

基于“脾升胃降”学术思想辨治慢性胃炎经验集萃

朱 宏*, 张永红#

德江县民族中医院脾胃病科, 贵州 铜仁

收稿日期: 2024年11月16日; 录用日期: 2024年12月9日; 发布日期: 2024年12月17日

摘 要

徐学义教授是国家级名老中医, 他对治疗慢性胃炎的治疗有自己独到的见解, 倡导古为今用, 以“脾升胃降”理论为指导对慢性胃炎施以治疗, 认为生理上: “脾宜升则健, 胃宜降则和”。病理上: “当升者降, 当降者升, 乃阴阳反作之病”。治疗上: “治脾助运升清, 治胃理气通降”。运用于临床疗效显著, 得到多数患者的认可。现将徐学义教授运用“脾升胃降”辨治慢性胃炎的思路总结如下, 以殚同道。

关键词

徐学义, 脾升胃降, 慢性胃炎

Experience Collection of Chronic Gastritis Treatment Based on the Academic Thought of “Spleen Ascending Stomach Descending”

Hong Zhu*, Yonghong Zhang#

Department of Spleen and Stomach Diseases, Dejiang County Hospital of Ethnic Traditional Chinese Medicine, Tongren Guizhou

Received: Nov. 16th, 2024; accepted: Dec. 9th, 2024; published: Dec. 17th, 2024

Abstract

Professor Xu Xueyi is a national famous old Chinese medicine, he has his own unique views on the

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 朱宏, 张永红. 基于“脾升胃降”学术思想辨治慢性胃炎经验集萃[J]. 临床医学进展, 2024, 14(12): 673-679.
DOI: 10.12677/acm.2024.14123134

treatment of chronic gastritis, advocates the use of the past, with “spleen ascending stomach descending” theory as the guidance of the treatment of chronic gastritis. Physiologically, “if the spleen rises, it is healthy; if the stomach falls, it is harmonious”. Pathologically, “ascending and descending are diseases caused by the reversal of yin and yang”. Therapeutically, “treating the spleen, promoting circulation and clearing, regulating the stomach, regulating qi, promoting circulation and lowering”. It has significant clinical effect and has been recognized by most patients. Now professor Xu Xueyi’s use of “spleen ascending stomach descending” to treat chronic gastritis is summarized as follows, in the same way.

Keywords

Xu Xueyi, Spleen Ascending Stomach Descending, Chronic Gastritis

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性胃炎是指胃黏膜发生的一类慢性炎症, 内镜下黏膜充血水肿, 未见花斑样颗粒样增生的非萎缩性炎症性病变[1] [2]。主要病因与幽门螺旋杆菌(*Helicobacter pylori*, HP)感染、长期服用非甾体类抗炎药及过度嗜酒和吸烟等理化因素导致[3]。2017 年我国 HP 感染率为 52.2%, 至 2022 年上升至 40.6%~55.8% [4]。指南[5]补充了 HP 感染引起慢性胃炎的机制是细菌毒力因子通过多种途径损伤胃黏膜, 从而引发相关炎症反应。慢性胃炎的临床症状缺乏典型性与特异性, 大部分患者有进食后上腹饱胀或疼痛、反酸、嗝气等非特异性消化不良表现, 一些病人同时存在精神心理症状, 包括抑郁、焦虑、健忘等[6]-[8]。现今在治疗慢性胃炎方面, 将祛除病因, 削弱胃黏膜炎症反应、减轻症状作为目的; 治疗时尽量基于病因实施针对性干预。目前对慢性胃炎的治疗主要是参照《中国慢性胃炎诊治指南(2022 年, 上海)》[9]。用药主要包括促胃动力药、抑酸护胃药、消化酶制剂、根除 HP 药、胃黏膜保护剂, 若病人合并明显精神心理症状, 可配伍抗焦虑或抗抑郁药。中医治疗疾病可体现出明显优势, 同时获得较稳定的远期疗效[10]。慢性胃炎的中医病名诊断通常依据症状。若主症为胃痛, 属于“胃脘痛”; 若主症为胃脘部胀痛, 属于“胃痞”; 如果上述两个症状皆不明显, 但合并烧心、反酸等症状, 则属于“反酸”“嘈杂”等[11]-[13]。治疗主要以调节脾胃升降为主。在慢性胃炎的不同阶段, 徐学义教授认为调节脾胃升降是治疗脾胃疾病的根本, 脾胃在生理上“以运为主, 以通为用”, 病理上因“滞”为病, 治疗上以健运通降为主, 构成了脾升胃降的基本特点, 现代医学认为“脾升胃降”理论是《脾胃论》的重要组成部分, 急性胰腺炎早期以“胃实”为主、“胃降失常”, 后期以“脾虚”为主、“脾运失常”。胃肠功能的恢复及“脾升胃降”功能的恢复有益于急性胰腺炎的转归[14]。李永春[15]认为针刺调理脾胃升降法对脾虚型肠易激综合征患者泄泻症状的疗效明显。汪志伟等[16]反流性咽炎调理脾胃升降为主, 临床辨病与辨证结合, 配伍清热利湿、健脾助运、疏肝和胃药物, 可显著提高临床疗效。故徐学义“脾升胃降”学术思想论据充足, 是治疗胃肠道疾病的基本大法, 现将徐学义“脾升胃降”学术思想总结如下。

