

● 大师传薪 ●

引用:崔松香,陆为民,睢学强.国医大师徐景藩从湿论治胃病学术思想及临证经验总结[J].湖南中医杂志,2026,42(4):1-7.

徐景藩(1928—2015年),首届国医大师,我国著名中医脾胃病学专家。其秉持衷中参西的治学理念,继承发扬吴门与孟河医派的学术精髓,深耕中医临床诊疗与学术研究,形成了独具特色的脾胃病诊治体系,针对脾胃病疑难病症提出诸多诊治创见:首创“糊剂卧位服药法”治疗反流性食管炎,革新给药方式以精准提升药效;创制“残胃饮”治疗残胃炎,填补了胃部术后疾患中医诊疗的空白;拟定“连脂清肠汤”内服配合“葛榆煎”保留灌肠的联合疗法,为慢性结肠炎提供了高效规范的中医诊疗方案。其学术思想与临证经验,为中医脾胃病学科的传承发展作出了里程碑式的贡献。

国医大师徐景藩从湿论治胃病学术思想及临证经验总结

崔松香¹,陆为民²,睢学强¹

(1.南京市浦口区中医院,江苏 南京,211899;

2.江苏省中医院,江苏 南京,210029)

[摘要] 介绍国医大师徐景藩教授(以下尊称“徐老”)从湿论治胃病的学术思想及临证经验。徐老提出胃病夹湿源于胃气不和、津失布散,胃阳不足、温化无权及胃阴亏虚、津伤液滞,致体用失常、湿浊内生,治疗以温化、清化、淡渗为核心,辛、甘、苦药并用,坚持以理气贯穿始终,并辅以风药胜湿;临证善用藿香、石菖蒲、草果、薏苡仁等化湿和胃,据证配伍,兼顾养阴与燥湿、清热与化湿,防其偏颇。本文结合寒湿、湿热、阴虚夹湿的典型病案,总结徐老从湿论治胃病的病因病机、治则治法与用药经验,系统梳理其辨证思路与配伍规律,为临床诊治胃病夹湿提供借鉴与思路。

[关键词] 胃病;胃气不和;从湿论治;国医大师;临证经验;徐景藩

[中图分类号] R256.3 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.04.001

A summary of academic thinking and clinical experience of National Chinese Medicine Master Xu Jingfan in treatment of gastric diseases from the perspective of dampness

CUI Songxiang¹, LU Weimin², JU Xueqiang¹

(1. Nanjing Pukou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 211899, Jiangsu, China;

2. Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210029, Jiangsu, China)

基金项目:国家中医药管理局“国医大师徐景藩学术经验传承研究室”建设项目(国中医药人教发〔2010〕59号);江苏省中医药管理局中医重点专科建设项目(苏中医医政〔2023〕5号)

第一作者:崔松香,女,中医师,研究方向:中医药防治脾胃病

通信作者:睢学强,男,主治医师,研究方向:中医药防治脾胃病, E-mail:1247560654@qq.com

[**Abstract**] This article introduces the academic thinking and clinical experience of National Chinese Medicine Master Professor Xu Jingfan (hereinafter respectfully referred to as “Master Xu”), in the treatment of gastric diseases from the perspective of dampness. Master Xu proposed that gastric diseases complicated by dampness originate from disorder of stomach Qi, failure of fluid distribution, insufficiency of stomach Yang, loss of warming and transforming function, stomach–Yin deficiency, and fluid impairment and stagnation, leading to impairment of body function and internal generation of damp turbidity. Core treatment principles included warming and resolving, clearing and resolving, and bland permeation, with a combination of traditional Chinese medicine drugs with pungent, sweet, and bitter tastes. Master Xu insisted on regulating Qi throughout the entire process and applied wind drugs to overcome dampness. In clinical practice, Master Xu used *Agastache rugosa*, *Acorus tatarinowii*, *Amomum tsaoko*, and coix seed to resolve dampness and harmonize the stomach, and he combined different drugs according to the specific syndrome and gave consideration to the balance between yin–nourishing and dampness–drying and between clearing heat and resolving dampness, so as to prevent any partiality. With reference to the typical cases of cold–dampness, damp–heat, and Yin deficiency with dampness, this article summarizes the etiology, pathogenesis, treatment principles, treatment methods, and medication experience of Master Xu in the treatment of gastric diseases from the perspective of dampness, as well as his thinking in syndrome differentiation and drug combination, in order to provide a reference and insights for the clinical diagnosis and treatment of gastric diseases complicated by dampness.

