

中医临床误诊例析

★ 杨海燕 刘新亚 (江西中医学院 南昌 330006)

关键词: 中医误诊; 分析

中图分类号: R 241 文献标识码: A

误诊是医生在临床诊疗过程中对患者的健康状况和疾病本质所作的错误判断, 或因此而致误治^[1]。临床常见的中医误诊在形式上大致可以分为漏误诊断、错误诊断和延误诊断三类。以下结合临床举例分析几种误诊情况:

1 病因诊断错误

据《冷庐医话》记载, 一新婚男子出痘, 但“遍身皆肿, 头面如斗”, 百药无效, 诸医束手。后邀名医崔默庵出诊, 一时也弄不清其病何以如此, 便在患者床前进食, 崔氏发现, 患者虽然目眶尽肿, 却注视医生进食, 问他是否想吃, 病人回答说非常想吃, 但前医叫他禁食而不敢吃。急令病人用餐。只见他食量大、吃得香, 崔氏愈加疑惑不解。后仔细观察病室, 发现床榻桌椅新近漆过且熏人, 他恍然大悟。随即叫患者迁居另一室中, 并将捣碎的生螃蟹敷其身, 二天后, 浮肿消退, 痘疹显现, 逐渐康复^[2]。

分析: 崔氏的高明在于发现本症是由漆气引发漆疮, 致使痘疹不现, 成为逆证。针对病因, 避其漆气, 施以对症药物, 随手而愈。而诸医却无从下手, 甚至错误地让病人禁食, 就是因为不识病因。正如崔氏所说: “盖其人为漆所咬, 他医皆不识云。”

2 病位诊断错误

患者, 男, 汉族, 65 岁, 2003 年 8 月 15 日因胃痛、恶心、呕吐前来就诊。面色晦暗, 口唇青紫。舌质红、苔薄白, 按胃脘痛处理, 疼痛缓解。两天后患者自述晚间又胃痛, 恶心呕吐, 不能进食, 肋间隙稍有增宽, 但无胸痛心悸气短症状, 考虑为心肌梗死, 查心电图: 前间壁心梗。即按心梗处理, 患者病情稳定后康复痊愈^[3]。

分析: 此病属于病位诊断错误。首次接诊心梗

患者表现为胃脘痛症状, 心梗不明显无胸痛心悸气短症状, 容易误诊。胃脘痛: 中医是指上腹部近心窝处发生疼痛的症状。《素问·藏气法时论》说: “心痛者, 胸中痛, 肋支满, 肋下痛, 膺背肩脾间痛, 两臂内痛。”《灵枢·厥论》说: “真心痛, 手足青至节, 心痛甚, 旦发夕死, 夕发旦死。”对两者疼痛做了精辟的论述。

3 病性诊断错误

赵某, 16 岁, 阴道流血月余不止, 服补气固摄止血之品, 血不见少反而病势加重。余见其面色无华, 少气懒言, 询知血色黑暗夹有血块, 改以活血化瘀法治疗, 服 3 剂其血即止, 诸症悉减^[4]。

分析: 瘀血阻滞冲任血室, 血不归经的崩漏, 当以活血化瘀治疗, 用固摄止血法为误治, 患了虚虚实实错误。程钟龄提出警告: “用药相反, 厥祸最大。”古往今来, 大量事实证明, 医家之误莫过于攻补反施, 寒温误投, 轻则加重病情, 重则伤人性命。

4 被疾病的假象所惑而诊断错误

日人青森神治一人, 体温 40℃, 持续 4 日, 脉浮洪大, 舌干, 苔焦黄, 食欲不振, 小便不利, 便秘, 微汗出。投以白虎加人参汤, 次晨体温上升至 41℃, 再诊投以真武汤, 第二天体温降至 37℃, 后病情稳定^[2]。

分析: 本案本为少阴寒化证, 误诊为阳明热证, 其原因就在于医者首诊时为高热、脉浮洪大、舌干、苔焦黄、便秘等显证所惑, 而对不渴饮、食欲不振、小便不利等隐证有所忽略, 所以造成寒证而用寒药, 以致欲降其热而体温反而上升至 41℃之危候。倘若医者学验不丰, 不及时改弦易辙, 投予温阳散寒之真武汤, 其后果不堪设想。^[2]

