

中华中医药学会脾胃病分会 组织编写

中医

消化病诊疗

主编 李乾构 周学文 单兆伟

指南

中国中医药出版社

中医消化 病 诊疗指南

主编单位 中华中医药学会脾胃病分会
主 编 李乾构 首都医科大学附属北京中医医院
周学文 辽宁中医药大学附属医院
单兆伟 南京中医药大学附属医院

中国中医药出版社
·北 京·

图书在版编目 (CIP) 数据

中医消化病诊疗指南/李乾构等主编.—北京:中国中医药出版社,
2006.9

ISBN 7-80231-072-5

I.中... II.李... III.①消化系统疾病-中医诊断学-指南②消化
系统疾病-中医治疗学-指南 IV.R259.7-62

中国版本图书馆CIP数据核字 (2006) 第094378号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路28号易亨大厦16层

邮政编码: 100013

传真: 64405750

北京纪元彩艺印刷有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本787×1092 1/16 印张14.5 字数261千字

2006年9月第1版 2006年9月第1次印刷

书号 ISBN 7-80231-072-5 册数4000

*

定价: 22.00元

网址 www.cptcm.com

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

《中医消化病诊疗指南》编委会

主编单位 中华中医药学会脾胃病分会

主 编	李乾构	首都医科大学附属北京中医医院	主任医师	教授
	周学文	辽宁中医药大学附属医院	主任医师	教授
	单兆伟	南京中医药大学附属江苏省中医院	主任医师	教授
副主编	张声声	首都医科大学附属北京中医医院	主任医师	教授
	王垂杰	辽宁中医药大学附属医院	主任医师	教授
	沈 洪	南京中医药大学附属江苏省中医院	主任医师	教授

编 委 (按姓氏笔画排列)

马 山	马 骏	马贵同	王 宁	王 钢	王仁强	王丽君
王秀娟	王垂杰	王新月	牛兴东	龙祖宏	田德禄	田耀洲
叶 松	白兆芝	朱 迪	朱克俭	刘友章	刘凤斌	刘华一
刘启泉	江一平	许鑫梅	杨春波	杨胜兰	杨翠兰	李军祥
李学武	李振华	李乾构	劳绍贤	吴 鹏	吴耀南	汪红兵
沈 洪	张小萍	张光华	张光奇	张声声	陆为民	陈大权
陈寿菲	陈金亮	罗伟生	周 慎	周鸣歧	周学文	单兆伟
郑 昱	查安生	赵文霞	钦丹萍	姚保泰	袁红霞	倪克中
高金亮	唐旭东	唐志鹏	诸云龙	黄朝阳	黄穗平	寇 琼
梁 超	隗继武	彭万枫	谢晶日	雷正荣	路广晁	蔡 敏
廖志峰	薛西林					

编写人员 (按姓氏笔画排列)

马 山	马 骏	马 群	马贵同	王秀娟	王垂杰	王致坤
王晓华	王新月	牛兴东	龙祖宏	叶 松	冉 滨	白 光
刘 汶	刘凤斌	刘华一	刘启泉	刘学伟	江一平	许 云
杨宇飞	杨春波	李 莉	李 妍	李玉峰	李军祥	李乾构
劳绍贤	吴 兵	吴耀南	汪红兵	沈 洪	张声声	张新生
陆为民	陈大权	陈寿菲	欧开萍	牧 童	周学文	单兆伟
赵文霞	钦丹萍	徐 艺	唐旭东	唐志鹏	陶 琳	黄朝阳
黄穗平	梁 超	梁碧颜	储浩然	雷正荣	路广晁	熊雯雯
薛西林						

编写办公室

主 任 王垂杰 汪红兵

工作人员 陆为民 陶 琳 朱培一 白 光 李玉峰 牧 童 吴 兵

序

消化系统疾病极为常见，求治者众，临床表现复杂，辨证纷繁，治法各异，仁者见仁，智者见智，临床医师无所适从。有鉴于此，中华中医药学会脾胃病分会组织国内知名脾胃病专家编写了这本《中医消化病诊疗指南》，以满足临床需求。专家们各展其长，群策群力，在广泛查阅大量古今医学文献基础上结合他们独特而丰富的临床经验，系统总结了中医消化领域国内外最新研究成果，执简驭繁，言简意赅，便于临床医师在临床上应用。

