



慢性胃炎

中西医诊疗

杜艳茹 王彦刚 柴天川 主编

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社



慢性胃炎

中西医诊疗

杜艳茹 王彦刚 柴天川 主编

中国中医药出版社
· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

慢性胃炎中西医诊疗/杜艳茹, 王彦刚, 柴天川主编. —北京: 中国中医药出版社, 2019. 3

ISBN 978 - 7 - 5132 - 5451 - 9

I. ①慢… II. ①杜…②王…③柴… III. ①慢性病—胃炎—中西医结合疗法
IV. ①R573. 305

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 301920 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 010 - 64405750

廊坊市晶艺印务有限公司印刷

各地新华书店经销

开本 787 × 1092 1/16 印张 16.5 字数 308 千字

2019 年 3 月第 1 版 2019 年 3 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 5451 - 9

定价 59.00 元

网址 www.cptcm.com

社长热线 010 - 64405720

购书热线 010 - 89535836

维权打假 010 - 64405753

微信服务号 zgzyycbs

微商城网址 <https://kdt.im/LIdUGr>

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

天猫旗舰店网址 <https://zgzyycbs.tmall.com>

如有印装质量问题请与本社出版部联系 (010 - 64405510)

版权专有 侵权必究

《慢性胃炎中西医诊疗》

编委会名单

主 编

杜艳茹 王彦刚 柴天川

副主编

刘 宇 孟 元 王 雨 王悦芬

王 健 赵 灿 裴艳涛

编 委

王 杰 王晓梅 田雪娇 吕静静

任玉青 孙润雪 杨天笑 周平平

周盼盼 郝新宇 姜 茜 袁宗洋

黄 松 章 蒙 集川原 焦艳竹

狄紫蕊 任雪童

前 言

慢性胃炎是临床常见的消化系统疾病，其发病率在各种胃病中居首位。慢性胃炎因其病程较长、缠绵难愈、反复发作的特点，成为危害人们健康的主要慢性疾病之一。随着经济和医学的不断发展，中、西医近年来对慢性胃炎开展了深入的临床和实验研究，取得了丰硕成果。为向临床医生提供更多的中、西医诊治慢性胃炎的最新进展，提高其诊治疾病的能力和水平，作者经过多方面的学习，编撰此书。

本书共分十三章，基本详尽地介绍了慢性胃炎中西医诊疗相关的内容。第一至第三章阐述了慢性胃炎概述、中医学对脾胃的认识和西医学对胃的认识；第四章分别详述了慢性胃炎的中医、西医和中西医结合研究的病因及发病机制；第五至第六章介绍了慢性胃炎的常见症状和并发症；第七章为慢性胃炎常用检查，如胃镜检查、十二指肠镜检查、超声内镜检查、共聚焦内镜检查、幽门螺杆菌检查、胃液检查、胃功能检查和X线检查等；第八章为慢性胃炎常用药物，包括常用中药、药对、方剂、自制中成药及西药等；第九至第十章详述了慢性胃炎的常见类型及特殊类型，每一类型均包括中西医的疾病认识、病因及发病机制、临床表现、诊断和治疗；第十一章为慢性胃炎的保健调理，包括起居调摄、饮食调理、情志调理、运动保健和其他调养方法；第十二章为慢性胃炎研究进展；第十三章为作者根据多年临床经验甄选出的典型病例，旨在更形象深入地为广大读者提供理论之外的心得体会。

本书在编写过程中力求内容全面、层次清晰，期盼其具有巨大的临床实用价值，为工作在临床第一线的广大医师朋友们提供更好的指导和帮助。

本书读者对象为脾胃科医生，包括县级医院、乡镇医院及社区医疗服务中心的医务人员；另外还包括广大研究生、进修生、医学院校学生等，可作为其工作和学习的工具书及辅助参考资料。

