

· 学术探讨 ·

中医临床方病对应关系的思考

刘 玥 史大卓

摘要 “辨病论治、方病对应”,是中医临床治疗疾病的一个重要模式,其虽源于《内经》,但少有系统论述。现代中医临床面对的多是西医学诊断相对明确、具有特定病理生理变化的疾病,中医如何认识这些特定的病理生理变化,发挥自身优势,提高临床疗效,为现代中医临床不可回避的问题。笔者通过对中医“方病对应”关系的历史发展、临床应用及其与“方证对应”的差异进行系统阐述,提出中医临床应“方病对应”和“方证对应”相结合,以病为主轴,总结疾病辨治规律,提高中医方药治疗的针对性。

关键词 方病对应;方证对应;辨证论治;辨病论治;病证结合

Thinking on the Relationship of Formulas Corresponding to Diseases in Chinese Medicine LIU Yue and SHI Da-zhuo Department of Cardiology, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Institute of Cardiovascular Disease, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100091)

ABSTRACT "Treatment based on diseases identification and formulas corresponding to diseases" is one of important therapy modes of Chinese medicine. Although it originates from *Huangdi Neijing*, it is seldom systematically discussed. Modern Chinese medicine (CM) now faces diseases mostly with comparatively confirmed Western medical diagnoses. Most of them have specific pathophysiological changes. How to interpret these specific pathophysiological changes, play CM's advantages, and improve clinical efficacies has become an inevitable problem for modern CM in clinic. Authors expounded historic development and clinical application of "formulas corresponding to diseases", and its difference from "formulas corresponding to syndromes", put forward that we should combine "formulas corresponding to diseases" and "formulas corresponding to syndromes" in CM clinics. We should focus on the disease and summarize treatment rules, thereby improving targeted CM formulas.

KEYWORDS formulas corresponding to diseases; formulas corresponding to syndromes; treatment based on syndrome differentiation; treatment based on disease identification; combination of disease and syndrome

中医临床诊治疾病多是根据临床症状和病因做出“病”的诊断,在四诊合参的基础上归纳出“证”的概念,然后针对“证”的寒热虚实,采用自然药物的阴阳属性去调整或纠正机体阴阳的偏盛偏衰,使之达到阴平阳秘、相对平衡状态。“辨证论治”和“辨病论治”,一直是中医临床诊治疾病的两种模式,且两者相互交叉、互为参照。基于“辨证论治”,证形成的病因、病机

决定了方药的选择,方药的配伍对应于“证”所包含的病势、病位、病性的信息和脏腑气血的复杂联系。此种诊治疾病的模式称为“方证对应”^[1,2]。基于“辨病论治”,疾病内在的病理生理变化,即疾病固有的发生发展规律决定着方药的选择,方药的配伍针对疾病的病理生理变化,此种模式称为“方病对应”。关于方病对应,虽然早在 2 000 多年前的中医经典著作《内经》中即有论述,而且现代临床医者皆自觉或不自觉地将其应用于疾病的诊治,但却少有系统的论述。

随着西医的迅速发展和普及应用,现代中医临床所面对的绝大多数不再是概念模糊、笼统的传统中医病名,如“胃脘痛”、“心悸”、“泄泻”、“胸痹”等,而是西医学诊断相对明确、具有特定病理生理变化的疾病。中医学如何认识这些具有特定病理生理变化规律的疾

基金项目:北京市中医药科技发展基金资助项目(No. JJ2013 - 66);国家自然科学基金资助项目(No. 81403266)

作者单位:中国中医科学院西苑医院心血管病中心 中国中医科学院心血管病研究所(北京 100091)

通讯作者:史大卓, Tel: 13911972856, E-mail: shidazhuo@126.com

DOI: 10. 7661/CJIM. 2015. 07. 0882

病,如何发挥整体辨证的优势去诊治这些疾病,提高中医方药治疗的针对性,成为现代中医临床不可回避的问题。因此,对“方病对应”的历史发展、临床应用及其与“方证对应”的差异进行系统梳理甄别,对提高中医临床疗效具有重要的意义。

