



北京中醫藥大學

BEIJING UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

硕士学位论文

题 目：吴耀南教授中医治疗慢性胃炎的经验总结

专 业：中医内科学

研究方向：中医治疗脾胃病

学生姓名：朱进

导 师：吴耀南 教授

二〇一五年五月

独创性声明

本人声明所呈交的论文是我个人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果，也不包含为获得北京中医药大学或其他教育机构的学位或证书而使用过的材料。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名： 朱进 签字日期： 2015.6.1

学位论文授权使用授权书

本人完全了解北京中医药大学有关保留、使用学位论文的规定，即：学校有权保留送交论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或其他复制手段保存论文。本人授权北京中医药大学将本人学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，并允许提交杂志社出版。

☒公开 ☐保密（____年____月）（保密论文在解密后应遵守此规定）

学位论文作者签名： 朱进 签名日期： 2015.6.1

导师签名： 吴如平 签名日期： 2015.6.1

目录

中文摘要.....	1
Abstract.....	2
英文缩略语.....	4
文献综述.....	5
1 古代医家对慢性胃炎的认识	5
1.1 病名	5
1.2 病因病机	6
1.3 辨证论治	7
2 现代医家对慢性胃炎的研究进展	8
2.1 病因病机	8
2.2 治疗方法	9
参考文献.....	13
前言.....	15
吴耀南教授对慢性胃炎中医治疗的学术思想.....	16
1. 导师对慢性胃炎的认识.....	16
2 慢性胃炎胃黏膜病理变化与中医证型的关系	16
3 中医诊疗特色	17
3.1 四诊合参重舌脉	17
3.2 三因制宜	18
4 治疗思路	18
4.1 治胃要治肺	18
4.2 治胃要治肠	19
4.3 治胃要治肝	20
4.4 治胃要治肾	20
4.5 治胃要治腰	20
5 辨证分型与临床经验相结合	21
5.1 肝胃不和证	21
5.2 肝胃郁热证	22
5.3 脾胃湿热证	22
5.4 脾胃气虚证	23
5.5 脾胃虚寒证	23
5.6 胃阴不足证	24
5.7 胃络瘀血证	25
5.8 脾虚湿热血瘀证	25
参考文献.....	27
致谢.....	28

中文摘要

目的：归纳总结吴耀南教授对慢性胃炎的认识及中医治疗的独特经验和学术特点，以供临床探讨和借鉴。

方法：通过近两年的跟随导师出门诊，听导师讲解、授课，查房等，对导师在慢性胃炎的中医认识、学术思想，辨证分型、临床常用方剂及其主要的随证变化、常用药物分析等进行归纳、总结和整理。

结果：①病因病机：导师认为慢性胃炎初犯多为慢性浅表性胃炎，多属于肝胃不和、脾胃虚弱、脾胃湿热，病因多是由于饮食不洁、喜食生冷、长期生活不规律、情志失调、感染Hp损伤脾胃等原因引起。随着病程发展，脾阳渐耗，中阳不足，可出现脾胃虚寒证。病程日久则可出现气滞血瘀、胃阴不足或脾虚湿热等证。②病理与中医证型：导师认为慢性胃炎中医辨证分型与胃黏膜病理改变之间存在实质性联系，可根据胃黏膜的病理诊断来指导中医用药疗程及适量加减中药来增强疗效。还认为准确诊断是治好病的基础，在临床治疗上，应注重中西医结合，将胃黏膜病理和胃镜作为中医望诊的延伸，不但能减少误诊，而且还能根据胃镜所见准确的判断目前的病情，对疾病的治疗具体重大的作用和意义。③中医诊疗特点：1. 重视舌脉：导师认为在诊病过程中，望、闻、问、切缺一不可。但以舌诊和脉诊最为重要，比较客观，受患者主观影响比较小。舌象能够反映出病势是进是退，正气是盛是衰，邪气的性质是湿、或火、或毒等等，能客观的反映出病理改变并可以指导立法及处方用药。通过查看舌苔，可测知胃气的强弱、胃阴的荣损、寒热湿毒痰瘀的有无。导师亦同样重视对“舌下脉络”的观察，认为“舌下脉络”是观察人体微循环的窗口，可较准确的反映出机体气血运行的状况和“血瘀”的程度。2. 三因制宜：导师认为治病应根据个人的体质、年龄、性别的不同和根据季节、地理环境的不同而制定不同的治疗方案。如现代人生活压力大，用药应注意加强疏肝理气，闽南地区地处东南，气候温热潮湿，临证宜加入清热化湿之品等等。④治疗思路：导师认为“五脏六腑皆令胃胀痛非独胃也”，故而提出了治胃要治肺、治胃要治肠、治胃要治肝、治胃要治肾、治胃要治腰等学术见解。倡导治胃病犹如行军打仗，如长驱直入不能奏效，可考虑迂回作战的方略，即遇到难治性胃病，我们可考虑从其他脏腑入手治疗。

⑤辨证分型：导师将慢性胃炎根据临床经验分为肝胃不和证、肝胃郁热证、脾胃湿热证、脾胃气虚证、脾胃虚寒证、胃阴不足证、胃络瘀血证、脾虚湿热血瘀证8个证型。并对各个证型、临证加减及用药特点做了具体的阐述。

结论：吴耀南教授对慢性胃炎的认识及治疗上有着丰富的经验，形成了自己独有的特色和理论体系，并且在临床上取得了显著的治疗效果，其学术思想和经验有较强的实际使用价值和临床指导作用，为临床中医治疗慢性胃炎提供了新思路和方法。

关键词：经验总结，慢性胃炎，吴耀南，中医

Abstract

Objective: To summarize professor Wu Yaonan's unique experience and academic characteristics of TCM treatment of chronic gastritis.

Methods: By the methods of interviewing, collecting and summarizing clinical cases, and reviewing literature, the paper summarizes and sorts out Professor Wu's understanding of chronic gastritis, academic thought, TCM syndrome types differentiation, common prescriptions and drugs.

Results: ① Pathogenesis: Professor Wu thinks that mostly the incipient type of chronic gastritis is chronic superficial gastritis, which mainly belongs to the three syndrome types below: liver-stomach disharmony, weakness of the spleen and stomach, or damp heat in the spleen and the stomach. Unclean or cold food, long-term irregular life, emotional disorders, and Hp infection are common cause of chronic superficial gastritis. With development of the disease, the Spleen yang is gradually consumed, which will cause deficiency cold of spleen and stomach. Finally it may result in qi stagnation and blood stasis, lack of stomach yin or spleen vacuity with damp-heat in the course of time. ② Pathology and TCM Syndromes: Professor Wu believes there exists substantive contact between TCM syndrome type of chronic gastritis and gastric mucosa pathological variation. So he generally changes Chinese medicine treatment according to the pathological diagnosis of gastric mucosa. Professor Wu insists our student should pay attention to combining therapy of Chinese and Western medicine, taking the gastric mucosal histopathological examination and endoscopy as a method of inspection, which are of great significance and importance for the treatment of diseases. ③ TCM treatment characteristic: 1. Paying great attention to the tongue and pulse diagnosis: Professor Wu considers that diagnosing a disease includes inspection, auscultation and olfaction, inquiry and pulse diagnosis. And the tongue and pulse diagnosis is the most important due to its objectivity. Tongue examination can reflect whether disease progresses or fades away, indicates the nature of evil such as wet, fire, or poison, etc, so that it can guide the proper therapeutic method. Professor Wu also emphasizes the observation of "sublingual-threads", he thinks "sublingual-threads" is the window to observe human microcirculation. It accurately reflects the condition of the body's blood running and the degree of "blood stasis". 2. Emphasizing treatment in accordance with three categories of etiologic factors: Professor Wu thinks that treatment should base on individual physical, age, gender, and different seasons and different geographical environment in order to take effect. ④ Treatment thoughts: Professor Wu considers treatment of other zang-fu viscera to cure intractable gastric diseases especially when gastric drugs are ineffective. Therefore Professor Wu proposes five academic insights including treating lung to cure the stomach, treating intestine

to cure the stomach,treating liver to cure the stomach, treating kidney to cure the stomach,and treating waist to cure the stomach.⑤Syndrome differentiation: Professor Wu divides chronic gastritis into eight syndromes based on clinical experience including liver -stomach disharony syndrome,liver and stomach gloomy heat type,spleen-stomach damp-heat syndrome, deficiency of spleen and stomach qi,syndrome of deficient cold of spleen and stomach,syndrome of deficiency of stomach yin,syndrome of stagnated blood of stomach meridian,Pi-deficiency Syndrome with damp-heat retention and blood stasis.And he makes specific exposition respectively.

Conclusion:Professor Wu Yaonan,who has a great deal of experience for understanding and treatment of chronic gastritis,develops his own unique characteristics and theoretical system, and has gained significant curative effect in clinical practice.His academic thought and experience have a fairly good practical value and clinical guidance,which can provides new ideas and methods for Chinese traditional treatment of chronic gastritis on clinic.

Key Words:summary of experience, Chronic gastritis, Yao-Nan Wu, TCM

英文缩略语

英文缩略语	英文全称	中文全称
CAG	chronic superficial gastritis	慢性浅表性胃炎
CSG	chronic atrophic gastritis	慢性萎缩性胃炎
HP	Helicobacter pylori	幽门螺杆菌
PPI	Proton pump inhibitor	质子泵抑制剂

文献综述

“慢性胃炎”在祖国中医学中属于：“胃脘痛”、“痞满”、“吐酸”、“呃逆”、“嘈杂”等范畴，在《内经》中早有记载了“胃脘痛”、“呕吐”、“吐酸”以及“痞满”的病名。《素问·至真要大论》曰：“厥阴司天……民病胃脘当心而痛，上支两肋，膈咽不通，饮食不下……食则呕。”又说：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”“心胃生寒，胸膈不利，心痛痞满。”《素问·六元正纪大论》说：“木郁之发，故民病胃脘当心而痛。”《灵枢·经脉》说：“脾足太阴之脉……是动则病舌本强，食则呕，胃脘痛，腹胀，善噯。”以上不仅明确提出了本病的相关病名，还阐述了本病的可由寒邪入侵、热邪阻滞、饮食不节、起居不时、肝木郁滞等原因引起，而且所描述的某些临床症状及伴随症状与慢性胃炎很相似。

