

# 病机用药与方证用药辨析

王 阶 熊兴江

(中国中医科学院广安门医院心内科,北京市宣武区北线阁 5号, 100053)

[摘 要] 基于病机用药是辨证论治思维的核心,基于方证用药是一种不完全等同于病机用药的临证思维,是否重视方药使用的客观证据是两者最显著的差别。方证用药思维的淡化具有一定历史渊源和现实原因。方证对应和药证对应是基于方证用药的关键。

[关键词] 病机;方证;辨证论治;方证对应

自从高等中医药院校教材将辨证论治作为中医学的特色和优势约定俗成之后,中医学在临床、教学、科研上均有了统一的标准和规范,辨证论治模式最为强调的“审察病机,无失气宜”、“谨守病机,各司其属”的病机用药思想渗透在现今中医学的各个方面,但对于辨证论治以外的思维模式却逐渐淡化。其实中医学中却蕴藏着另外一种古老而独特的疾病辨治体系——方证对应,其基于方证用药的思想处处体现在中医学的经典著作中。

## 1 病机用药和方证用药内涵比较

病机是疾病的临床表现、发展转归和诊断治疗的内在依据<sup>[1]</sup>,精微奥妙,其中“证”的精微之处,古人称为“机”,事物初露苗头带有机义<sup>[2]</sup>。辨证论治强调辨病机、识证候、立治法、处方药、理法方药一体,以理统法,以法统方,以方统药,一般认为,把握住病机就能把握该病的本质,其证治方药之道自在其中,并将把握病机作为诊治疾病的最高境界。临证之际,综合患者的四诊信息,根据阴阳五行、脏腑经络等学说综合分析,运用八纲辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、六经辨证以及经络辨证等诸多方法,确定疾病的病因、病位、病性和邪正关系,然后得出证型诊断,最后选择相应代表方药;在对方药进行加减变化时,同样根据兼夹证候对应处理,这就是辨证论治“病机用药”思维过程。

方证是方剂使用的客观证据,即方剂所对应的症状、体征。认识疾病在于辨证,治疗疾病则在于用方,将方与证统一起来,有是证用是方(药),无是证则去是方(药),方随证转。临证之际,同样面对综合患者的四诊信息,根据症状或症状组合辨识为某方证,直接选用该方治疗;在对方剂进行加减变化时,同样根据患者兼夹症状,辨识为某某药证再行加减,这就是方证对应的“方证用药”思维过程。

比较两者思维过程不难发现,前者侧重于辨病机层次的“证”,如脾虚证、阴虚证等,而后者侧重于辨具体方剂所对应的方证,如麻黄汤证、大青龙汤证;“证”是通过医者主观思辨得出的结论,往往因医者视角不同而不同,且存在一证多义、一证多方、一方多证特征,具有抽象性和不确定性,而方证是方剂所对应的较为固定的症状体征,是客观可见的,不因医者视角不同而不同,相对具有一定的客观性和确定性;临证用药时,前者以病机为治疗用药靶点,根据代表方剂所主治的病证病机与疾病蕴涵的内在病机是否相对应进行治疗,而后者则以方证为治疗用药靶点,根据方剂所对应的症状体征与疾病表现出的症状体征是否相对应进行治疗。相比较而言,后者较前者更易把握,也更容易在临床上重复、验证。因此,重视方药使用的客观证据(即症状体征,下同)是两者最显著的差别。

