

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.17.004

谢晶日从“木土同病”论治胆汁反流性胃炎经验

饶显俊¹, 张曦丹², 梁光烨², 曲天娇², 梁国英³✉ 指导: 谢晶日³

1. 中国中医科学院望京医院, 北京市朝阳区花家地街6号, 100102; 2. 黑龙江中医药大学; 3. 黑龙江中医药大学附属第一医院

[摘要] 总结谢晶日教授从“木土同病”论治胆汁反流性胃炎的临证经验。认为胆汁反流性胃炎的关键病机为肝脾失调、胆胃不和, 属木土同病, 主张以调和木土为治疗原则。临证将胆汁反流性胃炎分为肝郁脾虚、肝火犯胃、胆胃淤阻、胆腑湿热、胃阴亏虚五种证型, 分别运用疏肝理脾汤以疏肝行气、健脾运脾, 连萸清肝汤以清肝泻火、和胃止痛, 通腑排石汤以通泄胆腑、和胃降逆, 清胆化浊汤以清利湿热、利胆止痛, 益胃汤以滋养胃阴、清泄虚火。同时针对临床证型复杂、多证兼见或病变涉及多个脏腑的情况, 当肝脾同调、胆胃同治, 自拟疏木调土汤作为常用经验方, 随症灵活加减。

[关键词] 胆汁反流性胃炎; 肝脾同调; 胆胃同治; 名医经验; 谢晶日

谢晶日(1955—), 男, 博士研究生导师, 第五、六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 国家脾胃病重点专科带头人。从事消化疾病领域工作40余年, 对于脾胃病的诊治见解独到, 在李杲《脾胃论》基础上提出“肝脾论”的学术观点, 强调情志致病的重要性; 倡导脏腑辨证, 尤善从肝脾同调的角度治疗慢性萎缩性胃炎、胆汁反流性胃炎、功能性消化不良、肠易激综合征、炎症性肠病等消化系统疾病; 同时重视经方, 活用药对。

胆汁反流性胃炎(bile reflux gastritis, BRG)是指由于过量十二指肠液反流入胃造成的胃黏膜化学炎症, 多表现为脘腹胀满疼痛、反酸烧心、恶心呕吐等症状^[1]。现代医学主要采用胃黏膜保护剂、促胃肠动力药、抑酸剂、胆汁结合剂等药物进行对症治疗, 但治疗周期长, 胆汁反流难以根治, 停药后BRG易复发, 且长期用药易产生耐药性和肝肾毒性、消化道反应等不良反应^[1-2]。BRG属于中医学“胃痛”“呕胆”“痞满”等范畴, 中医药治疗能有效抑制胆汁反流、改善临床症状、减轻胃黏膜局部炎症反应^[3-4]。谢晶日教授认为, BRG的病机主要为肝脾失调、胆胃不和, 肝胆属木, 脾胃属土, 故主张从“木土同病”论治BRG; 临证以调和木

土为治疗原则, 恢复肝胆、脾胃的正常生理功能, 现将其经验总结如下。

1 肝脾失调、胆胃不和为BRG关键病机

谢老师经长期临床观察发现, BRG患者多长期伴有焦虑、烦躁、悲伤等不良情绪, 故认为BRG的产生和反复发作与情志因素密切相关。有研究^[5]表明, 精神心理因素可导致胃肠运动失调, 显著影响胆囊排空功能, 从而引发BRG。肝主疏泄, 可调控胆汁的分泌和排泄, 若情志不畅, 肝郁失疏, 影响胆汁排泄而致胆汁泛溢, 横逆犯胃, 胃失和降, 则见痞满; 胃气壅滞, 不得通降, 不通则痛, 发为胃痛; 胃中浊气携胆汁上逆, 发为呕胆, 如《灵枢·四时气》云:“邪在胆, 逆在胃, 胆液泄则口苦, 胃气逆则呕苦, 故曰呕胆”, 又如《张氏医通》言:“邪在胆经, 木善上乘于胃, 吐则逆而胆汁上溢, 所以呕苦也”。另胆汁排泄失常, 日久酿生结石, 淤阻胆腑, 致胆腑贮藏失司, 胆汁泛溢反复发作, 使BRG病情迁延难愈。

