曾升海治療慢性萎縮性胃炎經驗

Experience of *ZENG Shenghai* in the treatment of chronic atrophic gastritis

徐文江　李彥生　指導：曾升海　*XU Wenjiang, LI Yansheng, ZENG Haisheng*

（寶雞市中醫醫院　721001）

Email: Wenjiangcoo1@163.com,18791749679

[摘要]　曾升海教授擅長治療慢性萎縮性胃炎（CAG），臨床療效顯著。CAG是消化系統臨床常見病，本文從辨證、治法、方藥以及調護等方面總結曾老師治療CAG經驗。

[關鍵詞]　萎縮性胃炎；中醫藥治療；名醫經驗；曾升海

曾升海教授是寶雞市中醫醫院中醫內科主任醫師，兼任陝西省中醫藥學會理事，陝西中醫學院內科教授（碩士生導師），從事中醫內科臨床工作三十餘年，擅長脾胃病、肝膽病、糖尿病的治療。2008年被國家中管局、中國中醫科學院評定為「國家級師帶徒指導教師」（博士生導師）；同年被評定為陝西省首屆「名中醫」稱號。

慢性萎縮性胃炎（CAG）是指以胃黏膜固有腺體萎縮，黏膜變薄，失去分泌黏液功能等為主要病理改變的慢性炎症疾病，是消化系統的多發病、疑難病，臨床症見上腹部脹滿、隱痛、納差、反酸、燒心、消瘦乏力等。屬中醫學「痞滿」、「胃脘痛」、「嘈雜」等病證範疇[1]。曾升海教授從醫數十載，臨床上尤擅長治療慢性萎縮性胃炎，療效顯著。本人從師學習，現將對老師治療慢性萎縮性胃炎經驗整理如下。

1　病因病機

曾老師認為CAG病初多因脾胃虛弱所致。「土旺四時不受邪」，若脾虛胃弱，加之飲食、外感、情志等因素的刺激導致脾失納運，胃失和降，中焦氣機不能升降，脾胃的運轉功能失常則易發為本病。其病機為本虛標實，虛實夾雜，滯損交夾。本虛為脾胃氣虛或脾陰虛，氣虛多偏重於脾，脾氣虛則運化不及，谷不為精而成滯，致食濕滯於胃；陰虛則重於胃，「在陽旺之軀，胃濕橫多」，日久致濕熱傷陰，形成胃陰不足而濕熱內蘊。標實多為氣滯、血瘀、痰濕。情志不舒，可致肝氣鬱結，橫逆犯胃，誘發或加重病情；《臨證指南醫案》云：「初病在氣，久則入血」若病久不愈，致血行不暢，則多有胃絡瘀滯；脾虛不能運化，易生積滯，津變為濕，濕聚成痰。因而臨床常見氣虛與食滯併存，陰虛與濕熱同現，絡淤與痰濕兼見，數證交錯，證型複雜[2]。然脾胃升降失常是發病關鍵，脾胃虛弱是發病的內因。

2　辨證論治

2.1　脾胃虛弱

CAG日久不愈，脾胃運化失調，氣血乏源，致中氣不足，見胃脘痞悶或疼痛，飲食減少，

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

體倦肢軟，少氣懶言，面色萎黃，舌質淡或齒痕舌，脈細弱等脾胃虛弱之證，宜從益氣健脾入手，然「脾以運為補」，脾貴在運而不在補，益氣應以健運脾胃為先，脾胃運化正常，氣血才能化生無窮，故治療當以益氣健脾為法，方以補中益氣湯加減。藥用黃芪20g，黨參15g，升麻6g，粉葛12g，茯苓15g，炒白術20g，白豆蔻10g，陳皮10g，木香10g，半夏10g，甘草5g等。

2.2 肝胃不和

肝屬木，胃土，肝氣疏泄不及或太過，致肝木乘土，橫逆犯胃，或膽失疏泄，氣機阻滯不暢致肝胃失和，出現胸脘痞悶脹痛，痛引脅肋，噯氣，嘈雜吞酸，煩躁易怒等症，曾老師認為治此宜疏肝理氣和胃，方用柴胡郁金湯加減。藥用柴胡12g，郁金12g，木香10g，莪術15g，半夏10g，竹茹10g，浙貝15g，茯苓15g，炒白術20g，佛手10g等。

