

临 证 辨 误 录

南通市中医院 陈继明讲述 朱步先*整理

医疗经验从何而来?平时披览群书,博采诸家,此从间接来;临证细心揣摩,分析成败,此从直接来。余临证四十余年,所遇疑难杂症,若能一见便洞察幽微,药到病除者,实属寥寥;而由辨证粗疏,药难奏效,从中汲取教训,获得成功之例则较多。深感才疏学浅,未能一矢中的。兹择病例数则,就正于诸同志,对后之学者,临证少走弯路,或将有助云耳。

一、肾虚臌胀,肝脾论治 无效,当予补下启中

现代医学所称之“肝硬化腹水”属于中医“臌胀”范畴。《内经》曰:“臌胀者,“腹胀身皆大,大于肤胀等也,色苍黄,腹筋起,此其候也”。举出“色苍黄,腹筋起”与“肤胀”相鉴别,盖示人肤胀乃气分病,臌胀则气血同病。故臌证始属病气,继则病血,再则病水,但一见腹水,提示已入晚期。迅速消退腹水,自为当务之急。一般说来,邪实体实者,可暂行攻逐;邪实体虚者,消补兼施;脾阳不运者,实脾化水;肝失疏泄者,疏络行水;腹水而兼见胸水者,温运大气,疏通三焦;瘀结化水者,消瘀行水。种种治法,用之得当,均可奏效,然亦有不效者,须加深究。近治严姓患者,男,62岁,患肝硬化2载余,腹水形成亦已3月之久,叠经中西药物图治,未能遏制病情发展,诊时腹膨如鼓,精神疲惫,面色晦滞,形瘦骨立,脘腹痞胀,二便艰涩,脉沉弦而数,舌光无苔,证属“臌胀”重候。分析病机,乃缘湿热久羁,肝脾络痹,气阴伤残,癖散为臌,给予补益气阴,化瘀利水之剂。药用生黄芪、天麦冬、楮实子、泽兰、益母草、泽泻、白术、石见穿、

糯稻根、郁李仁等,连进6剂,诸恙依然。窃思药之不效,乃辨证之未准,断不能以痼疾难疗自解。乃细加推敲,忽有所悟,此肾虚臌胀之候也。病系由肝而及脾,又由脾而及肾,肾司二便,今二便艰涩如此,尤为明征。再观其形神憔悴,舌光无苔,乃病久及肾,真阴耗竭之象。然而欲填真阴,又恐滞膈碍脾,踌躇再三,乃师景岳法,用大量熟地,伍入温润益气、滋阴利水方中,补下以启中。药用熟地120克,肉苁蓉12克,生黄芪30克,珠儿参12克,北沙参15克,楮实子30克,猪苓12克,阿胶10克(烊冲),生鸡内金10克,白茅根60克。连进6剂,果然二便通利,腹水竟消十之六七,而且舌润津回,纳谷转增,续予原法加减调理。其预后虽难逆料,但腹水消失,诸症改善,尚能差强人意。

此例初诊之时,囿于肝硬化一般病理表现,见肝治肝,见胀治脾,故未能击中要害。须知肝硬化腹水乃是一种全身性疾病,未有全身症状不改善而腹水能获消退者。臌胀涉及肝、脾、肾三脏,至于何时治肝,何时治脾,何时治肾,当通盘考虑,突出重点。臌胀治肾,古人早有论述,如《内经》:“肾者,胃之关也,关门不利,故聚水而从其类也”。其开关之法,不出温阳化气、育阴化气两大法门。一俟肾气运行,则蓄积之水液可望排除,胀势自可减缓,即所以补其下而启其中也。此以补药之体作通药之用,可施于正气将竭、病邪猖獗之危候。臌胀用峻补,乃塞因塞用之法。张景岳谓:“塞因塞用者,如下焦气乏,中焦气壅,欲散满则更虚其下,欲补下则满甚于中,治不知本而先攻其

* 江苏省中医内科进修班进修医师

满，药入或减，药过依然，气必更虚，病必更甚，乃不知少服则资壅，多服则宣通，峻补其下以疏启其中，则下虚自实，中满自除”。议论寓意精深，而“少服则资壅，多服则宣通”，尤为张氏阅历有得之言，景岳善用熟地，良有以也。

