

对中医“无证可辨”的探讨

张晓芳, 廖凌虹*

(福建中医药大学中医学院, 福建省福州市闽侯县上街镇邱阳路 1 号, 350122)

摘要 辨证论治是中医诊疗的特色所在, 现代医学的发展使大量“无症状疾病”提前被发现, 证由症出, “无症状疾病”或者疾病“无症状阶段”等导致的“无证可辨”给中医辨证施治提出了新的难题。通过分析“无证可辨”产生的原因, 如医生自身中医思维问题, 人类主观感知程度的异常及感官生理局限, 西医病、中医证的不合理结合, 探讨如何减少中医“无证可辨”所造成的误诊、漏诊。

关键词 无证可辨; 无症可辨; 微观辨证

疾病的产生往往会有一些外在可察或患者自觉的反应, 即症状和体征, 中医称之为“有诸内必形诸于外”, 而中医的“证”正是在充分获得望、闻、问、切四诊资料的前提下对这些外现的病理现象做出的本质总结, 所以对于一些疾病早期无症状的“隐证”“潜证”, 中医很难做出“证”的判断, 容易导致误诊误治或者漏诊。有学者试图构建辨隐施治新体系, 从而实现中医既能辨证施治, 也能辨隐施治的全能局面, 但其理论尚未完善, 无法大规模普及^[1]。现阶段对于这些隐证, 西医也没有很好的解决办法, 在疾病相对稳定阶段, 人们往往考虑寻求中医的帮助。法因证立, 方随法出, 无证可辨的情况下如何去“辨”去治, 成为中医亟待解决的问题之一。

1 无证可辨与无症可辨

“无证可辨”与“无症可辨”是两个极易混淆的概念, 在部分文献中未进行区分, 甚至视为同一概念直接替换使用, 这些概念性的错误将直接影响我们的判断。

“证”与“症”不同, “无症可辨”不等于“无证可辨”, 两者所处阶段不同, 一个是在收集资料时出现的问题, 一个是在分析整合资料时出现的问题。“无症可辨”是在不借助辅助仪器检查时不存在可以辨别的症状体征, 如癌症早期、无症状性脂肪肝、无症状性高血压病等, 这种情况下患者

很少会去主动就医, 多是在体检时发现问题, 中医主要用于回顾性研究, 对照结果追溯、总结可能与疾病发生有关的征象, 为以后的诊断积累经验。而“无证可辨”是一个更高层次的概念, 除了反观疾病发现前“无症可辨”的状态, 认为中医在这种情况下“无证可辨”外, 还包括疾病发生后存在病理变化, 这些病理变化从广义上也应该算症状, 但是只根据这些病理变化抽象不出“证”, 如“无证可辨”的慢性乙型肝炎等, 如果仅是乙型肝炎病毒携带状态, 西医可察, 中医难辨。

2 无证可辨产生的原因

2.1 医生自身中医思维问题

主要体现在三个方面: 一是医生自身理论不扎实造成思维混乱, 导致四诊资料收集不全或者四诊分析时出现偏差。如老年人尿路感染引起的低热, 很容易认为是外感所致, 数次治疗外感无效, 患者的发热又长期反复, 就会觉得无证可辨。所以说不深入分析, 虽有“症”存在也会觉得“无证可辨”。二是过度依赖检查结果, 形成思维定势。医学检查是为了服务临床而不是限制临床, 临床检查结果的参考数值是统计学计算得出的, 不能包括所有人, 人体具有特异性, 临床中检查结果与中医诊断不一致的情况比较常见, 例如, 西医很难检查出“气虚”“气滞”“肝郁”等患者主观感受较强的症状, 完全依赖检查结果会导致“无证可辨”。还有一些疾病的缓解期, 症状消失, 检查结果却未发生明显变化。三是中医思维的局限性。中医学主要从宏观角度, 通过中医理论分析疾病, 许多医家固

基金项目: 福建省自然科学基金(2018J01893); 福建省 2011 中医健康管理协同创新中心资助项目(JG2017006-协同)

* 通讯作者: liao125lh@hotmail.com, (0591) 22861513

步自封,不接受新的科技与思想,作为新时代的中医人,要利用新科技去验证中医的科学性,沈自尹院士通过系统的科学研究,提出了“潜隐证”,证实了中医的证是可以早发现、早诊断的^[4]。

