

关于“病证与症状”“辨证与辨病”的思考^{*}

尹笑玉 陈明[#]

(北京中医药大学 北京 100029)

摘要: 本文主要讨论“病证与症状的关系”“临床上如何确立病证”“辨证与辨病相结合的必要性”三大议题; 得出了依标本辨病机、遵缓急立先后, 在此基础上参照西医诊断的结论; 旨在说明在现代中医临床中, 确立病名、辨析病证、把握病机三者应在中医理论的指导下有机结合, 不可偏废。在关于“辨病”的讨论中, 本文着重论述了作为现代中医, 如何看待相关辅助检查结果及西医诊断等问题, 指出了应在灵活借鉴、为我所用原则下衷中参西, 以减少误诊、漏诊; 在中医理论指导下参照西医诊断进而扩展临床思路以提高疗效。

关键词: 症状; 病证; 辨病; 辨证; 辨证知机

中图分类号: R241

doi: 10.3969/j.issn.1006-2157.2017.07.002

On “patterns and symptoms” and “pattern differentiation and disease identification”^{*}

YIN Xiaoyu, CHEN Ming[#]

(Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: Three issues, relationship between TCM patterns and symptoms, methods for identifying TCM patterns in clinic, and necessity of integrating pattern differentiation with disease identification, are discussed in the paper. Then it comes to conclusions that pathogenesis differentiation depends on the tip and the root, priority is confirmed according to disease urgency, and furthermore, diagnosis by Western medicine is referenced. The purpose is to explain disease name identification, TCM pattern differentiation and pathogenesis seizing under the guide of TCM theory in modern TCM clinical practice. In the discussion of disease identification, the article emphasizes on how to regard the results of relevant examinations and diagnosis by Western medicine as a modern TCM practitioner. An opinion is presented that Western medicine is referenced flexibly based on TCM theory for reducing misdiagnosis and missed diagnosis, and clinical thinking is extended based on integrating TCM and Western medicine for improving clinical efficacy.

Keywords: symptoms; patterns; disease identification; pattern differentiation; realizing pathogenesis through pattern differentiation

1 病证与症状

症状是人体在病理状态下所出现的各种异常表现, 而病证则是对患者疾病整体发展过程中某一病理阶段的概括。相对而言, 症状是外在的、零散的、全身性的, 而病证则是对某一个动态过程的高度概

括。临床上, 确立主症、判定病证、归纳病机是疾病诊疗中的重要环节。

2 如何确立病证

2.1 辨标本定“病证”

临床上, 如何从患者叙述的纷繁复杂的症状中

尹笑玉, 女, 在读本科生

[#] 通信作者: 陈明, 男, 博士, 教授, 主任医师, 博士生导师, 研究方向: 伤寒论六经辨治规律研究, E-mail: cmwg185@sina.com

^{*} 北京中医药大学新奥奖励基金资助项目(No. 2015-XAJLJJ-002)

XinAo Award Fund of Beijing University of Chinese Medicine (No. 2015-XAJLJJ-002)

遴选出病证?最关键处是辨清“标本”,即在采集四诊信息、综合分析确立病机后,选取与基本病机关系最密切,最能反映疾病本质的症状作为病证。如半夏泻心汤证中,胃热脾寒错杂,中焦气机升降紊乱为“本”,那么由此所导致的“痞满”即是主症,应作为病证来处理;而中焦寒热错杂又可进一步引起诸如心肾不交、肺气失降、肝气郁结等病机,继而产生失眠、气短、大便不调等病症,那么这些继发病机即属“标”,由此引起的病症则只能作为兼挟症,也就是一般意义上的“症状”来处理,而不具备上升至“病证”的条件。

2.2 辨缓急立“先后”

辨别“标本”后,在诊治之时仍需辨别“缓急”,急则治标,缓则治本。

尽管病机可反应疾病的本质,而由此确立的病证也对患者的整体情况有一定的概括性,但在其他症状甚为危急的时候,临床处理上往往就需要标本同治,甚或暂时舍弃病本,治疗标证。因辨证—立法—选方遣药是前后呼应、一线贯穿的,所以在这种特殊情况下,优先被处理的标证就应上升到“病证”的层次,成为现阶段所需解决的主要问题。

