

李庆明教授治疗 慢性胃炎之经验探析

□ 卢致鹏*

(澳门科技大学中医药学院)

关键词 慢性胃炎 辨证论治 脾胃病 临床经验 李庆明

李庆明教授是广东省中山大学附属第二、第五医院之教授、主任医师、博士生导师，从医 40 载，善长脾胃病之诊疗。临证诊治时颇具独匠，善于辨证论治，收效颇功。尤以慢性胃炎之病患更独具疗效。笔者有幸随师侍诊，获益良多，今兹将其治疗慢性胃炎之经验简介如下：

1 中焦脾胃升降失常是慢性胃炎之主要病机

脾胃同属中焦，互为表里，于经络则为络属关系。而脾主化，胃

主纳，脾主升清，胃主降浊，一纳一化，一升一降，共成生化气血之功。以共同完成饮食消化、吸收及水谷精气之输布。而任何脾胃之升降失常均可引起脾胃系统疾病，而慢性胃炎系指在不同病因所引起之慢性胃粘膜炎症性病变或萎缩性病变——大部分系属脾胃升降失常之病机。慢性胃炎之各种症状均与脾胃升降失常有关，又知脾为阴土，喜燥恶湿，脾气以升为顺；而胃为阳土，喜润恶燥，胃气以降为和。脾胃之阴阳互助，湿燥相济，显示出其升降相因之气化关系——唯有

通调升降揉之平衡，方能根治其病之根。另脾胃生理上之相互联系关系，亦使病理上亦相互影响，如脾为湿困，运化失调，清新之气不能上升，可影响胃之受纳与和降，而见脘腹胀、食少、噯气、恶心、呕恶等症状。反之，若饮食失节，食滞胃脘腹部之间，胃失和降，亦可影响至脾之升清与运化，而出现出胃胀腹泄等症状。此时李教授皆从调理脾胃法治之，以期脾胃升降复常。

2 调畅气机舒其壅滞为治疗慢性胃炎之重要法则

李教授认为调畅气机、舒其壅滞是治疗慢性胃炎之重要手段，任

* 作者简介 卢致鹏，男，港澳台职业中医中药医师。港台中医师工会联合会理事长、澳台港工商促进会理事长、台湾省中药植物生产促进会理事长。

何病因引起之慢性胃炎皆须从其气机之调达顺畅着手。而调畅气机主要考虑升脾气、降胃气为主，并须兼顾肝气及宣肃肺气，并结合临床见症加以辨证论治，往往能收到良好疗效。

2.1 降胃气、升脾气以气机调畅

降胃升脾法是治疗慢性胃炎常用之法。李教授常喜用四君子汤加减用方来治疗慢性胃炎之患者，取方中之党参补脾气以养胃，白术以健脾燥湿，加强益气助运化和胃之功，茯苓健脾调脾渗湿以和胃之功，炙甘草益气调脾和中并调诸药为功。加枳实、木香、川朴、藿香等药降胃气。若见体弱气虚，脾虚食少者，则以人参或北芪、加砂仁、谷芽、麦芽、鸡内金、升麻、柴胡之类升调脾气。升脾与降胃其实是一体两面的，相辅相承的。脾升即能胃降，气机调畅，脾胃当能健运。

2.2 降肺气、理肝气以通达脾胃

教授认为调理脾胃气机方面，除脾胃本身因素外，尚须考虑其它脏腑之气机升降失调而影响至脾胃之升降功能，如肺失宣肃、肝失疏泄及表现在运化功能之影响等等。因肝主疏泄、其生理特性是升、动、散。其疏可使气之运行通而不滞，其泄可使气散而不郁，亦即对气机之疏通起调畅之功能，而脾胃之升降、运化则又赖于肝气之疏泄。而肺主气、司呼吸、通调水道，其中通调水道即指肺之宣发和肃降运动对体内津液之输布、运行和排泄有疏通和调节作用。而人体之水液来源于脾，而归于肺，其调畅与否则归功于肺之宣发肃降功能

