

常见病对证自疗丛书

脾胃病



主编/李 青

常见病对证自疗丛书

以往出版的有关慢性病的图书，大多是单纯的西医诊疗技术或中医验方罗列，而本丛书则加强了中西医对比与结合的内容。细致地讲解了西医怎样看待疾病以及怎样通过药物或其他疗法进行治疗；中医如何看待同一个疾病以及怎样治疗，两者有什么区别，如何选择，如何结合运用。

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

常见病对证自疗丛书

脾胃病

编者/汤 宇 马楚明 王建芳
铁静梅 常毅刚 梁石川
霍华英 苏维霞 李家录

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

版权所有 侵权必究

购买本社图书，凡有缺、倒、脱页者，本社负责调换



本书详细介绍了脾胃病的中西医治疗思路、方法，以及中医名家对于脾胃病的辨证思路 and 分型辨治医案。中医案部分，收集证型全面、治疗效果确实，体现了中医学对脾胃病的临床治疗水平。本书适宜于中医临床专业人士、中医药院校学生阅读，也可供患者及其家属参考学习。



随着社会的进步，工作和生活方式的急剧变化，慢性病和其他一些健康问题在生活中越来越普遍，高血压、糖尿病、失眠、脾胃病等困扰着数以千万计的人们。在这些疾病或健康问题面前，中医日益显示出它的优势，在某些疾病的治疗中获得了极好效果，在另一些情况下与西医结合，成为重要的甚至是必不可少的诊疗部分。相应地，大量有关慢性病的中医治疗与保健图书陆续面世。这种情况无疑为广大患者和有关医务人员提供了便利条件，拓宽了患者和医师的治疗选择范围，也促进了中医与西医的结合发展。但是，总的来看，目前市面常见的此类图书，还存在比较明显的缺憾。主要是中西医对比与结合的阐述不够，简单罗列中医验方而不作解析，虽有大量医案却无原则性的用药指导等。这些问题，往往导致读者对内容的理解似是而非，有些问题甚至越看越糊涂，或者盲目地就此偏废中医或偏废西医。鉴于此，我们经过深入研究，组织编著了这套“对证自疗”丛书。

以往出版的有关慢性病的图书，大多是单纯的西医诊疗技术或中医验方罗列，而本丛书则加强了中西医对比与结合的内容。细致地讲解了西医怎样看待疾病以及怎样通过药物或其他疗法进行治疗；中医如何看待同一个疾病以及怎样治疗，两者有什么区别，如何选择，如何结合运用。

以往常见的慢性病图书中，虽然罗列很多验方验案，但是医家为什么这样用药，对于此种疾病可以将哪种方药作为基础进行加减运用，应当注意哪些事项，大多没有详细阐述。本丛书就以上问题进行了专门的编著。还特别增加了专门论述西医常见诊疗方法、如何选择中医西医、具体病证的中医指导性方药、名医临证心得、分型验案等内容。

在中医论治方面，编著者紧扣“辨证”，以此为核心，充分体现了中医精髓。中医治病注重“病”的异同，同时更加重视的是“证”的异同。一种病

的证型可分为多种，而一种证型往往变化多端。譬如“糖尿病”，中医学根据患者的不同表现，辨证为阴虚、气阴虚、虚热、上中下三消等证型分治，以期合理、精确地控制病情和症状，改善患者生存质量。常见的对糖尿病验方简单罗列，而不分型阐述的做法，无疑是不足取的，甚至会迷惑误导患者，以致适得其反。鉴于此，本丛书编著过程中对于分型辨治尽可能作出细致深入地阐述。

综上所述，为了便于医师及患者了解某种疾病的中医辨证、治疗全貌，本丛书以某种常见病为一册，详细介绍了中西医治疗的异同，并收集了近年来中医名家的辨治理论和临床分证辨治医案。全书理论周详、医案分型全面，相信能对读者的临床治疗和学术水平提高有所帮助。

