

《伤寒论》症状规范探讨

党兰玉 王世勋 樊德春 (张仲景国医大学 473061)

主题词 《伤寒论》 仲景学说 证候

《伤寒论》辨证论治的精华,突出地表现在它的规范性。除了六经、方药和治则规范^[1]外,还在于症状的规范。症状(包括体征和脉象),是病人自我感觉到的异常变化及医者获得的形体上的异常特征,是辨证的基础。规范,即标准、法度或典范。仲景《伤寒论》把症状加以提炼、升华后使其标准化,目的是让医者在临床纷纭繁杂的症状中能以揭示病证本质的症状为眼目,准确地辨明病证,从而制定相应的治则和方药。因此,研究《伤寒论》症状规范,对于进一步研究中医症状学,提高辨证论治水平,都具有重要意义。

《伤寒论》症状规范,分特定症候群规范和主症规范。

1 特定症候群规范

中医症状学认为,一般症状只有与特定症状(即定性、定位症状)相结合,组成特定症状或症候群,才有特定的义界和重要的辨证意义。仲景把外感病在发生、发展和变化过程中必然出现的症候群和共性症状筛选组合为规范症状,为人们临床诊断、辨证提供了客观的、科学的依据。

1.1 规定外感热病纲领

仲景根据外感热病症状所出现的规律,把有代表性的症状提炼成为具有高度严密性的共性症状,用来作为外感病特定的纲领性症状,如第7条:“病有发热恶寒者,发于阳也;无热恶寒者,发于阴也。”《医宗金鉴》解释说:“发热恶寒发于阳,表也;无热恶寒发于阴,里也。”仲景以此作为分辨外感病的指南,意在大大方向上先辨明疾病的病变部位,分清在表(阳)、在里(阴),然后再详辨疾病在发展变化过程中的病性、病位和病势,以免引起治疗上的错误。

1.2 确立证名及其层次

证名,是一种证候的诊断名称,反映疾病发展全过程中某一阶段的本质或内部联系。基于此,仲景从外感伤寒演变过程中概括出特定症候群,用来组成证的内容并确立证名。所确立的证名有两个层次:①确立第一层次证名。仲景在大量的临床实践中,通过观察总结各阶段脉和证的特点,发明“辨××病脉证并治”,其中的“病”,即伤寒病名下各阶段的证名,如太阳病、阳明病

等。举凡六经各提纲性症状,都具有高度的概括性(阳明病提纲是以病理作概括),因分别代表了各阶段证的特点而组成了六经证名。例如第1条:“太阳之为病,脉浮,头项强痛而恶寒”,就是把一般症状“脉浮”、“恶寒”与太阳经定位症状“头项强痛”相结合,以作为太阳病证名的特定症候群的。其规范性表现在,这8个字代表了外感病初期阶段的共性症状,多一症或少一症都不能代表太阳病的共性症状。仲景不言发热者,因第3条明训在伤寒太阳病中存在“或已发热,或未发热”现象,既然如此,“发热”一症就不能作为规范症状列入太阳病提纲之中;而其他各阶段(乃至杂病)都不会单独出现此症候群。同样,其他各阶段提纲性症状,也都具有规范性。②确立第二层次证名(隶属于各阶段证名下的证名)。它由第一层次证名的共性症状和本层次的个性症状所组成,比第一层次症状更具体、更详细、更能代表证的本质。仍以太阳病症状为例,由于各种外感病在太阳阶段的症状特征如何,对于分辨不同性质的外感病关系甚大,故仲景在“脉浮,头项强痛,而恶寒”提纲性症状的基础上,又提出了第2条、第3条、第6条特定症候群,以确定和区分不同性质的太阳病证名,即若又具备“发热,无汗,头身疼痛,脉浮而紧”者,这组特定症状便是伤寒太阳证;出现“发热,恶风,汗出,脉浮而缓”者,则为中风太阳证;若以自觉发热为主,不恶寒或微恶寒,口渴,脉浮数者,则属于温病表证的特定症状。这三条规范症状,层次清楚,泾渭分明,临床诊断辨证时,只要与以上规范相对照,不同病因、病性的外感病证就如雪融冰释,显露无遗,其论治何误之有?

