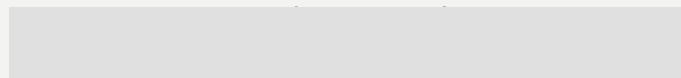
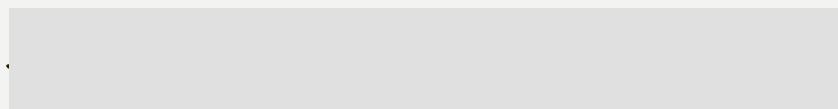


從執業中學習及成長
以內科病歷為例



PBLI (PRACTICE-BASED LEARNING AND IMPROVEMENT, PBLI) 定義

- 住院醫師必須展現出能審視及評估自身對病人照護的執行情況，並評讀及吸收科學證據，以及用持續的**自我評量及終身學習**來改善病人照護。
- Residents must demonstrate the ability to investigate and evaluate their care of patients, to appraise and assimilate scientific evidence, and to continuously improve patient care based on constant **self-evaluation** and **life- long learning**.

- 《禮記.學記》：「學，然後知不足；教，然後知困。
知不足，然後能自反也；知困，然後能自強也。故曰：
教學相長也。」

發展PBLI之目標

1. 辨識自己知識和經驗上的強項、不足和限制。
2. 設定學習和改進目的。
3. 確認及執行合宜的學習活動。
4. 利用品質改善方法，有系統地分析臨床實務工作，且依執行情況改善目標，實現變革。
5. 將成長性評估回饋(formative evaluation feedback) 融入日常臨床工作。

(ACGME 2009)

6. 搜尋、評讀及吸收與病人健康問題有關的科學研究證據（或典籍與文獻中之臨床經驗）。
7. 使用資訊技術優化學習。
8. 參與病人、家屬、學生、住院醫師及其他醫事人員的教育。

(ACGME 2009)

專業發展的五個階段



1. 新手 (Novice)

剛接觸新的知識或技術時

2. 進階者 (Advanced beginner)

具備初步基本概念, 實際經驗不足, 須做中學

3. 勝任者 (Competent)

足夠經驗, 獨當一面, 面臨新問題, 承擔責任與壓力

4. 熟練者 (Proficient)

經驗豐富, 能快速正確反應, 但勿忘終身學習

5. 專家 (Expert)

複雜問題, 得心應手, 但勿忘與人討論切磋學習

學習的四大步驟

一. 經驗導向學習

- 抽象概念→臨床實務

二. 主動學習

- Active learning and constructing neural pathway(建構神經路徑)

