

## 第四章 脾胃肠病证

### 【主要证候及特征】

脾胃同居中焦，互为表里，既密不可分，又功能各理。胃主受纳和腐热水谷，脾主运化而输布营养精微；脾主升清，胃主降浊，一纳一化，一升一降，共同完成水谷的消化、吸收、输布及生化气血之功能。大小肠为腑，以通降为顺。小肠司受盛、化物和泌别清浊之职，大肠则有传导之能，二者又皆隶属于脾的运化升清和胃的降浊。实则脾明，虚则太阴。胃病多实，常有寒客热积，饮食停滞之患；脾病多虚，易现气虚、脾虚之疾。胃为脾土，喜润恶燥，因此胃病多热，多燥（津伤）；脾为阴土，喜燥恶湿，故脾病多寒，多湿。小肠之疾多表现为脾胃病变，大肠之病则为传导功能失常。若因饮食所伤，情志不遂，寒温不适，渚虫感染，药物损伤，痰饮、瘀血内停，劳逸失度，素禀脾胃虚弱和肝、胆、肾诸病干及，可致脾胃纳运失司，升降失调，大肠传导功能失常而罹患脾胃虚弱，脾虚衰，胃阴不足，寒邪客胃，脾胃湿热，胃肠积热，食滞胃肠，湿邪困脾，肝气犯胃，瘀血内停等诸多脾胃肠证候。

#### ·脾胃虚弱

1. 主要脉症：食少便溏，体倦乏力，少气懒言，脘腹胀满，食后尤甚，面色无华，舌质淡，苔薄白，脉缓弱。

2. 证候特征：本证以脾胃对水谷吸收、运化、输布的功能障碍并兼一般气虚证候为特征。中气下陷与本证有别，中气下陷是在脾胃气虚基础上兼有下坠感或胃下垂、脱肛等脏器组织下垂证候。

#### ·脾虚衰

1. 主要脉症：脘腹隐痛或不适，喜温喜按，腹胀肠鸣，食少，泛吐清水，大便溏薄，面色㿗白，肢冷畏寒，神倦乏力，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

2. 证候特征：具有一般脾气虚的表现及脘腹隐痛，喜温喜按，肢冷畏寒等脾虚生内寒的证候特征。

#### ·胃阴不足

1. 主要脉症：胃脘不舒或隐痛，饥不欲食，口干唇燥，干呕噯逆，大便干燥，舌红少苔，脉细数，

2. 证候特征：具有舌红少苔，脉细数等一般阴虚的临床表现及饥不欲食，干呕便干等胃纳少，胃失和降的证候特征。

#### ·寒邪客胃

1. 主要脉症：胃脘冷痛，重则拘急作痛，遇寒加剧，得温痛减，口淡不渴，噯逆呕吐，舌淡，苔白滑，脉弦或迟。

2. 证候特征：具备寒邪袭胃的病史和胃脘冷痛拘急，喜热恶冷等证候特征。

#### ·脾胃湿热

1. 主要脉症:胸脘痞闷,脘腹胀痛,终日不解,脘中嘈杂灼热,口粘口苦,渴不欲饮,纳呆,食甜则泛酸,大便粘滞不爽,尿黄短少,舌苔白厚腻或黄厚腻,脉濡数或滑数。

2. 证候特征:兼具胸脘痞闷,脘中灼热,口粘口苦;渴不欲饮,舌苔黄腻等脾湿胃热的证候特征。

#### ·胃肠积热

1. 主要脉症:脘腹灼痛,吞酸嘈杂,渴喜冷饮,消谷善饥,或食入即吐,口干口臭,大便秘结,舌质红,苔黄燥,脉滑数。

2. 证候特征:具有脘腹灼痛,渴饮,便干等胃肠积热伤津,胃失和降的证候特征。

#### ·食滞胃肠

1. 主要脉症:脘腹胀满疼痛,拒按,得食更甚,吐泻后则舒,暖腐吞酸,厌食,恶心呕吐,吐出物臭秽,泄泻或大便不爽,泻出物臭如败卵,舌苔厚腻,脉滑实。

2. 证候特征:具有暴饮暴食病史和脘腹胀满疼痛,得食更甚,暖腐吞酸,厌食等食积的证候特征。

#### ·湿邪困脾

1. 主要脉症:脘闷纳呆,口中粘腻,肢体困重,口淡不渴,大便稀溏,小便不利,苔白腻,脉濡缓。

2. 证候特征:具有脘闷纳呆,肢体困重,苔白腻等湿邪困脾的证候特征。

#### ·肝气犯胃

1. 主要脉症:胃脘胀满,攻窜作痛,脘痛连胁,胸闷暖气,喜长叹息,恶心呕吐,吞酸嘈杂,忧思恼怒则痛甚,苔薄白,脉弦。

2. 证候特征:具有情志所伤病史及胸胁胀痛,急躁易怒,暖气叹息等肝胃气滞的证候特征。

#### ·瘀血内停

1. 主要脉症:脘腹刺痛,痛处不移,按之痛甚,食后加剧,入夜尤甚,或胃肠有包块,舌质紫暗,脉涩。

2. 证候特征:具有刺痛有定处,舌质紫暗等瘀血的证候特征。

#### 【病机述要】

1. 脾胃虚弱素体脾虚,或久病伤脾,或劳倦过度,或饮食所伤,均可损伤脾胃,导致脾胃虚弱,中气不足,纳运失司,升降失调,而成胃痛、痞满、呕吐、便秘等病证。

2. 脾阳虚衰,素体脾虚,或脾病日久伤脾,或过服寒凉伤中,或肾阳不足,失于温煦,均可致脾阳虚,中焦虚寒,脾失健运,而成腹痛、呕吐等病证。

3. 胃阴不足素体阴虚,或年老津亏,或热病日久,损伤津液,或久泻久痢,或吐下太过,伤及阴津,或过食辛辣,或过服辛香燥热之药品,损伤胃阴,以致胃阴不足,胃失濡润,受纳与和降失司,而成胃痛、呕吐、噎膈等病证。

4. 寒邪伤胃外感寒邪,或脘腹受凉,寒邪内客于胃,或过服寒凉药物,或恣食生冷,导致寒邪伤中,胃腑受寒,胃气失和,而成胃痛、噎逆等病证。

5. 脾胃湿热素体穰盛,感受湿邪,湿从热化,或嗜食肥甘厚味,或感受湿热之邪,以致脾失健运,胃肠湿热,脾胃纳运失司,升降失调,形成胃痛、腹痛、泄泻等病证。

6. 肠胃积热素体热盛,或寒郁化热,或过食辛热,或感受热邪,穰明热盛,以致肠胃积热,胃失和降,大肠传导功能失常,而成胃痛、腹痛、便秘等病证。

7. 食滞胃肠暴饮暴食,或嗜食粘腻,食而不消,食滞胃肠,损伤脾胃,胃失受纳与和降之职,大小肠失传化与分清别浊之功,致成呕吐、泄泻等病证。

8. 湿邪困脾冒雨涉水,或久卧湿地,或恣食生冷肥甘,以致湿邪内停,困脾碍胃,脾失健运升清,胃失和降,脾胃升降失调,而成痞满、泄泻等病证。

9. 肝气犯胃忧思恼怒,情志不遂,致肝失疏泄,气机郁滞,肝气犯胃,胃失和降,而成胃痛、呕吐、泄泻等病证。

10. 瘀血内停肝胃气滞,气滞血瘀,或久病人络,或离经之血留滞,以致血络受阻,瘀血内停,而成胃痛、腹痛、噎膈等病证。

#### 【治疗要点】

1. 太阴湿土,得穰始运;穰明燥土,得阴自安。所以在治疗脾病时,应酌用健脾祛湿之剂,脾湿盛者,少用甘润滋腻之品;在治疗胃病时,宜酌用甘凉润降之剂,燥热伤阴者,慎用辛香燥热之药,以防伤阴。

2. 脾以升为健,胃以降为和。故在治疗脾病时,常用健脾、升提之品;在治疗胃病时,习用和中、降逆之药。

3. 脾病多虚、多寒;胃病多实、多热。故疗脾之虚常用健脾、益气、温中之品;疗胃之实多用消导、和胃、泻热之药。

4. 胃以通为补,六腑以通为用,以降为顺。故治疗胃、大肠病证时,常施通降之法。

5. 有胃气则生,无胃气则死。治疗脾胃病时,尤应时时顾护胃气,尽量避免大苦大寒伤脾,大辛大热伤胃。

6. 五脏之邪,皆通脾胃。脾胃病证也可由他脏病变所致,如肝克脾土,肾穰不温脾土等,所以在治疗本类病证时,应兼治相关脏腑,全面考虑,整体治疗。

7. 防治脾胃病证时,应注意生活调摄,特别应注意饮食。宜进易消化的食物,必要时进食流质饮食,慎食油腻、鱼腥、辛辣,忌食生冷、粗硬、醇酒类食物。营养要平衡,避免偏食。进食要有规律,也可遵医嘱少食多餐。要注意饮食卫生,忌食腐馊不洁之食物,可配合食疗加

以调养。居处要寒温适宜,避免冷湿,防止外邪侵袭。注意劳逸结合,平时加强体育锻炼,病情较重时,应适当休息,必要时须卧床休息。保持心情舒畅,避免精神刺激。服药时要冷热适宜,对于呕吐病人,应该少量频服。

## 第一节 胃痛

胃痛是由于胃气阻滞，胃络瘀阻，胃失所养，不通则痛导致的以上腹胃脘部发生疼痛为主症的一种脾胃肠病证。胃痛，又称胃脘痛。

本病在脾胃肠病证中最为多见，人群中发病率较高，中药治疗效果颇佳。

古典医籍中对本病的论述始见于《内经》。如《素问·六元正纪大论篇》谓：“木郁之发，……民病胃脘当心而痛，上支絳胁，膈咽不痛，食饮不下。”《素问·至真要大论篇》也说：“厥阴司天，风淫所胜，民病胃脘当心而痛。”说明胃痛与木气偏胜，肝胃失和有关。《素问·举痛论篇》还阐发了寒邪入侵，引起气血壅滞不通而作胃痛的机理。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》曰：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之，利不止。”其中的“心中疼”，即是胃痛，此为后世辨治寒热错杂胃痛提供了有益的借鉴。后世医家因《内经》胃脘当心而痛一语，往往将心痛与胃痛混为一谈，如《千金要方·卷十三·心腹痛》中有九种心痛，九种心痛是虫心痛、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。这里所说的心痛，实际上多指胃痛而言。《济生方·腹痛门》对胃痛的病因作了较全面的论述：九种心痛“名虽不同，而其所致皆因外感，内沮七情，或饮啖生冷果实之类，使邪气搏于正气，邪正交击，气道闭塞，郁于中焦，遂成心痛。”《和剂局方》《太平圣惠方》《圣济总录》等书，采集了大量医方，其治胃痛，多用辛燥理气之品，如白豆蔻、砂仁、广藿香、木香、檀香、丁香、高良姜、干姜等等。金元时期，《兰室秘藏·卷二》立“胃脘痛”一门，论其病机，则多系饮食劳倦而致脾胃之虚，又为寒邪所伤导致。论其治法，大旨不外益气、温中、理气、和胃等。《丹溪心法·心脾痛》谓：“大凡心膈之痛，须分新久，若明知身受寒气，口吃冷物而得病者，于初得之时，当与温散或温利之药；若病之稍久则成郁，久郁则蒸热，热久必生火，……。”胃痛亦有属热之说，至丹溪而畅明。胃痛与心痛的混淆引起了明代医家的注意，如明代《证治准绳·心痛胃脘痛》中写道：“或问丹溪言心痛即胃脘痛然乎？曰心与胃各一脏，其病形不同，因胃脘痛处在心下，故有当心而痛之名，岂胃脘痛即心痛哉？”《医学正传·胃脘痛》更进一步指出前人以胃痛为心痛之非：“古方九种心痛，……详其所由，皆在胃脘而实不在心也。”从而对紫病进行了较为明晰的区分。

其后《景岳全书·心腹痛》对胃痛的病因病机、辨证论治进行了较为系统的总结。清代《临证指南医案·胃脘痛》的“久痛入络”之说，《医林改错》《血证论》对瘀血滞于中焦，胀满刺痛者，采用血府逐瘀汤治疗，都作出了自己的贡献。

本病证以胃脘部疼痛为主症，西医学中的急性胃炎、慢性胃炎、消化性溃疡、胃痉挛、胃下垂、胃粘膜脱垂症、胃神经官能症等疾病，当其以上腹部胃脘疼痛为主要临床表现时，均可参照本节辨证论治。

### 【病因病机】

胃痛的病因主要为外感寒邪，饮食所伤，情志不遂，脾胃虚弱等。

1. 寒邪客胃寒属阴邪，其性凝滞收引。胃脘上部以口与外界相通，气候寒冷，寒邪由口吸入，或脘腹受凉，寒邪直中，内容于胃，或服药苦寒太过，或寒食伤中，致使寒凝气滞，胃气失和，胃气阻滞，不通则痛。正如《素问·举痛论篇》所说：“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引，故痛。”

2. 饮食伤胃胃主受纳腐熟水谷，其气以和降为顺，故胃痛的发生与饮食不节关系最为密切。若饮食不节，暴饮暴食，损伤脾胃，饮食停滞，致使胃气失和，胃中气机阻滞，不通则痛；或五味过嗜，辛辣无度，或恣食肥甘厚味，或饮酒如浆，则伤脾碍胃，蕴湿生热，阻滞气机，以致胃气阻滞，不通则痛，皆可导致胃痛。故《素问·痹论篇》曰：“饮食自倍，肠胃乃伤。”《医学正传·胃脘痛》曰：“初致病之由，多因纵恣口腹，喜好辛酸，恣饮热酒煎爇，复餐寒凉生冷，朝伤暮损，日积月深，……故胃脘疼痛。”

3. 肝气犯胃脾胃的受纳运化，中焦气机的升降，有赖于肝之疏泄，《素问·宝命全形论篇》所说的“土得木而耨”即是这个意思。所以病理上就会出现木旺克土，或土虚木乘之变。忧思恼怒，情志不遂，肝失疏泄，肝郁气滞，横逆犯胃，以致胃气失和，胃气阻滞，即可发为胃痛。所以《杂病源流犀烛·胃病源流》谓：“胃痛，邪干胃脘病也。……唯肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”肝郁日久，又可化火生热，邪热犯胃，导致肝胃郁热而痛。

若肝失疏泄，气机不畅，血行瘀滞，又可形成血瘀，兼见瘀血胃痛。胆与肝相表里，皆属木。胆之通降，有助于脾之运化及胃之和降。《璣枢·四时气》曰：“邪在胆，逆在胃。”若胆病失于疏泄，胆腑通降失常，胆气不降，逆行犯胃，致胃气失和，肝胆胃气机阻滞，也可发生胃痛。

4. 脾胃虚弱脾与胃相表里，同居中焦，共奏受纳运化水谷之功。脾气主升，胃气主降，胃之受纳腐熟，赖脾之运化升清，所以胃病常累及于脾，脾病常累及于胃。若素体不足，或劳倦过度，或饮食所伤，或过服寒凉药物，或久病脾胃受损，均可引起脾胃虚弱，中焦虚寒，致使胃失温养，发生胃痛。若是热病伤阴，或胃热火郁，灼伤胃阴，或久服香燥理气之品，耗伤胃阴，胃失濡养，也可引起胃痛。肾为先天之本，阴之根，脾胃之阴，全赖肾阴之温煦；脾胃之阴，全赖肾阴之滋养。若肾阴不足，火不暖土，可致脾阴虚，而成脾肾阴虚，胃失温养之胃痛；若肾阴亏虚，肾水不能上济胃阴，可致胃阴虚，而成胃肾阴虚。胃失濡养之胃痛。

此外，若气滞日久，血行瘀滞，或久病人络，胃络受阻，或胃出血后，离经之血未除，以致瘀血内停，胃络阻滞不通，均可引起瘀血胃痛。《临证指南医案·胃脘痛》早已有关于这种病机的论述：“胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀。”若脾阴不足，失于健运，湿邪内生，聚湿成痰成饮，蓄留胃脘，又可致痰饮胃痛。

本病病因，初则多由外邪、饮食、情志不遂所致，病因多单一，病机也单纯，常见寒邪客胃、饮食停滞、肝气犯胃、肝胃郁热、脾胃湿热等证候，表现为实证；久则常见由实转虚，如寒邪日久损伤脾阴，热邪日久耗伤胃阴，多见脾胃虚寒、胃阴不足等证候，则属虚证。因实致虚，或因虚致实，皆可形成虚实并见证，如胃热兼有阴虚，脾胃阴虚兼见内寒，以及兼夹瘀、食、气滞、痰饮等。本病的病位在胃，与肝脾关系密切，也与胆肾有关。基本病机为胃气阻滞，胃络瘀阻，胃失所养，不通则痛。

### 【临床表现】

胃痛的部位在上腹部胃脘处，俗称心窝部。其疼痛的性质表现为胀痛、隐痛、刺痛、灼痛、闷痛、绞痛等，常因病因病机的不同而理，其中尤以胀痛、隐痛、刺痛常见。可有压痛，按之其痛或增或减，但无反跳痛。其痛有呈持续性者，也有时作时止者。其痛常因寒暖失宜，饮食失节，情志不舒，劳累等诱因而发作或加重。本病证常伴有食欲不振，恶心呕吐，吞酸嘈杂等症状。

### 【诊断】

1. 上腹胃脘部疼痛及压痛。
2. 常伴有食欲不振，胃脘痞闷胀满，恶心呕吐，吞酸嘈杂等胃气失和的症状。
3. 发病常由饮食不节，情志不遂，劳累，受寒等诱因引起。
4. 上消化道 X 线钡餐透视、纤维胃镜及病理组织学等检查，查见胃、十二指肠粘膜炎症、溃疡等病变，有助于诊断。

### 【鉴别诊断】

1. 痞满胃痛与痞满的病位皆在胃脘部，且胃痛常兼胀满，痞满时有隐痛，应加以鉴别。胃痛以疼痛为主，痞满以痞塞满闷为主；胃痛者胃脘部可有压痛，痞满者则无压痛。

2. 心痛胃处腹中之上部，心居胸中之下部，正如《医学正传·胃脘痛》谓：“胃之上口，名曰贲门，贲门与心相连。”《证治准绳·心痛胃脘痛》所说：“然胃脘逼近于心，移其邪上攻于心，为心痛者亦多。”心与胃的位置很近，胃痛可影响及心，表现为连胸疼痛，心痛亦常涉及心下，出现胃痛的表现，故应高度警惕，防止胃痛与心痛，尤其是防止胃痛与真心痛之间发生混淆。胃痛多发生于青壮年，疼痛部位在上腹胃脘部，其位置相对较低，疼痛性质多为胀痛、隐痛，痛势一般不剧，其痛与饮食关系密切，常伴有吞酸，嗝气，恶心呕吐等胃肠病症状，纤维胃镜及病理组织学等胃的检查理常；心痛多发生于老年，其痛在胸膈部或左前胸，其位置相对较高，疼痛性质多为刺痛、绞痛，有时剧痛，且痛引肩背及手少阴循行部位，痛势较急，饮食方面一般只与饮酒饱食关系密切，常伴有心悸，短气，汗出，脉结代等心脏病症状，心电图等心脏检查理常。

3. 胁痛肝气犯胃所致的胃痛常攻心连胁而痛，胆病的疼痛有时发生在心窝部附近，胃痛与胁痛有时也易混淆，应予鉴别。但胃痛部位在中上腹胃脘部，兼有恶心嗝气，吞酸嘈杂等胃失和降的症状，纤维胃镜等检查多有胃的病变；而胁痛部位在上腹右侧肋部，常伴恶心，口苦等肝胆病症状，B 超等实验室检查多可查见肝胆疾病。

4. 腹痛胃处腹中，与肠相连，从大范围看腹痛与胃痛均为腹部的疼痛，胃痛常伴腹痛的症状，腹痛亦常伴胃痛的症状，故有心腹痛的提法，因此胃痛需与腹痛相鉴别。胃痛在上腹胃脘部，位置相对较高；腹痛在胃脘以下，耻骨毛际以上的部位，位置相对较低。胃痛常伴脘闷，嗝气，泛酸等胃失和降，胃气上逆之症；而腹痛常伴有腹胀，矢气，大便性状改变等腹疾症状。相关部位的 X 线检查、纤维胃镜或肠镜检查、B 超检查等有助于鉴别诊断。

## 【辨证论治】

### 辨证要点

1. 辨寒热寒证胃痛多见胃脘冷痛，因饮冷受寒而发作或加重，得热则痛减，遇寒则痛增，伴有面色苍白，口和不渴，舌淡，苔白等症；热证胃痛多见胃脘灼热疼痛，进食辛辣燥热食物易于诱发或加重，喜冷恶热，胃脘得凉则舒，伴有口干口渴，大便干结，舌红，苔黄少津，脉数等症。

2. 辨虚实虚证胃痛多见于久病体虚者，其胃痛隐隐，痛势徐缓而无定处，或摸之莫得其所，时作时止，痛而不胀或胀而时减，饥饿或过劳时易诱发疼痛或致疼痛加重，揉按或得食则疼痛减轻，伴有食少乏力，脉虚等症；实证胃痛多见于新病体壮者，其胃痛兼胀，表现胀痛、刺痛，痛势急剧而拒按，痛有定处，食后痛甚，伴有大便秘结，脉实等症。

3. 辨气血初痛在气，久痛在血。胃痛且胀，以胀为主，痛无定处，时痛时止，常由情志不舒引起，伴胸脘痞满，喜叹息，得暖气或矢气则痛减者，多属气分；胃痛久延不愈，其痛如刺如锥，持续不解，痛有定处，痛而拒按，伴食后痛增，舌质紫暗，舌下脉络紫暗迂曲者，多属血分。

### 治疗原则

胃痛的治疗，以理气和胃止痛为基本原则。旨在疏通气机，恢复胃腑和顺通降之性，通则不痛，从而达到止痛的目的。胃痛属实者，治以祛邪为主，根据寒凝、食停、气滞、郁热、血瘀、湿热之不同，分别用温胃散寒、消食导滞、疏肝理气、泄热和胃、活血化瘀、清热化湿诸法；属虚者，治以扶正为主，根据虚寒、阴虚之理，分别用温中益气、养阴益胃之法。虚实并见者，则扶正祛邪之法兼而用之。

### 分证论治

#### ·寒邪客胃

症状：胃痛暴作，甚则拘急作痛，得热痛减，遇寒痛增，口淡不渴，或喜热饮，苔薄白，脉弦紧。

治法：温胃散寒，理气止痛。

方药：良附丸。

良附丸是治疗寒邪客胃，寒凝气滞的基础方。方中**高良姜**温胃散寒，**香附**行气止痛。若寒重，或胃脘突然拘急掣痛拒按，甚则隆起如拳状者，可加**藜蘆莢**、**干姜**、**丁香**、**桂枝**；气滞重者，可加**木香**、**陈皮**；若郁久化热，寒热错杂者，可用半夏泻心汤，辛开苦降，寒热并调；若见寒热身痛等表寒证者，可加紫苏、**生姜**，或加香苏散疏风散寒，行气止痛；若兼见胸脘痞闷不食，暖气呕吐等寒夹食滞症状者，可加**枳椇**、神曲、**鸡内金**、半夏以消食导滞，温胃降逆；若胃寒较轻者，可局部温熨，或服**生姜**红糖汤即可散寒止痛。

#### ·饮食停滞



症状:暴饮暴食后,胃脘疼痛,胀满不消,疼痛拒按,得食更甚,噎腐吞酸,或呕吐不消化食物,其味腐臭,吐后痛殊,不思饮食或厌食,大便不爽,得矢气及便后稍舒,舌苔厚腻,脉滑有力。

治法:消食导滞,和胃止痛。

方药:保和丸。

本方用山瑜、神曲、莱菔子消食导滞,健胃下气;半夏、陈皮、茯苓健脾和胃,化湿理气;连翘散结清热,共奏消食导滞和胃之功。本方为治疗饮食停滞的通用方,均可加入谷芽、麦芽、隔山消、鸡内金等味。若脘腹胀甚者,可加枳实、厚朴、槟榔行气消滞;若食积化热者,可加黄芩、黄连清热泻火;若大便秘结,可合用小承气汤;若胃痛急剧而拒按,大便秘结,苔黄燥者,为食积化热成燥,可合用大承气汤通腑泄热,荡积导滞。

·肝气犯胃

症状:胃脘胀满,攻晶作痛,脘痛连胁,胸闷噎气,喜长叹息,大便不畅,得噎气、矢气则舒,遇烦恼郁怒则痛作或痛甚,苔薄白,脉弦。

治法:疏肝理气,和胃止痛。

方药:柴胡疏肝散。

柴胡疏肝散为疏肝理气之要方。方中柴胡、白芍、川芎、香附疏肝解郁,陈皮、枳壳、甘草理气和中,诸药合用共奏疏肝理气,和胃止痛之效。若胀重可加青皮、郁金、木香助理气解郁之功;若痛甚者,可加川楝子、延胡索理气止痛;噎气频作者,可加半夏、旋覆花,亦可用降香降气散降气解郁。

·肝胃郁热

症状:胃脘灼痛,痛势急迫,喜冷恶热,得凉则舒,心烦易怒,泛酸嘈杂,口干口苦,舌红少苔,脉弦数。

治法:疏肝理气,泄热和中。

方药:丹栀逍遥散合左金丸。

方中柴胡、当归、白芍、薄荷解郁柔肝止痛,丹皮、栀子清肝泄热,白术、茯苓、甘草、生姜和中健胃。左金丸中黄连清泄胃火,黄连散肝郁,以补原方之未备。若为火邪已伤胃阴,可加麦冬、石斛。肝体阴而用疏,阴常不足,疏常有余,郁久化热,易伤肝阴,此时选药应远刚用柔,慎用过分香燥之晶,宜选用白芍、香橼、佛手等理气而不伤阴的解郁止痛药,也可与金铃子、郁金等偏凉性的理气药,或与白芍、甘草等柔肝之晶配合应用。若火热内盛,灼伤胃络,而见吐血,并出现脘腹灼痛痞满,心烦便秘,面赤舌红,脉弦数有力等症者,可用(金匱要略)泻心汤,苦寒泄热,直折其火。

·瘀血停滞

症状:胃脘疼痛,痛如针刺刀割,痛有定处,按之痛甚,食后加剧,入夜尤甚,或见吐血、黑便,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩。

治法:活血化瘀,理气止痛。

方药:失笑散合丹参饮。

方中五灵脂、[蒲黄](#)、丹参活血化瘀止痛,[檀香](#)、[砂仁](#)行气和胃。如痛甚可加[延胡索](#)、[三七粉](#)、[三棱](#)、[莪术](#),并可加理气之品,如[枳壳](#)、[木香](#)、[郁金](#);若血瘀胃痛,伴吐血、黑便时,当辨寒热虚实,参考血证有关内容辨证论治。

·脾胃湿热

症状:胃脘灼热疼痛,嘈杂泛酸,口干口苦,渴不欲饮,口甜粘浊,食甜食则冒酸水,纳呆恶心,身重肢倦,小便色黄,大便不畅,舌苔黄腻,脉象滑数。

治法:清热化湿,理气和中。

方药:清中汤。

方中[黄连](#)、[栀子](#)清热化湿,半夏、[茯苓](#)、白[豆蔻](#)健脾祛湿,[陈皮](#)、[甘草](#)理气和胃。热盛便秘者,加银花、[蒲公英](#)、[大黄](#)、[枳实](#);气滞腹胀者,加[厚朴](#)、[大腹皮](#)。若寒热互结,干噎食臭,心下痞硬,可用半夏泻心汤加味。

·胃阴亏虚

症状:胃脘隐隐灼痛,似饥而不欲食,口燥咽干,口渴思饮,消瘦乏力,大便干结,舌红少津或光剥无苔,脉细数。

治法:养阴益胃,和中止痛。

方药:益胃汤合芍药[甘草](#)汤。

方中沙参、[麦冬](#)、生地、[玉竹](#)养阴益胃,芍药、[甘草](#)和中缓急止痛。若胃阴亏损较甚者,可酌加干石斛;若兼饮食停滞,可加神曲、[山楂](#)等消食和胃;若痛甚者可加[香橼](#)、[佛手](#);若脘腹灼痛,嘈杂反酸,可加左金丸;若胃热偏盛,可加生石膏、[知母](#)、[芦根](#)清胃泄热,或用清胃散;若日久肝肾阴虚,可加山茱萸、玄参滋补肝肾;若日久胃阴虚难复,可加[乌梅](#)、[山楂肉](#)、[木瓜](#)等酸甘化阴。

·脾胃虚寒

症状:胃痛隐隐,绵绵不休,冷痛不适,喜温膏按,空腹痛甚,得食则缓,劳累或食冷或受凉后疼痛发作或加重,泛吐清水,食少,神疲乏力,手足不温,大便溏薄,舌淡苔白,脉虚弱。

治法:温中健脾,和胃止痛。

方药:[黄芪](#)建中汤。

方中[黄芪](#)补中益气,小建中汤温脾散寒,和中缓急止痛。泛吐清水较重者,可加[干姜](#)、[续茱萸](#)、半夏、[茯苓](#)等温胃化饮;如寒盛者可用[附子](#)理中汤,或大建中汤温中散寒;若脾虚湿盛

