

关于中医治法分类的思考

黄玉燕*, 张立平, 汤尔群

(中国中医科学院中医基础理论研究所, 北京 100700)

摘要:认为治法分类最经典的是程国彭医门八法,但难以概括所有治法,目前治法分类尚无全策。治法的确立是主观思辨过程,治法存在多种角度的表述方式,治法分类有主观性、局限性与多维度属性。从主流中医理论体系出发,联系病机入手,辅以按因分类等的方法,对治法进行一级分类,较为可行。为解决治法分类出现的交叉重复、冗繁等问题,可通过确定标准概念与异名、取最小单元、筛除属功效而非治法者等方式对各层级之下的治法进行筛选。

关键词:治法;分类;理论体系;病机

中图分类号:R242 文献标志码:A 文章编号:1672-0482(2018)05-0436-04

DOI:10.14148/j.issn.1672-0482.2018.0436

Reflections on Classification of TCM Treatment Methods

HUANG Yu-yan*, ZHANG Li-ping, TANG Er-qun

(Institute of Basic Theory of Chinese Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100700, China)

ABSTRACT: There is no comprehensive strategy for classification of treatment methods, even the most classical classification: CHENG Guopeng's eight methods. The determination of treatment methods is a subjective speculation process. Treatment methods could be expressed in various ways, so the classification of treatment methods has the properties of subjectivity, limitation and multi-dimension. Starting with the TCM theoretical system, accompanied by related pathogenesis and etiology, it is more feasible to categorize the treatment methods. To solve the cross-repetition and tedious problem, treatment methods can be screened by determining the criteria concept and synonyms, selecting the smallest unit, and screening out the efficacy.

KEY WORDS: treatment method; classification; theoretical system; pathogenesis

治法是根据病机拟定的治疗方案,是指导制方的理论依据,是辨证论治的重要环节,是联接病机与方药的桥梁^{[1]83}。治法分类的出现,是中医治法理论发展到一定程度的重要标志之一。言及中医治法分类,最经典的莫过程国彭所著《医学心悟》中所论“医门八法”^[2],即汗、和、下、消、吐、清、温、补八法。但现存治法表述甚多,用八法难以涵盖。而在中医教育与科研中,理法方药四个环节,治法这个环节始终相对薄弱,以至于至今没有一个完善的治法分类。笔者对治法分类的发展、难点以及可行性方案进行了思考。考虑到外治法实际上是治疗的实施手段,其分类角度亦与内治法迥异,故文中仅探讨内治法的分类。

1 治法分类发展与现状

1.1 治法分类发展概况

从中医治法理论的发展来说,《黄帝内经》提出的治则和一些治法为治法理论奠定了基础,《伤寒杂病论》设方体现的具体治法已初具规模。后世注家对经文发挥,以及医家结合临床实践,使得中医治法不断有新的发展^{[1]83-84}。

相较而言,治法分类的发展则起步晚,发展慢,多依托于方药分类的发展。其中重要的一种方药分类,即以十剂为基础的分类。唐代陈藏器《本草拾遗》将药物按功效归类,分成宣、通、补、泄、轻、重、滑、涩、燥、湿十种。宋代《圣济经》则改称为十剂,将药物按功效归类,变成方剂按法归类,一变成治疗大法。至明清以后,十剂才开始施用于方剂分类,其他类似的功效分类法都是在十剂启迪下发展而来^[3-4]。

自宋而始,一些医家按治法对《伤寒论》方进行

收稿日期:2018-04-17

基金项目:财政部中央级公益性科研院所基本科研业务费专项资金中国中医科学院自主选题(YZ-1712, YZ-1731)

作者简介:黄玉燕(1984—),女,助理研究员,主要从事中医经典与学术流派方面的研究, E-mail: yanyanbjd@126.com

分类。如宋《圣济总录·伤寒门》对部分《伤寒论》方按可汗、可下、可吐、可温分类^[5]。这些《伤寒论》方的分类也为后世的治法分类提供了线索。

明代张介宾开创了以法统方的先河,创八阵的方剂分类法,为补、和、攻、散、寒、热、固、因。有学者认为,从治法分类的角度来看,八阵基本概况了中医学的主要治法,可以统摄多数治法,可算是提纲挈领的分类,并与辨证八纲有对应关系,优于多数治法分类^[6]。