2. “脾升胃降”学术思想

2.1. 生理上: “脾宜升则健, 胃宜降则和”

脾胃的升降直接关系到人体整体气机的升降, 脾脏具运化升清功能, 体阴则用阳, 同时阳者主升;

胃具备受纳腐熟功能,同时主通降,若体阳则用阴,同时阴者主将降。古籍《医门棒喝》提及“升降之机者,在乎脾胃之关键”。可见,“脾升胃降”思想涉及以下两大方面。一方面为“脾气主升,胃气主降”,即人类机体的气机调和,是通过脾胃进行气机升降运动而进行的。中医认为五脏之气依据五脏所处位置的相对上下,具有对应的上升和下降的生理特点,心肺居上,气降则顺,肝肾居下,气升则和,同时脾胃土位处中焦,脾气以升为健,胃以降为合,共同调度升降。而且无论是心肾水火相济,还是肝肺气机升降相合,均依赖于脾胃气机升降的协调,同时脾具有升举内脏,维持脏器的相对恒定[17]。另一方面为:“脾主升清,胃主降浊”,是脾胃之间最根本和最重要的关系。“清”意味着水谷精微等营养成分,而所谓的“升清”,即为“脾气散精,上归于肺”,其具体的功能表现为脾气能够有效地吸收水谷精微等营养物质,并且把它们向身体的其他部位进行输送,例如心肺等处,接着经过心肺的作用,将其转化为气血,从而滋养整个机体;古籍《素问》中“玉机真脏论”篇言“脾为孤脏,中央土以灌四旁”,也就是“脾为胃行其津液”,即在脾气带动下,其所吸收的营养成分可向其它脏腑进行输送,从而能够有效滋养整个机体[18];“浊”则为胃中经过初次消化后的饮食水谷,而“降浊”则是胃气具有将胃中初步消化后的食物向小肠运输的过程的作用。

2.2. 病理上:“当升者降,当降者升,乃阴阳反作之病”

在《医学求是》中记载了“中气旺则脾升而胃降,四象程以轮旋,中气败则脾郁而胃逆,四象使其运行矣”,可见,就脏腑整体的升降来说,其最关键的点在脾于胃,倘若累及其生理功能,可对机体整体的气机运转产生不良影响,由此导致相关疾病的发生[19]。在《素问·阴阳应象大论》中写道“清阳出上窍,浊阴出下窍,清阳发腠理,浊阴走五脏,清阳实四肢,浊阴归六腑”。即脾升清,那么可把吸收至机体内部的营养向上方输送,如此能够有效提升胃气通降作用;而胃气降浊则会把初步消化的食物向下运输,对脾气升清起到十分关键的促进作用。而对于人体脏腑的平衡中最为关键的无疑是脾升胃降、协调平衡,一旦脾胃出现问题,运气不周,则会导致其它身体部位的不适,那么即会引发以下病理表现“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生腹胀”,即如果清阳未升,可见神疲乏力、四肢倦怠、清窍不利、头晕目眩、精神疲惫、腹胀满闷等;如果脾气虚升举无力而下陷,则可见久泻脱肛的情况,病情严重时甚至可出现脏器下垂问题;如果胃气不降,那么可见大便秘结、纳呆脘闷、胃脘疼痛或胀满等症状,继续发展可能会导致胃气上逆,引发嗝气、恶心、呃逆、呕吐等,这个时候浊气聚于上方,会出现以下症状:口臭、口干、头晕、头蒙等[20]。这属于“阴阳反作”之病,也就是应升反降、应降反升,则气机逆乱。