此类以标证为急而暂时“舍本求末”的现象在古典医籍中也并不少见,例如《素问·标本病传论篇》即有“先病而后生中满者治其标”“小大不利治其标”“病发而不足,标而本之,先治其标,后治其本”等论述。再如《伤寒论》:“少阴病,吐利,手足厥冷,烦躁欲死者,吴茱萸汤主之。”描述了少阴寒化证,肾阳大亏,阴寒犯胃而出现的胃寒呕吐。根本病机为肾阳亏虚,理应与四逆汤、通脉四逆汤之属,所以言“吴茱萸汤主之”,乃一时权宜之计,止其呕吐,待病情平稳后再议治本。

此外,笔者认为“辨缓急先后”尚有指导立法先后的含义。如因大汗、暴吐、暴下等导致的阴阳俱虚证中,病证选定与病机一致,均为亡津伤液,但在治法上,因考虑到“阳能固阴”,则以急补阳气为先,而以渐复阴液为继。由此可以看出“辨缓急先后”有指导病证确立和指导治法先后的两重含义。

统而言之,“标本”的辨析,处理的是主次关系问题;而“缓急”则是在确立诊治的先后。

3 辨病机与辨病证二者不可偏废

上述讨论引出了两个不可回避的问题:依照这种标本缓急的辨证方法,最终确立的病证与根本病机间并不一定有必然的连属关系,那么病证与根本病机并提的意义何在?在确立病证的过程中,缓急

的辨别看似凌驾于根本病机的辨别之上,那么可否将病证的确立步骤简化为只辨缓急以定病证?

以下依兼证中有无急症进行分类讨论,以说明辨析病机与病证在临床诊疗中不可偏废。

3.1 兼证中无急症

如若诸症无缓急之分,则根本病机与病证相一致,此时捉住了根本病机就可谓抓住了疾病的本质。但在此基础上,确立病证则有助于进一步精确把控疾病。

众所周知,病证间的横向比较有病程阶段、轻重缓急、发展预后之分,例如脾阳虚衰到一定程度可以引起肾阳亏损,较之后者,脾阳虚衰一般病情轻浅。但是根本病机一旦确立,其本身并不能独立展现上述三个方面的内容。例如,同为脾肾阳虚,这一证型可以出现在泄泻、呕吐、关格等诸多病证中,处理起来在选方遣药上也各有不同;再如同辨为气机郁滞一证,处方丹栀逍遥散、四逆散、越鞠丸、小柴胡汤等之间也是有一定差异性的。

病机反应了致病之因、致病之机,但只有作用于脏腑、经络、肢窍等器官组织上,才能表现出纷繁复杂的症状。因此,我们从症状中提炼出的病证是不可能脱离“病机”这个源流而单独存在的;反过来,若是没有“病证”的承载,单独讨论某个病机的治疗也是不切实际的。因而病机确立后,只能说是确立了治疗的大法、原则,而具体应该如何选方、如何加减、如何配比药量等这些更为“精细”的问题是需要通过病证的确立来进一步明晰的。

3.2 兼证中有急症

当兼证中出现了需要优先处理的急症时,若不明确病证诊断而只是停留在辨病机的层面,就很可能出现延误病情的不良后果。如前所述吴茱萸汤证;再如《伤寒论》320条至322条的“少阴三急下证”,本为肾阴大亏,继而水竭土涸而见阳明燥实之标,当与承气汤急下存阴后,方可行滋补肾阴之法。兹举李克绍先生医案^[1]以说明单纯辨证之不足:患者以低热、骨节疼痛为主诉初诊,予白虎加桂枝汤1剂而痊;数日后因纳差伴口干、胃热来诊,辨为肝阴不足,不能疏土,仿厥阴病意,处方乌梅、党参、石斛、麦芽等1剂而纳增;其后三诊云往来寒热,与小柴胡汤原方1剂而解。3次诊治均可谓效如桴鼓,但时隔1年,患者却因胃癌转移而过世。由是,李老发出了“辨病与辨证不可偏废”“辨病与现代医学相结合”的疾呼。

