

R241
602
10

徐迪华 徐剑秋 著

江苏科学技术出版社

中医量化诊断



0107070

00364401

致 读 者

社会主义建设的根本任务是发展生产力,而社会生产力的发展必须依靠科学技术。当今世界已进入新科技革命的时代,科学技术的进步不仅是世界经济发展、社会进步和国家富强的决定因素,也是实现我国社会主义现代化的关键。

科技出版工作肩负着促进科技进步,推动科学技术转化为生产力的历史使命。为了更好地贯彻党中央提出的“把经济建设转到依靠科技进步和提高劳动者素质的轨道上来”的战略决策,进一步落实中共江苏省委、江苏省人民政府作出的“科技兴省”的决定,江苏科学技术出版社于1988年倡议筹建江苏省科技著作出版基金。在江苏省人民政府、省委宣传部、省科委、省新闻出版局负责同志和有关单位的大力支持下,经省政府批准,由省科学技术委员会、省出版总社和江苏科学技术出版社共同筹集,于1990年正式建立了“江苏省金陵科技著作出版基金”,用作支持自然科学范围内的符合条件的优秀科技著作的出版补助。

我们希望江苏省金陵科技著作出版基金的建立,能为优秀科技著作在江苏省及时出版创造条件,以通过出版工作这一“中介”,充分发挥科学技术作为第一生产力的作用,更好地为我国社会主义现代化建设和“科技兴省”服务;并能带动我省科技图书提高质量,促进科技出版事业的发展和繁荣。

建立出版基金是社会主义出版工作在改革中出现的新生事物,期待得到各方面给予热情扶持,在实践中不断总结经验,使它逐步壮大和完善。更希望通过多种途径扩大这一基金,以支持更多的优秀科技著作的出版。

这次获得江苏省金陵科技著作出版基金补助出版的科技著作的顺利问世,还得到江苏联合信托投资公司、中国核工业华兴建设公司的赞助和参加评审工作的教授、专家的大力支持,特此表示衷心感谢!

江苏省金陵科技著作出版基金管理委员会

吸收運用現代科
技振興中醫
藥事業

庚子年菊月

焦林德



辩证论治的新进展

江育仁



屠 序

辨证论治为中医临证的基本法则。辨证是论治的前提,只有通过细致的辨证,方能达到审证求因和正确治疗;辨证偏差,药不中的,疗效自难满意。历代虽有不少名医医案,可供临床借鉴,但大多详于论治而忽于辨证,案语简约,后人效法较难,致使初涉临床者难下决断,尤以病情复杂、寒热虚实夹杂之际,如何舍症从脉、舍脉从症,更会无所适从。

迪华吾弟有鉴于此,不避寒暑,早夕辛勤,摭集古代四诊和辨证精华,融会现代新知,写成本书。书中条分缕析,文图并茂,为中医辨证创出一套新法和标准,既有利于同道临床实践、提高疗效,且有利于发展中医、中西医结合,故乐而书数言于此。

屠揆先

一九九六年十月

孟 序

祖国医学的辨证论治,基本上是外特征性的理论,而外特性的研究自然可借助于数学。辨证论治不仅充满着内在的数学美,也带有明显的应用数学特征。“法于阴阳,和于术数”曾经是构建中医理论大厦的基本观念。“数”在中医经典著作中起到一种阐释模型的作用,即以一些最基本的数的哲学和文化意义为根据,通过联想类比等途径,对相关的医学现象作出阐释。例如阴阳、五行和《周易》的数理机制(象数学)揭示描述人体图式的方式。中医学就是用数学模型的方法简明而抽象的表述现实原型的特征。五行学说是用群论的方法来说明稳态规则的模型,六经是运用集合论的方法概述热病时序和证候关系的模型。数学在这里起到推理工具和抽象的作用。

辨证论治和数学都不断地发展。目前,辨证论治不断扩大临床覆盖面,并有辨证分型、微观辨证、影像学辨证等多种形式,突破了传统的唯象特征。近代以来,数学进入一个空前活跃的阶段,在疆界不断扩展的同时,不仅衍成多个分支,又促成多种交叉科学的诞生。当数学特别是定量数学、统计数学向中医学渗透后,即给辨证论治的研究结论以某种程度的可靠性,在此基础上,可使辨证论治实现规范化,把中医临床操作体系推向一个新水平。定量是定性的深化和精确化,科学的认识须在定性的基础上提出定量的分析和依据,这也是辨证论治发展的方向。在辨证论治中,因证候有随机性,要求证候诊断客观可靠,我们可以从生物学背景、药物与证候效应、疾病过程中证候随机转移等一系列临床问题,利用数学手段来探讨证候的定量、滤波和选择。由此提出不同的统计模型来建立证候诊断标准,使辨证论治具有可知而能达到的客观程度,达到证候的定量化、客观化和标准化,进而从证候角度探索对生命和疾病规律的严格实验要求。可见数学为中医学研究提供的数量分析和计算方法,对中医学的发展取向多么重要。

