

论中医临床的思维模式

——中医辨治六步程式解析

●孙光荣*

关键词 辨证论治 思维模式 六步程式 中医

“医者易也”，“易”是指《易经》的“易”，意即中医是秉持辨析正邪、燮理阴阳之理济世救人的医生。究竟中医如何看病？《伤寒论》第十六条指明：“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”这就是中医临床必须遵循的“三确认”：“观其脉证”，是四诊合参确认“主证”；“知犯何逆”，是辨析病因病机确认“主变”；“随证治之”，是针对主证、主变确认“主方”。而其关键又在于前八个字，“观其脉证”是辨证的切入，“知犯何逆”是审证求因的思辨。如何切入、如何思辨？前人通过临床的不断探索总结了诸多辨证纲领，为什么没有统一的辨证纲领？是因为疾病谱的不断变化，是因为临床认知不断提升。前一个纲领已经不够用，不能合理解释新病因、新病机、新证候，才倒逼产生新的辨证纲领。

现在，人类已经进入 21 世纪，新病种不断发生，疾病谱不断演

变，各种疾病的致残率、死亡率的升降正在不断变化。中医辨证必须与时俱进，应当举中医药学界的全体之力，重点创新中医健康服务之“理”（包括病因学说、病机学说等），而重点是创建中医新辨证体系。可以通过实验室研究、典型医案大数据分析、临床验证的系列方法，试行提取辨证元素，给出各元素的权重，按病种分类研究、继承、创新，建立精细化、标准化的新辨证体系。

但是，无论采用何种辨证体系，中医临床始终遵循辨证论治思维模式，笔者认为其内涵是严谨的“中医辨治六步程式”：四诊审证→审证求因→求因明机→明机立法→立法组方→组方用药。

1 第一步：“四诊审证”——打开病锁之钥

四诊，即中医以望、闻、问、切四种方法来了解疾病讯息，为探求

病因、病机、病位、病势提供基础的过程，需要中医在临证时充分调动视觉、听觉、嗅觉及触觉来感知病人客观情况，同时通过询问患者或知情人来全面搜集相关资料，为最终做出正确判断提供依据。四诊是中医必须具备的基本功，就是靠四诊“观其脉证”。当然，X 光、磁共振、B 超、窥镜等现代科技手段，可以作为四诊的延伸，也是必不可少的。比如肿瘤等占位性病变，四诊是无法精确定位、定性的。然而，尽管现代医院有着诸多科技诊断仪器，但中医想要宏观、客观、系统地对疾病做出诊断，就不能单纯依靠现代科技检查，否则会陷入一叶障目而舍本逐末之虞。

中医前贤在四诊上付出了大量心血和智慧。自扁鹊滥觞，张仲景综合运用四诊于病、脉、证的分析；王叔和系统总结 24 种脉象；孙思邈重视望色、脉诊与按诊。宋金元时期，施发用图像形式表述脉象变化而著《察病指南》；崔嘉彦以四言体歌诀形式阐述脉理而著《崔氏脉诀》；滑寿著《诊家枢要》指出脉象变化和气血盛衰之间的关系并阐发小儿指纹三关望诊法；元·敖氏著有《点点金》和《敖氏伤寒金镜录》成为舌诊第一部专著；李东

* 作者简介 孙光荣，男，国医大师。国家中医药管理局中医药文化建设与科学普及专家委员会委员、继教委员会委员；中华中医药学会常务理事、文化分会学术顾问、继教分会第一任主任委员；全国优秀中医临床人才研修项目培训班班主任；全国第五批、北京市第四批老中医药专家学术经验继承工作指导老师，全国名老中医药专家孙光荣传承工作室建设专家，北京中医药大学共建中西医结合三级医院和平里医院名老中医工作室建设专家，北京同仁堂中医大师工作室顾问。本刊学术顾问。

• 作者单位 北京中医药大学(100029)