[**Keywords**] gastric diseases; disorder of stomach Qi; treatment from the perspective of dampness; master’s experience; Xu Jingfan

湿邪重浊、黏滞、趋下，致病最缓最隐，难以察觉。湿浊入里，则脾胃燥湿失济，气机壅塞，为胀为痞^[1]。胃病夹湿者临床甚为常见，因湿的轻重程度不一，其表现既有共性又各有特点。属寒湿者，口黏而甜，泛吐清水痰涎，不欲饮或喜热饮，畏寒喜暖，舌苔白腻或水滑，脉濡缓；属湿热者，口黏而苦，泛吐酸水苦液，心中嘈热，舌苔黄腻，脉濡数。根据其症状，可归属于现代医学“慢性萎缩性胃炎”“胃食管反流”“胆汁反流性胃炎”等疾病范畴。慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生等因具有明显的癌变倾向，被认为是胃癌前病变^[2-3]。中国是全球胃癌患者数量最多的国家，发病率排名第四，死亡率排名第二^[4-5]。西医治疗多以根除幽门螺杆菌、抑制胃酸分泌、保护胃黏膜、促进胃动力为主，对改善胃黏膜萎缩和逆转肠化生仍缺乏有效手段^[6]。中医学注重整体审察，辨证论治，且疗效稳定、安全性高、耐药性低^[7]，其通过作用于多个生物靶点，在多个层面发挥协同作用^[8]，对胃癌前病变的治疗优势明显^[9-10]。

首届国医大师徐景藩教授（以下尊称“徐老”）悬壶六十余载，融会新知贯古今，衷中参西补短长，

在脾胃病的诊治中形成了独到见解。本文从胃病夹湿的病因病机、治则治法、临证用药等方面总结归纳徐老从湿论治胃病的学术思想和临证经验，分析其临床辨证思维与用药配伍规律，以期启迪临床，开拓思路。

1 胃气不和津失布，体用失常聚成湿

胃居中焦，体阳用阴^[11]。胃体用正常则水谷易腐熟，消化充分，借肝之疏泄、脾之运化而津血得以四布，充养全身。胃既有病，升降失常，或因气滞、阳衰、阴伤，或因饮食、情志所伤，胃中津液不得布散而易生湿。

1.1 胃气不和，气机壅阻 《素问·经脉别论篇》云：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋。”胃为水谷之海，主受纳腐熟；其以通降为顺，中枢转津，灌溉四旁。《灵枢·平人绝谷》曰：“胃满则肠虚，肠满则胃虚，更虚更满，故气得上下。”若胃之生理功能失常，胃失和降，或胃气上逆，中焦斡旋失司，水谷不归正化，水反成“湿”，谷停为“浊”，气机壅塞中焦，水津不达，滞而为湿。盖湿浊之生，非独水谷之过，实由气机逆乱，津气同病、清浊相干之果。此外，气为津之帅，津为气之载，肝胃木土相制，肝气疏泄有

度则胃气通降自调。情志不畅、肝气郁结、气郁于中、胃津不布,亦可导致气滞湿阻。若肝气郁久化火,湿从热化,热为阳邪,炎上耗津,湿热相合,则胃腑通降艰涩,诸症胶结难愈。

1.2 胃阳不足,温化无权 胃的组织结构和生理功能具有温热、运动的特性,水谷腐熟赖于胃体充足的阳气,即“胃之体阳”。《临证指南医案·肿胀》载“中年已后,阳气不足,痰饮水寒,皆令逆趋”“苦寒多用,胃阳久伤”,《温热论·论湿邪》言“湿胜则阳微”,胃阳受损,非独一端,或因年老脏腑自亏,阳气渐衰;或因过食或误用寒凉,直折胃阳;或因久病劳倦,耗伤中阳;诸因相合,致其温煦之力渐竭,则腐熟功能减退,推动无力则水液运行障碍。中焦如寒凝之渊,升降失序则气机壅塞,寒湿浊邪久踞,若感外寒,寒湿郁痹,胃阳不宣,内外合邪则病更甚。

