

· 专家论坛 ·

中医辨证与西医辨病之比较

李致重*

摘要 在中医研究对象、方法、医学体系、概念属性、防治观比较的基础上,从临床诊断的角度对中医的辨证与西医的辨病,作一些初步的比较。这是当代中医领域的热门话题之一,也是需要讨论和厘正的问题。

关键词 中医;西医;辨证;辨病

1 中西医临床疾病命名规则的比较

1.1 西医临床疾病的命名规则 西医临床疾病的命名规则大体有三类:一类是直接以疾病部位、病源、病性命名;一类是以“症”命名;一类是以“综合征”命名。在不同时期,不同版本的教科书或大型专著里,疾病命名有一定的差异,但从总体上看,基本上是这三类。按照 2004 年由叶任高、陆再英主编的“十五”国家级规划教材中高等学校五年制《内科学》(第 6 版)中的分类进行统计:以疾病部位、病源、病性命名的约占 80%;以“症”命名的约占 12%;以“综合征”命名的约占 7%。与 1980 年人民卫生出版社出版的由林兆耆、戴自英主编的《实用内科学》相对比,疾病命名规则及其占比基本一致。

第一,疾病部位、病源、病性都比较明确的病名占多数。如:呼吸系统疾病中的急性气管炎、细菌性肺炎、病毒性肺炎、真菌性肺炎、肺结核、间质性肺炎等;消化系统疾病中的胃食管反流病、食管癌、胃癌、慢性腹泻、慢性肝炎、胰腺炎等。这些疾病的病灶、病因、性质以及治疗的思路、方法等,都是比较明确的。

第二,病源不明或病性比较复杂的疾病常以“症”命名。如:小动脉性肾硬化症、真性红细胞增多症、肢端肥大症、垂体功能减退症、尿崩症、低血糖症、低钠血症、高钠血症、骨质疏松症等。

第三,多种原因引起的,或原因不明,或多种功能紊乱,或病情比较复杂,或多系统综合发病,或遗传上比较罕见等疾病,西医常以“综合征”命名。如:帕金

森氏综合征、美尼尔氏综合征、华弗氏综合征。但是,由于对疾病认识的改变,病名也会随之改变,如:帕金森氏综合征现称之为震颤麻痹,美尼尔氏综合征现称之为迷路积水或耳性眩晕,华弗氏综合征现称之为弥漫性血管内凝血。

综合征作为一种病名类型,在文献中也有不同的提法。前文提到的《实用内科学》,即将综合征解释为“症群”“症候群”。其中“症候”二字,显然是从中医的“证候”演变而来的。在中医临床朝着经验化方向倒退的近代,“证候”与“症状”相混淆的问题、中医临床诊断标准“症候群”普遍化的问题,其实都是从西医的“症群”“症候群”“综合征”的模式演变而来的。现在普遍使用的西医《内科学》(2004 年第 6 版)教材里,综合征共出现 14 次:睡眠呼吸暂停综合征、急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征、系统性炎症反应综合征与多器官功能障碍综合征、病态窦房结综合征、艾森曼格综合征、肠易激综合征、肾病综合征、Fanconi 综合征、骨髓增生异常综合征、抗利尿激素分泌失调综合征、Cushing 综合征、伴瘤内分泌综合征、代谢综合征、干燥综合征。

第四,关于以上三种西医病名类型的说明。在《内科学》教材里,直接讨论临床治疗的内容 9 篇,共含 214 种临床疾病。其中,呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、结缔组织和风湿、理化因素所致疾病 6 篇中,含临床疾病 140 种。这些疾病的病位在人体的组织、器官,病灶、病源、病性上都很清楚,诊断的难度不大,治疗的经验积累也多。140 种疾病中,直接以部位、病源、病性命名的疾病共 129 种,占比为 92%;而以“症”与“综合征”命名的疾病仅 11 种,占比为 8%。

《内科学》教材里的另外 3 篇,即血液、内分泌、代

* 作者简介 李致重,男,教授,主任医师。主要从事中医临床及教学研究。中华中医药学会学术部、编辑部、软科学研究学组原主任,北京崔月犁传统医学研究中心研究员。

• 作者单位 北京崔月犁传统医学研究中心(北京 100054)

