

临床辨病专方治疗丛书

LINCHUANGBIANBINGZHUFANGZHILIAOCONGSHU

儿科

主编 叶礼燕
总主编 戴西湖 谢福安

辨病专方治疗

人民卫生出版社



ERKEBIANBINGZHUFANGZHILIAO

ERKEBIANBINGZHUFANGZHILIAO

ERKEBIANBINGZHUFANGZHILIAO

ERKEBIANBINGZHUFANGZHILIAO

ERKEBIANBINGZHUFANGZHILIAO

临 床 辨 病 专 方 治 疗 丛 书

110731

总主编 戴西湖 谢福安

儿科辨病 专方治疗

*
*
*
*
*
*

江苏工业学院图书馆

藏书章

主 审 叶礼燕
顾 问 陈新民 张季平 陈神友

主 编 叶礼燕

副主编 张宝林 李 贵 李美珠

时毓民 阎田玉

人 民 卫 生 出 版 社

临床辨病专方治疗丛书
总主编 戴西湖 谢福安
儿科辨病专方治疗

主 编：叶礼燕
出版发行：人民卫生出版社（中继线 67616688）
地 址：（100078）北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼
网 址：<http://www.pmph.com>
E-mail: pmph@pmph.com
印 刷：北京市卫顺印刷厂
经 销：新华书店
开 本：787×1092 1/16 **印张：**45
字 数：993千字
版 次：2000年6月第1版 2000年6月第1版第1次印刷
印 数：00 001—4 000
标准书号：ISBN 7-117-03714-8/R·3715
定 价：56.00元

著作权所有，请勿擅自用本书制作各类出版物，违者必究
（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

编 委(按姓氏笔画排序):

临床辨病专方治疗丛书·儿科辨病专方治疗

叶礼燕	叶孝礼	刘向农	任榕娜
张宝林	李 贵	李美珠	沈朝斌
时毓民	岳少杰	林运团	杨丽霞
周 莹	陈帮干	陈新民	林 华
钱天维	阎田玉	顾梯成	黄妙辉
蒋长庚	蔡忠钦	甄泽年	薛昭卿
黎 兴	戴西湖		

编写者(按姓氏笔画排序):

王宇军	王 滔	于 清	伏媛媛
危玉桃	余自华	沈 林	杜景春
苏 婕	陈军林	季 玮	吴丽瑟
吴荔琼	杨春霞	林 颖	俞 建
郑 榕			

论现代中医临床诊疗体系的建立

——走出轻辨病重辨证的误区

（代序）

辨病论治或在辨病的基础上进行辨证论治，是中医学临床诊疗活动的完整模式和固有特色，构成了中医诊断学的完整概念。但在一个较长的时期以来，辨证论治被提到至高无上的地位，成了“基本法则”、“普遍法则”，成为中医诊疗特色的代名词，成为评析中医诊疗的价值标准，证的研究也就成了中医临床发展方向与“突破口”，而中医辨病的研究处于被忽视的地位。全国统编中医教材《中医学基础》明确指出，“中医治病，主要的不是着眼于‘病’的异同，而是着眼于‘证’的区别。”《中医基础理论》（五版）又说：“辨病论治是在确立疾病的诊断之后，根据疾病确立治疗的原则。对于简单的疾病来说，辨病论治是比较容易做到的，如蛔虫病应用驱虫剂治疗等等。但是多数疾病却是比较长的过程，在这个过程中，每个阶段的病理变化不尽相同，很难确立划一的治疗方法……，这就是为什么中医辨证论治比辨病论治用得多的道理。”全国统编教材《中医内科学》（五版）全书共列49个病证，其中符合辨病论治的只有感冒、肺病、肺癆、哮喘、癫狂、痢疾、中风、癰疽等10多种，约占30%，其余均为辨证（证）论治。其他见诸报刊凡言中医特色优势的，莫不以辨证论治冠之于先，招标评奖、科研立项莫不以“证”为中心，出现了轻辨病重辨证的倾向，割裂了完整的中医诊疗体系，制约了中医诊疗能力，导致了中医临床医学的退化。过去我们经常提及要警惕“废医存药”的危险，如今则应警惕“废病存证”的危险。重新呼吁辨病论治，是中医认识疾病、诊断疾病、治疗疾病的飞跃，必将大大推进中医临床医学发展的进程。

一、论辨病的历史地位与贡献

（一）识病、辨病为中医诊疗之原始

中医疾病史研究表明，中医诊疗始于识病。远在商周时期的甲骨文中，记述与疾病内容相关的就存有300多块、400多辞，其中包括头、眼、耳、口、舌、喉、鼻、腹、妇、儿、传染病等16种。《周礼·疡医》指出“痈首、痒疥、寒、咳上气为四时痼疾”，论述了疮疡、创伤、骨折等外科疾患；《山海经》记述有癰、疽、痹、疥、痒、疔等38种病名；1973年出土于湖南长沙马王堆汉墓的《五十二病方》，因其内容以52类疾病为基础故名。其中包括内、外、妇、儿、五官各种疾病103种。

《内经》时代，提出疾病、证候、症状三种形式，著录病名300余种，比证名多10余倍，说明古代医学对疾病认识不仅早于证候，而且内容丰富。其论病，都能从病因、病机、转归、预后诸方面加以论述，《素问·至真要大论》纲领性论述就有病机十九条，

《内经》对有些病则作了专题论述,如《疟论》、《痿论》、《痹论》等。张仲景《伤寒论》首创辨病论治一词,论中各篇篇名,均冠以“辨××病脉证并治”,阐述外感热病40多个病名。《金匱要略》提出了肠痈、肺痈、浸淫疮等70多个病名,全书以病名篇,以病统证,据病施方,初步确立了辨病论治体系。

晋·葛洪《肘后备急方》多按病论治,对每种疾病均列出若干方以供选用。南齐·龚庆宣《刘涓子鬼遗方》对痈疽、疹、疖、疥、癣、瘰癧、诸痿多种外科疾病诊断亦较明确。隋·巢元方《诸病源候论》是我国现存最早的病因病候学专著,全书以病为纲,以源分候,论病1061种。

