



常见病症中医药诊治实践

李培源 等 主编

 江西科学技术出版社

常见病证中医药诊治实践

李培源 等 主编

 江西科学技术出版社

江西·南昌

图书在版编目(CIP)数据

常见病症中医药诊治实践 / 李培源等主编. —南昌:
江西科学技术出版社, 2021. 11
ISBN 978-7-5390-7945-5

I. ①常… II. ①李… III. ①常见病-中医治疗法
IV. ①R242

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2021)第 200468 号

选题序号: ZK2021072
图书代码: B21175-101
责任编辑: 宋 涛

常见病症中医药诊治实践

CHANGJIAN BINGZHENG ZHONGYIYAO ZHENZHI SHIJIAN

李培源 等 主编

出版发行 江西科学技术出版社

社 址 南昌市蓼洲街2号附1号

邮编 330009 电话: (0791)86623491 86639342(传真)

经 销 全国新华书店

印 刷 山东道克图文快印有限公司

开 本 880mm×1230mm 1/16

字 数 792千字

印 张 31.75

版 次 2021年11月第1版 2021年11月第1次印刷

书 号 ISBN 978-7-5390-7945-5

定 价 88.00元

赣版权登字: -03-2021-334

版权所有, 侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误, 可向承印厂调换)

编 委 会

- 主 编** 李培源 张掖市中医医院
尹兴玲 枣庄市中医医院
张立群 云南省中医医院
杨占达 平原县中医院
曾祥新 黑龙江中医药大学附属第二医院
段祥爱 晋中市第二人民医院
- 副主编** 郝洪滨 泰安市中医医院
赵 明 山西省中西医结合医院
彭华容 贵州中医药大学第二附属医院
高梦君 大连医科大学中山学院
张晓文 中国人民解放军总医院京西医疗区
顾常庆 宁夏回族自治区中医医院暨中医研究院
李野因 晋中市中医院
李 娜 国药同煤总医院
苏玉辉 禹城市中医院
屈 煦 陕西中医药大学附属医院
安继辉 大同市第五人民医院
王希法 高密市第二人民医院
宋寒冰 黑龙江中医药大学附属第一医院
常智跃 中国人民解放军总医院第八医学中心
王丹丹 山西省煤炭中心医院
左黎明 贵州医科大学第二附属医院
任建荣 山西中医药大学附属医院
王 琼 贵阳市第二人民医院
叶 辉 平原县中医院
- 编 委** 张祥军 贵州省毕节市中医院
吴昭利 陕西中医药大学附属医院
薛瑞文 陕西中医药大学附属医院

智冰清 陕西中医药大学附属医院
智瑞强 山西省煤炭中心医院
邓世雄 内蒙古包头市蒙医中医医院

前 言

中医学是中国人民长期以来与疾病作斗争的极为丰富的经验总结,是中国优秀文化中的一颗璀璨明星,对中华民族的繁衍昌盛发挥着不可置疑的重要作用,也为世界各族人民的健康和世界医疗科技的发展做出了重要贡献。在长期的医疗实践中,中医学逐渐形成了自己独特的理论体系,取得了卓越的临床疗效。为了不断总结临床经验,继承和发扬中医学学术成就,我们在广泛参阅国内中医文献基础上,结合自身工作经验,编撰了本书。

全书十三章,主要包括消化内科、呼吸内科、心血管内科、神经内科、肿瘤内科、风湿免疫病、糖尿病等疾病的病因病机、诊法、辨证、治则与治法、中药、方剂、针灸、推拿等基础知识与基本技术。本书的编写宗旨是力求融汇古今、突出重点、语言简洁,寓精深于浅易之中,读之可由此及彼,由浅入深,开卷有益,指导临证。本书不仅是一本对广大临床工作者有所裨益的工具书;也可作为高等中医学院学生学习中医学的参考用书。

本书在编写过程中,参考了许多专业书籍和文献,得到了相关专家的支持和帮助。尽管我们付出了很大的努力,但由于编者水平有限,时间和精力不足,本书难免有不足、疏漏及错谬之处,我们恳切地希望专家及广大读者批评指正。

