

中医 数值诊断 与论治方元

江荣禧 著



广西科学技术出版社

中医数值诊断与论治方元

江荣禧 著

广西科学技术出版社

中医数值诊断与论治方元

江荣禧 著

※

广西科学技术出版社出版

(南宁市河堤路14号)

广西新华书店发行

广西民族语文印刷厂印刷

※

开本787×1092 1/32 印张7.125 字数157,000

1989年5月第1版 1989年5月第1次印刷

印数: 1—3,200册

ISBN 7-80565-085-3 定价: 2.75元

R·24

王 序

江君荣禧所著《中医数值诊断与论治方元》一书对中医“辨证论治、随证施治”备具指导价值，有益于诊断与治疗，对内妇儿科杂证尤备价值，洵为兰台要籍。有益于莘莘学子不少，洵佳作也。

江南寄客 江苏丹徒王渭川
八十九叟

一九八六年六月

聂 序

我的同学江荣禧君五十年代求学于本系，攻读应用数学。当时即以思维敏捷获誉于同窗。中途改习岐黄，刻苦钻研，于杂症颇见成效，屡见报道于报刊。不意，集二十余年之心血，在中医体系中竟成功地引进数学方法，涉及集论、模糊数学、离散函数、统计原理。江君虽运用复杂的数学概念与方法，但于书中却能深入浅出地予以引用，而不致使读者感到深奥难明，此实难能可贵。

尤其令人欣慰者，在古老的祖国医学发展的道路上，引入数值方法，建立起一座桥梁，为中医学定量化迈出了可喜的一步。欣喜之余。为之作序。

西北工业大学数理力学系

聂铁军

一九八六年七月

前 言

治病的关键在于正确的诊断与恰当的治疗。中医治病的特点是辨证施治，就目前的情况而言，有两个问题值得研究：第一，如何提高确诊率，也即是诊断结果的唯一性的确定是否有规律可循？第二，在浩如烟海的方剂中，同证的类方存在着共同的结构（组成）核心，医者能否掌握它们，灵活地运用古人留下的效方，以提高临床疗效？答案是肯定的，本书即为此目的而作。

医龄较长（在二十年以上）的中医，一般诊断较为可靠，疗效也较高；临床时间较短的年轻医师，辨证与用方则难以十分贴切。即使是名老中医在对同一患者作临床辨证时，各人的结论也常不尽相同。所以，中医学长期被误解为一种经验方法，而它所具有的科学规律却被忽视了。不能正确地掌握这种科学规律，势必造成中医师都要经过约二十年的临床锻炼与摸索，才能成熟。如何尽快地培养大批成熟的中医师，以适应人民保健事业的需要，就成为亟待解决的问题，也是振兴中医的一件大事。

我们借助数学找到了解决的途径。这就是归纳前贤与现代专家的病案及理论著述，作统计学处理，将他们的成果数值化，即建立计算机语言的“专家系统”。

数值方法的建立，我基于这样的思想：中医辨证施治的第一步是确定患者的所患证，即找出致病原因与相应的病理

变化；第二步是确定治疗方案，即排除致病因素，纠正已发生的病理改变。而证是由一组存在着有机联系的症状决定的。这组症状中，有必然证，即每个患该证的患者都必有的症状；也有或然症，即不是每个患该证的患者都会出现的症状。必然证，通过熟读医书可以懂得，而或然症则不然，它出现的百分率各有不同。如外感风寒表实证，根据病案统计，必然证为恶风寒、无汗，或然症各症出现的百分率如下：发热=92%，头痛=87%，脉浮紧=93%，苔薄白=93%，关节酸痛=68%，肌肉痛=88%，头晕=92%，呕逆（及欲呕）=43%（症若全在虚弱病者范围内统计则高达66%）。或然症出现的百分率常与年龄、性别、嗜好、季节及生活地区等因素有关。老医师的经验在于对这种或然症出现的百分率有个大概数，即在他们临床经验中已有一个估计性概率。凭这个概率，结合必然证，他们就可作出是否某证的准确判断；而另一些无关紧要的症，即或然率很低的症状，他们就暂时舍弃，或留作二诊时观察，以决定取舍。年轻医师要获得老医师的这种估计性概率，如果走经验积累这条路，确需花费时日，这与早出人才的要求是不相适应的。事实上，这种概率的获得，我们完全可以通过对前贤的医案与论述、现代专家的医案作统计学处理而获得，并且其结果比老医师的估计性概率更为准确。

