

【理论探讨】

“表证”释疑

祝建材

(山东中医药高等专科学校, 山东 烟台 265200)

摘要: 表证是临床常见证候之一,多见于外感病的初期。由于现代教科书对表证病位、辨证依据等问题的描述与临床实践偏差较大,故本文就表证的病位、表里出入及表证和恶寒发热的关系等问题进行剖析,指出表证的病位并非单纯的解剖部位肌表,而是解剖病位与功能失调的综合反映;里邪出表是指病情有向愈的趋势,但并不意味着里证转化为表证;恶寒发热一症是表证辨证的重要依据,但并非特异性症状。通过剖析以期使理论教学和临床实践有机结合,为教学和临床提供帮助。

关键词: 表证;病位;表里出入;恶寒发热

中图分类号: R241.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2019)06-0728-02

表证和里证是八纲辨证中用来辨别病位深浅、病势发展趋向的一对纲领,在中医教学、临床都常谈及。表证是由六淫等外邪从皮毛、口鼻侵犯人体所引起,以卫气功能失常为主要病理改变,临床以恶寒发热、苔薄白、脉浮等为主要表现,常见于外感病的初起阶段。然而目前对与表证相关的一些问题仍缺乏明确而系统的认识,故有必要对其进行探讨。

1 表证病位并非单纯的解剖部位肌表

表与里是相对而言。一般而论,身体的皮毛、肌腠在外属表,血脉、骨髓、脏腑在内属里;脏腑相对而言,六腑属表,五脏属里;经络与脏腑相对而言,经络属表,脏腑属里;把六淫等外邪从皮毛、口鼻侵犯机体,邪在肌表皮毛,病位较浅者称为表证;邪气由表入里或直中入里,病在气血、骨髓、脏腑,病位较深者称为里证。《素问·皮部论篇》云:“邪客于皮则腠理开,开则邪入客于络脉,络脉满则注于经脉,经脉满则入舍于脏腑也。”《景岳全书·传忠录·表证》云:“人身脏腑在内,经络在外,故脏腑为里,经络为表。在表者,手足各有六经,是为十二经脉。以十二经脉分阴阳,则六阳属腑为表,六阴属脏为里。”“然而足之六经,又以三阳为表,三阴为里。而三阳之经,则又以太阳为阳中之表”。《温热论》说:“温邪上受,首先犯肺,逆传心包。肺主气属卫……未传心包,邪尚在肺,肺合皮毛而主气,故云在表。”可见,“表”是与“里”相对的一个概念,二者互为存在的前提和依据,没有表就没有里,没有里也无所谓表。但表主要还是指部位表浅或直接与外界相通的部位而言,如皮毛为一身之表,是人体抵御外邪的一道屏障,口包括由口腔至胃、小肠、大肠及胆道的消化道,鼻包括由鼻至肺的呼吸道,外邪若从皮毛、口鼻而入,这些部位首当其冲^[1]。

中医的证候是指疾病过程中某一阶段或某一类

型的病理概括,一般由一组能揭示疾病某一阶段或某一类型病变本质的、有内在联系的、相对固定的症状和体征构成。表证属于证候的范畴,自然会全面反映疾病的病理机制,包含有时间概念—为疾病初始阶段,空间概念—病位是浅在肌表,病因是感受外邪;病变机理—卫气功能失常。病势趋向—病势较轻,易于治愈^[1];虽说表证病位浅在“肌表”,但并非单纯的解剖部位,而是外邪侵入机体初期,正气抗邪于外,病势趋向于表的病理状态。正因为如此,我们决不能把病变在肌表的都简单认为是表证,如皮肤病、外科疮疡等病变均不属于表证。与现代医学来对照,表证多见于“上呼吸道感染”,而中医学认为上呼吸道之鼻腔、咽腔、气管均由肺所主。因肺外合皮毛而统一身之表,开窍于鼻,与外界相通,故外感六淫之邪从皮毛、口鼻而入,内应于肺,导致肺失宣降而为病。所以,表证的脏腑定位多认为在肺,亦是有一定道理的。

总之,表证实质是指人体在一定的时空区限,对外邪侵袭机体所产生的全身性病理反应的综合概括,是解剖病位与功能病变综合的反映^[2],不能把表里简单看作固定的解剖部位机械理解,需要学者多结合临床实践体会领悟。

2 里邪出表指病情有向愈趋势并非伴随里证转化表证

表里出入包括表邪入里和里邪出表。在教学过程中,很多学生认为既然有“表邪入里,表证转化为里证”,也肯定会有“里邪出表,里证转化为表证”,造成对表里两纲关系认识上产生混乱。

表证入里是指先有表证,随着邪气的深入后见里证,且表证随之消失,此乃表证转化为里证。如表证先有恶寒发热、头身疼痛、苔薄、脉浮等表现,随着病情发展而见,但发热不恶寒、舌红苔黄、脉数等表现,提示邪气由表入里,病证便由表证转化为里证。表证入里多见于外感病初、中期,此属病位由浅入深、病情逐渐加重的表现。因为表邪入里与证候转

作者简介: 祝建材(1976-),男,山东文登人,副教授,医学硕士,从事中医基础理论的教学、临床与研究。

化同步进行,所以表邪入里的同时也伴随着表证转化为里证。同理,表证转化为里证,也意味着表邪入里,这与临床实践是相吻合的。

里邪出表是指在里的病邪向体表透达,提示邪有出路,病情好转,但里邪出表的同时,证候没有发生变化。如麻疹患者因热毒内闭、疹出不畅而见发热、喘咳、烦躁等里证表现。经过积极治疗,麻毒外透肌表,疹出而诸症缓解,提示邪气由里向表透达,病情逐渐好转。但绝非里证转化为表证,换言之,里邪出表并不伴随证候的转化。

