

• 专家论坛 •

论以辨病为前提之《金匱要略》病证结合模式

蒋明 (南京中医药大学基础医学院, 江苏 南京 210029)

摘要:重点阐述了《金匱要略》病证结合模式在理法方药诸方面的表现与特点:病种设立以特有的病理变化为分化原则;类别设置以病为划分标准;治疗法则确立以病为化生基础;以证为前提的效不更方原则、方由法出原则、据证用药原则,及与之相对应的以病为前提的阶段性治疗原则、一法多方原则、药因病别原则的结合共存;及预后转归立足于以病为判断前提等。

关键词:辨证论治;病证结合;模式;金匱要略

中图分类号:R 222.39 **文献标识码:**A **文章编号:**1000-5005(2003)02-0065-04

长期以来,“证”在中医学领域里具有至高无上的地位。辨证论治,作为中医理论体系中具有显著特异性和最佳代表性的内容,起着主宰中医灵魂的作用。所以在中医理论体系中有一个体现着“以证为纲”的著名学术内容,即“同病异治,异病同治”。而“同病”所以要“异治”,“异病”所以能“同治”,其根本原因是由“证”的异同决定的。因为“同病异治,异病同治”,亦即在辨病的层次上与施治分离脱节,久之辨“病”的地位就被放在次要的位置上了。那么辨病的环节真的可以被允许忽视吗?辨病对中医而言有无临床意义?对“病”的研究究竟应该被放在一个什么样的学术地位上?

关于病证关系,《金匱要略》首创并遵循着以病为纲、按病论述、据病立法、病分各类、逐类设证、因证制方、按方用药这样一种较为成熟的理法方药俱备的体例系统模式。在这个模式中,病作为全书的主要框架,构建成全书的主干结构(五脏风寒积聚病篇除外,而关于该病篇不少注家学者都认为不是《金匱要略》原书内容)。各个独立的病种构成了各篇目间相互独立的单元。围绕着病,各单元理法方药等具体内容方得以层层展开。这种以病为纲的模式充满着书中的各个层面。

1 病种设立以特有的病理变化为分化原则

在《金匱要略》以病为纲的大前提下,其病种的设立,追求着以其特有的病理变化为病种设置

标准的原则。虽然这种认识有时是张仲景式的。

如《金匱·咳嗽上气病》中囊括了包括哮喘、气喘、咳嗽、咯痰、呼吸困难等呼吸系统病理变化的所有病症在内。如果仅仅是围绕辨证进行施治,则通过分析病情的诸种表现,围绕着肺这一病变的主要脏腑,可以满足以脏腑辨证、八纲辨证等方法进行辨证所需的条件,并进而完成施治的任务。但张仲景不止于此,而是致力于对“病”的认识,虽亦以咳嗽咯痰气喘等为主症,在他认识到某些病有其自身特有的病理变化、病变过程时,即将之从咳嗽上气病中独立出来,为之设立独立病种。如肺病、肺痿、肺胀、支饮等病证。这种将肺病等病从咳嗽上气病中分离出来,独立成病的现象,充分表现出张仲景追求对疾病进行辨识的学术特征。

再如在《金匱要略》黄疸病篇中分别介绍到了黑疸和女劳疸的内容。其中黑疸是湿热发黄、寒湿发黄等诸黄的转归,与肝炎后肝硬化等病症颇为相似;女劳疸多认为相当于慢性肾上腺皮质功能减退之阿狄森病^[1]。由于黑疸与女劳疸在症状上都有黑的表现、在病机上都有虚的征象存在,如果仅以辨证为前提,则不言而喻,这两个疾病的“异病同治”是有着广泛的存在基础的,但因为对疾病辨别的追求,《金匱要略》还是将女劳疸与黑疸各自独立成病。

收稿日期:2002-10-11;修稿日期:2002-11-12

作者简介:蒋明(1960-),女,江苏扬州人,医学博士,南京中医药大学副教授。

(C)1994-2022 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

2 类别设置以病为划分标准

《金匱要略》的部分病种为了解决证型众多,直接以病御证有所困难的问题,或是由于某些证与证之间存在着的一定的共性,形成了一个的证型集群的问题,于是在病与证这两个层次之间,另设有一个过渡性的层次,这就是“分类”。

如痰饮病篇,根据饮邪停留的部位,又划分为狭义痰饮、悬饮、溢饮、支饮四类。这个分类即是处于痰饮病与具体证型之间的一个过滤性层次。各方证的具体证型隶属于这四饮之下,并围绕着这四饮各自展开。如支饮指饮停胸肺者,根据其饮的兼寒挟热、属虚属实,再分设小青龙汤证、葶苈大枣泻肺汤证、木防己汤证等。相对于饮停于其它部位的痰饮病,这些方证证型之间存在着俱属于肺有停饮这一共性特征,形成了区别于它处停饮的证型集群。再如水气病篇根据引起水肿的病因病机,又划分为风水、皮水、正水、石水几类等。

