

## 中医辨治慢性萎缩性胃炎

□宋雪莉

2024年12月5日初诊：李某，男性，36岁，胃胀1年有余，加重1个月。患者半年前查出萎缩性胃炎，近期复查结果提示中度萎缩性胃炎，腺体中度肠化生伴轻度非典型增生。患者经朋友介绍，向全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师李郑生寻求中医治疗。患者反复胃胀，时有隐痛、消化慢，口臭，胸闷气短，情绪低落，不自觉叹气，容易腹泻，睡眠质量差，平素容易上火，身体燥热，舌体胖大，中间裂纹，舌边、舌尖红，舌苔白、稍腻，脉弦细。

辅助检查：2023年6月19日，患者在天津某三甲医院进行胃镜检查，结果显示慢性萎缩性胃炎伴糜烂；2024年11月14日，胃镜检查结果显示痘疹样胃炎。病理检查：（胃窦）中度萎缩性胃炎，腺体中度肠化生伴轻度非典型增生。

西医诊断：慢性萎缩性胃炎。

中医诊断：胃痞（脾虚肝郁证）。

中医治则：健脾疏肝、和胃消积。

方药：土炒白术10克，茯苓15克，陈皮10克，姜半夏8克，木香6克，砂仁8克，厚朴10克，炒枳壳10克，郁金10克，乌药10克，盐小茴香10克，盐知母12克，莱菔根15克，焦三仙（焦麦

芽、焦山楂、焦神曲）各12克，煅瓦楞子15克，柴胡6克，酒黄芩10克，炒苍术8克。共7剂。水煎，每天1剂。

2024年12月12日二诊：患者胃胀好转，无胃痛，胸闷气短改善，咽部有痰，排大时有解

净感，不成形，饮食尚可。上方去掉苍术，加苏叶10克，炒苦杏仁10克。共14剂。水煎，每天1剂。

2024年12月26日三诊：患者胃胀好转，胸闷气短明显改善，叹气减少，咽痛，乏力，腰痛，饮食尚可，睡眠改善，大便时干时溏。上方去掉小茴香、郁金，加桔梗10克，甘草3克。共14剂，煎服方法同前。

2025年1月9日四诊：患者时有胃胀，无胸闷气短，咽痛，时有清嗓子的动作，腰痛，睡眠不解乏，身体乏力，大便不成形。上方去掉柴胡、黄芩，加浙贝母10克，木蝴蝶10克。共14剂，煎服方法同前。

2025年1月23日五诊：患者进食后胃胀，清嗓子的动作减少，睡眠正常，乏力改善，情绪稳定，大便不成形（每天2次）。上方去掉木蝴蝶。共14剂，煎服方法同前。

2025年2月13日六诊：患者时有胃胀，过年期间因饮食原因凌晨出现胃痛（持续1周，严重影响睡眠），排大时有解不

净感（有时不成形）。

方药：土炒白术10克，茯苓15克，陈皮10克，姜半夏8克，木香6克，砂仁8克，厚朴10克，炒枳壳10克，郁金10克，乌药10克，盐小茴香10克，盐知母12克，莱菔根15克，刘寄奴12克，焦麦芽15克，焦神曲15克，炒鸡内金15克，合欢皮15克，煅瓦楞子15克，醋延胡索10克。共7剂。水煎，每天1剂。

2025年2月20日七诊：患者服药后胃痛消失，饭后胃胀（活动后缓解），大便正常。上方去掉醋延胡索。共14剂，煎服方法同前。

2025年3月6日八诊：患者正常吃饭无胃胀、胃痛，大便正常，睡眠正常。上方去掉合欢皮。共14剂，煎服方法同前。

按照以上治疗思路，患者又继续治疗6个月，而后每天服药1剂，巩固治疗3个月。

2025年11月28日，患者利用微信软件发来胃镜病理检查报告：（胃窦）黏膜慢性炎症。患者近期无不适，饮食正常，大便正常，睡眠正常。

按语：患者以“胃胀1年有余，加重1个月”为主诉就诊，经胃镜检查被诊断为慢性萎缩性胃炎；根据患者症状和舌脉，诊断为胃痞，证型为脾虚肝郁证。方药：土炒白术、茯苓、陈皮、姜半夏，健脾益气化痰湿；厚朴、炒