《常见病症中医药诊治实践》编委会

目 录

第一章 消化内科疾病	(1)
第一节 胃食管反流病	(1)
第二节 消化性溃疡	(7)
第三节 慢性胃炎	(13)
第四节 慢性腹泻	(20)
第五节 慢性便秘	(27)
第六节 肠易激综合征	(33)
第七节 急性胃肠炎	(38)
第八节 胆囊炎	(40)
第九节 慢性肠炎	(42)
第十节 慢性结肠炎	(44)
第二章 呼吸内科疾病	(47)
第一节 急性上呼吸道感染	(47)
第二节 气管-支气管炎	(53)
第三节 肺 炎	(61)
第四节 支气管哮喘	(67)
第三章 心血管内科疾病	(74)
第一节 原发性高血压	(74)
第二节 冠心病	(80)
第三节 急性心肌梗死	(84)
第四节 心肌病	(87)
第五节 老年血栓性疾病	(88)
第四章 神经内科疾病	(91)
第一节 中 风	(91)
第二节 阿尔茨海默病	(94)
第三节 脑外伤后遗症	(96)
第四节 糖尿病并发脑血管病变	(100)
第五节 重症肌无力	(103)

第六节 周期性麻痹	(107)
第七节 三叉神经痛	(111)
第八节 偏头痛	(112)
第九节 面肌痉挛	(116)
第十节 脊髓空洞症	(117)
第十一节 脊髓缺血性疾病	(120)
第十二节 脊髓出血性疾病	(122)
第十三节 肌萎缩侧束硬化	(125)
第十四节 进行性延髓麻痹	(128)
第十五节 假性延髓麻痹	(129)
第十六节 简单局灶性发作性癫痫	(131)
第十七节 复杂局灶性发作性癫痫	(133)
第十八节 全身性发作性癫痫	(135)
第十九节 震颤麻痹	(138)
第二十章 小舞蹈病	(141)
第二十一章 手足徐动症	(143)
第二十二章 痉挛性斜颈	(145)
第二十三章 僵人综合征	(147)
第二十四章 不宁腿综合征	(149)
第二十五章 自发性多汗症	(151)
第二十六章 直立性低血压	(154)
第二十七章 脑卒中功能障碍与继发障碍	(156)
第五章 肿瘤内科疾病	(164)
第一节 胃 癌	(164)
第二节 肝 癌	(167)
第三节 胰腺癌	(170)
第六章 妇科疾病	(173)
第一节 月经不调	(173)
第二节 痛 经	(183)
第三节 经 闭	(186)
第四节 崩 漏	(189)
第五节 功能失调性子宫出血	(192)
第六节 原发性痛经	(198)
第七节 经前期综合征	(202)
第八节 闭 经	(205)

第七章 儿科疾病	(209)
第一节 腹 痛	(209)
第二节 呕 吐	(211)
第三节 厌食症	(214)
第四节 儿童多动综合征	(215)
第八章 风湿免疫病	(219)
第一节 类风湿关节炎	(219)
第二节 系统性红斑狼疮	(228)
第三节 干燥综合征	(234)
第四节 雷诺病	(241)
第五节 硬皮病	(245)
第九章 糖尿病	(250)
第一节 糖尿病的临床表现	(250)
第二节 糖尿病的分型和分类	(253)
第三节 糖尿病的中医辨证分型	(255)
第四节 糖尿病的西医治疗	(257)
第五节 糖尿病的中医治疗	(279)
第六节 糖尿病酮症酸中毒	(297)
第七节 高渗性非酮症糖尿病昏迷	(302)
第八节 乳酸性酸中毒	(308)
第九节 低血糖昏迷	(313)
第十节 糖尿病肾病	(317)
第十一节 糖尿病视网膜病变	(320)
第十二节 糖尿病神经病变	(323)
第十章 肛肠外科疾病	(327)
第一节 肛门直肠周围脓肿	(327)
第二节 肛 瘻	(328)
第十一章 骨伤科疾病	(331)
第一节 股骨颈骨折	(331)
第二节 锁骨骨折	(340)
第三节 髌关节脱位	(347)
第四节 颈椎病	(358)
第五节 骨肉瘤	(371)
第六节 腰椎管狭窄症	(379)
第七节 膝关节骨关节炎	(384)

