# 中医证研究的困惑与对策

作者: 梁茂新 / 刘进 / 洪治平 徐月英

出版社: 人民卫生出版社

原作名: 梁茂新 著

出版年: 1998-6

页数: 268

定价: 12.5

装帧: 平装

ISBN: 9787117029254

一个民族想要站在科学的最高峰，就一刻也不能没有理论思维。

每一种事物都有它的特殊的否定方式，经过这样的否定，它同时就获得发展，每一种观念和概念也是如此。

——恩格斯

# 序

在80年代末，就曾设想围绕证的研究问题集中写点东西。由于对证的研究现状的认识需要进行系统的梳理和繁复的逻辑思辨；而一些观点的提出还要借助适宜的学术背景和人们理智宽容的心态，因而，在当时尚不完全具备这些条件的情况下，只好搁置了这个涌动数载的念头。

实际上，我们没有等待。随着证的理论研究波及的范围不断扩大，越发强烈地感觉到，如果不抓紧总结与证有关的各类研究的现状和问题，学术界将陷入难以自拔的窘境，并将为此付出更加高昂的代价。于是，通过专题论文不间断向学术界释放信息，把一些不够成熟的见解公诸学术界，企冀能够引起共振，以为中医药学术的发展尽绵薄之力。

应当说信息的反馈是迅捷的。或毁或誉都会引发更深层次的理性思考，并从中汲取教益。值得欣慰的是，尽管利益驱动改变着人们的价值取向，但学术界始终没有冷落证的理论探索，并已开辟出几块属于中医理论研究者自己的学术园地。

从人们对证的理论研究的热情关注和积极参与，可以印证这样的推断：只有拨动证这个中医学术界最为敏感的神经， 才能触及到中医药学继承与发展的核心问题。显而易见，与证有关问题的提出和解决，势必引发中医药学的一场深刻的变革。有鉴于此，证的理论研究己经成为刻不容缓、亟待运作的重大课题。

现在，我们已不再苛求自己，就象学术界不曾苛求我们那样，开始着手把那些极不成熟的观点整理成册。坦率地说，我们不想同时不可能预先给出证的理论研究的最终结果，而以往与证有关的各类研兖的最大缺陷和失误正在于其研究结论都是先验的，事先规定好的。倘若此书能够客观地阐明证的各类研究所存在的疑点和弊端，并大略提出解决这些问题的基本方法，起到拋砖引玉的作用，就算达到了目的。

在对与证有关的各类研究条分缕析的过程中，不可避免地涉及证概念本身的问题。无论如何，对学术界普遍钟爱的概念评头品足，总会引起感情上的纠葛。中医学似乎更需要保护，而不是批评，哪怕是善意的批评。熟言音中医药学近现代发展史的人，或许更多一份这样的理解和情感。因此，写这个小册子自始至终有一种不可名状的心绪。应当承认，撰写此书确实经历了一次痛苦的选择。时下，我们确实已别无选择，学术界也已无路可走，回避证的问题无异于回避现实，只有正视并尽快解决这些问題，中医学才能在继承中有所创新，在衰落中获得振兴。倘能如此，便可聊以自慰了。

把握和探讨证的各类问题，需要有丰富的中医临床经验，良好的实验研究素养和中医理论方面的精深造诣，这些都是我们所不具备的。因此，观点的疏漏和错误在所难免。若能承蒙学术界同仁的指点，我们将感到十分快慰。

本书由梁茂新负责总体设计和统稿，每个章节的撰著者均将姓名直接附于文末，以示郑重。本书的撰著，自始至终得到张虹编辑的热情支持与帮助，借此机会，谨致谢忱。

梁茂新

1997年10月于沈阳

目录

# 第一章 中医证研究的概况

轰轰烈烈的中医证的研究大致经历了40个年头。参加或目睹了这一研究的人都知道，这是一次参加研究人员和单位众多、耗资巨大的全方位攻关；是一项多学科参与的在现代中医药研究中占有极其甫要地位的科学探索；这是几代人企盼获得丰厚回报的大面枳挖掘；同时又是一次只有开头和过程，尚无结尾的旷日持久的学术远征。

在这一研究中，聚集了一大批中医、中西医结合和来自其它学科的专家学者。他们象拓荒的牛，在没有任何现成经验可资借鉴的条件下，在证的学术研究的田园里辛勤耕耘。其中许多人为完成这一伟大壮举不遗余力地奉献出毕生的精力，他们的治学态度和献身精神为后学者树立了楷模。

不过，我们必须承认，40年来，证的研究一直未能迎来硕果累累的时刻。尽管我们曾为一时的局部的成功而振奋，曾为获得多项此类成果奖而倍受鼓舞，但时至今日，我们毕竟没有找到开启证这个学术迷宫的钥匙。仅就这一点便足以说明，证的研究尚未取得可以聊以自慰的阶段性成果。

在学术界，如何评价证的研究，始终存在“横看成岭侧成峰，远近高低各不同”的认识，这是很正常的。近年来，从普遍存在的紧迫感和危机感可以看出，人们对证的研究的总体共 识在不断扩大，即感到证的研究遇到了很大的问题，一时尚难以深入，而问题的产生似乎主要来自学术体系的内部。尽管如此，并未改变各自对证研究具体问题的看法。时下，证的研 究难以推进，正处在亟待摆脱的胶着状态。于是，证的研究的研究，亦即证的各类研究利弊得失的归纳总结性研究，便适时地提出来了。

在参与证研究的研究之前，简要地回顾一下证研究的状况是必要的。

一、证研究的起因

50年代初，祖国保药学的发展迎来了新的历史时期。经历长期扭抑和排斥的中医界，在“团结中西医”政策的指导下，开始在比较宽松的条件下讨论自身的发展问题。在1951〜 1953年间，《新中医药》和《北京中医》（现《中医杂志》的前身） 两种期刊分别以“现代医学和中医的结合”和“中医科学化”为题展开了热烈的讨论。中西医人员之间和中西医界之间的隔阂开始消除，彼此间的交流和了解逐渐增多，为日后开展的证本质研究做好了思想方面的准备。

在当时比较宽松的背景条件下，要想发展中医药学，必须明确直接切入的突破口。在此期间，伴随中医院校的组建和统编教材的编写，需要在中医基础理论方面统一认识，这样一 来，学术界对中医基础理论的研究进入了比较繁荣的发展时期，搜寻学术研究的突破口的工作也在此间同时进行。1955 年，任应秋先生发表了题为“中医的辨证论治的体系”的文章「1〕，与此同时，秦伯未、姜春华诸先生分别撰文，全面阐述和介绍辨证论治体系，得到学术界的首肯，进而在新的历史条件下确立了辨证论治在整个中医诊疗体系中的特殊地位。并为后来把辨证论治确立为两大特色之一奠定了理论基础。于是，辨证论治顺理成章地成为中医科学化的切入点。

突破口选定后，还缺少一个基本条件，就是研究人员。此时，“团结中西医”和“西医学习中医”的政策使一批热爱中医工作的西医人员学习和掌握了中医，他们义不容辞地担当起用现代医学的方法研究中医辨证论治理论的历史重任，并把研究的具体目标首先定位在藏象学说的肾本质的研究上来。从此，中医证的研究拉开了序幕。此时正值50年代末期。

回顾这一过程，即可对证本质研究（作为证研究的先导）的起因有一个客观的认识。可以说，开展证本质研究是在老中医的直接倡议和指导下进行的：是中医界为了自身的生存与发展而提出的现实要求；是中医科学化在当时必然的唯一选择。

二、证研究的运行轨迹

把证本质研究的第一站选定在肾本质研究方面，还基于一个大的学术背景条件，即藏象学说在中医辨证论治中的核心地位已经确立，也就是说，学术界已经获得了这样的共识：辨证论治是中医诊疗体系的核心，脏腑证的辨治则是核心中的核心。因此，证本质研究便由五脏证中肾本质的研究起步。

60年代初，肾本质研究取得了初步成果，即发现多种疾病诊为肾阳虚证者具有同一客观指标的相同改变，在学术界引起很大的震动。此间，学术界又开展了八纲证的实质研究。 主要围绕阴阳、寒热和虚实对应六纲进行本质方面的探索。总体说来，当时的研究规模较小，局限在几个单位和地区。

在经历了将近10年的沉寂之后，70年代中期，证本质研究进入了全面铺开、向纵深发展的时期。一方面，肾本质的研究继续扩大战果，阴阳等八纲证在寻找新的检测指标；另一一方面，脾本质和血瘀证本质的研究也相继启动。在70年代的后几年，整个中医界形成了声势浩大的证本质研究的热潮，这一趋势给人们的预感是，全面揭示中医诋的本质已经为期不远

中医证的动物模型的研究虽然稍微滯后于证本质研究，但两者实际上是一种孪生的关系。证本质研究向前推进一程，中医证的动物模型的研制便跨跃一步。证本质研究拓展到哪个领域，证的动物模型的研制便尾随其后，追踪到哪用。哪个方面证的研究最红火，哪方面证的动物模塑自然造得证就最多。如肾虚、脾虚和血瘀证研究最广泛，最深入，3种证的动物模型种类也就最多。从证的动物模型的研究过程来看，有学者将其分为4期，即1960〜1976年为散在发生期； 1977〜1984年为方法尝试期；1984〜1988年为初步总结期； 1988〜1990年为实用期⑵。四期之间不足截然分开的。可以看到，证本质研究与证的动物模型研究彼此照应，互相利用，互相促进，在80年代前后，共同代表着中医学研究与发展的主流。

进入80年代以来，伴随着证本质研究的呼声越来越高， 某些证的本质掲示得越来越深刻，人们的忧虑也与日俱增。这种忧虑主要来自两个方面：其一，现实的一切研究都是在中 医学尚未进行规范的情况下进行的，具体说来，证本质研究和中医临床研究等都是在未对中医诸证进行规范的情况下展开的。由于证的称谓不尽相同，构成证的症状不尽一致，证的诊 断标准也有所区别，因而证的相关性研究（包括基础和临床）可能出现某些差异。故而认为，加速规范化建设，是中医学向客观化和科学化迈进的先决条件。随后，中医规范化研究以证的规范化研究为龙头，并成为证的研究的另外一翼。其二，人们开始对证本质研究能否在中医理论体系的框架之内继承和发展中医药学产生怀疑。甚至认为，证本质研究是把中医学放在从属位置上，用现代医学的方法和手段验证和改造中医学。证本质研究前进一步，中医传统的学术领地便丢失一分，如此持续下去，只能使中医学日趋伤失自主发展的学术地位。坚持这种认识的人，对证本质研究持否定的态度，且断言：用现代医学的方法和手段研究中医的证，只能使中医西医化，此外不会有其它结果。正是在这一背景下，辨证论治和整体观作为中医药学的两大特色非常严肃地提出来了。

面对批评，证本质研究未予理会，在各级招标课题对藏象学说研究、证本质研究和中医证的动物模型研究的资助下，向更广更深更新的研究颌域进展。此间证本质研究的基本趋势 是：①证本质研究触及的病种越来越多，五脏诸证的本质研究全面铺开；②参与观测的客观指标遍及不同层次和类别，追逐高新指标成为时尚，开始由单指标研究过渡到多指标研究；3 提出“微观辨证”新术语，对其内涵进行界定，并开始在临床尝试推广这种辨证方法。这标志着对证本质的探讨似已转入初步应用阶段。这一状况显示，证本质研究保持继续发展的势头。

在80年代，与证相关的各类研究齐头并迸，犹如进入攻坚阶段。此时，各种类型的战略研讨绘制出多张2000年中医证研究进展的宏伟蓝图，使我们确信，证之奥秘届时将初步揭示清楚。

以上所述，即是证的研究由起歩到高潮的基本发展过程^

然而，进人90年代，证的各类研究急转直下，战略研讨预示的美好前景日趋渺茫，整个中医界陷入困顿、迷惘和无奈之中，中医证的研究连同中医基础理论研究闯进新的十字路口。 症结何在？何去何从？业已成为普遍关注的焦点。

参考丈坎

〔1〕任应秋。中医的辨证论治的体系。中医杂志，1955， （4）：19

〔2〕陈小野，等。实用中医证候动物模型学。北京：北京医科大学中国协和医科大学联合出版社，1993。2

（梁茂新）

# 第二章 证本质研究的困惑与启示

证本质研究，又称证实质研究。这是证的各类研究中开展最早、规模最大、影响最广的一类研究，是中、西两种医学深 层次沟通与对话的基本方式。这一研究的近期目标是，寻找和确定中医证的客观检测指标，对证进行定量的表迖；远期目标是，用客观检测指标对疾病作出定量的证的诊断；于是，便实现了这一研究的最终目标：以现代医学的客观检测指标为中介，实现中、西两种医学本质上的交汇与融合。

应当承认，在证本质研究方面，学术界做了大量扎扎实实的工作。整个研究主要围绕五脏证、八纲证和气血证展开，抓住了中医证的核心内容。选用客观检测指标来自各个系统， 大至器官水平，小至分子生物学水平。在各项具体的局部的研究中，人们都无一例外地获得了预想的结果，验证了中医证的科学性，找到了沟通两种医学的中介物。研究者也从中找到了自信和成就感。

然而，“不识庐山真面目，只缘身在此山中”。当我们从整体上进行考察时，事情便发生了根本性变化，对证本质研究的困惑也油然而生。为了把证本质的研究继续推向深入，以下 就来全面考察证本质研究的困惑之处，以便从中获取有益的启示，寻找解惑的正确思路与方法。

## 一、五脏证本质研究的现状与困感

几十年来，中医和中西医结合研究者们把证本质的研究，作为中医研究的重要方面，力图通过该项研究揭示中医学术的奥秘，使中医的证和辨证论治更加科学化、客观化。特别在 五脏证本质研究方面，倾注了大量的心血，涉及的内容极为广泛，釆用了丰富多彩的现代医学方法和手段，对肾虚证、肾气虚证、肾阳虚证、肾阴虚证，脾虚证、脾气虚证、脾阳虚证、脾阴虚证，心气虚证、心阴虚证，肺气虚证，肝气虚证、肝郁证、肝阳 上亢证、肝火上炎证、肝风内动证等单一脏的证型，以及脾胃气虚证、脾胃虚寒证、脾胃阳虚证、肝郁脾虚证、心肾不交证等两脏并证及脏腑并证等，进行了各种客观指标的研究，取得了一定的成效，出现了苗头和希望。但随着研究工作的深入，同时也带来困惑与迷惘。下面就五脏证本质研究较多的有关证分析如下：

**（一）肾本质研究的现状与困惑**

肾本质的研究（包括肾虚证、肾阳虚证、肾阴虚证等）始于 50年代末。从肾阳虚证本质入手，首先发现肾阳虚证患者24 小时尿17—羟皮质类固醇（17—OHCS）降低，提示肾阳虚证肾上腺皮质功能低下（1）。经过6个阶段对下丘脑—垂体—肾上腺皮质，下丘脑—垂体—甲状腺，下丘脑—垂体—性腺三轴内分泌系统进行了长达10余年的研究，先后涉及呼吸系统、消化系统、循环系统、内分泌系统、神经精神系统等多个系统，支气管哮喘、冠状动脉粥样硬化性心脏病、神经衰弱、红斑狼疮，妊娠毒血症、功能性子宫出血、溃疡病、结肠炎、风湿病等多种疾病。采用了尿24小时17 —OHCS、促肾上腺皮质激素 （ACTH）2日静脉滴注试验、ACTH测值、Su一4885试验、血 11—羟皮质醇（11 —OHCS）昼夜节律试验、总三碘甲状腺原氨酸（总丁3）、总甲状腺素（总T4）、促甲状腺素（TSH）、促甲状腺素释放激素（TRH）兴奋试验、睾丸酮（T）、雌二醇（E2）、促黄体激素与绒毛膜促性腺激素释放激素交叉反应（LH— HCG）以及促黄体生成素释放素（LHRH）兴奋试验等多种试验方法和指标，并针对具体证通过补肾药物治疗进行佐证。还进行了相应的动物实验研究。多年来的研究结果，总结出 以下的结论：

1．只要符合肾阳虚证诊断，其尿17—OHCS含量均普遍低于正常人。这一结论经1959〜1980年间数百例次的实验得以证实。

2．通过ACTH 2日静脉滴注试验，证明肾阳虚证出现延迟反应是继发于垂体功能低下。又经ACTH和Su 一 4885试验对比研究，观察肾上腺皮质合成过程中动态变化；通过考察血氢化可的松的半衰期，了解肾上腺皮质分解代谢的动态变化。结果提示肾上腺皮质和肝内的17 —OHCS代谢正常，从而证明肾阳虚证ACTH2日静脉滴注试验出现的延迟反应是垂体—肾上腺皮质系统兴奋性低下的结果⑵。

3．通过对正常人（17例）、肾阳虚证（16例）和肾阴虚证（11例）分别作ACTH 2日静脉滴注试验（间接了解垂体功能），Su一48S5兴奋试验（侧重了解垂体贮备功能）、血11—OHCS昼夜节律测定（了解下丘脑功能）等实验和指标测定，结果证明肾阳虚证患者下丘—垂体一肾上腺皮质系统中可能有不同部位、不同程度的功能紊乱〔3〕。

4．对正常老年人（10例）、慢性支气管炎肾阳虚证（10例）、慢性支气管炎无特殊见症者（10例），分别作总T3、T4、TSH等的测定以及TRH兴奋试验，结果表明：①慢性支气管炎患者下丘脑一垂体一甲状腺轴似有提前衰老15年之征象；②慢性支气管炎肾阳虚旺以低T3为主，老年人以低T4为主；③TRH兴奋试验，老年人以低弱反应为主，似归结于垂体反应性降低。而慢性气管炎肾阳虚证以延迟反应为主，可能与下丘脑功能紊乱有关（4）。

5．对正常人（10例）、肾阳虚旺（10例）、老年人（16例）、性功能异常（11例），分别作T、E2、LH—HCG、LH—RH兴奋试验，结果提示：肾阳虚证血清E2浓度、LH—HCG浓度（代表促黄体激素值）明显升高，而LH—RH兴奋试验出现延迟反应。是由于下丘脑内源性LH—RH分泌长期减弱，使垂体LH分泌处于兴奋性低下状态。从而证实肾阳虚证下丘脑存在一定程度的功能紊乱，提示肾阳虚征的主要发病环节可能在下丘脑（5）。

6．又通过对肾阳虚证下丘脑一垂体一靶腺（肾上腺皮质、 甲状腺、性腺）三轴系统平行对比观察证明：①未见一轴对一轴系统的明显影响，可见肾阳虚证多靶腺功能紊乱，是由靶腺以上中枢（下丘脑或更高中枢）的功能紊乱所引起的；②鉴于肾阳虚证对TRH、LH—RH兴奋试验呈延迟反应及皮质醇昼夜节律的变化，提示肾阳虚旺下丘脑一垂体一靶腺轴功能 紊乱发源于下丘脑。

总之，该项研究结果证明肾阳虚证下丘脑一垂体一肾上腺皮质、甲状腺、性腺三轴系统在不同层次、不同环节上有功能紊乱，其中下丘脑功能紊乱起主导作用。对肾阳虚证从内分泌角度以三轴系统多项指标进行研究，80年代以后报道较少。其原因除研究者们认为此项研究已得出较为肯定的结论可不苒深入探讨外，同时在此方面的研究中出现了一些困惑，也是其原因之一。我们从对以往的研究过程与结论的分析中，看到一些潜在的问题，有深入进行再研究与评价的必要。归纳起来有以下几个方面：

1．如探讨肾阳虚证垂体功能的ACTH2曰静脉滴注试验，在1961〜1964年31例肾阳虚证患者中，竟有14例（占 45。2%）未出现延迟反应。在1960年23例肾阳虚证患者中， 也有10例（占43.5%）未出现延迟反应。同是肾阳虚证，竟有如此之高的比率不出现延迟反应，如果不是诊断和实验操作问题，提示该项指标特异性不是很强。又如在血11—OHCS昼夜节律测定中，有一部分肾阳虚证患者出现M型节律，与正常的V和U节律有别。但当我们对其样本的平均数值进行统计学处理后发现，从早8时至次日早S时5个时间内（每6小时为：时间段）平均测值与正常组比较，无显著性差异，P值均>0。05。与肾阴虚证的平均测值比较，亦大都无显著性差异。又将5个时间的平均测值通过坐标图进行比较，结果肾阳虚证的曲线号正常组相近，均呈U型。以上统计结果表明，该项指标作为探讨肾阳虚证本质的特异性指标，以及作为提示肾阳虚证下丘脑一垂体一肾上腺皮质系统中下丘脑功能亦紊乱的结论，有待进一步考察和进行重复实验重新加以认定。

2．把肾阳虚证24小时尿17—OHCS测值降低作为诊断肾阳虚证特异性栺标，由于其他研究者们在另外五脏虚证的研究中得出了相同的结论，而受到了严峻的考验。在80年代初，吴氏等通过对脾阳虚证患者24小时尿17—OHCS的测定，得出低于正常对照组的结论（7）。接着张氏也对脾阳虚证24小时尿17—OHCS含量进行了研究，结果也明显低于正常对照组（8）。齐氏等在对脾阴虚证的研究中，又发现脾阴虚证24小时尿17—OHCS亦有降低的倾向（9）。还有人在其它五脏虚证本质的研究中，也得出相同的结论。这样，在脾阳虚证、脾阴虚证乃至其它五脏虚证中均出现24小时尿17—OHCS降低的现象，说明该指标已不具备特异性，其作为诊断肾阳虚证的特异指标的地位已经动摇。

3．在以往的肾虚证本质研究中，虽也采用了科学研究中的对照原则，但设立的对照组大都不够完善。如在肾阳虚证研究中，设立了正常人、老年人、老年人无肾虚见证、性功能减退及肾阴虚证等对照组。其研究结果，只能说明采用的指标与无证型及相对应证型组间的差别。由于未设其它各脏虚证对照组，因而不能确立这些指标在五脏虚证中的特异性地位。

（**二）脾本质研究的现状与困惑**

脾本质的研究与肾本质的研究一样，集中了众多的研究单位与研究者，采用多种现代医学研究方法和客观指标，进行了多方位的研究。诸如生化学酶学指标、脏器的形态学与功能活动（胃、肠及腺体的形态、结构、运动等）、分子生物学与细胞生物学（环核苷酸、线粒体超微结构、生物膜结构等）、基因学（核酸含量、DNA合成、RNA转录及蛋白质合成等）、免疫学（细胞免疫与体液免疫）、微循环、血液—学及微量元素等都在脾本质的研究中派上用场。单就生化学酶学指标就有唾液淀粉酶、胰淀粉酶、乳酸脱氢酶（LDH）及同工酶、胃蛋白酶、异柠橡酸脱氢酶（ICD）、溶菌酶、乙酰胆碱脂酶（AChE）、 多巴胺一3一羟化酶（BβH）、酸性酯酶（ANAE）、超氧化物岐化酶（SOD）、碱性磷酸酶（AKP）、磷酸肌酸激酶（CPK）、醛缩酶（ACP）以及内分泌学中多种生化学指标几十项。虽然脾本质的研究取得了一定进展，但也同样遇到了一些问题和麻烦，下面仅就研究较多的生化学酶学、免疫学、微量元素方面的状况分析如下；

1．生化学酶学的研究 许多学者观察了脾虚证唾液淀粉酶的活性，看到该酶在酸刺激后活性低下，与正常组有显著性差异。提示脾虚证患者消化腺分泌唾液淀粉酶的储备力不足，化学消化功能低下。而某医院对脾胃虚弱证患者的测试结果，该酶经酸剌激后并不低下，得出了相反的结果（14）。 劳氏等对脾虚证患者作胃蛋白酶活性的测定，结果呈低下状态与此相对应，某医院对15例脾胃气虚证患者测定其胃蛋白酶活性，增高者竟达11例，占73.3%。两种同类测试结果形成了较大的反差。在脾虚证的研究中，AChE的测定结果也不尽一致。高氏的测定结果是该酶活性增高（16）；张氏等对脾气虚证测定结果则无明显变化而魏氏等又在胃阴虚证的研究中，观察到AChE的活性亦增高这样在脾气虚证与胃阴虚证中AChE的活性均出现了增高的现象。金氏、牟氏等分别观察了脾虚、脾阳虚证患者血清胃泌素的变化，结果其测值低于正常组而郑氏、涂氏等同样测定脾虚、脾阳虚证患者血清胃泌素含量，则得出高于正常组的结论。在肾本质研究中被采用的24小时尿17—OHCS指标，在探讨脾本质中也被采用。张、吴两氏对脾阳虚证测定结果，其含量值均降低而王、李两氏的研究却不支持这一结果，其测值均较正常组升高；齐氏等则在胃阴虚证本质研究中，得出了该指标降低的结果[9]。从上可见，同是脾阳虚证，24小时尿17一0HCS测值有高低不同的表现，又至少在脾阳虚证、胃阴虚证、肾阳虚证中出现了低下的结果，进而拟把该测值作为上述某证特异性指标的想法变成了泡影。

2．免疫学的研究 在脾本质研究中，免疫学方法和指标同样被大量采用。由于在细胞免疫方面采用了诸如植物血凝素、E—玫瑰花环形成试验、淋巴细胞转化试验、T细胞总数与活性及T细胞亚群等方法，虽然从不同角度反映出细胞免疫功能低下者居多，但由于使用的检测方法不同，难以作出统一的评价。在体液免疫中，采用的方法较为一致，均测定IgG、IgA、IgM的含量，但得出的结果却大相径庭。陶、王两氏的研究结论是，脾虚证、脾胃气虚证患者IgG低于正常组， IgA、IgM无明显变化。 李氏等对脾胃气虚的测定结果是IgG和IgM均降低。而张氏通过对30例脾气虚证患者的观察，看到IgG升高的例数居多。由此可见；同一证型之间指标互有参差，毫无规律可言，因而不能互相印证。

3．微量元素的研究 由于锌、铜、锰、铁、镁等微量元素大都参与体内一些酶类的组成，而各种酶类在人体机能活动和新陈代谢中起到重要作用，所以该项指标也被应用于证本质研究。我们仅就在脾虚证中采用较多的锌、铜二沖微量元素进行考察，其研究结论很不一致。多位学者通过测定脾气虚证或脾阳虚证患者的血锌含量，发现其测值都是降低的，与正常组有显著性差异张氏则得出相反的结论，脾阳虚证锌的含量升高⑵、李氏和王氏对脾气虚证血清铜值进行了测定，结果铜直升高而罗氏等的研究结果是血清铜值无明显变化[261。张、杨两氏的观测结果则得出了血清铜值均降低的结论从上可以看出，在不同的单位对脾气虚证或脾阳虚证的研究中锌值得出高低不同的结果，铜值可能出现的3种情况全部出现了。于是，该测值在脾虚证中的诊断价值也就不复存在了。

从以上对脾本质生化学酶学、免疫学、微量元素等研究所列出的实例来看，其研究结果大不一致。显然力图应用上述方法探讨脾本质，进而找到脾虚证的特异性诊断指标遇到了难以克服的困惑，究其原因可归纳为以下几个方面：

1．通过考察不难看出各家采用的诊断标准不尽一致。有的采用1982年全国中西医结合虚证与老年病防治学术会议制订的标准；有的采用1986年修订标准；有称采用了全国统一标准，但并未写明究竟是哪一个标准，甚至连所含的症状也没有写明；有的是自拟标准。由于证的诊断标准不一致，出现不同的研究结果在所难免。

2．从对以上研究的分析中还可看到，虽然从总体上都是在对脾的虚证进行研究，但却有脾虚证、脾气虚证、脾阳虚证及脾胃气虚证之不同，有的可能是同证异名，有的则是脾的虚证的不同病理阶段。同一客观指标的检测值在不同的病理阶段完全可能出现不一致的结果。

3．免疫学、微量元素是一群普适性的指标，这些指标可以在多种疾病不同阶段发生变化。所以在证本质研究中采用这些指标，很可能会出现特异性不强的结果。

**（三）心本质研究的现状与困惑**

心本质研究起于80年代初，主要围绕冠心病的心气虚证和心阴虚证。采用心功能测定、血液流变学、免疫学、植物神经功能（多巴胺一β一羟休酶、酪氨酸含量、血管容枳变化等）、生化学及细胞生物学和基因学（核酸总量、DNA、RNA、尿24小时 17—OHCS、17一KS、肾上腺素、去甲肾上腺素、血浆T及E2）等方法和指标进行了研究，其中以心功能的研究为最多。

早在1981年廖氏就得出了心气虚证左心室功能不全的结论。随后许多研究者应用心脏收缩时间间期（STI）等方法和指标证实了廖氏的结论。杨氏应用心电图叠加技术观察 25例心阴虚患者心功能状态，提示左心功能有潜在或明显低下的表现（35）。在同一脏的气虚、阴虚两种不同证中得出相同的结果，说明该指标在这两证中的特异性有待进一步考察。

在心气虚证血液流变学指标观察中，樊氏等研究结果提示，单纯心气虚证患者该指标在正常范围，只有气虚致瘀或单纯血瘀证时，该指标才会增高而宋氏等研究却得出了不同结果，心气虚证血液流变学有多项指标增高，与正常组间有显著性差异另有人在心阴虚证血液流变学指标观察中也看到血液粘滞性有增高的现象。

廖氏在探讨冠心病心气虚证和心阴虚证患者免疫功能状态时，发现两个证型的淋巴细胞转化率、E—玫瑰花环形成试验及ANAE染色等百分率低于正常组。提示两证均有细胞免疫功能低下，但两证间无显著性差异，说明上述指标在两证间不具特异性。

在应用生化学指标研究心气虚证和心阴虚证中，也出现了与上述类似的现象，如24小时尿17一0HCS含量两证都有增高的趋势（41）。

在心阴虚证的研究中，考察植物神经功能变化的论文较多。如发现血清多巴胺羟化酶值升高；血清酪氨酸含量高于对照组；指尖血管容积剌激后变化明显，但恢复较快，以及心率、卧立、冷压试验等，均说明该证有植物神经功能紊乱，主要与交感神经兴奋性增高有关。但有人在心气虚证研究中，通过测定尿中去甲肾上腺素和肾上腺素的含量均明显高于对照组，也得出了与心阴虚证植物神经功能紊乱，以交感神经兴奋性增高为主的相同结论。虽然两证 的测试方法有所不同，但揭示的问题是一致的。这样的结果同样说明，应用植物神经功能状况探寻心气虚证的特异性指标也遇到了困惑。

从心本质的研究状况可以看出，人们考察了心气虚和心阴虚两证，未能顾及关系同样密切的心血虚证、心阳虚证、心血瘀阻证等。进而说明心本质研究是在对照不够充分的情况下进行的。另可看到，整个心本质研究均在冠心病〜病中考察，基本上忽视了其它心脏病（如风心病、肺心病、高心病、心肌病）等在心本质研究中客观存在的作用和影响。因此，能否 以冠心病心本质研究的结果代替整个心本质的研究，仍是值得商榷的问题。加之选用的主要客观指标多互有参差，很难统一认识，使得心本质研究未能获得令人满意的阶段性成果。

**（四）肺本质研究的现状与困惑**

肺本质的研究当前主要还是针对肺气虚证的研究。研究采用的方法和指标主要有肺部X线检査、肺功能（包括肺扫描、肺血流图等）胃肠功能与结构的X线研究、心功能、血液流变学、细胞能量代谢、植物神经功能状态、微量元素、生化学及免疫学等，涉及慢性支气管炎、慢阻肺、肺心病等疾病。

在该证本质研究中，同样遇到了与上述五脏本质研究相类似的问题。如在肺气虚证的肺部x线变化的观察中，有的研究结果是肺纹理增多（45）；有的是肺纹理正常无肺气肿表现；有的则在测试肺气虚证肺功能时，发现有70%属于中、重度肺气肿。这样，在同一证的研究中又出现了明显不同的研究结论。王氏在肺气虚证心功能变化观察中，看到肺毛细血管有效血流量、每次心搏出量、心脏指数等指标低于正常组有心功能不全的表现，该结果与心气虚证、心阴虚证的本质研究有相同之处。在肺气虚证研究中发现尿17—OHCS低于正常组与脾阳虚证、肾阳虚证的本贡研究出现一致的结果。血管紧张素Ⅱ测值高于正常组，又与肝阳上亢证的检测结果相同（50）.

在以微量元素力指标的研究中，肺气虚证血清锌低下，也与脾气虚证、脾阳虚证出现的情况相似。在免疫学研究中，同属肺气虚证也出现了不同的观测结果。广西中医学院检测结果是E一玫瑰花环形成试验及血清IgA与正常对照组无显著性差异，而淋巴细胞转化率、IgM、IgG明显低于对照组；林氏的测定结果则是E—玫瑰花环形成试验低于对照组，体液免疫中IgG、IgA、IgM抗体比对照组稍见增高。

从以上分析可以看到，肺气虚证本质各项客观指标的改变是在未经与它证比较的情况下认定的。即便如此，相关的研究指标互有异同，大多未成定论，整个研究结果缺乏规律性，实际上未能确认肺气虚证相对排它的客观检测指标。

**（五）肝本质研究的现状与困惑**

肝本质研究针对肝郁（肝郁气滞）、肝阳上亢、肝风内动、肝火上炎等证展开，以前两证为主。涉及的疾病主要有慢性肝病、原发性高血压等。肝郁证属于肝的实证范畴。目前大 体上对其进行了植物神经功能状态、血液流变学、肝血流图及生化学（谷丙转氦酶、总T；、总T4、TRH）等方面的研究。在有限的研究中，也发现了一些问题。如张氏的研究结果提示 肝郁证患者植物神经功能紊乱，并有交感神经功能偏亢的表现（54），这与心气虚证、心阴虚证的研究结果相类似。乔氏测定肝郁证患者的总T3低下，又与肾阳虚证的结论相近。

肝阳上亢证属于本虚标实证。近年对其进行了多项生化学指标方面的研究。主要采用的指标有血浆CAMP、cGMP、血栓素代谢产物（TXB2）、前列环素代谢产物（6一K一 PGF2）、红细胞内ATP、ADP、肾素、血管紧张素Ⅱ、醛固酮、 心钠素（ANP）、血管神经递质（SP），以及借以了解植物神经功能状态的尿儿荼酚胺、肾上腺素、去甲肾上腺素等。总的研究结果认为，肝阳上亢证与外周交感一肾上腺髓质功能活动增强有关，还提示有植物神经功能紊乱，交感神经功能亢进的表现。这一结论，在前面介绍的心气虚证、心阴虚证乃至肝郁证的某些研究中重复出现，使其失去了作为这些证中某一证特异性检测指标的实际意义。

**（六）五脏本质研究困惑的症结**

1．关于五脏证的规范化与标准化问题

在进行某项科学研究时，人们总是在探寻这种食物的总体特征和共同规律。科学研究的目的绝不是只追求适用于样本（局部的研究对象）的规律，而是力求通过样本的研究去认识或者至少是接近总体的规律。但是我们在科学研究中只能接触有限的样本，对这些样本的研究结果能否代表总体，就要尽量避免由抽取样本不当而造成的误差（抽样误差），影响对总体规律的认识。那么如何避免抽样误差的产生，其关键就是提供给我们选择研究对象的标准必须规范而严格，否则，得出的结论是毫无意义的。在五脏本质研究中。由于以证作为轴心，因此，五脏各证诊断的规范化、标准化就成了首要而关键的问题。目前五脏证的诊断标准，可谓种类繁多，有高等医药院校统编教材《中医基础学》、《中医诊断学》、《中医内科学》中的标准；有《中医证候诊断学》、《中医证候辨治轨范》、《中医证候规范》等专著中的标准；有全国中西医结合虚证及老年病防治学术会议制订的中医虚证辨证参考标准》及1986年修订标准；还有卫生部、国家中医药管理局制订的《中药新药临床研究指导原则》、《中医病证诊断疗效标准》；国家、部委重点课题制订的标准以及证研究专家们自拟的标准，等等。我们就是在目前同一证型有多重诊断标准的前提下，研究五脏证的本质，探寻特异性诊断指标的。可想而知，按照不同诊断标准纳入的受试对象（样本），必然因产生抽样误差，而偏离对总体规律的认识，得出不同的结论再所难免。即使在某些研究中得出了相同的结论，也大都属于巧合，很难说是客观情况的真实反映。

2．关于对照组选择与设立问题

鉴于五脏证之间的关联于网络特点，在选择和设立对照组时，就必须密切关注这个问题。一种疾病的不同证型之间有关联，一脏中的不同证型之间有关联，各脏的有关证型之间也有关联。我们正是在这样一个互相关联性较强的前提下，来研究五脏证的本质的，必然给科研设计和对照组的选择带来困难。目前，在研究某脏证本质时，大都只设立正常对照组和（或）设与之相对应的证型组，如研究肾阳虚证，设正常组或肾阴虚证组；研究心气虚证，设正常组或心阴虚证组等。这样得出的结果，其客观指标的特异性、专属性和排它性肯定是较差的。但我们又很难设立众多的对照组。这种情况如何得以解决，这将是在五脏证本质研究中必须加以认真思考和深入探讨的问题。

3．关于客观指标的选择问题

在五脏证本质研究中，客观指标的选择大致有三种情况，一是客观指标的层次问题，有 的选用器官、组织水平的指标，有的选用细胞或分子水平的指标；二是客观指标的多少问题，有的选用单一指标，有的选用多项指标；三是选用某脏证与某疾病关联性较强的指标。许多研究者们还力图把现代医学科学最新实验方法和指标引入五脏证本质的研究，以揭示证本质的深层变化，迖到提高其研究水平和深度以及找到特异性指标之目的，但从现在研究结果来看，大都未能圆满地达到预初的设想，反而遇到了种种的困惑和麻烦。那么究竟如何选择客观指标，也成了五脏证本质研究中亟待解决的问题。

（洪治平）

## 二、阴虚证和阳虚证本质研究的现状与困惑

阴和阳作为中国古代哲学的两个范畴，一旦参与中医基础理论的建构，并用来表征人体生理、病理等变化的时候，它们便同时具有作为医学概念的属性，亦即物质的基本属性。 基于阴阳在阴阳学说、藏象学说和八纲等基础理论中的特殊地位，阴虚证和阳虚证自然成为证本质研究的重头戏。揭示两大证的本质问题，似可提纲挈领，由一般到个别，自上而下地弄清相关诸证的本质问题。因此，学术界对阴虚证和阳虚证本质的研究表示出极的兴趣和热情。由于脏、腑阴阳诸证作为下位证已在上一节中讨论，故本节仅就阴虚证和阳虚证作为一般证（或曰最高层次的证）的本质研究状况进行比较和分析。

**（—）阴虚证和阳虚证本质研究的现状**

阴虚证和阳虚证作为一般证的本质研究始于70年代。 起初，研究工作是由环核苷酸的环腺苷酸（cAMP）和环鸟苷酸（cGMP）这一对具有桔抗性的物质、内分泌和免疫功能做起，逐步扩大到血清微量元素、血液流变学、植物神经功能等方面指标的研究上来。

阴虚证和阳虚证本质研究所涉及的病种遍及现代医学的众多系统和器官。其中研究最多的是内分泌系统的疾病，如甲状腺机能减退症、甲状腺机能亢进症、垂体前叶功能减退症、肾上腺皮质功能减退症、席汉氏综合征、柯兴氏综合征、更年期综合征等。此外，高血压病、冠心病、心肌梗塞、肺心病、脑中风后遗症、慢性肾炎、慢性肾功能不全、糖尿病、阿狄森氏病、肿瘤等多神疾病都是阴虚证和阳虚证涉及到的病种。

阴虚证和阳虚证本质的研究，有3种不同的研究方法。一是对多种疾病阴虚证和（或）阳虚证的本质进行研究，旨在寻求各种疾病阴虚证和阳虚证的共同的病理变化指标；二是在具有典型阴虚证和阳虚证的两个病种（如甲状腺机能亢进症与甲状腺机能减退症）之间进行观察研究，以便确认具体的阴虚证和阳虚证的病理变化指标；三是在具有阴虚和阳虚两种属性的同一病种中进行观察研究，借以明确直接而定量地将两证区别开来的特征性检测指标。有关研究由第一种方法起步，随后过渡到后两种方式的研究上来。即先确立阴虚证和阳虚证总体共性和特异性指标，再逐一确立具体病的阴虚证和阳虚证个性判断指标。

在客观观测指标的选择上，根据阴阳之间的对立、互根、消长转化的关系，似应带有较强的目的性。可以注意到，在具有拮抗性质的一对指标中进行考察，以明确一对拮抗物质（或 有对应关系的物质）与阴虚证和阳虚证之间的关系，诸如对 cAMP与cGMP、交感神经与副交感神经、前列腺素 （PGEz）与前列腺素F2a（PGF2a）、高密度脂蛋白与低密度脂蛋白等在阴虚和阳虚状态下的变化情况进行考察，即基于这样的想法。其它如寻找一类指标中的正、负相关关系，亦符合这一构思。在细胞免疫和体液免疫各指标间、各微量元素之间进行相关性考察，集中体现了这一思想。此外，尚有许多对单项检测指标进行观察研究的报道，其目的是用以单一说明阴虚证与阳虚证的特征性；或对其量的多少与阴虚和阳虚的对应性进行相关性考察，以便一元地判断阴虚证和阳虚证的本质区别。总体说来，以上客观观测指标的选择很不确定，即便是同一类指标，也会有不同的选择处理方法。

**（二）阴虚证和阳虚证本质研究的困惑**

在对多病种阳虚病人环核苷酸的考察中，邝氏发现，阳虚内分泌组（甲状腺机能减退症、垂体前叶功能减退症、肾上腺皮质功能减退症）和阳虚其它病组（慢性背炎肾病综合 征、溃疡病、白细胞减少症、慢性结肠炎、内脏下垂、腰椎肥大 症、慢性胃炎、病态窦房结综合征、盆腔结核、消瘦、阳痿）的 cAMP的均值，均明显低于正常，而两组cGMP的均值均较正常组为高，其差异均具有显著性。而cAMP/cGMP比值有降低倾向，但与正常值比较无显著性差异。必须指出，此项研究是在阴虚证未参与比较的情况下进行的，故其可靠性和科 学性便大打折扣了。随后，该课题组的几次研究结果均不一致，或发现阴虚患者cAMP含量的升高是共同性的，而阳虚病人当中一类（各种内分泌病、慢性气管炎、哮喘等）cAMP 含量降低，另一类（肾脏疾病和急性心肌梗塞）则恰好相反， cAMP含量不仅不降低，反而明显升高；或认为凡阳虚者 cAMP/cGMP比值都明显降低，而凡阴虚者cAMP含量均升高，伴以无明显降低的cAMP/cGMP比值。李氏的研究结果与上述截然不同，实验显示，在未受到明显外加刺激的基础条件下，阴虚和阳虚病人血、尿cAMP的含量均在正常范围内，两证之间并无显著性差异。因而认为，这似乎提示血和尿cAMP在基础条件下的含量也许不能反映阴虚和阳虚的本质区别。直接对上述研究结果提出了否证的意见。

有关具体病阴虚证和阳虚证环核苷酸变化情况的考察， 主要在慢性气管炎、慢性肾炎、甲状腺机能异常和高血压病中的阴虚证和阳虚证之间进行比较各项研究结果均互有差异，与一般性研究的情况大同小异。可以看出，以环核苷酸为指标的阴虚和阳虚本质研究稍一深入，便引出相互矛盾的结果。因此，以环核苷酸为客观指标的阴虚和阳虚本质研究不久便搁置下来。人们转而又去寻找其它待异性指标。

在免疫功能方面，细胞免疫方面的研究结果比较接近，体液免疫方面的研究结果极不统一。陈氏对多种疾病阴虚和阳虚患者进行H一胸腺嘧啶核苷GH一TdR）淋巴细胞转化试验，其结果，细胞免疫功能在阴虚和阳虚状态时均低下，其间无明显差异。这说明在两证间未能找到定量区别开来的细狍免疫学指标。有人对甲亢阴虚证和甲减阳虚证的细胞免疫学观察，也得出上述结果。杨氏观察了一类阳虚病人的免疫功能状态，发现总补体、淋巴细胞转化率均明显低于正常组，提示阳虚证病人不仅存在细胞免疫功能低下，也存在着体液免疫功能低下。关于阴虚状态下的体液免疫功能，许氏观察了32例肿瘤阴虚患者，发现T、B淋巴细胞转化率和G等均明显低于正常人，说明阴虚病人的细胞免疫和体液免疫功能亦均低下。不过，毛氏通过测定血清免疫球蛋白和探讨慢性肾炎阴虚和阳虚的关系，发现IgA含量阳虚者明低于阴虚者，非肾病型患者IgG、IgA亦阳虚者低于阴虚者，反衬出阴虚者体液免疫功能似呈亢进状态。至于其他学者的研究，几乎涉及到细胞免疫和体液免疫方面的所有指标，大体没有超出上述研究结果。不难看出，细胞免疫方面的研究结果仅对诊断虚证有一定价值，对分辨阴虚和阳虚则无意义；体液免疫指标则因阴虚、阳虚和两证所涉及具体病种之不同，而出现彼此错落，各不相同的结果，因而整体说来，学术界尚未找到辨别阴虚证和阳虚证比较确定的免疫学指标。

微量元素与中医证型的相关性研究亦引起了人们的重视。学术界分别对血清、头发和不同部位组织中的铜、铁、锌、 锰、铬、镁等元素进行了测定。朱氏应用质子激发X射线分析法测定阴虚、阳虚病人血清中铜、锌等的含量，结果表明，阴虚、阳虚患者血清中Cu含量均明显高于正常人组，且 Zn/Cu比值明显低于正常人组，两组虚证的变化大体一致， 但有程度的不同。白氏等报道，阴虚患者血清中Cu明显升高，阳虚者则明显下降，两证相较差异显著；阳虚者Zn/Cu 比值升高，阴虚者Zn/Cu比值下降，两者比较差异非常显著，但阳虚组比值与正常人比较无差异。此与朱氏的研究结果相差较大，有的指标则正好相反。王氏等对血清中铜、锌、 铁、锰、铬5种元素含量的相关性分析表明，阳虚证男性血清锌与铜、锰与锌呈正相关，而铬与铁呈负相关，女性铁与铜、锌 与铜、锰与铁呈明显正相关；阴虚证男性铁与铜呈负相关，女性铁与铜、锰与锌呈正相关。有学者对阳虚病人的单项血清锌进行了测定，较正常人组明显低下，差异非常显著。

诸如上述，阴虚证和阳虚证与微量元素关系的研究，虽在一定程度上揭示了阴、阳两大虚证与微量元素之间的联系，但在两证之间尚未找到借以可行确切判别的微量元素指标。各 项研究结果之间的差异和矛盾之处，使得指望由微量元素对阴虚和阳虚两证作定量表述与判断的想法，变得越来越渺茫了

在阴虚证和阳虚证本质研究的过程中，血液流变学指标也被全面引入。有关研究表明，阴虚主要是血浆成分增高，即血浆粘度增高，血球成份下降；而阳虚主要是血球成分增高， 即红细胞压积增高，血浆成份下降、血浆粘度下降，故而认为阴虚证和阳虚证都存在着血瘀变化，不同的是引起的物质基础与客观指标有很大区别。由于阴虚证、阳虚证和血蔽。证的 本质研究均取用血液流变学指标，且阴、阳两虚证与血瘀证的改变仔许多相同或相似之处，因此若有可能用血液流变学指标把阴虚证和阳虚证加以定量区别，随后，还必须与血瘀证相 鉴别。有关血瘀证本质研究中的问题将在后文论及，因此这里不拟就阴、阳两虚证血液流变学指标的具体研究情况展开讨论。

此外，人们还选用其它指标探讨阴虚证和阳虚证的本质。例如，毛氏发现，慢性肾炎阳虚者内生肌酐清除率、尿叽酐、尿尿素氯、尿尿酸排量与阴虚者比较均明显低下，说明阳虚者体内代谢水平明显降低。阴虚者的尿肌酐、尿尿酸排量明显增高，而尿尿素氮排尚属正常，说明阴虚者体内的分解代谢和能量代谢明显增高。邱氏报道阳虚证患者血清T3、 T4值均降低，与正常人和阴虚组均有明显差异。武氏认为甲状腺激素水平高低是阴虚、阳虚两证的物质基础之一，而脱碘酶（7T3）的活性是阴虚、阳虚的关键，阴虚患者血清yT3较正常组高，阳虚患者较正常组低，经治疗后有相应的改变，故认为血清浓度的高低可作为阴虚、阳虚定量判断和疗效判定的一项客观指标，较T5、T4更具有敏感性和准确性。朱氏用放射免疫法测定了阴虚证和阳虚证患者血浆和 PGE2浓度的变化，结果发现，血浆PGE2值阴虚患者与正常人接近，阳虚患者较正常人低，但无显著差异。血浆PGF2值阴虚患者显著高于正常，阳虚患者则变化不大。吴氏发现冠心病阴虚证者血清酪氨酸水平明显高于正常人组和阳虚证 组；秦氏则测定了阳虚证者唾液蛋含量，见到该值明显降低，而阴虚证患者则较正常人无显著差异。可以看出，阴虚和阳虚本质研究的触角业已涉及到许多具体病变和与之关系密切的客观指标，每项研究都取得了确定和比较确定的研究结果，但是，由于此类研究散在，相关报道较少，无法进行综合比较和评判。

**（三）阴虚证和阳虚证本质研究存在问题的症结**

综上所述，在阴虚证和阳虚证本质研究比较集中的指标 和指标领域，人们似乎找到了两大虚证之间的某些共同点，如细胞免疫功能均低下，血清铜和铁均升高。然而，在阴虚证与阳虚证之间，相关研究结果互有异同，甚至相差悬殊，至今尚未确立可以相互区别的客观检测指标。分析其症结，大致有如下两方面原因。

1. 阴虚证和阳虚证本质研究的程序问题

我们知道，事物的共性寓于个性之间，一般性寓于特殊性之中。阴虚证和阳虚证的本质特征亦寓于五脏阴、阳虚证和具体疾病阴、阳虚证的本质特征之中。既然如此，阴虚证和阳虚证本质的研究似应按着从个别到一般，由个性到共性的程序开展研究。在通过足够量的具体研究明确五脏阴、阳虚证和具体疾病阴、阳虚证的客观表达指标之后，继而在比较一般的层次上进行研究，归纳抽象出阴虚证和阳虚证比较有规律的一般属性，再回到两大虚证的本质研究予以确认。看来，学术界总体上没有这样做，而是企图由作为一般证的阴虚证和阳虚证入手，先确立共性指标，再深入到具体病、证中寻找特殊指标。由于共性指标不是自下而上得到的，而是未经过全面比较想当然提出来的，必然具有较大的盲目性和偶然性。虽然学术界对某些疾病进行了具体研究，但此类研究结果尚不具备由个别性研究向一般性研究过渡的条件。

1. 客观指标选择的对应性问题

承认阴、阳之间的对立 互根、消长转化关系，就应在客观指标的选择上考虑到相互间的对应关系。似可作出这样的推断，针对疾病错综复杂的病理过程，仅依靠某一单项指标的量的变化判断虚证和阳虚证是不可能的，因为该项指标必然被淡化在其它多种疾病的同类研究之中。故而应在互相关联且有对应关系的一组指标中去寻找，在具有反馈或负反馈（特别是负反馈）关系的指标中去寻找。如果阴虚证与阳虚证之间确实有较强的规律性，就有可能借助这些具有对应关系的指标和指标比值大致表征出来。显然，学术界未能非常明确地贯彻这一原则。

应当指出，以上两点是在证本质研究范围内提出来的。至于阴虚证和阳虚证本质研究以外的问题将另章讨论。

## 三、寒证和热证本质研究的现状与困惑

寒、热是八纲中重要的两纲。在辨证论治中，寒热既可作为病因，如六淫中的寒邪、热（火）邪等，又常作为一种证的诊断，即寒证、热证等。根据中医“阳盛则热，阴盛则寒；阳虚则寒，阴虚则热”（《素问•阴阳应象大论》）和“阳虚则外寒，阴虚则内热” （《素问•调经论》）的理论，疾病的寒热属性主要反映阴阳的转化与盛衰。故而可以说，阴阳作为辨证的总纲，其基本特征是借助寒热之变来表迖的。

疾病寒热辨证，无论在八纲辨证，还是在脏腑辨证、气血津液辨证等其它各种辨证中，均占有重要的地位。因此，证本质研究开始后不久，寒热本质的研究也相继展开，至今已形成一定的规模，成为证本质研究的重要组成部分。

**（一）寒证和热证本质研究的现状**

寒证、热证本质研究涉及的病证亦较多，寒证涉及到寒痹、脾肾阳虚、脾胃虚寒、肾阳虚、心阳虚、脾阳虚和气血两虚等，西医疾病包括溃疬病、萎缩性胃炎、慢性浅表性胃炎、慢性胰腺炎慢性胆道感染、脂肪肝、冠心病、偶发心律不齐、类风湿性关节炎、慢性风湿性关节炎、慢性肾炎、慢前列腺炎、慢性支气管炎、甲亢、甲减、神经衰弱、月经不调、贫血等。热证涉及肺热、湿热中阻、肝经实火、胃热、阴虚火旺、心阴虚、肺阴虚、肝阴虚、心肝阴虚、胃阴虚、肾阴虚、肝肾阴虚、心肾不交、 脾胃气虚兼热象等；西医疾病包括溃疡病出血、慢性胃炎、急性胰腺爽、糖尿病、高血压。神经官能症、神经衰弱、甲亢、月经不调、更年期综合征、肺炎、肺结核、慢性咽炎、血小板减少、贫血等。两证共同涉及到的西医疾病有溃疡病、月经不调、慢性 胃炎、神经衰弱、甲亢、贫血等。而以上所及寒、热证在中医看来又有虚实之别。

寒、热证本质的研究一直以植物神经系统功能方面的研究为主线。根据寒证和热证的症状特点，认为与植物神经系统机能有直接或间接的联系，进而以尿儿茶酚胺（CA）为指标测定其排出量与寒证和热证的对应关系，旨在由交感一肾上腺髓质功能活动揭示寒证、热证的本质。随后进行的cAMP 与cGMP、PGE2与PGF2a等与寒、热证关系的研究，则是从更深层次讨论寒证、热证状态下植物神经系统改变的机制。人们已经普遍证实，寒证时交感神经系统机能减弱，副交感神经系统机能增强；热证时恰好相反。

继早期提出热量不足或热量过剩或许是寒证、热证各自共同发病学原因后，人们从能量代谢方面进行了探讨。对基础代谢率、红细胞糖酵解和氧利用率、ATP含量、和T4等测定的结果显示：寒证时机体物质代谢特别是分解代谢受抑制，产热效应降低，能量产生不足；热证时则相反，以分解代谢亢进，能量代谢增高，产热效应增加为特征。

多数学者还注意到寒、热两证与肾上腺皮质机能的关系。有关研究表明，具有虚寒表现的患者无论涉及哪一脏腑，肾上腺皮质机能均有不同程度的抑制，热证时则有不同程度的增强。

在病理形态学方面，已证明大多数寒证患者可见到慢性炎症、贫血、缺血、瘀血和水肿等病变；热证则常见急性炎症、动脉性充血与出血、体表血管扩张等。

此外，在生殖系统机能和中枢神经系统机能等方面亦有研究。

总之，寒证、热证本质的研究以植物神经系统功能研究方中心，较之其它证本质研究线路似较清晰，结果似较趋同，认识似较一致。

**（二）寒证和热证本质研究的困惑**

梁氏测定了尿CA在寒证和热证状态下的含量，发现热证组植物神经平衡指数Y值均为正值，且大多超过正常范围；尿CA排出量都有所增加，说明其交感神经一肾上腺髄质机能活动增强；寒证组Y值偏于负值，尿CA排出量低于正常，说明其交感神经一肾上腺髓质的机能活动低下；其寒、热两证不分虚实，所得结论比较一致。万氏等把高血压和甲状腺病分为阴虚火旺和非阴虚火旺两类，而前者又细分为阴虚心火旺、阴虚肝火旺和阴虚心肝火旺3个子证，分别观察尿 CA的排泄量，结果表明，尿CA值与正常值相较阴虚心火旺和阴虚心肝火旺证者差异非常显著，阴虚肝火旺证者则无明显差异。而阴虚火旺组与非阴虚火旺组对照观察，前者尿CA大多增高，后者则大多正常（遗憾的是没交待非阴虚火旺究竟包括哪些证型）。赵氏等在甲亢患者范围内辨证为阴虚火旺、非阴虚火旺和阳虚3类，观测了尿CA的排泄量，大体重复了万氏的结果。不过，阴虚肝火旺者尿CA值界于正常值与非阴虚火旺值之间，虽3组之间无统计学差异，但也说明一定的问题，即阴虚火旺者未必均呈尿CA高值，这样便与梁氏的研究有一些微妙的差别。此后，赵氏等如又对尿CA 进行分解研究，分别检测尿中肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺含量，以阐明甲亢患者阴虚火旺及各子证（阴虚心火旺、阴 虚肝火旺、阴虚火旺不明显）的机理，认为不同证型的甲亢患者尿CA代谢紊乱各有不同特点，因而出现不同的证。

