

《伤寒论》“但见一证便是”内涵解读

李楠¹, 高飞^{2*}

(1. 中国中医科学院 研究生院, 北京 100700;

2. 首都医科大学 附属北京中医医院 肿瘤科, 北京 100010)

[摘要] “但见一证便是”为张仲景在《伤寒论》中提出的临床指导思想,引起历代医家广泛争议,其核心在于对“一证”的理解产生分歧。究其原因,许多医家虽然是在临床基础上总结经验,但在解读条文时却忽视了临床环境这一先决条件。“但见一证便是”一方面强调了临床善抓主症的灵活性,另一方面也强调了“一证”作为诊断依据的证据充分性。一般而言,特异性较强的症状,证据强度较高,作为诊断依据时更为充分。但由于临床的复杂性,许多平时特异性不明显,指向性不明确,证据强度低的症状,在特定病例中,有时会成为最终选方的关键鉴别点,从而使其证据强度升高,甚至成为决定全局的唯一重要因素。除临床客观情况外,医家个人的临床水平、学术素养等主观因素,也是影响在临床中运用“但见一证便是”思想的重要因素。因此,在重视临床客观情况的同时,尽量提高医家个人的临床水平,在临床环境下理解、体会“但见一证便是”思想,才是解决这一问题的关键。

[关键词] 伤寒论; 柴胡证; 辨证; 内涵

DOI:10.19540/j.cnki.cjcmm.20171117.008

Connotation interpretation of "only one syndrome is evident for disease" in *Treatise on Febrile Diseases* by Zhang Zhongjing

LI Nan¹, GAO Fei^{2*}

(1. Graduate School of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China; 2. Oncology Department, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China)

[Abstract] "Only one syndrome is evident for disease", a clinical guiding ideology in the *Treatise on Febrile Diseases* proposed by Zhang Zhongjing, has caused widespread controversy among physicians over the ages. The core lies in the divergence of the understanding of "one syndrome". The reason is that although many physicians sum up experience on the basis of their clinical experience, the premise of the clinical environment is ignored when interpreting the connotation. On the one hand, "only one syndrome is evident for disease" emphasizes the flexibility of grasping the main symptoms clinically. On the other hand, it emphasizes the evidence sufficiency of "one syndrome" as the basis for diagnosis. Generally speaking, specific symptoms are higher evidence as a basis for diagnosis. However, because of the clinical complexity, the symptoms with lower specificity, less targeting and lower evidence strength in common cases may become the key points of the final prescription selection in specific cases sometimes, increasing the strength of evidence and becoming the only important factor in determining the overall situation. In addition to the objective clinical conditions, some subjective factors such as clinical level and academic quality of the physicians are also important factors that affect the clinical application of "only one syndrome is evident for disease". Therefore, it is necessary to not only pay attention to the clinical objective conditions, but also try to improve the physicians' clinical level, appreciate the "only one syndrome is evident for disease" thought in the clinical environment, which is the key to solve this problem.

[Key words] *Treatise on Febrile Diseases*; syndrome of decoction Chaihu; treatment based on syndrome differentiation; connotation

[收稿日期] 2017-10-30

[基金项目] 国家自然科学基金青年基金项目(81503516);北京市自然科学基金面上项目(7172100)

[通信作者] * 高飞, 主治医师, 主要从事中西医结合肿瘤血液病研究, E-mail: gaofeivera@163.com

[作者简介] 李楠, 助理研究员, 主要从事近现代中医药文献研究, E-mail: tyss-6@163.com

《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》101条“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具。”提示医家,在临床运用小柴胡汤时,应善抓主症,不必胶柱鼓瑟,面面俱到。其中“但见一证便是”为整条之核心,备受关注,许多医家将其作为活用经方的指导思想,应用范畴不仅限于小柴胡汤证。然而对这一条文内涵的理解,历代医家见解不一,争论颇为激烈。如口苦为小柴胡汤见证,临床见到口苦就一定要用小柴胡汤吗?诸如此类的质疑甚多,究其原因是在解读这一条文的过程中忽视了临床环境,也就是忽视了这一理论的适用范围。本文拟结合病案,从临床应用角度探讨“但见一证便是”之内涵。