由于时间仓促，专业水平有限，书中不免存在不妥之处和纰漏，敬请读者和同仁提出宝贵意见，以便今后修订完善。

编者

2018年7月

目 录

第一章 慢性胃炎概述	1
第二章 中医学对脾胃的认识	5
第一节 脾胃的生理病理	5
第二节 脾胃与其他脏腑的联系	8
第三章 西医学对胃的认识	12
第一节 消化系统简介	12
第二节 胃的形态及组织结构	13
第三节 胃的生理功能	18
第四章 慢性胃炎病因及发病机制	25
第一节 慢性胃炎的中医病因病机	25
第二节 慢性胃炎的西医病因及发病机制	27
第三节 中西医结合对慢性胃炎病因病理的研究	30
第五章 慢性胃炎常见症状	35
第一节 胃痛	35
第二节 痞满	38
第三节 嗝气	41
第四节 呃逆	42
第五节 反酸	45
第六节 嘈杂	46
第七节 呕吐	47
第八节 烧心	50

第九节 胃缓	51
第十节 纳呆	52
第十一节 反胃	55
第六章 慢性胃炎常见并发症	57
第七章 慢性胃炎常用检查	60
第一节 胃镜检查	60
第二节 十二指肠镜检查	62
第三节 超声内镜检查	63
第四节 共聚焦内镜检查	65
第五节 幽门螺杆菌检查	66
第六节 胃液检查	71
第七节 胃功能检查	74
第八节 X线检查	78
第八章 慢性胃炎常用药物	81
第一节 慢性胃炎常用中药	81
第二节 慢性胃炎常用药对	95
第三节 慢性胃炎常用方剂	102
第四节 慢性胃炎常用自制中成药	112
第五节 慢性胃炎常用西药	117
第九章 慢性胃炎常见类型	128
第一节 慢性非萎缩性胃炎	128
第二节 慢性萎缩性胃炎	140
第三节 胆汁反流性胃炎	148
第十章 特殊类型慢性胃炎或胃病	158
第一节 淋巴细胞性胃炎	158
第二节 疣状胃炎	160
第三节 Menetrier病	166
第四节 肥厚性胃炎	169

第十一章	慢性胃炎的保健调理	172
第一节	起居调摄	172
第二节	饮食调理	175
第三节	情志调理	183
第四节	运动保健	188
第五节	其他调养方法	197
第十二章	慢性胃炎研究进展	208
第一节	慢性胃炎中医诊疗专家共识意见（2017）	208
第二节	中国慢性胃炎共识意见（2012）	218
第三节	胃痛中医诊疗专家共识意见（2016）	227
第四节	胃脘痛中医诊疗专家共识意见（2017）	232
第十三章	慢性胃炎的典型病例	241
病例一	慢性非萎缩性胃炎	241
病例二	慢性糜烂性胃炎	242
病例三	慢性萎缩性胃炎	243
病例四	胆汁反流性胃炎	244
病例五	慢性胃炎合并口腔溃疡	246
病例六	疣状胃炎	247
病例七	慢性胃炎合并痤疮	248
参考文献		250

第一章 慢性胃炎概述

一、中医学对慢性胃炎的认识

1. 病名

慢性胃炎，中医学中并无此病名，而对该病却极为重视，并且不单纯地视之为胃病，而认为是脾胃的“纳与化”“升与降”“燥与湿”3个方面关系失常，导致发生多种症状，而据其临床表现，可将其归属于中医学“胃脘痛”“胃痞”“嘈杂”“痞胀”“呕吐”等范畴，其中“胃脘痛”最常见。

胃脘痛是指以心窝部以下，脐以上的胃脘部疼痛为主症，或伴有脘胀、纳呆、泛酸、嘈杂、恶心、呕吐等症的一种疾病。《灵枢·邪气脏腑病形》有“胃病者，腹膜胀，胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，饮食不下，取之三里也”等描述，阐明了本病的主要病变部位、临床表现及治法，同时《黄帝内经》还进一步指明了胃痛的发生与脾及肝气横逆犯胃有关。