清代汪昂《医方集解》采用了新的综合分类法来对方剂分类,结合以因统方和以法统方,分为补养、发表、涌吐、攻里、表里、和解、理气、理血、祛风、祛寒、清暑、利湿、润燥、泻火、除痰、消导、收涩、杀虫、明目、痼疾、经产及救急良方共22剂,完善了方剂分类体系。此后《成方切用》《医方论》《成方便读》乃至现代方剂学著作,都基本沿袭其综合分类的模式^[3]。这种方剂分类也被目前治法分类者常常借鉴,例如陈潮祖将治疗大法分为解表法、泻下法、和解法、温里法、清热法、补益法、滋阴法、升降法、理气法、活血法、止血法、祛湿法、祛痰法、消癥法、固涩法、解痉法等16法^{[1]96-117}。

而专言治法分类者,莫过于清代程国彭《医学心悟·医门八法》提出的汗、和、下、消、吐、清、温、补八法。此八法成为治法分类的典范,对后世产生了深远的影响。今人言治法分类,基本宗此,如邓铁涛^[7]、陆付耳^[8]等。亦有在八法基础上进行改进者,如柯新桥^[9]增列祛、润、除、理、定、开、驱、涩等八法,合称为中医“中医十六大治法”。

1.2 现存治法繁多

随着治法理论的发展,新的治法逐渐被提出,而同类治法不同表述也不断涌现,以至于现存治法变得繁多,给分类带来更大难度。为了解现有治法的表述情况,我们对2013年出版的《中医大辞典》^[10]中的词目进行筛选,其中属于治法的词目有644条。对其进行整理,可以发现它们是从不同角度来表述的,或是针对临床所见的症状、病因、病位、病机而言,或是达到治疗效果的手段。

针对症状的治法,往往就其治疗目标而言,如安神、醒神、明目。针对病因的治法,一类是祛除病因,如祛湿、祛痰、消食、驱虫等;另一类则只言对某种病因引起的疾病进行治疗,如治风、治燥。针对病位的治法,如解表、理气、理血等。表达治疗手段的治法,如汗、吐、下等。针对病机的治法,往往是在治则的

指导下,针对某一类病机,达到治疗目的,往往与中药、方剂的功效密切结合,如温法针对寒性病机,常需使用温热性的药物与方剂。诸多治法中,针对病机的治法占大多数,有时针对病因的治法如祛除病因类,也可归于此类。

治法表述繁多,且多从不同的角度进行描述。如汗法实际也是解表法,但前者表达的是通过发汗方法进行治疗或治疗过程中能够发汗,后者表达的是使病位在表的病症得以解除。此外,还存在很多两种治法组合成为新的治法的情况。一类是两种治法叠加,如攻补兼施、寒热同调、气血双补、清泻肝胆等。另一类是通过某治法达到某目的,如补肾明目、养血祛风(止痒),实际上是将针对症状的治法与其他治法结合起来。这些,都为分类带来了难度。若兼顾不同角度来进行分类,则难免有交叉重复的情况。

1.3 治法分类尚无全策

面临治法繁多的现状,目前有没有较为完善的分类法呢?通过梳理治法分类的发展,发现目前主要采用程国彭的“医门八法”分类或在其基础上进行增补;或借用方剂学分类,在其基础上进行修改完善。亦有学者主张采用张介宾的八阵分类法。但各家之言尚无定论,治法分类尚无全策。