1 “方病对应”的历史沿革

中医“方病对应”诊疗学的基础是“辨病论治”,其源于《内经》。《内经》中多处提及相关的“病名”,如“痹论”、“痿论”、“咳论”及“寒热病”、“水肿”、“热病”等,强调明确疾病诊断的重要性。《内经》中针对疾病的治疗方药虽然不多,但多以辨病论治为主,以方病对应为主要治疗模式,如《素问·腹中论》“有病心腹满,旦食则不能暮食,治之以鸡矢醴,一剂知,二剂已”;《素问·病能论》“有病怒狂者,……以生铁落为饮”等。这应是中医学“方病对应”治疗模式的肇端。东汉末年《伤寒杂病论》中强调病脉证治,注重某个疾病的传变规律,确立相应的治法和方药,如太阳病用桂枝汤、麻黄汤,少阳病用小柴胡汤,阳明病用白虎汤、承气汤,太阴病用理中汤,少阴病用四逆汤等;同时亦有辨病治疗的专方专药,如治疗狐惑病的甘草泻心汤、治疗百合病之百合地黄汤等,促进了“方病对应”的发展。晋唐时期医家葛洪指出,临床应“分别病名,以类相续,不先错杂”;唐代孙思邈提倡,“夫欲理病,先察其源”。这里的“分病别类”、“察病求源”,表明当时医家注重探求疾病的病因病机,注重辨病论治。《千金方》与《外台秘要》,在专病方药方面较仲景又有发展,如治瘰用羊靛(羊甲状腺)、海藻、昆布方;治消渴用地黄、黄连;治痢用苦参;治夜盲用羊肝等。至宋、金、明、元、清时期,辨证论治得到迅速发展,辨病论治发展则相对滞缓,但亦不乏重视辨病论治的医家,如宋代陈言的《三因极一病证方论·五科凡例》指出:“因病以辨证,随证以施治”。清代张璐在《张氏医通》卷十三至卷十五中列出内、外、妇、儿诸科各病的专方。清代徐灵胎的《兰台轨范》指出:“欲治病者,必先识病之名,能识病名,而后求其病之所由生。知其所由生,又当辨其生之因各不同,而病状所由异,然后考其治之之法。”迨至近代,随着传统中医临床实践经验的不断总结升华,许多中医临床医家重新审视辨病论治的重要性,著名中医专家岳美中教授曾说:“现代中医界流传着一种只重证不重病的错误倾向,理由是凭藉八纲的阴阳、表里、寒热、虚实所表现的不同症状,施以治疗,就可以解决各种不同的疾患,我认为这是把辨证论治庸俗化了。病是基本矛盾,证是主要矛盾,各有自身的特殊性^[3]。”

因此,着眼于贯穿疾病基本矛盾的“辨病论治”及“方病对应”,自古至今皆是中医临床治疗疾病的一个重要模式,其与辨证不同的是辨证着眼于疾病某阶段整体症状、体征的综合,而辨病则注重于疾病内在的病理生理改变。两者在认识和治疗疾病方面,各有侧重,不可偏废。

2 “方证对应”的局限性

“方证对应”的核心在于强调临床治疗疾病“有是证用是方”或“一证一方”。中医的“证”是医者对患者症状、体征主观认知的概括归纳,主观认知的能力不同,对同一患病个体症状、体征的认知必然会出现差异,因而“证”具有模糊性和不确定性的特点。与“证”相对应的治疗便显得较为灵活,难以统一规范。此外,临床即使辨证相同,不同医生因临床经验和学术背景不同,也会采取不同方药治疗。此外,临床用于某一证的方剂常有多首,即“同证异方”;同一方又可用于数个证,即“同方异证”,两者都能获得一定疗效^[4]。“同证异方”和“同方异证”,提示中医方证关系可能并不是一方一证的对应关系,更多情况是表现为方剂与证候间不同程度地对应,即方证不同程度的关联^[5]。中药成分是中药药效的基础,一味中药可含有几十种甚或上百种成分,由多味中药组成的中药复方所含成分则更为复杂。人体是一个复杂系统,当复杂方药系统作用于复杂人体的证时,完全有可能表现出多方面的效应,呈现出不同的临床疗效。

