

• 学术争鸣 •

论病机的多层次观

马克亚¹ 孙运河² 成德方¹

(1 河南省舞阳钢铁公司职工医院, 舞钢市石漫滩大道东段, 462500; 2 广州白云心理医院中医科)

摘 要 论述了病机多层次观的内涵及其对理论研究、临床实践、科研、教学的指导性。病机的多层次观即初始病机、中间病机、终末病机,它可以阐明疾病病机的全过程,解析辨证和论治中的歧义,揭示理法方药的不一性和学术纷争的原因。同时论述了终末病机相同的特点及其意义。

关键词 病机;多层次观;辨证论治

病机的多层次观具有普遍性,可以解析学术上的疑难、纷争问题,并能有效地指导临床,使一些混淆不清的问题豁然明晰。对于理论研究、科研、教学均大有裨益。

1 多层次观的概念

许多疾病,特别是复杂疾病,从病因作用于机体,到某病特征性症状出现,往往具有多型性及同一类型中的多环节性。多型性即指某一疾病的若干个辨证分型,同一类型中的多环节性即指某一类型病机中的多层次性,即病机的多层次观。根据同一类型中多层次病理生理变化的先后阶段,可以划分为初始病机、中间病机、终末病机 3 个层次。

1.1 初始病机

初始病机是阐述病因开始作用于机体时的病机变化,是与病因密切相关的病因性病机、本质性病机。因其能揭示疾病的本质,是辨证论治的主体,所以,中医学即根据不同的初始病机,将一种疾病分为若干辨证分型。

1.2 中间病机

中间病机是阐述由病因作用于机体后到某病特征性症状产生前的多层次病机变化。简单疾病,一般中间病机层次较少。复杂疾病,如一种因素,既是前期病机的结果,又是后期某一种病机的病因,甚或成为后期多种病机的病因,则中间病机层次可较多。初始病机是否一定会发展至某一特定的终末病机,形成某一特定疾病,缺乏必然性,其结果取决于中间病机所持续的深度及由于病因作用的病位不同所引起的不同变化方向(异病同治的根据)。

1.3 终末病机

终末病机是阐述直接产生某病特征性症状的症状性病机。若干不同的辨证分型之所以能够辖属于同一

病种,是因其能够最终导致共同的终末病机,产生某病必备的具有特征性的共同症状,故才可以某病命名之(同病异治的根据)。

1.4 病机三阶段的关系

三阶段间没有绝对界限,划分及命名具有相对性,是相比较而存在。简单疾病病机较短,复杂疾病病机较长。简单疾病或可没有中间病机阶段,复杂疾病于所谓初始病机阶段之前或许会有其他相关病因病机的存在,为了对某病病机阐述方便,姑且将与其密切相关的重要病机阶段依次命名为初、中、终 3 个阶段。

2 多层次观的临床应用

2.1 易于详明病机演变的全过程

在中医学术中,习惯用四个字或八个字来概括病机,然而,这大多只能简单地概括疾病的初始病机,而不能概括疾病病机的全过程。就眩晕病机而论,痰湿中阻是眩晕病机之一,但“痰湿中阻”四个字,甚或“痰湿中阻,清阳不升”八个字都很难概括痰湿眩晕病机的全过程。痰湿眩晕的初始病机:脾主运化水湿,若脾虚不运,则痰湿内生。所以脾虚是痰湿眩晕的初始病机 或是其初始病机之一,因脾虚前可能还有其他病因、病机,如肾虚)。痰湿眩晕的中间病机:痰湿虽生,但从痰湿发展到眩晕没有必然性。痰湿是否产生眩晕,与痰湿后期的病机变化相关。《医学衷中参西录·理饮汤》:“停于胃口为满闷,溢于膈上为短气,渍满肺窍为喘促,滞腻咽喉为咳吐黏涎。”若痰湿不影响到肝的病机,则不会产生眩晕,若痰湿直接或间接地影响到肝的病机变化,使肝之风阳上扰,则产生眩晕。痰湿为有形,其以形相阻,则产生 5 种直接或间接涉肝的病机变化:①肝主疏泄脾胃,痰湿中阻,土反侮木,阻碍肝之疏泄。②中焦为枢,痰湿中阻,阻碍上气下行,使肺金所用不足,金不制木。③脾胃为后天之本,气血生化之源,痰湿中阻,脾阳被困,土不生金,致上气不足,肺体用俱

