

论经方中的“辨证论治”思维过程

王明炯 余钰

【摘要】 众所周知,辨证论治被认为中医最具特色的治疗思想之一,前贤之论述可谓浩如烟海、多如牛毛,而通过对于“辨证之祖”张仲景《伤寒论》的研究发现,《伤寒论》中正文极少对于疾病的病位和病性做出归纳,仅见寥寥几处。张仲景仅仅提出表、里、寒、热、上焦、中焦、下焦、血少、血弱气尽、瘀热。对于症状和处方之间的思维过程留下了巨大的空白。现代理解的辨证论治或多或少曲解了仲景之本意。本文通过探讨经方中“辨证论治”的方法,认为“病→理→症→药”为经方中独特的思维过程。

【关键词】 辨证论治; 经方; 张仲景; 伤寒杂病论

【中图分类号】 R222.2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.12.019

众所周知,辨证论治被认为是中医最具特色的治疗思想之一,前贤之论述可谓浩如烟海、多如牛毛。从《中医内科学》教材的编排可以看出现代中医界所理解的辨证论治思维过程为:病→理→证→法→方→药。而笔者通过对张仲景

《伤寒杂病论》的研究发现,现代理解的辨证论治或多或少曲解了仲景之本意。《伤寒杂病论》中处方思维的过程为:“病→理→症→药”。现代中医界所津津乐道的“证”可能非仲景之原意的表达。本文通过探讨经方中“辨证论治”的方法,试图还原经方处方的思维过程,从而对“辨证论治”一语提出新的看法。

1 张仲景是否直接提出“辨证论治”?

朱良春大师^[1]认为《伤寒论》是奠定中医辨证论治的基石,张仲景是中医辨证论治的始祖在中医学术界基本无争议,其中“辨证”一词,首见于《伤寒论》序言中的“平脉辨证”^[2]。虽然《伤寒杂病论》全书也未见“辨证论治”一词,但

基金项目:湖南省研究生科研创新资助项目(CX2015B058)

作者单位:410219 湖南省长沙医学院中医学院(王明炯);中南大学湘雅公共卫生学院[余钰(博士研究生)]

作者简介:王明炯(1983-),硕士,讲师。研究方向:中医经典、中医内科。E-mail:2743049460@qq.com

通讯作者:余钰(1988-),女,2013级在读博士研究生。研究方向:精神卫生。E-mail:403616846@qq.com

经过后人(一般认为是王叔和)撰次后,各篇篇目如“辨太阳病脉证并治”“中风历节病脉证并治”等,可见这种“辨某某病脉证并治”“脉证”等。很明显仲景本人并无直接提出“辨证论治”一词,可查证的和辨证论治相关条文仅仅是《伤寒论》原文第 16 条:“太阳病三日,已发汗,若吐,若下,若温针,仍不解者,此为坏病,桂枝不中与之也。观其脉证,知犯何逆,随证治之。桂枝本为解肌,若其人脉浮紧,发热汗不出者,不可与之也。常须识此,勿令误也。”而查阅康平古版《伤寒论》却发现序言中的“撰用素问九卷,八十一难,阴阳大论,胎产药录,并平脉辨证”和“观其脉证,知犯何逆,随证治之”可能为后人所加的注。并且篇目为“辨太阳病”“辨少阳病”……,并无“脉证并治”一语^[3],可见宋版《伤寒论》中的各篇篇目“辨某某病脉证并治”也可能为王叔和整理所得。且《伤寒论》中正文极少对于疾病的病位和病性做出归纳,仅见寥寥几处。仲景仅仅提出表、里、寒、热、上焦、中焦、下焦、血少、血弱气尽、瘀热。对于症状和处方之间的思维过程留下了巨大的空白。基于以上的分析,对于“辨证论治”一词就很有重新审视的必要了。

2 经方中“病”“证”“症候”

