

学术争鸣

中医学发展有赖于对病证关系的再认识

蒋 明*

摘要 提出就中医学辨证与辨病的关系,应该是方法与结果的关系。辨证必须以辨病为前提,证只有因病的存在才有自己的特殊性可言。而这时的病不能是传统意义上的以症状命名的“病”,而必须是具有发展规律、表现出特定症状与相应阶段证候的“新”病。

主题词 中医学 证候 辨病

Development of TCM Science Depends on Re-understanding of relation between Diseases and Syndromes

Jiang Ming

(Nanjing University of TCM, Nanjing, Jiangsu 210029)

Abstract The present paper puts forward that the relationship between differentiation of syndromes and differentiation of diseases ought to be the relation between methods and results. Differentiation of syndromes must presuppose differentiation of diseases. Syndrome has own specificity only when existence of diseases. However, this disease is not the traditional “disease” named by symptoms, but must be a “new” disease with developing law, specific syndromes and syndromes of corresponding stages.

Key Words TCM science; Syndromes; Differentiation of diseases; Academic contending

1 证是病的组成单元,辨证必须以辨病为前提

关于病与证的含义,第六版规划教材《中医诊断学》^[1]论述为:疾病是指“具有一定发展规律的演变过程,具体表现出若干特定的症状和各阶段的相应证候”;证是指“对疾病所处一定阶段的病因、病性、病位等所作的概括”。“病(病名)代表该具体疾病全过程的特点与规律,是疾病的根本性矛盾;证(证名)代表疾病当前所处阶段的主要矛盾。病的表现一般规定着证的表现和证的变动。”

关于病与证的关系,我们认为,由于在病的层次上包含了不同的病理阶段,包含了虚实演变进退的诸多因素,把这些“阶段”与“因素”单个地划分出来,即形成了证,所以说证是病的补充,是病的组成单元。

为此,我们强力呼吁并大力提倡,辨证与辨病的关系应该是一般与特殊的关系。具体地说,应先立病,后分证。以病为纲,揭示各病特异性的病机性质,病变过程;以证为目,明确每一病理阶段的主要矛盾、虚实进退。病统御证,病是全程,病是全体;证从属于病,证是局部,证是阶段。辨证必须以辨病为前提。证只有因病的存在才有自己的特殊性可言。而这种病不能是传统意义上的以症状命名的“病”。而必须是具有发展规律,表现出特定症状与相应阶段证候的“新”病。

1.1 辨证不能解决对矛盾的特殊性进行认识的问题:目前中医学界这种在病与证的关系中仅强调“证”的医

学模式体系,势必导致对不同病属相同证型之间差异性的研究完全不被重视。而因为病属不同,即便证型相同,其疗效与预后将会出现巨大的差异。

对事物的认识,仅仅通过罗列事物的外部特征、或表露出来的外部征象,然后根据这些外部特征或外部征象的相同点进行归类[如归为两大类(阴、阳),或是五大类(五脏)]的方法是不够的。对事物认识的深入,通过观察它们之间的相同点,则尤其是不能达到的。认识事物应该是通过确定该事物之所以为该事物,其特性、特征、特有的功能、特有的病理形态等内容,并且是通过此事物之所以区别于彼事物;通过对此事物和彼事物的不同点的认识来达到、来深入、来深化、来升华、来突破的。可是“异病同治”的方法恰恰是一种只追求其相同点、相似点的做法。而“同病异治”的方法从其表面来看,是一种追求不同、追求个性化给药的方法,但因为这个证同时还承载着异病同治的任务,是在病与病间打通了的,是以同一个证的面孔不经任何修饰区别地自由出入于不同的病属间的,所以充其量也只能说其具有的是泛特异性。从哲学的角度说,追求其相同点、相似点的做法是一种仅仅通过认识矛盾的普遍性而忽视探寻矛盾的特殊性来寻求认识矛盾、解决矛盾的不明智的方法。

