



□毛峥嵘

浅谈证候的表达形式

证候是疾病本质的反映

证候是人们在中医理论指导下,通过“望、闻、问、切”等手段,对收集到的症状和体征进行科学思维的结果。它不是狭隘经验,也不是脱离实际的空谈理论,它是疾病本质的反映,它的内涵应是疾病发展过程中某一阶段(时间)或某一侧面(空间)的质与量。它能够不同程度地揭示疾病的病位、病性、病因、病机,甚至病变过程中的量差。其外延则应是一个

或若干个有内在联系的症状群。每一个症状群都能准确地反映疾病演化的实质,而那种无内在联系的若干症状是不能称为证候的。

根据有关资料统计,临床常用证候有300多个。这些证候既保留了经过历代千锤百炼的丰富经验,又含有近年来人们对证候研究的新知。这些证候记载于典籍内,便成为人们认识证候的阶梯。但是,

就证候的表达形式而言,多数书本仅有一个组合性的证候群,它远不能充分地揭示证候的本质。因此,证之于临床,时常有阴差阳错之现象。那么,怎样才能正确地表达证候的内涵,做到内涵与外延的辨证统一呢?从临床实际出发,只有分主次地表达形式,才能解释证候的本质。现举“肝火犯肺证”为例,敬陈管见,谬误之处,希望指正。

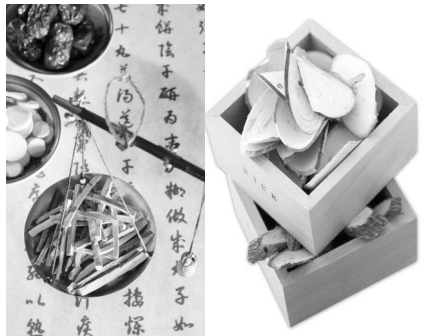
证候的内涵

在正常生理状态下,五行学说中的金(肺)是客伐木(肝)的,而木复生火,火却是克伐金(肺)的。这种金克木、木生火、火克金的微妙关系,在五行学说中称为承制。这种承制关系有维持五行运动生化的作用。

但在病理状态下,五行学说中的承制关系必然被打破,生克一有太过,则克固为克,生亦为克。若木气有余,则肝木之少火便成为有害之壮火,这种壮火反能欺侮肺金。“气有余,则制己所胜而侮所不胜”“侮所不胜”称为“胜侮”,又名“反克”。其病理特点为(肝)木气有余为火,(肺)金气失肃,阴液受灼。但肝木有余之火可上升于头,可犯胃,可乱心,可灼肺,

可下吸肾水;而金气失肃,阴液受灼的原因,也绝非木气有余所独害,其他有秋燥、温热、辛辣之物等均为致因。而我们所说的“肝火犯肺证”,其内涵应当是有情志不遂,肝郁化火,灼伤肺阴,而致肺气失于肃降的证候。在其内涵中,包含有病位(肝、肺)、病性(火伤阴、伤气)、病因(情志不遂)、病机(肝郁化火、肺的气阴受伤)、演化过程(肝→肺)。

同时,其中贯穿着中医基本理论中的阴阳五行学说、病因学、病机学、诊断学以及脏腑辨证学等。如果抛弃这些理论或其中的某些部分,证候就不能成立,或者不能完全成立。不论是伤寒证候、温病证候、内科证候、外科证候以及其他分科证



候,都不能离开这个原则。只是由于每类证候的内涵有异,所以采取的基本理论略有不同而已。

证候的本质

证候概念明确,若不能确切地表达,即不能用正确的方法划分证候的外延部分,那么证候的本质仍然是模糊不清的。张仲景在《伤寒论》中,对于有的证候外延部分的划分就显得比较合理、全面。例如吴茱萸汤证(按汤证分类法),其内涵是肝胃寒凝,浊阴上泛。其外延则有:1.食谷欲呕;2.吐利,手足逆冷,烦躁;3.干呕,吐涎沫,头痛。这三组症状群在临床上可以是并行不悖的,当然也会有三组症状群同时

出现的复杂症状群。如果我们把这三组症状群进行比较分析,就会发现它有主证、次证之别。其主证为呕吐;次证为头痛、下利、手足逆冷。这种表达形式就比那种单一的表达形式更接近临床实际,更富有哲理性。若把肝火犯肺证的外延按照这种形式描述,则应当是:1.胸胁疼痛,咳嗽气逆;2.胸胁疼痛,干咳嗽痛;3.脉痛,咳嗽吐血;4.胸肋不适,咽痛声哑。据此,还可能举出几组。如果我们把脉弦数,舌

