

# 葛琳仪医案四则

袁晓 魏佳平 姜宁 王东

浙江中医药大学附属第一医院 杭州 310006

**摘要** [目的]探讨国家级名老中医葛琳仪教授从医 50 年来的临床经验和辨证思维。[方法]随师侍诊,选取四则葛老临床诊治医案,从不同的角度体现葛老的临证思维。[结果]四则医案体现了葛老临床诊治中,融辨体质、辨病、辨证为一体,因人、因时、因地实施辨治;在遣方选药上,匠心化裁,以用药简练,轻重有度为特点,力求法捷效速。[结论]葛老临床经验丰富,临床上以擅治呼吸系统与消化系统疾病及疑难杂症而著称,其临床辨证思维及遣方用药独到之处,值得我们深刻体会与学习。

**关键词** :医案;专家经验;葛琳仪

中图分类号 R452 文献标识码 A 文章编号 1005-5509(2013)01-0020-02

**Pro. Ge Linyi's Four Medical Cases** Yuan Xiao, Wei Jiaping, Jiang Ning, et al *Zhejiang Provincial Hospital of TCM, Hangzhou(310006)*

**Abstract** [Objective] To study and carry forward national famous old doctor of TCM Pro. Ge Linyi's rich clinical experience and clinical thinking accumulated for 50 years. [Methods] The author studies from Pro. Ge and selects four cases to reflect the clinical thinking from different perspectives. [Results] The four cases reflect that combining the differentiation of physique, disease and symptoms together in treating disease depends on different persons, different places and different time; In prescription, Pro. Ge strives to act rapidly with the succinct feature. [Conclusion] Pro. Ge is well known in treating respiratory system and digestive system diseases and difficult miscellaneous diseases. Her clinical thinking and herbal prescription for one's own knack in, is worthy of our deep experience and learning.

**Key words**: medical cases; expert experience; Ge Linyi

葛琳仪主任医师系国家级名老中医,享受国务院特殊津贴;1962年毕业于上海中医学院,悬壶50余载,积累了丰富的临床经验。笔者有幸随师侍诊,获益匪浅,现选取4则病案,以飨读者。

## 1 截断疗法治哮喘

患者,男性,68岁,反复咳、痰、喘20余年,近年咳嗽、咯痰不多,但气急胸闷明显,动则尤甚,夜间不能平卧。1998年5月28日就诊时诉近日因外感,咳嗽、咯痰增多,气急更为明显,纳差,大便艰行,见其气喘嘘嘘,呼多吸少,苔薄黄腻,质淡红、脉数。治拟清肺降气。方用清炙麻黄9g,生石膏<sup>(先煎)</sup>15g,光杏仁9g,浙贝母9g,炒苏子9g,葶苈子12g,白芥子9g,淡子芩15g,蒲公英15g,野荞麦根15g,七叶一枝花15g,姜半夏9g,陈皮6g。

服药7帖后复诊,咳嗽、咯痰仍然,但气急好转,大便2次/d,质烂,苔薄,脉细,再投清降之剂。清炙麻黄9g,光杏仁12g,炒苏子9g,葶苈12g,淡子芩15g,鱼腥草15g,七叶一枝花15g,沙氏鹿茸草15g,款冬花9g,炙紫菀9g,野百合9g,蒸百部9g,露蜂房15g。

此方连服14贴,咳嗽、咯痰显减,气急亦十去六七,继拟清补之剂善调其后。

按:喘证可出现在许多急慢性疾病过程中,有的则可反复发作,逐渐加重,葛老强调临证时当明辨新久虚实,推崇张景岳的观点:“气喘之病,……欲辨之者,亦惟二证而已,所谓二证者,一曰实喘,一曰虚喘也,此二证相反,不可混也。实喘者有邪,邪气实也,虚喘者无邪,元气虚也。实喘者,气长而有余,虚喘者,气短而不续。……”在治疗辨证明确之新喘实喘或素有久喘、复感新邪、引动宿疾时,葛老主张采取果断措施,快速控制病情发展,不致演变成久喘、虚喘,即所谓“截断疗法”,使疾病控制在萌芽状态,不再进一步发展迁延。究其实喘的成因,多由于外邪侵袭,内合于肺,肺气壅塞,郁而化热,或素有痰饮宿疾,日久化热,痰热内蕴,外邪引发,肺气被遏,清肃失司,喘证成也。