1.3 胃阴亏虚,津伤液滞 胃阴是胃腑消磨水谷的重要物质基础,其性濡润。阴津已虚,何来湿邪?看似矛盾,而徐老强调其因有三:本虚标实、气郁于中、多药伤胃^[12]。本虚标实者,整体证属阴虚,局部湿浊停滞。素体阴虚,或他脏之阴亏虚累及胃腑,胃喜润恶燥,胃用不足,则濡润失司,停滞成湿。《景岳全书·湿证》言“阴虚者,只宜壮水,真水既行,则邪湿自无所容矣”,恰合此“阴虚为本、湿浊为标”之理。气郁于中者,因情志不畅致肝气郁结,肝胃气滞,郁久化热,渐致胃阴暗耗,《冯氏锦囊秘录》云“气顺则一身之津液亦随气而顺矣”,今气滞则津凝不行,湿浊内生。多药伤胃者,本有湿浊,因用药不当,或辛燥过度,或制酸太过,或量大久用,胃先受戕,导致阴虚;若原有湿浊尚未尽化,胃津不布又添新湿,湿浊更趋缠绵。

2 湿性氤氲难骤化,审证求因参机变

湿浊蕴蒸难化,胶着不解。诚如《温病条辨·上焦》言:“其性氤氲黏腻,非若寒邪之一汗即解,温热之一凉即退,故难速已。”《黄帝内经》列出“以淡泄之”“以苦燥之”“风胜湿”“治以苦热”等治湿原则,成为后世清热祛湿、芳香化湿、苦温燥湿、淡渗利湿等治湿诸法之源^[13]。徐老总结出三点治法提要,既各有法度,又密切相关。

2.1 温清淡为法,辛甘苦皆宜 治湿之法,徐老巧

用温化、清化、淡渗,药味多辛、甘、苦。辛能散能行,甘能和能缓,苦能燥能降,根据病机,随证用药,一身之气运行不息,湿浊秽气乃化。

2.1.1 属寒湿者,多宜温化 《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》言:“病痰饮者,当以温药和之。”胃中有痰饮,表现为脘腹痞胀、辘辘有声、泛泛或多酸、或呕吐未消化食物及痰涎、头目昏眩、神倦乏力、舌苔薄白、舌质偏淡或淡红等症。轻者因胃排空延迟,胃中潴留液较多,可见于胃下垂、胃张力低之人。重者见于胃窦部炎症严重或球部溃疡,引起幽门不完全梗阻,以致经常呕吐。严重者表现为朝食暮吐,暮食朝吐。治以温中化饮、和胃降逆,俾苔腻渐化,诸症随之改善。亦有少数萎缩性胃炎者表现为脘痞不饥、舌苔白腻等症,总以辨证为要,切勿拘于“萎缩”而一概避用温燥,仅投以濡润之剂。此外,治肝治脾,用药灵活。脾胃气虚兼湿者,宜健脾化湿,脾旺则湿自绝,用药宜偏于辛温,以甘辛温或甘苦温相合。《医方论·卷三》谓:“治湿必先理脾,脾土健运,始能渗湿,此定法也。”肝胃气滞夹湿者,宜微苦微辛微温,防辛燥过度,勿过用苦温,避免重用久用,不致化湿而助热伤阴。

2.1.2 属湿热者,治当清化 肝郁日久,湿郁化热者,宜选清化之品,可取甘凉、微辛或微苦淡渗之剂。徐老总结清化法的内涵:一是消除有余的胃液或潴留液,抑制胃肠道的异常分泌;二是减缓胃肠道的蠕动;三是促进胃肠消化、吸收功能,增进食欲;四是消除或抑制消化道的病原体。化湿与清热之法,颇难一蹴而就,祛湿方药甚多,然大多以温性药物为众,又常不利于热,甚至会助长热邪;清热之品,往往因性寒而碍祛湿,更有可能滋长湿浊,不利于病。故临证不可急于求成、操之过急而投大剂。又忌审证不详,看似湿热不著,仅凭其本虚而早用甘温补气,滋腻养阴,以致湿热互蕴,反复滋生,病情迁延。当掌握清热勿过滋,以防生湿、碍湿;化湿勿过温,以防伤阴、助热。胃中湿热与食滞每常相互助生、影响,故在清化法中宜参以消滞之品,提高疗效。若湿热久留不祛,气机壅滞,易致血瘀,故遇湿热而兼血瘀证者,宜酌配活血化瘀之剂。

2.1.3 阴虚夹湿,相机而投 尚有阴虚夹湿者,用

药宜慎,防顾此失彼。当权衡滋阴与燥湿之轻重,不可过燥伤阴,亦不能黏腻助湿。诚如《温病条辨·第四十三条》所言:“湿为胶滞阴邪,再加柔润阴药,二阴相合,同气相求,遂有锢结而不可解之势。”可取权宜之计,先化其湿,湿去而后护阴。或先投甘凉濡润之品,充润其液,以养胃阴,然后化湿。或润剂、燥剂参合用之,或选用化湿而不过于辛燥之品与养阴药恰当配用,使湿渐化而阴亦复。若阴虚而兼湿热久恋不去,舌质红而苔腻逐渐加厚,饮食甚少,投药效果不佳,选方遣药深感棘手者,其预后常难乐观。徐老提出,部分病例转成恶性病变,在诊断上先见于舌,舌红而干萎,或红而暗紫,苔腻不化,此乃不良之证。

