

◆继柏医话◆

中医如何诊治疑难病症

熊继柏

湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208

[关键词] 疑难病症; 察脉色与形候; 识病性与病位

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2016) 10-0181-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.077

(续上期)

2 诊治疑难病症要把握四条原则

第二是要详察脉色与形候。脉就是脉象; 色就是望色, 望面色, 望舌色; 形就是形体、形态、动态; 候就是疾病现象, 疾病症候。即察色, 按脉, 望形态, 听声音, 问症状, 这不就是我们中医的四诊吗? 《内经》说: “能合脉色, 可以万全”, 说到底就是“望闻问切”要详细地诊察。我们诊治疑难病人和危急病人, 特别要注重详细诊察, 绝对不能马虎, 望闻问切缺一不可。孙思邈《千金方》说: “省病诊疾, 至意深心, 详察形候, 纤毫勿失。”“纤毫勿失”就是一丝一毫都不要错过, 如同刑警查案, 任何蛛丝马迹都不能错过。我们诊治疑难病的时候, 要特别注重观察病人的一举一动, 并且特别要注重诊脉和望色。

举一个实际案例吧。一个广东来的女性病人, 40多岁, 患严重恶寒8年。夏天来就诊, 大热天诊室都开空调, 吹着风扇, 可患者还未进来就要关空调, 关电扇。病人外穿军大衣, 内穿羽绒衣, 羊毛衣, 棉帽、棉鞋、棉袜, 围巾等“全副武装”。询问病情, 患者告知: “骨头是冷的、心脏是冷的、毛孔是张开的。”就这么三句话, 特别特别怕冷, 汗流不止。用中医学语描述就是漏汗不止, 严重的畏风恶寒。问诊过后, 开始给病人诊脉, 患者脉沉滑有力, 越沉取越有力。患者8年恶寒, 汗流不止, 通常脉象应该表现为沉细沉弱, 或者是微脉, 或者是迟脉, 为什么脉象却沉滑有力呢? 这就是脉证不合, 这其中必有复杂之处, 正是她问题没有解决的根结所在。

脉证不符, 必须参考舌象, 一看舌象, 舌质红、苔白厚而腻。我恍然大悟, 这是湿浊阻遏所致。湿气郁遏阳气, 卫阳不能达表, 于是乎, 外面反而怕冷, 里面是热。我随之问患者

“口渴不?” 患者立马回答“口渴, 口干。”我继续问“你口渴想喝水吗? 想喝凉水还是热水?” 患者竟然回答: “我只想喝冰水, 就是不敢喝。”大家想想看, 她居然“只想喝冰水”, 这与她的全身恶寒症状相吻合吗? 完全不相吻合。但谁都没问这句话, 这就立马印证了我当时的怀疑, 就是湿浊郁遏阳气, 阳气不能达卫表所出现的恶寒漏汗病症。

选什么方呢? 用吴鞠通的三石汤, 病人吃了2月的三石汤药, 就把棉衣一件件给脱下来了, 8年的顽疾得以解除。

这是一个很重要的经验, 治疗疑难病要善于察色, 善于按脉, 张景岳曾经讲过一句话“谨察独处藏奸”。奸邪藏在某一独处, 我们要善于审察, 不善于审察就发现不了疾病本质, 更谈不上治疗。

上面的案例是强调脉色合参, 下面再举个案例说明形候合参的重要。曾经治疗一个30多岁青壮年患者, 突发喘促不宁半月余。在医院用多种抗生素及解痉平喘的西药治疗了半个月, 症状不见缓解, 还伴有39℃的发热。患者身体强壮, 暴喘, 面部潮红, 身上发烧。初诊按照肺热喘促治疗, 用麻杏石甘汤。患者服用麻杏石甘汤3剂以后一点效果都没有, 症状未见任何改善。复诊时仔细诊察, 见患者上身赤膊, 下半身竟自裹着棉被。我问病人“为什么要在足部裹床棉被?” 病人回答“脚好冷”。

患者上半身发热, 冒汗, 暴喘, 咳吐黄痰, 下半身怕冷裹被。这不是矛盾吗? 舌苔黄滑, 脉象滑而有力。

这是一个典型的上热下寒证。主症是暴喘兼发热。由于肺热壅滞在上焦, 故暴喘而上热, 下焦腑实不通, 阳气不能下达, 故见下肢厥冷, 这是肺与大肠同病, 一是肺气不降, 二是腑气不通。肺与大肠相表里, 必须表里同治, 上下同治。