唐宋时期对内、外、妇、儿、五官等各科疾病的认识逐步分化,临床医学发展趋向专科化,出现了大量综合各科疾病的医著及专科论著。孙思邈《千金方》,有的按病列方,有的在辨病基础上辨证论治。王焘《外台秘要》,既按病列方,又分证列方,其中论病714个。北宋政府重视以成方治疗,设立了官府药局,《太平圣惠方》列有诸多辨病论治方药,促进了辨病论治与专方专药的发展。

明清医家对疾病认识不断深化,孙志宏《简明医彙》对200余病证各列一个主方,在主方基础上根据疾病不同表现进行加减,并列有成方及简效方,以备查阅,颇为实用;龚廷贤《万病回春》列有“诸病主药”。李时珍《本草纲目》主治第三、第四卷中亦载有大量专病专方。清代医家喻嘉言指出“先议病,后用药”。张璐在《张氏医通》中(卷13~15)列出内、外、妇、儿诸科各病专方,以备其用。可见历代医家对辨病论治论述丰厚,不断推进中医临床医学的发展。

(二) 中医学辨病论治的巨大贡献

1. 病名确立与分类 中医学在长期临床实践中已确立了众多疾病名称,如痢疾、白喉、肠痈、破伤风、肺痿、麻风、白癫风等,其中包括病名的二级分类,如黄疸《金匱要略》分为五疸等。《病源辞典》收载病名4000余个(其中含异名在内),云南省中医研究所整理的《中医疾病的整理研究》一书总结各科病名3671条,证名525条。

2. 病因学成就 中医对病因认识并非仅仅是六淫七情,对传染病、寄生虫病、营养缺乏性疾病、过敏性疾病亦多有涉及。如传染病方面,《古今医统》载麻疹“沿门彼户相传”,《肘后方》是世界记述天花最早的文献。“痲瘰”,古称“传尸”,宋《普济本事方》明确指出该病是“肺虫”所致。寄生虫病方面,《金匱要略》载有“食生肉……变生白虫”(绦虫病),《肘后备急方》记述了血吸虫病(溪毒)、恙虫病(沙虱)。《备急千金要方》载“癰中有虫”,而“疥”则有“疥虫”。钩虫病古称“黄肿病”、“脱力黄”,《丹台玉案》、《杂病源流犀烛》均有所论。隋唐医籍及《串雅》论述了丝虫病,对其下肢肿、阴囊肿、小便如膏均有描述。营养缺乏性疾病方面,如《备急千金要方》对瘰癧、脚气、夜盲的病因、诊断、治疗均有论说。遗传性疾病方面,如《素问·奇病论》论及孕妇惊恐儿生癫疾,指出癫痫病的先天因素。过敏性疾病方面,如《诸病源候论》有漆过敏的记载,陶弘景《补阙肘后百一方》提及“猝短气”的哮喘突然发作。明·戴天礼《秘传证治要诀》中明确指出哮喘有“宿根”,即指“过敏素质”或家族史,清·沈金鳌将食物过敏引起的哮喘称为“食哮”。

3. 诊断学成就 秦朝云梦竹简《封诊式》载有发现麻风病人送病迁所的简文,并有报告、鉴定、隔离一套制度。特异诊断指出消渴是口渴多饮,特异表现是多饮、多尿、多食、消瘦、尿如膏状或尿有甜味,《卫济宝书》已提出“癌”的名词,《仁斋指直方》明确指出“癌病而有恶变”。

4. 发病学成就 《金匱要略》对狐惑一病,记述了目赤如鸠眼、咽喉及前后二阴有溃疡的发病特征。《诸病源候论》“消渴诸候”指出消渴“患者必数食甘美而多肥,而且多发病疽”,《景岳全书》论述白喉“无痛而涩,息难相入,不半日愈甚,面青瞠目声细,引颈求救,一日夜面毁。”对白喉引起窒息死亡作了形象描述。

5. 治疗学成就 《内经》以生铁落饮治癫疾,《伤寒论》以茵陈治黄疸、乌梅丸治蛔厥,《金匱要略》以百合地黄汤治百合病,以大黄牡丹皮汤治肠痈,《神农本草经》用海藻治疗瘰疾是世界上最早用含碘药物治疗甲状腺肿大的记载,以狂犬脑敷伤口治狂犬病。《备急千金要方》以廕治瘰,以龟甲治佝偻病,以羊肝治夜盲,以谷皮(楮树皮)、大豆治脚气,以土茯苓治梅毒,以雷丸驱虫。疟疾一病,《内经》有《刺疟论》,《神农本草经》用常山,《肘后备急方》用青蒿,康熙时曾用金鸡纳皮。外科手术,《灵枢·痈疽》指出脱疽“急斩之,不则死矣”,这是最早的截脚术治疗脱疽的记载。其他尚有历代医家创用的导尿术、整骨术、清创术、金针拨白内障等,丰富多彩。

综上所述,中医学对疾病的研究成就卓著,并在一定的历史时期曾居于世界医学的前列,它对疾病的认识方法和思维方法至今仍有很高的学术价值。

二、论确立辨病的核心地位与意义

(一) 核心地位

疾病是医学中的基本概念。由于各种疾病的病因、病状、病机、病程各有不同,因而冠以特定的病名,以代表该病本质及特征。因此,每个具体的病名是医学上对该具体疾病全过程的特点(病因、病机、主要临床表现)与规律(演变趋势、转归、预后等)所作的病理概括与抽象,是对该疾病的本质认识。

1. 诊断学意义 疾病诊断是治疗的前提。一个符合实际的疾病名称,一般都是对某种病因病机在机体演化过程的综合概括。这个过程,通常皆具有相对独立性和一定的发展演化轨迹。宋代名医朱肱在《南阳活人书》中说,诊治疾病必须“名定而实辨”,“因名识病,因病识证,而治无差矣”。

2. 病机学意义 病机反映疾病本质变化的规律。任何疾病都有各自的本质变化及其发展规律,这种变化发展都是由疾病根本矛盾所决定的。由于疾病的根本矛盾不同,各种疾病也就具有了本质上的差异。

3. 把握转归预后的意义 疾病的发展变化,规定着病程长短与转归预后,当症状或证候消失后,病理改变尚未恢复时,如果不辨病只辨证,往往会无证可辨而失去治疗。只有把握“病”,才能掌握疾病发生发展与转归等变化规律。

