

简论“辨病施治”

★ 王维武 孙维铭 (浙江省绍兴文理学院医学院附属医院 绍兴 312000)

关键词:辨病施治;辨证施治;中西医结合;微观辨证

中图分类号:R 241 文献标识码:A

自上世纪50年代一些著名中医学者提出“辨证施治”之名,60年代初又将之写进教材以来,辨证施治作为中医的两大特色之一而受到特别的重视,近半个世纪来其基础地位似无可动摇。虽然近来有一些反对的声音^[1],但很快又被反对“反对”的声音打断^[2]。不管论争如何,鉴古揆今,笔者以为,“辨病施治”作为中医或中西医结合领域的一个重要概念亦不应忽视,聊议数语于下。

1 从医药源流看“辨证”与“辨病”

中华医药早在远古时即已产生。其最初的情形,大约是出于动物本能的一种自救行为,正如唐《朝野僉载》所云:“医书言虎中箭,食清泥;野猪中箭,逐茅苳而食;雉被鹰伤,以地黄叶贴之……;鸟兽虫物,犹知解毒,何况人乎?”原始人在恶劣的气候、粗粝的饮食、原始的生产劳动及氏族部落之间的冲突中,产生很多的疾病。例如,打制石器时,可能会产生伤口,流血不止,出于本能,使用树叶草皮之类从外敷盖,结果意外发现,艾叶敷后能止血,而大青叶则不能;但是,生疔子了,用艾叶无效,用大青叶效果好。这样,通过极其漫长的经验积累,最终产生原始的“对病施药”的外治法……可是,疾病是复杂的,例如腹痛、尿血,这是在“内”的疾病,当然无法用叶子敷肠、敷尿道。于是有些大胆的古人就开始想:能否把止痛、止血的药内服呢?他们开始了这方面的尝试并在偶然的成功中逐渐得出用药的经验。神农氏就是其中一个,这可证于我们耳熟能详的传说:“神农……尝百草之滋味,水泉之甘苦,令民知所避就,当此之时,一日而遇七十毒。”(《淮南子·修务训》),这样最终导致内治法的发明。

这种起源情形不但在史籍有载,而且从近年出土的实物中得以印证。1973年出土的马王堆汉墓

医书《五十二病方》^[3]论述了各种疾病的药物治疗。基本是以药对病的治疗,没有任何辨证。如“石瘿,三温煮石韦若酒而饮之。”“睢(疽)病:治白莖(莖)、黄耆(耆)、芍药(药)、桂、薑(薑)、椒、朱(茱)臾(臾)。凡七物。骨睢(疽)倍白莖(莖),【肉】睢(疽)【倍】黄耆(耆),肾睢(疽)倍芍药,其余各一。并以三指大最(撮)一入柸(杯)酒中,日五六饮之,须已□”。这是《五十二病方》中所见到的最完整的大方剂,方由白莖、黄芪、芍药、桂枝、干姜、蜀椒、吴茱萸7种药组成,用治疽病。立法处方严谨,但同样没有提及任何“证”的内容。此外如1997年安徽阜阳汉简《万物》所载“鱼与黄土之已痔也”,“姜叶使人忍寒也”等,反映更早的春秋时代的对病用药(食)情况。殷商时期的甲骨文就更无“证”之概念,但已有“疒首”等病名记载。

回顾这一医药的起源我们不难看出,医药产生之初,是并不讲“辨证”的,但是讲“辨病”。原始用药经验及辨病经验的累积,使得远古人们已经在考虑“何病用何药,何药对何病”的问题,或者干脆说,这就是原始的“辨病施药”。其他如针灸、按摩导引,其起源殆亦与中药之起源类似。就其产生之初来说,莫不是“对病”而非“对证”。如最早之针——砭石,《说文解字》注:“砭,以石刺病也。”晋代郭璞注《山海经·东山经》谓其可以“治痈肿者”,同样是针对疾病的。导引术,《吕氏春秋·古乐》曰:“昔陶唐之始,阴多滞伏而湛积……民气郁阏而滞着,筋骨瑟缩不达,故为舞以宣导之。”是用以治疗“筋骨瑟缩不达”的疾病的。

这种辨病施治持续了相当长一段时间,如果从医药起源算起,至汉仲景创辨证施治人法,则至少在100个世纪以上,比东汉至现在的时间长得多!

