# 劉啟泉治療慢性萎縮性胃炎經驗

王志坤　劉啟泉

（河北省中醫院 石家莊 050011）

**【關鍵詞】萎縮性胃炎　臨証經驗　中醫藥**

慢性萎縮性胃炎（CAG）是慢性胃炎的一種類型，是消化系統的常見病、難治病。臨床可見脘腹不適、疼痛、食後飽脹、惡心等症狀，胃鏡可見胃黏膜呈顆粒狀，黏膜血管暴露，色澤灰暗，皺襞細小，病理檢查胃黏膜萎縮變薄，腺體成分減少或消失。相當於中醫學「胃脘痛」、「胃痞」等範疇。河北省中醫院劉啟泉教授是全國首批優秀中醫臨床人才，長期從事中醫脾胃病的臨床工作，尤其對CAG的治療取得了很好的療效，筆者有幸做為老中醫藥專家學術經驗繼承工作繼承人侍診於側，得益匪淺，茲將其經驗簡要介紹如下：

## 1　抓「主病機」，化濁解毒

劉師認為：CAG的病機不外氣機郁滯、濕濁中阻、熱毒蘊結、瘀血停滯、陰液虧虛五端，其病位在胃腑。胃為陽土，喜潤惡燥，為五臟六腑之大源，乃多氣多血之腑，主受納腐熟水谷，其氣以降為順。胃失和降，腐熟失職，水反為濕，谷反為滯，濕滯郁而化濁成毒。清．徐靈胎《醫學全集．蘭台軌範序》云：「欲治其病，必先識病之名，能識病之名而後求其病之所由生，原其所由生，又當辨其生之因各不同，而病狀所由異，然後考其治之法，一病必有一方，一方必有主藥」。說明不同的疾病由於其基本病因不同，必有相應的主方主藥，只有抓住其「主病機」，治療才能把握住綱領。CAG的發生是一個多病因綜合作用的、漫長的、多階段、複雜的積累過程，在臨床中常循氣滯、濕阻、濁聚、熱郁、濁毒、絡瘀、陰傷的發展規律，而濁毒相干為害貫穿於慢性胃炎的全過程，也就是說，濁毒相關為害是慢性胃炎發生、發展、演變、反復難愈的主病機[1]。據此在治療上強調以「化濁解毒」為大法，以砂仁、石菖蒲、茵陳、佩蘭、羅勒、黃連、公英、冬凌草、白花蛇舌草等為主方，據其濁毒之偏重分層用藥，再據其兼氣滯、血瘀、陰虛、氣虛之不同予以不同加減。兼氣滯証者加木香、枳殼、川朴、青皮等；兼血瘀証可加當歸、川芎、蒲黃、五靈脂、薑黃、丹參等；兼陰虛証可加百合、烏藥、沙參、麥冬、黃精等；兼氣陰兩傷証選加党參、白朮、石斛、麥冬等。

## 2　倡導「病下辨証」和「微觀辨証」

「整體觀念」和「辨証論治」是中醫學的基本理論，但是，自漢唐以來，方証辨証的方法就應用於臨床並廣泛流傳，如張仲景《金匱要略》、孫思邈《千金方》、王燾《外台秘要》，均強調某病見某証用某方。岳美中教授認為：「中醫治病必須辨証論治與專方專藥相結合」[2]，姜春華教授指出：「中醫除掉以西醫的病為主體外，還要根據中醫辨病的原則去辨病，同時也根據中醫辨証精神去辨証」[3]。仝小林提出：「以症為靶，以証為基，以病為參，點、面、體結合的整體綜合辨治模式是新時代下中醫發展的內在規律」[4]。劉師認為：在CAG的臨床診療工作中，首先要做到識病，就是要認識和掌握該種疾病的基本特性，同時，更應該重視尋找和篩選治療該疾病的針對性藥方。專病專方專藥結合中醫辨証論治，病與証二者有機結合，對於臨床診療水平的提高具有重要的促進作用。CAG在臨床上常常出現症狀輕重與胃鏡下黏膜變化、病理特征不成正比的情況，如果單純的把「辯証論治」的「証」理解為傳統意義上望觸叩聽所得的症狀、舌脈，就有可能會出現「無証可辨」的局面，因此明確診斷、宏觀辨証與微觀辨病相結合對本病的治療具有重要意義。我們完全可以把胃鏡、病理所見作為四診中「望診」的一個重要組成部分，現代的檢測方法可以使我們「望」的更清、更准。同時，在辨証論治的前提下，把中藥治療與現代藥理研究相結合，如伴有腸上皮化生、異型增生者加白英、半枝蓮、白花蛇舌草、三棱、莪朮、全蝎、藤梨根；伴有胃黏膜糜爛者加苦參、地榆、仙鶴草、虎杖、三七粉；伴胃酸缺乏者加烏梅、山萸肉、沙參、麥冬、石斛、生地等，在臨床上往往可以收到事半功倍的效果。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

