

方证对应特征探讨

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] 方证对应是中医学经典中蕴藏的一种较为独特的疾病辨治模式。该模式以经验为基础, 以经典为依据。临证经验是形成其雏形的基础, 《伤寒论》等经典中的方证对应是对临证经验的升华, 临证实践又对其进行不断重复、验证、发展与完善。证据是方证对应中“证”的原始内涵, 证据包括症状、体征, 疾病和体质3个方面内容以及方证、药证2种形式, 其中疾病和体质是对症状、体征的进一步延伸。临证时主张以症状、体征为治疗靶向, 以方证、药证为诊断单元, 进而表现为一种以直觉判断和跳跃性思维为特征的疾病辨治过程。

[关键词] 方证对应; 方证; 药证; 证据; 辨证特征

方证对应又称方证相对、方剂辨证, 是中医学经典中蕴藏的一种较为独特的疾病辨治模式, 是指方剂与病证病机和疾病外在表现(即症状、体征, 下同)相契合对应, 简而言之, 有是证用是方, 证以方名, 方随证转, 方证浑然一体^[1]。方证对应与辨证论治均见于张仲景的《伤寒杂病论》, 但两者在思维模式上略有差异^[2], 鉴于其所蕴藏的独特学术内涵和巨大临床价值, 我们试将其相关特征略述如下。

1 以经验为基础, 以经典为依据

1.1 方证对应雏形

中医学在萌芽之初, 其医疗经验的积累是从单味药物治疗某疾病的单一症状开始的, 随着药理学知识不断丰富和医疗经验不断积累, 逐渐出现了由多个症状组合而成的疾病概念, 在治疗上相应地也就出现了由单味药组成的复方方剂。

其在古医籍中早有相关记载, 1973年长沙马王堆汉墓出土的《五十二病方》是现存最早的中医学著作, 其疽病标题下载有“治白薇、黄芪、芍药、桂、姜、椒、茱萸, 凡七物。骨疽倍白薇, 肉疽倍黄芪, 肾疽倍芍药, 其余各一, 并以三指大撮入杯酒中, 日五六饮之, 须已□”, 其“随症倍药”的疾病辨治方法可能就是体现方证对应理论实践的最早记载。现存最早的本草专著《神农本草经》中有乌头“除寒湿痹”, 麻黄“止咳逆上气, 除寒热”, 当归主治“妇人漏下绝子”, 阿胶主治“女子下血”等对病对症的治疗经验, 至今也为临床所沿袭运用。

从这里不难看出, 早期的医疗实践活动是形成中医学方证对应论治雏形的基础, 可以认为, 方证对应是早期中医学经验积累的一种客观形式和必由之路, 也

是早期中医学防治疾病维护健康的最为简单而直接的医疗途径。

1.2 方证对应升华

方证对应以文字形式首见于《伤寒论》。《伤寒论》是张仲景勤求古训、博采众方, 汲取《素问》、《九卷》、《八十一难》、《阴阳大论》、《胎产药录》等典籍而撰成, 不仅是辨证论治楷模^[3], 更在方证对应上垂方法、立津梁, 第317条“病皆与方相应者, 乃服之”, 直接揭示临证取效关键。

《伤寒论》的最大特色就是将前人运用较为成熟的方剂与临床较为固定的病证表现之间的特殊对应关系以113方方证形式固定下来, 如“太阳中风, 阳浮而阴弱, 阳浮者, 热自发, 阴弱者, 汗自出, 啬啬恶寒, 淅淅恶风, 翕翕发热, 鼻鸣干呕者, 桂枝汤主之”; “太阳病, 头痛发热, 身疼, 腰痛, 骨节疼痛, 恶风, 无汗而喘者, 麻黄汤主之”等。书中还多次提到“病如桂枝证”, “此本柴胡证”, “病形象桂枝”等, 开启中医学以方名证、以药名证之源, 这说明纷繁复杂的疾病表现在张仲景眼里已经直接对应为一个条理清晰的以方命名的方证, 已经直接对应为具体方药。

因此, 《金匱要略》等经典中方证的示范不仅是对临证经验的简单记载, 更是对临证经验的凝炼和升华, 使之脱离经验层面, 进而上升为一种规律性认识。岳美中先生对此作了高度评价, “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”^[4]。