1 古代医家对慢性胃炎的认识

1.1 病名

“胃脘痛”的记载最早见于《内经》，对于胃脘痛的症状大多以“厥心痛”、“心痛”、“胃心痛”等描述。如《灵枢·邪气脏腑病形》云：“胃病者，腹胀，胃脘当心而痛”。《灵枢·厥病》曰：“厥心痛，痛如锥针刺其心，心痛甚，脾心痛也”，又云：“厥心痛，腹胀胸满，心尤痛甚，胃心痛也”。唐代孙思邈在《千金要方·心腹痛》中论述了九种心痛，即虫心痛、注心痛、风心痛、悸心痛、食心痛、饮心痛、冷心痛、热心痛、去来心痛，这里所说的的心痛，实际上多指胃脘痛。到了金元时期，李东恒的《兰室秘藏》里明确指出胃脘痛的病位不在心，而在脾胃，到此胃脘痛是首次被作为病证名提出。直到明清时期，胃脘痛的病名才正式确立，王肯堂在《证治准绳》中提到，前代医家将胃脘痛、心痛混为一谈的原因是：“胃脘痛处在心下，故有当心而痛之名”^[1]。

“痞满”的病名最早见于《黄帝内经》，称之为“否”、“否塞”、“否膈”等。如《素问·五常政大论》谓：“备化之纪，……其病否”^[2]。直到东汉·张仲景在《伤寒论·辨太阳病脉证并治》中明确提出：“但满而不痛者，此为痞”，明确了痞证得概念。还将痞满和结胸作了鉴别，并创立了诸泻心汤来治疗痞满，一直为后世医家所效法。

“吐酸”，中医对“吐酸”的认识由来已久，首见于《内经》，《素问·至真要大论》曰：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”。隋朝巢元方在《诸病源候论·诸痞候》中也提到了“吞酸”一词，如“噯醋者，由上焦有停痰，脾胃有宿疾，故不能清谷，谷不消则胀满而气逆，所以好噯而吞酸，气息醋臭”。《景岳全书·吞酸》曰：“非如吐酸之近，不在上脘而在中焦胃脘之间，时多呕恶，所吐皆酸，即名吐酸而渥渥不行者是也”以上各医家对吞酸都做了一定的阐述。

“呃逆”俗称打嗝，古称“哕”又称“哕逆”，最早见于《内经》，而考《内经》只有“哕”的记载，并无“呃逆”的病名，但其“哕”主要做呃逆的意思，《素问·宣明五气篇》云：“胃为气逆，为哕、为恐”，此“哕”即为呃逆而言。直至明清时期，才确定了“呃逆”一词的正式使用，如王肯堂《证治准绳》中提到：“呃逆，即《内经》所谓哕也”。张介宾注《素问·宣明五气篇》：“胃为气逆，为哕。”云：“胃为水谷之海，胃有不和，则为气逆，哕，呃逆也。胃中有寒则为哕”^[3]。

“嘈杂”是指胃中饥嘈，胸膈懊恼而不可名状而言。《景岳全书·嘈杂》云：“其为病也，则腹中空空，若无一物，似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，而胸膈懊恼，莫可名状，或得食而暂止，或食已而复嘈，或兼恶心，而渐见胃脘作痛。”

1.2 病因病机

古代的很多医家在论述胃脘痛的病因病机有许多独到之处。如《景岳全书·心腹痛》一书中，张景岳认为：“胃脘痛证多有因食、因寒、因气不顺者”，“惟食滞、寒滞、气滞者最多……其有因虫、因火、因痰、因血者，皆能作痛。大都暴痛者多由前三证，久痛者多由后四证。……因寒者常居八九，因热者十惟一二。”李东恒提出了“内伤脾胃，百病由生”的内伤致病理论，也警示了后代诸多养生者要注重调理脾胃。叶天士在《临证指南医案·胃脘痛》中提到：“初病在经，久病入络，以经主气，络主血，则知其治气治血之当然……辛香理气、辛柔和血之法，实为对待必然之理”。指出了胃脘痛病始得病在经在气，久而久之疾病由经入络，由气入血，即疾病的由气分转入血分的转变规律。

东汉·张仲景在《伤寒论·辨太阳病脉证并治》中明确了痞证的概念，并且认为外感表证未愈，误下伤中，正虚邪陷，结于心下，阻碍中焦气机的升降是痞满的主要病因病机，并创立了寒热并用、辛开苦降的治疗大法。隋朝太医令巢元方在《诸病源候论·诸痞候》中提到“诸痞者，营卫不和，阴阳隔绝，脏腑痞塞不得宣通，故谓之痞。其病之候，但腹内气结胀满，闭塞不通”等，总结了痞证的病因病机。李东恒在其著作《兰室秘藏》、《东垣试效方》中专业列出了“中满腹胀门”、“胃脘痛门”、“心下痞门”、“心腹痞满”、“心胃及腹中诸痛门”、“呕吐哕门”，其中的很多内容都提到了对于胃病的病因病机和治法用药，如其在论述“心下痞”时指出：“夫痞者，心下满而不痛者是也。太阴者，湿土也，主壅塞，乃土来心下为痞满也。伤寒下之太早亦为痞……仲景立泻心汤数方，皆用黄连泻心下之土邪，其效如响应桴……非止伤寒如此。至于酒积杂病之下太过，亦作痞满。……故胸中之气，因虚而下陷于心之分野，故致心下痞。”对痞满的概念及形成机理作了明确的论述。

张元素在《医学起源》中论吐酸时提到：“酸者，肝木之味也，由火实制金，不能平木，则肝木自甚，故为酸也”，说明吐酸的病机是因为热邪客胃，并创制了“枳术丸”治疗虚痞，为后世所推崇。高鼓峰在《医家心法·吞酸》中指出：“凡是吞酸，尽属肝木曲直作酸也。河间主热，东恒主寒，毕竟东恒言其因，河间言其化也。盖寒则阳气不舒，气不舒则郁而化热，热则酸矣。然亦有不因寒而酸者，尽是水气郁甚、熏蒸湿土而

成也，或吞酸或吐酸也。又有饮食太过，胃脘填塞，脾气不运而酸者，是怫郁之极，湿热蒸变，如酒缸太甚则酸也。然总是木气所致”。可以看出，吐酸一证，总与肝胃相关。

“呃逆”是指胃气上逆动膈，气逆上冲，出于喉间，呃呃连声，声短而频，不能自制的病证。《灵枢·口问》曰：“谷入于胃，胃气上注于肺，今有故寒气与新谷气俱还入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为哕”。认为呃逆之作，乃中焦先有寒气，不能受纳新入之谷气，两者相乱所致。朱丹溪《丹溪心法·呃逆》认为：“古谓之哕，近谓之呃，乃胃寒所生，寒气自逆而呃上。亦有热呃，亦有其他病所发呃者。朱丹溪认为呃逆分寒热，寒者由寒气上逆而来，而热呃是由其他疾病引发的。

朱丹溪在《丹溪心法·嘈杂》中提到嘈杂的病因在于痰湿、气郁、食积、热邪四个方面。此外脾胃虚弱、阴血不足亦可以致嘈。基本概括了嘈杂的发病的主要因素^[4]。张景岳在《景岳全书》里提到：“大抵食已即饥，或虽食不饱者，火嘈也”、“有因病后，每于夜分，心嘈如饥，殊难容忍者，此阴虚血少，或阳气下陷，阴火沸腾，属于气血虚而有火也”^[5]，嘈杂的病因是热邪犯胃、阴血不足。

1.3 辨证论治

《金匱要略》中将胃病分为了“痞证”、“胀证”、“满证”、“痛证”，为胃脘痛的辨证治疗奠定了基础，如“按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤。……上下痛而不可触近，大建中汤主之”，书中所载的小建中汤、大建中汤、黄芪建中汤、大柴胡汤、芍药甘草汤等都是治疗胃痛常见方剂。

张景岳在《景岳全书·心腹痛》中提到：“痛有虚实……辨之之法，但当察其可按者为虚，拒按者为实；久痛者多虚，暴病者多实；得食稍有可者为虚，胀满畏食者为实；痛徐而缓，莫得其处者多虚，痛剧而坚，一定不移者为实；痛在肠脏中有物有滞者多实，痛在腔隙胁经络，不干中脏而牵连腰背，无胀无滞者多虚。脉与证参，虚实自辨”，认为辨病要辨虚实。此外，张氏在治疗上法从薛己，力主温补，并将痞满分为虚痞、实痞两大类，指出：“凡有邪有滞而痞者，实痞也；无物无滞而痞者，虚痞也。……实痞实满者，可散可消；虚痞虚满者，非大加温补不可。此而错用，多致误人。”

王纶首先提出脾阴学说，他在《名医杂著》说“治脾胃须分阴阳气血”，反对概用“辛温燥热，助火消阴之剂”，否则“胃火益旺，脾阴益伤，清纯中和之气，变化燥热，胃脘干枯，大肠燥结，脾脏渐决”。他的论述对后世“胃阴”、“脾阴”学说的发展具有重大的影响。薛己认为“阴虚乃脾虚也，脾为至阴”，对虚损证强调肝、脾、肾三脏调治，而尤以脾土为要。缪希雍重视养护胃气，尤其注重脾阴，认为许多杂病都是“脾阴不足之证。”他在《先醒斋医学广笔记》指出：“治阴阳诸虚病皆当以保护胃气为急”，“世人徒知香燥温补为治脾虚之法，而不知甘寒滋润益阴之有益于脾也”。

李东垣后，重脾胃者但知宜补脾阳，而不知滋养脾阴。脾阳不足，水谷固不化，脾阴不足，水谷仍不化也。譬如釜中煮饭，釜底无火固不熟，釜中无水亦不熟也。……俾知一阴一阳，未可偏废。

叶天士独创胃阴辨治，他既继承了东垣补脾升阳之说，又阐述了脾胃分治之理，认

为脾胃虽同属中土，但论治有别，明确“胃喜润恶燥”的观点，其在《临证指南医案》说：“太阴阴土，得阳始运，阳明阳土，得阴自安”。力主“甘平或甘凉濡润以养胃阴”，在继承李东垣甘温升阳、益气补脾思想的基础上，常用沙参、麦冬、石斛、玉竹、天花粉、乌梅、生白芍等药和麦门冬汤等方及白粳米、青甘蔗浆、甜水梨汁等物甘润养胃，此来可除辛热耗气伤阴、苦寒败胃伤阳、温燥助热损津、滋腻滞气碍胃之弊，作用平和，疗效确切。对此，其门人总结为“脾喜刚燥，胃喜柔润”。叶氏创立的胃阴辨治之说，弥补了东垣略于治胃，重在温补，疏于养阴的不足，纠正了举世皆以治脾之药笼统治胃，甚则阴阳不辨的弊病，补充了脾胃学说的一大法门，对脾胃学说的发展作出了重要贡献。