胆、胃同属六腑, 以通为用, 生理上都具有以和降为顺的特点。脾胃居中焦, 主运化水谷, 乃气机升降之枢纽, 若饮食不节或素体脾虚, 则脾胃难以运化水谷, 水停为湿, 谷反为滞, 导致湿浊内生, 壅滞中焦, 可见胃脘胀满不适、暖气频频等; 土反侮木, 中焦气机失畅, 可阻碍肝胆疏泄, 致胆

基金项目:国家自然科学基金(81473632); 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教发[2016]42号); 黑龙江省博士后资助项目(LBH-Z20194)

✉ 通讯作者: 15208142983@qq.com

汁泛溢,或湿郁日久化热,湿热熏蒸胆腑,内迫胆汁妄行,横逆犯胃,胆胃不和而见反酸烧心、口苦、恶心呕吐等,正如《四圣心源》所云:“土弱而不能达木,则木气郁塞,肝病下陷而胆病上逆”。有研究^[6]表明,过食油腻食物可导致胃肠激素分泌异常,减慢胃肠蠕动速度,诱发 BRG。

肝、脾二脏在病理上相互影响,二者互为因果,常合而为病,即肝脾失调。谢老师认为,肝脾失调既能直接影响胆汁排泄,使胆汁淤积、酿生结石,又能内生湿热熏蒸胆腑,二者皆可致胆腑贮藏失司,胆汁横逆犯胃,出现胆胃不和之候。肝胆属木,脾胃属土,土木升降相因,土得木而达,木得土而疏,木郁可导致土壅,土壅可加重木郁,形成恶性循环,土木同病而使 BRG 反复发作。综上, BRG 的病位在肝胆、脾胃,肝脾失调、胆胃不和乃其关键病机。

2 调和土木为 BRG 治疗原则

谢老师主张从“土木同病”角度论治 BRG,提出以调和土木为治疗原则,临证根据具体辨证灵活运用疏肝气、清肝火、健脾气、运脾湿、通胆腑、降胃气、清湿热、养胃阴等治法,燮理肝、胆、脾、胃四大脏腑,以恢复土、木之间正常的生理功能。

2.1 肝郁脾虚证,治宜疏肝行气、健脾运脾

BRG 肝郁脾虚证临床多见脘腹、胁肋胀满疼痛,走窜不定,情绪异常时加重,喜太息,口苦,乏力,纳差,便溏,舌胖大、舌边有齿痕,苔白,脉弦等。治宜疏肝行气、健脾运脾,自拟疏肝理脾汤,组成:北柴胡 15 g,麸炒枳实 15 g,香橼 10 g,香附 10 g,当归 15 g,炒白芍 15 g,炙黄芪 15 g,麸炒白术 15 g,陈皮 10 g,苍术 10 g,薏苡仁 15 g。该方由逍遥散化裁而成,方中柴胡、枳实、香橼、香附疏肝行气,调达肝气以复胆腑通泄之能;其中,枳实麸炒后一则理气之力较柔和,防其破气耗气,使脾气愈虚,二则可去枳实寒性,防其寒凉伤脾;香橼除善行气滞外,还可除中焦痰湿,有疏肝健脾降逆之效,《本草通玄》载其可“理上焦之气,止呕逆,进食,健脾”。肝体为阴,当以血养之,恐疏肝行气之品耗损肝之阴血,故以白芍、当归养血柔肝,补肝体而助肝用。炙黄芪、白术健脾和中,脾土健运则肝木无以乘之;健脾不可壅补,当健运结合,故以陈皮、苍术、薏苡仁运脾化湿,若湿浊重而见舌苔厚腻者,陈皮、苍术可用至 20 g,薏苡仁可用至 30 g。若肝郁重而见 BRG 诸症每因情绪异常诱发或加重,加佛手 10 g 疏肝理气;脾虚重

