

于己百教授治疗脾胃病 临床经验举要

□ 邓 沂^{1*} 李金田¹ 于善哉² 张士卿¹

(1. 甘肃中医学院 甘肃 兰州 730000 2. 中国人民解放军第一医院 甘肃 兰州 730000)

关键词 脾胃病 治疗 学术经验 于己百

于己百教授，系甘肃中医学院原院长，全国五百名老中医之一，中国百年百名中医临床家，“八五”、“九五”国家继承名老中医药专家学术经验工作导师。于老从医、执教六十年，崇尚仲景学说，擅长内、妇、儿科，尤其对脾胃系病证的治疗最有心得。^[1,2]

笔者有幸侍诊左右，受益匪浅，现将老师治疗脾胃病证的经验总结如下，以飨读者。

1 善用半夏泻心汤加減 治疗胃肠三病

于氏临床善用半夏泻心汤为主

*作者简介 邓 沂，男，副教授。甘肃中医学院学术委员会委员兼秘书长，“九五”全国继承名老中医药专家学术经验老师于己百教授之继承人。编写专著、教材五部，获甘肃省优秀教材奖、甘肃省医药卫生科技进步奖各一项。

方加減化裁治疗慢性胃炎、溃疡病及溃疡性结肠炎等胃肠三病。慢性胃炎、溃疡病及溃疡性结肠炎虽为独立的三种病症，但于氏认为三者皆因寒热互结、中气虚衰致使脾胃升降失职而发病。因此，均可用温脾清胃、平调寒热、燮理升降之法治之。半夏泻心汤为张仲景治疗误下伤中，以致少阳热邪乘虚内陷，郁结心下，形成寒热互结、虚实

参考文献

- [1] 中国中西医结合研究会第一次全国活血化瘀学术会议订. 血瘀证诊断试行标准. 中西医结合杂志, 1983, 3 (3): 封二.
- [2] 第二届全国活血化瘀研究学术会议修订. 血瘀证诊断标准. 中西医结合杂志, 1987, 7 (3): 129.
- [3] 血瘀证研究国际会议制订. 血瘀证诊断参考标准. 实用中西医结合杂志, 1989, 2 (1): 7.
- [4] 王家良主编. 临床流行病学. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 65-76.
- [5] 赖世隆, 梁伟雄, 王 奇, 等主编. 临床科研设计、衡量、评价

(DME) 讲义. 广州中医药大学校内教材, 2002: 78-104.

- [6] Sackett D L, Straus S E, Richardson W S, et al. Evidence-based Medicine. Churchill Livingstone, 2000: 67-93.
- [7] 柏正平. 证候实质研究存在的问题及对策. 湖南中医杂志, 1994, 10 (2): 27-28.
- [8] 刘巧宜. 略论证候规范化的研究. 湖南中医学院学报, 1993, 13 (4): 5-7.
- [9] 朱克俭, 黄一九. 常见病中医证候临床流行病学调研思路. 中国医药学报, 1999, 14 (1): 62-64.
- [10] 王 奇, 谭芬来, 梁伟雄, 等. 中医证候量化的临床流行病学研究初探. 广州中医学院学报, 1992, 9 (4): 224-228.

夹杂、阴阳失调、升降失常的心下痞满，或呕、或利的主方。于老匠心独具，以半夏泻心汤为主，合旋覆代赭汤，或芍药甘草汤与金铃子散，或黄连汤与四君子汤、四神丸（汤）等，治疗上述胃肠三病，效果显著。^[3]

1.1 慢性胃炎 慢性胃炎的临床表现，主要是胃脘饱胀、食后尤甚，或有暖气、胃痛、大便不调等兼症。根据这一临床特征，于老认为本病属于中医学中“痞满”、“胃痞”的范畴。