第八节 股骨头缺血性坏死	(391)
第九节 慢性骨髓炎	(397)
第十节 肩周炎	(400)
第十一节 落 枕	(404)
第十二节 腰背部肌筋膜炎	(407)
第十三节 第三腰椎横突综合征	(410)
第十四节 腰椎间盘突出症	(412)
第十五节 腰椎骨质增生症	(415)
第十六节 慢性腰肌劳损	(417)
第十七节 腰椎退行性脊柱炎	(419)
第十八节 腕管综合征	(420)
第十二章 五官科疾病	(423)
第一节 耳 聋	(423)
第二节 耳郭冻伤	(424)
第三节 复发性口疮	(426)
第四节 流行性腮腺炎	(427)
第五节 鼻窦炎	(430)
第六节 鼻出血	(433)
第七节 扁桃体炎	(435)
第八节 咽 炎	(440)
第九节 喉 炎	(444)
第十节 急性会厌炎	(448)
第十一节 声带瘫痪	(450)
第十二节 结膜炎	(453)
第十三节 视神经炎	(456)
第十四节 龋 齿	(459)
第十五节 牙髓炎	(461)
第十六节 分泌性中耳炎	(463)
第十七节 慢性化脓性中耳炎	(466)
第十八节 急慢性鼻炎	(470)
第十九节 萎缩性鼻炎	(472)
第二十节 过敏性鼻炎	(475)
第十三章 皮肤科疾病	(478)
第一节 面部扁平疣	(478)
第二节 玫瑰糠疹	(479)

第三节	色素性紫癜性苔藓样皮炎	(481)
第四节	过敏性紫癜	(483)
第五节	带状疱疹	(486)
第六节	痲 疮	(488)
第七节	银屑病	(491)
参考文献		(496)

第一章 消化内科疾病

第一节 胃食管反流病

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是一种常见的慢性疾病。GERD的病理基础是由于食管暴露在胃酸及胃蛋白酶环境中,从而产生症状及食管炎症或黏膜损伤。胃酸的pH为1.5~2.0,而食管正常的环境pH在6~7。餐后发生的生理性胃酸反流持续时间短、夜间少见,因此不会对食管黏膜造成损伤;但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,胃和(或)十二指肠内容物反流入食管引起频发、长时间的反流以及夜间反流则可对食管黏膜造成伤害,从而引发GERD。根据其临床特征,GERD属于中医学中的“噎膈”“胸痹”“吐酸”“胃痛”等病证范畴。

一、病因病机

(一)中医

情志不畅、饮食失调、劳累过度或久病伤脾均可使脾胃升降失调而发病。

1. 病因

(1)情志不畅:忧郁恼怒,肝失疏泄,横逆脾胃,气机升降失调,胃气上逆;或肝郁化火,火灼胃阴,胃失润降,食管干涩;两者均可损伤食管。

(2)饮食不节:过食辛辣、热烫之物,或烟酒过度,或服用了对食管有损伤的药物,损伤脾胃,气机阻滞,胃失和降,胃气上逆。《太平圣惠方》第五十卷曰:“寒温失宜,饮食乖度,或恚怒气逆,思虑伤心,致使阴阳不和,胸膈否塞,故名膈气也。”

(3)久病体虚:劳累过度,或久病伤脾,脾气虚弱,运化失职,痰湿内生,上贮于肺,痰气交阻,肺气上逆。《类证治裁·噎膈反胃》:“噎者咽下梗塞,水饮不行,食物难入,由痰气之阻于上也。膈者胃脘窄隘,食下拒痛,由血液之稿于中也。”

2. 病机

中医学认为,食管乃胃之系,为饮食通路,其气与胃气相通。胃气以降为和,以通为顺,二者相互影响。胃气郁滞则食管气机不利,胃气上逆则加重反食反流。胃为水谷之海,与脾互为表里,一升一降,共司受纳、消化、运转和输布功能,清升浊降则气机调畅。肝气调达,则脾升胃降,气机顺畅。肺属金,胃属土,二者为子母之脏腑,生理上相互依赖,相辅相成。肺的宣发与肃降功能正常,则气道通畅。故脾胃运化与肝疏泄、肺输布有关,故食管炎病位虽在食管,但病理机制与肝肺脾胃关系密切。肝脾胃功能失调,肝郁脾虚、胃失和降,故产生胃灼热、反酸等症;气滞痰阻瘀结导致胸痛、吞咽困难甚则消化道出血等症;母病及子、肺气上逆,出现咳嗽、哮喘等食管外表现。总而言之,本病病因病机总体上来说是本虚标实,以实证居多。本病病位在食管,属胃气所主,与肝、肺、脾、胃有关。本病的主要机制是胃气上逆,升降失司,从而产生胸骨后或剑突下烧灼感或痛,反酸、吞咽不顺等症。