虚,失于肃降,金不制木。⑤上气不足,宣发输布失常,痰饮生于上焦。痰饮阻遏上气下行,使肺金所用不足,金不制木。⑤肝脉布于胸胁,新生于上焦之痰饮充斥胸胁,阻遏了肝之疏泄。上述痰湿直接或间接涉肝的病机即中间病机。痰湿眩晕的终末病机:痰湿中阻后,又经过上述一系列涉肝的病机变化,发展至上中两焦壅实,肝失疏泄,金不制木,在多种因素的共同作用下,终使肝升太过,化火,甚则化阳化风上扰。肝之风阳上扰,则眩晕。总之,只有掌握了病机的多层次观,才能全面、准确地了解疾病病机的全过程。

2.2 解析辨证中的歧义及学术纷争

对于同一疾病病机的认识,往往存在着许多不同的观点或学说,甚至引起纷争。究其原因,是因为一种观点、学说的形成,主要源于对病机的认识,而病机存在着多层次性,医家又往往立足于病机的不同层次进行立论的缘故。如对于浊阴(痰饮水湿)眩晕病机的认识,大体分为两类:①浊阴蒙蔽,清阳不升。②浊逆动风。就前者而论,对于“升”又有相反论述者,如有认为“升”指在方向上向上升,若清阳之气在方向上不能向上升,脑失所养,则眩晕。如清·徐彬《金匱要略论注》:“阴邪抑遏上升之阳而目见玄色,故眩。”清·程林《金匱要略直解》:“支饮留于心膈,则上焦之气浊而不清,清阳不能走于头目,故其人苦冒眩也。”徐、程二氏所论之“阳”是脾阳,所论“不升”是指脾阳不能向上升,所论病机当属初始病机。有人认为“升”指升发功能,而非指方向之向上。清阳不升即胸中清阳之气升发功能失常,由于心肺本居上焦,胸阳在生理上的主体方向是向下的,失常则不能循其常道下行,反郁积、浮越、上冲头目而致眩晕。如元·赵义德《金匱玉函经二注》:“胸中乃发越阳气之地,支饮停留,不能升于上,又不能充于下与阴接,惟从支饮浮泛眩乱头清道,故苦冒也,治其饮,则阳气行(注:下行)而可愈矣。”明·王肯堂《证治准绳》:“谓心下有支饮,其人苦冒眩者,亦是格其心火不能下行而上冲也。”赵、王二氏所论之“阳”是胸阳,所论“不升”是指胸中之阳不能寻常道下行,所论病机当属中间病机。亦有对“升”的含义缺乏明示者,如清·尤怡《金匱要略心典》:“痰饮,阴邪也,为有形,以形碍虚则满,以阴冒阳则眩。”“冒”即蒙蔽、阻滞,但却不知其论中所冒之“阳”为何脏之阳。至于浊逆动风之论,是较全面地照顾了眩晕病机的全过程。如清·程钟龄《医学心悟》“创半夏白术天麻汤”云:“有湿痰壅遏者,书云,头眩眼花,非天麻、半夏不能除是也。”天麻功在熄风,足见已动风之意明矣。全国统编教材第二版《中医方剂学》:“痰涎上潜,风亦随升,走窜经络。临床见证,轻则

眩晕头痛,甚则肢体瘫痪。”另外,不少医家,尚有“土虚木摇”、“土重木郁,郁而化火生风”之论者。即使是对于浊阴上逆的部位是在胸、在首?在认识上也存在着差异,其他的学术纷争也普遍存在,就体质学说而论:朱丹溪的阳常有余,阴常不足;张景岳的阳常不足。就内伤发热病机而论:有阴虚、阳虚、气虚、郁证(气郁、阴遏阳郁)之别。但就气虚发热而言:有脾胃虚弱,谷气下流,阴火上乘之说;有气虚浮越之说;有阳虚及阴,阴虚发热之说;还有脾虚失运,津液不布,阴不配阳的相对阴虚之说。但就阳虚发热而论:有虚阳浮越之说;有阳虚阴盛,阴盛格阳之说等等。总之,所论不一,甚则纷争,是因为于病机的不同层次立论的缘故。

