

辨证论治

新理念与临床应用

张震
著



上海科学技术出版社

辩证论治新理念与临床应用

张震 著

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

辨证论治新理念与临床应用 / 张震著. —上海:
上海科学技术出版社, 2014. 1
ISBN 978-7-5478-2079-7

I. ①辨… II. ①张… III. ①辨证论治—临床医学
IV. ①R241

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 280927 号

张震全国名老中医药专家传承工作室
云南省张震名老中医工作室 建设项目

上海世纪出版股份有限公司
上海科学技术出版社 出版、发行

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 9

字数 180 千字

2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-2079-7/R·686

定价:35.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向印刷厂联系调换

内容提要

本书作者张震为全国名老中医,国内中医证候学著名学者。

全书从证候本身的结构层次分析入手,提要钩玄,倡导核心证候、基础证候、具体证候三级分类的新理念,并揭示出它们的内在联系。此外,还重点在论治解读方面阐述了病证结合、熟识药物之正反属性,以及掌握增效措施,强化方药的针对性等内容。书中还结合证候理论详细地介绍了作者临床诊疗过程中以疏调气机为基础的学术思想与具体方法,并以一些常见病证或疑难疾病为例,探讨中药内服治疗的法则与优势。

全书内容理论阐述与实践应用具备,有利于读者临床时执简驭繁,提升辨证治疗之准确率。

本书可供中医、中西医结合临床医师阅读参考。

序 言

中医学术,历来重视继承发扬,诊病疗疾强调全面周详,确保医疗质量。《伤寒卒病论·序》曾有“观今之医,不念思求经旨以演其所知。各承家技,始终顺旧。省疾问病,务在口给,相对斯须,便处汤药”等针砭时弊之语,意在昭示继承发扬中医学水平,提升诊疗质量之重要性。诚然,中医学术源远流长,与时俱进,不断发展,在辨证论治方面已经积累起前所未有的大量社会实践经验,认识更加深化,这就要求对有关原创理论及时给予实事求是的整理概括和表述,以适应中医学术之进展。

本书作者,中医界知名耄耋耆宿张震同志,是云南省中医中药研究院创始人、资深研究员,全国名老中医,是国内研究中医证候学的知名先驱学者,曾荣获卫生部颁发之发扬祖国医药遗产银质奖章及奖状,授中国中西医结合贡献奖,享受国务院特殊津贴。从医60年,张老自觉秉持继承传统,基于实践、创新致用的治学方向,一直坚持在临床诊疗工作第一线,同时潜心研究中医学术理论,不断总结实践经验和理性认识并使之上升为理论。张老业精于勤,笃学慎思,认为中医的各种辨证理论均产生于不同的时期,各具历史背景与特色。但自20世纪50年代初形成的现行八纲辨证、脏腑辨证、六淫辨证、气血津液辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等并列,未免繁琐、重叠,难以清楚地反映各种辨证之间的内在联系。因而创新思维,另辟蹊径,从证候本身的结构层次分析入手,提要钩玄,倡导核心证候、基础证候、具体证候三级分类的新理念,使头绪纷繁的辨证基本上趋于融合与统一,揭示出它们的内在联系,有利于临诊之时能执简驭繁,提升辨证之准确率,这是本书的新理念之一。另在论治解读方面重点阐述了病证结合、熟识药物之正反属性,掌握增效措施,强化方药的针对性等主要环节。同时还详细地介绍了作者临床诊疗过程中以疏调气机为基础的学术思想与具体方法。最后又以一些常见病种或疑难疾病为例,探讨中药内服治疗的法则与优势,待今后共同发扬光大。

总之,本书立论新颖,阐述详明,能启发读者之思路,提升临床辨证论治能力和水平,所提出的各种新理念,既有理论意义,又有实用价值。故诚意为中医临床、教学、科研工作者推荐。