此间，谢氏等M的研究结果与此明显相背，通过对气虚（寒、热象不明显）组、阳虚组、阴虚无热组、阴虚虚热组、气虚兼热象组和健康组尿CA量的测定，发现气虚组和阴虚无热组与健康组接近；阳虚组则降低；阴虚虚热组与气虚兼有热象 组均增高。应当指出，在其阴虚虚热组中，分为心阴虚虚热、肝阴虚虚热、心肝阴虚虚热和其它阴虚虚热4类，尿CA值均明显高于健康组（P<0。01），且以肝阴虚虚热的值为最高，恰与万、赵等人研究结果相反。考虑两种不同结果的形成或许与测试的病种有关，当然也不能排除其它方面的原因。尚需说明，谢氏对各观察组的尿CA检测的数值形成阳虚组 （22。74±1。 33fxg/3h） < 健康组（27。02 ± 1， 72rtg/3h）< 气虚组（28。58 ± 1。 35fzg/3h） < 阴虚无热组（30， 79 ± 2， 06^g/3h） <气虚兼热组（37。 56 ± 3。 25^g/3h） <阴虚虚热组（40。15 土 1。60f/g/3h）的排序，其中存在着两个值得推敲的问题：①气虚组在排序中的位置与中医基础理论的吻合问题。我们知道，气属于阳，血属于阴，“气主煦之，血主濡之”（《难经•二十 二难》），气与阳的功能有许多相似之处。在临床上和病机转化上，气虚与阳虚关系最为密切，气虚进一步发展下去，多半转变为阳虚，故而 《 中医基础理论》称：“心脏阳气虚衰，有心气虚和心阳虚之分，但两者有许多共同之处，故常合并阐述、又云：“肺的阳气不足，即指肺气虚”；或曰：“脾阳虚衰多由脾气虚损发展而来”。诸如此类，都说明在证的寒热序列中，由寒至热前面的排序理应是阳虚组→气虚组→健康组，似乎不应出现以上的结果，否则，中医基础理论的合理性将予重新审视。②气虚兼热是一个不大规范的证型，是一个典型的兼证。该组病例尿CA检测值应当体现气虚和热两种证的综合结果，既然如此，其测值的最终排序究竟应当如何，尚待进一步验证。由此即可提示，证本质研究在比较规范的证之间进行是非常重要的。

为了验证尿CA在寒证、热证本质中的地位，谢氏等考察了实热与虚热、不同病变脏腑和西医病种中尿CA含量的变化，虚热证多为心、肝、肾、胃之阴虚火旺诸证；实热证为肺热、肝热、胃热等。结果表明，虚热、实热两证尿CA值均较正常对照组增高，但虚热组增高的程度不如实热组。故而认为，尿CA含量反映的不是病证的虚实，而是病证的寒热。在 不同脏腑的实热证中，无论肝火、肺热还是胃热，尿CA值均 高干正常对照组，于是认为这是不同脏腑实热证的共性。而热证（包括虚热和实热）患者不论高血压病、糖尿病还是感染性疾病，尿CA值的增高不因西医病种的不同而有性质上的改变。这样，尿CA值便大体被验证为表征疾病性质寒与热的比较特异的指标。然而，出于慎重，我们对其不同脏腑实热 证和不同病种的热证患者尿CA值进行了复核，结果发现，不同脏腑的实热证和不同病种的热证患者尿CA值确与正常对照组有显著性差异，而不同脏腑的实热证和不同病种的热证患者尿CA值之间，几乎都有显著或非常显著性差异。此即说明，虽然都有尿CA值的增高，但增高的幅度大不相同，相互间已存在很大的区别。加之前述阴虚肝火旺组与正常人组尿CA值相差无几；气虚证组尿CA值高于正常人组；各种寒证和热证现象尚未研究殆尽；而其它检测指标也在寒证和热证本质研究中争得一席之地，因而认定尿CA值反映的是不同脏腑实热证和不同西医病种热证（包括虚热和实热）的共性，还为时尚早。

可以说，尿17一0HCS也是寒证、热证本质研究最先涉猎的指标乏一。梁氏发现，热证者24小时尿17一0HCS量较正常组有所增加，而寒证组明显低于正常组。万氏对阴虚火旺各子证的观察表明，阴虚心火旺时该值与正常值无明显差异；而阴虚肝火旺和阴虚心肝火旺该值与正常值比较，差异均非常显著（P<0.01），其后的研究也验证了这一结果，并发现虚寒证的甲亢患者尿17一0HCS也低下，有关报道均支持上述研究结果。进而说明，无论哪一脏腑发生虚寒，肾上腺皮质机能均有不同程度的抑制，热证时则有不同程度的增强。但是需要提及的是，该指标同时又被作为肾阳虚证比较特异的客观检测指标。

环核苷酸在寒证、热证本质的研究中也发挥了一定的作用。谢氏等比较了虚寒证、虚热证和实热证3组患者尿环核苷酸的排出量，其结果虚寒证者eAMP较正常降低，cGMP 增高，cAMP/cGMP比值明摄下降，与前期邝氏关于阳虚的同类研究结果相吻合。而虚热证和实热证者cAMP均增高，以实热证者更为明显。

近年来对前列腺素与植物神经系统功能之间的关系开始引起人们的注意，认为它可能在激素发挥效应的过程中起着“第二信使”的作用：于是有人糾观察了虚寒证和虚热证患者尿PGE2和PGF2a排出量的变化情况，经测取上午8一11 时3h尿中PGE2和PGF2a含量，结果表明，虚寒组PGE2 M 值明显低于对照组。3h尿总排出量也下降，但与对照组比较无显著性差异；虚热组PGE2测值明显高于对照组3h量也明显高于对照组。虚寒组PGE2测值明显高于对照组。3h量也明显高于对照组；而虚热组两者均无明显变化。这一研究似为进一步探讨植物神经系统功能与寒证、热证的关系提供了线索。

此外，人们还在中枢神经系统机能、生殖系统机能、舌上皮细胞的细胞化学变化、红细胞膜乙酰胆碱酯酶活性等方面揭示寒证、热证的本质。这些报道虽取得了一定的进展，但因 数量少而未形成比较明确的研究趋向。

**（三）寒证和热证本质研究问题的症结**

总体说来，尽管学术界付出了极大的努力，但离全面揭示寒证和热证的本质尚有很长的路要走。在寒证、热证本质研究中，似乎植物神经系统功能紊乱的特征性变化已趋向明朗， 其实不然。在证本质研究的范围内，仍有一些认识有待统一。

1．寒证和热证纳入观察病例标准问题

即便不考察寒、 热两证的虚实，同样存在纳入观察病例的选择问题。如将原属脾胃虚寒溃疡病人纳入热证观察病例。仅据其继发出血并伴见口干苦、尿短赤、苔黄脉数、体温在36.5〜37.1℃等而诊为胃热出血，便是有待商榷的。这里不去讨论该病的病理机转，仅就其情况比较复杂这一点，即应予以排除。而把脾胃气虚兼有热象者纳为观察病例，同样有失规范。至于把气血两虚证列为虚寒证进行寒证、热证本质的研究亦是不妥当的。纳入观察的病例，首先应当明确体现出疾病的寒热属性；其次该病证应是较为单纯而规范的。只有这样，才能建立可比关系，研究结果的可信性也将有所增强。

2．寒证和热证的复杂多样性问题在研究寒证、热证本质时，人们已注意到中医寒、热的复杂性。当前，如何处理好广义寒热与狭义寒热的关系，在合理控制的条件下进行寒证、热证本质研究，是比较关键的问题。我们知道，寒、热有表里虚实之分，外感内伤之别，在脏在腑之异，整体局部之殊。寒热又常合而为患，可见表寒里热、表热里寒、表里俱热、表里俱寒、寒极生热、热极生寒、真寒假热、真热假寒、上热下寒、上寒下热等。寒热与阴阳气血关系甚密，单就热而言，即有阴虚发热、阳虚发热、气虚发热、血虚发热诸多情况。若结合现代医学疾病，则情况会更加复杂。针对这种情况似可推断，企图一元地解决寒证和热证本质问题是不可能的；而从广义角度探 讨寒证和热证的本质也是不现实的。因此，面对寒证和热证的复杂多样性，必须从两个方面调整我们的研究思路，一是在证本质研究的范围内调整；一是在中医学发展创新的背景条件下调整。

（徐月英）

## 四、血瘀证本质研究的现状与困惑

当前，没有哪一个证和治则的研究能象血瘀证和活血化瘀法那样规模浩大，吸引着众多的研究者。然而，通过综合分析却可察觉到，这方面的成果越多，留下的困惑也如影随形， 不断增多。有关问题的严重性，丝毫也不亚于其它证本质的研究。

1．血瘀证本质研究的方法问题

提供一个标准的血瘀证症状体征指标，是血瘀证本质研究的必要前提。为此，应当预先规范血瘀证的辨证指标，或曰诊断标准。应当说。这是证的规范化研究所要解决的问题。当然，统编教材中确定的血瘀证也属于一种类型的规范。血瘀证本质即是在已认定的血瘀证症状体征的基础上展开的。由血瘀证的症状体征出发，从临床方面探讨了各病种血瘀证客观指标改变的情况，并从多项相互关联的研究结果中，归纳出数项带有普遍性的客观检测指标。在此基础上，对血瘀证重新进行规范，即在原来症状体征之外，补充了这些客观检测指标，共同作为血瘀证新的诊断标准。

1986年11月第二届全囯活血化瘀研究学术会议修订的血瘀证诊断标准中，实验室依据规定了7项：①微循环障碍； ②血液流变性异常；③血液凝固性增高或纤维活性降低；④血小板聚集性增高或释放功能亢进；⑤血液动力学障碍；⑥病理切片示有瘀血表现等；⑦特异性新技术显示血管阻塞。1988 年10月血瘀证研究国际会议上，就一般血瘀证诊断确定了参考标准，所列12项诊断指标中，前11项为症状体征指标，最末1项规定：理化检查具有血液、循环瘀滞表现。而日本小川新所记的国际瘀血诊断标准试行方案中则规定了6项客观检测指标，具体包括：①微循环障碍血液流变性异常；③血小板凝集性增高；④血液粘度：P一血小板球蛋白增高；⑤血管栓塞；©骨盆腰椎的X线异常所见。各项标准的客观指标略有 差异，反映出血瘀证本质研究结果的趋同性。由于规定这些指标的1项或2项即可独立确立血瘀证的诊断，因而，事态的发展便不会以人们的主观意志为转移。

必须指出，在血瘀证本质研究的前半期，即相关客观指标确定期，存在血瘀证症状体征指标和客观检测指标均非常宽泛的现象。这恰好反映出血瘀证规范和本质研究的不确定性。导致这一状况的根本原因是，人们根据血瘀证众多症状和体征中的几项，或者仅依据舌、脉象两项指标便明确血瘀证的诊断，多种血瘀证的症状体征会出现完全相同、互有参差和完全不同3种情况，由这些血瘀证发现的客观检测指标自然会互有异同，经过归纳的血瘀证客观检测指标，不是从所有血瘀证归纳出来的，而是分别由不同情况的血瘀证研究中获取的。因而当把这在指标纳入血瘀证诊断标准时，也不要求每一个新认定的血瘀证必须全部具备这些客观指标的异常改变。然而，问题的严重性正在于斯。且看随后发生的情况。

2．血瘀证本质研究结果推广应用后的烦恼

一旦把血瘀证本质研究的结果纳入血瘀证诊断标准中，这个标准便进入推广应用过程。人们不满足于从部分血瘀证中获取日后作为诊断标准的客观指标，而是利用这些指标满怀信心地全面搜索那些尚未发现的潜在的血瘀证。

在血瘀证搜索过程中，从疾病方面，入们检测了冠心病、心肌梗塞、脑血栓形成、急性脑梗塞、脑出血、慢性肾炎、肝炎、 痛经、糖尿病、高脂血症、干燥综合征、心律失常、系统性红斑狼疮、高血压、肺心病、皮肤病、男性不育、功能性子宫出血、再生障碍性贫血、上消化道出血、产后出血、血栓闭塞性脉管炎、 肿瘤等众多系统疾病的1项或数项血瘀证客观检测指标，结果是无一例外地均有1项或数项这些指标的改变，因此，这些疾病理所当然地被认为处于血瘀证阶段，这样，血瘀证无所不在，无所不包。不仅如此，血瘀证的搜索工作还深入到已经明确做出诊断的证方面，人们至少检测了肾气虚、肺气虚、心气虚、阴虚、阳虚、气虚、血虚、肝气郁结等若干个证和若干个病所辖证的血瘀证实验室指标，其结果，这些理化指标都有1项或数项的改变，进而证明这些证均兼有血瘀之证。换句话说，从临床辨证辨病方面，上述诸病证各有自己的诊断特点，但从本质上，从客观指标辨证（所谓微观辨证）方面，却共同属于血瘀证。如此，病与病、证与证和病与证之间的本质区别被混淆了，而血瘀证则成为统领诸病证的核心证。

现在，血瘀证的微观考察研究仍在进一步扩大战果。完全可以预见，进一步发展下去，恐怕会有更多的病证出现血瘀证理化指标不同程度的改变。当如此广泛而众多的病证都发 现有血瘀证理化指标的改变，并据以确认为血瘀证时，血瘀证作为相对独立的证而存在的价值也就荡然无存了。

3．活血化瘀法运用的启示

现在可以毫不夸张地说，活血化瘀法是临床上最受欢迎、应用最为普遍的治疗方法。有 关此法的实验研究和临床应用的报道，都声称取得了近似和一致的结果，取得了显著的疗效。分析这方面的研究溉况，可以换一个角度透视血瘀证本质研究当中的实质问题。

有学者专书归纳了活血化瘀方剂40首颇能反映活血化瘀方剂的构成和应用情况。这40首虽称活血化麻方剂， 然其组合情况却差异甚大。根据统编教材《中药学》对活血化瘀药的规定，大致可将这些方剂分为4种情况：①单由活血化瘀药组成的方剂，有下瘀血汤、失笑散、抵当漪等5方；②以活血化瘀药为主组成的方剂，有大黄廣虫丸、补阳述五汤、血府 逐瘀汤等16方；③含有少数活血化瘀药的方剂，有大秦艽汤、大柴胡汤、小续命汤等15方；④方中根本不含活血化瘀药，有小柴胡汤、四逆散、沉香降气散等4方。对于4种活血化瘀方剂，因第1种全方均为活血化瘀药，因而将其归属活血化瘀剂，似乎不会有异议。第2种方剂中虽活血化瘀药居多，然其归属仍需议定。活血化瘀药在活血化瘀方剂中究竟多大比例为宜，至今尚未做出明确的规定。以补阳还五汤为例，从药味上，6味为活血通络之品，仅黄芪一味为补气药；从药量上，黄芪与6味重量之和的比为5：2，本方重在补气，其意自明。我们并不认为应将此方划归补气剂，但仅仅划归活血化瘀剂似欠妥当，正确的归属只能是补气活血剂。如杲硬性划归活血化瘀剂，实际上等于活血化瘀剂中包含着补气剂，进而活血化瘀法中包含着补气法。当然，偏离最大的还是第3、4两种情况，如所熟知，大柴胡汤、小柴胡汤、四逆散属和解剂，在治则上从属于和解少阳法和调和肝脾法；大秦艽汤和小续命汤为祛风剂，在治法上从属于祛风胜湿法；而沉香降气散属理气剂，是降气法。把这些方剂勉强划归活血化瘀剂和活血化瘀法，只能表明目前人们所称的活血化瘀法基本上是兼容诸法的复合法。而活血化瘀法的现代研究，正是以这些属性不一的方剂为对象而展开的。

此外，对认定的传统活血化瘀方剂进行研究的同时，一些学者自拟处方，单将数种活血化瘀药组合在一起，借以探讨活血化瘀法的作用机理。有人分别对20味活血化瘀药进行实验研究，结果证明，这些药物都能独自降低血液粘滞性及红细胞聚集性，并且各药改善的程度与活血化瘀药的传统分类相吻合，提示即使不配伍其它类药物，单用活血药也能纠正血瘀证的理化检测指标。这一看法与上述的研究显然相抵牾。这里可以看出，活血化瘀法的研究深深地缠绕在难以判定的纠葛之中。究竟是单用活血化瘀药为宜？还是应当配伍其它类药物？如果允许配用它药，各自的药味数量配比和剂量关系义当如何把握，才能符合活血化瘀剂的分类要求呢？毋庸讳言，这些问题不解决，活血化瘀法的研究将继续处于混沌状态之中

由于在血瘀证的治疗方剂中普遍配伍非活血化瘀药物，于是，近年来非活血化瘀方药的“活血”功能也提出来了，这种现象的出现似乎令人费解。一般说来，历代医家和当今临床 医师不会对未经四诊证实有血瘀表现的病证施用活血化瘀方药。通常，肾虚补肾，气虚补气，阳虚补阳，是谓正治。当然也常有考虑到疾病的传变等，而肾虚兼理脾、气虚兼补血者，这 些治疗方法均被证明是行之有效的。饶有意味的是，这些病证通过实验研究，均被证明有“微观”方面的血瘀改变，即血瘀证诊断标准中理化指标的异常。因而似可推断，补肾药、补气 药和助阳药在纠正了肾虚、气虚和阳虚的同时，还改善以至于消除了这些证中潜在的“微观”血瘀征象。鉴于气滞、寒凝、热壅等病理改变均可导致血瘀，触类旁推，诸如行气药、清热药和温里药等也可调整“微观”血瘀状态。面对这一现实问题，是否可以认为这些非活血化瘀药物兼有活血化瘀功能呢？倘若如此，活血化瘀药物还有存在的价值吗？

从活血化瘀方剂构成和非活血化瘀药的“活血”功能两个方面似可反映出，血瘀证并不是一个可以独立存在的证。这是因为，学术界尚未为其独立存在做出必要的界定。

总而言之，随着血瘀证和活血化瘀法研究的不断深入，血瘀证和活血化瘀法均已冲破了人们恪守的传统约定，在证、法、方、药的各个层次上离散开来，这种失控的局面愈演愈烈，有一发而不可收之势。人们旨在揭示血瘀证本质和活血化瘀法作用机理的努力，正把我们引入新的迷宫。

## 五、以环核苷酸为指标的证本质研究的现状与困惑

前几节侧重由常见证的本质研究方面探讨现实存在的问题，本节试图换一个角度，仅以环核苷酸为指标纵向分析证本质研究当中存在的倾向性问题。这样，即可纵横交错、比较全 面清晰地展示出证本质研究的整体画面，也可用以反映其它任何指标在证本质研究可能出现的复杂情况。

1．环核苷酸引入证本质研究的动因和规模

继美国学者Goldberg自1973年提出环核苷酸的环腺苷酸（cAMP）和环鸟苷酸（cGMP）这一对矛盾物可能与东方医学的阴阳有相似之处，国内学者遂以极大的热情开展了环核苷酸与证本质关系的研究。最初，由阴、阳两大证入手，逐步扩展到其它多种证型。从统计情况来看，除阴、阳两证外，在八纲证方面，研究了阴虚阳亢证和阴阳两虚证；在气血津液方面，研究了气虚证、气虚血麻证，以及兼证气阴两虚证；在脏腑证方面，研究了五脏的阳虚、阴虚、气虚、阳亢及两脏共病的证型。此外还研究了痰湿闭阻证、温毒瘀血证、痰热癥瘕证等。各类证型中涉及到的现代民学病种则更多。按系统划分，有消化系统、心血管系统、呼吸系统、内分泌系统、精神神经系统、泌尿系统、代谢病和癌肿等方面的数十种病。仅消化系统方面的疾病就涉及到胃和十二指肠溃疡、慢性胃炎、慢性非特异性结肠炎和慢性肝炎等。以环核苷酸为指标的证本质研究涉及的病证范围之广是血液流变学指标之外的其它指标所不能企及的。人们以极大的热情参与这项研究，是希望以此为契机，一元地揭示证的本质。奇迹真的会发生吗？

2．对照原则在以环核苷酸为指标的证本质研究中的地位问题通常作为惯例，有关研究都设正常对照组，借以比较证型组与环核苷酸差异的显著性。在只有一个证型组参与比较的研究中，人们对所观察的证型得出了定量与定性相结合的确定和比较确定的认识。不过，因无证与证之间的比较，未能排除其它证是否也有环核苷酸的同样改变，无法确定环核苷酸在这些证型中的特异性。道理很简单，认定阳虚患者血浆cAMP/cGMP比值偏低的首要前提是，必须至少同时认定阴虚患者的同类指标不低或高，否则就不能肯定血浆 cAMP与cGMP含量比值的偏低便是阳虚患昔特异的判定指标。这种考虑适用于其它备种指标的证本质研究。我们知道，一个证只能在与其它证的比较中而存在。有鉴于此，在证本质研究汇总，除正常对照组外，同时设置若干相关证型进行证型间客观指标的比较，不是可有可无的，而是必不可少的。它决定着证本质研究的价值和水平。

实际上，确有一些学者在证本质研究中注意到设置不同证型的对照组进行同一指标的定量比较分析。有人比较了阴虚和阳虚两大证型环核苷酸含量的差异；有人对阴虚心火旺、阴虚肝火旺、阴虚心肝火旺及阴虚火旺不明显4个证型进行了cAMP含量变化的对比分析；另有学者则以环核苷酸为客观措标。对肺气虚、脾阳虚、肾阳虚和阴阳两虚4个证型作了分型方面的定量把握此类研究虽顾及到证型间的比较，然在参比证型的选择上，却有很大区别。有的学者注意到证型间的内在联系和可比性，而不少参比证型的选择显得相互关联不大，甚至毫无关联。例如，有人把气虚血瘀、肝肾阴虚、阴虚阳亢和痰湿闭阻四型放在一起，比较各自环核苷酸含量的变化有人则将脾虚、气滞血瘀、阴虚内热三型合在一起比较；更有把温毒瘀血、痰热癥瘕、气阴两虚三型合起来讨论者。这些研究：虽能得出环核苷酸差异与否的统计学结论，但因参比证型间关系与中医基础理论相去甚远，故对其结论科学性的估价应持慎重态度。而另一方面，这些研究多半属于对某一疾病辨证分型的考察，其分型原则应当建立在客观症状基础之上，因此，一些学者对某一疾病层次混乱的分型研究，或许是不得已而为之，亦即要依从症状，就只好如此。这就引出了参比证型的选择和证实质研究的层次问题。

现在容易理解，证本质研究是通过若干互为参比的证的综合考察而实现的。中医的证至少有数百个，每个证都有区别于它证的症状特点。研究一开始，不可能全面铺开，各证面面俱到，一一比较，目前的现状是，互为参比证的选择完全取决于研究者本人的意愿，处于“放任自流”的局面。依据中医理论，证本质研究首先在互为对应、关系密切和属于同一层次的证之间进行客观指标的对比观察。如有的学者在阴、阳两大虚证之间进行环核苷酸为客观指标的证本质研究，即属此类。由此得出的研究结果，有可能接近证的本质。另外，证本质的揭示要有一个循序渐进的过程。这样，证本质研究的层次选择也是很重要的问题。从证的递阶关系来看，阴、阳两证属于最高或曰最一般层次，其下有虚证和实证、寒证和热证层次，还有脏腑证层次、气血津液证层次，等等。应当井然有序地逐步阐明证的本质，具体一点说，由个别到一般的证的分层次研究应当放在首位；病的辨证分型研究可先由那些证属同一层次的病人手。

3．环核苷酸在证本质研究中的特异性问题追求证的客观指标的特异性，把各证定量地区別开来，代表着证本质研究的总体意向。这一努力的趋势是，随着研究的深入，开始认为 比较特异的指标，遂渐伤失了特异件。从环核苷酸为客观指标的证本质研究中，亦可明显地看出这种趋势。指标的特异性被削弱大致表现在4个方面：①同一研究者对同证同指标的研究结果前后不一致。在邝氏的系列研究中，最初观察到甲亢（阴虚） 患者血浆中cAMP/cGMP的比值升高，而与之抵牾的另一次有其参加的研究，却得出了阴虚患者上述比值无明显升高的结论。此次研究还发现，阳虚患者可分为cAMP含量明显升高和降低两类，这与其不久前明确的阴虚病人cAMP有降低倾向的认识亦不相吻合此外，每次研究侧重讨论的指标不尽一致。或侧重讨论cAMP，或同时讨论CAMF和cGMP，或侧重讨论两者的比值，或以上指标合而论之。致使所得结论不能亙相印证。因而，究竟依据 cAMP和cGMP某一项或两项指标，抑或两者比值的改变来 求证阴虚和阳虚，仍然不得而知。②不同作者开展的同证同指标研究的结果难能吻合。以阴虚证的研究为例，有人发现阴虚者cAMP与正常人接近；另有人则发现比正常人高，认为阴虚的主要矛盾是cAMP升高；张氏观察结果是，阴虚和阳虚病人的cAMP均低于正常，只是阴虚者cAMP高于阳虚者，但无统计学意义，可见，各项研究结果差异较大，不能互相印证。③异证同指标研究结果大体相同。邝氏认为，阳虚者cAMP含降低，cGMP含量升高，cAMP/cGMP 比值降低；而潘氏通过对肝郁脾虚型慢性肝类的研究， 秦氏通过对多种皮肤病属于血瘀证的研究以及张氏对气阴两虚型糖尿病的研究，均得出与邝氏基本吻合的结果。这样，环核苷酸在一证中的特异性也就从根本上被动摇了。④环核苷酸在不同层次的证本质研究中均认定有恃异性，这本身即是对其特异性的否定。继明确了环核苷酸含量及其两种物质的比值变化为阴虚和阳虚比较特异的判定指标以后，人们并不满足于在阴、阳两大虚证中探讨环核苷酸的变化，竟兴趣盎然地推广到其它层次的证本质研究上来。一时间，环核苷酸成了揭示众多证本质的“万能钥匙”令人震惊的是，在某些证和疾病更加细微的分型研究中，环核苷酸依然大派用场。有人把阴虚火旺甲亢患者细分为阴虚心火旺、阴虚肝火旺、阴虚心肝火旺及阴虚火旺不明显4个证型，发现不同脏的阴虚火旺，其血浆cAMP含童的变化也存在差异，血浆cAMF含量变化与辨证分型有密切关系另有人发现，慢 性支气管炎急发期患者血浆cAMP和cAMP/cGMP比值随 肺气虚—脾阳虚一肾阳虚一肺肾阴虚逐型上升凡此种种，环核苷酸在不同层次的证本质研究中都有其特异性，于是，我们又不得不同时认为，这个具有普遍特异性的指标实际上是不特异的。道理十分简单，特异性指标一旦超出待定的参比证型，特异性随即转变为普适性。总之，以环核苷酸为客观指标的证本质研究涉及病证的数量和层次越多，清除这一指标特异性的中介证就必然发生，特异性在这里被淡化、被削弱。如果人们愿意正视现实，就会看到整个证本质研究（包栝人们十分推崇几成定律的脾、肾本质研究）都存在着特异指标不特异的问题。对此人们自然会问，难道寻求证的特异指标是不切实际的举动吗？以下试图展开讨论这个问题。

4．包括环核苷酸在内的多指标证本质研究的方法问题

为了深入讨论上述问题，不妨在中医关于证的概念之外，引入 一个新概念：证，实质上是疾病形成和发展某一阶段上，体内各种生物活性物质相互作用的综合行为。这样表述尽管有待商榷，但值得注意的是，如此定义似乎比较贴乎中医的整体思想，同时还带有一般系统论的意味。其实，无论属于哪个层次的证，都不可能是单一物质量变的结果。以往许多单一指标的观察研究，本质上是杷证作为孤立的部分来对待。这样做，必然丢弃一些相关指标，远离病变的客观事实，使研究结果不能全面反映证的本质。或许认识到这一点，陆续出现了 两个或两个以上指标结合起来研究的情况。

在环核苷酸为主要观察指标的证本质研究中，李氏结合观察了血浆前列腺素、肾素和血管紧张素Ⅲ 3个指标，邝氏则同时观察了内分泌和兔疫方面有关指标的变化。不论这些研究的本意如何，多指标同时观察本身，就是对企求某一特异指标的间接否定。不过，各自对多指标的处理方法却有很大的区别。其一是分别探讨证型组各指标与正常对照组的显著性差异，至于各指标间相互关系对证型的影响则不予理睬；其二是在分别探讨证型组各指标与正常对照组差异显著性基础上，理性推断各指标间关系对证型的影响；其三则有少数学者釆用统计学的相关分析，揭示某两项指标的变化对证型的相关关系，或为正相关，或为负相关。不难看出，不进行相关分析，取指标虽多而无实际意义，而理性推断的精确性不便掌握，有较大的模糊性；后者采用统计学方法对两指标间关系进行把握，其结果比较接近证本质。相比之下，科学性较强一些。遗憾的是，此类研究所占比例小，且其中仍有一些重要问题未能得到理想的解决。我们知道，证通常是借助一组相互作用的客观指标来表达的，因而事先确定一组观察指标应是证本质研究的先导，由此必然涉及一组观察指标的取向、数量和适于处理这些指标的数学模型的选择。

指标取向看似比较简单，其实不然。一般说来，一个证通常涉及多个生理系统。取一个系统的多项指标进行观察，其结果多半是不证自明的。例如，肾素和血管紧张素Ⅱ在同一应答过程中呈链锁反应，后者随前者垃的增减而发生相应的改变。同时取用两者为观察指标，便有一定的重复性。这样的指标一般取其一个即可，其它指标可到别的系统中去筛选。至于选用哪几个系统的指标，各系统中具体选用哪项指标，应视证的主症状所反映的主要系统的变化情况而定；也可结合实验过程中经反复摸索适应不同证的其它观察指标。

所取指标数世的确定，是一个比较复杂的问题。虽然一个证会与多个系统的多项指标发生联系，但在实际观察时，通常不可能同时也没有必要将所有涉及到的指标一并取用。因此要对可供选择的指标进行合理的简化，抓住主要指标，将直接关联不大的指标舍弃不用。

关于数学模型问题，似乎已经解决了。谁也不能否认，目前证本质研究采用的所有统计学方法都是标准的数学模型。可是，这些模型主要用来解决单向因果链、一因一果之类的问 题。依靠这些模型，使证本质研究取得部分进展，并且有的模型还将继续用于证本质研究的一些场合。然而，仅把证的客观指标简化为单变量问题或几个互不关联的单变量问题，已如前述，不能阐明多数证的本质。证本质研究的经验提示，现已进入到这样的阶段，它要求人们用一般系统论的观点来看待如此之多的证，即把证看成是相互关联、彼此作用的若干指标的集。那么，证的本质—构成特征就不能由孤立的单一指标的特征来说明；也不能全部使用解决线性问题的方法来论证。这样一来，在现已使用的数学模型之外，迫切需要移植和重新建立一些数学模型（如多元统计分析等），以解决证本质研究中多变量相互作用的复杂问题。

综上所述，我们以环核苷酸为客观指标的证本质研究为例，剖析了证本质研究面临的重要问题。可以看出，在一证一指标、多证一指标和一证多指标研究的每一个环节上，都存在 着不容忽视的倾向性问题。于是兼顾多证多指标的比较研究，将会逐渐引起学术界的兴趣和关注。

同时必须指出，证本质研究和我们的上述分析都是在一个大胆的假定的前提下展开的；提出的问题也是基于这个大胆的假定基础之上的。尽管这个大胆的假定已被陚予某种绝对的真理性，但它毕竟是一个假定。这个假定便是：中医的证和辨证论治具有无与伦比的优越性和科学性。基于这个命题，证本质研究当中出现的任何问题均与给定的前提无关。但假定必定是不十分确定的，科学研究需要有假定，乃至大胆的猜想，但应懂得，假定既可被证实，又完全可能被证伪。当我们在假定的基础上，对证本质研究中提出的阿题进行修改与调整，仍然收效不大时，反过来也应有勇气对曾经坚持的东西提出质疑，修改原假定，提出新假定，进行新的理论探索。

## 六、微观辨证的可行性分析

1986年，学术界首次推出了‘微观辩证”和“辨证微观化” 这两个新概念。当时是这样界定的，所谓微观辨证，即是在临床上收集辨证素材的过程中，引进现代科学特別是现代医学的先进技木，发挥它们长于在较深入的层次上微观地认识机体的结构、代谢和功能的特点，更完整，更准确、更本质地阐明证的物质基础，从而为辨证微观化奠定基础。简言之，是试用微观指标认识与辨別证。而辨证微观化则是综合了多方面微观辨证的信息，结合中医传统的宏观标准，并通过临床方、药 治疗的反复验证，以期逐步建立辨证的微观标，并用以进一步指导临床实践。简言之，是探寻各种证的微观标准。沈氏认为，从微观辨证到辨证的微观化，是辨病和辨证相结合在认识上的一次飞跃和突破。为了与微观辨证相对应，同时还提出了“宏观辨证”这一概念。自此以降，这些术语开始在学术界流通，并产生了一定的影响。勿需讳言，当前学术界对这种认识意见不一，已开展了比较热烈的讨论，足见人们的重视程度。我们认为，作为整个证的研究的一部分，应当首先明确微观辨证和辨证微观化的关系和实质，方可对这一组新概念有一个比较客观的理解。

1．微观辨证和辨证微观化的关系和实质

如果从字面上理解，微观辨证应当是用现代医学的微观检测指标对疾病直接作出证的诊断。而辨证微观化则是对已经作出明确中医诊断的证进行研究，以揭示证赖以形成的微观检测指标。从两个概念的定义所反映出来的两种研究工作的发生、发展过程来看，辨证微观化理应是前期研究工作，在完成这项工作的基础上，才能进入成果推广应用的微观辨证阶段。在这一阶段上，甚至可以撇开证的传统中医临床诊断，而借助某些客观检测指标作出全新的证的诊断。可见，微观辨证中的“辨证”和 辨证微观化中的“辨证”是截然不同的两种诊。断方式，不应混淆。两者之间按着正常的研究程序，只能是由辨证微观化向微观辨证逐步过渡，而不可能是从微观辨证转变到辨证的微观化。

说到这里已经容易明了，所谓辨证微观化不是什么新 明，它不过是证本质研究的代名词。证本质研究的成果的标准化，即为实施所谓微观辨证打下了基础和准备了条件。可以说，以辨证微观化替代证本质研究，并未增加任何新内涵和新信息，却增添了理解上的困难和麻烦。至于微观辨证，显而易见是由辨证微观化派生而来的。无论两个概念的创立者最初的想法如何，微观辨证只能是辨征微观化以后发生的事情，而概念的定义理应与其反映的事物的本质和产生顺序相吻合。

2．微观辨证和宏观辨证称谓的商榷

我们知道，所谓宏观辨证是指中医的传统辨证方法而言的。即将四诊所收集的症状和体征，通过分析、综合，辨清疾病的原因、性质、部位以及邪正之间的关系，概括、判断为某种性质的证。由此可见，宏观辨证则是通常所说的辨证的同位语，两者之间并无本质区别。如同其它概念和范畴产生的那样，微观辨证和宏观辨证这两个新概念应当是对中医诊断这一医疗行为的本质概括与反映。问题是这两个新概念是否客观准确地概括了中医临床的诊断行为。

单就微观和宏观而言，这是两个物理学的范畴。在物理学中，微观物体一般指小于一亿之一厘米的物体，具体是指分子、原子和电子等极微小的物质粒子，这是量子力学等所探讨的物质领域；宏观物体一般指大于一亿分之一厘米的物体，通常又指行星、恒星、星系等巨大物质，这主要是牛顿力学所讨论的物质领域。移植这两个概念，并与辨证组成两个新概念，这在中医学术界应当说是一件非常重大的事情。一方面，应该明确这些概念产生的历史必然性，看其产生是否是中医学发展与变革的现实要求；另一方面，则应明确概念产生的科学性，亦即概念内涵是否是客观准确地概括了相关事物的本质，反映了中医证的诊断的本质。

前已述及，辨证微观化即是证本质研究，微观辨证最终就是利用经过规范的证本质研究的成果（具体的客观检测指标）进行证的诊断。如果证本质研究已初步进入或已实现了新概 念内涵所揭示的那一步，或是即便未达到这一步，但已形成了比较完整而严密的构思，是对中医证的诊断未来发展趋势的科学预见，创生相应的概念便是无可厚非的。因此，微观辨证 和宏观辨证两概念值得考察的重点在其科学性方面。鉴于微观和宏观的特定含义，我们只能依其为标准来讨论这个问题。 首先应当明确微观辨证和宏观辨证所面对的物质层次是什么。

关于微观辨证，王氏认为，中医辨证若引入现代医学的病名，随之而来的如影像检查、内窥仪器直视检查、实验室检查、病理组织检査等也就随之移入，把这些检查结果作为辨证的依据，可统称为微观辨证看起来这段表述是为微观辨证下定义，但却具体交待了微观辨证的手段与方法。借助这些手段和方法很容易了解微观辨证所针对的物质层次。很显然，影像检查和内窥仪器直视检查面对的是器官和组织水平；病理组织检查既可以是组织水平，也可以是细胞水平；而实验室检查则可能是细胞和亚细胞水平，也可能是分子生物学水平。可以看出，借助给出的检测手段和方法，观察的对象竟然是多种不同的物质层次。其中，唯独实验室检测中的一部分可以列属分子生物学水平，属微观观察领域研究的内容，此外的绝大多数检测指标为细胞和其以上水平，这些物质层次已远离微观观察领域，实际属于宏观观察的内容。沈氏在微观辨证定义中虽未交待具体的观察领域，担他把静脉肾盂造影和血液动力学检测等均视为微观观察手段，即可明确，他所提出的微观辨证，并非全部基于微观水平，而是包括了微观和宏观两个层次。不言而喻，观察的手段和方法决定了观察的物质层次；现代医学的客观检测方法面对着人体不同的物质水平。因而，把现代医学的检测方法笼统划归微观手段是不科学的。

为了进一步说明问题，还可例举许多认为是微观辨证面实质上是居于宏观层次进行观察的报道。如宣氏11381对男子 不育症进行微观辨证，实际包括精液常规化验的微观辨证、其它实验室检查的微观辨证和外阴检查的微观辨证3个部分，诸如精液颜色为红色、前列腺液常规白细胞增多示下焦湿热，睾丸体积缩小、质地松软提示肾精亏虚、精室失养等，所有观测项目都不属于微观水平的。而采用肾穿剌活检探讨慢性肾炎的中医分型与组织形态学改变之间内在联系，虽也称之为慢性肾炎的微观辨证，实际上也与微观观察研究无关。

凡此种种，微观辨证的倡导和支持者以实际言行对微观辨证作出了具体的界定，事实说明，所谓微观包括了脏器、组织、细胞、亚细胞和分子的多个物质层次。除外分子水平，其 它各物质层次都不属于微观领域讨论的内容。因此，微观辨证这个新概念创生伊始便歪曲了采用现代医学的多层次指标进行辨证的事实真象，成为一个真实性较差的概念。由于微观辨证与宏观辨证所涉及的物质层次发生较大的重叠与交叉，因而两个概念之间已经实际存在着界定严重混淆的逻辑矛盾。加之宏观辨证本来已有中医学自身的称呼，且中医界已习惯干这种称呼，于是，微观辨证和宏观辨证这两个概念便失去了在现阶段存在的价值，进而辨证微观化也变成了不切实际的可有可无的称谓。

对微观辨证、宏观辨证和辨证微观化这些新概念的客观性、严密性和科学性提出质疑，并不是吹毛求疵和节外生枝。在中医界，基本概念的歧义性带来的罗乱实在太多了，随后的 几章中还将专门讨论这些问题。因此，学术界应当十分慎重而理性地推出新概念，应把创生新概念与中医理论体系的创新和变革紧密结合起来。正因如此，当今学术界企盼着能对中医学产生重大影响的客观、严密而科学的新概念的问世。

3．微观辨证尚不具备推广应用的条件

如果微观辨证的提法有待斟酌，不妨把它还原为采用现代医学的客观指标进行辨证的问题（简称为客观指标辨证）。采用客观指标辨证是否可行，见仁见智，各执一辞。讨论这个问题的关键不在问题本身，而在证本质研究的结果如何评价。无论对证本质研究的结果采取肯定或否定的态度，都可间接回答客观指标辨证是否可行的问题。

在前几节中，我们从不同角度考察了证本质研究的现状与问题，归结起来，总体上有如下几方面问题悬而未决：

（1）各证的特异指标大体均未筛选出来。这里所说的特异指标或者是绝对排它的，或者在量上可以与它证截然分开。或者能借助相关联的两个指标的比值定量区别开来。由于无论何种类型的证都不可能是单一物质量变的产物，故而追求证（会涉及众多病）的单一特异指标几乎是不可能的。

（2）各证相互关联的指标系统普遍未能遴选出来。所谓相互关联的指标系统是指共同参与证的诊断的彼此作用、关系密切的若干客观指标的集。这个集中的指标过多则不便于处理、认定与把握，过少则不利于真实而准确地对证进行判断。究竟一个证把来自何系统的哪几项指标作为自己的支持指标，证本质研究尚未给出这样的确信无疑的结论。应当说，在不考虑病的情况下寻找证的一组指标系统是十分困难的，甚至可以说是不可能的。不过，人们通常不愿意把证置于病的统辖之下，特别不能忍置于西医病的管辖之下。因此，这项工作如何深入，尚有待研究。

（3）同层次对应证的鉴别指标和指标系统尚未确定。如阴虚证与阳虚证、虚寒证与虚热证、肾阴虚证与肾阳虚证均为同一层次相互对应的证，关系最为密切，其中每一证检测指标的建立，必须以对应证的相应检测指标的确定为前提。即在同层次对应证的比较中同时建立两证的客观诊断标准，进而才能用来诊断或鉴别诊断证。显然，证本质的现实研究离这—目标还相当遥远。如果不允许开展以病统证的本质研究，这项工作将会遥遥无期。

（4）同层次相关证的鉴别指标和指标系统尚未确定。如肾阳虚证与脾阳虚证、脾气虚证与肺气虚证即属于同一层次的相关证，鉴于它们之间的生克制化关系，应当通过相应的客 观指标和指标系统体现和鉴别开来。否则，在没有比较鉴别的情况下，任意一证检测指标的确立都是无依无靠的。当运用某证检测指标进行辨证诊断时，也会有同样的感觉。因此，没有同层次相关证的指标和指标系统作鉴别，我们将不能借助客观指标确诊任何一个证。而学术界在这方面至今建树甚微。这种情况也与证本质研究以证为先导有直接关系。

（5）上位证与下位证的鉴别指标和指标系统亦未明确。阳虚作为上位证，它的下位证则是脾阳虚和肾阳虚等证；气虚作为上位证，它的下位证则是心气虚和肺气虚等证；若以肾虚为上位证，其下位证则有肾气虚、肾阴虚、肾阳虚和肾精不固等证。如果两证之间构成上位证和下位证的关系，是否属于包含和被包含关系？在客观指标和指标系统方面是否亦应体 现上位证和下位证的关系？体现包含和被包含的关系？在道理上和逻辑关系上似乎应该如此，但客观情况怎样仍是未知数。因为中医学的思维方法是复杂的，故而不能借助逻辑推理认定上述问题。例如，通常人们未能注意到，中医的脏腑并不是一个固定不变的功能单位，脾不统血的脾与脾气虚弱的脾从来就不是内涵相同的脏概念（关于这个问题在第九章中还要系统谈到）因此，盲目认为下位证应当具备上位证赖以诊断的主要指标和主要指标系统，在逻辑上说得通，而实际上则未必如此。但是，不管怎样，证本质研究的基本任务之一，是确立上位证和下位证的鉴别指标和指标系统。不然的话，我们就不可能揭示上位证和下位证的本质。在诊断时，也难以用客观指标区分它们的异同。对此，证本质研究依然无所作为。为解决这个问题，脏腑定位至关重要。但仍坚持以证统病的证本质研究，恐怕不会有耳目一新的进展。

在以上的讨论中，我们着重提出了以证统病和以病统证的问题。以往，以证统病的证本质研究占压倒多数，多半认为这是保持中医特色自主发展的基本要求。可是，一个基本的现实是，一个证可以见于十几个或数十个病，在如此众多的疾病中找出证的某一特异指标是不实际的，而找出证的一组指标更是难上加难。而以病辖证的证本质研究与此大不相同，把证限定在病的下面，使证本质研究在完全可控的条件下进行，得出的结论虽然仅适合于某病所辖之证，但是，当对多病所见某证的本质分别研究清楚后，便可在此基础上进行归纳与抽象，发现其中的规律性，或许（但不是肯定）找到证的某些本质特征。

事实说明，证本质研究中的基本间题均未解决，研究的思路方法也有待调整，因而未能给所谓微观辨证准备好推广应用的基本条件。在这种情况下，急于开展“微观辨证”，只能是适得其反。

必须指出，我对“微观辨证”的讨论大体局限在证本质研究的范围之内，是很不够的。必须把这个问题放在与证相关的各类研究的整体背景下考察，才能全面客观地认识这个问题的症结。可以说，证本质研究举步维艰主要不是研究本身的问题，而是证的规范化研究的问题，是中医基础理论中的问题。让我们把讨论逐步展开。

参考文献【未整理】

〔1〕顾天爵，等。肾虚病人尿中17一羟类固醇排出量改变的观察。中华 内科杂志，1964，12（4） ： 307 〔2〕沈自尹主编。肾的研究（续集）。第1版，上海：上海科学技术出版社， 1990\*5

[3〕施赛珠，等肾阳虚病人下丘脑、垂体、肾h腺皮质系统功能的观 察。上海中医药杂志。1979，（复刊号）：21 〔4〕同 2，216 页 〔5〕词 2。225 页 〔6〕同 2，232 页

〔7〕吴涛，等。22例牌阳虚患若探讨。江西中医药，19S1， （3）：2 〔8]张祥德。聛虚证尿17一酮和尿17一羟类固辞的初步研究。中医杂 1986，27（5） 329

（9]齐请会，等胃阴虚ijh内分泌系统功能状态观察：腹部手术后和重 症急腹症胃阴虚证研究（ll）i中西医结合杂志，1叩0，10（0：340 〔10〕广州中医学院脾胃研究组。脾虚患者唾液淀粉海活性初步观察。

中华医学杂志，1980，60（5）： 290 [11）孟毅通过脾阳虚对“Jf”实质的初步探吋> 陕西新医药，1979，

（11）2

[12〕巧群先。脾虚病人睡液淀粉酶活吨差的动态观察。中西医结合杂 志，1984，4（12）： 727 〔13〕魏睦先，等。胃阴虚证植物神泾机能状态观察。中西医结合杂志， 1988，8（4） ：202

〔14〕中国人民解放军D求恩和平医院了聛胃病辨证分型机理的初步探 讨。淅江中医药，1979，（2）：50 （15）劳绍贤。聛虚证候的现代研究。新中医，1985， <9）：49 {16}高墀岩1等。脾虚病人某些检查指标的变化\*中医杂志，1980，21 （9）：667

〔17〕张會轩，等。脾气虚本质的初步探讨。中医杂志，1983，24（8）： 632 〔18〕金敬善，等。血清中胃泌素水平与脾虚证的关系。中西医结合杂 ^}1982，2{1）：25

[19〕牟德俊，等。消化性溃痛中医辨证分型与胃酸、胃泌素、环核苷酸 关系的探讨。中西医结合杂志，1988，8（9） ：531 （20J郑绵章，等。慢性胃炎辨证治疗与实验研究。北京中医杂志，1牝 （3）：34

[21〕涂福咅，等。慢性萎缩性胃炎103例中医证型与血清胃泌素、尿蛋 白酶关系探讨。福建中医药，1990，21（2）： 11 ，

〔22〕工清云，等。脾胃气虚胃脘痛各兼证的生物化学基础，河南中医， 1986，（4）：19

〔23〕李振华，等+脾胃气虚本质的研究1河南中医，1986， （3）： I

[24〕陶志迖。脾与免疫。广东医学，1981， （9） ：37

[25] 李近生，等。脾气虚证与血浆、红细胞微量元素关系的研究。中医 研究，1990t3（2）：19

[26] 罗陆一，等。血清微量元素与虚证关系的探讨。辽宁中医杂志。 1986，（6）： 19

[27] 刘锐，等。83例阳虚病人血清锌值测定及其意义。陕西中医，1984， 4（6）：8

〔28〕杨世兴，等1脾阳虚病人部分实验室检奄及其临床意义初步探讨。 西安医科大学学报，1兆6，7（4）：+07

（29） 张祥德。脾虚与血浆铁、铜、锌关系初探。河南中医，1987，（5）：23

（30] 王冠庭。慢性肝病虚证（肝阴虚、脾气虚}血中微量元素的变化及 其意义。中西医结合杂志f 1982，2（3）： 145

〔。31）廖家祯，等。生脉散对冠心病心绞痛患者左心室功能影响。中医杂 吉、1981，22（6）：424

（32J樊良卿，等。冠心病中医辨证分型客观指标探讨。中医杂志，1981， 22（7）：508

[33}宋一亭，等。冠心病中医辨证与心功能关系的初步研究。中医杂 志，19S2，23（6）：4+S

〔34〕史载祥，等。心气虚患者左心室功能的研究。中医杂志，1982， 23 （12）：938

〔35〕杨振平，等。心系四虚证患者左心功能变化的初步研究1陕西中 医，198110（2） ：90

[36]东荣贵。冠心病（心绞痛、心肌梗塞）中医辨证分型的探讨。中医药 学报，1986，（4）： 13

〔37〕宋崇顺，等。气虚证血液流变学临床观察和实验研究。中医杂志，

1981，22（10）^759

〔38〕塵家祯，等。冠心病心气虚证临床微观辨证初探。上海中医药杂 志，1987，（11）：2

（39〕谭达人f等。尅心病阴虚和阳虚患者血液流变性再探。中医杂志， 1982，23（7）：521

〔40〕廖家祯，等。冠心病患者免疫功能与中医辨证关系初探。中西医结 合杂志，1982，2（4）：20<5 〔41〕吴瑞荣。阴虚冠心病人尿17羟皮质类固醇昼夜节律变化与脑的关 系■申西医结合杂志，1982，2（2） ： 100 〔42〕吴瑞荣，等。阴虚冠心病人血清酪氧酸含量的变化。中医杂志， 1983，24（3）：194

[43}李麟仙。冠心病中医辨证分型的病理生理基础。云南中医杂志。 1983，（2）：41

[44）浙江省中医研究所心本质研究组。心阴虚的初步探讨。浙证中医 药，1979，5（6）： 183 〔45〕陈永光，等。慢性支气管炎中医分型的X线研究（附306例X线分 析）。福建医药杂志，1981，3（5）： 257 〔46〕沈家根，等+慢支的中西医结合谚断分型的X线表现。上海中医药 杂志，1982， （12） ：23 （47〕林求诚，慢阻肺中医辨证诊断学意义。北京中医学院学报，1984， （5）：21

（48〕王会仍，等。肺气虚与肺功能变化规律的初歩探讨。中医杂志， 1983，24（2）：142

〔49〕王会仍，等。从心肺功能变化看肺气与心血的关系。淅江中医杂 志，1987，22（1）： 30 〔50]齐幼龄，等。88例肺气虚病人血浆肾素、血管紧张素II及醛固爾的 测定。广西中医药，1991f14（2）：93 〔51]胡有秋，等。34例原发性高血压病中医辨证分型与血浆中血管紧 张素II浓度的关系。湖南医学院学报，1980， 5（3） ：251 〔52〕谭茹。小儿反复呼吸道感染肺气虚证与徽董元素关系的研究。辽

宁中医杂志>1991，18（7）：8

53）广西中医学院中医基础理论研究室。肺气虚的实验研究+广西中 医药，1 明 1，（6）：43

54〕张震。从“肝病”患者之植物神经功能失调看“疏泻”的实质+云南。 中医杂志，1982， （1）：1

55）乔明琦，等。肝气逆、肝气郁两证客观指标实验研究。山东中民学 院学报，1992，16（3）： 173

56J金益强，等。肝阳上亢证本质的研究。中西医结合杂志，1988， 8 （3）：136

57]翁伟强，等，肝阳上亢证的临床研究。中西医结合杂志，19819 （5）：266

58〕邝安堃，等。阳虚病人内分泌、免疫和环核苷睃变化的初步观察一 中华内科杂志，1979，18（2）： 105

59）夏宗勤，等。中医“虚证”理论的初步探讨。中医杂忐> 1979，

（11）：642

60〕李澄贻，等。环核苷酸与中医阴虚阳虚关系的初步探讨。新医学， 1980，11（5）：237

61] 邝安堃，等。阳虚（甲状腺功能减退）和阴虚（甲状暸功能亢进>病 人血浆环核苷酸的对比。中医杂志，1979，（7） ：405

62） 邝安堃，等1原发性卨血压中医分型病人的血浆环核苷酸变化。上 海中医药杂志，198U，<3）：2

63J陈松涛，等。中医虚证理论的初步探讨。中西医结合杂志，1982，2 （3）一140

64〕陈汉平。对甲亢阴虚证的细胞免疫学观察。上海中医药杂忐> 1984，（10）：46

65） 杨世兴脾阳虚病人部分实验室检查及其临床意义的初步探讨。 西安医科大学学报。1986t7（4）：407

66] 许继平，等，恶性肿瘤气虚、阴虚证患者免疫功能观察。中西医结 合杂志，1987，7（12） ：744

67〕毛良，等。慢性肾炎患者血清免疫球蛋白、C3的测定及与中医辨证 分型的关系。辽宁中医杂志，1985，9（5） ：43

68}朱玟。阴虚、阳虚病人也清中某些微童元素变化的初歩观察。中医 杂志，1981，22〔8）：5&6

69]白之涓，等。虚证病人血清中七种微童元素变化的观察。天津中 医，1986，⑴：22

7[）〕王秀云，等。阳虚、阴虚证病人血清五神微童元素分析。上海中医 药杂志，1989，1（1）： 6

71]杨世兴，等i59例阳虚病人血清锌铜值测定及其意义。陕西中医， 1989，10（8）：374

72〕毛良t等。阴虚、阳虚实质的初步探时，浙江中医杂志。1986，

（5）：226

73〕邱保国。阳虚证与甲状腺素的关系探讨，中西医结合杂志，1983，3 （3）：168

74〕武文斌。阴虚、阳虚诹与血清/T3浓度的关系。11】东中医学院学报， 1991，15（2）：%

75〕朱玖。中医虚证与血浆前列腺素含量的变化——前列腺素E、前列 腺素F2a含量的研究。中民杂志，1983，24（0：75

76〕吴瑞荣。阴虚冠心病人血清酪氨酸含童的变化1中医杂志，1983， 24（3）：194

77）秦吉华。中医辨证与唾液蛋白含量变化的关系。山东中呙学院学 Jg，1989，13（5）：358

78〕梁月华，等+中医寒热本质的初步研究。中华医学杂志，1979， 59

（12）：705

79] 万淑援t等1月虚火旺与尿17羟皮质类固醉、儿茶酚胺排泄量关系 的观察。中华医学杂志，1979，59（12） ：722

80） 赵伟康，等。甲亢患者阴虚火旺证的初步研究。上海中医药杂志， 1982，<7）：43

81〕赵伟康，等。甲亢患者尿儿茶酚胺含童与阴虚火旺证的关系。中国 中西医结合杂志，1993，13{5）：284

82〕谢竹藩，等1从虚证患者尿中儿茶酚胲量探讨病证的寒热。中西医 —60 —

结合杂志，1988，8（11）： 647 83〕谢竹藩，等。从尿中儿茶酚胺及CAMP、CGMP的排出量探讨中医 寒证、热证的本质。中西医结合杂志a986，6（U）：651 84]郭宇光，等。虚寒证、廉热证患者尿PGLPGF^排出量的临床观 察，中西医结合杂志，1990，10<10）：593 85〕富红，等。寒热证患者红细胞膜乙酰胆碱瘡酶活性\_定。中国中西 医结合杂志，1995，15（6） ：351 86〕张问渠，沦活血化瘀。第1版，北京：中国环境科学出版社，1989

87] 翁维k，等。20沖活血药对血液粘滞性作用的比较观察，中医杂 志，1984，25（2）：149

88） 梁茂新，等。对血瘀证和活血化瘀法研究现状的剖析。中国医药学 报，1992，7（5）：264

89〕壬钢，等。益气养阴法治疗慢性肾小球肾炎血浆环核苷酸及免疫 指标变化的初步观察。中西医结合杂志，1986，6（3）： 163

90] 潘其民，等。肝郁脾虚型慢性肝炎40例临床泠疗观察。中西医结合 杂志，1985，5<6>：350

91] 陈国桢。肝郁腌虚证的本质探讨，中西医结合杂志，1985， 5

（12）：732

92〕蒋冰冰，等t甲亢病人血浆cAMP含量变化与辨证分壞的关系。

上海中医药杂忐，19M， （7） ： 48 93）张智奎，等。慢性阻塞性肺疾患中西医结合诊断分型与血浆环核 苷酸变化的初步观察。河北医药，1982， （6）

94〕古传琼，等，慢性气管炎中西医结合分型血浆cAMP和cGMP测 定的初步观察1夭津医药，1982t10（2）：U7 95}邵玉玺，急性缺血性脑血管病人血中cAMP，cGMP的观察与中医 辨证的关系Jt：京中医，1985， （6）： 37 %）北京市中医研究所。中医辨证与环一磷腺苷关系的探讨卜北京中 医，1983，（2）：24

97〕沃兴镩，等。急性白血病患者辨证分型与血象、骨髓象及血、尿环 核苷\_关系的临床观察。中西医结合杂志，1%5，5<12）：722

198）王正5，等。肺癌患者三种虚证类型的治疗生存期与血浆环核苷 酸水平的关系。中西医结合杂志，1984，4<1）：23

[99] 陆鸿元，等。慢性气管炎“辨虚治本”与血浆环核\_苷酸含量变化的 关系。中医杂志，1980，21（4^258

[100） 张良栋，等，加味逍遥散为主治疗情感性精柙病与血浆环核苷酸 变化的观察。中西医结合杂志，1984，4（8） ：465

[101〕秦万章，等。血瘀证患者环核苷酸及N—乙酰神经氧睃的含童水 平及其活血化瘀研究的评价。中西医结合杂志，1985，5（3） ： 151 （102〕张大荣，等。糖尿病辨庄与环核苷酸关系初探。浙江中医杂志， 1982，17（3）：100 ■

（103）摩承济，等。慢性阻塞性肺疾病中民分型论治与环核苷酸水平关 系的观察。福建中医药，1982，13（3）：4S [104〕李恩，等+肾性高血压中医分型与血浆前列腺素、肾素、血管紧张 素II、环核苷酸变化的观察。中西医结合杂志，1983，3（3）： 165 [105〕梁茂新，等。证本质研究的困扰和启迪——从坏核苷酸为指标的 证本质研究谈起。医学与哲学，1989，10（7）； 1 [106〕沈自尹。微观辨证和辨证微观化。中医杂志，丨986，27（2）： 135 〔107〕王育学。中医药理论研究的若干问题探讨T中医杂志，1994， 35 （8）：457

