

【医案医话】

名中医朱建贵教授中医临床辨病
与辨证的逻辑关系*曹 越¹ 杨 涛¹ 杨 曼¹ 宋春鑫² 王 曦³ 刘必旺¹ 朱建贵^{2△}

摘要:在现代中医学中,辨明病证之间的关系对于理论的建立与临床的治疗都起着十分关键的作用。朱建贵教授认为,在治疗中医内伤杂病中,建立起中医辨病与辨证的逻辑同时要厘清病与证的关系,这对于探讨同病异治和异病同治的概念、规范中医术语以及中医独特诊疗模式的建立都有很大的意义。同时,朱老善用经方,从朱老的处方中清楚地展现出朱老对于病证的理解。此文意在通过探究病证之历史源流、经方中的病证关系结合朱老的临证辨治理论,阐述病与证之间关系以及同病异治和异病同治的部分内容,同时附以朱老临证医案加以分析。

关键词:中医临床;辨病;辨证;同病异治;异病同治;朱建贵

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.11.043 文章编号:1003-8914(2024)-11-2260-04

朱建贵教授是中国中医科学院广安门医院主任医师,是首都名中医、中央保健会诊专家。朱老长期从事中医内科老年病、脑病等临床研究,对失眠、眩晕、头痛、抑郁等内科疑难杂症颇为擅长。笔者有幸跟随朱老临证,揣摩体会朱老临床中对于辨病与辨证思维的结合,现将其总结,有不当之处,还望各位同道批评指正。

1 朱建贵教授之所见病证的意义

1.1 病之意义 提到“病”,应从东汉许慎的《说文解字》中理解,《说文解字》^[1]言:“病,疾加也”。意为“病”是“疾”的叠加或加重,由此可见,病轻则为疾,疾重则为病。清代段玉裁在《说文解字注》^[2]中对此注释为:“析言之则病为疾加,浑言之则疾亦病矣”。“疾”与“病”首先均为“广”表示疼痛^[3],而后“疾”字有“矢”表示速度快,不止来的快,去的也快。“病”是属于慢性的、深部的,不容易治疗,愈后也较差。

现代中医学定义,“病”是对一类临床症状、临床表现或临床体征的概括^[4]。朱老认为“病”是在各种致病因素,包括外感邪气或七情内伤等等的作用下,正气与邪气在体内交争,造成人体的阴阳失调;也是由于脏腑机能失和造成机体平衡失调的反映^[5]。不同疾病有各自不同的发生、发展、变化、转归、预后等情况,

而“病”就是将一大类症状总合后,对全部病理过程的特征与规律的总概括^[6]。从朱老临床诊治的病案中不难看出朱老首先辨病的思路,如诊断“不寐”“卑慄”“少阳病”“咳嗽”“便秘”等,也参考一些现代医学的病。但临床疾病纷繁复杂,往往疾病会兼加,即“合病”或“并病”,如“不寐”“卑慄”经常责之于“少阳”,由于少阳情志不舒导致不寐;同时,“不寐”还常与“胃痞”同时出现,体现出“胃不和则卧不安”的因果关系;也有由于少阳枢机不利导致阳明胃中燥,表现为情志不畅的同时大便不通的少阳阳明合病等等。朱老认为,不论是一种病的发生还是多种病的叠加,都是人体气机不畅或气机运转失调导致,以一种病为主,另一种病相继发生。故治疗时应抓住最主要的矛盾即最根本的一种病,详辨此种病的病因病机,从而解决疾病的关键所在。

1.2 证之意义 “证”字在古代有 2 个,首先是“証”,即本文所言之“证”,《说文解字》^[1]曰:“証,諫也”,意为直言规劝。用到中医学中,可以解释为直接阐明疾病的机制。其次为“證”,《说文解字》^[1]曰:“證,告也,从言,登声”。本义为上告,后来引申为验证、证明。用到中医学中,可以解释为根据此辨证而开出处方,亦为用药的证据和证明。

