

· 学术探讨 ·

再论《伤寒论》具有循证医学的框架

宋俊生¹ 熊俊^{1*} 高岑¹ 薛晓焕¹ 周煜凡¹ 商铁刚²

(1. 天津中医药大学, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院)

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(30973726); 天津市自然科学基金项目(05YFJMJC08600)

* 通讯作者: xiongjun196071@yahoo.com.cn

[摘要] 从最佳证据提炼、重视评价思想运用、蕴含荟萃分析的雏形, 以及具有证据推荐的分级 4 个方面, 再次阐述《伤寒论》具有循证医学的框架, 只有认识到《伤寒论》是循证医学框架的有效载体, 才能更好地理解张仲景确立的六经辨证理论体系是基于古代循证医学思辨过程与获得的最佳外部证据融为一体的产物, 进而才能领悟到六经辨证是凝练最佳证据而得到的。因此, 作为外感与杂病的辨治指南, 《伤寒论》具有永久的生命力。

[关键词] 《伤寒论》; 循证医学; 辨证论治

《伤寒论》是一部具有独特学术价值的经典著作, 不仅从思维与方法层面开启中医学辨证论治的先河, 也是中医学临床实践的指南和行为规范的真绳。所以从古至今, 众多医家和学者不吝心血, 运用各种方法研究《伤寒论》的理论内涵和应用规律, 取得了不少成果, 也成为后学者窥探张仲景学术思想不可或缺的门径。我们在长期的临床实践和理论探索中^[1-5], 不断思索《伤寒论》的思维来源和实践基础, 通过运用循证医学理念和方法, 重新审视《伤寒论》形成的思想轨迹, 深切体会到两者具有相容、相通之处。故在 2006 年, 我们撰文指出《伤寒论》具有循证医学框架^[6], 它是张仲景继承古代医籍精华的前提下, 经过验证与实践, 通过望、闻、问、切的诊查手段, 搜集、筛选大量临床证据, 验证前人方证使用效应, 对疗效欠佳的方剂加减化裁、另立新法, 对疗效确实可靠的原方照用, 选择能说明主要病机的脉证作为经方治疗的最佳证据, 融辨证论治与方证理论为一体, 集临诊、治疗、预后、判效为一身, 堪称中国古代循证医学巨著^[7]。只有认识到《伤寒论》是循证医学框架的有效载体, 才能更好地理解张仲景的治法立方是基于感性深化与获得的最佳外部证据融为一体的思辨过程, 进而才能领悟到六经辨证是凝练最佳证据而得到的。循证医学虽然是现代学科发展交融的产物, 但它“基于问题、遵循证据、关注实践”的宗旨与《伤寒论》的形成过程是不谋而合的。

1 最佳临床证据的提炼

众所周知, 循证医学的核心是遵循当前可得的最佳研究证据进行医学实践。它强调最佳证据在临

床决策中的重要性和必要性。而最佳证据的重要标准就是研究结果的真实性和准确性, 既要求研究结果准确性的内部真实性, 也有外推应用价值的外部真实性。对于前者, 循证医学通过设计高质量的临床研究, 如防治性研究中的随机对照试验, 诊断性试验中产生于金标准的盲法对照试验, 预后或病因学研究中的严格控制偏倚因素的临床对照研究; 而对于后者, 循证医学常用的是通过大样本、多中心的研究模式涵盖更多的人群, 以确保结果具有更为广泛的实用性。回顾《伤寒论》的成书过程, 它的字里行间透露出其原文是建立在“大样本”人群的高度提炼的基础之上。原序写道“其死亡者, 三分有二, 伤寒十居其七”, 明确指出广义伤寒是当时历史背景下的常见病、多发病。张仲景不仅亲身诊治大样本的患病人群, 而且见证了整个疾病的发生和发展过程, 最终完成了当时可得的第一手临床资料的研究成果。更为可贵的是, 张仲景“勤求古训, 博采众方”, 在临床实践中精选诊疗方案, 不断筛选、验证, 提炼出能够有效指导临床实践的最佳证据。可以说, 《伤寒论》就是当时可得最佳证据的真实体现, 亲诊亲历和“大样本”的人群观察是结果真实性的有效保证, 而且千百年来历代医家不断的验证和传承更为凸现其最佳证据应用的广泛性和有效性。

1.1 认识病因的证据

认识病因是准确把握人体发病及其机制的重要步骤。张仲景在《伤寒论·辨太阳病脉证并治》篇首先就明确论述不同致病因素对人体的影响及引发的特征性表现, 如第 2 条: “太阳病, 发热, 汗出, 恶风,

