

第九节 泄泻病医案

案例一：黄某某，男，52岁，干部。

初诊：患者因“间断腹泻近7个月，血便20天”于2013年7月12日求治。患者2013年1月开始无明显诱因的出现腹泻，大便时带黏液脓血。行肠镜检查提示：溃疡性结肠炎，给予柳氮磺胺吡啶片治疗，症状仍间断发作。20天前因发现白细胞低而停用柳氮磺胺吡啶片，随即黏液脓血便再发。平素大便一日数十次，先干后稀，时夹黏液脓血，里急后重，纳可，小便可，睡眠差。舌红，苔薄黄，脉弦数。诊断：西医：溃疡性结肠炎，中医：痢疾 大肠湿热证。拟以“清热祛湿、化瘀止血、敛疮愈疡”法治之，处方如下：

木槿花 15g	白及 20g	茯苓 15g	芦根 20g
白术 15g	五倍子 15g	白芍 15g	防风 10g
浙大贝 15g	三七粉 15g	炒蒲黄 10g	红藤 10g
蒲公英 15g	丹皮 15g	仙鹤草 15g	旱莲草 15g
马齿苋 10g	条参 30g		

3剂，浓煎，每日一剂，分2次温服。

二诊：大便日行5~6次，质中，时黏液脓血，里急后重明显好转，纳可，小便正常，睡眠欠佳，舌质红，苔薄黄，脉弦数。甘爱萍教授予以中药清热化湿治疗，处方如下：

条参 30g	山药 15g	木槿花 15g	白 20g
葛根 20g	芦根 20g	败酱草 15g	五倍子 15g
黄连 10g	合欢花 10g	玫瑰花 10g	薏苡仁 30g
芡实 20g	白花蛇舌草 30g	炒蒲黄 10g	浙大贝 10g
茯苓 15g	马齿苋 30g		

3剂，浓煎，每日一剂，分2次温服。

三诊：现大便日行5~8次，有时水便杂下，偶有黏液，无血便，里急后重消失，纳可，小便正常，睡眠欠佳，舌红少苔，根黄腻，脉弦细。中药上方去黄连，加

黄柏 15g,芦根加至 30g,五倍子加至 20g,7 剂。

四诊:服药前 4 天,大便日行 5 次,近 4 天日行 7 次,无黏液脓血,无里急后重,时有肛门坠胀,矢气频。舌暗红,苔黄腻,脉弦细。中药调整如下:

黄柏 15g	芦根 10g	茯苓 20g	白术 20g
木槿花 15g	白花蛇舌草 20g	条参 30g	山药 20g
白及 20g	浙大贝 15g	五倍子 20g	生黄芪 20g
葛根 15g	芡实 20g	诃子 10g	合欢花 10g
玫瑰花 10g	薏苡仁 30g		
7 剂,浓煎,每日一剂,分 2 次温服。			

体会:溃疡性结肠炎(UC)是临床常见的消化系统疾病,也是难治性疾病,容易反复发作,甘爱萍教授分期论治溃疡性结肠炎,对于溃疡性结肠炎活动期,甘爱萍教授多辨为以“邪实”为主,治以清热解毒、化湿止泻;对于溃疡性结肠炎缓解期主要以“正虚”为主,即脾胃虚弱之本,“正虚邪恋”为溃疡性结肠炎缓解期的基本病机。故甘爱萍教授对溃疡性结肠炎活动期,治以“清热祛湿、化瘀止血、敛疮愈疡”,药用白头翁汤、葛根芩连汤等加减;缓解期,治以“健脾补中”,佐以“清热利湿、化瘀解毒”,药用参苓白术散加减。溃肠宁(由黄柏、红藤、茜草、椿根白皮、茯苓、白术、芡实、玫瑰花、三七粉等)是甘爱萍教授治疗溃疡性结肠炎的基础方,甘老师临床常用木槿花、蒲公英、旱莲草、红藤、蒲黄、三七、白及等清热利湿、化瘀止血、敛疮愈疡,并加以茯苓、白术健脾补中,从而取得良效。

