

# 经方中“同证异治”理论辨析及临床运用

董艳<sup>1</sup>, 李洪峥<sup>1,2</sup>, 朱爽<sup>1,2</sup>, 李军<sup>1</sup>, 王阶<sup>1\*</sup>

(1. 中国中医科学院 广安门医院, 北京 100053; 2. 北京中医药大学, 北京 100029)

**[摘要]** “同证异治”被广泛运用于中医临床实践,其理论雏形源于《伤寒杂病论》,并存在客观的形成因素。中医“证”是病因、病性、病位及病势等的综合体现,这种概念的宏观性使其具有可进一步细化区分的基础。而中医治疗方法又具有多样性,所用方药成分复杂且作用靶点较多。有鉴于此,针对相同证候就可出现不同的具体治法或方药。而基于这种“同证异治”的“方证对应”通常表现出一证多方的特点。该一证多方并非“证”与“方”之间的随意搭配,而是将“同证”具细化、客观化,寻找不同疾病、不同个体出现的症状、体征及理化指标等细微差异,并采取针对性的治疗。它体现了“病机结合病理,药性结合药理”的诊疗模式。临证时辨识这种证同而治异的本质在于病证的微观病理改变或变化趋势不同,故而表现出同证异症、同证异势、同证异病及同证异质等临床特点。因此,通过丰富中医“证”的内涵,明确与证候相应的客观病理及动态演变,“证”和“方”之间的对应关系更趋精确。仔细辨析相同证候显现出的不同表征、演变趋势及预后,能以个体化和动态性的视角处方施治,从而指导临床提高疗效。

**[关键词]** 同证异治; 经方; 方证对应; 临床运用

## Theoretical discussion and clinical application of treating the same syndrome with different methods in "treatise on febrile and miscellaneous diseases"

DONG Yan<sup>1</sup>, LI Hong-zheng<sup>1,2</sup>, ZHU Shuang<sup>1,2</sup>, LI Jun<sup>1</sup>, WANG Jie<sup>1\*</sup>

(1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China;

2. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**[Abstract]** The theory of "treating same syndrome with different methods" has been widely used in traditional Chinese medicine (TCM). It originated from *Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases*, and had objective formation factors. The "syndrome" in TCM was a comprehensive manifestation of etiology, characteristics, disease location and trend of disease. Considering the rich connotation of "syndrome", the diverse treatment methods, and the complex ingredients in prescriptions, different specific methods or prescriptions have been often applied to treat the same syndrome. Therefore, based on the theory of "treating same syndrome with different methods", the concept of "prescriptions corresponding to syndromes" was extended, suggesting one syndrome treated with several different prescriptions. Moreover, the concept of "prescription corresponding to syndrome" doesn't refer to a random match between the "syndrome" and the "prescription". Instead, it would refine and objectify the "same syndrome" and seek subtle differences in symptoms, signs and chemical indicators of different diseases and individuals. It further embodied the new diagnosis and treatment model of "pathogenesis combined with pathology, drug properties combined with pharmacology". As a result, the nature of "treating same syndrome with different methods" lies in different microscopic pathological changes or trends, which traditionally expressed as the same syndrome with different symptoms, the same syndrome with different trends, and the same syndrome with different diseases and the same syndrome with different physiques. Therefore, by enriching the connotation of "syndrome", and further defining its objective pathology and development trend, the correspondence between "syndrome" and "prescription" became more precise. By carefully identifying the dif-

**[收稿日期]** 2018-12-21

**[基金项目]** 国家自然科学基金项目(81673847)

**[通信作者]** \* 王阶 主任医师 博士生导师, Tel: (010) 88001238, E-mail: wangjie0103@126.com

**[作者简介]** 董艳 博士研究生, E-mail: 125676085@qq.com

ferent characterizations, trends and prognosis in same syndrome, medical practitioners could give individual and dynamic prescriptions, so as to improve the clinical efficacy.