4. 治疗学上的意义 徐灵胎在《兰台轨范·序》中说:“欲治病者,必先识病之名,能识病之名,而后求其病之所由生,知其所由生,又当辨其所生之因各不同,而病状所由异,然后考虑其治之法,一病必有主方,一病必有主药”,说明每个病由于其基本病因

不同,因此必有相应的主方主药,才能抓住纲领,有的放矢。历代前贤对疾病的治疗,创造积累了大量的专病专方专药。进而言之,只有把握疾病才能在临床中自觉地、主动地而有预见性地治疗。

(二) 病与证的 4 个关系

1986 年 3 月,卫生部在北京召开的“中医证候规范学术会议”给中医学的疾病概念作出如下定义:“疾病是在病因作用和正虚邪凑的条件下,体内出现的具有一定发展规律的正邪交争、阴阳失调的全部演变过程,具体表现为若干特定症状和各阶段相适应的证候。”这一定义,不仅对病因学、发病学及疾病特征、规律作了表述,而且也明确了病与证的关系。兹从以下 4 个方面论述病与证的关系。

1. 病为第一层次,证为第二层次 每一具体病名是医学上对具体疾病全过程的特点与规律所作的病理性概括与抽象,是对该具体病变的本质性认识。先立病,后分证,乃诊疗之次第;病为纲,证为目,乃病证之格局。朱肱《南阳活人书》说:“因名识病,因病识证,如暗得明,胸中晓然,反复疑虑,而处病不差矣。”

2. 病规定证,证从属于病 病的本质一般规定着证的表现和证的变动。徐灵胎说,“证者,病之所见也”。疾病有一定的发展变化过程,在疾病演变过程中,由于受各种因素的影响,可出现各种不同的证,但这些证候不是固定不变的,而是随着病情的变化而变化,受着疾病基本病理变化过程的制约和影响。同病异治,异病同治,是以证为核心,是中医诊疗重要特色。同一疾病存在于不同个体或不同阶段可表现为不同证候,因而可采取不同治法,但作为一个具体疾病,有其特定的病因与发展规律,规定着治疗方向,因而必有贯穿始终的治疗大法,必然也要有治疗的一张主方。如果只强调“异”的一面,偏离了对疾病本质的治疗,就要产生失误。如肺癆本质是癆虫感染,尽管可以出现肺阴亏损、阴虚火旺等证候,但仅滋阴润肺而不杀虫就不行。就异病同治而言,也不能只强调同的一面。如:麻疹、乙脑、肺炎都可以出现表证而治法各异;高血压病、更年期综合征、甲亢等疾病都可以表现为肝阳上亢证,但高血压易为化风化火,更年期综合征为水亏火旺,甲亢多痰气交结,郁而化火,虽异病同证,但同中有异。湿热下注可见于淋证、阴囊湿疹或女子带下增多,治疗也是不同的。

3. 病是整体 证是局部 临床上明确病名的诊断,便可根据该病的一般规律把握全局,有利于对该病本质的认识和辨证论治。如中风病,有先兆、卒中、恢复期、偏枯全过程,而诸种证候只是不同发病时期的表现,辨证时要有全局观点并预测其变化与后果。

4. 病贯始终,证是阶段 病名代表该具体疾病病理变化全过程的特点与规律;证代表疾病当前所处阶段的病理状态,只能反映疾病过程中全部病机的一部分,因而也就不是病机实体的全部信息,只是呈现的一个横断面。如中风病可分 3 个阶段:平素常出现头晕头痛,肢麻时作以及一时性语塞等,为中风先兆,乃由肝肾阴虚,肝阳上亢;而一旦出现突然眩仆、昏不知人等症状,则为卒中,系肝风夹痰、夹瘀,气血上逆,蒙蔽清窍而成;神清之后,往往脉络痹阻,表现为半身不遂、口眼喎斜、语言不利等中风后遗症。此病出现了几个不同阶段的表现和证候,但都沿着肝风夹痰夹瘀、上蒙清窍、经络痹阻的基本病机规律发展和变化。

(三) 辨证论治的局限性

辨证论治自身存在着许多不确定的因素,定量性可检测的参数较少,因而具有一定的不清晰性及随机性,易受假象干扰,易受主观因素的影响。辨证论治缺乏对微观层次的认识,对某些已有器质性变化的疾病,因代偿而未表现出功能的异常或者尚无症状者,在法律诊断上、劳动力鉴定上尚缺乏明确标准,难以适应当前诊疗学的需求,这些问题具体表现在:

1. 无证可辨 中医对于疾病的诊察,主要凭借望、闻、问、切四诊。由于方法局限,对疾病认识的深度和广度受到限制。加之受“司外揣内”认知方法的影响,有些疾病的早期,已有器质性病变,却表现为隐匿状态而无法获知。如隐性糖尿病、隐匿性肾炎、肿瘤等疾病的初起,往往无证可辨,失去了早期治疗的机会。男性不育症的精液异常及乙型肝炎表面抗原阳性,若无化验诊断,依靠四诊无以确立。又如慢性肝炎、慢性肾炎等病经过治疗,症状消失,但化验仍有阳性指标。

2. 有证可辨、辨而有误 在某些情况下,虽有证可辨,但由于缺乏对疾病基本矛盾或本质的了解,往往事与愿违。如声音嘶哑症,倘若不明是喉癌,还是声带息肉、声带麻痹所引起,一般对症之方亦于事无补。

3. 对新疾病尚缺乏深入认识 随着时代的变迁,疾病谱发生了较大变化,大量新病涌现于临床,中医古籍多未论及,如先天性发育异常疾病、遗传性疾病、内分泌疾病、免疫性疾病、金属中毒、农药中毒等。

4. 对现代许多致病因素尚未纳入辨证体系 传统中医对病因的认识,大致不过外感、内伤、饮食、劳倦、房事、痰饮、气滞、疫疠等,而对新的致病因素所产生的病证尚未纳入辨证系统,以遗传因子为例,当出现异常染色体或某些染色体畸变,都会产生疾病。在免疫因子方面,致病性的免疫异常因子很多,不能笼统地把其归属为中医的“邪”或“毒”的范围,这就需要找出规律,或延伸病因辨证的科学内涵。

