方药：通降胃气汤。生大黄 10g、江枳实 10g、川厚朴 10g、旋覆花 10g、代赭石 10g、元明粉 10g、清半夏 10g、沉香粉 2g。

(12)升降调胃法：主要适用于胃病寒热错杂证。主症：胃痛嘈杂。次症：①胃脘胀满；②恶心呕吐；③胃凉口苦；④烧心反酸；⑤便秘腹胀；⑥喜热饮食；⑦舌淡苔黄；⑧脉沉迟弦。诊断：凡具备主症和两项次症者即可诊断为寒热错杂证。辨证：寒热相兼，错杂为患。治法：辛开苦降，调胃止痛。方药：升降调胃汤。太子参 15g、姜半夏 10g、炮干姜 5g、吴茱萸 3g、川黄连 5g、制大黄 5g、枯黄芩 10g、乌贼骨 15g。

(13)补中益胃法：主要适用于胃病中气下陷证。主症：胃部坠痛。次症：①纳少不香；②餐后坠重；③脘腹胀满；④倦怠自汗；⑤少气懒言；⑥面色㿠白；⑦身体消瘦；⑧舌淡脉弱。诊断：凡具备主症和两项次症者即可诊断为胃病中气下陷证。辨证：脾胃气虚，中气下陷。治法：补中益气，益胃举陷。方药：补中益胃汤。炙黄芪 30g、潞党参 15g、于白术 10g、炙甘草 5g、江枳壳 15g、广陈皮 10g、北柴胡 5g、炙升麻 5g^[4]

5. 董德懋诊治经验

气病即气机逆乱,在脾胃病每多。从治疗方面,气壅阻滞行之,气弱虚衰则补之,气逆于上则降之,气陷于下则升之。如脾胃气滞可见脘腹痞满疼痛,食欲不振,呕吐恶心,噎气吞酸,舌苔薄,脉弦等症状,可用行气之法。行气法不仅能止痛、除胀、运脾、和胃,还有解郁、化痰、祛湿作用,其部分方药尚有解表、平喘、舒肝、活血等作用。临床常用的行气方剂,主要是加味乌药汤。方载《济阴纲目》,原用治肝郁气滞之痛经。肝为将军之官,性喜升发疏泄。情志不遂则肝郁,木郁则土壅,故疏肝理气亦可用治脾胃气滞病。加味乌药汤药味平和,行气止痛之功较佳。香附苦性平,入肝胃二经,为气中血药,而善疏肝解郁;乌药辛温香窜,上入脾肺,下入肝肾,用治胸腹诸痛颇宜;木香辛苦温,行气宽中,为上中下三焦气分要药;砂仁辛温,化湿行气,醒脾开胃。四药相须为用,同中有异,行气止痛,运脾和胃作用更臻完善。气滞则血瘀,方中延胡索活血止痛,故有“心痛欲死,速觅玄胡”之称。甘草和百药,又能缓急。故常以本方化裁出入治脾胃气滞诸证。又用丹溪越鞠丸。脾胃居中焦,为全身气机升降出入之枢纽。如脾胃气滞,当升不升,当降不降,郁滞于中,长此以往,则成气、血、湿、痰、火、食六郁之病,而以气郁当先。故治郁首当行气,越鞠丸以香附为君,行气活血,疏肝理脾,贴切病机。它如川芎活血,山栀清火,苍术化痰湿,神曲消积食。气行则血行,气行则痰湿火食之郁俱解。如合二陈汤,去神曲,加砂仁,即《医学入门》六郁汤,用治气滞而有痰湿者。古人说得好:“气结则生痰,痰盛则气愈结”,因此行气可以化痰,化痰更须行气,本方即寓此义。

临床上脾胃气滞还常兼气逆病症,故常并用行气、降气

二法,以《温病条辨》香附旋覆花汤加减,其中香附行气解郁,旋覆花降气化痰,二陈汤和胃降逆,苏子降气理肺,薏苡仁健脾化湿,以脾胃为中心,兼及肺肝,可谓独具匠心。原书用以治胁下支饮,移治呕吐,呃逆,腹胀,凡气滞不畅,痰湿上逆者,投之颇效。其证候特点,发作每与情志因素有关,静则病重,活动减轻,用补益或活血无效,脉弦滑,舌苔薄腻,如以苏叶、苏梗代苏子,行气宽胸更佳,如合半夏厚朴汤可治梅核气。

脾为阴土,喜温恶寒,喜燥恶湿。行气药大都辛香温燥,易耗气伤阴,故不可久用。特别对气虚或阴虚患者,常须谨慎,即用亦当合补气或养阴药物。

行气法还需根据病情,配合其他方法应用。如湿热内蕴则清热利湿,寒湿中阻则温中化湿,食积停滞则消导化食,肝气郁结则疏肝解郁,血脉瘀阻则活血化瘀。还可用花类药,如厚朴花、代代花、玫瑰花、绿萼梅;子类药,如川楝子、娑罗子;梗类药,如苏梗、藿香梗;叶类药,如枇杷叶,取其香气,缓其燥性,尤宜于虚弱患者。行气还常与活血药配合。气主煦之,血主濡之。气病单用行气药无效时,每佐活血药,如当归、川芎、延胡索、泽兰、茜草等,酌用一二味即可,剂量不宜过大,以免喧宾夺主。气有余便是火。辛温药只能行气开郁,豁痰消积,如气滞兼见火热病证,常须配以苦寒清热,如山栀子、黄连、黄芩等,相得益彰,效果更好。行气药在取得一定疗效后,宜中病即止。所谓治气之法,惟在适中。气积于中,固宜疏顺。如疏导过剂,则又反耗元气,致生下虚中满之证。因此行气药不可过用、久用。临床上行气得效后,常以六君子汤、归脾汤善后调理。归脾汤养血可以柔肝,以免肝气之横逆;六君子汤补气可以健脾,以御肝木之克伐。以行气开始,补益善后,亦可谓法外之法。^[1]

6. 戚景如诊治经验

胃脘疼痛之病因,在于胃气郁滞,升降失常,而胃气郁滞可由肝郁、血瘀、寒凝、湿阻、气虚、阴亏等引起,故治法首在审因,不可拘泥一方。

(1) 治痛之要,理气为主:胃为传化之腑,只有通降不息,才能奏纳食传导之功,若邪气盘踞于中,气机升降失常,胃气阻滞,不通则痛。单纯的胃气阻滞,症见胃痛且胀,胀甚于痛,欲嗳气而不得,治常用白豆蔻2粒嚼服,其痛每能于得嗳气后缓解。此外,肝胃气滞疼痛较为多见,症见胃痛且胀,攻痛连胁,噎腐,治宜疏肝和胃,常选用四逆散、五磨饮,或《张氏医通》沉香降气散化裁。常用药物:柴胡5g、枳实10g、木香5g、白芍10g、甘草3g、郁金10g、沉香5g。

(2) 肝郁日久,当取阳明:肝郁犯胃,克伐日久,胃气必虚,若投以疏肝之剂不应,则当以补中为主。此类患者既有胃脘胀痛,牵及两胁,每因情志忧郁加剧等肝胃郁结之象,又有胀痛日久不愈,喜按,食少,神疲乏力等中虚之证。故古人有“治肝不应,当取阳明”之说,常用六君子汤合当归芍药甘草汤以补中抑木,每能见效。常用药物:党参10g、白术10g、当归10g、茯苓10g、白芍10g、木香5g、砂仁3g、甘草3g、陈皮10g。

(3) 寒湿壅遏,温散当先:寒湿内侵,或过食生冷,阳受湿困,皆令胃气不展,气血郁结而致疼痛。症见疼痛较剧,喜暖畏寒,得温则舒等。湿胜者,用平胃散加肉桂以鼓阳,消除阴翳,常用药物:苍术10g、厚朴5g、陈皮10g、肉桂3g、甘草3g。寒邪明显者,则以上好肉桂、沉香等份为末,每次6g,开水送服,1日2次,效如鼓。如疼痛剧烈,痛势彻背,可加《金匱要略》附子散以缓急止痛。

(4)久痛入络,治以祛瘀:胃为多气多血之腑,初病在气,久病入血,血瘀于胃,则疼痛固定,痛如针刺,间或吐血、便血,舌质紫暗。当以活血化瘀为法,常选用丹参饮加减,常用药物:丹参 10g、檀香 3g、砂仁 3g、元胡 10g、郁金 10g。若兼有寒热之邪,或气虚者,当随证配伍。

(5)不荣而痛,通补相兼:脾胃虚弱,气机升降失调,郁滞自生,虚而有滞,不荣则痛。症见胃痛隐隐,善食喜按,劳则更甚,仿小建中汤、理中汤,用桂枝、干姜等品辛散之理中,通补相兼。痛久不愈,或过食辛燥,耗气损阳,致胃气虚弱或脾胃虚寒者,可用四君子汤、小建中汤化裁,每加辛温的陈皮、甘松、木香,甚则用附子等温通佐之。常用药物:桂枝 5g、白芍 15g、甘草 5g、太子参 10g、白术 10g、木香 5g、甘松 10g。

(6)液涸气滞,酸甘为法:胃为水谷之海,必得阳气温煦,阴血滋濡,方能磨化水谷。若胃阴匮乏,津液干涸,则胃气滞涩,升降不利,亦可致痛。其症为胃脘烧灼隐痛,心下嘈杂,嗳气泛恶,口渴欲饮,纳少,便干。《临证指南》谓:“阳明燥土,得阴自安”,故习用大剂芍药甘草汤主方,取其酸甘化阴,缓急止痛,并佐以生津、理气之品,循序调理,多有效应。常用药物:白芍 20g、甘草 5g、沙参 10g、麦冬 10g、川楝子 5g、乌梅 5g。^[2]

7. 马翼诊治经验

气滞胃痛:证见胃脘部胀满作痛,其痛窜走无定处,频发嗳气,或呃逆不休,心烦易怒,屡欲太息,情志不舒则胀痛增剧,食少口干,舌赤苔白,脉象沉弦而滑。治宜疏肝和胃,理气止痛。方药:香陈理气汤(自拟方)。香附 15g,陈皮 20g,柴胡 15g,紫苏 15g,枳壳 10g,麦芽 20g,木香 4g,薄荷 8g。频发噯气者,加旋覆花、藿香、青皮;吐酸水者,加黄连、吴茱

莢、煨瓦楞；气实上逆者，加焦槟榔、莱菔子；呃逆不休者，加旋覆花、代赭石；两胁胀满者，加青皮、郁金；兼有腹部膨满者，加川厚朴、大腹皮。

血瘀胃痛：症见胃脘痛有定处，状若锥刺而畏按，每因食硬物而诱发剧痛；或吐出食物，混杂瘀血，状若胶漆，粪便中亦或混入败血，大便滑而易出；如用辛烈或过于冷热食物，亦可导致刺痛发作；舌质多紫黯，或见瘀血斑点，口干欲漱水，但不欲咽下，脉沉涩，或细弦。治宜活血散瘀，理气止痛。方药：参芪散瘀汤（自拟方）。丹参 20g，红花 15g，莪术 15g，没药 15g，香附 20g，炙草 7.5g，玄胡索 15g，紫檀香 10g。若吐食物夹杂瘀血者，加侧柏叶、大蓟、藕节；思水不欲咽者，加生地、玄参、牡丹皮；便若胶漆者，合《小品》生地黄汤，加炒槐花、炒地榆；大吐下鲜血者，当急凉血泻火，宜酌用《金匱要略》泻心与犀角地黄汤之合方，或加山梔子、水牛角生磨汁，其效尤著。（注：紫檀者应捣碎，后人轻煎。《小品》地黄汤方：鲜生地黄、侧柏叶、阿胶、黄芩、甘草。）

寒凝胃痛：症见腹部自觉冷感，拘急掣痛，甚则隆起如拳状，得温则痛减，常欲以掌抚按之，避寒就温，肢端多清冷，溲清长，舌淡无苔，泛吐清水，脉沉微，或沉紧。治宜温中散寒，缓急止痛。丁香 15g，砂仁 10g，陈皮 15g，紫苏 15g，炮姜 15g，肉桂 15g，乌药 15g，炙甘草 10g。若脘腹痛隆起如拳，加玄胡索、吴茱萸；肢端清冷者，加制附子、人参等；泛吐清水者，加吴茱萸、白蔻、生姜。

火郁胃痛：自觉胃脘发热，甚则如烧如灼，吞酸呕苦，或消谷善饥，食饮辛辣及热物则痛增剧，心烦口渴，喜饮冷物，大便燥涩，溲短色赤；舌质绛赤，苔黄燥，或龟裂，脉沉滑或洪大有力。治宜清泻胃火，和中止痛。方药：清胃汤（自拟方）。山梔子 15g，黄芩 15g，大黄 10g，连翘 15g，竹茹 10g，

青皮 15g,川楝子 15g,炒麦芽 20g。若消谷善饥,加生石膏、黄连;心烦口渴者,加石膏、知母、天冬;吞酸者,加胡连、煅瓦楞子;心烦少寐者,加酸枣仁、知母;大便干结者,加玄参、芒硝(单包,分次冲服)。

伤食胃病:症见胃中嘈杂胀痛,泛恶善呕,噎有暖气,恶闻食臭,口中呼出臭气,舌苔厚腻腐秽,舌尖多红,脉滑大,或洪大。治宜消食导滞,理气和胃。方药:曲蘖消食汤(自拟方)。神曲 15g,炒麦芽 20g,枳壳 15g,陈皮 15g,紫苏 15g,藿香 15g,生姜 10g,厚朴 15g。如脘中胀满甚者,加莱菔子、焦槟榔;呕甚不能纳食者,加砂仁、清半夏、竹茹;吞酸者,合左金丸;噎有暖气者,加焦山楂、莱菔子、薄荷;呼气腐臭者,加佩兰、白檀香;脘部痞硬,气上冲咽不止者,宜因势利导,先以烧盐作浓汤,饮后探吐之,再饮温水使吐,待病情稍稍稳定,然后频频少与汤剂。病势重者,须暂停饮食以清茶、果汁之属,待胃气渐复,再与糜粥。

停饮胃痛:症见胃脘压重作痛。以手揉之,漉漉作水鸣音,如按水囊然。恶水不欲饮,强饮入则复吐出,体重倦怠,舌淡口润,脉徐缓濡。治宜温中益脾,和胃化饮。方药:苓术化饮汤。茯苓 20g,白术 15g,陈皮 15g,人参 15g,桂枝 15g,生姜 10g,清半夏 15g,炙甘草 10g。如胃脘揉按有水鸣音者,加苍术、干姜、细辛;呕吐清水者,加炮姜、白蔻仁;强饮水则吐者,加砂仁、川厚朴;小便不利者,加猪苓、泽泻、车前子;头目晕眩欲仆者,加干姜、细辛;手足逆冷者,加制附子、干姜、生黄芪。

中虚胃痛:症见胃痛隐隐,痛时多在空腹,得食或温则痛减,喜暖畏冷,食少身倦,或脘腹虚满,或便溏,舌质淡,苔薄白,脉沉微。此证时轻时重,可数年不愈,每因气恼、过劳、受累、食伤等因素反复发作,而出现中土运化无力的食滞等症

状。治宜补中益脾,和胃止痛。方药:和胃益脾汤(自拟方)。人参 15g,白术 15g,陈皮 15g,砂仁 10g,麦芽 20g,炙草 10g,大枣 10 枚。若脘腹虚满者,加厚朴、紫苏;大便稀溏者,加苍术、炒山药、炒薏仁;逢怒痛甚者,加乌药、延胡索。

中虚气滞胃痛:症见胃痛隐隐,时而攻胀作痛,脘痛过胁,每因情志因素而痛作,食少乏味,嗳气频繁,神疲肢倦,大便不调,舌淡苔白,脉细弦。治宜补中健脾,理气止痛。方药:调气理脾汤。人参 15g,白术 15g,茯苓 15g,陈皮 15g,麦芽 20g,香附 15g,紫苏 15g,砂仁 10g。若中满者,加神曲、焦楂;中满胀甚连胁者,加枳壳、莱菔子;逢怒加甚者,加合欢花。

津伤胃痛:症见胃痛隐隐,胃中嘈杂似饥,饥不欲食,口燥咽干,口渴唇焦,大便燥涩。舌红少津,脉细小数。治宜滋燥生津,和胃止痛。方药:滋燥养胃汤。炙杷叶 15g,麦门冬 15g,人参 15g,沙参 15g,天花粉 15g,石斛 15g,麦芽 20g,炙甘草 10g。若食后涩滞难下,加苏子、黑芝麻、枳壳;心烦口渴者,加天冬、知母;心烦少寐者,加酸枣仁、柏子仁、合欢皮;大便燥结难下者,加生地、玄参、黑芝麻。

津伤气滞胃痛:症见胃痛隐隐,甚则胀满,胃中嘈杂,嗳气频频,时善太息,口燥咽干,大便燥结。舌红而干,脉细数而弦。治宜滋燥生津,消食理气。方药:滋燥理气汤(自拟方)。炙杷叶 15g,麦门冬 15g,人参 15g,沙参 15g,花粉 15g,石斛 15g,麦芽 20g,枳壳 15g,香附 15g,陈皮 15g。若口燥咽干甚者,加天冬、知母;频发嗳气者,加苏子、旋覆花;中胀满甚者,加莱菔子;腹部膨满者,加川朴;大便燥结者,加黑芝麻、玄参;心烦少寐者,加酸枣仁、柏子仁。^[1]

8. 李振华诊治经验

李氏认为脾有虚证,无实证,而胃多实证,即虚则太阴,实则阳明。脾虚的表现,是气虚甚则阳虚,除胃有阴虚证外,脾无阴虚证。如脾失健运和升清,主要责之于脾的功能虚弱,无论是淡渗健脾利湿,芳香化浊燥湿,益气温中化湿以及大辛大温之药温化燥湿,无不在助脾气或脾阳。由于脾喜燥而恶湿,故脾虚者亦应慎用滋阴助湿的药物。同时提出脾病必涉及到胃,而胃病也必涉及到脾,相互影响,不可单治一方,因而在治胃病时应常加健脾之药。再者在治疗脾胃病时要密切联系肝脏,脾宜健,肝宜疏,胃宜和,其不同者,病理重在于脾,重在于肝,重在于胃,辨证用药,因人而异。

李氏认为脾失健运则生湿,湿阻气机可郁而化热,热为阳邪,这种湿和热、阴和阳实质矛盾的病理交错在一起,祛湿当以温药和之,清热须用寒凉之品,用药稍有不慎,或加重湿邪,或加重热邪,更伤脾胃,使病情加重。治疗上清热宜用苦寒之品,中病即止,避免过用苦寒,损伤脾气;热减宜及时加入健脾利湿之品,以治其本,同时佐以疏肝理气,因气行则湿行,湿祛则热无所存。对于肝肾阴虚并有脾虚气虚之病证,主张先调理脾胃,脾胃健营养足,则津液生化有源,促使肝肾之阴复。但健脾胃之药,宜淡渗平和,不宜过用芳香,以免燥湿伤阴。饮食好转,宜酌加甘淡养阴之品,不宜过用滋腻之品,以免腻胃助湿伤阴。

对于脾胃病的治疗,李氏善于用香砂六君子汤为基础,将历代有关治疗脾胃病的名方化裁运用,如四君子汤、五味异功散等等。在具体用药上,如食少腹胀、纳呆,去党参,加枳壳、川朴、乌药、焦三仙;如腹胀胁痛、肝气郁滞者,加小茴香、乌药、枳壳、香附;如脾胃阳虚、中焦寒甚者,加吴茱萸、

干姜、桂枝甚至附子；如湿阻气机化热者，去党参、砂仁，加白蔻仁、竹茹、佛手、枳壳、乌药、知母、黄连；噎气或呕逆者加丁香、柿蒂，呕逆见肝气郁而化热者，再加代赭石、知母；如口中粘腻加苍术、白蔻仁、佛手；如口苦口干心烦急躁者加郁金、栀子、黄芩；如此灵活运用，有是证用是药，精于辨证，方能奏效。

对于胃阴虚的各种胃病，李氏多以叶天士的养胃汤为基础方加白芍、知母、花粉、陈皮、鸡内金、焦三仙；气滞胀满者加郁金、乌药，慎用芳香理气之品，以免更伤胃阴；疼痛者加延胡索，重用白芍；阴虚火盛者，可酌加丹皮、生地、地骨皮。^[5]

9. 赵国岑诊治经验

赵氏认为湿为伤及脾胃的主要病邪之一，治疗脾胃疾病必须祛湿，祛湿安胃为治胃之首法，治胃先祛湿，湿祛胃自安。通常采用健脾利湿和益胃祛湿方法。其次治胃除了先祛湿以外，还要理气。理者，调理、顺理之意。理气应补应疏应通降，包括健脾益气，疏肝理气，通降腑气三法。再者，治胃还常采用化滞益胃法。滞者，停滞、凝积不通之意，因寒、因热、因气、因血、因饮、因食皆能滞塞于胃而发病。因寒者可见脘腹冷痛、呕吐、腹泻等，“寒者热之”，当以附子理中汤加藿藜、丁香、姜半夏治之。可见脘腹灼痛，甚则出血，伴口苦舌燥，腹胀，便秘等，“热者寒之”，当以清胃散（《兰室秘藏》）加半夏、滑石治之。肝胃郁热而滞者，当以通腑泻热、理气止痛治之，可用柴胡、黄芩、黄连、大黄等。因气者，除中气虚弱外，另有肝气郁滞，横逆克土，可见两胁及脘腹胀痛、胃痛、恶心、泛酸、纳差等，治宜疏肝理气、和胃止痛为法，常用柴胡疏肝散加当归、佛手。因于血者，可见脘腹痞满，胃痛拒

按、纳差、腹胀等,当以活瘀散结,止血止痛治之,用黄芪、柴胡、当归、川芎、乳香、没药、延胡索、三七粉、甘草等。因饮食者,可见脘腹胀满,胃痛拒按,呕恶噎腐,腹痛泄泻,苔腻脉弦紧,当以消导和胃治之,用保和丸(《丹溪心法》)和枳术丸加麦芽、谷芽、木香、砂仁。

胃病与肝脾功能失调有密切关系,临床表现多以虚实夹杂,寒热互见,气滞血瘀共存为特点。治则在通,重在化滞,滞化则通,通在畅顺,顺则胃安。赵氏自拟化滞益胃汤治疗因滞引起的胃病,方药:黄芪、党参、苍术、白术、桂枝、白芍、川芎、煅瓦楞子、黄连、茯苓、炒莱菔子、甘草。

赵氏治疗脾胃病常采用兼治他脏法,认为胃病之发生,一是胃本病,二是他脏影响。首先是脾,脾阳虚弱,脾气不升,运化无权,水湿停留,湿伤脾,脾更虚,胃失和降,使胃病加重。其次是肝,肝气横逆犯胃,肝脾郁热伤胃等,肝胆功能失调诱发胃病者曰肝木克脾土也。再者是心、肺、肾等脏器有病,也可影响到脾胃功能,致使发病。^[6]

10. 李月诊治经验

李氏认为胃脘痛病因繁多,病情复杂,常见虚实夹杂、寒热并见之象,采用分型论治的方法,难将各类型的胃脘痛包括进去,因此提出抓主症,结合伴随症状、舌脉之征辨证,疗效颇佳。

(1)痞满:患者自觉胃脘痞满不适,时时作痛,食后更甚,痞重痛亦甚,痞轻痛亦轻。若食物停于上脘,经日不化,或吸入之气聚于胃部不散,重者可见脘部隆起,按之水声漉漉,此由脾胃气机郁滞所致,治以调理气机为主,多用辛香理气之品,若攻撑作痛,痞胀连及两胁,噎气得缓,脉象弦滑者属肝郁失于疏泄,侮犯脾土所致,药用香附、苏梗、柴胡、佛手、青

皮等条达肝气之品；若遇寒痛甚，虽痞胀而喜温喜按者为寒邪犯于太阴，中焦阳气运行无力之故，治之用温散之品，如丁香、小茴香、良姜、白胡椒、附子、乌药之类；若痞满兼口苦而粘，舌苔白腻，为痰湿停于中焦，宜用芳香辛燥如藿香、佩兰、苍术、半夏、茯苓、陈皮、厚朴、白扁豆、菖蒲之类；若因食积而痞，暖气食臭者，则加三仙、鸡内金、山楂等消导之品。总之，痞痛属气滞作痛，其特点是疼痛与痞满同时出现，不论何因所致，苏梗、枳壳、陈皮、木香等行气宽中之药在所必用。疼痛较甚者，还在气药中加入活血之品，如元胡、五灵脂、乳香、没药、丹参等，常用经验方为半夏厚朴汤。

(2) 暴痛：胃脘卒然而痛，痛如绞割，来势剧烈，辗转呻吟，发无休止，手足厥冷，舌淡脉沉细，此乃脾胃阳气素虚，寒邪直中，凝聚中焦，脉络拘急收引使然。其脉之沉细，因于寒凝脉道，并非阳气虚衰，治宜辛热香燥之品，驱散阴寒，以运阳气，常用自拟胃痛散，将行气、散寒、活血之药聚于一方，此属实证，用药宜防耗散致虚。另有食积也可引起胃暴痛，当有暴饮暴食史可询，且脉弦滑而不沉，可资鉴别。食积者用吐法继以消导即可。

(3) 坠痛：胃脘疼痛不剧而绵绵不休，空腹痛甚，得食痛缓，倾而痛作，且有脘下坠感，站行或劳动则加重，而平卧则痛减轻，并有暖气低弱、胃脘痞满、肠鸣便溏等症，平素气短乏力，懒于行动，形体消瘦，此属脾胃元气亏虚，中阳下陷，脾胃不能升降而滞于中，治当益气升阳，健脾养胃。方用补中益气汤加味。若舌红无苔，为胃阴亦虚，可加木瓜、白芍、石斛、玉竹等养胃阴之药，治疗用药时，补气升阳需防温燥伤阴，行气活血需防耗散元气，益气养阴需防滋腻碍脾。宜参合诸法，轻剂久服，待脾胃元气逐渐恢复则疼痛自除。

(4) 隐痛：胃痛隐隐，时作时止，喜温喜按，得食痛减，或

兼吞酸,或兼泄泻,稍受寒凉则加重,面白肢冷,乏力气短,舌淡苔白,脉沉,证属中焦虚寒,气虚阳亏,阳气无力温煦,气虚不能充盈络脉的不荣则痛,治当温脾养胃,方用黄芪建中汤,重用白芍、甘草,取酸甘化阴,缓急止痛之效,以求气虚双补,泛酸者加乌贼骨、瓦楞子;痛甚加五灵脂、元胡、乌药;虚寒之象明显加补肾阳之肉桂、附子、巴戟天、威灵仙,取助火生土之意。^[7]

11. 李任先诊治经验

(1) 治内伤杂病多重脾胃:李氏认为由于脾胃为后天之本,气血生化之源,若脾胃虚弱,则百病出生,因此在诊治许多内伤杂病中,多从脾胃着手。

(2) 疗脾胃以调肝为先:五脏六腑之中,肝与脾胃的关系最为密切。因为肝为风木之脏,喜条达,主疏泄;脾为至阴之脏,必赖肝之疏泄,始能职司运化水谷以化生气血;肝气疏泄,精气泄于肠胃,以助胃腐熟水谷,传导糟粕之用。若肝失疏泄,木气郁结则脾气不升,胃气不降,壅滞为病;或疏泄太过,横逆而犯,脾胃受戕;或脾胃虚弱,肝木乘之,气乱为病。因此在临床上许多脾胃病证皆由肝之功能失调所致。正如叶天士所言:“肝为起病之源,胃为传病之所。”而情志不舒,肝郁犯胃,或肝郁脾虚,湿热内生,气滞湿阻是临床上脾胃病证的常见类型,所以在健脾和胃时始终不忘调肝行气,并酌加清热除湿之品。

李氏认为脾胃病证中,纯虚纯实者少,虚实、寒热夹杂者多。擅用四君子汤为基本方,根据偏虚偏实、偏寒偏热的不同而灵活加减,如脾虚兼气郁者,加延胡索、佛手、川芎等疏肝解郁兼活血;中焦虚寒、寒湿中阻者,加法半夏、陈皮、砂仁等燥湿健脾,温中行气;脾虚生湿,湿与热聚并搏结于肠

道,导致气滞湿热内阻者,多加火炭母、黄芩、七叶莲等清肠化湿,同时加入香附、郁金、丹参等调肝行气活血,此外还常叮嘱患者注意调畅情志,饮食有节,并要求在进餐后服用汤药,以减轻药物对胃肠道的刺激,利于病情的康复。^[8]

12. 莫燕新诊治经验

(1)辨证以痛为要,兼顾他证:莫氏认为病人因“痛”而来,故辨证以“痛”为要。首先辨痛性,其次辨痛时,第三辨痛位。

(2)结合现代技术,拓展辨证手段:随着B超、内窥镜的运用,血清放免检查的开展,为胃脘痛的辨证诊断提供了可靠的依据,这些检测结果是与四诊结果相关联的。莫氏认为胃镜示胃粘膜红白相间,以白为主多为气虚,若以红为主伴胃液少则辨阴虚;胃镜示胃粘膜充血肿胀,甚则糜烂多为实证,或胃火炽盛,或湿热蕴蒸。

莫氏认为舌诊发展至今已千年,在疾病诊治中的作用,已日益受到重视,并且根据《丹溪心法》“有诸内者形诸外”的观点,认为舌诊与幽门螺旋杆菌感染存在联系。提出舌苔的形成主要是舌上皮细胞不断分裂增殖,分泌迁延和角化的结果,舌粘膜为体内氧化代谢最活跃的場所,细胞代谢障碍容易在舌上反映,幽门螺旋杆菌感染后,损伤胃粘膜,使胃液分泌失调,蠕动减缓引起消化不良,出现湿热积滞之证,而舌的丝状乳头相应角化延伸,分支增厚,杂质增加形成腻苔,两者相互关联。而且通过对105例病人的观察发现,尤以舌苔黄腻者,幽门螺旋杆菌发病率高,且舌苔越黄腻,舌质暗者,幽门螺旋杆菌数量越多。

(3)标本兼顾,用药轻灵:脾胃以膜相连,阴阳两土共司受纳运化之职,所以胃脘痛治疗虽以止痛为先,更应以和中、

畅中、运中为要,标本同治,病因祛而痛自除。选用药物以轻灵为主,理气药不可过苦过寒,常选绿萼梅、金橘叶等,以防伤阴败胃,补气药不可堆积,以防壅滞;活血药以和营为要,选丹参、玄胡等,忌攻伐逐瘀;同时注意对胃粘膜的保护,选用白及、凤凰衣等。对幽门螺旋杆菌感染的胃痛,认为系热壅湿滞,气机失调,胃络瘀阻所致,自拟幽抑灵方清热解毒、理气和胃、活血止痛。方用猴头菇 15g,佛手 5g,川连、参三七各 3g,白花蛇舌草、莱菔子、仙鹤草各 10g。气滞甚加川朴花 10g、金橘叶 12g;热毒重加蒲公英 15g、全瓜蒌 12g。幽门螺旋杆菌感染存在个体差异,除菌株毒力不同,正气强弱是关键。故用猴头菇,其含多糖、多肽物质,可增加胃粘膜屏障功能,减轻幽门螺旋杆菌释放尿素酶等毒性酶和部分菌株产生细胞空泡毒素对胃上皮细胞的损害,与川连配伍,拮抗变态反应和攻击因子,利于炎症消除和幽门螺旋杆菌的杀灭;莱菔子非破气之品,乃化气之药,可顺气开郁消胀除满,改变胃肠动力学;仙鹤草抑菌谱广,与白花蛇舌草共同抑制变异细胞的生长。古人虽有“诸病不可补气”之说,但也不可拘泥,扶正祛邪不失为良之法。^[9]

13. 邵祖燕诊治经验

邵氏认为脾胃的生理功能是脾升胃降,因此脾胃病的病理关键是气机不调,升降失常,治疗核心应以调升降为细,贯穿始终。常用方法有二种:

(1)调胃气以理气通降为主:适用于胃气不降,气机郁滞,腑气失通及胃气上逆等证,具体应用又有不同,如兼肝气郁滞者,则宜疏肝理气通降;食积停滞者,则消食化积通降;湿浊中阻者,则燥湿和胃通降;腑气壅滞者,则泻腑导滞通降;血瘀阻络者,则祛瘀活血通降;郁热者,则清热散

郁通降；寒滞者，则温中散寒通降；阳虚者，温阳益气通降；阴虚者，滋阴益胃通降等等，总以顺应胃之生理特性“宜降”、“以通为用”、“以通为补”为宗旨。

(2)调脾胃以助升清为宜：邵氏治疗脾胃病擅用五磨饮子，疏理气机，双向调节，适用于胃气不降之气滞、气逆证，而且经过适当的配伍与炮制，可用于升降失调及脾气不升之虚实夹杂证。

邵氏认为本方双向调节升降的关键在于枳实、槟榔二味，临床若用于胃失通降之实证，则槟榔、枳实生用，专主降气破滞；若用于脾胃失和、升降失序者，则槟榔宜炒焦用，枳实改为枳壳，以缓和其破气之性，而具消导之功；以平调气机之升降；若用于脾不升清，运化无权，脾气不升之虚实夹杂，或以虚为主者，则槟榔宜炒炭用，旨在消其滞之力，而增其收敛之功，枳壳炒用，更增其和缓升提之性，故本方经适当配伍炮制，可改变药性，适用于脾胃升降失调所致诸症。^[10]

【按语】

急性胃炎一般病情较急，是发展变化快的一种疾病。现代医学对急性胃炎的疗效令人满意，但中医中药具有自己的特色，只要辨证准确，一样可收到立竿见影之效。上述13位医家诊治风格各异，印会河治疗胃脘痛，制订出新的根据主症分型的辨证施治方法，效果颇佳。具体分为六型，一为酸多便干型，方选大柴胡汤加减；二为纳少型，方选小柴胡汤加减；三为压痛型，方选柴陷汤加减；四为噎气、胀闷型，方选香苏饮加减；五为痉挛型，方选芍药甘草汤加减；六为食后饱闷、嗜甘型，方选益胃汤加减。魏长春认为胃病初起多为气化失调，宜用轻剂宣通，忌用补涩恋邪，常用瓜蒌薤白半

夏汤和二陈汤、五花芍草汤、加减连朴饮三方治疗；若脾胃功能受损，治宜标本兼治，疏补并进。其中气滞宜疏肝理气，温胃止痛；燥热宜清胃润燥，和中止痛；气陷宜补中益气，升清降浊。常用处方为丹参良附小金瓜散，加减乌梅安胃丸、蒲乳清胃汤、乌梅安胃丸和良附丸蜜煎等。劳绍贤认为胃脘痛的发生，与气机通降失常有关，治宜疏理气机。调达气机是治疗胃脘痛的关键，应究其病机而通达之。疏肝、降逆、滋阴、补虚等皆为通顺之法；同时指出辨证应与辨病相结合，五脏之病可治从脾胃；并且指出在现代生活中心理劳累亦是胃病之主要病因，应加以重视。李乾构独创十三法治疗胃脘痛。董德懋认为脾胃病多气病即气机逆乱，从治疗方面，气壅阻滞则疏之，气弱虚衰则补之，气逆于上则降之，气陷于下则升之，脾胃气滞还常兼气逆病证，故常并用行气、降气二法。临床上常用的行气方剂是加味乌药汤。戚景如认为胃脘痛之病因在于胃气郁滞，升降失常，而胃气郁滞可由肝郁、血瘀、寒凝、气虚、阴亏等引起，治法首在审因，不可拘泥一方，可采用理气、补中、温散、祛瘀、通补、酸甘之法以治之。马骥将胃脘痛分为七个证型加以施治。李振华认为脾有虚证而无实证，胃多实证，在治疗脾胃病时应紧密联系五脏，脾宜健，肝宜疏，胃宜和。临证善用香砂六君子汤为基础，将历代有关治疗脾胃病的名方化裁而加以运用，对于胃阴虚的各种胃病，多以养胃汤为基础加减治疗。赵国岑提出了治胃四法：祛湿安胃，理气益胃，化滞益胃及兼治它脏法。李月治疗胃脘痛提出抓主症，结合伴随症状及舌脉辨证。临床上分痞痛、暴痛、坠痛、隐痛四个主症进行辨证。李任先治内伤杂病多重脾胃，疗脾胃以调肝为先。莫燕新辨证以痛为要，同时结合现代技术，拓展辨证手段，指出现代化的检测手段应与四诊合参，同时明确提出舌诊与幽门螺旋杆菌感染有

关的新思路,治疗上标本兼顾,用药轻灵。邵祖燕治疗胃脘痛以调升降为纲,贯穿始终。临床上常采用方法有二种:一是调胃气以理气通降为主,二是调脾以助运升清为宜。

(高连印)

参考文献

- [1] 史宇广,等.当代名医临证精华·胃脘痛专辑.北京:中医古籍出版社,1988
- [2] 单书健,等.古今名医临证金鉴·胃痛痞满卷(下).北京:中国中医药出版社,1999
- [3] 卞兆祥,等.劳绍贤教授辨治胃脘痛经验.新中医,1996,(7):10~12
- [4] 李乾构.治胃十五法.北京中医,1994,(1):22~25
- [5] 李振华.浅谈对脾胃病的认识和治疗.河南中医,1998,18(1):9~10
- [6] 赵国岑.治胃四法.河南中医,1998,18(4):95~196
- [7] 李彩霞,李月.辨治胃脘痛经验琐谈.陕西中医,1998,19(11):504~505
- [8] 赵学军.脾胃病专家李任先教授临床经验体会.新中医,1998,30(3):9~10
- [9] 常诚.莫燕新主任医师辨治胃脘痛经验撷英.陕西中医,1999,20(4):174~175
- [10] 丁慧芬.邵祖燕教授调升降治疗脾胃病的思路与方法.新中医,1999,31(4):10~12

慢性胃炎

【概述】

慢性胃炎是胃粘膜上皮遭受各种致病因子的经常反复侵袭,发生持续性慢性炎症性的改变。由于粘膜的再生改造,最后导致固有腺体萎缩,并且可以伴有肠上皮化生及异型增生或称非典型增生的癌前组织学病变,根据胃镜下所见与组织病理学上的发现,慢性胃炎分为:①慢性浅表性胃炎;②慢性萎缩性胃炎;③慢性糜烂性胃炎(胃粘膜糜烂);④慢性肥厚性胃炎(胃粘膜皱襞肥厚)。慢性胃炎在临床上常缺乏特异性症状,甚至在静止期无任何临床表现。一般的常见症状为上腹部不适或疼痛,亦可表现为无规律性的阵发性或持续性上腹疼痛,除疼痛外,可能伴有食欲不振,恶心,腹胀及嗝气。慢性萎缩性胃炎除上述症状外,可伴有疲乏、消瘦、贫血、腹泻、舌炎、指甲脆弱等。

慢性胃炎按证候学属于中医的“胃脘痛”、“痞满”、“纳呆”、“吞酸”、“嘈杂”等病证。其病因病机,中医认为主要是饮食不节和脾胃虚弱,情志所伤和外邪侵袭是发病的重要因素,在这些因素的作用下,最终导致胃气失和,气机不利,胃失濡养而发为胃痛。胃为阳土,喜润恶燥,为五脏六腑之大源,乃多气多血之腑,主受纳水谷,其气以降为顺;脾为阴土,主运化,输布水谷津液,喜燥恶湿,其气以升为顺,脾胃的受纳运化,中焦气机的升降,有赖于肝之疏泄,故胃痛的发生

其关键在胃,肝脾起重要作用。正如《素问·举痛论》曰:“寒气客于肠胃之间,膜原之下,血不得散,小络急引,故痛”和《证治汇补·心痛》曰:“服寒药过多,致脾胃虚弱,胃脘腹作痛”。

【名医经验】

1. 董建华诊治经验

(1)提倡胃热学说:董氏认为现在的胃病患者,多是恣食厚味、饮酒过度,胃气壅滞,郁而生热,再复进寒凉生冷,或外感寒邪,郁闭气机,助热为毒,胃粘膜出现红、肿、热、痛、甚至糜烂、出血等,郁而化热的证型是较为多见的,这与虚寒证显然不同。如果再进温补香燥之品,势必加重病情,久治不愈。为此,董氏适时地提出了胃热学说,凡属热证者,通腑泄热,取效甚捷。其中寒热错杂者,可温清并用:如上热下寒者,用辛开苦降法;湿热蕴结者,用化湿清热法;痰热互结者,用化痰清热法等。临证每以泻心汤、白虎汤、小陷胸汤、左金丸、三仁汤等灵活化裁。董氏认为,脾胃病以寒热错杂最为多见,此时纯用清热,则胃热未除而中寒更甚,一味温补则寒邪未散而胃火愈炽,故寒热互用以和其阴阳,苦辛并用以调其升降。对于胃病热证的表现,董氏认为黄苔是辨证的眼目。

(2)强调通降乃治胃之大法,同时注意疏畅肝气:董氏认为通降乃治胃之大法。胃为水谷之腑,六腑者传化物而不藏,以通为用,以降为顺。降则和、不降则滞、反升则逆,通降是胃的生理特点的集中体现。邪气犯胃,胃失和降,脾亦从而不运,一旦气机壅滞,则水反为湿、谷停为滞,可成气滞、血

瘀、湿阻、食积、痰结、火郁等而为患。因此胃脘痛不论寒热虚实，内有郁滞是共同点。寒则凝而不通，热则壅而失降，伤阳者滞而不运，伤阴者涩而不行。因此在治疗上特别强调一个降字，疏其壅塞，消其郁滞，并承胃腑下降之性推陈出新，导引食浊瘀滞下行。气滞实证，予理气通降法；瘀血胃痛，用化瘀通络法；胃腑实热，用通腑泻热法；胆胃不和，予降胃导滞法；阴虚胃痛，用滋阴通降法；脾胃虚寒，予辛甘通阳法；中气下陷，用升清降浊法；寒热错杂，用辛开苦降法；肝气上逆，用平肝降逆法；寒邪犯胃，用散寒通阳法。凡此种种，虽有温清补泻的不同，都寓有通降的法则。

在董氏的脾胃学术思想中，十分注重疏肝气以调脾胃之气机，疏气令调，脾胃自安。但肝气不条有郁结、横逆之分，辨证则有虚实之不同。因此在临证时或疏肝，或抑肝，或平肝，或柔肝，或清肝，当证权宜而应变。肝郁土壅，胸胁胀满者，用疏肝解郁和胃，方以四逆散加减；肝气横逆犯胃，恶心、呕吐者，用平肝降逆，方以旋覆代赭汤加减；肝阴不足，胃中痞满者，用柔肝和胃，方用一贯煎加减；脾虚木乘，大便溏薄者，用抑肝扶脾，方以痛泻要方加减；肝火犯胃，胃脘灼痛者，用清肝和胃，方以左金丸、金铃子散加减，总以肝气条达，脾胃升降复常为要。

(3)忌壅补，用药以轻灵流畅见长：董氏治疗脾胃病主张轻灵流畅，当升者升，当降者降，最忌呆补、漫补、壅补。胃腑实者，宜消积导滞，专祛其邪，不可误补；胃气虚者，气机不运，虚而挟滞，宜补虚行滞，但不可壅补，虚而补之，补亦有度。食养尽之，是为正法，如久病由气入络，此为气滞血瘀；久病脾虚，湿浊不化，此为脾虚湿困；脾阳已伤，湿热未净，此为正虚邪恋；胃气不充，食滞不化，此为脾虚食积。在治疗上，虽有脾虚，如气滞明显，若一味补之，则气滞更甚；脾

虚挟湿,如过用甘膩,反滋痞满。中气下陷者,也在补中益气汤中加枳壳、香橡皮、佛手、大腹皮之属,使之升中有降;脾虚气滞者,亦先治标,用香附、苏梗、陈皮、香橡皮、佛手、枳壳、大腹皮等行气通降,可反收以通为补之效;脾虚、湿浊不化者,常用藿香、佩兰、半夏、薏米、滑石、通草芳化淡渗,湿去则脾运;脾虚食滞者,则先用鸡内金、枳壳、陈皮、莱菔子、制大黄、谷麦芽、胡黄连、吴茱萸等消导化积,食化则纳自振。^[1]

2. 许鑫梅诊治经验

(1) 辨病辨证结合,创立消胀六法

① 辛开苦降消胀:对表现为脾虚胃热之候者,症见胃脘痞满不适,不知饥,不思食,食后胀痛加重,暖气多,大便干或虽烂而不爽快等,宗《伤寒论》半夏泻心汤法,以辛开苦降,散结除满,选用辛温散寒,甘温补脾之品如半夏、干姜、党参、白术、大枣、炙甘草,辅以黄芩、白花蛇舌草以清泻胃热,并可选火麻仁、郁李仁、大腹皮以行气润肠通降,或以厚朴、枳实、槟榔和降胃肠气机,通畅大便。

② 清肝泄热消胀:用于慢性胃炎,尤其为活动期,炎症明显或有糜烂者,乃肝胃气滞,郁而化热,化火为患。症见胃脘胀痛或灼痛、暖气,口干苦,纳差,便干,烦躁失眠,苔多黄膩,治疗以清肝与泄热两法并用,清肝之郁热,选用左金丸、柴胡、木贼等,通泄胃热常用黄芩、蒲公英、代赭石等。

③ 疏肝利胆消胀:用于胆汁返流性胃炎或胃切除术后残胃炎、吻合口炎。属肝胆疏泄失常影响脾胃功能。症见胃脘胀满不适,泛吐酸苦水,纳差,便秘等。本法选柴胡、山梔子、木贼、蒲公英以清肝胆郁热,并配合利胆消胀之品如木香、郁金、金钱草、大黄、龙胆草等以通降胃气。

④ 补气活血消胀:对于慢性胃炎或兼它病,日久气虚血

行不畅而致血瘀,血瘀停着又加重气滞,致虚实夹杂,病情渐重。治疗时根据患者虚实情况,健脾补气与行气活血并举,以达气行、血畅、胀消效果。常选用四君子汤合丹参饮加减。

⑤养阴益胃生津:多用于慢性萎缩性胃炎或浅表萎缩性胃炎。属肝郁化火灼津,或燥热耗阴,或过用辛温化燥,致胃腑失润,影响其腐熟功能。症见胃脘虚痞不通,或微灼痛不适,不思饮食,口干咽燥,便干,消瘦乏力。常选用益胃汤、沙参麦冬汤加减。对年龄大,病程长,阴亏难复者,可加山楂、乌梅、川木瓜、白芍等酸甘化阴之品。

⑥健脾升清和胃:对部分慢性胃炎见虚象而用健脾补气治疗效果欠佳,许氏认为其原因有二:一是虽有脾虚,但有兼挟,如挟郁、瘀、热、滞等,当按虚实互见辨证治疗;二是脾虚渐重,致中气虚弱,清阳不升,浊阴闭塞于中而生痞证。多见饥饿时胃脘隐痛不适,进食后又饱胀难消,面色苍白或萎黄,神疲气短,大便不干但排出乏力,可选用补中益气汤加减。

许氏在多年经验方的基础上,筛选出黄芩、白花蛇舌草、法半夏、白芍、党参、甘松、砂仁、青黛、甘草等,创制了消胀冲剂以治疗慢性胃炎所致胃脘饱胀或胀痛,经症状观察、胃镜检查、病理检验疗效优于一般辨证组,可作为本类病证的常规用药。

(2) 对不同型的慢性胃炎,治法各异

①糜烂性胃炎治在清肝泄热:许氏认为,糜烂性胃炎以实证、热证为主,系各种原因致肝郁失疏,影响脾胃升降,胃气不畅出现胃痛。肝胃气机不畅,化热化火之证候。治疗重在清肝泻热,可选左金丸、柴胡、木贼以清肝之郁热,以黄芩、黄连、蒲公英以清泄胃热,甚者以川厚朴、枳实、大黄等通腑

泄热。

②浅表性胃炎宜于健脾清胃:此型胃炎临床常见胃脘胀满,痞满或胀痛,进食后尤甚,常因胃胀而少食,食少则胃脘又空痛不适,又须进食,伴暖气多,大便干结,或烂而不爽,舌苔薄黄,病情反复难愈,辨证当属脾虚胃热。治疗宜用半夏泻心汤加减以健脾清胃,升清降浊。许氏特别指出,方中黄连性味苦寒,治疗中易化燥而使大便干结,宜改用白花蛇舌草,此药药性平和,原用于急慢性阑尾炎,长期服用无明显副作用,且清胃作用亦较确实。

③浅表萎缩性胃炎重在健脾与养胃:此型胃炎症状以胃纳差,神疲乏力为突出。胃阴不足者治疗以养阴益胃为主,以益胃汤加酸甘化阴之品如乌梅、白芍、川木瓜等。另有部分属脾胃虚弱型,治疗侧重在健脾益气,辅以理气止痛。对病程较长,夹瘀者可在补气基础上加活血祛瘀之品,以利气血流通,慢性炎症吸收。

(3)注重心理调护,综合治疗:许氏认为,随着社会的发展,医学模式由自然、哲学模式发展为生物医学模式、生物心理—社会医学模式。心理社会因素对疾病的发展和预后起着相当重要的作用。环境改变、工作生活之压力、卫生知识缺乏所造成的各种不良情绪,可能通过神经内分泌的途径,影响胃的功能活动,导致发病或加重症状及影响疗效,此多属肝郁犯胃,木郁土虚,土虚木贼等范畴。对此,常需对病人进行一般性的心理治疗。具体包括:①倾听;②理解;③鼓励和保证;④商讨与指导。^[2]

3. 步玉如诊治经验

(1)治虚证强调通补:步氏认为胃脘痛虚证,虽以正气虚馁为本,但所以作痛,多因虚中夹滞,故治疗当以叶天士所倡

通补法为主,即在补益之中加通调气血诸郁之药,使补而不壅、通勿伤正。在应用通补治疗气虚、阳虚、阴虚、阴阳两虚之胃脘痛时,应注意调节通与补的比例:痛甚标实较重的,加大通调药物之量;痛缓本虚重的,减少通药比重。善于选用古方依具体病情灵活加减。对中阳虚胃痛以理中汤治疗,方中虽有干姜的温阳兼通,但参、草有补气壅滞之嫌,对阳虚寒凝作痛者不利,步氏加入乌药辛温通气,助干姜破寒凝,可使全方通闭止痛的疗效显著增强。

对于胃阴亏之胃脘痛,步氏认为此证虽系阴失濡养,虚热内迫为主,但气血郁滞亦是致痛病机之一。故单纯柔润,不若合入行气活血药收效更捷。步氏治疗本证喜用一贯煎,方中于养阴中配有川楝子行气,当归和血,使补中有行,辛而不燥。再经巧妙加减,必显卓效。

(2)治实证重视开郁:步氏认为实证胃痛,多由饮食不节、七情所伤,内生气、血、痰、湿、食、火诸郁阻滞而致。六郁虽属实邪,但多无有形之物可攻,故施治关键不在攻邪,而在开郁,郁结之势一开,则气、血、津液各归其道,郁邪化为乌有,疼痛自愈。所以治疗实痛,十分重视开散郁结。郁热胃痛分胃脘积热与肝胃郁热两类,治宜“火郁发之”。步氏对肝胃郁热证,用左金丸,以吴萸“辛燥开其肝郁”,散郁火,并配合金铃子散加味,疗效良好。而胃积热证则以左金丸配温胆汤,其中吴萸、生姜辛温开郁火,黄连与诸辛药相伍又有辛开苦降之功,对胃闷痛兼胀者十分得当。对气郁、食郁、痰湿郁滞证的胃脘痛,无不重在开郁,对重证多加强悍之药。如治脾胃气滞作痛者,用调气散(香附、乌药、陈皮、木香、青皮、砂仁、藿香、甘草)加减,以开气郁,重症加入槟榔、莪术以破气;食郁痛者用保和丸改汤剂、莱菔子重用,郁甚加入槟榔等,痰湿郁滞则以二陈汤为基础方,视偏寒、偏热适当加减:

寒者加生姜、厚朴；热者加黄连、竹茹、枳实等。步氏认为，临床所见诸郁，每兼有气郁，所以，在治疗郁证胃痛时，多尊“人一身调气为上”（《丹溪心法·附余》）的原则，“无论是血是痰，必兼顺气为主”（《景岳全书》）。对血瘀证，亦习用丹参饮，取气为血帅，气行则血行之意。

（3）复杂证擅于调理：胃脘久痛者，其病机往往变得虚实兼并，证情复杂，所以诊治胃痛之难，并非在于区分四虚（气虚、阳虚、阴虚、阴阳两虚）和六郁（气郁、血郁、痰郁、湿郁、食郁、火郁）、单纯证及典型证方面，而是难在复杂证中辨各种兼病机，并予以恰当的综合调理。步氏认为，久痛患者多见脾虚湿滞与食积郁热，临床表现，既有口苦、苔黄、喜冷饮似热证，而食冷饮痛又似寒证；痛不喜按，苔厚似实证；然病程长，不思食，疲乏肢软，脉弱又似虚证。虚实寒热难辨，只有擅于详细诊查，才能全面地把握病机本质。盖因脾主运化，病久脾虚生湿，胃主受纳腐熟，病久胃虚食滞，阳气被遏，郁热停滞。若补气健脾易增壅滞，消食化滞多损中气；纯清则伤脾碍湿，纯温又助其郁火。步氏用香砂六君子汤合温胆汤加神曲、冬瓜皮为基础方，围绕病症加减调治：正气虚甚重用太子参；不甚虚则稍减参量；湿盛重用冬瓜皮、茯苓；热重去砂仁加黄连或栀子；食积甚的用焦三仙；过食香燥耗伤胃阴加百合汤（百花、乌药）；郁热明显合用金铃子散（川楝子、元胡）；反酸增入左金丸，暖气加旋覆花、代赭石。另外，复杂证尚有气、食、痰、湿、热诸郁并存者，以保和丸合木香槟榔丸化裁为治。此法师丹溪越鞠之意，而效力较强。气虚兼气滞、或兼痰湿食积的，则以香砂六君子汤为主，随症加减变化。总之，对诸复杂情况皆辨证全面。施治有重点、有兼顾，因而取效较满意。

（4）疑似证辨治分明：小建中汤证、理中汤证，香砂六君

子汤证统称为“中焦虚寒证”，步氏以为，三方证虽相似，表现胃痛喜温按，不思饮食，乏力，苔白，脉虚等，然在“大同”之中，又有不可忽视“小异”，即香砂六君子汤证属气虚，“气不足便是寒”，但寒轻微，又兼痰湿、气郁，痛喜轻按，重按痛反增，腹胀闷、噎气、苔白润等；小建中汤证，系中阳虚兼营阴弱（实为中焦阴阳两虚证），症见痛喜重按，口稍干，便调或足心热与畏寒喜暖并存；理中汤证乃中阳虚兼寒湿，症见痛喜轻按，畏寒喜热食，得冷则痛剧，痛势比前二证为剧。既然三者病机脉症均有区别，三方当然不同。偏阴阳双亏时用小建中汤，属于温润法（黄芪建中、归芪建中亦属温润方）；阳虚夹寒湿证则以温燥之，理中汤及其衍生方（附子理中、桂附理中力较强）为代表方。若小建中汤证误用了理中汤则温燥足以伤营阴；若理中汤，反错投小建中汤，则柔润又易恋寒湿。香砂六君子汤与前二方也不宜换用，它施于小建中汤便嫌香燥，应用于理中汤证则温阳力不逮。正因步氏对证候做了如此细微的鉴别，故而能准确使用类似方剂。再如气都证，步氏除区分胃气滞与木郁犯土两类外，木郁犯土又别为肝气犯胃的柴胡疏肝散证、肝郁脾虚的逍遥散证，肝郁脾虚而气郁化火的丹栀逍遥散证。绝不—见胃痛伴胁痛，即泛用柴胡疏肝散。其认为胃因于木郁的三证，大多可见胃痛兼两胁或单侧胁部胀痛、急躁，生气引发胃痛，脉弦等共同表现。但是，柴胡汤证，病程较短，脘胁胀痛较剧，伴噎气，纳食正常，不乏力，脉弦有力；逍遥散证，则病程较长，脘胁痛势绵绵，喜按，乏力、头晕、不思食、脉弦细；丹栀逍遥散证在前证基础上又见心烦、便干、苔燥黄等。三方不能混用。步氏曾用逍遥散治肝郁脾虚证胃痛，痛久不止的加川楝子、元胡，兼喜悲伤欲哭的加甘麦大枣汤，每获良效；至于食积胃脘痛，步氏亦注意区分其中各种疑似证，尤其对体壮者、因暴食而积与久病

中虚免强进食致积分而论治,前者消积不畏猛,后者健脾为先,稍加消导,缓缓于扶正。^[3]

4. 张镜人诊治经验

张氏认为慢性胃炎,以热证居多。病机以木郁化火,横逆犯胃为主。症状以胃脘痛,腹胀满,口苦,嗳气四个症状为最多见。胃脘痛的特点是时而隐痛,无定时,伴灼热、嘈杂感;久痛者常呈刺痛,而痛有定时,脉象以细、弦、滑、数为多见,舌苔以黄腻苔为多见(苔薄黄、薄白转化则为向愈之兆)。临床辨证施治的经验可以概括为以下几个方面:

(1) 治以调气清热和胃为主:本病既属木郁化火,肝气犯胃,治疗当以调气清热和胃为原则。张氏拟订基本方,随证加减应用,疗效切实。基本方为:炒白芍 9g,清炙草 3g,苏梗 5g,制香附 9g,生白术 9g,平地木 15g,旋覆花 9g,代赭石 15g,八月札 15g,炒黄芩 5g。此方由《伤寒论》的芍药甘草汤、旋覆代赭汤以及《和剂局方》的香苏散和《证治准绳》的白术芍药汤综合组成,取《内经》“肝欲散,急食辛以散之,用辛补之,酸泻之”以及叶桂“胃宜降则和”之意。方用芍药、甘草甘酸缓急,和中泻木,苏梗辛香和胃,与香附、八月札同用疏肝解郁,不温不燥,寓有“醒胃必先制肝”之意。并取旋覆花、代赭石降逆下气,再考虑胃热的特点,选用铁树叶、平地木以清泄之。铁树叶性凉味甘,《本草纲目拾遗》谓:本品平肝,统治一切肝气痛。《中药大辞典》以为“功能清热散结。若热象重者再加用银花、白花蛇舌草、芙蓉叶等。平地木苦干,能治“心胃气痛”,故常用之。若胀者加软柴胡,痛者加九香虫。其中芙蓉叶一味是外科常用药,《本草》谓:“治一切大小痈疽肿毒恶疮,消肿排脓止痛”,借用于此,治疗糜烂性胃炎甚有效验。

(2)宗“中焦如衡,非平不安”:此语虽出于《温病条辨》,但在杂病中亦能应用,对慢性胃炎的治疗尤为重要。因中焦脾胃,以膜相连,脾气宜升,胃气宜降,脾喜刚燥,胃喜柔润,恰是相反而相成,故治疗应十分注意“衡”。其应用有:

①寒温相适。慢性胃炎虽以热证居多,但若投一派寒凉药物必碍胃气,脘痛反而有增无减,故常用辛温之苏梗,取其辛香和胃,行气宽中,温而不燥,与连翘、黄芩、铁树叶、平地木之热同用,寒温相配,胃气得护,虽长期而不致碍胃。

②升降并调。慢性胃炎可见噎气、泛恶、泛吐酸水或苦水等胃气上逆之症,又有消瘦,乏力,腹胀满,便溏等脾气不振之象,故在治疗中经常以升降药物同用,如取柴胡之轻举畅达,配旋覆花、代赭石之和胃降逆。且肝与胆互为表里,肝郁不达,少阳清气失展,必致肝胆液泄,症见口苦,胁痛,泛吐苦水,胃镜检查往往可见胆汁反流,则尤需柴胡以升少阳清气,并配合黄芩之苦降而泄胆热。

③营阴兼顾。取丹参之和营活血,配芍药、甘草之酸甘化阴,缓急止痛。

④虚实同理。取孩儿参之健脾安中,配香附、枳实之理气除满。

(3)病久当调气活血并进:胃脘痛者久病多见胃阴不足或瘀阻络脉,胃镜检查往往多见萎缩性胃炎或伴有肠腺化生。治宜养阴益胃,调气和血并进。多采用叶氏养胃汤、加減思食丸,冀其酸甘化阴,俾胃阴得复。调气药除苏梗、香附以外常兼用八月札疏肝散结;活血药除丹参、赤芍以外,常兼用血竭以化瘀止痛,活血生肌,对萎缩及溃疡均有裨益。^[4]

5. 路志正诊治经验

萎缩性胃炎,属中医“胃脘痛”、“嘈杂”、“痞证”等范畴,为临床常见脾胃病之一。胃为阳脏,实证居多,萎缩性胃炎初起,一般亦多表现为湿热内蕴之实热证,治疗上多从清热

祛湿入手。但如病久不愈,正气渐耗;或清利过度,正气损伤;或素体虚弱,正气不足,都可出现虚象,而形成虚实夹杂之候,其治较为复杂,特别是出现了阴虚挟湿之证,治疗就更棘手,滋阴则助湿,使邪更盛,燥湿则伤阴,使正更虚,互相影响,互为因果。此时应详为辨证,根据虚实孰重、孰急,而决定治则,选用方药,并随时观察病情变化。从以下两个病例的诊治过程,我们可以得到启示。

病例1. 曾治一女性患者,陈某,35岁,1981年4月9日初诊。据述胃病已有16年之久,经多方治疗不效而不堪其苦,遂来就诊。患者形体消瘦,两胁攻胀,烦躁易怒,胃脘部隐隐作痛,有灼热感,嘈杂胀满,纳食欠佳,若强食则胃脘胀满更甚,尤以早晨4~6时诸症明显加重,神疲肢倦,酸软无力,无嗳气泛酸,无呕血便血史,大便溏薄,每3~5日1行,舌红苔黄腻,脉濡细而数。患者脾胃素弱,纳化失常,久病正虚,故神疲肢倦,酸软无力。阴虚津少,胃络失养,则脉络拘急,故隐隐作痛。痛有灼热感,形体瘦削,舌红嫩,脉细数为阴虚内热之象。脘闷嘈杂,大便溏薄,苔黄腻为湿热内蕴之征。两胁攻胀,烦躁易怒,为木盛克土,肝用过亢所致。证属脾胃阴虚,湿热蕴结,肝用有余。治宜清化湿热为先,柔肝养阴辅之。药用:薏苡仁各9g,杏仁9g,薏仁12g,怀山药12g,佛手9g,白芍12g,甘草6g。并嘱其忌食生冷油腻、煎炸及辛辣动火等刺激性食物,宜清淡松软食物,尤忌过度思虑及忧郁,注意调养情志。

4月23日再诊:进上方11剂胃部灼热感已失,脘胀嘈杂减轻,唯纳谷欠馨,时有头晕,夜寐尚可,精神见振,舌质暗滞,苔薄白微腻,脉濡数。湿热基本已去,病有好转之势,法宜益气养阴,柔肝和胃。药用:白人参(去芦)4.5g,麦冬10g,玉竹9g,白扁豆12g,怀山药20g,白芍12g,绿萼梅

9g, 香橼皮 9g, 乌梅 9g, 谷麦芽 20g, 甘草 6g。

4月30日三诊:进上方7剂,胃脘隐痛消失,偶有食后腹胀,纳谷见增,嘈杂未作,大便仍不成形,但能每日一行,苔白腻,脉细弱,既已见效,依上方去玉竹,加藿梗 10g,7剂。三诊后,诸证均杳,为巩固疗效,守方不更,再进7剂,2日1服。

6月16日六诊:诸症未作,食欲增加,大便成形,形体见丰。两年后随访,一直工作,未再复发。

本例属脾胃虚弱,胃阴不足,湿蕴久而化热。既有胃阴不足,又有脾虚肝旺之候;既有湿热中阻,又兼后天失养。其中,湿热之邪为标,脾胃虚弱为本,故当先祛湿邪,湿祛则热孤,继则柔肝养阴,甘凉濡润,益胃阴以增强胃之腐熟功能。故以宣化、渗利、疏理三法合用,渗湿选薏苡仁、茯苓平淡之味;宣化则用杏仁、藿梗宣发肺气,升发脾胃清阳,清化湿邪;疏肝以佛手、绿萼梅,而不用香燥走窜之品,以防劫伤胃津;辅以白芍、山药、甘草等以酸甘化阴,叶天士说:“太阴湿土,得阳始运”故益气用人参、太子参、山药、白术、玉竹、麦冬等为主,始终用白芍、乌梅、甘草酸甘化阴,谷麦芽助胃消食,经月余治疗,脾胃纳化正常,沉府得平。

在临床工作中,对于阴虚胃痛挟湿的患者,处方遣药颇感棘手,滋阴须助湿,渗湿恐伤阴,且针对脘闷症状多用理气药物,而理气的药物又多香燥伤阴。如何恰当地解决这些矛盾,确是个关键问题。

病例2. 患者王某,男,年过半百。几年来胃脘部一直胀闷,伴有隐痛不适,中下腹发凉,得暖不解,便溏。服用西药健胃之品,并经中医诊治,先后服用香砂六君子汤、理中汤,旋覆代赭石汤、黄连汤等方剂,非但不效,症状反而加重。遂来我院就诊。

除上述诸症外,伴胃脘时有灼热感,噯气,矢气频作,便溏量多,中下腹部发冷,舌质红少苔,脉沉弦小滑。从证候上看,脘闷腹胀、隐痛、噯气、矢气频作,为脾胃升降失调,湿阻气滞之征;便溏量多,中下腹发凉,似属脾脏阳虚无疑,但无四末不温、恶寒、肢倦等症,反而得噯即解,胃脘部时有灼热感,加之舌光红少苔,脉来沉弦小滑,实系阴虚挟湿之证。治宜理气和胃,佐养胃阴法。药用:太子参 9g,玉竹 9g,山药 9g,厚朴花 9g,藿梗(后下) 9g,炒枳壳 9g,半夏 6g,腹皮子 6g,茯苓 12g,草蔻仁(后下) 6g,甘草 3g。3 剂药后腹胀消失,大便正常,腹部发凉亦解。但胃脘隐痛、噯气如故。是湿邪已除。而胃阴不足之象毕露;遂以滋养胃阴,兼理气止痛法。药用:太子参 9g,沙参 9g,炒枳壳 9g,佛香 9g,紫丹参 9g,檀香 6g,草蔻仁(后下) 4.5g,白芍 9g,瓦楞粉(包敷) 15g,玉竹 12g,石斛 9g,先后以本方加减 8 剂,药后胃脘疼痛已瘥,灼热感亦减,口干、口渴、脉来弦细,为胃阴得复,气机未调之征兆。遂以上方加大药量,研末为丸,缓缓图治,以资巩固。药用:太子参 30g,山药 30g,炒白术 30g,茯苓 30g,北沙参 30g,丹参 60g,白芍 12g,娑罗子 12g,炒扁豆 15g,檀香 12g,麦冬 15g,焦三仙 12g,瓦楞子 15g,桂枝 18g,枳壳(炒) 15g,草蔻仁 15g,九香虫 15g,甘松 18g,佛香 18g,川楝子 18g,醋元胡 18g。共为细末,炼蜜为丸,每丸重 6g,日 2 服,每服 1 丸,白开水送下。对此患者追访 4 年,自从瘥后,胃痛未再复发,饮食正常,体质健壮,整日工作。

本案辨证要点在于胃脘隐痛有灼热感,舌光无苔,得噯不解,为阴虚之候;腹胀便溏量多,中下腹发凉,是脾虚湿困之象。前医以温中燥湿、益气健脾、调中降逆等法治疗,不仅无功,反而有温燥劫阴、降逆耗气之弊。初诊时以太子参、玉竹、山药益气养阴;用藿香、厚朴、半夏、茯苓、枳壳等药调气

除湿。药仅3剂而腹胀消，便溏除。二诊时，口干、口渴，舌光红无苔，胃阴虚证始为突出。吴鞠通曾言：“复胃阴者，莫如甘寒”。故变佐法为主法，以滋养胃阴之益胃汤合丹参饮之义化裁，而见显效。后以丸药滋养胃阴健脾除湿收功。治疗本证，祛湿之时，宜远辛热香燥，以防劫阴耗气。气不化津，津不化气者，宜益气养阴。滋而不腻，毋碍祛湿，少佐以轻苦微辛流动之品，但随胃气下行之特性即可，不可太过，以防伤气耗阴，总以法随证转为宜。^[4]

6. 单兆伟诊治经验

单氏认为胃脘痛常由胃阴亏虚、失于和降所致，以胃脘部隐痛或灼痛，嘈杂似饥，口干不欲饮，大便干结，舌红少津，苔少或花剥或光，脉细数为主症，治疗每以甘寒或甘凉滋养胃阴为本，重视兼夹、错杂证之辨治。

(1) 阴虚气滞，理气重升降：胃病初起，多为恼怒忧思、肝郁气滞、横逆犯胃、胃失和降所致，然“暴病多实，久病多虚”，气郁日久，可化火伤阴，且医者多投以辛散香燥之品，耗伤阴津，终成阴虚之证；胃阴亏虚，更招肝木相乘，往往胃阴已亏而气滞犹存；脾胃中土为气机之枢机，脾升胃降，升降相因，故胃阴不足，腐熟通降失常，胃气不降则脾气不升，中焦痞塞。单氏认为阴虚与气滞并存为阴虚胃痛的突出特点，以兼有胃脘部痞胀较甚、嗳气、或呕、或吐等为临证要点。因此治疗在养阴的基础上，提出理气忌一味投以辛散，而重在升降气机的治疗原则。升降气机体现在以下几个方面：①润降：以甘寒或甘凉滋润阳土，如麦冬、生地、沙参之属，冀津液来复，使之通降。②升清：以升麻、葛根、荷叶等相佐，升发脾气，以绿萼梅行气开胃，取其理气而不伤阴之性，若气滞胀痛明显者，加少量甘松开郁止痛，甘松气虽辛温而甘，但温而不

热,香而不燥,甘而不滞,通过升清醒脾,达脾升则胃降之效。

③宣肺:肺主一身之气,肺气之宣通有助于中焦之升降,故方中常加入桔梗、杏仁、紫菀等宣通肺气。桔梗自古以为舟楫之品,此法对于气滞脘胀,久治不效者,往往出奇制胜。

(2)阴虚湿阻,化湿忌温燥:对于湿阻中焦,医者多投以苍术、厚朴等芳香温燥之品,然单氏认为胃阴亏虚夹有湿阻,不同于脾虚湿胜。脾为阴土,其病多湿,胃为阳土,其病多燥。胃阴亏虚,腐熟通降失常,脾之运化亦受影响,胃病及脾,水谷不化,停滞于胃,水易成湿,谷易成滞,而脾胃不健则外湿易侵,可见胃阴亏虚是湿阻中焦的根本原因和独特的病机特点。其临床除胃脘隐痛、嘈杂等症外,又有口粘而干、纳呆、大便溏薄等。单氏尤其重视舌诊,湿为阴邪,故舌红而不显,苔花剥而不燥,或见浮腻之苔。据此,单氏指出忌湿燥之品,以恐阴更伤而湿不去,当以养阴为本,候阴复脾健,再配理气升降之法,以求“气化则湿亦化”,如此则水湿自运,对湿邪较著者,擅用藿香、佩兰、石菖蒲等,其性皆辛微温或平,芳香化湿而不燥烈,醒脾开胃以助其运。与理气相合,又可防滋腻助湿。

(3)阴虚夹瘀,化瘀寓养血:阴虚胃病多迁延日久,初病在经,久病入络。现代医学亦表明阴虚证病人包括胃肠等大部分脏器和组织均存在一定程度的瘀血。单氏认为阴虚夹瘀之成因为胃阴不足,中土失于健运,气血津液生化乏源,无以充养血脉,络脉涩滞而致瘀血内停,且阴虚燥热,耗伤阴血,又灼伤血络,血溢于外,留而成瘀。故瘀血痹阻和津液亏虚并见。单氏认为瘀血之征不拘于疼痛固定、舌紫、脉涩,凡阴虚胃病久病不愈者,均考虑其瘀血因素。尤其重视舌下静脉之诊察,认为舌下静脉瘀紫增粗或迂曲,为脾胃瘀血的重要标志。活血化瘀以助阴复,养血充脉以助血行,标本兼顾。

故单氏喜用既可活血又可养血之品，寓养血于活血之中。常首选丹参，取其破宿瘀而以生新血，功兼四物，桃仁、红花、当归等养血化痰，《用药心法》谓“桃仁，苦以泄滞血，甘以生新血，故凝血需用，又去血中之热”，尤适于肠燥便秘者，单氏还喜用仙鹤草健脾补中、行瘀缓急止痛，仙鹤草又名脱力草，《百草镜》言其能“活血，理百病，散痞满”。活血意在养血，当为活血之变法。

(4) 阴虚肾亏，补阴求阳助：先天之本依赖后天充养，而胃阳则赖于肾气滋养，前人即有“肾为胃关，肾气通于胃”之说。故对于胃阴亏虚日久，尤其部分年老兼有腰膝酸软乏力、手足心热、脉沉细者，单氏在诊治中重视肾胃相互关系，指出补肾助胃，当为其法。善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳助而生化无穷。医者皆指肾阴肾阳而言。单氏不拘于古，灵活变通，于甘寒苦凉之中少佐补肾温阳之菟丝子、肉苁蓉等，以求肾旺而胃阴来复。菟丝子性味甘平，补阳益阴，阴阳并举，为平补之品，偏于补阳，肉苁蓉，性味甘酸咸微温，单氏认为酸甘能化阴，温能兴阳。且胃阴亏虚，津少液耗，肠失濡润，常见便秘，肉苁蓉滑而不泄，能润燥通便。可见，养阴诸药稍加菟丝子、肉苁蓉，使阴得阳助，津液升腾，化源不竭，且可滋而不膩，无碍气机，如此配伍，可谓独辟路径，别出心裁。^[5]

7. 梁乃津诊治经验

(1) 调肝理气

梁氏认为，肝疏泄失常，影响脾胃主要有两种情况：一为疏泄不及，土失木疏，气窒而滞；二为疏泄太过，横逆脾胃，肝脾（胃）不和。一般来说，治疗前者以疏肝为主，后者则以敛肝为主。然而，肝气郁日久可化火为亢，气旺日久又可耗

之成郁,两者可互相转化,所以,从肝论治慢性胃病不能单纯疏肝或敛肝,而应调肝之用。临床上常以疏肝解郁与抑肝缓急两法先后或同时运用。梁氏的常用方“金佛止痛丸”就是由郁金、延胡索、佛手、白芍等中药组成。方中郁金、延胡索善入肝经,辛散苦降,疏解肝气,行气活血;佛手亦入肝经,功专理气快膈,唯肝脾胃气滞者宜之;白芍入肝经,重用以敛肝柔肝见长,取酸以抑肝之旺。诸药相伍,既可辛散解郁,又可酸柔敛肝。这种疏敛并用的组方原则,体现了对肝之病态的双向性调节作用。刚中寓柔,柔中有刚,旨在调肝之用。疏泄功能正常,气顺则通,胃自安和,即所谓“治肝可以安胃”。当然,并不是所有慢性胃病都是肝疏泄异常所引起,但素体脾胃虚弱,或饮食劳累损伤脾胃,中焦运化失职,气机壅滞,也会影响肝之疏泄功能,即“土壅木郁”。况且调肝之品多属于辛散理气药,理气药可行气止痛,或降气消胀,最适用于胃病之胃痛、脘痞,噎气恶心者。所以梁氏遣方必用理气药。胃痛用郁金、延胡索;脘痞用枳壳、川厚朴;噎气用苏梗、香附,恶心用法半夏、竹茹。但理气药多辛散,用之不当会损伤气阴,梁氏治胃病除疏敛并用、燥润并举的组方原则外,对于气阴虚者,一定要配伍益气养阴之品,以防理气药之辛燥耗气伤阴。

(2)活血祛瘀:梁氏认为慢性胃病多兼有血瘀,病人表现为胃痛固定、持续;时而刺痛,或有包块,舌暗红或有瘀斑、瘀点等,但部分病人并无此证候特点,而是通过胃镜可见到胃粘膜的凹凸不平、溃疡、出血点、息肉及胃粘膜活检示胃粘膜不典型增生或肠腺化生,极个别还可发展成胃癌。对此,梁氏认为属于胃络瘀阻所致,同样是血瘀,治疗应重视活血祛瘀药的运用。常用郁金、延胡索、三七、莪术、红花、赤芍等,郁金、延胡两味既活血,又行气,气行血活,血脉流畅,通

则不痛,确为治胃病良药。田七除活血祛瘀外,尚可活血止血,止血不留瘀,最适用于伴有黑便、吐血者。在运用活血祛瘀法组方时,可根据辨证配合其他治法方药。瘀热者,配用赤芍、茜草根等以凉血活血,瘀毒者,配用半枝莲、白花蛇舌草等以解毒祛瘀;气虚者,配用黄芪、党参等以益气行血;阴虚者,配用沙参、麦冬等以养阴畅血。从现代医学角度分析,活血祛瘀药不但有止痛止血的作用,还可改善胃粘膜的血液循环,消除炎症细胞浸润,促进病灶恢复,防止组织异型增生,对顽固性难治性溃疡、萎缩性胃炎伴癌前病变者尤为适宜。

(3)清热祛湿:梁氏认为,慢性胃病者多为病程迁延日久,或反复发作,致脾胃受损,出现面色萎滞,胃胀纳呆,腹胀便溏,体倦乏力,舌淡、脉弱等脾胃气虚症状,这些病人即使处于慢性胃炎的活动期,也不一定能表现出热象。但是,当病人出现口干口苦,舌苔变黄之时,此不必热象俱悉,亦属郁热。治疗可适当选用清热药,如蒲公英、黄芩、黄连、柴胡、天花粉等。但不能一概用清热之品,且要适可而止,因为这种热多在脾胃虚弱(气虚或阴虚)、气滞血瘀的基础上产生,用过苦寒,势必损伤脾胃,弊大于利。临床实践表明,清热药确能清除引起胃病的幽门螺旋杆菌,但对于体虚者配合使用益气养阴等扶正药,其疗效比单纯使用清热药者更佳。对于慢性胃病的“湿”,梁氏认为此多因脾胃虚弱(气虚或阴虚),脾失健运,胃失和降,气机壅滞,水谷精微反变为湿,湿浊内生,病人主要表现为舌苔厚浊或腻。治疗可配合燥化渗湿,如用厚朴、藿香、薏苡仁等。但胃喜润恶燥,若过用祛湿,反损及胃,故用祛湿剂要湿除则止。尤其要注意:舌质红、苔粗黄干者,即使舌苔厚,此亦为湿郁化热伤阴津。阴伤易生内热,胃络枯涩,营络不畅,易出现热伤血络,而见便血、呕血等

变证,此时用清热祛湿,宜适当配用石斛、天花粉、赤芍,甚或生地等阴分药,以求祛湿而不伤阴。由上可见,运用清热祛湿药要辨阴阳气血,灵活变通,非实热湿浊者不可盲目投之。

(4)健脾养胃:慢性胃病病程长,病情缠绵。梁氏认为,从起病原因看,本病多在脾胃虚弱的基础上而发。从虚实辨证看,虚多于实,每实而兼虚,虚证贯穿于全过程。所以,治疗本病要补虚以固本。慢性胃病的虚证主要有脾气虚弱和胃阴不足,前者主症为食后饱胀、口淡乏力、舌淡、脉弱,以虚寒象为主;后者主症为胃脘灼热、口干欲饮、舌红、脉细,以虚热象为主。梁氏常用李东垣的升阳益气法以健脾益气,方用补中益气汤加减,重用黄芪、党参,或用叶天士的甘凉润燥法以养阴益胃,方用沙参麦门冬汤加减,常用沙参、麦冬、石斛等养阴又不过于滋腻碍脾胃之品。临床上我们常可见患者同时存在脾气虚弱和胃阴不足,俱有气阴两虚之候,治疗上可益气养阴、健脾养胃并举,补气生津,气阴两顾。脾气得升,胃得润降,清升浊降,出入有序,胃则安和。对于虚实夹杂者,健脾养胃法可与行气活血或清热祛湿法等同用,这既可防止辛散药的伤津耗气和苦寒药的损气伤阳之弊,又可调整人体阴阳气血,增强抗病能力,对整个病情的恢复和防止其复发均非常有利。现代药理研究表明,健脾益胃药能增强机体免疫功能,改善胃肠的消化、吸收、运动功能,从而改善人体自身营养状态,促进胃粘膜的修复与再生过程。梁氏认为,治疗慢性胃病除了上述几种方法之外,还要根据病情需要予以调胃酸度、消食导滞、护膜生肌等治法。对于萎缩性胃炎、胃酸缺乏、食后痞胀者,则加用酸甘敛阴之乌梅、山楂、川木瓜等,开胃进食,增进化源,改善营养。对于进食不慎,胃痞纳差,舌苔厚腻者,加用川厚朴、枳实、谷芽、麦芽、山楂叶、鸡内金等以消食导滞。食滞得消,则痞除纳进。治

疗慢性胃病除了内服中药之外,还可在胃脘局部外敷中药。梁氏常用如意金黄散加云南白药、冰片等,用鸡蛋清调敷,解除和减轻胃部症状,疗效甚佳。平素的饮食起居,精神情志和体育锻炼等对慢性胃病的影响都较大,要注意合理调节。^[4]

8. 李恩复诊治经验

李氏积多年临床经验,提出慢性萎缩性胃炎的中医病机实质是“瘀热伤阴成萎,此其常;寒凝于里,气不布津成萎,此其变”病机说,有效地指导临床治疗。具体体现在以下几个方面:

(1) 辨证别具颖思

①喜热怕冷,非尽寒证。胃病患者,胃脘部喜热怕凉,手足欠温者甚为多见,李氏认为此证因气机阻滞,阳郁不达者居多,常由食、湿、气、血、瘀阻气机,使胃阳郁滞于中不能四达而引起,常见舌质坚敛苍老,色紫暗或暗红,苔色黄或黄腻,脉沉细滑、弦滑、弦细滑,舌脉均现郁热之象,此为辨证着眼处。

②主于心,火土之郁。噫即嗝气,李氏辨噫气之病机,宗《素问·宣明五气篇》“五气所病”之“心为噫”说,因心胃经络相通,火土之郁,致胃失和降,噫气频作。

③辨析疼痛,注意虚实。萎缩性胃炎患者常见胃脘疼痛,古云痛则不通,胃络瘀阻此其常,其痛如针刺,按之加重,舌质紫暗或有瘀斑,脉弦或涩。然临床亦常见胃脘隐痛,按之则舒,不饥、不食、不便、口苦、咽干、舌淡红、脉细,李氏认为系阴血不足,胃络失养所致。

④腹满当辨,寒热宜分。腹满症状,甚为常见,前人多责于寒,谓脏寒生满病。李氏多年临床,指出萎缩性胃炎患者

之胀满,以热胀为多。因胃喜柔润,以降为和,以通为用,凡食积、湿阻、气滞、血瘀皆可生热,使胃失润降,邪滞胃腑而致腹满腹胀。食火者,噤腐吞酸,口苦口臭;湿热者,呕吐不食,便溏不爽;气郁热结,腹胀肠鸣,攻窜作痛,烦躁易怒;血瘀化热者,自言腹满,腹形不大,口干不欲饮。宗《内经》有“诸腹胀大,皆属于热”之论,辨证施治,均取得满意效果。

⑤胁胀缘胃,不尽属肝。两胁乃肝之分野,故胁肋胀满皆责肝气之郁。李氏认为,胃痛则腹满腹胀,上支两胁,甚则牵引后背沉重疼痛,此因胃中浊气上逆或浊气上冲所致,不必专责于肝。冲脉隶于阳明,胃气上逆常导致冲气上冲,使气机有升无降,腹胁胀满加剧。

肝主疏泄,性喜条达,位居胁下,其经脉布于两胁,若每因情怀失畅,或性急善怒,都能使肝气不能条达,阻滞于经脉之中,故两胁胀满之症生焉。此时治疗上用疏肝理气法,常用方是柴胡疏肝散。这些历来为医家所强调,也为同道所周知。但在慢性萎缩性胃炎中,由于胃阴不足,胃失濡润,胃的和降之功失常,故致饮食停滞阳明,浊气不降,肝气被抑,横行于两胁,两胁胀满乃生。治疗上应在养胃阴的同时,还宜消食顺气,常选用鸡内金、焦三仙、广木香、川厚朴、枳壳等药,以使食消浊降,肝气自舒,胁胀自止。一般认为病胃胀者,若因天气变冷,胃胀加重,应诊为胃寒,此时病人的舌质淡、苔白,脉沉细。在萎缩性胃炎中,若病人胃胀,舌质紫暗,苔黄腻,脉弦滑,适逢天冷,胃胀加剧,复加衣被,胃胀有减,当不得诊为胃寒。是因天气寒冷,皮毛郁闭,气机壅塞,浊气不得从皮毛外泄,留于中焦,易致胃气不降,胃气、浊气同居胃中,故胃胀有加。病人自加衣被,皮毛得温而少闭,浊气始得外泄,胃中浊气有退,胃胀可减。

⑥背沉重痛,当责胃之肺气虚。萎缩性胃炎患者,常诉

有背沉重痛,李氏析其病机,乃肺气虚而致。胃为水谷之海,气血之源,五脏皆有胃气,胃气一虚,则水谷精微无以输送达肺,肺之气津不足,布展无力。肺气既虚,则气津不能灌注,荣养肌背,故有背沉重痛之苦。此乃母病及子,胃虚及肺之病。

(2)治重凉润通降:脾胃之治,前人虽不乏其论,但尚无能切合慢性萎缩性胃炎中医病理机制的完善治法。李氏积多年临床经验,针对“瘀热伤阴成萎”的主要病机,立凉润通降之大法,以养阴血、畅气机、和胃降逆、通络定痛等治疗有机结合,形成了贯彻始终的基本治疗原则。对确系寒凝气滞者,固不废温中散寒之治,然良润通降之治,显然紧扣瘀热伤阴这一基本病机,具有普遍指导意义。

(3)用药别出机杼

①重视理气和胃。脾胃居中州,为气机升降之枢纽,凡食积、湿蕴皆可塞滞胃气,气滞又可化火、伤阴、滞血,故理气药最为常用。对胃脘胀满、攻窜作痛诸症常用木香、枳实、厚朴相伍;如食积滞气,噎腐吞酸,合以鸡内金、焦三仙消导药;湿阻气机,脘痞苔腻,配伍茯苓、泽泻、石菖蒲等理气化湿;气郁化火,胃中烧灼,伍用黄芩、黄连、生石膏等,兼有阴伤则合用天花粉、麦冬、生地等养阴益胃之品;若气滞日久,血瘀络阻,理气常选用香附、延胡索等气中血药,使气运血行。

②清胃妙用石膏。生石膏为外感热邪入阳明胃经之主药,李氏治慢性萎缩性胃炎胃热偏盛、胃脘灼痛、烧心烦躁者,常于清热药中加入生石膏,以清透肺胃,获效颇佳。凡胃脘灼热,烧心烦躁而无虚寒之象者皆可用之。

③养阴不碍湿邪。胃热伤津,阴液不足,见有口干、灼热、便秘、舌红脉数等症状时,常用沙参、麦冬、天花粉、百合

等甘寒生津,或伍白芍、乌梅、木瓜酸甘化阴。胃阴不足使胃的润降失常,易致湿浊蕴积,故常于养阴益胃药中配伍泽泻利湿,使养阴不碍湿邪。若湿热偏重,则重用茵陈、茯苓、泽泻利湿药与黄芩、黄连清热燥湿药中加入沙参、百合等养阴而不助湿之品,使养阴化湿并行不悖。

④善用通络之品。病久入络,慢性萎缩性胃炎一般病程均较长,多有血络瘀阻,故和胃降逆常与通络止痛之法相伍。通络药常用蒲黄、五灵脂、三七粉、川芎等。蒲黄、五灵脂合用《名医方论》谓其有“推陈致新之功,甘不伤脾,辛能通瘀”;三七粉近代名医张锡纯云其“善化瘀血,又善止血妄行”,“化瘀血而不伤新血,实为理血妙品”。此类药物,持续服用,可使瘀血暗消于无形,而无破血伤正之弊。

⑤治胃注意通便。萎缩性胃炎患者胃阴不足,通降无力,常伴有大便秘结,糟粕不得下行,反致浊气上逆,而见脘腹胀痛不适,配合服用通大便药物,胃部症状亦迅速减轻。

⑥和胃不忘利咽。咽为肺胃之门户,咽部红肿疼痛多与肺胃郁热上熏有关。慢性萎缩性胃炎病人常伴有慢性咽炎症状,且胃脘胀满疼痛等症状常与咽部红肿堵闷等症状呈并行的相关性。李氏常在辨证用药的基础上加入板蓝根、山豆根等清热利咽之品,咽红肿甚者,再加梅花点舌丹口服,临床效果明显提高。

⑦止痛用熟地黄之精义。胃脘痛之治疗,古云痛无补法,系指多由气滞血瘀引起,妄补则壅滞气机,临床常以疏畅气机,活血通络药物治疗。慢性萎缩性胃炎也可见到隐隐作痛绵绵不已,乃由阴血不足,络脉失养所致,补益之剂又在所必用,然应以滋养胃阴、荣养胃络为主。李氏治疗胃痛以饥饿时加重者,善用熟地黄,认为熟地黄治阴精不足,胃络失养之疼痛,用之有立竿见影之效。

⑧分经主时用药。十二经脉融贯相通，郁滞不行，常致胃脘痛发作，其特点是常于该主时之际发作或加剧。李氏在多年实践中，创立分经主时用药，审胃脘疼痛发于何经主时即加入该经药物，常收到药到止痛之佳效。少阳经主时，加柴胡、黄芩；太阳经主时，加羌活；阳明经主时，加白芷；少阴经主时，加川芎；少阴经主时，寒则细辛，热则加女贞子、玄参；太阴经主时，加白术。

⑨治背沉重痛，妙用沙参。背沉重痛由胃之肺气虚所。李氏治此证常于方中伍用沙参一味而收佳效。既疗胃之阴虚，又补肺之气津，用药之精当，可见一斑。遇肺气虚极而致宗气下陷者，又伍以升麻、葛根，以助肺宣发敷布之用。

⑩善于守经用权。慢性萎缩性胃炎病程一般较长，药既中病，当守方服用，李氏称之“守经用权”。经者常道，是根据萎缩性胃炎的病机特点而制定的治疗原则，宜守而不宜轻易改动；权者权宜之计，可作对症处理，如仅据症状有反复就改弦易辙，反致易入歧途。

(4)通调五脏，以治胃病：基于五脏之邪犯胃的理论，李氏形成了通调五脏以治胃病的用药特点，在慢性萎缩性胃炎治疗中收到良好效果。

治肝邪犯胃：倡用茵陈以轻舒肝气，遂其升发条达之性，或用佛手、青皮等疏理肝气，防其郁结壅土之变。更妙在善用柏子仁调肝，对肝气横逆犯胃者，恒用柏子仁。柏子仁质润多脂，凌冬不凋落，得金水之气最全，其滋润之性善养肝体而润胃腑，禀秋金之气可抑肝木之横恣，一物两善其用，制肝而善养肝。用于慢性萎缩性胃炎见有肝气犯胃者匠心独运。

治脾邪犯胃：如湿蕴中焦，则用茯苓、泽泻、葛根等化湿升清以助脾之运行，若脾虚失运，影响到胃，常用白术以助脾

气,且不用大量,谓健脾之药用量轻清,正合脾升运清之性,而少峻补壅塞之弊。至于人参、黄芪性温大补之品,若病未虚甚者不肯轻用。

治肺邪犯胃:若肺气郁闭失肃,胃气上逆,重用瓜蒌,肃肺宽胸和降胃气;若肺气失肃,不布胃津,少伍苏叶、薄荷,宣畅肺气,肺之胃气虚又善用沙参以补之。

治心邪犯胃:如心火亢盛,下迫胃腑者,用黄连之苦寒直折其火,即安中土,火土之郁而致噎气频作,则以黄连配菖蒲,清心开窍而取效。对心血暗耗,虚火内浮心神不定,眠差纳减者,常重用酸枣仁,仿仲景酸枣仁汤之义,养心血而安心神,胃腑自安。

治肾邪犯胃:凡遇肾虚寒而胃气弱者,温肾散寒如炙附子亦在所必用,重药轻投。

胃喜润恶燥,温燥之品不可轻用滥用,如确系胃寒又势在必用。对肾水虚而胃失润者,常用玄参、女贞子,补真水之不足,以润胃腑之燥伤。^[6]

9. 周仲英诊治经验

周氏认为治疗阴虚胃痛应采用酸甘化阴,同时应配用温凉柔润。酸与甘合,不但可以加强养阴的作用,而且还能化阴生津。因为酸能敛阴生津,甘能益胃滋阴,酸甘配伍,一敛一滋,则可两济其阴,相互合用,更能促进脾胃生化阴液的功能,即酸得甘助而生阴。同时由于某些酸与甘味药有“酸先入肝,甘先入脾”的特性,因此,酸甘化阴法尤以补养脾胃津液和补肝阴为其特长。

凡阴虚胃痛,久延不愈,反复发作,脘部痞胀隐痛,或觉灼热而痛,嗝气,干呕,泛恶,食少乏味,或嘈心如饥而不欲食,或以进食酸味和甜味为舒,口干,口渴,大便多见干燥,面

白形瘦,苔薄欠润,或舌干质红苔少无津,脉细或兼弦、兼数而无力,表现轻重不同程度的阴虚证候。经投甘寒滋养胃阴之法而胃阴仍然难复,症状改善不著者,则当采用酸甘化阴法进一步治疗。

阴虚胃痛虽然以胃阴不足为其主要特点,但往往可以发生错综兼夹的病理变化,一般常见的兼症有二:

①胃阴不足,兼有虚火。此为气郁化火,或胃热内蕴,久而伤阴,亦可在胃阴虚的基础上导致火旺。

②气阴两虚。此为津虚不能化气,或气虚不能生津,而致津气俱虚。胃每易与肝相互影响而同病。或为肝经气火久郁,横逆犯胃,灼伤胃阴,因肝旺而致胃弱;或因胃虚津伤,肝少滋荣,肝气乘克于胃,甚则肝阴胃液俱伤,或见肝阴与胃气两者俱虚的错杂情况。

酸甘化阴法虽然以养阴为其主要作用,但在治疗阴虚胃病时,还当辨清其具体的病理表现,根据阴伤程度的轻重,区别单纯的胃阴虚,还是兼有虚火,或是气阴两虚,掌握肝胃之间的影响同病,虚实的夹杂并见,采用各种适当的治疗措施。

一般用于治疗胃病的酸味药有乌梅、山楂肉、木瓜、白芍等,这几种药既可合用,也可按其不同特性,分别选用。如乌梅以敛阴生津为长,可用于胃津不足、脘中灼热疼痛,口干较甚者;山楂肉以消食助运为主,可用于食少纳呆,脘腹胀痛明显者;木瓜和胃理脾,舒筋和络,可用脘部痞痛涉及胁肋,噎气呕逆;白芍养阴缓急,可用于肝脾不和,脘腹拘挛急迫疼痛及胁痛。甘味药则须根据病情,分别配伍甘寒、甘平及甘温等类药物。同时必须注意胃阴不足,胃失濡润,而致胃气失于和降的病理变化,适当佐入理气而不辛燥的玫瑰花、佛手(花)、川楝子、橘皮、竹茹、谷芽、麦芽等和胃调肝,并借以助胃运药,且能防单纯阴柔呆滞之弊。

至于酸甘化阴法在临证的运用,周氏认为主要有如下几种具体方法:

① 酸甘凉润:此为将酸味药与甘寒滋阴生津的重剂配伍使用,使两阴相济,以资助胃液和肝阴。用于胃阴耗伤的重症,脘中灼热疼痛,或嘈杂如饥而不欲食,甚则厌食不饥,咽燥,口干、口渴,大便干燥,舌质光红而干,苔少或无苔,或口舌起糜、生疳。治用酸味敛阴生津,且防胃虚肝气相乘;并取甘寒润泽之品,如鲜生地、鲜石斛、天冬、麦冬、天花粉、知母等,以滋阴润燥。至于因肾亏肝热,阴虚血燥,肝邪横逆,耗伤胃液者,又当进一步重用滋养肝肾之品。如因火盛伤津而胃热内炽,脘中烧灼热辣疼痛,痛热急迫,心中懊恼,口苦口燥,渴而多饮,唇赤,苔黄质红,脉细数者,可在大队酸甘凉润的滋阴药中,酌情少佐黄连、黄芩、山栀等苦寒之品清胃泄肝,取酸苦相伍,泄热存阴,苦甘合化,泄热润燥之意。虽然胃燥阴伤之证,每见虚火灼胃,但不能过予苦寒清火之品,必须采取滋阴制火,以润胜燥的原则,因苦药有劫伤胃阴之弊,对胃阴不足的虚火证尤当慎用、少用,叶天士即曾提出“慎勿用苦燥劫伤胃汁”的告诫。

② 酸甘柔润:此为将酸味药与甘平养阴的轻剂配合使用,以化阴生津,调养肝胃。用于阴伤的轻症,仅见脘部痞胀隐痛,食不甘味,纳少,口微干,大便虽干不燥,苔薄欠润等胃津不足之候;或伴肝胃不和的病理变化,因久痛不愈,肝胃两伤,胃弱气滞,肝少滋荣,厥气横逆,而致虚实错见,兼有脘痛涉及胸胁,每因情志怫郁而加剧,噎噎较舒等症。经投疏肝和胃理气药不效,且已不宜再用疏肝理气辛味香燥耗劫胃阴液之品者,治当用酸味养肝、敛肝,制其横逆之势,使肝气不致犯胃,复合甘平薄味濡柔之品,如干石斛、沙参、玉竹、扁豆、莲肉、谷芽等以养胃生津,使肝得到滋荣。如虽见肝胃两

伤之证,但尚无明显阴虚现象者,可取酸甘化合之法,用乌梅、白芍配伍甘草、大枣等养胃缓肝,而不必直接用滋柔养阴的药物。

③酸甘温润:此为在酸甘柔润法的基础上,配合甘温补气类药物,以益气养阴。用于津虚不能化气或气虚不能生津,而致气阴两虚,津气俱伤,生气薄弱,或肝阴与胃气俱亏,既有阴津不足的症状,同时又见神疲、气短、音低、头昏、肢软、口淡、大便不畅或欠实,舌质淡红而光,脉虚细等气虚诸候。这类情况,虽见胃津和肝阴不足之象,但一般多未至燥阴伤、虚火内灼的严重程度,加之又有气虚的一面,故养阴当取上述酸甘柔润之法,不用或少用酸甘凉润的纯阴厚腻药,同时还当配伍补气的太子参、党参、黄芪、白术等,使酸与甘温相合,通过补气以化阴生津,对于津因气而虚者尤为重要。此外,即使单纯表现胃阴虚证,用酸甘柔润法而阴不复者,只要没有虚火现象,亦可根据“阳生阴长”之义,参以甘温补气之品。

养胃阴法一般均以甘寒滋阴为主,酸甘化阴仅是一个方面,由于酸与甘味的复合配伍从而加强了养阴作用,但在临床应用时,还当根据病理表现,分别选择酸甘凉润、酸甘柔润、酸甘温润等各种不同的具体方法。实践证明,酸甘化阴法用于阴虚胃痛,经现代医学检查诊断为萎缩性胃炎及溃疡病并发性慢性胃炎久延不愈、胃酸缺乏的病例,有较好的疗效,从病证推测其药理作用,这一疗法似有促进胃液分泌和增加胃酸的作用,与单纯用甘寒滋阴法对比,确有它的特点。^[6]

10. 关幼波诊治经验

关氏认为,胃脘痛总的病理机制则是胃失和降,气机阻滞,故理气和胃实为胃脘痛的主要治法,擅用旋覆花、生赭

石、杏仁、橘红、木瓜、香附、砂仁等。旋覆花、生赭石均有理气降逆化痰之功,适用于一切气机不畅,病在中上焦之证;杏仁、橘红关氏认为有理气和胃化痰润肠之功,对临床上出现气郁痰阻之象,用之甚妙;木瓜一般用以治疗风湿痹痛、吐泻转筋之候,有舒筋活络之效,但关氏认为其理气化湿和胃之功也著,盖机体津液运行和输布正常贵乎于气机通畅,气行则湿化,气滞则湿生,所以与香附相须,可充分发挥理气和胃化湿作用;砂仁和胃之力自不待言。

(1)重视活血化痰:关氏治病善于活血化痰,认为气行血行,血瘀气滞,病之形成,必由气及血,气不行则血也不畅,而气滞则痰生,痰血互结,则更使疾病难以向愈。所以,血行痰化则气行通畅,气机运行则诸脏功能恢复正常,一切问题即可迎刃而解。用药也多用旋覆花、生赭石、杏仁、橘红理气化痰,同时用当归、白芍、丹参、延胡索以活血。当归善于养血活血,祛瘀以生新,而延胡索又在疏肝之基础上以活血,气行血行,血畅气通,可见活血之法也绝非单纯以活血,必在活血同时辅以其他治法,效果才能显而易见。

(2)善用通降:关氏认为治胃之关键在于胃之通降,降则生化有源,出入有序,不降则传导失职,壅滞为痛为患。然“通”字之意,须全面理解。痛有暴、久之分,又有气、血、寒、热、湿、食、痰之异及虚、实之别。故辨证求因,审因论治,不必固于一法一方。关老善用的理气和胃、活血化痰、消食导滞、健脾益气等法,皆寓有一个“通”字。

(3)扶正与祛邪兼顾,急则治标,缓则治本:关老认为疾病辨证治疗除注意气血寒热以外,更应分析虚实之不同。虚虚实实,乃为治病之大戒。而虚则又有因病而虚和因虚而病之分。虚实的主次关系在每一个患者的发病过程中又有区别,或以虚为主,或以实力主,或虚实并重。治疗的关键是正

确处理扶正与祛邪的关系。关氏初步认为因病而虚多表现为由实转虚的过程；初期多表现为以实为主，此时多需祛邪，治疗其原发疾患，即以治本，邪去则正安；进一步发展则虚实夹杂，若正气尚支，又以祛邪为主兼以扶正；正虚邪弱者以扶正为主，祛除余邪为辅，扶正以助祛邪，祛邪即为扶正；当疾病后期，正气不支，有欲脱之象，又急当扶正救脱为先。当然因病致虚并不尽是由实转虚的典型过程，此时又另当别论；因虚致病多是素体禀赋不足，或再兼感外邪，或正气不足，功能不健而产生所谓之“实”的病理性产物，往往多表现为虚实夹杂之候，这样就应虚实兼顾，且以扶正为主治本。总之要体现中医“急则治标，缓则治本”的原则。关氏认为：中医必须充分发挥其辨证论治及整体观念的特点，但也不是完全排除现代医学的一些知识，应灵活掌握辨证与辨病，且首先注重辨证。

关氏认为治疗胃脘痛，除药物作用外，应加强自身调理，自身调理分为饮食调理和情志调理。饮食调理关氏主张在服药的同时，要忌生冷辛辣油腻，避寒凉，且最好在饮食上少食多餐，这是因寒凉生冷易伤脾胃之阳，致运化之力无权，蕴湿生痰，滞于中脘；辛辣之品则往往导致病邪化热，形成湿热之证，使病情缠绵难愈。而饮食少食多餐，能够使食物完全腐熟消化，更多地吸收营养，对萎缩性胃炎、胃癌等则更为适宜。特别是在疾病后期，饮食调理就更显示出重要性。另外情志心理调节也不能忽视。关氏认为情志因素影响及神经内分泌系统，导致体内内环境的改变产生疾患。在治病的同时，调节情志，少郁怒，仍不失为治疗本病的一大法宝。

关氏将慢性胃炎引起的“胃脘痛”分为以下几个证型，辨证施治。

①血瘀型：胃脘刺痛，拒按，痛有定处，固定不移，可伴有吐血、便血等症，舌质紫暗，脉涩。证属气滞血瘀，治宜活血化瘀，行气止痛。药用：旋覆花、生赭石、杏仁、橘红、当归、白芍、香附、丹皮、延胡索、丹参。

②实热型：胃脘灼痛，喜凉拒按，伴吞酸、口干、口苦，大便干燥，小便黄，舌红，苔黄，脉弦数。证属肝胃郁热，气机失畅，治宜疏肝泄热，理气和胃。药用：旋覆花、代赭石、杏仁、橘红、焦白术、酒黄芩、当归、白芍、香附、川黄连。

③虚寒型：胃脘隐痛或冷痛，喜暖喜按，空腹时加重，伴畏寒肢冷便溏等症，舌淡红，苔薄白，脉沉迟。脾胃虚寒，气机阻滞，治宜健脾温中，理气散寒。方用：党参、藿香、白术、茯苓、当归、白芍、砂仁、吴茱萸、香附、肉桂。

④阴虚型：胃脘隐痛，缠绵难愈，伴有口干，大便干燥等症，苔少，脉细；阴虚有热者可见五心烦热，胃脘灼热感，舌红脉数等症。胃阴亏损，治宜养阴益胃。方用：北沙参、麦冬、石斛、玉竹、生地、当归、白芍、乌梅、炒知柏、扁豆、生甘草。

⑤脾虚型：胃脘隐痛或胀痛，伴有乏力，四肢酸软，纳呆，腹胀便溏，舌质淡，脉沉滑。脾胃虚弱，治宜健脾胃。方用：党参、白术、茯苓、生甘草、薏苡仁、当归、白芍、佛手、藿香、砂仁。

⑥气滞型：胃脘胀痛或胀满痞闷，拒按，吐后及矢气后痛减，往往可见嗝气酸腐，呕吐不消化食物，大便不爽等症，纳差，舌苔厚腻，脉沉滑，多有暴饮暴食史。饮食停滞，气体不畅，治宜消食导滞，理气和中。方用旋覆花、生赭石、杏仁、橘红、焦白术、酒黄芩、焦三仙、砂仁、藿香、炒莱菔子。

另外，病情变化多端，药物也须加减化裁。如胃痛剧，重用白芍，再加延胡索、佛手；冷痛加生姜、砂仁；痛加酒黄

芩,胀痛加青皮、陈皮;刺痛加当归、红花,重用元胡;隐痛及空腹痛者加党参、白术;寒邪侵袭暴发疼痛者予以良姜、吴茱萸;恶心加法夏、生姜;呃逆加旋覆花、生赭石,重者用刀豆子、生瓦楞、藕节;吞酸加生瓦楞、乌贼骨;口苦者加酒黄芩、川黄连;腹胀者可佐以厚朴、炒莱菔子;纳差加砂仁、焦三仙消食导滞;眠差予夜交藤、远志、炒枣仁以安神交通心肾;便干用瓜蒌或酒军;便溏或水泄给予苍术、白术、莲子肉、生薏米;若西医诊断明确,则多在辨证论治的基础上结合辨病,如萎缩性胃炎则重用白芍、乌梅以养胃阴,促进胃酸分泌。^[6]

11. 李克绍诊治经验

(1) 涤痰治痛:凡胃痛表现有口干,口粘,或呕出粘液等症状者,就是胃有痰浊,这类痰浊都胶着难消,既难清除,也不易搜剔。对于这样的痰,轻者清热化痰法,仿丹溪海蛤丸方加减,如效果不大,兼胸满气粗,大便秘结等症者,则改用小胃丹。此外《金匱要略》中之瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤等,切勿看作是单纯心绞痛的专方,用来治痰饮痹阻的胃病,都有很好的疗效,而且药性平和,有利无弊,临床应酌情选用。

(2) 攻下止痛法:“痰”是胃肠道有瘀滞。胃肠道瘀滞形成之后,不但疼痛加剧,而且由于胃肠蠕动迟缓,能使大便干结,而生便秘,噎气,食少,腹痛等症。也常伴胃脘部怕风冷,畏冷食等。治疗这样的胃痛,可选用遇仙丹、大黄附子汤等有泻下作用的方剂。以上两方,都能消痰止痛,一般是大便秘结,舌苔白腻,湿偏重的用遇仙丹。若大便秘结,脉象沉紧,肢冷舌淡,寒象明显的用大黄附子汤。用大黄附子汤要注意两点:一是必须其人不呕。因为呕则病机向上,不宜下

法；二是细辛用量宜重，常用至6~9g，细辛与附子合用，使久已处于呆滞状态的肠管活动起来，大黄才能起到泻下的作用。

(3)活血止痛法：瘀血作痛，多呈针刺样疼痛，舌上常有瘀点，脉多呈涩象，治疗应以活血化瘀为主，失笑散是最常用的效方。方中的五灵脂和蒲黄，既能活血又能燥湿化痰，所以对于瘀血混杂者最为对症，此外，还有炒灵脂配入枯矾共研细末，温酒调服者，有将灵脂配桃仁，研末醋为丸，酒醋任下者。配制不同，其理则一，临证可以随意选用。

(4)解热止痛法：胃脘热痛是临床最多见的。其特点是：胃中灼热，舌赤脉数，时痛时止，病重时不敢吃冷食，喝冷水，甚至额上自汗，或全身冷汗，手足发凉等。治疗胃热疼痛，以梔子、黄连为主药，热极出现假寒症状时，须加辛热走窜药以为反佐。如《医彻》之仓促散（炒梔子、生姜汁）内有生姜汁即是。此外尚有用生、枯白矾各等份研末糊丸酒服者，用酒送服也是辛温走窜之意，与反佐的道理相同。总之，梔子、黄连都能解热，但梔子能导热下行，而川黄连、白矾则守而不走，又兼能燥湿，宜于热而兼湿者。治胃热作痛，有几张名方，如《统旨方》的清中汤，《张氏医通》的清中蠲痛汤，《沈氏尊生》的清热解郁汤。这些方子都是以梔子、黄连为主药，所不同的是：清中汤里有二陈汤，清中蠲痛汤和清中解郁汤都配有越鞠丸，故前者适于胃痛夹痰，吐酸多者，后二方能理气开郁，对于情志不舒所诱发的胃痛最为相宜。

郁热胃痛经选用上述诸方后，一般都能迅速止痛，但亦有少数痛止后，不久又再次发作，再服前方效果不大的，这是郁热虽解，但胃中还有秽浊郁滞未净，这时可用元明粉3~6g，温水化服即愈。胃热疼痛，有痛而兼胀，连及两胁，脉象弦数，当泻肝火，金铃子散效果最好。

(5)温中止痛法:胃痛表现为喜温恶寒,大便溏薄,四肢发凉的应温中祛寒,药用干姜、良姜、肉桂、吴茱萸、草豆蔻等,方如理中汤。

(6)建中养胃止痛法:此法适用于胃肠道没有病理产物,或病理产物不占主要地位者。如果有痰、血、宿饮等存在,用之无效。建中以当归建中汤为好,养胃以叶氏养胃汤为佳。

凡胃痛喜按,舌红少苔,或中心光剥无苔,脉象沉弦者宜当归建中汤;胃中觉热,舌质红者,宜丹参饮,兼有口燥舌干者,宜叶氏养胃汤。当归建中汤甘温养液,叶氏养胃汤甘凉养液,都有养胃的作用,所以不但胃痛时各有其主治的指标,而且在不少胃痛痊愈后,也常被选为巩固疗效的善后方。^[4]

12. 田德禄诊治经验

(1)治胃三法,和降为先:胃病病位在胃,治应以胃为本。胃为阳明燥土,多气多血,生理上以和降为顺,病理上以胃气壅滞为主。田氏治胃以清、润、降三法括之,而三法之中,尤重和降。胃病之由或因外感六淫、或因七情内伤、或因饮食劳倦,必影响胃的和降功能乃为病也。和降胃气则利于胃腑功能的恢复,即“六腑以通为用”、“胃气以通为补”之意。田氏多以香苏散加减。因紫苏理气和胃通降之力稍逊而有偏燥之嫌,而以苏梗易之,并加荷梗一味,一升一降,寓降于升之中。夏月则用苏、藿梗,又多加焦三仙以助胃受纳腐熟功用的恢复,并据感邪之不同随证加减。打破了治胃之法多以温散的格局,胃病从热论治至此明矣。

田氏指出,胃病具有鲜明的时代特点。在六七十年代以虚寒为主,而步入80年代以来则以热证居多。不仅六郁皆从火化,久病非寒,而邪毒在胃病的发生及病机转化中亦具重要意义。近代关于幽门螺杆菌与慢性胃炎、消化性溃疡、

胃癌的关系研究,便是更好的说明。胃为多气多血之府,清之则须辨在气在血。清气以白虎汤加蒲公英,清胃而不损胃;清血以泻心汤合失笑散,血热得清而不留瘀。然热盛则伤阴,瘀久则新血不生,有悖胃恶燥之性,治又当润之。田氏多以养阴润燥以益胃汤、百合乌药汤出入。但清、润之中勿忘和降,多与香苏散合之。

(2)肝脾并调,重在气血:田氏指出,胃病在胃而与肝脾二脏最为密切。脾胃同居中土,一主腐熟,一主运化,共司后天,斡理气机。“见肝之病知肝传脾”,亦应知肝传胃。故胃病日久,多及肝脾,而胃病之由亦可因于肝脾。此时不仅治胃,还当调理肝脾。或从肝论治,或从脾论治,或肝胃同治,或脾胃同治,或肝脾胃同治。而调理肝脾重在气血二字。胃病多实,脾病多虚。脾病或责之中气不足,或责之中气下陷,或责之脾阳不振,故治之多健脾、升阳、温中,而不离乎气。健脾益气多以香砂六君子汤为主,或加黄芪、黄精以助治本,或加炒陈皮、制香附以助治标。升阳则宗东垣,以补中益气汤治之,且枳实须重用至30g才能获益气升阳之目的。温中之法宗仲景,轻者黄芪建中汤,重者大建中汤主之。治脾在于斡理中焦气机,补而勿滞乃治法之要,此亦丹溪“痛无补法”之意所在,非言不能补也。故施补之法慎之又慎,一须审确有虚处,二须补而勿滞。脾胃同病则以虚实相兼、寒热并见为多,常见清浊相混、相逆征象。治当脾胃并调,寒热并施。选方多以半夏泻心汤加减,或合香苏散和胃降逆,或加《统旨方》之补气运脾汤健脾益气。治肝在于安胃,而治肝之法须体用兼顾,刚柔相济。轻则用四逆散,重则用柴胡疏肝散。常加青蒿、绿萼梅、八月札、薄荷等具有散肝之功之药,但无伤阴之弊之品。又多兼顾于胃,合香苏散化裁。因肝胃同病仍以实证、热证居多,故失治误治后有化热、伤阴、致瘀

之变,临证当知常达变,并用清法、润法或消法,于气血之中求治。胃病日久多肝、脾、胃三者俱病,证见胃有蕴热、脾有虚寒而肝血不足,滞气于中之象。田氏治之,肝脾胃并调,妙用乌梅丸,认为该方用黄连、黄柏苦寒泄热,干姜、桂枝辛热散寒,人参甘温补中似与半夏泻心汤异曲同工,而妙在乌梅、当归补肝,使其不乘脾胃之虚而强克之。

(3)微观辨证,用药精当:辨证论治是中医治疗学的核心。田氏指出,辨证的核心在于通过传统的和现代的诊查手段,收集尽可能多的资料,宏观辨证与微观辨证相结合,综合分析,以阐明病因、病位、病性和病机的转化。如胃粘膜相见粘膜充血、肿胀、糜烂,则加蒲公英、连翘、虎杖以清热解毒;若伴分泌物较多,质地粘稠,则选用具有燥湿之功的黄芩、黄连、大黄等清热解毒药;若胃粘膜相见片状苍白区,或红白相间,血管网清晰可见,分泌物减少,则加百合乌药汤、黄精、天麦冬以养阴益气;如胃粘膜相见粘膜红白相间、树枝样血管透见,粘膜呈颗粒样或结节样增生等改变,病理活检揭示肠化生和不典型增生,则加三棱、莪术、路路通、贝母以化痰逐瘀通络;如胃粘膜相见出血或渗血,则视病及血分,并据“离经之血便为瘀血”之理,加失笑散、赤芍、三七粉以止血不留瘀。

(4)辨病治疗,同中求异:田氏指出,现代中医治疗学应注意辨证施治与专方专药相结合。慢性浅表性胃炎与慢性萎缩性胃炎均以胃脘痞闷,时或疼痛为主证,属中医“痞证”范畴,但一实一虚、一在胃一及脾。前者治宜和胃通降,以香苏散。基本方为:苏梗、荷梗、制香附、炒陈皮、焦三仙、大腹皮及子、连翘、蒲公英、土贝母。后者则视轻、重不同,分别治以甘寒益胃、甘平养胃、甘温健胃;甘寒益胃以益胃汤化裁,基本方为沙参、丹参、麦冬、玉竹、生白芍、佛手、香橼皮、生甘

草；甘平养胃以乌药汤加味，基本方为：炙百合、乌药、太子参、黄精、生白术、砂仁、山楂；甘温健胃以香砂六君子汤加味，基本方为：党参、炙黄芪、茯苓、炒白术、砂仁、木香、酒当归、鸡内金。^[7]

13. 邵荣世诊治经验

邵氏把慢性胃炎分为三型，一为气滞湿阻型，拟以理气化湿方治疗，药用苏梗、厚朴、白蔻、姜半夏、陈皮、神曲、炒麦芽，若牵及两胁疼痛加炒柴胡；便溏加炒白术、炒扁豆、炒薏苡仁；苔白厚腻加炒苍术、草豆蔻；虚寒者合黄芪建中汤或加炮姜。二为中虚气滞型，选用健脾调气之香砂六君子汤加减，若神疲乏力明显加黄芪；畏寒肢冷加附片、桂枝；中脘厥冷加干姜；便溏加炒薏苡仁、炒扁豆；泛酸加煅瓦楞子、炙乌贼骨。三为胃阴不足型，治以养阴益胃，药用南北沙参、麦冬、石斛、乌梅、生山楂、白芍、甘草等；若腹胀、嗝气者加佛手、陈皮；大便干结加火麻仁、郁李仁；舌质紫加桃仁、莪术；气滞甚加九香虫。

邵氏在治疗慢性胃炎的基础上提出用药还需结合辨病。胃镜见胃粘膜炎症分泌物，胃镜下为灰色薄膜或皱襞之间的粘液可散在出现，亦可覆盖大片粘膜，少许稠性粘液呈脓性，可归纳为热毒内陷，加用蒲公英、黄连、藤梨根、凤尾草等清热解毒之药；胃粘膜弥漫性充血呈深红色，此为瘀热互阻，加用清热解毒之品配活血化瘀之莪术、桃仁、赤芍、紫丹参、山楂等药；胃粘膜呈“水浸状”湿润，反光强度高，水肿者加苍术、厚朴、草蔻仁、白蔻仁、薏苡仁等理气化湿之品；若见胃粘膜代偿性增生而形成颗粒状增生结节，甚至形成大的息肉样结节或肠上皮化生，此乃络脉瘀阻，可重用莪术、桃仁、山楂配三棱、虻虫等活血化瘀之品，通过改善胃粘膜病变

组织血流量而修复再生,加速肠化生或增生组织等病理逆转;胆汁返流者加用生赭石、旋覆花、竹茹、半夏等降逆和胃之品。现代病理研究发现慢性胃炎中的幽门螺旋杆菌阳性率与炎症活动有密切关系,因此邵氏提出通过中医辨证论治可以改变胃内环境来抑制幽门螺旋杆菌生长,配合经过研究确认能直接杀灭和较强抑制幽门螺旋杆菌生长的中药如黄连、蒲公英、藤梨根、厚朴、鸡内金、蒸百部等消除致病因素,有效率达84.61%,疗效满意。^[8]

14. 姜春华诊治经验

姜氏治疗胃脘痛采用十二种方法,兹分述如下:

(1)活血化瘀法:此法适用于胃痛日久,证属瘀血滞留。胃痛日久,久则入络,必有瘀血,症见痛点固定,痛如针刺刀割,休作有时,坚硬拒按,甚或大便色黑,面色晦暗,舌质紫暗或有瘀点瘀斑,脉弦涩。治宜活血化瘀,轻证用丹参、当归、桃仁、红花、刺猬皮、九香虫、五灵脂之类;重证加用制乳香、制没药、三棱、莪术、大黄等。

(2)温热止痛:此法适用于身受外寒或饮食生冷,寒积于中,胃中阳气被遏而不宣通,血因寒凝而不畅行证。症见其痛剧,遇冷即发,喜暖畏寒,得温则舒,泛吐清水,舌苔白腻,脉弦紧。此乃寒实证,可用良附丸温通之。也可用辛热温胃之药如高良姜、制川乌、肉桂、乌药、苏梗、荜澄茄、吴茱萸等。

(3)益气温中:此法适用于胃脘痛属于虚寒者。若气虚重者用黄芪建中汤;较轻者用小建中汤。

(4)平肝降逆:此法适用于肝气犯胃证。常见症状为胃痛连胁、嗝气频作,舌苔白,脉紧,泛称肝气犯胃,胃失和降。浊气上逆,则见嗝气频作,肝木犯胃作痛。常用柴胡、白芍、郁金、枳壳、青陈皮以平肝解郁,配旋覆花、嫩苏梗以降逆和

胃。姜氏在平肝降逆的同时,注意宣降肺气,盖肺主一身之气,肺气降则一身之气皆降,所以遣方用药,必选几味降气之药,如苏子、前胡、瓜蒌、苏梗、旋覆花等。

(5)疏肝泄热:此法适用于肝气犯胃重证。若肝郁化火,火邪犯胃,可见胃脘灼痛,胁肋胀满,泛酸嘈杂,口苦便秘,舌红苔黄,脉弦数。常用丹栀逍遥散及左金丸加减。药用柴胡、白芍、郁金、枳壳、香附、佛手、绿萼梅、丹皮、山栀等疏肝泄热,左金丸中黄连、吴茱萸清热泄火,辛开苦降。此证以理气为主,慎用香燥药物。

(6)清热泄火:本法适用于胃脘部灼痛,痞闷,食欲不振,口苦便秘,舌红苔黄,脉数者,可用大黄黄连泻心汤。

(7)扶阳消痞:本法适用于慢性胃炎阳虚体质。症见脘腹疼痛,心下痞满,干呕心烦,大便秘结,口苦,畏寒,四肢欠温,舌淡胖,苔黄腻,脉濡数。证属肾阳虚弱,脾胃湿热,以附子泻心汤加减。

(8)益阴润胃:本法适用于胃阴亏虚之证,症见胃脘隐痛,终日不止,口干喜饮,食欲不振或嘈杂,大便干燥,舌红少苔,脉濡数,此为胃阴不足。姜氏喜用麦门冬汤加减,常用麦门冬、石斛、沙参、玉竹、天花粉、全瓜蒌滋胃养津,乌梅、木瓜等酸甘化阴;加用山药、扁豆、黄精滋养脾阴;又用佛手、川楝子、白蔻壳理气和胃,静中求动。

(9)温阳化饮:本法适用于胃脘隐痛,胸胁支满,头目眩晕,泛吐清水痰涎,背部寒冷,胃肠漉漉有声,舌苔白润,脉象弦滑,此属胃寒积饮,用苓桂术甘汤加味,加温药和之。

(10)消导通滞:本法适用于食积引起的胃痛。症见胃痛胀满,拒按,噎腐吞酸,泛恶,呕吐不化之食,纳差,口臭,大便秘结,舌苔厚腻,脉滑或实,常用枳实导滞丸与木香槟榔丸加减,常用药物为生大黄、枳实、山楂、神曲、谷麦芽、木香、槟

榔、莱菔子、鸡内金、砂仁、陈皮等。

(11)降逆制酸:本法适用于噯酸暖气上逆证。症见食后腹胀,纳呆,暖气,或呕逆,反酸,苔腻,脉滑,可用旋覆代赭汤降逆制胃,加制酸药煅瓦楞子、白螺丝壳或乌贼骨以制酸和胃。

(12)健脾益气:本法适用于素体羸弱,慢性胃炎气虚症状明显,面色萎黄不泽,少气乏力,胃脘时胀时痛,食后痛甚,纳食少味,大便溏薄,舌淡,脉细弱。姜氏善用香砂六君子汤加减。常用药物如黄芪、党参、白术、茯苓、甘草、半夏、陈皮、砂仁、木香等。若表现虚寒症状,可酌加高良姜、吴茱萸、桂心、乌药等。^[9]

15. 张羹梅诊治经验

张氏认为萎缩性胃炎,临床以虚证为多见,治疗中应以补虚为主,遵“脾以守为补,胃以通为补,肝以散为补”的原则,喜用六君子汤、芍药甘草汤、左金丸化裁,常用药有太子参、石斛、桃仁、莪术等。在辨证的基础上,善用制酸、活血、柔肝之剂。

(1)活用制酸药:慢性萎缩性胃炎因粘膜与腺体萎缩,临床观察有不少患者胃酸分泌减少。张氏认为其根本原因是脾胃失调,对低萎缩性胃炎的治疗,中西医一般均不用制酸剂,而张氏在辨证用药的基础上,常酌加制酸剂,用制酸剂后胃酸更少,可反馈胃腺分泌较多的酸,加上用益气清肝养胃中药,促进萎缩细胞恢复,有利胃酸分泌,故用制酸剂后胃中并不一定缺酸,相反可促其恢复,这是治本之法。具体方法为选一味制酸中药服半月左右停用。此法机理类似西医撤用激素,促其自身恢复正常水平,临床运用确有其效。

(2)善用活血药:张氏对慢性萎缩性胃炎的治疗中常加

一味活血化瘀药如莪术、丹参、桃仁等,认为萎缩性胃炎在治疗效果不明显时,酌加入活血通络之品能提高疗效,其中尤善用桃仁,此药祛瘀通便,无辛通过度之虑,并注意在药物的配伍上宜以补为主,兼以辛通,忌过用攻破、辛通,以防耗伤正气。

(3)善用柔肝剂:肝胃同病在慢性萎缩性胃炎中常见,患病日久,反复发作,情志或郁或躁,必致肝失疏泄,除进行必要的情志疏导外,尚可选用佛手、绿萼梅、生麦芽等疏肝理气之品,久服也不伤肝阴。^[10]

16. 周慎诊治经验

周氏认为慢性胃炎的病理改变的各个阶段都存在着血瘀这一共同的病理改变。因此治疗采用以活血化瘀为主,根据患者不同证候,配合理气、益气、温阳、养阴、清热药物等进行治疗。

(1)理气活血法:本法适用于慢性胃炎而见气滞证者,以胃脘胀痛或隐痛,嗳气,矢气后疼痛减轻,或胀甚而无嗳气、矢气,舌淡红,舌苔薄白,脉弦为主症。常用丹参、莪术、蒲黄、三七、延胡索与柴胡、枳壳、香附、紫苏梗、乌药、荔枝核等药物。

(2)益气活血法:本法常用丹参、蒲黄、莪术与党参、白术、茯苓、炙甘草等药,适用于慢性胃炎而见胃脘隐痛不已,脘胀纳差,便溏乏力,舌淡,脉缓而弦等脾胃虚弱之证者。

(3)温阳活血法:本法适用于慢性胃炎而以胃脘冷痛、隐痛,喜温喜按,口干不苦,肢冷,舌淡,脉沉细为主症的中焦虚寒证者,药用丹参、蒲黄、莪术与党参、白术、砂仁、川椒、干姜、附子、肉桂等药治之,以使阳气回,寒凝散,血脉活,胃络通而胃痛自止。

(4)养阴活血法:本法常用丹参、蒲黄、莪术与白芍、天花粉、沙参、麦冬、乌梅、山楂等药治疗,适宜于慢性胃炎而见胃脘隐痛,时有脘中灼热,饥不欲食,口干咽燥,嗳气少,不吐酸,大便干,舌红,苔少,脉细等胃阴不足之证者。

(5)清热活血法:本法适宜于慢性胃炎而以胃脘灼热疼痛,嗳气泛酸,口苦而干,舌边尖红,舌苔薄黄,脉弦数为主症者。常用丹参、莪术、蒲黄、延胡索、酒大黄与黄芩、栀子、败酱草、酒炒黄连等药。^[11]

17. 邓铁涛诊治经验

邓氏认为慢性胃炎补脾气、养胃阴是治疗的根本,但标实不除,不能很好的固本,所以活络祛瘀,除湿化痰,清退虚热,亦不可忽略。基本方为:太子参 30g,云苓 12g,怀山药 12g,石斛 12g,麦芽 30g,甘草 5g,丹参 12g,鳖甲 30g(先煎)。方用太子参、云苓、怀山药、麦芽、甘草以培补脾胃健运其气;用石斛、怀山药急救已伤之胃阴,用丹参、鳖甲益阴活络,通脉祛瘀兼清虚热。本证以亏虚为本,瘀热为标,故遣方用药以培中气,救阴津为主,祛瘀热为辅,方与证合,故能建功。加减法:脾胃气虚较甚者加黄芪、白术或参须另炖,湿浊偏重者加扁豆、鸡蛋花、薏苡仁等;肝气郁结者加素馨花、合欢皮、郁金等;大便干结者加火麻仁、郁李仁等。

慢性胃炎是伤于后天,其本既虚,脾胃消化吸收功能甚差,故培补不能急功求成,骤投大温大补之厚剂。如按此法,只能滞其胃气,灼其胃阴,同时,救护胃阴亦不宜用过于滋腻之品,以免壅阻脾脏阳气的恢复。此外,活血祛瘀要防破血太过,清退虚热要防伤阴,亦同上理。治疗本病培元时,宜用太子参、怀山药、云苓、炙甘草等,虽补气之力不及党参,黄芪,但不会滞气助火,再反佐以麦芽使之易于受纳,这对于消

化吸收功能甚差,胃阴已伤的患者,是恰如其分的。至于救胃阴,石斛、小环钗、怀山药最为适宜。活络通瘀,清降虚热,丹参配鳖甲较为妥贴,至于化湿浊,宜选扁豆、云茯苓、鸡蛋白、薏苡仁等药性较平和的药物,切忌用温燥之品,因为易伤元气与胃阴,胃阴不足,病机不转,则犯虚虚实实之弊。

本病乃慢性疾病,病程较长,日久必及肾。脾胃属土,肝属木,脾虚往往使肝气乘之,故治疗不能忽视肝脾的关系,应先抓主要矛盾,于适当之时选加调养肺、肝、肾之品,同时,注意消除可能致病的因素,如戒除烟酒,治疗口腔、喉部病灶,忌用对胃有刺激的药物,避免过劳及精神紧张。在饮食方面,应戒刺激性、过热、过冷及粗糙食物,以软食为宜,少食多餐,细嚼慢咽。^[12]

【按语】

现代医学对慢性胃炎的治疗具有一定的疗效,但停药后复发率高,尤其是对慢性萎缩性胃炎,由于其病因复杂,病情顽固,多数人认为目前尚无促使其病理改善的药物,萎缩病变形成后便很难逆转,而中医药治疗本病,其疗效明显优于西药,且能使萎缩的胃粘膜逆转。上述 17 位医家诊治风格各异。董建华治疗本病,在治法上强调胃病用通降法,疏其壅塞,消其郁滞,并承胃腑下降之生理特性推陈出新,导引食浊郁滞下行;在病机上强调脾胃虚寒学说固然有重要的价值,但目前应着力研究胃热学说;对于胃热病证的表现,董氏认为黄苔是辨证的眼目;注重疏肝气以调脾胃气机,疏肝调气,脾胃自安。在临证时或疏肝或抑肝,或平肝,或柔肝,或清肝,当证权宜而应变;用药忌壅补,以轻灵流畅为其特点,当升者升,当降者降,胃腑实者,宜消积导滞,专攻其邪,

不可误补；胃气虚者，宜补虚行滞，亦不可壅补，虚而补之，补亦有度，食养尽之，是为正法。许鑫梅治疗本病，辨病与辨证结合，创立消胀六法，①辛开苦降消胀法；②清肝泄热消胀法；③疏肝利胆消胀法；④补气活血消胀法；⑤养阴益胃消胀法；⑥健脾升清和胃法。而在治疗各型时，各有侧重。糜烂性胃炎治在清肝泄热，浅表性胃炎宜于健脾清胃，浅表萎缩性胃炎重在健脾与养胃，同时强调随着社会的发展，医学模式已由自然、哲学模式发展为生物医学模式、生物心理社会医学模式，心理因素对疾病的发展和预后起着相当重要的作用，因此应对患者进行心理调护，综合治疗。步玉如诊治本病，对虚证强调通补，即在补益之中加通调气虚诸郁之药，使补而不壅，通勿伤正，在应用通补法治疗气虚、阴虚、阴阳两虚之胃脘痛时，很注意调节通与补的比例；对实证，治疗重视开郁，郁热胃痛分为胃脘积热与肝胃郁热两类，治宜“火郁发之”。对复杂证善于调理，辨别各种兼有病机，施治有重点、有兼顾；对疑似证辨治分明，如对小建中汤证、理中汤证、香砂六君子汤证的异同点，详加区分，施治准确。张镜人诊治本病，认为热证居多，病机以木郁化火，横逆犯胃为主，辨证与施治可概括为四个方面：一是治以调气清热和胃为原则；二是遵循“中焦如衡，非平不安”的原则，用药时注意寒温相适，升降并调，营阴兼顾，虚实同理；三是胀满当辨虚实；四是病久当调气和血并进。路志正通过典型病例说明治疗萎缩性胃炎阴虚挟湿之证，应详为辨证，根据虚实孰重、孰轻，而决定治则，选方用药，或以化湿为主，或以养阴为主，并随时观察病情，灵活化裁。单兆伟认为胃脘痛常由胃阴亏虚，失于和降所致，治疗每以甘寒或甘凉滋养胃阴为本，对阴虚气滞证，忌一味投以辛散，而重在升降气机，气机升降主要体现在：①润降：多选麦冬、生地、沙参之属；②升清：方

中多加入升麻、葛根、荷叶、绿萼梅、甘松等升清醒脾之品；

③宣肺：选方多加入桔梗、杏仁、紫菀等宣肺之品。对阴虚夹湿证，化湿忌温燥，恐阴更伤而湿不祛，当以养阴为本，对湿邪较重者，擅用藿香、佩兰、石菖蒲等，与理气相合，可防滋腻助湿；对阴虚夹瘀证，诊断不拘于疼痛固定，舌紫，脉涩；凡阴虚胃病久病不愈者，均考虑其瘀血因素。凡舌下静脉增粗或迂曲，为脾胃瘀血的重要标志，善用活血又可养血之品，如丹参、仙鹤草等，寓养血于活血之中；对阴虚肾亏证，重视肾胃相互关系，提出补肾助阳，当为其法，并灵活变通“善补阳者，必于阴中求阳”，于养阴诸药稍加菟丝子、肉苁蓉，使阴得阳助，化源不竭，且可滋而不腻，如此配伍，可谓独辟蹊径。梁乃津治胃病根据慢性胃炎的病例表现而采用疏肝理气、活血祛瘀、清热祛湿、健脾养胃四法。李恩复认为慢性萎缩性胃炎的中医病机实质是瘀热伤阴，辨证别具颖思，认为喜热怕冷，非尽寒证，阳郁不达者甚多，而舌脉为辨证着眼处，噫主于心，为火土之郁，辨析疼痛注意虚实；对腹满当辨寒热；胁胀缘胃，不尽属肝；背沉重痛，当责之肺气虚。治疗重凉润通降，善用通络之品，分经主时用药；治胃注意通便，清胃妙用石膏，养阴不碍湿邪，和胃不忘利咽，止痛妙用熟地，背沉重痛，妙用沙参，并且善于守经用权。同时在治胃方中配伍使用通调五脏之品，既不失和胃降逆大法，亦顾及五脏犯胃之邪，主次分明，通常达变，圆机活法，曲中病机。周仲瑛认为阴虚胃痛病理变化复杂，一般常见的兼证有二：①是胃阴不足，兼有虚火；②是气阴两虚，治疗上应采用酸甘化阴方法。至于酸甘化阴法在临证的运用，周氏认为注意有酸甘凉润、酸甘柔润、酸甘温润三法。关幼波认为胃脘痛总的病理机制是胃失和降，气机郁滞，横逆犯胃，因此理气和胃为胃脘痛的主要治法，临床时善用活血化痰、通降之法，对

虚实夹杂之候,就应虚实兼顾,扶正与祛邪并用,并且把胃脘痛分为六个证型,辨证施治。李克绍用涤痰、攻下、活血、温中、建中、养胃六法止痛。田德禄治胃以清、润、降三法括之,而三法之中,尤重和降,同时提出胃病在胃而与肝、脾二脏关系密切,因此治胃应肝脾胃并调,妙用乌梅丸,并指出辨证的核心在于通过传统和现代的诊查手段,收集尽可能多的资料,宏观辨证与微观辨证相结合,综合分析,以辨明病因、病位、病性和病机的转化。邵荣世把慢性胃炎分为三型,并提出用药还需结合辨病,对症用药。姜春华根据自己多年的临床经验,对胃脘痛采用12种方法进行治疗,效果颇佳。张羹梅治疗慢性萎缩性胃炎以补虚为主,遵“脾以守为补,胃以通为补,肝以散为补”的原则,善用六君子汤、芍药甘草汤、左金丸化裁,同时在辨证的基础上善加用制酸、活血、柔肝之剂。周慎认为慢性胃炎的各个病理阶段都存在着血瘀这一共同的病理改变,因此治疗以活血化瘀为主,根据患者不同证候,配合理气、益气、温阳、养阴清热药物等进行治疗。邓铁涛治疗慢性胃炎多采用补脾气、养胃阴大法,为治疗根本,同时配合活络祛瘀,除湿化痰,清退虚热等方法,提出本病病程较长,日久必及肝肾,治疗上抓主要矛盾,亦应兼顾肝肾,同时强调了加强精神、饮食调理对治疗慢性胃病的重要作用。

(高连印)

参考文献

- [1] 王长洪. 董建华的脾胃学术思想. 南京中医药大学学报, 1999, 15 (4): 199~200
- [2] 左俊岭. 许鑫梅教授治疗脾胃病经验集粹. 新中医, 1996, (2): 14~16
- [3] 于振宣, 等. 中国当代中医专家临床经验荟萃(二). 北京: 学苑出

版社,1997

- [4]史宇广,等.当代名医临证精华·胃脘痛专辑.北京:中医古籍出版社,1988
- [5]尚文斌.单兆伟教授辨治阴虚胃痛经验撷粹.国医论坛,1994,47(5):19~20
- [6]单书健,等.古今名医临证金鉴·胃痛痞满卷(下).北京:中国中医药出版社,1999
- [7]毛效军.田德禄教授治疗胃病经验及学术思想探讨.中医教育,1996,15(5):43~44
- [8]明顺华.邵荣世主任医师治疗慢性胃炎简介.陕西中医,1999,20(4):175~176
- [9]戴克敏.姜春华治疗胃痛的经验.山西中医,1995,11(4):1~4
- [10]袁叶,等.张羹梅治疗萎缩性胃炎经验撷萃.江苏中医,1996,17(9):10
- [11]周慎.活血化瘀治疗慢性胃炎.湖南中医学院学报,1988,8(2):20~21
- [12]邓铁涛.邓铁涛临床经验辑要.北京:中国医药科技出版社,1998

慢性萎缩性胃炎

【概述】

慢性萎缩性胃炎(CAG)属慢性胃炎的一种,以胃粘膜固有腺体萎缩,粘膜变薄,粘膜肌层变厚,胃酸分泌减少,或伴有肠上皮化生或假幽门腺化生为其病理特点,以上腹部疼痛、胀满、嗳气、纳呆、日久不愈则消瘦、乏力为主要表现。纤维胃镜及病理双重检查是本病确诊及分型的最主要依据。本病在正常人群中随年龄的增长而发病率递增,如芬兰调查结果:16~30岁组CAG仅9%,而51~65岁组达53%,年龄每增长10岁,平均递增率为14%。本病可由慢性浅表性胃炎发展而来,也可两者并存。有的呈隐袭性,发现时即为本病。本病常有家庭中发病集中趋势。其反复发作,不易治愈,在重度CAG伴中~重度肠上皮化生及重度不典型增生者,与胃癌的发生关系密切,故萎缩性胃炎越来越受到人们的重视。

本病属中医“胃脘痛”、“痞证”、“腹胀”、“嘈杂”等范畴。其发病多与饮食不节、劳倦太过、情志不畅、先天禀赋有关。饮食不节、饥饱失常或劳倦内伤等可伤及脾胃,脾湿运化失职,食滞不化,湿浊内生,胃气失降,不能受纳腐熟则胃气上逆,故见腹胀、纳呆、嗳气、呃逆、便溏等。嗜食辛辣或情志不畅、气郁化火、灼伤阴液,则胃阴不足、虚火内炽,故见口干、便秘、胃脘灼痛等。久病必虚,气虚血滞,气滞血瘀,故见

日久不愈,胃脘胀痛、刺痛、舌暗或见瘀斑等。总之慢性萎缩性胃炎多属本虚标实、虚实挟杂证。脾虚、阳虚为本,气滞、湿阻、郁热、瘀血为标,故治疗宜补虚泻实、补泻结合的原则。

【名医经验】

1. 董建华诊治经验

董建华以“通降论”学术思想指导慢性萎缩性胃炎的治疗。本病临床表现常为胃脘痞塞满闷、疼痛、嘈杂纳少、大便或干或稀,中医病名为“胃痞”,胃痞的病因主要为情志因素和饮食因素(如饮食不节、喜进食热烫、粗糙或刺激性食物,嗜烟好酒等),而劳逸并非主要原因。体质多以阴虚质和阳虚质为多,气质方面多以忿激志(恼怒型)和默匿志(忧思型)为主。气质因素和体质因素成为发病的易感素质,情志和饮食因素是发病的外因,内外相因,邪正相持,胃痞乃发。

胃痞的基本病机为气机阻滞。胃主受纳腐熟,以通为用,以降为顺。气滞于胃则升降失序,传化无由,壅塞成痞,气滞则水谷转输运化失职,而痰湿、瘀血、食积、火热随之而生。胃痞日久,气血阴阳虚损,多呈标实本虚之证,或脾胃虚损之证。

胃痞的辨证应首辨虚实,其次辨气血、寒热、阴阳。其实证为胃气壅滞、肝胃不和、湿热中阻,其中以胃气壅滞最多。虚证分胃阴不足、脾胃气虚、脾胃阳虚,以胃阴不足最多。

胃痞的治疗原则在于恢复胃的通降特性,使之能正常受纳传导。因此,胃痞无论虚实,均当贯穿通降之法,实者损之使通,虚者助之使通。具体应用现从以下五个方面论述:

(1) 胃痞壅滞,主用通降,慎用开破

胃痞病位在胃,与肝、脾关系密切,胃、肝、脾生理上相互依从,病理上互为因果,互相影响,凡胃气壅滞,或肝胃气逆,或饮食停滞,或寒热错杂,或寒湿内聚,或湿热壅结,或实热壅滞、腑气不通,或胃虚脾弱、气不畅运,均可导致胃痞的发生。治疗应遵循理气通降为法则,具体用药时分上、中、下三焦和气滞所属脏腑,又要分析药性的寒凉温热。故病在上焦,用旋覆花、广郁金、柴胡、降香等;病在中焦,选用陈皮、枳壳、香椽皮、佛手等;病在下焦则选用乌药、槟榔、小茴香、川楝子等。病在肝经,多用柴胡、香附、娑罗子等;病在脾胃经,多选陈皮、香椽皮、大腹皮等;病在肠道,则多选用木香、枳实、槟榔等。如需温通,采用乌药、陈皮、木香、砂仁、苏梗、茱澄茄等;若需凉通,则选用枳实、川楝子、荷梗等。因胃痞多为本虚标实证,故治疗时常先通后补,或通补兼施,做到补而不碍气机,调气而不伤正,慎用开破之品,如三棱、莪术等药。

(2)痞兼疼痛,乃气血同病,当调和气血:胃痞初起多见胃脘痞塞满闷,触之不痛,久则多兼胀痛、灼痛,或刺痛。胃为多气多血之腑,外邪内积,郁于其中,气血必受其阻。初起一般在气,日久病由气入血,气血同病。气滞则血行不利,终成血瘀。治疗采用调气以和血,调血以和气,和血以养阴的方法。分别制定了胀痛方、瘀痛方和虚痛方来调和胃中气血。

胀痛方组成:苏梗、香附、橘皮、枳壳、大腹皮、香椽皮各10g,佛手6g。用于治疗气滞胃痛以胀为主,如伴见胁肋胀痛、口苦泛恶、肝郁不舒症状,加柴胡、青皮、郁金;伴便秘腹胀、腑行不畅者,可入酒军或瓜蒌、莱菔子;如伤食生冷,胃寒作痛者可加良姜或茱澄茄等品以行气散寒止痛;如顽固腹胀反复不愈则可鸡金散(鸡内金、沉香或木香、砂仁、香椽

皮等量研末,每服3g,日2次)亦可用于汤剂。

瘀痛方有二个处方:①金延枳椇汤(金铃子、元胡、香附、陈皮、枳壳、大腹皮),治疗痛胀并作,以痛为主的血瘀型轻型胃痛,若郁久化火,伴见烧心、吐酸者可加黄连、吴茱萸清火解郁行气;胃痛喜暖畏寒加良姜、甘松以行气散寒止痛;若心烦喜呕,舌红苔黄,有热象者可加入梔子、竹茹。②猬皮香虫汤(炙刺猬皮、炒九香虫、炒五灵脂、金铃子、元胡、制乳没、香附、香橼皮、佛手),本方治疗瘀血胃痛重证。凡萎缩性胃炎表现为气血同病、气滞血瘀时,可用上二方加减化裁。

(3)痞满壅塞,湿邪为犯,当燥润相济:脾虚与湿浊互为因果,常常并存。临证须分清脾虚与湿浊以谁为主。另外,脾虚兼湿滞因体质等因素的不同,或因素体阳虚、湿从寒化,损伤脾阳,或因阴虚火旺或胃肠积热则易于热化,损伤胃阴。但湿从寒化是主要趋势。治疗应以祛湿为主,有芳香化湿,苦温燥湿,淡渗利湿,健脾化湿之不同。热化者宜清热,寒化者宜温燥。

症见胃脘痞满、纳呆乏力、舌苔腻、脉濡滑者,宜芳香化湿为主,或佐以淡渗利湿、苦温燥湿,药用藿香、佩兰、枳壳、大腹皮、香橼皮、佛手、芦根、焦三仙等。口干不欲饮,苔白腻者,宜加苍术、厚朴、陈皮、清半夏等苦温燥湿之品;小便不利者加茯苓、通草、车前子等淡渗之品。

湿邪化热,湿热阻滞脾胃,气机不畅,症见痞满纳呆,口干口苦,大便粘滞不畅,小便黄赤,舌红苔黄腻,脉濡数,宜清热化湿,药用黄芩、黄连、清豆卷、滑石、藿香、佩兰、芦根、香橼皮、佛手、大腹皮、焦三仙等,大便干结者加用枳实、全瓜蒌或酒军。