毋庸置疑,这个“类”的划分是以病为设置、存在的前提的。如“痰饮病”分为四饮的前提是都由“饮”停为患,四饮即根据饮邪所停部位而分。水气病即水肿病,其分类的前提是都有水肿存在。

3 病因认识追寻与病的特异性关系

《金匱要略》的病因学内容较为复杂,这里我们仅讨论其主动、自觉追求与病的特异性关系方面的内容。在一些非症状命名的病种中《金匱要略》力图分析认识这些有着特异性病理变化疾病的特异性病因问题。

如狐疝病,是一种类似于当今白塞病的疾病,从其病名即可看出,张仲景认为这是一种由某些病原微生物所引起的疾病。实际上现代医学早期也认为白塞病的病因是某些病原微生物所引起的。

再如女劳疸,其症多有肾虚的表现。而女劳者,房劳也,所伤者肾,该病病名阐述了该病特异性的病因病机。

有时这种特异病因认识的追求因为时代条件的限制,也有显得不够严谨、正确之处。如中风病,即相当于脑卒中,在认识其出现半身不遂、口眼歪邪这一特有症状的原因时《金匱要略》提出:“血虚,络脉空虚,贼邪不泻,或左或右;邪气反缓,正气即急,正气引邪,喎僻不遂”。虽然这种认识是张仲景式的,但其病因认识追求与病的特异性

关系的特点则是显露无疑的。

4 治疗法则确立以病为化生基础

《金匱要略》为湿、痰饮、水气、黄疸等病设立了治疗原则。在治疗原则之下再分设各证型。亦即通常情况下,各证型的方剂在组成上都必须接受治疗原则的指导与约束,在功效上都要求符合、满足该病的治疗原则。

如湿病治疗大法为“发其汗,但微微似欲出汗”的方法。所谓“发其汗,但微微似欲出汗”法是指一种保持药后有持续小汗出的方法,属汗法的一种。这是因为《金匱要略》所讨论的湿病是指外感湿邪在表为病,其在表者,引而越之,故应予以汗法。又因湿为阴邪,其性腻滞,难以速除,故需使保持药后有持续的汗出,湿方渐渐得除。而要求小汗,则是一种保护病人正气的做法。因汗法是祛邪方法的一种,凡祛邪法皆可损伤人之正气,尤其是持续汗出时。虽然有“治湿不利小便非其治也”之名训,因为此湿非彼湿,故不以利小便法为原则。立微发其汗法为原则,充分说明了某病治疗原则的确立是立足在病的基础上的。在治疗原则的指导下,再根据其所兼挟的风、寒、虚、实等因素的不同,而设立麻黄加术汤、麻杏苡甘汤、防己黄芪汤、桂枝附子汤、白术附子汤、及甘草附子汤等方剂,这些方剂无一例外,均属于微发其汗原则范畴。

如果说这些方所代表的证型是属于证的层次的话,统御这诸方证的治疗原则则明显是属于病的层次的,是由病所要求的。这一点充分说明,《金匱要略》的施治不完全是在辨证的层次上进行的,而是首先在辨病的层次上给予了严格的规定。

5 效不更方与阶段性治疗

效不更方是临床中医所遵循的一个最基本的指导治疗的原则。指若治疗有效,即不应主动更换治方用药,而应循此用方思路,继服此方以巩固疗效。因为“效”说明了当初辨证的准确无误,亦即从临床疗效的角度反证了对证的判断正误问题。可以说这是一个很容易被众人接受的常理。

但因为我们取得疗效的治方用药是建立在辨证论治的基础上的,所谓药源之于方,方生之于法,而法则出自于证。在单纯地仅仅以辨证为论治的指导时,由于证是一个局域性含义的内容层次,它只是疾病的某一病程、某一病理阶段,病情

在表里、寒热、虚实属性;在诸如痰、饮、湿、瘀等各病理产物的侧重点;乃至在标本缓急方面的倾向,都是处在不断的演变当中,病情的演变,势必造成病证的变化。并且在不同的病中,它还会有着不同方向的发展轨迹与变化路线。或者在疾病的因素复杂众多时,根据“急者先治”的原则,治疗还会有先后缓急之分。如果我们泥守于建立在证层次上的效不更方原则,就不会前瞻性、预见性地、积极主动地寻求更换治方用药,势必终会背离病情,丧失最佳治疗时间。从这个角度说,效不更方原则是有其运用的局限性的,它远远不能满足临床一切状态时的治疗指导原则所需。