垣还提出了“神精明(即望神),察五色(即望面色),听音声(即闻诊),问所苦(即问诊),方始按尺寸、别浮沉(即切诊)”的四诊具体做法内容。明清以后,李时珍以歌诀描述了27种脉象而著《濒湖脉诀》;张景岳《景岳全书》、李延昱《脉诀汇辨》、周学霆《三指禅》、周学海《脉义简摩》等均对脉诊理论有着详细的阐发论述,其中张景岳所创制的“十问歌”成为经典的问诊模式;清代叶天士以舌象变化结合卫气营血辨证判断病情发展;吴鞠通以舌诊作为三焦辨证用药依据等;同时期还产生了一批如《伤寒舌鉴》《舌胎统志》《舌鉴辨证》《察舌辨证新法》等总结舌诊的著作;清·林之翰《四诊抉微》是四诊合参具体应用的重要著作;汪宏《望诊遵经》、周学海《形色外诊简摩》系统总结了望诊的内容。其后,民国时期直接以诊断学命名的著作开始出现,如张赞臣《中国诊断学纲要》、裘吉生《诊断学》和包识生《诊断学讲义》等,使四诊成为诊断学的重要组成部分。

审证是建立在四诊基础上对于疾病所搜集的各类资料进行审察总结。审证不完全等同于辨证,而是辨证的基础,就是确认“主证”。一直以来,对于证的认识有不同看法:一部分学者认为证就是证候,是症候群,是患者在某病程阶段出现的各个症状和体征;一部分学者则认为证就是证据,是有关患者发病及包括临床表现在内的各种证据。现代著名中医学家方药中先生《辨证论治研究七讲》认为证作为证据而言,是对产生疾病的各方面因素和条件的高度概括。笔者认为审证是审察总结四诊所搜集获得的关于疾病的各类证据。由此可见,第一步“四诊审证”是打

开病锁的钥匙。

案例 黄某,女,55岁,干部。2009年3月5日(农历己丑年二月初九日,惊蛰)就诊。

望诊:面色萎黄,形瘦重装,肃然端坐,精神萎靡,抑郁寡欢,默默俯视,少气懒言,烦躁不安,发枯涩,唇苍白,舌质淡红,舌苔黄厚而腻。

闻诊:气短声弱,偶有低声自语,呼气及言谈时口中有异味。

问诊:约1年前,渐起不能入睡,失眠,惊梦,懒言,淡漠,自责,伤感,烦躁;小便微黄,大便数日一行;49岁绝经,无脏躁(更年期综合征)病史,患者及家族无精神病史;体检除收缩压偏高外(140/80mmHg),其余理化检查一切正常,心、脑电图亦无明显异常改变。某西医三甲医院诊断为“抑郁症”,以奥沙西洋片、女性荷尔蒙补充疗法等治疗罔效;转至某三甲中医院脑病科,以重剂安神定志类等方药治疗亦罔效。追询本病发病之初是否因进食糯米之类食品而致饱胀厌食?经患者及其亲属回忆,确认上年正月元宵节进食汤圆以后数日即发病,亦未引起重视,渐次少与家人交谈,亦厌倦开会发言,日渐病深。

切诊:脉弦细且滑,掌心温热,手背发凉。

审证:气血两虚,脾胃不和,心神失养。

2 第二步:“审证求因”——寻求病门之枢

基于“司外”获得的患者信息审察终结,第二步开始“揣内”,探求病因。

中医学对于病因的认识早在古代就有了明确的分类。如张仲景在《金匮要略·脏腑经络先后

病》中提到:“千般痰难,不越三条。一者,经络受邪入脏腑,为内所因也;二者,四肢九窍,血脉相传,壅塞不通,为外皮肤所中也;三者,房室、金刃、虫兽所伤。以此详之,病由都尽。”后世陈无择在此基础上著《三因极一病证方论》云:“六淫,天之常气,冒之则先自经络流入,内合于脏腑,为外所因;七情,人之常性,动之则先自脏腑郁发,外形于肢体,为内所因;其如饮食饥饱,叫呼伤气,金疮痿折,疰忤附着,畏压溺等,有背常理,为不内外因。”开始明确了以六淫邪气为外因,情志所伤为内因,而饮食劳倦、跌仆金刃以及虫兽所伤等则为不内外因的三因学说。至今,中医学仍宗此说区别病因。所以,中医看病不只是追究是否细菌、病毒所致,理化检查虽然能够明确许多致病因素,但理化检查提供的结果在中医看来往往是病理产物而非真正的病因。中医必须追究的重要病因是风寒暑湿燥火、喜怒忧思悲恐惊的太过与不及,但目前全世界也没有任何国家、任何人发明相应的检验仪器设备和检验方法。所以,也只能通过“司外揣内”来思辨。