2.3 胃陰不足

若感受燥熱之邪，或肝鬱日久化火傷陰，致胃陰耗傷，胃失濡養，而見胃脘隱隱灼痛，食少，咽乾口燥，乾嘔呃逆，大便乾燥，舌紅少津或光紅無苔，甚至鏡面舌，脈細弦。治療以清熱益胃養陰為法，方用沙參麥冬湯加減。藥用沙參10g，麥冬10g，石斛10g，黃精15g，玉竹10g，半夏10g，木香10g，烏梅5g等。

2.4 氣滯濕阻

脾喜燥惡濕，胃宜通宜和，若濕熱之邪阻滯中焦，困遏脾胃，則氣機阻滯，濕滯難化，出現脘腹痞滿或脹滿，納呆，大便不爽，口膩等氣滯濕阻之症，方用枳實厚樸湯加減。藥用枳實15g，厚樸10g，木香10g，莪術15g，茯苓15g，蒼術15g，佩蘭10g，車前子15g等。

2.5 濕濁中阻

脾虛不能運化，津變為濕，濕滯中焦，見胸脘痞悶，口中黏膩，喜食肥甘，身困乏力，濕濁上蒸，見舌淡苔白膩，方用藿樸夏苓湯。藥用藿香10g，厚樸10g，半夏10g，茯苓15g，荷葉15g，炒白術20g，木香10g，砂仁10g，澤瀉10g，白豆蔻10g等。

3 辨治經驗

3.1 調氣為本，清熱為輔，注重化瘀

脾胃居中焦，為人體氣機升降之樞紐，依據「脾以升則健，胃以降則和」的特點，曾老師主張運轉中焦氣機。脾升，才能將飲食水谷之精微輸達於心肺，佈散周身；胃降，才能維持正常受納，腐熟水谷，推動糟粕下行排出體外。以調氣為本，恢復脾胃升降功能平衡是解決本病的關鍵。理氣和胃是其基本治則，調暢脾胃氣機始終貫穿於整個CAG的治療中。但選用理氣藥時，忌過於辛香溫燥之品，以免耗損胃陰。且認為長期氣機阻滯，久則入血，瘀久化熱，導致熱邪鬱阻，故臨床治療常輔以清熱解毒之法。然清泄熱邪當用大苦大寒之品，《傷寒論》大黃瀉心湯即治熱滯心下而成「心下痞，按之濡」之證。但苦之品最易傷陽敗胃，曾老帥尊其法而調其味，常用公英、連翹、炒黃芩、馬齒莧等以清泄熱邪，攻不損胃，達祛邪並保胃氣之目的。

在宏觀辨證論治的基礎上曾老師注重兼顧現代醫學微觀胃鏡及病理檢查，全面考慮病情，明確疾病的診斷、分期、轉歸、預後等，做到有的放失。認為CAG在胃鏡下有黏膜變薄，血管顯露，色澤青紫，多數患者伴見舌質紫暗，符合久病入絡，絡脈瘀滯的特徵。故臨證擅用活血化瘀藥，如川芎、雞血藤、丹參、三七粉等。此外，中度以上的腸上皮化生與不典型增生有癌變的