“医门八法”是学界最熟悉的治法分类,也是当代治法分类研究的主流。但若用此八法来涵盖目前繁多的治法,依然有问题。首先,划分没有统一的原则,层次不清。从形式逻辑而言,八法并非在同一层次,子项不相容,八法中汗、吐、下是从治疗手段的角度来表述的,而和、温、清、消、补则是针对病机而言。从专业的角度而言,八法不能很好地与八纲辨证对应,治虚仅一补法,而攻实却有汗、吐、下、消四法,在理法相贯上有所欠缺。其次,此分类亦不够全面,如针对病机方面,固涩法不能涵盖在内,而如开窍、安神之类针对症状的治法如何纳入亦需考量。在“医门八法”的基础上进行增补,有可能使其更为全面,但层次不清的问题依然存在。

相较而言,张介宾提出的八阵寒与热、补与攻、固与散、和与因两两对举,层次清楚,与八纲辨证衔接更好;有固和因,也能涵盖更多治法,因此能解决程国彭“医门八法”中存在的一些问题。但八阵中的和法,和其不和,往往被认为范围太大。若以八阵为基础来分类,又将和法的范围缩小,那么一些相关治法,如理气类就需要重新归类。而原和法范围内实

际存在的治法相当繁多,若进行重新归类,则进行治法分类面临的大部分问题可能仍需解决。

方剂学分类细而全,借用方剂学的分类来给治法分类,似乎有可能涵盖现存所有治法,但细究则亦有不完善之处。一方面,方剂学分类本身有不全面、重复交叉的情况。例如补剂,只分补气、补血、气血双补、补阴、补阳、阴阳双补,但就治法而言,还有各种针对脏腑的补法,即使能把这些都归到气血阴阳上,还有补精、生津等无法归纳。又如,为了使祛风剂全面,分为疏散外风和平熄内风,但实际上疏散外风也应属于解表之类。

更重要的是,因治法分类与方剂分类本质上有不同,也使得其分类方式不便直接借用。治法上承病证、病因、病机,下连方药,本身是思辨的产物,分类核心在于能够以医理相贯通,要求逻辑层次清楚;而方剂则是临床应用的实物,注重功效,分类的核心在于能够便于医者按图索骥进行查找。贴近临床所需的方剂分类法就是成功的分类法,这也是《医方集解》在前人以法统方基础上结合以因统方对方剂进行分类,而得到广泛认同的原因之一。

从治法与方剂功效的构成来说,各种治法中,针对病机的治法为多;而方剂的功效则侧重消除病因、解决病症,相应地针对病机的方剂比例就小一些。从分类的要求来说,治法分类注重逻辑性,注重理法贯通;而方剂的分类更注重全面,注重便于根据临床需要来查找,对分类的逻辑性要求不高,多种分类可以并存,下级分类可以交叉,不究理法而直言解决病症比比皆是,并有专类归置。因此,目前的方剂分类对于方剂学而言是较为完善的,但借来给治法分类,则需注意其逻辑性与理法贯通。

2 治法分类的特点

2.1 主观性

2.1.1 治法的确立是思辨的过程 医疗过程,是对客观存在的疾病表现进行主观的概括总结,进行思辨,从而决策具体的治疗措施。中医学用理法方药来概括这样的医疗过程。在这四个环节中,立法之前,是对客观存在的疾病表现进行思辨的过程,进行主观的概括总结加以表述,如病因、病机、证候等,既有客观的成分又有主观的成分。而立法之后采取的治疗措施,则是主观选择的客观事物,也是既有客观成分又有主观成分。唯有治法,是完全主观的,是在对疾病认识的基础上的进一步思辨,用以选择治疗措施,并用语言描述而得的思辨产物。

2.1.2 治法依托于理论体系 理法方药之间的关系一般被概括成方从法出,法随证立。病机、证候等由人根据疾病客观的表现主观归纳而来,而立法则是上述主观思辨过程的延续。辨证和治法都是思维的产物,依托于某个理论体系。在同一理论体系之下,法随证立,理法相贯是很自然的。

另外,立方的过程不一定都是由治法指导而进行组方,还有“有是证用是方”的方证对应方式和专病专方等方式,很多方剂与临床症状表现衔接得更为紧密。选方用药可以不依托于理论体系,而治法却必须依托于理论体系。