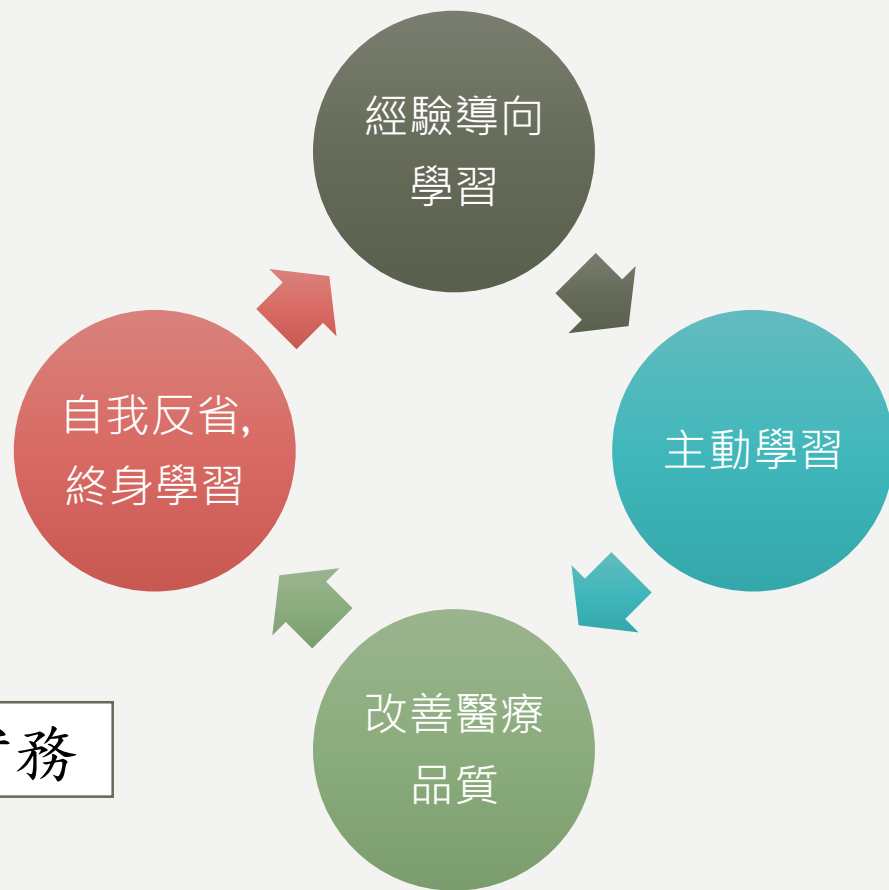
三. 改善醫療品質

- 修改醫療模式→改善醫療品質

四. 自我反省, 終身學習

- 自我評估
- 病人/同儕回饋 →
- 測驗

改進臨床實務



PBLI的六大內涵

1. 系統改進(System improvement)

- 先評量工作表現, 據以改變醫療系統流程, 進而改進病人的醫療照護。

2. 知識管理(Knowledge management)

- 藉由儲存、傳播及分享各種由工作中學習所得到的專業知識, 來實行醫學教育並促進系統改進。

3. 群體健康 (Population health)

- 對一群人健康情形的分布及評估, 不僅關乎個人的臨床照護, 更著重群體公衛議題, 尤其環境及社會因子的影響。

Rider EA, Nawotniak RH, Smith G:A

practical guide to teaching and assessing the ACGME core competencies, 2nd ed:

HC Pro. 2011.

4. 實證醫學(Evidence-based medicine)

- 遵循實證醫學的規範,經由科學方法所得到的最佳證據,來決定各種診斷及治療決策。

5. 醫學資訊學(Medical informatics)

- 利用電子系統工具,幫助健康照護相關資訊之取得、儲存及利用。提供知識管理有力的工具,協助EBM的落實,以及遠距醫療的建立。

6. 醫學教育(Medical education)

- 與知識管理非常相關,創造安全的學習環境,將知識及技術傳遞給醫療團隊中的新手及初學者,並增進病患照護品質。

Rider EA, Nawotniak RH, Smith G: A
practical guide to teaching and assessing the ACGME core competencies, 2nd ed:
HC Pro. 2011.

病歷就是學習的良好工具

病歷寫作應被注重的原因

- 醫療紀錄
 - 未來可能之醫療糾紛的呈堂證供
- 自我學習
 - 被動的滿足兩年負責醫師計畫或主動的名醫病案實錄
- 醫療行政與健保給付
 - 誰都不想被扣錢

病歷寫作的演進

- 仲景先師沒有留下病歷
- 葉天士的病歷很簡單
- 馬光亞的病歷有一點理法方藥
- 中西混合的病歷
- 評鑑的病歷

現行中醫病歷的種類

- 門診病歷
 - SOAP
 - 內科與針傷科療程
 - 電子化
- 會診病歷
 - 住院病歷：中西混合
 - 追蹤記錄：SOAP

目前病歷格式(以負責醫師訓練版本為準)

- 基本資料
- 主述
- 現在病史
- 過去病史
- 家族史、用藥史、過敏史
- 理學檢查
- 實驗室數據
- 影像檢查
- 整體回顧
- 病因病機四要素
- 時序圖及病因病機圖
- 理法
- 診斷
- 論治
- 病機四要素
- 後續追蹤

病例报告格式及病历 写作要点

一、基本資料

- 姓名、性別、年齡、職業、婚姻、病歷號碼、籍貫、初診日期、問診日期。
 - 這部分相信大家都非常清楚！我們要確定病人的基本資料才方便做病歷管理。年齡、職業、婚姻會和一些流行病學的資料有關係。

二、主訴

- 主要就醫的症狀 + 時間（什麼症狀，多久了）
 - 例：經行小腹刺痛已二年。
- 如果有一個以上的症狀，則依時間遠近排列。
 - 例：發燒惡寒一週，咳嗽三天。
- 此部分不可出現診斷名詞（感冒）。

三、現病史

- 根據主訴描寫發病及治療經過
 - (1)起病情況：何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。（以LQQOPERA描述主訴症狀）
 - (2)病情的發展與變化。（按時間次序描述）
 - (3)曾否到過別家醫院就診，作過那些檢查，診斷為何？
 - (4)治療經過，曾用藥物，劑量，使用多久及療效。
 - (5)為何求診於中醫？
- 現病史：即是將主訴的症狀更清楚地描述其來龍去脈，以便我們追溯其起病之原因。

三、現病史

- 關於起病情況：除了問其3個W（When, How, Why），還要問其緩解及誘發因素（如喝熱開水減輕，而吃冰則加重）。
- 關於**病情的發展與變化**：應繞著主訴而按著時間次序描述。
- 關於其是否到過其他醫院作診斷：如果病人告訴你的是不確定的診斷，你可以寫“疑似”（如疑似二尖瓣脫垂）。