者,可合二陈汤;若兼见腰膝酸软,头晕目眩,形寒肢冷等肾脾虚证者,可加附子、肉桂、巴戟天、仙茅,或合用肾气丸、右归丸之类助肾脾以温脾和胃。

#### 【转归预后】

病之初多属实证,表现为寒凝、食积、气滞之候;病情发展,寒邪郁久化热,或食积日久,蕴生湿热,或气郁日久化火,气滞而致血瘀,可出现寒热互结等复杂证候;且日久耗伤正气,则可由实转虚,而转为脾虚、阴虚,或转为虚劳之证。某些病例尚可因气滞血瘀,瘀久生痰,痰瘀互结,内生积块;或因血热妄行,久瘀伤络,或脾不统血,引起吐血、便血等,皆属胃痛的常见转归。胃痛预后一般较好,实证治疗较易,邪气去则胃气安;虚实并见者则治疗难度较大,且经常反复发作。若影响进食,化源不足,则正气日衰,形体消瘦。若伴有吐血、便血,量大难止,兼见大汗淋漓,四肢不温,脉微欲绝者,为气随血脱的危急之候,如不及时救治,亦可危及生命。

#### 【预防与调摄】

对胃脘痛患者,要重视生活调摄,尤其是饮食与精神方面的调摄。饮食以少食多餐,营养丰富,清淡易消化为原则,不宜饮酒及过食生冷、辛辣食物,切忌粗硬饮食,暴饮暴食,或饥饱无常;应保持精神愉快,避免忧思恼怒及情绪紧张;注意劳逸结合,避免劳累,病情较重时,需适当休息,这样可减轻胃痛和减少胃痛发作,进而达到预防胃痛的目的。

#### 【结语】

胃痛以上腹胃脘部疼痛为主要临床特征。需与痞满、心痛、胁痛等相鉴别。本病常由外感寒邪,饮食伤胃,情志不遂,脾胃虚弱,以及气滞、瘀血、痰饮等病因所致,可一种病因单独致病,也可多种病因共同致病。病变部位主要在胃,与肝脾关系密切,与胆肾也有关。基本病机为胃气阻滞,胃络瘀阻,胃失所养,不通则痛。本病之初病机较单纯,多为寒邪客胃、饮食停滞、肝气犯胃、肝胃郁热、脾胃湿热等,属实证;久则常由实转虚,而见脾胃虚寒、胃阴不足等,属虚证。也有起病即见脾胃虚寒者,也属虚证。病久因实致虚,或因虚致实,以及多种因素相互影响,可以形成寒热虚实并见的复杂证候。辨证方面以辨寒、热、虚、实,以及在气、在血为要点,治法上常以理气和胃止痛为基本原则。应遵叶天士“远刚用柔”和“忌刚用柔”之说,理气不可损伤胃阴。本病预后一般较好,转归主要有胃脘积块和便血、吐血等。对胃痛患者,要特别强调饮食和精神方面的调摄,它是治疗及预防不可或缺的措施。

#### 【文献摘要】

《璣枢,邪气脏腑病形》:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛,上支鬲肋,膈咽不通,食饮不下,取之三里也。”

《三因瑠一病证方论·九痛叙论》:“夫心痛者,……以其痛在中脘,故总而言之曰心痛,其实非心痛也,……若十二经络外感六淫,则其气闭塞,郁于中焦,气与邪争,发为疼痛,属外所因;若五脏内动,汨以七情,则其气痞结,聚于中脘,气与血搏,发为疼痛,属内所因;饮食劳逸,触忤非类,使脏气不平,痞隔于中,食饮遁症,变乱肠胃,发为疼痛,属不内外因。”

《景岳全书·心腹痛》：“胃脘痛证，多有因食，因寒，因气不顺者，然因食因寒，亦无不皆关于气。盖食停则气滞，寒留则气凝。所以治痛之要，但察其果属实邪，皆当以理气为主。”

《临证指南医案·胃脘痛》：“初病在经，久痛入络，以经主气，络主血，则可知其治血之当然也，凡气既久阻，血也因病，循行之脉络自痹，而辛香理气，辛柔和血之法，实为对待必然之理。”

《顾氏医镜·胃脘痛》：“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；饱则甚者多实，饥则甚者多虚；脉实气粗者多实，脉少气虚者多虚；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。”

#### 【现代研究】

##### ·胃痛临床研究

张氏等综合应用国内通行的胃痛诊断标准，对7315例慢性胃痛患者进行了系统的证候分类观察。结果表明，胃痛的临床证候非常复杂，典型证仅占28.8%；各证候中，以气滞证、虚弱证（含虚寒证）、火郁证、湿热证出现频率较高，且气滞证出现率最大；单证和复合证的分布仍集中在上述4个证型。表明胃痛的证候表现以实证为主[中医杂志1994；35（10）：617]。

焦氏常用“三合汤”、“四合汤”加味治疗胃脘痛，效果良好。三合汤：[高良姜](#) 6-8g，制[香附](#) 6 log，[百合](#) 30g，[乌药](#) 9-12g，丹参 30g，[檀香](#) 6g（后下），[砂仁](#) 3G。主治长期难愈的胃脘痛，或曾服用其他治胃痛药无效者，舌苔白或薄白，脉弦或砵细弦，或细滑略弦，胃脘喜暖，痛处喜按，但又不能重按，大便或干或溏，寒热虚实夹杂并见者。四合汤：即在上述三合汤中，再加失笑散（[蒲黄](#) 6-log，[五灵脂](#) 9-12g）。其主治在三合汤的基础上，又兼有胃脘刺痛，痛处固定，唇舌色暗或有瘀斑，或夜间痛重，脉象砵而带涩，证属中焦瘀血阻滞者[中医杂志1989；（6）：16]。

苏氏经验，[细辛](#)止胃痛效果好，用[细辛](#) 3-5g加入[黄芩](#)建中汤或香砂六君子汤中，治疗中焦虚寒证可明显增强其疗效[中医杂志1993；（6）：326]。

##### ·消化性溃疡的临床研究

近年来对消化性溃疡的研究表明，中医治疗本病不仅有较好的近期疗效（溃疡愈合率可譬50%-80%不等，总有效率在90%以上），而且在改善胃脘及全身症状、无副作用、复发率低等方面仍具有相当的优越性[中医杂志1992；（4）：48]。

陈氏应用益气温中散寒法，选用[黄芩](#)、[白芍](#)、[肉桂](#)、炙[甘草](#)、[山药](#)、[乌药](#)、[高良姜](#)、元胡、[砂仁](#)、丹参等随证加味，3个月为1疗程，治疗顽固性十二指肠溃疡病48例。治疗后症状改善方面，显效24例，好转20例，无效4例，总有效率为91.6%。治疗后胃镜复查溃疡愈合情况，显效23例，好转20例，无效5例，总有效率为89.5%[中医杂志1995；36（6）：344]。

周氏等对胃和十二指肠溃疡病按气滞期、血瘀期、中虚期三期进行论治,气滞期选用加味香苏饮合柴胡疏肝散加味,血瘀期选用加味金铃子散,中虚期脾胃虚寒者用加味黄芩建中汤,脾胃虚热者用加味益胃汤治疗,疗效满意[中医杂志 1994 35(6):331]。

有些学者针对消化性溃疡特殊的病理形态进行了深入的研究,田氏在长期临床中体会到,溃疡病应属“疮疡”之类,从纤维胃镜下所见溃疡及其表面附有黄白厚苔或脓性分泌物来看,实与疮疡溃破相吻合,表面黄白厚苔说明有湿热毒邪,溃疡局部糜烂、渗出、周边暗红、充血,说明有瘀血。胃和十二指肠溃疡病,病位在胃脾,与肝关系密切,胃溃疡似与胃和肝的关系密切,以实证、热证居多;十二指肠球部溃疡与脾关系密切,或脾胃同病或肝脾同病,以虚证、寒证居多,容易兼见虚实、寒热错杂之象。溃疡病活动期称之为“内疡”,必与“邪毒”相关,胃溃疡活动期似与邪毒蕴积,胃气壅滞或肝胃气滞为主要病理,而十二指肠球部溃疡的活动期似以脾虚、血瘀、邪毒蕴结为主要病理,此与溃疡的愈合期和瘢痕期存在明显差异。临床上筛选出的乌贼骨、生蒲黄、三七粉、白及粉、血竭、大黄以及锡类散、珍珠粉等中成药,临床实验研究表明其作用机制并不是通过降低胃酸和调节血清胃泌素来取得疗效的,可能是由于该类药增强了粘膜屏障,加速组织代谢,从而促进组织修复,促使溃疡愈合。益气活血解毒法治疗消化性溃疡的研究和报道日益增多,关于其中解毒药的使用,田氏认为若见舌苔黄腻或胃镜见胃中粘液较多且粘稠或溃疡表面敷以黄白苔较著者,应选用黄连、黄芩、大黄一类具有燥湿作用的清热解毒药为主,其余则以连翘、蒲公英、虎杖一类清热解毒药,益气药黄芩、甘草生用为好,因其能补虚,尚有托疮解毒生肌之功(北京中医学院学报 1991;(6):1)。

田氏治疗十二指肠球部溃疡常采用益气活血解毒法,重用黄芩益气托毒生肌以治其本,并与赤芍配伍,另加大黄粉、乌贼骨粉、白及粉、血竭、锡类散、珍珠粉等敛疮药物;常用失笑散合田三七祛瘀止痛急治其标;惯用蒲公英清热解毒治其因;端用活血化瘀药治疗久治不愈的吐酸[北京中医 1993;(2):24]。

#### 幽门螺旋杆菌(1p)与胃痛辨证论治的相关性研究

对幽门螺旋杆菌(HP)与胃痛辨证论治的相关性研究,近年开展较多。在诊断方面,如陈氏等检测了 1025 例以胃痛为主症的患者,发现 HP 检出率与舌象的关系是黄腻苔>黄厚苔>薄黄苔>白腻苔>白厚苔>苔少者;舌红>舌紫暗>舌淡红>舌淡[中国中西医结合脾胃杂志 1994;2(2):4]。

在与证型的关系方面,黄氏对 112 例脾虚证及实证胃痛患者胃窦部粘膜病理检查,发现脾虚证中的脾虚气滞证 lip 感染率最低(43.18%),感染程度最轻,与脾气虚证(70%)及实证(71.43%)之间存在显著差异( $P<0.025$ )。经病理检查证实,脾虚证胃痛以慢性萎缩性胃炎为多(59.52%),实证以慢性浅表性胃炎为多(66.29%)[南京中医学院学报 1989;(3):32]。

张氏等将 180 例慢性萎缩性胃炎分为三个证型:肝气犯胃、气滞血瘀(工型),共 30 例, lip 检出率为 56.7%;脾胃湿热兼血瘀乙型,共 51 例,HP 检出率为 78.4%;脾虚湿热、寒凝血瘀(型),共 99 例,HP 检出率为 63.6%。工型与型差异显著( $P<0.01$ )[中国中西医结合杂志 1992;9(2):521]。

危氏等研究表明,邪盛者Hp的阳性率高(占83.19%),正虚者偏低(占45.76%),排列次序是脾胃湿热>肝胃不和>脾胃虚寒>脾胃阴虚[中国中西医结合杂志 1990;10(5):314]。

在治疗方面,王氏等对200种不同性味、不同作用的单味中药做HP抑菌试验,发现38种中药对HP有抑制作用,其中以**黄芩**、**黄连**、**大黄**、**黄柏**、**桂枝**、地丁、**玫瑰花**、**土茯苓**、**高良姜**、**乌梅**、**山楂**等抑菌作用最明显[中国中西医结合杂志 1994;9(14):534]。

张氏等对53味常用中药作了对Hp的抑菌试验,结果显示,**三七**、**厚朴**、**党参**对HP敏感,**乌梅**、元胡中度敏感,**黄连**、**大黄**、**桂枝**高度敏感[中医杂志 1992;(2):110]。

戴氏采用**白头翁**、**黄柏**、**青黛**、玄胡索、田**三七**、**党参**、白及、**香附**、**甘草**组成的天幽璘散剂治疗HP阳性消化性溃疡(0例,对照组20例用丽珠得乐冲剂治疗,4周为1疗程,1疗程后复查,治疗组HP感染的清除率为70%,总有效率为85%,与对照组无显著差异。但在胃镜检查及症状改善方面,治疗组均优于对照组,有显著差异[中国中西医结合杂志 1993;9(13):551]。

## 第二节 痞满

痞满是由表邪内陷，饮食不节，痰湿阻滞，情志失调，脾胃虚弱等导致脾胃功能失调，升降失司，胃气壅塞而成的以胸脘痞塞满闷不舒，按之柔软，压之不痛，视之无胀大之形为主要临床特征的一种脾胃病证。本证按部位可疹分为胸痞、心下痞等，心下即胃脘部，故心下痞又可称为胃痞。本节主要讨论胃痞。

胃痞是脾胃肠病证中较为常见的病证，中医药治疗本病具有较好的疗效。

胃痞在《内经》称为痞、满、痞满、痞塞等，如《素问·调经论》的“脏寒生满病”，《素问·五常政大论篇》的“备化之纪，……其病痞”，以及“卑监之纪，……其病留满痞塞”等都是这方面的论述。《伤寒论》对本病证的理法方药论述颇详，如谓“但满而不痛者，此为痞”，“心下痞，按之濡”，提出了痞的基本概念，并指出该病病机是正虚邪陷，升降失调，并拟定了寒热并用，辛开苦降的治疗大法，其所创诸泻心汤乃治痞满之祖方，一直为后世医家所赏用。《诸病源候论·痞噎病诸侯》提出“八痞”、“诸痞”之名，包含了胃痞在内，论其病因有风邪外人，忧恚气积，坠堕内损，概基病机有营卫不和，阴膈隔绝，血气壅塞，不得宣通。并对痞作了初步的解释：“痞者，塞也。言腑脏痞塞不宣通也。”东垣所倡脾胃内伤之说，及其理法方药多为后世医家所借鉴，尤其是《兰室秘藏·卷二》之辛开苦降，消补兼施的消痞丸、**枳实消痞丸**更是后世治痞的名方。《丹溪心法·痞》将痞满与胀满作了区分：“胀满内胀而外亦有形，痞则内觉痞闷，而外无胀急之形。”在治疗上丹溪特别反对一见痞满便滥用利药攻下，认为中气重伤，痞满更甚。《景岳全书·痞满》对本病的辨证颇为明晰：“痞者，痞塞不开之谓；满者，胀满不行之谓。盖满则近胀，而痞则不必胀也。所以痞满：证，大有疑辨，则在虚实二字，凡有邪有滞而痞者，实痞也；无物无滞而痞者，虚痞也。有胀有痛而满者，实满也；无胀无痛而满者，虚满也。实痞、实满者可散可消；虚痞、虚满者，非大加温补不可。”（类证治裁·痞满）将痞满分为伤寒之痞和杂病之痞，把杂病之痞又分作胃口寒滞停痰，饮食寒凉伤胃，脾胃籛微，中气久虚，精微不化，脾虚失运，胃虚气滞等若干证型，分寒热虚实之不同而辨证论治，对临床很有指导意义。

西医学中的慢性胃炎、胃神经官能症、胃下垂、消化不良等疾病，当出现以胃脘部痞塞，满闷不舒为主要表现时，可参考本节辨证论治。

### 【病因病机】

脾胃同居中焦，脾主升清，胃主降浊，共司水谷的纳运和吸收，清升浊降，纳运如常，则胃气调畅。若因表邪内陷入里，饮食不节，痰湿阻滞，情志失调，或脾胃虚弱等各种原因导致脾胃损伤，升降失司，胃气壅塞，即可发生痞满。

1. 表邪入里外邪侵袭肌表，治疗不得其法，滥施攻里泻下，脾胃受损，外邪乘虚内陷入里，结于胃脘，阻塞中焦气机，升降失司，胃气壅塞，遂成痞满。如《伤寒论》所云：“脉浮而紧，而复下之，紧反入里，则作痞，按之自濡，但气痞耳。”

2. 食滞中阻或暴饮暴食,或恣食生冷粗硬,或偏嗜肥甘厚味,或嗜浓茶烈酒及辛辣过烫饮食,损伤脾胃,以致食谷不化,阻滞胃脘,升降失司,胃气壅塞,而成痞满。如《类证治裁·痞满》云:“饮食寒凉,伤胃致痞者,温中化滞。”

3. 痰湿阻滞脾胃失健,水湿不化,酿生痰浊,痰气交阻于胃脘,则升降失司,胃气壅塞,而成痞满。如《兰室秘藏·中满腹胀》曰:“脾湿有余,腹满食不化。”

4. 情志失调多思则气结,暴怒则气逆,悲忧则气郁,蚤恐则气乱等等,造成气机逆乱,升降失职,形成痞满。其中尤以肝郁气滞,横犯脾胃,致胃气阻滞而成之痞满为多见。即如《景岳全书·痞满》所谓:“怒气暴伤,肝气未平而痞。”

5. 脾胃虚弱素体脾胃虚弱,中气不足,或饥饱不匀,饮食不节,或久病损及脾胃,纳运失职,升降失调,胃气壅塞,而生痞满。此正如《兰室秘藏·中满腹胀》所论述的因虚生痞满:“或多食寒凉,及脾胃久虚之人,胃中寒则胀满,或脏寒生满病。”

胃痞的病机有虚实之分,实即实邪内阻,包括外邪入里,饮食停滞,痰湿阻滞,肝郁气滞等;虚即中虚不运,责之脾胃虚弱。实邪之所以内阻,多与中虚不运,升降无力有关;反之,中焦转运无力,最易招致实邪的侵扰,实者常常互为因果。如脾胃虚弱,健运失司,既可停湿生饮,又可食滞内停;而实邪内阻,又会进一步损伤脾胃,终至虚实并见。另外,各种病邪之间,各种病机之间,亦可互相影响,互相转化,形成虚实互见,寒热错杂的病理变化,为痞证的病机特点。总之,胃痞的病位在胃,与肝脾有密切关系。基本病机为脾胃功能失调,升降失司,胃气壅塞。

#### 【临床表现】

本病证以自觉胃脘痞塞,满闷不舒为主要临床表现,其痞按之柔软,压之不痛,视之五胀大之形。常伴有胸膈满闷,饮食减少,得食则胀,暖气稍舒,大便不调,消瘦等症。发病和加重常与诸如暴饮暴食,恣食生冷粗硬,嗜饮浓茶烈酒,过食辛辣等饮食因素,以及情志、起居、冷暖失调等诱因有关。多为慢性起病,时轻时重,反复发作,缠绵难愈。

#### 【诊断】

1. 以胃脘痞塞,满闷不舒为主要临床表现,其痞按之柔软,压之不痛,视之无胀大之形。
2. 常伴有胸膈满闷,饮食减少,得食则胀,暖气则舒等症。
3. 发病和加重常与饮食、情志、起居、冷暖失调等诱因有关。
4. 多为慢性起病,时轻时重,反复发作,缠绵难愈。
5. 纤维胃镜检查、上消化道K线检查、胃液分析等的异常,有助于本病的诊断。

#### 【鉴别诊断】

1. 胃痛胃痛与胃痞的病位皆在胃脘部,且胃痛常兼胀满,胃痞时有隐痛,应加以鉴别。胃痛以疼痛为主,胃痞以痞塞满闷为主;胃痛者胃脘部可有压痛,胃痞者则无压痛。



2. 鼓胀鼓胀与胃痞同为腹部病证,且均有胀满之苦,鼓胀早期易与胃痞混淆。鼓胀腹部胀大膨隆,胀大之形外现;胃痞则自觉满闷痞塞,外无胀大之形。鼓胀按之腹皮急;胃痞胃脘部按之柔软。鼓胀有胁痛、黄疸、积聚等疾病病史;胃痞可有胃痛、嘈杂、吞酸等胃病病史。B型超声波和纤维胃镜等检查,有助于二病证的鉴别。

3. 胸痹心痛胸痹心痛可有脘腹满闷不舒,胃痞常伴有胸膈满闷,但二者有病在心胸和病在胃脘之不同,应予区别。胸痹心痛属胸膈痹阻,心脉瘀阻,心脉失养为患,以胸痛,胸闷,短气为主症,伴有心悸、脉结代等症状;胃痞系脾胃功能失调,升降失司,胃气壅塞所致,以胃脘痞塞满闷不舒为主症,多伴饮食减少,得食则胀,噯气则舒等症状。心电图和纤维胃镜等检查有助于鉴别诊断。

#### 【辨证论治】

#### 辨证要点

辨寒热虚实痞满绵绵,得热则舒,遇寒则甚,口淡不渴,苔白,脉迟者,多为寒;痞满势急,胃脘灼热,得凉则舒,口苦便秘,口渴喜冷饮,苔黄,脉数者,多为热;痞满时复如故,喜揉喜按,不能食或食少不化,大便溏薄,久病体虚者,多属虚;痞满持续不舒,按之满甚或硬,能食便秘,新病邪滞者,多属实。痞满寒热虚实的辨证,还应与胃痛互参。

#### 治疗原则

胃痞的基本病机是脾胃功能失调,升降失司,胃气壅塞。因此,其治疗原则是调理脾胃,理气消痞。实者分别施以泻热、消食、化痰、理气,虚者则重在补益脾胃。对于虚实并见之候,治疗宜攻补兼施,补消并用。治疗中应注意理气不可过用香燥,以免耗津伤液,对于虚证,尤当慎重。

#### 分证论治

##### 『实痞』

##### ·邪热内陷

症状:胃脘痞满,灼热急迫,按之满甚,心中烦热,咽干口燥,渴喜饮冷,身热汗出,大便于结,小便短赤,舌红苔黄,脉滑数。

治法:泻热消痞,理气开结。

方药: [大黄黄连泻心汤](#)。

方中 [大黄](#)泻热消痞开结, [黄连](#)清泻胃火,使邪热得除,痞气自消。可酌加银花、[蒲公英](#)以助泻热,加 [枳实](#)、[厚朴](#)、[木香](#)等以助行气消痞之力。若便秘心烦者,可加全 [瓜蒌](#)、[栀子](#)以宽中开结,清心除烦;口渴欲饮者,可加花粉、[连翘](#)以清热生津。

##### ·饮食停滞

症状:胃脘痞满,按之尤甚,噯腐吞酸,恶心呕吐,厌食,大便不调,苔厚腻,脉弦滑。

治法:消食导滞,行气消痞。

方药:保和丸。

方中**山楂**、神曲、**莱菔子**消食导滞,半夏、**陈皮**行气开结,**茯苓**健脾利湿,**连翘**清热散结,全方共奏消食导滞,行气消痞之效。若食积较重,脘腹胀满者,可加**枳实**、**厚朴**以行气消积;若食积化热,大便秘结者,可加**大黄**、**槟榔**以清热导滞通便;若脾虚食积,大便溏薄者,可加**白术**、**黄芩**以健脾益气。;;

·痰湿内阻

症状:脘腹胀满,闷塞不舒,胸膈满闷,头重如裹,身重肢倦,恶心呕吐,不思饮食,口淡不渴,小便不利,舌体胖大,边有齿痕,苔白厚腻,脉濡滑。

治法:燥湿化痰,理气宽中。

方药:二陈汤合平胃散。

方中**苍术**、半夏燥湿化痰,**厚朴**、**陈皮**宽中理气,**茯苓**、**甘草**健脾和胃,共奏燥湿化痰,理气宽中之功。可加**前胡**、**桔梗**、**枳实**以助其化痰理气。若气逆不降,噎气不除者,可加**旋覆花**、代**赭石**以化痰降逆;胸膈满闷较甚者,可加**薤白**、**菖蒲**、**枳实**、**瓜蒌**以理气宽中;咯痰黄稠,心烦口干者,可加**黄芩**、**栀子**以清热化痰。

·肝郁气滞

症状:胃脘痞满闷塞,脘腹不舒,胸膈胀满,心烦易怒,喜太息,恶心嗳气,大便不爽,常因情志因素而加重,苔薄白,脉弦。

治法:疏肝解郁,理气消痞。

方药:越鞠丸。

方中**香附**、川芎疏肝理气,活血解郁;**苍术**、神曲燥湿健脾,消食除痞;**栀子**泻火解郁。本方为通治气、血、痰、火、湿、食诸郁痞满之剂。若气郁较甚,胀满明显者,可加**柴胡**、**郁金**、**枳椇**,或合四逆散以助疏肝理气;若气郁化火,口苦咽干者,可加龙胆草、川楝子,或合左金丸,以清肝泻火;若气虚明显,神疲乏力者,可加**党参**、**黄芩**等以健脾益气。

『虚痞』

·脾胃虚弱

症状:胃脘痞闷,胀满时殊,喜温喜按,食少不饥,身倦乏力,少气懒言,大便溏薄,舌质淡,苔薄白,脉濡弱或虚大无力。

治法:健脾益气,升清降浊。

方药:补中益气汤。

方中**人参**、**黄芩**、**白术**、**甘草**等补中益气,**升麻**、**柴胡**升举脾胃之气,**当归**、**陈皮**理气化滞,使脾胃气得复,清阳得升,胃浊得降,气机得顺,虚痞自除。若痞满较甚,可加**木香**、**砂仁**、**枳实**以理气消痞,或可选用香砂六君子汤以消补兼施。若脾胃虚弱,畏寒怕冷者,可加**肉桂**、**附子**、**续断**以温脾胃散寒;湿浊内盛,苔厚纳呆者,可加**茯苓**、**苡仁**以淡渗利湿;若水饮停胃,泛吐清

水痰涎，可加**絳茱萸**、**生姜**、半夏以温胃化饮。若属表邪内陷，与食、水、痰相合，或因胃热而  
过食寒凉，或因寒郁化热而致虚实并见，寒热错杂，而出现心下痞满，按之柔软，喜温喜按，  
呕恶欲吐，口渴心烦，肠鸣下利，舌质淡红，苔白或黄，脉砵弦者，可用半夏泻心汤加**絳**，辛开  
苦降，寒热并用，补泻兼施；若中虚较甚，则重用炙**甘草**以补中气，有**甘草**泻心汤之意；若水热  
互结，心下痞满，干噫食臭，肠鸣下利者，则加**生姜**以化饮，则有**生姜**泻心汤之意。

#### 【转归预后】

胃痞一般预后良好，只要保持心情舒畅，饮食有节，并坚持治疗，多能治愈。但胃痞多为  
慢性过程，常反复发作，经久不愈，所以贵在坚持治疗。若久病失治，或治疗不当，常使病程  
迁延，并可渐渐发展为胃痛、胃癌等疾患。

#### 【预防与调摄】

对胃痞患者，要重视生活调摄，尤其是饮食与精神方面的调摄。饮食以少食多餐，营养丰  
富，清淡易消化为原则，不宜饮酒及过食生冷、辛辣食物，切忌粗硬饮食，暴饮暴食，或饥饱  
无常；应保持精神愉快，避免忧思恼怒及情绪紧张；注意劳逸结合，避免劳累，病情较重时，需  
适当休息。

#### 【结语】

痞满是由表邪内陷，饮食不节，痰湿阻滞，情志失调，脾胃虚弱等导致脾胃功能失调，升  
降失司，胃气壅塞而成的以胸脘痞塞，满闷不舒，按之柔软，压之不痛，视之无胀大之形为主  
要临床特征的一种脾胃病证。诊断中应强调排除胃癌，并与胃痛、胸痹相鉴别。病位在胃脘，  
与肝脾关系密切。病机有虚实之理，且多虚实并见。基本病机为脾胃功能失调，升降失司，胃  
气壅塞。辨证以辨寒热虚实为要点，并应与胃痛的辨证要点互参。治疗原则是调理脾胃，理气  
消痞，并按虚实而治，勿犯虚虚实实之戒。

#### 【文献摘要】

《素问·至真要大论篇》：“太膻之复，厥气上行，……心胃生寒，胸膈不利，心痛痞满。”

《伤寒论·辨太膻病脉证并治下》：“伤寒五六日，呕而发热者，**柴胡**汤证具，而以他药下之，  
**柴胡**证仍在者，复与**柴胡**汤。此虽已下之，不为逆，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心  
下……但满而不痛者，此为痞，**柴胡**不中与之，宜半夏泻心汤。”“心下痞，按之濡，其脉关上  
浮者，**大黄黄连**泻心汤主之。”“伤寒发汗，若吐：若下，解后，心下痞硬，噫气不除者，旋覆代  
赭汤主之。”“病发于阴而反下之，因作痞。”

《诸病源候论·否噎病诸侯》：“夫八否者，荣卫不和，阴膻隔绝，而风邪外人，与卫气相搏，  
血气壅塞不通而成否也。否者，塞也。言府藏滞塞不宣通也。由忧恚气积，或坠堕内损所致。  
其病腹内气结胀满，时时壮热是也。其名有八，故云八否。”

《丹溪心法·痞》：“痞与否同，不通泰也。”

《医学正传·痞满》：“故胸中之气，因虚而下陷于心之分野，故心下痞。宜升胃气，以血药兼之。若全用利气之药导之，则痞尤甚。痞甚而复下之，气愈下降，必变为中满鼓胀，皆非其治也。”

《证治汇补·痞满》：“大抵心下痞闷，必是脾胃受亏，浊气挟痰，不能运化为患。初宜舒郁化痰降火，二陈、越鞠、芩连之类；久之固中气，参、术、苓、草之类，佐以他药。有痰治痰，有火治火，郁则兼化。若妄用克伐，祸不旋踵。又痞同湿治，惟宜上下分消其气，如果有内实之症，庶可疏导。”