2.3. 治疗上:“治脾助运升清,治胃理气通降”

《脾胃论》(李杲著)曾言:“春夏地气升浮,秋冬天气沉降,惟长夏土气居中为之枢纽,人为万物之一,法象天地,亦需脾胃土气居中为之转枢”。对于整个胃肠运动,脾胃气机升降协调也发挥着最主要的作用,正常的消化功能依赖于脾胃双方的协同为用、升降相因,《临证指南医案》中“脾胃”篇提及:“脾胃之寒热虚实,宜燥宜润,应当详辨,至于升降二字,尤为紧要”,通过此描述可知,脾胃在机体内气机升降方面起着核心作用,同时其发病的主要因素为“脾升胃降”机能紊乱,因此在治疗脾胃病方面故需把调节“脾升胃降”功能视为治法大要[21]。所以王敏教授一般在临床诊疗时,由调理脾胃气机升降方面着手,有效依托升降同理调整法,作用于脾脏,可促进运升清,作用于胃,可理气通降,采取自制方“香苏散”加味,同时配伍半夏厚朴汤、泻心汤、四逆散、左金丸等,从而辛开苦降,升散兼施,对“脾升胃降”机能施以有效调节;与补中益气汤、六君子汤、四君子汤或参苓白术散等配伍,可补气健脾,对脾胃气机协调有利;并且考虑到“百病皆生于气”,应着重使气机保持通畅。用药方面建议减少滋腻壅滞类药物的应用,或是在补益之中加用行气理气之品如青皮、枳实、枳壳、木香、乌药、川楝子、香附、

佛手、玫瑰花、大腹皮、九香虫、柿蒂等,或增厚朴、陈皮、砂仁、紫苏梗、佩兰、藿香此类芳香化湿助运除湿类中药[22]。徐学义教授有时还会增加防风等风药,借助风药之升散出入,风能除湿之性恢复脾胃升降功能,有取其《素问·奇病论》云:“治之以兰,除陈气”之意。

3. 验案举隅 1

患者施某,女,35岁,其饮食习惯辛辣刺激,由于日常工作繁忙导致其进食不规律,近1年来常出现胃脘部隐隐灼痛,进食辛辣食物后更甚,2月前出现反酸,稍食则胃胀,口服雷贝拉唑肠溶胶囊,时有好转,但反复发作,为求接受系统治疗,在2023.12.08日初诊。主诉:一年内胃脘部隐痛,加重伴反酸2月。刻下症见:胃脘部隐隐灼痛,时伴反酸、嗝气,偶有胃胀,进食后加重,口燥咽干,无口苦口臭,无恶心呕吐,时感烦躁,疲乏,偶有腰腹酸痛,食欲一般,寐欠安,小便可,大便偏干。舌红,舌体稍胖,苔少,脉细数。2023.12.09日胃镜表明:贲门炎,以及慢性非萎缩性胃炎合并重度胆汁反流。中医诊断:胃阴不足型胃痛,应为和胃止痛与养阴清热治则。在药方上采用香苏散加味,以下为组方:茯苓20g,山药20g,薏苡仁20g,北沙参15g,陈皮10g,醋香附10g,紫苏梗10g,丹参30g,葛根10g,桔梗12g,醋莪术10g,黄芪30g,郁金10g,佛手10g,炙甘草6g。7剂,水煎服。煎服法:冷水浸泡10分钟,大火熬煮20分钟倒出,再加水熬煮15分钟倒出,将两次药液混合,温服,每天三次,一剂药服用1天半,忌烟酒、油腻、发物、辛辣刺激及生冷食物。二诊(2023年12月19日),病人诉胃痛大幅减轻,反酸仍存在,时感胃脘部胀满不适,余症同前。舌红,苔少,脉细数。原方加醋北柴胡12g,麸炒枳壳10g,大腹皮10g。7剂,水煎服。三诊(2024年01月02日),患者诉胃痛胃胀明显缓解,现感纳食稍有减少,伴恶风,余症同前。舌淡红、苔少且脉细数。加入10g白术、10g防风。7剂,水煎服。

