

望闻问切在急症临诊中的应用体会

李继庭

(广东省第二中医院, 广东 广州 510405)

关键词: 望闻问切; 急诊; 应用

中图分类号: R247

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)11-2105-02

自秦越人运用“切脉”、“望色”、“听声”、“写形”为断定腧太子是“尸厥”;运用“望色”的方法断定齐桓侯的病由皮肤-血脉-肠胃-骨髓由表及里的传变;运用“切脉”的方法断定赵成候为血脉病等之后,经历代医家的不断实践、充实、发展和演变,形成了中医四诊,即望、闻、问、切。它作为中医诊察收集病情资料的基本方法在临床实践中占据了重要的地位。《医门法律》曰:“望闻问切,医之不可缺一。”《四诊抉微》也说:“然诊有四,在昔神圣相传,莫不并重。”可见四诊法自古以来就是医生所必须掌握的基本技能之一。虽然现代医学诊断技术的进步提高了临床诊断的准确率,但是熟练的运用中医四诊法对及时准确的做出诊断起到了事半功倍的作用,尤其是在急诊工作中要求我们能迅速的判断病情,这就需要我们熟练的掌握四诊方法并将其应用到临床工作中。在此笔者将自己在急诊工作中对望闻问切的应用体会介绍如下。

1 四诊法在常见急症中的应用

在内科急诊工作中最常见到的急症主要有发热、腹痛、气促、昏迷、头痛、头晕、呕吐等,这些急症虽然常见但是要准确的做出诊断却并不是一件易事。它需要四诊合参,准确发现症状,抓住主症,迅速判断疾病性质。

急腹痛患者,在询问患者腹痛部位、性质、加重与缓解因素的同时,常须结合望诊、切诊有时还要结合闻诊才能对腹痛的病因有大致地了解。^①望诊:患者表情痛苦,巩膜及皮肤发黄如橘色为阳黄,多见急性胆道感染;发黄如烟熏为阴黄,且伴消瘦明显,多为肝占位性病变、胰头癌等;腹痛伴呕吐胃内容物及排黄色水样便多为急性胃肠炎;腹痛见面色苍白、冷汗等当注意脏器穿孔、内脏出血、异位妊娠破裂等急重病变;^②闻诊:腹痛伴呕吐,同时可闻及口中大蒜味,当考虑有机磷农药中毒;如可闻及烂苹果味则需考虑糖尿病酮症酸中毒;^③问诊:患者年龄偏大,既往有高血压病、冠心病史,无不洁饮食史,却感上腹部疼痛明显或不很明显,憋闷难受,时有恶心欲吐感,应多考虑急性心肌梗死的可能。伴呕恶、便溏,问诊患者既往有饮食不洁史、受凉史,多考虑急性胃肠炎;腹痛如绞,常连及阴部、大腿内侧者,多为泌尿系结石;如患者腹痛无呕吐腹泻等消化系统症状,有暴饮暴食史须考虑急性胰腺炎可能;^④切诊:腹痛伴腹部结块,往来不定,或按之手下如蚯蚓蠕动感多为蛔虫病;如右下腹作痛拒按,按之有包块应手者,常见于肠痈。

发热为临床极为常见症状,外感六淫、疫毒之邪、或因

情志、劳倦所伤等都可表现出发热的症状。对以发热为主诉来诊的病人,重点在于问诊,仔细询问发热的新久、时间、程度,发热的自我感觉与体温的关系,发热有无时间特点、发热及热退的因素,伴随症状是及其重要的切入点,同时结合望形体、肌肤及诊脉等方法才能明确发热的性质。如发热患者望其面红目赤,面部、四肢或躯干皮疹,眼睑浮肿当考虑麻疹;发热伴头痛、呕吐、惊厥者应考虑春温[瘟]、暑温[瘟](流行性乙型脑炎)、脑癆(结合性脑膜炎)、中暑等。如患者高热,而脉来迟缓当考虑伤寒。高热伴多食易饥、消瘦、多汗、颈前肿大者,应考虑甲亢危象。

2 四诊法在急危重症中的应用

早在两千多年前,我国最早的经典著作《内经》对急危重症就已有叙述,如《素问·生气通天论篇》“阴阳离决,精气乃绝”。《灵枢·通天》“阴阳皆脱者,暴死不知人也”都指出亡阳亡阴为垂危之候。《素问·至真要大论篇》也记述:“厥阴之复,少腹坚满,里急暴痛……厥心痛,汗发呕吐,饮食小入,入而复出……”,可见四诊法早已用于对急危重症的诊断及对预后的估计。虽然现代的理化检查大大的提高了对急危重症的诊断率,但是当患者发病急重,病情危殆时,往往不能等待实验室检查的结果才来做出处理,这时就需要我们运用四诊法来预计判断病情。

