

# 基于误诊验案分析探讨中医误诊原因

刘丽丽<sup>1,2</sup> 陈超凡<sup>3</sup> 杨朝阳<sup>1,2\*</sup>

1. 福建中医药大学 福建 福州 350122;

2. 福建中医药大学中医证研究基地 福建 福州 350122; 3. 福建工程学院 福建 福州 350122

**【摘要】**中医误诊的原因有很多,但主要是指医生原因、中医临床思维原因等。《中医误诊学》对中医误诊原因论述较多,理论较丰富,但该书属于教学工具书,其用词言简意赅,所选案例单一,不能全面地满足医学生学习中医误诊理论的需求,故认为该书对临床应用的指导价值是有限的。因此,本文通过分析具体的误诊病案来探讨中医误诊原因,即用病案分析的方式展现中医误诊的思路过程,进一步探讨中医误诊原因,以期丰富中医误诊理论。

**【关键词】**中医误诊;不寐;泄泻;临床思维

**【中图分类号】**R241

**【文献标识码】**A

**【文章编号】**2096-1685(2021)50-185-02

## Discussion on the Reasons of Misdiagnosis in Traditional Chinese Medicine Based on the Analysis of Misdiagnosis

LIU Li-li<sup>1,2</sup> CHEN Chao-fan<sup>3</sup> YANG Zhao-yang<sup>1,2</sup>

1. Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian 350122;

2. Fujian University of Traditional Chinese Medicine Research Base of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian 350122;

3. Fujian Institute of Technology, Fuzhou, Fujian 350122

**【Abstract】** There are many reasons for misdiagnosis of Chinese medicine, but mainly refer to the reasons of doctors and clinical thinking of Chinese medicine. "Misdiagnosis of Traditional Chinese Medicine" discusses the causes of misdiagnosis of traditional Chinese medicine and the theory is richer. However, the book is a teaching tool. Its words are concise and the selected cases are single, which cannot fully meet the needs of medical students to learn the theory of misdiagnosis of Chinese medicine. The book's guiding value for clinical applications is limited. Therefore, this article explores the causes of misdiagnosis in Chinese medicine by analyzing specific misdiagnosed medical records, that is, showing the thinking process of misdiagnosis in Chinese medicine by way of medical record analysis, and further explore the reasons for misdiagnosis in Chinese medicine, in order to enrich the theory of misdiagnosis in Chinese medicine.

**【Keywords】** misdiagnosis of traditional Chinese medicine; insomnia; diarrhea; clinical thinking

### 1 不寐验案

陈××,女,35岁,工人。患者罹患失眠头昏之疾已历年余,近因劳累而加重,遂于1981年5月18日以神经衰弱症收入我科。入院时,自诉入夜即烦躁不宁,辗转难眠,以致每晚仅睡2~3小时,醒后即心烦胸闷,头晕目眩,口苦咽干,数月来经讯或前或后,潮则量少而色暗紫,舌边尖红,舌边有散在性斑点,苔薄黄,脉弦细。辨证为肝胆郁热,扰动心神,先予丹栀逍遥散合朱砂安神丸出入,后投黄连温胆汤合酸枣仁汤加减,治两周余,然每晚仍不得求助于肌注鲁米那0.1g,方能安寐3~4h。而后医家从“久病入络”之说考虑。随予血府逐瘀汤加减:醋柴胡、炒枳壳、正川芎、桃仁泥、土红花、郁金各10g,当归尾、川牛膝各12g,赤白芍、大生地各15g,紫丹参20g,炙甘草6g,3剂,1剂/日,水煎取汁,早晚分服。当晚未用鲁米那,即能安寐7h,待至药毕,又先后予原方15剂,诸症皆平,痊愈出院<sup>[1]</sup>。