5. 缺乏群体疗效 传统的辨证论治难以全面反映多数群体病例的共同证治规律,难以发挥对某一疾病大面积的防治能力。

6. 概念含糊、不够规范 医生对疾病认识的着眼点不同,以致对同一病证得出不同结论。作为一种自然科学的定义,应是在它所属范围之内,无论用在何处,其含义都应该是一致的。中医学中常一事多指,阻碍了人们对疾病本质的进一步揭示。同一病证,有按病因、八纲、脏腑分型之不同,虽有证名,但标准不一,内涵不一,有的是单证,如气滞、血瘀、脾虚、肾虚;有的是复证,如肝郁血瘀、肝郁脾虚等,给探索辨证论治规律、总结疗效带来了一定困难和影响。

7. 缺乏病证之间的内在统一及证的动态变化研究 现今中医临床对病证间的统一认识不够,就是说每一种病应该包括哪些证候,一个病的必然证、或然证、兼夹证,这些理应有所区别,如果什么病下都是几个型,必然使辨证论治僵化。动态变化是证候的基本特征。从证的发生来看,有前沿证、非典型证、典型证。由于证候所处的阶段不同,有渐发、骤发之分,有深化、转化、突变多种变化形式以及向愈、加重等,对以上客观存在的问题,均需不断加以研究和解决。

三、论辨病研究中存在的问题

长期以来,中医病证研究多头进行,其研究结论出现种种不一,对于个人撰述见仁见智,姑且不论,但代表国家主管机构发布的有关《中药新药临床研究指导原则》(以下简称《原则》)、中医病证诊断疗效标准(简称《标准》)并要求按此实施的文本应相对统一。而事实上,卫生部、国家中医药管理局、国家技术监督局及中医药院校教材等亦多歧义。兹以卫生部发布的《原则》、国家中医药管理局发布的中华人民共和国中医药行业《标准》、国家技术监督局发布的《中医病证分类与代码》及中医院校全国统编教材中的有关问题举例说明如下。

(一) 病名分证不相统一

《临床研究指导原则》将癫狂合一而称,中医辨证分心肝火旺、痰气郁结、痰火扰心、心脾两虚、阴虚火旺、瘀阻清窍六证。《标准》则将癫与狂作为各自独立的病名。“癫病”分为痰气郁结、气虚痰结、心脾两虚、阴虚火旺4证;“狂病”分为痰火扰神、火盛伤阴、气血瘀滞三证。高等中医院校统编教材《中医内科学》则将“癫”分为痰气郁结、心脾两虚两证;“狂”分为痰火上扰、火盛伤阴两证。分证不一,造成混乱。

(二) 人为分证,画蛇添足

《标准》中将“蛲虫病”分为虫扰魄门证、脾胃虚弱证。《标准》对蛲虫病的定义是“由于蛲虫寄生于人体肠道,以肛门或外阴作痒,搔抓难忍为主要临床表现的寄生虫病”,而“虫扰魄门证”的定义是“蛲虫排卵时肛门发痒,夜间为甚”。此处病与证二者犯了“同语反复”、“循环定义”的逻辑错误。再则脾胃虚弱反复感染的患者就不虫扰魄门、肛门瘙痒?外科疾病中“胼底”、“鸡眼”、“扁瘻”等也分了若干证。

(三) 病证关系,表述含混

《原则》中对男性不育的中医辨证分为肾阳虚证、肾阴虚证、痰湿内蕴证、肝郁血瘀证4型。肾阳虚证主证是①“精液过冷,婚后不育”,这里“精液过冷”一词费解,何谓“过冷”、“稍冷”?又如何去辨?“婚后不育”,本患不育之病,却又置于证下,从逻辑上来讲是“逆源现象”,给概念下定义时直接包括有被定义的概念。②“性欲淡漠或阳痿、早泄”。其一,阳痿、早泄均为各自独立病名,此处却置于证下,颠倒了二者关系;其二,《原则》中“阳痿”分出命门火衰、心脾两虚、惊恐伤肾、肝气郁结、阴虚火旺、湿热下注6证;“早泄”分肝经湿热、阴虚阳亢、肾虚不固、心脾亏损4证,这10个分证均统于男性不育“肾阳虚证”之下,成了证中有病,证中有证,纷繁多绪,无法理清。其三,《原则》规定“性生活不正常”属于剔除病例,而阳痿、早泄当属性生活不正常范畴。这里却列为主证。③“精子稀少或死精子过多”。其一,不通过显微镜检测无法测知;其二,凡检测出精子数量少或死精子过多就一定属中医“肾阳亏虚”?又如“射精无力”,常用医学术语有逆行射精、不射精等,此处“射精无力”,何谓有力,何谓无力,又如何辨别?以下“痰湿内蕴”主证中亦有“性欲淡漠或不射精”。这里的性欲淡漠与前述肾阳虚证中的性欲淡漠如何区别?“不射精”分为功能性不射精与逆行射精,都是痰湿内蕴证?《原则》对该病的临床疗效判断标准以配偶受孕及精子数量、活动力恢复正常为治愈,对“证”的任何方面均未提及,试问所设这些证候及其证候内涵有多少临床依据?辨证论治

后的归宿又是什么？

（四）疾病分类概念混乱

《中医病证分类与代码》内科“外感热病类”列有太阳病、少阳病、阳明病、太阴病、少阴病、厥阴病，而在该书“证候标识符、证候类目名称和代码表”中，又有“六经证候”，即为太阳证候、少阳证候、阳明证候、太阴证候、少阴证候、厥阴证候。前者按《伤寒论》原著精神列为六类病，而后者又将此六者置换为6个证候，不同证候分类中又赋予不同名称的证，如六经证候中列有“少阳证”，病因证候中列有热伏少阳证、热郁少阳证、邪郁少阳证、邪入少阳证、邪在少阳证。大概念套小概念，此概念重复彼概念其临床实践依据与实际意义是什么？而在内科虫病类中列有“囊虫病”，在“中医证候名称与分类代码表”中的虫证类中列有“虫侵于脑证，囊虫侵脑证”，囊虫病究竟是“病”还是“证”？内科病证分列“哮喘病”、“喘病”，儿科病证中合“哮喘病”，尚又另立“肺炎咳嗽”、“小儿咳嗽病”病名，同类疾病分类不一。

