

脾阳失运、泄物澄澈清冷(日达 10 余次),断不可使用清热药,达原饮亦当灵活运用。吴又可自己对此方的按语言到:“槟榔能消能磨,除伏邪,为疏利之药,又除岭南瘴气;厚朴破戾气所结;草果辛烈气雄,除伏邪盘踞。三味协力,直达巢穴,使邪气溃败,速离膜原,是以为达原也。热伤津液,加知母以滋阴;热伤营气,加白芍以和血;黄芩清燥热之余;甘草为和中之用。以后四味,不过调和之剂,如渴与饮,非拔病之药也。[8]”因湿温病邪粘腻难解,若此时采用常见的通腑泄热法则助湿邪、益气温阳法则助热邪。针对湿为阴邪、患者脾阳失运的具体状况,尽管其有咽红、苔黄之征,但舌质淡、苔水滑,故清热之品慎用。此案首诊不用清热药,即使在二、三诊亦仅用荷叶、竹茹即可,以利振奋脾阳、化解湿邪戾气。故宗“达原饮”之意,采用厚朴、草果、枳实、木香之品开达膜原,又用藿香、半夏、茯苓、陈皮、砂仁、白蔻仁、豆蔻芳香化湿、调理三焦气化。两组药物相合尚寓“温运”于其中。虽未大队使用利尿药,但患者用后小便量增多、大便次数减少且趋成形、菌群比例逐渐恢复正常;实为一宣一化,“分利三焦”,湿热得以分解、气机得以复畅而诸症悉解。

该病例的治疗既参照了已颁布的甲型 H1N1 流感祛邪方案,但又没有拘泥于固定的处方;既继承了前人治疗疫病和湿

温的经验,又灵活处理了祛邪和扶正的相互关系。强调“有是证,用是药”,对今后新发传染病的救治有一定的参考价值。

参 考 文 献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2006:532.
- [2] 李乾构,周文学,单兆伟. 实用中医消化病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:824.
- [3] 许海舰. 潘智敏教授重用祛瘀化浊中药治疗麻痹性肠梗阻经验[J]. 中国中医急症,2008,17(10):1414.
- [4] 陈慕书. 中药灌肠治疗麻痹性肠梗阻临床观察[J]. 四川中医, 2001,19(3):48.
- [5] 李艳祥,赵健. 通腑饮治疗术后麻痹性肠梗阻 56 例[J]. 中国中西医结合外科杂志,2003,9(6):422.
- [6] 边时华,嵇元清,杨丽娟. 参附注射液治疗麻痹性肠梗阻的临床疗效观察[J]. 吉林医学,2008,29(21):1918-1919.
- [7] 吴鞠通. 温病条辨[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:96.
- [8] 吴有性. 温疫论[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:4-5.

(收稿日期:2012-06-26)

(本文编辑:秦楠)

· 争鸣 ·

浅谈证素辨证学尚待完善之处

梁昊 周小青

【摘要】 证素辨证开创了中医诊断学研究的新领域,是辨证方法的一次创新。证候→证素→证名,结构清晰,又符合中医辨证的基本原理。近几年,以证素为研究的论文成指数增长,说明其已得到了中医界的认可,并被中医科研和临床广泛应用。然而作为一门新兴学科,证素辨证学部分内容尚待完善,今就其中的辨证计量权值精确性、症状的主次与轻重定量、不同系统疾病计量权值判定、否定症、证素组合成证型问题进行阐述,为今后的研究提供一定的思路,以期让学科更加科学和成熟。

【关键词】 证素辨证; 中医诊断学; 计量诊断

【中图分类号】 R241 **【文献标识码】** A doi: 10.3969/j.issn.1674-1749.2012.12.013

证素辨证学^[1]为朱文锋教授创立的一门用于中医辨证的新学科,开创了中医辨证的新领域,目前已被中医科研和

临床广泛应用。然而作为一门新兴学科,证素辨证学部分内容尚待完善,本文就针对一些方面,加以阐述。

1 提高辨证计量权值的精确性

证素辨证的核心和难点是常见证候(本文中证候指证的外候,是特定证所表现的、具有内在联系的症状、体征等全部证据)的计量辨证,属于计量诊断学内容。《证素辨证学》的出版标志着证素辨证学经过几十年不断发展和完善初成体系。其纳入了 5139 个病例,发布了较为准确的 700 多种证候对近 50 种证素的辨证权值^[1],实属不易。但如果加大

基金项目:湖南省重点学科建设项目(HNPR-2012-03001)

作者单位:410007 长沙,湖南中医药大学中医诊断研究所[梁昊(硕士研究生)、周小青]

作者简介:梁昊(1986-),2011 级在读硕士研究生。研究方向:中西医结合心血管病诊治。E-mail:lianghao118@163.com

通讯作者:周小青(1957-),博士,博士生导师,教授。研究方向:中医诊断学。E-mail:zxq5381@sohu.com

样本量,开展大规模多中心临床试验,辨证权值将更精确。如著名的 GRACE 研究是计量诊断研究的典范,该研究历时 3 年,涉及全球 89 个临床中心,采用统一的研究方法,纳入 70359 个样本^[2],最终挖掘出了急性冠脉综合征的住院病死率和 6 个月病死率,可对病人预后做出准确判断,已经普遍被临床采用。

《证素辨证学》采用了“双层频权剪叉算法”提取症状的辨证权值^[3],其中一些证候的计量值有待商榷,如亡阴和亡阳是现代医学所谓休克状态,均可存在血压低的情况,而证素辨证中血压低只有对亡阳的辨证权值(亡阳=40),亡阴的权值为 0。如果以后的研究中,都建立在该权值上,其结果可信度也会有影响。所以证候辨证权值的确定必须加大样本量,在临床中进一步的验证和改进,以使辨证更加精确。