谢性营养疾病共74种。其中,直接以部位、病源、病性命名的疾病44种,占比为60%;以“症”与“综合征”命名的疾病达30种,占比为40%,是前面6篇中这两类疾病所占比例的5倍。

在这3篇临床疾病中“症”与“综合征”所占比例之大,可能与以下三方面的原因有关。其一,西医对人体的研究从组织、器官向细胞、分子层面逐级深入,然而越深入则离整体的人越远。分子再往下一步,便进入了非生命领域。这3篇疾病中细胞层次上的疾病所占比例较高,也说明了这一点。其二,由于细胞从属于组织、器官,所以针对细胞的对抗性治疗,其局限性则越来越大。于是产生了两大难题,一是特异性治疗的药物选择越来越难,二是药物的不良反应越来越突出。其三,西医的基础理论遭到质疑。“症”与“综合征”所揭示的西医基础理论及病理与西医临床治疗相分离的现象,正是西医临床对西医基础理论及病理不完善的质疑。在“症”与“综合征”之类疾病的治疗上,肾上腺皮质激素、胰岛素、雌性激素、雄性激素以及种种内分泌、免疫剂的广泛使用,也进一步证明了西医内在的自我挑战——这些都不是西医基础理论及病理可以自圆其说的。这一自我挑战也告诉世人,医学本来就不应该是形下性西医学的一统天下。

1.2 中医疾病的命名规则 中医疾病的命名规则大体也分三类:一类是以阶段性的病机命名;一类是以典型的临床表现命名;另一类是以中医的疾病直接命名。这里主要参照《伤寒论》《温病条辨》《金匱要略》和《中医诊断学》《中医内科学》加以说明。

1.2.1 以阶段性的病机命名 以阶段性的病机命名的疾病,主要是中医的外感病。中医外感阶段性的病机,是按层次不断深入,不断变化,最终达到对病精准认识的。只有临床医生的思维达到精准认识病机的时候,才会考虑立法、选方、用药。可以说,从临床医生认识病机的第一步,到对病机的精准认识,病机在其思维中一层一层深入,一层一层掠过。而这一过程具有由浅到深、由粗到精的联系,但彼此又各不相同。

《伤寒论》关于外感病全过程的病机,是层层深入的。首先,《伤寒论》将外感病分为三阳病与三阴病。三阳病的病机特点主要是正气盛而邪气实;三阴病的病机特点主要是正气已虚而邪气不去。其次,《伤寒论》对外感病病机特点的认识深入到六经病层面。三阳病中,太阳病乃外感病初起,病在表、在肺、在营卫的阶段;少阳病乃枢机不利、邪热内郁的阶段;阳明病乃正盛邪实、壮热内蕴的甚极阶段。三阴病中,太阴

病乃正气已虚、脾阳不振的阶段;少阴病乃正气大虚,邪气过盛的危急阶段;厥阴病乃正气大虚、邪气不去、枢机不利的危重阶段。再次,在认识六经病病机之后,才是更为复杂的具体病机的分类。如太阳病,有中风、伤寒、温病之分;太阳病中风、伤寒、温病三者,各有传经与不传经的区别,更多的还是多种兼证、变证、合病、并病、疑似病,以及因治疗不当而出现的多种病入三阴而濒临死亡的坏病。这诸多的兼证、变证、合病、并病、疑似证以及坏病,各自的病机皆有区别,故而治疗的立法、选方、用药也各不相同。其实,《伤寒论》讨论到六经病病机辨别之后的种种复杂病机的辨别时,就与临床种种杂病的病机辨别相互融在一起。所以世人常说,《伤寒论》的方剂同样可以治疗多种具体的临床杂病,其中的道理就在于此。这也是中医临床诊断治疗的特色。

如果把中医《伤寒论》的疾病与西医的传染病等同起来,那就大错特错了。就病机来讲,中医临床上的病机是随时间、随病情变化着的。这在西医传染病的病理诊断与治疗上看,简直不可思议。根本原因在于:中医疾病的病机是不断变化着的,而西医病理一经确诊则是不再改变的。

温病学,也是中医外感病学的重要组成部分。《温病条辨》中的语词、概念系统,与《伤寒论》有一定的差异。但其所遵循的基础理论和辨证论治的临床模式,与《伤寒论》却是基本相同的。关于外感病全过程的病机辨别,《温病条辨》先分上、中、下三焦,再分卫、气、营、血。临床在分辨三焦与卫、气、营、血的基础上,进而辨别每一个外感病的具体病机特点。