1.2 辨证仅是认识事物的方法,不可将其作为认识的结果:如果中医仅仅停留在辨“证”的层次上,并且以证来代替病的地位,由于辨证只是一种藉以认识疾病的手段与方法,如果说手段与方法可以是非特异性的,那

* 南京中医药大学,江苏省南京市汉中路282号(210029)

收稿日期:2003-04-14

么通过非特异性的方法,努力追寻与试图达到的应该具有特异性的结果,这个结果即是识病。抛开辨病这个必须经过的医学程序与最终目的,在辨证的层次上就直接进入治疗的这种做法是一种以方法代替结果的方式。我们的误区在于以方法来替代结果,把方法与结果混为一谈。千百年来,中医先贤一直在认识疾病的方法上想办法,层出不穷的各家学说都属这一范畴。因为没有持之以恒地追求识病这个目标,这些辨证的方法之间就不能产生层层递进、逐步深入的关系,使中医的发展迟滞不前。

因为“证”无非就是在脏在腑、在气在血、属阴属阳、属寒属热、是虚是实等诸种因素主次轻重的组合,即通过脏腑辨证、八纲辨证、气血津液辨证、六经辨证、三焦辨证、卫气营血辨证等方法获得的诸种病变因素的组合,而这种组合的总数目是可以通过数学的方法进行统计的,是有限可数的。这时的“证”如果是作为结果出现的话,它否认了对新的疾病和既有的疾病均需不断深入研究认识的命题,陷入无法继续发展的境地(二级学科界限不清,学科研究前沿不明等系列问题均由此产生),从而形成一个狭小的瓶颈,千变万化的疾病与推陈出新的药物都会在这个瓶颈处卡住。这种已臻完善,无法发展的辨证方法因为已经能够解决治疗用药的问题,其后果即是最终导致对每个疾病特征性病理变化失去追求认识的热情与要求,从而使所有的疾病都拥有了一张似曾相识的、没有特征的、彼此雷同的证的面孔,甚至包括尚未可知的新病种。

2 强化病证结合研究,深化认识“证”的内容

2.1 强化病证结合研究,先行规范中医病名概念:目前中医病名严重滞后。这主要指大量的以非特异性的症状、病机、病理产物命名的病种,如呕吐病、咳嗽病;胸痹病、虚劳病;痰饮病、瘀血病等。由于这些病种对病的特殊性认识不够,内容覆盖面宽泛,在同一病种间出现病情轻重、预后良恶的天壤差异是屡见不鲜的。

许多具有各不相同的病理变化的疾病,它们在局部可以是部分相似的、甚至是部分重叠的,如以症状、病机进行病证归类的方法。这些症状在某个阶段或许是部分相似的,如都表现为头痛,由于引发头痛病理变化的机制各不相同,它们各有不同的病理变化规律,于是这种相似、相同就注定只是在这一点上的交叉,它们的发展轨迹必定是各不相同的。交叉的这一点,我们或许可以称之为证,可以称之为异病同治的基础,但绝不应就这一交叉点归类成一个病,因为这个病不揭示任何问题,不能就对这个病的深化认识提供任何帮助。所以说对这些局部的片断进行病证归类,是一种简单的、

肤浅的认识方法。并且会造成一种疾病适用多种病名的情况发生。如慢性丙型肝炎因为中医学无此病名,根据临床表现可被划入“疫毒”、“胁痛”、“黄疸”、“症积”等病证的范畴^[2]。

