

中西医结合临床医学丛书

消化系疾病

刘承琴 赵世珂 主编

山西科学技术出版社

前 言

本书为中西医结合临床医学系列丛书之一。

消化系统疾病是内科临床的常见病,时刻威胁着人类的健康。多年来,消化系统内科领域中西医结合科研工作取得了显著的成绩,广大医务工作者,在临床实践中发扬中、西医学之长,采取中西医结合的方法治疗消化系统疾病,取得了良好的效果,积累了丰富的临床经验。因此,我们邀请了从事本学科临床工作多年的医师编撰这本意在反映现代中西医结合治疗消化系统疾病的丛书,以供广大中医和中西医结合临床医师参考,也适合高等、中等医学院校和基层医务人员阅读。

本书在编写中采用西医辨病与中医辨证相结合的方法,从发病机理、临床表现、实验检查、诊断标准及中西医治疗五个方面论述了20余种消化系统常见病,既反映现代医学治疗消化系疾病的经验方法,又不偏废传统中医理论,力求做到中西医融汇贯通,取长补短。内容有较强的学术性、科学性及实用性。

本书在编著过程中参阅了大量公开发表的文献资料,限于篇幅,不能一一列举,在此谨向原作者表示歉意和感谢,限于水平,加之时间仓促,谬误难免,敬请同道及读者批评指正。

本书编写承蒙济南市中医医院浦家祚主任医师的审阅指导,得到了山东省肿瘤医院赵付芝主治医师的大力帮助,在此表示衷心的感谢。

编 者

1996年7月

主 编：刘承琴 赵世珂

副主编：郭立华 隋道敬 王宝萍

编写人员(按姓氏笔划)

王宝萍 刘承琴 刘惠萍

邵 敏 赵世珂 郭立华

隋道敬

中西医结合临床医学丛书

主 编	陈利国	孙宝林	赵奎祥	
副主编	郭伟星	刘承琴	李秀莲	尹 晶
编写人员(以姓氏笔画为序)				
马生明	王凤英	王迎军	王宝萍	王基平
王 媛	尹 强	尹 晶	叶 芳	刘亚民
刘伟明	刘承琴	刘惠萍	关世玲	曲金平
孙兰玉	孙宝林	孙淑英	邱丽华	汪 萌
汪育钹	应受铭	杨传华	杨 栋	杨学然
李卫莉	李 刚	李守垣	李秀莲	吴念云
陈利国	陈丽霞	陈 燕	邵 敏	张以林
张 青	张 娟	张恒龙	张效霞	张爱华
张 峰	张雅萍	金 艳	周永红	宫昭艳
赵奎祥	赵世珂	郭立华	郭卫星	贺 倩
高兴云	高建华	贾崇岭	黄建新	崔 岩
隋善臣	隋道敬	韩福梅	葛洪芳	秦秀丽
薛景岐	潘红梅	柳劲松		

目 录

第一章 概论	(1)
第二章 急性胃炎	(7)
第三章 慢性胃炎	(13)
第四章 消化性溃疡	(22)
第一节 十二指肠溃疡病	(22)
第二节 胃溃疡病	(33)
第五章 胃下垂	(38)
第六章 上消化道出血	(42)
第七章 溃疡性结肠炎	(53)
第八章 细菌性痢疾	(63)
第九章 病毒性肝炎	(73)
第十章 慢性肝炎	(89)
第一节 慢性迁延性肝炎	(89)
第二节 慢性活动性肝炎	(93)
第十一章 肝硬化	(102)
第十二章 原发性肝癌	(116)
第十三章 急、慢性胆囊炎	(128)
第一节 急性胆囊炎	(128)
第二节 慢性胆囊炎	(133)
第十四章 胆石病	(137)
第十五章 急、慢性胰腺炎	(144)
第一节 急性胰腺炎	(144)
第二节 慢性胰腺炎	(153)

第十六章	十二指肠炎·····	(156)
第十七章	卓-艾氏综合征·····	(159)
第十八章	胰腺癌·····	(165)