徐迪华主任在长期的医学实践中,运用定量方法研究辨证论治,所著《中医量化诊断》一书,是他多年临床思维的精华,以量(级)观念审视辨证论治,不仅有一套可行的方法,还形成了新概念,其临界理论开阔了认识疾病的视野。这本书把焦点集中在诊断这一截面上,可谓是匠心独具。笔者很早就曾拜读徐老的论文,多有受益。今徐老又献此新著,令人欣喜感佩。当前中医学正值继承振兴和发展转型之际,需要发展新理论,突破旧范式,在继承中有所创新。马克思曾经指出:一种科学只有在成功地运用数学时,才算达到了真正完善的地步。中医学的发展也是这样,它从开始的“和于术数”,发展到定量化,也正是一步步走向完善。徐老的这本书,在学术上使我们受惠的同时,也勉励我们这一代有志于中医学的读者们。我很高兴能为此书写序,以表示我对徐老的敬意。

孟庆云

一九九六年十月于中国中医研究院

前 言

在长期带教实践中,有不少中青年医师,虽然熟悉中医理论,临床亦已多年,但是面对复杂矛盾的临证现象,四诊从舍和辨证标准常无所适从,导出各不相同的诊断结果,究其原因,主要是不谙四诊和辨证的方法学,理论难与实践相结合所致。1982年春,作者以极大的兴趣和热忱,开展中医四诊和辨证方法学研究。1983年起,作者借助多学科知识和某些实验手段,逐一研究了“中医临床的思维规律和哲学思辨”、“四诊信息的从舍规律”、“证候的临界状态与动态诊断”、“阴阳脉法”,取得理论成果,分别在国家级杂志和全国学术会议发表,受到全国同道的赞许。1986年夏,作者主持的“运用量(级)值概念、临界理论,提高中青年医师辨证水平研究”课题,被列为江苏省重大科研项目,在常州、苏州、无锡、金坛等市县的中医院验证。验证结果,证实了量(级)值概念和临界理论的价值,证明了方法学的重要性。本课题在1989年5月通过省级鉴定,1990年向全省推广。

在此之前,全国中医学会理论整理研究会已认定“证的临界状态”的理论是新理论,两次向全国推广,取得了社会效益。推广过程中,作者认识到1989年通过鉴定的课题,仅是阶段性成果,列入定量(级)的信息还不全,模拟定量(级)的方法深度还不够,理论研究亦有待补充。因此从1991年起,作者又用了三年时间,制定了望、问诊信息的量级标准。并用人机对照的方式采集了一大批脉图和舌图(列入本书四、五两章),来揭示舌、脉的量级标准和形态特征,客观地展示中医三部九候的诊脉原理和诊察舌苔的原理。这些工作,加深了量(级)值概念、临界理论、阴阳脉法等理论的研究深度。

现代科技突飞猛进,中医现代化任重道远。提高中医诊断水平,一要提高传统辨证水平,二要引入现代科技手段,发展微观辨证。作者水平有限,疏漏在所难免,望海内外同道指正。

课题的研究,受到了孟河流派传人、全国名医屠揆先教授的大力支持;苏州市中医院何焕荣、赵子敏,无锡市中医院赵景芳、钱晓萍,金坛县中医院包松年、何宇林等正、副主任医师,常州市中医院申春悌副主任医师,王彩华、陈建明主治医师等均大力协作,在此特表谢意。

徐迪华 徐剑秋

一九九六年十月

于南京中医药大学第三教学医院

目 录

第一章 量(级)值概念与临界状态的理论研究	1
第一节 中医临床的思维过程与哲学思辨	1
第二节 量(级)值概念在四诊从舍过程中的应用	4
第三节 中医证的“临界状态”	7
第四节 温病气分证的动态诊断	13
第五节 阴阳脉法的科学内涵	15
第二章 应用量(级)值概念与临界理论的方法	21
第一节 应用量(级)值概念与临界理论的目的意义	21
第二节 量(级)值概念与临界理论的主要内容与技术指标	21
第三节 应用量(级)值概念与临界理论测试诊断水平的方法	23
第四节 量(级)值概念与临界理论的群体测试	24
第五节 量(级)值概念与临界理论的案例测试	28
第三章 常用四诊信息模拟定量(级)参考标准	34
第一节 四诊信息模拟定量(级)的意义	34
第二节 四诊信息模拟定量(级)的方法	34
第三节 望诊信息模拟定量(级)的参考标准	35
第四节 问诊信息模拟定量(级)的参考标准	51
第五节 闻诊信息模拟定量(级)的参考标准	81
第六节 切诊信息模拟定量(级)的参考标准	84
第七节 舌、苔、脉模拟定量(级)可靠性检测	89
第四章 舌象与舌图模拟定量(级)的参考样本	94
第一节 舌诊的内容	94
第二节 舌诊的方法	97
第三节 正常舌、苔模拟定量(级)及命名方法	98
第四节 常见病理舌的定量(级)及命名方法	99
第五节 常见病理苔的定量(级)及命名方法	100
第五章 脉象与脉图定量(级)的参考样本	103
第一节 脉图图像的解释	103
第二节 测取脉图的方法	105
第三节 正常脉图的特点	105
第四节 脉象与脉图要素的对应关系	109
第五节 主脉的定量(级)及命名方法	112
第六节 兼象脉的定量(级)及命名方法	138