2 完善症状的主次与轻重定量

《证素辨证学》中提到:对于证候轻重的权值计算,主诉或症重,按权值 $\times 1.5$ 计量;症轻按权值 $\times 0.7$ 计量。然而证候的轻重究竟怎样进行量化分级,是确定证候权值最原始的一步。由于中医理论与临床中往往存在量化指标不足的问题,在诊断和评定医疗效果时往往会因为病人、医生的主观感觉、掌握尺度等差异而出现因地因人而异的问题。这种情况不仅影响着中医诊断的准确度,而且对新药、新疗法的评估与应用也带来了障碍。症状的量化分级是中医计量诊断的重要内容,还需要大量工作加以完善。

症重且是主症这种叠加情况在临床非常常见,是否需要乘 2 次 1.5,《证素辨证学》并没有做出说明。一些病人临床症状比较单一,没有达到诊断阈值,无法判断证素和证型,如病人干咳 10 余日,无其他不适,舌淡红,苔白而干,脉实,病位证素(按最高权值)总计量值肺 $=40 \times 1.5 = 60$,病性证素(按最高权值)总计量值燥 $=24 \times 1.5 + 12 = 48$,病位证素和病性证素均未达到最低阈值 70。临床上有很多是单一症状为主的病人,如偏头痛、腹泻、便秘等,如果按照证素辨证方法,很多病人将无法做出诊断。因此在诊断阈值的设定上还需要结合临床实际加以改进。

3 不同系统疾病计量权值判定

《证素辨证学》中的证候计量权值的确定是建立在囊括了内外妇儿多种系统疾病的数据库基础上,但当代医生大都是专科医生,尤其内科与外科,其诊断与治疗还有着明显的不同。如果只针对专科疾病,证候计量权值可能会发生变化。如下肢水肿,如果是在心血管科心力衰竭病人出现,则其在病位证素上计量权值最高应属心;但如果出现在肾内科慢性肾衰竭病人上,则病位证素上计量权值就很可能属肾。因此证候的计量权值应该针对某一系统甚至是某一疾病来确定,才能更精确,更贴近临床。目前已有多位学者针对冠心病进行了中医证候权值的研究,并取得了一定进展^[4]。

4 丰富否定症内涵

《证素辨证学》中将否定症定义为对某证素能起到否定

诊断意义症状,但这种否定是部分否定而非全盘否定。众所周知,一些症状的出现可以起到鉴别诊断作用,可以排除一些病证的诊断,即全盘否定,如舌苔润滑可以全盘否定燥证。如果否定症只进行部分否定,一些不相关的证素总是不能完全排除,病情复杂的病人证素、证型就会含混交杂,导致出现误诊、漏诊。

病位证素中不宜出现否定症,如不能因胆囊肿大而否定胃的证素,因为临床上胆囊炎亦可以合并胰腺炎,而出现胃脘部疼痛,如果出现否定症必然会影响病证的诊断。对于有等级性质的证素,应当制定全盘否定的症状,如气虚-阳虚-亡阳,气虚和阳虚病人均会出现气短、自汗、神疲等相同症状,但如果病人存在畏寒肢冷、五更腹泻就应当否定气虚证素的诊断。气虚和阳虚存在程度区别,中医一般没有气阳两虚的证型,二者应只存在一种状态,且二者的治法方药也是不同的。

5 证素组合成证型问题

证候 \rightarrow 证素 \rightarrow 证名,既是辨证的原理、辨证的规律,也是辨证思维过程中的三个层次、三个台阶、三个步骤。中医辨证具有多维复杂性,各证候与各证素之间有广泛联系,各证素可组合成无穷的证名。证候、证素、证名三者之间,形成辨证体系的“三阶双网”结构^[5]。《证素辨证学》中从证候到证素的研究已基本成熟,但如何将证素组合成证名却成了盲点。如病人存在心、肺两个病位证素,又存在气虚、阴虚两个病性证素,组合起来就变成了多种情况:心气虚、心阴虚、肺气虚、肺阴虚、心气阴两虚、心肺阴虚等,究竟何种组合才是病人的真实情况,这也是需要用数据挖掘方法加以探索的。《证素辨证学》中还提到另一种常见证诊断方法,即由证候直接辨别证型,如此就跳过了证素辨别,也就失去了证素辨证的核心环节,违背了证素辨证学的原则。

证素辨证学作为一门新兴学科,对中医诊断学贡献是巨大的。本文中提出的这些问题,绝非错误,而是尚未挖掘和完善之处。朱文锋教授在世时,凭一己之力不能完全将学科发展完美,这就需要后人不断努力,开拓创新,加以完善,这样才能使学科更加成熟。

参 考 文 献

- [1] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:1-5.
- [2] GRACE Investigators. Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) Project: a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes[J]. Am Heart J, 2001, 141(2):190-199.
- [3] 朱文锋,何军锋. 确定证素辨证权值的“双层频权剪叉”算法[J]. 中西医结合学报, 2007, 5(6):607-611.
- [4] 贾振华,李叶双,吴以岭,等. 基于熵的复杂系统分划方法在冠心病心绞痛中医证候量化诊断标准研究中的应用[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(9):804-806.
- [5] 朱文锋. 证素辨证研究钩玄[J]. 河南中医, 2009, 29(1):1-4.

(收稿日期:2012-10-06)

(本文编辑:秦楠)