顾靖远在《顾氏医镜·胃脘痛》中提到“景岳云：近世治痛，有以诸痛为实，痛无补法者；有以通则不痛，痛则不通者；有以痛随利减者，皆为正治之法。不知形实病实，便秘下不通者，乃为相宜；若形弱脉弱，食少便泄者，岂容混治。须知拒按者为实，可按者为虚；痛而胀闭者多实，不胀不闭者多虚；喜寒者多实，爱热者多虚；饱则甚者为实，饥则甚者多虚；脉实气粗者多实，脉虚气少者多虚；新病年壮者多实，久病年老者多虚；补而不效者多实，攻而愈剧者多虚。必以望、闻、问、切四者详辨，则虚实自明”此中对于胃脘痛的辨证论治讲述的较为详细，简而言之就是虚、实、寒、热。

经过了历代医学家的不断努力，慢性胃炎的各个相关病症不仅在病因病机上逐渐趋于完善，而且在临床辨证及治疗用药上也有了很大的进步，提高了临床的疗效，为我们今天对慢性胃炎的辨证论治奠定了坚实的基础。

2 现代医家对慢性胃炎的研究进展

慢性胃炎是由各种病因引起的胃黏膜慢性炎症或萎缩性病变。现代医学对于慢性胃炎的病因，目前主要认为与幽门螺杆菌(*helicobacter pylori*, Hp)感染、自身免疫、饮食习惯、环境因素及药物刺激等相关。随着不断深入的研究，中医运用独具特色的辨证论治，采用中医药治疗慢性胃炎已积累了相当丰富的经验，表现出明显的优势和发展前景，故将中医药治疗慢性胃炎的临床研究进展综述如下。

2.1 病因病机

慢性胃炎在中医学上没有明确的病名，在祖国中医学里属于：“胃痛”、“痞满”、“吐酸”、“呃逆”、“嘈杂”等范畴，是由多种病因综合作用的结果，现代医家认为其主要由外感六淫、内伤七情、饮食劳倦、起居失宜等原因引起。

王凤云^[6]认为饮食阻滞，误下伤中，痰气壅塞，七情失和，脾胃虚弱等导致脾之清阳不升，胃之浊阴不降，阻碍中焦气机是本病的主要病因病机。涂福音^[7]在此基础上有进一步的认识，认为饮食内伤、外邪侵袭、情志不畅、脏腑失调等因素，皆可损伤脾胃，久则脾胃虚弱，且胃乃多气多血之腑，易损易滞，易实易虚，气病血病多见。脾喜燥恶

湿,脾虚湿蕴,化热伤阴,终至气虚血瘀,湿热郁滞而成本病。

危北海^[8]认为,正虚是脾胃病变发生发展中的重要因素,气阴两虚是慢性胃炎发病和转归的重要内因,气阴两虚证时慢性胃炎的常见证型。慢性胃炎气阴两虚乃指脾胃气虚和阴津不足,故而临床上主要表现为脾气胃阴两虚和胃之气阴两虚证。前者常夹杂气滞、湿阻、痰凝、食停等;后者常兼见郁热、血瘀、气滞等。

郭教礼^[9]等人认为血瘀致病是本病的主要严重致病因素,寒、热、虚、滞均能致瘀,瘀阻胃络可使胃粘膜腺体血运障碍,营养匮乏,促使本病的发生和加重。名医邱健行教授认为此病虽然虚实夹杂,病情复杂多变,但以“气虚”、“阴虚”、“血瘀”为疾病的主要病机^[10]。

徐珊认为饮食不慎是产生本病的主要原因之一,生冷之物可致胃寒,辛热甘膩之品易致胃热。由于本病病位在脾胃,而脾为阴土,喜燥恶湿,其病多寒,胃为阳土,喜润恶燥,其病多热,故寒热两邪贯穿于本病的始终^[11]。

赵亮认为 Hp 感染是慢性萎缩性胃炎的主要发病机制之一。Hp 是一种“邪气”,根据感染后产生的胃痛暴作,反酸,烧心等临床症状,将 Hp 辨证为湿热邪气^[12]。

刘烨认为,胃是个情感器官,心理因素是引发脾胃病的重要因素之一,或因郁致病,或因病致郁,临床中慢性胃炎患者中常见焦虑、抑郁、强迫、偏执、敌对、人际关系敏感等情绪症状,与古代文献中“脾主思”的记载颇为契合^[13]。

黄军骁认为本病病因方面与寒湿、湿热、血瘀、气滞密切相关,在脏腑方面不外与脾、胃、肝、肾四脏相关^[14]。潘山龙则认为本病的发展也是一个逐渐演化加重的病理过程,中医也应以整体恒动观观察分析其演变过程,即由虚→热→瘀→毒^[15]。

综上所述,本病的病因主要还是外感六淫、内伤七情、饮食劳倦、起居失宜等多种因素导致脾胃虚弱,而使得气滞血瘀、湿热内蕴、痰湿内阻,甚至胃阴亏虚等,病机主要以虚实夹杂、脾胃虚弱为本,邪气干胃为标。

2.2 治疗方法

2.2.1 辨证论治

中医运用独具特色的辨证论治,采用中医药治疗慢性胃炎疗效显著,各医家对错综复杂的临床症候进行分析,从不同的角度切入进行辨证论治,具体较强的针对性,形成了其独特的思维方法,但中医家们依据自己的临床经验及治疗效果有不同的见解或分型,其中有很多方法值得我们借鉴和研究。

曹童童等根据辨证论治考虑治疗慢性胃炎分别从瘀论治、从痰论治、从湿论治、从浊毒论治等四个方面治疗,并对每个方面做了临床观察及研究,取得了较满意的疗效^[16]。

韩文功将 65 例 CAG 患者分为寒热错杂、脾胃虚弱、肝胃不和、脾胃湿热、饮食积滞、胃阴不足、胃络瘀血、心脾两虚 8 个证型,分别用半夏泻心汤加减、香砂六君汤合黄芪建中汤加减、柴胡疏肝散加减、三仁汤加减、保和丸或枳实导滞汤加减、益胃汤加减、丹参饮合金铃子散加减、归脾汤加减治疗,总有效率 95.4%,对比对照组 81.8%有显著的差异性^[17]。

闫清海^[18]教授根据临床经验将慢性胃炎临床最常见的证型总结了肝气犯胃型、脾胃虚寒型及湿热中阻型三个证型。认为脾为后天之本,气血生化之源。脾胃健运则气血充足而身体强健。脾胃功能失调或虚损则百病由生。其认为除了中医药物治疗外,也应注重食疗,所谓“三分药,七分养”,《素问·六节藏象论》云:“五味入口,藏于肠胃。味有所藏,以养五气。气和而生,津液相成,神乃自生。”强调饮食调养的关键是要五味调和,要有合理的膳食结构。

目前各大医家对慢性胃炎的中医辨证分型没有统一的标准,但基本上是将慢性胃炎分为肝胃不和型、脾胃虚弱(包括虚寒)型、脾胃湿热型、胃阴不足型、胃络瘀阻型、脾虚气滞型6个证型。并分别以柴胡疏肝散加减、香砂六君子汤合黄芪建中汤加减、三仁汤合连朴饮加减、一贯煎合芍药甘草汤加减、失笑散合丹参饮加减、四君子汤合四逆散加减来治疗。

2.2.2 专方专药

周世龙^[19]用黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎患者30例总有效率93.33%,显著高于用奥美拉唑肠溶胶囊治疗的对照组73.33%,且更能有效改善患者的临床症状。他认为采用该方治疗能达到升脾阳、健胃运、散阴寒的功效,显著改善患者脾胃虚寒型慢性胃炎的临床症状。

王利芳^[20]用加味芍药甘草汤治疗胃阴亏虚型慢性胃炎50例,与对照组用常规西药治疗比较疗效明显优于对照组,且不良反应明显低于对照组。

唐大革^[21]用连朴饮为基础方:黄连10g,厚朴10g,石菖蒲10g,法半夏10g,豆豉10g,炒栀子10g。若湿重于热用药则偏重于苦温燥湿芳香化湿,加苍术10g,草豆蔻10g,藿香10g,佩兰10g,若热重于湿用药则侧重于苦寒燥湿,清泄胃热,加茵陈15g,黄芩10g,若湿热久羁必耗气伤阴,故气虚加山药15g,白扁豆30g,阴伤者加石斛10g,若气滞加陈皮10g,枳壳10g,伤食积滞者加焦山楂10g,焦神曲10g,焦麦芽10g。治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎30例总有效率93.3%,与用奥美拉唑及多潘立酮治疗的对照组比(总有效率为75%)有显著差异,唐大革认为该方芳化中浊,清热化湿,升降气机,故临床用于治疗湿热胃痛型胃炎效果更佳。

根据中医的辨证论治,专方专药疗效确切,针对性强,便于应用,有较强的临床实用价值。

2.2.3 中西医结合治疗

朱秀芳^[22]等用荆花胃康胶丸联合PPI三联治疗幽门螺杆菌阳性80例中,随机分为两组,①荆花胃康组(n=40):兰索拉唑30mg(江苏扬子江药业)+呋喃唑酮0.1g(天津力生制药)+克拉霉素分散片(江苏扬子江药业)0.5g, bid+荆花胃康2粒(天士力医药集团), tid, 疗程7d。②三联对照组(n=40):兰索拉唑30mg+呋喃唑酮0.1g+克拉霉素分散片0.5g, bid, 疗程7d。治疗后试验组Hp根除率(92.5%)较三联对照组(62.5%)者较高,有显著意义。且试验组对疾病的临床症状改善较为明显。

邝耀均^[23]在中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果分析中,实验组采用中药加西药治疗的总疗效是95.00%,明显优于对照组单纯使用西药治疗的疗效(80%),显示

了更好的临床的效果。

杜振虎^[24]用中西医结合疗法治疗慢性胃炎的临床疗效分析中, 对照组进行常规西药治疗, 具体方法为: 每次服用奥美拉唑肠溶胶囊 20mg、阿莫西林胶囊 1g、克拉霉素片 0.5g, 2 次/d, 早晚各服一次, 用药 6 周为一个疗程。观察组采取常规西药疗法的基础上进行中医辨证施治, 所用的基础方为自拟疏肝益胃健脾汤(药物组成: 柴胡、川芎、砂仁、甘草各 10g, 木香、蒲公英、半夏、党参、白花蛇舌草、茯苓、香附、白芍各 15g, 白及、白术、乌贼骨各 20g), 并进行辨证加减用药。经治疗后观察组总有效率为 90.5%, 对照组总有效率为 78.6%, 与对照组相比, 观察组治疗的总有效率较高, 差异显著 ($P < 0.05$)。

由于中药治疗药效温和, 药力持久, 和西药配合治疗, 一快一慢, 一紧一弛, 能更好的发挥彼此的治疗优势。从临床统计来看, 中西医结合治疗的效果明显优于单纯西医治疗的效果。因此我们认为, 中西医结合用于慢性胃炎的治疗, 对于改善临床效果, 提高患者生活质量是很有意义的, 值得在临床上应用和推广。