第一章 量(级)值概念与临界状态的理论研究

中医诊断,主要包括四诊和辨证两个部分。四诊是运用望、问、闻、切等手段,来获取生理和病理信息的过程,在这个过程中,必须有正确的诊法和识别信息、取舍信息的方法。辨证是综合四诊信息和病证动态,运用固有的辨证方法进行演绎归纳,作出判断的过程,在这个过程中必须熟谙医理、哲理、方法学,并有一套可循的诊断标准方能完成。然而,中医历代文献和现行的教科书,详于介绍四诊的内容和前人的一些辨证方法,疏于介绍必须掌握的方法学知识,更缺乏四诊的取舍准则和动态诊断的研究,以致临床中医的诊断水平提高较慢。有鉴于此,作者从中医的传统理论出发,运用多学科手段和实验方法,对上述问题进行理论研究,并将研究结果用以指导临床实践,取得较好效果。

第一节 中医临床的思维过程与哲学思辨

中医主要用直观手段和思辨方法进行四诊和辨证。思维方法和哲学思辨的运用,对中医四诊和辨证手段的发挥及中医的识病认证,均起着重要的作用。为此,作者运用思维科学和辩证法的法则,来阐明中医临床的思维过程与哲学思辨的作用,揭示中医临床每一思维阶段的功能、地位和表达形式,揭示哲学思辨中存在的主要问题,以期临床中医克服其薄弱环节。

一、中医临床的思维过程

(一)感性思维 亦称直观思维和动作思维。四诊信息是外部运动着的事物,大脑感知这些事物,把它们的动作和形象进行再演,扩展到一个新的意境,使外部事物成为一种具有量和质的运动性概念,谓之直观思维阶段。例如对发热识知为高热、低热、潮热等;对腹痛区别为隐痛、胀痛、绞痛、阵发痛等;对舌苔区别为白苔、黄苔、薄白苔、黄腻苔等。在这一过程中,直观思维是对现象的描述,外部的动作和形象亦是思维的动作和形象,思维与外部的动作和形象必须保持一致。

(二)知性思维 又称抽象思维。大脑对接受的感性认识通过比较分析,从较多的个别性现象认识中,发现事物的属性和它们之间的共性,于是把它们从表象的形式中分化出来,成为一种抽象的思维概念。例如见面赤、口渴等象知患内热;见面苍白、畏寒、四肢冷等象知患外寒。中医理论中的最基本的概念,多数来源于知性认识。

(三)理性思维

1. 理性思维的初级阶段:上述的知性认识,不过是从局部考察得来的孤立性认识,理性思维的第一步,要求能够运用前人的理论和固有病证的框架概念,对现有的知性认识中得来的分散性概念作出同构联系,使它们形成病证的现实概念。例如临床医生见头痛、畏寒、无汗时,思

想上立即与《伤寒论》太阳病挂钩,得出太阳病证的印象;见到寒热往来、心烦、喜呕时,立即与《伤寒论》少阳病挂钩,得出少阳病证的印象。

2. 辩证思维:是理性思维的高级阶段,是思维的具体化。从理性思维初级阶段得来的结论,不过是固有概念与病人现有的表象同构性的联系,它往往不包含非同构方面的东西。病证和客观世界一样,本来就是一个多系统、多层次结构的整体,而且处于对立统一不断的运动变化之中。辩证思维的目的,要求临床工作者能在知性认识、一般理性认识的基础上,正确运用现代辩证法,对所遇到的各种病证作具体分析,把从一般理性分析得来的结论接受辩证法法则的检验,达到去伪存真,在新的基础上形成证的概念。在这个过程中,思维的进程,往往要经过多次的反馈、曲折,不断的分析、综合,形成所谓思维的螺旋式上升。

由此可知,中医临床思维过程,一般要分四个阶段。从直观思维到辩证思维的过程,也就是四诊信息转换成证的过程,这就要求医生思维活动的结构内容与外部物体运动——病证的演变保持一致,不过前者有浓缩、提炼、抽象概念的性质。证的概念是通过逻辑规范再现四诊信息的活动。保持思维活动与物质活动的统一,哲学思辨从中起着十分重要的作用。从直观思维、抽象思维到具体思维的过程中,任何环节思维所发生的差错,均将造成诊断的失误。不过以概念为起点的、真正的哲学思辨,却存在于理性思维,尤其是辩证思维阶段中。

中医临床的认识过程,要经过感性具体—抽象思维—思维具体三个阶段。中医分析四诊信息各个属性得出的概念,是表象蒸发为抽象思维的初级阶段;认识进一步深化、得来的具有普遍意义的规律性认识是表象蒸发为抽象思维的高级阶段。前一过程,就是把一个对象实际上联系在一起的各个环节彼此分割开来考察的思维过程。临床中医有了这一过程,再运用高一级的抽象思维——中医的基本理论和辨证的方法、哲学思辨的方法,对现有病情作出具体联系,也就是抽象思维的高级阶段和导致具体再现的阶段。这一过程中,不仅要求人们具有健全的思维能力,而且要求人们熟识中医的基本理论和方法学知识,还要求人们全面掌握辩证思维的法则,来把握病证的现象、本质和它的动态规律。

二、中医临床的哲学思辨

(一) 概念的含义——内涵与外延的问题 中医在辨证时,要反复运用中医的概念来判断、推理,明确概念的含义是一必要条件。而中医的基本概念,多数具有外延广泛、一词多义的特点。例如中医的脏腑概念,就是一种集约的生理单位,心的概念就包括主血的肝脏和主神明的大脑等;肾的概念就包含命门、肾、生殖、髓海等多个生理器官。因此运用心、肾等概念时,就必须了解其特定含义。阴虚和阳虚也是中医最常用的概念,但其外延更为广泛,营、血、津液均属阴,卫、气、热均属阳,五脏六腑又各具阴阳。阴虚和阳虚证的外延就各有十余种,临床使用这些概念时,若不明确其含义,笼里笼统,词不达意,可致张冠李戴,失之千里。

