

## ◆临证医案研究◆

## 李灿东临证纠误医案 4 则

陈聪明, 叶晟, 范慧娟, 詹杰, 蓝俊才, 蔡锦松 指导: 王洋

福建中医药大学中医证研究基地, 福建 福州 350108

[关键词] 呕吐痰涎; 泛酸; 小腹重坠; 胃脘痛; 胁痛; 治疗失误

[中图分类号] R249.2 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0320-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.101

经验积累是中医学传承的重要方式, 因此总结和传授其临床经验的医案专著可谓盈车塞屋, 数不胜数。由于社会偏见和历史原因的负面影响, 中医医案专著中, 总结诊疗成功经验者多, 公开失误教训者少, 致使中医界对失误诊疗经验重视不足, 这一弊病导致后人无数次地重复前人或他人人在诊疗过程中所走的弯路, 极大的影响中医经验的总结<sup>[1]</sup>。为了在临床中吸收他人的经验教训, 不再重复前人的诊疗失误, 提高中医辨证诊治水平, 笔者整理李灿东教授临证纠误医案 4 则, 意在抛砖引玉, 并以之为鉴, 剖析如次, 介绍如下。

## 1 呕痰涎, 错在用药夹杂, 药简力专立验

例 1: 钟某, 女, 36 岁, 2016 年 8 月 30 日初诊。患者以反复呕吐痰涎 8 年为主诉前来就诊。诉 8 年前, 因盛夏炎热, 不思五谷, 瓜果为餐, 连续周余, 遂见便溏, 间断服用“附子理中丸、金匱肾气丸、吴茱萸汤”等方药 40 余剂及“整肠生、益生菌、奥氮平”等西药, 久治罔效, 渐成呕吐痰涎等症。2009 年于某院行胃肠镜检查, 未见明显异常。刻诊见: 频频呕吐痰涎, 质稀量多, 餐后尤甚, 胃脘稍胀, 咳嗽无痰, 遇冷咳作, 夜间口干, 不觉口苦, 胸闷心悸, 畏寒肢凉, 腰膝酸软, 下肢乏力, 烘热阵发, 纳可寐欠, 入睡困难, 寐浅梦多, 时时惊醒, 大便每天 1 次, 排尿乏力, 面部痤疮且少华, 目眶色暗, 舌色淡红, 边有齿印, 苔白, 脉细。月经色暗量少, 经行腰酸, 16 岁月经初潮, 周期 28~30 天, 经期 7 天, 末次月经 (Lmp): 2016 年 8 月 4 日。综合四诊, 知此乃肝胃虚寒, 浊阴上逆所致, 治以吴茱萸汤, 处方: 吴茱萸 3g, 党参 12g, 大枣 3 枚, 炙甘草 6g, 生姜 3 片。10 剂, 每天 1 剂, 水煎分 2 次服。2016 年 9 月 11 日二诊: 药后呕吐痰涎、腰酸缓解, 余大致如前。效不更方, 仍用前方 6 剂, 药后电话随访, 患者

笑诉频频呕吐痰涎一症不再, 偶见抑郁、腰酸、胸闷, 但较之既往, 已甚为欣然, 并已恢复工作 1 周余。

按: 本案前医辨证大方向上尚属准确, 治疗上多用温中之品亦不算误, 甚则处方思路也与李教授一致, 前后皆同用吴茱萸汤治疗, 然结果一效一误, 何则? 观其处方, 前医吴茱萸汤方中多加炮附子等大辛大热药, 然又畏其辛温太过, 则配以熟地黄、麦冬、枸杞子、黄连、黄芩、芦根等大队滋阴清热药, 一方竟达到 20 余药味, 庞杂药物之间相互掣肘, 药后呕吐痰涎虽减, 然现纳呆、烦躁、痤疮等变症, 得不偿失。本案患者所苦症状较多, 李教授辨证上抓“呕吐痰涎”这一主症, 断其病机与吴茱萸汤所主相符, 径投吴茱萸汤原方治之, 10 余剂治愈纠缠 8 年顽疾。他症如遇寒咳嗽、畏寒肢冷、寐欠多梦、胸闷心悸、面生痤疮、情绪抑郁、小便清长、排尿无力等症, 究其所由, 有因恣食生冷, 胃阳受损, 继而延及肝脾, 甚或上干于肺而成; 亦有因用药夹杂, 药物副作用所致。以上二因皆属事后理论推导而已, 此处极难明确其因。但擒贼先擒王之抓主症思想及用药求精的处方原则, 则可避免之。陆定圃《冷庐医话》曾曰: “用药最忌夹杂, 一方中有一二味即难见功”, 此案辨证准确而因用药夹杂导致与成功失之交臂, 值得引起医者处方用药时深思谨笔。

