

专题笔谈

胃炎与热的关系

杨春波 (福建省中医药研究所)

胃炎是胃粘膜因各种原因引起的炎性变化,即组织营养不良(变质)、血循环障碍(充血或渗出)和细胞成分的增殖(增生)。有急性和慢性之分,前者多以渗出为主,后者一般以增生为主。热是炎症反应的一种表现,在局部主要呈充血;在全身可有发热、口渴、食入即吐或口苦、尿黄、便干、苔黄、脉数等症候,可见于胃炎的全过程,而急性胃炎常显实热,慢性胃炎多呈虚热。实热可夹湿(浆液性渗出)兼瘀(纤维素性或化脓性渗出),甚则灼络血溢(出血性渗出);虚热有气虚(脾气虚或脾肾气虚一变质)兼湿热(充血、渗出)和阴虚(胃阴虚或肾阴虚一变质)兼燥热(充血、固有腺减少)之别。而气滞和血瘀,在实热或虚热中均可同见,但实热多见气滞(血循环和机能障碍),虚热则以血瘀(血循环障碍和增生)为主。这是我们进行慢性胃炎中医证、型的现代病理基础研究的初步发现,当然还有其他病理生理的变化。表明胃炎涉及脾、胃、肾;气、阴、血;湿、热等,而脾胃是病变的中心,热则是普遍存在的一种证象。

我们依据中医理论对急、慢性胃炎临床表现的宏观认识和以上的微观认识,以宏观辨证为主,结合微观辨证进行论治。急性胃炎分胃热气滞和脾湿热蕴两型。前型症见胃脘闷痛、拒按,呕吐,口苦,纳呆,小便黄,大便干结,舌尖红、苔黄,脉弦数或滑数。胃粘膜呈红、肿(血循环障碍、充血)。治以清热和胃,疏肝理气为主。方选小陷胸汤合四逆散加减。药用:黄连4.5克,瓜蒌、白芍各15克,菊花、枳实、半夏各10克,柴胡、马勃、丹皮各6克,姜竹茹12克,甘草3克。后型症见:脘腹闷胀

而痛、拒按,呕恶不食,口苦而淡,肠鸣,小便淡黄,大便溏稀,舌淡红、苔白腻兼黄,脉濡缓或细缓。胃粘膜呈红、肿,粘液增多(充血、水肿、渗出)。治以清化湿热,和胃理气。方用平胃散合四七汤加味。药用:苍术、川朴、苏梗、陈皮、半夏各9克,茯苓、生扁豆各12克,黄连3克,砂仁4.5克,佩兰6克,苡仁15克。慢性胃炎分气虚(脾气虚或脾肾气虚)湿热(气滞血瘀)和阴虚(胃阴虚或肾阴虚)燥热(气滞血瘀)两型。前型症见:胃脘闷胀或闷痛,痛可引两肋或彻背,得暖气或矢气则舒,纳少或食后脘胀益甚,口苦,喜暖食,头晕,肢乏,大便溏软,或兼有腰痠、耳鸣、夜尿频多,舌淡红偏淡或夹暗、有浅齿印,舌苔薄黄腻,脉细缓无力。胃粘膜红白相间,红>白,水肿明显,粘液斑增多。宜健脾益肾,理气活血,清化湿热为治。方选枳实消痞丸加减。药用:党参、白术、枳壳、炙黄芪、仙灵脾、白芍各10克,茯苓12克,柴胡、当归各6克,黄连3克,砂仁4.5克,炙甘草3克。后型症见:胃脘闷胀或灼痛,口燥咽干,喜少饮,饥不欲食,头晕、肢乏或兼有腰痠膝软,夜尿频多,大便燥干,舌红或兼瘀暗、苔少或薄黄,脉细数或细弦数无力。胃粘膜白>红、变薄,血管透见,分泌物减少。应养胃滋肾,舒气活血,清热育阴为治。方用沙参麦冬汤加味。药用:北沙参、玉竹、麦冬、生黄芪、枸杞、丹皮、佛手干、白芍各10克,白花蛇舌草、蒲公英、生山药各15克,木蝴蝶6克,甘草3克。