## 3　有方有守、強調「化變」

對於CAG，尤其是伴有腸上皮化生、異型增生者，西醫的治療目前尚缺乏肯定的療效，因其病程長、病情頑固，劉師臨床強調「化變」，倡導在辨証準確的前提下，一要達到一定的治療時間，二要敢用重劑，攻其必攻，藥專力宏，才可以達到化變，只有化變，才能截斷病機演變，逆轉病勢，起沉疴。著名醫家岳美中教授曾言：「治急性病要有胆有識；治慢性病要有方有守」。自古以來，方劑不傳之秘常在於各配伍藥物的劑量，隨着藥物劑量的不同，其功效主治也會不同[5]，只有達到一定的劑量和時間，才能使疾病發生「化變」，也就是通常意義上的從「量變」到「質變」。清代醫家喻嘉言曾言：「大病需用大藥」。如治療腸上皮化生熱毒偏重者選用白花蛇舌草、半枝蓮、半邊蓮，常用量均為30g，濁邪較甚者選用薏仁、砂仁也多在15g以上，而服藥時間也往往在半年以上。

## 4　有雜合之証必有雜合之方

所謂「雜合以治」，也就是指應用「合方」，合方指兩首或兩首以上的方劑的聯合應用，是對單一方証的有序組合。當某一單一方劑不能囊括患者的所有病証時就應當考慮是否需要合方治療[5]。《素問．至真要大論》云：「奇之不去則偶之，是謂重方。偶之不去，則反佐之以取之，所謂寒溫涼反其從病也」，也就是說，對於複雜病症，單用奇方或偶方不能奏效時，應用重方（即合方）或反佐法治療。從李東垣、孫思邈，到近代的施今墨、石景亮，無一不是善用大方合方的名家。CAG病位雖在胃腑，但與脾、肝、胆、肺、腎等有着密切聯繫，一旦患病易互相感召，相互影響。由於其病機複雜、療程長，經常出現濕熱與陰虛、血瘀與血虛、氣虛與氣逆、氣陰兩虛與毒邪盤踞等虛實並見、寒熱錯雜的複雜情況，造成治療上攻補兩難，清溫皆悖的複雜局面，証候也常常表現出多樣性[6]。劉師提出病有久新，方有大小，有雜合之証，用雜合之方，針對其多樣的情況，宜採用多環節、多靶點治療，圍繞其主病機及兼夾症選用合方加減，往往取得較好的療效。究其機理，可能是通過改變疑難病症狀態下的機體內環境，調衡或逆轉甚至協調多矛盾病理變化而發揮效能[7]。常用的有當歸芍藥散合小陷胸湯、柴胡疏肝散合溫胆湯等。

## 5　病案舉例

患者陳某，女，50歲，黑龍江人，就診於2007年1月25日。症見：胃脘脹痛，遇寒加重，後背疼痛不適，食欲不振，心煩不寐，大便質稀，易發感冒。舌暗紅，苔黃膩，脈弦滑。於2007-1-17在黑龍江省醫院消化病醫院查胃鏡示：CAG。病理示：CAG伴中度腸化，部分腺體輕度不典型增生，淋巴組織增生及黏膜增生。方藥：秦皮10g，白英15g，桑葉12g，沙參20g，砂仁15g，白叩仁15g，夜交藤30g，冬凌草12g，佩蘭12g，元胡20g，徐長卿15g，川楝子6g，藤梨根12g，白梅花12g，白頭翁15g，鳳尾草12g，高良薑6g，生杜仲15g，防風6g，焦榔片6g，荔枝核30g，澤瀉6g，柴胡12g，白花蛇舌草30g，郁金6g，八月紮30g，烏藥10g，香附20g，敗醬草20g，公英20g，山芋肉6g，合歡皮15g，合歡花12g，青皮10g。以上方為基本方加減治療半年，2007-7-23黑龍江省醫院消化病醫院查胃鏡示：慢性淺表——萎縮性胃炎。病理示：黏膜顯急性及慢性炎伴輕度腸化。

**按語：**本病案患者在濁毒內蘊的基礎上，伴有氣陰兩虛、絡脈瘀阻。治療以化濁解毒為大法，加養陰通絡之品，並針對其腸上皮化生選用了白花蛇舌草、冬凌草、藤梨根、白英等，應用雜合之方，藥味較多，藥量偏重，前4個月每日1劑，後2個月在酌減了解毒理氣之品的基礎上，囑患者每2日服用1劑，以收全功。

香港法明中醫學會 版權所有 All Rights Reserved
COPYRIGHT HKCMP ALL RIGHTS RESERVED

參考文獻

[1]　劉啟泉，李佃貴等。慢性胃炎從濁毒論治[J].北京中醫藥大學學報.

[2] 岳美中.岳美中醫話集.北京：中國古籍出版社，1981: 64-66.
[3] 姜春華.姜春華論醫集.福州：福建科學技術出版社，1986: 576-584.
[4] 仝小林。論症、証、病結合辨治模式在臨床中的應用[J].中醫雜誌，2010, 51 (4):300-303.
[5] 王階，熊興江等.方証對應內涵及原則探討[J].中醫雜誌，2009, 50 (3): 197-199.
[6] 劉啟泉，王志坤等.「一降、二調、三結合」治療慢性萎縮性胃炎癌前病變經驗[J].中醫雜誌，2005, 46 (9): 654-655.
[7] 傅文錄，王暴魁.大方治療疑難病証治發微[J].中醫雜誌，2004, 45 (10): 732-733.

（編委：陳維華審校2010.12.25）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved