

# 古展群教授临床验案二则

● 谢玉萍<sup>1</sup> 指导:古展群<sup>2\*</sup>

关键词 验案 虚劳病 反酸

古展群教授,业医35余载,擅长运用中西医结合方法治疗内、儿科杂病如泌尿系感染、消化道溃疡等疾病。他凭借丰富的临床经验及仁慈恻隐之心,为病人解疑惑除痼疾,其处方平和而出奇制胜,笔者侍诊在侧,受益匪浅,今选老师的验案两则以飨同道。

## 1 反酸案

梁某,47岁女性,因“反酸,暖气7年”就诊,伴有胸骨后烧灼感,腹胀,稍压痛,纳差,大便秘,质硬,3~4日一次,舌根苔厚腻,脉沉实。给予木香槟榔丸加减,共5剂。处方如下:木香10g,槟榔15g,青皮10g,陈皮5g,黄连10g,黄柏10g,莪术10g,大黄10g(后下),香附15g,枳实10g,珍珠母30g,海螵蛸10g。

二诊:反酸暖气明显好转,烧灼感减轻,仍有腹胀,纳差,大便可,苔白脉弦。给予四磨汤加减,共5剂。处方如下:红参10g,沉香

15g,槟榔15g,乌药15g,救必应15g,海螵蛸10g,珍珠母20g,佛手10g,木香6g,黄连5g,紫苏梗10g。

三诊:腹胀明显好转,无反酸、烧灼感,偶有暖气,纳一般,乏力,面色萎黄,舌淡胖,苔滑微黄,脉弦。此为脾虚湿困,给予香砂六君子汤健脾益气和胃,以善其后。处方如下:木香10g,砂仁10g,陈皮6g,法半夏10g,党参30g,白术15g,茯苓15g,甘草6g,布渣叶15g,救必应15g,黄连3g。

按 患者中医诊断“反酸”,西医诊断为“反流性食管炎”,古教授治疗此病有独到经验,认为其不离湿热积滞、肝郁气逆、脾胃虚寒三证,在加用珍珠母、海螵蛸制酸的基础上,通过辩证论治与辨病论治结合及灵活加减均能取得的理想疗效。上述病案患者的恢复过程正好体现了古教授治疗反流性食管炎的诊治思路。

首诊患者反酸伴有腹胀,大便秘结,苔厚者,为湿热积滞证,给予

木香槟榔丸行气导滞。《素问·至真要大论》曰:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”《证治汇补·吞酸》曰:“大凡积滞中焦,久郁成热,则木从火化,因而作酸者,酸之热也。”木香槟榔丸集行气、破气、下气为一方,黄连、黄柏清热,及大黄攻下积滞,使积滞散,气机畅,胃得和降,吐酸自止。该方适合反酸伴大便秘结者,以中青年饮酒应酬、生活不规律导致实热内积者为优,且南方多夹湿热,故加布渣叶、救必应、黄连等清热祛湿消炎;若为寒积者偏寒者加吴茱萸、干姜温中散寒,屡试不爽。

二诊患者反酸暖气好转、烧灼感减轻,无便秘,仍腹胀、此乃肝郁气逆,宜行气降逆,方用四磨汤加减,乌药李时珍称其“能散诸气”,槟榔疏肝而消痞满,沉香下气而降逆浊,红参益气扶正。《素问·阴阳印象大论》曰:“浊气在上则生瞋胀。”诸药配合降气消胀而酸液止。该方适合反酸伴腹胀较明显的患者,尤其更年期妇女,易肝郁气结,胆胃不和。暖气甚者多在四磨汤的基础上加合欢花、紫苏梗、佛手疏肝理气;口臭加白豆蔻,扁豆花、厚朴花化湿浊,效果显著。

三诊患者腹胀明显好转,无反

\* 作者简介 古展群,男,主任医师,教授,硕士研究生导师。擅长运用中西医结合方法治疗内、儿科杂病。主持或参加厅局级科研课题10多项,在各级专业杂志发表论著30多篇。

• 作者单位 1. 广州中医药大学2011级硕士研究生(510405);2. 广州中医药大学第一附属医院(510405)

酸、胸部烧灼感,偶有暖气,症状明显好转。经上两次治疗后,湿热、气郁已除,脾胃虚寒本证显现出来,脾虚水不运化则喜唾涎沫,纳差,大便溏,气血不养神则神疲乏力,木克脾土则暖气反酸。给予香砂六君子汤加减:方用四君子汤健脾益气,木香、砂仁行气和胃,法夏陈皮和胃降逆。如大便溏加广藿香,布渣叶、白头翁。临床中此证多见于年老体虚者及部分白领久坐办公室者,此证往往反复难愈,因其脾气亏虚,应注重日常调护,再加上长期服用补脾益气中药方能见效。