孙思邈开篇便引用张湛之语:夫经方之难精,由来尚矣^[4]。可见经方的深奥和学习的困难,在临床上要开出高水平的经方更是难上加难,仲景做出了千古的示范,要想弄懂经方中的处方思维过程,必须将仲景提出的“病”“证”“症候”之间的关系理顺。

2.1 经方的“病”为同一致病因素导致的不同症候群(疾病阶段)

《说文解字》曰:“病,疾加也。”新世纪二版中医诊断学对于疾病的定义为:对该疾病全过程的特点与规律所作的概括与抽象^[5]。这点与仲景对于“病”的理解有所不同,比如“辨太阳病脉证并治”的太阳病很难说是疾病的全过程。从张仲景对于疾病的论述可以看出仲景对于“病”的理解是指一种致病因素导致的一大类症候群(疾病阶段)的高度概括。如在《金匮要略》虚劳病篇中,虚劳可以出现以失精为主症的症候群、以里急为主症的症候群、以腰痛为主症的症候群、“风气”的症候群、失眠为主症的症候群和瘀血为主症的症候群。虽然今天看来这样的患者可能分属于临床各科,但是由于导致患者发病的原因都是劳伤气血导致的,所以仲景将它们归于一个疾病,仲景对于其他疾病的归类与此同。

2.2 经方中的“证”可以理解为与方密切联系的症候群

当代中医对于证的约定^[5]:证是对疾病过程中所处一定(当前)阶段的病位、病性等病理本质所作的概括。显然仲景对于证的理解和今天也不尽相同。仲景在《伤寒论》正文中极少提到“证”,(原文 16 条提到的证,也可能为后人所加)且《伤寒论》中正文极少对于疾病的病位和病性做出归纳,仅见寥寥几处。仲景仅仅提出表、里、寒、热、上焦、中焦、下焦、血少、血弱气尽、瘀热。这直接导致关于辨证论治的概念目前不下十几种,然而辨证论治作为一个整体而连贯的思维过程究竟包含哪些内容?辨病是辨证的一部分还是独立

于它之外的疑问的产生^[6]。

笔者认为如果以某某汤的治疗症候群来定义“证”,最贴合仲景本义。如桂枝汤证、麻黄汤证,所表达的含义为桂枝汤或者麻黄汤所能治疗的一组症候群。可以认为仲景理解的证为一组特定的症候群,临床中表现出这组症候群的患者可能有最具代表性的症状,也可能没有。如酸枣仁汤证属于前者,薯蓣丸证属于后者。

2.3 现代对于“症候”的定义与张仲景的观点相同

现代对于症候的认识为:通过四诊所收集到的病情资料,主要包括症状体征和病史^[5]。“症状”是指病人主管感受到的痛苦和不适,如头痛、耳鸣、胸闷、腹胀等;“体征”是指客观能检测出来的异常征象,如面色白、喉中哮鸣、大便腥臭等。而症状和体征又可统称症状,简称“症”。仲景对于症状的论述除了个别用语不同之外,其余定义皆同于今天。

3 处方的两种思维过程

3.1 病→理→证→法→方→药为临床最常用的思维过程

任应秋^[7]认为:所谓“辨证”,主要是根据病人的症状(包括舌苔、脉象)以及发病的原因、病变的经过、治疗的情况等等,运用中医的基本理论如:脏腑、经络、病因、八纲各种知识,进行综合分析,探索疾病的病理变化,判断疾病的所在部位,明确疾病的主要成因,最后对疾病作出属于什么性质的“证候”的诊断,这就是“辨证”。任师的思想对今天的中医界影响很深,从《中医内科学》^[8]教材的编排可以看出,病→理→证→法→方→药为中医界主流的思维过程。如:感冒作为一个疾病病名诊断,首先分析感冒的病因病机,诊断鉴别,再将感冒分为风寒束表证、风热犯表证、暑湿伤表证、气虚感冒、阴虚感冒。然后归纳每个证的治法、方,在方之下做出加减用药。通过教材这样的思维培养,临床中,医生通过四诊收集患者的所有症状,诊断为“某某病”,再归纳为“某某证”,再寻找相应的处方,再根据患者的症状特点做出加减。值得一提的是由于中医界对于“病”“证”的看法不一、争论不休,每次新版的《中医内科学》教材对于证型的论述都会或多或少做出改变。