此外,治湿亦可取其下利之机,《医学正传·湿证》记载“湿在中下,宜利小便,此淡渗治湿也”,故淡渗之品亦为治湿的基本药物,但胃病之湿不同于水肿之水湿,旨在祛湿而不一定要求有利水之效。

2.2 理气贯穿始终,气化湿亦化 湿困中焦,有碍胃气升降,气滞尤甚,气不行则湿更难化,终致湿阻与气滞相互缠绵,互为因果。《圆运动的古中医学·濡细二脉》载:“善治湿者,养金气之收敛,调木气之疏泄,扶土气之运化,湿乃自去。”金气收敛则能通调水道,使湿邪从下焦而去;木气疏泄则可条达脾胃,助气机升降以化湿;土气运化则为祛湿之本,脾健则湿无由生。徐老谨守病机,临证以化湿理气并举,化湿者,取其辛温芳化、苦温燥湿之性,直祛中焦湿浊之阻;理气者,调肝、脾、胃之气机,复中焦升降之职,俾气行则湿化,湿去则气畅。不单治湿,更调脏腑气机以断湿生之源;不独理气,更借祛湿以畅气机之途,二者标本兼顾,脏腑同调,中焦调和,固本祛邪,每获良效。

2.3 风药气味薄,祛风以胜湿 另有祛风之法,切中病机,颇有裨益。《脾胃论·脾胃胜衰论》载:“诸风药皆是风能胜湿。”风药属木类,湿浊为土病,木可胜土,故风亦胜湿;风药多苦温,温能散寒除湿,苦可燥中焦之湿;其性常轻灵,使湿邪得以流动,行其气滞,散其凝聚;其性多走窜,可畅达气机,俾胃阳宣通,湿邪乃化。故《医方考·湿门第五》云:“以风药而治湿,如卑湿之地,风行其上,不终日而

湿去矣。”徐老认为,胃病兼湿经久未化,无阴伤征象者,可适当配伍祛风之品,常获佳效。

3 藿蒲草果薏苡仁,据证配伍治效良

化湿药种类繁多,历来医论方书论述者众多,现将徐老临证治湿的用药经验,择要举隅。

3.1 藿香 《雷公炮制药性解》记载:“藿香,味甘辛,性微温无毒,入肺脾胃三经。开胃口,进饮食,止霍乱,除吐逆。”《神农本草经读》言藿香具有“去恶气”之特性,为后世芳香化湿理论奠定基础。《神农本草经疏》载:“藿香禀清和芬烈之气……香气先入脾,理脾开胃,正气通畅。”徐老常将其用于中焦湿阻与外湿相合之证,临床常见胃脘痞胀,欲暖不遂,食欲不振,舌苔白腻或浊腻,酌配佩兰、厚朴,祛胃中之湿浊,俾胃气得旺,纳食有增,腐熟功能得复。或配以少量黄连,一寒一温,能祛除阴霾湿邪,亦有鼓舞脾胃、醒脾开胃之功;此外,食管霉菌感染,胃幽门螺杆菌阳性者,藿香治效亦良^[14]。若胸闷不畅,配加薤白通阳散结;胃酸过多,分泌有余,即是湿,易损胃膜,配用刀豆壳、煅赭石、海螵蛸降逆制酸护膜;久用若恐其燥,可配杏仁润燥护津,或加白芍柔阴缓急,刚柔兼投,不致助热耗阴;若欲增其燥,可配炒苍术燥湿健脾,顺势而为。徐老强调,藿香虽以夏秋用之最多,临证可灵活化裁,若冬寒外袭与内湿相合,或春令胃中有湿,脘痞隐痛,腹中鸣响,舌白不饥者,均可用之,不拘时令。

