

## 临 证 心 得

## 医 话 三 则

高辉远讲述 刘跃进\* 郭其来\*\*整理

## 一、舌诊一得

舌诊作为中医诊断疾病的独特方法，有其悠久的历史。近几十年来，随着西医药的发展，在临床上又出现了一种由于长期应用西药，尤其是某些抗生素、激素等而致的病态舌象。因为这种舌象，从外貌上与过去的舌诊书中描述的似较相同，但却与原有辨证意义的舌象相悖。也就是说，这种舌象所显示的按中医舌诊理论解释，并不是机体内“正邪相争”的真正病变，而只能称为因西药某些副作用所致的“假象”，不能真正反映病变的本质，应当引起中医工作者的关注和警觉。

因西药所致的病态舌象，国外早就有人报道过。如服雌激素可致舌质红，用某些抗生素可致舌苔增厚，出现黄褐苔、黑毛苔等。近些年来，中医期刊中也不时地有这类报道，随着应用西药的情况日见增多，对于识别因某些西药所致的舌象，唯有以辨证为依据才能提高疗效。

我曾会诊某八十高龄患者，因感冒合并肺炎，经中西医结合治疗月余，病势基本控制，已值邪退正虚阶段，证见低烧、咳嗽、胸闷气短、口干不欲饮、大便三日未行、脉细数、舌质淡红、舌苔发黑，加之老年张口呼吸、苔偏干燥。这种舌象的出现，实与用广谱抗生素有关。而前医未了解这些因素，仅根据大便三日未行，舌苔黑而干燥，辨为里热结实伤津之证，主张用苦寒撤热法，处以大剂芩、连、大黄之品。我经分析病情，拟清宣养阴、调和肺胃之方药，服用数剂，黑苔渐化，诸症遂愈。假若不辨舌苔真假，难免有误下伤正之虞。

我在诊治肾病综合征时，发现某些患者由于长期服用肾上腺皮质激素出现舌质嫩红而光，有似阴虚内热之象，服清热养阴之药往往不应。或舌之中部呈片状或条状光剥无苔区，多伴口干不渴、身倦乏力、身目微肿等证。从局部看，虽似阴不足，但从整体辨证，实为肾阳亏虚。故亦不宜用养阴滋肾之法，而选用温阳益肾、化气行水之加味春泽汤。春泽汤即五苓散加人参而成，方出《证治准绳》，我在此方基础上再加黄芪、附子等，名曰加味春泽汤。用此方后，患者不仅舌质嫩红而光好转，渐见薄苔，其条、片状光剥无苔区亦平复；并且逐渐撤减激素也未见反跳现象，进而使患者达到临床治愈。

十问歌中强调：“九问旧病十问因，再兼服药参机变。”说明在问诊时要问服过何种药物？有哪些反应？做到心中有数。何况今天中西药结合使用颇为常见，岂可不详细询问，仔细诊察。

## 二、舍脉从症

脉诊是中医诊断疾病的重要手段。在通常情况下，脉症是相符的。但临床上也不乏脉症不相符的情况，举例如下。

1. 脉大并非尽属邪盛：《内经·脉要精微论》云：“大则病进。”后世亦大多以脉大为邪盛病进之象。然而我发现某些肺原性心脏病患者，在非急性发作期，症以胸闷气短、咳喘乏力、动则喘甚为主，其脉大而微弦，尤以寸关部为显，仍示邪盛之象。倘若以脉为凭，唯以

\* 湖北省蕲春县李时珍医院

\*\* 武警部队北京总队医院

苦寒泻肺，祛邪平喘为务，难免有伤正耗气之虞。张仲景在《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》中指出：“男子平人，脉大为劳，极虚亦为劳。”说明虚劳之病可见脉虚，亦可见脉大。久病必虚，久虚而劳，肺心病患者系久罹咳嗽，肺病及肾，以本虚标实为其病理特征。在急性发作期，常以邪气壅肺为主要表现；在非急性发作期，则以肺肾两虚为主要矛盾。临证者切不可脉大有力而忽为邪盛，不忘前贤“至虚有盛候”之戒。

