

· 验案探析 ·

从误诊挽治杂病案例再谈“平脉辨证”

● 李 航

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,首先应确定主症(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。近年来笔者采用“平脉辨证”法为主,且以“切、望、闻、问”诊的四诊顺序应用于对各种疑难杂病的临床辨证中,提高了治疗疗效。然而正如国医大师任继学所说的“不到六十不懂中医”,笔者对“平脉辨证”的领悟仍甚为肤浅,故临床常有因对其运用不当而导致治疗失误的案例^[5]。现再次举隅临床之误诊挽治杂病案例,以期再谈“平脉辨证法”在临床辨证中的重要性。

1 肾阳不足、气血两虚兼余邪未尽型反复“石淋病”误诊为单纯膀胱湿热下注证案

笔者初中同学金某,男,因“反复尿频、尿痛伴尿色加深、腰痛 6 个月”于 2006 年 6 月初诊。曾查 B 超提示:双肾多发性泥沙样结石;尿常规提示:白细胞 + + + ,红细胞 + + ;3 个月前曾行“激光碎石术”,术后上述症状一度消失,尿检均转阴。然近 3 个月来症状时轻时重,尿检提示:白细胞 + ~ + + + ,红细胞 + ~ + + ,蛋白阴性,B 超仍提示:双肾多发性泥沙样结石。就诊时诉尿频、尿急、尿痛,伴尿色加深,双肾区时疼痛,舌质红,苔黄腻,脉缓,辨证为湿热下注型“石淋”。予“金钱草 60g,海金沙 15g,忍冬藤 30g,蒲公英 30g,甘草 5g,石韦 15g,滑石 20g,炒黄柏 10g,路路通 10g,王不留行 10g,穿山甲 9g(先煎),生鸡内金 20g,川牛膝 20g”。

服药 1 周后,诉前症明显减轻,后于前方加减治疗 3 个月后,

诸症渐消,且尿检转阴,B 超提示:双肾泥沙样小结石较前减少,且体积较前更为缩小,后停药。之后每年至少复发 2 次,因症状和辅助检查结果均同上,故笔者每次仅电话告知其续服原方,起初疗效尚可。

然至 2009 年 3 月初再发时服上方已无效。除腰痛症状明显外其余仍同上,尿检提示:白细胞和红细胞均为 + + + ,予“抗菌药”注射液治疗 7 天后,患者诉上述症状仍明显,尿检仍同上。后于 2009 年 3 月底再次赴笔者处就诊,主诉同上,且伴神疲乏力、夜寐欠安,舌质红,苔薄微黄,脉细缓。再次辨证为膀胱湿热下注型“石淋”,予“八正散”合“三金汤”加“穿山甲 10g”以加强清热利湿、软坚散结功效。该方连续服用 2 周后,患者诉症状未见好转,尿检仍同上。后患者改诊于某老中医,笔者亦陪同前往。见医家仔细诊脉后口诉:右关脉沉缓而无力,右尺脉虚浮,左关脉弱,舌质红,苔薄黄,石淋病反复,乏力,辨证为:肾阳不足、气血亏虚为本,余邪未尽为标。根据“四诊合参”法,拟治本为主,佐以治标。方选“济生肾气丸”合补益气血法加减:生黄芪 30g,太子参 20g,当归 10g,生白芍 10g,生地

15g, 淮山药 20g, 山茱萸 10g, 丹皮 10g, 泽泻 10g, 茯苓 15g, 炮附子 10g(先煎 40 分钟以上), 肉桂 5g(后下), 黄柏 10g, 车前子 10g(包煎), 怀牛膝 12g。服用上方 1 周后, 诸症即明显减轻, 服药 2 周后复查尿检提示: 镜下白细胞 3~5 个, 镜下红细胞 5~7 个; B 超复查: 双肾泥沙样小结石较前明显减少。后该医家予前方加减再服 1 个月后, 细审舌脉: 右关脉缓而较前有力, 右尺脉仍稍虚浮, 左关脉较前有力, 舌质已不红, 苔薄已不黄。故嘱患者改为“济生肾气丸”合“八珍冲剂”。随访至今已 7 年余, 未再复发。

