

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.07.019

从病案谈辨证论治

王坤根*, 孙洁, 林友宝, 智屹惠, 沈淑华

(浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路 548 号, 310053)

摘要 辨证论治是中医临证的精髓所在, 辨证应以辨病为前提, 辨病应包括中医、西医两种病名, 而在辨病时必须坚持中医思维。在临证中总结出三步法辨证论治模式: 1) 抓住主症, 综合兼症; 2) 提炼病机, 确定证型; 3) 制定治则, 选方用药。将辨病与辨证相结合, 抓主症、定病机、处方药是辨证论治的基本思路, 也是提高临床辨证论治水平的唯一途径。

关键词 辨证论治; 病案; 中医治则

辨证论治是将理、法、方、药等中医药理论转化为临床应用的一项基本技能, 是临床中医师必须掌握的技能, 是中医的核心特色, 也是中医临证的精髓所在。但是学习辨证论治却并不容易, 需要在临床中不断地反复实践。国医大师任继学曾经讲过, “不到六十不懂中医”, 正是强调这个学习过程的艰苦和漫长。辨证论治源于临床, 更能指导临床, 因此, 从来源于临床实践中的病案入手, 更有利于我们加深对辨证论治的认识和体会, 以下结合病案进行讨论。

患者, 男, 53 岁。2013 年 5 月 25 日初诊。主诉: 左胸憋闷隐痛, 呼吸不畅 5 年余。伴剑突下隐痛, 时引后背; 左肩胛刺痛; 便秘 10 余年, 依赖麻仁润肠丸可勉强排便, 诊断为习惯性便秘。2009 年 12 月, 因冠心病、急性广泛前壁心肌梗死、左前降支中段完全闭塞植入药物洗脱支架两枚, 一直服用阿司匹林、卡维地洛、立普妥、硫酸氢氯吡格雷片、厄贝沙坦等药物治疗。但是左胸气憋隐痛等症状时轻时重, 反复发作。2011 年 4 月, 复查心脏超声发现左心室、心尖部局部心肌变薄, 运动不能, 心尖部向外膨出弧长 8.6 cm, 提示左心室、心尖部局部室壁瘤。2012 年内前后两次发生昏厥, 多在劳累后发生。心脏超声随访显示, 左室射血分数逐年下降: 2011 年 4 月 27 日为 61%, 2012 年 5 月 11 日为 55%, 2013 年 4 月 27 日为 40%, 2013 年 5 月 24 日为 34%。刻诊: 面色萎黄, 口唇淡

紫, 入冬畏寒, 舌苔薄、舌根浅黄而腻、舌质淡紫略胖, 脉缓。西医诊断: 冠心病, 急性广泛前壁心肌梗死, 并发室壁瘤, 心功能下降; 慢性胃炎; 颈椎病; 习惯性便秘。

1 辨病与辨证相结合

首先必须强调的是, 辨证应当以辨病为前提, 辨病不仅指中医病名, 也包括西医病名, 中医的病名必须要辨, 西医的病名力求能辨。

1.1 辨西医病名要坚持中医思维

为什么中医、西医病名都要辨? 因为西医病名一旦成立, 其发病原因就比较清楚, 诊断也相对比较准确, 疾病的转归、预后、疗效标准、判断规范明确, 可防止误诊, 同时还有利于启发思路, 借助指标观察疗效, 增强说服力。近代章次公先生早在新中国成立以前倡议中西医双重诊断, 说明当时已经认识到这一重要性。朱良春提出在临床上应中医辨证与西医辨病相结合的观点。现在病案书写已明确规定要中西医病名双重诊断, 但值得注意的是, 在辨证过程中一定要坚持中医思维模式。

以本案为例, 初看时, 病位似乎应在心, 因为西医的诊断已十分明确, 是冠心病、心肌梗死、室壁瘤, 其病位都在心, 但除此之外还应从中医理论进行分析定位。根据《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》^[1], 综合胸痹的症状应为五个方面: 胸背痛, 胸满, 胸中气塞; 心痛彻背, 背痛彻心, 胁下逆抢心, 诸逆心悬痛; 短气, 喘息咳唾, 不得卧; 心下痞气; 脉阳微阴弦, 寸口沉而迟, 关上小紧数。从脏腑来分析, 其病位涉及心、肺、胃, 其

* 通讯作者: 28186361@qq.com

中心痛还是胃痛，没有进行鉴别，可以理解为并没有直接点明病位主要在心。《素问·脏气法时论》曰“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩胛间痛，两臂内痛”^[2]。这样的描述与该例患者的症状十分吻合，所以确定病位在心也是有中医理论依据的。