而见乏力、纳差、便溏等明显,加人参 15 g 大补脾气。

2.2 肝火犯胃证,治宜清肝泻火、和胃止痛

BRG 肝火犯胃证临床可见胃脘灼痛,口干口苦,伴头胀头痛,双目红赤,急躁易怒等。治宜清肝泻火、和胃止痛,自拟连萸清肝汤,组成:黄连 10 g,吴茱萸 3 g,牡丹皮 15 g,炒白芍 15 g,炙甘草 15 g。该方由戊己丸合芍药甘草汤化裁而成,方中黄连、吴茱萸比例多用 3:1,既有清肝泻火和胃之功,又无苦寒伤中之弊,肝火较盛者可将黄连用至 18 g,吴茱萸用至 6 g;牡丹皮可增强黄连清肝火之力,《临证指南医案》载其“苦辛,清泄肝胆之血热”;白芍、炙甘草即芍药甘草汤,功善缓急止痛、固护中焦。若肝火亢盛较甚,诸症明显,可加味薄气轻之防风、升麻、羌活各 6 g 宣泄上焦郁火,寓“火郁发之”之意,正如《医方集解》所云:“此皆味薄气轻,上行之药,所以升举其阳,使三焦畅遂,而火邪皆散矣”。如此发散与清泻并举,可尽去肝经郁火,不使其横逆克伐脾胃。

2.3 胆胃淤阻证,治宜通泄胆腑、和胃降逆

BRG 胆胃淤阻证多由结石淤阻胆腑所致,临证常见右胁肋胀满疼痛,可伴右侧肩背放射痛,呃逆暖气,恶心呕吐,腹胀纳差,大便秘结,舌暗、苔黄,脉弦数等,诸症多在进食油腻食物后加重,腹部超声检查多见胆石症、胆囊炎、胆囊息肉等病变。胆、胃以通为用,治宜通泄胆腑、和胃降逆,自拟通腑排石汤,组成:北柴胡 10 g,黄芩 10 g,炒白芍 15 g,炙甘草 15 g,姜半夏 10 g,金钱草 30~50 g,郁金 15 g,鸡内金 15 g,麸炒枳实 15 g,厚朴 15 g,大黄粉 5~10 g (单包冲服)。该方由大柴胡汤化裁而成,方中柴胡、黄芩疏利肝胆,和解少阳;白芍、炙甘草酸甘同用,缓急止痛;姜半夏和胃降逆止呕;金钱草^[7]、郁金^[8]、鸡内金^[9]均有促进胆汁分泌、收缩胆囊、溶石排石之效,合用可通泄胆腑、利胆排石。其中金钱草味甘、性微寒,有清热利胆之功而无凉遏伤中之弊,是利胆排石之佳品;对于反复发作的胆囊泥沙样结石,嘱患者每日用金钱草 50 g 水煎 500 ml 代茶饮,经长期临床观察发现其可预防胆结石复发,改善患者长期预后。《四圣心源》云:“胆随胃降”,可见胃气降则胆腑畅,以枳实、厚朴、大黄行气通腑,肠腑通则胃气降。谢老师强调,活用大黄是发挥该方疗效的关键,大便秘结较重、邪气较盛而正气尚存者,脉多滑数,常用大黄粉 5~10 g 单包冲服,腑通可中病即止;大便秘结已久,正气已虚或年老久病者,脉

多细弱，需峻药缓图，改用大黄 3~6 g 后下以缓行通腑之功，并按大黄：炙黄芪为 1：3 的比例配伍炙黄芪顾护正气。

此外，谢老师临证运用通腑法时善灵活应用四种药对，枳实-厚朴多作为基础药对以消积除满；伴见脘腹胀满或里急后重者，常加豆蔻-乌药行气消胀；大便艰涩难出者，常加火麻仁-郁李仁润肠通便；气虚排便无力者，常加生白术-肉苁蓉温阳补气、润肠通便。通腑时当以判断便质为关键，便质干结则药味多、药量大，可按需选用二三组药对，各药物用量可为 15~20 g，其中生白术常用 30 g；便质溏则药味少、药量小，仅用基础药对枳实-厚朴即可，并将枳实改为枳壳以减轻行气之力，各药物用量常为 10 g。