和丽生

云南省中医中药研究院院长

2013年11月

前言

中医学是具有深厚中华文化底蕴的人类东方医学的杰出代表,曾享誉中外。其诊病疗疾的特色辨证论治学术体系,凝聚着我国历代医家的原创性思维与卓越认识成果,有力地指导着广大中医同道的诊疗工作。日常所见之“同病异治”或“异病同治”,无不以证为依凭,或随证而转移,具体处治均是据证立法,遵法遣药组方,着眼点全在于“证”与“治”。因此深刻领悟、熟练掌握辨证论治之规律与具体操作技术,是中医工作者的首要任务。

近年来有关中医学理论、临床诊疗及实验研究的进展,体现着中医学的继承与发扬,不断取得的研究成果,赋予了我国传统医学原创思维鲜明的现实意义与价值,为辨证论治学术体系之丰富发展与创新提供了有利条件。

由于证候源自人体内部之病机变化,反映于患者的不适感觉和医者之四诊所得,具有多维性、动态性,论治随证变化“机圆法活”,欲深刻解悟、准确掌握有一定难度。破解之策不外“系统学习,全面掌握,整理提高”给予更进一步之阐释与解读。

在党和政府重视中医药事业的发展,提出坚持中西医并重,扶持中医、民族医药事业,强调推进中医药学的继承创新,发挥中医药特色和优势的政策支持下,创新中医的主要驱动力还在于中医工作者正确的现代价值观、参与中医学学术研究的热情,以及对于习以为常之某些定论的质疑勇气与探索毅力。

笔者不揣冒昧,以毫耄之躯愿为识途老骥,皓首穷经,殚思竭虑,毕生致力于求索辨证论治之真谛和更利于运作的方式与途径。拟对辨治过程中的难点、疑点、要点给予力所能及之初步探讨与解读。而“一体两翼”之疏调气机措施,是笔者本人多年来最为常用的、适用范围广、疗效颇佳的中医药基本治疗方法之一,这也可视为具有一定新意的治疗学理念,故一并系统介绍,以飨读者。

本书所谓“新理念”并非全新之举,实为先辈医家之智慧与笔者实践领悟之融合表述而已。限于个人水平与条件,难免片面不周。兹勉呈一得之管见,就正于同道诸君。倘能据此引发共同之研讨,获得进一步之检验,融入更多之见解或共识,则是中医诊疗学术进展之幸事。再者,为了更全面如实汇报笔者学术思想与诊疗理念,不得不引用本人原有著作中的少部分资料,并给予了必要的删节补充与细化。

张 震

2013年9月

目 录

上篇 辨证理论剖析	1
第一章 辨证探新	2
第一节 证候概念,源远流长	2
一、证候概念之由来	2
二、证候概念之继承与发展	3
第二节 证之结构,层次井然	5
一、关于证的分类问题	5
二、证的自然结构层次	6
三、按自然结构区分证候	6
第三节 临证辨证,循序有常	12
一、诊查患者的原则与方法要领	12
二、遵循正确的诊断学思维	15
三、具体辨证之操作步骤	15
第四节 疑似之证,辨析宜详	16
一、疑似证鉴别原理与方法	16
二、疑似证之辨析要领探讨	18
第二章 再论治疗	48
第一节 论治之道,知常达变	48
一、中医学临证治疗原则	48
二、遵循正确的治疗思路	49
三、经验有局限,方药勿偏执	52
第二节 病证一体,自当互参	53
第三节 合理用药,针对精专	56

一、中药治疗必须合理	56
二、方药宜精而不忘统筹兼顾	58
第四节 洞悉药性,知正识反	60
一、中药性能与治疗功效	60
二、人体自身对药性之影响	61
三、药物对人体的双重作用	62
第五节 融汇新知,古义发皇	70
一、治疗旨在纠偏矫枉,用药宜刚柔相济	70
二、中医本草的法象药理观念	71
三、炮制对药物性效的影响	73
四、“隐药”的回采与利用	74
第六节 调谐顺势,增效觅强	75
一、调量增效	76
二、替换增效	76
三、诱导增效	77
四、信息增效	78
五、配伍增效	79