而事实上,即使仲景以其以降,仍是讲“辨病施

治”的。

张仲景杂病专书《金匱要略》是以“病”作为全书的总纲,每篇均冠名曰“论某某病脉证并治”,是以病统脉证的。也就是说,识病在识证之先,正如仲景所言“知犯何厄,随证治之”。从临床角度来说,病是纲,证是目,医者接诊一个病人,首先总是分析其所患何病,然后再予辨析其证,那种只见其证,不识其病的施治是决计不可靠的。书中虽讲辨证,但专病专方之处也不少,如疟母用鳖甲煎丸、历节用乌头汤、血痹用黄芪桂枝五物汤、奔豚气病用奔豚汤、宿食用瓜蒂散、跌蹶用针“刺膈入二寸”等。此外,仲景全书“同证异治”、“异证同治”之处亦不在少数。如同为湿热证,湿热黄疸用茵陈蒿汤,湿热下痢则用葛根芩连汤。又如小青龙汤,既适于外寒内饮证又适于水饮内停证。这说明虽然辨证重要,但证绝不是唯一的。反推,如果“辨证施治”可以包容一切,则以八纲辨证所得之证亦不过寥寥数种……针对湿热、风寒等证各创一方,不就赅尽中医治疗了吗?事实上临床用方却是千变万化的。

唐代“药王”孙思邈施治更讲辨病。如“治大腹水肿,气息不通,命在旦夕者方”,“治关格,大便不通方”,“治齿痛”之含漱汤方,“治鼻中息肉方”等,均无辨证可言。他如外妇儿各科,莫不如是。宋代陈自明《妇人大全良方》“参香散:治男子、妇人、小儿阴阳不和,冷热相搏,积而成痢。或赤或白,或赤白相杂,日夜无度,里急后重,脐腹疼痛,甚不可忍。又治水泻不止,肠鸣腹痛;或热毒中伤,或寒气久积,并宜治之。”^[4]不知可辨出何证?清代陈士铎《洞天奥旨》“熊脂膏:治数十年鹅掌风。”^[5]又不知有何证可辨?

现代,更加重视针对某病的某种药物并对其药理作用进行研究,于是才有“青蒿素”、“亚砷酸制剂”等重大的发明出现。青蒿素是世界上唯一公认的由中国人发现其化学结构的药物。而其来源则是“凡人觅之,可了其所用”,用以“护人疾病”的《肘后方》,看不出丝毫辨证的痕迹在内。另一些发明,如骨折的小夹板固定、烧伤的中药外治、痔疮的消痔灵注射、急腹症的通腑攻下……无一不是对病而言。在当前提倡中医与西医接轨的情况下,“病”不但应恢复其历史应有地位,而且似应更提高到一个高度,这才可能有两种医学之间的“cross talking”。

2 辨病施治提出的意义、价值

之所以提出辨病施治,是因为在一段时间内,“辨证施治”被提到过高的地位,所有的教科书中,首先就要提到中医的这一大特色,以至于初学中医者过于迷信辨证施治,认为一辨证,所有问题都解决

了,“一叶障目”竟连病也不辨。在理论上,学术界将之作为诊治疾病的唯一法则,将中医灵活多变的诊治思路和方法全塞进其理论框架之中,导致中医辨证施治泛化、僵化和庸俗化。