痞满一证，即指胸膈满闷、心下痞塞的症状。心下即胃脘部，故心下痞又称胃痞。从中医的痞满、胃痞去认识现代医学的慢性胃炎，“痞”为本病的主证，乃脾失健运、胃失和降、升降失职所致。痞则气机升降失常，胃腑不通，胃纳失司，故见胃脘饱胀、痞满作痛，或是食欲不振。胃纳失职，胃气不降，水谷不得运化，致使陈滞宿积不化之气上逆，又可发为暖气。胃与脾、互为表里、同居中州，“脾为胃行其津液”。今胃既失和，脾运亦滞，水谷不能化为精微，气血便无从以生，后天化源既乏，则周身势难以充养而日渐衰伤，故慢性胃炎尤其是慢性萎缩性胃炎患者常见面黄肌瘦、神疲乏力、食少便溏等全身虚弱的表现，健康状况日趋下降。

引起脾胃升降失调的原因很多，临床较为常见的是寒热互结、中宫虚满痞塞。慢性胃炎患者大多属于脾阳虚弱而胃阴不足。脾阳虚弱则易生寒，胃阴不足则易生热。脾寒胃热则清气不升而浊气不降，

必致寒热互结，清浊相杂，引起胃脘痞满胀痛、纳呆暖气、大便不调，诸证变生。因此，在同一患者、同一时期的慢性胃炎中，既可见到口干口苦、大便干结、舌红等热象；又可见到虽口渴喜冷饮而饮食生冷或服用寒凉方药即肠鸣泄泻、大便溏薄、脉沉缓等寒象。同时，该病常常在受凉、劳累后症状加重。

慢性胃炎的主症以胃脘痞满胀痛为主；病性为脾寒胃热、上热下寒；病机属寒热互结、中宫痞塞，致使升降失调、胃气失和。因此，其治疗原则重在温脾清胃、平调寒热、消痞除胀、燮理升降。于老强调慢性胃炎所表现的胃脘痞满胀痛、纳呆食少、食不甘味等胃腑症状，其关键在于胃气失于和降，治疗时需重点采取和胃降气之法。方选半夏泻心汤合旋覆代赭汤加减：半夏 10g，黄芩 10g，黄连 6g，党参 12g，炙甘草 10g，干姜 10g，代赭石 20g（先煎），莱菔子 15g，枳实 10g，芍药 15g。水煎服，1 日 2 次。

本方以半夏泻心汤为主、旋覆代赭汤为辅，随证增损，去壅中呆胃作痞的大枣与毛序较多、易刺喉作痒、恶心呕吐的旋覆花，加降气和胃、消痞散结的莱菔子、枳实与缓急止痛的芍药而成。方中半夏能和胃止呕、散结消痞，合干姜辛开祛寒以和阴，芩连苦降清热以和阳；党参、炙甘草扶正以助祛邪，可使中气得复；代赭石、莱菔子苦辛通降，宜于胃虚气逆所致胃脘胀闷、纳呆食少、暖气呃逆等症的治疗。综观全方，寒热并用、苦辛并

进、补泻兼施、标本兼治，服后可使寒热平调、阴阳和谐、升降复常、中气振作，故慢性胃炎服之有效。临证加减法：胃脘痛甚，加木香 10g、白芷 12g；肠鸣泄泻、大便溏薄，以炮姜 10g 易干姜，加焦山楂 15g；纳呆、食少，加陈皮 10g、砂仁 6g，或焦山楂 15g、炒麦芽 15g；夜卧不安、失眠，加酸枣仁 30g、川芎 12g；寒偏盛者，加甘肃细辛（马兜铃科植物单萜细辛的全草）10g、川椒 10g；热偏胜者，去干姜，加槟榔片 10g、公英 20g；阴虚者，去干姜，加沙参 10g、麦冬 12g、石斛 10g；瘀重者，去干姜，加丹参 20g、生山楂 15g。萎缩性胃炎有肠化或不典型增生，加三棱、莪术各 10g（或黄药子 30g）、半枝莲 30g、山慈菇 12g。值得一提的是，黄药子具有抗肿瘤作用，为胃肠道肿瘤的常用中药，其用量用至 30g 未发现有毒副作用。