审证求因是辨证的第一环节,需要的是经典理论和临床经验引导的思辨,从而找准“治病必求于本”的门径,故而审证求因是叩推病门的枢轴。

案例 续前案。

审证求因:其证为“气血两虚,脾胃不和,心神失养”,为什么能如此否定抑郁症的诊断而辨证?一是观其面色萎黄,形瘦重装,精神萎靡,少气懒言,气短声弱,毛发枯涩,口唇苍白,掌心温热,手背发凉,舌质淡红,望而知之,是气血两虚之象。二是脉来弦细且滑。节气正值

惊蛰,春当生发,惊蛰主万物复苏,弦脉是应时正常之脉象,细脉则是气血不足之故,但细而滑,却不是细而涩,则可排除血瘀(冠心病之类),痰饮、食滞、妊娠皆可致脉滑,结合舌苔黄厚而腻、呼气及言谈时口中有异味、大便数日一行,则可断为胃气不和、气滞中焦。三是经过追询,得知确实由进食汤圆起病,而且病情是由难以入睡、到厌食、到失眠、再到淡漠沉默渐次加重。《内经》曰:“胃不和则卧不安。”四是患者49岁绝经,无脏躁(更年期综合征)病史,患者及家族无精神病史;体检除收缩压偏高外(140/80mmhg),其余理化检查一切正常,心、脑电图亦无明显异常改变,则可基本排除精神病及更年期综合征。由此,从当前一切信息综合判断,可以排除抑郁症。病因明确:是“不内外因”——食滞。

3 第三步:“求因明机”——探究疗病之径

第三步是建立在确认病因的基础上明确病机。病机是疾病发生、发展、变化以及转归的机理;主要包括两方面的内容:一是疾病发生之机理;二是疾病发展、变化与转归之机理;中医学认为,人体患病及其病情发展变化的根源就是人体正气与邪气的抗争。邪正之间斗争的胜负决定了疾病发生、发展以及转归,因此中医学病机理论的核心就在于审查机体正邪相争的状况、态势。笔者体会其关键是要重视“调气血、平升降、衡出入、达中和”,要强调机体的内外形神、阴阳气血、脏腑经络、津液代谢的和谐畅达,必须注重审时度势地明辨病机。

历代医家对于病机十分重视并多有阐发。《素问·至真要大

论》病机十九条执简驭繁地将临床常见病证从心、肝、脾、肺、肾五脏和风、寒、暑、湿、燥、火“六气”结合概括,对病机作了系统的阐述。同时《黄帝内经》十分强调正气在发病中的核心作用。如《素问·评热论》曰:“邪之所凑,其气必虚。”《素问·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干。”汉·张仲景《伤寒杂病论》在《素问》及《灵枢》的基础上,结合临床实践阐述了外感病的虚实、寒热、表里、阴阳的病机变化;《中藏经》以脏腑为中心,以虚、实为纲,归纳脏腑病机;隋·巢元方的《诸病源候论》对1729种病候的病因、病机及其临床证候作了阐述;唐·孙思邈《千金要方》依据完整的脏腑虚实寒热病机变化进行辨证;金元·刘河间在《素问玄机原病式》中提出“六气皆从火化”和“五志过极,皆为热甚”等病机观点;张元素丰富、发展了从脏腑寒热虚实探求病机的学说,并把药物的使用直接与脏腑病机联系起来,使理法方药呈现了系统一致性;李东垣《脾胃论》治病侧重脾胃阳气升降病机,还在《内外伤辨惑论》中论述“内伤脾胃,百病由生”和“火与元气不两立”的病机;张从正《儒门事亲》论述了“邪气”致病的病机;朱丹溪在《格致余论》中阐释了“阳有余而阴不足”和“湿热相火”等病机;清·叶天士阐发养胃阴的机理;李时珍、赵献可、张景岳、李梴等对命门的论述等,都不断丰富了病机的内容。