总之,我的体会是:(1)热在胃炎中,全身表现机能亢进,局部呈充血。治疗:热兼湿宜用苦寒药,既清热又燥湿;热兼燥则用甘寒药,清热而勿伤阴。(2)舌苔对胃炎的诊断很

重要,只要有黄芩,都可适量加用清热药。(3)治胃炎热,必须依证加用其他药,如理气清热、活血清热、补气清热、养阴清热等,会获得更好疗效。(4)热在胃炎中是普遍存在的证象,但不等于炎症。这种热可兼脾虚、肾虚、气虚、阴虚、气滞、血瘀、湿阻等的不同反应,所以治疗不能一概用清热法,仍需依宏观和微观的辨证而论治。(5)中药治疗胃炎的作用,除调整、改善全身症状外,对局部炎变也有促进修复的功能。其机理可能是:益气养阴,能改善组织细胞的变性;理气活血,可促进微循环障碍的恢复,同时调整胃肠的功能;清热祛湿,能减轻充血、渗出和清除病理产物;健脾益肾,既可制渗,又能增强组织细胞的活力和改善其变性。益气养阴、健脾益肾,还有促进胃肠消化、吸收和改善胃肠运动,以及提高免疫功能,强壮体质的作用。

裴正学(甘肃省新医药学研究所)

慢性胃炎多数指浅表性胃炎和萎缩性胃炎而言,前者的病理改变主要是粘膜的充血、糜烂,后者的病理改变主要是胃粘膜的萎缩、腺体变形、分泌功能低下,尤其是胃酸明显缺乏。在这些局部病理特征中,“充血”“糜烂”“萎缩”“分泌低下”“胃酸缺乏”等,如果以中医寒热属性归类,无疑是属于“热”,而不是属于“寒”。笔者在长期临床实践中,遇到的慢性胃炎患者,绝大多数具有“胃脘烧灼”的症状,一部分患者通常伴有口干、舌红、苔黄腻等胃热证候。笔者善用以黄连、黄芩为主要组成的诸多方剂治疗本病,如清胃散、半夏泻心汤、黄连汤等。如果合并口苦、恶心、腹胀、胁痛,则可以“肝气郁结”“肝脾不和”投柴胡疏肝散、小柴胡汤等方加味,但方中恒加黄连、黄芩才能增强疗效。个人认为,黄连、黄芩类方治疗本病取效的事实,说明慢性胃炎的中医概念应该注重一个“热”字,也就是说慢性胃炎的中医辨证应以“胃热”为本。西医认为,由于胃酸的分泌明显减少,慢性胃炎时,胃内致病菌大量繁殖,还可使胃粘膜表面产生新的炎症,因而西医也常采用抗菌药治疗本病,这一认识同样也

说明慢性胃炎以“胃热”为本的见解。

慢性胃炎除了“热证”表现外,还经常伴有面色萎黄、食欲不振、体乏无力、心悸、失眠、多梦、脘腹胀满等全身表现,这些表现主要是由于胃粘膜吸收功能低下,造成全身营养不良、贫血,以及各种维生素缺乏的缘故。用中医辨证观点看,则属于脾胃气虚、心脾两虚之类,鉴于此,笔者在芩、连剂中,辄加香砂六君、归脾汤等,临床疗效则更趋满意。由此可见,慢性胃炎的胃部表现多属“热”;全身表现则多属寒。中医治疗此病采用寒热并用、补泻兼施自能药中病的,这是中医的优越性,为西医所不具备。

萎缩性胃炎的中、晚期,通常伴有不同程度的胃粘膜细胞“肠型化生”“非典型增生”,届时患者胃痛加重、灼热感增强,在芩、连剂中加入乳香、没药、丹参等活血化瘀药,才能取效更佳。这一方面说明“病久入络”的中医传统观点,一方面又说明了“肠化”“增生”应当归属“血瘀”范畴。

江杨清(北京中医学院东直门医院)

近年来,不少临床工作者探讨过胃镜形态和中医辨证分型的内在联系,试图通过胃镜观察,有利于辨病用药。或以胃镜象为依据,指导临床治疗,甚至有人根据胃炎的“炎”字和溃疡的“疡”字,从热从痛论治。