2. 历代医家对本病病因病机及治疗上的认识

有关于胃脘痛的记载最早见于《黄帝内经》，如《素问·六元正纪大论》谓：“木郁之发……故民病胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，饮食不下。”《素问·五常政大论》中云：“少阳司天，火气下临……心痛胃脘痛。”对其病因和病机的认识，《素问·至真要大论》云：“厥阴司天，风淫所胜……民病胃脘当心而痛。”指出胃脘痛与木气偏盛，肝胃失和有关。故《黄帝内经》中对胃脘痛病因病机及治疗的认识之论述为后世医学研究胃脘痛奠定了基础。

汉代张仲景有许多治疗胃脘痛的经典方，如附子粳米汤、芍药甘草汤、吴茱萸汤、大小建中汤等，且在《金匮要略·水气病脉证并治》中云：“气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作，桂枝去芍药加麻辛附子汤主之。”提出了水饮停胃导致的胃脘痛的病因病机及治疗方法。

在唐宋以前，胃脘痛多与心痛相混淆而称。如唐代孙思邈在《备急千金要方·心腹痛》中云：“九痛丸，治九种心痛……一虫心痛，二疰心痛，三风心痛，四悸心痛，五食心痛，六饮心痛，七冷心痛，八热心痛，九来去心痛。”以上九种心痛大部分实际上指的是胃脘痛。宋代医籍中也有许多关于九心痛的记载，都继承了《备急千金要方》的思想，如严用和的《济生方·心腹痛门·心痛论治》中“夫心

痛之病，医经所载凡有九种……其名虽不同，而其所致皆因外感六淫，内伤七情，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，造成心痛”，也是将心痛与胃脘痛相混而称。

元朝的朱丹溪始认为九种心痛实为胃脘痛的第一人，他在《丹溪心法·心脾痛》中明确指出了“心痛，即胃脘痛”，且较细致地将胃脘痛分作寒、热、气、湿、痰积、死血、虚、虫八类。李东垣则在《兰室秘藏·卷二》中首次将胃脘痛列为一个独立病证来论证，对胃脘痛的病机治则治法进行了阐述，并拟定了用于治疗胃脘痛的神圣复气汤、草豆蔻丸、麻黄豆蔻丸3方。

明朝以后的医家不但已将胃脘痛与心痛区别开来当作一个独立的病证，而且对其病因病机及辨证论治的论述都大有发挥，认为“胃脘痛”早期多由外邪、饮食、情志所伤，为实邪；后期常以脾虚、肾虚等虚证为主。实则邪扰胃腑，虚则胃失所养，并常出现由实转虚，因虚致实等虚实错杂之证。但无论病因病机如何，其共同之处在于最终导致胃气失和，气机不利，胃失濡养，不通则痛。如张介宾在《景岳全书·心腹痛》中对胃脘痛病因的论述“胃脘痛证，多由因食，因寒、因气不顺者……因虫、因火、因痰、因血者……惟食滞，寒气滞者最多”，认为胃脘痛与气的关系最为密切，无论是食停或者寒留均可引起胃脘气滞，在治疗上应以理气为主。

清代的医家继承了明代医家对胃脘痛病因病机与“气”密切相关的思想，更是对该病的辨证治疗有了更进一步的拓展。如清代高士宗在《医学真传·心腹痛》中曰：“所痛之部，有气血阴阳之不同，若概以行气消导为治，漫云通则不痛。夫通则不痛，理也。但通之之法，各有不同。调气以和血，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，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。”指出胃脘痛在治疗上应以“通则不痛”为治疗大法，但不能拘于“通下”之法，而应以病因的角度分别采用散寒、消食、理气、泻热、化瘀、除湿、养阴、温阳等治法配合适当的辛香理气之品共奏“通则不痛”之功。叶天士在《临证指南医案·胃脘痛》中对该病的辨证论治颇有独到之处，如他说“初病在经，久病入络，以经主气，络主血，则知其治气活血之当然……辛香理气，辛柔和血之法，实为对待必然之理”，“夫通则不痛，痛字需究气血阴阳，便是看诊要旨也”，“胃痛久而屡发，必有凝痰聚淤”。他还提出了胃脘痛初起病在气分，与气滞关系密切，久病则入血分，治疗上要辨明在气分还是血分，应有理气活血之偏重的观点，先倡胃脘痛“久病入络”之说。另外，针对胃脘痛不同证型的治疗，有不少医家提出了自己独特的见解，如顾靖远在《顾氏医镜·胃脘痛》中主张对肝脾不和者以芍药甘草汤加减，伴气滞者加四磨饮，血瘀者加失笑散，食滞者加保和丸，热证用黄芩汤或竹叶石膏汤等等。高鼓峰则在《医宗己任编》中提出了用逍遥散加生

