

带教医案实录

DAIJIAO YI'AN SHILU



人民军医出版社

主编

桑希生





带教医案实录

DAIJIAO YI'AN SHILU



帐号: 31840297
密码: 2001128

ISBN 978-7-5091-3335-4



9 787509 133354 >

- ▶ 策划编辑 于 哲
- ▶ 封面设计 龙 岩
- ▶ 销售分类 中医临床

定价: 49.00元

本书为跨媒体智能图书
可凭账号、密码上网免费阅读
网址: <http://ebook.pmp.com.cn>

带教医案实录

DAIJIAO YIAN SHILU

主 编 桑希生
编 者 包大鹏 庄富强 刘鲲鹏
张明明 张春晓 桑希生
梁 炜 温海霞 车长虹

R24

S034



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

带教医案实录/桑希生主编. —北京:人民军医出版社,2010.3
ISBN 978-7-5091-3335-4

I. ①带… II. ①桑… III. ①中医内科-医案-汇编 IV. ①R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 229263 号

策划编辑:于 哲 文字编辑:贡书君 责任审读:余满松

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290; (010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8052

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:22.5 字数:420 千字

版、印次:2010 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3500

定价:49.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换



【 内 容 提 要 】

本书是作者在发掘、整理和弘扬祖国医学的基础上,汲取当代新经验、新理论、新观点,结合临床行医、带教的多年经验编写、整理而成,突出了临床实用性和中医辨证思维。全书以内科疾病为主,兼顾妇科、儿科,每个病例皆阐述了其病史、辨证、诊治经过,按语部分揭示了遣方用药的心得和独到的见解。本书是一部很有价值的中医内科参考书,可供内科医、教、研专业人员、广大基层医务工作者及中医爱好者、中医自学者阅读参考。

【 前 言 】

伤寒有六经三阳三阴之法；温病有三焦卫气营血之辨；内伤之治，当以脏腑经络为纲，气血精分为目，自是古人心法。内伤者，伤损于内。杂病者，百千万端，自各成病。内伤之原由，多因时气杂感而起。时气杂感虽为小邪轻病，却易伏留而成内伤杂病诸端。仲景云：“大邪中表，小邪中里。”虽为小邪，入里伏留，与正搏结，或虚或损，夹杂邪气，久成内伤，迁延不治，易成积聚，病若至此，已属难治。

古来医家论外感者为多，尤以伤寒、温病为典范。论内伤者少而杂乱，尤其是今人多以伤寒、温病概括内伤，混淆内伤、外感之界限，并以辨证施治统领诊治全局，沿至今日，中医学对内伤的基础理论研究，尤其是对内伤病的始动环节——辨病分病未有深入的认识与发展。外感重邪气，内伤重正气，自是阴阳之辨。当今之士，诊治外感，不重邪气，不明传化，不论本气、复气、化气之变。不辨伤寒或中风，却言表虚或表实；病无发斑，而言温邪。至于内伤，不探其因，以情志不遂，饮食不节，起居失常统以概之，语不中的，未言其本。不言偏邪伏邪，不分脏腑经络。诊脉即言肾虚，见烦概称肝郁。伤寒太阴病，自利不渴；内伤脾阳虚，腹满便难。不知内伤之异于外感，何以把握阴阳，视死别生？

一家之言，立而不破，随意而发，即谓创新。《素问》云：“常有言于人者，必有厌于己。”此之谓也。趋世之士互为赞赏，实为泯国泯民之害，偶有评议之声，即被视为离经叛道。古人举金买谏，我等何如？

我学习中医已23年，困惑颇多，虽穷思尽智，也难尽其中之学。从为人子弟，到为人师，常惶恐在心，恐误人前途。尤其医学之术，实为难进。但几十年来，一直潜心钻研，孜孜不倦，并与我的学生乐于其中。授课之余，亦诊于堂，不求企踵权豪，愿为布衣保命。

我深知自己还有许多不足，然而看过许多今人医案，从原理上来说，觉得不切实际，有编造之迹；或很多医案，仅属个案，只论其效，对起效之因未能探及，

亦未总结归纳，并将其升华为理论。对初学中医的学生来说，不能真实反映临床实践。学生看完之后，但觉神奇，却不能心领神会，为己所用，故只叹其才秀，而拜退失己。

所以，本人医案，是从近3年的门诊病例中，以病症为名，抽出部分，如实列出。由于诊病较多，年诊万余，故临诊之时，病例记录不够细致，展示于人，却又不敢有不实之修饰，其效与不效如实记录。按语均由我的在读硕士生编写，虽不能完全阐明我的论点，却也由此验其所学。