脾失健运,水湿内停,脾虚湿阻,气机不畅,症见脘腹胀闷,食后更甚,大便稀溏,苔薄腻,脉濡细,宜健脾化湿为主,

药用扁豆、木香、砂仁、藿香、佩兰、生苡仁、茯苓、通草、枳壳、香橡皮、佛手等。脾阳不振，腹中振水声，加用肉桂、干姜等。

然芳化、苦温、淡渗均易伤阴，阴伤则易湿从热化，更伤胃阴，故董氏用芦根生津养阴，但不致留湿敛邪，以达到燥润相济。

(4) 痞满纳呆，脾胃同病，宜健脾益胃：食欲不振是胃痞最常见的症状之一，临床表现初起见胃脘痞满，食后加重，空腹时痞满较轻，后期餐前餐后胃脘痞满均甚，厌食纳呆。

胃痞之初，若食滞中脘，治以消食导滞，药用鸡内金、焦三仙、陈皮、清半夏、茯苓、莱菔子等。呕恶噯腐者加黄连、砂仁；大便稀溏者加木香、砂仁、扁豆、炒白术。食滞内停郁久化热，无形邪热与有形燥屎内结，而见腹胀而痛，大便干结难解等，当清热通腑，理气消胀。药用酒军、枳实、全瓜蒌、大腹子皮、香橡皮、佛手、黄芩、黄连、火麻仁、焦三仙、鸡内金等，药后大便不通者加芒硝冲服。噯气泛恶明显加陈皮、清半夏、竹茹。

胃痞中后期出现厌食纳呆，董氏认为病由胃及脾，属脾胃同病，当分清病位主次。病以脾为主者，脾气虚弱，运化无力，不能“为胃行其津液”，故食后脘腹痞胀加重，纳化呆钝或胀有坠感，平卧则舒，神倦乏力。胃钡餐造影或胃镜检查发现胃张力低下，蠕动缓慢，排空延缓，治疗以健脾益气，用黄芪、党参、土炒白术、升麻、柴胡等调整脾胃运化功能，加枳壳、陈皮等理气消胀，以提高胃的蠕动功能，气虚下陷，坠胀较甚者，加干荷叶、葛根以升阳举陷。脾阳不振，受凉或饮食生冷痞满加重者，宜予高良姜、香附、萆澄茄、甘松、吴茱萸、木香、砂仁等温阳散寒，消胀除满。病以胃为主者，胃阴不足，濡润失职，通降功能失常，症见痞塞满闷，或隐痛，或知饥不食，舌津少，脉细或细数。胃液分析胃酸低，胃镜下胃粘膜

变薄、苍白,分泌物少,治宜养阴益胃,理气通降,药用沙参、麦冬、白芍、石斛等濡润胃腑,枳壳、大腹皮、香橼皮、佛手等理气通降,胃有郁火,胃脘灼热者,加丹皮、梔子、黄连清热泻火,口干、舌红等阴虚明显者加用芦根、乌梅、玄参等。

(5)久痞不愈,寒热错杂,宜辛开苦降:对久痞不愈寒热错杂,症见胃脘痞满,灼热疼痛与腹中畏寒,遇凉则泻并见口干口苦,舌红苔黄腻与腹部冷痛,肠鸣不利并见,辨证属上热下寒,胃热肠寒,董氏采用辛开苦降法治疗,药用黄连、黄芩、清半夏、陈皮、干姜、太子参或党参、香橼皮、佛手、香附、甘草等,如口苦、烧心明显,舌红苔黄,热偏重者,加黄连、梔子、竹茹等,若寒偏重者加良姜、肉桂、萸澄茄等;肠鸣下利者加扁豆、生苡仁、生姜、茯苓、炒白术等。^[1-2]

2. 张镜人诊治经验

慢性胃炎虽有浅表性胃炎和萎缩性胃炎之分,但从中医辨证角度出发,二者病机的转化有一定的内在联系,而热象是不可忽视的重要环节。张氏主张慢性胃炎以热证居多,病机以木郁化火,横逆犯胃为主。

胃炎与热的关系,一是因热引起胃粘膜炎症,如恣食辛辣煎炒、喜欢烈酒,或情志不遂,气郁化火,肝热胆火内扰于胃。或感受六淫,化热内传胃腑,热壅脉络。胃气不和,气血失和,炎症日益加重,或湿与热合,或瘀与热结,或病久耗伤胃阴,阴虚内热等因素,从而引起胃粘膜炎症。二是慢性胃炎的临床表现以热象居多,如胃脘疼痛伴灼热感,口干口苦、嗳气泛酸、嘈杂易饥,舌红、苔黄腻(若舌苔向薄黄、薄白转化则为向愈之兆),辨证属热无疑,反映了本病气郁化火、瘀热互结的病理变化。

病机之一:病起于肝胆,症见于脾胃。胃主受纳,居于中

焦，乃水谷之海，以司水谷升降出入之职能，然肝气条达，胆液畅泄，令胃气和顺通降，有助于谷气之受纳运化。脾与胃相表里，胃主纳，脾主运，二者相互协调，共同完成饮食的消化、吸收、输布、营养的功能，可见胃之受纳通降之功能，与它脏关系甚为密切。从慢性胃炎的发病看，除饮食、外邪之直接影响外，情志不遂、多思过劳、过食油腻、寒温失当均能导致肝胆疏泄失司，气郁不达，横逆犯胃。木郁土中，气机失于条达则表现为肝胃失调，胆胃不和，而见胃脘疼痛痞满作胀，引及两胁，噎气上逆、口苦等诸症。此外，素体脾虚气弱、运化失职、湿困中焦、胃失受纳，或胃病日久，脾气受戕，运化失健，则表现为脾胃不和，中脘痞满、食少纳呆、嘈杂腹胀、乏力便溏、脉细、舌胖等。因此，慢性胃炎病变在胃，但当责之肝、脾、胆等脏腑。临床实践中，有或偏重肝（胆）胃失调，或偏重脾胃不和，而肝胃不和者，脾胃必弱；脾胃不和者肝气易滞，这种病理影响贯穿于慢性胃炎病变全过程。

病机之二：气虚与血瘀。胃气强盛乃水谷受纳运化之根本，若脾胃气虚，升降失调，生化无权，气阴营血俱虚，每易致粘膜萎缩，症见中脘不适、隐痛痞满、神疲乏力、形体瘦弱、舌胖、脉来细弱，一派中气虚弱之象，这在萎缩性胃炎阶段尤为突出。而胃病日久，由气及血，气滞血瘀，气虚血瘀，故萎缩性胃炎患者多有胃脘疼痛或刺痛，痛处固定不移，舌暗红或有瘀点，或舌下静脉曲张、增粗，胃粘膜相见苍白，血管纹暴露，腺体萎缩，或伴有肠化、不典型增生，呈现瘀热互结于胃络之证。

张氏指出，从大量临床资料分析而看，慢性胃炎在浅表阶段往往肝郁气滞和郁热犯胃并见，故侧重“气滞热郁”为主，而慢性胃炎在腺体萎缩阶段，则脾胃气虚与胃络瘀阻同见，故辨证侧重气虚血瘀为主，但在病变过程中每易兼湿阻、

阴亏等证候,尚须结合辨证,全面参合,加减用药。

其辨证施治的经验可以概括为以下四个方面:

(1)治以调气清热和胃为主:慢性胃炎本属木郁化火,肝气犯胃,故拟定调气清热和胃为治疗原则。基本方为:炒芍药 9g、清炙草 3g、苏梗 5g、制香附 9g、生白术 9g、平地木 15g、旋覆花 9g、代赭石 15g、八月札 15g、炒黄芩 5g。本方由芍药甘草汤、旋覆代赭汤、香苏散、白术芍药汤组合而成。胃热甚者可用铁树叶、芙蓉叶、金银花、白花蛇舌草等,其中铁树叶清热止痛之功尤优,《本草纲目拾遗》称铁树叶“平肝、统治一切肝气痛”。芙蓉叶本是外科常用药,散热疗疮,对糜烂性胃炎最为有效。

(2)宗“中焦如衡,非平不安”:脾胃一运一纳,一升一降,一燥一润,相反相成,故治疗十分注意“衡”,其应用有①寒温相适,如慢性胃炎虽热证居多,但一派寒冷药物恐碍胃气,必有辛温之苏梗,辛香和胃行气宽中,温而不燥,与清热苦寒药同用;②升降并调,胃炎可见胃气上逆之证,又有脾气不振之象,故柴胡、旋覆花、代赭石同用,或与黄芩苦降泻热同用;③营阴兼顾,如活血和营之丹参,与酸甘化阴之芍药、甘草同用;④虚实同理,如常用健脾益气之孩儿参,配理气除满之香附、枳实。

(3)胀满当辨虚实:凡口苦、口臭、便艰、食后胀甚者,苔多黄腻,大体属实,宜疏导、化湿、清热、理气,治宜越鞠丸、中满分消丸、大腹皮、枳实、枳壳等。若症见神疲、面萎、便溏、苔白腻、舌胖者,大体属脾气虚,当选孩儿参、生白术、枳术丸、香砂六君子丸、补中益气丸等。若阴虚而胀,当选八月札、佛手片、玉蝴蝶等理气不伤阴之品。

(4)病久当调气活血并进。慢性萎缩性胃炎多见胃阴不足或瘀阻络脉,治宜养阴益胃,调气活血并进。采用叶氏养

胃汤,加減思食丸、冀酸甘化阴,俾胃阴得复。调气除苏梗、香附以外,常兼用八月札疏肝散结,活血药除丹参、赤芍外,常兼用血竭以行瘀止痛和血生肌。对萎缩性胃炎,张氏创建了一系列成方成药,如安中汤、胃萎安冲剂等。

萎胃安冲剂治疗 CAG:张镜人认为慢性胃炎,病变虽在胃,但涉及肝、脾二脏及胆腑,而 CAG 偏重于脾胃不和,呈现气虚血瘀证候。临床观察证实,CAG 属气虚血瘀的占 70% 左右,另 30% 有兼证,如肝郁、湿阻、里热、阴虚等。张氏据此提出调气活血法拟定了萎胃安冲剂(太子参、柴胡、炒黄芩、丹参、制香附、徐长卿)。兼肝郁者加八月札、玉蝴蝶;湿阻者加佩兰、炒苡仁;里热者加连翘、知母;阴亏加南沙参、川石斛;胃痛加元胡、九香虫;胃内嘈杂加炒山药、扁豆;胀满加炒枳壳、佛手片;泛酸加炙乌梅、木瓜等。治疗结果:症状改善率为 89%,病理改善率为 78%,腺体萎缩逆转率为 27%,治疗后多数患者症状消失或好转,舌质转为淡红,苔转为薄白,疗效明显高于维酶素片的对照组。^[1-3]

3. 陈泽霖的诊治经验

陈氏认为,凡确诊为慢性萎缩性胃炎者,其痛多在餐后发作,且稍食即胀,不能多吃,这是与消化性溃疡不同之处。其病多实证或虚中夹实。在病之早期,多属气滞,但病情顽固,迁延难愈,气病日久,可以入络,痛处固定不移,中脘部多有烧灼感,舌苔多黄厚而腻,故辨证属热属瘀。他在临床上常用清热行瘀的铁树叶、蒲公英、川黄连、当归、制香附为主药,加上理气和胃之藿苏梗、佛手片、川厚朴、八月札等,使气行则血行,再加白芍、炙甘草、大枣甘缓以止痛,如疼痛剧烈,可加乳香、没药、失笑散。经过较多病例的实践,确能取得较好的疗效,且发现观察舌苔,似可作为考察疗效之依据。凡

治疗后舌苔从黄厚腻转向薄白,则胃炎也趋向好转;凡黄腻苔持久不化,胃镜复查胃炎好转也不明显。

此外,对于胃粘膜病理活检发现有“肠腺上皮化生”之病例,在方中常加入白花蛇舌草、土茯苓各30g,3个月后复查胃镜时,常可使1/3~1/2病例的肠腺上皮化生消失。

对胃镜检查见有十二指肠内容物反流者,示胃降失和,宜在方中加入生大黄3g或制川军6g,以助胃之通降,常能取得较好疗效。

对慢性萎缩性胃炎之辨证则以虚证或虚中夹实证为多,舌苔黄腻者不多,部分可出现剥苔,故常以四君子汤加石斛、麦冬、生地、山药之类以益气健脾,养阴生津;胃酸不足者常加乌梅肉、木瓜。木瓜一味,叶天士常用作生津开胃药,在临床用时,对胃纳极差者,配以鸡内金、谷芽对增加食欲有很好的作用。有部分慢性萎缩性胃炎系由自身免疫所致,血化验中常有抗壁细胞抗体,则重用活血化瘀,陈氏习惯用王清任之血府逐瘀汤加减常服,有部分病例可见病变停止发展,血中抗壁细胞抗体消失。^[4]

4. 陈泽民诊治经验

陈氏认为,慢性萎缩性胃炎在中医属于“胃脘痛”和“痞证”的范围,病变部位虽在胃,但症状复杂,表现在各个方面,常见胃部症状和全身症状交错在一起,有时主次难辨。为了深入了解CAG的胃粘膜病变情况,利用胃镜检查,把中医望诊方法延伸到胃粘膜,通过肉眼直视观察,运用中医理论进行微观辨证。将CAG胃粘膜相分为7个类型,结合临床症状及舌脉,分7个证型进行辨证施治,这对进一步认识CAG的病变情况,以及辨证用药提高疗效具有很实用的意义。

(1)脾胃虚弱型:主症见胃脘胀痛,以胀闷为主,食后胀

甚,纳差,噎气,大便偏稀或先干后稀,头昏神疲,脉弦缓或细弱,苔薄白,舌淡红或稍暗红。胃粘膜相:红白相间,以白为主,可见丝状血管网(称为基本病变)。微观辨证为气血不足,胃络瘀滞。治法:健运脾胃、兼补气血。处方:党参、白术、茯苓、陈皮、砂仁、厚朴、鸡内金、丹参、白芍、黄连、炙甘草。

本型患者常因感受寒邪或摄食生冷之后易于发展为虚寒型,胃脘胀痛加重,形寒肢冷,或泛清涎,脉沉细或弦紧,治宜温中散寒。处方:党参、黄芪、白术、炮姜、附子、吴萸、白芍、甘草、砂仁、木香。方中温热药不宜久用,胃寒已散停药,否则易于伤胃阴。

(2)脾虚胃热型:此证可由脾胃虚弱证、肝胃不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证转变而来。主症:胃脘胀痛,纳食无味,大便偏干或先干后稀,胃中嘈杂或灼热,口苦咽干,喜温饮。脉弦缓,苔薄黄,舌质淡红或浅绛。胃粘膜相见基本病变及胃粘膜,弥漫充血肿胀较明显。微观辨证为脾气虚弱、胃中实热,治法:健脾清胃。处方用健脾清胃汤:太子参、白术、山药、炒黄连、公英、连翘、茯苓、陈皮、炒内金、芦根、元胡索、白芍。

(3)肝胃不和型:主症见胃脘胀痛,痛连胁肋,噎气频繁,甚则呕秽,有时泛酸或苦水、心烦易怒,头昏寐差多梦,大便不畅,性情易于激动,每于生气后发病。脉弦,苔薄黄或薄白,舌质淡红。胃粘膜相:基本病变及胆汁返流,胃蠕动快,胃气上逆。微观辨证为胆汁犯胃,胃气上逆。治法:疏肝和胃,理气降逆。处方:柴胡、当归、白芍、白术、党参、枳壳、半夏、炒黄连、代赭石、苏子梗、炒川楝子、炒竹茹。

(4)胃阴不足型:主症见胃脘隐痛胀闷,纳食无味,胃中嘈杂灼热,口干咽燥,大便干结,喜饮,头昏寐差。脉弦细或

细数,苔少或薄黄,舌质浅绛。胃镜胃粘膜相见基本病变及胃粘液分泌量少,呈龟裂样改变,微观辨证为脾虚胃热,灼津伤阴。治法:养阴清胃。处方:沙参、石斛、麦冬、生地、枸杞、花粉、白芍、炒黄连、公英、知母、佛手片、炒二芽。

(5)脾胃湿热型:症状较重,疗效较慢。主症见胃脘胀痛明显,嗳气不爽,口中粘腻,或口苦口臭,大便不畅,胸闷痞塞,纳差,食后胀痛加重,有时口舌糜烂。脉弦滑,苔黄厚腻或黄白腻,舌质稍红。胃粘膜相见基本病变及胃粘膜充血肿胀明显或伴局部糜烂,胃粘液粘稠。微观辨证为湿热蕴结。治法:清热泄浊、和胃消痞。处方:藿香、厚朴、半夏、赤茯苓、苡仁、薏仁、茵陈、炒黄连、金剛藤、玄胡索、甘草。

(6)瘀血内阻型:主要证候见胃脘胀痛明显,痛甚于胀,痛有定处,拒按,食后痛重,大便黑色,或呕吐咖啡色样内容物。脉沉或沉细涩,苔薄黄,舌质暗红。胃粘膜相见基本病变及胃粘膜充血肿胀,有出血点。微观辨证为胃热瘀血,损伤胃络。治法:祛瘀和胃,安络止血。处方:沙参、山药、白芍、白及、地榆炭、炒五灵脂、炒蒲黄、玄胡、降香、乌贼骨、炙甘草。

(7)痰湿中阻型:主症见胃脘胀闷或隐痛,咳吐痰涎,纳差,胸膈痞塞不适。脉弦滑或沉细滑,苔白滑或白腻,舌质淡红,胃粘膜相见基本病变及胃粘液量多而稀薄,微观辨证:脾虚生痰或胃中有寒。治法:温化痰浊,健运脾胃。处方:陈皮、半夏、茯苓、炙甘草、苍术、炒白芥子、苏子梗、炒莱菔子、党参、薏仁、炙南星等。

300例CAG患者经过3~12个月(平均4.2个月)治疗:①症状疗效,显效239例,有效54例,无效2例,癌变1例,总有效率为97.66%。②胃镜疗效,治疗后复查100例,显效49例,有效30例,无效20例,癌变1例,总有效率为

79%。

陈泽民等对微观(胃粘膜相)辨证的体会是,300例胃粘膜相分为7类,其中“胃粘膜红白相间,以白为主,丝状血管网可见”这一相,临床表现为脾胃虚弱证,这是由于胃粘膜气血不足和胃络瘀滞所致,是基本病变,炎症活动性较轻,本证80例中,50例为轻度慢性活动性病变,30例为静止期。而气血不足之相较突出。其他类型的胃粘膜相,如胃阴不足和脾胃湿热等证型,其病变的活动性程度较重,均属中度慢性活动性病变。

在舌相和胃粘膜相相互关系中,陈氏等认为舌苔相与胃粘膜相关系非常密切,故临证有时舍脉从苔,或舍症从苔,收效显著。如虽见胃脘隐痛怕冷,脉沉细,但见舌暗红,苔微黄,用温中散寒药无效,而改用健脾清胃如炒黄连、蒲公英等之后,病情好转。

陈氏认为胃粘膜相的微观辨证,对确立治则、选方用药可提供客观依据,其实际是将中医望诊延伸到胃镜下胃粘膜,更易分清虚实寒热之真假,如临床症状为脾胃虚寒证,胃镜下如见胃粘膜充血肿胀,粘液稠浊,属脾胃湿热,用清热泄浊、和胃消痞法,常收显效;而症状属胃阴不足,虚火灼胃者,胃镜下胆汁返流,用和胃降逆如代赭石、生牡蛎、炒竹茹等胃气得降,胆汁下行,效果明显。

总之,胃粘膜相的微观辨证,对进一步认识CAG的病变情况,以及辨证用药,提高疗效,确有实用意义。^[5]

5. 张泽生诊治经验

张氏认为治疗慢性萎缩性胃炎以胃脘痛、痞胀等症为着眼点,结合兼症和整体情况,辨其寒热虚实、在气在血及脏腑病位。萎缩性胃炎其病程长,以虚证常见,治疗以补虚为主,

少佐辛散,补法大抵遵“脾以守为补,胃以通为补,肝以散为补”这一原则。对于本虚标实,虚实夹杂中的实证,则根据“通则不痛”的原则,视其标邪性质分别治之。

其在统计 197 例萎缩性胃炎中,属中虚(气虚或阳虚)气滞的占 55.1%,肝胃不和的占 18.5%,胃阴不足的占 16.9%,气滞血瘀的占 9.5%,其中还有兼痰、伤络之变。所以主张用甘温调中为主。

中虚气滞证用健脾行气法,方用香砂六君子或黄芪建中汤加减,重用桂枝、白芍,但白芍量倍于桂枝,既可加强止痛之力,又可抑桂枝辛温伤阴之弊。病势不挫者可加入白芷、川贝。常用药物为:潞党参、炒白术、当归、黄芪、桂枝、白芍、半夏、陈皮、木香、炙甘草、饴糖等。加减用法:气滞明显加肉桂、沉香散寒止痛。胃虚上逆,呕吐清水加吴萸、肉桂。脘腹冷痛,脾阳不足者加熟附片、吴萸、良姜、益智仁辛热通阳。中虚痰湿,寒湿偏重者加苍术、吴茱萸、生姜、半夏等通阳化浊。若老年久病,肾阳见衰,加用熟附片、肉苁蓉、补骨脂、煨肉果等温肾之品。

肝肾不和证,用疏肝和胃法,以柴胡疏肝饮合四逆散加减,常用药为当归、白芍、醋柴胡、枳壳、木香、延胡、川楝子、佛手片等,少腹冷痛加吴茱萸、乌药。其中柴胡醋过,以免疏泄太过。本证夹瘀加炙五灵脂、九香虫。肝热犯胃用左金丸、金铃子散清泄为主,少佐川芎、香附、柴胡以开郁,或反佐吴茱萸以从治为使。张氏认为若胃阴不伤可用柴胡,而胃阴已伤,肝气横逆,清肝制肝用桑叶、丹皮、瓦楞子,养阴用沙参、麦冬,佐以酸甘如乌梅炭、甘草、白芍、生地、枸杞等。若肝热犯胃、胃失和降、呕吐噎气、嘈杂便结,用旋覆花、代赭石、川黄连、公英、吴茱萸、生军、沉香曲合温胆汤苦辛降胃。肝火既清,肝胃阴虚则用酸甘化阴,柔肝养胃之剂。

胃阴不足证,用甘凉养胃法,或佐微酸。选益胃汤、沙参麦冬汤加减,常用药南北沙参、麦冬、生地、白芍、石斛、天花粉、乌梅、炙甘草等,如兼脘痞,加佛手花、玫瑰花、川朴花、川楝子。夹湿加佩兰、冬瓜仁。若舌光红无苔,食入作恶,加荷叶、陈仓米、生熟谷芽,另用冬瓜火腿汤。气阴两虚证常用太子参、生白术、山药、扁豆、生苡仁、石斛、玉竹、沙参、麦冬等。

除以上常见三种证型外,萎缩性胃炎辨证中尚有:气滞血瘀证,以桃红四物汤、失笑散为主加瓦楞子、九香虫、降香、元胡等,如兼远血,加阿胶珠、侧柏炭、地榆炭、炮姜炭等。瘀瘀互结证,常用半夏、橘皮络、全瓜蒌、桂枝、当归、桃仁、红花、五灵脂、郁金等。气滞痰阻证,用香砂枳术丸或香砂平胃散为主方。胃热伤络,症见吐血,以水牛角地黄汤加生军、藕节、白茅根。

张氏还提出以下几点体会:①宜用甘温调中,慎用开破。本病虚证多见,治以甘温调中,少佐辛散,既能健运中宫,缓中止痛,又能开发郁结,气转痞消。甘温常用党参、白术、当归、甘草,行气木香、佛手、陈皮、苏梗较为平和,其中木香最为常用,如中虚便溏者,宜煨熟用之。②散中有收,气药常配血药。胃以通为补,但辛通太过可耗正气,故药物配伍须注意散中有收,或收补中微兼疏通。除痰湿较重外,一般均配芍药甘草汤,既能和里缓急,又能柔肝安脾。气血相互为用,病理上互为因果,气药、血药配合使用往往可提高疗效,尤对胃脘久痛用气药无效者,可辅以当归、川芎、白芍或桃仁、红花、五灵脂等,或用郁金、川芎、降香、香附、元胡调气血之药,其中当归、白芍无论在气在血,最多应用。③根据脾胃特性,权衡升降润燥。胃气上逆,以二陈汤为主,兼寒者加旋覆花、代赭石、吴茱萸、沉香、干姜等,兼热者加黄芩、黄连、竹茹等。脾气不升、清阳下陷则用补中益气汤加干荷叶、葛根等,胃燥

太过取柔剂养胃,湿邪太盛,则区别寒湿、湿热分别治之。④开痹散结,当先疏其中,如舌苔灰腻,胸脘痞塞,以瓜蒌薤白半夏汤或瓜蒌薤白桂枝汤通阳开结,寒痰湿阻所致痞闷、脘痛,以二陈汤加桂枝、吴茱萸、木香、苍术、厚朴等辛温泄浊。

对于舌诊,张氏的经验是:舌质偏淡胖,边有齿痕,或舌质淡紫,中有裂纹,苔白或白腻多属脾气虚;舌红苔少,干绛无苔,舌中有裂或苔糙白,舌苔剥裂,舌体干瘦者,多属胃阴不足;淡红无苔,多属气阴两虚。此外,还认为“口渗清涎不是脾虚,多虫积”;“向日好饮(嗜酒),胃中必有蓄瘀”;“中年以后,脘痛不已,呕吐粘涎,状如粉丝者,多虑恶变”,都是其经验结晶。^[6-7]

6. 李寿山诊治经验

李氏认为萎缩性胃炎病位在胃,临床表现以胃脘痞满、胀闷、饭后加重,或兼胀痛为主,故以胃痞定名较为妥贴。其病因与饮食不节、情志所伤,或由脾胃素虚兼夹外邪有关,病机关键为本虚标实,本虚是指脾胃中虚(气虚、阳虚、阴虚),标实是指气滞、湿阻、火郁、血瘀。各种因素致肝失疏泄,脾失健运,胃失和降,气机逆乱,所以脾胃中虚,气滞不畅是本病的病理基础;气滞不畅,痰湿中阻影响脾胃的纳化升降功能,导致清浊相干而产生痞满、胀闷、纳呆、便溏等症。气郁化火,灼伤胃阴,或久病气阴两虚而胃络失养,易见口干舌红、灼热似痛等阴虚火郁之症。若偏气虚不运、阳虚不温、气滞不畅者易伴见胃痛之症。本病初起在气分,病久由气及血,渐致气滞血瘀,由功能性病变演变成器质性病变,甚至产生癌结(肠化、异型增生)。

本病本虚标实,由虚致实,由实转虚,互为因果,恶性循环的病理特点,存在于胃痞全过程,治疗时应详辨标本主次,

始终本着扶正与祛邪兼顾的原则,分三个证型,用相应消痞方治疗。

(1)中虚气滞,升降失调证:多数病人起病初期既有脾胃气(阳)虚,又有肝胃不和、气滞不畅之痞满诸症,此为本书常见主证,治以补中消痞、理气导滞,方用补中消痞汤:党参、黄芪、白术、枳实、炒白芍、桂枝、丹参、炙甘草、生姜、红枣等。

本方系由枳术丸、人参汤、黄芪建中汤化裁而成。人参、黄芪、白术、甘草补中益气,健脾和胃,是补益中虚的主药,枳实、白术合用理气导滞,桂枝、甘草相伍辛甘化阳,芍药、甘草和中缓急,酸甘化阴,丹参养血活血,共起调和阴阳气血之效。生姜、大枣调和脾胃,全方合奏理气导滞、补中消痞之效。加减:噎气矢气不畅加佛手,脘中隐痛加香橼、元胡;胁背胀痛加郁金、木香;胸脘拘急,气逆咽喉加香附、苏梗;食少难消加内金、炒谷麦芽;便溏加茯苓,便秘加肉苁蓉;贫血、头眩者加当归、枸杞子。

(2)中虚湿阻,寒热夹杂证:若迁延失治,脾虚失运,胃失和降,水谷不化,痰浊中阻,症见痞满、嘈杂、似痛非痛、饭后饱胀、口苦口粘、大便不畅、舌苔厚腻、脉象弦滑等,治以益气健胃、和中开痞,方用和中消痞汤:党参、制半夏、黄连、干姜、炒白芍、蒲公英、丹参、炙甘草。

本方由半夏泻心汤、芍药甘草汤、理中汤化裁而成。党参、甘草补中健脾,半夏燥湿化痰,与党参合用,助运祛湿以消痞结;黄连、干姜辛开苦降为和中消痞的主药;公英清热健胃以和中;白芍、甘草酸甘化阴,干姜、甘草辛甘化阳,四味药益阴济阳,和调寒热;丹参养血活血,于消以和胃通络。全方共奏益气健脾、和中开痞之效。加减:胃痛明显加香橼、元胡索,胃中冷痛者倍干姜加肉桂,灼痛口干者去干姜加炮姜、石斛。

(3)中虚火郁,阴亏胃热证:若气郁化火,灼伤胃阴,或久病致气阴两伤,胃络失养而酿成中虚火郁、阴亏胃热之证,此为胃痞之变证,临床症见胃脘痞塞、灼热似痛、饥不欲食、口干不欲饮、五心烦热、食少便秘、舌红少津或光剥龟裂、脉细或数,治以养阴益胃、清中消痞,方用清中消痞汤:太子参、麦门冬、制半夏、柴胡、生白芍、炒栀子、丹皮、青皮、丹参、甘草。

本方由麦门冬汤、四逆散、栀子豉汤化裁而来,方中太子参、麦冬之补,柴胡之升,青皮、半夏之降、栀子、丹皮之清,白芍、甘草之和,丹参之消,诸药以补、消、清、和、升、降于一炉,具有养阴益胃、清中消痞之效。加减:胃中停饮,泛恶呕吐者加竹茹、茯苓;口干舌燥者加黄连、生地;气滞不畅加佛手;气逆咽梗加旋覆花、生赭石;便溏加山药、扁豆;头晕目涩加枸杞子、甘菊。

以上三证,胃镜检查及病理报告有“肠上皮化生”、“非典型增生”者加乌梅、生鸡内金、生苡仁、山慈姑、白花蛇舌草、莪术等;胃粘膜充血明显者用丹参,酌加连翘、苦参;粘膜水肿明显者加肉桂、炮附子,伴粘膜糜烂出血者酌加黄芪、白及、三七;伴胆汁反流者加柴胡、枳壳、郁金、木香等。

李氏治疗本病,3个月为1疗程,1~3个疗程复查胃镜及病程,分析疗效与证型变化,证变方亦变,不可拘泥。^[8]

7. 李培生诊治经验

李氏认为萎缩性胃炎宜辨证论治,且辨证与辨病相结合。李氏辨证一般分四型:气虚血瘀、肝胃不和、脾虚湿热、胃阴不足。脾胃位处中焦,乃人身气机之枢纽,为后天之根本。久患胃痛,脾胃虚弱,气虚则血瘀,气虚、血瘀互为因果是萎缩性胃炎发生和发展的重要因素。而脾失健运、胃失和降、升降失调、气机阻滞、肝失条达、气郁化火,所以常有肝胃

不和之表现。脾胃虚弱、水湿内生、蕴郁生热，而为湿热内结，而患者胆汁反流、嗜食辛酒或幽门螺旋菌感染，亦易湿热内生、寒热夹杂。久病化源匮乏，或热邪伤津，或辛燥太过，均可见胃阴亏损之证。据此确立相应治法。但李氏也指出萎缩性胃炎病机复杂、证情多变，不可拘于一隅，当随证情变化而加减用药。

(1) 健脾益气，活血化瘀法：适用于气虚血瘀，症见胃脘胀痛刺痛、痞满纳少、噎气矢气、消瘦乏力、舌质暗红或夹瘀斑瘀点、脉沉弦细，方用黄芪建中汤合活络效灵丹化裁，若脾胃虚寒者加党参、干姜；脾胃阴虚者去桂枝、生姜加百合、知母、麦冬；营血不足加当归、熟地；气滞痛甚者加元胡、川楝子、陈皮、香附。

(2) 辛开苦降，清热化湿法：适用于脾虚湿热、寒热夹杂证，症见胃脘胀满痞闷、口苦气秽、纳少乏力、大便干燥或溏而不爽、舌暗红、苔黄厚腻、脉细弦滑等，方用半夏泻心汤化裁，药用：法半夏、太子参、炒黄芩、炒黄连、干姜、藿香、陈皮、炒二芽等，若恶心欲呕，加竹茹、苏梗，脘腹胀满加厚朴、枳实，胃胀满痛甚加元胡、川楝；血行瘀滞加桃仁、丹参、赤芍；大便色黑加茅根、乌贼骨、三七等。

(3) 疏肝理气，調理肝胃法：适用于脾胃失运、肝郁气滞、横逆犯胃，症见脘部胀痛或灼痛、痛窜胁肋、心烦易怒、口苦嘈杂、便干尿黄、舌红苔黄脉细弦等，用柴胡疏肝散或逍遥散化裁，药用醋柴胡、赤白芍、炒枳壳、厚朴、郁金、香橼皮、川楝子、丹参、炒栀子、当归、茯苓、焦三仙等。恶心欲吐加竹茹、法半夏；反胃嘈杂加左金丸；胁肋胀痛加金铃子散；胃脘灼痛加黄连、生石膏；腹痛则泻，泻后痛减为肝气乘脾加痛泻要方。

(4) 酸甘养阴，理气止痛法：适用于脾胃阴伤、虚火灼胃，

症见胃灼隐痛、纳呆痞满、嘈杂吞酸、口干咽燥、五心烦热、便秘倦怠、舌红苔少、脉细数，用益胃汤合芍药甘草汤加减，药用：沙参、麦冬、玉竹、生地、石斛、白芍、佛手、陈香橼、绿萼梅、炙甘草等。

李氏指出，为了更好地发挥中医治疗效果，辨证尚须与辨病相结合，如有关资料表明，益气补虚法适用于慢性胃炎静止期，或者萎缩期病变、肠化和不典型增生较明显者；疏肝和胃法用于幽门舒缩障碍和存在胆汁反流，引起明显胃肠症状者；养阴清热法适用于炎症发作期，或者粘膜充血水肿、糜烂出血者；活血化瘀法则可贯穿于治疗过程的始终，因为胃粘膜的血流和微循环障碍是萎缩性胃炎的病理基础，故在辨证用药的前提下加入较大剂量的丹参、赤芍、川芎等活血化瘀药，对于改善微循环障碍、消除炎性浸润、促进病灶恢复等均有良好的作用。^[1]

8. 金乃时诊治经验

金氏以李东垣温胃汤化裁治疗萎缩性胃炎 520 例，治疗前后均做胃镜、病理检查、多种免疫检查、血清胃泌素，部分病例做电镜病理检查，随访四年左右，有效率为 96.72%，其中经病理和电镜病理分析证实萎缩消失者占 18.3%。

金氏将本病分为二型论治：①脾胃阳虚证：症见胃脘凉痛、腹胀、喜热饮、畏寒、四肢不温、苔白、舌淡白、脉细或濡；②脾胃阴虚证：胃脘灼热或灼痛、口干、手足心热、尿黄、大便干结、舌质红或红光、苔黄、脉细或细数。

金氏认为，本病久病多虚，且以虚寒为主，故用李氏温胃汤为主方，原方中去姜黄、甘草、益智仁，人参改用党参，加乌药、山楂、乌梅，以增加补益脾胃、生津消导的作用。

脾胃阴虚者加黄精、玄参、菟丝子、肉苁蓉，脾胃阳虚者

加补骨脂、肉桂、附子以补益脾肾。并且认为补气益肾药物能改善人的免疫功能。这与李东垣在《脾胃论》中阐述脾胃气虚下流肝肾,阴得以乘其土位,补火生土,引火归元之意相符合。

方中乌梅、山楂、玄参等甘酸化阴生津,加之以温补扶正药相辅相成,可以促进胃泌酸功能,砂仁、干姜、肉桂、附子等温中行气降气药对改善胀满、各类疼痛、寒凉等作用十分明显。加减:胃镜下发现有活动性炎症,多见心火旺证候,加黄连或黄柏 5g,苔厚及脘腹胀闷者加厚朴 10g。

金氏认为,疗效结束后应继续间断服药,一则未愈者可继续好转,二则痊愈者可巩固疗效,否则易复发甚至恶化。

另外,在病例中随机抽取 91 例,按西医 A、B 分类法与中医辨证加以比较,统计发现,脾胃阳虚者发病部位以胃体为主,而脾胃阴虚者发病部位以胃窦为主,虽然二者不能等同,但说明中医辨证在病变部位上有其规律性,对于辨证辨病相结合有一定意义。^[9]

9. 翟济生温中法为主治疗萎缩性胃炎

翟氏将萎缩性胃炎分为二大型,即酸多性和缺酸性萎缩性胃炎,且本病多以虚证常见,治疗上突出甘温补中为主,清虚灵透为用,通达条畅为贵。

(1) 缺酸性萎缩性胃炎,临床患者较多,症状为胃脘部嘈杂、胀满、口干、喜甜食、纳呆、大便不成形、时轻时重、无一定季节性,服药后症状缓解不明显。

治法宜温中养胃法,突出甘温补中调理脾胃,配几味酸甘化阴养胃之品,常用处方:吴茱萸 2g、黄连 6g、绿萼梅 10g、玉竹 10g、鸡内金 10g、山楂 10g、木瓜 10g、白芍 12g、广木香 10g、荷叶 10g、佛手 10g。

翟氏认为本病中医病机为木郁化火、热壅于胃，久必灼伤胃阴。西医则认为与十二指肠液反流、自身免疫损伤、胃粘膜破坏、泌酸功能降低有关。对此，方中吴萸、黄连二味辛苦降，乌药辛温行气开郁止痛，白芍柔肝养胃，木瓜则理湿和胃，与木香合用芳化畅中，调理气机，山楂消积助运且活血，内金消积健脾，玉竹甘平质润，生津润燥；绿萼梅疏肝散郁开胃生津，荷叶微温平，补助脾胃，开胃消食；佛手辛苦温，翟氏认为其醒胃豁痰消食和中。现代药理研究，黄连、白芍有较强广谱抗菌作用，白芍、乌药酸及荷叶碱对平滑肌有解痉作用，而佛手则能抑制离体动物肠管的运动。

翟氏的治疗原则为：脾以守为补，胃以通为补，肝以散为补，脾胃病用药在于通补，通要温通，补要温补，气药常配西药。经过温中养胃法治疗，可以收到以下效果：改善机体营养状态，提高机体代谢能力；改善胃肠道自身营养，防止肝气犯胃；刺激胃酸，产生胃酸，加强胃肠消化能力。

(2)酸多性萎缩性胃炎，临床患者较少，症状见脘腹满闷、烧灼反酸、不喜甜食，每因季节变化而上述症状加重，时伴胃脘隐痛，服温中养胃汤后效果不佳，而反酸水增多等。

治法宜温中制酸法：浙贝母 10g、煅瓦楞子 10g、乌贼骨 10g、吴茱萸 15g、黄连 10g、乌药 10g、良姜 6g、厚朴 10g、神曲 10g、丹参 10g、苏梗各 6g。

方中黄连、吴茱萸比例六比一，取左金丸之意，其对呕吐吞酸、嘈杂最为有效；良姜、乌药为温中散寒、理气宣通、温胃降逆之良药；乌贼骨微温而涩，有制酸收敛止血之功；煅瓦楞制酸止痛，走血而软坚，对久痛入络者效果佳；丹参功在养血活血、醒脾调胃，现代药理研究认为浙贝母作用与阿托品类似，故广泛应用在脾胃病之中；乌贼骨有制酸抗肿瘤的作用；丹参则有促进组织修复与再生之功能。

翟氏认为吞酸是由肝木偏旺、曲直作酸,“胃喜凉,脾喜温”,所以用温药配伍少量苦寒之剂,苦味药可以刺激胃肠功能,增进食欲,而制酸药实为中和之意,不可独用,要注意疏肝以宁情志,性情开朗,饮食有节,肝胃相联至关重要。

此方可以起到以下几方面作用:能使胃气活跃,促进胃肠粘膜的修复;制酸以保护胃粘膜,具有较强的防御作用;脾得温则健,健脾以强运,具有增进食欲的作用。^[9]

10. 李玉奇诊治经验

李氏认为萎缩性胃炎同《素问》所述胃脘痛相似,从而提出“以痛论治”的观点。其在辨证上将本病分为虚寒、郁热、瘀血三证,并采取相应治疗法则:健脾温胃、养阴清热、活血化瘀和祛瘀生新,制订三个主体方剂以调胃腑,理顺升降。

虚寒证,用温中养胃冲剂:黄芪、桂枝、白芍、白术、大枣、鸡内金、生地榆、草澄茄、山慈姑、麦芽、香橼、甘草等。

郁热证,用“养阴清胃冲剂”:黄连、柴胡、知母、石斛、焦山栀、白藜、蚕沙、枳壳、射干、苦参、生地榆、马齿苋、威灵仙等。

以上药物制成冲剂重 30g, 日服 2 次, 每次 1 袋, 早晚空腹服, 疗程 6 个月。结果表明这种冲剂对减轻胃粘膜炎症、修复胃粘膜糜烂、增加胃壁的柔软度和幽门括约肌的张力、及抗胆汁反流等方面均有良好的作用, 还可提高胃酸分泌功能, 对肠上皮化生有明显治疗作用。

但同时指出, 据临床观察, 病理痊愈者几乎是轻度萎缩者, 高龄 CAG 患者, 胃窦胃体病变, 泌酸功能为零, 特别是基础酸为零者, 中药疗效欠佳; 重度萎缩增生、肠化生患者, 中药治疗可以转轻, 但易复发。^[10]

11. 姚奇蔚诊治经验

姚氏认为中虚胃弱导致肺虚肝郁,肝气犯胃,彼此相互影响,互为因果是慢性胃炎的主要病机。初时多为功能性病变,久则由气及血,渐致胃络阻痹而演变为本病。萎缩性胃炎以虚为主,虽有虚实夹杂,也是虚多实少,治疗当以建中养胃为主,兼顾肝肺、舒肺达胃,以相互为用。

姚氏指出组方用药,贵在清灵,力求清润不腻,寓流通之性;甘补不壅,具展运之用。

对肺虚肝热、胃阴不足证,处以“养阴建中汤”:北沙参、桑寄生、玉竹、山药、白芍、焦山楂、石斛等为基本药。

对中阳不振、肝升无力、胃阳不足者处以“益气建中汤”:桂枝、白芍、甘草、大枣、黄芪、太子参、怀山药等为基本药。

养阴建中汤虽脱胎于叶天士的益胃汤,但去麦冬之腻、冰糖之甘,更加白芍、寄生柔肝平肝,山药、山楂一补一清、益阴健脾。益气建中汤虽源于黄芪建中汤,但去饴糖之大甘,更加太子参、山药益气养阴,并重用黄芪补肺治肝。如果阴阳两虚者,上两方合为“养阴益气汤”,有兼证者,各守方而加减。

此外还有两方,一为“清热化湿汤”,方用藿香、黄连、厚朴、焦栀子、石菖蒲、枳壳、竹沥,作为湿热型患者暂用治标的基本方。另一方用桑寄生、玉竹、怀山药、白芍、石斛、太子参、鸡内金等,作为病后调理方。姚氏积数百例临床经验证明,用上述方法治疗萎缩性胃炎可改善临床症状,疗效满意。^[2]

12. 陈伯成从肝论治萎缩性胃炎

陈氏认为,肝与胃关系密切,生理上相互依从,胃以通降

为顺,其受纳、腐熟功能全赖肝之疏泄。而病理上互为影响,肝木过盛则克脾伤胃,肝木过弱则不能疏通脾胃,胃之受纳腐熟受阻。

萎缩性胃炎发病与情志郁滞、多思过劳、饮食失调有关,早期多为肝郁气滞、木郁土困,肝胃失和,继而可郁而生热、气血阻隔,甚则络损血溢,日久则肝失所养、胃失通降,生化无权,气阴营血俱虚。

萎缩性胃炎虽与肝相关,但因为脾胃互为表里,共衰共荣,与肺土金相生,而胆之疏利相关于脾胃之升降运化,所以陈氏认为从肝论治,是通过治肝以调肺达胃,理肝以健脾和肝,柔肝以养胃,疏肝利胆以顺乎脾胃之性,从而振奋胃之功能,阻断致病之因,恢复其腺体分泌。总结以下五种治法治疗本病。

(1)疏肝理气和胃法:适用于本病早期,证属肝气犯胃、胃失和降,症见胃脘胀满,得食更甚,痛引两胁,嗳气反胃,甚则恶气呕吐,舌红苔黄,脉弦细或弦滑,大便或干或溏,胃镜下胃粘膜红白相间,胃窦粘膜皱襞粗乱、充血,幽门舒缩不良,胆汁反流。治以疏肝理气和中,柴胡疏肝散化裁。

若土虚木郁,症见胸脘胀满引背,周身乏力、纳食不甘、嗳气欲吐者,宜扶土抑木,缓肝健脾和胃,柴芍六君子汤加减。

若肝气犯肺,肺胃失和,症见胸中满闷,咳逆不舒,大便不爽,治宜疏肝调肺,肺肃胃降,用柴胡疏肝散合瓜蒌、桔梗、杏仁、枇杷叶。

(2)疏肝利胆调胃法,适用于胆火犯胃,胆胃湿热证,其症状为脘痞泛呕,嘈杂嗳气,或寒热往来,便溏粘滞不爽,苔白厚浊腻,脉弦滑数,胃镜表现粘膜充血水肿,腺体萎缩,表面糜烂,治以疏肝利胆,和中化浊,黄连温胆汤与三仙汤化

裁。

(3)柔肝养胃法:适用于胃脘隐痛或灼痛,嘈杂不舒,烦渴思饮,五心烦热,舌质红或剥苔,脉弦细数。胃镜示胃粘膜白色为主,萎缩变薄等,此为胃阴虚证,但与肝阴不足有关,治宜益气柔肝养胃,方用一贯煎与叶氏养胃汤。

(4)化瘀行气和胃止痛法:萎缩性胃炎迁延日久,必然气滞血瘀,表现为痛有定处,持续不已,饱胀不舒,胁痛或便血、黑便,形体消瘦,舌质或紫或瘀,胃镜下见胃部小血管瘀滞,粘膜呈小颗粒状增生、隆起,成息肉样改变,证属正气不足,气血瘀滞于胃络。治以益肝化瘀和胃,柴芍六君子汤合失笑散、丹参饮化裁。

(5)益气养血,益肝养胃法:适用于萎缩性胃炎缠绵不愈,气血虚弱证,症见胃脘痞闷纳呆,无食欲,局部隐痛或胀痛,喜温喜按,周身乏力倦怠,舌淡苔白,或有齿痕,脉沉细无力,胃镜下胃粘膜灰白色,充血或水肿,腺体萎缩,治宜益气养血,调肝养胃,归脾汤合柴芍六君子汤化裁。

陈氏认为,临床观察本病以肝胃不和者居多,肝胆湿热者次之,肝胃阴虚较以上两种少,从发病阶段来看,初期多表现为肝胃不和,急性发作期表现为胆胃湿热,病久多表现为气血双虚,或虚瘀相兼,而肝胃阴虚也表现为气阴两虚。而气血瘀滞则各型中均有表现,所以理气活血贯彻始终。从标本看,本病以气虚或气阴两虚为本,以瘀、滞、湿热为标,且虚中挟实为多见,治疗时扶正祛邪,消补兼施,消疏要中病即止,补益佐以疏通。从治疗效果看,症状改善收效较快,而胃镜下胃粘膜改变则需较长时间,一般需1~2个月,治疗时间越长,改变越明显,2个月为一阶段,所以治疗应在症状、病理取得一定疗效后,坚持治疗,或以丸散药巩固,或停药观察。^[11]

13. 杨春波等诊治经验

慢性萎缩性胃炎属中医脾胃病范畴,与“痞证”很近似。临床常呈虚实兼见的特点。且脾虚、气虚、气滞、热郁为主,兼有肾虚、阴虚、血瘀、湿阻等病理变化。实证则气滞多于血瘀,热郁多于湿阻,虚证则脾虚多于肾虚,气虚多于阴虚。临床分型规律是:脾肾气虚常兼湿热,胃肾阴虚多兼燥热,而气滞、血瘀则各型普遍存在。所以杨氏将本病混合定型为气虚湿热型和阴虚燥热型,根据 128 例资料分析,气虚湿热型占 71.88%,阴虚燥热型占 28.12%。

气虚湿热型:症见胃脘部闷胀或闷痛,位置固定,可引及两肋或后背,暖气、矢气则舒,纳少,食后闷甚,口苦,喜暖食,头晕耳鸣,腰酸乏力,小便清或夜尿多,大便溏,舌淡或夹瘀,有齿痕,苔白腻根黄,脉细无力。治以补气(健脾益肾)、祛湿(清热)、理气活血。用李东垣枳实消痞丸加味,做胃炎 I 号片剂,该片剂组成为党参、黄芪、白术、仙灵脾、砂仁、黄连、枳实、莪术、甘草等。服法:每片 0.5g,每次 5 片,日 3 次,饭前半小时开水冲服。

阴虚燥热型:症见胃脘闷胀或灼痛,位置固定,口燥咽干喜少饮,饥不欲食,头晕耳鸣,腰膝酸软,小便黄大便干,夜尿频多,舌红或见瘀点,苔少或薄黄苔,脉细无力。治以养阴(养胃滋肾)清热、舒气活血,用胃炎 II 号水剂:北沙参、黄精、花粉、生山药、枸杞、丹皮、白芍、佛手干、五味子等,每服 30mg,日 3 次,饭前半小时开水冲服。

如证型转变,则改用相适应的胃炎合剂,或两种合剂配合应用,其比例视证情而定。疗效以各指标综合判定为准,结果表明,中药对肠上皮化生有效率高干服西药(西药组用维酶素配合维生素 E、C、B、胃复安,或适当选用硫糖铝、黄连

素、多酶片和654-2等)。

杨氏观察证候演变情况认为,经治疗后虚证和湿邪基本消除,血瘀明显减少而气滞、热郁证则常有存在,提示本病后期治疗需注意清热疏气。

另外,上两方还可以做汤剂加减服用,加减法:胃脘胀甚,苔腻浊者加生香附、菖蒲;苔薄者加蒺藜、木蝴蝶;痛甚加山柰、九香虫或王不留行、泽兰;出血加仙鹤草、炒卷柏;重度萎缩伴中度不典型增生,配服参金散(西洋参、川三七、生黄芪、生鸡内金);肠腺化生中度以上加僵蚕、槟榔;不典型增生中度以上加炮山甲、地鳖虫。疗程至少3个月。

治疗期间均忌生冷、油腻、粗糙、煎炸、辛辣之品,忌浓茶及烟酒。^[12]

14. 朱良春诊治经验

朱氏认为萎缩性胃炎常分脾虚夹瘀、阴虚横木、阳虚夹湿三型辨证论治。

阳虚夹湿证:多因久患胃疾,脾胃虚弱,水谷不化,水湿中阻,清阳不得上升,故治疗宜温中益胃,兼以化湿,补气之中分别伍以芳香化湿,淡渗利湿之品,如藿香、佩兰、苏梗、砂仁、苡仁、苍术等,对中气下陷者化湿之品更不可少,每用苍术饮配补中之品,疗效甚佳。并且认为,此类病证连服苍术饮,并无伤阴化燥之弊,盖以其能助脾散精也。

脾虚夹瘀证:因胃病既久,耗气损精,气衰则血瘀,治宜益气健胃,兼以化瘀。常用党参、黄芪,配伍莪术、失笑散、九香虫、八月札、桃仁、红花等,最为常用黄芪配莪术,黄芪用量30~60g,莪术用量6~15g,临床实践证明,凡服益气化瘀之剂者,胃痛多缓解易消失,食欲增进,病理变化也随之改善或消失。

阴虚木横证：有因素体阴虚，肝木易乘，有因肝郁日久，胃阴受劫，治宜阴柔清养之法，取其酸甘化阴，以制肝木，常选用北沙参、麦冬、花粉、芍药、知母、乌梅、北五味、柿饼霜等。

典型病例：范某，男，33岁，胃疾6年，脘胀而痛，劳则更甚，面色无华，神疲气怯，纳呆便溏，舌淡胖边有瘀点，苔薄白，脉弦细，胃镜检查诊断为萎缩性胃炎（重度）。本病属中虚已久，瘀阻胃络，气机失调。治宜益气化瘀，调气和中。处方：生黄芪30g、莪术6g、凤凰衣6g、炒白术20g、玉蝴蝶6g、甘松10g、鸡内金10g、徐长卿15g、失笑散（包）10g、刺猬皮12g，守方用药20剂，病情减，胃痛除，大便实，舌边瘀点消，去失笑散、刺猬皮、徐长卿，改为散剂，每服4g，日3次，月余检查，转为慢性浅表性胃炎。

朱氏治疗萎缩性胃炎的用药体会是：凡病理报告伴肠上皮化生者均应加刺猬皮、炮山甲以软坚散结，消息肉，化瘀滞；凡脾气虚损、胃脘作痛者，用黄芪配莪术以益气消瘀，剂量视病情而增减，胃痛多趋缓解或消失。坚持服用可以消其于无形。疼痛甚者可以加用化瘀、散结止痛之失笑散，因其不仅善于止痛，而且有改善微循环，调节局部代谢及血管营养，促使肠上皮化生和增生性病变得以转化和吸收的作用。凡脘胀甚者，徐长卿必不可少，取其善于行气消胀，缓急止痛，而凤凰衣、玉蝴蝶二药，功擅养阴清肺，还有补虚宽中、消除慢性炎症及促进食欲之殊功。在治疗消化溃疡及萎缩性胃炎时，屡获佳效。

病情稳定后，改服散剂，基本方为：黄芪90g、莪术30g、炙甘草30g、鸡内金60g、党参30g、山药90g、刺猬皮60g、生蒲黄60g、五灵脂60g、徐长卿60g、炮山甲45g、玉蝴蝶45g、凤凰衣45g。偏阴虚者加北沙参、川石斛、枸杞子各60g，生

白芍 9g；偏阳虚者加高良姜、炒白术各 60g，草拔 30g，共研极细末，每服 4g，日 3 次，食前半小时服。

朱氏对本病胃痛属热证者，认为蒲公英 30g 能健胃消瘀。对阴虚不足或阴虚木横者，枸杞子 10g，入煎剂、散剂或嚼服，收效良好。对胃寒痛经年不愈者，仙灵脾 20～30g，配高良姜、荔枝核治疗，仙灵脾温而不燥，属调理阴阳之佳品，对肠上皮化生及增生性病变，除黄芪、莪术外，可加桃仁、三七、虎杖、白花蛇舌草、蜈蚣等解毒消瘀。^[13]

15. 贺清义诊治经验

贺氏认为萎缩性胃炎属中医“胃脘痛”、“胃痞”范围，多因饮食不节、过食辛辣、寒温失节，或情志不遂、肝气横逆、克伐脾胃，而致脾胃受损，发于本病。临床常分为脾胃虚寒、脾胃湿热、肝胃不和、脾胃瘀血四型，而胃中痞满、隐隐作痛、食欲不振、形体消瘦为其共有症状，所以当以健脾和胃为主，佐以疏肝活血、化浊清热，采用善走脾胃经的二陈汤加减方，淡渗甘补，健脾和胃，促进胃腺分泌。

基础方：陈皮、半夏、白术、砂仁各 10g，茯苓 12g，炙甘草 3g。

脾胃虚寒型：见胃中痞满，隐隐作痛，呕吐清水，喜暖喜按，遇寒加重，神疲乏力，形瘦纳呆，舌淡脉迟，治以健脾和胃，温中散寒方药。基础方加桂枝、干姜各 10g，乌药、吴茱萸各 6g。

脾胃湿热证：见脘腹痞满胀闷，口渴饮水不多，口中粘腻，大便粘滞不爽而灼热，舌红苔腻，脉滑数，治以芳香化浊，健脾燥湿清热方药。基础方加藿香、黄芩、佩兰、秦艽各 10g，滑石 30g，草薢 6g。

肝胃不和型：见胃脘胀满，攻撑作痛，连及两胁，嗳气频

频,舌淡红,苔薄白,脉弦,治以舒肝和胃,方药:基础方去砂仁,加香附 10g、柴胡 6g、杭白芍 12g。

血瘀中焦证:见胃脘疼痛,痛有定处而拒按,舌质暗紫,脉涩,治宜健脾和胃,活血化瘀,理气止痛,方用基础方加木香 6g,枳壳 10g。

以上方剂先以汤剂治疗 2 个月,以后改为丸剂再服 3 个月,治疗前后做胃镜和病理检查,总有效率为 71%。^[14]

16. 赵金铎诊治经验

赵氏认为萎缩性胃炎其病理变化复杂,病程缠绵,患者体质多虚弱,或阴虚,或气滞,或血瘀,或寒热不调,或寒热错杂,或升降失司,虚实夹杂,其见症不一,性质各异。治疗上不能大寒大温,峻攻峻补,应缓中补虚,疏气令调,确立以养阴法为主的治疗方法。

(1)养肝阴,疏肝木,防微杜渐:胃脘痛起病初期,多因肝木横逆犯胃,气郁日久则化火,化火则易伤阴,久痛入络则易瘀阻,故论治之中首要注重疏肝理气,并注意滋养肝阴,活肝之血。常用金铃子散合一贯煎加减为方:川楝子 10g、元胡面(冲)3g、当归 10g、枸杞子 6g、沙参 18g、麦冬 12g、佛手片 9g、郁金 6g、谷麦芽各 15g。胃阴虚加山药,肝肾阴虚加二至丸以强之;瘀血明显酌加失笑散、桃仁、赤芍、丹参等活血之品。总之,疏肝之中勿忘滋阴,养肝之中勿忘疏滞,和中寓补,补中寓和,可收事半功倍之效,并能防微杜渐。

(2)滋肾水,强脾阴以固先后天。脾胃均属中州,久病则水谷不化,气血日衰,常出现消瘦、神疲、短气、头晕、腰膝酸软、小便频数、舌淡暗苔薄白,脉细而无力等一系列虚劳见症。脾胃为后天、肾为先天,本病日久,肾失充养,肾阴不足,水不涵木,肝木得以妄行,因此滋肾阴,强脾胃而济先后天,

以达使肝木之制约,是立法中不可忽视的环节。对此类见症,常在一贯煎的基础上加二至丸,再配以青皮、陈皮、郁金等调肝解郁之品,往往能奏效。

(3)通瘀滞,和络脉以标本兼顾。肝郁日久,气滞血瘀,症见胃脘刺痛以午后为甚,舌质暗有瘀斑,苔薄黄,脉弦而涩,治宜活血疏滞,和络定痛。可选失笑散加味,常加当归、桃仁、香橼皮、青皮、郁金。中气虚者加白术,胃阴虚者加山药、黄精。

赵氏认为,萎缩性胃炎伤阴者十之八九,根据伤肝阴、胃阴、脾阴、肾阴之不同,以及伤阴程度的深浅,在立法用药上务求恰如其分,病重药轻则无济于事,但也不可过猛,急于求成,否则往往事与愿违,在调治本病中,需嘱病者,调情志,节饮食,慎起居,并需得到家属密切配合方可获效。^[15]

17. 徐景藩诊治经验

徐氏认为,在本病临床上遇到某些患者胃阴已虚,却又夹湿,治疗用药颇为棘手。此类患者症状较多,其中辨证要点为舌红而干,舌苔白腻,阴虚夹湿,其病因有三种可能:一是整体阴虚,胃阴亦亏,局部脏腑有湿浊,一般源于脾胃;二是由于肝胃气滞而生郁热,久则耗伤阴液,气滞津凝而成湿浊;三是药物因素,辛燥太过,或某些化学药品“制酸”太多,导致阴虚,而原有湿浊未化所致。

素体阴虚而脾胃有湿者,可先从化湿为主,湿祛后养阴。肝胃气滞,化热伤阴,夹湿浊者,宜行气清热,佐以化湿,热已清,湿已祛而阴未复时再予养阴。药物所致阴虚而尚有余湿者,停服原药,先复其阴,阴液渐充,再化其湿。

上属治疗步骤,还应结合具体症状,灵活掌握。另外,用药必须注意:养阴勿过滋腻,化湿勿过辛燥,以免滋阴助湿,

燥湿伤阴。养阴以甘凉为宜,如麦冬、沙参、芦根等,佐以甘酸、甘平如山药、白芍、甘草等品,鲜石斛甘、微寒,生津之效显著而不致碍于化湿,但养阴之力甚弱。若湿渐去而胃阴尚亏者,可据证酌用玉竹、乌梅、生地等;化湿以微辛微苦为主,炒陈皮(或橘皮、橘白)、法半夏、川朴花、佩兰为一般常用之品。参以甘淡的苡仁、芦根、茯苓、通草之类。湿浊经久难化者,可用石菖蒲宣窍化湿。此外,藿香芳香化湿,鼓舞脾胃,益智仁温脾化湿,均可加入。

朱氏认为汤剂之外可配合“代茶饮”,如麦冬 10~20g、苡仁 20g、陈皮 2~3g,开水泡闷,代茶饮服,可以加强治效。本病症状较多,应根据病情配以理气(勿过辛燥)、清热(勿过苦寒)、消食、行瘀等方药。本证饮食调护尤为重要,应戒烟酒,勿饮浓茶,饮食宜清淡而富营养,如果舌质红干而舌苔白厚,治疗少效,症状舌象不见改善,进食日少者,提示预后严重,应及早复查。

另外,徐氏认为萎缩性胃炎久病入络,气滞血瘀,用虫类药物活血化瘀,通经活络,可以提高疗效:①九香虫:入汤剂 5~10g,对胃痛病久时发,痛位固定,痛甚或及胸背胁等部位,可加九香虫。而且对胃脘痞胀,噎噎不止,食后尤甚,经久不愈,其他药无效者,也可用九香虫。但注意本品有活血作用,胃病出血,一般 2 个月内慎用。胃阴虚不宜用,若兼气滞血瘀明显者,可少用,并配以麦冬、白芍;②地龙:汤剂用量 10g~15g,适用于萎缩性胃炎肝郁胃热、气滞血瘀者。③蝉蜕,汤剂用 3~6g,胃脘痞胀,隐痛,嘈杂而兼有痒感时加用有效。^[16-17]

18. 张琪诊治经验

张氏治疗胃脘痛胃阴不足证,喜用甘露以化裁,方中有

二地、石斛、麦冬滋养胃阴之品，又有黄芩、茵陈清胃热，枇杷叶降逆，枳壳行气，对阴亏胃热者尤为适宜。张氏用此方时常去熟地，酌加麦芽、谷芽、佛手、陈皮等以开胃醒脾，并可防甘寒之品碍胃滞脾。

在萎缩性胃炎见胃脘灼热、似饥非饥、似痛非痛、脘痞不舒、干呕呃逆等症状，证属胃阴亏虚者，张氏常合芍药甘草汤，用芍药、甘草、石斛、麦冬、花粉、丹皮、生地、紫苏、砂仁、麦芽、山楂等药，酸甘化阴，养阴理气，疗效满意。

张氏拟地芍止痛饮一方，对于萎缩性胃炎肥厚性胃炎，胃、十二指肠溃疡，浅表性胃炎及顽固性胃痛，证属胃阴亏者，疗效甚好，现摘录如下：

生地 20g、公丁香 5g、陈皮 15g、枳壳 15g、川朴 15g、石斛 15g、寸冬 15g、白芍 20g、甘草 15g，水煎服，日 1 剂。^[18]

19. 张羹梅以补为主治疗萎缩性胃炎

张氏强调萎缩性胃炎腺体萎缩，胃酸缺乏，不能单以外源补酸，否则胃酸不能自生，腺体会进一步萎缩。应辨证而治，治病求本。张氏认为萎缩性胃炎根本原因在于脾胃失调，或脾胃阴虚，或脾胃气虚，或气滞或热盛，或湿阻，其根据临床经验确立以六君子汤、芍药甘草汤、左金丸化裁的养胃汤（太子参、石斛、川连、吴茱萸、赤芍、川楝子、元胡索、甘草、谷芽、麦芽、瓦楞子），适用于慢性胃炎偏于肝郁化热，胃阴已伤者。其中常用瓦楞子、乌贼骨，是先治其本，为反佐法，不仅能健脾养胃，也能促胃酸自生。张氏对本病气虚者以四君子汤为主加黄芪、当归、白芍，阴虚者以芍药甘草汤加石斛、太子参、冬术、黄芪、当归等补虚健中，调理脾胃为主治疗本病。^[19]

20. 路志正诊治经验

路氏认为萎缩性胃炎初起多表现为湿热内蕴之实证,治疗上多从清热化湿往返。但如病久不愈,正气渐耗,或清利过度,正气损伤,或素体虚弱,正气不足,都可出现虚象,形成虚实夹杂,其治疗较为复杂。特别是出现阴虚夹湿证,滋阴易助湿,燥湿易伤阴,治疗上更加棘手。路氏认为此时要详加辨证,根据虚证实证孰重、孰急,而确定治则选定方药,并随时观察病情,灵活化裁,恰中病机,取得疗效。

如脾胃虚弱,胃阴不足,湿郁化热,肝失条达,症见胃脘部隐痛,伴灼热嘈杂,胀满不适,形体消瘦,烦躁易怒,神疲肢倦,舌红苔黄腻,脉濡细而数。脾胃虚弱为本,湿热内蕴为标,法当先祛湿邪,湿祛热孤,继则治本,甘凉濡润,柔肝养阴。药用:藿荷梗各 9g、杏仁 9g、生苡仁 12g、怀山药 15g、佛手 9g、谷麦芽各 15g、绿萼梅 10g、云苓 12g、预知子(打) 9g、白芍 12g、甘草 6g。

上方清化湿热为主,柔肝养阴为辅,待其灼热胀痛嘈杂症减,舌红苔黄腻改善,湿热已去后,改用益气生津,柔肝和胃之剂。药用:白人参 4.5g(或用太子参)、麦冬 10g、玉竹 9g、扁豆 12g、山药 20g、白芍 12g、绿萼梅 9g、香椽皮 9g、乌梅 9g、谷麦芽 20g、甘草 6g 等。

阴虚夹湿宜分清标本虚实,缓急轻重,先用宣化、渗利、疏导之法,渗湿选苡仁、茯苓平淡之味;宣化用杏仁、藿荷梗宣发肺气,升发脾阳,清化湿邪;疏肝以佛手、预知子、绿萼梅,不可用辛香走窜之品,以防伤胃阴,辅以白芍、山药、甘草酸甘化阴。使湿热得除,升降复常,再以益气生津、养阴固本。用药甘凉、甘酸,不可过于滋腻,常用太子参、山药、白术、麦冬、生竹、白芍、甘草等,谷麦芽常用,其可助胃消食,使

胃纳化正常,诸症消失。^[20]

21. 许芝泉诊治经验

许氏认为萎缩性胃炎为胃之腺体萎缩,胃酸、胃蛋白酶分泌减少,这与中医胃阴不足、津液缺乏相类似,由于胃阴不足,譬如“釜中无水,不能熟物”,故症见不思纳谷,甚至无食欲,胃失濡养则脘痛如灼,津不上承则口干口苦,而便干、舌红、少苔或剥苔,脉多弦细数均为阴亏之证。许氏认为只能滋柔养胃,切忌使用辛香燥烈之品,否则津枯血瘀,内生癥结,引起不良后果。

其用麦门冬汤、叶天士的养胃汤、吴鞠通的益胃汤化裁,拟养阴护胃汤治疗,对胃阴不足所致胃病疗效满意。

组成:沙参、麦冬、玄参、石斛、玉竹、白芍、甘草、乌梅、木瓜。加减:便结者加瓜蒌仁、火麻仁;口干加生地、花粉;纳谷不香加生谷芽、冬瓜仁、鸡内金;为保护胃粘膜,可酌加凤凰衣、刺猬皮。

若肝气犯胃者酌加木香、郁金、炒竹茹、青橘叶一类,并认为此类疏肝药物性味和平,无破气伤阴之弊,肝郁化热酌加炒川连、蒲公英。

治疗期间还应注意饮食宜忌及调理,忌食辛热、粗糙、煎炸、带皮刺等物,宜食红枣糯米粥,红枣补脾养胃,糯米稠粘甘淡,具有养胃生津护膜之功。^[21]

22. 李振华诊治经验

李氏认为胃病致病因素主要是饮食所伤和情志失调,导致肝胃不和,胃失和降,脾失健运,久而脾胃虚弱,升降失常,气机不利而成胃部痞满。其病位在胃,发病过程与肝脾密切相关,而且脾虚为本,肝郁气滞为标。然而随着素体之强弱,

阴阳之盛衰,病程长短及用药不同,肝郁气滞可化热伤阴而出现脾胃阴虚证,也可不经化热而成脾胃气虚甚或阳虚证,所以李振华认为临床上脾胃阴虚和脾胃气虚(包括阳虚)是辨证的内在病理依据,也是临床认可的两大证型。

由于病程较长,易伤中焦之气,因而不经化热而出现脾胃气虚证多于脾胃阴虚证。此外,肝郁气滞在二个证型中均可出现偏于气滞、或气滞血瘀、或气虚血瘀、或痰湿较盛、或气郁化热、短时热盛伤津等兼证,治疗过程中应加注意。治疗本病时强调脾虚为发病之本,其次分清气(阳)及阴虚证。气虚(包括阳虚)证宗东垣之说甘温补之;阴虚者宜叶天士之论甘凉润养之,但二证均强调疏肝理气,并注意兼证,尚使脾土敦厚,胃气和降,肝气条达,则胃痞自愈。

脾胃气虚兼肝郁证,治宜温中健脾,疏肝解郁,用“香砂温中汤”:党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、香附、砂仁、川朴、乌药、丁香、干姜、山楂、神曲、麦芽、甘草等。

脾胃阴虚兼血瘀证,治宜养阴和胃,佐以活血,用“沙参养胃汤”:沙参、麦冬、石斛、知母、花粉、白芍、山楂、鸡内金、赤芍、陈皮、乌梅、丹参、延胡索、丹皮、甘草等。^[21]

23. 孙成茂诊治经验

孙氏认为根据萎缩性胃炎患者临床表现及各项检查,本病病机关键是“虚”、“寒”、“瘀”。虚为中气虚或胃阴虚,寒为中焦寒,瘀为血瘀。所以治疗以温中益气、散寒活血,拟方“益中活血汤”,方药组成:黄芪 30g、肉桂 8g、吴茱萸 10g、丹参 15g、乳香 8g、没药 8g、生蒲黄 15g、三棱 10g、莪术 10g、川芎 12g、乌药 10g 等。气虚者重用黄芪加党参;胃阴虚者加寸冬、石斛;纳呆者加山楂;伴肠液反流者加川朴、姜半夏、柿蒂各 20~60g,柴胡、白芍各 30g;血瘀明显者加水蛭、干

漆粉(冲)。本方具有益中散寒、理气活血、消肿生肌之功。对中阳不足,寒凝血瘀之证较为适宜,但三棱、莪术、水蛭、干漆粉性味峻猛,不可久用;乳香、没药一般认为虽是活血良药,但药味太浓,苦涩异味大,服药后易产生恶心腹胀等胃肠刺激症状,故亦不宜久用,血瘀、疼痛症状改善后,可改用其他药物调理。^[22]

24. 王子俊诊治经验

王氏认为慢性萎缩性胃炎的发病与肝郁气滞、横逆犯胃,饮食失节,过食辛辣,胃中积热,耗伤胃阴等有关,其病程长,病情复杂,辨证分型往往失准,常法久而乏效,其经过多年实践,总结黄连枳术半夏汤为主治疗本病,收效显著。

方药组成:黄连、白术、党参、半夏、黄芩、干姜为主。痛剧加木香,脘胀加厚朴;痞满食少加神曲、麦芽、焦山楂;大便燥结加大黄(炒);恶心加藿香、竹茹。一般3~5剂症状消失,如不慎复发,可继服上方,效果仍然理想。

本方取半夏泻心汤之义,与张洁古枳术丸加减而成,有苦降泻热,辛开通痞,益气降逆的作用,本病多见中满、纳呆,故去甘草、大枣之甘膩,实用于萎缩性胃炎临床症状较重,胃脘胀痛,舌质红,苔黄厚等中虚湿热之证。^[2]

25. 邓铁涛诊治经验

邓氏认为慢性胃炎病因多种多样,可由烦劳紧张、思虑过度、暗耗阳气、损伤阴液而引起,也可因长期饮食失调、病后失养所致。其病机为本虚标实,本虚为脾胃亏虚,脾亏虚于阳气,胃亏虚于阴液,此为本病发生的前提和本质。标实多为虚损之后继发,加脾气方虚,气虚血滞,瘀血阻络;脾虚失运;湿浊不化,痰浊内停;瘀阻湿郁,又阴液亏损则虚火

易动等。脾阳亏虚,故见身倦乏力,脘胀纳呆,体重下降,舌胖质嫩,脉虚弱等,胃阴亏损则见胃部隐痛,甚则灼痛,舌嫩苔少,脉细数;瘀血阻络,则胃脘疼痛明显,上腹及背部夹脊穴压痛明显,唇舌暗红或见瘀血、瘀斑;痰湿凝聚,则脘腹胀闷,恶心嗳气等,阴虚内热则见低热、五心烦热、急躁易怒、大便干燥等。

治疗上邓氏认为补脾气,养胃阴是根本之法,标实不除,不能很好固本,所以活络祛瘀,除湿化痰,清退虚热,亦不可忽略。基本方为:太子参 30g、云苓 12g、怀山药 12g、石斛 12g、小环钗 9g、麦芽 30g、甘草 5g、丹参 12g、鳖甲 30g(先煎)。方中太子参、云苓、怀山药、麦芽、甘草以培补脾胃健运其气,虽补气之力不及党参、黄芪,但不会滞气助火,再反佐以麦芽使之易于受纳,这对于消化力甚差,胃阴已伤者是恰如其分的;石斛、小环钗、怀山药可救胃阴;丹参、鳖甲益阴活络、通脉祛瘀兼清虚热。加减法:脾胃气虚较甚者加黄芪、白术或参须另炖;湿浊偏重者加扁豆、鸡蛋花、苡仁等;肝气郁结者加素馨花、合欢皮、郁金等;疼痛明显者加木香、元胡、佛手等;嗳气频作者加代赭石、旋覆花等;大便干结者加火麻仁、郁李仁等。

本病病程长,日久势必及肾。由于脾与肝之生理、病理上的密切关系,脾虚往往使肝所乘之,故治疗时不能忽视与肝肾的关系,同时亦注意脾肺的关系,故应抓住主要矛盾,于适当之时选加调养肺、肝、肾之品。同时注意消除可能致病因素,如戒烟酒,治疗口腔、咽喉部的慢性病灶,饮食以软食为宜,细嚼慢咽等。^[23]

26. 马山诊治经验

马氏认为慢性萎缩性胃炎(CAG)的临床症状很多,辨证

时要抓住主要矛盾,不能全凭症论治,要抓住本病的基本病机和病理变化。根据三千余例 CAG 病例统计,上腹疼痛、胀满、噎气,疼痛胀满遇寒加重、得热则舒占 90% 左右,一派脾胃虚寒证象;再则齿龈及上下唇系带周围粘膜紫色或暗紫色、暗红色占 90% 左右,即夹瘀表现。又根据胃镜相见胃粘膜变薄,充血水肿,色暗或灰暗,红白相间,以白为主,粘膜粗糙不平或呈结节状突起,这表明病变局部瘀阻,缺血缺氧,以至缺乏营养供给,导致腺体萎缩等病变。确立以补气温中、活血化瘀为基本治则制定基础方,再根据辨证或病理变化予以适当加减。

胃友汤组成:黄芪 30g、桂枝 10g、细辛 3g、吴茱萸 10g、丹参 30g、川芎 10g、当归 10g、赤芍 10g、桃仁 10g、红花 10g、三棱 10g、莪术 10g、蒲黄 10g、乌药 10g、丹皮 10g、水蛭 10g、甘草 6g。

加减:胃内除炎症外还见粘膜隆起,粗糙不平,加炮山甲、王不留行、白花蛇舌草各 10g;炎症区胃粘膜顶端见有粘膜缺损中脐样凹陷,或中央糜烂者,加蒲公英、生地、半夏、泽泻、银花各 10g;伴溃疡者加白芷 10g,白及、姜半夏、公英各 10g;伴胃粘膜脱垂者加党参、枳实、炮山甲各 10g;胃酸多者加二陈汤,胃酸少或无酸者加木瓜、乌药、山楂;残胃炎加山楂、沙参、乌梅等养阴酸敛药和碱性药,减少胆汁反流的刺激;对伴有胆汁反流、胃出血者分别给予自制胃炎片和止血粉等药物。

马山认为萎缩性胃炎的治疗关键是活血化瘀,胃友汤体现了这一点。方中黄芪力专补气,配活血药三棱、莪术,补气健脾、宽肠消胀及祛瘀滞,桂枝(或肉桂)、吴萸有温中散寒、活血祛瘀、扩张血管、改善微循环的作用,与活血药合用,可加强作用,促进局部炎症吸收,建立侧支循环,改善缺氧缺血

状态,使萎缩的腺体复生。肉桂、枳壳、片姜黄、甘草四味药为古方“推气散”,可改善腹胀疼痛症状,与丹参、红花、川芎配合,可加强作用。

马氏认为,本方服用7~12剂后症状一般即可缓解或消失;而腺体恢复或肠上皮化生等病理消失则需40~180剂,一般70~90剂。根据临床观察,胃友汤无毒,副作用轻微,可连续服用。个别病人服药后自觉头晕,加一味丹皮即可缓解。丹皮可凉血活血,抑制头部血管充血。

此外,马氏认为乳香、没药是活血良药,但药味太浓,苦涩异味大,刺激胃,服后易产生恶心腹胀等,故不宜久用。还应注意胆汁反流易引起CAG复发,应用药控制胆汁反流。为了防止复发,巩固疗效,每年仍需服药40剂,药后复查胃镜。^[24~25]

27. 李恩复诊治经验

李氏认为CAG患者,临床表现较多,很难以中医病名加以概括,大约相当于“胃脘痛”、“痞证”、“血证”等范畴。其病位在胃,病因与饮食不当关系最为密切(占84.81%),其中进食热烫辛辣引起占多数,其次与情志所伤(67.42%)、吸烟饮酒(51.79%)、气候变化(51.19%)、慢性感染(49.83%)、药物(25.43%)及遗传(15.83%)等因素有关。

胃为阳腑,多气多血,以通降为顺,喜凉恶温,喜润恶燥,以上各种因素均易损伤胃土,胃失和降,导致胃气不行、热积于中、蕴阻于内,郁热内生,久之则阴血耗损,气滞络阻,因此胃热阴伤、气滞、湿阻、络瘀是CAG的病机关键。临床所见,许多病人胃中嘈杂,口苦咽干燥,舌质晦暗而红,苔黄,脉弦滑均为郁热阴伤,气滞湿阻,胃络瘀阻之证。

恢复胃的清润通降,气血流畅,是改变萎缩性胃炎腺体

萎缩等病理变化的关键,因此确定凉润通降法为基本治则,拟胃元汤为方:当归、白芍、川芎、云苓、瓜蒌、郁金、仙鹤草、麦冬、荔枝核、三七等。辨证加减:胃热盛加蒲公英,口干口渴加花粉,背沉或痛加沙参,胃脘刺痛加蒲黄、五灵脂,咽喉痛或不利加板蓝根、威灵仙,胃胀如堵、气滞较甚加枳实、厚朴,便溏加地榆、秦皮,便秘用通便灵,伴肠上皮化生或异型增生者加败酱草。

治疗期间,同时服用成药“摩罗丹”(主要成分为茵陈、鸡内金等),每服1~2粒,日3次,饭前服。

李氏用此方治疗523例,疗效最短3个月,最长1年,平均8.6个月,痊愈162例,其中3个月、6个月、6个月以上痊愈率分别为11.4%、23.71%、30.98%。证明对大多数患者来说,要取得胃镜、病理、胃酸分泌的改善,应坚持用药半年以上。实践证明摩罗丹对胃酸有双向调节作用。

此外,李恩复教授对萎缩性胃炎的认识较为独特,认为病位在胃,脾胃虽均属戊己土,为表里之脏,有许多互相联系和共性的方面,但更应看到其个性方面,将胃独立出来,重新认识。脾为阴土,胃为阳土,当生病变后,脾向“阴道虚”转化,胃向“阳道实”转化,这是基本规律。只有在特定条件下脾才出现实热证,胃才出现虚热证,临床凡是“胃凉、便溏”等必须审慎辨证,分清胃凉之真假,不可动辄“温中散寒”。临床症状自觉好转消失不能作为判断疗效的唯一标准,还应根据舌、脉、腹部体征的向愈变化,以及更可靠、先进的检测手段和客观指标,如胃镜、病理、胃酸等分析结果。

临床上大多数CAG患者有畏寒怕冷等自觉症状,或者四末不温、便溏,稍进冷食、气候变化即胃脘胀满疼痛加重,患者喜热熨、热食,服用温中散寒剂也可缓解症状,而实则腹部体征未消除,舌脉无好转,胃镜、病理由轻转重,此不可不

测。

李氏认为,治疗萎缩性胃炎应注意以下几方面问题:其一,胃痛常因外感六淫诱发和加重,外感症状不明显,常被医患两方忽略,措施虽多,外感药物缺如,治疗效果很难理想,辨证关键是咽部充血,舌边尖红或红色小颗粒,脉或浮或数或大或滑,三症见其一,就应考虑胃痛与外感的关系,凡寒者用羌活、桂枝,风热者荆芥、薄荷,暑湿用青蒿、滑石、金银花,燥火用生石膏、桑叶、板蓝根、沙参、花粉等常能奏效。其二,咽喉与胃密切相关,咽喉病常影响及胃,使胃病加重,而肺胃火盛或胃阴不足常致咽喉肿痛、发硬、发干、发痒,胃中浊气不降常使咽喉部痞闷噎塞感,所以其治疗胃病常兼利咽喉,咽为肺胃之门户,实也清本澄源之治。临床上某些顽固性恶心、呕吐,有时病在咽喉。其三,胃病常影响睡眠,失眠可加重胃病,或影响疗效,应注意调理,李氏常用自制“得睡丹”,疗效好,对胃无刺激。其四,患者常伴便秘或便溏,电子肠镜下常能发现肠炎病灶,症状不重,用胃元丹、摩罗丹、通便灵调理即可,症状重则应辨证治疗。

另外,李氏认为萎缩性胃炎多数为低酸或无酸,而高酸和正常酸也是疾病发展到某阶段的表面现象,随着疾病的发展,胃粘膜广泛受损,胃酸降低,所以基本不用豆蔻、龙骨、牡蛎、瓦楞子等制酸药。胃元丹、摩罗丹不仅可以双向调节胃酸,对肠上皮化生及异型增生也可以改善。

李氏治疗本病还注意患者情绪、饮食、运动等方面的调适。情绪宜安常顺变、淡泊宁静、精神内守;饮食宜温、宜软(烂)、宜鲜、宜淡、宜少、宜精、宜洁、宜缓,忌辛热冷硬、粘腻陈腐之品,慎用烟、酒、浓茶、咖啡等,提供食不过饱,不主张多餐;运动宜小劳其形,无至大疲。而中度以上萎缩性胃炎,或伴中度以上肠上皮化生,异型增生者,要注意节劳,卧

床休息。^[26~28]

28. 危北海诊治经验

北京中医医院危氏用健脾益肾、理气活血为治则的胃安胶囊与维酶素对比,对 60 例慢性萎缩性胃炎(虚痞)进行了随机对照临床观察,经证明胃安胶囊对萎缩性胃炎症状治疗和病理改善均有较好疗效,总有效率 96.8%,维酶素组总有效率为 75.9%,两组对比有显著性差异($P < 0.05$)。

胃安胶囊组成为黄芪、白术、茯苓、山药、生地黄、丹参、当归、赤白芍、半枝莲、龙葵、白花蛇舌草、厚朴、丹皮等,上药浓煎后干燥成粉末,装胶囊,每个胶囊重 0.5g,每次 4 粒,日 3 次,3~6 个月为 1 疗程。

其认为慢性萎缩性胃炎病机关键是虚中夹实,以脾肾两虚为本,以气血凝滞为标,因此本病的治疗法则当为健脾补肾、理气活血。方中以黄芪、生地为主要药物,黄芪味甘,性微温,功在健脾益气;生地味甘苦,性凉,长于滋阴养血;白术味甘苦、性温,可补脾益胃,燥湿和中,枳壳、厚朴行气宽中,丹参功同四物,活血消癥,半枝莲、龙葵、白花蛇舌草具有清热解毒、防癌抗肿瘤的作用。

经研究发现,胃安胶囊对胃脘痞满、纳呆胃痛、嗳气等症状可明显好转,而对病理方面,如腺体萎缩、活动性炎症及肠化和不典型增生均可明显减轻,HP 抗体及尿素酶阳性率较治疗前明显降低,胃粘膜, SOD 含量增高,并认为黄芪可以提高 SOD 的活性,而且呈量效关系。^[29]

29. 焦树德诊治经验

焦氏用三合汤治疗久痛难愈,或服其他药不效的胃脘痛,临证加减,常常获效。三合汤组成:高良姜 6~10g,制香

附 6~10g, 百合 30g, 乌药 9~12g, 丹参 30g, 檀香后下 6g, 砂仁 3g。

主治: 长期难愈胃脘痛, 或曾服其他药不效, 胃脘喜暖, 痛处喜按, 但又不可重按, 大便或干或溏, 舌苔白或薄白, 脉象弦, 或沉细弦, 或细滑略弦, 虚实寒热症状夹杂并见者, 包括各种慢性胃炎、胃及十二指肠球部溃疡、胃粘膜脱垂、胃神经官能症、胃癌所致的胃脘痛。

方义: 本方是良附丸、百合汤、丹参饮三个药方组合而成, 故名为“三合汤”。其中良姜、香附理气散寒、利三焦、解六郁, 百合、乌药清泄肺胃郁气, 温散胃经逆气, 相辅相成, 《本经》云百合“补中益气”, 张好古说乌药能“理元气”, 故本方更适用于日久不愈, 正气渐衰之证。丹参活血行瘀止痛, 合檀香、砂仁行气调中, 和胃醒脾, 对久治难愈, 气滞血瘀, 正气渐虚的胃脘痛, 不仅能活血定痛, 且能养血益肾, 醒脾调胃。

加减法: 胃寒盛者, 丹参减为 20g, 砂仁 6g、良姜 10g, 加吴茱萸、干姜各 5g; 中湿不化, 泛恶吐水, 苔腻便溏者, 加陈皮 10g、半夏 9~12g、茯苓 10~15g、木香 6~9g、煅瓦楞 10g; 若属肝郁犯胃者, 轻可用高良姜, 重用香附, 再加柴胡 9g、厚朴 10g、炒川楝子 10g、白芍 10g、绿萼梅 5g、檀香 9g; 证属本寒标热, 寒热错杂者, 去砂仁、高良姜用 9g, 加炒黄连 6g、炒黄芩 9g、千年健 12g; 属中焦气化不利, 津不上输, 见舌红无苔, 口干不欲饮, 便干或少涩者加知母 9g、焦三仙各 9g、香稻芽 10g、葛根 9g; 大便色黑, 潜血阳性者加白及 9g、生藕节 15~20g、茜草炭 12g、高良姜为 5g; 证属胃阴不足, 胃中灼热, 纳差, 大便涩而不爽, 脉沉细或弦细数者, 减良姜为 3g, 去砂仁, 加沙参 9g、麦冬 6g、知母 9g、白梅花 3g。^[30]

30. 王士福诊治经验

王氏治疗胃脘痛主张当先缓其痛势,而后治本澄源。其根据“急则缓之”原则,用芍药、甘草加枳实、百合为基本方,量大功专,治疗各种胃脘痛,每收捷效。

其认为芍药甘草汤,实际寓有芍药甘草汤、四逆散、枳实芍药诸方之义,又加缓中润燥百合而成,不独有甘缓,尤有濡润、调中诸气之效,故定痛迅速。

王氏主张药味宜少,配伍得当,量大功专则效高。芍药用量少则 30g,多则 60g,甘草、百合须 30g,否则不为功,枳实 20g,临证可加左金丸、厚朴三物汤、泻心汤等,甘药虽多也不足为虑。

胃阴不足加沙参 20~30g,枳实可去之,加玫瑰花、代代花 10g,而脾阴已伤见手足烦热、不思饮食、神疲乏力、舌淡少津、脉细微濡,注意与胃阴不足相鉴别,减枳实 10g,加生山药 30g、薏米 20g,旨在甘淡濡脾。若见中虚寒湿之象,去百合,加干姜 10g、白术 10g,黄连减为 6g,吴茱萸增至 12g。

辨证尚须与辨病相结合,若为慢性萎缩性胃炎,症见脘闷腹胀,不思饮食,痛则次之,用补剂及辛燥行气之品鲜有显者,王氏认为,满闷之甚则为“闭”,上闭则不食,下闭则便难。用芍药、甘草汤缓中止痛,取效甚捷,但应注意剂量掌握:白芍、枳实、甘草各 30g,厚朴 20g,若便不燥大黄用 3~5g,若便燥大黄用 10~15g,若脘闷腹胀加乌药 30g。本病虽有多日不食,形体瘦削,但舌苔黄厚或白腻,此为腑气不通之象。大黄《本经》谓有“调中化食,安和五脏”之功,枳实有“长肌肉,利五脏,益气轻身”之效。另外,胃脘久病或新痛,纳呆不食者,加大黄、黄连 1~2g,其效甚捷,不可量大,量大反而无效。^[2]

31. 董建华对中度以上萎缩和(或)中度以上非典型增生和肠化的治疗

董氏等认为慢性萎缩性胃炎癌前病变与中医“虚痞”密切相关,即上腹近心窝处痞满堵闷、餐后加重,或兼见胀痛,起病缓,病程长,反复发作,时轻时重,每由实痞转化而成也可由胃脘痛、嘈杂、吐酸等病经久不愈,演变而得,本病以本虚为主。根据临证经验和纤维胃镜检查及舌象,将既符合虚痞诊断,又符合慢性萎缩性胃炎癌前病变诊断的病例,分为三个证型,以“补虚泻实,补泻结合”的原则进行治疗,收到良好的效果。

虚痞诊断标准:①所有症状中,以上腹近心窝处痞满堵闷、餐后加重为主症;②每次发作以痞满为主症;③在绝大多数情况下,每次发作以痞满为主症;④有反复发作史。以上具备第一条或其他任意一条,即可确立诊断。

气阴两虚证:主症见脘痞不舒,纳后加重;舌淡红,苔薄白或花剥或少苔,脉沉细或濡缓。次症:神疲乏力,不饥少纳,形体消瘦。参考检查:胃镜下见红白相间,大片状苍白,粘膜下血管网清晰可见。

治以甘平养胃,除满进食,用“甘平养胃方”:太子参、炙百合、乌药、鸡内金、香橼皮等。

脾胃虚弱证:主症见脘部痞满,休息或得温稍缓;舌淡苔白,脉虚弱或沉弦或沉迟。次症见:神疲乏力,纳少便溏;面色萎黄或白。参考检查:上述气阴两虚证检查基础上又兼血色素低于正常。

治以甘温补肾、补虚消胀,用“甘温健胃方”:党参、黄芪、茯苓、白术、木香、当归、三七粉等。

虚火灼胃证:主症见脘部痞满,灼热嘈杂;舌瘦质红,少

苔或花剥苔,脉弦细或兼数。次症可有似饥不纳、口糜等。
参考检查:上述胃镜检查基础上又见粘膜片状糜烂渗血。

治以酸甘养胃、消胀除痞,用“酸甘养胃方”:沙参、麦冬、石斛、丹参、乌梅、佛手等。

以上成方或为汤剂,或为冲剂,连续3个月为1个疗程,观察1~2个疗程,症状改善率达98.78%,主症痊愈率为65.45%,胃粘膜活检,病理改善率为95.76%,消失率为52.12%,临床总有效率为96.15%

在三证相互关系中,董氏认为,初病在胃以阴液损伤为先;久病及脾,以中气不足为主。倘若在胃阴亏虚基础上,虚火内生,则表现为虚火灼胃证;若脾虚气伤进一步加重,则表现为气阴两虚证,临床病例亦显示气阴两虚证居多,虚火灼胃证居次,脾胃两虚证再次的发病规律。

本病之生,乃由胃及脾,脾胃同病,因而见本虚标实;二则虚怯之地易于受邪。脾胃不健则易为饮食所伤,或为六淫所感,或为情志所累。故气滞、血瘀、热蕴、湿阻、痰凝等邪实常兼挟其中,而表现为虚中挟实。

本组方剂,针对虚痞“本虚标实”的病理基础,用药中处处体现补虚泻实,补泻结合的原则。如甘平养胃方中太子参、炙百合益气养阴,配鸡内金、香橼、乌药以除满进食;甘温养胃方中党参、黄芪、茯苓、白术之健脾和中,配木香、当归以理气和血通降;酸甘养胃方中沙参、麦冬、石斛、乌梅养阴益肝,配佛手等以理气通降,补虚为主,补泻结合,调和气血,恢复胃之通降功能。

另外,从临床观察病例来看,中医药治疗本病有较好的疗效,这与中国人的萎缩性胃炎具有片状、岛状、镶嵌状病理特点有关,与外国人病理特点不同,为肯定和提高中医药治疗CAG的疗效,研究对癌前病变的阻断,在本病病例的选择

上,应侧重中度以上腺体萎缩、胃镜下见红白相间,白应占2/3以上,病理取材也应在这些部位进行。^[31]

32. 单兆伟治疗萎缩性胃炎伴中度以上肠化、不典型增生的临证经验

单氏从事消化系疾病研究30余载,对萎缩性胃炎伴中度以上肠化和(或)中度以上不典型增生(癌前病变)的治疗颇多创见。单氏认为CAG此阶段病机为脾虚为本,胃热血瘀为标。从临床看,本病患者多久患胃病,面色无华,形神疲惫,短气乏力等脾胃气虚之状,就微观辨证而言,胃镜下胃粘膜色调不匀,大片灰白区,病理见腺体萎缩,恰似中医“痿者萎也”,属气血不足,胃络失养,萎弱不荣,脾胃气虚之证。另外,本病多由慢性胃炎反复活动,发展而来,在治疗期舌苔多黄腻,胃镜下胃粘膜充血,甚至肿胀、糜烂,有的可合并胆汁反流,故“胃热”是本病早、中晚期重要转机之一,同时又是形成胃阴不足的重要原因。由于本病病程迁延,脾胃虚弱,气虚则血瘀,症状上见胃脘隐痛,痞胀,舌质淡紫,舌下脉络瘀紫增粗或迂曲,脉弦而涩,均说明血瘀之证,又见胃粘膜血管隐现,固有粘膜萎缩及肠上皮化生,不典型增生及血粘度增高等,均证实“瘀血阻络”有其病理依据,且瘀血不去新血不生,血行不畅,脏腑失养,脾胃益虚,如此恶性循环是导致CAG→肠化→异型增生→胃癌转化的关键所在,所以脾虚胃热血瘀是CAG癌前病变的病机本质。

治疗上单氏主张标本兼顾,尤着重于健脾清胃化瘀,认为这是阻断和逆转癌前病变的关键。常用:党参(或太子参)、白术、茯苓、甘草等健脾益肝;黄芩清胃热又能抑菌消炎;仙鹤草健脾补中、行瘀止痛,更用丹参、檀香以养血活血,理气除瘀(檀香以0.5~1g为宜,且不宜久煎,取其轻可

去实之旨)；用白芍柔肝缓急止痛,药理证实可杀灭幽门螺杆菌；加佛手理气以助血行,整个组方旨在健脾益气、清胃消炎、理气活血。

具体应用时结合辨证与辨病灵活变通化裁,如见脘痛连及胁肋,暖气口甘,每因情志因素加重,舌淡红苔薄黄,脉弦等,则合疏肝和胃之柴胡疏肝散加减；如见胃脘胀满疼痛,恶心,呕吐,口干口苦,不思饮食,舌偏红,苔黄腻脉滑或滑数,则合清化湿热之半夏泻心汤化裁；如见胃脘隐痛,饥不欲食,口干舌燥,舌红少苔,有裂纹或花剥苔,脉细或细数,则与养阴益胃之益胃汤、沙参麦冬汤增减。如检测发现幽门螺杆菌感染,或有胆汁反流者,单氏经验多易出现湿热中阻之候,此时常用炒苍术、川朴花、藿香、佩兰、石菖蒲、蒲公英等清化湿热抑菌消炎；如胃镜见胃粘膜,紫暗呈颗粒、结节状,舌下脉络迂曲,用莪术、山楂、生薏仁、白花蛇舌草等化瘀抗癌不伤正之品。其中生薏仁健脾化湿、消疣消肿、防癌抗癌、舒筋化瘀,一身数功,尤为推重；如胃镜见糜烂出血,或伴溃疡,用白及、煅乌贼骨、百合、仙鹤草等消炎生肌、敛疮护膜；如检查证实有胃动力障碍,常择枳壳、白术、仙鹤草等以健脾除胀、益气消痞,改善胃动力。

此外,单氏认为治疗上还应消痞去壅通降。本病病位在胃,与肝、脾等关系密切。若脾失健运,胃失和降,肝气郁结,肺气愤郁,四者互为因果,互相影响,形成肝脾不调、肝胃不和、气滞中阻、气滞血瘀等,“滞”是其重要病机之一,因此治疗尤重通降。如常用党参、白术、山药、扁豆、薏仁甘平微温健运中气时,配枳壳、桔梗,一升一降,疏肝达肺,以顺应脾胃失降的生理特性。对气滞脘胀久治无效者,善用葛根、荷叶、升麻类升发脾气以达脾升胃降之功。

另一方面,不能因滞而大肆开破,要切切顾护“胃气”,如

理气时常用佛手花、绿梅花、玫瑰花等理气而不伤阴之品；出现便结时则选用莱菔子、决明子等消导通腑不伤阳之品。对脾胃阳虚者，则治以温养脾胃通降，方用理中汤中黄芪建中汤加减；对于胃阴不足之证，病情较重，难速恢复，单氏常用南北沙参、石斛、百合、麦冬等甘凉润养之品（或白芍、乌梅、甘草等酸甘化阴之法），同时配伍法半夏、陈皮、炒麦芽、炙内金、炒楂曲导食、和胃等流通之药，切忌过于滋腻呆胃。^[32]

33. 许自诚对 CAG 伴肠化和（或）不典型增生者的辨证论治

许氏对 44 例由慢性萎缩性胃炎引起胃粘膜癌前病变（PCL）病例，进行中医辨证论治加化瘀、抗癌中药治疗，胃镜复查 31 例，疗效满意。

31 例中癌前疾病二级浅表性胃炎（CSG）1 例，CAG30 例，其中重度萎缩 15 例，中～重度 4 例，中度 6 例，轻度 2 例，DYS 型 1 例，IM 型 12 例；中医辨证分型根据 1989 年中国中西医结合学会消化病专业委员会制订的慢性胃炎标准分型，结合临床实际又增添了脾胃气滞型，并区分为脾虚气滞和胃寒气滞 2 个亚型。31 例中脾胃虚寒型 11 例，脾胃气滞型 6 例，胃阴不足型 3 例，肝胃不和型 1 例，胃络瘀血型 1 例。

治疗以中医辨证治疗加化瘀抗癌药汤剂，3 个月为 1 疗程。

（1）脾胃虚寒型治则：温补脾胃，化瘀抗癌。方药：黄芪 30g、党参 15g、白术 10～15g、良姜 6～10g、桂枝 12～15g、枳壳 10g、丹参 24g、莪术 5g、白花蛇舌草 30g、香附 12～15g、炙甘草 6g、大枣 4 枚。心下水气，按之有振水声者，属饮，上

方去党参、大枣，加茯苓 30g、制半夏 12~15g、砂仁 6g，胃痛甚时，再加生蒲黄包 10g、炒五灵脂 10g。

(2)脾胃气滞型治则：健脾和胃、理气、化痰抗癌。方药：白术 9g、枳壳 15g、制半夏 15g、陈皮 10g、香橼 15g、厚朴 15g、丹参 24g、莪术 15g、白花蛇舌草 30g、炒麦芽 30g、神曲 10g、石菖蒲 9g，胃胀好转后加黄芪 15~30g；两胁胀满加柴胡 10g、郁金 10g。

脾虚气滞型治则：健脾理气、化痰、抗癌，上方加生黄芪 30g。

胃寒气滞型：温胃理气、化痰、抗癌方用肉桂 10g、延胡 15g、良姜 10g、香附 15g、白术 10g、枳壳 15g、制半夏 15g、白花蛇舌草 15~30g、丹参 24g、莪术 10~15g、炒麦芽 30g、砂仁 6g。

(3)肝胃不和型治则：疏肝和胃、化痰、抗癌。方药：柴胡 15g、白芍 20~30g、黄芩(或黄连)10g、制半夏 10~15g、陈皮 10g、白花蛇舌草 30g、丹参 20g、赤芍 15g、枳实 10g、莱菔子 10g、川楝子 15~24g，大便干结明显者加炒大黄 6g。

(4)脾胃湿热型治则：清化湿热、化痰抗癌，方药：热重于湿：生石膏(先)30~40g、知母 12g、黄连 9g、制半夏 15g、黄芩 10g、白花蛇舌草 30g、丹参 20g、赤芍 15g、薏苡仁 30g、陈皮 10g。湿重于热：苍术 10g、蒲公英 15g、制半夏 12g、黄连 9g、干姜 6g、白花蛇舌草 20g、山慈姑 15g、丹参 15~24g、赤芍 15g、砂仁 9g。寒湿重者加益智仁 10~12g、仙灵脾 15g。

(5)胃阴不足型治则。滋养胃阴，化痰抗癌，用沙参 30g、麦冬 15g、生地 20~30g、丹皮 12g、乌梅 10g、莱菔子 10g。热盛加蒲公英 15~3g，或生石膏 30g、知母 10g。

(6)胃络瘀血型治则：通络止痛、化痰、抗癌。方药：香附 15g、丹参 20g、檀香 10g、砂仁 6g、生蒲黄(包)10g、炒五灵脂

10g、肉桂 10g、延胡 15g、制半夏 10g、白花蛇舌草 30g、陈皮 9g。

汤剂法加“胃康”胶囊。主要适用于脾胃虚寒型或脾胃气滞型,对胃阴不足兼有气虚者亦可选用。胃康胶囊由白屈菜和大枣等组成,每次 4~6 粒,日 3 次,饭前温开水送服,3 个月为 1 疗程。^[33]

34. 陈泽民等诊治经验

胃乐益合剂由菝葜、白花蛇舌草、僵蚕、壁虎按 6:5:1.5:0.1 的比例组成,制成合剂,每次服 50ml,日 3 次,3 个月为 1 疗程,必要时再服 1~2 个疗程。

结合临床症状、舌脉等,配合辨证治疗汤剂,分型及方药如下:

1. 脾虚气滞型:治以健脾理气。党参 12g,陈皮、半夏、鸡内金、白术各 10g,茯苓、山楂各 15g、炙甘草 3g、广木香 8g、砂仁 6g,研末冲服。

2. 肝胃阴虚型:治以养肝益胃:沙参、生地各 15g,麦冬、石斛、白芍、佛手、山梔各 10g,枸杞 12g、公英 12g、甘草 4g。

3. 脾胃湿热型。治以泻热化湿,醒脾消痞。藿香、赤茯苓各 20g,薏苡仁、蒲公英、白花蛇舌草各 30g,厚朴、苍术各 10g,半夏 4g、黄连 6g、白蔻仁 6g(研末分冲)。

4. 肝胃不和型:治以疏肝和胃。柴胡 8g,当归、白芍、白术、枳壳、山梔、鸡内金各 10g,川楝子、郁金各 12g,甘草 4g。

临床上各证型之间常交替出现,用药则随证加减。疗效结果:疗程 3~20 个月(平均 7.2 个月),20 例主症消除,14 例主症大部改善,1 例主症无改善。胃粘膜活检疗效:本组 35 例除 14 例未做复查外,21 例有 10 例萎缩性胃炎和肠上皮化生消失,转为浅表性胃炎,4 例肠上皮化生消失,但萎缩

性病变仍存在；7例病理检查无改变。^[34]

【按语】

慢性萎缩性胃炎(CAG)为难治性疾病,目前现代医学尚缺乏特效疗法,中医药在治疗CAG及CAG伴肠化及异型增生等方面积累了一定经验,值得借鉴。

中医药在认识治疗形式上同样呈现出多样化,上述30余位医家对本病的认识与治疗就各有特点。名医董建华主张“通降论”,治疗原则在于恢复胃的通降特性,使之能正常受纳传导,具体从五个方面论治并遣方用药:①胃痞壅滞,主用通降,慎用开破;②痞兼疼痛,乃气血同病,当调和气血;③痞满壅塞,湿邪为犯,当燥润相济;④痞满纳呆,脾胃同病,宜健脾益胃;⑤久痞不愈,寒热错杂,宜辛开苦降。痞兼疼痛者又分别制定了胀痛方、瘀痛方和虚痛方来调和胃中气血。张镜人认为本病起于肝胆,症见于脾胃,病理变化在于气郁化火、瘀热互结,治疗以调气清热和胃,胀满当辨虚实,病久当调气活血并进。用药喜选铁树叶清热止痛,芙蓉叶散热疗疡,对糜烂性胃炎最为有效,阴虚而胀的选用八月札、佛手片、玉蝴蝶等理气不伤阴之品。陈泽民辨证论治分7型:脾胃虚弱型、脾虚胃热型、肝胃不和型、胃阴不足型、脾胃湿热型、瘀血内阻型、痰湿中阻型,同时依据中医理论对胃镜下胃粘膜相进行辨证分型,结合临床症状及舌脉进行施治。张泽生治疗本病以补虚为主,少佐辛散,补法大抵遵“脾以守为补,胃以通为补,肝以散为补”的原则。具体方法为①宜用甘温调中,慎用开破;②散中有收,气药常配血药;③权衡升降润燥,胃气上逆;④开痹散结,当先疏其中。张氏重视舌辨证,如舌质偏淡胖,边有齿痕,或舌质淡紫,中有裂纹,苔

白或白腻多属脾气虚；舌红苔少，干绛无苔，舌中有裂或苔糙白，舌苔剥裂，舌体干瘦者，多属胃阴不足；淡红无苔，多属气阴两虚；还认为“口渗清涎不是脾虚，多虫积”、“向日好饮（嗜酒），胃中必有蓄瘀”、“中年以后，脘痛不已，呕吐粘涎，状如粉丝者，多虑恶变”。李寿山认为本病为本虚标实，分为中虚气滞、中虚湿阻、中虚火郁三型，用相应“消痞汤”治疗。具体用药加减上也有特色，如 CAG 伴有“肠上皮化生”、“不典型增生”者加乌梅、生鸡内金、生苡仁、山慈姑、白花蛇舌草、莪术等；胃粘膜充血明显者用丹参，酌加连翘、苦参；粘膜水肿明显者加肉桂、炮附子，伴粘膜糜烂出血者酌加黄芪、白及、三七；伴胆汁反流者加柴胡、枳壳、郁金、木香等。李培生主张将 CAG 分为气虚血瘀、肝胃不和、脾虚湿热、胃阴不足四型，但指出应辨证与辨病结合，如益气补虚适用于静止期，或者萎缩、肠化、异型增生等病理变化明显者，舒肝和胃法适用于幽门舒缩障碍和胆汁反流、胃肠道症状明显者等，主张在辨证用药的前提下加入大量活血化瘀药。金乃时将本病分为二型论治，并结合现代医学认为脾胃阳虚者发病部位以胃体为主，而脾胃阴虚者发病部位以胃窦为主，指出中医辨证在病变部位上有其规律性，对于辨证辨病相结合有一定意义。翟济生则以甘温补中为主，分缺酸性萎缩性胃炎和酸多性萎缩性胃炎，用温中养胃法和温中制酸法治疗。李玉奇提出分虚寒证、郁热证、瘀血证，制订三个主体固定方剂分别治之。姚奇蔚认为中虚胃弱导致肺虚肝郁，肝气犯胃，彼此相互影响，互为因果是本病的主要病机，故治疗以建中养胃为主，兼顾肝肺、舒肺达肝，以相互为用。陈伯咸同样认为本病与肝、肺有关，但以肝为主，并总结出“疏肝理气和胃、疏肝利胆调胃、柔肝养胃、化瘀行气和胃止痛法、益气养血益肝养胃”五法。杨春波确定混合分型为气虚湿热和阴虚燥

热,分别用补气祛湿、理气活血和养阴清热、舒气活血的胃炎Ⅰ号冲剂和胃炎Ⅱ号水剂。朱良春将萎缩性胃炎分为脾虚夹瘀、阴虚横木、阳虚挟湿三型,辨病与辨证结合进行治疗,如CAG伴肠上皮化生者均应加刺猬皮、炮山甲以软坚散结,消息肉,化瘀滞;凡脾气虚损、胃脘作痛者,用黄芪配莪术以益气消瘀;凡脘胀甚者,徐长卿必不可少,取其善于行气消胀,缓急止痛;凤凰衣、玉蝴蝶二药,功擅养阴清肺,还有补虚宽中、消除慢性炎症及促进食欲之殊功,在治疗消化溃疡及萎缩性胃炎时,屡获佳效;对本病胃痛属热证者,认为蒲公英30g能健胃消瘀;对阴虚不足或阴虚木横者,枸杞子10g,入煎剂、散剂或嚼服,收效良好;对胃寒痛经年不愈者,仙灵脾20~30g,配高良姜、荔枝核治疗。赵金铎则认为萎缩性胃炎伤阴者十之八九,根据伤肝阴、胃阴、脾阴、肾阴之不同,以及伤阴程度的深浅,在立法用药上务求恰如其分。徐景藩对胃阴已虚,却又夹湿的治疗用药上颇有见解,另指出萎缩性胃炎久病入络、气滞血瘀者可用虫类药活血化瘀、通经活络,喜用蝉蜕、地龙、九香虫。路志正认为萎缩性胃炎初起多表现为湿热内蕴之实证,治疗上多清热化湿;而后期多见阴虚夹湿,宜分清标本虚实,缓急轻重,先用宣化、渗利、疏导之法。邓铁涛认为补脾气,养胃阴是根本之法,同时病久及肾,要注意肺脾、肝肾的关系,适当调养肺、肝、肾。马山则认为本病为脾胃虚寒夹瘀,确立以补气温中、活血化瘀胃友汤治疗。李恩复认为其病机胃热阴伤、气滞、湿阻、络瘀是关键,以凉润通降为主要治法。治疗时应注意胃痛与外感、咽喉、睡眠、便秘或便溏几方面问题,李氏认为萎缩性胃炎多数为低酸或无酸,而高酸和正常酸也是疾病发展某阶段的表面现象,随着疾病的发展,胃粘膜广泛受损胃酸会降低,所以基本不用豆蔻、龙骨、牡蛎、瓦楞子等制酸药。此外,危北海提

出了健脾益肾、理气活血的法则。焦树德则用三合汤治疗本病久痛难愈,取得了良好的效果。

对中度以上萎缩和(或)中度以上肠化和非典型增生者,一般认为此阶段以虚为主,本虚标实。董建华将此阶段“虚痞”分为气阴两虚、脾胃虚弱、虚火灼胃证,分别用甘平养胃方、甘温健胃方、酸甘养胃方,补虚为主,补泻结合,调和气血,恢复胃的通降功能;单兆伟认为此阶段的病机为脾虚、胃热、血瘀,主张标本兼顾,健脾清胃化瘀为主,随证加减,治疗上还应消痞去壅主通降,用药上要切切顾护“胃气”,不可大肆开破;许自诚主张此阶段因与胃癌癌前病变相关,辨证论治加化瘀、抗癌药治疗,如莪术、公英、白花蛇舌草等;陈泽民亦用辨证论治加胃乐益合剂(莪术、白花蛇舌草、僵蚕、壁虎组成)治疗。

目前对于CAG,现代医学尚缺乏有效治疗方法,特别是CAG伴中重度异型增生被认为是癌前病变,病理难以逆转,但中医药治疗取得令人满意疗效,综合近年来临床报道及著述我们认为本病脾虚是病理基础,气滞血瘀则为主要表现,所以我们在四君子汤健脾的基础上加以理气活血化瘀药物,临床每收良效。

(姚巧林 翟兴红)

参考文献

- [1] 邱德文,等. 中国名老中医药专家学术经验集. 贵阳:贵州科技出版社,1996
- [2] 史宇广. 当代名医临证精华·胃脘痛专辑. 北京:中医古籍出版社,1988
- [3] 严佩贞,等. 中医治疗CAG专家经验谈纪要. 中医杂志,1992,(2)

- [4] 陈泽霖. 名医特色经验精华. 上海: 上海中医学院出版社, 1987
- [5] 陈泽民, 李道本等. 慢性萎缩性胃炎、胃粘膜相微观辨证施治的体会. 北京中医杂志, 1990, (1): 27~28
- [6] 王淑兰. 脾胃学说与临床. 北京: 人民卫生出版社, 1990
- [7] 张继泽. 中医药治疗 CAG 专家经验谈纪要. 中医杂志, 1992; (2): 46
- [8] 李寿山. 李寿山医学集要. 大连: 大连出版社, 1992
- [9] 金乃时. 中西医结合防治萎缩性胃炎. 合肥: 安徽科技出版社, 1991
- [10] 周学文. 中医治疗 CAG 专家经验谈纪要. 中医杂志, 1990, (3): 51
- [11] 李汉文, 等. 陈伯咸教授从肝论治萎缩性胃炎. 山东中医杂志, 1995, (11): 512~513
- [12] 杨春波等. 中医辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎疗效总结. 中医杂志, 1988, (10): 34~37
- [13] 董汉良. 朱良春治胃病经验简述. 湖北中医杂志, 1995, (3): 5
- [14] 贺哲, 等. 老中医贺清义运用二陈汤加减治疗 CAG128 例. 北京中医, 1990, (1): 5~6
- [15] 赵金铎. 赵金铎医学经验集. 北京: 北京出版社, 1986
- [16] 徐景藩. 慢性胃炎阴虚挟湿之治疗. 中医杂志, 1992; 33(7): 54
- [17] 徐景藩. 食管病、胃病运用几种虫类药的经验. 中医药研究, 1991, (2): 34
- [18] 张琪. 张琪临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998
- [19] 张羹梅. 临证偶拾. 上海: 上海科技出版社, 1979
- [20] 路志正. 路志正医学集腋. 北京: 人民卫生出版社, 1990
- [21] 隋殿军, 等. 中国当代名医医案医话选. 长春: 吉林科技出版社, 1995
- [22] 陈泽霖. 名医特色经验精华. 上海: 上海中医学院出版社, 1987
- [23] 邓铁涛. 邓铁涛临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998
- [24] 马山. 胃友汤治疗萎缩性胃炎 910 例临床报告. 中医杂志,

- 1989,(9):32~33
- [25]马山.中医学治疗慢性萎缩性胃炎专家经验谈.中医杂志,1992,(2):46
- [26]李恩复,庞鸿茹.胃病研究.石家庄:河北科技出版社,1997
- [27]李恩复.凉润通降法治疗萎缩性胃炎523例疗效分析.山东中医学院学报,1992,(2):32~36
- [28]庞鸿茹.萎缩性胃炎治愈案一百例.北京:北京科学技术出版社,1993
- [29]危北海,张占海,等.中药胃安胶囊治疗慢性萎缩性胃炎(虚痞)60例临床观察.中医杂志,1998,(9):539~541
- [30]焦树德.焦树德临床经验辑要.北京:中国医药科技出版社,1998
- [31]董建华,等.虚痞(慢性萎缩性胃炎癌前病变)中药治疗观察.中国医药学报,1989,(6):12~15
- [32]史锁芳,等.单兆伟治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的经验.中医杂志,1998,(8):461~463
- [33]许自诚.胃粘膜癌前病变中医治疗临床研究.甘肃中医,1994,(4):8
- [34]陈泽民等.胃乐益合剂与辨证治疗胃粘膜癌前病变临床观察.中医杂志,1984,(4):36

胃粘膜脱垂症

【概述】

胃粘膜脱垂症是由于异常松弛的胃粘膜逆行突入食管或向下通过幽门管脱入十二指肠球部所致,临床上以后者多见。病因主要与胃窦部炎症有关,胃粘膜恶性细胞浸润也可发生本病。临床表现为轻症患者可无症状,或仅有腹胀、暖气等非特异性症状;部分胃粘膜脱入幽门而不能立即复位者,可有中上腹隐痛、烧灼感痛甚至绞痛,并可向背部放射,伴恶心、呕吐,症状出现可与体位有关,在右侧卧位时易发生,进食后由于促进胃的蠕动,则有助于胃粘膜脱垂的发生,故症状常与进食有关,但缺乏明显的周期性与节律性。上腹部局限性压痛是本病唯一的阳性体征,当脱垂的粘膜阻塞幽门管而发生嵌顿或绞窄时,上腹可摸到柔软、有压痛的肿块,并出现幽门梗阻症状,或伴消化道出血。胃粘膜脱垂症并发幽门梗阻时,其腹痛多为持续性,且剧烈,当左侧卧位时腹痛稍减轻,同时暖气、呕吐症状尤为明显,如果脱垂之粘膜发生嵌顿、糜烂、溃疡时,则会出现上消化道出血,如呕吐、便血。

本病属中医学“胃脘痛”范畴,其病因病机为由于饮食不节、寒邪客胃、劳倦过度、情志失调等多种因素,致脾胃受损、中气亏虚、粘膜松弛下脱,脾运不及、胃失腐熟、胃失通降之功,导致食滞、湿阻、痰气胶结,进而气滞不能行血,气虚不能

运血,渐致瘀血阻络,故本病属虚实夹杂,治疗时当辨虚实寒热,分清主次,辨证而治。

【名医经验】

1. 周维骥诊治经验

周氏认为本病多由饮食不节、饥饱失常或劳伤过度、忧愁思虑,损伤脾胃所致,脾胃气虚为本,郁热、水湿、食滞、气滞、血瘀为标,以虚实、寒热夹杂证多见。按中医辨证分为脾胃虚寒、脾胃湿热、寒热虚实夹杂三型。

脾胃虚寒型:因久病或高龄或饮食生冷太过而致脾胃阳(气)虚,寒湿内生,症见胃脘隐痛,食后胀闷,心下痞满,喜温喜按,肢凉倦怠,纳呆便溏,舌淡胖苔白腻,脉弦滑。胃镜下见幽门前胃粘膜水肿呈粗大皱褶,脱出幽门外,幽门不圆不规则,但未见明显充血。治则:温中散寒,健脾化饮。以自拟芪蔻平胃散加味:黄芪 20g,肉蔻(后下)、苍术、陈皮各 10g,茯苓 12g,川朴、桂枝、吴萸、甘草各 6g。兼有寒凝气滞血瘀者,症见疼痛拒按,舌有紫斑,脉涩或紧,加蒲黄、五灵脂各 6g、香附 10g、田三七粉(冲)2g。

脾胃湿热型:多由暴饮暴食,嗜酒无度或久病郁而化热,致湿热阻络。症见胃脘灼痛,热食尤剧,疼痛拒按,恶心呕吐,口干口渴,便干溲赤,舌红苔黄腻,脉弦滑数。胃镜下见胃粘膜明显充血、水肿,粗大皱褶脱出幽门外,或见糜烂、溃疡、出血。治宜清热祛湿,和胃降逆。方用二黄茵胆汤(自拟方),组成:川连、竹茹、石斛各 10g,茵陈、建曲各 12g,大黄、肉蔻、龙胆草各 6g,甘草 3g。若湿热阻络,气滞血瘀,症见刺痛拒按,舌红苔黄腻,胃镜下见胃或十二指肠球部陈旧出血

斑或粘膜下瘀斑,加赤芍 10g、丹皮 10g、三七粉(冲)2g。

寒热虚实夹杂型:多由久病体弱,积食化热,虚实寒热并见。症状除胃脘痞满疼痛,食后加剧外,吞酸嘈杂,暖气频,口干口苦不欲饮,畏寒喜温,乏力纳差,大便时干时溏或不爽,舌苔或黄或黄白相间,脉弦细数。胃镜下胃粘膜苍白,幽门前粘膜充血水肿,或见胃粘膜张力低,皱襞紊乱。治法辛开苦降,平调寒热。半夏泻心汤合左金丸加味:党参 12g、半夏 10g、川连 6g、黄芩 10g、干姜 3g、木香 10g、肉蔻 10g、陈皮 6g、吴萸 6g、甘草 3g,兼有出血加大黄、白及粉(冲)各 3g;兼胃阴不足者加怀山药 15g、玉竹、石斛各 10g。

当急性期过后,疼痛已解,胀闷亦消时,酌情改服四连汤(茯苓、怀山药、芡实、莲子)、四君子汤、参七袋泡茶(西洋参 2g、三七 1g 研粉装袋),3~4 周后复查胃镜。周氏治疗 107 例胃粘膜脱垂症,治愈 90 例,好转 10 例,无效 7 例。其中证属脾胃虚寒型 55 例,脾胃湿热型 33 例,寒热虚实夹杂 19 例。胃粘膜脱垂症夹瘀血者较常见,107 例中 30 例为夹瘀,因而活血化瘀是治疗该病症不可缺少的方法。另外,脾虚失运,水湿内停为本病重要病机之一,治疗时各型均应注意祛湿化湿。^[1]

2. 白兆芝诊治经验

白氏认为本病病因为饮食不节,情志郁结,劳倦过度,损伤胃气所致。基本病机为脾胃虚弱,失于升提,使胃粘膜松弛下脱,脾虚失运,则胃失通降,随之食滞、湿阻、痰气胶结,进而形成瘀血,故本病多属虚实夹杂证。虽然治疗上常以补益为法,但应分清虚实寒热之主次,抓住主要矛盾,扶正祛邪,标本兼顾。特别是邪实为主时,恰当地应用祛邪法,如:清热化湿,化痰蠲饮,消食导滞,行气降逆,活血化瘀,亦为治

疗本病的重要一环,当病机复杂时,祛邪诸法还当配合运用。

由于本病病程长,故在治疗用药过程中,宜经常注意保护胃气。如清热化湿要防苦寒太过而伤脾胃;疏理气机不宜久用破气耗气之品;消食导滞、化痰除饮均不宜攻伐太过;活血化瘀不宜用过破血散血,以免耗伤气血;补益不可过于滋腻,以免碍滞胃气。此外,治疗胃粘膜脱垂症要注意并发疾病的治疗,如合并胃、十二指肠溃疡者,加白芷、乌贼骨、浙贝母、元胡、锡类散;伴疣状胃炎者加炮山甲、王不留行;胃粘膜充血明显者,选加蒲公英、连翘、苦参;胃粘膜水肿明显者,选加桂枝、茯苓、泽泻、薏苡仁;胃粘膜糜烂出血者,加三七、白及;伴肠上皮化生者或肠腺增生者,选加乌梅、鸡内金、土茯苓、薏苡仁、丹参、莪术、刺猬皮、九香虫、水蛭、白花蛇舌草、半枝莲等。^[2]

3. 薛盟诊治经验

薛氏认为胃病中肝胃不和、阴虚嘈杂之证多见于胃粘膜脱垂症。主症见腕部疼痛不适,上腹部挛急不适,嗳气频作,胸中自觉烦热嘈杂,欲吐不吐,似饥非饥,渴不思饮,夜寐欠佳,大便干结,舌红中剥或红绛,脉细数。治宜甘寒柔润,舒肝养胃。芍药甘草汤加鲜石斛 18g(先煎),蒲公英、枳壳各 15g,木瓜、乌梅肉、麦冬、川楝子、天仙藤各 9g,炒枣仁 12g,左金丸 6g(包煎)。嘈杂属痰火者加瓜蒌 15g、鲜竹沥 1 支冲服;肝火上扰加焦山栀、丹皮各 9g;习惯性便秘加生地 20g,炒枳壳、生白术各 15g,寒热往来加柴胡 6g。其认为,肝体阴而用阳,刚亢成性,非柔不克。凡肝气郁滞,火盛阴亏,或挟热内结,或成风动扰。肝阳炽旺,势必乘胃虚而伤阴劫液,故脘痛易兼胸中嘈杂灼热,饥不欲食,即所谓“壮火食气”、“邪热不杀谷”之证。肝胃同病,较为多见,调其肝,养

其阴则胃自安。^[3]

4. 时毓民诊治经验

上海医科大学儿科医院时氏认为,胃粘膜脱垂症可合并胃窦炎,故须积极治疗胃窦炎。时氏根据小儿“脾常不足”的特点,结合其主症是腹痛以中上腹为主,伴面色萎黄、纳呆、恶心、噎气或食后胃脘作痛,舌多偏红、苔多腻,病机要点为脾虚兼湿热。故治以健脾清热理气,基本方:太子参、茯苓各22g,炒白术、连翘各9g,蒲公英12g,炙延胡9g,青皮、陈皮、广木香各4.5g,制香附、枳壳、怀山药、生薏仁各9g。纳呆者加炙鸡内金4.5g,炙麦芽各9g;气虚明显加炙黄芪9g;湿热重加黄连3g。全方补而不腻,兼以清热利湿、理气止痛,恰中病机。^[4]

5. 董建华诊治经验

董氏治疗胃病主张以“通降胃气”为主。胃为后天之本,后天有病,多由气血、阴阳、脏腑功能失调所致,当先调整,使之归于平衡,非必以补,方能助其后天。脾胃互为表里,脏腑络属,其纳、运、升、降、润、燥,既概括了脾胃的生理特点和喜恶,又体现了治法内容。即其中升、运、润三字,虽寓补法之意,但也表示不能呆补、漫补、壅补。因此,胃病中补法应补中有通,静中有动,使补而不滞,润而不腻,能升能运,以顺脾胃之性。

对于胃病之虚实兼夹,多着重祛邪。主张先治其标,使胃复通降,脾得健运,从而食进胃强,水谷得以充养,则不补自补,脾胃自能恢复正常功能。而不早用补剂,防止邪祛不尽,窒塞脾胃升降气机,例如脾虚兼气滞,先用香附、苏梗、陈皮、香橼皮、佛手、枳壳、大腹皮等行气通降,虚证明显才用党

参、炙甘草顾本；脾虚中焦湿浊不化，常用藿香、佩兰、川朴、清半夏、茯苓、滑石、通草等芳化淡渗，脾虚明显才加山药、扁豆、薏仁等运脾助中；脾虚夹有食积，则先用鸡内金、枳壳、陈皮、莱菔子、制大黄、谷麦芽、胡黄连、吴萸等消导化积，如脾虚明显才加太子参、白术等消中兼补。^[3]

6. 印会河诊治经验

印氏治疗胃脘痛，根据主症分型的辨证施治疗法，效果颇佳。其将主症分为酸多便干型、纳少型、压痛型、暖气胀闷型、痉挛型、食后饱闷型、嗜甘型，现将与胃粘膜脱垂症关系密切的主要证型摘要如下：

纳少型：本型特点为纳食少而不知饥，勉强进食则脘腹胀满疼痛，症多见胸闷不舒、暖气、恶心、脉弦细、舌少苔，方用小柴胡汤加减：柴胡 10g、半夏 10g、黄芩 12g、竹茹 12g、生姜 6g、龙胆草 2g、大黄 1g。胃脘胀满甚者加陈皮 10g。本方健胃疏肝，增进食欲。其中龙胆草、大黄为常用对药，取其小量苦寒健胃，以增强食欲。

压痛型：本型特点是胃脘痛，压之加重，有时兼见恶心或大便干燥，脉多弦象，舌苔腻。方选柴陷汤加减：柴胡 10g、半夏 10g、陈皮 10g、黄芩 12g、竹茹 12g、生姜 6g、全瓜蒌 30g、川连粉 3g(冲)。纳少者加龙胆草 2g、大黄 1g；苔腻者加苏叶 10g、藿香 16g。本方为小柴胡与小陷胸汤合方，具有疏肝理气，和胃涤痰的作用，对于痰热结聚胃脘、胃滞气机而引发疼痛者，效果较好。

暖气胀闷型：症见胃脘胀痛，压之胀闷甚于疼痛，或不痛，暖气频作，得嗝则舒，脉多弦细，舌苔多净。治宜疏肝理气，方选香苏饮加减：生香附 12g、苏叶 10g、陈皮 10g、柴胡 10g、佛手 6g、玫瑰花 3g，胃纳差或呃逆者，加川连粉 3g

(冲)。

印氏对青少年饮食不节,胃脘痉挛而痛,用芍药甘草汤:赤白芍各 30g、甘草 12g、木瓜 12g、丹参 15g、当归 15g、元胡索 10g,或见腹胀者加乌药 10g,大便干者加决明子 30g,本方对于胃粘膜脱垂发生嵌顿或绞窄而痛吐症状剧烈时有一定参考意义。^[3]

7. 程绍思诊治经验

程氏用自拟百乌荔枝芍草麦芽汤,治疗包括胃粘膜脱垂症在内的一切胃脘痛。处方组成:生百合 40g、乌药 15g、川楝子 20g、生白芍 20g、生甘草 10g、生麦芽 30g。

临证依兼证不同而随证加药:胃阳虚加党参 30g、桂枝 10g、良姜 15g、干姜 10g;胃阴虚加沙参 10g、麦芽 10g、生地 15g、玉竹 20g;伤食胃痛加神曲 10g、山楂 10g、内金 10g、莱菔子 15g;胃脘瘀血、刺痛不移,加丹参 30g、蒲黄 10g、五灵脂 10g、红花 10g。

程氏认为,只要加减得法,无不应手取效。胃主受纳、腐熟水谷而降浊阴,若气机不降,受纳、腐熟水谷之功失调,则胃痛胀满诸症必作。受纳是腐熟的前提条件,降浊是胃气和畅的基础,方中以生百合为主药,专能益胃阴,以增强受纳、腐熟、降浊之力,则诸症除矣。乌药顺气开郁,散寒止痛,荔枝核温中理气,专治胃脘久痛,对反复发作收效甚捷。川楝子味苦性寒,入肝胃二经,以佐乌药、荔枝核之温热,又主治心胃暴痛,芍药、甘草酸甘化阴,专能缓急止痛,养胃阴补胃气,配麦芽消导之品,则胃气和顺。

此方专能养胃、和胃、开胃,有理胃气、降胃浊之功效。养胃阴而不膩,清胃火而不寒,温通胃阳而不热,止胃痛之效明显且长久;破滞而无太过之弊,化瘀血而无骤破之险。^[3]

8. 姚保泰诊治经验

姚氏认为胃粘膜脱垂症临床并非少见,其病机为中气不足伴气滞、痰湿、瘀血、寒热并见,虚实夹杂,故治以辛开苦降、寒热并调。治用半夏泻心汤:姜半夏 12g、黄芩 12g、干姜 6g、党参 18g、炙草 6g、黄连 6g、大枣 6g。每天 1 剂,水煎服,2 周为 1 个疗程。有泛酸者加吴茱萸 6g、煅瓦楞子 30g;痛甚者加元胡 15g;恶心呕吐者加苏叶 6g;有吐血黑便者加花蕊石 30g、白及 9g。姚氏治疗胃粘膜脱垂症 60 例,其中单纯胃粘膜脱垂 41 例,合并慢性胃炎者 13 例,合并十二指肠溃疡者 6 例。治疗结果:服药收效最快 6 剂,最慢 12 剂,一般服药 2~3 个疗程;显效 36 例,有效 18 例,无效 6 例。并且指出本方加减用于继发性胃粘膜脱垂症,收效甚佳,对于原发性胃粘膜脱垂症,疗效欠满意。^[5]

9. 董文泉诊治经验

董氏用升阳益胃汤加减治疗胃粘膜脱垂症患者 25 例,治疗后症状消失,X 线确诊为临床治愈者 15 例,临床好转 3 例;症状消失但未做 X 线复查,追诊未复发者 6 例,仅 1 例因合并十二指肠溃疡,转手术治疗。用药时间最少 5 剂,最多 15 剂,疗效良好。

方药组成:黄芪 30g,党参、半夏、炙甘草、羌活、独活、防风、白芍、陈皮、白术、茯苓、泽泻、柴胡各 10g,黄连 2g,生姜 5 片,大枣 3 枚。全方由四君子汤合玉屏风散补气固表,二陈合痛泻要方加二活、泽泻、柴胡除湿平肝,少佐黄连清热泻火并抑柴胡、二活升散太过。^[6]

【按语】

中医一般认为本病病因有寒邪客胃、饮食所伤、肝气犯胃、脾胃虚弱等,基本病机是脾胃虚弱,失于升提,胃粘膜松弛下垂。中气亏虚,脾运不及,胃失受纳腐熟,必致气滞、食积、湿阻、痰饮、瘀血阻滞于胃。故本病多属本虚标实,虚实夹杂证。

上述9位医家都认为本病治疗上多用益气健脾,和胃降逆,升降并用,寒热平调,扶正祛邪兼顾的方法。但具体认识上又各有区别:周维骥根据虚实、寒热之主次,及胃镜下胃粘膜相的表现,将本病分为脾胃虚寒型、脾胃湿热型、寒热虚实夹杂型,分别予以芪薏平胃散、二黄茵陈汤、半夏泻心汤合左金丸治疗;白兆芝认为本病多属虚实夹杂证,虽然治疗上常以补益为法,但应分清虚实寒热之主次,抓住主要矛盾,扶正祛邪,标本兼顾。特别是邪实为主时,要恰当地应用祛邪法,同时由于本病病程长,故在治疗用药过程中,宜经常注意保护胃气;薛盟则认为肝胃同病较为多见,故指出调肝养其阴则胃自安;董建华认为治疗上不宜早用补剂,防止邪祛不尽,窒塞脾胃升降气机,用药上则比较有特点,例如脾虚兼气滞,先用香附、苏梗、陈皮、香橼皮、佛手、枳壳、大腹皮等行气通降,虚证明显才用党参、炙甘草顾本。脾虚中焦湿浊不化,常用藿香、佩兰、川朴、清半夏、茯苓、滑石、通草等芳化淡渗,脾虚明显才加山药、扁豆、薏仁等运脾助中。脾虚夹有食积,则先用鸡内金、枳壳、陈皮、莱菔子、制大黄、谷麦芽、胡黄连、吴萸等消导化积,如脾虚明显才加太子参、白术等消中兼补;印会河对本病根据主症分型分为酸多便干型、纳少型、压痛型、暖气胀闷型、痉挛型、食后饱闷型、嗜甘型,并加以辨

证治疗；另外，姚保泰等应用半夏泻心汤寒热并用，辛开苦降，亦切中病机。

我们认为本病病机多为中气不足伴气滞、痰凝或瘀血、寒热并见，虚实夹杂，故治疗大法为辛开苦降、补虚泻实，临床上视病情辨证施治，常可取得一定效果。

(姚巧林)

参 考 文 献

- [1]周维骥. 辨证治疗胃粘膜脱垂症 107 例临床分析. 福建中医药, 1994, 25(2): 7~8
- [2]白兆芝. 中医治疗胃粘膜脱垂症的研究进展. 山西中医, 1995, (2): 46~48
- [3]史宇广, 等. 当代名医临证精华·胃脘痛专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988.
- [4]史毓民. 健脾清热理气治疗小儿胃窦炎 60 例. 辽宁中医, 1995, 22(8): 361
- [5]姚保泰. 半夏泻心汤加味治疗胃粘膜脱垂症 60 例疗效观察. 1994, (5): 279
- [6]董文泉. 升阳益胃汤加减治疗胃粘膜脱垂症 25 例. 中医杂志, 1983, (4): 41

消化性溃疡

【概述】

消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡,是全球性的常见病与多发病,在大多数国家和地区,十二指肠溃疡的发病率高于胃溃疡。本病可见于任何年龄,但以青壮年居多。消化性溃疡好发于春、秋换季的季节,主要临床表现为长期反复发作的周期性、节律性上腹疼痛,并伴有唾液分泌增多、反胃、恶心、呕吐、嗝气、反酸、烧心等其他胃肠道症状。

消化性溃疡的发病机制迄今尚未完全明了,目前一般较为公认的观点是多种因素综合作用导致胃粘膜破坏因素和防御因素失衡的结果。正常情况下,胃粘膜的破坏因素和防御因素的作用处于相对的动态平衡状态,一旦当破坏因素增强和(或)防御因素作用减弱就会发生消化性溃疡。胃粘膜的防御机制包括:胃粘液层-胃粘膜的屏障作用,胃粘膜细胞旺盛的更新能力,胃、十二指肠肠壁丰富的血液供应,胆汁、碱性胰液对胃酸的稀释和中和作用以及多种胃肠激素对维持功能正常和结构完整起到的保护作用。胃粘膜的破坏因素包括:胃酸-胃蛋白酶对胃粘膜的腐蚀和自身消化,以及幽门螺杆菌感染对胃粘膜的侵害作用。此外,值得一提的是,消化性溃疡是典型的身心疾病,与人的精神、情志密切相关,临床上有不少病人是因为长期的焦虑、忧伤、恼怒怨恨、紧张

等持续而强烈的精神刺激而患上消化性溃疡的。原来患有消化性溃疡的病人如果遇到上述不良精神刺激和情绪反应也可以使原有的病情加重。

消化性溃疡所引起的反复中上腹疼痛,不但影响食欲,进而影响患者的生活、工作质量,而且如果得不到及时治疗,还容易出现上消化道大出血、溃疡穿孔和幽门梗阻等较为严重的并发症。

消化性溃疡的诊断并不困难,根据患者典型的溃疡疼痛的特点,如果上消化道X线钡餐造影发现胃、十二指肠龛影及粘膜皱襞集中现象,胃镜直视下及活体组织病理学检查发现溃疡存在即可确诊。

消化性溃疡属中医“胃痛”(“胃脘痛”)范畴。中医对“胃痛”的病因病机、辨证治疗有着非常系统的论述,并积累了丰富的临床经验和大量行之有效的方药。在中医古籍中“胃痛”的别名很多,如《素问·六元正纪大论篇》说“木郁发之,民病胃脘当心而痛”;《灵枢·邪气脏腑病形篇》云“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛”;《外台秘要·心痛方》说“足阳明为胃之经,气虚逆乘心而痛,其状腹胀归于心而痛甚”;“古方有九种心痛,……详其所由,皆在胃脘,而实不在于心也”(《医学正传·胃脘痛》)。

中医认为消化性溃疡的病因与感受外邪、饮食失常、情志不遂、素体脾胃虚弱四个方面密切相关。上述病因可单独致病,亦可相兼为病,但发病机制总有共同之处,即胃气郁滞、胃失和降,胃之气血瘀滞不通,“不通则痛”。

中医所说的胃痛主要指上腹胃脘近心窝处所发生的疼痛,严重时 can 牵涉两胁及腰背,或兼见脘腹痞闷、恶心呕吐、纳差、嘈杂、吞酸、嗳气等症,临床辨证的关键是要辨胃痛的虚实寒热,虚证胃痛多病程较长,病势较缓,胃脘隐痛,绵

绵不休，常在夜间或饥饿时疼痛，喜温喜按，得温则舒，进食后疼痛常可缓解；实证胃痛多病势较急，拒按，常有感寒受凉、饮食不节、情志不遂等诱因。寒证胃痛多见胃脘冷痛，得温则缓，遇冷加剧，苔白，脉弦紧；热证胃痛，多见胃痛喜冷，腹胀便秘，舌红苔黄，脉数等。具体而言，消化性溃疡导致的胃痛的辨证常见肝气犯胃、肝胃郁热、寒邪克胃、中焦湿热、瘀血停滞、脾胃虚寒等六个证型。

【名医经验】

1. 孔伯华诊治经验

孔伯华、萧龙友、施今墨、汪逢春被京城百姓誉为“四大名医”，作为“四大名医”之一的孔伯华先生认为治病有五大要则，非常值得后世医者推崇。其一为治病必求其本。“人之有本，犹树木之有根，水之有源，一旦遇疾，‘求其本’而治之，其支流末质，将不治而自治，倘不求其本，不知病之所在，模棱两可而治之，恐轻则有治病之名，永无必愈之效，重则病未必除而命先尽”。肾、脾乃人之先天之本和后天之本，其功能正常与否，在疾病的发生、发展乃至预后起着极其重要的作用。治后天之本，则有脾胃之别，“脾之劳倦者，扶脾益气，勿忘化湿；思虑伤脾者，实脾养血，勿忘缓结；胃之饮食伤者，消积导滞而不伤正；胃之寒热伤者，温寒清热，各适其中”。其二要则为祛邪扶正，要视病情轻重缓急，随证制宜，不可拘泥教条。其三为知常达变，随机应变。其四强调二纲六要不能平列。辨证论治全凭纲要，阴阳为纲，表里寒热虚实为要。“阴阳者，医道之总纲领也。六要者，病变之关键也。”医者既须提纲挈领，又要把握关键，才能对病情了若指

掌。其五为重视脉之“神”，“脉贵有神”，“不论何脉，只审其有和无和，和少和多，以此权度，病情即可了如指掌”。

孔氏强调胃痛病因多因肝而起，常见肝郁气滞之证。对于消化性溃疡引起的胃痛、吞酸诸证，多从肝胃同治入手，或疏肝理气和胃，或抑肝宣化，或柔肝和胃，无论何种治法总以调肝为首要。临床用药宜轻灵平和，注重肝脏体阴用阳的特性，疏肝理气多用白蒺藜、藿梗、青皮、橘核等平和之品，并加入杭白芍、百合等养阴柔肝之剂。^[1]

2. 董建华诊治经验

董建华临证六十余载，治疗脾胃病力主通降论，疗效卓著，他将消化性溃疡归属于“胃脘痛”“胃痛”范畴。认为胃为六腑之一，胃的生理特点在于一个“降”字。只有胃气和降才能腑气通畅、五脏安和。胃为水谷之海，“传化物而不藏”，脾胃互为表里，“脾宜升则健，胃宜降则和”，胃以通降为顺。故胃之病，其主因乃“滞”，气滞是胃脘痛发生发展的重要环节和病机关键。胃病之滞有气滞、湿阻、食积、痰结、火郁、血瘀之邪正交阻，气机闭塞郁于中焦的实滞；亦有因脾胃虚弱，传化失司，升降失常，清浊相干，郁滞中生的虚滞，寒则凝滞不通，热则壅而失降；伤阳者滞而不运，伤阴者涩而不利，寒热虚实都能导致“滞”的发生。气滞与血瘀、湿阻与化火、瘀血与伤络互为因果，病久则阴阳互损，胃病及脾，实证转虚或虚实夹杂。

董建华认为胃为多气多血之腑，以气血调畅为贵，胃病多由气机郁滞、血络失调所致，所以临床上治疗消化性溃疡引起的胃脘痛，董建华先生辨证以气血为纲，依据胃病发生的不同分为气滞、血瘀和虚证三个类型，治疗上从通降着手，调畅气血，疏其壅塞、消其郁滞，并承胃腑下降之性推陈出

新,导行食浊瘀滞下降,给邪以出路,如张子和所云“陈莖去而肠胃洁,癥瘕尽而荣卫昌,不补之中有真补存焉。”“通降”之法,有理气通降、化瘀通络、通腑泄热、散寒通降、平肝通降、导滞降胃、辛开苦降、滋阴通降、辛甘通阳等,可依不同证候而选用。

(1)理气通降:适用于胃脘作胀、时轻时重的气滞证。胃苏饮加减(董氏经验方),即在古方香苏饮基础上,适当加入通降之品,如苏梗、陈皮、香橼、佛手、枳壳、大腹皮等。作为气滞胃痛型主方,疗效甚好。现已被制成成药“胃苏冲剂”,在全国范围内广泛应用,多年临床实践证实,治疗消化性溃疡及慢性胃炎胃气郁滞型具有良好效果。

(2)化瘀通络:适用于瘀血胃痛,症见胃痛日久,痛处固定,舌质紫暗,脉涩。轻者用香延香附汤(经验方):金铃子、香附、陈皮、枳壳、大腹皮等,血瘀重症则用猬皮香虫汤(经验方),炙刺猬皮、炒九香虫、炒五灵脂、金铃子、延胡索、制乳香、制没药、香附、香橼皮、佛手等。本方以炙刺猬皮、炒九香虫为主药。刺猬皮味苦性平,无毒,入胃与大肠经,又有逐瘀滞、疏滞气的作用,能祛瘀止痛,活血止血,《本草纲目》记载能治胃脘痛,肠风下血等症;九香虫味咸,性温,无毒,能通滞气,壮元阳,对肝胃气滞胃痛有良效。两药合用,既祛瘀血,又通滞血。本方在临床应诊中证明,对治疗严重的瘀血型胃痛如十二指肠球部溃疡、胃炎、消化道出血等,均有良好的疗效。

(3)通腑泄热:适用于大便干结,舌红苔黄,胃中积热者,常用药物:酒军、黄连、黄芩、枳壳、瓜蒌、大腹皮、香橼皮、佛手等。

(4)降胃导滞:适用于胃失通降,湿热蕴结,食积阻滞之证,症见胃脘堵闷疼痛、口苦、舌红苔黄腻,药用苏梗、香

附、陈皮、莱菔子、大腹皮、槟榔、焦三仙、连翘、半枝莲。

(5)辛甘通阳:适用于脾胃虚寒,症见胃痛喜温喜按,饥饿时痛甚,进食痛减。药用温胃汤:黄芪、桂枝、白芍、饴糖、高良姜、大枣、金铃子、玄胡、陈皮、萸澄茄、香附等。

(6)平肝降逆:适用于肝胃不和、胃气上逆之证,症见胃痛、嗳气反酸或恶心呕吐、大便干结、苔腻。此证以本虚标实、虚实夹杂多见,宜补泻兼施。柴胡疏肝散或旋覆代赭汤加减,常用药物:柴胡、生白芍、旋覆花、代赭石、香附、陈皮、金铃子、延胡索、绿萼梅等。

(7)辛开苦降:适用于寒热错杂证。症见胃痛,喜温喜按,舌红苔黄,药用黄芩、黄连、半夏、党参、干姜、吴茱萸、枳壳、砂仁、陈皮。

(8)滋阴通降:适用于胃阴不足证。常用加减益胃汤:北沙参、麦冬、石斛、白芍、甘草、乌梅、香附、金铃子。

(9)升清降浊:适用于中气下陷之证。常用药物:黄芪、党参、白术、甘草、酒当归、升麻、柴胡、大腹皮、枳壳。腹胀便溏者以升清为主,腹胀便干者以降浊为主。

(10)散寒通降:适用于寒邪犯胃之证,常用萸澄茄、香附、吴茱萸、苏梗、陈皮、生姜、砂仁等。^[2]

3. 施今墨诊治经验

施今墨名老中医擅长治疗胃肠病,疗效卓著,主张辨病与辨证相结合,辨证论治西医诊断的一些疾病,如消化性溃疡病,中医治疗的目的并不只是促使溃疡面的愈合,而是四诊合参,根据患者出现的症状结合舌象、脉象进行辨证,定出治法,再选取方药,从人的整体观进行全面调治。施氏根据数十年临床经验总结出温、清、补、消、通、泻、涩、降、和、生等

十法,并十分重视脾胃的升降功能。

施氏对消化性溃疡引起的胃脘痛、吞酸、嘈杂、呃逆等进行寒热虚实辨证,常用治疗方法有:

(1)寒宜通:胃病易见寒象,如胃脘冷痛,畏食冷物,后背自觉寒冷,遇寒引发胃胀疼痛,治宜温药和之,用辛开温散法,常用方剂如良附丸、姜附汤、理中汤之类,常用药物有荜拔、吴茱萸、刀豆子、附子、肉桂、荜澄茄、草豆蔻、干姜、天竺黄等。

(2)虚宜补:补益脾胃,不可蛮补,宜选用平和补气之品,以防峻补生壅或虚不受补,使原有胃脘胀满,不思饮食等症状加重。常用方剂为四君子汤、参苓白术丸,常用药物如党参、黄芪、山药、莲肉、白扁豆、芡实、薏苡仁、生谷芽等。

(3)痛宜通:通有通气、通血之分,亦有温通、寒通之别。气痛为窜痛,血滞之痛有定处,寒痛为遇寒即痛,热痛则有灼热感。常用方剂如正气天香散、沉香升降汤、九气拈痛散、手拈散等。气分药品有伽南香、檀香、藿香、丁香、沉香、香附、乌药、青皮、陈皮、厚朴、木香、砂仁、豆蔻等。血分药品有乳香、没药、元胡、丹参、五灵脂、血竭、降香、三棱、莪术、三七、红花、桃仁、蒲黄、郁金等。

(4)呃逆宜降:胃气上逆,时见呕恶,或呃逆频频,治宜使胃气以下行为顺。常用方剂如旋覆代赭汤、丁香柿蒂汤、橘皮竹茹汤等。习用药品有陈皮、半夏、白扁豆、生姜、苏叶、藿香、代代花、佩兰叶等。

(5)嘈杂宜和:寒热夹杂常见胃脘嘈杂、吞酸、胀闷、烧心、噯气等,治宜寒热药并用。常用方剂如左金丸、半夏泻心汤之类。习用药品有黄芩配半夏、干姜配黄连、吴茱萸配黄连等。

(6)津枯宜生:脾胃弱,津液枯则毫无食欲,口干不能多饮,胃酸缺乏,治宜养阴生津。常用方剂如麦门冬汤之类。习用药品以西洋参最好,其他尚有石斛、沙参、荷叶、绿萼梅等。用乌梅配木瓜治胃阴枯、津不生颇验,此两药对胃酸缺乏甚效。

此外,消化性溃疡合并出血多种治法无效时,施氏则主张补益肝肾法治之,认为胃痛大便潜血日久,肝血失养,肝虚补母,滋水涵木,使血有所藏,同时兼调脾胃气机,使补而不滞,往往可以奏效。

施氏治疗胃病处方常用一些药对,简捷方便而疗效卓著,独具特色。如内金配丹参,治胃、十二指肠溃疡日久不愈,胃阴受损,胃痛纳呆,舌红口干之症;乌梅配木瓜治疗消化性溃疡或慢性胃炎胃酸缺乏症;厚朴花配代代花,玫瑰花配代代花治肝胃气滞之胃痛;主治嘈杂吞酸的药对则用:瓦楞子配半夏,吴茱萸配黄连等;主治呃逆呕吐常用半夏配生姜、丁香配柿蒂、橘皮配竹茹、枳实配竹茹等;此外,健脾和胃的药对有:苍术配白术、半夏配建神曲、半夏曲配沉香曲、白术配鸡内金、枳实配白术、白术配茯苓。^[3,4,5]

4. 张冀梅诊治经验

张氏认为消化性溃疡病久必虚,一般以补为主,常用以下方药治疗。党参 12g、白术 15g、云茯苓 15g、甘草 4.5g、姜川连 3g、吴茱萸 1.5g、瓦楞子 30g。苔腻加半夏 9g、陈皮 6g。如舌红脉数,有阴虚表现,以养胃阴为主,方用石斛 15g、太子参 12g、冬术 9g、茯苓 12g、川连 3g、吴茱萸 1.5g、白芍 15g、甘草 4.5g。痛加川楝子 9g、玄胡 9g,痛处拒按属实痛,以五香丸主之;寒痛者,畏寒,按之较舒,以良附丸为治;热痛,痛有定处,按之更甚,以左金丸、金铃子散治之。对消化性溃疡

并发呕吐,轻者用左金丸;稍重加二陈汤;再重加旋覆代赭汤;仍不效再加乌梅。无效,应进一步检查,除外消化道肿瘤再论治,以免延误病情。

张氏在长期临床实践中,创立了许多有效的经验方。如:健脾汤、养胃汤、补中汤、利胆汤、保肝汤等等。这些经验方的特点是:取法于传统方剂,融合古方于验方之中,如健脾汤由芍药甘草汤、左金丸、六君子汤等组成;养胃汤由左金丸、金铃子散、石斛清胃汤、芍药甘草汤等组成。健脾汤常用于胃和十二指肠溃疡病、慢性胃炎等偏于脾胃虚寒者;养胃汤常用于胃和十二指肠溃疡病、慢性胃炎,偏于肝胃郁热者。两方中均有左金丸一方,若偏于脾胃虚寒者,重用吴茱萸,佐以黄连;偏于肝胃郁热者,重用黄连,佐以吴茱萸。吴茱萸和黄连量的比例不同;其温补与清热的功效自然不同,临床治疗时需加以注意。^[6,7]

5. 李寿山诊治经验

李寿山名老中医总结数十年临床经验,认为现代医学中的消化性溃疡、慢性胃炎、胃肠神经官能症、胆囊炎、胆道蛔虫症、胰腺炎等,均属于“胃脘痛”范畴。中医所讲的胃脘痛系泛指上腹部疼痛。李氏从1200余例病人的辨证施治中概括胃脘痛的病机规律为“胃痛者,肝气犯胃,或由虫痛,脾胃虚寒”,对于消化性溃疡的发生认为主要与肝气犯胃和脾胃虚寒有关。临床应审因论治,随症加减。

(1)肝气犯胃证:胃脘胀痛,气连胸胁,噯气矢气则舒,舌苔薄白,脉弦。治以疏肝和胃,理气止痛,方用柴胡、白芍、枳壳、香附、郁金、甘草。若气郁化火,灼热嘈杂,上冲胸咽,口苦苔黄,加炒栀子、丹皮等;若火郁伤阴,灼痛似饥,口干不欲饮,舌红少津,脉细,减柴胡、香附,加沙参、麦冬等;若气

郁兼停饮,胸脘痞满不舒,泛恶欲吐,苔腻,脉滑者,去白芍、香附,加姜半夏、茯苓等;若气滞湿阻,郁久化热,痛热急迫,上冲胁背,得食尤甚,尿赤便结,甚至发冷热,加大黄、茵陈;若寒热互结,脘腹剧痛,牵及胁背,大便不畅者,加大黄、炮附子、芒硝等;若久痛入络,气滞血瘀,胃脘刺痛不移,舌质暗赤或有瘀点,舌下络脉淡紫粗长者加五灵脂、蒲黄、降香等;有黑便者加三七、乌贼骨等。

(2)脾胃虚寒证:症见胃脘隐痛绵绵不已,喜温喜按,得食稍减,多食又痛,背部脘部觉凉,大便不调或溏或燥,脉沉,舌淡苔滑。治以温中健胃,祛寒降逆,方用:党参、白术、公丁香、降香、陈皮、甘草。兼停饮者,胃脘痞满,泛恶欲吐,胃有振水者,加姜半夏、茯苓、生姜;兼气滞不畅者,脘腹胀甚,噎气矢气,加佛手、广木香;夹血虚者,心悸少寐,面色不华,加当归、丹参;若气虚不能摄血者,大便色黑如漆,去白术、公丁香,倍党参,加三七、乌贼骨等。

李氏在治疗消化性溃疡引起的胃脘痛时,非常重视“五辨”,即辨痛(性质、部位),辨胀(痛与胀的关系,孰轻孰重),辨吐(有无噎气吐饭,吐酸或吐清涎),辨食(喜食、恶食、喜冷、喜热,饮食与痛的关系),辨便(大便溏、燥及次数、气味、颜色)等。通过“五辨”,有助于明确部位、病性、病机,掌握主证,辨清虚实,察明寒热。

李氏还非常注重防治结合,提出养生与调护是治疗脾胃病的关键,这对胃痛的防治有重要意义,符合中医未病先防,“治未病”的学术思想。治疗用药讲求一个“通”字,“通则不痛,痛则不通”,但通法各有不同,非单纯泻下通腑,或和,或调气血,或温补通阳等等,总以使脾胃气机调达,胃复和降,脾复健运,脾胃升降相济为要务。^[6]

6. 何任诊治经验

何氏认为消化性溃疡在许多情况下,可归属中医肝气犯胃范畴,其症状见胃中嘈杂、灼热而痛,伴两胁痛或胀,性情暴躁,不思饮食,嗳气吞酸,口渴心烦,干呕呃逆,唇红,舌红少苔,甚则光剥,脉细数。肝气犯胃的主要原因是肝阴不足。即消化性溃疡病的根本原因在于肝体失涵而肝用失调。导致肝阴不足常有以下几种情况:①肝郁化火伤阴;②肝血虚进一步发展;③过食辛燥之品;④肾阴亏虚,水不涵木。肝失柔和之性,失于疏泄,肝气横逆犯胃,造成胃脘疼痛,临床上这种胃痛常因情志刺激和过度劳累而发作。

基于上述观点,何氏在施治上不同于肝胆实火犯胃的常法辛散和辛开苦降,而是注重肝脏体阴用阳的生理特性,柔其体而制其刚,采用一贯煎随症加减。疏肝理气应选择那些既疏肝又不伤阴,既理气又和胃之品,如绿梅花、生麦芽、佛手片之类,处方时常用生地黄 24g、北沙参 9g、枸杞子 12g、当归 9g、麦冬 9g、川楝子 9g、玫瑰花 3g、绿萼梅 4.5g,治肝胃阴虚,肝气犯胃型消化溃疡,收效颇为理想。若有吐酸加海螵蛸 9g,煅瓦楞子 12g,若脘胀,纳差者又加砂蔻仁各 2g。蒲公英一味,既能清热,又能养阴,也常可加入。^[7]

7. 夏度衡诊治经验

夏度衡先生将消化性溃疡归属于中医“胃脘痛”范畴,强调“后天脾胃难离肝”,胃脘痛病在脾胃,关于肝胆。《素问·至真要大论》云“木郁发之,民病胃脘当心而痛。”叶天士云“肝为其病之源,胃为传病之所。”沈金鳌则认为“以肝气相乘为尤甚”。夏氏综合古代医家论点,认为胃脘痛的病因主要包括情志伤肝和饮食伤胃两方面,但不论何种原因引

起,最终都与肝主疏泄的功能失调有关。

消化性溃疡引起的胃脘痛应肝胃同治。对中焦虚寒、气血不足的胃脘痛,在扶脾药物中加入抑肝之品,以防土虚木乘;对脾胃虚寒兼肝气虚弱者,当以扶肝培土,并常用柴胡、升麻等补益肝气,引清气上升,助脾胃功能康复。

夏氏治疗消化性溃疡病的代表方是肝胃百合汤,随症加减,效果十分满意。此方主要为肝胃气滞证而设,全方体现了夏氏不燥胃、不湿脾、标本兼顾、调畅气机、平衡阴阳的基本治疗原则。全方由百合 15g、柴胡 10g、黄芩 10g、郁金 10g、乌药 10g、丹参 10g、川楝子 10g、甘草 6g 组成。若表现为其他证型,可随不同兼证加减,如:肝胃郁热者,加蒲公英 15g,以清肝胃之热;寒热相兼者加蒲公英 15g、高良姜 3g,寒热并用;脾胃虚寒者去黄芩,加黄芪、明党参各 10g 以益气健脾,加升麻 10g,以升举清阳;若见其他兼证,又当随不同兼证加减用药。吞酸嘈杂,得碱痛减者,加生牡蛎或瓦楞子,和胃抑酸,兼阴伤胃燥者,加沙参滋胃润燥;刺痛不移与黑便者加生蒲黄化瘀止血;胸背胀痛,加少量九香虫,辛温理气止痛;胃脘挛急而痛加白芍与甘草为伍,以缓急止痛;脘腹胀满,呕吐频繁,加枳实、白术以行气消痞,健脾利水,大便秘结加火麻仁润肠通便。

在治疗消化性溃疡的过程中,应充分注意肝脏及脾胃的生理功能和特点。肝宜养不宜伐,胃宜通不宜滞,肝宜升但勿过,胃宜降但勿陷。因此夏氏重用百合、丹参轻清平补之剂,以益气调中,生血、养胃阴。火麻仁润肠通腑,通而不降。^[9]

8. 颜亦鲁诊治经验

消化性溃疡胃脘疼痛日久,热证、瘀血实证并不少见,宜

从热从瘀论治。一类为日久化热。朱丹溪云：“治心胃痛当分新久，若初起因寒而食，宜温散；久则郁而生热，热久必生火，若用温剂，不助火添邪乎？”故古方治久胃痛，多以山栀为向导，旨意深远。民间单方用生山栀 15g，连翘 10g 炒焦，与川芎 3g，生姜汁 5 滴，水煎服，可使胃痛迅速缓解，另一类久痛必瘀，颜氏习用小瓜蒌 1 只、红花 2.4g、炙甘草 6g，水煎服。方有瓜蒌、红花宣化瘀浊，辅以甘草缓中止痛，临床用之颇验。疼痛顽固者，加上醋炒五灵脂以增强活血止痛之功，效果更佳。有时还配合散剂止痛，如五香粉（沉香、降香、木香、檀香、乳香各等份，共研细末）3g，日服 2~3 次。吞酸虽有寒热夹杂之分，皆以左金丸、乌贼骨为主治之。虚者以益智仁制酸亦验。胃脘痛兼食入运迟者，多因脾胃升降失司所致，一般可加枳壳、桔梗、或以旋覆花与炒升麻同用。^[10]

9. 沈自尹诊治经验

沈氏早在 1959 年就从中西医结合的角度，对顽固性消化性溃疡病的中医证型进行了临床观察，并从中总结出一些迄今仍行之有效的治疗规律。

沈氏认为消化性溃疡病症状虽然繁多，但可见于中医的“吐酸”、“嘈杂”、“噎气”、“呕吐”、“心痛”、“胃脘痛”等门，以“胃脘痛”为主。胃脘痛发生的原因，主要由于肝胃不和，土虚木乘，肝胃之气郁滞所致。初起阶段为肝胃不和。病久，反复发作则伤及肠胃，出现虚寒症状，表现为脾胃虚寒。此外，肝郁久而生热，胃阳虚甚则积痰饮，肝气郁甚而致血瘀，后三者则属于溃疡病合并症的概念范围内。

沈氏根据临床辨证观察，将消化性溃疡病分为 5 型：单纯型（即肝胃不和型）、虚寒型（即中焦虚寒型）、郁热型、痰饮型、瘀痛型，其中郁热、痰饮、瘀痛 3 型归属合并症。其在

诊治和整理总结过程中,得出以下几点经验与治疗规律:

(1)芍药甘草汤是基本方,在此方基础上酌加理气化痰药,如二陈汤等,但不宜长期使用香燥耗气的药物,如厚朴、枳壳、香附,仅用陈皮、川楝子等较平和的理气药。

(2)胃久痛多伴见虚寒症状,以黄芪建中汤为主方。

(3)辨病情缓急而定治疗先后,抓住主要矛盾,急则治标,缓则治本。如属于合并症概念的证型属于“标”,常比本病为急,故应依据“急则治标”的原则,首先治疗合并症各型。

(4)可从局部着手,但须着眼整体,即强调疾病的整体观。如有些胃脘痛的病例兼有肝肾阴虚等症状如耳鸣目眩、腰酸失眠、苔少或剥,就不能因胃寒而过用干姜、肉桂之类温热药,即使需要,可用砂仁代之。

(5)用药宜温避寒凉。对于郁热型须用凉性药物者,以姜山栀、左金丸、川石斛最为妥当。若兼阴虚者,则以制首乌、白芍、续断、茯神、酸枣仁等为妥,即使使用凉性或滋阴药时,尚需佐以微温的利气药如陈皮等。

(6)用温不能过早,不能在疼痛剧烈时过早使用党参、黄芪、白术等补气药,以避免壅滞碍胃,气郁化热。^[11]

10. 张镜人诊治经验

难治性顽固性消化性溃疡,常年不愈,反复发作,每每形成寒热交错,虚实夹杂之证,临床上需要仔细斟酌,审证求因,审因论治。滥投辛燥或苦寒是治疗本病之大忌。因为难治性顽固性溃疡,每有蕴热,辛燥之品更加助热动血,甚至耗气伤阴,胃脘疼痛,“痛则不通”,痛必气滞,肆意寒凉,寒凝血滞,气机更碍。

张氏治疗难治性溃疡,遵吴鞠通“中焦如衡,非平不安”

的理论,主张寒温相适,升降并调,营阴兼顾,虚实同理,药味平和,缓缓图功。适寒温,取苏梗之辛微温,配黄芩、连翘之苦寒清热;调升降,取柴胡轻举畅达,配旋覆花、代赭石之和胃降逆;顾营阴,取丹参之和营活血,配芍药、甘草之酸甘化阴,缓急止痛;理虚实,取孩儿参之健脾安中,配香附、枳壳之理气除满。常用验方:炒白术、炒白芍各 30g,炙甘草 6g,浙贝母 30g、制香附 20g、炒枳壳 15g、川楝子 30g、砂仁 15g、凤凰衣 9g、食盐 30g,十味药共研末为散。胃溃疡,疼痛泛酸病人,嘱依方配制,日服 2 次,每次 1 汤匙,温开水调送,止痛颇灵速,屡试屡验。^[10]

11. 陈树森诊治经验

陈树森治疗消化性溃疡,通常分为两大证型:中焦虚寒证、肝郁气滞或肝气犯胃证,治疗多以黄芪建中汤和疏肝和胃汤加减。因消化性溃疡治疗常需按疗程服药,陈氏还将其经验方制成散剂、片剂等,方便病人服药,或与汤剂同用以提高临床疗效。具体治法如下:

消化性溃疡属于中焦虚寒者,治以温中健胃法,常用黄芪建中汤加减:炙黄芪 15g、桂枝 10g、炒白芍 15g、炙甘草 9g、煅瓦楞子 15g、高良姜 9g、红枣 6 个、饴糖 30g(冲服),每日 1 剂,煎 2 次和匀,分 3 次,于食前 1 小时服或痛发前服。

痛甚不解者,上方加元胡粉 6g(分冲),白屈菜 10g、罂粟壳 9g、荜拔 6g、天仙子粉 0.3g(上药选用 1~2 味即可),此外,用二甘散和和胃散亦佳。

二甘散:甘草 150g、甘松 90g、煅牡蛎 300g、曼陀罗花 4.5g。共研细末,每服 3~6g,日服 3 次,食前服。

和胃散:乌贼骨粉 85g、浙贝母粉 15g、甘草 50g、曼陀罗花 1.5g。共研细末,每服 3~6g,日服 3 次,食前服。

不服汤剂者,可用溃疡1号片:黄芪300g、甘草300g、云茯苓300g、肉桂30g、煅瓦楞子100g。以前3味制成浸膏,后两味研细末纳入其中,和匀压片,每片0.5g,每服5~6g,日服3次,食前服。

如为肝郁气滞或肝气犯胃,治以疏肝和胃、理气降逆。肝气条达,胃不受侮,则胃自安而疼痛自止,溃疡可愈,方用疏肝和胃汤加减:沉香粉3g(分冲),广木香6g,甘草9g,炒白芍15g,清半夏10g,柴胡10g,甘松10g,煅瓦楞子15g,元明粉6g(分冲)。每日1剂,煎2次和匀,分3次服用。有食积加焦三仙各10g,炙鸡内金9g,以消导之;泛吐酸水带苦味,舌红苔黄者为肝火犯胃,加川连5g,吴茱萸1g,蒲公英15g,以清肝和胃;大便秘结,加大黄粉1~3g分冲或番泻叶3~5g开水泡饮之,痛甚不解,加白屈菜10g。^[7]

12. 李克绍诊治经验

消化性溃疡从中医“胃脘痛”入手,只要辨证施治,不论溃疡、炎症或胃肠功能失调等疾病都能取得很好疗效。胃脘痛的病机关键为“不通则痛”,除气滞而外常与痰浊、瘀血、蕴热有关,故李氏治疗胃脘痛常从涤痰、消瘀、活血、解热等方法入手,使邪去正安,气机条达,血运畅通,通则不痛。

(1)涤痰止痛法:主要表现为口干、口粘或呕吐粘液等,即胃中有痰浊,其往往胶着难消,轻者用清热化痰法,以海蛤丸加减(海蛤壳、瓜蒌仁),如果效果不明显,兼胸满气粗、大便秘结等症状,则改用小胃丹(芫花、大戟、甘遂、大黄、黄柏)。此外,《金匱要略》的瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤等,用治痰饮闭阻的胃痛,效果也很好。

(2)消瘀止痛法:李氏认为十二指肠球部溃疡多有胃肠道瘀滞,尤其是合并出血,出现黑便时则有瘀滞无疑。胃肠

瘀滞的形成,使胃脘疼痛加剧,而且由于胃肠蠕动迟缓,易产生便秘,大便干结,暖气,食少,腹痛等症,治疗此证,常选用遇仙丹(黑丑、槟榔、三棱、莪术、大黄、木香、大皂荚)、大黄附子汤等有泻下作用的方剂。湿偏重用遇仙丹,寒偏重用大黄附子汤。用大黄附子汤要注意两点:一是必须其人不吐,因为呕则病机向上,不宜下法;而细辛用量宜重,常用至6~9g。

(3)活血止痛法:有瘀血的胃痛,多呈针刺样疼痛,舌上常有瘀点,脉多呈涩象,治疗应以活血化瘀为主,失笑散是最常用的有效方。临证还可以用炒五灵脂、枯矾,共研细末,温酒调服,或五灵脂、桃仁研末糊丸,温酒送服。

(4)解热止痛法:这种胃痛是临床最多见的。胃脘热痛的特点是:胃中灼热,舌赤脉数,时痛时止,病重时不敢吃冷食喝冷水,甚至额上自汗,或全身冷汗,手足发凉等。

治疗胃热疼痛,以栀子、黄连为主药,热极出现假寒症状时,须加辛热走窜药以为反佐。

治疗胃热疼痛时可以选用以下名方进行辨证施治,如《统旨方》的清中汤、《张氏医通》的清中蠲痛汤、《沈氏尊生》的清热解郁汤。对于胃热疼痛但又不敢进食冷食冷饮的,李氏多于寒凉药物中加入一些温热药或走窜药,以防热邪过盛与寒凉药的格拒作用。如寒凉药配干姜;对于胃脘部怕凉风的,则配入白芷;胃热疼痛兼胀,连及两胁,脉象弦数的,当泻肝火,金铃子散效果最好。^[12]

13. 黄文东诊治经验

黄氏将消化性溃疡归属中医“胃脘痛”范畴,调气法是治疗胃脘痛的主要方法,经验独到,效果显著。

胃痛在发病机制上,黄氏大致归纳为肝旺、脾虚、胃实三

个方面。肝旺则气机横逆,脾虚则中气不足,胃实则中气失于通降,以致气机阻滞,升降失调,不通则痛。辨寒热、辨虚实、辨气血是胃脘痛的辨证要点,临床常见寒实、气滞、虚寒、郁热等证型,一般初起属实,久则虚实交错,进一步由气滞而导致血瘀。治疗当以调气法为主,调气不应则可用和营。调气法包括虚者补之,实者泻之,下陷者升之,上逆者降之,阻滞者通之的意义。具体地讲,调气法有五大作用:①调补气血;②调和升降;③调理脾胃;④调气以疏肝、泄肝;⑤调气以化瘀活血。因此调气法适用于气机不调之时,为治胃痛主法。

调气药的选择:木香入胃,香附入肝,适用于胃痛偏寒者。若有化热之象,则用金铃子散。寒热夹杂可并用之。肝气郁结,暖气频作,宜用佛手干、绿萼梅、玫瑰花等。肝气横逆,胃痛连胁,可加柴胡、郁金之类。

活血化瘀药之运用:当归为养血活血之主药,常与丹参、赤芍同用,在化瘀药中最为平和。红花、桃仁同用,兼有润肠活血之功,在胃脘刺痛时均可使用。若属顽固、陈旧性胃痛,可用失笑散及少量制川军,有化瘀止痛通络的作用。^[13]

14. 印会河诊治经验

印氏治疗消化性溃疡根据主症来辨证分型予以施治,效果颇佳。其根据患者的主要症状及其特点来遣方用药,易于掌握,简便易行。常见的证型包括:酸多便干型、纳少型、压痛型、暖气胀闷型、胃痉挛型、嗜甘型。

(1)酸多便干型:方选大柴胡汤加减,若舌苔厚,可酌加薄荷 3g,辛散芳香,化积滞。

(2)纳少型:小柴胡汤加减,常加入对药龙胆草 2g、大黄 1g,以健胃疏肝,增进食欲。

(3)压痛型:小柴胡汤合小陷胸汤加减。原方中参、草、枣等甘味补品,对腹胀不利可去之不用。

(4)暖气、胀闷型:香苏饮加减。胃纳差或呃逆者,加川连粉3g(冲)。

(5)胃痉挛型:芍药甘草汤加减,芍药、甘草量宜大,常用至30g,并加入丹参、当归、延胡索、木瓜等活血、舒筋止痛之品。大便干加炒决明子30g。

(6)嗜甘型:多见于胃酸缺乏患者,方选益胃汤加减。^[14]

15. 陈泽霖诊治经验

陈氏治疗消化性溃疡主张中西医相结合,处方用药不仅从中医辨证论治出发,而且注重结合西医对本病的病理生理及药理学理论,辨病和辨证相结合,不同的证型,采用不同的治法和方药。

如十二指肠溃疡多属中焦虚寒,以黄芪建中汤为主治疗,并重用肉桂。但胃溃疡多合并慢性浅表性胃炎,则不宜用此方,常用验方:苏梗9g、白芍15g、川楝子9g、炙甘草9g、制香附6g、全当归9g、川贝母6g、旋覆花9g、煅瓦楞子15g、半夏9g。偏寒加高良姜4.5g、吴茱萸1.5g;偏热加川连3g、姜山栀6g;吐酸水加左金丸3g、乌贼骨12g;便秘加火麻仁12g、望江南15g;纳呆加鸡内金9g、谷麦芽各15g;苔腻加川术、茅术各9g;有瘀加乳香、没药各4.5g,失笑散12g(包煎)。

治疗消化性溃疡用上述方药随证加减,但白芍与甘草用量宜大,需用15g,炙甘草有时用至30g,以甘缓图之。现代药理学证实,甘草中有效成分为生胃酮,具有保护胃粘膜、促进胃粘膜再生的作用,同时有水钠潴留的副作用,如水肿、高血压者慎用,亦可以用茯苓、泽泻以利水排钠,即可防止。但

甘草的水钠潴留作用远比胃酮小得多,且不多见。

对于消化性溃疡疼痛,常用散剂辅助治疗,如乳香、没药反复精制,研细末后装入胶囊,每次服3~5g,良效。若痛剧,常加入乌贝散(乌贼骨80%、川贝母或大贝母15%、甘草5%),研粉吞服,每次4.5g,1日3~4次,效亦佳。

陈氏治疗消化性溃疡病还非常重视食物疗法,强调饮食调摄在预防发病及溃疡复发的重要性。如在消化性溃疡治愈后,可用黄芪建中汤巩固一段时间,也可不服药,而以谷肉蔬菜食养之。忌酸食,过酸的水果、酸梅汁均不宜,平时宜多食粥。常用食疗法:糯米山药粥。若嘈杂善饥,可用黑枣蒸熟,每次嚼服5~6个即可。^[7]

16. 周平安诊治经验

周氏治疗消化性溃疡进行分期辨证论治,即根据消化性溃疡不同时期的临床症状辨证,分而治之。三期辨证论治的具体方法如下:

(1) 气滞期

症状:胃脘胀痛,嗳气吞酸,口苦犯恶,两胁攻撑作痛,太息善怒,食纳量少,每因情志不遂而疼痛加重,脉弦,舌苔薄白。

治法:疏肝理气,通降和胃。

方药:方用加味香苏饮和柴胡疏肝散化裁:香附、苏梗、陈皮、柴胡、枳壳、大腹皮、香橼、佛手、砂仁、白芍、甘草。

随症加减:若肝郁气结,郁久化火,症见胃脘灼热而痛,胸闷胁痛,烦躁易怒,腹胀便秘,嗝腐吞酸,脉弦数,舌红苔黄,可加黄芩、山栀子、酒军或瓜蒌、莱菔子,以清泄肝胃郁火;若胃脘嘈杂,似饥非饥,似辣非辣,似痛非痛,心中懊恼,口苦吞酸,脉弦,舌红苔薄黄,可加黄连、吴茱萸、炒山栀、乌

贼骨、煅瓦楞，以佐金平木，清肝制酸；若贪食厚味而食滞不化，症见脘腹胀满而痛，恶心厌食，进食加甚，噎腐吞酸，矢气频作，大便不爽，脉滑，舌苔厚腻，可加鸡内金、焦三仙、莱菔子，以消导食滞；若伤食生冷，胃寒作痛，症见脘痛暴作，畏寒喜暖，脘腹拘急，手足欠温，便溏呕吐，脉弦紧，舌苔白，可加高良姜、荜拨、木香、吴茱萸，以温中散寒，行气止痛；若肝火郁久，耗伤肝胃之阴，症见胃脘灼热而痛，嘈杂吞酸，两胁胀痛，口干而苦，五心烦热，性情暴躁，干呕呃逆，食入痛不缓解，舌红少津，苔少或花剥，脉弦细而数，可加生地、北沙参、麦冬、石斛、金铃子，以清肝养胃，柔肝止痛；若胃痛迁延，日久不愈，反复发作，腹胀脘痞，可加鸡内金、沉香、莱菔子、瓜蒌，以加强通降和胃之力，降气止痛。

(2) 血瘀期

症状：胃脘胀痛，又胀又痛，以痛为主，疼痛如刺，痛处固定拒按，吐血或排黑粪，舌质紫暗或有瘀斑，脉弦或细涩。

治法：活血化瘀，理气和胃。

方药：方用加味金铃子散：金铃子、延胡索、香橼、佛手、香附、陈皮、枳壳、大腹皮、炒山栀、黄连、吴茱萸、煅瓦楞。

随症加减：若胃痛喜暖而恶寒者，可加高良姜、甘松、荜拨以温中散寒，开郁理气，消胀止痛；若心烦喜呕，口渴喜冷饮，便秘溲赤，舌红苔黄，有郁热者，为火郁灼营致瘀，可加酒大黄、黄芩、竹茹以清火降逆，活血凉营而止痛；若瘀久阻络，络脉损伤，则胃痛不胀，痛有定处，或刺痛难忍，痛彻胸背或见反复呕血、黑便，舌暗淡或舌紫，脉涩，治宜通络化瘀，活血止痛，方用猬皮香虫汤：炙刺猬皮、炒九香虫、炒五灵脂、延胡索、金铃子、制乳香、制没药、香橼、佛手、香附。若因脾阳不足，中焦虚寒，脾不统血，气不摄血，血行脉外而致血瘀者，症见大便下血，色黑如漆或呕血，血色暗淡，四肢不温，面色

萎黄,舌淡苔白,脉沉细而弱,治宜温阳健脾养血止血,方用黄土汤和当归补血汤加减:炙黄芪、党参、当归炭、干地黄、焦白术、炒山药、炮附子、炒黄芩、甘草、阿胶、灶心黄土、白及粉(冲服)。

(3) 中虚期

①脾胃虚寒

症状:胃痛隐隐,喜暖喜按,肢冷便溏,倦怠乏力,面黄肌瘦,或见犯吐清水,舌淡苔白,脉沉迟或弦细。

治法:补气温中,散寒止痛。

方药:方用加味黄芪建中汤:炙黄芪、桂枝、白芍、炙甘草、饴糖、高良姜、大枣、金铃子、延胡索、香附、陈皮。

②脾胃虚热

症状:胃痛隐隐,灼热心烦,午后甚,口燥咽干,消瘦乏力,纳少便干,舌红少苔,脉弦细数。

治法:养阴益胃,和血止痛。

方药:方用加减益胃汤:北沙参、麦冬、石斛、丹参、白芍、甘草、马齿苋、蒲公英、香附、金铃子、延胡索。^[15]

17. 王季儒诊治经验

津门名医王季儒老中医,积五十年临床经验,对胃及十二指肠溃疡(中医“胃脘痛”)的治疗经验非常,效果显著。其临床治疗时,根据中医基础理论,进行辨证论治。发病原因为饮食失调或忧思恼怒,肝火疏泄郁而化热,灼伤胃阴,胃粘膜受损而形成溃疡。临床辨证分为两种证型:肝火犯胃和脾阳不振,其中又有气滞和血瘀的不同。在治法上,王氏推崇叶天士脾胃分治的方法,治胃以滋养胃阴,治脾以温运脾阳。

(1) 肝火犯胃型

主症:空腹时疼痛较重。胃有灼热感,口干,嘈杂,吞酸,纳少,手足烦热,大便干燥,舌质红,脉细数。

治法:滋养胃阳,补肾柔肝。

方药:一贯煎加减:北沙参、麦冬、枸杞子、生地各 12g,石斛 15g,川楝子、元胡各 9g。

加减:吞酸加海螵蛸 12g、吴茱萸 1g、黄连 6g;有灼热感加黄连 5g、栀子 9g;嗝气加旋覆花、代赭石、清半夏各 9g;大便燥而体壮者加大黄、元明粉;体虚者加火麻仁 12g、或郁李仁 9g;大便潜血阳性加地榆炭 12g、阿胶 10g,或加五倍子、降香、乌药各 9g,三七、白及各 3g(冲);痛甚不止加杭白芍 12g、甘草 5g;兼气滞作痛者,如痛窜肋肋加柴胡、青皮各 5g;如兼胸痞闷或痛窜后背加乌药 10g、砂仁 5g、百合 6g;兼血瘀者则痛如针刺,加五灵脂、生蒲黄各 10g。

(2)脾阳不振型

主症:胃脘隐痛,喜按喜温,纳少,精神倦怠,四肢不温,或时吐清水,大便溏薄,畏寒怕冷,面色无华,舌质淡,苔滑润,脉沉缓。

治法:温运脾阳,和中健胃。

方药:加减理中汤。党参 12g,白术、乌药各 9g,干姜 3~9g,砂仁 5g、甘草 3g。

加减:泛酸加吴茱萸 3g、海螵蛸或瓦楞子 12g;阳气衰微,四肢逆冷加附子 3~9g,或加桂枝 3~9g;气虚加黄芪 15g;血虚加当归 9g、阿胶 9g;大便潜血阳性,干姜改为炮姜,加五味子、降香各 9g、藕节炭 30g、三七粉 3g(冲);中满者去甘草。

此外,王氏还十分强调养生调摄。首先忌食辛辣刺激及干硬烤煎等不宜消化的食物,其次在溃疡活动期宜半流食或流食。寒冷季节应注意保暖,等等。这些措施对溃疡的尽早

愈合可以起到很重要的作用。^[7]

18. 章次公诊治经验

名老中医章次公治疗消化性溃疡从辨病与辨证入手,采用复方治疗,又注意有效单方,并汲取现代药理对中药的研究成果加以运用,但求治疗实效。

对于胃、十二指肠溃疡合并出血,患者胃脘疼痛、反酸、烧心、呕血、黑便者,章氏认为证属瘀血内停,胃络损伤,治疗时切忌辛香燥烈的刺激性药物,即使舌苔腻亦不可用,以免药物刺激溃疡面,加重出血,溃疡难以愈合,治疗时宜使用散剂。散剂具有保护胃粘膜,促进溃疡愈合的作用。因为散剂颗粒较细,进服后能直达病所,并且能分散而敷布于病变部位。常用散剂配方如下:①益气健胃方:生晒参 60g、怀山药 60g、鸡内金 60g、煅龙骨 30g,共研细末,每服 3g,1 日 3 次吞服;②清泄痰火止血方:炙凤凰衣 9g、琥珀屑 9g、炙马勃 9g、柿饼霜 18g、杏仁霜 18g、象贝 18g、野蔷薇花 9g、松花粉 10g、血余炭 10g,上药研细末,每服 1.5g,1 日 3 次吞服;③活血止痛止血方:杏仁泥 30g、延胡索 9g、煅瓦楞 30g,另:琥珀粉、象牙屑、滑石各 9g,为极细末,和匀,每次饭后吞服 2g。^[16]

19. 姜春华诊治经验

姜春华先生是我国著名中医专家,擅长治疗肝病、脾胃病及内科杂病,在消化性溃疡的辨证治疗等方面有着非常宝贵的经验,疗效十分显著。姜春华认为消化性溃疡属中医“胃脘痛”范畴。脾胃虚寒是消化性溃疡的主要证型,其引起的胃脘痛以脾胃虚寒型多见。对于消化性溃疡疼痛剧烈,遇寒而甚者,常用制川乌 6g、肉桂 3g、乳香 9g、九香虫 9g、高良

姜 6g,以温中散寒止痛。若患者脘痛彻背,背痛彻胸,可用全瓜蒌 15g、薤白头 9g、太子参 9g。其中太子参对胸膈痞闷症状改善较佳。消化性溃疡见腹胀者,轻症用藿苏梗,重者用大腹皮和苏子各 9g;兼见吞酸,则常用瓦楞子 12g、煅牡蛎 15g(一定要打碎用,用整个的效不佳),应用中药抗酸,药量不宜过大,不然反使胃酸过多。白螺壳抗酸作用也较好,最好用农村土墙上的白螺蛳壳,因年久风化松脆易于捣碎溶解而起效。口苦内热者加黄芩 9g、川连 3g、山栀 9g;有舌紫,痛处拒按,黑便等瘀血见症者,常用生川军 9g、刺猬皮 9g、九香虫 6g;对有嘈杂者,可用白扁豆、山药、麦冬以养胃为主;噎气不除者,加旋覆花梗各 9g、藿苏梗各 9g;便血加望江南 15g、瓜蒌仁 9g。

消化性溃疡缓解期,以扶脾养胃,和中理气六君子汤加减为主。脾胃虚寒加黄芪 12g、高良姜 6g;中气不足加升麻 6g、柴胡 9g;肝气郁结者加柴胡 6g、白芍 9g、广郁金 9g。^[17]

【按语】

消化性溃疡属中医“胃脘痛”范畴。病因多为饮食失节、损伤脾胃或情志失调、肝失疏泄、或久病脾胃虚弱。辨证多以寒、热、虚、实、气、血为纲,中焦气滞不畅,脾胃升降功能失调是胃脘痛发生的病机关键。从其证型来看,诸多医家认为初病在气分,以肝气犯胃,肝胃郁热证为常见,久病入血,多虚多瘀,以脾胃虚寒、脾气虚弱,胃阴不足,胃络瘀血证多见。有的医家还结合现代医学理论、诊治方法以及药理学研究成果,辨证和辨病相结合,总结出治疗消化性溃疡的常用治法和有效方药。如近年来消化性溃疡证型关系的研究发现,消化性溃疡与胃痛证型有明确的关系,有作者通过对 416 例消

化性溃疡胃镜诊断与证型之间关系的分析统计,认为消化性溃疡患者中肝胃郁热者占 50.7%、脾胃虚寒者占 34.9%、肝气犯胃者占 9%,其他证型占 5.4%。消化性溃疡证本质研究表明气滞血瘀是溃疡发生的重要机制之一,胃粘膜微循环特点与消化性溃疡好发部位密切相关,粘膜血流量减少或供血不足导致微循环障碍及粘膜保护因子的削弱是溃疡病发生的重要原因之一。

消化性溃疡的辨证方法,有的医家以气血辨证,有的针对主症辨证,有的辨证和辨病相结合,还有的对消化性溃疡进行分期辨证,无论采用何种辨证方法,治愈溃疡、缓解症状的目标是一致的。因此都是殊途同归,异曲同工。总结消化性溃疡的治疗方法,包括疏肝和胃法、清泄肝胃郁热法、温中散寒法、益气健脾法、健脾化湿法、活血化瘀止血法、调通升降法。治疗消化性溃疡的验方比较多,是名医临床经验的总结,经临床实践证明行之有效,值得我们认真借鉴。如理气止痛的金铃子散,清热抑酸、敛疮生肌的乌贝散,又如黄芪建中汤、肝胃百合汤、养胃汤、胃苏饮等。

值得一提的是,消化性溃疡是典型的身心疾病。情志失调是导致消化性溃疡发病的重要原因。溃疡病患者常有多愁善感、焦虑紧张、容易激动、激动后持久不能平静等情绪不稳的个性特征。在临床上,因焦虑、忧伤、暴怒、精神紧张等持续而强烈的精神刺激引起本病发生和病情加重的病例不少见。现代社会由于人们高强度的精神压力,使消化性溃疡的发病率呈居高不下的趋势,也可以说明消化性溃疡与精神情绪密切相关。中医理论同样认为肝与脾肾关系密切,七情失和是胃病的关键病因之一。肝喜条达主疏泄,调畅情志,疏泄脾胃气机,协助脾胃运化、受纳、升清降浊。若忧思恼怒,则肝气郁结、甚至逆乱,肝气横逆犯胃克脾,脾胃纳运受

制,气机阻滞引起胃痛。消化性溃疡初期多见肝胃不和,肝郁不舒可以化火生热、郁火乘胃,致肝胃郁热,故肝胃郁热是溃疡病的主要证型。诸多名老中医治疗胃脘痛强调病因多与肝气不舒有关,多从肝胃同治入手,一方面源于数十年的临床经验,一方面也是基于对中医基础理论的深刻认识。肝胃同治的方法比较多,肝郁犯胃致肝胃不和者,宜疏肝理气和胃止痛;肝胃郁热者宜泻肝和胃;肝阳亢盛、木盛侮土者宜平肝潜阳、理气和胃;肝脾不和兼有湿困中焦者,宜平肝潜阳、芳香化湿。无论何种治法都以调肝为首要,使肝气条达,胃气自安,体现了审证求因、治病求本的原则。用药上,疏肝理气多用白芍、香橼、青皮、橘核等药性平和之品,药量亦显轻灵,并注意肝脏体阴用阳的特性,方中加入白芍、百合等养阴柔肝之剂。一般而言,消化性溃疡早期以肝胃不和、肝胃郁热为主,随着病情的发展,逐渐转变为脾胃虚寒证,治疗上也应由疏肝和胃、清泄肝胃郁热转变为温补中焦脾胃。小建中汤、黄芪建中汤是临床上非常行之有效的方剂。

对消化性溃疡的选择用药,宜避免辛香走窜对胃粘膜刺激强的药物,以免延迟溃疡的愈合,如乳香、没药等。还可以选择散剂、胶囊等剂型提高药物浓度,减轻对胃粘膜的刺激。

治疗消化性溃疡的同时,还要注意养生调摄,忌食辛辣和干硬食物,溃疡活动期要进流食、软食、清淡易消化的食物,并注意休息,调畅情志。

(翟兴红)

参 考 文 献

- [1] 孔伯华. 孔伯华医集. 北京: 北京出版社, 1988
- [2] 董建华主编, 杜怀棠等整理. 谈谈治疗胃脘痛的经验. 新医学杂

- 志, 1997, 10: 15
- [3] 祝湛予. 施今墨治疗胃肠病经验. 中医杂志, 1985, (12): 8~9
- [4] 李介鸣, 施如雪. 施今墨先生学术思想及临床经验简介. 中医杂志, 1981, (10): 14~17
- [5] 吕景山. 施今墨对药临床经验集. 太原: 山西人民出版社, 1982
- [6] 张天. 张羹梅辨证用药经验介绍. 中医杂志, 1981, (4): 15~17
- [7] 程蔚棠. 中国当代中医专家临床经验荟萃. 北京: 学苑出版社, 1997
- [8] 李寿山. 胃脘痛辨治一得. 中医杂志, 1990, (2): 14~15
- [9] 蒋红玉. 从肝论治胃脘痛经验探讨. 中医杂志, 1987, (1): 41~43
- [10] 史宇广, 等. 当代名医临证精华. 北京: 中医古籍出版社, 1988
- [11] 沈自尹. 林果为. 45例溃疡病的中医分类及治疗规律的探讨. 中医杂志, 1981, (1): 14~17
- [12] 李克绍. 胃痛诊治经验谈. 中医杂志, 1987, (10): 19~20
- [13] 俞雪如. 黄文东运用调气法治疗胃脘痛经验. 中医杂志, 1981, (6): 9~12
- [14] 董连荣. 印会河治疗胃脘痛经验. 上海中医药杂志, 1990, (6): 23~24
- [15] 周平安, 李庆华. 对胃及十二指肠溃疡三期论治的体会. 中医杂志, 1994, (6): 331~337
- [16] 蒋敏达, 李树仁, 王羲明整理. 章次公先生治疗胃脘痛经验. 中医杂志, 1981, (11): 11~14
- [17] 姜春华. 立定扶中益胃化裁止痛良方. 上海中医药杂志, 1991, 13(4): 26~27

功能性消化不良

【概述】

功能性消化不良(FD),又称作非器质性消化不良(NOD)和非溃疡性消化不良(NUD)。功能性消化不良发生于20%~40%的正常人群,占消化系门诊患者50%左右,临床上多表现为上腹部或胸骨后胀满、疼痛不适、纳呆、饱闷、烧心反酸、恶心呕吐、大便异常等消化不良症状,并通过内窥镜及实验室和影像学检查排除胃、肝、胆、胰及肠道的器质性病变,除外消化性溃疡、肿瘤、反流性食管炎、肝胆胰疾病、肠易激综合征及其它系统疾病的一组临床症候群。症状多持续4周以上。

功能性消化不良属于中医“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”、“呃逆”、“反胃”等病的范畴。其病因多为情志内伤,饮食伤胃,劳倦忧思,损伤脾气,或中气不足,邪犯胃肠。其基本病机为本郁犯土,胃失和降,脾运无权。病位在胃,涉及肝脾两脏。本虚标实,脾虚为本,气滞、血瘀、食滞、痰湿为标。病初以邪实为主,久则虚实夹杂,寒热错杂。中医药对FD的治疗有较独特的优势,以探寻新的治疗和研究途径。

【名医经验】

1. 施今墨诊治经验

施氏依据《内经》、《诸病源候论》、《脾胃论》等理论,集六十余年的临床经验,认为治疗消化系统疾病与脾有关,必须兼顾施治,才能提高疗效。认为脾胃虚证、寒证多,实证、热证少。但在初期易见实热,久病常见虚寒。提出了消化系统疾病治疗十法:温、清、补、消、通、泻、涩、降、和、生。临床常数法合并。此十法对功能性消化不良同样适用,从其病例中选取几例,可见一斑。

(1)调气和中,消导化滞法:功能性消化不良初期多见邪实,邪去则胃安。本法用于食积初起,邪实正气未伤,食积呕吐者。即“食则吐,胃脘病,腹胀善噯,心下隐痛,所谓食则呕吐者,物盛满而上溢故也。”以左金丸、温胆汤、丹参饮加减。

(2)顺气降逆法:胃虚气滞,引起胃失和降,饮食不化。以呃逆,脘闷,不思饮食,大便不畅,苔白,脉沉为主。用丁香柿蒂汤和旋覆代赭汤加减。佐白芝麻、枳壳、荷叶、厚朴花、代代花、谷麦芽,润燥利膈、和胃调气。

(3)养阴生津:脾胃为后天之本,受水谷之气以生,忧思劳倦,耗伤津液,脾胃失调,运化紊乱,致使纳呆食少。其特点是,食欲减退,不知饥饿,倦怠懒言,精神衰退,舌苔薄白,脉缓而细。予沙参、石斛、谷麦芽、鸡内金、白术、荷叶、乌梅、木瓜等养阴生津,生发胃气之药。^[1]

2. 蒲辅周诊治经验

蒲氏学验俱丰,对消化系统疾病治疗有独到之处。从他

病案中选取几例对功能性消化不良的验案,根据病邪性质的不同,常以五法施治:

(1)清化湿热,调和脾胃:用于湿热阻滞,脾胃失调证。常用枳术二陈汤加茵陈、白蔻加减化裁。湿热去,脾胃功能得以恢复。

(2)温化消导:用于进食生冷、冷积停食、燥结中焦证。临床以胃脘痞胀、噎气、喜进热饮、大便干燥、矢气繁多、苔黄起芒刺、脉沉弦为要点。当取丸剂缓下,不宜汤剂荡涤。予干姜、大黄、槟榔、枳实、厚朴、白蔻、半夏、阿魏,并用枳术丸善后。

(3)健脾除湿、调和脾胃:用于因饮食不洁、劳逸不当、脾失健运、胃肠不和、水谷不化、湿邪停滞、传导失常,以纳少,便溏,舌淡苔白腻,脉缓为特点。用平胃散加茵陈、藿香梗、大腹皮、扁豆皮等。

(4)疏肝和胃,解郁散结:用于肝郁气滞、脾胃功能失调证。以腹胀纳少、便秘,舌红少津、脉沉细涩为主。用四逆散加三棱、莪术、郁李仁、决明子。^[2]

3. 王建勋诊治经验

王氏认为,功能性消化不良外因饮食劳倦,内因忧思愤怒。饮食之伤多由过食生冷寒凉,当少食寒凉,节制嗜好,怒后忌食,这是调养脾胃之善法。依据胃主受纳,脾主运化,认为能纳而不化是脾虚之证;知饥少纳为胃虚证;纳化俱不行脾胃俱虚;少食不化,面色青黄,呕吐稀涎,腹痛肠鸣,便溏,此为脾虚寒湿;舌酸干呕,痞满噎气,大便粘臭,口舌生疮,此属脾之湿热;单纯噎腐吞酸为伤食。治疗方法主要有:

(1)健脾温中法:用于脾虚不运证。证见饮食不化,脘腹

胀满,时痛喜按,面青饥瘦,精神疲倦,溲清便溏,舌淡脉细或缓。以白术、茯苓,燥湿利湿;吴萸、白芍等,温胃散寒,缓急止痛;香附、乌药,理气止痛。

(2)通腑化滯法:用于食积化热、燥结腹实证。证候特点是:食入即痛,恶食,腹痛拒按,暖腐吞酸,腹满便秘,舌苔白腻或黄腻,脉滑或数。以酒大黄、焦四仙、内金推荡积滞;厚朴、青陈皮理气宽中;木香、砂仁行气消食。

(3)温中散寒法:用于寒邪犯胃证。证候特点:腹满喜按,得温则减、遇寒加重,面青甲白,腹满下利,喜进热饮,尿清便溏,舌淡苔白,脉沉细,或弱。方药:良姜、干姜、丁香、蔻仁、香附、乌药、厚朴、川楝子、白术温胃散寒,理气燥湿之属。

(4)芳香化湿法:用于湿浊中阻,脾失健运,以暑热季节多见。证候特点:脘腹胀闷,阵痛隐隐,身体困重,纳少便溏,苔黄脉濡。方药:藿香、香薷、荷叶、白芷、香附、乌药、厚朴、豆蔻、神曲六一散、芳化湿浊、理气化湿之属。^[3]

4. 严苍山诊治经验

严氏对本病善于审因论治,辨证分析,以其病案中归纳为三法:

(1)养阴清胃理气法:用于病程日久,腹痛隐隐,纳呆口干,大便苦闭者。用药:沙参、白芍、丹参、煅瓦楞、路路通、冬术、白蒺藜、九香虫等。病久多瘀,故养阴同时理气、活血、通络。

(2)疏肝健脾法:用于脾虚肝郁者。以食后腹胀反轻,脘腹疼痛为主症。予舒肝丸合用酒白芍、冬术、路路通、青陈皮、乌梅、黄精、香橼等。

(3)补中益气法:用于中气不足者。以脘腹胀满,食下更甚者,卧则减轻,面有虚浮。仿补中益气汤,升阳益胃:党参、

黄芪、青陈皮、白术、黄精、白蒺藜、大腹皮、木香、柴胡、香椽皮。补中气时，佐行气畅中之品，以防过补成壅。^{〔4〕}

5. 余莉芳诊治经验

病因病机：余氏认为胃受纳腐熟而通降的功能尤需依赖肝气疏泄条达，若肝失疏泄而郁结，则胃气壅滞为病，故肝郁犯胃是功能性消化不良的病理基础。病变早期以肝郁气滞为主，继则以肝郁胃热或肝郁湿阻为多，均属实证；病久耗伤气阴，出现肝郁脾虚、肝郁阴虚等，属虚实夹杂、寒热错杂之证。

辨证：余氏以肝郁为核心分5型辨证，比较明确地体现了病因病机的特点，又反映了主证与兼证间的关系。

治疗原则：采用清润通降为主的治则，因为胃为水谷之海，以通为用，以降为顺。通降法的实质在于疏肝胆，降胃逆，通腑气，健脾运。

治疗方法：

(1)疏肝和胃法：用于肝郁气滞型，以胃脘痞满、饱胀、疼痛为主症，苔薄白，舌淡红，脉弦。四逆散合小承气汤加味主之：柴胡5g，白芍10g，枳壳15g，木香5g，延胡索10g，厚朴5g，制大黄6g，生甘草3g。若见暖气、呕恶、反胃之肝郁气逆证者，上方去柴胡，加半夏9g、生赭石15g、沉香片5g，以降逆和胃。

(2)疏肝清胃法：用于肝郁胃热型，胃脘灼痛，嘈杂，口干苦，大便干结，舌偏红，苔薄黄，脉弦滑。小陷胸汤合小承气汤加味主之：川黄连3g（或黄芩10g），半夏6g，瓜蒌皮10g，枳实10g，厚朴5g，制大黄9g，蒲公英15g，芙蓉叶15g，延胡索10g，天花粉15g，生甘草3g。

(3)疏肝化湿法：用于肝郁湿阻型，口腻，纳呆，胃脘痞

闷,苔白腻,脉濡。治以疏肝化湿,四逆散合平胃散加减主之;柴胡 5g,枳壳 15g,白术或苍术 5g,厚朴 5g,半夏 5g,陈皮 5g,生薏苡仁 30g,白蔻仁 3g。苔黄腻者加川黄连 3g,白残花 10g。

(4)疏肝健脾法:用于肝郁脾虚型,多食脘胀,不知饥饿,神疲乏力,大便易溏,舌淡,苔白,脉濡缓。六君子汤合四逆散加减主之:党参 10g,白术 10g,茯苓 15g,半夏 5g,陈皮 5g,山药或芡实 30g,炒薏苡仁 20g,柴胡 5g,枳壳 10g,木香 5g,生甘草 3g。

(5)疏肝养胃法:用于肝郁阴虚型,口干不欲饮,嘈杂不思食,胃脘灼痛隐隐,大便偏干,舌红少苔或剥苔,脉细弦。金铃子散合沙参麦冬汤加减主之:北沙参 10g,麦冬 10g,天花粉 10g,玉竹 10g,金铃子 6g,延胡索 10g,木香 5g,枳壳 10g,蒲公英 15g,连翘 10g,生甘草 3g。

兼食滞者加神曲、山楂、谷麦芽;兼脘部怕冷者加吴茱萸、高良姜;兼舌质紫暗者加黄芪、刘寄奴、莪术;胃酸过多者加煅乌贼骨、煅瓦楞。

其用药特色为:凡脘胀疼痛属气滞者宜疏,选用柴胡、枳壳、木香、金铃子、延胡索等;见嗳气呕恶属气逆者宜降,常用半夏、竹茹、沉香、赭石等;大便干结不畅属腑实者宜通,选枳实、厚朴、制大黄、瓜蒌等;见噎腐纳呆属食积者宜运,可用神曲、谷麦芽、鸡内金等。胃气能通降,则脾气能升运,两者恢复正常平衡,则诸恙消除。^[5]

6. 董建华诊治经验

董氏治疗功能性消化不良,不论是病机分析,还是遣方用药,经验独步,疗效明显,其临证经验:

(1)分析病机,确立从肝脾胃论治:功能性消化不良是西

医近十多年才提出的病名。是指那些上腹部不适或疼痛,尤其是餐后加重,上腹饱胀、暖气、厌食、呕吐、烧心、反胃等一组特定的上消化道症状。中医学虽无功能性消化不良的名称,但中医的胃脘痛、暖气、痞满、反胃、呕吐、吐酸、嘈杂等,无不与功能性消化不良有关。董氏认为,本病的发生与情志郁勃,外邪内积,脾胃虚弱有关。病因病机不离肝、脾、胃三脏。脾虚是发病的基础,肝郁是致病的条件,胃气不降是引发症状的原因。就脾虚而论,由于脾气虚弱,运化失司,则水反为湿,谷反为滞,气滞、湿阻、痰结、火郁、食积相因为患;就肝而言,厥阴肝经之脉,挟胃属肝,本又相通,脾胃属土,必赖肝气条达。土得木而达之,这是生理。木壅则土滞,此是病理。若情志不遂,肝气郁结,脾胃无有不受其戕;就胃而言,胃气以降为顺,胃满则肠虚,肠满则胃虚,更虚更满,故气得上下。胃气不降则变生诸症。如反胃、暖气、痞满、恶心、呕吐等消化不良症状。因此,健脾、疏肝、降胃是治疗功能性消化不良的基本法则,可谓提纲挈领。

(2)健脾理气,擅用旋覆代赭汤:功能性消化不良,临床极为常见。究其本源,脾虚是其根本,一有外邪内积,运化无力,郁滞中生,《素问·调经论篇》云:“有所劳倦,形气衰少,谷气不盛,上焦不行,下脘不通……”,论述了虚而有滞的病机。食少纳呆,便溏腹胀是脾虚气滞辨证的关键。在治疗上,董氏对于脾虚气滞的功能性消化不良,擅用《伤寒论》的旋覆代赭汤。因为此方配伍严谨,是治疗“心下痞硬暖气不除”的第一方,与功能性消化不良症状相似。在使用上,党参不可不用,不用则不能补其虚,但亦不可多用,否则容易壅补,用量以5~10g为宜。代赭石则重用,一般用量在10~20g。屡用屡效。若兼热,可加黄连;兼便秘则加酒军;腹胀明显加佛手、香橼皮;便溏加茯苓、白术、扁豆。研究证

实,旋覆代赭汤有促胃动力作用。其中党参、旋覆花、代赭石作用最强。旋覆花与大枣、甘草还有协同作用。

(3)疏肝和胃,巧用四逆散:功能性消化不良,肝郁是发病的中间环节。董氏认为,肝为起病之源,胃为传病之所。因此,功能性消化不良,必有肝郁参与其中。肝郁脾虚、肝胃不和、肝郁胃热,肝郁阴虚都是常见的。在治疗上,醒胃必先制肝,疏肝即以安胃。在疏肝诸方中,董氏巧用四逆散。辨证的关键是情志不舒、胃脘痞满、胀连两胁。若肝胃不和,加佛手、香橼、青皮、焦三仙;肝脾不和,加苏梗、佛手、白术、山药、扁豆、陈皮;肝郁化火,加黄连、黄芩;灼伤胃阴,加沙参、麦冬;肝气上逆恶心、呕吐,加半夏、生姜、竹茹;反酸加煅瓦楞、吴茱萸、黄连。现代药理研究证实,四逆散中的柴胡、枳实能明显地增强小鼠胃排空及小肠推进功能。

(4)降胃导滞,独用香苏饮:董氏认为,胃的生理特点集中在一个降字,胃的病理集中在一个滞字,胃的治疗集中在一个通字。功能性消化不良,气机不调是共同的,不论虚实,降胃都是不可缺的手段。在理气的方剂中,董氏最常用的方剂就是香苏饮。认为该方不寒不热,不膩不燥,用药轻灵,虚实寒热均可应用。气滞在中,痞满饱闷,加厚朴、香橼、佛手、砂仁;气逆在上,恶心、呕吐,加半夏、竹茹、旋覆花;气滞在下,大便不畅,加酒大黄、瓜蒌;胃阴不足,加石斛、麦冬;气郁化热,加黄连、黄芩;气滞血瘀,加蒲黄、五灵脂、川楝子、延胡索;脾虚便溏,加党参、白术。新药胃苏冲剂就是这一经验方加味,用于治疗胃炎及功能性消化不良。董氏治疗功能性消化不良,以健脾、疏肝、降胃为手段,务以气机调畅为度;补脾药少量轻,贵在通补;降胃药多量大,务使滞除;疏肝每方必用,已成定则;治有侧重,圆机活法。^[6]

7. 李寿山诊治经验

李氏辨治 FD 逾万例,疗效显著,经验独到。

(1)中虚不运,健脾为纲:李氏认为,脾胃中虚,运化失职,胃缓无力,排空缓慢,是 FD 的病机关键。脾之与胃,一脏一腑,一升一降,一纳一化,相互制约,协调互用。“脾宜升则健,胃宜降则合”,二者共同完成后天的受纳、运化和滋养肌肉的功能。所谓“胃中元气盛,则能食而不伤”(《医宗必读》),“脾应肉,肉润坚大者胃厚”(《灵枢·本藏》),此之谓也。若脾气虚弱,健运失职,运化无力,不能为胃行其津液,不能荣肌厚胃,则清气不升,浊气不降,胃缓无力,“下管约不利”,排空缓慢,而见胃脘痞满,食后加重,纳食减少,倦怠乏力,舌淡胖苔白,脉虚细或濡细诸证。治宜健脾为纲,理气消痞。此型病人占 FD 之大半,诊治过程中,应始终不忘健脾之纲,治病求本,常取良效。

(2)滞而不行,疏肝为要:导致 FD 的主要病理变化是壅滞不行。而滞之所成,不外乎“气滞、湿阻、食积、火郁、血瘀。”气滞不畅,又是致病的主要原因。因脾胃气运常赖肝木疏泄,若肝失条达,则脾胃纳化失常,导致木郁土壅,肝脾不和或肝气犯胃等。证见:痞满胀痛,时作时止,常因情志不畅或饱食而发作,暖气纳减,肠鸣便溏,舌苔薄腻,脉弦等。如《血证论》所云:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化,肝之清阳不升则不能疏泄水谷,渗泻中满之证,在所不免”。治宜疏肝消痞,行气导滞,投经验方舒肝和胃汤化裁。李老认为,本型病例多属本虚标实。标实者,以气滞阻碍首当其冲,故治疗当以治标为先,以疏肝解郁为要,以通为法。正如《医学正传》云:“夫通则不痛,理也,但通之法,各有不同,调气以和血通也,上逆者使之下行,中

结者使之旁达,亦通也……”,只要灵活掌握,审因论治,屡有奇效。所谓“见痞之病,当先疏肝”,亦为至理之言。

(3)寒热错杂,和解降逆:FD病程绵长,若迁延失治,脾不升清,胃不降浊,清浊相混,终致胃热脾寒。寒则凝而不通,热则壅而失降。胃中寒热夹杂,无以适从,导致胃肠蠕动紊乱,不降反逆,而见胃脘闷胀,心中懊恼,嘈杂不舒,饥时脘痛,饭后饱胀,口苦口粘,纳减,大便不爽,苔薄腻,脉弦滑。治宜协调寒热,和解降逆。以经验方和中消痞汤化裁。

(4)湿滞谷道,滋阴润下:年迈阴亏,或久病气阴两虚,食管、胃、肠津液枯少,胃络失养,饮食水谷难以腐熟运化。即所谓“釜中乏水,则难以为炊”。而胃液枯涸,谷道湿滞,水谷不润,难以下行,则“无水舟停”,“不通则痛”。临床表现为胃脘隐痛,痞满不舒,似饥不欲食,口干不欲饮,烦热干呕,纳减便结,舌红少津或光剥龟裂,脉细数等证。李老根据“太阴湿土,得阳始运,阳明燥土,得阴则安。”及《脾胃论·用药宜禁论》“胃之不足,惟湿物能滋养”的理论,拟清中消痞汤。对具有消化不良症候群、内镜下轻度胃及十二指肠粘膜炎症者,仍应包括在FD范围之内。治疗上审因论治,合理选方,发挥中医中药治疗功能性疾病的优势,协调胃肠道功能,常可取得良效。⁷¹

8. 许鑫梅诊治经验

病因病机:FD的发病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾等多因素导致肝失疏泄,脾胃气机升降失常,运化功能减弱,中焦痞塞不通所致。病位在胃,而又涉及肝脾两脏,以肝郁气滞,脾运失职,胃失通降为其基本病机。经临床资料805例FD统计,发现肝胃不和型及肝郁气滞型占58.7%,脾胃虚弱型占23.7%,中虚气滞型占7.0%,脾胃湿热型占

7.8%。

分型论治:中医辨证分型治疗从整体出发,辨证施治,缓解症状明显,疗效满意,充分体现了“理、法、方、药”的完整性,是中医治疗疾病的特色所在,故认为辨证分型治疗为目前治疗FD的首选方法。有同样价值。

专方专药:许氏以消胀冲剂(党参、白芍、甘草、黄芩、砂仁等)治疗以胃脘痞满胀痛不适为主症的HP相关性胃炎28人,结果总有效率为92.86%,HP清除率78.52%。消胀冲剂可用于治疗胃肠动力障碍型和伴HP感染的FD,可以改善或消除FD痞满胀痛不适的症状,并可清除HP感染。^[8]

9. 李乾构诊治经验

中医命名:功能性消化不良主症有三,即上腹部痞满、胸骨后或胃脘部疼痛、烧心反酸。临床表现以上腹部痞满为主症时,应属于中医“痞满病”的范畴;出现以上腹部疼痛或胸骨后疼痛为主症时,命名“胃脘痛”为宜;当临床表现以烧心反酸为主症时,则应归属于“嘈杂”范围。本病西医学分为功能障碍型、溃疡型、反流型、混合型等四型。根据以上三项主症分析,中医痞满病相当于功能障碍型功能性消化不良症;中医胃脘痛病相当于溃疡型功能消化不良症;中医嘈杂病证相当于反流型功能消化不良症。确定中医病名,并与西医临床分型相联系,有利于中医辨证治疗和开展科研工作。

病因病机:功能性消化不良症的发病多因饮食不节和情志所伤。当今社会,国富民安,人民生活水平日益提高,人们往往由于饮食过量、暴饮暴食、营养过盛而损伤脾胃,即《内经》所谓“饮食自倍,肠胃乃伤”。随着经济市场大潮的冲击,生活节奏的加快,人们精神日趋紧张,工作和学习的压力日益增加,困扰人们的问题越来越多,“脾在志为思”,“脾为

思之官”，情志怫郁，久思抑郁气机，损伤脾胃，纳运失职，形成食积、湿热、痰瘀等病理性产物，阻滞中焦气机，脾胃升降失司，导致胃肠运动功能紊乱。脾虚木乘，肝气横逆，肝失疏泄，胃失和降，则会出现上腹痞满、疼痛、烧心反酸等一系列主要症状。本病病位在胃、涉及肝脾二脏。本病病机为本虚标实，虚实夹杂。以脾虚为本，气滞血瘀、食积痰湿等邪实为标。而脾虚气滞为基本病机，且贯穿于本病的始终。治宜标本同治，以健脾理气法为基本治法。

辨证：

(1)脾胃虚弱证：①主症：胃部痞满。②次症：食欲不振，脘腹饱胀，餐后胀甚，疲乏无力，恶心欲吐，大便溏泄。舌淡苔白，脉象沉细。

诊断：凡具备主症和任意一项次症，即可诊断为脾胃虚弱证功能性消化不良。

(2)气滞血瘀证：①主症：胃饱胀痛。②次症：脘胁胀满，噎气呃逆，胸中堵闷，烦躁易怒，怒则症重，喜善叹息。舌质暗红，脉沉细弦。

诊断：凡具备以上主症和任意二项次症即可诊断为气滞血瘀证功能性消化不良。

(3)食积停滞证：①主症：伤食痞满。②次症：厌恶饮食，胃部拒按，恶心欲吐，吐后症轻，噎腐酸臭，矢气酸臭。舌苔垢腻，脉细弦滑。

诊断：凡具备主症和任意二项次症即可诊断为食积停滞证功能性消化不良。

(4)寒热错杂证：①主症：胃痞饮冷。②次症：胃部灼热。烧心反酸。口干口苦，烦躁肢冷，大便溏泄，遇冷症重。舌淡苔白，脉沉细迟。

诊断：凡具备主症和任意二项次症即可诊断为寒热错杂

证功能性消化不良。

(5)混合证:系指在临床上同时并见二证以上的病证。

根据我们的临床观察,功能性消化不良以混合证最为多见,一般以脾虚气滞为主,而饮食、劳倦、湿热、感寒等往往是诱发病发作的诱因。

治疗原则:功能性消化不良症临床表现多为虚实相兼,寒热错杂,因此治疗本病宜通补兼施,寒热并用。使脾气得以升发,运化恢复正常,胃气和降,肝气条达,升降正常,诸症消失。根据饮食不节,情志内伤的病因和本虚标实,以脾虚为本,以邪实为标的病机,在健脾益气的基础上,重用理气药,再根据临床表现的症状进行加减,获得了较满意的疗效。^[9]

10. 危北海诊治经验

功能性消化不良是一种非常多见的症候群,在消化内科疾病中约占 20%~40%,目前已有胃复安、吗丁啉、西沙必利等促胃动力剂治疗 FD,但有时会产生一定的副作用,且疗效并非十分满意。为了开发中药促动力剂,危氏主持观察了健脾理气冲剂治疗 FD 的临床疗效,结果 86 例病例中痊愈 7 例(8.1%),显效 21 例(24.4%),有效 38 例(44.2%),无效 20 例(23.3%),总有效率 76.7%。

给药方法:健脾理气冲剂(由党参、茯苓、白术、枳壳、厚朴等组成)每袋 10g,每次服 1 袋,每日 3 次,饭前 15min 服用,用药 4 周。

危氏认为,脾胃为后天之本,气血生化之源。脾主运化,胃主受纳;脾气主升而胃气主降;脾主运化,胃主受纳,共同完成食物的消化吸收、运转输布功能。脾气亏虚,失其健运,饮食不化,则可见腹胀、便溏、面黄肌瘦等症;胃气不降,

则可见脘腹胀痛,便秘不调。甚至呕吐、嗝气、早饱、呃逆、反胃,这与FD的临床表现基本一致。目前国内外均有报道六君子汤对胃排空有促进作用,这反证了FD与脾胃虚弱,脾失健运,脾胃不和可能存在着一定的内在联系。党参、茯苓、白术是健脾益气之要药,在方中作为君药;枳壳、厚朴理气消滞为方中臣药,君臣合用,共同起到健脾益气、消食化滞的作用。本研究证明了运动障碍型FD与中医脾虚气滞证有一定关系,健脾理气中药对运动障碍型FD有一定治疗作用。^[10]

11. 柯美云诊治经验

功能性消化不良(FD)一般可分为:溃疡样消化不良;动力紊乱性消化不良;反流样消化不良;混合型;不定型。现就中西医结合对FD的研究探讨如下。

(1)FD的病因及与“脾主运化”的关系:FD的发病机制不甚清楚,可能与胃、十二指肠粘膜慢性炎症、幽门螺杆菌感染、上胃肠道运动功能障碍、精神因素等有关。祖国医学认为,脾胃为后天之本,气血化生之源。《素问·灵兰秘典论》曰:“脾胃者仓禀之官,五味出焉”。从生理功能上讲,脾为脏属阴、胃为腑属阳。脾主运化,胃主受纳,脾气主升而胃气主降。脾性湿而胃性燥。脾与胃生理功能虽有分工,但更重要的是合作。《素问·太阴阳明论》曰:“四肢皆禀气于胃。而不得至经,必因于脾,乃得禀也”。脾气上升是为了胃气下降,脾气升则为胃行其津液,胃则行其受纳腐熟之功;胃气降则水谷下行而无停留积聚之患,有助于脾气之升运。脾主运化,胃主受纳,二者一运一纳,互相配合协调统一;才能各自发挥其生理功能。共同完成饮食物的消化吸收、运转输布功能。正如古人赵濂所说:“胃主受纳、脾主消化。居人身中,属土色黄,蒸腐水谷,分别清浊而行升降、以生气血。”

现代研究表明,自进餐开始,近端胃的张力即降低,胃在这种状态下即可接受食物。远端胃每5分钟收缩3次。其收缩是从胃体至胃窦的蠕动,食物即以这种方式逐渐从胃运送至十二指肠和小肠,食物根据其成分和多少的不同,在1~5小时内都可从胃排出。食糜由胃进入十二指肠后,开始了小肠的消化吸收。小肠收缩活动主要完成将食物与消化酶混合。使所有消化物运转,以最大限度与粘膜吸收细胞接触。将肠内食糜向离口方向推进。食物通过小肠后,还有一部分不被消化吸收的食物残渣,从回肠移至结肠,最后排出体外。在整个过程中。胃肠道的不同部分的运动须彼此互相协调,并根据食物的状况作出调整。才能正常地完成消化、吸收和运转活动。

脾气亏虚,失其健运,饮食不化,则可见腹胀、便溏、面黄肌瘦等症。胃气不降,则见脘腹胀满,食纳不佳,或脘腹胀痛,便秘不调。甚至呕吐、嗝气、早饱、呃逆反胃。近来研究表明,恶心、呕吐、呃逆、上腹饱胀或疼痛、早饱、烧心、食欲减退,甚至体重减轻等。常是由胃的运动功能紊乱引起。在FD患者中,检查发现其中约半数患者有胃排空延缓,进一步检查压力测定或胃电图描记,常会发现胃窦的动力降低,并常伴有胃电活动的异常。在异常的胃电活动期间,胃窦收缩稀少(低动力)甚或完全缺如,许多患者的胃窦还可分离出幽门螺杆菌。目前国内外均有报道;六君子汤对胃排空有促进作用,这反证了FD与脾胃虚弱、脾失健运、脾胃不和有可能会存在着一定的内在联系。

(2)中西医对FD的治疗:对于FD的治疗,西药目前已有三代促胃动力剂,第一代及第二代主要作用于上消化道。第一代胃复安为中枢性多巴胺受体阻滞剂,能通过血脑屏障,引起明显的锥体外系副作用和泌乳反应;第二代吗丁啉

为外周多巴胺受体阻滞剂,但仍有部分患者出现精神症状和泌乳;第三代西沙必利是通过选择性地增加肠肌神经丛后处乙酰胆碱的释放而促进胃肠运动。由于肠肌间神经丛上5-羟色胺4型受体(5-HT₄)广泛存在于全胃肠道,故其促动力作用是广谱的。另外,英国 Pilot、日本伊藤等相继报道了红霉素对消化道的促动力作用。它促使 MMIⅢ期运动(移行性复合运动)出现。^[11]

12. 莫念华诊治经验

(1)疏肝和胃,行气止痛:功能性消化不良的原因复杂,主要病理变化为胃肠蠕动障碍。不良的饮食习惯和精神因素为症状发生和加重的诱因,与祖国医学的饮食失节、情志失调的理论相似。因肝为刚脏,性喜条达,肝失疏泄,气机郁滞。即“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,治宜疏肝和胃,行气止痛,对症用之,疗效倍加。

(2)健脾疏肝,益气助运:胃主受纳,脾主运化。胃为水谷之海,脾主运化水谷精微。若饮食不节,劳倦过度,损伤脾胃,导致脾胃功能失调,影响肝之疏泄,形成肝木郁结,脾失升举的“土虚木乘”之候。治拟健脾疏肝,益气助运,即培土疏木,颇能应手。

(3)清热和胃,辛开苦降:功能性消化不良,由于肝郁化热或饮食肥甘厚味,胃肠蕴热,症见腹胀,暖气泛酸,恶心呕吐,口苦大便干结,牙龈肿痛,舌红苔黄腻等证。遵“胃降则和”、“不通则痛”、“通则不痛”之旨,治拟清热和胃,辛开苦降之法,效果甚佳。

(4)滋阴润燥,养胃生津:胃为阳土,喜湿恶燥,临床上每因过食香燥辛辣厚味,气郁化热,灼热胃阴,濡降失司,液燥气沸。常用养胃生津润燥法治之,颇见奇功。

综上所述,功能性消化不良的中医治疗,重在辨证论治,根据临床表现的症状不同,结合个人的临床实践体会,要以辨证论治为指导,可改善症状,提高疗效。^[12]

13. 冯超英诊治经验

功能性消化不良的病因可能与胃动力障碍、胃酸分泌异常、幽门螺旋杆菌感染及精神、环境等因素有关。功能性消化不良是一组非器质性、原因不明的慢性上腹部不适症候群,可归属于中医痞满、胃脘痛、反胃等范畴。本病多因饮食不节和情志不畅导致。由于暴饮暴食、恣食生冷或久思气机郁结,损伤脾胃,气机升降失常,阻滞于中焦,发为本病;病久脾虚而肝郁木乘或情志内伤,肝失疏泄,横逆犯胃,胃失和降,亦可发病。其病变部位在胃,涉及肝脾二脏。本病病机以脾虚为本,痰湿、食积、气滞等为标,为虚实夹杂之证。治疗以健脾和胃,理气疏肝消痞为法。

中医辨证分型:①脾胃虚弱:脘腹饱胀不适,餐后胀甚,或胃脘隐痛,时轻时重,食欲不振,体倦乏力,恶心呕吐,大便溏泄,舌淡苔白,脉沉细或虚大无力;②痰浊中阻:胃脘痞闷,胀满不适,不思饮食,口干不欲饮,口中粘腻,恶心欲吐,舌苔浊腻,脉滑;③饮食停滞:胸脘满闷,痞塞不舒,或腹满胀痛拒按,嗳腐吞酸,恶心呕吐,舌苔厚浊,脉弦滑;④肝郁气滞:脘胁胀满疼痛,嗳气呃逆,反酸烧心,恶心呕吐,舌质淡红,舌苔薄白,脉弦;⑤肝胃郁热:胃脘灼痛,嘈杂泛酸,心烦易怒,口干口苦,大便干结,舌质偏红,苔薄黄,脉弦滑;⑥脾胃虚寒:胃脘胀满隐痛,喜温喜按,食则胀甚,嗳气,纳呆,大便溏薄,舌质淡,脉细弱;⑦脾胃阴虚:胃脘嘈杂,灼热隐痛,饥不欲食,食则饱胀,口干舌燥,大便偏干,形瘦乏力,舌红少苔或剥苔,脉细弦或细数。^[13]

14. 潘志恒诊治经验

潘氏认为功能性消化不良多无明显脾虚表现,常因进食后上腹持续饱胀而减少食量,并非真正无食欲。通过对 95 例临床分析,肝胃不和与肝胃郁热达 73 例,说明对功能性消化不良病人辨证应以“实痞”为主。据其观察,功能性消化不良的发病常与精神因素、工作压力导致肝失疏泄有关,本组治疗效果的临床分析也表明,中医分型中以肝胃不和型和肝胃郁热型临床疗效最好,说明肝失疏泄,肝气犯胃,肝胃不和是功能性消化不良的基本病机,而脾虚肝郁和肝郁胃热等型均可以认为是在此基础上变化而来。

潘氏在总结前人经验的基础上结合自身临床经验拟疏肝和胃法,以疏肝调胃汤为基本方:柴胡、香附、白术、法半夏各 12g,郁金、佛手、茯苓、枳壳、蒲公英各 15g,枇杷叶 10g,甘草 6g,陈皮 9g。脾虚肝郁者加党参 20g,砂仁(后下)9g;肝胃郁热者加黄连 6g,白花蛇舌草 15g;胃阴不足者加麦冬 12g,太子参 20g,其中柴胡、枳壳疏肝行气;法半夏、陈皮、枇杷叶和胃降逆,一升一降,恢复正常的胃肠气机运行;香附、佛手、郁金理气止痛;茯苓、白术健脾利湿;蒲公英、白花蛇舌草、黄连清热解毒,全方能从总体上达到疏肝理气,和胃健脾,调整脾胃功能的作用。动物实验证明,柴胡、枳壳能促进胃的排空和小肠推进速度,单味白术的研究也证实,白术煎剂有促进豚鼠小肠推进运动的作用,上述的药理作用可明显地减轻功能性消化不良病人的腹胀或早饱等症状;半夏则经药理研究证实有抑制延髓呕吐中枢的止呕作用。

临床观察提示本方可能具有纠正各种胃运动功能紊乱,调节迷走神经张力,或抑杀幽门螺旋杆菌等方面的作用。^[14]

15. 张国梁诊治经验

张氏认为功能性消化不良病因可由食滞、寒凉、情志等因素导致,病位在肝脾胃,病机是肝郁脾虚,气滞血瘀,导致胃失和降为本,气滞血瘀为标。肝气郁结,一方面克伐脾土,造成脾气虚衰,运化无力,亦可上犯胃腑,导致胃气上逆而见呃逆、返酸、呕吐等症状,另一方面可造成气失条达,导致气滞进而血瘀,故可见上腹饱胀,上腹疼痛或胸骨后疼痛等症。正如《素问·五常政大论》曰:“气相得则和,不相得则病”。因此,治疗上应以舒肝健脾和胃、行气活血为要旨。拟理胃舒方治疗:柴胡、半夏、延胡索、砂仁各 10g,白芍、党参各 12g,谷芽、麦芽、丹参各 30 g,枳壳,白术各 15g,甘草 6g。理胃舒中,以四逆散为底方,取舒肝解郁行气之功,使得枢机运转,阳气宣畅,升清降浊。现代研究认为四逆散对胃排空及小肠推进功能有促进作用。白术、党参、谷麦芽、半夏、砂仁健脾和中消导,延胡索、丹参理气活血止痛。现代认为丹参对幽门螺旋菌有较强的抑制作用。全方舒肝健脾和胃,行气活血。^[15]

16. 尚云省诊治经验

尚氏根据临床表现认为本病的中医病因病机当为正气不足,脾胃虚寒,六淫七情之致病因子乘虚侵犯中州之土,或为寒热互结,或为湿热内蕴,或为肝木克土。本虚标实,寒热相兼,致使脾气当升不升,胃气应降不降,中焦运化之权失司,遂见痞满、腹胀、嗝气、呃逆、恶心、呕吐、便溏、纳呆、乏力、嘈杂、隐痛诸症。故本病是以脾胃虚寒为本,寒热错杂为标的功能性失调病症。故拟和胃健运汤:生黄芪 15g,白芍 30g,干姜 10g,黄芩 10g,川黄连 3g,姜半夏 12g,莱菔子 10g,

砂仁 3g(后下),生山楂 20g,生大黄 4.5g(后下),生甘草 3g。全方辛开苦降、寒温并用、补泻兼施,集温、清、消、补、和、下诸法于一方中,使脾气得升,胃气得降,气机通畅,升降之枢得复,从而使胃肠运化功能恢复其正常的生理状态而诸症痊愈。^[16]

17. 金群诊治经验

金群等人分为六型:

(1)疏肝理气法:用于气机郁滞型。症见胃脘胀痛,攻窜两肋,嗳气频频,常因情志不遂而发作或致病情加重,苔薄,脉弦。证属肝气郁结,木横克土,肝胃不和。方用柴胡疏肝散加减,药选柴胡、枳壳、炒白芍、香附、川芎、青陈皮、佛手、木香、甘草等。

(2)疏肝泄热和胃法:用于肝火犯胃型。症见胃脘灼痛,心烦易怒,嘈杂泛酸,口干且苦,舌红、苔黄、脉弦或数。证属肝郁化火,横逆犯胃,胃失和降。方用化肝煎合左金丸加减,药选青陈皮、白芍、丹皮、炒山栀、浙贝母、黄连、吴茱萸、川楝子、生甘草等。

(3)化痰和中法:用于痰浊中阻型。症见胃脘痞满隐痛,泛恶呕吐清水痰涎,纳谷不思,或心悸目眩,苔腻,脉滑。证属痰浊内生,困阻中宫,脾运失健,胃降失和。方用二陈汤合平胃散加减,药选陈皮、姜半夏、茯苓、厚朴、白术、薏苡仁、生黄芪、炙甘草等,偏寒者配入干姜、桂枝,偏热者伍以竹茹、黄连,呕吐较甚者加用旋覆花、代赭石。

(4)化瘀通络法:用于瘀阻胃络型。症见脘痛迁延日久不愈,痛如针刺,偏于一处,舌质黯紫或见瘀斑瘀点,脉涩。证属久病入络,瘀血内停,阻滞胃络。方用丹参饮合愈痛散加减,药选丹参、檀香、砂仁、五灵脂、延胡索、莪术、当归、芍

药、金铃子、炙刺猬皮等。

(5)温中健脾法:用于脾胃虚寒型。症见胃脘隐痛喜按,得温得食则缓,纳谷不香,面色少华,神疲乏力,口淡不渴,泛吐清水,甚则四肢不温,舌淡、苔白,脉细弱或迟缓。证属脾胃虚弱,中阳不振,运化失健。方用黄芪建中汤加减,药选炙黄芪、党参、炒白术、炒白芍、炙甘草、桂枝、干姜、茯苓、陈皮等。

(6)养阴益胃法:用于胃阴亏虚型。症见胃脘隐痛,嘈杂善饥,口干唇燥,大便干结,舌红少苔、中有裂纹或光剥无苔,脉细数。证属胃热内炽,耗伤胃阴。方用一贯煎合玉液汤加减,药选生地黄、北沙参、麦冬、当归、枸杞子、煨川楝子、山药、炙黄芪、知母、葛根、五味子、天花粉等。

但临床上每多出现兼夹证候,如:气滞血瘀、痰瘀互阻、中虚气滞等,故临证中须详审病史,细察脉症,认真分析,辨证用药,不可拘泥于一证一方。同时,除对患者进行药物治疗外,还必须给予必要的精神治疗,从心理上解除患者的恐惧和疑惑,方能取得满意疗效。^[17]

18. 杨嘉永诊治经验

杨氏根据中医辨病与辨证,临床治法及分型为:

疏肝和胃法:用治肝胃不和型。胃脘胀闷,走窜不定,噎气,舌苔薄白,脉弦。常用柴胡疏肝汤合金铃子散加减。

清利湿热法:用治肝郁湿热型。胃脘灼痛,两胁胀痛,口干,口苦,便秘,心烦易怒,舌红,苔黄,脉弦。龙胆泻肝汤合左金丸加减。

疏肝健脾法:用治肝郁脾虚型。胃脘胀闷,纳差,口淡,便溏,神疲,舌淡红苔薄白,脉沉细。用柴芍六君汤加减。

健脾益气法:用治脾胃虚弱型。胃脘隐痛,纳差,口淡,

便溏,舌淡,苔薄白,脉细。用四君子汤合参苓白术散加减。

养阴益胃法:用治胃阴不足型。见胃脘灼热疼痛,餐后饱胀,口干舌燥,大便干结,食减,舌红少津或有裂纹,脉细。用益胃汤或一贯煎加减。^[18]

19. 赵凤莲诊治经验

赵氏按中医辨证,把功能性消化不良分七型施治:以健脾调气、化湿降浊为原则,自拟方:党参 20g,白术 15g,茯苓 15g,枳壳 15g,升麻 15g,炙甘草 10g,焦三仙各 15g,陈皮 5g,木香 3g。肝郁脾虚加柴胡 15g,香附 12g;脾虚胃热去木香、炙甘草,加黄连 10g,炙竹茹 15g,生甘草 5g,蒲公英 15g;湿阻脾运,去炙甘草、山药,加苍术 15g,厚朴 10g,砂仁 5g 后下。生薏苡仁 15g;胃阴不足型去木香,加石斛 15g,玉竹 10g,知母 10g,麦冬 15g;脾胃虚寒型加黄芪 20g,桂枝 10g,干姜 5g,大枣 5 枚;饮食积滞型去党参、炙甘草,加鸡内金 15g,麦芽 20g,连翘 10g;瘀血阻络型加生蒲黄 15g,延胡索 15g,炙乳没各 10g。水煎,每天 1 剂,分两次温服。赵氏认为此病脾胃气虚为本,气滞湿阻为标,着重在健脾,调节脾胃升降功能,清升浊降,功能恢复。用药上妙在升麻与枳壳的运用,以升麻升清阳,以枳壳降滞除满,与补虚同用,补而不燥,气虚、阴虚均宜使用。^[19]

20. 李子俊诊治经验

李氏等认为消化不良一病的产生是由于脾胃气阳不足,肝失疏泄,肝、脾、胃功能失调,故拟疏肝健脾和胃之法。以金龙汤治之。组成:柴胡、郁金、木香(后下),佛手、枳实、党参、五爪龙等。临床研究表明,服用本方后胃液体半排空时间缩短,血浆胃动素水平较服药前升高($P < 0.01$)而血清

胃泌素水平变化不明显($P > 0.05$),说明中药金龙汤对胃排空延迟型功能性消化不良,有良好疗效。^[20]

21. 孙维峰诊治经验

孙氏等认为功能性消化不良病机是升降失常,其主要是因中气虚弱,拟健脾温中,理气和胃方法,以升清和降浊两组功效药组成升降汤治疗。该方由北芪、酒川军、竹茹、代赭石、焦槟榔、白术、干姜、草蔻、炙甘草组成。临床可用于脾胃虚弱和脾胃不和两种证型。实验表明本方具有胃肠动力作用,其作用优于吗丁啉,且又能抑制新斯的明引起的胃肠强烈运动,而吗丁啉无此作用,说明本方对胃肠运动有双向调节作用,能促进胃肠运动恢复正常生理状态。^[21]

【按语】

中医对功能性消化不良有很好的疗效,综上述,各医家对功能性消化不良的病因病原认识基本一致。病机特点是脾胃虚弱,气机阻滞,升降失司,尤其重视脾胃升降功能,把胃气和降放在首位,无论证属虚实,都把通法贯穿于治疗过程的始终,因为通可促运化,通可促升降,通可助条达。

上述几位医家治疗风格各异,各具特色。施今墨在功能性消化不良的几个案例中,选取三法:①调气和中,消导化滞;②顺气降逆;③养阴生津。牢牢抓住脾胃的生理病理特点,根据气机阻滞,升降失调这个核心,详细辨证,分清虚实,灵活用药,消导积滞时不伤正,顺气降逆时不忘升清,养阴生津时注意用清润合消食健脾药,疗效显著,不愧为中医大家之风范。蒲辅周学验俱丰,审因论治,根据虚实寒热不同,拟定四法:①清化湿热,调和脾胃;②温化清导;③健脾

化湿,调和肠胃;④疏肝和胃,解郁散结。重视和法对本病的作用,是其显著特点,针对湿、郁、寒、热分别调和脾胃,调和肝胃,调和肠胃,予以施治。王建勋诊治本病,亦重视脾胃,根据寒邪、湿热、伤食不同,强调脾胃虚弱是主要病机,设立四法:①健脾温中;②通腑化滞;③温中散寒;④芳香化湿。用药多用温散燥湿,理气芳香之品,如香附、乌药、薏仁、厚朴、青陈皮等。严苍山治疗本病,主要有三法:①养阴清胃理气;②疏肝健脾;③补中益气法。在用药方面,无论气虚、阴虚,仅一两味补,必配以大队理气通络品,如路路通、香橼、青陈皮等,以补为辅,以攻为主,攻补兼施。余莉芳诊治上以肝郁为核心分5型辨证,认为这即体现病因病机特点,又反映了主证与兼证关系,以清润通降为治疗大法,五法分别是疏肝和胃法、疏肝清胃法、疏肝化湿法、疏肝健脾法、疏肝养胃法。疏肝解郁行气,如柴胡、枳壳、木香、元胡、每多应用。李寿山认为消化不良当从痞满、胃痛等论治。其病机关键为中虚不运、肝郁气滞、寒热错杂、阴亏津枯,尤以中虚不运为多见。治宜健脾、疏肝、和解、润下为主。自拟补中消痞汤、舒肝和胃汤、和中消痞汤、清中消痞汤,验证于临床,疗效显著。董建华分析病机,确立从肝脾胃论治,健脾理气,擅用旋覆代赭汤;降胃导滞,独用香苏饮;疏肝和胃,巧用四逆散。潘志恒则以“实痞”论治功能性消化不良,属脾虚者少。以疏肝和胃汤为基本方,并结合兼杂症状灵活加减运用,动物实验及临床观察证实,此方有较好的改善胃肠功能作用。张国梁治疗以舒肝健脾和胃、行气活血为要旨,以四逆散为底方加味。尚云则强调脾胃虚寒为本,寒热错杂为标,用药集辛开苦降,寒温并施,补泻兼用。金群施治分型较细,六法分别施治,疏肝理气、疏肝泄热、化痰和中、化痰通络、温中健脾、养阴益胃,且认为要结合心理治疗,方能取得满意疗效。

杨嘉永分5法,分别是疏肝和胃法、清利湿热法、疏肝健脾法、健脾益气法、养阴益胃法。赵凤莲辨证分型最细,有七型,但以健脾调气,化湿降浊为原则。自拟方基础上按夹杂邪气及虚实不同用药。用药上尤重枳壳与升麻运用,二药是升清降浊的要药。李子俊等以疏肝健脾和胃的金龙汤治疗,实验及临床观察,证实能升高血浆胃动素水平,对胃排空延迟型功能性消化不良有良好效果。

(张晓明 刘成武)

参 考 文 献

- [1] 祝湛予. 施今墨临床经验集. 北京: 人民卫生出版社, 1982
- [2] 中医研究院. 蒲辅周医疗经验. 北京: 人民卫生出版社, 1976
- [3] 北京市老中医经验选编. 北京: 北京出版社, 1980
- [4] 上海市卫生局. 上海老中医经验选编. 上海: 上海科学技术出版社, 1980. 95
- [5] 余莉芳. 中医辨证论治非溃疡性消化不良探讨. 中医杂志, 1994, 35(2): 89
- [6] 王长洪. 功能性消化不良的论治经验. 辽宁中医杂志, 1999, 26(7): 289
- [7] 于家军, 李志民. 李寿山治疗功能性消化不良经验. 辽宁中医杂志, 1998, 25(6): 255
- [8] 邓宏, 许鑫梅, 罗日永, 等. 功能性消化不良的中医药治疗进展. 新中医, 1998, 30(9): 55
- [9] 李乾构, 周斌. 功能性消化不良的辨证论治. 北京中医, 1996, (1): 15
- [10] 刘汶, 李乾构, 危北海, 等. 健脾理气冲剂治疗功能性消化不良的疗效观察. 中西医结合脾胃杂志, 1999, 7(3): 189
- [11] 刘汶, 李乾构, 柯美云. 中西医结合对功能性消化不良的研究. 中西医结合脾胃杂志, 1999, 7(4): 233
- [12] 莫念华. 中医对功能性消化不良的辨治体会. 光明中医, 1999,

(5):49

- [13]冯超英,王志成枳术平胃汤治疗功能性消化不良 58 例. 河北中医,1998,20(5):280
- [14]潘志恒.疏肝调胃汤治疗功能性消化不良 67 例临床观察. 新中医,1997,29(12):16
- [15]张国梁.理胃舒治疗老年非溃疡性消化不良 32 例. 安徽中医学院学报,1994,13(4):4
- [16]尚云省.和胃健运汤治疗非溃疡性消化不良的临床观察. 中医杂志,1998,38(3):168
- [17]金群等.分型辨治功能性消化不良 364 例临床观察. 江苏中医,1999,20(7):17
- [18]杨嘉水.中西医结合治疗功能性消化不良. 中国中西医结合学会第十一次全国消化系统疾病学术研讨会论文汇编.
- [19]赵凤莲.中医药治疗功能性消化不良 83 例病例分析. 中国中西医结合学会第十一次全国消化系统疾病学术研讨会论文汇编.
- [20]李子俊.金尤汤治疗非溃疡性消化不良的临床研究. 中国中西医结合脾胃杂志,1999,7(1):19
- [21]孙维峰.升降汤治疗功能性消化不良的临床与实验研究. 中国中西医结合脾胃杂志,1998,6(3):145

幽门不全梗阻

【概述】

幽门不全梗阻是指因多种原因引起幽门管道间歇性或永久性狭窄,胃内容物不能顺利通过而出现上腹部饱胀、疼痛、呕吐及患者营养障碍,水、电解质和酸碱平衡失调等一系列临床症状。幽门不全梗阻多并发于长期慢性十二指肠球部溃疡,其次为幽门管溃疡、幽门前胃溃疡。据统计约5%~10%溃疡病可并发幽门梗阻。此外,胃粘膜脱垂、幽门前位癌、近幽门部多发性息肉及各种良性肿瘤、成人幽门肌肥厚症、胃肉芽肿病等,当发展到一定程度,均可并发幽门梗阻。X线透视、胃镜检查是确诊梗阻程度、梗阻性质及原发病因的重要手段。根据其梗阻程度可以分为不完全性和完全性梗阻。现代医学对功能性梗阻和器质性梗阻的初期,内科治疗方法基本相同:①补充液体,纠正水、电解质和酸碱平衡的紊乱;②胃肠减压;③对营养状况极差者给予静脉营养;④抑制胃酸分泌;⑤积极治疗原发病。对胃肠减压过程中,梗阻不易解除,时缓时作,反复发作,或者胃部各种良性肿瘤、多发性息肉、胃癌等主张手术治疗。

幽门不全梗阻属中医“反胃”范畴,其病因病机为饮食不节、饥饱失常;或中阳不振,寒自内生,脾胃虚损,运化无能;或脾虚不运,湿聚痰生,痰浊阻胃;或过食辛辣肥甘,痰热中阻;或久病入络,瘀血阻于胃脘,使食积不化,逆而上

出。总之,为本虚标实,本虚为脾胃虚弱,标实为痰浊、积热、瘀血胶结,胃气不得下行,则成反胃。本病日久,气阴双亏,或由脾及肾,导致命门火衰则病情更加严重。

【名医经验】

1. 刘文川诊治经验

刘氏等以调胃承气汤合平胃散加半夏为主,随证加减治疗幽门梗阻 28 例,效果显著。

基本方组成:苍术 9g、厚朴 9g、半夏 6g、陈皮 6g、生姜 3 片、甘草 6g、制大黄 3g、玄明粉 3g。便秘改用生大黄 6g,水煎,日 1 剂,分 3 次温服。

刘氏认为幽门不全梗阻属中医“反胃”范畴,其证多寒中有热,虚中有实,故妙用大黄、玄明粉以清寒中之热,泻虚中之实。同时反胃证又与外感、劳倦、饮食不节等诱因相关联,临证时以基本方为主,随证加减。

脾虚气滞型加党参 10g、干姜 3g; 外邪犯胃型加苏叶、防风各 5g; 气滞血瘀型腹部疼痛加五灵脂、酒白芍各 6g、党参 15g; 呕血或黑便时加海螵蛸粉 1.5 g,日 3 次冲服; 反酸者加海螵蛸粉 1.5 g、吴茱萸 1g、黄连 3g; 舌质红者加黄芩 6g。^[1]

2. 金贵年诊治经验

金氏治疗胃、十二指肠溃疡并发幽门不全梗阻 13 例,获得较好疗效。金氏认为本病是因长期脾胃受损、痰瘀互结于幽门,格拒不下,胃失和降而上逆,久吐伤津为病理转机,所以采用润下通降法,以五仁汤加旋覆代赭汤进行治疗。

组成:桃仁 45g、杏仁 30g、柏子仁 45g、郁李仁 10g、松子仁 30g、当归 30g、火麻仁 60g、旋覆花 15g、代赭石 30g、党参 15g、半夏 15g、甘草 6g、生姜 3 片、大枣 3 枚。

加减:气虚阳微明显者去党参改人参 15g、黄芪 15g;大便燥结如羊屎且色黑、十余日不下者,可加破结行瘀之熟军 30g、芒硝 10g、红花 15g;在治疗过程中因气滞而复发者,加舒肝理气之柴胡、沉香各 10g。

上方水煎成 200ml,每日分 3 次服,日 1 剂。服后第 1、2 天患者出现腹痛、肠鸣,相继排便,排出稀便、水样便、量多有腐臭味,便后胃脘轻松,继服上方减半至吐止,便软时再用调理脾胃方善之,反复发作者可用半量方服用 2 个月。

金氏认为,在 X 线下观察发现,应用富含油脂的本方药,比单纯降逆之剂钡餐通过幽门要顺利,并能使胃中潴留物顺势而下,使失于和降的胃功能恢复,故在临床上效果较为理想。^[2]

3. 戴建良诊治经验

戴氏等用己椒苈黄汤治疗本病 22 例,全部获满意疗效,梗阻解除 2~7 天,平均 3.6 天,腹痛呕吐消失,能进半流饮食,通下大便(平均 1.8 天)。

治疗方法:梗阻阶段均选用己椒苈黄汤,药用防己 10g、椒目 5g、葶苈子 15g(包煎)、生大黄 10g(后下),浓煎 150ml,分次口服或胃管内注入,每日 1 剂,1 周为 1 疗程,辅以禁食或少量流质饮食,必要时补液或胃肠减压(其中 2 例补液,1 例因梗阻严重而行胃肠减压)。

戴氏等认为,幽门梗阻是消化性溃疡常见的并发症之一,当溃疡或肿瘤等疾病位于幽门或其附近时,引起幽门充血、水肿或瘢痕狭窄或两者兼有。李东垣谓“致血气失于滋

养,故不周流,气道壅滞中焦,不能腐谷,遂停滞而为痰”,由此本病的病机为气血壅滞中州,水湿滞而为痰,用张仲景己椒蒴黄丸改为汤剂,葶苈子降泄肺气以通调水道,防己、椒目逐水饮,使邪从小便而出,又大黄泻热通便,从大便而出,前后分消,浊邪得以排除,郁热得以清泄,脾升胃降,纳运以复,达到临床目的。

临证时需诊断明确,治疗及时。这是因为其一,痰在肠胃间,纵然病理有寒热之分,体质有强弱之别,但痰饮阻滞,总为标实之证,梗阻不解除,药食无以进,谈何祛病养正;其二,腑以通为用,故通下是关键,往往便下症减。用泻下痰饮为基本治法,解除梗阻,可与西医补液、胃肠减压等治疗方法媲美,且有简便、效捷的特点,易被医患所接受。一旦梗阻解除,应辨病的同时结合辨证加减,以资巩固。如对病程长、体质弱、舌淡苔白滑、脉濡缓等证属虚寒者,可复入姜桂以加强温中化饮之功;对舌暗脉涩、腹痛如针刺者加桃仁、红花以化瘀和中。

戴氏指出,用本方治疗,可明显消退幽门区的水肿,缓解其痉挛,提前进食,恢复体力,为手术创造有利条件,有益于术后吻合口的愈合及机体的康复。但解除梗阻,仅为治标之计,应中病即止,然后审因论治,重视对病因的根除,以达到彻底治愈之目的。^[3]

4. 许履和诊治经验

许氏善用苦辛通降法治本病,其认为“痛、胀、吐、闭”四症之中,以胃气上逆之吐为主,而呕吐最宜投苦、辛、酸药。其常用方有左金丸、半夏泻心汤、温胆汤等。凡梗阻而见湿热中阻、胃气上逆之呕吐,呕吐物为食物或痰涎,或酸苦之物,胸脘痞胀,胁腹疼痛,小便黄热,便秘而无矢气,脉来弦滑

而数,舌苔或白腻,或黄腻而厚等,皆可运用本法。

常用药物为姜汁炒黄连、黄芩、吴茱萸、姜半夏、茯苓、竹茹、枳实等。幽门梗阻以胃、十二指肠溃疡并发为多见,胃脘胀痛,痛连胁肋或脘痛彻背者,加金铃子散、白芍以泄肝止痛;噎腐吞酸,有食滞者加保和丸;高位肠梗阻,呕吐且脘腹痞胀者,加川朴、青皮、香附以理气消胀;低位肠梗阻则加蜣螂虫以通肠闭;粘连性肠梗阻加金铃子散、木香、乌药、当归、白芍等以和气血。

其他疾病如胆石梗阻见本证时加柴胡、茵陈、山梔、炙鸡内金、金钱草以利胆通石;泌尿系结石则加滑石、冬葵子、车前子、海金沙、金钱草等以利尿排石。

本法与通里攻下法皆可治疗本病,攻下法以治闭为主,本法以治吐为主,使上逆之胃气下降,腑气亦通,一泻一降,各臻其妙。临证时,攻下法无效时可酌用降气法;而降气法无效之病例,有时投攻下法可获效,二者各有所长,均以互补不足。^[4]

5. 俞尚德诊治经验

俞氏赞同反胃的病机为胃虚脏寒所致,脏寒“是指命门火衰”。本病并发于溃疡病的慢性过程中,联系溃疡的病因病机进行分析,由于脾胃阳虚,久病及肾,肾气不得脾气之充养,渐致肾阳虚衰,肾阳不能温养脾胃,则使中土不运,以致宿食不化,水饮内停,寒饮相搏,胃气不降,幽门不通,遂成朝食暮吐之反胃之证。溃疡病发展到此阶段,不仅是脾胃阳虚而且涉及命门火衰,原有的停饮瘀阻依然存在或加重,故此种幽门梗阻常是功能性与器质性双重原因造成的。

治以甘温健脾,辛热益火,活血解瘀,降逆通结,俞氏“启幽汤”治疗,方药组成:炒茅术 5~8g、炙甘草 10~15g、赤芍

10~12g、车前子 10g、公丁香 2~3g(后下)、吴茱萸 3~5g、苏木 6~10g、枳壳 6~10g、炙鸡金 10~15g、干姜 3~5g、附块(或益智仁)5~10g、生赭石 30~60g(先煎),疤痕性梗阻者加桃仁、三棱等,便秘者加肉苁蓉、当归等。一般服上方后可达到便通,如便秘甚者加制大黄或番泻叶,务使大便通利,腑气下行,则呕可止。

方中干姜、附块、茅术、甘草益命火,补脾阳,茅术又善消胃中停饮;赤芍、苏木通络行瘀,吴萸、丁香暖胃止呕,枳壳宽中下气,鸡内金磨化积滞,赭石降逆通结,必须重用、生用、久煎;苏木、枳壳用量不可过大。

服药时间安排在上午 9 时、下午 2 时,常能当日奏效。待梗阻症状消失后,减少赭石用量,续服数周,然后按溃疡病方案继续治疗。

俞氏指出,在动物实验中,芍药甘草汤对胃排空有抑制作用,但临床观察而看,芍药、甘草在启幽汤中按上述比例组方,对人体病理性幽门梗阻排空困难有良好的治疗作用,减芍药、甘草则疗效不佳,故单味药的动物实验研究可作为处方参考,但不能作为最佳选药依据,中医处方还须遵照理、法、方、药的一体性和完整性进行思考,这才是真正中医特色。^[5]

6. 岳宗海诊治经验

岳氏曾用益气温中法治疗“反胃”二例,症见形体消瘦、面色萎黄、神疲乏力、脘腹胀满、食后胀痛更甚,朝食暮吐,宿食不化,舌淡苔薄白,脉细缓无力或沉细无力。证属中焦虚寒,饮食不化,命门火衰,釜底无薪,水谷不腐,气血无源,津枯肠燥。法当温阳健脾,用四君、理中、黄芪建中汤加减:红参 6g、白术 15g、茯苓 12g、当归 15g、肉苁蓉 9g、川楝子 9g、黄

芪 30g、桂枝 6g、木香 3g、天冬 9g、干姜 6g、槟榔 9g、乳香 6g、生姜 3 片、大枣 6 枚等。

岳氏用参芪治反胃,从汪机《石山医案》中得到启示,脾胃喜温而恶寒,脾胃有伤,非借甘温之剂不能补。方中参芪味甘性温,以补脾胃;白术、茯苓健脾理湿;当归辛甘苦温,能养血润燥;配天冬以滋养胃阴,釜中有水,水谷乃腐;桂枝温中而降冲气;木香、川楝子、槟榔以理气导滞,消中焦之积;干姜味辛大热以温中散寒;配肉桂以温补命门,釜底增薪;乳香活血祛瘀止痛;肉苁蓉甘酸咸温,能润肠通便,并能温补肾阳;姜枣调和脾胃,以上诸药合之,扶正而不助邪,祛邪而不伤正;邪去正复,脾胃自健,胃气乃降,诸症自愈。^[6]

7. 赵俊生诊治经验

赵氏等对本病西医内科保守治疗无效者 38 例,采用中西医结合治疗,疗效满意。中医治疗:以旋覆代赈汤合半夏甘遂汤加减治疗。方药组成:姜半夏 15g、旋覆花 15g、生姜 10g、黄芪 15g、柴胡 10g、附子 10g、怀山药 15g、杭芍 15g、甘遂粉 1g(分两次分冲)加水 500ml,文火煎至 250ml,日 1 剂,早晚分服。加减:腹胀恶心明显,倍用甘遂;如腹泻明显,日 3 次以上者,甘遂减半;腹痛反酸明显,重用附子、甘草;舌红阴虚减柴胡、生姜,加麦冬,重用杭芍;出血者加大黄 3 ~ 5g;幽门狭窄有瘢痕者加三棱、莪术、山甲、王不留行。

一般处理:普食,必要时给对症处理,6 周为 1 疗程,其后复查胃镜及 X 线检查。

结果 20 例治愈,14 例好转,4 例无效,无效者经手术证明为胃癌,随访 36 例。一年后,治愈者 2 例穿孔,4 例因反复出血而行手术,好转者 3 例怀疑胃癌,2 例因出血而手术,此

外均无复发。

赵氏认为,本病依仲景言为“胃中虚冷”,然由于病程长,实则既有脾阳虚,又有停食、积饮或兼血瘀。故须通开结,方能恢复胃肠之“传化物而不藏”,用旋覆代赭汤补脾阳、降胃气,半夏甘遂汤攻实通幽,如夹有瘀血须加三棱、莪术等活血化瘀,使脾健邪除诸证自愈。另外,遂、夏乃通幽降逆之要药,附、草为实健阳之必须。指出甘遂、甘草、附子、半夏同用未见其相反的毒性,其机制尚须进一步探讨。

此外,赵氏结合现代有关研究认为,泻下药可加速腹腔渗液、血液的吸收,降低胃肠平滑肌张力,促进胃的排空。因而能促进幽门充血、水肿消退,解除幽门痉挛,起到通幽止吐的作用;另好转病例中 10 例伴有狭窄,又在本方基础上加活血化瘀、软坚散结之品,6 周后其中 3 例达治愈标准,进步者 4 例,无效者 3 例,其机制是活血化瘀药能抑制纤维母细胞之亢进的胶原合成功能,使其变得成熟和静止,从而促进瘢痕软化及不同程度变平有关。⁷¹

8. 陈泽霖诊治经验

陈氏曾治一瘢痕挛缩所致的幽门不全梗阻,外科曾拟手术治疗,因家属犹豫,故先请中医治疗。患者胃病 11 年,诊断为溃疡病、幽门梗阻 3 年,复因情志不畅诱发,食后腹胀欲吐,至晚必吐,吐物为酸臭宿食,查见患者形体消瘦,面色萎黄,时时呻吟,阵阵泛恶,胃中沥沥有声,大便数日不解,舌边红,苔白腻,中有裂纹,脉细弱无力。辨证属肝胃气滞,痰浊挟瘀交阻,阳明通降失司,致胃气上逆而呕。拟苦降通泄,燥湿化痰,佐以活血化瘀之品以软坚散瘀。方药:苍术 9g、川朴 9g、半夏 9g、陈皮 6g,以此方为主加减调治好转出院,后因饮食不当及过劳,幽门梗阻症状重现,经手术后证实,患者十二

指肠球部前壁溃疡,周围有较硬的瘢痕组织形成,并与胆囊粘连。

陈氏又以此方治疗其他幽门不全梗阻病例及胃次全切除后吻合口水肿引起的梗阻,都收到一定疗效。^[8]

9. 刘成极诊治经验

刘氏用生姜泻心汤治疗幽门梗阻 52 例,其中完全梗阻 14 例,不完全梗阻 98 例,病程 1 个月至 2 年,其中半年者占 82.7%,52 例均是在用西药中其他方法无效后应用本法,效果良好。

生姜泻心汤组成:生姜 25g,炙甘草 15g,人参 10g(或党参 20g),干姜、黄连、黄芩各 10g,半夏 10g,大枣 20g,1 剂煎 2 次分 4 次服,每 6 小时服 1 次。病情严重者 1~2 小时服 1 次。

治疗结果表明,52 例患者中服药 2~5 剂后解除梗阻占 30.8%;6~10 剂占 30.8%;11~15 剂占 23%;16~20 剂占 15.4%。治疗前均有不同程度呕吐,上腹痛和上腹部明显振水音。治疗后诸症完全消除,食欲渐增,体重增加。

刘氏指出,生姜泻心汤可和胃降逆、宣散水气、辛开苦降、扶正祛邪,故可收到满意效果。年龄越小、病程越短者疗效甚佳,一般服 10~20 剂后,症状即可完全缓解;年龄越大、病程较长者亦可获效,但疗程要长。^[9]

10. 顾丕荣诊治经验

顾氏曾治一例反复呕吐半年余患者,病人 65 岁,素有胃病史,半年来食入能下,但不论昼夜,卧则呕吐,倾囊而出,任意中西药无效,胃镜示幽门管炎症,脉濡细略数,两关滑动,舌质淡红,苔薄白带黄,顾氏认为吐病古称格证,病由痰热中

阻,胶结关隘,气机升降失常,阴阳格拒,通降不能,上逆而呕,用喻嘉言进退黄连汤以和之。

处方:党参 12g、半夏 9g、桂枝 6g、干姜 3g、川黄连 3g、石见穿 30g、蒲公英 30g、枳壳 12g、生甘草 6g。

进药 7 剂后吐止卧安,舌淡红苔白腻,脉细滑,上方加焦白术、茯苓各 12g,葛根 6g,又 7 剂后诸证全消,2 个月后门诊随访,诸证未发。

顾氏认为全方生用,取其气雄而彻达上下,川连苦降清热,桂姜辛通祛寒,寒热清则阴阳自和,党参益气安中,半夏化痰和胃,中气调则升降自协,加枳壳宽膈泄浊,石见穿通幽开格,蒲公英清热解毒,三味药消壅破结,通其关隘,复诊时更佐白术培中助运,茯苓淡渗泄浊,葛根益胃升津,以复斡旋脾运之机而收全功。^[10]

11. 王兆栓诊治经验

王氏对本院消化性溃疡并发幽门梗阻住院病人 50 例,给予硝黄草冲剂口服,收效良好。

方药组成及服法:芒硝、大黄、甘草各 5g,上三味药热开水冲泡 200ml,15 分钟后饮用,第一次最好饮尽,使胃内药液达到一定浓度,其后续加开水,当茶饮,鼓励多饮,每日换新药 1 剂。

首次服药 1 小时后,病人腹鸣,有“通气”感,腹痛和堵塞感减轻,并有进食欲望,50 例病人有 9 例首次服药后有呕吐,待稍稳定后续服,起效更快;服药第 2 天有 12 例发生轻微腹泻,无腹泻病人梗阻症状也已消失。治愈的 48 例中,分别在 1~4 天中解除梗阻症状,2 天内解除梗阻的 34 例中,均为发病 3 天内就诊的病人;4 天解除梗阻的 4 例,其病程均在 5 天以上,说明发生梗阻症状后就诊越早越好。

50 例病人中 10 例因脱水严重而给予输液支持疗法外,未用其他药物。结果 48 例梗阻解除,2 例改善,有效率 100%,症状改善者 1 例为胃溃疡癌变,1 例是十二指肠溃疡幽门部瘢痕性狭窄。^[11]

12. 吴迪祥诊治经验

吴氏曾用活血化瘀、通里散结法治愈本病 1 例。患儿 2 个月,从出生后 20 天左右起呕吐,中西药无效,查体见消瘦、精神萎靡、皮肤弹性差、前胸凹陷、右上腹扪及 1cm × 1.5cm 大小椭圆形包块,质较硬,经鼻饲法钡餐透视证实为先天性肥厚性幽门狭窄,因其病理上有粘膜充血、水肿、梗阻现象,中医辨证属气血凝滞结聚,降纳受阻,治宜活血化瘀,通里散结。方药用:三棱 5g、莪术 5g、丹参 10g、红花 3g、桃仁 3g、归尾 6g、生大黄 5g、红参须 2g、莨菪 15g、砂仁 2g(杵)、焦楂曲各 10g、生谷麦芽各 10g、川黄连 2g、生姜 3 片,每日 1 剂,少量频服,2 剂后症状缓解,8 剂后腹部包块消失。吴氏认为,凡破瘀化结,软坚散结之品,无疑对减轻粘膜,充血、水肿,乃至结缔组织增生具有一定作用。^[12]

13. 吕雪卿诊治经验

吕氏认为先天性幽门肥厚乃由孕母情志不畅或跌仆惊恐、气机逆乱、痰饮、瘀血胶结于患儿幽门所得,故以化痰降逆、活血化瘀之“降逆通幽汤”加减治疗:桃仁 10g、红花 10g、代赭石 30g、党参 30g、白术 30g、焦山楂 30g、陈皮 10g、川朴 10g、半夏 10g、茯苓 45g、泽泻 15g、竹茹 15g、甘草 6g、生姜 3 片,每日 1 剂,少量频服,3~5 剂后呕吐腹胀等症状大减,调理月余,诸症消失,体重增加。临证时辨病与辨证相结合,辨证准确,本方用之每获良效。^[13]

14. 陈之才、倪克中诊治经验

陈氏等认为幽门梗阻之痛、吐、胀、闭的症状，乃由各种因素，致脾胃受损，胃失和降所成，治疗当以“通”为顺，通的含义深广，正如《医学正传》所云：“上逆者使之下行，中结者使之旁达，是通也。虚者助之使通，寒者温之使通”，然调气以和血，调血以和气亦通也，张仲景治吐之大小半夏汤、半夏泻心汤等，均为辨证而治，恢复胃之通降功能，据此，本病治疗当以“通”为主，谨守病机，灵活变通，以下举四个病例四种治法供参考。

攻积导滞，降逆止呕法：患者多年溃疡病，复因饮食不节、饮酒过量而痛吐并作，吐出大量食糜，苔黄腻，脉弦滑，证属食积内停，脾胃损伤，胃失和降，治当攻积导滞，和胃通降以止呕，用小承气汤加味：枳实 6g、川朴 6g、生大黄 3g、焦楂曲各 9g、姜川连 3g、姜半夏 9g、姜竹茹 9g、芍药 12g、甘草 6g，用药 2 剂，泻下 3 次，痛吐症减，后以六君子汤加减调理。

清热泻火，泄浊止呕法：患者多年十二指肠溃疡病史，素喜饮酒，口臭喷人，胀痛并作，大便漆黑气秽，苔黄腻脉弦滑，中医辨证为湿热久蕴，胃络损伤，治宜清热泻火，泄浊止呕，大黄白及合泻心汤治疗。方用：黄连 6g、黄芩 9g、生甘草 3g、山栀 9g、枳实 4.5g、姜竹茹 4.5g、芍药 20g，水煎服，另取大黄粉 3g、白及粉 9g，每次 4g，日 3 次，装胶囊吞服，大便通下，呕吐停止，舌转淡红，苔黄腻渐化，停用胶囊，原方巩固再进数剂而愈。

通阳化饮，温运止呕法：患者胃病十余年，形寒肢冷，喜热喜按，得食则减，间有泛酸，复因饮食过饥，胃脘剧痛，食入即吐，舌暗淡，边有齿痕，苔白腻，证属脾胃阳虚，饮滞不化，治宜通阳化饮，温运止呕，苓桂术甘汤合归芍芍药，药用：桂枝

6g、白术 9g、茯苓 9g、半夏 9g、川芎 6g、当归 9g、芍药 30g、甘草 6g、干姜 6g、延胡索 9g、焦楂曲各 9g，数剂后呕痛渐平，后以益气健脾药调理。

和营解痉，缓急止呕法：患者虽朝食暮吐，吐尽方舒，但用理中汤、大半夏汤后病情不减，舌淡，苔白，脉弦，此非寒可知，属气结血凝，幽门挛急，气机失调，胃气上逆，治宜调气和营，缓急止呕，药用川芎 6g、当归 9g、芍药 20g、甘草 6g，2 剂呕停，5 剂症状消失。可见当归、川芎调气以和血，芍药、甘草缓急以解痉，胃气得降，诸症得除。^[14]

15. 李栩堂诊治经验

李氏用保和丸合元胡止痛胶囊治疗幽门不全梗阻 12 例，获效较佳。

服法：保和丸 10g，1 日 3 次，元胡止痛胶囊 6 粒，1 日 2 次，大便秘结者可给生大黄 10g 沸水泡饮 1~2 次。不加其他中西药，嘱忌食烟酒、浓茶及生冷酸辣硬物，防止着凉。

其认为本病病机为长期脾胃内伤，食积痰滞，郁积化热，胃气下降。保和丸配伍精当，山楂、神曲、麦芽功可消积，尚可行瘀破滞，莱菔子下气化积，连翘清热散结，方中二陈化痰散结而行气，全方消食化痰、行瘀清热，正中病机。元胡功能活血、利气止痛，近代药理研究认为：延胡索素能使平滑肌松弛，有解痉作用，此外还有中枢性镇吐作用。保和丸配元胡止痛胶囊能较好发挥消除幽门水肿、充血与痉挛的作用。^[15]

【按语】

中医治疗本病方法较多，副作用少，有一定疗效，且乐于为患者接受，故显出独特优势。根据本篇所收集文献资料分

析,病因病机较统一,即在原发病的基础上,由于饮食不节、饥饱失常、过食生冷、贪酒无度、忧愁思虑等损伤脾胃,使中焦阳虚;饮食停滞、痰浊阻胃、胃中积热、瘀血阻结等导致脾失健运,胃失和降,气机升降失常而发为本病,为本虚标实之证。本虚为脾胃虚寒、脾阳不振、命门火衰、气阴两亏,标实有痰浊中阻、食停饮积、瘀血阻结等。辨证论治仍为基本原则,但具体治疗方法上以上 15 位医家又各有千秋。以通下法为主,随证加减。如刘文川用调胃承气汤合平胃散加半夏为基本方,结合诱因加减治疗;金贵年用五仁汤合旋覆代赭汤为主方,其中五仁汤用量为 30~60g,当归 30g,有其特点,金氏认为富含油脂的本方比单纯降逆之剂治疗效果好;王兆栓用硝黄草冲剂开水冲泡口服治疗;戴建良以己椒苈黄汤,大黄 10g 后下为主,结合补液、胃肠减压治疗,凡属邪热痰饮内结、腑气不通者可用此法。据现代研究,泻下法可增加胃肠血流,改善血供状态,降低渗出,并有抗菌消炎促进渗出物的吸收,改善胃肠平滑肌张力,使胃排空速度增加的作用,所以此法能促进幽门充血、水肿的消退,解除幽门痉挛,加速胃排空而起到通幽止吐的作用。如赵俊生用旋覆代赭汤合半夏甘遂汤为主方,补脾阳、降胃气,攻实通幽,通关开结,指出遂、夏为通幽降逆之要药,附、草为温运脾阳之必须,十八反中指出甘草反甘遂,乌头反半夏,一般认为附子宜先煎 30~60min,甘遂醋制可降低毒性,甘草用量小于甘遂用量时无相反作用;刘成极用生姜泻心汤和胃降逆,宣散水饮,辛苦通降以治疗本病;顾丕荣以黄连汤原方加蒲公英、枳壳、石见穿等治疗幽门管炎 1 例,其病机为痰热中阻,气机失常。以温中健脾,和胃降逆为主,随证加减。如俞尚德认为本病为胃虚脏寒,命门火衰,以致宿食不化,水饮内停,寒饮相搏,胃气不降所致,所以用甘温健脾,辛热益火,活血解痉,降逆通结之“启幽汤”治疗,便秘者可加当归、

肉苁蓉或大黄、番泻叶,务使腑气通利;岳宗海认为本病病机为中焦虚寒饮食不化,命门火衰,釜底无薪,水谷不腐而气血无源、津枯肠燥,非甘温不能补之,故以四君、理中汤、黄芪建中汤为基础,肉桂温命门之火,当归、天冬以养血润燥,肉苁蓉以润肠通便,加行气之槟榔、川楝子,活血之当归、乳香,共同完成邪祛正复,脾胃自健之作用;许履和则用苦辛通降法治疗本病,认为痛、胀、吐、闭四大主症中,以胃气上逆之吐为主,最宜投苦、辛、酸药,用左金丸、半夏泻心汤、温胆汤加减治疗湿热中阻、胃气上逆之证。通里攻下法以治闭为主,苦辛通降法以治吐为主,一泻一降,胃气得降,腑气得通,各臻其妙。有以活血化瘀法为主治疗本病者。如吴迪祥用活血化瘀法治疗先天性幽门狭窄;吕雪卿以活血化瘀、化痰降逆法治疗小儿先天性幽门肌肥厚并发梗阻2例。据近年研究发现,活血化瘀药对纤维母细胞充进的胶原合成功能有抑制作用,使其变得成熟和静止,从而促进瘢痕软化和不同程度变平。瘀血阻结也是本病重要病机之一,久病入络,瘢痕性幽门梗阻多有瘀血内阻,故诸多医家均参用活血祛瘀法。陈泽霖则用甘降通泄,燥湿化痰,活血散瘀,软坚散结,多种方法协同治疗。

此外,我们认为辨证与辨病应互相结合,如属于幽门水肿引起幽门不全梗阻可加茯苓、车前子、泽泻、滑石等;幽门痉挛可加蜈蚣、白芍等;幽门肿块性狭窄可加桃仁、红花、三棱、莪术等。因病理基础为脾胃虚弱,所以在祛邪的同时要顾护脾胃,当病去大半,则要益气养阴,健脾养胃,以全其功。

中医治疗幽门梗阻虽已取得一定疗效,但目前中医治疗幽门梗阻,主要用于消化性溃疡合并幽门梗阻;对瘢痕性梗阻的治疗成功率仍较低。今后对本病机制方面的深层次研究,是我们的一个方向,以提高临床疗效。

(姚巧林)

参考文献

- [1] 刘文川. 幽门不全梗阻 28 例治验. 福建中医, 1990, (5): 33
- [2] 金贵年. 润下通降法治疗幽门梗阻临床观察. 中医杂志, 1986, (6): 31 ~ 32
- [3] 戴建良. 己椒蒴黄汤治疗不全幽门梗阻 22 例. 江苏中医, 1991, (5): 14
- [4] 徐福松. 许履和老师治疗梗阻性疾病的经验. 辽宁中医杂志, 1981, (12): 10 ~ 11
- [5] 俞尚德. 俞氏中医消化病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997
- [6] 岳宗海, 等. 益气温中法治疗反胃 2 例. 北京中医, 1984, (1): 34
- [7] 赵俊生, 等. 中西医结合治疗幽门梗阻临床研究. 北京中医, 1990, (4): 26
- [8] 陈泽霖. 幽门梗阻治验 1 例. 辽宁中医, 1981, (5): 18
- [9] 刘成极. 生姜泻心汤治疗幽门不全梗阻 52 例. 辽宁中医杂志, 1986, (10): 41
- [10] 顾丕荣. 幽门管炎治验. 河南中医, 1991; (2): 19
- [11] 王兆栓. 硝黄草冲剂治疗消化性溃疡并发幽门梗阻——附 50 例临床观察. 实用中医内科杂志, 1988, (2): 129
- [12] 吴迪祥. 活血化瘀法治愈肥厚性幽门狭窄 1 例. 中西医结合杂志, 1991, (9): 558
- [13] 吕雪卿. 小儿先天性幽门肥厚治验. 浙江中医杂志, 1991, (10): 472
- [14] 陈之才, 倪克中. 幽门不全梗阻医案四则. 中医杂志, 1986, (6): 22 ~ 23
- [15] 史宇广, 等. 当代名医临证精华·胃脘痛专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988

十二指肠壅积症

【概述】

十二指肠壅积症是指各种原因引起的十二指肠远端和十二指肠空肠交界处部分狭窄、梗阻,以致十二指肠近端扩张、内容物壅积,从而产生的一组综合性临床证候。本病主要表现为胃脘胀满或痛、呕吐、暖气、便秘等。结合临床表现,X线钡餐透视是诊断本病的主要依据。同时十二指肠壅积症的梗阻部位在十二指肠水平,其症状与幽门梗阻相似,但表现多为间歇性,呕吐物总挟有较多胆汁,疼痛部位多在上腹部或脐周围,一般在餐后1~4小时发生,当俯卧或胸膝位时可使症状改善或缓解,呕吐随之停止,症状发作时用手挤推腹内脏器向上,症状可好转,这需与幽门梗阻相鉴别。现代医学认为,本病形成之原因很多,慢性间歇性动脉系膜十二指肠阻塞是最常见的致病原因,占50%以上。西医一般采用①禁食;②对症治疗,解痉镇吐,纠正水、电解质、酸碱平衡失调;③梗阻严重者胃肠减压,静脉营养等内科治疗方法。

本病属中医学中“胃脘痛”、“呕吐”、“反胃”、“痞满”等范畴,其病因病机多为邪阻胃肠,腑气不得通降所致。如情志失调、肝失疏泄、横逆犯胃;或饮食不节,损伤脾胃,湿浊、食滞蕴阻胃肠,均可导致胃肠气机阻滞,血运瘀阻,壅积不通而发为本病。临床运用中医药进行辨证施治,常可收效。

【名医经验】

1. 单亦璞诊治经验

单氏认为十二指肠壅积症的病因,主要由于饮食不节、劳逸失度,或因郁怒伤肝,忧思伤脾所致。其发病机制,就临床所见,肝郁脾虚、胃实均可导致脾胃损伤、气血郁滞不能腐熟水谷而发为本病。

单氏认为对本病采用现代仪器明确诊断,再运用中医理论与方药进行辨证治疗,感到此法优于单纯西医对症疗法,对本病重者结合补液,先纠正水与电解质紊乱,可较快地转危为安,从而免于手术治疗而又优于单纯中医疗法。根据临床观察,其将本病归纳为肝气犯胃、湿热中阻、食积胃脘、脾气下陷四种类型。

肝气犯胃型:症见胸胁不舒,痞塞满闷或胃脘胀痛连及两胁,恶心呕吐,嗳气频作,心烦易怒,纳食减少,每因情志刺激而诱发,舌质红苔薄白,脉弦。治法:疏肝解郁,理气消滞,和胃降逆。方选柴胡疏肝散合平胃散加减:柴胡 10g、白芍 15g、炒枳实 10g、炒青陈皮各 10g、醋香附 12g、延胡索 10g、半夏 10g、苍术 10g、草薢 10g、甘草 5g、生姜 3 片。水煎服,每日 1 剂。若兼脾虚纳呆乏力者,加党参、白术、茯苓健脾益气;兼食滞者加神曲、麦芽、炒莱菔子,或服木香顺气丸、越鞠丸消食导滞解郁,肝郁日久化火者,治宜疏肝泻热、和胃降逆,宜用化肝煎合左金丸加减。

胃中积热型:食后脘腹胀满,灼热疼痛,恶心嘈杂吐酸,朝食暮吐,暮食朝吐,吐出宿食及混浊酸臭之稠液。纳呆乏力,心烦口渴,面红,便秘,小便黄,舌红干,苔黄厚腻,脉滑

数。治法:清胃泻热,和胃降浊。方用竹茹汤加减:竹茹 10g、栀子 10g、半夏 10g、青陈皮各 10g、炙杷叶 10g、黄芩 6g、黄连 6g、枳实 10g、大黄 10g、郁金 10g、甘草 3g。水煎服,日 1 剂。胁痛明显者,加川楝子、白芍疏肝柔肝;吞酸甚者,加乌贼骨、瓦楞子;久吐致气阴两虚,出现呕恶,口唇干燥、大便干结,舌红少苔、脉细数者,宜益气生津养阴、和胃降逆,用大半夏汤加味。

食积胃脘型:症见胃脘胀满疼痛,不思饮食,恶心呕吐,噎腐食臭,大便稀薄不爽,舌质暗红苔厚腻,脉滑数。治法:消食导滞化积。方用保和丸加减:半夏 10g、茯苓 12g、青陈皮各 10g、枳实 10g、焦山楂、焦麦芽、焦神曲各 15g、炒鸡内金 10g、莱菔子 15g、大黄 3g、甘草 5g。水煎服,日 1 剂。若舌苔黄腻,加黄连、黄芩清化湿热;大便秘结者,先服调胃承气汤 1 剂后,通腑降浊,再服上方。

脾气下陷型:病史日久,症见形体消瘦,皮肤无弹力,面色萎黄,声微气短,倦怠乏力,胃脘闷胀,腹见肠形,纳食量少多餐,甚则朝食暮吐、暮食朝吐,大便量少,时稀时难,舌质淡嫩边有齿印,苔薄白,脉细弱。治法:调补脾胃,益气升阳,祛瘀降浊。方中用补中益气汤加减:黄芪 30g、白术 12g、吴茱萸 10g、党参 15g、当归 10g、青陈皮各 10g、柴胡 3g、升麻 3g、炒枳壳 30g、半夏 10g、黄连 3g、炙甘草 5g、生姜 3 片、大枣 5 枚,水煎服。

效果:痊愈最短时间 2 个月,最长时间 20 个月。肝气犯胃型服汤药最少 25 剂、丸药 90 丸,最多汤剂 220 剂,丸药 300 丸。胃中积热型服汤剂最少 30 剂、丸药 120 丸,最多汤剂 80 剂,丸药 60 丸。食积胃脘型服汤剂最少 16 剂,丸药 40 丸,最多汤剂 92 剂、丸药 150 丸。脾气下陷型服汤剂最少 65 剂、丸药 60 丸,最多汤剂 325 剂,丸药 300 丸。共治 43 例,

均获痊愈。^[1]

2. 程运文诊治经验

程氏对由于肠系膜上动脉压迫所致的十二指肠壅积症,采用化痰祛瘀为主,结合临证表现分湿痰、寒痰、热痰进行论治,收效良好。

程氏认为本病的临床表现初起均为上腹部胞胀不舒,恶心欲吐,渐至呕吐宿食痰涎,伴腹满胀痛,面色晦暗,目眶黯黑,舌下静脉瘀张,苔腻等,病机为痰浊、瘀血互结中脘,胃失和降,根据痰之性质,若湿痰与瘀血互结,症状以呕吐痰涎、宿食,舌体胖大,苔白腻为主,治疗当燥湿化痰,活血祛瘀,药用姜半夏、枳壳、苍术、白术、旋覆花(包)、陈皮、浙贝母、制南星、郁金、川芎、丹参、石斛各 10g,橘红 5g,生姜 3 片等;若寒痰与瘀血互结,多见腹满胀痛,畏寒肢冷,心悸气短,全身困重,苔白厚腻等,治以温化寒痰,活血祛瘀,药用姜半夏 15g,陈皮、半夏、茯苓、白芥子、炙苏子、桂枝、良姜、枳壳、熟附片、桃仁、红花、川芎、丹参各 10g,制南星、吴茱萸各 5g 等;若热痰与瘀血互结中脘,症状多伴口苦粘腻,大便秘结,小便黄赤,舌质红,舌苔中根黄腻,脉滑数等,治疗宜清热化痰为先,兼以活血散瘀,药用黄芩、姜半夏、竹茹、胆星、枳实、生大黄(后下)、丹参、桃仁、丹皮、赤芍各 10g,黄连、橘红、生山栀、炒莱菔子、生甘草各 5g 等。

呕吐频繁,病情较重时,每日 2 剂,分 4 次服,服药前先用生姜擦舌面,或先服姜汁数滴,可减轻呕吐症状,一般用药 4~5 天,症状可大减,渐去胆南星、白芥子、桃仁、生大黄等性味较峻猛之药,依临床表现渐加健脾益气之苡仁、山药、党参、炙黄芪及生津益胃之石斛、沙参、麦冬,症状消失后改做丸剂巩固调理月余,可达治愈目的。^[2]

3. 田炳照诊治经验

田氏在临证中,辨证结合辨病,取得较好疗效。其认为通降失常是本病总病机,但通降失常之因又有脾胃气虚、胃阴亏虚、湿邪痹阻、肝逆犯胃之不同,治疗从以下几个方面分治:

脾胃气虚,升降失司:患者患胃病多年,脘腹胀满,进食不多,入暮乃胀,甚则呕吐,舌淡红,苔薄或白腻,脉细,此乃久病脾虚,湿浊内蕴,胃失和降,治当化湿醒脾,和胃降逆。处方用:木香 6g、砂仁 3g(后下)、姜半夏 10g、陈皮 10g、党参 10g、白术 10g、山药 15g、扁豆 20g、旋覆花 10g(包)、代赭石 30g(先煎)。汤剂调治 1~2 个月,继以香砂六君丸善后。

胃阴亏虚,通降失职:患者以胃脘胀满纳少加为主,又见口干灼热,尿黄便结,舌红苔少,脉细数。经钡剂透视确诊为本病。胃阴亏虚,通降失职,法当滋阴养胃,降逆通腑。处方:北沙参 15g、麦冬 10g、石斛 10g、玉竹 10g、白芍 10g、乌梅 20g、甘草 6g、佛手 10g、柏子仁 10g、麻仁 10g、瓜蒌仁 10g、旋覆花 10g(包)、制大黄 10g。

湿邪蕴阻,通降失常:患者除本症常见之胃脘胀满外,自觉心下攻撑,暖气方舒,口渴不欲饮,纳谷乏味,小便黄赤,大便或秘或溏,苔厚浊腻满布舌面,脉濡等。属湿浊内蕴困遏中焦,升降失调,治应燥湿健脾,和胃降逆。处方用:苍术 10g、川朴 10g、白术 15g、茯苓 10g、陈皮 10g、姜半夏 10g、扁豆 20g、炒苡仁 30g、砂仁 5g(后下)、旋覆花 10g(包)、生大黄 10g(后下)、代赭石 30g(先煎)。

肝逆犯胃,气机失降:症见胃脘胀满,攻撑作痛,痛及两胁,暖气频作,暖后稍舒,大便干结,若为女性,则有月经不调,经前胸胁少腹胀痛等,证属肝郁气滞、横逆犯胃,治应疏

肝理气、和胃降逆,处方:柴胡 6g、元胡 10g、香附 6g、枳壳 10g、白芍 10g、甘草 6g、旋覆花 10g(包)、生大黄 10g(后下)、半夏 10g、当归 10g。^[3]

4. 刘晨波诊治经验

刘氏治疗本病 10 例,均采用温下法。10 例病人均有不同程度的胃脘胀闷,疼痛噎气,食少呕吐,胃中觉凉,得温则舒,腹胀便秘,畏寒肢冷,舌质暗淡,舌体嫩,边有齿痕,苔白腻或略黄腻,脉多沉细或弦细。发作时上腹可见蠕动波,10 例均伴有营养不良,消瘦乏力,贫血及发作性头痛,X 线检查揭示符合本病诊断特点。中医辨证属胃脘壅阻,中阳不运,气滞血瘀,上下不顺。故自拟温通降逆承气汤,处方:熟附子 9g、补骨脂 12g、旋覆花 12g(包)、代赭石 15g(先煎)、姜半夏 9g、陈皮 12g、桃仁 12g、红花 9g、生大黄 9g(后下)、枳实 12g、厚朴 12g、芒硝 9g(冲)。一般服上方 3~7 剂后,去芒硝,减大黄用量,加党参 15g、鸡内金 9g,继服 2 周。10 例中 7 例服温通降逆承气汤 3 周后,改用香砂养胃合附子理中汤治疗 1~2 周而愈。治疗结果,治愈 9 例,减轻 1 例,治愈者 3 例随访年半未复发。

刘氏指出,本组病例取效之关键在于温下,由于患者个体差异之不同,因此,各药用量宜针对具体病情而权衡轻重。关于下法之机理,认为下法具有明显增加小肠的输送速度,加强蠕动和增强肠容积的作用,其作用是直接兴奋肠管,并能降低毛细血管通透性,减少渗出和炎症扩散。^[4]

5. 邓达凡诊治经验

邓氏治疗一例儿童本病患者,表现为间歇性反复胃脘胀闷,呕吐有半年余,面色萎黄,形体消瘦,频频吐出宿食及胆

汁,口苦咽干,大便溏稀,每遇风寒和劳累诸症加重。中医辨证属脾胃虚弱,寒凝气滞,治宜温中散寒,和胃止呕。以丁香柿蒂汤合平胃散加减化裁,处方:茅苍术 10g、焦白术 10g、台党参 10g、川厚朴 5g、公丁香 5g、小柿蒂 5g、刀豆壳 5g、柴油桂 2g(研末冲服)、生姜汁少许(冲),共服 3 剂,水煎,分多次温服。后改用补中益气丸调理脾胃,随访一年未复发。[5]

6. 岳仁宗诊治经验

岳氏以旋覆花代赭石汤治疗本病,岳氏认为本病以呕吐为主症,兼有营养不良。治疗应和解、温胃、降逆、止呕、解痉为法,用仲景旋覆花代赭汤加味:旋覆花(包)18g,生姜 18g,代赭石(先煎)30g,半夏、白术、柴胡、黄芩各 10g,党参、大枣各 15g,吴茱萸 2g,川黄连 6g,甘草 6g,煎取浓汁,少量频服。本方服用 1 个月后可多能获效。[6]

7. 倪世涛诊治经验

倪氏认为本病患者以体质虚弱或身体瘦长为多见,以呕吐为主症,故主要病机是本虚标实,虚实夹杂,治疗当扶正祛邪,补虚泻实为大法。方用补中益气汤加味:黄芪、党参、白术各 15g,升麻、柴胡、当归、制半夏、旋覆花(包)各 10g,枳实 12g、陈皮 6g、甘草 6g、生姜 3 片、大枣 5 枚。6 剂后症状大减,继以枳实 12g、炒莱菔子 30g 煎水送服补中益气丸调理。[7]

8. 张双斌诊治经验

张氏自拟解郁汤治疗本病 16 例,疗效满意。方药组成:苍术、白术、藿香、香附、厚朴、广木香、陈皮、神曲、麦芽、元胡、甘草。结果:最长 22 天,最短 4 天,显效 12 例(临床症状

及体征消失,X线钡餐检查正常),有效3例(症状及体征改善,但停药即复发,X线钡剂检查见肠管扩张及逆蠕动改善),无效1例,总有效率93.7%。^[8]

9. 施鸿瑞诊治经验

施氏用荷叶活血汤治疗本病7例,处方:荷叶、丹参、红花、赤芍、川芎、沉香、槟榔、三棱、党参。腹痛甚者加元胡、枳实、降香;呕吐甚者加龙骨、牡蛎;腹胀肠鸣甚加川朴、青皮。结果:最长疗程3个月,最短1个月,一般于20天左右即有不同程度的好转,4例经X线钡餐造影或胃镜复查,见壅积消失,3例经复查虽未消失,但已大为改善,且症状消失,停药后远期疗效良好,未见复发。^[9]

【按语】

综合上述9位医家对本病的认识,大多认为十二指肠壅积症辨证分型目前还不很统一,但一般分为实证和虚实夹杂证,治疗上多从调肝、健脾、和胃出发。同时上述医家对本病的认识又各有千秋。单亦璞认为十二指肠壅积症的病因主要是由于饮食不节、劳逸失度,郁怒伤肝,忧思伤脾所致,病机为肝郁脾虚、胃实导致脾胃损伤、气血郁滞不能腐熟水谷而发为本病,其将本病分为肝气犯胃型、胃中积热型、食积胃脘型和脾气下陷四型进行论治;田炳照则将本病分脾胃气虚、胃阴亏虚、湿邪痹阻和肝逆犯胃四型论治本病;程运文认为本病病机为痰浊、瘀血互结中脘,腑气不通所致,根据痰之寒温性质不同,分寒痰与瘀血互结、湿痰与瘀血互结、痰热与瘀血互结,确定以化痰祛瘀为主的治疗方法;刘晨波认为本病病机为胃脘壅阻,中阳不运,气滞血瘀,上下不顺,用温

下的温降承气汤治疗,一般第一周用原方,第二、三周去芒硝、减大黄量,加党参、鸡内金,后改附子理中和香砂养胃丸调理;有的医家以专方治疗十二指肠壅积症,如张双斌用行气化痰之解郁汤,施鸿瑞用活血降气之荷叶活血汤,岳仁宗用和解、温胃、降逆止呕之旋覆代赭汤合左金丸,邓达凡则用温中散寒、和胃止呕之丁香柿蒂合平胃散,而对体质虚弱,形体瘦长的患者,倪世涛用补中益气加味,扶正祛邪,补虚泻实之法,均收到了较好疗效。

一些医家对中药治疗本病的机理做了研究探讨,认为行气能调整胃肠功能,使气机通畅,改善局部血管、神经、韧带、肌纤维的紧张度,以达到解除痉挛的作用,从而可使局部压迫缓解、壅滞减轻。活血能改善肠壁、血管受压部分,或韧带及组织器官因挛急牵拉而造成的血行障碍,促使增生性病变或炎性渗出的消散和吸收。所以我们认为活血与行气法对本病症状改善和病因的逐渐消除颇有价值。

总之,中医一般认为十二指肠壅积症病机要点为气机失于通降,邪阻肠胃,临床辨证当详辨虚实、寒热,在气在血,及湿、热、痰、饮、食积等因素,治疗以通降为第一要义。

中医药治疗十二指肠壅积证,可以取得较好疗效,且部分资料证实中医药可获得远期疗效,这十分有意义。所以在目前西医内科治疗还缺乏更多有效办法的情况下,中医药治疗本病有广阔前景。

(姚巧林)

参考文献

- [1] 单亦璞. 辨证论治十二指肠壅积症 43 例临床报道. 山东中医, 1992, (2): 25
- [2] 程运文. 化痰祛瘀法治愈十二指肠壅积症三则. 黑龙江中医药,

1990,(1):20~21

- [3]田炳照.十二指肠壅积症治验举隅.中医杂志,1992,(4):214
- [4]刘晨波.温下法治疗十二指肠壅积症的临床观察.新疆中医药,1989,(4):39
- [5]邓达凡.十二指肠壅积症治验1例.陕西中医,1992,(23):36~37
- [6]岳仁宗.旋覆代赭汤治疗十二指肠壅积症.四川中医,1991,(1):30
- [7]倪世涛.升降并用治疗十二指肠壅积症.四川中医,1991,(5):26
- [8]张双斌.解郁汤治疗十二指肠壅积症16例疗效观察.湖北中医杂志,1992,(1):11
- [9]施鸿瑞.自拟荷叶活血汤治疗十二指肠壅积症7例.上海中医药杂志,1986,(1):15

上消化道出血

【概述】

上消化道出血一般是指屈氏韧带以上包括食管、胃、十二指肠、上段空肠以及胰管和胆道部位的出血。上消化道出血是中年人最常见的内科急症之一，以呕血及黑便为主要临床表现。病情较轻者可仅便血，重者可吐血与便血同时出现。吐血的血色多为紫褐或鲜红，其量或多或少，多则可倾盆盈碗。便血多呈黑色，甚则黑如柏油样，但如出血量甚多，因其在胃肠道停留时间很短暂，亦可呈紫红色。上消化道出血常见的原因有消化性溃疡、急慢性胃炎，尤其是出血性糜烂性胃炎、胃粘膜脱垂、十二指肠球炎、门静脉高压引起的食管与胃底静脉曲张破裂、应激性溃疡、胃肠胰胆等器官的肿瘤、胆道疾患，及某些全身性疾病，如血液病，尿毒症等。