(二) 西医

西医学认为,食管下段括约肌静止张力是防止胃内容物从压力高的腹腔反流到压力低的胸廓的屏障。在正常情况下,食管下端的环肌呈收缩状态,保持一定张力。该处有两类神经支配:一是以嘌呤能物质为传递介质的黏膜下的交感神经,有抑制作用,使食管下端松弛。一是以胆碱能物质为介质的具有兴奋作用的神经支配,通过纵肌来提高该处的张力。当 LES 功能受到内在或外来因素的影响时则发生病变。胃食管反流病的致病因素是多方面的,概括起来主要如下:①食管或胃手术后:全胃或胃大部切除、食管贲门切除、贲门形成术、迷走神经切断术后等,引起胃 LES 功能障碍,使胃液中的盐酸、胃蛋白酶或十二指肠内容物、碱性胆汁、胰液反流入食管,刺激食管黏膜;②呕吐物刺激:酸性呕吐物对食管黏膜的刺激性很大。十二指肠球部溃疡患者,由于胃窦痉挛及继发性幽门、十二指肠梗阻引起高酸性胃液反流;某些疾病引起长期反复呕吐,如胆道疾病、慢性胃炎、功能性呕吐、偏头痛等,使胃酸、胃蛋白酶反流入食管,导致食管黏膜屏障和 LES 的功能受损;③饮食失当:有些食物可直接对食管黏膜有刺激性,如大量烟酒、过于辛辣食物、过热食物灼伤食管黏膜。另有些高脂饮食,如巧克力、咖啡、可口可乐等,可使胃酸分泌增加,在高胃酸的情况下,当 LES 功能不全时,易产生胃食管反流病;④某些药物不良作用:有些药物既对食管黏膜有刺激,又可使 LES 张力功能降低,如茶碱类、抗胆碱能药物、 β 受体阻滞剂、烟酸、黄体酮等,致使 LES 张力降低后,胃内容物易于反流。⑤内在因素:某些胃肠道激素,如胰泌素、胰高血糖素、肠抑胃肽(GIP)、血管活性肽(DIP)等,均可使 LES 的张力降低。

此外妊娠、自主神经功能紊乱、成年人特发性 LES 功能不全,均可影响 LES 的正常关闭的张力,使胃内容物反流而发生病变。引起胃食管反流病的上述诸因素中,最基本的因素是 LES 的功能不全,至于 LES 功能不全的原因有待进一步阐明。当 LES 功能降低,或幽门括约肌和 LES 的张力低下时,胃液中的盐酸、胃蛋白酶、肠液中的胆酸、胰液和溶血性卵磷脂等,均可同时反流入食管,侵蚀食管角化表层的上皮细胞,并使之变薄或脱落;反流物中的 H^+ 及胃蛋白酶可透过新生的鳞状上皮细胞层而深入食管组织,引起食管炎。由于胆汁先反流入胃,而后再反流入食管,所以胃食管反流病常伴有慢性胃炎。此外,肥胖、大量腹腔积液、妊娠后期、胃内压增高等情况均易诱发本病。

二、临床表现

(一) 症状

1. 胸骨后烧灼感

胸骨后烧灼感又称反流性胃灼热,为本病的主要症状,多在食后 1 小时左右发生。屈曲、弯腰、咳嗽、妊娠、腹腔积液、用力排便、穿紧身衣和围腰、头低位仰卧等姿势,均可诱发或加重胃灼热。亦可由于进食过程,或摄入茶、酒、咖啡、阿司匹林等物而诱发。服制酸药后多可消失,过热或过酸之食物可使病情加重。如服制酸药的效果不著,提示为胃酸阙如,则烧灼感的原因主要由于胆汁反流所致。

2. 胸骨后或后背疼痛

疼痛可放射到后背、胸部、甚至耳后,如同心绞痛或胸膜炎,重者为剧烈性刺痛。如果胃食管反流病患者出现持续性胸骨后疼,甚至放射到颈部,提示为穿透性边界溃疡或同时伴有食管周围炎。

3. 反流至口咽部

每于餐后、躯干前屈或夜间卧床睡觉时,有酸性液体或食物从胃、食管反流到咽部或口腔。严重者因夜间出现反流、反流物吸入气管或肺内,引起久咳或哮喘发作。

4. 吞咽困难或呕吐

病程初期,由于炎症造成食管局限性痉挛,可发生间歇性咽下困难和呕吐;后期由于纤维瘢痕所致的食管狭窄,出现持续性吞咽困难和呕吐。较长时间吞咽困难,可因进食减少,导致营养不良,体重下降。