三、現病史

- 關於其是否曾用藥物：問到才寫，不要臆測（如高血壓病人若不清楚吃什麼種西藥，你只需描述“吃高血壓西藥”就好了）。
- 關於其為何求診於中醫：如想改善化療的副作用。

四、個人史

- 居住環境，工作情況，抽菸喝酒，過敏史，飲食嗜好(素食、冷飲、咖啡、辛辣、油炸、蔬菜等)。

五、過去病史

- 曾罹患的疾病 + 時間 + 治療情況。
- 過去病史就是與現病史不直接相關的疾病(如過敏性鼻炎患者有高血壓的病史)。

六、家族史

- 如高血壓、糖尿病，或其他與本病相關之病史。

七、診察

- 〈一〉中醫四診：

- 望診：

- (1) 整體：意識，精神，形体與姿態，面色，皮膚
- (2) 局部情況：局部病變無論在何部位，均應仔細察看。
- (3) 望排泄物
- (4) 舌診：舌質(舌色、舌形、舌態等)、舌苔(苔色、苔質)、舌下絡脈。

- 望診中最重要重點就在舌診，其中除了舌質、舌苔、舌下絡脈外，還要看有無津液，而舌色我們可試著鑑別看看，不要怕錯，要多練習，多請教學長姐。

七、診察

- 聞診：包括聽聲音及聞味道
 - (1) 語音，呼吸，咳嗽等
 - 聽其聲音是否嘶啞或有力無力、呼吸氣粗或氣微、咳聲重濁或清高等。
 - (2) 口氣，排泄物氣味
 - 是否有口臭、咳痰是否腥臭、大便穢臭或酸臭等。

七、診察

- 問診：要記錄症狀之時序與動態變化以利病機之推演
 - *依系統性、從頭到足的順序問。
 - 全身、情志、睡眠、頭項、五官、胸部、腹部、二便、腰背、四肢、生殖，依次序加以記錄。

七、診察

- 問診是四診中最重要、最重要的重點，可用十問來問，或從頭到腳的順序來問進行問診。
- 其中男醫師不要不好意思問女性的經帶胎產。這是醫師的專業，只要我們誠懇、認真，以專業的態度診治病人，自然會獲得信任。換句話說，醫師態度如果扭扭捏捏，反而會讓病人感到不自然。
- 請注意！患者沒有的症狀也要列出：
 - 紀錄下來人家就知道你有沒有問。可用negative finding來rule out一些不適當的診斷。

七、診察

- (1) 全身：
 - 有無怕熱、怕冷、發熱惡寒
 - 有汗、無汗
 - 有無倦怠、身重
 - 何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及
 - 誘發因素？發作時的伴隨症狀。

七、診察

- (2) **情志**：是否感覺壓力大，是否容易緊張、易怒、易煩躁、易驚、是否情緒低落等。
 - 若懷疑某些症狀和情緒相關，就要問清楚情緒對這些症狀有無加重、誘發或緩解的作用
- (3) **睡眠**：失眠或嗜睡，入睡難易，睡眠深淺，是否多夢等
 - 要詢問患病的時間，是否服用藥物，是否有加重因子等。

七、診察

- (4) **頭項**：頭暈、眩暈、痛重、頭項不適等。
 - 何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。
- (5) **五官**：
 - 眼：目癢、目糊、目汨、目乾澀。
 - 耳：耳痛、耳聾、重聽、耳鳴、耳鳴。
 - 鼻：鼻塞、鼻流涕、鼻癢、鼻乾、鼻熱。
 - 口：口乾、口苦、口臭、口中的異常味覺和氣味、喜冷或熱飲、口瘡舌瘡等。
 - 咽：咽乾、咽痛、咽癢。
 - 若懷疑上述症狀和這次就診目的有關，要問清楚症狀發生的時間。

七、診察

- (6) **胸部**：胸悶、胸痛、胸脅不舒、喘、咳嗽、痰、短氣、少氣等。
 - 何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。
- (7) **腹部**：
 - 腹部不適：疼痛、腹脹、胃脘灼熱感等。
 - 食慾、食量、受納、噁心嘔吐、泛酸、噯氣、呃逆等
 - 何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

七、診察

- (8) **二便**：
 - 大便：排便的次數、時間、氣味、顏色、特性、排便時肛門異常感覺及伴隨症狀。
 - 小便—小便的色、量、次數及排尿時的異常情況
 - 若懷疑二便的變化和病人的病因有相關，就要在這個部分詳細問診。
- (9) **腰背**：背痛、背冷、背熱、脊痛、腰痠、腰冷重、腰痛、腰膝無力、尾閭痛。
 - 何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