地黄、牡丹皮、山梔，或疏肝益肾汤加柴胡、白芍、当归治疗阴虚胃脘痛伴燥热口渴等症状的观点。

二、西医学对慢性胃炎的认识

慢性胃炎 (chronic gastritis) 系指各种不同原因所引起的胃黏膜慢性炎性病变。其病理变化多局限于胃黏膜层，病变实质主要是胃黏膜上皮经常遭受各种致病因子的反复侵袭，胃黏膜发生再生改造，最后可导致不可逆的固有腺体萎缩，甚至消失，并可伴有肠上皮化生的癌前组织学病变。本病是一种常见病、多发病，占门诊接受胃镜检查患者的 80%~90%，其发病率居各种胃病之首。本病男性多于女性，50 岁以上者发病率可达 50%，且随年龄的增长发病率呈上升趋势。慢性胃炎具有病程较长、缠绵难愈、反复发作的特点，临床表现又不规则，且无典型症状，尤其是慢性萎缩性胃炎伴大肠型化生、不典型增生，被认为与胃癌有一定关系。在我国，胃癌是常见的恶性肿瘤之一，严重威胁着人们的健康。

人们对慢性胃炎的认识经历了一个漫长的过程。1728 年，Stahl 首先提出了慢性胃炎的诊断，但对其诊断始终存在分歧。1830 年，Cruveilhier 发现溃疡病之后，对于上腹部疼痛的患者，常诊断为溃疡病或胃神经官能症而不诊断为胃炎。1936 年，Shindler 根据胃镜下所见结合手术时全层胃黏膜活组织检查的发现，首先将慢性胃炎分为慢性非萎缩性胃炎、慢性萎缩性胃炎、慢性肥厚性胃炎 3 种。1949 年，Wood 用盲目胃黏膜活检法做了大量工作，将慢性胃炎分为慢性非萎缩性胃炎、慢性萎缩性胃炎、胃的萎缩 3 种类型。1972 年，Whitehead 等提出：把慢性非萎缩性胃炎和慢性萎缩性胃炎区别开来；确定病变部位是胃窦或胃体；注明肠上皮化生、胃炎活动性和萎缩程度。1973 年，Stricknand 等主张以病变部位结合壁细胞抗体阳性检测结果作为依据，将慢性萎缩性胃炎分为 A 型和 B 型。1982 年，我国慢性胃炎学术会议将其分为慢性非萎缩性胃炎和慢性萎缩性胃炎。1983 年，澳大利亚学者 Warren 和 Marshall 首次从胃黏膜组织中分离出幽门螺杆菌，并提出该菌可能是慢性胃炎的病原菌。1990 年，在第九届世界胃肠病学术大会上，Misiewicz 等提出了“悉尼系统”——一种新的胃炎分类法，把病因、相关病原、组织学及内镜均纳入诊断；“悉尼系统”及 1994 年的“新悉尼系统”，使胃炎的分类及诊断更为完整全面。

