

名中医临床查房实录系列图书

# 蔡淦

中医内科  
教学查房实录



蔡淦 从军 张正利 主编



科学出版社

· 名中医临床查房实录系列图书 ·

蔡 淦

中医内科教学查房实录

蔡淦 从军 张正利 主编

科学出版社

北京

## 内 容 简 介

本书以教学查房实录问答的形式,体现了蔡淦教授的中医内科诊疗思维。蔡淦教授自2003年起,即开始了名老中医示范教学查房活动,定期选取典型病案,组织病例讨论,理清辨证思路,拟定治法方药,为后学规范中医内科诊疗。本书中记述的病案及问难、释难内容均来自蔡淦教授十余年来教学查房的真实案例。

本书适合中医内科临床医生、中医学子阅读,也可供中医爱好者参考使用。

### 图书在版编目(CIP)数据

蔡淦中医内科教学查房实录 / 蔡淦, 丛军, 张正利  
主编. —北京: 科学出版社, 2018.11  
(名中医临床查房实录系列图书)  
ISBN 978-7-03-059444-0

I. ①蔡… II. ①蔡… ②丛… ③张… III. ①中医内  
科—疾病—诊疗 IV. ①R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 253976 号

责任编辑: 潘志坚 / 责任校对: 谭宏宇  
责任印制: 黄晓鸣 / 封面设计: 殷 靛

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

http://www.sciencep.com

南京展望文化发展有限公司排版

当纳利(上海)信息技术有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2018年11月第 一 版 开本: B5(720×1000)

2018年11月第一次印刷 印张: 11 1/2

字数: 194 000

定价: 60.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

# 《蔡淦中医内科教学查房实录》

## 编辑委员会

主 编

蔡 淦 丛 军 张正利

副主编

顾志坚 李 莉 李熠萌 朱梅萍 张 平

编 委(按姓氏笔画排序)

申定珠 丛 军 朱梅萍 许 雷 孙玄忒  
李 莉 李熠萌 辛 红 沈若冰 张 平  
张 兴 张正利 练 慧 赵长青 秦 宏  
顾志坚 韩 力 蒋海平 蔡 淦

# 前言

蔡淦教授是首届全国名中医、全国著名的中医内科临床家和教育家,他从医执教五十六年,创立了“三阶段案例教学法”及“师生互动讨论式教学查房”,在中医教育和人才培养方面做出了突出的贡献。

蔡淦名中医学术传承工作室成立于2002年,2003年6月首批列入上海中医药大学名老中医工作室建设项目;2004年9月又首批列入上海市卫生局名老中医工作室建设项目;2007年一期建设验收完成;2008年8月,上海中医药大学附属曙光医院(简称曙光医院)以“学术继承”和“人才培养”为目标,成立了蔡氏书屋,希望借此平台培养更多新一代的中医名师和善于继承研究、理论创新的临床教学团队,在培养模式上与既往个别带教学生的师承教育形式相比,突出了团队带教的新型模式,以“书屋”为载体,开展具有中医特色和内涵的教材建设研究,中医教学人才培养机制研究,中医教学方法的改革创新研究等,以冀能使中医事业在教育传承方面取得新的突破。2010年蔡淦全国名中医工作室完成二期建设验收,2015年已通过国家中医药管理局三期建设验收。2017年6月,蔡淦教授荣获首届全国名中医的称号后,工作室建设又上了一层新的台阶。工作室建设的目的是继承发扬名老中医学术思想,整理总结老中医临床经验,提高科室中医内涵;培养中青年医师骨干,传承中医文化;拓展中医治疗项目,提高中医治疗水平,弘扬中医特色。