此种兼证中有急症的情况,若根本病机仍与所

立“病证”有着较为密切的联系,那么在处理上可参照异病同治的思路,治病证而兼顾根本病机,甚或是从根本病机的角度治疗此急症。例:根本病机为脾胃寒热错杂,中焦气机升降失司,症状表现为呃逆兼有失眠,若以失眠为突出表现,在选定“不寐”为病证后,仍可从调理中焦的角度进行治疗。

在根本病机与此“病证”相去较远时,治疗上须“舍本求末”,此时似乎先诊治“急症”更为重要。但即便是由此收获了较为理想的疗效,也只是一个时间点上的疗效,待此“急症”平复之后,诊治上势必还需回归于根本病机的治疗。而若能事先辨清,就不会破坏整体诊治思路的连贯性。

3.3 无证可辨

当出现无证可辨的特殊情况时,若不辨病机则治疗必将无从入手。此时应遵照《素问·至真要大论篇》所言“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之”“必伏其所主,而先其所因”。如《伤寒论》第61条“下之后,复发汗,昼日烦躁,不得眠,夜而安静,不呕不渴,无表证,脉沉微,身无大热者,干姜附子汤主之。”所列三个阴性症状“不呕”“不渴”“无表证”即分别代表其病位不在少阳、阳明、太阳,继而结合脉证定为少阴阳衰证。兹举岳美中先生医案一则:一季姓10岁之女孩,其父抱持而来,合眼哆口伏在背上,四肢不自主的下垂软瘫,如无知觉之状,其父代诉,孩子病已三天,每到上午午时,夜半子时上下即出现这种症状,呼之不应,过一小時许即醒如常人,延医诊视,不辨何病,未与针药。我见病状及聆病情,亦感茫然,訝为奇证。乃深加研讨,再三思考,得出旧说子时是一阳生之际,午时是一阴生之际,子午两时,正阴阳交替之候,而女孩这两个时辰出现痴迷并四肢不收之症,治疗应于此着眼,但苦无方药,又辗转考虑,想到小柴胡汤是调合阴阳之剂,姑授予二帖试治,不意其父隔日来告,服药二剂,已霍然如常,明日拟上学读书^[2]。

此外,纵观古今方剂分类方法,大多无外乎两种:一种偏向于以病证分类,则其下方剂必依证型不同而类目,如《医宗金鉴》《证治汇补》《赤水玄珠》《中医内科学》等;一种以八纲、病因、治法等分类,则较之前种,偏向于依病机划分,而其下方剂又必以所治病证不同而相区别,如《医学实在易》《医方集解》《成方切用》《方剂学》等。这也从另一个侧面体现了仅凭病机或病证则无法明确处方,进而说明了辨病机与辨病证二者缺一不可。

在实际临床中,正是因为病机和症状、病证之间

存在这种复杂、多向、非单一的对应关系,因此病证与病机的相互参照就显得尤为重要。

4 辨证论治的更高层次——辨证知机

无论是如前所论的辨证论治,还是辨病证,针对的都是当下的病症与病机的主要矛盾。诚然,如此选方遣药,仍可收获较为理想的临床疗效,但这只是一个阶段性的、静态点上的疗效,缺乏对其后病情转归的预见和先行控制。理想的诊治应当是一个主动、连贯、先行调控的过程,而不是水来土掩、见招拆招、被动处理已发症状的过程;更进一步地说,不能将目光仅仅停留于解决“现阶段”主要病机的层面。

因此如果能做到高屋建瓴地把握整个病机与疾病的发展方向,那么我们的诊治思路在时间上就将具有高度的先行性、连贯性和统一性。刘渡舟教授将这种高于辨证论治的诊治层次称为“辨证知机”^[3]。所谓“机”,有先机、转机之意,也就是事物初露苗头时的先兆和事物发展过程中的转归。刘渡舟先生曾治一例阴劳证,处方琼玉膏、百合固金汤后已见起色,然曰“药力不可恃也。方今隆冬,少阴得气之时,天水相连,肺金未至于绝。来年入夏,火气用事,灼肺流金,端午节前恐难免也。”后该病果死于阴历之五月初四^[4]。由此可见,若能查其“先机”,则可见微知著,继而才有防微杜渐的可能;深谙疾病之“转机”,则能真正实现“知犯所逆,随证治之”,其知往知随之意则自在言外。