《类证治裁·痞满》：“伤寒之痞，从外之内，故宜苦泄；杂病之痞，从内之外，故宜辛散。……痞虽虚邪，然表气入里，热郁于心胸之分，必用苦寒为泻，辛甘为散，诸泻心汤所以寒热互用也。杂病痞满，亦有寒热虚实之不同。”

#### 【现代研究】

##### ·胃痞的临床研究

宋氏治疗胃痞，通常采用以下五法进行论治：

1. 胃痞壅塞，平调升降症见胃脘滞塞，胸脘满闷，逆气上冲，恶心呕吐，暖气噫臭，为实痞，投以旋覆代赭汤；症见胃脘痞满，纳呆，气短，自汗，腹中鸣响，大便溏，为虚痞，治用补中益气汤升发脾籛，胃气自转；痞满食后加剧，空腹则胃饥思食，大便时溏时秘，为虚实夹杂之痞，治用调中益气汤补脾健胃，升降并调。
2. 久痞不愈，燮理阴籛温中补籛以健脾端，养阴和络以润胃，常从阴中求统。症见胃脘痞满日久，烧灼，嘈杂，不知饥，身体瘦，舌红少苔之阴虚，用黄精伍党参、淮山药益脾润胃，山瑜伍芍药、甘草酸甘化阴，佐黄芩、陈皮、砂仁薰发脾籛，助端化；症见痞满悠悠，晨宽暮急，喜温喜按，面色萎黄，大便清溏，舌淡苔白，属籛虚者用金匱肾气丸温端助籛。
3. 痞满兼痛，调和气血胃痞一般是先痞不痛，发展才痛，因初起络脉尚通，后则瘀滞不通。气滞为主者，用砂仁、半夏、香附、枳椏、高良姜；血瘀为主，用五璣脂、乳香、没药、延胡索、草果等。
4. 痞满纳呆，健脾悦胃病久常继发厌食纳呆，不知者常以消导为法，久治而不愈。此非尽是实证，多有因虚而发，虚者有在脾在胃之分。在脾者为脾虚不能“磨食”，无力为胃代行消化，每当进食脾端负荷加重，痞满餐后加重，此种胃肠钡餐造影时发现胃肠动力改变，张力低下，蠕动缓慢，排空迟缓。其特点为痞满而能食。治用香砂六君子汤加紫苏、厚朴，以理气消痞。在胃者多因胃津匱乏，致濡润顺降功能失常，空腹时尚能自全，而进餐后糜化濡和之力不胜，致中焦痞满。此类病人胃液分析，胃酸分泌水平及消化水平均较低。由于消化酶质量的变化而致食物消化过程延缓。临床特点是不知饥饿，食之无味。治之以沙参麦冬汤加炙枇杷叶、石斛、黄精，濡养胃腑，配枳实调气机，兼泛酸口苦，咽干，加大剂生山瑜(30g 以上)，以酸制酸，兼可润胃敛阴。食停之痞，多见于胃痞之初。治用二陈汤加大黄、焦三仙、木香，行气除滞，消导和胃。大黄配木香可调整胃肠活动节律，促进胃肠排空。

5. 寒热痞满, 调理肠胃在病变的发展过程中, 由于脾胃功能失调很易导致亦寒亦热的病理变化, 如湿伤脾脏, 热伤胃阴, 形成寒热错杂之痞满。其常在胃炎的基础上, 伴胃肠植物神经功能紊乱, 钡餐常示有肠道激惹现象。临床表现胃经有热, 脾寒下移于肠的上热下寒证。如胸脘痞塞满闷与肠鸣漉漉并见; 口苦, 烦躁, 苔黄腻与腹中冷痛, 下利清稀互见; 脘膈灼热, 欲冷饮与腹中畏寒, 遇冷即泻互见, 属胃热肠寒。治宜辛开苦降, 选半夏泻心汤, 兼呕吐加**黄连****黄芩**; 腹中雷鸣, 呕吐加**生姜**; 湿热未清, 加白蔻仁、**薏苡仁**、**厚朴**。Cj 北京中医学院学报 1994; 17(4): 17)。

## 慢性胃炎的研究

### 1. 慢性胃炎的临床研究

近年来中医药防治慢性胃炎取得了较大进展, 甚至在防止癌变方面也显示出中药的许多优势。在论治方法上有的以辨证论治为主, 如许氏等按中医辨证论治治疗慢性萎缩性胃炎 88 例, 脾胃虚寒型用**黄芩**建中汤合良附丸加**莪**, 肝胃不和型用**柴胡**疏肝散合黄鹤丹加**莪**, 胃阴不足型用沙参**麦冬**汤加**莪**, 脾胃湿热型用三仁汤合申朴夏苓汤加**莪**。结果临床显效 47 例, 有效 39 例, 无效 2 例, 总有效率为 97. 7%; 胃镜显效 12 例, 有效 30 例, 无效 34 例, 恶化 12 例, 总有效率为 47. 7%; 病理显效 X 例, 有效 32 例, 无效 24 例, 恶化 10 例, 总有效率为 61. 4% [中西医结合杂志 1986; 6(6): 342]。

也有的学者以基础方为主加**莪**治疗, 如马氏根据 3000 余例慢性萎缩性胃炎(C. AG) 的统计, 上腹部疼痛, 胀满, 嗝气, 遇寒加重, 得热则舒者占 90% 左右, 齿龈及上下唇系带周围粘膜紫色或暗紫色或暗红色者共占 90% 左右, 因此认为此病多数为虚寒夹瘀。以补气温中, 活血化瘀为基本治则, 以**黄芩**、**桂枝**、**细辛**、**黄连**、**丹参**、**川芎**、**当归**、**赤芍**、**桃仁**、**红花**、**三棱**、**莪术**、**蒲黄**、**乌药**、**丹皮**、**水蛭**、**甘草**等为基础方治疗, 获得较好疗效[中医杂志 1992; (2): 46]。

张氏认为慢性浅表性胃炎偏重于脾胃不和, 而呈气虚血瘀证候, 气愈滞则热愈郁, 气愈虚则血愈瘀, 互为因果, 逐步演变为虚实错杂的病理变化及临床证候。CAG 辨为气虚血瘀者占 70% 左右, 另 30% 有兼症, 如肝郁、湿阻、里热、阴虚等, 用萎胃安冲剂(**太子参**、**柴胡**、**炒黄芩**、**丹参**、制**香附**、**徐长卿**等) 加味治疗, 症状有效率为 89. 4%, 病理有效率为 78. 8%, 腺体萎缩逆转率为 27%。并观察到治疗前 CAG 血清袖、铁含量降低, 治疗后提高, 接近于正常[中医杂志 1992; (2): 110]

殷氏认为 CAG 肝胃气滞占 65%, 结合胃的宜降宜和的生理特点, 常用温中和胃, 化湿消食理气的胃炎冲剂(**檀香**、**肉桂**、**细辛**、**山瑜**、**鸡内金**、**薏苡仁**、**木香**、**乌梅**等) 治疗收到较好疗效[中医杂志 1992; (3): 59]。

### 2. 利用慢性胃炎胃粘膜相进行辨证论治方面的研究

充分利用现代普遍开展的胃镜检查所获得的慢性胃炎胃粘膜相, 进行微观辨证、宏观辨证与微观辨证相结合, 以及相应的辨证论治方面的研究, 不仅可以使辨证更为准确, 而且为

中医中药治疗萎缩性胃炎的疗效提供了科学的客观依据。不少中医学者积璿探索中医辨证分型与胃粘膜病理变化的相应关系。如危氏指出中医各种证型的临床表现和病理改变有一定规律性,肝胃不和型胃镜多见胃体红白相间,周窦粘膜皱襞粗乱,常伴有幽门舒缩不良和胆汁返流;气滞热郁型多见本病之急性发作期的急性炎症,如充血、水肿等病变较为明显,胃镜多见胃粘膜充血糜烂较重,胃窦分泌物多;脾胃虚寒型多见于本病慢性期或有明显的萎缩性改变者,胃镜多见胃窦苍白,血管透见,胃体粘膜出血和溃疡等;阴虚胃热型多见于萎缩性胃炎之急性期,胃酸分泌功能低下,伴有低酸或无酸,胃镜多见胃粘膜干燥而粗糙,常伴肠腺化生和不典型增生[陕西中医 1987;8(7):296]。

詹氏等在对 2000 例脾胃病患者进行中医临床辨证分型的基础上,结合胃镜下对胃粘膜的直接观察及病理活检组织学检查,在微观水平上探索了中医脾胃疾病各种辨证分型的基础。在中医理论指导下,初步建立了胃粘膜相微观辨证分型的标准,并就中医临床辨证与病程、西医疾病诊断及病理组织学改变的关系作了探讨。该组临床辨证分为脾胃虚弱、胃阴不足、肝胃气滞、胃络血瘀证等四型。胃粘膜相微观辨证分为四型,胃寒型粘膜:粘膜色泽淡红或苍白,充血区域呈斑片样,粘膜下血管纹灰蓝,粘膜反光较弱,粘膜液稀薄,溃疡表面有薄白苔覆盖,占 27.4%;胃热型粘膜:粘膜呈樱桃色或绛色,充血区域弥漫,血管纹紫红色,呈网状样显露,粘膜表面干燥,脆性增加,粘膜粗糙或呈疣状增生,溃疡表面覆盖有黄白苔,周围肿胀明显,占 29.8%;胃络瘀滞型粘膜:粘膜暗红色,充血区域局限或呈斑点样,血管纹暗红,呈树枝样显露,粘膜薄,可见瘀点或瘀斑,粘膜灰白或褐色,粘膜呈颗粒样或结节样增生,溃疡基底部不清洁,表面有黄白苔或有污垢物覆盖,占 24.2%;胃灼伤型粘膜:粘膜暗红色,弥漫性充血,血管纹紫暗,粘膜脆性增加或僵硬,粘膜有点状或片状糜烂,有紫红色或鲜红色出血点,粘膜呈结节样增生,粘液黄稠或污秽,溃疡表面污垢,覆盖有黑褐厚苔,周围肿胀,占 18.6%。在胃粘膜相微观辨证分型与中医临床辨证分型的关系中,脾胃虚弱组病例中,胃寒型粘膜占 55.1%,该证并占胃寒型粘膜组的 73.3%;胃络血瘀证组则多见胃络损伤型粘膜,占 51.8%,并占胃灼伤型粘膜组的 64.5%;胃阴不足证组以胃热型粘膜为多见,占 34.8%;而肝胃气滞证组则以胃热型和胃络瘀滞型粘膜为多见,分别占 37.9%和 37.7%。本组病例中以胃寒型和胃热型粘膜为多,占本组的 57.2%,而上述瘀型的病理诊断以粘膜慢性炎症为多,占整个慢性炎症组的 76.5%[中医杂志 1989;(4):37]。

陈氏等将 300 例萎缩性胃炎的粘膜相分为七类。以“胃粘膜红白相间,以白为主,丝状血管网可见”为基本病变,其对应的临床证候属脾胃虚弱证。若病机转化为以热为主,出现湿热证候或虚中夹实时,则多见胃粘膜充血、肿胀明显,或局部糜烂,胃粘液粘稠等活动性炎症病变。若以寒化为主,转为虚寒或痰湿者,胃镜除见基本病变外,还见胃粘液量多而稀薄。若为阴液亏损,则多见胃粘膜分泌量少,呈龟裂样改变。若为肝胃不和,则多见胆汁返流,胃蠕动快,胃气上逆等。若属瘀血内阻,胃热伤络者,则可见胃粘膜充血、肿胀,有出血点等[中医杂志 1990;(1):27]。

#### ·实验研究

柯氏对 238 例慢性萎缩性胃炎的虚实证进行了多方面的临床实验研究,结果显示,虚证表现为:胃酸分泌功能、造血功能、细胞免疫功能和合成代谢能力较弱,其中脾肾虚红细胞、血红蛋白、尿 17-羟类固醇、血清高密度脂蛋白胆固醇、血清甘油三酯、T 淋巴细胞亚群 (CD3)、HP 感染率、不典型增生程度和花生素 (PNA) 着色程度均较脾虚证低,而 U10 水平及血砷又较之增高、加快。实证表现为:血清胃泌素水平高,体液免疫功能亢进,血液呈高粘、浓、凝、聚状态,分解代谢增强,其中气滞血瘀型较气滞型胃粘膜的萎缩程度重,血砷快;胃酸分泌功能表现热郁<湿热<湿阻,LPO 水平以热郁型最高。虚实证之间关系是以虚证为本,实证为标;本虚导致标实,标实加重本虚;虚愈甚,实愈重[中国中西医结合杂志 1993;13(10):600]。

汪氏等通过温胃舒(党参、白术、山楂、黄芩、肉苁蓉等)对慢性胃炎大鼠消化酶和胃酸影响的观察,结果显示温胃舒可显著增加慢性胃炎大鼠消化酶活性和胃酸分泌并能不同程度改善慢性胃炎大鼠胃粘膜糜烂,炎细胞浸润,上皮不典型增生等病理变化[中国中西医结合杂志 1995;3(3):170]。

### 第三节 腹痛

腹痛是指胃脘以下，耻骨毛际以上部位发生疼痛为主要表现的一种脾胃肠病证。多种原因导致脏腑气机不利，经脉气血阻滞，脏腑经络失养，皆可引起腹痛。文献中的“脐腹痛”、“小腹痛”、“少腹痛”、“环脐而痛”、“绕脐痛”等，均属本病范畴。

腹痛为临床常见的病证，各地皆有，四季皆可发生。

《内经》已提出寒邪、热邪客于肠胃可引起腹痛，如《素问·举痛论》曰：“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络引急，故痛。……热气留于小肠，肠中痛，瘴热焦渴，则坚干不得出，故痛而闭不通矣。”并提出腹痛的发生与脾胃大小肠等脏腑有关。《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》对腹痛的病因病机和症状论述颇详，并提出了虚证和实证的辨证要点，如谓：“病者腹满，按之不痛为虚，痛者为实，可下之。舌黄未下者，下之黄自去。”

“腹满时絀，复如故，此为寒，当与温药。”前条还明璠指出了攻下后“黄苔”消退与否是验证肠胃积滞是否清除的标志。同时还创立了许多行之有效的治法方剂，如治疗“腹中寒气，雷鸣切痛，胸胁逆满，呕吐”的附子粳米汤，治疗“心胸中大寒痛，呕不能食，腹中寒，上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近”的大建中汤等。《诸病源候论·腹痛病诸侯》首次将腹痛作为单独证候进行论述，并有急慢腹痛之论。《医学发明·泻可去闭葶苈大黄之属》篇，明璠提出了“痛则不通”的病理学说，并在治疗上确立了“痛随利絀，当通其经络，则疼痛去矣”的治疗大法，对后世产生很大影响。

内科腹痛作为临床上的常见症状，可见于西医学的许多疾病当中，如急慢性胃炎、胃肠痉挛、不完全性肠梗阻、结核性腹膜炎、腹型过敏性紫癜、肠易激综合征、消化不良性腹痛等，当这些疾病以腹痛为主要表现，并能排除外科、妇科疾病时，均可参考本节辨证论治。

#### 【病因病机】

腹内有肝、胆、脾、肾、大肠、小肠、膀胱等诸多脏腑，并是足三阴、足少阴、手少阴、足少阴、冲、任、带等诸多经脉循行之处，因此，腹痛的病因病机也比较复杂。凡外邪入侵，饮食所伤，情志失调，跌仆损伤，以及气血不足，气虚弱等原因，引起腹部脏腑气机不利，经脉气血阻滞，脏腑经络失养，均可发生腹痛。

1. 外邪入侵六淫外邪，侵入腹中，可引起腹痛。伤于风寒，则寒凝气滞，导致脏腑经脉气机阻滞，不通则痛。因寒性收引，故寒邪外袭，最易引起腹痛。如《素问·举痛论篇》曰：“寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕也。寒气客于小肠，小肠不得成聚，故后泄腹痛矣。”若伤于暑热，外感湿热，或寒邪不解，郁久化热，热结于肠，腑气不通，气机阻滞，也可发为腹痛。

2. 饮食所伤饮食不节，暴饮暴食，损伤脾胃，饮食停滞；恣食肥甘厚腻辛辣，酿生湿热，蕴蓄肠胃；误食馊腐，饮食不洁，或过食生冷，致寒湿内停等，均可损伤脾胃，腑气通降不利，气机阻滞，而发生腹痛。如《素问·痹论篇》曰：“饮食自倍，肠胃乃伤。”



3. 情志失调抑郁恼怒,肝失条畅,气机不畅;或忧思伤脾,或肝郁克脾,肝脾不和,气机不利,均可引起脏腑经络气血郁滞,引起腹痛。如《证治汇补·腹痛》谓:“暴触怒气,则黎胁先痛而后人腹。”若气滞日久,还可致血行不畅,形成气滞血瘀腹痛。

4. 瘀血内阻跌仆损伤,络脉瘀阻,或腹部手术,血络受损,或气滞日久,血行不畅,或腹部脏腑经络疾病迁延不愈,久病人络,皆可导致瘀血内阻,而成腹痛。《血证论·瘀血》云:“瘀血在中焦,则腹痛胁痛;瘀血在下焦,则季胁、少腹胀满刺痛,大便色黑。”

5. 气虚素体脾虚,或过服寒凉,损伤脾阳,内寒自生,渐至脾阳虚衰,气血不足,或肾阳素虚,或久病伤及肾阳,而致肾阳虚衰,均可致脏腑经络失养,阴寒内生,寒阻气滞而生腹痛。正如《诸病源候论·久腹痛》所说:“久腹痛者,脏腑虚而有寒,客于腹内,连滞不歇,发作有时。发则肠鸣而腹绞痛,谓之寒中。”

综上所述,腹痛的病因病机,不外寒、热、虚、实、气滞、血瘀等六个方面,但其间常常相互联系,相互影响,相因为病,或相兼为病,病变复杂。如寒邪客久,郁而化热,可致热邪内结腹痛;气滞日久,可成血瘀腹痛等。腹痛的部位在腹部,脏腑病位或在脾,或在肠,或在气在血,或在经脉,需视具体病情而定,所在不一。形成本病的基本病机是脏腑气机不利,经脉气血阻滞,脏腑经络失养,不通则痛。

#### 【临床表现】

腹痛部位在胃脘以下,耻骨毛际以上,疼痛范围可以较广,也可局限在大腹、胁腹、少腹,或小腹。疼痛性质可表现为隐痛、胀痛、冷痛、灼痛、绞痛、刺痛等,腹部外无胀大之形,腹壁按之柔软,可有压痛,但无反跳痛,其痛可呈持续性,亦可时缓时急,时作时止,或反复发作。疼痛的发作和加重,常与饮食、情志、受凉、劳累等诱因有关。起病或缓或急,病程有长有短,常伴有腹胀,噎气,矢气,以及饮食、大便异常等脾胃症状。

#### 【诊断】

1. 以胃脘以下,耻骨毛际以上部位的疼痛为主要表现,腹壁按之柔软,可有压痛,但无肌紧张及反跳痛。

2. 常伴有腹胀,矢气,以及饮食、大便的异常等脾胃症状。

3. 起病多缓慢,腹痛的发作和加重,常与饮食、情志、受凉、劳累等诱因有关。

4. 腹部X线、B超、结肠镜、大便常规等有关实验室检查有腹部相关脏腑的异常。能排除外科、妇科腹痛,以及其他内科病证中出现的腹痛症状。

#### 【鉴别诊断】

1. 胃痛胃处腹中,与肠相连,腹痛与胃痛从大范围看均为腹部的疼痛,腹痛常伴胃痛的症状,胃痛亦时伴腹痛的表现,故有心腹痛的提法,因此二者需要鉴别。胃痛在上腹胃脘部,位置相对较高;腹痛在胃脘以下,耻骨毛际以上灼部位,位置相对较低。胃痛常伴脘闷,噎气,泛酸等胃失和降,胃气上逆之症;而腹痛常伴有腹胀,矢气,大便性状改变等腹疾症状。相关部位的X线检查、纤维胃镜或肠镜检查、B超检查等有助于鉴别诊断。

2. 与内科其他疾病中的腹痛相鉴别许多内科疾病中出现的腹痛,为该病的一个症状,其临床表现均以该病的特征为主。如痢疾虽有腹痛,但以里急后重,下痢赤白脓血为特征;积聚虽有腹痛,但以腹中有包块为特征,而腹痛则以腹痛为特征,鉴别不难。但若这些内科疾病以腹痛为首发症状时,仍应注意鉴别,必要时应作有关检查。

3. 与外科腹痛相鉴别外科腹痛多在腹痛过程中出现发热,即先腹痛后发热,其热势逐渐加重,疼痛剧烈,痛处固定,压痛明显,伴有腹肌紧张和反跳痛,血象常明显升高,经内科正璫治疗,病情不能缓解,甚至逐渐加重者,多为外科腹痛。而内科腹痛常先发热后腹痛,疼痛不剧,压痛不明显,痛无定处,腹部柔软,血象多无明显升高,经内科正璫治疗,病情可逐渐得到控制。

另外,若为女性患者,还应与妇科腹痛相鉴别。妇科腹痛多在小腹,与经、带、胎、产有关,伴有诸如痛经、流产、墮位妊娠、输卵管破裂等经、带、胎、产的璫常。若疑为妇科腹痛,应及时进行妇科检查,以明璫鉴别诊断。

#### 【辨证论治】

#### 辨证要点

1. 辨寒热虚实腹痛拘急冷痛,疼痛暴作,痛无间断,腹部胀满,肠鸣切痛,遇冷痛剧,得热则痛絀者,为寒痛;腹痛灼热,时轻时重,腹胀便秘,得凉痛絀者,为热痛;痛势绵绵,喜揉喜按,时缓时急,痛而无形,饥则痛增,得食痛絀者,为虚痛;痛势急剧,痛时拒按,痛而有形,疼痛持续不絀,得食则甚者,为实痛。

2. 辨在气在血腹痛胀满,时轻时重,痛处不定,攻晶作痛,得暖气矢气则胀痛絀轻者,为气滞痛;腹部刺痛,痛无休止,痛处不移,痛处拒按,入夜尤甚者,为血瘀痛。

3. 辨急缓突然发病,腹痛较剧,伴随症状明显,因外邪入侵,饮食所伤而致者,属急性腹痛;发病缓慢,病程管延,腹痛绵绵,痛势不甚,多由内伤情志,脏腑虚弱,气血不足所致者,属慢性腹痛。

4. 辨部位诊断腹痛,辨其发生在緬一位置往往不难,辨证时主要应明璫与脏腑的关系。大腹疼痛,多为脾胃、大小肠受病;胁腹、少腹疼痛,多为厥阴肝经及大肠受病;小腹疼痛,多为肾、膀胱病变;绕脐疼痛,多属虫病。

#### 治疗原则

腹痛的治疗以“通”为大法,进行辨证论治:实则泻之,虚则补之,热者寒之,寒者热之,滞者通之,瘀者散之。腹痛以“通”为治疗大法,系据腹痛痛则不通,通则不痛的病理生理而制定的。肠腑以通为顺,以降为和,肠腑病变而用通利,因势利导,使邪有出路,腑气得通,腹痛自止。但通常所说的治疗腹痛的通法,属广义的“通”,并非单指攻下通利,而是在辨明寒热虚实而辨证用药的基础上适当辅以理气、活血、通腑等疏导之法,标本兼治。如《景岳全书·心腹痛》曰:“凡治心腹痛证,古云痛随利絀,又曰通则不痛,此以闭结坚实者为言。若腹无坚满,痛无结聚,则此说不可用也。其有因虚而作痛者,则此说更如冰炭。”《医学真传·腹痛》谓:“夫通则

不痛，理也。但通之之法，各有不同，调气以和血，调血以和气通也；下逆者使之上行，中结者使之旁譬，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也。若必以下泄为通，则妄矣。”

### 分证论治

#### ·寒邪内阻

症状：腹痛急起，剧烈拘急，得温痛减，遇寒尤甚，恶寒身蜷，手足不温，口淡不渴，小便清长，大便自可，苔薄白，脉弦紧。

治法：温里散寒，理气止痛。

方药：良附丸合正气天香散。

方中高良姜、干姜、紫苏温中散寒，乌药、香附、陈皮理气止痛。若腹中雷鸣切痛，胸胁逆满，呕吐，为寒气上逆者，用附子粳米汤温中降逆；若腹中冷痛，周身疼痛，内外皆寒者，用乌头桂枝汤温里散寒；若少腹拘急冷痛，寒滞肝脉者，用暖肝煎暖肝散寒；若腹痛拘急，大便不通，寒实积聚者，用大黄附子汤以泻寒积；若脐中痛不可忍，喜温喜按者，为肾阳不足，寒邪内侵，用通脉四逆汤温通肾阳。

#### ·湿热积滞

症状：腹部胀痛，痞满拒按，得热痛增，遇冷则减，胸闷不舒，烦渴喜冷饮，大便秘结，或溏滞不爽，身热自汗，小便短赤，苔黄燥或黄腻，脉滑数。

治法：通腑泄热，行气导滞。

方药：大承气汤。

方中大黄苦寒泄热，攻下燥屎；芒硝咸寒润燥，软坚散结；厚朴、枳实破气导滞，消痞除满，四味相合，有峻下热结之功。本方适宜热结肠中，或热偏盛者。若燥结不甚，大便溏滞不爽，苔黄腻，湿象较显者，可去芒硝，加栀子、黄芩、黄柏苦寒清热燥湿；若少腹硬满合病，脐腹胀痛，大便秘结者，可用大柴胡汤；若兼食积者，可加莱菔子、山楂以消食导滞；病程迁延者，可加桃仁、赤芍以活血化瘀。

#### ·饮食停滞

症状：脘腹胀痛，疼痛拒按，嗳腐吞酸，厌食，痛而欲泻，泻后痛减，粪便奇臭，或大便秘结，舌苔厚腻，脉滑。多有伤食史。

治法：消食导滞。

方药：枳实导滞丸。

方中大黄、枳实、神曲消食导滞，黄芩、黄连、泽泻清热化湿，白术、茯苓健脾和胃。尚可加木香、莱菔子、槟榔以助消食理气之力。若食滞较轻，脘腹胀闷者，可用保和丸消食化滞。若食积较重，也可用枳实导滞丸合保和丸化裁。

#### ·气机郁滞

症状：脘腹疼痛，胀满不舒，痛引鬲胁，时聚时散，攻窜不定，得暖气矢气则舒，遇忧思恼怒则剧，苔薄白，脉弦。

治法：疏肝解郁，理气止痛。

方药：[柴胡](#)疏肝散。

方中[柴胡](#)、[枳壳](#)、[香附](#)、[陈皮](#)疏肝理气，芍药、[甘草](#)缓急止痛，川芎行气活血。若气滞较重，胁肋胀痛者，加川楝子、[郁金](#)以助疏肝理气止痛之功；若痛引少腹睾丸者，加[橘核](#)、川楝子以理气散结止痛；若腹痛肠鸣，气滞腹泻者，可用痛泻要方以疏肝调脾，理气止痛；若少腹绞痛，阴囊寒疝者，可用天台[乌药](#)散以暖肝温经，理气止痛；肠胃气滞，腹胀肠鸣较著，矢气即絀者，可疝四逆散合五磨饮子疏肝理气降气，调中止痛。

·瘀血阻滞

症状：腹痛如锥如刺，痛势较剧，腹内或有结块，痛处固定而拒按，经久不愈，舌质紫暗或有瘀斑，脉细涩。

治法：活血化瘀，理气止痛。

方药：少腹逐瘀汤。

方中[当归](#)、川芎、[赤芍](#)等养血活血，[蒲黄](#)、五灵脂、没药、[延胡索](#)化瘀止痛，小茴、[肉桂](#)、[王姜](#)温经止痛。若瘀热互结者，可去[肉桂](#)、[王姜](#)，加丹参、[赤芍](#)、丹皮等化瘀清热；若腹痛气滞明显者，加[香附](#)、[柴胡](#)以行气解郁；若腹部术后作痛，可加[泽兰](#)、[红花](#)、[三棱](#)、[莪术](#)，并合用四逆散以增破气化瘀之力；若跌仆损伤作痛，可加丹参、王不留行，或吞服[三七](#)粉、云南白药以活血化瘀；若少腹胀满刺痛，大便色黑，属下焦蓄血者，可用桃核承气汤活血化瘀，通腑泄热。

·中虚脏寒

症状：腹痛绵绵，时作时止，痛时喜按，喜热恶冷，得温则舒，饥饿劳累后加重，得食或休息后絀轻，神疲乏力，气短懒言，形寒肢冷，胃纳不佳，大便溏薄，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉砵细。

治法：温中补虚，缓急止痛。

方药：小建中汤。

方中[桂枝](#)、饴糖、[生姜](#)、[大枣](#)温中补虚，芍药、[甘草](#)缓急止痛。尚可加[黄芩](#)、[茯苓](#)、[人参](#)、[白术](#)等助益气健脾之力，加[续茱萸](#)、干姜、川椒、[乌药](#)等助散寒理气之功；若产后或失血后，证见血虚者，可加[当归](#)养血止痛；食少，饭后腹胀者，可加谷[麦芽](#)、[鸡内金](#)健胃消食；大便溏薄者，可加[薏苡](#)、[山药](#)健脾止泻；若寒偏重，症见形寒肢冷，肠鸣便稀，手足不温者，则用[附子](#)理中汤温中散寒止痛；腰酸膝软，夜尿增多者，加[补骨脂](#)、[肉桂](#)温补肾腑；若腹中大寒痛，呕吐肢冷者可用大建中汤温中散寒。