蔡淦教授作为丁氏内科传承人,借助全国名老中医工作室、上海中医药大学名师研究室、曙光医院蔡氏书屋这三大平台,培养了大批中医内科人才。在蔡淦



教授的主持下,自 2003 年起工作室即开始组织名老中医示范教学查房活动,参加人员包括名医工作室骨干、名师研究室成员、全国中医优秀人才培养项目学员、继承班学员以及研究生、实习学生等。蔡淦教授提出,教学查房要注重临床思维方法的培训,高水平的临床医师除了具有丰富的专业理论知识和技能外,还应该有良好的逻辑思维方法。导师要引导学生,尤其是研究生,锻炼他们敏锐的洞察能力,勤于思考、善于思考,通过各种症状、体征的现象去认识问题、分析问题,学会抓住有价值的信息,不断深化中医临床思维,从而得出正确的诊断、辨证和治疗方法,善于从纷繁的临床现象中发现问题、提出问题,并以科学的态度去解决问题,在教学查房中要求每位参加人都要发言,通过临床病例,采用启发式、讨论式、互动式的教学方法,把培养中医思维方法和提高中医思维能力,作为一项重要的教学任务。本书即选取了蔡淦教授十余年来教学查房的典型案例,通过问难、释难的形式,体现了蔡淦教授的中医内科诊疗思维。

本书在编写过程中受到了名老中医示范教学查房活动多位参加人员的支持,在此表示感谢。本书难免有疏漏与不妥之处,敬请读者们不吝批评指正,提出宝贵意见,以促进本书不断修正和完善!

主编

2018 年 8 月

# 目录

便血	1	中风	116
呃逆	16	胁痛	123
臌胀	19	呕吐	126
腹痛	27	聚证	134
痢疾	44	水肿	136
内科癌病	55	血证	143
胃痛	58	胃痞	150
泄泻	68	心悸	156
眩晕	85	虚劳	159
郁证	97	嘈杂	163
胸痹	102	积证	166
发热	105	肺胀	170
便秘	112	腹胀满	173

# 便血

## 病案一

某男,71岁。

【主诉】反复便血8年余,近1周来便血又作。

【现病史】患者于2000年开始出现大便挟鲜血,查肠镜示:溃疡性结肠炎,于外院行手术切除部分结肠。术后即出现大量鲜血便,予激素、止血药物治疗后血止。其后反复出现鲜血便,常住曙光医院予康复新、锡类散等灌肠治疗。1周前便血又作,鲜血裹挟大便,恶热汗出。纳可,寐安,苔薄黄,舌胖,脉沉细。

【诊断】便血,近血(肠风)。

【辨证】肠道湿热证。

问难:《景岳全书》曰:“血在便前者,其来近……血在便后者,其来远。”患者属鲜血裹挟大便而下,如何辨别远近?

释难:单纯以血在便前、便后,分血来之远近并不可靠,多数情况下,血和大便混杂而下,难分其前后。故以便血的颜色作为诊断其部位远近的参考。一般便血鲜红者,其来较近;便血紫黯者,其来较远。近血又以血色之清浊而分肠风、脏毒,《济生方·下痢》曰:“大便下血,血清而色鲜者,肠风也;浊而色黯者,脏毒也。”

问难:患者长期便血反复发作,自汗,舌胖,脉沉细,当属久病气虚,不能摄血,先生因何辨为肠道湿热病证?



释难：虽患病已久，有舌胖、脉细等虚象，但尚无体倦乏力、面色不华、气短便溏等气虚表现；且患者热象明显：便血鲜红、恶热、舌苔薄黄，可知湿热内蕴，蒸迫津液外泄以致汗出，热伤肠络，络损血溢而见便血鲜红；此为脉症不符，当舍脉从症而辨。

【治法】清肠凉血止血。

【处方】地榆散合槐角丸加减。

问难：患者便血日久，损及阴血，所谓“有形之血不能速生，无形之气所当急固”，是否应予益气以生血？

释难：虽久病伤正，但正虚程度较轻，故当以祛邪为先，张从正谓：“邪留则正伤，邪去则正安”（《儒门事亲》）；宜祛除湿热之邪后，再予益气生血缓图之。

问难：可否以小蓟饮子凉血止血？

释难：小蓟饮子主治血淋、尿血之实热证，其方以导赤散为基础加味，虽有凉血止血之效，但着眼于清热通淋，与本病之便血不同，故不适用。

【用药】槐花 10g      地榆 12g      黄芩 10g      丹皮 10g  
当归 10g      生地黄 15g      熟地黄 15g      黄柏 12g  
白术 10g      陈皮 6g      砂仁 3g<sub>后下</sub>

