

· 理论探讨 ·

复合病机转化论初探

叶 放 周学平 指导:周仲瑛

(南京中医药大学国家中医药管理局中医痰热病机重点研究室,周仲瑛名医工作室,南京市汉中路 282 号,210029)

[摘 要] 基于对国医大师周仲瑛教授病机转化和复合病机的认识,探讨复合病机转化理论的学术渊源及多因复合、多病位复合和多病势复合等临床特征,提出病位病机转化、因果夹杂是形成复合病机的主要原因,进一步分析了病机转化的相关影响因素及其与临床四诊信息证候之间的关系,提出围绕复合病机转化理论及其临床应用的思路与方法进行深入系统的研究具有重要科学意义。

[关键词] 复合病机;病机转化;周仲瑛

国医大师周仲瑛教授认为^[1-2],复合病机是指由于不同病因(如外感六淫,或者脏腑功能失调)所产生的病理因素(包括风、寒、湿、热、火、痰、瘀、气、水、饮、毒等)之间相互兼夹、相互转化、复合为患,从而表现为复杂的致病特点。基于复合病机与病机转化是内科急难病证的共性病机特征,本文对其理论基础进行初步探讨。

1 立论渊源

中医对复合病机的认识始见于《黄帝内经》。《素问·六元正纪大论》有“溽暑湿热相薄,……民病黄疸而为臃肿”及“感于寒湿,则民病身重臃肿”,《素问·痹论》有“风寒湿三气杂至,合而为痹也”等论述,即是对湿热、寒湿、风寒湿等复合病机的初步认识。《灵枢·百病始生》有谓“外中于寒,若内伤于忧怒,则气上逆,气上逆则六输不通,温气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣”,指出积聚是由外感寒邪,内伤忧怒,气逆、血瘀、水湿等病邪复合为患所致。《伤寒论》对复合病机也有颇多论述,如“风湿相搏”、“瘀热在里”等都属复合病机范围。后世如朱丹溪谓:“热痰挟风”,“肺胀而嗽,……此痰挟瘀血碍气而病”,“暑风挟痰挟火”,叶天士谓:“素饮必有湿热,热瘀湿滞,气血不行”等也是对复合病机的阐发。

病机转化肇始于《黄帝内经》“从化”理论。病邪性质因“从化”而变,如《素问·至真要大论》有:“六气标本,所从不同”;“夫百病之生也,皆生于风寒暑湿燥火,以之化之变也”;《素问·水热穴论》谓:“人伤于寒,传

而为热”;《素问·生气通天论》提出“冬伤于寒,春必病温”等对病邪性质转化的论述。《伤寒论》针对病机转化在每个经方之后都附有多种随症加减的医嘱,对风寒侵袭后化燥、化热、化火等多种病机转化也进行了深入探讨,初步形成了基于复合病机转化理论的辨证论治特色。金元时期刘完素倡导风、寒、湿、燥四气皆能产生火热病证。朱丹溪提出,“湿土生痰,痰生热,热生风”;“气因郁而为痰”;“血受湿热,久必凝浊”;“病得之稍久则成郁,久郁则蒸热,热久必生火”;“清浊相混,隧道壅塞,郁而为热,热留为湿,湿热相生,遂生胀满”等病机转化新观点。《医宗金鉴》谓:“六经为病尽伤寒,气同病异岂期然?推其形胜原非一,因从类化故多端”,认识到病机从化引起疾病变化多端。明清时期,对热毒湿痰瘀互化的研究颇多,如《瘟疫论》谓:“邪热久羁,无由以泄,血为热搏留于经络,败为紫血”;《临证指南医案》提出,“经年累月久痛,寒必化热,故六气皆从火化”;“痰乃热熏津液所化”;“气分之阻,而致水饮瘀浊之凝”;“气滞酿湿,郁而成热”;“湿甚热郁,三焦隧道气血不通”等。《重订通俗伤寒论》谓:“邪热炽盛,郁火熏蒸,血液交凝”。而《血证论》谓:“血积日久,亦能化为痰水”、“须知痰水之壅,由瘀血使然”是对痰瘀互化的论述。