四诊(2024年01月12日),患者诉现少有胃痛胃胀,仍时有反酸,嗝气,无恶心呕吐,舌淡红,苔薄白,脉细。前方加10g柿蒂、10g炒紫苏子、10g牛膝。7剂,水煎服。

按语:该患者以胃脘部隐痛1年,加重伴反酸2月为主症,属于中医“胃痛”的范畴,患者平素饮食不规律且喜食辛辣刺激之物,导致脾胃受损,胃阴不足,失于濡养,胃络不相调和,便出现胃脘部隐隐灼痛;运化失职,因此脾胃虚弱,最后由于脾升胃降功能减弱,导致了气机阻滞的状况,由此出现胃胀,在进食后症状加重的表现,由此可见患者脾胃气机不畅,胃气上逆,则见反酸、嗝气;脾胃阴液不足,润运不畅,则感烦躁,口燥咽干,大便偏干;脾胃运化不足,气血生成不足,加上长期工作繁忙,耗伤精气,则见疲乏、腰腹酸痛;患者舌呈红相且舌体胖,其苔少,脉细数都是脾胃受损以及胃阴不足之象,纵观征象,该病属于中医“胃痛”之胃阴不足证,同时兼有阴虚化热及气滞之症,因此在治疗上,除养阴清热益胃之外,更应条畅气机。方中北沙参养阴益胃,生津止渴;山药具有益气养阴以及补脾补肾的效果;而薏苡仁和茯苓则起到良好的健脾除湿功效,还能够宁心;陈皮理气健脾,香附、苏梗理气宽中止痛;丹参痛经止痛,清心除烦;葛根生津止渴;桔梗理气活血止痛;莪术消积行气止痛;黄芪补气行滞,生津养血;郁金的功效为行气解郁、活血止痛;之后是佛手,有着理气和胃的作用;最后则是炙甘草,其功效为补脾益气、缓急止痛,还能将各药的效果得到充分调和;其方以香苏散加味,注重脾胃升降之效,方中重用补脾益气之药助脾气上升,同时多使用理气宽中之药使胃气得降,气机调和。二诊胃痛减轻,胃胀明显,加柴胡疏肝解郁,麸炒枳壳理气宽中,行滞消胀;大腹皮行气宽中;三者均是注重于调畅脾胃之气机。三诊上述症状明显减轻,感纳差恶风,加白术补气健脾,防风祛风止痛,两者同黄芪有取玉屏风散之意,益气固表,亦可健脾和胃缓解胃胀。四诊,诸症见消,仍反酸、嗝气,考虑胃气欠降,加柿蒂降逆止呃,牛膝、苏子降下气行,同时润肠通便,改善大便性状。纵观整个方剂,补不留滞,可使气机通畅,恢复正常升降机能,其不仅对阴虚气滞之胃痛证适用,对于脾胃疾病的脾升胃降功能失