(二) 信息的来源——多通道、多途径的问题 人是一个多系统、多层次的整体,五脏又各有体系,脏腑有病则反映于特定的器官,这是一定的道理。然而人体的十二经脉互相沟通,各脏腑之间及经络之间又有网络式联系,因此各内脏的病变,又可以通过不同途径向其它系统的器官或苗窍作出反应。“肺为贮痰之器,脾为生痰之源”,“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,故见咳嗽痰多,不能认为肺系病所独有;泄利呕吐不能认为只是胃肠病的反映。

(三) 证的动态性——临界与跨界、典型性和非典型性的问题 疾病的全程,邪正斗争、阴阳胜负,始终处于变化之中,病位和症状当然相应地发生演变。有些证候从不明显到明显,从一阶段到另一阶段,临床表现时或临界、时或跨界,时或典型、时或不典型,亦有始终不典型者。因

此,不能用固定的模式来判断临床的证候,以常见的风寒表实证而言,没有浮紧脉和薄白苔时,不能绝对否定风寒。针对这种情况,要提高证的前沿状态与临界状态的认识,提高非典型证的辨证水平,这就要求临床者能掌握证的动态变化,以动态观念来建立病证的证候学和诊断标准。

(四) 证的概念的普遍性与特殊性——抽象的同一性与具体的同一性问题 有人说过:“概念的第一个特性就是普遍性”。中医的证,既然是抽象的概念,当然首先是有它的普遍性和同一性的东西。我们应该看到抽象的“证”,是理论者为了获得有关自身中的普遍性和同一性的东西,当时把与自身中一切有差别的东西,当作与普遍性和同一性无关的东西予以舍弃,这样得来的“证”其框架结构当然不包括病证的个别性和特殊性在内。因此临床医生遇到具体病例时,凭“证”的框架概念与现证的普遍性和同一性而下的诊断,只能说是抽象的同一性。具体的同一性应该把现证中的差异性方面反映到概念之中,成为一种有新内容的“证”。由此可见,高水平的真正的辨证论治,应体现具体的同一,而非抽象的同一。中医“异病同治”的“证”,并非同一层次的、通过个性和特殊性表现出来的普遍性和同一性,而是抽象的普遍性和同一性。有鉴于此,要提倡辨证结合辨病,要求把现有病证中的个别性和特殊性统一到抽象的普遍性和同一性之中。

(五) 证的因果关系——审证求因,掌握病机的问题 疾病全过程,病因始终是一根本矛盾,病因的存在,导致机体出现一系列的病理变化,随着变化而至的就出现许许多多的因果关系。多层次的因果关系错综复杂交织在一起时,孰为因、孰为果?认识颇难,但至关重要。以痰与喘的关系而言,二者是可以互为因果的,但应识别其主导作用的一面。哮喘发作时肺气不肃,“痰因气窒”,此时应以肃降肺气为主,肺气顺而痰自出,喘亦平;痰多壅滞于肺道时,“气因痰塞”,亦见胸闷气喘,此时应以涤痰为主,痰去则喘自平。再以常见的阴阳盛衰而言,阴损可以导致阳亢,但阳亢亦可导致阴损;阴盛可以导致阳衰,但阳衰亦可以导致阴盛,这是辩证的统一。可是有些临床者总认为必先有阴损才会出现阳亢,以致临床不管有无阴亏见证,一见阳亢,就一律称“阴虚阳亢”证,用滋阴潜阳或滋阴降火法治之,孰不知“气有余便是火”、“五志之极、皆能化火”;“湿生痰、痰生热、热生风”,痰热、肝火均能引起阳亢,阳亢的原因较多。从病因学讲也好,逻辑学讲也好,由上述原因引起的阳亢,都不能称为“阴虚阳亢”证,即使有阴虚见证,也只能称为“阳亢伤阴”,治法也只能清泄为主,辅以养阴。综览文献,事实上前辈名医已注意到这些问题。

(六) 概念之间的关系——概念的联系、转化、对立统一等问题 以概念的辩证本性为基础的矛盾运动着的思维是辩证思维阶段的基本特征,各种概念包含的事物,出于不同的脏腑和层次,有着不同的经历与个性,它们有无联系?联系的程度如何?是本阶段要重点思考的问题。概念间的联系是多样性的,有本质的与非本质的、因果关系的与非因果关系的、直接的与间接的、同一层次的和非同一层次的联系等。本质的和非本质的联系不加区别,必然导致根本性的失误,这种事例在临床是屡见不鲜的。搞清概念间是否存在因果关系亦至关重要,一般说来,证的过渡、跨界常体现着因果联系,临床者掌握了它们的规律,就能识别和预见诸如“热盛伤阴”、“汗多亡阳”、“热极生寒”、“寒极生热”的病机转化。中医有一闻名的“东方实、西方虚,泻南方、补北方”的亢害承制理论,这个理论体系总体包含着“肾阴亏”、“肝木旺”、“心火盛”、“肺阴伤”四种基本概念,把这四种概念作出多样性联系,可以看出“木旺生火”、“火刑肺金”都是直接联系,“木反侮金”是间接联系,分别属于病机的第一、第二层次。承制过程中的“水胜火”,是“金不

