

证候是疾病微观变化的动态反映

□ 曹东义*

(河北省中医药研究院 河北 石家庄 050031)

摘 要 现代医学重视病理病灶, 可考可证, 诊断与鉴别诊断明确, 有其长处。但是, 具备这种“理想病灶”的疾病, 只见于人群中的少数人, 而人群中更多的是中医能够认识的不健康状态, 表现为严重身心不适却无病理病灶。之所以会出现这种状况, 是由于现代医学过分强调病理病灶才是疾病本质, 而把患者主观感觉的证候作为表面现象, 或者作为假象, 将人们的病态“视而不见”, 才形成了这种局面。其实, 患者的“主观感觉”正是医学可以依靠的“客观证据”。临床上, 病灶与证候是相对分离的, 不是病灶决定证候。证候是疾病微观变化的动态反映, 属于状态的疾病本质, 而不是形态的疾病本质。证型只是疾病证候的特殊类型。划分证型, 按证型论治, 在思想方法上比较接近于西医的病灶疾病观, 而不同于中医辨证论治的状态疾病观。

关键词 疾病观 证候 证型

中医有几千年以上的历史, 一直被视为“治病工”。古人根据治疗效果, 把医生划分为上中下三级, 比如《周礼·天官·冢宰》认为医生的治疗“十全为上”, “十失四为下”; 有的根据医生对疾病的诊断能力和特点, 将医生分成“望而知之”的神医、“闻而知之”的圣医、“问而知之”的工医和“切而知之”的巧医四类;

也有的根据医生治病的特色, 划分为三等: 上工治未病, 中工治欲病之病, 下工治已病之病。总之, 医生的本行不离治病救人, 根据他们诊疾治病的不同情况划分出不同的级别, 并且总结出普通人担心疾病太多, 医生担心的是治疗疾病的方法太少。“人之病病疾多, 医之病病道少”作为名言, 被司马迁写在了《史记》里。但是, 自从有了西医的病理病位诊断作为对照之后, 中医对于疾病的诊断便逐渐淡

*** 作者简介** 曹东义, 男, 医学硕士, 1988 年毕业于中国中医研究院, 师从于余瀛鳌研究员。又拜邓铁涛、朱良春先生为师, 学做铁杆中医。现在为河北省中医药研究院主任医师, 硕士研究生导师。主持河北省中医药管理局课题“SARS 与中医外感热病诊治规范研究”、国家中医药管理局课题“中医外感热病诊治规律研究”。著有《中医外感热病学史》以及发表《外感热病学说演变》、《广义狭义温病论》等论文 30 余篇。

化了,甚至只见到“辨证论治”的说法,或者盛行西医辨病与中医辨证相结合,中医对疾病几千年的认识就只剩下“辨证论治”了,病之不讲,已经多日。中医不识病乎?不识病何能认识本质?不识本质何能治疗必中要害?因此就有了“证本质研究”的不懈努力,努力了几十年,证的本质仍然难于把握。中医其难言,于斯为甚。然而,我们不妨换一个角度思考,西医病理病灶的疾病观是唯一的吗?几千年的“辨证论治”为何疗效卓著、独具特色?

1 中西医的不同疾病观

西医依据病理解剖,创立了病理病灶的疾病观,其明确可靠、可证可考、可不断重复的“过硬”特点,让人们心服口服。可是现实生活里,可以这样“过硬”诊断的病人只占人群的20%,还有75%的人群尽管有这样那样的身心不适,或者痛苦万分,却找不到理想的病理病灶,只好在健康与不健康之间,再划出一块中间地带,名其为“亚临床状态”、“第三状态”、“亚健康”。这实在是没有办法的办法,也是追求“过硬指标”的指导思想造成的“视而不见”的后果。在社会的现实生活里,庞大的“预备役病人”应当时刻警惕着,不断地接受各种“先进”的仪器检查,以便随时发现病理病灶,可以“早期诊断”,否则就容易“误诊”、“失治”。治疗疾病的措施,也是根据病理病灶的改变,能驱除病因的驱除病因,能切除病灶的切除病灶,能介入的介入,能

移植改造器官的就移植改造,或者能阻断细胞受体的就阻断受体,能拮抗生理物质的就尽力拮抗,需要补充的尽量补充。总之,针锋相对,追求的是“拯救”、“解除”、“对抗”。发现不了病理病灶,就难以施展强大的治疗措施,如果“没有靶点”,巡航导弹也派不上用场。即使是肉眼能见的皮肤病,也要通过仪器检查确认,否则不能采信,用药就没有针对性。