近年来,越来越多的学者开始重视对病邪互化开展研究,如罗致强^[3]提出“因湿致瘀”,吕文亮^[4]提出“湿热致瘀”,刘昭纯^[5]提出“瘀血生风”,朱虹^[6]提出“瘀血致燥”,董汉良^[7]提出“痰瘀相关”,朱祥麟^[8]提出“六淫化风”等。匡调元^[9]总结出六气有风从寒化,风从热化,湿从寒化,湿从热化,寒从热化,燥从热化,燥从寒化等 6 种从化形式。

以上表明,古今医家已经从不同侧面认识到了风、寒、湿(水)、热、燥、火、痰、瘀、毒、郁等诸邪之间及其与正虚之间常可出现相互转化、兼夹,进而形成复合

基金项目:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2006CB504807);南京中医药大学基础研究与重点培育专项基金项目(09XJC03);南京中医药大学中医药内科学重点学科开放课题(zynk002)
通讯作者:叶放,yefang973@163.com,13770539831

病机。

2 临床特征

早在 20 世纪 80 年代,周老^[10-11]就认识到病机转化、复合病机、证的复杂性和辨证论治之间是辩证统一的关系,如提出,“病理因素不仅直接致病,还可以在疾病过程中起因果关系,促使病情恶化”;内科急症多见“内外合邪,每多因果夹杂;病理因素责之风火(热)痰瘀,常可转化并见;邪盛酿毒,毒邪性质多端,……正是由于这些病理因素的演变转化,使得急症多种病证之间相互关联”,这些论述至今对临床具有重要指导价值。病机要素中的病因、病位、病性等都可表现为复合为患,病势多变则是病机转化的基本特征。

2.1 多因复合

“多因复合”即“多种病邪复合、兼夹为患”。多因复合的“因”既是指多种病因(外感六淫、内伤七情、饮食和劳倦等)同时或先后侵袭人体,还包括多种疾病复合为患,患者往往表现为两种及两种以上的病理因素相互兼夹复合。常见的多因复合如风火相煽、瘀热相搏、寒热错杂、湿遏热郁、痰瘀互结等属两两相合,风痰瘀阻、痰湿毒蕴等为三三相合,湿热瘀毒互结等属于四四相合。周老认为,复合病机较之于单一病机而言,不仅具有各自病气的发病特征,还常产生新的病机特点,如“湿热”病机的致病特征不同于单纯的湿和热,“瘀热”病机不同于单纯的瘀或热。

2.2 多病位复合

“多病位复合”即“多脏同病”。表现为多个脏腑及经络并损,如肝脾、肝肾、脾肺、或肝脾肾等功能俱损。人体是一个有机统一的整体,生命活动的细微单元之间存在密切联系与高度统一的关系,任何一脏有病,必然影响到他脏亦病,这是形成复合病机的重要基础。五脏传变通常按照生克传变规律而致多脏复合为患,如《素问·玉机真脏论》云:“五脏相通,移皆有次,五脏有病,则各传其所胜”。临床多脏同病者如胃痛、泄泻、呕吐、呃逆等多为肝脾同病,积聚、腹胀多为肝脾肾同病,哮喘、肺癆、消渴、水肿等多为肺脾肾同病,而如肿瘤、代谢综合征、慢性肝肾疾病等多种急、疑、难、顽症往往涉及多个脏腑,五脏同病者也不少见。

2.3 多病势复合

同一病邪可向其他多个方向从化、转化、类化,导致多种病邪杂陈,进而形成复合病机转化网络。既往对病性之阴阳、寒热、虚实之间互相转化、错杂为患的研究较多,但对其他病理因素之间的转化规律认识尚少,但这些规律在临床上客观存在,如:湿邪化热而为湿热,湿邪得寒而为寒湿,湿邪碍气而为气滞湿阻,湿邪化痰而为痰湿,湿郁日久则为湿瘀互结等;气滞则有血