二、眉棱骨痛，辨明经络

所属，清降阳明有效

头痛为临床常见之证，因头为诸阳之会，五脏六腑之气血皆会于此，故外感时邪、脏腑内伤均可发生。外感头痛，多因感受风、寒、湿、热诸邪所引起，且每每兼夹为患。内伤头痛多因肝阳、肾亏、血虚、痰浊、瘀血等所致，但以肝阳上亢最为多见。因此，祛风散邪、平肝潜降为治头痛之常规。但据此治病，亦有用之不应者。1978年3月，曾治张姓妇女，43岁，头痛已历2载，时作时辍，发时前额痛剧，目胀，夜难安寐，脉弦滑，舌质红、苔薄黄，曾经西医检查，无器质性病变，诊为“神经痛”，脉证互参，断为肝阳头痛。肝开窍于目，今目胀如此，乃肝阳上亢之明征，治从清泄肝阳着手，似无不合。药用石决明、紫贝齿、天麻、钩藤、菊花、石斛、白芍、白蒺藜、桑叶、丹皮等，出入为方。先后两诊，诂料服之6剂仍不应。三诊增入羚羊粉吞服，又进3剂，亦无寸功。转而细思，泄肝潜降，乃治头痛之常法，用之不应，必有舛错。细细询问，得知其痛以眉棱为甚，且晨起口有秽味，大便经常干结，察其舌，根部黄腻，如此细究，始得其真。夫眉棱属阳明，阳明者胃腑也，今大便干结，阳明郁火上蒸，所以致痛，治不清降阳明，徒泄厥阴，故而无效。辨证既明，处方遂定，改用酒炒大黄9克（后下），甘草6克，玄明粉5克（冲），生枳实6克，葛根12克，生石膏30克（先煎），淡竹叶12克。连进3剂，大便畅行，头痛若失。

此例辨证之误，在于问诊之粗，一见头痛，遂治厥阴，庐山未识真面目，施治焉能得效！此例说明，治头痛一定要分经论治，若不明经

络，焉知病所？近来内科医家，重视经络学说者较少，殊属憾事。喻嘉言曰：“不明脏腑经络，开口动手便错”，绝非过甚其辞。医者如能深究经络气化之理，然后循经用药，可奏事半功倍之效。今葛根、石膏皆阳明药，用于阳明郁火上蒸之头痛有效，古人药物归经之说，验之临床，确属信而可征。

三、气虚溺血，不宜见血

投凉，当予益气升陷

溺血是指小便中混有血液，或伴有血块夹杂而下的一种疾病，多无疼痛之感。关于此证的成因，《内经》有“胞移热于膀胱则癃溺血”之说，多责之于热蓄肾与膀胱，阴络暗伤所致；亦有心肝之火下注膀胱者。故以清心、滋肾、泻火、凉血的治法为主。但火有虚实之分，临证当细为鉴别，属实火者，起病突然，尿血鲜红；属虚火者，为患已久，尿血淡红而无热灼之感。实火宜泻阳以和阴，虚火宜滋阴以和阳，此其大概，但亦有不尽然者。1979年8月，曾治陆姓患者，男性，65岁，溺血经常举发，溲时不痛，多次检查，诊断不明，每次发作，医者辄投以凉血止血之品，有时亦能暂止，但不能根治，如此缠绵年余，转请余诊。其时面色萎黄，倦怠无力，除溺血外，午后低热，体温38℃左右，口渴思饮，脉洪大，舌质嫩红、苔薄白。小便化验报告：红细胞（+~++），白细胞偶见。初以为出血已久，肝肾阴伤，投清滋肝肾之剂，药物如生地、白芍、阿胶、龟板、女贞子、墨旱莲、玄参、小蓟、牡蛎、血余炭等，进20余剂，病无进退。乃追根溯源，细加辨析，视其面色萎黄，倦怠少神，脉虽洪大，重按无力，均属气虚之征。至于口渴、舌质嫩红，乃气不化津，津不上承之故，与阴伤津少不可同日而语。低热见于午后，阴虚为多，但气虚亦可发生。此患者年逾花甲，素体中虚，复进寒凉之品过多，以致中气愈陷，气不摄血，故溺血不止，改投补中益气汤加味。药用：炙黄芪15克，党参12克，白术10克，当归10克，炙升麻6克，柴胡6克，炒陈皮3克，甘