枳壳、莱菔根，增加胃肠蠕动助消化；乌药、盐小茴香，暖胃调中；砂仁、焦三仙，醒脾开胃、消积化滞；柴胡、酒黄芩、郁金，疏肝解郁。李郑生在临床中常讲：萎缩性胃炎的治疗需要脾、胃、肝同治，患者常见的体质是脾虚，脾虚、肝郁、胃滞的病机是动态变化的，需要辨证分析患者的发病情况，是偏重于脾虚还是偏重于肝郁或者偏重于胃滞，急则治其标，缓则治其本。脾胃是中焦枢纽，如果胃胀明显，需要先消积化滞。脾胃和肝密不可分，脾是后天之本、气血生化之源，脾胃虚则气血乏源，肝失所养，影响肝疏泄的功能，出现土壅木郁，肝郁化火，容易引起焦虑、抑郁等心理问题，反过来肝木克脾土，消化功能减弱，进一步加重胃胀、消化慢等不舒服的情况。因此，“脾胃健、肝宜疏、胃宜和”是萎缩性胃炎的基本治疗原则。有肝火时，用药需

要把握好剂量和时间，清热药物中病即止，不可过量或久用寒凉药物，否则容易加重脾虚。因为萎缩性胃炎是胃癌的癌前病变，又缠绵难愈，患者经胃镜检查出此病后，多出现担心恐惧的心理，容易有心理负担。李郑生以健脾疏肝和胃法治疗萎缩性胃炎，临床治愈率70%左右，总有效率达到90%以上。医嘱治疗需要遵循以下原则：一、坚持按疗程服药，半年（喝够180剂中药）是1个疗程；二、治疗期间胃胀改善后，依然需要保持清淡饮食，不可暴饮暴食，过食油腻食物；三、保持好心情、好心态，要知足常乐，努力做到“恬淡虚无、真气从之，精神内守”的状态，疾病才不会反复发作。李郑生灵活运用健脾疏肝和胃法治疗萎缩性胃炎，此方法简便廉验，以验同道。

（作者为河洛李氏脾胃学术流派传承人）



## 耳石症的临床诊疗方法

□杨文杰

耳石症，又称良性阵发性位置性眩晕，是临床常见的眩晕性疾病，其发病率在前庭性眩晕患者中占比达20%~30%。该病由体位变动诱发耳石脱落所致，40岁以后为高发期，女性发病率略高于男性，且发病率随着年龄增长呈逐渐上升趋势。

## 临床表现

耳石症较为典型的症状是眩晕，常表现为天旋地转或感觉周围物体（如房屋）旋转，且

该症状多由头部位置变化诱发。当头部转动至特定位置时，会即刻出现眩晕感，持续时间一般较短，常伴随特征性表现为眼球震颤。此外，一部分患者还可能出现恶心、呕吐等自主神经症状，以及头晕、头重脚轻、漂浮感、平衡感较差、幻视等不适。

## 诊断依据

1.头部位置变化（如躺下、仰卧翻身时）会反复诱发眩晕，

发作持续时间较短，一般不超过1分钟。

2.眩晕发作时，伴随眼球震颤症状。

3.排除其他容易被混淆的疾病，包括前庭性偏头痛、中枢性位置性眩晕、梅尼埃病、前庭神经炎、迷路炎、后循环缺血、体位性低血压、心理精神源性眩晕等。

## 诱发因素

头部外伤：头部受到撞击等外伤时，容易导致耳石碎片脱落。

耳石退化：随着年龄增长，耳石会出现明显退化，与周围组织连接的稳定性下降。

缺钙：耳石的主要成分是碳酸钙结晶，体内缺钙会导致耳石结构疏松，更容易脱落。

不良生活习惯：过度劳累、精神紧张、压力过大、失眠熬夜等，会使体内去甲肾上腺素水平升高，促使儿茶酚胺等血管活性物质异常分泌，进而引发血管舒缩功能及血液流变学改变，导致内耳微循环代偿不足，使耳石脱离黏液层导致脱落。

