

·理论探讨·

关于中医学定量辨证理论研究的反思

刘 玉 良

(浙江中医药大学基础医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路548号, 310053)

[摘 要] 定量辨证有利于临床疗效的提高, 因此中医学需要定量辨证。但当今中医学定量辨证的文献多着眼于运用现代科学方法进行的研究, 一味地强调“数字化”、“标准化”, 这样往往会违背中医理论的基本内涵和中医学的发展规律。所以应该加强中医学定量辨证的传统思维和方法的研究, 从中医经典医籍中提炼总结符合中医学发展规律的定量辨证的理论成果, 才能提高中医的辨治水平和临床疗效。

[关键词] 辨证论治; 定量辨证; 辨证思维

辨证论治是中医学学术体系的一大特点, 是中医临证的重要指导原则, 也是中医学的精髓和灵魂所在。中医学的优势能否体现, 关键在于能否取得理想的疗效, 而取得佳效的关键即在于能够正确辨证论治, 而正确地辨证论治则依靠于中医师高超的辨证水平和能力。所以致力于提高辨证能力与水平的研究则无疑是最具有重要理论意义与临床价值的专题。而定量辨证(即辨证论治中对病证的轻重程度、不同病性之间的比重的思辨过程)的研究是其中重要的环节。

1 中医学需要定量辨证

众所周知, 中医学辨证论治包括定位、定性、定势、定因等方面。但对于判别证情轻重之定量辨证的研究自古至今相对较少。且目前较为显著的问题是: 中医队伍中不少人对定量辨证不够重视, 临床只问症状有无, 不进一步作定量辨证的思辨, 这无疑会直接影响中医的临床疗效。因为定量辨证在整个辨证论治中确实占有不可忽视的作用, 如证情的轻重直接决定处方用药的剂量轻重、方药配伍的比重搭配等重要问题, 而定量辨证的有无和精细与否也直接关系到治则治法与处方用药的精准程度, 也就直接关系着疗效的理想程度。

临床上许多病证并不是单结构、单一的证候(如单纯的虚证、实证或单纯的寒证、热证), 而往往是虚实夹杂、寒热错杂, 甚至是更为复杂的多种病性同时存在。既然临床多为复合病性的病证, 所以对于辨别复合病性的证候中各病性之间的比重的定比辨证便也成为定量辨证中的一个重要方面^[1]。王昌恩等认为, 在疾病发展过程中, 证与证之间的演化是没有截然界限的, 那么其“结合部”也可以称作关联证, 并倡导将关联证作为

深入研究的重点之一^[2]。那么这种辨认关联证的思想就是要注意辨别疾病过程中某一病性从无到有、从轻到重的量变, 以及不同病性之间比重的转移变化, 这就是要培养和锻炼精细的定量定比辨证的能力。临证仅仅有粗略的辨证, 而没有对各病性的量值、比重的尽可能精准的把握, 就不能开出一个方药配伍和剂量搭配更为准确、更具有针对性的处方, 因此, 临床就不会获得理想的疗效。况且自古以临床许多病例疗效不佳的原因往往是因为中医师对病证定量定比辨证缺无或不精确而导致。因此, 中医学需要定量辨证, 也包括其中更为精细的定比辨证。

2 中医学定量辨证的现代科学方法研究及其弊端分析

近几十年来, 本着对中医学进行更客观科学的研究, 以使其走向世界、走向规范化的宗旨, 学术界对中医学的客观化、数字化的研究愈来愈多, 其中尤以中医四诊定量化的研究最为广泛。中医定量诊断研究始于20世纪80年代, 通过借鉴循证医学和数理统计等学科的思路和方法, 相继开展了病证的计量研究和证候诊断模型研究。当前用于中医证候量化研究的现代方法主要有: 多因素回归分析、最大似然判别法、因子分析、主成分分析、典型相关分析、结构方程模型等^[3]。

如卓同年^[4]从“可观测建模”的思路出发, 依据泛系理论的量化原理与方法, 探讨中医的量化建模问题。李建生等^[5]认为, 基于神经网络的中医证候量化模型是一个多学科交叉的新应用, 通过对表中数据的分析和检验结果的比较可为中医证候量化诊断提供一个新的研究方法。王学伟等^[6]应用贝叶斯网络方法, 通过数据挖掘技术分析474例血瘀证临床诊断数据, 进行血瘀证定量诊断。以上研究对中医证候量化专题做出了一