中医质疑与批判不足，是其不能快速进步的主要原因。医生的诊疗是现实的，而非神奇的。有批判才有进步，故而出此书作为学生思考批判的试题，供初学者借鉴；并希望能抛砖引玉，为后学之砺。

桑希生

关于中医学的几个观点

1. 在内伤病为主的时代,伤寒学派与温病学派占据着临床学术的主流,这是很不正常的。一方面,说明内伤学的缺失,另一方面也说明很多学者没有跳出外感学说的束缚,没有认清内伤与外感的区别与联系。现代中医学要发展,就必须深入走向内伤学术研究之中,这是时代的要求。

2. 内伤学的基础理论需要大力发展,必须建立完善而深入的脏腑经络与气血精的生理与病理理论,以支撑内伤学的发展。

3. 内伤学必须建立完善的病因学说,以往的内伤病因学过于分散而且笼统,无法满足内伤学的需要。

4. 中医内伤学必须建立疾病诊断学。证候诊断学仅仅是一些基本阶段的病理。没有疾病诊断学,中医学便无法形成独立完善的内容集合,病因学、脏腑经络学等便无法深入发展,学生也无法学到完整的知识内容,也就无法将理论与临床密切结合起来。

5. 单纯的辨证论治是很困难的,在辨病基础上的辨证论治才是清晰、简约而有依据的。在辨病为先的基础上,四诊才更有价值。

6. 中医学发展,坚持自身的理论特点最为重要。中西医结合不应该以失去中医理论为代价,盲目地应用现代医学概念会导致中医学自身概念及理论的丢失。

7. 面对病人的求诊,应先予以诊断,辨有病无病,偶感不适便诊为疾病是不正确的。明确地诊断是诊疗方案的依据,也对治疗目标和预后有指导意义。不辨病与不病,不辨因何而病者,不可为医。

8. 内伤疾病的发生发展是有一定传变规律的,内科学中多将内伤疾病进行简单地分型,各型之间没有紧密的规律可循,这是不符合实际的。内伤学中证候的动态连续变化构成了整个的疾病过程。在这一过程中也伴随着病因学的变化。

9. 阴阳五行学说是古代哲学的观点,在具体病因病机或具体疾病理论中,应尽量摆脱宏观阴阳五行学说的限制。

10. 内伤学的疾病定位诊断应具体而准确,不可含糊其词。这样对病机的认

识才能更清楚,诊断才能更明确,疗效才会提高。

11. 内伤疾病应以核心病机以及疾病的提纲症状的好转为疗效判定的依据。比如:伤寒者从不言乏力的表现,因为乏力在伤寒病中是必然的,却不是提纲症状。

12. 中医学的脏腑经络体系与现代医学的解剖学虽然都以人体为研究对象,但两者在概念及内容上是不一致的,两者不可以画等号。

13. 内伤疾病的发展是缓慢的,因而病因病机更为复杂。病因病机为本,症状为标。处方用药急则治标,缓则治本。针对病因病机的用药处方,药味少、针对性强,这是经方的特点。抓不住核心病机而仅依据疾病症状进行组方会使处方繁杂无序,这是时方的特点。所以,依据病因病机进行组方,方可称为“上医”。

14. 内伤疾病,初期多以伤气为主,病机以气郁为多,继而可致气结,结则入血伤血;后期有不同的伤损之证出现,以精伤为主,在病机层次上则更深一层。故伤寒多死于汗、吐、下后,为阳气、阴气之脱。温病多死于发斑,为血气耗散。内伤多死于脏腑衰败,为精之竭。

15. 很多内伤病的病因为伏邪,是邪气伏留于内,缓发而致。伏邪是很难认清的,种类亦多,但其常与外感相引而发,这是其中的一个特点。

16. 很多内伤病是不可治愈的,“经损者难治”“邪气入脏者死”等是古人在临床上的认识。所以,虽然医者诊疗疾病的最终目标是治愈疾病,但对于尚不能治愈的疾病,医者应认清治疗目的和治疗能力,承认那些即使辨证准确也无法治愈的疾病,并从理论上明确不能将其根治的缘由。

