

循证医学视野下吉益东洞“方证相对”与中医现代化

金 丽

(福建中医药大学中医学院,福建省福州市闽侯上街大学城邱阳西路,350122)

通讯方式:jlinli7208@163.com,13110899489

[摘要] 日本汉方医吉益东洞的“方证相对”在近代中医学以《伤寒论》与西医学论争时,有推波助澜之功。循证视野下审视“方证相对”,包括求实态度与归纳统计方法的评估;类似证候“降维升阶”的方法学探询;腹诊“表象”证素采集的昭示。探讨“方证相对”的科学性,意在为中医现代化提供借鉴。

[关键词] 循证医学;吉益东洞;方证相对;中医现代化

循证医学(evidence-based medicine, EBM)是遵循科学证据的临床医学^[1]。“获取当前最好的研究证据、结合临床医生的个人专业技能和临床经验、同时考虑患者的价值和愿望,将三者完美结合制定治疗措施”为循证医学的理念^[2]。循证强调“证据使用的全球化”与“医疗决策本土化”(个体化诊疗决策)^[3]。中医学现代化与循证医学及系统科学的接轨,当分属实践与理论的不同层面。实证性与非实证性,是否是现代医学与中医学的本质区别,在系统科学与循证医学不同的语境中答案不尽相同。不同的循证医学视野下的中西医结合,是在实证层面寻找连接点。中西医理论层面的结合,由于思维方式与人文、价值观的不同,中西医学有望在借鉴光的“波粒二象性”模型后,“和而不同”地统一在系统科学的语境中。循证医学视野下的中医学实证化为中医学现代化的当务之急。

1 循证医学与中医学现代化

循证医学一方面重视群体证据,促进经验实践向循证实践转化,使各种民族医学与西方医学的诊疗皆接受科学的洗礼;另一方面,基于新的医学模式,医疗已从以前西方医学着眼的“病”,转化到具有生物与社会人文双重属性的“人”^[3]。以人为本的医疗理念与个体化医疗,随着人类基因组计划(基因分型和单核苷酸多态性 SNPs)的研究发现,而得到深入诠释与强化。疾病易感基因、各种药物敏感基因与肿瘤的生物靶向治疗成为当今医学研究的热点^[3]。

中医学的辨证施治和个体化治疗原则与循证医学的理念不谋而合^[2]。虽然中医学具有浓郁的人文特征,但其证的内涵与外延,包括表象的、疾病的、心

理的、精神的、环境的、社会的、经济的因素,皆得到循证医学新的解释与提升,并为其论治提供临床科研证据^[3]。至于中医学基础理论,阴阳、五行、气,因其人文色彩及思辨性和领悟性难以与西方医学理论体系接轨,但在现代系统科学自有立足点^[4],在实践层面暂可不考虑“阴阳、五行、气”等符号的话语权。

总之,循证医学以其“证据体”(构建过程:从假设→临床观察→比较研究→随机对照→研究综合,在中医学可先从复方疗效→假设)^[1]的语境,结合多学科交叉研究方法(如临床流行病学、医学统计学、社会学、心理学、人类学)^[3],可对中医学诊疗进行定量研究与定性评价,中医学诊疗体系的系统化、规范化与标准化可以实现。

2 中国和日本传统医学与西方医学对接的历史反思

中日文化交流源远流长。近代未开启之前,日本之于中国,无论政治制度、经济制度及文化风俗,皆倾心向中国学习之至^[5]。公元 5 世纪,中医学经由朝鲜传入日本,至少在平安时期(794—1192 年)即已开始了日本化阶段^{[6]20}。被日本尊为医学圣典的《伤寒论》,是在宋元医学于镰仓时代(1192—1333 年)传入日本的^[7]。

日本的传统医学在明治维新(1868 年)后被称为“汉方医学”。现今学者认为,汉方医学的兴起和发展,是以金元医学传入日本,曲直濑道三为代表的“后世派”(16 世纪中后期)以弘杨李东垣、朱丹溪学术为起点^[8]。而在近代使日本汉方医学焕然一新,使“古方派”(17 世纪中期)一时为天下所风靡,且遗风至今风行弗替的则是吉益东洞^[9]。