是否正常。由此即知治疗脾胃系统疾病必须兼顾肝、肺之调畅方可。而临床上更须理解到如肝疏泄太过或不及，亦均会影响脾胃之升降功能，如出现肝气犯胃或肝脾不和之证候。而在疏肝和胃时尚须注意升降润燥问题。亦须理解到在疏肝的程度上已兼顾到某些程度之（和胃）功能了。李教授临床上常用：木香、柴胡、郁金、香附、枳实、枳壳、麦芽、谷芽、佛手、茯苓、杏仁、枇杷等药治疗慢性胃炎等脾胃系统病。如以柴胡、木香疏肝去积解郁，枳实、枳壳以开胃降浊下气，香附疏肝理气，麦芽、谷芽以和胃健脾理中并助消化、止胀痛，能走又守而无津伤液耗伤气之害。以郁金、佛手疏肝解郁下气止痛，祛瘀行滞开宣为用。并以茯苓健脾渗湿和胃为用。诸药合参即取得疏肝和胃，健脾止痛之功。

2.3 滋胃阴、补脾阳以固中焦

脾气之升以脾阳之鼓动，而胃气之降则赖以胃阴之滋养。脾胃之阴阳须相对平衡方能无疾。又脾为阴体而抱阳气，阳动则升，胃为阳体而含阴精，阴静则降。李教授认为临床上要兼顾脾胃阴阳同治同理不可偏执一方，并要同时考虑升脾滋胃合用，使脾胃气机通畅。滋胃阴宜清淡，不宜滋腻粘滞，升补脾阳不宜过燥温涩之品，充分体现“忌刚用柔”之法；并提出了以补阳以滋阴之治法，甚合阳胜则阴生之理。根据脾胃本身之生理特点，制定针对脾胃阴阳偏衰之病理状态。

3 辨证论治务必切中病机

辨证论治是中医学重要特色之

一。李教授临床上特别重视辨证论治、整体观念之配合方法。强调唯有对症清楚、辨证清晰、分清标本主次、辨明寒热虚实、善运四诊八纲、施以温补清消诸法，方能全面提升医疗效果，亦能显示出病因治疗法之确切性，否则易流治标而不治本之偏误。

3.1 脾胃虚弱证 素体脾胃虚弱者，其况常内易为饮食所伤及，外易为病邪毒郁所袭致。内外相因，脾胃虚弱，中气不足，其运化功能失职，或病后中气虚弱，或误下克伐伤中损胃，致使阳气不振不舒，而不能运化水谷精微，致其聚而不散，症见：胸脘痞满中焦不舒，喜按喜热，得热则舒，面色乏华或青黑，纳差神疲体倦，或振乏力呆羸衰体气倦状，舌质淡或有齿痕印、苔薄白、脉弱无力或细濡小状。此为虚痞。此宜温补脾胃法，用香砂六君子汤类或补中益气汤或黄芪建中汤类加减用之，若见阳虚较甚，或虚逆至极，舌苔淡胖，苔白，脉缓弱或沉弱无脉状，暮急朝宽略缓，痞满，胸闷、胀痛难忍者，则宜用附子理中汤类加减大峻温补脾胃，其效颇功。

3.2 湿困脾胃证 可见胃脘满闷，胸闷不饥，脘痞不舒，恶心欲呕，肢体困倦，头重身重，倦怠不已，或头胀昏重，口渴不欲饮，或大便溏薄不畅，舌苔白腻或厚腻，脉滑，胃镜检查胃粘膜充血明显，水肿甚至糜烂等等。若化热夹痰者，则口苦咽干，或口吐黄稠痰，小便涩黄或便时刺热感，舌苔黄厚腻或黄腻。前者当以清热化湿为主，可用平胃散类、藿朴夏苓汤