案例二:彭某某,女,72 岁,退休医生。

首诊:患者因“肝癌介入术后反复腹泻 4 个月”2013 年 5 月 9 日入院。患者 2013 年 1 月因“恶心、呕吐、厌食、中上腹痛”行肝脏彩超及 CT 提示:“肝右叶占位性病变”,后在协和医院诊断“肝癌”,行 3 个疗程介入 TACE 术治疗(表柔比星 10mg+液态碘油 5mL),术后序贯“多吉美”口服治疗,患者反复腹泻,长期服思密达止泻。目前患者纳差,每餐进食一两,肠鸣、腹泻,大便日行 4~6 次,稀水便,精神欠佳,体重 3 个月来减轻约 15 公斤。舌质暗红,舌体中间光滑无苔,两边少许薄黄苔,脉弦。既往有 2 型糖尿病病史,2013 年 1 月停药。甘爱萍教授诊断:“癌病”“泄泻”,拟以“健脾胜湿止泻”法治之,处方如下:

炒白术 15g	茯苓 15g	条参 30g	郁金 10g
石斛 15g	山药 15g	芡实 15g	白及 15g
芦根 15g	煨柯子 10g	五倍子 15g	黄连 5g

3 剂,每日一剂,分 2 次服。

二诊:服药 2 剂患者腹泻止住,肠鸣次数减少,精神状态明显好转,食欲改善不明显,第 3 日患者进食石榴后再次腹泻,日行 6 次,自服思密达 5 包,洛哌丁胺 2 粒方止。舌质暗红,舌体中间光滑无苔,两边少许薄黄苔,脉弦。上方黄连加至 20g,加防风 12g、白芍 10g、肉桂 5g、柴胡 6g。5 剂,每日一剂,分 2 次服。

三诊:服药后患者腹泻基本止住,肠鸣次数减少,可以进食馒头及面食,精神状态明显好转,舌质暗红,舌体中间少许薄白苔,两边少许薄黄苔,脉弦。上方去五倍子、煨柯子,加炒二芽各 15g。7 剂,每日一剂,分 2 次服。患者腹泻止住出院。1 个月后电话回访患者多吉美减量,腹泻未再复发,食欲增加,可以进食米饭及面食。

体会:此例患者因肝癌介入及服抗肿瘤药“多吉美”致顽固性腹泻不止,该患者为妇科医生,且性情急躁,甘老师从“肝郁脾虚”着手,以痛泻要方为基础方进行加减,“疏肝健脾、祛湿止泻”收到奇效。其中重用黄连为其特色,黄连味苦,性寒,归心、脾、胃、肝、胆、大肠经,其作用主要有三:消痞、清火、止泻;大剂量的黄连主要用来清阳明胃经之火,但黄连还有燥湿止泻的作用,有导致便秘的可能,甘老师巧妙地运用黄连的这一副作用来治疗泄泻病,一般而言,黄连用量只在 3~6g,如果要起到止泻作用,黄连用量宜大,至少在 10g 以上。

案例三:瞿某某,男,25 岁,电脑软件工程师。

初诊:患者因“反复腹泻 2 年”于 2013 年 6 月 14 日就诊。患者 2 年来大便日行 2~3 次,不成形,无黏液冻子,无不消化食物,2011 年于同济医院就诊,行胃镜及肠镜检查:均无异常(未见报告),诊断为“肠易激综合征”,后口服中药症状改善明显,停药后症状再次出现,现大便日行 2~5 次,不成形,无黏液冻子,无便前腹痛,排便顺畅,舌淡少苔脉细数。拟以“健脾理气,涩肠止泻”治疗。药方如下:

条参 20g	炒白术 15g	山药 15g	白及 15g
陈皮 10g	防风 10g	茯苓 15g	马齿苋 20g
芡实 15g	木槿花 10g	薏苡仁 30g	葛根 10g

7 剂,每日一剂,分 2 次服。

二诊:服药后症状改善,大便日行 2~3 次,时成形时不成形,无不消化食物,无黏液脓血,无便前不适,纳可,睡眠不安,舌淡少苔,脉细数。中药上方加五倍子 15g,芡实加至 20g,条参加至 30g。14 剂,每日一剂,分 2 次服。

三诊:患者症状有所改善,大便日行 2~3 次,成形,质稀,眠差多梦,纳可,舌淡红少苔,脉沉细。中药上方去马齿苋,加生黄芪 30g、夜交藤 30g。14 剂,每日一剂,分 2 次服。辅以益君康。