现代中医学定义,“证”是机体在疾病发生、发展的过程中,由于正邪交争在人体后,某一阶段的病理概括^[4]。朱老认为,某某证既能反应机体在某疾病某一阶段正邪抵抗的部位,同时还能清楚地表现出此疾病的起因。对于此类疾病的病理性质及正邪二者盛衰等综合情况亦可清楚掌握。辨证论治是中医学的精华,

* 基金项目:广安门医院教育项目基金项目(No. 9501222);北京市第六批中医师承工程(No. 京中医科学[2023]52 号)

作者单位:1. 山西中医药大学硕士研究生 2021 级(山西 晋中 030619);2. 中国中医科学院广安门医院老年病科(北京 100053);3. 北京中医药大学附属护国寺中医医院老年病科(北京 100053)

△通信作者:E-mail:923460810@qq.com

阐明疾病的“证”,无论对于基础理论的研究还是临床治疗,都可为其指明方向,同时有利于把握疾病治疗的共性与个性。同时,只有辨证准确,才能精确地指导遣方组药,可谓“方从法出,法随证立”。从朱老的辨证方法中可以看出,朱老首用也是最常用的就是脏腑辨证,同时辅以八纲辨证、病因辨证、六经辨证、三焦辨证等等,可谓不拘一格,遵古而不泥古。而临床中,单一的辨证方法不足以描述疾病的部位、起因以及发生发展情况,大多以两个甚至三个基础病因起步,故经常需要两三种辨证方法共同使用。在朱老的临床诊治医案中经常可见肝郁气滞证、肝阳上亢证、心肝火旺证等情志不佳所致的证型,也有湿热困脾证、中焦湿热证、湿阻气滞证等饮食不节所致的证型。朱老认为,当今社会部分人贪恋奢靡的物质生活,同时疏于对情绪的管理,不能保持恬淡虚无的心态,多数内伤杂病都是饮食劳逸、七情所伤导致,脏腑气机失调与人体阴阳的失衡是疾病发生发展的根本原因。

2 病与证的关系

2.1 朱老辨析病与证的关系 “病”作为广义概念,泛指机体在致病因素作用下,机能失调或组织损害的表现。作为与“证”“症”相对应的概念,则指疾病发生、发展、转化、传变等全部病理过程的特征与规律所做的概括,具有时空性^[7]。朱老认为,“病”中包含病因、病位、病性、病势 4 个基本要素。“病因”是“症状”内在的原因,是引起疾病的致病因素,通过症状来分析病因,中医学使用“审证求因”的方法。“病势”则是疾病发展趋势,或向好的方向发展,或向不好的方向发展。

“证”是疾病发展过程中某一阶段的病理概括,能揭示疾病某一类型的本质。“证”的核心是病机,病机是证的内在本质^[8]。朱老认为,不论是“病”“证”或“病机”,出发点都是“症状”,“症状”作为患者身体不适,是机体在“病”的作用下显现于外的表现。疾病因为具有时空性,所以一个病在不同的时期,会出现不同的“证”,其临床“症状”也会有所改变。如《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气》^[9]中,肺癰可分为表证期、成脓期以及溃脓期,每一个时期它的“症状”都是不同的,内在病机也会发生变化,作为肺癰这个具体的疾病,其发生、演变的过程都在这个疾病的范畴,“病”是通过“症状”来确定,但“病”有整体性和全局性的把握,而“证”则是随机变化,伴随着“症状”的改变,“病”包含“证”,但同一个“证”,也会出现在不同的病中。如中气下陷证,可见于胃脘痛、崩漏、内脏下垂、带下病等^[10],形成该证的关键是脾气虚弱,升举无力,统摄失

职,运化无权,但各种病中的中气下陷证,除了普适的症状,如神疲乏力、少气懒言、面色无华、脉细弱等,在不同的病中又表现出不同的特殊症状,如在胃脘痛中主要表现是胃脘部隐痛坠胀;崩漏则为血下如注、血色淡;内脏下垂又有肾下垂、直肠脱垂、子宫脱垂等;带下病,则是带下清稀、面浮肢困。