另一方面,辨证施治还有他自身不可克服的缺陷,其缺陷至少体现在这样几个方面:一是辨证的不精确性。例如:慢性胃炎、消化性溃疡、炎症性肠病、慢性肝炎等均可能引起脾虚证,单以“脾虚”作为一个笼统的诊断,显然是抹杀了各病之间的本质差异,施治当然也不会取得好的效果;二是辨证的不确定性。疾病的临床表现是极其繁复的。不同的症状组合可以辨出不同的证,而辨出的证也往往不能解释与概括疾病的所有症状。一些心因性疾病症状本身就不确定,据此辨出的证往往带有主观随意性,西医同样面对此问题,但却可用量表(questionnaire)予以相对客观的评价;三是证的无可辨性。如现代医学的范科尼综合征(Fanconi syndrome)、家族性高胆固醇血症,临床基本无表现,需要实验室检验确证。还有某些疾病不表现它的全部症状,据症辨证难免以偏概全。一些著名中医学者也认识到这种辨证施治的缺陷及辨病施治的重要意义。岳美中指出“有是病即用是药,故一病有一病之专方……不能辨病,焉能识证,不能用方,焉能施治。”姜春华提出“辨证与辨病相结合,辨证施治与专方专药相结合。”王琦提出:“辨证施治不是普遍法则。”^[6]

追之于昔,《伤寒论》六经辨证流传千年,医者多成心障,不知其姊妹篇《金匱要略》则重在脏腑辨病,二者实不可偏废。抚之于今,中西医结合已成为医学的一个重要发展方向。结合医学(integrated medicine)的大厦是建基于其结合点上的。中西医结合最重要的结合点是“病”,而非“证”。例如,开展对中风病的中西医结合诊治,不孕的中西医结合诊治……这是学科发展的方向与将来新学科构架的基础。虽然现在亦提出“微观辨证”,但毕竟还不成熟。我们不排除用现代手段研究中医某一证型的做法,但如将之作为将来结合医学的基础,则结合医学无非是西医学的延伸或中医学的解构,其意义是有限的。

辨病施治的提出,有如下几点意义:(1)解释传统中医药各领域难以统一的矛盾。如辨证施治,其实主要是“辨证施药”,辨证施针、施推拿、施护则较少。相反,药物、针灸、推拿、护理等都可统一到“辨病施治”的旗帜下,是对传统医药的更好诠释。此外,中医药理应包括流传民间的一些单方、验方、秘方、偏方,“单方一味,气死名医”,这些方子都难以用

辨证施治的理论解释,但同样可统一于辨病施治的旗帜下。(2)为中西医结合奠定理论基础。我们不得不承认,目前中西医结合的各种临床形式,基本都是在“病”这一层面的结合,如:西诊加中药、中诊加西药、西药加中药。理论探讨如西医实验验证分析中医理论也以阐明疾病机制为一个主要目标。将来的发展是建立在现有基础上的,因此不难预见,结合医学不可能抛弃“病”这一概念,并且,医学的实质,还在于治病。总而言之,“辨病施治”的提出,具有传统和现代的双重意义,无论对于传统中医理论的升华还是新理论的发展,都具有奠基作用和决定意义。

3 辨病施治的内涵、外延及形式

所谓辨病施治,是根据患者症状、体征(舌、脉象等)或结合现代检验手段,判断患者所罹的疾病,并根据此前的药物、针灸、推拿等经验,予以针对性治疗。

内涵主要有两点,一是“辨病”,顾名思义就是“辨识疾病”。辨病的根据可有症状、体征以及各种现代检查。那种详于“症”而略于“证”或认为现代检验毫无用处的观点已被证明是错误的。以“乙肝”为例,无症状携带者(ASC)并没有任何症状,舌、脉象也可能正常。无证可辨,那是不是说中医不能治疗乙肝呢?当然不是。这就形成一个悖论:你一方面讲“辨证施治”是特色,一方面却见不到你的“证”,又如何发挥你这特色?于是上世纪 80 年代便又提出“微观辨证”一说,微观辨证不管是用内窥镜及影像诊断、血液流变学,还是用分子遗传学,其本质都是对现代检查手段的借用,以及利用检查结果深化对疾病的认识。微观辨证这一说自产生之初就承担着调和中医辨证施治与临床无证可辨的矛盾之责,而实质却仍然无证可辨。如“局部微循环障碍”辨为血瘀还说得过去,但能说血流加速就是“风热表证”吗?胃镜所见的某些粘膜象辨出脾胃的虚证犹可说,辨出肝的郁证就很勉强,而临床“肝郁脾虚”是极常见的证型。所以微观辨证的局限性还很大,并不能辨出宏观辨证的各种证型。与其巧立“微观辨证”之名,不如勇敢提出“辨病施治”之实,既符合历史发展实际,也与现代医学潮流相符。二是“施治”,即对疾病的针对性治疗。当然也包括前述针对证型的用药及针对疾病的用药。

