

· 理论探讨 ·

论“病机证素”

过伟峰 吴勉华 周仲瑛 周学平 金妙文 叶放 李国春 袁园

(南京中医药大学, 江苏省南京市汉中路 282 号 88 信箱, 210029)

[摘要] 依从于传统辨证体系下的证候规范化研究难以达到规范化的目的, 进而从病机的角度, 提出“病机证素”概念及其辨证思想。病机证素是指构成某种疾病、某一证候的病机要素, 它能概括、体现该证候的病理特征, 是决定证候诊断的基本元素。以此作为证候的最小分类单元和辨证的核心, 可使复杂证候简单化; 通过病机证素的兼夹组合, 以不变应多变, 从而适应临床证候繁杂多变的复杂局面。病机证素源自“审证求机”, 审证求机的核心则是求病理因素, 而病理因素数量有限, 内容清晰, 易于达到规范化要求。病机证素辨证思想为解决证候规范化与辨证灵活性之间的矛盾提供了思路。

[关键词] 证候规范化; 病机证素; 中医辨证

规范化是科学的特征之一, 中医学的规范化是中医学向现代化和科学化迈进的先决条件, 证候的规范化则是中医学规范化的龙头。20 世纪 80 年代以来, 证候的规范化研究被提到议事日程, 从国家各级重大项目到各个中医研究机构, 都投入了大量的人力、物力和财力, 致力于证候学研究, 取得许多重要成果。但从实际应用来看, 尚未显示成果的价值。究其原因, 是因为中医理论的实践性强, 辨证的灵活性大, 形成了规范化与灵活性之间难以统一调和的矛盾体。

我们在从事国家重点基础研究发展计划——“瘀热病因在内科难治病发病中的机制及其分子基础研究”工作中, 对传统中医辨证体系进行了反思, 对中风辨证思路进行了探索, 受周仲瑛教授“求因论治的实质是审证求机, 审证求机的核心是求病理因素”^[1]学术观点的影响, 提出“病机证素”概念, 并以此作为证候的最小分类单元和辨证的核心, 使复杂证候简单化, 为证候的规范化和辨证的灵活性之间架起一座桥梁, 为构建中医辨证新体系进行了有益的探索。

1 传统中医辨证体系给证候规范化带来的困惑

辨证就是辨析、识别证候, 是在全面而有重点的搜集四诊素材的基础上, 运用中医理论进行分析推理、综合判断而得出的证候诊断, 是通过重点辨别当前病变的部位和性质, 并概括为完整证名的思维认识过程。通过辨证得出的证候诊断是中医理论及临床思维的核心, 因而证候的研究, 是当代中医学家研究的重点, 更是近 30 年来研究的热点。其中主要是以中风等重大疾病为切入点, 运用传统中医辨证方法, 结合流行病学、

循证医学、数学、神经信息学等技术手段, 开展辨证思路与方法研究、证候量化及规范化研究、证候分布规律研究、证候本质研究等。主要成果体现在《中医药常用名词辞典》等辞书的问世; 有关证候的国家标准、行业标准、《中药新药临床研究指导原则》的出台; 中风、肾虚等主要病证诊断标准的制订。上述研究成果提供了一系列证候诊断标准, 进而揭示了相关疾病证候的分布和组合规律。

但病证的临床征象及病理机转是错综复杂的, 而且是动态发展的。同一疾病, 由于各医家认识的侧重点互有偏差, 因而辨证分型互有不同。传统的辨证方法令证候繁杂, 难以统一。如王天芳等^[2]对抑郁症、慢性乙型肝炎、慢性肾功能衰竭、慢性阻塞性肺疾病、更年期综合征的临床资料进行横向和纵向分析, 经过规范后的证候类型极为繁杂, 抑郁症有 75 个, 最多的慢性肾功能衰竭达到 148 个。再如中风证候的规范化研究, 许多专家结合各自的临床经验, 提出各种辨证分型方法。如孙怡等^[3]辨证分为 5 型: 肝阳暴亢、风火上扰; 风痰瘀血、痹阻脉络; 痰热腑实、风痰上扰; 气虚血瘀、脉络不通; 阴虚风动。何金英等^[4]辨证分为 6 型: 肝阳暴张型、痰湿内闭型、痰热蒙窍型、气虚血瘀型、阴虚风动型、元气败脱型。梁宝华等^[5]分为二虚四实 6 个证型, 即气虚证、血瘀证、阴虚阳亢证、风证、痰证、火热证。近 20 多年来, 有关部门更是相继研究制定了一系列中风病证候的规范化诊疗标准。如中华全国中医学会儿科分会 1986 年制订的《中风病中医诊断疗效评定标准》规定中经络 5 个证类, 中脏腑 4 个证类。1989 年长春全国脑血管病学术研讨会上提出《中风病证候诊断专家经验量表》, 筛选出 148 个证候诊断因素和 6 个基本证候(风证、火热证、痰湿证、血瘀证、气虚证、阴虚