总而言之,从病机的意义上看,《伤寒论》的三阳、三阴和六经辨证,《温病条辨》的三焦辨证和卫气营血辨证,都是外感病过程中在外来邪气与人体正气的相互作用之下,所表现出来的阶段性的病机特点。而两者病机表述与解释不尽相同的原因,只是不同历史时期,不同医学家的不同学术用语而已。当代不少人常把《伤寒论》与温病学对立起来,认为《伤寒论》是讨论风寒外感病的,温病学是讨论温热性外感病的,这其实是由于对中医藏象理论的误解而造成的一些偏见。笔者在《医理求真》第二章“伤寒与温病体系的同一性”“新感、伏邪析疑”“温病病因的厘正”三节中,系统地说明了以上这些问题。只要临床医生能够熟练掌握《伤寒论》和《温病条辨》总的阶段性的病机特点,就可以随机应变,并准确认识每一个外感病的具体病机特点。接下来的审因、审机论治,自然彼此互补,合二

为一了。

1.2.2 以典型的临床表现命名 以典型的临床表现命名疾病,是《金匱要略》及中医内科、外科、妇科、儿科各种临床教材中,较为普遍的命名习惯。

《金匱要略》是张仲景在杂病诊断治疗上的专著。其中有的疾病是以典型的临床表现命名,如痉病、胸痹、心痛、腹满、咳嗽、消渴、小便利、惊悸、吐血、下血等。以《实用中医内科学》(上海科技出版社1983年出版)为例,以典型临床表现命名的疾病如:高热、神昏、抽搐、喘促、胃痛、腹痛、呃逆、便秘、脱肛、遗尿、遗精、早泄等。

1.2.3 直接以临床疾病命名 直接以临床疾病命名,亦是《金匱要略》及中医内科、外科、妇科、儿科各种临床教材中,较为普遍的命名习惯。如:《金匱要略》中百合、疟病、中风、血痹、虚劳、肺痿、肺癰、寒疝、痰饮、水气、黄疸、妊娠病、产后病、妇人杂病等;《实用中医内科学》中风温、湿温、秋燥、痢疾、肺癆、鼻渊、痞满、淋病、癲狂、癲癩、忧郁、水肿、痹证等。

以上讨论的三类中医病名,不论是以阶段性的病机命名,还是以典型的临床表现命名,或是直接以临床疾病命名,都是文献疾病分类上的表达形式而已。临床上不论遇到哪一种疾病,都必须回到中医基础理论指导下的逻辑思维之中,准确认识疾病的病机,方可有的放矢地进行治疗。总而言之,支撑中医病名的是病机,决定中医临床治疗的也是病机。

2 西医的辨病理与中医的辨病机

不论西医的病理,还是中医的病机,都是以各自的基础理论体系为根据的。中西医在文字、语词上的相近、相异,应当服从于两种医学理论体系内在的概念规定性。而厘正中西医两者之间概念范畴的相互混淆,自然是中西医比较研究的重点任务之一。

2.1 西医病名以病理诊断为基础 临床上,西医首先会询问患者的症状表现,并初步做视、触、叩、听、嗅等一般性检查,接着便进入心电图与超声诊断、实验室诊断、X线诊断等相关检查阶段。当准确查明疾病的病灶、病源、病性之后,诊断便基本明确了。所以西医临床的病名,主要是以病理诊断而命名的。如细菌性支气管肺炎、病毒性肺炎、病毒性咽喉炎、支气管哮喘、肺脓肿、肺结核、支气管扩张症、胸腔积液等。临床病理诊断不明确,病名则不能确定,治疗也不便进行。

当西医临床病名确定之后,在疾病的不同阶段,治疗的基本原则也不会改变。如肺结核,不论在浸润期还是在空洞期,利福平、链霉素之类的抗结核药物,还是按照规范的疗程持续不变地使用。再如,2003年