C10SJ宣文虎，男子不育症微观辨5E。中医杂志，1996，37（4} ： 252 [109]刘宏伟，等，愤性肾炎微观辨证研究进展，中国中西医结合杂志t 1996，16（2）：126

（梁茂新）

# 第三章 证的动物模型研究的现状与问題

中医动物模型的研究始自60年代，略微滞后于证本质研究。

对设立中医动物模型重要性的认识，不仅出于道德上的考虑（不宜首先在人身上做实验），主要还是为了发展中医药学，而从实证化、客观化和规范化等方面提出了这种现实的要求。其最初的动机在于：研究中医基本理论，除临床上对人体的直接观察外，采用动物模型开展实验研究，也是不可缺少的重要环节。临床研究和利用实验动物开展的实验研究可以互相映证，有利于揭示中医理论的实质。后来，中医动物模型已被用于病变机制和方药作用机理的研究，成为当今红红火火的中药新药开发研究必须利用的方法和手段。并且，中医动物模型的研究已由最初的个别研究现象发展为定义明确、方法多样、自成体系、中西医结合的规模较大的中医动物模型学。

总体说来，中医动物模型包括证模型和病模型两大类。厥脱、痹病、食积、乳痞等动物模型属于中医病模型；肾虚证、 脾虚证和血瘀证等动物模型则为中医证模型。另有一类是病证结合模型，病是西医的病，如肝郁型胃溃疡动物模型、脾阳 虚型腹水型肝癌动物模型、肾阳虚型S180肉瘤和肾阴虚型高血压模型等。各类动物模型中，以证动物模型和病证结合动物模型居多。

在不同实验动物身上釆用不同方法模拟出各种中医的病是比较复杂的，而研制出证的动物模型和病证结合的动物模型则更难。这是一项前无古人的开创性研究工作，因而富有较大的风险和极强的探索性。作为中医证研究的重要组成部分，证的动物模型的标准化和客观化如何，直接关系证和中医基础理论的揭秘与创新，关系借助这些动物模型开展的其它研究的结论的科学性。因此，在中医证的模型不断增加的情况下，进行一次批判性总结是非常必要的。以下仅就各种方法制得的动物模型证的属性认定的正确与否加以评估。

## 一、病因模型证扃性认定的问题

在制作中医病因动物模型且对其作出证的诊断时，应当充分考虑到中医病因学说的基本特点。中医的病因主要有六淫、七情、饮食、劳倦、外伤和虫兽伤，以及脏腑气血功能失调 所形成的病理产物释饮和瘀血等。中医对病证病因的认识，除了解可能作为致病因素的客观条件外，主要是以病证的临床表现为依据，故常称“审症求因”或“辨证求因' 与动物模型的病因不同，中医的病因不少是辨识而来的，而不是客观体察到的，动吻模型的病因却是预先明确和给定的，是可以客观检测和度量的。因此，完全模拟中医的病因施加于造模动物是比较困难的；同样，借助预先明确和给定的造模病因认定受试动物证的属性也是非常困难的。此外,中医的复合证较多，致病因素通常是综合性的，作用于人体或是即时性的，或是延时性的；或是同时作用，或是先后作用；或是因性的，或是内因性的。诸如此类，都使中医病因与动物模型的病因很难照应与吻合。由此可见，依据动物模型的病因认定造型动物证的属性是不可靠的。于是，人们转而比较重视症状在动物模型证的诊断中的作用，是完全可以理解的。

## 二、症状在动物模型证属性认定中的问题

中医的证是由一组相互关联的症状和体征构成的。换言之，症状和体征是证赖以确立的基本要素。动物模型诊为何证，主要应以此为据。对此，学术界已获得共识。不过，在具体操作过程中仍有许多问题需要解决。这些问题的一部分，人们注意到了，还有一些问题未引起注意，因而解决的办法未能有效地提出来。

首先，证的诊断标准的规范无论对中医临床和动物模型证的诊断都是至关重要的。证的规范虽然取得了一定的进展，但存在的问题也不容忽视（这些问题将在第四章中作系统阐述）。规范后的成果用于临床尚待商榷，将其用到动物模型的诊断方面会更加困难。

再则，动物与人之间的差异性，决定了症状体征的差异性和确认这些症状体征的复杂性。我们知道，动物不能主诉症状，而这些主诉症状尚未转换为可供观察的体征，因而丢失了许多信息，增加了动物模型诊断的难度作为证的诊断非常重要的体征指标一舌象、脉象，很难观察，目前虽在动物模型舌象研究方面取得一定进展，但总体上尚未确立统一规范的观察方法，于是，不得不割舍这方面的信息。另外，人的情感非常丰富，在动物身上难以全面表达出来，故情志为患的疾病证型和证型中的情志症状均不易模拟出来。这样一来，在动物模型中表现出来的可供利用的症状和体征实在太少。由此引出的结果必然是，动物模型体现出来的一组症状往往被诊断为几个不同证型。例如，人们用大黄、芒硝、番泻叶和大承气汤等苦寒之剂制作泻下动物模型，根据药物苦寒伤阳和泄泻等症状表现，似应诊断为脾阳虚证，但是也有诊断为脾气虚、脾肾阳虚、脾气虚兼脾阳虚证的。另有人认为，如泄泻过食，阴液亏失，应属气阴两虚证类似的情况不乏所见。

特别应当指出的是，在动物模型中体现出来的症状和体征，多半不具有或不反映证的属性。具体说来，构成证的症状和体征与病辖诸证的症状和体征有较大区别，前者的症状和体征均携带着证的信息，如五心烦热、盗汗等携带了阴虚证的信息；短气、乏力、神瘀倦怠等携带了气虚证的信息；腰膝冷痛携带了肾阳虚的信息，等等。后者则同时伴有一些必不可少 的携带病信息的症状。显而易见，诸如咳嗽、心悸、呕吐、泄泻、腹痛、眩晕、水肿等症状是相应病辖诸证所必备的症状，而这些症状本身不携带任何证的信息，亦即不能依据此类症状作出证的诊断。在动物模型中表现出来的毛无光泽、竖毛、蜷卧（蜷缩）、消瘦（体重下降）、食量减少、拱背、反应迟钝、活动减少（少动）等改变，均未携带证的信息，依其作出证的诊断显然是不合适的。这些情况在各种类型的动物模型中均可见到。即便动物出现稀便之类的症状，也不宜简单地诊断为脾气虚或脾阳虚，因为肾阳虚也可能出现类似情况。而在制作高脂性疾病血瘀证动物模型时，多半喂饲高胆固醇和脂类饲料（如猪油），动物也常见稀便，但对造型动物却不作脾虚之类的诊断，而认定为血瘀证。事实说明，由造型动物收集到的症状体征，绝大多数不携带证的信息，亦即对证没有特异性诊断意义。

我们看到，正是利用这样的症状体征条件，人们对众多的造型动物作出了不同的证的诊断，其中问题的严重性也便可想而知了。

尚需指出，一些证的动物模型不是借助症状体征建立起来的，而是依据证本质研究的有关结论，即相应的客观指标间接予以认定的，其利弊得失将在下一节中讨

## 三、由证本质研究的结论认定动物模型证属性的问題

关于证本质研究的现状，已在第二章中进行了系统分析， 暴露出来的问题是多方面的。证的特异性诊断指标的不特异。性和证的多项诊断指标的不确定性，是对证本质研究结果的 总体印象。把证本质研究的结论性认识运用到动物模型证的属性的认定方面，作为证的诊断的唯一依据，即把有待进一步证实的东西看作是衡量它事物是非曲直的标准，进而为后来必然出现而人们又不愿看到的结果埋下了伏笔。

肾虚证动物模型建立最早，其研究思路即受肾本质研究的影响。采用强的松龙、氢化可的松、醋酸可的松、醋酸氢化可的松、氢化可的松琥珀酸钠、地塞米松磷酸钠、地塞米松等 大剂量外源性皮质激素作用于受试动物，以制造背阳虚动物模型，其依据是，先期的临床基础研究业已证实，不同疾病的肾阳虚患者呈肾上腺皮质功能低下状态，故推测在一定时间内大剂量外源性皮贲激素可使下丘脑一垂体一肾上腺皮质轴形成负反馈调节作用，导致肾上腺皮质的抑制状态，而呈现肾阳虚证的症状表现。遗憾的是，迄今为止，对激素应用早期、 应用期间和停用后哪一时间的症状表现诊断为肾阳虚证或肾阴虚证，尚未取得一致意见。换句话说，即便取得了一致意见，仍有许多问题有待澄清。如对脾阳虚证出现了肾上腺皮质功能低下应如何评价？对甲状腺机能减退病人多表现为肾阳虚证应作何解释？这些实际问题均对借用证本质研究的结论认定动物模型证的属性的作法间接提出了质疑。

血瘀证动物模型亦建筑在临床研究基础之上。在血瘀证的中医诊断标准中，已加入了血液流变学、血液动力学和微循环等方面的相关指标。进行动物造型时，只要发现这些指标中的一组或数组发生异常改变，勿需考虑症状表现如何，即可诊断为血瘀证。于是，血瘀证动物模型层出不穷，既有全身性的，又有局部性的；既有一般性的，也有比较具体的；有单独的血瘀证模型，也有病证结合的此类模型。对谓种类繁多，不知何者为善。由于血瘀的临床研究已经证明，各种病证均有相关检测指标方面的血瘀征象，并引出无药不活血的推论，因而必然发生血瘀证与其它证融合或套叠现象。这种情况还将在血瘀证动物模型反映出来。例如，老年性肾虚证动物模型与衰老血瘀症即是由同一造型方法引出的两种不同证属性的动物，这一结果势必对中医基础理论产生一定的冲击和负面影响。

综上所述，可以#出，由于血麻证本质研究提供了多项客观检测指标，且未作具体约定，人们便可随心所欲地凭借某方面指标的变化情况评判各种造型动物是否具有血瘀证属性。 即便已经明确为它证，也可接受此法的重新判定。这正是血瘀证动物模型多达近50种的根本原因，是血瘀证本质研究状况在血瘀证动物模型研制方面的重演。

实际上，凡采用西药制造的中医证的动物模型，大多都是利用证本质研究的某些结果，从中选定1项或数项证的判定指标。而这些指标一旦选定，入们便可毫不费力地选出相应的造模西药。因西药的作用机制十分明了，故而在实施造模之前，造模结果即被准确无误地估计到了。因此，在明确了证本质研究的结果之后，随之的一切几乎都是先验的。这种造模和模型认定方式，远较其它方法简单而便利。不过，这是以远离中医理论为代价的。

当前，证本质研究已经陷入窘境，不言而喻，把证本质研究的结果作为认定动物模型证的属性的基本标准，其结果自然蹈其覆辙，不会有任何新的进展与突破。

## 四、方药反证法在动物模型证属性判断中的问题

由于制造中医证的动物模型是试验性的工作，对造模结果的可靠性把握不大；虽然症状体征考察是辨证诊断的关键环节，但应用于动物却受到多方面限制。所以，放药反证法便成为衡量中医证的动物模型是否成功的一个必要标准。正因如此，绝大多数的造模研究都采用了这个判断标准。故而对方药反证法应用现状和科学性作出评估，是认定各种中医证的动物模型的正确性与科学性的基本前提。

方药反证又称以药测证。测证方药的选择均属自定，或自拟方，或取传统方。测证方药若使造型动物的症状和某些检测指标好转或恢复到正常水平，便可由方药的功能主治推测出造型动物证的属性。史氏为了认定用高分子右旋糖酐液制作的家兔模型为血瘀模型，取用单味川芎注射液予以反证[2]；刘氏用能抑制DNA还原酶活性而使DNA合成率降低的抗肿瘤药物羟基脲制造小鼠阳虚模型，反证药物为淫羊藿与肉苁蓉合用⑴；郑氏则用传统温补肾阳名方右归丸作为反证药物，测度对肾脏有毒性作用的腺嘌呤诱发的大白鼠模型是否具有阳虚属性⑷。由于上述方药分别纠正了对应造型动物出现的症状，并对几项理化指标有调整作用，于是，造型动物证的属性的认定即被认为有了可靠的证据，故而结论多半是十分肯定的。这里，我们注意到一个事实，即绝大多数关于动物造型的报道，均选出一组方药借以作出关于动物所属证型的结论性判断。既然如此，这组方药在认定造型动物证型方面必须具有排它性。具体说来，在明确右归丸纠正腺嘌呤诱发的肾阳虚大白鼠动物模型的同时，至少要排除左归九、六味地黄丸等其它方药不会对该造型动物产生类似的调节作用。遗憾的是，人们基本上不习惯于作出这样的处理和承诺。这就使我们产生种种疑窦和推想。鉴此，学术界应当对一组方药测度造型动物证的属性是否具有毋庸置疑的权威性作出确切而不是含混的答复。其实，学术界已经间接回答了这个问题。请看一组有趣的报道。

我们知道，动物幽门结扎性胃溃疡是一种经常使用的胃溃疡模型。当然，该模型尚未被赋予确定的中医证的属性。按通行的一组方药测定一个证的方法，该模型当属何证是不难明确的。李氏的研究表明，理中汤对此种胃溃疡模型具有保护作用，由于理中汤具有温中散寒、补益脾胃的功能，可以反证此模型为脾阳虚证或脾胃虚寒证不过，饶有意味的是，陈氏用一贯煎予以调理，同样对这一胃溃疡模型有保护和治疗作用，于是，又可反证此模型为肝肾阴虚兼肝气不舒证⑹。此外，其他学者还将传统方剂生姜泻心汤、锡类散、真人养脏饧和补中益气汤等方用于此模型，亦称取得了明显的保护和治疗作用。因此，每个研究者皆可以此对幽门结扎性胃溃疡动物模型作出彼此不同的证的判断。并且按着一组方药测定一个证型的约定，以上所作的各种证的判断都是无可厚非的。尽管如此，难道学术界能够容忍和接受这样的结果吗？当由同一造型动物引出多种证型的时候，我们不得不承认，借助一组方药对造型动物的证型曾经作出的所有判定都不是排它的，因而，这些造型动物的科学性和权威性也被 蒙上了一层阴影。

或者有人会说：上述例证不过是一个极端的情况，未必具有普遍性；再则，幽门结扎性胃溃疡模型并未被确定为标准的中医证的动物模型。由此看来，有必要选择一种学术界普遍 认可的中医证的动物模型来探入揭示这个问题。

应当说，80年代初利用利血平制造的脾虚动物模型是比较公认的，该模型是以四君子汤作反证而认定的，现已作为比较标准的证模型推广应用于脾虚证和一些方药的研究方面。可以看到，在四君子汤以外，人们还观察了其它方药对利血平脾虚动物模型的调节作用。结果都收到了类似的调节和治疗作用。补中益气汤虽属此类，但因其与四君子汤可笼统划归补气剂（其实两方药味组成和功能方面都有区别），这里姑且不论，不过，有人用一贯煎改善了这一模型，便对利血平动物模型的脾虚证属性间接提出了质疑⑹。不仅如此，一些自拟的方剂同样具有调整和改善利血平动物模型所致损害的作用，它们至少包括胃宁、平胃冲剂、胃特灵片、新方溃疡宁和胃乃安等方。这些自拟方剂的药味组成与四君子汤迥异，相互之间也有很大差别，由这些自拟方剂的功能和主治绝对不能得出利血平造型动物为脾虚证模型的结论。那么，该动物模型证的判定究竟应由哪一组方药的反证中得出才是正确的呢？恐怕这是难以马上作答的问题。事实说明，仅仅由四君子汤一方就认定利血平造型动物为脾虚证，是轻率的、武断的，因而是不严密的。这样一来，似乎可以冒昧地说，诸如此类凡用一组方药进行反证而认定的造型动物证型都是值得商榷的；凡利用这些造型动物进行的引申研究，其结论亦应重新审视。

现在，学术界已经陷入两难的境地。一方面，如果不能正视这些问题，重新研讨那些已被广泛使用且具权威性的中医动物模型的正确性，以便决定修正和弃取，就不可能使中医药 学由模糊引向清晰，由定性兼容定量，由实用指归科学；另一方面，要对自己刚刚建立起来的东西持批评态度，这本身就是一次痛苦的选择。

鉴于上述分析，探讨一下一种动物模型引出多种证型的原因是必要的。

1．造型动物病理改变的复杂性

无论何种造型方法，对受试动物造成的病理损害可能是局部的，也可能是整体的，这主要取决于作用因素的强弱和作用时间的长短等。通常，对造型动物的理化检测，多囿于某些 预想中的指标，一旦发现这些指标的异常和一组方药纠正了这一状态，便对造型动物证的属性和该证的实质得出结论性认识。然而，由于存在着对造型动物病理损害的局部性和整体性把握上的偏差，某些指标的异常未必代表造型动物的整个病理变化或主要病理变化。因而，不同方药可能从不同角度作用于造型动物，直接或间接促使某些异常指标的改变，导致数方同治一种模型的情况。

2．方药作用机制的复杂多样性

人们业已发现，某些单味中药和中药复方具有双向调节作用。实际上，由单昧中药特别是中药复方功能主治的复杂多样性，决定了它们普遏具有多向调节作用。故而一组方药在临床上可以用治多种病症，当然也可用以调整数种造型动物。仍以一贯煎为例，陈氏对醋酸、消炎痛、利血平和幽门结扎性等4种胃溃疡模型一并投用该剂，均显示出明显的保护作用新方溃疡宁则对利血平、幽门结扎、应激和组织胺性 4种胃溃疡均有明显的抑制作用诸如此类，一组方药分别对4种动物模型有效，井不能简单归结为4种模型隶属于同一个证型。这种现象提示，方药作用机理的复杂多样性，给“以药测证”注入了不容忽视的不稳定因素，并可能随时被用来证伪那些已成定论且倍受推崇的中医证的动物模型。

3．证与治对应关系的不确定性

药物反证的基本依据是“证同治亦同，证异治亦异”。问题的关键在于，证与治对应关系之间必须具有绝对排它的亲合性。具体说来，针对一个证，只有一种治则（或治法）和符合 这一治则的一组方药对其发生调整和治疗作用，以药测证才是切实可行的。否则，已被一组方药测定的某证，还可能被另一组方药测定为另一种证。—般情况下，证属血虚，治当补血。可是有人却用补肾生血法和补养气血法分治血虚证，前法方用大菟丝子饮，后法则用当归补血汤或八珍汤。依据两种治法和开列的不同处方，以及分别获取的疗效，可以对治疗前诊断的血虚证作出新的诊断，即可分出肾虚证和气血两虚证。这种看起来似乎矛盾的现象，却足以说明证同而治不同是客观存在的，特别是证同而病不同治法亦不同的案例时见报道。故此可以说，只要确实存在证同治异的现象，以药测证就必然出现造型虽同而认证各一的离散状态。

概括起来，大体由于上述3种因素的交互作用，使现行的方药反证法暴露出明显的缺陷，进而淡化了它在造型动物证属性认定方面的重要作用。

## 五、中医动物模型证属性判定的方法和对策

鉴于由病因、症状体征、证本质研究的成果和方药测证判定动物模型证属性所存在的诸多问题和困难，我们不得不对先前研制成功的所有证的动物模型的可靠性和科学性投以怀 疑的目光。客观地说、出现这些问题既有中医学术体系自身的弊端，也存在思路方法问题，中医规范化研究也未能为中医证的动物造型研究提供适宜的背景条件。因此，不应简单孤立地看待中医证的动物模型研究的现实问题；也不应一事一议地着手解决这些问题。亊实上，在中医规范化研究（包括与证相关的各类问题的规范）尚未取得突破性进展的情况下，企图一劳永逸地解决证的动物模型研制的根本问题，是不可能的。然而，中医学术研究不能等待，证的动物模型研究仍需深入，有必要摸索一种解决问题的具体方法和对策，以使中医证的造型动物的研究继续有所作为。或许从以下几个方面入手，便于逐步解决人造动物模型过程中存在的某些问题。

1．应侧重建立以病统证的动物模型

一个证通常包括多种病，证的层次越一般，包括的病种就越多，因此，指望制造一种代表多种疾病的证的动物模型是不可能的。换言之，同属一证的多种疾病，其各自的病理机制企图由同一动物模型的研究中得出来是不现实的。由此看来，建立以病统证的动物模型不仅是可取的，而且是实用的。比如，从疾病角度，利血平动物模型属胃溃疡模型，假定对其作 出脾虚证的判定是正确的，在下结论时，采取病证合参、以病统证的方式确定为利血平胃溃疡脾虚模型，比确定为利血平脾虚模型更客观、更具体、更贴切、更实用。

2．动物症状诊断标准和疗效判定标准应规范化

所谓动物症状诊断标准，是指根据造模后动物出现的一组症状而诊断为某一证型的标准应是规范统一的。虽然是同一个证，动物与人的症状表现却有很大差异，不应完全照搬用于临床的证的诊断标准。即便是受试动物，因其科属种类不同，也不可能出现完全相同的症状反应。这就要求逐步把临床症状指标对应转换为不同种类受试动物的症状体征，注意挖掘带有证信息的症状体征，进而为建立受试动物的辨证诊断标准创造条件。实现这一步，又是动物疗效判定标准拟定的必要前提。根据中医学的特点，在进行方药反征时，应尽量利用动物的症状体征进行疗效判定。应明确主症状、次症状以及满足证的诊断的必备条件。由于证本质研究的结果很不确定，相关的检测指标基本上不具有特异性，因而利用这些指标进行动物造型证属性判断时要慎重。

3．方药反证应坚持对照原则

既然由一组方药对造型动物所作的证的判断不具有排它性，故而至少设两组方药对同一造型动物进行对比观察是十分必要的。有比较，才有鉴别，人们可从两组或多组方药中选出对造型动物作用最强、疗效最佳的一组，以其作为判断动物证型的标准方药。如此确定的动物证型便具有相对的排它性。对照方药的选择应按着证与证之间的逻辑关系选取。如旨在明确某动物模型为气虚证，在运用补气剂反证时，其对照方药至少应为补血剂，借以排除该证不是血虚证。若怀疑某动物模型为肾阳虚证，在运用右归丸之类进行反证时，其对照方药可以是理中场，也可以是左归丸，借以排除该证不是脾阳虚证或肾阴虚证。由此认定的动物证型的可靠性将大大增强。

4．反证方药应逐步实现标准化

多数方药虽可同治一证，然这些方药的构成和疗效之间毕竟存在差别，因而不宜把对证方药全部作为反证方药随意取用。实现反证方药的标准化，是指对一种证型疗效卓著的首选方药作出明确规定；只要制造该证动物模型，所用反证方药就非它莫属。标准方药的确定应非常慎重，既要依据传统经验事实，又要吸取名老中医的临床经验，同时结合同类多组方药的反复多次地对比观察，综合予以确定。尚应指出，即便实现了标准化，此后的造型研究也不应放弃对照原则。同样，对照方药也应是标准化的[17]。当然，标准方药的规范需要一定的时间，但更需要学术界坚持不懈的努力。

讨论证的动物模型中存在的若干问题，有着与证本质研究同样的感受。两类研究暴露出来的问題的性质基本上是相同的。当证本质研究刚刚有所进展，便迅速实施建立动物证模型的计划。这样兵分两路，彼此呼应，旨在证的实验研究方面毕其功于一役，实现中、西两沖医学之间的实质性对话。历经30余载，足以证实问題不象最初想象的那样简单。于是，吸取经验教训的人开始断言：具有丰富传统文化底蕴的中医药学与现代医学是格格不入的。现在姑且把这个问题放在一边，看看证的规范化研究留给我们的是什么样的启示。

参考文故【未整理】

〔1〕陈小野。实用中医证候动物模型学T北京：北京医科大学中国协和 医科大学联合出版社f1993，148 〔2〕史荫绵，等广血瘀”动物实验模型的初步研究。中医杂志，1982，23 一（8）：624

〔3〕刘福春，等。羟基脲所致小鼠“阳虚”及补阳药作用的初步研究<中 —76 —

医杂志，19&5，26（2）： U5

4〕郑乎东，等。腺嘌呤诱发睾丸功能损害肾阳虚模型的研究。中国医 药学报，1989，4（3） ：227

5〕李惠林。理中汤抗大鼠实验性胃溃疡作用的观察，陕西中医，1987， 8（7）：333

6） 陈永祥，等。一贯煎对四神实验性胃溃疡的防治作用T中药药理与 临床，1990， （4） ：1

7） 郭湘云，等。生姜泻心汤抗溃瘙作用的实验研究。中医研究，1989， ⑶：22

8） 杨香媛，等。锡类散对实验动物的抗溃疡作用。中成药，1992，（5）：27

9〕陆万琼，等。真人养脏汤抗溃疡的实验研究+令药药理与临床，

1卯

10}王汝酸，等。补中益气汤的药理作用研究——抗实验性胃溃疡作 用与机理。中药药理与临床，1991，<5）： 1 、

11） 张树臣，等。胃宁对动物实验性胃溃疡的防治作用[中成药研究， 1985，（10）：24

12） 王长洪，等，平胃冲剂抗大鼠胃溃疡的实验研究。北京中医学院学 报，1990，⑴：19 卜

13） 赵本树，等。胃待灵片的抗溃疡作用。中国中药杂志，1990， 15

（6）「370

14） 刘若者，等。新方溃疡宁药理作用的研究+中草药，1991，（1） 一24

15） 李波，等，复方胃乃安的药理学研究一主要药效学考察1中药药理 与临床，1991，（2）： 15

W）邓成珊，等。血液病血虚患者丨4例甲皱微循坏初步观察中国医药 学报，1987，2（2） ：S4 '

〔17〕梁茂新。对方药用于动物模型反证法的若干恵考。中国医药学报， 1994，9（1）：43

（梁茂新）

# 第四章 证的规范化研究的取向与评估

进入80年代，在证本质研究不断深入，证的动物模型普遍建立的学术背景下，中医规范化研究开始引起人们的重视。学术界普遍认识到，加速实现中医学规范化，是一项刻不容缓的重大课题，这是中医学最终过渡到客观化、标准化和科学化必须经由的基本过程。

可以看到，围绕这个议题，规范化研究业已深入到中医学术体系的各个层面。相继推出的对中医疾病、证候、症状规范的专书，中医药学主题词表的建立，以及中医和中西医结合病历书写格式的规范等，集中代表了规范化工作的主体。其中，最为引人注目的是中医证的规范。这项工作牵扯面最广，实际意义和学术价值最大，同时也最为棘手。但学术界没有却 步，人们采用不同方法从不同角度进行讨论，证的规范化研究呈现出单证与大宗证相照应、文献考证与临床资料相补充、定性与定量相结合的格局。

## 一、单证规范的思路与方法

按着正常的逻辑关系，证的规范化研究应由单证的规范入手，逐步扩大战果，最终实现证的全面规范。当前，单证的规范方法大多不是单一的，通常将两种或两种以上方法结合起来使用，有利于提高规范化工作的水准。

对血瘀证的规范是学术界比较重视的。王氏⑴采用文献考证的方法论述了血瘀证的概念和范畴，比较全面地引录了历代10余部古医籍中有关血瘀的不同称呼30种（包括血凝泣、血脉凝泣、恶血、留血、凝血、着血、石瘕、瘀血、蓄血、瘀热、血结、干血、癥痼、疟母、血瘕、黑血、结血、积聚癥瘕、积血、污血、血症、血瘀、败血、旧血、离经之血、紫血、瘀症、老血、宿血、 死血）。从中他发现了两个特点，其一是：血瘀的概念是不断发展的，这个发展从模糊到明确，从局限到扩展，从单纯到综合；其二是：瘀血的概念有广义和狭义之分。狭义的瘀血反映着血液运行不畅、停滞、留着、瘀积于局部；而广义的瘀血除了包括狭义的之外，还涉及血管的病变以及各种病因病理产物的综合性病变。在此基础上，把血瘀证的范畴最终归纳为6 个方面，并与相应的西医病变相对照。这种规范方法兼收并蓄，大致理出了头绪。不过，既然历代对血瘀的认识不尽相同，又有广义和狹义之分，且最终把血瘀证归纳为彼此不同的6个类别，便可明确归纳后的血瘀仍然是一个多义词。同是血瘀，因认识不同、内涵不同，因面表达几个不同的概念。继续使用这种未加取舍而有歧义性的概念，必然使血瘀证的外延无限制地扩大。故而应在现有规范工作的基础上进行深加工处理，按不同认识和不同内涵分解血瘀证，舍弃广义的血瘀证，使之还原为既符合临床实际，又方便使用的若干个具体的证概念。

赖氏⑵对血瘀证的规范是以临床病例为调查对象，试图应用临床流行病学方法和数理统计分析血瘀证的症状、体征 分布规律，借以探讨血瘀证常规辨证的计量方法。纳入观察的病例203例中，血瘀组96例，非血瘀组为107例，两组观察到的症状、体征为148个。对两组症状、体征频数分布作卡方检验，结果表明有21个症状、体征组间差异具有显著性意义 （P<0.05）。进一步对血瘀组内的单纯血瘀组和血瘀兼夹组的症状、体征的频数分布作卡方检验，又排除了5个兼夹症状，再除去1个在非血瘀组中出现频率大的体征（即舌红），最终大致认定消瘦、牙齿松动脱落、咳嗽痰白粘稠、固定性疼痛、刺痛、隐痛、舌紫暗、舌体瘀点、舌体瘀斑、舌苔干、肝大、脾大、舌下静脉怒张、颈静脉怒张、唇或肢端紫绀15个症状和体征为血瘀证区别于非血瘀证的有意义的临床指征。在此基础上，应用逐步判别分析法建立了血瘀证判别函数式，通过症状、体征的回代，取得了较满意的判别效果。并且求得血瘀证最精确和相关性最大的指标：

主要条件：①固定性疼痛、刺痛或隐痛；②舌质紫暗，舌体瘀点或瘀斑。

次要条件：①肝肿大或脾肿大；③外周血管异常征。

当具备主要条件2项，或主要条件任意1项和次要条件2项时，可确立血瘀证的诊断。

血瘀证辨证计量方法的引入，彻底改变了传统的定性诊断方式，增强了辨证诊断的规范化、客观化和标准化，具有重要的方法学意义。但是，有一些问题仍可提出来讨论。例如， 血瘀证判别数学模型的回代性检验效果较好，但“由于方程本身来自这些材料，因此回代效果比较满意是可以想象的。然而该方程的实际可用性如何，还取决于前瞻性检验，可是已 报道的量化珍断数学模式相当部分缺乏前瞻性检验，故其可用性是值得怀疑的”。再则，这种方法若能在其它医疗单位得到印证，将更具有说服力和普适性。此外，参比证的选择也是一个有待明确的问题。有一个基本前提是可以明确的，即应在具有较强逻辑关系的证当中拟定。具体地说，应选择属于同一层次的、针对性强的证作为参比证。把非血瘀证（实际包括许多证）作为血瘀证的参比证，虽然两者之间也存在着一定的逻辑关系，但很难说它们是同一个层次的逻辑关系很强的证。当然，参比证型未必是一个，或许是两个或多个。例如脾阳虚证的参比证型可以是脾阴虚证，也可以是肾阳虚证等。为了使建立起来的证的判别数学模型经得起推敲，甚至至少必须从纵向和横向两个方面选择两个参比证，借以建立起相对或绝对排它的证的判别数学模型。

除血瘀证之外，单一证的研究还见于中医肝病所见诸证的规范。

陈氏[4〕采用流行病学方法对近10家医院的60余个病种、2079例病患进行了调查，发现肝阳上亢证主要分布在高血压病、甲亢、更年期综合征、颅脑疾病，其中尤以高血压病居多。考虑到肝阳上亢证是由阴阳失调所致的本虚标实证，故依据古今相关文献和请专家论证与临床会诊等方法，将其细分为肝阳上亢证、肝肾阴虚证和阴虚阳亢证3证，并综合明确 了各证的主症和其它症状肝阳上亢证以头部症状为主，基本症状为眩晕、头痛、面赤或面部烘热、烦躁易怒、口苦口干、脉弦；肝肾阴虚证以舌象变化为主，基本症状为五心烦热、眩 晕、腰膝酸软、耳鸣、肢麻、失眠多梦、舌质红绛少萏或无苔、脉细数；阴虚阳亢证则以前两证症状均多者为辨证标准。各证症状不分主次，其诊断标准是以各证症状出现的多少确立的。 如肝阳上亢证症状4项，肝肾阴虚证症状没有或兼有1〜2 项，即可判断为肝阳上亢证；反之，肝肾阴虚证症状4项，肝阳上亢证症状没有或兼有1〜2项，即可判断为肝肾阴虚证，辨证标准规范后，首先将相关症状30个按轻重程度划分若干级别，然后根据症状的出现率和严重程度决定主要症状，确定辨证标准，实现了定性辨证标准向定量辨证标准的过渡。在此基础上，用逐步回归方程对旰阳上亢与肝肾阴虚、阴虚阳亢进行计量鉴别诊断，再经回顾性与前贍性检验，符合率高，说明效果良好。此后，按着同样的思路与方法，又对中医肝病诸证的辨证标准进行了系列研究，这些证包括肝气郁结、肝郁脾虚、肝胆湿热、肝火上炎、肝阳上亢、肝阳化风、血虚生风、热极 生风、肝血亏损、肝肾阴虚和肝寒证。在分别建立诸证辨证标准的同时，根据症状出现率和症状程度量化后指标，分别在各证间建立起逐步回归方程，并进行了回顾性和前瞻性检验。

陈氏对中医肝病诸证的规范，采用了中医传统辨证、专家咨询、流行病学调査、计量鉴别诊断相结合的方法，整个运作过程比较合理而严密，颇具启迪性，为证的规范化研究提供了可资借鉴的比较系统的定性与定量相结合的方法。这里顺便指出，通过对中医肝病诸证症状的研究，陈氏已经发现，肝阳上亢证在同一疾病的不同阶段出现率不同，而不同疾病之肝 阳上亢虽具有五症一脉（即眩晕、头痛、面赤或面部烘热、烦躁易怒、口苦口干、脉弦），但各有侧重。颅脑疾病以头痛、烦躁 易怒为主；甲亢之面部烘热和面赤占95 %，心悸为70 %，而头痛仅占35%；更年期综合征则腰膝酸软、五心烦热出现率高。 这是一个非常有趣的观察结果。陈氏认为，这一观察结果“为临床异病同治、随证加减提供了理论依据”。而实际上，由此可以引出两点新的认识：其一、证同病异而所属症状不同，则其治疗未必相同，这恰好与“证同治亦同”的理论认识相冲突。其二、既然认识到证同病异而所属症状必然有所区别，就不应满足于以证统病的规范化研究成果，而应逐步转向对中、西医之病所辖诸证进行规范的轨道上来。并且只有步入这一研究轨道上来，证的规范化工作才能取得实质性进展。

当前，单证和一组相互关联的证的规范化研究十分薄弱，它未能得到学术界和有关管理部门的足够重视，仅在几个证的规范方面取得一些初步成果，尚未产生强有力的辐射作用。 因此，需要大声疾呼：学术界应当加大这方面研究的力度，经常组织专题性切磋与争鸣；有关管理部门应当积极予以扶持和资助，力争在较短时间内取得重大突破，为证的全面规范打 下坚实的基础。

## 二、综合性证的规范化研究的现状与问题

综合性证的规范化研究几乎都是大兵团作战，以主管部门下达专门研究课题的方式组织相关专业技术人员合作攻关。此类研究大体在1984年全面拉开了序幕。此间，卫生部下达的《中医证候规范》的课题由北京中国中医研究院领衔操作。当时由该院牵头正在编写 《中医证候鉴别诊断学 》（以下 简称《诊断学》）的人员几乎都是这项部级课题的骨干。虽然此书的编写侧重证候鉴别，但是可以想象，在证候未经规范的情况下谈论鉴别是不可能的，因而此书实际承担了证的规范任务。由于来自全国13个省市27个单位的72名专家学者参加了本书的编写工作，故可认为，此书“在一定程度上，体现了国内证候学研究的进展水平”（见此书前言）。几乎与此同时，湖南省中医药研究院开始实施卫生部中医司下达的《关 于统一中医诊断标准的研究》课题。该课题组组织省内的专家学者通力合作，于1987年完成了《中医病名诊断规范初稿》 （以下简称《初稿》）的编撰，由内部印刷成册。此书虽称“中 医病名诊断规范”，实际包括病和证两个方面的规范。南北两部直接涉及中医证的规范的大作同时刊发于1987年，形成了80年代中期证的规范可供参比的两大学术流派。在证的规范南北对峙的情况下，原来参加《中医证候鉴别诊断学》编撰的一部分专家学者另树一帜，于1989年正式出版了《中医证候辨治轨范》（以下简称《轨范》）一书。此书编撰的目的十分明确，“目标是向规范化、标准化方向迈进，但又为了同当前正在全国开展的《中医证候规范》课题研究相区别”，旗帜鲜明地表达了参与学术争鸣的原则立场。这样一来，在综合性证的规范化研究方面，呈现出公开对垒的鼎足之势。比较三书间对证综合性规范的异同，可大体把握学术界的研究现状和问题。

就证的分类而言，《诊断学》和 《轨范》完全相同，分为全身证候、脏腑证候、温病证候、伤寒证候和专科证候五大类，专科证候分出五小类，即妇科证候、儿科证候、耳鼻咽喉科证候、眼科证候和外科证候。《初稿》则总分为四大类，具体包括风寒暑类湿燥火毒类、脏腑气血阴阳盛衰类、淤血痰饮水气宿食 虫积类和其它类。赵氏认为：科学的证候分类法，应当具有明确的划分原则和统一的分类标准。首先必须使所分出的类别名称与其实际内容相应而且相称，保证各子项之和正好与母项相等；其次，要求严格地按照一定的层次遂级进行，否则便可能产生越级划分等逻辑错误。他承认《诊断学》“是一种遵重传统习惯以便临床运用的暂行分类法，其中缺陷有待今后研究和改进”实际上，《诊断学》和《轨范》的证的分类是按照几种辨证类型划分的。全身证候是将气血津液辨证和八纲辨证（除外表里）所涉及到的诸证组合到一起而统称的。其它则分别为脏腑辨证、温病辨证、六经辨证和临床各科辨证所涉及诸证的概括。这种证的总体分类方法没有超出全国统编教材的基本框架，它的缺陷（如果客观存在的话）自然也是统编教材的缺陷。可以看到，各证之间的重复和套叠现象是统编教材的缺陷。脏腑证中的脾阳虚证、心肾不交证与伤寒证中的太阴虚寒证和少阴阴虚火旺证；温病诸证中的热入气分证、热结胃肠证与伤寒诸证中的阳明经证和阳明腑实证；脏腑证中的燥邪犯肺证、肝风内动证与温病证中的燥伤肺胃证和阴虚风动证等，大多存在相互对应的关系。因此，在证的总体规范研究中，第一步应全面明确交待各类别证的这种对应关系，通过学术争鸣把这些对应关系认定下来；第二步应实现证的规范化研究的逻辑一体化，使各类证在统一的逻辑关系中通过归并与取舍找到各自存在的位置。《初稿》的证的规范，“目的 是为了便于临床辨证及确定统一辨证标准参考，是在病名诊断规范的同时分类整理出来的，不涉及证的全部规范内容”。书中对病名诊断规范时，其下详述分证情况，亦即该病所涉及到的证型均对各自所属症状（含舌苔、脉象）进行介绍。这就是听谓“以病为主，以病统证”式的规范。而对诸证进行规范时，除列述证的主要症状外，还对出现某证相关表现的各种疾病及其所属症状逐一注录，即所谓“以证为主，以证统病”。如果以病统证和以证统病的构思能够一以贯之，或许会突破传统的证的分类方式，通过建立病证交错的网络规范体系，使病与证有机结合起来。这样，我们面对的将不是单一的病或证，而是相互关联的病证系统，进而其实用性和可操作性大大增强。不难看出，三部大作在证的分类方面采取了两种不尽相同的模式，而各自规范的力度应从具体证的处理水平体现出来。

关于证的收容量，《诊断学》收录311个，《轨范》收录308 个，《初稿》收录432个。由于后者尚未系统收录温病和伤寒的证，因而其实际收录证数远远超过前两部著作。《诊断学》 与《轨范》诸证互有参差者近20个证，如《诊断学》中的湿热证、痰瘀互结证、寒湿证、肝阳虚证、肝血瘀滞证、肝胆湿热证、胃气上逆证、邪热下利证等为《轨范》所未载；而《轨范》中的津不上承证、脾胃气败证、肝肾欲绝证、太阳风湿相搏骨节证、太阳热迫大旸证等为《诊断学》所不录。而《诊断学》中的产后败血上冲证，被《轨范》分解为产后败血冲心证、产后败血冲肺证和产后畋血冲胃证三证。而肝风内动证，被分解为肝阳化风证、热极生风证和血虚生风证。总体说来，两书所列之证差别不大。关于证的称呼，同证而名称不同者有温邪侵袭肺卫证与邪伤肺卫证、热毒炽盛证与热炽毒盛证、阴虚火旺证与阴虚火炽证、脏结证与藏结证、少阳气机微结证与少阳水饮微结证、肺经郁热犯鼻证与肺经郁热鼻证、肺气虚鼻塞证与肺气虚鼻证、气轮热阻血瘀证与气轮血瘀证、水轮头风痰火证与水轮肝风痰火证等，由此反映出两书间的细微差别。至于两书与《初稿》之间则相去甚远。仅以与心相关诸证为例。二书称呼全同者只有心火亢盛证、心脾两虚证、心肾阳虚证和心肾不交证四证；含义相同而称呼不同的有心气虚证与心气虚弱证、心阴虚证与心阴亏损证、心血虚证与心血亏虚证、心阳虚证与心阳气虚证、心脉痹阻证与心络淤阻证、心阻不宁证与心虚胆怯证、瘀火扰心证与瘀火上扰（心悸）证；而《初稿》 未载者有水气 凌心证、心阳暴脱证、心气血两虚证；心气阴两虚证、心肝血虚证、心肺气虚证和心胃火盛证，两书不录者有心阳欲脱证、心神失养证、心气失和证、心火下移证、心肺阳虚证、心肺阴虚证、心肾阳衰证、心脾枳热证和痰迷心窍证。相差之甚，可见一斑。学术争鸣带来了学术繁荣，同时也把疑点和难点问题暴露出来，有待解决与统一。归结起来，主要有如下几方面问题需要明确和注意。

1．证名表述的文字数量问题

对于证名表述的文字数量，诸家未能统一。如《初稿》均 用4个字，而《诊断学》和《轨范》则三五不等，《初稿》称气机郁滞、血液亏虚，两书则称气滞、血虚。对此应作出统一规定。

2．证名表述的术语统一问题

如虚弱、虚损、虚衰、亏损、亏虚、亏乏、不足等，含义大同小异，一书之中和各书之间均不统一。瘀与淤当用何字？不和、不调和失调当用何者为是？心络与心脉能否互换使用？ 诸如此类，皆当议定。

3．具体具备哪些基本要素方可认定为证

这是至关重要的问题，说到底是要不要按着证概念的内涵认定参与规范的各证的基本属性的问题（这个问题在第八章还将展开来讨论）。纵观各书，证的基本要素五花八门，概无定律。

4．证和所属症状的吻合问题

症状是证的表象；证是一组相互关联症状的本质的病理性概括。这就要求规范后的证与其所属症状彼此照应，互相印证。如《轨范》中的肝肾欲绝证，由其所属症状精神倦乏，手 足蠕动，甚或瘈疯，头晕目眩，筋脉拘急，舌绛苔少，脉虚弱等，可认定为肝肾之阴重伤之证，用肝肾欲绝证并不能揭示这一组症状的本质。而脾胃气败证，由其症状和所立“温运中阳” 之治法，可知证名与症状两相扭曲。《初稿》心火下移证所属症状为口舌生疮痒痛，阴部生疮等，可知心火不独下移，并见上炎之征，因此不当单以心火下移证论之。

5．证与证之间的逻辑关系问题

因为证有阶段和程度的不同，故而相互之间必然呈现对应关系、递阶关系和层次关系等逻辑关系。例如，肝阴虚证→肝肾阴虚证→肝阳上亢证→肝风内动证，反映了证的发展由浅入深、由轻到重的逻辑关系。在进行证的规范时，应当把相互间不同的逻辑关系充分反映出来，这是高层次的证的规范化研究应当实现的基本目标。

6．关于假证的淘汰问题

这里指一狴比较典型的假证的剔除问题。胃气上逆证见于《诊断学》，是一个非常典型的假证，它是呃逆、恶心、呕吐、反胃的代名词，而这些病症可见于不同证型之中。可见，把胃气上逆作为证来看待是不妥当的。《轨范》把津不上承作为一证，也是十分牵强的。津不上承是指口唇干燥，舌燥少津而言。津不上承或因热盛伤津；或因脾虚气不布津；或因瘀血内阻，津液不能上行。可见，津不上承并不是证，它不过是口唇干燥、舌燥少津比较抽象的同义语。《初稿》中许多证名亦当质疑，诸如上下关格、乳汁壅滞、虫寄皮下、虫积成疳、虫扰肛门、矿物入耳、异物入目、皮肉破损、伤筋败骨等，均与通常所称之证迥然有别，亦属假证，当予淘汰。鉴于证的规范中假证混杂，应当详细斟酌，坚决予以筛除，维护规范后的证的纯洁性。

7．关于证的总数问题

证的总数定在多少为宜，是受多种因素影响的问题。这些因素包括假证的混杂、证的拆并、不同类别证的重叠、对古今证的收集归纳是否全备等。证的总量的不同与规范者认知水平和资料占有情况直接相关，其不断变更也是人们对证的认职不断提高与深化的必然。但这并不是说当今不应对证有一个比较合理而客观的总量上的约定。象以上三部大作那样，证的载量相差如此悬殊，显然是不可思议的，不正常的。

尚需指出，证的症状的规范是整个证的规范的中心环节。在学术界未能全面实现单证规范的情况下，直接进行证的综合性规范，必然各行其是，使证所辖症状互有参差，难得统一。 诸书中相同证的症状各有异同，也便不足为怪。

## 三、证的法规样规范的利弊

1987年，为促进中药新药临床研究的科学化、标准化和规范化，提高中药新药的研制水平，卫生部下发了第1批《20 个病证中药临床研究指导原则》； 1988年又下发了第2批《29 个病证的新药（中药）临床研究指导原则》。这些资料还通过 《中国医药学报》（1988〜1990年）陆续发表出来。后又审订了第3批，并与前两批修订稿合并整理，于1993年编辑成《中药新药临床研究指导原则》（以下简称《原则 》）第1辑，共收载76个病证；继之，又于1995年编辑了第2辑，收载了57个病证。《原则》的颁布，作为中药新药临床研究和中药新药审评的标准，正在发挥其规范化指导作用。

与此同时，国家中叚药管理局于1994年颁布了《中医病证诊断疗效标准 》（以下简称《标准》），成为第一部国家中医药行业标准。其中收载各科病计397个，规定了各病证的名称、诊断依据、证候（即证）分类和疗效评定标准。作为《原则》的姊妹篇，为中医临床医疗质量评定、中医科研和教学提供了统一操作的范本。

两部权威性文献的颁发，使规范化工作由民间行为转变为政府部门行为，一定程度上具备了法规样作用。在中医药医疔、教学和科研单位，以及相关的管理部门，都把两部文献视为规范行业行为必须遵循的圭臬准绳。显而易见，《原则》和《标准》中有关证的内容浓缩了近年来中医证的规范化研究的最新成果，代表当今中医规范化研究的最高水准。而其中潜在的若干问题，自然是目前中医证的规范化研究的疑点、难点和焦点，是今后证的规范化研究的主攻方向。因而识其利弊，可知取向。

**（—）《中药新药临床研究指导原则》中证的问题面面观**

《原则》第1辑（以下简称A）和第2辑（以下简称B）共制定了133项中药新药临床研究指导原则，针对中医疾病制定了40项；针对西医疾病制定了76项；中西医病名合称的3 项；单为证制定了 14项。中西医各病之下共提出证型549 个，除外各病互见的244个，实际提出如5证。与赵金铎氏 《诊断学》和冷方南氏《轨范》收录的311证和308证相差无几，但在具体证上互有参差。综合考察《原则》中诸证，就会发现存在以下几方面问题。

1．证名术语的规范问題

证的规范，首先需要解决的就是证名的规范，即证名术语的使用要体现准确性和一致性。可以说《原则》中此类问题非常突出。

（1）用字相同，排序各异

气滞血瘀证是在各病中重复出现率最高的，共达18次。多数病中称气滞血瘀证，但又称气血瘀滞证（A 179页）和血瘀气滞证（A 215页，B 144页）。作为一个复合证，从义理上解释，三证之间似乎存在着细微差别，气滞血瘀证和血瘀气滞证除表示有显示气滞和血瘀的症状、体征外，还暗含两证在形成过程中气滞与血瘀之间有一定的因果关系，或气滞导致血瘀，或血瘀引发气滞，最终则是气滞与血瘀并见。而气血瘀滞证中体现不出这种因果关系。从探讨疾病病理机转的角度，如此变换称呼尚有一定意义，但在证的规范方面，更为重视证名与所属症状的照应与吻合。从3种证名列属的症状中，看不出确定的因果关系。因此，合三为一，统一称谓是必要的。类似的情况还见于血瘀证，在《原则》中各病重复使用了13次，以称血瘀证者居多（A134，159，167，232，237，242页），而使用瘀血证者亦不乏所见（A75、80，207页）。至于肝郁气滞证（A 142、171、B 176页）并称肝气郁滞证（A 114页），热毒炽盛证（A 65、114页，B 29、192 页）或称毒热炽盛证（A 220页），脾虚肝郁证（A70页）又称肝郁脾虚证（A 273页）者，均有散见。这些证统一称谓看来并不困难，但究竟将哪种证确定为标准证，尚需统一认识。这类问题虽小，如不认真解决则有伤雅达，显得很不正规。

（2）证义相同，用字各异

在《原则》中，用字不同而表义相同的证比比皆是。如通常所称的气阴两虚证（A 41，48、65 页），又称为气阴亏虚证（A 19页）、气阴两亏证（13 84页）和气阴不足证（B 210页）。四证含义基本相同，并无程度乃至本质上的差异，应当用其中的一个证名统一起来与此相类，同肝肾两虚证（A 210页）互换使用的证还有肝肾亏虚证（A 179 页，B207页）和肝肾亏损证（A 263页）。这种情况在气血两虚证、心脾两虚证、肾阳虚证和肾阴虚证的表述中，随处可见。 除此之外，肝胆火盛证（A 314页）与肝胆火炽证（A 311页），中气不足证（A 171页）与脾气虚弱证（B 138页），痰浊闭窍证（A53页）与痰浊阻窍证（B206页），肝气郁滞证与肝气郁结证（A 122，200页）等类似情况极为普遍。由此看来，《原则》 的规范，并未对这个问题引起足够的重视。

2．诸证真伪辨别

从《原则》诸病之下统计出305个证；而确立了中药新药临床研究指导原则的独立证计14个，由于寒湿困脾证与湿热蕴脾证、胃热证与胃阴虚证合在一起论列，实际当为16个。 诸证真伪之辨包括以下两种类型的证。

（1）病名混称为证

首先应当指出，确立了中药新药临床研究指导原则的独立证中、哮证、痞满证和痫证都不是真正意义上的证，它们不因后赘一个“证”字，而具备了证的属性和特征。它们与眩晕和胸痹等一样，是地道的病名，在古医籍中，它们有哮喘、痞满和痫疾等比较贴切的病名。

在中西医诸病之下列属的证型中，病名误作证名者亦比较多见。例如，水气证（A167页）所列症状为脾气虚弱、全身浮肿两个，一方面，脾气虚弱作为证不应列入症状中，而应以其所属症状与全身浮肿并存；另一方面，水气是水肿的代称，始见《金匮要略》所载，水气成因，多为脾肾阳虚，不能运化水湿所致，它是历史上常见使用的一个典型病名，当今完全可以水肿等病称替换它。不难辨别，水气证的使用出现了两个问题，既把病混作证，又把证混同症状。肺胀水肿证（B84页）是矽肺的一个证型，将其分解开来，肺胀之名出之《金匮要略》，当属确定无疑的病名，而水肿更是不言而喻，两个病名叠加后，不可能发生属性方面的根本性改变，因而不应称之为证。无独有偶，高热痉厥证（B68页）亦可分解为高热和痉厥两部分。高热不是中医术语，从属于中医热病范畴，单从字面理解，无法判断其热势属于卫、气、营、血的哪个阶段，痉厥是典型病名，两者合并后，同样不离病名范围，从其所列症状，可以推知此证即所谓热极生风之证。应当说肺失清肃证（B84 页）具有一定的迷惑性，该“证”给出了病位和病势，似乎非证莫属，其实不然。从咳嗽、喘促、咳逆上气之类的古今病症中，皆可得出这样的认识，即这些病症的病位在肺，它们的临床所见都可认定为肺气上逆，或云肺失清肃，至于导致这一状态是因寒因热，因虚因实，尚不得而知，因而肺气上逆或肺失清肃均未揭示病变的本质，换言之，它们均不具备证的基本属性。确切地说，肺失清肃不过是咳嗽等病症比较抽象含蓄的特殊表迖方式。这恐怕是中医学所具有的人文科学属性的具体体现。其它如外感证（A154页）、淋证（A 172页）、急黄证（A 118页）等亦不难识别，它们均不具备证的属性和特征，不应以证相称。

（2）病证组合后以证相称

通常，人们习惯于将热哮、寒喘、虚秘之类称之为证，这是有一定道理的，因为这些称呼本身具备了证的部分属性；据以立法处方，当能获取确切的疗效。不过，哮、喘、秘的称谓显然是中医病名的缩写，因此，有理由对这类称呼的属性提出质疑，并重新加以认定，

在《原则》 中共列出了27个此种类型的证，具体包括热痰证、寒痰证、热喘证、寒喘证（A2页）、寒哮证、热哮证（A6 页）、热秘证、气秘证、虚秘证、冷秘证（A 131页）、脾虚带下证、血瘀带下证（A206页）、痰热证（A 308页）、正疟证、温疟证、寒疟证、热瘅证、冷瘴证（B63页）、血热妄行证（B 142、145页）、久痹正虚证（B 180页）、风寒头痛证、风热头痛证、风湿头痛证、肝阳头痛证、瘀血头痛证、痰浊头痛证、肾虚头痛证 （B 199页）。其中，热痰证与痰热证并见，若视为同一证型，则实际为26证，可以看出，多数例证疾病本质属性书写在前（如寒、热、瘀血），病的称呼书之于后（如秘、疟、头痛），当然，也有痰热证和久痹正虚证这样换位表述的例证。现在可以肯定地说，无论采取什么样的表述形式，它们都是病、证结合的产物，因而，将它们以证相称至少是不确切的、片面的。实际上，如果将疾病本质属性的表述放在前而，病名位于其后，完全没有必要再后赘一个证字，临床上，以热秘、脾虚带下和风寒头痛相称，简洁明怏，易于抓住疾病的本质和特点。在此基础上重新对其病、证属性进行划类，当归属于病称之列。

应当指出，对疾病证、病合称并不是今人的发明。早在《黄帝内经》中即有温疟、寒疟（《素问\*疟论 》）、寒厥、热厥（《素 问\*厥论》）等病名的阐述；《金匮要略》则有湿痹、寒疝、热痢之 称；《神农本草经》记载了寒泄、气癃、寒痹、风湿痹、风寒湿痹等的治疗药物。凡此种种，均作为病名提出来，足以说明此类病名的便用历史悠久，具有较强的实用性。当前，有必要重新考察和评估古今证、病结合称谓的实际价值、与相关证和病的相互关系，并对其内涵作出确切的界定，进而独立地、合理地扩大使用这神称谓，必将对中医病证规范化研究产生积极的作用和影响。

3．关于证的层次问题

一般说来，针对中、西医疾病规范的具体证型应当是能够据以立法处方的基本证单位，如此，一病诸证和各病众证之间大体均应处在相同的层次上。换言之，把病辖诸证规范到基 本的便于施治的证单位，是规范化研究理应实现的目标之一。 遗憾的是，《原则》中未能很好地解决这些问题。主要问题是：证的层次不一，上位证与下位证相互夹杂。

肝肾两虚证作为两脏共病的复合证，相对于肝肾两脏气、血、阴、阳虚损的诸证而言，应属于层次较高的上位证，而肝肾阴虚证等则是其下位证。通常所说的辨证施治是针对下位证的，很少有人漫无边际地去治疗上位证。并且《原则》中诸病之下允许存在上位证，势必给病证谚断标准、病例纳入标准和疗效判定标准的确立带来许多麻烦，进而降低了这些标准的科学性和可操作性。可以看到，在肝肾两虚证之外，《原则》中的脾肾两虚证、心肾两虚证、脾胃虚弱证、肾虚证、心脾两虚证等均存在着包含数个子证而难以把握和实施的问题。此类问题主要发生在病辖诸证中的脏腑各证，具有一定的普遍性。对此类问题重新修订的必要性和紧迫性只有在据以实施操作时才能充分地感受到。

4．证与所辖症状的吻合问题

症状是证的表象，证是一组相互关联症状的本质的病理性概括。凡经规范的证，必须与所属症状彼此照应，完全吻合。总体说来，《原则》中证所辖症状的吻合情况尚好，但也存在一些具体问题。

在原发性肝癌肝肾阴虚证（A 71页）中，所列症状是“右胁下积块疼痛，低热或午应潮热，或手足心热，口干喜饮，舌红少苔，脉弦细数”。由午后潮热、手足心热、舌红少苔和脉细数可以确认为阴虚证。而“右胁下积块疼痛”是肝癌的典型症状，由其认定此证与中医肝病相关，便有将中、西医肝病混同之嫌；虽弦脉主中医肝病，但疼痛亦见弦脉，并与肝癌疼痛相合，故此组症状中中医肝病症状缺如；至于中医肾病症状亦不曾见察。是知此肝肾阴虚证难以成立。血性心力衰竭中的阳虚水泛证（A 57页）所列症状、体征10余种，唯独未列反映水泛的具体症状。而胆囊炎气滞证（A 134页）中并无典型的气机不畅的症状。痫证和痴呆所列的肝肾亏虚证（A 179页，B207页），据症状与舌、脉象均当冠以肝肾阴虚证，以其上位证肝宵亏虚证相称则证、症不符，显然是不妥当的。功能失调性子宫出血中的脾虚证（A237页）因见大便溏薄、小便清长、手足不温、舌淡胖边有齿痕等症状和体征，故应具体确定为脾阳虚证，而不是脾虚证。钩虫病心肾两虚证（B 47页）和慢性非特异性溃疡性结肠炎脾肾两虚证（B123）因有形寒肢冷等症状表现，即应改称心肾阳虚证和脾肾阳虚证为是。类似情况还有不少，均当详辨，以作调整。

5．中、西医症状、体征等并存的利弊

《原则》 中分别从中、西医两个方面建立病证诊断标准和疗效判断标准，无疑是可取的。不过，病辖诸证的症状中掺入西医的体征和检测指标则另当别论。如精子稀少或畸形精子过多（A 193页）、触及肿大胆囊（A 135页）、肝牌肿大（A 220 页，B 154页）、血压体温下降（B 168页）等，均为现代医学术语，与相关的证属中医症状混而杂陈，似乎有点中、西医合璧的味道。其实，这些体征与检测指标对证无直接的诊断意义和对应关系，况且在各病中药新药临床研究指导原则中均制定了相应的西医诊断和疗效判定标准，因而没有必要在证属症状中并列这些内容，以免不伦不类之嫌。

6．证属症状术语的规范问题

前文讨论了证名术语的规范问题，《原则》中同时存在着证属症状术语的规范问题，这两个问题应当通过证的规范化研究一并加以解决，那么，证属症状术语的规范情况如何呢?