## 2 病机用药与方证用药临证异别

### 2.1 代表方药选择

长期以来,由于受教材的反复训练,在一定程度上形成了基于病机用药的思维定势,认为当理、法所辨之“证”与对应代表方、药所主之“治”一致时,即证中所蕴含之病机与方(药)中所蕴含之病机相契合时,临证便能取效。如只要辨为气滞血瘀证就可以选用血府逐瘀汤,辨为肾阴虚证就可以选用六味地黄丸,辨为气虚证就加人参、黄芪、白术,辨为血瘀证就加丹参、赤芍、桃仁等。看似理法方药秩序井然,但临床实际似乎并非完全如此,证型与代表方药之间并非严格意义上的契合对应关系,因为所辨之证远比方药主治宽泛、笼统,即气滞血瘀证概念大于等于血府逐瘀汤证概念,在辨证符合气滞血瘀证时,还要具体分析是否符合血府逐瘀汤证。同理在进行方药加减变化时,兼见神疲乏力等气虚证而运用补气药时,还要继续分析是否具有人参证、黄芪证和白术证,三者使用证据差异显著。同为治疗呕利并见属寒热互结证的辛开苦降方剂,代表方半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、柴胡桂枝干姜汤、黄连汤、干姜黄芩黄连人参汤、乌梅丸等七方,方证病机虽

基金项目:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2003CB517103)

通讯作者:熊兴江, 5administration@163.com, 13260399412

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

同,但临床主治迥异;同为发散风寒方剂,代表方麻黄汤、桂枝汤、九味羌活汤方证主治也不尽相同。因此,在病机用药基础上还要作进一步分析才能决定方证用药,因为症状体征的细微差别是临床识证用方根本。

## 2.2 药物配伍选择

目前在药物的配伍选择方面,也存在类似过于强调病机用药而淡化方证用药的问题。以中医院校教材方剂学为例,在对既有成方方药配伍意义的阐释上大多侧重于病机、医理分析以及药物主治功效的罗列,在临床用方用药客观证据及方药与病症的对应关系上就显淡化。

以六味地黄丸中配伍茯苓为例,大多医家从阴阳五行等哲理、病机角度进行阐释和发挥,如罗美《古今名医方论》谓:“山药凉补,以培癸水上源;茯苓淡渗,以导壬水上源”,费伯雄《医方论》谓:“有山药之收摄脾经,即有茯苓之淡渗脾湿以和之”,教材也认为这是补中有泻,配伍泻是为防止滋补之品产生滋腻之弊,即茯苓配伍山药而泻脾湿<sup>[3]</sup>。可以想见,如果配伍茯苓是为防止山药滋腻而设,那么是否使用山药的其他方剂都会配伍茯苓?即茯苓之用不是由治疗该病或该证所决定,而是由方中药物配伍关系所要求?利水不当则伤阴,淡渗利水的茯苓是否会加重肝肾阴虚呢?是否可以茯苓换成猪苓、车前子等其他同样具有淡渗利水功效的药物呢?茯苓之用很显然不能用简单而抽象的“导壬水上源”、“配伍山药而泻脾湿”、“一补一泻”等传统的含糊不清的抽象表述一笔带过,这样的解释不具有较强的排他性和论证说服力。因此,对配伍茯苓的用意应从客观证据上来认识,临床观察到本方对下肢水肿、舌苔少、舌体胖大有齿痕甚至舌苔水滑的肾阴虚证患者效果最好,而对于舌苔少、舌体瘦小的患者效果较差,药后患者反而会出现口干渴、失眠烦躁等阴伤症状。初步考虑方中配伍茯苓是因有舌体胖大、舌苔水滑或下肢水肿等水停证据支持,因此,六味地黄丸证病机不应仅是肾阴虚,还应有水停。对三补三泻均应从方证用药角度进行认识。

再如龙胆泻肝汤中配伍当归、生地黄的意义,《医宗金鉴·删补名医方论》说:“然皆泻肝之品,若使病尽去,恐肝亦伤矣,故又加当归、生地补血以养肝,盖肝为藏血之脏,补血即所以补肝也。而妙在泻肝之剂反作补肝之药,寓有战胜扶绥之义矣”,教材也认为,“肝主藏血,肝经有热,本易耗伤阴血,加用苦寒燥湿,再耗其阴,故用生地、当归滋阴养血,以使标本兼顾”<sup>[3]</sup>,如果正如方论所说,那么大苦大寒之剂黄连解毒汤中为何不配伍养阴药预护其阴?很显然方中当归、生地黄之用并非因“若使病尽去,恐肝亦伤”所决定。酸枣仁汤中配