下篇 临床应用举隅

第三章 中西病证互参诊疗法的临床

应用

第一节 病证互参内治法与基础方药

第二节 部分疾病的辨治方法探讨

一、慢性阻塞性肺疾病	83
二、再生障碍性贫血	86
三、运动神经元病	89
四、骨质疏松综合征	93
五、乳腺小叶增生	96
六、围绝经期综合征	98
七、小儿反复呼吸道感染	101

八、带状疱疹	104
九、人类免疫缺陷病毒感染与艾滋病	105
十、严重急性呼吸综合征	111

第四章 疏调气机可作为一种基础

疗法	114
第一节 疏调气机治疗法的意义	114
第二节 人体之气及其功能活动	115
一、我国古典哲学观念与人体之气	115
二、人体之气的生理功能与运行规律	115
第三节 气机异常的病因与病机	119
一、气机失常的原因	119
二、气机失常的病机	120
第四节 气机失常易出现的证候	122
一、气虚证	122
二、气陷证	123
三、气滞证	123
四、气逆证	124
五、气结证	125
六、气闭证与气脱证	125
第五节 疏调气机理论的实际应用	126
一、疏调气机的理论与治则	126
二、疏调气机的具体方药示例	127

上篇

辩证理论 剖析

[illegible]

第一章

辨证探新

诊病辨证,是中医学的优势特色之一。临床诊疗、处方用药,皆以证为依凭或随证而转移,着眼点全在于“证”。因此,以“秉承传统,基于实践,创新致用”为原则,对中医学之证候溯其源流,究其发展,寻其层次结构与自然分类、求其诊查要领、探其疑似之鉴别规律等实有必要。

第一节 证候概念,源远流长

一、证候概念之由来

中医学的证候概念,是我国古代医家们在长期和疾病做斗争的实践中获得的卓越认识成果。由于在不同病种的患者之间常出现一些类似的现象,而在相同的疾病患者中也可看到一些不同的表现。当这种同中之异与异中之同反复呈现在医者面前,便令人意识到各种疾病虽然有其特点,但也存在着一些共性表现。于是往昔医家遂从众多的病种中抽提出这些共性特征,概括出具有普遍诊断意义的各种现象和规律,继而便在诊病的基础上独树一帜地形成了辨证的概念。对于不同的疾病,证可以反映出某些共性,而对于罹患同一种疾病的患者则又可在一定程度上揭示出不同的个体差异性。

成书于秦汉时期的《黄帝内经》在详略不等地记载了 300 多种疾病的同时,已有不少关于证候的论述。如“邪气盛则实,精气夺则虚。”(《素问·通评虚实论篇》)“阳胜则热,阴胜则寒。”(《素问·阴阳应象大论篇》)“阴虚则内热,阳虚则外寒。”(《素问·调经论篇》)“诸风掉眩,皆属于肝……诸湿肿满,皆属于脾……诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒。”(《素问·至真要大论篇》)“肝气虚则恐,实则怒。”(《素问·调经论篇》)“胃热则消谷,谷消则善饥。”(《灵枢·大惑论》)“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩;中气不足,溲便为之变,肠为之苦鸣;下气不足,则乃为痿厥,心惋。”(《灵枢·口问》)皆已涉及证候的起因、病机、临床表现及证名等内容,为证候塑造了雏形。因此,《灵枢·本神》在描述了五脏气虚等的临床表现后便明确提出“必审五脏之病形,以知其气之虚实,谨而调之也”。《伤寒论》创立了六经辨证体系,且在“太阳病三日,已发汗、若吐、若下、若温针而不解”的“坏

病”处理原则中确立了“观其脉症，知犯何逆，随证治之”的诊疗理念。其后，历代医家均有不同程度之发展，如《脉经》认为“百病根源，各以类例相从，声色证候靡不赅备”，《肘后百一方》谓其所撰之效验方“俱论诸病证候，因药变通”，《诸氏遗书·除疾篇》也认为“除疾之道，极其候证”等。尽管往昔医家对“证候”的理解不完全一致，却共同提出并重视这一我国医学原创的诊断学概念。