很遗憾,中医病证的划分方法多数还处于此阶段,大量的以症状、病机作为病种的方法都是这种立足于某一个交叉、融合点的方法。这种方法其直接的后果就是,一个有着不同病理阶段的疾病在它不同的病理阶段,将会被划归入多个中医的病名下。这是因为,许多情况下,主症病名因不能涵盖疾病的全过程,随着病情的演变进展,主症发生变化,病名由之不得不一变再变,甚或出现多病名逐步添加罗列的尴尬情况。如黄疸病。资料表明^[3],慢性乙型肝炎患者黄疸一症的出现率仅为2.7%,作为病名,黄疸的代表性极差是显而易见的。但与黄疸相似,慢性乙型肝炎的湿热中阻证又是首要证型,只是其主症主要是乏力(占81.3%)、胁痛(占68.6%)。同样^[4],丙型肝炎的黄疸出现率亦极低,即使是湿热中阻证,其黄疸出现率亦仅占14.81%。因为黄疸一名的代表性不强,人们惟有在各个不同的病理阶段分别或同时采用胁痛、症积、臌胀、虚劳、血证等病名。这种多名叠加、并存的现象所带来的尴尬是可以想见的。

2.2 病种确立以特异性病理变化为唯一标准:我们认为,病揭示的应该是这个病病理变化轨迹之线、规律之线,是全程的跟踪与昭示。此病与彼病之间,不能出现完全的、全过程的重叠。要达到这一目的与要求,像以往一样仅满足于依赖四诊的手段,来收集疾病表现在外的模糊的、笼统的“象”,是无法完成分析、认识疾病的根本变化的目标的。而必须借助现代科学的手段观察生命内在的病理机制,并把这些手段所获取的情报与中医证的诊断有机地结合到一起。如资料表明^[5],糖尿病的中医辨证分型与某些客观指标之间存在着相关关系。阴虚型糖尿病的胰岛功能正常或偏高,肾上腺皮质或髓质功能有增强表现,血脂变化、血管病变及血管内凝结现象不显著。因此病情较轻。随着病情的发展,常转化为气阴两虚型,出现胰岛素分泌延缓,cAMP值下降,cAMP/cGMP比值上升,而肾上腺皮质或髓质功能增强的表现不明显,血脂变化、微血管病变、及血管内凝结现象加剧。病情进一步发展到阴损及阳,最后导致阴阳两虚时,上述客观指标的变化也最显著。

这里的一个敏感的话题是与西医病种的关系问题。中西医诊断标准有无趋于一致的可能?如血液流变学的指标与中医的血虚、气滞血瘀的标准就有可能统一。这种统一性就在于中西医的认识对象是同一的,疾

病规律也是同一的,这种同一性就是中西医诊断标准统一性的基础。

2.3 相同证型在不同病属的差异性研究:不同病种间的相同证型在“证”的层次上是否存在着差异并被中医所认可?遵照哲学上“共性之中包含有个性,个性之中包含有共性”的命题,分析“同病异治,异病同治”治则,发现该治则所表达的仅仅是基于证的共性的东西,其属于不同“病”的个性特质被明显地忽视了。

《金匱要略》女劳疸其“额上黑,微汗出,手足中热,薄暮即发”等表现与阿狄森病很相似。一般认为,阿狄森病“以肾阳不足,命门火衰为主要病理”^[6]。人们发现,因阿狄森病患者肾上腺皮质毁坏太多(90%以上),失去对垂体的制约能力,于是垂体分泌大量的乙酰胆碱(ACTH)。与之相反,按照中医标准诊断为肾阳虚的患者,其肾上腺皮质的功能约80%~90%低于正常,这时他们的垂体功能却呈下降趋势,ACTH分泌减少,形成所谓低水平的平衡。这是在诊断的特异性客观指标上。在辨证上,女劳疸的皮肤色褐干燥不是肌肤甲错,面色黧黑不是瘀血。而一般肾阳虚证极少出现皮肤色褐干燥、面色黧黑等症。而在治疗上,阿狄森病温肾多宜血肉有情之品,忌用温燥太过,且重症晚期会出现危象等,都与一般意义上的肾阳虚证有所区别。由此证明,不同病种间的相同证型在“证”的层次上是存在着差异的。而只有认可、明确这种区别,辨证正确率、治疗效果才会有所提高。这种差异性的认识,有助于使同类型方剂、药物优先选择应用问题的解决。如同为补气药,其中黄芪有降压、保护血管的作用;而党参含糖较多,且不具降压效果;甘草具类激素样作用,长期使用可能会因潴钠而引起水肿,使血压升高。