脉缓者,名为中风";第3条:"太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒,体痛,呕逆,脉阴阳俱紧者,名为伤寒";第6条:"太阳病,发热而渴,不恶寒者为温病……"。可以看出,广义伤寒的病因主要是风、寒、温等外来淫邪,同时张仲景以临床症状的表现提示病因学的证据。当然也有先叙病因,后述证候特点的原文,如第174条:"伤寒八九日,风湿相搏,身体疼烦,不能自转侧,不呕,不渴,脉浮虚而涩者,桂枝附子汤主之"。

1.2 客观诊断的证据

客观诊断是确定目标疾病的前提,也是鉴别类似疾病的重要方法。《伤寒论》全书首先依据不同的病位区分六经病,同时在六经病中再根据不同病机进一步划分归属的不同证型。如第136条:"伤寒十余日,热结在里,复往来寒热者,与大柴胡汤;但结胸,无大热,此为水结在胸胁也,但头微汗出者,大陷胸汤主之"在这里,伤寒十余日不愈,外邪化热入里,两者在病机和证候表现上有相似之处,张仲景采用鉴别诊断的方法,先以"热结在里"和"水结在胸胁"区别两者病机,然后以特异性的症状"往来寒热"、"但头微汗出"判断病邪的位置,从而诊断出完全不同的两个病证,治疗也截然不同。

1.3 临床疗效的证据

在现代临床环境下,不同干预措施的疗效判定主要依据公认结局指标。而张仲景主要采用患者服药后的症状反映来判断治愈与否。如第24条:"太阳病,初服桂枝汤,反烦不解者,先刺风池、风府,却与桂枝汤则愈"。此条文指出不能凭借一时的不适症状否定前期用药的疗效,同时交待针药并用以达到满意的疗效。再如第101条:"凡柴胡汤证而下之,若柴胡证不罢者,复与柴胡汤,必蒸蒸而振,却复发热汗出而解",患者在服用柴胡汤后,通过观察服药后药力之助与邪抗争,正邪交争引发的症状表现来判别取效与否。第216条:"阳明病,下血谵语者,此为热入血室,但头汗出者,刺期门,随其实而泻之,然汗出则愈"。论中用针刺法治疗热入血室证,病情是否痊愈,观其是否出汗,若"漙然汗出",则表明人体气机通利,邪随汗出而病愈。

1.4 判断预后的证据

预后的判断是对疾病干预之后,不同结局情况发生概率及影响结局发生的各种因素的判断,它间接反映疾病性质的不同。张仲景以服药前后症状的不同变化为指征判定疾病的预后情况。如第41条:"伤寒心下有水气,咳而微喘,发热不渴。服汤已渴

者,此寒去欲解也。小青龙汤"。服药前"不渴"说明饮停蓄于心下胃脘,服药后饮邪得去,阳气得通、津液得化,故转变为"渴",此条是以症状变化判断预后的。再如第29条:"伤寒脉浮,自汗出,小便数,心烦,微恶寒,脚挛急。……得之便厥,咽中干,烦躁,吐逆者,作甘草干姜汤与之,以复其阳;若厥愈足温者,更作芍药甘草汤与之,其脚即伸;若胃气不和,谵语者,少与调胃承气汤;若重发汗,复加烧针者,四逆汤主之"。此条是论述伤寒兼阴阳两虚误治后的变证,及在准确知晓疾病转归趋势的基础上随证施治的方法。具体而言,本证阴阳两虚时,先治其阳,阳复的标志是四肢厥逆转为"手足则温",然后复其阴,以芍药甘草汤酸甘化阴,阴复的标志是"其脚得伸"。尤其在论述太阴病预后时,张仲景连用三段条目详细描述太阴中风欲愈候、太阴阳复自愈证以及太阴转属阳明证。如第274条:"太阴中风,四肢烦疼,阳微阴涩而长者,为欲愈";第278条:"伤寒脉浮而缓,手足自温者,系在太阴;太阴当发身黄,若小便自利者,不能发黄;至七八日,虽暴烦下利日十余行,必自止,以脾家实,腐秽当去故也"。第187条:"伤寒脉浮而缓,手足自温者,系在太阴;太阴当发身黄,若小便自利者,不能发黄;至七八日,大便硬者,为阳明病也"。