1.2 辨中医病名有利于辨证准确

辨析中医病名可以帮助我们更加准确地辨证论治。中医病名是中医理论体系直接应用的具体体现，是前人对这一疾病辨证论治经验的结晶，并且又经后人不断充实和丰富。以伤寒六经病为例，每个病的症状、诊断、治则、方药十分规范。《伤寒杂病论》就是既辨病又辨证，先辨病后辨证，辨病论治与辨证论治相结合的范例。

在辨中医病名的时候，对根据不同方法命名的疾病要区别对待，对于已形成独立疾病的病名如胸痹、中风、痹证等，都有共同的病机和辨证论治规律可以遵循，确定病名，可以提纲挈领，使辨证更有针对性；对于以主要症状命名的病名，如头痛、腹痛、咳嗽、不寐等，重点是辨好主症；对于以病因、病机命名的病名，本身即包含了病机和病名两层含义，其重点也在辨病机。

此案中患者主诉左胸憋闷隐痛，根据这一主症，可以辨其中医病名为胸痹。胸痹病名出自《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》，胸痹为病名，心痛短气为症状。由于三者都属胸膈间病，发病部位临近，而且相互有一定的联系，所以排列在一起。痹是闭塞不通的意思，不通则痛，或不荣则痛，所以胸部憋闷疼痛正是胸痹的主症。既然辨为胸痹，那么该患者的病机也就应当是胸中阳气痹阻不通，不通的原因则需要进一步辨证分析。

2 三步法辨证论治

抓住主症，综合兼症；提炼病机，确定证型；制定治则，选方用药。这是临床辨证时的基本步骤和方法。

2.1 抓住主症，综合兼症

无论是否已明确中西医病名，进行辨证时首先要抓住主症。主诉最突出的问题是患者最希望解决的问题，也就是主症。或者说，对能确定证型权重的症状即是主症。抓住主症，能起到纲举目张的作用，是准确辨证的关键。

本案主症是什么？分析主诉的四个症状，以哪一个为主症？当然以左胸憋闷隐痛为重中之重。相

对而言，其他三个症状就是次症，或是兼症。

除主症之外，其他症状一般都称为兼症。在辨证过程中，并不能说兼症的权重就轻，因为中医是通过宏观整体层面去把握人体生理病理的，主要是通过医生直观的感觉和患者外在的表现，也就是“有诸于内，必形诸于外”“司外揣内”，所以每一个症状都是与整体密切相关的，切忌孤立、片面地去观察局部的症状。有的兼症对辨别病位、病性、病因、病势能起关键意义。例如下面这个胃咳案。

患者，女，56岁。2012年1月8日初诊。主诉：咳嗽20余年。咳时伴有喘声，入夜明显，尝服中药清肺化痰平喘，效果不理想，伴上腹胀而不适，咳甚欲呕，泛酸，大便次数增多，舌苔黄腻、舌质暗红，脉细缓。既往慢性肾盂肾炎、高血压病史4年。诊断：胃咳，痰浊蕴肺，胃失和降证。治以宣肺化痰，理气和中。处方：当归15g，熟地黄20g，制半夏15g，陈皮15g，茯苓15g，甘草6g，炙麻黄9g，苦杏仁10g，浙贝母12g，肺形草15g，白前10g。7剂。上方加减治疗22天后即感咳嗽明显减轻，泛酸全消，经调理而愈。

此患者咳嗽20余年，可谓顽疾。前医以清肺化痰平喘而无效，然观其兼症，则有咳甚欲呕，正是“咳而呕”的胃咳之象。于是由兼症而可定病名，诊为胃咳病。治疗亦从中焦入手，兼顾肺热，果获良效。正是善辨兼症可为辨证之助的例证。

2.2 提炼病机，确定证型

病机是指疾病病变的机理，这是通过对主症、兼症的系统分析、归类，继而推断其病因、病位、病性及发展、转归的过程，具有高度的概括性。思辨病机的过程，也是形成证型的过程，是辨证过程中关键的节点，是医生中医理论基础和临床实践水平的体现。在临床上患者的症状往往是复杂的，有时可以归纳出两个以上的证候群，所以病机往往也不是单一的，可以有两个或者三个以上的病机同时存在，如肝脾两虚。这时就要明辨孰重孰轻，以及各证之间的关系，治疗时也必须分清主次。

在中医思辨过程中，首重八纲辨证，八纲辨证是辨证的总纲，任何辨证方法都离不开它。八纲之中，何为最重？《黄帝内经》中的辨证方法就是分为阴阳两纲，但在内伤杂病辨证中应当以辨虚实最为紧要。阴阳两纲，是万物之纲，是宏观的，辨证用药若仅止于此，恐难有针对性。正如《素问·调经论》所云“百病之生，皆有虚实”，《景岳全书》讲得更为具体，曰“千病万病不外虚实，治