慢性胃炎是一种慢性疾患，病程较长。其治应缓图，取效贵乎一个“守”字。即先以汤剂调治，获效后要守方数十剂，待病情稳定后，可改汤为丸，再追服数料，以取“丸者，缓也”之意，缓图治本，从而达到彻底治愈的目的。

笔者曾系统观察 48 例慢性萎缩性胃炎（CAG）患者，经服用以于老半夏泻心汤为主、旋覆代赭汤为辅组成的“于氏萎胃宁”，结果显效 21 例、有效 25 例、无效 2 例，总有效率 95.9%。该方对胃脘饱胀、胃脘疼痛、暖气、纳呆等症均有较好的疗效，对胃粘膜萎缩、炎症、肠化、不典型增生及胃

粘膜幽门螺杆菌（HP）均有一定的治疗作用。结果表明于老治疗CAG有较好的效果。^[4]

1.2 溃疡病 于老根据本病胃脘疼痛、痛连两胁、嘈杂吐酸的临床特征，将其归结到“胃脘痛”、“肝胃气痛”的范畴。胃脘痛为溃疡病的主症，乃气机郁滞、逆乱所致。脾胃完成饮食物的受纳、腐熟、运化与吸收，必须以脾胃升降为必备的前提条件。而脾胃升降作用的正常体现，又与肝之疏泄功能密切相关，即所谓“土得木而达”（《素问·宝命全形论》）。因此，忧思恼怒，气郁伤肝，肝气横逆，势必克脾犯胃，致气机郁滞、逆乱，而发生胃脘疼痛。本病常兼见吐酸。吐酸一症，虽有寒热两端，但总属肝气郁结、胃失和降所致。因此，于老认为，从中医“胃脘痛”、“肝胃气痛”的概念去认识现代医学的溃疡病，较之单纯以“胃痛”、“胃脘痛”立论则更为确切。

溃疡病胃脘痛发病多种多样，但其基本病机都是脾胃升降失调、气机郁滞逆乱，即所谓“不通则痛”。溃疡病患者大多属于脾胃虚寒、邪热郁阻，但临床很少见到纯粹的寒证或热证，更多的则是寒热夹杂。如患者胃脘痛以喜温喜按为特点，证属虚寒，却同时又有舌红、大便干结、胃脘灼痛、口苦等一派热象，但食冷即泻、泄泻清稀，这在临床非常多见。于老认为，溃疡病脾胃虚寒多属病本，是言其因；邪热郁阻常为病标，是言其化。素体不足，脾胃虚弱，中焦虚寒，寒则阳气不舒而气机郁滞逆乱，这是溃疡病发病的基本机制。

脾胃虚寒，一方面脾胃纳运功能失调，易于停食停饮，日久宿食极易热化；另一方面脾胃功能不足，气机易于郁阻，气郁日久亦易化火，这又是溃疡病最常见的病理机转。如此寒热夹杂、虚实交替，加之肝气乘克，必致气机阻逆、肝郁化热，从而出现胃脘胀痛、痛连两胁、嘈杂吐酸诸症。

溃疡病以胃脘痛、吐酸为主症；病性属寒热夹杂；病机是气机郁滞逆乱、肝气郁结、胃气失和、不通则痛。所以，其治宜清上温下、疏肝理气、止痛止酸、燮理升降。方选半夏泻心汤合芍药甘草汤与金铃子散加减：半夏 10g，黄芩 10g，黄连 6g，党参 12g，炙甘草 10g，炮姜 10g，芍药 30g，木香 10g，白芷 12g，川楝子 12g，元胡 12g，煅瓦楞 20g，海螵蛸 15g，枳实 10g，槟榔片 10g，陈皮 10g。水煎服，一日 2 次。

