

明显改善。诊见：身热口渴，身目俱黄，胸闷多痰，脘腹痞痛，恶心厌油，大便结，尿黄短，苔厚黄腻，脉滑数。中医诊断：黄疸，内伤发热；证属痰热互结。治宜清热涤痰，疏肝理气，方用小陷胸汤加味。处方：瓜蒌 30 g，半夏 9 g，黄芩 15 g，赤芍 10 g，制大黄 6 g，茵陈 20 g，黄连、枳壳、柴胡、甘草各 6 g。每天 1 剂，水煎，分 2 次服。5 天后热退，全身黄疸减轻，纳食仍欠佳。原方加山楂 15 g，鸡内金 10 g，续服 7 剂。黄疸基本消退，体温正常，食欲好转，肝功能恢复。病情稳定，回家调养。随访 1 月，病情无复发。

按：发黄腹满者，仲景主以茵陈蒿汤治疗。但本案患者身目俱黄，非单纯腹满，乃心下痞痛。《伤寒论》云：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”本案属痰热结滞中上焦，气分痹阻所致。热盛迫蒸肝胆，胆汁外溢肌肤导致黄疸；痰热内郁，正邪交争故高热；邪热内陷，与痰相结，停于心下而脘腹痞痛；痰多苔厚黄腻、脉滑数等为痰热内蕴之象。因药中病机，故收效颇佳。

(责任编辑：冯天保)

钱静华教授运用化湿法临证治验举隅

胡密密¹，柳明明¹，钱静华²

1. 浙江中医药大学，浙江 杭州 310053；2. 浙江中医药大学附属嘉兴中医院，浙江 嘉兴 314000

[关键词] 化湿法；名医经验；医案；钱静华

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 12-0236-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.109

钱静华，浙江中医药大学硕士研究生导师，主任中医师，从事中西医结合临床 20 多年，擅长用化湿法治疗临床诸证，疗效颇佳。笔者有幸跟师学习，感其遣药灵活，方简效专，受益匪浅。兹将其辨证思路与用药经验总结如下，以资借鉴。

1 温阳化湿法治疗胃病

慢性胃炎属中医学胃痞范畴，病因主要有外邪客胃、饮食不节、情志不畅、脾胃虚弱等，但临床不乏因寒而致病者。《兰室秘藏·中满腹胀》云：“或多食寒凉，及脾胃久虚之人，胃中寒则胀满，或脏寒生满病。”总之，不论饮食所伤，或久病脾胃受损，或肾阳不足均可致脾胃虚弱，中焦虚寒，健运失职，气机不利而发病。临床多见脘腹痞闷，食少纳呆，口淡不渴，口中黏腻，大便溏泄，或头身困重，或怯寒，或腹痛肠鸣，或恶心呕吐，舌淡胖、苔白腻，脉沉细或濡缓。

例 1：李某，男，46 岁，于 2013 年 10 月 17 日因脘腹痞闷来诊。既往体质一般，有慢性胃炎病史。近则食后脘腹腹胀，自觉口淡无味，口中黏腻感，食少，大便溏，每天 1 次，身体倦怠，手脚自感发凉，舌淡胖、苔白腻，脉濡缓。中医诊断：胃痞，证型属脾胃虚寒、湿滞中焦。治宜温阳健脾化湿。

处方：附子 3 g，干姜 12 g，党参、薏苡仁各 20 g，黄芪、炒山药、炒白术、茯苓、炒苍术、焦六曲各 15 g，厚朴、陈皮、红枣各 10 g，砂仁(后下)5 g，桂枝、甘草各 6 g。14 剂，每天 1 剂，水煎 400 mL，分早晚 2 次温服。复诊：诸症好转，稍感怯寒，舌苔逐渐正常。去附子、厚朴、砂仁，加仙茅 10 g，淫羊藿各 12 g，守原法兼温补肾阳，继服 1 月余以巩固疗效。随访至今未再复发。