这种学术上的“认可”是中医生存、发展的关键点,这种学术上的“明确”是今后数十年中医人将要行进的奋斗之路。这也可以解决客观诊断指标与中医证的对应关系问题,解决“证”的诊断客观化问题。传统的对“证”进行辨别的手段与方法即四诊八纲,几乎都是疾病表现在外的笼统的非特异性的东西,对疾病内在的特异性的变化进行审视的资料没能结合到我们的辨证方法中来。这是因为证不具备特异性、唯一性,因而其客观诊断指标就会表现出多样性,不稳定性,相同证型在不同病种间的差异被认可、被认识,证的诊断指标中加入了特异性诊断的病的因素,则这一问题也就迎刃而解了。

2.4 同类方剂、药物选择性病种治疗研究:以相同证型在不同病种间的差异性研究成果为基础,开展在功效上属相同类型的方剂、中药对不同病种产生的选择

性疗效的研究,进而筛选、确定对疾病具有较好针对性的方剂、中药,以提高中医中药临床疗效的再现性、稳定性。并且可为有效方药的有效部位的确定、有效成分的单离、乃至中药新药的开发做好准备。

关于方剂的物质基础与作用机理,不是通过单一化合物结构的分离和修饰达到特异单一作用的西药制药和作用模式,而是通过主要药效组分在多靶点或靶器官上,发挥整体综合调节作用的问题,如果这个被研究的病,其机理是关乎到多靶点的,则或是拆方研究,或是针对这多个靶点,分离多个有效部位群,进行一一研究,在理论与技术上应该也不是一件高不可攀的事。

2.5 脏腑形态学研究是病证结合研究的原始起点与重要基础:多年来,人们确信,中医学的脏腑是在功能意义上的,它不可以用现代医学的形态学器官与之匹配,所以关于中医脏腑的组织形态结构也一直无解,甚至有不可知论。另一方面我们又绝对同意唯物论的哲学观。唯物论的观点认为,世界的本质是物质的,功能必须也只能以物质为基础,不管这物质是我们已知的或是未知的。既然功能必须也只能由物质所产生,那么中医这些所谓功能意义上的脏腑是否必须也肯定会有一个功能所依附的物质呢?如果这个答案是肯定的,那么有物质就必定有形态,中医学所认识到的脏腑为什么就不可以具有一个物质的形态呢?不管这形态是固体的还是液体、气体、甚至是第四体、第五体的(如果有的话)。那么中医的脏腑就能够进行形态学的定位(至少该命题从理论上是成立的)。只是中医学能够在形态学上予以定位,在现阶段还是一个极端背叛主流学派的命题。

我们期待着新的病证关系的出现,期待着由之带来的新的开放的中医模式,在这个新的模式中,不但能允许其它相关学科知识、新兴学科知识的进入,而且能主动地、敏感性极强地寻求其它相关学科、新兴学科知识的融入,以为己用。

参考文献

- 1 朱文锋主编.普通高等教育中医药类规划教材·中医诊断学.上海:上海科技出版社,1995:185.
- 2 周珉,姜惟,薛博瑜,等.慢性丙型肝炎的辨治规律探讨.江苏中医,1998,19(7):13.
- 3 徐守常,章期生.慢性乙型肝炎中医亟待解决的问题及反思.中医杂志,1998,39(7):435-437.
- 4 金实,汪悦.慢性丙型肝炎中医辨证分型与临床检测指标关系的探讨.中医杂志,1998,39(4):233-235.
- 5 王琦主编.危重疑难病证中医治疗进展.武汉:湖北科技出版社,1982:318.
- 6 江扬清主编.中西医结合内科研究.北京:北京出版社,1997:627.