17. 各种疾病都有最佳的诊疗手段,有适于西医诊疗的,有适于中西医结合的,有只适宜中医诊疗的;医者应尽量优化诊疗方案,不可仅仅囿于中医诊疗上。

18. 内伤疾病中往往用药时间较长,应慎重用药,注重药物的不良反应及毒性,应及时评价治疗过程中的得失,避免得不偿失的治疗。

19. 中医学与任何医学或其他科学一样,没有特殊的思维方式。只有一种,那就是正常的科学思维。我们应以科学的态度来对待中医学,用严谨的科学思维来思考、认识、研究中医学。

桑希生

【目 录】

一、脾风	1	二十三、特发性水肿	234
二、消渴病	19	二十四、小便不利	237
三、泄泻	39	二十五、尿血	246
四、便秘	51	二十六、小儿遗尿	252
五、胃痛	63	二十七、小便失禁	256
六、痞满	80	二十八、淋闭	259
七、不寐	89	二十九、癃闭	266
八、心痛	108	三十、腰痛	271
九、心悸	120	三十一、耳鸣、耳聋	278
十、心水病	143	三十二、健忘	286
十一、百合病	149	三十三、阳痿早泄	290
十二、胸痹	153	三十四、淋闭导致阳痿、早泄、 不育	296
十三、眩晕	173	三十五、不育症	298
十四、头痛	188	三十六、汗证	300
十五、中风	199	三十七、咳嗽	306
十六、胆胀	206	三十八、痰热咳嗽兼阳气不足	312
十七、石淋	216	三十九、哮喘	324
十八、血淋	218	四十、儿科哮喘	327
十九、热淋	222	四十一、喘证	334
二十、气淋	226	四十二、痛泻	341
二十一、劳淋	227		
二十二、水肿	228		

一、脾 风

本篇主要节选了乙肝的一些病例,同时也提及了丙肝、自身免疫性肝炎、酒精性肝炎、瘀胆性肝病等。

从“病毒性肝炎”典型的临床表现:乏力、腹胀、便溏,甚至发展为黄疸、鼓胀、痞气来看,应定位在中医的脾脏,而不是中医的肝脏。而从中医理论来看,肝炎毒性符合中医风邪的特点。主要表现为:①属一种外来的邪气,通过各种途径入血,在血中伏留,符合风伤血的特征;②属偏风之邪,偏入脾脏,符合脾风的致病特征;③邪气致病多不是直接伤脏,而是由其所化之气(化气为燥,复气为瘀)而伤,符合小邪入里渐成内伤的特征;④发病形式多伏留缓发或伏而不发,偶见即发。所以“病毒性肝炎”属于中医“脾中风”的范畴。

脾风的一般发病过程为:风邪中于脾脏,伏留于血分,或即发病,或缓慢发病。风邪伏藏于血分,潜藏不出,耗气伤血损精,化燥生瘀,日久则阴阳两伤,脾脏衰竭,脾病及肾,出现脾肾两伤。

根据邪气的轻重和素体体质的不同,脾风会出现的并病及转归有:可合并蛊病、劳黄、积聚(痞气)或肾水。

脾风的病机关键及治疗策略为:急发者病因为风,属风壅,化热成瘀生湿,当急则治标、以退黄为主;缓发者为伏风结于血分,化燥生瘀成积聚,治当理脾气、和阴气、养精血、散瘀结、防积聚或振脾阳,祛伏风。五脏传变,视气分、血分、脏腑之不同而随症治之。脾风传变为血分传变,治法不一,当视其轻重,主抓矛盾的主要方面,传轻者治脾,传重者治变。

基于以上认识,导师自拟牡蛎汤,由生牡蛎 100g,五味子 5g,砂仁 10g,佛手 15g,鸡内金 15g,生甘草 15g 组成。方中生牡蛎,又名蛎蛤,重用二两为君,味咸平,性微寒,功可益阴气、理脾气、散结气、涩大肠。从古代医籍文献资料看,牡蛎还具有较好的补益作用,如《神农本草经》将其列为上品,《温病条辨》有一甲煎,是用生牡蛎一味治疗阴血耗伤又被误下导致精气两伤的下利。可见本方取牡蛎之补益精血,和阴敛气,理脾而不壅滞,且能涩大肠之功,具有软坚化瘀散结之效,久用又