“方证对应”在一定程度上忽视了中医辨病。辨病强调疾病内在的病理生理变化规律。临床上异病同证,治疗上往往有很大差异,如胃癌、慢性胃炎、心肌梗死、心绞痛、胰腺炎、胆囊炎等,某一阶段都有可能出现胃脘痛,表现为脾胃阳虚证,如果仅按中医脾胃阳虚的胃脘痛辨证论治,显然失于宽泛,如遇胃癌或心肌梗死患者,因未得到及时诊治,还会延误病情,甚至贻误生命。又如高血压病、更年期综合征、甲状腺功能亢进症等疾病,某一阶段都可表现为肝阳上亢证,但却各有特点:高血压病易化风化火,更年期综合征以肾虚为本,甲状腺功能亢进多易发展为痰气交结^[6]。再者,临床许多慢性疾病在初期或代偿阶段,患者可无任何不适症状,或仅理化检查出现异常,此时中医治疗因无证可辨,施治亦难。约 40% 的高血压病患者可无临床症状^[7];约 50% 的 2 型糖尿病患者可无典型的“三多一少”的临床症状^[8];慢性乙型肝炎患者,大约有半数患者无临床症状^[9];另外慢性肾功能不全的代偿期、无症状性蛋白尿及高脂血症等患者均可不出现任何临床症状。对于上述疾病,中医临床如何实践“方证对

应”？显然，仅满足于辨证论治、方证对应，不注重疾病固有的病理、生理变化，就难以提高治疗的针对性和临床疗效，有时还会陷入无证可据、无方可施的尴尬局面。

3 “方病对应”的临床应用

“方病对应”重在辨病的基础上病证结合，将西医对疾病病因、病理、生理改变的认识融入中医诊治疾病的范畴，以提高中医干预方药与所治疾病病理生理改变的针对性。病证结合临床诊疗模式融合了中医、西医病理学和中西医诊疗学，体现了疾病共性规律与患病个体个性特征的结合^[10,11]。有学者提出“因病—因证—因症结合”的中医组方模式，强调将辨证论治的用药与病、症的专药专方结合起来的遣药组方思路^[12]，与“方病对应”的中医辨治模式多有相似之处。在传统中医临床辨治实践中，“方病对应、因证易方”十分常见，如对“肾虚证”的选方，哮喘用金匱肾气丸、七味都气丸、参蛤散加减，泄泻用四神丸，头痛用大补元煎，眩晕用左归丸、右归丸，腰痛用青娥丸，阳痿用五子衍宗丸、赞育丹等。上述方药的选择，既有针对“证”的共性，亦有对应“病”的差异。

现代医学对疾病病理生理的认识，建立在解剖学、病理学及生理学之上，充分利用了现代的先进科学技术方法；中医学对疾病病理生理的辨证认识则基本源于整体归纳、演绎的思辨，即“黑箱思维模式”。由于缺乏微观、量化的定位、定性分析，其归纳的证也带有某种程度的模糊性。因此，中医传统临床的辨证施治在历史长河中，虽然宏观模糊的整体认识不断发展，如伤寒学说、温病学说、伏气学说、瘟疫论等，但鲜有清代王清任建立在解剖和中医学理论结合基础上的“血管无气”、“气虚血瘀”等认识突破，而多是在天人合一、取类比象及演绎归纳基础上形成的不同认知，难以和客观的病理变化有机结合。和西医充分利用现代科学技术方法观察人体病理生理变化和研发针对性的治疗药物相比，便显得蹉步缓慢，只能靠漫长反复的主观观察的感性认知，对已往的理论进行完善和补充。

不断应用西医学理化检查和影像学技术，扩大和拓展医者的诊断视野，认识和分析观察到的新内容、新现象，是中医辨病论治、方病对应的一个重要方面。如冠心病，中医学将其归属于“胸痹心痛”范畴。《金匱要略·胸痹心痛短气病》指出其病因病机为“阳微阴弦”，由胸阳极虚、阴寒痹阻、胸阳失展而致。20世纪60~70年代以前，临床治疗多采用宣痹通阳法或芳香温通法治疗。冠心病的基本病理改变是冠状动脉粥样硬化(atherosclerosis, AS)狭窄、痉挛、血栓形成，与