纵览本书，内容翔实，结构严谨，文笔流畅，深入浅出。集科学性、权威性、先进性、指导性为一体是本书的最大特色。《中医消化病诊疗指南》的问世，对广大医务工作者尤其是中医、中西医结合消化科临床医师来说是一件喜事，可以有效指导临床，规范诊疗，提高学术水平。本书也为中医院校教师及本科生、研究生提供了一本内容丰富的参考专著。

先睹之余，谨以欢悦的心情，将此书推荐给广大读者。



2006年6月

前 言

医学科学技术的发展日新月异，人们对疾病的预防、治疗和转归的认识也日益深入。基于新信息与新技术的临床规范化诊疗指南越来越受到重视与青睐，为满足广大中医脾胃病工作者的需求，中华中医药学会脾胃病分会组织了全国的脾胃病知名专家学者，历经一年余的时间编纂了这本《中医消化病诊疗指南》，希望能为广大的中医、中西医结合临床医师和科研人员提供良好的指导，以适应时代的需要。

全书共收录了常见的消化疾病35种，按概述、诊断、分证论治和中成药应用举例、疗效判定标准等五个部分编写。概述部分以精练的语言简单介绍了该病的定义、病因学、流行病学和中医病名。诊断部分分为疾病诊断、西医分类诊断和中医证候诊断，其中疾病诊断参照了西医学对该病的最新认识与指南；分类诊断按需要对该疾病的分型、分期、分级、分度等进行论述；证候诊断是全书的精华部分，按照循证医学的方法，通过临床荟萃分析手段集中了该病最常见的临床证候标准并基本按照证候由高到低的频率排列，证候标准在参照国家标准的基础上，按主症和次症的不同而制定，具有较强的临床操作性与实用性。疗效判定标准收录了临床疗效标准和证候疗效标准，为临床与科研提供依据；而证候疗效标准的症状分级则放在附录篇中，各论中不再单独论述。分证论治分别对各证候的治法、主方、方药进行论述，主方以成方为主并提供出处供读者参考；方药则按照君、臣、佐、使进行排列，编写过程中专家们考虑了地区差异以及用药习惯等不同，提供剂量参考，但若有出入请以《中华人民共和国药典》为准。中成药应用举例参考国家基本用药目录收录的中成药为主。附录主要收录了中医消化疾病和中医常见证候的症状分级量化表，证候疗效判定标准的计算方法以及主要参考书目。

感谢中华中医药学会脾胃病分会全体专家对指南编写的大力支持以及对学会学术发展的无私奉献。由于该指南编写时间仓促，部分内容尚值得商榷，大家在实践过程中有什么问题或意见和建议，希望及时反馈给中华中医药学会脾胃病分会，以便再版时修订。医学长河浩浩荡荡，希望该指南能为中医脾胃病学发展提供一种思路与尝试，也为临床与科研提供有益的指导。

《中医消化病诊疗指南》编委会

2006.7

目 录

目 录

口腔溃疡	(1)
反流性食管炎	(5)
食管癌	(12)
急性胃炎	(17)
慢性萎缩性胃炎	(21)
功能性消化不良	(28)
消化性溃疡	(33)
上消化道出血	(38)
胃癌	(43)
胃下垂	(52)
胃术后并发症	(56)
幽门螺杆菌感染	(65)
胆汁反流性胃炎	(70)
感染性腹泻	(75)
溃疡性结肠炎	(80)
克罗恩病	(85)
肠易激综合征	(90)
细菌性痢疾	(95)
肠梗阻	(101)
抗生素相关性腹泻	(107)
大肠癌	(112)
下消化道出血	(120)
功能性便秘	(127)
急性病毒性肝炎	(133)
肝硬化	(138)
非酒精性脂肪肝	(143)
药物性肝病	(149)
原发性肝癌	(155)
胆石症	(161)
急性胆囊炎	(166)

● 中医消化病诊疗指南 ●

慢性胆囊炎	(170)
急性胰腺炎	(175)
慢性胰腺炎	(181)
胰腺癌	(187)
艾滋病的消化道表现	(195)
附录	(207)
一、部分脾胃病及中医证候临床症状分级量化标准	(207)
二、证候疗效判定标准的计算方法	(216)
三、主要参考文献	(217)

