

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.20.022

简析方证辨证的三种境界

宋明, 陈家旭*, 李晓娟

(北京中医药大学, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029)

摘要 综合分析方证理论的提出与发展过程, 结合文献研究, 认为各家对方证辨证内涵莫衷一是的原因往往是对“证”理解的不同。以“证”内涵三种不同的理解作为着眼点, 结合方证之间的相关性, 分别从证是症状、证是证据、证是病机三个方面简析方证辨证的三种境界。

关键词 方证辨证; 方证对应; 方证相关

《汉书·艺文志》《方技略》将“方技”分为医经、经方、房中、神仙四家, 其中“医经”与“经方”在汉代之前各自发展, 联系并不紧密。东汉张仲景《伤寒论》“证”的内涵进行了全面的理解与掌握, 执简驭繁地提出了“方证辨证”的思想, 在症状、方证与病机之间用“辨”字将三者巧妙连接, 从此开启了中医学“方证辨证”的新时代。通过长期临床与文献研究发现, 目前学界对方证辨证的内涵莫衷一是, 既有理论与认知层面的问题, 也有实际临床中辨证思维方面的问题。现从方证理论的渊源切入, 基于对“证”不同的理解角度, 提出方证辨证的三种境界。

1 方证理论的提出与发展

方证辨证又称“汤方辨证”, 汉代张仲景在《伤寒杂病论》中首先提出了“汤证”的概念, 如“麻黄汤证”“桂枝汤证”, 并在《伤寒论》第 16 条明确指出“观其脉证, 知犯何逆, 随证治之”的辨证论治法则, 从而奠定了方证辨证的雏形。随后唐代孙思邈在《千金翼方》中运用“方证同条, 比类相附”的方法对方证进行了总结。直到清代, 柯韵伯将经方汤证分别隶属于六经脉证之下, 认为伤寒六经是“分六区地面, 所该者广, 虽以脉为经络, 而不专在经络上立说”, 指出伤寒六经的要点在于抽象的整体, 而不仅仅局限于具体的经络。随后还在《伤寒来苏集》中提出“仲景之方, 因

证而设, 见此证便用此方, 是仲景活法”, 并且分经阐述了本证主治、变治、随证治逆等方法。徐灵胎将《伤寒论》之 113 方归类于桂枝汤、麻黄汤、葛根汤等 12 类中, 各类主证中先出主方, 随后把用此方之证列于方后, 形成以方类证、证从方治的“方证对应”学说。与徐灵胎同时代的日本古方派代表吉益东洞, 对张仲景方证相应的思想也极为推崇, 认为“医之学也, 方焉耳”“《伤寒论》唯方与证耳”“医之方也, 随证而变, 其于证同也, 万病一方, 其于证变也, 一病万方”, 但其著作《类聚方》却主张证是症状, 强调方证相应时也近乎机械。至近代, 曹颖甫《经方实验录》中所选 75 首方剂皆以汤证命名, 将张仲景汤证的应用范围进一步扩大。胡希恕认为, 张仲景的六经辨证不是脏腑经络辨证而是八纲辨证, 指出六经来自八纲; 临床上倡导先辨六经, 再辨方证, 大力倡导方证对应法, 并指出“方证辨证是辨证论治的尖端”^[1]。刘渡舟指出“认识疾病在于证, 治疗疾病则在于方, 方与证乃是伤寒学的关键”^[2]。黄煌也指出: “方证识别、药证识别, 它朴实而具体, 是中医辨证论治的基本单位”, 认为“方证”就是用方的指征与依据^[3], 这个证, 是以人的外在表现为依据。

通过以上对方证辨证理论渊源的回顾发现, 诸家对“证”的理解各不相同。我们认为, 各家对“证”内涵以及方与证之间相关性的不同理解, 是方证辨证出现不同的思想流派并呈现百家争鸣的重要原因, 因此, 我们根据对“证”三种不同的理解提出方证辨证的三种境界。

基金项目: 国家自然科学基金(81473597, 81630104); 北京市自然科学基金(7152093); 北京中医药大学研究生自主立项课题(2017-JYB-XS-018)