中医对于疾病的认识依靠四诊所见,尽管有望而所得、切而所得,主要的是问而所得、闻而所得,依靠的主要是症状,古人称其为证候。西医认为症状是不可靠的,疾病的本质在症状的后边藏着,必须舍弃症状才能发现疾病的本质,因此才有那么多的亚健康。中医依靠形象思维,紧紧抓住症状、体征,把它称为“证候”,作为治疗的依据。因为“证”者,信而有征,可以作为诊治的凭证。因为中医坚信“有诸内必形诸外,有诸外必根诸内”,抓住了外在的证候,也就是同时抓住了内在的病机变化。“症”是后起字,专指症状,仲景时代无“症”字。中医把追求的目标指向“未病”,当人的健康状态发生了偏移,还未构成明显的疾病状态时就必须治疗,故认为善于诊治的医生应当救其未萌,这才是“上工”的本事。因为病越轻浅,越容易获得疗效,越容易帮助患者恢复健康。所以中医善于观察,“候之所始,道之所生”,推崇“见微知著”,重视对细微证候的捕捉,而且追求动态的“随证治之”。中医反对在病人患

病过程之中始终拘守一方。不管疾病过程中证候的变化如何,始终用一个药方治疗到底不是中医的特色。中医更不赞成对于同一种疾病的不同病人,只应用相同一个药方治疗,而是主张要时刻根据证候的变化“辨证论治”,而不能“病不变方亦不变”,不是“以不变应万变”,是药随证转的“治病活法”。

这就牵扯出中医的疾病观,病人的“病”从何而来?“病起于过用”,人体的生理机能“过度”使用,就会造成疾病。“久视伤血,久坐伤肉,久行伤筋,久立伤骨”;“饮食自倍,肠胃乃伤^[1]”;“喜伤心,怒伤肝,思伤脾,悲伤肺,恐伤肾”等等都是如此重视自身功能的和谐适中、自身物质的充实流通。即使是自然界的外来因素伤害,也必须通过破坏人体自身的功能,才能引起疾病。所以,中医依靠的是人体自身脏腑功能的和谐,基本精微物质的升降出入、循环不已。因此中医强调“见肝之病,知肝传脾”^[2],“阳盛则阴病,阴盛则阳病”,“病(人)为本,医为标。标本不得,其气不服”。中医必须依靠病人的自然恢复能力,而不能越俎代庖,只能是像扁鹊所说的那样“此自能生者,越人使之起耳”;只是“我来帮助你”,而不是“拯救”、“改造”病人。

总之,西医依据的主要是病理病灶,中医依据的主要是证候特征及其变化。

2 病灶与证候分别构成客观依据

依据病理病灶诊治疾病本无可厚非，但是按着解剖实证的路子往前走，就提出了新的问题：病理变化、疾病的病灶从何而来？构成病理变化的物质都是需要清除、对抗的异物吗？是病理病灶决定证候的吗？病理病灶的疾病观遇到了前所未有的挑战。

病灶不是最微观的客观实在，病灶之下有更细微的“微观”^[3]，恰如《老子》所说世间万物“有生于无，无生于有”。病灶的“有”，从健康的“无”而来。临床所见疾病，除了急性感染、损伤可以引发炎症过程之外，众多的慢性病都与炎症有关，或者由炎症引起，或者始动因素引发慢性炎症（免疫）损害。而各种炎症初期，大多是在外来的理化生物因素影响下，首先要引起白细胞的趋化，血液循环里的白细胞受到化学信号的诱使，改变自身的表面性状和结构，在血管内皮细胞的表面“跳舞”，然后吸附在内皮细胞上，再穿过内皮细胞间隙，进入相应组织，吞噬、清除不需要的物质，表达、分泌种类繁多的相关细胞因子，产生系列的代谢产物，这是正常的“清理”工作。多数的炎症过程，不是一拨白细胞可以干完的“工程”，需要进一步招引同类，进行“炎症放大”。在“炎症放大”的时候，组织损伤加剧，局部的与炎症有关的化学物质大量产生、堆积，形成“级联反应”、“炎症瀑布”，形成临床上可以捕

捉的病灶。

我们所说的白细胞是一大群细胞的总称，根据其细胞表面的特性可以分成几十个种属、亚群；与炎症有关的化学物质、细胞因子也种类繁多、难于计数，多数情况下不是有与无的区别，而是数量比例的变化。由于它们的变化十分复杂，虽然我们已经到了“分子水平”，也只是知道了其中有某种分子参与，实验室的检测数据也多是通过抽血化验的“间接推测”，炎症局部“分子水平”的真实情况，其间各分子的数量、比例、相互影响关系也远没有弄清楚。如果要达到对局部微观领域的分子们“上看看下看，左看右看”地把玩，那还是十分遥远的事情。现代科学每前进一步，往往要同时出现十个困惑，恰如老子所说“所见越多，所知越少”。当然，这也是现代科学不断发展的重要原因。

复杂微观变化在形成病灶之前，或者在形成病灶的同时，或者在形成病灶之后，可以出现形形色色的症状，这就有了中医可以把握的证候。证候与病灶一样是疾病本质的表现，二者相对分离，不是病灶决定证候。因为临床上既有“无证可辨的（西医的）病”，也有“无（西医的）病可辨的证”，更多见的是“一病而证各不同”。因此，笔者认为病灶与证候是互相分离的。传统中医所说的“病”，是突出的证候，比如心悸、腹痛、呕吐、咳嗽等等，大都是病人的主观症状，与病人的其他证候是相互关联的。病人的“主观感觉”是医生的“客观依据”。从病人的主