第一章 概 论

一、消化系统疾病概述

消化系统是人体重要的组成部分,消化和吸收是人体获得能源、维持生命的重要功能。各种食物在胃肠道内经过一系列的消化分解过程,成为小分子物质,被肠道吸收,经肝脏加工变为营养物质,供全身组织利用,其余未被吸收的残余废物构成粪便排出体外。

消化道直接开口于体外,接触病原体、毒性物质和致癌物质的机会较多,容易发生感染、炎症、损伤,消化系统肿瘤的发病率也较高,消化系统的结构功能特点与消化系统疾病的发生有着直接关系。

食物的消化分解主要依赖胃壁的蠕动和胃肠腺、胰腺分泌的水解酶、肝脏分泌的胆汁,以及肠菌酶的酶促反应。各种酶的缺乏、胃肠道粘膜的炎症和增生性病变是造成消化吸收不良的主要因素。

肝脏是人体代谢的枢纽,代谢过程通过复杂的酶促反应来完成。充足的能量供应和健全正常的肝细胞是实现这一功能的先决条件,故代谢酶缺乏、肝细胞损害、供血不足等因素可引发各种肝病。

消化器官的活动受植物神经系统的支配,丘脑下部是植物神经的皮下中枢,也是联络大脑与植物神经的重要中间环节。因此精神与消化道之间的关系密切,精神因素可引起胃肠道的功能变化,发生消化系统心身性疾病。此外消化系统还有多种内分泌细胞,分泌多种胃肠道激素,参与消化系统和全身生理功能的调节。胃肠道激素分泌紊乱时,可引发多种复杂的病症。测定胃肠道激素的血浆浓度可以用来诊断消化系统疾病;同时,通过寻找人工合成的激素类物质也为治疗开辟了新途径。

二、消化系统疾病的分类

消化系统疾病有多种分类方法,最常见的是按病变器官分类。

(一)食管疾病

常见病种有食管炎、食管癌、食管贲门失弛缓症等。

(二)胃、十二指肠疾病

常见病种有胃炎、消化性溃疡、胃下垂、胃癌、十二指肠炎、卓—艾氏综合症等。

(三)肠道疾病

常见病种有急、慢性肠炎、肠道易激综合征、溃疡性结肠炎、结肠癌、细菌性痢疾、克隆病等。

(四)肝胆胰疾病

常见病种有病毒性肝炎、慢性肝炎、肝硬化、原发性肝癌、胆囊炎、胆石症、胰腺炎、胰腺癌等。

三、中西医结合消化系统疾病研究概述

(一)舌象研究

舌是消化系统的重要器官,消化系统疾病往往会引起舌象的变化,了解消化系统疾病与舌象变化的关系,对临床诊断具有重要意义。据报道,有人较长期地观察了部分食管、贲门癌患者,发现在病程的各阶段,舌象有不同的表现。早期舌质粉红色,舌苔薄白滑润,之后舌后段舌苔变为浅黄色,形成“桃形舌”;中期舌质多呈绛红色,桃形舌逐渐加重,舌面粗糙,近舌根部两侧出现芒刺,此期病人多有进行性咽下困难等典型症状;晚期舌质灰暗无光泽,舌苔剥脱,多数患者舌面前 1/3 出现龟形裂纹,舌后部芒刺逐渐变钝、变平,常有暗紫色瘀斑出现,此期往往有吞咽极度困难及恶病质症状出现。一般认为胃病以厚苔为多见,由于病情的轻重不同,舌象的表现存有差异。有人根据胃病的轻重程度分为 5 个等级,即正常→表浅性胃炎→溃疡病→萎缩性胃炎→胃癌;总结出舌象变化的大致规律,往往是从薄苔到