七、診察

- (10) **四肢**：疼痛、麻木、無力、瘦削、腫脹、強直、拘急、抽搐、舞蹈、筋惕肉潤、震顫(部位)、手足厥冷、手足心熱
—何時？如何開始？位置？型式？持續時間？突發或漸發？緩解及誘發因素？發作時的伴隨症狀。

七、診察

- (11) 生殖：

- 女性：月經、白帶、胎產

- 月經—初潮年齡，月經周期，行經天數，月經的量、色、質和伴隨症狀，末次月經日期或停經年齡。
- 白帶—時間、色、性狀、氣味的變化。
- 胎產—G P SA AA，懷孕期間有何疾病，子女健康情況；妊娠有無腰酸；產後惡露情況等。

- 男性：陽萎、早泄、滑精、夢遺等。

七、診察

- (12) **小兒患者**：除問清一般病情外，尚須注意出生以前及出生時的情況；曾否出麻疹、水痘，預防接種，學語、學行遲早，有無受過驚恐。
- ※患者“沒有”(negative finding)之症狀，如果是鑑別診斷之要點，也要列出。

七、診察

- 切診：包括診脈及按診。
- 若按不出個所以然來，仍然要試著去描述紀錄，看是否可作為理法方藥分析的依據。
 - (1) 脈診：左：寸，關，尺
 - 右：寸，關，尺

七、診察

- 常見脈象：

- 按脈位深淺，常見有浮脈、沉脈
- 按脈率快慢，常見有遲脈（一息不足四至）、緩脈（一息四至）、數脈（一息五至以上）。
- 按脈的強弱及大小分，常見有洪脈、大脈、微脈、細脈。
- 按脈的形象分，常見有滑脈、澀脈、弦脈、緊脈
- 按脈的節律分，常見有結脈（緩而時止）、促脈（數而時止）、代脈（止有定數）。異常脈象常相兼出現。

七、診察

- (2) 按診：
 - 腹痛喜按或拒按？按之軟或硬？
 - 下肢浮腫按之凹陷與否？
 - 患處觸診有無異常？
 - 一般來說，不要忘記幫病患在有症狀的部位進行按壓。

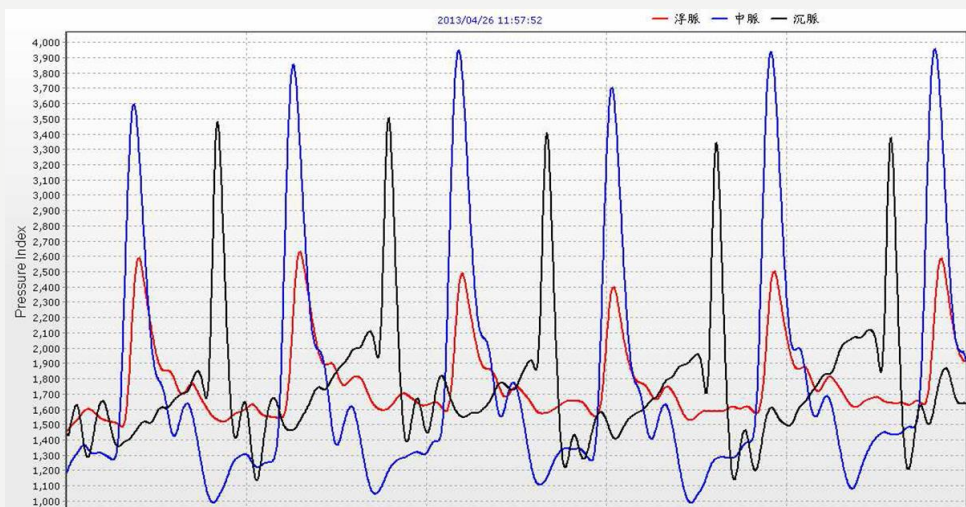
七、診察

- 〈二〉理學檢查

- 偏西醫之檢查，可參照admission note之systemic review。
- (1) 整體狀況(General appearance)
- (2) 意識狀況(Mental state)
- (3) 生命徵象(Vital signs)：血壓，體溫，呼吸頻率，脈搏頻率。
- (4) 血液灌流情況(Perfusion)
- (5) 氧合狀態(Oxygenation)
- (6) 頭部檢查，頸部檢查，胸部檢查，心臟檢查，腹部檢查，四肢檢查，泌尿生殖器官檢查，神經檢查。