中医关于数学方法的引进，我们还要看到，同一个症状可出现在许多证中。这个症状对于判断所患是何证的价值（即该症对判断属某证的“权威性”）也有不同，如以“大汗如油”判断亡阴证就有绝对权威，而以“头痛”判断肝阴虚的权威性就小得多。如何将上述之概率与这个权威性综合起来，作为量度某症与某证的关系，并建立起数值关系，在书

中将详为阐述。本书“四诊”的诊权值即是症与相关证的数值关系。作者曾让初学中医理论的学生利用此诊权值，任取现代中医专家、教授的医案中的症候群进行校核，以检验诊权值的实用价值。他们共索取187案，校核结果，与原诊断一致的169案，占90%，而另外的则与原案二诊结论相符。同学们仅通过一节课学习与使用“四诊”诊权值，就获得这样准确的结果。

数学方法得到的数值，实质上是同一种经验统计值。病案越多，则准确性越高。这实际上是对前辈、专家的经验作了数学处理，为解决诊断结果的唯一性问题迈出了一步，并使诊断的程序与方法规范化。如果有条件将诊权值储存于电子计算机，而将症状编码，或直接按汉字输入，则可在极短的时间内得出较精确的诊断结论。但这还要有个过程，因为设备费用不会太低，并且，计算机使用人员的培养尚需时日，而现在有了“四诊”诊权值，对解决复杂疾病已可起到一定的参考作用。当然，对简单的常见病，用本书所介绍的假设法已足以解决问题。这个方法，实际上是老医师所用的方法。作者仅是将其归纳，并使之程序化，以便于学习使用而已。

本书另一个主要内容是方元理论。古今方剂已逾十万。而中医内科的“证”，按互相独立计算，仅有142证（简单疾病仅出现1个证，复杂疾病可见3~4个证）。内科各种疾病都是由这142证中的某些证组成。数量众多的内科方剂，事实上都是围绕着这142证或其组合而转，仅各医家选择的药物组合不同而已。在类方中，我们可以看出，各种组方均有共性。作者考察这些类方，研究它们适应证的病理，结合现代药理实验资料，为这142证中较常见的115证选定较简单的药物组合，作为治疗该证的处方，称之为“方

。元”每个证，都有特定的致病原因与基本的病理变化，方元应以既能纠正这种病理改变，又能排除病因为目标。作者选用方元或其组合制方的设想，皆有古方为依据；于是，大胆地用于临床，发现其效果确实令人满意。经反复验证、修正，现奉献于读者。可以预期，如果能真正掌握和使用方元，在临床实践中将能做到：第一，灵活拓展古方的应用。从研究古方得知，在一个方中，常存在若干个“核心”，它是由较少的药味组成，并且可以独立地治疗某一个证。它与方元的区别在于：首先没有方元那么简练；其次对某证来说，没有相应的方元的疗效那么高。由此可知，方元是从各方的“核心”加以比较、精炼而得到的。由于方中的“核心”也能独立治疗某一个证，起到类似方元的作用；同时每个方元的治证不同，如果重点突出使用某古方中的某个“核心”，它就能使该方的治疗范围超越原著记载的治证。在杂志上常见到《某方在某病的应用》一类的报道，这种拓展实质上是突出了原方中的某一个方元样结构的核心。例如，小建中汤包含有五个核心：一是桂枝汤，二是芍药甘草汤，三是桂枝甘草汤，四是芍药汤（《圣济总录》芍药汤由桂枝、芍药、甘草组成，治产后恶血攻心腹痛），五是饴糖、甘草、生姜（治虚人感冒风寒，咳痰难出）。可以说，小建中汤包含以上五个核心，但只有桂枝汤、芍药甘草汤、桂枝甘草汤这三个被作为方元使用，而另两个核心则因其所治证有更好的方元替代，故不入选为方元。若在临床上突出其中一个核心，就会使小建中汤的临床使用范围扩大。第二，用药简练。因方元都经综合比较而定出，可避免“症多药杂”之弊。第三，有助于剂型改革，可将方元制成成药。辨证治疗时，复杂疾病（多证同现者）可用方元加法施治。类似日汉医家

