

# 同病异治的内涵及其临证意义

万 晓 刚

(广州中医药大学第一临床医学院, 510405, 广东广州//男, 1963 年生, 副教授)

关 键 词: 同证异治; 内涵; 临床意义



同病异治与异病同治,乃中医辨证论治的特色。同病异治与异病同治之关键,乃疾病某一特定阶段的病理本质,即中医所称之证候。证同治同,证异治异。因之可知,中医治疗体系之核心,是证候的确立。故而《临证指南医案》云:“医道在乎识证、立法、用方,此为三大关键,一有草率,不堪为医矣。

……然三者之中,识证尤为紧要。”施治之时,法据证立,方随法定,是故一证有其主法,一法有其主方,如脾气虚弱证,治宜健脾益气,方选四君子汤,此乃众所周知之常理。然据临床实践,有同一证候治虽各异、而皆获其效者,亦颇为多见,乃临证处治之变局。《素问·异法方宜论》即曰:“圣人杂合以治,各得其所宜,故治所以异而病皆愈者,得病之情,知治之大体也。”此临证常变之道,充分体现了中医辨证论治原则性与灵活性的高度统一。本文据此提出“同证异治”概念,并予以初步探讨,求证于方家。

## 1 同病异治的基本含义

诚如《临证指南医案》所云,中医治疗体系,由三个基本环节所构成:证候、治法、治疗措施。因此,所谓同证异治,即同一证候,而有多种治法多种治疗措施,或一种治法多种措施之治。欲准确表述同证异治概念的内涵及外延,必先对治法和治疗措施这两个基本环节,予以明确阐释。

治法,治疗方法之简称,乃中医治疗理论体系中的一个特定术语,从属于治则(治疗原则)。就其实质而论,当分为治疗大法与具体治法两类。具体治法是针对特定证候而确立的终极治疗方法,对治疗措施的具体选用,有着严格的规定性。如解肌祛风治法,针对太阳中风特定证候而设,决定了桂枝汤或具有与之相同功效的其它疗法的选用。而治疗大法则是间于治疗原则与具体治法之间的指导性纲领,针对具有某种共性特征的一类证候而设,对临床具体治疗措施的选用,起着原则性的指导作用。如治疗八法,汗法针对表证而设,与之相应者,则是选用具有发散解表作用的一类方药或其它疗法。换言之,具体治法是治疗大法的体现,而治疗大法是治疗原则的体现。三者之间,层层相衔,直接体现了从抽象到具体的关系变化过程。治疗措施,是体现治法内涵的具体治疗手段、方法或措施。为避免概念混淆,在此简称为疗法。如方药疗法、针灸疗法、推拿按摩疗法、火疗法、水疗法等。而各种疗法,均有其多种体现形式。如方药疗法,即包含难以数计之具体方剂与药物。

由此可知,同证异治,即是指:多种具体治法和与之相应的多种疗法及其体现形式,或一种具体治法和与之对应的多

种疗法及其体现形式,均可治疗某一特定的证候并获效。

由于疗法多种,形式多样,遍述诚难,故后文仅以方药疗法为例,以冀举一反三。

## 2 同证异治的理论依据

法之所定,决于证候。证者,乃病因、病机、病位、体质、气质、气候诸因素之高度整合也,具有多元本质的特性<sup>[1]</sup>。《中医证候鉴别诊断学》云<sup>[2]</sup>:“证候的内容常由一种或多种病机要素所构成,这是一切证候赖以存在的基础。……临床所见的具体证候,多半以复合的形式出现。”构成证候的各因素相互制约、相互依存,环环相扣,结为一体。是故断其一个或多个环节,则可能导致证候解体,而针对不同环节的治法自不相同,此其一也。

其二,证候既是多因素多环节之高度整合,就可能难以反映病情之全貌。证候概念仅反映疾病某一层次之本质,而更深层次之内部联系不能全面揭示。如肝郁犯脾证,仅反映了肝气郁结、克犯脾土这一病理机制,而肝郁脾伤之程度,孰轻孰重无从得之。是故同一证候,其内部关系尚有差异,而治法因之各异。同证既有多法之异,方药自有多种,故曰同证异治,不惟无据。

其三,同证异治,亦包括同证一法而多方,何也?盖药物有性味相近、功效相若、可取而代之者,医者有经验不同、而遣药组方不一者,此皆为一法多方之由。是故益气升陷法有补中益气汤、举元煎之分;疏肝解郁法有四逆散、柴胡疏肝散之异。推而广之,则针灸、推拿、按摩、水浴等疗法,亦可在同一治法的指导下,因人而异,随证而施。