吉益东洞学术思想包括推崇《伤寒论》经方,万

病一毒,方证相对,实证亲试^{[6]74}。

吉益东洞求实的态度与社会背景(文化下移平民,梅毒流行等^{[6]80})及日本人的民族特性(注重实用、喜欢简洁和崇尚技巧^{[6]65})有关,而其学术的风靡(虽然有人批评吉益东洞医学思想是向经验医学的倒退,但日本的现代学者也曾将吉益东洞为代表的古方派的出现称为日本的“文艺复兴”^[10]),则可能与现代研究方式的对接有关^[11]。

中国的中医学和日本汉方医学在近代同样遭遇了西洋医学的冲击,皆因不同程度的难以与近代自然科学接轨,而遭到政治势力的摧残与扼杀。而吉益东洞之“方—证”诊疗体系在当时是有生命力的(规范化的群体诊疗),且至今仍有风行弥漫之势,值得中医学寻找与西医学连接点时所借鉴。

3 循证医学是规范化群体诊疗与个体医疗的结合

21世纪的医学将从疾病医学向健康医学发展,从群体治疗向个体治疗发展^[3]。群体诊疗与个体医疗并不矛盾,两者分处于宏观与微观,属群体证据与个体应用的关系^[3]。群体诊疗与个体医疗的并行不悖,在中医学中可表现为辨病、辨证、辨体(质)相结合^[3],但真正与西方医学接轨,则必须进入循证医学“证据体”与方法学语境。

3.1 吉益东洞“方证相对”可谓中医学诊疗规范化之先导

吉益东洞“方证相对”思想,撇开阴阳五行、藏象经络及五运六气等具哲学思辨色彩的中医学理论,着眼于《伤寒论》方的实证性和经验性,借鉴中国医家“以方类证”研究方式,以方证统理法,寓阴阳于寒、热、虚、实、表、里六纲,使中医学走出以经(《黄帝内经》、《难经》)解经(《伤寒论》)的套路,使《伤寒论》实证研究焕发活力。

吉益东洞“方证相对”研究方法,在近代中医学以《伤寒论》与西医学论争时,有推波助澜之功。在近代承淡安等以“阴虚即是血浆与组织液不足言也,……血球拥挤,循环上易起摩擦作用而发生内热也”^[12]尝试寻找与西医的连接点时,吉益东洞的“方—证”早已棋高一畴,起码达到了时逸人^[13]的“学说系统化、科学化;经验集中化、实验化;药物生理化、化学化;治疗机械化、实际化;预防社会化、政治化”的大部分目标。

3.2 体质与证素辨证体系是在吉益东洞基础上的提升与向循证医学的迈进

吉益东洞唯《伤寒论》经方马首是瞻,倡导“方—

证”诊疗体系的活力,在于群体诊疗的规范化、标准化与对辨证论治的简单化。同类而科学内涵高于吉益东洞的现今有经方体质辨证“方—病—人”模型(从药证相应、方证相应发展到体质与方相应)^[14]、“辨证元”模型(体质与证素辨证体系)^[15]等。

3.3 个体诊疗在纳入循证医学语境时的表象证据尚可拓展

循证医学是随着自然科学理论与医学实践的发展而逐步发展起来的一门应用科学。循证医学的“证据体”与研究方法,时时需要自然科学及各种民族医学的特色实践来支撑与扩展,是谓“整合医学”。基因分型和单核苷酸多态性(SNPs)的研究,为中医学纷繁多姿的表象辨识寻找到了科学实质与依据,但在临证中,表象辨识的继续拓展(证素维度扩大)将有利于进一步数据挖掘,探查深层次科学规律。应用光电等现代技术将中医经络、穴位、脉象、舌象等用客观化图像表现出来是四诊的延伸。吉益东洞等日本汉方医家,在中医学基础上发展了深具日本特色的腹诊,拓展了证素的采集维度。如勝田正泰认为^[16],脐旁压痛是诊断瘀血的重要腹诊表现,而针刺大腿内侧血海穴(捻针、雀啄),可以消除这种瘀血疼痛点。还如癫痫患者多有胸胁苦满和腹直肌痉挛的临床表现。

