

从痞满谈“合病”“并病”之证的辨治意义

黄 开 泰

(四川省科学城医院中医科, 绵阳 621900)

关键词: 痞满; 病; 证候; 病机; 合病; 并病

新版《中医诊断学》:“病是对疾病全过程的特点与规律所作的概括,证是对疾病当前阶段的病位、病性等所作的结论”^[1]。虽然证候是疾病一定阶段的证候,但临床患病大多不是单一的,常在一个病人身上同时存在多种疾病,证候每每成为多种疾病“合病”、“并病”的综合体。在这种情况下,病种成了证候的构成要素。因此,辨病的合与并是辨证的重要组成部分,如柯韵伯所言:“学者当于阴阳两症中,察病势之合与不合,更于三阳三阴中,审其症之并与不并,予以阴病治阳,阳病治阴,扶阳抑阴,泻阳补阴等法,用之恰当矣”^[2]。不过,辨病的理论依据是对病的规范,前提是对病的把握。痞满是一种常见的胃腑疾病,由于“阳明居中,主土也,万物所归,无所复传”,“合病”、“并病”的情况十分常见,故辨“合病”、“并病”是痞满辨证论治不可忽视的内容。

对痞满病的认识

病的规范应包括病的病机、一定相关的症状组合、证候一般演变规律、传变趋势、治则。新版《中医内科学》痞满病规范有:①病机为中焦气机阻滞,升降失常;②症状是胸腹痞闷胀满不舒,触之无形,按之柔软,压之不痛;③传变趋向可能有噎膈、血证、胃痛、胃癌、虚劳等;④治则苦辛通降理气消痞^[3]。但有的医家认为病机与瘀血有关。《医方集解》:“痞病由阴伏阳蓄,气血不运而成。处心下,位中央,填塞痞满,皆土病也”^[4]。《奉时旨要》:“东垣谓伤寒痞从血中来,从外之内,杂病痞亦从血中来,从内之外。有形者以苦泻之,无形者以辛散之。凡用气分药不效者,不知治血也”^[5]。《血证论》:“阳明中土,乃水火血气,上下往来之都会也。火降血下,气升水布,则此地廓然。设若火不降,则血不下,而滞瘀此矣……血家火浮于上,与水不交,往往见痞满之象”^[6]。说明痞满不

仅关乎气,而且与血密切相关。

个人临床体会,病人自觉胃中痞塞满闷,甚者痞硬,但按之濡软,食后加重,是具有特异性的痞满症状,病位在中焦胃腑与脾,并与肝肺心等脏有关。其病机及传变规律是邪结中焦,胃腑经络气血阻滞,阴津暗耗,渐致其络脉瘀闭,若自传则日久痰瘀互结由无形向有形转化,转而成积,传变成为胃癌等病;若它传可因脾胃损伤,后天生化不足,导致虚劳。证候演变规律一般是热多于寒,实多于虚,浊阴不降甚于清阳不升,而新病多实,久病兼虚。基本治则在于辛开苦降,分消互结之寒热,通畅胃腑之经络气血,顾护络血胃液,阻断由无形向有形传变。一般寒热并用,攻补兼施,根据临床证候特点或重在泄热,或重在温散,或辅以益气,或辅以养阴。总的要求是宜动不宜静,宜通不宜凝,宜降不宜升,温宜暂宜轻,清宜久宜重,关键在于通畅胃腑经络,开通邪出路,勿伤络血胃液。

对“合病”、“并病”之证及论治的认识

论治最终要落实到证候上。证候是立法、选方、用药、定量及其调护等论治对象,是具有最终论治意义的最小的病机单元,是结合治疗史分析,对症状及其他临床资料经过病种之辨、病因之辨、病位之辨、病性之辨、病形之辨、病势之辨后,因人、因时、因地、因治所作出的一定疾病就诊当时的具有个体特征的病机结论。但证候既有单一疾病之证,又有多种疾病就诊时同存的“合病”、“并病”之证,故临床不仅要辨有多少种病同时存在,而且还要辨这些病之间的各种关系,才能得到证候病机的本质结论。辨证之要在辨证,而辨病是辨证的重要内容^[7],离开对病的辨,就无法了解证候的病种属性及所包含的病的多少,无法明确证候是什么疾病哪一阶段的证候,是由多少种疾病所构成的