总体而言,中医学中“病”的概念非常宽泛,症状、体征、病因、病机均可作为“病”名,“证”的概念也比较广泛,因此,笔者在此探讨的,是现代中医学中“病”和“证”的关系。“病”与“证”的关系不是简单的包含和被包含,而是“病”“证”交叉的二维网状关系,“病”是全局的把握,“证”是阶段的总结,知“病”参“证”,“病”“证”一统,这是“病”与“证”的关系。

2.2 《伤寒论》中的病证关系 中医辨病是在四诊基础上,对患者的主要证候加以病因、病位、病机等为依据而进行命名的^[11]。早在《黄帝内经》时代,中医学已经开始非常注重辨病,由于当时历史的局限性,很多病名或以体征命名,如《素问·腹中论》^[12]言:“名为臌胀”,形容腹部胀大如鼓,沿用至今;也有以症状命名的疾病,如《素问·奇病论》言:“病名息积”,即“息而不消,积而不散”的胁下气逆病。《神农本草经》^[13]中的主治也是以病为主,如“常山截疟”“黄连治痢”等^[14],皆是以辨病论治为前提^[15]。

东汉张仲景《伤寒论》^[16]中,“病”的概念仍不是单纯地指某一类疾病,如“辨太阳病脉证并治”中,“病”的含义应是患病、病变、病位,并非指一个单独的疾病。其书中也随处可见辨病的身影,如“阳明之为病,胃家实是也”“少阳之为病,口苦,咽干,目眩也”。历代中医古籍所言之“病”,多是泛指病变,而非具体的“病”。在《伤寒论》中“证”的含义有 3 种:首先指症状。一是泛指除脉象以外的所有异常态,如篇名“辨某某病脉证并治”;二是单指某一部位表现出来的症状,如第 182 条“阳明病外证云何”。其次指病,如第 220 条“二阳并病,太阳证罢”,第 133 条“结胸证悉具,烦躁者亦死”。最后指证候,如第 16 条“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。此时“证”的含义比今天“证”的含义要广泛一些^[17]。在《伤寒论》中,辨证思想突出,然“辨证论治”这一术语的明确提出却是在清代章楠的《医门棒喝》^[18]中。

《伤寒论》中的病证模式是“病-脉-证-治”^[19],这种模式首先区分的是“病”,在“辨病”的基础上,再根据脉、证进行分类,这是一种层次分明的逐级分类模式^[20]。如“太阳病”,通过“脉浮,头项强痛而恶寒”这些症状确定为太阳病,为母概念。若“发热汗出,恶

风,脉缓者,则为中风”,若“体痛,呕逆,脉阴阳俱紧者,名为伤寒”,这 2 个为太阳病的子概念,即一为太阳中风,一为太阳伤寒。《伤寒论》中的这种“病-脉-证-治”模式,强调了“辨病”与“辨证”相结合,“以辨病为先”,注重脉在诊断疾病中的应用,是与临床联系紧密的一种诊疗模式^[21]。

3 朱老临床诊疗的病证模式与同病异治 异病同治

3.1 病证模式 中医学“辨病论治”中的“病”不同于西医学中的“病”,比如胸痹等同于西医单纯的冠心病^[22],动脉粥样硬化就考虑痰湿内阻等情况^[23],这不能完全等同于中医的辨病、辨证思维。朱老认为,“辨证论治”应是在“辨病论治”的前提下进行,即“以辨病为先,以辨证为主”,辨病与辨证相结合,二者都是以患者的临床表现为依据,区别在于:辨病为确诊疾病,因为不同疾病的病因、病机、病性、病势不同,确诊疾病有利于加强对疾病的整体把握;辨证为确立证候,有利于解决当前的主要矛盾,即“辨证论治”。二者有机结合,才能对疾病的诊治既有原则性,又有灵活性,“病”“证”模式应是:根据症-确定病-详辨证。中医学中比较成熟的病名相对较少,如肺病、疟疾、中风等,这些病的病理过程多显现较清楚而容易观察。更多的是以“症状”和“体征”的命名,如“咳嗽”“胃痛”“水肿”等,这也需要进一步探索对中医病名的规范化。

