

· 李士懋纪念专题 ·

国医大师李士懋平脉辨证观初探

李玉昌 扈有芹 李朋涛

【摘要】 众所周知辨证论治是中医的核心特色,然如何辨证,却仁者见仁,智者见智。可谓众说纷纭,莫衷一是。李士懋教授认为,要研究辨证论治,必须溯本求源。源在何处,源在经典。经典中处处体现着以脉定证的思想。李老正是继承了这一学术精髓,继而在仲景脉学求索的基础上,反复临床实践,最终形成了以脉诊为中心的辨证论治体系即平脉辨证思辨体系。主张以脉定证,以脉解症,以脉解舌。临证时强调胸有全局,首分虚实,动态辨证,崇尚经方。

【关键词】 李士懋; 平脉辨证; 首分虚实; 动态辨证

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.06.011

“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》第16条。原文为:“太阳病三日,已发汗,若吐,若下,若温针,仍不解者,此为坏病,桂枝不中与之也。观其脉证,知犯何逆,随证治之。”仲景此处意在为“坏病”提出辨治原则,实则为辨证论治之先声,后世医家据此提出了中医辨证论治的理念。李士懋教授精研经典,博览各家,对辨证论治研究颇有心得,认为辨证论治理论体系源自《内经》,其本则肇端于《伤寒论》和《金匱要略》,因此欲研究辨证论治,必先溯本求源。辨证论治是中医的精髓,脉是证的灵魂,它直接指导着临床实践。辨证论治水平的高低,直接影响着中医的疗效,实有探讨之必要。

1 为什么要重视脉诊

既然仲景创立了辨证论治体系,因此研究辨证论治,就要看仲景是如何辨证的。首先《伤寒论》篇目均为“辨某某病脉证并治”;《金匱要略》亦言:“痉湿喝病脉证治第一。”从这些篇目的设立不难理解,辨证论治的目的是“证”,而证的确立要依脉而定,所以仲景设篇目题为“脉证并治”。进而仲景在辨太阳病脉证并治篇又提出了“观其脉证,知犯何逆,随证治之”这个辨证论治的总纲,言“观其脉证”,而不说观其色证、舌证、形证,可见对脉诊的重视。且条文中以脉定证的条文,可以说比比皆是。如《伤寒论》第265条:“伤寒脉弦细,头痛发热者,属少阳。”伤寒三阳病均可见头痛、发热,概因脉弦细,而诊为少阳,此即以脉定证的典型例证。李士懋教授正是悟透经典中的这一精髓,结合自己60多年的临床苦心研索,最终形成了以脉诊为中心的辨证论治体系即

平脉辨证思辨体系。

2 平脉辨证思辨体系的现实意义

平脉辨证思辨体系的核心是平脉,平脉的目的是证。证,是一个疾病发展过程中某一阶段的病理总和,也是论治疾病的依据。李士懋教授认为一个证的完整诊断,要有四个要素即病性、病位、疾病的程度和疾病发展变化的趋势。李士懋教授简称曰:“四定”,即定性、定位、定量和定势。而在明确诊断的过程中,脉诊起着非常重要的甚至是决定性的作用。如寒凝证的诊断标准中,李士懋教授提出了三个重要指征:“一是脉沉弦拘紧,李士懋教授将此脉称之为痉脉;二是疼痛;三是恶寒。依其在辨证中的权重划分,脉占80%,疼痛占10%,恶寒占5%,其他舌症、体征、症状等可占5%。”^[1]可见脉诊在辨证中的重要作用。