病之法无逾攻补”。

同时辨病机还必须联系到脏腑,即脏腑辨证,脏腑辨证的意义在于确定病位,从而对脏腑的生理病理进行分析。除了八纲和脏腑辨证,其他的辨证方法如六经辨证、经络辨证、病因辨证、卫气营血辨证、三焦辨证以及方证对应,都各有特点,都是辨证论治体系的组成部分,临床应用时可结合参考。

回到本文胸痹病案,综合病位、病性、病势分析,并参考西医的微观辨证,按八纲辨证,这位患者当属本虚标实之证。脏腑辨证病机当是心阳不足,痰瘀互结,心脉痹阻,属心脉痹阻证。我们提炼出来的基本病机,不但要能推演出主症,还应该可以推演其主要兼症。心下胀而隐痛,因胸阳不振,浊邪上乘,使气机升降失司,痰浊内阻,不通则痛所致。背后牵掣痛,左肩痛,是因背为阳,胸阳不足,既有气虚无力运血,不荣则痛;又有血脉痹阻,不通则痛。这样症机相合,也可以反证本病的辨证是准确的。

2.3 制定治则,选方用药

2.3.1 制定治则,法随证出 辨证完成之后,即据证以定治则、治法,此即法随证出之意。如寒则温之,虚则补之,务必以“治病必求其本”为核心思想。因为临床辨证的复杂性,实践应用当中以复合法居多,如消补兼施,温清并用,升清降浊,表里同治,益气养血,气阴双补,行气活血等。运用复合治法的关键是应注意主次得当。曾经治疗一位脾虚气滞的胃痞患者。该患者年过花甲,按照“急则治其标”的原则,先用理气消痞为主,7天后胃痞皆消。复诊时,因虑其年老脾虚,中气必馁,故增加黄芪、党参以补中土为主。服药3天后药后痞满又作,去党参、黄芪,闷胀又消。六腑以通降为贵,当以通为补。临证标本缓急之辨,其精妙若是,必仔细辨析,整体考虑,才能明主次而知次第。就本案而言,根据其胸阳不展、气虚血阻的病机特点,拟治法为益气通阳、化痰祛瘀,所谓急则治其标,缓则治其本,治标在于化痰祛瘀,治本

在于益气通阳本病是标本同病,故当标本兼顾。

2.3.2 必有主方,方从法出 《黄帝内经》中记载的十二方即是主病主方的典型例证。《伤寒论》《金匱要略》则更为清晰,麻黄汤是太阳病麻黄汤证的主方,桂枝汤是太阳病桂枝汤证的主方,体现了主病主症主方的特点。主方既定,再根据具体情况参以加减。所以小柴胡汤有七种加减法,理中丸有八种加减法,这都是主病主证主方基础上随证加减的示例。本胸痹案治法已拟益气通阳、化痰祛瘀,故主方宜采用复法组方,以起到补泻兼施、气血互调的作用。选用黄芪桂枝五物汤、丹参饮、瓜蒌薤白半夏汤三方合用。以其气虚为本,故在治疗过程中,渐次增加黄芪用量至50g。前后加减治疗近两个月后B超复查,心脏射血分数已恢复至54%,心率60~70次/min,收缩压110~104mmHg,舒张压70~85mmHg。各种症状也得到了明显缓解。

在确定主方的基本上,还应根据情况随症用药,务求简洁明晰,应用快捷。临床常用的药对即是随症用药的经验总结。如清肠止泻用地锦草、马齿苋;健脾止泻用山药、芡实;养心安神用酸枣仁、柏子仁;和胃安神用半夏、秫米等。

总之,辨证论治的学习不是一蹴而就的,需要经过长期的实践,不断地充实和更新理论知识,不断反思总结,日积月累方可形成。在现代科学迅速发展的今天,尤其要重视中医基础的学习,否则中医临证思辨就无从谈起。将辨病与辨证相结合,抓主症、定病机、处方药是辨证论治的基本思路,也是提高辨证水平的唯一途径。

参考文献

- [1] 张仲景.金匱要略方论[M].王叔和,集.北京:人民卫生出版社,1963:27-29.
- [2] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:146.

(收稿日期:2016-08-29;修回日期:2016-10-25)

编辑:黄健

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951—1986年(4张光盘)480元;1987—1994年(1张光盘)260元;1995—2004年(1张光盘)280元;2005—2013年(1张光盘)300元。

光盘合订本为计算机用数据光盘,收入了同期出版的全部《中医杂志》内容,可对所有文章进行任意字检索,方便实用。汇款地址:北京东直门内南小街16号中医杂志社北京医海林音像书店,邮政编码:100700;电话:(010)64035632;网址:<http://www.jtcm.net.cn>