（五）生造病名，不中不西

近年为了病历检查的需要，将某些西医病名改成中医病名，弄得不伦不类。如《标准》中外科疾病出现“精癰”病名，实前所未有的。其解释为“精癰是由肾元亏虚等多种原因导致精室肥大，膀胱气化失司，以致排尿困难和尿潴留为主要临床表现的疾病，相当于前列腺肥大、增生”。什么是“精室肥大”？该条在直肠指诊中指出“精室肥大，表面光滑无结节……”明白无疑地说“中医的精室”就是西医解剖学上的“前列腺”，“精癰”之“精”，取精室之名第一个字，癰则为小便不通，二者相加则为“精癰”，这种疾病命名方式实为罕见，这种疾病命名不用说外国人不明白，中国人也弄不懂。中医所称男子精室所概较广，目前尚难以确切所指，而在这里突然变成了西医所指的“前列腺”，果真如此，慢性前列腺炎可直称“慢性精室炎”，而前列腺增生若直称“精室增生”，岂不直接了当？“胞”在中医学多指女子胞。妇科疾病中有“胞衣不下”、“转胞”等病名，有人指出，“胞生痰核”这一病名，从字面来看，胞——现在西医指女子“子宫”，“痰核”——多指结节类疾病。这样“胞生痰核”就成了妇科的子宫肌瘤类疾病。而中医学又将眼睑称为胞睑（《中医眼科学》五版教材），将胞睑内生核状硬结相当于西医霰粒肿称为“胞生痰核”，二者令人难以分清。对于辨病分型的状况，刘建华、戴西湖曾总结了以下几点：一是分型缺乏统一，造成证型混乱；二是固定分型固定僵死，有悖辨证论精神；三是一病多型，不利科研，四是证同方异，难圆其说；五是辨病分型易陷入型中分型（证中分证）的误区；六是存共性，有失个性，影响疗效。这些是临床面临的现实问题，很值得引起重视。

四、论中医病证研究原则

（一）继承原则

如前所述，历代医家在数千年的医疗活动中，在疾病的认识与防治方面取得了巨大成就，疾病分类、病因学、诊断学、治疗学的成就都极为丰富。对此我们应认真加以继承，全面了解中医固有诊疗学体系，最大限度地吸取应用前人研究成果。

继承首先是通过文献研究，对历代辨病论治进行系统挖掘整理，客观分析中医诊疗

体系形成发展的内在规律,以古为今用。中医病名大多是前人在当时历史条件下形成的,反映了一定的认识规律,对历来沿用并能说明该病具有本质属性特征的病名如落枕、疳积、阳痿等均可采用。某些病名虽不能直接证明该病本质属性,但已约定俗成,能为医家所习用的,如脏躁、百合病、阳强、疟夏等也可习用。对古代病名中确能反映疾病特征而后世少用者,如热入血室、恶露不尽、产后郁冒等应注意发掘,恢复使用。

此外,中医病名有类病与个病之分,如仲景所论的伤寒病、吴又可提出的温疫病、叶天士提出的温病、陈平伯提出的风温、薛生白提出的湿温等,皆属于类病范畴,从不同侧面对多种温热病、疫病、季节性传染病的传变规律作了总结,今天仍有效地指导临床,如治疗流感、肺炎、流脑等不少是受前贤理论的影响,如不用其名,仍可用其理。

中医病证名称中不少是以症状作病名的。有些虽以症状作病名,但通过临床不断总结,逐步形成了有关这些症状的病因病机、临床特点、诊断和鉴别诊断的认识,从而确立相应的治疗原则,已具有病的实际内容。如咳嗽大约分之,有外感咳嗽和内伤咳嗽。《素问·咳论》指出,“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,故又有肺咳、心咳、肝咳、脾咳、肾咳、胃咳、胆咳、大肠咳、小肠咳、膀胱咳、三焦咳之分,如有人治小儿百日咳以肝咳理论为指导,用钩藤、青黛、石决明、珍珠母,止咳颇捷;治咳而遗尿的膀胱咳,用五苓散加党参;治咳而转矢气的大肠咳,用补中益气汤加味,均取得良效。上述咳嗽分类不完全是气管炎、肺炎咳嗽、肺结核咳嗽所能涵盖的,如果舍去就会丢掉中医固有精华。

对治疗学成就的继承亦很重要,如风痲专方以豨薟丸、紫萍一粒丹治中风手足痿废不用,崩证用《集验方》九仙驱红散(黄芩、黄连、当归、生地、炒蒲黄、积雪草)治妇人崩中及诸血症,均多获验。青蒿素的成果源于《肘后备急方》,三品一条枪治疗宫颈癌成果来源于《外科正宗》,用于治疗白喉的清瘟败毒饮、养阴清肺汤来自《重楼玉钥》,均说明对于前人对疾病的研究成果我们应加以继承,不能因为病名不规范就因噎废食。

(二) 否定与反思原则

中医学由于受当时历史条件的限制,对疾病及证候的认识,有的是浅表的,有的甚至是错误的。古代认识疾病有时采用类比、推导进行命名,如五疔、五崩、五膈、五脏疰、六经疰等,这类并不是客观存在的疾病,应予以废弃。如酒糟鼻现代研究是由螨虫引起的,《中医外科学》(五版)对其病因引《诸病源候论》“此由饮酒,热势冲面”而解。肢端动脉痉挛(雷诺病)引起的肢冷并不是阳虚,窦房结综合征的脉迟不一定是寒证,恶寒脉浮不一定是表证,静脉回流受阻引起的下肢浮肿并不是脾虚,对上述情况如果我们仍然用传统的中医理论去解释,必然导致错误的结论。从治疗学来说,中医对有些疾病疗效并不如西医,如用三仁汤治肠伤寒即是其例。我们不能认为传统的东西就是精华,不能割舍、改进、演化与发展。医学必须不断追求真理,才能真正地进步。而要逼近真理,就必须以唯物辩证法为指导,反映出否定之否定的认识规律,实现质的飞跃。中医辨病虽有着眼整体之长,但亦有笼统之短。如崩漏虽可按血热妄行、脾不统血分证进行治疗取得疗效,但不少情况下亦感困惑,如阴道出血过多,可因功能性子宫出血、异位妊娠、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、肿瘤等。若不加辨析,固守澄源、塞流、复旧等法亦难奏