方中半夏辛能散郁开结，以除胃脘满闷、嗝气呃逆；炮姜（于氏用治本病常以炮姜易干姜，干姜炮后既能减缓辛辣伤胃的弊端，又能保留辛散暖中之功，同时还兼具温经涩血之效）配半夏辛开散寒以和阴，芩连苦降清热以和阳，夏、姜、芩、连寒热并用燮理升降、平调寒热；党参、炙甘草益气补中、扶助正气；芍药甘草汤和血补中、缓急止痛，合调中去滞、行气止痛的木香与入阳明经、和血止痛的白芷，有行气消滞、和血散瘀、缓急止痛之功，是于氏治疗一切脘腹疼痛的必用药组；金铃子散疏肝清热、和血止痛，合擅治胃肠诸痛的白芷，具疏肝清热和胃、行

气活血止痛的作用，用于胃脘胀痛、痛引胁肋、中脘嘈杂、嗝气频作、口苦诸症的治疗。现代药理研究表明，瓦楞子、海螵蛸两者均含大量的碳酸盐，能中和胃酸，故有制酸止痛的作用。枳实、槟榔片通腑降气，可增强解郁降气之功。全方共奏平调寒热、疏肝解郁、止痛止酸之功，故溃疡病患者服之有效。临证加减：胃脘痛甚，加甘肃细辛 10g、川椒 10g、三七 3g（冲服）；中脘嘈杂，加黄连 6g、竹茹 10g；胃脘痞闷、呃逆嗝气，加代赭石 20g、莱菔子 15g；大便稀软或泄泻，加焦山楂 15g；呕血、便血，加白芨、浙贝母各 12g 或三七 3g（冲服）。

1.3 溃疡性结肠炎 溃疡性结肠炎以腹泻便溏、湿泻水泻、粘液血便、便前腹痛、里急后重及久泻不止为临床特征，于老认为本病应属“肠澼”、“泄泻”、“腹痛”、“休息痢”的范畴，尤与肠澼非常相象。

肠澼，最早载于《内经》，凡十多见，既指痢疾，又指湿泻水泻，如杨上善释为“泄脓血”的痢疾，《康熙字典》引《集韵》之“澼，肠间水”而解为水湿泄泻。从《内经》原文所述来分析，“肠澼”的临床表现不仅有腹泻便溏、湿泻水泻、久泻不止等类似“飧泄”的症状，而且有便下脓血、里急后重等类似痢疾的症状，综观之，更符合溃疡性结肠炎的临床实际。因此，于老认为，从《内经》“肠澼”的概念去认识现代医学的溃疡性结肠炎，比起用泄泻、痢疾等立论更为贴切。

溃疡性结肠炎以泄泻、下痢为主症，因脾胃虚损，水谷不能腐熟，水反为湿，谷反为滞，合污下降而致。脾虚湿胜，气机运行无力或郁滞，故腹胀腹痛；中虚化源不足，加之久泻脾愈加虚衰，又见消瘦、乏力等症。因此，脾虚湿胜是本病的基本病机。而导致本病发作的诱因则是饮食不节、损伤脾胃，或是情志失调、肝气乘脾，致使脾胃运化无力、食滞湿胜。脾虚能生湿，湿胜则伤脾，二者常相互影响、互为因果，正如《医宗金鉴》所云：“泻皆成于湿，湿皆本于脾虚。”因此，脾虚湿胜、运化无力，湿邪蕴结化热，寒热交织、湿邪蕴结，小肠不得成聚、大肠传导失职，导致腑失通降、气血壅滞、蒸腐化脓即会发生腹痛腹泻、粘液血便。泄泻迁延不止，愈泄愈虚，气随泄去，阳随气去，日久及肾，必致脾肾阳虚，所以本病后期每兼五更泄泻等证。溃疡性结肠炎的基本病机虽表现为脾胃虚寒、湿热蕴结，但临床却很少见到单纯的寒证或热证，更多的则是寒热错杂证，如腹泻粘液血便、腹部冷痛、逢寒遇冷痛泄加重、口苦、舌红、脉沉缓等症。