阳亢证)。1991 年国家中医药管理局脑病急症科研组制订《中风病辨证诊断标准》,规定了风证、火热证、痰证、瘀血证、气虚证、阴虚阳亢证等 6 个证候的量化诊断标准。1996 年“八五”国家科技攻关项目“中风病证候学与临床诊断研究”课题组制订了风痰火亢、风火上扰、痰热腑实、风痰瘀阻、痰湿蒙神、气虚血瘀、阴虚风动等 7 个基本证类的诊断标准(简称二代标准)。

上述各种标准的证候分类方法互不一致,失却了标准的权威性和公允性,难以达到规范化要求,这是传统中医理论体系所决定的。因为辨证是通过辨析、识别证候,得出证候诊断的思维认识过程。有其“症”,辨其“证”,分其“型”,但受个体差异、病程、药物治疗等影响,同一疾病的症状和体征可千变万化,导致证候繁杂。加之医者水平、学术流派等因素的影响,同一患者在不同的医师之间,可能作出不同的证候诊断。对这些证候全部进行规范化处理则失去了规范的意义,若是选择部分主要证候进行规范化处理,则必定是挂一漏万。这是多年来中医辨证分型难以在规范化、客观化、标准化进程中取得实质性进展的主要症结之所在。并且过于机械和程式化的规范化证候及诊断标准难以体现中医辨证的灵活性,丧失了辨证论治特色的规范化是不具备生命力的。

因此,依从于传统中医辨证体系下的证候规范化研究是达不到规范化目的的,但这一问题不解决,中医学只能停留在经验科学的层次,严重制约中医现代化的进程。如何解决证候规范化与辨证灵活性之间的矛盾,我们认为,必须从大处着手,反思现有辨证体系的缺陷,突破传统辨证思路的框框。

2 提出“病机证素”概念的肇因

通过广泛回顾近 30 年以来有关中风证候学研究的文献,我们发现,尽管分类繁杂,但分析这些证候的病理属性,无非涉及风阳、火热、痰(痰热和痰湿)、瘀血、腑实、阴虚、气虚等病理因素。各种证候诊断仅是对这些病理因素进行不同的组合兼夹,如风火上扰、痰火内闭、痰瘀交阻、气虚血瘀、阴虚阳亢为二重组合;风痰火亢、风痰瘀阻、痰热腑实、痰火瘀闭等为三重组合。这一现象提示了两个问题,一是中风证候诊断主要由病理因素所决定;二是多数证候采用的是组合术语,提示风、火、痰、瘀等病理因素在中风发病中常相互交织,不可孤立。由此看来,证候诊断的过程与结果实际上是审证求机,核心是求病理因素,但病理因素毕竟属病因学范畴,与形成证候诊断的基本元素有所区别,故把后者称之为病机证素。

3 病机证素的概念及其理论意义

所谓病机证素,是指构成某种疾病、某一证候的病

机要素,它能概括、体现该证候的病理特征,是决定证候诊断的基本元素。

中医证候的本质是致病因素作用于人体,导致脏腑功能紊乱、气血阴阳失调而出现的一系列互有内在联系的证候群。临床可根据四诊信息,应用传统辨证方法,从患者的证候群中去推求病机证素。病机证素源自病理因素,但不同于病理因素的简单罗列,亦非多种病理因素的机械迭加,而是紧密结合疾病的证候表现与病机特点,由病理因素提升出来的,介于证候与病理之间的中间体,对证候诊断具有决定作用。如风、火、痰、瘀等是中风的病理因素,痰热、痰湿、瘀热是中风的病机证素,后者更能概括、体现中风病证候的临床特征和病机特点。风、火、瘀则既可是中风的病理因素,又可是病机证素。