上消化道出血属于中医血证中“吐血”及“便血（远血）”范畴。上消化道出血的发病主要与“虚”和“热”有关。虚者为脾虚，因脾主统血，久病脾虚或劳倦过度损伤脾胃，以致脾气虚弱，不能统摄血液，血液外溢，上逆则为吐血，下注则为便血。正如《景岳全书·血证》所说：“盖脾统血，脾气虚则不能收摄，脾生血，脾气虚则不能运化，是皆血无所主，以致脱陷妄行。”在脾气虚弱的基础上进而可产生脾胃虚寒之象。热者或为胃热、或为肝火犯胃、或为阴虚内热，但其中又以胃热者居多，究其产生原因多与饮食、情志等因素有关。正如

《景岳全书·吐血》所说：“血本阴精，不宜动也，而动则为病。血主营气，不宜损也，而损则为病。盖动者多由于火，火盛则逼血妄行”。此外病久入络，以致瘀血阻滞脉络，流行不畅，致使血不循经，亦可产生吐血或便血。

【名医经验】

1. 黄一峰诊治经验

黄氏按上消化道出血的临床表现分为5个证型：胃热证、气滞证、肝火证、血瘀证、气虚证。治疗时分别以清热、理气、泻肝、化瘀、益气为法，以达到和胃安络止血之目的。清热常选用川连、竹茹、焦芩；理气常选用苏梗、绿萼梅、陈皮，并配桔梗、紫菀，以开宣肺气，利中焦升降之机；泻肝常选用黑山栀、丹皮、左金丸、龙胆草；化瘀常选用失笑散、铁树叶、制军、参三七、制乳香、制没药；益气常用黄芪建中汤。

为了适应临床复杂多变的情况，应加减化裁。胃痛甚者，可加川楝子、延胡索；泛酸重者可加乌贼骨、煅牡蛎、煅瓦楞子；苔腻者加砂仁；寒象明显者可加炮姜炭；气随血脱者，急投独参汤以益气固脱，并采取中西医综合治疗的方法。至于参三七末、白及末、沉香末，其药性平稳，止血疗效可靠，各证均可选用。

临证时还必须注意到胃肠道本身的生理功能，即宜通不宜滞，以通为用，故滋腻、涩敛药物当慎用。正如《临证指南医案》徐灵胎评语所告诫的：“不宜轻补”。再者，选择药物，在可能情况下要争取做到一药多用。例如参三七既止血，又化瘀；白及既止血，又生肌；乌贼骨既止血，又制酸；大黄既止血，又清热化瘀。

此外,在呕血与黑便的处理上又有所不同,呕血者用药宜清,黑便者用药宜温。总之,上消化道出血的治疗应该本着辨证严谨的原则,同时尽量做到循常规而不拘于教条,善变通又不失其法度。^[1]

2. 柴浩然诊治经验

(1) 凡热伤胃络而致吐血者,可采用《金匱》泻心汤以清胃泻火,直折冲逆,待热清逆降,则血得宁而自止。方中大黄乃治胃中实热吐血之要药,如唐容川所云:“大黄一味,能推陈致新……既速下降之势,又无遗留之邪。”伍以黄芩、黄连清泻心肝之热,助大黄以收其功。临证时尚可加用竹茹一药,既善清胃络之热,复有和胃降逆之效,且无凉遏留瘀之嫌。

李××,女,50岁,农民。1951年4月15日初诊。患者平素性格偏激,不善言辞,常觉胸胁不舒,胃脘痞塞,每予疏肝理气之剂而得减。近因家事不遂,忽盈口吐血不止,前医曾拟平肝疏气剂加棕皮炭、焦侧柏等,连服2剂未效。刻下症见:面赤气粗,噯气频作,时有太息,胃脘刺疼,心烦灼热,意欲凉饮,吐血呈黑红色,大便干燥,已有2日未解。舌质红、苔黄腻,脉弦数,尤以两尺洪盛。此乃心肝火盛,阳明积热,损伤胃络,迫血妄行所致。治宜清胃泻火,降逆止血。方拟《金匱》泻心汤加味:大黄12g、黄连6g、黄芩9g、竹茹30g,服药1剂,噯气不作,血未再吐,脉转平和,神情安定。

(2) 脾胃虚寒,理中温运 吐血一症,属实热者固多,而虚寒者亦时有所见。若脾虚气馁,中阳不振,失其统摄血之权,也可导致吐血。诚如孙思邈所云:“亦有气虚夹寒,阴阳不相为守,营血虚败,血亦错行,所谓阳虚阴必走耳。”其治宜用理中汤温运脾阳,益气摄血。尚可配入当归,既补血以促

使离经之血复归其经,既和血又具止血防留瘀之功,尤以阳虚出血之证为宜。

(3)气阴两伤,三才清补 正气虚弱,不能统血,营阴大伤,虚热内生,损伤阳络,导致吐血不止。此等病症势甚危急,用药颇为棘手。余常用补之三才汤加减以治。方中人参易为沙参,因人参甘温于阴血虚甚热者不宜,沙参甘寒能益气生津。尚可配伍竹茹清络中虚热,鲜藕清热止血,三七消瘀止血。使清补中无凉遏之嫌,止血中无留瘀之弊。标本兼顾,气阴复,虚热清,血行归经而吐血止。

(4)热入营血,犀地凉血 里热炽盛,燔灼营血,同时胃阴受损,耗血动血,而出现吐血者,治疗首以犀角地黄汤加味,清营凉血,护阴救焚,待病情控制后,继以清营护阴,益气养胃使内热清尽,阴津得复。^[2]

3. 傅宗翰诊治经验

傅氏对于本症主要以寒热虚实的辨证。其认为十二指肠球部溃疡者以虚寒为多,胃溃疡者以实热为多,前者每责之脾,后者多咎于胃。球溃疡出血者,其量较大,大便色黑,如胶似漆;粪质溏薄,常伴见脘腹隐痛,喜按,一般饥时痛作,得食稍缓,形体不健,面色少华,脉象偏细,舌质淡胖,大便隐血试验强阳性。此系胃病及脾,脾失统摄,气病及血。傅氏常以归芪建中汤为基本方,随证变通。其中桂枝宜用蜜炙,用量宜轻;白芍之量宜重,并可酌加炮姜炭、乌贼骨、参三七粉等。胃溃疡之出血,常呕血与便血并见,呕出多夹胃内容物,便血色常暗红,患者病前多有脘痛灼热嘈杂症状,大便不实,苔多黄浊或腻,舌红,脉弦细或数。此为肝胃并病,气逆血动,阳络伤则血不守。傅氏常以黄连温胆汤出入,酌加青木香、蒲公英、四季青、代赭石、羊蹄、石决明、藕节等。

如上下出血而寒热夹杂者,则用白及粉、三七粉、大黄粉等分装胶囊吞服,急则治标也。本症的这两种常见证型,如其出血量多而又一时难止,则病情往往急转直下,均可见神疲力怯,肢冷面眇,气短音低,自汗便频,口干唇淡,脉细而散,血压下降,血红蛋白降低,此又急当温中摄血,益气护阴,扶阳固脱,选用理中、黄土、独参、参附等方,以备不测。必要时可中西医结合抢救,共济危难。必须指出,止血方药甚多,应注意收敛止血药之分寸,以防止血留瘀之不良后果。若在辨证的同时,酌遣既能止血,又能化瘀之品,如三七、大黄、藕节辈,则有利无弊,两相兼顾,力求愈病而不留后患。

经云:“阳络伤则血外溢”,“阴络伤则血内溢”。出血既缘络伤,而络伤不复,血自难守,故在治疗过程中,除应正确辨证外,还当在“络”字上面下功夫。护膜固络之品尤在必选,藉此以助溃疡之愈合。临证每用象牙屑、凤凰衣、刺猬皮、白及、糯米粉之属,装入胶囊吞服。酸多者加乌贼骨粉,酸少者用蜂蜜、乌梅煎汤送服。由于血乃阴所化,血脱阴必伤,血动气必耗,故当出血停止,进行善后治疗时,务必注意脾气及胃阴的维护。凡脾胃阳(气)虚者,傅氏常投建中糖浆,或理中、健脾之类;阴津不足者,则用沙参、麦冬、山药、石斛、白芍、生谷芽、生麦芽等品。此外,对于出血久而不止,或反复小量持续出血,且伴有食欲不振、形体消瘦的老年患者,应及早积极检查,要警惕腹内癌积(上消化道肿瘤)形成的可能。^[3]

4. 马贵同诊治经验

上消化道出血的发病主要与“虚”和“热”有关。虚者为脾虚,在脾气虚弱的基础上进而可产生脾胃虚寒之象。热者或为胃热、或为肝火犯胃、或为阴虚内热,但其中又以胃热者

居多。此外病久入络,以致瘀血阻滞脉络,流行不畅,致使血不循经,亦可产生吐血或便血。上消化道出血的治疗,首先要辨明其属性,是“实证”、“热证”抑或“虚证”、“寒证”。从临床来看,如果是单纯吐血,或以吐血为主者,则以实证、热证居多。而以便血为主,或单纯见便血者,则以虚证、寒证居多,其次根据其属性不同,再施之补法或清法。另外可同时予以温涩或寒凉之止血药,此即所谓标本兼施的原则,但在紧急情况下应予以急救止血,此乃急则治其标之意。一般来说,中药对上消化道出血的疗效是比较满意的,但对于一些出血量很大,特别是由于门静脉高压引起的食管或胃底静脉曲张破裂,出现倾盆盈碗之大量吐血者,则可采用中西医结合的方法予以治疗。

(1)脾胃虚寒证:以便血紫暗,甚则黑如柏油样,脘腹或有隐隐作痛,喜温喜按,舌质淡,脉细无力等为特征,可治以健脾温中,养血止血。方用黄土汤加減:灶心黄土 30~60g(煎汤代水),熟附块 9g(先煎),阿胶 12g(烊冲),黄芩 9g,艾叶炭 9g,花蕊石 15~30g。

(2)胃中积热证:以吐血血色紫红或鲜红,大便色黑,胃脘灼热疼痛,口苦口干或大便不畅,苔黄,脉滑数等为特征。可治以清胃泻火,化瘀止血。方用泻心汤合十灰散加減:生大黄 6~9g(后下),黄连 3g,黄芩 12g,生侧柏 30g,丹皮 9g,大小蓟各 12g,生地 15g,或加十灰散 15g。

(3)肝火犯胃证:以吐血血色鲜红,大便色黑或紫红,脘胁胀痛,心烦易怒,口苦口干,舌红,苔黄或黄燥,脉弦数等为特征。可治以清肝泻火,凉血止血。方用丹栀逍遥散加減:丹皮 9g,黑山栀 9g,生大黄 6~9g(后下),生侧柏 30g,生地榆 30g,当归 9g,白芍 12g,或加龙胆草 4.5g,生地 12g(即合龙胆泻肝汤之意)。

(4)肝瘀络伤证:以吐血、便血血色紫暗,胁部刺痛,面色晦滞,肋下可有癥块,舌质紫暗,或有瘀点,脉弦细或涩等为特征。可治以化瘀止血。方用失笑散加味:生蒲黄 12g(包),五灵脂 12g(包),当归 12g,茜草 30g,生大黄 6~9g,参三七粉 3g(吞服)。

预防:为了预防上消化道出血的发生,应注意饮食与摄生,在治疗原发疾病,控制其发展的同时,必须做到以下几点。

(1)饮食调节:胃部疾病的患者,要特别注意饮食调节,进食定时。消化性溃疡者,宜少食多餐,切忌过饥过饱,避免辛辣、煎、炸、炙、坚硬的食物,戒烟酒,竹笋、浓茶、浓咖啡等亦不相宜。在出血时更应服流质或半流质(冷服)的食物。吐血者要禁食,以免病情加剧。食管或胃底静脉曲张者,更应避免过硬、过热及辛辣等饮食,进食应细细咀嚼,不宜过快,以防不慎损伤已曲张之静脉,导致出血。

(2)精神调节:情绪要安定。避免长期持续的精神紧张与劳累,养成良好生活习惯。

(3)劳逸结合:避免持续的、重体力劳动,尤其是与体力不能相应的工作。

(4)避免某些药物:阿司匹林、消炎痛、糖皮质激素、利血平等,均易导致上消化道出血的发生,故应避免应用。^[4]

5. 曹鸣高诊治经验

上消化道出血为临床所常见,可表现为呕血、黑便(远血)。究其病因,常与饮食、情志、劳倦内伤等有关。正如《内经》所云:“饮食自倍,肠胃乃伤”;“怒则气逆,甚则呕血”;“起居不节,用力过度则络脉伤。阳络伤则血外溢,血外溢则衄血”。

在治疗方面,上消化道出血总属营分郁热,络脉损伤。宜用大生地、地榆炭、白芍、炙甘草、淡芩炭、阿胶珠、煅乌贼骨、槐花炭、白及,以清营止血和络为常法。

呕血时,若血色鲜紫或深红,气粗口渴,喜冷饮,脉数实。舌苔黄则属火盛气逆,血热妄行。宜凉血止血,顺气降火,并以止血为当务之急。可用水牛角、生地、生石膏、牛膝炭、知母、丹皮、紫降香、茜草炭、醋制大黄等。若失血过多,见头晕心慌,肢冷气短,汗出,脉细数,则需急煎人参、麦冬、五味子、熟附片、淡干姜、桂枝、白芍、炙甘草、煅龙骨、煅牡蛎、紫降香、黛蛤散等,以回阳救逆,敛阴止汗,预防厥脱。又若呕血色紫,中夹血块,脘肋刺痛,胸脘痞闷,烦躁不安,饮水不欲咽,为内有蓄血,慎勿妄用大凉或补涩之剂,以防瘀蓄于胃,心下胀满,食不得入,延成虚损。宜用生地、黄芩、制大黄、桃仁泥、紫降香、茜草炭、参三七、焦丝瓜络、红花、丹参、郁金等,以活血化瘀,祛瘀生新。再若吐血不止,血色淡红,咽干口燥,虚烦不寐,舌质红,少苔,脉细弦数,属阴虚火旺,血随气上。治宜滋阴顺气,如生地、麦冬、玄参、阿胶、白芍、生甘草、白及、墨旱莲、丹皮、仙鹤草、甘杞子等。昔人曾谓“气有余便是火”,补水则火自降,顺气则血不逆。

单方,如童便咸寒,能引血归源,导血下行,有止血之功,无留瘀之弊,可以试用。用时宜取中段,温服为宜,或入煎剂亦可。陈菜油单服,也可止血,用量60g,生服。

大失血后多数病人表现面色苍白,精神疲乏,心慌气短,怯寒肢冷,脉沉细软,舌苔薄、质淡,一派阳气衰馁,气血双亏之象,应及时换方,改用归脾汤加减,投党参、黄芪、白术、当归、熟地黄、炙甘草、山药、茯苓、白芍、益智仁等,通过补益气血以复阴阳和降之常,调理脾胃,以畅生化滋养之源。^[5]

6. 屠揆先诊治经验

引起上消化道出血之原因既非一端,更有相互错综、一病数因者。故在临证时,应按不同之体质及见证,详细分析。但当出血(特别出血较多)之际,则无论何种原因引起之出血总以止血为首要,所谓急则治标也。临床首选独参汤(人参)合止血散(参三七、白及、制军炭、黑山栀、明矾共研成细粉)。在具体运用过程中,可按不同的病与证,灵活进退。例如属中虚气不摄血,并有气随血脱之象者,应重用的人参,减去山栀、制军。如湿热较重,出血不多,体质尚可者可去人参,或减少其用量。有瘀血证者,三七、制军不宜少用。对于慢性胃炎的胃粘膜糜烂出血,舌苔黄腻,口干苦者,黑山栀及明矾粉常具卓效。

服用时,独参汤(人参)应浓煎,以参汤调止血散(粉剂),拌成糨糊状,分多次缓缓服下;不宜一次大量进药,以防药液冲击胃部,反而导致继续出血。至于人参及止血散之用量,可按出血之多少及症状之轻重而定。对出血较多者,人参的一日量可至30g。

当出血趋向停止时,即应根据不同病因及病证,根据辨证原则,配合其他合适方药,标本兼顾。出血完全停止后,可以不用止血散,改为随证施治,以治本为主。^[6]

7. 徐景藩诊治经验

徐氏在收治200例上消化道出血患者中,先行呕血,继有便血(黑粪)者16%,主要表现为便血者54%。如从病因分析,由于饮食不当引起者45%,劳倦所伤而致出血者44%,两者合计约为89%。

治疗必先静卧。用白及粉1.5~3g 参三七粉1.5~2g,1

日3次或6小时1次,温开水调成糊状内服(按lg粉剂加8ml水的比例)。服后半小时内不饮水。血止后续服3日,酌减其量后再服3日。如无参三七,单味白及适当加量,效亦相仿。白及性涩而收,历代本草均载其入肺、胃经,内服疗肺疾,治咳血,但近代已广泛用于治疗上消化道出血。临床体会,该药属于“阻遏”止血之品,其止血用途广,固不限于肺。凡吐血胃热证,常用清热凉血法,药如黄芩、黄连、大黄、生甘草、赤芍、丹皮等。便血气虚证,当以益气摄血为要,药如党参、焦白术、炒山药、炙甘草、白芍等,如气虚显著加炙黄芪、当归、山药甘而不温,补而不滞,与黄芪相伍,补气止血而兼“护膜”,有利于胃及十二指肠溃疡的愈合。

上述两证均可配用地榆、侧柏叶以加强止血作用。夹湿者常加陈皮、法半夏;气滞者酌加煨木香、炒枳壳。汤剂应浓煎,每次服量以100~150ml为宜。吐血胃热证,如出血过多,常随之而见气血两虚,病亦每由实转虚,故血热证常为早期证候。多数病人仅见便血,在一定意义上说,脾虚是本,胃热是标。如不谙此要领,对脾虚之证,过用苦寒清热,使脾气更伤,血亦难止。反之若一见出血,泥于脾虚当补之见,动辄参芪甘温升阳,则增血热,亦可导致吐血不止。^[7]

8. 张伯臾诊治经验

对于上消化道出血之黑便,书中皆谓远血,属劳倦内伤,脾胃虚寒,中气虚弱,脾不统血所致。张氏认为并非如此,虚寒而致黑便,虽属多见,但也可由饮食不节、胃热、脾虚阴伤所致,不可固执一见。

在治疗方面,对脾虚胃寒之黑便,可用归脾汤或黄土汤治之。归脾汤适用于轻症,须重用党参、黄芪,方能达到益气摄血之目的。张氏认为黄土汤,为治虚寒黑便之要方。凡上

消化道出血属脾虚胃寒者,黄土汤可温调脾胃以摄血,初起即可应用。症见便溏者,灶心土、白术皆须重用至30g。方中地黄,以用熟地为好。至于黄芩,乃针对脾胃寒热(寒重热轻)而用,且虑辛温之品,耗血动血,故反佐之,苦以坚阴也;故于临床应用时,黄芩用量宜轻,4.5g至6g,若用之过重,必致喧宾夺主,影响药效。对出血较多者,方中更宜增用党参,乃“血脱益气”、“补气摄血”之义;若平时脾虚湿重,又见黑便,口中粘,苔白腻而润,脉小滑,宜与平胃散合用;因过食荤腥油腻而致,中脘闷胀,噎腐,苔厚腻者,应加用保和丸、焦楂曲等以消导,或可加用生大黄或大黄炭以止血导滞。根据以上经验,于临床中对120多例上消化道出血的患者,用黄土汤治疗观察,平均大便隐血转阴时间为3天,确凿有效。

黑便亦可因于胃热者,症见口臭,口渴,苔黄腻、舌质红,脉弦滑带数,或有呕血,恶心泛酸。此类患者大多兼有肝病,所谓肝郁化火犯胃,胃络受损,乃致出血。此症不可用黄土汤,应投以半夏泻心汤加止血之品,然其中干姜不宜应用,可用川朴代之。黑便之因于脾虚阴伤者,临床也可遇到,但不多见,亦非黄土汤所宜,宜养胃汤加清热止血之品,甚或加用犀角地黄汤。

呕血一症,阴虚血热者虽多,但阳虚有寒者也不少见。血色紫暗,便溏,面色晄白,舌淡白,脉虚细或虚弦,此虚之象。对于呕血属寒者,轻症可用侧柏叶汤以降逆止血或可与旋覆代赭汤同用;若呕血、黑便同见,则可与黄土汤合用。重症则宜用附子理中汤,温补中焦,方中干姜宜用炮姜。对呕血属热者,除用泻心汤、十灰散、玉女煎、犀角地黄汤等以外,也常用生熟地方:大生地15~30g,熟地30~60g,三七3~9g,丹皮9g,荆芥炭4.5g。此方适用于暴吐血,血色鲜

红,脉虚数。有滋阴止血之效。^[8]

9. 陈泽霖诊治经验

上消化道出血目前以中医药为主治疗者大多为溃疡、胃癌及胃炎引起之出血,疗效较好,而对食管静脉曲张破裂和胆道出血之经验尚少。临床辨证分型目前不统一,有的分为胃热、脾虚、肝郁三型;有的分为脾胃虚寒、脾胃湿热、肝郁气滞、气滞血瘀四型;还有的分为肝胃郁热、脾虚肝热、脾不统血、气虚血脱、气血瘀阻五型者。总的来说,据临床验证,辨证分型的止血疗效尚不及应用单方、验方者。陈氏治疗上消化道出血以参三七 40%、白及 40%、生大黄 20% 的比例,配成药末,每服 3~4.5g,日 3~4 次,温开水调服。出血量多势急者,可每 2 小时服药一次,有效 96% 左右。后减去价昂之参三七,疗效反有所提高,可达 100%。后又减去白及,只用单味大黄,有效率在 94% 左右,由于应用了祛瘀生新,清热攻下的生大黄,使瘀积在肠内的积血得以清除,减少了瘀血停留所致的吸收热,对患者十分有利,而且应用这些单方,止血时间多在 3 天左右,故为患者乐于接受。陈氏在 1978 年曾作过动物实验,打开狗之胃壁,剪断一根动脉造成大出血,用大黄白及粉、参三七粉、单纯生大黄粉、单纯白及粉及 8 号止血粉、氢氧化铝、止血环酸、抗血纤溶芳酸等以止血,结果以大黄白及粉末止血作用最快最好,单纯白及粉及参三七粉次之,单纯生大黄粉及其他药物均无明显止血作用;与在人体之结果有所不同。用大黄治疗上消化道出血,早在朱丹溪、唐容川等均已用之,其认为“大黄之性,亦无不达,盖其药气最盛,故能克而制之。使气之逆者,不敢不顺,既速下降之势,又无遗留之邪。”近年来用单味大黄止血的报道较多,但陈氏认为配合白及可以提高疗效。因白及中含有白及胶,其

性极粘,有收敛止血及生肌作用,并能促使红细胞及血小板凝集,形成血栓而达止血目的。据观察,白及粉局部止血作用优于明胶海绵。对食管静脉曲张破裂引起的上消化道大出血,由于出血量大势猛,多用中西医结合抢救。在部分病人插入三腔管后,先将胃气囊充气,拉紧后牵引固定,然后口服大黄白及粉糊剂,使药物堆积于胃底及食管下段,再把食管气囊充气,以压迫出血,可使食管静脉出血止住,且在三腔管放气后再出血之可能减少,可以一试。^[9]

10. 李玉波诊治经验

李氏认为上消化道出血的原因为胃络受伤、脾血失统、胃络瘀阻,辨治吐血属实证热证者居多。初起暴发多属实证热证,血得热而妄行。无论胃热或肝火均以熏灼脉络,迫血妄行为主要病理改变。气有余便是火,火盛则气逆,气降火亦降,属火热实证,宜清热泻火,凉血止血。气虚不摄者,宜健脾益气,以复统摄之权。阴虚内热者,宜滋阴降火。

(1) 热证

①胃中积热:突然吐血,量多,色鲜红或紫红,夹有食物残渣,自觉胸部灼热疼痛,胸脘痞闷,胃中嘈杂、泛酸、口干欲饮,大便干结不畅,尿赤,舌质红苔黄,脉滑数。

治则:清泻胃热,凉血止血。

首选方剂:泻心汤。大黄、黄芩、黄连苦寒泻火,引热下行,气火下降,血行亦趋平静,本方名曰泻心,实则泻阳明胃火,方中可加凉血之丹皮、生地、侧柏叶、生赭石、竹茹等。

②肝火犯胃:吐血者,口苦目赤,胸胁胀满,心烦易怒,夜寐不宁,舌红苔黄,脉弦数。

治则:清肝泻胃,凉血止血。

选方:丹栀逍遥散加胆草、生地、藕节、白茅根等。本证

虽为肝火,但用药不宜纯寒。《先醒斋医学广笔记》所载“宜补肝不宜伐肝”。

(2) 虚证

①阴虚火旺:吐血,反复不已,血色鲜红、口干、咽干或潮热,形体瘦弱,心烦不寐,舌红少苔。

治则:滋阴降火。

首选方剂:六味地黄汤加阿胶、知母、白茅根、茜草等。

②脾虚不摄:吐血暗淡,腹胀纳差,面色萎黄,头晕心悸,四肢乏力,畏寒肢冷,或腹胀便溏,舌质淡少苔,脉沉弱或细涩。

治则:健脾益气,理中止血。

首选方剂:归脾汤。若吐血已久,或素体阳虚,血色暗淡,面白息微,四肢冷,腹中寒等,为脾气虚发展成脾肾阳虚,阳虚不能摄血。治当温补脾肾,固阳摄血,方选黄土汤加黄芪。

③气衰血脱:吐血倾盆盈碗,面色及唇甲苍白,眩晕心悸,冷汗淋漓,四肢厥冷,脉细数无力或微细欲绝。

治法:益气固脱止血。

首选方剂:独参汤加阿胶、参附汤。

(3) 瘀证

胃脘血瘀:吐血,血色紫黑有瘀块,伴胃脘刺痛,痛处固定,拒按,面色晦暗,舌有紫斑,脉弦涩。

治则:活血化瘀,止血降逆。

首选方剂:血府逐瘀汤加减或膈下逐瘀汤加减。^[10]

11. 汪朋梅诊治经验

汪氏认为在治疗过程中,辨证之旨不容忽视。上消化道出血固然有血络破损这一共性,但血络之所以破损,又各有

其特殊性。从病情而论,有虚实寒热之分;从病位来说,又与脾、肝、胃等脏相关;从病因来看,又有饮食不当、外感、情志、劳倦及内外伤等不同。如果抛开这些因素,惟独考虑“络伤血溢”这一共性,冀能收敛血络,促进血凝以止血,无疑是片面的。因此必须从胃中积热,或肝郁化火,或脾失统血等方面考虑,概分为肝郁、胃热、脾虚三型,按清热止血、疏肝止血、益气止血三法统治。即使单方散剂,也以黄及散治胃热、肝郁型;乌及散治脾虚型,亦具辨证论治之意,在此基础上,进一步随证加减。如脾虚兼寒,面色㿔白,脉象迟缓,黑便多且不止,阳不摄阴,因而阴血走溢者,归脾汤就难当其任,宜用黄土汤或借助于姜附。上热下寒,呕血不止者,侧柏叶汤,甚或泻心汤合黄土汤,芩连与姜附同用。又有阴虚火旺之辈,更当滋阴清火以止血,可选玉女煎。门脉高压引起的食管静脉曲张破裂出血,肝络瘀阻,湿热郁结化火,入血动血,即非泻心汤或柴胡疏肝散所能应付,必用犀角地黄汤凉血散血以止血。至于出血过多,气随血脱之证,当用独参汤或参附汤急固其气。

病程中,各证型又往往可以转化,如胃热、肝郁型病人出血过多,在止血之后,都可表现出脾虚脉证,且三型之间每有标本关系,往往相互错杂,如热郁未解之时,已见气血两虚端倪,诸如此类,都必须随机应变,灵活掌握。

此外,临床上常有不够典型之证,更宜察审详细,辨证精严。汪氏曾治疗一患者,素患十二指肠溃疡,黑便仅100ml,而十余天内止血针药杂投,补液从未间断,且输血200ml,但血色素反不断下降,形容日见羸瘦,精神更趋萎靡,疑若癌变,证见低热口臭、便秘,舌红苔薄焦黑不干,脉细数。患者病情虚虚实实,颇为感人,但汪氏最后根据口臭、便秘,脉数,诊为出血未止,留于肠道,津血大伤,郁热未解,积瘀与阳明

腑热互结。由于腑不通则热不退,热不退则络不安,络不安则血不止。乃投黄及散,解黑便三次,积瘀外出,郁热渐解,三天后大便转黄,改予滋阴养血调理而愈。^[11]

12. 任达然诊治经验

任氏对本症一般多以胃热、肝火、脾虚分型论治,在立法和选方用药方面,可概括为以下三点。第一,胃热肝火宜平清,凉血柔肝常同进。因胃热、肝火均是实火,治当寒凉直折,极夺其热,以降气止血。虽然用过寒凉之品,有损伤胃气及造成血凝瘀阻络道之弊,但是只要掌握分寸,使用得当,效果是显著的。任氏常使用大黄,因该药兼具清热及化瘀之功,热清腑通则气火自降,活血逐瘀则血循经脉。至于对肝火犯胃之上消化道出血,常加入生地、丹皮、白芍等凉血柔肝之品,使肝气平,血有所归;第二,若遇血涌当急止,为防留瘀应祛清。不论本症的病因、病理有何不同,出血甚者“惟以止血为第一要法”,通过应用“阻遏”止血之剂,以求达到迅速有效止血的目的。任氏对卒暴出血且量多者,常急用白及、地榆、藕节、阿胶、蒲黄、花蕊石、侧柏叶等药。白及取其“性涩而收”,有“涩血散瘀”的特点;阿胶有胶粘凝滞及护膜止血之功;用阿胶加蒲黄,使止血而不留瘀,滋阴而不碍脾。离经之血,郁积体内,必然致瘀,故应祛之。多在止血同时加入丹参、蒲黄、三七粉等;如尚有瘀血残留,经脉不通而致疼痛的,则可酌遣失笑散及制乳没;第三,生血统血赖乎脾,见虚当补理易明。李中梓曾云:“血证常有脾虚者,当补脾以统其血”。上消化道出血后,常见气血双亏,因此调理脾胃,培补脾土成为要务。任氏常重用人参、黄芪、山药、白术、茯苓、甘草,辅以当归、白芍等养血之品,同时少佐半夏、陈皮等调气药,以期补而不滞。^[12]

13. 贝淑英诊治经验

贝氏认为上消化道出血一症,虽然大多为胃本身的疾患,但亦常受其他脏腑的影响。从而导致胃络受伤,引起出血。如《诸病源候论》中指出:“上焦有邪,则伤诸脏,脏伤则血入于胃,胃得血则滞满气逆,气逆则吐血也”。因此,不论何种原因,如暴饮暴食,胃中积热;或七情所伤,肝郁化火;或瘀血停留,阻滞胃络;或胃病日久;脾虚不能摄血,均可造成出血。所以治疗之道宜从整体出发,不独治胃,还要顾及肝脾。各家对辨证分型虽大同小异,但多数从胃、肝、脾三脏的寒热虚实着眼,各家选用方药各有其独到之处,然均遵循实则泻之,虚则补之的原则。

在上消化道出血时,往往血出如涌,来势较凶,此时应急则治标,以止血为首要目的。但应避免见血止血之法,禁忌单纯使用固涩或寒凝类药物,以防发生血止留寇之弊。必须迅速找出损伤胃络的致病因素,然后法因证施,药随法出,针对性强,才能受到较为理想的效果。出血太急,可急用云南白药以止血。待血止之后,再予辨证施治,同时补血和血,以固根本。

若因屡用寒凉方药而出血仍不止者,则应考虑是否为脾阳损伤,因而不能统血所致,为此,用药应按温阳摄血,引血归经的法则,切忌克伐生生之气。对吐血常加灶心土和炮姜炭;对便血则加参三七及陈棕炭。若大量出血,四肢厥冷,汗出不止,甚则躁扰不安,脉微细,是为虚脱之象,除应绝对静卧,安定情志外,应急投重剂独参汤以救之。^[13]

14. 丘和朋诊治经验

丘氏认为血证性质多属火、虚、瘀,治疗血证,主要应掌

握治火、治气、治血三个基本原则。常用止血法有下列四种。

清热凉血法：为最常用治法，适用于脏腑实热、气火逆乱及血热妄行所引起的血证。常用药有：生地黄、赤芍、牡丹皮、玄参、水牛角、黑栀子、黄芩、黄连、金银花炭、侧柏叶、茜草、大蓟、小蓟、大黄、紫草、紫珠草、地稔等，这种出血，血色多鲜红，以吐血为多，治宜谨守病机，或清气或凉血，切勿急于止涩。

降火滋阴止血法：适用于火盛动血及阴虚火旺之血证。常用药有：黄芩、黄连、知母、黄柏、龙胆草、天冬、麦冬、生地黄、熟地黄、沙参、玄参、山药、百合、玉竹、旱莲草、女贞子等，此法含有降火与滋阴两方面，证属实火当降气降火，证属虚火当滋阴降火，临床上常二法合用。

理气益气止血法：适用于气逆上冲，血随气逆及气虚不摄，脾不统血所致的血证。常用药有：枳壳、郁金、降香、沉香、黄芪、党参、炙甘草、炮姜炭、陈棕炭、煅牡蛎、血余炭。血证因于气者，不外两端，或为气有余，或为气不足。气有余或气逆，当行气降气；气虚气逆当补气降气；气虚当补气益气，此外所言气虚指中气不足或气随血脱。中气不足而血出不止，称为脾不统血。如黄土汤治便血就是以甘温补中为主，佐以养血收敛。

活血化瘀止血法：适用于内伤、瘀血内停等引起的出血。常用药有：桃仁、红花、三七、花蕊石、茜草、蒲黄、大黄、牛膝等，多用于呕血盈口色紫，及内有瘀血，一方面当止血，一方面又当祛瘀，但主要在于祛瘀，因为瘀不去则血不归经。^[14]

【按语】

上消化道出血是临床常见急症，以中年人发病率高。治

疗方面,应绝对卧床,严密观察病情,视病情给予对症治疗,经查明出血原因,内科治疗无效者,考虑手术治疗。一般来说,中医中药对上消化道出血的疗效是比较满意的,对于一些出血量很大,特别是由于门静脉高压食管胃底静脉曲张破裂,引起的上消化道大出血,则可采用中西医结合的方法治疗。上述14位名医诊治上消化道出血方法各不相同。黄一峰按上消化道出血的临床表现分为五个证型:胃热证、气滞证、肝火证、血瘀证、气虚证,治疗时分别以清热、理气、泻肝、化瘀、益气为法,以达到和胃安络止血之目的。临证时还必须注意到胃肠道本身的生理功能,即宜通不滞,以通为用。此外,呕血与黑便的治疗有所不同,呕血者用药宜清,黑便者用药宜温。柴浩然认为治吐血药贵精专,同时把吐血分为四个证型分别施予不同的疗法。即胃中积热而致吐血者,宜泻心直折,方用《金匱》泻心汤;脾胃虚寒而致吐血者,宜理中温运,方用理中汤;气阴两伤者,治宜清补两用,方用三才汤;热入营血者,治宜清营凉血,方用犀角地黄汤加味。傅宗瀚对于上消化道出血主要抓寒热虚实辨证,认为十二指肠球部溃疡者以虚寒为多,责之于脾;胃溃疡者以实热为多,多咎于胃,强调止血以防留瘀,止血必须重视治“络”。同时对于出血久而不止,或反复小量持续出血,提示要警惕腹内癌积的可能。马贵同认为上消化道出血的发生主要责之于“虚”和“热”,虚者为脾虚;热者为胃热,或为肝火犯胃,或为阴虚内热,并分四型进行辨证施治,同时强调了预防的重要性,注意饮食与摄生。曹鸣高认为上消化道出血的病因与饮食、情志、劳倦内伤等有关,病机总属营分郁热,络脉损伤,以清营、止血、和络为常法。屠揆先认为上消化道出血以止血为首要,临床首选独参汤和止血散,在具体运营过程中,可按不同的病与证,灵活进退。徐景藩总结自己临床经验,提

出上消化道出血用白及三七糊剂进行治疗,同时可随证加减。张伯臾认为上消化道出血之黑便,虽因虚寒所致较多见,但也可因饮食不节、胃热、脾虚阴伤所致。在治疗方面,黑便之因于脾胃虚寒者,可用归脾汤或黄土汤;因于胃热者,应投以半夏泻心汤加止血之品,然其中干姜不宜应用,可用川朴代之;因于脾虚阴伤者,宜养胃汤加清热止血之品,甚或加用犀角地黄汤;对于呕血属热者,常用生熟地黄;呕血属寒者,可用侧柏叶汤或可与旋覆代赭汤同用。陈泽霖用大黄白及散治疗上消化道出血,且认为其疗效优于单味大黄,而且建议对食管静脉曲张破裂引起的大出血,配合三腔管压迫止血,口服大黄白及粉糊剂,以提高疗效。李玉波认为上消化道出血的病因为胃络受伤、脾虚失统、胃络瘀阻,辨治吐血属实证,热证居多,火热实证,宜清热泻火,凉血止血;气虚不摄者,宜健脾益气,以复统摄之权;阴虚内热者,宜滋阴降火。汪朋梅从胃中积热、肝郁化火、脾失统血等方面考虑,把上消化道出血分为胃热、肝郁、脾虚三型,按清热止血、疏肝止血、益气止血三法施治,即使单方散剂,也以黄及散治胃热、肝郁型;乌及散治脾虚型,亦初具辨证论治之意。任达然对上消化道出血多以胃热、肝火、脾虚分型论治,治疗多遵循以下三个原则:第一胃热肝火宜乎清,凉血柔肝常同进;第二若遇血涌当急止,为防瘀留应祛清;第三生血统摄赖乎脾,见虚当补理亦明。贝淑英认为不论何种原因致上消化道出血,治疗之道宜从整体出发,不独治胃,还要顾及肝脾,遵循实则泻之,虚则补之的原则,出血太急,可急用云南白药以止血。丘和朋认为血证性质多属火、痰、虚、瘀,治疗血证,主要应掌握治火、治气、治血三个基本原则,常用清热凉血止血法、降火滋阴止血法、理气益气止血法、和血化瘀止血法。使用单方治疗上消化道出血,目前临床使用较为普

通,如白及粉、三七末、云南白药、乌贝散等,其疗效可达95%左右。有学者自1976年到1986年间用生大黄粉3g,3次/日,治疗上消化道出血1055例,有效率达96.68%,时间平均2.2天,仅7%患者发生恶心呕吐。其适应证为①上消化道出血,出血量在500ml以内;②其它方法治疗无效,又不宜手术者。这种方法,在全国很多医院重复验证,都有较好的疗效,从而肯定了大黄的止血作用。

(高连印)

参考文献

- [1] 黄一峰. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 4
- [2] 史宇广, 等. 当代名医临证精华·血证专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1992
- [3] 傅宗瀚. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 5
- [4] 马贵同. 上消化道出血的中医防治. 上海中医药杂志, 1989, (12): 14~17
- [5] 曹鸣高. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 4
- [6] 屠揆先. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 15
- [7] 徐景藩. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 6
- [8] 史宇广, 等. 当代名医临证精华·血证专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1992
- [9] 陈泽霖. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 8
- [10] 于振宣, 等. 中国当代中医专家临床经验荟萃(二). 北京: 学苑出版社, 1997
- [11] 汪朋梅. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 4
- [12] 任达然. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 4
- [13] 贝淑英. 上消化道出血证治. 中医杂志, 1985, (5): 4
- [14] 张荣华. 丘和朋教授治血证经验. 新中医, 1996, 30(2): 12~14

急性胰腺炎

【概述】

胰腺炎分为急性胰腺炎和慢性胰腺炎。急性胰腺炎是各种原因引起胰腺酶在胰腺内被激活,而以发生胰腺自身消化的化学性炎症为主的疾病。其临床特征是突然发作持续性的上腹部疼痛,常疼痛剧烈,伴发热、恶心、呕吐,数小时后血、尿胰酶升高。严重者可发生腹膜炎和休克,近年来,本病发病有逐年递增趋势,占急腹症的第四位。急性胰腺炎的发病原因有地域的差别,在我国近70%的病人有胆结石,而女性占多数;40%的病人短期饥饿后暴饮暴食,以男性青壮年为多。国内还有报道本病由于饮食不节引发者占84%,蛔虫干扰引发者占50%,七情所伤导致占10%。急性胰腺炎的发病还与感染、蛔虫、十二指肠疾病、手术和外伤等有关。慢性胰腺炎是指胰腺存在反复性或持续性炎症病变,临床特征是反复发作剧烈腹痛、腹部包块、黄疸、脂肪泻、肉质泻、糖尿病等。

胰腺炎轻症属中医学“胃脘痛”、“腹痛”、“胁痛”、“呕吐”;重症属“结胸”、“厥逆”范畴。中医认为本病是由于饮食不节、饮酒过度、蛔虫干扰、外感六淫、七情所伤导致肝胆脾胃功能损伤。其病程过程可分为早、中、晚三个阶段,早期正盛邪轻,以郁结多见;中期正盛邪实,常以热、瘀、结三者兼杂互为转化为主;晚期正虚邪恋,瘀热或瘀结内陷,耗阴伤

阳导致变证,或正虚邪衰反复发作,损伤脾胃。本病急性期属实证、热证;慢性期虚实夹杂。病位在肝胆、脾胃。

【名医经验】

1. 关林风诊治经验

关氏将急性胰腺炎按病情程度分为重度、中度、轻度,认为轻度急性胰腺炎临床多见于肝郁气滞和蛔虫上扰证,立法在于疏肝理气,通腑祛蛔,解毒止痛,常用龙胆草、生大黄、木香、延胡索、白芍、栀子、芒硝、槟榔、苦楝根皮、使君子。中度胰腺炎多见于脾胃湿热证,立法清热解湿,通腑祛湿,临床常用栀子、丹皮、赤芍、生大黄、芒硝、木香、厚朴、延胡索。重度胰腺炎多见于脾胃实热证,常伴严重并发症,必须中西医结合治疗。并发症分为气血厥脱期、热盛肠结期、癥瘕消散期、肿块消失期。^[1]

2. 赵连根诊治经验

赵氏对急性胰腺炎按病理损伤程度分证治疗,认为肝郁气滞证多见于轻度水肿型急性胰腺炎;湿热胶结证多见于急性水肿型胰腺炎有腹膜炎体征,并发身目黄染;热血相搏证多见于急性出血坏死型胰腺炎,伴高热、休克。水肿型肝郁气滞、湿热内蕴证,治宜疏肝解郁、清热化湿,基本方为小柴胡汤加减:柴胡、赤芍、黄芩、全瓜蒌、枳壳、大黄、香附、半夏;重症水肿型和出血坏死型胰腺炎脾胃实热证,治宜清热解湿、通里攻下,基本方为大柴胡汤加减:柴胡、蒲公英、黄芩、银花、大黄、枳实、地榆。^[2]

3. 郑显理诊治经验

郑氏按中医辨证施治,认为急性胰腺炎是急腹症,首先要“辨虚实”、“辨病邪”、“辨病位”,八纲辨证属里、实、热证,病邪为气滞血瘀、湿热蕴结、热毒炽盛,病位在肝胆脾胃。急性胰腺炎早期正盛邪实,要迅速祛除实热毒邪,防止病邪深入,重用大黄、巴黄片和甘遂末即为峻下之意。实热毒邪对人体的病理损害及泻下利湿药的治疗,都对人体气阴有所伤害,因此顾护气阴是疾病善后的重要措施。郑氏临床运用清胰汤(柴胡、胡黄连、黄芩、广木香、延胡索、白芍、生大黄、芒硝)治疗,随证加减,治愈率72%。并强调在24小时内要使大便通畅,重用大黄30~60g,或巴黄片、甘遂末。对高热黄疸者,同时重用清热解毒药,金银花、连翘、夏枯草、板蓝根、蒲公英。对肝郁脾虚者,注意养阴,用一贯煎加疏肝利胆药。临证体会急性胰腺炎可分为六种证型:①脾胃实热证用复方大柴胡汤、复方清胰汤加减;②肝胃实热证用柴胡茵陈蒿汤加减;③肝郁气滞证用柴胡疏肝散加减;④蛔虫上扰证用柴胡驱蛔汤加减;⑤表里俱热证用柴胡石膏汤或防风通圣散加减;⑥脾胃虚寒证用柴胡桂枝汤或附子理中汤加减。^[3]

4. 吴银根诊治经验

吴氏认为在急性胰腺炎急性期的病理机制是气滞、实热、湿热、瘀积,因此将疏肝、理气、泻下、通利、祛瘀诸法同时运用于本病中实为治标方法,可达到驱除病邪,缓解症状,加速病情好转的目的。^[4]

5. 吴胜东诊治经验

吴氏强调六腑以通为用,认为胰腺炎之脘腹痛属腑气不

通,气滞血瘀,因此运用通利大便,通腹消结,痛随利减,同时使用活血化瘀,可以改善腹痛症状,改善循环,促进炎症吸收,有利病情恢复。利用化瘀通腑法治疗急性胰腺炎,基本处方:延胡索、赤芍、大黄、丹皮、柴胡、姜黄,随证加减。治疗病人273人,3天内症状、化验指标恢复正常者165人,1周内恢复正常者253人,占92.7%。^[5]

6. 陈平南诊治经验

陈氏比较全面地考虑了急性胰腺炎的病理机制,认为胰腺炎病理机制是由于肝郁气滞、脾虚湿盛、食积胃肠,气、湿、食郁结日久化热,因此用药有疏肝理气、健脾祛湿、清热通腑、解痉止痛,属于中医辨证与辨病相结合的方法,方药运用结构渗入了现代药理研究成分。采用柴胡、黄芩、延胡索、川楝子、生大黄、白芍、青木香、姜半夏、甘草为主方,随证加减,结果腹痛消失,热退,白细胞、淀粉酶指标恢复正常时间比西药组明显缩短。^[6]

7. 王修身诊治经验

王氏认为急性胰腺炎临床表现和病机与肠痈相似,如脾胃虚弱或湿滞蕴积,劳伤导致胃肠损伤,因饮食不节,情志所伤影响胃肠运化功能,气滞痞塞,郁久化热,热毒炽热,多种原因相互作用而致病,是肠痈的重要原因,而急性胰腺炎与之相同;临床表现腹痛、发热、恶心、呕吐。按照中医“肠痈”论治,治疗方法是:清热解毒、通腑泻下,处方:银花、连翘、败酱草、蒲公英、生大黄、番泻叶、生薏仁、冬瓜仁、桃仁、丹皮、生甘草。并在临床治疗本病中疗效得到了肯定。^[4]

8. 王宝恩诊治经验

王氏运用中西医结合疗法治疗急性胰腺炎重症,其中中医首先强调腑气以通为主,同时清热活血理气。其作用原理在于通腑泻下能解除梗阻,改善胃肠功能,利胆利胰;清热解毒能控制感染,抑制细菌生长,减少病毒损害;活血化瘀能改善循环,增强免疫力,加快疾病恢复;理气能解除梗阻、降低胃酸分泌,松弛括约肌。中药处方:①通腑泻下:大黄 20g,芒硝 10g,延胡索 15g,甘草 6g 或单味生大黄 30g。②清热、活血、理气:黄芩 15g,大黄 15g,赤白芍各 15g,虎杖 30g,柴胡 20g,木香 12g。治疗有效率 95.8%。^[7]

9. 姚开炳诊治经验

姚氏按病程特点分证治疗,对重症急性胰腺炎分证认为,发病初期以腹膜炎、休克为主,气血败乱为主证,虚实夹杂,急当固本,兼以通下,给予增液承气汤加减(人参 20g,麦冬、元参、生地、栀子、延胡索、大黄(后下)各 15g,芒硝(冲) 10g);中期热结阳明,见于腹膜炎、肠麻痹,应及时攻下,用大陷胸汤合大柴胡汤加减(大黄、栀子、丹皮、丹参各 15g,芒硝、厚朴、柴胡、黄芩、延胡索各 10g,甘遂 3g);恢复期则应辨证调理。^[8]

10. 丁毅诊治经验

根据正邪消长规律,丁氏提出本病早期属少阳阳明同病,用大柴胡汤;病在中期,病情较重,里热痞满证用小承气汤,津伤者用增液承气汤。^[6]

11. 靳殿功诊治经验

靳氏在治疗中体会到重型急性胰腺炎主要以实热或湿热蕴结,腑气不通为主要证候。正虚邪陷,则呈现气血逆乱之绝症;脾胃热盛,化火则深入营血,导致热深厥深;胃热化火,可迫血妄行;热血相搏则结胸里实;热血相搏则瘀血腐脓或血结而成;病久正伤,可兼有耗阴伤阳之候。因此清热解毒、通里攻下、活血化瘀是治疗本病的基本法则。强调活血化瘀在本病中的治疗作用。强调本病治疗关键在于活血化瘀要早,运用膈下逐瘀汤合大承气汤化裁治疗,处方:丹皮、赤芍、红花各 10g,失笑散 8g,延胡索、枳实各 10g,虎杖 30g,生大黄(后下)30g,芒硝粉(冲服)3g。热盛加栀子、败酱草;黄疸加茵陈蒿;腹胀剧烈加川楝子、木香;呕吐剧烈加黄连、竹茹;结石者加金钱草、郁金;发热加生地;有蛔虫者加槟榔、乌梅、苦楝根皮。治疗本病 80 例,显效 57 例,3 日内完全止痛率 71.3%,总有效率 98.80%。^[9]

12. 周俊之诊治经验

按本证、变证分证治疗,本证是按病情发展规律出现的证候,变证是邪盛正损产生的各种并发症。周氏认为急性胰腺炎本证可分四种证型:①肝郁气滞证,②脾胃湿热证,③脾胃实热证,④蛔虫上扰证。变证可分八种证型:①气血厥逆、热泻厥泻,②胃热炽盛、迫血妄行,③结胸实热,④热血相搏,⑤瘀热腐脓,⑥热血结块,⑦湿邪困脾,⑧脾胃虚弱。^[10]

13. 覃士明诊治经验

覃氏按治疗期、缓解期辨证治疗,治疗急性胰腺炎 78 例,急性期即治疗期可分为气滞夹积证,用大柴胡汤加减;柴

胡、枳实、黄芩、延胡索、半夏各 12g, 大黄(后下)、白芍、蒲黄各 15g, 甘草 6g; 脾胃湿热证, 用大承气汤加味: 大黄 15 ~ 30g(后下), 芒硝 9g(冲服), 黄芩、枳实、厚朴、柴胡、白芍、延胡索、丹皮、桃仁各 12g, 败酱草 30g, 木香、甘草各 6g; 肝胆湿热证, 用胰胆合剂: 茵陈蒿 30 ~ 60g, 大黄 12 ~ 15g(后下), 龙胆草、栀子、枳实、半夏、柴胡、黄芩、竹茹、白芍各 12g, 木香 6g(后下), 甘草 6g。缓解期可分为脾胃湿困, 用平胃散加减; 脾胃虚弱, 用六君子汤加减; 胃阴不足, 用养阴汤。治愈率为 97.5%。^[11]

14. 崔学教诊治经验

崔氏将胰腺炎归纳为 6 种证型辨证, ①少阳阳明病兼气血瘀滞证, 治以大柴胡汤为主; ②少阳阳明病兼腑实证, 属热证治以大承气汤合大柴胡汤, 非热证治以大建中汤合大柴胡汤; 两证均加穿心莲、银花藤、地胆头, 同时大黄煎剂灌肠; ③少阳腑证, 多见于有胆结石病史或胆源性胰腺炎, 治以小柴胡汤; ④火邪伤络、血热妄行证, 见于重症出血坏死型胰腺炎, 邪盛正衰, 合并黄疸者以茵陈蒿汤, 有全腹膜炎应予以手术治疗; ⑤湿热瘀搏结证, 见于合并胰腺假性囊肿, 正盛邪实, 治以大柴胡汤合龙胆泻肝汤加麦芽、穿山甲、山楂、皂角刺, 同时用穿心莲、大黄、银花藤、赤芍、地胆头煎剂灌肠; ⑥少阳经热邪循经移络证, 多见于病毒性腮腺炎继发本病, 治以普济消毒饮合小柴胡汤。崔学教认为重症出血坏死型胰腺炎属火邪伤络、血热妄行证, 邪盛正衰, 合并黄疸者以茵陈蒿汤为主方。同时崔学教治疗合并胰腺假性囊肿者, 见于湿热瘀搏结证, 正盛邪实, 治以大柴胡汤合龙胆泻肝汤加麦芽、穿山甲、山楂、皂角刺, 同时用穿心莲、大黄、银花藤、赤芍、地胆头煎剂灌肠。^[12]

15. 袁甲平诊治经验

临证将急性胰腺炎分为4种证型,①表寒里实证用大柴胡汤加减:柴胡12g,半夏、黄芩、赤芍、枳实、延胡索、木香、生大黄各10g,蒲公英、川楝子各15g;②饮食积滞证用保和丸加减:神曲、茯苓、山楂各15g,半夏、枳实、生大黄、藿香、连翘、延胡索各15g;③湿热证用葛根芩连汤加味:葛根15g,黄芩10g,黄连7g,苍术、厚朴、泽泻各10g,猪苓、茯苓各15g,甘草3g;④气滞证用四逆散加减:柴胡15g,白芍20g,枳实、生大黄、厚朴各10g,蒲公英、川楝子各15g,甘草3g。结果:治疗30例,治愈26例,好转3例,无效1例,总有效率92.2%。^[13]

16. 马忠明诊治经验

马氏运用中西医结合方法治疗重型急性胰腺炎54例,其中血性腹水51例,胆石者41例,均有急腹症,呕吐、腹胀、腹膜刺激征,血糖 $>11\text{ml/L}$,血钙 2.0 ml/L 。中医立法为通腑理气,清热解毒、活血凉血止痛。中药处方用大承气汤合黄连解毒汤加减,大黄20~40g(后下),银花30g,黄芩15g,芒硝(冲服)、枳壳、厚朴、柴胡、延胡索、栀子、赤芍、丹皮、黄连各10g,1日1剂,胃管反复注入,有41例手术,术后48小时继续经胃管内注入给药,痊愈率90.7%。^[14]

17. 张伯臾诊治经验

张氏提到急性胰腺炎属祖国医学“胃心痛”范畴,遵古人法则,“胃心痛须用劫药”,运用加减大柴胡汤治疗急性胰腺炎近百例,收到了药到病除的良效,因湿热互阻中焦,延至胰脏,不通则痛,因此用大黄苦寒荡涤胃肠,泻火解毒,芒硝咸

寒润燥软坚破结,枳实苦温行气破结除满,山楂消肉食导积滞,红藤、败酱草清热解毒,排脓消肿。六味相配,药少而功专,故能得以药到病除。^[15]

18. 符为民诊治经验

符氏从事中医急症的研究已数十年,积累了丰富的临床经验。中医药治疗急性胰腺炎(AP)一直是他研究的重点课题之一,其对AP病因病机病理等方面的研究中,强调“血瘀”这一病理环节在AP发病及其转归中的影响,提出了从毒瘀论治AP的学术思想。他研制的胰炎灵冲剂自1988年应用于急症临床以来,已取得了满意疗效。他认为AP的发生多由感受六淫之邪、饮食不节、胆道石阻、蛔虫上扰、精神刺激以及创伤、手术、妊娠等因素引起邪阻,气滞,肝胆不利,湿郁热结,蕴于中焦,或表现为肝郁气滞之证,或为肝胆湿热之证,或为胃肠热结之证,此三方面的证候也是AP最早出现、最常见的证候。

治疗AP的大法以理气通滞、清里攻下为主。大柴胡汤、大承气汤及其衍化而成的方药成为治疗AP的主流。在AP病机的认识上突破了气滞、湿热、热结的巢臼,指出“血瘀”的形成是AP发展的必然和本质,而气滞、湿热、热结等证候仅是其外候。

AP血瘀的形成有以下几个环节:①气滞致血瘀。②湿热内蕴,浊邪瘀结。③热结壅滞血瘀,“邪热炽盛,郁火器蒸,血液胶凝”,“伏火郁蒸血液,血被煎熬成瘀”。④热毒壅滞,气血不畅。⑤热毒耗液,津亏血滞。热毒动血,离经成瘀。

AP病理演变的过程中常包括以下几个方面:①郁(气机郁滞),②结(湿热蕴结),③热(热毒内盛),④瘀(毒瘀互结),⑤厥(气血逆乱),⑥虚(瘀留正伤)。而其中“血瘀”是

决定病情轻与重、预后好与坏的关键。

“解毒通瘀”为 AP 的治疗大法。中医药治疗 AP 时只有紧扣“毒瘀”施治,才能从根本上扭转 AP 治疗中的被动局面,阻断变证的发生。旨在清解气血之热毒,通散脏腑之瘀血。单味中药大黄治疗 AP 疗效确切,临床及实验研究均已证实。认为如仅看到大黄的泻下作用是不全面的,对 AP 病机的认识也是不深入的,大黄对 AP 的疗效更得益于它的化瘀功用。AP 治疗化瘀应贯彻始终。认为以化瘀为主的治疗应贯穿治疗的始终,根据其瘀的特点应解毒通瘀,在此基础上或理气解郁,或清化湿热,或泻下结热,后期瘀留正伤,则又须扶正化瘀。在对 AP 舌象的观察中发现本病舌象的主要特征是舌面出现隐隐蓝色或蓝色条带区。舌面蓝色条带区隐隐、苔色不重者,多系单纯性胰腺炎;舌质黄紫,蓝色隐隐,苔腻或黑焦并伴有舌面瘀斑瘀点,多为胰腺出血坏死性改变。病程短者,舌质舌苔出现变化者较少;病程长者,舌质舌苔出现变化者较多。从舌诊这一侧面也反映了 AP“瘀”的本质以及化瘀治疗应贯彻始终的必要性。^[16]

【按语】

以上 18 位医家的对胰腺炎的辨证和治疗特点基本反映了现代中医对胰腺炎的认识。其中覃士明按治疗期、缓解期辨证治疗急性胰腺炎,治疗期气滞夹积证,用大柴胡汤加減;脾胃湿热证,用大承气汤加味;肝胆湿热证,用胰胆合剂。缓解期脾胃湿困,用平胃散加減;脾胃虚弱,用六君子汤加減;胃阴不足,用养阴汤。周俊之则按本证、变证分证治疗,认为急性胰腺炎本证可分四种证型:①肝郁气滞证,②脾胃湿热证,③脾胃实热证,④蛔虫上扰证。变证可分八

种证型:①气血厥逆、热泻厥泻,②胃热炽盛、迫血妄行,③结胸实热,④热血相搏,⑤瘀热腐脓,⑥热血结块,⑦湿邪困脾,⑧脾胃虚弱。丁毅根据正邪消长规律,提出本病早期、中期。姚开炳按病程特点分证治疗,对重症急性胰腺炎分证认为,发病初期以气血败乱为主证,虚实夹杂,急当固本,兼以通下;中期热结阳明,见于腹膜炎、肠麻痹,应及时攻下,用大陷胸汤合大柴胡汤加减;恢复期则应辨证调理。王修身认为急性胰腺炎临床表现和病机与肠痈相似,按照中医“肠痈”论治,治疗方法是:清热解毒、通腑泻下。关林风将急性胰腺炎按病情程度分为重度、中度、轻度,认为轻度急性胰腺炎临床多见于肝郁气滞和蛔虫上扰证,立法在于疏肝理气、通腑祛蛔,解毒止痛;中度胰腺炎多见于脾胃湿热证,立法清热解毒,通腑祛湿;重度胰腺炎多见于脾胃实热证,常伴严重并发症,必须中西医结合治疗。并发症分为气血厥脱期、热盛肠结期、痼痈消散期、肿块消失期。赵连根对急性胰腺炎按病理损伤程度分证治疗,认为肝郁气滞证多见于轻度水肿型急性胰腺炎;湿热胶结证多见于急性水肿型胰腺炎有腹膜炎体征,并发身目黄染;热血相搏证多见于急性出血坏死型胰腺炎,伴高热、休克。水肿型肝郁气滞、湿热内蕴证,治宜疏肝解郁、清热化湿,基本方为小柴胡汤加减;重症水肿型和出血坏死型胰腺炎脾胃实热证,治宜清热解毒、通里攻下,基本方为大柴胡汤加减。郑显理按中医辨证施治,认为急性胰腺炎是急腹症,首先要“辨虚实”、“辨病邪”、“辨病位”,八纲辨证属里、实、热证,病邪为气滞血瘀、湿热蕴结、热毒炽盛,病位在肝胆脾胃。急性胰腺炎重用大黄、巴黄片和甘遂末及实热毒邪对人体气阴有所伤害,因此顾护气阴是疾病善后的重要措施。将急性胰腺炎分为六种证型,①脾胃实热证,②肝胃实热证,③肝郁气滞证,④蛔虫上扰证,⑤表里

俱热证,⑥脾胃虚寒证。

近十几年来,中医对胰腺炎的辨证施治积累了丰富的经验,特点是根据本病临床症状轻重、时间长短、病理转化,与中医脏腑、气血、八纲辨证有机地结合。认为胰腺炎病理机制是由于肝郁气滞、脾虚湿盛、食积胃肠,气、湿、食郁结日久化热,因此用药有疏肝理气、健脾祛湿、清热通腑、解痉止痛,属于中医辨证与辨病相结合的方法,特别强调六腑以通为用,认为胰腺炎之脘腹痛属腑气不通,气滞血瘀,因此运用通利大便,通腹消结,痛随利减,同时使用活血化瘀,可以改善腹痛症状,改善循环,促进炎症吸收,有利病情恢复。

中药治疗急性胰腺炎的原理在于理气能解除梗阻、降低胃酸分泌,松弛括约肌;清热解毒能控制感染,抑制细菌生长,减少病毒损害;通腑泻下能解除梗阻,改善胃肠功能,利胆利胰;活血化瘀能改善循环,增强免疫力,加快疾病恢复。临床研究证明中医治疗能迅速缓解腹痛,使血尿淀粉酶、血白细胞恢复正常时间。对急性胰腺炎水肿型病人经中药治疗或中西药结合抢救治疗及手术治疗后,症状可减轻或缓解或痊愈;也可转为慢性反复发作。在恢复期或慢性期胰腺炎阶段,患者多表现为正气未复,阴液不足,脾胃虚弱病邪仍在。这时应调理脏腑功能,滋阴生津,健脾益气,和胃止泻,使正气复,邪气去。同时积极治疗宿疾,如胆结石、胆囊炎、蛔虫证,避免精神刺激和饮食所伤。

(张晓明 张声生)

参 考 资 料

- [1] 关林凤,贺瑞麟,李淑叶. 中西医结合治疗急性胰腺炎 184 例. 中华外科杂志, 1979, (4): 234
- [2] 赵连根. 中西医结合治疗急性胰腺炎现状及展望. 天津中医, 1988,

- (1):29
- [3]李乾构,周文学,单兆伟.实用中医消化病学.北京:人民卫生出版社,2001.824
- [4]江扬清.中西医结合内科研究.北京:北京出版社.1997.328
- [5]吴胜东.化瘀通腑法治疗急性胰腺炎 273 例临床分析.中医杂志,1980,(6):26
- [6]沈帼男,于振宣,崔秀梅,等.中医内科临床新法.北京:科学技术文献出版社,1995.269
- [7]王宝恩.急性出血坏死性胰腺炎的中西医结合疗法.中华内科杂志,1988;27:25
- [8]姚开炳.急性出血性胰腺炎 45 例的诊治体会.中医杂志 1985;(4):43
- [9]靳殿功,崔乃强.活血化瘀在重型急性胰腺炎治疗中的作用机制研究.中国中西医结合外科杂志,1999,5(2):封3
- [10]周俊之.常见急腹症的演变规律及辨证施治研究.中医杂志,1986;(1):59
- [11]覃士明.中医药为主治疗急性胰腺炎 78 例.辽宁中医杂志,1996,12(3):14
- [12]崔学教.急性胰腺炎的中医治疗.广州中医学院学报,1990;(1):20
- [13]袁甲平.辨证治疗急性胰腺炎 30 例体会.湖南中医杂志,1996,12(3):14
- [14]马忠明.中西医结合治疗重型急性胰腺炎疗效探讨.中西医结合外科杂志,1997,3(1):37
- [15]李文亮,齐强,王天明.千家妙方(上册).战士出版社,1982.318
- [16]沈宇清.符为民.从毒瘀论治急性胰腺炎学术思想探析.中国中医急症,1998,7(5):222

肠 梗 阻

【概述】

肠梗阻是指各种原因引起的肠道通过障碍的一种常见外科急腹症。临床主要表现为腹部绞痛,呕吐(呕吐物常含有胆汁和粪便),无大便,腹胀不排气,听诊或可闻及尖锐的肠鸣音。按其病因可分为机械性肠梗阻(如肠粘连,肠管炎症,肠套叠,肠扭转,蛔虫团堵塞,肿瘤等),动力性肠梗阻,缺血性肠梗阻;依据肠壁有无血运障碍,又可分为单纯性的和绞窄性两类;根据梗阻程度还可分为完全性和不完全性肠梗阻。西医学对本病主要以解除梗阻,切除病变组织,或作捷径手术,并纠正因梗阻而导致的水、电解质、酸碱失衡。

从 50~60 年代,我国医务工作者开始了中西医结合治疗肠梗阻的探索,历经 40 余年,现已比较确切的掌握了中西医结合治疗肠梗阻的方法,显著提高了临床疗效,大大降低了死亡率及手术并发症。肠梗阻属中医“关格”,“腹痛”,“肠结”,“呕吐”,“结症”,“吐粪症”。其病因多由脾胃虚损,湿热内蕴或寒湿凝滞或瘀留肠间,导致腑气不通,气机升降失调,浊气上逆为病。治疗主要大法为通里攻下,酌情配合理气、活血、清热、温化等法。

【名医经验】

1. 印会河诊治经验

印氏认为肠梗阻病,在西医本应禁下,但从中医角度看,只要不是嵌顿、套叠引起,就不仅应该攻下,并且强调应要急下,并且附例说明此观点。郑氏女性,30余岁,产后不久出现肠梗阻,腹胀痛拒按,大便不通已近一周,舌苔黄厚,脉实有力,印氏根据其痞满不便主症,给予大承气汤加味急下,药用大黄、芒硝、枳实、木香、槟榔、炒莱菔子,药入腹中如雷鸣,气行得便,腹部顿觉宽松。^{〔1〕}

2. 谭楨强诊治经验

(1)通里攻下:谭氏认为本病生理特点是:泻而不藏,实而不动,动而不静,降而不升,以通降下行为顺,滞寒上逆为病,不通则痛,发病脏腑气机郁滞继而导致气滞阻结、气滞血瘀、瘀久化热、肉腐成脓,临床辨证多属阳、里、实、热证,而气机郁滞、实邪结聚、湿热内盛与血行瘀滞四个因素互相转化,互为因果,同时存在。这些生理病理与辩证关系说到底均源于“不通”所致,故针对“不通”其治疗法则主要是以通里攻下法为主,而针对不通所致的郁、结、热、瘀,则要以清热解毒、活血化瘀、舒肝理气等法配合。谭氏应用通里攻下法又称泻下法,具有通便、泻水、清热、解毒、活血凉血、行气散结、逐水、利胆等作用,驱虫也包括在下法内。此外,通的方法各有不同,调和气血,使之旁达。

虚者之便通,寒者温之使通均属通下方法,不能认为只有下泻才为通。

(2) 中西医结合治疗注意三方面问题:①急性肠梗阻中西医结合保守治疗适应证:第一方面,必须为单纯性肠梗阻,没有肠坏死,没有腹膜炎,没有肠绞窄;第二方面,一般情况好,无休克;第三方面,脉搏在 100~110 次/分钟以下,体温 38℃ 以下;第四方面,WBC 2 万以下;第五方面,神志正常;第六方面,腹腔无渗液;第七方面,无腹膜刺激征,腹部压痛不重;第八方面,肠梗阻病因要参考有关因素,肿瘤、成人肠套叠、肠系膜血管栓塞及绞窄性肠梗阻、小肠大肠扭转复位未成功者,均应考虑手术。②中西医结合治疗肠梗阻中转指标:第一为腹痛,这是最重要的指标之一,凡腹痛经过一段时间治疗不缓解或加重或由阵发性腹痛转为持续性痛是病情恶化的征象;第二为脉搏,高于 100~110 次/分钟往往预示病情恶化;第三为脉象,脉由弦变为弦细或细数,或转为芤脉或脉无力,要注意病情变化;第四为血压,脉压差变小是病情恶化的指征;第五为体温,持续在 39℃ 以上,采用中西医结合治疗要慎重,尤其是一开始体温即在 38℃ 以上,或治疗过程中上升至 38℃ 以上,预示肠坏死的可能;第六为 WBC,一开始即在 2 万以上,应慎用保守治疗,若在治疗过程中,WBC 逐步上升 2 万以上,也预示病情恶化;第七为肠鸣,如肠鸣音由亢进高调逐渐减弱或消失,预示肠坏死的可能;第八为舌苔,这是反应“毒热”、“内热”的指标,苔由白变黄以至变黑,是反应“毒热炽盛”的表现之一,随着毒热或内热的消退,或者炎症的好转,舌苔也由黑转黄再转白;第九为腹胀,是腹膜炎加重的表现,尤其是腹胀加重与肠鸣音消失同时出现,表明腹内炎症加重是中转的重要指征;第十为腹穿及腹水,从无腹水到有腹水,从清亮到混浊,从白细胞很少至很多以至有脓细胞,均代表腹内炎症加重;第十一为移浊,是了解腹腔内有无腹水或渗出液的重要检查方法;

第十二为压痛,触及压痛性包块要考虑手术,压痛加重是表示腹内炎症加重的重要依据;第十三为神志,神志昏迷,躁动不安,谵妄,往往是中毒性脑病的表现要考虑中转手术;第十四为腹膜刺激征,一般指压痛重且出现肌紧张,反跳痛,这三种体征是由于腹腔内炎症重引起腹膜刺激所致,故有腹膜刺激征,往往表示已不适于作中西医结合治疗而必须中转手术;第十五为中西医结合保守的时间,急性肠梗阻如通腑攻下2~3天肠梗阻无缓解,则要考虑中转手术。③在肠梗阻的治疗中,谭氏强调了西医的辨病与中医的辨证论治相结合是十分重要的。主要区分第一,八纲辨证要区别寒、热、表、里、阴、阳、虚、实;第二,病因辨证区别气、血、寒、热、湿、食、虫;第三,脏腑辨证要结合症状、舌苔、脉象。注意真热假寒及假热真寒及虚实夹杂。〔2〕

3. 徐长生诊治经验

徐氏认为对急性肠梗阻的中医辨证有以下几种:

(1)八纲辨证:急性肠梗阻为肠腹之病,一般为里、实、热证,临床上以阳证为最常见,阴证偶见于重危病人。

(2)病因辨证:可分为气滞、血瘀、寒凝、热结、湿阻、食积、虫结七类。气滞的特点是时痛时止,痛无定处,叩之如鼓,舌苔白腻,脉弦细;血瘀的特点是痛有定处,刺痛为主或有痛性包块,舌暗红或有瘀斑,脉涩;寒凝的特点是腹痛剧烈,痛有定处而怕冷喜热,面色青晦,舌质淡、苔薄白,脉沉迟或沉紧;热结的特点是腹痛拒按,恶热,小便短赤,舌质红、苔黄腻或燥,脉滑数或弦数;湿阻的特点是腹胀痛,肠间可闻漉漉之声,舌胖、苔腻、脉弦滑;食积的特点是多有饱餐史,腹胀而痛,吐酸臭物,苔黄厚腻,脉滑而实;虫结的特点是痛于脐周,可吐蛔虫,腹可有绳索状团块,呈花剥舌,脉弦

或紧。

(3)分型辨证:按正邪相争的不同阶段分为三型:①痞结型:由于肠腑痞塞不通,气机停滞,运化失职,属正盛邪轻阶段,临床表现腹胀轻,无腹膜刺激征,全身情况好,相当于无血运障碍的单纯性肠梗阻;②瘀结型:由于肠腑血瘀,上下不通,属正盛邪实阶段,临床表现较痞结型为重,如腹痛、腹胀加重,可有腹膜刺激征,相当于有早期或轻度血运障碍的各种急性肠梗阻;③疽结型:发展到晚期阶段,由于肠腑疽结,肠管有明显血运障碍,肠管坏死,可伴有休克,属正衰邪陷阶段,临床特点为病人全身情况差,脉细数无力,体温升高,腹胀及腹膜刺激征明显加重,甚至有感染性休克,相当于晚期绞窄性肠梗阻。

(4)大承气汤的运用:疑有肠梗阻存在时,必须明确肠梗阻的部位、性质和原因,运用 X 线快速肠道造影的方法,先口服硫酸钡胶浆 150ml,按常规检查食管、胃和十二指肠后,即服大承气汤 1 剂:厚朴 9g,枳实 9g,大黄 9g(后入),芒硝 9g(冲服)。加水 200 ml,浓煎成 100 ml。经观察,大承气汤不但有促排作用,且较灭吐灵更佳,并可缩短检查时间。大承气汤虽然对胃的排空是正常的,但对小肠和大肠肠管能起到很好的促排作用。利用其不同时间的充盈规律,分别获得所需要的充盈像,如 30 分钟左右可获得胃、小肠和回肠部及升结肠的充盈像;1 小时左右可获得胃、小肠及大部分大肠的充盈像;2 小时左右,小肠大部分已排空,可获得全部结肠的充盈像。这不仅能观察脏器本身的病变,且还能了解到脏器之间的相互关系,一般在服大承气汤后 30、60、120 分钟时进行透视或摄片。本法简便易行,效果明显,除胃肠道穿孔和完全性结肠梗阻外,无其他禁忌证,对年老体弱或其他原因不能行钡剂灌肠检查的病人,尤为适宜。常规应用液体

石蜡或植物油 60~80ml,经胃管注入抽吸净的胃腔内,然后夹管 2 小时,必要时可隔 2~4 小时后重复使用。灌药后观察病人有否在矢气或排便中含油样物质排出,若有多量油样物质排出,提示为不完全性肠梗阻,不但能缓解症状,且预后一般良好;反之,如灌注两次后,仍无矢气,无油样物质排出者,则可认为是完全性肠梗阻,需改进治疗方案。^[3]

4. 党正祥诊治经验

急性肠梗阻为肠腑之病,在临床可分为痞结型、瘀结型及疽结型,其目的是指导划分手术与非手术治疗界限。党氏重点探讨对痞结型的非手术治疗。

痞结型是肠腑气机不利,痞结不同,其临床表现为痛、吐、胀、闭四大症,舌苔白,脉弦。属部分性肠梗阻、单纯性机械性肠梗阻及早期动力性肠梗阻。其治疗以通里攻下为主,常用方剂有复方大承气汤、肠功能恢复汤、大黄廑虫丸。

有些病人从胃管注入中药缓解较慢,如能把一剂中药煎至 250ml,纱布过滤后经适当装置向结肠内点滴(2~2.5 小时滴完),或用中药 150ml 保留灌肠,均能促进肠梗阻的缓解。

针刺治疗也是不可缺少的治疗手段。选穴的原则是:上腹痛刺中脘,下腹痛刺关元,腹胀针双刺天枢穴。粘连、蛔虫团引起的肠梗阻针双刺大横穴。肠梗阻近端肠管扩张、充血、水肿,特别是近期腹膜炎引起的粘连性肠梗阻,以土大黄外敷,有消肿、消炎、止痛、促进肠梗阻缓解的作用。用法:取土大黄叶子,洗净捣烂以纱布包裹,外敷肠梗阻患者疼痛处,每次 2 小时,敷后擦净局部,每日敷 2~3 次。

在非手术治疗急性肠梗阻过程中,进行必要的基础治疗,如胃肠减压、补液、纠正酸碱平衡失调、合理使用抗生素

等,至关重要,不可忽视。^[4]

5. 王朝珍诊治经验

急性肠梗阻为急腹症中之重症,其辨证多为实证。治疗的重点应围绕一个“通”字,以达“通则不痛”之目的。在治疗急性肠梗阻时,以泻下通腑为之大法。王氏用中药治疗急性肠梗阻大致分为三类:第一类为年轻体壮,平素无病,突然发病者,常用大承气汤加减,服药后二小时之内如无泻下,可再服一剂,最多四剂。如四剂用过仍不泻下而其症状加重者,应改变治法,用手术治疗为宜。第二类是年老患者,平素体虚,有患肠梗阻,常用攻补兼施的黄龙汤加减。第三类为过去有腹部手术史,肠梗阻症状经常发生的患者,用自配的甘黄散冲服治疗,往往收到良好的效果。^[3]

6. 杨大春诊治经验

杨氏治疗肠梗阻的经验是:当肠梗阻诊断确立后,第一步是分型,第二步是辨邪,第三步是按寒、热、虚、实选方用药。

(1)分型:肠梗阻分为痞结型、瘀结型和疽结型,比较有利于选择手术与非手术适应证。痞结型一律采用中药治疗,瘀结型应在严密观察下试用中药治疗,如经4~6小时积极治疗后,腹痛不减或反而加重,腹围加大,脉数,肠音减弱,出现腹膜刺激征者,应及时中转手术;疽结型则采取手术治疗。

(2)辨肠梗阻的病邪:可分为气、血、寒、热、湿、食、虫七种。认为气机不行、瘀血滞留、寒邪凝滞、热邪郁闭、蕴邪中阻、食积阻肠、蛔虫聚团和燥屎内结等均可致病,临床当须辨清,以利于指导用药。

(3)按寒、热、虚、实辨证选方:①对实热证以复方大承气汤或粘连缓解汤为基本方,随证加味。实热者重用大黄15~20g,加银花30g,黄连10g;血瘀重者加桃仁、赤芍适量;湿重者加薏仁15g,木通10g;食积者加焦三仙30g;燥结者加大芒硝适量。②对寒实证用巴黄片2~3片,或去油巴豆1~2粒(装入胶囊吞服);③对虚中夹实者选用增液承气汤或黄龙汤加豆油、花生油或石蜡油150~200ml,两次分服或从胃管灌入,第二煎500ml在服药后3小时灌肠,15分钟后再作直肠按摩术,常易奏效。在服用去油巴豆时一定要温服,如泄泻不止可饮凉开水一杯,以止泻。

(4)在治疗肠梗阻时还要强调:一要充分胃肠减压后再用药;二要补充津液(即水、电解质的补充)以辅助正气;三要在服药或灌药前15分钟给阿托品0.5~1mg足三里穴位封闭;四要抓住头1~2天的治疗;通下则减,急下存阴;五要采用综合治疗,常易获得成功。^[3]

7. 郑显理治疗经验

(1)肠梗阻的治疗以通里攻下为主:肠梗阻属正盛邪实者,当用峻下法,速攻之,可用甘遂通结汤或甘遂末0.6~1g冲服,正虚邪实者,当用攻补兼施之法,可用增液承气汤或黄龙汤;里实热证,要用寒下法,方用大承气汤,可加炒莱菔子30g,木香10g,即复方大承气汤;里实寒证,当用温下法,方用大黄附子细辛汤或用生巴豆一粒,研碎冲服。国内研制的巴黄丸(片),只大黄与巴豆两味药,不但服用方便,疗效较好,而且适用于寒、热、虚、实各型,值得大力推广。

(2)运用通里攻下法必须注意以下几点:①要攻下与胃管减压的结合:肠梗阻时胃肠积液较多,必有腹满喜呕诸症,在运用下法时必须吸空胃液再注入中药,才能更好地发挥泻

下作用。②润下法的作用:当运用峻下或寒下法未能取效时,可由胃管注入植物油,如生豆油成人 200 ~ 300ml,可奏效。③活血药的应用:用药无效时,要调整方剂,如用当归、川芎、桃仁、红花、牛膝等以引药下行。④针刺与穴位注射的应用:针刺足三里、内庭、天枢、曲池等穴或足三里穴位注射新斯的明可调整肠管功能。^[3,4]

8. 吴成中诊治经验

吴氏运用中西医结合疗法治疗肠梗阻,取得了满意的疗效。吴氏认为关于肠梗阻症状,古代记载有《灵枢·四时气》篇“腹中常鸣,气上冲胸,喘不得久立,邪走大肠”《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》中,对腹满、腹痛作了详细的论述。如第 14 条:心胸中大寒痛,呕不能饮食,腹中满,上冲皮起,出见有头足上下,痛而不可近者,大建中汤主之。”赵献可在《医贯》:“关格者,忽然而来,乃暴病也。大小便秘,渴饮水浆,少顷则吐,又饮又吐,数日后脉亦沉伏,此寒从少阴肾经而入,阴盛于下,逼阳于上。”近代名医张锡纯所创制的治疗燥结的硝菴通结汤及赭遂攻结汤,经过验证疗效颇佳。

但对于各类绞窄性肠梗阻,则应早期诊断、早期手术治疗。^[4]

9. 周筱斋诊治经验

急性肠梗阻发病急,病情危重,变化多端。临床以痛、胀、呕、闭为主症,属中医学“关格”、“走哺”、“肠结”、“腹痛”等病证范畴。可因热壅、气滞、寒凝、食积、湿阻、血瘀、虫结等多种原因影响大肠的传导功能,浊阴不能下行以致不通则痛。治疗当遵循“六腑以通为用”、“通则不痛”等原则,采

用攻下通腑法。

(1)通腑攻下,当分寒热:急性肠梗阻之腑实证表现以实热结滞、腑气不通为多见,治疗以“三承气汤”为主方,但亦可因素体阴盛或伤于寒、湿生冷食物等,导致浊阴内结、腑气壅塞,表现寒实内结之腑实证。证见卒然腹部冷痛,得温缓解,大便秘结,腹胀如鼓,苔白或白厚腻,脉紧。同一腑实,证有寒、热之别,治疗亦有寒下与温下之异。温下代表方为三物备急丸、大黄附子汤。药用大黄、巴豆、干姜、细辛、肉桂、厚朴、高良姜、革澄茄、蜀椒。

(2)通脾气机,勿忘疏肝:急性肠梗阻,在表现腑实的同时,多见胃、肠气机通降失常,气机闭阻。治疗亦当在通腑的同时,调畅胃肠气机,破滞开闭,使气行腑通。肝主疏泄,人体的气机调畅,脾胃之气的升降,亦有赖于肝气之条达。如若肝气郁结,疏泄失司,木郁土壅,则可导致或加重中焦脾胃气机郁滞,故辨证若属肝郁气滞,胃肠传导失司,两胁胀痛,呕吐酸苦,情志抑郁,脉弦者,治疗应加用疏肝理气之品。肝气流畅,木达土开,脾胃之气随之通畅。药用柴胡、佛手片、青皮、枸杞、炒枳壳、香附、郁金、川楝子。

(3)消导食滞,须辨何积:急性肠梗阻常为食积内停,滞于中焦,肠胃传导失司,腑气不通。故治在通腑的同时,还当审因论治,配合以消导食滞之品。临床上应根据病人伤于何种食物而选用相应药物。如因猪、羊等肉积者,重用山楂、枳实、鸡内金;如因米、麦饮食积者,当用焦谷麦芽;若因面积者,重用莱菔子、神曲;豆制品积者,加用生萝卜汁;食滞加虫积者,重用槟榔、苦楝根皮;小儿或老年人消化不良及杂食乱进,多种食积者,应配合使用多种消导之品。^[4]

10. 李翰卿诊治经验

李氏认为,肠梗阻总的来说是一个实证,其中有热实、寒实、瘀血、气滞四类。另外,还应注意气虚性肠梗阻和绞窄性肠梗阻。这个疾病因为是急症、重症,患者主诉就是腹痛,因此辨别其性质较难。一般来讲,可从发病历史、治疗经过上去考虑。如:生气后突然疼痛者,当考虑为气滞;吃冷性饮食后发病者,为寒实;过去有肠粘连史者必兼瘀血;素有不能吃冷性饮食者为寒实。

李氏曾治疗寒实型和气虚性肠梗阻,病案举例:

一男性患者,突然腹痛大作,某院外科大夫诊为肠梗阻,予复方大承气汤治之无效。询其有不能吃冷性饮食史,诊为寒实证,予九痛丸12粒,愈。

一男性患者,80岁,患嵌顿疝引起的肠梗阻,诊为气虚失运,予厚朴24g,人参9g,半夏9g,炙甘草9g,愈。^[5]

11. 张琪诊治经验

张氏认为急性肠梗阻相当于中医之“反胃”、“关格”,辨证有寒热虚实之分。但其中属于实热者居多。实热郁结,气机不利,肠道不通,气壅上逆而致腹痛、胀满、呕吐、便秘之四大主症。治疗必以开郁、泄热、润燥、通腑为法则。

对高位绞窄粘连性肠梗阻,因不宜二次手术予中医保守治疗,如病人呃逆不止难以入睡,呕吐,腹胀,不排气,不大便未进食,脉象沉弱,舌苔黄腻,辨证为胃腑实热与水饮互结夹肝气上逆。予胃肠减压,先用旋覆代赭汤与小承气汤合用,泻热通腑,镇肝降逆法。《内经》谓:“诸逆冲上皆属于火”。运用旋覆代赭汤,遂用重剂,通腑泻热与疏气活血药,以疏通其粘连。尤其用甘遂末与大量番泻叶合用,以增强通腑泻热

逐水之功。可见对疑难重症,邪气相当峻猛者,宜善于抓住病机果敢用药,各个突破,阻断病势,才能化险为夷,收获奇功。

处方常用药有:生赭石(包)30g,旋覆花 20g,大黄 15g,川朴 20g,枳实 15g,半夏 20g,川连 15g,黄芩 15g,莱菔子 20g,槟榔 20g,纹军 15g,青皮 15g,海藻 30g,桃仁 20g,赤芍 20g,三棱 15g,莪术 15g,腹皮 15g,番泻叶(后下)15g,甘遂末(单包冲服)5g。丹参 20g,赤芍 20g,内金 15g,广木香 10g,郁李仁 20g,西洋参 15g,白术 20g,蜂蜜 30g。

病案举例:

丁某,男,73岁。1993年3月20日初诊。

突发腹痛,呕吐,急诊入院,被诊为“急性肠梗阻。”因年老体弱,建议服中药保守治疗。余诊其脉左右弦滑有力,舌苔白燥,腹痛胀满,呕吐,便秘,痛胀难忍。辨为实热郁结,气机不利,肠道不通,气壅上逆而致腹胀而痛,呕吐便秘等症。治必开郁、泄热、润燥、通腑。

处方:桃仁 15g,芒硝 20g,枳实 10g,槟榔 20g,广木香 3.5g,蜂蜜 200g,共煎3次,第1次加水 300ml,煎 150ml;第2次加水 250ml,煎成 150ml;第3次加水 320ml,煎成 150ml。以上煎取汁混合。加蜂蜜 200ml,再煎一沸,共 600ml,4次服完。

3月22日二诊:服上方2剂,大便通利,痛胀诸症悉除。继以理气疏郁之剂调治。前方芒硝减为 10g,酌加陈皮 10g,白术 10g,继服2剂,病获痊愈。

按:所投之方奏效迅捷,妙在芒硝与蜂蜜合用,芒硝味咸、性寒,有荡涤肠胃积滞之功。《伤寒论》之调胃承气、桃核承气、大承气皆用之以软坚润燥、荡涤肠胃积滞。蜂蜜既能润燥清热,又药性平和,具有补中功能。芒硝与蜂蜜合用,通

腑涤肠胃郁结。药性缓和而不猛。非它药所能及,辅以槟榔、枳实、桃仁、木香开郁疏气,活血润燥,相得益彰,无不良反应,疗效颇佳。^[6]

12. 李玉波诊治经验

李氏认为本病由于肠腔梗塞不通,气血运行不畅,可出现痛、吐、胀、闭四大症状,类似中医“关格”之描述。《医学入门》中载:“关格死在旦夕,但治下焦可愈,大承气汤下之”。说明关格属急症、重症,治疗重点在大肠、小肠,治疗原则是用下法,使肠腑通畅,疾病可愈。

病因病机:因感受寒邪,外邪冷气直中人体;或过食生冷寒凉,寒客于肠间,寒凝阻碍气机,肠道滞塞不通;或因阳邪入里化热,食积郁滞而致肠气不通,燥屎内结;或因虫多聚团,阻滞肠间;或因腹部外伤、手术、肠管扭转或套叠、疝气嵌顿等原因引起肠腔内容物通行不畅,血供不良,瘀血留滞,皆可导致肠管痞结,通降功能失常,滞塞上逆而发病。故肠梗阻是小肠或大肠的化物与传导功能失常所引起的疾病。

梗阻的初期,痛、吐、胀、闭等症状可轻可重,且多表现为实证、热证,即正盛邪实证候。因呕吐频繁,加之肠道传化失司,不能分清泌浊,水液大量郁积于肠道,耗伤津液,则会出现正不胜邪、邪实正虚证候;如若病情不见好转,气血逆乱则会出现正虚邪陷证候。

辨证论治:①腑实热结证:泻热通腑。代表方剂:大承气汤。加减:下之不通、津液亏虚者,或老年体弱、阴血素亏者,可加增液汤增其津液,减去枳实、厚朴以防温燥,取其增液承气之意;若素体气虚,或年老体弱出现腑实热结证,即邪实正虚者,攻邪则正气不支,应攻下与扶正并用,攻补兼施,可

加人参、当归扶正攻下。②寒邪直中证：温中散寒、通腑止痛。代表方剂：大黄附子汤。加减：寒甚者，加干姜以温中阳；气聚气胀者，加香附、炒槟榔以理气下行。③气滞血瘀证：行气活血。代表方剂：少腹逐瘀汤。加减：腹胀甚者加木香、香附；出现呕吐者加生赭石、半夏、竹茹、生姜降逆止呕。④虫团内阻证：驱虫消积。代表方剂：万应丸（槟榔、大黄、黑丑、皂角、苦楝根皮、沉香、木香、雷丸）。加减：体质虚弱者去黑丑；兼有热象者去皂角、沉香，加黄柏、乌梅；寒甚者可加干姜、川椒。⑤瘀血疽结证：本证为肠梗阻的急重证候，即绞窄性肠梗阻。一旦确诊应积极抢救，立即手术，可配合中药治疗。因呕吐不能服中药者，可通过胃管灌入，辨证施治选用泻热通腑法、活血祛瘀法、扶正祛邪法。^[7]

13. 吕承全诊治经验

吕氏认为，肠梗阻多由饮食不节，劳累闪挫，寒邪凝滞，热邪郁闭，湿邪中阻，瘀血痞结，通降功能失常而发病。其主要矛盾是闭塞不通，故开塞通滞是治疗关键。但虞于老少体弱患者难耐大承气汤等峻下之剂，更恐梗阻甚实者强攻峻伐会激出危变，故经多年探索，自创“通肠油”，治疗早期肠扭转、肠套叠、蛔虫性肠梗阻等，疗效颇佳。方药：当归 45g，小茴香 15g，麻油 250g。用法：将麻油置锅中加热，再将上两药入油内炸至焦黑，去渣留油，待油凉后慢慢频服。^[8]

14. 李修五诊治经验

李氏认为，中医学虽无“肠梗阻”病名，但早有“关格”、“肠结”等类似病情的记载。本病由很多原因造成，如气、血、寒、热、食、虫等因素使肠道失去正常运行，发生障碍，阻塞不通。根据中医脏腑辨证分类法，认为以腑实证为主，“肠”是

病变中心,治宜散结通下。药用:大黄、莱菔子、玄明粉、蜂蜜。呕吐严重者加代赭石、生姜、竹茹、半夏、陈皮;腹胀较重加厚朴、枳壳、乌药、木香;发热加连翘、金银花、公英、黄芩、黄连;蛔虫梗阻加槟榔、川椒、使君子、苦楝根皮等。如胀、痛、呕、闭四症均有,而面色苍白,脉沉细,神疲,肢冷,汗出等虚寒证见者,应去玄明粉,减大黄量,加人参、附子、干姜、当归,以扶正祛邪。在梗阻过程中,若突然出现脉搏快,血压下降,白细胞升高,发热者,或持续呕吐出粪样臭味物,或腹肌紧张,压痛点固定,均提示有狭窄性可能,应及时手术治疗,以免贻误病情。^[9]

15. 任俊杰诊治经验

任氏总结中医对肠梗阻的论述,认为动力性肠梗阻(麻痹性肠梗阻、功能性肠梗阻)属于中医“肠痹”;机械性肠梗阻属于中医“肠结”;散见于中医文献中的“肠结”、“关格”、“腹痛”、“腹胀”等门类,内容较为丰富。

任氏认为本寒邪凝滞肠腑,或热邪郁闭壅塞不通的阳明腑实,痰饮水湿中阻,食积停滞,蛔虫聚团以及产后或年老体弱而燥屎阻塞肠道,均可造成胃肠气机失调,血行瘀阻而发病。病位在肠,与脾胃关系密切,病机由寒到热,由实转虚,或由虚转实,虚实夹杂。

病因病机认识:①寒凝:寒邪凝滞肠腑,血不得散,腹部拘急,出现痉挛性肠梗阻、嵌顿性肠梗阻、结核性肠梗阻等。②气滞:肠腑气机失调,清浊相混,糟粕内停,见于单纯性机械性肠梗阻。③血瘀:肠腑血行瘀阻,腹痛如刺,痛有定处,腹胀不止,见于肠管有不同程度血运障碍及肿瘤性肠梗阻。④热结:热邪郁闭,与燥屎互结,壅塞不通,形成阳明腑实,甚至热盛肠腐,见于腹膜炎致麻痹性肠梗阻,或机械性肠梗阻

发展至血运障碍,导致细菌性腹膜炎等。⑤湿阻:湿邪中阻,水饮内停,壅塞肠腑;见于胃肠内及腹腔内大量积液的肠梗阻。⑥食积:暴饮暴食,或过食黑枣、未熟柿子等食品,或因年老体弱进食不当,食团或结石壅滞胃肠,出现急性胃肠扩张,见于结石性或食团阻塞性肠梗阻。⑦虫团:进食含有蛔虫卵的不洁食物,孳生大量蛔虫,蛔虫绞结成团阻塞肠道,为蛔虫性肠梗阻。⑧其它:病后、产后或年老体弱,燥粪内结,阻塞肠道而梗阻。^[10]

【按语】

综合上述中医认为肠梗阻的形成原因有七,即气滞、血瘀、寒凝、热结、湿阻、积食、虫结,病机为不通则痛。肠梗阻虽属于外科急腹症中的一种常见病,其临床特点归纳起来有“痛、呕、胀、闭”四大特征,但是中医乃以“关格”、“结症”、“腹痛”、“吐粪”论治。治疗原则以通为用,通里攻下为其主法。但临床中医治疗肠梗阻,应注意审证求因,辨证论治。对于早期病人,尤其是单纯性肠梗阻,掌握好时机,采用正确治法,选药精确,效果良好,除了中药口服汤剂之外,或保留灌肠直达病灶,尚可配合针灸、推拿等疗法,对减少手术治疗的率,降低死亡率,确有一定的长处,经过40多年中西医结合的努力,不断探索,肠梗阻的非手术率可达70%。对于中、晚期危重病人,采取中西医结合的抢救措施,效果也比单一疗法要好。

印会河强调有适症用下法,并且要以猛力攻之,要急下存阴;谭桢强总结各家经验,详述肠梗阻病的成因,辨证分型,中西医结合治疗方法,谭氏尤对中西医结合治疗肠梗阻病的适应证选择中转指标详加论述,指出医者一定要全面灵

活掌握病情,抓住主要矛盾,才不会贻误病机,谭氏治疗本病的通里攻下法,不是狭义的下法,而应从广义上去理解。徐长生认为急性肠梗阻病因复杂病情多变,发展迅速,中医可按八纲、病因、分型灵活辨证,疑有肠梗阻存在时,必须明确肠梗阻的部位、性质和原因;党正祥将急性肠梗阻分为痞结型、瘀结型和疽结型;王朝珍治疗肠梗阻围绕一个“通”字,以求“通则不痛”,并针对患者体质及既往手术情况采取中药治疗;杨大春治疗肠梗阻的经验是:当肠梗阻诊断确立后,第一步分型,第二步辨邪,第三步按寒、热、虚、实选方;郑显理认为肠梗阻的治疗当以通里攻下为主,但要运用好此法须注意攻下与胃管减压的结合;润下法及活血药的应用,配合针灸,及以逐邪为度,注重调理。周筱斋将本病归为热壅、气滞、寒凝、食积、湿阻、血瘀、虫结等多种原因影响大肠的传导功能,浊阴不能下行以致不通则痛。治疗采用攻下通腑法。同时下法中强调通腑攻下当分寒热,治疗过程不忘通脾疏肝,调理气机,在消导食滞中辨积用药。

(张晓明 于文艳)

参考文献

- [1] 印会河. 印会河使用攻下法的体会. 北京中医学院学报, 1981, (1): 21
- [2] 谭祯强. 中医临床医学电视讲座教材. 中医学·急腹症. 北京职工医学院, 1989. 356~362
- [3] 徐长生. 肠梗阻证治. 中医杂志, 1988(6)
- [4] 宋祖敬, 吕秉仁, 杜怀棠, 等. 当代名医证治汇粹. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1990. 249
- [5] 王象礼, 赵通理. 中国百年百名中医临床家·李翰卿. 北京: 中国中医药出版社, 2001. 4
- [6] 张琪. 张琪临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998. 1

- [7] 危北海,赵荣莱,李乾构. 中医脾胃学说应用研究. 北京:北京出版社,1993. 306
- [8] 吕宏生,彭勃. 吕承全老中医治疗肠梗阻经验. 实用中医内科杂志,1991,5(4):6
- [9] 崔应珉. 中医名家胃肠病论治笔录. 郑州:中州古籍出版社,1993. 344
- [10] 李乾构,周学文,单兆伟. 实用中医消化病学. 北京:人民卫生出版社,2001. 510

慢性非特异性溃疡性结肠炎

【概述】

慢性非特异性溃疡性结肠炎,是一种原因未明的直肠、结肠粘膜的代表性非特异性病变,目前有人提出是一种自身免疫性疾病。病变主要分布在直肠和乙状结肠,严重者可累及整个结肠,早期仅侵犯粘膜浅层,随着病情的发展,炎症逐渐扩展至粘膜下层,形成水肿,融合成小溃疡,进而发展成大的溃疡。本病多发于中青年,与情绪、劳累、遗传及非特异性感染等因素有关。临床表现为腹泻,每日2~10次,可见粘液便,脓血便或血便,伴里急后重;腹痛多局限于左下腹,常为阵发性,痉挛性疼痛,有痛后欲便,便后痛减的特点。全身症状可有消瘦、乏力、贫血、发热,可见口腔粘膜溃疡,皮肤结节性红斑,关节痛,肝肿大等。

中医属“休息痢”、“肠癖”、“滞下”、“泄泻”、“痢疾”等范畴,中医认为本病的成因主要由于感受外邪,饮食所伤,情绪不畅等因素导致湿热或寒湿之邪蕴结于肠,胃肠血络受伤,气血不畅而形成。本病多发展缓慢,病程长,易损伤正气,导致脾胃虚弱;进一步发展,则损伤阳气,易致脾肾阳虚,若湿邪为虐,缠绵难愈,日久入血,每多虚实夹杂,在正虚的基础上夹有湿阻、气滞、血瘀,甚至蕴生毒邪。

【名医经验】

1. 李寿山诊治经验

李氏认为慢结是一种原因不明的常见病。由于反复发作,经久不愈,治疗颇感棘手,目前尚无特效诊法。本病属祖国医学“休息痢”、“肠癖”、“血痢”、“久痢”、“下利”、“滞下”等病证范围。

本病病因多由于脾胃素虚,饮食不节或劳倦过度,中气戕伤,以致脾失健运,湿郁化热,下注大肠;再者,外感邪毒,特别是湿热毒侵犯脾胃,并于大肠而致。病机以脾虚湿郁为本,其病位在脾胃兼涉及肝肾。初起多在气滞湿热蕴结,实证居多;久而不愈,脾病及肾,造成本虚标实,寒热错杂证。

李氏对慢结运用经方化裁,采用《伤寒论》方剂四逆散及理中汤加味,获得了良好的效果。

(1)四逆散加味用于肝脾不和,气滞湿郁证:腹泻、腹痛、大便粘液较多或夹粘液血便,里急后重明显,大便时燥时溏,伴腹满噎气,急躁多怒,舌红苔腻,舌下络脉多呈淡紫或青紫粗长,脉弦滑或滑数。常因情绪改变而发作,运用自拟香军四逆散加减治疗,其用意在于疏中有运,重在疏肝理气,肝气调达则脾运湿化。

(2)理中汤加味用于脾虚湿盛,寒热夹杂证:腹痛绵绵,大便溏薄,脓血杂下,里急后重较轻,伴畏寒神倦,腹胀纳呆,舌淡苔润或腻苔,舌下络脉多呈淡红细短或淡紫细长,脉沉细或濡滑。常因劳累、受凉、饮食不节而加重。由于慢结久延不愈,既有脾阳不足虚寒,又有湿热内蕴,本虚标实,寒热夹杂症。运用自拟味军理中汤加减治疗,其用意在于健脾益

气,温运化湿,调和寒热。

李氏关于治则和用药宜忌的体会:

(1)治宜疏导,慎用涩敛:病邪属湿,有兼寒兼热,气滞血瘀之不同,虽有虚证,亦虚中夹实,纯属虚证,并不多见。因此在治则和用药应注意疏泄导滞,运化祛湿,非到滑脱不禁时不可轻投收敛固涩之品,而且也要兼顾导滞,否则易引湿邪内遏,或造成疾病反复发作,即前人“痢无止法”。

(2)药宜温运,不宜苦寒:本病为久痢,必虚中夹实,其根本仍为中阳不振,脾虚不运,虽兼湿热亦属本虚标实,与湿热痢疾不同,且病势日久迁延不愈,湿邪多从寒化,因此在用药上宜健脾益气,温化运湿之法。即有湿热之证须宜在温运的基础上兼用小量的苦寒清热之品,特别是久病更须注意及此。李氏擅用小量酒军炭,认为是治疗“久痢”的一种首选良药。因为用苦寒清热之品,最易伤人的阳气,不仅湿热难除,反易造成寒伤中阳,湿热内伏,久之脾病及肾,五更泄泻,缠绵难愈,或诸多变证,相继而生。

(3)兼顾理气,活血化瘀:本病反复发作,久延不愈,久病入络,湿邪内伏,往往导致气滞血瘀。所以临床上常出现腹痛腹泻,里急后重和粘液血便,即使在缓解期腹痛坠胀亦难消除。因此治疗上用理气导滞,活血化瘀之药是一个很重要的环节。李氏常用田三七、元胡、丹参、焦楂炭,尤其田三七具有祛瘀生新,止痛敛疡之效,对慢性结肠炎,溃疡愈合和缓解腹痛是良药。其次焦楂炭,具导滞止痢兼活血化瘀的作用,亦是首选。

(4)善后调理,健脾助运:本病的临床表现主要以脾虚不运,湿邪内困为主要矛盾。因此当病情缓解后,除应注意饮食调摄,精神乐观,避免受凉,劳逸结合外,还须给予健脾益气,温运化湿的药物。如参苓白术散合酒军炭、田三七、焦楂

炭,共为细面和蜜为丸。^[1,2]

2. 黄文东诊治经验

黄氏治疗本病的学术见解是首先要重视虚实辨证,同时注意顾护脾胃后天之本在发病中的作用,治疗上以调理脾胃为主。

在用药方面,其特点为:①补气药常用党参、白术、炙甘草等,少用茯苓,气虚者加黄芪。②湿里药用炮姜,腹痛甚者加肉桂、附子刚燥用量不宜重(4.5~6g)③脾虚肝旺者用理中丸合痛泻要方加减,方中防风升清止泻,较升麻稳妥。肠中湿热重而里急后重者用桔梗,宣开肺气而治后重。④理气药常用木香、枳壳、陈皮、制香附等,鼓舞脾胃之气,调整脾胃功能。⑤养阴药多甘寒滋腻需慎用,久泻伤阴者可用南北沙参补中健脾,也可重用芍药。⑥肠中热毒重有脓血便者可用秦皮、白头翁、槐花、生地榆,须注意健运脾胃与清肠化湿配伍,慎防苦寒伤脾。⑦山楂、神曲健脾消食,湿热食积者可用以配清热化湿药。⑧久泻脾虚滑脱者,加煨诃子、煨肉果。若伤及肾阳,命门火衰,合熟附子、四神丸同用。^[3]

3. 李乾构诊治经验

病因:李氏认为本病多因脾胃虚弱,情志失调,感受外邪,饮食所伤,导致损伤脾胃,纳运失常,水谷停滞,升降失调,大肠传导失职,清浊不分,混杂齐下而发。其病位在肠,但发病与肝脾肾关系密切。

病机:为本虚标实,脾虚为本,湿、热、瘀、积为标。初病以实证为主,多见脾肾两虚证,但在临床上往往虚实并存,寒热互见,治疗应标本同治,寒热并用,方可获得满意疗效。

治疗原则:李氏治疗本病的原则是健脾固肠为主,佐以

清化湿热,调和气血,抑肝温脾。采用辨证论治与辨病论治相结合的方法,将本病分为急性活动期和缓解恢复期,分别采用健脾助运,清化湿热和健脾补肾,除湿导滞法进行局部和整体的综合治疗,获得较为满意的疗效。^[4]

4. 方和谦诊治经验

方氏提出“大病体虚,要重在培中,大病必顾脾胃”。体现治病求本的意义。认为本病与脾气虚寒密切相关,脾主升清,运化水湿精微;胃主降浊,受纳腐熟五谷。如脾胃受损寒邪侵袭,使升降失常,运化无权,水湿精微下注则发为本病。方氏治泄泻,首以健脾培中,升举清阳之气,使水湿运化,升清方能降浊。常用方剂:补中益气汤,六君子汤,理中汤加减。^[5]

5. 俞长荣诊治经验

俞氏认为多由湿蒸热郁或饮食不慎,腑气壅滞而致。

俞氏治痢有三条要领:①初起不急于止涩。②久痢宜治脾肾。③不知气化不是良工。痢,古称滞下,早期喜用导气汤,治宜疏不宜泄涩。此方导滞通腑,行气和血,并有祛湿清热的作用,能很快解除腹痛,里急后重,努责不畅等症状,初期夹有表证者,常用“逆流挽舟”法,这是根据肺主皮毛与大肠相表里的原理,采用鼓邪外出,不使传里的治法,方如人参败毒散。久痢宜治脾胃,首选方剂参苓白术散。俞氏认为,痢疾无不因饮食失节,湿浊留滞,始由胃肠运化失职所致。最先受累的脏腑是脾胃,久治不愈,元气受戕最甚的也是脾胃。先由脾虚才致肾虚,故久痢以治脾为先,可兼顾益肾,此方具有健脾和肾,祛湿理气兼益肾的作用。偏肾阳虚者去薏米、砂仁,加补骨脂、益智仁。气化是治疗本病的一个重要环

节,俞氏归纳如何注意气化:宣肺气,健脾(胃)气,益肾气。^[6]

6. 朱良春诊治经验

(1)以脾虚为本,重在益水补土:朱氏认为“脾虚则健运无权,湿浊内生,泄泻以成”,脾病及肾或他脏之病及脾,互相影响,互相兼杂转化。朱氏指出“脾旺不受邪”,“脾虚为本,重在益火补土”,故在治疗上多以健脾运中为主,佐以温肾益火,用药时党参、白术、茯苓、薯蓣用量益大,旨在脾旺方能腐熟水谷,泻久体虚配黄芪、升麻、柴胡益气升清,鼓舞脾气,泻下滑脱不固的加诃子肉,石榴皮收敛止泻。至于益水之品肉桂、附子用量益小。朱氏从督脉着眼,认为督脉总督一身之阳,督脉之气是敷布命火的动力,通补督脉则阳回,擅用仙灵脾、鹿角霜、菟丝子、补骨脂、赤石脂等温肾壮督之品,以振奋肾阳,温壮督脉。

(2)虚实夹杂,贵在补泻并施:朱氏尝谓“慢性泄泻,迭治不愈”,缠绵难解者,辨证往往有脾虚气弱的一面,又有湿热滞留的存在,呈现虚实夹杂的征象,所以在治疗上既要补脾敛阴,又需清化湿热,才能取得效果。仙桔汤专为此而设。

(3)从证求因,端在细察明辨:朱氏论治久泻,每多顾及病者的素质,平日的嗜好,旧有的痼疾,以及饮食、居住、药敏等情况,结合久泻的性质和轻重而论治,强调因人制宜,审证探因,指出素体丰腴者,多见气弱湿滞,须注意气化的流畅;形质消瘦者,常伴有阴液暗耗,当顾及气阴的生化,凡久泻者,不可概以脾肾虚寒论治,临证中,非因虚致泻的因素,屡见不鲜,如情志不遂,肝木乘土的泄泻;水土不服,肠胃功能紊乱的泄泻,食物(药物)异体蛋白过敏的泄泻……,全在细察明辨,不可忽视。^[7]

7. 刘唐民诊治经验

刘氏认为本病的主要病机是各种致病因素导致脾胃虚弱,脾虚日久及肾,肾阳虚弱不能温养脾土,促使脾胃更虚。

辨证分型:

(1)温肾健脾:泄泻日久不愈,脾虚肾虚二者常常相互影响,其治应以温肾与补脾二法同用。温肾用补骨脂、覆盆子、菟丝子、何首乌、枸杞子、鹿茸、附子等药;补脾用山药、白术、茯苓、扁豆、党参、薏米等药,使肾阳旺盛而脾土得暖,则久泻自愈。

(2)淡渗利湿:无湿不作泻,凡泄泻无论新久,多有湿气内盛的病理现象,故淡渗利湿也是治疗泄泻的常用方法。湿盛的病人多表现为大便稀而量多,伴肢体沉重困倦,苔腻脉濡缓。刘氏常用五苓散加车前子以渗利之,湿盛症状不明显者,则以温补脾肾为主,配伍茯苓、泽泻等药以分清利浊。

(3)和胃化滞:刘氏认为泄泻多兼邪滞,或痰,或气,或食,阻滞于中,致使胃气不和,泄久不愈,其治当在温肾健脾利湿的基础上,配以厚朴、草果、草豆蔻、砂仁、半夏、山楂、鸡内金、神曲等理气行滞和胃之品,补而不滞,消不伤正,使胃和滞去,则泄泻可止。

(4)益气固肠:久泻不愈,多兼气虚滑脱之症,或气散而不收,或气陷而下脱,而致关门不固,大肠失禁而泄利不止,治须补气涩肠固脱,药用人参、党参、黄芪、胎盘粉、冬虫夏草、鸡胚米汤等补气培元;以诃子肉、肉豆蔻、莲须、罂粟壳涩肠止泻,补涩同用,使下元旺盛,大肠开合自如,则泄泻自止。^[8]

8. 徐景藩诊治经验

(1)久泻者脾必虚,肝易郁阳易衰:泄泻迁延不愈,历3个月以上,反复发作,时轻时重,便下一日数次,水谷运化不健,脾气必虚,在脾气虚的基础上,还会导致脾阴虚,脾阳虚。久泻常见腹痛,腹痛必有气滞,或因肝气失于条达,腹痛而兼胀;或湿热内留肠腑,侵及粘膜,其痛甚且常见赤白冻;或脾胃虚寒,寒凝气滞,则腹痛绵绵,遇寒尤甚。脾气既虚则肝气易郁,肝愈郁则脾愈虚,土木两脏之病理相互影响,此为临床最常见者。此外,久泻脾虚,肾火不足,因火衰而脾气尤虚,温养无权,水谷腐熟运化受影响,故久泻病位以脾为先,继及肝、肾及三焦,以致治疗用药既应重在辨证,又需妥为兼顾。

(2)术芍连脂,巧为配伍:徐氏根据临床数十年经验,常以白术、白芍、黄连、补骨脂4味为方中骨干药,随证巧为配伍,治久泻每获良效。治久泻以白术最好,配加茯苓、甘草、炒山药以助其力;白芍用量10~30g;白术、白芍均宜炒用;补骨脂配黄连,一则清除肠腑“潜在”之热,久泻脾虚,必有湿浊,湿蕴于中而化热,尽管无明显热象,也应考虑“潜在”之热,二则辛中有苦,温中寓清,使涩肠而不致敛邪,坚阴而不致过温,补骨脂与黄连之比为7~8:1

(3)汤散结合,上服下灌:徐氏认为散剂利于小肠逐渐吸收而发挥药效,并可粘附肠壁,减少肠腔内渗液。徐氏在临床上对一般脾虚久泻者,常用散剂配伍,用炒白术、炒苍术、茯苓、炙甘草等药研极细末,过筛,加入2倍米粉,酌加白糖少许,根据病情而定量,一般每次用药粉20g,米粉40g,淡水调匀,边煮边搅,煮熟呈糊状服,既有治疗功用,又有营养价值。对久泻顽疾采用煎剂浓缩,经直肠给药的方法,利于直

达病所,提高疗效。^[9]

9. 谢海洲诊治经验

溃疡性结肠炎是一种原因不明的慢性结肠炎。病变主要局限于结肠的粘膜,且以溃疡为主,多累及直肠和远端结肠,但可向近端扩展,以至遍及整个结肠。临床常见反复发作或持续的腹痛,大便溏薄,或干结不爽,时而便利脓血,肠中嘈杂鸣响等症。日久病人形见消瘦,饮食亦减,溏泻后重并见。

谢氏认为其主要病机是脾肾两虚。因此,治疗时常用健脾、温肾、固涩之法,且多并用益气升提之法。具体运用是:病情轻浅,以脾虚见证为主者,用参苓白术散化裁;疾病日久,脾肾阳虚者,以附子理中汤、二神丸、四神丸等方加减。若便脓血,根据辨证,适当配合黄土汤、赤小豆当归散、槐角丸等方出入;若泄泻日久,谷道滑利者,又须配合固涩之法。同时,依据辨证,灵活加用下列药物,常能收到预期效果。

谢氏常用于本病的药有:薤白、乌梅、灶心土、锡类散。认为薤白有理气、宽胸、通阳、散结之功,临床多用之宽胸散结,开通胸痹。谢氏常用于本病泄泻伴后重感且大便不爽者。这主要是受《伤寒论》第318条四逆散方之小注加减的启发,原文曰:“泄利下重者,先以水五升,煮薤白三升”《用药心法》亦说:“薤白,治泄利下重,下焦气滞”。乌梅能收敛,涩肠,生津,既能止泻,又能止血,一药双功。对泄泻日久,大便脓血者,可配合应用。灶心土具有温中燥湿,止呕止血的作用。谢氏将之用于本病有渗出物及便中带血者。用法为用之煎汤代水煎药,或用沸水浸泡后去渣取汁熬药,或用布包煎均可。锡类散出自《金匱翼》,为解毒消肿,生肌止痛之常用中成药。一般用于治疗咽喉、口舌、牙龈诸疾。谢

氏根据咽与肠均为水谷通道之理,移用于本病,每次口服1支(0.5g),效果相当满意。^[10]

10. 丁光迪诊治经验

慢性溃疡性结肠炎的泄痢,属于中医久痢类证。其病一方面多表现为久泻,中气下陷;另一方面,又腹痛赤白滞下,甚至下鲜血,湿积不化,是此病的特征。而且每呈反复发性,有时又泄泻与大便干结交替出现。因此,这种下泄,不能单纯看作湿盛而用分利方法。而冻垢脓血,甚至后重,虽是积滞,实际又是肠道溃疡的产物,似痢亦非痢,徒用导滞药,亦非根本办法。

丁氏临床体会,李东垣的升阳除湿方法,最为合适。其法主要用风药升阳,风药胜湿,同时又益气和中,标本相和。而其用药如柴胡、升麻、防风、羌活、白芷、苍术、黄芪、芍药、甘草、当归等,大多数为内、外科兼治之药,对本病甚为合适。证见湿热积滞为甚者,常配伍乌梅、黄芩、黄连、黄柏、枳实,具有排脓汤之义;脓血多的加用蜡矾丸,能解毒护膜,止血定痛,更为此病的一味妙药,屡获效验;时见鲜血的,加重防风炭、荆芥炭、炒银花的用量。此病腹痛,不必多用止痛药,应该多用升阳风药,因为风药能够疏风解痉,有些还具有排脓止痛,生肌敛疮作用,更符合病情;再佐缓中,则其痛自止。如久利见大便滑泄,属阳虚阴寒的,震灵丹又是一味好药,而且寒证较湿热证见效为快。此病宜“下者举之”“湿者化之”,不能过用导滞,更不宜兜塞。但有时大便反见干结者,又宜润燥互用,减少风药,伍以润药,如桃仁,或当归,或郁李仁等,但得效即止,否则又将转为泄泻。或大便未甚结硬,粪便上附有少量冻垢脓血,久久不净,亦可应用土炒当归,或桃仁,而此症每每是病情反复发作的根由。

总之,此病寒热虚实气血错杂,应多方面考虑,但大多是见效尚易,杜根较难,平时注意调理,是个重要问题。^[10,11]

11. 雍履平诊治经验

雍氏认为本病是一种原因不明的直肠和结肠慢性炎性疾病。主要表现为腹痛,腹泻,粘液脓血便及里急后重,病情轻重不一,多反复发作,属中医“肠癖”、“痢疾”、“泄泻”范畴,雍氏在临床根据主要症状及体征特点,进行分阶段治疗:

第一阶段:即初期或发作期。病势较猛,病情多较重,腹痛甚,便泄频繁,多夹脓血粘液,甚或纯为血性便,且伴里急后重和发热,脉数苔腻。化验血细胞及血小板计数增多,血清蛋白及钾、钠、氯化物降低。此为正邪相持阶段,多因饮食失调,食、湿、热、毒互结,而胃气未损,元气未亏,重点治胃肠,法宜消、清、通。消其滞,以保和丸(山楂、神曲、半夏、茯苓、陈皮、连翘、莱菔子、谷麦芽)作汤。清其热,除重用连翘以解郁热外,加黄连、黄芩、黄柏、苦参、败酱草之类;通其腑浊,加大黄、槟榔;若腹痛加木香、白芍、甘草、当归以顺气和血;若便纯血,可加丹皮炭、槐花炭、金银花炭、生地榆以凉血止血;参三七凝血行血,血便减少,亦可配合药物灌肠,如马齿苋、白头翁、黄柏各 50g,朱砂 1.5g,蜈蚣 15g,煎成药液 200ml,加 2% 普鲁卡因 20ml,每晚睡前灌肠 1 次,保留 30 分钟,15 天 1 疗程。若血清蛋白电泳、球蛋白低于 10%,提示体内免疫功能下降,可少佐党参、黄芪、黄精益气扶正。

第二阶段:即缓解期。病情较轻,脘腹不舒,一旦烦劳或食生冷荤腻,即肠鸣腹泻,或腹隐痛以左下腹为主,便加粘液,泻后痛减,仍有便意,不伴发热,脉细涩或无力,苔薄白或微腻,化验血红细胞及血红蛋白可减少,粪检可见少量红、白细胞或不消化食物,此时为邪微正虚,脾胃已受损,肾气未大

亏。重点治脾胃,法宜补、和、调。方以参苓白术散(党参、白术、白扁豆、砂仁、陈皮、石莲肉、山药、甘草、苡仁、桔梗、大枣)化裁以补脾和胃;若胸胁胀满,噎气矢气,加川楝子、生麦芽、香附、八月札疏肝理气,若腹痛拒按,加莱菔子、山楂、制大黄、喜按加木香、吴茱萸、补骨脂,里急后重明显加升麻,泻下粘液红白相兼,加参三七、红藤,或另加鸦胆子吞服(以桂圆肉包裹蒸熟,每3日空腹吞服7粒,连服7天),若血清蛋白电泳高于9%,说明病灶有活动,须加黄连、败酱草、草河车清热解毒,以防病情突然发作,亦可用青黛30g,黄柏20g,儿茶15g,枯矾6g,珍珠母3g,研碎和匀,每次用5g溶于生理盐水40ml(微温)每晚睡前灌肠1次,直至结肠镜显示溃疡糜烂缩小为止。

第三阶段:即恢复期,主要表现时有怯寒,精神不振,腰膝酸软,纳少,或食生冷草腻则感脘腹不舒,便溏或凌晨便稀,脉缓弱或缓濡,舌苔薄白舌淡红或淡胖。化验血及便无异常,此时治疗重在脾肾,法宜温、补、摄,方用张景岳胃关煎(熟地、山药、白扁豆、炙甘草、焦干姜、吴茱萸、炒白术)加党参、补骨脂、五味子、金樱子之类以温补脾肾,摄纳肾元,并宜配置丸药连服3~6个月以巩固疗效。^[12]

12. 马贵同诊治经验

上海市中医溃疡性结肠炎防治协作中心主任马贵同教授积数十年研制成功的纯中药栓剂——清肠栓,用直肠中药给药方法治疗溃疡性结肠炎,大大减轻了患者灌肠的痛苦,简单方便,而且疗效显著。马氏临证特点:

(1)明辨病机,辨证施治:本病产生的原因,多因饮食不节,起居不时所致。如《素问·太阴阳明论》说:“饮食不节,起居不时者,阴受之,……阴受之,则入五脏,……入五脏则

膜满闭塞,下为飧泄,久为肠澼”。此外六淫邪气,七情内伤,先天禀赋等皆可导致发病。其病机总属本虚标实。脾主运化水湿,统摄血液,饮食不节,起居失常,劳倦过度,皆可损伤脾胃而致脾气亏虚,水湿不化,久之损伤肾之阴阳,以致脾肾两虚。另一方面,外邪侵犯,湿热内蕴,血瘀肠络,腐肉败血,终致实邪壅滞。

马氏认为,若病变初期,患者年轻力壮,病灶以左半结肠以下,范围局限,症见腹泻次多,便脓血乃至腥臭者,大多邪实,宜攻邪为主,扶正为次,而且无论赤白,终无寒热之分,通作湿热治疗。若病情迁延,反复发作,年高体弱,或病灶多而广泛,症见腹痛腹泻次少,便脓血少或无脓血者,宜以扶正为主,攻邪为次。

马氏常将本病分为脾胃气虚,脾肾阳虚,湿热蕴结,气滞血瘀四型辨证施治,分别采用健脾益气,健脾补肾,清利湿热,调和肝脾,活血通络等方法。临床以六君子汤、参苓白术散、四神丸、葛根芩连汤、白头翁汤、少腹逐瘀汤等传统方剂加减治疗为主。同时针对病机时时重用枳壳、白芍、丹皮、地榆等理气疏肝,和血宁络之品以加强疗效。对某些热毒壅盛而见发热者,则参以大小承气汤通因通用,使邪有出路。对正亏而后重不除,气郁坠胀者,马氏宗《金匱钩玄》中,主张“兼升兼消”,同时配用煨葛根、升麻等升清之品,以求两全。

(2)详察病理,辨病治疗:溃疡性结肠炎虽病变关于脏腑,但毕竟属于局部病变,且其病理改变均有实质性。本病在结肠局部常有粘膜充血水肿,炎症细胞浸润,肠粘膜局部溃疡形成等病理改变。马氏精心筛选局部用药的有效方剂,并于80年代末首次研制成纯中药直肠给药栓剂——清肠栓。该方由马齿苋、三七、青黛散等中药组成,具有良好的清热解毒,活血化瘀,敛疮生肌功效,能解决局部溃疡病变,促

进溃疡愈合以及炎症物质的吸收,是一种局部治疗有效制剂。经实验研究和临床观察证实,清肠栓的局部用药还能通过对全身免疫功能的调节而起到整体治疗的作用,对免疫球蛋白、炎症因子、血小板活化因子、氧自由基以及黏附分子等均有调节作用,并能增强病变粘膜的完整性,截断肠道有害物质对溃疡的诱发。^[13]

13. 董建华诊治经验

董氏认为慢结属中医肠癖、肠风、便血、痢疾或泄泻等疾病的范畴,主要病位在肠,与肝、脾、肾密切相关。

关于痢疾的辨证,认为初期证候属湿热者为多。久痢之后属虚寒者多。治疗法则,初痢宜通,久痢宜涩;痢下赤多,重用血药,痢下白多,重用气药,但治疗过程中始终要注意顾护胃气。

董氏通过临床观察,总结疾病规律,在辨证治疗本病方面阐述了五论:

(1)标本虚实论:先分标本,首辨虚实,为辨证第一要义。泻分久暴,痢分急缓,但“邪之所凑,其气必虚”,强调脾胃虚弱是发病的根本。同时指出泻痢诸证,实无纯实,虚无纯虚,虚实夹杂,标本并见为其发病特点。根据邪正的盛衰确定治疗的先后次序,邪实而正虚不明显,先标后本;邪盛正衰,则标本同治,邪正兼顾;邪尽正虚,或邪少虚多,主以扶正。同时注意祛邪之品要掌握适度,中病即止,不可一味攻伐,损伤正气;补益之品不可用之过早,防止关门留寇;不可骤补,宜徐徐缓图;不宜壅补,防止气机阻滞,贼邪留恋。

(2)气血两调论:脾胃功能的好坏直接影响气血的盛衰与调畅,泻痢的证候病机演化亦遵循“初病在气,久病在血”的发展规律。气分之病,病位较浅,未及络脉,可用调气法。

调气法包括气热者凉之,气寒者温之,气虚者补之,气陷者举之,使气和者乃为调气法。气病在泻痢中最多见的是气虚、气陷及气滞。气虚常表现为脾气虚弱,以健脾益气之剂,常用党参、白术、山药、扁豆、茯苓等;气陷为泻痢日久,气被耗伤,升清无权,以升清举陷之剂,常用升麻、荷叶、黄芪、柴胡等;气滞多为各种病邪阻滞肠间气机,使气滞不行,宜根据病因分别治之。因食积者消食导滞,用鸡内金、焦三仙、莱菔子等;因湿阻者化湿理气,用葛根、薏苡仁、苍术、茯苓等;因血瘀者活血化瘀,用五灵脂、蒲黄、制乳没等。病入血分,病位较深,络脉之变,宜施以和血活络之法,常用川芎、白芍、五灵脂、蒲黄、制乳没等。和血既包括健脾益气活血法,温阳散寒化瘀法,疏肝理气活血法等诸法。

(3)温清并用论:泻痢诸证常表现为本虚标实、寒热错杂之象,且多上热下寒,温清并用之法应用最多,应根据寒热之轻重,恰当地选择温清两类药物,平调阴阳,勿使太过或不及。热邪偏于上焦者,常用山栀、黄芩、银花、连翘等药;热邪偏于中焦者,常用马尾连或黄连、生石膏、知母等药;寒邪偏于下焦者,常用肉桂、附片、炮姜、补骨脂等药,同时还常用乌药、小茴香等药。

(4)燥润相济论:认为泻痢之由均与湿邪有关,故燥湿、化湿、利湿为常用之法,其中尤以燥湿法应用最多,包括苦寒燥湿、苦温燥湿、淡渗利湿。由于久用有伤阴之虞,所以主张对久泻久痢之阴伤或素体阴虚者,应当配合养阴生津之品,两法相合,一燥一润,法度合宜,燥润相济。

(5)通涩结合法:气机贵在调畅顺达,滞则成病。泻痢早期,元气未虚,而又夹滞者,必推荡之,通过泻滞通腑,使积滞脓血随大便祛除,恢复肠胃功能。通下法多用于里急后重之痢疾,少用于泄泻,常用木香、槟榔等药,配合枳壳、大腹皮、

砂仁等。但对于老年或体弱者需慎用,中病即止。久泻久痢后期,纯虚无邪或少邪,中气不固,滑脱不收者,急当固涩收敛,防止水谷精微进一步脱失。常用固涩药,包括温中止涩、清肠止涩、酸寒固涩、酸温固涩、涩肠固涩。但大部分病例多为实中夹虚,虚中夹滞,虚实夹杂,故应通涩结合。

董氏治疗本病主要采取:

(1)调肝理气,扶脾助运:用于肝气横逆犯脾,下迫大肠,腹痛肠鸣,泻痢交作,泻后痛减,伴胸胁胀满,不欲纳食,情志波动后加重,舌红苔薄微腻,脉细弦滑。

(2)芳香化湿,燥湿泄浊:用于内外之湿合邪,注入大肠,大便溏滞不爽,胸闷脘痞不知饥,身困倦怠嗜卧,面色晦垢不洁,苔厚腻,脉濡滑。

(3)清热利湿,理肠导滞:用于蕴湿生热,湿热滞肠,泻痢次多不爽,便下脓血粘液,赤白相兼,肛门灼热,里急后重,伴腹痛,小便短赤,舌红苔黄厚腻,脉细数。

(4)活血化瘀,通络止痛:用于久病入络,气血凝滞络脉不通,腹痛如针刺,痛处固定,大便色黑,或带鲜血、粘液,舌暗有瘀斑点,脉弦涩。

(5)健脾益气,升阳止泻:用于脾气虚弱,清气下陷,大便溏泻,夹有未消化物及粘液,稍进油腻或劳累后加重,伴有脘痞腹胀,形瘦体倦,面色不华,舌淡胖边有齿痕,脉细弱。

(6)温肾暖脾,涩肠固脱:用于泻痢日久,邪去正虚,脾肾阳衰,泻痢不止,滑脱不尽,腹痛肠鸣,畏寒喜暖,伴腰膝酸软,肢冷神疲,小便清长,舌淡苔水滑,脉沉细。^[14,15]

14. 焦树德诊治经验

焦氏认为对慢性泄泻,不能单从健脾利湿论治。因泄泻年久不愈,中气渐虚,中虚则泻不易止,泻不止则中愈虚,关

门不固则脾气随泄而虚衰,中阳式微,则寒从中生,寒性下降,泻必伤阴,阴寒下沉,必伤及肾。泻伤阴伤阳,而致脾肾俱虚,所以慢性泄泻常自太阴及少阴而成为脾肾虚泻,治以温补肾阳,益气健脾;肝郁乘脾而致泄泻,反复发作,时轻时重,久久不愈者,其腹泻在情志不舒时加重,心情愉快时不明显,随着情志变化而增减。焦氏治之常用痛泻要方加入调理肝气,扶脾化湿之品。^[16]

15. 时振声诊治经验

(1)消补同用,以助脾胃运化:泄泻迁延不愈,但为时尚不太长者,多属脾虚湿盛或肝郁脾虚,由于脾虚失运,因此必夹食滞。故治疗时宜消补同用。健脾消导之剂,如资生丸、香砂六君子汤、参苓白术散加香砂枳术丸等,兼肝郁者,宜调理肝气,扶脾消导,方如柴芍六君子汤合香砂枳术丸,痛泻要方合参苓白术散,加谷麦芽、神曲、山楂之类,亦可芳化醒脾合消导之剂,如藿香正气散,苏叶、白芷、加神曲、山楂等。

(2)温湿合用,振奋脾肾阳气:脾虚泄泻日久,脾病及肾,肾阳不足,命门火衰,以致脾肾阳虚,泻下清稀日久不愈,常可导致滑脱不固,故宜温湿合用,一面温补脾肾,使脾肾阳复;一面收涩固脱,以免阴伤阳脱。方如真人养脏汤、附子理中汤合赤石脂禹余粮丸;如久泻伤阴,阴阳并虚可用《温病条辨》人参乌梅汤加附片、白术、茯苓、干姜。总之,本法既可防滑脱失禁,又可振奋脾肾阳气,使阳气回复,下利自止,脾胃升降功能自可正常。

(3)寒热并进,以祛脾胃湿热:久泻而杂有粘液,每多正虚邪实,正虚者,或为脾虚气弱,或为脾肾阳虚;邪实者,多为湿热逗留,故治疗上宜寒热并用,以苦寒燥湿清热,辛热温

补脾肾,使寒热升降调和,久泻得止。常用方如连理汤、生姜泻心汤、黄连汤、乌梅丸等。^[8]

16. 赵绍琴诊治经验

赵氏认为痢疾的病因病机多由于外感六淫之邪,内伤饮食生冷不洁之物,导致肠胃积滞,渐伤气血而成。其病位在肠,湿热、疫毒、寒湿之邪壅塞肠中,气血与之搏结,使肠道传导失职,肠络受伤,气血凝滞,腐败化为脓血而痢下赤白。里急是邪迫欲出的表现,肠痛乃气机阻滞腑气不通,虽泄泻但积滞未尽,便意不除,谓之后重。

赵氏辨证要点是:首辨寒热虚实,审邪滞部位,定邪气性质,同时强调标本先后,湿热多寡;还必须进一步清楚表里、气血、升降、新旧等问题,必须明确里急、后重、便脓血的临床意义,才能准确立法用药。

(1)分表里:痢疾病证往往表里相互关联。邪自外袭,表气郁闭,导致里热蕴邪,表闭是本源,热郁是结果,因此用辛开方法开其表闭,畅其气机,里热可借此消散,表里俱可安和,痢疾亦可遂愈。此法体现了治病求本。如果纯里无表者可清里,但要注意邪郁之机,于清剂之中配入宣透之品。须导滞通下者,也要配入畅气机、开郁结的药物,使邪气宣泄,热郁尽除。

(2)明气血:邪气损伤气、血,反映了病位的深浅和病情的轻重,治疗用药须区分开来。邪在气分,病尚轻浅,阻碍气机,影响传导,主证为后重,下痢涩滞,便脓血。治疗或化湿、或导滞、或消食,气调则病减。邪在血分,病已深入,损失血络,迫血妄行,主证为便血、腹痛。治疗须凉血活血和络。气血俱伤者,腹痛、里急后重、便脓血俱见,当区别在气在血之多寡,推敲病势进退,紧扣病机而用药。

(3)审升降:由于邪干气机导致升降失常,在痢疾病中表现上分突出,特别是影响脾升胃降这个环节。早期多为火热郁于上焦,胃降功能受制,邪火上亢,头晕、耳鸣、目赤等症;后期因久痢伤气耗血,脾气衰弱,升力不足,出现滑泄、脱肛等伴随症。痢疾大多属邪郁中焦,损及下焦,三焦壅滞,升降困难,全身气机不得宣畅,因此无论是热郁、湿郁,还是单纯气郁,都要以调畅气机为主。热郁用清宣,湿郁用芳化或化食导滞。

(4)辨新久:病程的长短没有严格的界限,一般来说,发病急,体格壮实者虽拖延数日,甚至数月,也不宜按久病论治;而年迈体弱者,正气不足,反复发作数十日或误治,邪气留恋不净,病情反复,日久不愈者,方可认为是久病。新病当注意于邪实,特别注意湿邪伤人易与虚相混淆,当凭舌、脉、色、症细心辨别。

(5)脉、舌、色、症合参:痢疾单凭症状可以诊断,但单凭里急后重、便脓血等特异性的表现来判断其病因病机是不够的,还必须结合其他症状,结合脉、舌、色、症全面考察。

对痢疾的辨证可分为湿热痢、热毒痢、寒湿痢、久痢四大类型。

湿热痢:①初期表邪较重,治法为疏表化湿,升降分化,方用荆防败毒散加减;②偏于热重,治法为清化湿热,调理气血,方用葛根芩连汤加味;③湿热蕴郁,互阻不化,治法为寒热并用,消导分化,方用芍药汤加减;④湿热积滞,病在血分,治法为苦寒泄热,升降分化,方用白头翁汤加减。

热毒痢:治法苦寒折热,甘寒育阴,方用开噤散加减。

寒湿痢:①纯寒不热,治法温运中阳,芳香化湿,方用不换金正气散加减;②寒热错杂,治法升阳输化,分理寒热,方用一加减正气散出入。

久痢：①食复痢，治法分化滞热，疏调肠胃，方用香砂枳术丸加减；②休息痢，治法升和分化，调理肠胃，方用仓廩汤加减；③脱滑痢，脾阳虚衰，升力不足者，治法升阳扶脾，调养中焦，方用香砂六君子汤；脾肾阳虚，下元不固者，治法温中升阳，固脱止痢，方用真人养脏汤加减；久痢恢复期，治法健脾和中，调补气血，方用十全大补汤加减。

由于部分慢结患者在病程较长情况下，临床可能表现出慢性泄泻症状，赵氏在治疗慢性泄泻中总结了一整套辨证施治方法，认为慢性泄泻可分为偏虚与偏实两大类：

(1)虚证：①久泻伤脾，治以扶脾益胃，用参苓白术散类；②脾虚且阳气下陷，治宜升阳益胃，用补中益气汤加味；③久泻伤阴，治当甘寒育阴，疏调木土，用药如荆芥炭、吴茱萸水炒黄连、白芍、炙甘草、木瓜、白扁豆、石斛、苡仁、防风等；④中气不足，夹有食滞，治当补虚消导并进，方如香砂枳术丸合保和丸之类；⑤中气不足，夹有郁热，治当分途调理，扶脾益气以治本，苦甘解郁，兼析其热。用药可考虑葛根、生白术、黄芩、吴茱萸水炒黄连、白芍、苡仁、茯苓皮、冬瓜皮、灶心黄土等。

(2)实证：①湿热内蕴，留恋不解，宜升降分化，调理脾胃，用药当宜轻灵，切忌大剂量，量大反而不利于病。药如荆芥炭、防风、黄连粉、黄芩、白芍、木香、甘草、焦三仙等。这种病人必须做到慎饮食，以食少、清淡为主；②食滞不化，久泻不愈，治宜升阳和中，消积导滞。药如焦白术、枳实、木香、槟榔、葛根、防风、冬瓜皮、焦三仙、灶心黄土等。^[17]

17. 周鸣歧诊治经验

周氏认为溃疡性结肠炎以脏腑标本推究，则标(胃肠)多虚多寒；临床最多虚实互见，寒热错杂之候。分而言之，各

有所征，合而求之，不可混淆，因此，治疗时不可偏执一端。治疗本病应首重清化，务求腑气通畅，而后补之涩气。如湿热，食积留滞肠胃，纵有虚象，亦不可滥用滋补，当遵循“腑以通为补”的古训，首重清化，务求腑气调畅，而后方行补涩，庶无留邪之弊，清化湿热瘀毒。周氏最喜用生地榆、酒大黄二药。周氏认为地榆专走大肠，清热解毒，收敛攻病之力颇佳，且清降不虑其过泄，收涩亦不虑其过涩，施于脓血兼杂之泄泻，血痢，脏毒等病，收效最捷，用量多应在 25～30g 之间；酒大黄擅走肠中，能破积散滞泻热攻毒，周氏言其乃推陈致新，去陈垢而安五脏之神品。热毒积聚肠中湿浊留滞，用之最宜，用酒制者，有升清化瘀之功，而缓其苦寒峻下疾走之力。泄泻不止，在复方图治中，每参以涩肠固脱之药。在诸多收涩药中，周氏最喜用赤石脂、诃子二味。周氏经验：诃子乃涩肠固脱圣药，有收涩之攻，无恋邪之弊，若病情严重，或欲求速效者，周氏应用中药保留灌肠疗法，除遵照辨证的原则选用药物外，还灵活配用锡类散、云南白药、三黄粉、血竭粉等祛瘀生新，敛疮生肌之品，更可就近驱邪，以收事半功倍之效。

将本病归结为三型。即湿热郁结证，脾虚寒湿证，脾肾虚寒证。^{〔18〕}

18. 汪履秋诊治经验

慢结属中医“久痢”范畴，其中“血痢”多见，临床多表现为虚实夹杂证。虚者为脾气、脾阴不足；实者为湿热内蕴，气血壅滞。

临床分为两型：①气虚湿困型，治法宜益气健脾化湿，选方参苓白术散加味；②阴虚热盛型，治法宜养阴泄热，选药白芍、当归、阿胶、黄连、木香、枳壳、槟榔、乌梅炭、槐花、地

榆。

无论气虚湿盛,还是阴虚热盛,均可加用理气活血之品,如枳壳、槟榔、木香、赤芍、当归、炒蒲黄。另外,可用黄柏、乌梅、乌贼骨煎液,加枯矾和养阴生肌散,睡前灌肠,7天1个疗程,连续2~3疗程。必要时中间可休息1周。^[19]

19. 刘祥瑛诊治经验

刘氏认为本病的病因病机在于:①六淫之邪,尤以暑湿热毒侵于肠胃,湿热郁蒸肠胃之气血阻滞,气血与暑湿热毒相搏结化为脓血粘液,湿热郁蒸,气机不利,传化失职则里急后重;②饮食不洁,嗜酒食辛或膏粱厚味损伤脾胃,湿热内蒸,腑气阻滞,气血凝滞化为粘液脓血;③暴怒伤肝,肝气横逆乘犯脾胃,使脾气受制,运化失常,不能升清降浊,清浊不分,混杂而下,发生腹痛泄泻,湿热蓄积,下移大肠,出现腹痛便脓血;④生活调摄失宜,使脾胃偏虚偏寒,脾主升,主运化,脾虚不能升举反而下陷,便成泄泻;⑤劳倦过度,损伤脾气,以致失统摄,血无所归而致便血;⑥病久不愈,脾病及肾,命门火衰,黎明前阴寒极盛,则出现脾胃阳虚,五更泄泻。

对慢结的辨证分型为:①湿热下注,治法宜清热解毒,调气行血,选方芍药汤加减;②脾胃气虚,治法宜补脾健胃,选方参苓白术散加减;③肝气乘脾,治法宜泻肝补脾,选方痛泻要方加减;④脾肾两虚,治法宜温补脾胃,选方四神丸加味。^[20]

20. 鲍友麟诊治经验

鲍氏认为慢结的病因大部分是由于急性腹泻,或急性菌痢未治愈所致,初病为湿热迫伤大肠,或失治,或调养失宜,而使正虚邪恋,旷日不愈,大便排泄大量粘液或红白细胞,气

血津液为之耗损,又每因饮食失调,或天气寒暖调摄不当,治疗必须兼顾本病。

在临床治疗选方上,①对于久泻,气血亏虚,脾肾不足,大肠失固,选用加减黄芪人参汤;②对先便后血,脓血、粘液俱多者,选用黄土汤加减;③对慢结急性发作,大便脓血俱下,里急后重,或有发热者,选用葛根芩连汤;④对于久泻,气血亏虚,脾肾不足,大肠失固者,选用黄芪人参汤;⑤久泻久痢,脾肾虚寒者,选用《和剂局方》真人养脏汤;⑥下痢日久,正虚邪恋,寒热夹杂,肠胃传导失司,选用连理汤;⑦外用灌肠药有溃疡Ⅲ号:杭白芍 15g,佛手 9g,炙甘草 5g,白及 24g,三七 9g,川连 4.5g,木香 6g。上药共研细末 16g 加水 200ml,每晚空腹保留灌肠。^[21]

21. 田维君诊治经验

田氏在临床中提出治疗八法:温阳健脾法,补火生土法,升清举陷法,实脾固涩法,抑木扶土法,扶脾阳阴法,益气化痰法,解毒清肠法;在八年中曾运用健脾止泻,行气消胀,温阳止血,消肿生肌药物治疗慢结 50 例观察 20~60 天,取得了满意的疗效。方剂组成:党参、黄芪、白术、延胡索、木香、乌梅、赤石脂、儿茶、当归、炙甘草,便血加地榆炭,腹胀纳少加砂仁、厚朴花。^[22,23]

22. 李翰卿诊治经验

李氏在痢疾辨证施治中认识到:痢下白冻,或白多赤少,为湿重于热,邪伤气分,其病浅;痢下纯白清稀,或如胶冻如鼻涕样,为寒湿伤于气分;痢下白而滑脱,多属虚寒;痢下赤冻,或赤多白少,多为热重于湿,邪伤血分,其病较深;痢下赤白相杂,多为湿热夹滞,阻于肠胃,深浅皆及;痢下色黄

而深，秽臭，为热证，或为积滞不化之实证；痢下色黄而浅，不甚臭秽，多为寒证；痢下紫色黑，多属瘀血，或热伤血分，湿毒相瘀；痢下色紫黯而使质稀淡，为阳虚；痢下色焦黑，便质浓厚异臭，多属火盛；痢下五色相杂，其证有虚实之分。痢疾的治疗，应根据证候的寒热虚实，确定相应的治疗原则。新感属实证、热证者，治以清化湿热，调和气血，忌用收涩之品；表证者兼以解表；里实热盛者，辅以泻下；内有食积者，治以消食导滞；久痢属虚证、寒证者，治以补虚温中，调理脾胃，收涩固脱以止痢；虚实夹杂者，治以攻补兼施之法。^[2]

【按语】

本病治疗难度较大，治愈后复发率较高，且与直肠癌密切相关，被 WHO 列为现代难治病之一，是当前中医界在消化胃肠领域的热点之一。对本病病因病机探讨，众医家多认为本虚标实，脾虚为本，湿热、食滞、瘀血等为标。强调本病久治不愈反复发作则多易肾亏、肝郁，所以本病虽发病在肠，但多与肝、脾、肾关系密切。治疗本病的方法报道颇多，主要采取辨证论治，专方专药，分阶段治疗，口服、灌肠相结合治疗。治疗原则包括健脾益气，活血化瘀，清热解毒，温中燥湿，祛腐生肌，缓急止痛，调解健脾等。

董建华系统总结了慢结的临床疾病规律，在辨证治疗本病方面创建了五论六法，五论即：①标本虚实论，②气血两调论，③温清并用论，④燥润相济论，⑤通涩结合论；六法：①调肝理气，和脾助运法，②芳香化湿，燥湿泄浊法，③清热利湿，理肠导滞法，④活血化瘀，通络止痛法，⑤健脾益气，升阳止泻法，⑥温肾暖脾，涩肠固脱法。李寿山对慢结运用经

方化裁,采用《伤寒论》方剂四逆散及理中汤加味,获得了良好的效果。治疗中注意①治宜疏导,慎用涩敛;②药宜温运,不宜苦寒;③兼顾理气,活血化瘀;④善后调理,健脾助运。李乾构、雍履平按急性期、缓解期辨证分型治疗;黄文东、朱良春、方和谦则强调治病求于本,注重健脾运中护胃为法,以脾虚为本,重在益水补土;虚实夹杂,贵在补泻并施从证求因。徐景藩擅用专药随证加减,术芍连脂,巧为配伍,汤散结合,上服下灌,给药途径多样。俞长荣治疗本病有三条要领:①初起不急于止涩,②久痢宜治脾肾,③重视气化。谢海洲认为本病主要病机是脾肾两虚,治疗时常用健脾,温肾,固涩方法与益气升提法并用。丁光迪倡李东垣的升阳除湿法,其主要用风药升阳,风药胜湿,同时又益气和营,标本相和。指出本病似痢亦非痢,徒用导滞药,亦非根本办法,治疗本病见效容易,杜根较难,应注意平时的调理。刘唐民认为本病的主要病机是各种致病因素导致脾胃虚弱,脾虚日久及肾,肾阳虚弱不能温养脾土,促使脾胃更虚。赵绍琴临床辨证有偏虚与偏实两大类:①虚证包括久泻伤脾,脾虚则阳气下陷,久泻伤阴,中气不足,夹有食滞,中气不足,夹有郁热。②实证包括湿热内蕴,留恋不解;食滞不化,久泻不愈。

国内用中药灌肠治疗本病报道颇多,用药有辨证分型,有未经辨证用药及散剂灌肠和单味药灌肠之记载。综观灌肠液及灌肠散粉,不外乎清热解毒,利湿,收敛,止血,活血之剂。局部用药为何多被采用,缘因直肠粘膜有吸收能力,这为中药灌肠奠定了理论基础。

(张晓明 于文艳)