血管内膜增生、AS斑块形成、血小板黏附聚集、血栓形成等密切相关，和中医血脉凝涩不通十分相似。60~70年代后，郭士魁名老中医、陈可冀院士等倡导“血瘀”为冠心病的主要病机。在此基础上，针对冠心病基本病理变化，方病对应，主张以活血化瘀中药为主进行治疗，显著地提高了临床疗效，目前活血化瘀方药已成为中医治疗冠心病心绞痛最常用的方药^[13]。再生障碍性贫血，归属于中医学“虚劳”、“血证”的范畴。20世纪70年代以前，根据脾主生血的认识，多采用健脾养血法，方选归脾汤或当归补血汤加减治疗；70年代后，因本病基本病理改变为骨髓造血功能减低或衰竭，周霭祥等^[14]、刘锋等^[15]将中医肾主骨生髓的认识和西医的病理改变有机结合，尝试从补肾填精为主治疗，疗效获得较大提高。现代CT检查技术，可对脑出血做出明确诊断，陈健等^[16]根据“离经之血”便是“瘀血”的认识，突破脑出血忌用活血化瘀药的禁忌，采用活血化瘀方药治疗，在解除血肿对周围组织的压迫反应，缓解或消除血肿周围脑组织水肿，改善脑神经组织缺血、缺氧及坏死等方面，显示有优于以往凉血止血治法的效果。类风湿关节炎，中医学认为“风、寒、湿三气杂合而为痹”，采用祛风散寒化湿方药治疗，往往疗效欠佳。有人根据类风湿关节炎骨节肿胀、畸形强直、疼痛夜间为重的临床症状，认为急性期病机属热毒在肝肾经筋，应用清营汤合五味消毒饮加减治疗；慢性期病机属肝肾亏虚、寒湿瘀热在筋骨，采用桂枝芍药知母汤加温肾散寒、祛风化湿、活血通络药物治疗，使部分患者病情得到了较为满意控制^[17]。对于某些疾病无症状阶段的中医诊治，借助“辨病论治、方病对应”也可补辨证论治之不足。如对于无症状的2型糖尿病患者，四诊常无异常发现，但高血糖的危害一直进展，对此种状态的中医辨治，魏子孝认为病机与脾肾不足密切相关，着眼于控制慢性并发症的发生、发展，提出抑胃健脾、补肾固本为主要治法，辅以燥湿化痰、活血化瘀治标祛邪，同时结合现代中药药理学的研究成果，显示有一定疗效^[18]。

“方病对应”对中西医结合基础研究也有一定应用价值。如中西医病证结合动物模型的研究，在具体疾病动物模型的基础上，观察中医证候特征及对应方药的作用特点，复制出既有现代疾病特点，又具备中医证候特征的药物模型，对揭示中医病因治病的内涵具有重要意义^[19]。直接采用西医疾病模型，不另外施加中医的病因造模，动态观察疾病发生、发展和转归过程中中医证候的演变特征，此种模式可能更符合临床。如刘玥等^[20]借助腹腔注射小剂量链脲佐菌素和高脂饲

料喂养方法建立 2 型糖尿病胰岛素抵抗大鼠模型,在自然病程下通过其外在表征及相关实验室指标的动态变化,观察分析该模型的中医证候学特征,发现该模型随着时间延长,表现出在气阴两虚基础上,逐渐合并痰浊及血瘀的中医证候特征。同时发现益气养阴、益气养阴化痰及益气养阴化痰活血方药不仅对各阶段中医证候有改善作用,还对高血糖及血脂异常有一定的调节效果,由此推测该模型可能是一个有价值的 2 型糖尿病中医证候演变的病证结合动物模型^[21]。