1.3 方证对应重复与发展

《伤寒论》之所以会成为中医学经典, 且为历代医家奉为登堂入室之圭臬, 原因就在于其方证明确而具体, “药少而精, 重配伍, 药味配伍及药量配比法度森严, 变化有一定规律”, “用之得当, 常能愈大病, 起沉痾”^[5], 最经得起历史的考验和临床的重复, 并一直沿

用至今而长盛不衰。翻开古今医案,如《名医类案》、《经方实验录》及查阅现代期刊报道不难发现,许多疾病竟是《伤寒论》条文的经典重现,竟是经方医案的原味翻版。临证时不拘泥于中西医学病名诊断及中医证型诊断,有是证则用是方,无不效如桴鼓^[6],正如柯韵伯所言:“仲景之方,因病而设,非因经而设,见此症便予此方,是仲景活法”。

历代医家并没有仅仅停留在对经典原文中方证对应论治的重复验证层面,在临床实践中,归纳总结新的方证主治规律,对既有成方方证主治进行深化、发展和完善。如汗出、恶风、脉浮缓是诊断桂枝汤证的主要依据,但仅仅据此还不一定能完全排除类似方证,如玉屏风散证、桂枝加黄芪汤证等,庞安时对其进行了更深入的探索,发现其方证典型表现为“病者常自汗出,小便不数,手足温和,或手足指稍露之则微冷,覆之则温,浑身热,微烦又憎寒”^[7],在这里庞氏非常形象地勾画出了桂枝汤证患者厚衣着被则汗出发热烦躁,减之则浑身湿冷发凉的特点,切用于临床。再如茯苓甘草汤在《伤寒论》中主治“伤寒汗出而不渴”和“伤寒厥而心下悸”;在《圣济总录》中主治“伤寒发汗后,腹下气满,小便不利”;在《普济方》中主治“心下停水,忪悸”;而在薛己《内科摘要》中则主治“膀胱腑发咳,咳而遗溺”。从其主治“厥而心下悸”到“腹满”、“小便不利”、“忪悸”,再到“膀胱腑发咳”的变化可以看出历代医家对本方方证进行探索、完善的轨迹。

清代温病学派的兴起别开生面,也是对《伤寒论》方证对应论治的重要继承与创新。叶天士是温病学派的代表医家,倡导从卫气营血辨治温病,但其学术思想受张仲景影响极大,临证擅用经方治杂病疗宿疾。《临证指南医案》全书共载341方,用张仲景原方多达76首,化裁变化经方也有25首,难怪程门雪先生感慨叶氏遍采诸家之长,不偏不倚,而于仲师圣法,用之尤熟^[8]。吴鞠通《温病条辨》不仅在撰写体例上“仿仲景《伤寒论》作法”,采用方证对应、一条一辨格式,在选方用药上也是善于继承并灵活变通,书中208方,用张仲景方达36首,对张仲景方进行加减变化的多达51首,诚如吴氏所言“是书虽为温病而设,实可羽翼伤寒”(《温病条辨·凡例》)。

邻邦日本在江户时代,由于伊藤仁斋和荻生徂徕等在儒学上兴起复古运动,医学界也出现了与之同出一辙的复古倾向^[9],受《伤寒论》方证对应思想影响,形成了独具特色的古方派一脉,以吉益东洞为代表的医家主张“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”。其后在汉方医学生死存亡之

际,汤本求真不朽巨著《皇汉医学》的问世更是将该思想淋漓尽致地展现在世人面前。

2 以证据为内涵

证,原为“证”字,在《说文解字》中训为“告也”,有证据、证明、验证义。证据即为方证对应中“证”的原始内涵,证据包括症状、体征,疾病和体质3方面的内容及方证、药证2种形式,其中疾病和体质是对症状、体征的进一步延伸。

2.1 以症状、体征为治疗靶向

中医学对疾病的认识并没有从微观角度探讨其病理机制,而是以一种司外揣内、以象测脏的宏观视角来分析,即根据疾病外在表现来推测脏腑的虚实寒热;对药物功效的认识同样没有着眼于微观作用靶点,而是从疾病外在表现的改善与否入手。