参考文献

- [1]李寿山,李小贤.辨证分型治疗慢性溃疡性结肠炎31例临床观

- 察. 中医杂志, 1981, (6): 31
- [2] 程爵棠. 中国当代中医专家临床经验荟萃(一). 北京: 学苑出版社, 1997. 180
- [3] 陈伟. 黄文东教授治疗慢性泄泻的经验. 上海中医药杂志, 1981, (7): 2
- [4] 李乾构. 溃疡性结肠炎的辨证论治体会. 北京中医, 2000, 19(1): 5
- [5] 崔利. 方和谦教授以培中升清法治疗疑难杂症举例. 北京中医, 1999, 18(5): 3
- [6] 王凤岐. 中华名医特技集成. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 381 ~ 382
- [7] 蒋熙, 朱婉华. 朱良春论治久泻. 北京中医, 1991, (3): 5
- [8] 张笑平. 现代中医名家学说. 北京: 中国中医药出版社, 1991. 208
- [9] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华. 慢性腹泻专辑. 北京: 中国古籍出版社, 1992.
- [10] 丁国华. 慢性溃疡性结肠炎辨治. 中医药研究, 1991(1~6)
- [11] 丁光迪. 中国百年百名中医临床家·丁光迪. 北京: 中国中医药出版社, 2001. 4
- [12] 雍履平. 非特异性溃疡性结肠炎如何分阶段治疗. 中医杂志, 1994, (12): 752
- [13] 郑红斌, 胡鸿毅. 马贵同治疗溃疡性结肠炎经验. 中医杂志, 1999, (12): 718
- [14] 田海河. 董建华教授治疗溃疡性结肠炎的经验. 北京中医学院学报, 1991, 14(1): 23
- [15] 王永炎, 杜怀棠, 田德录. 董建华医学文集. 北京: 北京科学技术出版社, 2000. 74
- [16] 焦树德. 焦树德临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998. 125.
- [17] 赵绍琴. 赵绍琴临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998. 295
- [18] 崔应珉. 中医名家胃肠病论治笔录. 郑州: 中州古籍出版社,

1993. 246

- [19] 宋祖敬, 吕秉仁, 杜怀棠, 等. 当代名医证治汇粹. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1990. 228
- [20] 于振宜, 崔秀梅, 李晓露. 中国当代中医专家临床经验荟萃(二). 北京: 学苑出版社, 1997. 170
- [21] 唐博祥, 张美莲. 北京名医鲍友鳞论胃肠病. 北京: 世界图书出版社, 1998. 60
- [22] 田维君, 何思海. 溃疡性结肠炎论治八法. 四川中医, 1991, (1): 16 ~ 17
- [23] 王象札, 赵通理. 中国百年百名中医临床家·李翰卿. 北京: 中国中医药出版社, 2001. 4

急性出血性坏死性肠炎

【概述】

急性出血性坏死性肠炎,是一种以小肠为主的急性出血坏死为特征的肠道非特异性炎症。临床以腹痛、腹泻、便血、发热、呕吐为主要表现,严重的发生小肠坏死、肠穿孔、肠麻痹和严重腹膜炎及中毒性休克。腹痛为起病的首发症状,疼痛部位不定,疼痛剧烈,可为阵发性绞痛,也可为持续性疼痛;腹痛后即开始腹泻,初起稀便,后呈蛋花样,不久即为血性便,呈红豆汤或果酱样,伴恶臭无里急后重;同时伴有发热、呕吐。本病病情凶险,死亡率很高,各年龄组均可发生,多发生于新生儿及3~12岁儿童少年。

中医学对本病有“便血”、“下血”、“后血”、“肠痛”、“肠风”、“脏毒”、“胃肠蓄血证”等记载。《医宗金鉴·杂病新法》对本病病因病机有如下描述“便血之证,肠风,脏毒,其本皆热伤阴络,热与风合为肠风,下血多清,热与湿合为脏毒,下出多浊”。现代医家认为病机为小肠热毒,迫血妄行,属血瘀范畴。西医认为是与免疫反应有关的C型产气荚膜芽胞杆菌感染的一种急性炎症性肠炎。与营养不良,免疫缺陷和其它疾病有关。新生儿牛乳喂养发病率高人工喂养,以甘薯为主食,容易引起本病。西医多采用胃肠减压、补液、抗生素、皮质激素及外科手术治疗肠穿孔等法。

【名医经验】

1. 秦伯未诊治经验

秦氏认为“肠风”之便血，特点为血下如溅，是先血后便，与“近血”皆属湿热下注，迫血妄行，用赤小豆当归散、槐花散治疗。^[1]

2. 皮执民诊治经验

皮氏认为本证分型有四：①湿热内蕴证，其特点为发热，腹痛、腹泻，便中夹有浓血，舌苔黄腻。②气滞血瘀证，其特点为午后发热，口渴，右下腹部肿痛，拒按，便中夹血，唇舌暗红或有黄苔。③阳气虚弱证，其特点为患者颜面微肿，四肢欠温，时下脓血。④脾气虚陷证，其特点为大便溏与水泻交替出现，食欲不振，气短懒言，头昏乏力。其治疗对症分别采用清利湿热，理气活血化瘀，健脾扶阳和温中升提，尚可辅以西药及手术治疗。^[2]

3. 景斌荣、刘长虹诊治经验

二人认为本病是由正气内虚，感受湿热毒邪或暴饮暴食，积滞壅结化热所致，热毒内蕴，下移大肠，耗伤血络，血不循经，妄动妄行，血从大便而下，此可见血色鲜红，肛门灼热，身热口苦等症。血从便下，津血耗竭，加之“血受热则煎熬成块”，阻塞脉络而成血瘀，可见下血色黑或紫暗夹有瘀块等血瘀表现；至病后期，脾胃功能失调，脾不摄血，气血化源不足，可见大便下血，时久不止；而“气为血之帅，气行则血行，气止则血止”，故又常出现气虚血瘀表现；血瘀肠道，热蕴血

蓄,致厥致脱。

在临床诊断分型有四,即湿热郁阻,络伤血瘀;脾不统血,气虚血瘀;脾阳不振,寒凝血滞;瘀血不去,致厥致脱。并分别投以地榆散、归脾汤、附子理中汤、黄芪当归补血汤合桃红四物汤加减治之。^[3]

【按语】

总结上述经验,急性出血性坏死性肠炎多因脾虚不能统摄,或湿热下注大肠,损伤阴络所致。治疗上急性期多采用清热解毒,活血化瘀为主,恢复期治疗以益气健脾,活血化瘀为主。秦氏认为本病主要由于湿热下注,迫血妄行所致,治疗采用凉血止血清热为法。皮氏通过临床实践,将治疗方案定为四型湿热内蕴证,气滞血瘀证,阳气虚弱证,脾气虚陷证,分别治之。景氏、刘氏认真总结前人经验,认为近代医家对本病的认识属肠胃湿热和血瘀表现,采用清热解毒,活血化瘀为主治疗。景氏、刘氏认为本病由正气内虚,感受湿热毒邪或暴饮暴食,积滞壅结化热所致,并将本病分湿热郁阻,络伤血瘀;脾不统血,气虚血瘀;脾阳不振,寒凝血滞;瘀血不去,致厥致脱四型而治。

(于文艳)

参考文献

- [1]秦伯未. 中医临证备要. 北京:人民卫生出版社,1963. 209
- [2]樊中州. 肝胆胰胃肠疾病千首妙方. 北京:科学普及出版社, 1991. 390
- [3]翁维良. 活血化瘀治疗疑难病. 北京:学苑出版社,1993. 295

伪膜性肠炎

【概述】

伪膜性肠炎又称抗生药物性结肠炎,是由于大量或长期应用抗生素引起的肠道菌群失调造成的肠道急性化脓性炎症。临床以腹泻、腹痛、发热为主要症状,病理以结肠化脓性炎症伴伪膜形成或粘膜广泛出血为主。腹泻为主要症状,大便为黄绿色稀水样便,典型者呈蓝色海水样,量多,可伴大小不等的斑片状或管状伪膜。严重者每日10余次甚数十次乃至失禁,常有里急后重,腹痛多为钝痛,程度不一,一般不严重。大多数患者有全身中毒症状如发热,甚至发生水、电解质紊乱及休克。

中医学文献中无此病名。从其临床表现来看,属于中医“泄泻”中的“濡泄”、“飧泄”等范围。其病因病机中医认为主要是湿热为疟及脾肾阳虚。缘因湿热内蕴,复感外邪,又因调治失宜,致使湿热阻滞中焦,胃失和降,脾失运化,清浊不分,混杂而下,走于大肠,暴注下迫;脾肾阳虚,固摄无权,中气不足易致腹泻。

【名医经验】

1. 郝需龄诊治经验

郝老中医认为：引起泄泻的原因较多，而“伪膜性肠炎”的发生系因湿热内蕴，复感外邪，又因调治失宜，致使湿热胶结，蕴于肠腑而成。“湿盛则濡泄”，热盛则“暴注下迫”，故见泄泻频作，湿热阻滞中焦则清阳不生，浊阴不降，“清气在下，则生飧泄”。若湿热入于营血，则见高热神昏或迫血妄行；若倾肠而泻，一日夜数十遍者，则变证四起。因为“大泻之后，必多亡阴，亡阴既多，则元阳亦脱，若不急为收止，则阴厥阳亡……”（《石室秘录》）。郝老医生认为：本病关键在于湿热中阻，升降失司，清浊不分。

在治疗上：必须审症求因，辨证施治，按照先病而后泄者，治其本的原则，抓住分利清浊之纲，分4型施治。

（1）毒热炽盛，清浊不分型：此类患者多因湿热较重，又因调治失宜，湿热蕴毒，以致湿毒热邪互结，阻滞中焦，清浊不分，泻利无度，毒热炽盛，入于营血，故见高热，烦渴，衄血，尿短赤，腹痛，腹泻，蛋花样或海蓝色水样稀便。严重时耗津烁阴，热闭于内，故见舌质红绛，四肢厥冷，神志昏迷等症。郝老医生在治疗时，除重视分利清浊治本之外，观其毒热炽盛之标象，实属燃眉之急，故当重用清热解毒之品，以平火威。经常用的清热解毒品如：银花、连翘、公英、败酱草、黄芩、黄连、地丁、大青叶，以及紫雪、安宫牛黄等。

（2）热盛阴耗，清浊不分型：此类患者，多因素体阴亏，或于产后、手术后气阴两伤之际，而又湿毒热邪日久，阴血耗伤，又因“大泻之后，必多亡阴”，所以，阴虚之火与未尽之炽

热交织,使之正虚之体日衰,毒热之象日重。正虚邪实,病情危重。治宜养阴益气,清热解毒,佐以分利清浊。由于利湿易于伤阴,养阴又易恋邪,所以,必须权衡阴虚与湿毒热邪之轻重,正确地施以清利与养阴之剂。郝老医生常用的养阴药如元参、麦冬、鲜生地、石斛、花粉、鳖甲、白芍、熟地、白茅根、西洋参等。

(3)脾虚湿盛,清浊不分型:患者多见于素体脾虚,湿困脾呆,以致水湿不化而泄泻,正如《沈氏尊生书》中所说:“泄泻,脾病也,脾受湿而不能渗泄,故……不能分别水谷,并入大肠而成泻。”所以,泄泻一证,脾为主脏,湿为主因,何况又遭湿热浸淫,以及调治失宜,不但耗伤脾阴,而且中伤脾阳,以致脾虚湿盛,清浊不分。治健脾利湿,升清降浊,清利分化。常用的健脾补气药,如党参、生芪、白术、苍术、扁豆、山药等。若见脾阳虚衰,则常用温里升阳的药物,如葛根、炮姜、肉豆蔻等。

(4)脾肾虚寒,阳虚欲脱型:患者倾泻无度,脾胃阴竭,肾阳式微,阳气欲脱,病势重危,大泻之后,必多亡阴,亡阴既多,阴竭元阳无以附,则元阳亦脱,若不急为收止,则阴绝阳亡立至。正如《灵枢·玉版》篇中说:“其腹大胀,四末清,脱形,泄甚,是一逆也”。治当回阳救逆,温补脾肾。常用的温里回阳药如附子、干姜、肉桂、炮姜等。^[1]

2. 赵喜俊诊疗经验

赵氏认为本病:肝木与脾土息息相关,肝之疏泄助脾之运化,木气生动助土气升清。若土虚运化失常,肝木乘侮,脾胃受伐则纳化紊乱,升降失调,导致清浊不分,水谷混杂,并走于大肠而成。治疗应以运脾化湿为主。^[2]

3. 赵冠英诊疗经验

赵氏曾诊疗1例年逾8旬老翁,因肺部感染住院治疗。经用大剂量抗生素至第7天,出现发热,腹胀腹,水样便15~20次/日,便中带粘液,无里急后重,肠鸣脱肛,精神萎靡,少气懒言,面色苍白,口干欲饮,舌质暗红,苔少津,脉细数。赵氏认为脾肾阳虚,中气不足。治以健脾益肾,补中益气,佐以酸涩收肠之品而愈。笔者认为该患者年逾8旬,阳气已然衰微。又因脾主运化,胃主受纳,脾胃虚寒则运化失司,造成水反为湿,谷反为滞,又因治疗不当,加重湿热内蕴,肾阳愈衰,不能温运脾土,则湿浊内滞,清浊不分,混杂而下,遂成泄泻。急当回阳救逆,补中益气,佐以酸涩收肠之品治疗。^[2]

【按语】

伪膜性肠炎又与急性出血性肠炎统称为抗生药物性结肠炎,与进食不洁食物无明显关系,而与使用抗生素有关。其诊断要点为:常有严重的原发病或大手术史并近期使用广谱抗生素史。突发腹泻,腹痛,便血,及其粘膜检发现典型病变。郝霏龄认为:本病是由于湿热阻滞中焦,升降失司,清浊不分,混杂暴注而下所致。脾为主脏,湿为主因。因此在治疗上分4型①毒热炽盛,清浊不分。②热盛阴耗,清浊不分。③脾虚湿盛,清浊不分。④脾肾虚寒,阳虚欲脱。并不失时机地抓好分清利浊这一治本之法。然而在具体应用时,又要根据病情,注意主辅佐使,先后缓急,严密配合,常用的清化分利药物如木通、茯苓、赤苓、猪苓、泽泻、车前子、苡仁、篇蓄、瞿麦、石韦、通草、滑石、甘草梢等品。赵喜俊认为本病脾虚水乘,肝郁不舒,湿热作泻,治疗侧重泻肝健脾,消热湿。

赵冠英侧重脾肾阴虚,中气不足辨证,治疗以健脾益肾,补中益气,加以酸涩收肠之品。

(于文艳)

参 考 文 献

- [1] 名老中医经验全编. 北京:北京出版社,1984
- [2] 樊中州. 肝胆胰胃肠疾病千首妙方. 北京:科学普及出版社, 1991. 387

便秘

【概述】

便秘指大便秘结不通,排便时间延长或大便艰涩不畅为主的症状。便秘可见于多种疾病中,而本节所言是以便秘为主症,临床可分为结肠便秘与直肠便秘二类。前者指食物或残渣在结肠中运进过于迟缓而引起便秘;后者指食物残渣在结肠的运进正常并及时达到直肠,但在直肠滞留过久,所以又称为排便困难。引起二种病变的机制尚不十分清楚,可能与排便动力缺乏,肠道所受刺激不足,肠粘膜应激力减弱,神经精神紊乱,直肠肛门疾患等有关。

中医学称便秘为“脾约”、“不更衣”、“大便难”、“阳结”、“阴结”。后人又有“风秘”、“气秘”、“热秘”、“寒秘”之称。其发病原因有燥热内结、津液不足;精神不舒、气机郁滞;劳倦、体弱、运化无权等。其治疗主要区分虚实,实者以通下为主,虚者以补气增液为主,同时应注意鼓励患者配合做到养成定时排便的习惯,改掉滥用泻药的习惯,平时应多食新鲜多汁、富含纤维的蔬菜、水果,适当做腹部按摩以帮助胃肠的机械运动等。

【名医经验】

1. 殷子正诊治经验

殷氏根据六腑的解剖位置和功能联系,分六腑为三道,谷道、水道、胆道,可执简驭繁,又有新意。六腑三道虽然功能不同,但有一个共同特点,即同为人体代谢产物通过和排泄的通道,故必须通畅,通则“清阳出上窍,浊阴出下窍”,进出有序,升降相因,气血安和,阴阳协调,人体安康,通则和,不通则病,故六腑以通为用,以降为顺。

用药讲究精当,配伍严谨科学,荡其积滞,以泻为补,善用下法,对攻下药颇有体会,认为大黄气味重浊,直降下行,走而不守,荡涤肠胃,祛瘀行血,推陈致新,小量又能调中化食,安和五脏,利于肠道积滞;牵牛子利小便通大便,消水肿逐痰饮,除气分湿热,疏三焦之壅结,宜于水道不通之尿少浮肿;芦荟清肝泻胆,泻热通便而宜于肝胆火郁;玄明粉咸寒软坚,润肠通便,既宜于肠道燥结,又宜于各种结石;番泻叶苦寒导泻,多用于胃肠积热的秘结及驱虫。此五味承六腑三道之性各有所长,为其临床常用的泻下之品。

用药讲究配伍:如对肠道实热燥结,用大黄配玄明粉、知母,以软坚泻热;对阴虚肠燥便秘,用大黄配火麻仁、生地、玄参,以养阴润燥;对湿热积滞,利下肠癖,用大黄配黄连、黄柏、木香,以化湿导滞;对饮食停积,噎腐吞酸,泻下臭秽,用大黄配枳实、焦楂、神曲,以消食导滞。

殷氏配伍用药,不仅重视相须为用的正伍法,而且讲究升降相因,收散相约的反伍法。在用下药同时常配以酸收之乌梅,轻升之葛根,乌梅味酸性收,前人认为用之不当有留邪

之弊,殷氏勇于实践敢于突破前人之成见,巧妙配伍,广泛用于临床,如与大黄和用,既能酸苦泻热又能收敛固涩,泻胃而不伤脾;与芦荟合用,既能清肝泻胆又能养阴柔木,泻胆而不伤肝;与牵牛子合用,既能利水泻热,又能固摄精气,泻水不伤阴,颇有创新。^[1]

2. 蒲辅周诊治经验

蒲氏曾以五子汤滋肾益脾,润肠通便,用以治疗脾肾两虚津液不足,运化力弱之便秘。症见大便干结,多为球状,小腹不适,睡眠不实易惊醒,舌正无苔,右脉沉细涩,左脉沉弦细微数者。药用一派滋肾润肠通便之品,为调和中气,佐入健脾益气之品。方剂组成:肉苁蓉 12g,女贞子 9g,旱莲草 6g,柏子仁 9g,火麻仁 12g,炒决明子 6g,黑芝麻 9g。^[2]

3. 秦伯未诊治经验

秦氏认为便秘在伤寒、温热病等过程中出现者,多为热证,由于内热肠燥,大便不能润下。同时因大便秘结而邪热不得下达,在下则腹满胀痛,在上则烦躁不安,甚至神昏谵语,伴见壮热,自汗口渴,脉象滑数,舌苔黄腻或干燥少液,治法采取急下,用大、小承气汤。凡热盛便秘最易伤阴,引起咽喉肿痛等证,故亦称急下存阴,用脾约麻仁丸和增液承气汤。热证便秘用泻剂是一种常法,但不必要时并不以攻下为主法,仅在处方内加入麻仁、瓜蒌仁、郁李仁等润肠药即可。表里证并见的,还可使用凉膈散表里双解。

杂证上出现或单纯的经常性便秘,有“热秘”、“气秘”、“虚秘”、“冷秘”四种。热秘伴口臭溲赤,宜清润苦泻,用脾约麻仁丸、更衣丸;气秘伴胸胁满闷,宜顺气行滞,用六磨汤;虚秘为头晕咽干,便后乏力气短,宜养阴润燥或益气润

肠,用五仁丸,黄芪汤;冷秘多见于老人,伴有轻微腹痛,温轻减,脉象沉迟,宜温通破阴,用半硫丸、苁蓉润肠丸。产后便秘,多由血虚,血虚则津液亏损,不能濡润肠道而致便秘,宜润下为主,在养血方内加麻仁、柏子仁之类。^[3]

4. 施今墨诊治经验

施氏治疗便秘,对于气机不调,胃气不降,津液不行,肠失传导而致者,依据《金匱翼》“气内滞而物不行也”治之,以旋覆代赭汤、瓜蒌薤白汤加减,连服二剂,即生显效;对于脾气不生,胸满闷胀,胃气不降,便结不润,虚人血少津亏,不是火郁结燥,而辨证为阴亏肠燥,治宜缓通油润,拟用养阴润燥法;对于年事已高,体力衰弱,肠血减少,蠕动缓慢因而大便结者,并非火盛之象,缘因肾司二便,肾虚则无力排出,拟补肾虚润燥法。^[4]

5. 丁光迪诊治经验

丁氏认为便秘一证,看似简单,病情却很复杂,内科讲义为此分型分证,讲的许多,但具体应用,尚待深入。丁氏认为对老年便秘及因大解困难而气竭突变的,不能忽视。

调理专方的运用:

(1)升积煮散:用于气滞便秘(大便不燥结),组方升麻7g,枳壳7g,芦荟3g,合为一日量,药为粗末,煮沸二次,煮时加生萝卜30g,打碎,下午、睡前各服一次。二三日即能见效,最快的一二日即见效,大便通顺。

(2)芝麻糊:用于血虚津伤便秘,组方黑芝麻炒香,研粉10g,桃仁去皮,炒,研碎5g,怀牛膝,炒,研碎7g,合为一日量。三物和匀,作小食,分三次细嚼缓咽。或用炒香大麦粉,或荞麦粉,或燕麦粉均可,一羹匙,和药末水调,煮沸缓饮,下

午或睡前服,二三日即见效。平时亦可服用。

(3)乌桃糊:用于心脑血管病人血气上雍,升多降少,而大便艰难的,组方首乌粉炒香 10g,桃仁去皮,炒香,研碎 5g,三七粉 3g,芦荟研碎 3g,合为一日量。用法同芝麻糊,二三日即能见效。平时亦可服用,但去芦荟。这些病人平时要多吃青蔬菜,比如芹菜、菠菜、木耳、萝卜和芋艿、北瓜,以及鸡、鸭、猪血等。能促进肠蠕动,容易排便。^[5]

6. 李斯炽诊治经验

李氏认为便秘一症,可归纳为胃肠、肺、肾三个方面。

(1)在胃肠方面:有由于气虚中寒,推动无力者;有由于肝郁克脾,胃失和降者;有由于肝火上冲,胃气不降者;有由于饮食虫积或湿热之邪阻滞胃肠,腑气不通者;有由于津液不足,传导失常者。津液不足,或由于阴血亏虚,或由于热甚伤阴津,或由于发汗利小便所致之损津耗液,或由于脾不能为胃行其津液。

(2)在肺的方面:由于肺合大肠,故肺脏的病变,多易波及大肠而发为便秘。肺气太实,则易形成上窍闭而下窍塞,此种肺实,或为气逆,或为痰阻,或为风邪,或为湿热郁遏,皆能导致肺失肃降,大便不通。另一种情况是肺阴不足,此种或由于禀赋阴亏,或由于肺热灼津,或由于肝火犯肺,或由于心火传肺,或伤于秋令之燥气,皆能导致液枯肠燥,大便秘结。

(3)在肾的方面:由于肾司二便,故肾阴亏损或肾阳不足皆有便秘出现。

便秘可分为寒、热、虚、实,有轻重缓急之分。

- ①热证便秘,宜用清凉攻下法,方如凉膈散、升降散。
- ②寒证便秘,必须采用温燥行气之剂以亢奋胃肠功能,大便自能通畅。
- ③实证便秘,其偏于热者,用脾约丸或大承气

汤；偏于寒者用备急丸或温脾汤。④虚证便秘，不可误用攻下，须以恢复津液，滋润肠道为主。常用方剂如润肠丸、五仁丸、益血润肠丸等。此外尚可采用蜜煎导法。⑤病轻者用平胃散加木香、砂仁；⑥重者用四磨汤或理中汤加当归、芍药，兼服半硫丸。此证若妄投芒硝、大黄等泻下药物，不但肠管愈渐弛缓无力，且常有腹痛，里急后重等不良症状产生，在临证中须加注意。^[6]

7. 孟澍江诊治经验

孟氏治疗中老年便秘一证，常常在辨证论治的同时，注重疏理肺、脾、肝三脏的气机。

(1)在肺宣开上痹：孟氏认为肠腑之通降既依赖脾胃的传输，又依赖肺气之肃降，上窍闭则下窍不通，肺失清肃则导致肠腑闭塞不畅。孟氏治疗时每用开宣上痹之法，选用轻苦微辛之品，微辛以开气痹，微苦以降肺气，肺气得通，气机得畅，胃气因和，肠腑得通而便秘自除，即所谓“开天气以通地道”之法也。孟氏选药常遵俞氏《通俗伤寒论》“里气抑郁，大便不爽或竟不通而痛，加春砂仁三分拌捣郁李净仁、松仁、桃仁、柏子仁、萎皮、酒捣薤白等辛滑以疏利气机，气机一通，大便自解”之义，或用郁金、紫菀、杷叶、杏仁、桑白皮等取《温病条辨》上焦宣痹汤之意，以宣通上焦肺气，脏腑同治，表里相应。尤以紫菀最为常用，紫菀辛散苦降，温和柔润，既可宣开肺痹，又可润肠，治疗便秘兼有肺气闭塞者最好。若兼有气机不畅者，则用枳壳、薤白等，既可调畅上焦胸膈气机，又能润肠。

(2)在脾以补为通：因久病或年老体弱，中气虚弱而导致便秘者，下之当慎。如《温热经纬》云：“热病后，三十日不大便，无所苦者，下之百日死。”孟氏认为对于因年老体弱或中气

虚弱,推动无力导致的便秘,特别强调不得强行攻下,而需以调补中焦为主,兼以疏通气机,以恢复脾胃升降之机,脾胃气机得复,便秘自除。常用参、术健脾补气,砂仁、蔻仁、木香温中行气。

(3)在肝流畅气机:孟氏认为便秘一证,病虽在胃肠,固以疏理调畅肠腑气机为主,但亦不可忽视肝之条达作用。脾胃功能之调畅,多依赖于肝木疏通。《内经》云“土得木则达”,既有此义。肝气郁滞,则横逆侵犯中焦,三焦气机不利,肠腑不得宣畅导致便秘。治疗时虽宜宣通肠腑气机,但亦须注重调畅肝胆气机。孟氏法从《内经》“治病必求其本”习用四逆散加减,以疏肝理气,肝气得疏,气机得畅,肠腑得以通畅,不治便秘而便秘自愈。^[7]

8. 李克绍诊治经验

李氏认为便秘就是大便不畅快,只要排便时感觉困难、费力,不论粪块干硬与否,都是便秘,其重者也叫大便不通。古人对于便秘有风秘、湿秘、气秘、寒秘、热秘之分,统称“五秘”。五秘都是以便秘为主证,再根据所出现的各种不同特点而分为风、湿、气、寒、热等。特点不同,说明病理有差别,治疗方法也就不同。

(1)风秘:风秘是除大便秘结外,还表现为皮肤皴裂,经脉拘挛,爪甲枯槁,有的还会兼有阵发性寒热。大便常干燥艰涩,不易排出。风秘的原因,有认为是肺脏受风,肺和大肠相表里,风从肺传入大肠,像风能吹干湿气一样,致使肠中津液干燥而形成便秘。也有认为是病人肠中平素积有郁热,热久伤津化燥,风从内生,形成便秘。李氏认为风秘导致皮肤出现皴裂的现象是由于人身各处的津液,是互相周传输布的,肠道既然干燥,全身的皮肤、肌肉、筋膜,自然也就缺乏津

液濡养,所以皮肤起皱,筋脉伸展不得力,爪甲也呈现枯槁的现象,至于出现寒热大都是在夜间,这是因为津虚血虚,都是阴虚,而夜间也是属阴的缘故。常用滋燥养荣汤(生地黄、白芍、黄芩、当归、秦艽、防风、甘草)

(2)气秘:气秘的特点是病人常常暖气,其大便之所以不顺利,不一定由于大便干结燥硬,而是“气”不下降。“气”并不是指呼吸的空气,而是代表人体各个脏器生理活动结果,大小肠的这种功能,就是“气”。“气”既然不下降,大便下行就不痛快,而且还会出现暖气和兼有脘腑满闷的感觉,即“升降失调”。因此,治疗时必须以降气药为主如苏子、枳壳、厚朴等。把这些降气药加入通便药中,就是治疗气秘的效方。如木香槟榔丸(木香、槟榔、枳壳、青皮、陈皮、蓬莪术、黄连、黄柏、香附、大黄、牵牛)。

(3)湿秘:湿秘也叫痰秘,它是湿热、痰饮等阻碍气机下降,以致大便不能顺利排出,湿热顽痰胶结,又会出现胸胁痞塞满闷,或喘促,头汗出,头晕眼花等症状。痰湿在肠中,又会兼有肠鸣。治疗湿秘,主要使用苍术、黄连、黄芩、黄柏等清热除湿,或用半夏、茯苓、橘红、白芥子、姜汁、竹沥等搜逐痰饮,再加入一些顺气、降气药。如导痰汤煎送控涎丹或礞石滚痰丸。

(4)冷秘:便秘的同时,又兼有四肢发凉,喜温怕冷,舌淡苔白,脉搏沉迟等阴寒症状的叫冷秘。常见于老年人,须用温润通便药,如巴戟天、肉苁蓉、当归、熟地等,半硫丸是治疗冷秘的专方。

(5)热秘:热秘和冷秘相反,兼见的一些症状,不是寒证,而是热证,如面赤,舌干,小便赤黄,喜凉恶热,脉搏沉数等,方如四顺清凉饮(当归、赤芍、大黄、甘草),更衣丸(朱砂、芦荟)。

(6)除上述五秘外,还有久病体弱,大便干燥,努责不下,

频频入厕,气虚下陷,里急后重的,叫做气虚秘,治疗时应加入补气药,如人参、黄芪等;伤津失血,大便燥结,滞涩难出的,叫做血虚秘,治疗时应加入养血润肠药,如当归、地黄、肉苁蓉、桃仁、杏仁、松子仁、柏子仁、麻仁、蜂蜜等。^[8]

9. 刘炳凡诊治经验

刘氏详述老年便秘的三种情况:

(1)火炽水亏:由于劳神苦思,而见心烦失眠,头晕耳鸣,便秘尿涩,舌赤口干,脉象弦细。此所谓“千年之木,其中自焚”。宜益肾水以降心火,以《金匱》百合地黄汤加味治疗。药如生地、玄参、麦冬、百合、白芍、甘草。诸药合用水火既济,阴平阳秘,润肠通便。即所谓“增液以承气也”。

(2)津枯血少:老年习惯性便秘,三五日乃至一周不得排便,排便因努责而气喘头汗,起来则头晕目眩,很为痛苦,服用大黄则泻后更秘,服用番泻叶则恶心欲呕,用果导片只能治标,而临床中这种病人往往伴有高血压病,治疗时应从肝肾入手,以肾司二便,肝主疏泄,方如首乌、生地黄、女贞子、白芍、草决明、肉苁蓉(反佐以取之)、白蜜。其中首乌、草决明有大黄通便之功,而无大黄破气之弊,宜坚持服用十余剂,以达到益血润肠功效,此亦“增水行舟”法,与景岳济川煎同中有异。气盛而上实者,加苏叶以宣之,以达肺气于大肠;气衰而努责无力者加黄芪、桔梗以振之,此下病而取上之法。

(3)阴凝便秘:叶天士云“老年衰惫,攻病成法,以护真阳为主”。刘氏曾治一病,平素嗜酒,患有习惯性便秘,曾用硝、黄,腹胀加剧,按之石硬,饮食难下,彻夜不眠,口中时吐浊痰,舌淡胖,苔白滑而厚。此阴寒加痰饮之证,治疗用西硫磺 250g 捣碎置豆腐 1000g 内煮 24 小时,去豆腐取硫磺与法半夏等份研细,制成蜜丸如梧桐子大,每服 30 丸,每日 3 次

饭前服,连服5日,便通浊降,以理中丸调养善后。因热药皆燥,惟硫磺热而能通,煮以豆腐以制其毒性,配伍半夏为去痰。^[9]

10. 刘渡舟诊治经验

刘氏认为老年便秘从辨证而论,有血虚,热结,气虚,寒积等。

老人脾肾阳虚,不能蒸气化津,以致水气凝结,蓄而为患。津液不布,不能濡润大肠,成为水聚津凝的大便秘结之证,颇能迷惑诊断,使医者误作燥治,而贻害无穷。水蓄津液不布的大便秘结,往往伴有口干,但饮又不多,心悸,头晕,气短,胸中发闷,或见轻度水肿,其小便则短涩不利,面色青黯,脉象沉弦,舌苔水滑。此证水病似燥,全由津液不布而导致,治疗以桂枝、茯苓、白术、猪苓、泽泻。服药后,俟其小便通利,津液以行,阳气以布,则大便自下。千万不要误认为燥热便秘而投滋腻阴柔药物,则服后劫阴削阳,使水气无制,往往腹胀肢肿,饮食不下,喘满而死,不可不慎。

刘氏关于寒秘,认为一般分为两类。寒实之秘,为大家熟悉,证以脉象弦紧有力,腹痛胀满,喜热饮,恶风寒为特点,治疗可用干姜、附子、肉桂、厚朴、甘草、大黄。虚寒的便秘,脉象沉弦无力,神气不足,畏寒喜暖,一般不见腹中疼痛,治疗内服半硫丸,外用握药法:以巴豆仁、干姜、良姜、韭子、硫磺、甘遂、槟榔各1.5g,研极细末合匀,用米汤调分成二丸,先以花椒汤洗手,然后用麻油涂手心握药,俟其大便得下,则以冷水洗手去药。

刘氏认为气秘,在老人也不少见,尤其是冬春之际。由于咳嗽多痰,或者痰喘,日久则气逆于上,津液化为浊痰,致使肾不纳气,形成上实下虚,则气津不能下达,肾阳不能温

化,导致大便秘而不通。治疗用苏子、橘皮、肉桂、厚朴、当归、沉香、半夏、前胡、甘草。若此证不见痰咳,胸膈满闷,饮食下行不快,或见呃逆,噎气与呃逆等,而大便又秘结难通的,也是气秘之证,可用人参、乌药、沉香、槟榔治疗。^[9]

11. 侯志民诊治经验

侯氏总结临床治疗便秘的经验,提出:

(1) 治秘勿忘理肺:肺为华盖,主一身之气,肺与大肠相表里。肺之肃降与大肠传导息息相关。肺气壅滞或肺气虚,均可导致气机升降失常,大肠传导迟缓;肺为水之上源,脾之运化水液的作用,有赖于肺气宣发和肃降功能的协调,肺失宣降,水液不行,则肠道干枯而大便难行,前人所谓“开上窍以通下窍”、“釜上揭盖”法等,即指肺与二便的关系。叶天士习用紫菀、枇杷叶降肺气以通秘结;有主张以陈皮、杏仁等份蜜丸服用;或用桔梗汤加紫苏、苏子降气汤、苏子麻仁粥治疗便秘也都是着眼于肺与大肠的关系。临床亦常可见到肺气积郁而见咳嗽、胸闷之患者,常伴便秘,经用麻黄、杏仁、桔梗、枳壳、紫菀类宣畅肺气之药物治疗后,喘平而大便亦随之畅行。

(2) 益气通幽,气斡而便自通:便虽出于魄门,然需气之斡旋,方能传导下行,脾气虚则运化不健,生化之源不足。脾虚又可及肺,因肺与大肠相表里,故脾肺气虚可影响大肠的传导。治疗当以补中益气为主,脾气足则可生金,气足则糟粕易行。临床见便秘而伴神疲气短等气虚见症者,当以补脾升清为主,切忌乱投硝、黄、番泻叶之类峻攻,初用尚可通便,继用非但无效,且徒伤正气。气虚便秘多见于老人,愈老中气愈衰,愈老津液愈稠,因而愈攻气血津液愈伤,大便愈秘。治疗此证当以益肺健脾为主,佐以滑润润肠之品,中气得以

斡旋,肠道得润,则大便自通。常用药如炙黄芪、太子参、生白术、百合、沙参、当归、肉苁蓉等。李聪甫用炙黄芪、当归身、火麻仁、杏仁、生白芍各等份,煎汁冲白蜜长期服用。

(3) 摄生得宜,为治便秘之首要:《素问》云:“大肠者,传道之官,变化出焉”。平居之人,五脏之气,贵乎平顺,阴阳二气,贵乎不偏,然后精液流通,肠胃益润,则传送如经矣。摄养乖理,三焦气涩,运掉不行,于是乎壅结于肠胃之间,遂成五秘之患。说明人若摄养合理,起居规律,则气机调畅,肠胃濡润,大肠传导正常,自无便秘之患。若起居无度,或嗜食精米玉面、煎炸厚味等燥烈饮食,或好逸恶劳,久坐少动,都易导致便秘发生。

对本病首先要合理的安排生活和工作,做到劳逸结合,适当参加力所能及的体育锻炼,使气机通畅,大便传导功能得以改善。同时纠正不良的饮食习惯,对防止便秘很有益处。^[10]

12. 贾美华诊治经验

贾氏关于便秘治疗总结了十二法:

(1) 清热达下法:用于热病患者、酒客,因肠胃积热致津伤便秘。治取竹叶石膏汤合调胃承气汤加减。

(2) 顺气行滞法:用于多愁善感,或性情急躁者,肝脾郁滞所致的便秘,治取四磨饮子加味。

(3) 攻下食积法:用于有暴食病因的便秘,治取小承气汤加味。

(4) 通便逐瘀法:用于结肠、直肠、肛门肿痛而引起便秘,治取大黄廑虫丸。

(5) 补肺启闭法:肺主气,与大肠相表里,肺虚则膈肌收缩无力,排便困难,用补肺汤加桔梗、黄精等。

(6) 益气通便法:用于气虚脱肛而大便困难者,可选用补

中益气汤。

(7)养血润肠法:用于产后引起便秘,可选用润肠丸。

(8)滋阴润燥法:用于肝肾及胃阴虚的便秘,可选用增液承气汤合一贯煎加味。

(9)温通开秘法:可选用景岳济川煎加味。

(10)固表还津法:用于自汗、盗汗而出现便秘,可选用玉屏风散合沙参麦门汤加减。

(11)缩泉回津法:用于肾气虚,脾气不固所致的便秘,即止小便而通大便。多用于消渴病合并便秘。选用桑螵蛸散合麻仁丸加减。

(12)酸甘化阴法:用于习惯性便秘,通下及滋阴的疗效均欠佳者,可选用酸枣仁、白芍、五味子、生地、百合等药物。^[11]

13. 董建华诊治经验

董氏认为:老年性便秘不宜行攻伐之剂,包括西药泻下剂及中药大黄、芒硝、皂角均适宜。应以肉苁蓉、当归为主药,酌加麻仁、蜂蜜。如为截瘫病人,还应加入桃仁、红花、牛膝、枳壳之类,临床疗效较好。^[12]

14. 徐精诚诊治经验

徐氏以本人的亲身经历,医治自身的十余载“燥秘”,在自治过程中,亲尝到某些成药和汤药虽有效验,而维持效果则互不相同,用于其它患者亦是如此。例如,黄连素、三黄片、麻子仁丸诸药,服后一两天均有显效,可是停药三五日后,便秘依然如故。也曾用“增液汤”加莱菔子服用,效验亦不显,均不是治疗便秘的理想方法。至于五仁丸、济川煎等,其临床疗效也不著。曾服过两个月蜂蜜,每日一两、分两次

冲服,须服至一周,大便始见润畅,若坚持服用,有很好的疗效。多食水果确能帮助润肠通便,但不是所有水果都有如此作用,其中雪梨、香蕉、生萝卜润肠通便的作用较好。尤其值得介绍的是另一味更为有效的滋养药物“白木耳”,每日煎服半两,掺入白糖适量,分二至三次服,比蜂蜜效果显著。如能连续服用数月,燥秘多能基本解除,同时食欲改善。体会是“燥秘”一证,若用苦寒缓泻或甘寒佐宽肠理气之味,固可获效一时,但究非善治。^[13]

15. 魏龙骧诊治经验

魏氏认为:治病必求其源,便秘之源在于脾胃。脾胃之药,首推阴阳,佐以它药可也。魏氏治便秘,概以生白术为主,少则30~60g,重则120~150g,便干结者加生地以滋之,时或少佐升麻,乃升清降浊之意。若便难下而不干结,或稀便者,其苔多呈黑灰而质滑,脉多细弱,又当增加肉桂、附子、厚朴、干姜等温化之味,不必通便而便自爽利。刘珉以魏氏经验方(白术60g,生地30g,升麻3g)治疗便秘,以大剂量白术(每剂30g、60g)治疗各种便秘,均有良好的通便作用,能使干燥坚硬之大便变润变软,容易排出,并不引起腹泻。他还选择各种药物与白术配伍以治便秘,发现不论是与凉润之生地配伍,或是与燥热之姜附配伍,均可保持其通便作用。他指出,使用白术作通便药时,可根据辨证适当配合凉润和辛温之品,则效果更佳,并认为根据现代药理研究,白术有促进肠胃分泌作用,使胃肠分泌旺盛,蠕动增速,这可能就是白术通便的机制所在。临床治疗便秘常用生白术,而健脾止泻多用炒白术。^[14,15]

16. 姚永年诊治经验

姚氏在治疗便秘时,不论虚证、实证、虚实夹杂证,凡见腹胀、便秘诸症,均喜投大黄,并主张根据个体差异,从小剂量(2~3g)开始。他指出,常服大黄可使肠道通畅,痰脂减少,湿浊蕴毒下泄,肝胆疏泄畅达,增进食欲,血脉周流,继而增强体质,祛病延年。近代药理研究结果表明,大黄具有降脂、利胆、降低血清尿素氮、抗菌、抗病毒等作用;促使人体产生干扰素,具有免疫调控、增强抵抗力的作用;并指出,长期服药者,病情稳定后不宜突然停药,应逐渐减量,否则会发生停药后的便秘。^[16]

17. 赵金荣诊治经验

赵氏采用津村润肠汤及其颗粒冲剂,治疗老年功能性便秘疗效满意,方药为麻仁、枳壳、厚朴、大黄、杏仁、当归、生地、熟地、桃仁、黄芩、甘草。津村润肠颗粒冲剂,2.5g一包,一次服1~2包,每日2~3次,冲服。其作用可使大便成形,消除便前腹痛,腹胀也明显减轻。服药3周为1疗程。药物实验结果表明,本制剂对大鼠及小鼠体内的小肠蠕动有促进作用,对家兔离体空肠和结肠的自由活动有明显抑制作用,提示本制剂既可理气促进肠蠕动,又可缓解肠痉挛。^[17]

18. 苏建华诊治经验

苏氏提出用固肾缩尿法治疗老年性便秘,药物为桑螵蛸20g,龙骨24g,芡实15g,远志12g,菖蒲、党参、龟甲、当归各10g,每日1剂,分2次服,效果满意。古人云:“利小便,实大便”,苏氏大胆地尝试用固肾缩尿法来通利大便,并认为老年性便秘的发生,多是由全身气血阴阳皆虚,特别是因肾精亏

损、肾失摄纳所致。肾司二便，肾为胃之关，小便频数既为肾精亏损的原因之一，又是肾失摄纳的外在表现；大肠行使其排泄糟粕的正常职能，要靠肾脏精气的温煦濡养，否则就会发生大便秘结。桑螵蛸散加减方，既可涩精止遗、固肾护气，又能顾及老年人的气血阴阳诸不足，故可治疗老年性便秘。此种办法为我们今后治疗便秘又创出了一条新路。^[18]

【按语】

以上医家认为便秘的原因，主要有脾气虚弱运化无力；津亏血少，肠道失于濡润；气机郁滞，升降失和；素体阳盛，胃肠积热，耗伤津液；或体弱阳虚，阴寒内生，阴凝固结等。本证虽属大肠传导功能失常，但与脾肾功能密切相关。治疗当清热泻水，顺气导滞，益气养血润肠为法，要区分虚实，实者以通下为主，虚者以补气增液为主，不可妄投峻猛泻下之品，使津液更伤，导致“无水行舟”，加重病情。

殷子正将便秘病机以六腑三道，谷道、水道、胆道论证，用药讲究配伍，实为独创新意。蒲辅周认为便秘与脾肾两虚，津液不足，运化无力有关，治疗则重用滋肾润肠通便之品，并少佐健脾益气之品，以调和中气，以五子汤滋肾益脾，润肠通便。秦伯未治疗便秘认为内热肠燥者宜急下以攻之，用大小承气汤，急下以存阴。但在津液亏虚或已经伤阴之后，不宜单用下法。施今墨治疗便秘对于胃肠气滞型采用理气润肠法，对于肾气虚衰阴亏者则用补肾益阴润肠法治之。孟澍江对老年便秘注重疏理肺、脾、肝三脏的气机。李克绍将便秘按病因病机分为风秘、湿秘、气秘、寒秘、热秘。刘炳凡认为老年便秘有三种情况：①火炽水亏，②津枯血少，③阴凝便秘。刘渡舟认为老年便秘虽有血虚、热结、气虚、寒积等

证,但同时强调了脾肾阳虚在便秘中的作用。认为脾肾阳虚不能蒸气化津,以致水气凝结,蓄而为患。津液不布,不能濡润大肠,成为水聚津凝的大便秘结之证,颇能迷惑诊断,使医者误作燥治,而贻害无穷。侯志民强调了治疗便秘不能忘记通宣理肺,健脾行气。认为肺主一身之气,与大肠相表里。肺气壅滞或肺气虚,均可导致气机升降失常,大肠传导迟缓;肺为水之上源,脾之运化水液的作用,有赖于肺气宣发和肃降功能的协调,肺失宣降,水液不行,则肠道干枯而大便难行。便虽出于魄门,然需气之斡旋,方能传导下行,脾气虚则运化不健,生化之源不足。脾虚又可及肺,故脾肺气虚可影响大肠的传导。同时注意摄生得宜是治便秘之首要。贾美华总结便秘治疗十二法,比较全面地论述了便秘的发病特点:①清热达下法,②顺气行滞法,③攻下食积法,④通便逐瘀法,⑤补肺启闭法,⑥益气通便法,⑦养血润肠法,⑧滋阴润燥法,⑨温通开秘法,⑩固表还津法,⑪缩泉回津法,⑫酸甘化阴法。魏龙骧认为便秘之源在于脾胃。概以生白术为主,少则30~60g,重则120~150g,临证辨证加味,适用于各种类型的便秘。姚永年在治疗便秘时,则不论虚证、实证、虚实夹杂证,凡见腹胀、便秘诸症,均喜投大黄,并主张根据个体差异,从小剂量(2~3g)开始。他指出,常服大黄可使肠道通畅,痰脂减少,湿浊蕴毒下泄,肝胆疏泄畅达,增进食欲,血脉周流,继而增强体质,却病延年。苏建华大胆地尝试用固肾缩尿法来通利大便,并认为老年性便秘的发生,多是由全身气血阴阳皆虚,特别是因肾精亏损、肾失摄纳所致。

(张晓明 于文艳)

参考文献

- [1]裴仁和.殷子正对腑病的认识及治疗经验.辽宁中医杂志,1987,

(3)2~3

- [2]黄荣宗. 名医妙方精华千首. 北京:北京科学技术出版社,1991.
- [3]秦伯未. 中医临证备要. 北京:人民卫生出版社,1963. 204
- [4]祝谌予. 施今墨临床经验集. 北京:人民卫生出版社,1982. 79
- [5]丁光迪. 中国百年百名中医临床家丛书·丁光迪. 北京:中国中医药出版社,2001. 159
- [6]李继明. 中国百年百名中医临床家丛书·李斯炽. 北京:中国中医药出版社,2001. 144
- [7]杨进. 中国百年百名中医临床家丛书·孟澍江. 北京:中国中医药出版社,2001. 30
- [8]姜建国. 中国百年百名中医临床家丛书·李克绍. 北京:中国中医药出版社,2001. 41
- [9]专题笔谈. 老年便秘证治. 中医杂志,1985,(1):4
- [10]李乾构,王自立. 中医胃肠病学. 北京:中国医药科技出版社. 1993. 325
- [11]贾美华. 便秘治疗十二法. 辽宁中医杂志. 1985,9(6):35
- [12]崔应珉. 中医名家胃肠病论治笔录. 郑州,中州古籍出版社. 1993. 343
- [13]陈泽霖,宋祖敬. 名医特色经验精华. 上海:上海中医学院出版社,1987
- [14]魏龙骧. 医话四则. 白术通便秘. 新医药学杂志,1978,(4):9
- [15]刘琨. 重用白术治疗便秘 34 例疗效观察. 福建中医药,1981,1(1):36
- [16]姚永年. 虚证不忘大黄. 中医杂志,1991,(10):4
- [17]赵金荣. 老年性功能便秘的治疗. 中日医学讨论会稿,1991,2
- [18]苏建华. 固肾缩尿法治疗老年性便秘 23 例疗效观察. 中医杂志,1990,(1):27

食 管 癌

【概述】

食管癌是消化道常见的恶性肿瘤之一,在我国食管癌的发病率占恶性肿瘤的第二位。食管癌的好发部位以食管中段最多。早期主要症状为胸骨后不适、烧灼感或疼痛,咽部干燥或紧缩感,食物通过时有轻度梗塞感;下段食管癌常表现剑突下或上腹部不适,呃逆或嗝气。但上述症状并无特异性,因此不易被人重视,难以早期发现。现代医学认为,食管癌发病的原因与长期进食含有亚硝胺类的食物、霉变食物,或长期喜食过热饮食、粗糙食物、过快进食等有关。长期大量吸烟、嗜酒也是其诱发因素。另外与食管疾病、遗传因素也有关联。

祖国医学根据食管癌症状特征,认为属于中医的“噎膈”范畴,其发病原因主要与两大因素有关:一为酒食所伤,恣食肥甘辛辣或嗜酒无度,日久痰浊滋生,痰瘀交阻食管而成本病;二为情志所伤,伤肝损脾,气滞血瘀,津聚成痰,痰瘀交阻渐成本病。本病病变涉及脾、胃、肝、肾。病性属本虚标实证,病初以气结、痰阻、血瘀之标实为主;发展至后期以胃气衰败,津血枯涸,脾肾两虚之本虚为主;终至气虚阳微,阴阳离绝之证,预后堪虑。临证应标本兼顾。

【名医经验】

1. 钱伯文诊治经验

钱氏认为,由于过食厚味或辛燥酒热之品,饮食嗜欲等因素与食管癌的诱发有一定的关系。在精神因素方面,认为忧愁、思虑郁结与诱发本病亦有一定的关系。此外,还认为食管癌的发生与年龄、体质也有关系。这些看法与现代医学的认识非常接近。

从中医诊断研究观察到,中医的舌诊在食管癌的诊断上有一定意义,一般有薄白苔、黄腻苔和舌光质红以及边尖紫暗等情况,特别有多见桃形苔及病苔出现部位与食管癌变部位有关。舌光剥质红绛和边尖出现紫暗的阴虚患者更重于其他类型的患者,病势更为险恶。

钱氏将食管癌辨证分型有:①肝气郁结:胸背隐痛,食入梗阻,舌苔白腻而质较淡者,以疏肝理气解郁为主。用启膈散、丁香透膈汤、逍遥散等加减。②瘀血凝滞:胸前疼痛,吞咽困难,舌质红绛,边尖紫暗或有紫色瘀点者,以活血祛瘀为主。用桃红四物汤、膈下逐瘀汤等加减。③脾虚湿聚:痰涎壅塞,食入梗阻或吞咽困难,痰多粘腻或痰如蟹沫,苔白腻或腻而微黄者,以健脾燥湿化痰为主,用六君子汤、大半夏汤、旋覆代赈汤等加减。④郁火旺盛:津少血枯,颧红舌光,吞咽困难或食入即止,大便秘结者。以清热泻火、滋阴润燥等法为主,用通幽汤、增液汤等加减。

加减应用:暖气呕吐加旋覆花、代赈石、姜半夏、陈皮等;呃逆加丁香、刀豆子、柿蒂、五味子等;气滞胸痛加瓜蒌、广郁金、枳壳、枸橘李等;血瘀胸闷加当归尾、赤芍、丹

参、乳没药等。

钱氏强调,食管癌的治疗应根据病人的症状、体质以及全身情况的变化发展,在“辨证求因,审证论治”的全面治疗观点下,运用辨证的方法进行治疗。如病由“气郁”引起的,宜从“气”方面考虑,采用疏肝理气等法治疗;病由“瘀积”所致,当从“血”方面考虑,采用活血化瘀等法治疗;痰湿盛者,以化痰利湿之法治之;郁火旺者,以清火泻火之法治之。气虚的,应以补气为先,血虚的,应以滋养为主。火衰的,宜扶阳,虚寒的,宜温中。掌握祛邪扶正或攻补兼施的治疗原则,权衡标本缓急,根据病程的长短及病人体质的强弱等复杂的病情变化,进行辨证的治疗。^[1,2]

2. 李岩诊治经验

李氏认为食管癌是由于忧愁、思虑、积劳、积郁,或酒色过度伤阴,致使精血枯槁,气不行,气结于上,燥结于下,因此根据症状病机将食管癌分为气噎膈、血噎膈、痰噎膈、食噎膈、火噎膈。

(1)气噎膈:特征为噎气结,兼精神抑郁加重,心情不舒畅,舌黄薄白,脉滑数。治法:疏肝理气。选方:逍遥散。常用药:柴胡、郁金、青皮、夏枯草、山豆根、代赭石。

(2)血噎膈:特征为噎吐血,兼饮水可入食谷难下,下亦转出,胸骨后痛,舌紫暗,脉弦。治法:活血启膈。选方:化瘀丸、启膈散。常用药:丹参、郁金、代赭石、荷蒂、白屈菜、砂仁、莪术、柿蒂。

(3)痰噎膈:特征为噎反涎,痰盛多涎,胸腔痞闷,苔白腻,脉滑。治法:化痰降气。选方:旋覆代赭汤。常用药:旋覆花、代赭石、瓜蒌、橘皮、竹茹、刀豆子、生瓦楞。

(4)食噎膈:特征为噎拒食,兼起于伤食,胸腹胀满,恶心

呕吐，苔白厚，脉沉。治法：消食导滞。选方：枳实导滞丸。
常用药：枳实、大黄、神曲、莪术、砂仁、代赭石、旋覆花。

(5)火噎膈：特征为噎灼痛，兼烧灼感，吞咽困难，滴水不入，舌干、苔黄，脉数。治法：解毒泻火。选方：降火丸，通幽汤。常用药：生地、玄参、白屈菜、桃仁、鬼箭羽、消噎膏。

以辨证论治分型：

(1)肝气郁结：证见纳食不好，时而呃逆，胸闷口苦，两胁胀痛，头痛目眩，烦躁失眠，舌苔薄黄，脉象弦细。治宜疏肝散结。方剂：逍遥散合旋覆代赭汤加减。药物：柴胡 10g，杭芍 20g，茯苓 30g，瓜蒌 20g，代赭石 30g，旋覆花 10g，陈皮 10g，竹茹 10g，山豆根 15g，牛膝 10g，郁金 10g，白英 20g。

(2)痰瘀气滞：证见纳食不畅，胸膈胀满，胸背不适；咳嗽痰盛，频吐涎沫，恶心呕吐，胸闷发憋，暖气不除，舌苔白腻，脉象弦滑。治宜化痰祛瘀、降气散结。方剂：贝母瓜蒌散合旋覆代赭汤加减。药物：贝母 10g，瓜蒌 10g，花粉 20g，茯苓 20g，橘红 10g，桔梗 10g，代赭石 30g，旋覆花 10g，半夏 10g，胆星 10g，夏枯草 20g，威灵仙 30g，海藻 10g，藤梨根 30g。

(3)瘀毒不化，结成噎膈：证见吞咽困难，胸背疼痛，咽下更甚，烦热口渴，面色黯滞，大便干燥，小便黄赤，舌质绛有瘀斑，苔厚腻，脉弦细而涩。治宜化瘀解毒。方剂：白蛇六味丸合旋覆代赭汤加减。药物：白英 30g，野杨梅 30g，丹参 30g，郁金 15g，龙葵 20g，当归 10g，草河车 20g，山豆根 20g，半枝莲 20g，代赭石 30g，旋覆花 10g，陈皮 10g，野葡萄根 20g。

(4)噎漏日久，阴液枯竭：证见病程日久，吞咽不下，咳嗽多痰，形体消瘦，乏力气短，面色晄白，低烧盗汗，口干咽燥，大便燥结，舌质绛而少苔，脉象沉细而无力。治宜养血润燥、滋阴益气。方剂：一贯煎合大补阴丸加减。药物：北沙参

30g, 麦冬 10g, 当归身 15g, 生地黄 30g, 川楝子 10g, 黄柏 10g, 知母 10g, 龟甲 20g, 女贞子 30g, 玄参 10g, 麻仁 10g, 石斛 20g, 花粉 10g。

随症加减:

吞咽困难加重: 紫硃砂 30g, 研细末加水 1500ml, 水煮过滤取汁, 加醋 (1000ml 汁加 1000ml 醋) 再风干, 成灰黄色结晶粉末, 每次 1.5g, 每日 3 次。

呕血加重: 三七粉 3g, 云南白药 2g, 仙鹤草 30g, 阿胶 10g, 三七粉 3g。

发烧不退: 牛黄清热散 1 支、西黄丸 1.5g。

胸痛背痛: 白屈菜 30g, 炒灵脂 6g, 蒲黄 6g, 黄药子 15g。

呛咳不止: 前胡 10g, 鱼腥草 20g, 瓜蒌 20g, 代赭石 30g, 马兜铃 10g。^[3,4]

3. 董叔良诊治经验

清热、解毒、生津并用: 董老认为, 食管癌患者之病机, 虽有气滞、血瘀、痰凝之异, 但临床上往往是热盛与阴亏并见。经放射治疗后的患者气虚较明显, 但也存在虚热与实热见于一身的特点。治疗宜清热、解毒、生津并用, 方可收功。唯须根据虚实的程度决定清与滋之孰轻孰重。滋阴清热首选鲜芦根, 每剂可用 250 ~ 500g。用时应去节, 便于药效煎出。并可根据症状配伍花粉、石斛、天门冬等滋阴之品。清热解毒之银花、连翘、公英、地丁均为首选药物, 尤以忍冬藤为优, 每剂常用 30 ~ 120g, 此药善治癰肿恶疮, 通经络、调气血, 功效胜于银花。热甚者还可选加黄芩、黄连、栀子、黄柏。伴淋巴结肿大则可用昆布、海藻、夏枯草以软坚散结。

通腑降逆为治疗的关键: 食管癌患者多有呕吐、便秘、咽喉红肿溃烂之症候群。病机虽与津液亏耗、热毒炽盛相关,

而胃气不降实为肯綮,故通腑降逆为治疗的关键。临床常用《伤寒论》小半夏汤,重用清半夏 12~90g 以降逆止呕,生姜 9~30g 即可开痰止呕,又制半夏之毒,热盛则加竹茹 60g。通腑泄热用大黄 6~9g(后下),津伤严重加巴戟、麻仁,气滞加枳实、厚朴。然攻下之剂,不可久用,收效即止,免伤正气。咽喉红肿无便秘的常用胖大海、金灯笼、射干、豆根配以少量大黄。用意则在于引热下行恢复胃腑的通降功能。

佐用疏肝解郁,安神定志:董氏在大量病例中发现,癌症患者在病前多有心情抑郁,情志刺激等诱因,症见心情烦乱,焦躁难眠。佐以焦枣仁、远志、莲心等药后,伴随着睡眠的改善、精神状态和临床症状亦见好转。

祛邪不忘扶正:董老认为癌症患者有气滞、血瘀、痰凝之异,治疗上亦有活血、行气、化痰之别,如一味攻伐,投以毒药峻剂,经久病势未减,而正气已衰。故在癌症治疗中,祛邪不忘扶正,不论何型患者须顾及气血阴阳。理气药中常伍以参芪;逐瘀药中常伍以归、地、芍;用攻下药,中病则已。且注意不用攻逐峻剂,以防过损正气。且常于方中加稻芽、麦芽、佛手、香橼以调和肝胃,培补脾土。

方药煎服法:董氏十分注重方药煎服法,因为方药味多量重,董老仿仲景苇茎汤之煎法:先煎芦根、忍冬藤等质轻之品 25 分钟。倾出药汁,用药汁煎半夏、枣仁等坚实之品 30 分钟。佩兰、银花等芳香之品及乳香、没药、大黄均后下同煎 10 分钟。每剂为一日量,只煎一次,分两次服。癌症患者亦有“昼安、旦慧、夕加、夜甚”的特点。认为下午 4~8 时服药效果较好。对于体力较差、呕吐严重的患者则采用下午 4 点后少量多次,频频服之。^[5]

4. 张泽生诊治经验

张氏认为食管癌的病机及证候属性,既反映了痰气交阻、气滞血瘀的实证,又表现了正气衰败的虚象。一般来说,早期多为肝气郁结,或痰凝气滞;中期多为气滞血瘀;晚期则正气衰败。一为脾肾阳亏的阳虚证,二为津液枯竭的阴虚证。本病病理变化的主要因素是痰、气、瘀,发展规律往往从实证到虚证。

早期主要病理变化在于气,往往由于情志不遂,肝失条达,气结不行,食管梗阻,用疏肝理气解郁之法。

中期主要由于肝气抑郁,久则气郁化火,灼津炼液成痰,以致痰气搏结,或气机郁结不解,血行不畅。以气滞痰瘀证为最多见。治法主以理气化痰祛瘀。

本病进入晚期阶段,往往正气衰败,形体消瘦,或为阴液大伤而转化为阴虚阳结证;或命门火衰,火不暖土,转化为脾肾阳衰证。阴虚阳结证,治法宜甘寒濡润。^[6]

5. 李修伍诊治经验

扶正调理为主、化痰抗癌为辅:李氏认为食管癌不可妄用清热解毒、破坚攻伐之品,因为癌症求诊于中医者,多属不适宜其他治法,病多至后期。临证所见,可概括为正虚、血瘀、毒聚三类,多为正虚邪实之证,因此扶正调理为主、化痰抗癌为辅是食管癌晚期治疗大法。食管癌患者多偏于降逆润燥,同时可根据患者的体质、年龄等,结合临床不同证型,分别选加软坚散结、清热解毒、化痰止痛、化痰除湿之品;基本方应以扶正祛邪、降逆化痰、化痰散结解毒之旋覆代赭汤加减,同时服用虎七散。

虎七散合旋覆代赭汤:虎七散合旋覆代赭汤是李氏临床

常用的基本方,辨证治疗食管癌每能取得一定疗效。

虎七散由壁虎、三七粉二味配制而成。取壁虎 70 条焙干研面,加三七粉 50g 拌匀,空腹每次服 3~4g,日 2 次,黄酒或开水送下。

汤剂基本方组成:党参 15g,茯苓 15g,黄芪 15g,夏枯草 20g,姜竹茹 10g,姜半夏 12g,旋覆花 12g,白花蛇舌草 30g,代赭石 30g,丹参 30g,半边莲 30g,蜂房 9g,炙甘草 6g。

加减:降逆润燥,可选加公丁香、川贝母、山豆根、石斛、威灵仙、玉竹、太子参、刀豆子等;软坚散结可酌加牡蛎、海藻、山慈姑、莪术、三棱、鳖甲、石见穿、徐长卿等;清热解毒加蜀羊泉、七叶一枝花、铁树叶等;化瘀止痛加当归、赤芍、延胡索、香附、郁金、丹参等;痰湿者加南星、青礞石、薏苡仁、藿香、佩兰、车前子、荷梗等。^[6,7]

6. 陈慈熙诊治经验

虚、痰、毒、瘀互为因果:陈氏指出,食管癌多由饮食不节、情志不遂、正气内虚等多种因素综合作用而成。盖饮食不节则积热消阴,络伤气滞,津液变痰,痰郁化热;情志不遂则肝郁气滞,疏泄失职,脾胃纳运不健,津液不能输布,气血生化不足,反致酿湿生痰,痰滞经络。气滞血瘀,痰、气、瘀血交阻,蓄而化热,聚成癌毒,停积于食管。久之正气消蚀,精气日亏。加以脾胃受纳运化不健,化源日少,正气驱邪无力,邪毒日盛。邪毒日甚,气滞更深,痰瘀日益胶着,胃纳越来越少甚至几于断谷,生化之源日益匮乏,又致正气日益亏虚,终成“虚、痰、毒、瘀”互为因果、恶性发展的复杂病理过程。

胃之通降失常有重要意义:在食管癌的发生、发展过程中,除虚、痰、毒、瘀之间互为因果的恶性过程外,胃之通降失常亦有着十分重要的意义。由于气滞、痰阻、血瘀、毒热等阻

滞食管胃脘,中焦痞塞不通,势必导致胃腑通降失司,因水谷受纳受阻,则化源无继,气血无以化生,从而加重了正气的虚。传化之道不利,糟粕难以下行,邪毒难以借谷道排出体外,愈聚愈深愈甚。正气愈虚,驱邪无力;邪毒愈甚,精气愈亏,故而气虚则气更滞,血燥津枯痰尤深;痰瘀胶结气更滞,邪毒积聚正愈虚,从而促进胃癌、食管癌的恶性发展。

“通降”结合“解毒”,审慎滋补药物:基于以上食管癌病机分析,认为食管癌的治疗,应针对气滞、痰凝、血瘀、邪毒胶结,阻滞食管、胃脘这一环节,施以“通降”之法,再结合“解毒”之法以抗癌解毒。陈氏指出:六腑以通为用,以通为补。恢复六腑的通降,胃能受纳,气血才有生化之源;糟粕始能下行,邪毒才能随糟粕而清除有道。行气消痰、活血祛瘀、解毒抗癌,本身就是通法的具体措施。但若畏其伤正而滥用滋补,则正气未必因补而强,邪气却可能借补而更甚,盖补能恋邪。故见亏虚之象,在通降解毒法中兼以扶正,陈氏对滋补药物的使用是比较审慎的。

通降解毒方:旋覆花 10g(包),代赭石 15g,法半夏 15g,云茯苓 15g,陈皮 10g,瓜蒌皮 10g,薤白 10g,丹参 10g,桃仁 10g,红花 10g,火麻仁 15g,蜈蚣(研吞)3条,守宫(研吞)5g(或用守宫 20条,蜈蚣 20g,白酒 500g,浸泡 7 天后加水稀释至 2000ml,每服 50ml,每日 3 次),蚤休 10g,白花蛇舌草 20g,半枝莲 20g。

呕吐噎膈,进食受阻:加丁香 3g,柿蒂 9g,刀豆子 10g。大便燥结,腹胀不舒:加芒硝 5g(含化),淡苣荬 15g。神疲乏力,精神委顿:加党参 15g,太子参 20g,黄芪 15g。潮热盗汗,口咽干燥:加沙参 15g,麦冬 15g,生地 15g,玄参 15g,银柴胡 10g。^[6]

7. 陈美芳诊治经验

痰气交阻,瘀毒内结,胃失和降:陈氏认为食管癌主要病机为痰毒内结、气机阻滞。精神情绪的变化是本病发生的重要原因之一。七情所伤,情志失调,肝失疏泄,横逆则侮脾犯胃,中焦运化失司,聚津为痰,痰毒互结,阻于食管,则噎膈由生。饮食不节也是本病不可忽视的病因。正气虚弱是本病发生的一个基础,本病好发于中老年,此为中老年正气渐衰之故。因为本病的主要病理为痰气交阻,瘀毒内结,胃失和降。

下气化痰,解毒消肿为本病的主要大法。

辨证分型:

(1)痰气互结型:食入不畅,吞咽不利,胸膈满闷,胸骨后隐痛不适,呕吐粘痰,痰涎色白粘稠,吐后则舒,苔薄白腻或白腻,脉滑或弦滑。此乃脾虚津液失布,痰湿内停,痰气交阻,胃失和降。治宜化痰消肿和胃降逆法。药用:旋覆花 9g(包煎)、代赭石 24g,姜半夏 12g,八月札 15g,枸橼李 15g,公丁香 6g,降香 12g,半枝莲 30g,石上柏 30g,石打穿 30g,莱菔子 15g,谷麦芽各 15g。

(2)气滞血瘀型:吞咽困难,嗝气呃逆,胸骨后疼痛固定,形体消瘦,肌肤甲错。苔薄,舌质暗红或有瘀斑,脉细或细涩。此乃癌毒内阻胸膈,气机失调,胃失和降。治宜活血理气,消肿解毒法。药用:苏梗 9g,八月札 15g,急性子 30g,威灵仙 30g,丹参 15g,石打穿 60g,半枝莲 30g,野葡萄藤 30g,刘寄奴 12g,蜣螂、生山楂各 15g。

(3)痰毒内盛型:进食呕吐,咳吐粘稠痰涎,胸骨后疼痛伴烧灼感,大便秘结。苔薄腻或腻,色微黄,脉数或滑数。此乃痰毒热盛于上,腑气失通于下,治宜清热解毒,涤痰通腑

法。药用:南北沙参各 30g, 玄参 30g, 半枝莲 30g, 野葡萄藤 30g, 石上柏 30g, 蚤休 30g, 山豆根 9g, 生南星 24g, 生半夏 24g, 天龙 3 条、青礞石 24g, 生川军 4.5g(后下)。

(4) 气血两虚型:形体消瘦,面色萎黄,神疲乏力,头晕纳差,吞咽困难。舌胖,苔薄腻,舌质淡、或舌边有齿印,脉濡。此乃病程后期,邪毒未尽,气血亏损,治宜扶正为先,健脾助运培其本,辅以清热解毒祛其邪。药用:炒党参 12g,炒白术 9g,茯苓 12g,生米仁 30g,当归 6g,八月札 15g,半枝莲 30g,野葡萄藤 30g,金雀根 30g,仙鹤草 30 根、鸡内金 12g,谷麦芽各 15g。^[8]

8. 张代钊诊治经验

中医中药对多数中晚期食管癌及贲门癌患者有减轻症状和延长生命的作用。在用药过程中尤注意病情轻重,病期早晚及患者的体质强弱。早期患者全身情况良好,应以祛邪为主,扶正为辅。中期患者病情较重,肿瘤较大者宜攻补兼施,扶正祛邪同时并举。晚期患者因身体虚弱,肿瘤广泛转移,多有气血双亏,应以扶正为主,祛邪为辅。并需随时注意调理脾胃以增进食欲,增强体质。噎膈的发生与毒邪入侵有密切的关系,一些晚期食管癌病人从食管里吐出癌块组织,即是毒邪侵入人体的表现。从而为抗癌解毒治则提供了理论依据。

张氏运用中西医结合对食管癌有效地进行了治疗,减轻机体对肿瘤的负担,为手术及放化疗创造条件,增强疗效,并可使病人长期存活。在中西医结合治疗中,总结出手术加中药治疗法、放射治疗(或术后放疗)加中药治疗法、化疗加中药治疗法。

(1) 手术加中药治疗法:食管癌的治疗主要是手术,在可

以手术的病例中这是唯一可能达到治愈目标的方法。术后配合中药治疗对于术后康复、减少合并症及为术后放化疗作必要的准备是十分重要的。术后证属脾胃不和者,以舒肝健脾和胃为主,佐以解毒祛邪,常用方药有:醋柴胡 9g,黄芩 9g,杭白芍 9g,焦白术 9g,茯苓 9g,广木香 3g,砂仁 3g,青皮 9g,陈皮 9g,制香附 9g,清半夏 9g,焦薏米 30g,佛手 9g,藤梨根 15g,半枝莲 30g 等。证属气阴两虚者,以补气养阴为主,佐以祛邪解毒,常用药物:沙参 15g,太子参 15g,元参 9g,麦冬 9g,石斛 15g,玉竹 9g,白术 9g,茯苓 9g,焦六曲 15g,陈皮 9g,佛手 9g,山楂 15g,半枝莲 30g,白花蛇舌草 30g 等。

(2)放射治疗(或术后放疗)加中药治疗法:食管癌病人在放射治疗中常见之副反应主要有:干咳、胸闷、胸背疼痛、吞咽不畅、发热、口干、咽干、舌燥、全身疲乏、纳差、喜凉饮等,白细胞及血小板下降,甚至出现放射性食管炎、放射性肺炎及肺纤维化等。这些证候多因放射治疗后体内热毒过盛,津液受损,脾胃失调以及肝肾亏虚所致。

食管癌放疗中常见副反应及中医辨证和治疗原则是:

①热毒过盛,热毒伤阴,津液受损,治宜清热解毒,生津润燥,养阴清肺。②气血损伤,热毒内侵,脾胃失调,治宜凉补气血,健脾和胃。③肝肾亏损,治宜滋补肝肾。

常用药物有:清热解毒药:银花 15g,连翘 15g,山豆根 9g,板蓝根 15g,黄连 3g,蒲公英 15g;黄连汤及黄连解毒汤加減。生津润燥药:生地 15g,元参 9g,麦冬 9g,石斛 15g,天花粉 15g,芦根 30g。养阴清肺药:沙参 15g,枇杷叶 15g,麦冬 9g,桔梗 9g,杏仁 9g,阿胶 9g,百合 15g 等,另养阴清肺膏、二冬膏、秋梨膏、清肺汤及滋阴降火汤等加減。凉补气血药:生黄芪 30g,沙参 20g,西洋参 3g(另包单煎),生地 15g,丹参 15g 等。

(3)化疗加中药治疗法:化疗加中药治疗化疗中常见的副反应主要有机体衰弱,化疗1~2周后常有全身疲乏、四肢无力、精神不振、心慌气短、失眠及出虚汗等症;消化障碍,多数病人常在化疗1~2周后出现胃脘胀闷,纳呆食少或恶心呕吐,甚至腹痛、腹泻等;骨髓抑制,主要表现为白细胞下降,血小板减少及贫血等;炎症反应,有些病人还出现口腔粘膜糜烂或口腔溃疡以及静脉炎。

机体衰弱为化疗药物之毒邪损伤病人之气血所致,治宜益气养血为主。气血虚弱证偏热者,宜以凉补气血,常用药物有生黄芪15~30g,沙参15~30g,西洋参3~6g另包单煎,生地15~30g,丹参15~30g。气血虚弱证偏寒者,宜以温补气血为主,常用潞党参15~30g,太子参15~30g,红人参6g,白人参6g,以上诸参每次用药选用一味即可,全当归15~30g,熟地9~15g,鸡血藤15~30g,阿胶9g(烊化冲服),三七粉3g(冲服,每日1~2次),黄精15~30g,紫河车6g,龙眼肉9g,红枣7枚等。常用中成药可选四君子汤、四物汤及十全大补丸等等。

消化障碍者证属邪毒内侵,损伤脾胃所致,治宜健脾和胃为主。①食欲不香:胃脘饱胀属脾胃虚寒、喜热饮者,以香砂六君子汤加减。常用党参15g,清半夏9g,茯苓9g,陈皮9g,半夏9g,广木香3g,砂仁3g等。如胃脘饱胀,胸胁窜痛,喜冷饮等属肝胃不和者,以逍遥散加减或选用加味逍遥丸;②恶心呕吐:呕吐酸水苦水者多属胃热之证,宜以橘皮竹茹汤加减,常用炒陈皮9g,清半夏9g,茯苓9g,竹茹15g,黄连3g,麦冬9g,枇杷叶15g等。如呕吐清水凉水者多属胃寒呕吐,宜以丁香柿蒂散加减,常用丁香9g,柿蒂15g,炒陈皮9g,姜半夏9g,茯苓9g,炙甘草6g,党参15g,生姜3片,红枣7枚等;③腹泻:多属脾虚之证,治以健脾利湿,方用参苓白术

散加減,常用党参 15g,白术 9g,茯苓 9g,炒扁豆 15g,山药 15g,莲子肉 9g,桔梗 9g,薏苡仁 30g,砂仁 9g,炙甘草 6g 等。

④骨髓抑制:对毒邪损伤气血所致,日久肝肾亏虚,除补气养血外,尚需滋补肝肾,常用枸杞子 15g,女贞子 15g,何首乌 15g,山萸肉 9g,菟丝子 9g,破故纸 15g,杜仲 15g 等或口服六味地黄丸等。^[9,10,11]

9. 张梦依诊治经验

张氏认为,食管下连胃之上口贲门,胃为足阳明经之腑,喜润恶燥,本病乃燥化太过,津液被灼,所以上则咽中梗塞,下则粪如羊矢,肌肉消瘦,甚则饮食不能吞咽而吐出。故前人谓为胃槁,俗称噎膈。治宜生津润燥,滋阴益胃,佐以软坚散结、消肿解毒之品。临床中运用白鹅血治疗食管癌取得了一定的疗效。^[6]

10. 谢远明诊治经验

谢氏指出,食管癌早期以肝郁气滞、湿热内聚型为多见,当噎膈兼有格拒明显时,则以瘀血阻滞、脾胃虚寒型为多见。

张氏治疗中强调了辨证与辨病相结合,认为如离开病机,离开辨证施治的规律,一味追求“抗癌”药的选用,而忽视整体,往往会造成不良后果。辨证以瘀血阻滞为主证,治则紧扣瘀血病机,选用活血化瘀药,及经研究证明有抗癌作用的一些中药,取得了较好疗效。另外,虽同属瘀血内阻型的噎膈患者,但辨证亦各有不同,因而在处方用药上应因人而异,如血瘀兼有气滞者宜在化瘀的同时兼以行气;若瘀血夹有湿热者,应以化瘀为主,配以清热解毒,利水渗湿的药物,才能更好的发挥其治疗作用。^[12]

11. 印会河诊治经验

食管癌分为胃阴不足与瘀血内结两型。

胃阴不足治以益胃养阴。方药：启膈散加减：沙参 15g，丹参 15g，贝母 9g，瓜蒌 15g，麦冬 9g，郁金 9g，枳壳 9g，元参 9g，蜂蜜 30g（分冲）。

瘀血内结治以活血消瘀。方药：膈下逐瘀汤加减：桃仁 9g，丹参 30g，橘皮 9g，赤芍 9g，元胡 9g，当归 9g，五灵脂 9g，红花 6g，枳壳 9g，乌梅 15g，硃砂 0.3g（冲）。^[9]

12. 谢亮辰诊治经验

病因病机：谢氏遵前贤之说，参照现代医学理论，结合自己临床经验，对食管癌的病机有所阐发。他认为忧思恼怒损伤肝脾，热毒入侵，内外合邪，而致气机逆乱，络脉瘀阻，日久成癌。发病机理在于：邪毒乘虚而入，毒热内蕴，阻塞局部络脉导致气血凝聚，热盛血腐；或恼怒伤肝，肝失条达，气机不畅导致气郁血瘀；日久气结，血聚成癌。忧思过度损伤脾胃，脾失健运，痰浊内生，胃气挟痰上逆，或胃失和降浊气上逆；以上病邪阻塞食管终成噎膈。

治疗法则：谢氏常用的治疗法则是：清热解毒、理气降逆、活血消瘀。基本方（食管饮）：半枝莲 30g，白花蛇舌草 30g，刘寄奴 30g，金沸草 10g，代赭石 30g，柴胡 10g，香附 10g，郁金 10g，炒枳壳 10g，沙参 10g，麦冬 10g，元参 10g，清半夏 10g，丹参 10g，另开道散 3g（分 3 次冲服）。

服药方法：在临床实践中谢氏体会到：①汤剂和散剂并进是取效的关键。食管饮合开道散治疗食管癌作用缓和，但需长期用药，坚持直至痊愈为止。切不可满足于症状缓解而过早停药，贻误病情。②食管癌溃疡型或伴有胃溃疡者，开

道散减量或不用,加乌贼骨;食管气管痿禁用开道散和食管饮。③在服药期间忌食虾酱、韭菜、牛肉。④临证时食管饮需随证加减。如大便干结加大黄;大便稀,倦怠乏力,脉虚细加党参、炒白术,酌减理气药;舌苔黄腻加薏米、瓜蒌,减养阴药。^[13]

13. 王济民诊治经验

经过长期临床观察和高发区现场研究,王氏发现食管癌患者舌质颜色以淡青紫、青紫和红紫为多,不少呈现晦暗,部分兼有瘀斑、瘀点或青紫条带。舌苔以厚腻为多见。

在辨证论治方面,王氏将食管癌分为气滞、血瘀、正虚等型。认为早期以气滞、血瘀型为多,中晚期以血瘀及正虚型为多。而正虚型又有气血阴阳之别,以气虚、血虚为多见,阴虚、阳虚者较少。治疗常用冬凌草 60~120g,石见穿 30~60g,藤梨根 30~60g,白花蛇舌草 30~60g(或半枝莲 60g)。气滞者加八月札 15~30g;血瘀者加丹参 15~30g,赤芍 9~15g。一般多为气滞血瘀同时存在,故理气药与活血药并用。气虚加黄芪、党参(或人参)、白术、甘草;血虚加黄芪、当归、阿胶、熟地(或制首乌);阴虚加天冬、女贞子;阳虚加补骨脂、淫羊藿。符合化疗条件的加用中小剂量化疗,并用中药减轻化疗反应,在化疗间歇期继续用中药,扶正抗癌。对于噎膈严重,甚至滴水难下,X线检查为草伞型、髓质型者,用鲜半夏捣烂,每次 2g,装胶囊内吞服,1日3次,有减轻梗阻的作用。但对于食管、贲门有明显疼痛,若X线检查为溃疡型者不宜用,缩窄型用之无效。^[6]

14. 赵世庆诊治经验

病因病机:食管贲门癌发病除与外界生活环境,饮食起

居,免疫反应等因素有关外,其发病机制主要为气滞血瘀、正虚瘀阻所致。气为血之帅,血为气之母,气行则血行,气滞则血瘀;久之则气血搏结,形成癥结,部分病人则发为癌肿。

诊断研究:“有诸内,必形诸外”。赵氏认为舌为心之苗,心主血脉;体内气血瘀结之象,心反映于舌;又舌为脾之外候,舌体虽通过经络联系于脏腑,但受中焦脾胃之气熏蒸。因此观其舌象既可看出其内在脏器气血顺畅盛衰与否,更能了解脾胃变化情况。对 115 例食管贲门癌患者以内窥镜检查,并同时观察其舌苔的变化,发现舌质晦暗、瘀斑腻苔者,属气滞血瘀型占 54.7%。舌质淡而发紫者,属正虚瘀阻型,阳气濒于衰竭所致占 22.6%。舌质淡红薄白苔者占 13.9%。单纯舌质较淡,舌体肥胖,薄白苔者占 6.8%。舌质晦暗、瘀斑腻苔和舌质淡而发紫黄厚苔占 77.39%。根据从临床舌象分析,认为食管癌的发病机理主要为气滞血瘀或正虚瘀阻,故为采用活血化瘀、扶正固本和清热解毒等治法提供了理论依据。^[14]

15. 潘德年诊治经验

潘氏根据中医理论“有诸内,必形诸外”及脏象、经络学说等理论,在食管癌 100 例中,通过对眼、耳、唇、舌、体、甲诊等在临床上进行了验证和考核,其准确率达到 82%,舌诊对食管癌符合率最高。在食管癌定位诊断中,观察到眼诊:在眼球上半部表层血管,如出现横行血管,使血管走向呈现 U 形属阳性,约占 57%;眼球上半部球结膜下层呈现“一”字形的静脉显露为阳性,占 35%;耳诊:单侧相应耳穴区局部隆起为阳性,占 33%;单侧相应耳穴区局部凹陷为阳性,占 21%。唇诊:下唇粘膜上的紫色斑块、色紫黑不高出皮肤,压之不褪色,直径在 0.2~0.6cm,可单个或多个同时出现者属

阳性,占48%。舌诊:舌质呈现青紫色或伴有瘀斑、瘀点者,占70%。体诊:躯干白斑(指胸、剑突周围、腹、背、腰部)阳性者,占62%。肩背部长毛发(常见于背部大椎穴周围和肩髃上)为阳性者,占10%。甲诊:手指甲床纵指纹,颜色深浅不一,粗细不等;深者呈现黑色,浅者呈现褐色,一指或多指同时出现一条或几条即为阳性,占39%。根据以上观察结果,若舌诊加体诊加耳诊,三诊阳性时病变定位在食管;青紫黑色合并舌根部的舌乳头增大,明显高于舌面者,则考虑食管病变。^[15]

16. 李佩文诊治经验

李氏在临床观察中对具有典型症状并经细胞学、病理学、X线一项或一项以上检查确诊为食管贲门癌患者500例的舌象观察,观察时间为饭后2小时左右,将舌质分为淡白、淡红、红、紫4类,在食管癌病人中,紫舌比较多见。李氏认为紫舌是血瘀症的重要指标之一。临床观察结果亦证明,食管癌组舌质紫者所占比例最大,而且愈到晚期,紫舌出现率也愈高。根据临床观察紫舌明显者,多伴有较严重的下咽疼痛、梗噎、胸闷等症状,仔细检查时,常可发现肿瘤已转移。据临床观察,食管癌早期患者以淡红色比例最高,晚期患者则以紫色比例为最高。舌紫的加深程度常可反映肿瘤的恶化程度。在治疗过程中,如舌质由紫转淡红或由晦暗转明润,舌苔由厚转薄,或由无苔转薄白苔,均示病有转机,正在向好的方面转化。反之为逆,示病向坏的方面发展,应警惕肿瘤有无转移、扩散、穿孔或出血等情况发生。治疗过程中如始终保持淡红苔不变者,疗效多较显著,据临床观察预后亦多良好。^[16]

17. 朱良喜诊治经验

朱氏认为消化道肿瘤在病理上有鳞癌、腺癌之不同,在辨证上有虚实之区分。早、中期多表现为气滞、痰聚、血瘀、毒踞的实证;晚期则因病程缠延,进食困难,而致气阴两亏,虚实夹杂。在治疗上必须审证求因,从因论治。朱氏曾制订“利膈消癌散”,其组成为全蝎、蜈蚣各 30g,蜂房、僵蚕、守宫各 60g。另用煅赭石、太子参各 20g,姜半夏 10g,阴虚舌红者再加石斛、麦冬各 12g,苔灰腻有痰浊者加陈胆星 10g,化橘红 6g,煎汤送服,可以降逆正呕,益气养阴,抗癌消癌。对晚期食管癌及胃癌有一定疗效。多数病员在服药 5~10 天左右,进食困难、呕吐气逆之象即获缓解,持续服用,部分病例,达到症状消除,临床治愈。朱氏指出:全蝎、蜈蚣均有开瘀、解毒之功,善开气血之凝滞,能消脏腑之癥积,并有镇痛之效。蜂房是一味抗癌药,各地采用蜂房治癌之方剂甚多。僵蚕擅长化痰消坚、活络解毒,《本草纲目》在白马溺条下附有僵蚕、白马溺为丸之单方,能治“藏块心痛”。用其试治胃癌及其他腹部藏块,初步观察有一定疗效。守宫能解毒消坚,擅于攻散气血之凝结,故常用治恶疽肿瘤。曾有人用守宫单味治疗食管癌,每日 1~2 条,研细末,分 2~3 次,黄酒送服,可使吞咽困难消失,食量及体重增加,病灶缩小,甚至消失,以此二味治为一炉,能起协同作用,故疗效较佳。

病案举例:

曾治孙××,男,67岁,农民。1985年4月25日诊。

6个月前于进食时自觉有梗阻感,食欲正常,未予重视;近日来逐渐加剧,进食时顿感噎塞不利,甚则呕吐,咽际时渗清涎,体重显著下降,乃去县医院诊治,经钡餐透视确诊为食管中段癌,肿块约 3cm×1.5cm,嘱其手术,患者因胆怯

而拒绝手术,到处求医,未获疗效。因亲戚传告,乃来我处求治。由于证情已至晚期,恐难挽救,姑予“利膈消癌散”一料消息之。药服5日,咽际痰涎减少,呕吐亦缓,梗塞感略见松弛;继服之,又续见好转,进软饭已无所感,甚为愉快,要求续服,续予1料。进食顺利,体重亦有所增加,精神甚好。嗣做钡餐复查:肿块已较前缩小,仍予原方,每次服2g,日2次以巩固善后。1986年2月15日随访,一切正常,能参加农业劳动。^[17]

18. 雷永仲诊治经验

雷氏认为中医药治疗食管癌疗效是肯定的。特别是中、晚期患者,在西医药无效的情况下,运用中医药治疗,是一种有效方法。对食管癌的治疗,雷氏最初根据辨证施治,常选用旋覆代赭汤、丁香柿蒂汤、橘皮竹茹汤或参赭培气汤等,经过治疗后,病人大多症状得到改善,但一般在3~6个月以后,重复摄片对照时,发现多数病人的癌灶反而增大,正是在这个时候,癌灶扩大的病人,症状又突然恶化,有的甚至无法控制而死亡。这说明治疗效果仅停留在改善症状方面,而没有在癌灶上起到作用。只抓住了肿瘤的表象,而没有接触到肿瘤的实质。其后在对一例食管上段溃疡型癌并伴锁骨上淋巴结转移的病人进行治疗时,就采用旋覆代赭汤以平气降逆,因为病人更主要的症状是吞咽疼痛,就重用活血化痰药物,特别选用了^①对食管癌灶有作用的急性子和蝼蛄;又因患者有锁骨上淋巴结转移,就加用了牡蛎、夏枯草、海藻、海带等化痰软坚之药。经过治疗后,病人的食管癌和锁骨上淋巴结转移灶都消失,获得了治愈。从这个病例,打开了治疗癌症的思路,认识到既要抓住辨证施治,同时还必须针对病因病机,进一步治疗,辨证与辨病相结合是一个重要的方法。

同时治疗上,雷氏总结历代医家经验,多以滋阴清火,调气润血,降火化痰,清凉下火,润养津液,降火散结,结合下气、攻下、扶正气、实脾胃等,临床加减运用。

通过长期的临床实践,雷氏总结了治疗食管癌的基本用药,即旋覆花、代赭石、制半夏、姜竹茹、广木香、公丁香、沉香曲、川朴、川楝子、急性子、蜣螂、当归、煅牡蛎、夏枯草、海藻、海带、石斛、沙参、天麦冬。胃气上逆者,加降香、豆蔻、炙九香虫、刀豆子、藿香、陈皮、青皮;泛吐粘痰者,加制南星、山豆根、青礞石、板蓝根;胸部隐痛者,加元胡索、制乳没、郁金、丹参、桃仁;呕血便血者,加白及、蒲黄、仙鹤草、藕节。体虚乏力者,加太子参、黄芪、白术、熟地;软坚消瘕加石见穿、徐长卿、黄药子、七叶一枝花等。

雷氏应用食管癌基本方加减,治疗晚期患者 251 例,其中治前已有远处转移者占 12.75%,全部病例均已不能手术或放疗。治疗后病灶缩小 $1/2$ 以上者占 13.4%。如按治后生存期计算,则生存 1 年以上者占 18.33%;3 年以上者占 3.57%;4 年以上者,占 2.39%,5 年以上者,占 0.48%。其中生存最长者达 11 年余。在疗效好的患者中,雷氏总结中医药治疗食管癌的作用,表现在①症状消失:患者从仅进流汁,有时亦吐,经治疗后,进食可以完全正常。②食管钡片显示治疗后病灶消失:有 2 例活检为鳞癌的患者,其中 1 例癌灶长 4cm,1 例食管中段明显梗阻,钡剂不能通过,病处长度已无法估计者,治疗后病灶均消失。③食管镜下所见病灶的改善:有 1 例食管鳞癌患者,并经过食管检查及活检证实,治后症状消失,食管镜随访中,见到了病灶由坚硬的菜花样肿块并伴触血,逐渐变成类疤痕样组织,局部食管的蠕动由消失恢复至完全正常,同时反复活检中示癌变消失。④患者生活正常、劳动力恢复:在本组晚期病例中占 15.54%。^[9,17]

19. 贾堃诊治经验

食管癌多因忧思、急躁等情绪的影响及口腔不卫生,或因长期暴饮暴食,喜喝烈性酒,喜吃硬食,常吃过热的饮食及吸烟等损伤食管等所引起。

本病病机为气血凝滞,经络受阻,阴血、津液亏耗。贾氏认为癌瘤是机体全身病变于局部的表现。由于情志郁结,过于劳累,和病毒侵袭,或某些特别刺激,致使生理功能反常,局部组织变形。而在发展过程中,由于气血瘀滞,经络受阻,耗伤津液,燥伤阴血,以致恶性组织增生,成为癌瘤的原因。

故治疗以攻坚破积,去息肉,蚀腐肉,解毒强心,利气止痛,益胃养血为主。初期治疗以攻坚破积,去息肉,蚀腐肉为佳。病至晚期,攻补兼施,扶正祛邪较好。

根据以上原则,食管癌(包括食管各种组织细胞的癌瘤)拟定平消丹为主,结合补中益气,降逆镇冲,化痰理气,破瘀软坚,养血润燥,清热解毒,辨证用药。

症状初起,偶尔在进食时,仅感觉有梗噎时,可服平消丹,每次1.5~3g,1日3次。开水送下。病情进一步发展,吃馒头(蒸馒头)或干一些的食物发噎或食管疼痛,或大便干燥时,服参芪赭花汤加减与平消丹。

咽下困难或仅可吃稀汤面条或带水的东西时,可服礞石散与平消丹。

咽下困难仅能吃流食或咽水困难时,可服七矾丸与参赭三甲汤加减。

只能吃流食,有时连水不能下咽时,可服礞石散与加减参赭三甲汤。

病人逐渐消瘦,精神萎靡不振,水也咽不下去时,用礞石散含咽,然后用七矾丸徐徐服下。

咽下困难严重时,在服平消片的同时,服用礞石散。

若咳嗽厉害时,可酌情加服汤剂:麻黄、生石膏、金银花、连翘、大贝母、生艾叶、陈皮、生姜。

对食管癌的预防,贾氏提倡:坚持劳动,锻炼身体,增强体质,提高防御能力,避免忧思郁怒,养成有规则的生活习惯。及时治疗各种口腔、牙齿、扁桃体和咽喉的慢性疾病。不吃过烫的食物,不饮滚酒(烧酒沸酒)或烈性酒,不吃硬食,粗粮要细吃,一切刺激性的食物少吃,不吃酸菜,不吸烟。

经常进行体格检查,早期发现,早期治疗,开展防癌普查,尤其是在高发地区要定期普查,争取早发现癌前期病变及微小的早期癌肿。^[17,18]

20. 何任诊治经验

病因病机:食管癌发病多为热毒、气滞、血瘀、痰凝及正气虚弱所致。而外邪之所以内侵,主要还是由于人体先有本虚。

辨证施治:“气噎”,临食停著,气平食入,病在上焦,治宜轻扬利膈。“痛膈”,食下格拒,呕涎嘈痛,病在中焦,治以辛香通降,兼理血络。“胃槁”,脘系窄隘,勺饮妨碍,老年血枯,管道局闭,二便俱少,治以辛滑润养。

治疗法则:从中医的角度看,临床所见到的食管癌病例,多是中、晚期;见到的病人也多数已经过手术、化疗、放疗等治疗方法。

基于这种情况,何氏创建了十二字原则:“不断扶正,适时攻邪,随证治之”

“不断扶正”,就是指治疗自始至终以调整正气,培益本元,使病人提高抗病能力。而视不同的阶段。用药程度上略有轻重而已。

“适时攻邪”，即适时地用中药抗癌药。所谓适时，比如说：一面在化疗或放疗，即其他医生用攻邪的多了，中药就不一定再用攻癌药物。如果化疗等告一段落或结束，恢复期间，可以适时多用些抗癌中药。

“随证治之”，在癌肿治疗过程中，由于症状的轻重、病程的短长，以及年龄、性别的各异，饮食、环境的不同，出现的证情多种多样，不尽相同，视证情而进出。如出现疼痛、发热、出血等症状，这就要随时加减一些药，如解热、解痛、止血等。有些轻的合并症状，如化疗后的胃口不开甚或呕吐等，就要针对症状而用药。一般随症常用清、解、和、渗以及消导、开胃、调达和营、解热止痛、消肿利尿以及安脏气（癌肿患者失寐者不少）。

在对食管癌治疗中，攻邪与培本都是不可缺少的方法之一。应根据病情、病人的身体情况，在癌肿早期正气未衰之时，可以祛邪（像手术、化疗、放疗等当然也是祛邪攻邪的治法）。在脏腑受损，正气尚未大衰之时，可以攻补兼施，即扶正祛邪。在正气大伤，本元衰惫的后期，则重点以培本为主。因而就整个治疗全程，不可忽视培本的重要性，在临床上，用扶脾、补肾以及补气、养血等方药以扶正固本，可以提高机体抗肿瘤的免疫功能，以抗御肿瘤。常用的如人参、黄芪、白术、茯苓、地黄、山药、山萸、猪苓、薏苡仁、绞股蓝等药以及四君子汤、六味地黄汤、归脾丸等都是癌瘤常用培本方药。食管癌视症情之轻重，若已手术切除，饮食基本可进者，则着眼于扶正固本、补气、养阴辅以抗癌中药。未经手术，只作放疗化疗，进食困难者，先使渐通饮食。冬凌草为首选之草药，或急性子、威灵仙，或蜣螂配于扶正药中，常使进食情况转佳。并以米皮糠煎汤代水饮亦有助减轻进食梗阻。或有用硃砂、礞砂等研细吞服以治食管、贲门癌之梗阻，但往往易使出血，

当慎用。^[19]

21. 欧阳琦诊治经验

欧阳氏在临证食管癌过程中善于把握主病主症,辨证准确,用药精当,有其独到之处。欧阳氏运用冷涎丹治疗关格一例(食管癌),中医称之“关格”,开关为证治之法,但须分清寒热虚实,方可有的放矢,药到病除。此为中医用药之道,不可不知。治关格用开关散,本为中医之传统疗法。但如何开关,亦当辨证用药。本例初用强碱性药物(开关散)有效,继用则灼热疼痛难忍。从灼热、欲冷饮症出发而改用冷涎丹开关,继续获得疗效。再根据舌苔花剥病情采用生地、大黄等凉血养阴之品制成噙服剂,终于使患者减轻痛苦,生命得以延长。

病案举例:

涂××,男,44岁。

主诉:患食管癌已半年。目前食饮难下,胸痛,便秘,烦躁异常。

诊查:舌红苔黄厚。

治法:用开关散(乌梅炭、硃砂、硼砂、青黛等组成)。

用药数次后,癌组织坏死脱落,食管渐通,稍能进牛乳、稀粥之类,但维持时间不长。渐见舌苔花剥,并觉胸部灼热疼痛,时欲饮冷。再用开关散,则剧痛难忍,痛不欲生。调查方书,发现有冷涎丹能开关,并适合本证。其方取蚯蚓洗净,用冰片包在荔枝核肉之内,以线扎紧,待水流出后,即缓缓噙下。按法服后,患者胸部有凉爽感,即能开关进食,胸部热痛亦有明显减轻。其后用生地、大黄、蒲黄、旋覆花、代赭石、白及、冰片浓煎取汁,再入冰片溶化,每日噙六到八次。半月后,舌苔渐生,较稀软食物能缓缓吞咽。生命延长到一年以

上。^{〔2〕}

22. 施今墨诊治经验

施氏对食管癌患者,运用化痰解郁、调理气血法治疗,每用茜草、牛膝、旋覆花、代赭石等药物,咽下困难者可得缓解,能得进食则可暂时维持生命。食管癌目前尚无特殊疗法,如能早期诊断,手术治疗效果较好,或放疗、化疗也有疗效,若晚期则常见转移,难于痊愈。

病案举例:

常××,男,38岁。

主诉:经北京某医院检查,诊断为食管癌,已半年余。近来每日只能进流食,喉间堵闷,胃部胀满,泛酸嗳气,口中痰涎多,背痛,精神倦怠,医院拟手术治疗,患者不愿手术,故延中医治疗。

诊查:舌苔厚腻,脉细软。

辨证:痰气胶结,气血运行受阻,久则气血痰结,阻滞食管胸膈,遂成噎膈之证。

治法:拟化痰解郁,调理气血为治。

处方:桃杏仁各6g,大力子6g,法半夏6g,怀牛膝10g,紫厚朴5g,苦桔梗5g,薤白头10g,莱菔子6g,代赭石(旋覆花6g用布包)12g,全瓜蒌20g,茜草根10g,米丹参15g,广皮炭6g。

随证加减:食后不易消化:薤白头10g,全瓜蒌25g,桃杏仁各6g,紫厚朴6g,法半夏6g,代赭石(旋覆花6g同布包)12g,茜草根10g,丹参(米炒)15g,怀牛膝6g,大力子6g,山慈姑10g,绿萼梅6g。

月余后患者每顿饭可吃一个馒头一碗面条,咽下慢,饮食在入胃时感到滞涩,不易消化,有时吐白沫,背仍常痛,精

神觉比前强些。复信嘱其将二诊方加 3 倍量,研极细末分成 200 小包,每日早、午、晚各服 1 包,白开水冲服。^[20]

23. 段凤舞诊治经验

段氏认为,祖国医学论述的“膈中”与“噎膈”包括了现在的“食管癌”,有中医把噎膈分为五种:气膈、血膈、痰膈、火膈、食膈,但主要原因不外忧思气结,酒色伤阴。临床分型为痰气交阻、津亏热结、瘀血内结和气虚阳微四型。治疗上分别采用开郁润燥化痰、滋养津液、滋阴养血、破结行瘀和温补脾肾等方法。段氏经验方以小陷胸汤加味组成:瓜蒌 30g,清半夏 10g,黄连 7g,威灵仙 30g,急性子 15g,木鳖子仁 10g,檀香 7g,生黄芪 30g,女贞子 30g,生首乌 30g,土茯苓 30g,夏枯草 15g,焦三仙各 10g,沉香末 3g(分 2 次冲服)。

加减:若胸骨后作痛加郁金 10g,元胡 10g,细辛 3g,乳香 7g,没药 7g,花椒 10g;进食难下加硼砂 7g,乌梅 10g;气滞不下加瓦楞子 10g,川楝子 10g。

适应证:食管良、恶性肿瘤。症见胸闷、进食发噎、呃逆、饮食减少、消瘦、大便干燥。也可用于胃癌初期病人。^[21]

24. 郁仁存诊治经验

郁氏认为,食管癌的发生与下列因素有关:

(1)七情郁结,脾胃受伤:由于七情不遂,影响气机失调,形成气结。气结则不宣流,塞而不通;忧思伤脾,津液渐耗,郁气生痰,痰塞不通,气上不得下,妨碍道路。

(2)气滞血瘀,痰湿凝结:食管中系有形之物阻遏,由于痰结郁久成块,胶于上焦所致。

(3)饮食不洁,生活不节:由于饮食的不良习惯,过度饮酒、辛辣、热饮、肥甘厚味,或长期食用大量腌制品,慢性损伤

使食管癌变。

(4) 气血亏虚, 年高肾亏或先天禀赋: 人体气血亏虚和年高肾亏或先天禀赋作为内因与食管癌发病有关。

治疗法则有:

(1) 开郁降气, 化痰散气: 由于痰气互阻, 膈咽不畅, 气滞则津液不布, 灼而成痰, 气不降则结于咽膈, 梗塞不通。运用开郁降气, 化痰散气治疗气滞痰结, 气痰互阻之证。主证为食入不畅, 吞咽不顺, 时有暖气不舒, 胸膈痞闷, 伴有隐痛, 口干。舌质淡红, 舌苔薄白, 脉弦。

(2) 祛瘀散结, 化瘀解毒: 血瘀于内, 痰滞于膈, 气逆不降, 癌毒内结。运用祛瘀散结, 化瘀解毒法治疗血瘀痰滞, 瘀毒内结之证。主证为吞咽困难, 胸背疼痛, 甚则饮水难下, 食后即吐, 吐物如豆汁、粘痰等, 大便燥结, 小便黄赤, 形体消瘦, 肌肤甲错, 舌质暗红、少津或有瘀斑瘀点, 黄白苔, 脉细涩或细滑。

(3) 益气养血, 温阳开结: 患者病程日久, 耗气伤血, 气血大亏, 血亏气无所长, 久则阳气亦衰, 气虚则胃败, 为阳绝之兆。运用益气养血, 温阳开结法治疗气虚阳微, 气血大亏之证, 以延时日。主证为饮食不下, 泛吐清涎及泡沫, 形体消瘦, 恶病质, 乏力气短, 面色晄白, 形寒肢冷, 面足浮肿, 舌质淡, 脉虚细无力。^[22]

【按语】

对食管癌的认识, 现代中医有着一定的共识, 综合以上 24 医家的观点, 大多认为食管癌的发生与饮食嗜欲、精神因素、年龄、体质有一定的关系; 本病病理变化的主要因素是痰、气、瘀、毒, 发展规律往往从实证到虚证, 治疗上扶正祛

邪,辨证与辨病相结合,食管癌患者多偏于降逆润燥法。

在病因病机认识和治疗方面,各位专家阐述的侧重不同。董叔良认为食管癌虽有气滞、血瘀、痰凝之异,但临床上往往是热盛与阴亏并见,因此重用鲜芦根,每剂可用250~500g,清热、解毒、生津并用;同时注重通腑降逆,安神定志;特别是在方药煎服法上十分讲究。李修伍认为癌症求诊于中医者,多属不适宜其他治法,病多至后期,临证所见,可概括为正虚、血瘀、毒聚三类,多为正虚邪实之证,因此扶正调理为主,化瘀抗癌为辅,晚期不可妄用清热解毒,破坚攻伐之品,基本方应以扶正祛邪、降逆化痰、化瘀散结解毒之旋覆代赭汤加减,同时服用虎七散。张泽生将食管癌分为早、中、晚期,早期多为肝气郁结,或痰凝气滞;中期多为气滞血瘀;晚期则正气衰败。钱伯文分型有:肝气瘀结、瘀血凝滞、脾虚湿聚。李岩、段凤舞归纳噎膈为气、忧、食、劳、思五噎膈。何任将食管癌分为气噎、痛膈、胃槁。何氏对治疗癌肿作了一些治法的探索,创建了十二字原则:“不断扶正,适时攻邪,随证治之”,体现了中医治疗食管癌的辨证施治的观点。通过随证变法,个体化治疗,以抑杀癌细胞和调整机体的整体反应,来促进疾病的向愈发展。施今墨对食管癌患者,每用茜草、牛膝、旋覆花、代赭石等药物,段凤舞以小陷胸汤加味组成经验方,雷永仲常选用旋覆代赭汤、丁香柿蒂汤、橘皮竹茹汤或参赭培气汤等,均体现了调理脾胃,降逆镇冲,化痰理气,破瘀软坚的作用。张代钊运用中西医结合治疗,总结出手术加中药治疗法、放射治疗(或术后放疗)加中药治疗法、化疗加中药治疗法。

总结以上名医在临床实践中用药体会:汤剂和散剂并进是取效的关键。中医选用作用缓和之剂,需长期用药,坚持直至痊愈为止。切不可满足于症状缓解而过早停药,贻误病

情。符合化疗条件的加用中小剂量化疗,并用中药减轻化疗反应,在化疗间歇期继续用中药,扶正抗癌。临床表明对早期患者疗效较好,中晚期患者疗效较差。但仍能缓解症状,延长寿命,提高生存质量。由于本病为疑难病症,症状缓解较慢,需要守方。但从资料报道来看多为单法独进,如单用内服,或单用外治等。今后临床可以采用多法联用,以整体与局部并调,内服与外用同施为原则,选用易行有效的方法。充分发挥中医药治疗本病的优势。

食管癌是难治性恶性肿瘤之一。中医对本病的认识有着悠久的历史,对其治疗方法进行了不断的研究与探索,取得了一定的疗效,积累了较丰富的经验,显示出独有的优势。中医药对本病的治疗是一种既对因又对症,既治标又治本的综合治疗方法。中药既有不同程度抑杀肿瘤细胞的功能和抗癌作用,又能增强机体的免疫功能,从而明显改善临床症状,提高生存质量,延长生存期,使广大患者乐于接受。

(张晓明 张声生)

参考文献

- [1] 钱伯文. 肿瘤的辨证施治. 上海: 上海科学技术出版社, 1980. 12
- [2] 董建华. 现代名中医医案精华. 北京: 北京出版社, 1990
- [3] 李岩. 肿瘤临证备要. 北京: 人民卫生出版社, 1989. 3
- [4] 李岩. 谈谈肿瘤常见症状的辨证施治. 新医药学杂志, 1979, (5): 55
- [5] 董成武. 董叔良治疗食管癌的经验. 天津中医, 1986, (5): 12
- [6] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·肿瘤卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999
- [7] 周宜强. 李修伍教授治疗消化道癌症的经验. 安徽中医学院学报, 1988, 7(4): 18
- [8] 陈美芳. 食管癌的中医防治. 上海中医药杂志, 1993, (3): 41
- [9] 卢祥之, 张年顺. 著名中医治疗癌症方药及实例. 北京: 科学技术文

献出版社,1990.120

- [10]张代钊. 中西医结合治疗癌症. 太原:山西人民出版社,1984.
- [11]郝迎旭,张代钊. 食管癌的中西医结合治疗. 中西医结合外科杂志,1996,2(1):16
- [12]谢远明. 活血化痰法治愈噎膈3例. 陕西中医,1984,(5):23
- [13]郑鸿志. 谢亮辰老中医治疗食管癌的经验. 辽宁中医杂志,1986,(3):21
- [14]赵世庆. 上消化道癌发病步探讨. 河南中医,1984,(3):32
- [15]潘德年. 中医望诊法在消化道癌临床诊断应用探讨. 中医杂志,1985,(6):51
- [16]李佩文. 食管贲门癌500例舌象观察. 中医杂志,1982,(9):23
- [17]宋祖敬,吕秉仁,杜怀棠. 当代名医证治汇粹. 石家庄:河北科学技术出版社,1990.
- [18]贾堃. 癌症中医防治研究. 西安:陕西科学技术出版社,1980.
- [19]何任. 何任临床经验辑要. 北京:中国医药科技出版社,1998
- [20]祝谌予,崔济生,施如瑜,等. 施今墨临床经验集. 北京:人民卫生出版社,1982.
- [21]赵建成,段凤舞. 段凤舞肿瘤积验方. 合肥:安徽科技出版社,1991.
- [22]郁仁存. 中医肿瘤学. 北京:科学出版社,1983.

胃 癌

【概述】

胃癌是最常见的消化道肿瘤之一,属恶性肿瘤之首。胃癌可以发生在胃的任何部位,但以幽门处和胃窦部最为常见。常见于四十岁以上的壮年或老年人。一般病程短,发展演进快,多为进行性。一般早期没有明显症状,当就医时常在半年之后。初起病人食欲不振,不想吃饭,厌食,吃饭后胃部不舒服,有膨胀和有闷压的感觉,多消化不良,伴有体力与脑力疲乏无力,饮食无味,尤其对肉食更觉无味。疼痛无节律,并且逐渐加重,饮食能使疼痛剧烈,用制酸剂不能缓解。多数病人食欲减退,或厌食、消瘦、贫血,全身无力。上腹部能触及肿块,淋巴转移的可触及淋巴结肿大,有肝转移时,可触及肝肿大,或癌结节。常有胃灼热,嗝气,多数觉得进食时发噎,吞咽困难,一般在起床前,或在早饭后,常有恶心的感觉。由于胃被堵塞,而在进食前后呕吐。或由于胃癌使胃功能减退,胃消化和排空力不足,胃内容物潴留时间延长,则朝食暮吐,或暮食朝吐,宿谷不化。有时病人没有疼痛,体重下降。胃癌的发生与下列因素有关:进食过多的腌制品、酱汁、藏烤食品,进食含亚硝胺化合物及其它致癌食物,过度吸烟、饮酒、遗传因素,免疫功能低下。

祖国医学根据胃癌的症状特征,认为属于中医的“胃脘

痛”、“胃痞”、“反胃”、“积聚”、“伏梁”、“噎膈”等范畴,胃癌的发病原因较为复杂,从中医观点分析,主要由于长期的饮食不节、情志抑郁不遂,渐致痰火胶结,气滞血凝;内因在于人体正气不足,特别是脾胃功能虚弱而成。临床治疗宜辨证施治,标本兼顾。

【名医经验】

1. 钱伯文诊治经验

钱氏认为,胃癌属于祖国医学“噎膈”、“反胃”、“积聚”、“癥瘕”、“伏梁”的范畴。胃癌的发生,一方面是由于人体正气不足,特别是脾胃功能虚弱所致;另一方面是由于长期的饮食不节,情志抑郁不舒,渐至痰火胶结,气滞血瘀而成。

气机失调是诱发胃癌的一个重要因素和发病过程中的病理变化:从大量的临床资料分析,患者在发病前(即癌前期)常有长期的郁闷忧愁,或蒙受打击而不得解脱等肝气郁结的现象。由于长期的情志抑郁不舒,肝气郁滞,导致了脾胃气机不畅,由气滞进而导致血瘀、痰凝等一系列病理变化,致使肿瘤形成。气机失调亦是胃癌发病过程中的病理变化。从其临床表现看,脾胃气滞的现象可出现于胃癌的早、中、晚各期。如早期脘腹胀满等气滞之象往往先于其他症状而出现;中期出现嗝气、恶心呕吐等气逆之象;晚期则诸证加剧,常见胸脘胀闷疼痛,进食困难,甚至食入即吐等。这些临床表现都可反映出气机失调是胃癌的主要病理变化。

辨证重在脾胃:胃癌属中医脾胃病之一。中焦纳化升降失常是胃癌的常见症状,所以临床上首先要注意脾胃的辨

证。概言之,脾病多见阳运不健,因脾为阴脏,得阳气乃行;胃病多见亢燥闭塞,因胃为阳腑,得阴津乃降,脾病其势下趋,多在脘腹,因脾气宜升;胃病其势上逆,多在胸脘,因胃气宜降。病在脾者,纳谷难化,腹胀不舒;病在胃者,食欲不振,脘胀不适。脾气不升者,头晕短气乏力,便溏;胃气上逆者,呕吐呃逆暖气,便秘。辨证时还应重视舌质和舌苔的变化。舌象与脾胃的关系密切,舌为脾胃之外候;苔乃胃气之所熏蒸,所以,舌质、舌苔的辨证,在胃癌临床上有重要的意义。若舌质红润有液、苔滑者,为阴液未伤;若舌质青暗则为阳虚瘀阻;若舌中光剥脱液或橘红碎裂,为气阴不足;若舌质淡胖有齿印,属气血两虚;若舌边有白厚苔而中间光剥脱液,或虽舌前有苔而舌根已光,均是胃阴已伤之象。钱氏认为,胃癌中、晚期的虚弱,主要是脾的运化失司这一局部的病理变化及于全身所致。

以脘腹、饮食、大便辨其气、血、虚、实、寒、热:若脘部胀满不适,或胀痛,时缓时急,多为气滞食积;若脘部刺痛,痛有定处,或疼痛持续,按之加剧,为血瘀癥结。若食后脘疼减轻,多为虚;若食后脘痛加重,多为实或虚中夹实。若脘部隐痛,喜按,疲劳后加重,为虚寒;若食后脘腹胀闷,吐酸水,为实热。若便溏或质软不成形,多属中气不足;若便干或闭结,为内有燥火;若大便色如柏油,为胃出血,应急止其血。

辨证分型有痰气凝滞、瘀毒内阻、脾虚胃寒三型。

①痰气凝滞:进食不畅,甚至反食夹有多量粘液,胸脘胀闷或有隐痛,口淡无味,食欲不振,舌苔白腻,脉弦滑。治以化痰理气,软坚散结为主,用香砂宽中汤、五膈宽中散、海藻玉壶汤等加减。

②瘀毒内阻:胃脘疼痛或刺痛、灼热,心下痞块胀满拒按或见呕血,便干色黑,口渴思饮,五心烦热,舌质紫暗,或见舌

有瘀点，苔少或黄苔，脉沉细而数。治以清热解毒，凉血祛瘀为主。用消痈汤、普济消毒饮、四生丸等加减。

③脾虚胃寒：胸脘胀满，心悸气短，面色萎黄和苍白，大便稀薄，腹胀纳少，口淡无味，舌苔薄白，质淡，脉细。治以益气健运，温中散寒为主。用异功散、香砂六君汤等加减。

加减应用：气滞胸闷加佛手片、枸橘李、合欢皮、枳壳等；瘀滞疼痛加参三七、乳没药、延胡索、石见穿等；痰食积滞加炒莱菔子、姜半夏、制南星、生山楂、生鸡内金、槟榔等；呕血、便血加血余炭、墨旱莲、生地榆、侧柏炭等。津少口渴加芦根、茅根、知母、石斛、天花粉等。

晚期胃癌以脾肾阳虚较为多见。本病证情复杂，典型的单一证型并不多见，往往是兼夹为病，故辨证应细致，具体情况具体分析，不可拘泥执一。

钱氏治疗胃癌大法：

(1)首重舒肝理气：脾胃气运常赖肝木疏泄。若气机郁结，日久渐成痰瘀，结于胃则成癌。病程中尽管兼证不同，但气滞实为病变之关键，故治胃癌当首重舒肝理气。钱氏将理气作为胃癌的治本之法。理气法既能改善气滞之证，同时对于协调气机的平衡，促使血瘀、痰凝的逆转都能发挥作用，可以控制胃癌的形成和发展，临床上不乏使用该法治疗后肿块缩小，乃至消失的例证，足见调理气机对胃癌的治疗具有十分重要的意义。此外，现代医学认为：癌变的原因是致癌因素引起细胞基因的调控失常，癌症能否逆转也取决于调控能否恢复正常，用理气法治疗胃癌，能使失常的调控恢复正常，从而使癌变逆转。理气药大多辛香而温燥，难免有耗气、伤津、助火之弊，况且胃癌在临床上除见气滞之象外，尚常兼见气虚、津伤、血瘀、火热之象。钱氏指出，实际上理气药使气机恢复正常，从而促进了正气的生成和邪气的祛除，而收正

气复、津液生、瘀血去、火热退之效,可选用一些疏调气机的药物,如枳壳、广木香、佛手片、枸橘李、川楝子、郁金、青陈皮等药。此类药物多为香燥之品,易劫伤胃阴,不能单用,必须适当配伍应用。

(2)化痰化痰并重:痰瘀互结是胃癌的主要致病因素,因此治疗时当痰瘀同治。我们常以《外科正宗》之海藻玉壶汤合《宣明论方》之三棱汤加减变化运用。攻痰以海藻、昆布、茯苓、半夏等;逐瘀以三棱、莪术、石见穿、乳香、没药等。

(3)消坚散结乃为治疗原则:钱氏明确指出,胃癌实际上也是中医病症“积聚”之一,从而将消坚散结法作为胃癌的一个重要治则。他认为,肿块(积聚)是胃癌的主要表现,只有尽力设法缩小或消除肿块,才能有效地控制病情,防止发展,以臻痊愈。对胃癌的整个治疗过程都贯彻“坚者削之”的原则。他说胃癌到了中、晚期,肿块已十分明显时,应用消坚散结,这是大家都已知道的治法,但往往忽视在胃癌早期应用。虽然早期肿块仅能借助现代医学检查得以诊断,然而必须承认积聚已成,应果断地应用消法,以达及早消除之目的。至于一般认为,消坚散结必用克伐之品,难免伤正,恐病未去而正已亏的观点,钱氏则认为治胃癌不用消坚非其治也,不能因噎废食。钱氏认为,消坚散结乃为治疗原则,有其丰富的内涵,应灵活地针对病因,采用各种相适应之消坚散结法,如祛瘀消坚、化痰消坚、清热解毒消坚,以及攻毒消坚等。虽为消坚,又不是一概地滥用有毒之品。如斑蝥、马钱子等,而习用天龙、露蜂房等药性较缓者。同时十分注意病人的体质情况,讲究应用的时机、药物的用量,乃至与其他治法的配合应用等,故而经常收其功,而未见其害。

(4)关于攻与补:一般是早期攻邪为主,中期攻补兼施,晚期以扶正为主。但是临证时并不能拘泥于这个一般规律,

而应根据病情的标本虚实,轻重缓急,恰当选择攻与补。或是攻补兼施,或是先攻后补,或是先补后攻。同时要注意补中兼通,攻而不伐。补而不通可致气阻留邪,又使药力难达病所。过用攻坚之品,反耗伤正气。扶正有利于患者接受各种治疗。在胃癌尚未被真正攻克之前,采用多种疗法是理智做法,而各种疗法均有其利弊,中医扶正治疗能增强病人体质,升高白细胞,减轻其他治疗的不良反应等,从而使病人获得了接受手术、放疗、化疗的机会,并能较顺利地全部疗程。有利于改善患者体质,促进康复,延长生存期。

①化瘀益气并进:气为血之帅,血为气之母,气血不和,百病变化而生。气不足则血不行,血不行则瘀难化。晚期胃癌,胃气已很虚弱,加之化瘀之品又是耗气之峻剂,故化瘀亦须补气才是。在运用化瘀峻剂时,又当以人参、黄芪、白术等补气,攻补兼施相得益彰。

②养正破坚积:钱氏治疗胃癌又十分重视患者的正气、强调扶正药物的应用。他认为:扶正有利于消坚。他指出,正气是机体对病邪的抵抗力和自然修复力,正气的恢复有助于肿块的控制、缩小或消除。近年来有人认为正气包括了人体的免疫功能,而后者防止肿瘤生长的机制已得到公认,因此养正破积与现代的免疫疗法,具有某种共同的理论基础。

③重视脾、胃、肾的补益:晚期胃癌本虚标实,日趋严重,因此运用好补法,实为治疗的关键;这既是补虚的需要,又是为攻邪创造条件。脾胃为后天之本,肾为先天之本,均是人体正气的根本。而脾、胃、肾三者,尤应首重补脾胃。脾胃之气得充,后天之本得固,方能渐缓得效。晚期胃癌较为适宜常以异功散、六君子汤、参苓白术散、逍遥散等方加减应用。这些方剂,药力平稳和缓。另外生晒参、西洋参、皮尾参,药性平和,不滋腻,不温燥,有大补胃气、益胃阴的双重功

效,其中以生晒参、西洋参的效力为最佳;而红参则不相适宜。临床常以补脾气和养胃阴结合起来,做到补脾气不伤胃阴,养胃阴不伤脾气。养胃阴常用天花粉、麦冬、沙参、石斛等药。尤其舌红有裂纹者,天花粉常用至30~60g。对晚期胃癌,除用以上几种治法外还应重视温肾。我们常以桂附八味丸为治胃癌常用成药,以丸剂缓图,每日12g,温开水分吞。

(5)提高食欲,增强胃气:李东垣说:“人以胃气为本”、“胃气一败,百药难施”。食欲减退,食量锐减是晚期胃癌较为突出的症状。《内经》说,有胃气则生,无胃气则死,临证时须时刻重视胃气,胃癌病人除大量胃出血外,往往因胃气衰败,不能受纳和消化食物而致病情日趋严重。因此提高胃癌患者食欲,增强胃气,实为延长患者生命,影响疗效和预后的关键。如果胃阴不足。症见食欲减退,面容消瘦,舌质偏红苔少,或舌中有裂纹,或舌根无苔,或舌两边有苔而舌中无苔;常用益胃汤加减,而重用天花粉、南北沙参、石斛、生地等。气与津关系密切,气可生津,津可载气,故又常加入皮尾参、五味子等药。如果脾胃虚弱,纳化无力,症见胃纳呆滞,胸闷不舒,面色萎黄,倦怠乏力,或食后胃脘满胀,舌苔厚腻,常用枳术丸、参苓白术散加减。《脾胃论》指出,枳术丸“治痞,消食强胃”。除常用枳、术外,还习用茯苓配陈皮,常用量是茯苓24g,陈皮9g。茯苓为渗湿利湿之主药,又有健脾功效,利而不猛;补而不峻,甘淡平和。孙思邈云:茯苓“主治万病,久服延年”。陈皮善调脾胃气机,醒脾化痰开胃,药性和缓。二药合用,相辅相成。如果瘀阻胃气,纳化失司,症见纳差,消瘦,面暗,脘腹疼痛或按之则痛,或扪之块硬,以化瘀补养开胃法治之。用黄芪、白术、生熟薏苡仁合莪术、三棱、丹参、八月札等药,以化瘀消癥,扶脾健运。张锡纯云:“三棱气味俱淡,微有辛意,莪术味微苦;气微香,亦微有辛

意,性皆微温,为化瘀血之要药。……若与参、术、芪诸药并用,大能开胃进食,调血和血。”又云“山楂,若以甘药佐之,化瘀血而不伤新血,开郁气而不伤正气,其性尤和平也”。故我们也常配合山楂应用,以增强消积散瘀之力。对于晚期胃癌,肾阳虚亏,长期食欲不佳者,需温肾补土,脾肾同治。又于方中加入肉豆蔻、菟丝子或肉桂,用量虽不大,可以见效。如疗效不显,再加熟地,以阴中求阳,可增强效果。

(6)防治胃出血:晚期胃癌最多见的并发症是胃出血。癌肿侵入胃壁肌层,血络受损,血溢脉外,上行则呕血,下行则便血;一旦出血,病情危笃。因此,防治胃出血在临床上很重要。根据钱氏经验,必须注意以下几点:①脘腹部疼痛的改变,由原来不痛,突然感到疼痛,或疼痛加剧,随之疼痛又减轻或消失,或疼痛持续不解,②脘部有难以言状的难受感,或灼热不适,有时伴有泛泛欲吐,口中有热腥味;③自觉全身乏力,自汗多,手足不温;④自觉心悸,心中空虚,精神萎靡或烦躁不安;⑤脉象弦数,面色㿔白,舌质淡,唇无血色。发现以上这些情况就应当警惕胃出血,治疗上就要注意避免应用破气破血药。一旦出现呕血或便血者,需急则治其标,以止血为先,同时辅以治本,常用养阴止血法,药如生地、玄参、阿胶、白芍、白及、仙鹤草、藕节等。一切香燥伤阴之药、破气破血之品;如青皮、乳香、没药、丹参、苍术、厚朴等均在忌用之列。

(7)饮食调节:胃癌患者除按中医理论辨证治疗外,还应注意饮食的宜忌,这与治疗效果的好坏有一定关系。胃癌患者的饮食应以淡素为宜,以易消化而又富有营养的食物为佳。例如牛奶、肉松、薏苡仁、山慈姑、山药、丝瓜、莴苣等等,是比较理想的食品。凡一切辛辣刺激之品及烟酒应避免为宜。同时应少吃含盐分高的食品和滋腻之物。

用药经验:钱氏在治疗胃癌中擅长运用枳术。他指出枳实为行气药,白术为益气药,二者配伍,由于药物用量的不同,组成了功用迥异的枳术汤与枳术丸。枳术汤出自《金匮要略》,枳实用量二倍于白术。主治气滞水停之“心下坚,大如盘。边如旋盘”之水饮证,法在以消为主,消中寓补。枳术丸出自《脾胃论》。白术用量二倍于枳壳,主治脾虚食滞之纳差、腹胀证,功在以补为主,补中寓消。钱老熟谙其理,师古而不泥古,灵活运用二方于胃癌的治疗配伍中,并根据胃癌的病机特点及枳壳与枳实功用的差异,以枳壳易枳实。

对脾虚气弱者,宜健脾益气,重白术而轻枳壳,使气旺而不壅滞。临证所见,胃癌病人属脾虚气弱者占较大比例。钱老用白术一般为15g,若病人无舌燥、口干,则用至24g;而枳壳充其量不过6g。

对脾胃气滞,宜宽中理气,重枳壳而轻白术,使气畅而不耗气。中焦气机不行,脾胃气滞,亦是胃癌病人常见的证型。钱老枳壳用量为15~24g,白术为6g左右。

对湿浊中阻者,宜祛湿运脾,枳壳、白术并重,使湿化而中健。湿浊内阻之证,一在苦温燥湿,一在运脾化湿,同时前人还强调,气能化湿,气化则湿化。钱老一般用枳壳、白术各15~24g左右。

对胃津不足者,宜益胃生津,枳壳、白术皆轻,使纳开而食化。胃癌见胃津不足者,治宜益胃生津,以枳壳、白术调中气,既可改善食欲、促进胃纳,又能助化源,使胃津滋生,含从本求治之义,同时滋阴生津之品多阴柔粘腻,易致脾胃功能呆滞,藉枳壳、白术之功,可使补而不滞,滋而不腻,则寓动静相合之理。枳术用量多为6g左右。^[1,3]

2. 李岩诊治经验

李氏认为,胃癌与中医描述的“伏梁”、“心之积”、“膈中”、“积聚”、“胃反”相近。“伏梁”、“心之积”与胃癌晚期时的梗阻,以及胃癌的癌肿侵及血管引起胃出血或大出血而致的呕血症状相似;其发病机制因病迫胃脘而使饮食阻隔不通,或瘀热积于心下,心主血,热甚则上溢而唾血,甚至吐血。而“膈中”症状很像胃贲门癌或食管癌的梗阻现象,胃贲门癌或食管下段肿瘤,由于肿物阻塞通路,使病变上方的食物、唾液、粘液不能通过,在其间产生积聚难消,蕴瘀化热,呃逆反食,反出来东西多为食物和涎沫状液体;其发病机制因脾有寒而脾脉微急,则脾不运化、饮食入而即吐,因脾不能运输津液,津结为涎,故吐出饮食后又吐涎沫。“胃反”有胃癌导致贲门梗阻或幽门梗阻之症,机制在于“三阳热结,胃、小肠、大肠三腑热结不散,灼烁津液,……贲门干结,则纳入水谷之道路狭隘,故食入反出为翻胃也。”这种认识与现代医学基本一致。

(1)舒肝和胃,解毒降逆。用于肝胃不和、毒气上逆之证,胃中嘈杂,胸胁胀满,口苦心烦,呕逆暖气,胃脘胀痛,大便失调,舌苔薄黄,脉沉弦。选用方剂为四逆散合平胃散加减:郁金 10g,枳壳 10g,陈皮 10g,甘草 10g,白术 10g,川楝子 10g,代赭石 30g,白英 30g,藤梨根 30g,野葡萄根 30g。

(2)温中健脾,化瘀和胃。用于脾胃虚寒、中焦受阻之证,胃脘隐痛,呃逆呕吐,朝食暮吐,暮食朝吐,口泛清水,食后胀满作痛,痛时喜按,得温则减。面色萎黄,四末不温,肢体浮肿,疲乏无力,舌黯苔白,脉弦细。选用方剂为香砂六君子汤合旋覆代赭汤加减:苍白术各 15g,茯苓 20g,炙黄芪 20g,瓦楞子 10g,砂仁 10g,白英 30g,龙葵 20g,代赭石 30g,

丹参 30g, 当归 15g, 陈皮 10g, 藿香 15g, 生苡米 30g, 旋覆花 10g。

(3) 养阴清热, 化瘀解毒。用于胃热伤阴、瘀毒凝滞之证, 胃内灼热, 口干欲饮, 胃脘嘈杂, 食后剧痛, 心下痞硬, 压痛刺痛, 吐血便血, 肌肤甲错, 大便干涩, 小便黄赤, 舌质紫暗且有瘀斑, 脉沉细涩。选用方剂为麦门冬汤合失笑散加减: 麦冬 10g, 玉竹 30g, 沙参 20g, 蒲黄 10g, 五灵脂 10g, 没药 10g, 白屈菜 30g, 丹参 30g, 莪术 15g, 干蟾皮 15g, 藤梨根 30g。

(4) 温脾益肾, 补气养血。用于脾肾阳虚、气血双亏之胃脘疼痛, 上腹巨大痞块, 固定不移, 畏寒身冷, 肢倦乏力, 面色晄白, 精神不振, 心悸气短, 头晕目眩, 虚烦不寐, 自汗盗汗, 饮食难下, 舌质黯淡, 少苔而干, 脉沉细无力。选用方剂为当归补血汤合八珍益母丸加减: 当归 15g, 杭芍 20g, 生熟地各 15g, 太子参 20g, 白术 10g, 甘草 15g, 益母草 15g, 生芪 30g, 紫河车 15g。阿胶 10g, 仙灵脾 20g, 白英 30g, 白花蛇舌草 20g, 刺五加 20g。

随症加减:

胃痛: 甘草 20g 配杭芍 30g; 元胡 10g 配香附 10g; 木鳖子 10g 配白屈菜 30g。

吐血: 三七 3g, 白药 2g, 仙鹤草 30g, 海螵蛸 15g, 血余炭 20g, 藕节 30g。

咯吐: 代赭石 30g, 旋覆花 10g, 陈皮 10g, 竹茹 10g, 柿蒂 10g, 藿香 15g。

腹胀: 大腹皮、子各 20g, 川朴 10g, 枳壳 10g, 炒莱菔子 30g。

便血: 地榆 15g, 槐花 15g, 棕榈炭 10g, 仙鹤草 30g, 三七粉 3g 冲服。

便干:大云 30g,瓜蒌 30g,当归 20g,火麻仁 15g,大黄 8g,芒硝 10g。

便溏:苍白术各 10g,炒苡米 30g,诃子肉 10g,葛根 30g,马齿苋 30g。

贫血:三七 3g,阿胶 15g,鹿角胶 10g,紫河车 10g,大枣 30g,骨胶粒 6g。^[4]

3. 张泽生诊治经验

张氏认为,本病的病机及证候属性,既反映了痰气交阻、气滞血瘀的实证,又表现了正气衰败的虚象。一般来说,早期多为肝气郁结,或痰凝气滞;中期多为气滞血瘀;晚期则正气衰败。一为脾肾之阳亏虚的阳虚证;一为津液枯竭的阴虚证。本病病理变化的主要因素是痰、气、瘀,发展规律往往从实证到虚证。

疏肝理气解郁之法:早期主要病理变化在于气,往往由于情志不遂,抑郁伤肝,肝失条达,气结不行,食管梗阻,一般用疏肝理气解郁之法。常用药如醋炒柴胡、郁金、苏梗、青陈皮、川楝子、佛手花、枳壳、金果榄、绿萼梅、合欢花、白芍、木香等。有些病人亦可兼有痰凝,或气郁化火,治疗上应当灵活机动。

理气化痰祛瘀之法:中期以气滞痰瘀证为最多见。主要是由于肝气抑郁不达,久则气郁化火,灼津炼液成痰,以致痰气搏结,或气机郁结不解,血行不畅。治法主以理气化痰祛瘀。常用药物如桃仁、红花、五灵脂、没药、三棱、莪术、穿山甲、郁金、大黄、瓦楞子、当归、莱菔子、枳实等。在治疗痰气瘀结证时,首先应考虑正气的盛衰,若攻之太过,则瘀血未去而正气随之戕伤,故宜采用攻补兼施之法。气虚者加党参,大便干结难解者,加韭菜汁、杏仁、瓜蒌仁等,如见有出血,加

参三七行瘀止血。

补益脾肾法：胃癌进入晚期阶段，往往正气衰败，形体消瘦，或为阴液大伤而转化为阴虚阳结证；或命门火衰，火不暖土，转化为脾肾阳衰证，因此补益脾肾当有甘寒濡润和益气温阳之分。对阴虚阳结证，治宜甘寒濡润，常用药物有麦冬、沙参、石斛、白芍、橘皮、竹茹、天花粉、生地、炙甘草等。如口干甚者，加梨汁、藕汁、人乳、芦根汁、甘蔗汁等。大便燥结者加桃仁、杏仁、火麻仁、何首乌。对脾肾阳衰证，治以益气温阳为主，常用药有附子、干姜、党参、白术、肉桂、炙甘草、益智仁、诃子肉等。如有呃逆，加丁香、柿蒂，大便泄泻用荷叶包赤石脂入煎，若阴伤及阳者，可用桂附八味丸出入。^[2,5]

4. 贾堃诊治经验

贾氏认为胃癌与中医“反胃”、“胃反”及“膈气”等名称证候相似。胃癌病程短，发展快，常为进行性，多因忧思忿怒，情志的变化，所谓“大怒未止辄吃食物”，或因长期饥饱不匀，饮食没有规律，常偏食，喜吃肥肉，大量饮酒，尤其喜饮沸酒、浓烈性酒，喜用浓厚的花椒、胡椒、辣椒及其他麻辣辛酸等调味剂，经常吃油烫火锅，常饮过烫热茶及吸烟等，损伤胃粘膜，或身体虚弱、衰老，抵抗力减低等所引起。

胃癌的治疗：宜用平消丹，结合补益安中，活血润膈，软坚止痛，开胃健脾，辨证用药。症状初起，有食欲不振，厌食，吃饭后胃不舒服，并感觉有膨胀闷压。消化不良时，可服平消丹，每次 3g，1 日 3 次。开水送下。

如果伴有体力和脑力疲倦，饮食无味，尤其对肉食无味，或饮食嗜好改变，并有噯气时，可服蛋楞丸与平消丹。

病情进一步发展，在吃饭前后胃部发胀，恶心吞酸或有呕吐，感觉疼痛且无节律，进行性加重或进食后加重，用制酸

药不能缓解,感觉窘迫时,可服参赭桃红汤加减与平消丹。

病人觉得疲倦,胃肠胀气,上腹部有重压的感觉,心口灼热并且进食发噎,吞咽困难,起床前或早饭后恶心,不想吃饭,嗝气时,可服七豆散与平消丹。

病人胃部疼,胁痛,吃饭前后呕吐,或咽下困难,呕吐厉害,涎沫多时,可服蜂宝散与平消丹。

晚期身体虚弱,咽下困难严重,疼痛剧烈或朝食暮吐,或暮食朝吐时,可服芪酥丸或七矾丸与加减参赭三甲汤。

晚期胃癌转移广泛,症状复杂时,可按所出现的不同证候辨证用药。

胃癌的预防:贾氏指出:首先要搞好个人卫生,并坚持劳动,锻炼身体,以提高身体的抵抗能力。尽可能避免忧思、郁怒,过度疲劳,痛苦的精神刺激和一切能使神经过度紧张的因素。合理的安排劳动与休息。平时要注意饮食卫生,防止暴食暴饮,不要经常吃过热,或刺激性食物,不饮烈性酒及沸酒,不饮过热茶水,不吸烟。对胃部,可能发生癌变的疾病,如胃腺病样息肉、慢性萎缩性胃炎、恶性贫血,特别是经久不愈的胃溃疡等病,要积极的合理的进行治疗,并定期检查。要注意营养卫生,饮食调节要有规律,吃饭饥饱要均匀,早餐午餐之间,不要间隔过久。吃饭时,不要急躁,防止食物嚼不烂;不偏食,不要经常的吃肥肉和用浓厚的调味剂,如花椒、胡椒及其他麻、辣、辛、酸等。

健康人,要常饮温热绿茶水。每半年服平消丹一个预防疗程,即每次服 1.5g,1 日 3 次。或每次服 3g,1 日 2 次。连服一星期。对胃、十二指肠溃疡病人,要及时地服平消丹,每次 3g,1 日 3 次。连续服 3 个月左右,或服至 X 线透视或拍片检查溃疡面完全愈合为止。^[6]

5. 段凤舞诊治经验

胃癌病人临床表现有三个特点：一为升降失常，二为虚实夹杂，三易旁及四脏。

用药寒温并用，升降并用，补泄并用。

段氏认为，祖国医学的“胃反”、“吐血”、“黑便”、“胃脘痛”、“心之积”、“伏梁”“臌胀”等证中的一部分，很可能就是胃癌发展到不同阶段的症状或体征。

胃癌病人临床表现有三个特点：一为升降失常，二为虚实夹杂，三易旁及四脏。

用药寒温并用，升降并用，补泄并用：胃癌初期，病邪尚浅，正气未虚（临床上此类病人多已手术切除癌瘤），临床表现多为气机不畅，升降失度，水湿运化失常，痰热结滞，症见胃脘堵闷不适，纳谷不香，疲倦无力，舌苔黄腻或白腻，多以寒温并用，辛苦相配，可选用小陷胸汤加味，苦降辛开。若病及肝，致肝胃不和，胃脘胀满，时时隐痛，窜及两胁，暖气吞酸，可选小陷胸汤加味或逍遥散或左金丸加减。胃癌中期，胃气已虚，体弱乏力，证每虚中夹实，虚多实少，寒多热少，症见胃脘堵闷，纳谷大减，餐后腹痛，呃逆频作。以呃逆为主者，可选补虚降逆，消痰涤饮的旋覆代赭汤加减；若以体弱乏力，饮食大减为主者，可选香砂六君子汤加减；末期病程日久，气血虚衰，累及至肾，脾肾虚寒，症见胃脘疼痛，喜温喜按，不能进食，或朝食暮吐，或食入经久复吐，或呕痰涎清水，伴形寒肢冷，大便稀溏，腰膝酸软，或贫血浮肿，或全身虚衰，治以补虚、升提为主，可选补中益气汤或理中汤、附子理中汤、八珍汤、十全大补汤加减。临证时应多注意兼顾。

辨证与辨病相结合，选加抗癌中草药：段氏将胃癌的中医辨证分为肝胃不和、脾胃虚寒、瘀毒内阻、气血两虚等型，

分别采取舒肝和胃降逆、健脾和胃温中、清胃热解毒、补气养血等治法。同时认为胃癌不同一般的胃病,不仅要辨证与辨病相结合,并应在辨证用药的基础上,选加几味抗癌中草药以增强疗效。如常用的半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、山慈姑、蛇莓、白英、龙葵、白屈菜、徐长卿、莪术、急性子、黄药子、生薏仁、土茯苓、贝母等。当然,胃癌病人,消磨腐熟水谷功能大减,脾胃易虚,以“和”为贵,禁用肆意攻伐。应忌滋腻及过分苦寒,抗癌药性味苦寒者居多,尤应恰当运用,以免损伤脾胃功能。

胃癌经验方:木香 7g,砂仁 7g,白人参 10g(先煎),云苓 10g,白术 10g,降香 7g,急性子 10g,鸡内金 10g,广陈皮 7g,清半夏 10g,龙葵 15g,蛇莓 15g,白英 15g。

加减:若胃纳差可另加焦槟榔 10g,六曲、焦楂各 30g;气短乏力加生黄芪、枸杞各 30g,桂枝 7g。^[7]

6. 潘明继诊治经验

胃癌的中医治疗:潘氏认为单纯中医中药治疗胃癌大都采用调理脾胃的扶正抗癌方药,常用的扶正药物有:党参、白术、茯苓、甘草、熟地、怀山药、芡实、莲肉、生黄芪、沙参、枸杞、女贞子、大枣;常用的清热、解毒、抗癌药有:白毛藤、白花蛇舌草、仙鹤草、薏苡仁、银花、绞股蓝、田三七等。上述诸药内除有直接抑癌作用外,同时具有提高机体免疫功能,调整体内阴阳失衡,从而起到间接的抑癌作用。有些中晚期胃癌,通过单纯中医治疗,大多能起到减轻痛苦延长寿命的作用,有的甚至可带瘤生存多年,个别者达 10 多年。

胃癌的中西医结合治疗:潘氏指出手术对祛除主要的癌组织,解除癌性梗阻和压迫,减少癌毒对机体的刺激,不但准确迅速,且可为后继性治疗创造条件,因此,手术仍是当前治

疗胃癌首选的手段。如能在术前、术后、化疗期间配合中医的调理,可起到相得益彰的效果。在手术前运用中药调理,可扩大手术适应证,以利手术顺利进行,减少并发症。手术后为促进胃肠功能的复元,增进食欲,增强体质,可于术后4~7天内以中药汤剂从胃管或口服给药,能起到较好的效果。常用的方剂:党参、白术、茯苓、甘草、干瓜蒌、木香、建曲、生黄芪、莱菔子、麦芽、麦冬、沙参。可辨证加减。

胃癌的预防:中医认为胃癌的成因与正气虚衰、脾胃功能失调有关,因此,潘氏强调调理脾胃成为预防胃癌的重要手段。现代医学认为慢性萎缩性胃炎,伴有肠上皮化生者容易癌变。运用中药党参、白术、茯苓、甘草、银花、芡实、怀山药、大枣、生黄芪、黄芩等为基础方,辨证加减,治疗8例经病理证实为慢性萎缩性胃炎伴肠化的等人,每例先服药2个月,以后每年间歇服用1个月,结果发现中药组患者体质增强,症状大多消失或减轻,随访7年,发生胃癌1例(1.25%)。单验方对胃癌也有预防效果。根据调查发现,民间喜食生大蒜者,胃癌发生率较低。据实验研究,大蒜制剂对小鼠网织细胞肉瘤、S180、U1肝癌实体型、艾氏腹水癌均有抑制作用,抗癌作用可能是抑制核酸的合成或阻止纺锤体的形成,从而抑制癌细胞的分裂。因此,大蒜对胃癌的防治,值得深入的研究。另外香菇、金针菇、蘑菇、银耳、茯苓等,经提取后用其多糖作实验表明,有明显抑瘤作用,同时能提高人体防御系统的抗癌力。还有乌龙茶、人参、大枣、白术、绞股蓝,经研究均有阻断致癌物质的致癌活性,同时也有抑制癌细胞生长的作用。^[8]

7. 张锡君诊治经验

张氏将胃癌病理改变分“三个阶段”。

初期:初起多由情志不遂,肝气不舒或饮食不节,损伤脾胃,致胃肝不和,脾胃气滞,这一阶段病情较轻,易为人们忽视。

中期:继则肝郁气滞,脾胃受伤,运化失常,痰浊内生;肝郁气滞,气机失宜,阻于血络,血滞成瘀;痰瘀互结,日渐成积。这一阶段临床表现突出,但诊断并非都很明确,难免影响治疗。因失治误治,病情迁延,久则气阴耗损,气血瘀结,脾胃失调,气血生化无源,新血不生,恶血不去,气血大亏,病情加重。

晚期:患者求医多已属第三阶段,即“晚期”,既有痰瘀癥积等邪实的一面,又有气血大亏脾胃虚弱等正虚的一面,本虚标实。

治疗:治宜攻补兼施,以补为主,重在益气养血,滋阴育阳,健脾调胃,佐以活血化瘀、软坚散结,具体用药上除常规煎剂外,总配以散剂、丸片剂、针剂及有关的中成药。临床常用的基本煎剂是:黄芪、太子参、大枣、苡仁、核桃树枝、鸡血藤、土茯苓、昆布、海藻、炒三仙等,临床还根据不同情况加增减化裁。常用散剂方药是:乌梢蛇、三七粉、九香虫、地鳖虫、僵蚕、沉香、血见愁、麝香等,临床根据不同情况选2~4味共研细末,既可内服,也可调醋外敷包块或痛处,其活血化瘀,散结止痛力较强。常用的丸片剂多是市上出售的中成药,如化癥回生丸、癌痛宁、六神丸、健脾膏片、夏枯草膏、大山楂等丸。常用针剂如人参注射液、龙葵、肿节风等。总之,治疗胃癌一病,要抓住扶正调理为主,化瘀抗癌为辅,采用多剂型、多方法缓缓图之。

饮食:应禁生冷不洁、辛辣刺激之物,饮食要尽量做到既营养丰富,又易于消化,为了有助于治疗可常吃银耳汤、海带汤、蹄筋汤和鹅汤。^[7]