3.2 同病异治与异病同治 “同病异治”首见于《素问·病能论》,“有病项痹者,或石治之,或针灸治之,而皆已……此同名异等者也。夫痹气之息者……宜石而泻之,此所谓同病异治也”,这是因为病名虽同而程度有所不同的缘故,这里所谓同病异治也是最早的辨证思维体现,即是“同病异证”思想的原始起源。“异病同治”在《伤寒论》的用方中体现的淋漓尽致,如小柴胡汤可以治疗少阳病、妇人中风、热入血室、疟疾、黄疸等;大承气汤可以治疗阳明腑实证、热结旁流证、热厥、痉病等。后人根据这些思想结合临床实际提出了“同病异治”和“异病同治”。

朱老认为,疾病具有时空性,因此不同的人出现同一种疾病,由于产生的机制不同,在不同的阶段,有不同的情况,需要采取不同的治法。同时,治疗方法与个人的体质有密切的关系,不同人由于体质的差异,会出现疾病的从化,如两个人都是少阴病,一人体弱偏寒,易成少阴寒化证;一人体壮偏热,易成少阴热化证,治法迥异。这对疾病的发展产生了很大的影响,因此“同病异治”需要综合症状、体质、时间等诸多因素来进行治疗。而“异病同治”,则是针对不同的疾病发展

到某一个阶段的时候会出现相同的病机,如肝炎、肝硬化以及肝癌在不同的阶段都兼见气滞血瘀的表现,都可以用疏肝理气、活血化瘀的方法治疗,但离开这个时间段,不同病又会以不同的方向和趋势发展下去,因此“异病同治”重在把握不同病中的相同证,这也是非常灵活的,前提还是要对每个疾病有全局的把握,知道它的发展、演变、转归和预后。

4 验案举隅

4.1 不寐案 马某某,女,58 岁。2021 年 7 月 15 日初诊。患者自述失眠 1 个月。1 个月来入睡困难,失眠多梦,双侧头痛,目睛疼痛,心悸、心慌、早搏,乏力,大便不畅,烦躁易怒。患者舌嫩红少苔,舌下瘀紫,脉弦细。西医诊断:睡眠障碍;心律失常。中医诊断:不寐;少阳病。中医辨证:心肝火旺,肝郁气滞,少阳枢机不利。治法:镇心养心,疏肝理气,和解少阳。处方:柴胡 15 g,黄芩 12 g,法半夏 9 g,太子参 10 g,大枣 10 g,桂枝 9 g,茯神 15 g,龙齿(先煎) 30 g,牡蛎(先煎) 30 g,决明子 15 g,炒酸枣仁 20 g,知母 15 g,柏子仁 20 g,琥珀粉(冲服) 3 g,白芍 30 g,甘草 10 g。7 剂,日 1 剂,水煎,早晚各餐后温服 200 ml。嘱患者调畅心情,禁食油腻等,练习如太极拳等中医功法。二诊:药后可入睡 6~7 h,心悸、早搏、头痛等均好转,仍易生气,舌红苔薄黄,舌下瘀紫,脉沉细。嘱上方续服,调畅心情,练习如太极拳等功法。