四诊:症状较前好转,大便日行 1~2 次,成形,质偏稀,睡眠较前好转,纳可,舌淡红少苔,脉沉细。中药上方加炒扁豆 15g,14 剂,每日一剂,分 2 次服。辅以参苓白术颗粒及益君康治疗。

体会:该患者泄泻日久,必定脾胃虚弱,肝气易横逆犯之,故治疗以健脾理气,涩肠止泻。药用条参、炒白术,茯苓健脾益气,加山药益气养阴、平补三焦。陈皮理气健脾;防风散肝舒脾,和葛根一起升脾胃清阳之气,薏米燥湿健脾,芡实健脾止泻;马齿苋、白及入血分,活血敛血,以防久泄气虚而血滞。二诊时加五倍子涩肠止泻以治标,条参加量益气养阴以固本。三诊时去马齿苋防其久用性寒伤脾胃清阳,夜交藤养血安神;四诊时加炒扁豆健脾止泻。

案例四:姚某某,女,77 岁。

初诊:患者因“间断腹泻 2 个月”就诊。患者年幼时患血吸虫病,自诉当地正规治疗,既往有高血压、糖尿病病史。2 个月前患者大便十余次,在武汉同济医院行腹部 CT 提示:血吸虫肝硬化,回盲、降结肠、乙状结肠、直肠线状高密度影,考虑血吸虫肠病;行胃镜示:胆汁反流性胃炎伴糜烂,食管多发静脉曲张,十二指肠降部憩室。经过制酸护胃、止泻药物治疗,每日行稀水样便 4~6 次,伴纳差,神疲、乏力,消瘦,双下肢凹陷性水肿。舌淡、苔白、脉濡细。诊断:泄泻脾虚湿盛证(慢性血吸虫肠病),拟以“健脾化湿止泻”法治之。处方如下:

芡实 20g	茯苓 15g	炒白术 15g	山药 15g
条参 30g	生黄芪 10g	椿根白皮 15g	秦皮 15g
黄柏 15g	木槿花 15g	五倍子 15g	白及 15g
煨柯子 10g			

3 剂,浓煎,每日一剂,分 2 次服。

二诊:患者食欲有所改善,精神状态较前好转,仍每日大便 4~5 次,稀糊状便,舌淡红、苔白、脉濡。原方煨柯子加至 15g,加石斛 15g、山药 20g,7 剂,浓煎,每日一剂,分 2 次服。连服 1 个月,随访患者大便日行 2 次,为糊状便或软便,体重增加 2kg,乏力、气短等症减轻。

体会:血吸虫病是由血吸虫所引起的一种疾病。乙状结肠与直肠为血吸虫病病变的主要部位。腹泻与痢疾样大便在血吸虫病颇为常见,轻者偶有腹泻,重者可有腹绞痛,里急后重感,痢疾样大便等,大多有不同程度的贫血,消瘦,营养不良和劳动力减退。血吸虫肝病、血吸虫肠病中医多从肝、脾论治,病理产物以“湿”“瘀”“毒”为主,甘老师十分推崇李中梓的治泻九法,即“治泻有淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩”(《医宗必读·泄泻》)。泄泻之病,湿为主因,脾为主位,脾为湿困是主要病机,燥脾法是治疗泄泻的传统大法。《伤寒论》277 条有“自利不渴者,属太阴,……当温之,宜服四逆辈”。如理中汤、四逆汤之类,温之燥之以散寒止利,燥脾法彰显其中。湿热泄泻需用清凉之剂,如葛根芩连汤证等,以葛根辛凉解肌表之邪,黄连、黄芩苦寒,清里热以止利,甘草和胃。治表不解而邪内陷,表里俱热之“协热利”。泄泻以健脾利湿为主要治疗大法,不主张滥用酸收、固涩之品,以防“闭门留寇”,但久泻滑脱不禁之人则须考虑使用,有标本兼治的意味。

本例患者消瘦、病程日久、乏力、大便稀薄,舌淡、苔白、脉濡细。当从脾着手,采用生黄芪、茯苓、炒白术、山药、芡实、条参健脾以化湿;黄柏、秦皮清热以化湿;固涩止泻用五倍子、煨柯子、白及等。