4 前景与展望

辨病论治、方病对应治疗现代医学疾病,着眼于疾病自身病理和病情演变,可以弥补单纯宏观整体辨证施治的不足,但不应停留在西医诊断、中医辨证分型治疗或专病专方专药治疗的水平。针对某一疾病,简单的中医分型在一定程度上还会掩盖疾病的复杂性、多变性,引导医者的思维趋向单一和片面,即病—证—方的线性模式,这会妨碍中医临床治疗学的发展和疗效的提高。中医的辨病论治、方病对应亦非是简单地将西医病理生理改变对号入座,而是运用中医学理论认识现代科学技术方法所观察到的病理生理改变,探讨疾病辨治规律的一种方法。辨病指导下的方病对应治疗较单纯辨证论治更有针对性及可重复性。因此,临床方病对应和方证对应结合,以病为主轴,总结疾病的辨治规律,探索疾病发生发展过程中各阶段的病情特点和相应的治疗方法,对中医临床具有重要作用。

参 考 文 献

[1] 熊兴江. 方证对应史研究[J]. 中西医结合学报, 2010, 8(6): 581-588.

[2] 谢鸣. 方证对应的科学问题及其研究[J]. 医学研究杂志, 2006, 35(10): 8-10.

[3] 陈可冀主编. 岳美中全集(上编)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 11.

[4] 王洪海, 谢鸣. 关于“同证异方、同方异证”的思考[J]. 中医杂志, 2006, 47(4): 253-254.

[5] 谢鸣. “方证相关”逻辑命题及其意义[J]. 北京中医药大学学报, 2003, 26(2): 11-12.

[6] 史大卓, 陈可冀. 中医辨病施治的思路与方法探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 1996, 16(9): 569-570.

[7] Gu YM, Thijs L, Li Y, et al. Outcome-driven thresholds for ambulatory pulse pressure in 9 938 participants recruited from 11 populations [J]. Hypertension, 2014, 63(2): 229-237.

[8] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2010 年版) [J]. 中国糖尿病杂志, 2012, 20(1): 81-117.

[9] 齐小秋, 王宇主编. 全国人群乙型肝炎血清流行病学调查报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 6-52.

[10] 李建生. 病证结合模式临床研究与应用若干问题思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(10): 1302-1304.

[11] 陈可冀, 蒋跃斌, 谢元华. 病证结合治疗观的过去与现在[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 437-443.

[12] 邢超. 因病—因证—因症结合组方模式的探讨[D]. 北京: 北京中医药大学, 2007.

[13] Chen KJ, Shi DZ, Xu H, et al. XS0601 reduces the incidence of restenosis: a prospective study of 335 patients undergoing percutaneous coronary intervention in China [J]. Chin Med J, 2006, 119(1): 6-13.

[14] 周霁祥, 王天恩, 杨经敏, 等. 益肾生血片为主治疗再生障碍性贫血的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(10): 603-606.

[15] 刘锋, 李柳, 刘驰, 等. 补肾中药辅助抗胸腺细胞球蛋白治疗急性再障疗效分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 20(7): 768-770.

[16] 陈健, 刘尧斌, 纪家镛, 等. 丹参类制剂对脑出血急性期应用的疗效及安全性评价[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 19(6): 557-559.

[17] 史大卓, 徐浩, 李立志, 等. 中医临床优势和发展方法思考[J]. 世界科学技术—中药现代化, 2000, 2(5): 19-22.

[18] 张广德. 魏子孝治疗无症状糖尿病的经验[J]. 世界中医药, 2010, 5(4): 252-253.

[19] 吕爱平. 病证结合动物模型研究—从理论创新到技术挑战[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(1): 6-7.

[20] 刘玥, 谢鸣, 张业. 2 型糖尿病胰岛素抵抗大鼠模型中医外观表征的变化[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(14): 127-131.

[21] 刘玥, 谢鸣, 张业. 基于实验室指标动态变化的 2 型糖尿病胰岛素抵抗大鼠模型中医证候演变规律研究[J]. 中西医结合学报, 2012, 10(1): 100-108.

(收稿: 2014-01-17 修回: 2015-03-19)