如对于昏迷患者重点在于询问患者家属或陪护患者既往患病情况,近期有无头颅外伤、精神刺激、吸毒等因素存在,昏迷症状出现的缓急,昏迷出现前有无发热头痛、头晕等症状等,同时结合望诊、闻诊、切诊从而对昏迷原因作出初步诊断。四诊合参对于判断昏迷病人的预后转归也有着重要的作用。^①神志不清,感觉迟钝,不能吞咽,各种反射逐渐消失,二便失禁,为濒危之象;^②体温过高或体温不升,或体温骤降,头身汗出如油,四肢、耳、鼻等末梢部位逐渐变冷,均为重笃濒危之象;^③脉象微弱而数,或迟缓,或似隐似现,脉微欲绝,或结或代,均为危象;^④瞳孔散大,为心神虚散;目不了了,为脑被火邪所灼;目睛直视,瞳孔停而不瞬,均为预后不良;^⑤舌强不语,为脑与心气被阻,舌强,舌不过齿,舌质红为温热入于心包。

3 四诊法在急症临诊中的具体应用

急症病情重笃,复杂多变,病死率高,稍有疏忽即误诊失治。对急重症患者详审细辨、精心四诊是抢救成功的关键。望闻问切四诊除问诊外,望闻切的要点在于观神色、望形态、验齿龈、审苗窍、闻声音、嗅气味、诊虚里、查舌苔和切脉象。下面通过几个病案来说明四诊在急症中的具体应用。

案1 王某,女,62岁。因呕吐3h就诊。既往健康。诉晨起恶寒、恶心,3h内呕吐5次,为胃内容物。其叙述断续,声音低沉,颇似音暗。血常规:白细胞 $11.2 \times 10^9/L$,中

收稿日期: 2006-05-18

作者简介:李继庭(1980-),男,江西兴国人,医师,硕士,研究方向:中医内科学急症方向。

按镜像辨证中药治疗溃疡性结肠炎的临床研究

李 敏¹, 梁 超²

(1. 川北医学院附属医院肛肠科, 四川 南充 637000; 2. 成都中医药大学附属医院老干部科, 四川 成都 610072)

摘 要:采用按镜像辨证中药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎(UC) 30 例, 并与传统的脉症辨证中药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 30 例进行对照。结果治疗组临床治愈率为 30.00%, 总有效率 96.67%, 与对照组无显著差异。治疗后治疗组各项观察指标积分较对照组有显著差异, 说明按镜像辨证中药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎在改善 UC 临床症状和局部组织阳性体征方面有明显疗效。镜像辨证提高了辨证的客观性和准确性, 并具有临床意义。

关键词:溃疡性结肠炎; 镜像辨证; 传统辨证; 中药

中图分类号: R574.62

文献标识码: B

文章编号: 1009-5276(2006)11-2106-03

慢性非特异性溃疡性结肠炎的诊断, 主要依靠内窥镜检查。自 2001-2005 年, 笔者根据溃疡性结肠炎肠镜下黏膜像辨证, 采用中药治疗溃疡性结肠炎 30 例, 并与传统的脉症辨证中药治疗溃疡性结肠炎 30 例进行对照, 疗效显著, 现报道如下。

1 材料和方法

1.1 临床资料

所有 UC 病例均符合 1993 年 6 月太原召开的全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制定的诊断标准^[1]。治疗组: 30 例, 男 18 例, 女 12 例; 平均年龄 35(23~61)岁; 病程 1 年 11 例, 1~5 年 17 例, 5 年以上 2 例, 平均病程 2.8 年。对照组: 30 例, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 34(21~60)岁; 病程 1 年 9 例, 1~5 年 19 例, 5 年以上 2 例, 平均病程 2.9 年。

1.2 主要症状与病变部位

两组主症腹泻分别为 30 例, 腹痛分别为 19 例、13 例, 脓血便分别为 25 例、23 例, 肛门坠胀分别为 26 例、28 例。病变部位: 直肠分别为 26 例、25 例, 累及乙状结肠的分别为 2 例、3 例, 乙状结肠以上的分别为 2 例。