瘀、水湿、化火等多种传变趋势。周老在临床研究中发现,外感热病,热毒酿瘀;内伤杂病,血瘀郁而化热,都可导致“瘀热相搏”这一具有新的特质的“复合病机”,而瘀热又有瘀热阻窍、瘀热血溢、瘀热水结、瘀热伤阴、瘀热动风等多种病机转化与复合趋势。

3 病机转化是形成复合病机的主要原因

3.1 邪正交争,病机转化,因果夹杂

病机转化反映了机体内部邪正交争的状态和疾病发展的趋势。常人始终处于阴阳动态平衡状态,而患病之后,“邪正交争”则是最重要的病理表现。邪正交争导致脏腑、气血、阴阳之间常相互影响、彼此传变,从而引起病位多向移变(病位传变)和(或)病邪之间相互转化(病邪从化),进而形成复合病机。

无论是病邪从化还是病位传变过程中的因果关系,并不是“果”形成之后,“因”自动消失,而往往都是“因”与“果”并存,因果夹杂,进而形成“因”和“果”并见的复合病机。如湿生热,形成热之后并非湿自动消失,而是湿热并存;热毒深入营血,搏血为瘀,并非热毒自动消失,而是瘀热相搏;血瘀郁久化热,而成瘀热等。若因湿生痰、因湿化热、因瘀化热和肝病传脾,则分别形成痰湿、湿热、瘀热和肝脾同病复合病机。

3.2 影响病机转化的相关因素

病机转化是形成复合病机的主要原因,临床上患者是否出现病机转化、如何转化、与哪些因素有关呢?或者说感受同样的病邪或患者目前处于同样的病理状态,其病机复合、转化趋势的影响因素有哪些?

3.2.1 体质阴阳虚实状态决定病机转化方向 感受同样病邪,或机体目前处于相同病机状态,下一步将向何种方向转化,主要与机体体质阴阳强弱有关。正如《医门棒喝》谓:“邪之阴阳,随人身之阴阳而变也”。《医宗金鉴》指出,“人感受邪气虽一,因其形脏不同,或从寒化,或从热化,或从虚化,或从实化,故多端不齐也”。如阴虚阳盛之人体内诸邪每多从阳化热化火,阴盛阳虚之人体内诸邪气则易从阴化寒。如同样感受湿邪,阳盛或阴虚之体,湿从热化,而为湿热黄疸,继则湿热由气分深入血分,而为湿热瘀毒互结,甚则化火、动风;阳虚之人,湿从寒化,而为寒湿阴黄,日久则为寒湿瘀阻。

3.2.2 初始感邪性质及其所犯部位决定病机转化趋势 一方面,感受同种病邪所犯部位不同,其病机传变趋势则不同。五脏气血阴阳各具有不同的生理功能,其所受病邪转化趋势也不相同。如刘完素《素问病机气宜保命集》有谓:“假令湿在于心经,谓之热痰;湿在肝经,谓之风痰;湿在肺经,谓之气痰;湿在肾经,谓之寒痰,所治不同,宜随证而治之”,表明同一病邪之性质与转化方向与所处脏腑阴阳属性密切相关。

另一方面,病邪性质不同,其致病性的强弱则异,病机传变特点也不尽相同。感受寒邪,易伤阳气,或入里化热,或寒凝血瘀,或水饮内停;感受热邪,则易伤阴,或因热煎熬,而为痰热或阴伤。内伤热、燥、痰、瘀诸邪最易化火、伤阴,寒、湿、水、饮则易于伤阳气;风邪每多兼夹火、热而具备流行性,传变多急;湿邪性质黏滞而趋下,传变则有湿热、寒湿两途,其势多缓。又如流行性感冒、传染性非典型肺炎、流行性乙型脑炎、肺炎等疾病早期虽多同类似于“风温”,但病情传变规律并不相同。

