名老中醫隗繼武辨治慢性胃炎經驗

Famous doctor *WEI Jiwu's* experience in the syndrome differentiation and treatment of chronic gastritis

程志鵬　*CHENG Zhipeng*

（山東電力中心醫院）

隗繼武教授是全國名老中醫，從事消化系統疾病的臨床與研究工作50餘載，精研中醫經典，勤求古訓、博采眾家，強調尊古而不泥古，參西而不離中，在消化系統疾病的治療方面積累了豐富的臨床經驗。尤其在慢性胃炎的治療方面，更有其獨到的見解。筆者有幸跟隨隗師學習，聆聽教誨。現將隗師治療慢性胃炎的經驗總結如下，以饗同道。

1　發皇古義，妙用經方

慢性胃炎是由多種病因引起的胃黏膜慢性炎症，主要由幽門螺旋桿菌（Hp）感染引起。此外，自身免疫機制、遺傳因素、十二指腸反流、胃黏膜損傷因子等多種原因也可引起或參與胃黏膜慢性炎症形成過程。隗師認為，慢性胃炎屬中醫「胃痛」、「痞證」等範疇，病機多為寒熱互結，虛實錯雜，升降失常，上下不能交泰。誠如金代傷寒學家成無己所言「否而不泰為痞」。《傷寒論》諸瀉心湯即專為此病機而設。《傷寒論》所載瀉心湯有五，即半夏瀉心湯，生薑瀉心湯，甘草瀉心湯，大黃黃連瀉心湯，附子瀉心湯，諸方大多寒熱併用，補瀉兼施，具有和解陰陽、調暢樞機之功效，錯綜變化，法度謹嚴，均為主治痞證之劑。隗師謹守慢性胃炎病機，臨床常以半夏、生薑、甘草三瀉心湯為基礎方，根據患者不同的臨床症狀，巧妙化裁，效如浮鼓。臨床如見胃脘灼痛、痞滿不舒、惡心嘔吐、食慾不振等症，一般用半夏瀉心湯加減治之。方中半夏辛散溫燥，下氣開結，和胃消痞，為主藥；乾薑辛開痞結以和陰，黃連、黃芩苦降泄熱以和陽，寒熱併用，輔為臣藥；消痞除滿須借胃氣以為使，故用黨參、甘草、大棗，「甘以補之」，益氣和中，共為佐使。隗師臨床凡遇輕症或兼陽虛證候，多以黨參代人參用，也常參芪合用以加強補氣作用。脾胃同居中焦，脾主運化，胃主受納，脾主升清，胃主降濁，一運一納，一升一降，共同完成水谷的消化、吸收、輸佈及生化氣血功能。凡肝鬱氣滯、痰濕阻滯、飲食積滯、濕熱壅滯，均可壅阻胃氣，影響脾胃升降功能。升降失司，脾失健運，濕由內生，又進一步阻礙氣機，逐漸形成胃痛、痞滿之證。半夏瀉心湯辛苦同用，溫清併備，補散兼施，既能順脾胃氣機之升降，又可調脾胃陰陽之虛實，使升降復、清濁分、虛實調，對證用之，無一不效。臨床如見胃脘隱痛，腹脹、腸鳴、腹瀉等症，隗師常以生薑瀉心湯加減治之。生薑瀉心湯為治療小柴胡湯證誤下，損傷中陽，外邪入侵，寒熱互結心下，雷鳴下利之證方，《傷寒論》謂：「……胃中不和，心下痞硬，乾噫食臭，脅下有水氣，腹中雷鳴，下利者，生薑瀉心湯主之。」方中主以生薑，溫中和胃、宣表散水，輔以半夏瀉心湯消積行氣，開結除堅，寓解肌於散痞之中。隗師認為，方中半夏得生薑則水消，芩連得乾薑而痞散，與病情甚為妥帖。臨床如見胃脘脹痛不舒，腸鳴矢氣、乾嘔、心煩等症，隗師常選用甘草瀉心湯加減治之。本方主治少陽陽明併病之脾胃虛痞。甘草瀉心湯在半夏瀉心湯的基礎上加重了甘草的用量，意在益中州之虛，緩客氣上逆之急，上逆之氣得以平和，胸中痞滿得以消除，則嘔吐下利可止，心煩氣亂能解。隗師認為三瀉心湯方配伍奇妙，效果奇特，雖藥物基本組成相同，然方中乾薑、生薑、甘草用量卻有所不同，以致所治病證也各異。三瀉心湯辨證