【转归预后】

腹痛的转归及预后决定于其所属疾病的性质和患者的体质。一般来说体质好,病程短,正气尚足者预后良好;体质较差,病程较长,正气不足者预后较差;身体日渐消瘦,正气日衰者难治。若腹痛急暴,伴大汗淋漓,四肢厥冷,脉微欲绝者为虚脱之象,如不及时抢救则危殆立至。

#### 【预防与调摄】

腹痛预防与调摄的大要是节饮食,适寒温,调情志。寒痛者要注意保温,虚痛者宜进食易消化食物,热痛者忌食肥甘厚味和醇酒辛辣,食积者注意节制饮食,气滞者要保持心情舒畅。

#### 【结语】

腹痛可由多种病因引起,且相互兼杂,互为因果,共同致病,以寒热虚实、在气在血为辨证纲领,以脏腑气机不利、经脉气血阻滞、脏腑经络失养、不通则痛为基本病机。腹痛病位在腹,诊断时应注意与胃痛,尤其是外科腹痛、妇科腹痛等相鉴别。腹痛有大腹、胁腹、少腹、小腹之分,病变涉及脾、大小肠、肝胆、肾、膀胱等多脏腑,并涉及多经脉,在辨证时应综合考虑。腹痛的治疗以“通”为大法,进行辨证论治。实则泻之,虚则补之,热者寒之,寒者热之,滞者通之,瘀者散之,不得认为“通”即是单纯攻下。

#### 【文献摘要】

《璣枢·邪气脏腑病形》：“大肠病者,肠中切痛而鸣濯濯,冬日重感于寒即泄,当脐而痛,……小肠病者,小腹痛,腰脊控辜而痛,时窘其后。”

《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》：“虚劳里急,悸,衄,腹中痛,梦失精,四肢酸疼,手足烦热,咽干口燥,小建中汤主之。”

《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》：“寒疝绕脐痛,若发则白汗出,手足厥冷,其脉砵紧者,大乌头煎主之。”“寒疝腹中痛,及胁痛里急者,当归生姜羊肉汤主之。”

《伤寒论·辨太阴病脉证并治》：“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛。若下之,必胸下结硬。”“本太阴病,医反下之,因而腹满时痛者,属太阴也,桂枝加芍药汤主之;大实痛者,桂枝加大黄汤主之。”

《寿世保元·腹痛》：“治之皆当辨其寒热虚实,随其所得之证施治。若外邪者散之,内积者逐之,寒者温之,热者清之,虚者补之,实者泻之,泄则调之,闭则通之,血则消之,气则顺之,虫则迫之,积则消之,加以健理脾胃,调养气血,斯治之要也。”

《景岳全书·心腹痛》：“痛有虚实,凡三焦痛证,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,多有前三证;渐痛者,多由后四证。……可按者为虚,拒按者为实;久痛者多虚,暴痛者多实;得食稍可者为虚,胀满畏食者为实;痛徐而缓,莫得共处者多虚,痛剧而坚,一定不移者为实。”

#### 【现代研究】

·急性胰腺炎的研究

通过多年的研究,不少学者采用疏肝利胆、清热通腑法治疗急性胰腺炎,取得了较好的疗效。焦氏等经17年研究,单用**大黄**治疗急性胰腺炎314例,取得了良好的疗效。适应症为急性水肿型胰腺炎,急性胰腺炎的某些并发症,出血坏死型胰腺炎早期一般情况较好,血压稳定,腹腔渗液不多者。治疗方法是入院后不用胃肠减压,不严格禁食,尽快给病人月良单味**大黄**汤100ml,每1-2小时服1次,每日5-8次,直至腹痛等症显著减轻后逐渐减量。一天内所用**大黄**的最大量为1700ml,合500g,如有呕吐则吐多少补多少,严重者则加用**大黄**汤灌肠,或用针灸等止吐。病情重或伴有并发症时则加用抗生素,体征消失后采用精黄片,每次3片,每日1-2次,保持每天有1-2次大便,作巩固治疗直至出院。结果单味**大黄**治疗急性水肿型胰腺炎289例全部有效,其中显效率为87.54%。中西医结合重用**大黄**治疗急性出血坏死型胰腺炎25例,有效19例。在有效的水肿型病例中,平均2天内尿淀粉酶恢复正常,3.5天内腹痛消失,4.5天内发热消退,白细胞增高者平均4天内恢复正常,43例黄疸平均5.6天内黄疸消退,92例胆石症胆囊炎并发急性胰腺炎患者,随着急性胰腺炎的治愈胆囊炎也获治愈。单味**大黄**与复方西药随机对比,其结果在腹痛消失时间、尿淀粉酶恢复正常时间方面均较西药组明显缩短( $P < 0.05$ ) [中医杂志1994;35(3):172]。裴氏用大**柴胡**汤加味,基本方用**柴胡**、**黄芩**、半夏、**枳实**、**白芍**、苏梗、生**大黄**、**玄明粉**等,并配合针刺足三里、膻中、内关,强刺激留针30分钟,治疗急性胰腺炎216例,其中6例出血型加用西药,结果水肿型210例全部治愈,出血型6例中痊愈3例,死亡3例 [浙江中医杂志1988;23(6):252]。儿茅氏以**柴胡**、**枳实**、**黄芩**、赤**白芍**、丹参、**香附**、**郁金**、生**大黄**、**蒲公英**组成的胆胃合剂,治疗急性水肿型胰腺炎120例,结果痊愈110例,好转10例,体温平均3-5天降至正常,腹痛及压痛5-7天消失,症状体征1周内基本消失,血淀粉酶3天降至正常。血象、肝功能1周后基本恢复正常 [北京中医1987;(6):33]

#### 肠易激综合征的临床研究

周氏治疗肠易激综合征的经验是脾阴虚损,补脾益阴忌用温燥;虚实夹杂,理中清肠寒热并用;肝脾不和,抑肝扶脾兼调情志。认为脾阴虚的表现:大便溏泻,进食生冷油腻加重,不思饮食,食后腹胀,口干唇燥,形体消瘦,五心烦热,舌红而干或有裂纹,苔少或光剥,脉细。治宜补脾阴,健脾端,禁用香燥温药。常用药有**太子参**、**山药**、**白扁豆**、石斛、炒**白芍**、炙**鸡内金**、生**麦芽**等 [新中医1997;29(8):6]。

俞氏等对自拟健脾疏肝汤治疗肠易激综合征进行了临床和实验研究。健脾疏肝汤药物组成为:**黄芩**、**薏苡仁**各20g,**白术**、**党参**、**茯苓**各20g,**当归**、生地、**赤芍**各12g,**郁金**15g,川楝子、**木香**各10g。腹痛甚加**延胡索**20g,**白芍**30g;粘液便加**儿茶**、**诃子**各15g;便秘加**火麻仁**、**草决明**各20g。每日1剂,20日为1个疗程。对照组给予安定和普鲁本辛,其中便秘者给予果导片,腹泻者给予鞣酸蛋白。结果治疗组46例经1个疗程治疗,显效16例,好转18例,无效12例,继续治疗2个疗程后好转9例,总有效率为93.5%。对照组30例,经2个疗程治疗后显效8例,好转14例,无效8例。两组疗效相比,有显著性差异( $P < 0.05$ )。实验表明,健脾疏肝汤对胃肠功能有良好的双向调节作用,即能降低小鼠小肠蠕动推进百分率,抑制肌注新斯的明的小鼠胃肠推进速度的加快,也能抑制离体小肠的自发活动,对乙酰胆碱、氯化钡所

致的肠管收缩有明显的拮抗作用,且可改善微循环和血液流变学指标,从而使失常的肠管端动机能趋向正常[中国中西医结合脾胃杂志 1997;5(1):10]。

李氏等用中药灌肠治疗肠易激综合征 52 例,并与用西药保留灌肠的对照组 49 例作了对比观察。治疗组中若以腹胀、便秘为主要症状,用工号方:干漆炭 2g,马钱子 2g,郁金 4g,炒枳椇 12g,酒大黄 3g,白及粉 12g,青黛 6g,元明粉 2g。上方共研细末,每次 5g,加在 100ml 生理盐水中备用。若以腹痛、腹泻或腹泻与便秘交替为主要症状,用 号方:金银花 24g,马尾连 18g,黄柏 18g,秦皮 15g,炒肉豆蔻 15g,陈皮 9g,防风 6g,白芍 18-30g,当归 9-12g,甘草 9-12g,小蓟 12g,每剂煎成 100ml 备用。对照组以硫糖铝糊剂、硫糖铝合锡类散、羟乙唑糊剂行保留灌肠。紫组均于每日睡前排便后行保留灌肠,14-20 次为 1 疗程,停 3 天后续第 2 疗程治疗。治疗结果:治疗组 52 例,经 1 个疗程治疗,显效 27 例,好转 22 例,无效 3 例;其中好转的 22 例,于继续治疗第 2 个疗程后显效 12 例,余 10 例仍为好转。治疗组显效率 75.0%,对照组 36.7%。紫组疗效比较,经统计学处理有显著性差异( $P < 0.01$ )。方中所用干漆、马钱子剂量较小,在治疗期间未发现有明显副作用[中医杂志 1993;34(1):39]。

## 第四节 呕吐

呕吐是由于胃失和降、胃气上逆所致的以饮食、痰涎等胃内之物从胃中上涌，自口而出为临床特征的一种病证。对呕吐的释名，前人有紫说：一说认为有物有声谓之呕，有物无声谓之吐，无物有声谓之干呕；另一说认为呕以声响名，吐以吐物言，有声无物曰呕，有物无声曰吐，有声有物曰呕吐。呕与吐常同时发生，很难截然分开，因此无细分的必要，故近世多并称为呕吐。

呕吐是内科常见病证，中医治疗有较好的疗效。

《内经》对呕吐的病因论述颇详。如《素问·举痛论篇》曰：“寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕也。”《素问·六元正纪大论篇》曰：“火郁之发，……痲祐呕逆。”《素问·至真要大论篇》曰：“燥淫所胜，……民病喜呕，呕有苦”；“厥阴司天，风淫所胜，……食则呕”；“久病而吐者，胃气虚不纳谷也。”若脾籛不振，不能腐熟水谷，以致寒浊内生，气逆而呕；或热病伤阴，或久呕不愈，以致胃阴不足，胃失濡养，不得润降，而成呕吐。如《证治汇补·呕吐》所谓：“阴虚成呕，不独胃家为病，所谓无阴则呕也。”

另外，饮食所伤，脾胃运化失常，水谷不能化生精微，反成痰饮，停积胃中，当饮邪随胃气上逆之时，也常发生呕吐。正如《症因脉治·呕吐》所说：“痰饮呕吐之因，脾气不足，不能运化水谷，停痰留饮，积于中脘，得热则上炎而呕吐，遇寒则凝塞而呕吐矣。”

呕吐的病因是多方面的，且常相互影响，兼杂致病，如外邪可以伤脾，气滞可致食停，脾虚可以成饮等。呕吐的病机无外乎虚实紫大类，实者由外邪、饮食、痰饮、气郁等邪气犯胃，致胃失和降，胃气上逆而发；虚者由气虚、籛虚、阴虚等正气不足，使胃失温养、濡润，胃失和降，胃气上逆所致。一般来说，初病多实，日久损伤脾胃，中气不足，可由实转虚；脾胃素虚，复为饮食所伤，或成痰生饮，则因虚致实，出现虚实并见的复杂病机。但无论邪气犯胃，或脾胃虚弱，发生呕吐的基本病机都在于胃失和降，胃气上逆。《济生方·呕吐》云：“若脾胃无所伤，则无呕吐之患。”《温病条辨·中焦篇》也谓：“胃籛不伤不吐。”呕吐的病位在胃，与肝脾有密切的关系。

### 【临床表现】

呕吐的临床表现不尽一致，常有恶心之先兆，其作或有声而无物吐出，或吐物而无声，或吐物伴有声音；或食后即吐，或良久复出；或呕而无力，或呕吐如喷；或呕吐新入之食，或呕吐不消化之宿食，或呕吐涎沫，或呕吐黄绿苦水；呕吐之物有多有少。呕吐常有诱因，如饮食不节，情志不遂，寒暖失宜，以及闻及不良气味等因素，皆可诱发呕吐，或使呕吐加重。本病常伴有恶心厌食，胸脘痞闷不舒，吞酸嘈杂等症。呕吐多偶然发生，也有反复发作者。

### 【诊断】

1. 具有饮食、痰涎、水液等胃内之物从胃中上涌，自口而出的临床特征。也有干呕无物者。



2. 常伴有脘腹不适, 恶心纳呆, 泛酸嘈杂等胃失和降之症。

3. 起病或缓或急, 常先有恶心欲吐之感, 多由饮食、情志、寒温不适, 闻及不良气味等因素而诱发, 也有由服用化学药物、误食毒物所致者。

4. 上消化道 X 线检查, 纤维胃镜检查, 呕吐物的实验室检查等, 有助于脏腑病变的诊断。

#### 【鉴别诊断】

1. 反胃反胃与呕吐同系胃部病变, 同系胃失和降, 胃气上逆, 同有呕吐, 故反胃亦可归属呕吐范畴, 但反胃又有其特殊的临床表现和病机, 因此呕吐应与反胃相区别。反胃病机为胃之下口障碍, 幽门不放, 多系脾胃虚寒所致, 症状特点是食停胃中, 经久复出, 朝食暮吐, 暮食朝吐, 宿谷不化, 食后或吐前胃脘胀满, 吐后转舒, 呕吐与进食时间相距较长, 吐出量一般较多; 呕吐的病机为胃失和降, 胃气上逆, 症状特点是呕吐与进食无明显的时间关系, 吐出物多为当日之食, 呕吐量有大有小, 食后或吐前胃脘并非一定胀满。

2. 噎膈噎膈虽有呕吐症状, 但其病位在食管、贲门, 病机为食管、贲门狭窄, 贲门不纳, 症状特点是饮食咽下过程中梗塞不顺, 初起并无呕吐, 后期格拒时出现呕吐, 系饮食不下或食入即吐, 呕吐与进食时间关系密切, 因食停食管, 并未入胃, 故吐出量较小, 多伴胸膈疼痛, 噎膈病情较重, 病程较长, 治疗困难, 预后不良; 呕吐病位在胃, 病机为胃失和降, 胃气上逆, 症状特点是进食顺利, 食已入胃, 呕吐与进食无明显的时间关系, 呕吐量有大有小, 可伴胃脘疼痛。

#### 【辨证论治】

##### 辨证要点

1. 辨虚实(景岳全书·呕吐)曾谓:“呕吐一证, 最当详辨虚实。实者有邪, 去其邪则愈; 虚者无邪, 则全由胃气之虚也。所谓邪者, 或暴伤寒凉, 或暴伤饮食, 或因胃火上冲, 或因肝气内逆, 或以痰饮水气聚于胸中, 或以表邪传里, 聚于少膈、膈明之间, 皆有呕证, 此皆呕之实邪也。所谓虚者, 或其本无内伤, 又无外感, 而常为呕吐者, 此即无邪, 必胃虚也。或遇微寒, 或遇微劳, 或遇饮食少有不调, 或肝气微逆, 即为呕吐者, 总胃虚也。凡呕家虚实, 皆以胃气为言。”实证呕吐多由外邪、饮食、情志所伤, 起病较急, 常突然发生, 病程较短, 呕吐量多, 呕吐如喷, 吐物多酸腐臭秽, 或伴表证, 脉实有力。虚证呕吐, 常因脾胃虚寒、胃阴不足所致, 起病缓慢, 或见于病后, 病程较长, 吐物不多, 呕吐无力, 吐物酸臭不甚, 常伴有精神萎靡, 倦怠乏力等虚弱证候, 脉弱无力。

2. 辨呕吐物吐出物常能直接反映病因, 病变的脏腑, 以及寒热虚实, 所以临证时应仔细询问, 亲自观察呕吐物。若呕吐物酸腐难闻, 多为食积化热; 吐黄水苦水, 多为胆热犯胃; 吐酸水绿水, 多为肝气犯胃; 吐痰浊涎沫, 多为痰饮停胃; 泛吐清水, 多为胃中虚寒, 或有虫积; 只呕吐少量粘沫, 多属胃阴不足。

3. 辨应止应吐临证见呕吐病人, 并非都要止呕, 应区别不同情况, 给予正确处理。一般来说, 呕吐一证, 多为病理反应, 可用降逆止呕之剂, 在祛除病因的同时, 和胃止呕, 而收邪去

呕止之效。但若属人体自身祛除有害物质的一种保护性反应，如胃中有食积、痰饮、痈脓而致呕吐者，此时不应止呕，待有害物质排除，再辨证治疗；若属误食毒物所致的呕吐，应按中毒治疗，这类呕吐应予解毒，并使邪有出路，邪去毒解则呕吐自止，止呕则留邪，于机体有害。若属服药不当产生的毒性反应，则应减量或停药，除非呕吐剧烈，否则亦不必止呕。

4. 辨可下与禁下呕吐之病，一般不宜用下法，呕吐可排除痈脓等有害物质，遇此种呕吐，或可涌吐，而不宜下；兼表邪者，下之则邪陷入里，不宜下；脾胃虚者，下之则伤脾胃，不宜下；若胃中无有形实邪，也不宜下，否则徒伤胃气，故仲景有“病人欲吐者，不可下之”之戒。若属胃肠实热，大便秘结，腑气不通，而致浊气上逆，气逆作呕者，可用下法，通其便，折其逆，使浊气下降，呕吐自止。如《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》曰：“哕而腹满，视其前后，知何部不利，利之即愈。”“食已即吐者，[大黄甘草汤](#)主之。”可见呕吐原则上禁下，但在辨证上有灵活性，应辨证论治。

### 治疗原则

根据呕吐胃失和降，胃气上逆的基本病机，其治疗原则为和胃降逆止呕。但应分虚实辨证论治，实者重在祛邪，分别施以解表、消食、化痰、理气之法，辅以和胃降逆之品以求邪去胃安呕止之效；虚者重在扶正，分别施以益气、温籛、养阴之法，辅以降逆止呕之药，以求正复胃和呕止之功；虚实并见者，则予攻补兼施。

### 分证论治

『实证』

·外邪犯胃，

症状：呕吐食物，吐出有力，突然发生，起病较急，常伴有恶寒发热，胸脘满闷，不思饮食，舌苔白，脉濡缓。

治法：疏邪解表，和胃降逆。

方药：[藿香正气散](#)。

方中藿香、紫苏、[白芷](#)芳香化浊，疏邪解表；[厚朴](#)、[大腹皮](#)理气除满；[白术](#)、[茯苓](#)、[甘草](#)健脾化湿；[陈皮](#)、半夏和胃降逆，共奏疏邪解表，和胃降逆止呕之功。若风邪偏重，寒热无汗，可加[荆芥](#)、[防风](#)以疏风散寒；若见胸闷腹胀暖腐。为兼食滞，可加[鸡内金](#)、神曲、[莱菔子](#)以消积化滞；若身痛，腰痛，头身困重，苔厚腻者，为兼外湿，可加[羌活](#)、[独活](#)、[苍术](#)以除湿健脾；若暑邪犯胃，身热汗出，可用新加[香薷饮](#)以解暑化湿；若秽浊犯胃，呕吐甚剧，可吞服玉枢丹以辟秽止呕；若风热犯胃、头痛身热可用银翘散去[桔梗](#)之升提，加[陈皮](#)、[竹茹](#)疏风清热，和胃降逆。

·饮食停滞

症状：呕吐物酸腐，脘腹胀满拒按，暖气厌食，得食更甚，吐后反快，大便或溏或结，气味臭秽，苔厚腻，脉滑实。

治法：消食化滞，和胃降逆。

方药：保和丸。

方中神曲、[山楂](#)、[莱菔子](#)消食化滞，[陈皮](#)、半夏、[茯苓](#)和胃降逆，[连翘](#)清散积热。尚可加[谷芽](#)、[麦芽](#)、[鸡内金](#)等消食健胃；若积滞化热，腹胀便秘，可用小承气汤以通腑泄热，使浊气下行，呕吐自止；若食已即吐，口臭干渴，胃中积热上冲，可用[竹茹](#)汤清胃降逆；若误食不洁、酸腐食物，而见腹中疼痛，胀满欲吐而不得者，可因势利导，用压舌板探吐祛邪。

·痰饮内停

症状：呕吐物多为清水痰涎，胸脘满闷，不思饮食，头眩心悸，或呕而肠鸣，苔白腻，脉滑。

治法：温化痰饮，和胃降逆。

方药：小半夏汤合苓桂术甘汤。

方中[生姜](#)、半夏和胃降逆，[茯苓](#)、[桂枝](#)、[白术](#)、[甘草](#)温脾化饮。尚可加[藜藜荚](#)、[陈皮](#)温脾燥湿以化饮。若气滞腹痛，可加[厚朴](#)、[枳椇](#)行气除满；若脾气受困，脘闷不食，可加[砂仁](#)、[白豆蔻](#)、[苍术](#)开胃醒脾；若痰浊蒙蔽清窍，头晕目眩，可用半夏[白术](#)天麻汤以健脾燥湿，化痰熄风；若痰郁化热，烦闷口苦，可用[黄连](#)温胆汤以清热化痰，和胃止呕；若胃脘胀满，胃中有振水声，可暂加甘遂细末 0.5g，装入襟囊，早晨空腹温开水冲服，每日 1 次，连 2-3 日。

·肝气犯胃

症状：呕吐吞酸，嗳气频作，胸胁胀满，烦闷不舒，每因情志不遂而呕吐吞酸更甚，舌边红，苔薄白，脉弦。

治法：疏肝理气，和胃止呕。

方药：四逆散合半夏[厚朴](#)汤。

方中[柴胡](#)、[枳椇](#)、[白芍](#)疏肝理气，[厚朴](#)、紫苏行气开郁，半夏、[茯苓](#)、[生姜](#)、[甘草](#)和胃降逆止呕。尚可加橘皮、[旋覆花](#)、[竹茹](#)、炙[枇杷叶](#)等以增强和胃降逆之力；若气郁化火，心烦咽干，口苦吞酸者，可合左金丸以清热止呕；若兼腑气不通，大便秘结者，可用大[柴胡](#)汤清热通腑；若气滞血瘀，胁肋刺痛，可加丹参、[郁金](#)、[当归](#)、[延胡索](#)等活血化瘀止痛。

『虚证』

·脾胃虚弱

症状：饮食稍有不慎，或稍有劳倦，即易呕吐，时作时止，胃纳不佳，脘腹痞闷，口淡不渴，面白少华，倦怠乏力，舌质淡，苔薄白，脉濡弱。

治法：益气健脾，和胃降逆。

方药：香砂六君子汤。

方中[人参](#)、[茯苓](#)、[白术](#)、[甘草](#)健脾益气，[砂仁](#)、[木香](#)理气和中，[陈皮](#)、半夏和胃降逆。尚可加[丁香](#)、[藜藜荚](#)以和胃降逆；若脾脏不振，畏寒肢冷，可加[干姜](#)、[附子](#)，或用[附子](#)理中丸温中健脾；若胃虚气逆，心下痞硬，干噎丝，可用旋覆代赭汤降逆止呕；若中气大亏，少气乏力，可

用补中益气汤补中益气；若病久及肾，肾籛不足，腰膝酸软，肢冷汗出，可用[附子理中汤](#)加[肉桂](#)、[絳茱萸](#)等温补脾肾。

#### ·胃阴不足

症状：呕吐反复发作，但呕吐量不多，或仅吐唾涎沫，时作干呕，口燥咽干，胃中嘈杂，似饥而不欲食，舌红少津，脉细数。

治法：滋养胃阴，和胃降逆。

方药：麦门冬汤。

方中[人参](#)、[麦冬](#)、粳米、[甘草](#)滋养胃阴，半夏降逆止呕，[大枣](#)补脾和胃生津。若阴虚甚，五心烦热者，可加石斛、花粉、[知母](#)养阴清热；若呕吐较甚，可加橘皮、[竹茹](#)、[枇杷叶](#)以降逆止呕；若阴虚便秘，可加[火麻仁](#)、[瓜蒌仁](#)、白蜜润肠通便。

#### 【转归预后】

一般来说，实证呕吐，病程短，病情轻，易治愈；虚证及虚实并见者，则病程长，病情重，反复发作，时作时止，较为难治。若失治误治，由轻转重，久病久吐，脾胃衰败，化源不足，易生变证。所以，呕吐应及时诊治，防止后天之本受损。

#### 【预防与调摄】

避免风寒暑湿之邪或秽浊之气的侵袭，避免精神刺激，避免进食腥秽之物，不可暴饮暴食，忌食生冷辛辣香燥之晶。呕吐剧烈者，应卧床休息。

#### 【结语】

呕吐的病因有外邪、饮食、情志、脏腑虚弱。呕吐的病位在胃。病机分虚实黎类，实者为邪气犯胃，虚者为脾胃虚弱，也多虚实并见者，基本病机为胃失和降，胃气上逆。在临床上应注意与反胃、噎膈相鉴别。辨证要点以辨虚实和呕吐物为主。其治疗原则为和胃降逆止呕。但应分虚实辨证论治，实者重在祛邪，分别施以解表、消食、化痰、理气之晶；虚者重在扶正，分别施以益气、温籛、养阴之法，均辅以和胃降逆之晶。

#### 【附】吐酸

吐酸是指胃中酸水上泛的症状，又叫泛酸，若随即咽下称为吞酸，若随即吐出称为吐酸。可单独出现，但常与胃痛、痞满兼见。《素问·至真要大论篇》曰：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”认为本病证多属热。《证治汇补·吞酸》曰：“大凡积滞中焦，久郁成热，则本从火化，因而作酸者，酸之热也；若寒客犯胃，顷刻成酸，本无郁热，因寒所化者，酸之寒也。”说明吐酸不仅有热，而且也有寒，并与胃有关。《寿世保元·吞酸》曰：“夫酸者肝木之味也，由火盛制金，不能平木，则肝木自甚，故为酸也。”又说明吐酸与肝木有关。本证有寒热之分，以热证居多，属热者，多由肝郁化热，胃失和降所致；因寒者，多因肝气犯胃，脾胃虚弱而成。但总以肝气犯胃为基本病机。

#### ·热证

症状：吞酸时作，噯腐气秽，胃脘闷胀，脘胁胀满，心烦易怒，口干口苦，咽干口渴，舌红苔黄，脉弦数。

治法：清肝泄火，和胃降逆。

方药：左金丸加味。

可加**黄芩**、**栀子**以清肝泄热，加乌贼骨、瓦楞子以制胃酸。

·寒证

症状：吐酸时作，噯气酸腐，胸脘胀闷，喜唾涎沫，饮食喜热，四肢不温，大便溏泄，舌淡苔白，脉砵迟。

治法：温中散寒，降逆制酸。

方药：香砂六君子汤加**绿萼梅**。

可加**苍术**、**藿香**化湿醒脾。

### [附] 嘈杂

嘈杂是指胃中空虚，似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，莫可名状，时作时止的病症。可单独出现，又常与胃痛、吐酸兼见。本证始见于《丹溪心法·嘈杂》，其曰：“嘈杂，是痰因火动，治痰为先。”又说：“食郁有热。”《景岳全书·嘈杂》谓：“嘈杂一证，或作或止，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，而胸膈懊侬，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。”其病因常有胃热、胃虚、血虚之不同。

·胃热

症状：嘈杂而兼恶心吐酸，口渴喜冷，口臭心烦，脘闷痰多，多食易饥，或似饥非饥，舌红苔黄干，脉滑数。

治法：清胃泻火，和胃化痰。

方药：温胆汤。

热盛者可加**黄连**、**栀子**清热和胃。

·胃虚

症状：嘈杂时作时止，口淡无味，食后腹胀，体倦乏力，不思饮食，舌淡脉虚。

治法：健脾和胃。

方药：四君子汤加**山药**、**草豆蔻**。

若气滞较甚者，可用香砂六君子汤；若胃阴不足，饥不欲食，大便干结者，可用益胃汤益胃养阴，

·血虚

症状：嘈杂而兼面白唇淡，心悸头晕，失眠多梦，舌质淡，脉细弱。

治法:益气养血,补益心脾。

方药:归脾汤。

#### 【文献摘要】

《素问·脉解篇》:“太籛所谓病胀者,……食则呕者,物盛满而上溢,故呕也。”

《璣枢,四时气》:“邪在胆,逆在胃,胆液泄,则成苦,胃气逆,则呕苦,故曰呕胆。”

《伤寒论·辨太籛病脉证并治中》:“太籛病,过经十余日,反二三下之,后四五日,柴胡证仍在者,先与小柴胡汤;呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤下之则愈。”

《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》:“呕而胸满者,茱萸汤主之。”“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之。”“诸呕吐,谷不得下者,小半夏汤主之。”“食已即吐者,大黄甘草汤主之。”

《诸病源候论·呕哕候》:“呕吐者,皆由脾胃虚弱,受于风邪所为也。”

《三因瑠一病证方论·呕吐叙论》:“呕吐虽本于胃,然所因亦多端,故有饮食寒热气血之不同,皆使人呕吐。”