总之,“表邪入里”的“里”不仅反映着病邪由浅入深,也伴随着表证已转化为里证。而“里邪出表”的“表”,只反映机体驱邪外出的趋势,切不可误认为是里证转化为表证,因此“里邪出表”并不伴随证候的变化^[3]。

3 恶寒发热是表证辨证依据但非惟一依据

“恶寒”是指患者自觉怕冷,加衣覆被或近火取暖仍不能缓解者。恶寒发热是指恶寒与发热同时出现,多见于外感病的初起阶段,历代医家将其作为表证的辨证依据,甚至将其作为唯一依据,因此便有“有一分恶寒,便有一分表证”之说。但从临床上,表证的寒热表现是复杂多样的,有发热者,有恶寒者,有寒热并见者,亦有恶寒发热皆不明显者,而教科书大多描述表证的主要症状是恶寒发热,这与临床实践有一定的出入。

3.1 表证未必都有恶寒发热一症

恶寒与发热这两个症状中,一般认为恶寒对于表证的诊断更为重要。如《伤寒论》第3条“太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒。”一般认为恶寒对于表证的诊断更为重要,“有一分恶寒,便有一分表证”的说法亦是有道理的。但表证亦有无恶寒可辨者,《伤寒论》中指出“太阳病,发热而渴,不恶寒者,为温病”“伤寒,发热头痛,微汗出,发汗则不识人”。唐亚平^[4]观察了123例表证患者,其中49例出现恶寒发热并见,占患者总数的39.84%,42例只出现恶寒,占患者总数的34.14%,17例只出现发热,占患者总数的13.82%,15例无明显恶寒、发热表现,占患者总数的12.20%,表明恶寒是表证的常见主要症状,但不是必有症状,表证未必都有恶寒发热一症。因此在表证的诊断中,不能过分夸大恶寒的诊断价值,更不能片面认为没有恶寒的表现就不能诊断为表证^[5]。

3.2 有恶寒发热也未必都是表证

虽说恶寒发热常见于外感病表证,但里证亦不鲜见。如属于中医流注的脓毒血症,该病发病急骤,常见恶寒发热,并伴有多发性脓肿,如皮下脓肿、肺脓肿、脑脓肿等。属于中医悬饮的结核性胸膜炎,也有不少病例出现恶寒发热一症,常伴有胸闷、胸痛、难以转侧、咳唾时加剧等症状;又如胆石症、急性胆

囊炎早期,中医辨证多属于中医肝郁气滞或肝胆湿热证。很多患者会出现高烧、寒战及右上腹或中上腹部疼痛、恶心呕吐等症状。急性肾盂肾炎,中医辨证多属于下焦湿热证,亦常见恶寒发热、腰部酸痛、小便短赤涩痛等症状。若因这些病证见有恶寒发热一症,就认为是表证,用发汗解表的方药来治疗,轻则贻误病情,重则加重病情甚至危及患者生命,对此必须要引起足够的重视。其实,对于恶寒发热亦见于里证的情况,古人早有论述。如《伤寒论》169条:“伤寒无大热,口燥渴,心烦,背微恶寒者,白虎加人参汤主之。”此处背微恶寒是由于阳明里热炽盛,阳气不能外达背部所致。故用白虎加人参汤清热泻火、益气生津,里热一清则阳气外达,恶寒发热随之消失。《伤寒论》183条“病有得之一日,不发热而恶寒者,何也?答曰:虽得之一日,恶寒将自罢,即自汗出而恶热也。”184条“问曰:恶寒何故自罢?”这两条原文是讨论阳明病初期亦可出现恶寒,其特点是程度轻且持续时间短,可不经表散而很快自罢,主要是因为外邪初犯阳明,郁遏阳气,邪热未盛,故见轻微恶寒。但这种恶寒与太阳恶寒有明显的区别,即其程度轻微,为时短暂,且很快自罢而显露出阳明邪热内盛的本质,而太阳的病恶寒则程度重,不经表散则恶寒不除,几乎不会有自罢者。现代名医李克绍提到“有不少内脏疾患,在其主症未出现之前的早期,也常是以发热恶寒并见”^[6],明确告诫我们,临时时千万不可见到恶寒便辨证为表证。

总之,恶寒发热一症虽为表证的辨证依据,但并不是惟一的诊断指标,同时表证也未必皆有恶寒,恶寒亦可见于诸多病证之中。所以临床辨证中,一定要四诊合参,且不可见到恶寒便辨证为表证。只有用辨证的观点去分析与认识恶寒与表证的关系,才有利于对表证的正确诊断。

以上就表证的病位、表里出入及表证和恶寒发热的关系等问题进行剖析,以期使理论教学和临床实践有机结合,为教学和临床提供帮助,不妥之处敬请同道指正。

参考文献:

- [1] 严慧芳,马居里.对“表证”相关的几个问题的思考[J].陕西中医函授,1997,17(3):3-5.
- [2] 王凤仪,赵党生,王小荣.等.表证及病位之我见[J].中国中医基础医学杂志,2009,15(1):28.
- [3] 肖相如.表证不等于外感病的初期[J].中华中医药杂志,2015,30(7):2322.
- [4] 唐亚平,侯恩存,赵旭斌.等.表证与恶寒发热关系的观察和探讨[J].时珍国医国药,2008,19(2):485.
- [5] 杨淑慧.恶寒发热刍议[J].中医药学报,2012,40(5):9-11.
- [6] 李克绍.汗法的临床运用与体会[J].中医杂志,1990,36(3):5.

收稿日期:2018-12-27