1 临床病例是探讨“但见一证便是”的前提

历代医家争议最广泛的,就是“一证”具体所指的问题。就原文字面理解,临床当中只要找到任何一条“柴胡证”作为依据,便可使用小柴胡汤,这显然不够严谨,如临床依此而行,必然误治频出。因此多数医家达成共识,认为“但见一证”,应为见到小柴胡汤的主症。主症的证据级别高,指向更为明确,有助于提高临床应用小柴胡汤的准确性。然而历代名家却对主症归属存在不同见解,如成无己认为小柴胡汤方后注提到的咳嗽、心悸、小便不利等6条或然症为应用小柴胡汤的关键;陈修园则认为少阳病提纲证中提到的口苦、咽干、目眩为小柴胡汤主症。历代医家对小柴胡汤“主症”的认识见表1。

表1 小柴胡汤“主症”表

Table 1 Key-symptoms table of Xiao Chaihu decoction

主症	成无己	苏沈良方	陈修园	程郊倩	恽铁樵	刘栋	汤本求真
口苦			✓	✓			
咽干			✓	✓			
目眩			✓	✓			
往来寒热		✓			✓	✓	
潮热		✓					
胸胁苦满					✓	✓	✓
嘿嘿,不欲饮食					✓	✓	
心烦,喜呕		✓			✓	✓	
胸中烦而不呕	✓						
腹中痛	✓						
胁下痞硬	✓						
心下悸,小便不利	✓						
不渴,身有微热	✓						
咳	✓						
伤寒瘥以后更发热		✓					

注:✓,医家有此观点。

从表1可以看出,历代医家对小柴胡汤“主症”各执一词,且任何一个观点的支持者都可以提出大量临床验案作为佐证,而反对者也可以提出相反的证据,最终使读者莫衷一是,难辨是非。

在一个具体的病例中,作为关键证据的主症是相对固定的,如某人外感之后,治疗不当,出现往来寒热之症,医生可以据此使用小柴胡汤进行治疗,对于该病例而言,主症就是“往来寒热”,见此“一证”便可使用小柴胡汤。但在不同的病例中,作为关键证据的主症却是变化的。比如同为外感风寒,甲患者表现为往来寒热;乙患者则表现为恶寒发热,同时有明显的口苦、咽干;丙患者则有明显的食欲不振、恶心欲呕的表现。三者都有可能是小柴胡汤证,但甲患者的主症是往来寒热;乙患者的主症是口苦、咽干;丙患者则是不欲饮食、喜呕,主症截然不同。在这3个具体的病例当中,都体现了“但见一证便是,不必悉具”的原则,所据的“一证”却各不相同。但如果脱离了这3个具体的病例,凭空提炼出“往来寒热、口苦、咽干、不欲饮食、喜呕”等作为小柴胡汤的主症,将其中的任何“一证”无条件的作为使用小柴胡汤的依据,则必然错误百出。

如果临床病例足够丰富,将这些病例集中起来,必然出现全部“柴胡证”都曾经作为主症,成为使用小柴胡汤依据的情况。而就某一医家而言,由于所见病例限制,加之各种其他因素,则会导致在他观察的范围内,某一个或几个“柴胡证”高频率的出现在主症的行列中,这些“柴胡证”就会成为提炼出来的“主症”,作为“但见一证便是”的重要依据。不同医家经历的病例不同,学术见解等其他因素更相对复杂,导致其最终提炼的“主症”存在差异,学术观点产生分歧。因此脱离临床的具体病例,凭空争论孰为“主症”的问题是没有意义的,讨论“主症”必须以具体病例为前提。可能正是由于临床环境下,主症的不确定性,张仲景在行文的时候才没有明确提出哪些是“主症”,只是笼统的概括以“柴胡证”。

2 从证据强度论“但见一证便是”