## 2 泛酸出, 徒用寒凉常法, 温中化湿瘳疾

例 2: 林某, 男, 35 岁, 2014 年 4 月 20 日初诊。以反复泛酸 3 月余为主诉来诊。患者诉缘于 3 个月前饮食不慎后开始出现泛酸, 曾服“半夏泻心汤”加减方 (方中黄芩 12g, 黄连 9g), 泛酸不减, 反增胃脘胀闷, 遂自行停药, 前来求诊。刻诊可见: 泛酸频频, 伴胃中灼热感明显, 发时心急如火燎, 恶心欲呕, 纳谷不馨, 口淡乏味, 夜寐如常, 大便不实, 每天

[收稿日期] 2018-08-18

[基金项目] 福建省 2011 中医健康管理协同创新中心项目 (JG2017013-协同)

[作者简介] 陈聪明 (1991-), 男, 在读硕士研究生, 主要从事中医内科疾病研究。

[通信作者] 王洋, E-mail: 153389488@qq.com。

3~4次,舌淡红嫩、边有齿印,舌苔白腻,脉沉而细。既往有“慢性浅表性胃炎”病史5年。李教授认为此证属脾胃虚寒,兼有湿阻,予香砂理中汤加减,处方:木香(后下)、砂仁(后入)各6g,党参15g,干姜8g,白术、海螵蛸、神曲各10g,炙甘草3g,6剂,每天1剂,水煎服。2014年4月27日二诊:诉药后胃脘舒畅,泛酸著缓,灼热亦减,食欲稍增,但近日因家庭琐事而夜寐欠佳,故予前方加合欢皮15g,续服收功。

按:《证治汇补·吐酸》云:“大凡积滞中焦……若客寒犯胃,顷刻成酸,因寒所化者,酸之寒也”,说明吐酸不仅有热亦有寒。本案患者为脾胃虚寒,兼有湿阻之泛酸,被误诊为胃中郁热之泛酸。失误原因在于问诊不详,不顾“恶心欲呕、口淡乏味、大便不实”等脾胃虚寒证;在于查体不详,忽略了“舌淡红嫩,边有齿印,舌苔白腻,脉沉而细”等虚证重要特征;更在于先入为主,一叶障目,见泛酸即以清热和胃制酸之法,故服药无效,反生痞闷。另外,本案辨证上确实也存在不易之处。案中病家“胃中灼热、心急火燎”,两“热证”概为前医辨证遣方之力证。此二并非“真”热证,乃因虚致实所致,临证不可不辨。因脾胃虚寒,运化失职,土虚木乘,则肝胃之气不和,因而作酸。胃酸具强腐蚀性,侵袭胃黏膜,故见胃中灼热,此乃现代物理学;心急火燎之因则可能有二,其一因病不适而生烦躁,人常有之;其二因胃中作酸,酸郁化热,子病及母,热扰心神,致心神不宁。中医辨证之难,在于矛盾,此人虚实夹杂、寒热错杂之矛盾,易误导犯错。综上所述,患者恶心欲呕、纳谷不馨、自利不渴、舌淡脉弱,均系脾胃虚寒、温运不足之象,且前医过用凉药反生痞满一误,故李教授大胆投以香砂理中汤加味,温中祛寒、补气健脾、行气化湿,犹如离照当空,阴霾自散,甚为妥帖。

### 3 腹重坠,升阳举陷无功,疏肝和胃有效

例3:张某,女,52岁,2015年3月1日初诊。患者诉小腹部重坠感6月余,睡卧反甚,动后则减,矢气后舒,时有太息,口不干苦,素喜温饮,不畏寒热,纳馨寐安,二便通调,形体矮胖,舌色淡红、苔薄白,脉滑稍弦。绝经2年。2014年9月7日于福建某医院X线检查示胃下垂。结合主症小腹重坠感,兼症动后则减、矢气后舒、太息、脉弦等,辨此为肝气郁滞,升降失调所致,予四逆散加味,处方:柴胡、生白芍、枳实各8g,神曲10g,甘草3g,6剂,每天1剂,水煎温服,每天2次。方中以柴、芍为对,行疏肝理气之功而不劫肝阴;柴、枳相伍,一升一降,使坠者得升,亢者得降;神曲居中,甘温健脾,行脾胃滞气,斡旋中焦气机。如是则可盼小腹重坠感除,肝郁气滞得消。2015年3月15日二诊:首诊之后,病势缓解,然上周因故转投他医,他医以检查报告“胃下垂”诊断及脘下症状为依据,病症合参,拟为“中气下陷,兼有气郁”,予“补中益气汤合四逆散”6剂,患者自诉药后自觉有气上冲之感,余症仍在,遂于今日再转诊李教授处。刻