所用经方的锭剂。

最后应该说明，方元施治与专病专方随症加减并不相悖。每个证是一个病理的诊断结果。每个脏腑功能是多方面的，因此同证名，而重点症状可有不同。例如，脾肾阳虚是一个复合证（由脾阳虚与肾阳虚构成），其可表现为：以水肿为主症，或以五更泻为主症、以白带清稀为主症、以畏寒肢冷为主症，以及以完谷不化、利下清稀为主症等多方面。但在治疗上，均可用脾肾阳虚的方元真武汤所通治。也可以使用专病专方，以图收效更速。更可在真武汤的基础上加味以提高疗效。如白带清稀加薏苡仁、芡实；五更泄加诃子、罂粟壳等。若医生临证时间短，对专方不熟，加减的把握又不大，使用方元施治也是可收治本之效。随证加减的另一方面，有些症状未被确定证所包含，即不能用已定之证的病理，予以解释这些症状出现的机理。如果它不影响到患者的饮食、睡眠、活动，或未有其他严重的不适，则在施治时可舍弃之。容二诊再观察其消失与否，若其对患者的生活、精神等造成影响，或医者认为它是某证的前期症状，则应在所选的方元的基础上加味以暂治其标。待二诊时，检查该症是否减轻或消失或加重。若加重者，则应另立相应方元治之。

本书稿完成之后，承蒙著名中医学家、成都中医学院王渭川教授审阅并予以指导、作序，西北工业大学数理力学系副主任聂铁军副教授欣然命笔为序，特此致谢。

由于水平有限，书中不妥之处，祈前辈专家和同行指正。

江荣禧

一九八六年七月

目 录

一、辨证导论	(1)
(一) 伤寒、温病辨证与脏腑辨证的统一.....	(1)
(二) 阴 阳 气 血 的 生 理 与 病 理.....	(3)
阴分与阴盛.....	(3)
阳分与阳亢.....	(5)
气的生理病理与纳新排浊.....	(7)
血的生理病理.....	(13)
(三) 脏腑某些病症的表述方式.....	(15)
(四) 生克乘侮在生理病理中的反映与应用.....	(16)
生的生理实质.....	(16)
克的生理实质.....	(17)
乘的病理实质.....	(18)
侮的病理与利用.....	(19)
二、中医辨证法——假设法	(28)
(一) 假设法逻辑程序.....	(28)
(二) 症状所属证分析.....	(30)
(三) 假设法应用实例.....	(39)
三、中医数值诊断方法	(45)
(一) 数值诊断法的产生.....	(47)
(二) 诊权值的定义及其计算方法.....	(48)
(三) 诊权值的数学模型.....	(50)
(四) 诊权值的说明.....	(52)

(五) 数值诊断表格与使用.....	(53)
四、“四诊”所获症的诊权值.....	(70)
(一) 望诊.....	(70)
(二) 闻诊.....	(88)
(三) 问诊.....	(93)
(四) 切诊.....	(110)
五、论治方元及其应用.....	(113)
(一) 元方的涵义与确定方法.....	(114)
(二) 古方拓展的探索.....	(115)
(三) 研究方元的意义及其应用.....	(116)
(四) 寻求方元实例及其临床.....	(118)
六、脏腑各证方元.....	(121)
(一) 心脏病辨证施治方元(附小肠病).....	(121)
(二) 肺脏病辨证施治方元(附大肠病).....	(139)
(三) 肝脏病辨证施治方元(附胆病).....	(154)
(四) 脾脏病辨证施治方元(附胃病).....	(170)
(五) 肾脏病辨证施治方元(附膀胱病).....	(188)
 附录：一、“四诊”所获症诊权值索引.....	 (209)
二、脏腑各证方元索引.....	(214)

（一）寒温辨证与脏腑辨证的关系
寒温辨证，固不啻为辨证之纲，然否执此而废彼，则辨证之旨，遂行失真。盖寒温辨证与脏腑辨证，固各有其适用范围，然二者不可偏废。一、辨证导论

