

中医辨治痛经经验案

□李邦生 宋雪莉

初诊：李女士，32岁，经期腹痛10余年。经家人介绍，患者来到全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师李邦生门诊治疗。患者末次月经来潮，经前2天痛经明显，痛甚则呕吐，影响工作和生活，月经量少，有血块，平素大便时干时溏，手脚冰凉，畏寒怕冷，胃胀，食欲差，情绪急躁，经前睡眠质量差，多梦，舌体胖大，边有齿痕，舌质边尖红，苔薄白，脉弦细。

诊断：痛经（脾虚肝郁证）。
治则：健脾疏肝，化痰止痛。
方药：当归12克，炒白芍12克，炒白术10克，茯苓15克，北柴胡6克，醋郁金10克，醋香附10克，乌药10克，陈皮10克，砂仁8克，酒大黄10克，山楂15克，木香6克，红花10克，益母草15克，桂枝6克，丹参15克，醋元胡10克，莱菔根15克，甘草3克。共7剂。水煎服，每天10时和16时各温服1次。

二诊：服药后月经来潮，患者痛经明显减轻，血块减少，无呕吐症状，大便恢复正常，进食过多后胃胀，入睡困难。治疗方

案调整为经前调理痛经，经后以调理脾胃为主。
方药：炒白术10克，茯苓15克，陈皮10克，姜半夏8克，木香6克，砂仁8克，姜厚朴10克，炒枳壳10克，醋郁金10克，乌药10克，盐小茴香10克，盐知母12克，合欢皮15克，醋元胡10克，莱菔根15克，桂枝6克，炒白芍10克，焦麦芽12克，甘草3克。共7剂。煎服方法同前。

三诊：服药后，患者畏寒怕冷症状改善，无胃胀等不适，睡眠质量好转，大便成形，每日2次。上方去掉桂枝、炒白芍，加炒薏苡仁30克，焦山楂12克，焦神曲12克。共7剂。煎服方法同前。

四诊：服药后，患者大便正常，饮食正常，入睡正常，仅余多梦症状。依照经前方继续调理，巩固疗效。

方药：当归12克，炒白芍12克，炒白术10克，茯苓15克，北柴胡6克，醋郁金10克，醋香附10克，乌药10克，陈皮10克，砂仁8克，酒大黄10克，山楂15克，木香6克，红花10克，益母草

15克，桂枝6克，丹参15克，醋元胡10克，甘草3克。共7剂。煎服方法同前。

随访：患者近4个月未出现痛经症状，饮食、睡眠均正常。李邦生嘱咐患者日常生活中要少吃寒凉食物，避免熬夜。

按语：女性每逢经期或行经前后，出现周期性小腹疼痛或腰骶疼痛，痛甚伴随心、呕吐、昏厥等症者，称为痛经。经前气血聚于血海，治宜温通化痰为主，促进子宫内膜脱落，促进经后瘀血消散、新血化生。临床治疗痛经遵循“通则不痛，荣则不痛”的原则，把握经前一一周的治疗时机尤为关键。

在经前方李氏逍遥散（当归、炒白芍、炒白术、茯苓、柴胡、醋郁金、醋香附、乌药、陈皮、砂仁、益母草、丹参、红花、酒大黄、山楂、木香、甘草）的基础上灵活化裁，可治疗经前常见病证。方中当归、炒白芍、丹参、养血活血，调经止痛；炒白术、茯苓、砂仁、健脾祛湿；柴胡、醋郁金、醋香附、陈皮，疏肝理气；桂枝、炒白芍，温中散寒、温阳止痛；醋元

胡，行气止痛；酒大黄、山楂、木香，化痰散瘀、破积消滞、化痰止痛；益母草、红花，化瘀调经。全方合用，共奏健脾疏肝、化痰止痛之功，对症治疗痛经。

若经期伴随腹泻、呕吐者，可以加入制吴茱萸、干姜，以温胃散寒止痛；经期伴随腰痛者，加盐续断、鸡血藤，补肾强腰、调经止痛；经期伴随头痛者，加天麻、葛根、川芎，平肝通络止痛；经前乳房胀痛者，加路路通。

痛经治疗以“标本兼治”为核心原则，本案患者以脾胃气虚为本，肝郁气滞血瘀为标。经前治其标，以缓解痛经为核心；月经干净后再治其本，以调理脾胃为重点。临床中脾虚肝郁胃滞型患者较为常见，脾虚则气血生化无源，食物与津液代谢失常，积滞中焦，形成土壅木郁之象，进而引发肝郁胃滞、气滞血瘀，治疗当采用健脾疏肝和胃之法。脾为后天之本、气血生化之源，脾胃功能恢复正常则气血充盈，肝气条达，痛经自可痊愈。