恶心呕吐为胆胃淤阻型 BRG 的一大特征表现，仅用姜半夏降逆止呕药力单薄，应根据症状轻重灵活配伍。症状较轻以呃逆嗝气为主者，常加紫苏子、佛手、砂仁各 10 g 交通三焦，调畅全身气机，推动气行以和胃降逆；恶心想呕、口气较重、苔白厚腻者，此为浊气阻滞，常加藿香、佩兰各 10 g 化浊助运，和胃止呕；症状较重而见呕吐黄绿色胆汁者，非重镇之品不能降其上逆之胃气，常加赭石 30 g，配伍旋覆花 10 g 取旋覆代赭汤之意以重镇和胃降逆。

2.4 胆腑湿热证，治宜清利湿热、利胆止痛

BRG 胆腑湿热证临床多见胁肋胀痛，胃脘灼热闷痛，反酸烧心，口苦口干，呕吐黄色胆汁，小便黄赤短少，大便黏滞，舌红、苔黄腻，脉弦滑数等。治宜清利湿热、利胆止痛，自拟清胆化浊汤，组成：龙胆 15 g，黄芩 10 g，栀子 10 g，车前子 10 g，泽泻 10 g，茵陈 15 g，姜半夏 10 g，炙甘草 15 g。该方由龙胆泻肝汤合茵陈蒿汤化裁而成，方中龙胆、茵陈清泄胆腑湿热；黄芩、栀子苦寒泄火，增强清胆利湿之功；姜半夏辛温，既可制约苦寒之品损伤脾胃之蔽，又可和胃降逆止呕；车前子、泽泻利水渗湿泄热，给湿热之邪以出路；炙甘草顾护脾胃、缓急止痛。该方运用时需辨湿热轻重，热重于湿而见胃脘灼痛尤甚，兼见心烦躁动、口渴喜冷饮者，可加黄连 10 g 清热燥湿；湿重于热而见胃脘痞闷尤甚，兼见四肢沉重、渴不喜饮者，可加豆蔻、苍术各 10 g 燥湿消痞，滑石、竹叶各 10 g 甘寒渗湿，以制约豆蔻、苍术燥烈伤阴之弊。

反酸烧心为胆腑湿热型 BRG 的典型症状，谢老师常在清利湿热的基础上加用专病专药，自拟经

验药组“煅四石”，即煅海螵蛸、煅瓦楞子、浙贝母、煅蛤壳各 20~30 g，功善抑酸止痛，其中除浙贝母外，其他三药应先煎以充分发挥抑酸止痛之功。

2.5 胃阴亏虚证，治宜滋养胃阴、清泄虚火

BRG 胃阴亏虚证临床多见胃脘嘈杂灼痛，饥不欲食，口燥咽干，大便偏干，舌红、少苔，脉虚而细等。胃为阳土，喜润恶燥，易生虚火，治宜滋养胃阴、清泄虚火，常用益胃汤加青蒿、知母各 10 g，阴虚较重而见口渴且饮不解渴、五心烦热、小便短赤、大便干结者，常加石斛、花粉、天冬等甘寒之品补益胃中津液，用量多为 15~20 g；阴虚累及肝肾，虚火扰动而见骨蒸潮热者，可合用秦艽鳖甲散清泄虚火，清补结合以恢复胃受纳之能。