作者地址:四川省绵阳市科学城 9-1603

证候以及在证候中的各疾病之间的标本缓急和主次轻重关系。“病与证候，犹如线之与珠，离开病这条线，证候这些珠便离散无归，难以把握”^[9]。

症状是辨证形成证候病机结论的主要证据，可分为两类，一类是规范化了的一定相关的组合性症状，是辨证的理论与工具。如《伤寒论》1条：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”中的“脉浮，头项强痛而恶寒”的症状组合就是太阳病的特异性证据。一类是非组合的或然性症状，具有随机性和不确定性，需要具体情况具体分析。如《伤寒论》21条：“太阳病，下之后，脉促，胸满者，桂枝去芍药汤主之”中的“脉促，胸满”就是当时太阳病的或然性症状，但太阳病下之的或然性症状因人、因时、因地而异。组合性症状具有病的特异性，是某一疾病病机过程的反应，症状与症状之间具有必然性联系，呈现出一种相对的稳定性，带有理论色彩，是辨病的证据。或然性症状是具体疾病过程中的某一病机要素变化的表现，它和组合性症状之间只是偶然性联系，在同一个体不同的时间都可能不同，没有固定的模式和标准。但“中医病病机证据是一种规范，这种规范并不是把症状泛化为证据，而是通过一定症状对病病机作出规范”^[7]，因此，作为辨病证据的一定相关组合症状，不能绝对化，更不能机械地和临床划等号，而是通过辨证求证病病机的真实性。故辨病不是简单循证，同样需要“各司其属”的求证。

患病单一的证候易辨，集多种疾病于一身，各种组合性症状相互混杂交错，离开对“合病”、“并病”的辨，则难以抓住证候的病机本质。无论外感疾病还是内伤杂病，“合病”、“并病”都常见，且复杂多变，它们可能是同系疾病，也可能是非同系疾病；可能是两种疾病，也可能是两种以上的疾病；病与病的病机可能是重叠的，重叠之中有主次轻重，也可能是平行的，平行之中有缓急关键，故辨病首先是辨“合病”、“并病”的疾病有多少及哪些，其次是辨各病的病机要素（如病位、病因、病性、病形等）关系。病种之辨的目的是了解证候包含了多少种疾病，以便进一步明确这些病的病机要素之间主次缓急、标本轻重关系。临床很少有简单地表现为书面规范化的单纯疾病，往往是组合症状和或然症状相混杂，或多种组合症状相交错、重叠而呈现出来的“合病”、“并病”之证。

辨“合病”、“并病”在于使证候病机具有最大真实性，首先要把握诸病病机的不同特点；其次辨

析它们的病机状态，是重叠或交叉，还是相对独立，病机关系尚不密切；最后要弄清哪种疾病的病机要素在当时的病情发展变化中具有主导作用，也就是在辨病明确病种数的前提下，对证候的每一种疾病的病位、病因、病性、病形、病势等病机要素进行比较分析，因人、因时、因地、因治地弄清当时有无主导疾病及其病机要素和病机关键，决定是诸病同治还是诸病分治。

诸病同治是指可以同一时间、同一治法对“合病”、“并病”的不同疾病加以治疗的证候，通过抓主导疾病的关键病机实现。《伤寒论》219条：“三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁面垢，谵语遗尿，发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷。若自汗出者，白虎汤主之。”自汗出是三阳合病的关键，说明当时病机的主导方面是阳明气分热盛，故用白虎汤主之。172条“太阳与少阳合病，自下利者，与黄芩汤；若呕者，黄芩加半夏生姜汤主之。”《伤寒论译释》：“少阳胆火肆逆，移热于胃肠，因而产生腹泻……若呕者，乃是胃气上逆所致，则应再加半夏生姜，以降逆止呕”^[9]。这里少阳病为其主导疾病，外与太阳合病，内则侵犯胃肠，故主以清泄少阳、佐以和胃便可阻断传变。诸病分治是指不同治法、分别时间或分别剂型对“合病”、“并病”证候的不同疾病进行治疗。《伤寒论》91条：“伤寒，医下之，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里，后身疼痛，清便自调者，急当救表。救里，宜四逆汤；救表，宜桂枝汤。”太阳病和少阴病临床同现，但少阴病为急，先治少阴，后治太阳。

“合病”主要指在病因直接作用下，多种疾病同时发生。“并病”的形成则往往是一病先成，它病继发，其继发或因它病传变而成，或因传变它病所致，或感受它因而起。可诸病同治的“合病”、“并病”之证，需注意配方的君臣佐使与各病的病机及其要素在证候中的轻重主次相对应。诸病分治的“合病”、“并病”之证，需注意不同治法、分别时间或分别剂型的先后主次。感受它因而起的“并病”，其论治多遵循《金匱要略》“夫病痼疾，加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也”的原则，但论治“卒病”必须考虑“痼疾”可能存在的影响，不可完全忽视“痼疾”的存在。因它病传变而成的“并病”在内伤杂病较为常见，且多病情顽固，短期难以奏效，关键在于辨明“并病”的各病

