

从误诊误治案例再谈“平脉辨证”

● 李航 蒋宁峙 指导:陈利群

关键词 误诊误治 医案 平脉辨证

笔者弱冠起侍诊于国家级名老中医杨少山教授,学习其采用辨证论治方法治疗各种常见病和疑难杂病^[1-4]。杨师临证时常教导:跟师学习的主要目的并不是死记其常用药方或药对,而是学习如何辨证,方可举一反三,从而灵活运用“同病异治”“异病同治”的中医常用法则,取得更好的临床疗效。而平脉辨证法作为临床上最基本的辨证方法,首先确定主症(可以是一个症状,也可以是两个密切相关的症状,或者是一组症状);其次确定脉象;后将两者结合起来,经过辨析,再参考兼症和舌象后方可确定证型。在平脉辨证中,脉诊是否正确是个关键。脉诊有误,辨证必然错误。由于脉诊的学习较为困难和复杂,现平脉辨证法已非临床中医师最常用的辨证方法。现笔者举隅临床十余年来误诊误治案例4则,以期再谈“平脉辨证法”在临床辨证中的重要性。

1 咳嗽“肾阳虚兼太阳中 风、营卫不和、寒热错杂” 证误辨为“肺阴不足”和单 纯“太阳表虚”证案

王某,女,19岁,因“反复咳

嗽少痰伴口干咽燥3个月”于2001年立夏就诊于笔者。现病史:近3个月来反复咳嗽少痰,夜间为甚,伴口干咽燥,无咽痒、鼻流清涕,无发热,多方求医均辨证为“肺阴不足”型咳嗽,予“沙参麦冬汤”合“止嗽散”加减服用月余仍不效。就诊时症见:形体肥胖,咳嗽,口干咽燥而不欲饮,伴盗汗、恶风、恶寒,但时有潮热,舌质淡红,苔薄,脉浮缓而无力。笔者根据《伤寒论》原文而辨证为“太阳表虚证”,故拟“桂枝汤”原方2剂,后因前症反加重,患者家属拟另寻名医,笔者经其家属同意后一同就诊。该医家先反复诊脉5分钟左右;同时望其形体肥胖,审其舌苔见舌质淡红,苔薄黄;并闻及患者语声轻微;另询得患者有腰背冷、口苦。医家采用“平脉辨证法”为主,将脉象和上述异常主症和兼症记录于册,并将处方一同交由助手录于方中,内容如下:诊得右寸脉浮紧,右尺脉虚浮,舌质淡,苔薄黄,主诉咳嗽3个月,伴口干不欲饮、腰冷、口苦以及盗汗、恶风、潮热。辨证为素体肾阳虚,复感风邪而引起

太阳表虚证,且寒热错杂(寒重于热)。予“桂枝加附子汤”合“阳旦汤(黄芩仅用6g)”服用7剂。复诊时诉服用1剂后咳嗽、口干咽燥即大减,当晚即无明显盗汗,目前上述症状均除,该医家再次诊脉发现:右寸脉已不浮紧,然右尺脉沉而无力,右关脉细缓,左关脉虚弦,舌苔已转薄不黄。予肾气丸加生黄芪30g、党参15g、当归10g、炒白芍10g,后随证加减。笔者每周电话询问患者家属,1个月后医家建议可改为仲景牌“金匮肾气丸”合“归脾丸”巩固疗效。后随访至今,未再复发。

按 本例因存在“反复咳嗽少痰,夜间为甚,伴口干咽燥”等症状,故多位名医均辨证为“肺阴不足”型,然为何连续服用3个月滋养肺阴药而无效?而笔者接诊时根据患者存在“咳嗽伴恶风、盗汗、潮热、脉浮”等主症脉象,故辨证为“太阳表虚证”,然为何服用“桂枝汤”原方2剂后反加重?后医再次细审脉症时发现,患者右寸脉浮紧,结合主症(恶风、盗汗、潮热),辨证为“太阳表虚证”当属无疑;同时发现右尺脉虚浮、舌质淡,结合主诉腰冷,则提示素体肾阳不足;舌质淡、苔薄黄和腰