（作者供职于全国名老中医李邦生传承工作室，系河洛李氏脾胃学术流派传承人）



胆囊炎的辨证施治

□刘金涛

初诊：刘某，女性，46岁，口苦、恶心、右肋下胀痛10天。
病史：患者一周前突发恶心、呕吐，右肋下疼痛难忍。当地某医院外科专家经过检查，建议手术治疗。患者畏惧手术，遂来笔者所在医院寻求中医治疗。

患者进行超声波检查后，被诊断为急性胆囊炎，经中西医结合治疗，无明显疗效。

现症：恶心、呕吐、食欲不振、恶寒、发热，体温38.5摄氏度，尿液呈黄色，便秘，两肋刺痛难忍，时而呻吟，面色发黄，呈痛苦面容，舌质红，边有芒刺，苔黄厚

腻，脉弦滑数。
实验室检查：白细胞计数 $14.0 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞80%，淋巴细胞20%。
超声波检查：空腹胆囊4厘米，胆管后胆囊4厘米。检查结果提示胆囊收缩功能丧失。
诊断：胁痛（西医诊断为胆囊炎）。
辨证：湿热蕴结肝胆，肝络失和，胆失疏泄。
治则：清热利湿、解毒散瘀、疏肝理气。
方药：大黄60克，茵陈60克，车前子60克，龙胆草15克，金银

花60克，黄连30克，黄芩10克，水牛角15克（另包），生地30克，牡丹皮12克，山楂30克，柴胡10克，青皮10克，炒白芍15克，槟榔10克，干姜10克，花椒10克。共1剂。水煎，分2次温服。

二诊：患者两肋疼痛消失，诸症均减轻，仍有恶心、食欲不振，舌苔厚，脉弦而数。上方去掉花椒，加半夏10克；金银花、大黄、茵陈，剂量均减半；车前子，剂量改为15克。去掉干姜，改用生姜10克，其余药物均沿用原剂量。患者连续服药6剂后痊愈。

超声波检查：空腹胆囊8厘米，进脂肪餐后胆囊1.5厘米。检查结果提示胆囊收缩功能良好。
实验室检查：白细胞计数 $8.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞70%，淋巴细胞30%。
一年后，患者因劳累导致病情复发。笔者依据其脉证，仍给予上方治疗，患者服药3剂后痊愈。

按语：该患者胁痛，西医诊断为胆囊炎，中医辨证属于肝胆湿热证。治疗湿热证当清利并行，本方精妙之处在于清

热除湿重用大黄，一则可峻下实热之邪，二则契合“通则不痛”的治疗宗旨。大黄与大量茵陈、车前子同用，可使湿热从大小便分消，却不会引发腹泻。考虑本方苦寒药物较多，故配伍干姜、花椒，防止寒凝气滞引发腹痛；且青皮、柴胡可引药走行胁下，直接发挥止痛功效。笔者治疗胆囊炎，擅长加入清热解暑、凉血散瘀之品，如金银花、黄连、山楂等，这是其独到的诊疗经验。

（作者供职于驻马店市中医医院）

中医特色疗法

中医综合疗法干预失眠的临床应用

□郭孟凡

在快节奏的现代生活里，失眠早已不是罕见的困扰。很多人被入睡困难、多梦易醒、早醒难以复寐等问题长期折磨，不仅白天精神萎靡、注意力不集中，久而久之，更会耗伤人体气血，让身体陷入“失眠-气血亏虚-失眠加重”的恶性循环。中医对失眠有深刻的认识，认为失眠的核心与气血失调、脏腑失和、情志失养密切相关，通过辨证调理，可从根源上改善睡眠质量。

为什么长期失眠会耗伤气血
中医认为，“人卧则血归于肝”，睡眠是人体气血自我修复、脏腑功能休养生息的关键过程。正常的睡眠，依赖于气血的充盈、心神的安宁、脏腑的协调。而长期失眠，会从多个层面耗伤气血。
心神失养，气血暗耗：心主神明，是睡眠的主宰。失眠时，心神始终处于亢奋、不安的状态，会持续消耗心血。心血不足，又会进一步导致心神失养、失眠加重，形成恶性循环。
脏腑失调，气血生化无源：脾胃为气血生化之源，长期熬夜、失眠会损伤脾胃功能，导致脾胃运化失常，无法将食物转化为气血，让身体气血来源不足。同时，肝主藏血，失眠会影响肝的藏血功能，加重血虚，无法濡养心神，也会加重失眠。
情志失调，气机紊乱伤血：长期失眠的人，往往伴随焦虑、烦躁、思虑过度等情绪问题。中医认为“思伤脾”“怒伤肝”，情志失调会导致肝气郁结、气机不畅，进而影响气血的正常运行，造成气滞血瘀、气血亏虚，让失眠的根源难以消除。
简单来说，睡眠是气血的“充电器”，长期失眠就是让身体一直处于“耗电而不充电”的状态，气血只会越来越虚，失眠也会越来越顽固。