**[Key words]** treating same syndrome with different methods; classic formula; prescriptions corresponding to syndromes; clinical application

doi: 10.19540/j.cnki.cjcm.20190121.002

“同证异治”是指具有大致相似病机的同一类证候,可以通过使用多种不同的具体治法,或不同处方进行治疗,均能获得不同程度的临床疗效<sup>[1-2]</sup>。这种论治的本质在于证候所处的病理改变或变化趋势不同,故而形成临床上“一证多方”的运用现状。它看似不同于“方证对应”,实则是对“证”内涵进行扩充和深入理解后,形成的更精确的“方剂”与证、症、征等“证据”<sup>[3]</sup>之间的对应关系。因此,“同证异治”体现了“证”的客观性和动态性,它要求基于证候的外在表现、内在病理改变和变化趋势进行处方用药。

### 1 “同证异治”源起及内涵

我国古代医著中并未明确提出“同证异治”这一概念,但是其理论内涵早已蕴于临床实践并散载于文献中。张仲景著《伤寒杂病论》就有诸症相同而治方有异者,已然奠定了“同证异治”的基础。有学者<sup>[4]</sup>考证,“同证异治”最早由日本曲直濑道三(1507—1594年)引刘纯《医经小学》:“证同而治异”提出。溯其理论之源可至朱丹溪《格致余论》:“形色既殊,脏腑亦异,外证虽同,治法迥别”。由此可见,“同证异治”并非后世之新作,而是对历代中医辨证处方多样性的理论概括。它不同于传统“同病异治”“异病同治”的以静态“证”为核心的辨治思维,也并非严格的一证一方,而常常是一证多方。部分学者<sup>[5]</sup>认为“同证异治”中的“证”是指“基础证”“理论证”“复合证”或“笼统证”,旨在强调不同病证的共性。“异治”则是指由于各种内外因素的综合作用,表现出针对某个特定个体和阶段的“小证”或“细证”<sup>[6]</sup>,重在强调治疗上的个体化。而临床导致这种不同“小证”或“细证”的本质是微观病理改变的差异,或为病理相似但病位不同;或为同一病位但病理性质有别、轻重不一,故而表现出不同的变化趋势。由此,强调“同证异治”的关键在于重视证候的客观依据,关注其演变方向,以动态的视角处方用药。

### 2 “同证异治”的临床现状及意义

“同证异治”普遍存在于中医临床实践,丰富了传统辨证论治中“证”的内涵,强调了临证时据“证”处方的客观性和动态性。有学者<sup>[7]</sup>初步统计了多本古今医籍中的证候及方剂总数发现,《太平圣惠方》载证候1670门,经验方却达万余首;《伤寒来苏集》以30种方证统领113首方;现行国家标准《中医临床诊疗术语·证候部分》将临床常见证候规范细分为812种;《中医大辞典》则收载7500首方。由此可见,“证”与“方”数量悬殊,并非一一对应,“同证异治”“一证多方”的情况确实存在。“同证异治”要求医者在临床实践中充分考虑导致外观证候的内在病理改变,及时洞察微观变化

显现于外的证候演变趋势,故而能深层次、动态性地体现中医辨证论治<sup>[8]</sup>。“同证”之所以能“异治”是因为存在不同的病理基础,或具有不同的病理变化趋势。以这种客观的、动态的眼光看待证候,能纵向丰富“证”的内涵,使其不再仅仅反应某一时间节点的病机特点,更为证候层面的“先识未受邪之地而安之”提供依据。它体现了当今中西医结合模式下“病机结合病理”的辨证理念,促进了临床疗效的提高,尤其适用于病情瞬息变化的急危重症患者<sup>[9]</sup>。因此,基于“同证异治”的“方证对应”,一方不仅对应一证,更是对应其内在的病理改变和变化趋势。

### 3 形成“同证异治”的客观因素

“同证异治”的临床运用自古有之,其作为中医辨证论治理论体系的重要组成部分,它既丰富了中医药的临床运用,更促进了证候的客观化认识和动态性呈现。而临床上“同证异治”的形成也有其客观的影响因素。