3 自拟疏木调土汤作为治疗 BRG 的常用经验方

当临床证型复杂，多证兼见，或病变涉及多个脏腑，难以用上述某一特定证型对应的方剂治疗时，谢老师将疏肝理脾汤、连萸清肝汤、通腑排石汤、清胆化浊汤进行化裁，命名为疏木调土汤，并将其作为治疗 BRG 的常用经验方。疏木调土汤药物组成：北柴胡 15 g，香橼 10 g，香附 10 g，麸炒白术 15 g，陈皮 10 g，黄连 10 g，吴茱萸 3 g，炒白芍 15 g，金钱草 30 g，厚朴 15 g，麸炒枳实 15 g，大黄粉 5 g（单包冲服），龙胆 15 g，车前子 10 g，姜半夏 10 g，煅海螵蛸 30 g（先煎），煅瓦楞子 30 g（先煎），浙贝母 30 g，煅蛤壳 30 g（先煎），炙甘草 15 g。全方重在肝脾同调、胆胃同治，达调和木土之功。若兼见胃脘刺痛拒按、疼痛固定伴舌下瘀点瘀斑等瘀血之象，常加川芎、延胡索各 15 g 活血行气止痛；兼见右胁痛甚，腹部超声检查提示胆结石者，常加郁金、鸡内金各 15 g，与方中金钱草共奏利胆排石之功；兼见胃脘灼热闷痛、大便黏滞、舌苔黄腻等湿热明显者，常加茵陈 15 g、黄芩 10 g、栀子 10 g 清利湿热。其他随症加减可参照上述五种证型的相关经验。

4 验案举隅

患者，女，55 岁，2022 年 2 月 6 日初诊。主诉：胃脘胀痛 4 年余，加重 1 周。患者 4 年前因大怒后出现胃脘胀痛，于当地医院行胃镜检查提示胆汁反流性胃炎，予胃黏膜保护、促胃动力等药物治疗（具体药物不详）后症状有所缓解。此后每于恼怒后症状反复发作，常自行间断口服奥美拉唑、康复新液治疗。自述平素饮食规律，无吸烟、喝酒、饮食油腻辛辣等嗜好。1 周前患者与他人争吵后胃

脘胀痛加重,伴胁肋胀痛,口服奥美拉唑、康复新液后症状未缓解。刻下症见:胃脘胀痛,伴胁肋胀痛,恶心,晨起呕吐胆汁,反酸烧心,平素焦虑易怒,口干口苦,纳差,多梦易醒、醒后难以再次入睡、每晚睡眠约 5 h,大便干燥、三日一行;舌红、苔黄腻,脉滑数。胃镜检查示:胃底黏液湖见较多黄绿色胆汁,胃体黏膜充血、水肿、糜烂;腹部超声示:胆囊炎性改变,胆囊多发泥沙样结石。西医诊断:胆汁反流性胃炎,胆囊炎,胆结石;中医诊断:胃痛(肝火犯胃、胆腑湿热兼胆胃淤阻证)。治宜疏肝健脾、清热化湿、利胆和胃止痛,方予疏木调土汤加減。处方:北柴胡 15 g,香橼 10 g,香附 10 g,苍术 15 g,陈皮 10 g,龙胆 15 g,车前子 10 g,金钱草 30 g,郁金 15 g,鸡内金 15 g,厚朴 15 g,麸炒枳实 15 g,大黄粉 5 g(单包冲服),姜半夏 10 g,旋覆花 10 g(包煎),赭石 30 g(先煎),煅海螵蛸 30 g(先煎),煅瓦楞子 30 g(先煎),煅蛤壳 30 g(先煎),浙贝母 30 g,炒白芍 15 g,炙甘草 15 g。14 剂,每日 1 剂,水煎 300 ml,早晚各 150 ml 温服。同时嘱患者停药奥美拉唑、康复新液,并嘱其调畅情志,保持规律饮食,适度锻炼。

2022 年 2 月 20 日二诊:患者胃脘及胁肋胀痛较前稍缓解,恶心、晨起呕吐胆汁、反酸烧心、口干口苦、多梦易醒等症状明显好转,每晚睡眠 6~7 h,仍纳差,大便质软、二日一行;舌红、苔薄黄腻,脉滑。予初诊方去煅蛤壳、浙贝母,加茵陈 15 g、焦山楂 10 g、焦神曲 10 g、焦麦芽 10 g,14 剂,煎服法同前。

2022 年 3 月 6 日三诊:患者胃脘及胁肋胀痛明显缓解,纳食转佳,无多梦易醒,每晚睡眠 6~7 h,无其他不适症状,大便质软、每日一行;舌淡红、苔薄白,脉滑。复查腹部超声示:胆囊壁光滑,胆囊泥沙样结石消失。予二诊方去龙胆,14 剂,煎服法同前。嘱患者此次服药后若无明显不适症状,可停药观察,并于 3 个月后复查胃镜。