3.2 石菖蒲 《本草备要》记载:“石菖蒲,辛、苦而温,芳香而散……去湿逐风,除痰消积,开胃宽中。”《名医别录》提出石菖蒲能“温肠胃”;《玉楸药解》言其“辛烈疏通,开隧窍瘀阻,除神志迷塞,消心下伏梁”。徐老对胃病兼寒湿证,症见舌苔白腻或薄白,胃脘胀痛遇寒痛甚,投以一般温中化湿药见效不著者,加用石菖蒲颇得良效。寒湿较甚者,酌配草豆蔻,温通温燥并举;或加藜蘆,直攻沉寒痼冷。湿郁化热者,配用黄连、黄芩,化湿清热兼顾,俾湿去热孤,热清湿散。若有湿虽不重,胃脘胀痛亦不著,唯胃口不开,胃呆难醒,《灵枢·胀论》载“胃之五窍”,施用菖蒲大有“宣窍化湿”之功;若为胃中湿浊郁热所阻,配以黄连^[15],苦辛相合,常有意外之效。更有情志不畅,抑郁恼怒,气滞不解,气郁津凝,聚湿成

浊者,亦可用石菖蒲,配以合欢花、郁金,既解情志之郁,又通气机之滞,每可奏效。另见脘腹有如水击气之声,松弛、收腹其声甚显,旁人亦可闻之者,以石菖蒲配防风;若不效,则加白术健脾“断湿源”,茯苓渗湿“通水道”,泽泻利水“排湿邪”。

3.3 草果 《本草求真》记载:“草果专入脾胃,味辛气温……能治太阴独胜之寒。”《本草正义》谓草果“善除寒湿,而温燥中宫,故为脾胃寒湿之主药。”《本草衍义》言草果“性温而调散冷气,力甚速”。据徐老经验,中焦寒湿内盛,脘胀隐痛,时时泛吐酸水清涎,苔白不欲饮者,草果用之有效。若有胃薄之人本虚之体,水谷消磨迟缓,食积湿滞胶结难解,据证投以草果消积健运,可增强消食助运药物的功效。胃酸过多者,配以海螵蛸、瓦楞子、象贝母,标本兼顾,攻防协同,颇有良效。过饮冷酒败胃,酒湿内盛,酌加枳椇子、砂仁、陈皮,引酒湿下行,枢中焦滞气;枳椇子尤擅解酒毒,《食疗本草》记载:“昔有南人修舍用此,误有一片落在酒瓮中,其酒化为水味。”瓜果冷饮伤胃,寒湿留滞,配用丁香、肉桂,阳复则寒散湿化,奏效尤佳。故须审证确当,配伍用药合于法度,则大有裨益。

3.4 薏苡仁 薏苡仁,始载于《神农本草经》,列为药中之上品,《本草崇原》言其“久服轻身益气”。徐老认为本品化湿清热而健脾胃,对胃病各种证候兼有湿浊者,均可用之。肝胃郁热夹湿者,薏苡仁配左金丸、浙贝母。胃阴不足夹湿者,薏苡仁与陈皮、白残花、泽泻等同用,化湿而不耗阴。慢性胃炎有肠上皮化生或异型增生而见湿证者,薏苡仁与莪术同用,一补一攻,一利一破,相反相成。此外,据徐老之经验,对消化道增生息肉性疾病,薏苡仁大多疗效良好,且用量宜大,20~30g为宜。徐老认为,息肉的形成既是长期炎症刺激的结果,亦与患者素体脾胃虚弱、湿邪内蕴、气滞血瘀密切相关,若不及时化湿散结,调畅气机,日久必致湿瘀热毒互结,病深而转为癥积虚劳。薏苡仁健脾培本,化湿散结,软坚消癥,使气机调畅,气血流畅,而癥积可消。