2.2 人类主观感知程度的异常及感官生理局限

传统中医是“人对人”的诊疗模式,所以主观性较强。症状是患者自身的主观感受,体征虽相对客观,但也是医生基于自身知识储备对检查出的异常所做的带有一定主观性的判断。就患者而言,每个人对病痛的耐受阈值不同,同一种病痛不同人的叙述表达也不相同,更有一些不敏感人群对疾病发生可能无任何症状感受。就医生来说,每个医生对症状体征程度的判断都与自身感知程度有关,如帅明华等指出,人的视、听、嗅、触都有一定的感官局限^[5],所谓的“隐证”也可能只是由于人类的感官局限造成的“无证可辨”。

2.3 西医病与中医证的不合理结合

借助于直观的检察、客观的指标、短期内快速的疗效,西医自传入我国就一直备受推崇,而与之相对应的是传统中医日渐式微,近代甚至还出现了几次废止中医的运动,这一度在部分中医人心中埋下了自卑的根源。再加上西医的易理解、易普及,使很多中医开始用西医的病名去代替、解释中医病名,更有甚者提出以西医病名直接取代中医病名^[6],但是中医、西医二者发展的理论基础不同,如果以西医病名去替代中医病名,“有病无证”“有证无病”等情况可能将不再是“偶见”而是“常态”。如中医的肝系疾病并不等于西医的肝病,中医的痰饮并不等同于西医的病理产物痰,根据所病痰饮的病性、病位不同,其所分证型也大不相同,这是西医的痰所无法概括的。疾病早期阶段,西医可以诊断为病,中医却没有可以总结出的证,盲目套用,将会忽视不同发病人群的特异性和疾病的动态性。

3 建议

3.1 提高医生自身专业素质

无论是传统中医还是吸收了一些现代医学知识的中医,对于四诊技术的掌握水平和中医思维的深度都将直接影响疾病的诊断和治疗,每个医生的学习历程都应是“理论学习-临床验证-再学习-再验证”循环往复的过程。此外,还应该注意要以患者为判断的根本,审慎的收集、分析四诊资料,不盲从盲信检查结果,更不能对检查结果一知半解就妄下结论,杜绝因医生自身水平问题造成的“无

证可辨”。

3.2 与时俱进吸收“微观辨证”,进行“四诊延伸”

“微观辨证”是20世纪80年代沈自尹提出的运用现代西医先进技术,从理化等各种微观角度去认识和辨别证的方法^[7]。现主要是指在中医理论的指导下,运用现代医学的检查方法和客观指标,结合传统四诊辨证所进行的综合辨证。从当前的实际情况来看,中西医结合是必然的趋势,而且检查工具的运用并不是判定“中”“西”性质的标准,中医运用检查工具,是对望、闻、问、切四诊的延伸,突破医生自身的感官局限,及早发现隐匿性疾病。比如,通过超声检查可以看到目所不及、触所不能的内部病变,有了理化指标,可以从细胞、分子层面去提早发现疾病,现在的“精准医学”甚至开始从基因层面着手去干预可能发生的疾病。这些从微观层面打破了传统四诊的局限,不仅为诊断疾病提供了依据,更为逆推诊断不足、总结宏观四诊证据提供了进步的可能,是目前解决中医“无证可辨”问题的主要方向。

3.3 “无证可辨”可从辨病论治、辨证论治入手

中医学虽强调辨证论治,但是辨病、辨证从一开始就是与辨证论治同时存在。张仲景在《伤寒论》中的辨证论治其实大部分都是针对症状的“辨证论治”,更提出了“但见一证便是”的说法,这里的“证”实为“症”之意,即要“抓主症不必悉具”。同时张仲景也提出了治蛔厥用乌梅丸、治黄疸用茵陈蒿汤、百合病用百合方等,我国现存最早的方书——《五十二病方》也是一部专病专方书籍。现代无论是中医专方还是西医专药,都已不胜枚举,所以说,辨证论治固然是中医的特色所在,但结合辨病、辨证将会更加全面,无证可辨的时候,可以考虑从辨病、辨证入手。