口腔溃疡

口腔溃疡 (recurrent aphthous ulcer, RAU) 又称复发性口腔溃疡或复发性阿弗他性溃疡, 是指口腔黏膜反复出现孤立的、圆形或椭圆形浅表性溃疡的疾病, 可单发或多发, 局部有剧烈自发性灼痛、全身症状较轻、病程有自限性与复发性特点。本病病因错综复杂, 与消化功能障碍、营养素和微量元素缺乏、植物神经功能紊乱、内分泌失调、遗传、免疫、感染、口腔黏膜角化程度等因素有关。本病发病率较高, 不同年龄阶段的人均能发病, 好发于青壮年, 女性发病多于男性, 男女发病之比为2:3, 具有明显的个体差异。本病属于中医学“口疮”范畴。

1. 诊断

1.1 疾病诊断

1.1.1 临床表现

(1) 以口腔黏膜出现单个或数个直径小于1cm的圆形或椭圆形溃疡及灼热疼痛为主要症状。

(2) 起病较快, 一般7天左右愈合。若此起彼伏, 则病程延长, 愈后常易复发。

(3) 通常有口苦口臭或口干口淡、食欲不振、渴喜冷饮、大便干燥、小便黄赤等胃肠道症状。

(4) 往往有五心烦热、失眠多梦、头晕头痛、烦躁易怒等全身症状。

1.1.2 发病特点 自限性、复发性、病程迁延、缠绵难愈。

1.1.3 诱发因素 发病多与饮食失调、情志内伤、腹泻或感冒等有关。

1.1.4 理化检查

(1) 口腔检查: 口腔黏膜溃疡较表浅, 圆形或椭圆形, 数量少则1~2个, 多则数十个, 表面有淡黄色分泌物附着, 溃疡周围黏膜大多充血。

(2) 血清检查: 血清中可检测到抗口腔黏膜抗体。

(3) 病理活检: 溃疡面上皮变性, 纤维渗出, 假膜形成, 少量组织坏死和水肿; 固有层毛细血管扩张, 淋巴细胞和多核白细胞及组织细胞浸润, 乃非特异性炎症。

1.2 分类诊断

口腔溃疡的主要症状是口腔黏膜局部溃疡，灼热疼痛。但病情有实证、虚证之分，病程有长短之别，症状也有轻重差异。一般来说，实证者起病急，病程短，局部疼痛较剧，溃疡面大且数目多，周围黏膜红肿突起，甚至融合成片；虚证者发病缓，病程长，局部疼痛轻微，溃疡面小且数目少而分散，周围黏膜微红微肿，常有反复发作史。

1.3 证候诊断

1.3.1 心脾积热证

主症：①口舌生疮；②局部灼痛。

次症：①口面红肿；②嘈杂易饥；③口臭口苦；④大便秘结；⑤小便赤黄；⑥舌尖红，苔黄；⑦脉弦数。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.2 肺胃邪热证

主症：①口疮红肿；②咳嗽咽痛。

次症：①局部灼痛，黄液渗出；②口臭便干；③面红口热，烦渴多饮；④牙龈肿痛；⑤舌红，苔黄；⑥脉弦滑。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.3 阴虚火旺证

主症：①口疮淡红；②舌红少苔；③五心烦热。

次症：①局部微肿，反复发作；②低热颧红；③失眠多梦；④口干咽燥；⑤尿黄便干；⑥脉细数。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.4 阳虚浮火证

主症：①口疮不红；②畏寒肢冷；③疮痛隐隐，分泌物少。

次症：①面色苍白；②少气懒言，腰膝酸软；③脘腹冷痛；④舌淡，苔白；⑤脉沉细。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.5 湿热上蒸证