问难：当归偏温又能活血，此处应用是否助热，并且不利于止血？

释难：当归擅能补血和血，《金匱要略》以赤小豆当归散治疗近血，《金匱要略心典》注释：“当归引血归经，且举血中陷下之气也”。况患者便血日久，阴血亏虚，故以当归配合熟地滋阴补血，当归之活血功能可使补而不滞，李东垣治肠澼下血之凉血地黄汤（《脾胃论》）、槐花散（《兰室秘藏》）中皆有当归。此外，当归性温，于诸多清热、凉血、滋阴药中，亦有反佐之意，制约诸药之寒。

问难：观全方以清热凉血为重，化湿力轻，健脾化湿是否应该考虑？

释难：患者辨证虽属肠道湿热，但症状以热重于湿，故方中清热之力大于化湿；脾虚表现亦轻，故仅用白术健脾益气，以杜内湿之源足矣。

问难：本例处方中为何用陈皮、砂仁？

释难：陈皮、砂仁皆辛温，行气宽中化湿，以防熟地黄滋腻碍胃。

【疗效】患者服药后便血减少，余症也减。守方，酌加健脾清化药物调治，配合清热解毒、化瘀止血药物煎汤灌肠，患者出院后继续在门诊治疗半年，便血消失，精神转振。随访至今未再复发。

## 病案二

某男,54岁。

【主诉】黑便9日。

【现病史】患者9日前无明显诱因解柏油样便,大便每日1次,基本成形。查血常规示:血红蛋白73g/L,大便隐血++++,住院予酚磺乙胺、奥美拉唑等药物治疗。刻下:头晕,乏力,口干,大便两日未行,夜寐欠安。面色苍白无华,舌质黯淡,有瘀斑,苔薄腻,脉细弦。

【既往史】30年前曾因十二指肠壶腹部溃疡出现呕血,行胃次全切除术。

【诊断】便血,远血。

【辨证】脾气亏虚,气不摄血,兼瘀血留蓄。

问难:先生如何明辨病机?

释难:患者有十二指肠壶腹部溃疡病史,已行胃次全切除手术30年,因久患胃疾,加之长期营养吸收不良,导致脾胃虚弱。面色苍白无华,即脾气亏虚之象,由于“气为血之帅”,“脾主统血”,《金匱要略注》(沈目南)云:“五脏六腑之血,全赖脾气统摄”,故出血原因乃气不摄血,脾不统血,致血液不循常道而溢于脉外,随大便而下;因气虚无力行血,滞留为瘀,或出血后离经之血尚未排出体外,致瘀血内留,舌质黯淡,有瘀斑,脉细弦,皆为瘀血表现。而瘀血不去,新血不生,气血虚弱,无以荣养清窍,则头晕;四肢肌肉不充,而见乏力;血不养心,故夜寐欠安。

【治法】健脾益气,活血止血。

【处方】归脾汤加味。

问难:便血之远血常用黄土汤治疗,先生为何予以归脾汤?

释难:黄土汤乃《金匱要略》中治疗远血之名方,其使用指征为出血伴有畏寒怕冷、腹痛喜按症状,辨证属中气虚寒,脾阳不运。该方主要作用为温脾止血,故方中有灶心土、附子等药温中止血;现患者病情稳定,大便两日未行,说明已无活动性出血,主要表现为脾气虚弱,气血两虚,而无畏寒怕冷症状,不适宜用黄土汤,当以归脾汤健脾益气养血为主。

问难:活血是否有再次出血之虞?请先生指点。

释难:患者体内既存瘀血,单纯止血治疗,则有加重瘀血之弊;而且

瘀血存内,反而有出血不止之虞。因此活血、止血应同时并进,缺一不可。但所用药物当相互制衡,不得过用活血药,以免引发再次出血。

问难:患者口干,大便两日未行,说明出血之后阴液损伤,可否予养阴药治疗?

