

# 慢性胃炎中医治法探析

孙 鹏

(清华大学附属北京市垂杨柳医院, 北京 100022)

**摘 要** 慢性胃炎是指因各种因素引起的胃黏膜的慢性炎症,为消化科常见病。本病临床表现多样,属于中医学“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”范畴。慢性胃炎的中医治疗要补益脾胃以治其本,重视运脾;胃气宜降,以和为顺,常用疏肝和胃法与化湿和胃法;“久病入络”,凡病程较长者均应考虑血瘀而用化瘀之法。在化湿和胃法的运用中,因湿邪可随体质不同寒化或热化,化湿之法根据寒热虚实不同有温中、清热、健脾之分。另外,还应适当结合胃镜表象进行微观辨证,达到宏观与微观辨证结合治疗。

**关键词** 慢性胃炎;中医药疗法;宏观辨证;微观辨证

**中图分类号** R259.733 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)01-0011-03

慢性胃炎是指因各种因素引起的胃黏膜的慢性炎症,为消化科常见病。本病临床表现多样,无特异性,可有中上腹不适、食欲不振、饱胀、隐痛、烧灼痛及暖气、反酸、恶心等症,疼痛无节律性,部分患者可无临床症状。中医认为慢性胃炎可归属于“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”范畴。笔者根据临床经验,就慢性胃炎中医治法探析如下。

## 1 补益脾胃为本,重视运脾

中医认为本病的发生与外邪犯胃、饮食失调、七情内伤、劳倦内伤等因素有关。《素问·刺法论》谓“正气存内,邪不可干”,《素问·评热病论》指出“邪之所凑,其气必虚”,因而正气亏虚是慢性胃炎的发病关键。脾为“后天之本”,气血生化之源。脾胃同居中州,灌溉四旁,以膜相连,脾宜升则健,胃宜降则和,脾胃健运,则正气充沛,不易为外邪所侵,即使感邪亦利于鼓邪外出,促进疾病向愈。若脾胃虚弱,气血生化乏源,则正气亏虚卫外不固,易受外邪侵袭而发病。故脾胃虚弱是慢性胃炎的基本病机,补益脾胃是慢性胃炎的基本治法。脾主运化,脾虚运化失职,痰湿内生,日久化热,痰湿或湿热内蕴,中焦气机升降失常,表现为纳差、脘腹胀满、暖气、恶心、反酸等症状,故本虚标实、虚实夹杂是慢性胃炎的病机特点。补益脾胃常用四君子汤合黄芪加减,不可单纯施补,且补药用量不宜过大,根据笔者经验,黄芪、党参用量以15~20 g为宜,过多则易滋腻壅中,升阳助火,加重痰、湿、食、热等实邪的积聚,

或可变生他证。应用补法时应酌加运脾开胃之品,如陈皮、砂仁、鸡内金等,使补而不滞。运脾法实为一种综合性的治疗法则,即凡能充脾实体,增强运输能力,畅通运送渠道,祛除中焦病理产物以及能减少其生成的方法<sup>[1]</sup>,均可归属于“运脾法”。运脾有健运中州、行转畅达之功,能动态使脾胃调和,能祛脾胃中之邪,且无损脾胃之气。

## 2 胃气宜降,以和为顺

**2.1 疏肝和胃** 随着现代生活节奏的加快,竞争也日趋激烈,人们心理以及精神上往往处于高度紧张状态,容易出现烦躁易怒或情绪低落、焦虑抑郁等情况,所谓郁怒伤肝,肝失条达,横逆犯胃,出现肝胃不和的表现,如胁肋脘腹胀满疼痛、恶心、嗝腐吞酸等。古今医者都非常重视肝与脾胃之间的关系,疏肝法在调理脾胃病方面具有重要的地位,如叶天士提出“醒胃必先制肝,培土必先制木”的治疗原则。胃主通降,以降为和,故疏肝和胃法作为慢性胃炎的一种常用治法具有充分的理论依据。笔者认为肝胃不和是一个笼统的说法,临证时可具体细分为肝胃气滞型和肝胃郁热型,前者以胁肋脘腹胀满或者疼痛为主要表现,可伴有暖气、恶心等症,治疗上以疏肝理气、和胃降逆为法,方选逍遥散或四逆散加减;后者以嗝腐吞酸、口干、口苦等为主要表现,治疗上以清肝泻火、和胃降逆为法,方选左金丸加减,常加海螵蛸、煅瓦楞子等制酸之品,以及栀子、黄芩、茵陈等泄肝之品。

2.2 化湿和胃 湿邪有外感和内生之分,是慢性胃炎的重要致病因素之一。《温病条辨·寒湿》云:“脾主湿土之质,为受湿之区,故中焦湿证最多。”脾胃同居中焦,互为表里,与五气之中湿相通,故外感湿邪易犯中焦脾胃。饮食方面,由于生活条件的改善,肥甘、生食、冷饮、乳酪、酒水等成为现代人的经常选择,较之传统食品更易损伤脾胃而生湿滞;另外,情志不遂、木郁克土或脾胃素虚均可影响脾胃运化而生湿。如《素问·阴阳应象大论》云:“中焦生湿”,《素问·至真要大论》谓:“诸湿肿满,皆属于脾。”笔者认为湿邪既可作为病因,又可作为病理产物存在,是慢性胃炎致病的关键因素。湿邪可随体质不同寒化或热化,而且可夹杂他邪为患,临证时当根据寒热虚实及兼夹病邪,施以不同的祛湿之法。