失眠的核心病机与辨证分型
中医调理失眠，讲究辨证论治，不同的失眠表现，对应着不同的证型，调理方法也完全不同。常见的失眠证分型有以下几种。
心脾两虚型（常见的气血亏虚型失眠）典型表现：入睡困难、多梦易醒、醒后难以再睡，同时伴随心悸、健忘、神疲乏力、食欲不振、面色萎黄、大便溏薄，舌

淡苔薄白，脉细弱。
核心病机：思虑过度、劳倦伤脾，导致脾气虚弱、心血不足，心神失养而失眠，是长期失眠耗伤气血最典型的证型。
肝郁化火型典型表现：入睡困难甚至彻夜难眠，烦躁易怒、头晕目眩、口干口苦、目赤耳鸣、胁肋胀痛，大便干结，舌红苔黄，脉弦数。
核心病机：情志不遂、肝气郁结，日久化火，火扰心神，导致心神不宁而失眠，多由压力大、情绪焦虑诱发。
阴虚火旺型典型表现：心烦燥、入睡困难、多梦易醒，同时伴潮热盗汗、五心烦热、口咽干燥、头晕目眩、腰酸膝软，舌红少苔，脉细数。
核心病机：久病、熬夜耗伤阴液，导致阴虚火旺，虚火上炎，扰动心神，常见于长期熬夜、更年期人群。
痰热内扰型典型表现：失眠多梦、睡眠不沉，胸闷脘痞、口苦痰多、头晕目眩，舌红苔黄腻，脉滑数。
核心病机：饮食不节、脾胃失运，痰湿内生，日久化热，痰热上扰心神，导致失眠，多与饮食油腻、嗜酒、熬夜相关。
心肾不交型典型表现：心烦失眠、心悸健忘、头晕耳鸣、腰酸膝软、潮热盗汗、男子遗精、女子月经不调，舌红少苔，脉细数。
核心病机：肾阴不足，不能上济于心，心火亢盛，不能下交于肾，心肾水火不济，心神被扰而失眠。

中医辨证调理，帮你补气血、安睡眠
针对不同证型的失眠，中医从中药、针灸、推拿、情志、生活方式等多个维度综合调理，标本兼

顾，既能补充耗伤的气血，又能调和失和的脏腑，从根源改善睡眠。
中医辨证调理，一人一方补气血、安心神：中药调理是中医改善失眠的核心，根据不同证型，选用针对性的方药，精准调理。
心脾两虚型：以补益心脾、养血安神为原则，以归脾汤化裁，常用中药有酸枣仁、柏子仁、远志、茯神、党参、白术、黄芪、当归等，既能健脾益气、生发气血，又能养心安神，改善气血亏虚导致的失眠。
肝郁化火型：以疏肝泻火、镇心安神为原则，经典方为龙胆泻肝汤化裁，常用中药有龙胆草、黄芩、栀子、柴胡、香附、郁金、酸枣仁等，疏肝理气、清泻肝火，解除火扰心神的根源。
阴虚火旺型：以滋阴降火、清心安神为原则，经典方为黄连阿胶汤或六味地黄丸化裁，常用中药有生地、玄参、麦冬、知母、黄柏、黄连、酸枣仁等，滋阴降火、宁心安神，改善虚火扰神的失眠。
痰热内扰型：以清热化痰、和中安神为原则，经典方为温胆汤化裁，常用中药有半夏、陈皮、竹茹等，清热化痰、理气和中，清除痰热对心神的干扰。
心肾不交型：以滋阴降火、交通心肾为原则，经典方为交泰丸化裁，常用中药有黄连、肉桂、生地、麦冬、酸枣仁、远志等，调和心肾、水火既济，让心神安宁。
针灸推拿调理，通经络、调气血、安神志：针灸和推拿是中医特色疗法，通过刺激穴位，疏通经络，调和气血、安神定志，改善失眠，安全性高。
针灸调理：主穴常选百会穴、神门穴、内关穴、三阴交穴、足三里穴，再根据证型配穴。心脾两虚者，加心俞穴、脾俞穴；肝

郁化火者，加大冲穴、行间穴；阴虚火旺者，加大溪穴、涌泉穴；痰热内扰者，加丰隆穴、内庭穴。
推拿按摩：患者可在居家操作，重点按摩头部、颈部、背部穴位。
头部：按揉百会穴、风池穴、太阳穴、印堂穴，每次5分钟~10分钟，放松头部神经。
手部：按揉神门穴、内关穴，每次3分钟~5分钟，宁心安神。
足部：按揉三阴交穴、涌泉穴，每次5分钟，滋阴降火、交通心肾。
背部：可由家人帮忙按揉心俞穴、脾俞穴、肝俞穴，调理脏腑、补益气血。
睡前1小时进行推拿，能有效放松身心，助其快速入睡。
情志调理，疏肝宁心，从根源断失眠：中医认为“情志失调为失眠的重要诱因”，长期失眠的人，大多伴随焦虑、烦躁、思虑过度等情绪问题。因此，情志调理是改善失眠的关键。
情志相胜法：根据五行相生相克理论，用一种情志制约另一种情志。比如焦虑、烦躁、肝气郁结的人，可多听欢快的音乐、看喜剧、多与人交流，用喜悦的情绪制约愤怒、焦虑的情绪；思虑过度的人，可多进行户外活动、培养兴趣爱好，转移注意力，减少思虑。
放松训练：睡前进行深呼吸、冥想、正念训练，每次10分钟~15分钟，让身心彻底放松，缓解焦虑，帮助心神安宁。
情绪疏导：及时疏解压力，避免情绪积压，可通过写日记、倾诉等方式，释放负面情绪，保持肝气舒畅、气血调和。