2.1.3 治法分类具有主观性 由于治法依托于理论体系,有了系统的理论体系,才有系统的治法论述,所以治法分类与理论体系直接相关,具有主观性。当理论体系中病因、病机、证候分类细致而完善,相应可确立的治法也就有了细致而完善的分类。随着人们对疾病认识的逐渐深入,理论体系逐步完善,理越来越丰富,法也就越来越丰富,法的分类也就随之越来越复杂。多种分类方式并存时,需要考虑分类的上下级关系。例如是先根据八纲辨证进行一级分类,再根据病位进行二级分类,还是先根据病位分类进行一级分类?这就是一个主观的过程。

2.2 局限性

治法依托于理论体系,具有主观性,因而也导致了其分类的局限性。因人类对世界和自身的认识总是有限,能指导治疗的更加有限,因此医学理论体系不可能涵盖所有的疾病及治疗。其局限性,一方面不能包罗所有疾病的治疗,另一方面也不能解释所有现有的治疗方药。而对这些治法再次进行主观总结及分类时,局限性会被再次放大,总会有一些经过层层分类而不能纳入分类框架的治法。

2.3 多维度属性

确立治法是主观思辨的过程,因此治法可从多个角度来进行表述。可以根据病机确立,也可以根据疗效或治疗后的现象来描述。仅从一个维度来对治法进行分类,则其他治法难以涵盖。

此外,由于治法分类存在主观性,对于一些治法归为何种维度分类,也是根据各人对于疾病的理解不同而不同。如化痰,既可认为是疗效,也可以认为是根据病机所立,若认为在该病病程中,痰只是兼证,如火热炼液为痰,那就是从疗效而论;若认为痰是核心病机,则可认为是根据病机所立。在进行分类时,需要斟酌、讨论,可以求同存异。

3 治法分类的可行性路径

由于治法分类依托于理论体系,具有主观性、局限性与多维度的属性,在进行分类时就必须要考虑基于哪种理论体系来分类最佳,如何避免过于主观而不能广为人接受的弊端,如何尽量涵盖较多重要的治法,如何体现治法的多维度属性又不至于庞杂冗繁。这需要首先确定一个基准的理论体系,其次确定一级分类的最佳维度以及其他维度分类的层级关系,再确定各类治法的筛选标准。

3.1 基于主流中医理论确立分类体系

现有治法大部分都是基于主流的中医理论体系而确立,治法分类也是从主流的中医理论体系来入手,这样就能很好地涵盖大部分治法。另一方面,要避免主观性太强,要使其广为人们接受,那么基于主流中医理论体系来进行治法分类,也是有必要的。所以,在筛选治法以及进行治法分类时,可以参照辞典、权威性的百科全书、术语专著等文献,来确定某治法的标准表述与异名;对各治法的理解诠释尽量保持主流观点和经典古籍中的涵义;参照主流观点,辅以研究中的认识,按照相应的理论与其间的逻辑关系对治法进行各层次的分类。在完成初步分类后,还应提交专家论证,进行修改完善。

3.2 确立最佳维度进行分类

现有的治法表述有按病因、病机、病位、症状、治疗手段等多个维度的表述,其中按病机来确立的治法为数最多,也能够很好地与病机的理论体系结合起来,做到理法相贯,因此以其作为治法一级分类的主体是最佳选择,如温、清、消、补之类。

当然,单一维度的分类无法很好涵盖所有治法,因此一级分类还需要结合其他维度的分类为辅。张景岳八阵中有因一类,能够把按病因确立的治法涵盖进来,解决了其他治法分类在这方面的不足之处,值得借鉴。

在一级分类维度大体确定之后,下级层级可按一定的表述维度依次展开。如按病机确立的治法,下一级可从病位来进行分类。以补法为例,下分补气、补血、补阴、补阳、补脏腑等。

而一些以其他维度表述的治法,以及一些叠加的治法,可依据一级分类情况尽量归类。如针对病因的治法,一类是祛除病因,如祛湿、祛痰、消食、驱虫等,可纳入消法的范畴;另一类则只言治风、治燥,当用其他治法来限定时,可考虑纳入其他治法范畴