效。同样,水肿病只分阳水、阴水,弄不清楚是肾源性、心源性、肝源性、营养性、内分泌性、药物性等原因,亦将茫然,甚至造成失治、误治。面对这些实际情况应加反思,设法弥补不足。

(三) 规范原则

长期以来,中医病名的命名方式、定义、内涵外延的界定等诸多方面存在不少问题,使临床诊断缺乏准则,从而影响了临床医学的发展。

1. 命名规范 疾病命名应含义确切,能说明该病特征,本质属性,即有别他种疾病的特有属性。首先应区分病、证、症的不同概念。如腹痛、胁痛不应再作病名。因腹痛只是一种症状,而这一症状可见于内科、妇科、外科等多种疾病之中,其命名没有体现出与其他疾病相区别之处;又如胁痛《中医内科学》的定义是“胁痛是以一侧或两侧肋肋疼痛为主要表现的病症,也是临床比较多见的一种自觉症状”。定义中同时用了“病”、“症”、“症状”3个概念。二要注意避免重复命名。如感冒,《中医内科学》载“是感受触冒风邪所导致的常见外感疾病。”《中医耳鼻喉科学》中又有“伤风鼻塞”类似病名。三要注意同一病名所指各异。如《原则》中提出了“痹病”的病名,就中医学而言,以“痹”名病甚多,《内经》言痹就有行痹、痛痹、热痹、着痹、筋痹、脉痹、皮痹、骨痹、肝痹、心痹、脾痹、肺痹、肾痹等多种。现在常用的也有胸痹、喉痹等病名,故“痹病”之名不知所指。《原则》对痹病的定义是“指外邪侵袭肢体经络而致关节疼痛、麻木、曲伸不利的病证”。而痹病中又指出主要是指类风湿性关节炎、风湿性关节炎。众所周知,前者是自身免疫性疾病,并不是外邪侵袭肢体所致,这种“合二为一”,将导致治疗方向错误。正确的病名诊断,不仅直接影响到临床治疗的效果,而且与学科理论的发展也有直接的联系。因此在实践中必须做到病名诊断准确。“男性不育”,古称“男性绝子”、“男子无嗣”等,现称“男子不育”。但男子不育既是一个独立的疾病,又是其他疾病或因素导致的结果,故还应针对不同情况作出进一步的诊断,如免疫性不育、特发性不育等。根据精液检测分析的结果作出的诊断则更加具体,如“无精子症”、“少精子症”、“死精子症”、“精子凝集症”、“精液不液化症”等。从宏观诊断到微观诊断的发展,反映了对疾病认识的深化。四是不宜采用比较含混的病名。如对急慢性前列腺炎多称为“淋证”,但“淋证”之病名却不能反映前列腺炎的实质,而且又易与西医学中性传播疾病的“淋病”相混,故临床诊断和文献报道宜直接使用急性前列腺炎或慢性前列腺炎之名。对古代文献中未作记载的男科疾病,当直接使用现代男科学的病名,如“精索静脉曲张”、“精囊炎”、“精液不液化”等,没有必要与古代文献中的某些病名对号入座。

2. 定义规范 《中医内科学》“厥证”的定义是:“厥证是以突然昏倒,不省人事,四肢厥冷为主要表现的一种病证。”而该篇分述的气厥、血厥、痰厥、食厥的诸多临床表现,并不符合上述定义。如食厥定义是“暴饮过食之后,突然昏厥,气息窒塞,脘腹胀满,舌苔厚腻,脉滑实”。《原则》将厥脱并称,指出是以“脉微欲绝、精神淡漠或烦躁不安、大汗淋漓、四肢厥冷为主”(相当于西医学中各种原因所致的休克)。而有的中医内科书则将“厥证”、“脱证”分称。随着医学科学的发展和临床诊治的深化,中医病名及定义的规范化,绝不仅仅是对古代文献的整理,而必须结合现代临床新的实践和引进科学模式

对其定义、范畴、体征、症状、脉象、舌象、分期、分型和发展转归建立一个基本框架，并有利于鉴别诊断，同时要兼收多学科之长，便于反映较多的生理病理信息，提高诊断的可靠性与准确性，以能推广应用。

3. 分类规范 《中医病证分类与代码》指出：疾病分类已成为用于疾病、损伤和死亡原因统计分类的工具，采用统一的疾病分类和代码是医疗质量控制和医院管理的一项基础性工作；是医疗卫生单位病案管理、卫生统计工作、提高医疗质量和数学水平、开展科学研究所必不可少的；也是每个国家福利、行政、人口、医疗保健诸方面制定政策的重要依据，它从一个侧面反映了每个国家的医疗管理水平。我国政府已于1981年决定在全国卫生部门统一使用《国际疾病分类》(ICD—9)。但中医学在长期医疗实践中，形成了具有自身特点的理论体系和辨证论治规律，不能沿用《国际疾病分类》，所以迫切需要尽快建立一个统一的、科学的、实用的、符合中医学理论体系的中医疾病分类代码体系，以满足中医医疗、教学、科研、卫生统计、病案管理、出版和国内外学术交流的需要，以利提高中医医疗质量，促进学术发展，加强与国际医学的交流、接轨，使中医学以全新的面貌走向世界。

4. 病证之间的规范 目前病下分证随意性较大，难以反映病证之间内在规律，必须在以往实践的基础上进行认真总结，探索内在联系，使之精化，经得起验证重复，符合科学总结。《中药新药治疗病毒性肝炎的临床研究指导原则》中，按病原学将病毒性肝炎分为甲型、乙型、非甲非乙型等，按临床分型为急性肝炎、慢性肝炎、重型病毒性肝炎，将中医辨证分为湿热熏蒸证、肝气郁滞证、湿邪困脾证、肝阴亏损证、热毒炽盛证等。将上述各种类型、各种性质病毒性肝炎均统之于这5个证，按此辨证论治，能分别治愈吗？中医临床照此下去，必然滑坡。