8. 张代钊诊治经验

张氏认为,胃癌患者在临床就诊时多属中晚期,因此常需要放射及化疗药物治疗,而放化疗中出现的副反应用中医药治疗有较好的效果。

(1)化疗中的中医治疗:消化道障碍很常见,多数病人常在化疗1~2周后出现胃脘饱胀,食欲减退,恶心干呕,腹泻等症状。证属邪毒内侵,损伤脾胃所致。治宜健脾和胃为主。见饮食不香,胃脘饱胀,喜冷饮者,以香砂六君子汤加减;见胃脘饱胀,胸胁窜痛,喜冷饮者,以逍遥散加减;见恶心,呕吐酸水、苦水者,多属胃热之证,宜以橘皮竹茹汤加减;如恶心,呕吐清水者多属胃寒所致,宜以丁香柿蒂散加减;若见以腹泻为主者,多为脾虚之证,治宜健脾利湿,用参苓白术散加减。

化疗时部分患者出现骨髓抑制,表现为白细胞下降、血小板减少,贫血等,系毒邪损伤气血肝肾所致。除补养气血外,尚须滋补肝肾,常用药物为枸杞子、女贞子、何首乌、山萸肉、菟丝子、补骨脂、杜仲等。

另外亦可辨证施治,一般将化疗时副反应辨证分为四型施治。①肝胃不和型用当归、白芍、醋柴胡、白术、茯苓、橘皮、鸡内金、竹茹、郁金、大枣;②脾胃失调型用党参、白术、茯苓、橘皮、竹茹、清半夏、鸡内金、苡仁、焦三仙、山药、大枣;③心脾两虚型用党参、白术、茯苓、黄芪、当归、远志、木香、枣仁、桂圆肉、菖蒲、竹茹、大枣;④脾肾亏虚型用党参、茯苓、白术、补骨脂、菟丝子、枸杞子、女贞子、竹茹、鸡内金、焦三仙。

(2)放疗中的中医治疗:胃癌对放射治疗的敏感性较差,故多年来胃癌采用放疗者极少。近年来由于开展了以手术为主的胃癌综合治疗,逐步开展了胃癌的放疗。在放疗中病

人可出现不同程度的放疗副反应,如放射性胃炎、急性胰腺炎或慢性胰腺炎、白细胞减少,全身症状常见全身疲乏、精神不振、心慌气短、咽干舌燥、虚汗不止、发热等症状。以上症状主要由于放疗后体内热毒过盛,津液受损,脾胃失调,肝肾亏损所致。治疗法则为清热解毒,生津润燥,凉补气血,健脾和胃,滋补肝肾。常用药物:清热解毒选银花、连翘、山豆根、板蓝根、黄连、蒲公英等;生津润燥选生地、元参、麦冬、石斛、花粉、芦根等;凉补气血选生黄芪、沙参、西洋参、生地、丹参等;滋补气血肝肾选枸杞子、女贞子、何首乌、山萸肉、菟丝子、补骨脂等。

放疗时机体虚弱很常见,出现全身疲乏,四肢无力,精神不振,心慌气短,失眠,虚汗等症状,系放疗药物损害人体气血所致,治宜益气养血为主。虚弱偏热者宜凉补气血,常用药物为生黄芪、沙参、西洋参、生地、丹参等;虚弱偏寒者宜温补气血,常用药物为党参、太子参、人参、当归、熟地、鸡血藤、阿胶、黄精、紫河车、龙眼肉、红枣等。^[8,9]

9. 赵树珍诊治经验

赵氏在临床治疗消化道治疗中所见胃癌之求诊于中医的患者,多为晚期患者。晚期胃癌患者,可概括为正虚、血瘀、毒聚、属正虚邪实之证,赵氏常采用健脾补气、活血祛瘀、解毒散结之法,基本用药有生黄芪、炒党参、茯苓、生薏苡仁、莪术、薛荔果、白花蛇舌草、仙鹤草。脾胃虚寒、脘胀便溏者加淡附片、炮姜;气虚乏力明显加红参、白术;肝胃不和,脘胀隐痛加枳壳、白芍、川楝子;疼痛固定,持续不解;属气滞血瘀者加元胡、五灵脂;胃气上逆,呕吐频繁加生半夏、代赭石;瘀毒积聚,肿块明显加三棱、丹参、生牡蛎。手术切除后未经化疗,早期以补气养血、和胃消食为主,归芍六君子汤为主方,

酌加山楂、谷麦芽、神曲等消食健胃之品。恢复期常用黄芪、党参、猪茯苓、生薏苡仁、薜荔果、仙鹤草扶正抗癌之品,防其复发。术后化疗患者,常见纳差呕恶,头晕乏力,大便不调等症,宜健脾益气、和胃降逆,用旋覆代赭汤、橘皮竹茹汤加减。白细胞下降者,重用黄芪、补骨脂、女贞子、仙鹤草、丹参、红枣等,补肾健脾、活血养血,以保证化疗顺利进行。^[8]

10. 胡安邦诊治经验

胡氏认为胃癌患者一般情况都较差,常见舌淡脉细、气血不足之邪。故用药攻癌,须在辨证论治的指导下,结合成方扶正祛邪,其效始著。胃脘痞闷,进食则噎气,大便难,可用旋覆代赭石汤,加石见穿、急性子。若脾虚气滞多痰,脉细软者,可用香砂六君子汤,加冰球子、鬼白、石见穿。又患者因阴邪盘踞,以致中阳不振,舌苔白,脉缓,而喜暖者,则宜桂枝通阳为主。如胃脘痹结,胸背板滞作痛者可用枳实薤白桂枝汤。如胃阳不振,痰饮不化,以致头晕心悸者,可用苓桂术甘汤,加生南星、生半夏、生姜。亦有气郁化火,而胃脘痞热,舌见黄腻者,则宜黄连泻心,配伍半夏、生姜以苦降辛开,佐以半枝莲、白花蛇舌草凉血解毒。若兼见下肢凉者,则须加桂枝、甘草辛甘通阳、生姜、大枣调和脾胃,这就是黄连汤的升降阴阳之法。胃癌发展到脘痛时作时止,则邪已在络。治宜用全蝎、虻虫入络通痹,配伍五灵脂、焦山楂散瘀,佐以党参、当归、赤白芍、制香附、延胡索、炙甘草之调和气血而止痛。^[8]

11. 陈健民诊治经验

陈氏运用养阴补气法治疗在胃癌手术后,化疗、放疗同时进行者,和由于晚期胃癌周围血象低不能手术、放疗、化疗

及恶液质明显者,运用地黄汤:生地 30g,黄精 30g,明党参 30g,扁豆 30g,黄芪 12g 等,经治疗 2~4 个月往往能收到自觉症状改善,客观体征控制的效果,在一些客观指标前后对比中可看到地黄汤能提高体外淋巴细胞转化率、周围血白细胞、淋巴细胞绝对计数、血小板数。如有紫舌、转移、肿块较大未能全切除,以及剖腹探查后正气虚不甚者,则配伍活血、软坚、清热、化湿等祛邪药,如活血化瘀的芎龙汤:川芎 30g,地龙 15g,葛根 30g,三棱 30g,牛膝 30g。服药后不但对瘀血证候有所改善,同时血液粘滞度亦可降至正常范围,对减少转移、延长生存、改善生存质量等有所帮助。此外,对感染明显者常配伍清热解毒药,如半枝莲、七叶一枝花、鱼腥草、白花蛇舌草等。舌苔厚腻者常配伍苍术、薏苡仁、生半夏、生南星等。^[8]

12. 周岱翰诊治经验

周氏在胃癌论治方面,强调首先注重辨证,辨证着眼于温补脾胃。辨病多从局部癌瘤着想而选择有效的抗癌中药。常用四君子汤合黄芪、鸡内金、砂仁、淫羊藿、菟丝子、枸杞子等辨证论治,配合礞砂、生南星、生半夏等辨病治疗,或用猪肚纳胡椒、砂仁炖浓汁调服,每于“食入复出”之时,收到健脾安胃之功,治验病例颇多。礞砂一物,即《本草纲目》记载治噎膈之北庭砂,主要成分为氯化铵,宜研极细末,每次冲服 1g,功能祛痰磨积消瘤。^[8]

13. 王龙宝诊治经验

王氏根据中医“有诸内必行于诸外”的辨证思想,运用体征与舌脉相参,认为胃癌多方面的发病原因,决定了其症状表现的错综性。如何从复杂的病情中探寻出其中最主要的

症候群,进行归纳分型,乃辨证施治的首要步骤,王氏将凡大体有下列主症三项或四项,并有相应舌脉象表现者,即可归为痰气凝滞型、痰毒内阻型及脾胃虚寒型。此外,胃癌至晚期还每每表现为脾肾阳虚型。

痰气凝滞型主症有三:①进食不畅或反食夹有多量粘液;②食欲不振,口淡无味;③胸脘胀闷或隐痛。其舌脉表现为苔白腻,脉弦滑。

痰毒内阻型主症有四:①胃脘刺痛灼热,痛有定处;②心下痞块拒按;③口渴思饮,五心烦热;④便干色黑。其舌脉表现为舌质紫暗或见有瘀点,苔少或黄,脉沉细而数。

脾胃虚寒型主症亦有四:①胃脘胀满隐痛;②胃脘喜温喜按;③纳谷不化;④大便溏薄。其舌脉象表现为舌质淡,苔薄白,脉细。脾肾阳虚型还可进一步出现小便不利,面浮足肿等症。

立法与方药互应:上述辨证分型,为胃癌的立法用药提供了临床依据。若辨证为痰气凝滞型,可施理气化痰、软坚散结之则,方以香砂宽中汤、五膈宽中散、海藻玉壶汤等加减;痰毒内阻型可用清热解毒、凉血祛瘀之法,方选仙方活命饮、普济消毒饮、四生丸等化裁;脾胃虚寒型,应以健脾益气、温中散寒之法,方择异功散、香砂六君子汤、补中益气汤、黄芪建中汤等加减。若为脾肾阳虚型,应在健脾益气的基础上加金匮肾气丸以资肾阳。但这些治则立方,应在症情的变化中灵活应用,随症加减。

辨证与辨病结合,攻补兼施:王氏同时强调了胃癌虽属中医脾胃病之一,但不能以一般的脾胃疾患论治。因为胃癌症状表现除纳化升降失常以外,还有其特定的病灶,即癌肿,这一点是必须注意的。应坚持辨证与辨病相结合,体现扶正与祛邪的治疗特点。胃属腑,以通为补,以降为和,积极主动

地注意软坚消积,即符合胃本腑的生理病理特点,又能达到祛除病邪之目的。同时应认识到,肿瘤是一种全身性疾病的局部表现,与整体有着极其密切的联系。因此在治疗中不可拘泥于早期以攻为主、中期攻补兼施、晚期以扶正为主的一般规律,而应紧扣胃癌本虚标实之病机,大凡以攻补兼施这一原则为善。尤其是发展至脾肾阳虚的晚期胃癌,这一治疗特点就显得更为重要。补养常以炒党参、生黄芪、怀山药、炒白术;白扁豆等引脾胃之气以治其本;攻破每以生莪术、三棱、白花蛇舌草、天龙等祛肿核之邪以安其正。这一治则,对晚期胃癌如此重笃之患,能奏症状明显改善、生存期延长之效。若不遵循这一治则,孤用目前经动物体内测试筛选出来的抗癌中草药,无论单味复方,皆无显效可望。

用药特点:①单味与多效兼谋:王氏认为治疗胃癌须注意胃癌的用药特点,这一特点是其主要病变在消化道所决定的。胃败不耐受纳乃其突出之症状。“胃气一败,百药难治”。要解决这一矛盾,必须尽可能地选用味单效兼、双功俱备的药物,以达药味少、剂量轻、胃腑得以容纳而不失其效之目的。反之,药伍庞杂,胃肠不耐,便无取效可言。若辨证为痰气凝滞或脾胃虚寒型之胃癌,即使见有瘀血之候,亦不轻投桃红四物;而处以既可消食化积亦能散瘀行滞之焦山楂、生莪术等兼而治之;若出现面浮足肿、小溲不利,亦不单凭车前、遂苳之属,而是处以既能行气又能利水之大腹皮配以薏苡仁、茯苓、黄芪等行气除胀,利水消肿。对晚期有直肠癌转移出现腹泻者,亦不从标止泻,而施以焦六曲、白扁豆、怀山药、生熟薏苡仁等培土止泻,二举双功。②归经与引经药配用:王氏治疗胃癌擅长运用归经与引经药配用,认为药物归经和引经的规律,对胃癌的治疗用药具有相当重要的作用。在治疗过程中,注意选择一些引入肝经或归肝经的药物,亦

为胃癌用药之一大特点。诸如八月札、枳壳、木香、佛手、枸橘李、川楝子、郁金、青陈皮这类归肝经的药物,具有疏泄肝木、调和脾土之功。肝木的疏泄条达,有助于脾胃之气的纳化失降与经络之气的通畅而能逐步达到消散肿核之目的。

③大剂与常量区处:王氏认为胃癌用药剂量的权衡,至关疗效之得失。一些性平质和的药物若按常量施治于胃癌,恐难度验;尤其是晚期患者,病缠日久,正气大虚,邪实亦盛,若药珍量轻,虽补则无力扶正,欲攻亦难达病所。故在胃腑尚能容纳的前提下,有些药物须以超量处之,方能中的。如黄芪、茯苓、土茯苓、仙鹤草、扁豆、山药、莪术这类药物,每每以24~30g处之。其中的扁豆甚至可用到60g。且天龙一味,虽言其咸寒有小毒,亦常用到最大剂量5g;党参、白术的用量最大不宜超过12g,反之会导致恶心胀痛。枳壳、槟榔这类消导理气之药,则可适当加重,亦即在健脾益气与理气宽中之药同用相伍的情况下,适当加重宽中理气药物的剂量,将有利于脾气的补益。因此对脾胃虚弱与胸脘胀满同时存在的胃癌患者,施以健脾理气之法时,使理气的剂量大于补气,往往能使胸脘胀满得减,脾胃之气得增。^[8]

14. 桂梦熊诊治经验

细致观察正邪两方的相互消长盛衰:桂氏认为胃癌是脾胃功能失常而产生的一种积聚性病变。多因忧思恼怒,情志不遂或饮食不节,而致肝失疏泄,胃失和降,或久病损伤脾胃,运化失职,痰凝气滞,热毒血瘀交阻于胃肠积聚成块而发病。临证有热毒瘀阻,气血瘀滞之标证,但这和内脏功能失调,气血两虚之本证有别。

区别主次、先后,扶正祛邪:观察正邪两方的相互消长盛衰情况,区别主次、先后,灵活地运用祛邪兼扶正,或扶正兼

祛邪,或先扶正后祛邪,或先祛邪后扶正,或扶正祛邪兼用。

注意保养胃气:桂氏用乌头伍半夏治疗胃癌后期病人,起到破积聚、通经脉、降逆止呕、下气散结的作用;大积癥块非辛烈峻剂不能散。巴豆霜性辛热有大毒,消坚积,去恶肉;赭石、枳壳下气消痰,镇逆止呕;半枝莲清热解毒,现代药理证实有抗癌之功效;丹参破癥瘕痼疾,祛瘀生新,通利血脉;茅根凉血止血,养胃生津。党参、鸡内金补益胃气而扶正。^[8]

15. 邱佳信诊治经验

脾虚贯穿疾病的始终:邱氏认为,从中医辨证角度来看,脾虚则贯穿于胃癌疾病的始终。“脾胃为后天之本”,脾胃功能失调,正气生成不足,机体抗邪能力下降,造成疾病的发生;再则脾失健运,津液不能输布,痰浊凝聚,形成邪毒;在疾病发展过程中,两者又互为因果,造成疾病发展过程中,两者又互为因果,造成疾病的恶化。从临床表现来看,疲乏无力、面色少华、脘腹不舒、便溏、脘腹隐隐作痛等,按中医辨证则应辨为脾虚。

调理脾胃,保后天之本:从中医治疗整体观来说,在治疗胃癌时,除用祛邪药物攻伐局部肿瘤外,必须注重整体功能的维护,特别是调理脾胃,以保后天之本,增强机体抗病能力,以期达扶正祛邪之功。

用药健脾为主,辅以清热解毒、软坚散结:为客观评定健脾为主药物治疗消化道恶性肿瘤的疗效,邱教授采用现代医学的前瞻性临床研究方法,对胃癌和肝癌进行了较大样本的临床观察。在胃癌的临床研究中,运用中药以健脾为主,辅以清热解毒、软坚散结方剂治疗;健脾为主中药治疗的中药组生存期明显高于西药组;同样应用健脾为主中药的中西药结合组生存期亦高于西药组,但与中药组比较并无显著性差

异。以上结果表明,健脾为主中药在消化道恶性肿瘤治疗中起到十分重要的作用。

健脾中药的作用机理:邱教授采用现代医学技术手段,作了大量而又深入的实验研究。研究结果显示,健脾中药作用机理有以下几个方面:①某些健脾药物对癌细胞具有一定的细胞毒作用,某些单味中药和方剂对胃癌细胞有一定的杀伤作用。其中四君子汤中各味药物的杀伤作用程度不同,但杀伤力最大的是四君子汤的全方。②健脾药物炒白术、生黄芪等单味中药和四君子汤等中药方剂具有明显的反突变作用。它印证了中医理论“邪之所凑,其气必虚”的正确性。致癌(致变)因素只有在机体抗病能力下降的情况下,肿瘤才有可能发生;而使用了扶正(健脾)药物之后,机体抗病能力增强,能够抵御致病(致癌)因素的侵袭,才能阻止肿瘤的发生。这也就是说,只要有肿瘤的存在,机体必有虚证,有虚证就应用扶正法,这也就是消化道恶性肿瘤应用健脾法的内在原因。许多消化道恶性肿瘤患者虽经手术等方法除去局部肿瘤,但终因复发和转移而造成治疗的失败,究其原因就是因为体内的致变因素(致癌)持续作用而造成的。而使用健脾药物能阻断致癌剂对正常细胞的突变作用,可使机体免受致癌(致变)因素的持续作用,这对抑制肿瘤的发展(复发、转移)有着重要的意义。③观察健脾为主方剂对胃癌的肝、肺、腹膜种植转移的影响,结果显示健脾药物可能选择性地杀伤这些具有高转移潜能的细胞,从而达到抑制肿瘤转移的作用。^[11]

16. 孙秉严诊治经验

孙氏擅长运用攻下法治疗胃癌,认为胃癌的临床证候,以脾肾阳虚之寒瘀毒结症最多见,因此在治疗上,升脾阳以

疏肝气,温胃降胃以利胆气是关键之处。攻下法当是祛邪最有力的方法。

孙氏常用成药处方有:化毒片、化结丸、和胃丸、青龙衣液。

汤药处方:黄药子 30g,川断 15g,沙苑子 15g,莪术 15g,桃仁 15g,海藻 15g,牡蛎 15g,乌贼骨 10~15g,蛤粉 10g,党参 10~15g,黄芪 20~30g,二丑 30g,槟榔 30g,川军 10g,元明粉 10g(冲),陈皮 10g,半夏 15g,大枣 5 个,生姜 5 片。

加减:证属寒者,加干姜 15~30g。肉桂 15~30g,附子 15~30g,乌药 10~15g。中阳虚甚,加良姜、荜拨、佛手。酸多者,加吴茱萸 6~10g,黄连 3~6g,乌贼骨 10~15g,紫苑 10~15g,莱菔子 15~30g。口腔糜烂不愈,加干姜 10~30g,川连 10~15g,证属热者,加焦山栀 10~15g,蒲公英 15~30g 或生石膏 30~60g,知母 15~30g,山药 15g。

本方主药为黄药子、川断、沙苑子。黄药子,《开宝本草》载“主诸恶肿疮痍、喉痹、蛇犬咬毒”;《本草纲目》亦说能凉血降火,解毒。可见主要用于祛邪,其能破郁积、癌毒,且对正气损伤不大,尤多用于消化道恶性肿瘤。川断、沙苑子,有强壮作用,一般多归于补益药类,但它们还有破瘀消肿毒的作用,如《医林纂要》载,沙苑子可“坚肾水泻邪湿,去癥瘕痔漏”;《日华子本草》载,川断“补五劳七伤,破瘤结瘀血,消肿毒、肠风、痔漏”等。经孙氏反复使用体会到,此二味药对消化道肿瘤确有攻击作用,又可减轻由于祛邪力量太大而引起的诸种不适。

辅药有 2 组:莪术、桃仁主要活血;海藻、牡蛎、乌贼骨、蛤粉软坚散结、消痰核积聚。

佐药有 3 组:党参、黄芪扶正气,其剂量视病情需要定;二丑、槟榔、川军、元明粉攻下逐邪,四味药可同时用,也可选

用陈皮、半夏理气和胃。生姜、大枣为使药。^[2]

17. 钱心兰诊治经验

坚持辨证与辨病相结合：钱氏认为对胃癌的论治应坚持辨证与辨病相结合，临床分七型论治：①脾胃气虚，治以益气健脾，异功散、香砂六君子汤等加减。②胃阴不足，治以养胃生津，沙参麦门冬汤、益胃汤、增液汤等加减。③肝胃不和，治以宽中理气，香砂宽中汤、宽中散等加减。④痰湿凝聚，治以化痰软坚，平胃散、二陈汤、海藻玉壶汤等加减。⑤瘀血内阻，治以活血化瘀，桃红四物汤、三棱丸等加减。⑥热毒蕴结，治以清热解毒，五味消毒饮等加减。⑦脾肾阳虚，治以温补脾肾，附子理中汤、金匱肾气丸等加减。

体现扶正与祛邪相结合的治疗特点：钱氏对辨证为痰湿凝聚或脾胃虚寒的胃癌患者，即使见有瘀血之候，亦不轻投桃红四物汤，而选用既消食化积，又散瘀行滞的焦山楂、生莪术等兼而治之；若出现面浮足肿、小便不利等症，不单凭车前、遂、芫之属，而处以既行气又利水的大腹皮配以薏苡仁、茯苓、黄芪等行气除胀、利水消肿。对晚期胃癌出现直肠转移而见腹泻者，亦不治标止泻，而施以焦六曲、白扁豆、怀山药、生熟薏苡仁等培土止泻，一举双功。

钱氏认为一些性质平和的药物，若按常量施治于胃癌恐难应验，故在胃腑尚能容纳的前提下，有些药物以超量处之，如黄芪、茯苓、土茯苓、仙鹤草、白扁豆、怀山药、莪术等，每每用24~30g之量，其中白扁豆和黄芪甚至可用至60g。钱氏在胃癌的治疗过程中，还注意选择一些引入肝经或归肝经的药物，如八月札、枳壳、木香、佛手、川楝子、郁金、青陈皮。这些药具有疏泄肝木、调和脾土之功，有助于脾胃之气的纳化升降与经络之气的通畅，从而逐步达到消散肿核之目的。^[12]

18. 申屠瑾诊治经验

申氏在中医辨证施治的基础上,运用健脾散结法治疗胃癌基础方:党参、黄芪各 15~20g,白术 15g,生薏苡、莜蓂各 30g,生半夏 12~15g,狼毒 3~4.5g,陈皮 6g,甘草 3g。水煎服每日 1 剂,随证加减。同时加服狼毒浸膏片,每次 0.5g,每日 3 次;或用狼毒提取液,每次 2g,1 日 2 次,3 个月为 1 个疗程,至常年服中药维持。治疗结果:存活 6~10 个月者 9 例,1 年 5 例,2 年 4 例,3 年 3 例,5 年以上 2 例。申氏还认为治疗本病应在扶正健脾的同时适当用攻瘀、化痰、散结之品。^[13]

19. 黄永昌诊治经验

扶正祛邪、和气养荣法:黄氏认为胃癌的主要病机是气血不和,络脉瘀阻。临床以脘腹隐痛,肿块,便血,呕血,消瘦乏力,面色不荣等症状为其特征。因此黄氏对胃癌治疗主张运用扶正祛邪、和气养荣之法,采用了陈实功的《外科正宗》和气养荣之法,即在“和气养荣汤”的基础上略作加减而成。

扶正祛邪、和气养荣法治疗作用:理气和养荣配合,增强了机体的抗病能力。气生百病,变化万千,但概括起来不外乎二,抑或“气不和”,抑或“气不通”。气不足和气有余,皆为气不和的表现;气滞气逆则是气不通的征象。《儒门事亲》指出:“忧思郁怒,气机不和,日久而成积矣。”细察胃癌病人,每有脘腹胀闷、噎气、疼痛等症状,说明气机不和是胃癌最基本的病理变化。因此调和气机法,特别是和畅中焦气机,在治疗胃癌病人时占有重要地位。近年来国内外有些人对理气药进行了研究,发现此类药物有较好的抗癌作用。但按中医理论并结合临床实践来看,单纯长期使用理气药,伤胃耗

津,弊多利少,若与养荣健胃药物配合起来使用,则可和中兼通,补偏救弊。另外,方中伍以行气活血、化痰通络之品,可以使药力直达病所,发挥其化癥消积的作用。由此可见,治疗晚期胃癌,单纯化疗效果不如中医中药,但单纯的中药抗癌疗效又不如辨证论治的复方为好。必须辨病与辨证结合,扶正与祛邪配合,注意和气养荣,刻刻扶养胃气,才能不断提高晚期胃癌患者的存活率。

用药注意:①扶正与抗癌结合:治疗胃癌不宜单纯克伐攻癌。其认为中晚期胃癌不论手术与否,一般均系正虚邪实之体,若单纯采用攻伐则会造成“虚虚”之状,使体质更虚,病情发展,若一味蛮补则会阻碍气机运行,影响后天之本。因此要扶正与抗癌结合,充分发挥机体的内在因素,用药一般选黄芪、党参、白术、茯苓、白芍、薏苡仁、山药、甘草等,既有健脾养胃之功,又有一定的抗癌作用。适当加入莪术、三棱、白花蛇舌草之类既不伤正又可抗癌,扶正和祛邪,和气与养荣相结合,常可取得满意疗效。②讲究中药煎制与服药方法:黄氏主张用沙锅煎制,切忌铁锅、铝锅,每日煎服2~3次。③“和气养荣汤”处方:广郁金10g,醋元胡10g,炒白术10g,云茯苓12g,炒白芍12g,炒党参12g,炒当归10g,绵黄芪10g,蓬莪术10g,绿萼梅6g,生甘草3g,谷麦芽各10g。本方在具体应用时还需结合辨证随症加减。

注意精神与饮食调养:黄氏认为患者一定要保持精神愉快,心情畅达,否则会加重病情。同时胃癌病人还需注意饮食调节,饥饱适度,不吃过硬、过烫、过分辛辣的食物,对于炙、盐腌、火熏之物品要少吃,以防阻碍中宫,损伤肠胃。平时需投入一定的维生素和纤维素含量高的食品,以利康复。^[14,15]

20. 孙桂芝诊治经验

孙氏认为,本病属本虚标实之证,气滞、血瘀、痰凝是标,脾、胃、肾虚是本。正虚邪恋,结于胃脘,而成“反胃”(胃癌)。治疗上则应采取综合治疗,用西医手术和化疗祛邪,以中药扶正,从而共同达到抗癌消瘤之目的。

孙氏临床遵循朱丹溪“翻胃”有四:“血虚、气虚、有热、有痰”及张景岳“无非内伤之甚,致损胃气而然”的学术思想,提出了胃癌复发与转移的内因是正气亏虚,虚则致积,积而易虚,病理基础是气滞、血瘀、痰凝的观点。

在用药上既注意辨证论治,又注重某些特效药物的运用。以异功散合当归补血汤加味治疗胃癌,取得了十分理想的疗效。药用:党参 12g,炒白术、茯苓、炒陈皮、生黄芪、当归、血余炭、白芷各 10g,半枝莲、白花蛇舌草各 15g,炒露蜂房 6g。其中血余炭、白花蛇舌草、露蜂房为孙氏推崇之抗癌复发转移之经验用药。对肝胃不和者,加白芍、柴胡、佛手、香橼、八月札、绿萼梅、炒枳壳;胃热伤阴者,加麦冬、石斛、天花粉、生石膏、知母;痰湿凝结者,加半夏、竹茹、枳实、石菖蒲、藿香、砂仁、生薏苡仁、白蔻仁;脾胃虚寒者酌加人参、干姜、桂枝、小茴香、炙甘草等;气阴双亏者加黄芪至 30g 及肉桂、白芍、熟地、枸杞、女贞子、山药、山萸肉、阿胶;有骨转移者,加透骨草、鹿衔草、骨碎补、鸡血藤等。^[16]

21. 潘澄濂诊治经验

除积之要,知在攻补之宜:胃癌,从它的病变本质来说,是一种实证。但就患病机体来说,脏器功能可以由实至虚。也就是当患者的精气被耗夺的时候,就会出现虚象。尤其是采用化疗,虽各药的毒性有轻重不同,机体对药物的反应性

亦有所差异,但都或多或少地会促使机体受到不同程度的损害,导致正气虚衰;所以对肿瘤的诊断和治疗,潘氏认为要辨病和辨证相结合,也就是要注意不同部位的肿瘤所引起的各种不同的相应症状外,还要观察患者的全身状态,如精神、营养、脏器代偿功能、气血盛衰等,用以辨别正邪的虚实而制订治疗计划,采取攻补的先后主次的措施,或攻补交替应用,以达其治疗的目的。

保卫元气:潘氏在治疗胃癌中强调扶正法的作用,认为从古至今,凡消散攻邪之剂均药物猛烈,同时具有一定的毒性,长期或大量服用,损伤正气。潘氏提倡前人提出“养正积自除”的观点,认为生命的存亡,与元气的充沛和损伤有着很大的关系,在治疗肿瘤一类疾病,不只含有毒性攻伐的药物所能见效,在某些情况下,也要用补益的药物以扶正,徐灵胎说:“疾病之人,若元气不伤,虽病甚不死;元气或伤,虽病轻亦死。”所以中医十分重视保卫元气。现代医学应用化学药物治疗肿瘤,它的主要指标,首先考虑白细胞计数,一般不低于 $40 \times 10^9/L$;其次,如肝、肾、心、肺的功能无明显损害者,才可为接受化疗的对象,否则,不宜应用。即使已应用化疗,如疗程中发现白细胞减少,脏器功能损害,也会迫使中途停药。中医扶正法的运用,不仅对化疗药物引起的白细胞减少,脏器功能损害,起到保护和恢复的作用,可能还有加强自身免疫机制,以发挥其自身免疫治疗的作用。

潘氏将扶正法分为益气、补血、养阴、温阳四大类。

常用的益气药:太子参(或用红参)、黄芪、虎杖、白术等。它适应于气虚证,主要表现为“头眩,短气,肢体酸软乏力,饮食乏味,舌苔薄腻,脉象濡细。血象检查,可有白细胞减少(一般在 $40 \times 10^9/L$ 以下),血红蛋白、血小板在正常范围或稍有减少。

常用的补血药有：熟地、首乌、鸡血藤、当归、黄精等。它适应于血虚（或称营血不足）证，主要表现是：面唇苍白，头晕，耳鸣，心动悸，自汗或盗汗，舌质淡，隐隐而带青紫，苔白腻或淡黄，脉象虚大带数；血象检查，可伴有白细胞、血红蛋白明显减少等。

常用的养阴药有：鳖甲、龟甲、地黄、天冬、石斛、女贞子、元参等。它适应于阴虚证，主要表现是：两颧泛红而色不鲜泽，头眩或胀痛，五心烦热，口干带苦，舌质红，或中有剥痕，苔黄糙，脉象弦数或细数。血象检查，可伴有白细胞和血小板减少，血红蛋白基本正常。此外，可能伴有肝、肾功能损害（如血清总蛋白减少、电解质紊乱）等。

常用的助阳药有：补骨脂、仙灵脾、附子、鹿角片、肉桂等。它适应于阳虚证，主要表现是：面色晄白，精神委顿，身有寒象，肢冷，溲清，便溏，舌质淡、苔白滑，脉象细弱或虚大带数。血象检查，可有白细胞、血红蛋白、血小板明显减少。

从临床具体患者来看，上述各类药物适应证中，表现为单一的证型者虽有，但以气血两虚，或气阴两虚的互见证型较多。因此，潘氏强调对各类药物的应用，亦要根据病情作适当的配合，始能达到扶正祛邪的目的。^[17]

22. 胡安黎诊治经验

胃癌是临床常见的疑难病症之一。目前对晚期患者仍缺乏较理想的根治方法。胡氏认为胃癌的脘腹饱胀、隐痛或刺痛、上消化道出血、消瘦乏力、呕吐或呕血、肿块等临床症状，属中医“胃脘痛”、“反胃”、“积聚”、“癥癖”等范畴。

胃癌的主要发病因素是：冷饮不节，营养膳食不调，外感寒冷之邪以犯胃，导致胃阳损伤，脉络失养，形成浅表性胃炎、萎缩性胃炎，并经慢性胃粘膜损害→肠化→不典型增生

一癌的模式发展为胃癌。胡氏强调胃癌的本质是虚寒,发病过程中所产生的湿、痰、毒、热则是标。因此,胃癌的病因病机及其发展规律可用:阳虚湿阻,寒凝血滞,气血不和,痰瘀毒阻;或素质阴虚,痰热癌毒胶结,脉络痹阻,遂致成症,恶变为癌来概括。

临床上以温中健脾,调气和血,或温中补虚,柔肝缓急,化湿去毒,软坚散结,活血消癥,滋阴清热等法运用最多。“胃为多气多血之腑”,故见胃癌虚者,不可峻补,恐气血愈补愈滞;药量亦不可过大,总以轻量缓进为宜。至若久郁化热、阴虚痰毒瘀结发热者,亦不可纯投苦寒之剂,宜在甘寒养阴清热方剂中加入醒脾健胃之品,即使祛邪不伤正,也是恢复脾升胃降,增进饮食以扶正的理想治法。

胡氏以辨证结合辨病的方法,对 39 例不能手术切除的晚期胃癌(以下简称胃癌)进行了临床疗效观察,辨证分三型论治,总有效率为 79.48%。瘤体消失率为 58.97%。

脾胃虚寒痰瘀交阻型(21 例):面色淡白,胃脘饱胀,瘕块喜按;或胃脘隐痛不休,呕吐痰涎,或呕血,少气懒言,食少便溏;舌质淡红挟蓝、苔白薄润滑,或舌质暗、苔白腻,脉迟,或沉细涩。

治宜温中降逆,补肾助阳,调气和血。

方用附子理中汤合平胃散加味:淡附子、党参、白术、茯苓、补骨脂各 6g,黄芪 12g,炙甘草、干姜各 3g,砂仁、小茴香、厚朴、苍术、陈皮各 6g。

肝脾不和气虚血瘀型(11 例):面色苍黄挟青,胃脘瘕块喜按,或疼痛如刺;不思饮食,腹胀噎气,肠鸣阵作;或呕吐物如酱,少腹挛痛,大便溏黑;或腹部胀满,下肢浮肿,小便不利;舌质紫暗,苔薄白,脉弦涩。

治宜温中补虚,柔肝缓急。

方用黄芪建中汤合失笑散加味：黄芪 12g，桂枝、白芍、缩砂仁、党参、白术、茯苓、防风、半夏、五灵脂、生蒲黄、大枣、生姜各 6g，炙甘草 3g。

脾胃阴虚痰热瘀毒型(7例)：面色晦暗，胃脘灼热，疼痛如刺，癥块坚硬拒按；口干咽燥，食则呕吐，大便干结；舌质暗红，苔薄黄，或苔黄干涩，脉细弦数。

治当滋阴清热，润燥降逆，解毒化痰并举。

方用增液汤、一贯煎加减：玄参、麦冬、生地、鲜白茅根各 24g，川楝子、枸杞、海藻、昆布、瓜蒌实各 9g，芦根、北沙参、丹参、黄芩、虎杖、火麻仁、郁李仁、仙鹤草、生白芍、生山药各 12g，绿萼梅、生甘草各 6g，海参(洗)2条。

随证加减：呕吐不止，另用牛奶 30ml、韭菜汁 6ml、生姜汁 6ml，伴草拨末 2g，分二次徐徐咽服；呕血者，另用紫珠、荆芥炭、白英、田七末各 3g，地榆炭、仙鹤草末各 6g，拌匀，分 4 次以冷开水送服；颠顶痛者，此胃病及肝经，为肝胃虚寒之象，故加服吴茱萸汤一剂，以肝胃同治；若身热夜甚，口不甚渴，神昏谵语，大便数日不通，小便短赤，舌质光剥，脉细数无力，此乃毒火炽盛。热入营血，气阴两伤之危急证，治当清营解毒，两补气阴，方用新加黄龙汤、清营汤(《温病条辨》)加减：细生地、玄参、金银花(后下)各 15g，生大黄(后下)、丹参各 9g，连翘、当归、人参(另煎)、生甘草各 6g，芒硝、竹叶心各 3g，姜汁 6 匙；腹水或下肢浮肿，加益母草 90~120g，蟋蟀粉(冲服) 3g；黄疸，加郁金、车前子、六月雪、焦山楂各 12g，桃仁、丹参、前胡各 9g；外感风热，加葛根、浮萍、青蒿、前胡各 9g；外感风寒者，加防风、荆芥、生麻黄。

胡氏在辨证基础上辨病治癌，认为癥结在胃的癌肿，犹如中医外科的“阴毒恶疮”，并将祖传外敷“阴毒恶疮”的“人参四虫和阳散”(人参、补骨脂、炮姜、全蝎、僵蚕、水蛭、鱼

鳔)加味,改为“727 散”内服。方药组成:橘络、炮干姜、生半夏各 64g,生南星、淫羊藿、炒白术、茯苓、生牡蛎、鱼鳔(炒)、人参、补骨脂、土鳖虫、水蛭、全蝎、蚕茧各 128g,共研细末备用。功能:和阳通滞,活血祛瘀,攻毒化痰,软坚消癥。服法与用量:每次 3g(大便隐血试验阳性者 1.5g),与白蜜 10ml 调成糊状,每日按 7、11、17、21 时咽服(夏令时推迟 1 小时),服后 1 小时内禁止任何饮食。治疗期间忌生冷、饮酒及不消化物。通过观察治疗发现,疗程长,显效率可提高。此外,长期运用本治法,患者无不良反应。^[18]

23. 郁仁存诊治经验

郁氏认为,胃癌的病因较为复杂,从中医观点分析,胃癌发病因素系饮食失节、忧思过度、脾胃损伤、气结痰凝所致。认为胃癌产生的反胃膈塞不通之证有气结、热结、瘀血、食积及脾胃虚寒等说。

辨证施治:

肝胃不和:胃脘胀满,时时作痛,窜及两胁,口苦心烦,暖气陈腐,饮食少进或呕吐反胃,舌苔薄黄或薄白,脉弦细。疏肝和胃,降逆止痛。

脾胃虚寒:胃脘胀隐痛,喜按喜温,或朝食暮吐,暮食朝吐,或食入经久仍复吐出,时呕清水,面色晄白无华,肢凉神疲,或便溏浮肿,舌质胖淡,齿痕,苔薄滑润,脉沉缓或沉细濡。温中散寒,健脾和胃。

瘀毒内阻:胃脘刺痛,灼热灼痛,食后痛剧,口干思饮,脘胀拒按,心下痞块,或有呕血便血,肌肤枯燥甲错,舌质紫暗或瘀点,脉沉弦、细涩或弦数。解毒祛瘀,清热养阴。

气血双亏:晚期胃癌,高度贫血,面苍无华,面目虚浮,畏寒身冷,全身乏力,心悸气短,头晕目眩,虚烦不寐,自汗盗

汗,纳少乏味,形体羸瘦,上腹包块明显,舌质淡胖,白苔,脉虚细无力或虚大。补气养血,健脾补肾。^[19]

【按语】

综合以上 24 医家对胃癌的认识,大多认为胃癌是脾胃功能失常而产生的一种积聚性病变。多因忧思恼怒,情志不遂或饮食不节,而致肝失疏泄,胃失和降,或久病损伤脾胃,运化失职,痰凝气滞,热毒血瘀交阻于胃肠积聚成块而发病。治疗上辨证与辨病相结合,区别主次、先后,扶正祛邪,注意保养胃气,选加抗癌中草药。

但各位专家也各有特色。钱伯文对胃癌有着比较全面系统的认识,他认为气机失调是诱发胃癌的一个重要因素和发病过程中的病理变化,强调胃癌中、晚期的虚弱,主要是脾的运化失司这一局部的病理变化及于全身所致,因此以脘腹、饮食、大便辨其气、血、虚、实、寒、热。钱氏创建治疗胃癌大法有:①首重舒肝理气。②化痰化痰并重。③消坚散结为治疗原则。④攻补兼施包括化痰益气并进,养正破坚积,同时重视脾、胃、肾的补益,提高食欲,增强胃气。钱氏在治疗胃癌中擅长运用枳术,对脾虚气弱者,宜健脾益气,重白术而轻枳壳;对脾胃气滞,宜宽中理气,重枳壳而轻白术;对湿浊中阻者,宜祛湿运脾,枳壳、白术并重;对胃津不足者,宜益胃生津,枳壳、白术皆轻。张锡君将胃癌病理改变分初期、中期、晚期“三个阶段”。认为初起多由情志不遂,肝气不舒或饮食不节,损伤脾胃,致肝胃不和,脾胃气滞,这一阶段病情较轻,易为人们忽视。继则肝郁气滞,脾胃受伤,运化失常,痰浊内生;肝郁气滞,气机失宜,阻于血络,血滞成瘀;痰瘀互结,日渐成积。“晚期”,既有痰瘀癥积等邪实的一面,又有气

血大亏脾胃虚弱等正虚的一面,本虚标实。治疗宜攻补兼施,以补为主,重在益气养血,滋阴育阳,健脾调胃,佐以活血化瘀、软坚散结,具体用药上除常规煎剂外,总配以散剂、丸片剂、针剂及有关的中成药。胡安邦认为胃癌患者一般情况都较差,常见舌淡脉细、气血不足之邪。故用药攻癌,须在辨证论治的指导下,结合成方扶正祛邪,其效始著。周岱翰在胃癌论治方面,强调首先注重辨证,辨证着眼于温补脾肾。辨病多从局部癌瘤着想而选择有效的抗癌中药,常用四君子汤加味。段凤舞认为,“胃反”、“吐血”、“黑便”、“胃脘痛”、“心之积”、“伏梁”“腹胀”等证很可能是胃癌发展到不同阶段的症状或体征。段氏认为胃癌不同一般的胃病,不仅要辨证与辨病相结合,并应在辨证用药的基础上,选加几味抗癌药以增强疗效。胃癌病人,消磨腐熟水谷功能大减,脾胃易虚,以“和”为贵,禁用肆意攻伐。应忌滋腻及过分苦寒,抗癌药性味苦寒者居多,尤应恰当运用,以免损伤脾胃功能。王龙宝的用药特点体现在:①单味与多效兼谋;②归经与引经药配用;③大剂与常量区处。孙秉严则擅长运用攻下法治疗胃癌,认为胃癌的临床证候,以脾肾阳虚之寒瘀毒结症最多见,因此在治疗上,升脾阳以疏肝气,温胃降胃以利胆气是关键外,攻下法当是祛邪最有力的方法。黄永昌用药注意:①扶正与抗癌结合:治疗胃癌不宜单纯克伐攻癌。②讲究中药煎制与服药方法:黄氏主张用沙锅煎制,切忌铁锅、铝锅,每日煎服2~3次。邱氏提示,脾虚是消化道恶性肿瘤发生、发展的重要因素,临床实践和研究表明健脾法治疗消化道恶性肿瘤的独特优势,而实验研究更是揭示了其丰富的现代科学内涵,这无疑将在中医临床应用和开展中医现代研究中起到积极作用。

胃癌是消化系统常见的恶性肿瘤。中医中药治疗本病

已取得了一定的进展,为无手术适应证及不能放、化疗的病人提供了一条治疗途径。中西医结合治疗本病,不仅可以增强疗效,减少放疗、化疗的毒副作用,而且可以提高生存率及生存质量,延长生存期,降低复发率。

(张晓明 张声生)

参 考 文 献

- [1] 钱伯文. 肿瘤的辨证施治. 上海: 上海科技出版社, 1980. 81~82
- [2] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·肿瘤卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999.
- [3] 章永红, 钱伯文. 浅谈胃癌的中医辨证鉴别与治疗. 中医杂志, 1983, (6): 63
- [4] 李岩. 肿瘤临证备要. 北京: 人民卫生出版社, 1989.
- [5] 张继泽, 邵荣世, 单兆伟. 张泽生医案医话集. 南京: 江苏科学技术出版社, 1981.
- [6] 贾堃. 癌症中医防治研究. 西安: 陕西科学技术出版社, 1980.
- [7] 赵建成, 段凤舞. 段凤舞肿瘤积验方. 合肥: 安徽科技出版社, 1991.
- [8] 卢祥之, 张年顺. 著名中医治疗癌症方药及实例. 北京: 科学技术文献出版社, 1990.
- [9] 张代钊. 中西医结合治疗癌症. 太原: 山西人民出版社, 1984.
- [10] 王龙宝. 胃癌的辨证论治. 上海中医杂志, 1987, (10): 6
- [11] 杨金坤, 等. 邱佳信治疗消化道恶性肿瘤的学术经验. 上海中医药杂志, 1995, (2): 8~10
- [12] 钱心兰, 等. 攻补兼施治疗胃癌 113 例. 上海中医药杂志, 1996, (2): 7
- [13] 孔祥铁, 等. 中医治疗胃癌的近况. 实用中医内科杂志, 1990, 4 (2): 11
- [14] 黄永昌. 胃癌长期存活案例分析及有关问题探讨. 吉林中医药, 1993, (1): 31
- [15] 黄永昌. 和气养荣法治疗胃癌的临床观察. 中医杂志, 1986, (12):

- [16] 宋思峰, 孙桂芝防治胃癌复发转移的经验. 湖北中医杂志, 1995, (6): 4
- [17] 浙江省中医研究所文献组, 潘澄濂医论集. 北京: 人民卫生出版社, 1981.
- [18] 胡安黎. 辨证结合辨病治疗 39 例晚期胃癌疗效分析. 北京中医杂志, 1988, (5): 21
- [19] 郁仁存. 中医肿瘤学. 北京: 科学出版社, 1983.

大 肠 癌

【概述】

大肠癌是结肠癌与直肠癌的总称,为消化道常见的恶性肿瘤,其发病率仅次于胃癌与食管癌。据有关资料表明,目前大肠癌的发病率呈逐年上升的趋势。在欧美经济发达国家,居内脏恶性肿瘤的第一、二位,年发病率达 35 ~ 50/10 万人;在我国,其发病率与死亡率约占常见肿瘤的第六位。本病的发病年龄以 40 ~ 60 岁居多,但 21 ~ 40 岁的青年患者亦占相当比例,约 40%。男性较女性多,男女比例为 2:1。好发部位为直肠,其次为乙状结肠,向上则逐段减少,至盲肠又逐渐增多。基本病理可分为肿块型、溃疡型和浸润型。组织学分型为腺癌、粘液癌、未分化癌和鳞状上皮细胞癌,其中以腺癌最多,约占 80%。该病以排便习惯改变以及腹部肿块、腹胀、腹痛、脓血便为特征。钡灌肠 X 线摄片、纤维结肠镜检与病理组织活检是本病确诊与分型的主要依据。

大肠癌属中医瘕瘕、积聚、脏毒、肠覃、锁肠痔、下痢等范畴。其病因病机多从虚(脾胃气阴虚)、毒、湿、瘀、痰等几方面来考虑,多因情志失调、饮食内伤,在正气虚弱的基础上发生。病理为脾胃虚弱,湿热瘀毒互结,使大肠络脉瘀阻,久而成积。

【名医经验】

1. 刘佃温诊治经验

根据病情早晚,正气盛衰对直肠癌辨证施治,提出五法:

(1)理气活血,解毒散结法:多用于直肠癌早期,气滞血瘀型。多因长期情志不畅,忧愁思虑,致肝气郁结,气滞血瘀。症见便下血色暗红,腹胀、腹痛或痛有定处,精神抑郁,局部肿块坚硬如石,舌质暗,边有瘀斑,脉弦细或细涩,方选血府逐瘀汤合桃红四物汤加减。药用延胡索、郁金、桃仁、红花、香附、广木香、地榆、槐花炭、白花蛇舌草、半枝莲、白及等。配合白花蛇舌草 60g,半枝莲、马齿苋、乌梅 30g,浓煎取汁 50~80ml,保留灌肠。

(2)清热利湿,解毒散结法:多用于直肠癌早、中期湿热蕴结肠道,与瘀血相搏所致。症见里急后重,肛门灼热,粘液脓血便,气味腥臭,局部肿块坚硬,伴有低热,脘腹痞满,纳差,舌质红,苔黄腻,脉濡数或弦数。以白头翁汤合葛根芩连汤加减,药用白头翁、黄芩、黄连、黄柏、秦皮、马齿苋、地榆、木香、枳壳、白花蛇舌草、苦参等。配合黄柏、黄芩各 20g,白头翁 30g,乌梅 15g,白花蛇舌草 60g,浓煎取汁 50~80ml,保留灌肠。

(3)益气养血,扶正祛邪法:本法适用于中晚期直肠癌气血两虚者。因素体气血不足或年老气血亏虚,或放疗化疗手术之后血耗伤所致。症见肛门坠胀剧痛,便次频繁,形体消瘦,面色无华,气短乏力,舌质红,苔薄白,脉沉细无力。方选八珍汤合补中益气汤加减。药用黄芪、当归、党参、白术、茯苓、升麻、柴胡、鸡血藤、半枝莲、白花蛇舌草。配合乌梅、白

及、白头翁各 30g,浓煎取汁 50~80ml,保留灌肠。

(4)温补肾阳,健脾益气法,用于中晚期直肠癌属脾肾阳虚者。由素体阳虚或久病,或放疗、化疗、耗伤阳气所致。症见大便溏薄,或五更泻,小便清长,伴腰膝酸软,形寒肢冷,腹痛纳差,舌质淡胖,苔白,脉沉细弱,方选四神丸合参苓白术散加减。药用破故纸、吴茱萸、肉豆蔻、五味子、黄芪、党参、白术、茯苓、制附子、赤石脂、诃子等,配合乌梅、白及、白花蛇舌草 30g,浓煎取汁 50~80ml,保留灌肠。

(5)柔肝补肾,滋阴清热法:多用于晚期直肠癌。因病至晚期或邪毒瘀久化热伤阴,或放疗化疗后热毒灼伤阴液,或手术出血过多,耗伤阴血所致。症见大便干结,夹有浓血或粘液,伴有头晕目眩腰膝酸软,耳鸣盗汗,五心烦热,舌质红,苔黄而光剥,脉细数。方选知柏地黄汤加减,药用黄柏、知母、熟地黄、泽泻、龟甲、女贞子、山茱萸、地骨皮、地榆、仙鹤草、槐花炭等。配合槐花炭、地榆、白花蛇舌草各 30g,浓煎取汁 50~80ml,保留灌肠。^[1]

2. 李岩诊治经验

李氏亦主张术后放疗、化疗同时加用中药施治,并结合具有抗癌作用的中草药:

(1)利湿解毒、化瘀消积通肠:用于湿毒滞肠、积聚锁肛者。其辨证要点是肛门、结肠结节或肿物肿痛,大便带脓血粘液,大便次数增多,便形变扁,伴有腹痛腹胀,食少,体重减轻,苔黄腻,脉弦沉。以槐角地榆汤合白蛇六味散加减。槐角 15g,马齿苋 30g,白花蛇舌草 20g,半枝莲 20g,山豆根 15g,丹参 20g,代赭石 30g,红藤 20g,石见穿 10g,白英 20g,蛇莓 20g,龙葵 20g。

(2)健脾补肾,解毒化湿,通利二便:用于脾肾二虚,湿毒

泛滥型,其特点是腹痛下坠,二便频数,肛门灼痛,里急后重,便带脓血,便细便难,腹胀浮肿,有时脱肛,肿瘤嵌闭,不能还纳,感染发烧,出脓血,味恶臭,腰酸腿软,全身乏力,形体羸瘦,舌质暗,苔白腻。以薏苡附子败酱散合白头翁汤加减:生苡米 30g,制附片 6g,败酱草 20g,白头翁 20g,秦皮 15g,紫河车 15g,桑寄生 30g,苍、白术各 30g,仙灵脾 10g,翻白草 20g,金刚藤 30g,白英 20g,白屈菜 30g,黄芪 30g,鬼箭羽 15g。

随症加减:腹痛腹胀:杭芍 30g,甘草 15g,元胡 10g,川楝子 10g,炒莱菔子 30g。下坠便频:葛根 30g,升麻 15g,桔梗 10g,生芪 40g,秦皮 15g,芥穗炭 15g。便血不止:血余炭 30g,阿胶 10g,仙鹤草 30g,三七 6g,乌贼骨 15g。肛门堵塞:代赭石 30g,大云 30g 等冲服。里急后重:川连 10g,木香 10g,槟榔 10g,杭芍 30g,甘草 20g,藤梨根 30g。

可见其辨证中强调湿毒病邪在大肠癌中的致病作用。²⁾

3. 钱伯文诊治经验

(1)清热解毒,活血消肿法:用于热毒壅滞型。临床特点是大便次数增多,平时常带有脓血和粘液,腹部胀痛,胃纳不佳,苔黄腻,脉细弦或细数。用黄连解毒汤、四妙丸、当归龙荟丸、槐花散、少腹逐瘀汤加减。

(2)健运化湿,消肿解毒法:用于脾虚湿滞型,临床特点是胸闷不舒,胃纳不佳,腹部胀满作痛,大便粘液,时常伴脓,臭秽异常,苔腻或白腻,脉细涩或细濡。用胃苓汤、藿朴夏苓汤、桂枝桃仁汤、木香通气散、消痈汤等加减。

加减应用:下痢脓血加银花炭 12g,炮姜炭 6g,广木香 6g,川黄连 3g,制大黄 6g;恶心呕吐加姜半夏 9g,陈皮 6g,枳壳 9g;腹痛便秘加枳壳 9g,槟榔 16g,广木香 9g,延胡索 12g;

气虚乏力加炒党参 12g, 茯苓 12g, 炙甘草 6g, 陈皮 6g; 血虚眩晕加当归 9g, 白芍 12g, 熟地 24g, 黄精 12g, 制首乌 12g, 墨旱莲 24g。^[3]

4. 瞿范诊治经验

瞿范运用健脾益气, 利湿解毒法, 治疗中晚期大肠癌自拟扶正抗癌方, 组成: 党参、黄芪、白术、茯苓、苡仁、土茯苓、半枝莲、制半夏、仙鹤草、陈皮。辨证加减: 纳呆腹胀者加鸡内金、焦楂曲、炒谷麦芽; 恶心呕吐者加降香、炒竹茹; 消化道出血者加地榆、墨旱莲; 放疗后阴津亏虚者加南沙参、石斛、麦冬; 术后血虚者加当归、干地黄; 放疗、化疗后白细胞下降者, 加补骨脂、枸杞子、鸡血藤。临床观察表明可提高患者免疫功能 and 抗癌能力, 从而延长了患者的生存期。^[4]

5. 饶燮卿诊治经验

饶氏运用健脾升清法, 自拟升血汤治疗脾虚型大肠癌:

脾虚症的诊断标准: ①食欲减退; ②便溏; ③腹部虚胀; ④四肢乏力。兼症有浮肿、内脏下垂、月经过多等; 脉细弱, 舌体胖有齿痕、舌质淡红、苔薄白。临床上出现 2 个主症和一个兼症, 舌脉相符者, 即辨为脾虚证。用药方法: 患者服用升血汤(生黄芪、太子参、白术、茯苓、女贞子、菟丝子、枸杞子各 15g, 鸡血藤 30g), 每日 1 剂, 水煎服, 早晚各 1 次, 2~3 个月为 1 个疗程。用升血汤治疗后脾虚患者免疫功能有明显提高, 巨噬细胞吞噬功能、淋巴细胞转化率、E-玫瑰花形成率、T 细胞亚群中的 TH 细胞、NK 细胞杀伤性等有明显提高。说明升血汤具有很好的提高肿瘤脾虚患者细胞免疫功能的作用。^[5]

6. 孟兆华诊治经验

孟兆华等根据临床经验,运用活血通络散结消肿法,自制中药止痛抗癌丸(膏),治疗晚期大肠癌患者,经临床观察有一定抗癌止痛作用。其组成和用法是:黄药子、三七各10g,川乌6g,冰片、紫皮大蒜各100g,麝香适量。取三七、蚤休、玄胡、芦根、黄药子、川乌、冰片、麝香共为细粉,过100目筛,用大蒜将药物调成膏剂,制丸时须将麝香经⁶⁰钴照射灭菌使用,膏剂或丸剂单位为3g。治疗方法:贴敷药者用膏剂,隔日两贴,贴于痛点或经络压痛部位。口服者用丸剂,每日两丸。经观察,止痛效果显著者半小时内就疼痛缓解,且止痛时间最长达21小时,用药后可延长生存期3~6个月。^[6]

7. 何永恒诊治经验

何氏等认为大肠癌根治术后联合化疗后所致白细胞减少症,主要病机是气血两虚兼湿热,故拟补气养血,清热燥湿之法,以当归补血汤化裁,加大黄芪、当归用量,其比例为2:1,加入小剂量黄柏。黄芪80g,当归(酒洗)40g,黄柏10g,归芪补益气血,黄柏可制归芪温燥,又除邪毒湿热。本方药精力大,祛邪与扶正兼顾。临床观察表明对术后化疗引起白细胞减少有较好疗效。^[7]

8. 李国栋诊治经验

李国栋等人采取中西药结合治疗直肠癌已卓有成效。其治疗方法为手术后配合放、化疗及中医证分型治疗。中医治疗方法有:①清热解毒、扶正培本,采用党参、白术、茯苓、陈皮、法半夏、生薏苡仁、土茯苓、白花蛇舌草组成的方剂配合治疗。经实验研究表明,此方能减轻环磷酰胺对小鼠的

毒副作用,减轻对骨髓的抑制作用,并有明显抑瘤作用。②滋阴清热,方药采用六味地黄汤加减。实验表明六味地黄汤具有抑制突变、降低化学致癌和动物自发性肿瘤发生率的作用,能有效降低癌细胞蛋白合成,控制 CAMP 含量,延长存活时间。③活血化瘀,适用于气滞血瘀的中、晚期患者,方用少腹逐瘀汤,可改善症状,降低血液粘稠度,且有明显的抑瘤作用,可延长其生存期。④还可选用其他中成药如天仙丸、猎苓多糖、香菇多糖、女贞素、芦笋精、黄芪等,均对大肠癌有较好的疗效。^[8]

9. 包素珍诊治经验

包素珍用健脾益气解毒法,以中药“复方三根汤”为主治疗中晚期大肠癌。

复方三根汤组成:藤梨根、虎杖根、野葡萄根各 30~60g,党参、白术、茯苓、八月札各 15g,生薏苡仁 30g,腹胀加广木香 12g,大腹皮 15g;疼痛加延胡索 24g,川椒 9g,全蝎 3g;呕恶加姜半夏、姜竹茹各 12g;便血加仙鹤草 30g,地榆 15g;远处淋巴结转移加山豆根 5g,蜈蚣 3 条;化疗后白细胞偏低加仙茅、仙灵脾各 15g,羊蹄根 30g;阴虚加北沙参 30g,枸杞子 15g,丹皮 12g。以中药加化疗同时治疗,观察证实中药结合化疗有助于机体免疫功能的提高和恢复。包氏等认为,复方中的藤梨根、虎杖根、野葡萄根经证实,有抑制肿瘤生长,提高宿主白细胞及免疫功能作用,临床与化疗同用,既可相互协同杀灭肿瘤细胞,又可防止减轻化疗药降低白细胞的副作用。方中的四君子汤经实验证实可明显提高人体的免疫功能,使正常细胞增殖处于旺盛状态,而增加化疗的敏感性。^[9]

10. 郁仁存诊治经验

病因病机:大肠为六腑之一,司传导之职。郁氏总结中医历代医家对大肠癌的病因和病机认识,认为大肠癌亦不外内、外两方面因素。

(1)外因有寒气客于肠外,或久坐湿地,或寒温失节,饮食不节,恣食滋腻,醇酒厚味,或误食不洁之品等,损伤脾胃,运化失司,湿热内生,热毒蕴结,流注大肠,蕴毒结于脏腑,火热注于肛门,结而为肿。

(2)内因中,忧思抑郁,脾胃失和而致湿热邪毒蕴结,乘虚下注,浸淫肠道,气滞血瘀,湿毒瘀滞凝结而成肿瘤。因而,此病由于正气内虚、脾肾不足、久泻久痢、湿毒瘀滞于下而成,因而解毒化瘀、清热利湿、理气化滞及补虚扶正等均为治疗大肠癌的常用法则。

郁氏将大肠癌辨证施治分为三型:

(1)脾虚湿热:用于脾虚气亏,湿热滞肠。食欲不振,腹胀面淡,气短乏力,腹痛拒按,便稀或溏,或里急后重,便下脓血,苔黄腻,脉滑数或沉细滑。治宜健脾理气,清热利湿。方药:苍白术各 10g,生薏苡仁 30g,云苓 10g,厚朴 10g,黄柏 10g,石英 30g,龙葵 10g,藤梨根 30g,败酱草 30g,白头翁 20g,元胡 10g,川楝子 10g,川连面 3g(冲)。大肠癌脾虚湿热蕴毒滞于大肠,正虚邪实。用苍白术、生薏苡仁、云苓健脾利湿;厚朴、元胡、川楝子理气化滞;黄柏、川连清热燥湿;石英、龙葵、藤梨根、败酱草、白头翁清热解毒。合而用之,能健脾清热,解毒抗癌。

(2)湿热湿毒型:用于湿热留滞,瘀毒结积。腹痛腹胀,痛定拒按,腹有包块,矢气胀减,便下脓血粘液,或里急后重,或便溏便细,舌暗红,有瘀斑,苔薄黄,脉弦数。治宜清热解

毒,理气化滞,祛瘀攻积。方药:三棱 10g,莪术 10g,川楝子 10g,木香 10g,厚朴 10g,马连 20g,败酱草 30g,红藤 20g,半枝莲 30g,土茯苓 30g,藤梨根 30g,马齿苋 30g,石英 30g,儿茶 10g。湿热留滞,瘀毒内结,腑气不通,气滞血瘀,证见腹胀腹痛,痛有定处,矢气后胀减,里急后重,便下脓血,舌暗有瘀。川楝子、木香、厚朴理气化滞;三棱、莪术活血攻积,马连、败酱草、红藤、半枝莲、土茯苓、藤梨根、马齿苋、石英、儿茶清热解毒抗癌。

(3)脾肾寒湿型:用于脾肾阳虚,寒湿结毒。患者久泻久痢,形体消瘦,面色苍白,喜睡懒动,肠鸣而泻,泻后稍安,腹痛喜热,甚则肢凉怕冷,苔白,脉沉细尺弱。治宜温肾健脾,祛寒胜湿。方药:党参 20g,苍白术各 10g,云苓 10g,故纸 10g,吴萸 10g,肉蔻 10g,五味子 10g,干姜 6g,黄芪 20g,老鹳草 10g,石榴皮 10g。久病久泻,脾虚命门火衰,寒湿内蕴,故温肾健脾,补先后天之本,同时温逐寒湿。党参、白术、云苓、故纸、吴萸、肉蔻、黄芪温补脾肾,五味子、石榴皮敛肠止泻;干姜温中,苍术、老鹳草燥湿胜湿。

临床辨证加减用药:清热燥湿:黄芩、黄柏、黄连、苦参。清热利湿:猪苓、竹叶、瞿麦、木通。分利止泻:车前草、泽泻、腹皮、猪苓。化食导滞:山楂、焦三仙、内金、熟军。固涩止泻:石榴皮、椿根皮、肉豆蔻、诃子肉、粟壳、儿茶、老鹳草、赤石脂、禹余粮。其中儿茶、老鹳草为郁氏经验用药,对腹泻有效。止血消肿:地榆、槐花、仙鹤草、大小蓟、三七、血余炭、蜂房。止痛消胀:元胡、白屈菜、生蒲黄、五灵脂、沉香、乳香、赤芍、莪术、腹皮、厚朴、乌药、川楝子。里急后重:木香、槟榔、酒军、秦皮、葛根、元胡。^[10]

11. 王绪鳌诊治经验

王氏在治疗老年性肠癌中体会到:对老年人,出现大便习惯和粪便性质的改变,便秘或腹泻,便血或粘液血便,以及大便变形变细,或出现消瘦、乏力、腹胀、贫血等症,应提高警惕,及早检查,争取早期治疗。目前手术治疗仍为肠癌治疗的主要手段,如根治性切除,术后5年生存率已达50%~60%。但老年体弱,或晚期肠癌,不适宜手术者,运用中医药仍是十分必要的,对于加强体质,提高机体免疫功能,改善症状,延长生命有一定作用,并能弥补手术、化疗、放疗之不足。

老年人高精亏,气血不足,五脏亏损,元气不足,多呈现一系列虚弱病症,而肠癌所出现的大便脓血、腹痛腹胀等症多为湿热蕴结,气滞不畅,多呈实象。治疗要权衡虚实,或寓攻于补,或寓补于攻,或攻补兼施,虚实并治。对虚象显露的晚期病人,不能一味孟浪攻伐,以免戕伤正气,加速死亡。治老人之病,宜用王道之法,切忌霸攻以求速效。老人脾胃造化本弱,用药要避免过分阴凝滋腻,以防碍胃。过用温热,易伤真阴,消耗津液,肠癌湿热积滞不化,不宜早投温补固涩,或滋腻养阴,以免闭门留寇,阻抑气机,宜清化湿热为先。总之对老年肠癌治疗,可以中西配合,取长补短,改变给药途径,内外兼治,以提高疗效。

辨证分型论治:①湿热型:为腹部阵痛,便中夹血,或里急后重,肛门灼热,或者发热恶心胸闷等,舌质红,苔黄腻,脉滑数。治拟清热利湿,方用槐角地榆汤或清肠饮加减。热结便秘加甜瓜子、大黄、番泻叶、黄连;便血多加大小蓟、三七等;腹泻加马齿苋、白头翁。②瘀毒型:烦热口渴,腹痛泻下脓血,色紫暗量多,里急后重等,舌质紫或有瘀点,脉涩滞,或

细数,治拟化癥解毒。方用膈下逐瘀汤,或桃红四物汤加减。腹硬满而痛加川楝子、炮山甲、丹参等;里急后重加广木香、藤梨根。③脾肾阳虚型:面色苍白,少气,无力,畏寒肢冷,腹痛,五更泄泻等,苔白,舌质胖,脉沉细无力。治拟温补脾肾。方用附子理中汤、四神丸加减。肾阳虚甚加仙灵脾、巴戟天、肉桂等;便血黯红量多加灶心土、艾叶等;大便无度加诃子、白槿花、罂粟壳等。④气血两虚型:面色苍白,唇甲不华,少气无力,精疲懒言,脱肛下坠等,苔薄白,舌质淡,脉细无力,治拟补益气血。方用八珍汤、当归补血汤加减。脱肛下坠,大便频频加升麻、葛根;心悸失眠加炒枣仁、远志。⑤肝肾阴虚型:形体消瘦,五心烦热,头晕耳鸣,腰酸盗汗,遗精带下等,舌质红或绛而少苔,脉弦细。治拟滋阴益肾,方用知柏地黄汤加减。阴虚甚加鲜石斛、天花粉、北沙参;大便秘结加麻子仁、桑椹、白蜜。

辨病与辨证论治相结合针对肠癌的主要临床表现,王氏制定一个治疗肠癌的基本固定方,结合全身情况,进行辨证加减运用。基本方为藤梨根、猫人参、白花蛇舌草、苦参、水杨梅根、生薏苡仁、凤尾草、野葡萄根、白茅根、槐角、草河车、丹参。便脓血选加地榆、槐花、侧柏炭、银花炭之类;大便秘结,体实者酌加大黄、枳实、桃仁;体虚者选用柏子仁、松子仁、火麻仁、郁李仁;便次增多选加白槿花、诃子之类;阳虚选加附子、肉桂、干姜之类;阴虚选加石斛、玉竹、玄参、天花粉、麦冬之类;气血不足加太子参、黄芪、当归、地黄之类。

肠癌术后气血亏虚,体力衰弱,可采用补气益血,养阴生津,或健脾助阳等法以扶正固本,促进机体早日恢复;如因化学药物而引起白细胞低者,可选用太子参、黄芪、黄精、薏苡仁;赤豆、枸杞子、虎杖、当归、玉竹、补骨脂、菟丝子等药;因化疗而出现纳呆、恶心呕吐等消化道反应,治以健脾和胃,降

逆止呕,药用白术、茯苓、姜半夏、姜竹茹、炒谷麦芽、蔻仁、佛手柑等;因放、化疗而引起的膀胱、尿道刺激症状,见尿频、尿痛、尿急或伴有血尿者,治用清利下焦湿热。药用石韦、甘草梢、生地、瞿麦、木通、淡竹叶、白茅根、海金沙等。^[11]

12. 王禹堂诊治经验

结肠癌的病因病机:王氏认为首先是正气先虚,加之情志失调、恣食肥甘、饥饱不适、过食生冷等互为因果,导致脾肾气虚,肠胃失和,痰浊宿食蕴久结毒,气血结聚瘤块成形,致升降受阻,溃而脓血下迫外出,发生腹痛、便秘、便血、腹泻、梗阻等病候。

病程发展及治疗特点:病之早期,肠腑升降不利,气血不畅,故腹痛时作时止,腹泻与便秘交替,隐潜之血暗耗,但形体尚丰,脏气尚实,治以攻邪为主,或药饵针术,或切割除之可愈。病至中期,脾运失和,肾气受损,气血不足,而邪毒结聚较甚,正气已伤,故见面黄消瘦,食少乏力,肚腹结块,泄痢便血等邪实正虚之候,此时当因势利导,扶正攻邪合理施用,使正胜邪祛,则可治愈,或可使病缓延年。病至晚期,虚羸诸候俱见,腹胀如鼓,结块累累如石,食少或呕痢不止,甚则脏衰脉脱,虽中西医术尽用,不可治矣。因之,结肠癌一症必求早发现、早诊断、早治疗,中西合治为其上策。

中医治疗结肠癌,不外扶正与攻邪两个方面:扶正包括健脾补肾、益气养血、调理胃肠;攻邪常用攻积导滞、破血行瘀、化痰散结、清热解毒诸法。

辨证要点在于:①辨中心证候:腹痛,腹内结块,便秘与腹泻交替,粘液血便是结肠癌的主要证候,早期未必全见,中晚期相继而出,不可孤立臆断,要结合病候、舌脉和现代理化检查结果综合推求。②辨邪正虚实:结肠癌为渐进消耗病

证,早期病症不著,形体劳作如常,舌脉如常,虽有瘤块内生,正能胜邪。病至中期,腹痛、结块、便血、泄痢等腑证已显,形体不衰,纳食不减,虽气色行止及舌脉可见虚候,但正气不大衰,邪气交争相持不下。晚期,则五脏之气相继衰减,形体消瘦虚羸,心悸气短,食少嗜卧,行走困难,而腹块累累,便血泻痢不收,腹胀黄疸肢肿诸证叠出,此时正气虚损,邪毒厥肆。上述乃常见病候演变,然亦有病发即见正虚邪实者,不可拘于早、中、晚而论,而肠梗阻、大量便血等急重之证,邪正虚实顷刻即变,亦当时注意。

结肠癌辨证论治:①肠腑气结证:宜用行气导滞、泻下通结之法。代表方剂:大承气汤加味(枳实、厚朴、大黄、芒硝、莱菔子、木香、元胡、川楝子、赤白芍、炙甘草、红藤、半枝莲)。加减:便干有热者,重用生大黄、芒硝;便软溏者,改用熟大黄;去芒硝,或改用番泻叶、麻仁等;燥结甚者,加甘遂末;寒结者,加巴豆霜。本方药用于有肠梗阻的患者,或仅在手术前使用,不宜久服,以免伤正。②脾虚瘀滞证:宜用健脾理气、化瘀解毒之法。代表方剂:健脾理气用香砂六君子汤,化瘀以桃红四物汤,瘀滞重者用血府逐瘀汤,合方加减(人参、白术、茯苓、生芪、炙草、木香、砂仁、八月札、桃仁、川芎、当归、赤白芍)。加减:出血重者,加炒地榆、槐米、仙鹤草、侧柏炭、三七面等;出血急暴者,配合十灰散、云南白药;腹痛甚者,选加元胡、川楝子、白屈菜;腹泻重者,加山药、扁豆、薏米、诃子肉、石榴皮、赤石脂、儿茶、罂粟壳等;瘀血重而无出血者,选加炮山甲、川牛膝、三棱、莪术、水蛭、虻虫等。③瘀毒蕴热证:宜用清热利湿、化瘀解毒之法。代表方剂:黄连解毒汤与地榆槐角丸加减(黄连、黄柏、栀子、大黄、地榆、槐角、苦参、败酱草、白头翁、土茯苓、生薏苡仁;红藤、桃仁、虎杖、厚朴、生甘草)。加减:燥结重者,重用大黄加芒硝;痞结重

者,加柴胡、半夏、瓜蒌;血热甚者加丹皮、生地、赤芍、水牛角;清热解毒药尚可选用地丁、公英、蚤休、白花蛇舌草、半枝莲、秦皮等。④脾肾阳虚证:宜用温补脾肾、涩肠止血之法。代表方剂:四神丸与参苓白术丸加减(补骨脂、吴茱萸、煨肉蔻、五味子、炮干姜、人参、黄芪、白术、茯苓、山药、薏苡仁、乌梅、砂仁、三七面)。加减:腹泻不止者,选加赤石脂、诃子肉、罂粟壳等;中气下陷者,加升麻、柴胡、枳壳;出血多者,加十灰散、云南白药。⑤肝肾阴虚证:宜用滋补肝肾之阴、潜降浮越之阳法。代表方剂:知柏地黄汤与二至丸加味(知母、黄柏、熟地、山萸、丹皮、山药、女贞子、旱莲草、炙鳖甲、枸杞子、地骨皮、白薇)。加减:出血者,加茅根、藕节、茜草、三七、仙鹤草等;脾虚泄泻者,加砂仁、人参、白术、茯苓、山药等。⑥气血双亏证:宜用益气养血、健脾补肾之法。代表方剂:人参养荣汤与升血汤合方加减(黄芪、黄精、人参、白术、茯苓、当归、白芍、熟地、女贞子、枸杞子、菟丝子、五味子、陈皮、砂仁)。加减:食少纳呆者,加鸡内金、神曲、山楂、麦芽;脘腹胀满者,加木香、川朴、枳壳;浮肿者,可加车前子、泽泻、木通;补血药尚可选用阿胶、龙眼肉、紫河车等;便血、泄泻者,参照上述加减法。^[12]

【按语】

上述医家多从湿热蕴毒、痰瘀互结、气滞血瘀、脾肾阳虚、肝肾阴虚几方面论治。以“扶正祛邪”为治疗大法。早期多重在清热利湿,行气活血,解毒消肿。晚期正气耗伤,多重在健脾理气,补气养血,滋补肝肾,收敛固涩。

刘佃温分为五型辨证施治,并在此基础上加用具有解毒抗癌作用中草药。内服与保留灌肠相结合,展现了中医药治

疗肿瘤新特色。李岩强调湿、毒、瘀邪气的致病作用,治疗分虚实两型,以利湿、化湿、解毒活血为主,大剂量用解毒抗癌中药。钱伯文则分热毒与湿滞两型,依夹杂兼症不同,而随证加减。不少医家在临床中辨证论治,自拟了一些行之有效的经验方。瞿氏自拟扶正抗癌方,治疗中晚期大肠癌患者,明显增加了患者免疫功能和抗癌能力。饶燮卿升血汤治疗脾虚大肠癌,观察证实 E-玫瑰花形成率, T 细胞亚群中的 TH 细胞, NK 细胞杀伤性等都有明显提高。孟兆华自制中药止痛抗癌丸,有较好抗癌止痛效果。包素珍以复方三根汤为主随证加减,有助于机体免疫功能的恢复和提高,并且增加了化疗的敏感性。王禹堂认为中医治疗结肠癌,不外扶正与攻邪两个方面:扶正包括健脾补肾、益气养血、调理胃肠;攻邪常用攻积导滞、破血行瘀、化瘀散结、清热解毒诸法。郁仁存认为大肠癌亦不外内、外两方面因素。辨证施治分为三型,但始终没有脱离脾虚湿邪的病因病机。王绪鳌在治疗老年性肠癌中体会到:老人气血不足,五脏亏损,元气不足,而肠癌所出现的大便脓血、腹痛腹胀等症多为湿热蕴结,气滞不畅,多呈实象。治疗要权衡虚实,或寓攻于补,或寓补于攻,或攻补兼施,虚实并治。切忌霸攻以求速效,以免加速死亡。不宜早投温补固涩,或滋腻养阴,以免闭门留寇,阻抑气机。总之对老年肠癌治疗,可以中西配合,取长补短,改变给药途径;内外兼治以提高疗效。

目前国内治疗大肠癌有几大特色:①辨病与辨证结合:根据中医理论,不同的证,理法方药不同,大肠癌的治疗是根据寒热虚实不同,用温、清、补、泻时,合用解毒散结,消坚破积的抗肿瘤药物,从而收到较好的疗效。②扶正与祛邪结合:大肠癌患者多虚实夹杂,初期以邪实为主。本《内经》“坚者削之,结者散之,留者攻之”的原则,根据湿、瘀、痰、毒

的特点,多重用猛药化痰、利水、活血散结,抗癌消肿药,如蜈蚣、狼毒、雄黄、南星、麝虫等。但长时间应用有毒性,就遵大聚大利,其可犯也,衰其大半而止,过者死的原则。注意“除积之要,知在功补之宜”。中晚期则以扶正为主,祛邪为辅,众医家多重视扶正在治疗大肠癌中重要性。临床与实验研究表明,扶正可提高疗效,延长生存期;减轻放、化疗毒副反应;提高免疫功能;改善造血机能;提高内分泌和体液调节细胞环磷酸苷 cAMP 及 cAMP/cGMP 比值,抑制肿瘤浸润和转移。③内服与外用:由于恶性肿瘤是顽症,单纯内服药尚难以控制病情,大多在内服药同时加灌肠或洗,多途径给药,提高疗效。④中西医结合:为提高患者生存率和改善生存质量,对大肠癌患者多采用手术根治,经化疗、放疗,同时加用中医药疗法。对副作用也探索出了行之有效的方剂。临床研究表明,中西医结合治疗大肠癌比单纯用中医、或西医疗法更优越,对预防肿瘤多发转移有着极好前景。大肠癌是临床常见恶性肿瘤之一,随着生活水平的提高,饮食结构的改变,其发病率有升高之势。

(张晓明 刘成武)

参考文献

- [1] 刘钊温. 直肠癌的中医辨证分型. 河南中医. 1998, 18(5): 270 ~ 271
- [2] 李岩. 肿瘤临证备要. 北京: 人民卫生出版社. 1989. 287 ~ 288
- [3] 钱伯文. 肿瘤的辨证施治. 上海: 上海科技出版社. 1980. 81 ~ 82
- [4] 瞿范. 中药治疗消化道肿瘤 48 例. 江苏中医. 1989, 8: 5 ~ 8
- [5] 饶雯等. 升血汤对肿瘤脾虚患者免疫功能的观察. 中西医结合杂志. 1991, 11(4): 218 ~ 219
- [6] 孟照华. 升血止痛抗癌丸. 中国中药杂志. 1991, 16(1): 57
- [7] 何永恒. 中药防治大肠癌术后化疗所致白细胞减少症 50 例. 辽宁中医杂志. 1992, 22(3): 125

- [8] 李国栋. 直肠癌与结肠癌的中西医诊疗概况. 中级医刊, 1995, 30 (3): 43 ~ 44
- [9] 包素珍. 中药“复方三根汤”结合化疗治疗中晚期大肠癌 120 例. 辽宁中医杂志, 1992, 19 (7)
- [10] 郁仁存. 中医肿瘤学. 北京: 科学出版社, 1983. 258
- [11] 卢祥之, 张年顺. 著名中医治疗癌症方药及实例. 北京: 北京科学技术出版社, 1990. 3
- [12] 危北海. 中医脾胃学说应用研究. 北京: 北京出版社, 1993. 349

胃肠术后并发症

【概述】

临床上,无论因胃肠的良性疾病或恶性疾病手术后都可能发生这样或那样程度或轻或重的并发症。胃肠术后并发症依据发生的时间分为两类,一类是即期并发症,常见的有:输出襻综合征,即胃大部切除术后并发输出段空肠的机械性梗阻;术后因神经功能失调、胃排空障碍引起的残胃无力症,以及因缝合欠佳、血管结扎线脱落引起的十二指肠残端漏,胃肠道出血等。另一类是远期并发症,如倾倒综合征、残胃炎、胆汁反流性胃炎、肠粘连等。

胃肠术后并发症临床表现为腹痛、腹胀、胃脘痞满、嗝气、恶心、呕吐等症,根据胃肠术后并发症的主要表现,分别属于中医的:“胃脘痛”、“痞满”、“腹痛”、“呕吐”等范畴,一般认为与手术后气血亏虚、脏腑失养,气滞血瘀、湿热阻遏,脏腑功能失调、气血运行不畅有着密切关系,根据病情、辨证论治,是治疗胃肠术后并发症的大法。

【名医经验】

1. 陈业煌治疗输出襻综合征经验

输出襻综合征是胃大部切除术后一种较复杂的并发症,

亦称输出襻功能性肠梗阻,是指在胃大部切除术后并发输出段空肠的功能性梗阻,一般位于离吻合口 10cm 处,发生的时间常在术后 8~12 天。本病病因迄今仍不清楚,无论中西医处理起来都很困难,陈业滢等治疗 3 例此病患者,采用中药、中西医结合方法均将其治愈。

陈氏认为本病的发生可能与手术创伤、精神刺激等因素有关,病机属气虚、气滞、血瘀。治法及治则:根据辨证论治,有所侧重地选用理气、行气、益气与活血、行血、破血、化瘀相结合的方药,针对主要矛盾,标本兼顾。因本病初期本在气分,久则延及血分,气滞血瘀,脉络瘀阻。所以在治疗时对气血两方面必须兼顾,才能取得更好效果。

此外,治疗输出襻综合征过程中服中药治疗是一方面,同时还应注意加强支持疗法,保证患者水电解质、酸碱平衡,禁食减轻胃肠道负担,使胃肠得到休息。复方普鲁卡因在恢复胃肠正常蠕动方面与中药有很好的协同作用。^[1]

2. 沈祖法治疗残胃无张力症经验

残胃无张力症是胃手术后的早期并发症之一,在胃术后拔除胃管之后开始进流食或半流食后即感上腹部饱胀,伴暖气、呕吐或呕吐物中有少量胆汁,胃中有振水声,有时还可见上腹部烧灼感,腹胀,腹部略隆起,肠鸣音减弱或消失。X 线表现:残胃扩张,无蠕动波,松弛呈袋状,钡剂不能通过吻合口。但于右侧卧位或作其他利于胃排空体位时,有少量钡剂进入空肠。胃镜检查:吻合口足够大,畅通无阻。

残胃无张力症是胃手术后正常功能尚未恢复的一种疾病,患者症状严重,无法进食,影响体质恢复。沈祖法认为,本病以中虚胃缓为本,中满上逆为标,病机为脾胃升降失司。治法:破气通降,通补更施。以厚朴三物汤加味,常用处方:

炙黄芪 70g、生白术 15g、厚朴 70g、制大黄 8g、枳实 10g、槟榔 5g、沉香 3g(后入)、降香 10g、莱菔子 30g(包煎)、川桂枝 5g。每日 1 剂,分 2 次煎服。方中厚朴、大黄、枳实、沉香、降香、槟榔下气消胀;黄芪、白术补中益气,莱菔子、川桂枝消食化饮,全方药力专破气,以通为主,通补兼施,促进胃肠蠕动,恢复胃的通降下行功能。

3. 徐景藩治疗术后肠粘连经验

肠粘连是腹腔手术后非常常见的并发症,由于手术过程中机械牵拉刺激,肠壁受损后,可有不同程度的肠粘连。肠粘连的主要临床表现为腹痛腹胀,大便不通或秘结,严重者还有可能导致不完全性肠梗阻。肠梗阻是外科急腹症之一,同时也是患者死亡的重要原因之一。徐氏认为,一般肠梗阻以气滞为主,且因腹腔手术常有余血流滞于腹内,成为瘀血,故其基本病机不外乎气滞血瘀,肠腑气血不和,常影响于胃,致使脾胃升降失常,兼挟湿、热、食滞、寒凝等病理因素。日久不愈,脾胃虚损,气血生化无源,正气不足,导致不同程度的虚证,或虚实夹杂。对症状较重,腹部胀痛,持续不缓解者,当重在行气化瘀,并根据辨证,予以温中、化湿、清热、消导与和胃降逆等法或兼顾补虚,益气或滋阴相配合。

偏于气滞者,用柴胡疏肝散(《世医得效方》)方:丁香、木香、檀香、砂仁、蔻仁、沉香、藿香、甘草),木香枳术丸(《卫生宝鉴》)方:木香、枳实、白术),三和散(《医学入门》)方:紫苏、沉香、羌活、川芎、木香、槟榔、白术、大腹皮、甘草)等;偏于血瘀,可用膈下逐瘀汤、通瘀煎(《景岳全书》)方:归尾、山楂、香附、红花、乌药、青皮、木香、泽泻)等。

临床所见慢性肠粘连患者,常由于某些诱因而发作加重,如饮食不节、劳倦、情志不畅、受寒等等。故平素应注意

防范,发作加重时亦应据证审因而治之。有的患者或有饮食生冷,或在气温骤降之时,也有在房事后腹部受凉,以致寒凝气滞,腹痛发作,畏寒喜暖。如遇上述诸因,温中祛寒、行气通阳之法常可奏效。如由饮食寒冷所致者,配用丁香、肉桂、高良姜等;外寒引发者,宜酌苏叶、桂枝、生姜、防风等;阴寒内盛者,需用肉桂、附子等。肉桂温里祛寒、行气行血,凡腹痛属寒者,是为常用之品,即使有热象者,于清热通腑方中配用此药(如黄连、大黄等药加配肉桂),也有反佐之功。肉桂还可研成细粉,掺少许置于天枢、关元、气海等穴(选1~2穴)皮肤上,外贴约5cm×4cm胶布固定,每日换药一次。亦可再用热水袋温敷贴药部位。内服外治,更增其效。^[2]

4. 徐景藩治疗残胃炎经验

徐氏认为残胃炎的基本病机为中虚气血不足,肝失疏泄,胆汁逆入于胃,中焦气机不畅,升降失调,肝气郁结,横逆犯胃,胃气上逆,故见恶呕、嗝气、吞酸。手术损伤组织,脉络留血而为痛,影响气化功能,导致气滞血瘀。

治疗大法主要有四,即益气和胃、利胆疏泄、化瘀泄热和化湿消积等,根据病情,随证用药。

徐氏总结多年临床经验,自拟一方,名为“残胃饮”。药物组成有炒白术、炒枳壳、炒白芍、制香附、五灵脂、石见穿、刀豆壳、柿蒂等。每日1剂,分2次煎服。根据病证,酌情加减。凡残胃炎具有胃脘痞胀、隐痛、口苦、饮食减少、乏力等症状者,为上方之适应证,以“残胃饮”为主方,1个月为1疗程,可根据病情服用1~3个疗程。治疗效果以溃疡病、慢性胃炎手术后的残胃炎较好。如因胃癌手术切除胃之大部者,疗效不理想。

此外,在药物治疗的同时,应该嘱咐病人,务使患者做到

慎饮食、起居。即使在夏天,午休及晚间睡眠时,也要注意胃脘部保暖。由于残胃已经丧失幽门的功能而致胆汁反流,卧床时宜适当抬高床头,或头与上背部略垫高,尽量多向左侧卧。白天服药后坐下休息或仰卧片刻,利于药物在残胃中借胃气以行药力。^[3]

5. 王少华治疗胃肠手术后遗症经验

胃肠手术后的病人腹痛、腹胀、恶心呕吐十分痛苦。王少华用苦辛通降法治疗上述胃肠手术后遗症取得良好疗效。王氏认为,上述疾病的病机均为湿热遏伏中焦。湿热之邪互传,阻遏中焦气机,使脾胃升降失司,运化失健。湿热邪气,非辛不开,非苦不降,苦寒药与辛温药物组合,辛开苦降,使之泄中有开,通中有降,从而使中焦气机调畅。一般来讲,倾倒综合征患者多湿重于热,且又酿成痰浊,根据“必伏其所主,而先其所因”的原则,采用黄连温胆汤加厚朴,取黄连之苦,厚朴、半夏祛痰。另用苓桂术甘汤温脾化饮。胆汁反流性胃炎热重于湿,肠粘连患者则湿热并重,二者同用半夏泻心汤,但前者重用芩连,后者则去黄芩,以防伤阳之变。^[4]

【按语】

胃肠术后并发症是治疗起来较为棘手的疾病,药物治疗有时效果很不理想。中医辨证论治取得一定效果,上述经验可供借鉴参考。目前多为个案报道,但大多数认为本病的发生可能与手术创伤因素有关,病机属气虚、气滞、血瘀、湿热阻遏,根据病情辨证论治。如陈氏治疗输出襻综合征,有所侧重地选用理气、行气、益气与活血、行血、破血、化痰相结合的方药,针对主要矛盾,标本兼顾;沈氏治疗残胃无张力,以

厚朴三物汤加味,破气通降,通补更施;徐氏治疗残胃炎采用益气和胃、利胆疏泄、化瘀泄热和化湿消积等法;王氏治疗倾倒综合征、胆汁反流性胃炎,辛开苦降,清化湿热。综观目前有关报道,治疗胃肠术后并发症要遵循辨证论治的原则,根据病情,随证用药,不可拘泥于一法。

(翟兴红)

参 考 文 献

- [1] 陈业煌. 中西医结合治疗输出襻综合征报道. 中医杂志, 1980, 12: 34 ~ 35
- [2] 沈祖法. 益气消胀汤治疗残胃无力症 61 例报告. 中医杂志, 1993, (2): 162 ~ 163
- [3] 邱德文. 沙凤桐主编. 中国名老中医药专家学术经验集. 贵阳: 贵州科技出版社, 1994
- [4] 王少华, 宗书成. 苦辛法治疗胃肠手术后遗症的体会. 中医杂志, 1991, 35(6)

方剂(药)篇

口味异常

1. 戴丽三验方^[4]

① 组成:生石膏 30g,升麻 10g,细辛 4g,焦黄柏 10g,杭芍 12g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分二服。

功效:升清降浊,清热解毒。

主治:阳热不重之口臭,症见口臭唇干,舌苔薄黄腻,脉细微数。

方解:生石膏辛甘大寒,清热凉胃;细辛辛温,性散而升。经云“火郁发之”,配石膏能散胃经之伏火。升麻升阳解毒,杭芍平肝益脾阴,黄柏清热燥湿。诸药相配升清降浊,口臭可除。

② 外用方

组成:吴萸 6g,黄连 6g。

用法:研细末,醋炒,包两足心涌泉穴。

功效:清热和胃,引热下行。

主治:口臭。

2. 李寿山方^[2]

① 组成:佩兰 10g,藿香 10g,薄荷 10g。

用法:水煎或开水泡服。

主治:口甜,口苦,口味异常。

② 组成:白薏仁适量。

用法:嚼服。

主治:口甜,口苦,口辣。

③ 组成:肉桂。

用法:适量嚼服。

主治:口咸。

④ 组成:佛手 6g,花茶 3g,公丁香 1g。

用法:水煎或泡水频饮。

主治:口酸,口臭。

(刘成武)

参考文献

- [1]戴慧芬,等.戴丽三医疗经验选.昆明:云南人民出版社,1980.
151
- [2]李寿山,等.中医消化病证治准绳.北京:中国中医药出版社,
197~202

反流性食管炎

1. 益气降逆汤(俞尚德)

组成:炙黄芪 20~30g,炒白术 15g,炙甘草 15g,白芍 15g,姜半夏 10g,代赭石 15~30g,广木香 10g,蒲公英 10g,白花蛇舌草或半枝莲 15g,生蒲黄 15g。

用法:水煎服。

主治:食管裂孔疝、反流性食管炎。^[1]

2. 小陷胸汤合栀子豉汤加味(高玉凤)

组成:全瓜蒌 20g,半夏、淡豆豉、炒山药、炒枳壳各 10g,代赭石(先煎)40g,川黄连、生甘草各 6g。

用法:水煎服。

功效:清热化痰开结。

主治:胸闷,暖气,咯吐粘痰,胸骨后灼热疼痛,心烦寐差,苔黄腻,舌边尖红。胃镜见食管下段粘膜充血、水肿、糜烂,证属痰热互结于胸膈,气机不畅。

加减:症状消失后去代赭石,加郁金 10g;或改服肿节风片 1 个月巩固。^[2]

3. 大柴胡汤加减(印会河)

组成:柴胡 10g,半夏 10g,陈皮 10g,黄芩 12g,竹茹 12g,芍药 20g,大黄 6g,生姜 6g,煅瓦楞子 30~60g。

用法:水煎服。

功效:疏肝和胃,健胃制酸,通腑降逆。

主治:呕吐酸水,胃脘胀或痛,心烦嘈杂,不喜甜食,食甘后吐酸加重,大便干或数日一解,舌苔薄黄或黄厚,或舌质红。

加减:舌苔厚者,加薄荷 3g;吐酸多加川连粉(冲)3g,吴茱萸 3g;纳少者加龙胆草 2g。其中薄荷一味,辛散芳香,能化积滞,对舌苔厚腻者有较好功效。^[3]

4. 三草汤(康良石)

组成:三叶鬼针草 60g,蒲公英 30g,败酱草 15g,川楝子 10g,延胡索 10g,白芍 20g,甘草 3g。

用法:每日 1 剂,分 2 次温服,病重者日服 2 剂。延胡索醋制,余药生用,川楝子捣碎水煎服。

主治:食管炎、胃炎及单纯性阑尾炎。

方解:本方适用于热毒伤阴,津亏热结,湿热淤滞于食管、肠胃之疾患。根据热毒郁结于食管、胃肠的不同部位之表现,选用三叶鬼针草、蒲公英、败酱草等归胃、大肠经的药物,以消肿利湿,消肿排脓;川楝子、延胡索、芍药、甘草以理气和血,舒挛止痛。^[4]

5. 白芍藕粉糊(徐景藩)

组成:云南白药,纯藕粉。

用法:取藕粉 2 匙,加温水少许,和匀后再加冷水适量,调匀后小火加热,边热边搅待呈薄糊状已熟,加入云南白药 1g、白糖少许,拌匀。病人卧床,低枕,每含一口药糊,分别以仰卧、左侧卧、右侧卧、俯卧咽下,剩余药糊以仰卧咽毕,药后静卧 1 小时,勿饮水进食,每日 2 次,以午餐后和晚间睡前服

为好,可使药物充分作用于患处。

主治:食管炎、贲门炎、症见胸骨后或剑突下有灼热、隐痛感,饮食量减少。

方解:本方运用于胃阴不足、兼夹瘀滞者,藕粉能养胃并可以消瘀,云南白药善于治伤痛,为活血镇痛之良药,二药做糊剂,寓药物治疗于饮食之中,不失为食管炎、贲门炎调理之良药。

加减:舌苔白腻,每日以厚朴 6g、苡仁 15g,煎汤代水调藕粉;如舌红、口干,用麦门冬 15g、川石斛 10g,煎汤代水调藕粉,白糖改用冰糖少许。^[4]

6. 丹参百合饮(李荫昆)

组成:丹参 15~30g,百合 12~24g,台乌药 12g,檀香 10~15g,砂仁 6~10g,甘草 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分 2 次温服。

功效:清痰散癖,清热祛瘀。

主治:食管炎。

加减:证属痰气交阻型,症见吞咽食物梗阻、喉中痰鸣、胸膈饱闷等加半夏、厚朴各 10g;痰瘀胶结型,症见吞咽食物梗阻,伴胸骨下有烧灼刺痛感,甚至食入即吐,水饮难下,大便干结等,加五灵脂、蒲黄各 10g;津亏热结型,症见吞咽涩而痛,只能饮水,口干咽燥,五心烦躁,形体消瘦等,加沙参、冬凌草、生地各 15g;气虚阳微型,症见长期饮食不下,形寒肢冷,神疲气短,冷吐唾涎,腹胀足肿等,加川附片 30g、肉桂 6g。^[5]

7. 仙方活命饮(郝海山)

组成:金银花、皂角刺各 30g,当归 12g,陈皮、天花粉各

10g, 贝母、炙穿山甲、乳香、没药、甘草各 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分 2 次温服。

功效:清热解毒,活血行瘀。

加减:噎腐吞酸者加海螵蛸、瓦楞子各 10g;咽部红出血加仙鹤草 15g,藕节 10g;咽喉肿痛加射干、玄参各 10g。^[6]

8. 小柴胡汤(傅昌格)

组成:柴胡 15g,黄芩、党参、法半夏各 10g,生姜 4 片,甘草 6g,大枣 5 枚。

功效:和解少阳。

方解:本方中柴胡气质清轻,苦味最薄,能疏少阳之郁滞;黄芩苦寒,气味较重,能清胸膈郁热,以除烦满;生姜、半夏调理胃气、降逆止呕;甘草大枣益气和中,全方寒热并用,攻补兼施,以疏利三焦,调理上下,宣通内外,和畅气机。

加减:如有吞咽困难,兼有血瘀者加丹参活血祛瘀;泛酸者加瓦楞子降逆制酸;灼痛者加乌梅、白芍养阴缓急解痉。^[7]

9. 消炎护膜方(黄福斌)

组成:黄连、滑石、生甘草、枳壳、陈皮以 1:6:1:2:2 的比例配制。

用法:上药共研细末,每服 3g,大枣 10 枚煎汤送下,每日 3 次,4 周为 1 疗程。

主治:反流性食管炎。

方解:方中黄连苦寒、清热消炎,降逆除痞;滑石甘淡,有保护胃粘膜的作用;枳壳、陈皮理气和胃,化痰止逆;甘草、大枣补脾养胃、调和诸药,同时甘草可以抗炎、抗溃疡、抑制胃酸分泌。诸药合用,寒不伤胃,攻不损正,共奏清热化

痰、理气和胃之功,切合反流性食管炎的病机。^[8]

(姚巧林 翟兴红)

参考文献

- [1] 俞尚德. 俞氏中医消化病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997
- [2] 高玉凤. 用小陷胸汤治疗上消化道疾病. 四川中医, 1994, (3): 25
- [3] 史宇广. 当代名医临证精华. 北京: 中医古籍出版社, 1988
- [4] 杜怀棠主编. 中国当代名医验方大全. 武汉: 湖北科技出版社, 1990
- [5] 李荫昆. 丹参百合饮治疗食管炎 21 例. 云南中医杂志, 1991, 12 (2): 24
- [6] 郝海山. 仙方活命饮加减治疗反流性食管炎 104 例. 浙江中医杂志, 1990, (4): 155
- [7] 傅昌格. 小柴胡汤加味治疗反流性食管炎近期疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1992, (11): 34
- [8] 黄福斌, 李哲生. 消炎护膜方治疗反流性食管炎 30 例. 上海中医药杂志, 1990, (1): 34

急性胃炎

1. 百乌荔枝芍草麦芽汤

组成:生百合 40g,乌药 15g,荔枝核 15g,川楝子 20g,生白芍 20g,生甘草 10g,生麦芽 30g。

用法:上药水煎 3 次,混匀后,分 3 次服。每日服 2 次,早饭前 30 分钟,晚饭后 40 分钟,温服。

功效:理胃气,降胃浊。

主治:各种证型胃痛。

方解:此方专能养胃、和胃、开胃,养胃阴而不膩,清胃火而不寒,温通胃阳而不热,止胃痛之效显著且长久;破滞气而无太过之弊,化瘀血而无骤破之险。胃主受纳,腐熟水谷而降浊阴,若气机不降,受纳、腐熟水谷之功失司,则胃痛胀满诸症必作。受纳是腐熟水谷的前提条件,降浊则是胃气和畅的基础。上方中以生百合为主药,专能益胃阴,以增强受纳、腐熟、降浊之力,则诸症除矣。《本草纲目》谓:“百合养五脏。补中益气,主治邪气腹胀,心痛,除心下急满痛。”配乌药辛温之性,去百合补而生郁之弊,可增强顺气开郁,散寒止痛之效。《本草衍义》说:“乌药散诸气,治七情郁结,降中兼升,滞中带补也”。荔枝核,温中理气,专治胃脘久痛,对屡触屡发者收效甚捷。川楝子味苦性寒,入肝胃二经,以佐乌药荔枝核之温热,又主治心胃暴痛。芍药酸甘化阴,配甘草甘平为之使,二药相合名曰芍药甘草汤,专能缓急止痛,养胃阴

补胃气,配麦芽消导之品,则胃气和矣。

加减:①畏寒肢冷,面色㿔白,舌淡苔白,脉沉弱者,属胃阳虚,加党参 30g、桂枝 10g、高良姜 15g、干姜 10g;②五心烦热,颧红,口咽干,舌红少苔,脉细数,属胃阴虚者,加沙参 10g、麦芽 10g、生地 15g、玉竹 20g;③胀满甚,善太息,舌隐青,脉沉实,属胃脘气滞,加香橼 25g、佛手 10g、木香 10g、香附 10g;④刺痛不移,日轻夜重,舌边尖有紫黑斑块或小红点,脉沉涩,属胃脘血瘀者,加丹参 30g、蒲黄 10g、五灵脂 10g、红花 10g;⑤嘈杂吞酸,呕恶不思食,呃逆嗝气,舌红,苔黄白而腻,脉滑数,属伤食胃痛,加神曲 10g、山楂 10g、鸡内金 10g、莱菔子 15g;⑥胃脘暴痛,上腹部拘急,四肢厥冷,舌淡苔白,脉沉紧,为寒邪犯胃。重用白芍、甘草,加附子 10g、干姜 15g、高良姜 15g、香附 15g;⑦胃脘灼热疼痛,面红或目赤,口不渴,牙痛,龈肿,舌红苔黄,脉洪数,属胃火炽盛,加生石膏 40g、大黄 10g、黄连 10g;⑧便溏,尿少,浮肿者,加茯苓 30g、车前子 25g、桑白皮 25g;⑨乏力,气短,四肢倦怠者,加麦冬 10g、五味子 10g、党参 30g;⑩胃酸多,胃灼热而痛者,加大贝母 30g、海螵蛸 30g(捣碎)、黄连 5g。^[1]

2. 加味香砂平胃散(李今庸)

组成:苍术 10g,厚朴 10g,广木香 10g,陈皮 10g,炒枳实 10g,砂仁 6g,生姜 8g,炙甘草 6g。

用法:上 8 味,以适量水煎药,汤成去渣,取汁分早晚两次温服。

功效:健脾行气,和胃燥湿。

主治:胃脘疼痛。

方解:方中取苍术燥湿健脾;取厚朴、广木香、枳实宽中行气;取陈皮、砂仁行气和胃,取甘草培土且调和诸药;取

生姜和胃降逆,加茯苓淡渗利湿,诸药和用,共奏健脾行气,和胃燥湿之功。

加减:若兼见呕吐,加法半夏 10g、茯苓 10g;若舌苔见黄,加黄芩 10g、栀子 10g;若兼见暖气有馊味,加神曲 10g、炒山楂 10g、大黄 10g。^[2]

3. 缓胃汤(赵绍琴)

组成:苏叶梗各 6g,半夏 10g,陈皮 6g,香附 10g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:疏解郁结,缓胃止痛。

主治:胃脘痛。

加减:若郁久化热,脉象日渐弦滑,舌尖部起刺,加金铃子 6g、炙玄胡 3g(研冲);若湿邪较重,舌胖苔白腻,当加炒官桂 1.5g、炮姜炭 1.5g;若舌淡黄厚,可加焦麦芽 10g、香稻芽 10g、鸡内金 10g。^[3]

4. 砂半理中汤(宋孝志)

组成:清半夏、制香附、高良姜、炒枳壳(或炒枳实)、砂仁。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:理气和胃,温中止痛。

主治:急性胃脘痛。

加减:肝胃痛:多出现胁下痛,气上逆,泛恶,欲吐不吐,舌苔白或黄,脉弦紧。可用制香附 12g,余四味均用 10g;若吐物苦酸,兼有口苦,为胆火上炎,可加生山栀 6~10g,胁痛较重,可酌加川楝子 10g。心胃痛:可及胸中,舌红,苔薄白,脉寸尺俱微,关或见动。可用高良姜 12g,余四味均用 10g。若兼大便干燥不通,是大肠有热,可加大黄 2~3g。肺胃痛:

可见肩背拘急,痰多,动则气少,舌苔白腻,脉寸微关紧尺沉。可用清半夏 12g,余四味均用 10g。若兼大便干燥不通,是大肠有热,可加大黄 2~3g。脾胃痛:心胀满,舌苔白或腻,脉缓或大。可用炒枳壳(枳实)12g,余四味均用 10g;若兼见腰酸小腹胀,可加沉香 12g;同时有小便不利者,可加肉桂 2g,以加强膀胱气化功能;若上下不通,中部痞满堵塞,这是兼有三焦症状,可加黄连 2~3g,肉桂 2g。^[4]

(高连印)

参 考 文 献

- [1] 单书健,等. 古今名医临证金鉴·胃痛痞满卷(下). 北京:中国中医药出版社,1999
- [2] 李金庸. 李金庸临床经验辑要. 北京:中国医药科技出版社,1998
- [3] 胡定邦,等整理. 赵绍琴临床 400 法. 北京:北京中医学院,1980
- [4] 史宇广,等. 当代名医临证精华·胃脘痛专辑. 北京:中医古籍出版社,1988

慢性胃炎

一、瘀血阻络证

1. 活血化瘀汤(周慎)

组成:丹参 15g,生蒲黄 15g,延胡索(醋炒)10g,三七粉 3g,枳壳 10g,败酱草 15g。

用法:清水煎服,每日 1 剂,分 2~3 次温服。

功效:活血化瘀。

主治:慢性胃炎,证属瘀血阻络,症见胃脘疼痛,痛处固定,舌暗而脉弦者。

方解:慢性胃炎属于中医胃脘痛、痞胀范畴,一般病程较长,久病入络,而成为瘀血之病。同时因为人体随着年龄增大,气血失调,也可日渐形成瘀血,所以本病也有年龄越大,胃粘膜病变越严重的特点。从胃粘膜的局部病变来看,其红白相间、充血水肿、出血糜烂等病变,都是瘀血的病理改变。因此瘀血阻滞胃络是慢性胃炎的主要病理基础,治疗上宜以活血化瘀为主,结合患者不同的证候,配合益气、温阳、养阴、行气、清热之法,以期调节全身整体功能,又改善胃粘膜局部病变,具有减轻胃粘膜炎症细胞浸润,消除充血、水肿的作用。

加减:①辨证加减:气虚血瘀证,见胃脘隐痛不已,痛处固定,腹胀纳差,便溏乏力,舌质淡暗,脉缓弦者,合异功散;

阳虚血瘀证,见胃脘冷痛、隐痛,喜温喜按,肢冷口淡,舌质淡暗,脉沉细者,去败酱草,加党参、白术、川椒、干姜、砂仁、乌药;阴虚血瘀证,见胃脘隐痛,时有胃中灼热,痛处不移,饥不欲食,口干便结,舌苔少,脉细涩者,加沙参、麦冬、白芍、花粉、乌梅、山楂;气滞血瘀证,见胃脘胀痛,日久不愈,暖气矢气后疼痛减轻,舌质淡红,苔薄脉弦者,加柴胡、香附、苏梗、乌药;瘀热阻络证,见胃脘灼热疼痛、固定不移,口苦便干,舌暗红,苔薄黄,脉弦数者,加酒炒黄连、法夏、瓜蒌壳、酒制大黄、川楝子、佛手。②辨病加减:糜烂性胃炎加白及、槐子;胆汁反流性胃炎加赭石、旋覆花或酒制大黄;萎缩性胃炎加莪术;伴肠上皮化生,加白花蛇舌草。③对症加减:恶心呕吐者,加法夏、陈皮或竹茹;反酸加瓦楞子、左金丸;纳少者加麦芽、鸡内金;腹胀明显者加大腹皮;大便秘结加酒制大黄;苔黄腻者加藿香、佩兰。^[1]

2. 益气活血方(朱日)

组成:党参 15g,黄芪 15g,白术 10g,白芍 15g,木香 6g,丹参 15g,红花 10g,黄芩 10g,仙鹤草 15g,山楂 10g,神曲 10g,甘草 6g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。3 个月为 1 个疗程。

功效:益气健脾,活血化瘀。

主治:慢性胃炎,证属气滞血瘀,症见胃痛、腹胀、纳差、暖气、嘈杂、便溏等。

方解:幽门螺杆菌为慢性胃炎的致病菌,现代医学对幽门螺杆菌(Hp)感染治疗具有一定疗效,但是停药后复发率高,长期联合应用易引起菌群紊乱。而中药则可以通过调节整体增强机体的免疫功能,部分中药对幽门螺杆菌的抑杀可

达到清除 Hp 的作用,且在中药的治疗过程中尚未见副作用。本方中党参、黄芪、白术益气健脾。现代药理研究证实,党参可以提高淋巴细胞转化率和网状内皮细胞吞噬功能。黄芪具有双向调节免疫功能的作用,是一种免疫调节剂。白芍、甘草柔肝健脾,缓急止痛。丹参、红花、木香活血行气。现代研究证实活血药具有调节全身及局部血液循环,改善毛细血管通透性,增加吞噬细胞功能,促进炎症吸收,调节免疫功能的作用。黄芩清热解毒,与木香同具有对 Hp 的抑杀作用。仙鹤草“消宿食,散中满”,山楂、神曲和胃健脾。诸药合用具有抑杀幽门螺杆菌、减轻胃粘膜炎性细胞浸润,消除充血水肿的作用,可以达到扶正驱邪、邪去正复的目的。^[2]

二、肝郁气滞证

1. 调胃和中汤(王文济)

组成:半夏 4.5~9g,盐陈皮 4.5~6g,云茯苓 9~12g,生竹茹 6~9g,煅鸡蛋壳 9~12g,海螵蛸 15~20g,煅瓦楞 12~15g,苡仁 9~15g,海蛤粉 9~15g,绿萼梅 1.5~3g,厚朴花 4.5~6g,核桃 2~5 枚(烧灰包煎)。

用法:上方每日 1 剂,饭前服用,每天 2 次,2 个月为 1 个疗程。

功效:调胃和中,理气止痛。

主治:慢性胃炎,证属肝郁气滞,肝气犯胃,症见胃脘胀痛、嗳气、嘈杂、吞酸、大便秘结,舌苔白腻,脉弦或濡。

方解:太阳升降失常乃胃脘痛之重要发病机理。胃失和降,痰浊中阻,肝气上逆,胃气壅滞,则上见嗳气、呕恶;浊阴盘踞,则中见痞痛;腑气不行,则下见便秘。调胃和中汤由《太平惠民和剂局方》中二陈化裁而来,除甘草之甘补,生姜、

乌梅之辛酸，方中取制半夏为主药，其性辛温而燥，最善燥湿而化痰浊，且能和胃降逆而止呕，辅以青盐陈皮舒胃顺气止呕，使气顺而痰浊降，气化而痰浊亦化，茯苓健脾渗湿，脾湿无所聚，则痰浊无由生，是兼顾其本之法，又以白芍敛阴止痛，延胡索活血理气止痛，生竹茹清热止呕，煅瓦楞子、煅乌贼骨、煅鸡蛋壳、海蛤粉和胃止酸，生苡仁健脾渗湿，厚朴花理气宽中，绿萼梅疏肝和胃，煅核桃、黑芝麻既能润肠通便，又有保护胃粘膜的功能。诸药配合有和胃止酸、理气止痛之功。

加减：若呕吐黑水或黑便者，加参三七末 1.5 ~ 6g（另吞），早晚各服 1 次，煅蕊石 9 ~ 15g，仙鹤草 30g；若大便秘结者，加黑芝麻 15 ~ 60g；口干者，加川石斛 9 ~ 12g。^[3]

2. 兰洱延馨饮(梁剑波)

组成：佩兰 10g，普洱茶 5g，延胡索 10g，素馨花 12g，厚朴 5g，炙甘草 5g。

用法：先将药物用冷水浸泡 20 分钟后煎煮。首煎沸后文火煎 30 分钟，二煎沸后文火煎 20 分钟，合得药液 300ml 左右为宜。每天服 1 剂，分 2 次空腹温服。7 ~ 10 天为 1 疗程。

功效：芳香解郁，行气止痛。

主治：慢性胃炎，证属肝郁气滞，湿浊阻脾，症见胃脘部有灼热感，胁胀嗳气，食欲不振，舌淡苔白厚腻，脉弦等。

方解：本方证多由情志不畅，肝胃不和，疏泄失职，湿阻气机所导致，故见嗳气泛酸，胃脘胁肋诸痛，治宜疏肝化湿，理气镇痛。方中主药素馨花味辛性平，疏肝解郁，芳香醒脾；厚朴、佩兰芳香化湿以为使；佐以延胡索行气止痛；而普洱茶味甘苦，入肝、胃二经，消胀去滞，《纲目拾遗》谓之

“清香独绝,……消食化痰,消胃生津,功力尤大”,炙甘草益气和中,调和诸药以为使。诸药合用,共奏疏肝化浊,行气止痛之功效。

加减:如痛甚可加白芍 15g,广木香 6g;并胁肋胀痛加炒麦芽 15g,郁金 12g;吐酸嗳气加淡鱼骨 15g,佛手花 10g;纳食不香加炒谷芽 15g,鸡内金 10g。^[3]

3. 安胃汤(林沛湘)

组成:黄连 5g,干姜 5g,半夏 10g,百合 30g,乌药 7g,木香 7g(后下),丹参 30g,白芍 30g,炙甘草 7g。

用法:清水煎服,每日 1 剂,分 2~3 次餐前温服,连服 20~30 天。

功效:消痞健胃,行气缓中。

主治:慢性浅表性胃炎,证属肝气犯胃,湿浊中阻,症见胃脘痞满、胀闷、疼痛及嗳气、反酸、纳差等。

方解:慢性胃炎多表现为一系列胃气失于和降,胃腑反润为湿,以及脾胃、肝胃失调的证候。安胃汤以调和胃腑及脾胃、肝胃为宗旨,是针对慢性胃炎的证候特点而设立的,该方由半夏泻心汤(《伤寒论》)、芍药甘草汤(《伤寒论》)、丹参饮(《时方歌括》)等方化裁组合而成。方中黄连泻火解毒,干姜温中逐寒,二者寒热同施,辛开苦降。合半夏入胃更能和胃降逆,燥湿开结,消痞除满。黄连、干姜的用药变化同时可以调节方剂的寒热属性。百合味甘而性凉,能清泄胃腑之邪热,养护润土之津液。《本经》谓其有“补中益气”之效,实为养益胃气也。乌药顺气开郁,散寒止痛。二药合用,养津护胃而无滋腻之虑,行气散寒而无温燥之虞。芍药、甘草酸甘化阴以生津液,又可柔肝缓急以平疼痛。丹参、木香取丹参饮之意。慢性胃炎日久不愈,常有气滞血瘀之象,故用

之凉血祛瘀,行气止痛。观是方,取半夏泻心汤调和脾胃治痞满,芍药甘草汤柔肝缓中疗疼痛,丹参饮、百合汤调和胃之气血津液,使胃气恢复通降。药物组成大多配对而用,其功用相反相成,相得益彰,是和与降、润与燥的结合,体现了调理胃气为主,兼顾肝脾的治疗原则。

加减:气虚者合四君子汤或异功散;偏热者可加蒲公英;湿胜者酌用藿香、佩兰之类;以胀为主,减白芍、甘草用量,加厚朴、槟榔;以痛为主,加白芷、细辛,痛甚加砂仁;气窜两胁而胀,可合用四逆散;反酸者,加海螵蛸、瓦楞子;嗳气、呕恶明显者,酌加生姜、旋覆花、代赭石等;口苦或属胆汁反流性胃炎者,合用小柴胡汤。^[3]

三、脾胃虚弱证

1. 消痞汤(李志民)

组成:党参、白术各 15g,枳实、半夏、莪术、苦参各 10g,丹参 30g,黄连 5g。

用法:水煎,去渣,两煎分取 200ml,早晚各服 1 次,3 个月为 1 疗程。

功效:消痞化积。

主治:慢性萎缩性胃炎肠上皮化生,异型增生,各种脾胃虚弱证。中虚气滞型,症见胃脘痞满、空腹胀痛、得食暂缓、压痛,嗳气不畅,纳呆食少,大便溏薄,倦怠消瘦,舌淡,苔白薄腻,脉弦;脾虚湿盛型,症见食欲不振,饭后腹胀,口苦口粘,大便不爽,神疲困重,舌暗红,苔黄或白滑,脉濡或滑;胃阴不足,虚火内生型,症见胃脘痞满,饭后尤甚,灼热似痛,似饥不欲食,口干不欲饮,压痛,心烦少寐,倦怠乏力,舌偏红,无苔少津,脉细或数。

方解:慢性萎缩性胃炎肠上皮化生、异型增生是胃癌前期病变临床表现之一,其发病与幽门螺杆菌(Hp)感染密切相关,而Hp感染率高低及程度与中医证型有相关性。邪气盛患者感染阳性率偏高,虚实夹杂患者阳性率稍低。而虚、滞、湿、火、瘀存在本病全过程,据此拟订出补、消、温、清、和5法合用的消痞汤。方中参、术益气健脾,扶正固本为主药,所谓“邪之所凑,其气必虚”,“正复邪自却”,是为治本之设;辅以枳实、半夏、黄连辛开苦降,和中消痞,化痰软坚以消除痞满;更助以丹参、苦参、莪术苦辛行气,散瘀消积,清热燥湿而杀虫。诸药和用,虚实并治,标本兼顾。对消除临床症状,改善和修复病损组织,根除幽门螺杆菌(Hp),防止胃癌发生有积极意义。

加减:气滞型:治宜理气导滞,补中消痞。主方消痞汤加黄芩30g,桂枝6g;湿盛型:治宜益气健胃,和中消痞。主方消痞汤去白术、枳实,加炮干姜5g,炒白芍10g,茯苓15g;虚火型:治宜养阴益胃,清中消痞。主方消痞汤去半夏、莪术,党参易太子参,加石斛20g,乌梅10g。^[4]

2. 胃友汤(马山)

组成:黄芪30g,肉桂6g,吴茱萸10g,枳壳10g,片姜黄10g,川芎10g,红花10g,桃仁10g,丹参30g,三棱10g,莪术10g,甘草6g。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

功效:补气温中,活血化瘀。

主治:慢性萎缩性胃炎,证属脾胃虚寒夹瘀。症见胃脘痛,腹胀,暖气,遇寒加重,得暖则舒,舌质淡或苔薄白厚腻,脉弦或缓。

方解:本方黄芪补气力专,配活血药三棱、莪术有补气健

脾、宽肠消胀及祛瘀滞的作用,是治疗消化系统之良药。肉桂、吴茱萸温中祛寒、活血化瘀,有扩张血管,改善微循环,增加血流量的作用,与活血药合用可加强活血祛瘀功效,促进局部炎症吸收,并有建立侧支循环功能,使局部缺血缺氧得到改善,萎缩的腺体复生。肉桂、枳壳、片姜黄、甘草四味药为古方“推气散”,对萎缩性胃炎上腹胀痛的改善较为理想,其作用是祛寒理气活血,配合川芎、丹参、红花等活血药,可进一步加强其作用。

加减:伴有肠上皮化生者加水蛭 10g 或乌梢蛇 8g; 伴有胃粘膜粗糙不平、隆起结节或溃疡性胃炎者加炮山甲 10g, 王不留行 15g, 海藻 15g; 伴有胃溃疡或十二指肠球部溃疡者加白芷 10g、白及 14g、姜半夏 10g, 蒲公英 10g; 伴有胃粘膜脱垂者加党参 10g, 枳实 10g, 炮山甲 10g, 王不留行 15g, 水蛭 10g; 胃酸多加二陈汤, 胃酸少或无酸者加木瓜、乌梅、山楂; 残胃炎加山楂、沙参、乌梅等养阴敛酸药以中和碱性, 减少胆汁对吻合口粘膜刺激。^[5]

四、寒热夹杂证

1. 三合汤(焦树德)

组成:百合 30g, 乌药 9g, 丹参 30g, 檀香 6g(后下), 砂仁 3g, 高良姜 9g, 制香附 9g。

用法:水煎服, 日 1 剂, 分早晚 2 次温服。

功效:活血化瘀定痛, 养血益肾健脾。

主治:慢性胃炎, 证属虚实寒热夹杂, 症见胃脘痛, 舌苔白, 脉象弦(或只右脉弦), 胃脘喜暖喜按, 但又不能重按者。

方解:本方以百合汤、丹参饮、良附丸三方组合而成, 故名“三合汤”。百合汤由百合、乌药组成。百合性味甘平, 主

入肺胃,降泄肺胃郁气,肺气降、胃气和,则诸气俱调,配以乌药理气宣通,疏散滞气,温顺胃经逆气。二药相合,既能清泄肺胃郁气,温顺中焦滞气,又能防止百合平凉之性、有碍中运。再参《本经》说百合“能补中益气”,王好古说乌药能“理元气”,故本方更适用于日久不愈,正气渐衰之证。丹参饮为丹参、檀香、砂仁组成,为治疗心胸疼痛的验方。丹参味苦性微凉,活血祛瘀,通经止痛;檀香辛温理气,利胸膈,调脾胃;砂仁辛温,行气调中,和胃醒脾。三药相合,以丹参入血分为主药,又配以檀香、砂仁,则既能活瘀滞又能理胃气,更兼丹参功同四物,砂仁兼益胃“理元气”、“引诸药归宿丹田”,故对日久难复的胃脘痛,不但能够活瘀定痛,并能养血、益肾、醒脾。良附丸由高良姜、香附等份组成。高良姜辛热,温胃散寒,香附味辛微苦甘,性平理气行滞,利三焦,解六郁,治诸痛。因寒而痛者,重用良姜,因气而痛者,重用香附,二药合用,善治寒凝气滞胃病。以上三方相合,主气主血,主寒主滞,比较全面,既能治病,又能益人。

加减:遇寒病重,甚则呕酸,苔白脉缓,证属中焦寒盛者,可减丹参为20g,加砂仁为6g,良姜为10g,另加吴茱萸5g、干姜3g;兼有泛恶胸闷,苔腻,喜干食,便溏脉濡,证属中湿不化、气血不畅者,可加半夏10g,陈皮10g,茯苓15g,木香9g,煅瓦楞10g;兼有口苦,舌苔微黄,胃有灼热感,但进凉食会加重,脉略带数,证属标热本寒者,减高良姜为6g,砂仁改5g,加炒黄连6g,炒黄芩9g,千年健9g;兼舌质红无苔,口干不欲饮,大便少涩或干,证属中焦气化不利,津不能上输者,可加知母9g,葛根9g,生麦芽10g,焦山楂10g,乌梅1~2g;大便色黑,潜血弱阳性者,减良姜为5g,加白及9g,生藕节15~20g,茜草炭12g。^[6]

2. 四合汤(焦树德)

组成:三合汤(百合 30g,乌药 9g,丹参 30g,檀香 6g(后下),砂仁 3g,高良姜 9g,制香附 9g。)加失笑散(生蒲黄 9g,五灵脂 10g)。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:活血化瘀定痛,养血益肾醒脾。

主治:慢性胃炎,证属虚实寒热夹杂,瘀血阻滞,症见胃脘刺痛,痛处固定,唇舌色暗或有瘀斑,舌苔白,脉象弦(或只右脉弦),胃脘喜按喜暖,但又不能重按者。

方解:蒲黄活瘀散结,治心腹诸痛;五灵脂行血,消痰血积滞,治心腹血气刺痛。二药合用,活瘀止痛之力增强,名曰失笑散。把本方与前三方合用,故名“四合汤”。

加减:同三合汤。^[6]

(高连印)

参考文献

- [1]周慎.从瘀论治慢性胃炎 68 例的临床观察.实用中医内科杂志,1992,(2):39
- [2]朱日,等.益气活血法治疗幽门螺杆菌感染性慢性胃炎的临床研究.中国中西医结合杂志,1994,14(2):715~717
- [3]单书健,等.古今名医临证金鉴·胃痛痞满卷(下).北京:中国中医药出版社,1999
- [4]李志民等.消痞汤治疗慢性萎缩性胃炎(胃癌前病变)105 例临床观察.新中医,1998,30(10):18~20
- [5]马山,等.胃友治疗萎缩性胃炎 910 例临床报告.中医杂志,1989,(9):32~34
- [6]焦树德.“三合汤”、“四合汤”治疗胃脘痛.中医杂志,1987,(5):16~17

慢性萎缩性胃炎

一、阴虚证

1. 地芍止痛饮(张琪)

组成:生地 20g,公丁香 5g,陈皮 15g,枳壳 15g,川厚朴 15g,石斛 15g,麦冬 15g,白芍 20g,甘草 15g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:养阴益胃,理气消痞,和胃止痛。

主治:萎缩性胃炎、浅表性胃炎、肥厚性胃炎、胃及十二指肠溃疡、顽固性胃痛属胃阴虚者。

加减:纳呆脘痞者加麦芽、山楂、砂仁以开胃醒脾;胃脘灼热,干呕呃逆属阴虚热甚加丹皮、黄芩、花粉、茵陈清热降逆;胸满气逆,痞满不适加紫苏、枳壳、枇杷叶降逆行气。^[1]

2. 养阴护胃汤(许芝泉)

组成:沙参,麦冬,玄参,石斛,玉竹,白芍,甘草。

用法:水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:滋润养胃,生津护膜。

主治:慢性萎缩性胃炎,属胃阴不足,胃酸少者。

加减:大便秘结加瓜蒌仁、火麻仁;口干加生地、花粉;纳谷不香加生麦芽、冬瓜子、鸡内金,为保护胃粘膜可加凤凰衣、刺猬皮。若痞满胁痛、嗳气呃逆,属肝气犯胃者加郁金、

炒竹茹、青橘叶之类；肝郁化热者可酌加黄连、蒲公英。^[2]

3. 清中消痞汤(李寿山)

组成：太子参 15g，麦冬 15g，制半夏 7.5g，柴胡 6g，生白芍 10g，炒栀子 7.5g，丹皮 7.5g，青皮 10g，丹参 15g，甘草 6g。

用法：水煎服，每日 1 剂，分早晚 2 次温服。

功效：养阴益胃，清中消痞。

主治：浅表性胃炎、胆汁返流性胃炎、萎缩性胃炎等病。症见胃脘痞满、灼热疼痛、似饥不欲食，口干不欲饮，五心烦热、纳呆食少，大便燥秘，舌红少津或光剥龟裂，脉细或数等。

方解：方中太子参、甘草补中益气，以助脾胃之气阴；麦冬甘寒清热，养阴益胃，制半夏和中降逆以消痞；青皮理气疏肝导滞以消痞；柴胡疏肝解郁以畅胃；生白芍和中缓急以抑肝和胃；栀子清泻郁火，丹皮凉血清泻阴火；丹参凉血祛瘀，调养胃络；甘草又能调和诸药。诸药合用以太子参、麦冬之补，柴胡之升，青皮半夏之降，栀子丹皮之清，白芍甘草之和，丹参之消，合诸补、消、清、和、升、降于一炉，共奏养阴益胃、清中消痞之效。

加减：泛恶欲吐加竹茹、茯苓；口干舌燥加黄连、生地、沙参；噎气矢气不畅加佛手；气逆哽咽不适加旋覆花、生赭石；食少难消加鸡内金、炒谷麦芽、乌梅；大便溏薄加山药、扁豆，减栀子、丹皮量；头眩目涩加枸杞、甘菊，并去柴胡。^[3]

4. 沙参养胃汤(李振华)

组成：沙参 20g，麦冬 15g，石斛 15g，白芍 20g，山楂 15g，知母 12g，鸡内金 10g，花粉 12g，丹皮 10g，乌梅肉 10g，陈皮 10g，生甘草 3g。

用法：水煎服，每日 1 剂，分早晚 2 次温服。

功效:养阴和胃,理气清热。

主治:适用于各种慢性胃炎。症见胃脘隐痛、脘腹胀闷或牵及两胁,暖气、纳呆食少,少食则饱,胃中灼热嘈杂,口干咽燥,便干,身倦乏力,面色萎黄,形体消瘦,舌体瘦小,舌红少津,苔少或花剥,脉细弱或细数等。辨证属脾胃阴虚者。

方解:方中沙参、麦冬、石斛、花粉甘凉濡润,滋养胃阴;白芍、乌梅肉、生甘草酸甘化阴;知母清胃中燥热;山楂、鸡内金、陈皮理气和胃,以防甘凉滋腻碍脾;丹皮清血热并行血中之气。全方甘淡味薄,清虚灵透,滋而不腻,清而不泄,恰对脾虚病机本质,顺其升降之性,重在健运脾胃,疗效显著。

加减:兼气滞者,加枳壳 10g、川楝子 12g、郁金 10g;兼血瘀者,加丹参 15g、桃仁 10g、元胡 10g;阴虚内热,胃逆嗳气者加竹茹 10g、柿蒂 15g;心烦易怒,失眠多梦,加焦栀子 10g、夜交藤 30g;大便干结者加火麻仁 15g;兼脾虚气滞者,加党参 12g;若大便出血,加白及 10g、黑地榆 15g。^[4]

5. 养阴健中汤(姚奇蔚)

组成:北沙参 30g,桑寄生 20g,玉竹 20g,青黛 10g,怀山药 30g,白芍 10g,石斛 30g,焦山楂 30g,浙贝母 10g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:养阴建中。

主治:胃痛胃胀,嘈杂灼热,口干苦,舌质淡红,无苔或少苔,脉细数,表现为肺虚肝热,胃阴受伤、胃阴不足型萎缩性胃炎患者。

方解:本方虽脱胎于叶天士的益胃汤,但去麦冬之腻、冰糖之甘,更增白芍、桑寄生柔肝平肝,怀山药、焦山楂一补一消,益阴健脾,浙贝母、青黛舒肺达肝,解郁清热。全方甘淡

味薄,清虚灵达,滋而不膩,清而不泄,清滋之中寓流动活跃之性。用其养胃又能清肺,用其益气,又能达肝。^[5]

6. 滋胃饮(周仲瑛)

组成:乌梅肉 6g,炒白芍 10g,北沙参 10g,麦冬 10g,石斛 10g,生麦芽 10g,炙鸡内金 5g,炙甘草 3g,玫瑰花 3g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:滋养胃阴,疏肝柔肝。

主治:慢性萎缩性胃炎或溃疡病并发慢性胃炎久而不愈,胃酸缺乏者。临床以胃脘隐隐作痛,烦渴思饮,口燥咽干,食少便秘,舌红少苔,脉细数为主症,证属胃阴不足者。

方解:方中乌梅肉、白芍味酸敛津生津,养肝柔肝;北沙参、麦冬、石斛等养胃滋阴,一敛一滋,两济其阴。饮伤则失其濡润,胃气失于和降,故少佐理气而不伤阴的玫瑰花、生麦芽和胃调肝,助胃运药,且能防单纯阴柔呆滞之弊。炙鸡内金健脾消食。久病入络,营血虚滞,故配养营和血之丹参,甘草调和诸药。全方共奏酸甘化阴,养胃生津之功。^[6]

7. 养胃理气汤(张笑平)

组成:炒白芍 15g,乌梅肉 15g,北五味 15g,生山楂 15g,佛手 10g,丁香 10g,苏子 10g,苏梗 10g。

用法:水煎服,日 1 剂,3 个月为 1 个疗程。2 个疗程之间休息 3~7 天,对症状消失或胃电图复查明显好转者,下一疗程改服冲剂。

功效:理气养阴。

主治:萎缩性胃炎。

方解:养胃理气汤具有理气养阴之功效,方中白芍、乌梅肉、北五味、生山楂等酸甘化阴,柔肝生津,并可以促进胃腺

的泌酸功能;又以佛手、丁香、苏子、苏梗等协山楂疏降结合,并可以消导胃之积食。本方养阴而不滋腻,理气而不过燥,动静相得,攻补兼施,疗效较好。^[7]

8. 三白汤(郝刚)

组成:白术 10g,白蔻仁 10g,鸡内金 10g,延胡索 10g,枳壳 10g,白芍 15g,乌梅 20g,炙甘草 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:健运脾胃,调畅气机,滋养胃阴,通经活血。

主治:萎缩性胃炎。

方解:根据萎缩性胃炎的病机,脾胃虚弱,运化乏力,继而可阻滞气机,胃阴受伐,久病入络,络伤血痹。方中用白术补脾益气,健运脾胃;白蔻仁芳香健脾,行气宽中;白芍、甘草酸甘化阴以复阴液,并可缓急止痛;延胡索活血通络;枳壳行气消胀,调畅中焦气机;鸡内金健脾消食助运;乌梅养胃生津。诸药合用具有健运脾胃,调畅气机,滋养胃阴,通经活血的功用。

加减:脾虚甚加党参、茯苓;胃阴不足加沙参、麦冬;中焦积热加黄连、金银花;痰湿中阻加陈皮、半夏;胃粘膜活检肠上皮化生者加白花蛇舌草、半枝莲。^[8]

9. 养胃和中汤(曹永康)

组成:北沙参 10g,麦冬 10g,川石斛 12g,炒白芍 10g,生甘草 4.5g,法半夏 4.5g,陈皮 3g,须谷芽 15g,白残花 3g,蒲公英 12g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:养阴益胃,理气和中。

主治:慢性胃炎、胃窦炎、十二指肠球炎、燥咳、血证及热

性病后期调治,证属气阴不足者。

方解:方中沙参、麦冬增液润肺;石斛生津养胃,三味甘凉濡润,润而不膩;白芍甘草酸甘化阴;蒲公英清热解毒消炎;须谷芽甘平养胃;白残花芳香悦脾;半夏、陈皮降逆和中,气降则津自流布,相得益彰。此方柔润而不膩,气清而不浊,对于阴液不足,舌面少苔欠润,而胃气又虚者,服之尤宜。

加減:大便溏薄者加扁豆衣 10g、炒木瓜 10g;大便燥结加生首乌 12g、肉苁蓉 10g、天花粉 10g;心下烧灼,舌红苔黄,脉弦数加黄连 2g;舌有裂纹加花龙骨 12g(先煎),马勃 3g;燥咳去半夏,加川贝 10g、瓜蒌皮 10g、炙桑叶 10g、光杏仁 10g、鲜梨 50g;血证调治去半夏、陈皮,加鲜藕 50g;见血加藕节炭 10g;热病后形衰气馁加红枣 10g、生姜 6g。^[9]

10. 养胃汤(张羹梅)

组成:川石斛 12g,太子参 15g,川楝子 9g,元胡 9g,芍药 9g,川黄连 3g,吴茱萸 1g,生甘草 6g,谷麦芽各 12g,佛手 9g,瓦楞子 18g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:养胃益阴。

主治:慢性胃炎、胃和十二指肠溃疡病。症见胃脘疼痛,呕恶泛酸,或有口干苦,胃脘灼热,脉弦细数,苔薄白或黄,舌质红绛或偏红。

方解:方用太子参、石斛益气养阴;川楝子、元胡理气化痰;白芍、甘草缓急止痛;左金丸平肝抑木;瓦楞子制酸;谷麦芽、佛手理气消积和胃。

加減:伴有上消化道出血,两胁疼痛,易怒,口干而舌质红绛,可加焦山栀、丹皮、茅根、藕节等养阴清肝之品;如脘腹胀闷,加用枳壳、柴胡;如舌红苔光,口干甚,加沙参、麦

冬、玉竹生津养阴。^[10]

二、虚实夹杂证

1. 疏肝和胃汤(邢子亨)

组成:当归 12g,炒白芍 12g,乌贼骨 15g,苡仁 24g,五灵脂 12g,佛手 15g,白檀香(后下)9g,川楝子 12g,炙甘草 9g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:疏肝和胃,化瘀止痛。

主治:慢性胃炎,胃及十二指肠球部溃疡。症见胃脘疼痛,噎腐吞酸,嘈杂,消化不良,严重者消瘦虚弱,大便潜血阳性等。

方解:凡慢性胃炎、胃及十二指肠球部溃疡,表现为肝胃不和者均可用本方疏肝和胃取效。方中当归、白芍养血和肝;川楝子、佛手、檀香疏肝理气止痛;五灵脂化瘀镇痛,苡仁利湿和中,乌贼骨制酸护膜,全方共奏疏肝和胃化瘀止痛之效。

加减:胃寒呕吐加干姜 6g,砂仁 9g(后下);大便干结加冬瓜子 20g,郁李仁 15g;病久气血虚弱,身体消瘦,加炙黄芪 15g,鹿茸 5g,白及 9g(二味研末分 2 次冲服);消化不良,加陈皮 9g,焦山楂 6g,六神曲 9g,炒麦芽 9g。^[11]

2. 健运香苏饮(赵葵)

组成:制香附 6g,苏梗 6g,陈皮 6g,党参 15g,茯苓 9g,怀山药 15g,鸡内金 9g,赤芍 9g,麦谷芽各 30g,甘草 4g。

用法:水煎服,日 1 剂,分 2~3 次,饭后半小时温服。

功效:健运中焦,理气化瘀。

主治:慢性萎缩性胃炎(胆汁返流型)。

方解：方用党参、茯苓、山药、甘草益气养胃；香附、苏梗、陈皮理气畅中；鸡内金、谷麦芽和胃化积；赤芍消瘀和络。

加减：若胃脘胀闷者，加川朴 9g、山楂 12g；胃脘疼痛甚者，加川楝子、元胡各 9g；胃脘有烧灼感者，加白芍 9g、蒲公英 15g；大便干结者加火麻仁 15g、郁李仁 9g；大便溏薄者，加藿香 9g、焦山楂 12g。^[9]

3. 安中汤(张镜人)

组成：柴胡 6g，炒黄芩 9g，炒白术 9g，香扁豆 9g，炒白芍 9g，炙甘草 3g，苏梗 6g，制香附 9g，炙延胡 9g，八月札 15g，炒六曲 6g，香谷芽 12g。

用法：水煎服，日 1 剂，分早晚 2 次温服。

功效：调肝和胃，健脾安中。

主治：慢性胃炎。症见胃脘部胀满、疼痛，口苦，食欲减退，或伴暖气泛酸，脉弦、细弦或濡细，舌苔薄黄腻或薄白腻，舌质偏红。

方解：方中柴胡疏泄肝胆，升清解郁；黄芩苦寒沉降，泄热除湿；白术、扁豆健脾助运；白芍、甘草缓急安中；苏梗、制香附理气畅膈，温而不燥；玄胡、八月札调营止痛，散而能润；炒六曲消胀化滞；香谷芽和胃进食。

加减：疼痛较甚，加九香虫 6g；胀满不已，加炒枳壳 9g；胃脘灼痛，加连翘 9g(包)，或炒知母 9g；暖气，加旋覆花 9g、代赭石 15g；泛酸加煅瓦楞子 15g、海螵蛸 15g；嘈杂加炒山药 9g；苔腻较厚，加陈佩梗 9g；舌红苔剥，去苏梗，加川石斛；便溏加焦楂炭 9g；伴腹痛，再加炮姜炭 5g、煨木香 9g；便秘，加全瓜蒌 5g、望江南 9g；腹胀加大腹皮 9g；胃及十二指肠球部溃疡，加凤凰衣 6g、芙蓉叶 9g；胃粘膜活

检病理示肠腺化生,加白花蛇舌草 30g;腺体萎缩加丹参。^[12]

4. 加味黄连温胆汤(谢昌仁)

组成:黄连 2g,陈皮 6g,姜半夏 10g,茯苓 12g,甘草 3g,枳实 6g,竹茹 6g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:苦降辛通,化滞和中。

主治:萎缩性胃炎,痰热中阻,胃失和降。

方解:黄连苦能健胃而降,二陈和胃化痰,姜半夏与川连相配寓辛开苦降之意;竹茹清中除烦,降逆止呕;枳实下气行滞,更助黄连之苦降。黄连还有广谱抗菌作用,对慢性胃炎幽门螺杆菌阳性者确为良药。临证根据患者痰热之轻重,斟酌其量,热重用 3g,热轻用 2g,或配伍其他药物,使痰热得化,气机调畅,胃复其职。

加减:本方共十二种加味法:①肝郁化火,嘈杂泛酸加吴茱萸,为左金温胆汤;②胃酸少加吴茱萸、白芍乃戊己温胆;③脘胀痞满,加全瓜蒌即陷胸温胆;④肝胃不和,痛涉胁肋加柴胡、白芍,合四逆散之意;⑤酸多加乌贼骨、大贝母取乌贝散之意;⑥痛甚加元胡、川楝子、白芍;⑦伴失眠者,胃不和卧不安也,加秫米、首乌藤、合欢皮;⑧胃脘灼痛重用黄连 3g,加青木香、蒲公英,寓青蒲饮;⑨胃阴不足加沙参、麦冬、石斛,养胃汤之意;⑩便秘者加瓜蒌仁、火麻仁、郁李仁;⑪脘痞烦热加栀子、黄芩;⑫久痛入络,夹瘀血证加紫丹参、赤芍。服本方痛止后,可改为散剂,每服 6g 巩固疗效。^[13]

5. 砂半理中汤(宋孝志)

组成:清半夏 9g、制香附 9g、高良姜 9g、炒枳壳 9g(或炒枳实)、砂仁 9g(打、后下)。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:理气散寒,和胃止痛。

主治:慢性胃炎,消化性溃疡证属寒凝气滞者。

方解:方中半夏燥湿化痰,降逆止呕,和中健脾,可为脾胃痛之主药。砂仁健脾理气止痛,化食积,并可入肾,为肾胃痛之主药;枳壳或枳实能消心下痞塞之痰,泄腹中滞塞之气,推胃中隔宿之食,可为脾胃痛之主药;香附疏肝理气,对肝胃不和之肝胃痛有较好效果。

加减:本方为治疗胃痛的基本方剂,若肝胃痛证,见胃痛连胁,攻撑作痛,呃逆嗳气,苔多薄白,脉弦紧,治疗将香附加至 12g 为主药,余四味药量仍为 9g;若口苦吐酸,为胆火较盛,加生栀子 6~9g,胁痛较重者可加川楝子 9g。^[5]

6. 疏肝和胃方(朱良春)

组成:柴胡 4g,生白芍 15g,广郁金 15g,炒白术 12g,生黄芪 15g,莪术 6g,怀山药 20g,鸡内金 10g,丹参 15g,蒲公英 30g,白花蛇舌草 30g,徐长卿 15g,甘草 6g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:疏肝和胃,益气消痞。

主治:胃痞,慢性萎缩性胃炎伴肠化。

方解:方中以柴胡、白芍、郁金疏肝解郁,黄芪配白术,山药配鸡内金消补共进,对中虚挟瘀之证最相合,补不壅中,消不伤正。蒲公英、白花蛇舌草可清肝胃之郁热,与丹参、莪术相伍,又是针对粘膜细胞萎缩及肠化生的有效药物。白术补

气健脾,徐长卿消胀止痛,还可安神,至于玉蝴蝶、凤凰衣二药,尤为护膜安中之佳品,加用之多能增强药效。〔14〕

7. 加减乌梅安胃丸(魏长春)

组成:乌梅、桂枝、川椒、干姜、川连、木瓜、生白芍、陈皮、炙甘草、生麦芽。

用法:水煎服。

功效:疏肝和胃降逆。

主治:萎缩性胃炎,胃酸缺乏者。〔15〕

8. 疏肝安胃饮(曾宜敬)

组成:煅瓦楞子 15g,白芍 20g,柴胡 12g,炒枳壳 10g,白蒺藜 12g,台乌药 10g,黄郁金 12g,佛手 12g,元胡 12g,苡仁 15g。

用法:水煎服。

功效:疏肝和胃,制酸止痛。

主治:胃脘胀闷,甚或攻冲疼痛,痛连两胁,嗳气泛酸,苔薄,脉弦,每因心烦易怒而发,胃酸多者。

方解:本方适用于肝气犯胃、胃失和降之胃脘痛。方中柴胡、枳实、蒺藜、佛手理气疏肝;乌药、郁金、元胡理气止痛;瓦楞子制酸和胃;白芍缓急止痛;苡仁养胃利湿;全方共奏疏肝和胃、制酸止痛之功。

加减:若头晕加天麻;目眩加胡麻仁;腰痛加独活、桑寄生;肝阳上亢加生牡蛎、珍珠母;心悸少寐加炒枣仁、远志;妇女经期提前加生地、海螵蛸;月经后期加香附;白带过多加桑螵蛸。〔9〕

9. 疏肝健胃汤(张志芳)

组成:柴胡 10g, 明党参 10g, 百合 15g, 山药 10g, 当归 10g, 郁金 10g, 乌药 10g, 乌梅 10g, 赤芍 10g, 甘松 5g, 甘草 6g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:疏肝健胃,益气活血。

主治:慢性萎缩性胃炎,肝郁胃虚证。

加减:恶食,食后胀痛,噎腐者加谷芽 10g 消化积滞;大便秘结、干结难下者,乃阳虚肠燥之故,宜润肠通便加火麻仁 30g;胃脘热痛喜冷饮者,乃气郁化热,加蒲公英 20g、桂枝 10g,寒热并调;胃脘冷痛喜热饮者,乃胃阳不振所致,加桂枝 10g,以振奋胃阳;吞酸、嘈杂者,乃“肝木曲直作酸”,当去乌梅。^[16]

10. 疏肝和胃汤(王兆松)

组成:柴胡 10g, 瓜蒌仁 15g, 川连 10g, 枳壳 10g, 木香 15g, 青皮 10g, 陈皮 10g, 草豆蔻 10g, 清半夏 15g, 榔片 10g, 莱菔子 10g, 黄芩 10g。

用法:水煎服,日 2 剂。

功效:疏肝理气,和胃散寒,止痛。

主治:慢性萎缩性胃炎。

方解:方中柴胡疏肝解郁;陈皮、草豆蔻温中散寒,理气止痛;瓜蒌仁疏肝郁,平肝逆,开胸降胃,使肝气得疏泄,肝气疏则胃气畅;川连、枳壳理气和中止痛;木香、陈皮加强理气解郁作用;清半夏、槟榔片、莱菔子消食导滞,温胃降逆,破胀满,利肠道;黄芩清热解毒降胃火。此方以疏肝理气,和胃散寒,止痛为功效,针对胃为多气多血之腑的特点,

用温中散寒疏通经脉,用疏肝理气令气机通畅。^[17]

11. 梅香饮(黄如玉)

组成:绿萼梅 10g,九香虫 10g,佛手片 15g,元胡 10g,降香 10g,制香附 10g,白芍 15g,甘草 6g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:疏肝和胃,理气止痛。

主治:慢性胃炎,胃窦炎及浅表性溃疡,凡属肝郁气滞,肝胃不和所致之胁肋、胃脘胀闷隐痛,餐后胃脘胀闷加剧,或泛恶,呕逆,舌苔薄黄或黄白相兼,脉弦。

方解:本方系已故江西名老中医江公铁之验方。凡肝郁气滞,肝胃不和所致的脘痛,尤其是为患较久者,此时中气已虚,气郁不解,补之恐其滋腻,理气有虑伤津液,偏温偏寒,皆非所宜,故用绿萼梅、香附清香条达肝气;九香虫、元胡理气止痛;佛手醒脾行气;降香理气化痰;白芍、甘草和营缓痛。用药清空灵活,颇有特色。

