

知常达变 因变施治

黄 云*

主题词 辨证论治 @ 辨因施治

诊暇之余,仔细揣摩治疗之得失,无不感叹中医治疗之难。当今提倡中医现代化,强调大样本、可重复性的研究,固为重要,然非一朝一夕之事。面临种种疾病,能灵活运用中医辨证论治,取得预期之效,也实非一件易事。全资医者慎思、明辨,审证精详,处方、用药揆合法度。

然天地之间,万物运动变化不息,人禀自然,沉浮于生长之门。人之为病,可因病因、禀赋、七情、调护等不同,而表现错综复杂,隐微曲折。虽一病可以数种证型论之,但绝非能慨其全貌,况且同一证型之中亦有个体差异。种种变异,是导致临证疑难束手之因。可见疾病之变异为临床常见之象,因变施治的辨证准绳不可偏废。

本人临床二十五个春秋,屡遇疑难变证,常用求异思维,广角反思而得其法。故有久治不应,冥思苦索后而有得者,始悟因变而变之真谛!兹不揣简陋,列举3案以证之。

1 炎症以虚寒论治

扶某某,女性,51岁(住院号9093)。

因淋雨受凉,出现发热恶寒,咳嗽身痛,以感冒论治3日不效。且咳剧,胸痛,气促,于1992年6月10日入院治疗。查血常规:白细胞 $13.8 \times 10^9/L$,中性0.79,淋巴0.21。X线胸片诊断:右肺肺炎。胸部听诊:右下肺可闻及湿性罗音。确诊为右大叶性肺炎,以中西医结合治疗,先后用麻杏石甘汤、清燥救肺汤、定喘汤,配合庆大霉素、青霉素、氨苄青霉素、先锋霉素等西药治疗。一周后,虽寒热退,但咳嗽不止,夜间为甚,彻夜不得眠,胸痛,吐黄白稀痰,量多,伴

纳差乏力。住院第9日,邀余会诊。查:脉细结,舌质淡暗、苔淡黄、根部稍厚,体瘦,面色少华,右下肺满布湿罗音。窃思前医拘泥于炎症,一派寒凉用药,痰饮冰伏于内,肺气焉得肃降?素体羸弱,病后一攻再攻,脾肺之气何不虚损!遂弃炎症不顾,以肺脾气虚,寒饮阻肺辨证。治以补益肺脾,散寒化饮。拟六君子汤合小青龙汤加减:太子参20g,白术10g,茯苓10g,法半夏10g,陈皮10g,麻黄7g,桔梗10g,白芍10g,五味子5g,干姜7g,细辛3g,蒲公英12g,甘草5g。4剂后,咳喘渐平,渐撤西药,再守方4剂,咳嗽渐止,夜间入睡明显改善,纳食倍增。仍以六君子汤加味调治半月而痊愈。

按:肺炎一证,临床多见痰热壅肺,一般来说,炎症多属热证、实证。但“炎”不可与“热”等同。即使是急性期其辨证也不可局限于“热”,应考虑多种病因病机。忆往昔在山区工作时,也曾用小青龙汤加味治愈多例肺炎病人。可见炎症绝非皆属热证,此为病之变。此种变异多由素体禀赋不足,阳气素虚,感邪后正气无力抗争,或外感寒邪偏重等多种原因所致。临证不可不察,须当因变而变,不可被“炎”字所束。

2 新痹从痰论治

黄某某,男性,56岁。1988年5月初诊。

7日前远行而归,沐浴时自觉右臀及右下肢后侧疼痛不适,自以为劳累过度。翌日疼痛遂加重,不能下地活动,至某医院诊治,查血沉,抗溶血性链球菌“O”、类风湿因子试验及X线摄片检查,均未见异常,诊断为右侧坐骨神经痛。局部封闭治疗,服阿斯匹林、保泰松等药无效,延中医治疗。首服当归四逆汤2剂,痛加剧。改服当归拈痛汤亦无效。因属邻里,邀余赴诊。询其所苦,言右臀及右下肢后侧胀痛难忍,且阵发加剧如刀割,不能动弹,伴咳嗽,咯黄稠痰,因咳嗽牵掣右腿痛而不敢咳,纳差,口苦,尿黄而少,大

* 湖南省衡阳市中医医院,衡阳市蒸湘北路

(421001)