* 通讯作者: chenjiayu@hotmail.com, (010) 64286656

2 方证辨证的三种境界

2.1 第一种境界——证是症状、方证相关

第一个提出“方证相对”中“证”是症状的医家系日本汉方医学家吉益东洞。他在 1764 年刊行的《方极·序》中说“仲景之为方也有法，方证相对也，不论因也。”之所以认为张仲景《伤寒论》制方用药之法是“方证相对”，乃因吉益东洞认为，“医之学也，方焉耳”；“《伤寒论》唯方与证耳”；“医之处方也，随证以移，唯其于同也，万病一方，唯其于变也，一毒万方”^[4]。这种根据疾病外在表现的证候与方剂直接进行对应，不必审其病机的方法称为“方随证转”“定证定方”，这就是吉益东洞提出的“方证相对”说的真实内涵。在这样思想的影响下，汉方派更关注的是经方对应的症状，而没有考虑包括理法方药在内的完整的中医诊疗体系，因为日本当时的主流医学还是现代医学，汉方医学只是现代医学的辅助或补充治疗手段，从而导致日本医学界对中医学的整体辨证理论体系重视不够，临床治疗主要以“辨症状”为主，而不是“辨证”。这一现象一方面表现为只注重方证而缺乏中医理论的支撑，导致临床上出现大量失治、误治的患者；另一方面，由于临床症状的多样性，同时也使得经方治疗疾病谱扩大，在一定程度上扩展了经方的使用范围。但是必须清楚地认识到，这与我们倡导在整体观指导下的方证辨证、辨证论治的中医学实质还有一段距离，我们认为，汉方派的不足是失去了辨证用药的指导和约束，临床上很容易陷入凭症状用药的误区。

尽管日本汉方医学没有深层次地发掘张仲景方证辨证的实质，但是古汉方派在药证方面进行了一定的研究。吉益东洞在《药徵》中以《伤寒论》《金匱要略》为依据，对古方中常用的 53 味药物的主治进行了系统地考证与归纳，而在随后的《皇汉医学》中，汤本求真在每一条有方的原文下都单独讨论每一味中药的作用，为后世临床药物加减提供了宝贵的经验。

总而言之，以日本古汉方为代表的方证辨证体系虽然取得了一定成就，但是方与证的对应只停留在有一定相关性的阶段，方与证联系并不紧密。

2.2 第二种境界——证是证据、方证相应

“证”在《说文解字》中训为“告也”，字义证据。有学者认为“证”专指证据、指征，是临床选方用药的依据^[5]。“证”是以人的外在症状与体征为依据，古代的方证辨证体系就是用望、闻、

问、切的方法收集患者的症状与体征作为辨证论治的依据。方证的着眼点是“人”而不是“病”，临床诊疗的过程就是搜寻有效证据的过程。张文选^[6]认为，证是对特征性症状做出的概括，指出临床患者的症状为客观事实，有一些特异性症状可以反映疾病的本质”。黄煌^[7]认为，方证有主证、兼证、类证之分。主证就是反映方证本质的那些特异性的症状与体征，如麻黄汤以恶寒发热无汗为主证，桂枝汤以恶寒发热有汗为主证。兼证就是伴随主证出现的一系列症状与体征，如麻黄汤兼见鼻塞、身痛等症状，桂枝汤兼见鼻鸣、干呕症状。兼证依附于主证，没有主证兼证也不复存在。类证就是临床表现相类似的方证，在临床上需要仔细鉴别，如麻黄汤证与桂枝汤证。王阶等^[6-7]亦认为，“证”以证据为原始内涵，证据包括三方面内容，即症状、体征，疾病，体质。具体包括方证与药证两种形式，其中疾病和体质是对症状、体征的进一步扩展。并进一步归纳概括为以症状、体征为治疗靶向，以方证、药证为诊断单元，以直觉判断和跳跃性思维为表现的独特方证论治的体系。谢鸣^[8]也指出，方证相应的过程就是从症状、体征到证候再到方剂的过程，方证相应就是根据症状群—方剂的对应关系，确定所使用的方剂。通过以上分析可知，方与证之间存在着较为紧密的联系，方从法出，法随证立，证变则方亦随之变，证不变则效不更方，方是为解决一系列的矛盾而随证出现的。

该境界的辨证论治过程实际就是对临床搜集的舌诊、脉诊等证据加以整理之后，寻找与之最为对应的方剂的方法。研究的内容主要涉及已知与未知的方与证之间的规律，总结识证、组方、遣药方面的经验，使方与证之间达到最佳的匹配，从而产生最佳的疗效。因此，此种境界主要是根据经典条文与前人经验进行方与证之间的有机匹配，而《伤寒论》等经典著作无疑是这种方证对应的典范，临床上运用这种辨证诊疗体系往往有执简驭繁之效。

但是《伤寒论》为中医学辨证论治体系的开山之作，不仅包含简单的方证相应，更包含着辨证论治的灵魂。此种境界的方证辨证体系认为证是证据，方证之间要求有最优解的情况，但是现实情况并非如此简单，往往存在多个证并存的情况，常常需要合方，而合方时所选方剂以及每首方剂的具体比例则必须根据病因病机来最后确定^[9]。此外还要注意，随着疾病的变化与发展，方与证之间不可能存在一一对应的关系。