笔者认为,在临床过程中依据病因(内因、外因、不内外因)、病位(脏腑、经络)、病性(表、里、虚、实、寒、热)、病势(生、死、逆、顺)、病理产物(痰饮、瘀血、结石等)、体质、病程等因素内容明确病机,才能进一步把握疾病动态、机体现

状,最终归结为不同的证候,用以立法处方,治疗中才能有的放矢,故而“求因明机”有如探究疗病之径。

案例 续前案。

求因明机:为什么进食汤圆能导致如此复杂而沉重的病情,甚至误诊为抑郁症?这就在立法组方用药之前,必须明确病机。

《素问·逆调论》曰:“胃者,六腑之海,其气亦下行,阳明逆不得从其道,故不得卧也。”“胃不和则卧不安”,脾胃又为升降之枢纽,为心肾相交、水火交济之处,胃失和降,阳不得入于阴,而卧不安寐。由于患者原本就气血两虚,脾胃少纳难化,进食糯米之类黏腻食物,纳而不化,中焦受阻无疑,故厌食、便难;由是,必然导致气机不畅,心神不守,渐至长期寐难,造成心神失养,加之治疗始终未能针对病因病机,而是着眼于抑郁,盲从于抑郁症的既定治疗方案,于是懒言、烦躁、淡漠等诸证毕至矣。所以,其病机是:气血两虚→食滞胃脘→脾胃不和→气滞中焦→心神失养。“求因明机”必须明晰“标本”,相对而言是:食滞胃脘为本,抑郁寡欢为标;脾胃不和为本,厌食不寐为标;气血两虚为本,气滞中焦为标;心神失养为本,少气懒言为标。

“审证求因”“求因明机”都必须运用辨证纲领,至于使用何种辨证纲领,则视病证类型和自身临床经验决定。本案按照《中藏经》脏腑辨证八纲(虚实、寒热、生死、逆顺)辨析,则是本虚标实、表寒里热、脉证相符为顺、方证对应可生。可以说,截止到“求因明机”这一步,才算真正完成了整个辨证的过程,即“知犯何逆”,抓住了“主变”,为立法组方用药指明

了方向。

4 第四步：“明机立法”——确立治疗之圭

在明确辨证以后，治则治法的确立就能顺理成章。治则治法是根据病机拟定的治疗方案，也是指导处方用药的圭臬，是链接病机与方药的纽带，是论治纲领。《黄帝内经》对中医临床治法提出了许多重要原则，如“治病必求于本”“谨察阴阳所在而调之，以平为期”“疏其血气，令其调达，以致和平”“阳病治阴，阴病治阳”“实则泻之，虚则补之”“逆者正治，从者反治，寒因寒用，热因热用，塞因塞用，通因通用”等。《素问·至真要大论》还针对气机变化提出“散者收之，抑者散之，急者缓之，坚者软之，脆者坚之，衰者补之，强者泻之”等；后世医家中，王冰在注释《素问·至真要大论》时提出“壮水之主，以制阳光；益火之源，以消阴翳”是治疗阴阳虚证的千古名论；金元四大家对治法也多有建树，如张子和善攻，长于汗、吐、下、消、清诸法；朱丹溪确立滋阴降火法，并主张痰郁致病，注重理气化痰；李东垣立补中益气诸法；还有明·张景岳《景岳全书》按补、和、攻、散、寒、热、固、因八法分类方剂，命名为《古方八阵》，开创以法统方之先河；此后，程钟龄《医学心悟》正式提出汗、吐、下、和、温、清、消、补八法。

笔者认为，在病机明确的基础上才能确定治法，而病机是辨证的核心，辨证是对疾病本质的高度概括，综合反映了当时、当地某人的疾病在一定阶段的病因、病机、病位、病性、病势等各个方面。治法就是基于完整的辨证而采取的对性施治方法，而依法组方是中医临床所必须遵循的原则，可见“明