质红,舌苔少加入每组症状群,就显得更具体、更合理。但翻阅现行中医书籍上的证候,其表达形式多是一组或者是二三组。

我们不可否认有的证候外延仅有一组证候群,特别是那些复合式的证候群,例如伤寒证候中的太阳表虚经输不利证;温病证候中的热入厥阴虚风内动证;内科证候中的营血亏损筋脉失荣证等。但就大量临床实际来看,则表现为多组症状群的证候,例如伤寒证候中的太阳表虚证;温

病证候中的风伤肺卫证;内科证候中的肝脾不和证等,有的书籍虽然把证候的临床表现都罗列出来,但缺少有机的内在联系,所以就显得不分主次,轻重无序。以肝火犯肺证为例,其临床表现为“胸肋灼痛,咳逆上气,甚则咯血,急躁易怒,头暈目赤,烦热口苦,舌红苔薄黄,脉弦数”(见全国高等医药院校教材《中医学》86页)。

这基本上概括了肝火犯肺的症状与体征。但是,什么是主

证?什么是次证?症状与体征之间有什么内在联系?它们有哪些常见的组合形式?这种内在规律是不清楚的。如果我们结合临床来分析,就会发现该证候的常见主证是肋痛、咳嗽、舌红、脉数,余为次证。在其主证、次证基本确定的情况下,其临床表现就不是一组证候群,而是多组证候群。我认为,这样分析、叙述,不仅有利于辨证论治的顺利进行,还为证候的规范化奠定了基础。

现代研究是认识证候的延续

人们对证候的认识是随着时间的推移而逐渐加深的。我们当前对证候的研究,实际上是几千年历代医家对证候认识的延续。这种延续应当是质的提高,不应当是简单的文字组合。

追溯凝结在古典医籍中的这部分精华,采取近代医家的临床经验,不仅使我们对证候有一个统一认识,更重要的是能在科学技术发展的今天,使中医的辨证水平得到提高,以利于中医临床、

教学、科研工作的提高。

当然,对于中医证候的研究,应当从几方面同时进行,例如文献研究,利用现代科学技术的研究,从哲学角度去研究,或者进行诸方面的综合性研究。但这些研

究必须以中医理论为指导,以临床实践为基础,坚持在中医理论指导下的实践,和有实践基础的理论研究,这是最根本的方法。就目前中医现状来讲,证候的表达形式还是坚持实事求是,分清

主次,分组式阐明为好。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院;本文由第三批全国中医药专家学术经验继承工作指导老师、全国首届百名中医药科普专家毛德西指导)

中医药在术后冠心病患者中的应用思路

□王广见 王书博

冠心病是一种常见的老年病,它是当今危害老年人身体健康的疾病之一,且有向年轻化倾斜的趋势。所谓冠心病,就是冠状动脉粥样硬化性心脏病,它包括心律失常、缺血性心力衰竭、心绞痛和心肌梗死等。临床表现或无自觉症状;或胸闷闷痛,气喘心慌,咽部有压迫感;甚至胸痛剧烈、呼吸困难、大汗淋漓以及昏厥休克等症状,属于中医“真心痛”的范畴。血管狭窄,心肌梗死,采取以支架、搭桥为治疗措施。

通过支架、搭桥后,一些患者有3种不良心理:一是恐惧心理,害怕旧病复发,这会加重病情;二是盲目心理,“病急乱投医”,求遍“名医”,服遍“名药”,结果是药物混杂,甚至产生拮抗作用,不仅无益,反而有害;三是麻痹心理,错误地认为通过支架、搭桥是一劳永逸的。殊不知支架、搭桥不是万能的,仅是权宜之计。动脉粥样硬化性斑块还会继续生长,时常会引发动脉再度狭窄,血栓一旦形成,等于身体内埋藏了一颗“定时炸弹”,随时会有发作的可能。为此,通过支架、搭桥后,患

者不能麻痹大意。

笔者从中医角度来分析冠心病通过支架、搭桥后的病因、病理,运用中药调理身体,竟收到预期效果。冠心病的病因是“血瘀”,“血瘀”就是“血痹”,“血痹”实际上是“心痹”,“心痹”是心脏血管堵塞。人以气血为本,气血是生命的必需物质,血气冲和,百病不生;血气不和,万病生焉。气病及血,血病及心,“心主血”,血病与心关系密切。心主神明,是生命的统帅,心病是各脏腑组织的病中之病。气为血帅,血为气母,气行血行,气滞血凝,冠心病开始是气郁,最终是血瘀。影响气机正常运行的因素比较多,是一个极其复杂的生理现象,决不能简单认为,只有生气,才会造成气逆,诸如愤怒伤肝,气逆而血瘀;或忧思伤脾,气虚而血滞;或积劳积弱,气弱而血不行;或寒邪客于经脉之中,血气凝涩而不通;或热邪熏灼,血液凝积而阻塞;或津液亏耗,血液瘀积;或饮食不节,膏粱厚味,生湿生痰,不仅阻滞血路,还能浸渗血液之中,改变血液成分,这种血液性质黏稠,称为高脂血症。由此可知,百病生

