

## 中医教学

# 慢性胃脘痛的辨证鉴别诊断

徐 景 藩



徐景藩副教授近影

凡以上、中、下脘为中心,慢性而不时发作的疼痛,称为慢性胃脘痛。临床上如胃、十二指肠的炎症,溃疡或肿瘤等疾患,以上腹部疼痛呈慢性发作者,均属本病范畴。

### 一、辨证

慢性胃脘痛的辨证要点,大致有如下数项:

#### (一) 辨别脏腑病位:

根据疼痛部位,从上脘至下脘为直径作圆,相当于此圆周范围具有自觉痛、压痛者,病在胃;如痛在此圆周范围而及于两胁下者,兼及于肝。痛以上脘为主,及于鸠尾者,病位在胃之上部(近贲门处)。痛在下脘为主,及于水分、神阙穴者,病位在胃之下部及脾。

#### (二) 辨虚实:

1. 与饮食的关系:得食则痛缓,空腹则痛甚者为虚。进食后痛甚,空腹时痛轻者为实。

2. 脉象:细、濡、沉为虚,弦、滑尤以关脉弦滑者为实。

3. 按诊:痛时手按得减,喜按者为虚。按之痛甚或拒按者为实。

4. 药后反应:如曾服党参、白术、黄芪等补益脾胃药后,症状改善者为虚痛,痛加重者属实证。

#### (三) 气血辨证:

1. 气:胃脘疼痛,必有气滞,这是一般基本病机。因胃气以和降为顺,气不和则滞,滞则为痛,故胃脘痛发作之时,几乎无不具有气滞。如伴有恶心、呕吐、嗳气频多,或食后随嗝逆而有食物反流者,为胃气上逆,如痛及胁下,平素性躁善郁,脘痛发作与情志因素显著有关,则兼有肝气郁滞。

如属虚痛,一般为胃气虚。如兼饮食减少,食后易胀,便溏,面色少华,舌质偏淡、脉细等症,则为脾胃气虚。但在脘痛之际,绝大多数属于脾胃气虚而气滞,亦

即“中虚气滞”。

2. 血:血出于胃,大便则黑。如胃中有热或肝火犯胃,阴络损伤,则为呕血或吐血。初吐之时,常夹未消化食物,血流入肠,亦必兼便色漆黑。出血量少者,便次少而质不溏,矢气常有异臭。出血量多者,腹中不适,或腹胀肠鸣而便黑且溏,用水冲之,可见红色。

头目昏眩,面色萎黄或苍白,口唇爪甲不荣,心悸神倦,舌淡,脉细,是为血虚之征,大多见于出血者。有属暴急出血,也有系小量反复多次出血之后。少数患者,虽无出血,但由于脘痛时作,持久不已,饮食长期减少,气血生化之源不足所致。但一般严重血虚,甚至出现气随血脱之证,每见于大出血时。

血瘀之征,一是舌质紫色;二是脘痛久发,痛位固定,痛状如刺;三是大便色黑,既有出血,又有血瘀。

一定量的出血,必然导致血虚,也可伴有血瘀,故对胃脘痛病人应详为诊查,注意并警惕其合并出血。

#### (四) 辨寒热:

1. 寒:脾胃气虚者,大多兼有内寒。气虚发展至阳虚者,几乎百分之百具有内寒。在内寒的基础上,易感外寒,成为内外俱寒。

内寒的主症,一般如胃部遇冷则痛甚,得暖则痛减,进冷饮、冷食则痛发,平时不多饮水,饮则喜热。

外寒者常见于冬、春气候寒冷,气温降低之时而诱发胃脘痛,形体觉寒,或兼头痛、鼻塞流涕等症。

不论内寒、外寒,舌苔多现薄白,脉象多细。内寒阳虚者,舌质淡白,脉沉。

2. 热:胃热的主症,一般如胃脘痛具有烧灼感,口干或口臭、口疮、牙龈肿痛,进热饮热食则口舌有明显烧灼感,大便干或秘结。兼有脘痛及胁,嗳气频多,性躁善郁,脉弦者,属肝胃不和,气郁化火。舌质红,食少形瘦,胃阴不足者,多由阴虚生热。如系气郁化火而伤阴者,上列诸症亦均可出现。