八、實驗室檢查及特殊檢查

- (包括脈波、舌診、影像)
- 和疾病相關的報告，或近來可能對病患造成影響的異常的檢驗數值。



九、整體回顧

- 將患者症狀及檢查所見之重點加以整理歸納，作一綜合性的簡要陳述。
- 注意！整體回顧的目的是在整理所有的思緒，包括症狀和徵候，要將可作為鑑別診斷的項目列出，不是只有貼現病史、四診和檢驗報告而已，還有如果有negative finding也要提出，可作為辨證論治的依據。所謂的rule in and rule out。

以 IBS 為例

整體回顧

- 22歲男性自高中起(5年前)解便多日一行、無便意。但一有便意就有急迫感，解出量少不成形伴腹痛，便後腹痛緩解，僅偶有解不淨感。腹急迫可與情緒有關。食後腸鳴，過飽或過飢則腹脹。
- 晨起咽乾欲飲，臥時單側鼻塞，緊張時流手汗，平常怕冷，由足冷至身及手。
- 剛退伍(2年前)胃食道逆流，心下灼熱感與泛酸
- 口渴引飲。舌淡胖，苔黃厚，齒痕。脈整體中取弦；右脈尺弦長；左關弦

臟腑病機四要素分析

- 病因-
 - 內因
 - 病位-肝、腸、脾、胃
- 病性-
 - 主證：交替腹瀉便秘，多日一行、但一有便意就有急迫感，解出量少不成形，腹急迫與情緒有關。食後腸鳴，過飽或過飢則腹脹。
 - 次證：緊張時流手汗，平常怕冷，由足冷至身及手。口渴引飲。脈整體中取弦；右脈尺弦長；左關弦。舌淡胖，苔黃厚，齒痕

臟腑病機四要素分析

- 病勢-



- 此22歲男性患者，平素即有緊張時流手汗，平常怕冷，由足冷至身及手的問題。但此次就診的主訴為「交替腹瀉及便秘多年」
- 細究此「便秘」，乃「多日一行」
- 然每需解便，則伴腹中急迫，需馬上跑廁所，便軟成型或不成型，又有解不淨感，貌似「腹瀉」

臟腑病機四要素分析—病勢

- 其症狀就西醫觀點，狀似Irritable Bowel Syndrome -- chronic abdominal pain and altered bowel habits in the absence of any organic cause

(Uptodate : Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome) ◦

臟腑病機四要素分析—病勢

- 歸屬於Functional Bowel Disorders中。
- 反覆性腹痛或不適發生至少三個月以上(且發生時間在六個月前)。
- 一個月中至少有一天有症狀，並合併下列三項症狀中的兩項以上：
- 排便頻率的改變。 ✓  每週<3次，或每日>3次
- 排便型態的改變。 ✓  硬便或水瀉，urgency，straining，排不淨感，排出黏液等等
- 排便後症狀改善。 ✓

臟腑病機四要素分析—病勢

- 可能併發在IBS的疾病

疾病	下列疾病的病患合併有IBS的百分比 %	有IBS的病患合併以下疾病的百分比 %
胃腸道疾病		
胃食道逆流	47	46.5
功能性消化不良	28-47	28-57
其他身體疾病		
纖維肌痛	32-77	28-65
慢性疲勞症候群	35-92	14
慢性骨盆腔疼痛	29-79	35
顳顎關節疾病	64	16
間質性膀胱炎	30.2	-

(資料來源: Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? Gastroenterology 2002; 122: 1140-56.)

臟腑病機四要素分析—病勢

- 警示症狀：
 - 年齡>50歲才開始出現IBS的症狀。
 - 非意願性體重減輕。
 - GI tract的癌症家族病史。
 - 嚴重大量水瀉。
 - 發燒發冷或最近到過傳染病流行區域
 - 血便。

DIAGNOSTIC TESTING FOR D/D

- CBC、ESR → exclude **ulcerative colitis, Crohn disease, and diverticulitis.**

Ulcerative colitis

1. Bloody diarrhea。
2. 常伴有發燒與腹痛。
3. 患者也常說有體重減輕的現象。

Colonoscopy
Biopsy

Crohn disease

1. 發燒、腹痛、水瀉(可能有血)等症狀。
2. 可能有Anorectal fissures, fistulae, 或 abscesses。

Colonoscopy
Biopsy

Diverticulitis

1. 發燒、腹痛為主要症狀。
2. 通常是左下腹痛。
3. 疾病的onset會比IBS來的短暫而快速。

CT

50

DIAGNOSTIC TESTING FOR D/D

- CBC、ESR → exclude **ulcerative colitis**, **Crohn disease**, and **diverticulitis**.