《医学正传·呕吐》:“外有伤寒,籛明实热太甚而吐逆者;有内伤饮食,填塞太阴,以致胃气不得宣通而吐者;有胃热而吐者;有胃寒而吐者;有久病气虚,胃气衰甚,闻谷气则呕哕者;有脾湿太甚,不能端化精微,致清痰留饮郁滞上中二焦,时时恶心吐清水者,宜各以类推而治之,不可执一见也。”

《症因脉治·呕吐论》:“秦子曰:呕以声响名,吐以吐物言。有声无物曰呕,有物无声曰吐,有声有物曰呕吐,皆籛明胃家所主。”

#### 【现代研究】

近年来对于呕吐进行了一些研究,取得了一定的成效。王氏治疗神经性呕吐40例,其中属肝胃不和型26例,胃阴不足型8例,肝胆火盛型6例。病程3个月以内23例,3个月至半年15例,半年以上2例。服用下述基本方:伏龙肝、代赭石、半夏、竹茹、茵陈、枳椇、木香、生麦芽、山药、鸡山金。每剂以伏龙肝60g布包先煎20分钟代水,后下诸药煎煮300ml药液,视呕吐轻重分2-3次温服,每次间隔20分钟,每日2剂,早晚各1剂。连续服用10日为1个疗程,并随证略有加减。结果:临床治愈31例(77.5%),好转7例(17.5%),无效2例(5%) [天津中医1991;(6):17]。

王氏用大黄甘草汤治疗急重呕吐86例,其中反射性呕吐49例,中枢性呕吐31例,原因不明6例;中医辨证分型:邪犯胃脘9例,食浊停积14例,痰饮内阻7例,肝胃不和12例,脾胃虚弱16例,阴津亏虚20例,未分型8例。方药是:大黄6-30g,甘草6-20g,佩兰6-15g。腑实明显者加芒硝3-20g;邪犯胃脘者加丁香、紫苏、半夏、陈皮;脾虚者加党参、白术、山药;阴津亏虚者加西洋参、麦冬、五味子等。煎法:冷水泡三味药10-20分钟,上火煮沸5-10分钟,滤汁备用。温服少量多次。结果服药后24小时内呕吐止,能进少量饮食,计:6例;48小时呕吐

解或基本停止,能进少量饮食,病情稳定好转,计23例;无效7例。其中1剂止吐36例,2剂止吐24例,3剂止吐15例,4剂止吐4例[辽盛中医杂志1991;(5):28]。

张氏等用石菖蒲治疗神经性呕吐21例,结果显效15例,有效5例,无效1例。显示石菖蒲治疗神经性呕吐有效。方法是将该药捣碎,以纱布包之,加水500ml左右,文火煮沸15分钟后取汁。该药用量以15-20g为宜(1日量)。取汁后宜少量频饮分次进药,每日10-30次不等,这样可防止病人拒药而吐[中医杂志1996;37(12):711]。

邵氏用麦门冬汤加味治疗胃阴不足型顽固性呕吐42例,均选择大病、久病后期出现的胃阴不足型顽固性呕吐患者,服用麦门冬汤加味:麦门冬、半夏、人参、炙甘草、粳米、大枣、竹茹、石斛、炙枇杷叶等,煎汁少量频服。服药量最少者3剂,最多者9剂,其中治愈20例(47.6%),显效15例(35.7%),有效4例(9.5%),无效3例(7.1%),总有效率92.8%[河南中医1990;10(1):21]。

高氏等用自拟补脾止吐汤治疗肿瘤化疗后呕吐41例,并设胃复安组33例作为对照,结果治疗组总有效率为85.4%,对照组总有效率为51.5%,显示补脾止吐汤效果明显优于胃复安( $P<0.005$ ),表明中医补脾益胃、降逆止呕法能够十分有效地控制化疗药物引起的呕吐反应。补脾止吐汤由党参、黄芩、白术、炙甘草、大枣、半夏、代赭石组成,并随证加味[中国中西医结合脾胃杂志1995;3(1):19]。

## 第五节 癆逆

癆逆是指胃气上逆动膈，以气逆上冲，喉间癆癆连声，声短而频，令人不能自止为主要临床表现的病证。癆逆古称“嘔”，又称“嘔逆”。

《内经》首先提出本病病位在胃，并与肺有关；病机为气逆，与寒气有关。如《素问·宣明五气篇》谓：“胃为气逆为嘔。”《璣枢·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，故为嘔。”并提出了预后及简易疗法，如《素问·宝命全形论篇》谓：“病深者，其声嘔。”《璣枢·杂病》谓：“嘔，以草刺鼻，嚏，嚏而已；无息，而疾迎引之，立已；大蚤之，亦可已。”《金匱要略·呕吐下利病脉证治》将其分为属寒，属虚热，属实三证论治，为后世按寒热虚实辨证论治奠定了基础。

西医学中的单纯性膈肌痉挛即属癆逆。而胃肠神经官能症、胃炎、胃扩张、胃癌、肝硬化晚期、脑血管病、尿毒症，以及胃、食道手术后等其他疾病所引起的膈肌痉挛，均可参考本节辨证论治。

### 【病因病机】

癆逆的病因有饮食不当，情志不遂，脾胃虚弱等。

1. 饮食不当进食太快太饱，过食生冷，过服寒凉药物，致寒气蕴蓄于胃，胃失和降，胃气上逆，并可循手太阴之脉上动于膈，使膈间气机不利，气逆上冲于喉，发生癆逆。如《丹溪心法·咳逆》曰：“咳逆为病，古谓之嘔，近谓之癆，乃胃寒所生，寒气自逆而癆上。”若过食辛热煎炒，醇酒厚味，或过用温补之剂，致燥热内生，腑气不行，胃失和降，胃气上逆动膈，也可发为癆逆。如《景岳全书·癆逆》曰：“皆其胃中有火，所以上冲为癆。”

2. 情志不遂恼怒伤肝，气机不利，横逆犯胃，胃失和降，胃气上逆动膈；或肝郁克脾，或忧思伤脾，脾失健运，滋生痰浊，或素有痰饮内停，复因恼怒气逆，胃气上逆挟痰动膈，皆可发为癆逆。正如《古今医统大全·咳逆》所说：“凡有忍气郁结积怒之人，并不得行其志者，多有咳逆之证。”

3. 正气亏虚或素体不足，年高体弱，或大病久病，正气未复，或吐下太过，虚损误攻等，均可损伤中气，使脾胃虚弱；胃失和降；或胃阴不足，不得润降，致胃气上逆动膈，而发生癆逆。若病深及肾，肾失摄纳，冲气上乘，挟胃气上逆动膈，也可导致癆逆。如《证治汇补·癆逆》提出：“伤寒及滞下后，老人、虚人、妇人产后，多有癆症者，皆病深之候也。”

癆逆的病位在膈，病变关键脏腑为胃，并与肺、肝、肾有关。胃居膈下，肺居膈上，膈居脾胃之间，肺胃均有经脉与膈相连；肺气、胃气同主降，若肺胃之气逆，皆可使膈间气机不畅，逆气上出于喉间，而生癆逆；肺开窍于鼻，刺鼻取嚏可以止癆，故肺与癆逆发生有关。产生癆逆的主要病机为胃气上逆动膈。

### 【临床表现】



噯逆的主要表现是喉间噯噯连声，声音短促，频频发出，病人不能自制。临床所见以偶发者居多，为时短暂，多在不知不觉中自愈；有的则屡屡发生，持续时间较长。噯声有高有低，间隔有疏有密，声出有缓有急。发病因素与饮食不当、情志不遂、受凉等有关。本病常伴胸膈痞闷，胃脘嘈杂灼热，暖气等症。

#### 【诊断】

1. 临床表现以喉间噯噯连声，声短而频，令人不能自止为主症。
2. 常伴胸膈痞闷，胃脘嘈杂灼热，暖气，情绪不安等症。
3. 多有饮食不当、情志不遂、受凉等诱发因素，起病较急。
4. 噯逆控制后，作胃肠钡剂 X 线透视及内窥镜等检查，有助于诊断。

#### 【鉴别诊断】

1. 干呕干呕与噯逆同有胃气上逆的病机，同有有声无物的临床表现，二者应予鉴别。

噯逆的特点是气从隔间上逆，气冲喉间，其声短促而频；干呕的特点为胃气上逆，冲咽而出，其声长而浊，多伴恶心，属于呕吐病，不难鉴别。

2. 暖气暖气与噯逆也同属胃气上逆，有声无物之证，然噯逆的特点为声短而频，令人不能自制；暖气的特点则是声长而碎缓，多可自控。

#### 【辨证论治】

##### 辨证要点

1. 辨病情轻重噯逆有轻重之分，轻者多不需治疗，重者才需治疗，故需辨识。若属一时性气逆而作，无反复发作史，无明显兼证者，属轻者；若噯逆反复发作，持续时间较长，兼证明显，或出现在其他急慢性疾病过程中，则属较重者，需要治疗。若年老正虚，重病后期及急危患者，噯逆时断时续，噯声低微，气不得续，饮食难进，脉细碎弱，则属元气衰败、胃气将绝之危重证。

2. 辨寒热虚实噯声碎缓有力，胃脘不舒，得热则殊，遇寒则甚，面青肢冷，舌苔白滑，多为寒证；噯声响亮，声高短促，胃脘灼热，口臭烦渴，面色红赤，便秘溲赤，舌苔黄厚，多为热证；噯声时断时续，噯声低长，气出无力，脉虚弱者，多为虚证；噯逆初起，噯声响亮，声频有力，连续发作，脉实者，多属实证。

##### 治疗原则

噯逆一证，总由胃气上逆动膈而成，故治疗原则为理气和胃、降逆止噯，并在分清寒热虚实的基础上，分别施以祛寒、清热、补虚、泻实之法。对于重危病证中出现的噯逆，急当救护胃气。

##### 分证论治

###### 『实证』

### 胃中寒冷

症状：脘声碌缓有力，胸膈及胃脘不舒，得热则殊，遇寒则甚，进食殊少，口淡不渴，舌苔白，脉迟缓。

治法：温中散寒，降逆止癉。

方药：丁香散。

方中丁香、柿蒂降逆止癉，高良姜、甘草温中散寒。若寒气较重，胸脘胀痛者，加藜菜萸、肉桂、乌药散寒降逆；若寒凝食滞，脘闷暖腐者，加莱菔子、槟榔、半夏行气导滞；若寒凝气滞，脘腹痞满者，加枳壳、厚朴、陈皮；若气逆较甚，癉逆频作者，加刀豆子、旋覆花、代赭石以理气降逆；若外寒致癉者，可加紫苏、生姜。

### 胃火上逆

症状：脘声洪亮有力，冲逆而出，口臭烦渴，多喜饮冷，脘腹满闷，大便秘结，小便短赤，苔黄燥，脉滑数。

治法：清热和胃，降逆止癉。

方药：竹叶石膏汤。

方中竹叶、生石膏清泻胃火，人参（易沙参）、麦冬养胃生津，半夏和胃降逆，粳米、甘草调养胃气。可加竹茹、柿蒂以助降逆止癉之力。若腑气不通，痞满便秘者，可用小承气汤通腑泄热，亦可再加丁香、柿蒂，使腑气通，胃气降，癉逆自止。若胸膈烦热，大便秘结，可用凉膈散。

### 气机郁滞

症状：脘逆连声，常因情志不畅而诱发或加重，胸胁满闷，脘腹胀满，纳殊暖气，肠鸣矢气，苔薄白，脉弦。

治法：顺气解郁，降逆止癉。

方药：五磨饮子。

方中木香、乌药解郁顺气，枳壳、砂香、槟榔宽中行气。可加丁香、代赭石降逆止癉，川楝子、郁金疏肝解郁。若心烦口苦，气郁化热者，加栀子、黄连泄肝和胃；若气逆痰阻，昏眩恶心者，可用旋覆代赭汤降逆化痰；若痰涎壅盛，胸胁满闷，便秘，苔浊腻者，可用褚石滚痰丸泻火逐痰；若瘀血内结，胸胁刺痛：久癉不止者，可用血府逐瘀汤活血化瘀。

### 『虚证』

#### 脾胃脾虚

症状：脘声低长无力，气不得续，泛吐清水，脘腹不舒，喜温喜按，面色毗白，手足不温，食少乏力，大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：温补脾胃，和中降逆。

方药:理中汤。

方中人参、白术、甘草甘温益气,干姜温中散寒。可加**续茱萸**、**丁香**温胃平癍,内寒重者,可加**附子**、**肉桂**。若噎腐吞酸,夹有食滞者,可加神曲、**麦芽**;若脘腹胀满,脾虚气滞者,可加**香附**、**木香**;若癍声难续,气短乏力,中气大亏者,可用补中益气汤;若病久及肾,肾失摄纳,腰膝酸软,癍声难续者,可分肾阴虚、肾脾虚而用金匱肾气丸、七味都气丸。

·胃阴不足

症状:癍声短促而不得续,口干咽燥,烦躁不安,不思饮食,或食后饱胀,大便干结,舌质红,苔少而干,脉细数。

治法:益胃养阴,和胃止癍。

方药:益胃汤。

方中沙参、**麦冬**、**玉竹**、生地甘寒生津,滋养胃阴。可加炙**枇杷叶**、**柿蒂**、**刀豆子**以助降逆止癍之力。若神疲乏力,气阴两虚者,可加**人参**、**白术**、**山药**;若咽喉不利,胃火上炎者,可用麦门冬汤;若日久及肾,腰膝酸软,五心烦热,肝肾阴虚,相火挟冲气上逆者,可用大补阴丸加**熟**。

【转归预后】

癍逆一证,病情轻重差别较大,一时性癍逆,大多轻浅,只需简单处理;可不药而愈。持续性或反复发作者,服药后也多治愈。若慢性危重病证后期出现癍逆者,多为病情恶化,胃气将绝,元气欲脱的危候。

【预防与调摄】

应保持精神舒畅,避免过喜、暴怒等精神刺激;注意避免外邪侵袭;饮食宜清淡,忌食生冷、辛辣,避免饥饱失常。发作时应进食易消化饮食,半流饮食。

【结语】

癍逆以喉间癍癍连声,声短而频,令人不能自止为主要表现。病因主要是饮食不当,情志不遂,脾胃虚弱等,癍逆的病位在膈,病变关键脏腑为胃,与肺、肝、肾有关。主要病机为胃气上逆动膈。治疗原则为理气和胃,降逆止癍,并在分清寒热虚实的基础上,分别施以祛寒、清热、补虚、泻实之法。对于重危病证中出现的癍逆,急当救护胃气。

【文献摘要】

《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》:“干呕、哕,若手足厥者,橘皮汤主之。”“哕逆者,橘皮**竹茹**汤主之。”“哕而腹满,视其前后,知何部不利,利之则愈。”

《景岳全书·癍逆》:“哕者癍逆也,非咳逆也,咳逆者咳嗽之甚者也,非癍逆也;干呕者无物之吐即呕也,非哕也;噫者饱食之息即噯气也,非咳逆也。后人但以此为鉴,则琿说之疑可尽释矣。”“然致癍之由,总由气逆,气逆于下,则直冲于上,无气则无癍,无膈亦无癍,此病癍之源所以必由气也。”“然病在气分,本非一端,而癍之大要,亦惟三者而已,则一日寒癍,二日

热癩，三日虚脱之癩。寒癩可温可散，寒去则气自舒也；热癩可降可清，火静而气自平也；惟虚脱之癩，则诚危殆之证，其或免者亦万幸矣。”

《证治汇补·癩逆》：“火癩，癩声大响，乍发乍止，燥渴便难，脉数有力；寒癩，朝宽暮急，连续不已，手足清冷，脉迟无力；痰癩，呼吸不利，癩有痰声，脉滑有力；虚癩，气木接续，癩气转大，脉虚无力；瘀癩，心胸刺痛，水下即癩，脉氍砉涩。”，“治当降气化痰和胃为主，随其所感而用药。气逆者，疏导之；食停者，消化之；痰滞者，涌吐之；热郁者，清下之；血瘀者，破导之；若吐若下后，服凉药过多者，当温补；阴火上冲者，当平补；虚而挟热者，当凉补。”

#### 【现代研究】

温氏以二石龙牡汤治疗顽固性癩逆 300 例，其中男 196 例，女 104 例；病程 3 个月以内 76 例，3 个月-1 年 208 例，1 年以上 16 例，大多数患者均长期应用过中西药物及针灸治疗。现采用二石龙牡汤治疗，组成：代赭石、磁石、生龙骨、生牡蛎、陈皮、木香、人参、水煎服，每日 1 剂，服药 6 剂为 1 疗程，视病情可停药 1-3 日再服第 2 疗程。结果临床治愈 196 例（占 65.3%），显效 72 例，好转 28 例，无效 4 例，总有效率 98.7%。并对临床治愈和显效者进行了 1 年的随访，结果 268 例中，复发者为 37 例，占 13.8%。复发病例的自觉症状，大部分较治疗前轻，继续给予二石龙牡汤治疗，大多仍然有效。300 例患者发病原因多与饮食不节，生活不规律，精神刺激，受风寒等因素有关；病种主要包括西医学的膈肌痉挛、胃肠疾病、神经官能症等。但本方对于脑血管病的高颅压症、尿毒症以及恶性肿瘤晚期疗效较差[陕西中医 1992；13（1）：11]。

甘氏报告喉癌术后顽固性癩逆治验。4 例患者均为喉癌术 1-3 日后，并发顽固性癩逆。选用旋覆代赭汤合理中汤加味，药物为：炒党参、旋覆花、代赭石、公丁香、砂香粉、柿蒂、干姜、川牛膝、川朴、陈皮等。水煎过滤取汁，微温约 150ml 冲入砂香粉，用 20ml 注射器抽取药液”经鼻饲管缓缓摇晃推入。2-3 日后癩逆完全消失，维持治疗 5 日，停药后未见复发[浙江中医杂志 1993；（6）：249]。

任氏治疗中风继发癩逆有独到的经验。认为中风继发癩逆是肝膈亢盛，璫而生火，横逆犯中，胃气上逆所致。均用镇肝降逆法治疗，方用镇肝降逆方，常用药物为：代赭石 15-30g（先煎），天麻 10g，茯苓 10g，橘皮 10g，竹茹 10g，柿蒂 10g，川郁金 10g，炒枳实 10g，上砂香片 2g（研细末和服）。每日 1 剂，口服或鼻饲。若出血性中风继发癩逆，并有手足拘挛者，可加羚羊角 5g（冲服），双钩藤 10g（后下），石决明 15-30g（先煎）；若属缺血性中风继发癩逆，可加丹参 10g[中医杂志 1993；34（4）：205]。

全氏经验，皂荚对顽固性癩逆有立杆见影之效，再发再用仍有效。方法是取大皂荚 1 个研末，手指拈鼻吸之，并指压左耳枕顶部穴。几分钟后，喷嚏大作，癩逆顿止。本法适用于食道及胃部病变所致者及神经性癩逆。中枢性疾病，以及有出血倾向者不宜应用。本法为治标的权宜之计，对有器质性病变者仍应寻找病因。皂荚对鼻粘膜刺激璫强，手指拈鼻吸即可取嚏，不必“吸人鼻中”[中医杂志 1995；36（7）：389]。

张氏将丁香与郁金同用,加柿蒂、旋覆花、代赭石、半夏、陈皮为方,治疗癯逆 32 例,均有显效[中医杂志 1989;(4):213]。

## 第六节 噎膈

噎膈是由于食管干涩,食管、贲门狭窄所致的以咽下食物梗塞不顺,甚则食物不能下咽到胃,食入即吐为主要临床表现的一类病证。噎即梗塞,指吞咽食物时梗塞不顺;膈即格拒,指食管阻塞,食物不能下咽到胃,食入即吐。噎属噎膈之轻证,可以单独为病,亦可为膈的前驱表现,故临床统称为噎膈。

本病发病年龄段较高,多发于中老年男性,目前尚属难治之证。因此,中老年人如出现原因不明的进食障碍时,应及早就诊,进行相关检查,以明确诊断,早期治疗。

《内经》认为本病证与津液及情志有关,如《素问·阴膈别论篇》曰:“三膈结谓之膈。”《素问·通评虚实论篇》曰:“膈塞闭绝,上下不通,则暴忧之病也。”并指出本病病位在胃,如《璣枢·四时气》曰:“食饮不下,膈塞不通,邪在胃脘。”《太平圣惠方·第五十卷》认为:“寒温失宜,食饮乖度,或恚怒气逆,思虑伤心致使阴膈不和,胸膈否塞,故名膈气也。”

《景岳全书·噎膈》曰:“噎膈一证,必以忧愁思虑,积劳积郁,或酒色过度,损伤而成。”并指出:“少年少见此证,而惟中衰耗伤者多有之。”对其病因进行了确切的描述。关于其病机历代医家多有论述,如《医学心悟·噎膈》指出:“凡噎膈症,不出胃脘干稿四字。”《临证指南医案·噎膈反胃》提出:“脘管窄隘。”

西医学中的食管癌、贲门癌,以及食管炎、贲门痉挛、食管憩室、弥漫性食管痉挛等疾病,出现吞咽困难等噎膈表现时,可参考本节辨证论治。

### 【病因病机】

噎膈的病因主要为七情内伤,饮食所伤,年老肾虚,脾胃肝肾功能失调等。

1. 七情失调导致噎膈的七情因素中,以忧思恼怒多见。忧思伤脾则气结,脾伤则水湿失运,滋生痰浊,痰气相搏;恼怒伤肝则气郁,气结气郁则津行不畅,瘀血内停,已结之气,与后生之痰、瘀交阻于食管、贲门,使食管不畅,久则使食管、贲门狭窄,而成噎膈。如《医宗必读·反胃噎塞》说:“大抵气血亏损,复因悲思忧恚,则脾胃受伤,血液渐耗,郁气生痰,痰则塞而不通,气则上而不下,妨碍道路:饮食难进,噎塞所由成也。”《临证指南医案·噎膈反胃》谓:“噎膈之症,必有瘀血、顽痰、逆气,阻隔胃气。”

2. 饮食所伤嗜酒无度,过食肥甘,恣食辛辣,助湿生热,酿成痰浊,阻于食管、贲门,或津伤血燥,失于濡润,使食管干涩,均可引起进食噎塞,而成噎膈。如《医确·反胃噎膈》说:“酒客多噎膈,饮热酒者尤多,以热伤津液,咽管干涩,食不得入也。”又如《临证指南医案·噎膈反胃》谓:“酒湿厚味,酿痰阻气,遂令胃失下行为顺之旨,脘窄不能纳物。”此外,饮食过热,食物粗糙发霉,既可损伤食管脉络,又可损伤胃气,气滞血瘀阻于食管、贲门,也可成噎膈。

3. 年老肾虚年老肾虚,精血渐枯,食管失养,干涩枯槁,发为此病。如《医贯·噎膈》曰:“惟男子年高者有之,少无噎膈。”又如《金匱翼,膈噎反胃统论》曰:“噎膈之病,大都年逾五十者,

是津液枯槁者居多。”若阴损及籛，命门火衰，脾胃失于温煦，脾胃籛虚，籛化无力，痰瘀互结，阻于食管，也可形成噎膈。

噎膈的病因以内伤饮食、情志，年老肾虚，脏腑失调为主，且三者之间常相互影响，互为因果，共同致病，形成本虚标实的病理变化。初起以邪实为主，随着病情发展，气结、痰阻、血瘀愈显，食管、贲门狭窄更甚，邪实有加；又因胃津亏耗，进而损及肾阴，以致精血虚衰，虚者愈虚，絜种因素相合，而成噎膈重证。部分病人病情继续发展，由阴损以致籛衰，则肾之精气并耗，脾之化源告竭，终成不救。噎膈的病位在食管，属胃气所主，与肝脾肾也有密切关系。基本病机是脾胃肝肾功能失调，导致津枯血燥，气郁、痰阻、血瘀互结，而致食管干涩，食管、贲门狭窄。

#### 【临床表现】

本病开始多为噎，久则渐发展成膈而噎膈并见。进食困难的表现一般是初起为咽下饮食时胸膈部梗塞不顺，有一种食物下行缓慢并停留在食管某一部位不动之感，食毕则消失，这种感觉常在情志不舒时发生。此阶段食物尚可下咽，只是进食固体食物时发生困难，随着梗塞症状的日渐加重，进食流质类饮食亦发生困难，以致不能进食，或食后随即吐出。吐出物为食物、涎沫，量不大，甚者吐出物为赤豆汁样，说明有出血。本病常伴有疼痛，其出现有早有晚，开始为进食时胸膈疼痛，粗糙食物更明显，严重者可持续疼痛。随着饮食渐废，病邪日深，正气凋残，病人表现为消瘦，乏力，面容憔悴，精神萎靡，终致大肉尽脱，形消骨立而危殆难医。噎膈病中也有的始终以吞咽食物梗塞不顺为主要表现，并无膈的病象。

#### 【诊断】

1. 咽下饮食梗塞不顺，食物在食管内有停滞感，甚则不能下咽到胃，或食人即吐。
2. 常伴有胃脘不适，胸膈疼痛，甚则形体消瘦，肌肤甲错，精神衰惫等症。
3. 起病缓慢，常表现为由噎至膈的病变过程，常由饮食、情志等因素诱发，多发于中老年男性，特别是在高发区。
4. 食管、胃的 X 线检查、内窥镜及病理组织学检查、食管脱落细胞检查以及 Cr 检查等有助于早期诊断。

#### 【鉴别诊断】

1. 反胃絜者均有食人复出的症状，因此需要鉴别。反胃为胃之下口障碍，幽门不放，食停胃中，多系籛虚有寒，症状特点是饮食能顺利下口因人胃，食停胃中，经久复出，朝食暮吐，暮食朝吐，宿谷不化，食后或吐前胃脘胀满，吐后转舒，吐出物量较多，常伴胃脘疼痛；噎膈为食管、贲门狭窄，贲门不纳，症状特点是饮食咽下过程中梗塞不顺，初起并无呕吐，后期格拒时出现呕吐，系饮食不下或食人即吐，呕吐与进食时间关系密切，食停食管，并未入胃，吐量较小，多伴胸膈疼痛。

2. 梅核气梅核气属郁病中的一种证型，主要表现为自觉咽中如有物梗塞，咯之不出，咽之不下，噎膈有时也伴有咽中梗塞不舒的症状，故二者应进行鉴别。梅核气虽有咽中梗塞感，

但此感觉多出现在情志不舒或注意力集中于咽部时，进食顺利而无梗塞感，多发于年轻女性；噎膈的梗塞部位在食管，梗塞出现在进食过程中，多呈进行性加重，甚则饮食不下或食入即吐，多发于老年男性。

### 【辨证论治】

#### 辨证要点

辨标本虚实因忧思恼怒，饮食所伤，寒温失宜，引起气滞、痰结、血瘀阻于食管，食管狭窄所致者为实；因热饮伤津，房劳伤肾，年老肾虚，引起津枯血燥，气虚籛微，食管干涩所致者为虚。症见胸膈胀痛、刺痛，痛处不移，胸膈满闷，泛吐痰涎者多实；症见形体消瘦，皮肤干枯，舌红少津，或面色苍白，形寒气短，面浮足肿者多虚。新病多实，或实多虚少；久病多虚，或虚实并重。邪实为标，正虚为本。

#### 治疗原则

依据噎膈的病机，其治疗原则为理气开郁，化痰消瘀，滋阴养血润燥，分清标本虚实而治。初起以标实为主，重在治标，以理气开郁，化痰消瘀为法，可少佐滋阴养血润燥之品；后期以正虚为主，或虚实并重，但治疗重在扶正，以滋阴养血润燥，或益气温籛为法，也可少佐理气开郁，化痰消瘀之品。但治标当顾护津液，不可过用辛散香燥之药；治本应保护胃气，不宜过用甘酸滋膩之品。存得一分津液，留得一分胃气，在噎膈的辨证论治过程中有着特殊重要的意义。

#### 分证论治

##### ·痰气交阻

症状：进食梗阻，脘膈痞满，甚则疼痛，情志舒畅则絀轻，精神抑郁则加重，暖气瘵逆，呕吐痰涎，口干咽燥，大便艰涩，舌质红，苔薄膩，脉弦滑。

治法：开郁化痰，润燥降气。

方药：蕭膈散。

方中丹参、[郁金](#)、[砂仁](#)理气化痰解郁，沙参、贝母、[茯苓](#)润燥化痰，杵头糠和胃降逆。可加[瓜蒌](#)、半夏、[天南星](#)以助化痰之力，加[麦冬](#)、玄参、[天花粉](#)以增润燥之效。若郁久化热，心烦口苦者，可加[梔子](#)、[黄连](#)、[山豆根](#)以清热；若津伤便秘，可加增液汤和白蜜，以助生津润燥之力；若胃失和降，泛吐痰涎者，加半夏、[陈皮](#)、[旋覆花](#)以和胃降逆。

##### ·津亏热结

症状：进食时梗涩而痛，水饮可下，食物难进，食后复出，胸背灼痛，形体消瘦，肌肤枯燥，五心烦热，口燥咽干，渴欲饮冷，大便干结，舌红而干，或有裂纹，脉弦细数。治法：养阴生津，泻热散结。