内耳供血不足：高血压病、高血脂症等疾病容易损伤内耳

血管，导致内耳缺血，降低耳石的吸附能力，使其容易脱落。

## 治疗方法

手法复位：手法复位是耳石症的主要治疗手段，但是必须由专科医师进行操作，患者及家属严禁自行尝试。以下为临床常用的后半规管耳石症复位方法（Epley法，如图）：

1.患者取坐位，头部向患侧旋转45度。  
2.快速后仰头部，使头部与床面呈20度~30度夹角。  
3.头部向健侧快速旋转90度。  
4.头部继续向健侧快速旋转90度，同时身体向健侧侧卧。  
5.协助患者保持当前头位，缓慢坐起。

上述每个体位需要保持30秒~60秒，待眩晕和眼球震颤症状完全消失后，再进行下一个步骤，整个流程可以重复一两

次。

简易复位法：身体蜷缩，快速向不适侧翻转。

药物治疗：药物无法直接使耳石复位，仅作为辅助治疗手段。若耳石症由中耳炎、前庭神经炎等疾病诱发，需要同

时针对原发疾病进行药物治疗；若手法复位疗效不佳，头晕、恶心等症状未得到有效缓解，可以选用倍他司汀、银杏叶提取物、地芬尼多、天麻糖肽、曲克芦丁等药物改善内耳微循环。此外，中医治疗可以参照眩晕证治相关内容进行辨证论治。

## 预防方法

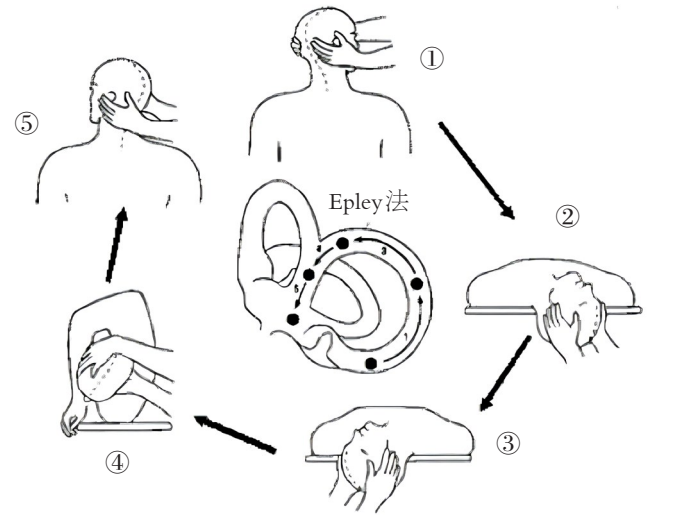
注意头部防护：日常避免头部遭受撞击等外伤，降低耳石脱落风险。

养成健康生活习惯：避免长期保持同一姿势工作、学习，减少长时间低头看手机的行为；合理开展体育锻炼，遵循循序渐进原则，避免剧烈运动；保持规律作息，避免熬夜和过度劳累，保证充足的睡眠；戒烟戒酒，保持良好的心态。

合理饮食：饮食以清淡、低盐为主，适当补充富含维生素D的食物，适度晒太阳；避免饮用浓茶、咖啡、酒类等刺激性饮品。

防控基础疾病：高血压病、高血脂症等疾病会引发内耳末梢循环障碍，需要积极治疗并控制此类原发性疾病。

（作者为乡村医生）



## 中医特色疗法

## 平衡针治疗腰椎间盘突出症

□王文远

## 操作方法

用规格为40.35毫米×75毫米的一次性针灸针，对皮肤进行常规消毒后，针刺平衡穴中的“腰痛穴”。该穴体表定位为前额正中，具体位置是在前额画个十字，十字交叉点即为“腰痛穴”。在神经解剖学上定位为滑车上神经、眶上神经分布区域。针刺时针尖向下，运用腕力快速刺透真皮，采用平刺法，针刺深度为2毫米~4毫米，出现针感后即可出针，整个针刺过程不超过3秒钟。治疗频率为每周1次~3次，3周为1个疗程。

## 适应症

平衡针疗法适用于腰椎间盘突出症、腰椎间盘脱出、腰椎间盘突出膨出，以及上述病证引发的腰痛、腰痛、单侧或双侧下肢麻木疼痛、马尾神经症状等。同

时，可以用于急性腰部扭伤、慢性腰部扭伤、急性腰椎间盘突出、慢性腰椎间盘突出、受凉或劳损导致的腰部不适、腰肌劳损等。

## 注意事项

1.针刺手法要迅速，整个针刺过程严格控制在3秒内；2.针对急性患者、重症患者，可以采用强化式针刺操作，即根据病情捻转针体3次~9次，捻转复位后再出针；3.治疗频率要结合病情轻重及患者体质进行调整，急性患者可以每天治疗1次，体质较弱者及老年患者要适当降低治疗频率。