(四) 互补原则

优势互补是学科进步的必由之路。任何一门学科的发展都离不开同时代科学技术的渗透与影响。中医辨病论治也要同西医诊断学及各种先进学科相结合，取长补短。对西医诊断明确的病名可直接采用，如伤科骨折类之锁骨骨折、肱骨干骨折、颈椎骨折等。对有些以“证”命名的“病”，应予重新确定。如“胁痛”，因其病因、病性、病位较为复杂，没有特异性和内在规律，应降格为“证”名，而直接采用肝炎、胆囊炎、胆道结石、胰腺病或肋间神经痛等。对一些新的病名如艾滋病、川崎病等应采取拿来主义，不必另立新病名。而奔豚病、梅核气、遗精病，则可补充西医病名之不足。

中医辨病应吸收现代先进的理化检查方法，拓宽自己的诊断视野，在中医理论的指导下，去分析认识观察到的新内容，从中医角度揭示贯穿于疾病始终的内在规律，探求疾病内在的病因病机、传变规律。史大卓曾对此提出4个途径：①运用中医自身理论体系，认识疾病发生发展过程中的基本病理改变，在此基础上总结出自己的治疗规律。如脑血栓形成，血栓形成、血液粘稠度高，可归属于“血瘀”范畴；②根据病变部位认识病因病机，如再生障碍性贫血，因其病发部位在骨髓造血干细胞，中医根据肾主骨、生髓的理论，应用补肾药治疗；③根据发病特点认识疾病的病因病机，如对急性病毒性肝炎，根据其发病快、易传染的特点，中医认为其病毒属“疫毒”，其病位在肝，采用疏肝

柔肝、清热解毒之法；④根据微观生理病理改变认识中医“证”的阴阳消长变化的物质基础。我们希望能多些这样深层次的思考。

（五）创新原则

1. 认识新的疾病 由于疾病谱的变化，过去已有的疾病现在没有了，新的疾病又产生了，而中医病名已不适应医疗发展，需要新的医疗实践中逐步进行新的探索。既然我们的前人在当时条件下，能创立出近 4000 种病名，我们理应也有所发现。

2. 诊断标准精化 中医对病名诊断往往失之笼统，缺乏精化，而西医学对许多功能性疾病的诊断则多能概念明确有清晰的标识。可见中医临床医学应在诊疗过程中详细占有资料，不断总结对疾病规律认识，创立新的可供遵循的诊断标准。

3. 对以西医学诊断的疾病，按中医理论探索新的病因病机 如乙型肝炎既往按“黄疸”、“胁痛”指导治疗，所分湿热熏蒸、肝气郁滞、肝阴亏损等证型与该病的病因病机不尽相符，有必要作深入探讨。盛国光对乙肝所提示的观点值得思考。即：①病因病机当为毒、痰、瘀。他认为湿热毒邪侵袭是慢性肝炎的发病原因。慢性乙型肝炎发病过程中，迁延反复，缠绵难愈，且常法难以取效，此与痰的病理特点颇为相合。慢性乙型肝炎病程较长，尤多入络之候，其络病及自外而入内者，系外入之毒邪导致肝、脾功能失调，继而痰瘀留滞，由此可见，慢性肝炎的病因病机当责之于毒、痰、瘀，三者相互搏结为患。②把握病因病机，指导临床治疗。毒、痰、瘀为慢性乙型肝炎的病机所在，根据病机确立解毒、化痰、消瘀的治法，经临床运用可收到邪除病愈的良效。

4. 确立以辨病论治为主体的诊疗模式 辨病论治为主体的诊疗模式是实现中医临床医学现代化的必由之路。但要使中医辨病有长足发展，必须采用先进的科学技术及先进的诊断工具用于疾病的诊断与研究。如将各种癌症统统归纳于“积聚”、“痰核瘰癧”之中，而将直肠癌下血当肠风便血，必然没有出路。因此，中医学必须突破固有框架，打破单一思维和固有格局，把生化、免疫、微生物、分子生物学、遗传学等现代科技引进中医学，必然导致现代中医对疾病诊断学的变革。

五、形成科学规范的开放式诊疗体系

实践告诉我们，表现形式与事物间的关系是多元的，也就是说同一事物可以有多种不同的表现形式，而同一表现形式又可为多种事物所共存，这种状况构成了事物本身是多角度、多层次的，是纵横交叉的关系。随着中医临床的发展，必须形成开放的诊疗体系，构建现代中医多元性的临床诊疗模式。

（一）辨病论治

1. 辨中医之病 由于历史的原因，长期以来，中医疾病名称比较混乱，诊断标准不够严格与规范，给临床实际运用带来困难，因而有人主张废弃中医病名，全部以西医病名诊断取代中医病名诊断，如此则问题有四：其一，中西医的基本理论和在疾病认识角度上存在着明显差异，即西医的病名诊断与中医的病名诊断是在不同的理论体系指导下形成的。西医的辨病依据是解剖分析、离体实验以及对人体疾病和致病因素的研究。而中医学辨病辨证则以阴阳、五行、藏象、经络、气血津液、正邪等理论为基础，通过望闻问切获得的资料进行分析归纳而作出的诊断，如全部由西医病名取代中医病名，中医

师则难以按中医学理论及中医学有关“病”的概念进行思维。中医师如不用中医理论思维,炎症用蒲公英、病毒用板蓝根、癌症用白花蛇舌草,那就失去了中医主体。曾有一妇人因便秘20天住院,拟诊肠道肿瘤,经剖腹探查未见肿瘤;老妇至此每日腹泻发烧不已,再诊为“肠道菌群失调”,需灌健康人新鲜粪便,为其所拒。后住西苑医院,赵锡武老大夫诊为太阳阳明合病,投以葛根黄芩黄连汤加半夏,3剂而愈。某些化脓性炎症,中医诊断为虚寒脓疡,用煨脓长肉或托里透脓而取得疗效。由此可见,中医临床必须首先立足于自身对疾病的认知体系,保持中医临床的特色和优势。从西医病名中受到启迪而有所借鉴是理所当然的,但绝不等于全部照搬替代,失去自我。

中医病名必须体现与中医理论体系相适应,必须运用中医的术语与概念,离开这一基本点中医就只剩下了方与药,也就等于废医存药了。事实上保持中医病名是完全可以做到的。其一,中医对《中风的诊断与疗效标准》就是较为成功的范例。其二,临床中有许多客观存在的病种,西医不认为是“病”,而中医一直作为疾病看待,积累了丰富的经验,补充了西医学之不足。如“遗精”,西医只承认生理性遗精,而临床上病理性遗精确实存在,保持中医病名诊断,可扬己之所长。其三,中医病名全部废弃不用,则前人疾病研究的巨大成果将会丢失,背离了继承原则。事实上中医现代临床许多卓越成果不少是从前人的研究中取得的。其四,放弃中医学自身对疾病的认识和探索,只能随着别人亦步亦趋,不能通过自身的认知方法有所发现、有所发明、有所创造、有所前进。其结果也只能是辨西医的“病”加中医的“证”了。由上可知,讲辨病论治,辨中医之病,必不可少,必不可代,必不可废。