2.1 以脉定病性

疾病的性质无非寒热虚实。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证并治第九》有云:“师曰:夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也。”阳气虚于上,阴寒上乘是导致胸痹心痛的原因,乃因脉阳微阴弦,故而知之。再如火郁证,李士懋教授说:不论内外妇儿哪科疾病,只要是脉沉而躁数,那火郁证的诊断就基本成立,临床上就可考虑用升降散治疗。受李士懋教授启发,笔者曾治一例扁平疣患者,男,19岁,高三学生,2013年3月15日初诊。面部扁平疣,多而密集,严重影响面容,想报考军校又怕因面部原因不能被录取而求诊。脉弦滑数,追问患者还有无其他不适,仅诉天热时头痛。二便正常,食可眠安。证属郁热,法宜火郁发之,方宗新加升降散,处方:蝉蜕8g、姜黄9g、栀子12g、薄荷^{后下}5g、僵蚕12g、生大黄8g、连翘15g、淡豆豉9g。上方加减,共服20余剂时扁平疣变萎,约服60剂左右,面部疣全部脱落,当年已顺利被第二军医大学录取。未跟师前,治扁平疣多是求之于秘方、验方,或专病专方等,有时也不知疗

作者单位: 062350 河北省肃宁县中医医院专家门诊(李玉昌);河北省沧州中西医结合医院中医科(扈有芹);华北理工大学冀唐学院中医系[李朋涛(本科生)]

作者简介: 李玉昌(1966-),本科,副主任中医师。研究方向: 中医内科。E-mail:liyuchang66@126.com

效如何。跟师后治病皆以脉为中心,大大开拓了中医思维,已不再拘泥于数方数法,临床疗效大增,求诊者日渐增多。此案脉滑数为热盛,弦主郁,故从火郁论之,治以李士懋教授的新加升降散,谨守病机,坚持治疗而愈。

2.2 以脉定位

定位,即确定疾病的病位。也主要依靠脉象,并结合经络脏腑的症状来判断。如寸部脉象有改变,又出现心经的症状,则可判断病位在心;如若出现肺经症状则可判断病位在肺。

2.3 以脉定量

李士懋教授说:“疾病的轻重程度是个既模糊又必须加以明确的概念。说它模糊,是因为难以量化;说它确切,是指医者必须明确病情的轻重,以指导用药治疗。”^{[2]39}比如肺热咳嗽患者,石膏是用 10 g、30 g 还是 50 g,必须要准确,病重药轻不行,病轻药重同样也不行。李士懋教授认为:“疾病的轻重程度也可以从脉上来判断,如脉数为有热,越数实有力热就越重,反之则热轻。”^{[2]39}

2.4 以脉定疾病的发展变化趋势

疾病发展变化的趋势大致有三种情况:一是疾病向愈;二是邪正相持,不好不坏;三是病情加重恶化。疾病是不断变化的,而要掌握疾病的各种动态变化,最直接最灵敏的指标就是脉。它往往先于症状或体征而出现变化,因此欲了解疾病的发展变化趋势,就必须了解和掌握脉的变化。中医认为,在疾病的发生、发展过程中,证候是不断变化的,也就是说在治疗某一疾病过程中,证治方药是不断发展变化的,而非一方到底,这就是中医的恒动观,是中医理论特色之一,也是中医人必须遵循的法则,恒动观指导着辨证论治的始终。那么如何确定疾病的变化呢?李士懋教授认为:变化的原则是“谨守病机”,而确定病机的关键是脉。《伤寒论》第四条“伤寒一日,太阳受之,脉若静者,为不传。颇欲吐,若躁烦,脉数急者,为传也”。传变与否的重要标志是脉。仲景在治疗变证时明确提出“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的原则,把脉放在证的前面,足见其对脉的高度重视。李士懋教授常常讲秦伯未曾云:一个医生要能守善变,这是一个医者成熟与否的重要标志。守得住就是在治疗疾病的过程中一时未见疗效,而只要病机未变,就要守原方不变,而不可一时不效,频频换方,转致越行越远,终致医者不知何从,病愈难矣!善变就是病机变了,证候变了,就要及时更改处方。而守与变否的依据是脉。脉变则证变,法亦随之变。脉不变则证未变,法亦不变。仲景在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》详细记述了服小青龙汤后的变化,由小青龙汤到茯苓桂枝五味甘草汤,再变化为苓甘五味姜辛汤、苓甘五味姜辛夏汤、苓甘五味姜辛夏杏汤、最后是苓甘五味姜辛夏杏大黄汤。看完这则记录,不禁令人拍案叫绝。中医辨证论治具有灵活性,决非一方到底,效亦更方,变方与否的依据是疾病证的变化。这正充分体现了仲景“观其脉证,知犯何逆,随证治之”学术思想。李士懋教授正是继承和发扬了中医这一学术精髓,形成了平脉辨证思辨体系。

3 平脉辨证思辨体系临床运用

3.1 肾着案

患者,女,48 岁,干部。2012 年 10 月 9 日初诊。主因腰臀部不适半年。因下楼困难而邀笔者往诊。见患者身形瘦弱,用手扶腰缓慢移行,坐下时也极困难痛苦。自诉臀部坠胀感,总想穿紧裤将臀部兜住。臀部有一块如水滴附着(如坐水中)、腰部如有水泥块附着(板滞感、沉坠感,腰重如带五千钱),病休在家半年,生活不能自理。诊其脉沉而无力,舌淡苔白。思为金匱肾着之病,湿从何来?随即追问中焦脾胃是否有阳虚之症。患者答已患胃病 10 余年,平时不敢吃凉的,大便每天 4~5 次,便稀且伴不消化食物,怕冷衣服比别人早穿一季,四肢常不温。曾在沧州、北京多家医院求诊。已排除腰部器质性病变,多次理疗、按摩,封闭治疗均未显效。证属:脾肾阳虚,寒湿痹着。方宗甘姜苓术汤,处方:炙甘草 20 g、干姜 20 g、茯苓 40 g、炒白术 20 g,5 剂后诉臀部坠胀感减,以后又加减服用本方 20 剂后病情逐渐缓解。但仍诉腰部板滞感,且饮食因吃中药有减少之势。于 11 月 15 日请李老诊治,师诊其脉沉细无力,嘱用黄芪桂枝五物汤治疗,服后自觉食欲佳,气力增、腰部板滞感逐渐好转而愈。此案启示:(1)见腰不治肾,腰部疼痛每责之于肾。因腰为肾之腑,所以临床中腰疼即补肾,已形成了惯性思维。是否有效考其原因,缺少发散思维习惯。(2)腰部均有皮、脉、肉、筋、骨,何独肾主之?五脏之病,均可影响至腰,此为见腰不可独治肾也。(3)效不更方,效即更方。本案久服肾着汤早期收效明显而后期收效欠佳。改服黄芪桂枝五物汤后逐渐收效而愈。乃不知脉证已变,不知变通之故。(4)经典学习不能丢。如若不读经典不知肾着之病,此患者治疗难矣,经典条文,为一个个鲜活的医案,不可以等闲视之,要反复揣摩,用于临床,有所收获。

3.2 戒酒案

患者,男,43 岁。2013 年 9 月 7 日初诊:嗜酒多年,欲戒酒而就。易怒、食少纳差,腰酸痛、颈僵、身酸痛,活动则舒。每隔一两周入夜即烦躁,不能入睡,需大量饮酒,方可安睡,脉弦数且劲。证属:肝火,法宜清泄肝火。方宗泻青丸,处方:防风 8 g、代赭石 30 g、龙胆草 8 g、生龙牡 30 g、大黄 4 g、栀子 10 g、旋覆花 15 g。2013 年 9 月 16 日诊:上方服 7 剂,烦躁及身酸痛减,余症同前,脉同上。上方继服 7 剂。2013 年 9 月 23 日诊:不用饮酒已可眠睡,烦躁约减二分,仍食少,腰酸痛。脉弦,按之阳弱尺弦,舌暗红嫩苔白。证属:阳虚,阴寒上乘;法宜温阳益气。方宗补中益气汤加减,处方:党参 12 g、茯苓 15 g、当归 12 g、肉豆蔻 9 g、生黄芪 12 g、柴胡 9 g、肉桂 6 g、白术 10 g、升麻 6 g、炮附子 15 g。2013 年 10 月 20 日诊:上方加减共服 21 剂,食增,有精神,腰酸痛已愈。

按 弦主肝,数主热,故诊为肝火。形成肝火之因概括起来主要有两个方面:(1)气郁化火。肝为刚脏,内寄相火,喜条达而恶抑郁,气郁日久则化火,此即“气有余,便是火”。

叶天士说:“情志不适,郁则少火变壮。”^[3](2) 湿热化火。湿热之邪,内侵肝胆,蕴结不解,湿蕴化热,热从火化,易形成肝火。如此案嗜酒无度,助湿生热,久则化为肝火。肝火为患,所见甚广,上可见头痛、目赤肿痛、颊赤眼肿、耳聋耳痛、鼻衄等肝火上炎清窍之症;肝火内扰胸膈,可见烦躁懊恼、失眠易怒等症;肝火充斥三焦上下内外,可见胁痛口苦、目赤肿痛、小便淋痛、阴肿、阴痒等症;肝火下迫大肠,可见下痢后重、腹痛里急、大便脓血、肛门灼热等症,所见症状纷纭繁杂,然其脉多为弦数之脉。治疗肝火,多采用苦寒直折之法。除苦寒直折之外,还应根据肝气易郁的特点,适当配以辛散之品,如泻青丸中羌活、防风,寓升于降,升降相因;肝体阴而用阳,肝火日久,易伤阴耗津,可加用一些生地黄、当归等滋阴养血之品,如龙胆泻肝丸方中的生地黄、当归,意即指此。本案嗜酒多年,湿热内生,久则化热为火,肝火扰心,故烦躁易怒、失眠,木亢克土,则食少纳差,身痛、腰酸、颈僵,运动则舒,此皆肝火攻冲,气机阻遏之象,故方选泻青丸,泻肝火,散肝郁。得效后三诊时脉由弦数而转为阳弱阴弦之脉。阳弱尺弦,阳弱为气虚于上,尺弦主阴寒盛于下,气虚当补,阴寒当温,故方用补中益气汤加炮附子、肉桂等温阳散寒之品治之。有人可能认为证由热变为寒,此非医之过乎?李士懋教授认为:治病有如抽丝剥茧,去掉一层,方能显示下一层,而其中最能决定其病机证候是否变化的因素是脉,这也是最灵敏的指标,往往先于其他症状的变化之前出现。

3.3 懈怠案

患者,男,44岁。2012年7月27日初诊:易疲劳数年,晨起头昏,口干苦,少气懒言。冬季怕冷,纳可,怕食凉,食补药上火,寐时差,大便两日一行。舌稍暗,脉弦拘紧。证属:肝阳虚,法宜温补肝阳。方宗乌梅丸,处方:乌梅 10 g、桂枝 10 g、炮附子^{先煎} 12 g、细辛 6 g、当归 12 g、党参 12 g、川椒 6 g、干姜 6 g、黄连 9 g,7剂,水煎服,每天1剂。2012年8月3日二诊,药后诸症如前,舌稍暗,脉弦减。上方加生黄芪 12 g、柴胡 7 g,改桂枝 12 g,14剂。此后直到2012年9月14日四诊,疗效不著,李老诊脉弦无力,尺弦细,予7月27日初诊之方加仙茅 15 g、淫羊藿 12 g、肉苁蓉 15 g、生黄芪 15 g。2012年10月1日五诊,诸症明显减轻,此后以此方加减,继服两月余,终获痊愈。

按 此患者以易疲劳为主诉,伴有口干苦,怕食凉,食补药上火,寐时差,舌稍暗,脉见弦拘紧,弦主肝之病,拘乃脉欠舒缓,主寒,减为不足,故断为肝阳虚,经曰:肝为罢极之本。肝阳虚故易疲劳,少气懒言,此亦是现代所说亚健康状态。肝虚则一阳不升,故见口干,头昏;肝中内寄相火,肝虚则相火疏泄不利,郁而化热,故口苦、寐易醒,治以乌梅丸温补肝阳。此例诊断清晰,治法用药合理,理当迅速取效,然服药月余,其效不著,笔者学徒私自心下动摇,思李士懋教授当变法更为妥,不料,李士懋教授仅在一诊处方加数味补肾之品,即峰回路转,获效于数日,予笔者有很

大启迪,李士懋教授引秦伯未老先生的话:一个成熟的医生,临床处方,既要守得住,又要变得活。在此案中,肝阳痿弱的病机确定,虽20余剂不效,亦能守方不变,同时又善于在细节上找问题,依尺脉弦细,发现隐藏在下面的肾阳虚,不能温煦肝阳,进而加强补肾阳之品,所谓“治病必求于本”。此例既是肾阳不足而水寒,肝阳出自肾水,水寒则肝阳不温而痿弱;其实寐差可能亦有肾水不能上济心火,而不全是肝经郁火扰心之象。故而临床之要在守方变方的协调统一,既不能蛮守,亦不能乱变,而在乎明理,明乎阴阳升降变化之道,此中关键亦在乎知脉。

《伤寒论》最难理解的就是厥阴病篇,乌梅丸一方出自《伤寒论》厥阴病篇,乃厥阴主方,因条文中讲的是治疗蛔厥、主久利,遂被后世湮没为驱蛔、止泻之方,惜哉。李士懋教授精研伤寒,读书临床颇能发煌古意,李士懋教授认为厥阴的生理特点为:“肝主春,肝为阴尽阳生之脏,寒乍尽,阳始生,犹春之寒乍尽,阳始萌。阳气虽萌而未盛,乃少阳、弱阳。若春寒料峭,则春之阳气被戕而不升,生机萧索;若人将养失宜,或寒凉伐伐,或药物损伤,皆可戕伤肝始萌之阳而形成肝寒。肝寒则相火内郁,于是形成寒热错杂。”^[4]³⁷³并有寒化、热化两途;寒热进退、阴阳转化是其特点。李士懋教授提出《伤寒论》中“厥阴病的实质是肝阳痿弱,形成寒热错杂之证,肝阳痿弱,则肝用不及,失其升发、疏泄、调达之性,因而产生广泛的病证。”^[4]³⁷⁵不仅为当代通篇理解《伤寒论》的精髓做出贡献,亦大大开拓了乌梅丸的临床使用范围。在乌梅丸的使用上,总结了肝主疏泄的十方面功能,提出执简御繁的乌梅丸应用指征:“1、脉弦按之减,此即肝痿弱之脉。弦脉亦可兼濡、缓、滑、数、细等,只要弦而按之无力,统为肝之阳气痿弱之脉。2、症见由肝阳虚所引发的症状,只要有一二症即可。”^[4]³⁷⁶笔者在临床依法使用,治愈很多疑难怪病。

仲景提出的“观其脉证,知犯何逆,随证治之”这一辨证论治总纲强调了脉证并治,肯定了脉诊在中医学中的重要价值。李士懋教授在仲景脉学求索基础上,逐渐形成的以脉诊为核心的平脉辨证思辨体系,为中医学的继承与发展指明了方向和道路,必将在中医学界产生深远的影响。

参 考 文 献

- [1] 李士懋. 汗法临证发微[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:22.
- [2] 李士懋. 溯本求源平脉辨证[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:39.
- [3] 叶天士. 增补临证指南医案[M]. 太原:山西科学技术出版社,1999:264.
- [4] 李士懋. 临证一得集[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:373-376.

(收稿日期:2016-01-31)

(本文编辑:董历华)