诊见:口不干苦,纳可寐安,舌色淡红、苔薄白,脉滑稍弦。守原方(四逆散)去神曲加香附10g,6剂,煎服法如前。2周后回访,诉药后小腹部重坠感再减,久立数时未见不适,偶见贪杯过饱时下坠感复现。嘱其节制饮食,自行重方以巩固疗效。

按:本案误在机械套用西医检查结果,忽略了中医思维的辨证特色和四诊的全面、规范、准确。一般认为,现代医学之胃下垂、肾下垂、子宫脱垂等脏器下垂疾病,中医辨证多属于中气下陷,治宜补气升阳举陷。本例辨证中,患者症状特点为“小腹重坠,睡卧反甚,动后则减,矢气后舒,时有太息,脉滑稍弦”且结合西医检查“胃下垂”诊断,前医病症结合,遣方“补中益气汤合四逆散”应属病证合对,但何以不效?第一,脏器下垂疾病与中医中气下陷证并不等同或相当,即下垂症既可表现为中气下陷,也可变为他证,故不可一见脏器下垂就概用补中益气汤治疗,应辨证论治。第二,本证除小腹重坠外,另见“太息、矢气、脉弦”等气机郁滞的表现,中气亏虚证不典型,可见本证并非以中气下陷为主,故以补中益气升提,势必少效。第三,脏器下垂症多见瘦高体型,久站或动后更甚,平卧休息后缓解。案中张某体型矮胖,且活动后缓解,与该病特点存在不一致,是为鉴别点。

### 4 腕胁痛,香燥理气依旧,滋阴疏肝收功

例4:黄某,女,34岁,2015年8月2日初诊。反复胃脘胀痛伴胁痛1月余,曾多次求诊于某中医院,服用“柴胡疏肝散、逍遥散、小柴胡汤”等方剂,药后症状缓解,然停药复作,未能根治,遂就诊李教授处。刻诊:胃时胀痛,连及两胁,紧张则甚,偶有反酸,口干口苦,平素温饮,二便自调,舌色偏红、中有裂纹、苔薄白,脉象细弦,重按无力。诊为阴虚肝郁,予一贯煎加减,处方:沙参、枸杞子、生地黄、麦冬、鸡内金、当归、佛手各10g,川楝子6g,党参12g,百合15g,甘草3g,6剂,每天1剂,水煎服。2015年8月9日二诊:患者自诉前方服至第3剂时,腕腹、胁肋疼痛始减,药尽而痛症皆消,因畏症状反复,遂再次复诊。刻诊:时见泛酸,纳欠寐可,口苦不干,大便每天2次,便质偏软,溲正,舌淡红苔白,舌面裂纹减轻,脉细弦。方随前法,仍处一贯煎加减,处方:生地黄、沙参、枸杞子、麦冬、当归、佛手、神曲各10g,川楝子6g,党参12g,甘草3g,6剂,每天1剂,水煎服。月余后电话随访,病家诉腕腹、胁肋疼痛不再,口干口苦、性情急躁等症亦消,甚为满意<sup>①</sup>。

按:本案患者罹患胃脘胀痛伴胁痛3年,辗转各地,多方治疗不效,其主要在于辨证失误。张山雷云:“凡肋肋胀痛,腕腹痞撑,多肝气不疏,刚木恣肆为病。治标之法,每用香燥破气,轻病得之,往往有效。然燥必伤阴,液愈虚而气愈滞,势必渐发渐剧,而香药不足恃矣。”由张氏之语反思此误,本案病机为阴虚肝郁导致胃脘、胁部作痛,治宜滋养胃阴,稍佐理气。但其医却只顾用辛燥理气之剂,不知肝之生理,当先养

其真，后顺其性之理，旨望速战夺功之急躁心性显见。本案除主症腕肘疼痛外，患者可见舌色偏红、中有裂纹、苔为薄白、脉象细弦、重按无力，此类兼症皆为阴虚表现，医家为何忽略？或许疾病初期阴虚体征并不十分明显，但因久服辛燥理气之品耗伤阴津，致使阴虚体征日渐显现。先贤曾言“辨证论治就是运动的认识和治疗”，由此启发，医者临床辨证应辨析精微，胆大心细，四诊合参，动态观察，重视舌苔、脉象之变化，方可准确辨证施治。

就临证常见误治原因而言，或四诊不全，或忽视病因，或辨证错误，或立法不当，或选方不准，或用药不活，或煎药有误，或服不得法，或不忌口食等等。由此及彼，综上引出四则医话的失误原因，例1属用药不当，导致用药夹杂，效方不验；例2属不谈辨证，因此先入为主，套用常规；例3属中西乱“套”，体检脏器下垂，误当中气下陷；例4属辨证失误，