南宋针灸学家王执中撰《资生经》，提出“治病八字”。明代医家张三锡摘集《医药六要》认为诊病“大法有八……而气、血、痰、火尽赅于其中”。张景岳首创“二纲六变”之说，以阴阳为纲，表、里、寒、热、虚、实六要为变等。这都说明作为辨证要领的“八纲概念”，最迟在16世纪之前便已蕴酿成熟。至清代程钟龄《医学心悟》再次提出“变症百端，不过寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字尽之”则作为证候核心的“八纲”遂为更多的医者接受并运用。其他如脏腑辨证、卫气营血及三焦辨证，都在清代相继确立，并趋于系统化和完整化，体现了辨证论治之发展。

二、证候概念之继承与发展

中医学的辨证理论及其核心证候概念，起源于古代，补充于后代，继承发展深化于现代，将创新于未来。

作为中医诊断学范畴的证候概念，按形式逻辑的分类，属于涵盖面较广的集合概念。是我国往昔医家从患者的各种症状中抽象出一些特有的病机属性，成为原创医学诊断思维的出发点和判断患者病情状况的依据，从而透过纷纭复杂的症状做出具体的证候诊断以指导治疗。历经千百余年之实践经验，代有发展，沿袭至今，具有多维性和相对的稳定性。然而任何事物均处于“螺旋上升式”的不断发展变化的过程中。中医学证候概念的内涵、外延也不例外。当条件成熟时，必然会做出新的概括和进一步的表达。

关于证候概念的内涵，大约包含以下内容：第一，标志着人体对于致病因素的一些最基本的反应状态和类型。第二，根据中医学的基本理论，揭示患者体内病机变化的范围、性质、部位和生理功能异常的特点。第三，反映出中医发病论的基本观点和特有观念。第四，概括了某些外感热病发展过程中固有的阶段性和可能出现的定向演变或动态变化等。由此可见证候的内容十分丰富，包含着各种相应的病机要素。目前所用的八纲辨证、脏腑辨证及六经、六淫、气血津液、卫气营血和三焦辨证等并列分类，虽从不同的侧面反映着证候的内容、揭示出患者体内的各种病机变化，但难以显示各种辨证之间的内在联系。从发展的角度出发，为了避免各种辨证方法一律并列，头绪纷繁，或交叉重叠，各行其是，应当在它们之间探寻其内在联系，升华提高，形成一个较统一完整的，更符合客观实际的中医学证候分类体系。

总之，中医学的辨证诊断体系历史渊源久远，时间跨度很长，无论目前之继承和今后的发展与创新，均给我们留有广阔的探索空间，永无止境。例如为了探寻证的物质基础和辨别证候的微观量化指标，近年来先后开展了关于证的实质、证的形成机制、证型实验动物造模等研究工作。学者们从不同的角度用不同的方法对中医的证候理论做了大量研究，取得了一些初步的阶段性成果。目前对于证候实质的研究已深入到分子水平。有人从免疫遗传学的角度利用基因分型技术，从DNA方面对某些证（如脾气虚证等）与人类HLA-II

(human leucocyte antigen - II) 基因的关系进行了研究。因为 HLA - II 已被国际上认为是人类不同的个体对某种疾病具有易感性的重要基因之一, 所以此项研究结果有可能成为解释同病异证或同证异病的物质基础之一。也有人提出“证”是人体病理生理过程中不同的“功能态”, 其物质基础是蛋白质和肽类分子, 是细胞内基因诱生性表达而产生的细胞因子 (CK, cytokine, 或称细胞素), 如阴虚证的发病机制便可能是白介素 - 1 (interleukin - 1, IL - 1) 与肿瘤坏死因子 (tumor necrosis factor, TNF) 等细胞因子的生物活性相对提高, 引起细胞素网络功能失衡的结果等。