3.2.3 病邪久羁每多出现病邪转化 《素问·生气通天论》曾谓:“病久则传化”,说明病邪久留不去,则发生传变。《临证指南医案》谓:“风寒湿三气合而为痹,然经年累月,外邪留着,气血皆伤,其化为败瘀凝痰。”也说明邪气久羁是产生痰瘀的主要原因。颜德馨老中医曾提出^[12],凡“久发频发之病”、“奇症怪病”、“久虚羸瘦从痰”、“久积”、“常法论治不效者”等情况下都可从痰论治而取得良效。在这些情况下,患者未必有痰或瘀的外在的信息表征,但其机体内部存在痰或瘀病机转化之实,因而从痰或瘀论治能够取效。其共性是原发病邪迁延、久羁,病气持续时间长,导致脏腑功能失调,久则气血津液失于正常输布,则向痰或瘀转化“久”的时间条件具备,尽管尚未形成显著的痰或瘀的外在信息表征,但从痰从瘀论治却有奇效。

3.2.4 初病脏腑功能失调的程度 感邪后初病脏腑功能失调的程度与病邪是否转化密切相关,如虚人感邪与壮人染病的病机传变情况不同。感邪量多,正不胜邪,其变迅速;感邪量少,正能抗邪,即使传变其势也缓。如某些疫毒痢,正虚而邪实,往往尚未见有腹痛、里急后重、下利赤白脓血,发病之初即见邪入心肝、营血,而见厥或脱。不少慢性病证,尽管机体存在一定的病邪,但含量较少,或邪毒潜伏,邪正交争不甚剧烈,脏腑功能尚为正常,病机转化较慢。如初始病邪同是湿热疫毒,但乙型肝炎病毒携带者发展为肝硬化往往需要几十年,而急性重症肝炎则在数月内形成坏死后肝硬化。

3.2.5 饮食、起居、情志及治疗药物等因素 饮食、起居失常、情志失调常常是形成体内诸邪及其转化的重要原因。饮食不节而致脾虚,内生痰湿;饮酒过量,湿热内生;起居失常,寒热不调;情志失调,气机郁结,郁、湿、痰、瘀、寒、热等新生之邪可引动原发病邪(伏毒),发生病邪传变。如肝炎病毒携带者湿热疫毒内伏,但若嗜食肥甘厚味或酗酒引起脂肪肝、肥胖,湿热、痰湿致使慢性肝炎湿热疫毒病机的内在转化,形成湿热痰毒互结的复合病机。又如治疗不当,药毒所加,可引起病邪转化。药用寒凉则易伤阳,药用温热则易耗阴,滋腻

之品则易碍气。再如治疗黄疸用苦寒太过太久,可使湿热之阳黄转化为寒湿脾虚之阴黄。放疗、化疗药物常使肿瘤患者原本癌毒病邪向热化、耗气伤阴的趋势转化。

3.2.6 四时之气、地域的不同影响病邪转化趋势 发病时所处季节、地域不同,病邪转化趋势也有差异。若素有痼疾,伏毒内伏,新感病邪,则使原有病邪性质发生转化。如《素问·四时刺逆从论》指出:“是故邪气者,常随四时之气血而入客也,至其变化,不可为度。”张志聪《素问集注》谓:“冬伤于寒,邪不即发,寒气伏藏,春时阳气外出,邪随气而化热,发为温病。”这些都指出邪气性质可“随气而化”。临床可见许多疾病多有发或容易加重的季节,即与病邪“随气而化”有关。

4 复合病机转化与证候表征的关系

在疾病过程中,邪正双方的力量是互为消长的。病邪在包括正气在内的多种因素的作用下,从开始出现转化之“势”到潜在转化,形成尚未有外在表征的新的病邪,进而出现新旧病邪的外在表征并存,这一内在的病机转化过程与外在四诊信息表征之间是非线性关系,后者未必能够完全真实地反映前者,并且后者的出现无疑会滞后于前者。

近年来,薛珂等^[13]提出“潜在病机”假说,把“临床虽无相应的症状出现,但确实存在于病机中、且对主证的形成和发展有重要影响的病理环节”称为潜在病机。曹洪欣等^[14]曾提出证候动态演变过程中有“前沿证、非典型证、典型证、偏原发证、间位证、偏继发证”之分。我们认为,证候的显、隐及动态变化的内在基础是病机转化,探讨证的这些特征必须从复合病机转化理论研究入手。