其四,机体自身调节作用,作为治疗方案中的一个重要因素,在临床过程中往往易被忽视。《内经·五常政大论》云:“大毒治病,十去其六;常毒治病,十去其七;小毒治病,十去其八;无毒治病,十去其九;谷肉果菜,食养尽之,无使过之,伤其正也。”治疗不求除恶务尽、斩草除根,缘于机体自身之调节功能可赖也。而同证异治正是借此机能,在证候解体之后,以终其善。

## 3 同病异治的有关实验报道

气虚血瘀证,根据气血相关论,其机理为气虚推动无力,而致血行瘀滞;或血瘀日久,气失濡养而渐亏。就本证构成而言,有气虚和血瘀两种因素并存,治宜补气活血,方属全面。然细析之,则气虚与血瘀,又有轻重缓急、标本主次之别,其治法方药因而亦各有所异,或偏于补气,或重在活血。气行则血畅,血畅而气丽。是故同为气虚血瘀,而治方各有所重。据报道<sup>[3,4]</sup>,气虚血瘀患者在用参芪类补气药后,心功能明显改善,异常血液流变学指标亦有改善(二者分别是气虚和血瘀较特异的客观指标);用活血药丹参后,临床心功

能,气虚证与血瘀证分级均有改善,加用补气药黄芪后则进一步改善。

血虚证,理当补血,治以四物汤,此乃正法正方。然气血相关,临床治疗亦有补血、补气养血、补气之别。实验表明<sup>[5]</sup>,对失血性血虚证,用八珍汤气血双补疗效优于四物汤之单纯补血,而用四君子汤补气与用四物汤补血疗效相同,补气法尚能迅速改善脱血机体的虚弱状态。

上述例证说明不同治法、方药对同一证候均有满意疗效,由此可见,同证异治确有客观基础。

4 同病异治的临床意义

主证主方与同证异治相辅相成,充分体现了中医论治之原则性与灵活性。

同证异治可为临床提供更宽阔的治疗思路。相对单纯的证候,其治疗思路相对单一;而复杂多变的证候,其治疗思路则相对灵活。如太阳中风证,解肌祛风当属不易之法,桂枝汤为其首选,此证候相对单纯而治疗亦相对简明之例也。然临床实践所遇之情,往往复杂者恒多而单纯者常少,因而同证异治在临证过程中有着重要的指导意义。以太阴虚寒兼表证而论,其证由太阳虚寒与太阳表寒两个基本病理环节构成,其治疗思路,《伤寒论》中言之甚明:一者可仿 276 条之桂枝汤解表为主,一者可遵 163 条之温中解表桂枝人参汤法,一者可遵 371 条先里后表之治。三种思路,因其针对该证之病理环节各有所重,皆可酌情择而施之,获效自在情理之中。而 277 条之“自利不渴者,属太阳,以其脏有寒故也”,治“当温之”,而选方“宜四逆辈”。则提示了一证一法而多方之治疗思路。盖所谓四逆辈者,“指四逆、理中、附子等汤而言也”(《医宗金鉴·订正仲景全书·伤寒论注》)。

同病异治对医者素养提出了更高的要求。《内经》所言“得病之情,知治之大体”,并非医者“短期未知决诊,九候曾无仿佛”、“相对斯须,便处汤药”可托之辞。“得病之情”,实

乃尽可能全面了解病情;而“知治之大体”,则是在综合分析的基础上,能于错综复杂的局面中做到成竹在胸,把握关键,游刃有余,一击成功。故而同证异治,对医者的理论素养和临证能力,要求更高。《伤寒论》106 条与 124 条,均论蓄血证表里同病,而有先表后里与急攻其里之不同治疗思路,可谓同证异治。然若反其道而治,则后果难以逆料,何也?盖病情之缓急轻重不同,决定其治之不可替代。若医者不明而漫言同证异治,颠倒为法,结局可不虑乎!再以少阳兼表而论,就其病理环节而言,理论上先解表后和解、和解解表同施、先和解后解表之三种治疗思路,然少阳三禁,排除了先表后里思路之可能性。是以“阳明病,脉迟,汗出多,微恶寒者”(234)、“太阳病,脉浮者”(276),均可以桂枝汤发汗,而少阳之证,不得单独运用汗法。医者若不具有这种基本认识,又何以能作出正确之抉择。