生水”、“子来救母”反馈联系概念下的产物,分别属于病机的第三、第四层次,这种直接的、间接的、正面的、反馈的多层次的概念联系,形成了复杂的亢害承制过程,显示了多样性的因果循环。遇有并存着对立面的概念时,必须运用对立统一的概念来分析。有的概念虽然矛盾,但具有本质上的联系。例如阳明病热盛转化为热深厥深时,面色灰白、四肢厥冷为表寒证象;舌赤、苔黄糙、口渴、脉数实为里热证象,此两种对立的观念若不作本质联系,就得出“热深厥深”的新概念。遇没有本质联系的矛盾着的概念时,例如寒热夹杂的干姜黄芩黄连汤证,脾胃有寒,胸中有热,亦须临床者把对立面的概念作一定联系,统筹兼顾为是。

第二节 量(级)值概念在四诊从舍过程中的应用

中医四诊所获,包罗着真伪主次、轻重缓急、病理或生理、相关或不相关等各种信息。综合这些信息进行辨证,必然有一识别信息价值、随机从舍的过程,此即中医“舍脉(舌)从症、舍症从脉(舌)、脉(舌)症结合”之由来。吾邑清代名医屠士初曾言:“学辨证不难,难在从舍”,道出了从舍之重要性。怎样从舍,根据什么原则从舍,应该从四诊信息的量(级)值概念谈起。

一、量(级)值概念的定义与中医历史运用状况

中医是用直观法搜集四诊信息的,无法以精确的数据对信息的量加以描述,因此只能运用模糊数学概念,对信息的量模拟分级,按量级来判断价值。中医辨证的过程,就是运用量(级)值概念,识别四诊信息,予以综合分析、正确从舍的过程。所谓量(级),是指临床中医对四诊信息所反映的病理程度而予以的大致分等;所谓值,是指四诊信息在临床中医辨证过程中赋予的诊断价值。

中医学对信息量进行分级,首先是在《内经》的脉学理论中体现出来的。该书指出的浮、沉、大、小、滑、涩、弦、濡等脉,都纬以微、甚、悬绝三个量级。《素问·平人氣象论》谓:“春胃微弦曰平,弦多胃少曰肝病,但弦无胃曰死”,说明了量级的诊断意义。张仲景所著的《伤寒杂病论》中,不仅对多种病脉,而且对多种症状的诊断,普遍包含量级概念,有时还结合形象来描述。例如,对寒象与热象,分出微寒、恶寒、身大寒等3~4个级别;对寒热并存的有发热恶寒、热多寒少、寒多热少等区别;出汗有微汗、汗出、大汗等区别。诸如此类的量级概念,书中比比皆是。仲景所定之量级,是用来标志病证轻重的,因寒热之多少,汗之微甚,施治的方药也就不同。麻桂各半汤、桂枝二越婢一汤等著名方剂,是仲景运用量(级)值概念的体现。清代《四家医案》对舌色深淡的描述,分为淡、淡白、淡红和红、赤、绛各三个量级;对腻苔又分薄腻、腻、厚腻等量级。吴鞠通《温病条辨》中的五加减藿香正气散,是他根据白腻苔的厚薄情况判断湿邪轻重而制订的,说明清代学派在辨舌过程中,实际上普遍应用了量(级)值概念的一般原理。

二、量(级)与值关系的一般规律与特殊规律

量(级)值概念是中医在临床实践中观察表象信息与病理发展的相应关系的经验总结。病情重、量级大;病情轻、量级小,这是量(级)与值关系的一般规律,即表象信息的量与病理存在着相应发展的因变关系。掌握这一规律,临床可按四诊信息的量(级),作为衡量病证轻重和从舍的依据。但是另一方面,由于生理病理的复杂性,表象信息与病理相应的关系还受到某些特殊情况的制约,临床者不掌握这些规律,从舍和辨证也会无所适从。一般说来,特殊规律大致有

如下四条：

1. 生理特点和体质差异，信息量(级)的起点标准存在着个体差异。例如肥胖者及较多妇女，脉象多数细小，此时不能把它与气虚者的细小脉等同而论，而应把它量(级)的起点标准提高1~2档，方符实际；又如遇有先天性齿印的患者，不能把它与后天肾阳虚寒的齿印相提并论。

2. 机体内脏功能衰退，表象对病理的应变处于低应或不应状态时。例如老年体弱或肾阳虚衰者，患风寒或风热表证时，无明显的浮紧或浮数脉；有里热时，无明显的面赤、口渴、脉洪数等现象。

3. 表达信息的苗窍或传递信息的经脉有严重病变，不能表达新的信息时。例如严重的肝肾阴伤者舌面光绛无苔，即使新感风寒风热，亦难再现白苔或黄苔；又如心脉瘀阻脉迟结的患者，再患热病时，表达不出明显的数脉。