患者朋友如运用本书中的治疗方法，请在医师的指导下进行！

编 者
2010 年 1 月



第 1 章 脾胃病的生理病理	1
第一节 胃肠生理	1
一、脾胃病的概念	1
二、胃的解剖与生理	3
三、小肠的解剖与生理	10
第二节 病理与病因	15
一、急性胃炎	15
二、慢性胃炎	17
三、功能性消化不良	19
四、消化性溃疡	21
第 2 章 诊断与治疗	26
一、急性胃炎	26
二、慢性胃炎	28
三、功能性消化不良	31
四、消化性溃疡	36
第 3 章 如何选择中西医	48
第一节 中西医诊疗模式的不同	48
一、西医与传统医学的区别	48
二、西医的诊疗模式	51
三、中医的诊疗模式	53
四、看西医还是看中医	57

第二节 中医的人体观与诊疗技术	66
一、脏腑体系	66
二、经络体系	68
三、辨证论治	70
四、四诊	74
五、方药	77
六、针灸	82
第4章 中医论脾胃病	84
第一节 病机与辨证分型	84
一、痞满	84
二、胃痛	88
第二节 不同证型方药指导	93
一、痞满	93
二、胃痛	108
第5章 名医临证心得	120
第一节 胃脘痛	120
李道本临证心得	120
单健民临证心得	121
吴士彦临证心得	123
徐景藩临证心得	125
印会河临证心得	128
杨积茂临证心得	129
第二节 胃炎	130
鲍菁临证心得	130
董建华临证心得	131
郝怀清临证心得	132
何炎燊临证心得	134
隗继武临证心得	135
姜春华临证心得	136

马骏临证心得	137
单兆伟临证心得	139
孙喜才临证心得	141
田德禄临证心得	142
王道坤临证心得	143
吴耀南临证心得	145
杨少山临证心得	147
周信有临证心得	148
第三节 溃疡	150
李克绍临证心得	150
李振华临证心得	152
单兆伟临证心得	153
汤一新临证心得	155
许鑫梅临证心得	155
于己百临证心得	157
第 6 章 辨证分型治疗验案	159
第一节 胃脘痛	159
一、食积中焦	159
二、寒湿中阻	162
三、中焦湿热	165
四、肝胃不和	167
五、肝郁脾虚	169
六、寒热夹杂	170
七、中焦虚寒	174
八、胃气阴虚	178
九、肝胃虚热	181
十、脾肾虚寒	183
十一、气滞血瘀	185
十二、其他证候	188
第二节 浅表性胃炎	189
一、脾胃虚弱	189

二、脾胃虚寒	191
三、肝郁犯胃	194
四、肝火犯胃	199
五、饮食积滞	201
六、寒湿中阻	202
七、脾胃湿热	205
八、痰热中阻	207
九、寒热夹杂	210
十、胃阴亏虚	212
十一、气滞血瘀	217
第三节 萎缩性胃炎	220
一、肝郁犯胃	220
二、肝郁化热	223
三、胃阴亏虚	225
四、胃气阴虚	229
五、气虚血瘀	231
六、脉络瘀阻	235
七、湿浊中阻	238
八、湿热蕴阻	241
九、中阳虚衰	243
十、其他证候	246
第四节 溃疡	248
一、湿热中阻	248
二、寒凝中焦	252
三、肝郁犯胃	255
四、肝火犯胃	260
五、瘀血阻络	262
六、中焦虚寒	265
七、脾胃虚弱	268
八、其他证候	273

参考文献	276
-------------	------------

第1章 脾胃病的生理病理

第一节 胃肠生理

一、脾胃病的概念

(一) 脾胃病概念限定

脾胃病应当说是一个中医概念，在西医疾病谱中没有这样的范畴。所谓脾胃病，是指与中医脏腑体系中的脾胃（脾脏和胃腑）有关或者以此脏腑损伤为主的疾病，其中多数疾病与西医的消化系统疾病重合。由于篇幅所限，本书不可能就中医脾胃病进行全面地介绍；而且本书的着眼点重在临床常见慢性病，故此我们选择临床最常见，也是最适于中西医结合诊疗的几种疾病作为主要内容。