笔者从事脾胃消化专业数年,自己执操胃镜亦逾千例,未尝不留意于此。然而印象和结论,基本上是否定的。胃的“炎”症与“热”象没有必然的内在联系。慢性胃炎的“炎”,多系物理、化学因素所致,如饮酒、吸烟、酸辣刺激性食物或过热过烫食物的刺激,药物、胆汁返流等这些非细菌性感染因素所致,同时跟年龄也有着密切关系。胃镜下观察到的“炎”症征象,浅表性胃炎多数是粘膜充血水肿,甚至局部糜烂、出血,分泌物往往较稠等,看似与“炎”有关,然而这些患者大多以胃脘痞胀隐痛、嗝气、消化不良为主,多数表现为肝胃不和、胃气壅滞、气滞血瘀等证,而单纯表现为胃火、胃热或中焦脾胃湿热的则较少见。至于萎缩性胃炎镜下所见胃粘膜色泽变浅变灰白、粘膜变薄或

增厚呈结节状、粘膜下可见血管网等,与“炎”更难发生联系。而且临床表现以脾胃气虚、气阴两虚较多见,阴虚内热或肝胃气郁化热者则较少见。还有胃炎中很少见的肥厚性胃炎,临床表现主要是虚寒证,几无热象。

以下事实更有利于说明“炎”与“热”的不一致性:(1)十二指肠球部溃疡,不仅溃疡表面有黄白色苔状物,而且周围粘膜充血水肿明显,有的甚至渗血、出血,而且这类患者不少伴有胆汁返流现象,往往可见胃窦部粘膜充血或有胆汁液、胆汁斑块;还有先有十二指肠溃疡,继发胃溃疡的所谓复合性溃疡,不仅十二指肠有炎症征象,胃的溃疡四周也有充血、水肿等炎症表现。此外,还有十二指肠炎、球壁粘膜充血潮红。然而,具有上述炎症似“热”证的患者,胃镜象中的80%以上,临床却表现为胃脘隐痛、饥饿时明显、得食则缓、胃部怕冷、喜温喜按等一派脾胃虚寒证。(2)术后胃吻合口可见明显充血、糜烂、水肿,甚至渗血、出血,炎症表现明显,相当一部分患者与局部胆汁返流有关。但这类患者大多表现为形瘦、胃脘隐痛不适,或胃脘痞胀、食后不易消化、停滞胃脘、纳少便溏,舌暗或淡暗等脾虚气滞兼瘀证或气阴两虚证,少数可见寒热错杂,至于胃热证或肝胃郁火证则少见。(3)常有一些这样的患者,胃痛、胃胀等症状表现明显而突出,似与胃炎或溃疡等器质性胃病有关,然而胃镜检查却正常或几近正常。也有胃镜观察有较严重的胃炎或溃疡,而临床表现却不明显,更无胃热现象可寻。这说明胃部症状与实质性病变并非呈正比关系,部分患者的症状表现可能与神经、胃的运动、分泌功能等异常有更直接的关系。(4)不少具有胆汁返流的患者,可见十二指肠和胃窦部粘膜潮红,呈现典型的炎症表现,而临床上属胆热犯胃证的,经74例系统观察,只有22例,如加上寒热错杂证12例,总共不过半数。而与“热”无关的脾胃气虚证、胃阴不足证和气滞血瘀证,却有40例,占54%。

以上说明,胃粘膜的炎症与中医辨证中的热象并无必然的联系。只有少数情况下,如急

性化脓性胃炎、急性胃炎或慢性胃炎急性活动期,才与细菌感染有一定关系,它们所表现出的镜下炎症象,临床才较多出现胃脘疼痛、烧心、胀满、口臭口苦等热象。此外,慢性浅表胃炎较之萎缩性胃炎,具有胃热证的,尽管它们的绝对数都少,但前者较后者相对要多些,这也是临床事实。再有,胃炎属阳虚有寒的不多,较溃疡病,尤其十二指肠溃疡要少得多,这提示,胃炎较溃疡有热象表现的相对会多些。因此,个人认为,胃热证与理化、药物等非生物所致慢性胃炎无明确关系,而与感染性急性胃炎有一定联系。前者是绝大多数,后者,也还有体质类型、机体反应性、病程、四时、地理等差别,可导致寒热虚实的不同结果。因此胃镜形态不能代替中医的辨证。“炎”症只能供临床辨证用药时参考,而不能作为依据。如妄作辨病用药依据,过用寒凉,必将弊大于利。因此仍需强调辨证施治为主。

