

百 家 园

对中医疾病理论的再思考

中医有“病”、“证”、“症”三个概念。症即症状,是疾病的外在表征。关于证,较为公认的是《中医基础理论》中的定义:“证是机体在疾病发展过程中的某一阶段的病理概括。由于它包括病变的部位、原因、性质以及邪正关系,反映出疾病发展过程中的某一阶段病理变化的本质,因而它比症状更全面、更深刻、更正确地揭示了疾病的本质。”中医学对病的概念探讨不多,但疾病是医学研究的核心。疾病的观念应在证的概念之上,证只是疾病的进一步分型,故又称之为证型,疾病的分类和确立应当遵循疾病的内在规律。疾病的机理是疾病研究的核心,疾病的诊断、治疗及其预后都是以疾病的机理为基础的,因此疾病的分类和确立自然也应以疾病机理为基础。一个独立的疾病应当有相对独立的病理、诊断、治疗及预后。如现代医学中乙型肝炎、缺铁性贫血、肺结核等等。再如冠心病,虽然其病因并不十分明确,但其相对独立的病理变化是明确的。有些病因不明或病因较多,但其病理是相对独立的,现代医学称之为综合征,如心力衰竭、肾病综合征、甲亢等等。而中医的“疾病”既不是以上意义的疾病,也不是综合征(以下将这样的疾病加上引号以与真正的中医疾病相区别)。

从对“疾病”的诊断上看,中医实际上大部分是症状诊断,如咳嗽、泄泻、眩晕、胃痛、头痛、心悸、水肿等等(麻疹、肺病等病除外)。从治疗上看,中医对“疾病”的认识存在着奇怪的现象,比如咳嗽“病”。其病因涉及外感六淫、内伤七情、饮食劳逸、甚至金创外伤无不引起咳嗽。从病位上分析,《内经》言“五脏六腑皆令人咳”,虽然咳嗽“病”表面上病位在肺,实际上除了单纯肺咳以外,肺只是一个继发病位,在治疗上是“标”而不是“本”。从病性上分析,阴阳、气血、寒热、虚实都可能存在。治疗上更是认为同病可以异治。在判断预后方面,咳嗽“病”本身无从判断预后。无论咽炎还是肺癌与之相对应的中医“疾病”均是咳嗽,从咳嗽这一诊断中看不出病情的轻重和预后。其实咳嗽仅仅是症状,而仅仅依据症状是无从判断预后的。其他如眩晕、头痛、消渴等等皆是如此。但中医可能认为所有这些“疾病”只有一个病机,如邪入少阳,少阳枢机不利,治疗上则异病同治,只以小柴胡汤一方治疗。这是因为中医认为“少阳枢机不利”这一证型包含了真正的病机,反映了疾病的本质,故可以据此判断其预后,即邪入少阳,未入三阴,可从少阳或太阳转枢而解。《中医基础理论》中解释道:“中医治病主要不是病的异同,而是着眼于病机的区别。相同的病机,可用基本相同的治法,不同的病机,就必须用不同的治法。所谓‘证同治亦同,证异治亦异。’实质上是由于证的概念中包含着病机在内的缘故”。

“证”包含了病机,代表了疾病的本质,按照上述的疾病分类和确立原则,中医的“证”才是真正的意义上的疾病。在理论上,“证”的概念从属于“病”,“证”的概念又大于“症”,但在实践

中,则不管同“病”还是异“病”,都只依据证来治疗,“证”的概念实际又大于了所谓的“病”。其实这个所谓的“病”只是症状,当还原了其本质,同“病”(即症)异治、异“病”(即症)同治也就不奇怪了。这种逻辑上的错误随着现代医学的冲击变得越来越突出,中医一方面力图在疾病的层次上与西医的疾病相对应,另一方面却由于上述的错误使中西医在疾病层次上结合漏洞百出。例如西医认为一些疾病尤其在早期并没有明显的症状,如冠心病的一型称为无症状性心肌缺血,患者无明显症状,只是心电图或其他检查有缺血改变。又如有些高血压、糖尿病的患者早期并无症状,只是在体检时才发现患病。但中医是依靠症状来诊断的,所以对于这样无症状的疾病中医无从诊断。

如果我们把“证”还原为疾病,这些问题就可以迎刃而解。患者虽无症状,但中医仍可以应用望诊、切诊来分析病机形成诊断。不管心绞痛的症状怎样多变,中医都可以象西医一样只做出一种诊断(如心脉瘀阻等)。中医“证”的概念与西医疾病的概念,从包含病机、反映疾病本质的角度上看是一致的,二者均力图去追求和探索疾病的机理,并依据疾病的机理进行疾病的分类和确立。因此从这一意义讲辨证论治并非中医的特色,而是中医和现代医学共同的特点和目的。