可防脾之积聚生成,实为治脾风之良药。五味子配砂仁共为臣药。五味子酸、微甘、微温,在此取其涩脾精之功。《本草纲目》载:“五味子……甘入中宫益脾胃。”李东垣指出五味子能“补元气不足,收耗散之气。”导师临床经验证实,五味子适用于多种类型的肝炎患者,尤其肝功能异常表现为转氨酶增高者。本方其用量少,一钱为轻,不可多用,防其收涩过度反碍气机。如前所述,本病以脾之精气两伤为本,脾气(阳)失运为标,故又臣以砂仁。砂仁性味微辛、微温,气芳香,归脾、胃经,功效为行气化湿、温中止呕,醒脾开胃;善行脾胃之气滞,且有温而不燥的特点。《本草求真》称其“醒脾调胃之要药”。佛手,微辛、微苦、微温,归脾、胃、肝、肺经。功可理气和中、燥湿化痰、疏肝解郁且性味平和,不伤津,不耗气,不化燥。鸡内金,微甘、性平,运脾健胃、消食化积之效最灵。生甘草,甘平,补气和中、调和诸药,且有补气不壅滞、不生热的特点。本病以脾之精血耗伤为本,脾精不能化气生阳,故又有气虚阳滞之势;失其精血之濡养,故有生热化躁的可能。所以,本方中的6味药,君一臣二佐三,药性皆为平和之品,正中本病病机。诸药合用,具有和阴气、理脾气、涩精气、散结气之功效。牡蛎汤适宜治疗脾风之邪气伏发,耗伤精血,脾气先虚的病机所致证候;常用于治疗因各种慢性病毒性肝炎以及自身免疫性肝炎、酒精性肝炎而致肝功能异常者。

【病例 1】

谷某,男,37岁。“乙肝大三阳”3年。实验室检查:丙氨酸转氨酶(ALT)105U/L,天冬氨酸转氨酶(AST)59U/L, γ -谷氨酰转肽酶(GGT)74U/L,大便略稀,时有腹满,乏力,食可。舌淡红苔薄白,脉弦细。

辨证:脾风伏发,精气不足。

治则:和阴理脾。

处方:牡蛎汤加生薏苡仁15g,30剂,水煎服。

二诊:肝功正常。舌淡红苔薄白。处方:牡蛎汤,30剂,水煎服。

【按语】

本患者舌红苔白,为气分湿热之象,所以在牡蛎汤的基础上加用生薏苡仁,利气分湿热、且有健脾之功。二诊时,肝功正常,舌象正常,故上方去生薏苡仁,只用牡蛎汤调理1个月,以善其后。

【病例 2】

关某,女,40岁。排便略难,微恶心,口甜。“乙肝”史,“小三阳”,丙氨酸转氨酶54.5U/L。舌淡红苔白,脉细。

辨证:脾风伏发,精气不足,大肠气滞。

治则:和阴理脾。

处方:生牡蛎100g,茯苓20g,五味子5g,佛手15g,甘草20g,白术20g,陈皮

20g,生白芍 25g,7 剂,水煎服。

二诊:排便略难,右胁略痛,微恶心。丙氨酸转氨酶 45.9U/L,总胆汁酸 (TBA)22.7 μ mol/L。舌红苔白,脉细。

处方:上方加海金沙(包)30g,郁金 15g,7 剂,水煎服。

三诊:便调,肝功正常,舌淡苔白。处方:上方加鸡内金 30g,7 剂,水煎服。

【按语】

本患者略恶心,口中甜味,为脾胃蕴湿之象,故以牡蛎汤为基础方。加陈皮健脾理气除湿,温胃行气止呕。又因排便略难,故加用白术运脾,生白芍和腹气。二诊时,右胁略痛,为合病邪结在经,故加海金沙利湿热散结气,郁金行气活血止痛,二药俱走胆经,而有利胆之效。三诊时,肝功正常,大便调,再加鸡内金健胃消食,善其后。