张育轩(北京协和医院中医科)

慢性胃炎(简称胃炎)的辨证论治,重点需掌握寒、热、虚、实四纲,其中掌握好寒、热两纲,尤为重要。

寒、热的辨证依据,应以问诊及舌诊作为重点。了解患者对冷、热饮食的喜恶,或以往对寒、热药物的效应如何,对胃炎的寒热辨证,有较大的参考价值。但易为医者所忽视,如一辛姓患者,有胃炎及肝炎史多年,近肝区痛较甚,伴乏力、胃脘不适、纳差、便溏、口苦等症,舌质红、苔黄腻。医者予以丹栀逍遥散方加黄芩等药,服后引起胃脘疼痛,并拉水样便多次。复诊时详问病史,始知其平素喜热饮食,偶食生冷瓜果即致胃痛,舌诊同前,证属下(胃)寒上热,改予寒热药并用调治,服药数剂,无不良反应,诸症亦缓解。

胃炎患者,或由于禀赋不足,脾胃虚弱,或由于饮食失节,恣食生冷,损伤脾胃,故虚寒常见。因胃阴不足而生虚热者,为数较少。但临诊寒、热证相兼者,却非少见。其中以下(胃)寒上热证,即在脾胃虚寒的基础上,兼见口苦咽干、舌红、苔黄或黄腻,或口舌生疮,

甚或牙龈肿痛等热证证候者,不乏其例。热证的产生,除少数胃阴虚内热外,可由于脾胃虚弱日久,脾失健运,水湿内停,湿郁化热;或由于久服或过服温热药,招致燥热伤阴,虚火上炎,临证时需加以注意。本人治疗胃炎,常采用补泻兼施、寒热并用之法。寒热药并用治疗胃炎,出于三方面的考虑:一是基于对上述寒热辨证的认识;二是清热药对胃粘膜炎症的治疗,针对性似较强;三是包含寒热反佐配伍之意,目的在于防止服温热药引起“上火”,服寒凉药招致损伤脾胃。常用的方药,以六君子汤加黄芪 15~30 克,丹参 30 克作为基础方,并根据寒、热的辨证选加温热药及寒凉药。温热药常用良姜、荜茇、肉桂、桂枝(配伍倍量白芍)等,寒证不甚者,选用其中一味即可,寒象较明显时,则可选用其中的 2~3 味,剂量均宜较小,一般用 3 克即可,最多不超过 5 克,巩固疗效或夏季用量,亦应相对小些。干姜性较燥烈,宜慎用。寒凉药常用公英、黄柏、黄芩、黄连等,热象不明显者,用 1~2 味即可,热证较明显时,宜多用几味。龙胆草、知母、苦参等大苦大寒药,较易损伤脾胃,对原即有脾胃虚弱的胃炎患者,并不相宜。

周建中(中国中医研究院西苑医院)

胃炎与热有两种关系,一是热引起胃炎,如嗜食辛热厚味、外邪六淫久郁、五志化火等,邪犯胃腑引起胃炎的发病;一是胃炎表现热证。前者是发病理论,不作详论,后者是临床诊治问题,需辨证分析。

从临床分类,胃炎一般分为两种,急性胃炎和慢性胃炎,两种胃炎都和热有关系,都可表现热证。急性胃炎,除去特殊的原因如败血症、烧伤、脑血管病、外伤、吞服强酸强碱等引起的急性胃粘膜糜烂出血和急性腐蚀性胃炎外,一般急性单纯性胃炎多因饮食不洁或暑湿外感等而发病,其病程短,多为自限性疾病,症见胃脘胀满,嗳气,恶心,呕吐,甚至吐泻并作,心中烦乱,头目昏眩,腹中痛甚等,系由暑湿之邪、痰、湿、食、浊蕴滞,中焦运化受制,胃失冲和,升降失调之故。急性胃炎多是

新病,尽管初病可表现不同的证候,但稍进则病多从热化,可见嘈杂灼热泛酸,口苦口臭,苔黄脉数等症候。在治疗方面,要根据其证候之不同,采用清暑解热、消积导滞、清化痰湿、辛开苦降等法以和胃止呕。对于胃热而炎症明显者,我喜欢在辨证之基础上加用银花、连翘、半枝莲、白花蛇舌草、野菊花、蒲公英、败酱草、徐长卿、茵陈等以加强清热解毒之效。