这几种疾病分别是急性胃炎、慢性胃炎、消化性溃疡和功能性消化不良。而其对应的中医病证，基本上属于痞满、胃痛。虽然腹痛、呕吐、呃逆等作为以上疾病的重要症状，在临床上常见，而且有些患者会被诊断为腹痛、呕吐、呃逆等病证。但总的来讲，绝大多数情况还是会归于痞满与胃痛；而且，即使疾病没有诊断为痞满或胃痛，但从中医治疗来看，其治疗原则与针药使用，通常并无二致——“同药不同病”，这是中医的一个重要特点。简单讲，其原因在于不同医生的入手点不同，对于同一疾病有的从呕吐入手，有的从痞满入手，看起来不同，但是整体病机的把握基本类似，所以结果殊途同归。

综上所述，如果患者的西医诊断属于以上列出的4种西医消化系统疾病，

那么在结合中医治疗时，都可以参考中医的痞满、胃痛进行诊疗。

（二）西医概念分述

1. 急性胃炎 急性胃炎（acute gastritis）是由多种病因引起的胃黏膜急性炎症。临床上急性发病，病程较短。根据病因及病理变化的不同分为急性单纯性胃炎、急性糜烂性胃炎、急性化脓性胃炎和急性腐蚀性胃炎，前二者较为常见。临床表现常轻重不等，轻者常有腹痛、恶心、呕吐、消化不良；重者可有呕血、黑粪，甚至失水、酸中毒及休克等，也可无症状，而仅有胃镜下表现。一般短期内可治愈，少数留有后遗症。

2. 慢性胃炎 慢性胃炎（chronic gastritis）系多种原因所致胃黏膜慢性炎症性病变，病理变化基本局限于黏膜层，以淋巴细胞和浆细胞浸润为主，中性粒细胞和嗜酸性粒细胞可少量存在，病变分布不均匀，我国多数是以胃窦为主的全胃炎，后期以胃黏膜固有腺体萎缩和肠腺化生为主要病理特点。本病较常见，占门诊接受胃镜检查患者的 80%~90%，男性多于女性，发病率随年龄增长而逐渐提高。

慢性胃炎分类方法很多，我国 2000 年全国慢性胃炎研讨会共识意见将慢性胃炎分为三大类，即浅表性（又称非萎缩性，non-atrophic）、萎缩性（atrophic）和特殊性胃炎。

①慢性浅表性胃炎是指胃黏膜层见以淋巴细胞和浆细胞为主浸润的慢性胃炎，不伴胃黏膜萎缩性改变者，幽门螺杆菌感染是这类胃炎的主要的病因。

②慢性萎缩性胃炎是指胃黏膜已发生了萎缩性改变的慢性胃炎，常伴有肠上皮化生。慢性萎缩性胃炎又可分为多灶性萎缩性胃炎和自身免疫性胃炎两类，前者表现为萎缩性改变在胃内呈多灶性分布，病变以胃窦部为主，多由幽门螺杆菌感染所致的慢性浅表性胃炎发展而来，这类胃炎相当于以往命名的 B 型胃炎；后者表现为萎缩改变主要位于胃体部，由自身免疫引起，这类胃炎相当于以往命名的 A 型胃炎。

③特殊类型胃炎种类很多，有不同病因引起，临床少见，本书不再进行介绍。

3. 功能性消化不良 功能性消化不良（functional dyspepsia, FD）是一组临床综合征。病因尚不十分明确，有持续性，反复发作的上腹疼痛、上腹饱胀、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等上腹不适症状，病程一般规定为超过

1个月,经检查排除引起这些症状的器质性疾病。FD是临床上十分常见的一种功能性胃肠病,约1/3的人群患过此病,约占胃肠病专科门诊的50%。

4. 消化性溃疡 消化性溃疡(peptic ulcer, PU)主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡,因其形成与胃酸、胃蛋白酶的自身消化作用有关,故名为消化性溃疡,并可称之为胃溃疡(gastric ulcer, GU)或十二指肠溃疡(duodenal ulcer, DU)。