● 作者单位 浙江省杭州市东新社区卫生服务中心中医科(310000)

冷、口苦则提示：寒热错杂证。综上，该例肾阳虚证为本，太阳表虚证和寒热错杂证为标，故予“桂枝加附子汤合阳旦汤”标本同治，以治标为先。获效后标证渐除，而见肾阳虚证明显，同时根据右关脉细缓、左关脉虚弦，辨其同时存在“气血不足”证，故予滋肾助阳为主，佐益气健脾养血法以治本。

笔者重温《伤寒论》第21条：“太阳病发汗，遂漏汗不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。”对照原文，本证是因过汗误治伤阳而致阳虚之病因，但结合多位现代经方大家经验，凡因“阳虚兼太阳表虚、营卫不和”所致的各种疾病均可选用本方（笔者在2010年12月曾采用该方治疗1例因“阳虚兼太阳表虚证”所致的顽固性带下病，5剂后获愈）。笔者认为，本例误诊误治的原因主要是医者诊治疾病时欠缺较好“脉诊”技术，致本应根据“平脉辨证”法而不难做出正确辨证的病例迁延不愈。因此，笔者之后拜名师、读经典，且在临床上更重视“脉诊”，并细心体会其奥妙。近5年来笔者采用“平脉辨证”法为主，且以“切、望、闻、问”诊的顺序应用于临床，取得了一定的疗效。

2 耳鸣“脾气阴两虚兼肝血不足，夹湿夹瘀”证误辨为“肾阴不足”案

方某，女性，52岁，因“反复耳鸣1年”于2017年5月2日就诊。现病史：近1年来反复耳鸣，伴腰膝酸软、大便隔日一行，质干，夜间口干咽燥，前医辨证为：“肾阴不足型”耳鸣，予“六味地黄丸”之意加减治疗2个月，诸症均未减。就诊笔者时，主诉症状

同前，诊得右关脉缓而无力，左关脉虚弦，舌质干红，苔薄腻，以根部为甚，边有瘀点。辨证为：“脾气阴两虚兼肝血不足，夹湿夹瘀型”耳鸣。予“参苓白术散”加减。药用：太子参40g，生黄芪25g，炒白术10g，茯苓12g，生甘草3g，陈皮6g，生薏苡仁30g，淮山药20g，白扁豆15g，芡实12g，当归10g，葛根10g，丹参20g，阳春砂6g（后下），川朴花9g，苏梗10g。7剂。

二诊：1周后复诊，诉耳鸣较前稍减，腰膝酸软仍显，然夜间口干咽燥大减，且大便日行一次，已较前明显通畅，舌质已不干，余同前，再守前方续进1周。

三诊：主诉耳鸣、腰膝酸软大减，夜间口干咽燥已除，大便已正常，且详诊脉象所见：右关脉缓而较前有力，左关脉已不虚弦，舌质已不红，苔薄根仍微腻，边有瘀点。后嘱其续守前方加减至今，暂未见明显症状反复。

按 中医传统理论认为：肾主耳，耳为肾之窍，为肾之官。《灵枢·脉度》也提及“肾气通于耳，肾和则能闻五音矣”。提示古代中医对耳鸣耳聋多从肾虚论治。加之本例患者除耳鸣外，伴腰膝酸软、夜间口干咽燥、便干、舌红等典型肾阴虚症状，故前医嘱其服用“六味地黄丸”。然为何疗效甚微？笔者根据该例患者右关脉缓而无力，舌质干红，结合主症之一的“夜间口干咽燥”，辨证为“脾气阴两虚”；同时因该例未见左、右尺脉异常脉象，故不应辨证为“肾虚证”；左关脉虚弦，则提示：肝血不足；舌苔薄腻，根部为甚，提示脾虚湿滞；舌苔边有瘀点，提示兼夹瘀血。根据上述表现和症状，应辨证为：脾气阴两虚