近些年来对于证候诊断依据的客观量化指标也进行了大量研究, 先后测定过上百个指标, 广泛涉及不少系统和功能变化的反映, 但大多数指标对于中医具体证候的诊断都缺乏特异性或专属性, 不可能成为微观辨证的依据。例如临床常见的脾虚证, 便有学者对数十种疾病中属于脾虚之患者先后检测了 70 多种有关整体水平、器官、细胞和分子水平的指标, 结果只发现了一些阳性率虽高但特异性不强的大概只能反映一般虚证的共性指标。但也找到了几个特异性较强、阳性率也较高, 能够在一定程度上反映脾虚证的生化指标, 获得较多同道的认可, 大体上可作为脾虚证微观量化诊断之参考指标。因为代表小肠吸收功能的木糖吸收排泄数据和反映口腔分泌功能的唾液淀粉酶测定, 已经大样本检测健康人群、异病同证或同病异证患者, 并进行了对照试验, 与非脾虚证的患者对比检测证明上述两项指标与脾虚证具有相关性。且有学者观察到脾虚证患者随着木糖吸收率的减低, 脾虚症状的出现率也逐渐增高, 此外除周围血管阻力上升外, 唾液淀粉酶活性、血液流变学指标、心功能、红细胞、血红蛋白等均逐渐下降。因此有人据此将脾虚证分为 3 型, 认为木糖吸收率小于正常值而大于 20% 者为 I 度, 吸收率在 10%~19% 者为 II 度, 低于 10% 者为 III 度等。然而关于 D-木糖排泄率的意义也只能反映脾脏的部分功能, 即吸收功能而已, 中医学脾的生理功能远不止此。脾虚证不可完全等同于吸收不良综合征 (malabsorption syndrome), 上述生化指标仍有明显的局限性, 并非全面性生化检测依据。

再则关于中医证候的规范化问题, 中医临床诊病辨证要求具有统一的技术操作标准。凡是符合实际的科学规范的标准, 其本身不仅具有重大的实践价值和学术意义, 而且在试行之后, 经主管部门正式颁布, 便具有一定的法规性质, 是实用性、科学性、法规性三者的高度统一, 能促进实践医学的发展, 使之达到更高的水平。中医学的证候规范, 一般应包括证候命名的规范化和证候诊断标准的规范化两大方面。前者中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·证名》已规定了 800 个证候名称, 包括了同义词与示意词, 而且强调临床证候诊断术语应使用正名, 已令证候名称趋于统一化和标准化。但是对于基础证候和常见之具体证候的宏观诊断标准的制定则举步维艰, 尚未实现统一。

总之, 中医学关于证候的认识和西医学对于病的了解, 分别属于东西方两个不同的医学体系, 前者是基于宏观的综合推理所得, 后者则源于微观分析实验而知。虽殊途而异识, 但同为人类医学之认识成果, 而短期内实难完成交融。中医的辨证施治, 对于不少现代疾病具有良好的疗效, 对于西医目前原因未明之疾病, 尚无针对性治疗药物和方法者, 经中医药辨证施治则多可获得不同程度之缓解。然而要真正阐明证的现代病理学实质, 在临床诊断中实现宏观辨证与微观辨证的自然结合, 则非易事。只有进一步理顺和创新研究方法, 不断积累大量的实验数据和科研成果, 才有可能产生质的突破。何况证候概念之形成“渊

源久远”,其本身还存在着某些固有的缺陷与不足,如中医的证是根据患者的自觉症状和医者的四诊检查所得,通过对这些外部表现进行类比、分析推理的结果,所获结论只能大体反映中医病机,尚不能取代疾病进程中阶段性病变的现代病理生理学实质。且对于病证诊断资料的收集较易受各种主观因素的影响或干扰。倘若过分强调辨证论治甚至使之绝对化,则可能忽视辨病及专方专药对专病的治疗作用。再者,现今中医院校所用教材中,在各种疾病的诊疗项下一般常列出若干固定的证候名称和作为辨证依据的症状群、有关舌象脉象、与之相对应的治疗成方,但所列诸证之中何证之出现率最高,其余各证之概率如何,是否都有较充分的临床研究资料与流调数据,尚不明确。其次,有关辨析各证的症状群中最具有特异性的表现何在,所列举的成方如何灵活加减化裁应用等问题,均有待深入研究和阐明。所以关于证候的研究可谓是渊源甚远,对中医学辨证论治的继承发扬和创新研究,永无止境。

