

一种程序化中医辨证论治方法及其应用

王宝金

广东省德庆县中医院, 广东 德庆

收稿日期: 2021年10月25日; 录用日期: 2021年11月23日; 发布日期: 2021年11月30日

摘要

鉴于中医辨证论治难以在临床上短时间掌握及应用, 故笔者提出一种程序化的辨证论治方法, 即先辨六经病虚实, 再辨气、血、痰病(主要是病理产物), 并提出相应证型的代表方剂, 并用实际医案进行举例说明具体操作步骤, 从而使得广大中医临床工作者, 通过本方法, 能更准确辨明疾病病机, 选方更简便而精准, 保证了中医临床良好的治疗效果。

关键词

辨证论治, 六经, 虚实, 汉方医学

A Programmed Syndrome Differentiation and Treatment Method of TCM and Its Application

Baojin Wang

Guangdong Deqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Deqing Guangdong

Received: Oct. 25th, 2021; accepted: Nov. 23rd, 2021; published: Nov. 30th, 2021

Abstract

It is very difficult in mastering and applying syndrome differentiation and treatment of TCM in a short time in clinic, the author puts forward a procedural method of syndrome differentiation and treatment, that is, firstly identify the deficiency and excess of six meridians disease, then identify Qi, blood and phlegm (mainly pathological products), put forward the representative prescriptions of corresponding syndrome types, and illustrate the specific operation steps with practical medical cases, so that the majority of TCM clinical workers, through this method, can identify the pathogenesis of the disease more accurately, the formula selection is more simple and accurate,

and the good clinical therapeutic effect of traditional Chinese medicine can be guaranteed.

Keywords

Syndrome Differentiation and Treatment, Six Meridians, Deficiency and Excess, Chinese Medicine

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

“辨证论治”是中医临床治疗疾病的主要方法，中医治病能否取效主要取决于辨证是否准确、遣方用药是否精准。当前，能够精确辨证、准确用药并取得良好疗效的中医医生在社会上并不多见，更别提才从大学毕业的学习几年书本知识的中医专业学生，甚至出现了“中医难学”、“老中医才会看病”的谬论。

笔者认为导致当前局面的主要原因就是没有很好地掌握辨证论治的方法，即便掌握了某些辨证论治的方法，也很难在临床上简易实施。如任小巧[1]仅仅是针对辨证，就提出了“以中西医结合全面收集病情资料，并先以脏腑经络为‘经’，卫气营血阴阳为‘纬’以准确定位，次以寒热虚实定性，后以病之先后定标本的综合辨证方法”的论断，在尚未提出“论治”的情况下，“辨证”就已经很是复杂了。

因此，笔者提出一种中医辨证论治的方法，且具有程序化的可操作性，将其应用于临床，效如桴鼓，具体介绍如下：

2. “六经病虚实”辨证的提出

中医“辨证”是服务于“论治”，从中医“论治”法则可以逆推出辨证。华佗所著之《中藏经》有云：“虚则补之，实则泻之，寒则温之，热则凉之，不虚不实，以经调之，此乃良医之大法也”，这句话是说给患者处方用药前必须弄清患者是虚证还是实证，是寒证还是热证，这与中医八纲辨证里的“寒、热、虚、实”四纲相符，故此，八纲辨证应该为各种辨证方法的总纲。汉代张仲景所著的《伤寒论》第16条云：“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，首次提出中医“辨证论治”的思想，该书采用的辨证方法是六经辨证，却不是八纲辨证。

近代名中医胡希恕先生指出：“其实六经即来自于八纲，乃万病的总纲”[2]，其创立的“六经-八纲-方证”的辨证体系的疗效卓著，被日本中医界赞誉为“中国有独特理论体系的、著名的《伤寒论》研究者、经方家”。但胡希恕老先生的辨证体系最后辨证到“方”，中医的方剂非常多，有多少个方，就辨出多少个证，的确不利于年轻中医师临床掌握运用。