按：《临证指南医案》云：“太阴湿土得阳始运。”钱老在治疗中阳不振、湿邪阻遏之胃痞时，常用附子、干姜、桂枝等振奋脾阳；配伍党参、黄芪、山药、白术、茯苓、白扁豆、薏苡仁、砂仁等健脾化湿药，使中焦阳气斡旋，三焦气化恢复；佐以厚朴、陈皮等理气药以行气除闷，补而不滞，意在更好地发挥君药温阳健脾的作用。此证胃痞日久，脾阳不振，必累及下焦而致肾阳虚，故加用仙茅、淫羊藿温补肾阳之品收功。

2 芳香化湿法治疗湿温病

湿温病是由湿热病邪交争，热蕴湿中之外感热病。薛生白曰：“太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿

[收稿日期] 2014-06-10

[作者简介] 胡密密 (1988-)，女，硕士研究生，研究方向：中医药预防呼吸疾病。

[通讯作者] 钱静华，E-mail: qianjinghua2006@163.com。

热。”说明其发病与脾胃功能失常密切相关。湿为长夏主气，性黏滞，易阻遏气机，困遏脾阳，易与热邪杂合。故湿温病的主要病机为脾胃受伤，湿邪内蕴，再感湿热病邪，内外相引而为病。以身热不扬、身重肢倦、胸脘痞闷为主要表现。治疗宜芳香化湿。

例2：李某，男，27岁，2013年8月3日因周身不适就诊。既往体健。症见发热(T38℃)，午后尤甚，恶寒少汗，头身困重，胸闷脘痞，纳呆腹胀，口不渴，大便稀，舌苔白厚腻，脉濡缓。查血常规、大便常规均正常。中医诊断：湿温病，证型属湿重于热(湿遏卫气)。治以辛温宣透、芳香化湿。处方：藿香、佩兰、薏苡仁、茯苓各15g，猪苓、苦杏仁、淡豆豉、姜半夏、厚朴各10g，白豆蔻(后下)5g。7剂，每天1剂，水煎400mL，分早晚2次温服。二诊：服前方后热势逐渐下降(T37.3℃)，恶寒轻，纳渐佳，精神好转，头身困重、胸闷、脘痞明显减轻，苔薄白腻，脉濡。继守上方续服7剂。三诊：热退，食欲正常，精神可，大便成形，苔薄白，脉和缓。遂以益气健脾调理善后，方用四君子汤加味。处方：党参20g，炒白术、黄芪、焦三仙各15g，茯苓、姜半夏、陈皮各10g，炙甘草6g。再服7剂，随访未再复发。

按：外感湿热病邪，郁遏卫阳，故发热，恶寒少汗；内外合邪，湿中蕴热，热处湿中，午后湿热交蒸较甚，则午后热甚；湿邪内阻，清阳不升，气机不宣，故头身困重，口不渴，胸闷脘痞，纳呆，大便稀；舌苔厚腻，脉濡缓均系湿邪内阻之征。钱老师在治疗本证时，忌用苦寒药以免伤胃气，首选藿香、佩兰、白豆蔻等芳香化湿药，此类药物辛香温燥，可调畅气机，宣化湿浊；并以益气健脾调理善后，使脾胃恢复其生理功能，故疗效较好。

3 健脾化湿法治疗不寐

清·林佩琴《类证治裁·不寐论治》云：“阳气自动而之静，则寐；阴气自静而动，则寤。”可见，人的正常睡眠机制，是阴阳之气自然而有规律的转化结果，这种规律一旦被破坏就可导致不寐。临床上湿浊扰心者日益多见，其病机为忧思伤脾，脾虚运化失司，湿浊内生，上扰心神，导致心神不安，神不守舍，心阳不能由动转静而致不寐。临床上患者多表现为心脾两虚，治疗宜健脾化湿。