兼肝血不足，夹湿夹瘀型”耳鸣。且根据脉象提示当以虚证为主，故当予“健脾益气养阴”“兼补肝血”为主，佐以“化湿活血”。治疗后不仅便干、夜间口干咽燥渐减，且耳鸣、腰膝酸软症状亦大减，舌、脉亦均有改善。此乃脾运得健，水谷精微化生有力，即可滋肾，正如孙思邈所云：“补肾不如补脾。”笔者在未习“平脉辨证”法前，临床辨证主要凭症状、舌苔，每每见患者“耳鸣、腰酸、舌红”时也多辨证为肾阴不足；结合本例误诊，再次凸显“平脉辨证”作为中医最常用辨证方法的临床重要性。

3 咳嗽“脾肾气阴两虚兼肝血不足”证误辨为“肺脾气阴两虚，兼肺热不清”证案

杨某，女，59岁，因“反复咳嗽、咯痰10年，加重1个月”于2017年3月就诊我院。西医诊断为：支气管炎。现病史：咳嗽有痰，咯痰不畅，色白，以后半夜为甚，伴口干欲饮，大便时有稀溏，舌质干红，中有裂纹，脉细。前医辨证为“肺脾气阴两虚兼肺热不清”之本虚标实证，故予“黄芪、党参”补益肺脾之气；“天冬、麦冬、知母、玉竹、玄参”养阴清热润肺；“石膏、黄芩”清泻肺热，且随症加减服用3个月。然因近1个月上述症状反有加重，且伴口干、盗汗而赴笔者处就诊。诊得右脉缓而稍显无力，左关脉小弦，左尺脉虚浮，舌质干红，苔中有裂纹。结合舌、脉、症，辨为咳嗽“脾肾气阴两虚兼肝血不足”证，予“六味地黄丸”合黄芪、太子参、当归、生白芍为主，佐以“沙参麦冬汤”加减养阴润肺。上方服用7剂后，患者诉后半夜咳嗽症状消失，口干、盗汗已减，舌、脉

同前。后予前方加减续服2个月,诊得右脉缓而较前有力,左关脉已不弦,左尺脉已不虚浮,然仍稍细,舌质已不干红,苔中裂纹仍存,嘱其改“六味地黄丸”合“黄芪生脉饮”以巩固疗效。

按 本例存在“反复咳嗽、咯痰,以后半夜为甚,伴口干、脉细、舌质红、苔中有裂纹”,故前医辨证为“肺阴虚兼肺热证”;然时有大便稀溏,故前医辨证为“脾气虚证”。综上,前医辨为“肺脾气阴两虚兼肺热证”,予“补益肺脾气阴”为主,佐以“清热化痰”。辨证看似无误,然为何无效?笔者详审脉症,诊得右关脉缓而稍显无力,伴便溏,则提示脾气虚;左尺脉虚浮则提示肾阴亏虚;左关脉小弦,提示肝血不足。综上,笔者辨为“脾肾气阴两虚兼阴血不足型咳嗽”,故拟六味地黄丸滋养肾阴,太子参、生黄芪补益脾气,当归、生白芍养肝血为主,佐以沙参麦冬汤以涵“金水相生”之意。笔者认为,本案误诊的关键在于前医诊脉时未查及左尺脉虚浮,再次提示“平脉辨证”的重要性。