总体说来，证属症状方面的问题极为普遍，表现形式亦多种多样。

（1）症状含义相同，文字表述各异

对于一个确定的症状，古今会有不同的多种称呼，《原则》完全保留了这种传统习惯。例如，与纳呆（A 80页）意思相同的症状，至少包括纳差 （A 61页）、胃纳减少（A 91页）、食欲减退（A 93页）、胃纳不 佳（A U4页>、纳谷减少（A 118页）、纳食减少（A 122页）、食欲不振（A〖34页）、胃纳欠佳（A 150页）、纳少（A 167页）、食纳减少（A 186页）、少食（A 200页）等，多达10余种别称；与腰膝酸软（A 24页）类同的症状有腰酸肢软（A 6页）、腰酸膝软（A 41页）、腰酸腿软（A 53页）、腰腿酸软（A2T7页）等；而与形寒肢冷（A 61页）大同小异者，则有身寒肢冷（A 2页）、 形寒怕冷（A 6页）、肢冷畏寒（A 48页）、畏寒肢冷（A 53页）、 形寒怯冷（A 215页）等数个症状。凡此之类，不一而足，显得十分杂沓而繁复，对确立统一定量的症状轻重诊断标准和症状疗效判定标准人为设置了障碍。因此，对《原则》中证属症状词义相同或相近者进行整理归类，适当地统一、减少或简化它们的称谓，是中医学向规范化、标准化和科学化急需迈出的重要一步。

（2）复合症状繁多，两症关联甚少

在《原则》中，关联不大或毫无关联的症状拼凑到一起是非常普遍的现象。在证属症状中，如畏寒自汗、项强身热、心悸盜汗、口干便秘、食少多寐、肢冷汗多等等，即把畏寒与自汗、项强与身热、心悸与盗汗、口干与便秘、食少与多寐、肢冷与汗多这些单一症状勉强 钽合到一起。这些症状实为症状的复合，构成这些复合症状的两个症状均有独立存在的自主性，两症之间并无确切的逻辑关系，将它们随便凑合到一起，不但未能增添某种韵味，反而会使参酌者产生依赖与盲从。完全可以想象，倘若按着这些复合症状制定病、证诊断标准和疗效判定标准的话，当临床上仅出现单一症状，或复合症状虽均出现，但轻重程度差异显著的，便无法进行操作，观察者唯一的选择是通过剪裁临床事实以迎合业已制定的标准。由此得出的疗效判定结果自然是靠不住的，不科学的。有鉴于此，尽快全面明确和分离此类普遍存在的复合症状，是势在必行的。

（3）症状冗长，有待规范

在《原则》中，虽然表述冗长的症状较少，但从症状规范的角度，亦应引起重视。诸如“排尿时少量精液外流”（A 197页）、“遇阴雨天疼痛发作或加重”（A207页）、“肌肉或关节疼痛、局部触之发热但自觉畏寒，或触之不热但自觉发热”（A210页）等，均应重新规范。应当使用简练明了的称谓替换这些模棱两可、繁琐冗铁的症状。

7．为证单独制定中药新药临床研究指导原则的可行性分析

辨证论治被认为是中医诊疗的基本特色，因而对证处方是中医基本的治疔方法。从理论上讲，研制针对某证的中药新药应当是可行的。《原则》两辑中分别为脾虚证、肝郁脾虚证、肝胃不和证、胃热证、胃阴虚证、寒湿困啤证、湿热蕴脾证（A）、气虚证、血虚证、血瘀证、肾阳虚证、肾阴虚证、肺阴虚证（B）计13证制定了中药新药临床研究指导原则，大概基于这一认识。不过，其中有许多细节问题尚待明确和统一。

对于脾虚证、肝郁脾虚证、肝胃不和证、血虚证、血瘀证、肾阳虚证、肾阴虚证和肺阴虚证，《原则》中大致明确了各自与现代医学疾病的对应关系。脾虚证常见于慢性胃炎、消化性溃疡、上消化道出血、胃下垂、慢性结旸炎、吸收功能不良综合征、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血等；肝郁脾虚证等均与多种现代医学疾病相关联。虽然寒湿困脾等证未予明确与现代医学疾病的对应关系，但可推知，同样会有多种疾病在其发展变化的某一阶段被诊为寒湿困脾证等。在这里，虽然突出了证的同一性，却忽视了病的差异性。因此，指望研制一种用于多种现代医学疾病而证属同一类型的中药新药制剂，基本上是不可能的。退一步讲，即或存在着包治诸病的药剂，也不可能借助《原则》规定的某项临床研究方案一次性验证它对多种疾病的疗效。这样，即从经验事实和临床实际操作两个方面排除了借助《原则》拟定并实施验证中药新药包治诸病的临床方案的可能性。应当指出，临证医师通过辨证验证某方 （或某方化裁）对多种疾病的普适性，这是无可厚非的。但一部权威性的标准或一项有价值的前瞻性研究若允许这样做，则是不科学的，同时也是不可能的。

此外尚可发现，《原则》 中各证的临床研究指导原则里面所罗列的西医疾病，大多都有独立的临床研究指导原则，如脾虚证中的消化性溃疡、肝郁脾虚证中的慢性肝炎等，如此交叉重复地从中医的证和现代医学的疾病两个方面确立中药新药临床研究指导原则，显然是没有必要的。不过，若只是出现某些内容上的重复尚不足为怪。关键在于，通过对照尚可发现 潜在的其它问题。由脾虚证、肝郁脾虚证和肝胃不和证的临床研究指导原则可知，三证均见于消化性溃疡病，那么同书中消化性溃疡病的临床研究指导原则中理应包括这三种证型。 出乎意料的是，消化性溃疡病所列的五证中，除气滞证与肝胃不和证有所相似外，其它诸证与脾虚证和肝郁脾虚旺并无确切的对应关系。另如肝郁脾虚证中对应的痛经病，其独自的临床研究指导原则中所设气滞血瘀等证均与肝郁脾虚证无涉。类似的问题较为普遍。由于重复内容的矛盾之处颇多，使有关病证临床研究方案的制定无所适从，难择其善。

以上从7个方面探讨了《原则》中与证有关的各种问题，对此不应小视。分析问题的成因，大体不离乎4个方面。其一，单项指导原则的制定过程，没有把规范工作与学术研究有 机结合起来。其二，从形式上看，把单项指导原则罗列在一起即完成了此书的编辑工作，而有关问题的出现正在于未能通过终审统稿从整体上解决存在的多种弊端。其三，中医学术体系中某些固有的逻辑矛盾被原封不动地植入《原则》中。其四，在中、西医学尚未实现实质性对话与融通的背景下，想要兼顾中、西医两种医学，制定无懈可击的《原则》 是比较困难的。这些因素错综复杂，交互作用，进而导致“规范”后的《原则》并不规范的结果事实说明，证的规范化研究虽有一定的进展，但总体说来没有超出80年代的水平。以下将通过对《标准》的分析进一步印证这一推断。

**（二） 《中医病证诊断疗效标准》 中证的问题纵横谈**

作为行业标准，《中医病证诊断疔效标准》（以下简称《标准》）中按内科、外科、妇科、儿科、眼科、耳鼻喉科、肛肠科、皮肤科和骨伤科的次序共收载397个病种，除骨伤科113个病种中的63个未列证型外，《标准》中334个病种之下分列出三五不等的所属证型。经粗略统计，诸病之下累计收载证型946个，其中除去重复出现的483个证型和不当作为证收载 的37个，实际载录426个证型。这个数字与湖南省中医药研究院整理的《中医病名诊断规范初稿》收录的432个证型非常接近。

《标准》在证的规范方面主要有这样几个持点：①把对证的文字表述大体限定在4个字，如风寒束表、肝火犯胃、气不 摄血之类，极少数证型的称呼少于4个字，如亡阴证、风毒证、 虚寒型、瘀滞型等，取消了超过4个字的证的表述方式。这对证的名称的规范是一次有意义的探索。②对临床各科统编教材中后赘证字的病名全部予以改换，如哮证、喘证、郁证、痫证、疳证等改称为哮病、喘病、郁病、痫病、疳病等。尽管如此改称是否确切尚有待统一，但通过规范恢复病名的本来面目无疑是必要的。③重新对疾病的科属进行了调整，如将原属内科病的胁痛、积聚、瘿病、腰痛、耳鸣和耳聋等划出去，体现出与现代医学疾病分类接轨的意味。尽管这种接轨不可能是十分彻底的，但其积极意义应当肯定。④病名直接起用现代医学方面的称谓。可以看到，骨伤科疾病几乎全部采用现代医学的命名方法，内科中使用了血吸虫病、紫癜、乳糜尿等称呼，儿科中使用了营养性贫血、新生儿肺炎、多动症这样的称呼，甚至出现了肺炎喘嗽这样中西医病名合璧的情况。这可能是谋求与现代医学接轨的又一尝试。⑤对原来涵盖多种疾病的病名进行分解，分列专病予以介绍。例如，内科中原来的血证分为吐血、咯血、便血、鼻衄（见耳鼻喉科）、紫癜等病名进行列述；虫证则按现代医学病名分出血吸虫病、绦虫病、囊虫病、钩虫病、丝虫病、蛔虫病、蛲虫病和姜片虫病诸病；淋证则分出热淋和石淋两病。这种分解开来论列的方法对涵盖多种疾病的病名来说是可取的。不过，对胃脘痛、眩晕、水肿和癃闭等中医病名是否也应作相应的处理呢？《标准》未能通过分解处理一并作出回答。看来此类分解规范工作进行得不够彻底。⑥在内科病证中，出现了以“亏虚”统一其它字异义同称谓的迹象，如气血亏虚、胃阴亏虚和肾阳亏虚等。可以明显看出特意进行了规范。这种形式的规范从总体上说来是非常必要的。《标准》的规范起到了某种示范的作用。⑦对病证进行了取舍。如取消了胁痛、积聚、腹痛、呃逆、厥证、痉证、腰痛和虚劳等，新增尫病、骨痹、肌搏、痛风等。并对病所辖诸证进行了调整。充分说明《标准》的制定没有完全照搬临床各科中医统编教材的模式，试图探索一种别开生面的规范方法，以便为中医病证的规范提供思路和方法方面的指导。

一方面，《标准》的问世具有法规样作用，即规范行业人员行为的权威性，人们必需按着其中的规定统一操作；另一方面，应当以发展的眼光辩证地评价此类规范成果，承认它的客观局限性，允许研究《标准》，揭示其中存在着的若干问题，并通过解决这些问题使病证的规范再上一个新台阶。以下仅就证的规范中显面易见的问题和矛盾扼要地加以评述。

1．病证辨伪

在内科病证中，风温肺热病实为一病一证的复合称谓。风温是中医病名，泛属于热病之类，而肺热按现今的约定当为证名，可见风温肺热病不因后赘病字而成为地道的病名。由其下所列风热犯肺、痰热壅肺、肺胃热盛、热闭心包、气阴两虚和邪陷正脱诸证可知，连同肺热在内，都是风温病不同发展阶段的病理性概括，而风热犯肺等六证并不从属于肺热，因此， 该病名当改称为风温。

热淋和风湿痹两个病名与其它内科病名不同，是给出了疾病性质和病因的病，因而是可以据以立法处方的。其下再列属其它证型，势必出现重复或自相矛盾的情况。热淋之下的湿热下注和阴虚湿热虽涉及到“热”这一疾病属性，但未构成从属关系；而脾肾两虚则与病性属热毫不相干，因而热淋与所属三证之间医理相悖。风湿痹之下所列五证为行痹、痛痹、 着痹、热痹和虚痹，实际上是与热淋类型相同的病名，风温痹与五痹同样未能完全构成从属关系。若将其改称痹病，便理顺了两者之间的关系，但五痹依然保持病名的基本特征，不当以证相称。至于皮肤科病热疮和风热疮的情况亦大同小异。

《标准》病名之下所列诸证与实际不符者，还有多种表现形式。内科中暑之下的阳暑、阴暑、暑厥、暑风，哮病之下的冷哮、热哮、虚哮，以及儿科泄泻之下的伤食泻、风寒泻、湿 热泻、寒湿泻、脾虚泻、脾肾阳虚泻，疳症之下的疳气、疳积和干疳等均为病名，充其量不过是标记了疾病属性的病名。对它们以证或证候相称都是不合适的。此外，内科肺痈病和儿科麻疹、顿咳、奶麻诸病以病程的不同分期作为证候，如肺痈的初期、成痈期、溃脓期、恢复期，麻疹的疹前期、出疹期和疹回期，这或许是一种创新，或许是不得已而为之，但无论怎样，均有悖于中医病证规范的基本原则，因而是不可取的。而骨伤科中有63种病均按现代医学的方法进行分类， 《标准》却一概冠以“证候分类”的题署，如此不加节制地套用，只能进一步加剧中、西医术语使用的混乱局面，失去中医病证规范的意义。

这里顺便说明的是，《标准》除书名和目录中提到“病证” 之外，证在文中均以“证候”相称，即把证与证候完全等同起来，这是一个比较复杂而又普遍存在的学术问题，为了便于讨论，暂且把证候看作证或证型，至于它们各自的含义和相互间关系，将在第五章中专题论述。

2．证名称谓问题种种

证名称谓用字相同而排序各异者，在《标准》亦可散见。与气滞血瘀（见精癃、精浊、脱疽诸病）用字相同的证还有气血瘀滞（见狂病、痛经、产后血崩）和血瘀气滞（见闭经、胎黄而肝气郁滞（见泄泻、月经后期、经行乳房胀痛）又另称肝郁气滞（见瘤闭）。诸如此类，是否有必要变换字序称谓，应当议定。

证名称谓用字有别，含义相同者随处可见。尽管各种虚证有使用“亏虚”表述的倾向，但其它称谓也频繁出现。例如，与肾阳亏虚并见的有肾阳虚损（见精癃、精浊气血亏虚则又 称气血两虚（见水火烫伤、瘰疬而肾气亏虚与肾气不足（见 胎漏、闭经）均见使用；肝肾亏损（见痛经）则与肝肾亏虚（见痿病、流痰）并存书中。类似的情况还见于其它证名，如肝气郁结（见郁病、月经先后不定期）与肝郁气滞，脾虚气陷（见乳糜尿、产后大便难、转胞）与中气下陷（见精癃），瘀血阻滞（见骨 痹）与瘀血凝滞（见流注），热毒凝结（见颜面疔疮）与热毒蕴结 （见发颐），瘀血阻络（见水疝）与瘀阻脉络（见青蛇毒），痰浊阻滞（见痛风）与痰湿阻滞（见月经过少），痰湿内阻（见不孕症） 与痰浊内阻（见胸痹），脾虚湿困（见水肿）与脾虚湿滞（见钩虫病），湿热蕴结（见精浊、水臌）与湿热郁结（见痰毒）、湿热内蕴 （见水肿）与湿热壅滞（见有头疽），阴虚火旺（见肺痈、紫療、不寐）与阴虚火炽（见有头疽），等等，究竟相互之间有多少异同，可否统一表述，都有待通过论证得以明确。证的规范理所应当关注并着力解决上述问题。

此外，个别证名的命名亦应商榷，如内科水臌病下列出6证，实际是对肝硬化腹水的辨证分型。其中肝脾血瘀一证，并未给出中医脾的症状，根据所出症状推测，此证专为肝硬化腹水见门静脉高压、脾肿大、胃底静脉破裂所见诸症而设，所谓肝脾与肝郁脾虚中的肝脾大不相同，是解剖学方面的实质性脏器，因而将肝脾血瘀与脾肾阳虚和肝肾阴虚等证并列为水 臌病的所属证型时，必然混淆两种医学脏腑概念之间的本质区别，为中医学规范设置新的障碍。

层次比较一般且涵盖比较宽泛的证，在《标准》中不乏所见，如肺肾两虚、肝肾亏虚、脾肾两虚（分见喘病、痿病、热淋等）诸证即属此类。证中涉及的肺、脾、肝、肾各脏，就其虚证而言，包括气、血、阴、阳的多方面改变。每个证必然具备体现 这些改变的若干症状，临床上据以操作，无论确立证的诊断标准或疗效判定标准，都会遇到许多实际问题，影响操作的规范化和标准化。因此，除非这些比较宽泛的证是临床常见且中医疗效确切的，否则，不宜与其它比较具体的证相提并论。若有必要，可将这些比较宽泛的证加以分解，使之成为比较具体而便于施治和操作的证。如将肺肾两虚证分解为比较具体的肺肾气虚证和肺肾阴虚证等。

3．证属症状存在的问题

在《标准》中，症状的表述与证的表述一样存在着含义相同而表述各异的问題。如眩晕与头晕目眩；食欲不振与纳呆、食欲减退、食少；气短与短气；喘息与喘急、喘促；少寐与寐差、失眠；畏寒与怯寒；出汗与汗出；神倦与神瘀；腰酸膝软与腰膝酸软；形瘦与形体消瘦；溲赤与尿赤；大便干结与大便秘结；精神萎靡与精神不振；壮热与高热（注：高热不是中医术语）；口燥咽干与口干咽燥、咽干口燥，等等，这些症状相互间是本质上的差别，还是程度上的差别，抑或没有差别，都应予以明确。只要不是本质上的差别，就应统一称谓；属于程度上的差别，可在统一称谓后再作出轻重程度上的量化处理，以便制定量化诊断标准和疗效判定标准时使用。

复合症状在《标准》中屡见不鲜，有的复合症状之间具有一定的逻辑关系，诸如发热恶寒、神昏谵语、烦躁易怒、口燥咽干、恶心呕吐、神瘀乏力等，构成复合症状的两个症状之间具有并存关系、因果关系或递进关系等，故在特定证型中可以结合在一起作为一个症状使用。不过，另有不少复合症状的两症状间并无确定的逻辑关系，象自汗盗汗、食少便溏、口渴神呆、失眠健忘、气短汗出、胸闷口腻、烦热口苦、尿少肢冷、纳少口干、畏寒食少、形瘦神衰、腹胀便溏之类，将两个症状拼凑到一起非常牵强。除此之外，《标准》中尚有许多痖状表述不够规范，语句冗长，有的甚至近于口语化。执行起来很不方便。

总体说来，《标准》的颁布在中医证的规范方面取得了一定的进展，但也确实存在着不少实际问题。经与《原则》相对照，两者的问题多数为共性问题，带有赖以产生的必然性。并可看出，80年代对证进行规范化研究所暴露出来的根本性问题，并未在《原则》和《标准》中得到实质性解决，关键问题的讨论仍在原地踏步。《原则》与《标准》之间需要沟通，法规样规范与学术界的规范需要交流，这些工作的完成需要投入，需要时间。事实说明，证的规范不可能一蹲而就，一次性解决。证的规范化研究需要解决的问题太多了，随着《原则》和《标准》的推出，已经刻不容缓地提出了更深层次的证的规范化研究问题，可谓老问题尚未解决，新问题又提出来了。尽管这个问题在学术界尚未形成热点，但确实没有理由回避它。以下就来专门讨论这个问题，

## 四、症状在病证规范中的定量处理问题

众所周知，症状既是构成中医病证诊断的基本要素，同时又是病证转归向愈的判断依据，因此，中医临床历来非常重视症状和症状变化。在结合理化指标进行病证诊断和疗效判定的今天，症状依然发挥着不可替代的作用。客观地说、借助症状建立起来的病证诊断标准和疗效判定标准算不上是金标准，可是，若对症状信息处理和利用得当而充分，同样会提高病证诊断标准和疗效判定标准的档次，增强中医临床研究结果的真实性、可重复性和科学性。可以看到，目前学术界尚未摆脱对症状信息传统的处理利用方式，在病证诊断和疗效判定时未能多维地利用症状信息。在临床方面，由于前瞻性研究日趋得到重视；对成果的考察和评价重视定量方法的引入； 特别是如火如荼的中药新药开发研究对中医病证诊断和疗效判定提出了更新更高的要求。于是，对病证的法规样规范必然过渡到对病证所辖症状的规范上来。这种症状规范不是简单地解决前几节提出的具体问题，而是要解决症状在病证诊断和疗效判定中的若干定量处押问题。虽然《原则》中对此作了部分处理，但仅仅是初步的、粗线条的。故下文拟就病证所辖症状的专属性、轻重程度和数量展开讨论，并对与证密切相关的此种类型的规范化工作提出一些建设性意见。为了便于阐述诸证所辖症状的量化处理利用问题，本节将病与证相提并论，归根结底，是要侧重回答证辖症状的量化规范问题。

**（—）病证所辖症状的专属性问题**

在隶属于某一病证的一组症状中，各症状专属于某一病证的情况会有程度上的区别。根据病证对这些症状的依赖程度，可将一组症状划分为专属性不同的类别。所谓主要症状和次要症状，就是当前对症状专属性普遍釆用的一种大略的划分方法。

《标准》和《原则》对症状专属性所持态度是不同的。在 《标准》中只是列罗了病下各证所属症状，并未明确每个症状的专属性。《原则》的情况不尽统一，其中对胃脘痛、消化性溃疡、脾虚证、肝胃不和证、寒湿困脾证、湿热蕴脾证、胃热证、胃阴虚证、胁痛、男性不育、腰痛等明确了病证的主、次症状；虽然月经不调、功能性子宫出血、闭经、带下、子宮肌瘤、女性不孕等未能明确主、次症状，然其要求“必须具备，兼具其余的某项，即可诊断”，即对症状的主、次变相进行了确定。当然还有不少病证未作症状专属性处理，问题也极易发生。以肾病综合征（A 158页）和慢性肾炎（A 153页）为例，两病所列证型相同，本证下所列4个证型各出五六个症状，各证诊断的确立要求“具备其中任何3项者，即可诊断为该证”，即把所列症状均同等对待。根据上述诊断标准，对具备其中“少气无力”，“易感冒”、“舌淡苔白润，有齿痕、脉细弱”这3项症状者，很难作出慢性肾炎脾肾气虚证的诊断。由此可见，不对病证所含症状的专属性逐一作出处理和认定，所谓病证诊断和疗效判定的规范化便是不彻底的。关于病证所含症状专属性的认定，主要涉及4个方面问题。

**1．病辖症状专属性分级**

参与病证诊断的症状专属性分级与病证诊断的类型有关。通常，病证诊断可具体分解为中医病的诊断、中医病辖诸证的诊断、西医疾病中医分型的诊断和中医证的诊断。把从属于不同类型的病证的症状一概分为主要症状和次要症状两级是不科学的。作为中医病的诊断，泄泻、便秘、腰痛、癃闭、胃脘痛等赖以确认的一组症状中，泄泻、便秘、腰痛、癃闭和胃 脘痛分别又是这些病的特异症状，而伴随泄泻出现的腹痛或腹胀等症状便是专属性稍逊的次要症状。至于其它各病的情况也是如此。在中医病的诊断中，舌、脉象通常不参与考察（厥脱等病例外），这与舌、脉象主要从属于证的诊断有关。当前，对中医病辖症状的专属性分级普遍重视不够，主要原因是中医临床研究和中药新药开发研究均落实到一个或数个证型 上，计对中医某病研制开发某种中药新药实际上是不允许的，这种一概而论的作法，否认了中医在辨证论治的同时也辨病论治这一基本事实，把问题绝对化了。

**2．病属诸证所辖症状专属性分级**

在临床上，由于辨证论治约定俗成的特殊地位，使中医病的诊断主要转变为病属诸证的诊断问题。在《原则》中，此类诊断的症状专属性分级凡予规范的，均定出主要症状和次要 症状两级，学术界也普遍采用这种症状两级分类法。实际上，中医病属诸症的症状专属性划分应为3级为宜。例如，胃脘痛中的气滞证，首先应进行胃脘痛病的诊断，然后再进行气滞 证的诊断，病的诊断未经确立，证的诊断便无依托。而证的诊断是由一组对证影响程度各异的症状构成的，这些症状即可分出主要症状和次要症状两类。这样，在胃脘痛气滞证的所属症状中，胃脘痛这一症状的专属性最强，舍此不能确立诊断；而胃脘胀痛、嗳气或矢气则舒等则从气滞证方面确立诊断，为证的主要症状；其它如胸闷、食少、嗳腐呑酸等对气滞证的诊断可有可无的症状自然属于次要症状。这种症状专属性的三级划分方法使中医病属诸证的诊断在症状方面轻重有别，主次分明，迸而为过渡到症状权重的规范奠定了基础。

此外，还有一个常被忽略的问题，即中医病属诸证的症状中必然有一部分是相同的（如中风病诸证中均有半身不遂、口舌斜等症），通常，人们多忽略不计这些症状在各证表现程度上的差异，其结果，这些症状在各证虽有轻重区别，却可打出相同分数，直接影响诊断结果的客观性和精确性，以及对一病多证疗效的对比神察结果的真实可靠性。因此，当进行一病数证疗效的对比观察时，应当对各证共见症状作两项处理，一是确定这些症状在一证的专属性和轻重程度；二是明确这些症状在各证中统一的轻重程度标准。

症状三级划分的意义还表现在疔效判定方面。毫无疑问，症状疗效的判定应侧重观察特异症状和主要症状的改善情况。一般说来，特异症状的改变是判定中医病的疗效的关键；而特异症状和主要症状的改变则是判定中医病所辖证的疗效的基础。仅以次要症状或主要症状加次要症状的变化判定中医病所辖证的疗效以及对所辖症状等同对待的作法，都不可能确切反映疾病转归向愈的基本状况„

**3．西医疾病中医分型的症状专属性分级**

对西医疾病所辖诸证的诊断，应当是先明确西医诊断，然后再予以证的认定。其各证所属症状的专属性分级应视具体情况而定，或为二级，或为三级。三级中的特异症状应是对西医疾病诊断起决定性作用的症状，这种症状本身不具备证的属性（不携带证的信息），但应大体实现与西医疾病的对译。如右胁下积块与原发性肝癌等。二、三级的主要症状应是确立证的诊断的首选症状，而对确立西医病的诊断有重要意义的症状，亦可辅助列为主要症状，而其它症状则可划为次要症状。但需指出，许多西医疾病难以认定其持异症状，象咳嗽、痰血与原发性支气管肺癌，腰痛与尿路结石，前述症状很难列属于各病的特异症状，多半可作为主要症状来对待。由于多数症状的特异性不强，故而西医疾病的症状专属性暂以分为主要症状和次要症状两级为宜。这样，对西医疾病所属各证症状疗效的考察应侧重在主要症状方面；同时应根据西医疾病的类型（如急性与慢性。功能性、器质性与占位性等）对症状疗效在总体疗效判定中的地位作出科学的估量。

**4．独立证的症状专属性问题**

单独对证进行诊断和疗效判定，在理论上说来是可行的，如《原则》中的脾虚证、肝胃不和证、血虚证和肾阳虚证等。其所属症状的分级可粗略分为主要症状和次要症状两级，主要症状应是确立证的诊断的首选症状。不过，既然认为众多疾病在发展演变的某一阶段上可以作出相同证的诊断，而从临床实际和中药新药研制的角度又不可能研制出一种包治诸病 同一证型的新药，因而单独对证辖症状进行专属性划定并无多少实际意义

**（二）症状轻重程度的量化问题**

针对某一具体病证来说，其所属症状的专属性和轻重程度是两类不同性质的判断问题，两者从不同侧面直接影响病证的诊断和疗效的判定。以往，中医临床比较重视相同症状在不同病证的有无，而对同一病证所辖症状的轻重程度不予重视，或者说同一症状一旦有表现程度上的差异，便被划归不同的病证，并用不同的词语来表述，如口微渴、口渴、口渴欲饮、口渴引饮、口渴多饮、大渴饮水不止等，是对口渴程度的不同表述；再如微汗、少汗、有汗、汗出、汗出不止、大汗、大汗淋 漓等，是对汗出状况的具体描述。然而，诊为相同病证的患者，其共有症状确有或轻或重之别，这对受试病例的选择、保持组间病情的均衡性、症状疗效的判定等都具有不可忽视的重要作用。因而，症状轻重程度的量化必将成为病证规范化研究向纵深发展的关键环节。症状轻重程度的量化主要涉及3个方面的问题：

1．症状量化分级问题

只要可能，症状量化所分级别越细越分明越好。不同症状的表现形式不同，分级的难易程度也不同，完全按同样的级别量化症状是不现实的。不过，对同一病证所辖症状的量化级别若允许五花八门，亦不便于操作。在具体病证之内，应当寻求既统一又分明的折衷的呈化级别，进而确立各症状相应的量化标准。目前，对中医症状的量化普遍按轻、中、重度分为三级，显得有些教条。相信通过规范化工作的不断深人，症状轻重程度的级别会进一步精细化，并会因病因证而异，制定出各具持点又切合实用的垚状量化级别标准。

2．症状量化的方法

此前提出的症状四种量化方法包括：①考察症状出现的频率；②考察症状待续时间；③考察症状的性质程度；④考察症状与外界刺激的关系。上述四种方法不应彼此孤立开来，而应相互合参，综合予以量化。但这并不是说所有症状的量化都要全部采用这四种方法。只要把症状轻、中、重度的界限划定清楚，有利于操作即为迖到目的。在对具体症状实行量化时，应尽可能通过转换后采用数字来表达。如失眠，以其具体睡眠时间（小时）进行程度定量；纳呆，以其每日进食量与正常进食置的比值进行程度定量；夜尿频多，以持续每夜小便的次数来定量，等等。当然，还可根据症状发生部位的多少、症状体征的直径、面积和体积的大小等进行轻重程度的量化处理。

3．中西医症状标准的结合问题

这个问题的提出并非远离现实，西医疾病症状诊断标准和疗效判定标准的借鉴，在《原则》中已有尝试这些标准多半是国内外学术界公认的，移植这些标准对确立中医自己的病证症状量化标准具有重要的启示作用和应用价值；有利于两种医学症状量化方法的沟通与互补。当前，这种沟通和互补仅仅是初步的，低水平的。在《原则》中只是平行罗列了各病中西医症状标准和症犾量化顿准等，井未明确对两种标准应选择使用、重复使用抑或结合起来使用。实际操作时，至少会遇到如下几个问题：

1. 西医的症状量化标准主要是围绕特异症状制定的，因而如何用来解决中医病证诊断

和疗效判定问题尚需明确。

②同时采用中西医两种症状量化标准以判断疗效时，往往出现两种疗效判定结果互相抵触的情况。

1. 把两种症状量化标准结合起来使用时，症状对应关 系的认定与转换以及量化级别

的统一等均应预先予以处理。 而这方面的工作尚未着手进行。

这些问题解决得如何，直接关系中医临床研究的科学性和研究结论的可靠性。因此，应当制定统一的使用或变通方法，指导人们正确利用中西医症状量化标准，进而实现中西医症状量化标准的有机结合。

**（三）病证所含症状的数量问题**

对缺少特异症状的病证来说，其所包含的症状愈少，该病证“亦此亦彼”性愈强，即疑似其它病证的几率增大。反之，病证所含症状愈多，出现兼夹病证的可能性就愈大。因此，病证所含症状数量的限定以及治疗后症状的增减直接关系到病证的诊断和疗效的判定。对病证所含症状数量的重视，还基于症状限定的多少，一定程度上影响主要症状和次要症状的确 定。病证的症状含量过少，症状的主次便不是非常分明；而症状含量过多，主次症状的认定便比较繁杂。故而把病证的症状含量确定在客观、精炼的范围之内，是中医病证诊断标准、纳入病例标准和疗效判断标准拟定的先决条件之一。

当前，学术界存在这样一种倾向，好象病证所含症状发现和注录的越多越有价值， 一些中医病证规范方而的书籍不厌其烦地堆砌了这方面的资料。中医病证诊断标准和疗效判定 标准的确立，在症状审定方而不应不加取舍地照搬这些资料。这项工作应参酌相关古今文献，结合临床病案等，对具体病证的症状进行流行病学调査后作出适当取舍；再经回代性特别是前瞻性检验后，最终确定下来。凡列为病证的特异症状和主要症状的应予以留用，对那些可有可无的次要症状应有所存废。

在对病证所属痖状进行取含之前，应对关系到症状数量的复合症状进行必要的处理。或分或合，均应慎重从事。

如果病证的具体症状经过处理确定下来，就可通过症状轻重程度分级和专属性测定把症状指标转变为量化指标。这样，中医临床研究即可实现病证诊断和疗效判定的计量化和科学化。当然，解决了病证症状专属性、轻重程度和数量后，还涉及如何利用的问题。其中，有许多操作细节有待明确与统一。鉴于这些细节已离开了中心议题，因而不拟在此展开讨论。

## 五、证的规范化研究的基本内容和程序

通过证的规范化研究的概要回顾与分析，展现在我们面前的是一幅模糊不清而底蕴莫测的画面。证的规范牵扯的范围之广、问题之多恐怕是人们所始料不及的。因面可以毫不夸张地说，证的规范化研究是一项十分复杂的系统工程。那么，这个系统是如何网络的呢？能否对证的各种规范条分缕析并大致明确相互间的递阶关系呢？这是学术界必须作答的问题。本节试图初歩揭示其中的规律性和逻辑关系，力求使这幅大型画面逐渐清晰起来。

（一）证名的规范

为诸证重新正名，是证的规范化研究的第一步。名不正则言不顺，言不顺则义不清，理不明。

证的表述用字以多少为宜，看来是一个简单的数字问题，其实不然。字数的规定不但有美学方面的考虑，更重要的是，证的表述所用诸字是否携带了作出证的判定的足够信息。正 是从这个意义上，必须非常慎重地处理这个问题；在字数上，是整齐划一，还是允许适当灵活，主要取决于这一点。

证名所用术语的统一，是证名规范的重要内容。用字相同而排序不同者，应斟酌其宜，立为正名。如称肝郁气滞，还是称肝气郁滞，是叫血瘀还是叫瘀血等，均当议定。词义相同 而用字不同的术语，应取其雅达者，立为正名。

证名的规范，应沌意与其它诸证名称的照应，如用中气还是脾气，称脾胃抑或中焦，只要区别不大，亦应统一称呼。

在证名规范的过程中，原有证名的取舍是不可避免的，具体操作时也是相当繁杂的。

（二）证的数量的规范

证的数量的规范，具体包括证的总量的约定、不同类别证的约定和一病所辖诸证数量的约定。

关于证的总量，似乎将具体的证确定下来，总的证的数量便明确了。事实上，也不可能设想一个总的证的数量，再填塞具体的证。但是，现阶段各综合性规范中证的总量或相差较 大，或相差虽小而各证互相参差者甚多。这些都是很现实的问题，应当通过剔除伪证，统一那些含义相同而称谓不同的证，进而使证的总量大体确定下来。

不同类别证的数量约定，是以证的分类为前提的。证的分类问题往80年代综合性规范化著述中均有尝试，且互有异同。对其必要性并未引起广泛重视和讨论。凡涉及证的分类问题，都会遇到两种情况：一是各类证之间存在重复现象，这在脏腑证、伤寒六经证和温病诸证中均可见到；二是以证统病述是以病统证的问题。若是以证统病，对证分类或许是必要的，但要妥善解决各类证的重复现象。倘若以病统证，对证进行分类便毫无意义。可见，必须明确上述问题，才能确定是否有必要回答不同类别证的数量问题。

病辖诸证的数量问题可分为中医病辖诸证和西医疾病中医分型两类间题，这是对证进行规范需要一并解决的问题，是中医临床和中西医结合的关键性问题。通常在对某病的中医分型进行综述时，少者可达10余种，多者竟达20余种，呈现出见仁见智、百家争鸣的局面。不过，从证的规范的角度，则显得杂乱无序，毫无定律，齐行其事，给人一种中医对证的认 识可以随心所欲的感觉，使人们对中医的科学性产生怀疑。 因此，必须对中西医病辖诸证进行规范，处理好病辖诸证的确定性与不确定性的关系，即一方面必须通过规范约束和指导 人们的专业行为；另一方面允许学术界广泛的学术探索。可以看到，无论中医临床各科教材，还是各类综合性病证规范， 都对中西医各病所属的证型进行了列述，这些证型三五不等， 相应比较简约。但对各项规范进行比较后就会发现，同一疾病所辖证型或称呼不同，或数量不一；从临床实际来看，一些学术界普遍认可的证型并未注录，个别不适当的证型则收录其中。这些情况皆从不同角度改变病辖诸证的数量，同时说明病辖诸证和证的数量尚缺乏统一的比较科学的标准。由此看来，在适当的条件下，重新对病辖诸证进行考察和修订是必要的，而建立科学统一的考察和修订方法则是该项规范工作不走过场的首要前提。

（三）证与病相互关系的规范

进行与病无关的证的规范是不可思议的。无论是以证统病，还是以病统证，证的规范必须明确与病的关系（包括中西医疾病）。具体说来，要明确一种证型常见于中西医哪几种疾病的哪一发展阶段；还要明确证同病异所致的症状表现方面的区别。一般说来，前者人们多半注意到了，后者则多被忽视。但前者仍存在着充实完善的问题。

另外一类证与病的关系问题则是证、病结合称谓的问题，如热哮、寒喘、脾虚带下之类。这种称谓的利弊如何？是否保留这种称谓？这种称谓的属性是什么？何种背景下使用？这 些问题不是简单地回答证、病合称问题，还要借以探索病证结合、互为补充的可行途径。故而应当成为证的规范中的一个子课题，

（四）证属症状及其数置的规范

对证属症状及其数量进行规范，是证的规范的常识性问题，各种与证有关的规范工作都是这样做的。但操作的内容和所达到的程度则大不相同。从现实的和发展的眼光考虑，证属症状及其数量的规范应包括以下几方面内容：①症状术语称谓的规范；②症状专属性的规范，即病证所辖症状中特异症状、主要症状和次要症状的规范；③症状轻重程度的规范；④在上述规范基础上的症状数量的规范。证属症状及其数量的规范是整个证的规范中最为复杂和困难的工作，是证的规范研究的核心内容。它绝不是为证一般地堆砌症状，象以往有人所做的那样。它需要建立定量半定量的规范方法，符合逻辑地数理地科学地进行规范。这是逐步过渡到建立中医病证的计量诊断标准和疗效判定标准的必由之路；是中医学这门传统的定性学科向兼顾定量学科转变的必然选择。

（五）证的诊断标准的规范

对证属症状规范后，这些症状均成为证的理论症状，而临床所见的实际症状不可能同时也没有必要全部具备理论症状，这就提出具备哪些症状方能确立证的诊断的问题。

现实的证的诊断标准的规范大体为两种方式：一是把证属理论症状交叉分为若干个症状组合，具备某一症状组合即可诊为该证。这种证的诊断标准的规范是把一组症状均放在同等重要的位置上，重视的是临诊时这些症状的有和无。二是把证属理论症状分为主要症状和次要症状，并明文规定具备主要症状和次要症状若干项才能确立证的诊断。比较而言，后者一定程度上体现了症状专属性，带有一定的定量意味，因而其科学性明显强于前者。目前，有的规范中确定了部分病种的第二种证的诊断标准。这种诊断标准要求主次症状的划分必须确切而分明，具有较强的科学性和可操作性。

在症状主次划分方面，舌、脉象的主次归属是一个饶有意味的问题。众所周知，中医临床上，舌、脉象的异常对证的诊断具有特殊的意义，所以人们通常把它作为证的诊断的主要 症状，放在重要的位置上。而中医另有“舍脉从证”一说，可知舌、脉象不是诊断的根本依据。因此，在对症状主次进行规范时，必须灵活对待舌、脉象的划分，不可千篇一律，均定为主要症状。回到证的疗效判定标准的规范上来也是如此，若舌、脉 象已列为主要症状，在疗效判定标准中也必须将其作为主要考察对象。不过，经过治疗后，舌、脉象的变化有明显的滞后性，即在其它主、次症状均发生根本性变化时，舌、脉象并不一定伴随发生相应的变化，因而许多情况下不能借以客观地反映病证的疗效。这均提示人们，在对舌、脉象的主次归属上应因病因证制宜，作出合理而科学的规范。

（六）证的纳入病例标准的规范

这项规范是中医临床研究中前瞻性研究所要求的。作出这样的规范，是中医临床研究科学性的一方面体现。

临床研究时，不可能将所有符合证的诊断的病例都作为受试对象，必须从中选择符合研究需要的证的病例，随机分组进行观察，进而使研究伊始即建筑在科学严密的基础之上。证的纳入病例标准的规范，至少包括证的轻、中、重度的认定，对兼夹病证的限制，以及利用证的症状累计分值进行诊断时最低起点值的规范等。由于证的症状含量和症状构成不同， 因而对证的纳人病例的最低起点值应作出不尽相同的规定。眼下，普遍未能作出这样的规范。而学术界自行拟定的最低起点值还缺乏比较权威地印证，因而不具有普适性。

（七）证的症状疗效判定标准的规范

证的症状疗效可因其判定标准的严格与宽松、疗效级别的合理与否等而得出全然不同的评价结果。因此，证的症状疗效判定标准的规范，可以提高中医临床试验结果的准确性和精确性，客观地反映对证治疗的结果和规律。这可通过具体例证来说明。

在认定中西医病辖诸证的疗效时，常会遇到截然不同的两种情况：一是主要症状（或特异症状）消除了，而支持证的诊断的其它症状和体征却无变化或变化不大；二是主要症状（或 特异症状）并未改善或仅有轻度改善，而其它症状却已消失或基本消失。按照卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》的规定，必须是主症和次症全部消失，才能判断为临床痊愈， 那么，第一种情况是不能判断为临床痊愈的；而主症虽轻度改善或未改善，只要其它症状全部消失，就可判断为显效或有效 （见书中消化性溃疡病等疗效判定标准），显然，第二种情况至少可以判断为有效。这种疗效判定方法的合理性和科学性有待鉴定。如果认定的病证的特异症状是绝对排它的，病辖诸证的疗效只能且必须围绕特异症状的变化情况来判断。

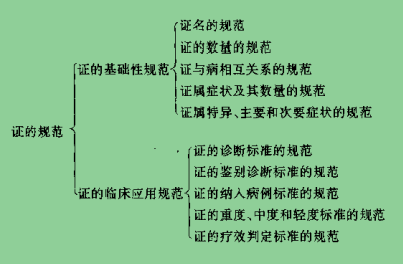
譬如，便秘和尿路结石两病之下均分列4个证型，其特异症状（体征）恰好是便秘和尿路结石。毫无疑问，这两个特异症状是绝对排它的，即舍此不能确立两病所辖诸证的诊断。 同样道理，治疗后这两个特异症状未见改变或改变轻微，即便构成证的诊断的其它症状改善或消失了，也不能确定为有效或显效，因为特异症状未除，病之尚存，证虽消除，无关大局； 反之，治疗后特异症状消除了，即便构成证的症状没有改善或略有改善，也完全有理由据以判定为治愈或临床治愈，因为特异症状消失，病则不存，病之不存，证将安附。由此可见，围绕绝对排它的持异症状的变化情况判定病辖诸证的疗效，确立了特异症状在疗效判定中的支配地位，抓住了疗效判定的主要矛盾。

对症状分为主次两类的病证，其疗效的判定则应依赖主要症状的变化情况。主要症状不是单一的，由少数几个症状构成，它们既然能左右病证的诊断，自然应当支配疗效的判定。那种侧重以次要症状的变化情况认定病证疗效的作法可谓舍本逐末，忽略了疗效判定的主要矛盾方面，因而不能客观地反映某种治疗方法对病证的真实疗效。

关于病证疗效的分级，各种规范也极不统一。国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》对所有病证不分轻重缓急、新罹久患，疗效标准皆定为治愈、好转、未愈三级。显然是不科学的。《中药新药临床研究指导原则》则或为三级， 或分四级，分为三级者多为显效、有效和无效三级；而四级通常则为临床治愈、显效、有效和无效，根据具体病证的疗效情况，最高级别的疗效还有痊愈、基本痊愈、临床痊愈、近期治愈、临床近期治愈和临床控制等说法。总体说来，这样的症状疗效分级比较科学，切合临床实际。但每个疗效级别的标准及其与上下各级别疗效标准的关系处理得不甚妥当，或界限不清，难以操作；或表述笼统，不便把握；或未紧紧抓住特异症 状和主要症状的变化情况在疗效级别规定中的主导地位。

证的症状疗效判定标准的规范，是证的规范化工作的最后一项，也是先前重视不够比较薄弱的一项。

综上所述，证的规范化研究大致依次分为7个子系统，它们之间环环相扣，体现出证的规范化研究的进层关系或递阶关系。7项规范又可笼统划分为两大类，即证的基础性规范和临床应用规范（见图示各项规范之间虽有次第，但规范时有些可同时进行。此外，证的鉴别诊断的规范也可列为证的规范的一项内容，可在证属症状及其数量的规范完成后着手进行。但这项规范完成与否井不影响其它各项规范的正常运行，因而未直接列入证的规范的程序之中。



证的规范化研究程序图

现在，证的规范化研究的程序已经明了，相互关系已经理顺，前期工作的诸多问题业已阐明，似可认为证的规范即将步入新的坦途。其实，这种认识的根据仍是不充分的。在一项 更为基础和重要的规范化工作尚未开展或明朗的情况下，证的现实规范均属于典型的学术超前行为。当把证的规范放在 中医学术体系的整体框架内考察时，就会认识到这一点。在其后的几章中，将有针对性地论及这些问题。

参考文献（未整理）

〔1〕王玢，等。论血瘀证的概念和范畤。中国医药学报，1989，4（3）

〔2〕赖世隆，等中医证候的数理统计基础及血淤证宏观辨证计鼋化初 探，中国医药学报，1988，3（6） ：427 [3J贺石林。病证诊断与疗效判咿的量化问题。中国医药学报，1991， 6

〔4]陈国林，等。通过肝阳上亢谨的辨证探讨证的研究方法，中国医药 学报，19SS，3（5）：387

[5] 陈国林，等。中医肝病证候临床辨证标准的研究。中国医药学报， 1990，5（1）46

[6] 赵金铎，等。中医证候鉴别诊断学。北京：人民卫生出版社，1937 〔7〕欧阳锜，等。中医病名诊断规范初稿。湖南省中医研究院印A987 [8]冷方南，等。中医证候辨治轨范。北京：人民卫生出版社，1989 [9〕同〔幻，第7页

[10〕梁茂新，等。对<中药新药临床研究指导原则）若干问题的商榷。中 国医药学报t1996，11（6）：4 〔11]梁茂新，等，中医症状量化的方法初探。中国医药学报，1994， 9 （3）：37 [

（梁茂新）

# 第五章 与证易混概念的辨识

由前几章的讨论分析中可以看出，证的研究如此广泛地触及到各个层面，在相关的研究成果不断推出的同时，暴露的问题也越突出，越尖锐，越普遍，严重困扰着学术界。除此以 外，一些与证易混概念常在相同学术背景下混杂出现，或互换使用，给相关研究的归纳、推理与判断带来许多罗乱，影响了同类研究之间准确畅达的学术交流，为证的解析设置了新的 障碍。

当前，常与证混淆的概念有证候、痖状、病机、病和证型等。学术界见仁见智，各执己说，自行为用，混乱之甚，莫能及之。这些概念的形成时间大不相同，形成早的又分别经历了不同的演变过程。因此，必须辩证地历史地全面剖析这些概念的初始含义、演变过程和相互关系，才能阐明概念混淆的实质，并重新予以界定和规范。

为了便于说明阿题，应当预先确定一个基本前提，即本章的探讨是在全国统编教材《中医基础理论》中确定的证概念内 涵的基础上展开的。

## 一、证与证候

客观地说，证和证候这两个概念的含义既相同，又有本质区别。从历史上看，它们借以演变的早期概念“證”和“證候” 的含义是相同的；而从现实来看，它们的含义又是截然不同的。

证与証是繁简字。証，俗与證字通用。故而辨析证与证候的关系，首先应明确“證”与“證候”的关系。在祖国医学中，最早使用證这个概念的要算《内经》，所谓病有远近，證有中外，治有轻重”（《素问•至真要大论》），即把證作为疾病的征象加以使用。东汉\*张仲景所著《伤寒论）中多次使用證字，如“阳明病外證何如？答曰：身热，汗出，不恶寒，自恶热也”；又如“伤寒中风有柴胡證，但见一證便是，不必悉具”，其中，“外證”是指显露于外的疾病征象；“柴胡證”则应理解为适合小柴胡汤治疗的疾病表现；“一證”是指若干疾病征象中的一种。可见诸證表达的含义基本上是相同的。通览《伤寒论》中其他各證，可谓皆从此义，别无它说。

證候一词在早期中医典籍中应用较少，因其为證与候的组合词，故而明确候字在中医学中的初始含义，有利于證候一词的正确理解。候的应用最早见于《内经》，所谓：“夫候之所始，道之所生，不可不通也”（《素问•五运行大论》），“三气之纪，愿问其候”（《素问•五常政大论》），句中候字为阐述五运六气所用，并不是中医学中的专用术语。可以说，较早且大量应用候字的古典医籍当属隋•巢元方的《诸病源候论》，现已公认这是一部系统论述各种疾病的病因、病候和病机的专书。由书中所述内容不难明确，无论书名抑或正文中的“候”字，均可作“疾病征象”解。这与《伤寒论》中證字的含义大体相同。《中华大字典》所释：“證，候也”为两字在早期医学文献中互换使用作出了印证。当然，證和候在早期医学文献中使用或许存在一些微细差别，如《说文解字》 称：“證，从言，告也”由此推知“證”作“疾病征象”解时，有患者或其家属告知医者的意思。而“候”则谓：“候，伺望也”是知“候”作“疾病征象”解时，有医者诊视所见的意味。另外，候有随时变化之义。笼统说来，两字在早期中医文献中的含义大同小异，可以互换使用。

将證与候组合起来使用，较早见于晋\*王叔和 《脉经•序》云：“声色證候”一语；南梁▪陶弘景在《补阙肘后百一方》自序中有“具论诸病證候”的说法；元•朱震亨《局方发挥》所言：“各方所述證候”，亦为具体应用的例证。可以看出，證与候合用后，依然保持分用时的基本含义，表示疾病征象。稍有不同的是，證候这个语词实现了患者及其家人介绍和医者诊察所见的有机统一。正是从早期医学文献中證与證候的运用的场合和所表达的基本含义中，找到了它们的共同点。

认为证与证候的含义截然不同，是基于全国统编教材对它们所下的定义而言的。所谓“证是机体疾病发展过程中某一阶段的病理概括”，表明现实的证已不是疾病的征象。具体说来，“它包括了疾病部位、原因、性质以及邪正关系，反映出疾病发展过程中某一阶段病理变化的本质”。这与早期中医典籍中所述的證的内涵有着本质的不同。与之相较，现实证的内涵已经发生了脱胎换骨的改变，證在中医学中所表示的疾病征象的初始含义已不复存在。关于现实的症候，“它是机体在疾病发展过程中的某一阶段出现的各种症状的概况”，即症候是相互关联的一组症状的组合，不是单一某个症状。与历史上的證候相较，大体都是指疾病征象而言。所不同的是现已限定为“某一阶段出现的各种症状的概括”，不象历史上比较含混，或为单一症状，或为一组相互关联的症状。总体说来，古今證（证）候的含义大体相同，没有本质区别。了解了证与通候含义的古今更替，就比较容易明确现实的证和现实证候之间的关系。从现实两者的定义中，可以确信这两个在医学史上早期含义基本相同的概念，业已异化为具有不同属性和特征的概念。证是对证候所进行的本质的病理的抽象与概括的产物；证候是体现在患者机体上的异常征象。故而可以断言，现今的证不同于现今的证候。将现实的 证与现实的证候等同起来的观点，抹煞了今证与古證的本质区别。在尚未认定现实证的内涵有误的情况下，混淆两者之间的区别是不可取的。

尚需指出，鉴于现今证的定义，现今的证候便与传统的證候产生了微小的差别，即现今的症候应当用来表征现实的证的征象，而不是所有中医病的征象。如泄泻这个病的征象有泄泻、腹痛等，泄泻和腹痛等不应称之为证候，而应以病候相称。当前，证候的应用十分宽泛，凡疾病的征象皆称证候。 按道理讲，只要允许现今证的定义存在，就应对现今病和证的临床表现采用不同的概念来称谓，或称病候，或称证候，以示区别。也可证候、病候全不用，均以症状相称。如脾气虚证的症状、体征有食少纳呆、便溏、食后腹胀、神疲懒言、体倦乏力、舌淡苔薄白、脉虚弱等。而口渴多饮、消谷易饥、尿多、消瘦等则为消渴病的症状。

## 二、证与症（状）

“症”在中医学中的使用为时较晚，大致始于明代。明代许多医学著述以“症”命名，出现明显地以“症”代“證”的倾向。 例如，明•方元勋的《症治答难》（1544年）、吴正伦的《脉症治方》（1564年）、陈彻的《杂症汇考》（1641年）、吴球的《诸症辨疑录》（1644年）、徐谦的《杂症仁端录》（1644年）等，皆属此类。下迄清代，“症”在中医学中的应用更为普遍，以“症”命名的医书为数甚多。如张遂辰的《杂症篡要》（1668年）、王凯的 《痧症全书》（1686年）、汪昂的《方症联珠》（1694年 >、陈士铎的《辨症玉函》（1687年）、冯兆张的《杂症大小合参》（1702 年）、俞天池的《痘症治验》（1727年 >、吴迈的《方症会要》（1756年）等。明清医学著作中对“症”的运用，充分说明了由明至清“症”经历了初用期到约定俗成期的基本过程。显而易见，“症”在中医学中的使用与西学东渐特别是西方医学的影响毫不相干。西方医学引入后，翻译家们选择“症”作为相应外来语的对译词，是中医学中应用“症”字大约300余年以后的事情。弄清和了解这一过程，是最终明确证与症之间关系的首要前提。

排除了外来因素的影响，“症”字的问世及其在中医学中的使用必有特定的医学方面的原因。

据《辞海》所训：“症，證俗字，病征也”；又称：“證，病證也，俗作症字。”所说的俗字，谓通俗流行之字，是别于正字而言的。此即说明，两字在中医学中可以互相借代。以清\*陈士铎《辨症玉函》为例，书名用了症字，目录中也概用此字。如阴症阳症辨、虚症实症辨、吐症、泻症、脱症、汗症、痰症、喘症、火症、厥症等。正文中也均以症相称。而上述称呼在明以前通常以阴證、阳證、脱證、汗證、喘證相称；而现今《中医内科学》则称阴证、阳证、脱证、汗证和喘证。这种一边倒的替换态势，足以说明明清医学著作中“症”替换“证”的基本状况，证明当时在医学领域里两字的含义是相同的，皆指疾病征象而言。两字的派生词證候与症候也表达着相同的含义，故《辞海》释云：“證候，谓病状也，亦作症候”。以上所述虽然没有直接回答“症”字问世及在明清医学著作中大规模使用的原因，但已提供了一个重要线索，即“症”字是作为“證”的替换字而出现在中医古文献中的，因此有理由认为，"症”字的产生及在明清医学著作中普遍使用，与"證"字有直接关系。

在古代，汉字的数量远比要表达的概念少，因此，每个汉字除表本义外，还得兼表别的意义。“證”正是这样一个字。作为一个形声字，其多种含义中以言相告、以言相谏当为其本义，其作“病證”解当是引申之意。这就决定了“證”虽在早期医学文献中广泛使用，但始终未能成为疾病方面的专用字词。在文字嬗变过程中，为了解决一字“兼职”过多的矛盾，后来往往另造新字，以承担原字的部分功能。“證”的含义有8种之多，且本义又不是指向医学方面，因此，医学发展的实际需求呼唤着“专职”表示疾病征象的字词的问世，于是，“症”字便应运而生。症从疒，正声，与“證”音声全同，取其诸多含义中的一种，仅用于医学方面，名正言顺地成为中医学中专用性强的字词。症字从疒，表示是疾病概念，音声与“證”全同，继承了原字读音，便于明确两字的先后启承关系，故而可以说，“症”字的产生和在中医学中的使用是祖国医学发展和文宇演变创生的必然，是中医学发展史上一次历史性进步。