伍川芎仅仅是调养肝血<sup>[3]</sup>?如果是,为什么要调养肝血?黄土汤中配伍生地黄、黄芩、阿胶仅仅是因共同制约术、附过于温燥之性,“生地、阿胶得术、附又不虑其滋腻呆滞”<sup>[3]</sup>?小青龙汤中配伍五味子仅仅是因“肺气逆甚,纯用辛温发散,耗伤肺气,又须防温燥伤津”<sup>[3]</sup>?类似从病机角度随意而不随证的发挥比比皆是。

历代方论及教材对病机的反复推导和循环论证,如不是从临床用方用药的客观实际出发,其对临床的指导价值就值得商榷。对方药使用客观证据的忽视,直接造成临床用方的不规范,杂凑成方、自拟方、秘方在临床和科研中不断涌现,仅凭主观臆测,“袭几句阴阳虚实、五行生克笼统套语,以为用温补之地”<sup>[4]</sup>,如此疗效必定滑坡。

## 3 淡化方证用药思想渊源探析

之所以会出现淡化方证用药思想,有其深刻的历史渊源和现实原因。中医学有一部源远流长的历史,以《伤寒论》《金匱要略》《肘后备急方》《小品方》《千金方》《外台秘要》等为代表的汉唐时期中医学著作,其风格、体例相似,大多病下系方,以方统证。方书收集大量古代治病原始经验,直接指出病症与方药的一一对应关系,罕见过多的病机描述。近代名医岳美中先生于早年临证效失参半时重新研读《伤寒论》和《金匱要略》,“见其察证候不言病理,出方剂不言药性,以客观立论,投药石以祛疾。其质朴之实验学术,实逼近科学之堂奥,真是祛疾之利器。后又专研唐代《千金》《外台》诸书,其中质朴之学、实用之方,直上接仲景,果能用之得当,亦有如鼓应桴之效”<sup>[5]</sup>,这说明质朴、简明、扼要、实用是该时期中医学的最大特色。但自宋代以降,中医学流派纷呈,百家争鸣,“医之门户分于金元”,出现了金元时期的寒凉派、攻邪派、脾胃学派和养阴学派,明时期的温补学派、命门学派等,在“理”上的探讨越来越明显,中医学学术掺杂了越来越多的思辨。中医高等院校成立后,由于受教材的影响,很少对辨证论治模式的不足进行深入研究,很少对辨证论治以外的疾病辨治思维模式进行探索发掘。适当合理的思辨固然有利于中医学的发展,有利于拓展临证思维,但过分强调中医学的思辨性和灵活性往往会淹没中医学的古朴原貌,往往会使学者无规矩可循,直至“流散无穷”,“流于宽泛”,“流于轻淡”。

“经世致用”的学术取向为古代学者极力提倡,医学也是如此。“医乃仁术”,术即是技术,中医学古称“方脉”、“方书”、“方技”,意即方是中医学的代表,是中医学的代名词,中医学是一门用方的技术。如果暂且放下寒温之辨,暂且放下三阴三阳、卫气营血、三焦等理论,以一种全新的视角重新解读、研究《伤寒论》《金匱要

略》《温病条辨》及历代名著,不难发现其中蕴藏着丰富而相对独立完整的方证论治体系。临证时不拘泥于中西病名诊断,不拘泥于中医证候诊断,见是证用是方则必能取效,这可能就是学习《伤寒论》不仅能治外感,更能治疗内伤的道理所在。回避方证体系这一关键来研究六经、三焦等理论,无异于将之变成空中楼阁,结果势必风雨飘摇。

#### 4 方证对应和药证对应是方证用药关键

##### 4.1 方证对应

方证对应是探讨中医临证处方用药规律的学说,是寻找固定方剂(成方)与其主治(适应症)之间特殊对应关系的学说,是中医学认识、治疗疾病的基本形式和核心内容,是中医学形成、发展、完善的必然要求和内在规范,简言之,有是证用是方,证以方名,方随证立。