中,如润燥可归入补法,是补津液达到治燥的目的。针对症状的治法,往往也需要通过别的治法加以限定,通过何种方法来达到此目的,如养心安神、凉开,同样也可以归入相应一级分类之下。针对病位的治法,如解表、理气、理血等,解表本身就是一种表散的方法可放入一级分类,而理气、理血等加上治疗方法之后则可以在二级分类得以体现,如行气、降气、活血皆属通行之法,收涩止血在固涩法之下。汗、吐、下等从治疗手段来表述的治法,汗法相当于表散之法,吐、下均为针对实证而设的攻法。

治法表述中还有很多两种治法叠加的情况。一类是两种完全不同的治法紧密结合在一起,不分先后,如攻补兼施,寒热同调,可在一级分类设兼法纳入;另一类是通过某治法达到某目的,如补肾明目、养血祛风(止痒),前面是作用的方法,后面是作用的目的,可按作用的方法分,而不按目的分,这样能避免交叉重复。另外还有两种治法都可归于同一个一级分类,如气血双补,应在二级分类单列一条。

3.3 筛选该分类维度下的治法表述

在确立了各级分类维度之后,需要对各级之下的治法进行筛选。首先,按一定原则,将意义相同的治法统于一个标准表述之下,其余定为异名,只在一处出现。这样能够避免把不同角度表述的相同治法纳入不同分类而造成的混乱。

其次,可以考虑参照证素^[1]的形式,以治素(治法要素)形式精简治法。因为疾病病机往往错综复杂,常常需要几种基本的治法结合应用。若历数这样的结合应用的治法,数量既多,且不便分类。例如补气明目之类的“方法+目的”型治法,以补气法可以达到很多种治疗目的,不可能一一列数。那么可以将补气与明目作为治素分别收录。而治素相结合的治法,常用与习称者可附于方法型治素一类,若非常用与习称者则不再重复收录。我们还常见到有二法同用,治法表述时有叠加的情况。当两治素叠加而成的治法,分开后各自表达的涵义之和相同,则仅保留分开之后的治素,叠加的治法可不收录。如化痰祛瘀意为化痰与祛瘀同用,保留化痰、祛瘀两条,不用化痰祛瘀条。这种取最小单元的方法,可以使分类简明。

第三,要厘清治法与功效的关系,筛选精简掉属于功效而非治法者。功效表达的是治疗达到的效果,如病机得以解决,症状得以消除,(下转 479 页)