2.2.4 针灸治疗

针灸治疗慢性胃炎安全可靠, 不良反应少, 可以避免药物的毒副作用, 减少消化道症状。现代研究表明, 针灸治疗慢性胃炎是通过以下机制来实现的: ①调节胃的分泌功能②调节胃的运动功能③调节神经通路④影响胃肠激素分泌⑤提高免疫功能⑥保护胃粘膜。任蓉^[25]在俞募配穴针灸治疗慢性浅表性胃炎临床观察中, 将 60 例病人随机分成两组, 治疗组经针灸治疗后治愈率 20.00%, 总有效率 90.00%, 对照组经口服奥美拉唑胶囊治愈率为 10.00%, 总有效率 66.67%, 且在改善临床症状方面, 治疗组也优于对照组, 所以任蓉认为俞募配穴针灸治疗慢性浅表性胃炎不仅能显著改善临床症状, 而且还能提高生活质量。并提到针灸治疗具有整体性、双向性的调节作用, 充分体现了中医特色即整体观及辨证论治。

2.2.5 其他治疗

随着对慢性胃炎的研究不断深入, 各医家对于治疗慢性胃炎的方法也各不相同, 除了上述的辨证论治、专方专药、中西结合、针灸治疗等方法治疗慢性胃炎之外, 还有耳穴埋豆法, 如陈一斌^[26]等用耳穴埋豆的方法治疗肝气犯胃型慢性胃炎也取得了较好的疗效。还有推拿法, 如杨国帅^[27]用掌振法为主治疗慢性浅表性胃炎(脾胃虚寒型)的临床研究中, 使用推拿的手法治疗慢性浅表性胃炎亦取得较好的疗效。

2.2.6 总结与展望

随着医学技术的不断发展, 近几年对慢性胃炎的研究也取得了较大的进展, 治疗方面也有所突破。中医中药在慢性胃炎的治疗上积累了丰富的经验, 表现出了独有的特色和良好的疗效及优势, 展现出了美好的发展前景, 但在临床研究中也存在着一定的缺陷, 如随访病人多数依赖自觉性, 不能按时亲自督促; 多数未对患者进行随访, 远期疗效不明确等, 导致了研究结果的可重复性低及可信度下降。因此开展大范围、大样本的对照研究, 了解长远疗效是很有必要的。在对慢性胃炎的中医研究中, 我们不仅要重视对传

统中医治疗经验和治疗方法的整理，还要与现代研究相结合，形成最新而有效的治疗系统以利于在临床中应用推广，使对慢性胃炎的研究不断进步。

参考文献

- [1] 卞伊铃, 李保良. 中医对慢性胃炎的认识[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 06: 1034-1035.
- [2] 黄国能. 痞满病证的古代文献研究与学术源流探讨[D]. 北京中医药大学, 2007.
- [3] 梁克玮. 呃逆病证的古今文献研究与学术源流探讨[D]. 北京中医药大学, 2009.
- [4] 任甘雨. 嘈杂中医古籍纵向研究[D]. 广州中医药大学, 2010.
- [5] 陈建勇. 嘈杂证病机辨析[A]. 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 第二十五届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集[C]. 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会, 2013: 3.
- [6] 王凤云, 唐旭东, 李振华, 李保双, 张引强, 刘果, 林媚, 卞立群, 张丽颖. 慢性胃炎痞证论治[J]. 中医杂志, 2011, 03: 199-202.
- [7] 张竞之, 吴伟伟, 涂志红, 涂福音, 张琼英. 涂福音教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 河南中医, 2005, 11: 15-16.
- [8] 危北海. 中医脾胃学说应用研究[J]. 北京中医, 1998, 04: 59.
- [9] 郭教礼, 张振中, 袁高明. 慢性萎缩性胃炎治从寒热初探[J]. 新疆中医药, 1991, 01: 15-16+45.
- [10] 李紫昕, 张伦, 邱健行. 名老中医邱健行治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医临床研究, 2014, 02: 110+112.
- [11] 徐珊. 论慢性胃炎气阴两虚证[J]. 浙江中医学院学报, 1997, 02: 2-3+56.
- [12] 赵亮, 施春红, 刘业铭, Chuanwu Xi, 刘洪亮. 幽门螺杆菌感染途径的研究进展[J]. 环境与健康杂志, 2012, 12: 1149-1151.
- [13] 刘运磊, 景蓉, 刘烨延. 刘烨教授治疗慢性胃炎经验摘要[J]. 陕西中医, 2011, 07: 878-879.
- [14] 黄军骁, 王惠玲, 郑国键. 200例慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 1992, 06: 22-23.
- [15] 潘山龙, 潘华. 慢性萎缩性胃炎症状及治法分析[J]. 北京中医, 1993, 04: 11-12.
- [16] 曹童童, 李桂贤, 谭其佳, 黄志弟, 王伟. 慢性胃炎的中医辨证论治[J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 18: 1480-1481.
- [17] 韩文功. 辨证治疗慢性萎缩性胃炎 65 例[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 06: 38.
- [18] 吴萌萌, 赵培源, 闫清海. 闫清海教授辨治慢性胃炎的心得[J]. 中国中医药远程教育, 2015, 05: 42-43+62.
- [19] 周世龙. 黄芪建中汤对脾胃虚寒型慢性胃炎患者 30 例的疗效评价[J]. 抗感染药学, 2015, 01: 155-156.
- [20] 王利芳. 加味芍药甘草汤治疗胃阴亏虚型慢性胃炎疗效观察[J]. 中国乡村医

药,2015,08:52-53.

[21]唐大苹. 连朴饮治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎 30 例疗效观察[J]. 首都食品与医药,2015,06:39-40.

[22]朱秀芳,段志英,牛巍巍,王竞,范红云,霍晓辉. 荆花胃康胶丸联合 PPI 三联治疗幽门螺杆菌阳性 80 例[J]. 中国新药杂志,2012,20:2417-2419.

[23]邝耀均. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果分析[J]. 当代医学,2011,19:145-146.

[24]杜振虎. 用中西医结合疗法治疗慢性胃炎的临床疗效分析[J]. 当代医药论丛,2015,06:173-174.

[25]任蓉. 俞募配穴针灸治疗慢性浅表性胃炎临床观察[D]. 广州中医药大学,2007.

[26]陈一斌,连美珠,吴耀南. 耳穴埋豆治疗肝气犯胃型胃痛临床观察[A]. 中华中医药学会脾胃病分会. 中华中医药学会脾胃病分会第二十五届全国脾胃病学术交流会论文汇编[C]. 中华中医药学会脾胃病分会,2013:2.

[27]杨国帅. 掌振法为主推拿治疗慢性浅表性胃炎(脾胃虚寒型)的临床研究[D]. 山东中医药大学,2014.

前言

慢性胃炎为临床的常见病，多发病。是指由不同的病因引起的胃黏膜炎性病变或萎缩性病变。病变的主要实质是胃黏膜上皮反复的遭到各种致病因子的侵袭，发生再生改造。一般都局限于黏膜层。如幽门螺杆菌感染、病毒或其毒素，刺激性物质，药物，口腔、眼部的感染，胆汁反流，X线照射等，最后产生了不可逆的腺体萎缩，甚至消失，部分也可伴有肠上皮化生。在门诊接受胃镜检查的病人中本病约占80%~90%，其发病率居各种胃病之首。慢性胃炎缺乏特异性的临床症状和体征，并且临床症状的轻重程度一般与肉眼胃镜所见的病变程度不一致。大多数病人无自觉症状，如有症状多表现为饭前或饭后胃脘疼痛不适或胀闷、反酸、烧心、嗝气频作、呃逆、食欲不振、恶心、呕吐、贫血、体重下降等。一般分为慢性萎缩性胃炎（CAG）和慢性非萎缩性胃炎（CNG）。

中医学里无“慢性胃炎”之类的病名，但和慢性胃炎的临床表现所类似的描述却详见于历代文献“胃脘痛”、“痞满”、“吐酸”、“嘈杂”、“纳呆”等病证中。中医认为该病多为外邪犯胃、饮食不节、情志不畅、脾胃虚弱等病因所致，疾病初起病位主要在胃，间可旁及于肝，病久则主要在脾，则脾胃同病，或肝脾同病，甚至累及至肾，导致脾肾阳虚。中医中药在慢性胃炎的治疗方面，既能够缓解其疼痛、胀满等临床症状，又能改善慢性萎缩性胃炎胃黏膜的病理变化，并且能够对癌前病变起到一定的预防作用，在慢性胃炎的治疗中起了重要的作用。

导师吴耀南，医学博士，主任医师，北京中医药大学教授，福建中医药大学教授，硕士研究生导师，全国首届200名优秀中医临床人才。担任中华中医药学会内科脾胃病分会常务委员，福建省中医药学会内科分会副主任委员，福建省中医药学会脾胃病分会副主任委员，福建省中医药学会糖尿病（消渴）分会副主任委员，从事中医脾胃病研究30多年，所领导的脾胃病专科为全国中医重点专科。导师知识渊博，精益求精，思路严谨，对慢性胃炎的治疗有着相当丰富的经验和独到的见解，应用中医脾胃理论治疗内科疑难杂症有显著疗效，并在古方的运用中要求学生不能够生搬硬套，或浅藏辄止，而应穷其理致、探其精微、举一反三、灵活使用，对于不同的病症，治法各有千秋。临证时辨证精准，用药应灵活变通，辨证与辨病相结合，治法简明，独具匠心。本文旨在总结吴耀南教授对慢性胃炎的认识和辨治经验，以供学术探讨和借鉴。

吴耀南教授对慢性胃炎中医治疗的学术思想

吴耀南教授从事中医脾胃病研究 30 多年,应用中医脾胃理论治疗内科疑难杂症有显著疗效,尤其是对慢性胃炎的治疗有着丰富的经验和独到的学术见解,形成了中医治疗慢性胃炎的一套比较完善的理论体系。笔者通过长期的跟随导师出门诊,听导师讲解、授课,查房等,对导师在慢性胃炎的中医治疗经验及学术思想进行归纳、总结和整理。

1. 导师对慢性胃炎的认识

导师认为胃炎初犯多属于慢性浅表性胃炎,多为饮食不洁、喜食生冷、长期生活不规律、情志失调、感染 Hp 损伤脾胃等原因引起,多属肝胃不和、脾胃虚弱、脾胃湿热,病位与胃、肝、脾最为密切,即初起病位主要在胃,间可旁及肝,病久则主要在脾。胃为阳土,喜润勿燥,主受纳、腐熟水谷,以和降为顺,胃气一伤,首先是胃气壅滞,无论是外感、饮食不洁均可引发,其次是肝胃不和,即肝气郁结,横逆犯胃,造成肝胃气滞。气有余便是火,气机不畅,蕴结化热,则脾胃湿热。脾气受伤,轻则中气不足,运化无权,重则脾胃阳虚,阴寒内生,胃络失于温养,则出现怕冷肢凉,喜温喜按,属脾胃虚寒。气为血帅,气行则血行,故气滞日久,则必有血瘀,即久病入络之意;湿热日久伤阴,则可出现胃阴不足、脾虚湿热证。至于胃络瘀血一证,导师认为一般比较少单独出现,或兼夹在他证中。叶天士指出:“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”。故治疗时应注意在健脾和胃,调理气机的基础上,佐以活血化瘀之品,可收更佳疗效^[1]。