之所以会出现这样的对应关系,这与古人认识疾病、认识方药的思维方式有关。古人对药物功效的认识是从单味药物治疗某一疾病的单个症状开始的,随着药理学知识的丰富和对疾病认识的深化,逐渐出现了多种特定症状组合而成的疾病概念,相应在治疗上也就出现了复方。这从古典医籍的记载中即可看出,如《神农本草经》中黄连主治“肠澼腹痛下利”等,这就形成了中医学方证对应的古朴原貌。《伤寒论》和《金匮要略》在“方证对应”上垂方法,立津梁,“太阳病,头痛发热,汗出恶风者,桂枝汤主之”,临证不拘泥于患者主诉不适,只要见到容易出汗(自汗或盗汗),衣服穿少则怕风冷,穿多则易汗出,平时对风冷敏感,体质偏虚弱,脉搏浮缓无力的患者就可以用本方治疗。

辨证论治是目前最为常用的临床辨治方法,具体有八纲辨证、脏腑辨证等手段,殊途同归,最终临证处方时还要落实到具体方证的识别上,所以经方大家胡希恕感慨“方证是六经八纲辨证的继续,亦即辨证的尖端”<sup>[7]</sup>。由于方证对应是以每一方证诊断单元为基础,因此,熟悉常见方剂的方证主治则是临证必需。如果对方证熟悉,临证就可直接实现辨方论治,就可以以不变应万变,正如徐灵胎所说:“盖方之治病有定,而病之变迁无定,知其一定之治,随其病之千变万化而应用不爽。此从流溯源之法,病无遁形矣”<sup>[14]</sup>。

##### 4.2 药证对应

药证是药物使用的客观证据,是构成方证的基础。药证对应即指药物与所主治的症状、体征之间存在着特殊的对应关系,药证对应是方证对应的前提和保障。中医学对每一味药物的使用都要有十分严格的证据作支持,“有是证用是药”就是对这种严格契合关系的高度概括。《伤寒论》就有这样的范例,如在小柴胡汤的加减法中明示:“若胸中烦而不呕,去半夏、人参,加瓜蒌

实一枚。若渴者,去半夏,加人参,合前成四两半,瓜蒌根四两。若腹中痛者,去黄芩,加芍药三两。若胁下痞硬,去大枣,加牡蛎四两……”。再如调和诸药的甘草也并非想象中的可有可无,甘草、大枣同为甘味补气药,但十枣汤为何不取甘草之甘缓而独用大枣?仅仅是因为一句“遂戟荒花俱战草”?主治血痹的黄芪桂枝五物汤为何唯独去甘草不用?有研究发现,《金匮要略》通导肠腑方剂和活血化瘀方剂中存在着不用甘草调和诸药的倾向<sup>[7]</sup>。从这里不难悟出,《伤寒论》根据症状、体征进行加减的风格与现行的根据病机、治则治法进行加减的风格迥异。

药证与教材中药物主治功效有很大差别,和药物相对应的不应仅仅是主治功效,更应细化到功效之下很明确的客观证据上。譬如一般认为,桂枝可以“发汗解肌、温经止痛、助阳化气”,而《伤寒论》则用于“心下悸”、“奔豚”、“气上冲”、“头痛”、“汗出”、“恶风”等;一般认为,黄芪可以“健脾补中,升阳举陷,益卫固表,利尿,托毒生肌”,而《伤寒论》则用于“身体肿”、“身重”、“身体不仁”、“汗出”、“汗沾衣,色正黄如檗汁”、“身常暮盗汗出”、“皮水”。一般认为,人参可以“大补元气,固脱生津,安神”,而《伤寒论》则用于“心下痞硬”,岳美中先生临证严格遵照仲景原意,亦认为使用人参的标准有“心下痞硬;亡血家(虚);补虚(阴虚为主,血虚也可属阴)”<sup>[15]</sup>。和教材思路相比,药证模式的作用靶点更为明确具体。由于药证对应是以每一药证诊断单元为基础,因此,熟悉常见中药对应的特殊的主治依据则是临证必需。临证时只要见到某药物的特征主治症状或体征,就可以直接对应相应中药,如临证察见头晕、心悸,甚至还有水肿时,治疗上首先考虑使用茯苓,可以在含有茯苓的一类方剂中进行筛选,如苓桂术甘汤、苓桂甘草汤、五苓散等。