明确了“症”字的成因和与"證”字的关系，又因証字俗与證字通用，証又简写为证，这样，就比较容易明确证与症的关系。

在中医学中，现实的“证”字通过證和証逐字相传，但现实证的含义已与以往的證字的含义大不相同，因而现实的证与明清医书中的症在表义上亦有很大区别。表面看来，明清医 著中在阴、阳、虚、实之后赘上“症”字，与当前所称的阴证、阳 证、虚证和实证差别不大，似有“症”、“证”相通的意味，其实不然。陈士铎在《辨症玉函•阴症阳症辨》中说：“大约身热而烦躁者阳症也；身热而安静喜睡者阴症也”，这里的阳症和阴症即可理解为“性质属阳（或阴）的疾病征象”。而现实的阳证和阴证则是综合分析所有疾病征象借以抽象出来的反映疾病本质的证的诊断。

至于“症”字后赘“状”字组成“症状”，此为现代用法。现今中、西医学均使用这一术语。在现今中医学中，症（状）只表示作为构成病和证的异常征象，而不能与阴、阳、虚、实、寒、热、表、里之八纲以及吐、泻、汗、喘之病名组合起来使用。这样，症（状）比明清医书中“症”的适用范围明显缩小了，含义也更加明确具体了。

当前，症（状）概念广泛用于中、西医两种学术领域。如前所述，症字的创立不是现代医学的“专利”自然症状的使用也不能归于西医学的发明。症状在两种医学体系中同时使用， 似乎存在一些麻烦，其实，所谓麻烦并不是由两种医学并用造成的，而是因证、证候和症状之间的关系混淆不清所导致的。 症状在两种医学中通用，提供了互相对话与沟通的切合点，便于发现两者之间的异同之处。因此，今后症状不仅会继续在中医学中使用，还应不断提高中医症状的相对特异性，注意与现代医学症状的对译和互补。

至此，似可作出这样的归纳，即中医学在历史上使用的證、候、症和由它们派生而来的證候、症候、病候、病證、病症、病征、病状等，以及现今使用的证候和症状，都是在一定历史时期内可以替换使用的同义词，它们之间没有本质差异。当然，如何统一这些称谓，便成为今后亟待解决的问题。

## 三、证与病机

证与病机的混淆，表现得尤为突出。这是当前中医理论体系中两个核心概念间的冲突，从全国统编教材为证和病机两个概念所下定义之初，即为冲突的暴发留下了隐患。学术界重视证与病机，甚至将其作为中医理论的精髓，人们同时认可证与病机，并在相同学术背景条件下一并使用，似乎不存在混淆和冲突之类的问题。而问题的严重性恰好表现在人们在不知不觉中同时使用这两个概念，且两个概念的混淆业已波及到其它概念时依然笃信无疑地使用。当证与病机两概念间潜在的逻辑矛盾逐渐显化为严重的概念混乱和理论危机时，学术界就不应当继续遮遮掩掩，视而不见。

病机，又称病理、病理机制和病理机转。病机之称出之《素问》，后3种称呼则是后人的发挥和理解。《中医基础理论》认为：“病机，是阐述病理变化的一般规律，主要的有正邪斗争、阴阳失调、气血失常、内生五邪、脏腑经络功能失常等”。 这种关于病机的表述是现实的约定，而古代对病机的认识，可由著名的病机十九条的分析中得出。

病机十九条出自《素问▪至真要大论》，从中可以了解远古时期病机概念的内涵。所云“诸风掉眩皆属于肝”，指出了病变的具体部位；而“诸疼项强皆属于湿”，则揭示了致病因素。 其它17条也均同此类，都从疾病的脏腑定位和病因方面阐明 了诸病的病机。可见，《素问》的病机，主要包括病位和病因等内容。

关于现实病机的基本内容，在统编教材《中医内科学》中具体反映出来。总论中分别论述了气血病机、风寒燥火病机、湿痰饮病机、六经与卫气营血病机和脏腑病机，归结起来，无外乎从所属诸证的成因、病位、病性和转归等方面进行阐述，有的病机纯系对所属证所作的详细脚注。比如，气随血脱证的病机为广大量的出血，血脱则气无以附，故气亦随之而脱 显而易见，气随血脱证则是整个病机表述最精炼的概括。血瘀证的病机侧重成因分析，包括阳虚致瘀、气滞血阻、寒凝血滞、热灼血结4个方面，如果将阳虚致瘀改称阳虚血瘀，那么 血瘀证病机的4个方面便构成了 4个典型的复合证，或称兼证。至于各论中诸病的病机分析，实际上均是围绕诸病所属各证的病机进行归纳整理的，因而诸病病机所讨论的内容与总论中各证病机毫无两致。尽管有的病机阐述比较冗长，但若取其精要，加以简化，都会归结到病因、病位、病性等基本要素上来。实际上，由病机学说吋论“邪正盛衰、阴阳失调、气血 失常、经络和脏腑功能紊乱等病机变化的一般规律”（《中医基础理论》106页）即可比较全面地推知病机的具体内容。显而易见，一旦明确了疾病邪正盛衰的情况，实际上便获取了疾病属虚、属实或虚实铕杂等信息；如果掌握了疾病阴阳失调的具体改变，就会得知阴虚、阳虚、阴阳两虚或阴虚阳亢等病变本质；倘若明确了疾病气血失常的变化，必然作出气虚、血虚、气滞、血瘀或气血两虚等判定；而了解到疾病脏腑功能紊乱的细节，自然会从脏腑的气、血、阴、阳等方面的盛衰变化得出肾阴虚、肝阳上亢、心血虚、哼气虚、脾胃虚寒等具体判断。不难看出，病机的具体内容中照样包括病因、病性和病位等基本要素。至此，即便是初通中医学的人，也会对病机包含的这些基本要素产生似曾相识的感觉。

将病机十九条所反映的病机本质与现实的病机表述相对照，可以看出，前者比较简朴，后者的内容比较充实而丰富，但总体上说来，两者之间并无本质差异。说明古今病机的内涵 相对比较稳定。

针对早期的證或證候而言，《素问》的病机应当是在审證求因和审證定位等基础上抽象而来的。针对现实的证，其与现实病机的关系如何呢？可以肯定地说，已与早期證和早期病机的关系大不相同。关键问题在于：现实证概念的内涵已经发生了根本性变化。从语言表述上，现实的证与病机所使用的语词似有区别，而本质上是非常接近的，甚至是完全相同的。正因如此，在临床上，人们“对找出的病因病机进行抽象概括时，常常漫不经心地打上证的诊断的印记，滑到证的诊断上来”。通过上述的综合分析，我们最终找到了与病机的基本要素完全相同的似曾相识者，这就是证。直截了当地说，病机与证是两个同位语。

当前，学术界对证与病机采取了双重承认的态度。究其原因，与统编教材有直接关系。一方面，《中医基础理论》为证和病机下定义时，采用了不同的语词进行表述，由于人们没有从本质上去分析两个术语之间的关系，结果认为两个术语是有差异的。而另一方面，《中医基础理论》绪论又说广相同的病机，可用基本相同的治法；不同的病机，就必须用不同的治法。所谓“证同治亦同，证异治亦异”，实质上是由于“证”的概念中包涵着病机在内的缘故”。这样，证与病机之间又建立了包涵与被包涵的关系。从逻辑学角度，两概念之间构成了从属关系，证为上位概念，病机则成为下位概念。这样一来，证与病机既相同（本质上），又有区别（表述方式上）既有联系，又互相独立出现在各种学术场合。若待两者互换使用，不会有任何不适当的感觉。然而，由于确实存在表述上的不同，于是有人借以大作文章，辨证论治和审机论治孰优孰劣的争论也此起彼伏。

现在，学术界已经陷入了两难的窘境。若对现实的证与病机继续双重承认，中医整个诊疗体系仍将纠缠在无法摆脱的逻辑混乱之中；倘若必须对证和病机作出取舍，又当如何操作呢？如果割舍证，或还证为證，伴随而来的是辨证论治必然消亡，中医学可以引为自豪的东西还有什么呢？而要割舍病机，病机理论如此悠久而实用，审机论治正是计对病机提出来的，这一切岂不是毁于一旦。可以说，眼下摆在而前的这盘残局恐怕是入们所不愿意看到的。可是，难道还会有其它选择吗？

## 四、证与证型

证型的称谓是近30余年来提出的。一方面，基于西医辨病中医辨证相结合的需要；另一方面，中医诸病在不同病程发展阶段会出现不同类型的证，对两方面的证有必要进行归纳 与规范。现实的临床雋要，使证型这一术语应运而生。

顾名思义，证型就是证的类型。无论是中医或西医的病，均可根据其不同阶段的症状表现，确定为数个不同的证。在这种情况下，习惯称之为证型。实际上，比较一般的证也存在 着类似的现象。例如，虚证之下可分出气虚证、血虚证、表虚证、里虚证、气血两虚证、阴虚证、阳虚证、阴阳两虚证、气阴两虚证和脏捬诸虚证；而肾虚证之下又可分出肾气虚证、肾阳虚证、肾精不固证、肾阴阳俱虚证等不同类型。为表述方便起见，将这些下位证称之为证型亦未尝不可。这样以来，中、西医诸病和比较一般的证均可划分为不同的证型。由于中、西医疾病在证型划分上使用的都是证的称呼，故而证和证型在含义上并无本质区别，通常也不易混淆。正是从这个意义上，证型这个概念便成为可有可无的了。说其可有，是因为用其 表示病证所辖诸证比较便利；说其可无，是因为证足以担负证型的职能。

五、证与病

病字在祖国医学中的应用，可谓既久且广。病，疾加也， 即疾甚曰病。在古代，病与疾单独为用，以示轻重有别。古医籍中，此书云病，彼书曰疾，似乎又与著述者的用字习惯有关。在古医书中，證之与病不难区别，即證乃病之候也。以往，学术界对医学发展早期病所包罗的内容论述甚少，为了探入探讨证与病的关系，有必要进行简略的归纳与分析。

在《黄帝内经》中，诸如痈疡、飧泄、耳聋、瘢疾、关格和瘰疬等病名与现今大体相同；又有足阳明病、手太阳病等称呼，这种称呼在《伤寒论》中得到充分的发挥和利用。体现疾病性质的病名则有寒厥、热病、热病、阴病和阳病等。此外，各种类型的五脏病如五脏痹、五脏心痛、五脏胀等，在《黄帝内经》中均有其病征的具体介绍。另有一类称呼，如肝气虚、肾气虚、胃中寒、胃中热、阴虚和气虚等，与当今证的表述大同小异，但因其时无现代意义上的证的说法，故而推知此类称呼统归病的范畴，为远古时期对疾病的特殊表述形式。综观《黄帝内经》，凡对临床上出现的异常征象进行概括时，无论表述形式如何，皆以病相称，许多现实意义上的证在当时没有同时也不可能明确地从病中分化出来。

《神农本草经》 中涉及病名170余种，其中大热、心腹冷痛、痕瘕、瘀血等病，按今人的认识已经具备了现实证的某些属性。在孙思邈《千金要方》中，除热痢、冷痢、痼冷和积热之类体现疾病性质的病名外，还详细列述了脏腑诸病的病状、病机和适用方剂。以肝脏病为例，论列的肝病有肝实热、肝胆俱实、肝虚寒、肝气不足、肝胆俱虚和肝劳等。其它各脏腑诸病均按肝病的类型论述，显示出脏腑病变极强的规律性。不难看出，这些病名大多可以认定为今日标准的证，而在当时却均以病称之。这一史实充分说明，当时病概念的内涵比较一般，而其外延甚广，病名尚未发生本质性分化。由此推知，现今意义上的辨证论治体系此时尚未形成。

当今中医病和证的关系已经赋予新的含义，作为临床上的一种诊断，证可以认为是一类广义的病，或曰病的一种类型。证从不同的时间断面认识疾病，对疾病作出时间断面上的诊断，因而归根结底证的诊断又从属于病的诊断。笼统说来，一种病在其不同发展阶段上可以显现出各种不同的证；多种病在各自发展转归的某一阶段上可能出现相同的证的征象，亦即某证可能出现在多种疾病各自某一发展阶段上。这样，中医诸病从纵向认识人体异常现象，证则由不同时间断面横向把握机体异常状态。这种病与证之间的关系，与历史上病、證之间的关系是大不相同的。

这里顺便指出，针对病、证之间的上述关系，学术界一直存在着一种模糊认识，好象只要证同，其它一切都可忽略不计。其实，在异病同证之间，同病同证之间，都存在着不同程度的差异。认真考察这些差异，将把我们引入更深层次的理论探讨，改变着人们的传统理念。

综上所述，由现今证概念的定义出发，与之混淆最为严重的概念是病机，其次是证候，再次是症（状）等。理顺与证易混概念间的相互关系，仅仅是提出了问题，离最终解决问题还有很长的路途要走。因为这些问题的存在不是孤立的，单摆浮搁的；也不是简单地修修补补所能解决的。

参考文献（未整理）

〔1〕印会河主编。中医基础理论。上海：上海科学技术出版社，1992，8 〔2]北京中医学院主编。中医基础学。上海：上海科学技术出版社， 1978，5

[3]梁茂新，等。中医证的研究趋势蠡测。中国医药学报，19%，11（2）：74

（刘进徐月英梁茂新）

**第六章辨证论治在中医诊疗体系中的地位及其得失**

辨证论治是通过对症状、体征或曰证候的辨析，认识疾病的本质，为治疗提供依据，进而医治疾病的一种诊疗方法；是截取疾病的各个断面，抽象出不同证的属性，借以立法处方获取疗效的手段。自辨证论治被确立为中医学的基本特色之后，它在中医学中的地位立即推为至尊，大有全面取代其它疗法之势。诊断必言辨证，治疗必称对证，已成为临床医师普遍 遵循且笃信无疑的诊疗行为。

一个时期以来，学术界似乎发现辨证论治也存在某些不足之处。例如，证的名称不尽一致；辨证标准不够统一；在有病无症的情况下，辨证论治便无能为力，等等。稍加分析即可 明确，这些问题毕竟是前进中的问题，无伤大雅。因而不会对辨证论治的实用性和科学性构成任何冲击。近年来，情况有所变化，诸如“审证求因”、“审因论治”、“审机论治”和“辨病论治”等观点再度推出，旨在与辨证论治相抗衡，参与瓜分辨证论治的诊疗阵地。这样一来，便提出一个十分尖锐的问题：在中医诊疗体系中，是由辨证论治包打天下，还是将其与其它疗法彼此共存？换言之，中医治疗体系是一元的，抑或是多元的？这个问题虽然比较尖锐，但至少辨证论治还占有一席之地。然而，当我们发现，在“异病同治”和“同证同治”的同时，大量存在着“同证异治”的现象时，问题的性质便完全不同了。这便促使我们不得不重新审视辨证论治在中医诊疗体系中的地位及其利弊得失。

## 一、审因论治与辨证论治的关系

应当说，审因论治并不是什么新发明，在统编教材中即已明确规定了这种诊治方法，实事求是地说，审因论治的应用价值及其与辨证论治的关系是很容易明确的问題。

1．审因论治可操作性考察

中医学把破坏人体相对平衡状态引起疾病的原因叫作病因。导致疾病发生的原因多种多样，主要有外因、内因和不内外因。具体来说，包括六淫、疫疠、七情、饮食、劳倦、外伤和虫兽所伤等。通常情况下，中医对疾病原因的确定，不是直接观察到具体的致病因子，而是通过分析疾病的症状、体征来推求病因，即所谓“辨证求因”和“病因辨证"，然后再据以治之。有人认为：在具体治疗时，必须遵循辨证求因、审因论治的治疗法则即强调审因论治在中医诊疔体系中的重要作用。问题的关键在于：病因明确后，能否据以确定具体的治疗方案，并获取确切的疗效。

其实，在理论上，单纯审因是不可能论治的。例如，临床上遇到发热、恶风、汗出、头痛、鼻塞流涕的患者，一般都能作出风邪为患的病因判断，而见到眩晕、震顫、四肢抽搐、颈项强直、角弓反张等症状，亦会诊断为风邪使然。病因是审定出来了，但如何去论治，是否可以采用同样的治法和方药进行治疗，这是临床医生人人知晓的常识。同是病因“风”但本质属性却完全不同，因此在具体治法上必然差异较大。按着审因论治的要求，假定对病因属风的疾病，不预先给出具体的症状体征就拿出明确的治法和处方，估计没有哪一位医师敢于如此草率行事。倘真若如此，非出差错不可。对上述两种疾病我们之所以敢于调治，不但因为确认了病因为风，同时还因为从各自所属症状中归纳抽象出了与论治有关的其它重要信 息。否则，我们针对病因将无计可施。因此，审因论治可操作性甚差，医疗风险太大，甚至根本就无法操作。很显然，按着正常的诊断程序，如果要想进行论治，必须在推知病因的基础上，进一步确定病位、病性等，方才具备了论治的基本条件。而一旦如此，就不是审因论洽了。至于其它各种病因，单纯审而治之也是不可能的。由此可见，在理论上审因之后是无法治疗的。那么人们在临床上又是如何实施审因论治的呢？

袁氏观察到这样一组症状，即高热，头晕头痛，恶寒，无汗，咽干，纳呆，胸闷，便溏，舌尖红，苔黄腻，脉浮滑数。结合病史，析其病因，判断为“夏受暑邪，冬日而发”由于暑邪为患多夹湿邪，故可推知该病因中还当夹杂湿邪。针对病因立下“解表清热，兼化里湿”法以治之⑴。显而易见，这个治法当中包含的不单纯是针对“暑湿”之病因，还包含病位（表、里）、 病性（热）、病势（表邪入里）等要素。可以想象，如果不结合后面诸要素，单纯针对病因是无法治疗的。事实说明，人们在极力强调审证求因、审因论治的同时，却不知不觉地偏离了这一原则，倒向了辨证论治这一迫。

以上例证分析表明，病因是临床确定具体治法的重要参数，但不是唯一参数。审因论治的“因”既是具体的，又是不确定的。一方面，某一病因本身具有多重属性；另一方面，病 因又代替不了病性、病位等。这就决定了病因辨证不是中医临床完整的疾病诊断，单靠病因不可能全面承担中医诊断的重任。既然如此，审因论治便成为不切实际的空话。

2．关于“审因立则”

为了明确审因的基本意义，有人提出了“审因立则”的观点。其理由是《内经》中曾多处提及的“寒者温之燥者润之”，“湿者燥之”，“热者寒之”，“结者散之' “血实宜决之”， “阴虚滋之”，“广阳虚温之”这样一些说法，即是根据病因而确立治则的。这就为审因确立了一种新的用途。根据这种认识，寒、燥、湿、热、结、血实、阴虚和阳虚则均被作为病因看待，而温之、润之、燥之、寒之、散之、决之、滋之、温之则被视为治则。这种提法似乎有一定道理，并对审因的价值进行了定位。不过，寒、燥、湿、热、结等究竟是不是病因尚有待明确。我们知道，不仅病因中有寒、热等内容，八纲中同样也有这样的称谓。因此，寒、热等术语的归属，还应通过考察进一步明确。我们认为，与之并列的血实、阴虚、阳虚等具有证的属性，借以似可认为，所谓寒者、热者之类，体现的基本上都是证的特征，即寒证、热证之属是也。因此，利用上述经文推出“审因立则”的观点，似觉证据不够充足。

为了进一步认定“审因立则”提法的合理性，有必要进一步明确中医学的治则究竟由何而立。所谓立则，即是确立用以指导治疗方法的总则。统编教材指出：治则“是在整体观念 和辨证论治精神指导下制定的”，并没有说是基于单一病因确立的。从治则的具体内容来看，主要包括抓住病变的本质，治病求本；根据邪正斗争所产生的虚实变化，扶正祛邪；按阴阳 失调的病理变化，调整阴阳；按脏腑、气血失调的病机，调整脏功能，调理气血关系等。显而易见，这些内容，恰好是辨证所要明确的基本内容，足以证明治则确定是在辨证之后确立的，换言之，单纯由病因无法确定治疗疾病的总则。因而，所谓“审因立则”的提法是站不住的。

我们认为，提出“审因立则”的观点并不奇怪，这是在中医界经常出现的一种学术现象。其实质是，人们混淆了病因和八纲中相同称谓术语之间的界限和区别，亦即通过不自觉的偷换概念建立了一种毫无价值的新观点。

3．审因论治与辨证论治的关系

审因论治的第一步是审因，那么病因是如何审得的呢？按着统编教材和学术界通行的说法是“辨证求因”。辨证求因的第一步是什么？显然是辨证。而一个完整的辨证诊断结果，必须给出病因、病位、病性及正邪力量对比的基本内容，即在辨证过程中已经同时完成了对病因的确认，那么，是否还有必要在辨证的基础上再去审因呢？如果这样去操作，便有画蛇添足之嫌。

道理十分简明，审因与审病位、审病性、审邪正关系一样， 都是辨证的重要组成部分；是在一项正确的辨证诊断结束时 从不同角度同时完成的诊断内容。在辨证的各项内容中，审 因没有独立于外的持殊地位，也无法代替审病位、审病性等辨证内容。因此，我们可以审因，但只能是与辨证同时操作；即便审明了病因，也只能交由辨证综合各种因素予以诊断，并在辨证的基础上确定治则或治法等。事实说明，审因论治无论 在理论上还是临床中都是无法操作的，因而，审因论治是一个毫无实际意义的医学术语。

## 二、审机论治与辩证论治的关系

在上一章中，我们已经明确，中医的证和病机是两个同位语，即是本质属性相同的概念。既然如此，审机论治与辨证论治的关系便昭然若揭。可是，学术界关于审机论治和辨证论治的争论如此认真与严肃，并把解决这个问题看成是促进中医学发展与创新的重中之重，足以说明术语混淆的严重性。看来，我们不得不从中医谂疗体系方面进一步揭示建筑在证和病机两术语之上的辨证论治与审机论治的关系。

审机论治作为一个诊疗术语是晚近才提出来的。它的提出，颇有中医传统诊疗方法回归的意味，因而在学术界引起了一定的共鸣。倡导审机论治者有两种表现形式：其一，提倡审 机论治，并不排斥或反对辨证论治；其二，提倡审机论洽，建议以审机论治取代辨证论治⑷。在讨论辨证论治与审机论治关系之前，需要明确审机论治在中医诊疗体系中的运用情况。

1．审机论治可操作性考察

客观地说，与审因论治不同，审机论治无论在理论与临床实践上都具有较强的可操作性。在统编教材《中医内科学》中，对每一疾病的病机均作了具体的阐述。其阐述的特点是，病因与病机一并介绍，从中把所谓病机游离出来，便于明确病机应用的情况。关于肺痿的病因病机，分为肺燥津伤和肺气虚冷两个方面；而自汗和盗汗的病因病机则分为肺气不足、营卫不和、阴虚火旺和邪热郁蒸4种类型；胸痹的病因病机亦分4种类型，即寒邪内侵、饮食不当、情志失调和年迈体弱。可以看出，肺痿、自汗和盗汗的病因病机中，已无病因的成分；而胸痹的病因病机中又倾向于病因的介绍。但具体论述中情况又有所不同，由年迈体弱中论述的肾阳虚衰、心阳不振、心气不足、肾阴虚、心阴亏虚、气滞血瘀和心脉阻滞等可知，病机是在病因之下介绍的。胃痛的病因病机，其称常见原因有寒邪客胃、饮食伤胃、肝气犯胃、脾胃虚弱几个方面。实际上，后两种体现的主要不是病因，而是教材意义上的病机。通过对以上4个病病机的考察可知，教材中的病因病机混杂不清，而所谓的病机确实可以据以立法处方，如肺痿属肺燥津伤者，可立滋阴润肺之法，取清燥救肺汤等以治之，而胸痹心脉阻滞者，可用活血化瘀之法，以血府逐瘀汤而取效；胃痛属肝气犯胃者，可用柴胡疏肝散等疏肝理气以为治。由此看来，审机论治在《中医内科学》中得到了充分的体现。

在临床，也有不少学者认为自己的诊疗方式是审机论治的。例如廖氏等即称对心律失常是审因审机论治的文中认为心律失常的病因有二，一是风心病、冠心病、心肌病、心肌炎和心衰之类的原发性病因；一是中医之病机根本。后者主要通过脏气失调、气血不和与津液不布的合而为病表现出来。在其全面列述的10种病机中，气阴不足，痰湿内伏为其一；气阴两虚，痰瘀胶结为其二。诸如此类，这些病机与证毫无二致，由此可见，所谓审机论治不过是辨证论治的翻版。

2．审机论治的实质及其与辨证论治的关系

通过上述分析，即可对中医的具体病机有一个基本的了解。说穿了，这些可以据以论治的病机，恰好又是人们通常所说的证。如果将这些病机之后赘上一个证字（如脾阳虚证、阴虚火旺证、气滞血瘀证、肝气犯胃证和脾胃虚弱证等等），则所有的病机摇身一变，可全部转化成为不同类型的证，因而对其立法处方进行治疗在绝大多数情况下是可以顺利操作的。这样一来，审机论治的真相便大白于世。成氏关于病机的定义⑷对我们认识审机论治的实质颇有启迪性。他认为：“病机是在辨别、分析、归纳所有证候的基础上对疾病本质作出的结论。它涉及中医病理的诸多方面，从横向看，它综合了病邪、病性、病位、病势等病理要素，从纵向看，它以正邪斗争为轴线，反映了疾病整个病程的病变规律”。与《中医基础理论》关于证的定义相对照，不难看出，他从横向看到的，恰好是疾病发展过程中某一确定的证，而从纵向看到的，则是该病所属若干证的集合。其实，这些证都是从疾病发展的不同阶段的本质变化中横向抽象而来的，归拢到一起，便形成了中医对某一疾病病变规律的整体认识。由此看来，审机即所谓辨证，审机论治即所谓辨证论治，两者大同小异，无本质区别。当然，病机当中确有一些不能据以论治者，如虚、实、寒、热等病机，将甚转变为虚证、实证、寒证和热证等，同样也不能据以立法处方。鉴于这种情况，提出“辨证论治这一术语从来源和内涵上都难以表达出中医诊治的基本规律和特色，应以审机定治取代之”，便无任何实际意义。在许多理论问题尚未搞清之前，没有必要进行这样的术语替换。

应当指出，辨证论治的问题确实不少，但这些问题并不是通过与审机论治的对比分析而确认的。因此，无论辨证论治的问题多么严重，都不会反衬出审机论治的高妙之处。恰恰相反，辨证论治暴露的问题越多，关于病机和审机论治的问题也就越突出。以后的讨论将进一步证实这个论断。

## 三、辨病论治与辨证论治的关系

无论今人怎样强调辨证论治在中医诊疗体系中的特殊地位和作用，辨病论治一直是中医诊疗疾病的重要方法和手段。在某种意义上说，没有辨病论治，就不会有中国传统医学。

1．辨病论治的历史回顾

在第五章中，我们讨论了病与证的概念关系。祖国医学发展的史实说明，在中医学建构初期，凡是临床上见到的异常征象，皆以病相称。当初，现实意义上的证所占比重甚小，尚 未从病中分化出来。在治疗方面，历史上多半从病论治。在历代方书和其它医籍中，我们所看到的情况几乎无一例外。实际上，历代本草学是我们准确测度祖国医学辨病论治与辨证论治继承与演变关系的晴雨表，根据历代本草学中对药物功能主治的阐述情况，即可了解中医诊疗体系嬗变的基本规律。例如，《神农本草经》中对药物的阐述主要侧重主治，如黄芪“主痈疽，久败疮，排脓止痛，大风癩疾，五痔，鼠瘘，补虚，小儿百病”，所谓“补虚”，乃虚损或虚劳之属，其所主治皆为病名。又如细辛"主咳逆，头痛，脑动，百节拘挛，风湿痹痛，死肌”， 所治对象亦为病名。极少数药物提到“补中益气”，“益气延年”，“轻身耐老”等，似乎有了功能阐述的味道，但此类内容甚少。没有也不可能见到诸如活血化瘀、滋阴养血、补肾壮阳、清热解毒之类的记载。我们知道，药物的功能和主治的介绍是针对特定的诊断形式——证或（和）病的。由本草学中药物功能主治论例的情况不难明确，《神农本草经》时代辨病论治在祖国医学发展史上占有远比其它疗法为重的主导地位。人们往往忽视或有意回避这一史实，主要是因为，承认辨病论治在中医诊疗史中的重要地位，有可能给中医学戴上经验医学的标签，而经验医学与理论医学之间有一个层次问题。所以人们不愿意看到这样的分析结论。

2．辨病论治的现实应用考察

在人们极力推崇辨证论治诊疗方法的同时，辨病论治并没有消声匿迹。表面看来，辨病论治传统的核心地位已让位于辨证论治，似已成为辨证论治的补充与陪衬，但实际上、传统的辨病论治已改换形式，在临床上继续发挥积极作用。总体说来，辨病论治是以专方治专病的形式出现，即在不考虑病所属证型的情况下，有是病，用是方，以获取满意疗效。这里所说的病，多半不再是中医的病，而是现代医学的病。通常是设置一个治疗某一专病的基本方，或原方不变，只针对病情随症加减治疗。例如，刘氏⑹自拟萎炎散治疗慢性萎缩性胃炎，只要符合慢性萎缩性胃炎的西医诊断（包括症状、体征和胃镜 病理等检查），不分证型，全部投以萎炎散，连服3个月，总有效率达89.3%。张氏治疗癩痫，仅据典型癩痫发作史、近期发作较频和脑电图检查显示相应的异常改变，即一并投用李东垣的半夏天麻白术汤，固定药味，停用西药，服1个疗程（4个月）后，总有效率迖85.37%，相应检测指标也得到明显改善。此类案例多有报道，足以说明辨病论治在中医诊疗体系中依然大派用场。此外，关于单方、验方治疗专病，虽然有关报道所占版面较小，大多放在补白的位置上，但其作用不应忽视。

值得一提的是，事实上还存在着另外一种类型的辨病论治，即在症状、体征尚未显现出来的情况下，计对现代医学检查中客观指标的变化予以治疗，这也是一种临床常用的诊疗方法。由于对西医疾病不经辨证便采用中医药治疗，故而属于辨病论治的特殊形式。在临床上常常会遇到这样的情况，有时仅靠望闻问切四诊来获取临床资料比较困难；某些疾病可被现代医学的理化方法检测出来，但临床上却无任何症状，或者说症状很轻微，轻微到人们可以忽略的程度。如一些恶性肿瘤的早期、乙肝病毒的携带者、糖尿病早期、动脉早期硬化、中风前期、镜下血尿和蛋白尿等，这时如果依赖中医的辨证论治，就会陷入无症和无证可辨的尴尬境地。另有一些病例，经中医辨证论治后症状体征消失，认为已经治愈，但经西医检查显示，并未真正治愈，有的甚至贻误了治疗的时机。在这些情况下，明确了西医疾病诊断，在不考虑证型问题，根据临床经验或中药药理学研究成果选药组方治疗后，往往能收到意想不到的治疗效果。

例如崔氏等用血脂灵（药物组成为首乌、泽泻、决明子、山楂）进行了降脂及抗氧化作用的研究，发现本方有很好地调节血脂异常的作用，能够抗氧化，从而明显地抑制动脉粥样硬化的形成，直接起到降血脂和过氧化物及防治冠心病的作用，为临床辨病用药提供了依据。还有邱志济自拟蝉蛾木贼散（方由蝉蛾、木贼、僵蚕、扁豆花组成）治疗小儿乙肝表抗阳性 之携带者，一经化验确诊，即可用本方散剂冲服，疗效满意。以上都是目前临床上辨病用药取效的例证。

3．辨病论治与辨证论治的对峙与互补

从现实的规模和声势上来看，似乎辨病论治和辨证论治相差悬殊。其实，除了病证结合的诊疗方法之外，传统意义上的辨病论治和辨证论治在今日所占比重均较小。中医的辨病论治可以在不考虑辨证的情况下进行操作，而中医的辨证论治总是或轻或重地依赖于中医病的诊断，即在中医病的诊断的基础上辨证论治。另外，辨病论治和辨证论治的如何认定，也关系到两者之间所占份量的对比分析。秋氏认为：专方论治法（即辨病论治）不但不是对辨证论治的否定 ，反而是对辨证论治法的一种补充，是对一部分特殊的疾病——辨证分型概率集中于一型的，呈正态性分布的疾病采取的一种针对性很强的治疗方法。这样一来，辨病论治即成为辨证论治的特殊表现形式。辨病论治与辨证论治之间不但没有矛盾，反而有着非常密切的转换关系。既然如此，辨证论治亦可用辨病论治的经验约定方式来表达。因为我们总是针对处干某一发展阶段的疾病进行治疗，古人的辨病治疗经验就是这样形成的。这种病如果不是现行《中医内科学》中规定的诸如咳嗽、呕吐和泄泻之类涵盖面非常宽泛的病，而是将其分解为特征性较强的具体的病，那么辨证论治均可转换为以对病治疗为特点的诊疗方式上来。我们知道，古代医家在治疗伤寒、热病和时气等病时，是按时间变化拟定处方的，伤寒一日与二曰的处方不同；热病五日与六日的处方也不同。疾病一日之差会有微小变化（慢性病也是如此），古人不是对微小变化确立具体的证型（实际上也是不可能的），而是针对疾病的症状调整处方，把治疗的对象看成是一个具有约定症状表现的病。这就是说，现今所说的证和辨证治疗实质上就是古人辨病治疗的经验转换，或曰理论抽象。当然，这个转换和抽象是否完全保留了辨病论治的精华，还有待逐一去验证。把辨证论治看成是非常神秘的，与辨病论治格格不入的诊疗方法是没有道理的。正是在这个意义上，辨证论治是以辨病论治为母体演化派生而来的，并且不管辨证论治未来如何发展，都无法改变这一基本事实。

应当指出，关于辨病论治与辨证论治关系的探讨非常之少，在学术界经常出现排斥一方、抬高另一方的作法。我们认为，应当注意研究两种诊疗方式在不同历史条件下的存在形式；注意研究两者之间的融合、分离与相互转换的特点与规律。同时不应鄙视西医辨病中医治疗诊疗方式的考察，这将有助于全方位考察辨病论治与辨证论治的关系。显然，在这些方面学术界尚有许多工作要做。

## 四、抓主症治疗与辨证论治的关系

最近，有人提出了抓主症方法的问题[11]，这是一个非常有意义的学术问题。但是抓主症的具体情况怎样？它在中医病、证诊疗中的意义如何？以及抓主症论治对辨病论治和辨证论治的关系如何，都是应当明确的问题。

临床上，每一个病、证都是由若干个相互关联的症状构成的。这些症状对病、证诊断的贡献率是不同的。因此，每个病、证的诊断和治疗，必须抓住主要症状，这是获取疗效的基 本前提。这样，抓主症治疗归根结底还是辨病论治和辨证论治的问题。是如何把辨病论治和辨证论治落到实处的问题。

一般说来，主症少者1个（又称特异症状），多者数个不等。中医病的主症通常较少，特异性较强；证的主症较多，持异性较差。病的主症多半是病名所表达的症状（如咳嗽一病 的主症是咳嗽），这个症状不携带任何证的信息；证的主症均携带证的信息，如潮热、颧红、短气、乏力、喜暖喜按、精神萎靡、自汗、盗汗、腰膝酸软等均不同程度地携带不同的证信息。 当然，中医病的分证诊治，其主症应当来自病的主症与证的主症两个方面。可以说，病、证、主症的认定，既是如何规范的问题，又是诊疗经验和水平的问题。

目前，抓主症治疗在中医临床上也占有重要的地位，这种诊疗方法主要不是针对证的主症，而是针对病的主症。这些主症在疾病转归向愈方面起决定性作用，通常被学术界称为 “急症”如高热、喘促、出血、抽搐、厥脱等。对这些急症识而治之，实在是中医药的特点之一。例如，张氏自拟温阳抗寒合剂方由附子、黄芩、桃仁、炙麻黄、细辛、虎耳萆、蜈蚣、全蝎组成）治疗以咳嗽为主症的顽固性咳嗽。一个月后，综合了有关免疫指标及肺功能，总有效率70.6%， 认为使用本方效果理想。还有涂氏用青白汤（药由青黛、海蛤粉、黄芩等、桑白皮、白及、款冬花、杏仁、百部等组成）治疗由支气管扩张、肺结核、急慢性支气管炎、肺癌、肺炎等病引起的呼吸道急症咯血，投药之时不考虑证型，一律投以此方（100〜200ml/日），止血时间4.45 土 3.85天，总有效率97.1 %，显著优于西药对照组。尤其值得一提的是，作者投药时并未顾及每个病人证的属性，但治疗后将止血与证型的关系作了统计学上的处理，结果发现两者间无显著性差异，说明抓主症论治完全可以作为中医的常用疗法之一浊立存在，而且在一定范围内可行。

此外，在有些情况下，抓主症论治未针对特定的病、证，类同于纯粹的对症治疗，即所谓头痛医头，脚痛医脚。这种情况不仅在现代医学中存在，在中医学中也不乏所见，如药到症除，针到症除等，不一定讲清什么道理，改善和消除了临时产生的症状就算达到了洽疗目的。

## 五、辨病与辨证相结合论治的类型和地位问题

当前，辨病与辨证相结合论治的诊疗方法在中医界得到广泛的推广应用，业已成为中医诊疗方法的主流。这是一种普遍认可的方法，同时又是争议最大、分歧最大的方法。人们从各自不同的角度认识、理解乃至运用这种方法，因而形成了见仁见智的学术氛围。

辨病与辨证相结合论治的表现形式有两种。一是中医辨病与辨证相结合论治，二是西医辨病与辨证相结合论治。两种病、证结合诊疗方法均在临床上发挥了不可低估的重要作用。

1．中医辨病与辨证相结合论治的方式和利弊

中医病、证结合论治属于传统的诊疗方式，一般认为，这是保持中医学术特色的重要途径。这种诊疗方法要求按着中医的病划分为符合临床实际的若干个证，在这一基础上立法处方，获取疗效。所用之方可以是传统方，也可以是自拟方，这一诊疗方式在中医临床各科统编教材和行业标准《中医病证诊断疗效标准》中得到了全面贯彻落实。该法不依赖现代医学，独立自主地按着中医理法方药处理临床上遇到的实际问题，可谓保持了中医学术的特色。不过，由于中医的一个病多半涉及多种现代医学疾病，故而中医病的分型通常较多，临床把握难度较大，必须在较长的临床实践中不断总结经验，才能比较熟练地掌握运用。由于不依赖现代医学的客观检测指标，误诊和误治的情况有可能发生，诊疗的判定有时不够确切。其实，丝毫不沾现代医疗边的情况已比较少见，纯之又纯的中医病、证结合论治方式并不多见，并将随着业医者知识层次和结构的改变而越来越少。这种趋势发展下去，就会逐步改变传统的病、证结合论治方式，丧失中医的特色，故而人们对此表示某种忧虑是不奇怪的。

围绕传统的病、证结合论治方式，还存在着以病统证和以证统病的问题。为了保持中医学术的特色，人们希望以证统病在临床上得到更多重视和应用。这样做即把中医的证放在统领的位置上，可以保持自主发展的势头。以证统病通常表现为使用一个与特定证型相对应的传统名方治疗多种疾病。从理论上讲，必须在这个传统名方药味和剂量配比两不变的情况下应治多种疾病，才能切实体现以证统病、辨证论治的诊疗思想。然而事实上这种情况十分罕见，多半对该方剂加减化裁后应治多种疾病，其适应证型与原方对应证型是否相一致便不得而知。因此，以证统病能否不折不扣地得以落实，仍是一个未知数。

2．西医辨病与辨证相结合论治的方式和利弊

随着中西医结合研究工作的不断深入，人们执着地探索着两种医学不同的结合方式。可以说，西医辨病与中医辨证相结合论治较之西医辨病中医用药治疗更为深刻，更富有成效。通常认为，这是较高层次的中西医结合，借助这种方式，可实现两种医学的实质性对话、沟通与交汇。这种诊疗方式是在对疾病作出确切的现代医学诊断后，按照中医辨证论治的原则确定为符合临床实际的某个证型，在此基础上遣药组方，处方可以是传统方，也可以是自拟方。该方的特点是：既针对中医的证，又针对西医的病，具体一点说，是针对西医特异或比较特异的理化检测指标，以求从病、证两个方面获取确切的疗效。这种方法面临的最大困难是，尚缺乏全面系统地比较规范的西医辨病与中医辨证相结合论治的专书。我们注意到，在西医辨病中医辨证相结合的诊断规范方面学术界已做了不少工作，在卫生部颁发的《中药新药临床研究指导原则》 中对慢性支气管炎、流行性出血热、高血压病、病毒性心肌炎、原发性肝癌等数十个西医疾病的辨证分型进行了规范，但里面仍存在着许多实际问题，如所属证型的数量和具体证型的确定、证的称呼、证的层次、证与所属痺状的吻合、中西医症状并存等问题，都有待进一步统一和规范。

西医辨病与中医辨证相结合的论治方法同样存在着以病统证和以证统病的问题。当然这里的病均是西医的病。证本质研究即所谓以证统病的结合方式，其中的问题前已述及。

应当承认，西医辨病与中医辨证相结合的论治方法完全打破了中医学传统的继承和发展方式，但是迄今为止，这种方法并没有建立起全面系统的知识结构，形成可与中医学或西医学相媲美的学术思想体系。因而这种方法同样处在举步艰难的墙地。

综上所述，辨病与辨证相结合论治的诊疗方法确实在中医临床上占有举足轻重的地位。各种类型的辨病与辨证相结合的论治方法将在互相比较、互相切磋中井存。不过，不同类型论治方式的分歧与论争只是显露于外的表面现象，我们必须承认还没有真正牵住牛鼻子。

## 六、辨证论治在中医诊疗体系中的地位及其得失

既然把辨证论治作为中医药学的基本特色，实际等于已经确立了辨证论治在中医诊疗体系中勿庸置疑的权威地位。 这种权威地位不应当是树起来的，而应是在中医临床诊疗实践中自然而然形成的。它应具备这样几个特点：①普适性。 即对各种疾病和疾病各个阶段（不包括不可缓解和不可逆状态）都可采用辨证论治的方法进行治疗。②可重复性。即辨证论治的经验事实可在其它场合得以再现，获取相同的治疗效果。③排它性。辨证论治可在不依赖其它诊疗方法的情况下独自承担临床诊疗工作。④优越性。辨证论治的治疗效果普遍优于其它诊疗方法的治疗效果。这样要求似乎比较苛刻，但学术界不会对辨证论治的权威性降格以求。

**（一）辨证论治的现状与表现形式**

要想对辨证论治在中医诊疗体系中的地位作出比较客观的评估。首先应当对辨证论治在现阶段的表现形式有一个基本了解。对此，不应当只看统编教材中如何列述，而应看临床上是如何操作的。这里，有一个对临床辨证论治如何划类的问题。划类不清，辨证论治的诊疗地位便难以搞清。然而实际上，我们常常为此类问题所困扰。

1．某病用某方诊疗方式的划类问题

经常见到对某一现代医学的疾病采用一方治疗的报道。对这种情况如何划分其诊疗属性呢？这似乎是一个十分简明的问题。我们完全有理由根据未对某病进行辨证却使用某方而将这种疗法认定为辨病论治。可是人们又可根据所用处方的药物功能，推出该方的总体功能，并由这一功能推知某病的证的属性。如果这个处方是个传统方、如四君子汤或四物汤之类，就可理直气壮地认定该病为气虚证或血虚证。那么，这种情况如何划类为宜呢？

属于某病用某方，又可分为多种类型。临床上大致可以见到5种类型：①某病固定用某方（传统方或自拟方）；②某病随症加威用某方；③某病随证加减用某方；④某病随证和症状加减用某方；⑤某病随客观指标变化情况加减用某方。即便某病用某方的诊疗属性确定了，我们还必须对可能出现的5 种诊治类型作出类别的判定。

2．某病用某法诊疗方式的划类问题

这种情况临床也比较常见。如用益气活血法治疗冠心病，因为没有对纳入的冠心病进行证的限定，一概用益气活血法治疗，即可认为是辨病治疗。当然，若认为法基于理，有何证便立何法，又可认为是辨证论治的一种类型。这种类型的诊疗方式尚可分为4种情况，即：①针对某法固定药物用某方；②针对某法适当变更药物用某方；③以某法为主固定药物用某方；④以某法为主适当变更药物用某方。在某病用某法的诊疗属性确定后，还应进一步对这4种情况予以明鉴。

3．多病用某方诊疗方式的划类冋题

这种诊疗方式亦不少见。如用四味香薷饮（由香薷、厚朴、扁豆、黄连组成）治疗乙型脑炎、脑脊髓膜炎、肠伤寒、急性 扁桃体炎、腹部手术愈合后、原因不明引起的高热即是多种疾病用一方治疗的典型例证。可以依据“异病同治”或“证同治亦同”的原则规定，而把这种诊疗方式认定为标准的辨证论治，并且四味香薷饮原本主治外感暑热，皮肤蒸热，头痛而重，自汗肢倦，或烦躁口渴、或呕吐泄泻，由此即可对诸病高热者统一划定为某一证型。不过，诊疗之初并未确定具体证型，主要针对各病高热这一主要症状表现选方用药，将其划为辨病论治一类似乎也无可厚非。当然，这种类型的诊疗方式又可细分为多病固定用某方和多病因病因症加减用某方。这两种情况又当作何而论呢？

4．某病分阶段用诸方的诊疗方式的划类问题

这种诊疗方法临床上也常见使用。人们通常把病分为急性期、慢性期或早期、中期、晚期等，针对各期拟定具体处方。 如果治疗前不对各期作出证的诊断，可以认为这种诊疗方法属辨病程阶段治疗法，即辨病治疗法的一种类型。可是，若认为疾病发展过程的某一期等同于某一特定的证型，尚可将这种诊疗方法认定为辨证分型诊疗法。各期所用方剂可以是固 定的，也可以是加减化裁不固定的；可以是传统方，也可以是自拟经验方。

5．某病用两方的划类问题

这种诊疗方法在特定的病种中常常在同一病患身上使用，其表现形式也是多种多样的。例如，让患者早晨服用补中益气丸，晚上服用金匮肾气丸，这种治疗方法并非罕见。这两方均为传统名方，主治之证十分明确。同一患者一天之内使用这样两张方子，按着方与证对或以药测证的说法，即等于同时按两证治疗一病。这种情况如何划类，恐怕是非常觫手的问题。对哮喘患者在缓解期用某方，发作期用另一方，又当划归哪种类型呢？此外，述有两种给药途径同日使用的情况，如慢性溃疡性结肠炎常常是口眼与灌肠同时给药，有人采用以补中益气汤口服、半夏泻心汤灌肠联合给药的方式予以治疗，取得了满意的疗效对这种诊疗方式又当作何解释？若说是辨证治疗，究竟是辨何证治疗？尚有内服与外敷合用者，亦同此类。某病同时用两方治疔，不管事先是否考虑辨证或辨病治疗问题，都无法划归属性明确的诊疗方式，特别是一天当中用两方治疗，在临床疗效上说得通，但在理论上是难以解释清楚的。

6．某病分型证治诊疗方式的划类问题

这种类型的诊疔方式常在一项前瞻性临床研究中使用，一般都会认为这是集团性辨证论治经常采用的方式。这里的病通常都是经现代医学诊断清楚的一种病。尽管有人认为这种西医辨病、中医辨证的诊疗方式是中医从属于西医，但其应用越来越广泛。中医临床研究和中药新药临床药理研究通常采用此法。在这种情况下所用对证诸方多予固定，当然，回顾性临床报道中也有不固定的。然其诊疗属性单纯划归辨 证论治恐怕不够妥当。至少可以认定为病、证结合的诊疗方式。

7．某证用某方诊疗方式的划类问题、

这种情况当属于地道的辨证论治。不过，人们总是在了解各自病的属性后，才统一进行证的判断的，当证一致时，再统一立法处方。这种诊疗方法与多病用一方的诊疗方式好像有近似之处，但实际上是有区别的。关键之处在于，这种方法针对多病中某一特定的证进行诊疗，而多病用某方多半不考虑多病证属性的异同。这种方法又派生出诸法，如某证固定用某方；某证随证加咸用某方。最后一种方法好像不可思议，但临床报道却时有散见。

综上所述，辨证论治的临床表现形式十分复杂，不少是用常规理论解释不了的。

**（二）辨证论治特色地位的基本估计**

实事求是地说，从普适性、可重复性、排它性和优越性4 个方面定量考察辨证论治在中医诊疗体系当中的特色地位，确实是比较困难的。即便是定性地作出回答也并非易事。由 于在辨病论治和辨证论治划类上存在着双重解释和理解，因此，很难得出毫无争议的统计结论。然而，正是在这个意义上，又可以十分肯定地说，辨证论治的特色地位实际上是不显著的。

由于客观上存在着7种各具特点的诊疗方法，并且这些疗法均在病、证结合诊断的基础上进行，因而在中医诊疗体系中，辨证论治充其量应与辨病论治平分秋色。甚至可以说，离开辨病与辨病论治，辨证与辨证论治将无所作为。此外，饶有意昧的是，通过分析可以发现，在7种诊疗关系中存在着一个十分有趣的现象，即病可以用证的特征性译词来称谓，证可以 用病的相应阶段来表述，病、证之间以症状和所用方药之功能为中介，可以相互转换，病没有非常严格的界限。

尚需指出，在7种治疗方法中，确实存在着用中医理论无法解释的现象和问题，进而对辨证论治形成一定的否证和冲击。对此，不可等闲视之。

总之，确如姜春华先生所说：辨证论治“有时行之有效，有时一般有效，有时完全无效。对于行之有效的，我们要追求它的道理，（对疗效）一般的也要探讨，至于无效的，我们也要搞清楚为什么无效。”〔16〕我们必须以客观的科学的态度对待辨证论治，不应当随意拔高而自行放弃对它的理性质疑和科学探索。

（三）辨证论治的利弊得失

“异病同治”和“证同治亦同”，是对中医辨证论治两种不同的表述方式。“证同治亦同”是对“异病同治”的注释与说明。

在临床上，每一个中医师都确信自己是按着辨证论治的原则诊治疾病的；在中医公开出版物中，大量报道的是辨证论治的文章；在临床研究和中药新药开发研究中，人们总是计对 确定的证型进行前瞻性研究口这一切表明，辨证论治如此深刻地影响到中医临床和科研的各个层面，它的诊疗地位是不会被轻易动摇的，即使出现上一节中提到的某些问题，似乎也不会影响它在临床上的运用。既然如此，辨证论治何弊之有? 何失可荐？下面我们就来具体分析说明一个非常要害的问题，即客观上大量存在着的“证同治不同”的情况。为了简捷扼要地说明问题，特列表1加以分析。

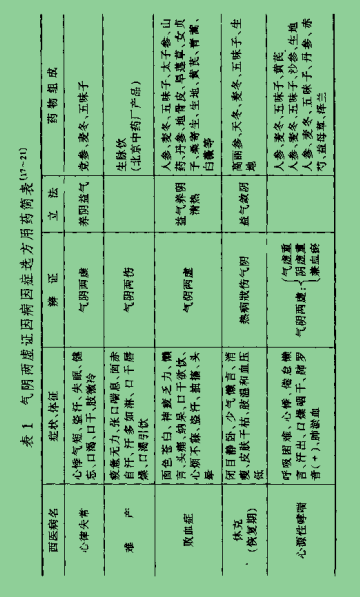


表1初步列举了 5种西医病症，中医辨证均为气阴两虚（伤）证，该证的代表方剂是生脉散，由人参、麦冬、五味子组成。本方出自李东垣《内外伤辨惑论》，专为热伤元气、阴津亏耗之证而设，功专益气生津、复脉固脱。临床上如果具备了头晕目眩、少气懒言、乏力自汗、口燥咽干、皮肤干燥、便秘、小便短少等症状，即可取用。

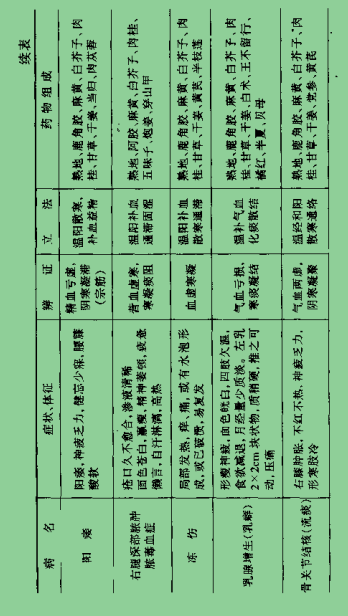
其中，慢性心律失常和难产两病单用生脉散原方治疗，只是心律失常药中以党参易人参，药力稍有差别。两病一为妇产科疾病，一为内科疾病，可谓相去甚远，取生脉散而获效，体 现了“异病同治”和“证同治亦同"的原则。

败血症的辨证亦为气阴两虚，然治法兼用清热，选用药物则离散更大。不知其证从何辨？法因何立？药从何出？这样一来，客观上出现了“证同而治不同”的情况。而休克和心源性哮喘的证治亦大同小异，都属于证同治异的诊疗类型。人们不愿意看到的情况非常现实地摆在我们面前。

分析这一状况的成因，无怪乎有这样4个方面：①证同病异而治不同。虽然5个病均诊为气阴两虚证，但所属西医疾病不同，相互间必然存在差异，因而同用一法一方难以取效， 所以用药必有不同，或用生脉散原方，或生脉散加味以治之。②证同症异而治不同。5个病所见有参差，相差较大， 虽然均可据以诊为气阴两虚证，但治疗时不可能只对证而不对症，因此用药必有不同。③证虽相同，但相关病、症均不相同，证从属于病，症从属于病、证，治疗时不可能单对证，而不考虑病和症状的问题，因此，用药也必有区别。④同证有庆、中、重之别，故而治不相同。如大病初愈、慢性消耗性疾病、素体虚弱和癌肿晚期的患者，均可见到气血两虚证的改变，但是同为气血两虚证，因其愈后转归截然不同，我们只能承认这些气血两虚证是本质上不同的，是有轻、中、重的区别的，因此治法必然各不相同。这4种情况均说明，证同治亦同并不是普遍的诊疗现象，必须允许在证同而病、症不同的情况下采用不同的方法来治疗，才是客观的、科学的，对患者负责任的。于是，与证同治亦同并存的还有证同而治不同的诊疗现象。

尽管如此，为了维护辨证论治的权威性，针对出现的此类情况，可否赋予辨证论治新的含义呢？①辨证论治即所谓辨证立法。如果辨证论治的“治”是指治法，即通过辨证确立具 体治疗方法，这样，所举的例证大体均属此类，没有离开辨证立法的范围，尚可归为辨证论治的一类。不过学术界能够允许这样曲解辨证论治吗？ ②辨证论治是指证同法同，所用基 本方相同。的确，上述5个病之中均使用了基本方生脉散原方，属于所用基本方相同的一类。然而，原方仅有3药，加味少者三五种，多者十余种，新组成的方剂的治疗重心必然发生不同程度甚至本质性偏移。我们知道，中医的辨证论治非常精细，药味虽同，剂量配比有变，适应的证型也大不相同，如著名的小承气汤变动剂量后又称厚朴三物汤和厚朴大黄汤，所治方证已发生质变。何况在生脉散基础上加入数倍的药味呢？因此，把辨证论洽理解为证同法同所用基本方相同也是不可取的。由此看来，临时的理论调整已经于事无补。为了说明问题的严重性，不妨再举一例（见表2）。





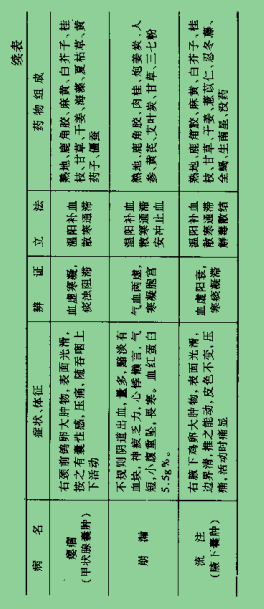


表2中的情况看来更为复杂，但其本质问题与表1没有区别，故勿需再议。类似的情况在业已报道的专业文献中普遍存在，因而也不必赘举。面对现实，我们不得不承认，辨证论治的权威性和特色地位正遭受“证同治不同”诊疗现象的无情冲击。这种冲击不是来自学术体系的外部，而是潜在于学术体系内部不易被人察觉的客观现象。现在，可以直言不讳地说，关于中医的证、辨证和辨证论治的问题已不是修修补补所能解决的。而要解决这些间题，不能依靠任何外部的力量，只能在中医理论体系内部寻找自我完善、自我更新的方法与途径。

参考文献（未整理）

[1〕安效先。小儿肺炎从瘀沦治。中国医药学报，1996，11（4） 237 [2〕袁晓宁■急性发热证治。北京中医，1986， （2） ： 57

（3） 蔡定芳。略论（内经>审因立则学说及其影响。上海中医药杂志， 1994，（10/11）：5/4

（4] 成華智，等。病机学是中医学理论体系的核心。中国医药学报， I994f9（5）：261

〔5〕廖子君，等。试论心律失常的因机证治。辽宁中医杂志，1994f 21 （11〕：487

[6〕刘道清+萎炎散治疗慢性萎缩性胃炎56例。中医杂忐，19%， 37

（7）：418

17）张永洛，等。半夏天麻白术汤治疗癲痫的疗效观察。中国医药学报， 1995，10（3）：150

[8〕崔国方，等。血脂灵降脂及抗氧化作用的研究。中国中西医结合杂 志，1993，13（5）：281 〔9〕邱志济。自拟蝉蛾木贼散治疗小儿乙肝表抗携带症。上海中医药杂 ^，1994，（8）^19

a。）耿为亮t试论概率计算法在选择论治方法中的运用。中国医药学 报，1989，4（1）：55 一 〔11〕傅延龄。抓主症方法的认识与运用。中国医药学报，1993，$ （4）：235