加减:临床若见呕逆甚者,加藿香、法半夏各 10g;食后饱胀甚加神曲 10g,痛甚加青木香 10g。^[9]

12. 和中消痞汤(李寿山)

组成:党参 15g,制半夏 10g,黄连 3g,丹参 15g,蒲公英 15g,白芍 15g,炙甘草 6g,干姜 3g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:益气健脾,辛开苦降,和中开痞。

主治:浅表性胃炎,反流性胃炎,萎缩性胃炎等病。症见胃脘胀闷,或脘腹痞满,嘈杂不舒,似痛非痛,饭后饱胀明显,纳呆食少,口苦口粘,大便不畅,舌苔厚腻,脉象弦滑等,中医辨证属脾胃气虚,痰湿中阻,寒热夹杂之胃痞证。

方解:方中党参、炙甘草补中气,健脾胃;制半夏燥湿化痰,与党参合用,助运化祛痰湿以消痞结;黄连清热燥湿,干姜温中祛湿,二药合用,辛开苦降为和中消痞之主药;蒲公英苦味健胃,有清热和中之效;白芍缓急止痛,与甘草合用酸甘化阴,以益胃阴而防燥药之急;干姜与甘草合用,辛甘化阴,以扶脾阳而化寒热之功;伍丹参养血和血,寓补于消和胃通络。诸药合奏益气健胃,调和寒热,辛开苦降,和中开痞之效。

加减:胃痛明显者加元胡、香橼皮;胃中冷,倍干姜,加肉桂;灼痛口苦者干姜易炮姜,加石斛;噎气矢气不畅加佛手、枳壳;食少难消加鸡内金,炒谷麦芽等。^[3]

三、气虚(阳虚)证

1. 补中消痞汤(李寿山)

组成:黄芪 15g,党参 15g,枳实 15g,桂枝 10g,炒白芍 15g,丹参 15g,炙甘草 10g,生姜 10g,大枣 5 枚,白术 15g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:益气温中,导滞消痞。

主治:萎缩性胃炎,浅表性胃炎,症见胃脘痞满,空腹隐痛,得食稍缓,喜暖喜按,噎气矢气,纳呆食少,口淡乏味,倦怠消瘦,便溏,舌淡脉弦等,中医辨证属脾胃虚弱,气滞偏寒,升降失调之证。

方解:方中党参、黄芪、白术、炙甘草补中益气,健脾和胃,为补益脾胃中虚的主药;枳实宽中理气,与白术合用理气导滞,消补兼施,以助其升清降浊之枢机;桂枝温中通络,与甘草有辛甘化阳之效;白芍、甘草和中缓急,酸甘化阴,具有调和阴阳气血之功;丹参养血活血,寓补于消,为久病入

络之良药；辅以姜、枣调和脾胃，全方共奏益气温中，导滞消痞之效。

加减：噫气矢气不畅者加佛手；脘中隐痛明显加元胡、香橡皮；胸脘拘急，气逆咽梗者加香附、苏梗；胁背胀痛加广木香、郁金；纳少难消加鸡内金、炒谷麦芽；大便溏泻加茯苓；大便秘结加肉苁蓉；贫血、头眩者加当归、枸杞子。^[3]

2. 香砂温中汤(李振华)

组成：党参 12g，白术 10g，茯苓 15g，陈皮 10g，半夏 10g，木香 6g，砂仁 8g，厚朴 10g，干姜 10g，川芎 10g，丁香 5g，炙甘草 3g。

用法：水煎服，日 1 剂。

功效：益气健脾，温中和胃。

主治：萎缩性胃炎，症见胃脘隐痛，喜暖喜按，遇冷加重，腹胀纳差，暖气泛吐清水，大便溏薄，舌淡胖大，苔薄白，脉沉细无力等，中医辨证属脾胃气虚、阳虚者。

方解：由香砂六君子加减而成。方中党参、白术、茯苓、炙甘草健脾益气；陈皮、半夏、木香、砂仁、厚朴理气和胃；干姜、丁香温中和胃，助脾运化；配合川芎以行气活血。诸药合用，虚实兼顾，升降相协，益气健脾，温中和胃。

加减：兼肝郁者加香附 10g、乌药 10g；兼血瘀者加丹参 15g、元胡 10g；湿盛泄泻者加苡仁 30g、泽泻 10g、桂枝 5g；湿阻呕恶者加苍术 10g、藿香 15g；食滞不化者，加焦山楂、神曲、麦芽各 12g；阳虚甚者，加制附子 10g；气虚甚者加黄芪 15～30g。^[4]

3. 健运麦芽汤(赵紫)

组成：麦芽 30g，谷芽 30g，鸡内金 15g，山药 15g，党参

10g, 甘草 5g。

用法: 用水浸泡 1 小时, 沸后继沸 5 分钟即可, 不宜久煎。

功效: 健脾和胃, 复元益气。

主治: 慢性胃炎。单用能增进饮食。此外大病、久病之后胃气受伤, 纳谷不香者可随证加减。

方解: 方中山药性平味甘, 补脾气而益胃阴, 合党参又能补气。鸡内金甘平, 运脾健胃, 有以脏补脏之功。甘草引药入脾, 再加麦谷二芽, 共奏复元益气之妙。麦芽补脾, 谷芽入胃, 麦芽主升, 谷芽主降, 能使脾胃和合, 升降有序。而且用量特大者, 欲使气机更加活泼。现代研究发现, 可促进人体新陈代谢, 有类似元气的推动、激发功能。^[9]

4. 益气健中汤(姚奇蔚)

组成: 桂枝 10g, 白芍 10g, 甘草 3g, 大枣 3 枚, 黄芪 50g, 太子参 30g, 怀山药 30g, 黄精 20g。

用法: 上药冷水浸泡 10 分钟, 沸后微火再煎 15 分钟, 滤取药液 400ml 服用。

功效: 益气建中。

主治: 胃痛胃胀, 喜暖喜按, 遇寒加重, 口淡不干, 四肢欠温, 舌质淡, 苔薄白, 脉沉或缓, 表现为中阳不振, 肝气升达无力, 胃阳不足型之患者。

方解: 本方源于黄芪建中汤, 但去饴糖之大甘, 更加太子参、怀山药、黄精益气养液; 重用黄芪补肺治肝, 舒达肝气, 于温建之中寓展运之用。黄芪甘温味淡, 轻虚不壅, 于补气之中含上升外达之性, 对气虚不足, 肝气升达无力者确为良药。至于党参、白术, 只有当患者出现食欲不振, 大便溏薄, 四肢乏力时, 方可选用之。^[5]

5. 胃脘痛愈汤(孙光远)

组成:黄芪 15~30g,白术 10~20g,白芍 15~20g,炙甘草 10~20g,党参 10~20g,台乌 6~12g,枳实 10~20g,延胡索 10~20g,当归 6~20g,黄连 5~10g,干姜 6~15g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:健脾和胃,疏肝理气,活血化瘀。

主治:胃、十二指肠溃疡,慢性浅表性胃炎,萎缩性胃炎。

方解:白芍味苦、酸,性苦寒,有柔肝平肝、补血之功,枳实苦辛微温入脾胃,为行中焦气滞痞满圣药,与术、芪相配运土;方中乌药辛温,有散寒止痛之力;元胡、当归可补血活血,而不致滞与散之偏,使肝体得柔,肝用得济,胃脘安宁。参苓术草为四君子汤,加黄芪皆补中益气之性。脾健得运,胃气和,清气升,气血得以濡五脏,有行气消滞;黄连、干姜寒热相配,辛开苦降利胃腑。苓术二药在方中除健脾燥湿之外,又能控制甘能助湿,大剂甘草易致钠、水潴留,针对其肿还可加猪苓、泽泻等。^[3]

6. 胃友汤(马山)

组成:黄芪 30g,桂枝 10g,细辛 3g,吴茱萸 10g,丹参 10g,川芎 10g,当归 10g,赤芍 10g,桃仁 10g,红花 10g,三棱 10g,莪术 10g,蒲黄 10g,乌药 10g,丹皮 10g,水蛭 10g,甘草 6g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:补气温中,活血化瘀。

主治:慢性萎缩性胃炎。

方解:方中黄芪力专补气,配活血药三棱、莪术补气健脾,宽中消胀及祛瘀滞,桂枝、吴茱萸有温中散寒、活血祛瘀,

扩张血管、改善微循环的作用,与活血药合用可加强作用。肉桂、枳壳、片姜黄、甘草四味药古方“推气散”可改善腹胀疼痛症状,与丹参、红花、川芎配合可加强作用。

加减:胃内除炎症外还见粘膜隆起,粗糙不平,加炮山甲、王不留行、白花蛇舌草各 10g;炎症区胃粘膜顶端见有粘膜缺损或脐样凹陷,或中央糜烂者,加蒲公英、生地、半夏、泽泻、银花各 10g;伴溃疡者加白芷 10g,白及、姜半夏、蒲公英各 10g;伴胃粘膜脱垂者加党参、枳实、炮山甲各 10g;胃酸多者加二陈汤,胃酸少或无酸者加木瓜、乌梅、山楂;残胃炎加山楂、沙参、乌梅等养阴,敛酸药以中和碱性,减少胆汁反流的刺激;对伴有胆汁反流,胃出血者分别给予自制胃炎片和止血粉等药物。^[18]

7. 益中活血汤(孙威茂)

组成:黄芪 30g,肉桂 8g,吴茱萸 10g,丹参 15g,乳香 8g,没药 8g,生蒲黄 15g,三棱 10g,莪术 10g,川芎 12g,乌药 10g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:温中益气,散寒活血。

主治:慢性萎缩性胃炎,证属中虚血瘀者。

加减:气虚者重用黄芪加党参;胃阴虚者加麦冬、石斛;纳呆者加山楂;伴肠液反流者加川朴、姜半夏、柿蒂各 20~60g,柴胡、白芍各 30g;血瘀明显者加水蛭、干漆粉(冲)。^[9]

8. 温中益胃汤(翟济生)

组成:吴茱萸 2g,黄连 6g,乌药 10g,绿萼梅 10g,玉竹 10g,鸡内金 10g,山楂 10g,木瓜 10g,白芍 12g,广木香 10g,荷叶 10g,佛手 10g。

用法:水煎服,日1剂。

功效:甘温补中。

主治:缺酸性萎缩性胃炎。

方解:方中吴茱萸、黄连二味辛开苦降,乌药辛温行气开郁止痛,白芍柔肝养胃,木瓜则利湿和胃,与木香合用芳化畅中,调理气机。山楂消积助运且活血,鸡内金消积健脾,玉竹甘平质润,生津润燥,绿萼梅疏肝散郁开胃生津,荷叶微温平,补助脾胃,开胃消食,佛手辛苦温,醒胃豁痰消食和中。^[5]

(姚巧林 翟兴红)

参考文献

- [1] 张琪. 张琪临床经验辑要. 北京:中国医药科技出版社,1998
- [2] 史宇广. 当代名医临证精华·胃脘痛专辑. 北京:中医古籍出版社,1988
- [3] 李寿山. 李寿山医学集要. 大连:大连出版社,1992
- [4] 李振华. 常见病辨证治疗. 郑州:河南人民出版社,1979
- [5] 张丰强. 国家级名老中医效验方精选. 北京:国际文华出版公司,1995
- [6] 周仲瑛. 周仲瑛临床经验辑要. 北京:中国医药科技出版社,1998
- [7] 张笑平. 养胃理气汤治疗萎缩性胃炎32例. 湖北中医杂志,1987,(4):16
- [8] 郝刚. 三白汤治疗萎缩性胃炎30例. 四川中医,1988,(6):23
- [9] 杜怀棠主编. 中国当代名医验方大全. 武汉:湖北科技出版社,1990
- [10] 张羹梅. 临证偶拾. 上海:上海科技出版社,1979
- [11] 邢子亨. 邢子亨医案. 太原:山西人民出版社,1982
- [12] 张镜人. 中华名医治百病秘·张镜人卷. 上海:文汇出版社,1998
- [13] 谢昌仁. 临床医学经验. 南京:南京出版社,1994

- [14] 朱良春. 朱良春用药经验. 上海: 上海中医学院出版社, 1989
- [15] 魏长春. 魏长春临床经验辑. 杭州: 浙江出版社, 1984
- [16] 张志芳. 疏肝健胃汤治疗萎缩性胃炎疗效观察. 湖南中医学院学报, 1988, (1): 2
- [17] 王兆松. 疏肝和胃汤治疗慢性萎缩性胃炎 34 例. 黑龙江中医药, 1987, (6): 46
- [18] 马山. 胃友汤治疗萎缩性胃炎 910 例临床报告. 中医杂志, 1989, (9): 32 ~ 33

胃粘膜脱垂症

1. 芪薏平胃散(周维骥)

组成:黄芪 20g,肉苁(后下)10g,苍术 10g,陈皮 10g,茯苓 20g,川朴 6g,桂枝 6g,吴茱萸 6g,甘草 6g。

功效:温中散寒,健脾化饮。

主治:胃粘膜脱垂症,证属脾胃虚寒,寒湿内生。症见胃脘隐痛,食后胀闷,心下痞满,喜温喜按,肢凉便溏,舌淡胖、苔白腻,脉弦滑,胃镜下见胃粘膜水肿脱垂而未见明显充血者。

加减:寒凝气滞血瘀者,症见腹痛拒按,舌有紫斑等,加蒲黄、五灵脂各 6g,香附 10g,三七粉(冲)2g。急性期过后酌情改服四连汤(茯苓、怀山药、芡实、莲子)、四君子汤或参七代泡茶。^[1]

2. 二黄茵胆汤(周维骥)

组成:黄连 10g,竹茹 10g,石斛 10g,茵陈 10g,建曲 10g,大黄 6g,肉苁 6g,龙胆草 6g,甘草 3g。

功效:清热祛湿,和胃降逆。

主治:胃粘膜脱垂症,证属脾胃湿热。症见胃脘灼痛,疼痛拒按,恶心呕吐,口干口渴,便干溲赤,舌红苔黄,脉弦滑数。胃镜下见胃粘膜水肿、脱垂、明显充血或见糜烂、溃疡出血。

加减:若刺痛拒按,胃镜下见胃或十二指肠球部陈旧出血斑或粘膜下瘀斑,加赤芍 10g、丹皮 10g、三七粉 2g。^[1]

3. 半夏泻心汤合左金丸(周维骥)

组成:党参 12g,半夏 10g,川连 6g,黄芩 10g,干姜 3g,木香 10g,肉蔻 10g,陈皮 6g,吴茱萸 6g,甘草 3g。

主治:胃粘膜脱垂症,久病不愈,寒热虚实夹杂证。症见胃脘痞满疼痛,食后加剧,吞酸嘈杂,噯气频、口干口苦不欲饮,畏寒喜温,纳差,大便不调,舌苔黄或黄白相间,脉弦细数。胃镜下见粘膜苍白、幽门前粘膜充血水肿或见粘膜张力低,皱襞紊乱。

加减:兼有出血者加大黄、白及粉(冲)各 3g;兼胃阴不足加怀山药 15g,玉竹、石斛各 10g。^[1]

4. 芍药甘草汤加味(薛盟)

组成:芍药、甘草各 10g,鲜石斛 18g,蒲公英,枳壳各 15g,木瓜,乌梅肉、麦冬、川楝子、天仙藤各 10g,炒枣仁 12g,左金丸 6g(包)。

功效:甘寒柔润,平肝养胃。

主治:胃粘膜脱垂症,肝胃不和,阴虚嘈杂之证。症见胃脘疼痛不适,上腹挛急,噯气频作,胸中自感烦热嘈杂,欲吐不吐,似饥非饥,渴不思饮,大便干结,舌红中剥或干绛,脉细数。

加减:嘈杂属痰火者加栝楼 15g、鲜竹沥汁 1 支(冲),肝火上扰加焦山栀、丹皮各 9g;寒热往来加柴胡 6g;习惯性便秘加生地 20g,炒枳壳、生白术各 15g。^[2]

5. 益气疏滞汤(俞尚德)

组成:黄芪 15~30g,炒白术 10~15g,炙甘草 10~15g,赤芍 10g,云茯苓 15g,苏木 6~10g,炒枳壳 6~10g,徐长卿 10~15g,金铃子 10g,蒲公英 10~15g。

功效:补气疏滞,调整胃窦。

主治:胃粘膜脱垂症,脾胃气虚兼肝胃气滞证。

加减:方中甘草、赤芍、苏木、枳壳四味为必用之药,四药配合后,可能具有调整胃蠕动及幽门括约肌运动的功能。嘈杂者加党参,泛酸者加淡吴茱萸,饱胀甚者加沉香曲(包),泛恶者加代赭石(先煎),嗝气加香椽,大便潜血阳性者加蒲黄炭(包),阳虚畏寒者加桂枝。^[3]

6. 半夏泻心汤(姚保泰)

组成:姜半夏 12g,黄芩 12g,干姜 6g,党参 18g,炙甘草 6g,黄连 6g,大枣 6 枚。

功效:辛开苦降,寒热并调。

主治:胃粘膜脱垂症,中虚不足,虚实夹杂证。

加减:泛酸者加吴茱萸 6g,煅瓦楞子 30g,痛甚者加元胡 15g,恶心呕吐者加苏叶 6g,有吐血黑便者加花蕊石 30g,白及 9g。^[4]

7. 升阳益胃汤(董文泉)

组成:黄芪 30g,党参 10g,半夏 10g,炙甘草 10g,羌活 10g,独活 10g,防风 10g,白芍 10g,陈皮 10g,白术 10g,茯苓 10g,泽泻 10g,柴胡 10g,黄连 2g,生姜 5 片,大枣 3 枚。

主治:胃粘膜脱垂症。

方解:方中四君子汤、玉屏风散益气升阳,固表祛风,痛

泻要方合二陈汤加二活、泽泻、柴胡除湿平肝，少佐黄连清热泻火，以抑柴胡、二活之升散太过。^[5]

8. 升阳活血汤(马山)

组成：黄芪 30g，党参 10g，升麻 10g，柴胡 10g，细辛 5g，蒲公英 10g，枳实 10g，肉桂 10g，红花 12g，蒲黄 10g，川芎 15g，三棱 10g，莪术 10g，丹皮 10g，甘草 6g。

用法：水煎服，日 1 剂。

功效：补气升提，温中化痰。

主治：胃粘膜脱垂症，属虚寒证者。^[6]

9. 升阳收膜汤(周午平)

组成：黄芪、枳实、乌梅、党参、白术、升麻、柴胡、佛手、炙甘草。

功效：升阳益气，和胃降逆。

主治：胃粘膜脱垂症。

加减：呕逆严重者加半夏、藿香；腹痛明显者加木香、玄胡；食欲不振者加谷芽、麦芽；幽门梗阻者重用黄芪、枳实、乌梅；合并出血者加荷叶炭、仙鹤草等。^[6]

(姚巧林)

参考文献

- [1] 周维骥. 辨证治疗胃粘膜脱垂症 107 例临床分析. 福建中医药, 1994, 25(2): 7~8
- [2] 史宇广, 等. 当代名医临证精华·胃脘痛专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988
- [3] 俞尚德. 俞氏中医消化病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997
- [4] 姚保泰. 半夏泻心汤加味治疗胃粘膜脱垂症 60 例疗效观察. 河

南中医,1994,(5):279

- [5]董文泉.升阳益胃汤加减治疗胃粘膜脱垂症25例.中医杂志,1983,(4):41
- [6]白兆芝.中医治疗胃粘膜脱垂症的研究进展.山西中医,1995,(11):2

消化性溃疡

一、肝胃不和证

1. 肝胃百合汤(夏度衡)

组成:百合 15g,甘草 6g,柴胡 10g,郁金 10g,乌药 10g,川楝子 10g,黄芩 10g,丹参 10g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。1 个月 1 疗程,一般服用 1~3 个疗程。

功效:疏肝和胃。

主治:胃、十二指肠溃疡,慢性胃炎及胃粘膜脱垂。

加减:(1)随证加减:①肝气郁滞证:证见胃脘胀满,攻痛连胁,噎气,矢气则舒,性情急躁,苔薄白,脉弦。只用基本方肝胃百合汤,不另加减。②肝热郁热证:证见胃脘灼痛,得冷则舒,泛吐酸水,口干口苦,心烦易怒,大便干结,舌质偏红,苔黄或黄腻,脉弦数。基本方加蒲公英 15g,生牡蛎 15g。③寒热相杂证:证见胃脘胀痛或堵闷,噎气则舒,口苦而干,烦躁失眠,纳少腹胀,神疲乏力,舌质红苔薄白或黄白相兼,脉小弦。基本方加蒲公英 15g,高良姜 3~6g。④脾胃虚寒证:有偏虚寒与偏气虚两种情况。偏虚寒者证见胃脘冷痛,大便溏薄,舌质淡苔白,脉小弦。基本方加高良姜 6g,党参 10g。偏气虚者证见胃脘隐痛,得食痛减,倦怠乏力,纳少便溏,面色无华,舌质淡苔白,脉小弦。基本方加黄芪 10g,党参

10g,升麻 10g。

(2)随兼症加减:吞酸加生牡蛎或瓦楞子;嘈杂加沙参;得碱痛甚者加乌梅或五味子;刺痛不移加桃仁;大便秘色黑如柏油样加生蒲黄;胸背胀痛与彻背痛加九香虫(少量);胃脘挛急而痛加白芍;腹胀如盘,呕吐频作,加枳实、白术;大便秘结加火麻仁。^[1]

2. 百合汤(步玉如)

组成:百合 30g,乌药 9g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:清热理气疏肝。

主治:胃、十二指肠溃疡气郁气滞之胃脘痛偏热象(即:气郁化火)者,症见胃脘灼痛、吞酸、口苦、便干、舌苔黄、脉滑数。

方解:《神农本草经》中载:“百合,味甘平,主邪气腹胀心痛。”缪希雍《本草经疏》亦谓:“百合得土金之气,而兼天之清和,故味甘平亦应微寒,……解利心家之邪热,则心痛自廖。”陈修园亦谓:“百合合众瓣而成,有百脉一宗之象,其色白而入肺,肺主气,肺气降则诸气俱调”(《医学从众录》)。百合有治心腹疼痛之功,其关键在于百合入手太阴肺经,能降肺气。肺为诸气之总司,肺气得降则诸气皆调。且百合甘润微寒,兼能清热。乌药辛温行气止痛,《本草从新》谓其能“疏胸腹邪逆之气,一切病之属气者皆可治”。两药相配,一凉一温,柔中有刚,润而不滞,故对胃脘部的气痛、热痛均宜。^[2]

3. 金佛手丸(步玉如)

组成:台党参 10g、土白术 10g、炙甘草 10g、广陈皮 10g、

广木香 10g、法半夏 10g、云苓皮 20g、缩砂仁 6g、旋覆花 10g、生赭石 10g、马尾连 8g、吴茱萸 6g、干百合 30g、台乌药 15g、金铃子 10g、元胡索 10g、炒稻谷芽 10g、焦六曲 12g、生枳实 8g、中厚朴 10g、大腹皮 10g、炒内金 8g、炒秫米 12g、醋青皮 10g、炒枳壳 10g、火麻仁 18g、佛手片 10g、莱菔子 10g、玫瑰花 8g、代代花 8g、荷梗 3g。

用法：上药共研细面，炼蜜为丸，每丸重 9g。每次 1 丸，1 日 2~3 次，温开水送服。忌辛辣油腻食物。

功效：健脾和胃，疏肝行气，宽中润肠。

主治：通治一般胃病引起的胃脘疼痛、痞胀呕恶、纳差便干。

方解：本方以香砂六君子为主，合旋覆代赭汤、左金丸、金铃子散、平胃散、百合乌药汤加减。更加佛手、代代花、玫瑰花舒气，鸡内金、神曲、谷稻芽、莱菔子消导，秫米化湿，麻仁润肠。岁无深意，却亦平妥。应用 40 年，治验颇多。^[3]

4. 味乌贝及甘散(袁家玟)

组成：三七粉、乌贼骨、川贝母、白及、黄连、甘草、延胡索、川楝子、佛手各 30g，砂仁 15g，广木香 18g，生白芍 45g。

用法：上药共研极细末，贮瓶备用。每日早、中、晚三餐后吞服 3g，连服 3 月至半年。

功效：柔肝和胃，调气活血，制酸止痛，止血生肌。

主治：胃溃疡、十二指肠溃疡(肝胃不和型)。症见胃脘痛，泛酸呕吐，黑便，呕血等。^[4]

5. 验方(张镜人)

组成：炒白术 30g、炒白芍 30g、炙甘草 6g、浙贝母 30g、制香附 20g、炒枳壳 15g、川楝子 30g、砂仁 15g、凤凰衣 9g、食

盐 30g。

用法:上述十味药共研细末为散。每次一匙,每日2次,温开水调送。

主治:胃、十二指肠溃疡,疼痛、泛酸明显者。^[5]

6. 验方(颜亦鲁)

组成:山栀 15g、连翘炒焦 3g、川芎 3g、生姜汁 5 滴。

用法:水煎服,日 1 剂。

主治:消化性溃疡郁热证胃脘痛。^[5]

7. 验方(陈树森)

组成:沉香粉 3g(分冲)、广木香 6g、甘草 9g、炒白芍 15g、清半夏 10g、柴胡 10g、甘松 10g、煅瓦楞子 15g、元胡粉 6g(分冲)。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:疏肝和胃,理气降逆。

主治:肝气犯胃型消化性溃疡。

加减:有食积加焦三仙各 10g、炙鸡内金 9g,以消导之;泛吐酸水带苦味,舌红苔黄者为肝火犯胃,加川连 5g、吴茱萸 1g、蒲公英 15g,以清肝和胃;大便秘结,加大黄粉 1~2g(分冲)或番泻叶 3~5g 开水泡饮之,痛甚不解,加白屈菜 10g。^[6]

8. 疏肝和胃散(徐景藩)

组成:苏梗 10g、制香附 10g、炒枳壳 10g、佛手片 10g、炒白芍 15g、炙鸡内金 6g、炒陈皮 6g、炙甘草 5g、石见穿 15g。

用法:汤剂每日 1 剂,2 次煎服。散剂每包 15g,纱布包、扎紧,开水泡闷或煮沸后服汤,每次 1 包,1 日 2~3 次。

功效:疏肝和胃止痛。

主治:适用于肝胃气滞证。症见胃脘痞胀,胀甚则隐痛,可及两胁,食后尤重,得嗳气则舒,情志不畅易诱发或加重,舌苔薄白,脉象细弦等症。凡慢性胃炎,胃、十二指肠溃疡,胃下垂,胃粘膜脱垂等疾患具有肝胃气滞证者,均可随证服用。⁷⁾

9. 肝胃百合汤(董建华)

组成:柴胡 10g、黄芩 10g、百合 15g、丹参 15g、乌药 10g、川楝子 10g、郁金 10g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:疏肝理气,清胃活血。

主治:胃十二指肠溃疡肝胃不和、肝郁气滞血瘀、肝胃郁热证。

方解:董氏肝胃百合汤是取“百合汤”、“丹参饮”、“小柴胡汤”、“金铃子散”、“颠倒木金散”之方义,筛选化裁而成。本病的发生、发展,气滞是重要的病机之一,故用性平之柴胡、微凉之郁金、性寒之川楝子、微温之乌药以疏肝解郁,理气和胃。乌药虽温,但不刚不燥,能顺气降逆,舒畅胸膈之逆气,与苦寒性降之味为伍,相互扬其长抑其弊,无损于气阴。久病入络,气滞血瘀,络血伤,故用丹参、郁金活血通络,祛瘀生新。气郁和血瘀久而化火生热,故用黄芩清解肝胃之热。久病至虚,当以补之,但温补滞胃,滋腻碍脾,故用百合、丹参清轻平补之品,益气调中生血养阴。本方药简量轻,集寒热补泻气血为一炉,肝胃同治,疗效显著,是一首不可多得的良方。

加减:痛有定处而拒按,舌质黯或有瘀斑加桃仁 10g,兼见黑便者加生蒲黄 10~15g,便秘加瓜蒌仁或火麻仁 15~

20g,口燥咽干,大便干结,舌红少津,脉弦数者加沙参、麦冬各15g,或生地12g,瓜蒌15g;神疲气短者加太子参15g、白术12g。^[8]

10. 胃苏饮(董建华)

组成:苏梗、陈皮、香橼皮、佛手、枳壳、大腹皮。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

功效:理气通降。

主治:胃、十二指肠溃疡气滞证,胃脘胀痛,时轻时重。

方解:脾胃要完成受纳腐熟的正常功能,离不开肝的疏泄作用,脾胃得肝之疏泄,其升降才能正常。肝失疏泄,肝气郁滞则横逆犯胃克脾,脾胃损伤,运化失司。此属肝脾气滞之证,故用香苏饮加减化裁,香橼皮、佛手、枳壳理气解郁,降浊升清,解木郁而不克胃,陈皮健脾行气,祛湿化痰;苏梗、大腹皮理气醒脾,调气和胃。上药伍用,使中焦气机调畅,脾气得升,胃气得降,升降如常则脾胃功能健运,胃痛自然缓解治愈。^[8]

11. 验方(严苍山)

组成:早莲草9g、蒲公英9g、益母草9g、仙鹤草9g、路路通6g、煅石膏12g、五灵脂6g、赤白芍(各)6g、延胡索4.5g、煅瓦楞15g。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

功效:清胃凉血,平肝理气。

主治:消化性溃疡病合并上消化道出血,症见胃脘痛,黑便。

方解:消化性溃疡合并上消化道出血,临床上非常常见,属中医“胃痛”、“胃脘痛”、“便血”、“呕血”范畴。多由胃热

灼伤脉络,迫血妄行而致,故此方以旱莲草、蒲公英、益母草、仙鹤草为君,清胃凉血止血。加入路路通、五灵脂、赤白芍活血通络,使止血而不留瘀。气为血帅,气行则血行,故在活血基础上加入延胡索、煅瓦楞以平肝理气制酸、调畅气血。方中用煅石膏而不用生石膏,取石膏敛疮生肌之效,而非单用之清泄胃热。

加减:胃痛甚者,加五灵脂、九香虫;出血量多者,酌加茜草炭、血余炭等凉血止血;失血过多,气血两虚,清窍失养致头晕不清,加入炒菊花、钩藤平肝明目。^[9]

12. 验方(孔伯华)

组成:广藿梗 9g、白蒺藜 9g、炒六曲 9g、旋覆花 9g、代赭石 9g、大腹绒 6g、炒枳壳 2g、炒枳实 3g、车前子 3g(包)、橘核 12g、白檀香 9g、焦槟榔 6g、雷丸 9g、瓜蒌 18g、甘草 6g、藕 24g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

主治:消化性溃疡证属肝家郁滞,胃家停滞,胃脘冷痛,少腹亦痛,大便秘结,脉弦大而数。^[10]

13. 验方(孔伯华)

组成:连皮苓 12g、旋覆花 4.5g、厚朴花 4.5g、代赭石 4.5g、白高粱米 12g、合欢皮 15g、台乌药 9g、川郁金 6g、炒稻芽 15g、法半夏 9g、百合 15g、橘核 9g、杏仁泥 9g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:疏肝健脾化湿。

主治:消化性溃疡证属肝郁脾虚湿困之胃脘痛,痛甚则牵及胁背。^[10]

14. 脘腹痞痛汤(何任)

组成:延胡索 9g、生甘草 9g、白芍 9g、海螵蛸 9g、川楝子 9g、制香附 9g、蒲公英 9g、沉香曲 12g、乌药 6g、白及 15g

用法:日 1 剂,水煎服,分早晚 2 次温服。或上药研末为散,温开水吞服。8~12 周 1 疗程。

功效:平肝缓急,理气止痛。

主治:消化性溃疡气滞证。

方解:本方在芍药甘草汤合金铃子散的基础上加减化裁而成。方中白芍平肝缓急止痛,甘草甘缓调和,两药相合为芍药甘草汤,能土中泻木,缓急和中止痛。川楝子、延胡索合为金铃子散,有行气活血止痛之效,制香附、沉香曲、乌药降气行气和胃止痛,乌贼骨(海螵蛸)制酸和胃止痛,白及、生肌而有利于溃疡愈合。消化性溃疡多伴有胃粘膜炎症,蒲公英清热解毒,抗菌谱较广,常用于消化道炎症或溃疡。现代药理研究表明,白及、蒲公英对幽门螺杆菌有抑制作用,还可用于幽门螺杆菌相关性消化性溃疡或胃炎。

加减:气虚加党参 15g、黄芪 15g;胃寒加高良姜 10g、肉桂 5g;胃阴虚加北沙参 15g、麦冬 10g;合并消化道出血加阿胶 12g(溶服)、紫珠 30g、三七 10g(先煎)。伴泛酸呕吐加姜半夏 9g、吴茱萸 3g;嗝气多者加越鞠丸(包煎)15~30g。^[11]

二、脾胃虚寒证

1. 胃脘痛方(曹鸣高)

组成:老苏梗 4.5g、淡干姜 3g、台乌药 4.5g、姜半夏 9g、制香附 9g、白蔻仁 3g、藿香梗 9g、川厚朴 9g、生苍术 6g、炒枳

壳 4.5g、白芥子 3g。

用法：水煎服，日 1 剂，分早晚 2 次温服。

功效：温胃散寒，理气化湿。

主治：消化性溃疡，见胃脘冷痛，有气攻撑，得温则舒，伴有腹胀、泛恶等症，纳食不香，喜进热饮，舌质淡胖，苔白腻，脉左大于右。

方解：胃脘痛以寒凝湿阻、气机郁滞者较为多见，常因外感寒凉或内伤生冷所致。治疗此类胃痛，常用正气天香散加减。方以紫苏、干姜温胃散寒，兼疏表邪；以乌药、陈皮、香附理气畅中，寒邪得散，气机调畅，胃痛自止。

加减：中寒较著者，加吴茱萸、熟附子；气滞明显者，加木香、枳壳、香橼皮；气逆作呕者，加旋覆花、代赭石；血瘀者，加延胡索、五灵脂、瓦楞子；兼有湿浊痰饮，困阻于中，症见泛吐痰涎，苔白而垢腻者，则合用平胃散、二陈汤；若阴邪上乘阳位，见有痛引胸膈，痞闷不舒者，宜佐通阳泄浊之法，加桂枝、薤白、瓜蒌等。^[12]

2. 消化性溃疡方(曹鸣高)

组成：炮姜炭 3g、上肉桂 3g、淡吴萸 1.5g、旋覆花 9g (包)、瓦楞子 20g(煅)、小青皮 4.5g、五灵脂 6g、大白芍 9g、炙甘草 3g。

用法：水煎服，日 1 剂，分早晚 2 次温服。

功效：温中降逆，行气活络。

主治：消化性溃疡病，脾胃虚寒、气血郁滞证。症见胃脘疼痛反复发作，夜间尤甚，如刺如绞，畏寒喜暖，暖气频多，大便色黑，舌淡色白，脉迟弱。

3. 健脾汤(张羹梅)

组成:吴茱萸 3g、黄连 4.5g、党参 9g、茯苓 9g、白术 12g、半夏 9g、陈皮 6g、白芍 12g、炙甘草 4.5g、瓦楞子 24g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:益气健脾,缓急止痛。

主治:胃脘痛。可用于胃与十二指肠溃疡、慢性胃炎,证属脾胃虚寒者均可用之。

方解:方中吴茱萸、黄连合用,名“左金丸”,善于降逆止呕;党参、茯苓、白术、半夏、陈皮合用,名“六君子汤”,最能益气健脾;白芍、甘草协力,名“芍药甘草汤”,可缓急止痛,于三方于一炉,再加上制酸缓痛的瓦楞子,疗效显著。

加减:苔腻加半夏 9g、陈皮 6g;如舌红脉数,有胃阴虚表现,方用石斛 15g、太子参 12g、白术 9g、茯苓 12g、川连 3g、吴茱萸 1.5g、白芍 15g、甘草 4.5g;痛加川楝子 9g、元胡 9g,有时痛处拒按,属于实痛,以五香丸主之;寒痛者,畏寒,按之较舒,以良附丸为治;热痛,痛有定处,按之更甚,以左金丸、金铃子散治之。对消化性溃疡并发呕吐者,轻者用左金丸,稍重加二陈汤,再重加旋覆代赭汤。若仍不效,再加乌梅。无效,再加乌梅。无效,应疑肿瘤,需详加检查,再予论治。^[13]

4. 验方(陈树森)

组成:①黄芪建中汤加减方:炙黄芪 15g、桂枝 10g、炒白芍 15g、炙甘草 9g、煅瓦楞子 15g、高良姜 9g、红枣 6 个、饴糖 30g。每日 1 剂,水煎服,分 3 次,于食前 1 小时或痛前服;②溃疡 1 号片:黄芪 300g、甘草 300g、云苓 300g、肉桂 30g、煅瓦楞子 100g,前三味制成浸膏,后两味研细末纳入其中,和

匀压片,每片0.5g,每服5~6片,日服3次,食前服。

功效:温中健脾。

主治:消化性溃疡属中焦虚寒者。

加减:痛甚不解者上方加元胡粉6g、白屈菜10g、罂粟壳9g、荜拨6g、天仙子粉0.3g(上方选1~2味即可)。此外,用二甘散和和胃散亦佳。二甘散:甘草150g、甘松90g、煅牡蛎300g、曼陀罗花4.5g,共研细末,每服3~6g,日服3次,食前服。和胃散:乌贼骨粉85g、浙贝母粉15g、甘草50g、曼陀罗花1.5g,共研细末,每服3~6g,日服3次,食前服。^[5]

5. 验方(陈泽霖)

组成:苏梗9g、白芍15g、川楝子9g、炙甘草9g、制香附6g、全当归9g、川贝母6g、旋覆花9g、煅瓦楞子15g、半夏9g。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

主治:十二指肠溃疡属虚寒者。

加减:偏寒者加高良姜4.5g、吴茱萸1.5g;偏热加川连3g、姜山栀6g;吐酸水加左金丸3g、乌贼骨12g;便秘加火麻仁12g、望江南15g;纳呆加鸡内金9g、谷麦芽各15g;苔腻加川术、茅术各9g;有瘀加乳香、没药各4.5g,失笑散12g(包煎);溃疡病疼痛较剧者,可加乌贝散(乌贼骨80%、川贝母或大贝母15%、甘草5%),研粉吞,每次4.5g,一天3~4次。^[5]

6. 验方(董建华)

组成:黄芪15g、炙桂枝10g、白芍10g、炙甘草5g、饴糖30g、生姜5g、大枣7枚(切)、三七粉3g(冲)、炒五灵脂10g、生蒲黄10g(包)、酒当归10g。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

功效:辛甘通阳,培土泄木。

主治:消化性溃疡脾胃虚寒证。^[8]

三、胃阴虚证

1. 养胃汤(徐景藩)

组成:北沙参 10g、麦门冬 15g、石斛 10g、川百合 15g、杭白芍 15g、甘草 5g、绿萼梅 10g、木蝴蝶 6g、炒当归 10g、炒山药 10g。

用法:每日 1 剂,2~3 次煎服。^[7]

主治:适用于慢性胃病胃阴亏虚证。表现为胃脘痞胀不适,有嘈热感,食少,口干欲饮,久病形体消瘦,舌质干红少苔,脉细等症。

2. 养阴汤(张羹梅)

组成:川石斛 12g(先煎)、生地 9g、川楝子 9g、吴茱萸 0.9g、白芍 15g、金铃子 9g、延胡索 9g、炙甘草 9g、潞党参 9g、炙黄芪 12g、当归 9g、煅瓦楞子、海贝粉(分 3 次服)各 18g。

功效:养阴清热,制酸敛疮,理气止痛。

主治:胃脘痛。郁热证的胃、十二指肠溃疡。

加减:无呕者,本方去生地、炙黄芪、当归;呕血,则去川楝子、延胡索。^[13]

3. 验方(何任)

组成:生地黄 24g、北沙参 9g、枸杞子 12g、当归 9g、麦冬 9g、川楝子 9g、玫瑰花 3g、绿萼梅 4.5g。

主治:肝胃阴虚、肝气犯胃型消化性溃疡。

加减:若有吐酸加海螵蛸 9g、煅瓦楞子 12g,若脘胀、纳

差者又加砂蔻仁各 2g。蒲公英一味,既能清热、又能养阴,也常可加入。^[5]

4. 胃阴虚方(章次公)

组成:白芍 10g、煅瓦楞子(打,先煎)18g、北秫米 10g、知母 10g、麦冬 9g、黄精 12g、怀山药 12g、云茯苓 9g、川楝子 9g。

功效:滋养胃阴。

主治:消化性溃疡胃阴虚者,症见胃脘痛日久,口干,舌红,苔光剥者。^[14]

四、脾气虚弱证

1. 胃溃疡并慢性胃炎方(任继学)

组成:黄芪 12g、党参 12g、茯苓 9g、白术 9g、法半夏 6g、柴胡 6g、川连 1.5g、肉桂 1.5g(焗)、浙贝 9g、炙甘草 4.5g、丹参 12g、乌贼骨 18g、饴糖 30g(冲服)。

用法:每日 2 剂。另三七末 3g,空腹冲服。

功效:健脾化湿,疏肝解郁。

主治:胃溃疡合并慢性肥厚性胃炎。^[15]

2. 验方(张震夏)

组成:明党参 12g、煅代赭石 12g、云茯苓 9g、元胡 12g、失笑散(包)12g、香甘松 6g、凤凰衣 3g、苡仁 12g、柏子仁 9g、石斛 12g、百残花 6g、炒山药 12g、焦六曲 12g、炙甘草 6g。

功效:益气以助生化之源为主。

主治:十二指肠溃疡。中气不足而湿阻气滞之胃脘疼痛,时有泛酸噯气,得食稍安,舌红,苔薄腻,脉细。^[16]

3. 脾虚湿困方(刘仲琪)

组成:苍白术各 9g、藿佩各 9g、砂仁 3g(后下)、炒六曲 9g、陈皮 9g、茯苓 9g、谷麦芽各 12g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:健脾化湿,理气和胃。

主治:十二指肠溃疡引起的胃脘痛,证属脾胃虚弱、湿困中焦者,症见胃脘隐痛、闷胀不舒、饥饿时痛甚、得食痛缓,但食后闷胀难受,面色萎黄,神疲乏力,四肢困重,纳呆便溏,舌淡苔白腻,脉濡细。

方解:此方以苍白术、藿香、佩兰为君,健脾和胃,芳香化湿,陈皮、茯苓理气健脾;炒六曲、谷麦芽和胃化食消滞,诸药奏其健脾化湿、理气和胃之功。^[15]

4. 脾虚气滞方(刘仲琪)

组成:党参 9g、白术 9g、茯苓 9g、炙甘草 6g、白芍 12g、陈皮 4.5g、谷芽 15g、佛手 6g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:健脾和胃,理气畅中。

主治:十二指肠球溃疡,证属脾胃虚弱、气机不畅,症见胃脘隐痛、神疲乏力、纳呆便溏,舌淡苔白,脉细者。

方解:此证为十二指肠溃疡脾虚气滞之证,故以党参、白术、茯苓、炙甘草组成四君,健脾益气;肝脾密切相关,肝为阳木,脾为阴土,土虚则木乘,出现肝郁脾虚,肝木侮土之证,故加入芍药、甘草取芍药甘草汤之意,旨在养阴柔肝,缓急止痛;因脾胃虚弱,纳运失司,气机升降失常,中焦气壅,故以陈皮、佛手理气畅中;谷芽消食和胃,帮助脾胃之运化受纳。诸药合用,健脾和胃、理气畅中。^[16]

五、通 治 方

1. 胃疡安(周祖华等)

组成:黄连、沉香、白及、川贝、三七构成比例为 2:2:6:1:1,共研末,过筛装胶囊备用。

用法:每次 3g,每日 3 次,温开水冲服。

主治:胃、十二指肠溃疡。^[17]

2. 化性溃疡方(王鹏飞)

组成:藿香 9g、神曲 9g、伏龙肝 9g、紫草 9g、小茴香 6g、青黛 3g。

功效:活血化瘀为主,兼以理气止痛、健脾和胃。

主治:小儿消化性溃疡病。

加减:胃痛剧烈者加丁香 1.5g、荔枝核 9g; 体质差者加黄精 9g; 大便潜血阳性者,可以配合止血宁(王鹏飞验方):白及 9g、五倍子 6g、诃子 6g、明矾 3g,浓煎成 100~300ml,口服。^[18]

3. 溃疡散

组成:乌贼骨 150g、大贝母 100g、甘草 50g、儿茶 15g、没药 15g、三七粉 50g、白及 2g、血竭 30g、黄连 30g、元胡 20g。

制法:除三七粉其余药物粉碎过 120 目筛,与三七粉混匀,装入胶囊中,每个重 0.5g。

功效:活血祛瘀,生肌止痛。

用法:1 日 2 次,每次 2 胶丸,白开水冲服。

主治:十二指肠溃疡、胃溃疡。^[19]

(翟兴红)

参考文献

- [1] 蒋红玉. 从肝论治胃脘痛的经验探讨. 中医杂志, 1987, (1): 41
- [2] 步玉如. 运用百合汤治疗胃脘痛的体会. 中医杂志, 1988, (12): 16
- [3] 任继学. 中国名老中医经验集萃. 北京: 北京科学技术出版社, 1993
- [4] 何春水, 易之主编. 千家妙方. 北京: 学苑出版社, 1994
- [5] 程爵堂. 中国当代中医专家临床经验荟萃. 北京: 学苑出版社, 1997
- [6] 史宇广. 当代名医临证精华·胃脘痛专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988
- [7] 邱德文, 沙凤桐. 中国名老中医药专家学术经验集. 贵阳: 贵州科技出版社, 1994
- [8] 龙致贤. 北京中医药大学中医学家专集. 北京: 人民卫生出版社, 1996
- [9] 上海市卫生局. 上海老中医经验选编. 上海: 上海科技出版社, 1980
- [10] 孔伯华. 孔伯华医集. 北京: 北京出版社, 1988
- [11] 何任. 何任临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998
- [12] 王兴华. 曹鸣高治疗胃脘痛验案. 中医杂志, 1998, (5): 12-13
- [13] 张翼梅. 临证偶拾. 上海: 上海科技出版社, 1979
- [14] 蒋敏达, 李树任, 王羲明整理. 章次公先生治疗胃脘痛的经验. 中医杂志, 1981, (11): 11-14
- [15] 任继学主编. 中国名老中医经验集萃. 北京: 北京科学技术出版社, 1993
- [16] 沈庆法. 张震夏先生的临床经验. 中医杂志, 1980, (5): 15
- [17] 周祖华, 等. 胃疡安治疗消化性溃疡 80 例临床观察. 中医杂志, 1988, (12): 49
- [18] 李素亭, 等. 中医为主治疗小儿溃疡病 80 例临床观察. 中医杂

志,1992,(6):39~40

- [19] 沈阳市科学技术委员会,沈阳市卫生局. 沈阳市老中医医案选编. 内部刊物,1978

功能性消化不良

1. 梁乃津方

组成：黄芪、党参、沙参、白芍各 20g，麦冬、佛手、郁金、元胡各 15g。

用法：每日 1 剂，分 2 服，连服 3 周为 1 疗程。

功效：健脾养胃，疏肝理气。

主治：上腹部疼痛，或饱胀，嗝气，泛酸，恶心，呕吐等。

方解：黄芪、党参补中健脾益气；沙参、麦冬养阴益胃生津，四药相配，健脾益胃并举，阴中求阳，阳中求阴。元胡、郁金善入肝经，辛散苦降，疏肝理气，行气活血；佛手入肝，理气快膈，肝脾胃气滞者尤益；白芍主入肝，敛阴柔肝，酸抑肝旺，四药相伍，辛散解郁，酸柔敛阴，刚中寓柔，柔中寓刚，疏敛并用，调肝疏泄。全方共奏健脾养胃，调肝理气之功。

加减：伴恶心呕吐加橘红 10g，竹茹 15g；嗝气加苏梗 12g，沉香 6g；泛酸加乌贼骨 30g，珍珠层粉 1~2g；口苦、苔黄加公英 20g，黄芩 15g；纳差、舌苔厚腻加厚朴 15g，谷芽、麦芽各 30g。

2. 程绍恩方

组成：生百合 40g，川楝子 20g，荔枝核 15g，乌药 15g。

用法：上药用清水浸泡 30 分钟，水煎 30 分钟，每剂各煎 3 次，将 3 次煎出的药液混合，早晚各服 1 次，每日 1 剂。

功效:疏肝理气。

主治:脘腹胀痛,恶心吞酸,食少纳呆,属阴虚气滞消化不良。

方解:百合润肺养阴,《本经》称其能治“邪气腹胀心痛”,肺气降则诸气皆降。川楝疏肝行气,乌药理气止痛,荔枝核行气止痛。诸药相配共奏养阴润燥行气消胀功效。

加减:腹胀加枳实、麦芽、香橼皮;肿胀加郁金、木香、青皮;噎气加木香、莱菔子;痛甚加白芍、甘草;刺痛加蒲黄、五灵脂;吐酸加川连、吴萸;恶心加藿香、陈皮;口渴饮冷加石膏;口干不欲饮加党参、生地、玉竹、元参;食少加山楂、神曲、麦芽;气短乏力加党参、桂枝;腹泻加白术、茯苓;便秘加火麻仁。忌生冷、辛辣及油腻食物,避免过劳及七情所伤。

3. 郑侨方

组成:党参 15g,白术 12g,茯苓 12g,神曲 12g,麦芽 12g,陈皮 9g,竹茹、砂仁各 6g,青皮 9g,鸡内金 12g,酒大黄 3g,甘草 6g。

用法:水煎,每日 1 剂,分 2 次服。

功效:疏肝理气,健脾消食。

主治:肝郁脾虚之消化不良,脘腹胀满,疼痛,气短,无力,纳少,大便失调,舌淡苔白,脉弱小力。

方解:本方四君子汤补脾胃之气,陈皮、神曲、麦芽、砂仁健脾消食,青皮、竹茹解郁和胃,鸡内金、大黄消食化积,诸药相配,能解郁健脾,消食化积。

加减:如有痞积,可加胡黄连。

(刘成武)

参考文献

- [1]隋殿军,等主编.中国当代名医秘验方精粹.长春:吉林科技出版社,1992:47

幽门不全梗阻

1. 调胃承气汤合平胃散(刘文川)

组成:苍术 9g、厚朴 9g、半夏 6g、陈皮 6g、生姜 3 片、甘草 6g、制大黄 3g、元胡粉 3g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

主治:幽门不全梗阻。

加减:脾虚气滞型加党参 10g,干姜 3g;外邪犯胃型加苏叶、防风各 5g;气滞血瘀型腹痛甚加五灵脂、酒白芍各 6g,党参 15g;呕血或黑便时加海螵蛸粉 1.5g,日 3 次冲服;反酸者加海螵蛸 9g,吴茱萸 1g,黄连 3g;舌质红者加黄芩 6g。^[1]

2. 五仁汤加旋覆代赈汤(金贵年)

组成:桃仁 45g、杏仁 30g、柏子仁 45g、郁李仁 10g、松子仁 10g、火麻仁 6g、旋覆花 15g、代赈石 30g、党参 15g、半夏 15g、甘草 6g、生姜 3 片、大枣 3 枚。

用法:上药水煎 200ml,每日 1 剂,分 3 次服,服后 1~2 天出现腹痛,肠鸣,相继排便,排出羊屎样及稀便、水样便,量多有腐臭味,便后胃脘轻松,继服上方减半至吐止。便软时再用调脾胃方善之,反复发作者可用半量方服用 2 个月。

功效:润下通降,涤痰通幽。

主治:消化性溃疡并发幽门不全梗阻。

加减:气虚阳微明显者去党参改人参 15g,黄芪 15g;大便燥结如羊屎且黑,10 余日不下者,加破结行瘀之熟军 30g,芒硝 10g,红花 15g。在治疗过程中由于气滞复发者,加疏肝理气之柴胡、沉香各 10g。^[2]

3. 己椒蒴黄汤(戴建良)

组成:防己 10g、椒目 5g、葶苈子 9g(包煎)、生大黄 10g(后下)。

用法:浓煎 150ml,分次口服,或胃管内注入,每日 1 剂,1 周为 1 个疗程,辅以禁食或少量流质饮食,必要时补液或胃肠减压。

功效:泻下通便,清热散结。

主治:幽门不全梗阻。

方解:葶苈子降泄肺气以调水道,防己、椒目攻逐水饮,使邪从小便而出,又大黄泄热通便,从大便而出,前后分消,浊邪得以排除,郁热得以清泄,脾升胃降,纳运以复,达到临床治疗的目的。

加减:对病程长,体质弱,舌淡苔白滑,脉濡缓。证属虚寒者,可加入姜桂以加强温中化饮之功,对舌暗脉涩,腹痛如刺者加入桃红以化瘀和中。^[3]

4. 启幽汤(俞尚德)

组成:炒白术 5~8g、炙甘草 10~15g、赤芍 10~12g、车前子 10g、公丁香 2~3g(后下)、吴茱萸 3~5g、苏木 6~10g、炒枳壳 6~10g、炙内金 10~15g、干姜 3~5g、附块(或益智仁)5~10g、生赭石 30~60g(先煎)。

用法:服用时间安排在上午 9 点、下午 2 点,常能当日奏效,待梗阻症状消失后,减少赭石用量,续服数周,然后按溃

疡病继续治疗。

功效:温中健脾,活血通结。

主治:消化性溃疡并发幽门不全梗阻。

方解:方中干姜、附块、茅术、甘草益命火,补脾阳,茅术善清胃中停饮;赤芍、苏木通络行瘀;吴茱萸、公丁香暖胃止呕;枳壳宽中下气;内金磨化积滞;赭石降逆通结,必须重用、生用、久煎;苏木、枳壳用量不宜过大。

加减:疤痕性梗阻加桃仁、三棱等,便秘加苁蓉、当归等。^[4]

5. 四君、理中、黄芪建中汤加减(岳宗海)

组成:红参6g、白术15g、茯苓12g、当归15g、肉苁蓉9g、川楝子9g、黄芪30g、桂枝6g、木香3g、天冬9g、干姜6g、槟榔9g、乳香6g、生姜3片、大枣6枚。

用法:水煎服,日1剂。

功效:温阳健脾,驱邪通结。

主治:幽门不全梗阻。

方解:方中参芪味甘性温,以补脾胃;白术、茯苓健脾燥湿;当归辛甘苦温,能养血润燥;配天冬以滋养胃阴,釜中有水,水谷乃腐,桂枝温中而降中气;木香、川楝子、槟榔以理气导滞,消中焦之积;姜味辛大热以温中散寒,配肉桂以温补命门,釜底增薪,当归、肉苁蓉活血通便,并能温补肾阴;姜枣调和脾胃,诸药合之,扶正而不助邪,驱邪而不伤正,邪祛正复,脾胃自健,胃气得降,诸证自愈。^[5]

6. 旋覆代赭汤合半夏甘遂汤(赵俊生)

组成:姜半夏15g、旋覆花15g、生姜10g、黄芪15g、柴胡10g、附子10g、怀山药15g、杭白芍15g、甘遂粉1g(分2次冲

服)。

用法:水煎服,日1剂。

功效:温中降气,攻实通幽。

主治:幽门不全梗阻。

加减:腹胀恶心明显,倍用甘遂;药后腹泻明显,日三次以上者甘遂减半;腹痛反酸明显,重用附子、甘草;舌红阴虚减柴胡、生姜,加麦冬,重用杭芍;出血者加大黄3~5g;疤痕性狭窄者,加三棱、莪术、山甲、王不留行。^[6]

7. 进退黄连汤(顾丕荣)

组成:党参12g、半夏9g、桂枝6g、干姜3g、川黄连3g、石见穿30g、蒲公英30g、枳壳12g、生甘草6g。

用法:水煎服,日1剂。

功效:清热解毒,破壅散结。

主治:幽门管炎,及其引起的幽门不全梗阻。

方解:川连苦降清热,桂、姜辛通祛寒,寒热得清则阴阳自和,参草益气安中,半夏化痰和胃,中气调则升降自协,加枳壳宽膈泄浊,石见穿通幽开膈,蒲公英清热解毒,三味药去壅破结,通其关隘。^[7]

8. 大半夏汤合大黄甘草汤(魏长春)

组成:麦冬、生半夏、北沙参、生姜、炙甘草、白茅根、红枣、白蜜、生大黄、参三七。

用法:水煎服,日1剂。

功效:降逆止呕,通下逐瘀。

主治:幽门不全梗阻,朝食暮吐,暮食朝吐,甚或有出血者。^[8]

9. 加味旋覆代赭汤

组成:旋覆花、代赭石、生半夏、党参、炙甘草、生姜、红枣、蒲黄、五灵脂、蛭螂虫、红花。

用法:水煎服。

功效:扶中降逆,祛瘀消痞。

主治:幽门不全梗阻,脘痛如刺、拒按,血瘀癥瘕,反胃噎膈。^[8]

10. 活血散瘀方(吴迪科)

组成:三棱 5g、莪术 5g、丹参 10g、红花 3g、桃仁 3g、归尾 6g、生大黄 5g、红参须 2g、菝葜 15g、砂仁 2g(杵)、焦楂曲各 10g、生谷麦芽各 10g、川黄连 2g、生姜 3 片。

用法:水煎服,少量频服。以上用量为幼儿用量。

功效:活血化瘀,通里散结。

主治:先天肥厚性幽门狭窄。^[9]

(姚巧林)

参考文献

- [1]刘文川. 幽门不全梗阻 28 例治验. 福建中医, 1990, (11): 33
- [2]金贵年. 润下通降法治疗幽门梗阻临床观察. 中医杂志, 1986, (5): 31~32
- [3]戴建良, 等. 己椒藜黄汤治疗幽门梗阻临床观察. 中医杂志, 1986, (5): 31~32
- [4]俞尚德. 俞氏中医消化病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997
- [5]岳宗海. 益气温中法治疗反胃 2 例. 北京中医, 1984, (1): 34
- [6]赵俊生, 等. 中西医结合治疗幽门梗阻临床研究. 北京中医, 1990, (4): 26
- [7]顾丕荣. 幽门管炎治验. 河南中医, 1991, (2): 19

- [8] 史宇广. 当代名医临证精华: 胃脘痛专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988
- [9] 吴迪科. 活血化瘀治疗先天肥厚性幽门狭窄 1 例. 中国中西医结合杂志, 1991, (9): 588

十二指肠壅积症

1. 通降逆承气汤(刘晨波)

组成:熟附子 9g、补骨脂 12g、旋覆花 12g(包)、代赭石 12g(先煎)、姜半夏 9g、陈皮 12g、桃仁 12g、红花 9g、生大黄 9g(后下)、枳实 12g、厚朴 12g、芒硝 9g(冲)。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:温通降逆。

主治:十二指肠壅积症。^[1]

2. 丁香柿蒂汤合平胃散(邓达凡)

组成:茅苍白、焦白术、台党参各 10g、川厚朴、公丁香、小柿蒂、刀豆壳各 5g、紫油桂(研末冲)2g、生姜汁少许(冲服)。

服法:水煎,多次温服。

功效:温中散寒,和胃止呕。

主治:十二指肠壅积症。症见反复胃脘胀闷、呕吐,面色萎黄,形体消瘦,频频吐出宿食及胆汁,口苦咽干,便溏,遇寒或劳累诸症加重,证属脾胃虚弱,寒凝气滞。^[2]

3. 补中益气汤(倪世涛)

组成:黄芪、党参、白术各 15g、升麻、柴胡、当归、制半夏、旋覆花(包煎)各 10g、枳实 12g、陈皮、甘草各 6g、生姜 3 片、大枣 5 枚。

功效:补虚泻实,益气健脾,和胃降逆。

主治:十二指肠壅积症。^[3]

4. 旋覆代赭汤(岳仁宗)

组成:旋覆花(布包)、生姜各 18g、代赭石(先煎)30g、半夏、白术、柴胡、黄芩各 10g、党参、大枣各 15g、吴茱萸 2g、川黄连、甘草各 6g。

用法:文火浓煎取汁,频频少量温服。

功效:和解温胃,降逆止呕,解痉。

主治:十二指肠壅积症。^[4]

参考文献

- [1]刘晨波. 温下法治疗十二指肠壅积症的临床观察. 新疆中医药, 1989, (4): 39
- [2]邓达凡. 十二指肠壅积症治验 1 例. 陕西中医, 1992, (3): 36-37
- [3]倪世涛. 升降并用治疗十二指肠壅积症. 四川中医, 1991, (5): 26
- [4]岳仁宗. 旋覆代赭汤治疗十二指肠壅积综合征. 四川中医, 1991, (1): 30

膈肌痉挛(顽固性呃逆)

1. 顽固性呃逆方(翟济生)

组成:旋覆代赭汤加用元胡粉、生大黄、厚朴、枳壳、荷叶、苏梗。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

功效:通腑降逆。

主治:胃肠积热,腑气不通的顽固性呃逆,症见呃逆频发不止、声洪,胸闷,剑下隐痛,饮食一般,腹胀,无矢气,大便四日未解,舌红苔黄腻,脉弦。^[1]

2. 柿蒂汤(李聪甫)

组成:潞党参10g、於潜术(土炒)10g、制半夏7g、云茯苓10g、旋覆花7g、煅赭石10g、广陈皮5g、西砂仁3g、鲜竹茹(生姜汁炒)10g、炙甘草3g、干柿蒂7个,另用刀豆子50g煎汁代茶频饮。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

功效:温中降逆,理气化痰。

主治:顽固性呃逆,症见呃逆不止,胸脘痞胀,精神困乏,语气低微,脉弦缓而濡,苔薄而滑。

方解:证属胃中虚寒,浊气上逆。以党参、白术、茯苓、炙草补脾虚;旋覆花、代赭石、半夏、柿蒂治中降逆;陈皮、砂仁理气化痰。^[2]

3. 止呃汤(程门雪)

组成:吉林参须 4.5g(另煎冲服)、炒黄川贝 6g、炒香橘白 4.5g、米炒麦冬 9g、辰茯神 9g、炙远志 3g、制半夏 4.5g、野蔷薇 2.4g、姜川连 0.9g、煅龙齿 12g、淮小麦 12g、炒香谷芽 12g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:益气和胃,降逆止呃。

主治:呃逆。症见呃逆,胃不能纳,神萎气怯,手指蠕动,口糜满布,脉虚弦,证属胃气衰败,阴液大伤,胃气上逆者。

方解:吉林参须轻清补气;川贝母化阴虚之痰热,有生津养胃之功,炒黄后制其寒性,合橘白、野蔷薇、香谷芽有清香去浊开胃之功,龙齿、小麦、茯神、远志镇降安神。^[3]

4. 化湿解郁汤(邹云祥)

组成:合欢皮 30g、合欢花 12g、越鞠丸 9g(包煎)、制香附 9g、制苍术 9g、法半夏 5g、广陈皮 6g、炒竹茹 9g、川石斛 12g、海藻 12g、玫瑰花 4 朵。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

主治:呃逆。症见呃逆不已,声短频响,自觉气从胃膈上冲咽喉,不能自制,苔白厚黄,脉弦滑。^[4]

5. 柿蒂旋覆代赈汤(蒲辅周)

组成:茯苓 9g、半夏 6g、陈皮 4.5g、旋覆花(布包)9g、代赈石(布包醋制 3 次)9g、竹茹 6g、柿蒂 6g、炒麦芽 6g、苏梗 6g、伏龙肝 30g(另包),开水浸泡 1 小时煎药取汁。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:疏肝和胃降逆。

主治:呃逆证。症见呃逆频作,暖气响亮,自觉气从小腹或胸胁上冲咽喉,胸闷塞憋气,情志急躁,舌质暗,苔秽腻,脉沉细弦而微数。^[5]

6. 止噎汤(戴丽三)

组成:旋覆花、竹茹各6g,生代赭石、潞党参各15g,法半夏9g,炒黄连5g,炒吴茱萸3g。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

功效:疏肝和胃,降逆止呃。

主治:呃逆不止,兼见胃脘微痛,头昏,口臭,口苦,欲呕,心烦,舌绛,脉弦。^[6]

7. 治噎气声声不绝方(沈仲圭)

组成:旋覆花(包煎)、代赭石(先煎)、姜半夏各9g、橘红5g、茯苓9g、西洋参3g、麦冬9g、沉香末1.5g、砂仁5g、枇杷叶(去毛)9g。

用法:水煎服,日1剂,分早晚2次温服。

功效:和胃降气,镇逆止呃。

主治:顽固性呃逆。

方解:方用西洋参、麦冬补胃;旋覆花、代赭石镇逆;二陈合枇杷叶和胃降逆,用治胃虚客气上逆之呃逆,殊为和宜。^[7]

8. 宣中降气汤(王季儒)

组成:莱菔子、法半夏、广皮各10g,旋覆花9g,代赭石15g,沉香5g,厚朴9g,刀豆30g,生枇杷叶20g。

加减:若大便秘结,加大黄、元胡粉、枳实。

用法:水煎服,日1剂,分早、中、晚3次温服。

功效:宣中降气。

主治:顽固性呃逆。症见呃逆频频,声高洪亮,脉多弦滑有力。^[8]

(翟兴红)

参考文献

- [1]邱德文,沙凤桐.中国名老中医药专家学术经验集.贵阳:贵州科技出版社,1994
- [2]李聪甫.李聪甫医案.长沙:湖南科学技术出版社,1979
- [3]上海中医学院.程门雪医案.上海:上海科技出版社,1982
- [4]邹云祥.邹云祥医案选.南京:江苏科学技术出版社,1981
- [5]中医研究院.蒲辅周医疗经验.北京:人民卫生出版社,1976
- [6]戴丽三.戴丽三医疗经验选.昆明:云南人民出版社,1980
- [7]程爵堂.中国当代中医专家临床经验荟萃,北京:学苑出版社,1997
- [8]王季儒.肘后积余集.天津:天津科学技术出版社,1984

胃下垂

1. 胃下垂方

组成：白芍 6g、北沙参 6g、太子参 6g、川楝子 7.5g、白蒺藜 9g、路路通 9g、九香虫 4.5g、七香饼 4.5g、佛手片 4.5g、大乌梅 3 枚、山黄精 9g。

用法：水煎服，日 1 剂，分早晚 2 次温服。

功效：疏肝健脾举胃。

主治：胃下垂。症见年久胃病，形色萎黄，胃脘疼痛，食下更甚，痛在上脘，喜热恶冷，脉弦迟，苔薄腻，属肝郁过度，胃失和降，脾失健运者。^[1]

2. 胃下垂方

组成：珠儿参 9g、川石斛 9g、肥知母 6g、白蒺藜 9g、川楝子 4.5g、延胡索 4.5g、制香附 9g、路路通 6g、山黄精 9g、北沙参 6g、戊己丸 3g(包)。

用法：水煎服，日 1 剂，分早晚 2 次温服。

功效：疏肝清胃益气。

主治：胃下垂属肝强脾弱而胃有火者。^[1]

3. 胃下垂方

组成：人参 3g、炒白术 9g、怀山药 9g、益智仁 3g、广木香 3g、柴胡 6g、山黄精 9g、炮姜炭 6g、炒白芍 6g(桂枝 2.4g

拌)、青陈皮 4.5g(各)、饴糖 30g(冲)。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:补中益气。

主治:胃下垂属脾胃气虚者,症见腹胀、便溏,腹有隐痛,洒渐形寒,脉右濡左弦,苔白滑,口不干。^[1]

4. 胃下垂方

组成:人参 4.5g、潞党参 6g、柴胡 4.5g(酒炒)、炙升麻 3g、山黄精 9g、酒白芍 6g、制香附 6g、肥玉竹 9g、北秫米 9g、青陈皮 4.5g(各)、姜半夏 9g、炒杭菊 6g、陈饴糖 30g(冲)、川楝子 6g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:益气举胃,养血安神。

主治:胃下垂症见食下腹部作胀,行动不舒,卧则良已,夜寐欠安,噩梦多,头晕。^[1]

5. 枳实参朴汤(王校)

组成:白术 20g,人参 6g(包煎),茯苓 12g,枳实、陈皮、半夏曲、川厚朴、莱菔子、槟榔各 10g,砂仁、黄连、干姜各 5g,炒麦芽 15g,炙甘草 3g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:益气健脾,消食和胃。

主治:胃下垂。

加减:脾虚盛者,重用人参、白术,加黄芪 15g、山药 12g,去黄连、槟榔;胃热盛者,重用黄连,加焦栀子 6g;痞满盛者,重用厚朴、莱菔子、槟榔。^[2]

6. 补元复胃汤(刘士俊)

组成:党参 12g,白术、茯苓各 10g,砂仁、蔻仁、陈皮、枳壳、厚朴、麦芽、谷芽、神曲、山楂各 6g,木香 3g,山药 15g,鸡内金 12g,甘草 6g,大枣 6 枚。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:补中益气,健脾和胃。

主治:胃下垂,脾气下陷证。^[3]

7. 四奇汤(廖家兴)

组成:黄芪 20g,白术、枳壳各 15g,防风 10g。

用法:水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次温服。

功效:升提固脱。

主治:胃下垂。^[3]

8. 验方(黄一峰)

组成:炙升麻 2g、高良姜 1.5g、制香附 10g、制附片 1.5g、公丁香 2g、柿蒂 3 个、刀豆子 15g、煅代赭石 30g、五灵脂 9g、沉香末(冲)1g、肉桂末(冲)1g、参三七末(冲)2g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:升清降浊,温阳止逆。

主治:胃下垂见反酸、噯气、便溏、四肢不温者。^[3]

9. 疏肝和胃散

组成:苏梗 10g、制香附 10g、炒枳壳 10g、佛手片 10g、炒白芍 15g、炙鸡内金 6g、炒陈皮 6g、炙甘草 5g、石见穿 15g。

用法:汤剂每日 1 剂水煎服。散剂每包 15g,纱布包、扎紧,开水泡闷或煮沸后服汤,每次 1 包,2~3 次/日。

功效:疏肝和胃,理气消胀。

主治:胃下垂症见胃脘痞胀、胀甚则隐痛,可及两胁,食后尤甚,得暖气则舒,苔薄白,脉细弦。^[3]

(翟兴红)

参 考 文 献

- [1] 严世芸,等. 内科名家严苍山学术经验集. 上海:上海中医药大学出版社,1998
- [2] 程爵棠. 名老中医秘方验方精选. 北京:人民军医出版社,1995
- [3] 何春水,易之. 千家妙方. 北京:学苑出版社,1994

上消化道出血

1. 黄土汤(郑苏谋)

组成:干地黄、附子各 3g,阿胶、白术、甘草各 9g,灶心黄土 15g。

用法:以水 8 升,煮取 3 升,分 3 次温服。

功效:温中健脾,养血止血。

主治:上消化道出血,证属脾胃虚寒之便血重症。

方解:多遵《金匱要略》“下血,先便后血,此远血也,黄土汤主之”之旨,常采用温阳健脾法,而推崇黄土汤。此方不仅治远血,亦可治近血。方中灶心黄土经过火烧,温而不燥,崇土以求类;阿胶益血,又属土畜,取其物类;地黄补血,取其象类;甘草、白术养血补胃和中取其味类;附子化胃阳,通经脉,散血积;甘草味甘,可缓附子之热,黄芩味苦理脾阴,固走血,又可制黄土、附子之热。以灶心黄土为君,乃温化血液,妙在积者能消,溢者能止。但现代家庭少用柴灶,灶心黄土较缺,可改用红砖 120g,先捣碎浸水,取其澄清液煎余药。红砖是由黄土高温烧成,其性味功能与灶心土相符,在临床中可代替之。方中有增人参、黄芪者,取“血脱益气”之义。宗此,略事加减,临床治疗 50 余例,效果较为满意。^[1]

2. 吐血验方(洪子云)

组成:三七(研末冲服)10g,川郁金 10g,生大黄 6g~

10g。

用法:温水送服。

功效:止血化瘀,破血散瘀。

主治:上消化道出血,证属吐血暴作,形体尚实者。

方解:方中三七为止血妙药,且善化瘀血。郁金乃血中气药,明·缪仲醇《本草经疏》称其“能降气,气降即火降,而其性入血分,故能降下火气,则血不妄行。”三七、郁金,止血化瘀之力较强。大黄能入血分,破一切瘀血,其性沉而不浮,仲景治火盛吐衄之泻心汤中便有大黄。牛膝性善下行,且能散瘀血。大黄与牛膝相伍,有“猛降”气逆作用。

加减:据临床观察,本方对支气管扩张大咯血,随证加用润肺止咳之品,效果十分确实。每用3~5剂血即止,重复应用仍有效。

治疗呕血者,可加降逆和胃之品,如法半夏、川黄连、潞党参、川厚朴等,效果亦佳。^[1]

3. 七乌松仙汤(尤荣辑)

组成:三七 25g、乌贼骨 50g、嫩松叶 50g、仙鹤草 50g。

用法:先煎三七,得3~4沸后,纳其他三味文火同煎,温服,日2~3次。

功效:收敛固涩止血。

主治:上消化道出血,证属各种急性出血症。

方解:方中重用苦咸性涩,入肝经之乌贼骨、仙鹤草,以收敛止血,民间俗称仙鹤草为“脱力草”,多用于治疗脱力劳伤及贫血之疾,有止血补益之功;又以苦涩入肝之三七以收敛止血兼以化痰,以防血止瘀留;以苦温入心脾二经之嫩松叶止血祛风。《会约医镜》云:“本品能辟瘟疫之气”。四药合用,可达收敛止血之功,对急性出血可收立竿见影之效。

现代药理研究证实,该方能使周围血管收缩,促进血液凝固,缩短凝血酶原时间,并能降低毛细血管通透性,增加血小板,促进出血停止。^[1]

4. 大黄止血汤(何泮)

组成:大黄 10g,黄连 6g,败酱草、蒲公英、白及各 30g,地榆炭 20g,乌贼骨 15g。

用法:水浓煎凉服,每日 1 剂,分 3 次服。每次 125ml,且加入珍珠粉 3g,云南白药 0.5g 冲服,服后适当摆动体位。

功效:清热燥湿解毒,活血止血生肌。

主治:火热伤络,瘀滞胃肠之上消化道出血。

方解:方中大黄、黄连、败酱草和蒲公英泻火清热、解毒燥湿,大黄逐瘀通腑,地榆炭敛血止血,白及止血生肌,乌贼骨和珍珠粉制酸生肌,云南白药活血止血、祛瘀生肌,充分体现了热者清之、湿者燥之,止血不留瘀等治疗原则。现代药理研究证实,本方有消炎,促进肉芽生长及增加胃肠粘膜血流灌注作用,有强大修复出血灶的效能,可说是从本治疗,一旦血止少有短期反复,且能迅速将血性蛋白排出体外,从而减少胃酸及胃蛋白酶被刺激释放,加快大便潜血试验阴转。^[2]

5. 二黄乌及汤(江劲波)

组成:生大黄 10g、黄芩 25g、三七 15g、白及 20g、乌贼骨 15g。

用法:将生大黄、黄芩、三七研成粗末,用 4 倍量 70% 乙醇浸渍 48 小时后,收集滤液。将白及、乌贼骨及上述药物(药渣)加水浸过药面,煎煮 3 次,每次 40 分钟,过滤,浓缩成稠膏状,加 3 倍 95% 乙醇放置 24 小时后,过滤滤液与前次滤

液合并,回收乙醇,加入苯甲酸钠(0.5%),与适量水至300ml,搅匀冷却即得。轻者每日300ml;中、重度出血者,每日450~600ml,分3~5次口服。

功效:清热泻火,止血生肌。

主治:上消化道出血。

方解:方中大黄味苦性寒,清热泻火,凉血止血,又能通腑祛瘀;白及苦甘涩微寒,既能收敛止血,又能生肌愈疡;伍以三七祛瘀止血,乌贼骨制酸止血,黄芩泻火止血,味简而力专,共奏止血而不留瘀,清热而不伤胃之功,适于各型上消化道出血的治疗。^[3]

6. 益气健脾止血方(朱国强)

组成:太子参、黄芪、白术、当归、地榆炭、藕节炭各10g,茯苓12g。

用法:浓煎250ml,每日1剂,分2次服,大便潜血阴性后继续服,1周后停药。

功效:益气健脾,收敛止血。

主治:上消化道出血。

方解:方中太子参、黄芪、白术、茯苓补益脾气,培土固本;黄芪、当归益气补血;地榆炭、藕节炭收敛化瘀止血,兼以辨证用药,益气健脾以固本,止血化瘀;清热以治标,因而取得较好疗效。

加减:胃热加黄芩、黄连、知母各10g;阴虚加生地、旱莲草、枸杞子各10g;阳虚加伏龙肝20g,姜炭10g;气滞加木香、枳实、陈皮各10g;泛酸加乌贼骨10g;恶心欲吐加代赭石10g。^[4]

7. 益气宁血方(李美康)

组成:党参 30g、茯苓 10g、白术 10g、大黄 30g、地榆 10g、白及 10g、元胡 10g、甘草 6g。

用法:每剂药浓煎 2 次,两煎混合成 300ml,分 2 次冷却后服用,每日 1 剂,3 天为 1 疗程,一般不超过 6 天。

功效:泻火益气,化瘀止血。

主治:上消化道出血。

方解:方中四君子健脾益气,统血止血,并具有调节植物神经功能和调整胃肠蠕动功能。大黄为祛瘀生新,止血而不留瘀之妙药,并能使凝血时间缩短,可使骨髓制造血小板,并使毛细血管致密,改善脆性,因而达到止血作用。白及能收敛止血,埋口生肌;地榆凉血泻热,兼有止血之功;元胡行气止痛。全方配合辨证用药,能起到益气宁血,化瘀泻热之功效。中药煎剂冷却后能加强止血效果,故在临床上取得了良好的疗效。^[5]

8. 大黄粉合云南白药(周志坚)

组成:大黄粉 3g、云南白药 1g。

用法:每日 3 次,服用时以开水约 30ml 调匀,置凉后服下,若服药后恶心呕吐者,可先用米汤,约 10 分钟后再服药粉。

功效:清热祛瘀止血。

主治:上消化道出血。

方解:云南白药主要成分为田七,田七有化瘀止血之功,广泛用于各种血证。大黄粉有祛瘀生新,清热止血之功,两者合用治疗上消化道出血疗效满意。^[6]

9. 三黄止血汤(陆菊星)

组成:大黄 12g、黄芩 10g、黄连 6g、白及 15g、煅海螵蛸 15g、黄芪 15g。

用法:水煎,每日 1 剂,微温服。对伴有呕吐、呕血者,给予暂时禁食,中药则多次分服。余者均可流质饮食,并根据病情适当补充液体或输血。

功效:清热降火止血。

主治:上消化道出血。

方解:方中大黄、黄芩、黄连具有荡涤胃肠燥热,祛瘀生新作用;白及具有收缩血管、促使红细胞凝集的作用。从中医角度看,三黄苦寒泻下凉血活血祛瘀,其峻下之力猛烈,故可速去胃肠实热,凉血止血;配合白及收敛止血,一泻一收,泻而不过,收而不滞,恰到好处;煅海螵蛸为碱性药物,具有较好的止酸作用,不仅能直接止血,而且能通过中和胃酸提高胃液的 pH 值而加速止血,再加上黄芪的升阳益气,达到补气摄血之功。

加减:偏脾胃虚寒者加炮姜炭、白术、灶心黄土;肝气犯胃者加柴胡、枳壳、白芍;脾胃湿阻者加半夏、陈皮、茯苓;气滞血瘀者加参三七、木香。^[7]

(高连印)

参考文献

- [1] 史宇广,等.当代名医临证精华·血证专辑.北京:中医古籍出版社,1988
- [2] 何沅,等.三种疗法治疗上消化道出血 136 例.中西医结合脾胃杂志,2000,8(2): 105~106
- [3] 江劲波,等.二黄乌及汤治疗上消化道出血 63 例临床观察.新中

- 医, 1998, 30(11): 37 ~ 38
- [4] 朱国强. 益气健脾收敛止血法治疗上消化道出血 43 例. 陕西中医, 1998, 19(3): 110
- [5] 李美康. 益气宁血方治疗急性上消化道出血 32 例观察. 实用中西医结合杂志, 1998, 11(11): 997 ~ 998
- [6] 周至坚, 等. 大黄粉合云南白药治疗上消化道出血 28 例. 实用中医内科杂志, 2000, 14(1): 26
- [7] 陆菊军, 等. 85 例上消化道出血临床疗效观察. 上海中医药杂志, 1998, 104: 25

急性胰腺炎

一、热毒蕴积

1. 加减大柴胡汤(张伯臾)

组成:生大黄 9g(后人)、元明粉 9g(冲)、枳实 12g、生山楂 15g、红藤 30g、败酱草 30g。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:清热解毒通腑。

主治:胰腺炎重症,湿热互阻中焦证。上腹剧烈疼痛拒按,向腰背部发射,发烧,恶心、呕吐,口干便秘。

方解:湿热互阻中焦,延至胰脏,不通则痛,因此用大黄荡涤胃肠,泻火解毒,芒硝润燥软坚破结,枳实行气破结除满,山楂消肉食导积滞,红藤、败酱草清热解毒,排脓消肿。因湿热互阻中焦,延至胰脏,不通则痛,因此用大黄苦寒荡涤胃肠,泻火解毒,芒硝咸寒润燥软坚破结,枳实苦温行气破结除满,山楂消肉食导积滞,红藤、败酱草清热解毒,排脓消肿。六味相配,药少而功专,故能得以药到病除。^[1]

2. 胆胰汤(陈丽晶)

组成:连翘、大黄、芍药各 15g,银花、茵陈蒿、蒲公英各 20g,枳实、厚朴、黄芩、柴胡、木香、郁金各 10g,黄连、甘草各 6g。

用法:水煎 400ml,分 4 次服,每日 1~2 剂,连服 3 天后改为每日 1 剂。同时禁食,输液补充能量,纠正电解质紊乱,腹痛严重加针灸或阿托品。肝郁者每日 1 剂;肝胆或脾胃湿热者每日 2 剂。

功效:清热利湿,疏肝理气,通里攻下。

主治:急性胰腺炎。经临床辨证本组病例均为肝郁气滞,肝胆湿热或脾胃湿热型。临床表现以上腹疼痛、呕吐、便秘、发热、腹肌紧张有压痛;舌质红,苔腻,脉滑数等为主要特征。

方解:本组 125 例急性胰腺炎患者经用本方加减治疗 5~10 天后,全部治愈(腹痛及上腹压痛消失,体温、血象、血尿淀粉酶均恢复正常)。故治宜清热利湿,疏肝理气,通里攻下。方中柴胡、郁金、香附疏肝解郁,通畅气机;白芍柔肝止痛;大黄清热泻浊,通里攻下;枳实、厚朴宽中行气;银花、连翘、黄连、黄芩清热泻火解毒;茵陈清利肝胆;蒲公英清热解毒;甘草缓急止痛。全方共奏清热利湿,疏肝理气,通里攻下之功。通畅腑气是本病的治疗关键。因而随着大便的通畅,呕吐腹痛,发热腹胀等症均可得到相应的缓解,其他症状即可随之消失。

加减:肝郁气滞者去银花、连翘、茵陈蒿、蒲公英,加木香、延胡索、川楝子;发热甚者重用柴胡。^[2]

3. 大黄栀子汤(蒋森)

组成:生大黄 12~20g,生栀子 12g。

用法:水煎服,1 日 1 剂,1 天 3 次温服。

功效:清热解毒,消炎止痛。

主治:急性水肿型胰腺炎。

方解:本方为蒋氏自拟大黄栀子汤,共治疗急性水肿型

胰腺炎 28 例,结果总有效率 100%,平均治愈天数明显快于西医对照组;腹痛、腹胀、恶心、呕吐、黄疸、发热以及尿淀粉酶恢复时间均明显优于对照组。大黄治疗急性胰腺炎有明显的疗效,其作用机理与其促进肠蠕动而预防细菌易位有关。研究表明,急性坏死性胰腺炎大鼠有严重的肠蠕动抑制,内毒素血症和细菌易位严重,死亡率增高,大黄对这些病理变化有明显的改善作用,因此促进肠蠕动,预防细菌易位是大黄治疗胰腺炎的主要机制。同时大黄有抗厌氧菌作用,尤其对脆弱类杆菌抑制作用显著。大黄含番泻苷 A 及番泻苷 E 等成分,使肠排空运动加强,排出毒素。大黄含蒽醌衍生物,具有广谱抗菌作用。抑制胰腺酶的作用:从大黄中分离出 10 种有效单体,能明显抑制胰蛋白酶、胰弹性蛋白酶、胰糜蛋白酶、胰激肽释放酶、胰脂肪酶,减少或避免了胰腺的自我消化。陈琪等将中药提取液大黄、栀子、延胡索、赤芍、丹皮 1:1 浓度,桃仁为末,以蒸馏水制成 3% 的溶液,用测定胰蛋白酶活性反应系统测定,结果表明:大黄、栀子、延胡索均有抑制胰蛋白酶的作用,抑制作用随应用浓度的增加而增加;赤芍、丹皮抑制胰蛋白酶的作用比栀子强;桃仁则几乎没有抑制作用。^[3]

4. 三黄汤(戴长林)

组成:大黄 10g,黄芩 10g,黄连 10g。

用法:水煎服,1 日 1 剂,1 天 3 次温服。

功效:清热燥湿,通腑解毒。

主治:急性胰腺炎脾胃湿热内结证。

方解:以大黄黄芩黄连泻心汤为基本方,治疗本病脾胃湿热内结者 51 例,有效率 94.1%。

加减:气滞者加柴胡、枳实、木香;积滞重者加芒硝;血

瘀加失笑散。^[4]

5. 攻下清胰汤(苏兰娟)

组成:柴胡、白芍各 15g,胡黄连、黄芩、木香、玄胡、大黄(后下)、芒硝(冲服)各 10g。

用法:每日 1 剂,水煎取汁分 2 次温服。重者日 1 服 2 剂,分 4 次温服。同时配合西药治疗,首选青霉素静滴。如过敏者则选用红霉素或庆大霉素;解痉镇痛类可选用 654-2 或阿托品等。

功效:理气疏肝,清热通便。

主治:急性胰腺炎。

方解:本组 60 例,病程最短为 6 小时,最长为 5 天;因暴饮暴食、饮酒、过食油腻而发者 31 例,因过度疲劳或精神因素而诱发者 15 例,因胆道蛔虫而发者 14 例。经服本方后,所有患者均在短期内全部治愈。一般 3~7 天病人自觉症状、体征消失,白细胞总数和分类以及血、尿淀粉酶逐渐恢复正常。本方选柴胡、木香调气疏肝;白芍平肝缓急;玄胡理气活血;黄芩、胡黄连清胆胃之热;大黄、芒硝通里攻下,使中焦壅滞之热有出路。诸药配伍,使热清、腑通、气血运行通畅,则诸症自解。通过临床观察,采用中西医结合治疗,运用辨病与辨证相结合的方法,以本方为主治疗急性胰腺炎,能明显缩短病程,提高疗效,降低手术率,取得良好的效果。

加减:肝胆湿热者加茵陈、栀子、龙胆草;呕吐重者加代赭石、半夏;痛剧者加川楝子,重用玄胡;兼食积者加莱菔子、麦芽、山楂;并发胆道蛔虫者加槟榔、使君子、苦楝根皮;大便通畅者,去芒硝、大黄同煎。^[5]

二、气滞血瘀

1. 清热活血理气方(王宝恩)

组成:黄芩 15g,大黄 15g,赤白芍各 15g,虎杖 30g,柴胡 20g,木香 12g。

用法:水煎服,每日 1~2 剂,至症状、特征消失。

功效:行气止痛,清热解毒。

主治:气滞血瘀,瘀毒内盛。

方解:黄芩燥湿清热;大黄通腑泄热;赤白芍凉血止血,缓急止痛;虎杖、柴胡、木香行胆胰之气,解毒行滞。^[6]

2. 清胰Ⅱ号(关林凤)

组成:栀子、丹皮、赤芍、生大黄、芒硝、木香、厚朴、延胡索。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:行气消积,凉血解毒,活血止痛。

主治:急性胰腺炎中度症,腑气闭塞,瘀而化热,湿热壅盛证。

方解:栀子、丹皮、赤芍、生大黄、芒硝、木香、厚朴、延胡索^[7]

3. 清胰炎Ⅰ号(苏州三院)

组成:柴胡、黄芩、大青叶、厚朴、桃仁、红花。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:疏肝理气,清热解毒,活血化瘀。

主治:急性胰腺炎轻症,无并发症。

方解:柴胡、厚朴疏肝理气,黄芩、大青叶清热解毒退烧,

桃仁、红花活血化瘀。^[6]

4. 清胰炎Ⅱ号(苏州三院)

组成:柴胡、黄芩、蒲公英、桃仁、红花、厚朴、木香、生大黄、芒硝、玄胡粉。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:疏肝利胆,通腑泻下,清热解毒,活血化瘀。

主治:急性胰腺炎重症,并发感染、胆石症、肠梗阻。

方解:柴胡、厚朴、木香疏肝利胆通肠消积,生大黄、芒硝通腑泻下,黄芩、蒲公英清热解毒消炎,桃仁、红花、玄胡粉活血化瘀止痛。^[8]

5. 验方(王学章)

组成:柴胡、黄芩各 5g,白芍、川楝子、枳实、延胡索、郁金各 9g,木香 3g。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:清热和解,理气消瘀。

主治:急性胰腺炎水肿型,有少阳证。脘腹痛,腹痛连胁,发热,纳呆,口苦。

方解:本方为小柴胡汤加减,有胰腺炎患者发病中出现少阳证即可选择使用。其中柴胡、黄芩各 5g,白芍和解少阳,缓急止痛,川楝子、枳实、延胡索、郁金、木香疏肝理气,消瘀止痛。

加减:便秘加大黄、元明粉各 9g;腹胀胁满加吴茱萸 5g,黄连 3g;呕恶加半夏 6g,厚朴 9g,竹茹 15g;便溏加白术 6g,茯苓 15g,泽泻、神曲各 9g;蛔虫所致加参桂乌梅丸 9~15g;恶寒发热重用柴胡、白芍各 15g。^[9]

6. 清胰饮(孙家骥)

组成:柴胡、杭芍、丹参各 15g,黄芩、木香、芒硝各 9g,生军(后下)、丹皮各 10g,栀子 12g。

用法:上方水煎 200ml,通过胃管,或胃、肠造瘘管缓慢滴入。日 1 剂。

功效:清热利湿,活血化瘀,解毒。

主治:急性坏死性胰腺炎。

方解:本组 19 例均作胰包膜切开、腹腔冲洗、灌洗引流、胆道引流术。术后均经胃肠减压、制酸剂、抑酶、抗生素、纠正水电解质失衡、全身营养支持等中西医综合治疗。其中 14 例术后配合运用本方治疗,结果:优良 11 例,占 78.6%;死产 3 例,占 21.4%,优良率 78.6%。对照组 5 例,仅西医药治疗,优良 3 例,占 60%;死亡 2 例,占 40%,优良率 60%。中西医结合组死亡率明显低于西医治疗组。研究证实清胰饮方中有降低胰酶活性作用的,以大黄、黄芩、黄连、白芍为良,而芒硝可抑制胰酶释放,丹参具有抗氧化作用,栀子有抑制 AP 的胰组织黄嘌呤氧化酶活性,使胰腺还原型谷胱甘肽含量增加,从而减少自由基产生及增加清除能力。故清胰饮能有效阻断 AP 的发病环节,即抑制胰酶活性及抗自由基作用,从而发挥治疗作用。^[10]

三、胆胰不通

1. 清胰利胆方(吴乃光)

组成:柴胡、枳实各 9g,茵陈、郁金、黄芩各 15g,片姜黄、生大黄、朴硝各 30g,黄连 6g。

用法:水煎 300ml,即刻服用 200ml,3 小时后大便次数少

于6次者,加服100ml。对照组用抑肽酶20万U、庆大霉素24万U,分别加入葡萄糖盐水中静脉滴注治疗。两组患者均酌情适当补液以保持水、电解质、酸碱平衡。呕吐频繁加灭吐灵10mg肌注。

功效:清胰利胆,导下止痛。

主治:急性胆源性胰腺炎。

方解:治疗组30例中,显效(24小时内腹痛完全消失,血淀粉酶活性降至正常)27例(90%),有效(48小时内腹痛完全消失,血、尿淀粉酶活性降至正常)2例,无效(48小时后腹痛未完全消失,血、尿淀粉酶活性未降至正常)1例(3.4%);对照组26例,分别为19例(73%)、6例(23%)、1例(3.4%)。两组在临床疗效上的差别经 X^2 检验无显著性意义($P>0.05$)。腹痛缓解时间,两组差异有显著性意义($P<0.05$)。急性胆源性胰腺炎是由各种原因导致胆汁逆流入胰管激活胰酶所致。中医学认为本病的主要病机为湿热遏伏,结石瘀阻,化毒化火,不通则痛。症状表现为腹痛拒按,大便秘结,苔黄腻,脉弦紧等一派腑实之象。治疗旨在以通为用,清胰利胆,导下止痛。方以柴胡、茵陈、郁金利胆清热;片姜黄破血行气止痛;枳实、大黄、芒硝化结软坚,通下泄热,解毒清火;黄芩、黄连清胰泻火。有报道证实,片姜黄能促进胆汁分泌;大黄可降低狗胆总管、奥狄氏括约肌张力,从而疏通局部的瘀积。大黄30g煎液大致相当于抑肽酶治疗急性胰腺炎的临床剂量,并对厌氧菌和脆弱类杆菌有抑制作用。本病在急性发作早期阶段,除上腹部疼痛外,还有频繁的恶心呕吐,此时服用中药,可先予生姜咀嚼,然后服之。在服用中药同时可进少量米汤水,但须禁食油腻。病人疼痛的缓解与大便有密切的关系,药后大便一通,疼痛即明显减轻。^[11]

四、疏肝理气,通里攻下

1. 清胰汤(郑显理)

组成:柴胡 15g,黄芩 10g,胡连 10g,杭芍 15g,木香 10g,延胡索 10g,大黄 15g(后下),芒硝 10g(冲服)。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:疏肝理气,清热燥湿,通里攻下。

主治:急性胰腺炎,肝郁气滞,脾胃蕴热证。

方解:本方具调和肝脾,升清降热的作用。方中柴胡疏肝解郁,黄芩、胡连清热燥湿降热,木香调气理肠,白芍和营缓急,延胡索行气活血止痛,大黄荡涤胃肠,泻火解毒,芒硝润燥软坚破结,合用理气导滞,清热解毒,调整胃肠功能,对急性胰腺炎临床观察 1100 例,治愈率 72%,确有良好的效果。大黄治疗急性胰腺炎有明显的疗效,其作用机理与其促进肠蠕动而预防细菌易位有关。研究表明,急性坏死性胰腺炎大鼠有严重的肠蠕动抑制,内毒素血症和细菌易位严重,死亡率增高,大黄对这些病理变化有明显的改善作用,因此促进肠蠕动,预防细菌易位是大黄治疗胰腺炎的主要机制。同时大黄有抗厌氧菌作用,尤其对脆弱类杆菌抑制作用显著。大黄含番泻苷 A 及番泻苷 E 等成分,使肠排空运动加强,排出毒素。大黄含蒽醌衍生物,具有广谱抗菌作用。抑制胰腺酶的作用:从大黄中分离出 10 支有效单体,能明显抑制胰蛋白酶、胰弹性蛋白酶、胰糜蛋白酶、胰激肽释放酶、胰脂肪酶,减少或避免了胰腺的自我消化。

加减:疼痛重者可酌加行气活血药;热重者可酌加清热解毒药;有蛔虫者加使君子、苦楝根皮、槟榔;伴有出血坏死者方可加大陷胸汤(甘遂末 1g,大黄 15~30g(后下),芒硝

10~15g(冲服)。^[12]

2. 清胰 I 号(关林凤)

组成:龙胆草、生大黄、木香、延胡索、白芍。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:疏肝利胆,理气化痰,清热利湿。

主治:胰腺炎轻症,肝胆气滞湿热证。

方解:方中龙胆草清热利湿、疏肝利胆,生大黄泻火通腑,木香行气消结除满,延胡索活血止痛,白芍和营缓急止痛。^[7]

3. 清胰 I 号(天津南开医院验方)

组成:柴胡、胡黄连、黄芩、广木香、延胡索、白芍、生大黄、芒硝。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:疏肝理气,清热燥湿,通腑泻下。

主治:急性胰腺炎肝郁气滞,脾胃湿热,便秘腑实证。

方解:柴胡、广木香、延胡索、白芍、疏肝理气,活血止痛;胡黄连、黄芩清热燥湿;生大黄、芒硝通腑泻下。^[8]

4. 清胰汤(吴孝勇)

组成:柴胡、黄芩、白芍、大黄(后下)各 15g,木香、黄连、延胡索、芒硝(冲服)各 10g;

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:疏肝清热,通腑止痛。

主治:急性胰腺炎

方解:(大柴胡汤加减)柴胡、黄芩、白芍、大黄为大柴胡汤之意,清肝利胆,通腑泻下;木香、黄连、延胡索、芒硝(冲

服)助上药,加强行气化瘀,通腑泻下,消炎止痛的作用。临床治疗 105 例,有效率达 84%。

加减:脾胃实热加枳实、厚朴、莱菔子、银花各 15g,大黄、芒硝加量;肝郁加陈皮、郁金各 10g;肝胆湿热加茵陈蒿、板蓝根各 30g,栀子 15g;蛔虫上扰去大黄、白芍,加乌梅 15g,槟榔、使君子、苦楝根皮各 30g。^[13]

5. 验方(吴银根)

组成:柴胡、大黄、白芍各 15g,黄芩、黄连、木香、芒硝、延胡索各 10g

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:疏肝通腑,清热燥湿,缓急止痛。

主治:急性胰腺炎

方解:本方亦为大柴胡汤加减,柴胡、白芍疏肝利胆,缓急止痛,黄芩、黄连健脾燥湿;大黄、芒硝通腑泻下;木香、延胡索行气化瘀,通腑泻下止痛。

加减:肝脾湿热加龙胆草、栀子、丹皮、赤芍、茵陈蒿、金银花、连翘;脾胃实热重用大黄,加至 30g;呕吐加代赭石、竹茹;腹胀加厚朴、枳实;瘀血内阻、腹中结块加三棱、莪术、穿山甲;蛔虫引起加槟榔、使君子、苦楝根皮、细辛;水热结胸加大陷胸汤(甘遂末 1g,大黄 15~30g,芒硝 10~15g)。^[8]

6. 清胰陷胸汤(崔乃强)

组成:大黄、芒硝、甘遂、柴胡、黄芩、木香、胡黄连、川楝子、延胡索。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:通腑泻下,行气消瘀。

主治:重型急性胰腺炎

方解:本方是由大陷胸汤加味组成,崔乃强等运用中西医结合方法治疗重型急性胰腺炎 145 例,其中在患者入院初期运用此方口服或胃管注入及保留灌肠,存活率 83.4%。^[14]

7. 清胰汤(吴承堂)

组成:大黄(后下)、南柴胡、白芍各 24g,黄芩、胡黄连、延胡索、木香、芒硝(冲服)各 18g

用法:用水煎成 300ml。分 3 次服。

功效:解毒行瘀,通腑止痛。

主治:急性坏死性胰腺炎。

方解:吴承堂等运用中药清胰汤对急性坏死性胰腺炎进行了实验研究,用杂种犬制成急性胰腺炎模型,中药组翌日起每天经胃管灌服清胰汤 20ml/kg,连用 7 天。清胰汤测定血中淀粉酶(AMY)、内毒素(LPS),作脏器细菌培养、病理检查和肠粘膜菌群分析。中药组与 ANP 组比较,上述变化明显减轻,脏器细菌移位率下降 50%。实验结果表明,清胰汤能明显减轻急性坏死性胰腺炎 ANP 时各脏器的病理学变化,尤以胰、肠组织为明显;显著抑制肠道大肠杆菌的增殖,保护双歧杆菌和乳杆菌,使肠道微生态趋于平衡;显著降低血浆内毒素水平;血清胰淀粉酶水平也明显降低;保护肠屏障功能,对治疗 ANP 后肠道细菌移位和肠源性感染具有重要作用。^[15]

五、蛔虫上扰

1. 清胰Ⅲ号(关林凤)

组成:栀子、白芍、生大黄、芒硝、木香、延胡索、槟榔、苦

楝根皮、使君子。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:行气消积,凉血解毒,活血止痛。

主治:急性胰腺炎轻症,蛔虫上扰证。

方解:生大黄、芒硝解毒通腑,木香行肠腑之气,延胡索活血止痛,白芍和营缓急止痛。栀子清热除烦,消炎止痛,槟榔、苦楝根皮、使君子健脾消结杀虫。^[7]

2. 清胰Ⅱ号(天津南开医院验方)

组成:柴胡、胡黄连、黄芩、广木香、生大黄、苦楝根皮、槟榔、使君子、细辛。

用法:水煎 30 分钟,每剂煎 2 次,每日早晚分服。

功效:通腑杀虫。

主治:急性胰腺炎蛔虫上扰证。

方解:胡黄连、黄芩清热燥湿;柴胡、广木香、生大黄理气通腑;苦楝根皮、槟榔、使君子、细辛杀虫止痛。以上两方均是以大柴胡汤为基本方制定。^[8]

六、寒热错杂

慢胰方(张琪)

组成:白芍 40g,柴胡 20g,桂枝 20g,生姜 15g,半夏 15g,黄芩 15g,纹军 7g,枳实 15g,吴茱萸 10g,香附 15g,蒲公英 30g,红枣 5 枚。

用法:水煎服,日 3 次。

功效:疏肝气,泄胃热,温脾寒。

主治:由于肝气横逆,胆胃郁热,胃失和降,脾气虚寒,寒热夹杂引起两胁连脘腹疼痛,终日不缓,口苦,食欲不振,大

便正常，苔白腻，脉弦。

方解：慢性胰腺炎病位在肝胆脾胃，肝胆郁热，脾寒胃热，疏肝泄热碍脾之虚寒，温脾驱寒又助胃之热，四逆散合大柴胡汤能疏肝胆之气而清热，重用白芍柔肝理脾，芍、草为缓肝乘脾之要药，生姜、桂枝、吴茱萸温脾，本方寒热并用，切中复杂病机，蒲公英入脾胃二经，清热微寒，无伤胃之弊，凡脾、胆、胃偏热，必重用有效。^[16]

七、厥脱证

回阳活血汤(黄星垣)

组成：人参、附子、干姜、甘草、当归、桃仁、红花、赤芍、乌药、白术、生龙牡。

用法：水煎 30 分钟，每剂煎 2 次，每日早晚分服。

功效：益气回阳，养血活血，止痛安神。

主治：急性胰腺炎并发厥脱证。

方解：人参、附子、干姜、白术、甘草益气健脾，回阳固脱，当归、桃仁、红花、赤芍养血活血，凉血止痛，乌药、生龙牡止痛安神。^[17]

八、气阴亏虚

生脉散合二甲龙牡汤加减(肖熙)

组成：麦冬 15g，五味子 9g，白芍 12g，黄芪 18g，鳖甲 15g（先煎）、白薇 6g，石斛 10g，煅龙牡各 30g（先煎）。

用法：水煎 30 分钟，每剂煎 2 次，每日早晚分服。

功效：养阴清热，益气敛汗。

主治：急性胰腺炎内热未退，气阴两亏，汗出亡阳证，可

以应用于病程中各个阶段,并且对于急性胰腺炎并发早期休克的治疗,也有很好的效果。

方解:麦冬滋润,石斛养阴,取其甘味生津;鳖甲配白薇益阴泄热,合以白芍尤能排除阴分之虚热;龙骨、牡蛎重镇安神,煅之兼能收敛止汗,兼佐五味子复能加强敛汗安神之功;黄芪益气固表,加重用量,并与煅龙牡、五味子等相伍,更能发挥益气敛摄之效。

加减:阳虚欲脱者加附子;气虚甚者加人参(或党参);血虚加熟地、当归;血热加生地、丹皮;热毒内盛或湿热蕴蒸可随证加入清热解毒或清热化湿之品。^[1]

九、缓急止痛

验方(金蝎莉)

组成:炒白芍、炙甘草、延胡索、川楝子、柴胡、木香。

用法:水煎服,1日1剂,1天3次温服。

功效:缓急止痛。

主治:急慢性胰腺炎。

方解:以芍药甘草汤为基本方加味治疗本病,

加减:腹痛甚者重用白芍;呕吐甚者加半夏、苏梗、竹茹;热象偏重者加黄芩、双花;腹胀便秘者加大黄、番泻叶;脾胃虚寒者加干姜、肉桂。^[18]

十、腑气不通

1. 牛黄胰胆通胶囊(单兆伟)

组成:每粒含牛黄0.3g,虎杖10g,王不留行6g,青皮6g,生大黄3g,肉桂0.5g

用法:每次3粒,每日2次,10~30天1疗程。

功效:行气通腑泻下。

主治:胆囊性胰腺炎。

方解:治疗胆囊性胰腺炎30例,经10~30天治疗,痊愈8例,显效7例,好转10例。^[19]

2. 胰炎灵(符为民)

组成:生大黄、柴胡、黄芩、枳实、玄胡粉、厚朴、败酱草、姜黄等。

用法:每次1包,每日4次,服药4~6天。

功效:解毒通腑泻下。

主治:急性胰腺炎。

方解:治疗急性胰腺炎65例,有效率98.46%,和对照组比较疗效有显著差异($P < 0.05$)。^[20]

3. 白及大黄汤(张凡鲜)

组成:白及100g,大黄25g。

用法:共碾粗末,加水1000ml煎至300ml,入冰箱冷却至6℃~10℃,每4~6小时服100ml。

功效:通腑泻下,止血消炎。

主治:治疗急性胰腺炎145例,同时用西医支持疗法,治愈率93.8%。^[21]

4. 通腑泻下方(王宝恩)

组成:大黄20g,芒硝10g,延胡索15g,甘草6g或单味生大黄30g。

用法:水煎服,每日1~2剂,必要时用大黄30g水煎成100ml行保留灌肠,可重复应用。

功效:通腑泻下。

主治:急性胰腺炎。

方解:大黄、芒硝通腑泻下;延胡索活血止痛;甘草缓急止痛,调和诸药。^[6]

5. 通腑解毒化瘀汤(梅国强)

组成:柴胡、黄芩、赤芍、白芍、半夏、枳实、大黄。

用法:水煎服,日1剂。

功效:通腑解毒化瘀。

主治:急性胰腺炎。

方解:梅国强等通过实验研究发现本方加凉血化瘀解毒药,能抑制从胰腺溢出的多种消化酶活性,尤其是渗入腹膜被吸收入血的胰酶,从而减轻了这些消化酶对胰腺本身及其他脏器的损害。^[22]

6. 通腑泻热汤(张杰)

组成:生大黄、紫花地丁各30g,芒硝9g,枳实、厚朴各10g,玄参、丹皮、白茅根、黄连、蒲公英各15g。

用法:每日1剂,加水250ml,煎至150ml,顿服。必要时煎药汁灌肠。

功效:通腑泻热,凉血活血。

主治:急性胰腺炎。

方解:本组86例急性胰腺炎患者经用本方及西药对症支持治疗后,临床治愈80例(占93.7%),平均住院治疗时间为6天,最长为10天,最短为3天。尿、血清淀粉酶恢复正常平均时间分别为3.4天和2.1天。死亡6例(占6.3%),其中1例死于肾功能衰竭,2例死于严重感染致感染性休克,3例死于急性成人呼吸窘迫综合征。本病属中医

“腹痛”范畴，多为气滞血瘀，邪热蕴结中焦，腑气不通。故治疗以通腑泻热，凉血活血为原则。方中生大黄、芒硝通腑泻热；枳实、厚朴理气消痞；黄连、蒲公英、紫花地丁清热解毒；玄参、丹皮理气活血；白茅根清热凉血。临床观察证明，大黄能明显增高胃肠道的推进功能，增加肠蠕动，还能增加胆汁分泌，促进胆囊收缩及胆总管下括约肌舒张，使胆道通畅，压力下降。此外，大黄中的大黄酸、大黄素等能直接抑菌，活跃网状内皮系统，促进补体生成，增加白细胞吞噬能力。同时配合西医对症支持治疗，促进临床症状的迅速缓解和消除，大大提高了治疗效果，降低了死亡率。采用中西医结合治疗本病，既发挥西医疗效迅速之长，又体现了中医辨证论治，着眼于整体功能改善的特点，因而能收到较好的临床效果。

加减：热甚者加生石膏 40g，知母 15g；高热神昏者加服安宫牛黄丸 1 丸；阴津耗伤者加生脉饮。^[23]

十一、外敷止痛

活血止痛散

组成：大黄 30g，青黛 10g，王不留行 20g，乳香 15g，没药 15g，菖蒲 10g，郁金 10g。

用法：共研细末，以蛋清调成膏状，外敷于剧痛部位，隔日换药一次，至腹痛消失。

功效：活血止痛。

主治：急性胰腺炎。

方解：作为辅助用药，治疗止痛有效率 95.8%。^[7]

十二、灌 肠 方

泻下灌肠方(许环应)

组方:生大黄、芒硝、厚朴、枳实、莱菔子。

用法:煎水 200ml,作保留灌肠。每次 30~60 分钟,每日 1 次。胃管注入,每次 100ml,每天 2 次。

功效:通便泻下,解毒止痛。

主治:治疗急性出血坏死型胰腺炎,适用于腹痛便秘。在引流术后早期运用大柴胡汤,24 小时内患者均排气排便,临床症状减轻。

方解:大承气汤治疗急性重症胰腺炎疗效显著,大承气汤的治疗作用是因为其具有保护胰腺细胞和调节细胞因子分泌的作用,而且能保护肠道粘膜屏障、抑制肠道细菌易位和减轻内毒素血症的程度。^[24]

(张晓明 张声生)

参 考 文 献

- [1]李文亮,齐强,王天明,等. 千家妙方(上册). 北京:战士出版社, 1982.
- [2]陈丽晶,韩亚辉. 胆胰汤加减治疗急性胰腺炎 125 例临床观察. 湖南中医杂志,1993,9(6):16
- [3]蒋森. 大黄栀子汤治疗急性水肿型胰腺炎 28 例. 中国中西医结合杂志,1999,19(3):183
- [4]戴长林. 51 例急性胰腺炎证治. 上海中医药杂志,1988,(12):8
- [5]苏兰娟,等. 疏肝清热攻下法为主治疗急性胰腺炎 60 例. 江西中医药,1996,(2):13
- [6]王宝恩,等. 急性出血坏死性胰腺炎的中西医结合疗法. 中华内科杂志,1988,27:25

- [7] 江扬清. 中西医结合内科研究. 北京: 北京出版社, 1997. 328
- [8] 沈帼男, 于振宣, 崔秀梅, 等. 中医内科临床新法. 北京: 科学技术文献出版社, 1995, 11
- [9] 王学章. 疏肝和胃法治疗急性胰腺炎 44 例临床观察. 福建中医药, 1989, (3): 2
- [10] 孙家骥. 手术及术后中西医结合治疗急性坏死性胰腺炎回顾性分析. 中国中西医结合脾胃杂志, 1995, (1): 14
- [11] 吴乃光, 等. 清胰利胆法治疗急性胆源性胰腺炎. 上海中医药杂志, 1997, (5): 20
- [12] 郑显理. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(11): 697
- [13] 吴孝勇. 清胰汤加减治疗急性胰腺炎 105 例临床验证. 临床急救, 1997, 4(1): 17
- [14] 崔乃强, 齐清会, 孔墟, 等. 重型急性胰腺炎的中西医结合治疗——附 145 例报告. 中国中西医结合外科杂志, 1999, 5(3): 129
- [15] 吴承堂, 黎沾良, 熊德鑫. 中药清胰汤治疗急性坏死性胰腺炎的实验研究. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(4): 236
- [16] 张琪. 张琪临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998. 340
- [17] 黄星垣. 中医内科急重症手册. 上海: 上海技术出版社, 1994. 410
- [18] 金嫣莉. 加味芍药甘草汤治疗 31 例急性水肿型胰腺炎. 辽宁中医杂志, 1983, (4): 29
- [19] 单兆伟, 汪达成, 李有伟, 等. 牛黄胰胆通胶囊治疗急性胆囊炎胰腺炎临床小结. 中国中医急症, 1993, 2(2): 68
- [20] 符为民, 杨廷光, 时永华, 等. 胰炎灵冲剂治疗急性胰腺炎的临床观察——附 126 例临床疗效分析. 江苏中医, 1993, 14(5): 42
- [21] 张凡鲜, 张忠君. 白及大黄汤治疗急性胰腺炎 145 例. 实用中医药杂志, 1993, 9(3): 7
- [22] 梅国强, 叶世龙. 通腑解毒化瘀汤对小鼠急性出血坏死型胰腺炎实质的影响. 中成药, 1993, 15(10): 28
- [23] 张杰, 等. 中西医结合治疗急性胰腺炎 86 例. 湖南中医杂志,

1996,(4):25

- [24]许环应,徐一宁.中西医结合治疗急性出血坏死型胰腺炎38例.
上海中医药杂志,1995,(6):16

肠 梗 阻

一、肝郁气滞，阳气欲脱证

1. 香连四逆散(丁光迪)

组成：柴胡 10g，枸橘李 10g，姜川连 5g，广木香 5g，炒莱菔子 10g，槟榔 10g，石菖蒲 10g，蜣螂虫 20g，炒白芍 10g。

用法：每日 1 剂，忌食油腻，宜清淡饮食。

功效：升降气机，苦辛开泄。

主治：急性肠梗阻(属升降气滞)。

方解：本症缘因气滞血瘀，故方中以柴胡透邪升阳以解郁，乌药益阴养血，与柴胡合用疏肝理脾，使邪去郁解，气血调畅，清阳得升；姜川连苦泄辛开，缓和其生用之苦寒损伤脾胃，并增强降逆止呕，木香通过行气调中，助肝胆疏泄；菖蒲性味芳香清爽，醒脾和胃；莱菔子、枸橘李疏肝理气，槟榔破气行滞力强，伍木香可补气行滞；超常量用蜣螂，破血祛瘀开燥结泻毒火。^[1]

2. 邢锡波验方(邢锡波)

组成：白芍 12g，厚朴 10g，枳实 10g，干姜 10g，槟榔 10g，五灵脂 10g，附子 6g，木香 6g，甘草 6g，柴油桂 4.5g。

用法：水煎服，同时配合针灸取穴：三里、天枢、中脘、内

庭、公孙。

功效:温通回阳,疏气止痛。

主治:患者平素肝气偏盛,经常怒气暴发,1~2日不食,有时暴饮暴食,腹部不时疼痛,1个月前因盛怒之后,饮食不当发生剧烈腹痛,诊为肠梗阻,经手术治疗。又因暴怒之后,腹痛又发作,遂来就诊。查腹部胀满,以右下腹为重,拒按,向上腹部放射,脐右下方有明显的肠蠕动波,肠鸣音亢进,面色苍白,四肢逆冷,脉沉细欲绝,舌红无光。

方解:五脏六腑之间,在生理功能上有相互依赖、相互协调的关系。肝与脾主要是疏泄与运化的关系,脾主运化必须依赖肝的疏泄。本例平日肝气素盛,经常暴饮暴食,从而影响脾的运化,尤其是发病在暴怒之后,饮食不节而出现腹痛,是肝气侮土,肝气郁滞,疏泄失常,影响脾的正常运化,食滞不行,升降失调,气血不通则痛,肠道不利则闭,滞塞上逆则呕,而通降下行则顺,因此应是“以通为用”的治疗原则,但依据脉症,属一派虚寒现象,因此在治疗上不单温通回阳,还应疏气止痛。^[2]

3. 通降汤(赵健)

组成:大黄 20~25g(后下),莱菔子 40~50g,枳实 30g,川朴 30g,黄芪 30g,桃仁 15g,槟榔 15g,木香 15g,党参 20g,丹参 20g,赤芍 12g,丹皮 10g。

用法:每日1剂,浓煎取汁250ml,分2次内服,连续1~2剂即可。

功效:开结通降。

主治:粘连性肠梗阻。

方解:肠梗阻为“肠结”、“关格”,中医认为肠为传化之府,其功能以通降下行为顺,由于气滞、血瘀、热结、寒滞、湿

阻、食积中结而造成通降失调均可发生肠结,气血不通、滞塞、上逆则呕,痞满不运则胀,肠道不利则闭。大黄为将军之官,泻肠胃积滞力专而宏,重则取迅猛之力,否则将延误病机,危及生命。加黄芪、生地益气养阴,其意为扶助正气,增加肠腑推动能力,加活血化瘀之桃仁、赤芍,选择性作用于肠道,通气活血,取通则不痛之目的。大黄后下,效果更佳。^[3]

4. 行气通结汤(刘家磊)

组成:大黄(后下)、厚朴、木香、芒硝(冲服)、大腹皮各20g,冬瓜仁(捣)、公英各30g,枳实、砂仁各10g。

用法:水煎,日1剂或2剂,早晚温服。

功效:散结消肿,利气消胀。

主治:肠梗阻。

方解:本病类似中医“关格”、“肠结”等病症。多因饮食不节,气机凝滞,热郁邪闭,湿热中阻,瘀血留滞,燥湿内结或蛔虫聚团等因素导致肠管痞结、通降下行失调而发出疼痛、呕、胀、闭等症。方中厚朴、枳实、木香、大腹皮调气通结消肿;大黄泻下润便;砂仁、冬瓜仁导滞消胀;芒硝软坚通利;公英清热解毒,散结消肿,全方合用具有散结消肿,行气、利气消肿,保护肠粘膜之功能,临床应用于单纯性肠梗阻效果更佳。

加减:恶心呕吐加半夏;肠内停留液体过多加甘遂末2g冲服;发热中毒炎症较重加金银花。^[4]

二、阳明腑实,食邪停滞证

1. 大承气汤加味(何承志)

组成:生军10g,元明粉10g,川朴10g,木香10g,败酱

草 15g, 红藤 15g, 皂角刺 10g, 青陈皮各 10g, 枳实 10g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:清热攻下。

主治:平素嗜食牛羊肉,经常便秘,腹痛,舌苔薄,脉弦,属阳明腑实证。

方解:本例因热结于内,气血瘀滞,腑气不通,故见大便秘结,腹胀且痛,属阳明腑实证,方中大黄泄热攻下燥实,元明粉软坚破结,川朴、枳实破气导滞,加青陈皮、木香行气止痛,败酱草、红藤清肠解毒,皂角刺辛散温通,能消肿托毒行瘀,药后泻下 多量粘腻燥屎,肠热得清,气行瘀散,腹痛即止。^[5]

2. ①验方之一(邢锡波)

组成:芒硝 24g, 生大黄 18g, 厚朴 18g, 枳实 12g, 代赭石 12g, 法半夏 10g。

用法:水煎服。

功效:通涤荡积。

主治:因饮食过量胃脘稍觉膨胀,至夜间开始腹痛,胀满拒按,痛剧时辗转床头,呼号万状,有时胃气上逆,连续呕吐 10 余次皆系未消化之食物,查体温 37℃,全腹胀满,有明显的膨隆,肠形尤为显著,脐周有压痛,叩之呈鼓音,肠鸣音亢进,脉弦紧,舌质淡红,苔白腻。

方解:因饮食过量而引起腹痛时呕吐食物,胃脘胀满拒按,脉弦紧是因为饮食过量,损伤脾胃,运化不行致食邪停滞,壅阻为痛,脾胃为中焦之枢纽,胃气已伤,则中气每挟食物而上逆,故有呕吐之症状,气逆于上而浊气不降,故无矢气而大便不行,腹部膨胀,胃脘满闷,皆由食物壅滞所致。^[2]

② 验方之二(邢锡波)

组成:芒硝 30g, 大黄 24g, 厚朴 15g, 枳实 10g, 代赭石 12g, 半夏 10g。

用法:水煎服,配合腹部按摩,并由胃管注入液体石蜡 200ml,均无效,针灸穴位:脾俞、三焦俞、气海、中脘、合谷、曲池、三里留针半小时后腹痛减,但仍胀,洗肠后有少许硬便。

功效:涤荡积滞。

主治:因吃米饭过量,当夜开始腹痛,痛势难忍,呕吐 10 余次,皆为食物,腹痛后无大便及虚恭,查 BP140/90mmHg,全腹明显膨隆,有明显肠形,脐周压痛,拒按,叩之如鼓,有高调肠鸣音,脉弦紧,苔薄白。

方解:由于饮食过量而腹痛腹胀,呕吐,为食积停滞,宜承气汤,涤荡积滞,食后使积滞下浊气降。^[2]

三、寒气阻滞,腑失通降证

1. 经验方(叶义森)

组成:桔梗 5g, 小茴香 10g, 制附子 10g, 生大黄 10g (后下), 桃仁 10g, 赤芍 10g, 川芎 6g, 五灵脂 10g, 败酱草 10g, 厚朴 10g。

用法:水煎服,经治临床症状消退,亦应继续服药 1 周以上。

功效:温化寒湿,化瘀通腑。

主治:有肠粘连病史;突然腹部阵发剧痛,痛有定处而拒按,喜热恶凉;大便不通,间或排气;伴有脘腹胀满,恶心呕吐,小便色白,舌质淡紫,苔白腻,脉沉紧。

方解:肠本留瘀,复受寒湿,寒湿瘀滞,腑失通降。少腹

逐瘀汤合大黄附子汤加减。方中桔梗宣肺,肺与大肠相表里,亦宣通腑气,小茴香、制附子温化寒湿,且制生大黄苦寒而存其走泄之性攻下瘀滞,小茴香还能理气和胃止呕消胀,桃仁、赤芍、川芎、五灵脂、败酱草活血化瘀通络止痛,且败酱草微寒有防热化之意;厚朴行气燥湿除胀并助下滞。

加减:呕吐不止,加姜半夏;腹胀满甚,加莱菔子;舌苔白腻而厚,加苍术。^[6]

2. 温润通结汤(姚天源)

组成:肉苁蓉、熟地黄、潞党参、炙黄芪各 20g,莱菔子 30g,当归、枳实、槟榔、桃仁泥各 10g,白术 15g,川朴 8g,郁李仁 6g。

用法:取上药急煎合并 2 次浓缩汁 250ml,服法每隔 5~10 分钟,饮服 10ml;服药 6 小时腹部胀痛无缓解,无排气排便者,再取上药急煎 1 剂,服法同上;完全性粘连性肠梗阻在临床密切观察下,严格禁食,配合胃肠减压术及静脉补液,纠正水、电解质平衡失调;粘连性肠梗阻治疗后,排气排便,临床症状体征改善消失,宜坚持 1 周流质、半流质饮食,半年内禁食糯米类不容易消化的食品。

功效:滋肾健脾,理气降逆,温润通便。

主治:粘连性肠梗阻

方解:急性粘连性肠梗阻多发生在暴饮暴食之后,因暴饮暴食后肠腔内食物容量突然增大,胃肠道分泌液必然增多,肠蠕动加强,同时也容易发生肠炎或食物过敏,食物如含渣过多或未能完全消化,更能引起堵塞,因此在应用本方时应重视禁食,再急煎中药,合并 2 次煎出液宜浓缩,尤其服法更应注意,少量频服可避免胃肠腔内突然内容物增多,肠蠕动加剧,造成呕、痛更加严重。^[7]

3. 经验方(邢锡波)

组成:芒硝 24g, 生大黄 15g, 厚朴 15g, 枳实 15g, 附子 15g。

用法:水煎服,配合针灸强刺中脘、脾俞、大肠俞、关元俞。

功效:温通涤荡。

主治:患者曾于2日前冷食后,感受寒冷而腹痛,全身发冷,腹痛自下腹延及全腹,疼痛呈阵发性,腹部胀满,恶心作呕,便秘不思食,身倦嗜卧。

方解:腹部胀痛、便秘、恶心作呕,是肠中寒气阻滞、浊气不行,宜用扫荡之品以开肠中之壅滞,惟以身倦嗜卧,面色苍白,手足逆冷,脉弦细,舌淡无苔,脉症合参,呈一派虚寒之象,宜以温通涤荡,大承气汤加附子主之。^[2]

四、寒热并作,湿热壅滞,腑失通降证

1. 经验方(叶义森)

组成:桔梗 5g, 枳壳 10g, 丹皮 10g, 桃仁 10g, 玄胡 10g, 败酱草 30g, 黄柏 10g, 生大黄 10g(后下), 芒硝 10g(分2次冲服)。

用法:水煎服,每日1剂。经治临床症状消退,亦应继续服药1周以上。

功效:清化湿热,化瘀通腑。

主治:有肠粘连病史,突然腹部绞痛阵发,痛有定处而拒按,喜凉恶热,大便不通,间或排气,伴有脘腹胀满,恶心呕吐;或身有低热,小便短赤,可见肠蠕动波,无腹膜刺激征,舌质暗红,苔黄腻,脉弦数。

方解:肠本留瘀,复受湿热,湿热瘀滞,腑失通降。血府逐瘀汤合大黄牡丹汤加减。方中桔梗宣肺,肺与大肠相表里,亦宣通腑气,枳壳行气活血,宽中除胀;丹皮、桃仁、玄胡、败酱草活血化瘀通络止痛,且丹皮、败酱草能清热解毒;黄柏善治下焦湿热;生大黄、芒硝通腑而泄下湿热瘀滞。

加减:腹胀满甚,加莱菔子;呕吐不止加黄连、竹茹;小便短赤,加车前子;苔黄腻而厚,加佩兰。^[6]

2. 验方(邢锡波)

组成:芒硝 15g, 大黄 10g, 厚朴 15g, 枳实 10g, 干姜 3g。

用法:水煎服配合针灸曲池、合谷、足三里。

功效:峻利温下。

主治:阵发性腹痛伴呕吐腹胀 7 日,已 2 日未排便,腹部喜暖,4 年前曾做阑尾切除手术。面部苍白,痛苦辗转,舌质红,苔薄白燥,脉沉数。

方解:肠粘连性肠梗阻,病情多顽固,若采取综合治疗,难以迅速奏效,甚至病情逐渐恶化,体力不支,仍峻剂攻伐。呕吐为肠梗阻必有症状,口服中药,易引起呕吐,不能发挥药效,故在临床实践中,探索出由胃管缓慢滴入中药(60~90 分钟),能防止呕吐,使药达病所,而发挥疗效。^[2]

3. 粘连性肠梗阻(董漱六)

组成:太子参 15g, 北沙参 15g, 生地 30g, 麦冬 12g, 石斛 15g, 生大黄 9g(后下), 甘草 4.5g, 白芍 12g, 川连 1.5g, 制半夏 4.5g, 枳壳 9g, 火麻仁各 12g, 元明粉 9g(冲)。

用法:先用玉枢丹 3g, 装入胶囊, 分 2 次服, 每次 1.5g,

于药前2小时温开水送服。继服汤药。

功效:育阴增液,泄热通腑。

主治:脐周阵发性疼痛,旋即转为持续性刀割样剧痛,大便秘结、7日未行、无矢气,伴频繁呕吐,舌质红绛、苔黄垢腻,脉细滑数、偶见结代。阴亏津耗,湿热夹宿滞蕴结不化,胃气上逆,肠府传导失司,虚实夹杂。

方解:患者素体禀赋不足,阴津耗损,湿热宿滞中阻,胃失和降,肠府传导失司,乃虚实夹杂之重候,因患者素体阴津不足,故选用增液承气汤增液通便,滋水行舟,邪正兼顾。又因患者频繁呕吐不能进食,特选以玉枢丹开道,辟秽止吐,为服煎药创造条件。^[8]

五、疏风散结法

驱风散结(刘照伟等)

组成:防风10g,羌活10g,芒硝10g(冲),川朴10g,木香12g,川军12g,砂仁3g。

用法:水煎服。

功效:驱风利气,消胀通闭。

主治:肠梗阻。

方解:中医认为肠梗阻及腹胀的主要病机为饮食不节、脾失运化、燥屎内结、水湿留滞、蛔虫聚团、气机失调或跌仆损伤及手术后瘀血滞留所致。在治疗上历来多选用攻坚消胀,破瘀消胀,除积消胀,温寒消胀,理气消胀,驱虫消胀等治疗,本例应用驱风药味以排除肠腔的大量积气,缓解梗阻肠管扩张的状态,收到良好效果。方中防风、羌活味苦性温,入肝、脾、膀胱及肾经,善行全身走肌肤,借以排除梗阻后的肠管膨胀、胀气;木香通气,调气;砂仁消胀,调胃胀,与木香

用法:可常法煎服,也可加大剂量,改做散剂或丸剂,丸剂每服9g,散剂每服6g,日服2次,勿在铜、铁器中煎捣。

功效:燥湿开结,寒热并用,理气涩肠。

主治:慢性非特异性结肠炎,过敏性结肠炎,久泻久痢之湿热郁肠,虚实交错证。症见长期溏便夹有脓液,或形似痢疾,先便粘液脓血,继下粪便,左下腹痛,或兼见里急后重,时轻时重。

方解:本病在中医属久泻久痢范围。泻或痢之急性发作,多为饮食不节、不洁,积滞于中,或湿热、秽浊、热毒侵犯胃肠的邪实证;泻或痢日久缠绵,既可因急性期误治而迁延不愈,更多肝郁脾虚,湿聚酿热,邪郁肠道,久则入络损肠所致。临床上多呈寒热,虚实交错之证,“久泻断下汤”是苦寒辛热同用,开泄与固涩并举之方。其中,以椿根皮、土茯苓、黄连燥湿清热治其因,以干姜之辛热配黄连之苦寒解肠之寒热郁结。乌梅、炙粟壳敛肠止泻以固其本,复以木香、元胡理气活血,防风胜湿升清,诸药合用,则湿热清,郁结解,溃疡愈,肠气和而功能复,所以它是郭氏治疗本病的一个同用方剂。

加减:便干粘滞量少而后重甚者去炙粟壳加槟榔6g,以降泄肠中积滞;大便溏而频,量多有热感加苡仁15~20g,以利湿健脾止泻;日久气虚,肢倦乏力加党参12g。^[2]

3. 乌梅败酱汤(路志正)

组成:乌梅12~15g,炒白芍12~15g,败酱草12g,太子参12g,葛根12g,黄连4.5~6g,木香(后下)9g,当归10g,炒枳实10g,炒白术10g,茯苓15g,炙甘草6g。

用法:水煎分服,每日1剂。

功效:清热化湿,调气行血,健脾抑肝。

慢性非特异性溃疡性结肠炎

一、疏肝理气，健脾化湿，兼清湿热法

1. 香军四逆散(李寿山)

组成：柴胡 15g，白芍 30g，枳壳 10g，甘草 10g，木香 7.5g，酒军炭 3g。

用法：水煎服，每日 2 次。

功效：疏肝理气，健脾化湿。

主治：腹痛即泻，大便粘液较多，或兼血便，里急后重明显，泄后痛减，反复发作；发作后大便时溏时燥，常伴有食欲不振，胸脘痞满，噎气不舒，性急多怒等，脉象弦滑或滑数，舌红苔腻，舌下络脉多呈淡紫或青紫粗长。常随情绪激动加重，一般多为急性发作期，实证较多。

方解：四逆散具有调和肝脾，升清降热的作用。方中柴胡疏肝解郁，枳壳理气散结，白芍和营缓急，甘草益气和缓，再加木香调气理肠，酒军导滞清热，香军合用，理气导滞，调整胃肠。对肝脾不和，气滞湿郁型之慢性结肠炎确有良好效果。^[1]

2. 久泻断下汤(郭谦亨)

组成：炙椿根皮 9g，土茯苓 9g，川黄连 6g，炒干姜 6g，防风 4g，石榴皮 4~6g，广木香 4g，炙粟壳 9g，元胡 4g。

并用有快利气分,通调气体留滞的作用;厚朴降气,消胀;川军可增强胃肠蠕动;芒硝软坚,通泄。^[9]

(于文艳)

参考文献

- [1] 丁光迪. 对升降气机法治疗急性肠梗阻的认识和体会. 广西中医药, 1993, (6): 12
- [2] 邢锡波. 邢锡波医案集. 北京: 人民军医出版社, 1991, 481 ~ 485
- [3] 赵健. 重用大黄治疗粘连性肠梗阻 21 例. 河北中医, 1995, (5): 30
- [4] 刘家磊. 行气通结汤治疗粘连性肠梗阻 64 例. 辽宁中医杂志, 1995, (6): 259
- [5] 董建华. 中国现代名中医医案精华. 北京: 北京出版社, 1990, 1035
- [6] 翁维良. 活血化瘀治疗疑难病. 北京: 学苑出版社, 1983, 236 ~ 237
- [7] 姚天源. 温润通结汤治疗粘连性肠梗阻 20 例. 中医药信息, 1996, (1): 31
- [8] 王瑞春, 张家骏, 董漱六. 董漱六治疗急腹症验案 3 则. 中医杂志, 1993, (34): 1
- [9] 刘照伟, 肖文岳, 王静. 驱风通结法治疗肠梗阻初步探讨. 中医杂志, 1980, (6): 28

主治：湿热留恋，蕴结大肠，气血失和，脾胃不调，土虚木旺之“久痢”、“滞下”。

方解：本方重用乌梅酸涩止泻，合芍药柔肝抑木，败酱草、黄连苦寒清热化湿，解毒祛瘀，木香、枳实、芍药、当归调气行血，太子参、茯苓、炒白术、炙甘草、葛根健脾升清，除湿止泻。诸药相配，共奏健脾抑肝，祛邪扶正之功。^[3]

4. 地榆清化汤(周鸣歧)

组成：生地榆 30g，酒制大黄 10g，苦参 15g，黄连 10g，木香 10g，当归 15g，白头翁 15g，滑石 20g，白芍 15g，焦三仙 15g，诃子 5g。

用法：水煎服。

功效：清热化湿，活血解毒。

主治：腹痛下痢，里急后重，大便溏滞不爽，排便次数多，或泻痢灼肛，便秽粘滞，多呈红赤粘液脓血便，口干喜饮，口苦尿黄，舌红苔黄腻，脉濡数或滑。

方解：本证属湿热蕴结，方用白头翁汤、芍药汤加减化裁，自拟名为地榆清化汤。方中重用地榆专走大肠，清热解毒，收敛攻瘀，酒制大黄擅走肠中，能破积散滞泻热攻毒。白芍，木香缓急止痛，当归活血，苦参、黄连、白头翁、滑石共奏清热解毒化湿之功，焦三仙护其肠胃，以免苦寒伤胃，少佐诃子涩肠止泻。^[4]

5. 调肝理气，扶脾助运汤(董建华)

组成：柴胡 10g，白芍 10g，香附 10g，青陈皮各 6g，白术 10g，茯苓 10g。

用法：水煎服，每日 1 剂。

功效：调肝理气，扶脾助运。

主治:肝气横逆犯脾,下迫大肠。症见腹痛肠鸣,泻痢交作,泻后痛减,伴胸胁胀满,不欲饮食,情志波动后加重,舌红苔薄微腻,脉细弦滑。

方解:方中柴胡芳香疏泄,可升可散,条达肝气,疏肝解郁,陈皮理气运脾,调中快膈,与白术、茯苓、香附健脾益气,青皮疏肝破气,白芍柔肝止痛。

加减:肝火盛加龙胆草 6g;或山栀、黄芩各 6g;脾虚明显加党参 10g,黄芪 10g;腹痛甚加乌药 6g,川楝子 10g。^[5]

6. 清热利湿,理肠导滞汤(董建华)

组成:白头翁 10g,黄芩 10g,黄连 3g,葛根 10g,木香 6g,槟榔 10g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:清热利湿,理肠导滞。

主治:蕴湿生热,湿热滞肠之证,见泻痢次数多而不爽,便下脓血粘液,赤白相兼,肛门灼热,里急后重,伴腹痛,小便短赤,舌红苔黄厚腻,脉濡细数。

方解:方中白头翁苦寒泄降,与黄芩、黄连配伍同用,清热燥湿治痢,葛根升发清阳,鼓舞脾胃清阳之气上升而奏止泻之效,由于脾运失常,肝失疏泄,用木香可行气调中,槟榔辛散苦泄,既能行气消积以导滞,又能缓泻。^[5]

二、健脾益气,温化运湿法

1. 味军理中汤(李寿山)

组成:党参 15g,白术 10g,炮姜 10g,炙甘草 10g,五味子 7.5g,酒军炭 3g。

用法:水煎服,每日 2 次。

功效:健脾益气,温中散寒。

主治:腹痛绵绵不已,长期大便溏薄,脓血杂下,甚或滑脱不禁,里急后重较轻,常伴有畏寒怕冷,神疲短气,脘腹胀满,面色苍白,脉象沉细,舌淡苔润或兼腻苔,舌下络脉多呈淡红细短或淡紫细长。常因过劳、受冻,或饮食不节而加重,一般多为久病,本虚标实,寒热夹杂证。

方解:理中汤具有健脾益气,温中散寒的作用,方中党参补气建中,白术燥湿健脾,炮姜温中散寒,炙甘草和中缓急,再加五味子敛肺益肾,酒军导滞清热,味军合用,一敛一散,补中有泻,散中有补,诸药合用,对脾虚湿盛,寒热夹杂的慢性结肠炎确有消除症状,根除病源的效果。

加减:腹冷腹痛剧者加炮附子、元胡、丹参;脓血便多,滑泄不禁,加赤芍药、生山药、田三七;血便多者加田三七、地榆炭。^[1]

2. 清化溃结汤(李乾构)

组成:白头翁 15g,红藤 30g,黄连 10g,广木香 10g,虎杖 15g,六一散 20g,焦四仙各 10g,生黄芪 20g,生薏米 15g,生白术 15g。

用法:水煎服,每日 1 次。

功效:健脾助运,清化湿热。

主治:溃疡性结肠炎急性活动期。主症见便脓乏力,肛门灼热。次症见:身热腹痛,大便臭垢,里急后重,口苦口臭,纳呆胃痞,小便短赤,苔黄厚腻,脉象滑数。凡具备主症和任意次症者即可诊断为本证型。

方解:本症多属脾胃虚弱,大肠湿热所致。方中重用白头翁、红藤苦寒泄热,清热解毒,燥湿凉血,活血止痛,更加黄连、木香、槟榔合大香连丸之义清热燥湿解毒,虎杖味苦性

寒,善清热解毒,六一散清热利湿,生黄芪补气升阳,生白术燥湿健脾,生薏米清热排毒兼健脾,三药生用健脾升阳,更能清热燥湿。^[6]

3. 治泻方(徐景藩)

组成:(1)内服方:党参 10g,山药 15g,焦冬术 10g,黄连 2g,煨木香 6g,赤白芍各 10g,补骨脂 10g,苦参 6g,桔梗 6g,仙鹤草 24g。

(2)灌肠方:地榆 30g,石菖蒲 15g,白及 10g。

用法:内服方浓煎,每剂煎 2 次,各煎成约 200ml 灌肠方再浓煎成 50ml,趁热调入锡类散 0.9g,和匀。内服方每日 1 剂,分 2 次温服。灌肠方需于晚 8 时大便后灌肠,低压,肛管插入不少于 15cm。温度保持 50℃。灌完后,腿伸直,臀部垫高 10cm,左侧卧 5 分钟,平卧 5 分钟,右侧卧 5 分钟,然后平卧入睡。要求保留在肠中达 8 小时以上。

功效:健脾补虚,清热利湿。

主治:反复泄泻 2 年,确诊为溃疡性结肠炎。3 个月来加重,便泄日四五次,腹鸣隐痛,食少消瘦无力。舌苔薄黄,脉象细弱。粪检:有黏液、脓细胞和红细胞。

方解:本内服方及灌肠方均为徐氏自拟方,前者参考了南京中医学院黄雅熔老师之方。溃疡性结肠炎一般病程较长,泄泻日久,多虚中夹实,脾虚常兼有肠中湿热瘀滞。治疗上既要健脾补虚,又要清热利湿,方中党参、白术、山药、补骨脂健脾益气,固肠止泻;黄连、苦参、木香、桔梗、芍药清利湿热,行气凉血,排脓止痢;仙鹤草收敛止血止泻,《滇南本草》中有治“赤白血痢”的记载。灌肠方中地榆、白及止血生肌敛疮,锡类散解毒化腐生肌,对局部溃疡有愈合作用,石菖蒲理气活血,散风祛湿,《本经》记载有治痢疮,温肠胃的作用。^[7]

4. 六味止泻散(张介安)

组成:白术、泽泻、云茯苓、猪苓、车前、木瓜。

用法:水煎服,日1次。

功效:健脾渗湿,分清止泻。

主治:各种泄泻。

方解:张氏治病特别重视胃气,他认为人以胃气为本,有胃气则生,无胃气则死。故临床注意对脾胃的调理。自创方多着眼于脾胃病机的改变。其中白术健脾燥湿为主,辅以泽泻、猪苓利水渗湿,直达下焦膀胱,云茯苓、车前增强利水之功为佐,使以木瓜酸收而固肠。张氏认为:脾胃受损,纳运失司,湿邪内生,清浊不分是各种原因所致泄泻的共同特点。因此古人有:泄泻之本,无不由脾胃。故调理脾胃是治疗泄泻的根本法则。而利尿止泻之法,临床常用,是以湿邪由出,诚如《景岳全书》指出:“治湿不利小便,非其治也”。

加减:兼表证,加藿香、苏梗;由食滞胃肠所致者,去白术,加川厚朴、建曲、二芽;泻久土亏明显者,加北条参、扁豆、炙甘草;久泻滑脱不固者,加炙黄芪、炙党参、炙升麻、莲肉、乌梅。^[8]

5. 二术健脾汤(周鸣歧)

组成:炒白术25g,苍术15g,党参20g,炒山药15g,苡仁20g,茯苓15g,干姜5g,砂仁5g,红花7.5g,生麦芽15g,陈皮10g,诃子10g,赤石脂15g。

用法:水煎服,日2次。

功效:健脾燥湿,散寒止泻。

主治:大便清薄,腹痛绵绵,每夹有粘液及不消化食物,或伴有畏寒肢冷,口干喜热饮,脘腹胀满,倦怠乏力,舌淡苔

白,脉沉滑或沉迟。

方解:本证属于脾虚所致。方用理中汤、参苓白术散化裁,拟名二术健脾汤。方中苍白术燥湿健脾,山药、苡米、茯苓、党参健脾助阳,陈皮理气健脾,砂仁芳香醒脾,干姜温中燥湿,少佐红花活血化瘀,推陈致新,使气血畅旺,赤石脂、诃子涩肠固脱。⁴

6. 芳香化湿,燥湿泄浊汤(董建华)

组成:藿香 10g,佩兰 10g,厚朴 6g,陈皮 10g,清半夏 10g,茯苓 10g,通草 6g。

用法:水煎服,日 1 次。

功效:芳香化湿,燥湿泄浊。

主治:内外之湿合邪,流注大肠,症见大便溏滞不爽,胸闷脘痞不知饥,身困倦怠嗜卧,面色晦垢不洁,舌苔厚腻,脉濡滑。

方解:方中藿香、佩兰、半夏芳香化湿,治湿浊困脾,中焦不和之证,厚朴既能行脾胃气滞,又能燥湿,使泻止则肠胃厚,陈皮配合厚朴使湿邪除而脾胃健,气行胀消,脾弱则生湿,脾健则湿不滋生。茯苓健脾利水渗湿,通草淡渗利湿。

加减:湿邪重加生苡仁 10g,蔻仁 3g;暑热加清豆卷 10g;口干明显加芦根 10g。^[5]

三、健脾补肾,除湿清热凉血法

1. 健脾溃结汤(李乾构)

组成:黄芪 30g,白术 15g,炒薏米 15g,五味子 10g,补骨脂 10g,肉豆蔻 10g,广木香 10g,红藤 20g,焦四仙各 12g,六一散 20g。

用法:水煎服,每日1剂。

功效:健脾补肾,除湿导滞。

方治:溃疡性结肠炎缓解期。主症见:腰酸乏力,大便秘。次症见便秘或泻,夹有白冻,肛门胀坠,纳少腹胀,畏寒肢冷,头身重着,舌苔白腻,脉象细滑。凡具备主症和次症任意二项者即可诊断为本证型。

方解:本症多为脾肾俱虚,湿邪留滞所致。方中炙黄芪、炒白术、炒薏米三药均为炙用,健脾之力加强,使胃气得助。补骨脂、肉豆蔻、五味子,旨在温补脾肾,涩肠止泻,少佐红藤,六一散清热解毒,活血止痛。^[6]

2. 姜春华验方(姜春华)

组成:黄芪 15g,党参 9g,附片 9g,炮姜 6g,白术 30g,石榴皮 9g,诃子 9g,黄柏 9g,黄连 3g,蚂蚁草 15g,黄芩 9g,地锦草 15g,红藤 15g。

用法:水煎服。

功效:温运脾肾,兼以清热利湿。

主治:慢性非特异性溃疡性结肠炎脾肾阳虚,大肠湿热内蕴者。症见慢性泄泻十余年。

方解:方中黄芪益气,党参、白术健脾益气,附片温补肾中之阳,炮姜温中焦脾胃而散寒,黄芩、黄连、黄柏分清三焦,地锦草清热解毒,治痢止泻,红藤清热解毒,活血止痛,石榴皮酸涩,入大肠经,涩肠止泻,诃子酸涩,经煨制后药性变温,涩肠止泻,温散寒气。^[9]

3. 温肾固肠汤(周鸣岐)

组成:制附子(先煎) 15g,补骨脂 20g,干姜 5g,炒白术 20g,肉豆蔻(煨) 10g,五味子 10g,熟地 15g,山药 15g,党参

15g,山萸肉 5g,丹参 10g,炙甘草 5g。

用法:水煎服。

功效:温肾健脾,益气固肠。

主治:肠鸣,腹部胀痛,五更泄泻,或久泻不愈,小腹冷感,或腰膝酸软,畏寒怕冷,舌淡嫩,舌苔白,脉沉细或沉迟无力。

方解:本证属于脾肾阳虚所致。方中用四神丸加减化裁而为温肾固肠汤。方中重用附子温肾助阳,补骨脂、肉豆蔻、干姜、熟地一派温肾壮阳之品,以加强温肾健脾之力,少佐丹参活血化痰,以免久病人络。^[4]

4. 温肾暖脾,涩肠固脱汤(董建华)

组成:破故纸 10g,肉豆蔻 6g,肉桂 3g,炮姜 3g,诃子肉 3g,石榴皮 6g。

用法:水煎服,日 1 次。

功效:温肾暖脾,涩肠固脱。

主治:泻痢日久,邪去正虚,脾肾阳衰,症见泻痢不止,滑脱不尽,腹痛肠鸣,畏寒喜暖。伴腰膝酸软,肢冷神疲,小便清长,舌淡苔水滑,脉沉细。

方解:破故纸苦辛,大温,归脾肾经,壮肾阳,温脾阳,止泻。肉豆蔻温中行气,涩肠止泻与肉桂、炮姜、诃子同用,温肾暖胃,涩肠止泻,石榴皮酸涩收敛止泻。

加减:阳衰寒甚者加附片 5g,干姜 3g;邪尽滑脱不止加罂粟壳 15g,肾虚明显加杜仲 6g,桑寄生 10g。^[5]