释难:由于阴血同源,出血必定导致一定程度的阴液损伤,然患者尚有苔腻表现,养阴治疗恐滋腻生湿;此外,益气养血亦有助于阴液的恢复,故暂时不考虑予养阴药。

【用药】	黄芪 15 g	党参 15 g	当归 10 g	白术 10 g
	茯苓 15 g	远志 3 g	龙眼肉 10 g	木香 6 g
	地榆 12 g	仙鹤草 15 g	大枣 5 枚	

问难:愿闻先生处方深意。

释难:归脾汤出自宋·严用和《济生方》,原用治思虑过度,劳伤心脾之证;元·危亦林在《世医得效方》中有所发挥,增补了治疗脾不统血而妄行之吐血、下血;明·薛立斋《校注妇人良方》又增加当归、远志两味,而一直沿用至今。本方取其中党参、白术、黄芪、甘草、大枣甘温补脾益气;当归辛温,活血养肝而生心血;龙眼肉、茯苓、养心安神;远志交通心肾而定志宁心,因远志气味重、刺激胃,可导致恶心、呕吐,故用量宜小;木香理气,以防益气补药滋腻壅滞,有碍脾胃运化功能。原方尚有酸枣仁,因其味酸、刺激胃酸分泌,患者有溃疡病及胃次全切除手术史,不宜使用。另加地榆、仙鹤草凉血止血。

问难:活血止血当选用三七、蒲黄之类,先生为何不用?

释难:治血之道,活血可以止血,凉血亦可以止血。血证治则当遵循唐容川《血证论》所倡,除止血、消瘀、补血之外,尚重宁血。张景岳谓:“血动之由,惟火惟气耳”,故凉血止血乃宁血之要。归脾汤中已有当归养血、活血,无需再用活血药物,而予地榆、仙鹤草之类凉血止血药物,以达宁血止血之目的。

【疗效】患者住院期间查胃镜示:残胃炎,吻合口溃疡。继续抑酸治疗 10 日,配合上方健脾益气止血,病情好转出院。患者继续于门诊服用健脾益气养血中药治疗两月余,复查胃镜示吻合口溃疡已结疤愈合。

### 病案三

某男,62岁。



【主诉】黑便反复发作2年,近3日又作。

【现病史】患者30年前曾有急性胃出血史,并行“胃大部切除术”。2006年3月开始反复出现黑便,伴有上腹隐痛,泛酸,头晕乏力,多次住院治疗,给予抑酸、护胃、止血及输血等,病情好转出院。2008年2月6日,患者劳累后再次出现黑便,伴有中脘灼热隐痛,恶心欲呕,头晕乏力等症状,遂来曙光医院就诊,查大便隐血+++;血常规示:红细胞计数 $3.11 \times 10^{12}/L$ ,血红蛋白70 g/L,收治入院。2月11日查胃镜示:残胃毕Ⅱ氏,残胃炎伴活动性出血。经抑酸、护胃、止血等治疗,大便转黄。

刻下:大便色黄偏干,量少不畅,每日1次。倦怠乏力,心悸气短,口干,喜饮温水,怕热,夜寐梦多,情绪急躁易怒。苔薄,前半剥脱,有裂纹,舌红且胖,脉弦。

【诊断】便血,远血。

【辨证】心脾两虚,气阴不足,肠失濡润。

问难:患者目前便血已止,症状表现为阴阳气血亏虚,可否诊断为虚劳?

释难:虚劳的病因或为因虚致病,因病成劳,或为因病致虚,久虚不复成劳。病理性质主要是气、血、阴、阳的亏耗;其病损部位主要在于五脏,由于五脏相关,气血同源,阴阳互根,往往先由一脏虚损,渐至累及他脏,从而五脏俱虚,气血阴阳皆不足。本例气血亏虚为主,累及阴液不足,尚无阳虚表现,病位在心脾,先由脾气亏虚,气血生化不足,兼有脾失统血,多次便血,气血亏虚,渐至血不养心,心脾两虚证,而肺、肝、肾三脏尚未明显累及,因此还未达到虚劳的程度。

问难:患者出血时有阴虚的表现,平素情绪急躁易怒,是否属于肝阴亏虚,肝火旺盛,木旺克土,引起出血?