本病为全球性多发病,据估计,本病的总发病率可能占全球人口的10%左右,任何年龄均可发病,但以青壮年发病者居多。胃溃疡的发病年龄一般较十二指肠溃疡约晚10年,男性患者比女性多见,十二指肠溃疡比胃溃疡多见,但在胃癌高发地区胃溃疡的发病比例有所增加。

二、胃的解剖与生理

(一) 消化系统概要

消化系统由消化管和消化腺两部分组成。其功能主要是参与对食物的摄取、贮纳、消化(物理消化和化学消化)以及吸收营养物质和排泄食物残渣。

消化管为粗细不等的肌性管道,起于口腔,经咽和食管,穿膈进入腹腔连于胃,向下延续为小肠(十二指肠、空肠和回肠),再经大肠(盲肠、结肠、直肠、肛管),开口于肛门。临床上,通常把从口腔至十二指肠的一段管道称为上消化道,空肠以下的部分称为下消化道。关于消化道各部的位置与形态见图1-1。

(二) 胃的结构

1. 胃的形态与位置 胃是消化管中最膨大的部分。略呈“J”字形,具有贮纳、搅拌食物,并进行初步的消化、吸收及内分泌等功能。

胃是一个囊性器官,在活体上因体型、体位、生理状态等不同形态差异较大。但在外形上均可分为前壁和后壁,上缘和下缘,入口和出口。胃的入口称贲门,上接食管。胃的出口称幽门,下续十二指肠。胃在空虚时,前后壁明显。胃的上缘凹向右上方称胃小弯,通过小网膜悬于肝下。胃小弯最低点称角切迹。胃的下缘大部分凸向左下方称胃大弯,下悬大网膜。

胃分为4部:

①贲门部:贲门部位于贲门周围。

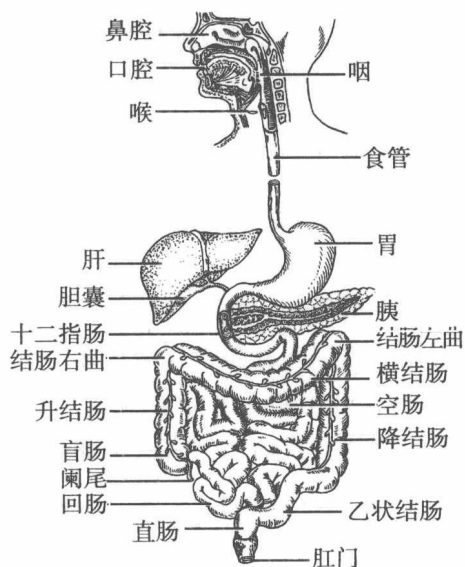


图 1-1 消化道的位置与形态

②胃底：在贲门平面以上的隆起称胃底，又称胃穹窿。

③胃体：角切迹与胃底之间的大部分称胃体。

④幽门部：角切迹至幽门之间的部分称幽门部。幽门部可分为左侧的幽门窦和右侧的幽门管。

以上结构中，胃小弯和幽门部是胃溃疡及胃癌的好发部位。

胃在中度充盈时，大部分位于左季肋区，小部分位于腹上区。贲门在第 11 胸椎左侧，幽门在第 1 腰椎右侧。其可因体型、体位、充盈程度等不同，位置稍有不同。一般矮胖者和小儿胃的位置较高，高瘦者较低。关于胃的结构与形态，见图 1-2。

2. 胃壁的结构 胃壁具有消化管壁的 4 层结构。在活体上黏膜呈玫瑰色，贲门、幽门附近略显苍白。胃黏膜形成许多皱襞，可随胃的充盈程度不同有所变化。在胃小弯侧有 4~5 条比较恒定的纵行皱襞与胃长轴平行，临床上称胃道。在幽门处，黏膜形成环形皱襞突向十二指肠，称幽门瓣。