收稿日期:1992-12-02

便正常。查体质尚壮实,痛苦面容,呻吟不止,右腿直腿抬高征阳性,脉弦,舌质淡红、苔薄黄根部腻。余沉思,辨为湿热下注无不当,何服当归拈痛汤而不愈?病兼咳嗽,莫非湿热偏表,与肺失宣降、湿热痹阻不得宣散有关。权且拟宣痹汤清热利湿,宣肺通络:薏苡仁 10g,杏仁 10g,连翘 10g,防己 10g,法半夏 10g,栀子 10g,蚕沙 10g,六一散 15g,桔梗 10g,枳壳 10g,牛膝 10g,威灵仙 10g。3剂后,疼痛减轻,咳嗽好转,继守原方5剂。三诊时,病无增减。是湿热缠绵难除?抑或辨证有误?再询痛状,言以右臀环跳下一寸,委中、承山三处疼痛最甚,痛时如针刺,且固定不移,以夜间为甚。痛缓时有麻胀感。虽属新痹而血瘀无疑,配合活血化瘀法。仍以原方增损:薏苡仁 10g,杏仁 10g,连翘 10g,栀子 10g,蚕沙 10g,牛膝 10g,甲珠 5g,当归尾 15g,红花 10g,泽兰 10g,防己 10g,甘草 5g。5剂后疼痛若失,守方10剂,病愈。仿虎潜丸滋补肝肾,强筋健骨,善后调治,尔后未见复发。

按:痹痛一证,自古认为风寒湿三气杂至所致,且随人身阴阳盛衰而有寒热不同见证。痹痛日久,气血凝滞,多见瘀证。即《时方妙用》“痛久必入络”之谓。此为常论。然由于生活改善,素体增强,加之气候转温,临床中痹证属湿热者不鲜见。虽属湿热,由于在关节、在骨、在筋、在肌表之不同,处方用药又当有异。以往临床中,本人喜用宣痹汤治疗湿热偏表,兼有肺卫症状之痹证,常取良效。本例属新痹,湿热在筋偏表,故前医用当归拈痛汤无效。改用宣痹汤加减后,虽见初效,然不能尽愈,实为湿热阻滞,经气不畅,瘀血已成所致。加用活血化瘀后,方见良效,可见疾病变化万端,须当明析应变。新痹亦可见瘀血,不可泥于“久病入络”之说。

3 遗尿从阴虚论治

黄翁,时年74岁,患脑溢血,中风偏瘫3年,左侧肢体活动不便。1992年以来瘫痪渐加重,且出现默言不语,有时神识糊涂,多次至某医院治疗而不效,反见小便不能自控,常自遗不知,每日衣被更换频繁,历时数月。日近寒冬,举家焦虑不安,中西医更治罔效。某医言属大脑疾

患,意为不治。因属同乡,9月中旬迎吾诊治。察患者体质较瘦,神志尚清,虽不多言,问之必答,且语声宏亮。问其所苦,只言患肢不能活动,小便不能控制,余无不适。切其脉细略弦,左尺稍弱,舌偏红苔薄黄。索前医处方,多属活血化瘀,补肾壮阳,益气缩泉之品。窃思患者年老体弱,肝肾素亏,肝阳偏亢,肝风戾张,风痰阻痹乃致中风。病延日久,肝肾之阴何不益虚?适时其妻补述:“夜间两脚喜外露,不愿盖被。”印证阴虚之辨。遂以肝肾阴虚论治,拟杞菊地黄汤加味:熟地 15g,山萸肉 10g,淮山药 10g,泽泻 10g,丹皮 10g,茯苓 10g,枸杞 15g,菊花 10g,石斛 10g,石菖蒲 10g,桑螵蛸 10g,益智仁 10g。7剂后,夜间尿床次数明显减少。再拟原方去菖蒲,加麦冬连服30剂,小便已能自控,遗尿之证消失,获意外之效。

按:遗溺、小便失禁多见老小及体弱、病后之人。欧阳锜氏《证治概要》曰:“若肾阳不足,火不摄水;或肾阴虚损,虚火妄动;或客热所乘,经脉痿痹,皆可使小便自遗或不能自禁制。”临床中以肾阳不足,火不摄水多见。但肾为水火之脏,具主水、司二便之功能,必须在肾之阴阳互济的条件下方能实现。故阴阳任何一方有余或不足,均可影响主水、司二便之功能,而出现双相反应。如肾阴不足,既可出现少尿或无尿,亦可因虚火相对妄动,使膀胱气化功能虚性亢旺,而出现尿多、遗尿、失禁,只是临床较为少见而已。本例老翁得病于中风之后,因肝肾阴虚之证候不典型,故前医以气虚、阳虚、血瘀论治不效。接诊后根据病机分析,结合症状表现,以肝肾阴虚论治,滋阴而抑阳,使肾之阴阳相济,而获良效。可见慎思广虑,审谛覃思,因变施治之重要。

安徽省高校科技函授部

中医函授大专班面向全国招生

本部经安徽省教委批准面向全国招生。选用《全国高等中医院校函授教材》,开设12门中西医课程,与同等教育中医自学考试紧密配合,由专家教授全面辅导和教学。

凡具有高中文化程度者均可报名,附邮资3元至合肥市阜阳路48号高函部,邮编:230001。简章备索。