按:血瘀日久伤阴,阳不入阴,故见不寐;瘀血日久化火,火热扰神,则见心烦胸闷,头晕目眩;久病郁火耗伤津液,则见口苦咽干。

#### 1.1 不寐验案误诊原因分析

##### 1.1.1 思维定式或者依经验从事而致误诊

其实初见该误诊病例,就笔者现下的医学知识、临床经验以

及思维习惯来说,就觉得医家受条文《伤寒论》:“少阳之为病,口苦,咽干,目眩也。但见一证便是,不必悉具”的思想的影响,辨病位为肝胆,医家也习惯性见患者情志方面的症状变化就会将诊断往肝胆病位、神志方面去靠,然后开始疏肝理气、养心安神方面的治疗,本病案主治医家也就是典型的见“烦躁不宁,辗转难眠,醒后即心烦胸闷”即将病位诊断为肝胆<sup>[2]</sup>。其实,对于经验浅少的医生来说,当你初遇一个病症不知如何入手时,这未尝不是一个治疗思路,也许大多数情况是没有错的,但是临床病症复杂又变化多端,如果一见到口苦、咽干、烦躁不宁症状即从肝胆论治,那岂不是失治误治现象乱生?所以作为一个医学生要明白这种情志变化包含的深层次含义:叶沐镛<sup>[3]</sup>认为肝在机体心理应激中起着决定性的作用,是机体调节心理应激反应的核心,因为任何形式的应激首先是影响机体正常的气机,进而气、血、津、液受损及脏腑功能失常。而五脏的精、气、血、津液是情志活动产生的物质基础,如果物质基础受损,那情志活动是不是也会受影响?故本病不寐的根本原因在于血瘀,瘀血日久,则影响新血生成,血不养神,血瘀日久,化火扰神,故见不寐。所以经验较少的医学生在临证时,临床思维要拓宽,避免走入误区,要时刻提醒自己。

##### 1.1.2 四诊不全而致误诊

作者简介:刘丽丽,女,在读硕士研究生,主要从事中医辨证思维及证的客观化研究。

通讯作者:杨朝阳,男,教授,研究生导师;E-mail:zyy813@126.com。

基金项目:国家自然科学基金项目(81373553)。

作为一个初学者,所分析的病案要包括全面、详细的诊治经过,这才有利于更好地学习、剖析病案,进而更彻底、更深层次地学习并总结。很明显,该病案没有一诊和二诊的详细诊疗经过及病情表现记录,所以一眼望去不知从哪下手:哪味药有效?药后哪些症状得到改善?症状的改善是因为哪味药起到关键作用?治疗思路是否真的大大偏离了还是挨到一点边?这些问题是医学生学病案要达到效率最大化必须要分析和解决的,也是必不可少的环节。可是大多数医学生在学习病案时都忽视了,他们总觉得大量阅读才是提高临床诊疗水平的有效方法,其实也不然,有时重质比重量更重要。再者,该医家临床辨证时未问及不寐发生的最初的病因,这对疾病全面诊断不利的,因为病因能影响疾病的发生发展,这是临床疾病发生发展的客观规律。另外该医家也忽略了“经量少而色紫暗及舌边布有散在性斑点”这些血瘀征象。虽然中医临床辨证遇到复杂病情时可以舍脉从症或者舍症从脉,但很明显,该医家忽略了患者久病1年余见“经量少而色紫暗及舌边布有散在性斑点”等血瘀征象的事实,故而造成一诊和二诊的误诊误治。

## 2 泄泻验案

苏某,男,45岁,某厂干部。1973年7月7日初诊,患者平时总是感觉胸闷、并且呼吸气短,偶尔见胸痛。心电图检查,医生示意改变不大,仅脑供血不足。7月5日,初次发作腹泻,呈现水样大便,一天甚至多达20余次。某医家予内服乌梅、五倍子、生牡蛎等收涩之品,外用苦参敷膏脐,以冀止泻,果然水泻次数减少,约7~8次,但自觉脐肤发凉如手掌大、腹胀、脐疼不减。

8月8日二诊,以胃苓汤和三仁汤加减治之。处方:茯苓5钱,猪苓3钱,苍术3钱,厚朴3钱,泽泻3钱,桂枝1钱,甘草2钱,薏米3钱,杏仁3钱,通草1钱,白蔻仁2钱,滑石3钱,生姜2钱,煎服前方续进9剂,胀痛轻,腹泻减少,每日1~2次,大便不成形,食欲增进。