案例五:余某某,女,61 岁,退休工人。

初诊:患者因“反复腹泻近 20 年,再发加重 20 天”于 2013 年 10 月 2 日入院就诊,稍微进食肉类食物则腹胀、腹痛,随之腹泻,伴有失眠,入睡困难,头昏,口干,乏力,长期服用氯硝西洋调节睡眠,不敢进食类食物,炒菜不敢加油,以馒头、面条为主,曾行肠镜提示:肠道憩室,既往有高血压病史,否认肝炎、结核、糖

尿病史。舌质红，苔薄微黄，脉弦细。处方如下：

茯苓 15g	炒白术 15g	白及 15g	郁金 10g
芡实 15g	浙大贝 15g	合欢皮 10g	玫瑰花 10g
佛手 10g	芦根 30g	百合 15g	砂仁 10g
木槿花 10g	香椽皮 10g		

3 剂，浓煎，每日一剂，分 2 次服。

复诊：患者腹痛、腹胀缓解，腹泻止住。随证去白及，加条参 20g，服药 15 剂，患者睡眠改善，头昏减轻，食欲增加，可以少量进食瘦肉。

体会：甘老师治病强调辨体、辨证、辨病三者有机结合统一。辨体即辨体质，能确定患者的病因基础，即体虚之源，或气虚质、或阴虚质、或气郁质、或痰湿质、或湿热质，或特异质；辨证病即辨疾病能确定患者的基本用药，以泄泻为主，治当止泻；辨证即辨别疾病的不同证型，这是辨证的基础，是治疗过程中不断调整药物的依据。三者需相互参照，不可偏颇。肠易激综合征（腹泻型）往往以腹胀、腹痛、泄泻为主症，甘老师常用芡实、白及、木槿花、炒白术等止泻；根据肠易激综合征与情志密切相关之特点，甘老师往往配以郁金、百合、合欢皮、玫瑰花、佛手、香椽皮、砂仁疏肝解郁理气治疗；根据肠易激综合征（腹泻型）脾虚湿盛的基本病机特点，甘老师常用茯苓、炒白术之品健脾化湿止泻；根据肠易激综合征慢性腹泻日久，阴液损伤的特点，甘老师往往加用芦根、浙贝、百合、条参等滋阴之品。

案例六：方某，女，96 岁，离休干部。

初诊：患者既往有老年痴呆，慢性咳嗽、反复尿路感染病史。此次因“反复腹泻、乏力、气短、易感冒 10 余年”就诊，症见大便日行 3 次，糊状便，每次量不多，活动后气短、乏力，头昏，善忘近事，纳食不香，轻微咳嗽、腰部酸痛，小便频数，思睡，舌质淡红，苔薄白腻，脉弱。实验室检查：大便常规未见白细胞及吞噬细胞，血象不高。按泄泻之脾虚湿盛证进行论治，以参苓白术散加减，药方如下：

党参 15g	条参 20g	白术 15g	茯苓 15g
甘草 6g	扁豆 15g	薏苡仁 15g	山药 15g
砂仁 10g	桔梗 10g	莲子心 10g	赤芍 10g
黄连 6g	芡实 15g	大枣 10 枚	