溃疡性结肠炎属肠癖，以腹泻腹痛、粘液血便为主症；病性属寒热错杂；病机是脾胃虚寒、湿热蕴结、虚实夹杂。故治当清化湿热、暖中散寒、止泻止痢、温补脾肾。方选半夏泻心汤合黄连汤四神丸加减：半夏 10g，黄芩 10g，黄连 6g，党参 12g，炙甘草 10g，炮姜 10g，桂枝 10g，焦山楂 15g，白术 10g，茯苓 12g，芍药 30g，白芷 12g，椿

根皮 12g，乌梅 10g，补骨脂 12g，吴茱萸 10g。水煎服，一日 2 次。

方中半夏、炮姜（仲景原方为干姜）伍桂枝散寒和阴、温中降逆，芩连合椿根皮清热和阳、燥湿止泻（痢），辛苦寒温并用既能散寒清热、除湿止泻（痢），又能行气降气、止痛除噫；四君合四神益气助阳、脾肾双补、固肠止泻，炮姜合焦山楂温中散寒消食、行气和血止泻，白芷、桂枝、芍药、炙甘草行气通阳散寒，缓急止痛，椿根皮合乌梅清热凉血、涩肠止泻。全方具有平调寒热、燥湿止泻（痢）、行气和血、脾肾双补的功效。加减法：脘胁疼痛，加川楝子 12g、延胡索 12g；便血较多，加地榆 20g、白头翁 30g；泄泻清稀、次数较多，或有滑脱，合桃花汤（炮姜易干姜、山药易粳米：赤石脂 30g、炮姜 10g、山药 30g）；久泄久痢，或是下坠、里急，加诃子 10g、罂粟壳 10g，以涩肠止泻；大便干结，去桂枝，加枳实 10g、槟榔片 10g；伴口疮，加茵陈 30g、桑白皮 30g、白芷 12g；胃脘痞闷、呃逆暖气，加代赭石 20g、莱菔子 15g；纳呆纳差，加陈皮 10g、砂仁 6g，或炒麦芽 15g、焦山楂 15g、莱菔子 15g。

2 验方增食煮散清胃健脾专治厌食症

小儿厌食症应属中医“纳呆、纳差”的范畴。纳呆、纳差当属脾胃纳运功能失调。盖胃主受纳、脾主运化，胃气主降、脾气主升，脾胃纳运结合、升降相因，食欲才能正常、消化功能方能和谐。若喂

养不当、饮食失节，或先天不足、多病久病均可导致脾胃纳运失健，引起小儿厌食症。观之临床，小儿厌食症常由胃热、胃失和降、脾失健运，或脾虚、中气不足、脾胃纳运失调引起。前者多由喂养不当、饮食失节所致，如家长溺爱、片面强调给予高营养滋补食品，而肥甘厚腻之品有缓滞的致病特性，易发生脾胃之气升降阻逆、郁久化热的病理改变；小儿平素贪吃零食尤其是辛辣煎炙食品，致使胃腑热甚、耗伤津液而引起胃热郁结、腑失通降。后者常因病后失养、元气大伤，或先天不足、禀赋虚弱，导致中气不足、脾胃纳运失调。

小儿厌食症属中医“纳呆”、“纳差”的范畴，病由胃热、脾虚导致脾胃纳运功能失调引起。故于老治疗本病立以清胃、健脾之法，选用经验方“增食煮散 I 号”、“增食煮散 II 号”治之。