2.3 解析论治中的歧义及理法不一

在治疗上,对于同一疾病,医学大家也往往有不同的侧重,或对于疾病的初始病机、中间病机、终末病机有较全面地照顾,或仅侧重于带有本质性的初始病机。就眩晕的终末病机而言,如上所述,肝阳、肝风有原发于肝和继发于肝之别。若肝阳本旺或原本即阴虚阳亢则为原发性;继发者,如气虚型眩晕、痰湿中阻型眩晕。原发者,治本、治标皆宜清凉;继发者,治本当温,治标当予清凉。叶天士即针对病机的不同阶段给予了全面照顾,如《临证指南医案·眩晕》:“治痰需建中,熄风可缓晕。”该书在“眩晕”、“痰饮”、“痰”3篇中,所治痰湿眩晕共18例,除1例外,无不在治疗初始病机的基础上加入天麻、钩藤、菊花等抑肝药物。张仲景治疗痰饮水湿性眩晕时则不然,用苓桂术甘汤、泽泻汤、小半夏加茯苓汤、五苓散、真武汤等,不用抑肝药物,而是侧重于治疗疾病的初始病机,即本质。虽各有侧重,但并不能根据仲景用药精练,并常具以治本为主之风格,而否定病机的多层次观及肝阳、肝风在痰湿眩晕病机中的客观存在。另外,在辨证论治中,分析疾病的病机,确立治疗原则,拟定处方,前后应具有一致性。如此,学者才易于接受,疗效才能提高。然而,实有所论理法方药不一者,如全国统编教材第五版《中医内科学·眩晕》在论痰湿眩晕病机时谓“清阳不升”,绝不言风,而在论治疗时,却反言“熄风”,用半夏白术天麻汤,实难自圆其说。此大概也是因囿于用四个字或八个字概括病机的传统习惯,而没有利用病机的多层次观去解析疾病的病机吧。

2.4 利用终末病机相同确立治标药物

大凡中医学学术范畴中的“病”,虽然每种都有多种辨证分型,但其终末病机都是相同的。如眩晕的终末病机是肝阳肝风上扰,口苦的终末病机是胆火上炎,心神不宁的终末病机是心阳不潜,喘证的终末病机是肺气

不降,咳嗽的终末病机是肺气不宣、不降,泄泻的终末病机是脾气不运、不升,呕吐的终末病机是胃气不降,泛酸的终末病机是肝经郁火,阳痿的终末病机是阳气不能达于宗筋,痛证的终末病机是不通,恶寒的终末病机是邪遏阳郁所致阳气不能达于肌表以温煦之等等。正是因为每种病都有相同的终末病机,所以不论其初始病机如何,亦即不论其辨证分型如何不同、如何多样,在正确治疗初始病机的基础上,都可以针对终末病机加用相同的治标药物(对症治疗)。如眩晕证加天麻、钩藤、菊花以平肝潜阳;口苦加黄芩、菊花、龙胆草以清降胆火;心神不宁加龙骨、牡蛎以潜阳宁神;喘证加枇杷叶、紫菀、款冬花、杏仁以肃肺;咳嗽属肺失宣发者加荆芥、防风或金银花、连翘以开表宣肺,属于肺失肃降者依上则;泄泻加葛根、升麻、柴胡以升阳助运;呕吐加陈皮、半夏、竹茹以降胃气;泛酸加黄连、黄芩以清肝经郁火;阳痿加蜈蚣以疏通经络;痛证加香附、木香、延胡索、五灵脂以行气活血。恶寒则根据邪气的性质与邪遏的部位随证使用祛邪达阳之药物:寒遏太阳之表者用麻黄、桂枝以开达肌表,风温之邪致卫气郁闭者用金银花、连翘之属;伤寒邪遏半表半里者用柴胡、黄芩以疏解少阳;湿温证邪伏膜原者用厚朴、槟榔、草果以开达膜原;温病热结于里热深厥亦深而内热外寒者用石膏、大黄、或安宫牛黄之类以开达内结;内伤杂病气郁者用柴胡、枳壳疏理气机以达阳于表,气滞血瘀用柴胡、枳壳、川芎、红花理气活血。治法繁多,目的则一,在于开达阳气的通路,使阳气达表,以温煦肌表等等。