逻辑学认为,概念的内涵越小,则外延越大。因此,辨病施治的范围是十分广泛的,包括外感病、内伤病及内外妇儿各科。这里首先要明确的是,辨病所辨之“病”,到底是中医之病还是西医之病,否则辨病施治就是一笔糊涂账。我们说,在目前,应是两病

兼辨,既要顾及到中医的病名,但也不可丢弃西医病名。这样对施治更为有利,也切合目前中西两种医学交融的临床实际。例如患者右上腹痛,B超发现胆囊里有石头,则既可诊断中医之“胁痛”,也可诊断西医之“胆石症”。虽然辨病繁杂,可是实际上对“施药”却大有好处:可以用善治胁痛的川楝子,也可以用善治胆石症的金钱草,更能够增加药物的疗效,笔者从事中西医结合多年,对此体会尤深。我们之所以多年来一直不敢提“辨病施治”,就是在潜意识里认为“辨病”是西医的专利,中医是无权辨病的。其实,中医之病,自古有之,虽然与现代医学的病名并不相同,但同样是对疾病的认识,也同样有病因、发病机制、临床表现、诊断治疗等方面,完全符合疾病的定义。即便现代医学的一些病名,也并未完全脱离、甚至沿用中医之旧名,如“黄疸”、“痔疮”、“中风”、“水肿”、“感冒”、“哮喘”、“便秘”、“眩晕”等。虽然内涵上并不完全一样,至少大致是对等的。这当然也给我们这样一个信息:中医与西医并不是完全不可调和的,相反,在疾病这一层面正有许多相通之处。

辨病施治的形式多样,至少包括这样几项:(1)辨病施药。根据所辨识的疾病,有针对性地使用经验药物,又包括①专病专方。如岳美中在《论专方》一文中云:“专病专方是医学的基本思想……何谓病?何谓证?病者本也,体也;证者标也,象也。有病始有证,辨证方能识病,识病然后可以施治。”②辨证处方后再在处方加上针对该病的经验药物。③单方及偏方、验方。④根据现代药理研究结果而选用药物,如现代药理研究证实淫羊藿能体外抑制乙肝病毒,则在治乙肝方中加入淫羊藿。⑤中成药,这是最直接的辨病施治,无需再行“辨证”或据证而更改的。(2)辨病施针,例如“四总穴”。肚腹三里留,那就不管腹病是寒热虚实,足三里是恒取的。其他如《治病十一证歌》、《长桑君天星秘诀歌》、《玉龙歌》、《标幽赋》等,基本都是辨病施针的,虽然实质上针灸的迎随补泻手法可认为是“辨证施针”,但它是建立在辨病施针的基础上的。(3)辨病推拿。例如肩周炎(“漏肩风”),可取肩井、肩贞等穴位推拿,不管气血瘀滞还是寒湿痹阻。(4)辨病施护。如水肿、眩晕者少盐饮食,胸痹心痛者静卧颐养等。

总之,辨病之理、法,施治之方、药,是几乎贯穿于中医的所有学科,并作为中医药应用基础的。

4 辨证施治与辨病施治的关系

以上似乎片面推崇辨病的功用,实则不然。证,同样应摆到一个高度。临床的实际情况是,医师临

金元四大家论治食伤

★ 朱星 (贵阳中医学院 贵阳 550002)