U2]张惠勇，等。自拟温阳抗寒合剂治疗顽固性咳嗽17例。上海中医药 杂志，1995， （9）： 20 〔13〕涂晋文，等。胃白汤治疗急症咯血240例临床研究。湖北中医杂志， 1996，18（4）：28

〔14〕杨香锦，等。四味香薷饮治疗高热286例。湖南中医杂志，1997，13 （2）：25

〔15〕应乔麟，等。半夏泻心扬保留灌肠治抒慢性结肠炎29例。四川中 医。1997t15（4）^29 [16]姜春华，我是怎样走中西医结合之道的。中西医结合杂志，1986， （柃）：6

〔17]周约伯。生脉散治疗心律失常36例的临床观察。天津医药，1983。

⑴：43

[18〕高伯正，等。生脉饮用于催产初步探讨。中成药研究t 1988， （9）：37

〔19〕丘和明，等，中西医结合治疗败血症30例临床分析。新中医，1984，

[20〕房定亚。运用生脉散治疗休克等病证体会。辽宁中医杂志，1982， （7）：34

[21]赵忠印，等'生脉镦治疗心源性哮喘16例疗效观察+中医杂志， 1988，29（12）：^02 [22〕称会文。阳和汤治验举隅，北京中医。1985， （4）： 20

（23] 卓家和■阳和汤治验举隅。福建中医药，1986， （2）：59

[24） 崔静。阳期汤临床应用举隅。湖北中医杂志，1卯7，（2） ：39

〔25〕彭世桥，等。阳和汤临床新用举隅，黑龙江中医药，1992， ⑴：25

（26）范中明。阳和汤用验隅得。中医杂志，1983，24（11）8：21 —166 "

（27〕王际和。阳和汤治I、IT度局部冻伤30例观察•新印医，1989，

⑶：42

〔28〕刘尚清，等，阳和饧治案三则。江苏中医，1990， 00：17 〔29〕刘志军。阳和汤临床应用举隅+河北中医，19如，12（2）：13

（刘进）

# 第七章 证研究的突破口

登山队员要征服一座山峰，首先要选定登山的路线，尽管这条路线上也会有一些险恶的环境和地段，但相对于其它路线却是有望登上巅顶的最佳选择。如果目标是攻克一座城堡，预先应当确定破城而入的主攻点，由此进攻伤亡最小，获胜的把握最大与此道理相同，学术界把发展和创新中医药学作为一个时期的奋斗目标，其主攻方向和突破口选在哪里，直接关系到人力、物力和财力的投放，关系到实现目标的早晚，从根本上说来，关系到最终目标能否实现。因此，科学地选择好研究的突破口是非常重要的。

不过，即便是一项目的性很强的工作任务，其最初选定的主攻方向和突破口确实是深思熟虑的，也不能保证一成不变地贯彻执行到底。因为任何事物都处在相互作用和影响的关系之中，这些关系都是不断运动变化的，其运动轨迹的必然性、或然性和模糊性交织在一起，不同程度地干预事物的发展过程。况且，我们的认识不可能毫无偏差地预见事物的未来发展结果。这就决定了最初选定的解决问题的主攻方向和突破口，应根据事物发展变化过程中出现的新情况和新问题做出适当的调整，以便客观地把握事物发展的未来。

## 一、对前期选定突破口的回顾

40余年来，中医药学的发展实际经历了最初选定了突破口，随后又根据情况予以调整，继而全面铺开的基本过程。概括说来，对辨证论治的研究一直是贯穿40余年来中医药学继 承与发展过程的主要突破口，围绕辨证论治这个核心，又派生出具体的突破口。50年代末期，这个突破口选定在证本质研究方面，并以肾本质的研究为先导。在20余年的时间里，肾本质研究从临床研究、临床基础研究和实验研究3个方而不断拓宽和深化，把肾阴虚和肾阳虚分解开来讨论，在中医肾的研究范围内，发现了肾虚诸证比较特异的诊断指标。人们若 明若暗地看到了揭示证本质奥秘的曙光，同时印证了把肾本质研究作为证本质研究的突破口的可行性和科学性。以此为契机，学术界顺理成章地进一步扩大战果，相继开展了脾本质、心本质和肝本质的研究，以及与之相策应的阴、阳、寒、热、虚、实本质和血瘀本质的研究等，学术界满怀信心地憧憬着证本质研究的未来。

证本质研究的全面受挫，大致是在80年代末期，与证本质研究的不断拓宽和深入是密不可分的。换言之，当证本质研究的积累接近达到饱和程度时，它的要害问题才能比较系统地暴霜或揭示出来。1989年和1992年先后发表的关于证本质研究现状的分析文章，指出了证本质研究的困扰和问题，在批评式分析证本质研究现状方面，起到了抛砖引玉的作用。此间，学术界的反思是深沉的、负责任的、理性的。证本质研究全面受挫的共识正是在这一背景下统一起来的。随后，如火如荼的证本质研究突然冷却下来，宛如经历了一次强劲的西伯利亚寒流的侵袭。虽然在权威的招标指南中依然把证本质研究放在重要位置上，但是学术畀再也未能真正振作起来，学术界随即沉寂了。冷静下来的思考是理智的。于是，人们对最初选定证本质研究为辨证论治乃至中医学发展的突破口发生了疑问，要求重新选择突破口已成为比较普遍的呼声。

实事求是地说，中医界始终未能找到统一操作的突破口， 常常是几个突破口同时出击。在整体上，80年代初期另外选择了3个颇具影响的突破口，一是中医古籍整理研究；二是中医病、证、症状的规范化研究；三是利用现代科学的成果系统论、控制论和信息论以及耗散结构理论等研究和阐释中医药学的尝试。客观地分析这3个突破口的来龙去脉与兴替，对 那些矢志不渝的求索者来说，或许会有所裨益。

现在，我们可以毫不夸张地说，以点校、辑佚、注释和语译为手段和方法的中医古籍整理研究，是80年代整个中医药研究工作的重头戏。一方面，作为全国古籍整理工作的一部分，中医古籍整理研究自然是不可或缺的；另一方面，相当一部分学者还将其视为保持中医学术特色的中医传统研究方法的复兴与回归。于是，在此期间一大批从事中医文史研究的专业人员全力投人古医籍的整理研究；一部分临床和教学的专业人员亦兼做一些古医籍的整理研究工作；不少地区和中医院校相继成立了中医古籍文献研究室、所，并培养出一批专门从 事中医文献整理研究的专业人员。企盼这支研究队伍能从中医古籍整理研究入手，起到保持中医学术特色的作用，认为这是按着中医学固有规律向前发展的最佳选择。

毫无疑问，中医古籍整理的确是一项重要的研究工作。但我们认为：“其价值不是直接体现在中医学术的发展和创新方面，而是体现在保持或恢复古籍的原貌和原意方面，”体现在为中医学术的发展准备丰富的原始资料方而体现在中医学术基础建设方面。不难理解，中医古籍整理水平的高低与中医学术发展水平的高低是有联系的两码事。这项工作自 90年代以来因种种原因却“冷”了下来。至此，突破之势尚未形成，这个突破口便无声无息地搁置起来。

对中医病、证和症状的规范，是实现中医药学标准化和科学化的重要步骤，其意义重大是不言面喻的。因而，这项工作一开始即成为学术界和职能部门的共同行为。病、证和症状 规范的落脚点是中医诊断标准的规范化，而病的规范离不开所辖的证和从属于各证的症状，证的规范必然涉及相应的病和证所辖诸症，故而病、证和症状的规范只能同步进行。在第四章中，我们比较系统地分析了与证有关的各类规范的现状与问题，同时也不可避免地涉及到病和症状规范时存在的各种问题，这些问难连同证的规范中的问题交织在一起，难以看出规范后的结果较规范前有何本质区别。人们看似进入了这个突破口，实际上仍在突破口前原地踏步。

把系统论、控制论、信息论和耗散结构理论移植到中医药学的研究中来，以求中医药学的发展与创新，是80年代前后总体上选定的又一较大的突破口。

人们惊奇地发现，以这些学科为代表的横断学科所体现的方法与原则具有较强的普适性，可以向一切科学领域渗透，而中医学具有与之全面相对接的理论框架和思想方法，因面非常适合这些方法的移植和渗透。那些较早把横断学科的方法介绍给中医界并用来研究中医学的人们曾象哥伦布发现美洲新大陆那样欣喜若狂，包括我们在内的许多人都为这一重大发现所鼓舞，为入们的研究热情而加温。因而探讨这一学术现象，作少许引述看来是必要的。

中医学与系统论的关联是多方面的。有人认为：中医虽然起始于“整体时代”，但它具有许多超过那个时代一般发展水乎的惊人创造。现代系统论的许多具体原则，诸如整体性、相关性、有序性、动态性等等，几乎都可以在那里找到某种原始思想，堪称为系统论的一种这与“袓国医学有许多理论方法与系统论相一致，具有系统思想渊源的雏型”的认识是相同的。人们对中医学中控制论思想也倍赏，有学者指出[7]：中医学尽管没有提出“黑箱”这类概念，但它面临的人体的确是一个黑箱而不是白箱，不管自觉不自觉，中医学的的确确是把人体作为一个黑箱来看待和处理的，从藏象学说、司外播内方法，到辨证论治体系，形成一套比较完整的黑箱理论和黑箱方法，发展了一套有效地控制人体黑箱的艺术，成为控制论的一种无与伦比的雏形。瞿氏则认为：祖国医 学与控制论，以象论脏与黑箱理论：取类比象与同构理论，在方法论上具有新兴控制论思想的萌芽。可以看出，这些热情洋溢的比较分析在对中医学中体现的系统论、控制论和信息论思想大加赞许时，均使用了含义相同的语词如原型、雏型和萌芽之类予以限定。应当说这个限定是非常必要的、科学的。但也有人指出：“中医理论包含着丰富的方法论内容，中医整体观与辨证论治的辩证思维过程，有着远较当年奥地利生物学家贝塔朗菲赖以提出普通的系统生物机体论丰富得多的人体整体系统观。”这种认识极易给人们带来某些错觉，似乎中医的整体观与辨证论治体系是高于一般系统论的。我们认为，在中医学的整体观和辨证论治体系的科学奥秘尚未揭示之前，不宜提出这样的结论性认识。

中医学与这些横断科学的关系通过对照明确了，进而人们确信，用横断科学开拓研究中医学的新领域，应是中医现代化应当采取的方法和手段之一，甚至认为这是发展祖国医学的巨大优势之所在。新的突破口已经选定，关键问题是如何操作了。一涉及这个具体问题，学术界立即陷入困惑之中。 因为，必须就如下3个问题统一认识，才能进入实质过程。其—，系统论等是在高度分化了的现代科学基础上发展而来的，中医学没有经过分析时代的洗礼，它是否应当补上这一课，然后再来谈论对系统论等的移植问题？其二，近几十年来，中医学在客观化研究方面取得的成果是否可以用来填补没有经历分析时代而造成的空白，并在此基础上移植系统论等的方法？ 其三，中医学能否与系统论等一一相对接，实现两者之间的 “直通车”？这3个问题在80年代初期实际上是不可能解决的，因为当时尚不具备全面回答这3个问题的条件。即便在现在，情况也不能不是如此。但是，人们只要客观地分析一下证的研究现状，似乎又不难回答这3个问题。未来的事实将证明，在未对中医学进行全面梳理、整顿和调适的情况下，中医学不可能真正实现与系统论等的融通、渗透与移植；借以引发中医学突破性进展也是不可能的。

事实上，自从这个突破口选定以后，学术界基本上处于坐而论道的状态。或许中医学家尚未掌握科学系统学；或许系统学家尚未了解地道的中医学；或许中医学家与系统学家之间尚未进行直接沟通并达成必要的共识；或许学术界未能妥善解决以上提出的3个问题，因而中医学在移植系统论等方法方面，始终未能迈出实质性的一步。至于建立中医控制工程学的构想，仍然是遥遥无期的事情。

对中医界来说，80年代是不平凡的。在经历了“一根针，一把草”的时代之后，强烈的责任感和使命感使中医界步入了苦苦思索的年代、学术思想躁动的年代和充满渴望与迷惘的年代。在此期间，传统的与现代的，理性的与非理性的，各种学术见解竞相推出，学术研究突破口的多项选择也从一个侧面昭示了这是怎样一个时代。可以说，学术研究的突破口较 多，既能反映学术研究的繁荣景象，又可说明学术发展的方向仍处在混沌状态。80年代的中医学术研究状况留给我们的 正是这样一种印象。

关于中医药学术研究突破口的回顾是耐人寻味而又苦涩的。我们必须承认，包括证本质研究在内的所有突破口实际上均未取得突破。无论有关方面的研究是否仍在继续，所得结论都不会超出这一基本估计。以往学术界确实付出的太多，耗费的时间过于漫长，而得到的主要是经验和启示，也有无奈与惆怅。临近世纪之交，形势逼人，时不我待，是抓紧选择新的突破口的时候了。

## 二、中医证研究的突破口应当选在何处

侧重探讨证研究突硖口的选定问题，是因为这个突破口的选定带有全局性，学术界普遍把整体现和辨证论治作为中医药学的两大基本特色，而整体观主要通过辨证论治体现出来。在辨证论治中，证无疑是核心问题，证的相关问题不解决，辨证论治便无法研究与提高，其科学性的认定即存在很大困难。因而，把中医药学发展与创新的突破口选在证的研究方而，是合乎道理的。鉴于证研究的整体状况，进一步重新选定证研究的突破口，是势在必行的。而具体如何选定，大致选在何处，时下是人们普遍关注的问题。

**（一）在辨证论治经验事实的矛盾中选定**

现已明确，与辨证论治并存的诊治方法还有辨病论治和辨主症论治。即临床上普遍存在不考虑证的诊断而进行治疗的情况。可以看到，不仅在骨伤科，即便在内、妇、儿科等，通 常也是如此。这主要表现在经验方的使用方面。

另外一个临床事实通过比较也可一目了然，即与“证同而治同”并行的治法还有“证同症异而治异”以及“证同病异而治异”。细分起来，临床上存在着证同而治全同、证同而治大致相同、证同而治基本不同和证同面治完全不同4种情况。这 4种情况不是由某一次临床报道中获取的，而是从众多临床报道中归纳比较总结而来的。也就是说，在普遍宣称坚持辨证论治基本特色的同时，人们不知不觉地偏离了这一诊疗原则，使关于辨证论治的理论阐述与临床实际之间的潜在矛盾日趋显露出来。

设立基本方，在其基础上随症和随客观指标变化情况加减化裁以治疗某一疾病，这种情况也比较普遍。此时，辨证论治只能退避三舍。

综合而论，在中医临床上，辨证论治的地盘并非象人们渲染得那么大。理论认识和经验事实之间的巨大反差，向我们提出了若干有待澄清和揭示的问题：其一，辨证论治是否具有 普适性？若回答“是”，显然没有尊重事实；若回答“否”，当初将其作为中医药学术特色的道理何在？最初凭什么把辨证论治认定为中医药学术特色？时至今曰，恐怕回答“否”的人已经多起来。由此引出第2个问题：辨证论治的适应范围问题。对此，有人明确提出：应讨论“辨证论治与辨病论治有没有各自的适应范围？”并认为澄清辨证论治的适用范围不会影 响它的重要地位。”当然，还可以换个角度提出第3个问题：经过约定而与辨证论治直接相关的证是否是比较规范的、符合逻辑的？因为，学术界先前约定的证如果不规范，违反逻辑规定，也会导致临床上的上述局面。这里提到的“比较规范”和 “符合逻辑”，不是基于80年代以来病、证整理研究的成果，而是基于证概念的内涵和外延而提出来的。其四，中医临床赖以辨治且疗效确切、符合概念定义要求的证的基本状况如何? 如果对这个问题的回答是客观的，就有可能提出下一个问题。 其五，辨证论治是中医药学的特色和优势吗？若回答是，那么这个持色和优势靠什么支撑的？如果说不是或不完全是，我们能够接受这种回答吗？

有关的矛盾和问题提出来了，就需要通过研究加以解决。证研究的突破口自然存在于这些矛盾和问题之中。在这些问题中，有的似乎可以马上作答，有的则要进行全面系统的考察。究竟把哪个问题作为证研究的突破口，应考虑诸问题之间的层次关系，选择能使相关研究逐歩探入的起搏点。同时还应参酌与证的研究密切相关的其它研究中提出的若干问题，综合选定证研究的突破口。

**（二）在学术争鸣的焦点问题上选定**

医界的学术争鸣分为公开和非公开对垒两种方式，以非公开对垒的学术争鸣居多。一般说来，凡公开对垒者多指名道姓，旗帜鲜明，观点明确，可形成对攻之势；而非公开对垒者，不愿指名道姓和直接树立学术对立面，其观点一般较为明确，但多表达委婉，故在潜对立面和争论焦点问题的认定上应予以注意和明辨。

例如，倡导辨病与辨证论治相结合，实际上是针对“辨证论治是中医学的持色和优势”这一观点提出来的。两种认识之间虽不存在根本对立的关系，但相互差异是显而易见的。前者从辨病与辨证有机结合方面确认中医诊疗体系的基本存在方式，而后者侧重确立辨证论治的所谓特色和优势地位，两者之间的比较和建立争鸣关系无疑是有意义的。究竟孰优孰劣，通过大量的文献报道和临床实践的考察应是不难明确的。

实际上，与辨证论治的认识不同和相抗衡的观点还有多种。王氏认为：“中医的振兴和发展，首先要突破的，就是唯辨证论治独尊的局面。”其理由是：“辨证论治法则本身亦非尽善尽美，它对许多医学事实缺乏指导和解释能力。”这一认识旗帜鲜明，旨在动揺辨证论治的统治地位。目前，持这种观点的人有所增加，但见诸专业出版物报道的较少。此外，要求 以审机论治代替辨证论治的呼声屡见报道。成氏[12]认为：“病机是对病因、病邪、病性、病位、病势诸病理因素及其相互联系的综合表述”，因而建议“以能鲜明而准确地表达中医诊疗基本规律和特点的审机论治取而代之。”这种认识大体是在辨证论治的局限性暴露出来之后，为保持中医临床诊疗过程的高度理性而采取的补救措施。鉴干证与病机的特定关系， 以病机代替证和以审机论治代替辨证论治能否建立崭新的诊疗体系，这是必须予以论证的。

综合各家之见，可对中医诊疗体系提出多种建构方式：① 辨病与辨证相结合，建立以病统证的诊疗体系；②舍弃辨证论治，以辨病加择主症论治替代之；③对辨证论治予以舍弃，代之以审机论治；④对辨证论治进行调整完善，使其继续保持特色地位；⑤辨证论治与其它诊疗方式并存，但应划清各自的适应范围。现在还不能说哪种建构方式比较科学，可行性较强。但有一点是肯定的，即原封不动地保持辨证论治的既往存在方式或曰特色地位，已经是不可能的。

归纳出中医诊疗体系的多种建构方式，便从学术争鸣的焦点问题方面提出了证研究突破口选定的大致范围。当然，如果不作进一步地剥离，尚不能暴露和发现具体的便于操作的突破口。面对多种建构方式，仍有“老虎吃天，无从下口”的感觉。我们认为，从理论与实践的结合上明确证、病、症状和病机等各自的内涵与外延，以及相互间的复杂关系和矛盾之处，即可对各种建构方式作出客观的评价，以决定弃取。这是否可以作为从学术争鸣的焦点问题中剥离出来的比较具体的—个证研究的突破口呢？

客观地说，中医学术争鸣的焦点问题不是限定在一个方面，与证相关研究中的焦点问题也是如此。我们所要做的，就是要从与证相关研究的每一个焦点问题中明确现存的各种学术观点，分析它们的异同和优劣，并学会从中选定引申研究和理论创新的突破口。

**（三）在证本质研究存在的基本问题中选定**

证本质研究存在的问题实际来自3个方面，即证本质研究中存在的具体问题、证本质研究的思路方法问题和证本质研究难以深入的基本问题。围绕这3个问题，证本质研究经历了起步、兴盛和衰落3个发展阶段。

早期的证本质研究，是在摸索中前进的。人们从单一证型出发，借助比较简单的研究设计探讨证的特异指标。此时暴露的主要问题是，通常不设对照组便进行观察；观察指标多半是单一的。由于没有进行对照，特别是阳性（其他证型）对照，最终认定的特异指标很难说是特异的。观察指标的选择可以是预见的，但不应是先验的，应当在预见的若干相关指标中通过观察研究进行筛取，而不是研究伊始即把观察指标限定好了。而观察单一指标本身便预先做出了这样的限定。

不能说证本质研究的早期不涉及思路方法问题，但真正重视和发现思路方法方面的问题，还是晚些时候的事情。当证本质研究全面铺开，有关研究准备向纵深发展的时候，思路方法 问题便非常现实地被提出来了。例如，证本质研究应着眼于一般的证，还是具体的证？证本质研究应设立参比证型进行证的比较研究，那么，参比证型如何选择？即在证的层次和递阶关系上如何符合中医理论和逻辑方面的要求。对具体的证来说，是单指标、单病种还是多指标、多病种进行其本质的探讨？若为多指标和多病种，指标和病种如何选择与限定才是合理的、科学的？是进行以证统病还是以病统证的本质研究？针对不同的证，是由器官水平，抑或是细胞、亚细胞和分子生物学水平进行研究？指标是否越新越精密越好？诸如此类，都属于证本质研究应当明确的思路方法问题。这些问题不明确，证本质研究便无法深入。应当承认，正是在这些思路方法问题上，学术界还处在捉摸不定、我行我素的状态之中。

当前，解决思路方法问题显得如此重要，正确的证本质研究的思路与方法，是突破口选定的基本前提，是获取重大突破的重要保障。

在讨论证本质研究的具体问题和思路方法问题时，我们期待从中发现突破口，并且深信能够找到理想的突破口。然而，证本质研究难以深入的现状使我们同时不得不关注隐匿着的基本问题：证概念的内涵与外延的关系问题。亦即证概念的内涵所反映的是否是从诸证若干属性中抽象出来的共同本质属性？现实约定的证概念的外延是否是不折不扣地全面反映了证的质属性和特征？实际上，当与证相关的各种研究无法深入时，几乎均可从现存不同类别问题中归纳提炼出这个根本性问题。显而易见，这个问题不明确，相关的一切研究都带有一定的盲目性和不确定性。

于是，我们在与证研究有关的众多问题中找到了一个切入点，或曰突破口。这就是证概念的内涵与外延的关系问题。解决这个问题先期勿需借助临床和实验研究，仅仅需要的是客观缜密的理性思维。在下一章里，我们试图初步揭示这一问题。

参考文献（未整理）

[1〕梁茂新，等。证本质研究的困扰和启迪。医学与哲学，1989， （7）：1 〔2〕梁茂新，等。对血瘀证和活血化瘀法研究现状的剖析。中国医药学 报，1992，7<5）：264

（3） 余朋千，等。中医学术发展讨论<多人综论>。中医杂志，1987f 2S （12）：939

⑷梁茂新，等。中医药古文献研究的价值取向与评估1中国医药学报， 1995，10（5广303 〔5]祝世讷。医学的系统时代与中医。医学与哲学11982， （3）： 7 〔6]孟庆云。从系统论看脏象学说。新中医，1983，（1）：5 〔7]祝世讷，等1中医系统论。四川：重庆出版社11990■ 205 「8〕翟岳云。试论祖国医学与现代科学方法论的关联。辽宁中医杂志， 1981，（3）：3

〔9）谢永新，等。从科学学谈中医现代化。上海中医药杂志。1981 ，（3）：40 〔10〕杨维益，等。关于中医\*\*证”研究的思考。中囯医药学报，19%， 11 CD一4

[11]王旭东，辨证论治法则的历史观、辩证观。中国医药学报，1988，3 0）：53

〔12〕成肇智】辨证论治和中医诊疗规律。中国医药学报，1989。4（2） ： 133

（梁茂新）

# 第八章证概念的内涵与外延之间现实存在的逻辑矛盾

从证概念的内涵和外延相互关系的考察中，揭示证概念自身存在的逻辑矛盾，是证的研究不断深入的必然结果。无论最终的分析结论如何出乎人们的预料，我们都必须予以正视。这项理论研究工作的正常实施，以证与证候、症状、病机、证型和病之间关系的全面廓清为基本前提。通过第五章的讨论，现在可以展开阐述与证概念的内涵和外延相关的理论问题。

作为概念（或范畴）的两种逻辑属性，内涵是指概念（或范畴）所反映的事物的本质；而外延是指具有柢念（或范畴）内涵所反映的本质的一切事物。由此可知，证概念的内涵只能是证概念的定义赋予它的本质属性和特征。《中医基础理论》所说：“证是机体在疾病发展过程中的某一阶段的病理概括”，“它包括了病变的部位、原因、性质，以及邪正关系，反映出疾病发展过程中某一阶段的病理变化的本质”，即对证概念的内涵作出了完整的界定。姑且不论其严密与否，可以说这是迄今为止关于证概念的内涵最为权威的表述。而证概念的外延，不论其真伪，应当包括当前学术界普遍通行和见诸各种公开出版物的所有的证。因为这些证是普遍认可的，故而能够充分反映证概念的现实外延。明确了当今证概念的内涵和外延，便可在统一、限定的范围之内，探讨相关的所有问题。

## 一、统编教材中证名质疑

在全国高等中医院校统编教材中，后赘“证”字者显然是作为旺名而提出来的。例如，《中医内科学》中列述了哮证、喘证、血证、厥证、郁证、痫证、虫证、痉证、淋证、痹证、痿证11个证名；《中医儿科学》中则介绍了疳证、痫证、汗证和肠道虫证4个证名。不难看出，这些证与脾胃虚寒、肝肾阴虚、胃火上炎之类的证有很大的区别，因而明确它们的概念属性是不无意义的。

依据《中医棊础理论》关于证概念的定义，可以对上述诸证是否具有证概念的内涵所反映的基本属性和特征作出确切的判断。以血证为例，该证未能给出诸如病变的部位、原因、 性质等证概念必备的条件和要素，将其作为证的一种类型来对待十分勉强。按教材的说法：“血证的范围相当广泛，凡以出血为主要表现的病证，均属本证的范围。”由此看来，血证原本表征的是一个典型的病概念。具体说来，是以出血为主要临床表现的病概念。遗憾的是，只因后赘一个“证”字，使其变成了非证非病的蹩脚概念。另外，血证这个概念还有一个不 容忽视的弊端。根据中医基础理论的阐述，血的病证至少包括出血、血虚、血热、血瘀等多种情况，若把出血与其它血的病证等同起来，便混淆了种概念与属概念之间的界限。有鉴于 此，对于以出血为主要临床表现者，当赋予其病名时，也不应使用“血病”这一称呼。再以痹证为例，这个概念是对风、寒、湿、热等外邪侵袭人体，闭阻经络，阻滞气血运行而见诸多症状的抽象与概括。虽披上了“证”的外衣，但因未交待病因、病性等要素，故不具备证的基本条件。就其定义而言，是一个不折不扣的病概念。正确的称呼应为痹病。张茂松氏正确使用了这一概念。其它各证同样存在着类似的问题。

对统编教材诸证提出质疑，还基于一个基本认识，即对这些“证”很难进行对证治疗。不言而喻，就血证中的鼻衄而言，只有明确其证的属性是热邪犯肺、胃热炽盛、肝火上炎或气血亏虚时，才能对证立法处方，体现辨证论治的原则。既然对统编教材诸证不能对证治疗，即可反证它们不是标准的证。诸如此类，实为病名，却后赘以“证”字而名实不符者，还散见于其它各科统编教材中，足见证概念外延混乱的严重性。事实说明，一些病名因后赘“证”字后容身于证的类列中，混淆了证名与病名之间的区别。当然，有人对这种情况不以为然，认为 “这种以证命病名的方法有其历史原因，还有其优越性，即可提纲挈领，突出主症，使辨证时易于抓住矛盾的主要方面，还有助干加强人们对某些证如血证、哮证、痉证、喘证等重视的作用。”⑴对此，实在是难以苟同的。客观地说，统编教材中上述诸证的名称的规范确有历史原因，如血证之称，《医学正传》 和《景岳全书》均设血证篇探讨各种出血疾病。唐容川《血证论》以血证命书名，成为论述各种出血病症的专著。而痉证之称，《景岳全书》中亦设专篇。据此，把血证、痉证纳入统编教材《中医内科学》中，可谓有历史依据。但是，另一方面，历史上又确有其它称呼与之瓦相替换使用。血证则别称血病、出血、衄血等；痉证则别称痉病（《金匮要略》）。至于其它诸证，历史上也多半证名与其它称呼并用，如哮证多称哮病（《病因证治》、《证治汇补》）、哮喘（《匾学正传》）、咳嗽（《诸病源候论》）和哮吼等，或单以哮相称；喘证则多称喘息（《灵枢》）、喘急（《丹溪心法》）、咳嗽上气、肩息（《金匮要略》、喘嗽（《仁斋直指附遗方论》）、喘促（《景岳全书》）等。而淋证原本并未以证相称，而是称淋闽（《素问》）、淋秘（《金匮要略》）、淋病（《诸病源候论》）、淋闭（《证治要诀》）、淋浊（《景岳全书》）、淋涩和淋痛等。显而易见，无论从历史经验和料学性方面，完全可以在“证”的称呼之外选择其它更为贴切的病名来替换这些不伦不类的证。遗憾的是，人们在编写统编教材时并没有这样做。

统编教材的示范作用确实是强大的。除学术界广泛使用这些后赘证字的病名外，比较权威的《中药新药临宋研究指导原则》（中华人民共和国卫生部制定发布，1993年）中也部分 沿用了这些称呼，如哮证和痫证等。此外，又新创出痞满证。其实痞满通常是中医的一个病名，有时则可作为症状出现，与证在性质上完全不同。

## 二、新创诸证辨析

近些年来，或许因为以往规范的各种证远远不能满足临床的需要，许多新创证如雨后之笋充斥于备种公开出版物中，构成了证型新一族。对待如此严肃的学术问题，学术界完全采取了放任自流和大开绿灯的作法。从现象上看，新创诸证的出现是证在数量上的增加，而从本质上说来则是要不要按着证概念的定义规范备种新创证的问题。显然，在证概念的定义没有改写之前，必须按着统一的标准来处理此类学术问题。根据这一原则，具体分析新创诸证的证的属性，有助于对其存废作出理性而又合乎逻辑的判断。

颤证和震颤证均为新创证，两者大同小异，是对震颤麻痹所作的中医证的命名和概括。历史上，中医并无颤和震颤的说法，若替换为中医术语，震顫麻痹当属“振掉”、“战掉”之 类。临床上以其为主要表现时，它们是病名；设为一般临床所见，则系症状。即便改称为“证”，颤证和震颤证也未增添任何新的内涵和信息，更不具备证的属性和特征。其实，这一病症见于或可分为气血两虚证和肝肾不足证等，其本身不因后赘证字而改变或为病名、或为症状的基本归属。恐证的提出，并未同时给出直接的对证方药，而是下设虚、实两证，对两个下位证立法处方。可见，恐证也是一个不能据以论治的“证”。 那么，它的证的属性也就荡然无存了。痛经证的创立，可谓中西医学术语合璧的产物⑺。痛经为西医病名，后赘中医的证字，于是，一个新证随心所欲地造出来了。不难判断，这个“证”没有任何新义，丝毫未能体现证的内涵，给人不伦不类之感。眩晕本是一个地道的病名，这在《中医内科学》中已经明确，后赘证字，纯系画蛇添足，使其变得非病非证了。由急性发热证之下又分出卫分证、气分证和营分证3个子证可知， 这个新创证未能超出以往热病或热证的范围，不知创立此证用意何在？另如痛证和失精证等亦均属此类新创证。诸如上述，至今尚未发现一例合乎逻辑、比较规范的新创证。并且，此种现象愈演愈烈，对证概念的外延形成了严重的“污染”人们无所顾忌地把中、西医病名和症状贴上中医证的标签，却很少考虑由此带来的不良后果。这些新创证的推出，实质上是对教材中证概念混淆的效法与惩罚。在本来业已混乱的证概念中，重新羼入众多不规范的新造证，更使这种混乱雪上加霜。

## 三、八纲证与二级证发难

众所周知，八纲辨证是中医学辨证论治体系的核心内容。借助八纲辨证建立起来的证概念，已经成为经常使用的重要的证概念。随着《中医基础理论》中证概念定义的确定，一方 面，为证的规范提供了理论依据；另一方面，促使人们对一些重要的证进行新的反思。

八纲辨证得出的八大证包括阴证、阳证、表证、里证、寒证、热证、虚证和实证。通常，人们不会对八纲证的证的属性提出异议，红红火火的阴证、阳证、虚证、寒证和热证本质的实验研究，即是建立在对八纲证确信无疑的认识基础之上的。可是，用证概念的定义考察八纲证，就会发现一些实质性问题。显而易见，表证和里证只指出了笼统的病变部位，其它六证只交待了病变性质。此即说明，八纲证中任意一证都未完全具备证的基本要素，仅仅给出了证的一个条件。另一方面，还可通过能否辨证论治以验证八纲诸证的证的属性。很显然，再高明的中医师也不可能为八纲诸证开列具体的对证处方。表证至少包括风寒表实证、风寒表虚证、风热表证诸证。通常，人们只能对这些具体的证立法拟方，以取其效，而不是直接对表证辨而治之。其它八纲各证的情况也是如此。即便把八纲诸证两两或三三组合起来进行诊断，如诊为阴虚证、里虚寒证等，因未经脏腑定位，尚不知病变在何脏何腑，对证治疗也就无从下手。由此看来，最为重要的八纲诸证及其结合证基本上游离于论治对象之外。换言之，八纲诸证及其结合证大体属于不能据以论治的证。当事实上辨证治疗的普适性原则对八纲诸证失去了驾驭能力，我们顿时产生一种不可名状的困惑。或可认为，八纲证和八纲辨证是一种一般的理论形态和临床辨征方法，是辨证经由的过渡阶段，因为最终证的诊断毕竟不是八纲诸证及其结合证。然而，既然对其以证相称，并且八纲辨证在中医学辨证体系中又占有举足轻重的地位，就不应对如此严重的逻辑矛盾视而不见，置若罔闻。显而易见，若不对八纲诸证及其结合证的证的属性作出合理而科学的诠释，中医辨证论治的优势就会遭受贬损而黯然失色。

类似的情况还见于所谓的二级证。有人把痹证与风痹、寒痹、湿痹和热痹的关系作为二级证讨论，即是二级证的一种类型。其中痹证为上位证，另四证为下位证。照此说法，喘证、血证、厥证、淋证等前述各证及其所辖诸证之间均可组成类似的二级证。不过，这些上位证实际上是病名贴上了证的标签，因而不宜将它们与所辖诸证的关系视为二级证。除此之外，最为典型的例证见于脏腑证。以肾虚证与其所辖诸证的关系为例，肾虚证为上位证，肾气虚证、肾阳虚证、肾阴虚证、肾精不固证、肾阴阳俱虚证等均属于肾虚证的不同类型，为肾虚证所辖的下位证。虽然客观上存在着此类二级证问题，而临床上对证治疗总是而向下位证的。一般说来，很少有人把病诊断为肾虚证之类的上位证之后，便草草遺药组方的。若遇此等医者，恐怕都会认为是孟浪之辈。于是，肾虚证、脾虚证之类的证便被置于论治对象之外，与八纲证处在大体相同的位置上。故而有理由对肾虚证和脾虚证的证的属性提出质疑。

此外，还会存在其它类型的二级证，但不管其表现形式如何，有一点则是共同的，即所有上位证都不便于对症治疗。因此，二级证设立的合理性和上位证属性的认定，以及由此引出的其它问题，均成为亟待明确的课题。

## 四、脏腑证析疑

除外上一节谈到的脏腑证中的二级证问题，似乎脏腑证再无其它可以挑剔的。在现今公认的各种证中，由脏腑辨证确立起来的脏腑诸证，无论在相互关联性还是规律性方面都是近乎完美的。于是，脏腑证连同脏腑辨证均取得了比较确定而最富权威性的学术地位。那么，在证概念的定义面前情况又会怎样呢。

就单一的脏腑证而言，心气虚证、脾阳虚证、肾阴虚证和胃火上炎证等均给出了病位和病性；而风热犯肺证、风寒束肺证和寒湿困脾证则明确了病因和病位。合病因、病性和病位 为一体的证缺如。脏腑和脏脏兼证的情况亦大同小异，如肝肾阴虚证、心脾两虚证和脾胃湿热证等，略有不同的是，病位为两个。

因为脏腑证自然涉及到具体病位，于是又引出病位的属性问题。这个问题似乎早已解决了。结合古人“藏居于内，形见于外，故曰藏象”的看法，当今学者多半认为：藏象学说是通过肌表变化揭示生命和疾病本质的方法和理论，其基本概念肝、心、脾、肺、肾等与解剖刀下人体实质器官有着本质的区别。即否认了中医脏腑概念的解剖学属性。实际情况是，肝 火上炎证、肝肾阴虚证和脾不统血证的病位的确是非解剖学概念；而风热犯肺证、大肠液亏证、心脉瘀阻证的病位则与解剖学概念相合；同时还存在着病位虚实夹杂的兼证，如肝（虚） 火犯肺（实）证、肝（虚）胃（实）不和证等等。

通过分析可以看出，在脏腑诸证中，尚未有一证完全具备证的概念定义所赋予的基本属性和特征。加上脏腑概念解剖学属性和非解剖学属性的内涵两重性，为脏腑诸证的证的确定性和完整性蒙上了一层阴影。

## 五、证概念的定义之思考

以上从4个方面剖析了中医证概念的现状与问题。实际上，中医所言之证范围甚广，勿需逐一论及。总体说来，经统编教材规范的证至少包括八纲证、脏腑证、六经证、卫气营血 证、三焦证、方证等（不包括前述《中医内科学》 中诸证和新创证）。这些证与证概念定义的吻合情况不仅关系到诸证的认定，同时关系到证概念定义的正确与否。当揭示了上述若干 重大问题后，对证概念定义的理性思考自然提出来了。为此，现将各类证有代表性者分别归类如下：

1. 病位证 表证、里证、卫分证、营分证等。
2. 病性证 热证、虚证、血瘀证、阳虚证等。
3. 病位合病性证 脾气虚证、肝肾阴虚谣、脾肾阳虚证、 脾胃湿热证等。
4. 病因合病位证 暑入阳明证、寒湿困脾证、燥热伤肺证、风寒束肺证等。
5. 病因合病性证 气虚血瘀证、气滞血麽证、气随血脱证等。
6. 病因、病性合病位证 伤寒表实证、寒实结胸证、中风表虚证等。

7．方证 小柴胡汤证、白虎汤证、四逆汤证等。

归纳起来，各种类型的证大体有7种之多。需要说明的是，表诚证卫分证等可以理解为邪气在表和邪在卫分，即两证中隐含着病因的内容，因字面上未能体现出来，故列属第1 类。第5类中三证也可划归第2类，但考虑气虚、气滞和气脱是导致血振和血脱的病因，爰列此一类。不难看出，统编教材中“证”出多门，极不规范和统一。除第6类基本上接近证概念定义的要求外，其它各类诸证则相差较大，互有参差，算不上是标准的证。方证一类更是独出心裁，与证概念的定义毫不相干。本来方证可以划归上述各类（如小柴胡汤证本为邪在少阳证、白虎汤为阳明热证、四逆饬证为少阴虚寒证），却以方名证，使这些证人为地复杂化了。事实说明，诸证的规范大多未能严格信守证概念定义的多项约定，各取所需，放宽标准，因而导致诸证与证概念的定义吻合程度较差的现状。并且这种情况愈演愈烈，已成积重难返之势。

当前，学术界已被置于两难的境地：或者削足适履，按着证概念的定义对通行的诸证删而减之，果真如此，索性留下来的证将会寥寥无几；或者对证概念的定义进行改写，赋予其新的内涵，使其具有包容诸证的灵活性，这样以来，不能据以论治的“证”就会继续混杂其中，甚至新创出更多不伦不类的证。这使我们又一次忆起著名中医学家姜春华先生的一段遗言，他说：“因为中医的辨证论治内容我们还搞不清，它有时行之有效，有时一般有效，有时完全无效。对于行之有效的，我们要追求它的道理，一般的也要探讨，至于无效的，我们也要搞清楚为什么无效。”以上揭示的证的现状或许部分回答了 这位前辈提出的问题。

时至今曰，证概念的内涵与外延已全面陷入令人难以置信的逻辑悖论之中而不能自拔。往昔学术界曾授与它的象征着达到极致的神圣光环，正在失去夺目的光辉。

参考文献（未整理）

m梁茂新，等。中医证的研究趋势蠡测。中国医药学报，1996，11 （2）一74

—190 —

⑵张茂松。痹病关节忡痛汄伤论治，中民杂志，1991，32 （4）：211 [3〕梁兴伦，等。关于中医证名的思考。中国医药学报，1995，10 （5） = 264

（4]隆呈祥。中医老年頡浞诊断和疗效评定标准。北京中医学院学报， 1992，15 （4） ：255 〔5〕王瑞海。震颤证临床治疗概述。山东中医杂忠，1990。 （0：57 〔6〕靳士英。恐证治疗的探索，中国医药学报，X992JW： 360

I

[7〕邱继夫。痛经证中医药治疗近况。黑龙江中医药，1990， （6）：46

[8]周亨德，等。肾精不足型眩晕证的经颅多普勒观察。中国医药学报， 1991，6 （2）'88

〔9〕刘茂甫等。解卫请气注射液治疗急性发热证的临床及实验研究。中 国医药学报，1991， 6 （2）：80 （10）刘乾和，等，全国第二届中叚内科急症学术研讨会述要，中国医药 学报，1 卯 1，6 （3）： 185 〔11〕张作记，等。调脾胃交逋心肾法治疗失楮证，北京中医学院学报， 1991，（3）：42

〔12〕梁茂新，等。中医证名问难。中国医药学报，1995，（1）：5 C13]姜春华。我是怎样走中西医结合之道的。中西医结合杂志，1986， <持）：6

（梁茂新）

# 第九章与证相关的概念（范畴）和理论

现在看来，与证有关的各类研究中存在的问题，远比人们所了解的复杂得多，困难得多。而最为严重的问题莫过于证概念的内涵与外延之间客观存在的逻辑矛盾。证的各类研究矛盾百出，究其原委，最终都可回归到这个基本问题上。因此可以断言，证概念的内涵与外延之间的逻辑矛盾不解决，诸如证的本质研究、证的动物模型研究、证的规范化研究和证的临床研究等，均不会有任何新进展，井将重复出现以往的失误与弊端。把证的各类研究中存在的问题聚集于证概念的内涵与外延的逻辑矛盾方面，是中医学术研究向纵深发展的历史必然；是由学术体系内部的核心概念出发加速中医理论突破性发展的理性选择；同时是中医学告别困顿和低谷而迈出的实质性的一步。

我们知道，在概念的内涵与外延之间，外延广则内涵一般；外延狭窄则内涵特殊。证概念的内涵与外延之间的逻辑矛盾表现为，外延甚广而内涵特殊。这显然是一个十分严重的逻辑错误。其实质是，或者证概念的内涵不是抽象了通行的所有证（证概念的外延）的本质属性而得来的；或者证概念的外延不完全具备证概念的内涵所反映的事物本质。关于这个问题，梁氏的观点颇具代表性，他认为：统编教材中的证概念“抽象了证的所有属性，是中医术语中各种证属性的总和，是高度凝炼的、经过提纯了的证概念。”接着，他又说：“而具体到每一种不同的证，由于各有自己的特点、应用范围和针对性，则未必具有所有的这些属性。我们也不能就此说不具备这所有属性的证都不是证。根据这一逻辑，他既充分肯定了证概念的内涵，又全面捍卫了当今通行的各种证。而问题的症结恰好出现在这样的褒扬之语中。所谓教材中的证概念“抽象了证的所有属性”是“各种证属性的总和”从逻辑学的角度来看无疑是错误的。因为，确定某一概念的内涵时，正确的作法只能是抽象出此概念所表达的一类事物的共同本质属性，而不是“所有属性”。换言之，如果教材中的证概念确实“抽象了证的所有属性，是中医术语中各种证属性的总和”，我们完全有理由认为，教材为这个证概念抽象出一个杂烩般非常糟糕的内涵。

针对证概念的内涵和外延之间存在的外延甚广而内涵特殊的逻辑问题，同时调整和修改证概念的内涵和外延，看来已是不可避免的事情。这样，如何调整和修改的问题便提出来。既然问题的症结已经找到，人们有理由要求在短期内迅速解决证概念本身的问题。然而，事情并非如此简单。仅仅在表面上对证概念的内涵和外延进行某些调整和修改，并没有触及构成具体征的基本要素，以及在这些要素基础上形成的学说和理论，因而不可能从根本上解决问题。这里所说的构成具体证的基本要素，是指与具体证相关的概念或范畴，本章拟就这些概念或范畴及其相关理论与证的关系进行讨论，

## 一、证与阴阳和阴阳学说

证与阴阳的关系最为密切，两者之间从两个方面发生联系。其一，中医的证大多具有阴阳属性；其二，阴阳是构成证的核心要素。

1．阴阳是构成证的核心要素

如所周知，阴证和阳证为八纲证之首，乃纲中之纲。阴证和阳证有两层含义：一是两证作为具体的证而存在；二是中医的证大体可以划分为阴证和阳证两大类。如虚寒证、寒湿证、 寒证、气虚证、湿浊证、痰饮证、虚证等属于阴证；而虚热证、风热证、热证、气滞证、食滞证、实证等属于阳证。通常，阴证和阳证主要在证的划类即确定证的属性方面发挥作用，这是临床辨证所要解决的首要问题。

阴阳直接参加证的构成，可表现为多种形式和层次。最为一般的证是阴虚证、阳虚证，当然从理论上也包括阴盛证和阳亢证、亡阴证和亡阳证。此属阴阳单独失调之证。阴阳合而为证者则有阴阳两虚证和阴虚阳亢证。阴阳又是脏腑证构成的基本内容，如脾阳虚、肾阳虚、肺阴虚、肝阴虚和肾阴阳俱虚等证。

显而易见，阴阳在证的构成上起到不可替代的核心作用。舍弃阴阳，中医的证基本上就不存在了。因此，阴阳及阴阳学说中的问题，自然是证概念的内涵和外延在调整和修改时必须考虑和解决的问题。

2．阴阳和阴阳学说的局限性和弊端

在中国古代，阴阳既属于一对哲学范畴，同时又具有具体的物质属性。人们可用它来解释地震、雷电、日月、磁、火药和医学等近乎一切的自然现象。在中医学中，则可用来解释人体形态、生理、病理、病因、病机和药性等几乎所有医学现象。 因此，传统中医学紧密地化合在古代哲学之中；化合在以阴阳学说为代表的传统哲学之中。若此，阴阳及其学说似乎解释了一切，同时对一切现象都不能作出本质意义上的解释。反映在中医学方面，情况也不能不是如此。在中医学中，阴阳渗透到不同层次和不同学科，并始终保持着支配地位，进而“歪曲了普遍与特殊的辩证关系，模糊了不同运动形式之间的质的区别，从而把事物性质的差异简单化了。”关于这方面的问题，在以后的章节中还将详细加以阐述。

另外，在阴证与阳证的一些具体规定方面也存在一些问题。例如，阴寒内盛证与阳虚证是有区别的两个证，前者属“阴胜则寒”，后者属“阳虚则寒”，前者通常被认为是阴盛而阳 未虚的实寒证，后者则属于阳虚而阴盛的虚寒证。《中医基础理论》 在承认两者之间差别的同时，又不得不承认：“在阴偏胜时，多同时伴有程度不同的阳气不足，难以明确区分阳的相对 不足和绝对不足。”是啊，根据阴阳消长平衡理论，阴盛则阳必受损，于是，阴寒内盛证与阳虚证的本质区别消失了。既然如此，这两个证有同时存在的必要吗？如果对这两个证进行调整，其它问题自然也提出来了，人们或许会问：对“阳胜则热” 的实热证和“阴虚则热”的虚热证又当如何解释和处理呢？

实际上，根据阴阳消长互根的理论，亡阴证和亡阳证应属于“阴阳离决”的状态。亡者，无也。无阴、无阳则生命活动必然终止，只要阴阳尚存一息，就不得以亡阴、亡阳相称。由此可见，迭两个证的命名是不严密的。与此同理，脏腑阴阳在生理和证的确定上，也应体现消长转化，对立互根的关系。然而，统编教材中未能作出一一对应的规定。我们知道，肾阴虚证、心阴虚证和脾阴虚证分别有肾阳虚证、心阳虚证和脾阳虚证与之一一相应。不过，这种对应关系未能贯彻到底。有肝阴虚证，却不见肝阳虚证，所称临床上“少见肝的气虚和阳 虚”，原因何在，教材中避而不谈。这种情况只能作两种解释，要么阴阳学说在脏腑生理和病理的阐述方面是规律性不强的，不能获得临床方面的全面支持；要么临床上可能存在着肝 阳虚证，只是我们尚未发现这个证。对于这两种推测，如果不是自欺欺人的话，我们更应相信哪一种推测呢？肺的情况亦是如此，教材中只设肺阴虚证，而不设肺阳虚证。其理由是： “肺的阳气不足，即指肺气虚，而不再单论肺阳虚。”试问，这种解释能自圆其说吗？人们可以据此反问：为什么不将肾阳虚证与肾气虚证、脾阳虚证与脾气虚证、心阳虚证与心气虚证合二为一，相提并论呢？

以上是对教材中与阴阳有关的具体证提出质疑。如果阴阳消长转化、对立互根理论具有普遍指导原则，必须通过具体疾病的发展演变过程反映出来。这可选择中西医两方面的疾病来说明。泄泻是中医病名（实际包栝多种西医疾病），经过规范后，其所辖诸证包括肾阳虚衰证等，但没有肾阴虚证；失眠诸证中，包括阴虚火旺证，却无阳虚证。从西医疾病来看， 子宫肌瘤包括阴虚火旺证，但阳气虚衰证缺如；高血压病之下辖阴虚阳亢等证，未列阳虚之证。诸如此类，在具体中西医疾病所列诸证中，或有阳证而无阴证，或有阴证而无阳证，阴阳消长转化、对立互根的关系不见了，这究竟是什么问题？难道不应当认真对待并将其搞清楚吗？

通过分析不难看出，阴阳诸证和阴阳学说中反映的问题甚多，阴阳学说中的问题直接由阴阳诸证表达出来，而化合其中的潜在的哲学问题也得到一定程度的表露。事实表明，阴阳和阴阳血手如此深刻的参与证的构成，它的历史性缺陷深深的烙印在中医理论体系之中；作为证的基本性质（病性），同样深深地烙印在证概念的内涵和外延之中。因此，不论我们有多少谨慎的保留，都必须科学求实地正视这些问题，在解决证概念的内涵与外延之间的逻辑矛盾时，先行解决阴阳和阴阳学说中的若干问题，为顺利过渡到下一步铺平道路。

## 二、证与脏腑、脏腑学说和五行学说

任何疾病的发生，无论是外感还是内伤，都将造成脏腑功能的紊乱，引起脏腑阴阳、气血的失调。因此，脏腑辨证在中医整个辨证论治体系中占有极其重要的地位。可以说，辨证 论治体系是以脏腑辨证论治为中心发展完善而来的。由此可知，脏腑是构成证的基本要素。

1．脏腑是构成证的基本要素

如果把中医的证比作一张网，那么，脏腑诸证就是维系这张网的网结。脏腑诸证大体可分为3种类型，即一脏或一腑证、脏脏复合证和脏腑复合证。这些证的实质是脏腑阴阳、气 血的失调。肺气虚证、肝血虚证、脾阳虚证和肾阴虚证等为单脏证；而小肠虚寒证、胃火上炎证和膀胱湿热证等为单腑证。两脏复合证则有脾肾阳虚证、肝肾阴虚证和脾肺气虚证等。 而肝胆湿热证、脾胃虚弱证和肝气犯胃证等为脏腑复合证。汇总脏腑诸证，有100余种之多，足见在整个中医证中所占比重之大。通过脏腑诸证，又把不同学术流派的辨证方法连通起来。六经辨证、卫气营血辨证和脏腑辨证等都借助脏腑诸证找到了异同点，为建立比较统一的辨证论治体系创造了条件。

鉴于脏腑在证构成中的举足轻重作用，中医界对脏腑辨证尤为看重，因此，脏腑概念和脏腑学说、五行学说中的问题，同样是证概念的内涵和外延在调整和修改时必须考虑和解决 的问题。

2．脏腑、脏腑学说和五行学说的局限性和弊端

中医脏腑概念的属性问题，一直是争论不已难以定论的问题。中医脏腑概念属性的确切认定，不仅会对中医基础理论的研究产生重大影响。还将对中西医学比较研究乃至两种医学结合方式的探讨产生至关重要的影响，中医的证或许会真正找到各自实在的物质载体。关于这个问题，拟在第十章中系统论及。必须指出，以往学术界通行的那种方法，即对脏腑概念的解剖属性和非解剖属性简单地作出“是”或“否”的判断的思维方法是不科学的，不可取的。现在，我们来探讨脏腑概念的其它问题。

（1）脏腑配置的不确定性

在脏腑的配置方面，中医学可谓按需配置，没有定律。中医脏腑的配置主要有3种形式：其一是五脏五腑，即肝、心、脾、肺、肾五脏和胆、小肠、胃、大脑和膀胱五腑；其二是五脏六腑，即在五脏五腑基础上加入三焦一腑；其二是六脏六腑，即在五脏六腑基础上加入心包一脏（《难经》的六脏则外加命门）。另外，《素问\*六节藏象论》还有“形藏四，神藏五”一说。形藏四，谓膀胱、小肠、胃、大肠藏有形之物，故曰形；神藏五，谓肝、心、脾、肺、肾藏无形之气，故曰神。 此说流传和应用不广，这里姑且不论。每种脏腑配置关系的建立并不是毫无根据的，而是各有来处，各有各的用途。

不言而喻，五脏五腑的规定，是为与五行相配而提出来的。表里脏腑各对应一行，可谓卯榫相合，再多任意一脏或一腑都无法安置。因此，只能割舍心包和三焦，以满足配对的要 求。五脏六腑的称谓古今比较流行，如《灵枢•邪客》云：“心者，五脏六腑之大主”，《素问▪脉要精微论》所说：“五藏有余不足，六府强弱”，都是五脏与六腑并称。这种称呼可能与表述习惯有关，有必要进一步明确。而六脏六腑之称，与十二经脉的相互配属密切相关。脏腑的多种配置方式可以满足理论建构的多种需求，而问题的严重性也正在于此。

在五脏五腑方面，心包和三焦是多余的，毫无意义的；而在六脏六腑方面，舍弃心包和三焦便等于舍去两条经脉，舍去两条经脉与其它经脉的络属关系，这在经络学说中是绝对不 允许的。人们不禁要问：脏腑学说（又称藏象学说）、五行学说与经络学说到底是什么关系？它们的理论渊源是一元的，抑或是两元的？另外，事实上还存在着经络辨证的问题，那么， 经络辨证与脏腑辨证又是什么关系？从逻辑学角度，我们不能同时承认脏腑学说与经络学说的真实性。因此，在未作出结论性判断之前，应当允许人们对这两个学说分别提出质疑。

这样一来，便由脏腑配置中看似无关紧要的问题引出了脏腑学说与经络学说的真实性和科学性的问题。这并不是故弄玄虚，小题大作，而是随着理论研究的不断深入必然触及的重大原则问题。解决脏腑配置的不确定问题，以及脏腑学说等与经络学说之间的关系问题，不仅有利于脏腑诸证数量、地位和相互关系的重新厘定，还有利于两个学说的统一或取舍，并对经络的发生与演变提出新的认识。还将对正在进行的经络实质的研究产生积极的影响。

（2）脏腑总体生理功能的混淆

关于脏捬各自的生理功能，《素问\*五藏别论》作出了明确规定，篇中认为：“五藏者，藏精气而不泻也，故满而不能实。六府者，传化物而不藏，故实而不能满也。”这段论述既对脏腑的生理功能进行了粗略的划分，又可成为区别孰者为脏、孰者为腑的标准。按着功能藏、泻的不同，肝、心、脾、肺、肾以脏而论，胆、小场、胃、大肠、膀胱和三焦以腑相称。不过，在对脑、髓、骨、脉、胆、女子胞的功能阐述和脏腑归属方面，却没有采用同一个标准。篇中指出：“此六者地气之所生也，皆藏于阴而象于地，故藏而不泻，名曰奇恒之府。”显然与五脏六腑的总体功能和类别划分相悖。言其“藏而不泻”，当作脏论；称其为“奇恒之府”，当有“泻而不藏”之功。加之胆既为六腑之一，又划为奇恒之府，可知脏腑和脏腑总体生理功能的划分比较混乱，没有统一规范的标准。统编教材在引录这些内容时，发挥有余，却不加评判。其实，由黄帝所问：“或以脑髓为藏，或以肠胃为藏，或以为府”，可知当时在孰脏轨腑的规定上存在着较大的分歧。对待这些问题，如何取其精华，择善而从，一直是困扰学术界的棘手问题。

讨论脏腑总体生理功能间题，似乎与证概念的内涵与外延问题关系不大。实际上，有什么样的生理功能，便有与之相应的病理改变，产生相应的病证，因而不能说两个问题之间没 有关联

（3）脏腑自身的概念歧化问题

中医的每一个脏腑均承 担着多种生理功能，在疾病状态下，围绕这些生理功能的异常 改变而引发多种脏腑病证。那么，在每一脏腑的多种生理功能之间或多种病证之间是否存在着有机的内在联系呢？提出并讨论这个问题，不仅是脏腑证本质研究的需要，同时也是证的理论研究的需要。