胡希恕先生认为，太阳病实为表阳证、少阴病实为表阴证、阳明病实为里阳证、太阴病实为里阴证、少阳病实为半表半里阳证、厥阴病实为半表半里阴证，八纲中除了表里(包括半表半里)、阴阳(阴阳的外在表象为寒热)外，尚有虚实。众所周知，太阳病中最主要的两个代表方剂是桂枝汤和麻黄汤，桂枝汤主要应用于表虚证，而麻黄汤主要应用于表实证。如果加入虚实二者，如上六型可以再分为12个证型，即太阳病实证、太阳病虚证、少阴病实证、少阴病虚证、阳明病实证、阳明病虚证、太阴病实证、太阴病虚证、少阳病实证、少阳病虚证、厥阴病实证、厥阴病虚证，关于这十二个证型及其代表方剂，胡希恕先生都未明确提及。

3. 十二个证型的判定及其代表方剂

3.1. 病位在表者

太阳病脉证提纲：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”，因其病邪在表，故宜发汗来治疗。其中兼有汗出症状的可辨为太阳(表)病虚证，代表方剂为桂枝汤，而无汗出者则辨为太阳(表)病实证，代表方剂麻黄汤。

少阴病脉证提纲：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也”，这是说，少阴病除无热恶寒与太阳病发热恶寒显然不同外，由于多虚，而且精神不振，故其人“但欲寐”也。治疗上，即需要在太阳病代表方剂的基础上加用附子来振奋人体沉衰的机能，结合《伤寒论》中原有的方剂，兼有汗出症状的可辨为少阴病虚证，代表方剂为桂枝加附子汤，而无汗出者则辨为少阴病实证，代表方剂麻黄附子细辛汤。

3.2. 病位在里者

正如上所述，表证的治疗原则是“发汗而解”，其中兼有出汗为表虚证，兼有无汗为表实证，而里证“宜下之”，故此，笔者大胆推测，兼有“大便干或燥而排便困难”为里实证，其余为里虚证，这与某些日本医家的观点相类似[3]。

阳明病脉证提纲：“阳明之为病，胃家实是也”，又曰“问曰：阳明病外证云何？答曰：身热，汗自出，不恶寒反恶热也”，其实这两句话是阳明病虚、实的两个分型。前一句“胃家实”包括肠道积滞之意，即包括“大便干或燥而排便困难”，当为阳明病实证，代表方剂是三承气汤；而后一句是阳明病虚证，代表方剂是白虎汤。另外，“胃家实”也包括上部(胃)积滞，患者就会出现“心下满而烦，饥不能食者”，以瓜蒂散为代表方剂。

太阴病脉证提纲：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬”，因为患者“自利益甚”，多数人辨为(太阴病)虚证，其代表方剂为四逆汤。其实，太阴病也有实证，《伤寒论》治疗实证主要为“汗、吐、下”三法，太阴属里，只有下法可以祛实，中药大黄可以选用。这似乎与条文中“若下之，必胸下结硬”相违背，其实不然，汉代的“下法”多指巴豆剂，而不是大黄。日医大塚敬节等提出了“里寒实证的代表方剂为桂枝加芍药加大黄汤”，此说可从[4]。观其原文“因尔腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之。大实痛者，桂枝加大黄汤主之”，就是太阴病出现“大实痛”(实为太阴病实证)则可以应用桂枝加大黄汤治疗之，此方观其方中用量，乃桂枝加芍药汤再加加大黄而成，桂枝加芍药汤乃是太阴病主剂小建中汤之意，故桂枝加大黄汤是治疗太阴病实证的代表方剂。

3.3. 病位在半表半里者

3.3.1. 少阳病

太阳病虚证有汗，因表病从汗而解，所以太阳虚证实际为太阳病轻证，而阳明病虚证大便通，实际也是其轻症，故笔者大胆推测少阳病虚证为其轻症，少阳病实证为其重症。

少阳病脉证提纲：“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也”，故凡病见口苦、咽干、目眩者，即可确断为少阳病。

伤寒论第103条曰：“……柴胡证仍在者，先与小柴胡。呕不止、心下急、郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。”这条先说给予小柴胡汤治疗，病情未解，证实病邪仍在少阳，后又说“大柴胡汤下之而愈”，可见小柴胡汤应用于少阳病轻症，而大柴胡汤应用于其重症，故少阳病虚证代表方剂为小柴胡汤，少阳病实证代表方剂为大柴胡汤。