机立法”是确立治疗之圭臬。

案例 续前案。

明机立法：既然其病机是“气血两虚→食滞胃脘→脾胃不和→气滞中焦→心神失养”，是逐步递进的五个病机，相应的治法是益气活血、消食导滞、调和脾胃、通调中焦、养心安神。按照“治病必求于本”“急则治标”“缓则治本”的原则，治法应当在益气活血的前提下，首先消食导滞、通调中焦治其标，继之调和脾胃、养心安神治其本。这就决定临床分两步走，从而明确了治疗的“主攻战略”——第一步重在脾胃；第二步重在心神。

5 第五步：“立法组方”——部署疗疾之阵

第五步是根据确立的治法决定“方”（俗称“汤头”）。历代医家在长期的临床实践中，经过无数临床验证，打磨出针对各种病证的“方”，就是根据治则治法将多味中药按照相须、相使、相畏、相杀的药性，按照君、臣、佐、使的结构配伍，以期最大限度地发挥方药的效能，减低或抵消部分药物的毒副作用。通过不同的制作方式，中医“方”可制成汤、膏、丹、丸、散、酒、栓、软膏等不同剂型，统称“方剂”。张仲景《伤寒杂病论》所载方，被誉为“万法之宗，群方之祖”，是为经方；后世医家之方称为时方；当代中医的有效方称为经验方；由名医传承的经验方称为师传方。立法组方这一步，实际上就是根据确立的治则治法在相应的经方、时方、经验方中选择适合的方。首选经方，次选时方，再次选经验方。随着明机立法这一步的完成，所用方也就呼之欲出了。不论是对证的经方还是熟谙的验方，只要符合治法即可行。但一定要进行加减化裁，切忌

千人一方，因为病人病情千差万别，不经化裁而生硬照搬照抄，则“执医书以医病误人深矣”，就必然失去中医个性化辨证论治的诊疗特色，也就失去了中医临床优势。因此，要力求做到“心中有大法，笔下无死方”。

笔者认为，要“师古不泥古”。经方应用，首重“三遵”：遵循经方之主旨、遵循经方之法度、遵循经方之结构。可以说，“立法组方”是部署疗疾之阵。

案例 续前案。

立法组方：根据“两步走”的“主攻战略”，第一步“消食导滞、通调中焦”的治标，有李杲《内外伤辨惑论》的枳实导滞丸，组成为大黄、神曲（炒）、枳实（麦炒）、黄芩（酒炒）、黄连（酒炒）、白术（土炒）、茯苓、泽泻；《御药院方》的导滞丸，组成为黑牵牛（微炒，取头末）、槟榔、青皮（去白）、木香、胡椒、三棱、丁香皮。上方可供选择。本案根据“明机立法”，选定《内外伤辨惑论》的枳实导滞丸。第二步，“调和脾胃、养心安神”，有《金匱要略》的黄芪建中汤（黄芪、大枣、白芍、桂枝、生姜、甘草、饴糖）、酸枣仁汤（酸枣仁、茯苓、知母、川芎、甘草）可供选择，根据“明机立法”，本案选定黄芪建中汤加酸枣仁汤。

6 第六步：“组方用药”——派遣攻守之兵

“用药如用兵”，在立法组方之后，需要对所选定的方剂进行加减化裁。这一过程如同临阵点将、派兵、选择武器，要针对选定的方剂结合证候合理用药，讲究“方证对应”。笔者认为：“今人不见古时景，古人未知今时情。”现代生活，在气候环境、饮食习惯、生活方式、

诊疗条件、中药品质以及病种等方面都有很大变异,临床未见有人完全按古方患病者。不同的病人也有着不同的体质,主证之外牵扯多种复杂次证,患病之后接受的治疗方式有中医、西医、中西医结合医、少数民族医等等,兼证、变证层出不穷,所以决不能生搬硬套固有方药,必须临证化裁。笔者根据临床体会,提倡“中和组方”。即遵经方之旨,不泥经方用药,依据中药功能形成“三联药组”以发挥联合作用、辅助作用、制约作用,按照君臣佐使的结构组方,用药追求“清平轻灵”,力争燮理阴阳、扶正祛邪、标本兼治、达致中和,尽量避免无的放矢和“狂轰滥炸”“滥伐无过”。总之,“组方用药”是保证整个诊疗得以成功的最后一环,一定要按照“布阵”使每一味药“胜任”,堪称派遣攻守之兵。