按 该病例初诊时根据其脉、症, 辨证当属正确。然之后患者多次复发而联系笔者时, 吾在未提及需行脉诊、舌诊等要求的情况下, 仅凭症状, 将其均辨证为“湿热内蕴型”, 且用过寒凉和破血的药物, 极易耗伤正气而反致病情迁延不愈。3 年后, 患者因对原方无效而再次就诊于笔者, 当时已有“神疲乏力、夜寐欠安”的新症状, 且脉象已由 3 年前的缓脉而转为细缓, 然笔者因忽略了脉象的改变和新症状的出现, 再次误诊。无效后改诊医治, 幸该名医极其重视脉诊。诊得: 右关脉沉缓而无力, 提示“脾气虚”; 左关脉弱, 则提示“肝血不足”; 结合左、右关脉脉象, 提示其存在“气血不足证”; 而尺脉虚浮, 则提示“肾阳不足证”; 舌质红, 苔薄黄, 提示“余热未清”, 结合“乏力、寐差”, 应辨证为: 肾阳不足、气血亏虚为本, 余热未尽为标, 法当标本兼顾, 以治本为主。予“济生肾气丸”合“黄芪、太子参、当归、生白芍”为主, 佐以黄柏、车前子、泽泻清利下焦余邪, 后诸症渐除, 舌、脉明显好转而改为中成药维持疗

效, 随访至今病情稳定。本例误案再次提示“平脉辨证法”的重要性。

2 少阴病“喉啞”误诊为“肺阴不足证”“肾阴不足证”“肺肾阴虚证”案

患者王某, 女, 50 岁。因“持续声音嘶哑伴午后低热、夜间口干 3 年余”就诊, 期间多方求诊, 西医诊断为: 慢性声带炎。因消炎药治疗无效, 赴“浙江省名中医馆”多名国家级名老中医处就诊, 先后辨证为“肺阴不足证”“肾阴不足证”“肺肾阴虚证”, 因症状反加重而改赴北京寻一冯氏老中医, 笔者查看该医家处方记录如下: 虽音哑、低热, 然舌质淡, 苔白, 右脉沉缓, 夜间口干而不欲饮, 当属“少阴病”, 根据《伤寒论》原方, 予“半夏散及汤方”调治。一周后, 患者因声音嘶哑和低热已基本痊愈而返杭, 今遵该医家医嘱再守方 1 周, 后笔者多次随访而未见复发。

按 该例乃笔者在 2010 年行“中药转方”时发现的案例, 值得借鉴和学习。因患者有“音哑、午后低热、夜间口干”症状, 多位浙江医家均辨证为“阴虚证”, 虽笔者不知当时之舌脉情况, 然根据“以方测证”法, 提示当时浙江医家认为其所查之舌(或)脉可能有热象, 或医家采取了“舍脉从症法”。而北京医家则紧抓“舌淡苔白, 右脉沉缓, 伴口干而不欲饮”等阴证表现, 辨证为“少阴病”, 正如《伤寒论》第 313 条原文: “少阴病, 咽中痛, 半夏散及汤主之。”本例若非北京医家辨明脉象和紧抓“虽音哑、低热, 然夜间口干而不欲饮”的主症, 且结合舌苔, 作出正确辨证, 继而恰当运用经方, 否则该例病情恐进一步加重。

3 气血两虚、营卫不和型颜面潮红伴盗汗误辨为肝肾阴虚证、阴虚火旺证案

患者甘某, 女性, 56 岁, 初始因“颈部拘挛伴酸痛 1 年”于 2016 年 9 月 5 日赴外院“骨伤科”服用中药: 生黄芪 15g, 虎杖 15g, 熟地黄 15g, 防风 10g, 羌活 10g, 杜仲 15g, 豨莶草 30g, 穿山甲粉 3g(吞服), 薏苡仁 30g, 连续服用该方近 1 个月后, 出现颜面部潮红明显, 伴时感潮热、盗汗, 多位医家辨证为“肝肾阴虚、阴虚火旺证”, 予“大补阴丸合青蒿鳖甲汤”加味为主。因上述症状反加重而于 2016 年 12 月至笔者处就诊。笔者详审脉症后, 诊得其右脉缓而无力, 左关脉弱, 舌苔薄, 同时患者诉时恶风, 伴自汗、盗汗、颈部不适, 虽患者有面部潮红明显, 伴潮热, 但根据其脉象、主症及舌苔, 笔者辨证为: 气血两虚、营卫不和证, 治拟“三建中汤”加减调理。2 周后复诊时见患者面部潮红较前已明显消退, 且诉潮热、盗汗、颈部不适症状亦大减, 再次诊脉提示: 右脉缓而较前稍有力, 左关脉仍尚弱, 舌苔薄根腻。根据上述脉象和主症的变化, 笔者认为患者“营卫不和证”已消退, 而“气血不足证”仍明显, 故予“参苓白术散”加减合“黄芪、当归、白芍、葛根、石菖蒲、防风”续服。2 周后复诊, 患者面部潮红已退, 且自诉潮热、盗汗、颈部不适感均消失, 仅时有夜寐梦扰, 伴心悸, 诊得右脉缓而稍显无力, 左关脉小弦, 仍辨证为: 气血两虚证, 而改服“归脾汤”加减服用 1 个月。随访至今诸症未作。