【病例 3】

于某,男,30 岁。“乙肝小三阳,胃炎,胃下垂”,时有脘痛,两胁下窜气或痛,大便正常。舌红苔白厚腻,脉弦细数。

辨证:①脾风;②胃脘痛。

治则:利气清化湿热。

处方:三仁汤加郁金 20g,白芍 30g,枳壳 15g,降香 15g,生牡蛎 100g,20 剂,水煎服。

【按语】

本患者以气分湿热为主,故用三仁汤加生牡蛎为基础方。病人素患脾风,为脾脏病属血分,但邪气未发,病情以脘痛时作为主。合于舌脉,系中焦气分气分湿郁有热,故以三仁汤清化利气,合白芍、枳壳、降香以利血气,加牡蛎以护脾。

【病例 4】

张某,女,65 岁。时烦,脐周微痛,口干,乏力。患有“乙肝小三阳”15 年。舌红苔白厚,脉细。

辨证:脾风伏留,气分湿阻。

治则:理脾清气化湿。

处方:牡蛎汤加通草 10g,杏仁 15g,生薏苡仁 15g,15 剂,水煎服。

二诊:好转,有力,腹不痛,微烦少寐。处方:上方加百合 30g,7 剂,水煎服。

【按语】

此患与上例同有气分湿热之证,但气分之热稍轻,故本方用牡蛎汤理脾脏,并加用通草、杏仁、生薏苡仁通利气分湿热。二诊时,诸症好转,因少寐,故加用百合安心神,和心气。



**【病例 5】**

刘某,男,53岁。“乙肝小三阳”10年余,因饮酒微黄,肝功异常,甲胎蛋白(AFP) $>200\mu\text{g/L}$,经保肝治疗1个月,肝功好转,现便稀,微恶心,乏力。舌红苔白,脉细滑。

辨证:脾风酒伤。

治则:养阴理脾调血。

处方:生牡蛎100g,炙鳖甲(碎)30g,五味子5g,甘草30g,佛手15g,陈皮15g,桃仁10g,郁金20g,淡豆豉30g,7剂,水煎服。

【按语】

本例患者得病日久,脾风伏发又饮酒伤脾,两邪相加,出现黄疸,必有血分瘀热。张仲景云:“脾色必黄,瘀热以行。”指出黄疸是风邪中于太阴脾经,与血分搏结,化热成瘀,脾色外现而致,酒性辛燥,伤血生瘀结。故本方用桃仁牡蛎汤为基础方,加用郁金行气血清热,淡豆豉微辛微冷,透散气分郁热。桃仁牡蛎汤是治疗脾风而络瘀较重者。本病以脾之精血亏为本故运用的活络药当是不伤精血之品,桃仁微苦微甘性平,活血祛瘀生新且性柔润而不伤血。桃仁亦可用土鳖虫代之。

【病例 6】

周某,男,42岁。实验室检查:“乙肝小三阳”,丙氨酸转氨酶53.6U/L, γ -谷氨酰转肽酶116.3U/L,总胆红素(TBIL) $24\mu\text{mol/L}$,无不适,时有胸痛,平素多饮酒。舌暗红苔薄白,脉细。

辨证:①脾风伏留;②酒伤肝络。

治则:理脾复络。

处方:生牡蛎100g,佛手15g,甘草15g,郁金20g,桃仁10g,旋覆花(包)15g,五味子5g,7剂,水煎服。

二诊:自述无不适,血脂高,舌暗红苔薄。处方:生牡蛎100g,炙鳖甲300g,焦山楂100g,银杏叶100g,郁金100g,佛手100g,五味子50g,1剂为丸,每丸12g。

【按语】

本例同是桃仁牡蛎汤证。因患者时有胸痛,此属酒伤肝络所致,故加用旋覆花、郁金走胸胁经络,行气血,通经络而止胸痛。二诊时,无不适,血脂高,舌暗红苔薄,属血分,脾风在脏,暗耗精血,最忌饮酒过伤,饮酒越多,脏损越重,瘀结越易形成脾积。故以牡蛎汤为主方,而加焦山楂、银杏叶入血分,祛瘀浊,利血脉。

【病例 7】

郑某,女,56岁。患“乙肝小三阳”1年,肝功正常,夜间口干。B超示肝回声增粗,分布欠均匀。舌淡红苔薄白,脉细。

辨证:脾风伏留。

治则:理脾养精消积。

处方:生牡蛎 150g,炙鳖甲 200g,穿山甲(代)50g,五味子 50g,鸡内金 100g,白术 100g,当归 10g,白矾 30g,芒硝 30g,黄精 100g,茯苓 100g,佛手 100g,1 剂为丸,每丸 10g,每日 3 次。