**3.1 中医“证”具有宏观性** “证”是反映核心病机和指导处方用药的中医概念,它综合了病因、病位、病性及病势等诸多要素。其内涵的综合性和复杂性决定了临床诊断的宏观性和模糊性,同时也形成了“证”在多学科多疾病中的通用性。有学者提出基于相同“基础证”的不同细化证候诊断,对证的轻重、浅深、范围等进行“量”的差异性定义<sup>[10]</sup>。由此可见,“证”的这种宏观性赋予其自身较大的灵活性,故而即使是相同的证候其临床处方用药也具有多样性。尤其对于具有不同病理基础、病势发展和预后转归的异病同证者,其临床治疗当兼具靶向性和全局性。因此,表现于外的不同细微证是以差异性的内在病理改变为基础的,它应该与现代化检查相结合,从而为有效的处方用药提供充分的证据支持。

**3.2 中医治法具有多样性** “汗、吐、下、清、温、补、和、消”为传统的中医8种治疗大法,它概括性的总结了中医药祛除疾病的8种不同途径。针对临床上相同的证候,不同治法体现的是从不同途径消除病因,从而协调机体的正邪关系。例如同为食积胃肠证,病位较高而病势急迫者多用催吐法;病位偏下而腹胀难忍者常以泻下法;久病体弱而病情反复者则多消食化积于中。由此可见,这种“同证异治”的关键在于因势利导,根据正气强弱和病邪深浅选择最适宜的祛邪途径。此外,“同证异治”还体现在运用中医五行的生克制化理论,协调脏腑间的相互关系,故而形成直接和间接2种治法。其一,直接针对本脏进行治疗;其二,以“虚则补其母,实则泻其子”为理论依据,通过脏腑之间的母子关系间接调整本脏之病;其三,基于脏腑之间的相互传变,遣方用药之时又当兼顾

脏腑的易感性,“先安未受邪之地”正如《金匱要略》载“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。而这种间接调整脏腑虚实的关键在于存在相关脏腑的病理改变,或累及易感脏腑的潜在趋势。

**3.3 中药具有多靶点性** 临床上证候诊断明确后,法依证立,方随法出,往往相应的治法处方就能确立。但无论是构成方剂的多种不同中药或剂量配比,还是单味中药具有的复杂成分,亦或不同成分相遇之后形成的新成分,都表明以方剂为治疗单元一定会产生多靶点、多层次的整体效应。而其中针对某一特定病理改变起关键治疗作用的部分,往往是1味或几味中药或其成分。因此,尽管临床上全方药味不尽相同,但只要这些关键靶向药物或成分存在,那么由相同的病理改变所呈现出的证候亦能得到不同程度的改善。此外,现代研究也表明导致疾病发生病理改变的促进因素有多种,干预其中任何一种都能对疾病的发生发展起到抑制作用。但由于不同致病因素促进病理改变的程度不同,故而针对这些因素的靶向治疗药物常常会表现出不同的临床疗效。由此可见,中医“同证异治”与其复杂的方剂配伍和中药成分密切相关,或能理解为不同中药或成分通过调控不同的致病因素,参与疾病相关的信号通路,进而达到治疗相同病理改变的作用。而运用这种“同证异治”的关键在于针对微观病理改变,采用“药性结合药理”<sup>[9]</sup>的治疗理念。

#### 4 经方“同证异治”的临床特点

“同证异治”的本质是存在不同的病理改变或变化趋势,但临床多数情况下很难获得病证病理层面的直接证据。因此,洞悉“同证”之下的不同症状、体征及理化指标等外象,是决定采取何种“异治”的关键。重温经典,发现《伤寒杂病论》载有同证异症、同证异势、同证异病以及同证异质的不同临床表现。张仲景灵活遣方,加减治之,或能为后世“同证异治”提供指导。

**4.1 同证异症** 同证异症是指基础证相同,但是患者症状体征不完全相同。这种同证异治类型最多,在主方不变的情况下针对兼症进行治疗,有是症用是药,反之则去是药,形成了方证对应基础上的药证对应<sup>[12]</sup>。《伤寒论》载小柴胡汤、四逆散、真武汤、通脉四逆汤及理中丸等诸方,原文中包含较多或然症,依据临证所见不同而加减用药。其有原方中部分药物性味与症不相应而删减,并加用性味功效相制之药者。如96条少阳病小柴胡汤方后加减“若胸中烦而不呕,去半夏、人参,加枳实一枚”;317条通脉四逆汤方后加减“咽痛者,去芍药,加桔梗一两”。亦有象征病机发生微妙变化的先兆症状,或兼夹其他病理因素的表征,则随症之不同而加减用药者。如318条四逆散方后加减“咳者,加五味子、干姜各五分,并主下痢”;316条真武汤方后加减“若咳者,加五味子半升,细辛、干姜各一两……若下利者,去芍药,加干姜二两”。386条理中丸方后加减“若脐上筑者,肾气动也,去术,加桂四两”。