胃热的患者,虽具有以上症状,但是胃脘部一般都喜温暖,这是慢性胃脘痛热证的特殊性。也提示胃痛即使表现为热证,并非纯粹的热。由于中宫胃府需温才能

腐熟水谷,脘部体表温度降低,有碍腐熟功能。因此,有时易被诊为寒热夹杂证。

#### (五) 辨湿、饮、食滞:

**湿:**胃中湿浊,反映的症状主要如舌苔白腻,其次可伴有口粘、口甜,胸脘痞胀,不思饮食等。如兼大腹胀,大便溏薄者,湿浊兼及于脾。实际上,湿困之证,病位必与脾有关,脾湿胃湿相互兼见,不能分割。

**饮:**胃有寒饮,主要表现为胃中漉漉有声,喜温畏寒,或泛吐涎沫,呕吐清水,头眩,常兼见于部分气虚、阳虚患者。

**食滞:**主诉因饮食不慎而使胃痛突发或加重,脘痞胀满,不思饮食,胃脘按之不适,重者出现舌苔腻或垢腻。饮食不慎包括量的过多,或质的不当。量的过多需与病人消化功能来衡量。质的不当是多方面的,如糯米食品(元宵、糕、团、粽子)或油炸食品、鹅肉等等诱发胃痛,临床颇多见。

#### (六) 腹部切诊:

本病的主要自觉症状为胃脘部疼痛,故腹(上腹)部切诊甚为重要,应列为切诊的必需项目。四诊合参,以确定其病位、病机性质和证候。

1. 仰卧伸腿腹诊:病人仰卧诊查台上,令其呼吸自然,两臂平放躯体两侧,袒露上腹部,医者立于患者右侧,根据病人主诉的疼痛部位,轻轻以右手按压。如上腹部不甚柔软,按之即诉痛者为实。上腹柔软,按之痛感不著者为虚。根据病人的腹肌发达与否,掌握按腹的力度。

2. 仰卧屈腿腹诊:经上述伸腿腹诊后,令病人屈两腿,使腘窝部呈90度角。医者用右手中指(或食指)单指进行诊查,手指与腹壁约呈75度角,从剑突下中线(任脉线)自上而下一点一点地进行切诊。亦即从鸠尾穴至神阙穴部位用同等力度,逐穴按诊二次,边按边问是否疼痛。再从中线两旁旁开两指的足阳明胃经线按诊,自不容穴至天枢穴部位,从上而下按查二次,均记录其痛点穴位。

按上法诊查,在辨证上可供参考者,大致有几点:

(1) 凡病人自诉胃痛发作时,上脘至下脘部具有压痛点者,为典型的胃脘痛,有助于明确中医病名诊断。

(2) 上脘压痛,以气滞为主,绝大多数属于实证为主。下脘压痛,以血瘀为多,中虚为多。中脘压痛则有虚有实。

(3) 胃中有食滞,上中下脘均可有压痛。

(4) 中脘与右梁门穴均有压痛,以中虚气滞占多。

(5) 自诉胃痛,按诊无明显痛点者,病情较轻浅,

以肝胃不和为多。按诊时均诉不适,且有胀满之感,以湿阻气滞为多。

(6) 胃脘各部轻度压痛,两胁下甚至右章门穴内侧亦有压痛,以气滞而属肝病为主,肝胃同病。胃脘无压痛,唯有右胁下、右不容、承满或偏右压痛,病主要在肝而不在胃。

(7) 用两手中指(或食指)在两侧梁门、天枢外侧,交互用力按压腹部,随按即起,侧耳于腹脘部,闻得内有漉漉声响者,常为胃中有水饮。

据个人经验,运用上述腹诊,对慢性胃脘痛有助于诊断和辨证,颇为实用,爰为介绍,俾引起重视,并不断从临床实践中深入研究。

### 二、常见的证候分类

目前对慢性胃脘痛的辨证分类,各地尚不一致。我们根据400例患者(无心脏和肝胆系统病的单纯胃脘痛)的临床表现,本着执简驭繁的原则,进行辨证分类,主要为三类主证和二类兼证。