4 循证医学视野下审视吉益东洞方证思想对中医现代化有借鉴意义

循证医学视野下对吉益东洞之“方—证”诊疗体系的审视,包括求实态度、归纳统计研究方法、“方—证”与“药—症”诊疗体系类似证素的“降维升阶”、(气血水)毒病态辨证学等。在探询其科学内涵的同时,亦为中医学与西方医学的结合寻找了连接点。

4.1 循证求实与吉益东洞之“亲试实验”

循证医学是系统地查找、评价和使用证据从而指导临床医疗决策的方法学^[17]。循证医学的证据分为5级^[18],依“系统评价→随机对照→未随机、有对照→无对照→个案、综述”顺序逐步降级。

循证医学与吉益东洞的共同点在于对“阴阳、五行、气”等符号暂停话语权,但循证医学的证据科学性是高于吉益东洞从《伤寒论》与《金匱要略》归纳出的“方—证”与“药—症”诊疗依据及亲身经验的。

4.2 循证方法与吉益东洞之“初步经验的归纳统计”

吉益东洞在“方证相对”体系之外,还提出了另一学术色彩鲜明的医学思想,即“万病一毒”。临床

虽以张仲景方为主,但多喜用一些攻击性的方药,除因其“凡病当以毒药攻之,虚者不为病,以谷肉养之即可”^[9]的疾病观外,反叛^[11]与吸人眼球大约为其主旨。但吉益东洞学术之风靡还在于其方药诊疗的便捷、实用。

吉益东洞首先类比孙思邈“方证同条,比类相附”与清代柯琴“证以类聚,方随附之”,对《伤寒论》与《金匱要略》中的 220 张处方与适应证进行梳理归类。其后即进行了初步“方—证”与“药—症”的归纳与统计:“方—证”如桂枝汤治头痛、发热、汗出而恶风者;小建中汤治里急腹皮拘紧及急痛者;大黄硝石汤治发黄胸中有结块者^[19]。“药—症”如《药征》之“人参、黄连、茯苓三味其功大同而小异也,人参治心下痞硬而悸,黄连治心中烦而悸,茯苓治肉瞤筋惕而悸也”^[19]。还如桂枝主治冲逆,旁治头痛发热之证;石膏主治烦渴,旁治谵语、烦躁、身热^[20],吉益东洞如此不深入论索阴阳藏象与药物归经等理论(尽管方证已涵理法^[10]),抛开了哲学性思辨,据初步归纳统计即选定方药,虽在病或证共性的基础上,进行群体诊疗,大大简化了辨证论治,但若发展到极端,把中药方完全当作西药用,连最表象的体质都不辨识,必然会产生不良后果,如后世以小柴胡汤颗粒剂在日本治疗丙型肝炎,即出现了副作用而诉诸法庭^[5]。近年日本更有极致者,如单从生药中提取有效成分,连方、证、理法亦不涉及,则完全没有“中医”,亦不符合循证医学之“生物—心理—社会—环境—精神”医学模式了。

而且吉益东洞之归纳统计尚待精准,其结论未必完全正确。如甘草“主治急迫,故治里急、急痛、挛急,而旁治厥冷、烦躁、冲逆等”,由此批驳中医本草书之“解毒、调和诸药”,实为不确。最典型明证是,《伤寒论》中甘草汤、桔梗汤,用生甘草清热解毒、消肿利咽;张仲景在诸多方中用甘草缓大黄、芒硝峻下之性,缓姜、附燥烈之性等。实验亦证明^[21],用甘草配合大黄抢救毒鼠强中毒,可加快大黄对毒物的排空作用;甘草甜素有肾上腺皮质激素样作用,因而可调和诸药。

