

辨证论治是中医学的精髓

□ 邓铁涛*

(广州中医药大学 广东 广州 510405)

关键词 辨证论治 精髓 中医学



辨证论治是什么？它是中医学中临床医学的灵魂，是总的指导思想，而不仅仅是一个简单的方法问题。千万别把其应有的地位降低

了。辨证论治的思想孕育于《内经》，发挥于《伤寒杂病论》，《伤寒论》提倡“六经辨证”，《金匮要略》提倡“脏腑经络先后病”。“辨证论治”的内涵由此奠定了基础。其最主要的内容是无论“外感”与“杂病”的病证，都不能凝固地、一成不变地看待疾病，疾病的全过程是一个变动的过程。这一主导精神与《易经》一脉相承——“易”者变易也。这一观点又与中医另一个精髓论点“整体观”相结合，外感病之变化被概括于“六经”整体之中，“杂病”之变化被概括于“脏腑经络”之

中。“传变”之论，中医学并未被禁锢于仲景时代，到了清代温病学派崛起，发明了“三焦辨证”、“卫气营血辨证”等论，从而对发热性流行性传染病的认识与治疗从19世纪到20世纪的前半叶达到世界的最高峰，在抗生素发明之前，西医治发热性疾病与中医之疗效相去甚远也。

实践是检验真理的唯一标准。谁掌握好辨证论治之精髓，谁的疗效就好。疾病谱正在日新月异，有深厚的辨证论治理论基础，又有实践经验的中医学者，可以通过辨证论治的途径去研究新的疾病并进而治愈之。

1 辨证论治与辨病论治之别

* 作者简介 邓铁涛，男，著名中医学家。广州中医药大学终身教授，博士生导师，国家中医药管理局中医药工作专家咨询委员会委员，中华中医药学会顾问，中国中西医结合学会理事会名誉理事。本刊学术顾问。

有人说无症可辨怎么辨证？这是要贬低辨证论治者最喜欢说的道理。其实所谓无症可辨引用最多的例子就是人无症状，小便检查有蛋白、红细胞或白细胞之类的。这类病西医能检查出来，但目前似乎仍无法治愈。我不会进行检查，病人拿来化验单我只作参考，我运用辨证之法，却治好了一些顽固之蛋白尿患者及尿有红、白细胞之患者。靠的是什么？靠的是症、脉、舌等四诊合参加以辨证。

从未听说有人问——无病可辨的病人怎么治？我几十年来也治疗过一些这类病人，即生化检查一切正常，体征正常的病者。例如在 70 年代某人民医院请我会诊中山大学一教授，经过多种检查，不能确诊是什么病，乃名之曰“厌食症”。病人一切检查正常，就是不想吃饭，吃不下饭与其它食品，乃日渐消瘦，卧床不起，声音低微。经过辨证，我认为他脾胃虚衰，宜大补脾胃，用大剂健脾益气养胃之剂治之，半月许已能行走，不到一月出院矣，到家嘱家人放鞭炮一串，以庆生还。又如我院一女职工，症见头晕，时止时作，发作晕甚，经各种检查不能确诊，我以甘麦大枣加减治愈。

西医诊断不明的病多矣，为什么不说无病可辨如何辨？！

最近有文章拟将辨证论治改为辨病论治。我认为不妥，且无此必要。因为这个问题，早在高等中医院校二版教材——《中医诊断学》中已阐述清楚。辨证论治包括辨病，不排斥辨病，但比辨病高一筹。试阅第 5 版《中医诊断学》

教材 142 页“辨证要点”中在“辨证与辨病的关系”中，详细论述了“病”与“证”的关系，并指出：如果说辨证是既包括四诊检查所得，又包括内外致病因素与病变，全面而又具体地判断疾病在这个阶段的特殊性质和主要矛盾的话，那么，辨病不同之点是：按照辨证所得，与多种相类似的疾病进行鉴别比较，把各种类似的疾病的特征都加以考虑，因对病人的证候进行一一查对，查对的过程中，便进一步指导了辨证，看看有没有这种或那种疾病的特征，再把类似的疾病一一排除掉，而得出最后的结论。在得出结论之后，对该病今后病机的演变，心中已有梗概，在这个基础上进一步辨证，便能预料其顺逆吉凶；而更重要的是经过辨病之后，使辨证辨病、治疗原则与方药结合得更加紧密，以达到提高治疗效果，少走弯路之目的。