由于中医没有形成一个真正代表疾病本质的疾病理论体系,因此面对现代医学的冲击,中医的疾病理论趋于萎缩,其表现之一就是中医的疾病理论发展以西医的疾病为中心。如新药审批中,中药方剂的治疗对象是西医的疾病,只是附以中医的证型。临床科研中,绝大多数的文章是中医方剂治疗西医疾病,这种西医辨病附以中医辨证的思路已经成为常见的研究模式。中医疾病概念的退化会使中医疾病理论的发展越来越受到限制。“证”的规范化虽然是新药研究和临床科研的必要依据,但其临床实用性仍受到挑战,无论从认识上还是方法上都没有把“证”的规范化当做真正的疾病诊断学来研究等等。

而把“证”还原为疾病,不但名正言顺地把辨证论治的思想放在了医学研究的中心——即疾病理论研究上,而且也自然地把中医理论的发展模式引入了一个可以象现代医学一样开放的可迅速发展的模式。中医不仅应借助现代医学的高科技手段,更重要的是要借助现代医学之所以可以迅速发展的医学发展模式。从反映疾病本质的角度上讲,中医新的疾病理论与现代医学的疾病理论模式是相同(虽然其理论内容不同),所以中医可以自然的利用现代医学的研究方法发展自己的理论。如现代临床流行病学在现代医学中的作用越来越重要,虽然中医也紧跟这个潮流,但多数研究是以西医的疾病为研究对象,其中一个主要原因就是原先的中医的“病”并不反映疾病的本质,而建立了新的中医疾病理论以后,就可以真正地用中医疾病为研究对象了。如病因学研究,随着时代的发展,不同的生活方式和生活水平必然会带来病因的不同。中医可以应用临床流行病学中病因学的研究方法。如病例对照研究、队列研究和现况调查研究等等,从而发现新的病因并检验旧的病因,发展中医的病

因学理论。在诊断学方面,则应改“证”的规范化为疾病诊断学研究。这不仅是名称的改变,而是意味着中医可以自然地运用现代医学的方法来研究中医的疾病诊断学,如用临床流行病学的方法确立诊断标准的灵敏度和特异度,找出一个合理的临床诊断标准,而不是仅仅依据文献整理和几个老中医经验的总结等等。在治疗学的研究中也是如此。

笔者并不排斥以西医疾病为研究对象的中医学研究,而是认为中医应当建立真实的中医疾病理论。这种理论代表了疾病的本质而不是症状,这样中西医就可以在同一层次上平等地相互交流。二者虽然不能相互平行或重合,但二者的交叉点的相互结合可以对各自的医学产生有益的影响。把中医引入了一个理性的可快速发展的医学模式,并使中西医更好地、平等地相互交流、相互补充和促进,这才是建立新的中医疾病理论的真正确目的。

中国中医研究院西苑医院心血管内科(100091) 张 东

《温疫论》对大黄的重视和应用

1 三承气汤功在大黄论

吴又可在《温疫论》“注意逐邪勿拘结粪”的“按”语中说:“三承气汤功用仿佛。热邪传里,但上焦痞满者,宜小承气汤;中有坚结者,加芒硝软坚而润燥,病久失下,虽有结粪,然多粘腻极臭恶物,得芒硝则大黄有荡涤之能;设无痞满,惟存宿结,而有瘀热者,调胃承气宜之。三承气汤功效俱在大黄,余皆治标之品也。”大黄是一味古老而神奇的灵药,中药学典籍《神农本草经》论之甚详,古今医家用之很广。其功效特点为:性味苦寒,味虽苦而带清香之气,入血分而兼入气分,“除邪气而不伤正气”(《本草正义》),善治一切里实热证。

2 大黄逐邪拔毒论

吴氏在“妄投破气药论”一篇中,以温疫病病程中出现胃脘胀满这一症状为例,从病因、病机和治法等方面,详尽地分析了温疫病与伤食和七情内伤所致脘腹胀满的不同点,指出温疫病不可妄用破气药。他说:“今疫毒之气,传于胸胃,以致升降之气不利,因而胀满,实为客邪累及本气,但得客气一除,本气自然升降,胀满立消,若专用破气之剂,但能破正气,毒邪何自而泻?胀满何由而消?治法非用小承气勿愈。既而肠胃燥结,下既不通,中气郁滞,上焦之气不能下降,因而充积,即膜原或有未尽之邪,亦无前进之路,于是表里上中下三焦皆阻,故为痞满燥实之证。得大承气一行,所谓一窍通,诸窍皆通,大关通而百关尽通也。向之所郁于肠胃之邪,由此而下,肠胃既舒,在膜原设有所传不尽之余邪,方能到胃,乘势而下也。譬若河道阻塞,前舟既行,余舟连尾而下矣。至是邪结并去,胀满顿除,皆借大黄之力。大黄本非破气药,以其润而最降,故能逐邪拔毒,破结导滞,加以枳朴者,不无佐使尔。”这就再清楚不过地论述了疫毒为因而腹满为果的机理,以及承气汤下法之神妙和大黄之功效。吴氏不但于“疫毒之气,结于肠胃”,“三焦皆阻”之证侯重视下法,推重大黄,而且在膜原伏邪即溃,疫毒初传于胃,“但见舌黄心腹痞满,便于达原饮加大黄下之。设邪在膜原者,已有行动之机,欲离未离之际,得大黄促之而下,实为开门祛贼之法”(注意逐邪勿拘结粪)。