慢性胃炎,病程迁延日久或反复发作,脾胃虚弱为主,中焦运化不足,和急性胃炎不同,在一般情况下多表现为虚证偏寒,如纳食不香,进食减少,胃脘痞闷,舌淡苔白,脉沉小等,甚至精神倦怠,肢疲乏力,体重下降,但在迁延过程中或复发加重之过程中,也往往多有热证之发生,这种热证之发生多来源于两种机理:一是由于脾胃虚弱,中焦运化不足,导致痰湿饮食等郁滞,久郁生热,或复因暑湿痰饮食浊再干胃腑,阻滞中焦,更致运化不好,加重郁热;二是慢性胃炎迁延反复,久病阴虚,阴虚生热,和前者气虚邪实久郁生热不同。在治法上两者也不相同,对于气虚邪实久郁生热之热证性慢性胃炎,要采用标本兼顾,补气和胃化湿清热等复方施治,或采用先标后本之法治之,要重视慢性胃炎病位在腑,六腑以通为补的原则,切忌单用补脾气或温补脾阳之治法。对于阴虚内热之慢性胃炎,应根据热证之情况,使用一贯煎或玉女煎加减,也要注意加用消食开胃之药如麦芽、山楂、鸡内金之类,切忌单用滋阴之药养阴,苦寒之药清热,因滋阴壅胃,苦寒伤胃气。慢性胃炎病人虽多脾胃虚弱,但因中焦运化不好,易致痰湿食浊等郁滞不化,因虚致实,久郁化热,因此,对于吐酸、嘈杂、泛呕、暖腐之病人,必待虚寒证候非常明显时,才按寒证论治,其外多为热证,因此,在处方中我每每加用清化肝火抑酸和胃,清化痰湿和胃降逆,清化积滞消食和胃之方药,如左金丸、螺丝壳、瓦楞子、海蛤壳、黄连温胆汤、保和丸之类。因脾胃为中枢,后天之本,因此在治疗慢性胃炎时,要注意宣通肺胃,调理肝脾,升降气机,运化中焦,通腑利气诸法之使用,

使邪散壅解，必利热除。

慢性胃炎之胃热证在诊治方面还要与“胃火”“阳明腑实”“温病热结胃肠”“肝胆湿热”等病证相鉴别，兹不多赘。

陈瑞春（江西中医学院）

胃炎是指各种原因所致的急性或慢性胃粘膜的炎性变化。有急性胃炎与慢性胃炎之分，前者有单纯性、腐蚀性、感染性、化脓性、出血性、糜烂性；后者分浅表性、萎缩性、肥厚性以及其它类型等。综观诸多的胃炎，它是以现代医学的病因病理而分别论证，究竟它与热的关系如何？笔者认为：首先应当确认“炎”与热的属性。

从病因而论，热可以称之为病因，“炎”却不能与病因等同。换言之，胃炎是病名，可以有因热而致的，也可以是因寒所致。从二者的因果关系来推论，“炎”与热虽在一定的情况下有某种联系，但没有必然的内在联系。

从病理角度而论，“炎”与热可以是互不相涉的两码事。临床上“炎”症不能与热症相提并论，实践中所遇到的炎症，虽有一些病例是热症，但又决非都是热症；同样的道理，热症也就未必都是炎症。

如前所述，现实中往往把“炎”与热扯到一起，这种炎即火，火即热，热就是炎的概念，显然是望文生义琢磨出来的。如果从病因病理的内涵来研究，炎症与热症所赋予的内涵是迥然有别，前面所及的种种胃炎岂能都是热之所因。因此，可以有理由认为，胃炎并非热所致。那么，胃炎与热的关系，也就无须多议了。

其次，胃炎在临床实践中，常见的有各种不同表现：

如肝郁犯胃，肝胃同病。其临床症候是，胃脘部胀痞，牵引两胁胀痛，食后满闷，腹胀气滞，叹息或矢气则舒，脉象弦实，方药用四逆散或柴胡疏肝散加减，疏达肝气，调和胃气。如脾胃阳虚，水邪责胃。临床证候是，胃脘痞满，口泛清水，腹部胀痞，大便稀溏，形寒，背脊冷。脉沉缓或沉弦，舌苔白润。用苓桂术甘汤加味，温中散寒，暖脾胃，行气滞，化气