常都可以用此法加减。

4. 验案举隅 2

顾某某, 女, 55 岁, 2024 年 3 月 15 日因“上腹部疼痛伴失眠 1+年”就诊, 停经 5+年, 情绪欠佳, 食少纳呆, 面红, 汗可, 怕热, 手足心热, 两颊潮红, 便时干时稀, 口不苦, 舌淡苔白且少, 脉沉弦细。徐教授做出了“胃痛”“不寐”的诊断, 属“肝郁脾虚夹肾阴虚证”, 治法为健脾疏肝和胃, 养阴安神, 拟四君子汤合酸枣仁汤加减: 南沙参 20 g、北沙参 20 g、麸炒白术 15 g、茯苓 20 g、化橘红 12 g、合欢皮 12 g、首乌藤 18 g、炒枣仁 15 g、知母 10 g、牡蛎 12 g(包煎)、甘草 6 g、栀子 10 g、白芍 12 g、生地黄 12 g、麦冬 15 g、牡丹皮 12 g。每天 1 剂, 水煎至 450 mL, 150 mL/次, 3 次/日, 饭前 30 分钟温服。2024 年 03 月 22 日患者二诊。患者诉上腹部疼痛较前改善, 睡眠改善, 血压 100/66 mmHg, 梦不多, 便可, 口不苦, 小便可, 舌红苔少, 左脉大右弦。徐教授讲述服一诊药方后, 患者肝阴血稍得补, 足厥阴肝经上达巅顶, 同督脉在百会处相交, 一旦肝经循行的某一部位出现问题, 就会发生肝经相关性病变, 如《金匱要略》:“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾, 四季脾旺不受邪, 即勿补之”。若脾气得充, 肝气得养, 遂肾阴得滋, 而木乘土, 滋水涵木力量不及, 仍处于阳盛阴衰阶段, 最终导致阴阳失交。故出现怕热, 手足心热, 两颊潮红, 故辨为(抑木扶土型)不寐。徐教授四诊合参后效不更方, 以健脾疏肝和胃, 补心肾养血为法, 在原方基础上加百合 15 g, 服 7 剂, 继观后效。拟方如下: 南沙参 20 g、北沙参 20 g、麸炒白术 15 g、茯苓 20 g、化橘红 12 g、合欢皮 12 g、首乌藤 18 g、炒酸枣仁 15 g、知母 10 g、栀子 10 g、牡蛎 10 g(包煎)、当归 12 g、黄芩 10 g、女贞子 10 g、百合 15 g、旱莲草 10 g、牡丹皮 12 g、甘草 6 g、麦冬 15 g、白芍 12 g、生地 12 g, 每天 1 剂, 水煎至 450 mL, 150 mL/次, 3 次/日, 饭前 30 分钟温服; 2024 年 03 月 29 日患者三诊。睡眠明显好转, 药后阵热减, 时怕冷时怕热, 便可, 口不苦微涩, 舌红苔少, 脉细弦。徐教授望闻问切辨识后继续予原方加减: 南沙参 20 g、北沙参 20 g、麸炒白术 15 g、茯苓 20 g、化橘红 12 g、合欢皮 12 g、首乌藤 18 g、炒枣仁 15 g、知母 10 g、栀子 10 g、牡蛎 12 g(先煎)、当归 12 g、黄芩 10 g、女贞子 12 g、旱莲草 12 g、甘草 6 g、生地黄 12 g、白芍 12 g、麦冬 15 g、牡丹皮 12 g、百合 15 g; 2024 年 04 月 03 日四诊。睡眠可, 仍有阵热, 饮食仍欠佳, 舌红苔少, 脉细弦。徐教授切脉问诊后原方基础上加炒麦芽 15 g、炒谷芽 15 g、炒鸡内金 15 g, 7 剂, 水煎至 450 ml, 150 ml/次, 3 次/日, 饭前温服。后电话采访称已痊愈, 动态观察月余, 症未再复发。

5. 按语

患者平素喜冷饮之品, 导致脾虚痰湿, 徐教授认为, 脾虚是疾病的一个初发阶段, 脾为生痰之源泉, 影响肺气的宣发肃降, 津液的输布, 进一步影响肝气畅达。故出现情绪欠佳, 食少欠佳。“口为胃之门户”, 痰湿所生之赖与口。《素问·经脉别论》:“饮入于胃……脾气散精, 下输膀胱。”《金匱要略藏府经络先后病脉证一》:“见肝之病……当先实脾。”肝气不疏, 脾气不运, 而出现如李东垣《脾胃论》:“脾病者, 身重……取其经, 太阴、阳明、少阴血者。”痰湿郁久化热产生痰热内阻, 进而耗伤津液, 虚热内生。故出现面红, 汗可, 怕热, 便时干时稀, 口不苦等症。失眠就是肝郁脾虚痰湿, 郁久化热, 热伤津液, 虚热内生, 阳盛阴衰, 阴阳失和所致。肝肾同源, 前者藏血, 后者藏精, 两者亏虚, 则见畏热、面红、汗可、脉沉弦细表现。《医宗必读》:“东方之木, 无虚不可补, 补肾即所以补肝; 北方之水, 无实不可泻, 泻肝即所以泻肾。”脾为母, 肺为子, 土能生金, 与水液循环密切相关, 若土不能生金, 则会出现便时干时稀, 结合患者舌淡苔白且少, 脉沉弦细, 辨为肝郁脾虚夹肾阴虚证不寐。应行“利脾疏肝, 养阴宁神”的治法, 采取“四君子汤”+“酸枣仁汤”加减方。徐学义教授指出, 此病乃肝郁脾虚所致, 须用甘、酸、寒解之, 四君子汤性平和, 具有益气健脾化湿, 渗湿利浊的功效。方中南沙参养阴清肺, 有