主症：①口疮数个；②舌苔黄腻；③口苦口黏。

次症：①疮面白膜；②身重体倦；③口渴不饮；④不思饮食；⑤小便色黄；⑥脉滑数。

证候确定：主症2项加次症2项。

2. 分证论治

2.1 心脾积热证

治法：清热泻火，导热下行。

主方：导赤散（《小儿药证直诀》）合泻黄散（《小儿药证直诀》）加减。

药物：生地15g，竹叶9g，车前子10g（包煎），木通6g，生甘草5g，黄连5g，生石膏30g，炒栀子9g，知母10g，黄芩9g。

2.2 肺胃邪热证

治法：清宣肺胃，祛邪解毒。

主方：凉膈散（《太平惠民和剂局方》）加减。

药物：连翘15g，生大黄8g（后下），芒硝10g（后下），薄荷6g（后下），栀子9g，生甘草5g，桑叶10g，桔梗9g，黄芩9g，黄连5g。

2.3 阴虚火旺证

治法：滋阴降火。

主方：知柏地黄汤（《医宗金鉴》）加味。

药物：生地15g，熟地15g，山药10g，山茱萸12g，丹皮10g，泽泻9g，茯苓15g，知母12g，黄柏12g，生甘草5g。

2.4 阳虚浮火证

治法：温补脾肾，敛火生肌。

主方：济生肾气丸（《金匱要略》）加减。

药物：熟地15g，山药10g，山茱萸12g，泽泻9g，茯苓15g，肉桂1g，炮附子10g，川牛膝9g，沉香3g，党参15g。

2.5 湿热上蒸证

治法：清化湿热，敛疮生肌。

主方：甘露消毒丹（《温热经纬》）加减。

药物：黄芩9g，连翘15g，茵陈10g，木通5g，六一散15g（包煎），藿香9g，佩兰9g，车前子10g，生黄芪15g。

3. 中成药应用举例

冰硼散、珠黄散 搽患处，每日5~6次，用于火热内闭证。

锡类散 撒敷患处，每日1~2次，用于咽喉糜烂肿痛。

4. 疗效评定标准

4.1 临床疗效标准

临床痊愈：临床症状消失，溃疡愈合。

显效：溃疡灼热疼痛及其他症状消失，短期无复发。

有效：溃疡灼热疼痛及其他症状减轻，短期内复发。

无效：症状未见改善，溃疡未愈合。

4.2 证候疗效标准

所有症状都分为无、轻、中、重四级（参照附录），在主症分别记0、2、4、6分，在次症则分别记0、1、2、3分。对于舌脉则分为正常和非正常两级，在主症分别记0、2分，在次症分别记0、1分。

临床痊愈：症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ 。

显效：症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$ ，但 $< 95\%$ 。

有效：症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ ，但 $< 70\%$ 。

无效：症状、体征均无明显好转，甚或加重，证候积分减少 $< 30\%$ 。

（赵文霞 汪红兵 李乾构）

反流性食管炎

反流性食管炎 (reflux esophagitis, RE) 是由于食管下端括约肌 (LES) 功能失调, 或幽门括约肌的关闭功能不全, 引起胃和 (或) 十二指肠的内容物非一过性地反流入食管, 经过长期、反复的刺激而引起食管黏膜的充血、水肿、糜烂和纤维化等病变。本病以烧心、反酸、胸骨后或心窝部烧灼样疼痛及间歇吞咽困难等为其主要症状, 多数患者可与胃炎、十二指肠溃疡或食管裂孔疝等病并存, 若反流长期存在, 食管最终将会形成瘢痕和狭窄。本病不仅有胃和十二指肠内容物的反流, 还有胆汁和胰液的反流。本病在西方国家十分常见, 人群中7%~15%有本病症状, 发病率随年龄增加而增加, 40~60岁为发病高峰, 男性多于女性 (2~3:1)。我国的统计资料显示北京为10.19%, 上海为7.76%, 低于西方国家。本病属于中医“嘈杂”、“吞酸”、“呕吐”、“胃脘痛”、“噎膈”、“胸痹”、“胸痞”等范畴。

1. 诊断

1.1 疾病诊断

1.1.1 临床表现

(1) 反流症状: 反酸、反食、反胃、嗝气等症状多在餐后明显或加重, 平卧或躯体前屈时易出现。

(2) 反流物刺激食管引起的症状: 烧心、胸痛、吞咽困难等。烧心常由胸骨下段向上延伸, 常在餐后1小时出现, 卧位、弯腰或腹压增高时可加重。反流物刺激食管痉挛导致胸痛, 疼痛发生在胸骨后或剑突下, 严重时可为剧烈刺痛, 可放射到后背、胸部、肩部、颈部、耳后等。

(3) 食管以外的刺激症状: 如咳嗽、哮喘及咽喉炎。少数患者以咳嗽与哮喘为首发或主要表现, 反流引起的哮喘无季节性, 常有阵发性、夜间咳嗽与气喘的特点。个别患者可发生吸入性肺炎。