例3：祖某，女，36岁，2013年7月8日初诊。反复不寐1年余。患者自1年前出现难以入眠，睡眠时多梦易醒，醒后难以入睡。一直按西医常规治疗，时好时坏，反复发作，痛苦不堪。诊见：虚烦不能眠，多梦，心悸，晨起头晕，面色少华，纳呆便溏，舌红、苔白厚腻，脉濡。中医诊断：不寐，证属心脾两虚夹湿。方用归脾汤加味。处方：党参、黄芪、白术、炒苍术各15g，茯苓、酸枣仁、当归、龙眼肉、生姜、石菖蒲、姜半夏、红枣各10g，木香、炙甘草、远志各6g，合欢皮30g，黄连3g。14剂，每天1剂，水煎400mL，

分早晚2次温服。二诊：诸症除，嘱其服用归脾丸1月，以巩固疗效，并嘱患者养成良好的生活作息习惯。随访至今未复发。

按：患者工作压力大，忧思伤脾，且饮食不节，致脾胃受伤。脾伤则食少，化源不足，营血亏虚则心失所养，导致心神不安、心悸、不寐；气血亏虚不能上养头面故头晕、面色苍白；脾虚运化失司，水湿内生，湿困脾胃，则见纳呆、神倦、便溏、苔白厚腻。该病之因为忧，而病之本为脾虚、心血不足，病之标为痰湿。若见湿盛则化痰除湿，则易耗气伤津；若但见不寐虚烦，就治以滋阴安神，则神越不安，因为滋阴太过、易滋腻生湿。故以归脾汤补养心脾以固本；配合石菖蒲芳香化湿、开窍宁神；合欢皮安神解郁；黄连清热宁心；炒苍术燥湿健脾；姜半夏和胃气，化痰降浊。诸药合用，共奏健脾益气，化湿降浊安神之效。钱老师认为，治疗不寐除用药物之外，还需注意患者的精神因素，劝其静心除烦，消除思想顾虑，避免情绪激动，加强体育锻炼，增强体质，睡前不饮酒和浓茶等，养成良好的生活作息习惯也很重要。

4 苦寒化湿法治疗黄带

《傅青主女科·黄带下》云：“夫黄带乃任脉之湿热也。”其病缠绵难愈，多反复发作。现代医学的各类阴道炎、盆腔炎、宫颈炎等都可带下量多。其病机为湿邪内侵，蕴而化热，湿热下注，伤及任、带，任脉不固，带脉失约，以致秽浊下流。临床症状以带下量多，色黄或呈脓性，质粘稠，有臭气，阴痒等为主。治疗宜清热燥湿止带。

例4：张某，女，30岁，2013年9月10日因带下量多1月就诊。既往体质一般。患者近1月来，白带量多，色黄如脓，有秽臭气，阴中瘙痒，小便黄赤，舌红、苔黄，脉象滑数。中医诊断：带下病，证型湿热下注。治以苦寒化湿。处方：黄柏15g，苦参、苍术、车前子(包煎)、泽泻、牛膝、地肤子、土茯苓各10g，椿皮、焦栀子、甘草各6g。5剂，水煎400mL，分早晚2次温服。二诊：白带明显减少，色淡，臭减，阴不痒，小便淡黄，苔黄，脉略数。守原法清热燥湿兼健脾补肾，去椿皮、苦参、地肤子、土茯苓，加山药、炒白术各15g，山茱萸、芡实各10g。续服7剂，带下基本正常，收效理想。

按：钱老师认为，此证属湿邪内侵，蕴而生热，湿热下注，损伤任带，以致秽浊下流，出现带下如脓、有秽臭、伴阴痒、小便黄赤等症。故以黄柏、椿皮、苦参清热燥湿；栀子、泽泻、车前子清热利湿；地肤子、苍术、土茯苓除湿止痒；牛膝引药下行；甘草缓急，调和诸药。诸药合用，湿热得清，带下亦除。复诊加山药、山茱萸补益肝肾；芡实、炒白术健脾化湿，意在辅助正气而善后。

(责任编辑：冯天保)