方药：沙参[麦冬](#)汤。



方中沙参、[麦冬](#)、[玉竹](#)滋养津液，[桑叶](#)、[天花粉](#)养阴泄热，扁豆、[甘草](#)安中和胃。可加玄参、生地、石斛以助养阴之力，加[梔子](#)、[黄连](#)、[黄芩](#)以清肺胃之热。若肠燥失润，大便干结，可加[火麻仁](#)、[瓜蒌仁](#)、[何首乌](#)润肠通便；若腹中胀满，大便不通，胃肠热盛，可用[大黄甘草](#)汤泻热存阴，但应中病即止，以免重伤津液；若食管干涩，口燥咽干，可饮五汁安中饮以生津养胃。

#### ·瘀血内结

症状：进食梗阻，胸膈疼痛，食不得下，甚则滴水难进，食入即吐，面色暗黑，肌肤枯燥，形体消瘦，大便坚如羊屎，或吐下物如赤豆汁，或便血，舌质紫暗，或舌红少津，脉细涩。

治法：破结行瘀，滋阴养血。

方药：通幽汤。

方中[桃仁](#)、[红花](#)活血化瘀，破结行血用以为君药；[当归](#)、生地、熟地滋阴养血润燥；[槟榔](#)下行而破气滞，[升麻](#)升清而降浊阴，一升一降，其气乃通，噎膈得开。可加乳香、没药、丹参、[赤芍](#)、[三七](#)、[三棱](#)、[莪术](#)破结行瘀，加[海藻](#)、[昆布](#)、[瓜蒌](#)、贝母、玄参化痰软坚，加沙参、[麦冬](#)、[白芍](#)滋阴养血。若气滞血瘀，胸膈胀痛者，可用血府逐瘀汤；若服药即吐，难于下咽，可先服玉枢丹，可用烟斗盛该药，点燃吸入，以开膈降逆，其后再服汤剂。

#### ·气虚籛微

症状：进食梗阻不断加重，饮食不下，面色苍白，精神衰惫，形寒气短，面浮足肿，泛吐清涎，腹胀便溏，舌淡苔白，脉细弱。

治法：温补脾肾，益气回籛。

方药：温脾用补气喘脾汤，温肾用右归丸。

前方以[人参](#)、[黄蘗](#)、[白术](#)、[茯苓](#)、[甘草](#)补脾益气，[砂仁](#)、[陈皮](#)、半夏和胃降逆。可加[旋覆花](#)、代[赭石](#)降逆止呕，加[附子](#)、[干姜](#)温补脾籛；若气阴虚加石斛、[麦冬](#)、沙参以滋阴生津。后方用[附子](#)、[肉桂](#)、[鹿角籛](#)、[杜仲](#)、[菟丝子](#)补肾助籛，熟地、山茱萸、[山药](#)、[枸杞子](#)、[当归](#)补肾滋阴。若中气下陷，少气懒言，可用补中益气汤；若脾虚血亏，心悸气短，可用十全大补汤加籛。

噎膈至脾肾俱败阶段，一般宜先进温脾益气之剂，以救后天生化之源，待能稍进饮食与药物，再以暖脾温肾之方，汤丸并进，或籛方交替服用。在此阶段，如因籛竭于上而水谷不入，阴竭于下而二便不通，称为关格，系开合之机已废，为阴籛离决的一种表现，当积璠救治。

#### 【转归预后】

若只出现噎的表现，病情多较轻而偏实，预后良好。若实转虚，由噎至膈，则病情较重，预后不良，甚则脾肾衰败，转为关格，危及生命。如《临证指南医案·噎膈反胃》曰：“其已成者百无一治，其未成者，用消瘀去痰降气之药，或可望其通利。”

#### 【预防与调摄】

养成良好的饮食习惯,保持愉快的心情,为预防之要。如进食不宜过快,不吃过烫、辛辣、变质、发霉食物,忌饮烈性酒;多吃新鲜蔬菜、水果;宜进食营养丰富的食物,后期可进食牛鞭、羊鞭、肉汁、[蜂蜜](#)、藕汁、梨汁等流质饮食。树立战胜疾病的信心。

#### 【结语】

噎膈是以进食梗塞不顺,甚则食物不能下咽到胃,食入即吐为主要表现的一类病证。噎膈属难治之病证,一经发现,应尽快结合西医学检查手段,查明原因争取早期诊断,早期治疗。噎膈的病因主要为七情内伤,饮食所伤,年老肾虚,脾胃肝肾功能失调等。噎膈的病位在食管,属胃气所主,与肝脾肾也有密切关系。基本病机是脾胃肝肾功能失调,导致津枯血燥,气郁、痰阻、血瘀互结,而致食管干涩,食管、贲门狭窄。辨证要点为辨标本虚实。

治疗原则为理气开郁,化痰消瘀,滋阴养血润燥,分清标本虚实而治。初起以标实为主,重在治标,以理气开郁,化痰消瘀为法,可少佐滋阴养血润燥之晶;后期以正虚为主,或虚实并重,治疗重在扶正,以滋阴养血润燥,益气温脾为法,也可少佐理气开郁,化痰消瘀之晶。保护胃气,顾护津液,在噎膈的辨证论治过程中有着特殊重要的意义。

#### 【附】反胃

反胃系指饮食入胃之后,幽门不放,宿食停胃,胃气上逆引起的以食后胃脘胀满,朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,吐后转舒为临床特征的一种病证。张仲景《金匮要略·呕吐下利病脉证治》中说:“跌箴脉浮而涩,浮则为虚,涩则伤脾,脾伤则不磨,朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,名曰胃反。”《太平圣惠方,第四十七卷》则称之为“反胃”,后世也多以反胃名之。本病多因饮食不当,饥饱不匀,恣食生冷,损伤脾箴;或素体脾胃虚弱;或忧愁思虑,损伤肝脾;或房室劳倦,损伤脾肾,均可导致脾胃虚寒,失其腐熟、端化水谷之职,饮食不化,停滞胃中,终至胃气上逆,尽吐而出,形成反胃。正如《景岳全书·反胃》云:“或以酷饮无度,伤于酒湿;或以纵食生冷,败其真箴;或因七情忧郁,竭其中气。总之,无非内伤之甚,致损胃气而然。”若反复呕吐,致津气并虚,日久不愈,则脾虚及肾,导致肾箴亦虚,命门火衰,犹如釜底抽薪,不能温脾以腐熟消化水谷,则病情更为严重。故《证治汇补·反胃》说:“其为真火衰微,不能腐熟水谷。”西医学中的幽门痉挛、梗阻,可参考反胃辨证论治。

症状:食后或吐前胃脘胀满,朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,吐后转舒,神疲乏力,面色少华,手足不温,大便溏少,舌淡,苔白滑,脉细缓无力。多有胃脘久病病史。

治法:温中健脾,降气和胃。

方药:[丁香](#)透膈散。

方中[人参](#)、[白术](#)、炙[甘草](#)健脾益气,[丁香](#)、半夏、[木香](#)、[香附](#)降气和胃,[砂仁](#)、[白豆蔻](#)、神曲、[麦芽](#)醒脾化食。若吐甚可加[旋覆花](#)、代[赭石](#)降逆止呕;若脾胃虚寒,四肢不温者,加[附子](#)、[干姜](#)温端脾箴,或用[附子](#)理中汤加[絳茱萸](#)、[丁香](#)温中降逆;若面色觥白,四肢不温,腰膝酸软,肾箴不足者,可用右归丸之类;若呕吐清水痰涎,胃中停饮较多者,可加小半夏汤、苓桂术甘汤等;大便秘结者,可加少许[大黄](#)。

## 【文献摘要】

《景岳全书·噎膈》：“凡治噎膈之法，当以脾肾为主。盖脾主斡化，而脾之大络布于胸膈；肾主津液，而肾之气化主乎二阴。故上焦之噎膈，其责在脾；下焦之闭结，其责在肾。治脾者宜从温养，治肾者宜从滋润，舍此二法，他无捷径矣。”

《医贯·噎膈》：“噎膈、翻胃、关格三者，名各不同，病源迥异，治宜区别，不可不辨也。噎膈者，饥欲得食，但噎塞迎逆于咽喉之间，在胃口之上，未曾入胃，即带痰涎而出，若一人胃下，无不消化，不复出矣，惟男子年高者有之，少无噎膈。翻胃者，饮食倍常，尽入于胃矣，朝食暮吐，暮食朝吐，或一餐时而吐，或积至一日一夜，腹中胀闷不可忍而复吐，原物酸臭不化，此已入胃而反出，故曰翻胃，男女老少皆有之。关格者，粒米不欲食，渴喜茶饮饮之，少顷即出，复求饮复吐，饮之以药，热药入口即出，冷药过时而出，大小便秘，名曰关格。关者下不得出也，格者上不得入也，惟女子多此症。”

《金匱翼·膈噎》：“噎膈之病，有虚有实。实者，或痰或血，附着胃脘，与气相搏，翳膜外裹，或复吐出，膈气暂宽，旋复如初。虚者，津枯不泽，气少不充，胃脘干瘪，食涩不下，虚者荣养，实者疏浚，不可不辨也。”

《类证治裁·噎膈反胃》：“噎者咽下梗塞，水饮可行，食物难入，由痰气阻于上也。膈者胃脘窄隘，食下拒痛，由血液之槁于中也。”

《临证指南医案·噎膈反胃》：“气滞痰聚日拥，清籀莫展，脘管窄隘，不能食物，噎膈斯至矣。”

## 【现代研究】

### ·食管炎的临床研究

近年对食管炎论治的研究逐渐增多，有辨证论治者，有专方专药者，有中西医结合者，都取得了一定的进展。如陈氏将胃食管返流病分为脾胃虚寒证、脾胃湿热证、肝胃不和证、胃阴不足证进行辨证论治。胃食管返流病是由于胃、十二指肠内容物返流至食管引起烧心，恶心呕吐，胸骨后胀痛等返流症状或组织损坏，约2/3病例可发生返流性食管炎。本病的基本治疗原则是健脾益气，疏肝理气，和胃降逆。可依不同证型选方用药。脾胃虚寒证方用四君子汤配**綠茱萸**汤；脾胃湿热证方用甘露消毒丹或**薏苡仁**汤；肝胃不和证方用柴平汤（**柴胡**、**黄芩**、**半夏**、**党参**、**苍术**、**厚朴**、**陈皮**各10g，**生姜**2片，**大枣**2粒，**甘草**6g）或**柴胡**疏肝散；胃阴不足证方用甘露饮（**天冬**、**麦冬**各10g，生熟地、**枇杷叶**各15g，**黄芩**、**枳椇**各10g，石斛、**茵陈**各15g，**甘草**10g）或益胃汤加**絳**治之[中国中西医结合脾胃杂志 1997；5(2)：112]

黄氏等认为返流性食管炎主要病机为气、湿、痰、热中阻，胃失冲和。自拟消炎护膜方治疗返流性食管炎30例，并设对照组27例进行研究。消炎护膜方由**黄连**、**滑石**、生**甘草**、**枳椇**、**陈皮**组成，按1:6:1:2:2的比例共研细末，每服3g，**大枣**10枚煎汤送下，每日3次，4周为1疗程。对照组：硫糖铝1.0g，饭前嚼服，每日3次，4周为1疗程。观察结果：经过1疗程治疗后，治疗组治愈8例(26.7%)，好转19例(63.3%)，无效3例(10.0%)。对照组治愈3例

(11.1%),好转15例(55.6%),无效9例(33.3%)。经统计学处理, $P<0.01$ [上海中医药杂志 1990;(1):34L

郝氏等采用《医宗金鉴》仙方活命饮加味治疗返流性食管炎 104 例,药用金银花、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,并适当加味。结果治疗 1-3 周后,78 例痊愈(疼痛、灼热感消失,1 年以上不复发),占 75%;12 例有效(疼痛、灼热感减轻,或愈后 1 年内复发),占 11.5%;14 例无效,占 13.5%。总有效率 86.5%。复发者 5 例,仍按本法治疗,4 例获愈,1 例有效[浙江中医杂志 1990;(4):155]。

王氏等对 57 例返流性食管炎患者分别采用中西医结合方法(治疗组)和西药治疗(对照组),从临床疗效、控制复发率及对下食管括约肌(LES)功能影响等方面进行了观察。中西医结合治疗组,西药口服甲氰咪胍,每日 3 次,每次 0.2g,夜间临睡前加服灭吐灵 0.4g,每日 3 次,每次 10mg,餐后服;中药用补中益气汤合四逆散加味:柴胡 10g,升麻 10g,党参 15g,枳实 10g,白芍 12g,白术 12g,黄芩 15g,陈皮 10g,甘草 6g,当归 10g,茯苓 12g,每日 1 剂,15 天为一疗程。西药治疗对照组:只服甲氰咪胍和灭吐灵,用法、用量及用药时间同治疗组。结果治疗组有效率为 100%,对照组有效率为 92%,但无统计学差异。而在控制复发率,改善 U 食管功能和提高其静止压等方面的疗效,治疗组优于对照组( $P<0.01$ )。并认为中药可使功能低下的 LES 功能得以恢复,从根本上防止返流的发生,体现了治病求本的精神。中西医结合可以标本同治,弥补了部分西药的不足,展示了中西医结合治疗返流性食管炎的广阔前景[中国中西医结合脾胃杂志 1996;4(2):80]。

沈氏等用桔梗汤加味治疗放射性食管炎 128 例,结果治疗 1-2 个疗程后,治愈 87 例,好转 30 例,无效 11 例,总有效率为 91.4%。桔梗汤基本方:桔梗 10g,生甘草 20g。临证具体应用时,如痛剧者,加玄参 15g,蚤休 10g,山豆根 10g,金银花 10g,射干 10g;咽下困难较重者,加瓜蒌皮 18g,浙贝母 10g,天门冬 15g,竹茹 10g,板蓝根 15g。每日 1 剂,10 天为 1 疗程[天津中医 1996;(6):18]。

万氏等单用白及粉 3-6g 冲服,或重用白及 20-30g,配伍山豆根 6-9g,金银花 15-30g,花粉 15-30g 等清热解毒、养阴润燥之品,治疗放射性食管炎,疗效满意[中医杂志 1997;38(4):197]。

何氏选用白及 15g,白芍 12g,甘草 12g,璣仙 12g 为基础方,随证加味,治疗食管炎。方法是每日 1 剂,水煎 2 次,将两次药液混合,共取汁 300ml,分早晚两次,取汁频服,3 剂为 1 个疗程。一般 1-3 个疗程可使临床症状消失而痊愈[中医杂志 1997;38(4):198]。

#### 食管癌、贲门癌的临床研究

王氏等应用南星半夏汤(生南星、生半夏各 30g,瓜蒌 20g,黄药子、旋覆花各 10g,代赭石、石打穿、急性子各 30g,地龙、蜈蚣各 3g)按辨证分型进行加味,治疗食管癌、贲门癌梗阻 36 例,在缓解梗阻方面取得了较好疗效。辨证分为三型:肝气郁结、痰气凝滞型加枳壳、川楝子、青皮、陈皮、橘叶、橘核、绿萼梅、川朴、八月扎、窮窺、留行子、贝母、桔梗、山豆根、竹茹、藤梨根;痰瘀凝结、正虚邪实型加莪术、威灵仙、制马钱子、白屈菜、干蟾皮;炙鳖甲、炙山甲、鹤

虱、[当归](#)、[鸡血藤](#)、丹参、[生黄芩](#)、[西洋参](#)；脾肾两虚、痰湿壅盛型加[党参](#)、[白术](#)、[猪苓](#)、[茯苓](#)、[生熟苡仁](#)、[白扁豆](#)、[桂枝](#)、[干姜](#)、仙璣脾、[菟丝子](#)、[补骨脂](#)、[陈皮](#)、姜半夏、橘络、[鸡内金](#)、[谷麦芽](#)等。一般每日1剂，分2-3次煎服。结果有效31例，总有效率为贴.11%[辽盛中医杂志 1991；(1):27]。

## 第七节 泄泻

泄泻是以大便次数增多，粪质稀薄，甚至泻出如水样为临床特征的一种脾胃肠病证。泄与泻在病情上有一定区别，粪出少而势缓，若漏泄之状者为泄；粪大出而势直无阻，若倾泻之状者为泻，然近代多泄、泻并称，统称为泄泻。

泄泻是一种常见的脾胃肠病证，一年四季均可发生，但以夏秋季节较为多见。中医药治疗本病有较好的疗效。

《内经》称本病证为“鹜溏”、“飧泄”、“濡泄”、“洞泄”、“注下”、“后泄”等等，且对本病的病机有较全面的论述，如《素问·生气通天论篇》曰：“因于露风，乃生寒热，是以春伤于风，邪气留连，乃为洞泄。”《素问·阴符应象大论篇》曰：“清气在下，则生飧泄。”“湿胜则濡泻。”《素问·举痛论篇》曰：“寒气客于小肠，小肠不得成聚，故后泄腹痛矣。”《素问·至真要大论篇》曰：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”说明风、寒、热、湿均可引起泄泻。《素问·太阴脾明论篇》指出：“饮食不节，起居不时者，阴受之，……阴受之则人五脏，……下为飧泄。”《素问·举痛论篇》指出：“怒则气逆，甚则呕血及飧泄。”说明饮食、起居、情志失宜，亦可发生泄泻。另外《素问·脉要精微论篇》曰：“胃脉实则胀，虚则泄。”《素问·脏气法时论篇》曰：“脾病者，……虚则腹满肠鸣，飧泄食不化。”《素问·宣明五气篇》谓：“五气所病，……大肠小肠为泄。”说明泄泻的病变脏腑与脾胃大小肠有关。《内经》关于泄泻的理论体系，为后世奠定了基础。张仲景将泄泻和痢疾统称为下利。《金匮要略·呕吐秽下利病脉证治》中将本病分为虚寒、实热积滞和湿阻气滞三型，并且提出了具体的证治。如“下利清谷，里寒外热，汗出而厥者，通脉四逆汤主之。”“气利，诃梨勒散主之。”指出了虚寒下利的症状，以及治疗当遵温脾和固涩二法。又说：“下利三部脉皆平，按之心下坚者，急下之，宜大承气汤。”“下利谵语，有燥屎也，小承气汤主之。”提出对实热积滞所致的下利，采取攻下通便法，即所谓“通因通用”法。篇中还对湿邪内盛，阻滞气机，不得宣畅，水气并下而致“下利气者”，提出“当利其小便”，以分利肠中湿邪，即所谓“急开支河”之法。张仲景为后世泄泻的辨证论治奠定了基础。《三因瑱·一病证方论·泄泻叙论》从三因学说角度全面地分析了泄泻的病因病机，认为不仅外邪可导致泄泻，情志失调亦可引起泄泻。

《景岳全书·泄泻》说：“凡泄泻之病，多由水谷不分，故以利水为上策。”并分别列出了利水方剂。《医宗必读·泄泻》在总结前人治泄经验的基础上，提出了著名的治泄九法，即淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩，其论述系统而全面，是泄泻治疗学上的一大发展，其实用价值亦为临床所证实。

本病可见于西医学中的多种疾病，如急慢性肠炎、肠结核、肠易激综合征、吸收不良综合征等，当这些疾病出现泄泻的表现时，均可参考本节辨证论治。应注意的是本病与西医腹泻的含义不完全相同。

【病因病机】

致泻的病因是多方面的,主要有感受外邪,饮食所伤,情志失调,脾胃虚弱,命门火衰等等。这些病因导致脾虚湿盛,脾失健运,大小肠传化失常,升降失调,清浊不分,而成泄泻。

1. 感受外邪引起泄泻的外邪以暑、湿、寒、热较为常见,其中又以感受湿邪致泄者最多。脾喜燥而恶湿,外来湿邪,最易困阻脾土,以致升降失调,清浊不分,水谷杂下而发生泄泻,故有“湿多成五泄”之说。寒邪和暑热之邪,虽然除了侵袭皮毛肺卫之外,亦能直接损伤脾胃肠,使其功能障碍,但若引起泄泻,必夹湿邪才能为患,即所谓“无湿不成泄”,故《杂病源流犀烛·泄泻源流》说:“湿盛则病泄,乃独由于湿耳。不知风寒热虚,虽皆能为病,苟脾强无湿,四者均不得而干之,何自成泄?是泄虽有风寒热虚之不同,要未有不源于湿者也。”

2. 饮食所伤或饮食过量,停滞肠胃;或恣食肥甘,湿热内生;或过食生冷,寒邪伤中;或误食腐馊不洁,食伤脾胃肠,化生食滞、寒湿、湿热之邪,致运化失职,升降失调,清浊不分,而发生泄泻。正如《景岳全书·泄泻》所说:“若饮食失节,起居不时,以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,乃致合污下降而泻痢作矣。”

3. 情志失调烦恼郁怒,肝气不舒,横逆克脾,脾失健运,升降失调;或忧郁思虑,脾气不运,土虚木乘,升降失职;或素体脾虚,逢怒进食,更伤脾土,引起脾失健运,升降失调,清浊不分,而成泄泻。故《景岳全书·泄泻》曰:“凡遇怒气便作泄泻者,必先以怒时夹食,致伤脾胃,故但有所犯,即随触而发,此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土,脾气受伤而然。”

4. 脾胃虚弱长期饮食不节,饥饱失调,或劳倦内伤,或久病体虚,或素体脾胃肠虚弱,使胃肠功能减退,不能受纳水谷,也不能运化精微,反聚水成湿,积谷为滞,致脾胃升降失司,清浊不分,混杂而下,遂成泄泻。如《景岳全书·泄泻》曰:“泄泻之本,无不由于脾胃。”

5. 命门火衰,命门之火,助脾胃之运化以腐熟水谷。若年老体弱,肾气不足;或久病之后,肾腑受损;或房室无度,命门火衰,致脾失温煦,运化失职,水谷不化,升降失调,清浊不分,而成泄泻。且肾为胃之关,主司二便,若肾气不足,关门不利,则可发生大便滑泄、洞泄。如《景岳全书·泄泻》曰:“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中气不足,则命门火衰,而阴寒独盛,故于子丑五更之后,当气未复,阴气盛璫之时,即令人洞泄不止也。”

泄泻的病因有外感、内伤之分,外感之中湿邪最为重要,脾恶湿,外来湿邪,最易困阻脾土,致脾失健运,升降失调,水谷不化,清浊不分,混杂而下,形成泄泻,其他诸多外邪只有与湿邪相兼,方能致泻。内伤当中脾虚最为关键,泄泻的病位在脾胃肠,大小肠的分清别浊和传导变化功能可以用脾胃的运化和升清降浊功能来概括,脾胃为泄泻之本,脾主运化水湿,脾胃当中又以脾为主,脾病脾虚,健运失职,清气不升,清浊不分,自可成泻,其他诸如寒、热、湿、食等内、外之邪,以及肝肾等脏腑所致的泄泻,都只有在伤脾的基础上,导致脾失健运时才能引起泄泻。同时,在发病和病变过程中外邪与内伤,外湿与内湿之间常相互影响,外湿最易伤脾,脾虚又易生湿,互为因果。本病的基本病机是脾虚湿盛致使脾失健运,大小肠传化失常,升降失调,清浊不分。脾虚湿盛是导致本病发生的关键因素。

【临床表现】

泄泻以大便清稀为临床特征，或大便次数增多，粪质清稀；或便次不多，但粪质清稀，甚至如水状；或大便清薄，完谷不化，便中无脓血。泄泻之量或多或少，泄泻之势或缓或急。常兼有脘腹不适，腹胀腹痛肠鸣，食少纳呆，小便不利等症状。起病或缓或急，常有反复发作史。常由外感寒热湿邪，内伤饮食情志，劳倦，脏腑功能失调等诱发或加重。

#### 【诊断】

1. 具有大便次数增多，粪质稀薄，甚至泻出如水样的临床特征。其中以粪质清稀为必备条件。

2. 常兼有脘腹不适，腹胀腹痛肠鸣，食少纳呆，小便不利等症状。

3. 起病或缓或急，常有反复发作史。常因外感寒热湿邪，内伤饮食情志，劳倦，脏腑，功能失调等诱发或加重。

4. 大便常规、大便细菌培养、结肠 X 线及内窥镜等检查有助于诊断和鉴别诊断。

5. 需除外其他病证中出现的泄泻症状。

#### 【鉴别诊断】

1. 痢疾者均系大便次数增多，粪质稀薄的病证。痢疾以腹痛，里急后重，便下赤白脓血为主症，而泄泻以大便次数增多，粪质稀薄，甚至泻出如水样为主症，其大便中无脓血，也无里急后重，腹痛也或有或无。

2. 霍乱霍乱是一种卒然起病，剧烈上吐下泻，吐泻并作的病证。泄泻与霍乱相比，同有大便清稀如水的症状，故需鉴别。霍乱的发病特点是来势急骤，变化迅速，病情凶险，起病时常先突然腹痛，继则吐泻交作，所吐之物均为未消化之食物，气味酸腐热臭，所泻之物多为黄色粪水，或如米泔，常伴恶寒发热，部分病人在吐泻之后，津液耗伤，迅速消瘦，或发生转筋，腹中绞痛，若吐泻剧烈，则见面色苍白，目眶凹陷，汗出肢冷等津竭气衰之危候。而泄泻只以大便次数增多，粪质稀薄，甚至泻出如水样为主症，一般起病不急骤，泻水量不大，无米泔水样便，津伤较轻，无危证。

#### 【辨证论治】

##### 辨证要点

1. 辨寒热虚实粪质清稀如水，或稀薄清冷，完谷不化，腹中冷痛，肠鸣，畏寒喜温，常因饮食生冷而诱发者，多属寒证；粪便黄褐，臭味较重，泻下急迫，肛门灼热，常因进食辛辣燥热食物而诱发者，多属热证；病程较长，腹痛不甚且喜按，小便利，口不渴，稍进油腻或饮食稍多即泻者，多属虚证；起病急，病程短，脘腹胀满，腹痛拒按，泻后痛减，泻下物臭秽者，多属实证。

2. 辨泻下物大便清稀，或如水样，泻物腥秽者，多属寒湿之证；大便稀溏，其色黄褐，泻物臭秽者，多系湿热之证；大便溏垢，完谷不化，臭如败卵，多为伤食之证。



3. 辨轻重缓急泄泻而饮食如常为轻证;泄泻而不能食,消瘦,或暴泻无度,或久泄滑脱不禁为重证;急性起病,病程短为急性泄泻;病程长,病势缓为慢性泄泻。

4. 辨脾、肝、肾稍有饮食不慎或劳倦过度泄泻即作或复发,食后脘闷不舒,面色萎黄,倦怠乏力,多属病在脾;泄泻反复不愈,每因情志因素使泄泻发作或加重,腹痛肠鸣即泻,泻后痛减,矢气频作,胸胁胀闷者,多属病在肝;五更泄泻,完谷不化,小腹冷痛,腰酸肢冷者,多属病在肾。

### 治疗原则

根据泄泻脾虚湿盛,脾失健运的病机特点,治疗应以健脾祛湿为原则。急性泄泻以湿盛为主,重用祛湿,辅以健脾,再依寒湿、湿热的不同,分别采用温化寒湿与清化湿热之法。兼夹表邪、暑邪、食滞者,又应分别佐以疏表、清暑、消导之剂。慢性泄泻以脾虚为主,当予健脾补虚,辅以祛湿,并根据不同证候,分别施以益气健脾升提,温肾健脾,抑肝扶脾之法,久泻不止者,尚宜固涩。同时还应注意急性泄泻不可骤用补涩,以免闭留邪气;慢性泄泻不可分利太过,以防耗其津气;清热不可过用苦寒,以免损伤脾脏;补虚不可纯用甘温,以免助湿。若病情处于寒热虚实兼夹或互相转化时,当随证而施治。

### 分证论治

#### 『急性泄泻』

#### ·寒湿泄泻

症状:泄泻清稀,甚则如水样,腹痛肠鸣,脘闷食少,苔白腻,脉濡缓。若兼外感风寒,则恶寒发热头痛,肢体酸痛,苔薄白,脉浮。

治法:芳香化湿,解表散寒。

方药:藿香正气散。

方中藿香解表散寒,芳香化湿,白术、茯苓、陈皮、半夏健脾除湿,厚朴、大腹皮理气除满,紫苏、白芷解表散寒,桔梗宣肺以化湿。若表邪偏重,寒热身痛,可加荆芥、防风,或用荆防败毒散;若湿邪偏重,或寒湿在里,腹胀肠鸣,小便不利,苔白厚腻,可用胃苓汤健脾燥湿,化气利湿;若寒重于湿,腹胀冷痛者,可用理中丸加味。

#### ·湿热泄泻

症状:泄泻腹痛,泻下急迫,或泻而不爽,粪色黄褐,气味臭秽,肛门灼热,或身热口渴,小便短黄,苔黄腻,脉滑数或濡数。

治法:清肠利湿。

方药:葛根黄芩黄连汤。

该方是治疗湿热泄泻的常用方剂。方中葛根解肌清热,燥用能升清止泻,黄芩、黄连苦寒清热燥湿,甘草甘缓和中。若热偏重,可加金银花、马齿苋以增清热解毒之力;若湿偏重,症见胸脘满闷,口不渴,苔微黄厚腻者,可加薏苡仁、厚朴、茯苓、泽泻、车前仁以增清热利湿之

力；夹食者可加神曲、[山楂](#)、[麦芽](#)；如有发热头痛，脉浮等风热表证，可加[金银花](#)、[连翘](#)、[薄荷](#)；如在夏暑期间，症见发热头重，烦渴自汗，小便短赤，脉濡数等，为暑湿侵袭，表里同病，可用新加[香薷](#)饮合六一散以解暑清热，利湿止泻。