厚苔,从白苔到黄苔或黑苔,从鲜红舌向暗红、花剥裂纹舌发展。浅表性胃炎舌质多鲜红,苔薄黄腻;胃溃疡多见红绛舌、暗红舌,并见褐色点,以黄苔尤其是厚黄苔为多见,十二指肠溃疡大多为净苔;萎缩性胃炎舌色多暗,花剥舌和裂纹舌的出现分别为 49.3% 和 62.6%,明显高于其他病种。肝胆疾病,随病情轻重、病程久暂而有相应的变化,一般看来,急性期多见白厚或黄厚、白厚腻或黄厚腻苔,舌质多红,慢性期则有不同舌象变化。有研究提出,肝炎恢复期苔腻久不退,表明余邪未清,有复发的可能;舌质红绛或转紫、出现瘀斑提示肝炎呈慢性化,或有早期肝硬化的可能;如舌质始终正常,转氨酶虽持续异常,仍属迁延性肝炎,预后良好。肝硬化患者主要表现为“肝舌”,即舌呈蓝红色,充血肿胀,肝硬化晚期失代偿时,舌质常呈红绛光剥或光滑如镜,或有裂纹,或舌体变为瘦小,常常被视为肝昏迷之先兆。原发性肝癌则多见紫舌,在舌的两侧边缘呈紫或青色,呈条纹状或不规则的斑状黑点,称之为“肝癭线”。

总之,“舌乃胃的镜子”,通过观察舌象变化,对诊断消化道疾病,了解病情轻重与演变均有一定的参考价值。目前利用现代科学技术研究舌诊已成为趋势,如荧光检查和血液流变学指标测定,舌病理切片检查,舌微循环测定及动物实验等方法,为阐明舌象改变的本质开辟了新途径;同时,舌温度计、舌干湿度计、舌电刺激反应仪,舌肌电图、舌色检查仪等的应用,可提供舌象检查的客观指标,对舌诊的深入研究具有重要意义。

(二)常用治法研究

中西医结合治疗消化系统疾病的优势已被广大医务工作者所公认。中医治疗消化系统疾病方法很多、内容丰富,归纳起来主要有健脾益气法、和解法、清热利湿法、清热解毒法、消食化积法和通腑法。

1. 健脾益气法 消化系统疾病大多都有脾虚见证,实验研究已证明,脾虚与消化道的分泌、吸收、运动功能密切相关,健脾益气成为消化系统疾病治疗中最常用的治法。健康机体在各种不良因素刺激下,如饮食不节、情绪失调、寒温不适及劳累过度等,直接或间接地作

用于胃肠粘膜,可引起消化道肌张力增加或痉挛。健脾益气药中党参、白术能使胃肠道痉挛缓解,对肠张力及收缩幅度有较强的抑制作用,并可与胆碱能药物扁豆碱相对抗产生类似阿托品样作用,临床上应用健脾益气药治疗某些腹痛、制止呕吐及呃逆,可能与其解痉作用有关。胃泌素是胃肠道分泌细胞所产生的一种激素,对消化道的分泌、吸收、运动以及代谢活动具有调节作用,经研究发现脾虚患者血清中胃泌素含量较正常人低,应用四君子汤治疗后,血清胃泌素含量与正常人接近,说明健脾益气法对消化功能有调节作用。有研究证明,黄芪建中汤能防止胃溃疡发生,抑制胃液分泌,减少游离酸和总酸度;甘草有吸附胃酸、降低胃蛋白酶活力和保护胃粘膜的作用,健脾温阳的附子理中汤可改善消化道血液循环,促进粘膜的血液供给。另外健脾益气法对能量代谢有较强的促进作用。实验研究发现,补中益气汤可改善荷瘤小鼠(胃鳞癌)瘤体的蛋白代谢,能增加白细胞数量,提高血清白/球蛋白比值,增加白蛋白和 α 球蛋白,降低 γ 球蛋白和血谷丙转氨酶活性,防治贫血,增强体力。鼠肝测定表明,小剂量黄芪煎剂具有降低线粒体耗氧量的作用;还可增强大白鼠的应激能力。多数健脾益气药能防止肝糖原减少,对中毒性肝炎有保护作用。健脾益气药中的多糖类提取物如黄芪多糖和灵芝多糖等,可明显增加小鼠脾、肝蛋白质的含量。人参、党参等药物既可改善肝癌动物 DNA 代谢,又不增加癌组织中 DNA 量,所以在肿瘤、休克及严重衰竭情况下,均可适当应用健脾益气法。近年来研究结果表明,健脾益气药对机体免疫功能,包括体液免疫、细胞免疫和免疫调节等方面,均有明显的促进作用。在神经体液方面,健脾益气法有显著的调节功能,人参、黄芪、党参等有中枢兴奋作用,能调节植物神经的功能,减轻疲乏感,增强耐寒力。脾虚或脾肾两虚的患者,多表现为垂体、肾上腺皮质、甲状腺、以及性腺等不同程度的退行性变化及功能减退,健脾益气等滋补药均有调节和增强内分泌系统功能的作用。