方证对应思想认为,方药的使用均要有很严格的证据作支持,有是证则用是方,无是证则去是药。“太阳病,头痛发热,汗出恶风者,桂枝汤主之”,若兼见“项背强几几,反汗出恶风者”,则变成了桂枝加葛根汤证,若兼见“发汗,遂漏不止,其人恶风,小便难,四肢微急,难以屈伸”,则又变成了桂枝加附子汤证,若“太阳病,下之后,脉促胸满”,则又变成了桂枝去芍药汤证,……头痛、发热、汗出、恶风是使用桂枝汤的证据,在此基础上,多一症状则加一味药,少一症状则减一味药,方药与症状、体征之间严格契合对应。方药治病犹如矢之中的,如果说方药是箭矢的话,那么疾病的症状、体征就是应矢之的,正如徐灵胎所言:“仲景之方犹百钧之弩也,如其中的,一举贯革,如不中的,弓劲矢疾,去的弥远”(《金匱要略心典·序》)。因此,宏观可见的症状、体征是中医学方证对应的治疗用药靶向,也是其治病依据所在。

在某些疾病中,一些症状、体征是确诊某疾病的特征症和必见症,临证时可以直接抓住该特征症而针对疾病用方,这可能就是专病专方专药的由来。以黄疸证治为例,不论其为阴黄阳黄,热重于湿或湿重于热,其所治方药大多不离茵陈,如茵陈蒿汤、茵陈五苓散、茵陈四逆汤、栀子柏皮汤加茵陈,由此可见,茵陈为退黄要药,黄疸这一疾病即为茵陈的主治依据。再如白头翁为治疗“热利下重”专药,金钱草为治疗淋证专药等。

另外,固定的症状、体征也常规律性地出现于某种体质类型中,临证时可以直接针对体质用方。如日本汉医森道伯先生在《汉方一贯堂医学》中根据患者不同临床表现,将人的体质分为瘀血证体质、脏毒证体质和解毒证体质,并分别以通导散、防风通圣散、柴胡清肝散、荆芥连翘汤、龙胆泻肝汤进行施治,以达到改善体质、

治疗疾病目的。如瘀血证体质常见于妇女,其特征有形体肥胖,颜面发红,指甲多呈红色或暗红色,脉象多细而实;腹诊多可触及两侧腹直肌强烈拘挛,且以右侧及上腹部明显,亦有仅见腹部膨满者;容易出现头痛、头重、眩晕、上逆、耳鸣、肩凝、动悸、便秘等。这种体质的人易患脑卒中、半身不遂、动脉硬化、肝病、痔疾、神经性疾患、泌尿生殖器疾患、阑尾炎、心脏病等。临证以通导散方(《万病回春》通导散加枳实)作为调治该体质主方^[10]。叶橘泉先生临证常用小柴胡汤、桂枝汤及小建中汤改善虚弱儿童体质,且认为贫血、虚寒、腹中痛是表虚里亦虚,不如小柴胡汤和桂枝汤病证的伴有表邪外感,发热恶风寒等症是运用小建中汤的指征^[11]。如果将症状、体征的作用靶向作进一步延伸,则可以认为,疾病和体质也是方证对应的证据内涵所在。因此,方证对应的临床论治也就有对症状、体征用药,对疾病用药和对体质用药3个层次。

以方药使用的客观证据作为方证对应中“证”的原始科学内涵,这与将“证”定义为疾病某一阶段的病理概括,包括病因、病位、病性和邪正关系^[3],并把病机意义上的“证”(如脾虚证、肾虚证)作为用药的依据凭证有所不同。前者可以摆脱关于方证对应是一方对应一证,一方对应多证还是一证对应多方的争论思辨,更切用于临床实际需要。以吴茱萸汤证为例,本方原文主治“食谷欲呕者,属阳明也”,“少阴病,吐利,手足厥冷,烦躁欲死”,“干呕,吐涎沫,头痛”,如果从证据角度来看则一目了然,不论病在何经,吐、利、手足厥冷、烦躁、头痛均是使用吴茱萸汤的重要指征。

2.2 以方证、药证为诊断单元

认识疾病在于辨证,而治疗疾病则在于用方,临证时寻找方药与证之间的特殊对应关系,即方证和药证,是取效的关键。

方证,即是运用方剂的依据凭证^[1],如桂枝汤方证、小青龙汤方证等。方证是方证对应思维的基本诊断单元。中医学的严谨、科学、规范与可重复即体现为其方药的使用证据是极其客观明确而具体的,面对同一个患者,排除医生的主观因素(如查体仔细程度)外,一般都能得出同一个方证结论,这说明“方证”相对具有一定的客观性,能够较为准确地反映疾病的本质属性。方证既是一个诊断学概念,又是一个治疗学概念,具有诊断治疗统一性。临证只要见到“头痛发热,身疼腰痛,骨节疼痛,恶风无汗而喘”的麻黄汤证,即可投麻黄汤进行治疗,因此,只要诊断为某方证,就一定有治疗。而证是辨证论治思维的基本诊断单元,证只是一个诊断学概念,临证见到气短乏力、纳少便溏等症状,虽然可