3892

**4.2 同证异势** 同证异势是指基础证相同,但是病势发展不同,病情轻重不一,累及病位有别,故而其治疗方法或具体措施当有不同。这与病机动态演变具有的复杂性和证候间的微妙变化息息相关<sup>[7]</sup>。此时当遵《黄帝内经》“急则治其标”“缓则治其本”之旨,据病势演变与转归而处以不同的治疗。这种同证异治在《伤寒论》太阳蓄血证及少阴客热咽痛中有所体现。其中《伤寒论》106条辨蓄血轻证之治“其外不解者,尚未可攻,当先解其外”;而124条论蓄血重证“表证仍在……下血乃愈”,以抵挡汤治之。示人以同证但不同势之时,当视其轻重缓急而施治。同样,《伤寒论》311条:“少阴病二三日,咽痛者,可与甘草汤。不差,与桔梗汤”,以1味甘草治疗少阴病邪热上扰咽喉之轻证;若病情较重而不愈者,则用桔梗汤。

此外,张仲景尚载有同一病证在其病势发展中的阶段性变化治疗。《伤寒论》143条“妇人中风,发热恶寒,经水适来,得之七八日……此为热入血室也,当刺期门,随其实而取之”,乃表邪化热,初入血室,血热上扰,治以针刺以泄实。而144条“七八日续来寒热,发作有时,经水适断者,此为热入血室……小柴胡汤主之”,则为邪热阻绝,正邪相争之极期,故而当因势利导处以小柴胡汤和解枢机<sup>[13]</sup>。而《金匱要略》痰饮咳嗽病篇则载饮气上逆所致之支饮咳嗽,以苓甘五味姜辛汤治之,随病势演变而逐步加用半夏和杏仁,以止呕、消肺。胸痹心痛短气篇以茯苓杏仁甘草汤和橘枳姜汤疗胸痹轻证之饮阻气滞,但两方所适用的病情有所偏重,前者强调化饮,后者重在行气。由此可见,尽管基本病机相同,但因病程长短不同,邪正关系有别,病情偏重不一,故而表现出不同的病势发展,处以相对应的治疗措施。

**4.3 同证异病** 同证异病是指不同疾病中出现了大致相同的病机和证候,但由于不同疾病的基本病理、发展趋势与预后皆不相同,即使目前某一阶段的病机相同,但其随后的演变与转化方向有异,故而治疗当有所不同<sup>[14-15]</sup>。正如有学者曾言“所在者,病之所在,即病位也……虽证同物同,然所在异,则治不同”<sup>[16]</sup>。《金匱要略》惊悸吐衄下血篇所载中焦虚寒所致之吐血与便血,基本病机均为中气虚寒,气不摄血,但病位和病种不同,故而前者采用柏叶汤,后者选用黄土汤。而同为湿热下注之便血,张仲景以赤小豆当归散治疗“近血”,却以白头翁汤治疗“热痢”。二者虽同属一证,但基础疾病不同,临床表现有异,前方多用治便血因于痔疮、肛裂,而后者则常用于泄泻或传染性疾病痢疾。此外,对比中焦虚寒所致之《伤寒论》霍乱病与《金匱要略》腹痛病,二者病种相距甚远,前者以上吐下泻为主,是一种烈性传染病,而后者以腹痛为甚,故而治疗当有不同。由此,从某种意义上说,这种基于病证结合的辨证论治早在东汉时期就有运用,它能从整体的纵向层面指导临证处方用药,进而产生同证而不同方。