2. 和解法 指采用疏通调和的药物,解除少阳病半表半里证或调理脏腑气血的方法。消化系统疾病中最常见的证,如肝气郁结、肝

郁脾虚、脾胃失调、肝胃不和等，多用此法。临床研究发现肝郁或肝郁脾虚患者多有植物神经功能紊乱，且因病种不同而有不同的规律。如慢性肝炎，交感、副交感神经功能均亢进，但交感偏亢的多；胃肠疾病则以副交感神经偏亢者多见。湖南医学院对 300 例肝郁脾虚患者进行了多指标检测。结果：①植物神经功能紊乱，其特征主要是交感、副交感均亢进，其次是副交感亢进。用疏肝健脾法治疗后，异常指标均有明显改善，且与临床疗效相关。②血液流变学表现为血粘度增高，红细胞电泳时间延长，细胞聚集，经治疗后明显改善。③血浆环核苷酸失调，cAMP 降低，cGMP 升高；④木糖排泄降低，提示小肠吸收功能减低。有人用小柴胡汤治疗本证患者，并观察胆道系统超声图变化，发现用药前肝外胆管轻度扩张，与相应门脉比值增大，用药后声象图显示胆囊收缩—扩张—再收缩，提示小柴胡汤首先使 Oddi 氏肌松弛，胆道压力降低，胆囊排出胆汁，由于患者单位时间胆汁流量受到限制，胆囊增大，肝外胆管扩张，继而 Oddi 氏括约肌再松弛，胆汁排出，胆囊再度缩小，呈现利胆作用，表明和解法对胆系泌胆功能具有调节或增强作用。

3. 清热利湿和清热解毒法 为消化系统感染性疾病的常用治疗方法。近年来随着中西医结合工作的开展，作了大量的临床和实验研究，取得了较好的疗效。据报道用清热利湿和清热解毒法治疗急性肝炎，治愈率在 90% 以上；以清热解毒、利胆退黄、开窍通腑为主配合西医常规治疗重症肝炎，病死率明显下降，可从 80% 降为 50%。用清热解毒或清热利湿、通里攻下法治疗胆系感染，总有效率在 95% 以上；应用清利湿热、利胆排石法治疗胆石症，50~70% 可收到排石效果，如结合“总攻”疗法可加速排石过程，总排石率为 62.8%，排净率为 33.6%。实验研究证明，茵陈蒿汤具有利胆、利尿、解热通便等作用，可使肝细胞气球样变、脂肪变性、坏死有不同程度的减轻，特别是能明显减轻肝细胞的肿胀。大黄具有抗菌、抗病毒、抗寄生虫以及利尿、消炎、止血及促进胆汁分泌等多种作用；金钱草有明显的利胆和利尿作用，能促进肝细胞分泌胆汁，使 Oddi 氏括约肌松弛，促进胆