4. 内脏功能失调，应变功能处于紊乱状态时，表象信息的量往往忽高忽低，时有时无，难以捉摸。例如阴阳失调或心神失养的患者，可见似寒似热，脉乍疏乍数等现象。

三、病证过渡时期与非过渡时期的量(级)值概念

按哲学理论讲，质与量是互相依存，互相规定，互相制约的。质的内涵，规定了量的要求和限度；量的要求和限度，体现了质的规定性。作为临床辨证依据的四诊信息，本身包涵量的规定(度)，超越了这个度，量变引起质变，旧的证过渡为另一新证。例如以寒热的变量为主要标志的“伤寒”，病位在太阳时，具有恶寒重、发热轻等主症，当恶寒重变为不恶寒、微热进展为高热时，量变引起质变，太阳病过渡为阳明病。非过渡时期的量变都是质度内的变化，一般只表示本病证的轻重；过渡时期的量变标志着病证的质变，有着更重要的诊断价值。因此过渡时期的量(级)值概念与非过渡时期的量(级)值概念有着不同的临床意义，遇到极限时应予较大的注意。

四、症、脉、舌同向发展与反向发展时的量(级)值概念

人是一个整体，患疾病时，作为反映病情的四诊信息，它们有着彼此相应发展的内在联系。一般情况下，症、脉、舌病理信息的发展方向大体是一致的。同向发展量(级)轻微的信息，孤立地看似无意义，互相佐证时就能显示其价值。在病情危重、应变功能紊乱的情况下，症、脉、舌等病理信息往往反向发展；反向发展的信息，互相佐证时有特大价值。“形盛脉细，少气不足以息者危，形瘦脉大胸中多气者死”(《素问·三部九候论》)；“风热而脉静，泄而脉大，脱血而脉实……皆难治”(《素问·平人气象论》)，均是反向发展时诊断意义升值的例证。

五、四诊合参、综合分析的辨证法则

综上所述，我们对量(级)与值的关系，应该有一完整的认识。在一般情况下，信息量(级)体现了病证的轻重；在特殊情况下，信息的量(级)并不与病情同步发展甚至出现假象。因此我们不能一概按信息的量(级)来判断病情轻重，而要进一步应用四诊合参综合分析的辨证法则。我们应该看到，中医临证，面对复杂繁多的信息，若不运用量(级)值概念的一般原理，势必杂乱无章，找不到病证的重点与线索；但是，片面地运用量(级)值的一般原理，而不注意它的特殊规律，又可被个别现象所迷惑，达不到去伪存真的目的。因此，临床者应在掌握量(级)值概念一般规律的同时，还应四诊合参，综合分析，正确取舍的方法辨证。作者认为，临床者可把各种信息，按其量(级)值，归纳为三类别：

1. 特征信息 指量(级)大，且有特异性、病理特征明显的信息。例如“腰膝酸冷”、“形寒喜暖”、“脉沉细”均是阳虚特征；“舌光绛”、“盗汗”均是阴虚特征；“自汗易感”是肺气虚特征；“脉结代”是心脏损害特征等等。

2. 较有价值的信息 指量(级)较大,病理特征比较明显,一般应列为辨证内容的信息。例如比较明显的浮、沉、弦、洪、细、滑、涩等脉象;较明显的赤、绛、淡白等舌质;较明显的黄腻、白腻苔均是。遇此类信息,应追查病因,有佐证时其值上升,作特征信息处理;无佐证时,此信息可随机取舍。

3. 参考信息 指量(级)小,无明显病理特征的信息。此类信息,一般无肯定价值。例如微浮、微弦、微数、微滑等脉;偏淡、偏赤、偏滑等苔;薄白、薄黄、薄腻等苔均是。此类信息,其值随机浮动。有佐证时其值上升,列为辨证内容;反之可作生理信息处理。

六、脉、舌、症从舍的原则

1. 脉、舌、症结合原则

(1) 脉、舌、症信息相应地同向发展时:例如风寒感冒,症见恶寒、无汗、头痛等,又见浮紧脉,薄白或白滑苔时,三方信息应结合辨证。

(2) 脉、舌、症信息相应地反向发展时:阳证见阴脉,阴证见阳脉,常是元气虚损,脏腑功能乖戾,气血逆乱,病情危重的表现。例如外感风寒者脉反沉细;证属温热而脉反细弱,此时脉、舌、症应结合辨证。

(3) 脉、舌、症信息各有所主,但彼此有因果关系;或虽无因果关系,但必须综合施治时:人体是一个多系统、多层次结构之整体,脉、舌、症信息可来自不同的脏腑或不同层次,这些病理信息,如有因果关系时,应结合辨证施治。例如消渴病见光绛舌时属肾阴虚损;若同时见面浮白、形寒、脉沉细,又属阳气虚,本证舌症虽相反,但应结合辨证,辨为阴损及阳、阴阳两虚证。又如胃中有热,脾中有寒之黄连汤证,常见舌赤苔黄等胃热信息,又见食少便溏、大便清稀、脉细弱等脾寒信息,本证脉、舌与舌迥异,但脾胃同系,必须同治,故亦应结合辨证。

2. 舍脉、舌从症原则

(1) 脉、舌、症不相应,症状信息价值肯定,能单独构成一个证,而脉、舌信息无肯定价值时:例如年事已高的肾阳虚者,见面浮白,腰膝酸冷、形寒喜暖等信息,即使伴有轻量级的黄苔或 $1^{\circ}\sim 2^{\circ}$ 的弦滑脉等阳脉时,可以舍脉、舌从症,仍按阳虚证施治。

