

临床报道

辨证治疗胃脘痛 642 例临床资料分析

南京中医学院 王兴华

导师 徐景藩

胃脘痛是临床常见病证,笔者随徐景藩教授等老师临证学习实践,获益匪浅。现将 642 例以胃脘痛为主证患者(包括门诊和住院)的临床资料作一初步分析,并就有关证治问题略谈几点认识和体会。

临床资料

一、一般资料

1. 性别: 本组 642 例患者中,男 421 例(65.6%),女 221 例(34.4%)。男性显著多于女性。

2. 年龄: 15~76 岁,其中 19 岁以下者 3 例,20~29 岁者 93 例,30~39 岁者 178 例,40~49 岁者 191 例,50~59 岁者 145 例,60~69 岁者 25 例,70 岁以上者 7 例。以 30~59 岁者居多共 514 例(80%)。

3. 病程: 最短者 1 个月,最长者达 40 余年。其中 1 年之内者 68 例,1⁺~2 年者 66 例,2⁺~5 年者 135 例,5⁺~10 年者 146 例,10⁺~20 年者 169 例,20 年以上者 58 例;平均为 7.4 年。多数病例都有慢性反复发作的过程。

二、证候分类

1. 主证: 本组病例按其临床表现确立为三个主要证型。

肝胃不和证: 主症为胃脘胀痛,攻窜不定,连及胁肋,得嗳气或矢气则舒,遇抑郁或恼怒则复发或加重。舌苔薄白;脉弦。本组表现为肝胃不和证为主者 184 例(28.7%)。

脾胃气虚证: 主症为胃脘隐痛绵绵,空腹痛著,得食痛减,食则易饱,喜温喜按,劳累

或受凉后易作或加重,体倦乏力,大便秘结。舌质偏淡,苔薄白;脉细弱。本组表现为脾胃气虚证为主者 393 例(61.2%)。

胃阴不足证: 主症为胃脘灼痛,似饥而不欲食,口干,食少,消瘦无力,大便干结。舌光红少津,或有裂纹,或见剥苔;脉细数。本组表现为胃阴不足证为主者 65 例(10.1%)。

2. 兼证: 根据临床表现和病理变化可以归纳为以下六个兼证。

寒凝: 胃脘冷痛,遇寒即发或加重,得热痛减。舌淡苔白;脉弦紧,或细缓。本组有寒凝兼证者 81 例。

热郁: 胃脘部有灼热感,痛势较急迫,性情急躁,心烦易怒,口干而苦,大便干。舌质红,苔黄;脉弦数。本组有热郁兼证者 103 例。

湿阻: 胸闷腹胀,口甜或腻,不渴或喜热饮,饮量不多,食少。舌苔白腻,或浊腻;脉濡。本组有湿阻兼证者颇多共 160 例。

饮停: 胃中水声漉漉,背部常有冷感,或吐清涎,或伴有头晕目眩。舌苔白滑;脉沉弦,或沉迟。本组有饮停兼证者 12 例。

血瘀: 胃痛如刺,或有呕血、黑便史。舌质紫暗,或有瘀点、瘀斑,或舌下脉络显露;脉涩或弦。本组有血瘀兼证者 60 例。

食滞: 有饮食不节史,胃脘胀痛,厌食,嗳腐吞酸。舌苔厚腻;脉象弦滑。本组有食滞兼证者 59 例。

三、治疗方药

1. 主证的治疗: 以协定方药为基础,并随兼证的不同而适当加减。

肝胃不和证：治以疏肝和胃、理气止痛。

主要用药：制香附 10 克，炒枳壳 6~10 克，佛手片 6~10 克，老苏梗 6~10 克，杭白芍 10~15 克，广橘皮 6 克，炙鸡内金 5~8 克，生甘草 3~4 克。肝郁症状明显者酌加醋柴胡、广郁金；脘痛较著者酌加延胡索；胃气上逆、嗝气泛恶者酌加姜半夏、刀豆壳。

脾胃气虚证：治以益气健脾、和胃止痛。

主要用药：炙黄芪 10~15 克，太子参(或党参) 10~12 克，炒白术 6~10 克，怀山药 10~20 克，云茯苓 15~20 克，广木香 6 克，炙甘草 4 克，红枣 5~7 枚。有腹部坠胀、小便频而色清、便后脱肛，或形体消瘦有内脏下垂等脾气下陷之证者酌加升麻、柴胡或荷叶；时常泛吐酸水者酌加乌贼骨、煅瓦楞。