治疗喘证患者,葛老擅长运用麻黄一药。虽然古人有“有汗用桂枝,无汗用麻黄。”之明训,一般认为凡汗出者均忌用麻黄,南方夏月尤不用。但临床上,有时病人气喘明显时,亦可伴汗出,且喘愈剧则汗愈多,葛老认为,此时当以平喘为先,而麻黄是一味平喘的良药,就是夏天喘作时亦不必忌麻黄。《伤寒论·辨太阳病脉证并治法第六》中指出:“……汗出而喘无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”这更明确了喘证患

者,即使“汗出而喘”亦可用麻黄。只是要注重药物的相互配伍,麻黄配石膏,则汗出不忌麻黄,无大汗不忌石膏;生麻黄配桂枝则发汗力强,炙麻黄配石膏发汗作用弱,在此用麻黄,不在取其发汗之功,重在用其平喘之力。

## 2 温肾补阴疗久喘

患者,女性,56岁,1998年12月10日就诊,咳嗽、咯痰、气急反复五年余,前经治疗,目前症状缓解,唯感腰酸乏力肢楚、足跟疼痛,葛老给予膏药缓图:生熟地<sup>各</sup>150g,淮山药200g,丹皮150g,泽泻150g,枸杞子150g,制玉竹150g,杜仲150g,川断150g,狗脊150g,补骨脂150g,菟丝子150g,制首乌100g,制黄精150g,猪茯苓<sup>各</sup>100g,炒白术150g,潞党参200g,清炙芪200g,防风150g,炙升麻100g,野百合100g,百部100g,紫菀150g,款冬150g,杏仁150g,象贝150g,川朴100g,广木香90g,枳壳150g,青陈皮<sup>各</sup>90g,炒米仁200g,红枣250g,另加阿胶250g,白文冰250g,上等黄酒半斤收膏用。每日早晚一匙开水冲服。患者1999年11月再次来诊,述去年服膏滋药后,外感次数明显减少,因而咳嗽、咯痰、气急等症大为减轻,要求再服。

按:此例喘证患者,病已五载,年近花甲,就诊时以肾虚为主要表现,故葛老处方以六味地黄汤意为主,增入多味温肾补阴之品,以冀“阳中求阴,阴中求阳”,使阴平阳秘,同时久喘患者,肺脾肾三脏俱虚,肺虚卫外不固,则易受外邪,脾虚不能健运,故湿聚痰生,肾虚气不摄纳,气急动则更甚。因而葛老在侧重补肾的基础上,投入参苓白术、玉屏风之意,平补肺脾,更配合化痰止咳之品以治喘证,用时也考虑到动静结合,在大剂补药中,适当加入川朴、枳壳、木香、青陈皮等理气之品,以防碍胃。

葛老经过几十年的临床实践,认为治疗久喘虚喘的患者,除在症状严重时,辨证施治投以不同的药物治疗,在冬、夏两季是治疗的最佳时机。“夏三月,此为蕃秀,天地气交,万物华实。……冬三月,此为闭藏,水冰地坼。……所以圣人春夏养阳,秋冬养阴,以从其根,故与万物沉浮于生长之门。”<sup>[1]</sup>夏季是一年中机体生长更新的旺盛时期,因而葛老在“三伏”时节治疗喘证缓解期的患者时,投以温肾纳气的补骨脂、仙茅、仙灵脾、枸杞子、玉竹等品,以“冬病夏治”,往往能收到事半功倍之效。同时,冬主藏精,结合人们冬季习惯进补的风俗,对素有喘证的患者,在“三九”时节,症状

缓解期,投以大剂量的熟地、黄精、玉竹、首乌、枸杞子、补骨脂、仙灵脾等养阴温肾之品,佐以平喘之味,制成膏滋药,或以人参、蛤蚧、冬虫夏草、七叶一枝花等焙干研粉,每日早晚适量服用,使患者肾固体健,来年春天喘证的发作可大为减少,甚至不发。