2 慢性胃炎胃黏膜病理变化与中医证型的关系

慢性胃炎的中医辨证分型主要还是依靠传统的四诊合参,使用胃黏膜活检病理来与中医各证型相对应的文献还比较少。近几年随科技迅速发展,胃镜成为了西医学上观察胃里病变最直观的工具,这也就为中医工作者在治疗慢性胃炎上找到了很好的“替代眼”,提出胃镜是中医望诊的延伸,使中西医结合治疗慢性胃炎的研究有了较大的进展,特别是在其湿热证方面的研究方面有较大的突破,如研究显示其湿热型与 HP 感染密切相关,且表现为机体免疫力增高,对临床辨证治疗慢性胃炎提供了一定的理论依据^[2]。而目前通过胃镜取组织活检而获得的胃黏膜病理能更好的反映胃黏膜病变的情况,这也使得许多的工作者在这方面找到了中西医结合治疗慢性胃炎的契合点:中医中药治疗需要辨证论治,准确根据舌象、脉象、临床症状而用药,这就要求医生从整体上把握胃黏膜病理变化与慢性胃炎的中医证型之间的内在联系,方便对症用药。

导师认为慢性胃炎中医辨证分型与胃黏膜病理改变之间存在实质性联系。病理诊断为慢性浅表性胃炎者, 中医辨证多为肝胃不和型或脾胃湿热型的实证; 病理诊断为慢性萎缩性胃炎者, 中医辨证多为脾胃虚弱型或胃阴不足型; 病理诊断为慢性胃炎伴 HP 感染者, 中医辨证多为脾胃湿热; 病理诊断其炎症为活动者, 中医辨证多为脾胃湿热型, 并与 HP 感染有密切关系; 病理诊断伴肠上皮化生者, 可发生与多种证型, 但与胃阴不足型或兼有络脉瘀阻型有密切关系。慢性胃炎患者中医辨证为胃阴不足者, 多见湿热日久伤阴或肝郁化热伤阴, 但其病理改变多较重, 多属萎缩性胃炎, 伴肠化生率亦很高, 可认为肝胃不和及湿热内蕴日久不愈的恶化转归^[3]。

导师认为胃炎初犯多属于慢性浅表性胃炎, 对应肝胃不和、脾胃虚弱、脾胃湿热。随着病程发展, 出现脾胃虚寒^[4], 与病理诊断为慢性萎缩性胃炎对应。病程日久, 则可出现胃络瘀血一证或兼夹在他证中, 此阶段应对应病理诊断的慢性萎缩性胃炎中重度, 或伴肠化生^[5]。所以胃粘膜病理诊断可作为中医诊断疾病望诊的延伸, 在中医治疗中可作为辅助诊断的手段, 故导师亦会根据胃粘膜的病理诊断来指导用药疗程及适量加减中药来增强疗效。

在治疗慢性胃炎中导师强调准确诊断是治好病的基础, 而辨证论治则是准确诊断的首要条件。在临床治疗上, 应注重中西医结合, 准确诊断。中医的“胃痛”、“痞满”指的是胃脘部不同程度和性质的疼痛和胀满或胀闷, 可伴有反酸、烧心、嗝气、呃逆、胸闷等症状。而西医是以胃镜所见和胃黏膜病理作为诊断标准。故导师认为胃黏膜病理和胃镜是中医望诊的延伸, 不但能减少误诊, 而且还能根据胃镜所见准确的判断目前的病情, 包括是否有息肉、糜烂、溃疡、癌变及胆汁反流等合并症, 对疾病的治疗具体重大的作用和意义。

3 中医诊疗特色

3.1 四诊合参重舌脉

导师认为在诊病过程中, 四诊(即望、闻、问、切)在诊病过程中缺一不可^[6]。但以舌诊和脉诊最为重要, 比较客观, 受患者主观影响比较小。《血证论·口舌》说: “舌为心之苗而据口中, 脏腑之气, 发见于口者, 多着于舌, 故察舌与苔, 可以诊知脏腑诸病。”《辨舌指南》说: “辨舌质, 可决五脏之虚实; 视舌苔, 可察六淫之浅深”。舌象能够反映出病势是进是退, 正气是盛是衰, 邪气的性质是湿、或火、或毒等等, 因为五脏六腑的精气均汇聚于此。能客观的反映出病理改变并可以指导立法及处方用药。舌苔禀胃气而生, 通过查看舌苔, 可测知胃气的强弱、胃阴的荣损、寒热湿毒痰瘀的有无^[7]。在查看舌苔的同时, 导师亦同样重视对“舌下脉络”的观察, 并按舌下脉络迂曲程度、粗细及颜色深浅的不同, 分为三度, 认为“舌下脉络”是观察人体微循环的窗口, 可较准确的反映出机体气血运行的状况和“血瘀”的程度^[8]。而脉象的形成, 亦有赖于

五脏功能的协同和配合,诊脉有助于识别疾病的病位和病性、能推测疾病的病因和病证、判断疾病的进退和预后,所以重点审查舌象、脉象能够准确判断病机和证型,防止错误用药而造成不良影响,从而对于临床正确施治具有重要的指导作用。但脉有从舍,脉象只是疾病在所有临床表现中的一个方面,所以我们在诊断时不能把它视为唯一诊断依据,只有四诊合参,才能从舍得宜,得出正确的诊断。

3.2 三因制宜

导师治病讲究三因制宜,即根据个人的体质、年龄、性别的不同和根据季节、地理环境的不同而制定不同的治疗方案。每个疾病的发生、发展和乃至转归都是由许多因素决定的,比如个人的体质、情绪、饮食习惯、生活环境的变化都会对疾病的变化产生重大的影响。而且年代不同、地理环境、时令季节也会对其有一定的影响。所以导师治病强调个体化原则和三因制宜。除了根据季节的不同考虑用药的原则外,导师认为古方多用补益法,与古时战乱频频,人们食不果腹、衣不蔽体,人民生活困苦有关。但现在时过境迁,尤其是80年代后,人们生活富足,饮食多肥甘厚腻,所以用药应注意健运清消^[9]。而如今随着生活节奏的加快,人们工作压力大、情绪紧张,所以有时要注意加强疏肝理气。闽南地区地处东南,气候温热潮湿,病多挟湿挟热,故临证宜加入清热化湿之品^[10]。不同年龄所病亦有所差异,老年人生机渐减,气血亏虚,病多虚或虚实夹杂,治宜偏补益为主,实证时用攻法宜慎重;中年人生活压力大,情志不畅,所病多伴气郁,宜加入疏肝理气之品;少年所病,多因偏嗜饮食,喜食肥甘厚腻、喜食冰凉之物,易损伤脾胃,治宜健脾消导为主。性别不同,所患疾病亦不同,肾为先天之本,脾为后天之本,所以男女都应注重脾肾的调养,但女子以血为主,血旺则经调而有子嗣,身体之盛衰,无不肇端于此。叶天士《临证指南医案》云:“女子属阴,以血为主,故女科治法,首重调经。”

4 治疗思路

对于慢性胃炎的治疗,导师有着自己独到的见解,认为:“五脏六腑皆令胃胀痛非独胃也”,故而提出了治胃要治肺、治胃要治肠、治胃要治肝、治胃要治肾、治胃要治腰等学术见解。倡导治胃病犹如行军打仗,如长驱直入不能奏效,可考虑迂回作战的方略,即遇到难治性胃病,我们可考虑从其他脏腑入手治疗。而宋孝志教授在慢性胃炎的治疗上,把五脏和胃的关系以及相关临床症状、用药做了较为详细的阐述,并以砂半理中汤为基本方来治疗肝胃痛证、心胃痛证、脾胃痛症、肺胃痛证以及肾胃痛证,与导师的见解亦有相同之处。

4.1 治胃要治肺

导师认为胃脘胀满按常规治疗难消时,可考虑从治肺入手,《素问·五脏生成篇》曰:诸气者,皆属于肺。肺位于五脏之上,有“华盖”之称,肺的主要生理功能为主气,主宣发,肃降,主通调水道,朝百脉而主治节。肺主一身之气可以通过气机的调节,即气的升、降、出、入运动,推动人的呼吸,促进脾胃的升降变化,达到调节脾胃气机的目的,即脾主升胃主降,故而能使脾胃气机升降协调而消胀。其次肺主宣发,主肃降。所谓宣发,是指肺气的向上、向外的升宣和布散的生理功能。人体代谢后产生的浊气通过肺的宣发维持人体的气体交换。脾胃运化的饮食物中的水谷精微和津液,经肺的宣发和布散于皮毛和周身,滋养皮毛和周身。若肺的宣发功能失常,可导致浊气不能顺畅排出、水谷精微和卫气不能得以正常输布而出现咳嗽,胸闷,腹胀等。所谓肃降,是指肺的清肃下降的生理功能。清肃,是指肺是清虚之体,性喜清润。人体吸入自然界的清气,通过肺气的向下的运动使自然界的清气摄入到人体内,促进人体的新陈代谢。通过肺的肃降,将水谷精微和津液向下布散,滋养脏腑组织,维持正常的生命活动。通过肺的肃降,可及时肃清、排出呼吸道异物如痰饮等,从而保持呼吸道的通畅,有利于呼吸与气体的交换。肺的肃降功能失常,可导致清气吸入障碍,呼吸道难以保持通畅而见气喘,胸闷,脘腹胀闷等。最后肺朝百脉,主治节。全身的气血均通过经脉汇聚于肺部,通过肺的活动,呼出浊气,吸入清气,完成了气体的交换,并使清气随血液运行全身,维持人体的生命活动。而肺主治节是对肺诸生理功能的高度概括,其功能是肺司呼吸、调节气机、肺朝百脉、通调水道的具体表现。所以胃脘胀闷难当,气机不顺,治之不效时,可适当加入宣肺肃降之品,如枇杷叶、葶苈子、桑白皮、杏仁等等,从而达到调节气机而消胀,枇杷叶性苦,微寒,归肺胃经,具有清肺止咳,降逆止呕的作用,《本草纲目》:“和胃降气,清热解暑毒,疗脚气”,“枇杷叶,治肺胃之病,大都取其下气之功耳,气下则火降痰顺,而逆者不逆,呕者不呕,渴者不渴,咳者不咳矣;桑白皮、葶苈子,都具有泻肺平喘,利水消肿的功效,同样是降肺气而调节气机之品;亦能达到消胀的目的;杏仁主入肺经,味苦降泄,肃降兼宣肺而能止咳平喘,故而能调节气机,且味苦而下气,亦能润肠通便而达到消胀的目的。对于一些便秘而引起的胃胀,亦可用此法,因肺与大肠相表里,故可通过宣降肺气而通腑气的方法达到消胀。