因此病患者舌红少苔，却屡用辛温香燥。目前，民众对医者的医疗的行为提出了更高的要求，已由原来的“摆脱病痛”到促进“健康长寿”转变。古言又云：“扁鹊非能生死人”，意既即使是名医，该死的病人也无法使之生。因此，作为医者，对自己应该有更更高的要求。所以，检讨既往的治疗失误作为前车之鉴。

#### 【参考文献】

- [1] 贺学泽. 医林误案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010.
- [2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 195-196.
- [3] 李灿东. 旗山医话[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 134-135.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

## 《中医肿瘤学杂志》创刊启示与稿约

《中医肿瘤学杂志》国内统一连续出版物号: CN44-1743/R73, 主管单位为广州中医药大学, 主办单位为广州中医药大学第一附属医院, 出版单位为《中医肿瘤学杂志》编辑部, 办刊宗旨: 刊载中医肿瘤学研究领域新进展、新成果、新技术、促进学术交流, 推动学科发展, 提高我国在该领域的学术影响力和临床诊疗水平。本刊将于2019年5月创刊。本刊欢迎中医肿瘤学基础理论研究、临床研究、临床应用、预防研究及交叉学科研究的论著、论著摘要, 以及病例报告、方法·技术、国内外学术动态等栏目的稿件。稿约如下: 一、**对来稿的要求** 1. 学术内容: 应具有创新性、科学性、导向性、实用性。2. 论文体裁: 主要有述评、论著、短篇报道、病例报告、共识与指南等。3. 主题词: 各类体裁的论文均需分别以中、英文标引2~5个主题词。4. 医学名词: 应使用全国科学技术名词审定委员会公布的名词。中医名词术语、腧穴名称与部位名词术语以相关标准指南为准; 中西药名以最新版本药典为准。5. 计量单位: 执行GB 3100/3101/3102-1993《国际单位制及其应用/有关量、单位和符号的一般原则/(所有部分)量和单位》的有关规定。6. 研究设计与统计: 应说明研究设计的名称和主要方法。调查设计应说明是前瞻性、回顾性还是横断面调查研究。实验设计应说明具体的设计类型, 如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等。临床试验设计应说明属于第几期临床试验, 采用了何种盲法措施等。数据需经过统计学处理。7. 参考文献著录: 执行GB/T 7714-2015《参考文献著录规则》。采用顺序编码制著录, 依照其在文中出现的先后顺序用阿拉伯数字标出, 并将序号置于方括号中, 排列于文末。题名后请标注文献类型标志。8. 作者署名: 作者姓名在题名下按序排列。集体署名的文章, 在论文首页列出通信作者姓名、单位、邮政编码及Email地址。9. 基金项目: 论文涉及的课题如为国家或部、省级以上基金或攻关项目, 应注于文章首页, 如“基金项目: 国家自然科学基金(30271269)”。10. 临床试验注册号: 临床试验注册号应是从世界卫生组织认证的一级临床试验注册中心获得的全球唯一注册号。临床试验注册号排印在摘要结束处。以“临床试验注册(Trial registration)”为标题, 写出注册机构名称和注册号。11. 医学伦理问题及知情同意: 须遵循医学伦理基本原则。当论文的主体是以人为研究对象时, 应提供伦理委员会的批准文件(批准文号著录于论文中)及受试对象或其亲属的知情同意书。二、**投稿** 本刊不接收纸质来稿。电子信箱投稿 zylxzz@163.com 是本刊的唯一投稿路径。切勿一稿两投。三、**稿件处理时限** 根据《中华人民共和国著作权法》, 并结合本刊实际情况, 凡接到本刊收稿回执后3个月内未接到稿件处理情况通知者, 则稿件仍在审阅中。作者如欲投他刊, 务必事先与编辑部联系, 否则将视为一稿多投, 作退稿处理。四、**著作权事项** 1. 作者须对来稿的真实性及科学性负责。依照《中华人民共和国著作权法》有关规定, 本刊可对来稿做文字修改、删节。稿件请作者退修1个月未修回者, 视作自动撤稿。2. 来稿一经接受刊登, 全体作者亲笔签署《〈中医肿瘤学杂志〉论文投送介绍信及授权书》后, 论文的专有使用权即归广州中医药大学第一附属医院所有, 医院有权以电子期刊、光盘版、APP终端、微信等其他方式出版刊登论文, 未经医院同意, 该论文的任何部分不得转载他处。3. 确认稿件刊载后, 作者需按通知数额付相关发表费用。要求刊印彩图者, 需另付彩图印制工本费。本刊将酌致稿酬(已含其他形式出版稿酬), 赠送当期杂志1册。五、**编辑部联系方式** 通信地址: 广东省广州市白云区机场路16号广州中医药大学第一附属医院《中医肿瘤学杂志》编辑部, 邮政编码: 510405, 电话: 020-36588726, Email: zylxzz@163.com。