由于在病机转化及复合病机的形成过程中,各种病理因素之间的转化有从量变到质变的过程,客观存在的内在病机转化过程未必都能够随时通过四诊信息表现出来,即并非是机体内部病机演变的每个环节都能随时出现外在表征。这些尚未出现外在信息表征的病机即属于潜在病机,其证即属于隐证,其演变过程正是证候动态演变的基础,因此,可以认为,复合病机转化是潜在病机、隐证存在及证候动态演变的内在本质,复合病机转化论较好地阐释和补充了传统中医“有诸内,必形诸外”的科学内涵,为“司外揣内”之“揣”提出了更高的要求。

5 结语

基于以上研究,我们认为,周老复合病机论基于内科难治病的重要发病特征,充分体现了中医认知疾病的整体观、辩证观特色,是对传统病机学理论体系的完

(下转第 874 页)

- drome and psychiatric disorders in the community: is there a link? [J]. *Am J Gastroenterol*, 2001, 96(4): 1072-1079.
- [2] Drossman DA, Ringel Y, Vogt BA, et al. Alterations of brain activity associated with resolution of emotional distress and pain in a case of severe irritable bowel syndrome [J]. *Gastroenterology*, 2003, 124(3): 754-761.
- [3] Grundy D, Al-Chaer ED, Aziz Q, et al. Fundamentals of neurogastroenterology: basic science [J]. *Gastroenterology*, 2006, 130(5): 1391-1411.
- [4] 刘松林, 梅国强, 赵映前, 等. 功能性消化不良的中医临床辨证规律研究[J]. *中国医药学报*, 2004, 19(8): 499-501.
- [5] 周福生, 吴文江, 张庆宏. 胃肠功能性疾病证型分布的统计分析[J]. *中华国际医学杂志*, 2002, 2(5): 438-442.
- [6] 危北海. 中医脾胃学说研究[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000: 9.
- [7] 李瑜元. 功能性胃肠疾病的精神心理因素及治疗[J]. *国外医学内科学分册*, 1998, 25(3): 105-107.
- [8] 张瑜, 卜平, 孔桂美, 等. 肠易激综合征中医病证与肠胆囊收缩素、细胞癌基因 fos、P 物质的相关性[J]. *中医杂志*, 2008, 49(9): 803-805.
- [9] 霍清萍. 从肠易激综合征脑-肠轴学说谈肝郁脾虚病理机制[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2005, 13(5): 318-320.
- [10] 徐斌, 王道宏. 心身医学-心理生理学的基础与临床[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1990: 19.
- [11] 严灿, 邓中炎, 吴伟康, 等. 从心理应激理论研究中中医肝主疏泄脏象本质[J]. *中医杂志*, 2001, 42(1): 8-10.
- [12] 陈家旭. 中医肝本质现代研究进展[J]. *中国中医基础医学杂志*, 1998, 4(7): 58-61.
- [13] 唐已婷, 陈家旭. 三种中药复方对应激大鼠下丘脑-垂体-肾上腺轴的调节[J]. *北京中医药大学学报*, 2002, 25(3): 25-29.
- [14] 李伟, 陈家旭. 三种不同治疗方法对慢性束缚性应激大鼠行为学和免疫功能的影响[J]. *中国实验动物学报*, 2003, 11(1): 33-37.
- [15] 李伟, 陈家旭. 慢性束缚应激模型大鼠海马脑啡肽 mRNA 和前强啡肽 mRNA 的表达及中药复方的影响[J]. *中华中医药杂志*, 2006, 21(4): 209-212.
- [16] 陈家旭, 杨建新, 赵歆, 等. 慢性束缚应激大鼠下丘脑 β 内啡肽变化及中药复方对其的影响[J]. *中国医药学报*, 2004, 19(2): 83-85.
- [17] 陈家旭, 唐已婷. 慢性束缚应激模型大鼠相关脑区前阿黑皮素基因表达的变化及中药复方的影响[J]. *中国药物与临床*, 2006, 3(3): 223-226.
- [18] 陈家旭, 唐已婷. 逍遥散对慢性束缚应激模型大鼠相关脑区 CRF 基因表达的影响[J]. *中国应用生理学杂志*, 2004, 20(1): 71-74.
- [19] 梁媛, 陈家旭, 郭晓玲, 等. 逍遥散对肝郁脾虚证大鼠边缘系统神经元超微结构的影响[J]. *中华中医药杂志*, 2009, 24(5): 577-581.
- [20] 岳广欣, 王竹风, 张巧丽, 等. AMPA 受体和相关蛋白在束缚应激大鼠相关脑区的表达变化及逍遥散对其影响[J]. *中国应用生理学杂志*, 2008, 24(2): 129-130.
- [21] 张惠云, 乔明琦, 孙丽. 肝气郁证模型大鼠下丘脑单胺类神经递质分析[J]. *中医杂志*, 2008, 49(2): 150-152.
- [22] 敖海清, 徐志伟, 严灿, 等. 柴胡疏肝散及逍遥散对慢性心里应激大鼠血清皮质酮及胃肠激素的影响[J]. *中药新药与临床药理*, 2007, 18(4): 288-291.
- [23] 陈芝芸, 严茂祥, 项柏康. 肝郁证大鼠血及结肠组织胃肠激素变化的研究[J]. *中医杂志*, 2003, 44(2): 131-132.
- (收稿日期: 2010-06-09; 修回日期: 2010-08-04)
- [编辑: 黄健]