Ulcerative colitis

1. ~~Bloody diarrhea。~~
2. ~~常伴有發燒與腹痛。~~
3. ~~患者也常說有體重減輕的現象。~~

Colonoscopy
Biopsy

Crohn disease

1. ~~發燒、腹痛、水瀉(可能有血)等症狀。~~
2. ~~可能有Anorectal fissures, fistulae, 或 abscesses。~~

Colonoscopy
Biopsy

Diverticulitis

1. ~~發燒、腹痛為主要症狀。~~
2. ~~通常是左下腹痛。~~
3. ~~疾病的onset會比IBS來的短暫而快速。~~

CT

臟腑病機四要素分析—病勢

- 由於IBS是由一群症狀所定義歸納出的疾病，因此在中醫並沒有專屬的病名搭配。
- 可依不同的症狀分別為：
 - IBS-D：「泄瀉」
 - IBS-C：「便秘」
- 或按照其共同症狀，歸類於「腹痛」等範疇。

IBS

- 特徵：慢性腹痛，排便習慣改變，找不到器官病變
- 年輕女性較多
- 引起原因不確定，遺傳和環境因素佔很大因素

病因

- 大小腸不正常蠕動
- 心理因素
- 食物
- 太敏感
- 感染

特徵——慢性腹痛

- 不同強度的絞痛
- 週期性
- 下腹，左側
- 變動大
- 加重：情緒壓力，吃
- 減緩：排便

特徵——排便習慣改變

- 腹瀉：絞痛，急迫，排不盡感，粘液
異常：大量腹瀉，血便，夜便，脂肪便
- 便秘：顆粒，排不盡感，上廁所時間長

特徵--其他

- 胃食道逆流，吞嚥困難，易飽，消化不良，噁心，胸痛腹脹，打嗝
- 性功能障礙，痛經，尿頻尿急

診斷--MANNING CRITERIA

- 1. 排便後疼痛緩解
- 2. 腹痛時次數變多
- 3. 腹痛時便質軟
- 4. 腹脹
- 5. 解黏液
- 6. 排不盡感

診斷-- ROME CRITERIA

- 反覆的肚子痛或不舒服，每個月至少三次持續三個月以上並有以下兩個以上的症狀
- 1. 排便後疼痛緩解
- 2. 排便頻率改變：一天超過三次，或一星期小於三次
- 3. 排便型態改變：硬，水狀

治療—藥物

- **Antispasmodic agents**
- **Antidiarrheal agents**
- **Antidepressants**
- **Benzodiazepines**
- **serotonin antagonists**
- **Alternative therapies**

- 唐容川在《血證論》中指出：“木之性主疏泄，食氣入味，全賴肝木之氣以疏泄之，而水穀乃化；設肝之清陽不升，則不能疏泄水穀，滲泄中滿之症，在所不免”。由於情志不遂，導致肝氣鬱結
- 《醫學求是》曰：“木郁不達，風郁不達，風木衝擊而賊脾土，則痛於臍下。”不論是憂思過度氣結於中，還是鬱怒傷肝，都會致肝脾不和，使脾不升清，胃不降濁，產生一系列的症狀。