生活方式调理，补气血、助睡眠，防复发：失眠的调理，离不开日常的养护，做好生活方式调整，巩固调理效果，避免复发。
饮食调理：补气血、助睡眠，吃对食物很重要。心脾两虚、气血不足者，可以多吃健脾养心、补益气血的食物，如红枣、桂圆、莲子、山药、小米、酸枣仁、茯苓等，建议喝小米红枣粥、酸枣仁茶；肝郁化火者，可以多吃疏肝理气的食物，如玫瑰花、茉莉花、佛手、橙子、柚子等，建议喝玫瑰花茶；阴虚火旺者，多吃滋阴降火的食物，如百合、银耳、麦冬、生地、玄参等，推荐百合莲子粥。同时，避免食用辛辣、油腻、刺激性食物，睡前避免喝咖啡、浓茶、酒精饮品等，以免扰动心神，加重失眠。
运动调理：通气血、调脏腑，改善睡眠适度运动能促进气血流通、调节脏腑功能、缓解焦虑，改善失眠。建议选择温和的运动，如散步、慢跑、瑜伽、打太极拳、练八段锦等，每天30分钟左右，避免睡前剧烈运动。
起居调理：规律作息，早睡早起，尽量在23时前入睡，避免熬夜，让身体得到充分休息；创造良好的睡眠环境，保持卧室安静、黑暗、凉爽、舒适；睡前1小时避免使用电子设备，可以泡热水澡、听轻音乐、读纸质书，让身心放松，为入睡做准备。
长期失眠不是单纯的“睡不着”，而是身体气血亏虚、脏腑功能失调、情志失养的综合表现。中医调理失眠，从来不是“头痛医头、脚痛医脚”，而是辨证论治，从根源调和气血、滋养脏腑、平复情志，帮助人们恢复健康睡眠。
（作者供职于郑州市第八人民医院）