2. 脉弦并非尽属实：在诊治老年病的实践中，我发现不少老年人随着年龄的增长，由于血脉逐渐发生退行性变化，而出现生理性的弦脉。这种健康老年人出现的弦脉，实质上是人体正常衰变的现象，当视为“平脉”，不可妄断为病脉。另外，有些老年人曾因患过高血压病，经治疗后，血压已趋正常，然所致的“动脉粥样硬化”犹存，故常在诊病时，出现辨证为虚候，其脉反呈“端直而长，如按琴弦”之象。这种肝风已息、肾精亏匿之体，最忌攻伐。辨治时切切慎之。

3. 脉数并非尽属热：临床上有的心脏病患者，因心功能不全而致“心力衰竭”，其脉一息6~7至，甚可8~9至。此时切不可脉数为热，有力为实热，无力为虚热而辨。我根据患者心悸、气短、胸闷、舌淡等心阳气虚之象，施以益气养心、调和营卫之方药，往往奏效。有一次学生为之疑惑，脉数为何用桂枝？我释之曰：此脉数非为邪热，乃心阳虚弱，心气鼓动无力，以数而济之，故温心阳、通心气，正合病机。

此外，临床上还会出现因使用西药而致的“数脉”，如应用阿托品、肾上腺素后，常使患者脉搏加快，呈现数脉。此种数脉有一定的时间性，故不可以之为辨证依据。

4. 脉迟并非尽属寒：临床上应用某些西药可致脉搏减慢，出现相对“迟脉”。如心脏病使用心得安、洋地黄等，可呈现迟脉。这种因药而致的脉象，往往掩盖了疾病本来的病理征象，实为脉诊中的“假象”。诊察时尤当详问

既往用药情况，方可知而不惑。

鉴于人体生理变化，各种疾病以及西药的应用，对脉象均可产生一定的影响，要求医者须知其常而达其变，方能在“脉症不符”的情况下，舍之有理，从之有据，以免“刻舟求剑”。

### 三、汗与汗法一得

汗与汗法关系甚密，发汗前注意汗之有无，发汗后观察汗之彻否，皆为认识汗和运用汗法之要点。故善用汗法者无不注重辨汗的太过与不及，善辨汗者又无不剖析汗法的得当与不当。

《素问·阴阳应象大论》云：“其在皮者，汗而发之。”凡外感热病初期，发汗乃治疗大法。恶寒无汗者，必须发汗以解表；恶风有汗者，宜用汗法以解肌。然则为何太阳中风证、风热表证，有汗而邪不去，汗出而热犹存？经过长期临床观察，发现不少此类患者头面及上身虽皆有汗，然其下肢，尤以膝以下，常多无汗。细探其因，此乃“汗出未彻”耳。因为汗法不仅是使人汗出为目的，主要是汗出标志着腠理开，营卫和，肺气畅，血脉通。全身有汗，汗出始彻，才是表解邪去的象征。张仲景在《伤寒论》中已有明示：“遍身皤皤微似有汗者益佳，不可令如水流离，病必不除。”其中包括汗出的量及汗出的部位。若汗出太过，则易耗气伤津，甚至产生亡阴亡阳之变；若汗出不彻，则病亦终难解除。其“遍身”二字独具匠心。我从张仲景这一条中得到启发，注重患者发汗后遍身汗出之全貌，发现下肢的汗出与否是表解与否的关键。无论是辛温解表，抑或辛凉解表，若患者服药后，虽有汗出而下肢仍无汗，标志汗出不彻，热虽暂退，旋而复热，须继续解表；若患者遍身皤皤微汗，下肢津津而润，标志邪已透表，虽热未尽而必自解，屡试屡验，渐以为律。不仅邪在肺卫的病证如是，即使是卫气同病、里热壅盛之证，甚至其他杂证发热汗出，也应细察下肢汗出情况，直窥邪热透达之势。如某糖尿病患者，时临盛夏，复罹“左下肺炎”，症见高热汗出，胸闷咳嗽，血象偏高，血糖尿糖亦高，曾用抗生素治疗一

周，热势不退，体温 38.5~39℃。延余会诊，视其头面汗出，抚下肢却灼热而干，舌质红少苔，脉滑数。遂处以清里透表之黄连香薷饮化裁，服药三剂，下肢始汗，热势渐退，续服二剂，膝以下热势潮润，热退尽而咳嗽亦缓解，改用养阴清肺以竟其功。