行水则舒；如痰热中阻，胃气不和。临床表现是，胃脘痞满不舒，或胃中嘈杂，或偶尔灼热，口苦，舌苔黄腻，脉弦滑。用小陷胸汤清热化痰，和胃顺气。但由于胃病多与肝之疏泄有关，故常以小陷胸汤合四逆散，使疏肝理气，调和寒热并行而不悖；如脾胃气滞，寒热夹杂。其主症是胃脘痞满不适，食后满闷不舒，或兼肠鸣腹胀，大便软溏，舌苔黄腻，脉弦软。方用半夏泻心汤加减。仲景所谓泻心，实多为泻胃，以本法治胃炎，突出辛开苦降，行气消痞，调和寒热，脾胃同治的特点，无论急慢性胃炎，都可以灵活变通，因证择药；再如阴虚胃热，津液不足。临证常见，胃中嘈杂不适，食之饱满，大便干结，口干咽燥，舌红少苔，脉象细数。此则应滋养胃阴，兼以清热。方药用沙参益胃汤加味，总以固护胃阴为本，滋阴即所以清热，决不可过于苦寒过甚，免于化燥劫伤胃液。前人的经验证明，阳易补，阴难填。补阳取之以气，补阴取之以味。此种阴虚胃热，津液不足之证，用药除固护胃阴之外，尚须在一派滋阴药中稍佐温胃行气的藿香、砂仁辈，使之滋而不腻，静中寓动，确有旋转气机之功，可帮助增进食欲，摄取滋补。

以上列举种种治法，是最常用的治疗胃炎方法。这就是辨证求因，同病异治的道理所在。然而，再回到“胃炎与热的关系”这个主题来说。一般而言，纯热证的胃炎并不很多，纯寒证的也很少见，而更多的则是寒热夹杂的胃炎。深究其理，胃炎为何多是寒热相因，用药多取辛开苦降，寒热并行，调和脾胃，疏理肝气等复合治疗。此则是因为胃与肝相关，与脾相连，脾胃属性所主不同的缘故。因此，胃炎与热，在病因病理上既有联系，又没有必然的联系；在治疗时决不可把胃炎均视为热症。若凡是胃炎都用清热药消炎，这不仅违背辨证论治的原则，而且还会后患无穷，招致不良的后果。

申春梯（常州市中医医院）

急性胃炎临床多表现为上腹部不适疼痛，食欲不佳，恶心呕吐。胃镜下多见粘膜充血、水肿、粘液增多，表面覆盖灰黄色渗出物，可

伴有局部出血、糜烂和白细胞浸润。慢性胃炎可兼有浅表性和萎缩性病变,以萎缩性为主,可分为胃体胃炎和胃窦胃炎,胃体胃炎的粘膜萎缩性病变多呈弥漫性,但只局限于胃体而不侵犯胃窦部;胃窦胃炎多局限于胃窦部的萎缩性病变或兼有浅表性炎性病变。临床多现持续性上腹疼痛或进食后即疼痛,时伴见胆汁返流性呕吐和食道炎表现。

胃炎中凡出现胃脘灼痛,吞酸嘈杂,渴喜凉饮,消谷善饥,食入即吐,纳食胃痛,口臭,牙龈肿胀,大便秘结,舌红苔黄,脉滑数等症状者,多因胃热偏盛与情志郁火相并,或邪热犯胃,或过食辛热之品而致。