诊断为脾气虚证,但是治疗时还需另行选择具有益气健脾功效的方药。

药证,即是运用药物的依据凭证。如项背强几几而兼有大便偏稀是葛根证;心下悸、头晕是茯苓证;吐下之后,内伤脾胃,气液不足的心下痞、心下支结、恶心呕吐、噎气、下利是人参生姜大枣证;咳嗽,痰色不黄,兼见大便变稀,次数增多,气味不重,舌质淡嫩而不红,舌面水滑而不干,脉象沉紧而不洪大是干姜五味子证等。由于方剂是由每一味药物组成,因此,药证又是构成方证的基础,在辨方证的同时还要辨别具体药证以期药证相符。以半夏泻心汤为例,原文主治“伤寒五六日……但满而不痛者,此为痞”,“呕而肠鸣,心下痞者”,其中“心下痞”、“但满而不痛”、“呕”、“肠鸣”是其辨证要点。若从药证分析,按照《伤寒论》用药习惯,刷牙恶心,或恶心呃逆(即“呕”),舌苔腻是半夏证;不能饮冷,食后或呕吐,或胃中胀满,大便偏稀属寒者(即“肠鸣”)是干姜证;“心下痞”,舌质红是黄连证;心下痞、口苦是黄芩证;吐泻后的体液丢失是人参证;挛急疼痛是大枣证;胃中不适导致的烦躁急迫症是甘草证^[6]。若主诉心下痞而兼见平素大便干结,则患者很有可能就不是半夏泻心汤证,因为方中干姜、黄连有导致大便变干的功效。

3 以直觉判断和跳跃性思维为表现

方证对应论治是在面对病证时,首先在脑海中罗列出与之相关的常见方剂,然后或抓住能确定某方证的特征症或症状组合直接选方,或根据常见方证逐一排除,最后选择最佳处方。这是一种以方统证的思维形式,是以较为成熟的临床实践经验为基础的直觉判断,类似于“见病见症直治法”^[12]。

现今老中医临证治病也体现了这种直觉判断的思维风格,如刘渡舟教授将苓桂术甘汤的适应证概括为水舌(舌胖大、质淡嫩、苔水滑欲滴)、水脉(沉弦或沉紧)、水色(面黧黑或见水斑)、水气上冲症(心悸或动悸、胸满、眩晕等),临床上不论何病,只要见到上述特征性表现,就径投苓桂术甘汤,每可取得不可思议的疗效;赵绍琴教授把升降散的适应证概括为舌红起刺、脉弦滑细数、心烦急躁、自觉心中愤愤然、莫名所苦等,临床上只要见到上述升降散证,不论是什么疑难杂病,就率先投以升降散,亦可每起沉疴^[2];胡希恕先生临证时也常说“这个哮喘病人是大柴胡汤合桂枝茯苓丸证”,“这个肝炎患者是柴胡桂枝干姜汤合当归芍药散证”^[13]。不仅国内这样运用,在国外也是如此,据矢数道明回忆,“21岁时,患感冒,用葛根汤发汗后湿润不止,更有上冲,左侧偏头痛甚剧,恶寒,脉浮弱。森道伯

翁诊视之,此乃桂枝汤证,即与桂枝汤,一服汗止,头晕眼花已除,偏头痛霍然而愈^[14]。从这里不难悟出,通过大量临证实践总结概括提炼出的方剂具体而明确的使用指征,是方证对应思维直觉判断的基础,唯有如此,医者才能在面对患者的瞬间直接找出病证与方的对应关系。这就是“直接选方”法。

再如咳嗽常见方证有小青龙汤证、桑菊饮证、桑杏汤证、杏苏散证、补肺阿胶汤证、泻白散证、杏苏二陈汤证、苏子降气汤证、小柴胡汤证、逍遥散证等,临证需要仔细询问患者大便情况,若大便比平常偏稀,次数增多,则多选择含有干姜、五味子等兼有涩肠止泻作用药物的干姜类方,如甘草干姜汤、真武汤加干姜细辛五味子、小柴胡汤去参姜枣加干姜五味子、四逆散加干姜五味子、小青龙汤等;若大便比平常偏干,甚或数日不大便,则多选择含紫苏子、杏仁等润肠通便药物的苏子类方、杏仁类方,如杏苏二陈汤、苏子降气汤、清燥救肺汤、桑杏汤、杏苏散、补肺阿胶汤等^[15]。这就是“间接排除”法。