第二节 证之结构,层次井然

一、关于证的分类问题

自然界的事物与现象异常复杂,人们的认识一般都是从区分它们开始的,若无合理的分类,则反映在人脑里的事物杂乱无章,难于捉摸和把握。运用科学方法进行分类,可使人们对复杂现象的认识归于系统化和条理化,有助于通过其内在联系而掌握其运行规律。

“分类”或“归类”,实际上是一种最基本的逻辑方法,此法主要是在比较的前提下,依据事物或现象的共同点和不同点,将它们区分为若干种类;或按其从属关系、特点等,将之划分为各种不同的门类或系统,然后再按其差异点将之细分为若干较小的种属,从而将复杂的对象规律化,区分为具有一定从属关系的、不同等级的系统。

科学的分类,应当具有明确的划分原则和统一的分类标准。首先,必须使所分出之类别名称与其实际内容相应而且相称,否则便易出现分类过宽或分类重叠等现象。中医学现今所应用的证候分类,除温病证候形成于清代中晚期,其余均非同一时代之诊断学认识,其历史跨度已达千年以上。故多法并存,各有千秋,不可能有统一的划分原则与标准。如临床辨证仅凭八纲分类,则过于宽泛;若令伤寒六经及温病卫气营血证候永久并存,则从某些证候之病机和症状看又未免有所重叠。如伤寒阳明经证与温病气分热炽之间便有所重叠。同时,科学分类原则还要求严格按照一定的层次逐级进行,否则便会产生越级划分等逻辑错误。例如将八纲证候、六淫与气血津液证候、脏腑证候、伤寒六经及温病卫气营血与三焦证候等并列,使之皆属于同一级别之划分范围,那么不但难以体现它们之间的内在联系,而且还涉及越级划分。即使将所有证候仅从大的方面按其病因分为外感诸证与内伤诸证两大门类,然后再予细分,则虽在一定程度上符合临床运用的分类原则,但仍未脱离人为分类的影响。为此进一步探索更加合理的、按照证候自身层次结构的分类与表达,则既有理论

意义又有实用价值。

二、证的自然结构层次

客观事物的形成,一般都遵循着有秩序分层次的自然结构法则,中医学的证候也不例外。如表证与里证,大体上便反映出一种以空间为坐标的圈层或结构层次;温病的卫气营血证候则明显地包含着以时间为坐标的连续式层次结构,其各证之间不仅有相邻的关系,而且有相继的关系。所以叶天士说:“大凡看法,卫之后方言气,营之后方言血。”

不同的证,虽然具有相对的独立性,且各有特色,但是在有关层次之间却又处于普遍联系和互相牵涉之中。因此它们除了自身的特点外,通常还遵循着自然的共同构架规律。按现代层次分析法的观点探寻证候的结构规律,则中医学的证既有其组成之核心成分,也有其基本的架构,以及由病位标志共同组成的,或简或繁的各种具体证候。中医学传统的最重要的生理病理概念“单元”即是证的核心,一般一两个核心与相应的示意词的组合体便是证的基础架构,脏腑经络的性质与功能特征和流行性热病的病程演变阶段特征,即是证候的病位标志。已经揭示出病性,标明了病位的更为全面完整的证候,则是中医日常用来表述辨证诊断概念的具体证候。具体证候,尤其是具体的复合证候,可以较全面而有重点地反映患者现时的病机特点,揭示其病因,表明病况,反映病性,标出病位等,从而可为治疗提供依据并指引方向。因此对于各种具体证,特别是多级复合的具体证,其文字表述应主次分明,严谨有序,通常应主证先列,次证或兼夹证居后,才便于立法、选方、用药施治。如“湿热中阻,气滞血瘀”这一证候,“湿热”当是主证,“中阻”标出病位,表现湿热之邪阻滞于中焦脾胃;“气滞血瘀”则是并发症或继发证,故列于后。前者之基础架构为湿热是该证病机之主流,后者之气滞血瘀则属于次要矛盾,但在整个病理过程中亦占有一定地位,有时甚至可互为因果、彼此影响。因此治法当主次分明,统筹兼顾,合理安排。如予清热化湿、宣畅中焦为主,辅以行气活血,使其治法更具有针对性。综上所述,中医学的证显然存在着三个层次,即核心、基础架构、具体证候三级结构层次,而具体证候之形成,又有赖于病位证候之补充。如此的层次结构,似乎更接近于自然,组织亦较有序,结构也较严谨,从总体上基本能反映出各种辨证的具体特征与内在联系,使中医证候概念相对清楚稳定,有利于证名的规范化和诊断依据的标准化。尽管患者所表现的证候五花八门,千姿百态,而对于医者而言更易扼住要领,执简驭繁。