4 典型病案

4.1 寒湿证案 黄某,女,39岁,2006年3月29日

初诊。主诉:反复呕吐4个月余。病史:患者4个月前感冒后皮肤出现红色出血点,至他院就诊,血常规示:白细胞 48×10^9 个/L,疑为“白血病”,予“罗希达”治疗,疗程21d,用药过程出现泛吐清水痰涎,化疗结束后复查白细胞示正常,然呕吐未止,致消瘦明显。1个月前至我院消化科就诊收住入院。入院时恶心呕吐未止,食后即吐,不欲饮,畏寒,中上腹作胀,脘腹隐痛,暖气腹鸣,口苦无味,食欲不振,厌食油腻,夜间汗出。入院查B超示胆壁毛糙,全消化道钡餐未见异常,头颅CT未见异常,血常规示:白细胞 5.78×10^9 个/L,血红蛋白126.9g/L,血小板 267.2×10^9 个/L,肠镜示慢性结肠炎。经治疗后,病情反复,未有好转,延请徐老会诊。诊查:精神疲惫,面色无华,形体消瘦,腹软,全腹无压痛,肝脾未及肿大;舌质淡、苔薄白腻水滑,脉细。治当温化寒湿,祛饮和胃,健脾助运。方拟小半夏加茯苓汤合干姜苓术汤化裁。处方:姜半夏10g,干姜3g,茯苓20g,炒白术10g,陈皮10g,姜竹茹10g,刀豆壳20g,太子参15g,藿香10g,佩兰15g,山药15g,炒谷芽30g,鸡内金10g,神曲15g。14剂,每日1剂,水煎,分2次服。4月14日二诊:药后呕吐显著改善,仍恶闻食臭,口苦而干,胃脘隐痛,夜间尤甚,腹鸣,食少,大便日行1次,夹有不消化食物;舌质微红、苔薄净,脉细。治法:化饮清胆,健脾和胃。方拟小半夏加茯苓汤、黄鹤丹化裁。处方:姜半夏10g,茯苓20g,青蒿10g,佩兰15g,陈皮10g,姜竹茹10g,太子参15g,刀豆壳20g,藿香10g,山药15g,五味子3g,鸡内金10g,扁豆15g,薏苡仁30g,焦建曲15g,黄连1.5g,制香附10g,麦冬15g,白芍15g,甘草3g。14剂,每日1剂,水煎,分2次服。4月28日三诊:患者呕吐未作,近2日见食后暖气频多,随之呕吐,吐出未消化食物及水液,口苦而干,脐周鸣响,因进食少而大便2日未解,形体消瘦;舌质红、苔薄白而干,脉细数。治法仍从化饮和胃降逆。方拟小半夏加茯苓汤、干姜苓术汤、大黄甘草汤化裁。处方:姜半夏12g,干姜5g,茯苓20g,炒白术10g,陈皮10g,姜竹茹15g,刀豆壳20g,藿香10g,鸡内金10g,麦冬15g,枇杷叶20g,黄连2g,制大黄4g,甘草4g。服药4剂后,

呕吐即止,继用上方巩固,嘱患者注意饮食调养,保持乐观情绪,调治1个月,呕吐未发。

按语:患者乃化疗药物戕伤,直折胃阳,中焦升降失常,气机阻滞,不通则痛,故见脘腹痞胀隐痛;胃失和降,脾失健运,湿邪内生,聚成痰饮,湿从寒化,故见呕吐反复、食后即吐、不欲饮、畏寒等湿浊中阻、脾胃虚寒之证候。徐老认为,凡食已即吐由胃热上冲者,固宜清之。然亦有痰饮停蓄胃中,潴液量多而食已即吐者。《吴鞠通医案》亦认为“食入即吐是无火”,治当温胃化饮止呕,药用吴茱萸、干姜、半夏、陈皮等。小半夏汤乃治呕方之祖,《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》云“诸呕吐,谷不得下者,小半夏汤主之”。徐老以干姜代生姜,增温中化饮之力,且有半夏泻心汤中用干姜之意;重用茯苓,配伍炒白术,取干姜苓术汤、茯苓泽泻汤用茯苓之意,健脾利水以祛饮;陈皮、姜竹茹、刀豆壳和胃降逆化痰;太子参补益脾胃之气以顾其本;藿香、佩兰芳香化湿、醒胃开窍;又配以山药、谷芽、鸡内金、神曲等健脾和胃、消食助运。诸药合用,共奏化饮和胃、益气健运之功。二诊呕吐已基本控制,但仍口苦而干,徐老认为此乃胃中气滞,胆热上逆,配青蒿、黄连清胆胃之热;三诊时患者舌质红,有胃热之象,故取大黄甘草汤治之。

4.2 湿热证案 刘某,男,70岁,2005年5月9日初诊。主诉:脘腹痞胀2年余。病史:患者2年前无明显诱因出现脘腹痞胀,胀甚则叩之如鼓,以左腹部为主,胃脘时有灼热感,嗳气矢气则舒,右背酸痛。2004年11月查胃镜示浅表性胃炎、中度萎缩性胃炎、Hp(+++),B超示胆壁毛糙。服吗叮啉、莫沙比利及中药治疗,症状久治未减,深为痛苦。2005年3月查全腹CT未见明显异常,又治月余,仍未见改善,乃求诊于徐老。刻诊:脘腹痞胀,胀甚如鼓,食后加重,嗳气矢气则减,无泛酸,稍有灼热,大便日行2次,偏干。吸烟史二十余年,每日2包,每日饮酒3两,已戒3年。诊查:全腹柔软,无明显压痛,叩之鼓音。舌质淡红、苔厚白腻,脉弦小数。证属湿热中阻,气滞不畅。治当清热化湿理气。处方:川黄连2g,厚朴10g,苍术10g,法半夏6g,