“但见一证便是”除了强调临床诊疗的灵活性,不必拘泥方证齐备外,还有一层重要内涵,即强调“一证”作为临床选方依据的充分性。临床当中任何症状都是辨证、选方的依据,但不同症状的证据强度不同,因此临床实践中,只要证据强度高,依据足够充分,即便只有“一证”,依然可以作为选方的根据。另一方面,如果没有哪个症状能够为选方提供充分的依据,那么各个症状中,相对证据强度较高者,则会为选方提供方向性的指导。现分别说明如下。

2.1 指向性明确的特异症状 一般而言,特异症状证据强度会更高一些,如小柴胡汤证中,往来寒热比口苦、咽干等症状更具有特异性,多数情况下证据强度更高,指向性更明确。对于相同症状而言,自身特点越鲜明,症状的特异性越高,指向性越明确。如往来寒热系小柴胡汤证之一,但进一步深入研究,则会发现其他方证中也会有往来寒热的症状。如《经方实验录》:“王右,寒热往来,一日两度发,张仲景所谓宜桂枝二麻黄一汤之证也。前医用小柴胡汤,原自不谬,但差一间耳!”^[1]患者虽然也有往来寒热,因发作的频率不同,实为桂枝二麻黄一汤证。《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》提出了

“伤寒如疟，……一日二三度发”的桂枝麻黄各半汤证，也是往来寒热。间日疟2 d发作1次，三日疟3 d发作1次。这些疾病都有往来寒热的症状表现，但差别在于发作频率不同。因此，相比泛泛的往来寒热，加上一日一发的频率限制，对于诊断小柴胡汤证的证据强度更高，指向性更明确。

不仅柴胡证，其他方证亦有此特点。如桂枝汤有自汗的症状，但这个汗应该是冷汗，因为患者同时会有恶风，如果是热汗则不属于桂枝汤证；出汗的程度应该是小汗，出的太多有可能变成了桂枝加附子汤证。因此桂枝汤证的自汗，应该描述为冷汗伴有畏风，且非大汗淋漓。

又如“眩”症，《伤寒论》《金匮要略》治“眩”之方有十余首，其中又有“头眩”、“目眩”、“冒眩”等不同称谓。“眩”之本意为视物昏花，《说文解字》：“眩，目无常主也。”^[2]临床多与头晕并见，故每眩晕并称。张仲景书中并无“头晕”之症，因而“眩”中应包括“晕”之含义，凡称“头眩”者，多为“头晕”之意。“目眩”则可以为视物昏花，或视物旋转，亦多伴有头晕。“冒眩”据尤在泾言“冒者，昏冒而神不清，如有物冒蔽之也；眩者，目眩转而乍见眩黑也。”为头昏沉而伴有视物发黑的情况。“头眩”、“目眩”、“冒眩”虽有区别，但此类患者临床均可以“头晕”为主诉，需仔细鉴别。如苓桂术甘汤证，患者典型表现为“起则头眩”^[3]，这类患者由平卧至坐起或站起时会出现头晕，或在某一特定时刻头晕加重；真武汤证的“头眩”则表现为“振振欲僻地”^[3]，即平衡感丧失，头重脚轻为主，临床中患者也有时会描述如踩棉花，总感觉要摔倒；茵陈汤证治疗的谷疸，表现为“食难用饱，饱则微烦头眩”或“食即头眩”即眩晕的发作与饮食有密切关系^[4]，诸如此类甚多，不复赘述。

2.2 把握具有鉴别意义的关键症状 由于临床疾病千变万化，许多平时特异性不明显，指向性不明确，证据强度低的症状，在特定病例中，有时会成为最终选方的关键鉴别点，从而使其证据强度升高，甚至成为决定全局的唯一重要因素。现举例予以说明。