释难:由于火性炎上,肝火犯胃引起的出血常表现为呕血,血从上而出,而且来势凶猛。本例患者虽然情绪急躁,脉弦,却无明显肝火的表现,因而不是造成出血的主要原因。应属于脾气亏虚,脾不统血,血溢脉外,出现便血。

问难:患者大便偏干,量少不畅,口干喜饮,舌红苔薄,有裂纹,是否应辨为胃强脾弱,肠燥津枯之脾约证?

释难:脾约证的关键病机在于“脾不能为胃行其津液”,脾气亏虚可知,

但体内未必阴液亏虚,而是由于津液不从后走而从前出,小便频数,以至于肠失濡润而大便干硬。本例便秘患者有明显阴血亏虚的发病基础,症见口干喜饮,舌红有裂纹等阴虚征象,可见不属于脾约所致。

问难:气阴不足的脏腑定位在何处,有无脾肾阴虚或心肾不交?

释难:患者目前无腰膝酸软,耳鸣,夜尿频多,颧红潮热、盗汗等肾阴亏虚的表现,因此气阴不足的脏腑定位仅在心脾,其夜寐梦多、心悸也非心肾不交之故,而是阴血亏虚,心神失养所致。

问难:患者便干、口干、怕热、情绪急躁、舌红等征象提示阴虚火旺,却喜饮温水,当如何理解?

释难:患者上述征象确实为化热表现,但仅为轻度热象,尚未至火旺的地步。喜饮温水乃脾胃虚弱的表现,故用药时当避免苦寒之品。

【治法】养心健脾,益气补血,佐以润肠。

【处方】归脾汤加减。

问难:补中益气汤、参苓白术散、黄芪汤、八珍汤之类方剂是否适用?

释难:补中益气汤有升提的作用,不利于患者腑气的通降;参苓白术散健脾渗湿止泻,亦不适合便秘的患者;黄芪汤重在益气润下,常用于气虚便秘,患者便秘主要原因在于失血之后阴血亏虚,肠失濡润而致大便干结,故治疗当以滋阴润肠为主,该方与本例病机不符;八珍汤常用于气血两虚之证,为气血双补的方剂,组成上兼有四君子汤和四物汤,患者气血虚弱,也可使用该方,但从病机分析不如归脾汤更为妥当,且方中某些药物不适用,如白芍养肝阴为主,川芎行气活血,过于走窜,有动血之虞。

问难:患者肠失濡润,兼有轻度热象,可否在归脾汤基础上加用麻子仁丸清热润肠?

释难:麻子仁丸的功用乃润肠泄热,行气通便,主治肠胃燥热,津液不足之便秘证。故组方以小承气汤泻肠胃之燥热积滞,加火麻仁、杏仁、白芍、蜂蜜以滋阴增液,润肠通便。患者脾胃虚弱,不耐苦寒,且无燥热内结,该方药不对证。

问难:患者体质肝火偏旺,辨证属脾虚,治疗上是否要考虑抑木扶土?

释难:目前治疗应先抓主要矛盾,次要矛盾可暂时忽略,否则方药组成过于繁杂,反而削弱了主要治疗药物的力量。

问难:患者既然有大便干结不畅,以及轻度的阴虚化热征象,能否给予

增液汤之类清热滋阴通便？

释难：临床上很多出血后患者都会引起大便干结，即阴血亏虚肠失濡润所致，多数可随疾病的痊愈而自行恢复，本例患者由于有反复出血史，阴血亏损，故需加以益气养血，滋阴润肠等治疗，归脾汤补养气血，可配合增液汤清热滋阴润肠。

方药：太子参 15 g	黄芪 15 g	当归 10 g	桑葚子 30 g
火麻仁 15 g	柏子仁 15 g	木香 6 g	远志 3 g
酸枣仁 15 g	生白术 10 g	生地黄 15 g	麦冬 15 g
玄参 10 g	枳实 15 g	川黄连 3 g	

问难：可否考虑予郁李仁、桃仁润肠通便？

释难：郁李仁润肠通便的功效虽类似麻子仁但作用较强，可引起腹痛，一般不用或少用。桃仁兼有活血化瘀的作用，患者有反复胃出血发作的病史，此次出血黑便刚消失，不宜使用活血药物，以防动血而病情复发。