**4.4 同证异质** 同证异质是指相同证候发生在不同患者身

上,会由于个体差异而产生某些具有体质特征的症状体征,或因于这种体质差异而导致选方用药的不同。正如《广观摘英集》载“丹溪治病,证同治异者,非土地不同,老幼苦乐之异”<sup>[17]</sup>。《伤寒杂病论》中虽无体质一词,但张仲景用方确有考虑病人素体差异而用法遣方不同者。《伤寒论》太阳病篇列有桂枝汤及麻黄汤的禁忌症,即是同证异质而异治的典范。第17条“若酒客病,不可与桂枝汤”指出嗜酒之人,素有湿热内蕴,即使患太阳中风证,亦不可服桂枝汤。而第83~89条则明确指出阴虚体质、阳虚体质、气虚体质等均不可单纯使用辛温发汗之法。由此可见,即使同病同证,方与证合,临证处方时仍需考虑患者的体质因素,方可真正做到“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。

## 5 “同证异治”的临床实践

**5.1 基于病位病势模式** 患者某,女,60岁,2012年10月21日因“干咳1周”就诊。患者外感后出现恶寒发热,干咳,夜间为甚,咽红而痒,口渴欲饮,手足心发热,小便黄,舌红,苔微黄,脉弦数。时值深秋燥气尚存,患者感邪伤阴,而成燥热伤阴证。其以干咳为主,病位在上焦,邪气犹盛而正气已伤,故投清燥救肺汤合玄麦甘桔汤加减以攻邪兼扶正。处方为桑叶12g,南沙参15g,枇杷叶15g,生石膏30g<sup>(先煎半小时)</sup>,阿胶珠6g<sup>(烊化)</sup>,杏仁15g,麦冬12g,胡麻仁10g,炙甘草6g,玄参10g,浙贝母10g,牛蒡子8g,桔梗10g,车前子10g。5付药后,患者干咳、咽痒基本消失,手足心发热大减。同为外感燥邪,化热伤阴证,同年10月28日来诊的另一位女性患者,述干咳2d,夜间加重,轻微恶寒发热,咽红,口渴欲饮,口苦,手足心发热,失眠,夜尿3~4次,大便干,舌红苔少,根部微黄,脉细数。该案例无论是发病时节、临床表现,还是基本证候都与案一极为相似,故而选方似乎可延续前例之用。然而,尽管临证之时并无明确可见的客观指标和病理改变上的差异,但细究二者病位病性之别,可知其病位深浅、病势发展之异。相比前例,本案患者本虚突出,阴虚火旺更为明显,并逐渐出现下焦受累之症,故拟知柏地黄丸合玄麦甘桔汤加减,处方如下:熟地黄24g,山茱萸12g,山药12g,牡丹皮10g,泽泻10g,茯苓10g,知母10g,黄柏10g,五味子10g,玄参10g,麦冬10g,甘草8g,桔梗6g,杏仁10g,浙贝母15g。5付药后干咳消失,余症俱减。由此可见,尽管基础证候相同,临床表现相似,但由于感邪轻重、正气强弱或患者体质差异,导致病位深浅不同,病势发展及病情轻重有别,故而临证处方亦当随之变化。

**5.2 基于邪正偏盛模式** 患者某,女,26岁,2012年2月24日,主因“双膝关节酸痛3月”就诊。患者3个月前因产后受凉,出现双膝关节酸痛,疼痛逐渐加重,伴下肢麻木,怕冷,乏力,饮食尚可,寐安,二便调,舌淡胖边有齿痕,苔薄白,脉沉细略滑。检查类风湿因子和抗链球菌溶血素O阴性。辨其证因产后调养失宜,而致气血两虚,寒湿痹阻。治以调和气血,温阳散寒,处方黄芪桂枝五物汤合阳和汤加减,以扶正兼