2.1 胃热型 症见纳呆纳差，喜食冷饮，大便干结或便秘不行，好动不静，眠少急躁，舌红，苔薄白而干或薄黄，脉弦滑。此型临床较为多见，常见于阳热体质或平素喜食零食的小儿。治宜清胃降气、消食导滞。方用增食煮散 I 号：黄芩 10g，黄连 6g，焦栀子 10g，砂仁 6g，鸡内金 10g，砂仁 6g，焦山楂 15g，炒麦芽 15g，神曲 12g，莱菔子 15g，枳实 10g，槟榔片 10g，炙甘草 10g。上药粉碎，分装于 4 个纱布袋中，沸水冲泡或冷水煎煮后服用，1 袋/次，4 次/日。方中连、芩、栀泻火解毒，枳实、槟榔片清热泻下、消痞除满，鸡内金、砂仁“宽中健脾，消食磨胃”（《滇南本

草》)、“醒脾,养胃,通滞气”(《本草纲目》);焦山楂、炒麦芽与神曲即焦三仙,消食开胃,是治疗食积、食滞的必用之品;莱菔子消食、行气;炙甘草健脾和中,调和诸药。全方合用,共奏清胃泻热、降气导滞、消食开胃之功,对“胃热型”小儿厌食症尤其有效。加减法:嗳气,加代赭石 20g(先煎);脘腹胀满,加木香 10g、白芷 12g;苔黄腻者,加藿香 10g、薏苡仁 15g;便秘较甚,加大黄 6g(后下);胃热较甚,加公英 30g、连翘 30g。

2.2 脾虚型 症见食欲不振,纳谷不香,多食则脘痞腹胀,懒言少语,喜静不动,大便溏薄或有飧泄,形体消瘦,面色萎黄,舌淡,苔薄白,脉弱。此型常见于体质较差或重病、久病初愈之后的小儿。治宜健脾益气、消食开胃。方选增食煮散Ⅱ号:党参 12g,白术 10g,茯苓 12g,炙甘草 10g,陈皮 10g,砂仁 6g,焦山楂 15g,炒麦芽 15g,神曲 15g,鸡内金 15g。上药粉碎,分装于 4 个纱布袋中,沸水冲泡或冷水煎煮后服用,1 袋/次,4 次/日。方中四君子益气健脾以治本,陈皮、砂仁行气导滞、开胃醒脾以治标,更有鸡内金、“焦三仙”消食开胃,以散食滞之邪,特别是白术与鸡内金组成的药对有健脾益胃、促进纳运作用,是治疗脾虚纳呆的最佳配伍,《医学衷中参西录》谓“用鸡内金为脏器疗法,若再与白术并用,为消化郁积之要药,更为健补脾胃之妙品,脾胃健壮,益能运化药力以消积也。”全方具有健脾益胃、消食化滞、增强

纳运的功效,对脾虚型小儿厌食症尤其有效。加减法:脘腹胀满,去炙甘草,加木香 10g、香附 10g;便溏泄泻,加炮姜 10g、焦山楂 15g;病在夏季或夹有湿邪而舌苔腻者,加藿香 10g、扁豆 15g、陈皮 10g;易汗出,加黄芪 20g、桑叶 15g、浮小麦 15g。

我们曾系统观察 62 例厌食症患者,经服用“增食煮散Ⅰ号”、“增食煮散Ⅱ号”后食欲大多恢复正常,食量均有所增加,伴随症状得以改善,体重也有增加,获痊愈 45 例、好转 17 例,总有效率 100%。证明于老治疗小儿厌食症疗效较好。^[5]

3 苓桂术甘汤、枳术汤加味治疗胃下垂

胃下垂主要表现为脘腹胀满、疼痛,饮食不化,腹部重坠,胃有振水声。其应属“胃胀”、“胃痞”等病证的范畴。于老根据本病的主症,结合多数患者常有胃内液体潴留、排空迟缓、胃张力低下、胃有振水音的表现,独辟蹊径,认为胃下垂当属中虚不运、饮停中焦的“痰饮”病。考《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云:“其人素盛今瘦,水走肠间,沥沥有声,谓之痰饮。”“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,……。”《水气病脉证病治》又云:“心下坚,大如盘,边如旋盘,水饮所作,……。”从仲景原文的描述来看,痰饮病的临床表现不仅有心下胀满、痞塞的感觉,而且还有胃有振水音、形体消瘦等症状,更符合胃下垂的临床实际。从祖国医学“痰饮”的概念去认识