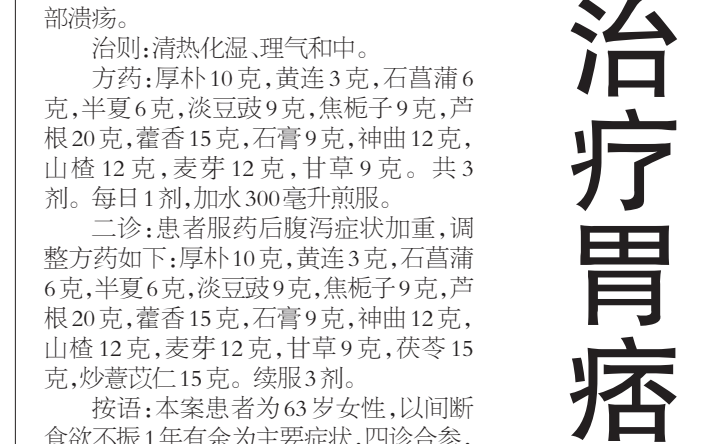
经验之谈

初诊：王某，女性，63岁，间断食欲不振1年有余。
病史：患者1年前无明显诱因出现食欲不振，无恶心症状，偶发呕吐，无头晕。发病后，患者立即前往当地口腔医院就诊，给予消炎清毒片（口服）、复方甘菊利多卡因凝胶（外用）等治疗，症状无明显改善。患者为求进一步治疗，遂到笔者所在医院寻求中医治疗。
症见：患者食欲不振，口中有异味感，神志清楚，精神尚可，饮食、睡眠均尚可，大便每日三四次（质地偏软），小便短赤，舌体正常，舌质红、苔黄腻，脉滑。患者平素身体健康，无结核病史、乙肝病史、无高血压病史；有糖尿病史，曾口服二甲双胍缓释片治疗。1年前，患者在当地医院就诊，检查结果显示血糖正常，自行停药至今，自诉目前血糖正常，无不适症状；无心脏病史，无药物过敏史，否认食物过敏史。
体格检查：患者神志清醒，精神尚可，皮肤黏膜色泽正常，浅表淋巴结未触及肿大，心肺听诊未闻及异常，腹部平软（未触及包块，无压痛及反跳痛），肝脏、脾脏、肾脏均未触及，胆囊墨菲征阴性，肝浊音界正常（无移动性浊音），无肾区叩击痛，肠鸣音正常。
其他检查：浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠肠球部溃疡，谷氨酰胺转氨酶68单位/升，甘油三酯2.67毫摩尔/L，总胆固醇6.12毫摩尔/升，载脂蛋白A1.69克/升，两肺未见明显活动性病变，主动脉瓣钙化并轻度反流，左心室舒张功能减退。
舌苔、脉象：舌质红、苔黄腻，脉滑。
中医诊断：胃痛。
辨证分型：脾胃湿热证。
西医诊断：浅表性胃炎，十二指肠肠球部溃疡。
治则：清热化湿、理气和中。
方药：厚朴10克，黄连3克，石菖蒲6克，半夏6克，淡豆豉9克，焦栀子9克，芦根20克，藿香15克，石膏9克，神曲12克，山楂12克，麦芽12克，甘草9克。共3剂。每日1剂，加水300毫升煎服。
二诊：患者服药后腹痛症状加重，调整方药如下：厚朴10克，黄连3克，石菖蒲6克，半夏6克，淡豆豉9克，焦栀子9克，芦根20克，藿香15克，石膏9克，神曲12克，山楂12克，麦芽12克，甘草9克，茯苓15克，炒薏苡仁15克。续服3剂。
按语：本案患者为63岁女性，以间断食欲不振1年有余为主要症状，四诊合参，结合辅助检查结果，中医诊断为胃痛，辨证为脾胃湿热证，西医确诊为浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠肠球部溃疡。患者病位在脾胃，病性属于本虚标实、湿热为患，治宜清热化湿、理气和中为主，全程辨证施治，随证化裁，契合中医整体观念与辨证论治的核心思想。
从病因病机而论，《黄帝内经》记载：“饮食自倍，肠胃乃伤。”老年患者脾胃功能本已衰退，运化腐熟水谷之力减弱，容易导致湿热内生，阻滞中焦气机，此为发病核心。脾胃为气机升降之枢纽，湿热蕴结中焦，脾胃运化失常，清浊相干、气机逆乱，故见食欲不振、偶发呕吐；湿热熏蒸上泛，故口中异味；湿热下注大肠，传导失司，故大便质软、次数增多；湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，故见小便短赤；舌质红为热邪内蕴，舌苔黄腻、脉滑均为脾胃湿热的典型舌脉，辨证依据充分。
在辨证思路上，本案以四诊合参为基础，紧扣主症，结合兼症、舌脉等综合判断，排除寒湿、气虚等证型，明确脾胃湿热证诊断。治法谨遵中医治则，确立清热化湿、理气和中之法，标本兼顾，清解湿热、调理气机，恢复脾胃的运化功能。
初诊时，方药配伍严谨，遵循“君、臣、佐、使”的原则。君药黄连苦寒，清热燥湿、泻火解毒，直清中焦湿热；厚朴理气化湿、消胀除痞，畅通气机。臣药焦栀子增强清热燥湿之力，石菖蒲、半夏化湿降逆，藿香芳香化浊。佐药石膏、芦根清热生津护阴，防苦寒伤阴，淡豆豉宣透湿邪，山楂消食化积、醒脾开胃。使药甘草调和诸药，顾护正气。全方寒温并用，共奏清热化湿、理气和中之功。
二诊时，患者服药后腹痛加重，提示中焦湿邪偏重，脾胃不耐苦寒之品。故守原法不变，加用茯苓、炒薏苡仁，甘淡渗湿、健脾止泻，兼晒化湿与扶正，补泻兼施，契合随证化裁的用药精髓。
综上所述，本案立足脾胃理论，精准辨证、合理配伍，兼顾老年人体质，清热化湿与顾护脾胃相结合，契合中医病机特点，为临床治疗中老年人脾胃湿热型消化不良提供了思路，彰显了中医药的独特优势。

（作者供职于安阳市中医院）

清热化湿、理气和中治疗胃痛

□常砚兵



初诊：王某，女性，63岁，间断食欲不振1年有余。发病后，患者立即前往当地口腔医院就诊，给予消炎清毒片（口服）、复方甘菊利多卡因凝胶（外用）等治疗，症状无明显改善。患者为求进一步治疗，遂到笔者所在医院寻求中医治疗。

症见：患者食欲不振，口中有异味感，神志清楚，精神尚可，饮食、睡眠均尚可，大便每日三四次（质地偏软），小便短赤，舌体正常，舌质红、苔黄腻，脉滑。患者平素身体健康，无结核病史、乙肝病史、无高血压病史；有糖尿病史，曾口服二甲双胍缓释片治疗。1年前，患者在当地医院就诊，检查结果显示血糖正常，自行停药至今，自诉目前血糖正常，无不适症状；无心脏病史，无药物过敏史，否认食物过敏史。

体格检查：患者神志清醒，精神尚可，皮肤黏膜色泽正常，浅表淋巴结未触及肿大，心肺听诊未闻及异常，腹部平软（未触及包块，无压痛及反跳痛），肝脏、脾脏、肾脏均未触及，胆囊墨菲征阴性，肝浊音界正常（无移动性浊音），无肾区叩击痛，肠鸣音正常。