5 失时宜

男,72岁,退休工人。因纳差、乏力,头重脚轻、走路不稳近1月于1991年7月23日入院。既往患Ⅱ期矽肺,平素吸烟饮酒,8月1日请中医诊治。住院医查舌质淡、苔根白腻,脉滑细,拟为虚劳证(脾气虚)。治以益气健脾,和胃渗湿。方用参苓白术散加黄芪5剂,泄泻依旧,复诊诉清晨即开始泄泻,无里急后重,伴畏冷,拟为肾虚泄泻,改用温补脾肾法,用四神丸合上方试投2剂不效,又加入肉桂、石榴皮、诃子以固涩止泻,服7剂,泄泻未止,日行4~5次。8月15日科主任会诊,除主诉外,入院以来肩背及四肢酸胀疼痛,午后低热、无汗,微渴不饮,苔根白腻带黄,脉濡,该为湿温(湿重于热)之象。治宜宣气化湿,佐以透表为法,用三仁汤加藿香、羌活,服5剂后,头重身痛消失,大便由溏变软,日行1次,守此方再服5剂而收功^[5]。

分析:患者平素每餐饮酒,食肥甘厚味,日久损伤脾胃,脾失健运则内湿停聚,故纳呆、乏力、便溏,疾发时值盛夏,雨多湿重,气候炎热,外界湿热之邪乘虚而入与内湿相合酿成湿温。教训是诊断疾病未与气候季节相联系,造成季节性疾病的错漏诊断,引以为戒。

6 病重药轻误治

吴某,52岁,农民。1986年8月5日初诊。患者断经4年,3个月前阴道突然出血,始是淋漓而下,量少色淡,继而出血量多,色红或伴有烂肉样血块。用止血药治疗月余罔效。诊时证见出血如注,面色苍白,声音低微,舌淡少苔,六脉沉细。属崩漏日久,营血虚极,冲任失固之候。宜取补气摄血,调复冲任。曾用:八珍汤去川芎、当归,加炮姜、乌贼骨,连服10余剂,疗效甚微。余细审出血伴见气虚之候,猛悟本症乃病重药轻,杯水车薪故也。乃守原法,易党参为别直参10g,连服2剂,果然血立止,精神好转,诸症减轻。后改用丸药缓治,巩固疗效^[6]。

分析:辨证正确,用方对证亦不一定就收到疗效,关键是所用药物是否丝丝入扣。本例年老出血,元气大亏,气不摄血,血愈不止,张景岳言:“盖有形之血不能即生,无形之气所当急固。”故径用别直参重剂,一举见功。

7 不善知常达变

男性患者,62岁,因“左肩疼痛,活动受限,进行性加重1日”入院。患者既往有肩周炎病史11年,此次左肩疼痛,活动障碍,又诊为“肩周炎”,经局部理疗,痛点封闭,手法推拿等多种治疗近2个月,症状不减,且逐渐加重,经左肩部、胸部及脊椎X线摄片,确认为肺癌骨转移^[7]。

分析:本病患者有11年肩周炎病史,此次出现肩部疼痛及活动障碍后,医生仍诊断为肩周炎而未做仔细检查,治疗1、2个月后症状反而加重,仍未做进一步检查,显然不善知常达变。癌症的骨转移比较多见,肱骨上端为好发部位之一,也常出现肩部疼痛及活动障碍。因此,骨科医生不能忽略必要的常规检查应知常达变,既重视主要症状,也不能忽视伴随或次要症状,仔细体检,必要时进行理化检查,以明确诊断。

体会:疾病的发生和发展是极其纷繁复杂多变的,临床辨证之正误,方药之恰当与否,皆为疾病的治疗和转机的关键。由于众多原因,如病因病机、病位、病性及被假象所惑而诊断错误等,临证失误亦在所难免。所以,对于医师及以后可能从事医疗行业的人士,应当让前人之例成为后者之戒,要学会善于找准病因病机、病位、病性,善于透过疾病的表面现象抓住疾病的本质,知常达变,借助西医诊断检查,病人也要配合医生避免盲目就医^[8]等减少临证失误的发生率,从而有利于中医辨证施治水平的提高,弘扬具有中国特色的传统医学。

参考文献

- [1]李灿东. 中医误诊学[M]. 福建:福建科学技术出版社,2002.3, 18,19
- [2]马有度. 医中百误歌浅说[M]. 北京:人民卫生出版社,1989.15, 16,45,87
- [3]刘亚草. 别把心肌梗死误诊为胃脘痛[J]. 现代中西医结合杂志 2004,13(19):2 648
- [4]李国鼎. 中医误诊误治原因及对策[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003.359
- [5]韦人鉴. 湿温误诊1例报告[J]. 广西中医药,1994,17(1):23
- [6]吴云英,金国健. 崩漏误诊三则分析[J]. 浙江中医学院学报, 1993,17(5):55
- [7]朱保华. 肩周炎误诊的反思[J]. 光明中医,2001,16(92):46
- [8]李奕棋. 中医误诊的病家原因初探[J]. 湖南中医学院学报, 2003,23(4):27~28

(收稿日期:2005-12-05)