[收稿日期] 2016-04-06

[作者简介] 熊继柏 (1942-), 男, 教授, 研究方向: 内经理论与中医临床研究。

我问他“大便怎么样”，他说“大便一天一次，不是太干结”。我不管他大便结不结，还是要通腑气。治以宣肺平喘，通腑泄热，选用吴鞠通《温病条辨》的宣白承气汤，该方由杏仁粉、瓜蒌皮、生大黄、生石膏四味药组成。病人服药后大便溏泻了2次，发热、咳喘就平息了。

这个疑难病，难就难在病机的复杂性、相兼性，所以治疗这个病的关键就是详察形候。类似的例子很多，有成功的经验，也有失败的教训后再获取成功的经验，有时候是在二诊、三诊的时候才发现病机的特点，因此我们在临床上要特别留意，要详细审察，四诊合参。

第三是要辨识病性与病位。病性是指病邪性质，病位是指病变部位。我们在临床上通过全面诊察之后，下一步工作就是要辨清这个疾病的病邪性质和病变部位，这就是辨证。《黄帝内经》里面不直接称辨证而是称为“审察病机”。这个病变的机制是很复杂的，古人给我们提出了一套纲领和规律，《黄帝内经》有病机十九条，五条属于五脏，两条属于上下，这是指病变部位；还有十二条是属于六气的，虽然《黄帝内经》里面只讲属风、属热、属火、属湿、属寒，实际上是讲的六气，刘河间还补了一条燥气，这十二条指的就是病邪性质。

《黄帝内经》中的病机十九条给我们总结出审察病机的纲领就是两个，一个是病变的部位，一个就是病邪性质。中医辨证的法则很多，有八纲辨证、脏腑辨证、经脉辨证、气血津液辨证、六经辨证，还有叶天士的卫气营血辨证，吴鞠通的三焦辨证等等。这么多辨证法则，总归于一个基本的纲领，那就是八纲辨证。八纲辨证的阴阳是总纲，表里寒热虚实六个是分纲。表里是讲疾病的部位，寒热虚实是讲疾病的性质。

我们再来看看经典著作《伤寒论》《金匱要略》。《伤寒论》六经辨证，辨证是六经为纲，六经是讲部位的，太阳阳明少阳，太阴少阴厥阴经，都是讲部位。而落实到脏腑就是：太阳经的腑是膀胱，阳明经的腑是胃与肠，少阴经的腑是胆，甚至连及三焦，太阴经的脏是脾，少阴经的脏是心肾，厥阴经的脏是肝，这都是病位。

但张仲景是不是只讲部位呢？不是，伤寒的六经分表里寒热虚实，这个非常重要。三阳病笼统地讲是属于表证和实证的，三阴病笼统地讲是属于寒证和虚证的。一个表热实证，一个里虚寒证，这是笼统地讲。具体而言，三阴三阳病都有虚证，也有实证。三阳病的太阳病、阳明病、少阳病是如此，三阴病的太阴病、少阴病、厥阴病亦是如此。因此，《伤寒论》不仅谈病位——经脉与脏腑，也谈病性——虚实与寒热。《金匱要略》也是如此，都是病位、病性两者结合来谈。《金匱要略》是以脏腑、经络作为辨证纲领，可是具体到每一个病都是有虚证，有实证，有寒证，有热证。比如说肺痿，肺痿的病位在肺，而《金匱要略》肺痿有两种，一个肺寒痿，一个肺热痿，肺寒痿用甘草干姜汤，肺热痿用麦门冬汤。一寒一热，它有区别。这就是我们要辨病邪性质和病变部位的道理所在。

辨治温病更是如此，更要辨清病邪性质和病变部位。卫气营血辨证本是表里层次讲部位的，其实他讲卫分证的特点是什么，营分证的特点是什么，气分证是什么，血分证是什么，这就是讲病性。整个温病学，论温邪两大性质，一个是温热，一个是湿热。其中春温，风温，冬温，以温热性质为主；湿温，暑湿以湿热性质为主。所以我们对临床任何一个病证，包括常见病在内，都要弄清病邪的性质和病变的部位，这一点是我们辨证的诀窍。岳美中老师曾谓：“辨证如理乱丝，用药如解死结。”一团乱丝，你要把它理出头绪来，这就是我们辨证的功夫。一个死结，用药之后能够把它解开，这就是我们论治的本事。岳美中老师形容得非常到位。

辨证就是分析病机，就是辨别病邪的性质和部位，《伤寒论》是如此，《金匱要略》是如此，温病学是如此，临床各科，内科的，妇科的，外科的，儿科的，五官科的都要如此。外科也要分阴阳，有阴证和阳证，它还要分部位。《医宗金鉴》的《外科心法要诀》全是按部位处方的，分得很详细。头、面、手、足、胸、腹、腰、腿、肩、背等部位不同，用方就不一样，因为经脉不一样。