近年来,笔者在临床上采取中医宏观辨证与胃粘膜相微观辨证相结合的方法诊治胃炎,发现胃炎中胃热证最为多见,其次是肝胃不和型和脾胃虚寒型。胃热证在胃镜下多见粘膜明显充血、水肿、溃疡、糜烂、隆起和胆汁返流,从病理活检中看,多见胃粘膜上皮有中性白细胞浸润的急性活动性或中度以上炎症。根据中医辨证,胃热证又有胃热亢盛型和胃热阴虚型的不同。胃热亢盛型多见胃脘疼痛,呕吐,口干发苦,大便秘结,舌红苔黄而燥腻,脉弦等临床表现。笔者临床自拟清胃饮(龙胆草、蒲公英、制大黄、炒元胡、赤芍、生甘草)治疗此证获满意疗效。方中龙胆草,能清肝泻火除胃中伏热;蒲公英清热解毒,有较强的消炎杀菌作用,两药合用消炎清热;大黄荡涤胃肠实热,对与胃炎活动密切相关的幽门弯曲菌和空肠弯曲菌有较强的抑制作用。元胡活血利气,有显著的止痛功效,并能防止上三药之大苦大寒;芍药甘草缓急止痛,且防苦寒化燥伤阴,诸药共奏清胃炎、清胃热之效,服后3~5天内即能控制症情。胃热阴虚型多见胃脘疼痛烧灼,痛无定时,午后或空腹时较重,口干而苦,纳少,舌红苔黄少津,脉弦细等症。笔者自拟乌梅养胃汤(乌梅、生山楂、炙鸡内金、炒元胡、生白芍、生甘草)治疗此型病人亦获得了满意的临床效果。方中乌梅、山楂,能生胃酸增胃液,促进胃肠蠕动,帮助消化;鸡内金虽

无直接的补酸作用,服后却能通过消食作用促使胃液及胃酸的分泌提高;元胡止痛;芍药甘草缓急止痛。通过临床观察,此方对萎缩性胃炎中胃热阴虚型疗效较佳。治疗中笔者还体会到对胃炎胃热亢盛型用苦寒清热药须中病即止,不能久用,否则耗气,因“胃喜润而恶燥”;对胃热阴虚型使用养阴药时要佐以健脾消导药,以免甘寒滋润太过,导致湿从内生,因脾胃互为表里,脾恶湿之故。

✓ 陈 权 (山东省临沂地区人民医院)

笔者认为胃“炎”与热既有联系,又有严格区别,概念上中西医名称各异,病理变化迥然有别,证候表现各有特点,不能牵强附会,互相等同。若单从词义上理解,见“炎”即清,不察虚实寒热,不仅无效,甚至加重病情。

中医之“热”,乃八纲之一,恶热喜冷,口渴喜饮,尿赤便秘,吐衄烦热,舌红苔黄干燥,脉数等是其常见症状。阳盛、阴虚或邪气外袭均可引起。分为表热、里热、虚热、实热。治疗原则是“热者寒之”。现代医学之所谓胃“炎”,系指胃粘膜的急性或慢性炎症变化,诸如充血、水肿、糜烂、增生、萎缩等。其发生与热虽有一定的关系,如过食辛辣炙煨,常食过烫的食物等,滋生内热,可致“胃炎”。其病理变化、证候表现有属热者,但属虚、属寒、气滞血瘀者亦不少见。其病名虽称“胃炎”,但实非中医之“热”,不容混淆。中医虽无“胃炎”之称,但就其证候特点来看,当属“胃脘痛”范畴,不外中焦脾胃病变,证有寒热虚实之分,又有在气分、血分的不同,并非专主热证。当遵循中医理论,辨证施治,诸如温胃散寒、疏肝理气、活血止痛、辛开苦降、清化湿热、健脾益气等均是常用之法,不可专事苦寒清热以消所谓之“炎”。

笔者辨治胃炎,在详辨虚、实、气、血的前提下,从肝、脾、胃三脏入手,抓住寒、热两纲,或清或温,或补或和,每获良效。其属热者,必胃脘灼热而痛,口干或苦或臭,喜凉饮食,或尿黄便秘,舌红苔黄,脉滑数或弦数,结合胃镜检查,胃粘膜多充血水肿糜烂;或粘

膜表面有黄色或脓样稠性分泌物,或出血糜烂等,嗜食辛辣炙煨烟酒者尤多。证有实热者,有脾阴虚兼燥热者,有气滞夹热者。治疗以清胃和中为主,清胃热常用竹茹、芦根、公英、杷叶、生石膏、黄芩、黄连、栀子等。行气常用柴胡、香附、郁金、枳壳、佛手等性平或偏凉之品。健脾常用太子参、山药、莲子、黄精等润养益气。腑气不通、便秘者,稍佐大黄微下之。久热伤阴,胃津不足者,加石斛、玉竹、麦冬等。胃炎属寒者,胃脘冷痛,喜热饮食,得热则痛减,遇寒则加重,口淡纳少,或泛吐清水,舌苔白,脉沉弦或紧。实寒者,用良附丸、香砂养胃丸温中散寒;虚寒者,以香砂六君、理中汤温中补虚。同时注意,清胃勿过苦寒,一般情况下,用竹茹、芦根、公英、杷叶等清轻气薄、凉润燥土便可,非胃热炽盛或湿热互结不用石膏、黄芩、黄连、山栀。行气勿过