其他检查：浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠肠球部溃疡，谷氨酰胺转氨酶68单位/升，甘油三酯2.67毫摩尔/L，总胆固醇6.12毫摩尔/升，载脂蛋白A1.69克/升，两肺未见明显活动性病变，主动脉瓣钙化并轻度反流，左心室舒张功能减退。

舌苔、脉象：舌质红、苔黄腻，脉滑。
中医诊断：胃痛。
辨证分型：脾胃湿热证。
西医诊断：浅表性胃炎，十二指肠肠球部溃疡。

治则：清热化湿、理气和中。
方药：厚朴10克，黄连3克，石菖蒲6克，半夏6克，淡豆豉9克，焦栀子9克，芦根20克，藿香15克，石膏9克，神曲12克，山楂12克，麦芽12克，甘草9克。共3剂。每日1剂，加水300毫升煎服。

二诊：患者服药后腹痛症状加重，调整方药如下：厚朴10克，黄连3克，石菖蒲6克，半夏6克，淡豆豉9克，焦栀子9克，芦根20克，藿香15克，石膏9克，神曲12克，山楂12克，麦芽12克，甘草9克，茯苓15克，炒薏苡仁15克。续服3剂。

按语：本案患者为63岁女性，以间断食欲不振1年有余为主要症状，四诊合参，结合辅助检查结果，中医诊断为胃痛，辨证为脾胃湿热证，西医确诊为浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠肠球部溃疡。患者病位在脾胃，病性属于本虚标实、湿热为患，治宜清热化湿、理气和中为主，全程辨证施治，随证化裁，契合中医整体观念与辨证论治的核心思想。

从病因病机而论，《黄帝内经》记载：“饮食自倍，肠胃乃伤。”老年患者脾胃功能本已衰退，运化腐熟水谷之力减弱，容易导致湿热内生，阻滞中焦气机，此为发病核心。脾胃为气机升降之枢纽，湿热蕴结中焦，脾胃运化失常，清浊相干、气机逆乱，故见食欲不振、偶发呕吐；湿热熏蒸上泛，故口中异味；湿热下注大肠，传导失司，故大便质软、次数增多；湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，故见小便短赤；舌质红为热邪内蕴，舌苔黄腻、脉滑均为脾胃湿热的典型舌脉，辨证依据充分。

在辨证思路上，本案以四诊合参为基础，紧扣主症，结合兼症、舌脉等综合判断，排除寒湿、气虚等证型，明确脾胃湿热证诊断。治法谨遵中医治则，确立清热化湿、理气和中之法，标本兼顾，清解湿热、调理气机，恢复脾胃的运化功能。

初诊时，方药配伍严谨，遵循“君、臣、佐、使”的原则。君药黄连苦寒，清热燥湿、泻火解毒，直清中焦湿热；厚朴理气化湿、消胀除痞，畅通气机。臣药焦栀子增强清热燥湿之力，石菖蒲、半夏化湿降逆，藿香芳香化浊。佐药石膏、芦根清热生津护阴，防苦寒伤阴，淡豆豉宣透湿邪，山楂消食化积、醒脾开胃。使药甘草调和诸药，顾护正气。全方寒温并用，共奏清热化湿、理气和中之功。

二诊时，患者服药后腹痛加重，提示中焦湿邪偏重，脾胃不耐苦寒之品。故守原法不变，加用茯苓、炒薏苡仁，甘淡渗湿、健脾止泻，兼晒化湿与扶正，补泻兼施，契合随证化裁的用药精髓。

综上所述，本案立足脾胃理论，精准辨证、合理配伍，兼顾老年人体质，清热化湿与顾护脾胃相结合，契合中医病机特点，为临床治疗中老年人脾胃湿热型消化不良提供了思路，彰显了中医药的独特优势。

（作者供职于安阳市中医院）

初诊：王某，女性，63岁，间断食欲不振1年有余。发病后，患者立即前往当地口腔医院就诊，给予消炎清毒片（口服）、复方甘菊利多卡因凝胶（外用）等治疗，症状无明显改善。患者为求进一步治疗，遂到笔者所在医院寻求中医治疗。

症见：患者食欲不振，口中有异味感，神志清楚，精神尚可，饮食、睡眠均尚可，大便每日三四次（质地偏软），小便短赤，舌体正常，舌质红、苔黄腻，脉滑。患者平素身体健康，无结核病史、乙肝病史、无高血压病史；有糖尿病史，曾口服二甲双胍缓释片治疗。1年前，患者在当地医院就诊，检查结果显示血糖正常，自行停药至今，自诉目前血糖正常，无不适症状；无心脏病史，无药物过敏史，否认食物过敏史。