2 重视评价思维的运用

循证医学的方法学基础是临床流行病学,它是创造性运用临床流行病学的理念和思维以指导临床实践。其中对临床研究的科学评价是循证医学科学甄别证据优劣的重要方法。同样张仲景充分运用医生的感官认识,把脉证作为最主要的评价指标。

2.1 脉象的反馈

张仲景在评价少阴病阴盛格阳证时,指出如果单纯是白通汤证,服该药后,应下利止,脉渐大;若下利不止,脉微发展成无脉,又见厥逆,说明阴阳格拒现象未能改善,此时应加入咸寒的猪胆汁和人尿,引阳药入阴分,采用反佐法,使之奏效。如第315条:"少阴病,下利脉微者,与白通汤。利不止,厥逆无脉,干呕烦者,白通加猪胆汁汤主之。服汤脉暴出者死,微续者生。"少阴寒化证的向愈的评价依然以脉象的变化为重要指征,脉微续说明阴液未竭,阳气渐复,预后较好。如第287条:"少阴病,脉紧,至七八日,自下利,脉暴微,手足反温,脉紧反去者,为欲解也,虽烦下利,必自愈"。少阴中风欲愈条文同样也指出,如第290条:"少阴中风,脉阳微阴浮者,为欲愈"。此条少阴中风,本应寸脉浮、尺脉沉,若寸脉微、尺脉浮,说明邪气去,少阴阳气恢复,疾病向愈。

2.2 证候的指示

在治疗阳明兼少阳证时,张仲景告知应当先表后里,用小柴胡汤后痊愈的指示信息是身_暅然汗出。如第230条:“阳明病,胁下硬满,不大便而呕,舌上白胎者,可与小柴胡汤,上焦得通,津液得下,胃气因和,身_暅然汗出而解”。这一指征提示服用小柴胡汤后,少阳枢机得以通利,气机调畅,津液正常布达。再如第214条:“阳明病,谵语发潮热,脉滑而疾者,小承气汤主之。因与承气汤一升,腹中转气者,更服一升。若不转气者,勿更与之。明日又不大便,脉反微涩者,里虚也,为难治,不可更与承气汤也。”该条指出在治疗阳明腑实证时,需要评价小承气汤的加量服法是否准确。服用了加量的小承气汤后,张仲景把“腹中转气”作为衡量药证契合的重要指征。

3 蕴含荟萃分析的雏形

荟萃分析是对目的相同、性质相近的多个医学研究进行的一种定量综合分析。张仲景在当时历史背景下,固然不能超越时代局限进行定量,但是“大样本”的患病人群给张仲景提供了综合分析的先决条件。只有这样《伤寒论》在各个本证条文后荟萃了大量的变证、类似证的综合信息,以指导实践者。下面仅以禁忌证和误治证的荟萃为例,阐发如下。

3.1 归纳禁忌证的人群

麻黄汤是《伤寒论》中运用极为广泛的代表方剂之一。但是张仲景在积累大量的临床病例的基础,荟萃不同类型人群对该方适宜程度,最终用相当篇幅的条文论述之。如第83条到第89条的描述,“咽喉干燥者,不可发汗”,此条论阴虚咽燥者禁用发汗,因阴液不足,发汗无源,强行发之,不仅伤阴,更助阳热;“淋家不可发汗,发汗必便血”。久患淋证之人,多属湿热下注,久则伤阴,虽有太阳表证,不可辛温峻汗,以热助热,势必伤及血络,出现便血;“亡血家,不可发汗,发汗则寒栗而振”。亡血家,气血虚弱,血汗同源。若强行发汗,易伤津耗血,血伤无以荣养筋脉,气伤阳虚无力温煦肌肤,故寒栗而振。

3.2 梳理误治后的变证

张仲景不仅示人以正法,而且采用大量篇幅荟萃各种误治产生的变证指导救误。如第16条:“太阳病三日,已发汗,若吐、若下、若温针,仍不解者,此为坏病,桂枝不中与之也。”此条是论太阳病应采取发汗治疗,但汗之不当,又错误运用吐、下、温针等诸误治的方法。张仲景高度总结这些误治后的共性结局,即产生“坏病”;同时指出:“坏病”应重新辨证,采取新的救治方法。然后屡经误治,根据不同体质亦未必

都产生坏证,张仲景另有条文论述,如第58条:“凡病若发汗、若吐、若下、若亡血、亡津液者,阴阳自和者,必自愈。”在这里,虽屡经误治,但阴阳失衡的状态能够自行调节,故能自愈。再如第267条:“若已吐下发汗温针,谵语,柴胡汤证罢,此为坏病,知犯何逆,以法治之”。该条论少阳病误治,张仲景指出,应该重新辨证,依据脉象、证候,辨明疾病发生的机理,运用中医理论,综合分析,确立正确的诊断和治疗方法。