按语:夏三月,应使志无怒,使气得泄,若逆之则伤心。此患者一直处于烦躁易怒状态,故使心气内洞,造成失眠心悸。患者所述症状中,双侧头痛属少阳经不通;“肝开窍于目”,目睛疼痛属肝郁气滞;心悸、心慌、早搏、乏力乃心气外泄、心神不安;舌嫩红少苔乃阴虚火旺之象;舌下瘀紫为肝郁气滞;脉弦主肝郁、主疼痛、主少阳,细脉主阴虚内热、主血虚。故治以镇心养心、疏肝理气、和解少阳。方中,柴胡、黄芩、法半夏、太子参、大枣为小柴胡汤变方,主以和解少阳;桂枝、龙齿、牡蛎、大枣、白芍、甘草又为桂枝加龙骨牡蛎汤,以调和阴阳、潜镇摄纳;炒酸枣仁、知母、茯神、甘草又有酸枣仁汤之意,以养血安神、清热除烦;决明子清肝火、通大便;柏子仁、琥珀二者一养一镇;最后白芍、甘草为芍药甘草汤柔肝缓急止痛。二诊由于效果明显,故效不更方继续服用。

4.2 胃痞案 王某某,女,57 岁。2021 年 3 月 11 日初诊。因胃脘胀痛 10 d 前来就诊。患者自述,胃脘胀痛,胃中发堵,右肋肋胀痛,咽中有异物感,眠差易怒,二便可,舌暗红苔少,舌下瘀紫,脉沉细涩。西医诊断:慢性胃炎。中医诊断:胃痞;梅核气。中医辨证:肝胃

不和,痰气郁结,肝郁化火,少阳失和。治法:疏肝泄热,消痞和胃,理气化痰,和解少阳。处方:柴胡 15 g,黄芩 12 g,法半夏 9 g,太子参 10 g,大枣 10 g,厚朴 15 g,麸炒枳实 15 g,川楝子 9 g,延胡索 15 g,高良姜 12 g,香附 12 g,白芍 30 g,甘草 10 g。7 剂,日 1 剂,水煎,早晚各餐后温服 200 ml。嘱患者调畅心情,练习中医功法太极拳等,禁食生冷油腻等。二诊:药后胃脘胀痛及肋肋胀痛减轻,有乳房胀痛,喜叹息,舌暗红苔薄黄,脉沉细涩。处方:上方去大枣,加木香 15 g,青皮 15 g,预知子 15 g。7 剂,日 1 剂,早晚各餐后温服 200 ml。三诊:药后胃脘胀痛、乳房胀痛及肋肋胀痛减轻,舌暗红苔薄黄,脉沉细涩。嘱上方续服,调畅心情,练习如太极拳等功法。

按语:春三月,此谓发陈,应当使少阳之气生发,若逆之则伤肝。由于患者长期情志不舒,导致肝气犯胃,则胃脘胀痛、胃中发堵;肝经循行布胁肋,循喉咙之后^[24],肝气郁滞导致肋肋胀痛、咽中有异物感;舌暗红苔少,为阴虚内热、肝郁化火;舌下瘀紫,为气滞血瘀;脉沉细涩主肝气不舒,情志抑郁,肝区疼痛。故治以疏肝泄热、消痞和胃、理气化痰、和解少阳。方中,柴胡、黄芩、法半夏、太子参、大枣为小柴胡汤变方,主以和解少阳;法半夏、厚朴又有半夏厚朴汤之意,以行气散结、化痰降逆,亦为治疗咽中异物感(梅核气)的首选方;柴胡、麸炒枳实、香附、白芍、甘草为柴胡疏肝散加减,以疏肝理气、活血止痛;川楝子、延胡索为金铃子散,疏肝、泄热、止痛,专治肝郁化火证;高良姜、香附为良附丸,和胃理气、消痞止痛;最后白芍、甘草为芍药甘草汤,柔肝缓急止痛。二诊又见乳房胀痛,喜叹息症状。女子乳头属肝、乳房属胃,乳房胀痛、喜叹息亦为肝胃不和。一诊方药去大枣以免滋腻碍胃,加入木香、青皮、预知子,以增强疏肝理气之功效。三诊效果明显,故嘱原方续服。

以上 2 则验案,充分体现朱老的“先辨病,再辨证”;“以辨病为先,以辨证为主”的临证思路。两种疾病一为失眠一为胃痞,均为肝郁气滞导致,用方求同存异,也体现了朱老异病同治的思路。而 2 案中重点在于朱老嘱托患者要调畅心情,配合中医功法太极拳等调养身心,同时禁食生冷油腻等顾护脾胃。这也是朱老临床中的特色,更加注重与患者“话聊”即“谈话治疗”,对患者多加开导,使患者自身气机调畅、升降有序^[25],疾病方可痊愈。