3.2 病→理→证→药为经方中独特的思维过程

经方中思辨过程和今天的主流的思辨过程差异明显,对于患者,仲景同样是先定义“某某病”,如“太阳病”“百合病狐惑阴阳毒”“胸痹心痛短气病”等,然后论述导致发病的机理和脉像特点,再是一组特定的症候群,最后是处方,药物加减。以《金匮要略胸痹心痛短气病脉证并治第九》篇为例:“第 1 条:师曰:夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹、心痛者,以其阴弦故也。第 2 条:平人无寒热,短气不足以息者,实也。第 3 条:胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气,寸口脉沉而迟,关上小紧数,栝蒌薤白白酒汤主之。第 4 条:胸痹不得卧,心痛彻背者,栝蒌薤白半夏汤主之。第 5 条:胸痹心中痞,留气结在胸,胸满,胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之。”

通过《伤寒杂病论》的思维培养,一个经方家临床中面对患者的复杂症候群,首先应该辨为什么病,分析出引起症候群的致病因素。然后想到是药,且经方家力图用最精

的药物治疗最多的症候群。经方家对于药物的功效理解是网状的,一个药物可以治疗症候群的多种症状。而不是先归纳为什么证。因为证是相对的,是对于疾病特点的高度归纳,而症候是绝对的,是对于疾病的客观描述。值得一提的是仲景已经列出的“桂枝汤证”“麻黄汤证”等,好比教学的模板,起到了一个示范作用,因为临床中仲景方不可能治疗天底下所有的病证,后世可以通过学习仲景的处方思维而开出新的处方治疗新的病证,从这点来看,称张仲景是中医的“辨证论治”之祖师,完全是实至名归。

3.3 经方是治疗功效最大化的代表方

以《金匱要略》中的小建中汤证为例,“虚劳里急,悸,衄,腹中痛,梦失精,四肢酸疼,手足烦热,咽干口燥,小建中汤主之”。小建中汤的药物是如何治疗虚劳出现的这些症状呢?首先必须了解病机。

虚劳里急—《诸病源候论·卷三》:“虚劳则肾气不足,伤于冲脉。冲脉为阴脉之海,起于关元,关元穴在脐下,随腹直上至咽喉。劳伤内损,故腹里拘急也。”

悸—《诸病源候论·卷三》:“虚劳损伤血脉,致令心气不足,因为邪气所乘,则使惊而悸动不定。”

衄—《诸病源候论·卷四》:“血之与气,相随而行,俱荣于脏腑。今劳伤之人,血虚气逆,故衄。衄者,鼻出血也。”

腹中痛—《诸病源候论·卷三》:“虚劳者,脏气不足,复为风邪所乘,邪正相干,冷热击搏,故心腹俱痛。”

梦失精—《诸病源候论·卷四》:“肾气虚损,不能藏精,故精漏失。其病小腹弦急,阴头寒,目眶痛,发落。”

四肢酸痛—《诸病源候论·卷三》:“劳伤之人,阴阳俱虚,经络脉涩,血气不利。若遇风邪与正气相搏,逢寒则身体痛……”

手足烦热—《诸病源候论·卷三》:“虚劳而热者,是阴气不足,阳气有余,故内外生于热,非邪气从外来乘也。”

咽干口燥—《诸病源候论·卷三》:“此由劳损血气,阴阳断隔,冷热不通,上焦生热,令口干燥也。”