体格检查：患者神志清醒，精神尚可，皮肤黏膜色泽正常，浅表淋巴结未触及肿大，心肺听诊未闻及异常，腹部平软（未触及包块，无压痛及反跳痛），肝脏、脾脏、肾脏均未触及，胆囊墨菲征阴性，肝浊音界正常（无移动性浊音），无肾区叩击痛，肠鸣音正常。

其他检查：浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠肠球部溃疡，谷氨酰胺转氨酶68单位/升，甘油三酯2.67毫摩尔/L，总胆固醇6.12毫摩尔/升，载脂蛋白A1.69克/升，两肺未见明显活动性病变，主动脉瓣钙化并轻度反流，左心室舒张功能减退。

舌苔、脉象：舌质红、苔黄腻，脉滑。
中医诊断：胃痛。
辨证分型：脾胃湿热证。
西医诊断：浅表性胃炎，十二指肠肠球部溃疡。

治则：清热化湿、理气和中。
方药：厚朴10克，黄连3克，石菖蒲6克，半夏6克，淡豆豉9克，焦栀子9克，芦根20克，藿香15克，石膏9克，神曲12克，山楂12克，麦芽12克，甘草9克。共3剂。每日1剂，加水300毫升煎服。

二诊：患者服药后腹痛症状加重，调整方药如下：厚朴10克，黄连3克，石菖蒲6克，半夏6克，淡豆豉9克，焦栀子9克，芦根20克，藿香15克，石膏9克，神曲12克，山楂12克，麦芽12克，甘草9克，茯苓15克，炒薏苡仁15克。续服3剂。

按语：本案患者为63岁女性，以间断食欲不振1年有余为主要症状，四诊合参，结合辅助检查结果，中医诊断为胃痛，辨证为脾胃湿热证，西医确诊为浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠肠球部溃疡。患者病位在脾胃，病性属于本虚标实、湿热为患，治宜清热化湿、理气和中为主，全程辨证施治，随证化裁，契合中医整体观念与辨证论治的核心思想。

从病因病机而论，《黄帝内经》记载：“饮食自倍，肠胃乃伤。”老年患者脾胃功能本已衰退，运化腐熟水谷之力减弱，容易导致湿热内生，阻滞中焦气机，此为发病核心。脾胃为气机升降之枢纽，湿热蕴结中焦，脾胃运化失常，清浊相干、气机逆乱，故见食欲不振、偶发呕吐；湿热熏蒸上泛，故口中异味；湿热下注大肠，传导失司，故大便质软、次数增多；湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，故见小便短赤；舌质红为热邪内蕴，舌苔黄腻、脉滑均为脾胃湿热的典型舌脉，辨证依据充分。

在辨证思路上，本案以四诊合参为基础，紧扣主症，结合兼症、舌脉等综合判断，排除寒湿、气虚等证型，明确脾胃湿热证诊断。治法谨遵中医治则，确立清热化湿、理气和中之法，标本兼顾，清解湿热、调理气机，恢复脾胃的运化功能。

初诊时，方药配伍严谨，遵循“君、臣、佐、使”的原则。君药黄连苦寒，清热燥湿、泻火解毒，直清中焦湿热；厚朴理气化湿、消胀除痞，畅通气机。臣药焦栀子增强清热燥湿之力，石菖蒲、半夏化湿降逆，藿香芳香化浊。佐药石膏、芦根清热生津护阴，防苦寒伤阴，淡豆豉宣透湿邪，山楂消食化积、醒脾开胃。使药甘草调和诸药，顾护正气。全方寒温并用，共奏清热化湿、理气和中之功。

二诊时，患者服药后腹痛加重，提示中焦湿邪偏重，脾胃不耐苦寒之品。故守原法不变，加用茯苓、炒薏苡仁，甘淡渗湿、健脾止泻，兼晒化湿与扶正，补泻兼施，契合随证化裁的用药精髓。

综上所述，本案立足脾胃理论，精准辨证、合理配伍，兼顾老年人体质，清热化湿与顾护脾胃相结合，契合中医病机特点，为临床治疗中老年人脾胃湿热型消化不良提供了思路，彰显了中医药的独特优势。

（作者供职于安阳市中医院）

初诊：王某，女性，63岁，间断食欲不振1年有余。发病后，患者立即前往当地口腔医院就诊，给予消炎清毒片（口服）、复方甘菊利多卡因凝胶（外用）等治疗，症状无明显改善。患者为求进一步治疗，遂到笔者所在医院寻求中医治疗。

症见：患者食欲不振，口中有异味感，神志清楚，精神尚可，饮食、睡眠均尚可，大便每日三四次（质地偏软），小便短赤，舌体正常，舌质红、苔黄腻，脉滑。患者平素身体健康，无结核病史、乙肝病史、无高血压病史；有糖尿病史，曾口服二甲双胍缓释片治疗。1年前，患者在当地医院就诊，检查结果显示血糖正常，自行停药至今，自诉目前血糖正常，无不适症状；无心脏病史，无药物过敏史，否认食物过敏史。