#### ·伤食泄泻

症状：泻下稀便，臭如败卵，伴有不消化食物，脘腹胀满，腹痛肠鸣，泻后痛减，暖腐酸臭，不思饮食，苔垢浊或厚腻，脉滑。

治法：消食导滞。

方药：保和丸。

方中神曲、[山楂](#)、[莱菔子](#)消食和胃，半夏、[陈皮](#)和胃降逆，[茯苓](#)健脾祛湿，[连翘](#)清热散结。若食滞较重，脘腹胀满，泻而不畅者，可因势利导，据通因通用的原则，可加[大黄](#)、[枳实](#)、[槟榔](#)，或用[枳实](#)导滞丸，推荡积滞，使邪有出路，誓到祛邪安正的目的。

#### ·慢性泄泻

#### ·脾虚泄泻

症状：因稍进油腻食物或饮食稍多，大便次数即明显增多而发生泄泻，伴有不消化食物，大便时泻时溏，迁延反复，饮食减少，食后脘闷不舒，面色萎黄，神疲倦怠，舌淡苔白，脉细弱。

治法：健脾益气，和胃渗湿。

方药：参苓[白术](#)散。

方中[人参](#)、[白术](#)、[茯苓](#)、[甘草](#)健脾益气，[砂仁](#)、[陈皮](#)、[桔梗](#)、扁豆、[山药](#)、[莲子](#)肉、[薏苡仁](#)理气健脾化湿。若脾肾虚衰，阴寒内盛，症见腹中冷痛，喜温喜按，手足不温，大便腥秽者，可用[附子](#)理中汤以温中散寒；若久泻不愈，中气下陷，症见短气肛坠，时时欲便，解时快利，甚则脱肛者，可用补中益气汤，加[当归](#)，并重用[黄芩](#)、[党参](#)以益气升清，健脾止泻。

#### ·肾虚泄泻

症状：黎明之前脐腹作痛，肠鸣即泻，泻下完谷，泻后即安，小腹冷痛，形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白，脉细弱。

治法：温补脾肾，固涩止泻。

方药：四神丸。

方中[补骨脂](#)温肾补脾，[诃子](#)温中散寒，肉[豆蔻](#)、[五味子](#)收涩止泻。可加[附子](#)、[炮姜](#)，或合金匱肾气丸温补脾肾。若年老体弱，久泻不止，中气下陷，加[黄芩](#)、[党参](#)、[白术](#)益气升脾健脾，亦可合桃花汤固涩止泻。

#### ·肝郁泄泻

症状：每逢抑郁恼怒，或情绪紧张之时，即发生腹痛泄泻，腹中雷鸣，攻窜作痛，腹痛即泻，泻后痛减，矢气频作，胸胁胀闷，暖气食少，舌淡，脉弦。

治法：抑肝扶脾，调中止泻。

方药：痛泻要方。

方中白芍养血柔肝，白术健脾补虚，陈皮理气醒脾，防风升清止泻。若肝郁气滞，胸胁脘腹胀痛，可加柴胡、枳椇、香附；若脾虚明显，神疲食少者，加黄芩、党参、扁豆；若久泻不止，可加酸收之晶，如乌梅、五倍子、石榴皮等。

#### 【转归预后】

急性泄泻经过恰当治疗，绝大多数病人能够治愈；只有少数病人失治误治，或反复发作，导致病程迁延，日久不愈，由实转虚，变为慢性泄泻；亦有极少数病人因暴泻无度，耗气伤津，会造成亡阴亡阳之变。慢性泄泻一般经正理治疗，亦能获愈；部分病例反复发作，可由脾虚而致中气下陷；脾虚可以及肾，或脾肾相互影响，以致脾肾同病，则病情趋向加重；若久泻者，突见泄泻无度，水浆不入，呼吸微弱，形体消瘦，身寒肢冷，脉微细欲绝，是脾气下陷，肾失固摄，阴离绝之危候，预后多不良。

#### 【预防与调摄】

平时要养成良好的卫生习惯，不饮生水，忌食腐馊变质饮食，少食生冷瓜果；居处冷暖适宜；并可结合食疗健脾益胃。一些急性泄泻病人可暂禁食，以利于病情的恢复；对重度泄泻者，应注意防止津液亏损，及时补充体液。一般情况下可给予流质或半流质饮食。

#### 【结语】

泄泻是以大便次数增多，粪质稀薄，甚至泻出如水样为临床特征的一种脾胃肠病证。临床上应注意与痢疾、霍乱相鉴别。病因有感受外邪，饮食所伤，情志失调，脾胃虚弱，命门火衰等等。这些病因导致脾虚湿盛，脾失健运，大小肠传化失常，升降失调，清浊不分，而成泄泻。病位在脾胃肠。辨证要点以辨寒热虚实、泻下物和缓急为主。治疗应以健脾祛湿为原则。急性泄泻重用祛湿，辅以健脾，再依寒湿、湿热的不同，分别采用温化寒湿与清化湿热之法。慢性泄泻以脾虚为主，当予健脾补虚，辅以祛湿，并根据不同证候，分别施以益气健脾升提，温肾健脾，抑肝扶脾之法，久泻不止者，尚宜固涩。同时还应注意急性泄泻不可骤用补涩，以免闭留邪气；慢性泄泻不可分利太过，以防耗其津气；清热不可过用苦寒，以免损伤脾阳；补虚不可纯用甘温，以免助湿。

#### 【文献摘要】

《伤寒论·辨太阴病脉证并治下》：“伤寒服汤药，下利不止，心下痞硬。服泻心汤已，复以他药下之，利不止，医以理中与之，利益甚。理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹余粮汤主之，复不止者，当利其小便。”

《古今医鉴·泄泻》：“夫泄泻者，注下之症也。盖大肠为传导之官，脾胃为水谷之海，或为饮食生冷之所伤，或为暑湿风寒之所感，脾胃停滞，以致阑门清浊不分，发注于下，而为泄泻也。”

《景岳全书·泄泻》：“泄泻之病，多见小水不利，水谷分则泻自止，故曰：治泻不利小水，非其治也。”

《医学入门·泄泻》：“凡泻皆兼湿，初宜分理中焦，渗利下焦，久则升提，必滑脱不禁，然后用药涩之。其间有风胜兼以解表，寒胜兼以温中，滑脱涩住，虚弱补益，食积消导，湿则淡渗，陷则升举，随证变用，又不拘于次序，与痢大同。且补虚不可纯用甘温，太甘则生湿，清热亦不可太苦，苦则伤脾。每兼淡剂利窍为妙。”

#### 【现代研究】

##### ·泄泻的临床研究

北京市脾胃学组报告北京地区 603 例泄泻患者的调查结果：男性泄泻患者多于女性，中老年患者最多，占 1 / 3。泄泻患者的临床症状除大便次数增多，粪质稀薄或泻下如水外，最常见的症状依次是：腹部疼痛，食欲不振，大便臭秽，暖腐酸臭，体倦乏力，口舌干燥，口苦口粘，舌质红或暗红，舌苔黄腻或白腻，脉象弦滑或滑数。泄泻的发病原因，与饮食不节关系最大，占 87.23%。中医辨证分型，夏秋季以湿热证最多见，占 49.42%。

其他较多见的证型依次为食滞证、脾虚证、脾肾两虚证。西医诊断以急性肠炎最多，占 62.19%，其他病症依次是：慢性肠炎、消化不良、急性胃肠炎、肠功能紊乱等[北京中医 1991；(3)：12]。

成氏等用自拟中药复方制剂肠盛襟囊治疗脾肾两虚型泄泻 104 例，并与对照组 104 例进行了对比研究。肠盛襟囊由党参、白术、砂仁、枳壳、白芍、绿萼梅、黄连、甘草、炮姜、山茱萸、肉豆蔻等中药组成，每粒 0.42g。对照组将复方黄连素片 100mg，研碎加淀粉，装入与肠盛襟囊一样的肠溶襟囊中，外观包装及服用襟囊粒数与肠盛襟囊一样，均口服，每日 3 次，每次 8 粒，50 天为一疗程。结果治疗组治愈 32 例，好转 64 例，无效 8 例，1 年内复发 18 例，总有效率 92.3%；对照组治愈 44 例，好转 41 例，无效 19 例，1 年内复发 27 例，总有效率 81.7%。实验结果表明：肠盛襟囊能对抗寒药大黄致泻作用，减少泄泻的稀粪点数；能降低小肠推进率，减慢小肠对炭乳的排空速度，并具有显著的镇痛作用，还能增强小鼠的体质，具有显著的耐寒能力[中国中西医结合脾胃杂志 1996；4(1)：34]。

黄氏从肝论治肠道激惹综合征，采用随机交叉对照试验，用调肝方(柴胡、白芍、枳壳、木香、防风、救必应、白术等)制成丸剂，治疗腹泻型肠道激惹综合征 30 例，并与外形、大小、色泽等一致的安慰剂对照。结果：30 例患者在服调肝方期间，大便次数和性状明显改善，有效者 28 例，有效率为 93.3%，而服安慰剂期间，只有 9 例有效，有效率为 30%，前者对照  $P < 0.01$  [中医杂志 1990；(3)：31]。

霍氏用苦参四君汤(苦参20g, 党参、炒白术各12g, 茯苓10g, 甘草5g)加絀, 治疗霉菌性肠炎32例, 并设口服制霉菌素片16例为对照组, 15天为1疗程。治疗结果: 治疗组治愈15例, 显效9例, 好转7例, 无效1例, 总有效率为96.9%, 对照组总有效率为68.8%, 取得了较好的疗效[中医杂志1994; (10):569]。

陳氏等采用敷脐疗法治疗126例腹泻, 疗效肯定。方法是先将黄芩、防己、綠茶萸、赤石脂、禹余粮各等份制成软膏, 将王不留行子研末备用。治疗前先将王不留行子末和麝香末各少许掺入约0.5g软膏中搅匀, 然后将搅匀后的软膏填塞入脐穴中, 以襟布贴紧封闭脐穴, 以防药物流出。每3天换药1次, 9天为1疗程。治疗期间停用其它药物和疗法。治疗结果: 治愈122例, 其中1天止泻者120例, 显效3例, 有效1例。肠鸣音频度计数(听诊)由治疗前16.5次 $\pm$ 4.6次/min, 1疗程后下降至6.5次 $\pm$ 3.6次/min[中医药学报1997; (1):27]。

#### 泄泻的实验研究

陳氏将脾虚证分为泄泻组和非泄泻组, 发现泄泻组全身机能低下症状的出现率显著高于非泄泻组, 泄泻组的木糖吸收显著低于非泄泻组, 提示脾虚泄泻者营养物质吸收障碍程度较重, 其全身机能低下程度也较非泄泻者为重。王氏发现脾虚泄泻病人红细胞C3b受体花环率较正常人显著降低( $P<0.01$ ), 各分型与正常人比均有显著差理( $P<0.05$ ), 各型间的关系是脾气虚 $<$ 脾虚挟湿 $<$ 脾虚湿热, 脾气虚与脾虚挟湿、脾虚湿热型比较均有显著性差理( $P<0.05$ ), 脾虚挟湿与脾虚湿热之间则无显著性差理( $P>0.05$ ) [中国实验临床免疫学杂志1991; 3(4):40]。

黎氏等用放免法测定35例脾虚泄泻病人, 发现脾虚泄泻组粪便SIGA较正常高, 有显著差理( $P<0.01$ ), 且其含量有如下顺序: 脾虚组 $<$ 脾虚湿热组 $<$ 脾虚挟湿组, 说明脾虚泄泻存在胃肠道局部免疫状态的改变[中国实验临床免疫学杂志1991; 3(1):37]信翟氏报道脾虚泄泻患儿肠道局部免疫球蛋白(SI<sub>g</sub>n)明显降低( $P<0.01$ ), 并认为肠道SI<sub>g</sub>A分泌絀少, 造成肠道局部免疫功能低下是脾虚泄泻久治不愈的重要原因(中国医药学报1994; 9(5):46)。

陈氏发现脾虚泄泻患者表现为锌(Zn)、铁(Fe)含量下降, 铜(Cu)含量升高, 认为锌参与体内多种酶及核酸、蛋白质合成, 缺锌可致能量代谢障碍并影响胃肠粘膜修复而产生食欲下降, 故缺锌是脾虚证的后果并是致纳差乏力的原因之一。缺锌使血浆蛋白下降, 产生贫血, 故锌的代谢与脾胃为气血生化之源相关[辽盛中医杂志1993; (7):3]。

任氏对脾虚腹泻患者肠道菌群进行了研究, 对脾虚腹泻和非脾虚腹泻患者粪便中的8种常见厌螺菌和需螺菌进行了定量分析, 发现正常成人粪便菌群以厌螺菌为主, 脾虚腹泻患者较非脾虚腹泻患者存在着严重的菌群失调, 认为中医脾在维持正常肠道菌群生态平衡方面有着重要的作用[中医杂志1992; (6):33]。

## 第八节 便秘

便秘是指由于大肠传导功能失常导致的以大便排出困难,排便时间或排便间隔时间延长为临床特征的一种大肠病证。

便秘既是一种独立的病证,也是一个在多种急慢性疾病过程中经常出现的症状,本节仅讨论前者。中医药对本病证有着丰富的治疗经验和良好的疗效。

《内经》中已经认识到便秘与脾胃受寒,肠中有热和肾病有关,如《素问·厥论篇》曰:“太阴之厥,则腹满腹胀,后不利。”《素问·举痛论篇》曰:“热气留于小肠,肠中痛,瘴热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不通矣。”《灵枢·邪气脏腑病形》曰:“肾脉微急,为不得前后。”仲景对便秘已有了较全面的认识,提出了寒、热、虚、实不同的发病机制,设立了承气汤的苦寒泻下,麻子仁丸的养阴润下,厚朴三物汤的理气通下,以及蜜煎导诸法,为后世医家认识和治疗本病确立了基本原则,有的方药至今仍为临床治疗便秘所常用。李东垣强调饮食劳逸与便秘的关系,并指出治疗便秘不可妄用泻药,如《兰室秘藏·大便结燥门》谓:“若饥饱失节,劳役过度,损伤胃气,及食辛热厚味之物,而助火邪,伏于血中,耗散真阴,津液亏少,故大便燥结。”“大抵治病,不可一概用巴豆、牵牛之类下之,损其津液,燥结愈甚,复下复结,璫则以至引导于下而不通,遂成不救。”程钟龄的《医学心悟·大便不通》将便秘分为“实秘、虚秘、热秘、冷秘”四种类型,并分别列出各类的症状、治法及方药,对临床有一定的参考价值。

西医学中的功能性便秘,即属本病范畴,肠易激综合征,肠炎恢复期、直肠及肛门疾病所致之便秘,药物性便秘,内分泌及代谢性疾病所致的便秘,以及肌力减退所致的便秘等,可参照本节辨证论治。

### 【病因病机】

便秘的病因是多方面的,其中主要的有外感寒热之邪,内伤饮食情志,病后体虚,阴气血不足等。本病病位在大肠,并与脾胃肺肝肾密切相关。脾虚传送无力,糟粕内停,致大肠传导功能失常,而成便秘;胃与肠相连,胃热炽盛,下传大肠,燔灼津液,大肠热盛,燥屎内结,可成便秘;肺与大肠相表里,肺之燥热下移大肠,则大肠传导功能失常,而成便秘;肝主疏泄气机,若肝气郁滞,则气滞不行,腑气不能畅通;肾主五液而司二便,若肾阴不足,则肠道失润,若肾气不足则大肠失于温煦而传送无力,大便不通,均可导致便秘。其病因病机归纳起来,大致可分如下几个方面:

1. 肠胃积热素体强盛,或热病之后,余热留恋,或肺热肺燥,下移大肠,或过食醇酒厚味,或过食辛辣,或过服热药,均可致肠胃积热,耗伤津液,肠道干涩失润,粪质干燥,难于排出,形成所谓“热秘”。如《景岳全书·秘结》曰:“强结证,必因邪火有余,以致津液干燥。”

2. 气机郁滞忧愁思虑,脾伤气结;或抑郁恼怒,肝郁气滞;或久坐少动,气机不利,均可导致腑气郁滞,通降失常,传导失职,糟粕内停,不得下行,或欲便不出,或出而不畅,或大便干结而成气秘。如《金匱翼·便秘》曰:“气秘者,气内滞而物不行也。”

3. 阴寒积滞恣食生冷,凝滞胃肠;或外感寒邪,直中肠胃;或过服寒凉,阴寒内结,均可导致阴寒内盛,凝滞胃肠,传导失常,糟粕不行,而成冷秘。如《金匱翼·便秘》曰:“冷秘者,寒冷之气,横于肠胃,凝阴固结,籛气不行,津液不通。”

4. 气虚籛衰饮食劳倦,脾胃受损;或素体虚弱,籛气不足;或年老体弱,气虚籛衰;或久病产后,正气未复;或过食生冷,损伤籛气;或苦寒攻伐,伤籛耗气,均可导致气虚籛衰,气虚则大肠传导无力,籛虚则肠道失于温煦,阴寒内结,便下无力,使排便时间延长,形成便秘。如《景岳全书,秘结》曰:“凡下焦籛虚,则籛气不行,籛气不行则不能传送,而阴凝于下,此籛虚而阴结也。”

5. 阴亏血少素体阴虚;津亏血少;或病后产后,阴血虚少;或失血夺汗,伤津亡血;或年高体弱,阴血亏虚;或过食辛香燥热,损耗阴血,均可导致阴亏血少,血虚则大肠不荣,阴亏则大肠干涩,肠道失润,大便干结,便下困难,而成便秘。如《医宗必读·大便不通》说:“更有老年津液干枯,妇人产后亡血,及发汗利小便,病后血气未复,皆能秘结。”

上述各种病因病机之间常常相兼为病,或互相转化,如肠胃积热与气机郁滞可以并见,阴寒积滞与籛气虚衰可以相兼;气机郁滞日久化热,可导致热结;热结日久,耗伤阴津,又可转化成阴虚等等。然而,便秘总以虚实为纲,冷秘、热秘、气秘属实,阴籛气血不足所致的虚秘则属虚。虚实之间可以转化,可由虚转实,可因虚致实,而虚实并见。归纳起来,形成便秘的基本病机是邪滞大肠,腑气闭塞不通或肠失温润,推动无力,导致大肠传导功能失常。

#### 【临床表现】

本病主要临床特征为大便排出困难,排便时间或/及排便间隔时间延长,粪质多于硬。其表现或粪质干硬,排出困难,排便时间、排便间隔时间延长,大便次数殊少,常三五日、七八日,甚至更长时间解一次大便,每次解大便常需半小时或更长时间,常伴腹胀腹痛,头晕头胀,嗝气食少,心烦失眠等症;或粪质干燥坚硬,排出困难,排便时间延长,常由于排便努挣导致肛裂、出血,日久还可引起痔疮,而排便间隔时间可能正常;或粪质并不干硬,也有便意,但排便无力,排出不畅,常需努挣,排便时间延长,多伴有汗出、气短乏力、心悸头晕等症状。由于燥屎内结,可在左下腹扪及质地较硬的条索状包块,排便后消失。本病起病缓慢,多属慢性病变过程,多发于中老年和女性。

#### 【诊断】

1. 大便排出困难,排便时间或/及排便间隔时间延长,粪质多干硬。起病缓慢,多属慢性病变过程。

2. 常伴有腹胀腹痛,头晕头胀,嗝气食少,心烦失眠,肛裂、出血、痔疮,以及汗出,气短乏力,心悸头晕等症状。

3. 发病常与外感寒热,内伤饮食情志,脏腑失调,坐卧少动,年老体弱等因素有关。

4. 纤维结肠镜等有关检查,常有助于便秘的诊断和鉴别诊断。

#### 【鉴别诊断】

积聚积聚、便秘均可在腹部出现包块。但便秘者，常出现在左下腹，而积聚的包块在腹部各处均可出现；便秘多可扪及条索状物，积聚则形状不定；便秘之包块排便后消失，积聚之包块则与排便无关。

【辨证论治】

### 辨证要点

辨寒热虚实粪质干结，排出艰难，舌淡苔白滑，多属寒；粪质干燥坚硬，便下困难，肛门灼热，舌苔黄燥或垢腻，则属热；年高体弱，久病新产，粪质不干，欲便不出，便下无力，心悸气短，腰膝酸软，四肢不温，舌淡苔白，或大便于结，潮热盗汗，舌红无苔，脉细数，多属虚；年轻气盛，腹胀腹痛，暖气频作，面赤口臭，舌苔厚，多属实。

### 治疗原则

根据便秘实证邪滞大肠，腑气闭塞不通；虚证肠失温润，推动无力，导致大肠传导功能失常的基本病机，其治疗当分虚实而治，原则是实证以祛邪为主，据热、冷、气秘之不同，分别施以泻热、温散、理气之法，辅以导滞之品，标本兼治，邪去便通；虚证以养正为先，依阴痿气血亏虚的不同，主用滋阴养血、益气温脾之法，酌用甘温润肠之药，标本兼治，正盛便通。六腑以通为用，大便秘结，解便困难，可用下法，但应在辨证论治基础上以润下为基础，个别证型虽可暂用攻下之药，也以缓下为宜，以大便软为度，不得一见便秘，便用大黄、芒硝、巴豆、牵牛之属。

### 分证论治

『便秘』

·肠胃积热-

症状：大便于结，腹胀腹痛，面红身热，口干口臭，心烦不安，小便短赤，舌红苔黄燥，脉滑数。

治法：泻热导滞，润肠通便。

方药：麻子仁丸。

方中大黄、枳实、厚朴通腑泄热，火麻仁、杏仁、白蜜润肠通便，芍药养阴和营。此方泻而不峻，润而不膩，有通腑气而行津液之效。若津液已伤，可加生地、玄参、麦冬以养阴生津；若兼郁怒伤肝，易怒目赤者，加服更衣丸以清肝通便；若燥热不甚，或药后通而不爽者，可用青麟丸以通腑缓下，以免再秘。

本型可用番泻叶 3-9g 开水泡服，代茶随意饮用。

·气机郁滞

症状：大便于结，或不甚干结，欲便不得出，或便而不畅，肠鸣矢气，腹中胀痛，胸胁满闷，暖气频作，饮食殊少，舌苔薄膩，脉弦。

治法：顺气导滞。



方药:六磨汤。

方中木香调气,乌药顺气,砂香降气,大黄、槟榔、枳实破气行滞。可加厚朴、香附、柴胡、莱菔子、炙枇杷叶以助理气之功。若气郁日久,郁而化火,可加黄芩、栀子、龙胆草清肝泻火;若气逆呕吐者,可加半夏、旋覆花、代赭石;若七情郁结,忧郁寡言者,加白芍、柴胡、合欢皮疏肝解郁;若跌仆损伤,腹部术后,便秘不通,属气滞血瘀者,可加桃仁、红花、赤芍之类活血化瘀。

·阴寒积滞

症状:大便艰涩,腹痛拘急,胀满拒按,胁下偏痛,手足不温,瘳逆呕吐,舌苔白腻,脉弦紧。

治法:温里散寒,通便导滞。

方药:大黄附子汤。;

方中附子温毕散寒,大黄荡除积滞,细辛散寒止痛。可加枳实、厚朴、木香助泻下之力,加干姜、小茴香以增散寒之功。

『虚秘』

·气虚

症状:粪质并不干硬,也有便意,但临厕排便困难,需努挣方出,挣得汗出短气,便后乏力,体质虚弱,面白神疲,肢倦懒言,舌淡苔白,脉弱。

治法:补气润肠,健脾升籐。

方药:黄籐汤。

方中黄籐大补脾肺之气,为方中主药,火麻仁、白蜜润肠通便,陈皮理气。若气虚较甚,可加人参、白术,“中气足则便尿如常”,气虚甚者,可选用红参;若气虚下陷脱肛者,则用补中益气汤;若肺气不足者,可加用生脉散;若日久肾气不足,可用大补元煎。

·血虚

症状:大便干结,排出困难,面色无华,心悸气短,健忘,口唇色淡,脉细。

治法:养血润肠。

方药:润肠丸。

方中当归、生地滋阴养血,火麻仁、桃仁润肠通便,枳壳引气下行。可加玄参、何首乌、枸杞子养血润肠。若兼气虚,可加白术、党参、黄籐益气生血,若血虚已复,大便仍干燥者,可用五仁丸润滑肠道。

·阴虚

症状:大便干结,如羊屎状,形体消瘦,头晕耳鸣,心烦失眠,潮热盗汗,腰酸膝软,舌红少苔,脉细数。

治法：滋阴润肠通便。

方药：增液汤。

方中玄参、[麦冬](#)、生地滋阴润肠，生津通便。可加芍药、[玉竹](#)、石斛以助养阴之力，加[火麻仁](#)、[柏子仁](#)、[瓜蒌仁](#)以增润肠之效。若胃阴不足，口干口渴者，可用益胃汤；若肾阴不足，腰酸膝软者，可用六味[地黄丸](#)。

·[脾虚](#)

症状：大便或干或不干，皆排出困难，小便清长，面色觥白，四肢不温，腹中冷痛，得热痛减，腰膝冷痛，舌淡苔白，脉砵迟。

治法：温脾润肠。

方药：济川煎。

方中[肉苁蓉](#)、[牛膝](#)温补肾脾，润肠通便；[当归](#)养血润肠；[升麻](#)、[泽泻](#)升清降浊；[枳实](#)宽肠下气。可加[肉桂](#)以增温脾之力。

若老人虚冷便秘，可用半硫丸；若脾虚不足，中焦虚寒，可用理中汤加[当归](#)、芍药；若肾脾不足，尚可选用金匱肾气丸或右归丸。

便秘尚有外导法，如《伤寒论》中的蜜煎导法，对于大便干结坚硬者，皆可配合使用。

【转归预后】

由于腑气不通，浊气不降，便秘常可引起腹胀，腹痛，头晕头胀，食欲减退，睡眠不安等症，便秘日久，可引起肛裂、痔疮。便秘一病，若积滞治疗，并结合饮食、情志、运动等调护，多能在短期内治愈，年老体弱及产后病后等体虚便秘，多为气血不足，阴寒凝聚，治疗宜缓缓图之，难求速效。

【预防与调摄】

应注意饮食调节，便干量少者，适当多食富含纤维素的粗粮、蔬菜、水果、避免辛辣燥火之食。增加体力活动，加强腹肌锻炼，避免久坐少动。应保持心情舒畅，戒忧思恼怒。养成定时排便的习惯。

【结语】

便秘是临床上的常见病证，以大便排出困难，排便时间或/及排便间隔时间延长，大多粪质干硬为临床特征。诊断时应与积聚相鉴别。便秘的病因主要有外感寒热之邪，内伤饮食情志，病后体虚，阴脾气血不足等。本病病位在大肠，并与脾胃肺肝肾密切相关。形成便秘的基本病机是邪滞大肠，腑气闭塞不通或肠失温润，推动无力，导致大肠传导功能失常。辨证以寒热虚实为要点。其治疗当分虚实而治，原则是实证以祛邪为主，据热、冷、气秘之不同，分别施以泻热、温散、理气之法，辅以导滞之晶；虚证以养正为先，依阴脾气血亏虚的不同，主用滋阴养血，益气温脾之法，酌用甘温润肠之药。大便干结，解便困难，可用下法，但注意应在

辨证论治基础上辅以下法，并以润下为基础，个别证型虽可暂用攻下之药，也以缓下为宜，以大便软为度，不得见便秘，使用大黄、芒硝、巴豆、牵牛之属，以防愈下愈结。

#### 【文献摘要】

《伤寒论·辨脉法》：“问曰：脉有籀结阴结者，何以别之？答曰：其脉浮而数，能食不大便者，此为实，名曰籀结也，期十七日当剧；其脉砵而迟，不能食，身体重，大便反硬，名曰阴结也，期十四日当剧。”

《金匱要略·五脏风冷积聚病脉证并治》：“跌籀脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则坚，其脾为约，麻子仁丸主之。”

《兰室秘藏·大便结燥门》：“治病必究其源，不可一概以牵牛、巴豆之类下之。损其津液，燥结愈甚，复下复结，璫则以至导引于下而不通，遂成不救。”

《重订严氏济生方·秘结论治》：“夫五秘者，风秘、气秘、湿秘、寒秘、热秘是也。更发汗利小便，及妇人新产亡血，麓耗津液，往往皆令人秘结。”

《景岳全书·秘结》：“秘结证，凡属老人、虚人、阴脏人及产后、病后、多汗后，或小水过多，或亡血失血大吐大下之后，多有病为燥结者，盖此非气血之亏，即津液之耗。凡此之类，皆须详察虚实，不可轻用芒硝、大黄、巴豆、牵牛、芫花、大戟等药，及承气、神芎等剂。虽今日暂得痛快，而重虚其虚，以致根本日竭，则明日之结，必将更甚，愈无可用药矣。”

《万病回春·大便闭》：“身热烦渴，大便不通者，是热闭也；久病人虚，大便不通者，是虚闭也；因汗出多大便不通者，精液枯竭而闭也；风证大便不通者，是风闭也；老人大便不通者，是血气枯燥而闭也；虚弱并产妇及失血、大便不通者，血虚而闭也；多食辛热之物，大便不通者，实热也。”

《谢映庐医案·便闭门》：“治大便不通，仅用大黄、巴霜之药，奚难之有？但攻法颇多，古人有通气之法，有逐血之法，有疏风润燥之法，有流行肺气之法，气虚多汗，则有补中益气之法；阴气凝结，则有开冰解冻之法，且有导法、熨法。无往而非通也，岂仅大黄、巴霜哉。”