患者某，女，46岁，胆囊炎3年余，每发时右肋下疼痛，多能自行缓解。因与邻居吵架后复发，见胸闷气短，胁痛腹胀，口苦咽干，食欲不振，情绪不佳，小便正常，大便稀软，脉弦细，某医谓“肝郁克脾”，以逍遥散加减，治疗月余无效，余以小柴胡汤治愈。从患者临床表现看，有胸胁部症状，有不欲饮食，有情绪不佳，均属“柴胡证”，但这些症状同样也可以是逍遥散的适应症。口苦、咽干则非逍遥散证，是本案运用小柴胡汤的重要依据。口苦咽干作为一般常见证候，很多方证中均可出现，特异性不高，指向性不明确，证据强度较低，但在本案特殊情况下，反而成为小柴胡汤与逍遥散证的鉴别要点，证据强度由此提升。

患者某，男，70岁，呃逆2月余。患者平素身体健硕，注意健身养生。职业是针灸讲师，常于国内各地讲学。2015年4月，阔别多年之老友来访，洽谈甚欢，饮凉啤酒1瓶，回家后

略觉胃中不适，亦不在意，次日晨起头痛，困倦欲寐。服感冒药后无效，又经多医治疗，头痛不减，遂自行针灸治疗。针后头痛消失，转而呃逆不止，频频发作，影响生活，自行针灸多次，不能缓解，医予丁香柿蒂散等理气降逆之药皆无效。就诊时呃声频频，不能自己，每日发作时多，停止时少，甚则夜间呃醒。仔细询问，得知呃逆发作前，每有脐下悸动，持续约数十秒，随即呃逆发作。此《金匮要略》所谓“脐下悸动，欲发奔豚”^[4]，系苓桂枣甘汤证。查体时又发现患者胃脘部皮肤温度明显低于它处，询之又有喜唾涎沫之症，系中阳不足之理中汤证。舌淡暗胖大，苔黑腻而水滑，脉弦而有力，尺部尤甚。此病为平素中阳不足，复饮冷酒，水饮停聚，总以温阳化饮为法，又虑其舌苔黑，尺脉弦甚，恐寒邪较盛，遂以附子理中、苓桂枣甘汤合方。附子10 g，桂枝20 g，茯苓30 g，干姜10 g，党参10 g，生白术20 g，大枣5枚，炙甘草10 g，5剂。1周后患者复至门诊，告知服药1剂呃逆即明显减轻，3剂呃逆止，为巩固疗效，5剂全部服完，现无不适。观其舌苔亦转为薄白，脉亦较前明显和缓。

1个月患者复至，自述赴武汉讲学，返航途中，飞机空调甚冷，由于行程较短，不以为意，未料次日呃逆复发，症皆如前，但服前方毫无效果。细问病情，除上次发病诸症，还伴有恶风寒的表现。舌苔白腻多津，脉弦有力。本次发病寒饮如前，然据恶风寒可知兼有表寒，改投小青龙汤原方，3剂而诸症皆平。

此案患者前后2次发病，皆以呃逆作为主诉，临床表现也十分相近，但第2次有外感病史，同时有恶风寒的表现，提示兼有表证。一般情况下，恶风寒指向的是表证，可供选择的方剂不胜枚举，对判断小青龙汤证没有太大意义。但在本案寒饮内停的基础上，恶风寒的证据强度陡然上升，小青龙汤几乎成为不二选择。

2.3 比较症状的相对证据强度 临床当中多数病例方证特点并不典型，依照采集到的信息，很难有充分依据判断为某一方证。如症状繁多，疾病复杂，往往可以通过合方进行处理。但如果症状较少，现有症状不足以锁定某一具体方剂，则需对已有症状进行分析，比较不同方证的相对证据强度，做出倾向性选择。

患者某，女，54岁，因右肋下红疹，皮肤瘙痒1周余就诊。曾经西医皮肤科检查，诊断为带状疱疹。予问带状疱疹何以不痛？对曰：前医告知其病甚重，初为痒痒，后必痛甚，因用彼药近1周，疹出愈多，痒痒更甚，转求中医治疗。检查发现，其疹如粟粒，皮色不红，触之不热，抓痕满布。细问病史，系突然发作，无明显诱因，近半个月食欲不振，得病以后，夙夜忧虑，食欲更差，其余再无它症。舌淡红略暗，苔薄白腻，脉弦沉取略有不足。疹发肋下，多从肝胆论治，皮色不红，触之不热，全身亦无明显热像，可知不是肝胆热证，带状疱疹常用之龙胆泻肝汤不予考虑。逍遥散证虽兼有脾虚，但多以便溏等为主，该患者以食欲不佳为主要表现，在没有其他佐证的