定的成绩,但是这些方法在很大程度上无法满足蕴涵着高度复杂性的临床现象,难以全面深入地刻画中医的辨证规律,其结果也不会完全和临床相吻合。如王学伟等^[6]的研究发现,“舌质青紫”对血瘀证的诊断贡献度较大,但临床中“舌质青紫”亦多见于“阳虚”或“寒凝”等情况。而虽然其认为“肢体麻木”对血瘀证的诊断贡献度最低,但是临床上很多“血瘀证”的初期往往先出现这个症状。因此,不能因为其诊断贡献度低而忽视,相反恰是这些症状却是最应该予以重视的,这样才符合“治未病”的精神。

另外,有学者致力于证候量化标准的研究,如刘士敬等^[7]对258例脾气虚证型的诊断因素进行了多元回归分析,初步草拟了脾气虚证的量化诊断标准。王米渠等^[8]从虚寒证的定性、定位、主症状、兼症等角度确定虚寒证的40个辨证因子,制定出虚寒证轻重等级的评分细则(其轻重标准为:轻度:四肢发冷自己不时觉冷,按之手指、足趾尖略有冷感;中度:自觉手足发冷,按之腕、踝关节上下有冷感;重度:自觉手足如冰,按之肘、膝关节以下发冷明显)。此类研究所制定的证候量化标准,在很多情况下并不符合临床实际。比如对于虚寒证,在首先确定患者确实为虚寒证的前提下,“手足逆冷”的范围和程度一般可以反映其虚寒的程度。但是这里还要考虑到其他因素,如患者体质因素。如果甲患者平素为阳虚体质,现在感觉是前面标准中的中度证候。而乙患者平素为阳盛体质,现在出现了前面讲的轻度症状。那么此时便不能机械地按照以上标准来判断甲患者的虚寒证重于乙患者。因为甲患者平素就是阳虚体质,所以他的情况并不代表较重的虚寒证,而乙患者由于一直是阳盛体质,现在虽然出现了较甲患者轻微的虚寒表现,但却可能表示比甲患者重的虚寒证,却值得引起重视。另外,如果甲患者是虚寒证,但乙患者是阳盛格阴的真热假寒证,那么此时甲、乙患者之间便毫无可比性。又如《伤寒论》中的寒象有微寒、恶寒、身大寒。每个个案中“微寒”是不一样的,同样轻重的病证在一个人身上表现了“微寒”,在另一个人身上可能是“恶寒”,甚至是“身大寒”。

此外,有些文献统计某证候中不同症状在一定数量病例中的出现频次,然后据其频次高低而判断每个症状的轻重权值。笔者认为,不能脱离证候的病机而单独据其频次比较两个症状的轻重。比如阴虚证的两个常见症状:“盗汗”和“手足心汗出”,不能脱离某一发生阴虚证个体的具体情况而去判断“盗汗”和“手足心汗出”的孰轻孰重。对于单纯的“盗汗”一症,也不能根据其有无和轻重来说明“阴虚证”的有无和轻重。有人“阴

虚证”很重但是“盗汗”轻微甚至没有;有人“阴虚证”轻微但“盗汗”很严重。另外,“盗汗”一症并非只有“阴虚”一种原因引起。自然,在病机不是“阴虚”的“盗汗”症中,“盗汗”的轻重就不能反映阴虚证的轻重。所以这种对症状的机械比较脱离了辨证论治的精神。

由此可见,疾病会受到天时、地域、体质、情志等因素的影响,现代科学研究方法所制定的证候标准,不能套用于多种因素影响下的临床实际。所以中医学定量辨证的研究,应该着眼于中医学传统思辨方法的研究。

3 加强中医学定量辨证的传统思维与方法的研究

3.1 学术界对中医学定量辨证现代研究的思考

对于运用现代科学方法研究中医学定量辨证的弊端,很多学者都认识到了这一问题。如薛骞等认为^[9],西医学的可检测性、可量化等指标不能成为衡量中医理论基本概念的程度,也无补于中医理论体系的发展。刘聪颖^[10]探讨了中医长短类脉的量化研究。认为开展中医脉象客观化研究必须确立以中医学基本理论为指导并贯穿研究过程始终的思想,是中医脉象理论现代研究不走弯路并能正确开展的前提和保证。薛骞等还认为^[9],中医学所受到种种责难中,很多都是和西医盲目对比的情况下产生的。由此,中医的“科学化”、“量化”、“重复性”一再地被提出。这样做的结果,便不可避免地走向中医的肢解。