8月17日三诊,其脉沉细无力,舌质淡,苔薄白,可知暑湿已去大半,当助被困之脾阳。按健脾去湿消胀法,方药:白参3钱,焦术3钱,茯苓3钱,甘草2钱,广木香2钱,陈皮3钱,薏米5钱,桂枝1钱,三仙炭(即山楂、麦芽、神曲)5钱,厚朴2钱,2剂。

8月19日四诊,诸恙向安,精神大振,饮食日增,仅有倦怠,表虚自汗。仍守前法,续服3剂,症状得到完全改善<sup>[4]</sup>。

### 2.1 泄泻验案误诊原因分析

#### 2.1.1 西医理论指导中医辨证处方而致误诊

该医家一见腹泻水样便达20余次,便从“标”治,即见“通”即用“收涩”之法,予乌梅、五倍子等酸涩收敛之品,实则不辨其证,根本没有中医的整体观念、辨证论治思维。这与西医见腹泻用止泻药、见便秘用开塞露有何区别?所以造成初诊药后见肌肤发凉、如手掌大、腹胀、脐疼不减等症状。水泻次数虽见减,实关门留邪,无由出路,乃至变症,故见腹胀、脐疼不减<sup>[5]</sup>。

#### 2.1.2 四诊不全而致误诊

在该病诊疗过程中,未记录患者的病史,尤其是未提及患者的饮食情况,一般来说,胃肠疾病要首先排除饮食问题,可是该医家忽视了问诊的内容。在临证过程中,发病史及病因是影响诊断的重要因素,是不能忽略的。其中二便量、色、质、气味以及舌象和脉象的情况也未作具体说明,这对病性的确定是有极大意义的,而该病案也未曾说明记录。严格来说,该病案四诊不全,不利于医学生的全面学习、研究。但是浩瀚的病案库中有几个病例是完整的?都是需要我们在问题中发现问题,在不全中补充所需的信息,只有通过这样一步一步的训练和总结,我们才能在中医理论和临床经验方面进步得更快<sup>[6]</sup>。

## 3 结语

误诊的原因有很多,本文仅从临床思维、四诊信息采集、西医理论指导中医辨证处方等方面探讨中医误诊误治的原因,这些方面不是孤立的,而是相互夹杂的,所以临证要多思考、多分析。以上旨在规范四诊信息采集,拓宽中医思维。只有正视误诊误治问题,深入剖析误诊误治原因,不断总结经验,才能更好地指导中医临证实践,提高临床疗效,尽量减少误诊误治现象的发生。

## 参考文献

- [1] 许金波,吕丹丽,郑明翠,等.韩辉从血瘀论治不寐经验介绍[J].新中医,2018,50(8):234-235.
- [2] 肖俊杰,林雪娟.失眠误诊误治原因分析[J].光明中医,2016,31(10):1392-1393,1394.
- [3] 叶沐榕.肝主情志的脑功能成像研究[D].贵阳:贵阳中医学院,2016.
- [4] 安海红.中医误诊原因深层次探析[J].陕西中医学院学报,2015,38(5):20-22.
- [5] 徐景藩.临床病案讨论:泄泻[J].江苏中医,1961(1):32-34.
- [6] 林勇,郑国进.从临床思维谈中医误诊的原因[J].福建中医药,2018,49(4):50-51.

(上接第54页)

- 贝特治疗高血压合并冠心病的临床效果分析[J].世界复合医学,2020,6(9):33-35.
- [8] 黄火英.氨氯地平联合阿托伐他汀对老年高血压合并高脂血症患者氧化应激及脂肪因子的影响[J].临床合理用药杂志,2020,13(17):5-6,15.
  - [9] 关群,周晓冬,候雨,等.阿托伐他汀联合苯磺酸左旋氨氯

- 地平治疗老年高血压合并颈动脉斑块的效果探讨[J].当代医学,2020,26(17):157-158.
- [10] 陆涛,平菁.为老年高血压患者使用氨氯地平联合阿托伐他汀钙进行治疗的效果探究[J].当代医药论丛,2020,18(10):173-174.