四、调和肝脾,健脾除湿清热法

1. 仙桔汤(朱良春)

组成:仙鹤草 30g,桔梗 6g,乌梅 5g,白槿花 10g,炒白术

10g, 广木香 6g, 白芍 10g, 白头翁 10g, 炒槟榔 2g, 甘草 5g。

用法: 水煎服, 每日 1 剂。

功效: 补脾敛阴, 清化湿热。

主治: 脾虚湿热型溃疡性结肠炎。症见久泻便溏, 夹有粘冻, 纳呆肠鸣, 腹胀乏力, 舌苔腻舌尖红, 脉象细濡等。

方解: 方中仙鹤草除善止血外, 并有治病之功, 朱氏认为本品不仅可治病, 还能促进肠吸收功能的恢复, 而对脾虚湿热型之症最为有益, 桔梗“利五脏肠胃, 补气血……温中消谷”, 久泻用桔梗排脓治病。白术、木香健脾调气, 白芍、乌梅、甘草酸甘敛阴, 善治泻而缓腹痛, 白槿花、甘草清热利湿凉血, 对下焦湿热能迅速改善症状。槟榔本是散结破滞, 下泄杀虫之药, 小量则善于行气消胀, 对泄泻而腹胀较甚者, 颇有功效。^[10]

2. 经验方(施今墨)

组成: 炙黄芪 12g, 米党参 10g, 陈皮炭 5g, 当归身 5g, 炙升麻 3g, 焦苡仁 20g, 醋柴胡 5g, 苍术炭 6g, 杭白芍 10g, 晚蚕沙(血余炭 10g 用布包) 6g, 白术炭 6g, 茯苓 10g, 炙甘草 3g。

用法: 水煎服, 每日 1 次。

功效: 补中益气。

主治: 患病 4 年, 经常大便下脓样物, 腹痛重坠, 屡治未效。食欲日渐不振, 全身无力, 时有脱肛现象。舌苔薄白, 六脉濡弱。

方解: 施氏认为慢性结肠炎, 颇难医治, 日久则患者体力衰弱, 致有脱肛之象, 补中益气汤治之甚效。但结肠炎仍须加血余炭、焦苡仁之类去湿消肿, 最后常服方剂用无谓子异功散为主方补养脾胃, 施氏认为肠滑宜涩, 此法只用于久泻而无实邪者, 常用药如赤石脂、禹余粮、石莲子、诃子等。施

氏治泄诸病常用炭类药,既可促进水分,又可保护肠壁。^[11]

3. 经验方(姜春华)

组成:黄芪 30g,党参 30g,苍白术各 10g,陈皮 10g,柴胡 10g,升麻 10g,甘草 6g,当归 12g,麦冬 15g,五味子 10g,伏龙肝 60g(先煎取上清液煎药)。

用法:水煎服,日 1 次。

功效:益气升阳,和阴止血。

主治:溃疡性结肠炎并出血。

方解:溃疡性结肠炎并出血者,证属气虚统血无权,本方在补中益气汤基础上,伍以苍术、五味子、麦冬、伏龙肝等,其补气摄血养阴和营之力更著,此方有治阴不碍阳,益气不伤阴之妙。服药 10 剂,血止后改用炙甘草汤、生脉散,调补心脾以善其后。^[9]

4. 姜莲养肠汤(胡翘武)

组成:干姜 3g,毛姜 10g,阿胶 10g,旱莲草 20g,当归 10g,黄连 6g,白术 10g,木香 6g,防风 6g,炙甘草 6g。

用法:每日 1 剂。头煎二煎药液合并大约 400ml,早晚两次空腹分服。其中阿胶应另炖烊化,分 2 次兑入药液中,症状缓解取得疗效后,可以上方剂量比例研末(阿胶烊化)为丸,每服 10g,日 2 次空腹吞服,以资巩固,以 2~6 个月为宜。

功效:燮理阴阳,祛邪厚肠止泻。

主治:腹泻经久反复不已,大便溏薄,日二三次,或夹赤白粘液,腹痛隐隐,按之不减,形体消瘦,四末不温,神疲倦怠,纳谷不香,脘腹不适,口干粘或苦,不甚喜饮,舌质淡红或暗红,多细裂纹,舌苔薄白微腻,脉虚濡或细弦略数。

方解:本方以干姜、白术、炙甘草温中健脾益气,合补肾

温阳,暖土止泻之毛姜温补脾肾,煦养肠腑;阿胶、旱莲草、当归滋阴清热养血,其中阿胶又必不可少。杨士瀛尝谓:“阿胶乃大肠之要药,有热毒留滞者,则能疏导,无热毒留滞者,则能平安”阴精耗伤之泄泻,非此无以滋填厚肠,如斯阴阳燮理,益气养血,虚损肠腑始有补益之望。毛姜、当归尚能活血行血,与行气止痛之木香为伍,可使瘀滞日久的肠腔脉络流畅,气血阖运,黄连清热泻火,燥湿厚肠与辛热之干姜同用,久结之寒热可得清散,内困之湿浊亦能于苦辛通降中消化,更佐风中润药之防风,升散调运于胃肠间,使补而不滞,滋而不腻,结者可散,郁者能达,醒脾悦胃,活泼气血,若此气血两调,寒温并投,壅遏之客邪可消。

加减:湿热偏盛加马齿苋 30g;便血或赤白多加地榆 10g,鸦胆子(每服 15 粒,去壳吞服,日 2 次);阴虚偏盛,泄下量多加乌梅 20g。^[12]

5. 活血化瘀,通络止痛汤(董建华)

组成:桃仁 10g,红花 6g,当归 10g,赤芍各 10g,乌药 6g,香附 10g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:活血化瘀,通络止痛。

主治:久病入络,气血凝滞,络脉不通。症见腹痛如针刺,痛处固定,大便色黑,或带鲜血黏液,舌暗有瘀斑点,脉弦涩。

方解:方中桃仁、红花、当归、赤芍活血祛瘀,功同桃红四物汤,白芍柔肝止痛,香附疏肝理气止痛,乌药辛开温散,善于疏通气机,能顺气畅中,散寒止痛。

加减:疼痛剧烈者加制乳香、没药各 1.5g,触及积块加三棱、莪术各 6g;大便鲜血量多加蒲黄炭 6g,陈棕炭 6g。^[15]

6. 健脾益气,升阳止泻汤(董建华)

组成:党参 10g,土炒白术 10g,茯苓 10g,木香 6g,砂仁 3g,扁豆 10g,荷叶 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:健脾益气,升阳止泻。

主治:脾虚气弱,清气下陷。

方解:方中党参、白术、茯苓同用补中益气健脾,木香行气调中,砂仁辛散温通,善于化湿行气,醒脾和胃,扁豆补而不膩,除湿不燥,健脾化湿,荷叶苦涩,性平,可化湿升阳。

加减:脾虚气弱明显加黄芪 10g,仙鹤草 10g,功劳叶 10g;久泻脱肛,加升麻 6g;夹有积滞加炒鸡内金 6g,焦三仙 30g。^[5]

参考文献

- [1]李寿山,李小贤.辨证分型治疗慢性溃疡性结肠炎 31 例临床观察.中医杂志,1982,6:31
- [2]郭谦亨.名医名方录.中国中医药报,第 3 版,1990,629
- [3]柴国剑.中华当代名医妙方精华.长春:长春出版社,1993.120
- [4]史宇广,单书健.当代名医临证精华·慢性腹泻专辑.北京:中国古籍出版社,1992.160
- [5]田海河.董建华教授治疗溃疡性结肠炎的经验.北京中医学院学报,1991.14(1):23
- [6]李乾构.溃疡性结肠炎的辨证论治体会.北京中医,2000,1(19):5
- [7]徐景藩.治泻方.中医杂志,1987,492
- [8]王凤歧.中华名医特技集成.北京:中国医药科技出版社,1993.493
- [9]韦挥德,唐蔚.全国名老中医验方选集.北京:学术书刊出版社,

1989. 136

- [10] 蒋熙,朱婉华,朱良春. 论治久泻. 北京中医,1991,3:5
- [11] 祝湛予,翟济生,施如瑜. 施今墨临床经验集. 北京:人民卫生出版社,1982. 31
- [12] 柴国剑. 中华当代名医妙方精华. 长春:长春出版社,1993. 128

急性出血性坏死性肠炎

一、湿热内蕴，络伤血瘀证

1. 地榆散加减(景斌荣,刘长虹)

组成:地榆 10g,茜根 10g,黄芩 10g,黄连 6g,山栀 6g,茯苓 10g,槐花 10g,赤小豆 10g,赤白芍各 10g,甘草 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:清热化湿,凉血化瘀。

主治:便下鲜血,血下如溅,先血后便,大便不畅,里急后重,肛门灼热,发热口干,苦不欲饮,腹痛腹胀拒按,舌质暗红,舌苔黄腻,脉滑数。

方解:方中地榆味苦酸涩,性属寒凉,善入血分,有凉血泄热,收敛止血之功,茜根、黄芩、黄连、山栀、槐花加重清热凉血,赤白芍、甘草缓急止痛,茯苓、赤小豆健脾利湿。

加减:发热加银花 10g,防风 6g;口渴加花粉 10g,葛根 10g;血不止者加荆芥炭 10g;大便不畅者加川军炭 10g。^[3]

2. 白头翁汤加减(皮执民)

组成:白头翁 15g,秦皮 10g,黄柏 10g,车前子 10g,枳壳 10g,黄连 6g,木香 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效：清利湿热。

主治：湿热内蕴证，症见发热腹泻，腹痛，便中加有浓血，舌苔黄腻。

方解：本证为热毒熏灼肠胃气血，化为脓血。故泻下赤痢，热毒积滞肠中导致气滞而为里急后重。方以白头翁清血分热毒为主药，黄连苦寒清湿热，厚肠胃，黄柏泻下焦湿热，二者共为清热凉血的辅佐药。秦皮性寒，味苦而涩，具有收涩止痢之功。与上药相配，清热解毒凉血止痢之效俱备，以使热毒解，痢止而后重自除。车前子性甘寒，利水并能清下焦湿热，用之利小便而实大便，因为湿胜则濡泄，枳壳、木香行气宽中。

加减：热重加银花 15g，黄芩 10g；湿重加厚朴 10g，苍术 10g。^[2]

3. 榆槐脏连丸(丁泽民)

组成：黄连 37.5g，黄芩 225g，槐角 150g，炒槐米 112.5g，地榆炭 112.5g，生地 112.5g，当归 75g，荆芥 75g，阿胶 75g，猪大肠 80g。

用法：将猪大肠煮烂，余药共研细末，诸药混合，加炼白蜜为丸。

功效：清化湿热，凉血止血。

主治：肠热便血，脏毒下血，肛门水肿，灼热坠痛。

方解：黄连、黄芩、猪大肠清利大肠实(里热)；炒槐米、地榆炭、槐角清肠热而滞血；荆芥、防风疏风止血；当归、阿胶养血止血；生地、赤芍清热凉血。诸药合用能清湿热止便血。^[3]

4. 加减白头翁(向日)

组成:白头翁 30g, 秦皮 30g, 黄连 4.5g, 金银花 30g, 白芍 18g, 当归 10g, 赤小豆 30g, 田七末 3g, 地榆炭 12g, 鸡血藤 30g, 甘草 5g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:清热解毒,除湿化瘀,通经止痛。

主治:女 12 岁,5 天前突发腹痛阵作频频加剧,大便呈红色水样,每日四五次,体温 38.3℃,神疲,面色苍白,痛苦病容,心肺无异常,腹部胀满,压痛明显,大便潜血试验阳性,舌红苔黄腻,脉弦而数。

方解:脉症合参,此乃湿热邪毒,灼伤脉络,瘀血内阻,经气不行。用加减白头翁汤五剂,诸症得平,大便正常。继以调理气血之剂数帖善后,病获痊愈而归。

加减:初期正气未衰腹胀热痛者,加大黄、厚朴;病较久而痛剧脉细无力者,加人参;下血不止面色苍白者,加阿胶珠或槐花散(赤石脂、干姜、粳米);兼下蛔虫,加川椒,乌梅。^[3]

二、脾不统血,气虚血瘀证

1. 归脾汤加减(景斌荣,刘长虹)

组成:党参 6g, 黄芪 10g, 炒白术 10g, 茯苓 10g, 当归 6g, 赤白芍各 10g, 白及 6g, 木香 6g, 黑栀子 6g, 甘草 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:健脾益气,养血止血。

主治:倦怠乏力,面色萎黄,便下血色紫红,心悸气短,少言不食,爪甲无华,唇舌色淡而紫,脉沉细无力而涩。

方解:方中以党参、黄芪、炒白术、甘草甘温补脾益气,当归辛甘温养肝而生心血,茯苓、木香健脾理气醒脾,赤芍药祛瘀活血止痛,白及、黑栀子清热凉血止血。^[1]

2. 托里解毒活血汤加减(皮执民)

组成:丹参 15g, 银花 15g, 白头翁 15g, 田三七 3g, 沉香 3g, 甘草 3g, 赤芍 10g, 当归 10g, 枳壳 10g, 厚朴 10g, 乳没各 6g, 薏仁 30g, 党参 20g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:理气活血化瘀。

主治:气虚血瘀证,见午后发热,口渴,右下腹部肿痛,拒按,便中加血,唇舌暗红或有黄苔。

方解:本证乃热壅血瘀而成。方中丹参、田三七、乳没与清热解毒,凉血活血之品银花、白头翁、赤芍配伍,可祛瘀清热消痛。薏仁淡渗利湿合党参、枳壳、沉香行脾胃气滞。厚朴既能行脾胃气滞,又能燥湿,对于湿阻中焦,气机瘀滞,脾胃运化失常,可使湿除脾健,气行胀消。

加减:血便者加血余炭 10g。^[2]

三、脾阳不振,寒凝血滞证

1. 附子理中汤加味(景斌荣,刘长虹)

组成:附子 3g, 茯苓 10g, 炒白术 10g, 炮姜 6g, 伏龙肝 10g, 阿胶 6g(烔化), 生地 10g, 黄芩炭 10g, 侧柏炭 10g, 甘草 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:温中散寒,活血化瘀。

主治:大便下血,血色紫暗,色黑而润,大便清稀,腹痛阵

阵,喜温喜按,面色黄晦,四肢不温,舌淡苔白滑,脉沉细而涩。

方解:本方温阳去寒,益气健脾。脾阳不振,见大便清稀,腹痛阵阵,喜温喜按,附子可温脾阳,散阴寒,与炒白术、炮姜、甘草益气健脾温中,与茯苓温脾肾之阳,助气化行水湿,健脾利湿。阿胶配生地,黄芩、侧柏炭有育阴清热除烦之效,黄芩、侧柏炭作炭用与伏龙肝加助固涩收敛。

加减:腹痛加元胡 6g,金铃子 10g^[1]

2. 牡丹皮散加味(皮执民)

组成:黄芪 20g,党参 20g,当归 10g,丹皮 10g,赤芍 10g,川芎 6g,木香 6g,肉桂 4g,桃仁 12g,白芷 12g,苡仁 15g,甘草 8g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:益气扶阳。

主治:阳气虚弱证,见颜面微肿,四肢欠温,时下脓血,舌质淡,脉沉细弱。

方解:本方主治气血两亏。黄芪、肉桂益气助阳,可收阳生阴长之效。党参、甘草补气补脾,当归、赤芍、川芎、丹皮、桃仁养血活血止痛,木香、苡仁健脾化湿。^[2]

四、瘀血不去,正气欲脱证

1. 黄芪当归补血汤合桃红四物汤加味(景斌荣,刘长虹)

组成:生黄芪 10g,当归 6g,人参 6g,桃仁 10g,红花 6g,赤白芍各 10g,生地 10g,血余炭 10g,甘草 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:益气固脱,活血化瘀。

主治:腹痛腹胀拒按,便下暗红血水,甚至夹有瘀块,高热心烦,面色青灰,表情淡漠,大汗淋漓,舌质暗紫,脉短涩。

方解:方中生黄芪、人参补脾肺之气,以补生血之源,使阳生阴长,气血生旺,当归益血和营。桃仁、红花、赤芍养血活血,逐瘀止痛,便血日久,中焦虚寒,血余炭与生地温中散寒凉血止血。

加减:出血不止加云南白药 1/6 瓶,每日 3 次;汗出肢厥加炮姜 6g,附片 6g^[1]

2. 补中益气汤加味(皮执民)

组成:黄芪 20g,党参 20g,当归 10g,白术 10g,陈皮 10g,升麻 6g,砂仁 6g,川芎 6g,甘草 6g,苡仁 4g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:健脾升阳。

主治:脾气虚陷证,见大便溏与水泻交替出现,食欲无,气短懒言,头昏乏力,舌淡苔白,脉细弱。

方解:本证因脾胃气虚,清阳下陷所致。方中以黄芪益气为君,党参、白术、甘草健脾益气为臣,共收补中益气之功,配陈皮理气,当归补血,升麻、川芎升举下陷清阳,砂仁芳香醒脾,苡仁健脾利湿,苡仁利湿。全方补气健脾以治气虚,升提下陷清阳,以求浊降清升。^[2]

(于文艳)

参考文献

- [1]翁唯良. 活血化瘀治疗疑难病. 北京:学苑出版社,1993. 295
- [2]柴国剑. 中华当代名医妙方精华. 长春:长春出版社,1993. 102
- [3]李文亮. 千家妙方. 北京:解放军出版社,1982. 256

伪膜性肠炎

一、毒热炽盛，清浊不分证(郝霭龄)

组成：银花 60g，败酱草 30g，连翘 18g，茜草根 12g，滑石块 60g，丹皮 24g，生甘草 12g，车前子 15g(包)，赤芍 9g，苡仁 30g，白鲜皮 30g，公英 15g，元参 18g，麦冬 12g，花粉 18g

用法：水煎服，每日 1 剂。

功效：清热解毒，凉血化斑为主，佐以分利。

主治：高热，神志迷蒙，喃喃自语，语声低微，头面部浮肿，白色疱疹融合成片，遍身红斑，上半身尤重，按之不褪色，口不渴，时泛呕恶，吐出为食物，便泻无数次，尿短赤，舌苔净，舌质降紫，脉弦数。

方解：患者素体心脾两虚，又感暑湿之邪而发病，湿热之邪留恋不解，阻于中焦，蕴郁化毒，毒热炽盛，深窜内陷，燔灼营分，伤血耗气，而见高热不退，身发红斑，热扰神明，内迫心包，故见神志迷蒙，湿毒热邪阻滞，气机不畅，升降失司，清浊不分，以至暴注下利。故以清热解毒，凉血化斑为主，方中银花、连翘、公英、败酱草、白鲜皮清热解毒，以折火势；赤芍、丹皮、茜草凉血活血，化斑和营；苡仁、车前子、滑石、甘草利湿清热，分利清浊；元参、花粉、麦冬养阴清热，生津护液。治疗上以清热解毒为主，药后热退而神志较清，辅以凉血化斑，故疹退热平。其中抓住清热利湿，分利清浊之本，故小便自利，肿势消退而泄泻得止。^[1]

二、热盛阴耗，清浊不分证(郝希龄)

组成:生地 15g, 元参 12g, 败酱草 18g, 石斛 12g, 当归 9g, 车前子 12g(包), 青蒿 15g, 丹皮 12g, 银花 30g, 连翘 15g, 公英 18g, 赤芍 12g, 黄芩 9g, 栀子 6g, 通草 6g。

用法:每日 2 剂, 水煎服, 日 4 次。

功效:养阴补血, 清热解毒, 分利清浊。

主治:剖腹产术, 术后持续发烧, 体温持续在 38℃ 左右, 并开始腹泻, 大便稀水样, 日解达 4~5 次, 两颧红赤, 口干不思饮, 食纳尚可, 大便呈糊状, 无腹痛, 尿黄短, 恶露不尽, 量少, 舌苔白滑, 舌质稍红, 脉弦数。

方解:本证属阴血大伤, 毒热未尽, 清浊不分而致泄泻, 所以养阴与清利, 扶正与祛湿兼施。方中生地、元参、石斛、当归养阴血以扶正; 青蒿、丹皮、赤芍养阴清热; 银花、连翘、公英、败酱草、黄芩、栀子解毒泻火; 车前子、通草清热利湿, 分利清浊^[1]

三、脾虚湿盛，清浊不分证(郝希龄)

①组成:党参 12g, 白术 6g, 肉豆蔻 6g, 茯苓 12g, 猪苓 9g, 五味子 4.5g, 泽泻 9g, 山药 9g, 扁豆 12g, 熟地 12g, 麦冬 9g, 陈皮 9g, 通草 3g, 肉桂 3g, 葛根 2.4g, 车前子 12g(包)。

用法:水煎服, 每日 2 剂, 分 4 次服。

功效:健脾利湿, 分利清浊, 稍佐养阴。

主治:妊娠 8 个月, 因阵发性宫缩及产前大出血并发休克急诊入院。经使用抗生素后开始腹泻, 便为蛋花样稀便, 面色萎黄无泽, 语音低微, 咽干不思饮, 食欲不振, 小便短少, 舌光滑无苔, 舌质稍绛, 脉沉细, 左脉大于右脉。

②组成:苍术 4.5g, 白术 4.5g, 茯苓 12g, 猪苓 12g, 泽泻

9g,葛根 4.5g,滑石 12g,陈皮 9g,藿香 9g,炙甘草 9g,肉桂 3g,干姜 1.5g,砂仁 6g,麦冬 9g,银花 30g,五味子 6g,公英 15g,连翘 12g,车前子 15g(包)。

用法:水煎服,每日 2 剂,分 4 次服。

功效:健脾利湿,分利清浊,佐以清热解毒。

主治:肝硬变十余年,高烧,经使用抗生素后体温未降,伴发腹泻,每日大便十几次,如蛋花样,呈绿色,伴面色㿔白憔悴,指甲青白,发热口干思冷饮,四肢肿胀,腹大如鼓,纳呆,舌苔白厚,舌质淡,中剥,脉细数。

方解①②:上述均以脾虚湿盛为特点,例①因产前大出血,宫内感染,中毒性休克,曾使用抗生素,引起肠道菌群失调,由于失血者必伤气,中气不足则脾虚失运,水湿中阻,气虚则清阳不举,浊气不降,清浊不分并入大肠则泄泻无度,所以当以健脾利湿为主。方中党参、白术、茯苓、扁豆、山药、猪苓、泽泻健脾利湿,陈皮、肉豆蔻和胃温中理脾,熟地、麦冬、五味子滋阴敛气,阴生阳长,通草、车前子利水分清,独特之处在于应用葛、桂之妙,葛根甘辛平入脾胃经,其气轻浮,功能鼓舞胃气,升提脾气,因为升中寓补,故为治疗脾胃虚弱泄泻之圣药,又能生津液,解肌热,而起阴气。肉桂之用,意在补命门之火而温煦脾阳。葛、桂同伍,相得益彰。例②为肝硬化门脉高压症,食管静脉破裂大出血,而后继发葡萄球菌性肠炎。郝老紧紧抓住脾虚湿阻,清浊不分这一病理实质,在治疗上以健脾利湿,分利清浊为主,兼以清解虚蓄之毒热,扶正与祛邪兼施,寒热并用,分而治之。方中苍、白术、茯苓、泽泻、猪苓、车前子、滑石、甘草健脾燥湿,清化分利;藿香、陈皮、葛根、砂仁等芳香化浊,和胃升阳;麦冬、五味子、肉桂、干姜益阴敛阳,温肾助脾;银花、公英、连翘清解余毒。^[1]

四、脾肾虚衰，阳虚欲脱证(郝霁龄)

组成：党参 9g，茯苓 15g，炒白术 9g，肉桂 4.5g，附片 3g，肉豆蔻 3g，炮姜 3g，煨葛根 4.5g，吴茱萸 6g。

用法：水煎服，每日 1 剂。

功效：温补脾肾，回阳固脱。

主治：贫血 8 年，高烧腹泻日解 40 多次，伴休克，使用抗生素后，大便次数增加，已无法计数。无脓血，水样便，其绿色似胆汁样，稀水便顺肛门外流，不思食，伴恶心，两足浮肿，精神萎靡，嗜睡，四肢逆冷，肛门外翻，舌卷囊缩，脉微欲绝。

方解：患者久病体虚，气血双亏，又因湿热内侵，调治失宜，中焦闭塞，升降失司，清浊而下，以至倾泻无度，且已历时长久矣，大泻亡阴，阴亡阳脱，并且已见“舌卷囊缩”不治的“绝候”。所以，回阳固脱，力挽危急，是当务之急。方中附子、肉桂、炮姜补命门火以回阳，党参、白术、茯苓、肉豆蔻、吴茱萸温中健脾以固本，葛根鼓舞胃气以升脾气，脾肾阳气来复，则元气得固，肾气升腾则注下可止，取“寒者温之”“陷者举之”之法，故效显著。^[1]

五、脾虚水乘，湿热作泻证(赵喜俊)

组成：半夏 12g，葛根 12g，黄连 6g，防风 6g，木香 6g，柴胡 6g，甘草 6g，党参 15g，白术 15g，茯苓 15g，赤石脂 15g，陈皮 10g，当归 10g，荷叶 10g，槟榔 10g，白芍 18g，干姜 3g，熟军 8g

用法：水煎服，每日 1 剂。

功效：泻肝健脾，清热祛湿。

主治：腹泻无脓血，有粘冻，日数次至数十次，腹痛即便，肛门灼热下坠，恶心呕吐，纳差乏味，神疲乏力，头晕汗出，舌

淡苔白稍腻,脉沉细弦。

方解:患者素体羸弱,禀赋不足,脾气虚弱,水湿乘虚而入,郁久化热,湿热交错,流走肠间,则清浊不分而为泄泻,方中用六君子汤补脾气,化痰湿,脾气健旺,则杜绝病源,泻泄得止,佐以木香、槟榔、熟军、黄连,即木香槟榔丸减枳壳加强清热祛湿,止泻升提之效,当归、白芍补血和血柔肝又可舒肝止痛,赤石脂甘温合干姜温脾燥湿,收敛固涩止泻,少佐荷叶治泻痢并清虚火。方中葛根、柴胡共奏升提止泻之功。

加减:脾虚湿重加苡仁、山药;气滞腹胀加枳壳、厚朴、苏梗。^[2]

六、健脾益肾,补中益气法(赵冠英)

组成:生晒参、川附子各6g,党参、炒白术、云苓、莲子肉、煨葛根、补骨脂各10g,炮姜、诃子肉各3g,炒山药12g,苡仁15g,炙甘草4g。

用法:水煎服,每日1剂。

功效:健脾益肾,补中益气,佐以酸涩收肠。

主治:男性,83岁,因肺部感染住院治疗。经用大剂抗生素至第七天,出现发热,腹胀腹泻,水样便15~20次/日,便中带粘液,无里急后重,肠鸣脱肛,精神萎靡,少气懒言,面色苍白,口干不欲饮,舌质暗红,苔薄少津,脉细数。

方解:元气为人体最根本之气,患者年事已高,元气式微,肾气亏虚,命门火衰,不能温煦脾胃,脾胃虚寒迟于运化,导致泄泻。方中人参大补元气,配合参苓白术散平补脾胃之气,健脾益气渗湿止泻,佐葛根之甘平,鼓舞胃气上行而止泻;附子辛热雄烈,温阳散寒之功颇著,尤能救治亡阳重症,拯生命于重危。炮干姜加强温阳益气之功,补骨脂温肾壮阳暖中焦,中阳充足,则腐熟水谷,运化不息,从而达到温补脾

肾,涩肠止泻之目的。^[1]

(于文艳)

参 考 文 献

- [1] 名老中医经验全编. 北京:北京出版社,1994
- [2] 樊中州. 肝胆胰胃肠疾病千首妙方. 北京:科学普及出版社, 1991
- [3] 赵冠英. 中医治疗伪膜性肠炎2例. 中医杂志,1999,40(5)

便 秘

一、风秘证(孔伯华)

润肠汤

组成:淡苁蓉 9g,当归身(酒浸) 9g,白芍药 12g,炙升麻 0.3g,醋柴胡 0.6g,生於术 3g,旋覆花 4.5g,代赭石 4.5g,郁李仁 9g,枳实 4.5g,瓜蒌仁(元明粉拌) 12g,厚朴 2.1g,炒大腹皮 4.5g,炒稻芽 9g

用法:水煎服。

功效:升降调中,润肠通便。

主治:症见大便秘结,饮食欠佳,肌肉消瘦,舌苔白腻,脉弦滑,右关较空大。

方解:本方证属脾不运化,大便风秘,脏结已久,攻下太过,未见伤中,气不升降,故以苁蓉、当归、白芍、蒌仁、郁李仁润肠通便。枳实、厚朴、旋覆花、代赭石降气,并少用升麻、柴胡配以润下之品,体现欲升先降之意。^[1]

二、大肠结闭与三焦蓄水并见证(孔伯华)

组成:鲜芦根 30g,清宁片(开水泡兑) 3g,杏仁泥 9g,旋覆花(包) 9g,生赭石 9g,清半夏 9g,嫩桑枝 24g,广陈皮 4.5g,肥知母 9g,大腹绒 4.5g,川朴花 4.5g,莱菔子 12g,元明粉(冲入) 2.1g,苏合香丸一粒(和人)。

用法:水煎服。

功效:导滞利水。

主治:三焦蓄水,大肠结闭,形冷颇甚,腹胀而鼓,大便燥秘,小溲少,脉滑而数。

方解:临床上便秘一症,诱发因素单一者少,往往是虚实夹杂,寒热相兼不易分辨,要仔细斟酌。本证大肠结闭与三焦蓄水并见,形冷腹胀,大便燥结,小溲亦少,二便皆病,故应导滞利水兼顾。此后方能二便俱行。为了彻底治愈,孔氏在症甫回愈之际,肃清湿邪以求治本。^[2]

三、气虚与热结,虚实夹杂证(韩一斋)

组成:黄芪 6g,党参 4.5g,白术 4.5g,陈皮 3g,升麻 1.5g,柴胡 1.5g,炙草 1.5g,当归(另煎合服)4.5g,大黄 1.5g,枳实 2.1g,厚朴 3g,芒硝(另煎合服)1.5g。

用法:分煎合服。

功效:补中益气,荡涤结热。

主治:男 19 岁,于 3 月间发生天花,其形颇顺,饮食如常。但大便 20 天未解,皮肤结痂未实,始而神态尚清,突于午后烦躁不宁,胸中气满,腹中作胀,夜卧不安,肢肿臂溃,脉难以取。

方解:患者虽在壮年,然疮未结痂,胃腑结热,系证实,实证宜攻,攻则气脱,拟兼顾并筹之法,以保双全。方中补中益气汤护其中而升其气;大承气汤荡涤热邪,以下其滞,二者同时并举,通下为要,寓泻于补,下而不伤正气,掌握了补益通下之妙。然而两方另煎合服,治法颇奇。^[2]

四、冷积便秘症(章次公)

组成:①全当归 12g,杭白芍 12g,生麦芽 12g,生白术

9g,薤白头9g,生鸡内金9g,木香6g,半硫丸(分3次吞)9g,炙甘草3g。

②党参9g,熟大黄9g,元明粉(分冲)9g,干姜3g,炙草3g,熟附块(先煎)6g,当归12g。

用法:水煎服。

功效:①健脾温通;②温阳通下,攻逐冷积。

主治:平时有习惯性便秘,此次六日未大便,面色不华,脉软。

方解:大凡暴秘可泻,久秘不可泻,泻药只能取决于一时,停药则其秘如故。本证属冷积便秘,用①健脾温通之剂,以振奋肠功能,但力微势弱,无济于事,改投②千金温脾饮,温阳通下,攻逐冷积,始克奏效,服药3小时即效。^[2]

五、中焦气虚大便燥结证(岳美中)

组成:甘草泻心汤组方加茯苓。

用法:水煎服。

功效:缓中补虚,升清降浊。

主治:便燥数月,每饥时胃脘胀痛,吐酸,得按则痛减,得矢气则快然,唯矢气不多,口不渴,面部虚浮,脉濡缓。

方解:甘草泻心汤证本为误下太阳成痞而兼呕、烦,本例诸症无一与甘草泻心汤相符合,且结硬与寓泻于补,下而不伤正气,掌握了补益通下之妙。然而两方另煎合服,治法颇奇。^[3]

六、风秘证(杨树德)

组成:羌活10g,防风10g,薄荷10g。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:疏风开闭。

主治：每至春季则大便秘结已数年，经多方治疗无效，肠鸣，腹胀，腹痛阵作，脉弦。

方解：李东垣谓之“风结”。每至春而风发，盖春为风木主时，风淫于肠，乃致肠风秘结。故用疏风开闭法，李东垣治风结验方加薄荷。风药既能散风，风除则结散；升清降浊，故大便畅行。^[4]

七、气阴两虚，津液不足证（肖春咀）

组成：人参增液汤加味。红参须（蒸后兑入）8g，生地20g，麦冬、玄参、石斛各15g，火麻仁、莱菔子各30g，枳壳10g。

用法：水煎服，每日1剂。

功效：补益气阴，行气润下。

主治：因患粘连性肠梗阻，住院手术后不矢气，大便不通，腹胀痛，继行胃肠减压术，1周后仍无缓解，特请中医治疗，见腹胀痛不矢气，大便不通，精神倦怠，舌红无苔少津，脉细弱。

方解：本证属气阴两亏，津液不足，肠燥失润，又兼气滞不舒，加重病情。方中红参须益气助阳，生地、麦冬、玄参、石斛滋阴润肠，气阴双补，火麻仁润肠通便、莱菔子、枳壳理气。^[4]

八、气郁便秘证（孙伯琴）

组成：柴胡10g，白芍15g，枣仁15g，桃仁15g，肉苁蓉15g，党参15g，当归12g，生地12g，白术12g，元参12g，麦冬12g，芒硝（冲服）3g，炙甘草5g。

用法：水煎频服。

功效：健脾荣木，润肠通下。

主治:女性 70 岁,便秘 17 日,素体无疾,近因外伤腿折在家卧床,因膝下无子,其夫年迈有残疾,照顾不周,常落泪伤感,日不能食,夜不能寐,胸闷胀满,便秘难解,自服泻药,泻后便秘,舌少苔,脉弦无力。

方解:此症属忧思伤脾,脾不健运,土不荣木,木不疏泄而致,用逍遥散加减治之,解决气郁便秘。气郁便秘又称郁秘,是中医病证,是因情志不畅后所致的便秘,久久不愈。治疗则以舒肝理血为大法。^[4]

九、习惯性便秘

1. 理肺汤(魏战美)

组成:桔梗、甜杏仁各 10g,枳壳、党参各 15g。

用法:每日 1 剂,每剂煎 500ml,分 2~4 次口服。

功效:调理肺气。

主治:习惯性便秘。

方解:方中桔梗能开提宣散肺气,作提壶揭盖之用;甜杏仁善于下气润燥,助肺气肃降;枳壳行气除癖,有利开结;党参补肺气生津生血。该方意在取桔梗之升,杏仁之降,枳壳之导,党参之补,使肺气充足,宣发肃降,出入有序,上下左右行气开结,大肠之气随之正常运行。

加减:气虚便秘加黄芪;阴虚便秘加玉竹、玄参;血虚便秘加当归、何首乌;气秘改枳壳为枳实加柴胡;热秘加黄芩、瓜蒌;冷秘加肉苁蓉、锁阳。^[5]

2. 快便汤(金春乐)

组成:沙参、天冬各 20g,柴胡、枳实各 12g,肉苁蓉 24g,酒军 6g,蜂蜜 30g。

用法:每日1剂,浓煎250ml,分次内服,连服1周。

功效:滋阴润肠通便。

主治:习惯性便秘,症见大便干结难解,3~5日一行,伴小腹胀,头昏,失眠,坐卧不安。

方解:本型为升降失调,阴虚肠燥,组方是在肺与大肠相表里,升降条达,润肠通便等理论指导下组合而成的。方中重用肉苁蓉,性温而润,且多汁善滑,可使肾温脾暖,运化自如,肠润津生腑自通;沙参、天冬、蜂蜜养肺阴以滋其脏,生津液能润其腑,助肉苁蓉之润;柴胡、枳实味辛善走,一升一降使肠腑气机条达,津散液布,大便易通,助肉苁蓉之行;更入酒军一味,直通肺腑,诸药合用,使气行肠动,津生便通。无论寒热寒实,老幼强弱,对多数便秘者均效。^[6]

3. 通津散(李久利)

组成:花粉15g,当归15g,元参15g,莱菔子30g。

用法:加工成散剂后,每次服6,每日3次,10日为1疗程。

功效:滋阴润肠通便。

主治:习惯性便秘。

方解:该方花粉、元参皆微寒之品,滋阴而不膩。肺得花粉之苦而能肃降,肾得元参之成寒而有化源。二味相伍,使肾之津液充盛,且二味微寒不膩,不伤脾胃;当归走心脾而和血,且性微温使心阳下通于肾,助其肾化之动力;莱菔子辛温助消化可和胃,当归、莱菔子又皆油性之品,能润大肠。四味相伍使三焦通顺,气血无阻,肾司有力,故便秘可通。^[7]

十、虚性便秘

1. 升润汤(朱安丽)

组方:黄芪、当归、炙甘草各 20g,升麻、防风各 10g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:升阳润燥,补气益血。

主治:虚性便秘。

方解:方中以黄芪为君,补气升阳;辅以升麻升举清阳,佐以当归养血润燥,升中有润,上下畅达;防风散肝舒脾,协调气机;炙甘草助黄芪补脾胃之虚,且能调和诸药。

加减:气虚甚者重用黄芪或加太子参;血虚甚者重用当归或加熟地、首乌;兼虚火上炎者可加肉桂引火归原。^[8]

2. 调脾通便汤(任克忠)

组成:白术 50g,枳壳 15g,生地 15g,黄芪 20g,当归 10g,升麻 10g。

用法:用适量清水先将药物浸泡 30 分钟,每剂煎 2 次,每次慢火煎 1 小时左右,将两次煎出的药液混合,每日 1 剂,一次温服,服药后多饮水。

功效:补气健脾助运。

主治:脾虚性便秘。

方解:脾主运化,脾虚运化无权,传送无力,往往是导致习惯性便秘的主要原因。方中重用白术使健脾补脾,敷布津液之力更宏;当归养血润肠,黄芪,枳壳,升麻升清降浊,调畅气机,以助脾运及大肠推动之力;生地润肠通便,经药理研究证实,重用白术,能使胃肠分泌旺盛,蠕动增速,使干燥坚硬之大便变软变润,容易排出,并不引起腹泻。^[9]

3. 牛麻汤(刘方红)

组成:牛膝、火麻仁各 24 ~ 30g, 大黄 6 ~ 10g, 升麻 3 ~ 6g, 桔梗 12g。

用法:每日 1 剂, 浓煎取汁 250ml, 分 3 次内服, 服药 1 ~ 5 剂。

功效:润燥滑肠, 软坚通便, 兼调肺脾肾。

主治:便秘。

方解:便秘一证, 形成原因虽多, 但不同类型便秘均以肠道燥实为共同病机。方中牛膝引血下行, 可济肠中之燥, 且肾司二便, 牛膝补肾, 使肾司有权, 开合有度, 亦有利于大便通畅; 火麻仁性味甘平, 润燥滑肠; 大黄软坚并增强肠道蠕动而促进大便排泄; 再少佐升麻升清降浊; 桔梗能使肺气得开于上, 腑气得通于下。全方共奏润燥滑肠, 软坚通便, 兼调肺脾肾之功, 临证再随其气血阴阳之变化而灵活化裁该方, 不仅使其具有左右逢源之妙, 同时也增强了通导大便的力量, 故而疗效确切。

加减:若阳虚加干姜、熟附片、肉苁蓉; 若阴虚加生地、麦冬、玄参; 若脾虚加白术、党参; 若气血亏虚加黄芪、当归、熟地; 若湿热者加黄芩、枳实、芒硝。^[10]

4. 补中益气汤化裁(陈可冀)

组成:红人参 3g, 麦冬 9g, 五味子 9g, 黄芪 30g, 当归 12g, 枳实 12g, 升麻 3g, 柴胡 6g。

用法:每日 1 次。

功效:益气润便。

主治:气虚便秘。

(于文艳)

参考文献

- [1]黄荣宗等. 名医妙方精华千首. 北京:北京科学技术出版社,1991
- [2]余瀛鳌,高益民. 现代名中医类案选. 北京:人民卫生出版社,1983:160
- [3]中医研究院. 岳美中医案. 北京:人民卫生出版社,1978
- [4]樊中洲. 肝胆胰胃肠疾病千首妙方. 北京:科学普及出版社,1991
- [5]魏战美. 理肺汤治疗习惯性便秘 26 例. 中医杂志. 1997,(11):45
- [6]金春乐等. 快便汤治疗习惯性便秘. 河南中医,1992,(5):290
- [7]李久利等. 通津散治疗习惯性便秘 96 例. 四川中医,1992,(12):31
- [8]朱安丽. 升润法治疗虚性便秘 32 例. 湖北中医杂志,1989,(1):14
- [9]任克忠. 调脾通便汤治脾虚性便秘. 四川中医,1993,(5):28
- [10]刘方红. 牛麻汤治疗便秘 6 例. 四川中医,1990,(9):36
- [11]陈可冀. 中医学临床验案范例. 北京:新世界出版社、外文出版社,1991. 105

食 管 癌

一、气滞血瘀证

1. 食管肿瘤方（关幼波）

组成：代赭石、生瓦楞、刀豆子、泽兰各 30g，板蓝根 55g，当归、瓜蒌各 22g，旋覆花〔包〕、杏仁、橘红、香附、佛手、赤芍、白芍、山慈姑、焦白术各 10g。

用法：水煎服，每日 1 剂，每日 3 次。随证加减。

功效：降逆祛痰，行气活血。

主治：食管肿瘤。证属气滞血瘀、痰血凝集于上焦者。

方解：代赭石降逆止呕，用于胃气虚弱，痰浊内阻，气逆不降所致噎气频作，反胃呕吐。刀豆子温中和胃，降气止呃，胃热者慎用，现代药理研究有抗癌作用。瓜蒌清肺润燥，涤痰导滞，利气散结，用于痰热互结心下，气郁不通，升降失常之小结胸证。消痞散结，用于痞疽肿毒。有抗肿瘤作用。旋覆花降气止呕，消痰化饮，下气行水，善治胃气虚弱，痰气内阻，胃气上逆之噎气，呕吐诸证。杏仁、橘红宣通经络，行气化痰，用于痰浊停滞经络，咳嗽胸胁作痛。杏仁利胸膈气逆，润肠通便，有抗癌作用，可抑制胃蛋白酶的消化作用。香附、佛手既能疏理脾胃气滞，又能疏肝解郁，行气止痛，和中化滞，药理能明显抑制肠管而有明显的解痉作用。香附能消炎、镇痛及解热，对中枢神经有安定作用。山慈姑清热解毒，

消痈散结,用于热毒壅滞所致痈疽发背,瘰癧结核诸证,临床用于食管癌疗效良好。生瓦楞消痰化瘀,软坚散结,消癥化痞,能去“一切痰积、血积、气块”,用于癭瘤痰核瘰癧癥瘕痞块,近年多用于消化道肿瘤,同时有良好的制酸止痛作用。当归、泽兰同用活血养血,通经化瘀,消痈散结,消肿止痛,排脓生肌。能除痼毒、破瘀血、消癥瘕、通九窍、利关节、消宿血。白芍养血敛阴,补血和血,柔肝缓急,破坚积,散恶血,现代研究能镇静、镇痛,抑制胃酸分泌,抗溃疡,抗炎退热,保肝降酶,解痉,抑制细菌感染。赤芍祛瘀止痛,行滞消肿,能散血块,攻痈疽,有解痉止痛,镇静,抗炎解热抗病毒,所含部分成分能促进吞噬细胞的吞噬作用和提高癌细胞内 CAMP 水平。与其它抗癌药物合用可增加肿瘤的抑制作用。板蓝根清热解毒,凉血散结,有抗病毒及抗菌作用。焦白术健脾和胃,消痰利湿,现代研究,有促进细胞免疫功能,保肝抗溃疡,提升白细胞,对消化功能紊乱有调节作用,对肠管活动有双向调节作用,有抗肿瘤作用。^[1]

2. 复方壁虎酒(宋洪恩)

组成:黄酒 1000ml,泽漆 100g,壁虎 50g(夏季可用生壁虎 10 条),蟾皮、锡块各 50g。

用法:将泽漆、壁虎、蟾皮装入消毒的容器(禁用铁、铝制品),再将黄酒作 1 次加入,每日搅动 2 次,注意密封,浸泡 5~7 天,滤出药渣,静置 2 天即可服用。每日 3 次,1 次 25~50ml,饭前半小时服,天冷时可温服;并同时服壁虎粉 2g,蟾皮粉 1g。

功效:散结解毒,活血化瘀。

主治:食管癌。

方解:壁虎散结解毒,活血化瘀;泽漆化痰散结,药理作

用有抗癌、防癌作用；两药配伍以毒攻毒。黄酒引药，同时帮助药物吸收，活血化瘀。宋洪恩采用验方复方壁虎酒治疗食管癌 42 例，获得显著效果。能进食后，每次可调服壁虎粉 2g 及蟾皮粉 1g。按卫生部 1971 年制订的全国中医中药治疗恶性肿瘤疗效判定标准，其治愈率为 30.95%，临床治愈率 45.24%，显效率 16.67%，无效率 7.14%。

加减：能进食后，每次可调服壁虎粉 2g，蟾皮粉 1g。^[2]

3. 复方斑蝥丸(强致和)

组成：斑蝥(去毒烧炼)10~16 枚，大枣(去核)30 枚，人参、莪术、白术、急性子、田三七、半夏、炮山甲、茯苓各 30g，生黄芪 40g，草河车 50g，茜草、好沉香、补骨脂各 25g，甘草 20g。

用法：选择个大、无虫蚀的全斑蝥，用针将头、足、翅、胸甲全部去掉；纳入去核之大枣内，用线缠扎，烘干碾细面与上述诸药碾面后混匀，炼蜜为丸，每丸 10g，每次 2 丸，每日 3 次内服，3 个月为 1 疗程，服药期间忌食小米；注意观察尿液变化。

功效：解毒消瘀散结。

主治：中、晚期食管癌，贲门癌。

方解：本方组成体现了攻补兼施，全面考虑食管癌中晚期患者的体质，其中人参、黄芪、大枣、白术、茯苓、草河车、补骨脂益气养血健脾补肾，保护元气；斑蝥为主药，解毒消瘀散结；配莪术、急性子、田三七、半夏、炮山甲、茜草、沉香理气降逆，消瘀散结。

加减：胸背痛选加血竭 5g，炮山甲 12g，田三七 5g，炒刺猬皮 9g，花蟾皮 7g，威灵仙 20g；口气腐臭秽味者加紫花地丁 25g，鱼腥草 20g，金银花炭 20g；大黄炭 7g，土茯苓 20g，

生薏苡仁 40g; 气阴虚选用太子参 20g, 怀山药 30g, 女贞子 30g, 天冬 20g, 生地黄 25g; 气血虚选加当归身 15g, 熟地 20g, 鸡血藤 30g, 生黄芪 30g。^[3]

4. 治膈散(罗国钧)

组成: 山慈姑 200g, 硼砂 80g, 硃砂、三七各 20g, 冰片 30g, 沉香 50g。

用法: 上药共研极细末, 每日 4 次, 每次 10g, 10 天为 1 疗程; 服完 1 疗程后改每日 2 次, 每次 10g, 以巩固疗效。

功效: 化痰解毒, 消肿散结, 化痰降逆。

主治: 食管、贲门癌梗阻。瘀血顽痰逆气阻隔胃气, 瘀毒积块梗阻食管。

方解: 山慈姑、硃砂解毒化痰, 消肿散结, 化痰开膈; 三七、沉香行气降逆, 消肿散瘀止血定痛; 硼砂、冰片解毒消肿止痛。全方抗癌消瘀肿, 开膈进食。^[4]

5. 解毒消癌汤(张梦依)

组成: 沙参 12g, 玉竹 12g, 旋覆花 10g, 代赭石 30g, 昆布 15g, 海藻 15g, 三棱 15g, 莪术 15g, 炙鳖甲 15g, 夏枯草 80g, 白花蛇舌草 80g, 白茅根 50g。

用法: 每日 1 剂, 水煎 2 次, 早晚分服。或增大剂量, 水煎久熬滤渣取汁 1000ml, 加蜂蜜适量熬和, 分 2 日频频饮服。治疗期间禁食各种鸡、牛、羊、狗肉、猪蹄、鲤鱼、鲇鱼、黄颡鱼、虾、蟹、辣椒、葱、蒜等一切发疮动火之物, 禁酒及房事。

功效: 润燥活血, 解毒消癌。

主治: 鼻咽癌、食管癌等各种类型的肿瘤, 均可用上方为; 基本方根据病情酌情增减。

方解: 张氏认为食管癌乃燥化太过, 津液被灼, 所以上则

咽中梗塞,下则粪如羊矢,肌肉消瘦,甚则饮食不能吞咽而吐出。故前人谓为胃槁,俗称噎膈。治宜生津润燥,滋阴益胃,佐以软坚散结、消肿解毒之品。本方集软坚、散结、败毒、消肿、破癥、消核及润燥生津,滋阴增液,调气活血于一身,善治各种肿瘤。沙参、玉竹滋阴润燥,可助瘤体软化;旋覆花、代赭石化癥通络行气降逆;昆布、海藻消痰软坚散结;三棱、莪术活血化瘀,破癥消肿;炙鳖甲活血滋阴软坚散结;夏枯草、白花蛇舌草、白茅根清热解毒。癌症治疗不可急功近利,须徐徐以图缓功,医者患者需坚定信心,只要辨证准确,要守方长期服用,频频更换将前功尽弃。

加减:若伴气虚者,加人参、西洋参、黄芪、党参;脾虚湿盛者,加白茯苓、生薏苡仁、西砂仁;出血者加炒蒲黄、仙鹤草、生地榆;热毒炽盛者,加金银花、蒲公英、紫花地丁、天葵子、野菊花;痰盛者,加半夏、紫菀;便秘者加生大黄等。并用单方白鹅血或白鸭血热服,均具有一定疗效。7天1次。用法:一人将白鹅两翅及两腿紧握,另一人将鹅颈宰断后令患者口含鹅颈,饮其热血。临床经验证明。虽饮食吞咽困难,饮白鹅血无碍。服药期间禁一切温辛动火之物。^[5]

6. 活血消癌汤 I (谢远明)

组成:丹参 30g,白术 10g,白芍 10g,土贝母 10g,僵蚕 10g,白花蛇 12g,广木香 12g,蜈蚣 4 条,三七 3g(冲服),麝香 0.3g(冲服)。

用法:水煎服,日服 2 次。

功效:活血化瘀,疏肝和胃。

主治:食管上段癌,噎膈兼吐白色粘痰,胸骨后及背部锥刺样痛,舌有瘀斑,苔黄腻。

方解:谢氏认为食管癌早期以肝郁气滞、湿热内聚型为

多见,当噎膈兼有格拒明显时,则以瘀血阻滞,脾胃虚寒型为多见。治则紧扣瘀血病机,选用活血化瘀药,及经研究证明有抗癌作用的一些中药,可取得较好的疗效。如血瘀兼有气滞者宜在化瘀的同时不可忽视疏肝理气药物的配用。若瘀血夹有湿热者,应以化瘀为主,配以清热解毒,利水渗湿的药物,才能更好的发挥其治疗作用。此方丹参活血祛瘀,消痞散结,凉血消痛,有抗病毒、解毒,护肝保肝作用,同时临床用于治疗恶性肿瘤。白芍养血敛阴,补血和血,柔肝缓急,破坚积、散恶血,现代痢症能镇静、镇痛,抑制胃酸分泌,抗溃疡,抗炎退热,保肝降酶,解痉,抑制细菌感染。土贝母、僵蚕软坚散结,消肿瘤,蜈蚣、白花蛇攻毒散结,抗癌。麝香辛温香窜通透,善开窍通闭,闭秽化浊,行血分之滞,开血分之结;通经活络,活血散结,消肿止痛,可开经络之壅滞以止痛。临床研究对食管鳞癌、胃腺癌、结肠癌、贲门癌有抑制作用。白术健脾和胃,消痰利湿,现代研究,有促进细胞免疫功能,保肝抗溃疡,提升白细胞,对消化功能紊乱有调节作用,对肠管活动有双向调节作用,有抗肿瘤作用。广木香行气健脾,临床用于消化性疾病,解痉、消肿、止痛、抗溃疡。三七凉血活血止血,消痞散结,消肿止痛,因气血瘀滞不通引起痢症破溃,同时可解毒,临床可保肝降酶,治疗消化性溃疡病出血。

加减:配服下方散剂1料:白花蛇30g,土鳖虫30g,广木香30g,蜈蚣30g,僵蚕30g,全蝎30g,三七15g,麝香0.5g,黄花60g,鸡内金60g。共研细末,日服2次,每服3g。本方也可作为食管癌巩固疗效使用。如因麝香短缺时可改用山豆根15g,白花蛇舌草30g替代。

巩固疗效方散剂:白花蛇30g,蜈蚣30g,土鳖虫30g,僵蚕30g,全蝎30g,广木香30g,三七15g,鸡内金60g,麝香0.8g。2剂,共为细末,日服2次,每服3g。^[6]

7. 活血消癌汤Ⅱ(谢远明)

组成:丹参 10g,白术 10g,白芍 10g,土贝母 10g,白花蛇 12g,广木香 12g,蜈蚣 4 条,土鳖虫 10g,全蝎 10g

用法:水煎服,日 2 次。

功效:活血化瘀,疏肝理气。

主治:食管癌主证兼胸脘痞闷。舌质红有瘀斑、苔薄。

方解:丹参活血祛瘀,消癥散结,凉血消痈,有抗病毒、解毒,护肝保肝作用,同时临床用于治疗恶性肿瘤。白术健脾和胃,消痰利湿,现代研究有促进细胞免疫功能,保肝抗溃疡,提升白细胞,对消化功能紊乱有调节作用,对肠管活动有双向调节作用,有抗肿瘤作用。白芍养血敛阴,补血和血,柔肝缓急,破坚积,散恶血,现代研究能镇静、镇痛,抑制胃酸分泌,抗溃疡,抗炎退热,保肝降酶,解痉,抑制细菌感染。土贝母清热凉血解毒,软坚散结,消肿瘤,临床用于瘰疬癰肿瘰癧。蜈蚣、土鳖虫、全蝎、白花蛇攻毒散结,抗癌。广木香行气健脾,临床用于消化性疾病,解痉、消胀、止痛、抗溃疡。三七凉血活血止血,消痈散结,消肿止痛,因气血瘀滞不通引起痈疽破溃,同时可解毒,临床可保肝降酶,用于消化性溃疡病出血。

加减:配服白花蛇 30g,蜈蚣 30g,广木香 30g,乌梢蛇 30g,土鳖虫 30g,三七 15g,鸡内金 60g。共研细末,日 2 次,每次 3,药完即配,嘱勿间断。^[6]

8. 活血消癌汤Ⅲ(谢远明)

组成:生薏苡仁 30g,白术 30g,忍冬藤 30g,制半夏 15g,陈皮 10g,全蝎 10g,露蜂房 10g,山豆根 10g,甘草 6g。

用法:水煎,早晚服。连续 1 月。

功效:活血化瘀,清热利湿。

主治:食管癌瘀血内阻,瘀而化热证。噎膈刺痛,固定不移,恶性反胃,呕吐,兼吐白色粘痰,便溏时有脓血。舌质红,苔黄腻,脉弦细湿。

方解:生薏苡仁、白术、制半夏、陈皮健脾祛湿,散结消肿;忍冬藤、山豆根清热解毒,抗肿瘤;全蝎、露蜂房以毒攻毒,活血化瘀;甘草调和诸药。

加减:上方酌情加白花蛇 10g(冲),广木香 12g,广三七 3g,炙马钱子 3g,瓜蒌 3g,山豆根 3g,板蓝根 3g。配服 706 粉:生草乌、生川乌、生南星、生半夏、广三七、血竭等份为末,每日 2 次,每次 1.5g。注意此证在血瘀重时,活血化瘀为当务之急,急用血府逐瘀汤加血竭 12g,乌蛇 15g,瓜蒌 30g,胆南星 12g,早晚水煎服。^[6]

9. 虎七散(李修伍)

组成:壁虎、三七粉。

用法:取壁虎 70 条(干)研面,加三七粉 50g 拌匀,空腹每次服 3~4g,日 2 次,黄酒或开水送下。

功效:理气平肝,润肺散结,活血化瘀,和胃降逆。

主治:食管下段浸润性食管癌。吞咽困难,胸骨后痛,呕血,色鲜或紫,苔薄润、脉弦滑。气滞血瘀痰凝结于食管者。

方解:中医治癌,贵乎辨证施治,不可妄用清热解毒,破坚攻伐之品,临证所见癌症,病多至后期,可概括为正虚、血瘀、毒聚三类,多为正虚邪实之证,要紧紧抓住扶正调理为主,化瘀抗癌为辅的治疗大法。因于食管癌者,偏于降逆润燥,并可根据患者的体质、年龄等原因,结合临床不同证型,分别选加软坚散结、清热解毒、化瘀止痛、化痰除湿之品;同时服用虎七散,功在解毒抗癌。

加减:同时配服汤剂。基本方组成:党参 15g,茯苓 15g,黄芪 15g,夏枯草 20g,姜竹茹 10g,姜半夏 12g,旋覆花 12g,白花蛇舌草 30g,代赭石 30g,丹参 30g,半边莲 30g,蜂房 9g,炙甘草 6g。

党参 10g,代赭石 30g,夏枯草 30g,白花蛇舌草 30g,丹参 30g,瓦楞子 30g,仙鹤草 30g,神曲 18g,川贝母 18g,姜半夏 18g,茯苓 18g,山慈姑 15g,当归 15g,牡蛎 15g,三棱 20g,蜀羊泉 30g,黄芪 25g。以加强散结解毒之功效。^[6]

10. 利膈消癌散(朱良春)

组成:全蝎、蜈蚣各 30g,蜂房、僵蚕、守宫各 60g。

用法:共研极细末,每服 5g,1 日 3 次,食前服。

功效:利膈活血消癌。

主治:晚期食管癌及胃癌进食时自觉有梗阻感,呕吐气逆。

方解:朱氏认为食管癌早、中期多表现为气滞、痰聚、血瘀、毒踞的实证;晚期则因病程缠延,进食困难,而致气阴两亏,虚实夹杂。全蝎、蜈蚣均有开瘀、解毒之功,善开气血之凝滞,能消脏腑之癥积,并有镇痛之效。蜂房是一味抗癌药,各地采用蜂房治癌之方剂甚多。僵蚕擅长化痰消坚、活络解毒,《本草纲目》在白马溺条下附有僵蚕、白马溺为丸之单方,能治“癥块心痛”。守宫能解毒消坚,擅于攻散气血之凝结,故常用治恶疽肿瘤。曾有人用守宫单味治疗食管癌,每日 1~2 条,研细末,分 2~3 次,黄酒送服,可使吞咽困难消失,食量及体重增加,病灶缩小,甚至消失,以此二味,能起协同作用,故疗效较佳。朱氏制订的“利膈消癌散”,可以降逆止呕,益气养阴,抗癌消瘤。对晚期食管癌及胃癌有一定疗效。多数病员在服药 5~10 天左右,进食困难、呕吐气逆之象,即

获缓解,持续服用,部分病例,达到症状消除。

加減:另用煅赭石、太子参各 20g,姜半夏 10g,阴虚舌红者再加石斛、麦冬各 12g;苔灰腻有痰浊者加陈胆星 10g,化橘红 6g,煎汤送服,可以降逆止呕,益气养阴,抗癌消瘤。^[6]

11. 平消丹(贾壁)

组成:枳壳 30g,炒干漆 6g,五灵脂 15g,郁金 18g,白矾 18g,仙鹤草 18g,火硝 18g,制马钱子 12g。

用法:共研为细粉,水泛为丸。每次服 1.5~6g,1 日 3 次。开水送下。

功效:化痰利咽,健胃理脾,消炎解毒,通经宽膈。

主治:食管癌。

方解:本方以五灵脂、干漆、郁金、白矾,散瘀活血,攻坚破积,止痛生肌,消炎解毒;火硝消坚化痰,推陈致新;马钱子通络除湿,祛毒消肿,提神补脑,通血脉;仙鹤草、枳壳强心滋补,利气宽肠,疏滞消痞。综合起来,有攻坚破积,去息肉,蚀腐肉,解毒强心,利气止痛,健胃养血等,可推陈致新,强壮神经,促进组织及细胞的组成和结构的营养恢复,增强机体抗病能力,消除病邪的有害反应,扶正祛邪。使癌细胞产生退行改变,或使癌瘤体积缩小或消失,或使癌细胞融化消失。

加減:若咽下困难严重时,应在服平消片的同时,服用硃砂散(红硃砂 30g,柿饼霜 60g,白矾 30g,雄黄 30g,炒谷芽 30g,砂仁 18g,共研细粉)1.5g,1 日 3 次,开水送下。若消瘦、体重显著减轻,可在服平消片的同时,配合活血化瘀、健胃宽膈、滋补强壮,扶正祛邪药,服用七硃丸(红人参 10g,鸡内金 30g,代赭石 60g,蜈蚣 10 条,土鳖 30g,水蛭 150g,西红花 30g,制马钱子 150g,硃砂 15g,炒干漆 30g,白矾 30g,柿饼

霜 60g, 共研细粉, 水泛为丸) 1~3g, 1 日 3 次, 黄芪煎水送下。若咳嗽厉害时, 可酌情加服汤剂: 麻黄 8g, 生石膏 18g, 金银花 18g, 连翘 18g, 大贝母 18g, 生艾叶 18g, 陈皮 9g, 生姜 9g, 水煎服, 每日 1 剂。^[7]

12. 白英蛇莓汤(李岩)

组成: 白英 30g, 蛇莓 30g, 丹参 30g, 郁金 15g, 龙葵 20g, 当归 10g, 草河车 20g, 山豆根 20g, 半枝莲 20g, 代赭石 30g, 旋覆花 10g, 陈皮 10g, 野葡萄根 20g。

用法: 水煎服, 日 1 剂。

功效: 化瘀解毒。

主治: 瘀毒不化, 结成噎膈。证见吞咽困难, 胸背疼痛, 咽下更甚, 烦热口渴, 面色晦滞, 大便干燥, 小便黄赤, 舌质绛有瘀斑, 苔厚腻, 脉弦细而涩。

方解: 白蛇六味丸合旋覆代赭汤加减。^[8]

13. 硃砂散(贾堃)

组成: 红硃砂 30g, 柿饼霜 60g, 白矾 30g, 雄黄 30g, 炒谷芽 30g, 砂仁 18g。

用法: 共研为细粉, 每次服 1.5g, 1 日 3 次。黄芪煎水或开水送下。

功效: 化瘀通经, 疏滞消痞, 蚀腐软坚。

主治: 用于食管癌咽下困难较严重之时。

方解: 本方用白矾、雄黄消炎解毒, 蚀腐软坚; 硃砂化瘀通经, 疏滞消痞; 谷芽、砂仁健胃理脾; 柿霜利咽消肿。诸药相合, 有攻坚破积, 祛息肉, 化痰利咽, 健胃理脾, 消炎解毒, 通经宽膈之效。^[7]

二、热伤津液证

1. 滋阴清热化瘀方(钱伯文)

组成:南沙参、北沙参、生地、熟地、生薏苡仁、熟薏苡仁、土茯苓、女贞子、瓜蒌皮、石斛、天花粉各 24g,乌梅肉 9g,天龙 3 条,丹皮、石见穿、石打穿、八月札、枸橘、三棱、莪术、稽豆衣、六味地黄丸(包煎)各 12g,五味子 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:滋阴清热,活血化瘀。

主治:食管癌。进食作噎,胸前闷胀,痰多粘腻,大便干燥。舌苔腻,质偏红,脉细弦。辨证为肾水不足,阴液亏耗者。

方解:方中南沙参、北沙参、石斛、天花粉、生地、熟地滋阴清热,生薏苡仁、熟薏苡仁、土茯苓、瓜蒌皮理气化痰,消肿软坚,女贞子、五味子、乌梅肉纳气、敛肺、拔毒,天龙、丹皮、石见穿、石打穿、八月札、枸橘、三棱、莪术、稽豆衣等药活血止痛散结,对食管癌的治疗有一定的作用。六味地黄丸配合应用,一面提高人体的抗病能力,一面消除肿瘤,对食管癌的治疗可能也有一定的帮助。

加减:口干津少、舌质红绛者加知母、玉竹、玄参,咳嗽、痰多粘腻加石韦、陈皮、象贝母;胸背灼热隐痛加紫苏叶、桔梗、丹参、白花蛇舌草、蒲公英、合欢皮;纳不佳、大便干结加桃仁泥、瓜蒌仁、焦楂曲。^[9]

2. 经验方(刘嘉湘)

组成:南沙参、女贞子、生南星、生半夏各 30g,麦冬 12g,八月札、丹参各 15g,石打穿 60g,降香、礞砂(另烱冲)各 9g。

用法:水煎服,每日1剂,随证加减。

功效:养阴增液,理气化痰开结。

主治:食管鳞状细胞癌。吞咽困难、嗝气频作、粘痰多,梗阻时咳吐不断,口干。苔薄舌红,脉细。属痰气交阻,郁久化热,耗津伤阴之证者。

方解:刘氏认为噎膈与情志抑郁有关,因为思则气结,怒则伤肝,郁而化热,灼津成痰,痰气交阻,胃津亏损,所以口咽干涩而不得下,阴津亏损,痰气交阻。此方运用生南星、生半夏化痰散结,因为两药有伤阴耗液之弊,常与南沙参、女贞子、麦冬养阴生津药物配伍,使养阴不碍邪,化痰而不伤阴,八月札、丹参、石打穿、降香、磁砂活血化瘀,降气化痰。每获良效。^[10]

3. 经验方(陈永久)

组成:北沙参、丹参、威灵仙、半枝莲各20g,麦冬、昆布、海藻各15g,浙贝母(碎)、桃仁、柿蒂各12g,白花蛇舌草30g,三七(碎)8g。

用法:水煎服,每日1剂。

功效:清热化痰,养阴生津。

主治:食管癌。吞咽梗阻,胸骨后灼痛,形体羸弱,口干苦,心烦,大便秘结,小便短少。舌红而干,苔黄腻,脉滑数。证属痰热交阻,热结津亏者。

方解:北沙参、麦冬养阴生津,半枝莲、白花蛇舌草清热解毒,昆布、海藻、浙贝母、丹参、威灵仙、桃仁软坚散结,化痰消癥。柿蒂降逆止呕,三七化瘀消炎。^[11]

4. 经验方(张梦依)

组成:南沙参、玉竹、天冬各15g,旋覆花(布包)9g,竹茹

25g,怀山药 24g,白茅根 60g,白花蛇舌草 120g,蜂蜜 120g。

用法:上药加水 2500ml,慢火熬至 750ml,去渣,后加蜂蜜于药汁中熬,每日 1 剂,分 4 次服。忌发物、烟酒和房事。

功效:生津润燥,软坚散结,消肿解毒。

主治:食管癌阴虚津灼证,形体消瘦,大便秘结,脉弦数,两寸俱芤。

方解:蜂蜜、天冬生津润燥,沙参、玉竹滋阴润燥,可助瘤体软化;旋覆花、竹茹、怀山药健脾和胃,降逆止呕,旋覆花化痰通络行气降逆;白茅根、白花蛇舌草消肿解毒。

加减:同时配服白鹅血和尾炭。辅助治疗为白鹅血热服:一个人将白鹅两翅及两腿紧握,另一人将鹅颈割断后即令患者口含鹅颈,饮其热血,5~7 日 1 次。如无白鹅,白鸭亦可。或将白鹅尾部毛扯下来烧成炭,研极细末,分 3 次,调米汤或稀饭服完。鹅、鸭肉煨汤服。服药期间禁食酒、辛辣食品、薤、韭、蟹、虾、狗羊牛鸡鸽肉、猪头、猪蹄等发疮动火之物,禁房事。^[12]

5. 经验方 I (董叔良)

组成:鲜芦根(去节)250~500g,忍冬藤 30~120g,金银花、连翘各 15~30g,蒲公英 30~90g,紫花地丁 30g,甘草 15g。

用法:水煎服,先煎鲜芦根、忍冬藤 25 分钟,用药汁煎其它药,每日 1 剂。

功效:滋阴清热,解毒生津,降逆止呕通腑。

主治:食管癌属热毒盛,阴亏液耗,胃气不降者。

方解:董氏认为食管癌患者之病机,虽有气滞、血瘀、痰凝之异,但临床上往往是热盛与阴亏并见。经放射治疗后的患者气虚较明显,但也存在虚热与实热见于一身的特点。治

疗宜清热、解毒、生津并用,方可收功。滋阴清热首选鲜芦根,每剂可用250~500g。此药功擅清热生津,除烦止呕。忍冬藤、金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、甘草清热解毒。《金匱玉函方》亦有用芦根治疗五噎的记载。然质轻中空,当授以重权方可建功。用时应去节,便于药效煎出。并可根据症状配伍花粉、石斛、天门冬等滋阴之品。清热解毒,银花、连翘、公英、地丁均为首选药物,尤以忍冬藤为优,每剂常用30~120g,此药善治痈肿恶疮、通经络、调气血。功效胜于银花。方药味多量重,董老仿仲景苇茎汤之煎法:先煎芦根、忍冬藤等质轻之品25分钟。顿出药汁,用药汁煎半夏、枣仁等坚实之品30分钟。佩兰、白蔻等芳香之品及乳香、没药、大黄均后下同煎10分钟。每剂为一日量,只煎1次,分2次服。

加减:热甚者还可选加黄芩、黄连、栀子、黄柏。伴淋巴结肿大则可用昆布、海藻、夏枯草以软坚散结。化湿加白豆蔻6g,砂仁9g(均后下);化浊加白芷6~9g,佩兰叶12~15g(均后下);止痛加乳香、没药各6~9g(均后下),延胡索3g;肢体逆冷加熟附子6g,肉桂3~6g;止咳加桔梗6~9g,紫菀15g,款冬花15~30g,杏仁9~15g;制酸加红豆蔻12g;呕吐甚加伏龙肝120g(布包先煎,取澄清汁煎药);偏寒呕加丁香3g,柿蒂9g;右胁疼加吴茱萸3g,川连6g。^[13]

6. 经验方(李岩)

组成:北沙参30g,麦冬10g,当归身15g,生地黄30g,枸杞子20g,川楝子10g,黄柏10g,知母10g,龟甲20g,女贞子30g,玄参10g,麻仁10g,石斛20g,花粉10g。

用法:水煎服,日1剂,日服3次。

功效:养血润燥、滋阴益气。

主治:噎膈日久,阴液枯竭。证见病程日久,吞咽不下,咳嗽多痰,形体消瘦,乏力气短,面色晄白,低烧盗汗,口干咽燥,大便燥结,舌质绛而少苔,脉象沉涩而无力。

方解:药物中北沙参、麦冬、当归、生地、枸杞、川楝子组成一贯煎,疏肝理气,滋养肝阴;黄柏、知母、龟甲、地黄组成大补阴丸,滋阴降火;加入女贞子、玄参、麻仁、石斛、花粉滋阴益肾,清热解毒,抗癌通腑。本方即从治本着手,扶正保元,阴中求阳。

加減: 吞咽困难加重:紫硃砂 30g,研细末加水 1500ml,水煮过滤取汁,加醋(1000ml 汁加 1000ml 醋)再风干,成灰黄色结晶粉末,每次 1.5g,每日 3 次。或用鲜韭叶汁调化 10ml。呕血加重:三七粉 3g,云南白药 2g,仙鹤草 30g,阿胶 10g,三七粉 3g。发烧不退:牛黄清热散 1 支、西黄丸 1.5g。胸痛背痛:白屈菜 30g,炒灵脂 6g,蒲黄 6g,黄药子 15g。呛咳不止:前胡 10g,鱼腥草 20g,瓜蒌 20g,代赭石 30g,马兜铃 10g。^[8]

三、痰气交阻证

1. 痰瘀 I 方(陈永久)

组成:沙参、丹参、佛手、瓜蒌、荷叶蒂、山豆根各 15g,麦冬、川贝母(碎)、郁金各 12g,半夏 10g,威灵仙、半枝莲各 20g,白花蛇舌草 30g。

用法:水煎服,每日 1 剂,随证加海藻、昆布等。

功效:化痰散结,理气活血,清热滋阴。

主治:食管鳞状上皮细胞癌。形体消瘦,吞咽困难,暖气频作,胸骨后疼痛,口微干苦,大便燥结,舌质暗红,苔黄,脉弦细。证属痰瘀内结证者。^[11]

2. 痰热Ⅱ方(陈永久)

组成:沙参、丹参、威灵仙、半枝莲各 20g, 麦冬、昆布、海藻各 15g, 浙贝母(碎)、桃仁、柿蒂各 12g, 白花蛇舌草 30g, 三七(碎)8g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:清热养阴,化痰散结。

主治:食管癌。吞咽梗阻、胸骨后灼痛,形体羸瘦,口干苦,心烦,大便结燥,小便短少。舌质红,苔黄腻,脉滑数。证属痰热交阻,热结津亏。

方解:沙参、麦冬养阴,昆布、海藻、浙贝母、桃仁散结消瘀,柿蒂降逆止呕,白花蛇舌草、半枝莲清热解毒,抗癌消肿,三七、丹参、威灵仙活血化瘀。^[11]

3. 经验方(刘应州)

组成:代赭石、丹参、白花蛇舌草、半枝莲、全瓜蒌各 30g、旋覆花(包)、云苓、郁金各 15g,制半夏、甘松、檀香各 12g,香附 18g,砂仁壳、黑栀子各 10g,粉甘草 6g,香附 18g。

用法:水煎服,每日 1 剂,荷梗适量为引。

主治:食管癌。实证或本虚标实者。

方解:代赭石、旋覆花、全瓜蒌、制半夏、檀香化痰宽胸,降气止呕;云苓、砂仁壳、郁金、香附疏肝健脾;黑栀子、丹参、白花蛇舌草、半枝莲、甘松、粉甘草解毒化瘀。

加减:大便秘结者瓜蒌增至 45g,加延胡索粉 10g(冲);阴亏较甚,口燥咽干,舌红无苔去半夏,加增液汤;呕吐痰涎加海浮石 30g;心烦、口苦、舌苔黄者加黄连 10g,去半夏;正气虚弱加西党参 12g,服药期间勿食过热、过硬食物。^[14]

4. 灵仙代赭汤(张文杰)

组成:太子参、急性子、全瓜蒌、当归、猪苓、茯苓各 15g, 生黄芪、威灵仙、半夏、枳实各 10g, 代赭石 30g, 生甘草 5g 等。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:益气养血,健脾行气,活血散结。

主治:食管癌。舌紫,苔厚腻,脉细弱,证属虚实夹杂。

方解:太子参、生黄芪、茯苓、当归、生甘草益气养血健脾,现代医学研究可较好的提高机体免疫力,进而提高细胞活性及白细胞介素水平;急性子、全瓜蒌、威灵仙、半夏、枳实、猪苓行气活血,消肿散结;代赭石等重镇降逆。^[15]

5. 经验方Ⅱ(董叔良)

组成:清半夏 12 ~ 90g, 生姜 9 ~ 30g, 远志 15g, 焦枣仁 30g, 党参 15 ~ 30g, 当归 15 ~ 30g, 焦麦芽 30g, 稻芽 15g, 焦山楂 15g。

用法:水煎服,日 3 次。

功效:通膈降逆。

主治:食管癌患者呕吐、便秘、咽喉红肿溃烂。

方解:治疗当从胃论治。因为胃气不降则变证丛生。食管癌病机虽与津液亏耗、热毒炽盛相关,而胃气不降实为肯綮。胃以降为顺,膈气不通则热毒无以外泄。胃热上冲,熏灼咽喉则咽肿溃破;热毒久则液耗津伤;津亏肠燥则便秘,食管干涩则呕逆益剧。故通膈降逆为治疗的关键。董氏临床常重用清半夏 12 ~ 90g 以降逆止呕,生姜 9 ~ 30g 既可开痰止呕,又制半夏之毒。

加减:热盛则加竹茹 60g。通膈泄热用大黄 6 ~ 9g(后

下),津伤严重加巴戟、麻仁。气滞加枳实、厚朴。然攻下之剂,不可久用,收效即止,免伤正气。咽喉红肿无便秘的常用胖大海、金灯笼、射干、豆根配以少量大黄。用意则在于引热下行恢复胃腑的通降功能(布包先煎,取澄清汁煎药)。化湿加白豆蔻 6g,砂仁 9g(均后下);化浊加白芷 6~9g,佩兰叶 12~15g(均后下);止痛加乳香、没药各 6~9g(均后下),延胡索 3g;肢体逆冷加熟附子 6g,肉桂 3~6g;止咳加桔梗 6~9g,紫菀 15g,款冬花 15~30g,杏仁 9~15g;制酸加红豆蔻 12g;呕吐甚加伏龙肝 120g(布包先煎,取澄清汁煎药);偏寒呕吐加丁香 3g,柿蒂 9g;右肋痛加吴茱萸 3g,川连 6g。^[13]

6. 经验方(王玉玲)

组成:北沙参、急性子、天南星、白毛藤、浙贝母各 10g,半枝莲、丹参各 15g,白花蛇舌草 30g,麦芽、谷芽各 12g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:健脾行瘀,化痰散结。

主治:食管中段癌。进食受阻,打噎,胸脘痞闷。舌红有紫斑,苔中根腻,脉细弦。

方解:北沙参、麦芽、谷芽健脾消食,急性子、天南星、白毛藤、浙贝母化痰散结,半枝莲、丹参、白花蛇舌草解毒抗癌。

加减:随证加郁金、红花等。^[16]

7. 经验方(刘浩江)

组成:旋覆花、党参、法半夏、甘草各 10g,代赭石、大枣各 30g,生姜 5g。

用法:水煎服,代赭石打碎先煎。每日 1 剂,病情好转后

隔日1剂。

功效:益气健脾,降逆止呕。

主治:食管癌手术后。吻合口狭窄、反流性食管炎、胃肠功能紊乱等并发症。

方解:刘氏运用旋覆代赭石汤治疗食管癌手术后的并发症46例,取得了满意的疗效。其中党参、法半夏、大枣、甘草、生姜益气健脾,降逆止呕;旋覆花、代赭石镇逆平肝,凉血止血多用于治疗食管癌、胃癌、肠癌等恶性肿瘤,对嗝气、呃逆、噎膈、反胃、咳逆、喘息、吐血、衄血、便血、崩漏等证,均有较好的疗效。

加减:气虚加黄芪30g,黄精10g;血虚加当归、熟首乌各10g;阴虚加沙参、麦冬各15g;阳虚去法半夏,加熟附片10g,桂枝5g。胸痛加延胡索10g,丹参30g;腹胀加木香、厚朴各6g;纳差加神曲、山楂各10g,谷芽、麦冬各20g;大便溏泄去代赭石,加白术15g,茯苓、扁豆各30g。^[17]

8. 经验方(李岩)

组成:贝母10g,瓜蒌10g,花粉20g,茯苓20g,橘红10g,桔梗10g,代赭石30g,旋覆花10g,半夏10g,胆星10g,夏枯草20g,威灵仙30g,海藻10g,藤梨根30g。

用法:水煎服,每日1剂。

功效:化痰祛瘀,降气散结。

主治:纳食不畅,胸腹胀满,胸背不适,咳嗽痰盛,频吐涎沫,恶心呕吐,胸闷发憋,嗝气不除,舌苔白腻,脉象弦滑之痰瘀气滞证。

方解:本方由贝母瓜蒌散合旋覆代赭石汤加减,目的在于化痰祛瘀、降气散结。其中贝母、半夏、胆星、夏枯草、威灵仙、海藻化痰祛瘀散结,抗肿瘤;瓜蒌、茯苓、橘红、半夏、桔

梗健脾宽胸,祛湿化痰;代赭石、旋覆花、半夏降气止呃;花粉生津,藤梨根解毒抗癌,桔梗又可作为引药。^[8]

9. 化痰散结汤(王庆才)

组成:生南星、生半夏、全瓜蒌各 30 g,枳实、生山楂各 15g,黄药子、陈皮、急性子、留行子、莪术、地鳖虫、穿山甲、干蟾皮各 10g。

用法:上药每日 1 剂,浓煎取汁 250ml,分 3 次内服。连续服药 1 个月为 1 个疗程。

功效:化痰散结,逐瘀通道。

主治:食管癌。

方解:本组 44 例食管癌患者经服用本方治疗后,显效(吞咽梗阻症状消失,胸骨后疼痛缓解,呕吐止)40 例(占 90.91%);有效(治疗后上述症状缓解)3 例(占 6.82%);无效(治疗后症状无变化)1 例(占 2.27%)。总有效率为 97.73%。食管癌属中医“噎膈”范畴。早、中期多以单纯吞咽梗阻为主,辨证多属于肝郁夹痰;晚期除梗阻加重外,胸骨后及背心部位疼痛,频繁呕吐症状突出,应辨为瘀痰凝结、阻塞管道。方中半夏、南星生用燥湿化痰散结作用甚强,且能降逆止呃;枳实、瓜蒌能宽胸、化痰、散结;急性子、留行子、地鳖虫、穿山甲破瘀散结;干蟾皮、生山楂散瘀止痛。本方对缓解晚期食管癌患者的临床症状,延长生存期,提高生存质量有较好疗效。

加减:若气虚者加黄芪、党参、西洋参、白术、茯苓;若血虚者加黄芪、当归、鸡血藤、补骨脂;若阴虚者加天冬、麦冬、生地、黄精、龟甲;若脾虚不运者加白术、茯苓、白扁豆、鸡内金、焦楂曲、谷芽、麦芽;若胃气上逆者加公丁香、降香、旋覆花、代赭石;若水肿者加猪苓、茯苓皮、白术、车前子。^[18]

四、肝气犯胃

1. 经验方(田广秀)

组成:半枝莲 30g,金银花 20g,蒲公英、连翘、紫花地丁、瓜蒌各 15g,鸡内金、延胡索、天花粉、牡蛎、山豆根、焦山楂、丹皮、栀子各 9g,郁金、大黄各 6g,七叶一枝花 10g。

用法:水煎温服,每日 1 剂。

功效:疏肝消瘀,解毒抗癌。

主治:食管癌。肝气犯胃者。

方解:半枝莲、金银花、蒲公英、连翘、山豆根、紫花地丁、七叶一枝花解毒抗癌;瓜蒌、牡蛎、天花粉、鸡内金、焦山楂健脾消食,散结消肿;郁金、延胡索、丹皮、栀子行气活血解毒止痛,大黄通腑解毒。

加减:五心烦热加知母、玄参、鲜竹沥;纳差加保和汤;白带多加苦参、黄柏;小便赤涩加滑石、八正散;脘闷加青皮、枳实;大便干加火麻仁、大黄、桃仁。^[19]

2. 食管康复煎(高光鉴)

组成:太子参 20g,云苓 25g,白术 15g,薏苡仁 30g,山萸肉 15g,枸杞子 20g,杜仲 20g,陈皮 12g,青皮 12g,广郁金 15g,旋覆花(包)15g,醋赭石 30g,丹参 20g,急性子 15g,瓦楞子 30g,山豆根 15g,石见穿 20g,白英 30g,半枝莲 35g。

用法:每日 1 剂,文火水煎 2 次,少少与之,徐徐咽下,以免噎梗呕吐。

功效:补脾益肾,疏肝理气。

主治:食管癌。

方解:食管癌为癌症中最常见的疾病,应尽可能做到早

诊断,早治疗。该病发展到晚期应配合西医的支持疗法,保证能量供应,才能取得效果。食管康复煎组方程序为健脾益肾,疏肝理气,活血化瘀,软坚散结,解毒去邪,这是根据病因及产生的后果,两者各方面轻重程度的表现,结合进行选药,并须掌握适当的剂量。对健脾益肾之品,始终列为组方的首位。古人谓:脾为后天之本,万物之母,而治损之症,应以能食为主;肾为先天之本,万物之源也,就是精神之所舍,元气之所系。另发现该疾病,大多数患者,为肝阳偏亢,肝郁不疏及有烦躁不安等情绪,因此,疏肝理气也应加以重视,确可起到釜底抽薪之意义。对脾肾宜补,对肝脏易疏,对标证宜攻。归结起来,补、疏、攻为治疗食管癌组方的原则。所以方中太子参、云苓、白术、薏苡仁健脾益气;山萸肉、枸杞子、杜仲滋补肝肾;青陈皮、广郁金、旋覆花、醋赭石疏肝理气;丹参活血化瘀;急性子、瓦楞子、山豆根、石见穿、白英、半枝莲清热解毒,软坚散结。

加减:呕吐粘痰且带血者,增用制礞石、制半夏、胆南星、参三七、白及、仙鹤草、血余炭。暖气频繁者,增用前胡、广郁金、赭石、旋覆花、青陈皮、姜半夏。胸部疼痛者,增用厚朴、木香、延胡索、参三七。阴虚火旺者,增用生地、玄参、女贞子、龟甲、鳖甲等。^[5]

3. 食管饮(谢亮辰)

组成:半枝莲、白花蛇舌草、代赭石、刘寄奴各 30g,金沸草、柴胡、香附、郁金、炒枳壳、沙参、麦冬、玄参、清半夏、丹参各 10g。

用法:水煎服,每日 1 剂。服药期间忌食虾酱、韭菜、牛肉。

功效:消癥散结通窍,清热解毒。

主治:食管癌。

方解:谢老遵前贤之说参照现代医学理论,结合自己临床经验,对食管癌的病机有所阐发。邪毒乘虚而入,毒热内蕴阻塞局部络脉,气血凝聚热盛血腐;或恼怒伤肝,肝失条达气机不畅,气郁血瘀均导致日久气结血聚成癥;忧思恼怒损伤肝脾,脾失健运痰浊内生,胃失和降浊气上逆,胃气夹痰上逆;二者均能阻塞食管。因此治疗上宜用清热解毒、理气降逆、活血消癥法。自拟食管饮。谢氏体会①食管饮合开道散治疗食管癌作用缓和,但需长期用药,坚持直至痊愈为止。切不可满足于症状缓解而过早停药,贻误病情。②食管癌溃疡型或伴有胃溃疡者,开道散减量或不用,加乌贼骨;食管气管瘘禁用开道散和食管饮。③在服药期间忌食虾酱、韭菜、牛肉。④临证时食管饮需随证加减。如大便干结加大黄;大便稀,倦怠乏力,脉虚细加党参、炒白术,酌减理气药;舌苔黄腻加苡米、瓜蒌,减养阴药。

加减:随证加减,并服开道散3g,分3次冲服。另开道散3g(分3次冲服),汤剂和散剂并进是取效的关键。开道散方:醋紫硃砂1000g,紫金锭1000g,冰片10g,麝香1g,共研细末,装瓶备用。全方具有消癥通窍,散火解毒之效,是治疗肉积癥瘕噎膈的主药。醋制紫硃砂法:紫硃砂加等量醋,再加适量水,至紫硃全部溶解后,取溶液熬枯即成。^{[20][21]}

五、阳虚湿阻证

经验方(方兰芬)

组成:淡附片、干姜、桂枝、党参、橘白、半硫丸(分吞)、生大黄(后下)各10g,葛花15g,丁香、青皮各6g,砂仁3g,土茯苓30g。

用法:水煎服,每日1剂。

功效:通阳逐寒。

主治:食管癌。噎梗,恶心或吐,纳呆,胸闷胀,口干不喜饮,便秘,畏寒肢冷。左脉沉弦,右脉沉细而涩,舌质淡泛紫、积雪苔。属阳气衰微、阴暴内盛、湿浊瘀阻之证者。

方解:淡附片、干姜、桂枝、党参通阳化湿逐寒;橘白、葛花、丁香、半硫丸、化痰解毒化瘀散结;青皮、砂仁、土茯苓行气健脾化痰消肿;生大黄通腑解毒。^[22]

六、正气虚弱证

1. 经验方(万潜光)

组成:西洋参5g,煨葛根、黄芪各10g,黄连5g,白头翁、北秦皮、煨木香、鲜五方草、扁豆衣各10g,生甘草5g。

用法:水煎服,每日1剂。

功效:益气养阴,清热利湿。

主治:食管癌术后腹泻。证属气阴两伤、湿热下迫、是为热利者。

方解:西洋参、煨葛根、黄芪、扁豆衣、生甘草益气养阴,健脾保胃;煨木香、鲜五方草、黄连、白头翁、北秦皮清热利湿,行气导滞。^[23]

2. 七矾丸(贾堃)

组成:红人参30g,鸡内金30g,代赭石60g,蜈蚣10条、土鳖子30g,水蛭150g,西红花30g,制马钱子150g,硃砂15g,干漆(炒)30g,白矾30g,柿饼霜60g。

用法:共研为细粉,水泛为丸。每服1~3g,1日3次。黄芪煎水送下,或开水送下。

功效:有破瘀软坚,活血消炎,健胃宽膈,理气止痛,滋补强壮,扶正祛邪之效。

主治:食管癌。

方解:本方用红人参、制马钱子,强壮通络消块止痛;鸡内金、干漆、西红花、硃砂、水蛭、土鳖虫,活血化瘀,软坚攻积,助消化;代赭石、蜈蚣、白矾、柿饼霜,平逆通降,解毒消炎。^[7]

3. 参芪赭花汤(贾堃)

组成:党参 15g,黄芪 30g,知母 9g,清半夏 15g,丹参 30g,天门冬 15g,肉苁蓉 30g,桂圆肉 15g,旋覆花 9g,红花 9g,金银花 18g,代赭石 18g,柿饼霜 9g。

用法:一剂药煎两遍,合在一起,约煎取一大茶杯。分 2~3 次服。每日服 1 剂。

功效:补中益气,降逆镇冲,养血润便,消炎止痛。

主治:食管癌。

方解:方内用清半夏、旋覆花、代赭石,降逆镇冲,行水下气,化痰通血脉;用红花、丹参活血化瘀;黄芪、党参、天门冬、肉苁蓉、知母、桂圆肉补中益气,润便养血;金银花、柿饼霜清热解毒,消炎止痛。^[7]

4. 参赭三甲汤(贾堃)

组成:旋覆花 9g,代赭石 21g,党参 9g,清半夏 15g,龟甲 15g,鳖甲 15g,牡蛎 15g,瓦楞子 1~2g,蜂房 9g,黄芪 30g,山豆根 9g,赤芍 15g、鸡血藤 30g。

用法:一剂药煎两遍,合在一起,约煎取一大茶杯。分 2~4 次徐徐服下。每日服 1 剂。

功效:补中益气,平镇降逆,软坚化瘀,消炎解毒之效。

主治:食管癌。

方解:本方以旋覆花、代赭石、清半夏平镇降逆,化痰理气;龟甲、鳖甲、牡蛎、瓦楞子、赤芍、鸡血藤软坚破积,滋阴养血;蜂房、山豆根消肿止痛,清热解毒;黄芪、党参补气扶正。^[7]

七、癌毒犯胃

1. 鲁山冬凌草 (陈绍棠)

组成:冬凌草 10kg

用法:将纯净冬凌草切寸许长,粉碎入蒸锅内压紧,加水高出药面 50cm,放置半小时,使药粉充分浸透膨胀后,通入蒸气进行蒸馏,收集混悬水油液 2000ml。滤弃药渣,浓缩至 2000ml。以上两药合并后,再加入糖浆 600ml 和 20% 尼泊金溶液 50ml 作防腐剂,分装于 500ml 瓶内,可得 20 瓶,每毫升含生药 1g。每月 3 次,每次 30ml,饭后服,连用 2~3 个月为 1 个疗程,一般总量 900~12000ml。经 1~2 个疗程病变缩小或稳定者,减量维持,改每日 3 次,每次 15~20ml,饭后服;用药 1 个月,休息 1 个月,间断维持治疗半年以上。

功效:清热解毒,抗癌消肿。

主治:中晚期食管、贲门癌。

方解:鲁山冬凌草临床有明显的抗癌作用,特别是对食管癌、贲门癌、胰腺癌、胃癌、直肠癌、肝癌、乳腺癌、肺癌、急性白血病的肿瘤有效,据上海等地 17 个医疗单位治疗肿瘤 373 例的临床统计,总有效率 62.8%。临床观察表明,本品可缩小肿块,改善症状,增加胃纳,延长缓解期,实验室研究可抑制肿瘤细胞的合成,可抑制 S 期细胞进入 M 期,对食管鳞癌细胞株及食管癌 109 细胞有明显的细胞毒作用。同时

对食管癌前病变有阻断作用,对细胞免疫有一定的兴奋作用。冬凌草有同步化增效作用,如王瑞林将不能手术的食管癌病人分为平阳霉素、消瘤芥(简称PN)化疗组(31例)及PN化疗加冬凌草组(84例),前者完全缓解和部分缓解率6.5%,后者30.75%,前者有效率32.3%,后者70.2%, $P < 0.05$ 。可见冬凌草可提高化疗疗效。^[24]

2. 经验方(鲍云华)

组成:人工牛黄6g,板蓝根,猫眼草各30g,硃砂9g,威灵仙60g,制南星9g。

用法:共研为细末,每次口服1.5g,每日3次。

功效:解毒消肿,行瘀化痰,软坚散结。

主治:食管癌。作为化疗、放疗时辅助用药。

方解:人工牛黄、板蓝根、猫眼草解毒消;硃砂、威灵仙、制南星行瘀化痰,软坚散结。^[25]

3. 开关散(欧阳琦)

组成:乌梅炭、硃砂、硼砂、青黛等。

用法:冷涎丹取灿蜒洗涤,用冰片包在荔枝核肉之内,以线扎紧,待水流出后,即缓缓嚙下。

功效:开膈通窍。

主治:食管癌食饮难下。

方解:本案中医称之为“关格”,开关为上治之法,但须分清寒热虚实,方可有的放矢,药到病除,以防滥投。此为中医用药之道,不可不知。治关格用开关散,本为中医之传统疗法。但如何开关,亦当辨证用药。本例初用强碱性药物(开关散)有效,继用则灼热疼痛难忍。从灼热、欲冷饮症出发而改用冷涎丹开关,继续获得疗效。再根据舌苔花剥症情采用生

地、大黄等凉血养阴之品制成噙服剂,终于使患者减轻痛苦,生命得以延长。

加减:服开关散后出现胸部灼热疼痛,时欲饮冷,便结,烦躁异常,舌红苔黄厚者用冷涎丹,能开关,并适合本证,按法服用。其后用生地、大黄、蒲黄、旋覆花、代赭石、白及、冰片浓煎取汁,再入冰片溶化,每日服6~8次。^[26]

4. 开道散1号(张代钊)

组成:冰片9g,硼砂60g,硃砂9g,丁香9g,礞石15g。

用法:共为细末,加糖制成膏状,冷却作片剂,每片0.5g,每次含化1片,每日3~4次。

功效:行气化痰,消肿散结。

主治:晚期食管癌及贲门癌梗阻患者。

方解:张氏在长期的临床实践中看到中医药对多数晚期食管癌及贲门癌患者有减轻症状和延长生命的作用。曾有1例食管中段癌,管腔高度狭窄,钡剂通过受阻。通过上述治法,进食情况逐渐改善,1周后可吃软面条。从出现梗阻已生存6个月。噎膈之病,皆因郁怒伤肝,肝郁化火,痰火内结,灼伤津液阴血,食管干涩,以致吞咽困难,饮食不下。中期患者病情稍重,肿瘤较大者宜攻补兼施,扶正祛邪同时并举。晚期患者因身体虚弱,肿瘤广泛转移,多有气血双亏,应以扶正为主,祛邪为辅。并需随时注意调理脾胃以增进食欲,增强体质。

加减:同时针灸天突、膻中、内关(双)、足三里(双)、三阴交(双)、金津玉液(双)、天鼎(双)等。强刺激,不留针。扶正培本中药点滴灌肠:黄芪20g,党参15g,女贞子30g,补骨脂9g,鸡血藤30g,当归12g。水煎浓缩为200ml,每日1

次。并用化疗。^[21]

(张晓明)

参考文献

- [1] 关幼波. 肿瘤辨治. 中医药研究, 1987, (1): 3
- [2] 宋洪恩, 单国英. 复方壁虎酒治疗食管癌 42 例疗效观察. 北京中医, 1986, (3): 25
- [3] 强致和, 靳祥佑. 复方斑螫丸加减治疗中晚期食管癌贲门癌 126 例. 中西医结合杂志, 1989, 9(8): 503
- [4] 罗国钧, 马吉福. 治膈散治疗食管贲门癌梗阻 118 例. 浙江中医杂志, 1989, 24(6): 246
- [5] 米一鹤. 首批国家级名老中医效验秘方精选(续集). 北京: 今日中国出版社, 1999, 281
- [6] 单书健, 陈子华, 徐杰. 古今名医临证金鉴. 肿瘤卷. 北京: 中医古籍出版社, 1999, 271
- [7] 贾望. 肿瘤中医防治研究. 西安: 陕西科学技术出版社, 1980
- [8] 李岩. 肿瘤临证备要. 北京: 人民卫生出版社, 1989
- [9] 陈伟. 滋阴法在治疗肿瘤病中的应用—钱伯文老师的经验介绍. 上海中医药杂志, 1986, (2): 31
- [10] 施志明. 刘嘉湘老师运用养阴法治疗肿瘤经验. 辽宁中医杂志, 1987, (1): 1
- [11] 陈永久. 噎膈验案二则. 成都中医学院学报, 1987, 10(1): 23
- [12] 常敏毅. 当代名医疗癌方选介. 福建中医药, 1987, 18(2): 47
- [13] 董成武. 董叔良治疗食管癌的经验. 天津中医, 1986, 5(5): 12
- [14] 刘应州. 吕学民. 噎膈方治疗噎膈. 四川中医, 1983, (1): 5: 62
- [15] 张文杰. 食管癌 2 例治疗验案. 成都中医学院学报, 1985(2): 34
- [16] 秦亮. 王玉玲治愈食管中段癌 1 例. 四川中医, 1988, 6(12): 24
- [17] 刘浩江. 旋覆代赈汤治疗食管癌手术后的并发症 46 例. 河南中医, 1987, (1): 22
- [18] 王庆才, 等. 晚期食管癌从痰瘀论治 44 例疗效观察. 四川中医,

1993,(6):25

- [19]田广秀. 中药治愈食管癌1例. 陕西中医,1989,(10):460
- [20]郑鸿志. 谢亮辰老中医治疗食管癌的经验. 辽宁中医杂志,1986(3):21
- [21]卢祥之,张年顺. 著名中医治疗癌症方药及实例. 北京:北京科学技术出版社,1990
- [22]方兰芬. 通阳逐寒法治疗食管癌. 浙江中医杂志,1987,22(2):68
- [23]万潜光. 癌症手术及放疗后并发症治案. 江苏中医杂志,1986,7(5):26
- [24]陈绍棠,王瑞林,王明武. 鲁山冬凌草治疗食管贲门癌80例疗效观察. 中西医结合杂志,1988,8(1):43
- [25]鲍云华. 中西医结合治疗食管癌临床分析. 中西医结合杂志,1984,4(1):16
- [26]史宇广,单书健. 当代名医临证精华. 肿瘤专辑. 北京:中医古籍出版社,1992

附 录

一、脾胃虚弱

1. 蛋楞丸(贾壁)

组成:白术 60g,鸡蛋壳(焙)120g,枯白矾 30g,炒谷芽 60g,索罗子 90g,代赭石 90g,瓦楞子 60g。

用法:共研为细粉,水泛为丸。每次服 3~6g,1 日 3 次。黄芪煎水送下,或开水送下。

功效:开胃健脾,补益安中,化瘀软坚,降逆镇冲。

主治:用于胃癌饮食无味,消化不良,精神萎靡之时。

方解:本方用鸡蛋壳、瓦楞子、索罗子软坚止痛,补益安中;白术、炒谷芽开胃健脾;枯白矾、代赭石消炎镇冲。^[1]

2. 健脾消癌饮(蒋益兰)

组成:党参、茯苓各 15g,白术、香附各 12g,莪术、法半夏各 10g,丹参、半枝莲、白花蛇舌草、七叶一枝花各 30g,甘草 6g。

用法:水煎,每日 1 剂,分 2 次服。2 个月为 1 疗程。

功效:健脾益气,化解散结,解毒抗癌。

主治:晚期胃癌。

方解:本方临床疗效,52 例晚期胃癌患者经用本方加味治疗后,显效(症状完全缓解或部分缓解)21 例(占

40.4%);有效(症状部分缓解或病情无进展)24例(占46.1%);无效(病情无进展)7例(占13.5%),总有效率86.5%。其中生存1年44例(占84.6%),2年34例(占66.1%),3年28例(占53.1%),4年20例(占37.9%),5年18例(占34%)。经临床辨证本组病例均为脾胃虚弱,邪毒瘀结型,临床表现以脘腹疼痛,固定不移,或扪及痞块,伴面色萎黄,消瘦,神倦纳差,舌胖大有齿痕或舌质红,苔厚腻等为主要特征。故治当健脾益气,化瘀散结,解毒抗癌。方中四君子汤健脾益气,提高机体免疫功能;黄芪益气固本,具有良好的免疫调节作用;莪术、丹参活血化瘀,可降低患者血粘度,改善微循环,有利于药物、免疫淋巴细胞到达肿瘤部位而发挥抗癌作用;半枝莲、白花蛇舌草、七叶一枝花、石见穿清热解毒,可直接抑制癌细胞。全方扶正祛邪,标本同治,经临床初步观察,疗效肯定,近期有效率和远期生存率均高于化疗组。

加减:口干咽燥者加麦冬、石斛、花粉、天冬;血虚者加当归、白芍、枸杞;恶心、呕吐者加竹茹、代赭石;纳呆者加鸡内金、焦三仙;呕血、便血者加大黄粉、地榆炭、生蒲黄;疼痛甚者加元胡、川楝、白芍。^[2]

3. 治萎化异汤(蔡慎初)

组成:党参、茯苓、炒白术、炙甘草、陈皮、当归、丹参、黄连、莪术、徐长卿、佛手、铁树叶、蒲公英、露蜂房。

用法:每日1剂,水煎分2次空腹服。3~4个月为1疗程。

功效:益气理气,清热活血。

主治:胃癌前病变。

方解:临床治疗56例,经胃镜病理检查为慢性浅表性胃

炎和慢性萎缩性胃炎伴肠化生和不典型增生。疗效标准根据南昌会议标准修订。用本方加减治疗后,①临床症状疗效:显效32例,有效21例,无效3例;总有效率94.64%。②胃镜及病理活检综合疗效:显效28例,有效18例,无效10例;总有效率82.1%。③病理疗效:腺体萎缩45例:显效19例,有效15例,无效10例,加重1例,有效率为75.55%;肠化生47例:显效21例,有效13例,无效11例,加重2例,有效率为72.3%;不典型增生24例:显效15例,有效6例,无效3例,有效率为87.5%。以上病例经非参数统计分析处理,有显著差异, $P < 0.005$ 。④幽门螺旋菌转阴疗效:共检查17例,其中13例阳性,经治疗7例转阴。方中四君子汤具有增强机体免疫功能的作用,能较好地调节机体的免疫状态,促进粘膜修复,提高抗病能力;徐长卿、当归、丹参、陈皮行气止痛,活血通络;黄连、蒲公英清热解毒、抗菌消炎;莪术、铁树叶、露蜂房软坚散结,有较好的抗菌消炎、抗增生和防突变作用。

加减:脘腹胀满甚者加苏梗、枳壳;腹痛便溏者加桂枝、赤石脂、炮姜;脘腹有冷感者加吴茱萸、高良姜;呕吐吞酸者加法半夏、海螵蛸、旋覆花。^[3]

4. 薏苡三虫汤(顾兆雄)

组成:党参、半夏、僵蚕、炒白术、九香虫、茯苓各10g,炙甘草、陈皮各6g,生薏苡仁30g,守宫2条。

用法:上药每日1剂加水500ml浓煎取汁250ml分3次内服。连续服药1个月为1个疗程。

功效:健脾和胃,活血解毒,软坚散结。

主治:用于晚期胃癌手术后的防治。

方解:本组30例晚期胃癌手术后,经用本方治疗,存活

时间1年以上者2例,2年以上者3例,3年以上者11例,4年以上者6例,5年以上者6例,6年以上者1例,10年以上者1例。大多数患者症状缓解,食欲好转。体重增加,一般情况改善。胃癌论治,宜辨证与辨病相结合,首重辨证。辨证应着眼于健脾和胃,而辨病多从局部癌瘤着手。晚期胃癌,既有痰瘀癥积,邪实的一面,又有脾胃虚弱,气血不足,正虚的一面,本虚而标实。治疗若仅着眼于局部,以抗癌散积之品攻其邪,恐徒伤正气,而未必获效。尤其在手术后,气血受损,在此阶段用药,忌滋腻、苦寒,禁肆意攻伐,应攻邪而不伤正,扶正而不助邪,以和平为贵。方中六君子健脾益气,培补后天,增强抗癌能力;僵蚕、守宫活血解毒,软坚散结,常用治恶性肿瘤;九香虫善治脘膈滞气,胀闷疼痛;薏仁健脾渗湿,清热排脓,对癌细胞有抑制作用。

加减:若脘腹胀痛者加木香、枳壳、延胡索、香附各10g;若恶心呕吐、胃热者加川黄连3g,竹茹10g;若胃寒者加吴茱萸3g,生姜3片;若暖气频作加旋覆花10g,代赭石30g;若纳呆加炙鸡内金、焦六曲各10g,谷麦芽各30g;若气血不足加炙黄芪18g,当归、枸杞子各10g;若阳虚加附子10g,干姜3g;若阴虚加川石斛、炒白芍、麦冬各10g。^[4]

5. 健脾抗癌合剂(温而新)

组成:太子参(或党参)、炒白术、茯苓、半夏、青皮、陈皮各12g,丹参、红藤各20g,生牡蛎、莪术、夏枯草各30g。

用法:每日1剂,水煎取汁分2次温服。同时运用西医药治疗。基础治疗:包括输血、纠正酸碱与电解质平衡失调,防治感染等。

功效:健脾理气,清热解毒,软坚化痰。

主治:晚期胃癌。

方解:临床治疗24例均为晚期胃癌患者,且平均年龄56岁以上,多数行过手术或术后复发转移者,故治疗难度很大。经健脾抗癌合剂并用化疗,取得了良效,其总有效率为:化疗组66.67%,中药组71.42%,中西医结合组81.81%。表明中医中药或并用化疗治疗晚期胃癌,可使病灶缩小,临床症状改善。近年很多临床实验及健脾药理研究结果表明:以健脾法为主治疗晚期胃癌可不同程度的控制癌肿,同时改善了症状和提高了生活质量。如胃癌术后早期,以健脾法调理脾胃,恢复胃肠功能,对促进机体复原可起到积极作用;胃癌术后化疗期间,以便健脾和胃法,补气养血、滋阴利湿,可减轻化疗副反应,若同时佐以活血化瘀、通经活络、软坚散结,可协助化疗作用的发挥;化疗期间和化疗结束,以健脾法调理脾胃、活血化瘀、养明清热、清除余毒,可以巩固化疗效果。^[5]

6. 经验方(谢远明)

组成:党参、黄芪各60g,白术15g,茯苓、生薏苡仁各30g,半夏18g,枳壳、陈皮、厚朴、乌蛇、土鳖、全蝎各10g,蜈蚣2条,甘草6g。

用法:水煎服。

功效:益气健脾,化瘀消积。

主治:脾胃虚寒,气血瘀滞之胃癌。证见上腹部胀痛,饭后呕吐,进行性消瘦。心下刺痛,脘腹胀满,纳食甚少,且朝食暮吐,暮食朝吐,吐出宿谷不化,形体羸瘦,面色苍白,手足不温,神疲懒言,大便干而色黑。舌暗淡有瘀斑、苔白,脉弦细。检查锁骨淋巴结肿大,上腹部可扪及拳头大样硬性包块,肝脏亦肿大,且表面呈结节状。

方解:本方为六君子汤加黄芪以补气健脾,枳壳、厚朴理

气消胀,生薏苡仁利湿健脾,以及虫类化瘀消积之药。谢氏运用此方治疗胃窦癌,病程较长,包块较大,反胃较甚,阳气虚衰之证较著,故以扶正为主,祛邪为辅,方用由于方证契机,故而奏效显著。^[6]

二、气滞血瘀

1. 参赭桃红汤(贾堃)

组成:人参9g,代赭石18g,娑罗子18g,陈皮9g,当归15g,厚朴9g,白术12g,红花9g,桃仁9g,黄芪30g,生甘草3g。

用法:一剂药煎两遍,合在一起,约煎取一大茶杯,分2次服或徐徐服下。

功效:开胃健脾,行气消胀,活血化瘀,消炎止疼,理气镇冲,软坚攻积,扶正祛邪。

主治:胃癌胃脘疼痛,痞满呃逆,消化不良,精神萎靡。

方解:方中以白术、厚朴、陈皮、生甘草健脾渗湿,行气消胀;黄芪、人参补气扶正;当归、桃仁、红花活血化瘀,软坚止痛;代赭石、娑罗子理气镇冲。^[1]

2. 芪酥丸(贾堃)

组成:明雄黄6g,明白矾6g,山慈姑6g,制马钱子3g,蟾酥1.5g,朱砂9g,麝香1.5g,黄花(熬膏干燥)120g。

用法:上药除蟾酥外,各研为细粉后,合在一起研匀,用牛奶浸蟾酥,加猪胆汁为丸,每丸约0.09g,烘干1~2丸,1日3次。开水送下。

功效:活血化瘀,开窍醒脑,安神镇静,强心补气,正,补虚止疼,消坚除积。

主治:用于胃癌晚期身体虚弱,疼痛剧烈,咽下困难严重,或朝食暮吐或暮食朝吐之时。

方解:本方以明雄黄、山慈姑、明白矾,解毒消炎,化瘀软坚;制马钱子、蟾酥、朱砂、麝香,开窍醒脑,止痛息风,养心强壮,安神镇静;黄芪,补气托里以扶正。^[1]

3. 抑癌软坚散(陈孝明)

组成:白术、半夏、瓦楞子各 30g,木香、血竭各 9g,雄黄 6g。

用法:上药混和,研极细末,分成 30 等份,每次 1 份,每日 3 次,开水送服。

功效:益气消痞,化瘀软坚。

主治:晚期胃癌。

方解:本方临床疗效治疗组 30 例,总有效率(23/30) 76.7%。本组晚期胃癌患者多为失去手术机会,或因多器官功能不良,而不宜采用放、化疗等治疗。运用中药抑癌散治疗,近期疗效明显,在减轻腹痛、腹胀,改善睡眠、恶心、呕吐和便秘方面尤为突出。抑癌散中白术补气,有改善食少腹胀和倦怠乏力之作用。半夏降逆止呕,散结。木香行气止痛,健胃消食。血竭有化瘀止痛,生肌愈疮,促进创面愈合之功能。雄黄有解毒辟秽和杀菌功能。瓦楞子有制酸止痛,软坚散结,消除瘤痞痞块之功效。^[7]

4. 益气活血散(梁启明)

组成:党参、丹参、仙鹤草、炒白芍、炒山楂、生麦芽各 15g,黄花、白花蛇舌草各 20g,蓖麻、石斛、山慈姑各 10g,九香虫 8g,炮山甲 12g,檀香(后下)1g,法半夏 6g,炙甘草 5g。

用法:每日 1 剂,水煎,分 2 次服,3 个月为 1 疗程。

功效:益气养胃,活血散结。

主治:胃癌前期病变。

方解:临床观察治疗 87 例慢性萎缩性胃炎合并中度以上肠上皮化生或胃粘膜上皮不典型增生患者经用本方加减治疗后,胃镜病理显效 37 例,占 42.53%;有效 31 例,占 35.63%;无效 19 例,占 21.84%,总有效率 78.16%。临床症状显效 49 例,占 56.32%;有效 30 例,占 34.48%;无效 8 例,占 9.2%,总有效率 90.8%。中医认为“久病必虚”、“久病必瘀”,故脾胃气血亏虚、胃络瘀结为本病的基本病理转归。故治疗宜以益气养胃,活血散结为法。方中党参、黄芪、石斛、白芍、甘草等益气健脾养胃,促进中焦转输运化;以丹参、莪术、穿山甲、山慈姑化瘀通络,软坚散结;辅以九香虫、檀香斡旋升降,行气止痛以助血行;法半夏化痰散结;佐以仙鹤草既能止血以防活血药易引起出血之弊,又能消积除满,协助山楂、麦芽之类运脾化滞,又与白花蛇舌草、山慈姑同具有解毒抗癌之功。是方攻补兼施,润燥相济,切中病根,故而收效较好。

加减:脾胃虚寒者去白花蛇舌草、石斛,加桂枝、干姜、大枣;胃阴不足者太子参易党参,加乌梅炭、麦冬;肝胃气滞者去黄芪,加醋柴胡、佛手;湿热者去党参,加黄连、茯苓、白蔻仁;瘀血重者加三棱、红花;胆汁反流加丁香、柿蒂;HP 阳性加蒲公英。^[8]

5. 胃癌止痛散(李发杰)

组成:蜈蚣 10 条,水蛭、全蝎各 15g,血竭、白芥子各 10g,白花蛇 2 条,蟾酥 2g。

用法:共研细末,装瓶备用。视患者性别、年龄、体质强弱、对药物之耐受性等因素,每服 1.5~3g 不等,每日 2

次,餐前 30 分钟冲服。

功效:解毒散结止痛,活血祛瘀止痛。

主治:胃癌疼痛。

方解:本组 100 例胃癌疼痛患者经服用本散治疗后,显效(服药后疼痛消失或微感疼痛者)72 例(占 72%);有效(服药后疼痛大减能忍受者)26 例(占 26%);无效(服药后疼痛无明显变化者)2 例(占 2%),总有效率 98%。本病的病因病机主要是由于机体久受毒邪(致癌因素)侵袭,蕴毒于内,加之饮食不节、情志不畅,损伤脾胃,导致气滞、血瘀、痰结、毒邪蕴热,四者互为因果,积聚而成。其疼痛主要是由邪毒内蕴,致气滞血瘀、痰湿胶结而成癥积,癥积的增大和邪毒的浸润,又导致气机不畅,血行瘀滞,络脉壅阻,不通则痛。本散即以此病机立法。方中蜈蚣解毒散结止痛为主药,伍以水蛭、血竭活血祛瘀止痛,佐以白花蛇、全蝎、蟾酥加强其解毒散结止痛之功,以白芥子利气豁痰,散结止痛为引,共奏止痛之大功。又白芥子辛温香窜,可引药物渗透至肿瘤表面血管,改善肿瘤组织中的微循环,溶解肿瘤组织周围及瘤内纤维蛋白并破坏其凝集,缓冲肿瘤对患者痛觉神经化学性刺激或物理性压迫,使疼痛得以缓解。^[9]

6. 抗癌化痰止痛膏(李金文)

组成:露蜂房、壁虎、黄药子、皂角刺、白花蛇舌草、鸦胆子各 15g,蜈蚣 15 条,全蝎、番木鳖、木鳖子、水蛙、龙葵各 10g,土鳖虫 20g。

用法:抗癌化痰止痛膏制作,上药用麻油 1500g 浸润 7 天,熬焦去渣,入飞黄丹 500g,用柳枝搅拌至滴水成珠样,再用冷水浸泡 7 天,温化入乳香、没药各 6g,三七末 3g,檀香 1g,薄荷脑 3g,冰片 3g,收膏摊贴。胃癌选穴为中脘和神阙

穴,并在肿块上加敷此膏,48小时更换1次,15天为1疗程。

功效:活血化瘀止痛。

主治:胃癌疼痛。

方解:李氏等根据中医特色,在辨证论治的基础上自制“抗癌化瘀止痛膏”,采用外敷法治疗本病取得好的疗效,尤其对胃癌止痛效果更佳。其治疗结果:显效率为80.87%,有效为14.21%,无效占4.92%;总有效率达95.08%。“抗癌化瘀止痛膏”作用机理是根据中医的“不通则痛,痛则不通”原则,以露蜂房、土鳖虫、木鳖子、乳香、没药等活血药,配以蜈蚣、白花蛇舌草、壁虎、番木鳖等通络消肿以止痛。李氏等人还发现此膏药对肝癌、肺癌、大肠癌的疼痛也有良效。临床观察未发现任何毒副作用,同时外敷此膏药后能使包块变软、缩小,甚至消失,说明此膏不但止痛效果显著,而且还有抗癌的作用。^[10]

7. 三参化瘀汤(宋洪恩)

组成:华蟾 10g,守宫 6g,泽漆 15g,蜈蚣 3条,三七 10g,生晒参 10g,党参 15g,苦参 10g,莪术 9g,黄芪 15g,当归 9g,川芎 9g,白芍 10g,熟地 10g,生大黄(后下)6g,重楼 10g,元胡 10g,花粉 10g,制南星 10g,姜半夏 10g,半枝莲 15g,蒲公英 15g,旋覆花 10g,茯苓 10g,白术 10g,甘草 6g,陈皮 6g,黄精 10g,白蔻 6g,砂仁 6g,水蛭 6g,乌梅 10g,没药 10g,厚朴 10g,鸡内金 10g。

用法:每日2次,水煎饭后半小时服用,或1日多次少量服用。

功效:益气活血,解毒消癌。

主治:胃癌。

方解:本方治疗胃癌93例患者,治愈32例(34.41%)显

效 34 例(36.56%),有效 24 例(25.8%),无效 3(3.23%),总有效率为 96.77%,经观察瘤块消失时间最长者用药 141 天,最短者用药 75 天,平均用时间 108 天。^[11]

8. 经验方(谢远明)

组成:乌蛇 10g,蜈蚣 2 条,土鳖、炒山甲、山慈姑、紫草、功劳叶、黄柏各 10g,丹参、生薏仁、党参各 30g,白术 15g,青黛 6g。

用法:水煎服。

功效:化瘀消积,健脾清热。

主治:胃窦部癌肿手术后,气血瘀滞,脾虚湿热证。证见胃脘部胀痛不适,饭后尤甚,吐食则稍舒,口觉粘腻,纳食渐少,形体消瘦,面色萎黄,语声低微,便溏不爽。舌紫暗、苔微黄,脉弦滑。检查上腹部可触及鸡蛋大样硬性包块。

方解:谢氏用此方治疗反胃、积聚(西医都确诊为胃窦部癌)医案,病势较为险恶,但都获得了良效,其原因就在谨守病机,据证立法,重视“保胃气”和守方治疗。此属病程较短,包块较小,反胃不甚,且有湿热症状;故以攻消祛邪为主,健脾扶正为辅,方中乌蛇、蜈蚣、土鳖、丹参、山甲化瘀消积,山慈姑抗癌,功劳叶、黄柏清热燥湿,生薏苡仁利湿健脾,党参、白术益气健脾,同时佐以青黛、紫草清热解毒。^[6]

三、肝郁血虚

三宝功德丹(陈长义)

组成:半枝莲、白花蛇舌草、黄芪、威灵仙、羚羊骨各 100g,金石斛、砂仁、炮山甲、山豆根、露蜂房、马鞭草、地骨皮、核桃树枝各 50g,广木香、大黄各 60g。

用法:上药研末为丸,每次 10g,每日 3 次,用地骨皮、枸杞子各 10g 煎汤冲服。

功效:开郁散结,补气益血。

主治:中晚期胃癌。

方解:本方临床疗效显示,本组 182 例中晚期胃癌患者经用本方治疗后,基本治愈 46 例(占 25.3%),显效 52 例(占 28.6%),好转 45 例(占 24.7%),无效 39 例(占 21.4%),总有效率 78.6%。服药时间最长者 10 年,最短者 1 个月。服药时间越长效果越好。中医认为,癌肿的发生主要与七情郁结,脏腑功能失调,气血结滞有关;或因年高衰老,气血亏损,脏腑失却濡养所致。在治疗上应以开郁散结,补气益血为主,做到祛邪而不伤正,本方的宗旨即在于此。由于此病属疑难重症,所以必须较长时间用药,即使有些患者在短期内症状消除,还应用药 1 年以上,以巩固疗效。^[12]

四、阴津亏损

七豆散(贾堃)

组成:干漆(炒) 30g,仙鹤草 30g,枯白矾 15g,炒谷芽 30g,鸡内金 30g,藏青果 15g,蜂房 30g,全蝎 30g,蛇蜕 30g,山豆根 60g。

用法:共为细粉。每次服 3g,1 日 3 次。黄芪煎水送下,或开水送下。

功效:清热解毒,活血化瘀,开胃健脾,滋养润肺,降逆助消化。

主治:可用于胃癌、胃肠胀气、心口灼热、恶心嗳气等症。

方解:本方用干漆、藏青果、枯白矾,攻坚破积,消炎润膈;鸡内金、炒谷芽、仙鹤草,开胃健脾,强心滋养,助消化;蜂房、蛇蜕、全蝎、山豆根,清热解毒,软坚化瘀。^[11]

五、气血两虚

1. 扶正抗癌汤(朱昌国)

组成:党参、黄芪各 20g,白术 10g,薏苡仁、石见穿、白花蛇舌草、仙鹤草各 30g,三七粉 12g(冲服),蜈蚣粉 6g(冲服)。

用法:水煎,每日 1 剂,分 3 次服。西药用 5-氟尿嘧啶化疗。

功效:扶正补气,清热解毒,化瘀软坚。

主治:晚期胃癌。

方解:本方临床治疗 27 例晚期胃癌患者,采用中西医结合治疗后(其中 3 例伴有肝转移,24 例已有淋巴结转移),尚存活者 21 例(占 77.8%),死亡 6 例(占 22.2%),总有效率 77.8%。平均生存期为 3 年 10 个月。晚期胃癌患者大多体质虚弱,常表现不同程度的气虚,气阴两虚,白细胞减少,免疫功能低下,因此,扶正是治疗之关键。方中除用党参、黄芪、白术等药物扶正补气外,并采用石见穿、白花蛇舌草、蜈蚣粉(去头以减毒性)等清热解毒抗癌之药;且重用薏苡仁、三七粉利湿软坚、活血化瘀,以扶正抗癌。通过临床观察,本方对晚期胃癌有较好疗效,长期服用亦无不良反应。而且可以减轻化疗药物产生的副作用,使患者生存期显著延长。

加减变化:阴虚者加沙参、天冬、麦冬、生地;血虚者加当归、白芍、熟地;湿热者加黄芩、黄连;气滞气逆者加厚朴、香附、生半夏、生姜;血瘀者加三棱、莪术;消化不良者加鸡内金、山楂、神曲;疼痛者加乳香、没药。^[13]

2. 益气升血汤(饶燮卿)

组成:生黄芪、太子参、鸡血藤各 30g,白术、茯苓各 10g,枸杞子、女贞子、菟丝子各 15g。

用法:每日 1 剂,水煎,早晚分服,6 周为 1 个疗程。化疗采用 MFV 方案(丝裂霉素 4~6mg 静脉小壶滴注,每周 1 次;5-氟尿嘧啶 500~750mg 静脉点滴,每周 2 次;长春新碱 1mg 静脉小壶滴注,每周 1 次),9 例用 MFC 方案(即在上方案中,长春新碱换成阿糖胞苷 50mg 静脉小壶滴注,每周 1 次)。升血汤配化疗组和单纯化疗组均 6 周为 1 疗程,用 2~4 个疗程。

功效:益气健脾,补气养血,滋肝补肾。

主治:中晚期胃癌。

方解:81 例中晚期胃癌患者,采用抽签随机分组,益气升血汤配合化疗组 64 例中,有效 61 例,总有效率 95.3%。单纯化疗组 17 例,有效 13 例。总有效率 76.5%。远期疗效:按寿命表法统计治疗后生存时间,升血汤组患者平均生存期 3.188 年,对照组平均生存期为 1.12 年。益气升血汤组 64 例中,3 年存活 37 例,占 57.8%,5 年存活 22 例,占 34.4%。单纯化疗组 17 例中,3 年存活 3 例,占 17.6%,5 年存活 1 例,占 5.9%。经统计学处理,两组有显著性差异($P < 0.01$)。方中黄芪益气补血。太子参、白术、茯苓健脾补气,调整脾胃功能。枸杞子、女贞子、菟丝子、鸡血藤滋补肝肾,益气养血。全方具有益气健脾,补气养血,滋补肝肾的功效,具有保护胃肠功能,增强免疫功能和骨髓造血功能的作用。^[14]

六、热毒壅盛

1. 蜂宝散(贾堃)

组成:射干 24g,狗宝(或马宝)9g,藏青果 15g,山豆根 30g,建神曲 45g,蜂房 9g,蛇蛻 9g,全蝎 9g。

用法:共为细粉。每次服 1.5~3g。1日3次。黄芪煎水送下,或开水送下。

功效:降逆镇冲,宽膈健脾,帮助消化,清热解毒,消炎止痛,活血化瘀。

主治:用于胃癌、胃胁疼痛,吃饭前后呕吐,并吐涎沫等症。

方解:此散以射干、山豆根、藏青果、狗宝,消炎止痛,清热利膈,镇冲降逆;建神曲,健脾助消化;蜂房、全蝎、蛇蛻,解毒软坚,活血化瘀。^[1]

2. 平萎消异汤(杨炳初)

组成:黄芪、当归、川芎、白芍、丹参、银花、黄连、莪术、徐长卿、肿节风各 12g。

用法:每日1剂,水煎,分2次服。疗程3~6个月。

功效:益气活血,清热消积。

主治:胃癌前病变。

方解:临床参照1989年11月南昌会议制订的《慢性胃炎中西医结合诊断辨证和疗效标准》。①临床症状疗效:79例中,显效49例,有效27例,无效3例;总有效率96.2%。②胃镜及病理活检综合疗效:79例中,显效38例,有效25例,无效16例;总有效率79.75%。慢性萎缩性胃炎伴胃粘膜重度肠化或不典型增生,是一种顽固难治的消化道疾病,有一定的恶变倾向。针对本病“气虚血瘀,邪热内结”的病理

特点,确定以“益气活血,清热消积”为治则。方中黄芪益气健脾,具有增强机体免疫功能的作用,能较好地调节机体的免疫状态,促进粘膜修复,提高抗病能力;徐长卿、川芎、白芍、当归、丹参行气止痛,活血通络;黄连、银花清热解毒,抗菌消炎;莪术、肿节风软坚消积,有较好的抗炎性增生和防突变作用。

加减:气虚乏力者加党参、白术、甘草;脘腹胀满者加重苏梗、枳壳、佛手;腹痛便泻者加桂枝、吴萸、炮姜、赤石脂;呕吐嘈杂者加柴胡、黄芩、半夏、瓦楞子。^[15]

3. 拔毒攻坚散(宋洪恩)

组成:泽漆 60g,华蟾 50g,守宫 20g,莪术 20g,三棱 20g,川芎 20g,元胡 20g,独活 20g,乳香 20g,没药 20g,当归 20g,川乌 20g,草乌 20g,木香 20g,麻黄 20g,地鳖虫 20g,大戟 20g,皂矾 20g,红花 10g,甘遂 10g。

用法:以上药物分别按规定炮制,粗粉过筛掺匀,装在 20cm×20cm 布袋内缝口备用。先将药袋在普通饭锅内热蒸 20~30 分钟,然后再洒酒 50~100ml。为防止烫伤皮肤,需用干毛巾将药袋包好敷于癌灶原发部位,待温度适宜时,再将毛巾去掉。为确保疗效,需保持一定的温湿度(每次蒸药后务必洒酒 100g),热敷时,药袋上放一热水袋,病人若感太重可采用立位热敷,待感到局部温度下降时,再将药袋旋转后敷于患处,每日 3~3 次,每次热敷时间持续 30 分钟左右,反复间断热敷。每包药物可反复应用 5 天。

功效:解毒消癌,活血化瘀。

主治:胃癌。

方解:本组观察治疗胃癌 93 例患者,治愈 32 例(34.41),显效 34 例(36.56%),有效 24 例(25.8%),无效 3

(3.23%),总有效率为96.77%,经观察瘤块消失时间最长者用药141天,最短者用药75天,平均用药108天。^[11]

4. 胃积糖浆(桂梦熊)

组成:制川乌3g,姜半夏9g,代赭石15g,枳壳9g,半枝莲30g,红丹参9g,白茅根30g,鸡内金12g,党参9g,巴豆霜0.15g。

用法:浓煎取汁;加白糖60g,制成糖浆200ml,装瓶备用。每日3次,每次20ml。

功效:下气散结,化痰降逆,解毒祛疾,扶脾和胃。

主治:晚期胃癌。

方解:根据古人用海藻配甘草治疗瘰疬的经验,桂老用乌头伍半夏治疗胃癌,起到破积聚、通经脉、降逆止呕、下气散结的作用;大积癥块非辛烈峻剂不能散。巴豆霜性辛热有大毒,消坚积,去恶肉;赭石、枳壳下气消痰,镇逆止呕;半枝莲清热解毒,现代药理证实有抗癌之功效;丹参破癥瘕瘤疾,祛瘀生新,通利血脉;茅根凉血止血,养胃生津。党参、内金补益胃气而扶正。寒温配伍,反药同用,攻补兼施,下气散结,化痰降逆,解毒祛疾,扶脾和胃。^[16]

七、肾气亏虚

1. 健脾益肾汤(余桂清)

组成:党参、枸杞子、女贞子各15g,白术、菟丝子、破故纸各9g。

用法:水煎服,每日1剂。

功效:健脾益肾。

主治:胃癌化疗反应,辨证属脾肾两亏型者。

方解:党参、枸杞子、女贞子、白术、菟丝子、破故纸健脾益肾。余桂清治疗晚期胃癌5年生存期(率),一般平均为25%,姑息切除5年生存率更低,仅11%。晚期胃癌术后使用中医药治疗,提高了手术效应。本院治疗胃癌术后化疗合并应用中药,其5年生存率为55.32%。以上例证显示,中医治疗晚期胃癌术后能促进康复及延长5年生存率。^[17]

2. 豆芪汤(徐迪华)

组成:刀豆子30g,黄芪30~50g,人参、麦冬各10g,猪苓15g,白术10g,肉桂3g,巴戟肉、锁阳各15g,掌叶半夏、制南星各10g,莪术15g。

用法:每日1剂,煎2次,早晚分服。服药期间停止使用其它疗法。

功效:益肾健脾,解毒化痰。

主治:晚期胃癌。

方解:胃癌为本虚标实之证,本虚乃脾肾不足,标实为癌毒侵袭。脾肾不足表现为先天肾元亏虚,御癌能力低下;后天脾胃气虚,食积痰滞,易遭癌毒所凑。故本病的治疗一方面必须扶正,用肉桂、巴戟肉、锁阳温煦肾元,用黄芪、人参、白术、猪苓健脾和中益气,用刀豆子温中降逆、补肾。癌毒之性彪悍燥烈,易伤津耗气,故气阴两亏为晚期胃癌恶液质的显著特征,治当补气生津。用人参、麦冬相伍。癌毒侵入胃脘,阻滞气血津液的正常运行和输布,必致湿炼成痰、血凝成瘀,终致毒、瘀、痰三邪集结胃府。故治疗的另一方面又当攻逐邪实,用掌叶半夏、制南星以毒攻毒,化痰散结;用莪术行气破血,消积止痛。

药理研究表明,人参能增强机体免疫功能及对各种有害因子的适应力,从而提高机体抗癌能力,且能使癌变的细胞

向正常细胞逆转;黄芪能提高肿瘤细胞内环磷酸腺苷含量,抑制肿瘤生长,甚至使肿瘤细胞逆转,能诱生干扰素,对癌性病毒的入侵和复制显示出阻碍作用,对细胞免疫和体液免疫均有促进和调节作用,通过此作用发挥对肿瘤细胞的抑杀效应,且能改善细胞和机体营养与能量代谢;猪苓有增强淋巴细胞对肿瘤细胞的特异性免疫作用;白术不仅对癌细胞有直接伪抑杀作用,且能增强癌细胞的抗原性及机体特异性主动免疫,还能促进机体非特异性免疫功能,此外尚有强壮作用;刀豆子所含刀豆酸 A,对于病毒或化学致癌剂处理而后得的变形细胞的毒性大于对正常细胞的毒性,经胰蛋白处理后的刀豆酸 A,能使肿瘤细胞重新恢复到正常细胞的生长状态;掌叶半夏对肿瘤细胞有一定的抑制作用;莪术对肿瘤细胞有直接的破坏作用。可见,豆芪汤的主要药理基础可能与对胃癌细胞有直接的抑杀作用及通过增强人体免疫功能间接发挥抗癌作用有关,至于具体机理尚待进一步研究。^[18]

(张晓明)

参考文献

- [1] 贾堃. 癌瘤中医防治研究. 西安:陕西科学技术出版社, 1980
- [2] 蒋益兰. 健脾消痞饮治疗晚期胃癌 52 例临床观察. 湖南中医杂志, 1994, (4): 3
- [3] 蔡慎初. 自拟治萎化异汤治疗胃癌前病变 56 例. 上海中医药杂志, 1996, (2): 10
- [4] 顾兆雄. 六君薏苡三虫汤治疗晚期胃癌手术后 30 例. 浙江中医杂志, 1996, (10): 443
- [5] 温而新. 中西医结合治疗晚期胃癌 24 例临床观察. 江西中医药, 1996, (3): 39
- [6] 谢远明. 胃癌治验两则. 陕西中医, 1987, (5): 320

- [7] 陈孝明. 抑癌散治疗晚期胃癌的近期疗效观察. 新中医, 1997, (1): 34
- [8] 梁启明. 益气养胃活血散结法治疗胃癌前病变 87 例. 陕西中医, 1996, (1): 11
- [9] 李发杰. 胃癌止痛散治疗胃癌疼痛 100 例. 山东中医杂志, 1994, (10): 443
- [10] 李金文. 抗癌化瘀止痛膏治疗癌症疼痛临床观察. 天津中医, 1995, 12(4): 9~10
- [11] 宋洪恩. 三参化瘀汤及拔毒攻坚散治疗胃癌 93 例. 上海中医药杂志, 1997, (5): 27
- [12] 陈长义. 三宝功德丹治疗中晚期胃癌 182 例. 湖南中医杂志, 1992, (3): 39
- [13] 朱昌国. 中西医结合治疗晚期胃癌 27 例小结. 湖南中医杂志, 1995, (2): 6
- [14] 饶燮卿. 升血汤配合化疗治疗中晚期胃癌的远期疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1994(6): 366
- [15] 杨炳初. 平萎消异汤治疗 79 例胃癌前病变的疗效分析. 上海中医药杂志, 1994, (3): 12
- [16] 卢祥之, 张年顺. 著名中医治疗癌症方药及实例. 北京: 科学技术文献出版社, 1990
- [17] 余桂清. Ⅲ期胃癌的远期疗效观察和中药扶正方剂的作用探讨. 中医杂志, 1982, 23(3): 21
- [18] 申春梯. 徐迪华运用豆蔻汤治疗晚期胃癌的经验. 江苏中医, 1994, 15(7): 7

大 肠 癌

1. 铁仙五炭饮(李华)

组成:铁苋菜 60g,仙鹤草 30g,地榆炭 40g,乌梅炭 30g,山楂炭 30g,大蓟炭 30g,金银花炭 30g,白及 15g,莪术 12g,藤梨根 15g,甘草 10g。

用法:水煎服,每日 1 剂,日 2 次。

功效:清肠止血,解毒抗癌。

主治:直肠癌便血。

方解:方中铁苋菜用量最大,具有收敛、保护肠黏膜、消炎抑菌作用;仙鹤草为止血要药,现代药理研究证实,所含仙鹤草素不但可以缩短凝血时间,还能升高血小板,二者为君药;地榆内含鞣质,能缩短出血、凝血时间,收缩血管,临床多用于下部出血;乌梅、山楂皆味酸性平,但乌梅之酸,酸而收涩,山楂炭以除瘀血污垢,同时二药对多种肠内致病菌都有抑制作用,能改善肠腔内环境;大蓟炭亦不惟止血之用,兼可解毒,银花炭与之相辅相成,白及祛瘀化腐,因其质粘,亦可止血,《本草汇言》称其“封填破损,痈肿可消,溃败可托,死肌可去,瘀血可洁,有托旧生新之妙也”;甘草用为佐使,清热解毒并调和诸药,全方共奏清肠止血,解毒抗癌之功。

加减:偏于湿热下注者,可加苦参、黄柏、薏苡仁;瘀血内阻者选加赤芍、桃仁、土鳖虫、五灵脂;肝肾阳虚加巴戟、

仙茅、仙灵脾；气血双亏，疼痛明显者加制乳没、炒延胡索、炒灵脂、徐长卿，或另冲田三七；便频者酌加升麻、葛根、秦皮、禹余粮、赤石脂；里急后重加木香、黄连、炒莱菔子。^[1]

2. 通幽消坚汤(张书林)

组成：白花蛇舌草、槐角、槐花各 35g，龙葵、仙鹤草、地榆各 20g，当归、生黄芪、败酱草各 10g，山甲、昆布各 15g，三七参、生大黄各 5g，黄药子 30g。

用法：每日 1 剂，煎取 400ml，分早、中、晚 3 次服用。

功效：清热解毒，活血消痈。

主治：直肠癌。

加减：内服中药，以上方为基础，随症加减。外用槐花汤保留灌肠（槐花、鸦胆子各 15g，皂角刺、血竭各 40g，水煎取汁 200ml 保留灌肠 1~2 小时）。将上药混合捣成药饼分成 3 个，每次用 1 个，用白布固定于手掌心，男左女右。^[2]

3. 自拟方(杨荣彪)

组成：白花蛇舌草 15g，蚤休、槐米各 10g。

用法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。每次服复方阿胶浆 1 支。

功效：解毒消痈。

主治：大肠癌。

方解：杨氏认为直肠癌多为气血虚损，毒邪流注直肠所致。本方中使用大剂量白花蛇舌草有强效的清热解毒、祛邪之功；蚤休辅以解毒、消痈散结而祛瘀止痛，助主药之效；槐米为治疗肛肠之要药，引经直达病所；由于气血虚损故用复方阿胶浆扶正祛邪而收其功。观察治疗直肠癌病人 1 例，患者肿块明显缩小，且能参加轻微体力劳动。^[3]

4. 桑地丸(谢泽光)

组成:鲜桑枝、地榆粉各 500g,青蒿粉 250g,蜂蜜适量。

用法:将桑枝切片入铁锅内,加井水 1000ml,煮至 10 分钟,冷后加入青蒿粉,适量米粉,至能做丸为度,每 2g,服时裹蜂蜜吞下,每日服 3 次,每次 3 丸,3 个月为 1 个疗程。

功效:清热解毒祛湿,活血化瘀止痛。

主治:直肠癌。

方解:谢氏认为直肠癌多由温热毒邪蕴结直肠,气血瘀阻而致,治宜清热解毒祛湿,活血化瘀消腐。临床善治疑难重症,自拟桑地丸,治疗直肠癌 12 例,治愈 6 例。桑地丸中桑枝入肺,通大肠,达血络,祛直肠癌腐湿毒;地榆清热凉血,活血止血,治直肠脓血恶疮;青蒿清直肠风毒,消脓痛;蜂蜜扶正补中,缓解止痛,通便解毒;米粉养护胃肠。全方具有清热解毒祛湿,活血化瘀止痛,消腐而不伤正之功。^[4]

5. 自拟方(王绪鳌)

组成:槐角、金银花各自 12g,白花蛇舌草、生薏苡仁、藤梨根、土茯苓各 30g,猫人参 60g(猕猴桃的根),无花果 15g,侧柏叶、苦参、生地榆各 9g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:解毒利湿。

主治:直肠腺癌。便血,大便变细,有粘液及脓血,腹痛恶心,胃纳不振,口燥而苦,苔白腻,舌质暗紫,证属湿邪下注,邪毒郁结肠道者。

方解:王绪鳌基本方为藤梨根、猫人参、白花蛇舌草、苦参、水杨梅根、生苡仁、凤尾草、野葡萄根、白茅根、槐角、草河车、丹参。

加减:便秘血选加地榆、槐花、侧柏炭、银花炭之类,大便秘结,体实者酌加大黄、枳实、桃仁;体虚者选用柏仁、松子仁、火麻仁、郁李仁;便次增多选用白槿花、枳椇皮、诃子之类;阳虚选加附子、肉桂、干姜之类;阴虚选石斛、玉竹、玄参、天花粉、麦冬之类;气血不足加太子参、黄芪、当归、地黄之类。^[5]

6. 加减楂榴汤(贾堃)

组成:焦山楂 18g,山药 30g,诃子肉 12g,石榴皮 21g,山豆根 9g,蜂房 9g,赤石脂 15g,莲子肉 30g,蛇蜕 9g,全蝎 9g,地榆 15g,炒谷芽 30g。

用法:一剂药煎两遍,合在一起,分2次服。

主治:大肠癌。

方解:用山药、诃子肉、焦山楂、炒谷芽开胃健脾,助消化;蜂房、蛇蜕、全蝎、涩肠止泻、止血止痢。诸药配合,有软坚化结,清热解毒、健脾止泻,帮助消化之功,用于肠癌身体疲倦,腹胀,食欲不振,腹部隐痛,腹泻之时。^[6]

7. 豆黄丸(贾堃)

组成:蜂房、蛇蜕、全蝎、瓦楞子、大麻仁、大黄、金银花、鸡内金、山豆根、白扁豆各等份。

用法:共研为细粉,水泛为丸,如绿豆大小。每次服6~9g开水送下。

方解:方内用蜂房、蛇蜕、全蝎、山豆根、金银花,清热解毒,消肿化瘀;瓦楞子、鸡内金、白扁豆,助消化,健脾胃,攻坚破积;大麻仁、大黄,润肠泻下。诸药综合配伍,有消肿化瘀,活血止痛,清热解毒,攻坚破积,润肠泻下,健脾胃,助消化之功。^[6]

8. 豆楞汤(贾堃)

组成:紫石英 15g,花蕊石 15g,瓦楞子 30g,山豆根 9g,槐角 15g,连翘 30g,蒲公英 15g,牛蒡子 15g,大黄 9g,木通 9g,桃仁 9g,金银花 30g。

用法:一剂药煎两遍,合在一起,分2次服。

方解:本方以紫石英、花蕊石、桃仁、瓦楞子、槐角,软坚破积,活血止血;山豆根、连翘、蒲公英、金银花、牛蒡子,清热解毒,润燥消炎;大黄、木通,泻下利尿。各药相配伍,能清热解毒,软坚破积,活血止血,化瘀定痛,通肠泻下,利尿消肿。用于肠癌便秘与腹泻交替出现,或摸到坚硬的结节,有压痛之时。^[6]

9. 硝马丸(贾堃)

组成:火硝 15g,制马钱子 15g,郁金 15g,白矾 15g,生甘草 3g。

用法:共研为细粉,水泛为丸,如绿豆大小。每次服 0.3~0.9g,1日3次。黄芪煎水送下,或开水送下。

方解:方中用郁金、白矾攻坚破积,消炎解毒,活血止痛,推陈出新;制马钱子、生甘草,消痞块,通血脉,与诸药配在一起,软坚破积,活血消肿,清热解毒,用于癌肿坚硬疼痛时。^[6]

10. 蛇龙汤(贾堃)

组成:白花蛇舌草 30g,龙葵 15g,红藤 30g,大黄 9g,丹皮 12g,鳖甲 15g,瓦楞子 3g,黄芪 30g,龟甲 15g,薏苡仁 30g。

用法:一剂药煎两遍,合在一起,分2次服。

方解:方内用白花蛇舌草、龙葵、红藤、大黄,畅寒通便,

活血消炎,清热解毒;丹皮、龟甲、鳖甲、瓦楞子,软坚破积,化痰润燥,止痛止血;黄芪、薏苡仁,补气健脾以扶正。各药相配合,能活血消炎,清热解毒,软坚破积,活血化痰,健脾补气,润燥畅塞,通便扶正。用于肠癌发生肠梗阻、腹胀、腹疼及便秘之时。^[6]

11. 苡榴汤(贾堃)

组成:炒苡米 30g,石榴皮 21g,焦山楂 30g,诃子肉 12g,山豆根 9g,瓦楞子、黄芪各 30g,党参 15g,料姜石 30g。

用法:一剂药煎两遍,合在一起,分 2 次服。

方解:方中用苡米、石榴皮、诃子肉,健脾止泻;焦山楂、瓦楞子、料姜石,软坚开胃,助消化;山豆根,清热解毒;黄芪、党参,补气。各药综合配伍,有补中益气,开胃健脾,助消化,软坚化痰,涩肠止泻,扶正强壮的功能。^[6]

12. 枳藤汤(贾堃)

组成:枳实 9g,红藤 30g,苡米 30g,地榆 15g,苦参 30g,石榴皮 18g,料姜石 30g,焦山楂 30g。

用法:一剂药煎两遍,合在一起,分 2 次服。

方解:本方用枳实利气宽肠;红藤、苦参、地榆,活血止血,解毒消炎;苡米、石榴皮、料姜石、焦山楂,开胃健脾,软坚补虚,止泻止痢。^[6]

13. 金前丸(贾堃)

组成:制马钱子 120g,制乳香 15g,制没药 15g,西红花 15g,麻黄 60g,郁金 15g。

用法:共研为细粉;面糊或米饭为丸,如绿豆大。每次服 1~5 丸,黄芪煎水送下,或开水。

方解:本方以马钱子、乳香、没药,止疼消肿,提精神,通血脉;郁金、西红花、麻黄,解郁通络,活血化瘀。六药配在一起,对各种剧烈的疼痛有效。^[6]

14. 青牛散(贾壁)

组成:青黛 15g,礞砂 15g,硼砂 15g,牵牛子 9g,大黄 15g,蜈蚣 10 条,红参 15g,料姜石 30g,地榆 30g。

用法:共研为细粉。每次服 1.5~3g,1 日 3 次。黄芪煎水送下,或开水送下。

方解:本方内用青黛、礞砂、蜈蚣、硼砂,消炎解毒,软坚化瘀;大黄、牵牛子,利便;红参、地榆、料姜石,止血消痞,补虚强壮。诸药相配合,有补虚强壮,活血止血,软坚化瘀,消炎解毒,化痞利便之功。用于便血,排便疼痛或排便困难之时。^[6]

(刘成武)

参考文献

- [1]李华,胡秀润.铁仙五炭饮治疗直肠癌便血.河南中医,1992,18(5):271
- [2]张书森,等.通幽消坚汤合外治法治疗直癌 72 例.浙江中医杂志,1990,25(6):271
- [3]杨荣彪.大剂量白花蛇舌草治疗直肠癌 1 例.云南中医杂志,1993,14(2):17
- [4]谢泽光.大肠癌治验.陕西中医,1993,11(6):266
- [5]王绪鳌.老年肠癌的中医药治疗.浙江中医学院学报,1986,10(1):21
- [6]贾壁.癌瘤中医防治研究.西安:陕西科学技术出版社,1980

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医