病机证素的分类类似于辨证分型,却摆脱了传统辨证方法的相对刻板 and 固定(有其“症”,辨其“证”,分其“型”)。通过病机证素的诊断及病机证素的兼夹组合,以不变应多变,从而适应临床证候繁杂多变的复杂局面。同时由于病机证素源自病理因素,其数量相对局限,内容相对清晰,易于达到规范化、标准化要求。病机证素是连接病理与证候之间的桥梁和纽带,它既不悖于中医辨证的精髓,更深化了中医辨证的理念,充分体现了辨证的灵活性与证候规范化之间的统一,较传统的辨证分型方法更具临床实用价值。

4 病机证素源自“审证求机”

病机证素是基于“审证求机”在辨证过程中的重要作用和地位这一基础上提出的。

治病求本是临床医学的最高境界,求本不是针对表象,缓解痛苦,而是针对病因予以根除。求因论治是中、西医诊治疾病的常识,而在中医学这一独特的理论体系中,则有更深的含义。确切地说,是“审证求机”,辨证论治。正如周仲瑛教授所言:“抓住了病机,就抓住了病变实质,治疗也有了更强的针对性。求机的过程,就是辨证的过程”^[1];梁茂新教授也提出“病机与证是两个同位语”^[6];方药中教授更是坦陈辨证论治即是“在中医整体观的思想及藏象学说理论指导下,如何进行病机分析”^[7]。足见“审证求机”在辨证过程中的重要性。病机是有效地贯通中医学理论指导临床实践的桥梁,病机理论体系是整个中医学理论的灵魂,是中医继承、发展、创新的突破口。

辨证求机的内容包括辨病因、病理因素(第二病因)、病位、脏腑病机、八纲属性、标本缓急、证(病)势转归和预后等,其关键在于求病理因素。中医病因学的最大特点是辨证求因,即通过分析症状、体征来推求病

因。如对六淫的认识,不能仅仅理解为自然界的六种非时之气,而应从病机着眼,理解为各种外因和内因作用于人体后产生的一种病理反应,即“内生六淫”。中医学的病因是在疾病发生发展过程中表现出来的病理属性,实际上寓有病机的含义。

从某种意义上而言,“审证求机”的核心是求病理因素,现代称之“第二病因”,以区别于导致疾病发生的“第一病因”。因为许多疾病发生以后,在众多的证候群中,往往已找不到“第一病因”的依据,疾病的病机由病理因素所决定。病位取决于疾病本身,如病理因素同样是瘀血,冠心病病位在心,而中风病病位在脑。脏腑病机与病变脏腑相关,如胃气上逆,病变脏器在胃;湿热下注,病变脏器在下焦(肾、膀胱、大肠等),当然还要结合脏腑之间的相互关系,如子病及母、肝脾乘侮等。八纲属性一般取决于病理因素的属性;而标本缓急、证(病)势转归等取决于邪正盛衰。可见在辨证求机的内容中,辨病理因素至为关键。临床在求得病理因素后,基本上可以确定证候的病机,进而结合病位从气血病机和脏腑病机分析其病理变化。

综上所述,辨证求因的关键是审证求机,审证求机的核心是求病理因素,只要求得疾病某一证候群的病

理要素,即可达到病机证素辨证的目的。对于病机复杂、病性多样的证候群,则可通过多种病机证素的组合,做出证候诊断。病机证素概念的提出和作为辨证方法的应用,为解决证候规范化与辨证灵活性之间的矛盾提供了思路。