笔者认为,现代科学方法的量化是由纸笔或计算机作记录,而中医是以人体作为衡器。因此,不能以“现代的数学方法”使“中医证候量化”。量化不是简单的打分,必须符合所反映病证的“性质”、“关系”等特点,否则这种量化不仅没有意义,而且会导致错误的结论。如果不立足中医学自身,只想和现代医学接轨,非要削足适履地用西医“塑封”中医,忽视中医的特性、抛弃中医的思维而寻找“标准”,只能成为中医的掘墓人。要想发展中医,必须回归到研究中医的层面,通过对中医经典名著的专题研究来提高中医的理论水平并探寻中医发展的突破口。因此,有必要从中医的角度来研究和发

3.2 中医学传统的定量辨证理论概述

在中医理论体系中一直存在着丰富的定量辨证思想。早在《黄帝内经》中,就对疾病提出了量度的概念,如《素问·灵兰秘典论》曰:“恍惚之数,起于毫厘,毫厘之数,起于度量”。《素问·玉版论要》曰:“揆度者,度病之浅深也……”,这里的“揆度”即是对疾病的一种定量分析方法。《伤寒论》继承了《黄帝内经》的这种量化思维模式,其六经辨证体系体现了阴阳消长的量变与质

变过程,在每经的辨证中处处体现了对病证轻重的分析。具体到某一证,张仲景也有轻重级别的语言描述,如对寒象分出微寒、恶寒、身大寒等量级;对寒热并存病证有热多寒少、寒多热少等对病性比重的思辨。《金匱要略》中将中风病按病势发展轻重分为中络、中经、中腑、中脏等,沿用至今。明代吴又可可在《温疫论》中说:"感之轻者,舌上苔亦薄……。感之重者,舌上苔如积粉,满布无隙……。",是以苔之厚薄辨别感邪之轻重。而《温病条辨》中之五加减正气散,就是根据白腻苔的厚薄情况判断湿邪轻重而制定的。清代叶天士创立了卫气营血辨证,指出了温邪传变的一般规律,实质上也标志着病变浅深轻重的不同阶段和程度^[11]。因此,如何继承中医学本身所固有的量化概念和定量辨证理论并使之发扬,是中医学面临的一个重要课题,是中医学定量辨证理论研究的重点,也是中医学发展的瓶颈之一。

3.3 运用传统思维方法研究中医学定量辨证的初步探索

近些年来,愈来愈多的学者逐渐认识到了运用现代科学的思维和方法研究中医学定量辨证理论的弊端,努力从中医学理论体系之内的研究方法来探讨中医学定量辨证,其中主要着眼于经典医籍,尤其是《伤寒论》进行研究,取得了初步的成绩:如鲜光亚^[12]指出,量值概念在《伤寒论》中主要体现在阴阳量值辨证、主症量值辨证、相关症状量值辨证、症状量值比较辨证等方面。酆永平^[13]认为,《伤寒论》中定量辨证思想贯穿于伤寒辨治体系的各个方面,张仲景不仅对同一病性作了量的区分,而且对相反病性间进行了量的分析,同时还较好地把握了疾病从简单到复杂过程中量的概念。陈国权等^[14]则对《金匱要略》定量辨证的思想进行了初步的探讨。笔者亦对此专题作了较深入的探索,首先对《伤寒论》中邪气和正气的定量辨证、正气与邪气的综合定量辨证等进行了探索^[1]。其次对《伤寒论》中定量辨证的方法进行了总结,说明张仲景主要通过病程、症状、脉象、文字描述及药物试探5个方面对病证进行定量^[15];紧接着对《伤寒论》中定比辨证思想进行了较深入的探讨^[16],说明从单个病性到多个病性中量的把握是定量定比辨证思维过程的具体体现,通过学习《伤寒论》中定量定比思想,可以提高临床辨证的精准度。

3.4 对中医学定量辨证理论研究的主张

中医学是一门具有完整理论体系和独特思维方式的医学,植根于丰厚的传统文化的土壤之中,有其自身的发展规律。若一味强调"现代化"、"数字化"等理念,就会使研究者机械地运用现代科学的思维和方法解释