于气,非虚言也。笔者认为,将原来的“九气致病”(怒则气上、恐则气下、喜则气缓、悲则气消、思则气结、惊则气乱、寒则气收、热则气泄、劳则气耗),加上“食则气滞”,成为“十气致病”,可进一步完善诊疗思路。

气机逆乱虽然是冠心病的病因,但是如果按照“治病必求其本”,单从调理气机着手,势必有病重药轻之嫌。病因是气逆,结果是血瘀,活血化瘀是当务之急,就是“急则治其标”,所以选择直达心血管的活血化瘀药才是关键。对此,古代医家早有明训,如明代医家张景岳云:“血有蓄而结者,宜破之逐之,以桃仁、红花、苏木、玄胡、三棱、莪术、五灵脂、大黄、芒硝之属;血有涩者宜利之,以牛膝、车前、泽泻、木通、益母草、滑石之属;血有虚而滞者,宜补之活之,以当归、牛膝、川芎、熟地、醇酒之属。”清代医家张锡纯云:“三棱莪术为化瘀血之要药;乳香没药为宣通脏腑,流通经络之要药。”清代医家王清任自拟血府逐瘀汤,对化血府之瘀颇有启发意义。我们虽然不泥其药,但遵其法,筛选藏红花、三七参、

水蛭、丹参、川芎等十余种地道中药材,遵古法炮制,科学加工,组成“疏梗代刀丸”,对冠心病、心肌梗死手术后的患者,能起到满意的“护桥保驾”作用。同时,患者在术前坚持用药,也能收到治未病的效果。

冠心病,心血瘀阻,血管狭窄,无论手术与否,运用中药辅助治疗,就能收到事半功倍的效果。中医治疗冠心病的基本依据是:现代医学检查证实血管狭窄程度和血脂黏稠程度;中医舌诊看到舌质色紫,或舌面有紫红色的瘀点、瘀斑,甚至舌质紫暗,尤其是舌下静脉怒张、紫暗,这种舌象对诊断冠心病血管阻塞颇为重要,其理论根据是“心开窍于舌,心气通于舌”(《灵枢·脉度篇》)、“舌为心之苗”(《血证论》);“手少阴气绝则脉不通,脉不通则血不流”(《灵枢·经脉篇》)。

这充分说明舌与心关系最为密切,通过经络相连,心的气血状况最容易从舌上反映出来。舌色紫暗,舌下静脉增粗色暗,证明心脏里有瘀血,这是血液成分或性质异常变化而引起运行不畅之血液(选出《实用中



医内科学》)。“污血论”较之瘀血、恶血、留血、衄血等在诊断冠心病方面更为确切。

治疗冠心病所选择的中药应具备以下4个特点:1.符合中医药的归经理论;2.符合中药的功能主治理论;3.符合仿生学的理论;4.符合现代药理实验理论:能降低血小板的表面活性,减少血小板黏附程度;5.能防止动脉血栓形成,能预防动脉粥样硬化,增强纤维蛋白和溶解蛋白;6.能降低血脂醇;7.能逐瘀通络,散瘀定痛,增加冠状动脉流量,抑制血凝;8.既能疏通大血管,又能疏通小血管,还有疏通脏腑孔窍等功能。

(作者供职于新野县中医药研究会)

学术论坛

偶读贵报于2021年2月9日发表的朱光先生之《论中医之“毒”》一文,该文从“病因之毒”“病证之毒”“药物之毒”3个方面或角度介绍中医之“毒”。笔者读后觉得意犹未尽,于是写此文再议中医之“毒”,仅供同道借鉴与探讨。

毒在中医药文献中的含义

毒的本义指毒草。《说文解字》释义:“毒,厚也,害人之草。”在中医药(古代)文献中,毒的含义被引伸得非常广泛。大体而言,毒有两种含义:一是指所有可能伤害机体的物质或致害的特点(病理),比如毒虫、毒草、人之恶疮等(如丹毒病症之类),五行暴烈之气寒毒、热毒、湿毒以及药的“令人泻”等药之毒(副作用)。二是治疗效力的强弱或方法。比如《黄帝内经》中有“妇人身重,毒之如何?”的文字记载;《素问·五常政大论》则根据药物偏性的不同,作用的强弱,提出了“大毒治病,十去其六;常毒治病,十去其七;小毒治病,十去其八;无毒治病,十去其九”的治疗法则。治病方法有消毒、败毒、宣毒、拔毒、托毒、祛毒、散毒、排毒、杀毒、伐毒等解毒方法。由此可知,中医之毒的概念内涵外延复杂多变,并形成一个具有中医药特色的“毒”学理论,比如中国工程院院士、中医内科学神经内科专家王永炎的“毒损脑络”理论,首届中医药高等教学名师李佃贵的“浊毒理论”等。需要强调的是,中医之“毒”切勿概念泛化,因为毒也分阴阳,也分急缓、内外等,一定要具体问题具体分析。