## 禁忌证与注意事项

在炎症水肿时期，严禁在患处进行封闭治疗、理疗、按摩等机械性治疗；治疗期间及康复后，要避免过度疲劳、受凉、防止病情复发或加重。

平衡针疗法治疗颈肩腰腿痛相关症状，即时见效率达到95%以上，远期随访3个月复发率低于3%。

## 病案举例

病案一：阮某，男性，腰部剧烈疼痛，活动受限（仅能站立，无法端坐）。

诊断：腰椎间盘脱出。

治则：采用针刺“腰痛穴”治疗后，患者当即感觉疼痛明显减轻。首次治疗后，患者便能端坐1小时以上，经过3周的规范化治疗，疼痛完全消失，腰部活动自如，达到临床治愈标准。

病案二：王某，女性，49岁。3天前，患者因劳累出现左腰部及左下肢放射样疼痛，行走困难，夜间疼痛加剧，口服止痛药物后症状未缓解。患者在当地医院进行磁共振成像检查后被

诊断为腰椎间盘突出症。

诊见：患者腰肌紧张、痉挛，腰部屈伸及左右侧弯功能受限，突出椎间隙棘突旁压痛，叩击痛明显，左下肢坐骨神经走行区域压痛显著，左下肢膝反射、跟腱反射均较弱，直腿抬高试验呈阳性。

针刺“腰痛穴”治疗后，患者疼痛即刻缓解；连续治疗3周后，疼痛完全消失，行走恢复正常，腰部功能恢复良好，达到临床治愈标准。

病案三：付某，女性，36岁，因腰部剧烈疼痛3天就诊。患者受凉后突发腰部剧烈疼痛，活动受限，其丈夫为患者进行腰部推拿、热敷后症状加重，无法平卧及站立，咳嗽、打喷嚏时疼痛难忍，由家属背入诊室。患者呈痛苦面容，L4~L5棘突旁压痛显

著，腰部前屈、侧弯、后仰功能均受限，直腿抬高30度时疼痛剧烈，视觉模拟评分>7分，腰椎CT（计算机层析成像）检查结果显示：L4~L5、L5~S1椎间盘突出。采用针刺“腰痛穴”并配合强化针感操作治疗后，患者即刻感觉疼痛减轻，视觉模拟评分<7分；3小时后疼痛复发，程度较治疗前减轻，视觉模拟评分为9分。第2天，患者疼痛进一步缓解，视觉模拟评分为6分，可以由家人搀扶就诊。第3天，患者疼痛明显缓解，视觉模拟评分为4分，可以自行缓慢行走。连续治疗8次后，患者腰部疼痛完全消失，腰部前屈、侧弯、后仰等功能均恢复正常，直腿抬高可达90度，达到临床治愈标准。

（作者供职于天津中医药大学第一附属医院）

## 验案举隅

2021年6月11日初诊：高某，男性，68岁，发病节气为芒种，因“右侧肢体麻木无力，步态不稳10小时”就诊。

患者10小时前晨起时发现右侧肢体麻木无力、步态不稳，伴头晕、阵发性心慌，刚开始以为是睡眠压迫所致，故未诊治，随后症状逐渐加重，被家属送到医院治疗。头颅磁共振成像检查结果示：左侧丘脑新鲜脑梗死，脑白质脱髓鞘，轻度脑萎缩，以“急性脑梗死”住院治疗。

症见：患者右侧肢体无力、麻木，步态不稳，头晕，语言不利，急躁焦虑，心慌胸闷，神志清，精神差，饮食与睡眠质量均较差，大小便正常。

既往史：患者否认高血压病、糖尿病、冠心病等慢性病史，否认传染病史、手术外伤史、输血献血史，否认食物药物过敏史。

体格检查：体温36.8摄氏度，脉搏61次/分，呼吸19次/分，血压120/66毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），双肺听诊呼吸音清，心率61次/分，心律齐，腹部查体未见明显异常，伸舌右偏斜，左侧肢体肌力正常，右上肢肌力Ⅳ级，右下肢肌力Ⅳ级，四肢肌张力正常，指鼻试验正常，跟-膝-胫试验正常，脑膜刺激征阴性，右侧巴氏征阳性。头颅磁共振成像检查结果显示：左侧丘脑新鲜脑梗死，轻度脑萎缩。患者舌质暗红、苔白腻，脉濡。

