

· 误诊分析 ·

总结教训 精研医理 提高医术

河北中医学院 田淑霄 李士懋

临证 20 余年来, 教训颇多。通过前辈指点与不断学习实践, 偶有所获, 姑录之于后, 或有裨于后学。

一、阳虚身热误作热盛例

大庆会战初期, 每至冬春, 麻疹流行, 患儿甚多。临证有见体温高达 41°C 以上、体胖、面白、舌淡、脉疾无力、麻疹难出或伴烦躁昏迷、抽搐厥冷者, 余初皆以透疹清热治之, 先后治疗 7 例皆亡。后见贵刊报道, 此乃阳虚疹陷, 当用参附鹿茸等温阳扶正以托疹, 余仿效之, 以后经治十几例皆愈。

患儿体胖、面白、舌淡, 乃为阳虚之征; 脉数疾无力, 亦属阳气微弱。透疹、清里复损其阳, 犯虚虚之戒。导致误治的缘故, 在于误认为体温如此之高、必是热盛无疑, 以致造成不应有的死亡。痛定思痛, 始悟辨真假寒热, 不在于身热烦躁、贪凉喜冷、脉数大等, 而是重在神色舌质与脉之沉候有力否。这点原无新奇可言, 前辈早有明训。治病之难, 难在识证, 读书不求甚解, 浮光掠影, 浅尝辄止, 难免沦为庸医俗子。

1984 年 3 月, 曾治一 79 岁老人刘某, 男。高热 39°C 以上达二月余。住某医院初诊肺炎,

予多种抗菌素并配合激素、输液, 体温不退。后于痰中三次找到癌细胞, 并经气管镜检查, 确诊肺癌, 出院回家, 准备后事。老人面色晦黯无华, 舌淡且润, 脉数大无力, 口中灼热喜冷饮, 咳嗽呕吐, 气短心悸, 膝以下凉。因有以往之教训, 患者脉数身热, 当为阴盛格阳所致, 故予参附理中以回阳, 吴茱萸面敷足心以引热下行。历半月热渐降, 但稍劳后辄有低热。此乃“阳气者, 烦劳则张”, 宗甘温除热法, 予补中益气汤加肉桂, 又经月余热除。

“治病必求其本”, 乃尽人皆知, 但有不少疑难重证, 其本往往难辨。如何求本? 重在脉、舌、神色, 尤以脉象为最。李士材说: “辨证之法, 首重于脉; 辨脉之法, 以沉候为准。”吾师陈慎吾亦说: “脉可定性”, 诚为经验之谈。我认为脉无假, 在于如何分析辨认。脉不仅要正看, 还要反看, 阳中求阴, 阴中求阳。辨脉之法, 固以沉候为准, 然沉候之中, 以尺为根。肾乃元阴元阳之所居, 生命之所系, 于此紧要之处, 当细心体会。

二、血崩止涩不效例

1965 年曾治一例, 王××, 39 岁。月经素不调。闭经四月后, 因劳累而见红, 血涩少

(研末冲服), 沉香 1.5 克(研末冲服), 生姜三片, 杏仁 9 克, 生代赭石 30 克(先煎), 甘草 3 克。

服上方三剂, 气息喘促大减, 即能平卧, 神情好转。药已中的, 效不更方, 共进上方十二剂后, 痰化喘平, 纳食增馨, 二便正常。

按: 本例投以苏子降气汤治上顾下, 标本兼施。方中苏子、前胡、陈皮、半夏皆能降逆

上之气, 兼能除痰, 气行则痰行; 当归润以和血, 与苏子配合, 取温润下气之功, 降气以达津液, 使肺与大肠表里相通。大便不攻自下; 用肉桂以补君相之火, 又加沉香降气纳肾, 两者相伍, 对于治疗上盛下虚者甚为恰合; 更加一味代赭石, 善镇逆气, 益彰其功。

(吴小波整理)

且暗,少腹寒痛且胀。自饮酒以通经,翌日血涌成崩,顺腿流至足,棉裤濡湿。登圉蹲下则血注盈碗,瘀块甚多。血涌一阵则腹痛缓,数小时后复痛,舌质稍暗,两脉皆弦。西医诊为子宫功能性出血。曾用止血剂及刮宫术而未止,转诊于中医。因其脉弦、腹胀痛,诊为肝郁不舒,冲任不固。予丹梔逍遥加藕节炭、生地炭等,二剂血不止,复加阿胶亦罔效。思其腹痛甚,血色暗且有块,当为瘀血阻滞经脉,血不循经而致崩,姑予少腹逐瘀汤一剂,血竟止。