2 5 评价疗效研发新药

一种病,往往有几种辨证分型(初始病机),对于不同的初始病机,就要采用不同的治则、用药。同一疾病、

同一处方,若某人服之有效,而另一些人服之无效,多是因初始病机不同的缘故。若言某处方能治疗某病,有失欠妥,因为此一特定的处方只能适用于某病的一种初始病机,能治疗也只能治疗某病的一个辨证类型。对于同一患者、同一处方,有初服之有效,而后服之无效者,是因为病机在药物的作用下已发生了变化,处方没有随病机的变化而及时调整的缘故。常言中药没有毒性,中药之所以能治病,是利用其偏性,偏性就是毒性。利用其偏性,纠正病机的偏性,以偏纠偏,从而达到治疗的目的。中医进行的是辨证治疗,所以很少有毒副作用。如不采用辨证治疗,用一种药物对一种疾病的多种辨证分型,中药的毒副作用也会层出不穷。与病机的多层次观一样,西医也将一种疾病分为若干类型,一种类型中又分为若干环节。因此,治疗一种疾病,有多种药物,不同的药物是作用于疾病的不同靶点上。在疗效统计上,因为一种药物只能针对某种疾病的一个靶点有效,而用包括某种疾病的所有类型、所有环节作为所谓的大样本进行统计、评价,治愈率、有效率一般都不高。西药多有副作用,多是因为将对作用于一个靶点有效的药物而对疾病的所有类型、所有环节进行治疗引起的。这种研发思路及对药效的评价方法未必科学,不仅影响着西药的开发、应用,同时也限制着中医药的发展。中药的研制开发,应该将某一疾病的同一辨证分型作为样本,并且,要考虑到该类型病机的各个层次,如此,治愈率、有效率就一定能大幅度地提高。近期兴起的循证医学,以人为本,以证为本,以疗效为本,以回顾性总结为本,摆脱了动物实验法和所谓的大样本统计法的束缚,将为中医药的发展拓宽道路。

收稿日期: 2006— 02— 08)

第三次全国特色医疗名医学术交流会 中国民族民间医药杂志 征 稿

第三次全国特色医疗名医学术交流会:由中国特色医疗学术研究会、中国民族民间医药杂志社、北京聚医杰医药科学研究院联合主办,定于 2007 年 7 月下旬在哈尔滨市召开。特征集中医、西医、中西医结合、计划生育、民间医生、乡村医生中的各科名医治疗常见病多发病、疑难杂症等方面的特色医疗及临床总结,每篇 2000 字左右,须打印,另附 200 字以内作者简介,论文评审后择优参加会议交流并安排在杂志上发表,会议颁发“优秀论文证书”、“聚医杰中国特色医疗名医证书”、“国家级继续教育学分”等,会后组织会议代表赴俄罗斯海参崴市等考察,投稿截止:2007 年 6 月 15 日,来稿注明:“名医会投稿”。

中国民族民间医药杂志征稿:是 1992 年创刊的国家级医药学术期刊,特征集中医药各科、各民族医药、民间医药、名老中医经验、针灸推拿、单方验方、中西医结合、中医护理、中药研究、方药运用、医案医话、临床报道、中医及民族医药管理等,来稿须打印,每文 2000 字左右,择优发表并颁发“中国民族民间医药优秀论文”证书,来稿请注明“杂志投稿”。为非公有制医药护技人员代办职称评审:代办初、中、高级卫生技术职称评审报名,对象是:个体医生、乡村医生、民营医院的医药护技人员等,评审材料须提供身份证、毕业证、原职称证、执业证的复印件各 2 张,1 寸 2 寸彩照各 4 张,业务小结 2 份,论文。用快件邮寄。

以上来稿材料请寄:北京 100036— 98 号信箱江玲主任收,邮编:100036 电话:010— 51226038、87013859、13385280067 发短信) 欢迎登陆: <http://www.znylnet.com> 聚医杰中华特色医疗网