#### (一) 主证:

1. 中虚气滞证:主证为胃脘部隐痛,得食则缓,痛时喜按,饮食减少,无力,大便易溏,脉细。占43.5%。

2. 肝胃不和证:主证为胃脘部隐痛胀痛,及于胁下,嗳气较多,情志不畅辄使发作或加重。占50.5%。

3. 胃阴不足证:主证为胃脘部隐痛、灼痛,病久时发,食少,形瘦,舌质红,脉象细而小数或细弱。占6%。

#### (二) 主要兼证:

1. 血瘀证:主证为久痛,胃痛部位固定,隐痛、刺痛,舌质紫,有黑便史。占12.3%。可兼见于上列三类主证,其中兼见于中虚气滞证稍多(27/174例)。

2. 湿阻证:主证为舌苔白腻,口粘,饮食减少,胃脘隐痛,痞胀。占8.25%。可兼见于上列三类主证,其中以兼见于肝胃不和证稍多(21/202例)。

三类主证与性别的关系,中虚气滞证男性患者占70%,胃阴不足证男性患者占62.5%,肝胃不和证女性患者占59.4%。

中虚者多兼胃寒,胃阴不足者常兼里热,部分肝胃不和证亦见气郁化热之证。食滞常为病程中短期出现之证,注意饮食并经适当运用消食化滞方药即可缓解。故寒、热、食滞未予另列。至于血瘀、湿阻两证,可见于三类主证,且较持续,故列为主要兼证。

### 三、诊断注意点

对慢性胃脘痛患者,在诊查时尚须注意下列事项。

#### (一) 痛与不痛:

1. 疼痛的程度,一般与病情轻重相应,亦即自觉痛与压痛均显著者为重,反之则轻。亦有自觉痛甚重而

压痛不著或无压痛,一般情况均好者,提示病情并不与自觉痛的轻重相应,可能由于体质因素对疼痛的反应性有关。

2. 胃痛发作,经恰当的治疗后,疼痛缓解,余症亦随之改善,说明病情好转。如仅仅是自觉痛及/或压痛减轻,但饮食减少,食欲仍不振,不宜过于乐观,若系中年以上,尤需警惕其不良转归,因恐胃气进一步衰败,或胃中气滞血瘀不祛,有积留而酿成痼疾之可能,应继续加强观察查治,勿因痛定而大意。

3. 慢性胃脘痛(或曾有吐血黑粪史),若脘痛发作甚剧,经治疗或未经治疗而顿觉疼痛如失,当密切观察,注意饮食起居,警惕其出血(或再次出血)的可能性。

4. 白昼不痛,黎明或子夜胃痛,可令其临睡前适当进食。如此法有效,说明胃中空虚而痛,以虚为主,可安排适当的饮食为主,药物治疗一般居于次要。

### (二) 痛与饮食:

1. 食量:中虚证痛时得食可缓,但一日总食量一般比健壮时有不同程度减少。胃阴不足证的饮食量亦必减少。总之,偏虚之证,饮食量多数不足。肝胃不和证患者如经治疗(包括心理治疗),情志因素不再为患时,饮食一般不减,故病容亦不显著。

2. 米、面:主食大米或面粉与饮食习惯有关。原来习惯米食者,胃痛后若喜吃面食,常提示中虚或兼寒兼饮的可能。习惯面食者,脘痛后一般仍喜进面食。若食面即胀,欲吃米食则舒,一般以肝胃不和为多。