管炎症消退,使淤积的胆汁畅流,防止结石的再形成。大多数清热解毒药都有明显的抗菌作用和免疫增强作用,有些药还有保肝利胆作用,降低转氨酶、消炎利胆;多数还有解热抗炎作用,可增强肾上腺皮质功能,消除病原微生物,减少内源性致热物质的释放。

4. 消食化积法 主要用于治疗因伤食所引起的消化不良以及由于过食柿子、黑枣等所致的胃结石(胃柿石症)等病症,属于中医八法中的消法之一。虽然在治疗中以消食化积为主,但需配合针对湿邪、气滞或郁热的治法。治疗胃结石症多在消食化积的同时,破瘀软坚、通里攻下,常常可获满意疗效。有报道碱性溶液对柿石有明显裂解和溶化作用,碱性药物能使柿团松软、质脆、易于碎裂,因此主张合并西药碳酸氢钠治疗,可加强疗效。

5. 通腑法 为中医学治疗疾病的常用方法。近年来,以通腑法为主的综合方法治疗多种急腹症,包括急性肠梗阻、急性阑尾炎、溃疡病穿孔、胆石症及胆系感染、急性胰腺炎等,已总结出不少治疗规律,逐渐形成了我国治疗急腹症的新概念、新方法和新理论。据研究通腹生药大黄用于治疗上消化道出血,具有良好的止血作用,可使凝血时间缩短,降低毛细血管的通透性,改善血管的脆性,促进血小板生成,对各类内、外出血者有止血作用。有报道应用单味大黄治疗上消化道出血,有效率为 97.5%,平均止血时间为 2 天。此外番泻叶、虎杖、野荞麦等具有同样的作用。由于大黄含有蒽醌衍化物,具有抗病毒、利胆及消炎作用,因此对急慢性肝炎有一定疗效。重症肝炎用大黄清洁肠道,通腑泻热,凉血解毒,配合西医综合治疗,可显著提高肝昏迷的苏醒率,降低病死率。根据中医“通因通用”、“痢无补法”的观点,临床上多用通腑泻热法治疗细菌性痢疾。大黄能抑制痢疾杆菌和溶组织阿米巴原虫,荡涤肠道积滞,使细菌及其毒素迅速排出体外,从而获得较好的临床疗效。急性菌痢应用中西医结合疗法,效果更佳,疗效优于单纯应用西药或中药。

第二章 急性胃炎

急性胃炎是由各种有害因素引起的胃粘膜或胃壁的炎症,常分为单纯性胃炎、糜烂性胃炎、化脓性胃炎和腐蚀性胃炎。同时伴有食管炎者称食管胃炎,伴随肠道炎症者称急性胃肠炎。本病病程较短,一般治疗数天内即可恢复,仅少数病人留有后遗症。属于中医“胃脘痛”、“呕吐”等病证范畴。

一、病因和发病原理

急性胃炎的病因多种多样,既可通过食物进入胃内,也可以受全身因素的影响。

(一)急性单纯性胃炎

可由化学物质、物理因素、微生物感染或细菌毒素等引起。化学刺激有吸烟、烈酒、浓茶、咖啡、香料和调味品,口服水杨酸盐类、消炎痛等解热镇痛药,糖皮质激素、某些抗生素及抗癌药物、铁剂等均可刺激胃粘膜;物理因素如进食过冷、过热或粗糙的食物,损伤胃粘膜引起炎症;进食污染细菌或细菌毒素的食物,数小时后即可发生胃炎或同时合并肠炎,即急性胃肠炎。常见致病菌有沙门氏菌属或嗜盐菌属,细菌毒素以金黄色葡萄球菌毒素为多。误服某些有毒植物如毒蕈等也可引起急性胃肠炎。

(二)糜烂性胃炎

是以胃粘膜多发性糜烂为特征的胃炎,常伴有出血,故又称急性出血性胃炎,也可伴有急性溃疡形成。本病又称急性胃粘膜病变。前述引起急性单纯性胃炎的各种外源性病因,均可严重地破坏胃粘膜屏障,引起胃粘膜的损伤而发生出血及糜烂。严重感染、大面积烧

