

· 基础理论 ·

中医辨证推理思维方式的探讨

王天芳 杨维益

(北京中医药大学诊断教研室 北京100029)

关键词：中医辨证；推理思维；思维方式

中医诊断包括“辨病”与“辨证”两个方面。中医的病名多是以某个主症命名的，临床上比较容易辨识。证则反映了疾病发展到某一阶段的具体病因、病性、病位、病势、邪正相对状态等内容，因而，辨证是对疾病比较深刻的认识，为中医学的精华所在，是临床各科诊断疾病时普遍使用的方法。因此，探讨中医辨证的推理思维方式，无疑对临床各科的诊断具有普遍的指导意义。

1 中医临床的辨证思维程序及其基本思维形式

1.1 辨证思维程序的模式：由于目前中医辨证推理的步骤未有统一的规范化体系，并且不同人所具备的知识及经验亦不尽相同，临床上，每个医生对各种病进行辨证论治时，其具体推理过程不可能完全相同，就是同一医生对不同病情的思维过程，也不能遵循同一模式。但是，从个异中求取共性，一般的临床思维程序可以概括为以下两个模式：1.逐步分析，全面综合法：围绕病人的主诉，运用中医理论知识及自己的经验，对病人病情进行一系列的询问、联想、分析、归纳、综合等思维过程，形成一些中间证的诊断假说，逐次审清疾病的病因、病位、病性、病势等，最后归纳上述基本内容，做出完整的病或证的诊断。该模式体现了由粗到细，由浅入深，去伪存真的一个辨证思维过程。2.直择法：对于经验丰富的专家来说，当碰到属于其经验范畴的典型病例时，在其脑中不必总是有意识地进行一步步

的分析、归纳，也能迅速做出判断。这并非是他们绝对地没有经过这个思维过程，而是他们对中医理论、诊断的假设及联想范围、典型的证候及疾病模型等非常熟悉，以致于能够“不加思索”地，或类似“直觉”地从多种可能性当中直接选择比较符合病人实际情况的证或病。这种诊断思维过程主要是凭借学者敏锐的观察力和丰富的学识与经验，单刀直入地做出诊断。

1.2 中医辨证的基本思维形式：人类自身的思维活动从总体上可划分为抽象思维、形象思维与灵感思维三大类。抽象思维属逻辑学的范畴，而形象思维与灵感思维为非逻辑思维。所谓形象思维，又有人称为直感思维或艺术思维，指的是一种人脑在整理、处理信息时的“再现”对象形象或“重塑”对象形象以展示生活的真实的活动过程，而展现在医学领域研究中的形象思维则是对事物形象的“再现”。灵感思维是人脑在整理、处理信息时所突然出现而又稍纵即逝的短暂过程。它是一种潜意识思维，通常人们把它叫做“顿悟”。人们在日常生活、学习及科研、创造等思维活动中，不可能纯粹地以某一种思维方式单独地展开活动。抽象思维、形象思维与灵感思维，特别是前两者，总是交织地出现于人们的认识过程中。同样，在医学诊断思维过程中也不例外。

前面谈到中医的辨证，主要是一个运用知识及经验进行一系列分析、归纳、综合的过程，因此，其思维活动是以抽象思维为主体的，但也缺少不了灵感思维和形象思维，

有时甚至还会发挥主体作用。因此,中医临床思维实际为多种思维形态的共震。其抽象思维虽包括归纳、综合等多种形式,但无外乎下面两种基本形式:即聚敛式思维和辐射式思维。聚敛式思维是由若干个现象归结为一个结论,而辐射式思维则是通过一个现象想到若干种可能。在中医辨证推理过程中,常常需要反复交替地使用这两种思维形式(尤其是病情较复杂时),才能得出正确的结论。

2 中医辨证推理的常用思维方式

中医临床当中,不同医生对同一种病证或同一医生对不同病证的具体辨证思维过程虽然可以不同,但在分析病人资料及做出一步步判断过程中的推理思维方式却可归纳为以下几个方面:

2.1 联想推理思维:是指以病人主诉的症状为联想的原始依据,以医生所具备的知识和经验为基础,运用类比、演绎等逻辑思维形式,对一个症状或一组症状的属性进行联想、分析,判断疾病的病因、病位、病性等。如:当病人主诉“眩晕”一症时,可依据中医学的基本理论:“诸风掉眩,皆属于肝”、“无痰不眩,无火不晕”、“无风不作眩”、“无虚不作眩”等说法,联想到“眩晕”一症,从病因病性上可能由风、火、痰、血虚、气虚等引起,从脏腑病位上可能与肝有关。又如:病人出现潮热、盗汗、五心烦热等症,那么由这一组症状自然就会联想到“阴虚”。

2.2 类比推理思维:类比是指通过两个或两类对象某些属性上的相似,进而推出它们在某个属性上也相似的一种推理思维方法,常用于病因、病性的分析。如:“眩晕”一症,眩为视物不清,晕为头晕,有摇晃、旋转的感觉。它和自然界风吹引起的灰砂弥漫、树木摇晃,使人视物不清,周围影物摇晃的现象类似,由此判断眩晕的属性为风。又如:“带下量多色黄质粘,有臭味”及