3.4 考虑从体质推断证型

体质是中医固有的概念,早在《黄帝内经》中就有“阴阳五态”“阴阳二十五态”人的区分,揭示了不同体质人群的倾向性。体质是先天和后天长期共同作用下形成的身体内环境,体质的“偏态”会增加患同质疾病的倾向,即中医所讲“质化”“从化”理论,如“火形人”易患热病,“太阳之人”易患厥脱之症。如果人长期处于这种“偏态”,就会逐渐适应,此时在“偏”的基础上累加发生的病变,可能患者本身并无感觉,但检查结果异常,似乎“无证可辨”,此时可以从体质“偏态”入手,结合异常结果确定病位、病性,推

断证型^④。

3.5 结合疾病的发展过程进行合理推断

一些一过性疾病、缓解期疾病，患者就诊时症状并不明显，医生如果不结合病程判断，很容易形成“无证可辨”的错觉，导致误诊、漏诊，从而错过最佳治疗时机。如一过性的脑血管疾病很可能是致残性脑卒中的前期症状，短暂不适消失后并无异常症状，间歇期的痛风也存在患者无感的无症状阶段，结合病程去辨证，不仅能解决由此造成的“无证可辨”，还能及时治疗、及早截断进一步发展的可能。

4 小结

《裴子言医·序》中说到“学不贯古今，识不通天人，才不近仙，心不近佛者，不可为医”^⑤。无论是“无证可辨”还是“无症可辨”，归根到底，都是在考验医生的中医思辨能力，医生自身的业务素质才是辨证的决定因素。

辨证的第一步应该是“发现”，发现异常、发现症状，中医之所以“无证可辨”，根源也在于没有发现，传统的四诊不能突破感官局限，打破这种局面的出路在于用现代科技“武装”自身，吸收“微观辨证”，辅助传统辨证，及早地发现症状。社会在不断进步，中医也应该与时俱进，工具是科技应用的一个最好体现，中医不应该固步自封、盲目排外，但也不能不加辨别地全盘吸收，工具利用本身就是一个知识传递的过程，如何在利用工具的同时保持中医学特色，也是一个值得探讨的问题。

从广义上来说，其实并不存在“无症可辨”，当疾病被发现时，就算患者自身并无症状，检查结果也应该视为“体征”表现。有了这些“微观体

征”可以从检查结果逆推，寻找与之相关的迹象去辨证，也可以结合不同患者的特异性去辨病、辨症论治，也可以结合体质特性，考虑病程特点去辨证。

总的来说，“无证可辨”都“有法可循”，掌握正确的方法才能避免误诊、漏诊。张喜奎指出：“人们习惯于从正面研究诊断问题，而忽略了从反面误诊学角度研究的重要性，遂为医学之憾事。”^⑥我们应该正视中医学存在的不足，多从失误中寻找原因、总结经验，为中医学更好的发展而努力。

参考文献

- ① 刘勇,刘卫,刘怡辰,等.论中医辨隐施治体系的构建:以无症状性高血压为例[J].中医杂志,2016,57(13):1163-1165.
- ② 陈士奎.我国开创的中西医结合科研及其启示(四):沈自尹院士与中医“肾”本质的中西医结合“探微索隐”研究[J].中国中西医结合杂志,2016,36(12):1414-1417.
- ③ 帅明华,郭春香.论小儿病无证可辨及其中医对策[J].中国中医基础医学杂志,2000,6(11):69-71.
- ④ 苏占清.中医病名将走向何处? [J].中国中西医结合杂志,2013,33(6):726-730.
- ⑤ 杨徐杭,汶医宁.浅析中医微观辨证[J].河南中医,2017,37(2):208-209.
- ⑥ 张晓羽.应用“潜证”理论防治高脂血症[J].中医学报,2016,31(7):992-995.
- ⑦ 裴一中.裴子言医[M]//《续修四库全书》编纂委员会.续修四库全书·一〇二八·子部·医家类.上海:上海古籍出版社,1996:243.
- ⑧ 张喜奎.研反纠误探幽明晦《中医误诊学》读后感[J].现代中医药,2005,25(5):77-78.

(收稿日期:2018-11-12;修回日期:2019-01-10)

编辑:黄健