观感觉出发，就是依据疾病的客观现实进行诊治。所以，应当坚持中医传统的病证结合，而不一定在西医的病名下辨证。当然，西医的认识可以借鉴参考，可以吸纳采用，而不一定作为唯一标准，每一诊断都带上西医的帽子，否则就说是“误诊”、“误治”^[4]。

当然，中医可以把握的证候，西医一样可以见到，关键是如何评价与取舍的问题；是依靠证候，认为证候可靠，还是否定证候，认为证候只是表面现象的问题。

3 证型是证候的特殊表现

“辨证论治”是辨“证候”还是辨“证型”，意义大不相同。张仲景《伤寒论》对于外感热病、《金匱要略》之中对于内伤杂病的辨治，强调的主要是辨证候。所谓“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，说的就是紧跟证候变化，随时调整方药。“太阳病”桂枝汤证，虽然可以说是一个证候类型，但是在其基本方基础之上加减药味的“桂枝汤类方”就有 20 多首。麻黄汤、大小柴胡汤、白虎汤、承气汤等等都有加减变化，灵活运用例子也很多，甚至“但见一证便是”，说明证候是经常变动不居的，想把它按一定的标准“规范”起来，是非常不容易的，也是不符合临床实际的。当然，为了把握证候，可以进行必要的归类，称其为证候类型，简称证型。许多慢性疾病证候的变化比较缓慢，也可以勉强用证型“规范”、分类证候，但是，我们不能因此而只追求证型，

忘记了证型是证候的特殊表现，是人为的划分，有着某些用固定眼光看问题的缺点。

微观领域的客观世界是不断变化的，无论这种变化的速度是快是慢，也不论这种变化被我们感知的程度如何，这种变化是不会停留在某一水平上的。因此说，每一证候都是一个具体的“形象”，它的产生与消失的“相变”，都有其微观领域的相应变化，只是这种“分子水平”的变化十分复杂，大量的数据难于计数；每一证候的产生与消失，都有其相应的临床意义，决不是按着某一证型从始至终一成不变。

“辨证型论治”是介于中医传统的“辨证论治”和西医的“按病治疗”之间的折中方法，也应当属于“中西医结合”的思路方法，可以称其为按证型论治，或者叫分型论治。这在总体形式上属于辨病论治的细化与发展；在思想方法上是西医病灶不变治疗不变的思想体现，与中医“证候有别治疗不同”的思想有所区别，属于调和中医与西医的中间状态，与按病论治比较接近，与辨证论治比较疏远。

西医对病灶认识上强调的是病灶的永久性，要相对固定，因此才有诊断与鉴别诊断。中医强调的是疾病的暂时性，是疾病状态的相互联系，是一个连续的不可割裂的变化过程，根本不存在病理病灶的确诊与误诊，因此才有辨证论治。

“辨证型论治”认为辨证候论治太灵活，太随意，不好把握，总希望把证候固定下来，进行规范化处理，并在这个基础上探讨“证的本质”。其实，许多急慢性疾病的微观领域的变化，大都是逐渐的量变，而不是“有某物”与“无某物”的质的区别。比如白细胞的增高与不增高，CD4 与 CD8 细胞的比例，白细胞介素系列分子、肿瘤坏死因子、细胞生长因子、黏附因子等细胞因子的高表达与低表达，氧自由基、血栓素、白三烯、血管活性物质、代谢产物的多少等等，都是一个逐渐变化的数值，彼此之间互相影响，不会永久地停留、定格在某一数值，希望找出“金指标”，特异地反应证的特殊性是非常困难的。有的人把炎症变化中起重要作用的白细胞介素 I 和肿瘤坏死因子，称为“中心罪

犯”，进行拮抗，欲行“扑灭”，结果很容易引起严重感染和继发肿瘤。原因就是“中心罪犯”不是“罪犯”，而是人体防御机能的重要力量。它们在慢性炎症过程之中“过高表达”，属于微观领域调节失衡的现象。“中心罪犯”是“自己人”，而不是“敌人”。癌症的产生也是致癌基因开放、抑癌基因失灵的表现，而不是“狼来了”。

中医的治疗主要从改变病人的微观着眼，紧紧依靠病人的自然恢复能力，而不是追求对抗，不是切除、介入、移植。所以，中医是善于改变复杂微观变化的医学，因为它掌握运用的不是单一化合物，而是具有复杂结构、众多化学分子集团的中药。

参考文献

- [1] 王冰注. 黄帝内经素问 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983. 242.
- [2] 张仲景原著. 湖北中医学院主编. 金匮要略 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1963. 6.
- [3] 曹东义. 中医是善于改变微观的医学 [J]. 中医药通报, 2005, 4 (5): 29.
- [4] 曹东义. 冲出西医病名的围城, 中医才能卓然而立 [N]. 中国中医药报, 2005 - 8 - 3.

思想独立 学术自由 广采博收 兼容并蓄

中医药通报杂志

欢迎投稿 欢迎订阅