- 用[J]. 中医外治, 2007, 16(3): 3-5.
- [2] 陈军, 刘培, 蒋秋冬, 等. 中药挥发油作为透皮吸收促进剂的现状与展望[J]. 中草药, 2014, 45(24): 3651-3655.
- [3] 陈军, 刘培, 蒋秋冬, 等. 基于药性特征的中药挥发油透皮促渗作用规律性认识的思路与方法[J]. 中草药, 2016, 47(24): 4305-4312.
- [4] 秦华珍, 柳俊辉, 李世阳, 等. 三种温里药不同提取物对寒证大鼠交感神经-肾上腺机能的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(8): 1416-1418.
- [5] DAVIES DJ, WARD RJ, HEYLINGS JR. Multi-species assessment of electrical resistance as a skin integrity marker for in vitro percutaneous absorption studies [J]. Toxicology Vitro, 2004, 18: 351-358.
- [6] KUMAR S, ZAKREWSKY M, CHEN M, et al. Peptides as skin penetration enhancers: Mechanism of action [J]. J Controll Release, 2015, 199(10): 168-178.
- [7] RACHAKONDA VK, YERRAMSETTY KM, MADIHALLY SV, et al. Screening of chemical penetration enhancers for transdermal drug delivery using electrical resistance of skin [J]. Pharm Res, 2008, 25(11): 2697-2704.
- [8] 李振皓, 刘培, 钱大玮, 等. 主成分分析用于香附四物汤效应部位体外经皮渗透的研究[J]. 药学报, 2013, 48(6): 933-939.
- [9] 潘瑛, 李振皓, 钱大玮, 等. 不同促渗剂对香附四物汤外用贴剂中效应成分体内药动学的影响[J]. 中国中药杂志, 2018, 41(2): 294-302.
- [10] 张会, 张黄琴, 蒋秋冬, 等. 香附四物汤效应部位体外透皮吸收性质的研究[J]. 中草药, 2015, 46(24): 3017-3022.
- [11] 蒋秋冬, 杨文国, 蔡皓, 等. 透皮促渗中药挥发油的化学成分与中药药性关联性研究[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(13): 2500-2505.
- [12] CHAROO NA, SHAMSHER AA, KOHLI K, et al. Improvement in bioavailability of transdermally applied flurbiprofen using tulsi (Ocimum sanctum) and turpentine oil [J]. Colloids Surface B-Biointerface, 2008, 65(2): 300-307.
- [13] 管咏梅, 陶玲, 朱小芳, 等. 乳香没药挥发油对川芎中阿魏酸促透机制的研究[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(17): 3350-3355.
- [14] NOVOTNY J, KOVARIKOVA P, NOVOTNY M, et al. Dimethylamino acid esters as biodegradable and reversible transdermal permeation enhancers: effects of linking chain length, chirality and polyfluorination [J]. Pharm Res, 2009, 26(4): 811-821.

(编辑:董宇)

(上接 439 页)病证得到治疗或达到某种养生效果,如调和肝脾、清热、解表、消肿、退黄、轻身、延年等。将功效作为治法,则论述角度太多,较为散乱,难以形成体系。而治法表达的是医者治疗疾病采用的方法,多从病机入手,如补气、活血、利水、化痰等,多能理法相贯,形成体系。针对病机的治法和功效可有重合,但大部分消除症状,解决病证及养生的功效则不应计入治法,少数功效常复合在某些治法中,如消肿、明目、退黄、安胎、止咳等,则可认为是治法。

综上所述,随着中医治法理论的发展,治法日渐繁多,从多个角度进行表述,分类难度较大,而目前治法分类尚无全策。治法的确立是主观思辨的过程,治法存在多种角度的表述方式,治法分类有主观性、局限性与多维度属性。因此,治法分类需要首先确定一个基准的理论体系,其次确定一级分类的最佳维度以及其他维度分类的层级关系,再确定各类治法的筛选标准。我们认为,从主流中医理论体系出发,联系病机入手,辅以按因分类等方法,对治法进行一级分类,较为可行。为解决治法分类出现的交叉重复、冗繁等问题,可通过确定标准概念与异

名,取最小单元,筛除属功效而非治法者等方式对各层级之下的治法进行筛选。

参考文献:

- [1] 陈潮祖. 中医治法与方剂[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [2] 程国彭. 医学心悟[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 15-40.
- [3] 朱建平. 中医方剂学发展史[M]. 北京: 学苑出版社, 2009: 279-283.
- [4] 邓中甲. 方剂学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2008: 17-18.
- [5] 杨金萍. 《伤寒论》方按治法分类的演变及对现代方剂分类的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(11): 14-16.
- [6] 左献泽. 试析“八阵”与“八法”[J]. 中医研究, 2009, 22(5): 5-6.
- [7] 邓铁涛. 治则治法谈[J]. 中药药理与临床, 1997, 13(1): 47-48.
- [8] 陆付耳. 中医治则治法研究的困惑与对策[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(1): 61-63.
- [9] 柯新桥. 柯新桥中医医学论文集[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2006: 604-609.
- [10] 李经纬, 余瀛鳌, 区永欣, 等. 中医大辞典[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [11] 朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系[J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(6): 38-39.

(编辑:叶亮)