小柴胡汤(或者说少阳虚证)的适应症为：往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦，咽

干，目眩，舌苔薄白，脉弦者；妇人伤寒，热入血室，经水适断，寒热发作有时；疟疾，黄疸等。

大柴胡汤(或者说少阳实证)的适应症为：往来寒热，胸胁苦满，呕不止，郁郁微烦，心下痞硬，或心下满痛，大便不解，或协热下利，舌苔黄，脉弦数有力。

3.3.2. 厥阴病

日本康平本《伤寒论》认为厥阴病提纲证为：“厥阴之为病，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐，下之利不止”，大意是说，厥阴病常以“气上撞胸、心中疼热、饥而不欲食、食则吐”等一系列证候反映出来。因无吐蛔，故乌梅丸不当作为厥阴病代表方剂。

北京中医药大学已故名老中医陈慎吾指出：“柴胡桂枝干姜汤治疗少阳病而兼见阴证机转者，用之最恰”，说明该方可治疗厥阴病。清代医家张路玉指出：“小柴胡汤本阴阳二停之方，可随症之进退，加桂枝、干姜，则进而从阳，若加栝楼、石膏，则进而从阴。”说明柴胡桂枝干姜汤和小柴胡汤乃相对应之方，小柴胡汤可应用于少阳虚证，故柴胡桂枝干姜汤当为厥阴虚证之代表方剂。该方剂临床主要用于往来寒热，胸胁满微结，但头汗出，小便不利，渴而不呕，心烦，或大便溏泄等症。

冯世纶[5]通过对厥阴病的反复研究，认为甘草泻心汤等方证，是半表半里阴证的上热下寒证，当属厥阴病。《伤寒论》第163条曰：“伤寒中风，医反下之，其人下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕心烦不得安。医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚。此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也，甘草泻心汤主之。”因甘草泻心汤主治再次误下致胃气重虚，病情较重，所以，甘草泻心汤当为厥阴病实证代表方剂，同类型的还有生姜泻心汤及半夏泻心汤。甘草泻心汤在临床上主治胃气虚弱，腹中雷鸣，下利，水谷不化，心下痞硬而满，干呕心烦不得安等病症。

4. 气、血、痰辨病及其代表方剂

日医汤本求真[6]认为，中医辨证除了辨明病位(包括表里内外)、病势(包括阴阳虚实)外，尚需辨明病因(包括食毒、水毒、血毒)，笔者认为，食毒即包含在里阳证中，辨别病因时无需再辨别，而结合金元四大家之一的朱丹溪治疗杂病的经验，笔者认为，在辨别病因时，尚需辨别气病、血病，还是痰病，其实主要解决病理产物的问题。

朱丹溪先生的徒弟王纶所著的《明医杂著》中云：“丹溪先生治病，不出乎气血痰，故用药之要有三：气用四君子汤，血用四物汤，痰用二陈汤”。

四君子汤是从由《伤寒论》中的“理中丸”变化而来，去掉了原方中秉性燥烈的干姜，换成了性质平和的茯苓，由驱寒之剂变成温补中气之剂。其主治证候《医方考》有云：“夫面色萎白，则望之而知其气虚矣；言语轻微，则闻之而知其气虚矣；四肢无力，则问之而知其气虚矣；脉来虚弱，则切之而知其气虚矣”。临床应用是以面色萎白，食少神倦，四肢乏力，舌淡苔白，脉虚弱为使用依据。相对于四君子汤治疗的气虚证，日本医家多认为半夏厚朴汤是气病(气之瘀滞)的代表方剂，多见于喘息和慢性支气管炎，也多见于歇斯底里神经官能症。

正常之血在人体循环，若发生异常，则会郁滞于某处，此时称为瘀血。瘀血为病的常见判定症状有：月经异常(如色黑，有血块等)、出血、肌肤甲错、夜间烦热、眼目白睛血丝等，有的瘀血可阻滞脉管而引发局部肢体麻凉感。四物汤是从《金匮要略·妇人妊娠篇》中的芎归胶艾汤去阿胶、艾叶、甘草而成。清代汪昂所著的《汤头歌诀》云：“四物地芍与归芎，血家百病此方通”，可见此方确实为治疗“血病”的基础方。一般认为四物汤乃补血之方，针对瘀血(较四物汤重)，日本医家多认为桂枝茯苓丸是其代表方剂。