类、三仁汤类加佩兰、生苡仁、石菖蒲、泽泻、猪苓、法半夏等。而后者则宜加黄芩、蒲公英、紫花地丁、半枝莲等清热药。待其湿热去除后再调理脾胃。

3.3 肝郁脾虚证 肝主疏泄，脾主运化。如肝之疏泄功能失调，则气机不畅失于调达，则易肝木郁逆，横犯胃土，肝胃之气不和，脾失运化，滞浊中焦，气机阻滞窒碍难行，致脘胁痞满胀痛或胸胁部虚逆满闷气痛。宜开郁健脾，理气和中，疏肝止痛。用柴胡疏肝散类和四君子汤类合方主之。如柴胡、白芍、枳实、枳壳、郁金、佛手、香橼、党参、白术、云苓、炙甘草、木香、陈皮等药。

3.4 饮食阻滞证 脾胃失调，脾虚不能运化输注四肢，胃虚不能消谷传导，以致食久之物转邪不化，滞阻中焦，不饥、不纳、不欲饮食，腹中攻撑不和，噎腐吞酸，或呈恶心腹痛胀满，舌苔厚腻，脉

滑，宜消食下气和中，去郁化滞为主。用枳术厚朴汤加木香、布渣叶、莱菔子、谷芽、麦芽、山渣、鸡内金等。若兼有大便不通，数日不下，腹中硬疼者，则加大黄、神曲、郁李仁、槟榔、青皮、佛手、大腹皮以通腑消导。

3.5 胃阴不足证 胃阴不足则内生虚热，阴虚则火旺，故可见胃脘部灼热疼痛，餐后饱胀感，口干舌燥，大便干结难下，或身有燥热感，舌红少津或有裂纹，舌苔少或无，脉象细或微数或虚数状。此宜养阴益胃、滋荣润燥和络止痛为主。用沙参麦冬汤合益胃汤加减主之。

3.6 胃络瘀阻证 可见胃痛日久不愈，痛处固定，按之刺痛为主，痛时拒按，稍按即痛，或大便色黑，舌质紫暗或暗红、有瘀斑、脉涩或弦涩。宜化瘀活血祛络行气止痛为主。失笑散加减用之。如兼有气虚患者，则宜加黄芪、太子参、

党参、西洋参等。如有阴虚者，则宜加生地、丹皮、玄参、沙参。如有瘀血凝滞日甚者，则宜加乳香、没药、郁金、川楝子、延胡索等。

4 病案举例

唐某某，女，31 岁，病历号码：NO. 0108917 号。2004 年 8 月来院就诊。诊时自诉上腹痛，痛无定时，反复发作三个月。胃镜检查示慢性糜烂出血性胃炎。观其形体消瘦，行动自如，唯发作痛时难忍，察其舌质稍暗红，苔薄白，脉弦细。属脾虚血瘀证。予以党参 15g、白术 10g、云苓 15g、香附 10g、五灵脂 6g、莪术 6g、麦芽 10g、谷芽 10g、炙甘草 6g。六剂后，症状已减。守方再进六剂。三诊时，自诉症状基本消失，舌红苔薄脉细，嘱其服参苓白术散 2~3 月善后调理。半年后随访未有不

(上接第 46 页)

4 结 论

通过以上研究结果可以看出，哮喘发病多在幼年或童年且有明显家族遗传倾向；哮喘发病季节多在冬季且多于夜间发作或加重。哮喘缓解期无任何症状者 172 例（占 35.46%），另有 241 例（占 49.69%）虽有某一症状或一个症状以上，但构不成肺气亏虚证、脾气亏虚证、肾气亏虚证。能构成肺、脾、肾虚“证”的共计 72 例（占 14.85%），但与对照组间比较并无显著性差异。这就给我们提出了一个新问题，哮喘缓解期病人出现的这些所占比例较少的“证”，

是不是哮喘缓解期本身内在病机的外在客观反映？传统辨证论治的方法能否全面有效的指导哮喘缓解期的临床治疗？这是值得深思的问题，需要我们去深入研究。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南（支气管哮喘的定义、诊断、治疗及教育和管理方案 [J]）. 中华结核和呼吸杂志，2003，26（3）：132-138.
- [2] 中医病证诊断疗效标准编审委员会. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京：南京大学出版社，1994. 5-6.