5 辨病与辨证相结合

辨病,即是确立疾病的名称,如中医的鼓胀、心痛、呃逆等,抑或如西医所谓冠心病、肺气肿、妊娠高血压等。笔者认为,结合现代临床实际,辨病与辨证的结合应包含上述两层含义,即在明确中医与西医病名的前提下,以中医辨治方法为基础立法处方。

5.1 确立中医病名的意义

辨病与辨证相结合的观念在一些古医籍中即有所体现。如《金匱要略》的整体结构是以病名定篇目,其下分属不同的方证,这是先辨别中医病证,后依病因病机等确立治法方药。其重要意义于“辨病机与辨病证二者不可偏废”条目下已有讨论。

5.2 关于参照西医病名必要性的讨论

在西医学知识传入中国以前,中医古籍中已可搜寻到些许“疾病”(此处之所以称“疾病”而不称“辨病”,是因为限于当时的认知,古人尚不知其西医病名,那就更无所谓“辨”病)与病机相参的蛛丝马迹。如《医宗金鉴》等,亦以病名立篇,称“某某门”,但几乎每门下均有“某某死证”。为何要单独

列出“死证”一条?若是此门下所见之例,均能为其所立系统摄解释,那么此举将毫无意义。

笔者认为,死证另立包含了两层含义:一是病情着实危重,大厦将倾,非一木所支;另一种情况是,某些疾病属于传统中医学辨证、辨病的劣势,那么虽表现出了看似与本门证型分类相符的病症、病机,但却为现有的认知、分析方法所不逮,治疗后难以取得所期疗效,愈后不良。

5.2.1 传统中医学的优势与不足

传统中医学与现代西医学最显著的区别即在于:前者侧重于整体功能,后者则侧重于精确解剖。

统观中医发展史,虽在《灵枢·经水》即有“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”之语,《灵枢·肠胃》《灵枢·平人绝谷》等篇更有肠胃度量等的解剖数据,但不可否认的是中医解剖虽在认识与起步上较早,但其后却因于种种原因并无持续可观的发展,甚至是渐渐淡出了中医的主流发展模块。中医学后续向着宏观、整体的思路推进,这也成就了中医最独具一格的认知方法与诊疗思路。兹举陈明教授医案一则^[5]以备说明:某女,50岁余,患肝硬化数年。来诊见症:腹泻,食凉、硬加重,白云须吃烫嘴食物,胃方觉舒。伴口苦,心烦急躁,眠差。舌红苔黄腻。辨为胆热脾寒证,处柴胡桂枝干姜汤原方。病人始不认可,云已因胆结石而切除胆囊,肝硬化脾功能亢进行脾切除术,认为所开方药无法实质作用于“胆”“脾”。经劝解服药7剂,感到肠胃温暖,腹泻显减,纳谷觉香,但仍不敢食凉。后上方又配伍炮山甲、牡蛎、鳖甲、丹参等软坚散结之品,服药2个月余,B超示肝硬化有明显好转,病人大喜,信心十足。后来做间断性服药,诸症未发,状况良好。

由此可见,中医以气化、功能立论而不拘泥于机体解剖,是相较于西医学的一大优势;但正如药物的偏性一般,这也使得其反面成为中医的“短板”,如前李克绍先生医案所论。因而笔者认为,古代方书中对“某某死证”的单独列出,已暗蕴了当今所说的在诊断上将中西病名同举的思想。

5.2.2 扬长避短,衷中参西

依照前文论述的辨标本缓急之法,在无严重器质性病变的疾病中,中医可以有效地解决问题;但当急症、重证恰好为严重器质性病变时,单纯凭借传统四诊往往难以发觉,而由此可能出现失治、误治。