香港SARS流行期间,在无理想的抗病毒药物可供选择的情况下,超过常规剂量十多倍地使用利巴韦林、类固醇的做法,反映了病理诊断在西医临床上具有决定性的地位。

2.2 中医病名以病机诊断为基础 笔者在《中医临床辨惑》中有一张“辨证论治的思维程式示意图”。图中将中医临床辨证论治的思维程式和过程,概括为由先到后的十个环节。这对西医的辨病理与中医的辨病机两条路的讨论,是十分有益的。现将中医临床辨证论治逻辑思维的全过程,归纳为先后联系的12个环节,即:三道合一之人(含三十余项要素)→藏象系统→四诊合参→初步病机→临床病机→病机诊断→治疗原则→选择方剂→合理用药→形成处方→复诊评估→新一轮辨证论治。

12个环节之间是由先到后依次联系、指导、决定的关系。其中的三道合一之人和藏象系统是中医学的基石,当然也是12个环节的理论根据。在临床辨证论治逻辑思维的全过程中,望、闻、问、切四诊所得,是三道合一之人和藏象理论在中医诊断中的集中展现。凡对三道合一之人和藏象理论有完整理解的中医医师,才可能在四诊合参的过程中全面、真实地实现病机诊断。明代张景岳指出:“望闻问切,欲于四者去其三,吾恐神医不神矣。”因此,四诊合参,是中医临床辨证论治的重要基本功,是中医临床辨证论治的核心。如果四诊合参做不到,病机诊断欠精准,中医临床将彻底倒退回《黄帝内经》之前的经验治疗的水平。如果中医的临床辨证论治由此异化为西医针对症状的“对症治疗”,中医独到的临床治疗优势也将彻底变为经验疗法了。

将中医的病机诊断与西医的病理诊断作比较,两者的根本区别有二:其一,两者都是以各自的基础理论为根据的临床延续,因此两者之间没有可比性,也没有可代替性、可融合性;其二,西医的病理诊断准定之后,在疾病的不同阶段是不会变的,但中医则不同。在中医的临床过程中,每一个诊次的证候在变化,病机也在变化,治疗原则与方剂药物也要随之改变。相比而言,如果说西医的临床是不变的病理,那么中医的临床则是变化着的病机。

3 关于证候在临床真实显现的问题

中医的证候在临床中完整、真实地显现,是决定中医临床辨证论治成败的关键。

3.1 关于证候的变化特征 在当代流行的“症(证)型”“症(证)候群”的习惯里,证候在疾病中不断变化

的时间属性被丢掉了。患者主诉的头痛、咳嗽、呕吐、腹泻等空间属性的内容,成为“症(证)型”“症(证)候群”的主要成分。与此同时,疾病过程中由于患者心理特点、生理特点、生活习惯、土地方宜、四时气候、社会条件等因素而存在的证候内容,也被忽略了^[1]。比如,湿温病,在南方与北方的患者证候表现往往不一定相同。再如,《黄帝内经》讲的阴阳二十五人,每一类型的人在感受风寒之后的证候表现是不会完全相同的。患者所诉的证候固然是客观实在,而疾病过程中运动变化的证候也是客观实在。当疾病过程中证候的时间属性被丢掉后,无疑会造成中医辨证论治特色与优势的严重损伤。

张景岳说“不知易,不足以言大医”,“易为医之理,医为易之用”。而《易经》的易,本质上就是变易,即告诉人们天地万物不断运动变化的道理,同时借以启示人们以运动变化的道理来认识天地万事万物。而证候是一种状态,状态是在不断变化着的。所以必须以《易经》变易的哲学道理,读出证候的不断变化的道理,读出证候的时空二重性。否则在“症(证)型”“症(证)候群”的习惯影响下,就会把中医的证候误读为西医的症状。

3.2 证候在理论中完整真实地再现 早年在《实践论》时,哲学上有一段令笔者至今记忆犹新的话:“感觉到了的东西,我们不能立刻理解它,只有理解了的东西我们才会深刻地感觉它。”这段话要告诉人们的,就是现象在理论中再现的问题。中医的证候应当为感觉到的东西;中医的病机应当为理解到的东西。

中医临床一开始对疾病证候有一定的认识之后,便会在理论思维中对其病机形成初步的判断,如肝阳上亢、肝胃不和、气血不足等。接着医生将带着初步的病机判断返回临床四诊,在发现新的临床证候的基础上,形成对病机的新的理性判断。如此经过多次反复,对证候的认识越来越详细,对病机的判断则越来越深入、准确。用哲学的语言讲,这就是现象在理论中的深入与再现。随着现象在理论中的不断深入与再现,人们对现象背后的事物本质的认识,也就越来越深刻了。

