

用发展的眼光看待中医“证”概念的演变

金孝信*

主题词 中医学/发展趋势 证候

《走出“证”概念的误区》一文〔《中医杂志》2001,42(6):369—372,以下简称“走”文〕使我们对中医“证”的释义的现状、源流及其规范化有了较为清晰认识,对“证”概念的演变过程有了较详细的了解,然而对“走”文将“证”概念的发展演变贸然断为“误区”的观点不敢苟同。笔者以为应该用发展的观点看待“证”概念在中医学学术史的演变。

1 “证”概念的演变乃时代发展使然

众所周知,汉语特别是古汉语里一字多义的现象十分普遍、屡见不鲜,同一个字在不同的时间、不同的范畴、不同的文章里就有不同的含义。比如“走”文中列举的20世纪90年代关于“证”概念的5种代表性观点出自5本不同的书籍。由于论述的角度不同,主题不一,由此不可避免地出现了不同的解释,确有内涵实质的不同。比如《中医证候诊断治疗学》由于作者着重从证候这一角度论述中医诊断及治疗,因此顺理成章地将“证”解释为“证候”,是作为“中医特有的诊断依据”的一组症状。而《中医病机论》则从各个方面致力强调病机的重要性,竭力缩小“证”与“症”两个同源同义字字义的距离,并从病机学角度提出以“审机定治”替代广为流行的“辨证论治”,自然而然地认为证候是“证”的近义复义词,是“中医用作诊断依据的一切信息”。由于对其它3本论著笔者未能拜读,不敢妄加评论,但仅从以上两专著,笔者以为不应笼统地泛谈“证”概念的变迁,而应该“站在什么山上唱什么歌”,不能忽略“证”概念变迁的历史背景及其特定的范畴。亦就是说由于所站角度不同,论述的主题不一,因而就有了对“证”概念的不同解释,这应该是容许和认可的。“证”由其本“证据”、“凭据”,在中医学中引申为“症”、“证候”、“形证”,后又演变为“证型”、“证名”、“病证”,至20世纪50年代提出了“辨证论治”,80年代相继又出现了“微观辨证”、“辨病与辨证相结合”等概念,这充分说明了随着时代发展、科技进步,“证”概念不断演变,其含义不断深化,是必然的,也是必须的,它是中医理论自身发展的结果,也正是中医学充满生命活力的表现。

* 江西省赣州市三六二医院,江西省赣州市章贡区水东镇(341000)

收稿日期:2001-10-08;修回日期:2002-04-08

2 是有机结合,并非误区

首先,“走”文告诉我们,在中医学发展史上,“证”的本义和首要内涵是“病况”、“症候”,即用作诊断凭据的症状、体征等临床信息,这是不争的事实。后来引申用作“证候”、“证名”、“证型”和“病证”等不同术语的简称,而后三者已明显地把“证”的诠释从疾病的现象——症状和体征等与疾病的本质——病机有机地结合在一起。如《难经》的内证、外证;《伤寒论》的表证、桂枝汤证、少阳证与少阳病;《金匱》中的“痹病”与“痹证”等等。由此可见,古代医家总结临床经验早就将“证”概念由单纯表示病况、症候,逐步与病机有机地结合在一起,并非起始于20世纪50年代中期。而古代医家之所以并未因此引发激烈的争论,乃因为当时时代封闭,科技落后,缺乏争论的条件。这也正说明“证”概念的演变并非是随心所欲地改动,也不是自造“证”的内涵,而是中医学发展的结果。我们不妨回顾一下20世纪50年代的历史现状。此间毛泽东同志提出了“中医学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高”的伟大指示,并制定了团结中西医,创建中国新医药学的工作方针。从此,中医学得到高度重视及长足的发展,全国各地相继开办了中医院校及各类西学中中班。在这样的热潮中,相对于西医的“辨病论治”,中医的“辨证论治”应运而生,它作为“区别于西医学的主要学术特点和优点的表述而大力提倡和宣传”,而且得到中医界的广泛赞同和认可,并由此逐渐盛行开来,显然这是时代之需,也是中医学发展的必然趋势。

其次,“走”文认为,辨证论治的提出不仅未达到预期的目的,反而使“证”及其相关概念陷入误区,并造成了四个方面的“严重负面影响”。事实并非如此。第一,并未直接造成“证”及其相关的一系列术语概念模糊、混乱。由于证型或病证是由某一病机引起的一组临床症状候或疾病,因此《中医基础论》之“绪论”将“证”释为“疾病的原因、性质、部位和邪正之间的关系”。文中“关系”两字正是说明在上述病机要素之间关系作用下才产生了临床症状候或疾病。我们要研究“证”,就要探讨它们之间的关系,作者并未将“证”与上述病机要素等同视之,并未造成“证”与病机之间概念混乱。第二,既然古代医家早就将“证”作为证型、证名和病证的简称,既然象“肝肾阴虚证”、“桂枝(汤)证”等囊括了临床症候、

病机及诊断结果,由此对“证”既是“证候”又是“疾病的本质”的观点也就不难理解了,也正如现代医学的疾病诊断一样,不也同样包括了临床表现、体征及发病机理等内容吗?第三,中医学历史悠久,其产生的时代闭锁落后,其朴素直观的说理,加上它又是一种以“经验总结”为基础的实践医学理论体系,因此不可避免地给今人和外国学者带来众多困惑和疑难,由此引发的长期争论也是很自然的。正如“走”文所说,必须经过中医学学术界充分的学术争鸣、讨论,集思广益,得到公认,经得起实践检验才行。而事实正是经过 30 多年的实践检验,“辨证论治”得到了中医学界的一致赞同和公认。