3 大黄与黄连不同论

吴氏在“妄投寒凉药论”一篇中,详细地阐述了温疫病出现

热证的原因、机理和治法,并以黄连、大黄为例,分析了两药性味、作用的不同点。他说:“应下之证,若用大剂芩连梔柏,专务清热,竟不知热不能自成其热,皆由邪在胃家,阻碍正气,郁而不通,火亦留止,积火成热,但知火与热,不知因邪而为火热。智者必投承气,逐去其邪,气行火泻,而热自己。若概用寒凉,何异扬汤止沸?……盖不知黄连苦而性滞,寒而气燥,与大黄均为寒药,大黄走而不守,黄连守而不走,一燥一润,一通一塞,相去甚远,且疫邪首尾以通行为治,若用黄连,反招闭塞之害,邪毒何由以泄?病根何由以拔?既不知病原,焉能以愈疾耶!”临床医家众所周知,大黄通下而“荡涤肠胃”;黄连止泻而“厚肠胃”。故驱除邪毒,应取“大黄走而不守”,若取“黄连守而不走”,必招闭门留寇之害。临床观察到,大黄配黄连则不泻或缓泻,故张仲景承气汤不用黄连,而泻心汤则佐之。

4 妊娠时疫大黄安胎论

妊娠期患疫,有些医家,视硝黄如鸩毒,即使病情需要用大黄,亦畏缩不敢使用。按照《素问·六元正纪大论》中“妇人重身,毒之如何?……有故无殒,亦无殒也”的理论,吴氏大胆使用大黄治疗孕妇温疫,取得成功经验。他在“妊娠时疫”篇中指出:“用当其证,反见大黄为安胎之圣药,历治历当,子母俱安,……余曰妊娠结粪瘀热,肠胃间事也;胎附于脊(养育固摄胞胎的冲任督带等经脉都循行于脊椎骨,故有此说),胃肠之外,子宫内事也。药先到胃,瘀热才通,胎气始得舒养,是以兴利除害于顷刻之间,何虑之有?但投药之际,病衰七八,余邪自愈,慎勿过剂耳。”运用大黄既积极大胆,又谨慎从事,是很可贵的。

关于大黄的用量问题,吴氏在“因证数攻”一篇中举朱海畴治例作了说明:“患疫得下证,……每剂投大黄两许不效,……余诊得脉尚有神,下证悉具,药浅病深也,……计半月,共服大黄十二两而愈。”表明治病方药剂量之大小,以切中病情为宜。若病重药轻则药不胜病,病必不除;病轻药重则诛伐太过,必伤正气,皆非所宜。当然,若年老体弱者患病具备攻下证,大黄当酌情减之;小儿具备攻下证,大黄亦当少用,“凡五六岁以上者,药当减半,二三岁者,四分之一可也。”

河北医科大学中医学院(050091) 吕志杰

有毒中药的合理应用

近些年来,由于对中药特别是有毒中药的认识不足,用药不合理的现象有所增加,致使中药中毒事件时有发生,因此,应加强有毒中药的管理,有效地推动合理用药的进行。

1 有毒中药的分类

有毒中药分类方法概括起来主要有3种:(1)传统分类:主要根据临床用药经验,按药物对人体作用的峻烈程度及对人体有害程度进行分类。《内经》将有毒中药分为大毒、常毒和小毒。《神农本草经》将有毒药物列为下品。《本草纲目》载有毒中药312种,分大毒、有毒、小毒和微毒4类。(2)现代分类:主要以LD₅₀及药物对器官、组织的毒害作用进行分类。以杨仓良主编的《毒药本草》较系统,翁维良的分类与之类似,分为大毒、中毒、小毒3级。(3)特殊药品分类:根据药品的毒性程度,从管理上进行分类。卫生部颁布的《医疗用毒性药品管理办法》规定毒性中药现为27种。

2 有毒中药的临床应用

有毒中药的临床应用:有毒中药的临床应用较广泛,参照