再举几个痿证的例子来谈谈辨证施治。痿证就是四肢痿软，痿废不用，甚至于肌肉萎缩，完全瘫痪。不疼，跟痹证是有严格区别的，痹证是以疼痛为主，痿证是以痿弱为主。临床所常见的，最主要的是下肢痿废。

1979年在常德石门农村治疗一个病人，姓万，四十多岁。初诊是以咳嗽咳血为主症，1月后出现双下肢痿废痿废。有肺结核病史，初诊时症见：低热，口燥咽干，咳嗽少痰，舌红少苔，脉象细数，典型的肺燥阴虚咳嗽，处以桑杏汤，几剂下来咳嗽咯血就治愈了。接下来处理痿废痿废。患者除开双下肢肌肉萎缩，痿软无力之外，还伴有气短，偶有干咳，手足心热，舌红少苔，脉象细数。这个痿证是因为肺阴虚引起的，病位在肺，性质是阴虚。怎么确定这个部位和性质呢？第一，咳嗽，低热，现在虽然不咳，但是气短，有时候还干咳。干咳气短不是病位在肺？口干，咽干，舌红少苔，脉象细数，明显的阴虚，这不就是肺阴虚吗？部位和性质都清楚了，按照《黄帝内经》讲的“肺热叶焦，发为痿躄”。肺热叶焦，肺上有热，肺津被焦灼可以发生痿证，所以这个痿躄是肺热叶焦引起的。肺热叶焦用什么方呢？选用的是沙参麦冬汤，加了两味药，加牛膝和阿胶。连服半年后，病人可以站起来慢慢行走，后用益胃汤收功。始终还是围绕着肺热叶焦，滋养肺阴这个病机处理的。

中医有培土生金法，滋养胃阴的目的就是要滋养肺阴。这个病人，就是抓住了肺热叶焦这么一个病机来治好的。

第二个病例是长沙某大学一位老师，产后双下肢痿软无力活动不利，瘫痪卧床半年余。生活不能自理，不能下床，吃饭与解便都是在床上完成。除双下肢痿弱无力之外，还有肌肉的痉挛，尤其以双下肢为主，动则抽筋。病人面色淡白无华，动

则大汗淋漓，声低息短，少气乏力，舌淡红、苔薄白，脉细。四诊合参，首先可以肯定是一个典型的虚证。虚在哪里？明显肝经血虚。《黄帝内经》云“肝主身之筋膜”，肝血充足，则筋膜柔和；肝血不足，筋膜失养，就失于柔和，四肢屈伸不利甚至痉挛。其次，该病人还有典型的气虚表现——“气短，自汗，面色淡白，脉细”，这是典型的气虚。治疗上，一则养肝血，二则益气，方用补肝汤合圣愈汤。其中补肝汤养肝血，养筋膜；圣愈汤益气养血，气血双补；合起来看，就是圣愈汤加木瓜、酸枣仁、麦冬、甘草。中医有个很重要的理论，就是补血先要补气，所以选用圣愈汤，而补肝汤中的木瓜、酸枣仁、甘草，正在于养肝柔筋缓急。

以上2个案例比较，前者病性为阴虚，后者病性是气血两虚；前者病位在肺，后者病位在肝。

还举一个痿证病例。长沙一年轻的患者，瘫痪病证，坐轮椅来就诊。双腿肌肉萎缩无力半年。西医诊断为“脊肌萎缩症”。其皮肤感觉基本正常，下肢无力，搀扶可以站立，但是不能抬步。仔细询问得知，下肢酸胀，轻度浮肿，伴有口舌生疮，食纳差，舌苔薄而黄腻，脉细数。辨证分析此病仍然是以虚证为主，但是夹有湿热。湿热是因脾虚而起，因此就是脾虚夹湿热。选方用程钟龄《医学心悟》五痿汤。但治疗痿证并非数日可以奏效，连服1月。第二次复诊时，患者是搀扶着走进诊室看病，不需要坐轮椅；下肢肌力明显好转，患者在家还能扶墙走路，患者详细记录了病情的进展，不到一年，由走500步到1000步再到完全恢复正常。现在已完全恢复正常工作，始终就是用五痿汤。

讲临床的辨证，为什么讲三个痿证？为什么讲同样的病例？同样的病例才有鉴别意义，才有学习的价值。从病位而言：一个病在肺，一个病在肝，一个病在脾；从病性而言，一个是阴虚，一个是气血虚，一个是气虚夹湿热。明确病性与病位是临床辨证的关键，也是我行医50多年的临床经验总结。