综上所述,“病”“证”关系的研究直接影响到临床诊疗思维,坚持“病证结合”的辨病辨证模式,对促进

中医学的发展起着至关重要的作用。

参考文献

- [1] 许慎.说文解字[M].沈阳:辽海出版社,2014:966-967.
- [2] 许慎.说文解字注[M].段玉裁注.上海:上海古籍出版社,2019:349.
- [3] 夏慧茹,惠宏.《说文解字》“疒”部字选释[J].浙江中医杂志,2011,46(9):673-674.
- [4] 郑洪新,杨柱.中医基础理论[M].5版.北京:中国中医药出版社,2021:10-13.
- [5] 方静,白东海.朱建贵教授调平衡思想在老年病中的运用[J].光明中医,2023,38(13):2498-2500.
- [6] 于悦,金子轩,罗富锴,等.基于病-证-治结合的核心方证研究思路[J].中国中药杂志,2023,48(10):2625-2629.
- [7] 刘钊乐.中医证候表征方式对辨证诊断思维影响的研究[D].济南:山东中医药大学,2015.
- [8] 梁茂新,郑曙琴.《中医基础理论》基本概念内涵的嬗变[J].中华中医药杂志,2010,25(2):170-173.
- [9] 陈纪藩.金匱要略[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:78-80.
- [10] 李灿东,方朝义.中医诊断学[M].5版.北京:中国中医药出版社,2021:163-164.
- [11] 何发娟,吕建林,裴燕燕,等.毛德文教授以毒邪-毒浊新学说指导治疗肝衰竭经验撷菁[J].四川中医,2018,36(3):17-19.
- [12] 田代华.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005:75.
- [13] 清·顾观光.神农本草经[M].3版.杨鹏举校注.北京:学苑出版社,2007:63.
- [14] 张庆祥.辨病论治与辨证论治关系探析[J].辽宁中医杂志,2005(2):107-108.
- [15] 徐佳熠,楼招欢,邓张亦婷,等.中医论治理论的内涵剖析和体系构建[J].中华中医药杂志,2023,38(1):63-66.
- [16] 张仲景.伤寒论[M].2版.熊曼琪主编.北京:人民卫生出版社,2011:11-12.
- [17] 黄开泰.《伤寒论》“病”、“证”的含义及辨证的内容[J].国医论坛,2003(3):1-3.
- [18] 清·章楠.医门棒喝[M].北京:中国医药科技出版社,2019:64.
- [19] 闪增郁,陈燕萍.现代“辨证论治”与张仲景“辨病脉证并治”的思辨模式[J].世界中医药,2012,7(6):532-534.
- [20] 钟相根,李宇航.金匱要略教学探索:回归“病脉证并治”逐级分类循证推理的临床诊疗模式[J].中医教育,2021,40(1):43-45.
- [21] 林毅鹏,黄守清.胡希恕《伤寒论》学术思想探析[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(3):300-301,310.
- [22] 高毅超,王泓午.胸痹心痛(冠心病)的中医研究进展[J].湖南中医杂志,2018,34(10):183-185.
- [23] 俞赞丰,杨欣雨,周曼丽,等.动脉粥样硬化巨噬细胞泡沫化的“脉中积”理论探讨[J/OL].中药药理与临床:1-11[2023-07-23].https://doi.org/10.13412/j.cnki.zyyi.20230615.002.
- [24] 田代华.灵枢经[M].北京:人民卫生出版社,2005:115.
- [25] 袁亮,陈婷,孟凡红,等.朱建贵从气机升降理论辨治老年病经验[J].中国中医药信息杂志,2014,21(11):108-109.

(编辑:郭金秋 收稿日期:2023-12-27)