中医治病，不注重病的异同，而注重证的异同，故有同病异治与异病同治。临床医师对于症状的搜集很讲究，望、闻、问、切四诊不可偏废。尤其在问诊中，对发病时间、治疗经过和病史等都不可忽略。

每一个证候，都有它的病变部位、引起原因以及内在的病理变化。这些都是由当时的症状确定的。一个病在初起、中期、末期都表现为不同的证，治法与用方也截然不同，切不可按病名一成不变地用固定的一个方剂治疗；也不可头痛医头，脚痛医脚，见一症下几味药，凑方应付。要确定所患何证，就必须准确地掌握辨证。这是中医学的特色。中医有许多辨证方法。每一种辨证方法，都有其特定的适用范围。但它们都可与脏腑辨证联系起来。有些辨证，如八纲辨证与脏腑辨证的关系等，在教科书中已有详述。在这里谈谈伤寒、温病的辨证系统与脏腑辨证的统一等问题。

（一）伤寒、温病辨证与脏腑辨证的统一

我们知道，生命活动的基础是脏腑的功能活动。而气、血、津、液、精既是这些活动的产物，又是这些活动的物质基础。它们量的多少、循行秩序与脏腑功能是紧密地联系在一起，实质上是脏腑功能活动正常与否的一个反映。窥测

气、血、津、液、精的量与运行状态（由症状表现出来），可了解到脏腑功能是否正常。外邪所犯部位不同，表现的症状也不同；病邪性质不同，出现的症状差异也甚大。这种差异性，使我们有**可能根据症状**确定以下三个方面：一是邪所犯脏腑（所主的经络，或五官、五体）即病位；二是病邪的性质；三是所形成的证的性质与病理。

一般来说，病邪侵犯人体，可以导致三类病理变化：一是消耗某脏腑的阳分物质或阴分物质；二是鼓动（或刺激）经络中气血的异常运动，使之加速（或减缓）甚至越经妄行（或阻滞正常运行）；三是与经络中气血相搏，出现寒热，甚至痹阻于经络。寒则凝阻，热则煎熬搏结而成阻滞。

在六淫中，最特别的是湿邪。湿为阴邪，其性粘滞，最易形成泥滞于经络或脏腑之证，如与寒结，则成寒湿、寒饮、寒痰；与热结，则成湿热胶结，轻者见局部水液停蓄，重者则成痰，甚至成为顽痰。加之热又伤津，阴分受损，病愈显繁芜，幸而其所阻、所伤、所激、所滞皆有形症，使我们有可能加以辨识。前贤又留下许多有效的相应方剂，使我们有可能按病邪所伤所犯的部位与病变，以及邪的性质予以治疗。故此，可以不分门派，均按脏腑经络，阴阳气血辨证论治。至于外感病传变层次，虽有一般规律可循，但不是绝对一成不变，过分拘泥于“必传某经”，反而会在临证时因守教条而误事。关键是掌握症候群加以辨证，准确地选方加减用药。所用的是伤寒方抑或温病方，大可不必执门户之见，而应以治愈为目的。其实，温病学的许多方剂也是吸取了伤寒方的精髓而发展起来的。温病的理论与治法，方剂的产生与发展，也确实在热病范围内补充、完善了伤寒的不足。如果以脏腑经络为纲，外邪为目，则中医热病学是可以将伤

寒、温病统一起来的。

(二) 阴阳气血的生理与病理

脏腑的生理功能和阴阳气血的生化实质与病理反映，是临床辨证的基础。中医学的阴与阳，是指事物互相对立又统一两个方面，现具体阐述。

阴分与阴盛

阴分指有形的物质，设想为肉眼可见，手可触摸得到的物质。它处于相对静止的状态，即从外部或宏观来观察，看不出其本身具有运动的特征。它的外观的运动必须依靠另外的物质与动力。它的性质是寒凉的。这不仅对病的性质与药性而言，也是对人体的阴分而言。阴分不但是机体存在于宇宙的可见可触的物质，同时也是阳分依存与维持运动的物质。这包含有两重意义：一是阳分只能寄寓于阴分，才具有维持生命的正常作用，不会有病理状态表现出来。二是阳分的一切活动（运动及脏腑功能的外在表现）所消耗的能量是由阴分提供的。故此，阴分的存在是维持正常生命活动不可缺少的。小量的亏损（如少量失血、出汗，热病延续时间不长等）可以由机体自然加速生化而得到弥补，大量的损失则必然要依靠外源性的补充。任其长期亏损，各种变证都会发生。