补气化痰, 益胃生津之效, 麸炒白术、茯苓益气健脾, 利水燥湿; 而酸枣仁汤, 具有养血安神, 清热除烦之功效, 原方出自《金匱要略 血痹虚劳病脉证并治》: “虚烦虚劳不得眠, 酸枣仁汤主之。” 主治虚烦失眠, 心悸不安, 头目眩晕, 咽干口燥, 舌红少苔, 脉弦细。本方证由肝郁脾虚, 阴虚内热所致, 脾统血, 肝藏血, 血舍魄; 心藏神, 血养心。肝血缺乏, 使得魂不守, 无法滋养心脏, 同时受到阴虚虚热内扰影响, 见虚烦、睡眠障碍、心悸表现。组方所含酸枣仁可宁神养血, 茯苓(徐教授大多应用茯神)可稳定心神, 知母祛热除烦, 川芎调血养肝, 甘草泻火缓急, 皆属于辅药。对以上诸证行此法干预, 能够充足肝血, 消除烦热, 安心神, 提升睡眠质量。若病人阴虚火旺, 大多增用麦冬与生地, 若盗汗, 则增用煅牡蛎、浮小麦与五味子。纵观整个方剂, 补不留滞, 可使气机通畅, 恢复正常升降机能, 其不仅对肝郁脾虚夹心肾阴虚证之胃痛证、不寐证适用, 对于脾胃疾病的脾升胃降功能失常都可以用此法加減。

本案例患者上腹痛、面红, 失眠, 怕热, 手足心热, 两颊潮红, 便时干时稀, 舌红少苔, 脉沉弦细, 符合阴虚虚热内扰心神之病症。徐教授对于此肝郁脾虚夹心肾虚热内扰之不寐, 常采用四君子汤合酸枣仁汤或甘麦大枣汤加減, 同为伤寒杂病论之方。均可用于治疗阴血不足之失眠不安。然酸枣仁汤重用酸枣仁养血安神, 配知母、茯苓滋阴清热, 除烦安神, 故重在养血清热, 除烦安神, 适用于心肝血虚, 虚热内扰之虚烦失眠, 心悸, 伴咽干口燥等。甘麦大枣汤, 以小麦为主, 可补心养肝, 消烦宁神, 与大枣、甘草联合, 可润燥缓急、益气和中, 侧重养心调肝、甘润平补, 对心阴缺乏, 肝气紊乱之脏躁, 精神异常, 喜悲伤欲哭之证具主要治疗作用。徐教授运用四君子汤合酸枣仁汤治疗胃痛和不寐, 尤其是血虚, 虚热内甚之胃痛失眠, 常起到很好疗效。四君子汤在临床较为常用, 现代医学通过由药理、化学层面研究酸枣仁汤也发现其作用机制在于改善应激引发的中枢神经系统(CNS)机能异常[23]。对 CNS 异常兴奋可发挥与氯丙嗪接近的安定效能, 以及配合镇静催眠药可使睡眠持续时间增加, 实现临床治疗目的[24]。

6. 总结

就人类机体来说, 在其脏腑机能活动中, 升降运动为基本形式, 还是阴阳交泰、气血和畅的具体反映。在整个机体的气机升降中, “脾升胃降”作为枢纽, 只有升降相因与出入有序, 方可使机体各项生理活动保持正常运行。由于脾胃在生理以及病理层面相互作用, 脾胃疾病的发生发展过程中, 脾胃气机失调, 气机不畅之症特别多见, 因此在治疗脾胃疾病时, 必须注重调理脾胃的气机升降, 以香苏散加味调节“脾升胃降”的功能在临床上有较高的价值体现, 同时应用前景良好。在临床具体应用方面, 抓住香苏散加味治疗脾胃疾病所体现的“脾升胃降”原理, 根据患者的具体症状和病因灵活加減药物, 形成个体化的治疗方案, 以达到最佳的治疗效果。同时, 徐学义教授强调在应用香苏散加味治疗脾胃疾病时, 需要注意以下几点: 首先, 要明确诊断, 根据患者的具体症状和病情辨证论治, 再选择合适的药物加減。然后, 应当严密监督药物的剂量以及服用的时间, 以免产生一系列不良反应及药物依赖。最后, 要注意饮食调理和生活习惯的改善, 如避免暴饮暴食、避免过度劳累等。