当一个患者走进诊室后,医生在十几分钟之内,围绕着“临床证候-经络藏象-病因病机”这一组中医核心理论,在反复思考之后,才会对疾病病机形成准确的判断。围绕这一组核心理论不断、多次的思考,就是在现象与本质之间艰苦的哲学思考的过程。这种现象在理论中不断深入与再现的哲学思考过程,患

者和西医是理解不到的。

3.3 证候在临床中完整真实地呈现 证候在理论中的再现,取决于临床医生的理论基础;而证候全面真实地体现于临床,则取决于临床医生的医学素养和人文素养。

中医临床四诊中,内容最丰富而又最难把握的,是望诊和切诊。当年秦越人的“人貌之诊、望齐候之色”,望诊功力令人羡慕。临床中患者的神色形态都活生生地展现在医生面前,只是像秦越人那样的医生一看便知,而人文素养不足和临床体验不深的人视而不见而已。当年笔者的老师说过,生活中要多留意观察所有的人,包括常人与患者。他说:“这一辈子你若能看到神色形态完全一样的两个人,你把这两个人请来我们一起讨论。”笔者后来逐步明白,一个人面部的神色形态,就像一部读无尽、悟无透的经典;而每一个人的五脏六腑、气血阴阳的盛衰消长、生克顺逆、寒热胜复、虚实真假,都毫无保留地展现在医生面前。看得多了,想得多了,自然会逐步了然于心。人们常说,中医四诊要靠一个人的悟性。这悟性,只不过是人文知识积累较多,哲学思维训练有素的中医日复一日的辨证论治而已,这其实就是证候在临床中全面真实呈现的问题。其实切诊也一样,中医医师只要养成了四诊合参的哲学思维习惯,自然就不会抛开其他三诊而独说“指下难明”了。

所以,欲达到证候全面、真实地呈现,既要读好哲学经典,又要投身临床实践。这一点,中医人一定要牢记。

3.4 关于异证同机的问题 中医学里,临床证候与病机之间的关系,与哲学里现象与本质之间的关系一样。从证候或现象出发,在逻辑思维中认识病机或本质,这在同类学科里本来就是一回事。异证同机的典型例子是《伤寒论》中桂枝汤的使用。桂枝汤用于太阳病中风的治疗,临床证候主要是头痛、发热、汗出、恶风、脉缓等,主要病机是肺经的卫气不固。《伤寒论》中治疗自汗,“患者脏无他病,时发热自汗出而不愈者,此卫气不和也”,用桂枝汤;治疗太阴病中风,用桂枝汤;《金匱要略》中治疗妇人妊娠恶阻,也曾服用桂枝汤。表面上看,临床表现有部分不同,但其病机都是卫气不固。从《黄帝内经》营卫之气生于中焦脾胃的理论上看,太阳病中风、卫气不固的自汗、太阴病中风、妇人妊娠时的脾胃不足者,都基于中焦脾胃中气不足这一理论。所以这里的异证,其实是站在脾胃中气不足这一病机上,来看从属于这一病机之下的证候

时的一些小异。而站在脾胃中气不足的病机上看那一些具有小异的各种证候,其实是同机之下的证候总合。以上四个共同用桂枝汤治疗的临床实例,固然可以理解为用药灵活,但从本质上看则是中医异证者同机,同机者同治的具体表现。

3.5 关于证候真假的问题 事物的外部形式常常歪曲和不正确地表达事物的真正本质^①。故人们常说“不要被现象所迷惑”。在中医临床上也常有“内真寒外假热”“外假寒内真热”的现象,所谓“大实有羸状,至虚有盛候”等等,亦即指此。这里的假热、假寒、羸状、盛候,指的是表面上所表现出来的热、寒、虚实之现象,但其病机实质则截然相反。这种情况下,只要是临床阅历不深或粗心大意的人就容易出现误诊,故不能忽视其内在病机的“症(证)型”“症(证)候群”。