胃的肌层发达，由内斜纤维、中环层、外纵层 3 种平滑肌构成。环层在幽门处增厚，形成幽门括约肌，在胃表面可触及，为判断幽门的标志，临床

上常称为幽门轮，其和幽门瓣均具有延缓胃内容物排空及防止十二指肠内容物逆流的作用。

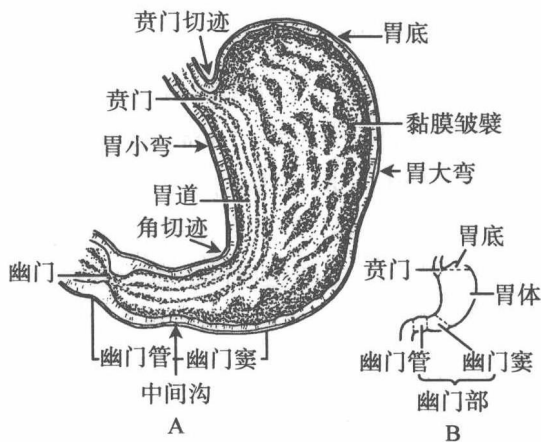


图 1-2 胃的结构与形态

贲门部没有明显的括约肌控制。但一般情况下，食物并不逆流入食管，其主要依靠以下结构控制：

- ①贲门部食管下端及胃的环形平滑肌均具有一定的括约作用。
- ②贲门切迹处呈钝角，其和贲门部的黏膜皱襞均起瓣膜作用。
- ③食管穿膈处，膈的内侧脚起弹簧夹的作用。
- ④腹腔的正压对食管腹段具有压迫作用。

(三) 胃内消化

胃是消化道内最膨大的部分，一般成人胃容量为 1~2L。胃具有暂时贮存食物的功能，同时还具有部分消化功能。其一，食物通过胃的机械性消化形成食糜（也就是通过胃的蠕动，将食物进一步磨碎、混合）；其二，通过胃的化学性消化（也就是胃内消化液对食物的“腐蚀”作用），使蛋白质初步分解；此后，食糜借助于胃的运动被逐步排入十二指肠，在小肠内进一步消化吸收。

1. 胃液的性质、成分和作用 胃黏膜是一个复杂的分泌器官，含有两类分泌细胞，一类是外分泌细胞，它们组成消化腺，包括贲门腺、泌酸腺和幽

门腺。胃液的主要成分就是这 3 种腺体分泌物的混合液；另一类是内分泌细胞，它们分散于胃黏膜中。

纯净的胃液是无色透明呈酸性的液体，pH 为 0.9~1.5，主要成分有盐酸、胃蛋白酶原、黏液和内因子。

(1) 盐酸：盐酸也称为胃酸。由泌酸腺区的壁细胞分泌。正常成人空腹时盐酸排出量（基础胃酸排出量）为 0~5mmol/h。在食物或某些药物刺激下，盐酸排出量可高达 20~25mmol/h。一般认为，盐酸排出量可反映胃的分泌能力，与壁细胞的数量呈正变关系，与壁细胞的功能状态也有一定关系。

分泌盐酸所需的 H^+ 来自于壁细胞质内的水。这些水分子被分解为 H^+ 和 HO^- ，然后经过一系列复杂的化学过程（包括 Cl^- 的交换），终致形成胃酸环境，并且同时维持其他组织的正常生理环境不受损害。餐后与大量胃酸分泌的同时，血和尿的 pH 往往升高而出现“餐后碱潮”，这一现象便与此相关。“餐后碱潮”通常属于正常的生理现象。

盐酸具有多种生理作用，主要如下：

①激活胃蛋白酶原，并为胃蛋白酶提供适宜的作用环境，同时还可使蛋白质变性而易于水解。

②杀死进入胃内的细菌，对维持胃和小肠的无菌状态有重要意义。

③盐酸随食糜排入小肠后，可间接地引起胰液、胆汁和小肠液的分泌。

④盐酸造成的酸性环境，有助于小肠内铁和钙的吸收。但盐酸分泌过多对胃和十二指肠黏膜有侵蚀作用，是溃疡病发病的主要原因之一。

(2) 胃蛋白酶原：胃蛋白酶原由泌酸腺的主细胞合成并分泌。胃蛋白酶原本身无生物学活性，进入胃后，在盐酸的作用下，它被水解掉一个小分子的肽链，转变为有活性的胃蛋白酶。胃蛋白酶本身也可激活胃蛋白酶原。