按 该例初始在“骨伤科”误用“益肾祛风、活血化湿”中药后,

出现明显面色潮红,伴潮热、盗汗,前医仅依上述症状而误认为“阴虚火旺”证。笔者详审脉症后发现,其右脉缓而无力,提示“脾气虚”;左关脉弱则提示“肝血不足”;结合主症“恶风、汗出、潮热”,则辨证为“气血两虚、营卫不和证”。正如《伤寒论》所云:太阳病,头痛,发热,汗出,恶风者,桂枝汤主之”。根据患者脉象提示“气血不足”明显,故笔者采用“桂枝汤”加黄芪、参、当归,即“三建中汤”加减。二诊时诉颜面潮红、多汗、恶风等症已减,且诊其右脉缓而较前有力,提示:脾气虚证较前稍好转,而“营卫不和”证已消退;然左关脉仍弱,其舌苔转薄根腻,结合脉、症变化,则提示辨证为:气血两虚,脾虚湿滞证为主,故以“参苓白术散”加减方治疗。后根据主症变化,而改辨证为“心脾气血两虚证”,故使用“归脾汤”结尾。本例具有颜面部明显潮红,伴潮热、盗汗等症状,若非时刻采用“平脉辨证”法,则难以挽治。

4 脾虚湿滞型粉刺误诊为肺热证案

患者,男性,23岁,因“颜面部、背部散在鲜红色丘疹2月余”于2017年6月1日赴笔者处就诊。西医诊断为:痤疮,求诊于多位本市中西医结合或中医皮肤科名医,均予“外用药”合并“清热解毒凉血”类方为主口服,2个月后

疗效仍甚微。笔者初始时,因诊得脉缓,舌苔薄腻,且自诉上述部位仍存在较多新发的鲜红色时皮疹,伴咳嗽2月余,少痰,色时黄,故根据“肺主皮毛”理论,选择《外科大成》卷三之“枇杷清肺饮”加减:枇杷叶10g,桑白皮15g,黄连3g,黄柏6g,太子参20g,生甘草3g。连服7剂后,患者诉面部、背部鲜红色皮疹反加重,且连及胸部,同时咳嗽较前明显加重。后笔者再诊脉症后发现,患者脉象虽缓而显无力,提示“脾气虚”;舌苔薄根腻,提示兼夹湿证;且根据之后患者诉平素大便多稀溏,日行2至3次,平素服用“寒凉药物”后诸症加重等主症,脉症合参后辨证为本例乃“脾虚湿滞型”粉刺,予“参苓白术散”法加减,处方:生黄芪25g,太子参20g,炒白术12g,茯苓15g,生甘草5g,陈皮6g,生薏苡仁30g,炒薏苡仁30g,淮山药20g,炒扁豆15g,桔梗6g,芡实12g,阳春砂6g(后下),苏梗10g,川朴花10g,炒鸡内金6g,连服7剂。

二诊:诉颜面、胸背部红色丘疹较前明显消退,且咳嗽亦大减,舌脉同上,仅诉时夜寐梦扰,遂于前方改:生黄芪30g,余药不变,续服7剂。

三诊:颜面部、胸背部鲜红色丘疹已消失,仅可见痘印,且诉近1周来已无明显咳嗽、咯痰,守方续服1个月,再诊时脉象虽缓而

较前明显有力,舌苔薄根微腻,嘱其改服“参苓白术颗粒”巩固。

按 笔者初诊时舌、脉已提示脾虚湿滞,然症状则出现皮疹色鲜红伴咳嗽痰黄,似提示肺热证,此时脉、症不同,需明辨采用“舍脉从症”法或“舍症从脉”法。正如徐灵胎所云:“有益从症者,有益从脉者,必有一定之故。若辨证不明则不为症所误,必为脉所误。”本例笔者于初诊时错误采用“舍脉从症”法,主要原因为当时未注意前医曾采用诸多“寒凉”口服或外用药仍无效的主症,仅凭其皮疹色鲜红、咳黄痰等症状即错误“舍脉”,其教训深刻。本例幸之后再详审脉症,及时纠正辨证错误,否则易导致病情迁延难愈。该案例的诊治过程再次说明临床上采用脉、症结合的“平脉辨证”法,方可降低误诊误治率。

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. 杨少山膏方调治疑难杂病验案举隅[J]. 中医药通报, 2007, 6(5): 55-57, 60.
- [4] 李航. 杨少山运用养阴法治举隅[J]. 浙江中医学院学报, 2005, 29(3): 47-48.
- [5] 李航, 蒋宁峙. 从误诊误治案例再谈平脉辨证[J]. 中医药通报, 2017, 16(5): 61-63.

(收稿日期: 2017-08-01)

(本文编辑: 金冠羽)

悦读《中医药通报》 感受中医药文化

欢迎订阅(邮发代号: 34-95)