辛燥,温胃勿过辛热,避免耗气劫阴。益气勿过壅补,健脾勿忘和胃,少加陈皮、木香、砂仁为好。在辨证论治原则下,根据不同类型选药加入主方中。如萎缩性胃炎,胃酸缺乏者,可加乌梅、五味子、生山楂或白芍、木瓜等酸甘化阴。肥厚性胃炎或粘膜增生,充血明显,血管透见,瘀滞明显者,配以当归、丹参、桃仁、蜂房等祛瘀以生新。与细菌感染有关者,主方中加用公英、黄连效果更好。胃粘膜糜烂、出血者,加用海螵蛸、白及、大黄粉吞服,能止血并保护胃粘膜。

综上所述,胃“炎”与热虽有联系,但不等于胃热,须要有所区别。胃炎中有属实属热者,更有属虚属寒者,或气滞血瘀者。因其病机不同,故治法各异,当以中医理论为指导,辨证而施治,不要见“炎”即清,迭进苦寒,损其阳气,加重病情。

中药止血药膜治疗鼻出血 128 例

湖北省宜昌市第二医院耳鼻咽喉科 董振生

为发扬中药对鼻出血局部应用之止血效果,我科选择一部分具止血作用之中药加工成膜剂,应用于鼻出血患者共 128 例,疗效较满意,现报告于下。

一、临床资料

本组 128 例,男 68 例,女 60 例;年龄最小者 3 岁,最大为 84 岁,其中 10 岁以下 17 例,11~20 岁 37 例,21~30 岁 38 例,31~40 岁 13 例,41~50 岁 6 例,51~60 岁 4 例,61 岁以上 13 例。

出血原因:上感发热 34 例,外伤 30 例,鼻中隔偏曲及嵴突 9 例,流产及产后 3 例,心血管疾病 8 例,鼻中隔糜烂 8 例,上颌窦穿刺术后 4 例,血小板减少 12 例,酒后 3 例,鼻中隔穿孔边缘出血 1 例,原因不明 16 例。发病以 7~9 月最多共有 57 例(45%)。

出血部位:左侧鼻腔 77 例,右侧 51 例;出血点位于鼻中隔前下部有 78 例,前中部 22 例,鼻底 12 例,下鼻甲 8 例,下鼻道 5 例,中鼻甲 3 例。

属渗出性出血者 92 例,搏动性出血 36 例。

二、治疗方法

药物组成:血余炭、血竭、三七、大黄、蒲黄、白及、五倍子、枯矾。上列药物各等量,加工成粉末,过 120 目筛,再以聚乙烯醇为成膜基质,作成药膜,

剪成 10×8 厘米大小,以紫外线消毒后备用。

使用时嘱患者擦净鼻腔内之凝血块,详细检查鼻腔,明确出血部位,将药膜折叠成条块状置于出血处,药膜之粗糙面与粘膜接触以利吸附。遇小动脉搏动性出血,可将药膜加厚捻成卷状旋转置入,以增加药膜与出血部位较好之接触,药膜置入后 2 分钟如未止血者,可将药膜更换一次,出血常可停止。

三、治疗结果

128 例有 124 例用药膜后出血停止,有效率为 96.9%。药膜置入鼻腔后迅即与鼻粘膜粘附并逐渐溶化,多数患者在置入药膜后 2 分钟内即可止血,少数患者用药膜二次,亦能取得止血之功效。因全身性疾病所致之鼻出血,尚需对病因作相应之处理。

四、体会

本组病例均为单纯的中药药膜治疗,未加用西药血管收缩剂及物理、化学止血措施,止血效果较满意。本文选用之药物功具收敛止血,且药膜无刺激性,置放时痛苦小、且不损伤鼻腔粘膜,成人及儿童均可接受。本文中药物取材方便,制作简单,更适合于基层医疗机构。如制作膜剂有困难,则使用粉剂亦可同样取得止血之功效。