参考文献

[1]过伟峰.审证求机,知常达变——周仲瑛教授谈中医临床辨证的思路与方法[J].南京中医药大学学报,2000,16(3):133-136.
[2]王天芳,吴秀艳,赵燕.临床常见疾病中医证候要素分布特点的文献研究[J].中华中医药杂志,2007,22(9):594-597.
[3]孙怡,王腾云.辨证治疗脑出血 84 例疗效观察[J].中医杂志,1991,32(2):30-32.
[4]何金英.脑卒中急性期的针药结合辨证论治[J].临床荟萃,1992,7(1):37-39.
[5]梁宝华.脑血管病临床辨证规范化定量化的进一步研究[J].北京中医药大学学报,1997,20(2):47-49.
[6]梁茂新,刘进.中医证研究的困惑与对策[M].北京:人民卫生出版社,2000:132-134.
[7]方药中.辨证论治研究七讲[M].台北:启业出版社,1982:87-88.

(收稿日期:2009-09-16;修回日期:2010-01-04)
[编辑:黄健]

• 临床解惑 •

怎样分型辨治梅核气

王 付

(河南中医学院方剂学科,450008)

半夏厚朴汤是治疗气郁寒痰型梅核气的基本代表方,但并非能通治所有证型的梅核气,只有分型辨治梅核气,才能取得预期的效果。

1 气郁寒痰证

咽中如有物阻,咯之不出,吞之不下,因情绪异常诱发或加重,或胸闷,或胸胀,舌质淡、苔白腻,脉沉滑。辨为气郁寒痰证,治当行气解郁,温化寒痰;可选用半夏厚朴汤与半夏散合方:半夏 24g,厚朴、茯苓、生姜、紫苏叶、桂枝、生甘草各 10g。若咽喉不利者,加牛蒡子、桔梗,以开窍利咽;若咽中有痰者,加白芥子、陈皮,以理气化痰利咽;若气郁者,加青皮、木香,以疏肝行气降逆等。

2 气郁痰热证

咽中如有物阻,咯之不出,吞之不下,因情绪异常诱发或加重,心中胸热,或咳嗽,或胸胁满闷,舌质红、苔黄腻,脉滑数。辨为气郁痰热证,治当行气解郁,清热化痰。可选用四逆散、小陷胸汤与桔梗汤合方:柴胡 12g,白芍 12g,枳实 12g,黄连 3g,半夏 12g,瓜蒌 30g,桔梗 10g,生甘草 18g。若气郁甚者,加陈皮、香附、青皮,以行气破气;若痰甚者,加胆南星、贝母,以清热化痰;若热甚者,加栀子、薄荷、牛蒡子,以清热利咽;若咳嗽者,加桑叶、菊花、桑白皮,以清热宣肺降逆等。

3 气郁痰瘀证

咽中如有物阻,咯之不出,吞之不下,咽痛甚于夜间,因情绪异常诱发或加重,或胸闷,或肋肋胀痛,舌质暗紫或夹瘀斑、苔厚腻,脉沉涩。辨为气郁痰瘀证,治当行气化痰,活血化瘀。可选用柴胡疏肝散、失笑散与桔梗汤合方:柴胡 12g,陈皮 12g,川芎 10g,枳壳 10g,白芍 10g,香附 10g,五灵脂 12g,蒲黄 12g,桔梗 10g,生甘草 18g。若肋痛甚者,加延胡索、川楝子,以疏肝行气止痛;若腹胀者,加枳实、厚朴,以行气除胀;若太息者,加旋覆花、赭石,以降泄浊逆等。

4 气郁痰阻阴虚证

咽中如有物阻,咯之不出,吞之不下,因情绪异常诱发或加重,咽干,或燥痛,语声不利,或声音嘶哑,五心烦热,或盗汗,舌红少苔,脉细数。辨为气郁痰阻阴虚证,治当行气解郁,滋阴清热。可选用四逆散、麦门冬汤与桔梗汤合方:柴胡 12g,枳实 12g,白芍 12g,麦冬 18g,半夏 24g,人参 9g,粳米 9g,大枣 12 枚,桔梗 10g,生甘草 18g。若阴虚甚者,加沙参、生地黄、玉竹,以养肺胃,生津液;若潮热者,加银柴胡、地骨皮,以退虚热;若咽痛不利者,加薄荷、牛蒡子,以清利咽喉;若痰甚者,加贝母、瓜蒌、天花粉,以清热润燥化痰等。

[编辑:李巍]