“皮肤瘙痒破溃流黄水,浸淫蔓延”等症状,与自然界中的污泥浊水相类似,由此判断此类症为湿浊内停、湿热下注及浸淫肌肤所导致。

2.3 综合归纳判断推理思维:即在联想推理的基础上,将分属于同一基本证下的症状进行归纳,并根据其诊断标准进行确认。如:通过联想,“眩晕”一症可能与风、火、痰、血虚、气虚、肝等有关,至于主要由何种原因引起,就要通过其它伴随症来判别(实际上就是看病人的其它症,主要归属于风、火、痰、血虚、气虚、肝等哪个基本证下)。最后将分类归纳的基本内容进行有机综合,形成完整的病理概念而做出诊断。如:从心悸或怔忡、胸闷等可联想到病位在心,而且多属心气虚或心阳虚引起,因此,看看病人是否有阳虚或气虚的表现,如果阳虚或气虚成立,则可将病人目前的病情综合概括为“心气虚”或“心阳虚”等具体证候;如果有多个具体证,如“心气虚”与“肺气虚”同时成立,还可进一步用“心肺气虚”等复合证来综合概括;如有多个复合证、具体证并存,可根据标本缓急等原则,确立主、兼证关系。

2.4 对比匹配推理思维:将病人的表现,与脑中有关某一疾病或证候的模型进行对比,如果主要特征相同,就可做出相应的诊断。中医在长期实践中,概括出来的对各种疾病主要特征的典型描述和依据各种辨证方法所提出的各种典型证候,概括了疾病或证候的本质,因而是供诊断进行对比的模型。如:病人出现发热、咽喉红肿糜烂疼痛、全身遍布猩红色皮疹,通过对比,与烂喉丹痧的主要特征一致,即可做出该病的诊断。

2.5 排除法推理思维:对已知的一组症状可能成立的几个病或证进行逐个排除,最后剩下的最相似的病或证即是诊断结论。

例:陈某,43岁,男。素有胃痛病史,常因劳累及饮食不当犯病。本次发病2周,

胃痛进食则减,喜温喜按,遇寒则犯。痛引两胁,口淡无味,面黄形瘦,舌胖嫩,有齿痕,脉弱。

本例病人的主症为胃痛,按中医的命名特点,其病名应为“胃脘痛”。胃脘痛常见的证有胃寒、胃热、血瘀胃脘、食滞胃脘、胃阴虚、脾胃虚寒、肝胃不和等。该例病人的表现与胃热、血瘀胃脘、食滞胃脘、胃阴虚均不符合;喜温、遇寒则犯与胃寒证相似,但病史及余症并不符合;痛引两胁虽为肝气犯胃一个主要表现,而多数表现与脾胃虚寒更近似,因此,本病例的诊断应为脾胃虚寒,兼有肝郁气滞。

排除法诊断推理思维,主要用于某些中医或西医的病名已确定,需进一步判定其证型的情况。排除法推理诊断的可靠性,主要取决于要排除病证的范围是否完备、恰当。

2.6 分类诊断推理思维:根据某些分类依据,将病人的症状表现逐级分属于不同的类中,逐步缩小诊断范围,最后分到的那个类,就是所要的诊断结论。如:伤寒、温病等疾病,具有一定的发展变化规律,不同的阶段表现各异。因此,可依据一些症状分类,辨识其发展的具体层次。

如:伤寒的三阳病中,可根据发热与恶寒的关系进一步分类诊断,如果恶寒发热同时并见者,为太阳病证;但热不寒者,为病在阳明;寒热往来者,为少阳病证。

2.7 抓主症及重特异症的推理思维:主症为病人最感痛苦的症状或特别严重的症状,可以为一个,也可以为多个。从诊断角度来说,为某一疾病或证候诊断成立必不可少的症状。有经验的医生,往往善于从病人零乱的陈述中,抓住其中的主要症状,并将其部位、性质、程度、持续时间等问清楚,然后以主症为中心,迅速联想其可能的诊断范围,做进一步的分析、判断。抓主症的方法,是中医辨证思维中的一个最基本的规律。

抓主症固然重要,但还应注意一些特异症状在诊断中的重要性。特异性症状包括单个的特异症状和一组非特异症状的特异组合。这种症状一般仅见于某种疾病或证候,而不见于其它病证中,但该种病证并不一定都见到这种症状。由于它们所反映的病因、病性等内容通常都比较直接,具有较肯定的诊断意义,因此,成为诊断某证或某病的充分条件。如:只要病人出现面、目及周身皮肤的发黄,即可诊断为“黄疸”;少阳病证可有寒热往来、胸胁苦满、口苦、咽干、目眩等表现,但“寒热往来”一症则为该证的特异症状;大热、大汗、大渴、脉洪大这“四大症”,就其中每个症状而言,可见于多种证候中,但将它们组合起来,对于确诊阳明经证有高度的特异性。

2.8 试诊推理思维:古人也称“探病法”。简单地说,就是通过试验性治疗,以助诊断。具体来说,在对于一些疑难病证采用多种辨证方法分析后,只提出几种可能时,可根据可能性最大的病证,给予处方,进行试验性治疗,观察病人对治疗的反应,以获效否为依据来确立诊断。

张仲景是我国最早提出探病之法的人。

《伤寒论》209条:“阳明病,潮热,大便秘硬者,可与大承气汤,不硬者不可与之。若不大便六七日,恐有燥屎,欲知之法,少与小承气汤,汤入腹中,转矢气者,此但初头硬,后必溏,不可攻之。”这是用小量小承气汤内服作试验性治疗,以观察是否为大承气汤证。张景岳在《景岳全书》中指出:“探病之法,不可不知,如当面临证,病在疑似之间,补泻之意未定者,即可先用之法。”

试诊法虽可在临床上采用,但不可轻用,主要用于真假疑似难辨的某些情况,以明确某种证是否存在。

(收稿日期:1994-02-26)