案例 续前案。

组方用药:第一步“消食导滞、通调中焦”以治标,组方:生大黄15克,炒六曲15克,炒枳实6克,炒黄芩10克,炒黄连10克,炒白术10克,云茯苓12克,炒泽泻10克,佩兰叶6克,大腹皮10克,谷麦芽各15克,汤圆1枚(注:生大黄,后下;炒六曲,包煎;枳实,麦麸

炒;黄芩、黄连,酒炒;白术,土炒;汤圆,炒糊为引)。3剂,1日1剂,水煎,温服。

疗效:服上方1剂1次后,大便1次,量多秽重,患者感胃部、腹部轻松许多;服3剂后,食欲增进,黄腻舌苔已净,基本能按时入睡,但乏力,仍懒言,稍口渴。

第二步“调和脾胃、养心安神”以治本,组方:西洋参10克,生黄芪12克,紫丹参7克,云茯神12克,炒枣仁12克,肥知母10克,炙远志6克,九节菖蒲6克,大红枣10克,杭白芍10克,乌贼骨10克,西砂仁4克,生甘草5克(注:西洋参,蒸兑)。7剂,1日1剂,水煎,温服。

疗效:服上方1剂后,诸症明显缓解;7剂后,寐宁、神清、无自言自语,能赴会发言,感完全恢复,一切正常。

“无规矩不能成方圆”,上述“中医辨治六步程式”是初步总结,但实际上历代中医都在临床实践中运用,是历久而不衰的中医临床思维模式。无论接诊时间是一分钟还是一小时,只要是中医就必然在瞬间自觉不自觉地完成这六步程式,绝对不是看看化验单,根据西医诊断,以消炎、排毒、免疫、补

充能量等概念配个中药方。由此可见,“中医辨治六步程式”既是中医独有的,又是中医必须坚持的。

2016年8月19日,习近平总书记在全国卫生与健康大会上的讲话中明确指示:“要着力推动中医药振兴发展,坚持中西医并重,推动中医药和西医药相互补充、协调发展,努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。”如何才能实现创造性转化、创新性发展?国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强同志要求中医人做到“三个坚持”,即坚持目标导向、坚持不懈努力、坚持基础和临床结合;做到“三个善于”,即善于从中医药这一伟大宝库中寻找创新源泉、善于从传统技术方法上汲取创新灵感、善于从现代科学技术中吸收创新手段。这样,才能实现“创造性转化、创新性发展”。在倡导规范化、标准化的今天,揭示和掌握“中医辨治六步程式”,能促进中医临床思路和方法的现代研究,能有望通过文献、临床、实验、计算机、大数据等研究,联合攻关,产生中医临床新模式、新规范、新标准,提高中医临床能力和水平,推动中医药事业更好、更快发展。

中医文化

李在躬解药名诗谜

明代名医李在躬颇有诗名。一次,有个县官生病,请来李在躬。他给县官诊脉后,提笔开了一个处方。县官接过一看,上面写的是一首《山居即事》诗。

三径慵锄荒遍秽(生地),数枝花朵自鲜妍(红花)。
露滋时滴岩中乳(石膏),雨后长流涧底泉(泽泻)。
闲草文词成小帙(藁本),静披经传见名贤(使君子)。
渴呼童子煮新茗(儿茶),倦倚熏笼灼篆烟(安息香)。

只为多研常讶减(砂仁),窗因懒补半嫌穿(破故纸)。
欲医衰病求方少(没药),未就残诗得向连(续断)。
为爱沃醪千顷碧(空青),频频搔首问遥天(连翘)。

县官阅后不解地问:“此诗何解?请指教!”李在躬笑道:“这是一首药名诗谜,每句隐一药名,共计14味中药,组成一方,便可治大人之病。”遂在每诗后填一味中药名及用量。县官细读后抚掌叫妙,嘱人去照方买药。

(摘自中华中医网)