

学术争鸣

每个证都有“五种基本存在形式”吗？

——与张晓林、孙喜灵同志商榷

王 强*

摘要 对《试论证的五种基本存在形式》一文提出商榷。认为脉症无先后之定规，辨证必须四诊合参；症无“显性”、“隐性”之区别，其依据的所谓“人体隐态系统与显态系统”的假说，是无实践基础的。

主题词 证候 辨证

张晓林、孙喜灵二同志在《试论证的五种基本存在形式与不同的治法方药》一文（见《中医杂志》2005 年第 2 期，以下简称“张文”）中说，“每个证的产生和发展过程中，都存在着五种基本型式”。笔者认为这种说法既无实践基础又无理论依据。张文“依据”的所谓“人体隐态系统和显态系统的理论”1996 年就曾在《山东中医药大学学报》等刊物发表。此后又扩大为《中医学人体结构理论研究》一书，现又将其发表过的东西稍加修改（把“五阶段”改为“五种基本形式”）在《中医杂志》上登载。笔者与其商榷之。

1 主体视觉的界定不可靠，自以为是的假说难为凭

张文的“证的五种基本存在形式”与其“四态五阶段”说，都是“根据”孙喜灵氏“悟”出来的那个“人体隐态系统（脏腑经络）和显态系统（五官、五体）理论”。按照此说，他把人体分为“解剖刀下不可见的隐态系统”和“可见的显态系统”。因为这种假说是以医者的主体视觉能力为标准来界定人体的不同结构与功能，所以带有很大的主观性和易变性，是一种落后于《内经》时代的非科学方法；而把脏腑经络说成“不可见”的“隐态系统”，也是对脏腑经络学说的误解。他为了说明脏腑经络是不可见的“隐态系统”，就把流经所谓“隐态系统”的血也说成是“无色的”。例如在《中医学人体结构理论研究》一书中他仍然坚持说“隐态系统之‘血’是无色无态的”。这显然是一种杜撰的玄物。因为假如他承认人体内流经脏腑经络的有形之血是“可见的”，那么其“隐态系统”说就不攻自破了，所以一直硬是坚持其“脏腑经络血无色”这种有悖一般常识的“理论”。现在一般认为，中医脏腑理论一方面以有形的脏器为实际

的解剖学基础，一方面又以天人相应、阴阳五行学说等为指导对五脏六腑与天地之象加以类比和推理。故脏腑概念既有其实际性又有其虚拟性^[1]，不应简单地说脏腑是“可见的”或“不可见”。另外，中医虽也有“无形之血”概念，但却是指有形有色之血与天地相应之“象”（所谓“阳中之血、真阴之本”），也是一种带虚拟性的创造，不等于“无色”之血的发现。对此，笔者另有专文详述（见《中医杂志》2005 年第 5 期），在此不多赘言。

2 脉症本无先后定规，辨证必须四诊合参

中医认为，人是一个统一的整体，“有诸内，必形诸外”，故临床必须全面掌握各种生理病理信息，然后才能综合分析加以辨证，这就要四诊合参。张文却认为，“证的起始”是“仅在舌象、脉象上出现变化，而无其他不适症状出现”。例如张文以“仅表现”出脉细数、舌红少苔，就可诊为肺阴虚证的“第一种基本存在形式”而治之；“仅表现”出脉濡缓、舌质淡苔白腻，就可诊为寒湿困脾证的“第一种基本存在形式”而治之。这显然是缺乏临床依据的。因为脉象、舌象、症状与证的特异性关系不同，不可一概而论。《内经》言：“诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，……不先言此，卒持寸口，何病能中？”众所周知，脉细数、舌红少苔未必就是肺阴虚证，肺阴虚也未必在“证的起始”就先有脉细数、舌红少苔。尽管张文在“脉细数”后加了“（右寸肺部）”，在舌红少苔后加了“（舌体脾部）”，也不会增加其辨证的特异性。因为临床医生都知道，脉细数不可能只现于右寸一部，舌红少苔也不可能仅限于舌体脾部。尤其是“心中了了，指下难明”的脉诊，若不与症互参，其临床意义难以明确。中医所谓“脉证顺逆”就是指脉证要从脉证的相应与不相应来判断疾病的顺逆。正如《医编》所言，“凡脉证不相合，必有一真一假，须细辨之。”人不是机器，患者的实际不可能如张文所说的那样，什么病都是按部就班地先出现与证相合的脉象、舌象变化，再出现其它症状。张文否定了脉、舌、症同时出现的可能和病脉、舌象后出现的可能，其实就是忽视了人体的整体性和病证的复杂多样性。

3 病有轻重之分，症无显隐之别

当代中医学界对证、症、病这三个基本概念已经早

* 山东省淄博市中心医院，淄博市张店区共青团西路 51 号
(255036)

收稿日期：2005-04-11

有共识。症是指中医四诊所搜集到的属宏观范围的症状和体征。有些病证没有宏观的症的表现,如早期糖尿病、隐匿性肾炎等,此时可以通过中西结合的微观辨证或辨病加以论治。但不应把此时的无症状说成有“隐性病症”。因为“显态的隐性”,就与“表现出不表现”、“可见的不可见”一样不合逻辑。例如患者可能恶心,也可能不恶心,但不可能“隐性”恶心。症的或“有”或“无”对辨证具有同样的重要性,如《伤寒论》中有“恶寒”与“不恶寒”、“发热”与“不发热”、“汗出”与“无汗”等症的“有”与“无”的对举,可用以辨别证的寒热虚实;而所谓症的“显隐”对举则不伦不类,将无法用以辨证。