吉益东洞的“唯初级经验论”研究方法,一为类神农之田野考察法;一为初级归纳法,是达不到循证医学要求的。

4.3 “方证相对”与证候标准化的“降维升阶”

针对中医学诊疗体系下的证候规范化与标准化,吉益东洞“方证相对”较之循证医学之“降维升

阶”^[2](单因素提取—多因素分析与复合,使应用的人群达到“同质性”要求,作为群体化诊疗的基础)或采取“主症辨证方法”^[2]理念相通,区别在于数理统计分析的严密性不同。

4.4 单因素疾病式微,过于简化的证据体不适合循证医学

吉益东洞之万病一毒思维与当今日本汉方医家对中医学方证的完全西药化思路如出一辙,因现今单因素疾病已式微,且能产生戏剧化疗效的药物亦难觅踪影,故而不适合于循证医学思路。循证医学从最初重视针对单因素同质人群特异疗效的“符合国际标准的随机对照试验”(RCT),转为“转化医学”(从实验室至临床)与“整合医学”(西医学与各种民族医学的替代疗法与辅助疗法整合起来),是符合自然与人文的。

4.5 唯经验论不足取

吉益东洞“方证相对”是向诊疗的规范化与标准化迈出的重要一步,但由于历史局限性,未深悟疾病与个体的复杂性,未达到经验医学最终需提升至理论医学的认识高度。爱因斯坦“ $E=mc^2$ ”与中国的“阴阳”、“气化”皆为大道,皆为自然之理。表述符号系统的不接轨,不能作为排斥宇宙自然之理的缘由。

5 结语

基于循证医学视野下探讨吉益东洞“方证相对”之科学性,意在为中医学诊疗的规范化与标准化提供借鉴。基于疾病的复杂性与中医学的人文特征,在实证层面,遵循循证医学的原则,当为中医学现代化的必由之路。

参考文献

- [1]张晶,刘建平.循证医学时代的中西医结合诊疗模式[J].循证医学,2010,10(5):290-293.
- [2]段碧芳,刘建平.中医人文特征与循证医学评价方法[J].中医杂志,2007,48(4):314-316.
- [3]刘建平.循证医学与个体化医疗[J].中西医结合学报,2009,7(6):505-508.
- [4]李曙华.从系统论到混沌学[M].桂林:广西师范大学出版社,2002:16-27.
- [5]平出由子.中日传统医学比较研究——日本汉方医学“轻理论,重方术”源流探析[D].济南:山东中医药大学,2004.
- [6]杨晶鑫.近世日本汉方医学变迁研究[M].长春:吉林大学出版社,2010.

(下转第 1840 页)

3.3 两组患者迟发性肠炎发生情况比较

中药组 1 年内迟发性肠炎 1 例,西药组 3 例,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

放射性肠炎属中医学“泄泻”、“血症”、“便血”等范畴。放射线损伤肠道,毒邪蕴结,日久变为热毒,损伤大肠正常功能,故大便次数多;毒热阻碍气机,则下坠、腹痛或里急后重;毒热灼伤肠道气血,伤于气分,则大便有黏液,伤于血分,则有脓血便;热伤血络,迫血妄行,则便血不止;热毒耗伤津液,则口渴,肛门灼热。

目前放射性肠炎的治疗比较困难,应用收敛、利湿、解毒等功能的中药保留灌肠,除局部渗透黏膜组织改善微循环,抗炎,更能够根据不同证型辨证施治全身用药,既能有效防治放射性肠炎的发生,更能够改善患者不适症状,减轻痛苦,提高生存质量。保留灌肠中药中,白头翁、秦皮清热解毒,止痢,具有较强的抗金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌等多种细菌和真菌作用,煎剂及所含皂苷也有明显的抗阿米巴原虫、阴道滴虫、流感病毒等功效^{[6]150};黄芩功效清热燥湿,泻火解毒,止血,能够抑制肠管蠕动、抗氧化、调节 cAMP 水平、抗肿瘤等作用^{[6]108};黄连、葛根功效清热止泻,并可解除肠内痉挛,以减慢肠蠕动^{[6]87};五味子具有消炎作用,防止自由基侵害,五味子所含的木酚素是强效抗氧化剂,能抑制自由基;乌贼骨功效收敛止血,消肿生肌,其成分有碳酸钙、氯化钠、镁盐等,可在肠壁上形成保护膜,促使炎症吸