胃阴不足证：治以滋阴养胃、利气止痛。

主要用药：北沙参 10~15 克，麦门冬 10~12 克，杭白芍 10~15 克，全当归 10 克，绿萼梅 6 克，木蝴蝶 6 克，白及片 6~10 克，生甘草 3~5 克。阴虚较著者酌加川石斛、大生地；胃酸缺乏者酌加炙乌梅、生山楂；胃痛明显者酌加川楝子、青木香或广木香。

2. 兼证的治疗：在一般情况下，仍以主证的协定方药为基础，并随兼证的不同而适当加减数味药物。如兼证类中某一证候的病理性质确已上升为矛盾的主要方面时，则在短期内适当增加该证候的用药剂量以适应复杂病情的需要。待病情缓解后仍以主证的协定方药为基础，加减运用。

寒凝：因感受外寒所致者酌选苏叶(或苏梗)、生姜、广木香；因阳虚内寒所致者酌选干姜、肉桂(或桂枝)、草豆蔻。外内俱寒者两种药物配合应用。

热郁：肝郁气滞久而化热者酌选丹皮、青皮、竹茹、大贝母，或用左金丸；胃中郁热者酌选黄芩、黄连、山栀、石见穿；阴虚胃热者合用青蒲饮(青木香、蒲公英、白残花)。蒲公英苦寒之性较轻，适用于各种热郁胃痛。

湿阻：酌选苍术、厚朴、陈皮、法半夏、苡仁、蔻仁。因于暑湿所致者选加藿香、佩

兰。

饮停：合用苓桂术甘汤并加重茯苓剂量。一般用茯苓 20~30 克，另加泽泻 15~20 克，与健脾化湿药同用。

血瘀：酌选三棱、莪术、延胡索、桃仁、当归。脘痛甚者合用失笑散；有黑便者加服三七、白及粉。

食滞：酌选神曲、山楂、谷芽或麦芽、鸡内金、枳实等。

四、治疗结果

1. 疗效标准：全部病例均参照《中华全国中医学会内科学会胃脘痛诊断、疗效评定标准》评定疗效：(1) 痊愈：证候全部消失，半年至一年内不复发，相应的主项理化检查基本恢复正常或有好转，参考症状及体征恢复如常人；(2) 显效：主要证候消除，半年至一年内不复发，相应的主项理化检查好转，参考症状、体征改善；(3) 好转：主要证候基本消除，半年至一年内虽有发作，但疼痛程度减轻，持续时间缩短，相应的主项理化检查改变不大；(4) 无效：主要证候无变化，相应的主项理化检查无改变。

2. 治疗结果：按以上标准判定，本组 642 例中痊愈 73 例(11.4%)，显效 220 例(34.3%)，好转 318 例(49.5%)，无效 31 例(4.8%)。总有效率为 95.2%。

有效时间最短为诊疗一次后胃痛即除，最长者有的间断服药达 2 年之久。疼痛消失时间肝胃不和证患者大多在服药后 10 天至 2 月之间，脾胃气虚证患者大多在服药后 15 天至 2 月之间，胃阴不足证患者则大多在服药后 1 至 3 月之间。停药后一段时间因饮食不当、受凉、劳累或情绪改变等而复发者，再次治疗仍然有效。其中胃阴不足证患者服药后能很快感到胃脘疼痛减轻，周身舒适，但却最难治愈，大多疗程较长。

资 料 分 析

一、主要病种与主要证候的关系

在纤维内窥镜和 X 线钡餐透视检查中，常

发现某些病人患有胃炎合并十二指肠炎,或胃溃疡合并十二指肠球部溃疡,甚至有胃炎合并溃疡或/和胃下垂的情况,本组予以分别统计,主要有8种病种,其与主要证候的关系见表1。

表1 主要病种与主要证候的关系

主要病种	总例数	主 要 证 候*		
		肝胃不和	脾胃气虚	胃阴不足
浅表性胃炎	289	134(46.4)	126(43.6)	29(10.0)
浅表萎缩胃炎	103	29(28.2)	61(59.2)	13(12.6)
萎缩性胃炎	68	11(16.2)	42(61.8)	15(22.0)
胃窦炎	77	34(44.2)	37(48.0)	6(7.8)
十二指肠炎	131	31(23.7)	84(64.1)	16(12.2)
胃溃疡	35	7(20.0)	25(71.4)	3(8.6)
十二指肠溃疡	114	18(15.8)	93(81.6)	3(2.6)
胃下垂	46	16(34.8)	26(56.5)	4(8.7)