情况下,更倾向于小柴胡汤证的“不欲饮食”,据此投小柴胡汤原方2日,痒止3日开始结痂,1周后结痂脱落,皮肤如常。

本案症状较少,据发病部位在右胁可初步定位在肝胆系统,起疹处局部特点可以帮助排除实热证。但肝胆系统除了实热证外,还有很多其他类型,可供选择的方剂亦很多,“不欲饮食”则提示小柴胡汤证的可能性较高,虽然证据不够充分,但是在没有任何其他可供参考的情况下,试用小柴胡汤治疗不失为一种选择。

患者某,男,38岁,感冒后咳嗽。初有咽痛,流清涕,喷嚏等感冒症状,经治疗诸证悉愈,唯咳嗽月余不止。干咳无痰,呈阵发性,又以晨起咳嗽较多,面色略暗,舌略淡红,苔薄白,脉略弦,重按稍软。试投小柴胡汤,并依张仲景法去人参、大枣、生姜,加干姜、五味子5剂而愈。本患者“症状”甚少,因无其他佐证,只能从“咳嗽”自身特点入手分析,既是干咳,则痰、饮等病理产物为患可能不大;从面色、舌像、脉像分析,无明显寒、热、虚、实的指征;而咳嗽又有发作性特点,并以晨起多发,与“柴胡证”休作有时的特点相似,思之再三,又觉唯小柴胡汤之和法较为稳妥。“咳嗽”在“柴胡证”中本为或然证,即可以出现,亦可以不出现,但在本案中表现出“柴胡证”的一些端倪,加之脉象亦符合“柴胡证”的特点,故试用收效。

3 医家心得是应用“但见一证便是”的关键

由于中医临床主要依靠医家个人能力,因此能否做到“但见一证便是”,与医家个人的临床水平、学术素养及其对方证的把握有密切关系。

如史欣德教授以“嘿嘿”二字为小柴胡汤证的辨证要点,笔者侍诊时,每有患者刚一进门,她便说这是小柴胡汤证,细问病情,果然不虚,疗效亦甚佳。教材对“嘿嘿”的解释为表情沉默,不欲语言^[5]。而史欣德教授则指出,“嘿嘿”是一种轻度萎靡、兴奋度低、精神体力不足的表现,是气虚的一种征象,也是小柴胡汤中人参的指征。因此,小柴胡汤证中的“嘿嘿”为望诊所得,史师对条文理解独到,加之望诊之术精良,因此一望即知,一会即觉,见此一证,便可作为使用小柴胡汤的依据。然笔者望诊之术不精,虽经反复讲解,耳提面命,望之仅十中四五。这便是医学素养造成的主观差异,其间功夫非一朝一夕所能成。

又如四逆散证,原文以四肢逆冷作为主要临床表现,手足凉的患者比比皆是,涉及方剂甚广,很难据此判断为四逆散证,但四逆散的脉象却有独特之处。由于该类患者主要的病理表现为气机郁滞于内,不能达于四末,故而出现手足逆冷的症状,因此其脉象也表现为气机郁滞的弦脉,同时由于气郁于内,则脉以沉取最为有力,往往轻取不得或轻取无力,按之力量反增,按之越重,应指越为明显。笔者临床每据此脉断为四逆散证。