7 剂，浓煎，每日一剂，分 2 次服。

二诊:患者诉大便次数减为每日1~2次,成形大便,排便较前通常,食欲有所增加,余症改善不明显。舌质淡红,苔薄白微腻,脉弱。继续上方加黄芪20g治疗,14剂。

三诊:14日后复诊,患者大便基本恢复正常,食欲增加,乏力气短有改善,夜尿次数减为3~4次,睡眠较前改善,白天嗜睡时间缩短,舌质淡红,苔薄白,脉弱。

四诊:继续守上方随症加减1~3味,治疗2个月,患者腹泻症状消失,精神状态改善,记忆力有所增强,言语较前增多,嗜睡现象此案减少,咳嗽基本消失。

此后每年冬日患者以参苓白术颗粒及养生膏调理至今,腹泻每年偶发1~2次,尿频、尿急、感冒、咳嗽每年发作次数较前较少一半以上。

此例患者为脾虚湿盛之慢性泄泻,治宜益气健脾、化湿止泻,甘老师临床常用参苓白术散加减进行治疗而获得良效。该方以四君子汤方(人参、白术、茯苓、甘草)平补中焦脾胃之气,为君药;以白扁豆、薏苡仁、淮山药之甘淡,莲子之甘涩,助白术既可健脾,又可渗湿而止泻,为臣药;以春砂仁芳香醒脾,促中州运化,通上下气机,吐泻可止,为佐药;桔梗为手太阴肺经的引经药,入方如舟车载药上行,达上焦以益肺气。此方对脾胃虚弱兼见肺气虚,症见纳差、乏力、气短、便溏、咳嗽咳痰者多颇为相宜。甘老师临床常在基本方的基础上,对于气虚明显者,加党参、黄芪;兼有热象者,加黄连、黄芩、黄柏、红藤、马齿苋、秦皮;兼有气滞者,加木香、枳壳、陈皮、玫瑰花等;夹有血瘀者加赤芍、丹皮。泄泻明显者常加五倍子。此案例告诉我们,对于老年慢性泄泻患者,由于其反复泄泻,其气必虚,故脾胃虚弱是其根本,治疗上以益气健脾、渗湿止泻为主,切忌“见泻止泻”。一味地使用固涩之品,不但泻不能止,反有“闭门留寇”之弊。参苓白术散是临床常用方,组方严谨、疗效确切,对于脾虚湿盛之泄泻,脾肺气虚咳嗽,脾虚痰湿内聚之痴呆,脾气亏虚不能固摄之尿频,及脾气亏虚导致的乏力、气短、免疫力低下均有很好的疗效,只要辨证正确,用之得当,可以起到一方治多病的效果。

案例七:梅某某,男,62岁,退休工人。

初诊:患者因“腹泻1日”入院,患者昨日受凉后出现畏寒、发热、体温37.8℃,腹痛,腹泻,每日5~6次,稀水便,伴有周身酸痛、乏力、偶咳,气短,纳呆,小便偏少,舌质淡红,苔白腻,脉浮。门诊查血常规:白细胞 4.3×10^9 /升,中性粒细胞%:33.4%,淋巴细胞%:36.5%。大便常规:稀水便,无白细胞、红

细胞,无吞噬细胞。中医诊断:急性泄泻(寒湿困脾),拟以“解表化湿止泻”法治之,药方如下:

炒白术 20g	茯苓 15g	薏苡仁 30g	芡实 15g
白芷 15g	藿香 10g	木槿花 15g	条参 30g
陈皮 10g	防风 10g	葛根 10g	砂仁 10g
香附 10g	紫苏叶 10g	姜半夏 10g	五味子 10g

服上药 2 剂,患者腹泻次数明显减轻,每日 3~4 次,稀糊状便,腹痛基本消失,低热,感口干,舌质红,苔薄白,脉浮。上方去姜半夏,加芦根 20g,继服 5 剂,患者腹泻完全缓解,无腹痛、发热。

按语:甘老师认为,肺卫及胃肠与外界直接相通,最易感受外邪,外感风、寒、湿邪,或从口鼻或从皮毛而入,侵犯肺卫或直中脏腑(胃肠),侵犯肺卫,卫表不固,邪正相争则畏寒、发热,周身酸痛,肺失宣降则咳嗽;寒湿内困脾胃,则脾胃运化失调,升降失司,水谷不化,水湿不分,混杂而下,并走大肠,故大便如水直下;寒湿阻滞肠胃,气机不利,故腹痛,纳呆。急性泄泻多以实证居多,离不开湿邪为患。藿香正气散是治疗寒湿泄泻的代表方,治疗本病甘老师认为不能过用淡渗之品,以免加重阴液损伤,相反甘老师常酌加益气养阴之品以固护阴液。其常用经验方:炒白术 15g、茯苓 15g、藿香 10g、陈皮 10g、姜半夏 10g、砂仁 10g、香附 10g、防风 10g、白芷 10g、紫苏叶 10g、条参 20g。其中藿香、紫苏叶、白芷解表化湿;防风解表;白术、茯苓、薏苡仁健脾化湿;陈皮、砂仁理气;生姜散寒解表止吐;香附温中散寒行气止痛。