驱邪,具体药物如下:黄芪20g,桂枝10g,白芍20g,大枣10g,炙甘草6g,鹿角胶10g<sup>(烊化)</sup>,熟地黄20g,白芥子10g,炙麻黄6g,炮姜3g,木瓜15g,杜仲20g,乳香6g,没药6g。10付药后,患者关节酸痛和麻木基本消失,体力增强,精神好转。同年6月13日,另一患者来诊,女,23岁,主因“反复左膝关节酸痛3年,加重5d”求治。患者3年前因外伤后开始出现左膝关节酸痛,气候变化和遇冷则加重,甚则影响正常行走。5d前因天气变化疼痛加重,伴麻木,平素怕冷,易疲劳,月经量多而色淡,饮食尚可,寐安,二便调,舌淡红,苔薄白,脉细弦。检查类风湿因子、抗链球菌溶血素O及血沉均为阴性。此案亦为气血两虚,寒湿痹阻之证。其初因外伤而久致寒湿深痼,故非乌头之大辛大热不可祛之;且患者气血之虚源自月经量多,不似前者乃产后致虚,故而无需血肉有情之品。临证时以攻邪为主,辅以扶正,治以乌头桂枝汤合四物汤加减,具体药物为:制川乌10g,制草乌10g,桂枝6g,白芍20g,当归15g,川芎6g,熟地黄15g,炒白术15g,怀牛膝15g,威灵仙15g,海桐皮15g,嘱服药时加蜂蜜10mL。14付药后患者膝关节疼痛基本消失,故效不更方,继以上方加五加皮10g以善后。以上2例同属“痹证”,皆为正虚邪凝,不通则痛。但前者乃产后气血大伤,寒湿趁虚而入,重在正虚;后者则因外伤所致,局部气血失调,寒湿久痹,加之平素月经较多,暗耗气血,故而痛久难愈,重在驱邪。因此,临证处方时当依据患者正气与邪气的强弱偏重而分清主次,灵活施治。

**5.3 基于病证结合模式** 患者某,男,62岁,2012年5月11日因“反复双下肢水肿2月,加重7d”就诊。患者2个月前诊断出“慢性肾小球肾炎”,病理活检显示:膜性肾病,于当地医院行甲强龙 $500\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}$ ,冲击治疗3d,后改强的松口服,并逐渐减量至 $10\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}$ 维持治疗,水肿和尿蛋白有所好转。但自服用激素开始,感冒次数增加,平均每月1~2次,病情每因此而反复。7d前因受寒后出现水肿加重,为求中医治疗遂来我院。既往有高血压病3级,高血脂症和高尿酸血症约5年,间断服用络活喜 $5\text{mg}/\text{次}$ ,每日1次;福辛普利 $10\text{mg}/\text{次}$ ,每日1次;匹伐他汀 $2\text{mg}/\text{次}$ ,每日1次;苯溴马隆 $50\text{mg}/\text{次}$ ,每日1次。现症见双下肢凹陷性水肿,眼睑浮肿,腰部酸胀,乏力,易疲劳,夜尿3~4次,有泡沫,尿蛋白(2+),大便稀,舌淡红,苔白厚,脉沉。本证乃肾虚不固,水湿内停,故治以济生肾气丸合青娥丸加减,具体处方为:生地黄15g,山药30g,牡丹皮15g,山茱萸10g,泽泻20g,茯苓片30g,茯苓皮30g,熟附片6g<sup>(先煎1h)</sup>,桂枝6g,车前子30g,怀牛膝15g,杜仲20g,补骨脂20g,焦山楂20g,白茅根30g。10付药后水肿基本消失,尿蛋白(1+),大便成形。患者坚持服药2个月,水肿未再发作,尿蛋白维持(1+),体力改善,感冒未作,强的松减量至 $5\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}$ 。同时另一患“狼疮性肾炎”2年的女性患者来诊,曾间断服用强的松治疗,现已停药半年余,期间反复发作颜面及双下肢水肿,尿蛋白检查阳性。临证时辨其

肾虚不固,水湿内停,症见双眼睑浮肿,尿少,泡沫尿,尿蛋白(3+),尿潜血(3+),伴有乏力,纳少,舌淡红,苔白厚,脉沉。该例患者与前者病机基本相似,均为肾阳亏虚,气失固摄,精脂外泄,故见泡沫尿;肾失蒸腾气化,水饮内停而现水肿/浮肿。因此,若仅仅考虑证同则方同,那么此例患者服用济生肾气丸合青蛾丸加减亦当有效。然而,投以前方后非但无效,反增口疮。究其因乃二者基础疾病并不相同,其微观病理改变各异,故治疗用药不可等同。遂改投五苓散加减,处方如下:白附子 3 g,桂枝 6 g,泽泻 30 g,炒白术 15 g,猪苓 20 g,茯苓片 30 g,茯苓皮 30 g,白茅根 30 g,土茯苓 30 g,车前子 30 g,陈皮 10 g,炒麦芽 15 g,焦山楂 15 g,焦神曲 15 g,忍冬藤 30 g,连翘 15 g。7 付药后眼睑浮肿及泡沫尿消失,尿蛋白(1+),尿潜血(-),食欲渐增。患者坚持服药半年,辨证主方不变,期间随病情变化而随症加减,半年内未曾服用激素,水肿未再发作,尿蛋白检查(-/±)。由此可见,采用病证结合的思维,综合考虑疾病的证候信息与病理基础,针对证候确定治疗大法,围绕疾病特征灵活选方用药不仅能缓解临床症状,还能减少西药治疗的副反应,辅助减停用药,故能达到更好的治疗效果。