体格检查：患者神志清醒，精神尚可，皮肤黏膜色泽正常，浅表淋巴结未触及肿大，心肺听诊未闻及异常，腹部平软（未触及包块，无压痛及反跳痛），肝脏、脾脏、肾脏均未触及，胆囊墨菲征阴性，肝浊音界正常（无移动性浊音），无肾区叩击痛，肠鸣音正常。

其他检查：浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠肠球部溃疡，谷氨酰胺转氨酶68单位/升，甘油三酯2.67毫摩尔/L，总胆固醇6.12毫摩尔/升，载脂蛋白A1.69克/升，两肺未见明显活动性病变，主动脉瓣钙化并轻度反流，左心室舒张功能减退。

舌苔、脉象：舌质红、苔黄腻，脉滑。
中医诊断：胃痛。
辨证分型：脾胃湿热证。
西医诊断：浅表性胃炎，十二指肠肠球部溃疡。

治则：清热化湿、理气和中。
方药：厚朴10克，黄连3克，石菖蒲6克，半夏6克，淡豆豉9克，焦栀子9克，芦根20克，藿香15克，石膏9克，神曲12克，山楂12克，麦芽12克，甘草9克。共3剂。每日1剂，加水300毫升煎服。

二诊：患者服药后腹痛症状加重，调整方药如下：厚朴10克，黄连3克，石菖蒲6克，半夏6克，淡豆豉9克，焦栀子9克，芦根20克，藿香15克，石膏9克，神曲12克，山楂12克，麦芽12克，甘草9克，茯苓15克，炒薏苡仁15克。续服3剂。

按语：本案患者为63岁女性，以间断食欲不振1年有余为主要症状，四诊合参，结合辅助检查结果，中医诊断为胃痛，辨证为脾胃湿热证，西医确诊为浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠肠球部溃疡。患者病位在脾胃，病性属于本虚标实、湿热为患，治宜清热化湿、理气和中为主，全程辨证施治，随证化裁，契合中医整体观念与辨证论治的核心思想。

从病因病机而论，《黄帝内经》记载：“饮食自倍，肠胃乃伤。”老年患者脾胃功能本已衰退，运化腐熟水谷之力减弱，容易导致湿热内生，阻滞中焦气机，此为发病核心。脾胃为气机升降之枢纽，湿热蕴结中焦，脾胃运化失常，清浊相干、气机逆乱，故见食欲不振、偶发呕吐；湿热熏蒸上泛，故口中异味；湿热下注大肠，传导失司，故大便质软、次数增多；湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，故见小便短赤；舌质红为热邪内蕴，舌苔黄腻、脉滑均为脾胃湿热的典型舌脉，辨证依据充分。

在辨证思路上，本案以四诊合参为基础，紧扣主症，结合兼症、舌脉等综合判断，排除寒湿、气虚等证型，明确脾胃湿热证诊断。治法谨遵中医治则，确立清热化湿、理气和中之法，标本兼顾，清解湿热、调理气机，恢复脾胃的运化功能。

初诊时，方药配伍严谨，遵循“君、臣、佐、使”的原则。君药黄连苦寒，清热燥湿、泻火解毒，直清中焦湿热；厚朴理气化湿、消胀除痞，畅通气机。臣药焦栀子增强清热燥湿之力，石菖蒲、半夏化湿降逆，藿香芳香化浊。佐药石膏、芦根清热生津护阴，防苦寒伤阴，淡豆豉宣透湿邪，山楂消食化积、醒脾开胃。使药甘草调和诸药，顾护正气。全方寒温并用，共奏清热化湿、理气和中之功。

二诊时，患者服药后腹痛加重，提示中焦湿邪偏重，脾胃不耐苦寒之品。故守原法不变，加用茯苓、炒薏苡仁，甘淡渗湿、健脾止泻，兼晒化湿与扶正，补泻兼施，契合随证化裁的用药精髓。

综上所述，本案立足脾胃理论，精准辨证、合理配伍，兼顾老年人体质，清热化湿与顾护脾胃相结合，契合中医病机特点，为临床治疗中老年人脾胃湿热型消化不良提供了思路，彰显了中医药的独特优势。

（作者供职于安阳市中医院）

初诊：王某，女性，63岁，间断食欲不振1年有余。发病后，患者立即前往当地口腔医院就诊，给予消炎清毒片（口服）、复方甘菊利多卡因凝胶（外用）等治疗，症状无明显改善。患者为求进一步治疗，遂到笔者所在医院寻求中医治疗。

症见：患者食欲不振，口中有异味感，神志清楚，精神尚可，饮食、睡眠均尚可，大便每日三四次（质地偏软），小便短赤，舌体正常，舌质红、苔黄腻，脉滑。患者平素身体健康，无结核病史、乙肝病史、无高血压病史；有糖尿病史，曾口服二甲双胍缓释片治疗。1年前，患者在当地医院