总之，无病之人，汗作为一种生理现象，阳气为用，阴精为体；既受营卫之气所使，亦有调和营卫之功。若一有病，则可见种种汗之

异象，属机体病理变化的外在表现。外感热病下肢无汗，其理在于：太阳为诸经藩篱，统摄一身之营卫，其经气从头至足而行；若邪气外袭，或邪热内壅，则营卫之气阻滞而难以下达，玄府因之闭塞，故下肢无汗。临床上当汗而汗，邪仍不解，其奥亦在于营卫未通畅也。治宜宣发肺气、调畅营卫、开泄腠理、透热外达之方药，则下肢热势微汗，显示营卫调和，经气通畅，邪气随汗而解。

## 血府逐瘀汤临床应用举隅

山东省泗水县人民医院柘沟分院 宋尚典

### 例一：流行性出血热后呃逆

徐××，男，28岁。1985年4月3日初诊。

患者因“流行性出血热”收住院，治疗一周后病情好转。4月1日在饮水时引起呛咳，遂即呃逆不止，经用西药对症治疗三天，罔效。邀余诊之。患者体质壮实，呃逆频发不止。剧烈时引起呕吐，影响饮食及睡眠，口渴不欲饮，舌苔薄黄、质略红，二便自调。证属热伤血络，瘀血痹阻膈下，胃气逆而不下。治予活血化瘀，理气和胃，方用血府逐瘀汤。处方：桃仁12克(去皮尖)，红花9克，当归9克，生地9克，川芎5克，赤芍6克，牛膝9克，桔梗5克，柴胡3克，枳壳6克，甘草3克，水煎服。三剂，一日一剂。

上方服一剂，呃逆减轻，三剂愈。

按：“呃逆”一证，古人认为是胃气上逆而致病。如《灵枢·口问篇》说：“寒气与新谷气俱还入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆于胃，而胃府不受，复出于胃，故呃逆也”。此后，历代医家对“呃逆”的病因、病理及治法又多有阐发，使中医学对“呃逆”的认识日臻完善。清末王清任对“呃逆”的发病机理和治法又提出了新的见解，他在所著《医林改错》中说：“因血府血瘀……，故呃气，……无论伤寒、温疫、杂证，一见呃逆，速用此方，无论轻重，一付即效，此余之心法也。”我曾用血府逐瘀汤治疗“流行性出血热”后呃逆证七例，均获得满意的效果。

### 例二：粘连性肠梗阻

宋××，男，28岁。1979年9月3日初诊。

一年前，该患者因“绞窄性肠梗阻”行手术治疗。此后，经常发生腹痛，时好时犯，曾多次应用消炎、

解痉止痛药物及局部热敷等方法治疗，仅能取效一时。8月24日，腹痛再次发生，疼痛剧烈伴呕吐而住院治疗。入院后，诊断为“粘连性肠梗阻”，给予抗感染、解痉镇痛及纠正水电紊乱等方法治疗一周，病情稳定，腹痛稍减而未止，欲再行手术治疗，因患者拒绝手术，要求服中药治疗。患者体质健壮，腹痛略胀，按之腹肌紧张，小便淡黄，大便二日未解，舌苔薄黄少津、质郁暗，脉沉弦有力。证属血瘀在腹，腑气受阻。治予活血化瘀，行气止痛，方用血府逐瘀汤。处方：桃仁12克(去皮尖)，红花9克，当归9克，生地9克，川芎5克，赤芍6克，牛膝9克，桔梗5克，柴胡3克，枳壳6克，甘草3克，水煎服。三剂，一日一剂。

上方服三剂，腹痛减轻，解大便二次，效不更方，继服原方二十余剂，腹痛痊愈。随访五年未复发。

按：我用血府逐瘀汤治疗“粘连性肠梗阻”是从《伤寒论》、《温病条辨》中有关“蓄血证”的论述得到启发的。《伤寒论》说：“太阳病六七日，……其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满；小便自利者，下血乃愈，……抵当汤主之”。《温病条辨·下焦篇》说：“少腹坚满，小便自利，夜热昼凉，大便闭，脉沉实者，蓄血也，桃仁承气汤主之”。“蓄血”乃血结之重证，非峻剂攻下不能摧其坚，故用抵当汤或桃仁承气汤通下攻里以破血逐瘀；“粘连性肠梗阻”虽有蓄血之见证，但尚达到“硬满”、“发狂”的严重程度，故用血府逐瘀汤活血化瘀，行气止痛，使气行血运，腑气通畅，则“粘连”自可缓解，而无“梗阻”之病矣。我用该方治疗“粘连性肠梗阻”属血瘀者四例，均获痊愈。