之间在当时证候中的标本主次,找到论治的切入点。“并病”与“合病”相较,辨症除了同样要辨明病种的多少及其病机要素的关系外,还要辨各病形成的先后,明确证候的传变趋向及其标本缓急。

辨治包含痞满的“合病”、“并病”之证的体会

一般“并病”有4种情况,一是它病传变形成,二是传变它病所致,三是后由它因形成它病,四是因治它病药物所伤的结果。痞满病位居中属土,而中土具有“万物所归,无所复传”的特性,故包含痞满的“并病”之证,从痞满角度看,临床以它病传变、药物所伤和后由它因形成它病者居多,传变它脏者较少、也较单纯。药物所伤形成及后由它因形成它病的“并病”,通过治疗史和对病史审症求因可知,因它病传变形成痞满的“并病”,多为非同系疾病所致,病情多较顽重,但痞满往往是病机侧重点,也是论治切入点,只有恢复脾胃升降之枢机,保证后天之本不竭,才有阻断传变而愈病之望。笔者曾治疗一七旬老翁,患肺心病多年传变痞满形成的“并病”。就诊时证候具有肺胃失于肃降的共同之处,上有肺气胀满之喘咳,中有胃气不降之痞满,先用化裁半夏泻心汤治疗痞满,后自拟双仁理肺散医肺胀,使病情得到很好控制^[19]。另有一慢性肾功能衰竭传变痞满患者,既有气血亏损虚劳之象,又有湿浊中阻痞满之征,论治重点以藿香正气散剂辛开化湿消痞,辅以中成药畅护气血,要求清淡素食防止滋腻生湿,病人血尿素氮、肌酐稳步下降,已有萎缩的双肾得到控制,饮食状况和精神气色逐步改善。像这类“并病”,传变虽缓但其势极顽,无数年之功难以扭转截断。

包含痞满的“合病”之证,以本系疾病和肝胆疾病为多,最常见的有胃痛、胁痛,诸病病机趋同性较大者,常可诸病同治。有一刘姓男患者,因胆结石住院准备手术,经人介绍来诊。发现该患者为痞满和胁痛“合病”,痞满和胁痛都会因饮食情志失节而加重,在脏腑病理改变上都存在气血瘀滞,经络失畅,通降功能发生障碍的特点。病性为湿热内蕴,故辨为胆胃湿热、气血瘀滞,失于通降之证。用通下泄热、理络通经、开邪出路的金甲通络散治疗后,临床症状消失而免于手术。有的与痞满

“合病”之疾病位相同,但其他病机要素差异很大,需诸病分治才能取效。如一年轻女性患者,患胃脘痞塞疼痛及右胁胀痛数月,经B超、胃镜检查,发现胆结石、胆汁返流、浅表性胃炎。就诊时胃脘痞塞不饥,食后痞甚,胃痛绵绵,持续不断,右胁胀痛,嗝气频频,舌淡红苔薄白,脉弦。辨病为①痞满,②胃痛,③胁痛;辨证为热邪瘀滞、胆胃不和、失于通降。用通降和胃、行气利胆治疗,数剂未见寸功,而且胃痛日重。详细问诊,发现患者胃痛以寅时为甚。寅时大多胃中空虚,又是肝胆之旺时,此时痛甚是土虚木贼所致。其胃痛病机之本为中气亏虚,其标是胆邪克贼,在虚实病性上与痞满和胁痛迥然不同,同治泄实更虚其虚,病情自然加重。故将前方为散服之,1日2次,再用黄芪建中汤加味于晚饭和临睡觉前各服1次,扶助中气,2剂诸症消失。可见,包含痞满的“合病”之证的辨病,主要辨就诊时病机趋同性的大小,趋同性大者说明诸病病机重叠和交叉,可以同治;趋同性小者说明诸病病机为平行关系,应当分治。

参 考 文 献

- 1 朱文峰. 中医诊断学. 北京: 中国中医药出版社, 2002; 5
- 2 清·柯琴. 赵辉贤, 校注. 伤寒来苏集. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1986; 166
- 3 田德禄. 中医内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2002; 185
- 4 清·汪 庵. 医方集解. 上海: 上海科学技术出版社, 1979; 266
- 5 清·江涵暾. 奉时旨要. 北京: 中国中医药出版社, 1999; 96
- 6 裴正学. 《血证论》评释. 北京: 人民卫生出版社, 1980; 228
- 7 黄开泰. 循证 求证 辨症. 医学与哲学, 2003, 24(11): 61, 62
- 8 黄开泰. 痞满寒症的辨治体会. 实用中医药杂志, 2003, 19(4): 155
- 9 南京中医学院伤寒教研组. 伤寒论译释. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1980; 815
- 10 黄开泰. 顽症散剂治验四则. 山东中医杂志, 2003, 22(4): 244

(收稿日期 2003年8月2日)