参考文献

- [1] 蒋海良, 郑君渭, 彭永剑. 柴胡牡蛎汤加味联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(20): 31-35.
- [2] 张新萍, 姜璐, 郑琳洁, 等. 基于网络药理学及分子对接技术探讨快胃片治疗慢性非萎缩性胃炎的机制[J]. 现代药物与临床, 2024, 39(10): 2502-2509.
- [3] 邓勇, 敖绩逃, 张玉丽. 疏肝健脾和胃化浊汤加減治疗 Hp 感染相关性胃病的效果[J]. 基层中医药, 2024, 3(10): 25-30.
- [4] 杭茜, 沈娜. 双向回馈式健康教育对围绝经期慢性胃炎患者生活质量的影响[J]. 中国妇幼保健, 2024, 39(20): 4065-4069.
- [5] 杨晓敏, 吴素娜, 徐焕海. 胃癌组织中 RUNX3 蛋白表达及其与幽门螺杆菌感染的相关性分析[J]. 浙江中西医结合

- 合杂志, 2024, 34(10): 910-914.
- [6] Tang, X., Lu, B., Zhou, L., Zhan, S., Li, Z., Li, B., et al. (2012) Clinical Practice Guideline of Chinese Medicine for Chronic Gastritis. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, **18**, 56-71. <https://doi.org/10.1007/s11655-012-0960-y>
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 345-349.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(3): 207-209.
- [9] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎诊治指南(2022 年, 上海) [J]. 胃肠病学, 2023, 28(3): 149-180.
- [10] 陈庆斌, 钟祥荣, 王春辉. 雷火灸辅助治疗对脾胃虚寒型慢性胃炎临床症状的改善效果[J]. 医学信息, 2024, 37(18): 147-150.
- [11] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见(2017 年, 上海) [J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [12] 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [13] 周晓明. 柴胡疏肝散治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证 63 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(14): 51-52.
- [14] 文思, 呼永河. 从“脾升胃降”理论及胃肠功能探讨急性胰腺炎[J]. 光明中医, 2018, 33(16): 2345-2347.
- [15] 李永春. 针刺调理脾胃升降法治疗脾虚型肠易激综合征的临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(1): 25-27.
- [16] 汪志伟, 许卫华, 侯文肖, 等. 基于脾升胃降理论论治反流性咽喉炎[J]. 北京中医药, 2022, 41(7): 776-778.
- [17] 彭幽幽, 王振. 基于气机升降理论浅谈脾胃系病证[J]. 光明中医, 2024, 39(12): 2353-2356.
- [18] 黄美佳, 王玉娟. 从调节脾胃气机升降论治功能性消化不良[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(2): 68-70.
- [19] 叶冠成, 张泽涵, 杨志然, 等. 基于虚劳探究黄元御脾胃升降理论[J]. 西部中医药, 2023, 36(11): 79-83.
- [20] 李凯平. 从《脾胃论》两方看李杲运用升降法制方的意义[J]. 环球中医药, 2023, 16(12): 2533-2535.
- [21] 王建. 中医基础理论[M]. 第 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [22] 孙欣, 任红艳. 《黄帝内经》脾胃运化理论探讨[J]. 河西学院学报, 2020, 36(5): 47-50.
- [23] 张红伟, 党文飞, 周晶晶, 等. 四君子汤及加减方防治腹泻的药理作用与临床应用研究进展[J]. 药学前沿, 2024, 28(9): 133-143.
- [24] 王祎, 朱梦瑶, 郭自贺, 等. 四君子汤对糖尿病引起记忆损伤小鼠的神经保护作用[J]. 中成药, 2024, 46(4): 1143-1150.