在治疗上，第一个是肺热叶焦用沙参麦冬汤，第二个是气血两虚证用补肝汤合圣愈汤，第三个是脾气虚夹湿热证用五痿汤。虽治疗思路和处方方药不同，但殊途同归，疗效满意。

谈到痿证的辨证施治，必须与痹证进行鉴别。接下来我再来和大家谈谈痹证的辨证论治。首先谈痹证的分类，《黄帝内经》云“风寒湿三气杂至合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也”，又有“其热者，阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴，故为热痹。”此外还有朱丹溪论述的湿热痹，《金匱要略》还提到一个尪痹，故临床见到的痹证有行痹、痛痹、着痹、湿热痹、热痹、尪痹等（尪痹就是形气衰羸的痹证）。

痹证是常见病，但不乏难治之病证。举一个例子吧。湖南益阳某幼儿教师，19岁，高烧不退伴全身疼痛4个月。在长沙湘雅医院住院治疗，发热及全身疼痛症状改善不明显。经其亲戚介绍前来门诊就诊。首诊症见：持续发热不退（39℃以上），伴有恶寒，全身关节、肌肉疼痛特别明显。观其舌苔黄

腻，脉细而数。病人主诉高烧恶寒。怎样来分析这个案例？还是抓病位及病性。关节酸痛，舌苔黄腻，这是湿热之邪，病位在肌肉经络之间；综合考虑就是一个典型的湿热痹。选用吴鞠通《温病条辨》的宣痹汤。《温病条辨》云“湿聚热蒸，蕴于经络，寒战热炽，骨骱烦疼，舌色灰滞，面目痿黄，病名湿痹，宣痹汤主之。”吴鞠通对湿热痹的症状、主方论述非常清楚。宣痹汤由防己、杏仁、滑石、连翘、栀子、半夏、蚕砂、薏苡仁、赤小豆、片姜黄、海桐皮等11味药组成。该方具有很好的清热化湿，通痹止痛之功效。患者服用7剂，发热恶寒即除，一身疼痛很快缓解。守方再进病愈。

再举一个例子。成都一位女性患者，23岁左右，因四肢关节疼痛伴有多个关节肿大变形10年，于3年前求诊。患者诉四肢疼痛，所有关节肿大变形，十指不能张开，不能拿饭碗，步履不稳，摇摇晃晃，形体消瘦，可谓“皮包骨”，面色淡黄、舌淡苔薄白，脉细。这是什么痹证呢？这就是《金匱要略》讲的尪痹。痹证日久，气血虚弱，形体衰羸，而风寒湿邪着于人体，久而久之伤肝肾、伤筋骨。这个病人就是气血不足，筋骨损伤。治疗选用三痹汤。由于病情重，病程长，故必须守方治疗方可奏效。每次处方连服3个月。患者每次前来就诊，不仅路途遥远，而且行动不便，断断续续治疗了3年，现在病情明显改观，体质增强，关节疼痛缓解显著，已经能正常活动，基本恢复生活自理能力。

再举痹证的第3个例子。广东一姓蔡的患者，其双膝关节以下多处红肿疼痛伴皮下结节，在中山医科大学附属医院确诊为“结节性红斑”。患者腿疼，胫骨前皮肤紫红，皮下结节，触之疼痛。舌红、苔黄，脉数。这是什么原因呢？湿热。湿热瘀滞导致的经脉不通，形成局部的瘀阻，湿热瘀滞才导致局部结节形成。中医认为结节性红斑还是属于一个痹证范畴，属于湿热夹瘀的痹证。用什么方治疗呢？选用《医宗金鉴》的加味二妙散，加味二妙散本意不是治疗痹证的，而是用于治疗痿证的。治痿证的时候必然大量使用龟板，用于治疗痹证的时候，则用穿山甲替代方中的龟板，取其通经活络、散结止痛之功效。再加乳香和没药活血化瘀止痛。该患者服用这个变化的加味二妙散，一个月结节就消散，再服2月疼痛完全消失，疾病痊愈。

总结和比较一下这3个痹证的特点及选方：第一例是吴鞠通讲的湿热痹，以急性起病，高烧，畏寒，一身疼痛为主要表现，用的是宣痹汤；第二个例子的痹证是以病程10余年，形气衰羸，气血虚弱，筋骨损伤为主要表现，用的是三痹汤；第三个痹证是湿热夹瘀证，形成了结节性红斑，用的是加味二妙散清除湿热，再加炮穿山甲、乳香、没药。

痹证本来是常见病，但这3个病例也算是疑难病。常见病升级到疑难病怎么治呢？就是要抓住病变性质和病变部位，才能准确地治疗。

（下期再续）

（录音整理：龙玲 尹周安 罗成宇）