#### 【现代研究】

##### ·便秘的临床研究

近年来在过去辨证论治的基础上，对专方专药治疗便秘的研究比较多，并取得了一定的成绩。如高氏等用通便警康口服液(黄芩、当归、何首乌、大麻仁、肉苁蓉等)治疗中老年人便秘 300 例，并与麻仁滋脾丸治疗组对照。10 天为 1 疗程，一般治疗 1-3 疗程。治疗后统计，治疗组治愈 271 例(90.3%)，有效 21 例(7%)，无效 8 例(2.7%)，与对照组相比有明显差异( $P < 0.05$ )。药理实验证实通便警康口服液能显著促使胃肠蠕动加快，使肠内滓液增多，粪便变软，易排出[中国中西医结合杂志 1995;3(1):29]。

丁氏等用当归芍药汤治疗习惯性便秘 56 例。基本方用《傅青主男科》的当归芍药汤：当归、白芍各 45-60g，滑石 12g，枳椇 6g，槟榔、莱菔子各 5g，木香、甘草各 3g，气虚甚者，加生白术

30-45g, [黄芩](#) 25g; 血虚甚者, 加[何首乌](#) 20g。大便通畅后, 改为 3-6 日 1 剂, 3-4 周为一疗程。结果治愈 49 例(占 87.5%), 有效 7 例(占 12.5%)[四川中医 1995; (2): 26]。

李氏等用**芩蓉润肠口服液**治疗气阴两虚, 脾肾不足, 肠失濡润的习惯性便秘 300 例, 并设对照组 100 例, 进行了临床对比观察。**芩蓉润肠口服液**由[黄芩](#)、[肉苁蓉](#)、[当归](#)、生地、[白术](#)、[郁李仁](#)等药提制成口服液。每日 3 次, 每次 20ml, 1 周为一疗程。对照组口服**益气润肠膏**。治疗结果: 治疗组有效率 93.9%, 显效率 82.6%。对照组有效率 89.0%, 显效率 49.0%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组( $P < 0.01$ )。经 Ridit 分析, 治疗组内不同年龄, 不同病程, 不同病情之间的疗效比较无显著性差异( $P < 0.05$ )[中医杂志 1997; 38(7): 424]。

蒋氏经验, 用生[牛蒡子](#) 15-30g, 治疗实热内结及阴虚便秘, 通便作用颇佳。泻下作用平和, 便质多稀软, 久服不因过凉而伤胃[中医杂志 1997; 38(10): 583]。

余氏经验, [莱菔子](#)降气除胀之功, 类似枳、朴, 而其通便之力则胜之, 故可用于便秘。又因其降气通便而不伤阴, 亦可用于肠燥津乏之便秘。临床时见有小儿便秘者, 大便坚如羊矢, 便时啼哭, 又难于服汤药。治此者, 可将[莱菔子](#)炒熟, 轧为细末。1-3 岁, 每服 3g; 4-7 岁, 每服 5g。开水调成糊状, 兑入少许白糖, 每餐饭前顿服, 3-4 日即见效。[莱菔子](#)必须炒熟用之, 若生用, 小剂量可致呕逆, 大剂量(30g 以上)则呕吐[中医杂志 1998; 39(8): 455]。

宋氏经验, 用大剂量[车前子](#)治疗顽固性便秘, 获得满意疗效。方法: [车前子](#) 50-100g 清水洗净, 加水 500ml, 文火熬煮 30 分钟, 一次口服[中医杂志 1998; 39(11): 648]。邵氏经验, [决明子](#)降脂通便效佳。治疗方法: [决明子](#)每剂 20g, 每日 1 剂, 水煎服 2 次, 1 个月为一疗程, 一般服 1 个疗程[中医杂志 1998; 39(12): 710]。

崔氏经验, 用单味[决明子](#)煎剂及[决明子](#)蜜治疗便秘, 尤其是老年人习惯性便秘效果甚佳。治疗方法是: [决明子](#)煎剂: 取[决明子](#) 20-40g, 水煎, 清晨及睡前分 2 次空腹服; [决明子](#)蜜: 取[决明子](#) 500g, [蜂蜜](#) 1000g, 冰糖 50g。将[决明子](#)用冷水浸没, 再加水 400ml, 用小火慢煎 1 个小时, 滤出头汁 400ml; 再加水 700ml, 滤出二汁 300ml; 将头汁、二汁加[蜂蜜](#)、冰糖, 小火共煎半小时, 离火, 冷却, 装瓶, 盖紧。每晚临睡前开水冲服 2 匙, 或早、晚各 1 匙。以上二方具有润肠通便、清肝明目等功能, 并有降血压、降低胆固醇作用, 对老年习惯性便秘、血压偏高者, 十分相宜[中医杂志 1998; 39(12): 713]。

#### 便秘的实验研究

彭氏对麻仁丸的药理作用进行了一系列的研究, 并设果导片为对照组。小鼠致泻实验结果表明: 给药 4h 后治疗组粪便粒数、重量与对照组及给药前比较具有非常显著的意义( $P < 0.01$ ); 小鼠小肠、大肠推进实验, 炭木移动的长度、推进率, 与对照组、给药前比较均具有非常显著的意义( $P < 0.01$ ); 豚鼠离体回肠平滑肌活动实验结果表明, 不论是在生理状况下或是低温状况下, 二者均能增加豚鼠离体回肠的频率、最大振幅和平均振幅, 对平滑肌的收缩力有增强作用; 对家兔在体肠实验结果表明, 能增加兔在体肠最大振幅和平均振幅, 与对照组、治疗前比较亦同样具有显著性意义[湖南中医学院学报 1992; 12(3): 44]。

## 第九节 蛔虫病

蛔虫病是蛔虫寄生在人体小肠所致的疾病，它是一种发病率较高的常见病、多发病，尤以农村为多见。

我国古代对本病早有认识，将蛔虫称为蛟墙、鱿、长虫。如《璣枢·厥病》篇说：“肠中有虫瘕及襟墙，……心肠痛，依作痛，肿聚，往来上下行，痛有休止，腹热喜渴涎出者，是蛟墙也。”

### 【病因病机】

蛔虫病是由于误食沾有蛔虫卵的生冷蔬菜、瓜果或其他不洁之物而引起的。蛔虫寄生在小肠内，扰乱脾胃气机，吸食水谷精微。由于蛔虫具有喜温，恶寒怕热，性动好窜，善于钻孔的特性，故当人体脾胃功能失调，或有全身发热性疾患时，蛔虫即易在腹中乱窜而引起多种病症。若蛔虫钻入胆道、阑门，或蛔虫数量较多，在肠中缠结成团，则出现多种病变及症状。

### 【临床表现】

蛔虫病的临床表现差异较大，其症状的轻重不仅取决于蛔虫数目的多少，而且与蛔虫所在部位和状态有密切关系。轻者可无任何症状，或有食欲不佳和腹痛，疼痛一般不重，多位于脐周或稍上方。痛无定时，反复发作，持续时间不定。痛时喜按揉腹部，腹部无压痛，腹壁不紧张。

如蛔虫上窜入胃，使胃失和降，引起恶心、呕吐、吐蛔，甚或虫从口鼻而出；钻入胆道，使肝气闭郁、胆气不行，脘腹剧痛而形成蛔厥；钻入阑门，使气滞血瘀，肉腐血败，则形成肠痛；蛔虫数量多时，缠结成团，阻塞肠中，使传化不行，腑气不通而形成蛔虫性肠梗阻。

### 【诊断】

1. 有吐蛔或排蛔史。
2. 反复脐周隐痛或阵痛，甚或瘕嗜，消瘦。
3. 大便检查发现蛔虫卵。

### 【辨证论治】

脐周腹痛，作止无定，甚则瘕嗜，消瘦是蛔虫病的临床特征，而吐蛔或便蛔则无疑属于蛔虫病。治疗主要根据病情的轻重缓急，采用驱虫、安蛔、调理脾胃等法。

症状：脐周腹痛，时作时止，胃脘嘈杂，甚或吐虫、便虫、腹中虫瘕。较严重者表现不思饮食，面黄肌瘦，鼻子乙作痒，睡中龄齿流涎。

治法：安蛔、驱蛔，健脾胃。

方药：腹中疼痛较剧及有恶心呕吐者，宜先用乌梅丸安蛔定痛。方中以乌梅、川椒、细辛酸辛安蛔；黄连、黄柏苦可下蛔，寒可清热；干姜、附子、桂枝温脏祛寒；人参、当归补气养血。

在蛔虫病腹不痛或腹痛不剧时，宜驱除蛔虫，以消除病因。可用化虫丸加絃，本方以鹤虱、苦楝根皮、[槟榔](#)、茺莢、[使君子](#)等驱除蛔虫。

若患蛔虫病已久，面黄肌瘦；或驱虫之后，脾胃端化尚未恢复，则用香砂六君子汤健端脾胃。

【预防与调摄】.

蛔虫病的预防主要是做好宣传教育工作，从小养成清洁卫生的良好习惯。不饮生水，不吃腐烂不洁的瓜果。提倡熟食，不吃未煮熟的蔬菜，以絃少蛔虫的感染。

【结语】

蛔虫病是由蛔虫寄生在人体所引起的一种常见病。由于蛔虫具有喜温，恶寒怕热，性动好窜，善于钻子L的特性，故当人体脾胃功能失调，或有全身发热性疾患时，蛔虫即易在腹中乱窜而引起多种病症。蛔虫病的临床表现差端较大，轻者可无任何症状，或有食欲不佳和腹痛，疼痛一般不重，多位于脐周或稍上方。痛时喜按揉腹部，腹部无压痛，腹壁不紧张。脐周腹痛，作止无定，甚则端嗜，消瘦是蛔虫病的临床特征，而吐蛔或便蛔则无疑属于蛔虫病。治疗主要根据病情的轻重缓急，采用驱虫、安蛔、调理脾胃等法。养成清洁卫生的良好习惯是预防蛔虫病的主要措施。

【附】蛔厥

蛔厥类似于西医学所称的胆道蛔虫症。早在公元三世纪初，张仲景即对蛔厥作了比较详细的记述，并以[乌梅丸](#)作为治疗的主要方剂。如《伤寒论·厥阴篇》说：“蛔厥者，其人当吐蛔。今病者静而复时烦者，此为脏寒，蛔上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人常白吐蛔。蛔厥者，[乌梅丸](#)主之。”

症状：主要表现为突然发作的剑突下及／或右肋腹部阵发性剧烈绞痛，痛引背心及右肩，痛剧时弯腰曲膝，辗转不安，呻吟不止，冷汗淋漓，恶心呕吐，并常有蛔虫吐出。腹部切诊时，腹皮柔软，脘腹及右肋部有压痛。腹痛间歇期则如常人，安然无恙。

治法：安蛔定痛，驱除蛔虫。

方药：[乌梅丸](#)及胆道驱蛔汤加絃。

蛔厥初期，疼痛较剧而无明显热证表现者，宜用[乌梅丸](#)安蛔定痛。痛甚者，可加[郁金](#)、[延胡](#)、[白芍](#)、[甘草](#)活血理气，缓急止痛，或合并针刺治疗止痛。大便秘结者，加[大黄](#)、[槟榔](#)泻热通腑。呕吐甚者，加半夏、[陈皮](#)和胃降逆。出现发热、腹部压痛明显、脉数、苔黄等热证表现者，去姜、桂、附之辛热，重用连、柏，并加[金银花](#)、[连翘](#)、[茵陈](#)、[栀子](#)清热解毒，疏利肝胆。

腹痛缓解或腹痛较轻者，则应同时驱除蛔虫，可用胆道驱蛔汤。方中以延胡、[木香](#)、[厚朴](#)理气定痛；[使君子](#)、[槟榔](#)、苦楝皮驱除蛔虫；[大黄](#)、[槟榔](#)泻下通腑。

【文献摘要】

(诸病源候论·鱿虫候)：“就虫者，是九虫内之一虫也。长一尺，亦有长五六寸。或因府藏虚弱而动；或因食甘肥而动。其发动则腹中痛。”

(圣济总录·蛔虫)：“盖较之他虫害人为多。观其发作冷气，脐腹撮痛，变为呕逆，以至心中痛甚如锥刺”。

(太平圣惠方·卷五十七)：“诸虫依肠胃之间，若脏腑气实则不为害，若虚则能侵蚀，随其虫之变动，而成诸疾也。”

(景岳全书·诸虫)：“凡诸虫之中，惟蛔虫最多”。“凡虫痛证必时作时止，来去无定，或呕吐青黄绿水，或吐出虫，或痛而坐卧不安，或大痛不可忍，面色或青或黄或白，而唇则红，然痛定则能饮食者，便是虫积之证，速宜治之。”

#### 【现代研究】

胆道蛔虫病是蛔虫病引起的最为常见的并发症。以青壮年农民为多，女性多于男性。胆道蛔虫病中医称之为“蛔厥”，中医药对其有良好疗效。

朱氏分别用驱蛔散 1 号及驱蛔散 2 号治疗胆道蛔虫病之属于热证及寒证患者，并同时服用驱蛔璘驱蛔，共治疗胆道蛔虫病 198 例，结果治愈，196 例，好转 2 例，平均住院天数 11 天。驱蛔散 1 号的组成为：申香、[乌梅](#)、[黄连](#)、川栋子、[金钱草](#)、[茵陈](#)、[大黄](#)；驱蛔散 2 号的组成为：[黄连](#)、[乌梅](#)、川椒、[柴胡](#)、制附片、[桃仁](#)、[当归](#)、丹皮[中国中医药科技 1999；6(1)：60L 连氏以加蒺安蛔汤(苦楝根皮、[槟榔](#)、[茵陈](#)、[大黄](#)、[干姜](#)、[乌药](#)、[青木香](#)、延胡、食醋)治疗胆道蛔虫病 30 例，总有效率 96.7%[陕西中医 1999；20(11)：516L 曾氏以加蒺[乌梅](#)汤治疗胆道蛔虫病收到良好疗效，方用[乌梅](#)、[细辛](#)、川椒、[黄连](#)、[黄柏](#)、[当归](#)、[党参](#)、[黄芩](#)、银花、[连翘](#)、[桂枝](#)、[使君子](#)、[槟榔](#)等药，随症加蒺，并同时服用驱蛔璘驱蛔[贵籀中医学院学报 1999；21(2)：43]b 李氏报道重用[白芍枳椇](#)(方用[白芍](#)、[枳椇](#)、[乌梅](#)、[细辛](#)、[黄连](#)、[桂枝](#)、[党参](#)、[香附](#)、[郁金](#)、[花椒](#)、[甘草](#))治疗胆道蛔虫病，收到良好效果[甘肃中医 1999；12(5)：35L 陈氏等以利胆驱蛔汤([乌梅](#) 30g，[白芍](#) 20g，[枳椇](#) 18g，[花椒](#)、[槟榔](#)、[延胡索](#)各 15g，[大黄](#)、[郁金](#)各 12g，[木香](#) 10g，)加食醋 50ml 内服治疗胆道死蛔虫病 32 例，兼黄疸者，加[茵陈](#)、[栀子](#)；合并胆道感染出现恶寒发热者，加[柴胡](#)、[黄芩](#)、[金银花](#)；恶心呕吐者加半夏、[竹茹](#)；中焦虚寒、呕吐清涎白沫者，加[绿茶萸](#)；腹痛较剧者，[白芍](#)量加倍。全部病例治疗前经 B 超证实胆管内有死蛔，治疗结果：显效 31 例(临床症状消失，B 超复查 2 次以上，胆管内无异常发现者)；无效 1 例[浙江中西医结合杂志 1997；7(3)：165]。

## 第十节 钩虫病

钩虫病是由于钩虫寄生在人体小肠所引起的疾病，因其主要症状为好食易饥，倦怠乏力，肤色萎黄，面足浮肿，故中医文献把钩虫病称为黄肿病、疳黄、黄胖、饕饕黄等。四川及浙江民间又称为懒黄病、粃黄病、[桑叶黄](#)等。

钩虫病的流行相当广泛，在我国南方各省较为多见。

### 【病因病机】

中医学将钩虫称为伏虫。《诸病源候论·九虫候》说：“伏虫，长四分”，“伏虫，群虫之主也。”

由于人体皮肤接触含有钩蚴的泥土，钩蚴从皮肤钻入，最后移行至小肠发育为成虫而导致钩虫病。其主要的病理为扰乱脾胃气机，吸食及耗费人体血液，因而出现胃肠失调及气血亏虚的病变。

### 【真临床表现】

钩虫病的症状主要由钩蚴及成虫所致，但成虫所致的症状更为长久和严重。钩蚴侵入处的皮肤感到奇痒和烧灼，继而出现小出血点、丘疹或小疱疹，俗称“粪触块”、“粪毒”、“粪绉衷”。随钩蚴在人体内的移行，受感染后的3-5日，常出现喉痒、咳嗽，重者甚至剧烈干咳或哮喘发作。成虫寄生在小肠，扰乱脾胃气机，吸食及耗费人体血液，因而出现上腹部不适、隐痛，食欲亢进但劳动力反而减退，嗜生米、茶叶，甚至泥土、碎纸等胃肠失调的症状。严重者出现心悸短气，四肢乏力，头晕耳鸣，面足浮肿，面色萎黄，唇舌色淡，脉数而弱等气血亏虚的症状。

### 【诊断】

1. 胃肠失调及气血亏虚的临床症状。
2. 在钩虫病的流行地区，有钩蚴的感染症状。
3. 大便检查发现钩虫卵。

### 【鉴别诊断】

钩虫病病情较重，出现“黄肿”表现者，需与黄疸及水肿相鉴别。

1. 黄疸黄疸发病较急，而久病后出现黄疸者，一般均有肝胆病史。黄疸临床表现为全身黄色鲜明如橘色或晦暗如烟熏，目睛黄染，小便黄赤。钩虫病的发黄则为肤色萎黄或黄而浮肿，目睛不黄，小便清长。

2. 水肿水肿的病因不一，浮肿部位不同，一般按之凹陷甚或凹陷不起，皮薄光亮，色泽鲜明，小便短涩，饮食正常或纳差，证有虚实之分。钩虫病的浮肿表现为下肢足踝浮肿，或面部



目胞浮肿，甚则全身浮肿，但肤色发黄或萎黄不荣，好食易饥，或嗜食秽物，无小便短涩，纯属虚证。

#### 【辨证论治】

##### ·粪毒犯肤

症状：手足接触泥土之后，很快出现局部奇痒、灼热、疱疹，搔破后脂水浸淫、红肿，苔白薄，脉平或濡。

治法：杀虫止痒。

方药：桃叶泄毒汤。

本方以桃叶、辣蓼草、连根葱、[荆芥](#)、苏叶、[苦参](#)各 30g，水煎 3-4 沸，趁温熏洗局部。如水冷，则加热后再洗，一日数次。

钩蚘在侵入皮肤的 24 小时内，尚有 90% 以上停留在局部，可用热敷法和能杀灭钩蚘的药物进行局部治疗。如用热敷局部，以不烫伤皮肤为度；或用土[荆芥](#)油涂抹患处。

##### ·虫邪犯肺

症状：皮肤受邪数日后，出现胸闷咳嗽，喉痒难忍，甚则频咳不止，喉间痰鸣，苔白，脉平或濡数。

治法：宣肺化痰止咳。

方药：止嗽散。

方中以[桔梗](#)、[紫菀](#)、[陈皮](#)宣肺化痰，[白前](#)肃肺降逆，[百部](#)止咳并有杀虫作用，[荆芥](#)、[甘草](#)疏表和中。喉间痰鸣，喘促痰多者，可合用[射干麻黄](#)汤降逆平喘。

##### ·脾虚湿滞

症状：面色萎黄，或面色黄而虚浮，善食易饥，食后腹胀，或嗜生米、茶叶、木炭之类，神疲肢软，舌淡苔薄，脉濡。

治法：健脾燥湿，和中补血。

方药：黄病绛矾丸加 $\text{ㄩ}$ 。方中以平胃散健脾燥湿，理气和中；绛矾燥湿补血；红枣益脾养血。

##### ·气血紫虚，

症状：颜面、肌肤萎黄或苍白，面足甚至全身浮肿，腕闷不舒，倦怠乏力，精神不振，眩晕耳鸣，心悸气短，舌质淡胖，脉弱。

治法：补益气血。

方药：八珍汤加 $\text{ㄩ}$ 。腕闷纳差者，加[木香](#)、[砂仁](#)理气调胃。

钩虫病均需进行驱钩治疗，目前用于驱钩虫的中药效果尚欠理想，可采用适当的驱钩虫西药治疗。

### 【预防与调摄】

预防钩虫病的主要措施是：积瘠治疗钩虫病人，减少传染来源；搞好粪便管理，杀灭粪中虫卵；做好劳动防护，减少钩蚴感染机会。

本病除药物治疗外，还应给予富于营养、易于消化的食物，以促进气血的生长及脾胃功能的恢复。病情严重的患者应适当休息。

### 【结语】

钩虫病是由于钩虫寄生在人体小肠所引起的疾病。钩虫致病的主要病机为扰乱脾胃气机，吸食及耗费人体血液，因而出现胃肠失调及气血亏虚的病变及相应的临床症状。钩虫病出现“黄肿”表现者，需与黄疸及水肿相鉴别。驱除钩虫、补益气血及调理脾胃是治疗钩虫病的主要原则。积瘠治疗钩虫病人，搞好粪便管理，做好劳动防护，是预防钩虫病的主要措施。

### 【文献摘要】

《医林绳墨·鼓胀》：“黄肿者，皮肉色黄，四肢怠惰，头眩体倦，懒于作为，小便短而少，大便溏而频，食欲善进，不能生力，宜当健脾为主。”

《医碥·黄疸》：“黄肿与黄疸，分别处在肿而色带白，眼目如故，不如黄疸之眼目皆黄而不带白，且无肿状，似不必以暴渐分。又黄肿多有虫与食积，有虫必吐黄水，毛发皆直，或好食生米、茶叶之类。用使君子、槟榔、川栋、雷丸之类。食积则用消食药，剂中不可无针砂，消积平肝，其功最速。治疗亦与黄疸有别也。”

《杂病源流犀烛·诸疸源流》：“力役劳苦受伤，亦成黄胖病，俗名脱力黄，好食易饥，怠惰无力。”“黄胖，宿病也，与黄疸暴病不同。盖黄疸眼目皆黄，无肿状。黄胖多肿，色黄中带白，眼目如故，或洋洋少神。虽病根都发于脾，然黄疸则由脾经湿热蒸郁而成；黄胖则湿热未甚，多虫与食积所致，必吐黄水，毛发皆直，或好食生米、茶叶、土炭之类。”

## 第十一节 绦虫病

绦虫病是由猪绦虫或牛绦虫寄生在人体小肠所引起的疾病；古代医籍将绦虫称为白虫或寸白虫。

绦虫病在我国分布较广。饮食习惯是决定肠绦虫病多寡及其种类不同的关键因素，喜食生肉的地区感染率高。

中医对绦虫的形态、感染途径很早即有明瞭的认识，并寻找到效果良好的治疗药物。在感染途径方面，早在《金匱要略·禽兽鱼虫禁忌并治》篇即指出：“食生肉，饱饮乳，变成白虫。”《诸病源候论·寸白虫候》说：“以桑枝贯牛肉炙食”引起本病。而对于绦虫形态的描述，《诸病源候论·寸白虫候》说：“寸白者，九虫内之一虫也。长一寸而色白，形小扁”，《仇虫候》说：“白虫相生，子孙转大，长至四五尺”。在治疗上，早在《千金要方·九虫》里，就采用槟榔、石榴根皮等有效的药物治疗绦虫病。

### 【病因病机】

绦虫病的病因，是人吃了未煮熟的、含有囊虫的猪肉或牛肉，囊虫进入体内吸附在肠壁上，颈节逐渐分裂，形成体节，约经2~3个月而发育为成虫。成虫虫体脱节，从肛门排出体外，故可在内裤或被服上发现白色的虫体节片，节片随大便排出则可见粪便中有虫体节片。

绦虫所致的病变，主要是吸食人体水谷精微以及扰乱脾胃运化，从而引起腹胀、腹痛，甚至消瘦、乏力等症。

### 【临床表现】

绦虫病初期，成虫居于肠中，影响肠道气机，引起腹部或上腹部隐隐作痛，腹胀不适，甚或恶心、呕吐。常在内裤、被褥或粪便中发现白色节片，或伴肛门瘙痒。病久则脾胃功能受损，不能运化水谷精微，加之绦虫吸食营养物质，以致人体化源不足，气血不充，故在上述症状的基础上常伴见面色萎黄或苍白，形体消瘦，倦怠乏力，食欲不振，舌淡、脉细等气血亏虚的症状。

### 【诊断】

1. 粪便中或内裤、被褥上发现白色节片为绦虫病重要的临床特征。
2. 初期肠道气机受阻引起的腹部隐隐作痛、腹胀不适等脾胃功能失调的症状，及病久伴见的面色萎黄或苍白、形体消瘦、倦怠乏力、舌淡、脉细等气血亏虚的症状。

### 【辨证论治】

症状：上腹部或全腹隐隐作痛，腹胀，或有腹泻，肛门作痒，久则形体消瘦，倦怠乏力，大便内或衬裤上有时发现白色节片，舌质淡，苔薄白，脉濡或细。

治法：驱除绦虫，调理脾胃。

方药: 中药有良好的驱绦效果, 可选用下列方药中的一种应用。

**槟榔** 60-120g, 切碎, 文火煎 2 小时, 于清晨空腹顿服。服后 4 小时无大便排出者, 可服用**芒硝** 10G。

南瓜子 60-120g, 去壳碾粉, 直接嚼服或水煎服。2 小时后服**槟榔**煎剂(剂量、用法同上)。

仙鹤草芽(深秋采集, 其形似狼牙, 故又称狼牙草), 洗净, 刮去外皮, 晒干, 碾粉, 成人早晨用温开水冲服 30-60g。因本药兼有泻下作用, 可不另服泻药。一般在服药后 5-6 小时排出虫体。

**雷丸**, 研粉, 每次 20G, 1 日 1 次, 连服 3 天。

石榴根皮 25G, 水煎服。胃病患者不宜选用此药。

驱除绦虫, 务必驱尽, 须连头节同时排出, 方能彻底治愈。若头节颈未被驱出, 则仍能继续生长。若发现绦虫未驱尽时, 可仍用上述驱绦药物治疗。

驱虫之后, 继服香砂六君子汤健脾胃。

#### 【预防及调摄】

开展卫生宣传, 纠正吃生肉的习惯是预防本病的关键。严格肉类检查, 禁止含有囊虫的肉类出售。此外, 应对炊事人员进行宣传, 须将肉类煮熟烧透, 菜刀与菜板应生熟分开。

#### 【结语】

绦虫病是由猪绦虫或牛绦虫寄生在人体所引起的疾病。绦虫所致的病变, 主要是吸食人体水谷精微以及扰乱脾胃运化, 从而引起腹胀、腹痛, 甚至消瘦、乏力等症。并常在内裤、被褥或粪便中发现白色节片。驱除绦虫、调理脾胃是治疗绦虫病的主要原则。中药有良好的驱绦效果。驱除绦虫, 务必驱尽, 须连头节同时排出, 方能彻底治愈。开展卫生宣传, 严格肉类检查, 禁止含有囊虫的肉类出售以及纠正吃生肉的习惯是预防本病的关键。

#### 【文献摘要】

《证治准绳·杂病·虫》: “寸白……服药下之, 须结裹溃然出尽乃佳, 若断者相生未已, 更宜速治之。”

《景岳全书·诸虫》说: “寸白虫, 此虫长寸许, 色白, 其状如蛆。母子相生, 有独行者, 有个个相接不断者, 故能长至一二丈。”

#### 【现代研究】

**槟榔**、南瓜子、鹤草芽等中药, 均有良好的驱绦作用。

据现代药理研究, **槟榔**能使绦虫虫体头部和未成熟节片完全瘫痪; 而南瓜子可使虫体中后段麻痹, 变薄变宽, 紫者均有驱绦效果, 但作用部位不同, 配合使用, 相得益彰。如验方驱绦方, 用南瓜子研粉, 冷开水调服 60-120g, 2 小时后服**槟榔** 60-120g 的水煎剂, 再过半小时服**玄明粉** 15g, 促使泻下, 以利虫体排出[雷载权主编. 中华临床中医学. 北京: 人民卫生出版社,

1998.1044.L 或于清晨空腹嚼服南瓜子肉,隔1-2小时服**槟榔**煎剂,再过1小时服泻剂,驱绦虫效果满意[中西医结合杂志 1987;7(7):24]。杨氏等用南瓜子、**槟榔**治疗绦虫病50例,治愈47例,治愈率94%,3例因在驱虫时患者牵断虫体,3个月后复发。该组治疗的方法是:驱虫前晚18时空腹先服炒南瓜子150g(研末冲服),半小时后服**槟榔**煎剂200ml(**槟榔**90g加水800-900ml,慢煎至200ml备用)。一般服药3-4小时后即有排便感,嘱患者坐温水盆内排便,待虫体完整排出。**槟榔**具有缓泻作用,故在驱虫时一般不采用其他导泻剂,如服药4小时后仍无排便感,可服用硫酸镁20-30g[中国中医急症 1996;5(1):19]。