(2) 脉、舌、症不相应,症状信息价值肯定,能单独构成一个证;脉、舌信息虽有一定价值,但可以从缓处理时,亦可舍脉、舌从症,急则治标。

3. 舍症从脉、舌原则

(1) 症状无肯定价值,脉、舌具有特征时,应舍症从脉、舌。

(2) 症状系假象,脉、舌具有特征时,应舍症从脉、舌。例如温邪内陷,热深厥深时,面色苍白、四肢厥冷是假象,而脉数实、舌赤绛、苔黄糙均是特征信息,应舍症从脉、舌,辨为假寒真热。

一个典型“证”的模式,由症、脉、舌三种要素构成。根据以上从舍原则,可归纳出以下四条规律和证的结构形式:

1. 在疾病发展过程中,症、脉、舌等信息相应地发展时(包括同向、反向发展),三者应结合辨证,形成一个证的典型模式,由症、脉、舌三种要素构成。

2. 症、脉、舌三者两方对应,一方不对应,对应的具有诊断价值时,形成一个证的半典型模式,由症、脉、舌三者中的两种要素构成。

3. 症、脉、舌三者一方确有价值,两方无价值时,取其有价值的一方,形成一个非典型证,由症、脉、舌三者中的一种要素构成。

4. 症、脉、舌都不对应,两方具有肯定价值,一方无价值时,可取其有价值的两方,构成一

个证的两个侧面或成为兼挟的证。

由此可见,正确运用中医的量(级)值概念和四诊合参手段,临床医师面对复杂繁多而又互相矛盾的信息,能较顺利地随机从舍,去伪存真,引出正确的结论。中医这门方法学富于整体观和动态观,思辨性和逻辑性较强,是中医临床诊断可信度较大的原因所在。

值得注意的是,运用量(级)值概念初定四诊信息价值与四诊合参综合分析是两个不同的思维阶段。前者是医生初步识别信息,将信息分类,找出特征信息和有价值信息的阶段,本阶段能使医生找到重要线索;后者是医生综合四诊信息找出它们之间内在的联系,进行去伪存真的阶段,本阶段是形成诊断阶段。对照现代方法论,这两个阶段体现了逐步回归、综合分析的方法。

第三节 中医证的“临界状态”

中医的证,由症候群、舌、苔、脉等多层次的信息组成。各个层次信息的随机组合,可以使一个证出现千万种动态。疾病的全过程,信息的量与质随时发生着变异。形成一个能够识别的证,必须有一定数量和质量的信。从有一定量的信息但还不能确定为证的情况开始,到信息刚好满足确诊要求为止,这一阶段的动态定义为“临界状态”。也就是说证的“临界状态”包括两个方面:一是证的“前沿状态”,二是“临界证候”,即符合最低诊断标准的证候状态。在整个疾病演变过程中,“临界状态”占的比重较大,又鉴于它是中医临床鉴别诊断的所在和辨证施治的依据,因此在理论上对它进行研究,有着重要的现实意义。

一、证的“临界状态”的生理病理

举外感疾病为例,当病邪入侵,机体防御系统开始反应,邪正交争,对内脏发生影响时,总有一个由浅入深,由此及彼的过程。作为反映机体病理变化而出现的信,亦有一个由少而多,由量变到质变,然后逐个消退的过程。“临界状态”的出现,正是病理演化至某种程度时的一种具有阶段意义的临床表现。可是病理演化又受着多种因素影响,因此,就同一疾病来说,它的临床表现所出现的信,可能有所不同。我们不可能要求每一病证都是一模一样的临床表现,其中有少数病证始终信短少,处于“前沿状态”,成为临床上不典型的证。

二、证的“临界状态”的临床特点

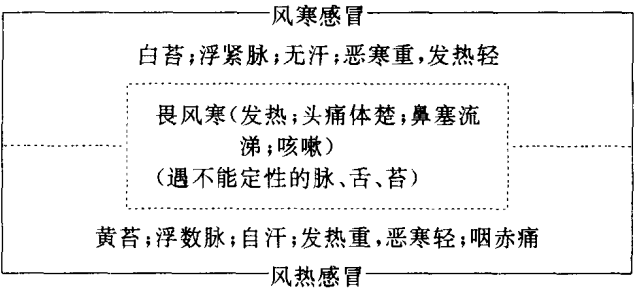
如前所述,证的“临界状态”包括证的“前沿状态”和“临界证”两个方面。证的前沿状态具有以下四个特点:

1. 有一定的信息量,但不足以确诊为何种证。
2. 若再出现佐证信息,证即形成。
3. 有活泼的动态变化。
4. 与边缘的证有交叉关系。

现仍举外感为例,若患者仅出现畏寒、发热、头疼体楚、鼻塞流涕、新咳五个信息,遇不能定性的舌、苔、脉时,就难以确定其为外感风寒抑为外感风热。因此,上述五个信息的组合,只能说它是风寒或风热证的前沿状态,见表 1-1。若另一患者,有畏寒、发热、头痛体楚等三个信息,没有其它的佐证信息,则成为关系更复杂、动向更多的证的前沿状态,因为这三个信息的组合是

外感风寒、风热、风湿、温燥等四证共有的临界前沿的信息，见表 1-2。

表 1-1 一种双边关系的“临界状态”