* 表内数据为例数(%), 以下诸表同

从表1中看出, 8种主要病种中除浅表性胃炎多见于肝胃不和证占46.4%外, 其余7种主要病种均多见于脾胃气虚证, 占48.0~81.6%。

二、主证与兼证的关系

表2示, 在本组病例的6种兼证中, 除热郁兼证多见于肝胃不和证占55.3%外, 其余5种兼证均多见于脾胃气虚证, 占58.3~96.3%。

表2 主证与兼证的关系

兼 证	总例数	主 要 证 候		
		肝胃不和证	脾胃气虚证	胃阴不足证
寒 凝	81	3(3.7)	78(96.3)	0
热 郁	103	57(55.3)	34(33.0)	12(11.7)
湿 阻	160	45(28.1)	108(67.5)	7(4.4)
饮 停	12	2(16.7)	9(75.0)	1(8.3)
血 瘀	60	21(35.0)	35(58.3)	4(6.7)
食 滞	59	14(23.7)	42(71.2)	3(5.1)

三、各主要证候的疗效比较

表3示, 肝胃不和证的疗效最高, 痊愈率为14.7%, 总有效率为96.8%; 其次为脾胃气虚证, 痊愈率为10.4%, 总有效率为94.9%; 胃阴不足证的疗效较差, 痊愈率为7.7%, 总有效率为92.3%。经统计学处理, 各主证间的

疗效差别有显著意义($P < 0.05$), 表明疗效高低与证候有关。其中肝胃不和证、脾胃气虚证的疗效分别与胃阴不足证者相比较, 均有显著性差异($P < 0.01$ 、 $P < 0.05$), 而肝胃不和证与脾胃气虚证的疗效差别则无统计学意义($P > 0.05$)。

表3 主证与疗效的关系

疗 效	总例数	主 要 证 候		
		肝胃不和证	脾胃气虚证	胃阴不足证
痊 愈	73	27(14.7)	41(10.4)	5(7.7)
显 效	220	64(34.8)	144(36.6)	12(18.5)
好 转	318	87(47.3)	188(47.8)	43(66.1)
无 效	31	6(3.2)	20(5.1)	5(7.7)
合 计	642	184(100)	393(100)	65(100)

认识和体会

一、确立主证, 执简驭繁

关于胃脘痛的辨证分型, 各地尚不一致。据我们观察, 胃脘痛主要是慢性反复发作性疾病, 以肝胃不和、脾胃气虚和胃阴不足三证最具代表性, 故在诊治本组病人的过程中, 按其主要的临症表现和基本的病理变化, 本着“执简驭繁”的原则, 确立三个主要证型, 而将寒凝、热郁、湿阻、饮停、血瘀、食滞等作为兼证处理。因外寒客胃致痛者, 经用辛温疏散药物一至数剂并注意保暖, 外寒基本上可以解除。表现为脾胃气虚证的患者伴发寒证者较多, 常见于气候转冷之时, 于益气健脾或其他方药中酌加一至数味温热药即可。热郁多见于病程的某一个阶段, 虽在三个主证中均可见到, 但却以肝胃不和中的比例最高, 多由肝郁化热所致, 只要适当配用一些清热药物, 一般可以在较短的时期内逐渐消除。至于脾胃气虚和胃阴不足中所见之热郁, 更不宜过用或久用苦寒之品。湿阻和饮停多见于脾虚失运的病证中, 欲化湿饮, 必须运脾, 轻证可于健脾方中佐以化湿, 重证可增加化湿药物剂量, 或在短期内使用化湿蠲饮之剂, 继以健运方药巩固, 故也作为兼证处理。久痛入络导致瘀血, 可见于气滞、脾虚和阴虚三类证候, 随证加减即可, 很少单独使

用重剂化療方药。至于食滯，多属于一时性病证，在胃痛发作期多见，经用消导药并节制饮食可望在短期内消除；在慢性胃脘痛中，虽也常可见到食滯不化的病人，但毕竟也是短期的表现，或兼夹于病程的某一阶段，在健运脾胃方中酌加数味消导药即可，不宜纯用、久用消导破气之剂。

二、胃病治肝，理气防燥

肝胃不和证的主要病理机制是肝木失于疏泄，气郁不达，横逆犯胃，胃失和降，气机阻滞，故治疗中多以疏肝理气为法，但有时疗效却又并不十分满意。究其原因，主要在于气郁之证，最易化热生火，耗气伤阴，故在治疗该证的过程中，应考虑到胃腑喜润恶燥的生理特性和气郁最易化热生火的病理机制，疏肝莫忘和胃，理气须防伤阴。对于一般肝郁气滯而尚未化热者可选用理气而不辛燥的药物，如炙柴胡、炒枳壳或炒枳实、延胡索、川楝子等，并需与芍药、甘草同用，苦甘酸合化，既有疏理之功，又无伤阴之弊。如已有化热趋向，则宜酌加清中泄热之品，如山栀、丹皮、浙贝母等，或合用左金丸亦可。如病情已经发展到阴伤阶段，则更应步步顾护胃阴，参用胃阴不足证的方药。

三、健脾助运，勿失中和

脾贵运而不在补，故治疗中应掌握补脾与运脾的关系，益气与理气并重，补中寓通以防呆滯胃气，反碍脾运。过寒之品，固属禁忌；过热之剂，也非所宜。徐师在治疗脾胃气虚证中，用药总以甘平为主，稍佐辛温，着眼于益气健中，调脾和胃，理气止痛，扶助纳运。本组气虚证的基础方药，就比较重视健中与理气的配伍，立足于甘平微温，补中兼通。主用黄芪健脾益气，升发脾阳；太子参清补以助黄芪建立中气；辅以山药之甘润，茯苓之淡渗，使润燥得宜；用木香行气止痛，和胃运中；甘草、大枣调和脾胃，共为佐使。该方升举而不浮散，降泄而不伤气，平和稳妥。

四、甘酸濡润，养中寓疏

胃阴是指胃中的津液，胃的功能活动，如

受纳、腐熟，必须有胃阴的濡润。胃为阳土，喜润恶燥。故治疗胃阴不足之证，当以甘凉濡润为主。病情尚轻，仅见胃阴不足者，治以甘平柔润，药如沙参、麦冬、石斛、玉竹、甘草之属；症情较重，已至胃阴明显亏乏者，治当甘凉滋养。如胃阴不复者可加入乌梅、白芍等酸味之品，酸甘合化，使“酸得甘助而生阴”，相辅相成。为防阴柔之品呆滯气机，组方时尚须参入顺气和中药，如绿萼梅、玉蝴蝶、玫瑰花、佛手片、川楝子、生麦芽等，可以帮助胃气运转药力，调畅枢机，又无辛燥之性，理气而不伤阴，颇为得宜。如经过一段时间的治疗，胃阴渐复，但患者的食欲仍差，或有干噎之状者，宜于养阴药中少佐橘皮络、姜半夏、炙鸡内金、生麦芽等以展化气机，醒脾苏胃。微辛则开，微苦则降，一开一降，胃气自和。若纯用或过用甘酸寒凉，壅滯不运，反伤脾胃，恐功成反弃。

五、腺体萎缩，非皆阴虚

萎缩性胃炎的辨证，既往曾有人认为是胃阴不足，但据我们临床中观察，并不尽然。本组103例浅表萎缩性胃炎中，胃阴不足证仅13例，只占12.6%，而脾胃气虚证有61例，已占59.2%。在68例萎缩性胃炎中，胃阴不足证仅15例，只占22%，而脾胃气虚证有42例，已占61.8%。两者均以脾胃气虚证最为多见。但萎缩性胃炎出现红舌和光净无苔的机率高于其他病种，提示萎缩性胃炎中胃阴不足证的比例大于其他病种。除以上三个主证外，浅表萎缩性胃炎和萎缩性胃炎也均存在兼证，且均以湿阻居多。关于萎缩性胃炎的治疗，也同样应该以辨证施治为原则，决不可概以养阴论治。但鉴于本病病程较长，短期内一般难以获愈，而且在整个病程中主证可能有转化，因此，对本病的治疗，应根据证候，灵活变通，随病机的转化而适时调整治法和方药。通过积极治疗，有的患者可以出现逆转，病情向愈，这对今后开展萎缩性胃炎的防治有重要意义。

指导小组老师：徐景藩、陈德润、单兆伟、陈横马。

<http://www.cnki.net>