现代医学的胃下垂,较之单纯以“胃胀”、“胃痞”立论则更为确切。于教授强调,辨识胃下垂,关键要抓住“痰饮”二字。脾主升,亦包括升举胃腑在内的内脏而不至下垂。中气不足,一则水谷精微化生无源,肌失所养,脏气虚衰,筋脉弛缓不收,升举无力,形成胃腑下垂;二则气机阻滞,纳运失职,谷反为滞,水反为湿,导致脘腹胀满、痞塞,水停心下。总之,胃下垂属本虚标实之证,其本在于中气不足、升降无力,其标在于气机阻滞、湿滞、痰饮。治法贵在补中、行气、化饮,遣方用药当选枳术、苓桂术甘之类方药补中益气助运、温阳行气化饮。处方:茯苓 15g,桂枝 10g,苍术 30g,炙甘草 10g,枳壳 15g,黄芪 30g,党参 12g,柴胡 10g,升麻 6g,半夏 10g,陈皮 10g,香附 10g,炒麦芽 15g。水煎服,一日 2 次。

方中术、苓、草相配,健脾利水;苓、桂相伍,通阳利水;枳、术相合,健脾利湿、行气散结,现代药理研究表明,枳壳对胃肠运动有兴奋和促进作用,可使胃肠平滑肌收缩、富有节律且有力;黄芪、党参、柴胡、升麻益气升提以治本;半夏、陈皮降气和胃、化饮止呕;香附理气和胃,使气行则水行;炒麦芽消积导滞。全方共奏健脾益气、温阳化饮、升清降浊之功。本病病程缠绵,兼证较多,证型错综复杂,往往是本虚标实或寒热夹杂。因此,于老临床上也注意随证灵活加减:如兼畏寒、肢冷而脾胃阳虚者,加干姜 10g、川椒 10g;伴形瘦、口干、便秘而脾胃

阴虚者，加沙参 12g、麦冬 12g、石斛 10g、枳实 10g；有口苦、舌红、苔黄腻而呈湿郁化热者，加薏苡仁 20g、黄连 6g；病程较长，出现气虚血瘀者，加川芎 12g、莪术 12g。

4 内外合用巧治难治性呃逆

于老治疗呃逆，除辨证治疗外，对顽固呃逆、妊娠呃逆等难治性呃逆，采取内外合用之法，疗效确实，极有特色。兹述于次。

4.1 小半夏汤加味薰吸内服治疗顽固呃逆 基本方：半夏 12g，生姜 12g，砂仁 10g，荔枝核 10g，白酒 250ml。前 4 药打碎，白酒浸泡一小时，温火煎煮数沸，待酒汽上升时，患者张嘴频频吸纳。数沸后，取下，分二次温服。轻者薰吸后呃立止，多数患者 1 剂即愈，不愈者可再服 1 剂。小半夏汤系张仲景为治疗“呕反不渴，心下有支饮”及“诸呕吐谷不得下”的病证而设。因呕吐、呃逆皆因胃气上逆所致，故于老取其和胃散饮、降逆止呕之功来治疗本病，乃异病同治之意。方中砂仁温胃宽中，除脾胃之滞气；荔枝核性温、主入肝经，“行散滞气”（《本草纲目》），解肝经之寒凝。此四药皆为治呃常用之品，用之无奇。妙在用白酒煎药，可升发阳气，通阳达表，促进肝胃寒凝之滞气迅速消散，使抑郁之气机舒畅，上下畅达，清阳自升，浊阴自降，肝胃得和，呃逆可止。

