

医案医话

脾虚辨治一得

北京医学院第一附属医院中医科 杨承进 王德英

脾虚当健，为医皆知，用方以四君子汤为主。然当脾胃虚极，纳化无能，湿滞中阻，是健脾为先？抑祛湿为先？或二者兼施？笔者辨治一例重度脾胃虚弱，湿滞中阻患者，疗效较为满意，不揣冒昧作为临证一得，请教于同道。

孟××，男，49岁，干部，病历号761942。

患者因1971~1973年间精神受刺激，加以吃梨过多，乃出现脘腹饱胀，胸胁满闷，似有物压迫之感，欲大扩胸后方快，呃逆频作，纳食减少，身体日趋消瘦，1974年4月因体力不支而全休。遂先后到北京市×院及我院行针灸和新医疗法治疗，病无转机。乃又就诊于××研究院，×××中医院及本单位医务所，亦均罔效。病情日益加重，生活因而不能自理，纳食显减，整日无饥渴之感，食量从病前每日1斤1两，减至每日勉强进1~2两，形体益加消瘦，体重由健康时126斤下降到80斤，终至卧床不起，全依家人照顾。于1975年9月住入北京市×院诊治，其间行消化道造影，除胃下垂外，未见器质性病变，经中西医结合治疗月余，病情仍未获改善。乃于1976年5月转我院内科诊治，又行全消化道造影，并进行胃液分析、十二指肠引流、胃脱落细胞、四环素荧光试验、肝扫描、¹³¹碘、纤维胃镜、乙状镜等多种检查，除消化道造影表现胃下垂，纤维胃镜示浅表性胃炎外，余均未见异常。最后消化组讨论明确诊断为“胃肠神经官能症”、“慢性浅表性胃炎”、“胃下垂”。并于1976年6月22日收入我院内科家庭病房诊治，西药只能每日静点葡萄糖维持生命，故同时请我科会诊服中药治疗。

1976年6月22日初诊，病家由其妻和女儿搀扶来诊，形体极度羸弱，面色萎黄无华，语声低微。自诉病已二年有余，经多处治疗无效，脘腹饱胀，胸胁苦满，呃逆频作，纳呆，口干且苦，不欲饮水，大便量少不爽，2~3天一行，小便亦少。察舌苔满布、厚腻微黄，舌质紫暗，脉濡。四诊合参，乃诊为肝郁气滞，脾虚湿阻，拟疏肝行滞，化湿和中为治。因郁怒伤肝，气滞不舒，横逆乘土，加以饮食不节，脾土受伤，以致运化无能，湿滞中阻，首当化湿和中，培健中土。方以平胃散加芳香化湿之品，气滞日久，血必有瘀，故稍佐活血之品。

处方：青陈皮各10克，厚朴12克，姜半夏、苍术、焦槟榔各12克，生苡仁30克，醋柴胡、马尾连、藿香、佩兰各10克，当归15克，桃仁10克，郁李仁10克。

进上方5剂后，自述症状稍减，纳食略增。继之，未见来诊，询问后方知因主管家庭病房之西医主张应以扶正为主，而观方中又无一味补益之品，乃改延院外中医诊治，服以人参、黄芪、熟地、阿胶甘温滋补方共23剂，服后患者胃脘饱胀更甚，食量益减，后因出现烦躁不寐、鼻衄而停服。1976年9月初又来余处诊治，视苔黄腻，舌质暗红，知因参芪甘温壅滞助热所致，便于首方中入川连、蒲公英、通草以增清热祛湿之功。连续服药一月，诸症显减，食量增至每日4~5两。继续治疗至1977年6月中旬，因余外出学习而中断。一年后，因其病又复重，则再次来诊，仍遵前法拟方。

处方：醋柴胡 10 克，苏梗叶各 10 克，法半夏 10 克，厚朴 15 克，云茯苓 30 克，菖蒲 12 克，远志 10 克，竹茹 10 克，焦山查 15 克，炒鸡内金 10 克，当归 10 克，合欢皮 30 克。