(4) 其他: 一些患者诉咽部不适, 有异物感、棉团感或堵塞感, 但无真正吞咽困难, 称为癭球症。

(5) 并发症

①上消化道出血: 因食管黏膜炎症、糜烂及溃疡可以导致上消化道出血, 临床表现可有呕血和 (或) 黑便以及不同程度的缺铁性贫血。

②食管狭窄：食管炎反复发作致使纤维组织增生，最终导致瘢痕狭窄，是严重食管炎表现。

③Barrett食管：在食管黏膜的修复过程中，食管贲门交界处的齿状线2cm以上的食管鳞状上皮被特殊的柱状上皮取代，称之为Barrett食管。Barrett食管发生溃疡时，又称Barrett溃疡。Barrett食管是食管腺癌的主要癌前病变，其腺癌的发生率较正常人高出30~50倍。

1.1.2 发病特点

反酸、烧心多发生在白天，夜间少见，病情较重者也可见于夜间；就餐或餐后平卧时的反酸、烧心发作多于空腹时；促动力剂和抑酸剂治疗有效。

1.1.3 诱发因素

经常进食油腻饮食或过饱；经常进食巧克力、咖啡、浓茶等；长期吸烟饮酒；经常排便困难；经常精神紧张、生气易怒、劳累及抑郁；妊娠；经常紧束腰带；肥胖；幽门螺杆菌感染；食管裂孔疝；胃切除术后等均为本病的诱发因素。

1.1.4 理化检查

(1) 内镜及食管黏膜活检检查：内镜检查是诊断本病的准确方法，并能判断本病的严重程度和有无并发症，结合活检可与其他原因引起的食管炎和其他食管病变相鉴别。根据内镜下所见食管黏膜的损害程度进行本病分级，有利于病情的判断，并能指导治疗。

(2) 24小时食管pH监测：正常时pH<4的时间在6%以下，持续5分钟以上的次数≤3次，反流最长持续时间为18分钟。根据有关参数测算酸反流计分：>15分为阳性，15~50分为轻度酸反流，51~100分为中度酸反流，>100分为重度酸反流。需注意的是在进行该项检查前3日应停用抑酸药与促胃动力的药物。

(3) 食管吞钡X线检查：该检查对诊断本病敏感性不高，假阴性较多。对不愿接受或不能耐受内镜检查者应行该检查，其目的主要是排除食管癌等其他食管疾病。本病严重者可发现阳性X线征。

(4) 食管测压：可测定LES的长度和部位、LES压、LES松弛压、食管体部压力及食管上括约肌压力等。正常人LES静息压为2~4kPa（15~30mmHg），或LES压力与胃腔内压力比值>1。当LES静息压<0.5kPa（6mmHg）或LES压力与胃腔内压力比值<1时，则提示LES功能不全或有本病存在。

(5) 胃-食管闪烁显象：此法可估计胃-食管的反流量。在患者腹部缚上充气腹带，空腹饮入含有300单位 $^{99m}\text{Tc}-\text{Sc}$ 的酸化橘子汁溶液300ml，并再饮冷开水15~30ml，以清除食管内残留试液，直立显像。正常人10~15分钟后胃以上部位无放射性存在，否则表示有反流性食管炎存在，此法的敏感性与特异性约为90%。

1.2 分类诊断

1.2.1 内镜诊断分级 (表1)

表1 中华医学会消化内镜分会反流性食管炎(烟台)标准

分级	内镜下表现	积分
0	正常(可有组织学改变)	0
I a	呈点状或条状发红, 糜烂<2处, 无融合现象	1
I b	呈点状或条状发红, 糜烂≥2处, 无融合现象	1
II	有条状发红, 糜烂, 并有融合, 但非全周性, 融合<75%	2
III	病变广泛, 发红或溃疡, 糜烂融合呈全周性, 融合≥75%	3

必须注明各病变部位(食管上、中、下段)和长度;若有狭窄应注明狭窄直径和长度;Barrett食管应注明其长度,有无食管裂孔疝。

1.2.2 基本病理改变与病理分级(表2)

- (1) 食管鳞状上皮细胞增生,包括基底细胞增生超过3层和上皮延伸。
- (2) 黏膜固有层乳头向表面延伸,达上皮层厚度的2/3,浅层毛细血管扩张、充血和(或)出血。
- (3) 上皮细胞层内中性粒细胞、淋巴细胞浸润。
- (4) 黏膜糜烂或溃疡形成,炎症细胞浸润,肉芽组织形成和(或)纤维化。
- (5) 齿状线。