通常，谈到脾的生理功能，均可列述其主运化、主升清、主统血和在志为思等多种生理活动。但有关这些生理功能之间的内在联系，则有待进一步的明确。可以注意到，统编教材中依据《内经》和后世医家的阐述，相互交叉地把这些生理功能联系起来，并建立了相互间的因果关系。在疾病状态下的情况也是如此，由这些生理功能失常引起的病理机转之间，也同样保持着有机联系。由此似可确信，统编教材中约定的脾脏的多种生理功能和多种病证都是由同一个脾脏发生的；甚至产生这样的印象，即脾失健运、脾虚生湿、脾气下陷、脾不统血和思虑伤脾诸证具有共同的病机。进一步推理，似乎脾脏诸证可以采用同一方药治疗。然而常识告诉我们，针对这些脾脏之证均有不同的对证方剂。此即提示，脾脏诸证之间有着质的区别。如果把脾阴虚证放在一起比较，就会发现诸证之间较大的反差。于是，我们推测，诸证中涉及到的脾不完全来自同一个脾，即实际存在着多种生理意义和证型意义上的脾。 换言之，中医的脾已被歧化为具有多种意义的脾，这些脾之间已经有了很大乃至本质的区别。

这样讨论问题或许有些别扭和费解。为了说明问题，再以肝脏之证予以论证。临床上，以乳房胀痛或结块为主要症状表现的肝气郁结证，与以眼目昏花、两目千涩和视物模糊为主要症状的肝血虚证，均属中医肝的病证，然从两个证型的主要症状来看，两证之间没有任何联系。因而可以断言，肝气郁结证的肝与肝血虚证的肝是本质上完全不同的两个概念。即便同为肝气郁结证，若其临床表现主要为恶心呕吐，嗳气吞酸和胃脘痛时，我们便不得不承认它与以乳房胀痛或结块为主要症状的肝气郁结证是有本质区别的。两个肝气郁结证因症状构成完全不同而成为性质不同的两个证，它们的病位肝即被歧化为具有不同属性的肝。

我们如此分析问题，并不是在搞文字游戏，只是想论证一个根本性问题：即中医的脏腑均是多义词。而“多义词的特点是：同一个词表达几个不同的概念，有不同的含义。明确多义词所表达的概念，要区别同一个多义词所表达的几个不同的概念，不能混为一谈。”[3]在中医学术界，基本上没有遵循这一逻辑规定和原则，多半把具体脏腑这些多义词（尚未分清各自的解剖学或非解剖学属性）当作同一个概念去理解，不作区别、不加控制地统一寻找所谓的肾本质和脾本质等，在动物造型和临床研究方面，亦存在着类似的问题。现在看来，这些问题已严重制约了中医学的发展，到了非解决不可的时候了。

（4）脏腑诸证配置的不确定性

按道理说，脏腑诸证的配置应是有规律性的。这种规律性应当符合临床实际，同时与阴阳、五行学说的原则规定统一起来。。

在肾脏诸证中，无一例外地都是虚证，而无实证。脾脏诸证的情况以虚为主。肝的情况与此不同，肝血虚、肝阴虚诸证属肝之虚证，肝气郁结、肝火上炎则为肝之实证。其它脏腑诸证的认定不外乎以上两种情况。脏腑诸证的这种配置方式，首先与阴阳学说相背。若无实证，虚证何来？或许统编教材是基于临床实际而确定的，那么，历史上关于脏腑诸证的配置 亦应遵循这一原则。可以发现，早在先秦时期，便有五脏虚实的记载，如《灵枢•本神》曰：“肝气虚则恐，实则怒”，“脾气虚则四肢不用，五脏不安，实则腹胀，经溲不利”，“心气虚则悲，实则笑不休”，“肺气虚则鼻塞不利，少气，实则喘喝、胸盈、仰息”，“肾气虚则厥，实则胀”。可谓五脏之证虚实并见，有证必有其症。显而易见，五脏虚实诸证不是虚构的。此外，在《灵枢\*淫邪发梦》中，还有“肝气盛则梦怒，肺气盛则梦恐惧、哭泣、飞扬，心气盛则梦善笑、恐畏，脾气盛则梦歌乐，身体重不举，肾气盛则梦腰脊两解不属”的记载，并称“凡此十二盛者， 至而泻之，立已。”是知五脏气之盛确为实证。在唐▪孙思邈 《千金要方》中，具体记述了肝实热、肝虚寒、心实热，心虚寒、脾虚热、脾虚冷、肺实热、肺虚冷，肾实热、肾虚寒诸证及其症状，还对胆、小脎、胃、大肠和膀胱的实热和虚寒之证及其症状予以列述。不仅如此，每证之下均介绍三五不等的治疗方剂。 这些情况表明，脏腑诸证的设立，既考虑到临床实际，又注意到脏腑诸证虚实寒热的对应关系，以与阴阳学说的有关规定相照应。

对照古今，脏腑诸证的设立孰是孰非尚待明确，但从中可以提出一个有待回答的实际问题：脏腑诸证设立与舍弃的依据究竟是什么？

（5）五行学说和脏腑学说的局限性

在学习中医基础理论时，会被问及这样的问题：五脏之中何脏最为重要？答曰心者，以其为五脏六腑之大主故也；答曰脾者，以其为后天之本，气血生化之源；答曰肾者，以其为先天之本，没有先天，哪来后天。众说纷纭，各有各的道理。根据五行学说和脏腑学说的五脏相生关系，又可得出五脏同等重要的认识。

五行之间，依靠生克制化建立起相互间的正常联系。当这种关系遭到破坏，就会出现相乘和相侮的异常改变。而相乘和相侮又各有两种情况，如木克土出现克制太过的异常改变，根据木克制太过的绝对与相对，称为木乘土和土虚木乘；若金克木出现反克的异常改变，根据木反克的绝对与相对，称为木侮金和金虚木侮。把五行学说的异常变化关系运用到脏腑学说中来，五脏之间的相乘和相侮关系各10个，加之“母病及子”和“子病犯母”的关系各5个，脏与脏并证至少应有30 个。这当中只统计两脏并证的单一情况，如果象统编教材那样，把心肝血虚和心肝火旺均列属“子盗母气”一类，广泛地从脏的气血阴阳各个方面归纳两脏并证的数量，由此统计出来的理论数值，将大大超过30个两脏合而为患之证。然而实际上，统编教材《中医诊断学》中仅收载了11证。也就是说，脏腑学说没有完全按五行学说办理。其理由是：“疾病时的五脏传变，也并不完全按照五行的生克乘侮的规律以次相传”（《中医基础理论》）。因此，对五行学说采取了典型的实用主义的态度。这样，便出现两种可能，或是现实的认识未能揭示五行学说的真谛；或是五行学说现已丧失普遍的推理、印证和指导作用。

（6）关于五行学说的合理性和实用性

客观地说，五行学说曾为中医理论的建构立下了汗马功劳。借助藏象学说（现称脏腑学说），五行学说广泛渗透到五脏六腑、五官、形体、情志、声音、五色、五味等中医药学的各个方面。很难想象，没有五行学说支撑的中医理论会是一个什么样子。但是，另一方面，我们又不得不承认，时至今日，五行学说已经丧失了在中医学中的解释功能、知道功能和助发现功能，全面暴露出朴素性、局限性、机械性、模糊性和不严密性等缺陷和弊端。在探讨中医理论的发展问题时，不可避免地要重新讨论并明确五行学说的利弊，讨论它的改良或取舍问题。这个问题将作为脏腑学说和证的理论研究的前奏和重要组成部分面被纳入新一轮理论研究的议事日程。

## 三、证与八纲和六淫

前文已对证与阴阳的关系进行了论述，故而这里讨论证与虚、实、寒、热、表、里六纲的关系。

证与八纲和六淫的关系十分密切，八纲和六淫都是构成证的基本要素，它们直接对证的病因、病位、病性和邪正关系予以揭示和认定，恰好是证的内涵所涉及到的基本内容。因此，在探讨证的内涵和外延时，必须搞清八纲和六淫的实质和问题。

1．八纲在证构成中的作用和利弊

作为常识，我们知道，无论疾病的表现何等复杂，基本上都可用八纲加以归纳。认为八纲是分析疾病共性的辨证方法。是各种辨证的总纲，并不为过。但是，八纲辨证究竟在何种程度上反映疾病的本质，仍是有待明确的。

从表里两纲来看，主要是在确定病位和病势方面发挥作用。表和里既是广义的，又是狭义的。一个病位，在不同场合下可以属表，又可以属里。这样，表和里都具有多种含义，两 者的多种含义之间自然互有交叉或重叠。因此说表里是一个“相对的概念”（统编教材《中医诊断学》）是不适宜的，没有道理的。确切地说，表和里的多重概念属性，以其作为病位已无实质性意义。就连狭义的表里，也不能表达一个比较确定的病位。因而明确疾病属表属里，或许对病势深浅和病情轻重的把握具有一定的实际意义。

一般认为，“表证病浅而轻，里证病深而重，表邪入里为病进，里邪出表为病退”（同上），但临床上常可见到一些反例。比如，一位脾胃虚寒型的胃溃疡患者，当其突发胃穿孔时，迅 速转变为泛发性腹膜炎，出现痞、满、燥、实、坚俱全的阳明腑实证，证型由阴转阳，由虚转实，由脏转腑，由里转表，此为病退抑或病进是不言而喻的。若打破病种的界限，诊为表证的未必病势轻浅，而诊为里证的未必病势深重。我们知道，多数烈性传染性疾患初发可见表证，但病势却相当因险，甚至很快殃及生命；而那些被诊断为肾阳虚的里证患者，其中不少人可以坚持工作。相安无事地享受生活。即便把表里辨证限定于外感病，主要依据病证寒热、舌象和脉象等判定表里、轻重和浅深，亦是不够的。因为中医的外感病过于宽泛；且外感病的病因未必都是经皮毛和口鼻侵入的外淫，只是由于具备了特定的症状才被诊断为表证或列属于外感病的。显而易见，同是发热恶寒，在不同的病则有质的区别，流行性感冒、急性白血病、急性胆囊炎、急性盆腔炎和急性肾盂炎等都可出现发热恶寒而诊断为表证，但相互间都有本质的差异，治法也大不相同。

事实说明，表里辨证未能无懈可击地完成定病位和测病势深浅的职责，暴露出不少实际问题。针对这些问题，看来不应继续姑息下去，应在证的理论新一轮研究中有所改造与取舍。

关于寒热两纲，常常是阴阳两纲的同位语，阴证和阳证通常借助寒热来表达各自的本质属性和特征，故而阴阳两纲的医学问题，常常即是寒热两纲的问题，所以，这里不拟对寒热 两纲展开讨论。

从虚实两纲来看，这是辨别邪正盛衰的两个纲领。由于实际存在着表虚与表实、里虚与里实、虚热与实热、虚寒与实寒等的说法，故而虚实也是分别表达不同含义概念属性的多义词。

关于虚实的本质，<素问•通评虚实论》认为：“邪气盛则实，精气夺则虚。”此言被视为医宗之纲领，万世之准绳。所谓实指邪气盛实，虚是指正气不足，这是人们一贯的理解。若将经文的虚实替换一下，即变成“邪气盛则邪气盛实，精气夺则正气不足”。可见，这样的注解属循环定义而毫无意义。那么，把虚和实理解为虚证和实证呢？实际上，邪气盛则实和精气夺则虚是有条件的，多半当邪气盛且正气亦足的情况下则实，通常精气夺且邪气亦衰的情况下则虚。若条件改换了，则可能出现新的情况，如邪气盛则虚，因邪气盛耗伤正气故也， 即所谓“大实有羸状”；或精气夺则实，因精气虚不能抑邪故 也，即所谓“至虚有盛候”。人们或许会问，在没有正气积极抗争的情况下，邪气盛则实吗？同样，在没有邪气侵害的情况下，精气夺则虚吗？这些问题都是有待甄别的。

由此看来，虚实的本质尚待明了；各种类别的虚实因概念属性不同还应区別对待。在这些方面，学术界确实还有许多工作要做。 '

2．六淫在证构成中的作用和利弊

六淫作为病因的一大类别，无疑是构成证的主要成分，特别是在外感病诸证的确立上，更是不可或缺的。中医对病因的认识，不是直接体察到的，而是通过分析症状体征间接推知 的，其利弊得失可通过风邪的考察有一个大致的了解。

风邪为患的一组症状和体征，是按照风的特点（其性轻扬，善行数变，发病迅速，消退快，游走不定）从多种疾病中筛取出来的。借助其中有因果关系的症状和体征，可对临床病 证的病因作出风邪的判断。由于病因是从不同病证的症状体征推知的，因而病因同样是风邪，也会有本质的差异。感冒之风、麻木之凤、瘙痒之风、抽搐和痉挛之风，都是不同质的。由 此可见，中医病因之风也是一个表示不同概念属性的多义词。故而对明确了病因为风邪的病证绝不可以一概而论。这种情况也见于寒、暑、湿、燥、火、热等外淫。

一种病因的多种表达形态和其质的多样性，使之歧化为多个概念，而多个概念采用同一语词进行表达，极易混洧概念间质的区别，导致在学术背景下出现概念互换使用的问题。此外，尚有内风、内寒、内湿、内火和内热的复杂情况，使六淫的问题更加扑朔迷离。因此，对六淫进行解析研究，不仅对病因学是必要的，而且对证概念的内涵和外延的研究也是必不可少的。

## 四、证与气血津液及其它

气血津液被认为是构成人体和维持人体生命活动的最基本物质，是脏腑功能活动的物质基础和产物。因此，无论在生理或病理上，气血津液均占有重要的地位。正因如此，气血津 液又是众多具体证赖以构成的基本要素，

1．证与气

在证与气血津液的关系之中，证与气的关系最为重要。在中国古代，气原本是一个哲学范畴，它在古代哲学中的地位丝毫也不亚于阴阳。它在中医学中的移植和渗透，相当深入而广泛。要想了解气的复杂性，必须分门别类进行考察。

气既是功能的，又是物质的。功能之气如气机、气化、脏腑之气（肾气、肺气、胃气等）；物质之气则有精气、谷气、营气、 清气等。还有一些气具有双重属性，如宗气、卫气等。

气既是生理的，又是病理的。生理之气除上述许多功能 之气外，还包括真气、原气、阳气之类；病理之气则有气逆、气乱、气滞、气脱、气陷、气结、气闭等。

气既是病因的，又是疾病的。病因之气包括邪气、毒气、 风气、湿气、暑气等；疾病之气则有水气、痞气、厥气、奔豚气、 瘿气、短气等。

此外，中医学中述有多种气没有入类，足见气的作用之大，利用率之高。然而，这也恰好是气在中医学中应用极不规范、混淆严重的具体标志。气在证中的应用，自然也与气的整 体应用情况相吻合。诸如气虚证、气滞血瘀证、中气下陷证、 肾不纳气证、气不摄血证、肾气不固证等，其中每一个气都有模糊而独立的含义即便都是诸脏气虚，如心气虚、肺气虚、脾气虚和肾气虚等，各自的气都有相互区别的含义，表示不同属性的概念。在中医学中，气所参与表达的不同概念之多是绝无仅有的。因此，在气的使用方面，即便小心从事，也难免 出现偷换概念的逻辑错误。这种情况是我们进行证的理论研究所不可忽视的。

2．证与血

血的情况的复杂程度远远逊色于气，但血并不是专一表达某一事物本质属性和特征的概念。首先，血的生成渠道不同，或“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血”（《灵柩•决气》）；或 “营气者•；泌其津液，注之于脉，化以为血”（《灵枢•邪客》）；或“中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血”（《灵枢•营卫生会》）；此外，因“肝肾同源”而“精血同源”，血还可由精化生而来。可以看出，中医学的血生成渠道较多，生成过程高度含蓄而抽象。既然中医学的血不是由现代医学的造血器官产生的，那么，血的多种生成渠道的确定便有其它方面的考虑，即服务于某种理论模式。由于血的生成过程中涉及到中焦（脾胃）、肺、肾和肝等脏腑，是知中医的血是直接为藏象学说服务的，具体一点说，是为脏腑的生理和病理变化脤务的，亦即人体血的情况正常与否是由外在征象推知的。于是，血也具备了两种属性，即看得见、摸得着的物质的血和从外在表现领悟到的功能性的血。血的物性便于理解，那么什么是血的功能性呢？举例说明，外伤情况下，中医看到了出血和皮下青紫的瘀血，这种血是客观的，可以体察的。当临床上出现手足振颤、肢体麻木、屈伸不利、瘈疯或目干涩、视物不清、夜盲之类的症状时，我们按着藏象学说的理论约定，可以诊断为肝血亏虚等证，如此抽象而认识到的血虚之血即是功能性的（确切一些，可称为非物质性的）。它如血瘀证之血等，多数情况下亦属此类。由于中医与血相关的证较多，这些证又见于多种疾病，因此，中医血的含义不确定性也是普遍存在的。当血与气和脏腑等组合起来表示具体证时，情况便变得更加复杂了。

3．证与津液

中医学看来，津液是机体一切正常水液的总称，与血关系最为密切，其生成和作用与血比较接近。津液的代谢过程与血有所不同。津液的生成不足与丧失过多，会产生津液不足之证；津液因绝对和相对过盛而停聚，便会引发水肿与痰饮方面的病证。因此，津液也是构成旺的重要内容。

直截了当地说，中医的津液是一个涵盖面甚广而严重歧化的术语。在生理状态下，津液包括各脏腑组织器官的内在体液及其正常的分泌物，如胃液、肠液、尿液、汗液、涕、泪、关节腔液、唾液等，在特定的意义上，乳汁也是津液的一种。正是由于津液包罗内容过多，因而在疾病状态下，由津液异常而引发的症状体征可谓五花八门。

以中医的痰证为例，既有广义之痰，又有狭义之痰。广义之痰中，有形的与无形的，局部的与全身的，固定的与流动的，物质的与非物质的，种类繁多，表现多端。尽管如此，人们仍然不满足于对痰证的认识，提出了“诸般怪证皆属于痰”的观点，把痰证无限外推到多种病症上，并且，临床上确有人还印证了这一观点的正确性和可行性。由此可见，津液的病理产物业已歧化为众多的不同质概念。这当中最令人费解的是，津液的物质性竟然莫名其妙地转变为疾病状态下某些非物质的痰。我们想要认识中医的痰证，就必须认识这些具体的痰 证，并把诸多痰证本质区别开来，而不是象以往那样把它们看成是属性相同的同类事物，抹杀它们之间因概念本质不同而实际存在的差异。只有这样，才能为证的理论研究提供有重要参考价值的理论成果。

4．证与其它基础理论术语

此外，毒、浊等术语也是许多证的组合中常用的术语。以浊相称的病证有湿浊、痰浊、秽浊、痰浊阻滞、痰浊中阻、湿浊流注等。与毒合称的病证则有湿毒、热毒、火毒、风毒、温毒（瘟毒）、疫毒、邪毒、肺毒、毒气、热毒炽盛、热毒内陷、热毒蕴结、邪毒内陷、毒陷脑髓、毒陷心肝、邪毒壅盛等。诸如此类，凡是参与证构成的要素都应无一例外地被考虑进来，分析各自的内涵与外延，明确它们的利弊与得失。

————————————————————————————————————

在本章中，我们比较全面地分析了与证相关的概念（范畴）和理论，其结果，《中医基础理论》中的术语几乎都涉及到了，诸如阴阳、脏腑、八纲、六淫和气血津液等，大体是中医基础理论的全部。本来已经把与证相关的各类研究聚焦于证的内涵与外延的逻辑矛盾方面，一旦涉及这个问题，业已收挽的网似乎又全面张开了。这个现象表明，在某种意义上，证的理论问题也就是整个中医基础理论问题。不是这样考虑问题，便把证的理论研究简单化了。然时，当把证的问题放在中医基础理论的整体背景下考察时，也许会使人们再一次产生茫然不知所措的心理。其实，这种担心是不必要的。这是因为，经过这祥的反复，理论思维开始进入比较成熟的阶段；人们对中医基础理论和证有了新的认识。

现在，有必要对与证相义的概念和理论中存在的共性问题作一简要归纳：

•中医基础理论中使用的术语，基本上都不是逻辑学意义上的概念；它们几乎都是多义词，尚未分离为具有专属性的概念。

•中医基础理论使用的术语，对其所下的“定义”大多是堆砌一类事物的所有属性而作出的，而不是抽象一类事物的共同本质属性予以定义的。这与证的情况大同小异。

•把中医理论术语与概念混淆的实质是将多义词与概念混同：多义词在同一学术背景条件下的互换使用，导致偷换概念现象的屡屡发生。

•基于一词多义性，出现了中医基础理论术语既是个别又是一般，既是现象又是本质，既是物质，又是功能，既是整体又是局部，既是广义的又是狭义的这样的混乱局面。

问题已经提出来了，下一步应当如何运作呢？我们的观点是：开展中医发生学研究。

参考文献（未整理）

〔1〕梁兴伦，等。关于中医证名的思考t中国医药学报，1995。10 （5）：2砧 〔2〕刘长林。内经的哲学和中医学的方法>北京：科学出版社，1985。55 〔3〕李世繁+形式逻辑新编。北京：北京大学出版社，1983，37

（梁茂新）

# 第十章证的理论研究与中医发生学研究

为了解决证概念的内涵和外延之间的逻辑矛盾，我们不得不非常现实地回到与证相关的概念和理论的研究上来，回到理论研究最初的起跑线上。当然，这是学术研究螺旋式上升另一个高度上的起跑线。重新起步应慎之又慎，否则还会走弯路，甚至重蹈覆辙。

客观地说，近年来证的理论研究已初步展开。然人云亦云者众，观点独到有所建树者少，学术沉寂局而依然未能打破，正是在这一学术背景下，我们大胆却是审慎地提出开展“中医发生学研究”的想法。这一构思或许有些离谱，但却不是杜撰。那么，这一想法究竟是怎样提出来的呢？中医发生学研究的定义、对象和目的，以及在证的理论研究中的地位如何呢？这正是本章所要阐述的点。

## 一、问题的提出

在中医界，人们时常谈论脏腑概念的属性问题。这是一个比较陈旧同时又是常论常新的问题。学术界普遍重视这个问题是事出有因的。

多数学者认为，中医藏象学说中的五脏六腑与解剖刀下人体实质器官有着本质的别。确信这一点，即把中医学与西医学彻底区别开来。于是，中医是功能主义的而西医是结构主义的认识，对两种医学作出了比较时髦的脚注，许多认识在此基础上拓展引申而来。例如，中医学整体观的提出，即以脏腑概念的非解剖属性为基本前提，可具体表述为：中医学勿需借助解剖学而别具特色地走上了不割裂开看的整体观察和理性思辨的认识之路；把藏象学说的理论模式称之为控制论的“黑箱”方法，同样基于脏腑概念的非解剖属性。由此看来，脏腑概念的非解剖学属性是中医学特色和优势赖以确立的基础。

虽然如此，人们在中医脏腑嗵念的非解剖学属性之外，却时而看到这些概念具有的解剖学属性的一面。针对脏腑概念的属性两重性，任何人都不应视而不见。可是，若承认脏腑概 念的某些解剖学属性，所谓功能主义、整体观和特色之类，顿时化为乌有。在如此重大的学术问题面前，何去何从，是必须正面回答的。可以看到，有人把造成这一局面的责任全部推到清▪王清任身上，认为“自王清任以来，力主‘改错’，率先易辙，已有200年之久。”这样，王清任所著的《医林改错》则被视为中医学脏腑概念属性混乱的始作俑者。我们注意到，不少学者也持同样看法。不过，在未曾考察王清任以前是否已经存在脏腑概念属性混乱的情况下，预先确定这一事件的责任承担者，难免失于轻率和武断而更为重要的是，如果不能澄清这个问题，中医理论的发展与创新便无从谈起，所谓特色和优势之类的说法也难以站稳脚跟，证的理论研究（如脏腑诸证）也只能是止步不前。

问题已经十分尖锐地提出来了。关键是采用什么方法符合逻辑而又科学地揭示和解决它。

## 二、中医发生学研究方法的初步尝试

为了明确中医脏腑概念的属性问题，最初，我们把思路带到中医学创生前和创生早期的原始医学图景之中，从那时的社会和生活现象、简单的医事活动、脏腑概念的文字发生过程 和医学理论诸方面进行综合考察。其结果是：

1．远古时期广泛存在着解剖现象

由于原始资料十分匮乏，人们对祖国医学早期解剖学发展状况所知较少。不过，解剖学确实如此广泛地在这一时期发生并发展了。

在远古时期，人类已与动物建立了非常密切的联系。动物作为人赖以生存的主要食物，无论在狩猎时期还是在农耕时期，其捕猎和驯养一直是原始农业的一大支柱。在此时期，解剖成为捕食动物的必用手段。屠宰猪、马、牛、羊等动物已是极为普遍的生活现象。在屠宰动物时，我们的先人无数次观察到动物的内脏，自然会对不同脏器的形态产生确定的印象，还可以从不同动物相同脏器的比较中直观地区别各自形态的异同，并可能对某些空腔脏器的功能产生一些质朴的认识。

这一时期，对人实行解剖术也是司空见惯的。不过，多半出于非医学方面的原因。早期部落间的厮杀，春秋战国时期的诸侯纷争，提供了实施解剖术的众多场所；以食人肉为生， 在一些原始部落并非罕见；作为一种酷刑，解剖术还成为统治者鱼肉百姓、镇压叛逆的手段。纣王就曾“杀王子比干，刳视其心”（《史记》）。在这些场合，目睹人的体内脏器的部位、大 小、长短和色泽等形态方面的状况，是非常容易办到的事情。

在汉代，出于医学方面的原因实施解剖木者不乏其例，据《汉书•王莽传》记载：太医尚方利用处死后尸体“剝剥之，量度五脏，以竹筵导其脉，知所终始，云可以治病”。尚方由尸体解剖获取了五脏重量、大小和脉管循行始终的直观认识，并认识到掌握解剖知识对治疗疾病有重要意义。著名外科学家华佗见疾发结于内，“乃令先以酒服麻沸散，既醉无所觉，因刳破腹背，抽割积聚；若在肠胃，则断截湔洗，除去疾秽”（《后汉书▪华佗传》）。又据《抱朴子内篇》卷五所记淳于能解颅以理脑 ……，仲景穿胸以纳赤饼。“当时能对如此复杂的腹、脑、胸部 疾患进行手术治疗，足以反映汉时外科尹术治疗已经迖到较 高的水平。同时可以推知，进行这种难度的手术，没有相当的解剖学知识是无法办到的。实际上，此前的人体解剖已成为重要的医事活动。《灵枢▪经水篇》曾概括指出若夫八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而视之，其脏之坚脆，腑之大小，谷之多少，脉之长短，血之清浊，气之多少……，皆有大数。”此即说明，早在《内经》成书时代，我国解剖学就已发展到比较完养精细的程度，成为中医学不可或缺的重要组成部分。

综上所述，在我国古代，即便在藏象学说形成的春秋战囯时期以前，动物和人体解剖早已是非常普遍的生活、社会和医学现象。在这一背景下，作为中医学理论核心的藏象学说的 形成，难道会对同时存在的古代解剖知识无动于衷吗？

2．藏象学说的基本概念首先是解剖概念

藏象学说的基本概念是五賍和六腑等，现在所要明确的是，在藏象学说创立时期，这些脏腑概念究竟表征的是什么事物的本质属性和特征。

我们知道，概念的产生是由感性认识上升为理性认识的过程。远古时期动物和人体的解剖实践，使人们对内脏器官有了形态方面的初步认识。只有经历这一过程，才能从不同形态出发，形成不同的脏腑概念。当然，这毕竟是一种合理的推测，实际情况怎样，还应提供更加翔实的佐证。

从文字发生学角度不难明确，心是象形字，其篆书字体为 “XX'”，与心脏外形酷似；胃字的篆书字体为“容”，从1”从 “ “”，亦为象形字；而肝、肺、脾、肾、肠、胆、膀、胱各字皆从肉，均为形声字。毫无疑问，这些字的表意都是指体内实质性脏器而言的。藏象学说中引入了这些基本概念。自然吸收了表征这些概念本质属性和特征的初始内涵。脏腑概念也不因组合在藏象学说中，而马上改变各自的形态学本质。事实上，脏腑概念的解剖学本质在中医理论建构早期得到了充分的体现。

在《内经》和《难经》中，可以广泛摭取有关脏腑在体内的部位、大小、长短等直接或间接的形态方面的阐述。“腰者，肾之府”（《素问•脉要精微论》），是对肾脏的解剖定位；由于脾与胃在解剖部位上非常临近，故有“脾与胃以膜相连”（《素问■太阴阳明论》）的记载：“肝得水而沉”，“肺得水面浮”（《难经■三十三难》），是将肝和肺切取后，放置水中观察到的真实现象。肝脏质重而沉入水中，肺脏中有大量气泡，故得水而浮。

关于脏腑表里关系的确定，通常认为号与解剖学无关。但从《难经•三十五难》所问：“五脏各有所腑，皆相近，而心肺浊去大肠、小旸远者，何也?”可以断定句中的脏腑都是解剖学概念。所称脏与腑相距的“近”与“远”无疑是就解剖部位而言的。显而易见，胆附于肝，脾与胃以膜相连，膀胱与肾也直接连属，这二对脏腑的位置关系“皆相近”而心、肺居胸腔，小肠、大肠同居腹腔，相比之下，心离小肠和肺离大肠确实远些。 此即足以说明，脏捬表里尖系的建立，也与各自的解剖部位密切相关。

在《灵枢•平人绝骨篇》中，还对肠胃之长及其总容量予以 记述，称“肠胃之长，凡五丈八尺四寸，受水谷九牛二升一合，合之欠半，此旸胃所受水谷之数也。”其中数据，显系实际测量后得出的。所谓“膀胱之胞薄以懦”（《灵枢•五味论》），则是对膀胱壁厚薄和质地的生动描记。《难经•四十四难》所论的七冲门（即飞门、户门、吸门、贲门、幽门、阑门、魄门），由上而下顺序介绍了饮食进入人体必经的解剖部位及各自名称，与现代解剖学所见大致相吻合。其中贲门、幽门等解剖名称一直沿用至今。此外，在《灵枢经》的经水、骨度、肠胃诸篇，以及《难经》四十二难和四十四难等篇，均有人体脏腑大小、长短、厚薄、数量、容量、质地、部位等形态方面的详细记载。可见，作为解剖学概念的脏腑。遍布中医经典著作和其它早期医学文献中。至此可以认定，脏腑概念绝对不是对机体表象综合抽象的产物，而是在解剖学基础上建立起来的表征体内实在之物的本质属性和特征的真实概念。只有坚持这一点，才谈 得上维护中医理论体系的实践性和科学性。

3．脏腑生理认识主要来源于解剖学

由于后来阴阳五行学说的系统干预，使脏腑之间的相互关系完全置于阴阳五行学说的统摄之下。因而后人容易产生一种错觉，似乎脏腑生理功能不是体察到的，而是借助阴阳五行学说推理出来的。然而，大量的例证无法淹盖一个基本事实：当体现解剖学特质的脏腑概念一经纳入藏象学说，关于脏捬生理功能的认识就与脏腑概念的本质属性联系起来。

从五脏的生理功能来看，依据“天气通于肺”（《素问•阴阳应象大论》）和“肺气通于鼻”（《灵枢•脉度篇》），肺的生理功能不难认定为“开窍于鼻，主气，司呼吸”。通过解剖所见，可知“诸血者皆属于心”（《素问•五脏生成篇》），于是得出“心主身之血脉”（《素问•痿论》）的认识。这与现代医学关于心脏在血液循环中的作用的看法基本相吻合。“肾者主水”（《素问•上古天真论》），揭示了肾的主要生理功能。这一认识也是由肾与膀胱在解剖方面的密切关系而领悟出来的。事实说明，以上三脏部分生理功能的阐述均基于实质性脏器，认识大体上是正确的。不过，还有一类特殊情况，即关于脏腑生理功能的认识虽来源于实质性脏器，而认识却是扭曲的，典型的例证就是脾脏生理功能的阐述。因力观察到“脾与胃以膜相连”，遂认为脾与胃在生理上必然存在着非常密切的联系，脾“能为之（胃）行其津液”（《素问•太阴阳明论》）的功能认识便推理产生。这种源于解剖学，又与之相背离的脏腑生理功能认识，是困扰中医界重大理论问题的症结所在。这实质上是古代解剖学和阴阳五行学说共同参与构筑藏象学说所导致的必然结果。

关于六腑的生理功能（暂不讨论三焦），早期医学文献对于胃、小肠、大肠和膀胱生理功能的认识与各自的解剖学器官比较符合。《内经》中对胃功能的认十分确定，诸如“胃者水谷之海”，“胃者五谷之府”、“五味入口，藏于胃”的记载，见于许多篇卷。古代医家由此自然归纳出“胃主受纳和腐熟水谷”的作用。同时可由“水谷皆入于胃，其精气上注于肺，浊溜于脉胃”（《灵枢•小针解篇》），得出“胃主降浊”的认识。至于“大肠者，传道之官，变化出焉；小肠者，受盛之官，化物出焉” （《素问•灵兰秘典论》和《剌法论》），此节显然也是由解剖学出发，粗略阐述了大肠和小肠的生理功能。这种认识在当时看来是比较科学的。膀胱属于“州都之官，津液藏焉，气比则能出矣”（《素问•灵兰秘典论》），本句客观地明确了膀胱贮藏尿液和通过“气化”排出尿液的作用。关于胆，《灵枢•本输篇》认为：“胆者中精之府”，又据《脉经》所称：“肝之余气泄于胆，聚而成精”，可知当时已认识到胆有贮藏胆汁的功能。概括说来，六腑的功能是“传化物而不藏，故实而不能满也。所以然者，水谷入口，则胃实而旸虚。食下，则旸实而胃虚。故曰实而不满，满而不实”（《素问•五脏别论》）。以上引述足以证明， 六腑功能主要是依据对空腔脏器的肉眼观察而归纳出来的。 另外，尚可发现，最初人们基于解剖学之上的脏腑功能认识，以六腑较为全面、确切，五脏则显得含混，捉摸不定，多数功能 与对应脏器难以相合。其中，尤以肝、脾的功能认为甚。这种情况不足为怪。比较而言，六腑大体均为空腔脏器，其内容物可察可征，功能相应易于确定；五脏之中，因心、肺、肾各自的解剖连属（如心与脉管相通、肺与口鼻相通、肾与膀胱相连） 容易明确，故对各自功能也提出一些比较切实的认识。肝脾两脏的情况大不相同，凭借当时的解剖水平和肉眼所见，尚无法比较确切地认定它们作为实质性脏器的生理功能。这种情况完全符含中医理论建构初期人们认识事物的一般规律。鉴于这一状况，古人为了获取脏腑功能的完整认识，必然移植可资借鉴的其他方法。于是，其后阴阳五行学说的系统干预便成为不可避免的历史现象。

4．脏腑病理认识也源于解剖学

既然脏腑生理功能认识首先是在解剖学基础上体验出来的，脏腑病理认识所反映的亦应是实质性脏器的反常变化。早期文献也有力地证实了这一点。

据《史记•扁鹊仓公列传》记载扁鹊以其（指长桑君）言饮药三十口，视见垣一方人，以此视病，尽见五脏症结。”这里用肉眼观察到的五脏，自然是实质性脏器；所谓症结，即是指具体脏器的病理改变而言。姑且不论扁鹊的诊病方法是否是特异功能，但这段记载表明，古代医家不只是由外部征象测知体内的变化，还深入到病变所在的具体脏器，直接把握病变的本质。由此看来，扁鹊对脏腑病理改变的认识没有离开解剖学的范围。

这种基于解剖学之上的脏腑病理认识，并不是孤立的医学现象。在《内经》中，对尿液藏贮的改变进行了病理方面的阐述。《脉要精微论》认为：“水泉不止者，是膀胱不藏也。”《宣明五气篇》指出：“膀胱不利为癃，不约为遗溺。”如此，膀胱的不藏、不利和不约被确认为水泉不止、癃和遗溺的病理机制，亦即实质性脏器膀胱的功能失常导致了上述病变的发生。《神农本草经》防葵条下所云：“膀胱热结，溺不下”，也把病位确定在膀胱。张仲景关于“风舍于肺，其人则咳”（《金匮要略》）的认识，把咳归为肺的病变，所论肺痈，病变也在肺。他在论述肠痈时指出广此为肠内有痈脓。”凡此种种，备种病变的部位都不是符号意义的虚构体，也不是不着边际的功能单位，而是发生了病理改变的实质器官。

综上所述，按着事物和认识发生、发展的一般规律，藏象学说中的脏腑概念的本质属性是极其简明而清晰的，遗憾的是，出干某种需要已被今人复杂化了，其结果是，藏象学说的 创生完全被本末倒置了，进而中医基础理论的研究和破译人为设置了障碍。在我们看来，只有确认古代解剖学对藏象学说创生先导的由医学内部原因启动的直接的重大影响，确认古代解剖学对藏象学说的奠基作用，才能客观地分析阴阳五行学说后来干预的原因、方式和结果，正确评价不同思维和研究方式先后参与中医理论体系构筑所形成的特点和利弊，进而理性地选定实现中医理论突破创新的主攻方向和着眼点。

通过对脏腑概念属性的系统分析，澄清了一个根本问题，即中医学脏腑概念的混淆，既不是清代西医学家及其他翻译工作者用中医术语翻译西医学基本概念而造成的，也不是清 代医学家王清任的过错。把概念混淆的责任推到王清任身上，是没有道理的，极不公允的。中医学脏腑概念属性的混淆在中医学建构初期即发生了，其实质是，中医理论体系在古代解剖学基础上又接受代表古代哲学 阴阳五行学说的系统渗透和干预，进而导致脏腑概念属性的两重性。或曰歧义性，导致脏腑概念解剖属性的非解剖属性在同一学术背景下长期混而杂存的局面。

脏腑概念属性和内涵两重性的澄清，为中医基础理论的深入研究提供了新的线索和素材，进一步拓宽丫研究视野和思路。事后我们发现，我们在研究这个问题时采用的方法恰好是中医发生学的研究方法。为了发展理论而进行理论回采，已被证明是必要的。于是，对这种研究方法进行归纳整理，上升到理论高度，使其在中医理论研究中发挥一般方法的作用，便成为一件非常有意义的事情。至此，中医发生学研究已从初步尝试走向能动的理性思考。

## 三、中医发生学研究的定义和目标

中医发生学研究作方一类独特的理论研究，应当赋予其明确的内涵和研究对象，以便与其它类型的研究区别开来，吸引人们准确无误地进行这种类型的理论探索。

1．中医发生学研究的定义

运用文献学、史学、逻辑学、哲学和社会学等方法。对袓国医学初创时期基本概念、基本观点和基本理论的形成与演变，作出客观而确实的诠释。这种由中医学术发生和发展的源头顺藤摸瓜进行考究和梳理的方法，即是我们所称的中医发生学研究。

2．中医发生学研究的外延

只要是符合中医发生学研究定义域要求的所有研究，都可纳入中医发生学研究的外延。此类研究至少包括：①中医学基本概念初始内涵的研究；②气、阴阳、五行学说向中医学渗透和进行理论建构的方式方法的研究；③气和阴阳等古代哲学范畴植入中医学前后内涵与外延演变的研究；④中医学创生时期观察和认知方法的研究；等等。

3．中医发生学研究的对象、步骤和目标

中医发生学研究的对象，主要是《内经》、《伤寒杂病论》、《神农本草经》、《难经》、《针灸甲乙经》等早期医药学著作。由于其后的医药学著作中保留着丰厚的奠基时期的理论积淀， 同时昭示着新理论、新学派产生的启承关系，因而它们当中的一部分也成为中医发生学研究的重要内容。当然，其它类早期古籍中散在的医学内容也将成为研究的重要内容。

在中医发生学的研究过程中，应当把这些古籍和有关内容放在当时特定的历史条件下，放在中医学创生时期哲学的、社会的、农业的、天文的、宗教的、伦理道德的背景下综合加以考察，最终实现对传统中医学认识的返璞归真。

中医发生学研究与中医文献研究不同，文献研究的终极目标是恢复古医籍的原貌和原意，一般不涉及对恢复后的原意的概念本质及其与相互关联的观点和理论的逻辑评价。中医发生学研究也不同于医学史研究，医学史研究是要探讨医学发展的基本规律。与中医发展战略研讨的“瞻前”意识不同，中医发生学研究强调的是理论研究的“顾后”和“回采”，终极目的则是面向未来，创新中医学。以往，人们多半只注意理论形成以后中医学发展规律的认识，换言之，只重视理论之果，忽视理论形成之因；只顾及理论发展的后期过程，而疏于研究最初建构的若干细节。因此，对中医理论雏型期到基本定型期的建构过程，尚处于若明若暗的认识状态，不少学者甚至在假定传统中医理论万无一失的前提下绘制中医学未来发展蓝图。这就不可能客观地把握初创时期中医基本概念与理论的来龙去脉，故而不可能全面系统地认识中医学本身。中医发生学研究所关注的是理论初创时期的基本概念的本质属性和特征；关注由这些概念出发，通过归纳与综合、推理与演绎而形成的初始的理论模式，以及这些概念镶嵌在理论模式中所充当的各种角色；当然还要关注稍后一段时间基本概念的内涵和外延的演化情况。具体说来，中医发生学研究至少分3步进行：

首先，要明确中医学基本概念的初始内涵。中医学基本概念包括：脏腑、经络概念；六淫、七情、八纲概念；精、神、气、 血、津、液概念；病、症、證、候、病机概念等。这些概念的初始内涵，可从文字发生角度和辩证唯物主义立场等方面得到比较确切的认定。例如，病、症、證、候的初始内涵，可从四字的本义和引申义，从其造字先后和人们对疾病认识由浅入深的逻辑过程综合予以确定。在此基础上，明确这些概念之间最初的相互关系。此外，还要明确阴阳、五行学说干预中医理论建构后，基本概念间相互关系的变化情况，以及脏腑母子、表 里、克制关系等诸如此类的概念间关系得以确立的翔实依据；

当然还要明确阴阳、五行学说干预中医理论建构后，中医学基本概念和观点多大程度上反映了客观实在和反映客观实在所采取的特殊方式。

其次，要弄清基于这些概念所进行的原始的归纳与综合、推理与演绎的繁复的运演过程。借以明确由基本概念的歧义性所导致的推理、演绎的灵活性和抽象结论的不确定性，进而找到中医学内部的蹩脚和悖论之处。与此同时，中医理论体系的合理性和科学性部分将被审慎地剥离出来。

最后，在上述工作基础上，从4个方面对中医学基本概念进行改造和更新。①对含义相同的概念进行归类，力求用规范而有代表性的概念替代那些含义相同的概念；②把中医学基本概念的含义精确化、规范化，使之保持在学科体系内部运用的语义专一性，以便逐步实现与科学大家庭进行术语方面的直接沟通和交流；③适当扩大或缩小一些概念的内涵和外延；④用创立的新概念表征那些词义晦涩的原概念，对重新认识和发现的学术现象陚予其新的概念和定义域。

以上3个基本步骤是相互关联的，不可分割的，共同构成 中医发生学研究的基本环节。3个步骤的完成是循序渐进的，不可能一蹴而就。因此，勿需讳言，中医发生学研究采取的是费时费力迂回的探索途径，似乎不如临床和实验研究来得快捷。而且，由于这一研究侧重进行的是理论探索，易被讥为脱离实际的纯学究式的毫无价值的空谈。然而，当中医学现实的种种研究步履维艰，陷于窘境的时候，中医发生学研究却有可能提交关于中医理论体系较为真实的整体画图以及其利弊得失的客观阐述。在此前提下，真正明确中医理论究竟是在哪些地方搁浅的，克服肓目性，增强中医研究工作的合理性和科学性，能动地把握中医学发展的现在和未来。

## 四、开展中医发生学研究的可行性和必要性，

关于胚胎学与生物进化的关系，恩格斯曾经指出：“有机体的胚胎向成熟的有机体的逐步发育同植物和动物在地球历史上相继出现的次序之间有特殊的吻合。正是这种吻合为进 化论提供了最可靠的根据”（《 反杜林论》，见《马克思恩格斯选集》第3卷人民出版社1976年版，第113〜114页）。生物进化论的重演律认为，胚胎发育在一个较短的时间内重演了生 物进化的基本过程。因此，胚胎学和研究胚胎发育成为研究生物进化规律的重要方法之一。这一研究方式对中医发生学研究具有重要启示性意义。

同样，西方著名学者、发生认识论创始人皮亚杰的研究方式也颇具启迪性。他所提出的发生心理学“试图根据心理机能的形成方式，也就是儿童心理机能的发展来解释心理机能。”他说当我们认识到从儿童说明成人往往比从成人说明儿童来得更好些时，便增进了对儿童心理研究的兴趣。”不仅如此，他认为：“要了解心理的生长，仅仅从诞生时开始是不够的，还要研究胎儿反射的胚胎学”。⑸皮亚杰对心理学的研究不是从成人出发，而是从儿童甚至胚胎时期着手，能够在千扰比较小的情况下探讨认识主体心理机能形成和发展的一般规律。他的发生认识论研究也是如此，鉴于“传统的认识论只顾到高级水平的认识，换言之，即只顾到认识的某些最后结果。 因此发生认识论的目的就在于研究各种认识的起源，从最低级形式的认识开始，并追踪这种认识向以后各个水乎的发展情况，一直追踪到科学思维并包括科学思维。”皮亚杰巧妙地抓住了心理和认识发生、发展的初始时期（或称低级阶段），然其研究结论却具有普遍的意义。

综上所述，由于事物后来的成长与发展全面携带了事物发生时期的基本信息；且事物发生时期的表现形式比较简单、直观、清晰，很少被“污染”，易于被认识与把握，对处于这一阶段的事物进行发生学研究，可以收到事半功倍的效果。而中医理论体系固有的超稳态结构，使之保持着其它学科绝无仅有的数千年一贯制的进化速率，因此，对其进行发生学研究便更为适宜。我们对中医脏腑概念属性的发生学研究，不仅证明是切实可行的，而且是行之有效的。

客观地说，开展中医发生学研究不是个人的好恶，而是学术研究不断深入提出的现实要求；不是可做可不做的事情，而是必须精心策划、认真对待、尽快实施的工作。

首先，中医学术研究的总体状况呼唤中医发生学研究的成果。众所同知，围绕中医基础理论开展的各项研究普遍受挫，实现中医现代化的种种努力举步维艰，收效甚微。证的各类研究、经络本质的研究、藏象学说的研究、药性理论的研究、治则的研究等，都是久克不下的难题。现在问题的关键不是观测指标选得不够新，而是这些理论问题发生、发展的来龙去 脉不明确，正本清源的工作亟待深入。实际上，上述各项理论问题不是孤立的、互不相干的，它们甚至有着共同的学术发生源头，即便后来演变为不同的学术问题，它们之间必然存在着 密不可分的连接点。这些问题未搞清楚，即开展所谓中医现代化研究，如同在沙滩上建楼阁，最终没有不失败的。这种抓根本、打基础的工作，正是中医发生学研究所要解决的问题。

其次，现代中医学与传统中医学形成的较大反差呼唤开展中医发生学研究。我们知道，新康德主义一个最有成效的命题是：我们所说的世界是我们所理解的世界。出于不同角度，人们可对这个命题的认识论属性作出截然不同的判断。若从积极的建设性的方面去理解，这个命题实际揭示了一种重要的认知规律，即当认知主体确立了稳定的认识结构后，其对对象世界的认识的一个重要方面是通过同化来理解和接受外部信息。换言之，外部信息是通过我们的认识结构的改造而被认识的。全国统编各科中医药学教材（简称现代中医学） 就是传统中医学经过我们的认识结构的同化改编而来的。其结果是传统中医学被保留了，同时又被改造和变通了。现代中医学看似初步实现了对传统中医学的“扬弃”，而实际情况如何呢？

在《中医基础理论》中，可以明显看出传统中医理论被改造和变通的迹象。就阴阳学说而言，其基本内容包括阴阳的对立制约、互根互用、消长平衡和相互转化，此即说明“阴和阳之间的相互关系不是孤立的、静止不变的，它们之间是互相联系、互相影响、相反相成的。”阴阳学说的这些基本内容，使我们很容易联想到对立统一规律，在经过现实的归纳整理、提炼升华之后，阴阳学说几乎成为对立统一规律的翻版。在学术界，已有人将两者完全等同起来。关于整体观念和辨证论治的阐述，也渗露出浓郁的现代哲学气息。正象《中医基础理论》 绪论中所概括的那样：“中医学不仅认为一切事物都有着共同的物质根源，而且还认为一切事物都不是一成不变的，各个事物不是孤立的，它们之间是相互联系、相互制约的。所以说中医学不仅包含着唯物观点，而且还包含着辩证观点。”这样一来，传统中医学中的哲学思想一下子被拔高到现代哲学的理论层次，轻而易举地完成了一次跨度较大的理论飞跃。关于藏象学说中的脏腑概念的属性问题，前已述及，同样存在着现代中医学与传统中医学之间的差异。诸如此类，不难看出，传统中医学在经历了漫长的沿革过程之后，开始以现代中医学的姿态出现在人们面前。这种改变主要表现在基础理论方面，表现在基础理论赖以建构的基本概念（或范畴）方面。 然而，必须指出，传统中医学转变为现代中医学并不是通过科学革命的方式实现的，甚至算不上是一次科学改良，即便是促成中医学这次转变的人们也未必认识到现代中医学实际上不能代表传统中医学。说穿了，由传统中医学到现代中医学是在人们不知不觉中发生的一次学术嬗变，是在今人的认知结构和企盼中医学发展心态的双重作用下屡经修订而产出的畸形的理论之果。人们或许不知道，在传统中医学向以统编教材为代表的现代中医学过渡的过程中自己究竟干了些什么；不知道经过今人的归纳整理传统中医学已发生了较大的变化；不知道我们维护和推崇的并不是或不完全是传统中医学本身；不知道带着浓厚的感情色彩研究传统中医学必然会歪曲传统中医学。事实说明，现代中医学与传统中医学已有较大区别。确切一点说，现代中医学仅仅是今人所理解和认识的中医学，它在多大程度上体现了传统中医学，尚待明确。可以想象，在很多方面与传统中医学貌合神离的现代中医学基础上设计和绘制中医现代化蓝图，把扭曲与误解的理论作为规范化研究的基础和指导原则，必然导致作茧自缚的局面。 中医规范化研究漏洞百出、步履维艰的症结正在于此。因此，开展中医发生学研究不仅是可行的，而且是十分必要的。

我们高兴地看到，当前，学术界已正在开始从事中医发生学方面的研究。从《中国医药学报》和《医学与哲学》等期刊刊出的相关文章中可以看出，中医发生学研究已不再是不毛之地，它有了滋生和成长的土壤，只不过人们尚未从中医发生学研究角度认识和领略这一刚刚萌发而又稚弱的学术现象。因而有理由确信，中医发生学研究将会成为新的学术生长点。

## 五、中医发生学研究在证的理论探讨中的运用

在第九章中，比较全面地阐述了与证相关的概念（范畴）和理论，前文在探讨中医发生学研究的3个基本步骤时，所要解决的恰好就是这些概念（范畴）和理论方面的问题。研究证的理论问题无法回避与证密切相关、直接参入具体证构成的阴阳、脏腑、八纲、六淫和气血津液等概念，以及借助这些概念建立起来的各种学说。可以看出，中医理论中的基本概念和理论问题与证的理论研究所涉及的问题大体相同，因此可以说，证的理论研究或发生学研究即是具体化了的中医基础理论研究或中医发生学研究。

如同脏腑概念基本属性的发生学研究那样，应当不厌其烦地对上述基本概念和借以形成的学说，以及概念和学说间的内在联系，逐一进行发生学研究，尽可能恢复原始纯朴的祖国医学图景。在此过程中，我们的认识应客观地再现中医学传统，而不是重蹈覆辙，再犯同化传统中医学的错误。否则，我们将一无所获。

通过对证和与证相关概念納发生学研究，中医理论体系内部的逻辑悖论和反例即可全面显露出来，并将得到克服和剔除；而合理和科学部分将得到提纯和升华，这些内容将作为重新建构的医学理论体系的重要组成部分而保留下来。此时的中医学既不是传统中医学。又不同于现代中医学，它将以崭新的姿态自立于医学科学之列，从传统跨入现代，并昭示着未来。

参考文献（未整理）

11}傅景华。关于中医学的理论易辙与信念危机。中国医药学报，19S8， 。 3（1）：4

〔2〕梁茂新，等。论中医学基本概念歧义性成因及其得失，医学与哲学， 1991t12（2）'23

〔3〕梁茂新，等。古代解剖学：藏象学说创生的基石。医学与哲学 10（1!）：27

〔4〕梁茂新。开展中医发生学研究的基本构想。中医研究，1994，7（2） ：3 〔5〕j ■皮亚杰，等。 <儿童心理学■序言）。北京：商务印书馆3986，2〜3 〔6〕J■皮亚杰。（发生认识论原理■引言北京：商务印书馆，19S7，]7

（梁茂新）

# 第十一章证的研究与中医学发展观

把证的研究与中医学发展观联系起来，并不是无缘无故地突发奇想。经验提示，证的研究能否在正确的思路和方法指导下，客观地揭示其内在的逻辑问题、规律性和科学性，取决于研究者崇尚什么样的中医学发展观。众所周知，有神论者会对自然、社会和生命现象作出各种神化的解释，这是由其宗教唯心主义认知观所决定的。所谓“戴着有色眼镜看人”，讲的是用一种僵化固定的思维模式认识周围的人和事。如此得出的结论，无疑是片面的，甚或是错误的。同样道理，有什么样的中医学发展观，必然引出什么样的证的研究结果。虽然整个中医理论研究特别是证的研究现状已经充分地印证了这一点，但令人遗憾的是，至今学术界尚未就这个问题取得一致的意见，未能从那些约定俗成的发展观的束缚中解脱出来。人们长时期在一种被禁锢的学术氛围中进行理论探讨，完全可以想象，关于中医药学的创新与发展云云，只不过是一个非常美妙的乌托邦。

由此可见，要把中医证的有关研究引向深入，使中医基础理论有所突破与创新，必须通过严肃认真的讨论，首先在确立科学的中医令发展观方面，解放思想，统一认识。这是当前比任何一项具体的研究都更为重要的理论研究。

## 一、科学发展的一般规律

科学的发展，是有其内在的规律性的。中医学的发展亦应遵循科学发展的一般规律。了解并把握这个规律，有助于识别错误的发展观和确立科学的发展观。

辩证唯物主义认为，事物内部的矛盾运动是事物发展的根本动力。自然料学的学科发展，包括中医药学的发展亦不例外。

自然科学的学科发展，是由认识主体对对象世界认识的深度和广度所决定的。人们的认识过程，总是由浅入深、由简单到复杂、由粗糙到精细、由低层次向高层次不断发展的。这 种认识不会停止在一个水平上。通过继承前人的知识和切身实践经验，不断深化人们对客观事物内在规律的认识，并在这种规律性认的基础上形成新的概念、原理和理论。在这一过程中，借助新的事实和发现，使我们有可能对以往的概念、结论、假说和理论提出质疑，或加以完善和精确化，或加以修补和订正，或加以根本性改造，全部推翻原有理论框架，建立全新的理论体系。若将这一过程分解开来，可细分为3个不同的科学发展时期。通常，一种新理论和新学科建立之后，即进入该理论和学科平稳式发展时期，或称常态科学时期。其发展的基本形式是在适用范围内的解释和指导作用，并实现与整个科学体系的匹配和同化，当然还包括使其进一步完善和精确化。在平稳式发展时期，占主导地位的概念和原理等固守着自己的学术阵地。因为它们是新兴的理论和学科，自然充满生机和活力。接下来的发展时期是渐变式发展时期。在此时期，个别新发现的经验事实与部分理论之间产生了小的磨檫；一些新的手段和方法的引入，使理论和学科产生某种不适应性；在学术观点方面，开始就一些枝节问题产生分歧， 等等。这些变化要求理论和学科有针对性地进行调适，作出修补和订正，但不是脱胎换骨的改造。理论和学科发展的最后一个阶段是突变式发展时期，即所谓科学革命。T▪库恩认为，当某种科学发现要求对科学的规范和知识体系进行一系列调整，而且这些调整越来越明显的时候，我们就可以把它看作是科学革命。在此阶段，原有的概念、原理和理论体系内部的逻辑矛盾显露出来，大量新的经验事实使理论的基本内核处于十分尴尬的局面，因而用新概念和新理论取代行将过时的旧概念和归理论，便成为科学革命最为现实而迫切的要求。至此，科学进入了脱胎换骨的变革过程。

最为生动的例子莫过于燃素说。在18世纪70年代以前，一直是燃素说统治着化学。这是德国化学家施塔尔提出的一种解释物质燃烧的错误理论。这种理论认为，一切可以燃烧的物质本身都会有一种特殊的物质，叫作“燃素”。物体中含有的燃素越多，就燃烧得越旺，否则相反。物体的燃烧过程就是分解和释放出燃素变为灰烬或渣滓的过程，燃素往往以光和热的形式逸出。恩格斯指出：“这种理论曾足以说明当时所知道的大多数化学现象，虽然在某些场合不免有些牵强附会。”正是这种错误的化学理论，在近100年的时间里支配着化学家的思想。然而，由于后来物质燃烧后增重情况的不断被发现，与燃素说形成了无法调和的矛盾，于是，燃素说发生了危机。最终以法国化学家拉瓦锡提出的燃烧的氧化说否定了燃素说，一个新的化学理论范型诞生了，同时代表着化学学科内一次科学革命的完成和终结。随后，化学又进入新的平稳发展时期。

对于具体的理论和学科而言，各自在以上3个发展时期上可能有表现形式、持续时间长短等方面的差异，但这并不影响我们据以分析和判断学科发展的现实状况，以便能动地驾驭学科的未来发展方向。