【按语】

本患者是黄精牡蛎汤证。黄精牡蛎汤是治疗脾风而精损较重者。本患者夜间口干,苔薄白,为脾之阴精亏损之象。故用黄精牡蛎汤为基础方。黄精味甘性平,功可填精和阴益气,主入脾脏,为填脾精之要药,其特点是性柔润而不滋腻。本患者 B 超示肝内回声增粗,分布欠均匀,有渐成痞气、劳黄之势。故加用炙鳖甲软坚散结,又有填精气之效,甲珠破痰瘀之结,当归和血脉而去瘀血生新血,白矾、芒硝法取硝石矾石散,以软坚散结化痰祛瘀。本证虽肝功正常,但精血耗伤之象明显,应当缓治以求长安。

【病例 8】

朱某,男,29 岁。自幼“乙肝”,1999 年出现“表面抗体阳性”,余(-),肝功能异常,微乏力,时有腹满,便溏。舌淡红苔薄黄,脉弦细。实验室检查:丙氨酸转氨酶 70U/L,天冬氨酸转氨酶 47U/L, γ -谷氨酰转肽酶 60U/L,碱性磷酸酶(AKP) 141U/L,三酰甘油(TG)4.13mmol/L。

辨证:脾风缓发久伤。

治则:理脾和阴消积。

处方:生牡蛎 150g,佛手 15g,焦山楂 30g,甘草 20g,五味子 5g,黄精 30g,鸡内金 20g,7 剂,水煎服。

二诊:血脂高。处方:上方加银杏叶 20g,7 剂,水煎服。

三诊:腹不满,便不稀,食佳,舌淡苔少。处方:上方加石菖蒲 15g,葛根 15g,10 剂,水煎服。

四诊:丙氨酸转氨酶 90U/L,天冬氨酸转氨酶 47U/L, γ -谷氨酰转肽酶 76U/L,自觉可。处方:生牡蛎 150g,甘草 20g,鸡内金 20g,黄精 20g,10 剂,水煎服。

【按语】

本患者亦属黄精牡蛎汤证。因血脂高,苔少,故加用生山楂、银杏叶,理血脉消积。本证邪气在脏,既往过用苦寒辛燥为伤寒,治疗宜缓而久,症状好转,使脾气恢复,但“肝功”不良,其内伤未复。

【病例 9】

苏某,男,24 岁。“乙肝小三阳”,无不适症状,易烦,口干。舌红苔薄,脉弦细。辨证:脾风伏发。





治则:理脾和阴,振奋脾阳,祛伏风。

处方:生牡蛎 100g,桂枝 10g,生白芍 20g,黄精 20g,知母 20g,山药 30g,佛手 15g,竹叶 10g,沙参 20g,7 剂,水煎服。

二诊:舌红苔白,脉弦细数,烦转。处方:上方加黄芪 30g,茯苓 15g,7 剂,水煎服。另方:减竹叶、沙参、生牡蛎各 70g,加炙鳖甲 50g,7 剂为丸,每丸 12g,每日 3 次。

【按语】

本例是属牡蛎建中汤证。牡蛎建中汤是牡蛎汤与建中汤合方。本方能促进抗体的产生,增强患者免疫力,从而起到间接杀死肝炎病毒的作用。常用于病毒性肝炎的稳定期,若伴有腹痛、心悸、鼻出血、梦遗、四肢酸痛、手足烦热、咽干口燥等小建中汤的症状,则更为合适。此患者一诊时口干、心烦,故加用沙参滋阴清火,竹叶清心除烦。

【病例 10】

宁某,男,20 岁。实验室检查:“乙肝大三阳”,丙氨酸转氨酶 55U/L,天冬氨酸转氨酶 22U/L,无不良感觉。舌红苔白,脉弦细。

辨证:脾风缓发。

治则:理脾和阴,祛伏邪。

处方:牡蛎汤加桂枝 10g,白芍 15g,黄芪 30g,15 剂,水煎服。

二诊:肝功正常,丙氨酸转氨酶 35U/L。处方:生牡蛎 100g,炙鳖甲 300g,佛手 100g,桂枝 75g,生白芍 150g,鸡内金 100g,甘草 15g,黄芪 150g,五味子 50g,1 剂为丸,每丸 12g,每日 3 次。