胃蛋白酶的生物学活性主要是水解蛋白质分子内部的肽链，产生多肽与少量的氨基酸。胃蛋白酶作用的最适 pH 为 2~3.5，随着 pH 的升高，酶活性逐步降低，当 pH 超过 5 时，将发生不可逆的变性。因此，胃蛋白酶进入小肠后，将失去水解蛋白质的能力。

(3) 黏液：黏液由胃黏膜表面的上皮细胞、泌酸腺的黏液颈细胞、贲门腺和幽门腺分泌，化学成分为糖蛋白。泌酸腺、幽门腺和贲门腺分泌的黏液存在于胃液中，为可溶性黏液，空腹时很少分泌，由食物刺激其分泌。表面

上皮细胞分泌的黏液，呈胶冻状，有人称之为不溶性黏液，覆盖于胃黏膜表面。它的分泌是持续性的，当酸分泌增多时，其分泌速度也加快。

黏液在胃黏膜的表面形成厚约 500 μm 的凝胶层，起润滑食物和保护胃黏膜的作用。黏液还能与表面上皮细胞分泌的 HCO_3^- 一起，共同构成所谓“黏液- HCO_3^- 屏障”。当胃腔内的 H^+ 向胃黏膜上皮细胞扩散时，由于要通过黏稠度较高的黏液层，其移动速度大为减慢；同时还不断与 HCO_3^- 相遇而发生中和，使胃黏液层内的 pH 出现梯度。一般靠近胃腔一侧的 pH 约 2.0，而靠近胃黏膜上皮细胞侧的 pH 约 7.0，胃黏膜表面的中性或偏碱性环境不但能避免 H^+ 对胃黏膜的直接侵蚀，而且可使胃蛋白酶失去活性，从而能有效地防止盐酸和胃蛋白酶对胃黏膜的侵蚀，在胃黏膜保护中有很重要的作用。

(4) 内因子：内因子由壁细胞分泌，是一种分子质量约为 60 000Da 的糖蛋白。内因子有两个活性部位，一个部位可与维生素 B_{12} 结合成复合物，保护维生素 B_{12} 免遭肠内水解酶的破坏。当内因子与维生素 B_{12} 的复合物运行至回肠后，内因子的另一活性部位便与回肠黏膜细胞上的受体结合，促进维生素 B_{12} 的吸收。如果内因子分泌不足，将引起维生素 B_{12} 的吸收障碍，结果影响红细胞的生成而出现恶性贫血。

2. 胃黏膜自身防御机制 胃液中的盐酸、胃蛋白酶，随食物进入胃内的伤害性物质（如乙醇），反流入胃的胆盐，以及一些药物（如阿司匹林），经常攻击着胃黏膜。但在正常情况下，胃黏膜很少发生损伤。这主要归功于胃黏膜有一套比较完善的自身防御机制。而相应的，胃黏膜自身防御功能的减弱，可能在一些溃疡病的发病中有重要作用。

①覆盖于胃黏膜表面的黏液- HCO_3^- 屏障，防止了 H^+ 和胃蛋白酶的侵蚀。

②胃黏膜上皮细胞顶部的细胞膜与相邻细胞间的紧密连接，有防止离子透过的作用，这一结构称为胃黏膜屏障。即使部分 H^+ 通过了黏液- HCO_3^- 屏障，也很难穿透这一屏障，进入黏膜内。

③胃黏膜血流十分丰富，它不仅为胃黏膜细胞提供了丰富的代谢原料，还可及时带走返渗入黏膜的 H^+ 和有害物质。

④近年发现，胃黏膜局部还存在着自身保护性物质，具有细胞保护作用，如胃黏膜内的前列腺素类物质、生长抑素等。这些物质保护胃黏膜的机制，可能与抑制胃酸分泌、刺激黏液和 HCO_3^- 分泌、改善微循环、促进细胞增生