1.3 辨证方法

1.3.1 镜像辨证方法 镜像辨证使用普通镀铬乙状结肠镜、100W 单孔冷光源进行检查, 将所获得的乙状结肠镜像

分为 5 个证型, 自拟标准如下: ① 湿热型: 黏膜重度充血、色潮红、重度水肿, 有广泛而散在或大片糜烂, 或有溃疡, 其边缘有红晕, 附着黄色脓苔, 肠腔有黄色黏液或脓血残留。④ 寒湿型: 黏膜稍有充血或不充血、近于常色、重度水肿呈水泡状或露滴状, 轻度糜烂, 无溃疡, 肠腔内黏液色白质稠。⑤ 阴虚型: 黏膜中度充血, 色红而干, 缺乏光泽, 无明显水肿、或有黏膜萎缩, 少量散在的糜烂出血点, 溃疡色红光洁、边无红晕、无黏液脓苔附着。⑥ 虚寒型: 黏膜不充血、色淡白, 轻中度水肿, 或肥厚浑浊如毛玻璃状, 溃疡色泽灰暗, 肠腔内黏液色白而较稀。⑦ 瘀阻型: 黏膜黯红或有瘀斑, 血管扩张、瘀血, 色紫黯, 轻度水肿, 可见假息肉或黏膜呈颗粒状, 溃疡黯红, 边缘硬结, 腔内黏液深褐。

1.3.2 传统辨证方法 传统辨证参照《特发性结肠炎证治》分为湿热蕴结、寒湿凝滞、脾胃虚寒、阴虚燥热、肝郁脾虚、脾肾阳虚、瘀阻肠络 7 个证型^[2]。

湿热蕴结型: 腹泻, 下利赤多白少, 肛门灼痛, 腹痛拒按, 发热不恶寒, 畏热喜冷, 烦渴思饮, 尿短赤涩, 舌苔黄微腻, 舌质红, 脉滑数有力。

寒湿凝滞型: 便下赤白黏冻, 白多赤少, 或为纯白冻, 腹痛拘急, 里急后重, 口淡乏味, 中脘痞闷不渴, 头重身困, 小便清白, 舌质或淡, 苔白腻, 脉濡缓。

性粒细胞 0.72 淋巴细胞 0.28。心电图示窦性心动过速: 胸部 X 线片示两肺纹理增粗, 透明度增加; 尿常规及肝胆 B 超无异常。当时考虑为风寒外袭, 肺气郁闭, 胃失和降。予藿香正气水即服, 药入即出, 遂拟呕吐待查留察, 予补液、抗炎及对症处理。4h 后, 患者突然呼吸短促, 四肢抽动, 随之心跳呼吸停止, 即予心肺复苏, 心电图监护示 III 度房室传导阻滞。虽多方抢救, 终未成功。

按 患者语声低怯实与音暗相异, 决非肺气郁闭, 而是五脏精气虚弱表现; 呕吐频频为阴盛格阳之候; 脉浮大而数, 乃虚阳浮越之兆。皆示心肾阳气欲脱之重症, 如及时温阳固脱, 或可救逆挽回。

案 2 李某, 女, 28 岁。因突发全身极度无力, 进行性加重, 至卧床不起, 同时伴有胃痛, 进食欠佳 25 天, 不能饮水 1 天。来诊时患者精神疲倦, 面色萎黄, 呼吸平顺, 少气懒言, 按其腹部平坦, 腹肌无紧张、无压痛及反跳痛。胃镜(-)、心电图正常, 血生化未见异常, 详问病史, 得知患者本次发病是因为与丈夫吵架而引起。确诊为癔病。经暗示治疗, 病情即刻缓解。

按 此案例因只重望闻切诊, 使医生忽视了寻求发病诱因, 尤其是癔病患者一般缺乏特殊体征和实验室检查阳性结果, 故只有详细的询问病史对本病的诊断就显得格外重要, 尤其是关于致病精神因素和病前性格的询问, 这样才能够减少误诊与漏诊。

总之,在急诊门诊中望、闻、问、切四诊虽各有轻重之别, 但只要抓住关键, 注重方法, 探讨规律, 临证善于四诊合参, 对于疾病的正确诊断可渐臻神、圣、工、巧之境地。

收稿日期: 2006-05-27

作者简介: 李敏(1968-), 女, 四川南充人, 副主任医师, 硕士, 研究方向: 肛肠疾病的中医药治疗。