病因之毒的来源

中医之“毒”的含义甚多,但主要含义是指对机体有不利影响的因素(包括病因和条件)。如果以人或机体为界的话,毒的来源有“外来”和“内生”之分。

外来之毒,比如外感六淫之风、寒、暑、湿、燥、火,再如戾气等,以及现代医学的病原微生物,比如细菌、病毒等,大气污染,农药、化肥对食品的污染,均为外来之毒。内生之毒主要是中医的“内生五邪”以及现代医学所说的机体在代谢过程中产生的各种生理产物或代谢废物,因没有及时转化或排除,长期聚积体内危害到人体健康。

病证之毒的解法

临证中,凡邪气亢极或邪气蕴结不解,都可视作毒。面对病证之毒有两种办法:一是通过扶正祛邪,增强人体的抗“毒”能力;二是因病情不同,采用排毒、解毒、托毒和攻毒等不同的方法解毒,实现排毒、减毒(力)、消毒之目的。

排毒法 用于实证毒邪。本法系指开泄腠理(汗法),宣通气血(吐法),通导大便(下法),疏利小便(利尿法)等方法,顺应病势向表、向外,顺应脏腑气机升降的机能,因势利导,促使毒邪经由与外界相通的皮肤汗腺,呼吸的口鼻,大肠、尿道等器官通泄向外排泄。包括解表排毒法(即发汗排毒法)、通里泻毒法、利尿排毒法、涌吐排毒法以及表里双解排毒法(解表通便法、解表利尿法、解表通便利尿法)等。

解毒法 比如清热解毒,以清热解毒的寒凉药物,使内蕴的热毒得以清解的治疗方法。临床常见壮热、面赤、心烦,或神昏谵语,或满口赤烂,口臭、便秘、溲赤,舌质红,苔黄糙,脉滑数或弦数。再如泻火解毒、清营解毒、凉血解毒等。还有利湿解毒、祛风解毒、散寒解毒、升阳解毒、润燥解毒、祛痰解毒、化痰解毒等。

托毒法 是运用补益气血为主、活血解毒为辅的中药,以扶助正气,托毒外出,防止毒邪内聚的方法。具体运用分为两种:托毒透脓法、托托法。

以毒攻毒 以毒攻毒有广义和狭义之分,广义的以毒攻毒是指一切特殊的治疗手段和方法,与常规治法、用药不同,是针对“毒”的病机治疗暴烈、传染、秽浊、迁延和重笃之疾病。狭义的以毒攻毒是指猛烈之药治疗猛烈之疾病,主要是指用毒药、剧烈药治病。现代对以毒攻毒的研究、认识以狭义居多,比如中国科学院院士陈竺用砒霜以毒攻毒启发治疗白血病等。以毒攻毒是中医理论的重要命题,有着较高的临床应用价值。

中药之毒的特点

中药作为药物是有副作用的,也就是中药是有“毒性”的。临床上应用中药讲究辨证,只要对证治疗,有毒的药也安全;不对证治疗,无毒的药也有害。

由于中药应用的药材或饮片,而不是其中的某一成分,有的用的是炮制品而不是生品,故中药之毒具有这些特点:1.含有毒性成分与整体毒性是相关的关系。研究中药的毒性也有自身的特点:中药的毒性研究应有药材或饮片的生品、炮制品和成分3个层次。对其所含化学成分毒性进行研究,并强调其作为中药的毒性的主要依据的同时,不应忽视作为整体的中药的毒性研究。2.中药的毒性多因过量、久用而致。

减少中药之毒性的方法:1.加强中草药的品种和药品质量管理;2.坚持辨证用药;3.讲究组方配伍;4.正确炮制中药;5.控制中药的用量;6.改变(中成药)制备工艺;7.完善中药不良反应的监测体系。

(作者供职于河南省中医院)

征稿

您可以谈谈自己的看法,说说您对中医药发展和中医教育的建议和意见,写一写关于中医药现状与问题的文字……《学术论坛》《中医人语》《中医院的故事》《关注中医改革》《中医药在海外》等栏目真诚期待您的参与!

联系人:李云
联系电话:(0371)85967078
投稿邮箱:619865060@qq.com

本版未署名图片为河南省中医院于红艳提供