3. 冷暖:胃痛病人几乎绝大多数喜进热的饮食,仅极少数胃热(阴虚生热或肝胃郁热)患者欲进冷食,故不能单凭喜进热食而一概认为胃寒。但中虚证特别是兼胃寒较甚者,喜进灼热之物。

4. 五味:中虚证多喜甜食,兼胃寒者亦喜辛辣。胃中湿浊较重者常恶甜食。胃阴不足较重者,常喜食少量酸物或醋。

### (三) 胃与心:

《素问·平人氣象论》谓:“胃之大络,名曰虚里……出于左乳下,其动应衣”。《灵枢·厥病》篇谓:“厥心痛,腹胀胸满,心尤甚者,胃心痛也”。前人以心与胃的部位相近,认为心胃有病,故不少医籍将胃脘痛列于“心腹痛”门,丹溪亦有“心痛即胃脘痛”之说。一般来说,胃痛与真心痛可从疼痛部位、性质、程度、全身情况,结合年龄、病史等可资鉴别。但也有心胃同病,甚至即时不易鉴别者,当按见症,辨证处理,唯应对心病、心痛预后的严重性加以警惕。如有危重征象出现(如面白、汗出、脉细或数或歇止、肢冷等症),及时采取积极抢救措施。

### (四) 胃邻肝胆:

在解剖上胃与肝胆相邻,在病机上肝胃相关。疼痛位于鸠尾部位,并及于右胁(或腋下)按之诉痛或拒按者,病在肝经为主。如兼目黄,舌下络膜色黄,甚则肤黄漫黄,或兼寒热往来者,病在肝胆。胆附于肝,肝病常及于胆,胆病亦易及于肝。肝胆有病,必犯于胃。胃先有病,亦常易受肝木乘侮。故对胃痛患者,必须详为诊查,明辨主次才不致误诊误治。

### (五) 脘痛与虫:

原有蛔虫病者,如蛔扰于胃,亦可致胃脘疼痛,或使胃痛本病加重。若因胃气上逆而呕吐蛔虫,则诊断易知。青少年特别是小孩,面有虫斑,或及脐腹,痛时剧烈,转侧不宁,脘发脘止,饮醋使蛔安而痛定,均可帮助诊断,俾确定虫病腹痛,排除胃脘痛。

### (六) 外伤脘痛:

胃脘部位如由于跌仆、拳击、钝器等外伤因素,胃中气血运行失常,血络瘀滞,亦可出现疼痛。日久成为慢性,痛位固定。故诊查胃脘痛病人应详询有无外伤史,虽不多见,亦当注意及此,有助于辨证治疗。

### (七) 残胃疼痛:

有的患者若已经外科行胃次全切除手术,术后胃脘部仍觉疼痛,除按前述辨证要点外,还应考虑到:

1. 经过手术,胃已大部切除,气血多虚。

2. 胃的容量减少,饮食物入于残胃,迅达于肠,腐熟与运化之过程失常,脾胃一般多虚。且饮食稍有不当时,又易引起食滞。

3. 手术创伤,胃之络膜可能有瘀血留滞。也可能由于手术时结扎牵拉,皮肉损伤或疤痕等局部因素。

4. 术后饮食多数系半流质状或流质,一般形瘦者多,脾阳不振而饮流入肠,常见腹鸣漉漉,脘腹不适、目眩等症,呈现痰饮之征。

## 欢迎订阅《医师进修杂志》

医师进修杂志面向临床实际,面向基层,以实用为书刊宗旨。每期设有专题辅导、基础与临床、药物与临床、进展概述、讲座、诊断与鉴别诊断、经验与教训、座谈纪要、临床病理讨论、教学查房、科研与写作、进修寄语、学术会议专题报道等栏目,约请国内专家撰写文章,着重反映临床工作中的各种问题,是临床医生的良师益友。另外,每季末出版专集。

订阅办法:本刊为月刊,每期定价0.36元,全国各地邮局均可订阅,不限额。期刊代号8—89。

编辑部地址:大连市中山区天津街251号