【疗效】患者服药后大便通畅，心悸、乏力改善，夜寐较安，守方续服 28 剂，诸症消失。

#### 病案四

某男，63 岁。

【主诉】1 日内解柏油样便 2 次，量约 300 g。

【现病史】患者今晨无明显诱因下出现柏油样便 2 次，量约 300 g，伴有头晕，乏力，口干，无恶心呕吐及泛酸嗝气，无腹痛腹胀及心悸、胸闷，无黑矇、冷汗。于浦东新区金杨社区卫生中心就诊，查大便隐血++++，遂来曙光医院门诊就诊。拟上消化道出血待查（消化性溃疡？胃癌？）收治入院。

刻下：头晕，中脘嘈杂，口干欲饮，大便转黄每日 2 次，成形，夜寐较安，苔薄腻，舌质淡，脉弦滑数（刚洗浴）（入院时脉细弱）。

【既往史】20 年前有类似的消化道出血史 1 次，未正规治疗。2016 年再次发作，查胃镜、肠镜无明显病灶。有缺铁性贫血史数年，服用养血饮治疗。1 年前曾有左侧疝气修补术。

辅助检查：

2017 年 6 月 15 日查胃镜示：慢性浅表萎缩性胃炎，HP+，病理示慢性炎

症十。

2017年6月13日查血常规示：血红蛋白 94 g/L,红细胞计数  $4.25 \times 10^{12}/L$ 。肠镜示肠腔不洁,所见大肠黏膜无异常。胶囊内镜示部分小肠血管显露。

**【诊断】**便血。

**【辨证】**脾虚湿阻证。

问难：诊断为便血远血。患者刻下症状与前有所不同,该如何分析?

释难：患者入院表现为黑便,脉细弱,苔薄,头晕,乏力,目前便血已止,症状表现与前不同。发病过程中存在反复两次便血,考虑为脾虚、脾不统血。患者目前中脘嘈杂,大便转黄,苔薄腻,辨证为脾虚湿阻。

问难：脉数是否提示为热象?

释难：脉数与其刚洗浴后有关,视为假象。而且数脉可为实热,亦可为虚证。“脉数为劳”,因此未必是热象。

问难：本案脾虚是否兼湿?

释难：根据舌脉,可以考虑脾虚湿阻。

**【治法】**健脾化湿。

**【处方】**香砂六君子汤加减。

问难：选方可否用黄土汤?

释难：因目前大便转黄,便血已止,所以不宜用黄土汤。因目前辨证为脾虚湿阻,可以予香砂六君子汤加减健脾化湿。

**【用药】**太子参 15 g      白术 15 g      茯苓 15 g      生甘草 6 g  
木香 6 g      豆蔻 3 g      佩兰 9 g      生薏苡仁 15 g  
仙鹤草 30 g      海螵蛸 30 g

问难：请问老师是如何用药的?

释难：“参术苓草”补中益气；木香调气畅中,兼可温中；豆蔻、佩兰、生薏苡仁加强化湿之功；仙鹤草收敛止血,海螵蛸收敛止酸。

问难：如何判断便血之寒热?

释难：出血较为急骤,血色偏鲜红,多为热证；出血较为缓慢,血色偏暗红,多为寒证。但绝不尽然,必须结合舌脉等其他表现。

**【疗效】**患者服中药配合西医治疗后黑便未再发作,头晕、中脘嘈杂消失,精神较振,大便色黄成形,每日1次。出院后原方加减继续调治。

## 医案五

某男,43岁。

【主诉】2日内便血6次,量约400 mL。

【现病史】患者2013年因便血在曙光医院就诊,行小肠镜检查诊断为克罗恩病,予激素治疗(具体不详)联合美沙拉嗪每日3次,每次1 g口服,治疗后病情缓解。后复查肠镜提示瘢痕形成(报告未见),遂减量为美沙拉嗪每日2.5 g维持治疗。自述病情控制尚可。昨日患者无明显诱因下又便血4次,色鲜红,量约300 mL,今日又便血2次,色鲜红,量约400 mL,伴左下腹隐痛,头晕乏力,心悸。患者为求进一步诊治,来曙光医院就诊,收治入院。