2.2.1 温中化湿 适用于寒湿中阻者,多由于过食生冷、冒雨涉水等致外感寒湿之邪客于中焦,影响脾胃运化,气机升降失常所致。症见:纳差,胃中怕冷,脘腹胀满、疼痛,便溏,舌淡或见舌体胖大,苔白腻,脉滑。治宜温中散寒化湿,临床常用陈皮、茯苓、苍术、白术、半夏、厚朴、干姜、吴茱萸等,方选平胃散或厚朴温中汤加减。温中化湿之品性多辛香温燥,过量则易劫伤胃阴,如苍术笔者认为以6~10 g为宜,吴茱萸一般用2~3 g,最多不超过5 g。

2.2.2 清热化湿 适用于湿热蕴结中焦者,多由于嗜食辛辣、肥甘厚腻而生,或长夏高温多雨外感湿热带邪气所致,症见:胃中灼热,反酸,口干苦,食欲不振,便秘或黏滞不爽,舌红,苔黄腻,脉滑数等,治宜清热与化湿并举,方选黄连温胆汤或三仁汤或泻心汤加减。清热药大多具有苦寒之性,为避免苦寒伤胃,用量不宜过大,如黄连以5~10 g为宜。对于大便不通者,可酌情使用大黄、决明子等泻热通便药,但要注意中病即止,以免泻下伤阴。

2.2.3 健脾化湿 适用于脾虚湿蕴者,多由于药食或情志因素引起脾胃功能受损,或素体脾胃虚弱,脾失健运,水湿内停为患,症见:食少纳呆,脘腹胀满,呕恶,疲劳乏力,大便溏,舌淡,苔白,脉弱等。本证多是脾虚和湿邪并重,故治疗上应二者并举。临床常用六君子汤或参苓白术散加减。需要注意的是,若患者素体阳热亢盛或湿蕴日久皆可化热,而见脾虚湿热的证候表现,此时应健脾和清热化湿并用,可予升阳益胃汤加减。

### 3 “久病入络”,从瘀论治

慢性胃炎因受外邪侵袭(如幽门螺杆菌感染),胃络受损,或出血之后形成离经之血等诸多因素影

响,脾胃气机升降失常,血液运行不畅,日久而成瘀,叶天士则指出“病久痛久则入血络”,中医学认为久病入络,凡病程较长者均应考虑血瘀。其症见:胃脘疼痛,特点为刺痛,疼痛拒按,夜间尤甚,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩。治疗上可予丹参饮合失笑散加减,常加用桃仁、红花、当归、赤芍、川芎、三七等。需要注意的是,血瘀和湿热等邪类似,既是病理产物,又是致病因素,临床上多与湿热等邪相合为病,且瘀血阻络影响气机运行而成气滞,故临床上化瘀之法常与化湿、清热、理气等相兼为用,具体处方用药如前所述。

### 4 宏观与微观辨证相结合

传统中医是从宏观上搜集舌、脉、症的信息,四诊合参,确定证治,本质上是“司外揣内”;现代胃镜技术的发展,使我们能很好地从微观层次认识胃的病理改变,所谓“有诸内者,必形诸外”。故临床上应将宏观和微观辨证结合起来。临床上主要根据胃黏膜的色泽、形态及胃黏液色泽、形态、润燥状况等辨证。阴阳学说是中医理论体系的重要组成部分,是中医认识和治疗疾病的基础,如《素问·宝命全形论》谓“人生有形,不离阴阳”,可根据胃镜表象的阴阳属性对其进行微观辨证。正常胃黏膜为淡红色或橘红色,黏膜光滑,黏膜下血管不显露,皱襞规则。病理状态辨证如下:(1)胃热型。胃黏膜呈樱桃红或绛红色,充血水肿明显,黏膜粗乱,多伴糜烂或疣状增生,血管纹紫红,呈网状显露,黏液多混黄色。提示胃黏膜炎症较重,临证常加黄连、蒲公英、白茅根、炒栀子等。(2)胃寒型。黏膜色泽苍白,充血区域呈斑片样,黏膜下血管纹灰蓝,黏液稀薄而清。多责之于脾胃虚寒,胃黏膜失养所致,临证常加党参、黄芪、炒白术、干姜等。(3)瘀滞胃络型。黏膜暗红色,弥漫性充血,可见散在出血点及瘀斑,黏膜较薄,可呈颗粒样或结节样增生,血管网色紫暗,呈树枝样显露,黏液灰白。另外,胃镜病理提示的肠上皮化生和异型增生可按中医“血瘀”论治,常用丹参、三七、桃仁、红花等。(4)湿阻型。辨证要点是胃黏液分泌量多,常加陈皮、半夏、茯苓、苍术、厚朴等。(5)胃阴不足型。黏膜红色,轻度充血,欠光泽,胃黏液分泌量少,胃黏膜呈龟裂状改变,常用沙参、麦冬、生地、石斛等。总之,临床上应以宏观辨证为主,适当结合微观,根据胃镜表现的寒热虚实特点酌情加减用药。目前已公认慢性胃炎的主要病因是幽门螺杆菌(Hp)感染,世界上约95%以上的慢性胃炎患者感染Hp<sup>[2]</sup>。目前通用的三联及四联疗法存在如耐药、副作用大、