电话随访至 2023 年 3 月,患者病情未见复发,自述 2022 年 6 月 8 日复查胃镜示:胃体黏膜未见异常,胃底黏液湖量中等、澄清。

按语:本案患者平素焦虑易怒,每于恼怒后胃脘胀痛发作,口干口苦、舌红、苔黄等表现均符合肝火犯胃证;肝火横逆乘脾,脾失运化而生湿热,熏蒸肝胆,胆腑受湿热所迫,胆汁泛溢,上注于胃,胆胃失和,故见胃脘胀痛伴胁肋胀痛、恶心、晨起呕吐胆汁、反酸烧心、苔黄腻、脉滑数等胆腑

湿热表现;腹部超声示胆囊多发泥沙样结石,考虑肝失疏泄,胆汁排泄不畅,日久酿生结石,淤积胆腑,致胆汁犯胃,形成胆胃淤阻证,亦可引发胁肋胀痛、恶心、纳差等;肝火、湿热扰动心神而见多梦易醒,耗伤津液则见便秘。故治疗应以调和木土为治则,予疏木调土汤加減以疏肝健脾、清热化湿、利胆和胃止痛,方中柴胡、香橼、香附疏肝理气以解肝郁;苍术、陈皮健脾化湿以绝湿热之源;龙胆、车前子清利胆腑湿热;金钱草、郁金、鸡内金利胆排石;厚朴、枳实、大黄粉行气通腑,腑气通则胆胃和降有序;姜半夏、旋覆花、赭石和胃降逆止呕;煅海螵蛸、煅瓦楞子、煅蛤壳、浙贝母抑酸止痛;炒白芍、炙甘草顾护脾胃、缓急止痛。二诊时患者恶心、呕吐胆汁、反酸烧心等症状明显好转,但仍有胃脘及胁肋胀痛、纳差等木郁克土表现,故主张泻木补土,加茵陈清利肝胆湿热,焦山楂、焦神曲、焦麦芽健运脾胃;同时去煅蛤壳、浙贝母以减轻抑酸之力,防其久用寒凉伤胃。三诊时患者诸症明显好转,应减轻苦寒药物用量,故去龙胆,以免伤及正气。本案患者发病涉及肝、胆、脾、胃四大脏腑,多证兼见,当从“木土同病”角度论治 BRG,将调和木土作为治疗原则贯穿始终,准确辨证,合理选方,以疏木调土汤为基础方加減變理四大脏腑,以恢复肝胆、脾胃的正常生理功能,疗效较佳。

参考文献

- [1]魏颖,丁士刚.胆汁反流性胃炎研究进展[J].胃肠病学,2014,19(5):305-308.
- [2]高玉,李玉锋.胆汁反流性胃炎的中西医研究进展[J].实用中医内科杂志,2022,36(6):105-108.
- [3]苏婷,赖鑫,詹玫琦,等.胆汁反流性胃炎的中医药治疗进展[J].光明中医,2023,38(5):999-1002.
- [4]安丽,黄大未,杨晋翔,等.清胆和胃颗粒治疗胆汁反流性胃炎 47 例临床观察[J].中医杂志,2018,59(1):37-40.
- [5]王丹丹.原发性胆汁反流性胃炎患者胆囊排空功能与心理精神因素相关性研究[D].青岛:青岛大学,2017.
- [6]黄大未.基于中医胆胃不和理论对胆汁反流性胃炎的临床干预研究[D].北京:北京中医药大学,2015.
- [7]陈云,郑韩英,徐璐娜,等.金钱草本草考证及化学成分研究进展[J].亚太传统医药,2023,19(10):215-219.
- [8]杨翠荣.郁金药理及中医临床应用略述[J].光明中医,2014,29(8):1772-1773.
- [9]王楠,顾笑妍,吴怡,等.鸡内金的临床应用及药理作用研究概况[J].江苏中医药,2021,53(1):77-81.