伤、严重创伤、大手术、脑外伤、或肺、肾、肝的功能衰竭所致的严重应激状态也是本病的重要病因。其发病机理尚未完全明确，其发病可能有两种原因。第一可能是应激时胃酸分泌过多，从而导致粘膜的自身消化，致使粘膜发生糜烂、出血，甚至形成溃疡。第二可能是因胃粘膜缺血，应激导致强烈的交感刺激和循环儿茶酚胺水平的增高可使胃十二指肠粘膜下层的动静脉短路，因此，正常流经胃十二指肠粘膜毛细血管床的血液便分流至粘膜下层动静脉短路而不再流经胃十二指肠粘膜，造成粘膜缺血。盐酸和胃蛋白酶的消化作用加重了粘膜的损伤而致糜烂、出血。

（三）急性化脓性胃炎

是胃壁细菌感染引起的化脓性病变。最常见的致病菌为链球菌，但也可由葡萄球菌、肺炎双球菌或大肠杆菌等引起。侵入粘膜下途径为：①随食物进入胃内，再由破溃处进入粘膜下；②由于全身感染细菌由血行来到粘膜下。

（四）急性腐蚀性胃炎

主要由于吞服强酸、强碱及来苏尔或其它腐蚀剂后，而引起胃组织糜烂、溃疡、坏死、甚至穿孔的一种疾病。病变轻重决定于毒物的浓度，作用时间的长短。轻型病人预后良好，可不留后遗症。重型患者可出现休克、胃肠道大出血、胃穿孔及急性肾功能衰竭，预后差。急性期过后可遗留食管狭窄和胃狭窄。

二、临床表现

急性胃炎的临床表现常因病因不同而很不一致。

（一）急性单纯性胃炎

由于酗酒、刺激性食物和药物引起者，多有上腹部不适、疼痛、食欲减退、恶心、呕吐等，一般不很严重。食物中毒所致症状轻重不一，一般在食后数小时至24小时内发病，大多有中上腹部不适、疼痛甚至剧烈腹绞痛、食欲减退、恶心、呕吐等，常伴有急性水样腹泻，严重者可有发热、失水、酸中毒、休克等中毒症状。由药物引起的除上述症

状外,常伴有上消化道出血的表现。

(二)急性糜烂性胃炎

起病前可无明显不适,或仅有消化不良的症状,但常为原发的严重疾病所掩盖。往往以上消化道出血为主要表现,有呕血和黑便,但出血量一般不大,常呈间歇性,可自止。

(三)急性化脓性胃炎

以全身脓毒血症和急性腹膜炎症状为其主要临床表现,常有突发性上腹剧痛、寒战、高热、腹膜炎症状、脓性腹水和恶心呕吐等。

(四)急性腐蚀性胃炎

吞服腐蚀剂后,最早出现的症状为口腔、咽喉、胸骨后及中上腹部剧烈疼痛、绞窄感,严重呼吸困难,呃逆、咳嗽、发热、心慌、血压下降,糜烂严重者可发生出血。

三、实验室检查

(一)胃镜检查

胃镜检查机会不多,可见胃粘膜水肿、充血,表面覆盖有炎性渗出物和粘液,有时粘膜有出血点或糜烂。

(二)化验检查

一般发病原因明确,不做辅助检查即可明确诊断。血中白细胞可增高,大便潜血亦可阳性。

四、诊断

急性胃炎根据病前的饮食史、服药史及严重的应激状态,很容易作出诊断。少数病人,特别是症状不明显而有上消化道大出血者,应作紧急胃镜检查以明确诊断。

五、治疗

(一)中医中药治疗

1. 饮食积滞

症状：胃脘胀满疼痛拒按，嗳腐酸臭，或呕吐不消化食物，吐后痛减，食后加重，纳少厌食，大便不爽，舌质淡红，苔厚腻，脉滑。

治则：消食导滞，和胃调中。

方药：保和丸加减。

山楂 15 克，神曲 10 克，莱菔子 10 克，陈皮 10 克，半夏 10 克，茯苓 10 克，连翘 15 克，焦三仙各 15 克，槟榔 10 克，枳实 10 克。