4.2 治胃要治肠

胃胀屡治不愈,亦可考虑从治肠入手,“以其扬汤止沸,不如釜底抽薪”,故胃胀时可酌情加入行气通腑之品,如大黄、枳实、厚朴;生白术、莱菔子;槟榔、肉苁蓉。大黄、枳实、厚朴均具有行气导滞的功效,能消除胃肠积滞;生白术随着用药剂量的增大具有润肠通便的作用,莱菔子尤善消食行气消胀,故能通腑气;槟榔入胃肠经,善行胃肠之气,能够消积导滞,兼能缓泻通便,肉苁蓉归肾、大肠经,能够润肠通便,用于治疗肠燥津枯便秘。腑以通为用,胃以降为顺,腑气一通,胃气自降,故而能达到消胀的目的。

4.3 治胃要治肝

随着生活节奏的加快,由于情志因素影响脾胃功能,导致肝胃不和的人越来越多。肝主疏泄,调畅气机,协调脾胃升降,有助于食物的消化和吸收,故《素问·宝命全角论篇》说:“土得木而达”^[11]。受纳于胃的食物,经过胃的腐熟,停留到一段时间后,要通过胃的通降作用下降到小肠,分清泌浊,进一步消化吸收。而食物中的水谷精微经过脾的运化升清,上输于心肺,随气血运行全身,而脾升胃降的气机运动,要受到肝气疏泄的调节,肝和胃在生理上密切相关,病理上必然相互影响,若肝气郁结,则会横逆犯胃,致中焦气机阻滞,影响脾胃功能,则为肝胃不和。只有肝气疏泄功能正常,人体气机调畅,脾胃的升清降浊才能有序,饮食才能得以正常的消化吸收和输布^[12]。《血证论》说:“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。设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之症,在所难免。”故而治疗这类证候,总以疏肝理气,健脾和胃为要。但用药一般根据病情轻重而用药不同,轻型一般可用玫瑰花、绿萼梅等,玫瑰花、绿萼梅为蔷薇科植物的干燥花蕾,质轻芳香而能行气解郁,《本草正义》:“玫瑰花,香气最浓,清而不浊,和而不猛,柔肝醒胃,流气活血,宣通窒滞而绝无辛温刚燥之弊,断推气分药之中,最有捷效而最为驯良者,芳香诸品,殆无其匹”。进一步可用佛手、香橼等,佛手、香橼为芸香科植物的果实,性辛、苦、温,辛行苦泄,善疏肝解郁,行气止痛,和中导滞。疏肝之气稍强。再进一步可考虑用郁金、元胡等,一般用于肝气郁结日久,气血不行,气滞血瘀,不通则痛,故一般兼有胃痛、胸胁痛等,可考虑用之,郁金性辛、苦、寒,归肝胆心经,味辛能行能散,既能活血,又能行气,辛散苦泄,能解郁开窍,长于治疗肝郁气滞血瘀之痛证。延胡索性辛、苦、温,归心肝脾经,辛散温通,为活血行气止痛之良品,《本草纲目》:“延胡索,能行血中气滞,气中血滞,故专治一身上下诸痛,用之中的,妙不可言。盖延胡索活血化气,第一品药也。”

4.4 治胃要治肾

对于胃脘痛,导师认为治胃亦要治肾,尤其是对于脾胃虚寒型的胃炎,认为锅底无火,则脾胃虚寒。而此火指的是肾阳或命门之火,肾为阴阳之根,肾阳为“元阳”,乃一身阳气之根本,对全身和其他脏腑具有温煦的作用。肾阳可以温脾阳,有利于水谷的运化,如肾阳不能温脾阳,导致脾运化失常,则可导致水湿内停,影响脾胃功能,而脾运化失常亦可使水谷并走大肠,可见五更泻。而肾阳不足,可见形寒肢冷,脾胃虚寒型胃炎常可见此症状。所以肾的阴阳失调,即可导致其他脏腑的阴阳失调。而其他脏腑的阳虚日久或阴虚,也可最终累及到肾,导致肾阳虚或者阴虚,即“穷必究肾”、“久病及肾”。导师治疗此类疾病一般多用干姜、附子、细辛、肉桂、锁阳等温阳之品。

4.5 治胃要治腰

此法适应于临床上很多胃脘不适的病人兼有腰背疼痛,做到在治疗胃病的同时可以兼顾治疗腰背酸疼,甚至可以治疗一些因腰背酸痛而导致胃病的病人,并且能够取得良好的疗效。从经络腧穴上来看,胃俞、脾俞、肾俞、大肠俞等穴位均位于腰背部。脾俞在脊柱区,第11胸椎棘突下,后正中线旁开1.5寸;胃俞在脊柱区,第12胸椎棘突下,后正中线旁开1.5寸;肾俞在脊柱区,第2腰椎棘突下,后正中线旁开1.5寸;大肠俞位于脊柱区,第4腰椎棘突下,后正中线旁开1.5寸。而从生理解剖上来看,有些腹肌也是向后连接至腰背部,所以胃脘不适时甚至可放射至后腰背部酸痛。导师治疗胃脘疼痛兼有腰酸背痛患者常加用清风藤、穿山龙、威灵仙及武靴藤等,清风藤性苦、辛、平,归肝、脾经,有较强的祛风湿、通经络的作用;穿山龙性苦、微寒,归肝、肺经,具有祛风湿,活血通络的作用。二者除了都是祛风湿的药,还均能通经络,且据导师经验清风藤可以消积导滞,能治疗胃痛,穿山龙能消胃肠的积滞,所以他们都可以消胀,故一般胃脘胀痛兼腰背酸软者导师多加用之,这样亦可以做到一药二用甚至三用,即有一石二鸟的功效。而威灵仙性辛、咸、温,归膀胱经,辛散温通,性猛善走,通行十二经,既能祛风湿,又能通经络而止痛。武靴藤性平、苦,归心、肝、脾经,具有清热凉血,止痛生肌,祛风湿的作用。此二者又兼具了止痛之功,故一般胃脘不适兼腰背痛者多加用,可取得很好的疗效。

5 辨证分型与临床经验相结合

导师根据临床经验将慢性胃炎分为8型:肝胃不和、肝胃郁热证、脾胃湿热证、脾胃气虚证、脾胃虚寒证、胃阴不足、胃络瘀血证、脾虚湿热兼有血瘀证,并依次罗列。

5.1 肝胃不和证

主症是胃脘部胀闷不适,或满或痛,连及两肋,常因情绪因素而诱发或加重,胸闷不舒,嗳气频频,舌苔薄白,舌下脉络无迂曲或者I°迂曲,脉弦。治法以疏肝理气为主。方药拟柴胡疏肝散加减,具体如下:柴胡12g,香附10g,枳壳12g,白芍15g,川芎10g,佛手10g,百合30g,乌药15g,莪术10g,九节茶30g,甘草6g。临证加减:①胃脘痛病:加元胡12g,川楝子6g。②胃痞病:加厚朴10g,苏梗10g。③肝郁脾虚,不思饮食,大便糖稀者:加茯苓30g,炒白术12g。④肝胃气逆,嗳气呃逆明显者:加旋覆花包煎6g,代赭石先煎15g。⑤伴有便秘者:加莱菔子10g,草决明30g。⑥兼有血瘀,舌有瘀斑(点)者:加三棱10g,莪术10g,三七粉(分冲)3g。⑦临床见患者除上述症状外可伴有胸闷憋气,喜叹息,咽似物梗等症状,此时可考虑合用半夏厚朴汤化裁。

中成药:胃苏颗粒,每次5g,每次3次。气滞胃痛颗粒,每次5g,每日3次。

外治法:①纳米穴位敷贴肝俞、内关、胃俞、中脘、足三里,耳穴埋豆贴肝(耳甲庭后下部)、胃(耳轮角消失处)、脾(耳甲腔的后下方,耳轮脚消失处与轮屏切迹连线的中点)、神门(三角窝内,对耳轮脚上下脚分叉稍上方)、皮质下(对耳屏内侧面

前下方)。②吴茱萸热奄包热敷中脘或者阿是穴行气止痛。

饮食：饮食宜清淡饮食，可适当进食水果，避免过于粗糙、过热的食物，养成细嚼慢咽的饮食习惯，减少对胃的刺激，避免食用盐渍、烟熏、不新鲜的食物。忌食南瓜、芋头、红薯、土豆等淀粉类、壅阻气机的食物及辛辣、燥热、肥厚甘腻之品。

指导病人酌情选用以下食疗：①橙子煎：橙子水泡取酸味，加蜜煎汤频服。②橘叶煎：橘叶煎汁服，有开胸顺气和胃之功。③麦芽青皮饮：生麦芽 30g，青皮 10g，水煮成饮去渣服。④砂仁藕粉：砂仁 1.5g，木香 1g，研粉，藕粉 30-50g，白糖适量，开水冲服。

调护：安慰患者使其性情开朗，避免精神刺激或情绪激动，善于克制情志。郁怒、悲伤时应注意避免进食，平时应戒烟酒。疼痛时适当休息，自上而下按摩胃部，使气顺而痛缓。给服胃苏冲剂 1 包冲服或荆花胃康 2 粒口服，以理气止痛。平时用佛手、陈皮适量泡水代茶。适当进行锻炼，如气功、慢跑、太极拳等以增强体质。

5.2 肝胃郁热证

主症是胃脘嘈杂似饥，反酸、烧心，心烦易怒，口干口苦，大便干燥，舌红苔黄，舌下脉络无迂曲或者 I° 迂曲，脉弦或弦数。治法以疏肝清热为主，方药拟化肝煎合左金丸加减，具体如下：柴胡 10g，赤芍 10g，青皮 10g，陈皮 10g，丹皮 10g，栀子 10g，黄连 5g，吴茱萸 3g，乌贼骨 10g，浙贝 10g，元胡 15g，甘草 3g。

中成药：加味左金丸等

外治法：①纳米穴位敷贴肝俞、内关、胃俞、中脘、足三里，耳穴埋豆贴肝（耳甲庭后下部）、胃（耳轮角消失处）、脾（耳甲腔的后下方，耳轮脚消失处与轮屏切迹连线的中点）、神门（三角窝内，对耳轮脚上下脚分叉稍上方）、皮质下（对耳屏内侧面前方）。②吴茱萸热奄包热敷中脘或者阿是穴行气止痛。