可见从辨证——辨病——辨证，是一个诊断疾病不断深化的过程。

大学生读的教材对辨证与辨病已论述很清楚，现在要改名辨病论治以取代辨证论治，有什么意义呢？辨证——辨病——辨证这一诊断过程，足以说明：辨证论治可以概括辨病论治，辨病论治不能概括辨证论治。“辨病论治”论者，可能是想引进西医之说以改进中医，因为西医对疾病的诊断至关重要。不知如此一来便把中医之精华丢掉了。

2 辨证论治是临床疗效的保证

我曾经在某专区人民医院带

教，适遇该医院一胎死腹中之患者，妇产科曾用非手术治疗十多日不效，再行手术又怕过不了感染关，邀余会诊。经辨证属实证实脉，乃按常法予平胃散加玄明粉、枳实，1 剂，是夜完整排出死胎。医院以为偶中，后数日又入院一患者，邀会诊，经辨证属体虚病实之证，初用养阴活血行气润下之法未效，改用脱花煎亦不效，再予平胃散加芒硝 2 剂亦不见效。考虑辨证不误，用药不力，后用王清任的加味开骨散 1 剂，重用黄芪 120g，当归 30g，川芎 15g，血余炭 9g，龟甲 24g（缺货），1 剂。下午 3 时服药，6 时开始宫缩，再于 8 时加艾灸足三里、针刺中极，是夜 11 时产下一脐带缠颈之死胎。

上述 2 例经西医诊断同为过期流产，诊断无误，但中医之辨证论治则一攻一补，天壤之别也。

又如曾会诊一车祸青年，颅脑损伤，合并脑出血，经西医方法处理，昏迷不醒已 3 天，我按中医辨证为血瘀内闭。患者不能口服中药，以上病下取之法用桃仁承气汤加味灌肠，得泻下，翌日开始苏醒，共灌肠 4 天，第 5 天改为口服，仍以桃仁承气汤加减并服安宫牛黄丸，后痊愈出院，多年追踪，未见后遗症。又如我院一位科主任亦遇车祸，未见昏迷，但头晕呕吐，闭目不愿开眼，邀会诊。我辨证为痰瘀内阻，治以除痰益气活血，用温胆汤加黄芪、桃仁、红花之属，治愈后无后遗症。

上述 2 例经 CT 与 MRI 之诊断，均属脑挫伤脑出血，只有轻重及部位之不同，按辨病则 2 例所用

西药相同,但根据辨证用中药则大不相同也。

我是内科医生,对妇产科及骨伤科本属外行,既然被邀,只得按中医之辨证论治提出治法与方药。所治得效,功在辨证论治之学习也。

或说这些个别病例,说明不了问题。且看看国家“七五”攻关科研项目——流行性出血热之研究成果:南京周仲瑛组治疗了1127例,其结果为:中医药组治疗812例,病死率为1.11%,西医药对照组治疗了315例,病死率为5.08% ($P < 0.01$),中医药组明显优于西医对照组。江西万友生研究组治疗了413例,其结果为:中医药组治疗了273例,病死率为3.7%,西医药对照组为140例,病死率为10.7% ($P < 0.01$),中医药组疗效优于西医对照组。由于时、地、人等有关条件不同,西医辨病为同一种病,但周氏、万氏的辨证论治截然不同。周氏治疗以清气凉营为主,万氏则以治湿祛毒法为主。辨证论治比辨病论治的西医药组效果明显为优。

周氏、万氏的研究足以说明,时至今日,中医之辨证论治,并非封闭式的。他们把西医之辨病容纳于中医之辨证论治之中,便产生了超世界水平的成果。反之,如果以“辨病”取代中医之辨证学说,则中医药学将会倒退。不可等闲视之也。