以上方增损治疗 2 月余，约服药 60 剂，诸症大减，食量每日 5~6 两，兼进牛奶一磅。因病情不甚稳定，为巩固其效和进一步诊查，于 1978 年 9 月 24 日收住我中医病房，复行上消化道造影及基础代谢等检查，仍未发现器质性疾患。入院初因患者便少不爽，则以大黄煎剂通便，致腹泻日数行，病情又趋加重，经科会诊讨论，分析腹泻原因为大黄苦寒伤脾所致，乃停用苦寒通便之剂，继以门诊用方加减治疗。

经住院调治两月，病情基本稳定，于同年 11 月 30 日出院。此后间断来门诊服药，并自行气功调理。近追访患者已停药近 3 年，纳食和体重也皆复如病前。因其妻患肺结核空洞，故除参加工作外，尚挑起家务之重担。

体 会

1. 脾虚湿滞，当先祛湿，不可先补。脾主运化，脾虚之极，运化无权，精反为湿，阻滞于中。此时胃气受阻不能纳食，自然补剂难

以接受。且湿邪易于化热，温补则可壅滞助湿化热，滋补则使湿浊益盛，故对前人“误补益疾”之说值得重视。本例曾服人参、黄芪等补益之剂，不但病势不减，反致加重，其因就在于此。

2. 脾虚由于肝乘，不忘抑木扶土。叶天士说：“纳食主胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降则和”(《临证指南医案·脾胃》)。然脾升胃降之机，与肝木之疏泄功能正常与否甚为密切。肝木之气太过，则脾胃受制；脾虚胃弱，可使木来乘侮。故对脾虚由于肝乘者，不忘抑木以扶土，肝气得平，则有利于脾土复运，胃气得和。此即笔者于祛湿和中剂中佐入疏肝之品的意思。

3. 脾虚湿滞，不可攻下。湿为阴邪，其性粘滞，湿邪阻滞脾胃，每见大便溏滞不爽，此乃湿邪阻滞，气机不畅之故，与阳明燥实迥然不同，故不可纯用峻下猛攻之品。因湿邪粘滞非一致可下，若单纯重用大黄等苦寒攻下剂，惟湿不能去，反使已伤之脾胃益损，轻者使病情复重，重者则致脾气下陷，而成泄利不止之证。正如吴鞠通云：“下之则洞泄”(《温病条辨·湿温、寒湿篇》)。这亦是本例患者治疗中的教训。

丹皮酚霜治疗湿疹类皮肤病 40 例临床小结

安徽省立医院皮肤科 唐鸿珊 高银花 卫广英

我科于 1982 年试用 5% 丹皮酚霜治疗湿疹类皮肤病取得一定疗效，现将有随访的 40 例报道如下：

一、一般资料：本组湿疹类皮肤病包括局限性急性湿疹 27 例，脂溢性皮炎 10 例，接触性皮炎 2 例，神经性皮炎 1 例；男性 16 例，女性 24 例；最小年龄 1 个月，最大年龄 46 岁；病程 3 天至 3 年，大多数病例病程不满 1 个月。

二、方法与结果：用丹皮酚霜外涂局部皮损处，每天 2 次，不加用任何内服药或其他外用药。本品系用中药牡丹皮加工提取而制成的白色微黄霜剂，是一种非激素类抗过敏制剂。我科应用的丹皮酚霜由安徽

医药研究所提供。

三、疗效标准及结果：皮疹完全消退，痒消失者为痊愈；皮疹大部消退，痒明显减轻者为显效；皮疹稍退痒略减轻者为好转；用药 5 天以上皮损无任何改善者为无效。27 例急性湿疹用药 2~20 天，结果 8 例痊愈，5 例显效，6 例好转，8 例无效。10 例脂溢性皮炎用药 5~14 天，结果 2 例痊愈，6 例好转，2 例无效；2 例接触性皮炎用药 3~5 天，1 例痊愈，1 例无效；1 例神经性皮炎用药半月无效。

有效病例中 4 例停药数天后皮疹复发，另有 2 例用药 2 天局部出现潮红、发痒和灼热而停药。