1.3 症、方、证一体规范

方证客观化的标志在于症状的规范化。方出于法,法出于证。《伤寒论》每一证都有其特定的症候群,方、证、症候群一体,形成固定模式,每一方的特定症候群就作为该方的用方标准。医者在临时时只要见此症候群,且契合病机,用之便有效验,表现出症——方——证规范的特异性和独立性。其它如小柴胡汤证的“但见一证便是”规范,则属于症、方、证的特殊规定。无论发热、头痛,还是发热而呕,无论往来寒热、胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食,还是口苦、咽干、目眩、心烦,只要见到脉

弦,便可放胆投用此方。

症、方、证规范的严谨性和实用性可从历代医家的经方实验中得到印证,不仅外感病,将其扩大运用于内伤杂病和疑难病证的辨证治疗,亦同获良好的效果。这充分说明症、方、证规范是仲景无数次实践经验的总结。

2 主症规范

《伤寒论》症状规范还体现在主症规范方面。主症的内涵同六经辨证方法的内涵一样,都以因、性、位、时、量、势等因素为核心^[2],以脏腑经络的生理、病理变化为物质基础。《伤寒论》所列主症,其表现形式或以一个症状为主症,或以数个症状为主症并列出现在症候群中^[3],但都以脏腑经络病变为基础,从因、性、位、时、量、势上来揭示病证本质。

2.1 定性、定位规范

2.1.1 不同阶段症状的定性、定位。在六经各阶段主症中,太阳阶段的寒、热、头痛、脉浮,其病性为寒,病位在表;阳明阶段的“身热,汗自出,不恶寒,反恶热”(187条),其病性为热,病位在内;少阳阶段的“寒热往来”,“口苦、咽干、目眩、脉弦”等症,其病性为热,病位在半表半里。若结合病势,三阴(太阴、少阴、厥阴)阶段症状的病性分别为虚寒、虚寒、寒热错杂,病位多在脾、肾、心、肝、心包及其相应经络。

2.1.2 变证症状的定性、定位。外感伤寒病,“因其误治后,变证错杂,必无循经现症之理^[4]”而无法把握。然而无论其原因如何,症状有多复杂,只要用定性、定位的方法来作为规范变证的依据,就可辨明不同病性、病位的证。例如“服桂枝汤,大汗出后,大烦渴不解,脉洪大者”(26条),“伤寒,若吐若下后,七八日不解,热结在里,表里俱热,时时恶风,大渴,舌上干燥而烦,欲饮水数升者”(168条),“伤寒,无大热,口燥渴,心烦,背微恶寒者”(169条),仲景都用白虎加人参汤主之。分析汗、吐、下后上述各症,只要抓住大烦渴不解,舌上干燥,脉洪大这些病性为热,病位在阳明胃经,病机为胃热津气大伤的主症,就不会被“时时恶风”、“无大热”、“背微恶寒”等症所迷惑。再如第63条、167条,因发汗或下后所出现的“汗出而喘无大热”症,其性质为热,病位在肺,便诊断为肺热喘证。其他任何变证,无论其症状如何变化,只要与定性、定位规范相对照,便可昭示此症的本质。否则,怎么能对纷纭繁杂的症状“知犯何逆”而“随证治之”?

2.1.3 同一症状的定性、定位。同一症状,因程度和特点不同,其病性病位就不同。如同一发热、汗出症,其翕翕发热,染染汗出者,为太阳中风,而蒸蒸发热,漉漉汗

出者,则为阳明里热。又如同一恶寒症,其啬啬恶寒者,为风寒在皮表;恶寒蜷卧者,便为少阴虚寒。

2.2 定势、定量规范

定势、定量规范是对定性、定位症状的进一步分析,是从症状的动态变化程度来反映病势的轻重、进退和预后转归。

2.2.1 反映各阶段症状的量值和演变程度。各阶段症状,除具有定性、定位的规范特征外,还体现出定势、定量规范。定势症状揭示了疾病由表入里、由轻到重、由重至危的演变;而症状的量值也随着病情的深入而加重。如太阳阶段症状较轻,阳明阶段症状较重,太阴阶段症状较轻,少阴、厥阴阶段症状较重,其病势演变程度也较重。尤其在最后厥阴阶段所出现的神昏、痉厥之症^[5],在量、势上就体现出更危重的症状。

2.2.2 反映同一症状的分级和演变程度。同一症状,指整个疾病过程中所出现的相同症状。如喘证,有微喘、喘、喘满、喘冒不得卧、息高等,从量、势角度分析,则微喘为轻,喘、喘满为中,喘冒不得卧、息高为重,同时也说明了由轻到重,由重到危的病势。又如发热一症,有微热、翕翕发热、发热、面色缘缘正赤、蒸蒸发热、灼热和热厥症,从微热症到灼热症,反映了热症在量上的递增程度和病势的递进程度,从灼热症到热厥症,则反映了由量变到质变,由重至极、至危的病势。再如蓄血证,有少腹硬、少腹满、少腹急结,“少腹满比之急结稍甚,而比之硬则稍轻。”^[6]尚需进一步分析的是这些主症势、量轻重的演变,无论其病性、病位、病机是否一致,都反映病证的内在病损层次和损害脏腑的程度。

