

论 坛

对中医病理学证病概念的认识

陈 小 野*

主题词 中医病机/历史 中医名词

1 《内经》辨证形式示范作用的渐进性

把证、病作为两种并列病理概念的观点者认为,在中医病理学史上证与病的体系是各自发展的,主要体现在证、病有各自的发展时期。

《内经》辨证形式对后世的示范作用在不同历史时期有“全”或“无”的特征,相关于证候学说历史发展的断续性。笔者认为,《内经》辨证形式对后世的示范作用在不同历史时期是渐进的,相关于证候学说历史发展的连续性。其实质在于辨证形式的逐渐实践化及其机械性的逐渐被抛弃。

《内经》具有辨证的典型形式,包括同病异证,异病同证,和证为重(即在一个病——证病理本质认识过程中,重心从病转移到证,为下一个病——证认识过程作准备。表现为对证的直接讨论。如《素问·通评虚实论》)。这种形式的意义在于较好地体现了现象(病)与本质(证)的必然分离。辨证学说的要点之所以在“辨”,也即强调“透过现象看本质”。由于《内经》理论的先验性特点,它比临床更早地形成这种形式,而且达到理想化程度。也正由于这种先验性,它的具体形式不具有实践意义而带有机机械性的特点。因此,《内经》的辨证形式可为后世临床辨证提供示范,但也仅仅是示范。示范过程的两方面,是辨证形式的逐渐实践化及其机械性的逐渐被抛弃。即使是《内经》本身的辨证,在涉及实际时,也需打破其机械的辨证形式,如《内经》理论上外因致病机会均等,而实际上依次重视风、寒、湿。“病机十九条”也打破了各种病机理论形式上的对称性。

《伤寒论》在临床上实现了较完善的辨证形式。包括六经形式、传变规律及伤寒——太阳病——太阳中风等的多重辨证(第二重及其后的形式是后人归纳出来的),但缺乏异病同证和证为重心部分。赵洪钧认为《素问》六经体系只有理论上的价值,就热病学而言,经

方每前进一步都须对医经进行部分否定,从《内经》到《伤寒论》最足以说明这一规律。如抛弃春伤于风,夏伤于暑,秋伤于湿,冬伤于寒的刻板说法。诊法不取《内经》四时五脏脉、五色察五脏等说。《伤寒论》传经规律的机械之处则是后世争论的主题。

晋至唐宋时期并非《内经》辨证形式示范作用的空白。《诸病源候论》、《外台秘要》、《千金方》、《太平圣惠方》、《圣济总录》、《医心方》等均能遵《内经》病因、病机、脏腑辨证,徐大椿评《千金方》:“其所论病,未曾不依《内经》。”但尚未完成辨证形式与临床实践的真正结合。各书的理论部分遵《内经》形式,又失于机械;具体病的辨证上无《内经》的机械,但又未能将辨证贯彻到底。如《圣济总录》五脏辨证与各病辨证并列而未能融合。这一阶段比《伤寒论》进步之处在于异病同证。

金元时期并非辨证的重新开始,而是把理论与临床较好地结合起来。如《素问玄机原病式》,《脏腑标本药式》均在临床心得基础上强调“式”。并进入以证为重阶段,诸大家均直接以热证、实证、脾虚证、阴虚证等为探讨对象。在形式上打破《内经》证候体系机械的对称形式,而以临床为依据,突出某一证候。在这一过程中对《内经》的引用名为发挥,实为“托古改制”式的利用。可以认为这一时期《内经》辨证形式的示范作用已趋于得其髓而去其形的境界。王旭东认为金元诸家仅是抓住《内经》理论某一部分重申及加上实践内容^[1]。如河间学说“六气皆从火化”,使六气机会再不均等,这并非从《内经》悟出道理而后证诸临床,而是相反。

明清证候学说继续发展。八纲辨证是对证候的进一步归纳和形式化。《温病条辨》以三焦为纲,病名为目,论述风温,温热,温疫等九种温病证治,与《伤寒论》比较更重视“异病同证”。金元有关证候的探讨在明清继续进行,清代辨证引起争议之原因并非由于只辨证不辨病,从负面上说也在于只注重辨证的形式,有与临床实践脱离的趋势。因而卢晓推崇张锡纯病案“举凡辨证论治、选药立方,莫不证诸实践,言之凿凿。”从正面上说则是证候学说产生突破的前奏。清数百年,证候学研究主要承金元明代余绪,并使之贯彻于方药,故证候

* 中国中医研究院基础理论研究所,北京东直门内北新仓18号(100700)

收稿日期:1997-04-20;修回日期:1997-05-10

学主要在量上得到发展而呈繁乱,孕育了进一步结构化、产生飞跃的条件。这与金元前辨病繁乱的情况相似。

现代证候学形成了重视虚证,以及脾虚、肾虚、血瘀证候较为突出的格局,发现了肺虚→脾虚→肾虚演变规律的普遍性。但现代研究辨证论治分步的一些理论,单纯从体系形式的完美出发对某些证候如肾实证、肝阳虚、肺阳虚的补充也易致无临床意义的形式化。《内经》辨证形式对后世的示范作用的渐进性,说明证候学说历史发展的连续性。

2 证和病的同步发展

证、病有各自的发展时期的观点者认为,中医病理学在以《内经》、《伤寒论》为代表的战国至东汉时期,金元后至明清时期,以证的学说发展为主。而在战国前,晋至唐宋则以病的学说发展为主。但实际上证、病在各个时期是同步发展的。

《中医内科史略》作者认为,春秋时已有外因辨证,如《五十二病方》中已有辨证用药内容,牡痔,牝痔就是对痔疮病的初步辨证。烂疽,血疽,气疽是对疽的初步辨证,马病,羊病,蛇病是对痢病的初步辨证^[2,3]。晋至唐宋时期,隋代巢氏《诸病源候论》被认为是这一时期辨病不辨证的代表著作。但实际上也是辨证范本。上海第一医学院所编《中外医学史讲义》认为《诸病源候论》一遵《内经》辨证论治主旨,发挥病因病机和脏腑辨证,以证候为每论之冠^[4]。如中风以五脏分证,淋病分石淋,劳淋,血淋,气淋,膏淋等等。唐代王焘《外台秘要》体例基本依《诸病源候论》。唐孙思邈《千金方》在《中脏经》基础上,记载脏腑寒热虚实辨证,并与方药结合起来。岳美中认为《外台秘要》、《千金方》在专病专药专方上随症加减,不失张机规律^[5]。北宋时期《太平圣惠方》、《圣济总录》、《医心方》内容水平略同《外台秘要》,皆引《诸病源候论》之论冠其首。《中外医学史讲义》认为《太平圣惠方》理法方药基本原则悉备。《圣济总录》有“脾气虚腹胀满”、“脾胃气虚肌体羸瘦”等证。钱乙《小儿药证直诀》以脏为纲辨证论治,并使脾胃学说学术思想渐趋成熟^[6,7]。作为这一时代辨病而不辨证的另一代表著作《和剂局方》实为面向平民的科普著作,不能代表当时的学术水平。南宋严用和《济生方》已倡“补脾不如补肾”,对证的认识更加深化。就宋代证候学说总体而言,出现了一大批重视理论的实践医家,对辨证论治的普及起了很大促进作用。脏腑寒热虚实辨证较唐详细丰富,与临床实践关系更密切,并更深入进行证候理论如脾肾关系探讨。

明清时期辨证体系更加成熟,一般认为这一时代

辨病最受影响。而实际上辨病体系也在飞速发展,以专科专著出版最多。如明代沈之问论麻风的《解围元藪》,薛己论麻风的《病疡机要》,论喉科的《口齿类要》,陈司成论梅毒的《霉疮秘录》等。有关痘疹的专著就达50部以上。历代儿科主要著作成书数也以明清为最多。

3 《伤寒论》证的不完备性

证、病有各自的发展时期的观点认为《伤寒论》一次性地建立了临床意义上的完备的证,是第一个完整的理法方药体系,从而与《伤寒论》前后的辨证不发达情况形成较明显对比。方有执说:“前乎仲景,有法无方;后乎仲景,有方无法。”

实际上,《伤寒论》的证候学说虽较发达,但以现代标准衡量仍是不完备的。主要表现在从病理描述本身对证候本身及证候间联系规律的概括不足,需明显地依赖于方药的规律进行概括(方证)。病理概括不足,即证候反映病理本质(证)的成分少一些,反映病理现象(病)的成分多一些。相应的,《伤寒论》证(病理本质)主体性较弱,必须依附于病(病理现象)而存在,从病到证的过程呈现纵向分化为主的模式,而证与证之间缺乏横向的联系。概括地说即“同病异证”较强,而“异病同证”较弱,更缺乏证病关系上以证为重心的情况。这在表面上看是缺乏对证候的理论解释,根本原因则在于《伤寒论》处于临床证候学说发展的初期,而与其总体水平相适应。这一点由后人如许叔微等以理论阐述的方法作了一定程度的补充。

在临床证候学说发展的初期,不同病的证候间缺乏横向联系的现象是普遍的。以杂病为例,疝之分证如寒疝、厥疝、坚疝、气疝、盘疝、肘疝、狼疝、蛊疝;瘕之分证如刚瘕、柔瘕;饮之分证如痰饮、支饮、溢饮;水之分证如风水、皮水、石水、正水;注之分证如风注、气注、凉注、生注、湿注、鬼注、酒注等。各病间缺乏共同证候;或证候名同而实异如《诸病源候论》之足少阴疝与足少阴伤寒,肺疝与肺痹。《圣济总录》的脾气虚腹胀满与脾胃气虚肌体羸瘦。证的名称为一,辨证标准上却无共同性。从而证候依附于病而存在。而以后发展渐趋于以脏腑证候为中心的统一过程,实质上反映了对证候认识不断深化的过程。《伤寒论》证的不完备性,体现了医学认识病理本质由浅入深的必然过程和发展的连续性。综上所述,中医病理学史上证、病在各个时期是同步发展的。

4 中医病理学证、病概念同一的意义

概括而言,中医病理学的概念只有现象和本质,作为认识的对象就是现象,不论其称为证或病;作为认识的结果就是本质,也不论其称为证或病。其他繁琐之处

均属文字差异。所以,不存在辨证和辨病两种病理本质认识方式和证、病两种并列的病理概念^[8]。中医治疗学只有辨本质论治(称辨证论治或辨病论治均可);中医病理学史是对疾病本质认识不断深化的统一过程,不存在证、病体系的各自发展问题;中西医结合病理学是两个不同辨证体系(或称辨病体系)间的结合。

中医病理学把证、病作为两种并列病理概念的观点的产生不是一个医学发展的自然过程。这一观点产生的本质是在西医传入以后,中医为求生存而在医学方法论的各方面追求一系列二元化工作的一部分,如黑箱法与白箱法,模糊数学与精确数学,形象思维与抽象思维,整体观与还原论等。这一观点形成的具体机制是:(1)把中西医证、病两套辨证体系不同的分析方法用于中医证、病分析;(2)又把中医证、病在现象与本质上的习惯用法用于中西医证、病分析。与其他二元化工作一样,文字上的差异造成了错觉。把证、病作为两种并列病理概念的观点使中医病理学的研究对象从内容

转为形式。中医病理学证、病概念的同一解释将使其重新回到内容上来。

5 参考文献

- 1 何裕民. 差异、困惑与选择——中西医学比较研究. 沈阳: 沈阳出版社, 1990.
- 2 孙中堂. 中医内科史略. 北京: 中医古籍出版社, 1994.
- 3 马王堆汉墓帛书整理小组. 马王堆汉墓帛书·五十二病方. 北京: 文物出版社, 1979.
- 4 南京中医学院校释. 诸病源候论校释. 北京: 人民卫生出版社, 1980.
- 5 岳美中. 辨证论治的探讨. 中医研究院研究生班. 中医专题讲座选(第一集). 北京: 人民卫生出版社, 1981.
- 6 李经纬, 等. 中国古代医学史略. 石家庄: 河北科技出版社, 1990.
- 7 北京中医学院主编. 中国医学史. 上海: 上海科学技术出版社, 1978.
- 8 刘长林. 《内经》辨证学说的几个方法论问题. 见: 任应秋《内经》研究论丛. 武汉: 湖北人民出版社, 1982.

中药治愈手足紫绀症

王 成 梁*

手足紫绀症又称肢端青紫症, 临床中较为常见。是一种原因不明的特殊性血管痉挛状态, 可以发生于任何年龄。临床表现为手指或指掌呈持续性的发冷和发紫, 呈对称性, 足趾亦可有程度较轻的改变。一般在冬天和寒冷的环境中较为显著。患部可伴有疼痛, 周围动脉搏动有时稍减弱。无阵发性皮色苍白的改变, 与雷诺氏综合征不同。本病病因及机理尚未阐明, 但多数学者认为与内分泌和交感神经失调及患肢小血管的缺陷有关。由于小动脉痉挛之后出现毛细血管和小静脉的继发性扩张、静脉血瘀滞造成紫绀。目前西医对本病尚无较理想的治疗方法, 本人在临床中采用中药治疗取得满意疗效, 现介绍如下。

1 治疗方法

内服药: 炙黄芪 30g, 当归 10g, 桂枝 12g, 白芍 10g, 桃仁 10g, 红花 10g, 赤芍 15g, 穿山甲 10g, 乌梢蛇 10g。每日 1 剂, 水煎早晚温服。六味地黄丸, 每次 1 丸, 每日 2 次。

外用药: 川乌 10g, 草乌 10g, 苏木 15g, 红花 12g, 伸筋草 15g, 透骨草 15g, 细辛 10g。每日 1 剂水煎, 早、午、

晚浸泡患部。

2 病案举例

李某某, 男, 52 岁。农民。1996 年 8 月 10 日就诊。双手指及掌呈持续性发冷发紫 7 年余, 双手对称, 冬重夏轻, 伴胀痛, 腰酸困、阳痿早泄, 气短乏力, 双侧桡动脉搏动正常, 触诊双手指冰凉, 舌质淡紫、苔白, 脉沉弱。经上方法治疗 1 月后, 病情明显缓解, 连续治疗 3 个月, 虽值冬季但症状完全消失, 继续用药治疗 3 个月后病情未见复发, 停用内服外洗汤药, 又坚持服用六味地黄丸 2 个月, 病瘳药停。追访 1 年余未发。

3 讨论

手足紫绀症属中医痹证范畴, 由于气血失调, 营卫不和, 寒滞经络, 气滞血瘀, 阳气不能外达四末, 发为本病。采用内外兼治的方法, 以达调气血、和营卫、通阳气、散瘀滞之目的。方中炙黄芪、当归补气养血; 桂枝、白芍调和营卫, 桂枝并有通阳气的作用; 桃仁、红花活血化瘀; 穿山甲、乌梢蛇、赤芍通经活络。六味地黄丸补肾, 能增强免疫机能。调节内分泌、调节交感神经。外用药中川乌、草乌、细辛通阳散寒; 苏木、红花活血化瘀; 伸筋草、透骨草通经活络, 中药外洗浸泡可增强局部微血管的通透性, 使药效直达病所。诸药合用, 内外并举, 可使气血旺盛、营卫调和、阳气通达、瘀滞消散。

* 河北省张家口市中医学研究所附属医院(075000)

收稿日期: 1997-08-08