草6克,茯苓12克,仙鹤草15克,红枣5枚。5剂溺血即止,低热亦退,精神转振,嘱服补中益气丸巩固疗效。

此例初诊拘泥常法,见血投凉,虽在辨证上已分清虚火实火,但却未见气虚一端。可见医者不仅要知其常,尤当知其变,溺血因于气虚,并非临床罕见,其中机理,当细细参悟。夫气与血,本相须而不可须臾相离者也。中气不足之躯,气失固摄,血焉得不渗溢外出!且经谓:“血脱者,色白天然不泽”,亡血之人,血虚则气无所附,则气亦虚;气愈虚,则提掣无力,出血更难控制。故血证经久不愈,当顾及气。昔薛立斋治一妇人尿血,久进寒凉止血药,三年未愈,先生认为:“此前药复伤脾胃,元气下陷而不能摄血也。”用补气摄血法而治愈,对余治疗此证启迪良多,足见古代方书不可不读。

四、经前腹泻,责之冲任 为病,活血祛瘀奏功

腹泻一证,其为病或因外感时邪,或因饮食不慎,但均以损伤脾胃为主要病理变化。盖脾伤则运化无力,于是胃中水谷不分,併入大肠而腹泻作矣。无怪乎张景岳说:“泄泻之本,无不由乎脾胃”。慢性腹泻多由急性演变而来,以虚实错杂为特征,临证当详加审察,既不能畏虚以养病,亦不可攻邪以伤正。脾虚及肾者,可补火煨土;脏寒肠热者,可温脏清肠;因情志触发,肝木克土者,可扶土抑木;久泻成积者,可补虚搜邪兼进,种种治法,不可尽述。但亦有病根不在仓廪之官者,守此诸法无效。1978年4月,余治王姓妇女,42岁,患腹泻3年,时作时愈。西医诊断为“过敏性结肠炎”,用多种西药治之不应,中药则以温肾补脾着手,亦苦无疗效,转求我诊。其时腹泻一日2~3行,便后有粘液,少腹隐痛,面色青黄,脉虚弦,舌苔薄白,断其为肝木克土。予痛泻要方加潞党参、乌梅、木瓜、煅牡蛎、木香等。先后进20余剂,有小效,但仍时作时止,不能根治。于是详审病情,上下求索,得知其经前一周腹泻更甚,一日4~6次,经来少腹冷

痛,经行夹有血块,行经后腹泻减轻,日1~2次,偶亦有大便成形者。察其舌质暗红,有瘀斑,诊其脉弦而有涩意。因思一派瘀阻胞宫之象,何不用活血化瘀药以图之?考王清任有膈下逐瘀汤,此方可治“泻肚日久,百方不效者”。爰用其例,予王氏原方(炒五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、元胡、甘草、香附、红花、枳壳)。连进5剂,经行腹中冷痛已罢,腹泻亦止,三载宿疾,竟告痊愈。

此例初诊之时,误于见泻治泻,未审病源。古人云:“妇人尤宜问经期”。经水不调而致他病者,当以调经为先。《金匱》水气病在论及妇人病水时,曾有“经水前断,后病水,名曰血分,……先病水,后经水断,名曰水分”的论述。虽系对水气病而言,但水与血之间的辩证关系,则具有普遍的指导意义。经前腹泻,张石顽认为:“脾统血而恶湿,经水将动,脾血先注血海,然后下流为经,脾血既亏,不能运行水湿,所以必将作泻”,其亦指脾虚而言;而王氏之方,则指瘀血实证,旨在祛瘀以整肠。然此法不可孟浪使用,若久泻不止,不辨气血,不明虚实,辄投祛瘀,则非王氏本意。此证用活血化瘀药以止泻,是否与其能调理冲任,纠正内分泌功能之紊乱,调节阴阳平衡有关,很值得进一步探讨。

以上四例,均属初诊未当,幸能及时改弦易辙,获得效机,从而深感辨证论治之不易。若辨证稍有差异,立法用药,自难中的,可见辨证论治乃祖国医学之精髓。我在临床带教中,发现同学能初步掌握辨证论治者固多,而对症治疗,头痛医头、脚痛医脚者亦复不少,殊堪引起重视。当然,要做到辨证论治准确,必须打下扎实基础,常怀不足之想,日求精进之心,即以上述四例而言之,本人亦自愧学验之不足,辨证之粗疏,故加申述,以为今后临床之借镜。

更正:本刊今年8期10页右栏第25行“藏精气而不能泻也”,句中应去“能”字;同年7期68页右栏倒数第9、12行中的“松节油”应改为“松溜油”(广东省汕头市医药用品厂出品)。