簡單鑑別

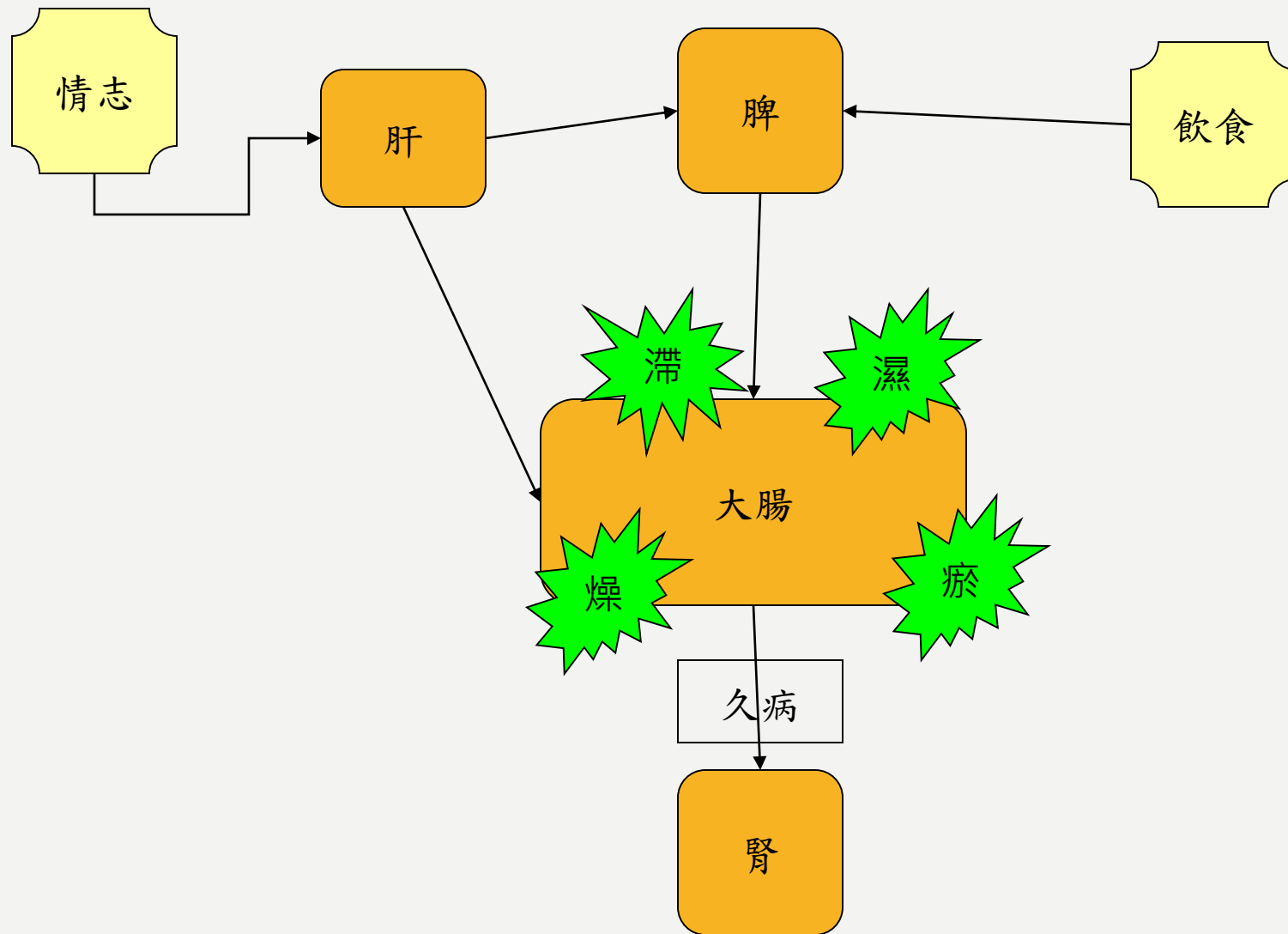
脾胃虛弱泄瀉與肝氣乘脾泄瀉的鑑別

- 脾胃虛弱多為腹中隱隱作痛，痛勢較緩，喜溫喜按，瀉後腹痛減輕。
- 肝氣乘脾之腹痛較為明顯，同時伴有胸脅痞悶，泄下後並不能使肝氣舒暢，故腹痛仍在。
- 脾胃虛弱則難化精微，致使氣血化源不足，必有一派正氣虛弱的見證；肝氣乘脾者在個性及善怒等部分較為突出。

脾胃虛弱與寒濕困脾泄瀉的鑑別

- 前者為虛後者為實，從糞便的性質來看，脾胃虛弱者大便次數多而稀溏；寒濕困脾者泄瀉次數多，來勢急驟，多呈水樣，量較多。
- 脾胃虛弱者多有脘腹痞滿，隱隱作痛，進食油膩食物後症狀加重；寒濕困脾平時無腸鳴，便前則有明顯腹痛，得溫痛減。
- 若寒濕濕邪偏於表則有表寒證。
- 《金匱要略》“下利清谷，不可攻其表，汗出必脹滿。”“下利腹脹滿，身體疼痛者，先溫其裡，乃攻其表，溫裡宜四逆湯，攻表宜桂枝湯。”

病因病機



- 總之，本病病位在肝、脾、大腸，以肝鬱脾虛，大腸傳導失司為主要病機。

治療

- 目的主要是緩解腹痛和調整大便習慣。
- 本病病位雖在腸道，但與肝、脾、腎等臟腑功能失調密切相關，故治療本病多從肝、脾、腎、腸道著手進行辨証論治。
- 飲食調節和心理治療也很重要。

辨証治療

- 早期多屬肝鬱脾虛；若夾寒、夾熱、夾痰可形成肝脾不調，寒熱夾雜；後期累及腎臟，可表現為脾腎陽虛；波及血分則可致氣滯血瘀等証候。
- 故臨床辨証需辨明虛實、寒熱、氣滯、兼夾的主次及相互關係，治療以調理肝脾氣機為主，兼以健脾溫腎。

痛瀉要方

- 明代《醫方考》謂：“瀉責之脾，痛責之肝，肝責之實，脾責之虛，脾虛肝實，故為痛瀉。”對此可用扶土抑木法，即：“土中瀉木法”