4 具有证据推荐的分级

证据分级是按照论证强度将证据定性分成多个级别。循证指南的产生需根据证据级别提出推荐意见。而《伤寒论》其实也是一部集理论性和临床实践性于一体基于循证医学研究辨证论治指南的著作,它是在广泛收集当时临床实践中第一手资料的基础上,把其中最佳的方证证据进行高度凝练而形成的。细细品味原条文,不难发现,有诸多方剂的使用是建立在证据推荐级别的基础之上。张仲景在标示推荐级别时,多采用“主之”、“宜”、“可与”等字样。最为典型的是桂枝汤的推荐使用,如第12条:“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”,第13条:“太阳病,头痛,发热,汗出,恶风,桂枝汤主之”。上述两条文是病机和方剂的功能切合度最好,张仲景用“主之”进行描述,强调遇到这样的病证,桂枝汤的使用是高度推荐的。而在第95条:“太阳病,发热汗出者,此为荣弱卫强,故使汗出,欲救邪风者,宜桂枝汤”,第42条:“太阳病,外证未解,脉浮弱者,当以汗解,宜桂枝汤”。这两条文却用“宜”来表达桂枝汤的适宜程度。显然没有“主之”的推荐力度大。又如第15条:“太阳病,下之后,其气上冲者,可与桂枝汤,方用前法。若不上冲者,不得与之”。该条文说明遇到此类证候,桂枝汤是可以采用,其推荐力度是比较弱的。张仲景尚有一类特殊的推荐形式,如第277条:“自利不渴者,属太阴,以其脏有寒故也,当温之,宜服四逆辈”。本条论太阴病的主证、病机和治则。张仲景依据太阴病的典型症状、总病机,提出当温之的大法,推荐采用四逆汤、理中汤一类的方剂,同时隐喻四逆汤和理中汤,两个病证之间具有密切的病机相关性。

5 结论

《伤寒论》是大量循证结果的产物,本身具有循证框架。循证医学的最终归宿是提高临床诊疗的有

· 临床解惑 ·

怎样分型辨治颈椎病

赵 玉 成

(山东省宁津县中医院, 253400)

针灸、理疗、按摩等法治疗颈椎病有效, 配合中药效果显著, 现将分型辨治方法介绍如下。

1 气血两虚证(神经根型)

颈部僵硬, 活动受限, 一侧或两侧肢体疼痛和放射痛, 伴有手指麻木、手指无力, 持物坠落, 颈肩部及枕部疼痛, 枕部感觉障碍, 少气懒言、面色苍白, 舌质淡、苔薄白、脉虚弱。治当补益气血, 方选八珍汤, 药用: 人参 6g, 白术 9g, 茯苓 9g, 当归 10g, 白芍 9g, 熟地黄 10g, 川芎 9g, 炙甘草 6g。兼阳虚者加附子、桂枝, 以助阳散寒; 兼阴虚者, 加生地、麦冬以滋阴; 兼气郁者, 加香附、陈皮以疏理气机; 兼脾胃两虚者, 加山药、白扁豆以健脾胃。

2 痰湿瘀阻证(脊髓型)

上下肢一侧或双侧肢体麻木, 酸软无力, 甚者可呈挛性瘫痪, 四肢肌张力增高(腱反射亢进, 浅反射减弱或消失), 眩晕头痛, 肢体沉重, 活动困难, 舌质淡, 苔白腻, 脉弦滑。治当祛湿化痰, 方选半夏白术天麻汤, 药用: 法半夏 9g, 天麻 6g, 茯苓 9g, 陈皮 6g, 白术 12g, 甘草 6g。湿痰偏盛者, 加白芥子、泽泻, 以化痰利湿; 兼痰湿壅肺者, 加紫苏子、麻黄, 以宣肺化痰; 兼脾虚者, 加党参、白术, 以健脾祛湿; 兼肾阳虚者, 加附子、车前子, 以温阳利湿。

3 肝肾两虚证(椎动脉型)

颈肩及枕部疼痛、恶心呕吐、头晕头痛, 耳鸣视物不清, 腰膝酸软, 上肢屈伸不利或麻木, 畏寒喜温, 舌质淡、苔薄白, 脉沉细弱。治当补气血、益肝肾, 方选独活寄生汤, 药用: 独活