刻下:左下腹隐痛,头晕乏力,心悸口干,大便每日1~2次,先实后溏,伴有脓血。小便调,夜寐较安。苔薄腻,舌质胖,脉小弦。

辅助检查:2017年10月16日肠镜示直肠积血,直肠黏膜糜烂伴溃疡。病理(距肛10 cm)示黏膜慢性炎急性活动伴溃疡形成。

【诊断】便血。

【辨证】脾虚,湿热下注大肠。

问难:患者有脓血便、腹痛症状,诊断是否为痢疾病?

释难:中医痢疾的诊断以腹痛、里急后重和脓血便为主症,患者的主诉为“入院前2天便鲜血”,不具备里急后重,腹痛也不明显,由于中医病名是以患者主诉为主,故本案当诊断为便血。

问难:老师如何看待某一中医诊断可对应多个西医诊断的这一情况?

释难:我认为中医的病名范畴较广,就如“痢疾”这一中医病名,可以囊括西医学范畴的各种相关疾病,如细菌性痢疾、阿米巴痢疾、肠结核、溃疡性结肠炎、血吸虫病、放射性肠炎等疾病。因此我也曾提议中医诊断应该与时俱进,病名以西医诊断的病名为主,因为西医诊断结合了现代医学的各种检查手段更为明确。中医诊断的形式宜改为西医病名+中医辨证,中西医结合,有助于临床的治疗。

问难:便血应如何区分远血与近血?

释难:便血的辨证治疗当分发作期与缓解期,发作期要区分近血和远血,一般来说,血色鲜红者其来近,病机以肠道湿热为主,血色黑暗者其来



远,病机以脾不统血为主。

问难:本案便血的血色鲜红,是否应为近血?

释难:本案中患者便血以鲜血为主,当属近血、肠道湿热证。

问难:患者似无明显湿热证表现,为何仍辨证为肠道湿热证。

释难:患者虽无口干、发热、苔黄腻、脉弦数等湿热证表现,但应遵从溃疡性结肠炎这一疾病的基本病机:即腑阳有热,脏阴虚寒,总体讲是上寒下热证、寒热夹杂、本虚标实。

【治法】健脾清肠。

【处方】四君子汤合地榆散加减。

【用药】炙黄芪 15 g      生黄芪 15 g      炒白术 15 g      茯苓 15 g  
生甘草 6 g      生薏苡仁 15 g      生地榆 15 g      马齿苋 15 g  
凤尾草 15 g

问难:愿闻老师处方深意。

释难:炙黄芪、白术、茯苓、甘草益气健脾;生黄芪生肌托毒;生薏苡仁健脾利湿;生地榆凉血止血,马齿苋、凤尾草清热解毒。

问难:既然已确定为近血之肠道湿热,为何仍考虑脾虚并予四君子汤?

释难:便血发作期以肠腑湿热为主,常用地榆散清热止血,或用槐角丸理气活血。而目前便血已止,病机属脾虚夹湿较为突出,故而治法以健脾化湿为主,健脾选用四君子汤或参苓白术散均可。

问难:老师对溃疡性结肠炎的中医治疗有何经验?

释难:西医认为,溃疡性结肠炎是一个自身免疫功能紊乱的疾病。现代药理研究表明,中药黄芪可用于提高免疫功能,其中炙黄芪以补虚为主,生黄芪可生肌托毒。此外,溃疡性结肠炎日久虚实夹杂,可考虑使用乌梅丸。

问难:不同的地榆治法有何侧重?

释难:地榆炭善于止血,生地榆可活血。

问难:炙甘草和生甘草有何不同?

释难:炙甘草偏补虚,生甘草偏清热解毒。

【疗效】患者服药 5 剂,配合西药美沙拉嗪口服治疗,脓血便消失,大便较前成形,每日 1~2 次。出院带药与原方加扁豆衣 10 g、山药 15 g。共 14 剂,并嘱患者门诊继续调治。