曾治疗一牙痛患者,女,62岁,右侧上牙疼痛半月余,自服牛黄清胃丸等不能缓解。西医予甲硝唑等亦无效。有中医谓阴虚火旺,虚火牙痛,予知柏地黄丸,疼痛不减。又闻花

椒可以止痛,吞服一两余,牙痛略缓解,但胃痛难忍,遂不敢乱服药。来诊时牙痛难耐,数日未得安睡,此外再无异常。视其痛处,牙龈不红不肿,舌淡红略暗,苔薄白,脉沉弦有力,按之尤甚。知为四逆散证,由气郁化火而起,火郁当发之,用苦寒清热、滋阴降火诸法皆不可治。花椒为辛散之品,得之气郁稍通,火郁稍降,疼痛略有缓解,可以作为佐证。遂投四逆散加升麻、牛膝。患者见药味过少,殊为不解,必欲曾药。我极力劝阻,并留电话,让她有问题可随时咨询。次日上午来电,质问为何给她安眠之药。自述昨日下午回家3点左右服药1剂,旋即困倦入睡,直至次日9时方醒,前后睡眠18h,心中恐惧,以为不测。余问牙痛之症可有变化?彼沉默片刻,恍然曰:不痛矣!

除了对症状等具有深刻体会外,有时由于知识水平的局限性,不能明辨疾病,但据“但见一证便是”之思想,随症处方,有时亦可收效。曾治一患者,女,23岁,背部湿疹反复发作1年余,初用西药抗过敏药及外用激素类药膏治疗2~3d可缓解,但不出1月则复发。西药疗效逐渐下降,后转求中医治疗,先后用清热、化湿、解毒、透表等各种方法,皆无明显效果。来诊时除背后起疹瘙痒外,别无所苦。细问发疹情况,无明显诱因,但所发部位集中在脊柱两侧区域,自颈至腰椎以上,宽约20cm。彼留披肩长发,疹发部位恰与长发所覆盖位置重合,疑与头发遮挡有关,询之亦无佐证。心下狐疑,不知如何处方,忽忆“妇女尤必问经期”之语,细细问之,月经犹正常,唯平素白带较多,质地清晰,无色无臭。此带下正符合完带汤证,旋即予完带汤原方5剂。嘱其按时服用,如有效可继续服用,痊愈即停药;如无效则不必再来,另请高明诊治。如将来治愈,还请告知所服何药。1周后复至,背部湿疹皆平,未见新发,白带量亦大减。半年后携友人前来就诊,告知盛夏时发作1次,数日自退,未再复发。此病由于笔者水平有限,未能辨明病源,但据白带“一证”投完带汤,不意疗效甚佳。亦从侧面印证,张仲景“有是证,用是方”,“但见一证便是”在临床应用中的价值。

4 结语

“但见一证便是”是张仲景提供的一种临床决策思维方法,由于临床疾病的复杂性,在诊疗过程中往往可以搜集到众多信息,这当中包含了大量无效信息,或诊断价值不高的干扰信息,因此抓主症,抓指向性明确,证据强度高的关键症,是执简驭繁,提高临床疗效的关键,这也是产生“但见一证便是”理论的重要原因。

“主症”在临床病例当中是客观存在的,但能否准确抓住主症,则需要医者不断学习,提高自身的临床水平。包括深入研究古典医籍,提炼方剂的关键适应症,比较类似方剂的临床鉴别要点,把握患者的体质特点等。作为在现代临床条件下执业的医生,还可适当吸收现代医学的研究成果,进一步探讨主症中蕴含的现代医学意义,如前文所举苓桂术甘汤证的“起则头眩”与体位性低血压很相似,而真武汤证的“振

振欲僻地”强调平衡感丧失,可以联想到耳源性眩晕。所以同为眩晕,两者的主症存在细微差别,而所提示的疾病更有着本质区别。只有不断深入学习,才能在临床中灵活运用“但见一证便是”的决策思维方法,从而提高临床疗效。

【参考文献】

- [1] 曹颖甫. 经方实验录[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2004: 118.
- [2] 许慎. 说文解字[M]. 北京: 中华书局, 1963.
- [3] 刘渡舟. 伤寒论校注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [4] 何任. 金匱要略校注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [5] 李培生. 伤寒论讲义[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985.

【责任编辑 张燕】