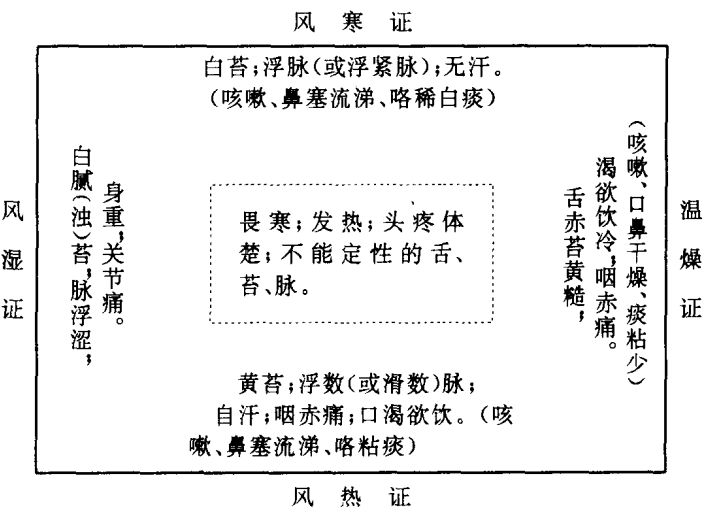


畏风寒为必备信息,随机组合时,两证临界前沿证候的表现形式为:

$$\sum_{i=1}^4 C_4^i = 15(\text{种})$$

风寒临界证: $15 \times 4 = 60(\text{种})$
风热临界证: $15 \times 5 = 75(\text{种})$

表 1-2 一种多边关系的“临界状态”



畏寒为必备信息,随机组合时,四证临界前表现形式为:

$$\sum_{i=1}^2 C_2^i = 3(\text{种})$$

有()者,为可能出现,可能不出现的信息。

从表 1-1、表 1-2 可知,每一病证均可有临界的“前沿状态”。临界前沿的表现形式,可用数学方式统计,表现形式之多少与它的信息量成正比,前沿的信息量愈多,表现的形式也愈多;信息量愈少,表现的形式也愈少。根据同一道理,临界后证候状态的表现形式,亦与它具有的信息量成正比。从表 1-1、表 1-2 可以看出,证的临界前沿的动态是极活泼的,它总是向两个方向发

展,不是加剧,就是渐愈。如向加剧方向发展出现某一新的信息,它就跨入了某个证的范畴,成为一个符合最低诊断标准的“临界证”;如向渐愈方向发展,它的信息就渐渐消退,在没有确诊的情况下痊愈了。

“临界证”亦具有四个特点:

1. 它是某个证的最低诊断标准。
2. 它是与其它证的鉴别所在。
3. 它不具备证的全部信息。
4. 它按自身规律演化。

三、研究证“临界状态”的临床意义

它的临床意义至少有以下四点:

1. 有利于医生掌握证的动向。
2. 有利于医生掌握证的最低诊断标准,作出早期诊断和早期治疗,把疾病消灭于萌芽状态。近年来有人提倡用截断疗法治疗温病,这种疗法,更需要临床医生早期确诊。
3. 有利于医生作出鉴别诊断。
4. 为某些信息量少、表现不典型的疑难证提供诊断线索,使临床医生有可能作出较正确的假定诊断和试探治疗。

我们重温古代文献,发现仲景大师很注意证的“临界状态”的研究,例如在《伤寒论》少阳病篇 96 条指出,少阳病具有“寒热往来、胸胁苦满、嘿嘿不欲食、心烦喜呕”四大症状,但在同篇 101 条又指出,“伤寒中风,有柴胡证,但见一症便是,不必悉具”。后人对此有两种解释,一认为出现四症中任何一症便可诊为少阳病;另一认为寒热往来是主症,余三项为副症,有寒热往来为主症,伴任何一个副症即可诊为少阳病。不管采取哪一种解释均能说明这是仲景对少阳病最低诊断标准的即临界状态的研究。再看阳明病之经证,仲景《伤寒论》、吴塘《温病条辨》均提出具有“热盛、大渴、大汗、脉洪大”四大证候,是否缺一不可?如若具其中三候即可诊为阳明病,则阳明病之经证亦存在临界问题。张锡纯《衷中参西录》论治温病,认为白虎汤证之确立,不在于汗出与否,有其它三候即可列为阳明病而授予白虎汤。潘澄廉氏在《伤寒六经指要》提出:后人所谓白虎汤之四大证候,全具是不多见的,这亦是经验之谈。因此,就必须研究关于阳明病证的各种临界状态,使我们有一个最低诊断标准的概念。事实上伤寒六经病各个证也好,温病卫气营血的各个证也好,都有它们各自的临界状态,如否认这一点,各证的特征就不存在了,证与证之间的区别没有了,仲景《伤寒论》的正局、变局、变法等情况就变得不可思议了。

四、研究证的“临界状态”,是中医开展科研与现代化技术相结合的重要课题

中医药历史悠久,是祖国宝贵的遗产,急待我们去发掘、整理、提高。但是由于中医各派学说不一,对各种病证缺乏统一诊断标准,以致在确定诊断、对比疗效、组织协作、重复验证等方面均存在困难,有碍于中医与现代科学技术相结合。如果集思广益对每一病证的临界状态作出研究,证的诊断标准就可统一,证的动态变化就可掌握,中医随证施治的水平可以提高,也为中医药开展科研创造有利条件,促使中医运用控制工程、电脑等现代化手段为自己服务。近年我们在设计中医电脑诊疗呼吸系统疾病的过程中,就是按本文的思路和方法,从研究每一个证的“临界状态”入手,掌握每一病证的信息动态和诊断标准的。现将该项目的部分设计即慢性支气管炎本证五个证的临界状态列表如下,见表 1-3。