2.3 第三种境界——证是病机、方证相对

刘渡舟^[9]指出,《伤寒论》的证又叫证候,证有客观的规律性,又有自己的特殊性,它可供人分析研究,综合归纳等诸多妙用,证的精微之处,古人则称之为机,凡事物初露的苗头都带有机义。可见第三种境界是把证理解归纳为病机。《中医诊断学》^[10]明确指出,“证”是疾病发生和演变过程中某一阶段本质的反映,它以一组相关的症状和体征为依据,不同程度地揭示当前的病因、病性、病位、病势等。王永炎院士^[11]也指出,任一证候都是由若干证候要素和证候要素靶位组合而成,其中证候要素是对证候病因病机的表述,证候要素靶位是关于证候要素发生部位的厘定。并且把证候要素分为三个层面,病因即疾病发生的原因,如外感、内伤、七情等致病因素,病性即疾病的性质,如寒证、热证等,病势即疾病的发展趋势。同时进一步指出同一界面中的证候要素或者证候要素靶位的个数称之为维度,由不同证候要素组合成的证候个数称之为阶度,进行证候规范化研究的目地就是在寻找降低维度与提高阶度之间的契合。辨证论治向规范化与系统化发展,其中很大程度上就是在寻找对病机的恰当提取与归纳。

《伤寒论》约有 153 条条文涉及了揭示疾病病机的内容,如第 40 条“伤寒表不解,心下有水气”;第 173 条“胸中有热,胃中有邪气”;第 338 条“此为脏厥,非蛔厥也,……此为脏寒”等^[12]。这些条文足以说明张仲景在辨证论治之时不仅以单纯的某某脉证作为依据,而是在辨某某脉证时充分分析其中的病机,随后确立治疗准则,依据治则确立方药。所以临床中出现汗多、汗少的患者都用桂枝汤调和营卫,出现小便量多、量少的患者都用化气行水的五苓散治疗。可见,确立相同的治则、治法、遣方用药,很大程度上是由于相同的病机。

实际临床中疾病变化多端,然而方证确是静止

的、相对稳定的,所以在临床当中如何以不变的方证应对千变万化的疾病,往往需要病机作为桥梁。但因临床实际中疾病的变化,往往也会出现病机复杂多变的情况,且就历代方与证进行的统计研究发现,方多证少的原因很大程度上是由于病机的复杂性^[13]。因此,需要综合前三种方法,充分发挥医者的智慧,圆机活法,最大程度上解决患者的问题。

参考文献

- [1] 李国臣,王冠民,崔文艺. 胡希恕方证辨证说略 [J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(10): 39-41.
- [2] 刘渡舟. 方证相对论 [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 3-5.
- [3] 黄煌. 论方证相应说及其意义 [J]. 中国中医基础医学杂志, 1998, 4(6): 11-13.
- [4] 吉益东洞. 类聚方 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1956: 5-18.
- [5] 张文选. 辨方证论治体系初探 [J]. 北京中医药大学学报, 2004, 27(2): 1-5.
- [6] 王阶,熊兴江. 方证对应特征探讨 [J]. 中医杂志, 2010, 51(3): 200-203.
- [7] 王阶. 方证对应与方证标准规范探讨 [J]. 中医杂志, 2002, 43(7): 489-491.
- [8] 谢鸣. “方证相关”逻辑命题及其意义 [J]. 北京中医药大学学报, 2003, 26(2): 11-12.
- [9] 王洪海,谢鸣. 关于“同证异方、同方异证”的思考 [J]. 中医杂志, 2006, 47(4): 253-254.
- [10] 陈家旭. 中医诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 2-5.
- [11] 王永炎,张启明,张志斌. 证候要素及其靶位的提取 [J]. 山东中医药大学学报, 2006, 30(1): 6-7.
- [12] 张效霞,王振国. 《伤寒论》“辨某某病脉证”辨出来的到底是什么 [J]. 国医论坛, 2006, 21(2): 1-4.
- [13] 王方方,陈家旭,潘秋霞,等. 从一证多方的演变探讨证候病机的复杂性 [J]. 中医杂志, 2016, 57(24): 2075-2077.

(收稿日期: 2017-04-28; 修回日期: 2017-06-28)

编辑: 崔京艳

(上接第 1795 页)

- [1] 刘志勤. 王为兰治疗强直性脊柱炎经验 [J]. 中医杂志, 2005, 46(5): 341-342.
- [2] 王北. 王为兰教授治疗强直性脊柱炎的临床经验 [J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2008, 15(5): 23-24.
- [3] 邱志济,朱建平,马璇卿. 朱良春治疗强直性脊柱炎用药特色选析 [J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(11): 656-657.
- [4] 焦树德. “大偻”病机分析与辨治 [J]. 中国中医药报, 2003-02-13(6).
- [5] 庞学丰. 姜多峰教授论治强直性脊柱炎经验浅析 [J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(8): 61-65.

- [2] 冯兴华. 强直性脊柱炎证候规范之我见 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(11): 179-181.
- [3] 冯兴华,姜泉,刘宏潇. 中医辨证治疗强直性脊柱炎临床疗效评价 [J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(10): 1309-1314.
- [4] 陈鹏. 从 IL-23/Th17 炎症轴探讨清热活血法抗强直性脊柱炎炎症的分子机制 [J]. 北京: 北京中医药大学, 2014.

(收稿日期: 2016-12-18; 修回日期: 2017-08-10)

编辑: 崔京艳