5. 出血

食管的严重活动性炎症,因黏膜糜烂出血,致呕血或排黑便,从而出现面色苍白、头昏心悸、心率加快等。

(二) 体征

胃食管反流病一般无明显体征,有的病例仅于压胸骨时感胸骨后隐痛,或剑突下轻度压痛。

三、实验室和其他辅助检查

(一) 食管滴酸试验

从鼻腔放置胃管;当管端达 30~35cm 时。先滴入生理盐水,如无不适,换用 0.1mol/L 盐酸,以同样滴速滴注 30 分钟,在滴酸过程中,出现胸骨后痛或烧灼感者为阳性反应,表明有胃食管反流病存在;阴性反应表示胃酸缺乏。症状主要由胆汁反流所致者为阴性。

(二) 食管腔内 pH 测定

将一置于胃内的 pH 电极逐渐拉入食管内,并置于 LES 之上方约 5cm 处。正常情况下,胃内 pH 甚低,此时,嘱患者取仰卧位并做增加腹部压力的动作,如闭口、深呼气或屈腿,并用力擤鼻涕 3~4 次,如食管内 pH 下降至 4 以下,说明有胃食管反流存在。

(三) 食管内压力测定

应用低顺应性气液压毛细血管灌注系统,经鼻插入导管,采用定点牵拉法,分别记录 4 个测孔(空间方位相间隔 90°)的下食管括约肌压(LESP)、食管体部远端蠕动收缩幅度、传导速度等,以评估食管功能。正常 LES 压力为 1.6~2.7kPa,当静止时 LES 压力 \leq 1.3kPa,或 LES 压力与胃内压力比值 <1 时,则提示 LES 功能不全,或有胃食管反流存在。

(四) 胃-食管闪烁显像

受检者经胃管向胃内注入 300mL 等渗盐水,加入 300 μ g $\text{Ci}^{99\text{m}}$ Tc 硫化胶的混合液体,然后取仰卧位,对胃、食管进行扫描。此法可估计胃-食管的反流量,且能反映出生理状态,诊断正确率较高。

(五) 酸钡吞咽试验

因食管吞钡 X 线检查较不敏感,假阴性较多,有人主张应用酸钡吞咽试验进行 X 线检查作为一种辅助诊断方法。用 100mL 硫酸钡和 37% 浓度的盐酸 1mL 混匀,pH 为 1.7。患者服加酸的钡剂引起食管运动异常,诱发强烈地非蠕动性收缩,正常人则相反。

(六) 24 小时食管 pH 监测及胆红素检测

将酸敏电极放入 pH 7 和 pH 1 的缓冲液中校正,受检者经鼻插入 pH 电极,根据测压导

管定位确定 LES 的位置,结合 pH 的变化及 X 线透视下定位的方法,将铈电极置于 LES 上 5cm 处,连续监测 24 小时内 pH 的变化。通过食管腔内放置 pH 电极的长时间观察,不仅可发现反流,还可以了解反流程度、持续时间、次数,以及与体位、进餐、疼痛等症状的关系。胆红素监测对十二指肠-胃-食管反流的诊断有一定的帮助,为侵入性的检查手段。

(七)食管多通道腔内阻抗监测

食管多通道腔内阻抗监测通过阻抗变化可判断液体或气体反流。目前食管多通道腔内阻抗导管均带有 pH 监测通道,可进一步区分酸反流、弱酸反流及弱碱反流,提高与症状关联的反流的发现率,从而可用以提高 GERD 的诊断率,尤其是以非酸反流为主的患者的诊断;抗反流手术前及术后的评估;难治性 GERD 病因的寻找;不典型反流症状的 GERD 患者的诊断;确诊功能性胃灼热患者。

(八)内镜检查及活组织病理检查

内镜检查是诊断有黏膜破损 GERD(即反流性食管炎)的“金标准”;Barrett 食管,下段食管的鳞状上皮可被化生的柱状上皮所代替,为胃食管反流病的一种类型;反流性食管炎(RE)洛杉矶内镜诊断标准(LA)。A 级:食管黏膜皱襞表面黏膜破损,但破损直径小于 5mm;B 级:黏膜皱襞表面黏膜破损直径大于 5mm,但破损间无融合;C 级:黏膜破损相互融合,但尚未环绕食管壁四周;D 级:黏膜破损融合累及至少食管四壁 75%。活体组织检查是评价食管炎最灵敏的指标,也是除外食管癌的最好方法。