中医之痰可分有形、无形两类。有形易于辨别，如咳痰、呕吐痰涎、喉间痰鸣、痰核、大便黏稠如涕等。无形难以确诊，如失眠、癫狂、眩晕、喉间如梗、胸闷短气、腕痞、肢麻不遂等。清代汪昂所著

的《医方集解》曰：“治痰通用二陈”，说明二陈汤随证加减，可广泛用于各种痰证。针对痰湿，日本医家多认为其代表方剂为五苓散等，临床常用于治疗急慢性肾炎、水肿、肝硬化腹水、心源性水肿、急性肠炎、尿潴留、脑积水等属水湿内停者。

5. 医案举例

患者王某，女，68岁，以“右顶叶胶质母细胞瘤(WHO IV级)、高血压病3级很高危、2型糖尿病”之诊断于2020.7.21入院，查头面部MRI：结合本院2020-05-19前片比较：颅脑占位术后改变，较前片局部病灶(3.9 * 2.2 * 3.5 cm)及周围水肿范围增大；胼胝体信号不均，不除外恶性浸润；脑实质病变(DWMH II级)。因患者已行手术及术后放疗治疗，管床医生建议患者本次行化疗治疗，患方拒绝，仅予以西药(甘露醇等)脱水治疗。经人介绍，于2020.7.29(出院前一天)求治中医于余。现症见：左下肢无力，抬不起床面，膝关节以下麻凉，坐轮椅推入诊室，自诉左腿硬感，头部略晕沉，视物略花，舌暗苔白，脉沉滑。

第一步，辨别六经病虚实。如上文所说，因小柴胡汤的适应症为：舌苔白，故辨为少阳病虚证，处方缩减版小柴胡汤：柴胡、黄芩、甘草三味药。

第二步，辨别气、血、痰病。患者左下肢无力，考虑胃气虚弱，套用四君子汤(人参、白术、茯苓、甘草)；患者左下肢抬不起床面，脉沉滑涩，考虑有痰病，予以二陈汤(半夏、陈皮、茯苓、甘草)化痰；患者诉左腿硬感，膝关节以下麻凉，考虑局部血脉淤阻，即存在瘀血，日本医家大塚敬节认为瘀血病常用桂枝茯苓丸(桂枝、茯苓、桃仁、丹皮、赤芍)来治疗。

第三步，整体整合。本案中患者的病机是少阳虚证兼气虚、血瘀、痰饮证，有的时候可能是少阳虚证夹血瘀证，也有可能是太阳少阳合病兼痰饮证，等等，根据辨证结果来综合选用代表方剂，临证时适当加减。

所以，综合以上各个分析，综合处方如下：

北柴胡 20 g	黄芩 15 g	炙甘草 10 g	桂枝 15 g
茯苓 15 g	桃仁 10 g	牡丹皮 15 g	赤芍 15 g
白术 15 g	人参片 10 g	牛膝 15 g	姜半夏 10 g
陈皮 15 g	桑枝 10 g		

中药7付，每天一剂，煎药机煎药，100 mL日二次顿服。

效果：患者于2020.8.15返院二诊，现症见左下肢已可抬高90度，膝关节活动自如，可自己推扶轮椅走路，诸症缓解。复查2020-08-15头面部MRI：颅脑(平扫(3.0T))：颅脑占位术后改变(病灶3.8 * 2.1 * 3.5 cm)；胼胝体信号不均，不除外恶性浸润；脑实质病变(DWMH II级)。证实病灶略缩小。因其出院未用西药，患者自诉唯是中药之效。

笔者所提出的这种辨证论治方法的确具有实际可操作性，亲自应用于临床三年之久，每多效验，希望能为广大中医临床工作者所用。

参考文献

- [1] 任小巧. 对中医辨证的再认识[J]. 河南中医药学刊, 1996, 11(3): 5.
- [2] 胡希恕. 辨证施治概论[J]. 北京中医学院学报, 1980, 8(8): 57.
- [3] 大塚子光. 日本汉方医学精华[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 1990: 52.
- [4] 大塚敬节, 矢数道明, 等. 中医诊疗要览[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1957: 6.
- [5] 冯世纶, 张长恩. 解读张仲景医学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006: 422.
- [6] 汤本求真. 皇汉医学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 14.