自然科学的发展史已经反复证明，任何一种科学理论和一门学科都是在其自身的矛盾运动中不断发展变化着的，一成不变、经久不衰的科学理论和学科是没有的。科学研究的目的就是要使科学理论和学科由相对真理逐渐逼近绝对真理。由此注定了科学的发展从本质上讲是假说的提出、假说的验证和假说的更替连续运作的过程。恩格斯对此曾经有过精辟的阐述，他说；“只要自然科学在思维着，它的发展形式就是假说。一个新的事实被观察到了，它使得过去用来说明和它同类事实的方式不中用了。从这一瞬间起，就需要新的说明方式了——它最初仅仅以有限数量的事实和观察为基础。 进一步的观察材料会使这些假说纯化，取消一些，修正一些，直到最后纯粹地构成定律。”因此，理论的更新和学科的变革是科学发展的内在规律性所决定的。我们显然不应当把中医药学包括证的理论研究排斥在科学发展的内在规律性之外。

以往，人们多半由学术体系外部的社会诸因素（诸如管理机构、政治背景、研究基地、课题经费投入等）探讨中医药学发展缓慢的机制。这里面涉及到科学发展的动力问题。应当承认，科学的发展还受政府、宗教等因素的影响。尽管这些外部因素有时对科学发展的影响非常之大，然而，归根结底，科学的发展是由内动力所驱动的。概括说来，科学发展的内动力至少包括如下几个方面：①新发现的经验和实验事实与原有理论之间存在的矛盾；②学术体系内部不同学术观点之间的矛盾；③理论自身存在活受知识体系影响而产生的矛盾等。这些矛盾的对立与转化、提出与解决，推动着科学的进步与发展。这是已被普遍证实且在自然科学各领域广泛采纳的科学认识。真正的专家学者不会惧怕在学科内部产生上述各种矛盾，恰恰相反，他们常常为发现这些矛盾而激动不已。因为他们找到了理论研究的突破发现了新的学术生长点；拉开了新范型建构的序幕；看到了科学革命的曙光。

## 二、几种样式的中医学发展观

所谓中医学发展观，是指人们对中医学沿革和发展规律的看法。这实际是一个缩小了的具体的世界观和方法论问题。众所周知，唯物辩证法是当代最为科学的世界观和方法论。它“主张从事物的内部、从一事物对它事物的关系去研究事物的发展，即把事物的发展看作是事物内部的必然的自己的运动，而每一事物的运动都和它的周围其它事物互相联系着和互相影响着。事物发展的裉本原因，不是在事物的外部而是在事物的内部，在于事物内部的矛盾性。”（毛泽东《矛盾论》）我们在上一节的讨论中，着力运用了这一唯物辩证法思想。

应当说，坚持以唯物辩证法为指导，树立正确的中医学发展观，这在中医学术界是会获得普遍认同的。但是回到实际问题时，情况却并非如此，从当前比较流行的几种中医学发展 观的考察分析中，可以窥其一斑。

1．特色观

在整个80年代，保持和发扬中医药学术特色，被认为是学术界呼声最高、影响最大、最具权威的中医学发展观。这里简称为特色观。实际上，“保持和发扬”讲的是“继承和发展”问题。而所谓“中医药学术特色' 则是一个尚待统一认识的概念组合。尽管如此，把“中医学动态的、整体水平的研究思路和方法，与阴阳五行、藏象经络、辨证论治等理论，以及中药、气功、按摩、养生等治疗手段”作为中医药学术特色和优势，已为大多数专家学者所接受。不过，即便是初通中医药学的人，也会对这些特色作出恰如其分的概括，即这些内容差不多刚好是中医药学的全部。因此，“中医药学术特色”便成为“中医药学”的同义语词。保持和发扬中医药学术特色即可替换为继承和发扬中医药学。由此看来，这个近乎口号式的特色观，未能提供任何可圈可点的新的内涵。我们知道，任何事物都是对立统一的。无所谓短，便无所谓长，不己短，何以言长。若均为特色，发扬又从何谈起呢？或曰，即便是特色和优势，也应使之现代化。但是，在如何使中医药学术特色和优势现代化这个问题上，中医学术界几乎把口子封得特别严。“优势战略”（或称主体战略）的倡导者再三强调：保持和发扬中医药学术特色，就是要严格按着中医药学自身的发展规律和完整的理论体系来规范人们的临床和科研工作，在每一个操作细节上都要坚持自主发展的原则。谭氏的观点最为直截了当，他认为所有现代科学技术，包括现代医学在内，都可以实行。“拿来主义”为我所用，但只能‘我化’，不能‘化我’。类似的见解，在80年代以来的各类中医出版物中，几乎随处可见：尚可注意到，国家中医药管理局科技司在1988 年11月于青岛主持召开了中医药传统科研方法研讨会，此间，“传统方法是保持中医药学特色的重要保障”的命题，被作为共识写入纪要之中。其言外之意是，凡采用现代科学方法进行研究，其结果则有可能游离于中医药学之外，丢失中医药学术特色。不难看出，整个中医学术界存有一种无法平衡的心态：中医药学不现代化不行，用现代方法研究中医药学也不行。前者的顾虑是怕无法摆脱发展缓慢的局面；后者的担心是怕丢失中医药学术特色。在这种背景下，强调“只能‘我化’，不能‘化我’”，便不足为怪了。

在特色观的支配下，中医药研究工作即成为由持色出发、经特色检验、最终体现特色的原地踏步式的无限回环。坚持这样做，就是保持了中医药学术特色，否则，有谁在保持特色 的某一个环节和步骤上“图谋不轨”，就会遭到批评和贬斥。 有关青蒿素科研成果归属的讨论，就颇具讽刺意味和戏剧性⑷。

或许认识到把中医药学的基本内容均划归为特色不够稳妥，于是，有人对中医药持色再行精练，提出了中医药学的两大基本持色：一是整体观；二是辨证论治。整体观就是所谓 “动态的、整体水平的研究思路和方法”的缩写。这里不拟对其展开讨论。而辨证论治和证的研究状况一如前述，各种问题和逻辑矛盾交织在一起，剪不断，理更乱，严重困扰着学术界。曾经赋予证和辨证论治的特殊地位已经开始动摇，它们广为人知的特色和优势正面临着巨大的冲击和考验。总之，以往加冕其上的种种桂冠正在失去它的权威与庄严。在这种情况下，特色观又当作何解释呢？

2．回归观

回归观的完整表述是：无论釆用现代科学的何种方法研究中医药学中的某一课题，其研究结论必须回归到既成的理论框架之中。不难看出，回归观不过是持色观的另一种说法。 1988年，一位科学基金会的管理者在评述中医招标课题时， 非常严肃地向学术界发出忠告，他指出：“一项中医科研，不管用什么方法去研究，其结局不能反馈到中医命题上来，不能把认识水乎向上提高一等，不能把理论向前推进一步，那不等于通过研究来否定中医理论吗？这是中医科研的大方向问题，务必引起大家的注意。”这番讲话对回归观的定义作了极为严密而又郑重的脚注，同时对所辖范围内中医药研究课题的入选条件和标准作了原则规定。推而广之，中医药科研成果的鉴定和获奖成果的评审等亦当以此为戒。这段讲话所昭示的回归观，以其特殊角度对学术界施加影响，其导向作用是不言而喻的。正是在这样一种思维定势支配下，中医理论被推向极致和顶峰。然而，当前在未施加任何外力的情况下，中医理论中却自我暴露出许多严重问题。因此，面对回归观，有理由要求回答如下7点质疑：

•假设中医药的各项研究结果全部反馈到中医命题上来，其认识和理论能够有所提高和推进吗？时至今日，能否列举出比较生动的例子来说明这个问题呢？

•与证有关的各类研究的出发点和归宿无一例外地都是围绕着中医命题，为什么未能摆脱当前这种进退维谷、全面受挫的局面？

•所谓“把认识水平向上提高一等”和“把理论向前推进 一步”，是否包含着对中医理论的辩证否定？

•中医理论是绝对真理吗？如果是，这是由哪位权威规定的？如果不是，可否对其不合理和不科学成份进行否定？

•如果可以统一这样的认识，即中医基础理论不具有绝对真理性，它仅具有相对真理性，那么，要求把所有的研究结果都回归到中医理论上来，这样，是促进中医药学的发展，抑或阻碍中医药学的发展？

•不允许用各种科学的方法在肯定中医理论的同时也否定其中不科学不合理的成份，中医学究竟继承什么？发展什么？突破仆什么？创新什么？

•中医科研的大方向问题难道是全盘维护中医理论吗？

显然，凡是不想背离科学发展基本规律的人们，都应当对这些间题作出理性的回答。

3．发扬不离宗观

这是新近推出的一种发展观。其完整的说法是：继承不泥古，发扬不离宗。这个略含对仗意味的语句中的“古”和 “宗”的含义一经明确，即可获取对该句的正确理解。实际上， “古”和“宗”在这里是同义同，都是指古人或传统的诊疗经验和方法，以及传统理论和传统学术思想而言。估计不会另外作出其它的解释。这样，便可对“继承不泥古，发扬不离宗”予以完整的表述。“继承不泥古”要求人们在继承袓国医学遗产时，不得完全照搬古人或传统的诊疗经验和方法，对传统理论和学术思想应当有选择地学习和吸收，即所谓吸取精华，除去糟粕。“发扬不离宗”则又把问题拉回来，告诫人们在研究祖国医学时，不可背离中医理论，中医理论是不得突破和超越的。一言以蔽之，发展中医药学绝对不许离经叛道。由此可见，“继承不泥古”和“发扬不离宗”是内涵上彼此矛盾的语句。前者所表达的内涵无疑是正确的，后者则恰好与此相对，反其道而行之，“发扬”成为传统的“卫道士”，因而全面扼杀了“发扬”本身所具有的超越、突破、变革等特殊品格。

通过分析可以看出，发扬不离宗观没有摆脱特色观和回归观之窠臼，3种发展观如出一辙，虽然提法时常翻新，但诸变不离其宗。我们看到，多少年来学术界不断重复着一个钢铁般虔诫的信念：中医药学是科学的，科学的东西应当是永恒的，不可改变的；无论继承还是发展中医药学，都必须以保持中医药学术特色和维护中医理论的完整性为基本前提。然而，现实是严酷的，一直在与学术界恪守的信念作对。事实说明，中医药学特色不是被丢弃的，而是因其潜在的逻辑矛盾显现出来之后，自我伤失了优势地位。证和辨证论治的现状无可辩驳地教育了学术界，中医药学一筹莫展的现状启发了学术界，至此，自然引出这样的问题：继续坚持上述3个中医学 发展观，中医药学的出路和前途安在？

4．对3种中医学发展观的反思

虽然我们已从3种中医学发展观的困扰中解脱出来，但是心情依然十分沉重。一则这个问题积重难返，不可能在短期内从根本上得以解决；二则中医药学的发展牵动着众多人的感情，这种感情是不能轻易伤害的。那么，究竟是什么原因使得人们承受如此重大的感情负荷呢？或许明确其中缘由，能使人们有所宽慰，如释重负，并以一种正常的心态面对即将出现的中医学变革。

归结起来，离不开一个“怕”字。

首先是老中医们怕。人们对发生于1929年那桩令人发指的废止中医事件至今记忆犹新。这是采用极为粗暴的手段以政府的行为扼杀中医的典型例证。在这一事件形成的过程中，少数西医界有影响的人物充当了极不光彩的角色，因而也使人们对此耿耿于怀。自此以后，为生存而斗争成为中医界的共同信念。

皮之不存，毛将焉附。老中医们从切身的临床实践中认识到，废医存药，医药两亡。研究医理，势必波及中药的使用方式。于是就生出两怕，一怕管理部门冷落中医；二怕研究中 医者走了样。特别是对西医或西学中人员研究中医，不论主观愿望如何，总是存有戒心。害怕对中医医理理解不深不透， 或是用西医的思维方式研究中医，最终歪曲或“蚕食”中医，进而变相消灭了中医。而事实上又确实存在着西医或西学中人员对中医学理解得不深不透的情况。由于有了这两怕，一方面要求建立自己的管理机构；另一方面，自然提出特色观之类 的告诫，以便规范和限定人们的研究行为。

其次是西学中人员怕。西学中又称中西医结合，这一批人抱着满腔热忱学习中医，坚持用中、西医两法诊治疾病，并在中医药的研究方面付出了艰辛的劳动。他们从自身知识结构和医学发展规律的考察中，认定中、西两种医学的对话、互渗和融通是不可避免的发展趋势。并且，这种认识在一段时间内获得了较大范围内的认可。如所周知，“坚持走中西医结合的道路，创造统一的新医学新药学”，曾经是70年代末至 80年代初最有代表性的指导原则，尽管这一原则很快又被中医界所调整。近40年来，对中西医结合工作人们时出微辞，其中夹杂着不放心和不信任。久而久之，西学中人员也产生了两怕，一怕自己的医疗和科研工作偏离了中医理论的指导；二怕出力不讨好，受到人们的指摘。于是，所有的研究工作都在证实中医理论的正确性和诊疗经验的可靠性，从不越雷池一步。整个证本质研究的情况即是如此。出于这两怕，只好常常看别人眼色行事；并把特色观作为笃信无疑的行为准则。

最后是管理者怕。一方面，有人认为中医药学为世界之最，外国人不可能掌握地道的中医学；另一方面，许多人宣称现代科学尚不具备对中医药学进行解密的能力和条件。这样似乎给人们吃了定心丸，不必担心外国人超过我们了。可是，无论如何评价国外中医药的使用和研究现况，一提到国外中医药热，总是喜忧参半。喜的是中医药学走向了世界，被异质的文化背景所接受；忧的是“墙内开花墙外香”并非戏言。因此，虽然服了定心丸，心里并未踏实下来。加之我们的研究工作进展缓慢，到处受挫，进一步加重了人们的危机感。当此之 时，管理者们自然要承受较大的心理负担。

中国医学界划分为中医、西医和中西医结合三支力量，可谓一大特色。三支力量呈鼎足之势，相互间免不了有些磕磕碰碰。几十年来，注意调节三方面关系，特别是中医和中西医 结合之间的关系，成为体现管理艺术的一个重要方面，管理者不得不投入大量的时间和精力来权衡各种关系。这里应当指出，磨擦多半是由学术方面的问题引发的，诸如传统研究方法 和现代研究方法的主从地位问题、中医和中西医结合的关系地位问题、有关研究成果的归属和评估问题、成果奖评定的标准问题等。管理者不可能从根本上解决学术方面的争吵，但又不得不从中作出评判。一些问题似乎解决了，同时又潜伏下来，待到适当的背景，可再度发生新的冲突。实际上，所有大的争论几乎都可归结为如何发展中医药学这一方向性问题。在大方向问题上，管理者是不可含糊的，必须作出能够驾驭全局的正确决择。

于是，我们的管理者在这些棘手的问题面前也可能产生两怕，一怕中华民族的传统瑰宝逐渐变成异国它乡的专利，伤失了自己的优势地位，这样对谁都是不好交待的。二怕学术界内部出差错，把中医搞得面目皆非。其实，这两怕之间是很矛盾的。外国人研究中医药无疑是采用先进的科学技术，研究结果勿需而且也不可能体现特色观的种种要求，对此，我们不是怕改变了中医药学术特色，而是怕人家把真东西变换花样挖走了。就国内而论，国人使用算不上一流的现代手段，却要求充分体现中医药学术特色，我们千怕万怕是怕丢了特色，很少有人考虑国外“中医热”可能带来的严重后果。可以想象，如果管理者以这样一种矛盾的心态解决面临的现实问题，中医药学的发展必将失之交臂。实事求是地说，所谓特色观、 回归观和发扬不离宗观，一定程度上是通过部分管理者之口产生导向作用的。虽然在短时期内满足了人们的心理愿望， 但滞后产生的负面影响，将随着理论研究的不断深入逐渐显现出来，并被人们所认识。然而，到那时再来调整我们的发展战略，为时已经晚矣。

## 三、中医药学研究应坚持辨证唯物主义发展观

在本章第一节中，一般性地介绍了科学发展的辩证规律，确信科学发展的这一规律，即坚持了辩证唯物主义的科学发展观。概括说来，辩证唯物主义是唯物论和辩证法的有机统一。它承认世界的物质性，认为世界是按着物质运动的规律而发展的，世界上各种现象是运动着的物质的各种不同形态；物质是第一性的，意识是第二性的，物质是在意识之外、不依赖意识而存在的客观实在；物质世界及其规律性是完全可以认识的，认识来源于人们的社会实践。它认为世界上的一切事物都在不断地运动、发展、变化着，事物的发展是事物内部的必然的自己的运动，而每一事物的运动和它周围的其它事物互相联系着和互相影响着。尚需指出，唯物辩证法的核心是对立统一规律，它认为事物都是一分为二的，任何事物都包含着两个互相矛盾着的对立面，这两个对立面的又统一又斗争，推动了事物的发展；发展的过程由逐渐的量变转化为根本的质变；发展不是重复过去的事物，而是变化为另一种新事物，不是简单的循环，而是螺旋式的上升运动。按着辩证唯物主义的这些基本观点观察、认识和解决科学研究中的问题，才能能动地把握科学发展的历史、现状和未来。客观地说，接受辩证唯物主义的发展观与按这一发展观的基本原理观察、分析、认识和解决科研中的具体问题，是有联系的两码事。这种情况在中医界表现得尤为突出。因此，运用辩证唯物主义的观点和方法，分析中医药学术研究过程中遇到的实际问题，或许有助于实现“知”与“行”的统一。

**（一）中医学赖以建构的哲学基础**

对中医学与其赖以建构的哲学基础的关系问题，历来是学术界比较重视的。以往讨论这个问题，旨在通过阐明两者之间的关系，借以揭示中医理论体系是建筑在唯物论和辩证法之上的，明确了中医学接受科学哲学的指导，其理论体系的科学性即可不证自明。近年来，少数学者从研究的角度关注中医学与哲学关系的问题，有关论述业已触及更深层次的理论建构。这一努力的目的在于寻找中医理论发展的突破口，实现中医学的根本性变革。同样的重视，却来自截然不同的两种理解和动机。虽然两种理解和动机尚未形成公开对垒、短兵相接之势，但由于从本质上讲这里提出了学科体系的元理论问题，学术界自然应当以极大的热情关注和组织这个问题的讨论。

关于中医理论体系的哲学基础问题，是由统编教材《中医基础理论》予以诠释的。中医学的理论体系是“受到古代唯物论和辩证法思想——阴阳五行学说的深刻影响，以整体观念 为主导思想，以脏腑经络的生理和病理为基础，以辨证论治为诊疗特点的医学理论体系。”它的哲学基础是借助阴阳五行学说得以全面体现的“古代唯物论和辩证法”。这无疑是正确 的。为了更加清晰地表明中医学对哲学的依赖，学术界习惯用专业的哲学术语——“朴素唯物论和自发辩证法”替换“古代唯物论和辩证法”的称谓。可以看到，在其它重大学术问题上，人们都可能有这样或那样的审慎保留，唯独在中医学的哲学基础这个问题上，取得了完全一致的看法，几乎很少有人关心和过问这个哲学基础的性质问题。亦即朴素唯物论和自发辩证法的历史贡献和缺陷，以及与近、现代辩证唯物论的区别问题。

实际上，凡是懂得哲学的一般常识或稍微翻阅一下当今的哲学读物，都会对这些问题作出准确无误的回答。这里仅就朴素唯物论和自发辩证法的历史缺陷和与辩证唯物论的区别作一简路陈述。

毛泽东指出：“古代的辩证法带着自发的朴素的性质，根据当时的社会历史条件，还不可能有完备的理论，因而不能完全解释宇宙，后来就被形而上学所代替”（《矛盾论》）。其中虽然未具体指出古代辩证法的范畴和表征方式，但这些基本观点完全适合对中医学中辩证法思想的评估。这段表述告诉人们，古代辨证法的自发性和朴素性是客观存在的，不是后人主观好恶的事情。它是由当时特定历史条件（如社会生产力、科学技术发展水平等）的局限性所决定的；形而上学取代古代辨证法是历史必然。李泽厚则针对阴阳这一对中国古代的哲学范畴的历史缺陷进行了分析，他认为：“中国远古关于昼夜、日月、男女……等等原始对立观念大概是在最后阶段才概括为阴阳范畴的。但阴阳始终没有取得如今天我们所说的‘矛盾’那种抽象性格，阴阳始终保留着相当实在的具体现实性和经验性，并没有完全被抽象为纯粹的逻辑范畴”。阴阳范畴的这些缺陷并没有因为参与中医理论体系的建构而有所克服，它深深地混合和/或化合在中医理论体系中。这种结合在当时无疑是合理的、科学的，同时也是无奈的。从现实发展的角度来看，正是这种结合使问题变得异常复杂，难分难解。

关于朴素唯物论和自发辩证法与辩证唯物论的区別，是由各自不同的历史形态所决定的。如所周知，唯物主义和辩证法的发展，经历了由朴素唯物论和自发辩证法到形而上学，进而发展到辩证唯物主义和历史唯物主义3个历史形态的发展过程，每个历史形态之间都有着本质的区别。辩证唯物主义是朴素唯物论和自发辩证法经过否定之否定后发展完善而来的，并以其完整性、彻底性和科学性代表着哲学发展的现实最高水平。在哲学界，这是勿需争辩的。然而在中医界，人们普遍认同中医理论体系的哲学基础的朴素性和自发性，却不能容忍将朴素唯物论和自发辩证法作为较低层次的历史形态来看待。于是，把它们与辩证唯物主义混同起来，便大有人在。因为，人们很清楚，“‘朴素’、‘自发’几乎是‘原始’、‘落后’的同义语。所以理所当然地被人家看作是‘过时的’” 有了这样的顾虑，否认朴素唯物论和自发辩证法与辩证唯物主义之间的本质区别，也就不奇怪了。

同时，在朴素唯物论和自发辩证法之外，一部分学者探讨了中医学的自然哲学属性问题，在学术界激起了不应忽视的理论涟漪。

继1987年有人提出中医哲学是“过时的自然哲学”之后，学术界打破了当时的平静。认为中医学是“具有自然哲学特点的医学理论” 没有使用作出限制的前置词，却表明了对中医自然哲学属性的赞同。比较具体的看法是中医阴阳五行作为描述自然过程及生命过程中各种方式相互作用规律的学说，可以被认为是一种自然哲学。”从现象上看，把中医哲学视同自然哲学并无异议。不过，人们对自然哲学的理解却迥然有别。一种观点认为：“中医哲学的有些内容在世界观和一般方法论的层次上已经过时，或者本来就不是高层次的辩证方法，但并不妨碍将其作为较低层次上的方法雏形予以肯定，并与同一层次的现代科学方法加以比较研究，使其提高。”这是从自然哲学的角度对中医哲学进行的分析评价。另一种认识则与之针锋相对，鉴于“自然哲学这一概念在西方哲学历史上已经具有特定含义，因此，中医阴阳五行学说绝非这种意义上的‘自然哲学’。中医阴阳五行学说也并不主要讨论物质与精神的相互关系，而且在有关形神关系的沦述中，也并不存在什么唯心主义问题。”⑺为了进一步说明问题，有人强调指出：“包括中医五行学说在内的中医理论与西方哲学史上的‘自然哲学’并不是同一范畴，而‘自然哲学’也并不是‘唯心主义’。这种既承认中医学属于自然哲学，又想把它与自然哲学区别开来的矛盾心态，重演了人们对中医学所具有的朴素唯物论和自发辩怔法思想的思维方式，因为“自然哲学”这个概念同样也留给人们类似的烦扰。作为一种关于自然界的哲学学说，自然哲学流行于西方17~19世纪初叶，其观点集中地反映在德国唯心主义哲学家谢林和黑格尔的体系中。当时，自然科学还没有得到充分发展，还不能科学地解释自然界的许多现象及其客观联系，因此，一些哲学家企图不依赖科学实验材料为依据（客观地说，这些科学实验的依据也是相当不充分的），而以抽象的思辨原则来建立有关自然界的体系，这样建立起来的自然界的体系就是自然哲学。恩格斯曾对自然哲学进行了精辟的概括，认为自然哲学是“用理想的、幻想的联系来代替尚未知道的现实的联系，用臆想来补充缺少的事实，用纯悴的想象来填补现实的空白。”并辩证地指出：自然哲学“提出了一些天才的思想，预测到一些后来的发现，但是也说出了十分荒唐的见解，这在当时是不可能不这样的” （《路德维希•费尔巴哈和德国古典哲学的终结》）。随着19世纪自然科学的巨大进步，迫使自然哲学家接受新的科学认识，与此同时，自然哲学即完成了自己的历史使命。不难看出，自然哲学所体现的认知方式与中国古代的阴阳五行学说有着惊人的相似之处，两者都显露出浓浓的思辨色彩。虽然借用自然哲学表征中医的哲学基础未必十分贴切，然仅就这一点便可将它们相提并论了。至于在自然哲学之外是否还有一种中医阴阳五行学说意义上的“自然哲学”，一种不是"唯心主义” 的“自然哲学”，恐怕哲学界对此尚一无所知。很难想象，在中医理论体系中存在着这样的别具新意的“自然哲学”。

长期以来，中医学术界维持一种奇怪的学术现象，人们一方面理性地认为中医哲学的历史形态是朴素唯物主义和自发辩证法思想，或称自然哲学；另一方面，又非理性地否认了它 与当代科学哲学的本质区别，随意拔高到高层次的历史形态。这种学术现象的持久维持，起因于人人通晓而朴素的认识：“中医哲学是中医学的理论基础，并已与中医理论融为一体，不可分割。中医理论是中医临证的指导，是整个中医学的支柱。否定中医哲学和中医理论，实际上是否定中医学的科学性。”这种认识若放到中医理论创生时期，无疑是合理的、正确的。然而，在时过2000余年之后，提出并维护这种认识，等于说中医学是不能进化，不可变革的学科；等于说全面参与中医理论建构的古典哲学是永恒的，不可逾越的。这就从根本上扼杀了一个学科的发展应当具有的辩证品格。我们看到，在人们苦心营造的襁裸之中，典雅古奥的中医哲学思想越发变得老态龙钟了。

现在可以毫不夸张地说，继续全面维护中医哲学，势必贻误运用现代科学、科学哲学的方法和手段继承和发展中医药学的大好时机，把眼下尚可自诩的优势拱手相让出去；就会在 激烈的国际竞争中败退下来，从我们这一代人的手中葬送中华民族这一宝贵的文化遗产。必须指出，当前，中医药学正在被人们的好心溺爱和保护所捧杀，这种局面至今尚未发生根本性改变。但是，我们有理由相信，“中医学受益于古朴的哲学思想，它的理论体系深深打上了古朴哲学思想的烙印。改变这种状态，是一个或迟或早的事情。”

**（二）中医学的遗传与变异**

我们知道，遗传和变异是生物界普遍存在的生命现象，是生物进化、新物种产生赖以实现的基本方式。通过比照可以发现，科学的发展同样绎历了“遗传”和“变异”的基本过程。 并且只要科学在不断发展着，这一过程便永远也不会终结。

科学的遗传，通常表现为核心概念和建筑其上的主体理论保持科学相对平稳地向前发展，或在科学发生重大变革之后，这些核心概念和主体理论作为新的理论框架中不可或缺的重要组成部分而保留下来。科学的变异，比较典型的是伴随科学危机而发生的核心概念的变更和基本理论框架的重新建构，当然坯表现在科学步入平稳发展时期隐约可见的渐变。在科学的遗传和变异之间，没有一条泾渭分明的界限，遗传中孕育着变异，变异时又程度不同地携带着遗传信息。遗传决定了此科学不同于彼科学，而持续变异则把现代科学与传统科学严格区别开来。遗传是继承，是固守；变异是创新，是突破。正因如此，科学的变异成为推动科学向更高层次发展的有力杠杆。不发生变异的科学是不可思议的，也是很难见到的。那么，中医学是如何遗传和变异的呢？

1．中医学遗传与变异的规律

在探讨中医学发展史时，学术界喜欢用“源远流长”予以高度概括，而源远流长恰好揭示了中医学遗传与变异的特殊规律，通常所说中医学的发展源远流长，是针对其理论体系数千年来一脉相承而言的„

自《内经》、《伤寒杂病论》和《神农本草经》等几部经典著作问世，历代医家均将其奉为治学业医的圭臬准绳。于是，围绕几部经典医学著作的校勘、注释、运用与阐发便构成了袓国医学长达数千年的发展主线，一部中医学发展史，实际上是几部经典医学著作的继承史、注释史和发微史。博大精深的中医药学以其丰厚的理论积淀而著称，但它始终未能超越几部 经典医学著作建构的理论框架，时至令日，人们依然沉湎于循经数典的学术氛围之中。因而，以经解经，以心解经，成为历代医家乐此不疲的时尚。由此可见，中医学的遗传主要表现为几部经典医学著作滚雪球式地延续；表现为由这些经典医学著作建立的中医理论大厦的超稳态发展。从全国统编各类中医教材中，可以全方位领略《内经》之精华、《伤寒杂病论》之奥妙、《神农本草经》之遗规、温病学派之垂教，在经过编排遗传下来的东西之外，很难找到属于变异之类的东西。

中医学的遗传以压倒的优势创造了科学史上的一项记录——中医理论体系保持着其它学科绝无仅有的数千年一贯制的进化速率。虽然历史上中外医学交流频繁，但中医学从未被异化，它以其特有的魅力一次又一次地同化“舶来品”，显示出经久不衰的遗传力量

如果说中医学从未发生过变异，似乎令人难以置信。众所周知，中医学在其漫长的发展过程中，曾有过几次较大的历史性飞跃，最值得称道的是“金元四大家”为繁荣祖国医学所 作出的卓越贡献。从学术争鸣推动学术进步的角度，难道不可以认为金元时期的袓国医学带有典型的“变异”式发展特征吗？看起来有必要以此为例明确中医学“变异”的实质。

金元时期，战乱频繁，民不聊生，屡婴兵燹之害，疾病劳役严重，患病规律发生了一定的变化；另因医学界治病用方普遍推崇宋制《太平惠民和剂局方》，乏因病权变之术。鉴于这两方面的主要原因，在医学理论和治疗方法上革故鼎新便成为那个时代的迫切要求，金元四大家正是在这样一种背景条件下蜂拥迭起，交相辉映的。

刘完素是当时颇负盛名的匿学家，他在病机上提倡火热学说，使用寒凉药物有独到之处，故后人对其有“寒凉派”之称。火热学说的产生，与刘完素居住的北方热病流行密切相关，他突破了以往约定的治法，对后世治疗温热病具有重要的启示作用。张从正则强调疾病无论何种成因皆邪气为患，治疗当以驱邪为重，推崇汗、吐、下三法，在具体运用时，不断丰富三法内容，因此有“攻下派”之名。当时。张从正的学术思想 对达官显贵好补成风，医界墨守《太平惠民和剂局方》，滥用香燥之品，起到了积极的质疑作用。李杲的学术思想，在病因病机上突出“内伤脾胃，百病由生”的基本观点。他认为，饮食不节、劳役过度、情志失调皆可损伤脾胃，治当补益脾胃为主，建立了一整套以升举中气为主旨的治疗方法，所创补中益气汤等名方，至今为临床医师所习用。因此，他获得了“补土派”的称号。另有朱丹溪提出了相火论，认为“阳常有余阴常不足”，治疔上善用滋阴降火之剂，补充和发展了刘完素的火热论学说，取得了较好的临床疗效，因而有“滋阴派”的美誉。综观金元诸家，创新说，各领头上一方天；辟蹊径，却有异曲同工之妙。加之张元素、罗知悌、王好古、王履等医家的积极参与，委实形成了诸子争鸣、学派林立、学术繁荣的局面。

一般说来，学派纷争是科学发生变异的前奏，是新科学诞生的催产素。然而，金元时期各学术流派虽各树一帜，自成一家之言，但归根结底，诸说不离其宗，未曾摆脱先前中医理论之窠臼。各家学术思想或针对《内经》所言探赜索隐，阐发其微旨大义，进而扩大它们的使用范围；或针对遇到的现实问题，寻根溯源，从《内经》的有关章节中获得理论支持和指导。从《内经》出发和回到《内经》中来，是金元诸家创立各自学术流派普遍遵循的主要研究思路与方法。正因如此，学术争鸣的结果自然是，公说公有理，婆说婆有理，谁也说服不了谁，谁也替代不了谁；各种学术流派在《内经》的基础上分道扬镳，最终又在《内经》的旗帜下融为一体。因而在学术论争偃旗息鼓之后，中医学的实质性变异并没有发生，反倒弘扬了《内经》，使套在其上的神圣光环更加光彩夺目。

类似的情况还见于 《神农本草经》和《伤寒杂病论》等经典著作。过数百年掀起一次研究高潮，给人们深深打上一次烙印，祖传的东西不能丢，这种观念也在中医学的遗传过程中得到很好的遗传。清代的《神农本草经》（以下简称《本经》）研究热进一步印证了这个问题。

继明•卢复辑得《本经》，倪朱谟和缪希雍分别在《本草汇言》和《本萆经疏》中阐发经旨，拉开了清代研究《本经》的序幕。其研究倾向大致分为两种类型：一是《本经》的辑复，二是《本经》的注释。

在《本经》的辑复方面，流传较广的有孙星衍、顾观光辑本，其它则有姜国伊本、王阎运本、黄奭本和叶志冼的《神农本草经赞》等。上下100余年间能有这么多《本经》辑本刊行，虽有乾嘉考据之风的影响，但这毕竟是中医学以外的间接动因。作为考据学家，孙星衍在自序中指出：“明李时珍作《本草纲目》，其名已愚，仅取《大观》，割裂旧文，妄加增驳，迷误后学。予与家凤卿集成是书，庶以辅翼完经，启蒙方技。” 《本草拔萃》钱序认为：“自唐宋以来，（《本经》）增益于古人之 《别录》，踌驳于近代之《纲目》，学者目佣耳食，莫知元本，于是乎医学承陋， 经方传讹。”而陈修园的看法更为直截了当，认为“自时珍《纲目》 盛行，而神农之本草遂废” （《神农本草经读》人参条下）。 这些认识足以说明，辑复《本经》的直接动因还是来自对李时珍《本草纲目》的看法。辑复者感到经旨日晦，必先辑之而后彰之，爰辑佚之风盛行。《本经》辑本已得，然微义难明，又吸引注释者接踵而来。其中影响较大的有张志聪的《本草崇原》、叶桂的《本草经解》、徐大椿的 《神农本草经百种录》和陈修园的《神农本草经读》等。这些著者以诠释《本经》为荣，同时又以诋毁《本草纲目》为常。贬斥之语多属空泛，或为小题大作。言辞最为偏激者，有胨修园、张志聪等人。虽然清代的《本经》研究热从一个侧面活跃了本草学研究气氛，对《本经》的辑佚、注释和发微都进行了颇有见地的探索。然而，他们唯《本经》是尊，厚古薄今思想严重，也极大地限制了他们的学术视野。他们斥责李时珍《本草纲目》，集中反映了“经典至上”的心态。这种学术返祖现象充分保证中医学大体不走样地遗传下去，按着一种亘古不变的模式四平八稳地发展。至于张仲景的《伤寒杂病论》的流传情况，这里便勿需赘言了。

总而言之，中医学绵延数千年，除了自身学术体系的发展完善之外，至今没有出现创新性、突破性发展。现代科学根据其知识更新速率可以求得其半衰期，而中医学则不存在这个 问题。事实说明，中医学在遗传中走过了极其漫长的沿革历程，中医学迄今为止是一门难以进化的学科。长期左右中医学持续稳定进化的基因不是别的什么事物，正是前面业已系统阐述的深深植根于中医理论体系之中的中国古典哲学借以表达的阴阳、五行学说等。中医学以中国古代哲学作为自己的遗传基因，是中医理论体系初创时期必然发生的革命性的事件，它给中医学带来了比较持久的学术繁荣，而时至今曰，它已成为影响中医学向更高层次发展的制约因素，

2．中医学遗传与变异的未来走向

在生物界，遗传与变异的主要原因在于遗传基础和基因型的变化，即突变和基因重组。一直孕育在中国古代哲学母腹之中的中医学，自然携带了中国古代哲学的“基因”鉴于该基因客观存在的朴素性和自发性缺陷，尽快实现其迁移或重组便成为中医学发展的历史必然。在这一过程中，将水乳交融的中医学与中国古代哲学审慎地剥离开来，以为基因频率的改变准备条件，应当是首要的一步。

一般情况下，要把阴阳学说、五行学说之中具有哲学属性和医学属性的内容大略区别开来并不困难。凡概括性阐述阴 阳、五行属性、相互关系和运动方式的内容，即为哲学方面的内容。例如，所谓“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”（《素问•阴阳应象大论》），即是对普遍存在于宇宙间一切事物运动过程之中的阴阳两种属性的高度概括。而“积阳为天，积阴为地，阴静阳矂，阳生阴长，阳杀阴藏，阳化气，阴成形”（同上），则从阴与阳之间的对应关系、性质、相互制约、相互消长揭示了事物发展变化、自然界生生不息的内在规律性。由于这些论述不是具体针对某一事物和医学现象，而是对事物阴阳属性的一般抽象，得出的认识具有普遍指导作用，因而关于阴阳的这些阐述可以划归哲学方面，尽管这些内容最终是为讨论医理服务的。

采用阴阳学说、五行学说直接探讨形体、生理、病因、病理、疾病现象、药性和治则等内容，有关论述便具备了医学属性。比如，所云“内有阴阳，外亦有阴阳，在内者，五脏为阴，六腑为阳；在外者，筋骨为阴，皮肤为阳”（《灵枢•寿夭刚柔》），即把阴阳运用到形体部位的具体划分上。而“阴胜则阳病，阳胜则阴病”（《素问•阴阳应象大论》）和“阳常有佘，阴常不足”（《格致余论》）等论述则把阴阳学说用于病机的论述方面。至于“善补阳者，必于阴中求阳”，“善补阴者，必于阳中求阴”（《景岳全书》），则是典型的运用阴阳学说阐明治疗原则的例证。显而易见，阴阳的这些表述具备了比较明确的医学属性。经过这样的分析处理，中国古代哲学与中医学混合的情况很快便可划分开来。然而，化合在中医学中的中国古代哲学思想却根深蒂固，难以分离。以下试图说明这种化合态的中医学与中国古代哲学的结合方式。

由于“阴阳者，数之可十，推之可百，数之可千，推之可万， 万之大不可胜数” （《素问•阴阳离合论》），于是，中医学中也处处不离阴阳。凡是符合阴、阳某一方面的属性，即可以阴、阳相称。如果把具有阴阳属性的归结起来，从部位上来看，上部、体表、背、四肢外侧、六腑为阳；下部、体内、腹、四肢内侧、 五脏属阴。这里面阴阳已有交叉。进一步划分，在内者，五脏中心、肺居于上部属阳，肝、脾、肾位于下部属阴；在外者，“筋骨为阴，皮肤为阳”（《灵枢•寿夭刚柔》）在生理上气属阳， 血属阴。由此推之，心气、肝气亦属阳，心血、肝血亦属阴。而脾阳、肾阳自然属阳，脾阴、肾阴自然属阴。在病因诊断方面， 寒、湿为患属阴邪，风、暑、热（火）、燥为阳邪；病证在表、属实、属热为阳，在里、属虚、属寒为阴；五脏属阴，所患病证又有阴阳之别，如肾阴虚证与肾阳虚证。凡此种种，阴阳在中医学中 无限外推到各个层次、各个学科。这样以来，阴阳在中医学中既是一般的，又是个别的；既是抽象的，又是具体的；既是物质的（形态的），又是功能的；既是实在的，又是虚幻的；既是本质的，又是现象的。不同层次和类型的阴与阴、阳与阴、阴与阳之间没有明确的界限，由阴阳的普遍性导致了中医学中阴阳关系的混乱。这种情况的产生，一方面反映了古代哲学对中医学的系统干预；另一方面则说明中医学对古代哲学的充分依赖。科学和哲学的关系完全倒置了，中医学彻底沦为古代哲学的“奴仆”和“附庸”。

我们看到，现代辩证法从自然科学、社会科学、思维科学以及人们的生活和生产实践中脱胎而来，当它反过来发挥咨询作用、助发现作用和指导作用时，对科学不是包办代替，横 加干涉，而是采取了十分含蓄和理智的态度，使科学既接受现代辩证法的指导，又能独立自主的向前发展，以便不断为哲学提供新的素材和营养，使哲学始终处于科学发展的前沿。

被禁锢在古代哲学母腹中的中医学完全丧失了独立自主发展的条件和能力，只要它未能一朝分娩，这种情況就会持续下去。本来，阴阳及其派生概念一旦在中医学中表征各种医学现象，各自必然以一定的物质实体为基础；不过，由于阴阳及其派生概念在层次和类别上彼此套叠，错综复杂，因而人们无法找到这些概念所表征的医学现象的特异本质。证本质研究徘徊不前，无法找到各证的特异性指标，与次有极为密切的关系。

这里尚需指出，中医学与古代哲学化合在一起，还得益于“取类比象”的思维方式和研究方法。取类比象又称取象比类、援物比类、比物立象、类推等，其逻辑基础是类比。取类比象是在社会生产力水平和科技水平低下的情况下，古人发现和获取新知最为常用的思维方法。取类比象是由两个（或两类）事物在一些属性上的相同，推出它们在另外一种属性上相 同的一种间接推理。因而其结论自然也是或然的。所得结论的或然性程度是不一样的，一方面，取决于取类比象两事物的共同属性是否是重要的，如若重要，推出结论的或然性程度就 比较高，反之，就比较低，甚或是虚假的。另一方面，取决于取类比象两事物的共同属性与被推出属性之间有无必然联系，如果有，推出结论的或然性程度亦高，否则就比较低，甚至也是虚假的。

在中医学中，取类比象的运用比比皆是，多半是从宏观角度建立天、地间自然现象与人的生理、病理和治疗等方面的比类关系，即所谓“近取诸身，远取诸物”。例如，“天有日月，人有两目；地有九洲，人有九窍”（《灵枢•邪客《）。黄帝与岐伯的—段对话也是如此，“黄帝问曰：人有四经十二从，何谓？歧伯对曰：西经应四时，十二从应十二月，十二月应十二脉”（《素问•阴阳别论》）。以上是从形体结构上与天地四时进行类比。而人的情志也与自然现象相应，例如，“天有四时五行，以生长收藏，以生寒暑燥湿风；人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐”（《素问•阴阳应象大论》）。在脏腑功能的确定和阐述方面，非常形象地把十二官与帝王将相的官职职能比类起来，采用的也是类比方法。藏象学说中脏腑间生克制化关系也是通过取类比附获取的，因“木得金而伐，火得水而灭，土得木而达，金得火而缺，水得土而绝，万物尽然”（《素问•宝命全形论》），故而建立了五脏相克的关系。在疾病方面，则有“天有寒暑，人有虚实”（同上）的说法；此外，更有“天不足西北，故西北方，阴也，而人右耳目不如左明也。地不满东南，故东南方，阳也，而人左手足不如右强也”（《素问•阴阳应象大论》）的记载。诸如此类，借助取类比象方法，天地大自然、社会与人之间建立起广泛的比类关系。

取类比象方法在中医学中的运用，依靠的是直观基础上的天才想象。推出的结论中，或许有一定的合理成分，然而，绝大多数是不科学的，甚至是荒诞不经的。我们看到，依靠想象建立起事物间的内在联系，难免导致虚假的结论，进而把许多不切实际的认识当作金科玉律“化合”在中医理论体系之中。

综上所述，中医学与古代一血以混合和（或）化合两种方式结合在一起，而以化合方式为重。在中医理论体系建筑的各个层面和关键环节上，都存在化合方式的理论表述，而由这些被人中抽取的基本内核，恰好是构成中医学的遗传基因。因此，中医学的遗传与变异，必将围绕与中国古代哲学的关系展开，围绕中医学与古代哲学的化合和分解展开，并根据化合和分解研究深入的程度和侧重的角度形成未来的发展趋势。似可断言，中医学与古代哲学的分解研究将形成未来的基本走向；分解研究是中医学变异的先决条件；分解研究将直接触及阴阳学说和五行学说等。在这一过程中，中医理论体系讲自觉地接收现代科学哲学的指导。

在经历了数千年的遗传之后，中医学的变异已经不可避免。中医学即将发生变异的迹象大体表现在4个方面：①中医学术体系内部的逻辑矛盾业已显化，其核心概念和整个概念体系都存在着不容忽视的问题；②围绕基本理论开展的各类研究普遍搁浅，各类研究结论之间不能互相印证；③各种学术观点林立，并互有交叉。这种态势的形成多半不是通过直接地学术对垒，面是你吹你的号，我唱我的调，彼此既不伤和气，同时又表明了各自的学术观点；④学术界普遍产生了紧迫感和危机感，发展战略的研讨此起彼伏。凡此种种，颇有“山雨欲来风满楼”的势头，这些均预示着中医学的变异日趋临近，旦不可阻挡。

当生物进化论由达尔文主义变异为现代达尔文主义，并进一步变异为非达尔文主义的时候；当相对论突破牛顿力学和量子物理学突破经典物理学的时候，展现在科学界的不是冬天和黑暗，而是阳光明媚的花季。当古猿舍弃了尾巴和长毛，站立起来行走，并能制造简单劳动工具的时候，它就变异成一个新的“怪物”，这个怪物就是与古猿有着本质区别的人。古猿变异成为人，不是古猿的悲哀，而是其进化的必然走向。 因此，没有必要惧怕变异，包括中医学的变异。变异将通过自然选择而确定下来。这样，事物的发展便出现了质的飞跃。当然，事物变异需要经历一个较长的过程，它要借助微小变异的不断积累而最终获得实现，故而不应指望中医学的变异在短时间内发生和完成。现在学术界所要做的便是通过科学求实 地不懈地理论探索，加速这一过程的到来和完成。似可预见，只有这样，中医学才真正实现了自身的继承与发展、遗传与变异的辩证统一。

**（三）中医学的证实与证伪**

前已述及，科学的发展从本质上讲是假说的提出、假说的验证和假说的更替连续运作的过程。这样，既免去了对科学的苛求，同时又客观地把科学置于运动变化的过程中进行考察。在科学发展的整个过程中，科学的证实和证伪始终发挥着不可替代的重要作用，两者既是科学的“试金石”，又是科学的“催化剂”。科学动力学的考察表明，各学科均通过自身理论的证实与证伪不断促进学科的长足发展。那么，中医学和中医界的情况如何呢？

1．中医学需要证实吗？

在其它学科，这本来是一个不成问题的问题，但在中医界，却有完全不同的看法。大凡对中医学的证实，常常与中医的改造和异化联系起来，这在中医界是比较忌讳的。人们尤其不能容忍的是，那些采用现代医学手段和方法证实中医理论和临床疗效的行为。这种心态自80年代以来愈来愈突出。1986年12月初，在成都由中华全国中医学会组织召开的“全国中医药学术发展战略研讨会”上，达成了某种共识、并被写进会议“述要”中。较为完整的表述是，“建国以来，中医学术尽管有了较大的发展，但由于在事业和学术上都长期处于从属地位，致使中医学术的发展缺乏必要的条件保证，在科研、临床、教学等方面很大程度上离开了中医理论的指导，使中医学只是处于被验证、被解释、被改造的状态，从而丧失了自身主体的建设。由此可见，人们报怨对中医学进行证实（或称验证），主要基于有可能导致中医理论体系主体地位的丧失。这种认识恰好是从对中医学进行证实的另外一种态度和作法 中总结出来的深刻“教训”。

总体说来，证本质研究即属于对中医理论的证实性研究。此类研究以中医理论的正确性和可靠性为前提，研究的目的是对证的本质予以现代医学的诠释。至于其结果已在第二章中作了比较全面的介绍。所谓中医学“处于被验证、被解释、被改造的状态”，正是针对此类研究而言的。实际上，对待证实性研究的上述两种看似不同的观点，其目的是一致的，都是要维护中医理论的系统性和完整性，证明其科学性。不过，科学发展的一般规律均不支持这两种貌似不同的现点。

针对第一种观点，我们应当承认，确实存在着中医学“被验证、被解释、被改造”的问题，但这不足为怪。事实上任何学科都存在着被其它学科理论和方法解释、验证和改造的问题，首先哲学就是如此。哲学难道可以离开具体学科的解释、验证和改造而存在和发展吗？系统学不是被广泛地验证，怎么知道它的普适性和科学性？中医学在其形成和发展过程中， 不是也被古代哲学、儒学、道教、天文学、历法、地理学、植物学、农学等无数次地改造过吗？我们同样可以用中医学来解释、验证和改造其它学科的理论和方法。西方著名学者李约 瑟、玻尔和普利高津不是承认接受过中国传统文化的整体观的影响吗？可见，只要学科间有着直接或间接的联系，相互解释、验证扣改造是不可避免的，而且是有益的。甚至从特定的意义上来说，中医学更应当接受这样的洗礼。如果中医学是一门非常自信、很有发展前途的学科，必须允许其它学科（包括现代医学）的渗透与影响，解释与验证，取他山之石，迎八面来风，为我所用。

关于第二种观点，原则说来对中医理论进行证实是无可厚非的。但是抱定中医学是绝对科学的、神圣不可侵犯的信念去证实中医理论，其出发点便是不正确的。而几乎所有的研究都在证实，研究的结论几乎全部证实了中医理论的科学性，更是不可思议，令人费解的。很难想象，中医学会在这种类型的证实性研究过程中获得发展。我们对证本质研究现状的综合分析表明，在任意一项证本质研究中获得证实的东西，当从总体上进行考察时，又在逻辑上被彻底地否定了。应当说，中医学需要证实，但绝不是这种意义上的证实。

2．中医学能够证实吗？

如果不在时间上作出限定，一般都会对此作出肯定的回答。而在一个比较短的历史时期内。中医学能够被证实吗? 具体一点说，选准方向，少走弯路，再研究三、五十年，中医学 能得到基本地阐释和证明吗？这是中医学发展战略研讨普遍关注而又胸中无数的问题。强调“中医理论是一种功能态系统，这种功能态只能在活体上观察到，现代自然科学还不能提供强有力的观察手段”。旨在排除中医学在短期内被验证的可能性。问题不是出在中医学方面，而是出在现代自然科学方面；不是中医学不能被证实，而是现代自然科学不具备证实所需的必要条件。所谓“中医现代化的涵义和途径是需要进行长期实践和探索的问题，有些具体的技木问题，目前的科技水平尚无解决能力这一观点也如出一辙，把“球"踢到了“目前的科技水平”一边。眼下，这些认识代表了在中医理论证实性研究久攻不克情况下人们深刻的理性思考；同时也流露出学术界在苦苦探索中的茫然与无奈。难道我们真的需要无体止地耐心等待下去吗？

当前，现代科学正以高度分化又高度综合的总趋势向前发展，展现在我们面前的是更高层次上的崭新的科学世界图景。值得一提的是，系统学、模糊数学和计算机技术等使各学科之间建立起比较广泛的联系，提供了研究对象世界复杂现象的方法与工具；而现代科学哲学和逻辑学闪耀的智慧之光照亮了我们探索宇宙奥秘、创造世界未来的道路。在如此十分壮观的科学背景条件下，如果中医学把自己阻隔在科学大家庭之外，并高傲地宣称是现代科学和科学哲学不能破译的高深莫测的理论体系，这就等于说中医学是超历史和超时空的产物，是与现代科学和科学哲学格格不入的理论形态。试问，把中医学摆在这样一个孤立无援的位置上，它如何被证实？如何发展？何时能证实？何时能发展？

实际上，认为现代科学尚不具备证实中医理论的条件和能力，主要是从证本质研究结论中总结出来的片面认识。勿庸置疑，现代科学已经全面提供了分析与综合、微观与宏观、定量与定性、形态与功能、精确与模糊、静止与运动等的研究手段与方法。借助这些方法和手段，可以游刃有余地解决和证明中医学中的各种问题（不包括中医哲学问题）。现在关键的问题是我们在多大程度上掌握了这些方法和手段；以及在运用这些方法和手段时是否做到恰如其分，切实做到一把钥匙开一把锁；当然，还包括在运用这些方法和手段时是否预先妥善解决了中医学与中国古代哲学的关系问题。如果中医界很好地解决了这3方面问题，中医学便会非常系统地得到验证，它的科学部分将会得到证实，而这种证实应当是有选择的，不断深化的。

3．中医学需要证伪吗？

在中医界，这是一个不便正面回答的问题。在相当一部分人看来，承认中医学需要证伪，无疑于赞成“消灭中医”。持这种观点的人多半反对对中医进行证实性研究，因为证实性研究迟早会使中医学走样，而证伪则直言不讳地表明了对中医学的“不友好”态度，故而证伪比证实更糟糕。实际上，这是一种毫无道理的偏见。

按着恩格斯的论断，只要自然科学在思维着，它的发展形式就是假说。此即表明，科学是可错的。科学的革命性发展总是通过证伪原理论而开辟新的道理，从达尔文主义到非达尔文主义，从牛顿力学到相对论，从经典物理学到量子物理学，都是通过“修正”基本理论而获得突破性发展的。始终不能证伪的“科学”，从本质上讲只能是非科学的。况且，中医理论原本就不是无懈可击的，解决这些问题仅靠修修补补是远远不够的。因此，在理论和观念上接受“中医学需要证伪”的认识，并允许在必要的场合实施证伪性研究，这些都是非常必 要的。统一这方面的认识，便于学术界以平静的心态开展研究工作；便于拆除人为划定的学术禁区；便于消除那些无谓的甚至带有感情色彩的学术争吵。

需要指出，中医学的证实与证伪是一个问题的两个方面，人们可以预见研究性质的证实性和证伪性，但不应提前规定某项研究的必然属性。倘若带着一定程度的偏倚性，就会出现随意或不随意地剪裁研究资料的情况，引出虚假的研究结论。

通常，证实性研究发生在科学的平稳发展时期，而证伪性研究多半发生在科学变革的阶段。证实性研究对科学的发展起着补充、完善的作用，对中医学这样的传统科学来说，还起 着实现与其它学科的沟通、渗透和对话的作用；证伪性研究则可能引起科学理论体系的激烈振荡和突破创新，使科学走出难以自拔的“沼泽地”。由此可见，当前中医学既需要证实，又需要证伪。而中医界最为需要的是，解放思想，统一认识，选定方向，重点突破。

## 四、中医证研究中的哲学问题

如同整个中医学的继承与发展需要正确的发展观一样，证的研究一如前述，迫切需要辩证唯物主义和历史唯物主义的启发和引导。当前证的各类研究不是干的问题，而是为什么干和怎样干的问题，具体来说是思路方法问题。解决这方面的问题不接受现代科学哲学的指导是不可思议的，不可能的。

实事求是地说，中医界在运用现代科学哲学开启研究思路、选择研究方法和确定研究方向诸方面显得不大适应，或有些笨拙；有的则故弄玄虚，所述观点颇有不想让人读懂的味道。在中医基础理论和证的研究中，通常反映出来的是具体技术操作间题和方法问题，而从根本上说来，则是隐藏其中左右研究者行为方式的哲学问题。当然也涉及到一些逻辑学问题。中医基础理论和证研究中的哲学问题至少包括：

•中医哲学的哲学定位及其与现代科学哲学的关系。

•阴阳学说与对立统一规律的层次和关系。

•阴阳的哲学属性和医学属性问题。

•阴阳的一般性和特殊性问题。

•阴阳的功能属性和物质属性问题。

•中医学是功能主义还是结构主义，抑或是其它主义？

•中医学的观察研究方式是整体的还是局部的，抑或是两者结合式的？

•中医学的观察方法是司外揣内还是司内揣外，抑或是两种方法的有机结合？

•五行学说与控制论的关系。

•中医学的同化与外化问题。

•中医理论的构成是一元的还是多元的？

•证的内涵与外延问题

•症状（现象）与证（本质）的吻合程度问题。

•一组症状质和量的规定性在证的诊断中的意义。

•证的动静观

•异病同治和同证异治的矛盾问题。

•证的证实与证伪。

这些问题的一部分学术界已作了探讨，但仍需重新讨论并加以明确。在相关的章节中，我们已就其中的多项问题进行了一般性阐述，希望成为引玉之砖，引起更为广泛而深入的缜密思考。这些哲学和理论问题的廓清，将进一步深化我们对中医学、中医基础理论和证的认识，并有可能促成基本观点的大致统一，为证的研究取得突破性迸展创造良好的学术氛围。

总之，哲学水平的提高和哲学观念的转变，已成为我们共同的必修课程。可以预见，理智的哲学思考将营造出一个真正属于中医界自己的科学共同体，这个科学共同体必将成为 推动中医学创新和变革的中坚力量

参考文献（未整理）

（1〕赵季丨二全国中医药学术发展战略研讨会述要。中国医药学报， 1洲7，2（1）：3

⑵谭克陶、中医现代化探讨。中国屄药学报，1986，1（3） ：131 [3]国家中医药管理局科技司。中医药传统研究方法研讨会纪要。吉林 中医药，1989，（特刊）：1 〔4〕梁茂新，中医学发展的\_般原则「中国中医药报，1989年3月6曰 第3版

（5）李维贤>等。1987年国家自然科学基金会中医部分申请15述评。中 国民药学拫，1988，3（2）： 148 （6〕李泽厚。中国古代思想史论。北京：人民出扳社，1985。161 〔7）傅景华，关于中医学的理论易辙和信念危机。中国医药学报，1988， 3（1）：4

[8] 31强。中医学及东方文化应是开放体系。人民日报，1987年7月30

[9） f世家，等。中医学术发展值得重视的问题。中国鹿药学报，19SS， 3 （2）：87

〔10] 土强■中医哲学的分化研究初探■中国屄药学报11989，4（4）：243 [11]徐岩春，中医五行学说不是“唯心主义'中国医药学报，1988，3 ⑴4

（12）梁茂新，等。也谈中医学术的特色。中国医药学报，1988， 3（2）：84 （13〕梁茂新入本草纲目>对清代本草学的影响。时珍国药研究，1992，3 ⑴：1

（14）何裕民，等。差异\*困惑与选择■^^中西医学比较研究。沈阳：沈阳 出版社，1990，466

〔15〕孟庆云，等。试论中医药学发展的总体战略问题。中国医药学报， 1987，2（3）： 131

（梁茂新）