3.6 关于证候的因果联系、异时连续问题 在中医临床辨证中,今天的病机是昨天病机的果,今天的病机则是明天病机的因,而证候又随着病机的变化而变化。如果不能完整地理解昨天的病机与证候,就不能准确地理解今天变化了的证候,自然也就难以把握今天新的病机。必须把握了昨天、今天的证候与病机变化,才可能掌握明天的疾病演变趋势、预后转归以及治疗。昨天、今天、明天,是借以说明过去、现在、未来三个时限上病机变化的因果关系和证候异时连续的病程关系。其实,这正是中医辨证求因(机)、审机论治的原则和治病求本思想的含义。

笔者在《中医复兴论·日本汉方医学衰落轨迹》中,用哲学语言表述了中医临床疾病的特点:“疾病是一个时间上无数的异时连续的因果关系和空间上无数的相互依存关系交织的不断变化的过程。”这样的表述主要意图在于从时间与空间上强调中医的疾病观。从时间上讲,疾病具有不断运动变化着的前后因果联系的关系;从空间上讲,疾病具有多样性相互依存的构成关系。把运动变化及多样性相互依存这二者联系起来,就好像一张由时间与空间交织在一起的网。疾病的病机是这样,临床表现也是如此。所以,证候在人身上变,在时间过程中变;而只有在证候演变的过程中,医生才能把握疾病演变的趋势及其所展现的病机。

如果拿出一份记录外感患者三个诊次的临床病历,把一次一次的病情诊断与治疗连贯起来仔细观察,就会感觉到临床上的证候在变,病机在变,治疗方法也在变。这时候便能体会到一张时间意义与空间意义交织在一起的网,以及支撑这一张网的病机在中医临床上的重要意义。

荀子谈到治学时说:“心枝则无知,倾则不精,二则疑惑……观物有疑,中心不定,则外物不清……以疑决疑,决必不当。”孙思邈谈到对医生的要求时说:“为医者,无一病不穷究其因,无一方不洞悉其理,无一药不精通其性,庶几可以自信,而不枉杀人矣。”王焘在谈到医生的责任时说:“庸臣误国与庸医误人,其情同,其罪均,而其源皆本于不学。”叶天士在谈到医生临床时说:“盖病有见证,有变证,有特征,必硕见其初、终、转、变,胸有成竹,而后施之以方药。否则,以药治病,实以人试药也。”吴鞠通谈到辨证时说:“不求识证之真,而妄议药之可否,不足与言医也。”喻嘉言曾告诫人们:“不学无术,急于求售,医之大过也。”张景岳曾说:“望、闻、问、切,欲于四者去其三,吾恐神医不神矣。”愿千百年来中医前辈们的殷切告诫,能够时刻相伴。

2006年,笔者在讲授中西医的比较一课时有学生提问:中医学应当如何进行规范化和标准化?笔者大体是这样问答的:第一,中医学属于形上性的科学,哲学体系下的科学,研究事物运动变化规律的科学,运用综合-演绎研究方法的科学,是地地道道的思维科学。在这些前提下,应当懂得中医学是以综合-演绎的逻辑思维方法,研究人的生命过程中表现在整体层次上的机体反应状态(即证候)的医学科学体系。而西医学是属于形下性的科学,近代物理学、化学体系下的科学,研究物质的形态结构与功能的科学,运用分析-归纳的研究方法的科学,是地地道道的实证、实验的科学。在这些前提之下应当懂得,西医学是以分析-归纳的实验研究方法,研究构成人的器官、组织、细胞、分子结构与功能的医学科学体系。第二,中医学规范化和标准化核心的是两条,一是知识结构的规范化和标准化,二是逻辑思维方式的规范化和标准化。知识结构与思维方式的规范和标准,关键要夯实哲学与中医经典基本功,再读懂后世医家的临床思维与临床经验。倘若从知识结构与思维方式二者的关系上讲,知识结构规范和标准之后,思维方式也便自然而然规范和标准了。这样的临床中医师将完全有能力驾驭临床辨证论治,完全有能力应对临床无穷之变。

参考文献

- [1]李致重.走出中医学的“百年困惑”[J].山东中医药大学学报,1999(1):3-8.
- [2]王馨.假定性:戏剧存在的前提[J].红河学院学报,2008,6(4):74-77.

(收稿日期:2023-03-23)

(本文编辑:金冠羽)