慢性胃炎病因学尚未完全阐明，主要病因有幽门螺杆菌感染、免疫因素、十二指肠肠液及胆汁反流，某些因素之间可能还有相加或协同损害作用。

大多数慢性胃炎患者无明显症状，或有程度不同的消化不良的症状，如进餐后加重的上腹不适、饱胀、无规律的腹痛、反酸、嗝气、烧灼感、食欲减退、恶心、呕吐等。少数伴有胃黏膜糜烂者可有上消化道出血的表现，一般为少量出血，患者

可伴有体重减轻、贫血等。慢性胃炎大多数无明显体征，有时可有上腹部轻压痛。

由于慢性胃炎非常多见，特别是慢性萎缩性胃炎治疗比较困难，且易发生癌变，因而备受重视，中医、西医近年来开展了深入的临床和实验研究，取得了丰硕成果，总结了许多有成效的中西医治疗方法，在内服外治、针灸推拿、养生食疗等方面积累了丰富的经验，形成了比较系统的辨证论治体系，而现代医学检测手段不断进步，广大医务工作者通过中西医结合，辨证与辨病结合方法治疗本病，进一步促进了临床疗效的提高。特别是对于慢性胃炎的辨证分型、立法选方诸方面，国内中医、中西医结合界提出了颇有临床指导意义的分型标准、治疗方案、疗效标准，为本病的治疗提供了指导依据。

第二章 中医学对脾胃的认识

第一节 脾胃的生理病理

一、脾的生理病理

(一) 脾的生理特性

1. 脾宜升则健

升，有升浮向上之意。人体五脏的气机各有升降，心肺在上，在上者其气宜降；肝肾在下，在下者其气宜升；脾胃居中，脾气宜升，胃气宜降，为气机上下升降之枢纽。五脏之气机升降相互为用，相互制约，维持人体气机升降出入的整体协调。脾气主升，是指脾之气的运动特点是以上升为主。脾气健旺则运化水谷精微的功能正常，脾能升清，则气血生化有源。所以说“脾宜升则健”。

2. 脾喜燥恶湿

脾胃在五行中属土，但按阴阳学说来分类，脾为阴土，胃为阳土，脾为太阴湿土之脏，胃为阳明燥土之腑，脾喜燥恶湿，胃喜润恶燥。脾主运化水湿，以调节体内水液代谢的平衡。脾虚不运则最易生湿，而湿邪过多又最易困脾。如《临证指南医案》说：“湿喜归脾者，与其同气相感故也。”故称脾“喜燥恶湿”。燥代表着脾主运化水液正常，人体内没有多余水液停积的生理状态；而湿则反映着脾运化水液功能失常，水湿停聚于内的病理状态。

3. 脾之气与长夏相应

长夏，即农历六月，相当于“夏三月”的最后一月。中医学认为，五脏与自然界四时阴阳相通应。脾为太阴湿土之脏，而长夏之气以湿为主，为土气所化，与人体脾土之气相通，故脾气应于长夏。长夏之季，天阳下迫，地气上蒸，湿为热蒸，则酝酿生化。故春生夏长，秋收冬藏，皆以长夏之化为中心。四时若无长夏之化，则草木虽繁茂而果实不成，秋既无收，冬亦无藏。人体若无脾土生化之功，则虽饮食日进，而气血不化，四脏皆失滋养。但长夏之湿虽主生化，而湿之太过，反困其脾，导致运化失常。故至夏秋之交，脾弱者易为湿伤，诸多湿病亦由此而起，长夏季节用药，往往可加入藿香、佩兰等芳香醒脾燥湿之品。

（二）脾的生理病理特点

1. 主运化

“运”即运输、转输，《内经》中也用“散”“传”等字。“化”是变化，包括对饮食的消化，使之变成精微物质，以及将这些精微物质逐渐地转化为人体的气血津液。脾主运化，包括运化水谷和运化水液两个方面。