【按语】

本例亦属牡蛎建中汤证。

以上各例分别论述了牡蛎汤证、牡蛎汤兼气分湿热证、桃仁牡蛎汤证、黄精牡蛎汤证。提示同是脾风,应注意气分、血分、精分的侧重点而准确用药。临床上病毒性肝炎的中医药治疗,多数医家以从肝胆论治,动辄清热解毒、疏肝利胆。不分本气、化气,不分急发、缓发,不分气分、血分,实为害,多坏病。

【病例 11】

毕某,女,53 岁。“丙肝”发现 7 年,“慢性胆囊炎”“胆结石”。食可,两肋胀,带下多而黄,大便调,腹略满。实验室检查:丙氨酸转氨酶 282U/L,天冬氨酸转氨酶 238U/L, γ -谷氨酰转氨酶 69U/L,乳酸脱氢酶(LDH)4.5 μ mol/L,丙肝病毒核酸(HCV RNA)2.77 $\times 10^6$ copys/ml。B 超示慢性肝损伤。舌淡红苔白,脉弦细。

辨证:①脾风缓发;②胆石症(少阳积结)。

治则:理脾和阴,佐以行气活血,止胁痛。

处方:牡蛎汤加生牡蛎 50g,郁金 20g,桃仁 15g,海金沙 30g,鸡内金 15g,7 剂,水煎服。

二诊:好转,少寐,耳鸣、心烦、便秘。肝功:直接肝石素(TBLL)16.39 μ mol/L,丙氨酸转氨酶(ALT)27.39U/L,天冬氨酸转氨酶 30.56U/L, γ -谷氨酰转肽酶(GGT)27.58U/L。舌淡红苔白微黄。处方:牡蛎汤加生牡蛎 50g,桃仁 10g,葛根 20g,海金沙 20g,金沸草 20g,谷芽 30g,通草 15g,14 剂,水煎服。

三诊:舌暗红苔白,身略痒。处方:上方加地肤子 20g,14 剂,水煎服。

【按语】

本病为太阴与少阳合病,属邪伏太阴,少阳积结,故治以理脾、通少阳积结。结者血分,故以理气活血,消积清热之品。二诊便秘,加葛根升清,减海金沙,加金沸草活络消积。

【病例 12】

马某,男,40 岁。排便频,右胁略胀,余可。患有“丙肝史”,大量饮酒史,丙氨酸转氨酶 225U/L,天冬氨酸转氨酶 94U/L。舌暗红苔少,脉细。

辨证:脾风伏留,酒积。

治则:理脾和血。

处方:牡蛎汤加生牡蛎 50g,郁金 20g,桃仁 10g,7 剂,水煎服。

二诊:头晕,近日目赤。舌红苔白,脉弦滑。处方:上方加生山楂 30g,银杏叶 20g,菊花 15g,7 剂,水煎服。

三诊:脉仍滑。处方:上方加茯苓 15g,7 剂,水煎服。

四诊:便正常,头略晕。处方:上方加菊花 5g,7 剂,水煎服。

五诊:丙氨酸转氨酶 66.6U/L,天冬氨酸转氨酶 41U/L,便略稀。舌红苔白,脉弦滑。处方:上方加生薏苡仁 20g,7 剂,水煎服。另方:生牡蛎 100g,炙鳖甲 200g,佛手 100g,砂仁 100g,桃仁 100g,生山楂 100g,银杏叶 100g,白术 100g,鸡内金 150g,1 剂为丸,每丸 12g,每日 3 次。

【按语】

本患者舌暗红苔少,病在血分,为脾风与酒共同为病,久伤血分,有成脾积,痞气之势。右胁虽胀,不可用纯气药,而用郁金,气血两入。二诊时,头晕、脉滑,为血中浊气,故加山楂、银杏叶。加菊花散上焦风热,而疗目赤。三诊时,续加茯苓利湿健脾。四诊时,舌红苔少,略有热象,故加生薏苡仁清热不伤脾。用丸剂以调理,重要鳖甲以防积聚的生成。

【病例 13】

金某,男,52 岁。一日三餐饮酒 20 余年,2 月前面色黑,伴肿,肝略大,肝功损害,肾功正常,经用阿拓莫兰半月,已好转。现面色暗,目黄,尿略黄,身微黄,大便