名醫專家經驗方-余紹源

- 加味四逆散治療肝鬱氣滯
- 組成：柴胡10g，白芍15g，枳殼15g，木香12g(後下)，蘇梗12g，佛手15g，郁金15g，延胡索15g，甘草6g。

名醫專家經驗方-陸永昌

- **溫腎健脾止瀉**方治療脾腎陽虛泄瀉
- 組成：黨參18g，炒白朮15g，茯苓15g，白扁豆18g，焦山楂18g，炒故紙12g，炒神曲12g，炒澤瀉12g，炒吳茱萸9g，五味子9g，炒白芍15g，煨訶子肉9g，煨肉豆蔻6—9g，廣木香6g，砂仁9g，炙甘草6g。
- 久病體弱，腎陽虧虛，脾失健運，胃失和降，則水反為濕，穀反為滯，精華之氣不能轉輸，此乃慢性泄瀉病機之關鍵。

期刊－醫家經驗－劉敏

- 病機在於肝脾不調，運化失常，大腸傳導失司。
- 肝鬱脾虛是臨床最常見的證型。因此抑肝扶脾為本病的基本治則。
- 心理情緒的疏導。
- 肺與大腸相表裏。
- 久病及腎，久病入絡。
- 治療應先從肝脾入手，聯系肺、腎。

期刊-劉敏-用藥心得

- 腹瀉型病人，若泄瀉日久不止，可酌加烏梅、石榴皮、椿根皮等以**澀腸**止瀉。
- 若陽虛明顯者，則合用四神丸（補骨脂、肉豆蔻、吳茱萸、五味子）以**溫腎**固澀止瀉。
- 氣虛清陽不升者，可選加升麻、防風、荊芥、羌活等祛風藥，具有**祛風**勝濕、**升陽**止瀉之功。
- 脾虛濕盛者，常用蒼朮、炒白朮。蒼朮芳香燥烈，**燥脾**濕之力最雄健，宜重用15 - 20g。

期刊-劉敏-用藥心得

- 對於腹瀉型的患者，酸棗仁、地黃、首烏、當歸等滋膩滑腸之品應慎用。
- 對於便秘，氣虛者常重用生白朮配枳殼，能運脾潤燥，寬腸通便。
- 氣滯者，常選用五磨飲子（烏藥、檳榔、枳實、沉香、木香）。
- 津虧者常用生地黃、首烏、沙參、麥冬等滋陰增液潤腸之品。

期刊-劉敏-用藥心得

- 潤腸通便而不傷正的種仁類藥，如柏子仁、火麻仁、郁李仁等，各型便秘均可選用。
- 少用或不用大黃、番瀉葉等攻伐瀉下之品，以免損傷正氣。
- 氣滯者加入金鈴子散，重者加五磨飲子。
- 瘀阻腸絡，於方中加入失笑散，往往止痛效果較佳；瘀血之症較明顯者，則根據腹痛部位分別選用少腹逐瘀湯（少腹疼痛）或膈下逐瘀湯（中上腹部疼痛）效果更好。

期刊-醫家經驗-劉同坤

- 以脾陰虛為本，肝鬱、脾氣虛、積滯則為標。肝脾不調為主要病機。
- 脾主運化，脾陰不足，除出現陰虛燥熱症狀外，亦影響脾氣的化生和運化功能，而出現脾氣或脾陽虛症狀。
- 便秘或大便乾結、口乾舌紅少苔之陰虛腸燥症狀。
- 大便溏泄或大便黏滯不爽、神疲乏力、少氣懶言之氣虛或兼夾濕滯症狀。

分證論治

- 脾胃虛弱
 - 脾陰虛損
- 肝脾不和
 - 木不疏土
 - 木旺克土
- 脾腎陽虛
- 腸腑溼熱
 - 腸腑燥熱
- 瘀阻腸絡

結語

- 需注意患者排便的型態:如夾雜血便、或者是大便偏軟、水瀉、糊便均有程度上的不同，治療思考上也有所不同。
- 伴隨的症狀:加重因子、緩解因子、或者是發生的時間點都需要去鑑別。
- 常用的治療方法不外乎是健脾為主，方藥則可從
香砂六君子、加味逍遙散、藿香正氣散、理中湯去調整。
- 通因通用法也是必須考慮的，如便後不爽，黏膩性質高的建議可以酌加大黃(0.3-0.5g)去處理。

指導目標

- 實習醫學生：符合格式、資訊收集的完整性與初步的歸納能力
- R1：理法方藥的分析完整性，著重在思辨
- R2：藥物方劑的選擇與對藥的選擇，釐清不同方劑間的優缺點
- R3：著重於病例的追蹤與探討，並且省思方劑的使用時機及誤治，引用文獻病案探討相同案例的藥物方劑的選擇差異性。

謝謝您的聆聽