(上接第 871 页)

善和补充。把握复合病机转化论, 有助于认知疾病动态演变规律, 预测疾病传变规律, 从而提高中医治未病的能力; 有助于从整体上高度地概括和诠释古今诸多病机新假说; 基于“复合病机转化论”对指导临床辨证和复法组方应对急难重症具有重要临床意义。

参考文献

- [1] 吴勉华. 传承名老中医学术思想, 重视开展病机学创新性研究[J]. *南京中医药大学学报*, 2009, 25(5): 326-329.
- [2] 周学平, 叶放, 周仲瑛. 中医理论传承与创新研究的思路和方法[J]. *中医杂志*, 2009, 50(2): 101-103.
- [3] 罗致强. 因湿致病证的临床治疗体会[J]. *中西医结合杂志*, 1987, 7(11): 680-681.
- [4] 吕文亮. “湿热致瘀”理论及其临床意义浅探[J]. *湖北中医学院学报*, 2004, 6(3): 21.
- [5] 刘昭纯, 马月香. 关于建立“瘀血生风”概念的思考[J]. *山东中医杂志*, 2001, 20(1): 5-8.
- [6] 朱虹. 瘀血致燥探析[J]. *中华中医药杂志*, 2008, 23(4): 284-286.
- [7] 董汉良. 试谈瘀瘀相关[J]. *中医杂志*, 1980, 31(9): 7-10.
- [8] 朱祥麟. 《内经》六淫化风病理学说[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2001, 7(2): 10-12.
- [9] 匡调元, 戴豪良. 现代中医病理学基础[M]. 上海: 上海科学普及出版社, 1998: 258.
- [10] 周仲瑛. 中医内科临床证备要[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1984: 21-57.
- [11] 周仲瑛. 中医内科急症辨治纲要[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2003, 1(1): 15-17.
- [12] 颜德馨. 疑难病证诊治心法[J]. *继续医学教育*, 2007, 21(19): 32-34.
- [13] 薛珂, 谢鸣. 关于潜在病机理论的探讨[J]. *中华中医药杂志*, 2009, 24(11): 1410-1412.
- [14] 曹洪欣, 黄柄山. 证候动态变化之探讨[J]. *云南中医杂志*, 1987, 8(3): 4-7.
- (收稿日期: 2010-04-23; 修回日期: 2010-06-15)
- [编辑: 黄健]