如《金匱要略·痉》病讨论的是外感风寒在表,客袭太阳经脉,致使太阳经脉拘急不舒的痉症。篇中在有关痉病的发生、治疗、预后的判断等诸多方面都强调了津液的独特作用。如“太阳病,发汗太多,因致痉”、“夫风病,下之则痉,复发汗,必拘急”、“疮家虽身疼痛,不可发汗,汗出则痉”、“痉病有灸疮,难治”及用汗法、下法祛邪时的“取微汗”、“取微似汗”、“得下止服”等,无不说明了这一点。津液的保存对痉病而言是如此的重要,但在篇中治疗痉病的3个方剂中,仅有栝蒌桂枝汤一方用了生津养液药,其它两方均未有用。该如何理解这种不一致的现象?这就是在以病为纲的前提下,对疾病所作的不同阶段的处理。相对于栝蒌桂枝汤证而言,葛根汤证的肌表之邪要重得多,如果说素体津伤与外感表证是痉病一对表里同病、新旧同病的矛盾的话,其治疗原则中何者先治、何者后治、或者说二者同治的方法显而易见是要有所选择的。其中栝蒌桂枝汤即是一种表里同治的方法,葛根汤、大承气汤则是一种先治其标的方法。在这种急则治标的治法中取得的疗效,就不应简单地以效不更方为则,守方到底。而是应该随着表证的逐步解除,将生津养液之品逐渐添加进来。类似的情况还有如历节病桂枝芍药知母汤条有“身体魁羸”症却未用一味补益药、虚劳病桂枝加龙骨牡蛎汤却不属补益剂范畴^[3]等。

如果说效不更方原则是辨证论治的产物的话,阶段性治疗原则则具有明显的辨病的含义。是立足在病的基础上才能达成的。

6 方由法出与一法多方

一般而言,方由法出,而法则由证而生,故中医人一直坚信直接用于治疗方剂是循辨证而立

法,循治法而出用方的。在《金匱要略》中最典型的如虽然有病为虚劳、痰饮、脚气、转胞、消渴的不同,因同属肾气不足证,故均以温补肾气为法,均用肾气丸治之。

但是另一个明显的现象是,法的种类是有限可数的,而方的数目则是层出不穷的,资料表明^[3]“方已达10余万首,但证只有几百(如《中医证候鉴别诊断学》共载常见证候311条)”。一个治法之下无一例外地总是有着许许多多的方剂。怎样使一个法来指导无尽的同类方的筛选、使用?这就需要病的因素的参与。因为病的参与,使得同一类方有了不同的含义,在《金匱要略》中即充分体现了这一点。

如同为脾胃(含大肠)湿热证,当其病属黄疸时《金匱要略》用茵陈蒿汤、茵陈五苓散等方;属狐疝^或病时,用甘草泻心汤、苦参汤;属下利病时,用白头翁汤;属下血病时,用赤小豆当归散等。在临床,一个受过良好专业训练的即便是低年制中医生,也不会在“异病同治”的指导下,于湿热黄疸时首选白头翁汤,在湿热下利时首选茵陈蒿汤。

再如同属痰饮内停证,在胸痹病时用栝蒌薤白白酒汤、栝蒌薤白半夏汤等,在咳嗽上气病时用葶苈大枣泻肺汤、皂荚丸等,在奔豚气病时则用茯苓桂枝甘草大枣汤,在呕吐病时用小半夏汤、茯苓泽泻汤等,在惊悸病时用半夏麻黄丸,在悬饮时用十枣汤,在妊娠恶阻时用干姜人参半夏丸,在梅核气时用半夏厚朴汤等。

充分说明在一法多方时,其方的筛选任用原则完全是由病决定的。

7 据证用药与药因病别

药是临床医学最重要与最根本的环节,在中医学中,是组成方剂最基本的单元与细胞。一般认为,当方由法被确立下来时,其所选药物的指向应该也就被确定了。这就是据证用药。但一类药物的众多性,决定了需在其中进行有目的的筛选,这种筛选目标的确立在《金匱要略》中同样表现为需要“病”的因素参与的形式。如胸痹用栝蒌、黄疸用茵陈、呕吐用半夏、便秘用大黄、百合病用百合等。这时的药是游离于“证”之外,而由“病”所决定的。如肠胃实热积滞与寒实积滞俱用大黄、黄疸湿热发黄与寒湿发黄俱可用茵陈等。