#### 5 结语

面对一些疑难复杂疾病时,通过辨证论治取象比类方法固然可以启迪思维并收到良好的效果,但不可否认从病机角度解释囊括一切病理现象也存在一些自身不足。强调临证时应当重视“方证用药”思想,不但没有否定辨证论治“病机用药”思想,反而在对症状体征的认识上进行了细化和升华,这可能就是方有执研究《伤寒论》强调“守一法不如守一方”的原因所在。方证对应重视的是方药使用的客观证据,重视的是中医学中较为客观的实实在在的技术,是中医学自然学科特征的客观体现。充分认识病机用药与方证用药的内涵及关系异同,充分认识方证对应与药证对应的科学内涵及其对于“方证用药”的巨大价值,对于提高临证基

本功,保证疗效,实现中医学的传承与规范具有重大意义。

参考文献

[1] 吴敦序. 中医基础理论 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995 150.  
[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] 许济群. 方剂学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985 104, 63, 118, 158, 22.

[4] 徐灵胎. 徐灵胎医学全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999 362, 163.  
[5] 岳美中. 岳美中医文集 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000 441, 554- 555.  
[6] 冯世纶. 中国百年百名中医临床家丛书· 胡希恕 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001, 181.  
[7] 蔣明. 关于开展证治相符状态下用药限制研究的建议 [J]. 中医杂志, 2007, 48( 4): 365- 367.

(收稿日期: 2009- 03- 06; 修回日期: 2009- 05- 13)

[编辑: 黄 健]

## 限定温度下中药塌渍治疗老年骨关节病 40例

唐 芳 唐 欢 黄 昆

(贵阳中医学院第二附属医院内四科, 贵州省贵阳市飞山街 83号, 550003)

膝骨性关节炎 (KOA) 属于中医“痹证”范畴。我们采用传统中药塌渍方法, 应用额定的治疗温度, 对不同的治疗温度进行对比, 找出最适合中药塌渍的治疗温度, 现将结果报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

选取 120例 (16膝) 年龄  $\geq 65$  岁本病患者, 分为 3组。治疗组 40例 (5膝), 其中男 14例, 女 2例; 年龄 68~ 84岁, 平均 75. 2岁; 治疗前膝骨性关节炎严重性指数 (ISOA) 评分 6~ 13分, 平均 10. 2分。常温组 40例 (48膝), 其中男 16例, 女 24例; 年龄 66~ 79岁, 平均 76. 5岁; 治疗前 ISOA 评分 6. 2~ 11. 8分, 平均 9. 9分。高温组 40例 (58膝), 其中男 10例, 女 30例, 年龄 65~ 82岁, 平均 74. 4岁; 治疗前 ISOA 评分 7~ 12分, 平均 10. 1分。3组临床资料具有可比性 ( $P > 0. 05$ )。

#### 1.2 诊断标准

采用美国风湿病学会 (ACR) 膝骨性关节炎诊断标准<sup>[1]</sup>: ① 患者大多数时间有膝痛; ② 有骨摩擦音; ③ 晨僵  $< 30\text{min}$ ; ④ 年龄  $> 38$  岁; ⑤ 有骨性膨大; 满足 ① + ② + ③ + ④, 或 ① + ② + ⑤, 或 ① + ④ + ⑤ 者可以诊断为 KOA。