三、按自然结构区分证候

以下的分类方法是笔者在临证实践中继承中医传统辨证理论,历经 50 多年的诊疗过程潜心思考而逐步形成并实际运用的关于区分证候的新理念。

(一) 证的核心成分——核心证候

核心成分为阴、阳、气、血、精、津、液、营、卫、虚、实、寒、热、风、湿、燥、火、痰、食、饮等,是中医学最根本的生理病理和病因学概念,相当于构成各种证候的“元素”,是由简到繁的一切证候的核心成分。这些成分已广泛地涉及人体致病的因子、病变范围、病程阶段、病机属性、病理产物等中医学最根本的范畴,是构成证的根本与核心。因之,可称为“核心证候”。

（二）证的基础架构——基础证候

证的基础架构,通常是由一个或一个以上的核心成分与相关的示意词共同组成,是证候最基本的合成形式,可称之为“基础证”。基础证大体上可分为正虚类与邪实类。前者如气虚证、血虚证、阴虚证、阳虚证、精亏证、津伤证、液涸证、亡阳证、亡阴证、气脱证、气陷证、气竭证、血脱证等。后者如气郁证、气滞证、气结证、气逆证、气闭证;血瘀证、瘀血证、血结证、血燥证、血闭证;痰饮证、痰热证、痰浊证、痰湿证、寒痰证、痰凝证、痰结证、风痰证、顽痰证、燥痰证;水湿证、寒湿证、湿热证、湿滞证、湿阻证、湿毒证;燥热证、火毒证、郁热证、实火证、热毒证、内风证等。介于虚实之间者如虚火证、虚热证等。基础证已能从大体上揭示出患者体内病变的范围、性质、动向、程度等病机内容,故可视为证的基础架构。同时存在两个或两个以上基础证者,则为“复合基础证”,如气阴两虚、痰瘀互结、气血不足、阴伤液涸等即属于此。经常伴随基础证出现的示意词有炽、盛、亏、耗、动、逆、浮、陷、滞、积、郁、阻、凝、结、瘀、注、蕴、化、上、下等。在基础证之表述中能发挥类似于定语、表语、状语样的表述作用,可提示该证在患者体内之存在状态及动态趋势等,是基础架构的重要补充。两者的相互组合便可使证的核心成分之病机情状明朗化、表述趋于完整,如瘀血阻滞、湿热郁蒸、火热炽盛、虚火上浮、中气下陷、寒湿凝滞、痰瘀互结等,均是较清晰的,具有一定动态性质的基础证架构。但因具体的病位尚未标明,治疗的靶点尚不确切,因此必须标出病位之所在,才能成为中医临床诊断完整的具体证候。

（三）证的定位指征——病位证候

凡能提示病证所在部位,或反映病变运动发展阶段的代表性症状和体征,即是证候定位的依据。其中具有特异性或专属性的症状是确定病位的主要指征,其他有关的非特异性症状则是次要的或补充指征。兹按脏腑、经络、伤寒温病等之病位、病程分述如下。