四、诊断

(一)胸骨后或剑突下烧灼性疼痛

胸骨后或剑突下烧灼性疼痛多在进食辛、酸、脂肪食、酒类后出现。疼痛可放射至肩胛间区,胸骨两侧甚至两臂,服碱性药物后减轻。餐后仰卧、躯干前屈或剧烈运动可有酸或苦味的胃内容物反流至食管上段甚至溢入口腔。并发食管黏膜水肿、管腔痉挛或瘢痕狭窄时可出现咽下困难。部分患者有食管贲门部或胃手术史。

(二)食管钡餐检查

食管钡餐检查黏膜正常,或可见黏膜皱襞不规则、紊乱、增粗重者有食管狭窄。部分患者可见钡剂从胃反流至食管。

(三)pH 测定

24 小时食管 pH 监测,pH<4 的次数、持续时间有阳性意义。

(四)食管测压

食管测压可显示 LESP 低下。

(五)内镜检查

通过镜检可以确定是否存在食管糜烂、溃疡、狭窄,Barrett 食管等,并且可以除外是否存在其他上消化道疾病。

(六)组织病理学检查

组织病理学检查确诊是否存在 Barrett 食管。

(七)鉴别诊断

该病需与消化性溃疡、心绞痛、食管癌相、食管贲门失弛缓症、胃炎、消化不良相鉴别。

五、治疗

胃食管反流病的中医治疗疗效确切,通过审证求因,分辨寒热虚实。根据不同病机而采取相应治法,若为肝胃不和,则疏肝和胃;若为肝胃郁热,则疏肝泻热和胃;若为痰气交阻,则理气化痰畅膈;若为脾胃虚寒,则健脾温阳降逆……从而达到局部病变与全身病态结合施治、主症与兼症结合施治、攻邪与扶正结合施治。西医治疗本病的方法日趋成熟,通过促动力药物、抑酸药物、黏膜保护剂的使用,亦可奏效。当出现食管狭窄时,可行内镜扩张治疗;有适应证时,还可选用外科手术治疗。因此,在临床治疗中,辨证与辨病结合,整体与局部兼治,既改善食管括约肌功能,减少胃酸,又抑制胃气上逆,减少反流,使临床症状消失快,值得推广应用。广泛应用中医治疗理论及方法,同时合理的结合西药治疗,使得中西医优势互补,以达到最好的疗效。

(一)辨证治疗

本病初起以标实为主,以理气、化痰、消痰为法,后期以正虚为主,以滋阴养血、益气温阳为法,若出现虚实夹杂,须标本兼治。

1. 肝胃不和

证候特点:胸骨后疼痛、顶胀感,双肋疼痛,胸闷脘堵,嗳气频繁,泛酸呃逆,食欲缺乏,大便不畅,舌苔薄白,脉弦。

治法:疏肝和胃降逆。

推荐方剂:四逆散合小半夏汤加味。

基本处方:柴胡 12g,白芍 30g,生姜 7g,延胡索 15g,枳壳 15g,法夏 12g,木香 10g,陈皮 10g,炙甘草 10g,海螵蛸 20g。每日 1 剂,水煎服。

加减法:若伴吐酸者加乌贼骨 10g、浙贝 10g,或煅瓦楞子 10g 以抑酸和胃;若嗳气频繁者,加沉香 15g、白蔻仁 15g 以顺气降逆;若心烦易怒者,加合欢皮 10g、炒山栀 10g 以安神除烦;若伴呕吐者,加代赭石 10g、柿蒂 10g 以降逆止吐;若胸骨后或剑突下灼热者,加黄连 10g、蒲公英 12g 以清胃热。

2. 肝胃郁热

证候特点:剑突下或胸骨后烧灼感或烧灼样疼痛,胃脘胀满不舒,进食后胸骨后疼痛加重;反酸嗳气,呃逆,急躁易怒,口苦咽干,大便干燥,舌苔黄腻,脉弦数。

治法:疏肝泻热和胃。

推荐方剂:丹栀逍遥散加减。

基本处方:柴胡 12g,丹皮 12g,川连 12g,海螵蛸 20g,白芍 15g,栀子 10g,枳实 15g,延胡索 15g,浙贝 10g,炙甘草 6g。每日 1 剂,水煎服。