中医学的定量辨证理论,这样就难免会出现脱离中医理论内涵的思维推理过程,极易导致对中医学理论的曲解和误导,而得出一些不符合中医理论内涵和临床实际的结论,反而影响中医定量辨证甚至整个中医学的发展。

因此,笔者主张,我们的着眼点不应该是现代科学方法的研究,而是要加强中医学自身的定量辨证理论的研究,即在中医理论指导下,运用中医学思维方式,紧密结合于临床实践。从中医学经典医籍、历代名著和医案中去提炼总结出不失中医学整体观、辨证观和恒动观大前提的、符合中医学发展规律的定量辨证的思维方式和具体方法等理论成果。掌握这种思辨方法之后不断提高这种辨证能力,才是唯一正确的道路。临床中在医师心中所获得的精准的证候量值与比例,并不一定必须用数值表示出来,若制定某一标准,则难免机械僵化。因为其适应于某患者,但未必适应于其他患者。而这种定量辨证的原则和思维方法却适用于所有的病例。所以我们要的不是"标准",而是能够应变于各种情况之下均能正确、准确辨证的思维方法和能力。

学习和运用这些理论成果,可以指导我们在定性、定位正确的基础上进一步对病证的轻重(定量)、各个病性之间的比重(定比)、以及病证由轻到重由单一到多样的变化过程有一个过硬的本领去辨认。将这种定量辨证的方法掌握为举一反三的辨证本领,才能够真正提高中医辨证的精确度,从而制定正确的治则治法、开出更具针对性的处方,取得更为理想的疗效。

另外,《中医基础理论》教材中提出的"隐证"和有学者提出"隐结构模型"理论,以及"治未病"和防治"亚健康"等专题,都需要医师有体察病证最轻微状态的能力。而提高中医定量辨证的水平,就能提高及早识别病证的最轻微状态的能力,因而定量辨证研究亦有利于"治未病"和防治"亚健康"的研究。所以中医学定量辨证理论的研究具有非常广泛的理论意义、科研意义和临床现实意义。

总之,若要提高中医师的辨证水平和中医学的临床疗效,必须加强定量辨证理论的研究和运用。但是研究的着眼点不应该在于盲目地借用现代科学的研究方法和手段,而是重点从中医学理论体系之内所固有的定量辨证的传统思维与方法中提炼和总结此方面的理论成就,这样才符合中医理论的基本内涵和中医学的思维特点与发展规律,才能真正总结出能够为中医临床所利用的理论成果,才能真正促进中医学辨证论治理论的研究和发展,并且具有如前所述的更为广泛的意义。

参考文献

[1]刘玉良,李其忠.论《伤寒论》辨证论治中的程度表达和定量辨证[J].上海中医药杂志,2008,42(1):54-56.

[2]王昌恩,庞宗然,刘屏,等.国家自然科学基金2000~2004年受理与资助中西医结合基础研究情况分析[J].中西医结合学报,2005,3(1):9.

[3]龚燕冰,倪青,王永炎.中医证候研究的现代方法学述评(二)[J].北京中医药大学学报,2007,30(1):5-8.

[4]卓同年.论中医量化建模的泛系模式[J].中国中医基础医学杂志,1998,4(1):18-20.

[5]李建生,胡金亮,余学庆,等.基于神经网络的中医证候量化诊断模型探索[J].河南中医学院学报,2005,20(3):6-8.

[6]王学伟,瞿海斌,王阶.一种基于数据挖掘的中医定量诊断方法[J].北京中医药大学学报,2005,28(1):4-7.

[7]刘士敬,杨维益.中医内科脾气虚证型量化诊断标准研究[J].辽宁中医杂志,1996,23(5):195-197.

[8]王米渠,严石林,吴斌,等.虚寒证辨证因子等级量化标准的研究[J].辽宁中医杂志,2003,30(4):249-250.

[9]薛骞,刘迅,楼基伟.论中医与可检测、可重复、可量化及“科学性”[J].浙江中医学院学报,1999,23(1):3-5.

[10]刘聪颖,王晶晶,赵宇平,等.中医脉象长度信息的量化研究探讨[J].辽宁中医杂志,2009,36(7):1121-1123.

[11]酆永平.温淑云.中医证候量化研究的理论探讨[J].中医杂志,2008,49(8):678-679.

[12]鲜光亚.《伤寒论》量值辨证探讨[J].江西中医学院学报,1999,11(4):147-148.