古人正是意识到了此种情况的存在,但限于客观条件,无法明确此类严重器质性病变,便只好在其

可触及的范围内拼命寻找蛛丝马迹以辨别这种潜在的“危证”与其他“常证”之间的细微差别。如前例胃癌,《永类铃方》就以“吐出黑汁”为鉴别;又如,脉法中也有些诊断内病等望诊难及的手段。但这毕竟是古人因于时代、科技的局限性,无法直接看到这盲区内的东西,而采取的种种在当时最现实可行却也实属迫不得已的鉴别方法。而现代科技恰可补我之短,举凡窥镜、检验等科学手段不胜枚举。想古人于那般毫厘难决之际尚沥血觅法,现如今,我们手握现代科技的先进成果,却仍有一部分人裹足不前,竟以传统自居,殊不知早已悖圣贤之旨远矣。

需要指明的一点是,这些影像学检查、实验室检验等,是现代自然科学的成果,不为西医所专;但客观事实却是西医比中医更早地接触、应用和有机地结合了这些科技手段,进而确立了一套疾病名称体系,以期不漏诊、误诊此类病症。但这些都必须是中医的诊治思路为根基,若是因借鉴了西医的疾病名称而就依西医的诊疗思路进行治疗,则又是走向了另一个极端。

因此,作为一名现代中医,在继承传统的基础上,应当将各种检验技术看作是四诊的延伸,将由此所获取的信息归纳进“病症”,继而仍可依照前一小节所讨论的“辨标本缓急”之法进行分析诊疗。

5.2.3 灵活借鉴

那么,是否对于所有的疾病都必须明确西医诊断?理论上来说,对于严重器质性病变,如癌症等,明确西医诊断起着避免漏诊、误诊,提示采用“非常之法”治疗的关键作用;假若是一般的器质性病变,西医病名尚有启发思路的作用;此外,若是没有器质性病变,则中医诊疗巨大优势自不必多言。兹列举陈明教授验案两则^[5]以说明西医病名、辅助检查等对中医思路的启发作用。

病案一:唐某,女,29岁。患脑垂体瘤,泌乳素增高。服用西药“溴隐亭”“甲磺酸”等期间泌乳素降至正常,停药后旋即升高。就诊前1周,化验泌乳素164 $\mu\text{g/L}$ (5~25 $\mu\text{g/L}$),核磁检查示脑垂体瘤8 mm。月经后期,甚则2月方至。宫颈炎、白带量多且夹血丝,小便不利。伴手指关节疼痛,足跟痛,时头晕沉,面色淡黄。舌胖苔黄略厚,脉细沉。处方白虎汤、茵陈五苓散、易黄汤合方,共14剂。二诊白带显减,小便通畅,头晕好转,仍恶寒、恶食凉。舌胖大,苔黄腻,脉沉细。与上方加消瘿丸,服用28剂后查泌乳素18.58 $\mu\text{g/L}$ 。白带正常,舌苔白厚。效不更方,继服60剂后查MRI示脑垂体瘤消失,泌乳素

维持正常。再以白虎汤、平胃散、消瘰丸合方 14 剂巩固。依西医理论,妇女怀孕后期及哺乳期泌乳素生理性升高;病理性增高则常引发月经推迟、闭经,甚至乳汁自溢等症状;而中医认为“上为乳汁,下为月水”,又两乳为阳明经所过,因而陈师认为泌乳素增高之月经不调,若见热象,常可从清阳明热入手。此例患者月经推迟,虽未见溢乳,但终属脑垂体瘤导致泌乳素增高所致,结合脉证当属湿热,与白虎汤清阳明之热,合茵陈五苓散、易黄汤清热利湿,其后更加消瘰丸以散积聚,药证相对,是以显效。