加减：如积滞较多，腹满便秘者，可加大黄 10 克，厚朴 10 克；热重者，可加黄芩 10 克、黄连 10 克；腹痛引及两胁者，可加柴胡 10 克，郁金 10 克。

2. 湿热积滞

症状：胃脘胀满疼痛，饮食减少，嗳气、恶心，或伴有呕吐，渴不欲饮，大便不畅，舌质红，苔黄厚或黄腻，脉弦滑。

治则：清热化湿，和胃调气。

方药：平胃散加减。

苍术 10 克，厚朴 10 克，茯苓 10 克，半夏 10 克，陈皮 10 克，黄连 6 克，黄芩 10 克，草豆蔻 10 克，炙甘草 3 克。

加减：热重而大便秘结者，可加大黄 10 克，枳实 10 克；疼痛较重者，可加元胡 15 克、白芍 15 克；湿重者，可加薏米 30 克、佩兰 10 克。

3. 寒凝气滞

症状：突然胃痛，痛无休止，得温则减，遇寒加重，口淡不渴，喜热饮，或恶寒身痛，舌苔薄或白腻，脉弦紧或沉迟。

治则：温胃散寒，行气止痛。

方药：良附丸加味。

高良姜 10 克，制香附 10 克，吴茱萸 6 克，草豆蔻 10 克，乌药 10 克，枳壳 10 克，甘草 6 克。

加减：腹痛欲大便，脉沉微，为阴浊内凝，阳气虚弱，加小茴香 10 克、熟附子 6 克、白术 10 克、茯苓 10 克；如脐中痛不可忍，喜按喜温者，为肾阳不足，寒邪内侵，宜用通脉四逆汤以温通肾阳；如腹中冷痛，手足逆冷，而又身体疼痛，为内外皆寒，宜用乌头桂枝汤以散内外

之寒。

4. 肝郁气滞

症状：胃脘胀满，攻撑作痛，痛连两胁，嗳气频作，善太息，情志不畅时更甚，或心烦易怒，呕吐、吞酸，口干口苦，舌淡红，苔薄白，脉弦或弦数。

治则：疏肝理气，和胃止痛。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡 10 克，陈皮 10 克，枳壳 10 克，制香附 10 克，川芎 6 克，白芍 15 克，川楝子 10 克，元胡 10 克，黄连 6 克。

加减：有瘀血者，加当归 10 克、赤芍 10 克、五灵脂 10 克；如属跌仆创伤后瘀滞作痛者，可加王不留行 10 克、参三七粉 3 克。

5. 热毒炽盛

症状：多有过食浓酒或药毒伤中史。中脘隐痛，痛势渐剧，脘腹痞满，口渴喜饮，舌红苔黄，脉数或滑数。

治则：清热解毒，化瘀止痛。

方药：射干汤加减。

射干 10 克，栀子 10 克，茯苓 10 克，白术 10 克，生地 30 克，丹皮 10 克，赤芍 10 克，升麻 10 克，蜂蜜 15 毫升。

加减：疼痛重者，可加元胡 10 克、白芍 15 克、当归 10 克；热重者，可酌加黄芩 10 克、黄连 10 克。

6. 胃火内炽

症状：病起急速，大量呕血或便血，胃脘灼热而痛，烦躁口渴，面红唇赤，舌质红，舌苔黄燥或黄腻，脉洪大弦数。

治则：清胃泻火，活血止血。

方药：清胃散加减。

川黄连 10 克，生地 30 克，丹皮 12 克，当归 10 克，升麻 6 克，黄芩 10 克。

加减：可酌加大蓟 10 克、小蓟 10 克、白茅根 30 克凉血止血；烦躁者，可加柴胡 10 克、龙胆草 10 克。