这种药因病别除了表现为如上所述,方剂的君药多因病而异外,同时还表现在方剂组成中病

对用药的要求。如同属脾胃虚寒证,治疗虚寒下利的桃花汤中用了收敛固涩的赤石脂;治疗虚寒吐血、下血的黄土汤、柏叶汤中用了性属寒凉的黄芩、侧柏叶等;治疗虚寒呕吐多用半夏与干姜相配;治疗虚寒腹痛则改用乌头以温经止痛。

从这个角度能回答为什么在新药研究过程中,当一、二类新药分离出了这个方或药的有效部位、有效成分时,就可以抛开中医理论辨证论治的指导而用于临床了。这就是因为药因病而用之有所区别的缘故。

8 预后转归立足于以病为判断前提

《金匱要略》中有许多关于判断疾病的预后转归方面的内容。这些判断无一例外地都不是立足于某一“证”,而是依据于对“病”的发展趋势的把握而来。

如《金匱要略·疟病》篇关于疟病的转归时提出:“疟症以月一日发,当以十五日愈,设不差,当月尽解,如其不差,当云何?师曰:此结为癥瘕,名曰疟母。”疟母是包括牝疟、温疟、瘧疟在内的诸类证型疟病的转归,牝疟、温疟、瘧疟等疟病诸类证型迁延失治,日久皆可变为疟母。

再如《金匱要略·咳嗽上气病》篇关于上气在篇中有寒饮郁肺“咳而上气,喉中水鸡声”的射干麻黄汤证、寒饮挟热“肺胀,咳而上气,烦躁而喘,脉浮”的小青龙加石膏汤证、饮热郁肺“咳而上气,此为肺胀,其人喘,目如脱状,脉浮大”的越婢加半夏汤证、痰浊壅肺“咳逆上气,时时吐浊,但坐不得眠”的皂荚丸证、阴虚有热“火逆上气,咽喉不利”

的麦门冬汤证等寒热虚实各种证型,上气这里是指肺气上逆之病机,《金匱要略》是将其作为病名处理的,这一点不管是从该篇的病篇名,还是从下设病证类型都可看出。是一种从病机角度命名的病名。就其预后,也是从上气病的角度进行的论述:“上气,面浮肿,肩息,其脉浮大,不治。又加利尤甚”。亦即上气诸类证型出现脾肾衰竭时皆预后不良。

由以上诸多方面可以看出张仲景论述疾病的思路是以病为纲的。这个“病”虽然限于当时的历史条件,多数认识还只停留在症状本身,但仍然可以看出张仲景对病是力图追求以该病特有的病理变化为设置原则的。因为在病的层次上有处于不同的病理阶段、处在不同的正邪盛衰变化当中等复杂情况,在病这个层面上不可能满足组方治疗的需要,所以这时需为各病分设不同的证型以作为补充。同时由于多数病种是以症状作病名的,不能构成对病特异性的病理变化、病机重点的认识,退而求其次,不得已唯有以不同的、彼此间可以没有必然联系的证来分辨论治。所以我们提出《金匱要略》的医学模式是一种以病为纲,以证相辅,病证结合的医学模式。

参考文献:

- [1] 蒋明《金匱要略》女劳疸与慢性肾上腺皮质功能减退[J]. 浙江中医杂志, 2002, 37(6): 231.
- [2] 蒋明·桂枝加龙骨牡蛎汤功效探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, (7): 62.
- [3] 王洪琦, 许有玲. 面向 21 世纪——中医基础理论研究的现状和未[4] M]. 北京: 军事医学科学出版社, 1999. 267.

Mode of Combination between Disease Differentiation and Syndrome Differentiation Based on Disease Differentiation Described in Synopsis of Prescriptions from the Golden Chamber

JIANG Ming

(Basic Medical College of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210029, China)

ABSTRACT: This paper deals mainly with the manifestations and features of the mode of combination between disease differentiation and syndrome differentiation described in Synopsis of Prescriptions from the Golden Chamber, which are summarized as follows. The establishment of a disease is based on its distinctive pathological changes; the establishment of a disease category is based on the features of a disease; the establishment of the therapeutic methods is based on the metaplastic changes of a disease; the combination and coexistence of the principle of not changing prescriptions with good satisfactory therapeutic effect, the principle of making prescriptions based on the therapeutic methods and the principles of using drugs based on the syndromes which are based on syndrome as well as the principle of staged treatment, the principle of multiple prescriptions with one method and the principle of using different drugs for different diseases which are based on disease; and the establishment of the prognosis is based on the condition of the diseases as the prerequisite for judgment.

KEY WORDS: differential diagnosis and treatment; combination of disease and syndrome; mode; Golden chamber