陈皮、橘络各16g,鸡内金10g,槟榔10g,莱菔子15g,石见穿15g,谷芽30g,建曲12g,藿香10g,草豆蔻3g。7剂,每日1剂,水煎,分2次服。5月16日二诊:药后舌苔白腻已化,脘腹痞胀未见改善,下肢微肿,按之凹陷,仍宗原法,兼以消肿利水,上方加茯苓皮15g,薏苡仁30g,泽泻30g。5月26日三诊:药后脘腹痞胀渐见缓解,下肢肿减,大便干,舌质淡红、苔薄白,脉细,原法治疗有效,守法继进,仍从化湿理气治之。病史已久,久病入血,兼以活血。处方:川黄连2g,厚朴10g,苍术10g,法半夏6g,陈皮、橘络各16g,茯苓皮15g,鸡内金10g,炒枳壳10g,莱菔子10g,石见穿15g,谷芽30g,建曲12g,藿香10g,三棱10g,莪术10g。药后脘腹痞胀明显缓解,上方稍作增减,继进3个月,上脘胀满基本消除,然仍时感中下脘及小腹胀满,大便两日一行,原方加入灵丑散15g,坚持服用1个月余,脘腹痞胀消失,疾病痊愈。

按语:患者长期饮酒吸烟,脾胃受戕,运化失健,湿浊内生,气机阻滞,故脘腹痞胀;气郁化热,故胃脘有灼热感;苔厚腻为湿浊内蕴之象。其病史2年,曾服诸多中西药,病情久治未减,当属顽症痼疾。徐老取王氏连朴饮之意,旨在清热化湿,用二陈平胃散法,化湿和胃理气,因其苔厚而腻,湿浊较盛,所以加用藿香芳香化湿,草豆蔻温燥化湿辟秽,用莱菔子、鸡内金、建曲健脾助运,石见穿清热活血,徐老常用其治疗萎缩性胃炎及其胃癌前期病变。二诊苔腻虽化,但脘腹痞胀未消,下肢水肿,病史已久,湿浊久羁,脾运难复,加薏苡仁、茯苓皮、泽泻利水渗湿。经治上脘痞胀渐消,但中下脘尚觉胀满,大便干,经云“浊气在上则生膜胀”,叶天士云“久痛必入络”,徐老认为:一胃分为三脘,上脘多气,中脘多气多血,下脘多血。中下脘胀,当兼气滞血瘀,加用灵丑散泄浊行瘀,灵丑散出自《章次公医案》,有泄浊行瘀之效,徐老将其用于治疗顽固性腹胀属浊瘀内阻的患者,每收良效。药后腹胀明显改善,坚持治疗,终获痊愈。

4.3 阴虚夹湿证案 魏某,男,66岁,2006年2月13日初诊。主诉:胃脘隐痛伴口苦3年。病史:患

者3年来胃脘隐痛、痞胀,无牵扯痛,初大便溏泄,无黏液脓血,日行3~4次,经长期服中药治疗,大便溏泄已愈,而胃脘隐痛、痞胀未除。2005年4月19日外院查胃镜示慢性胃炎,肝胆胰脾彩超未见异常。4d后患者心存疑虑,复查胃镜仍为慢性胃炎。迭经中西医治疗,症状未除,甚为焦急。刻诊:胃脘隐痛,口苦甚,痞胀,欲饮水,无泛酸,稍有暖气,纳谷不香,大便日行一次,形寒,背热;舌质红、苔干腻,中白边黄,脉弦。既往有高血压病十余年。腹软,上腹部轻压痛,按之稍缓,肠鸣音不亢进。证属胃阴不足,湿热中阻。治以养阴清化为法,处方:石斛10g,麦冬15g,炒白芍15g,炙甘草3g,炒黄芩10g,蒲公英15g,炒陈皮10g,法半夏10g,薏苡仁30g,冬瓜仁30g,藿香10g,茯苓15g,建曲15g,白茅根30g,石菖蒲5g。7剂,每日1剂,水煎,分2次服。2月20日二诊:药后苔腻已化其半,胃脘隐痛、痞胀减轻,口苦稍减,偶有恶心,大便日行一次,成形。唯有背热,体温不高,汗出不多,舌质红、苔薄净,脉小弦。拟法养胃阴,清胆热,和少阳。于一诊方去炒黄芩、蒲公英、薏苡仁、藿香、白茅根、石菖蒲,加青蒿10g,白薇10g,地骨皮15g,野料豆15g,五味子3g。14剂,每日1剂,水煎,分2次服。3月4日三诊:药后脘痛痞胀、口苦恶心、背热形寒等均消失,饮食如常,再以前方加减治疗1个月余,诸症未发。