加减法:疼痛较重者,加川楝子 15g 以加强疏肝止痛之力;若腹胀便秘者,加大腹皮 12g、大黄 10g 以通便消胀;若脘胀痞闷,不思饮食者,加赤茯苓 12g、茵陈 12g 以化浊祛湿,醒脾清肝。

3. 痰气交阻

证候特点:吞咽食物梗阻,胸膈满闷,胸骨后顶胀不适感,甚则疼痛,情志舒畅可减轻,嗳气呃逆,呕吐痰涎或食入即吐,口干咽燥,大便艰涩,舌苔薄白或腻,脉弦滑。

治法:理气化痰畅膈。

推荐方剂:启膈散加减。

基本处方:沙参 25g,丹参 18g,砂仁壳 6g(后下),法夏 12g,全瓜蒌 15g,云苓 15g,郁金 12g,苏梗 10g,旋覆花 15g,炙甘草 6g。每日 1 剂,水煎服。

加减法:大便不通者,加大黄 10g、枳实 15g 以行气通便;阴伤甚者,加生地 20g、火麻仁 15g 生津润肠。

4. 脾胃虚寒

证候特点:胃脘隐痛,泛吐酸水或清涎,进食后胸膈噎塞感,胸骨后疼痛不适,疲乏无力,喜温喜按,食欲缺乏,手足不温,大便溏泄,舌苔薄白,脉细弱或缓。

治法:健脾温阳降逆。

推荐方剂:香砂六君子汤加味。

基本处方:党参 25g,茯苓 15g,陈皮 6g,砂仁(后下)6g,白术 12g,法夏 12g,木香 6g,炙甘草 6g。每日 1 剂,水煎服。

加减法:胸膈满闷甚者,加薤白 12g、厚朴 12g 以增强宽胸理气之力;脘腹满闷,纳呆便溏者,加苍术 10g、藿香 10g、白蔻仁 10g 以和胃化浊;若兼手足不温,脘腹胀闷,喜暖喜按,可加干姜 5g、吴茱萸 12g、补骨脂 15g 以温补脾肾。

5. 气虚血瘀

证候特点:面色无华,神疲乏力,形体消瘦,气短懒言,口干咽燥,吞咽困难并呈持续性胸骨后疼痛。舌淡黯,舌边有瘀点,脉沉涩。

治法:益气养阴,祛瘀散结。

推荐方剂:四君子汤加味。

基本处方:太子参 20g,茯苓 20g,白术 15g,丹参 20g,浙贝母 15g,郁金 12g,薤白 10g,桃仁 12g,苏梗 12g,炙甘草 6g。每日 1 剂,水煎服。

加减法:若津伤较甚者,加麦冬 15g、元参 15g 以助增液润燥之力;若大便不通者,加大黄 10g 与甘草 6g 合用以苦降缓下;若阴虚内热较重者,加生地 20g、沙参 20g、丹皮 15g、知母 12g 以加强滋阴清热之力。

6. 肺脾肾亏虚

证候特点:吐酸呕涎,咳嗽夜间呛咳,多于夜间睡眠时发作,甚至不得平卧,气喘,纳差,小便清长,面色白,舌淡,苔薄,脉沉弱。

治法:固益肺肾,健脾降气。

推荐方剂:生脉地黄汤合六君子汤加味。

基本处方:熟地 15g,山萸肉 12g,山药 12g,丹皮 10g,茯苓 10g,麦冬 15g,五味子 10g,陈皮 15g,法夏 15g,太子参 15g,白术 10g,炙甘草 6g。每日 1 剂,水煎服。

加减法:肺气阴两虚为主者加黄芪 12g、沙参 15g 以补气滋阴;痰多者加前胡 10g、杏仁 10g 以降气化痰;气阴两虚而兼见潮热、盗汗者加鳖甲 15g、地骨皮 12g 以养阴清热。

(二)其他治疗

1. 中成药

(1)珍珠层粉:有制酸生肌、安神功用,可用于各证型胃食管反流病。每次 1 支,每日 4 次。

(2)锡类散:有清热解毒,止痛,化腐生新功用,可用于各证型胃食管反流病。每次吞服一