血崩一证,习以止血为先务,余临证亦遵此常法,然屡有不效者。虽知有逐瘀止崩一法,然恐出血反剧,故畏而不用。昔用炭类或固涩剂止血,虽能取效于一时,然终难以根治,徒使瘀血加重,反复发作。经治该例始感逐瘀治崩确有卓效。后经反复实践证明,因瘀血致崩者,逐瘀不仅无促进出血之弊,反能迅速达到止痛止血目的。盖瘀血一去,血自归经,不止血而血自止,此即治病必求其本之谓。余临证应用时,以少腹疼痛、血暗有块、舌暗瘀斑、脉弦或涩等四项为指征,四项之中,尤以少腹疼痛为主,疼痛愈重,则瘀血诊断愈明。其痛可呈胀痛、寒痛、挛痛、绞痛等。“通则不痛,不通则痛”,故疼痛为必有之症,即使脉舌等瘀血指征不著,只要少腹痛甚,亦可诊断为瘀血,此时放手用活血化瘀法,不必顾忌踌躇。若少腹不痛,或仅有隐隐作痛者,虽血暗有块,亦不可贸然进活血化瘀之品。余曾治一漏证,因腹痛绵绵,血暗有块,施活血化瘀法后,血量陡增。自此知瘀血之指征,不重在血暗有块,而重在腹痛。临床单纯血瘀者寡,兼夹者多,须与其他治法相伍而用。

三、火郁误作阳虚例

1963年曾治一武姓产妇,产后悲怒致头痛心悸,肢冷畏寒,厚被热炕犹觉周身冰彻。面色青白,舌质略红,脉沉弦兼有躁象。余以为产后阳虚,迭进四逆、参附之剂,附子渐增至

一两半,经旬畏寒不解,反增神识昏昧。百思不解,束手无策,转院治疗四月方愈。嗣后数年,见《医家心法·诊法》曰:“佛郁之脉,大抵多弦涩迟滞,其来也必不能缓,其去也必不肯迟,先有一种似数非数躁动之象。”又《四言举要》曰:“火郁多沉”,沉而见躁,正是火郁之脉,此时方悟武某当是火郁之证。悲怒气滞,阳郁不达,故脉沉肢冷畏寒,郁火冲激于内而脉躁,郁火上冲而头痛,扰于神明而心悸。本当疏解郁结,宣畅气机,误为阳虚,滥用附子回阳,助其郁火,转致昏昧,皆因不明火郁之理。

四、鼻衄凉血无功例

1961年毕业实习时,于同仁医院曾治一鼻衄患者,屡用凉血止血而不效,陆石如老师于吾原方中加桑白皮15克,二剂衄止。惊问其故,陆师讲述名医孔伯华一医案:某中药铺掌柜,鼻衄断续百日未瘥,犀、羚、牛黄、三七等,遍尝罔效,孔老先生重用桑白皮一味而止。盖肺开窍于鼻,气有余便是火,气逆则血溢。桑白皮功擅泻肺降气,气降则火息,气顺则血宁。药虽一味,颇切医理。叹服前辈功底之深厚,临证方有巧妙之构思。余谨记师言,临证以来,凡遇鼻衄出血不止者,常独用桑白皮一味,或佐清热之品,其效颇著。如:田××,女,31岁。一月来鼻干口渴,突然鼻衄,倾刻盈盏。查鼻示小动脉破裂,急用肾上腺素溶液纱布填塞,血倒溢口内。予局部冷敷、肌注止血药,血虽减仍未止。急煎桑白皮30克,二小时一服,五小时后血止。次日取出充填物,未再出血。

以上四则,乃愚者一得,原无新意,既无悔人之意,亦无窃慰之心。许多东西都需几经挫折,方稍有所悟。医乃济世救人之术,必须刻苦钻研,广闻博识,勤于实践。理论功底深,临证方能触类旁通;勤于实践,方能对中医理论真正有所领悟,二者不可偏废。欲提高临床疗效,必须切实以中医理论为指导,才能使辨证论治生机勃勃,左右逢源。