收,减轻局部疼痛^{[6]582}。同时根据辨证分析,湿热下注型、热毒炽盛型、气血两虚型、脾胃虚弱型,分别以葛根、黄连、黄芩、车前子、滑石等清热利湿;金银花、连翘、山豆根、蒲公英等清热解毒;黄芪、党参、白术、阿胶、鸡血藤等益气补血;党参、茯苓、陈皮、白术等补益脾胃。保留灌肠中药对肿瘤放疗有减毒增效的作用,能提高机体的耐受性,使患者能顺利完成放疗。

本研究显示,中药组急性放射性肠炎 II 级以上发生率明显少于西药组($P < 0.05$);放疗后中药组 KPS 评分 80 分以上者明显高于西药组($P < 0.05$)。提示中药内服加灌肠能够有效预防放射性直肠炎的发生,减轻辐射损伤,降低肠道毒性反应,因每日灌肠患者不易接受,还需寻求更简洁、方便的治疗方法。

参考文献

- [1]贾立群,朱世杰.肿瘤放化疗不良反应[M].北京:科学技术文献出版社,2004:114.
- [2]徐燮渊,俞受程,曾逊闻,等.现代肿瘤放射治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2000:728-729.
- [3]王胜文,李薇.放射性直肠炎中西医结合治疗对比观察[J].中国中西医结合杂志,2004,24(1):79-80.
- [4]殷蔚伯,余子豪,徐国镇,等.肿瘤放射治疗学[M].4版.北京:中国协和医科大学出版社,2008:1350.
- [5]周际昌.实用肿瘤内科治疗[M].北京:科学技术出版社,2010:444.
- [6]高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2002.

(收稿日期:2012-03-09;修回日期:2012-07-16)

[编辑:侯建春]

(上接第 1826 页)

- [7]小曾户洋.汉方的历史[M].东京:大修馆书店,1999:124-126.
- [8]潘桂娟.日本汉方医学[M].北京:中国中医药出版社,1994:37-38.
- [9]马东峻.吉益东洞及其医学观[J].浙江中医学院学报,1983,7(1):17-20.
- [10]鲍艳举,李丛煌,杨瑶瑶.日本古方派之吉益东洞[J].中医药文化,2010,5(1):49-51.
- [11]程伟.吉益东洞的意义——读《吉益东洞——日本古方派的“岱宗”与“魔鬼”》[J].中国科技史杂志,2010,31(3):339-341.
- [12]承淡安注解,朱襄君参订.伤寒论新注[M].南京:江苏人民出版社,1956:366-367.
- [13]常存库.中国医学史[M].北京:中国中医药出版社,2007:168-169.
- [14]黄煌.古方的学习与应用[J].山西中医,1996,12(6):

29-31.

- [15]江启煜,孙晓生.“辨证元”思想在中医体质辨识中的应用[J].江苏中医药,2010,42(8):1-3.
- [16]伍锐敏.日本的东洋医学[J].日本医学介绍,1982,3(11):27-29.
- [17]刘建平.循证医学与中医疗效评价[J].中医杂志,2007,48(1):26-28.
- [18]刘建平.临床科研方法——理论与实践[M].北京:军事医学科学出版社,2000:114-126.
- [19]樊海,吴成,刘兴旺.日本著名汉方家吉益东洞学术思想探要[J].国医论坛,1991,6(6):20-21.
- [20]张金玺.从《药征》看日本古方医学派的研究方法[J].中医药学报,1992,17(5):9-11.
- [21]刘仁俊.浅谈甘草化学成分及药理作用[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(19):74-76.

(收稿日期:2012-06-28;修回日期:2012-08-13)

[编辑:黄健]