Professor XIE Jingri's Experience in Treating Bile Reflux Gastritis from the Perspective of "Disease of both Wood and Earth"

RAO Xianjun¹, ZHANG Xidan², LIANG Guangye², QU Tianjiao², LIANG Guoying³

1. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100102; 2. Heilongjiang University of Chinese Medicine; 3. First Affiliated Hospital, Heilongjiang University of Chinese Medicine

ABSTRACT This paper summarized the clinical experience of Professor XIE Jingri in treating bile reflux gastritis from the perspective of "disease of both wood and earth". It is believed that the pathogenesis of bile reflux gastritis is the disharmony of liver and spleen, gallbladder and stomach, which belongs to the disease of both wood and earth. The treatment principle of harmonizing wood and earth is advocated. Clinically, bile reflux gastritis is divided into five patterns including liver constraint and spleen deficiency, liver fire harassing stomach, gallbladder and stomach obstruction, damp-heat in the gallbladder, and stomach *yin* depletion, for which *Shugan Lipi Decoction* (疏肝理脾汤) can be used to soothe the liver and move *qi*, fortify the spleen and activate spleen, *Lianyu Qinggan Decoction* (连萸清肝汤) to clear the liver and drain fire, harmonize stomach and stanch bleeding, *Tongfu Paishi Decoction* (通腑排石汤) to unblock and discharge gallbladder, harmonize stomach and direct counterflow *qi* downward, *Qingdan Huazhuo Decoction* (清胆化浊汤) to clear and drain damp-heat, promote gallbladder function and stanch bleeding, and *Yiwei Decoction* (益胃汤) to enrich and nourish stomach *yin*, clear and discharge deficiency-fire. When the clinical pattern is complex, multiple patterns occur simultaneously, or the disease involves multiple *zang fu* (脏腑) organs, the liver and the spleen should be regulated simultaneously, and the gallbladder and the stomach treated together, with self-designed *Shumu Tiaotu Decoction* (疏木调土汤) recommended as a basic prescription with flexibl modification based on the symptoms.

Keywords bile reflux gastritis; regulate the liver and the spleen simultaneously; treat the gallbladder and stomach simultaneously; experience of famous doctors; XIE Jingri

(收稿日期: 2023-06-11; 修回日期: 2023-09-12)

[编辑: 姜 冰]

广告

欢迎订阅2024年《中医杂志》

《中医杂志》(ISSN 1001-1668, CN 11-2166/R)是由中华中医药学会和中国中医科学院主办的全国性中医药综合性学术期刊。创刊以来始终坚持“以提高为主, 兼顾普及”的办刊方针, 是我国中医药界创刊早、发行量大、具有较高权威性和学术影响力的国家级中医药期刊之一, 是中文核心期刊和科技核心期刊、中国精品科技期刊、首届国家期刊奖获得者和中国期刊方阵双奖期刊、新中国60年有影响力的期刊、中国百强科技期刊、中国百种杰出学术期刊, 中医药科技期刊分级目录T1级期刊。荣获第五届中国出版政府奖期刊奖, 第二届、第三届、第四届中国出版政府奖期刊奖提名奖。

《中医杂志》主要栏目中当代名医和临证心得分别介绍名老中医和临床医生辨证用药治疗疑难病的经验; 临床研究介绍中医药治疗的新方法、新成果; 学术探讨、思路与方法、循证中医药、病例讨论、综述、百家园等栏目, 提供最新学术观点、研究成果与治疗方法, 成为学习中医药、研究中医药, 不断提高临床及研究水平的良师益友。

《中医杂志》为半月刊, 每月2日和17日出版, 每期定价40.00元, 全年960元。国内读者可以到全国各地邮局办理订阅手续(邮发代号: 2-698), 也可以与本刊读者服务部联系邮购, 邮购免邮费。电话: 010-64035632, 010-64089195。国外发行: 中国国际图书贸易集团有限公司(北京399信箱, 邮编: 100044, 代号: SM140)。

本社地址: 北京市东城区东直门内南小街16号, 邮政编码: 100700。

网址: <http://www.jtcm.net.cn>。