## 清代名医王九峰从脏腑辨治不寐钩玄

夏宁俊 顾根网 陈艳 王国方

(丹阳市中医院, 江苏丹阳 212300)

**摘要** 清代名医王九峰认为不寐的常见病机有肾水不足, 心肾失交; 心脾两虚, 虚火扰神; 心胆气虚, 胆热上扰; 胃失和降, 阴阳失衡; 肝郁血亏, 心神失养。分别治以滋补肾水, 交通心肾; 补益心脾, 养阴清心; 益气安神, 清胆化痰; 和胃安神, 交通阴阳; 疏肝理气, 养血安神。王氏从脏腑辨证治疗不寐的经验丰富和发展了不寐的临床辨治。

**关键词** 王九峰; 不寐; 从脏腑辨治; 中医药疗法; 清朝

**中图分类号** R256.23 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 01-0013-03

王之政, 字献廷, 号九峰, 清代江苏丹徒名医, 自幼聪颖, 得家传岐黄之术, 学验俱丰, 平生忙于诊务, 无暇著作, 门人集其方, 著成《九峰医案》, 后世以此为底本, 校注出版成《王九峰医案》<sup>[1]</sup>。失眠是现代入最常见的疾病之一, 随着人们工作生活压力的增大, 发病率居高不下, 严重影响着患者的身心健康。失眠在中医学中被称为“不寐”, 又称“不得眠”“不得卧”等。《王九峰医案》共记载不寐病案19则, 其言证论治引经发微, 辨证准确, 博采众方, 疗效显著。笔者反复研读, 尝试总结了王氏从脏腑辨治不寐经验, 以期不为寐的临床诊治提供参考。

### 1 肾水不足, 心肾失交——滋补肾水, 交通心肾

肾中精气, 为机体生命活动之本, 对机体的生理活动起着极其重要的作用。不寐根本病机在于“阳不入阴, 阴阳失交”, 而肾乃一身阴阳之根, 故肾在全身阴阳平衡中起决定作用。若因久病缠绵、房事过

度、七情不节等耗伤肾阴, 肾阴亏竭于下, 不能上奉于心, 心必藉肾以相通, 火必得水而既济。心肾失交, 水火不济, 心火独亢于上, 扰乱心神, 夜不能寐。诚如《古今医统大全·不寐候》有云“有因肾水不足, 真阴不升而心阳独亢, 亦不得眠”。王氏所载不寐医案中, 心肾失交者最多。王氏辨证准确, 阐述病机, 通达透彻, 如认为患者因“精血素亏”, “五志过极, 俱从火化”, “七情不节, 骤加惊恐”等多种病因, 导致“真阴下亏, 虚阳上越, 水不济火……竟夜无寐”。除不寐外, 王氏另详细记载与本病机相关的其他症状, 如心主神明, 神明被上炎之火扰动, 则见心烦意乱, 莫能自主; 汗为心之液, 心火上炎, 迫津外泄, 而见自汗; 肾阴亏虚, 不能上乘津液, 以润咽喉, 故见口渴咽干。

治疗上王氏提出“法当补坎补离, 冀其水火既济”, “壮水济火, 补阴潜阳”。方选六味地黄汤(《小

根除不彻底等诸多问题, 应用受到一定的限制。中医药在治疗Hp方面有独到优势, 日益受到学界重视。Hp作为一种致病菌, 属于中医外邪范畴, 可见于各种证型的慢性胃炎患者。有研究表明, Hp感染以脾胃湿热型感染率最高, 故在辨证的基础上酌加清热化湿药有助于幽门螺杆菌的清除, 减轻慢性胃炎的病理损害<sup>[3-4]</sup>。

### 参考文献

- [1] 禹正玲. 运脾法实质及儿科用方举隅[J]. 江苏中医, 2000, 21(12): 45.
- [2] 池肇春. 实用临床胃肠病学[M]. 北京: 中国医药科技出版

社, 2001: 685.

- [3] 刘军仕. 幽门螺杆菌感染性胃病中医药治疗研究近况[J]. 中医杂志, 2003, 44(11): 872.
- [4] 冯莲君, 延文. 幽门螺杆菌与胃脘痛中医分型的关系[J]. 现代中西医结合杂志, 2000, 9(2): 105.

**第一作者:** 孙鹏(1983—), 男, 医学博士, 主治医师, 从事中医治疗肾病和脾胃病的研究工作。keven\_soon@163.com

修回日期: 2019-07-18

编辑: 吕慰秋