[13]酆永平.《伤寒论》定量辨证思想初探[J].中医研究,1997,10(4):6-9.

[14]陈国权,李桂香.《金匱要略》定量一瞥[J].北京中医药大学学报,1996,19(3):19-21.

[15]刘玉良.浅析《伤寒论》定量辨证的方法和依据[J].中医杂志,2008,49(7):659-661.

[16]刘玉良.论《伤寒论》定量辨证中的定比思想[J].辽宁中医杂志,2009,36(1):40-42.

(收稿日期:2009-05-04;修回日期:2010-06-20)

[编辑:黄健]

临床解惑 ·

怎样分型辨治阳强

王 付

(河南中医学院方剂学科,450008)

阳强是男科病证之一。结合多年临床诊治体会,试将阳强分型辨治于下。

1 阴虚瘀血证

阳强易举,小腹胀痛或拘急,小便不利,或血精,或头晕目眩,腰酸腿软,心烦急躁,或盗汗,舌质暗红瘀紫、苔薄,脉沉涩。治当清热育阴,活血化瘀。可选用知柏抵当汤,药用:熟地黄24g,山药12g,山茱萸12g,茯苓10g,牡丹皮10g,泽泻10g,知母12g,黄柏12g,桃仁10g,大黄6g,水蛭5g,虻虫3g。盗汗明显者加生地、枸杞子、五味子以敛阴滋阴补血;失眠多梦者加酸枣仁、远志以益血开窍安神;小便不利者加淡竹叶、车前子以清心利水;头晕目眩者加菊花、枸杞子以滋荣清窍等。

2 阴虚热结证

阳强,或早泄,或潮热,或五心烦热,或汗出,或心烦急躁,口渴欲饮,或失眠,少腹胀满,大便干结,小便短少,舌质红、苔薄黄,脉沉数。治当滋阴补津,泻热制阳。可选用大承大补汤,药用:大黄12g,芒硝9g,枳实5g,厚朴24g,龟甲24g,猪脊髓24g,白芍24g,黄柏12g,知母15g。阴虚明显者加枸杞子、女贞子、生地、黄以滋阴凉血泻火;阳热盛者加栀子、石膏以清泻盛热;心烦者加黄连、淡竹叶、麦冬以清心除烦益阴等。

3 阴虚肝火证

阳强,或早泄,急躁易怒,或抑郁,或焦虑,胸胁不舒,或心烦,手足心热,或目赤目胀,或遗精,或头晕,舌质红,苔薄黄,脉

弦细数。治当滋阴降火,制阳入阴。可选用四逆知柏汤,药用:熟地黄24g,山药12g,山茱萸12g,茯苓9g,泽泻9g,牡丹皮9g,黄柏12g,知母15g,柴胡12g,白芍12g,枳实12g,炙甘草12g。血热者加水牛角、玄参以清热凉血;阴虚甚者加牡蛎、鳖甲以滋阴软坚;火旺者加黄连、麦冬以清热滋阴降火等。

4 心肾虚热证

阳强,或早泄,健忘,失眠多梦,心烦急躁,腰酸,遗精,耳鸣,或头晕,舌红少苔或苔薄黄,脉细数。治当清心泻火,育阴益肾。可选用黄阿大补汤,药用:黄连12g,黄芩6g,白芍6g,鸡子黄2枚,阿胶9g,黄柏10g,知母15g,大黄3g,龟甲24g,猪脊髓24g,生地24g。心热者加水牛角、淡竹叶以清泻心热;肾阴虚者加枸杞子、女贞子以滋阴益肾;耳鸣者加朱砂、磁石以清心益肾;腰酸者加牛膝、杜仲以补肾强骨等。

5 心火内扰证

阳强,或早泄,口苦,口渴,口舌生疮,或头痛,或失眠,多梦,或小便赤浊,舌质红、苔薄黄,脉数。治当清心泻火,和调宗筋。可选用泻心导赤汤,药用:黄连10g,黄芩10g,大黄6g,生地24g,竹叶15g,木通3g,生甘草10g。心火甚者加栀子、淡竹叶以清泻心火;肝火甚者加龙胆草、柴胡以清泻肝火;小便少者加茯苓、泽泻、滑石以清热利湿;口渴甚者加生地、玄参以滋阴生津等。

[编辑:李巍]