3 辨证论治形式多样

有人以为用专方专药治病就不是辨证论治,这是误会。专方专药

用在辨证之后,治疗用药有大方、小方、奇方、偶方、复方、专方专药是论治上的取舍。试举例言之。如张锡纯倡用鸦胆子以治痢疾。《医学衷中参西录》卷三曰:“沧州友人滕玉可,壬寅之岁,设教乡村,于中秋下赤痢,且多鲜血。医治两句不愈。适愚他出新归,过访之,求为诊治。其脉象洪实,知其纯系热痢。遂谓之曰:此易治。买苦参子百余粒,去皮,分两次服下即愈矣。翌日愚复他出,二十余日始归。又访之,言曾遍问近处药坊,皆无苦参子。后病益剧,遣人至敝州取来,如法服之,两次果愈。功效何其神哉。愚曰:前因粗心言之未详,苦参子即鸭蛋子,各药坊皆有。”先父读其书,不知鸭蛋子为何物,乃去函烦为代购,始知就是鸦胆子。试用之治痢疾多验。方法单用鸦胆子一味,去壳选其籽实饱满完好者(破烂者不取),以滑石粉为衣,治疗痢疾每用20~50粒,开水送服,疗效甚佳。我于30年代曾患痢疾,服20粒,3次而愈,未再复发。粪便中发现有成粒鸦胆子排出。后之研究者,认为鸦胆子对阿米巴痢疾有特效。鸦胆子治痢,价廉效高,应予推广。

有人认为要经常转换方药才是辨证论治,这也是一种误解。证变则方亦随之变,证不变则效不更方。当然若对慢性病,服药时间较长,根据患者的证情,加减一二味,亦每每有好处,但治疗之大原则未变。

最近参加一次学术报告会。我校热带病研究所报告其研究成果之

后,有人提问用青蒿素治疗疟疾,算不算辨证论治?大概提问者认为疟疾是一种病,治疗用一种药,便与辨证论治无涉。其实不然,热带病研究所研究人员以中医为主体,他们用的是以中医的理论为指导,深入到微观世界进行辨证论治,就算有西医的内容也纳入了中医辨证论治的理论体系之中。面对一个疟疾病人,首先辨别是间日疟、三日疟、恶性疟。恶性疟还要辨是不是脑型疟等等。李国桥教授还对脑型疟的患者进一步辨证,抽取病人皮内之血,以有无发现疟原虫来断定病人昏迷之轻重,预后之良恶。该成果已被载入英国牛津大学医学院的教科书之中,这是中医发现的辨证方法。至于治疗,他们还有论证之成就。如早期用青蒿素治疗疟疾,复发率很高,最后经研究,7天疗程,便不复发。这一成果为国际卫生组织所肯定,维护了青蒿素的疗效。后来为了缩短疗程,运用中医复方的理论,拟定了青蒿素复方治疗疟疾的3日疗法。此法已在越南推广应用。据说最近他们又在这一基础上,改进复方,成为1天疗法,即用药1天即愈。这种治法思维源于中医之方剂学理论。又如他们对脑型疟患者原虫发育26~32小时,大滋养体期之昏迷,与原虫发育38~48小时,裂殖体破裂期昏迷之病人治法不同。这不就是辨证论治的深化与发展吗?

我校脾胃研究所,多年来应用唾液淀粉酶活性负荷试验及木糖吸收试验,作为脾虚证的客观检查指标,并得到同行的肯定与采用。我们80年代承担国家“七五”攻关

研究课题——重症肌无力的临床和实验研究。西医认为重症肌无力是神经内科病。我通过辨证理论认为本病乃虚损之证。除了根据重症肌无力患者 233 例的系统观察,对 58 个中医证候做了频率分析以证明此病属脾胃虚损之外,又采用唾液淀粉酶及木糖吸收试验,以 30 例患者与 20 例正常人进行 2 项试验同步观察,结果表明患者比值明显低于正常组,经治疗后患者 2 项指标又明显上升。运用这样的检验