## 3 补肾豁痰治疝瘕

患者,男性,32岁,自诉近1年余来感腰脊酸痛,以夜间卧床时更为明显,不能转侧,晨起活动后好转,但不能提重物,伴精神不振,纳便尚可,但无发热,口不渴,西医诊断为“强直性脊柱炎”,因患者惧怕西药强的松和免疫抑制剂的副作用而求诊于葛老,当时察舌质红、苔薄,脉缓,第7胸椎至第2腰椎压痛,局部无红肿、畸形。拟益肾补督,温经通络,药投:大生地15g,淮山药12g,芋肉9g,泽泻15g,丹皮15g,杜仲20g,狗脊15g,鹿角胶30g,龟板膏30g,制川草乌<sup>各</sup>12g,细辛3g,水蛭粉<sup>各</sup>10g,蜈蚣2条,青陈皮<sup>各</sup>9g,白花蛇舌草15g。

7d后复诊,述药后症状无明显缓解,舌脉如前,拟原意加入豁痰之品:大生地20g,淮山药15g,杜仲12g,陈胆星9g,石菖蒲9g,桑白皮15g,人参叶15g,细辛3g,白花蛇舌草15g,制川草乌<sup>各</sup>6g,白芥子6g。服药7帖,症状有所改善,苔薄,质红,脉缓,拟原方出入:大生地20g,淮山药15g,枸杞子15g,制玉竹15g,当归15g,丹参15g,杜仲12g,陈胆星9g,石菖蒲9g,白芥子6g,鲜石斛<sup>先煎</sup>15g。上方服后,腰背酸痛明显改善,效不更方,守方再服,共服药30余天,诸症悉除。

按:强直性脊柱炎,中医称之为疝瘕,对于瘕证的成因认为:“皆因体虚、腠理空疏,受风寒湿气而成瘕也”<sup>[2]</sup>。患者以腰脊酸痛为主,说明属肾虚督亏,但局部不红,无发热,口不渴,提示热邪不盛,痛处固定,则风邪不盛,痛不在下肢关节,无肿胀,因而湿邪亦不盛。但前投益肾补督之品,症状缓解不明显。《医贯》曰:“肾虚不能制水,洪水泛滥为痰……”。李时珍也云:“肾主水,凝则为痰饮,溢则为肿胀”,葛老在复诊时考虑到患者腰脊酸痛,除肾亏督脉空虚外,尚有痰浊阻于筋脉之因,故在原方基础上,加入豁痰之陈胆星、石菖蒲、白芥子,由于辨证正确,因药恰当,故药后症状显减。

## 3 补理结合愈久泻

患者,女性,64岁,患“溃疡性结肠炎”2年余,前

(下转第24页)

经》云：“饮食自倍，肠胃乃伤”，“勿使过之，伤其正也”。实则沈师尤重胃气，损谷即是保胃气的好方法，适当减少食量，水谷之腑以通为用，以降为顺。胃主受纳，肠主传化，生化有源，出入有序，不使壅滞成病。《千金方》曰：“善养性者，先饥而食，先渴而饮，食欲数而少，不欲顿而多。则难消也。常欲令如饱中饥，饥中饱耳。”民间有“要想小儿安，三分饥与寒”之说，对所有人都适用。

#### 4 验案举例

患者，男，69岁。于2011年10月19日杭州市一医院体检时发现CA199升高至331U·mL<sup>-1</sup>，10月24日于浙二医院复查CA199为348.2U·mL<sup>-1</sup>。上腹部CT示：胰腺尾部肿块，肿瘤考虑，脾脏低密度影。遂于11月10日全麻下行胰体尾癌根治术，术后病理示：胰中分化腺癌，断端切缘阴性，胰周淋巴结0/6阴性，脾未见明确癌细胞浸润。术后已行吉西他滨（健择针）1.2g 静滴化疗4次，复查CA199降至12.7U·mL<sup>-1</sup>。考虑到年近70岁，恐不能耐受化疗，故于2012年1月10日初诊。患者上腹部偶有隐痛持续10多分钟，胃纳可，夜寐差，思虑重，大便1~2d/次，质软，舌淡黯有少许裂纹，舌根苔白腻，脉来弦滑，治从和解，予小柴胡汤合理气通腑之品：柴胡12g，黄芩12g，太子参24g，半夏12g，干姜6g，仙灵脾15g，仙鹤草30g，天花粉30g，厚朴15g，枳实15g，大枣30g，14帖。期间行化疗2次。二诊诉头晕，腹痛似无，纳可寐安，大便调。舌淡苔薄白，脉弦滑，方用小柴胡汤加减，于上方减仙