按语:患者为老年男性,宿有慢性腹泻、高血压病多年,素体阴虚,肝肾不足,脾阴亦虚,运化不力,湿邪内生,蕴久化热。湿热中阻,气机阻滞,不通则痛,故发胃脘疼痛、脘胀;湿热内蕴于胆,胆气上逆,则见口苦;少阳不和,则形寒背热。干腻苔为湿热内留,气不布津,津液不能上承所致。初诊时予养阴清化并进,用石斛、麦冬、白芍、炙甘草等甘凉濡润,以养胃阴,用黄芩、蒲公英苦寒清热,陈皮、法半夏燥湿,薏苡仁、冬瓜仁、茯苓、白茅根淡渗利湿,藿香、石菖蒲芳香化湿,共奏养阴清热化湿之功。石菖蒲、白茅根更寓通阳利小便而化湿、祛湿之意。胆为中清之府,湿热得化,则胆府清净,二诊时胃阴不足,湿热已化,胆热未清,少阳失和,治兼清胆热、和少阳,故口苦、形寒、背热则消,病情向愈。

参考文献

- [1] 陈超杰,周亚东.余国珮“燥湿为纲”辨治脾胃病特色探骊[J].安徽中医药大学学报,2024,43(2):11-14.
- [2] Weng J, Wu X F, Shao P, et al. Medicine for chronic atrophic gastritis: A systematic review, meta and network pharmacology analysis [J]. Ann Med, 2023, 55(2):2299352.
- [3] Yang H, Yang W J, Hu B. Gastric epithelial histology and precancerous conditions [J]. World J Gastrointest Oncol, 2022, 14(2):396-412.
- [4] Xia C, Dong X, Li H, et al. Cancer statistics in China and United States, 2022: Profiles, trends, and determinants [J]. Chin Med J, 2022, 135(5):584-590.
- [5] Li Z, Gao X, Peng X, et al. Multi-omics characterization of molecular features of gastric cancer correlated with response to neoadjuvant chemotherapy [J]. Sci Adv, 2020, 6(9):eaay4211.
- [6] Wang L, Lian Y J, Dong J S, et al. Traditional Chinese medicine for chronic atrophic gastritis: Efficacy, mechanisms and targets [J]. World J Gastroenterol, 2025, 31(9):102053.
- [7] Chen L, Wei S, He Y, et al. Treatment of chronic gastritis with traditional Chinese medicine: Pharmacological activities and mechanisms [J]. Pharmaceuticals, 2023, 16(9):1308.
- [8] Li Y, Li X, Tan Z. An overview of traditional Chinese medicine therapy for Helicobacter pylori-related gastritis [J]. Helicobacter, 2021, 26(3):e12799.
- [9] Wang L, Ding X, Li P, et al. Efficacy and safety of Weifuchun tablet for chronic atrophic gastritis: A systematic review and meta-analysis [J]. PLoS One, 2023, 18(4):e0284411.
- [10] Chen X, Shen K, Deng Y, et al. A randomized double-blind clinical trial of weierkang pills for the treatment of chronic atrophic gastritis [J]. J Clin Gastroenterol, 2023, 57(2):165-171.
- [11] 徐景藩.徐景藩脾胃病临证经验集粹[M].2版.陆为民,徐丹华,罗斐和,整理.北京:科学出版社,2015:61.
- [12] 陆为民,徐丹华.国医大师徐景藩治疗慢性萎缩性胃炎胃阴不足证的经验[J].时珍国医国药,2014,25(9):2263-2264.
- [13] 王文友.内湿证治辑要[M].北京:人民卫生出版社,2020:205.
- [14] 潘玥,陆为民,蔡佳卉.徐景藩运用芳香化湿药治疗脾胃病[J].吉林中医药,2019,39(9):1146-1149.
- [15] 张廷,陆为民,查安生.国医大师徐景藩运用黄连治疗消化系统疾病经验[J].中华中医药杂志,2024,39(10):5245-5248.

(收稿日期:2025-10-10)

[编辑:徐琦]