病案二:吕某某,女,57岁,辽宁营口人。2015年11月4日初诊,罹患呃逆半年余。胃镜示:糜烂性胃炎。刻诊:闻呃逆声前后相连,不可尽数,呃声短促,声振屋瓦,病人只得勉强于呃逆间断之时叙述病情。伴胃脘疼痛,手触凉水即觉胃痛,自觉食道沥沥水声鼻息不利,大便干,眠差。舌红,苔根黄,脉弦细。始辨为中寒气滞,予越鞠丸合良附丸加味。12月5日复诊,仍闻呃逆连连,声促而亢。自诉卧时呃逆则胃肠漉漉水声,咽有异物感,且胃痛引背,时有反酸,喷嚏,眠差,大便干燥。舌红暗,尖边瘀点,苔黄略厚,脉弦细。欲从肝论治,柔肝缓急,处芍药甘草汤加味:白芍 60 g,炙甘草 20 g,龙胆草 15 g,夏枯草 15 g,柴胡 15 g,黄芩 10 g,旋覆花 10 g,钩藤 15 g,代赭石 20 g,木香 10 g,砂仁 10 g,白檀香 9 g。服至 7 剂,电话告知:呃逆大减,但大便溏泻,此大量芍药所致,上方加炒白术 10 g,嘱尽剂。12月26日三诊,呃逆已,继服上方 14 剂善后。本案重用芍药甘草汤除传统意义上的柔肝、缓急之义外,尚有参照西医“膈肌痉挛”理论之功。

如刘氏认为,美尼尔病依西医内耳迷路积水的认识可用中药潜降利水思路治疗;糖尿病依西医微循环障碍认识,可在传统中医治疗思路上加活血方药;急性肾炎水肿,依炎性水肿改变可在“开鬼门,洁净腑”的基础上加用大剂量益母草活血利水疗效^[6]。

尽管西医病名对中医诊疗并不一定具有必然的意义,但不明确西医诊断,就存在有误差、漏诊严重器质性病变的可能性,因而借助各项检查化验、参照西医病名在临床操作中是十分必要的。故笔者认为,西医诊断的明确在临床上是有必要的,但同时作为一名中医大夫,在知晓此必要性的前提下,更重要的是明白西医诊断对中医诊治的意义何在,以及如何在中医诊疗体系中灵活而有效地应用这些信息。

由上述讨论可见,辨病(辨中医之病、辨西医之

病)与辨证之间是相互依存、相互补充而不可偏废的。

6 小结

总之,在临证之时,应遵循标本缓急互参确立治法,因机、因证选方,对症遣药的治疗思路。一方面辨别标本,也就是强调抓住疾病的根本病机;另一方面,缓急参照,确立处理的先后顺序。在病症轻缓之时,以辨证论治、对证治疗为主;在病症较急重的时候,则应在上述基础上加重一些对症治疗药物的选用;而在病症急重的时候主要以控制、治疗病症为先。

参考文献:

- [1] 李克绍. 谈谈辨证与辨病的体会[J]. 北京中医学院学报, 1986, 9(2): 27.
LI KS. The discuss and experience of TCM syndrome differentiation with disease identification[J]. Journal of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, 1986, 9(2): 27.
- [2] 岳美中. 试谈辨证论治和时间空间[J]. 上海中医药杂志, 1978, 12(1): 14-17.
YUE MZ. Syndrome differentiation and treatment and time and space[J]. Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine, 1978, 12(1): 14-17.
- [3] 刘渡舟. 刘渡舟医学全集[M]. 台北: 启业书局, 1998: 64.
LIU DZ. Complete Works of Liu Duzhou[M]. Taiwan: Qiye Publishing House, 1998: 64.
- [4] 陈明, 刘燕华, 张保伟. 刘渡舟伤寒临证指要[M]. 北京: 学苑出版社, 1998: 55.
CHEN M, LIU YH, ZHANG BW. Explanation of Treatise on Cold-Induced Febrile Diseases by Liu Duzhou[M]. Beijing: Academy Press, 1998: 55.
- [5] 陈明. 伤寒论讲堂实录下册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 19-20.
CHEN M. Cold-induced Febrile Diseases Lectures (Volume 2) [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2014: 19-20.
- [6] 刘克林. 中医辨证与西医辨病之我见[J]. 河南中医学院学报, 2007, 22(4): 275-276.
LIU KL. The view of differentiation of symptoms and signs of Chinese medicine and differential diagnosis of diseases of Western medicine[J]. Journal of Henan University of Chinese Medicine, 2007, 22(4): 275-276.

(收稿日期: 2016-12-10)