1. 脏腑病位指征 此类指征,是基于各脏腑不同的生理功能与病理特点,以每一脏腑之本体症状及其功能障碍的主要表现为核心,结合与该脏密切相关之联属性、边缘性及延伸性症状等共同组成的相应症状群。如以中医学的心脏为例,则心悸、心胸痛等属于其本体症状;脉律不齐、睡眠障碍、思维紊乱、意识不清等则是心功能异常之相关性表现;舌质赤、糜、尖红等,一般为其联属性或边缘症状;移热于小肠之尿短、淋漓、涩痛等则系延伸性症状。中医学“病在心脏”之脏象指征大体如此,临证辨证并不要求完全齐备。现分述如下。

【病位在心】

病位在心之指征为心悸,心胸痛闷,失眠,健忘,多梦,思维或神识障碍,婴幼儿惊哭叫闹,脉律紊乱,口舌糜烂,舌体强硬及皮肤疮疖等。其中心悸,失眠,易惊,神识障碍等为主要指征。

【病位在肝】

其指征为胁肋胀痛,情绪抑郁,易怒,头目眩晕,肢体麻木,屈伸不利,震颤搐搦,爪甲不荣,肤色发青,黄疸,脉象弦,小儿喜咬指甲、磨牙等。其中以胁部胀痛,情绪不宁,头目不适,抽搐痉挛等为主要指征。

【病位在脾】

主要表现为消化不良,食欲不振,大便不实,脘腹闷胀,面色萎黄,肌肉不丰,四肢萎软,口唇不荣。其次为口淡发甜,味觉减退,水肿,出血,内脏下垂等。

【病位在肺】

以咳嗽,气喘,胸痛,鼻息或声音异常,嗅觉障碍为主。其次为鼻塞流涕,咳痰,多汗,皮毛不荣,二便不爽等。

【病位在肾】

以腰部不适,耳鸣耳聋,头发不荣,牙齿不固,尺脉弱等为主。次为阳痿,遗精,早泄,不孕不育,水肿,遗尿,五更溏泄,下利清谷,呼多吸少,动则气促,喜伸欠,口中觉咸,面色发黑;小儿生长迟缓,发育不良等。

【病位在胃】

主要表现为胃脘胀满或疼痛,厌食或易饥,呃逆暖气,嘈杂,恶心,呕吐。其次为牙龈肿痛,口臭等。

【病位在胆】

主要表现为黄疸,口苦,胁痛。次为呕吐苦水,暴聋失聪,易怯易惊,善太息,夜不安眠,寒热往来等。

【病位在大肠】

主要表现为大便异常,腹泻,便秘,里急后重,便血,腹部胀痛,下痢脓血,痔疮等。

【病位在小肠】

主要表现为泄泻少尿,肠鸣,腹胀或绞痛等。

【病位在膀胱】

主要表现为排尿异常,尿急、尿频、尿痛,小便淋漓不通,尿液外观异常等。

【病位在心胞】

以谵妄、嗜睡、昏迷等意识障碍表现为主。

【病位泛在三焦】

表现为胸、脘、腹俱感闷胀不舒,喘促,恶心,呕吐,二便不通,泛发性浮肿,多脏腑功能异常等现象。

2. 经络病位指征 病在某一经络之症状表现,一般可有涉及该条经脉及其络脉循行分布区域之异常感觉,及其所属络的相关脏腑功能异常的各种症状等。如病涉及手三阴经,则多有胸部、上肢内侧、手心手指等处之疼痛或不适,以及有关脏腑功能障碍等症状。

【病涉手少阴心经】

表现为上肢内侧后缘疼痛或厥冷,心胸痛,手心热,中指、小指活动受限,以及咽干,渴而欲饮,胁痛,神志障碍等。

【病涉足厥阴肝经】

表现为巅顶痛,少腹及外阴牵引痛,两胁胀痛,目睛不适,痉挛拘急,面青,耳聋,咽干,颊肿,二便异常等。

【病涉足太阴脾经】

表现为食欲不振,脘腹饱闷,心下掣痛,肢体沉重,倦怠无力,大便泄泻,下肢内侧肿痛厥冷,足大趾活动不灵,舌根痛,舌本强硬,暖气,呕吐等。

【病涉手太阴肺经】

表现为咳逆短气,胸部闷胀,发热恶寒,锁骨上窝及上肢内侧前缘疼痛,厥冷或发热等。