张文认为,“疾病和证产生和发展的基本规律是先隐态系统发病,后显态系统发病;先出现隐性症状,后出现显性症状”。他除了总是把脉象、舌象归为“隐性病症”外,还把“口咽干燥,声音嘶哑”、“形体消瘦”、“颧红”归为“肺阴虚证”的“显态系统”的“隐性病症”;他对这些“隐性病症”一定出现于“咳嗽”症之后,又一定出

现于“盗汗”症之前的解释仍然只有其自以为是的“隐态系统和显态系统发病机制的理论”。同样,张文将“目发黄”、“口淡不可渴”、“肌肤发黄、黄色晦暗如烟熏”、“头身困重”、“面色晦暗或发黄”等归为“寒湿困脾证”的“显态系统”的“隐性病症”;并且认定这些病症都一定出现于“隐态系统”的“显性病症”——“脘腹痞闷胀痛”、“食少”、“泛恶呕吐”之后,又一定出现于“显态系统”的“显性病症”(如“便溏”)之前,都是缺乏临床事实依据的。张文所谓“证的五种基本存在形式”其实是对《中医内科学》中各种病症的重新排列组合,即按先脉、舌象,后症状,先里后表的顺序的重组。但临床根本见不到患者有这种“时相性”的生硬死板的“五种表现形式”。故这种先脉后症的重组背离了中医辨证论治的基本宗旨,因而对治法方药的应用也不会有指导意义。

参考文献

- 1 王强.“天化的人”与“人化的天”——中医基本理论构建的虚拟性. 医学与哲学. 2002, 23(2): 51.

滋阴降火颗粒治疗复发性阿弗他溃疡 45 例

陈祖铿¹ 赵学军²

复发性阿弗他溃疡(RAU)是最常见的口腔黏膜疾病,以口腔黏膜溃疡、口舌溃烂、灼热疼痛、反复发作作为临床特征,属中医学“口疮”、“口疡”、“口疳”或“口糜”等病证范畴。本病患者以阴虚火旺最为多见,滋阴降火法常能取得理想的临床疗效,为此,我们对按该治法研制而成的滋阴降火颗粒(山茱萸、生地黄、侧柏叶、当归、牛膝、丹参等)进行了临床研究,现将其近期疗效报道如下。

1 临床资料

90 例均来源于 2004 年 6 月至 2005 年 8 月在侨苑人民医院和广州中医药大学第一附属医院第二门诊部就诊的门诊患者,其中治疗组 45 例,男性 18 例(19~73 岁)、女性 27 例(18~70 岁);对照组 45 例,男性 16 例(20~75 岁)、女性 29 例(20~72 岁)。所有患者均符合 RAU 诊断标准、阴虚火旺证中医辨证标准,并排除以下患者:重型 RAU、白塞病;有全身性疾病背景(贫血、消化性溃疡、克隆病、急性感染性疾病、自身免疫性疾病等);24 小时内使用过镇痛药,1 个月内使用过抗生素、消炎药,3 个月内全身使用皮质类固醇、免疫抑制剂;3 个月内嗜烟、酒者;肿瘤患者;妊娠妇女。

2 治疗方法

治疗组口服滋阴降火颗粒(广州中医药大学提供,批号 20040516) 3g(含生药 23.60g),每日 2 次。对照组口服左旋咪唑片 50mg,每日 3 次。

3 治疗结果

临床疗效评价标准:显效:与治疗前相比,治疗时段内无溃疡时间分别 ≥ 1 天(治疗 3 天)、3 天(治疗 6 天),且总溃疡数减少分别 $\geq 1/3$ (治疗 3 天)、 $2/3$ (治疗 6 天)。有效:与治疗前相比,治疗时段内无溃疡时间分别 ≥ 1 天(治疗 3 天)、3 天(治疗 6 天),或总溃疡数减少分别 $\geq 1/3$ (治疗 3 天)、 $2/3$ (治疗 6 天)。无效:与治疗前相比,治疗时段内无溃疡时间分别 < 1 天(治疗 3 天)、3 天(治疗 6 天),且总溃疡数减少分别 $< 1/3$ (治疗 3 天)、 $2/3$ (治疗 6 天)。结果:治疗组 45 例,治疗 3 天和 6 天显效 14 例和 31 例,有效 26 例和 12 例,无效 5 例和 2 例;对照组 45 例,分别为 12 例和 18 例、20 例和 20 例、13 例和 7 例。治疗组明显为优($P < 0.05$)。结果提示,治疗 6 天,两组总有效率相当,但治疗 3 天时,治疗组的总体疗效明显优于对照组;各治疗时段(3 天或 6 天),治疗组的总间歇时间长于对照组,且总溃疡数较对照组少。相关资料略。

4 讨论

RAU 属中医“口疮”、“口疡”、“口疳”或“口糜”等病证范畴。临床可见胃火上炎、心脾积热、脾虚湿困、阴虚火旺、脾肾阳虚等证,我们发现,本病以阴虚火旺证最为多见,心肾阴津不足为其本,口疮热邪为其标。治疗当以滋阴降火为主,佐以化痰祛湿之法。结果显示,与左旋咪唑组相比,滋阴降火颗粒起效更快(治疗 3 天的总有效率明显高于对照组)、疗效明显(在不同治疗时段的总间歇时间均较对照组明显延长,总溃疡数目也明显少于对照组),说明滋阴降火法对阴虚火旺型 RAU 的近期疗效明显优于左旋咪唑。由于控制 RAU 的复发是治疗本病的一个难点,故有必要对本制剂的远期疗效作进一步的评价。

1 广州市天河区侨苑人民医院,广州市天河北路 382 号 (510620)

2 广州中医药大学

收稿日期:2005-10-27