（1）运化水谷：水谷，泛指各种食物。运化水谷，指脾对食物的消化、吸收、布散、转化等作用，即对食物的消化吸收、对精微物质的转运输布及其转化为气血津液等一系列生命过程。人体必须依赖于脾的运化，才能把饮食水谷转化成可以被人体利用的精微物质。同样，亦要靠脾的转输，才能将这些精微物质输送到各脏腑组织器官，使其发挥正常的生理功能。如《素问·经脉别论》所说“食气入胃，散精于肝……浊气归心，淫精于脉……饮入于胃，游溢精气，上输于脾；脾气散精，上归于肺”等，说明饮食物中营养物质的吸收，全赖于脾的转输才能布达于全身。而脾的这种生理功能，也是《素问·厥论》所说的：“脾主为胃行其津液者也。”

中医学认为，脾的运化水谷的功能，全赖于脾气，只有在脾气强健的情况下，水谷精微才得以正常的消化吸收，为化生精、气、血、津液提供足够的养料，从而使人体脏腑、经络、四肢百骸，以及皮毛筋肉等得到充分的营养，以维持正常的生理功能。若脾气虚损，运化水谷的功能减退，则机体的消化吸收功能失常，则可出现腹胀、便溏、食欲不振，甚则面黄肌瘦、倦怠乏力等病变。还可因气血生化不足、正气虚损而变生他病。如《脾胃论·脾胃盛衰论》所说：“百病皆有脾胃衰而生也。”

由于人出生后，全赖于脾胃运化的水谷精微以化生气血来维持生命活动，所以中医有“脾胃为后天之本”“气血生化之源”之说。如《医宗必读·肾为先天之本脾为后天之本》说：“一有此身，必资谷气。谷入于胃，洒陈于六腑而气至，和调于五脏而血生，而人资之以为生者，故曰后天之本在脾。”

（2）运化水液：指脾对水液的吸收、转输和布散功能，是脾主运化的重要组成部分。脾运化水液的功能包括两个方面：一是摄入到人体内的水液，需经过脾的运化转输，气化成津液，通过心肺而到达周身脏腑组织器官，发挥其濡养、滋润作用；二是代谢后的水液及某些废物，亦要经过脾转输而至肺、肾，通过肺、肾的气化作用，化为汗、尿等排出体外，以维持人体水液代谢的协调平衡。由于脾位于人体中焦，故在水液代谢中起着重要的枢纽作用。因此，只有脾气强健，则运化水液的功能才能正常发挥，方能防止水液在体内不正常的停滞，亦就防止了湿、痰、饮等病理产物的产生。如果脾气虚，运化水液功能减退，则水液代谢障碍，多余的水液停

滞于局部，即可产生痰饮、湿浊水肿等病变。由于很多水湿停聚的病变均为脾的功能失常而引起，故《素问·至真要大论》说：“诸湿肿满，皆属于脾。”这就是脾生湿、脾为生痰之源和脾虚水肿的发病机制。

2. 主统血

统是统摄、控制的意思。脾主统血包括两个方面：一是脾气固摄血液，令其在脉管内运行，而不逸出脉外；二是指脾通过运化水谷精微化生血液的功能。中医学认为，血液的正常运行除了靠心气的推动，也赖于脾气的统摄。脾的统血功能为血液的运行提供了控制力和约束力，使血液循经而行而不致溢出脉外，防止其出血以维持正常的血液循环。《难经·四十二难》说：“脾……主裹血。”亦即脾气有裹护血液，防止外逸的意思。又如沈自南《金匱要略注·卷十二》亦说：“五脏六腑之血，全赖脾之统摄。”脾气健旺，生血充盈；脾气强健，血液才得以正常运行而不逸出脉外。若脾气虚损，统血功能失常，中医称之为脾不统血，临床可见尿血、便血、崩漏、肌肤发斑等。脾不统血的出血特点是既有脾气不足之证，也有生血不旺之机，出血与血虚并见。多发生在人体下半部，颜色浅淡，可伴有脾气虚的其他症状，如倦怠乏力、面色无华等，中医往往采用“补脾摄血”的方药来治疗。