试验,证明我的论断不误。

中国中医研究院原院长唐由之教授,以中医的针拨套出术为毛泽东治疗白内障,效果良好,受到称赞。他现在研究非手术治疗白内障,需要有一个对白内障病程进退的检测仪器,于是参考地质学检测岩石灰色度的仪器,根据眼科检测的需要制成晶体图像灰度计。这一仪器为白内障的辨证论治起了添砖加瓦的作用。

中医辨证论治理论与实践将随

着时代的发展借助于新科技而不断提高。千万不能因为有所提高,即拿过来否定中医的理论。把中医学禁锢在一百年前的模样。中医与西医一样,正朝着现代化的道路前进。但中医药学必须走自己的道路,走按照自身发展规律的道路。不能走拿西医理论改造中医、以现代化之名去化掉中医之路,否则将成为中华宝贵文化的败家子,成为炎黄子孙的千古罪人!

中华中医药学会系列杂志《中医药通报》杂志稿约

《中医药通报》杂志是中华中医药学会、厦门市中医药学会主办,中医药通报杂志社编辑出版,国内外公开发行的国家级、综合性中医药学术期刊;是国内唯一的通报类中医杂志。本刊为双月刊,国内刊号 CN35-1250/R,国际刊号 ISSN1671-2749。

本刊的办刊方针和任务是:全面报道我国中医、中西医结合、中药研究在临床、预防、科研、教学等方面的最新进展、成果和诊疗经验,探讨中医药学术提高的思路和方法,介绍国内外中医药研究动态,开展学术争鸣,反映中医药市场现状与开拓前景,临床治疗新方法、新药研究开发成果发布。

1 本刊的主要栏目有:论坛、进展评述、研究快报、获奖成果介绍、专题笔谈、理论研究、临床研究、临床报道、诊法研究、理法研究、针灸经络、中药研究、方剂研究、新药介绍与评价、药物不良反应、实验研究、医史研究、名医研究、学术动态、述评、综述、思路与方法、诊余心悟、病例讨论、护理研究等。

2 稿件要求:

2.1 文稿应具有科学性、实用性、创新性。论点明确、资料真实、文字精炼、层次清楚、数据准确。论著、综述一般不超过 6000 字,其他文章不超过 3000 字。

2.2 文题:力求简明确切、醒目,反映出文章的主题。中文文题一般不超过 20 字(附英文文题)

2.3 摘要:论著须附中、英文摘要,中英文摘要内容要包含摘要的四个要素,即目的、方法、结果、结论。中文摘要 200 字左右,英文摘要 400 个实词左右。

2.4 关键词:标引 3-6 个关键词(表示全文主题内容信息款目的单词或术语)。

2.5 专业术语及符号:以科学出版社出版的《医学名词》和相关学科(国家标准及行业标准)的名词为准,未公布者以人民卫生出版社编的《英汉医学词汇》为准。中文药物名称应使用 1995 年版药典或卫生部药典委员会编辑的《药名词汇》中的名称。缩略语应在首次出现时,用括号注明全名。

2.6 计量单位:实行国务院颁布的《中华人民共和国法定计量单位》,并以单位符号表示。

2.7 统计学符号:按国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》规定书写。

2.8 参考文献:按国家标准 GB7714-87《文后参考文献著录规则》,采用顺序编码制著录,并将序号标入正文相应部位)。

3 投稿须知

凡投本刊稿件均为首次正式发表文稿,请勿一稿两投;来稿须署真实姓名和工作单位及第一作者简介,并请注明第一作者或通讯作者的地址、联系电话、传真及 E-mail 地址,临床及实验类文章请附单位介绍信;来稿应一式二份,最好用打印稿(附软盘);本刊对来稿有删改权,本刊对刊登稿件拥有版权。稿件请直接寄本刊编辑部。欢迎网上投稿。

地址:361001 厦门市镇海路 12 号,厦门国际中医培训交流中心内《中医药通报》编辑部

电话:(0592) 2055018、2665086、2057991 传真:(0592) 2077005、2038679

E-mail: zyytb@yahoo.com.cn

中医药通报编辑部