阴盛则是一种病理状态。前面已提到阴分是机体组成与生命存在不可缺少的物质。内环境处于平衡状态时，它的生化与消耗维持着动态的相对平衡，不会“有余”。所谓阴盛是指输送到某脏腑的“精微”（以液体形式输入），由于某

脏阳虚，不能及时或不能完全转化为本脏所特有的阴分，因此无法成为某脏运动过程中所要消耗的能源，也无法成为供养某脏所主之五官、五体所需之营养物质。某脏所需之营养物质也因之而不足。而同时这些精微在某脏某腑又占据着一定的容积，因此造成“堆垒”（积液）。原来某脏所存的阴分又因要不断支持阳分的运动与养营所主之五官、五体而消耗，阴分就越虚耗。这实质就是阳虚在先，阴虚在后的病理，也就是阳虚则阴盛的道理。故阴盛——积液是一种病理产物，绝非阴分有余。

积液所致之病，作为继发性病因，变化很复杂。但可归纳为三大类：一是遇外来之寒或热（或内郁之热，或阳虚更甚而生之内寒），可因寒凝而变痰，也可因热灼煎熬而成痰；二是积液呈局部弥漫性分布，成为饮证，在外无形可见，而患者则自觉在运动或呼吸时受掣而有牵扯性疼痛；三是若无内外因素作用于积液，则只在局部形成水肿（内脏局部水肿，类似于西医学之无菌性炎症渗出性水肿），外观舌质淡且嫩，或如水渍，或有齿痕。症状如在腹部，多在局部有拒按，重按则痛之症；如在胸则有憋闷感，若在胁则有紧束感。后两项变证较少，第一项变证最多。痰若流于经络则痹阻于经隧，血行受阻滞，可有淤血产生，更甚者是痰淤交结又到处流窜，成为各种较难医治的杂症。西医学中的支气管扩张、脑血管意外、肺源性心脏病、肾病、肝硬化等，都存在痰挟淤共同致病的情况。由上可知，阴盛是临床上出现较多的一种病理改变，它的治法由以上分析可知是温阳。若积液已久，或量已多，则单纯温阳已不能解决问题，需用温阳利水法，如真武汤、苓桂术甘汤、实脾饮的广泛应用，就说明此问题的存在与法则的正确。还应注意到，临床上常有“利

而不去”者，这是因为水液的运行关键在于气行（设三焦通道无阻碍），若气虚不行（常与阳虚同时存在，久病更为常见），则黄芪、白术（兼见阳虚则不离附子）当为首选之品。芪附汤之功，不仅温阳补气，更妙在治积液诸顽症。作者对胃下垂、支气管扩张、风湿性心肌炎等顽症常以此为主方而奏效，但黄芪用量需60~100克，附子（先煎）30~40克，对于危重之证，轻剂量常是无济于事的。

阳分与阳亢

阳分是作为一种以运动形式存在的物质，经常以热能的方式表现出来，如温煦肌肤、腐熟水谷、气化过程的能量消耗，支持躯体、四肢的运动等。虽然肉眼不可见，手无法触摸，但却时时显示出它的存在。在有些情况下，阳分是以“气”的形式而存在并表现出来的。不少古医籍常在气与阳两者之间互相套用，使初学者感到模糊。阳分作为能量形式表现出来，能“看”得到（或体会得到）的，最典型的是体温与心动。在内脏中，阴分的生化过程作功的也是阳分，但“看”不到。脏腑的功能活动是“气”的表现。“气”的生成与存在根于阳分与精微，其生成速度决定于阳分的盛衰、生成的多少，决定于精微的亏盈。而水谷精微是外源性的。正因为如此，如果是气虚，单纯依靠补气药品而摒弃其他是达不到目的的。要补气，必先考虑生化水谷精微的脾胃功能是否正常，其次是阳分与血分（血与气相互依存）是否虚损。

阳分的特征是“动”与“温热”，没有阳分的运动，阴分的化生是不可能的。不管提供多少补阴物质，也生成不了机体所含有的、能维持生命的阴分物质。每一脏腑所具有的