2.3 定时规范

定时规范,主要表现在以主症预测病程和愈期。一般说来,外感病从发生到痊愈是有自然病程日的,伤寒热病从开始发热、恶寒到病愈,其自然病程日一般为七日,即“发热、恶寒,发于阳,……发于阳,七日愈”;若单见里证之“恶寒”,其自然病程日一般是六日,即“无热恶寒,发于阴,……发于阴,六日愈”(7条)。但常易罹患伤风感冒之人,其病后的愈期一般为十二日,即“风家,表解而不了了者,十二日愈”(10条)。

3 临床意义与研究前景

《伤寒论》所提炼组合的特定症状,是从症与症之间的内在病机联系中体现出了证的本质,这些特异症状不仅具有特异性,而且还有其独立性。所以无论是特定症候群规范,还是症、方、证规范,都因其特异性而辨证准确,因其独立性而广泛用于杂病和疑难病证;而主症规范,则分别从其所代表的病性、病位和症状的定时、定量、定势方面反映证的本质,因而也就能确定

一个证和一个证名称。这就是《伤寒论》道经千载更光辉的真谛之所在。

尽管《伤寒论》症状规范为后世中医症状规范铺了一块基石,但由于历史条件的限制,难免存在一些不足,诸如各种状态的发热,其在定量上的客观指标是什么?病位从心下至少腹是指哪些内脏和组织?各种脉象的客观指标是什么等等,这些方面正是需要我们从微观方面加以补充和发展的内容。只有这样,才能使中医症状学更加规范化和科学化。

参考文献

- 1 张惠贤.中国中医药学报,1990,5(6),7
- 2 尚炽昌,等.张仲景国际研讨会论文集,1991,8
- 3 邱明义.国医论坛,1992,7(5),2
- 4 徐大椿.徐大椿医书全集·医学源流论.第1版.北京.人民卫生出版社,1988,210
- 5 万兰清.中医杂志,1993,(2),72
- 6 浅田惟常.伤寒论议.第5版.六也堂书局,中华民国20年,卷二(16)

女性下生殖道疣状赘生物 168 例分析

徐玉华 (南京市妇产医院 210029)

1 资料与方法

1988~1993 年南京市妇产医院就诊的 18~55 岁女性下生殖道疣状赘生物患者 168 例,确诊尖锐湿疣 147 例。

1.1 年龄与婚姻:168 例中 18~25 岁 45 人,26~30 岁 65 人,31~40 岁 36 人,40~50 岁 21 人,55 岁 1 人。年龄最小 18 岁,最大 55 岁。已婚 153 人占 91.1%,未婚 15 人占 8.9%。

1.2 传播途径与潜伏期:由性传播者占 67.7%,其次为交叉感染占 24.4%。无直接或间接传染病史共 14 例,占 8.3%。潜伏期为 4~10 周,最短 2 周,最长 9 个月。

1.3 临床症状与发病部位:1. 外阴搔痒、烧灼和痛感占 70.07%。2. 外阴、阴道分泌物增多占 21.4%,无明显症状占 66.7%。

1.4 实验室检测

1. 组织学检查:尖锐湿疣的表皮棘细胞层增生肥厚,表皮细胞角化不全,无或仅有轻度的角化过度,中层有大量的挖空细胞,可见双核或多核细胞。假性湿疣多为镜下缺乏诊断性空泡细胞。

2. PCR 检测:本组 99 例同时采用 PCR 方法检测,PCR 阳性率 97.9%,假性湿疣 21 人,PCR 检测 HPV 出现阴性结果。

2 治疗:假性湿疣,除注意卫生外,一般无特殊治疗。对尖锐湿疣应采取积极的治疗措施。本文以对确诊的 147 例尖锐湿疣抗病毒为主,采用中西药结合治疗。

2.1 中药坐浴或阴道冲洗、患部涂擦:洁身纯为中药复方制剂,具有清热、解毒、杀菌、止痒、消肿等作用。可 1:10 坐浴或阴道冲洗,或每日用棉签将洁身纯原液涂患处,每日 1~2 次,7 天为一疗程。

2.2 人白细胞 a-干扰素,可抗病毒繁殖。1.5ml 局部喷洒,或肌肉注射,每日一次,5~10 天为一疗程。

3 结果

147 例不同治疗方法的效果见表。干扰素加洁身纯联合用药疗效最好,治愈率为 89.1%。

不同治疗方法与疗效比较

治疗方法	总例数	治愈	好转	无效	治愈率
干扰素治疗	22	17	5	0	77.2%
洁身纯治疗	42	23	19	0	54.7%
干扰素+洁身纯治疗	83	74	9	0	89.1%

4 讨论

尖锐湿疣系 HPV 感染引起的一种性接触传播为主的疾病。对 147 例尖锐湿疣用中西药结合治疗,全部有效。无痛苦、无并发症。与激光、冷冻及电灼等治疗比较,本组药物治疗方法简便、安全、不受病变部位和范围的限制,是值得临床推广使用的。