饮食：饮食宜清淡饮食，可适当进食水果，避免过于粗糙、过热的食物，养成细嚼慢咽的饮食习惯，减少对胃的刺激，避免食用盐渍、烟熏、不新鲜的食物。忌食南瓜、芋头、红薯、土豆等淀粉类、壅阻气机的食物及辛辣、燥热、肥厚甘腻之品。

调护：同肝胃不和证。

5.3 脾胃湿热证

主症是胃脘胀满，口干口苦，食少纳呆，身重体倦，恶心欲呕，大便粘腻，小便短黄，舌质红，苔黄腻，脉滑或数。治法以清热化湿、和中醒脾为主。方药拟黄连温胆汤加减，具体如下：黄连 6g，半夏 10g，陈皮 10g，茯苓 15g，枳壳 15g，竹茹 15g，黄芩 10g，蒲公英 30g，生蒲黄 10g。临证加减：①恶心欲呕明显者：加竹茹 10g，生姜 6g，旋覆花 10g。②胃脘痛者：加川楝子 6g，元胡 10g。③湿重热轻，舌苔白腻者：加苍术 15g，厚朴 10g，白蔻仁 6g。④伴有食积，嗝腐酸臭，舌苔厚腻者：加焦三仙各 10g，莱菔子 6g。

中成药：荆花胃康胶丸、甘露消毒丸等

外治法：①纳米穴位敷贴胃俞、中脘、足三里；②吴茱萸热奄包热敷中脘或者阿是穴行气止痛。

饮食：饮食宜软易消化，养成细嚼慢咽的饮食习惯，减少对胃的刺激，避免食用肥甘厚腻盐渍、烟熏、煎炸的食物。平时应戒烟酒。

指导病人酌情选用以下食疗：①银子莲子粥：银华 15-30g，莲子肉（不去心）30-50g，银花煮水去渣后用水煮莲子肉为粥，晨起作早餐食之。②赤小豆山药粥：赤小豆 30-50g，山药 30-50g，白糖适量，先煮赤小豆至半熟，放入山药，煮粥。③山药扁豆粥：山药去皮切片 30g，白扁豆 15g，百米 30g，白糖适量，先煮白米，白扁豆，加入山药，煮粥白糖，早晨食用。④百合杏仁赤小豆粥：百合 10g，杏仁 6g，赤小豆 60g，煮粥。

调护：怡情放怀，避免精神刺激或情绪波动，善于克制情绪。疼痛时适当休息，自上而下按摩胃部，使气顺而痛缓。适当进行锻炼，如气功、慢跑、太极拳等以增强体质。

5.4 脾胃气虚证

主症是胃脘胀满或胃痛隐隐，餐后明显，饮食不慎后易加重或发作，纳呆，疲倦乏力，少气懒言，四肢不温，大便溏薄，舌淡或有齿痕，苔薄白，舌下脉络无迂曲或者 I° 迂曲，脉沉弱^[13]。治法以健脾益气、和胃止痛为主。方药拟香砂六君子汤或五味异散加减，具体如下：黄芪 15g，党参 10g，炒白术 15g，茯苓 15g，陈皮 10g，半夏 10g，木香 6g，鸡内金 10g，九节茶 30g，甘草 10g。临证加减：①胃痞重：加砂仁 6g，苏梗 10g，香附 10g。②兼有血瘀，症见胃脘刺痛，舌有瘀斑（点）者：加丹参 15g，莪术 10g，三七粉 3g（分冲）。③伴呕吐清水者：给服生姜片或糖姜片，或针刺内关、合谷以止呕。

中成药：香砂六君丸，每次 9g，每日 2 次；安胃疡 2 粒，每日 3-4 次。

外治法：①纳米穴位敷贴胃俞、中脘、足三里；②吴茱萸热奄包热敷中脘或者阿是穴行气止痛；③或神灯照射，或磁热疗、或艾条灸，每日 2 次，每次 10-20 分钟。

饮食：饮食宜温，少食多餐，平时可选用大枣、莲子、桂圆、饮食宜软易消化，避免过于粗糙、或过凉，忌食生冷、烟熏、冰冻食物。

指导病人酌情选用以下食疗：①姜糖饮：生姜三片、红糖适量、水煎服。②姜枣饮：生姜三片，法半夏 6g，红枣 3 个，水煎服。③良姜粥：良姜 15g 为末，粳米 100g，水 2000ml，煎良姜至 1500ml，去渣下米煮粥服。④生姜粥：粳米 50g，生姜 5 片，葱，米醋适量，姜、米共煮，粥将熟时下葱醋，热食之。⑤吴茱萸粥：吴茱萸末 3g，葱白 5 寸，粳米 50g，先煮米成粥，熟入吴茱萸末及粥，乘热食之。

调护：慎起居，适寒温，怡情怀，节饮食。适当休息，胃下垂患者饭后宜卧床休息，控制剧烈活动，避免劳累。适当进行锻炼，如气功、慢跑、太极拳等以增强体质。

5.5 脾胃虚寒证

主症是胃痛隐隐，绵绵不休，喜温喜按，劳累或受凉后发作或加重，泛吐清水，神

疲纳呆，四肢倦怠，手足不温，大便溏薄，舌淡苔白，舌下脉络无迂曲或者 I° 迂曲，脉虚弱。治法以温中健脾、和胃止痛为主^[14]。

导师一般根据病人怕冷、四肢冰凉程度等临床症状将脾胃虚寒证又再细分为轻、中、重三个层次，视病情程度轻重而用药有所不同。①轻者可用黄芪建中汤加减，方药如下：黄芪 20g，桂枝 10g，芍药 15g，生姜 3 片，炒白术 10g，大枣 6 枚，九节茶 30g，莪术 10g，甘草 6g。②重者畏寒怕冷，四肢冰凉甚者一般多用有附子、干姜的附子理中汤化裁，这就是上述讲到的治胃要治肾的原理。③介于两者之间可用理中汤加味。临证加减：①胃痞病者：加砂仁 6g，苏梗 10g，香附 10g。②兼有血瘀，症见胃脘刺痛，舌有瘀斑瘀点者：加用丹参 15g，莪术 10g，三七粉 3g（分冲）。③伴呕吐清水者：加姜半夏，良附丸，或针刺内关以止呕。

中成药：附子理中片 每次 4 片 每日 3 次。

外治法：①纳米穴位敷贴胃脘、中脘、足三里，吴茱萸热奄包热敷中脘或者阿是穴行气止痛。②或神灯照射，或磁热疗、热奄包、或艾条灸，每日 2 次，每次 10-20 分钟。

饮食：饮食宜温，少食多餐，平时可选用大枣、莲子、桂圆、羊肉、饮食宜软易消化，避免过于粗糙、或过凉，忌食生冷、烟熏、冰冻食物。

酌情指导病人选用以下食疗：①姜糖饮：生姜三片、红糖适量、水煎服。②姜枣饮：生姜三片，法半夏 6g，红枣 3 个，水煎服。③良姜粥：良姜 15g 为末，粳米 100g，水 2000ml，煎良姜至 1500ml，去渣下米煮粥服。④生姜粥：粳米 50g，生姜 5 片，葱，米醋适量，姜、米共煮，粥将熟时下葱醋，热食之。⑤吴茱萸粥：吴茱萸末 3g，葱白 5 寸，粳米 50g，先煮米成粥，熟入吴茱萸末及粥，乘热食之。

调护：慎起居，适寒温，怡情怀，节饮食。适当休息，胃下垂患者饭后宜卧床休息，控制剧烈活动，避免劳累。加强胃脘部的保暖，胃痛时可暂予局部热敷，如热水袋、热敷袋等。适当进行锻炼，如气功、慢跑、太极拳等以增强体质。

5.6 胃阴不足证

主症是胃脘灼热疼痛，胃中嘈杂，似饥而不欲食，口干舌燥，大便干结，舌红少津或有裂纹，苔少或无，舌下脉络无迂曲或者 I° 迂曲，脉细或数。治法以养阴生津，益胃止痛为主^[15]。方药拟沙参麦冬汤加减，具体如下：沙参 15g，麦冬 10g，生地 15g，玉竹 10g，百合 30g，乌药 15g，佛手 10g，蒲公英 30g，白芍 30g，炙甘草 10g。临证加减：①胃痛明显者：可加用芍药甘草汤。②胃痞明显者：加苏梗 10g，香橼皮 10g。③阴虚化热，症见胃中灼痛，嘈杂反酸者：可加用乌贝散（即浙贝母和海螺蛳），或加知母 10g，浙贝母 10g，瓦楞子（先下）30g。④兼有肠燥便秘者，导师一般改用增液承气汤化裁，加玄参 15g，重用生地 30g，加生首乌 30g。⑤兼有血瘀，胃脘刺痛，舌有瘀斑瘀点或舌下脉络 II° 迂曲及以上者：可加用失笑散或丹参饮，或加丹参 30g，当归 30g，三七粉 3g（分冲）。

中成药：胃乐宁每次 1 粒，每日 3 次。

外治法：纳米穴位敷贴胃脘、中脘、足三里、三阴交。

饮食：养成细嚼慢咽的饮食习惯，减少对胃的刺激，多用润燥生津及清补饮食，平时可吃些新鲜水果、蔬菜，如梨、草莓、山楂、百合、白木耳等，忌葱、蒜、韭菜辛温助火之品，忌食辛辣、煎炸以及浓茶、咖啡等刺激性燥性食品和饮料。避免食用盐渍、烟熏、不新鲜的食物。

指导病人酌情选用以下食疗：①阿胶粥：阿胶 30g，炒令黄燥，为末，去糯米煮粥，下阿胶末。②天门冬粥：天门冬 30g，白米 50g，煮粥食用。

调护：加强精神护理，消除恐癌情绪，心情愉悦，配合治疗。慎起居，适寒温，怡情怀，节饮食。胃酸缺乏者，餐后吃少许山楂片，醋或话梅等，可以增加胃酸以助消化。口渴喜饮，用沙参、麦冬、石斛各 10g，煎水代茶饮。便秘者给服蜂蜜适量，以润肠通便。

5.7 胃络瘀血证

主症是胃脘痞满或痛有定处，胃痛拒按，黑便，面色暗滞，舌质暗红或有瘀点、瘀斑或舌下脉络 II° 迂曲及以上，脉弦涩。治法以活血化瘀、通络止痛为主。方药拟丹参饮和失笑散加减，具体如下：丹参 15g，砂仁 3g，生蒲黄 6g，莪术 10g，五灵脂 10g，三七粉 6g（分冲），延胡索 10g，川芎 10g，当归 10g，两面针 10g。