4.2 伏龙肝煎液煎煮逍遥散治疗妊娠呃逆 基本方：柴胡 12g，白芍 10g，当归 12g，茯苓 12g，白术

10g，炙甘草 10g，生姜 10g，薄荷 6g，半夏 10g，代赭石 20g（先煎），竹茹 10g，砂仁 6g，伏龙肝 30g（先煎）。伏龙肝布包煎汤，以此煎液煎煮上药二次，分二次温服。此方适用于各种类型的妊娠呃逆，辨证要点同肝气犯胃型呃逆（呃逆频作，胁肋胀满，头晕目眩，口苦咽干，女子月经不调，乳房胀满，舌红苔白或黄，脉弦）。若兼胃脘胀满、手足不温、神疲食少者，加干姜 10g、吴茱萸 6g；兼胃脘嘈杂、心烦、口苦口干者，加丹皮 10g、栀子 10g、黄连 6g；兼大便秘结，加枳实 10g、槟榔片 10g。

女子生理以肝为先天，易发生肝失条达、情志失调，孕期肝藏血功能不足，则更易发生肝郁气滞、肝气强盛、阴虚阳亢的病理变化。而肝失条达、疏泄失职，肝气犯胃，胃气亦会上逆。所以妊娠呃逆最常见的证型即是肝气犯胃。于老治疗肝气犯胃型呃逆，立疏肝解郁、降气止呃之法，主用逍遥散加

味。但对妊娠呃逆，又专用伏龙肝煎液煎煮，可谓匠心独具，临床确有显著疗效。伏龙肝温中散寒止血，既能止呕止呃，又能治疗各种虚寒出血，《本草纲目》指出，伏龙肝能“妊娠护胎”，故本方既可治疗呃逆，又顾及妊娠的特殊情况，因人制宜，止呃安胎。全方共奏疏肝和胃、止呃安胎之功，故妊娠呃逆用之有效。

参考文献

- [1] 张士卿. 探医秘精研《伤寒论》重临证善用仲景方——于己百教授传略及学术特点. 甘肃中医, 1995, 8 (1): 5.
- [2] 张士卿, 邓 沂, 等编著. 中国百年百名中医临床家丛书·于己百. 北京: 中国中医药出版社, 2000: 1.
- [3] 邓 沂. 于己百教授治疗胃肠病经验. 甘肃中医学院学报, 2000, 17 (1): 1.
- [4] 邓 沂, 韩 涛. 于氏萎缩性胃炎治疗慢性萎缩性胃炎经验举要. 中医药学刊, 2002, (20) 2: 155.
- [5] 邓 沂, 于善哉. 于氏增食煮散治疗小儿厌食症的临床观察. 中医药学刊, 2003, (21) 2: 156.

《江西中医药》征文通知

为了交流学术信息，检阅研究成果，扩大学术影响，本刊拟于 2003 年组织召开以下全国性学术研讨会。现正在征集论文，请广大读者、作者踊跃赐稿。

1 第二届全国医学与社会发展暨中医临床学术研讨会 于 2003 年 8 月在江西井冈山召开。征文内容：医学与社会发展战略研究、医药管理理论与实践、临床各科研究等。

2 全国针灸文献与针灸临床学术研讨会 于 2003 年 8 月在江西庐山召开。征文内容：针灸文献研究及临床各科针灸治疗经验。

3 全国无创痛穴疗及其文献学术研讨会 于 2003 年 11 月在广西南宁召开。征文内容：无创痛穴疗的渊源、发展及治疗经验总结等。

论文形式不拘，题目自拟，要求具有科学性、创新性。稿件上务请注明作者姓名、单位、电话，信封上注明何会议征文。地址：江西省南昌市阳明路 56 号 (330006)《江西中医药》查青林收。电话：(0791) 6814440。入选论文将在会议上交流，公开发表，并颁发继续教育学会证书。