本病可有鳞状上皮细胞假上皮瘤性增生或纤维母细胞和血管内皮细胞增生,伴一定程度的细胞异型性,应防止误诊为癌或肉瘤。

表2 基本病理改变与病理分级

病变	分级		
	轻度	中度	重度
鳞状上皮增生	+	+	+
黏膜固有层乳头延伸	+	+	+
上皮细胞层内炎症细胞浸润	+	+	+
黏膜糜烂	-	+	-
溃疡形成	-	-	+
Barrett食管改变	-	-	+、+/-

1.3 证候诊断

1.3.1 肝胃不和

主症: ①脘胁胀痛; ②反酸烧心。

次症：①气怒症重；②喜太息；③暖气呃逆；④胃脘嘈杂；⑤咽部异物感；⑥舌淡苔白；⑦脉弦。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.2 肝胃郁热

主症：①反酸烧心；②胸痛连及两胁。

次症：①胃脘灼痛、嘈杂；②口干口苦；③大便不爽；④舌红苔黄；⑤脉弦数。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.3 脾胃虚寒

主症：①胃痛隐隐，绵绵不休，喜温喜按；②空腹或受凉时疼痛加剧，得饮食或温熨后减轻。

次症：①面色无华；②泛吐清水；③神疲纳差；④肢倦不温；⑤大便溏薄；⑥舌淡胖，边有齿痕，苔薄白；⑦脉沉细无力。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.4 胃阴不足

主症：①口燥咽干，饥不欲食；②胃脘隐隐灼热；③舌红少津。

次症：①胃脘隐痛；②胃脘嘈杂；③脘痞不舒；④干呕呃逆；⑤大便干结；⑥脉细数。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.5 气郁痰热

主症：①咽部不适，咽之不下，咯之不出；②反吐酸水。

次症：①胃脘胀满不适；②或有胃脘疼痛；③口苦，咯痰黏滞；④舌红苔黄腻；⑤脉弦滑。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.6 气滞血瘀

主症：①反酸烧心，暖气频作；②吞咽困难并呈持续性胸骨后疼痛；③舌黯苔白，或有瘀斑；④脉弦涩。

次症：①胃脘胀痛；②口干不欲饮；③胁闷不舒；④或有刺痛。

证候确定：主症2项加次症2项。

1.3.7 脾虚痰阻

主症：①泛吐酸水，恶心；②胸骨后隐痛。

次症：①乏力身重；②纳差；③或泛吐痰涎；④或便溏；⑤舌淡胖苔滑腻；⑥脉细滑。

证候确定：主症2项加次症2项。

2. 分证论治

2.1 肝胃不和证

治法：疏肝理气，和胃降逆。

主方：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。

药物：柴胡9g，香附9g，陈皮9g，炒枳壳9g，白芍10g，炙甘草5g，乌贼骨9g，白及12g，鸡内金9g，清半夏9g，代赭石15g，旋覆花10g。

2.2 肝胃郁热证

治法：泻热清肝，降逆和中。

主方：丹栀逍遥散（《校注妇人良方》）合左金丸（《丹溪心法》）加减。

药物：柴胡9g，黄连5g，山栀9g，丹皮10g，吴茱萸3g，白芍10g，当归10g，白术10g，茯苓10g，炙甘草5g，龙胆草6g，清半夏9g。

2.3 脾胃虚寒证

治法：温中散寒，健脾益胃。

主方：黄芪建中汤（《金匮要略》）合理中丸（《伤寒论》）加减。

药物：生黄芪15g，饴糖15g，干姜9g，桂枝9g，白芍10g，太子参15g，白术10g，炙甘草5g，茯苓10g，姜半夏10g，砂仁3g，吴茱萸3g，陈皮9g。

2.4 胃阴不足证

治法：益胃和中，养阴生津。

主方：一贯煎（《续名医类案》）加减。

药物：生地15g，太子参15g，北沙参10g，麦冬10g，当归10g，炒川楝6g，茯苓10g，枸杞子10g，鸡内金9g，陈皮9g，乌梅10g，半夏曲10g。

2.5 气郁痰热证

治法：顺气降逆，清热化痰。

主方：五磨饮子（《济生方》）合温胆汤（《伤寒论》）加减。

药物：清半夏9g，沉香粉3g^{（冲）}，乌药9g，焦槟榔9g，木香6g，鲜竹茹20ml^{（兑服）}，枳实9g，陈皮9g，茯苓10g，全瓜蒌15g，生甘草5g。