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

治療慢性胃炎，只要抓准病機和主症，對證用方，皆獲良效。

2　初病調氣，久病活血

《素問·六微旨大論》曰：「出入廢則神機化滅，升降息則氣立孤危。故非出入，則無以生長壯老已；非升降，則無以生長化收藏。是以升降出入，無器不有。」[1]慢性胃炎一般初病在氣，以脹為主。隗師認為氣機升降失調是慢性胃炎初起時的病機，臨床常見肝胃氣機不和、脾胃氣機不暢和腸胃氣機不調等。故調節氣機升降，以通為補，以化為用，是治療慢性胃炎初期的重要治療大法。調氣常用青陳皮、木香、砂仁、厚朴、枳殼、香附等；通補常用蘇梗、旋覆花、沉香、炒萊菔子、仙人頭等；兼見中氣下陷用升清降濁法，藥用補中益氣湯加枳殼、佛手、大腹皮；兼見虛寒氣滯用溫通法，藥選黃芪、桂枝、白芍、炙甘草、生薑、大棗等。隗師認為，脾胃為人體氣機升降之樞紐，二者雖同屬中土，卻陰陽有別：脾主升，胃主降。調氣時若單行苦降之法，雖能治胃，卻不利於脾氣的升發。故隗師在通降胃氣的同時多配合應用升脾之法，即在苦寒降胃的同時伍用辛溫之品開脾，辛開苦降，寒熱併用，使脾升胃降，人體氣機才能通調有序，治療方為圓滿。現代的生活環境、飲食習慣與古代不同，所以慢性胃炎的病因、病機和臨床變現形式也與古代不同，臨床診病要做到全面統籌，縝密周到，兼顧各方，用藥必須不偏不倚，上下合一，斷不可大補大瀉，大熱大寒，大攻大破，始終要以固護脾胃生機為第一要義。

若慢性胃炎遷延日久，纏綿不愈，則漸入血分。《臨證指南醫案》[2]曾多次提及久病入絡的觀點，如「初病在經，久病入絡，以經主氣，絡主血」、「初為氣結在經，久則血傷入絡」、「病久、痛久則入血絡」等。結合五十年臨證經驗，隗師認為葉氏理論確切，臨床常以此闡釋慢性胃炎久病的發生機理。久病入絡，絡傷則血痹，絡道阻塞而成瘀，故活血化瘀當屬正治之法。研究證明，活血化瘀法能夠增加胃黏膜血流，改善組織缺氧，提高局部免疫能力，還有一定的抗癌變作用。隗師臨床常用的活血化瘀藥主要有偏重養血活血的當歸、雞血藤；偏重活血止痛的三七粉、川芎、元胡；偏重破瘀散結的三棱、莪術等。隗師對活血化瘀類藥物的選擇甚為謹慎，主張宜平和不宜峻猛。他認為瘀血的形成是一個逐漸積累的過程，絕非一朝一夕之事。慢性胃炎久病多虛，而一般活血化瘀藥辛溫燥烈，耗氣傷血，不利於胃氣的恢復。故臨床上，隗師最喜用丹參治療慢性胃炎久病屬瘀血阻絡者。因丹參性微寒，頗合胃腑喜涼之性，正如《時方歌括》記載丹參飲的作用時云：「治心胃諸病，服熱藥不效者宜用。」[3]隗師認為，「一味丹參，功同四物」，效和而不烈，既能活血又能養血，特別適合慢性胃炎日久，血瘀為患，新血不生，虛實夾雜的患者。

3　治胃為先，兼調肝脾

隗師經過臨床長期觀察和總結，認為慢性胃炎病位雖在胃，但其病機與肝脾的關係甚為密切，因此在慢性胃炎的治療中，不可忽視肝脾功能的調整。隗師說，脾與胃以膜相連，一臟一腑、一陰一陽、一表一裏、一運一納、一升一降、一燥一潤、相反相成，相互配合，共同完成水谷的消化吸收及其輸佈。脾為後天之本，一旦為病，運化失職，勢必影響胃的通降；而胃失和降，反過來也會影響脾的升清和運化。因此，治療慢性胃炎隗師主張脾胃併治，即治胃必健脾，健脾亦

