苦，大便干结，舌质红苔薄黄，脉弦。西医诊断：慢性浅表性胃炎。中医辨证：胃中蕴热，腑气不通。治法：清胃润燥，通腑泄热。针灸处方：一组为中脘、天枢、足三里、上巨虚、合谷、三阴交、太溪；二组为胃俞、脾俞、大肠俞、肾俞。中药处方为百合汤合大黄黄连泻心汤加减：百合 30 g，乌药 20 g，大黄 6 g，黄连 6 g，蒲公英 10 g，乌贼骨 15 g，浙贝 15 g，苏梗 20 g，荷梗 20 g，沙参 20 g，麦冬 20 g，石斛 15 g，白芍 20 g，甘草 6 g。

针灸一、二组穴轮换使用。服上方 6 剂后，便秘等症状减轻。又以上方 10 倍量为一料，共为细末。每次 5 g，每日 3 次饭后服。2 个月后服完，诸症基本消失。上方去大黄，加火麻仁 20 g、炒莱菔子 20 g，治疗月余，诸症消失。

按语：胃气以下行为顺，便秘是引起胃痛的主因。“胃为阳土，得阴自安。”故叶天士治胃倡导“甘凉润燥法。”本例胃中蕴热，阴气两伤，腑气不通。故甘柔通降法切合病机，疗效显著。

7 体会

7.1 *望诊要外与内结合* 望、问、闻、切，是中医诊病的基本方法。中医望诊，主要是望外，即观察病人外在征象。根据“有诸内者，必形诸外”。来判断内脏的虚实寒热等情况。对胃脘痛来说，这种方法有很大的局限性。根据这种方法诊疗，可使部分胃病症状减轻或消失，但往往复发率较高，许多患者得不到根治。随着科技的发展，X 线钡餐检查、胃镜检查及胃粘膜组织活检、胃液分析、胃酸分泌功能检查、幽门螺杆菌检查等全面观察胃或十二指肠的病理变化及致病因子。望诊应望外与望内相结合，这样的全方位望诊较过去的局限性望外，有了较大进步，在辨证、用药、疗效上有很大提高，同时也有利于预后的判断。

故在临床实践中，宜注重中医辨证与西医辨病相结合，宏观辨证与微观辨病相结合，综合分析以辨明病因、病位、病性和病机的转化。

可以说，病理和胃镜等，是望诊的延伸，不仅能避免误诊，而且能够准确地掌握目前的病情、有无合并症（如溃疡、胆汁反流）和癌变，对指导治疗和追踪观察具有重要意义。

7.2 *不容忽视的几个治法* 胃痛初期，病变脏腑单一，久则累及多个脏腑。其病机涵盖了阴阳、虚实、寒热、气血的变化。虚实之间，可相互转化，由实转虚，或因虚致实，虚实夹杂；可由寒化热，寒热错杂；可因气滞而血瘀，或瘀阻气机而致气滞。湿热之邪是本病的主要致病因素，痰瘀乃为主要的病理产物。故对本病的治疗应补虚与泻实兼顾，清热与温寒并举，行气与活血结合。只有多法施治，方能切合复杂的病机变化。临证时，尤其应重视以下治法：

（1）清热燥湿法：现已证实，幽门螺杆菌的感染与慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡的发生都有密切的关系。本病的胃粘膜均有不同程度的炎症改变（粘膜充血、肿胀、糜烂、炎症细胞浸润等），幽门螺杆菌可归属于“邪气”的范畴，其引起的炎症改变性似“湿热”。故在临证中应用清热燥湿，泻火解毒的药物如蒲公英、黄连等，不仅对抑制幽门螺杆菌有较好的疗效，且对其主要的炎症改变如肿胀、糜烂等“湿热”征象起到治疗作用。本法是根治慢性胃炎与溃疡的重要治法之一。

（2）收敛生肌法：胃脘痛中，由胃溃疡、十二指肠溃疡引起的占有较大比例。根据 X 线钡餐透视或胃镜检查，一旦发现溃疡，及早应用收敛生肌的乌贼骨、白及等药物，可从根本上治疗溃疡，从而使胃脘痛得以根治。

（3）止血化瘀法：慢性浅表性胃炎以胃镜检查，有的出现散在出血点；消化性溃疡大便潜血（OB）阳性，提示溃疡有出血。此可视病及血分，并根据“离经之血便为瘀血”之理，加三七粉、丹参等以止血化瘀，对改变病理变化，控制疾病发展，提高临床治愈率，缓解胃脘痛症状，具有重要意义。

（收稿日期：2007-03-08）

征稿启事

《江西中医药》新增设的重点栏目有《名方与验方》、《滕王阁医话》等。《名方与验方》要求所介绍的名方应区别于教科书，发前人所未发，验方应确有良效，重点在于介绍名方的临床新用及其临床机理的研究，验方在于收集整理。

《滕王阁医话》主要反映中医教学、科研、临床的一得之见，要求以小见大，有感而文，语言生动流畅，可读性强，富于知识性、趣味性。

江西中医药 http://www.ajutcm.com