摘要:通过对金元四大家著作的研读,总结出了金元四大家治食伤的特点。刘完素以宣散郁热为治;张从正则以吐、下为主;东垣饮食分论,重视脾胃元气;而丹溪则以二陈、保和、枳术三大系列为基础治疗食伤。全文是对金元四大家论食伤的一次系统文献总结。

关键词:金元四大家;食伤

中图分类号:R-092 **文献标识码:**A

饮食是人类赖以生存和保护健康的必要物质条件,但饮食失宜又可导致疾病的产生。食伤即食物所伤,是中医学重要的病因。饮食失宜常可损伤脾胃,耗伤正气,为外邪的侵入与内邪的滋生创造条件,由此可引起多种内伤、外感病或内外合病。早在《内经》即已对食伤有了较为详细的论述^[1],及至金元四大家,更是从不同角度对食伤进行了阐述,丰富了中医病因学与治疗学。

1 刘完素论治食伤

刘完素为金元四大家之第一家,他主要擅长外感疾病的治疗,但也有重视脾胃的思想,对食伤的论

述虽然不多,却有其独到之处。

1.1 五味失常而损其形 刘氏根据《内经》“法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱”的道理,指出“饮食者,养其形”,所以“若伤于味,亦能损形,今饮食反过其节,肠胃不能胜,气不及化,故伤焉”^[2]。即《痹论》所云:“饮食自倍,肠胃乃伤”。而对其治疗刘氏也多采用吐下之法,如以槟榔丸治饮食不化,心腹膨闷;甚则用煮黄丸^[2]。而以“金露丸治天行时疾,内伤饮食,心下痞闷”^[2],以“枳实丸治气不下降,食难消化,常服进食逐饮”^[2]等。

作者简介:朱星,助教,硕士,主要从事中医历代医家学术思想与经验的研究。

证,根据病人的主诉,首先进行的是疾病的诊断,然后再来辨别这个疾病的病理本质是什么,这也就是对证的概括。所谓证,就是机体在疾病发展过程中的某一阶段的病理概括,它既以疾病为出发点,又以疾病为归结点,辨证的本质就是搞清疾病的病理本质。正因如此,辨证与辨病不但不矛盾,而且相互补充,一细一粗,共同完成对疾病的认识。此外,我们也应看到,临床的实际情况,有时确实只有辨病(尤其一些民间用单、验方者)而无辨证。但无论怎样的辨证却一定离不开辨病。

二者的落脚点都是施治。施治的实际情况,并不全是对证,也有根据所掌握对疾病的用药经验而遣方用药者。如黄疸病,诚然阳黄应清热利湿,阴黄应温阳散寒,但因茵陈退黄确乎效佳,故不论阴黄阳黄一般都加茵陈一味,这当然不是辨证而是辨病的结果。近年一些医学大家几乎都有着自己的独到的对病用药经验,甚至成为其独具特色的主要原因。

总之,辨证施治与辨病施治,二者目的一致,方法相似,但辨病在辨证之先,辨病施治是辨证施治的基础,辨证施治是辨病施治的深化。临床施治,绝没有无辨病的辨证,但可有无辨证的辨病。既然辨病与辨证都重要,与单纯提辨证论治为中医之特色,勿宁提“治随病证”为中医之特色更为恰当。

参考文献

- [1]成肇智.走出“证”概念的误区[J].中医杂志,2001,42(6):369
- [2]金孝信.用发展的眼光看待中医“证”概念的演变[J].中医杂志,2002,43(10):730
- [3]魏启鹏,胡翔骅.马王堆汉墓医书校释[M].成都:成都出版社,1992,92,114
- [4]余瀛鳌等点校.宋·陈自明撰.妇人大全良方[M].北京:人民卫生出版社,1995,266
- [5]柳长华等点校.清·陈士铎.洞天奥旨[M].北京:中国中医药出版社,1991,124
- [6]王琦.以更高层次走向世界[N].健康报,1995-02-08(1)

(收稿日期:2003-10-02)