灵脾、仙鹤草、大枣，加肉苁蓉15g，巴戟天15g，蛇六谷30g，生麦芽30g。期间行化疗2次。三诊诉大便偏干，晨起咽干而痛，动则汗出，舌淡苔左腻，脉弦滑，方用小柴胡合栀子豉汤加减。此后一直以小柴胡汤为基本方，化疗期间配合中药治疗，化疗12次期间无明显胃肠道反应和骨髓抑制，病情稳定，精神转佳。术后复查至今1年有余，指标正常。

**4.2 榘语** 胰腺癌属于中医“伏梁”范畴，沈师认为其多因七情郁结或饮食失调，久而肝脾受损，脏腑失和，脾失健运，湿热内蕴，而致痰毒内结。本病中焦失衡是关键，尤重中焦气机通畅，特别是有湿热之象而正未大虚之时，力避滋腻碍胃、攻伐伤正之品。

沈师对各种常见恶性肿瘤的诊疗有丰富经验，尤其擅长胰腺癌、卵巢癌、脑肿瘤及放化疗后复发性口腔溃疡的治疗，深得患者信任和好评。

参考文献：

- [1] 任函承,沈敏鹤.沈敏鹤主任医师适时调五脏治疗肿瘤学术思想简介[J].新中医,2010,4(8):162-163.
- [2] 林胜友,沈敏鹤,蓝继,等.780例大肠癌中医证候与生存期的相关性分析[J].中医杂志,2012,53(5):410-412.
- [3] 沈敏鹤,阮善明,陆宁,等.基于益气养阴法治疗肺癌的科学性探讨[J].中华中医药学刊,2009,27(2):254-256.
- [4] 林红,阮善明,郑丽萍,等.沈敏鹤从三焦辨治肿瘤临床经验[J].上海中医药杂志,2011,45(7):10-12.
- [5] 林胜友,沈敏鹤,舒静娜.780例大肠癌中医证型分类特征的回顾性分析[J].浙江中医药大学学报,2011,35(3):322-324.

(收稿日期 2012-11-26)

(上接第21页)

经中西药治疗，效果不显而求诊于葛老，当时诉腹痛则欲便，便下稀、暗红色血，解3~4次/d，胃纳尚可，小便无殊，夜寐尚可，但因怕腹泻，故只能吃无渣素食，致体重下降，精神软弱，察舌淡红，苔薄黄，脉细，拟清化下焦湿热，佐以抑肝，药用：川连6g，广木香9g，淡芩炭12g，柴胡12g，炒白术9g，炒白芍9g，防风9g，陈皮6g，当归12g，石榴皮9g，地榆15g，侧柏炭12g，炒枳壳15g。1d后复诊，诉仍腹痛，痛则大便，便下暗红色稀便，有时血色鲜红，苔薄，脉细，拟健脾理气合用：太子参15g，炒白术9g，赤白芍各15g，黄柏9g，知母9g，川楝子15g，槟榔12g，当归15g，槐米9g，樛木30g，紫珠草9g，淡芩炭9g。服药10d后复诊，诉药后便血已止，但大便不畅，左小腹隐痛，舌脉同前，原方出入：太子参15g，炒白术9g，蒲黄<sup>包</sup>12g，槟榔

9g，玄胡15g，蒲公英15g，紫珠草30g，樛木30g，广木香9g，炒枳壳12g，淡芩炭12g，全瓜蒌15g。14帖药服后，家属来诉，药后症状明显改善，大便1~2次/d，无便血，小腹有时有针刺感觉，余均可，原方加减，善调其后。

按：患者诉便前腹痛，便下血便，前投香连丸，痛泻要方效不显，复诊时葛老考虑到患者病已两载，脾气损伤，气虚致气滞，故采用益气健脾与理气导滞相结合的方法，使补中有疏，利中有补，则肠道气畅血和，便血腹痛自止。

参考文献：

- [1] 黄帝内经素问[M].北京：人民卫生出版社，2012:6-10.
- [2] 浙江省中医研究所文献组，湖州中医院.重订严氏济生方[M].北京：人民卫生出版社，1980:48-49.

(收稿日期 2012-10-26)