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKIOM All rights reserved

必和胃，二者必須兼顧。如脾與胃中任一方病證偏重或有兼證，可隨證加減治之。此外，慢性胃炎與肝的關係也極為密切。肝主疏泄功能正常，可助脾胃運化健旺，升清降濁如常。一旦肝失疏泄，則脾胃升降失常，即出現肝脾失調或肝胃不和等證。根據肝、脾、胃之間的辨證關係，隗師將調肝理脾定為另一治療大法。隗師認為，肝脾之臟腑功能協調，是脾胃發揮正常生理功能的保證。肝脾失調則影響脾胃正常生理功能，導致慢性胃炎的發生發展。臨床常用的調肝理脾法主要有疏肝健脾法、抑肝扶脾法、運脾養肝法、升脾調肝法、醒脾泄肝法等。臨證多以逍遙散、痛瀉要方、一貫煎、柴胡疏肝散、六君子湯為主方加減治療。

4　衷中參西，辨病為佐

中醫治療慢性胃炎，以辨證論治及整體觀念為主體。但隗師認為傳統的宏觀辨證也有其一定的局限性。因此，對相關的現代醫學知識、常用的檢查手段（如纖維胃鏡、Hp檢測等）非常重視，時常作為診療本病必要的參考。辨證與辨病有機結合，很大程度上彌補了中醫辨證的缺陷。臨證時，隗師兼收並蓄，恰當地把這些微觀指標納入中醫辨證論治體系中來，大大提高了辨證的準確性，顯著地增強了療效。如胃鏡見淺表糜爛、充血及淺表潰瘍者，除在辨證方中選加蒲公英、白花蛇舌草、半枝蓮等藥之外，還囑患者將三七、白及等藥研末裝膠囊吞服，起到保護胃黏膜，促進潰瘍面的愈合的作用；如胃鏡見胃黏膜蒼白、變薄，黏膜下血管透見者，多為氣血虧虛或脾胃虛寒，當酌加當歸、黃芪、白術、黨參等益氣養血之品；如病理檢查伴有腸上皮化生、不典型增生者，一般加用白花蛇舌草、半枝蓮、山慈姑、莪術等抗癌散結之品（現代醫學研究證明，上四味藥均有抵制或殺死癌細胞的作用）；如遇經活檢或培養證實幽門螺桿菌陽性者，隗老常從蒲公英、大黃、黃芩、黃連、延胡索、蚤休、白花蛇舌草等藥中根據不同證候挑選1-2味加入方中，以增強殺滅Hp的能力，從而改善症狀，提高療效。

5　守方圖緩，治養結合

慢性胃炎患者的病因不同，病機複雜，臨床症狀變化多端，加之正常胃黏膜腺體的重建需要3-6個月時間，因此隗師堅持慢性胃炎的治療要守法守方，不可朝令夕改。在治療過程中，病情極易受到各種誘因的影響而出現一系列變化。每每臨證，隗老總是不厭其煩詢問病情，耐心地詳查導致患者病情反復的誘因，在守法守方的基礎上靈活加減，巧施方藥。此外，隗師還叮囑患者在服藥的同時，要飲食規律，避免寒涼，忌食辛辣、油膩之品，最好做到少食多餐，細心養護。隗師常對患者說，慢性胃炎「三分在治，七分靠養；醫患配合好，疾病自動跑」。這一守方圖緩，治養結合的特色是隗師幾十年來在治療慢性胃炎方面總結出的學術結晶。

綜上所述，隗師診治慢性胃炎先從整體辨別病因病機，再進一步調整相關臟腑的寒熱虛實，輔以參照相關理化檢查結果，結合患者的病情發展變化，進行綜合分析，合理遣方用藥，最後囑咐患者注意自我調護，達到了辨證與辨病、治療與調養的高度統一，進一步提高了中醫診治慢性胃炎的療效。

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

參考文獻

[1] 黃帝內經素問校釋[M]. 北京：人民衛生出版社，2006: 67, 913.

[2] 清·葉桂. 臨證指南醫案[M]. 上海：上海科學技術出版社，1959: 253, 596.

[3] 清·陳念祖. 時方歌括[M]. 福建：福建科學技術出版社，1984: 93.

（編委：吳志勇審校 2014.12.13）

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