3 关于辨证论治

“走”文认为,近 50 年来围绕“证”的解释的分歧、争论和演变,其焦点是把“证”从其固有的含义逐步演变为病机、诊断的结论。其实不然。正如以上所述,恰恰相反的是将疾病的现象和本质有机地结合在一起,而且正因为这样,“辨证论治”才能简明地表述出中医学的学术特点和诊疗规律,并得以逐渐盛行开来,继之又提出了“微观辨证”和“辨病与辨证相结合”等中西医结合新概念。“走”文还对辨证论治的定义提出了异议,认为除“证”概念不妥外,还衍生了三个问题。其实只要冷静地不带偏见地认真地深思熟虑一番,这三个问题

是不存在的。“辨”的对象是“证”,这时的“证”是病况、症候,而对于论治的依据来讲,“证”此时成了“辨”的结果,即证型、证名或病证。一是作为辨的对象,一是作为论治的依据,两者角度不同,含义不一,并不矛盾。另外,一是病况、症候,一是证据、凭据,并没有背离“证”的固有本义,并未因此陷入误区。相反的倒是我们应该对此有清醒的认识,不要“酒不醉人人自醉”。至于 30 年与 2000 年这是不好比的,也无法比。因为时代在前进,科技在进步,中医学要发展,而“辨证论治”正是紧随了时代步伐,顺应了中医发展的要求,才得以盛行至今而不衰,这是无可辩驳的事实。总之,笔者认为,从病机论的角度提出“审机定治”未尝不可(古代早有“审因论治”和“谨察病机”的训示),但若主张用它来取代辨证论治则有失偏激与欠妥。目前紧要的问题是利用现代医学先进的设备和条件,致力探索中医“证”的现代医学属性和概念^[1],这才有助于中医学理论的科学定性及中西医结合研究的正确定位,使中医药现代化研究沿着正确轨道前进和发展,这才有利于中医学走向国门、走向世界。

参考文献

- 1 申维玺.论中医“证”的现代医学属性和概念.中医杂志,2001,42(5):307-309.

胃痛汤治疗消化性溃疡 80 例

黄 芝 华*

笔者应用胃痛汤治疗消化性溃疡 80 例,并与单独服用甲氧咪呱治疗组比较,取得较好的疗效。现报道如下。

1 临床资料

治疗组 80 例,男 67 例,女 13 例,年龄 23~58 岁,平均 44.81 岁;胃溃疡 31 例,十二指肠溃疡 49 例。对照组 78 例,男 69 例,女 9 例,年龄 25~54 岁,平均 42.08 岁;胃溃疡 27 例,十二指肠溃疡 51 例。所有病例均经纤维胃镜确诊为胃、十二指肠溃疡,幽门螺杆菌检查均为阳性。

2 治疗方法

治疗组口服胃痛汤:党参 20g,白术 9g,茯苓 9g,炙甘草 6g,陈皮 4g,柴胡 9g,白芍 12g,神曲 9g,乳香 9g,没药 9g,每日 1 剂,水煎服。加减法:偏于脾胃虚弱者加怀山药、黄芪;偏于肝郁者加佛手、川楝子;偏于气滞者,加木香、枳壳;偏于血瘀者,加丹参、三棱、莪术;偏于郁热者,加川黄连、蒲公英;偏于寒湿者,加干姜、吴茱萸,4 周为 1 个疗程。对照组口服甲氧咪呱 0.2g,每日 3 次或每晚顿服 0.4g,4 周为 1 个疗程。1 个疗程后即做胃镜、幽门螺杆菌复查。

3 疗效标准及结果

疗效标准:临床治愈:溃疡消失,幽门螺杆菌阴性。好转:溃疡面积缩小超过 50%以上,幽门螺杆菌弱阳性。无效:溃疡面积缩小<50%,幽门螺杆菌阳性。治疗组临床治愈 21 例(26.25%),好转 54 例(67.5%),无效 5 例(6.25%),总有效率 93.75%。对照组临床治愈 8 例(10.26%),好转 50 例(64.10%),无效 20 例(25.64%),总有效率 74.36%。两组总有效率经统计学处理,差异有非常显著性($P<0.01$)。

4 讨论

消化性溃疡中医“胃脘痛”范畴。其病程长、反复发作,符合中医“久病必虚”、“久病必郁”、“久病必瘀”之说。消化性溃疡本质在于脾胃虚弱,是发病的基本病理基础。肝郁、气滞、血瘀为主要病机,故采取健脾、疏肝、理气、化瘀治法。胃痛汤系四君子汤加味而成。四君子汤健脾养胃,柴胡疏肝解郁,白芍柔肝补血,白芍配甘草即缓急止痛,乳香、没药活血化瘀,脾胃虚弱者必食滞不化,用神曲消食化积。本组资料表明,诸药合用能促进脾胃功能恢复,促进局部组织血管扩张而血流加速,改善胃肠道血液循环,有利于消除溃疡周围的水肿和炎症,促进溃疡愈合,疗效肯定,值得推广应用。

* 福建省福安市民族医院,福安市穆阳镇石马街(355002)

收稿日期:2002-08-05