中成药：复方田七胃痛胶囊、胃复春等。

外治法：①纳米穴位敷贴胃俞、中脘、足三里。②或神灯照射，或微波照射、或艾条灸，每日 2 次，每次 10-20 分钟。

饮食：饮食宜温，少食多餐，平时可选用大枣、莲子、桂圆、羊肉、饮食宜软易消化，避免过于粗糙、或过凉，忌食生冷、辛辣燥热食物。

指导病人酌情选用以下食疗：①桃仁粥：桃仁 100g，煮熟去皮尖。②山楂煎：山楂 10g、打碎，加红糖 30g，水煎服。③炒桃仁：桃仁炒黄，每服 3—6g。

调护：应注意休息，避免劳累和精神刺激、情绪波动。有吐血及胃痛或伴剧烈呕吐者须禁食，可配合田七末、白芨粉、云南白药等以止血。待病情缓解后方可进流汁、半流、软食、以少食多餐为原则。适当进行锻炼，如气功、慢跑、太极拳等以增强体质。

5.8 脾虚湿热血瘀证

主症是胃脘闷痛，痛有定处，喜暖喜按，神疲乏力，痞满纳差，舌质淡或红，舌质紫黯，边有齿痕，苔黄腻，舌下脉络 II° 迂曲或以上，脉细滑数。治法以健脾清热、化湿祛瘀为主。方药拟胃萎方加减，具体如下：黄芪 15g，炒白术 10g，莪术 10g，枳实 10g，内金 10g，薏米仁 30g，威灵仙 15g，蛇舌草 30g，红藤 30g，蒲公英 30g，甘草 5g。

此方为导师自拟方，方中以黄芪、炒白术补气健脾，蒲公英、蛇舌草清热解毒，莪术、红藤活血化瘀，配合薏米仁祛湿的功效，既能达到补气健脾，又能清热化湿兼有祛瘀之神效，方中威灵仙有祛风湿、痛经络的作用，枳实和鸡内金有下气、健脾、消食的作用，也能辅助其清热化湿祛瘀之功效，诸药配合可收很好的疗效。导师亦在本方中常

加入九节茶,因九节茶有祛风除湿、活血止痛之功效,西医研究表明其有抗菌消炎之功效,故在慢性萎缩性胃炎的中医治疗时可加入此药能提高疗效。并且脾虚湿热兼有血瘀之患者一般病情久远,常常兼有腰背酸痛等症状,故可配合上述讲到之治胃要治腰的方法进行临证加减。

中成药:①荆花胃康胶囊 2 粒,每日 3 次。②或龙血竭胶囊 4 粒,每日 3 次

外治法:①纳米穴位敷贴胃俞、中脘、足三里。②吴茱萸热奄包热敷中脘或者阿是穴温中行气止痛。③或神灯照射,或微波电疗或磁热疗、热奄包、每日 2 次,每次 10-20 分钟。

饮食:饮食宜温,少食多餐,饮食宜软易消化,避免过于粗糙、或过凉,忌食生冷、辛辣燥热食物。

调护:加强精神护理,消除恐癌情绪,心情愉悦,配合治疗。慎起居,适寒温,怡情怀,节饮食。避免劳累和精神刺激、情绪波动。有吐血及胃痛或伴剧烈呕吐者须禁食,可配合田七末、白芨粉、云南白药等以止血。待病情缓解后方可进流汁、半流、软食、以少食多餐为原则。适当休息,胃下垂患者饭后宜卧床休息,控制剧烈活动,避免劳累,适当进行锻炼,如气功、慢跑、太极拳等以增强体质。

总结:

吴耀南教授治疗慢性胃炎有着丰富的临床经验和独到的见解,临床效果显著,临床观察可知导师运用中医中药对于慢性胃炎的治疗不但能够缓解临床症状,而且长期有规律的治疗还能逆转慢性萎缩性胃炎胃黏膜的病理变化。

在遇到难治性慢性胃炎时,导师强调要变换思路,可以从肺、肠、肝、肾、腰等方面入手考虑,肺主一身之气,主宣发、肃降,可以通过调节气机而达到调节脾胃的升降,如加入枇杷叶等;腑以通为用,胃以降为顺,腑气一通,胃气自降,则可加入大黄、枳实等;肝主疏泄,调畅气机,协调脾胃升降,有助于食物的消化和吸收,故这类证以疏肝理气,健脾和胃为要,用药上,轻症一般可用玫瑰花等干燥花蕾,进一步可用佛手等果实类,再进一步可考虑用郁金、元胡等解郁行气止痛之品;肾阳可以温脾阳,可以使脾的运化功能正常,如肾阳不足,则可见脾胃虚寒证,治疗这类疾病多用干姜、附子等。

在辨证论治上,导师把慢性胃炎分为 8 个证型,但闽南地区最常见的一般是肝胃不和、脾胃虚寒及脾虚湿热兼有血瘀证。肝胃不和证又以咽似物梗,胸闷憋气、喜叹息等症状居多,且症状随情绪变化而加重,脉弦。治疗此类病症多以半夏厚朴汤化裁。脾胃虚寒证以胃脘隐隐不适,食生冷则症状加重,喜温喜按,怕冷肢凉,尤其冬天手脚冰凉,脉偏沉。治疗此类病证导师将其分为三个层次,症状较轻者用黄芪建中汤加减,症状重者用附子理中汤化裁,介于两者之间时用理中汤化裁。脾虚湿热兼有血瘀证的症状各异,一般以舌脉诊为主结合症状判断,舌淡,边齿痕,苔黄腻或黄厚腻,舌下脉络 II° 迂曲以上,脉细滑数。治疗以自拟方胃萎方为主,方中兼顾健脾益气、清热祛湿、活血化瘀的治法,可以根据临床实际情况而有所偏重。

笔者跟师时间较短,就导师学术思想及经验进行了归纳和总结,具有较强的实际使用价值和临床指导作用,以供探讨和借鉴。

参考文献

- [1]李郑生. 治疗慢性胃炎用药体会[J]. 中医研究, 2006, 10: 47-48.
- [2]刘晓颖, 陈小野, 李卫红, 邹世洁, 安威. CAG 证病结合模型的胃粘膜病理和癌基因表达研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 1999, 02: 32-35+70.
- [3]涂福音, 聂明, 郑启忠, 吴耀南, 涂志红, 章亭, 蒋丽清, 吴丽, 魏蕾. 慢性胃炎中医证型与胃黏膜活检病理变化的关系[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 06: 323-325.
- [4]白建新. 中医辨证分型治疗 112 例慢性胃炎的临床探讨[J]. 陕西中医, 2004, 4(1): 9-10.
- [5]包芸. 张仲景半夏泻心汤加减治疗慢性胃炎的应用实践[J]. 世界中医药, 2013, 8(8): 914-916.
- [6]翟熙君. 慢性胃炎中医辨治思路讨论[J]. 中医学报, 2014, 2(29): 280-281.
- [7]苏晓芸, 吴耀南. 慢性浅表性胃炎与舌象的相关性研究[J]. 光明中医, 2012, 27(3): 608-611.
- [8]张竞之, 吴伟伟, 涂志红, 涂福音, 张琼英. 涂福音教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 河南中医, 2005, 11: 15-16.
- [9]张竞之, 吴伟伟, 涂志红, 涂福音, 张琼英. 涂福音教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 河南中医, 2005, 11: 15-16.
- [10]韩木龙, 林雪娟, 甘慧娟, 高施. 慢性胃炎中医证素分布规律的文献分析[J]. 中华中医药杂志, 2014, 03: 900-903.
- [11]张亮. 中医治疗慢性胃炎的临床研究[J]. 现代养生, 2014, 04: 255.
- [12]刘运磊, 景蓉, 刘烨延. 刘烨教授治疗慢性胃炎经验摘要[J]. 陕西中医, 2011, 07: 878-879.
- [13]李郑生. 治疗慢性胃炎用药体会[J]. 中医研究, 2006, 19(10): 47-48.
- [14]何安民, 王麦霞. 黄芪建中汤加味治疗慢性胃炎 960 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(1): 61-62.
- [15]李紫昕, 张伦, 邱健行. 名老中医邱健行治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医临床研究, 2014, 02: 110+112.

致谢

七年的大学生活即将结束，此时此刻，献上我最诚挚的谢意，感谢这七年来给予我关心、帮助和支持的人们！

首先感谢我的导师——吴耀南主任医师，感谢他这近两年来对我的辛苦培养和教导，在跟随导师学习的过程中，不仅收获到丰富的理论知识和临床技能，导师严谨踏实的工作作风、认真负责的工作态度以及高尚的医德、正直的品格对我产生可很大的影响，使我收益终生。在此，向老师致以最真诚的感激和敬意！

衷心感谢厦门中医院消化科索标主任医师、陈一斌副主任医师、黄墩煌主治医师、陈丽凤医师及厦门中医院消化科全体医护人员对于我日常临床工作中的帮助和支持。衷心感谢厦门中医院所有带教老师在我本科及研究生实习阶段轮转期间给予我的指导和帮助。衷心感谢北京中医药大学、东直门医院的所有领导及老师、班主任对我的关心和帮助。衷心感谢七年来一同走过的同班同学，你们的帮助、照顾和共同生活的快乐美好将成为我人生中的精彩记忆。

最后真诚的感激送给我的父母家人，你们的关爱、理解和支持是我学习和生活的永远的动力！

再次感谢所有给予我帮助的人们！

个人简历

基本情况:

姓名: 朱进

性别: 男

民族: 汉族

出生日期: 1990年2月

籍贯: 福建

政治面貌: 团员

专业: 中医学

教育实习经历:

2005年9月-2008年7月就读于福建仙游第一中学

2008年9月-2015年7月就读于北京中医药大学 本硕七年连读

2012年7月-2013年5月于厦门中医院进行本科阶段实习

2014年1月-2015年3月于厦门中医院进行研究生阶段实习,并师从吴耀南主任医师,研究专业方向为脾胃病方向。

个人荣誉和校园经历:

2009.9-2010.9 北京仙游同学会(北京仙游商会附属) 秘书长
协助会长处理同学会事务,管理会议通知、记录,同学会文件等。

2009.9-2010.9 学校社团轮滑社 副社长
主要负责管理社团各项事务,协调社团内部关系。

2010.9-2011.9 学生会 宣传部部长
主要负责各类活动的宣传和策划,获“优秀学生干部”的荣誉称号。

2011.9-2012.9 北京东直门医院志愿者协会 办公室主任
主要负责主持协会办公室的全面工作,协助社长组织外出义诊等活动。
获得“优秀团干部”的荣誉称号。

技能与爱好:

CET-4、执业医师资格证

熟练使用 Word、office、PS、excel 等办公室专业软件

交友、听歌、看书