同证异治的基本运用原则。同证异治必有其规定性,即在证候之性质规定范围内,才能有多法多方之灵活性,而各法各方之间尚存在着某种有机联系。设若超越证候性质之规定性,则有毫厘千里之失,此为量变质变之理。大凡不越寒热虚实表里之性,则多可灵活以治。运用之际应注意:①无犯“虚虚实实”之戒,④具体情况具体分析,④掌握整体突出主体,④治疗思路前后相承,不能自相矛盾。

参考文献

[1]杨振平. 试论证候本质多元化特征[J]. 陕西中医, 1998, 9(8): 40  
[2]赵金铎, 主编. 中医证候鉴别诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 3  
[3]朱伯卿, 等. 气血理论研究—补气药治疗气虚血瘀型心力衰竭[J]. 中西医结合杂志, 1986, 6(2): 19  
[4]朱伯卿, 等. 补气活血药治疗气虚血瘀型心力衰竭的临床观察[J]. 中西医结合杂志, 1987, 7(10): 25  
[5]黄广平. 补血法、补气法、益气补血法治疗小白鼠实验性血虚证疗效观察[J]. 新疆中医药, 1987, (3): 48

(上接第 959 页)

痰瘀凝结型和冲任失调型所占的比例相当,分别为 22 例(38.6%), 18 例(31.6%), 因而在临床中,有些患者除局部的症状外,全身症状表现不明显,难以辨证施治时,可以适当结合乳腺病理分型来指导临床用药。

6 乳腺增生病电脑近红外线光扫描(CIMD)诊断和中医分型的关

系 杨毅<sup>[6]</sup>等按照患者乳房局部的病理变化及全身不同变化进行辨证分析,将乳腺增生病分为四型:肝郁气滞型、肝郁痰凝型、痰瘀互结型及脾虚湿盛型,分别相当于西医单纯性乳腺增生病、乳腺小叶增生病、纤维腺病,脾虚湿盛型病人较少见,没与西医某种增生病联系起来。

随着病情的发展,中医辨证分型由早期无形之邪—气滞发展到后来的血瘀痰凝等有形之邪,其对 CIMD 图像的影响,与乳腺增生病由单纯性乳腺增生病,小叶增生病经纤维腺病发展到纤维化和囊性乳腺增生病型,乳腺导管,腺泡及腺小叶等实质组织由增生逐渐萎缩,而间质纤维结缔组织,增生越来越重,乳腺内低透光物质增加,对红外线吸收性逐渐增强,导致了 CIMD 图像透光性越来越差,灰度由浅灰加深到深灰,血管反应也更加明显,二者机制是相似的,对

CIMD 图像的影响也相似,从 CIMD 图像角度来讲,乳腺增生病中、西医分型是相通的。

国内外学者从不同的角度都对乳腺增生病进行了深入地研究,由于中医辨证分型较难把握,许多学者都试图把各种微观指标与中医辨证分型结合起来研究各型间不同的发病机理、病理改变,以便为临床用药提供科学地参考依据,均取得了一定的成绩,但目前国内外学者从分子水平的角度与中医证型结合研究的很少,要在今后的研究中可以从基因变化的角度来解释不同证型的变化规律,以更好指导临床治疗。

参考文献

[1]钱丽旗,李杰,刘奇伦,等. 乳腺增生病因学研究(附 363 例临床统计分析)[J]. 中国肿瘤与康复, 1999, 6(6): 23  
[2]阙华发,阙振福,王荣初. 乳腺增生病内分泌免疫变化与中医辨证分型相关性研究[J]. 中医杂志, 2002, 43(3): 208  
[3]周德先,王雅青. 乳腺良性肿瘤针吸细胞雌激素受体(ER)的测定与中医分型的关系[J]. 实用中西医结合杂志, 1993, 6(9): 571  
[4]谈坚明. 雌激素受体检测在乳癖分型及治疗中的应用[J]. 上海中医杂志, 1993, (5): 27  
[5]唐新,顾乃强. 乳腺增生病理分类与中医证型相关性研究: 附 360 例临床资料分析[J]. 上海中医药杂志, 1999, (4) 34  
[6]杨毅,宋爱莉. 乳腺增生病电脑近红外光扫描诊断与中医分型的关系[J]. 山东中医药大学学报, 2000, 24(6): 432