4 泄泻“少阴阴虚兼水热互结”证误辨为“脾虚、湿热下注”证案

王某,女,因“反复腹泻1

年”于2006年赴笔者处就诊。前医辨证为:脾虚型腹泻,经用“补中益气汤”数剂无效。刻诊所见:形瘦,每日腹泻5~6次,伴腹痛,泻后痛渐止,夜间口干咽燥,且喜冷饮,时有咳嗽,下肢轻度浮肿,六部脉均沉,舌质干红,苔薄中黄。根据“平脉辨证法”为主,因存在“腹泻、口干喜冷饮和脉沉、舌红苔薄黄”等主症和舌脉,故辨证为“湿热下注(热重于湿型)”型泄泻,予“葛根芩连汤”合“香连丸”原方治疗1周,因无效而改赴“浙江省名中医馆”某名医处就诊。1个月通过电话询问患者近况,患者诉服用某名医“药方”2天后,腹泻即止,口干咽燥、腹痛即大减,后连续巩固12剂而停药。药方:猪苓10g,茯苓10g,泽泻10g,滑石10g(包煎),阿胶(烊化)10g。该方服用14剂后,笔者再次诊脉已未及沉脉,且舌苔薄黄已除,舌质不干,仅微红。“以方测证”,该病例当辨为“少阴阴虚兼水热互结”型泄泻。

按 笔者诊治患者时出现六部脉沉,提示里证,并据其舌质干红、苔薄中黄结合腹泻、口干

喜冷饮等表现,故辨证为“湿热下注(热重于湿型)”证。然予清热为主佐以利湿法而无效。而后医采用“猪苓汤”治愈。《伤寒论》第319条云:“少阴病,下利六七日,咳而呕渴、心烦不得眠者,猪苓汤主之。”结合本例存在“下利、咳、渴”症状,笔者思之良久,认为本例误诊的主要原因在于未能抓住主症,而后医则从“下利、咳、渴”等主症的辨认中抓住了相应的方剂猪苓汤,故疗效非凡。正如刘渡舟教授晚年在多次学术会议中提及的“抓主症是辨证的最高水平”。本例再次提示“抓主症和诊脉”同样重要。

参考文献

- [1]李航.杨少山治疗老年病经验[J].中医杂志,2007,48(4):301-302.
- [2]李航,杨少山.浅谈阴虚血瘀的机理及其治法[J].中医杂志,2011,52(23):2062-2064.
- [3]李航,杨少山.杨少山运用膏方调治老年病经验浅谈[J].中华中医药杂志,2007,22(11):780-782.
- [4]李航.杨少山运用养阴法治疗举隅[J].浙江中医学院学报,2005,29(3):47-48.

(上接第40页)

- [12]朱瑞.中国传统文化中的“天人合一”思想及其现代价值[J].攀登,2005,24(3):104-106.
- [13]张世英.中国古代的“天人合一”思想[J].求是,2007,7:34-37,62.
- [14]陈志强.创新辨证论治发展现代中医学——对现代中医学辨证论治体系的再思考[J].中国中西医结合杂志,2011,31(1):104-106.
- [15]武振平.试论围棋文化[J].体育科学,1993,13(1):9-12,93.
- [16]张家玮,关静,王峰,等.五脏阴阳辨证对中医各家学说形成的影响[J].中华中医药学刊,2008,26(2):276-279.
- [17]张明锐,李林,任秀玲.学派及医家学术思想是构建《中医各家学说》的基本范畴[J].光明中医,2008,23(11):1663-1664.
- [18]叶玉妹.学《黄帝内经》谈中医养生[J].中国中医药现代远程教育,2005,3(2):32-36.
- [19]江玉.论中医养生内涵与中国传统文化[J].医学与哲学(人文社会医学版),2010,31(8):53-55.
- [20]师军.围棋与人工智能[J].中国体育科技,2005,41(6):137-140.
- [21]陈丹凌.围棋算法研究——对象模型与模式匹配[D].华东师范大学,2006.
- [22]李水贤,谢莉青,董国英,等.中西医比较与中医现代化思路[J].山东中医药大学学报,2010,34(1):8-10,13.
- [23]王涛,吴国华.浅析中医现代化的必要性与可行性[J].时珍国医国药,2006,17(11):2333-2336.
- [24]李树铭.从临床实践看中医现代化的必要性[J].医学与哲学,1990,11(1):2:39.