## 6 结语

“同证异治”中的“同证”是病证微观病理改变及其动态演变趋势的综合外在体现。它是基于患者当前表现于外的相同症状或体征作出证候的诊断,注重横向把握不同病理的共性和主要矛盾。而“异治”的本质则是针对微观病理而处方施治,它强调了中医辨治的客观性、靶向性和动态性。通过辨析相同外象之间的细微差别,结合现代理化指标,以纵向区分“同证”的不同病理、演变方向及其预后。因此,在“病机结合病理,药性结合药理”<sup>[9,18]</sup>的中西医结合模式下,以“同证异治”为理论指导能够提高临床疗效。

## 【参考文献】

- [1] 严石林,陈为,于宏波,等. 同证异治的理论基础和意义探讨[J]. 南京中医药大学学报,2012,28(6):501.
- [2] 曹楚珩,龙雨,罗尧岳,等. 同证异治的理论挖掘及研究思路[J]. 湖南中医药大学学报,2017(6):611.
- [3] 王阶,熊兴江,何庆勇,等. 方证对应内涵及原则探讨[J]. 中医杂志,2009,50(3):197.
- [4] 戴昭宇. 对“同证异治”的日中医学文献考察[C]. 太原: 中华医学会医史学分会第十四届一次学术年会,2014.
- [5] 严石林,陈为,赵琼,等. 重新思考“异病同治”中“证”的内涵[J]. 南京中医药大学学报,2010,26(1):7.
- [6] 于宏波,陈为,赵琼,等. 从《金匱要略》探讨“同证异治”[J]. 浙江中医杂志,2010,45(8):608.
- [7] 王方方,陈家旭,潘秋霞,等. 从一证多方的演变探讨证候病机的复杂性[J]. 中医杂志,2016,57(24):2075.
- [8] 汤朝晖,鲁法庭,严石林. 从中医辨证论治的层次看“异病同证”和“同证异治”[J]. 辽宁中医药大学学报,2008,10(1):22.
- [9] 熊兴江. 《伤寒论》与急危重症——基于 CCU 重症病例及中西医结合诠释经典条文内涵、经方剂量与六经实质[J]. 中国中药杂志,2018,43(12):2413.
- [10] 周小青,陈喜蓉,刘建新. 论证候的病理范围、轻重、阶段、因果、浅深层次与治疗[J]. 中国中医基础医学杂志,1997,3(1):17.
- [11] 沈宏春,王浩中,陶怡,等. “同证异治”的源流与发展[J]. 云南中医学院学报,2013,36(1):22.
- [12] 王阶,熊兴江. 病机用药与方证用药辨析[J]. 中医杂志,2009,50(9):777.
- [13] 梅国强. 伤寒论讲义[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:293.
- [14] 吴正治. 中医诊断规范的若干方法原则[J]. 云南中医杂志,1987(6):2.
- [15] 牛建昭,陈家旭. 对异病同治内涵的思考[J]. 中医药学报,2003,31(4):1.
- [16] 吉益南涯,续医断. 近世汉方医学书集成 102[M]. 东京:名著出版社,1980:73.
- [17] 曲直瀨道三. 广观摘英集·曲直瀨道三全集[M]. 3 卷. 大阪:东方出版社,1995:17.
- [18] 王阶,熊兴江,张兰凤. 病证结合模式及临床运用探索[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(3):297.

【责任编辑 张燕】