#### 1.3 评分标准

治疗前后均采用 Lequesne<sup>[2]</sup> 制定的 ISOA 进行评分: 分别对疼痛不适、步行能力和日常生活受累程度 3个部分进行评分, 正常为 0分, 最重为 8分。总分 1~ 4分为轻度, 5~ 7分为中度, 8~ 10分为重度, 11~ 13分为很严重  $\geq 14$  分为极严重。

#### 1.4 纳入标准

符合以上诊断标准, 年龄  $\geq 65$  岁者作为纳入对象。

#### 1.5 排除病例标准

① 年龄  $< 65$  岁患者; ② 合并其他类型膝关节炎变者; ③ 严重心、脑、肝、肾功能不全者; ④ 因其他原因不耐受治疗者。

### 2 治疗方法

#### 2.1 药物制备

海桐皮汤加减: 海桐皮、透骨草、乳香、没药各 6g, 当归 5g, 花椒 10g, 川芎、红花、威灵仙、甘草、防风各 3g, 白芷 2g 等, 粗碎后, 装入药袋, 以武火煮沸后文火维持药袋温度。

#### 2.2 治疗方法

药袋用棉布预制成 35~ 40cm 长、20cm 宽、长管状袋, 留一

口预先放入塌渍用中药, 两头各留一节扣, 固定于膝关节处, 利用红外线温度计监测治疗区域温度, 治疗组按 42~ 45℃ 限定温度持续进行治疗, 常温组按患者个体体温持续进行治疗, 高温组按  $\geq 50^\circ\text{C}$  并患者耐受的溫度下持续进行治疗。治疗前分别测量各组药袋表面及中心温度, 以表面温度达到各组指定温度, 中心温度略高于表面温度 2~ 3℃ 为宜, 每次治疗 30分钟, 隔日 1次, 连续治疗 12~ 14次为 1个疗程。

#### 3 疗效观察

治疗组 40例, 治疗前后 ISOA 评分分别为 (10. 2  $\pm$  0. 45) 分、(3. 20  $\pm$  0. 83) 分; 常温组 40例, 分别为 (9. 9  $\pm$  0. 84) 分、(6. 50  $\pm$  1. 25) 分; 高温组 40例, 分别为 (10. 1  $\pm$  0. 33) 分、(4. 75  $\pm$  1. 00) 分。3组比较, 治疗组疗效明显优于常温组 ( $P < 0. 01$ ), 同样优于高温组 ( $P < 0. 05$ )。

#### 4 讨论

中药塌渍方药选自《医宗金鉴》中的“海桐皮汤”的加减方, 其中海桐皮、花椒祛风、除湿止痛, 红花、乳香、没药、当归活血散瘀、温经通络, 威灵仙、防风、白芷祛风湿、止痹痛, 川芎行气通络。该药为我院外用经验方, 经临床验证, 能够明显改善 KOA 患者关节功能。

人体的发热反应是一种自我保护的形式, 人为地将局部体温提高到 42℃ 左右, 可极大地增加局部组织、细胞的代谢速度, 加快血液循环, 改善内环境, 降低炎性物质对组织的影响程度; 在局部温度大于 50℃ 时, 患者将会产生局部灼热感, 局部组织、细胞通透性增大, 反而增加局部渗出, 但由于个别患者对外界温度的感知及耐受能力不同, 相对个体差异性大; 在正常体温下进行中药塌渍治疗, 则不利于药效的发挥。在对所得到的临床数据进行比较后, 证实了其中治疗温度在 42~ 45℃ 间具有较好疗效, 过低或过高的治疗温度将影响临床疗效。

#### 参考文献

[1] Schmacher HR Jr, Kipple JH, Koopman WJ. Primer on the rheumatic disease [M]. 10th Edit. Atlant Georgia: Arthritis Foundation, 1993 206.  
[2] Lequesne M. Indice of severity and disease activity for osteoarthritis [J]. Semin Arthritis Rheum, 1991, 20( 6 Suppl 2): 48- 54.

[编辑: 黄 健]