3. 主升清

升，即上升；清，指清阳，为轻清的精微物质。脾主升清，是指脾气具有把轻清的精微物质上输于头目、心、肺及维持人体脏器位置恒定的生理功能。

脾主升清的功能主要体现于以下两个方面：一是将精微上输心肺头目。脾主升清可将精微上输于头目心肺，以滋养清窍，并通过心肺的作用化生气血，以营养周身。故《临证指南医案》说：“脾宜升则健。”如果因某种原因导致脾不升清，则清窍失于水谷精微的滋养，可见面色无华、头目眩晕；清阳不升，水谷并走大肠，则可见腹胀、泄泻等症，故《素问·阴阳应象大论》说：“清气在下，则生飧泄。”二是维持内脏位置的相对恒定。即脾气的上升作用，还可以对内脏起升托作用，使其恒定在相应位置。这是因为人体内脏位置的恒定需要筋肉的牵拉和固定，而这些筋肉需赖脾运化的水谷精微的充养才能强健有力。如果脾气虚损，不能升清反而下陷，即脾的升托作用减退，导致内脏下垂，如胃下垂、肾下垂、子宫脱垂、直肠脱垂等，中医学称之为“中气下陷证”。

二、胃的生理病理

（一）胃的生理特性

胃喜润恶燥，是指胃当保持充足的津液以利饮食物的受纳和腐熟。胃的受纳腐熟，不仅依赖胃气的推动和蒸化，亦需胃中津液的濡润。胃中津液充足，则能维持

其受纳腐熟的功能和通降下行的特性。胃为阳土，喜润而恶燥，故其病易成燥热之害，可致胃中津液每多受损。

（二）胃的生理病理特点

1. 主受纳、腐熟水谷

胃主受纳水谷，是指胃气具有接受和容纳饮食水谷的作用。饮食入口，经过食管（咽）进入胃中，在胃气的通降作用下，由胃接受和容纳，暂存于其中，故胃有“太仓”“水谷之海”之称。胃主腐熟水谷，是指胃气将饮食物初步消化，并形成食糜的作用。精微物质被吸收，并由脾气转输而营养全身，未被消化的食糜则下传于小肠作进一步消化。机体精气血液的化生，都依赖于饮食物中的营养物质，故胃又有“水谷气血之海”之称。因此，胃气的受纳腐熟功能对于人体的生命活动十分重要。胃气受纳腐熟水谷功能的强弱，可以通过食欲和饮食多少反映出来。

胃气的受纳、腐熟水谷功能，必须与脾气的运化功能相互配合、纳运协调才能将水谷化为精微，进而化生精气血津液，供养全身。《素问·平人氣象论》说：“人以水谷为本。”《素问·玉机真脏论》也说：“五脏者皆禀气于胃，胃者五脏之本也。”说明胃气之盛衰有无，关系到人体的生命活动及其存亡。故李东垣在《脾胃论·脾胃虚实传变论》中说：“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气。若胃气之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也。”

2. 主通降

胃主通降，是指胃有通利下降的生理功能及特性。胃气的通降作用，主要体现在饮食物消化和糟粕的排泄：饮食物入胃，经胃气的腐熟作用而形成食糜，通过泌别清浊，其清者经脾的运化输布周身，浊者下降到大肠，形成糟粕排除到体外。藏象学说也以脾胃之气的升降运动来概括整个消化系统的生理功能。脾宜升则健，胃宜降则和，脾升胃降协调，共同促进饮食物的消化吸收。

胃主通降、功能失常，中医称为胃失和降及胃气上逆。所以，胃失和降，则出现纳呆脘闷，胃脘胀满或疼痛、大便秘结等症。若胃气不降反而上逆，则出现恶心、呕吐、呃逆、暖气等胃气上逆之候。胃失和降，不仅影响六腑的通降，还会影响全身气机的升降，从而出现各种病理变化。如《素问·逆调论》即有“胃不和则卧不安”之论。

第二节 脾胃与其他脏腑的联系

一、脾与胃

脾与胃为表里，同居脘腹中焦，共主消化吸收，关系至为密切。其主要的生理