针对悸、衄:桂枝可以主“上气”“利关节”,又可以“久服通神”,配合饴糖“补虚冷,除唾血”;针对腹痛、四肢酸痛、虚劳里急重用了白芍来“止腹痛”“缓中”,配合桂枝可以“去冷风疼痛”;针对手足烦热,仲景用桂枝和白芍来恢复患者损伤的阴阳之气,用生姜红枣补益营卫,以滋化源。炙甘草在《黄帝内经》中可以主“五脏六腑寒热邪气”,大枣可以“主心腹邪气,安中养脾助十二经,通九窍,补少气,少津液,身中不足,大惊,四肢重。”生姜在《名医别录》^[9]中可以“去淡,下气,止呕吐,除风邪寒热”。针对咽干口燥,除了用桂枝汤来调和阴阳,还重用了饴糖补益气血。《名医别录》^[9]云:“饴糖主补虚乏,止渴,去血。”《千金要方·食治》^[4]云:“补虚冷,益气力,止肠鸣,咽痛,除唾血,却咳嗽。”

针对虚劳病出现的“虚劳里急,悸,衄,腹中痛,梦失精,四肢酸疼,手足烦热,咽干口燥”症候群仲景处以小建中汤,显然,小建中汤中的药物功效就像一张严丝合缝的“网”,涵盖了此虚劳里急症候群条文中描述的种种症状,从另一方面看,小建中汤的药物组成不仅能够涵盖虚劳里急症候群引起的这一组症候,并且是最少最精的药物组

合,这也是经方威力强大的原因之一。《伤寒杂病论》中其他方与此同。

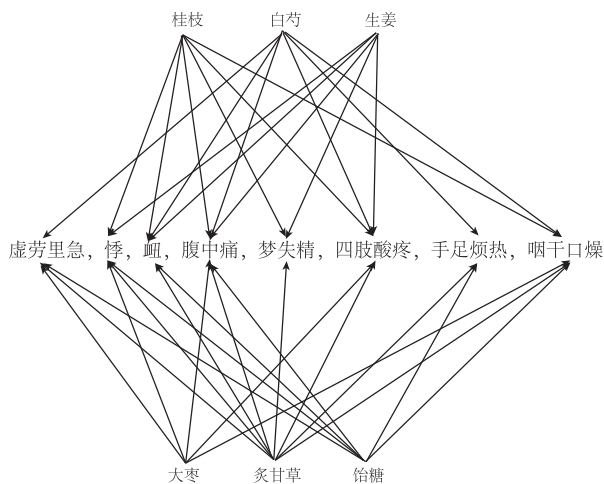


图1 小建中汤中药物针对疾病症状的作用

4 结语

经方中的辨证思维过程和今天主流中医认同的辨证思维过程不同,今天主流的辨证方法过程忽略了经典方剂的“如何产生”的思维过程,导致今天的中医界对于证型的理解争议颇多,不同医生对于同一个病人很可能归结出不同的证;而经方中处方思维的过程为“病→理→症→药”,通过这种思维方法开出的经方中每位药物可以治疗多个症状,并且是最少最精的药物组合;通过学习经方这种思维,对于“证”的认识就不会这么混乱,而归于—;这些都是经方历经千年而不衰的根本原因。基于以上分析,笔者认为将今天认为的“辨证论治”理解为“辨症论治”更加贴合仲景的本意,值得大家深入探讨和研究。

参 考 文 献

- [1] 朱良春.《伤寒论》奠定中医辨证论治的基石[J]. 中医药通报, 2007, 6(2): 14-19.
- [2] 李宇铭. 论“辨证论治”的本义[J]. 中医药通报, 2011, 10(2): 38-40.
- [3] 叶橘泉. 古本康平伤寒论[M]. 长沙: 湖南科技出版社, 1988: 8, 93.
- [4] 唐·孙思邈. 备急千金要方[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1997: 1, 819.
- [5] 朱文峰. 中医诊断学(新世纪二版教材)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 14-16.
- [6] 邸若虹, 李永健, 崔花顺, 等. 辨证论治的困惑与思考[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 2(4): 259-260.
- [7] 任应秋. 谈谈中医的“辨证论治”[J]. 陕西中医药, 1976, (1): 55-59.
- [8] 吴勉华, 王新月. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [9] 梁·陶弘景. 名医别录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 81, 130.

(收稿日期: 2015-06-16)

(本文编辑: 韩虹娟)