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

可能，被認為是癌前病變，當從胃絡凝淤論治，在消散瘀滯的同時常配山慈菇、半枝蓮、白花蛇舌草等抗癌中藥，以防癌變[2]。

3.2 組方平和，味多不雜，注重變通

組方用藥，曾老師遵循「治中焦如衡，非平不安。」的原則，以平和為主，選藥多性味輕清，避免太過溫燥、寒涼、滋膩之品，恐其攻伐胃氣，清滋其味、扶正固本、調理脾胃氣機。同時注重藥物的合理配伍，慣於把功效相似、相佐的藥物合理搭配，形成藥組。如：行氣消脹組（枳實、厚樸、木香、莪術）；清熱解毒消炎組（黃芩、公英、連翹；、馬齒莧）；滋陰益胃組（沙參、麥冬、石斛、黃精）；制酸止痛組（煅瓦楞、海螵蛸、煅牡蠣、浙貝），溫中散寒組（吳茱萸、小茴、高良薑、台烏藥）藥味雖多，但繁而不雜，層次清晰，主次分明，具有較強的針對性，效果顯著。且用藥精當，亦借鑒現代藥理研究成果，為我所用，如：白芨，現代藥理研究認為，其在胃內可形成膠狀膜，能幫肋閉孔和保護黏膜，使胃內酸性液體得到中和，保護並促進潰瘍愈合，而達到止血生肌的作用[3]。故結合胃鏡檢查有明顯潰瘍或糜爛出血，患者疼痛較劇時，曾老師常配伍使用，往往效果明顯。

3.3 察言觀色，因人制宜，注重調護

中醫學的「整體觀」、「天人合一觀」都體現了社會、心理、環境在疾病發生發展中的作用。臨床中很多CAG患者，尤其是更年期女性患者的發病與情緒波動關係密切。曾老師對這種患者，除治法上加以疏肝解鬱、安神定志外，亦重視心理方面的疏導，且根據不同的人給予不同的疏解方式。對於城市白領長期伏案工作，缺乏運動，體豐肉腴，多屬痰濕體質者，常勸導其適當鍛煉；對情緒壓力大者經常耐心疏導；對過度敏感者，則注意對其病情輕描淡寫，不過分關注病況，這些都對治療有着重要的積極意義[4]。

曾老師在臨床中十分注重疾病的預防與調護，如在門診中常囑患者清淡飲食，忌辛辣刺激，忌生冷寒涼，適當鍛煉，規律生活，幫助病人樹立戰勝疾病的信心，這些都提高了治療效果，減少了復發，達到了良好的遠期療效。

4 驗案舉例

楊某某，女，34歲，2014年12月6日初診。患者反復胃脘脹痛2年。診見胃脘脹痛，痛引脅肋，伴噯氣，偶有泛酸、燒心，納差，情緒不穩，舌苔薄白，脈弦細。一周前因胃痛劇烈查胃鏡示：慢性萎縮性胃炎伴糜爛。此為肝胃不和之症，治宜疏肝理氣，降逆止痛。方用柴胡郁金湯加減。處方：柴胡12g，郁金12g，木香10g，莪術15g，半夏10g，竹茹10g，浙貝15g，公英15g，連翹15g，炒黃芩10g，元胡20g，白芨10g，煅瓦楞20g，茯苓15g，炒白術20g，佛手10g，甘草5g，5劑。2014年12月12日二診：服上方後，胃脘脹痛較前緩解，泛酸、燒心未發作，仍納差，舌苔薄白，脈弦細。上方去白芨、煅瓦楞，加白豆蔻10g，焦神曲15g，炒麥芽15g，5劑。2014年12月18日三診：服藥後患者諸症明顯緩解，食納較前增加，舌紅苔薄，脈弦。後繼服院內製劑復方胃寶膠囊以資牢固。

按：方中柴胡、郁金、佛手疏肝理氣解鬱；半夏、竹茹降逆和胃；元胡、白芨、浙貝、煅瓦楞抑酸止痛，以保護胃黏膜；木香、莪術理氣和胃、炒白術、茯苓健補脾胃。諸藥合用，共奏疏肝健脾，降逆止痛之功。

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

參考文獻：

[1] 王健，白兆芝. 白兆芝辨治慢性萎縮性胃炎經驗[J].中醫雜誌，2012,53(16):101-102.

[2] 沈書文，劉力，楊志宏，王衛. 內科難治病辨治思路[M]. 北京：人民衛生出版社，2002,124-143.

[3] 侯家玉. 中藥藥理學[M]. 北京：中國中醫藥出版社，2002,138-139.

[4] 馬妍，江豐，崔遠武，等. 張伯禮治療心悸經驗[J]. 中醫雜誌，2014,55(12):1003-1006.

（編委：陳維華審校 2017.07.07）

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