## 2 虚劳病案

余某,73 岁老年男性,江西人,因“饥饿时畏寒出汗,手足发软”多方求医无效,于 2010 年 7 月 16 日就诊,患者进行性消瘦,神疲乏力,面色萎黄,口干不多饮,纳一般,眠差,小便可,大便稀溏,舌淡苔厚,脉弦。辅助检查提示血糖偏低。诊断为虚劳病,证属于脾虚不运,精不养神,予健运脾胃为法,方药:党参 30g,白术 15g,茯苓 15g,甘草 6g,山药 30g,大枣 15g,黄芪 30g,炒扁豆 15g,莲子 30g,北沙参 30g。七剂后,患者自觉全身症状好转,胃口、精神转佳,回江西后自行服上方共 200 余剂,2011 年 7 月 19 日复诊,时隔一年,患者神采奕奕,诉自从服药后饮食转佳,体重增加,饥饿时不再畏寒出汗,亦无手足发软,效果显著。

次诊:因食用凉粉后腹泻水样便来诊,伴有暖气腹胀,无腹痛,舌苔厚,脉弦,予健脾祛湿为法,方药:红参 10g,白术 15g,茯苓 15g,桂枝 15g,山药 30g,甘草 6g,莲子 30g,砂仁 10g,薏苡仁 30g,布渣叶 10g,厚朴 30g,香薷 5g,广藿香 10g。共 7 剂,并配合肠炎安治疗,

服用五剂而愈。

再诊:诉腹泻消失,唯眠差 30 年,眠浅异醒,处方:红参 10g,白术 15g,茯苓 30g,桂枝 15g,山药 30g,甘草 6g,莲子 30g,砂仁 10g,薏苡仁 30g,芡实 15g,煅龙骨 30g,煅牡蛎 30g。共 5 剂。并配合七叶神安片治疗。

五剂后,失眠症状未见明显好转,见舌边见红,苔微厚腻,脉弦滑,此属胆胃不和,痰热内扰,应理气化痰,清胆和胃,给予温胆汤加减。五剂后痰热除,嘱长期服归脾丸。

按 首诊诊断为“虚劳病”,是以脏腑亏损,气血阴阳虚衰,久虚不复成劳为主要病机。古医生认为虚劳病为慢性虚损疾病,不可苛求峻补,病在脾肾,当治病求本;然肾为先天之本,脾乃后天之本,为水谷之海、四脏之本。李杲认为:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气。”先天之精不易速补,故古医生注重建运中焦,使精自生,形自盛,用药平和,无大补大温之药,且口感良好,适合长期服用。故选用参苓白术散加减,是在四君子汤健脾补气的基础上,加和胃渗湿药:因脾喜燥恶湿,中焦为气机升降之枢纽,加入渗利药一方面有助于恢复气机升降,另一方面配合桔梗使降中有升,升降相应,精液得输,胃气因合。

次诊患者因误食寒凉,损脾积冷,故在参苓白术散的基础上加入布渣叶、藿香、香薷、厚朴等芳香理气化湿药,并加入桂枝 15g,通阳助气化,且有苓桂术甘汤温阳利湿之妙意,这就是老师平和见真奇之处,故乃五剂痊愈。

再诊,给予补气重镇安神无效,究其原因,患者虽为气血亏虚不足以养神,然时值大暑,广东地区炎热夹湿,患者胆胃不和,胆不

和则气郁生热,胃不和则聚湿生痰,痰热上扰则眠不安,故见舌边尖红,苔黄腻,脉弦滑。此提示处方用药要应因时因地制宜,必要时舍证从脉,不可被惯性思维所左右。患者虽以心脾两虚为本,痰热乃一时之状,根据“急则治其标”的原则,予温胆汤理气化痰,清胆和胃而奏效。痰热驱除后,本虚之症状乃为主证,故嘱长期服用归脾丸,益心脾,养心神。

## 3 体会

从古教授处方用药经验中可看出,中医中药以“平”为期,以“和”为“贵”,祛除外邪于动静结合之中,调理气机于升降相因之中,补益中气于潜移默化之中,处方开药于因时因地制宜当中。跟诊期间,古教授对方剂熟悉地玩转于掌指之间,有出其不意之效果。如古教授用方经验如下:久咳或夜咳,痰多色白,用小青龙汤治寒咳百发百中;咳嗽不寒不热用止嗽散;结肠炎用木香槟榔丸;风热上攻之牙痛用竹叶石膏汤;胃火上攻之牙痛用清胃散;咽部化脓,有恶寒发热用银翘散加紫花地丁、大青叶、玄参,无恶寒用五味消毒饮;外寒内热加防风;疼痛重用白芍 40g,甘草 18g;胃寒唾液多加吴茱萸;胃炎、肠炎必加黄连 5g;脉弦加郁金;消肿胀结加猫爪草;痰难咯加浙贝母等等。古教授擅用岭南中草药:偏热者加救必应,湿重者加木棉花、鸡蛋花、厚朴花、布渣叶等;咳嗽咯痰咽痛加芒果核、龙利叶、岗梅、咸竹蜂等。古教授为我们中医初学者提供了一个学习的方向:无需一味寻找偏方、秘方,处方无需标新立异,只要熟练牢固掌握基本方,并灵活加减便可获得事半功倍的效果。