中医诊断：中风（中经络）。

辨证分型：风痰阻络证。

西医诊断：急性左侧脑梗死。

治则：熄风化痰、活血通络。

方药：半夏白术天麻汤化裁。姜半夏12克，炒白术12克，茯苓20克，天麻15克，当归15克，川芎15克，葛根30克，白芍15克，地龙20克，鸡血藤30克，陈皮15克，甘草10克，全蝎3克。共7剂。水煎，早晚饭后温服，每天1剂。

2021年6月18日二诊：服药后患者右侧肢体无力症状明显减轻，仍有麻木酸胀，烦躁不安，失眠焦虑，舌淡红、苔薄白，脉濡。上方加炒酸枣仁20克，木瓜12克（酸枣仁味甘，入心经、肝经，能养心阴、益肝血而宁心安神；木瓜味酸，归肝经，舒筋活络而缓挛急）。共7剂。水煎，每天1剂。

2021年6月25日三诊：患者服药后右侧肢体无力症状消失，行走时步态平稳，但是感觉麻木酸胀，睡眠质量尚可，舌质淡红，苔薄白，脉弦滑。上方去掉酸枣仁、白术，加稀莪草20克，牛膝15克（稀莪草，辛散苦燥，通经络、利关节；牛膝，味苦通泄，味甘缓补，活血通经）。共7剂。水煎，每天1剂。

2021年7月2日四诊：患者服药后右侧无力症状消失，行走平稳，麻木酸胀消失。守上方继续巩固治疗。

按语：中风又名卒中。《黄帝内经》对卒中、昏迷有“大厥、薄厥”等描述，对半身不遂有“偏枯、偏风”等名称。历代医学家对中风的认识随时代发展：唐宋以前以“外风”学说为主，立论“内虚邪中”，治疗方法以疏风祛邪、扶助正气为主；唐宋以后（尤其是金元时期），转为“内风”立论，金元时期医学家刘完素主“心火暴盛”，李东垣认为“正气自虚”，朱丹溪提倡“湿痰生热”；元末明初医学家王履提出“真中”“类中”之分；明代医学家倡导“非风”之说，提出“内伤积损”观点。

病因病机分析：该患者为68岁男性，以“右侧肢体麻木无力，步态不稳10小时”为主诉，辨病属于中风，辨证为中经络—风痰阻络证。病位在脑，病性属实。病因病机为患者平时性情急躁易怒，肝阳上亢，日久化火生风；肝木乘脾，脾失健运，水湿不布，聚湿生痰；风加痰浊闭阻脉络，逆乱于脑而发病。

用方思路解析：方以半夏、天麻为君药，半夏燥湿化痰、降逆止呕，天麻平肝熄风、止头眩，二者合用为治风痰眩晕之要药；以白术、茯苓为臣药，健脾祛湿，杜绝生痰之源；佐以陈皮理气健脾、化湿祛痰，气顺则痰消，另加当归、川芎、葛根、地龙，全蝎化痰通络；甘草为使药，和中调药。

用药调整逻辑：二诊时，患者右侧肢体无力减轻，但是新增麻木酸胀、烦躁失眠，故加炒酸枣仁宁心安神，加木瓜舒筋缓急；三诊时，患者肢体无力症状消失，失眠症状改善，但是有麻木酸胀感，脉转为弦滑，故去掉酸枣仁、白术，加稀莪草通经活络、牛膝活血通经，契合病情变化调整用药，兼顾治标与固本。

（作者供职于驻马店市中医医院）



## 征 稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”，设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色疗法》《中医外治》《针推临证》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求：一定是原创，言之有物，具体可行；1000字以内；可以用小故事开头，以增加趣味性。

联系人：朱老师

电话：13783596707

投稿邮箱：5615865@qq.com

本版药方需要在专业医生指导下使用