方证对应论治还表现为临证治疗时不一定抓主诉。辨方证是在患者错综复杂的症状中寻找能确定某方证的特征症,寻找能确定某方证的蛛丝马迹,而这种蛛丝马迹不一定是患者的主诉不适。一旦抓住其方药指征就可以“但见一症便是,不必悉具”,确定方证诊断^[2]。在古今医案中有大量不抓主诉的经典记载,如陶尚文治一人,伤寒四五日,吐血不止,医以犀角地黄汤等治而反剧。陶切其脉,浮紧而数,若不汗出,邪何由解?遂用麻黄汤一服汗出而愈^[16],从这里可以感受到陶氏临证不落窠臼,独树一帜的风格,陶氏并未循规蹈矩先辨其吐血是胃热壅盛、肝火犯胃还是气虚血溢,而是见麻黄汤证(原文虽仅言“伤寒”、“浮紧而数”,但必定隐含麻黄汤证的其它表现)辄投方施治,故能一服而效。

辨证论治是在面对病证时,首先归纳总结得出一个证型,然后再根据病机特征选择相应的代表方药,这是一种以证统方循序渐进的思维形式。与辨证论治模式相比,方证对应直指病证与方药之间的一一对应关系,思维过程简单具体而明确,似乎跳跃了辨证论治的思辨过程,而带有触发性“直觉思维”的特征,实质方证本身就已经包含了辨证论治的内核,是一种较为独特的辨证方法,需要“十年磨一剑”的功夫^[12]。

4 结语

虽然中医学辨证方法多样,学术流派纷呈,但殊途同归,最终临证处方还是要落实到对具体方证和药证的识别上。方证和药证是对方药使用指征的概括提炼,

是客观而具体的,是经得起历史检验和临床重复验证的。熟练掌握经典名方的方证主治,临证时就可以游刃有余,以不变应万变,正如徐灵胎所言“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”^[17]。

参考文献

- [1]王阶,熊兴江,何庆勇,等.方证对应内涵及原则探讨[J].中医杂志,2009,50(3):197-199.
- [2]张文选.辨方症论治体系初探[J].北京中医药大学学报,2004,27(2):1-5.
- [3]吴敦序.中医基础理论[M].上海:上海科学技术出版社,1995:2,9.
- [4]岳美中.岳美中医论文集[M].北京:中国中医药出版社,2000:441.
- [5]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.
- [6]熊兴江,何庆勇,汤艳莉,等.经方方证运用体悟[J].上海中医药杂志,2009,43(2):15-17.
- [7]庞安时.伤寒总病论[M].北京:人民卫生出版社,2007:25.
- [8]叶天士.未刻本叶氏医案[M].上海:上海科学技术出版社,1982:288.
- [9]安井广迪.日本汉方各家学说的变迁[J].天津中医学院学报,1992,11(1):43~47.
- [10]潘桂娟.论日本汉方一贯堂医学的学术特点及现代意义[J].中医杂志,1995,36(2):76-78.
- [11]马永华,叶家南,叶庭兰,等.中国百年百名中医临床家丛书——叶橘泉[M].北京:中国中医药出版社,2004:84-85.
- [12]朱邦贤.方剂辨证与方证规范化之我见[J].上海中医药杂志,1997,31(11):2-5.
- [13]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.
- [14]矢数道明.临床应用汉方处方解说[M].北京:人民卫生出版社,1983:100.
- [15]史欣德,巢因慈.论察二便对咳嗽辨证选方的重要价值[J].中国中医基础医学杂志,2001,7(5):35-36.
- [16]江瓘.名医类案[M].北京:人民卫生出版社,1957:35.
- [17]徐灵胎.徐灵胎医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:163.

(收稿日期:2009-05-19;修回日期:2009-09-15)

[编辑:黄健]

长期销售空心胶囊

本产品严格按照国家标准和《中国药典》规定的质量要求生产,符合药用各项指标,有0号、1号、2号等型号,多种颜色可供选择。本公司以合理的价格欢迎单位和个人来电来函咨询。对用量少的单位和个人将办理邮购业务。价格:每万粒135元(含邮资)。

地址:浙江新昌县一诺胶囊有限公司,邮政编码:312560,电话:(0578)86061888,013708852676,联系人:潘炎锋