(1) 单纯辨病:传统辨证模式一般是一病分几个证,或用脏腑辨证法分类,或用八纲辨证法分类等。但临床中,可根据疾病自身特点单纯辨病:如百合病、脏躁病、疟病、白癫风等,只要辨病准确,即可治疗,不必再作辨证分型。

(2) 辨中医之病结合辨中医之证:在辨病的基础上辨证,可补辨病论治之不足。例如同是痢疾,在其发展及变化过程中则有在气分、在血分或属实证、热证及虚实夹杂之不同,而施以不同治法。又如便秘,既可以单独作为一病施治,亦可以是其他疾病中的一个症状。如单独一病可采用辨病论治的方法,若为他病之症,则需辨证论治。在辨证中应注意主症与次症,主症与兼症,显症与隐症,并要重视主症与兼症也可以发生变易。辨病与辨证相结合,在特定情况下,又可灵活运用。如温热病不必谨守卫气营血传变程式,可采取扭转截断法,以尽快扭转病势,截断病根,遏止病情发展,以至治愈,这也是中医学的治疗思想。

(3) 中医辨病与分期、分型 由于疾病本身是多样性的,临床对有些疾病根据其发病及演变特点常进行分期,如麻疹分出疹期、收没期;百日咳分初咳期、痉咳期等外科化脓性疾病分酿脓期、成脓期、溃脓期、恢复期。中医男科常按病变发展过程分期:如龟头包皮炎可以分为一期(红斑期)、二期(渗出期)、三期(溃烂期),应分别论治;有的按病理变化分期,如阴茎癌根据癌体大小程度、有无浸润、有无转移等进行分期以确定治疗原则。分型如皮肤病中分脱屑型、糜烂型、丘疹型、红斑型等。

2. 辨西医之病

(1) 辨西医之病, 融中医之论: 对某些西医学的疾病, 同样可在中医理论指导下去重新认识其基本病因病机, 并针对这些病因病机遣方用药。如对脑溢血引起的昏迷, 不能固守湿痰蒙蔽心包或热扰心神之论, 而应从瘀血阻络、脑络瘀阻论治同样对头部外伤或脑生肿物, 亦当对其主要病机进行论治。输卵管阻塞性不孕属中医少腹血瘀之证, 而应用少腹逐瘀汤治疗。

(2) 辨西医之病, 扬中医之长: 如用中药人工周期治疗卵巢功能失调性不孕症, 针对下丘脑-垂体-卵巢轴功能失调的主要原因, 根据妇女月经周期阴阳消长的变化规律, 采用人工周期治疗卵巢功能失调。

(3) 辨西医之病, 辨中医之证: 这不等于在西医病名之下, 千篇一律地列几个气滞血瘀、心脾两虚等证候去对号入座, 而是病与证之间有着紧密的关系。如肾炎不仅辨阴水、阳水、风水, 其肾性高血压及肾衰即当有其相应证候, 以求与发病规律适应。此时的证是一标准化的证, 而每一种病又是由几个标准化的证组成的复合体, 从而做到局部与整体的结合由于病证结合既重视整体失调, 也重视局部损伤, 促进了现代中医对许多疾病的病机与证候更深入、更具体地认识, 使遣方用药更具针对性。以胃脘痛为例, 从病证结合论治, 若是消化性溃疡病所致者, 一方面疏肝、调气、补虚, 从整体调治, 一方面又针对局部病损, 加用瓦楞子、乌贼骨等以制酸, 加用白及等保护溃疡面以促进愈合; 若是胆囊炎、胆结石所致者, 一方面疏肝、调气从整体施治, 一方面清热、利胆、排石从局部施治。如此等等, 显然治疗更全面、更具体。现代科学技术如激光、超声波、CT磁共振成像等都可在中医理论指导下, 成为对中医有用的检查手段; 用微观指标认识与辨别证候, 弥补了宏观辨证的不足, 有助于中医研究的深入。另一方面还可以辨中医之证, 涵西医之病。如血瘀证可涵西医之冠心病、风心病、脑血管病、宫外孕、脉管炎等。

(4) 辨西医之病, 特异治疗: 近年通过大量的临床与实验研究, 出现了许多特异治疗的方药, 如中药降脂、降酶、降浊等; 不少中医在这方面做出努力探索, 如用爵床草治蛋白尿, 全蝎、雷丸治脑囊虫, 蒲黄降脂, 五味子降酶, 生大黄治上消化道出血等。方有专用、药有专司的专方专药, 与辨证论治并行不悖、相辅相成。近年创造出一大批具有高效、速效的方药, 如靛玉红治疗慢性粒细胞性白血病, 雷公藤制剂治疗结缔组织疾病, 醒脑静用于高热神昏, 柴胡制剂用于退热, 生脉针、参附针用于抢救休克, 冠心苏合丸、速效救心丸用于心绞痛, 水蛭制剂用于脑卒中等等, 都有较好疗效。

对中药的使用, 在有的情况下要讲归经、升降浮沉, 有的情况下要讲该药的特性和专长。古人也是如此, 如桂枝治心动悸、脐下悸就是其长, 威灵仙治鱼鳃便是其长。现代临床针对某些病理指标及病原体探索中药疗效, 探索与筛选针对疾病和症状具特殊疗效的方药, 同样是医务工作者的迫切需求。

(二) 辨症状论治

症状是审查疾病的组成部分。分析症状的特点及其主症兼症, 发现新的特异症状, 寻求新的对症治疗方法, 增强中医应急处理能力, 在急诊救治中尤有意义。钱三旗认为, 辨症治疗在一般情况下, 当处于病证的从属地位, 但当症状危急时, 就上升为主要矛盾了。对症治疗适用于下列情况: ①症状较为局限, 未对机体的整体功能造成影响的时候; ②某