9g, 桑寄生 9g, 杜仲 6g, 川牛膝 6g, 秦艽 6g, 茯苓 6g, 肉桂 6g, 防风 9g, 川芎 9g, 党参 9g, 甘草 6g, 当归 9g, 白芍 6g, 熟地黄 9g。兼血瘀者, 加红花、延胡索, 以活血通络止痛; 寒盛者, 加附子、干姜, 以助阳散寒; 呕吐明显者, 加半夏、丁香, 以降逆止呕; 兼睡眠不佳者, 加酸枣仁、远志, 以养心安神。

4 脾肾阳虚证(交感神经型)

头沉头昏偏头痛, 不思饮食, 四肢发凉, 视物不清, 腰膝酸软, 温热则舒, 舌质淡、苔薄白, 脉沉细。治当健脾补肾, 方选四君子汤合附桂八味丸, 药用: 人参 6g, 白术 9g, 茯苓 9g, 甘草 6g, 肉桂 3g, (淡) 附子 2g, 熟地黄 12g, 山茱萸 9g, 山药 9g, 泽泻 6g, 茯苓 6g, 牡丹皮 6g。视物不清明显者, 加菊花、枸杞子, 以补肾明目; 兼手足心热者, 加生地、麦冬, 以滋阴清热; 头痛明显者, 加川芎、白芷, 以祛风活血止痛; 头重明显者, 加车前子、苍术以健脾利湿。

5 气滞血瘀证(混合型)

颈部肌肉僵硬, 后伸受限, 压痛明显, 伴上肢放射痛, 肌肉萎缩, 肌力减退, 感觉障碍, 舌质紫红有瘀点、少苔, 脉细涩。治当活血祛瘀, 通络止痛, 方选复元活血汤, 药用: 天花粉 9g, 柴胡 9g, 当归 9g, 红花 6g, 甘草 6g, (酒) 大黄 12g, 桃仁 9g, (炮) 穿山甲 6g。气滞明显者, 加青皮、枳壳, 以行气止痛; 血瘀甚者, 加三七、乳香, 以活血化瘀止痛; 肌肉萎缩明显者, 加黄芪、丹参补益气血; 大便秘结者, 加蜂蜜、火麻仁, 以润肠通便。

[编辑: 李 巍]

效性, 以及医疗卫生决策的科学性。《伤寒论》之所以能够留传千年, 经历代医家验证、阐发、升华, 直至现代依然是应对多发病、常见病、疑难杂症的有利武器, 这不是偶然。它的有效性是张仲景采用不同于前人的思维模式, 在完成“大样本”患病人群宝贵诊疗体验基础上, 将多种证据资料进行再分析的结果。当时虽不可能采用统计学, 但张仲景将再分析方法运用得淋漓尽致; “勤求古训, 博采众方”, 循求最佳证据, 不断凝练形成六经辨证的理论精髓。若能借助循证医学的理念和方法, 挖掘《伤寒论》内蕴的循证特质, 着力研究其 112 方现代临床运用现状及其方药加减规律, 我们深信能走出一条熔炼两者学科优势, 赋予辨证论治的新内涵、新要素的新的学术道路。

参考文献 (C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

[1] 宋俊生, 李小森. 试论《伤寒论》具有循证医学框架[J]. 新中医, 2006, 38(5): 3-5.

- [2] 宋俊生. 《伤寒论》是中国古代循证巨著[J]. 天津中医药, 2006, 23(3): 219-221.
- [3] 熊俊, 董文军, 宋俊生, 等. 乌梅丸及其加减方治疗溃疡性结肠炎临床随机对照试验的系统评价[J]. 吉林中医药, 2008, 28(4): 296-299.
- [4] 宋俊生, 董文军, 陆小左, 等. 五苓散及其加减方临床对照研究文献的质量评价[J]. 天津中医药大学学报, 2008, 27(1): 1-5.
- [5] 熊俊, 宋俊生, 商铁刚, 等. 旋覆代赭汤及其加减方治疗顽固性呃逆临床随机对照试验的系统评价[J]. 山西中医, 2008, 24(2): 25-27.
- [6] 熊俊, 宋俊生, 商铁刚. 旋覆代赭汤加减治疗反流性食管炎临床随机对照试验系统评价[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(1): 19-21.
- [7] 宋俊生, 熊俊. 抵当汤及其加减方临床对照研究文献的系统评价[J]. 天津中医药大学学报, 2007, 26(3): 26-29.

(收稿日期: 2010-05-16; 修回日期: 2010-09-15)

[编辑: 黄 健]