

对中医胁痛及辨证分型的思考

武汉市儿童医院 彭 奕

武汉市商业职工医院副主任医师 彭连章

中医现代化和中西医结合已是我国医学发展和走向世界的大趋势。中医离开中西结合企图独辟蹊径现代化似乎无从谈起,已成为医界之共识。然而,中西结合,又万分艰难。本文试图以胁痛为例,对中医辨证分型进行一些粗浅的辨证分析,企望寻求中西两家的可能结合部和结合点,并以此为起跳板,洞开中西结合和中医现代化的未来新篇章。

由胁痛及分型说开去

中医胁痛这一概念,起初仅只作为一个症状出现,如被称誉为中医杂病之祖的《金匱要略》,就不曾列为胁痛专病加以论述,只是在人们对胁痛病情认识的不断深化之中,有鉴于胁痛所应含益的疾病丰富至极的情形,才渐至发展成现代教科书、专著中独列胁痛一病门户,并加以专门研究、传授的情形。这种将此前散在其它各独立病名中具有典型胁痛症状的疾病归集到胁痛门下,进行专篇研究的变革,无疑是中医疾病命名和疾病分类学的一大进步。又由于中医治疗学的需要,医家们又根据中医脏腑、病因、经络等学说,将有关胁痛所体生的各种症状辨证归集为肝阴不足、肝胆湿热、瘀血停着、肝气郁结、气滞络痹等证型,并用以判断病因,解释病机,推演病势,指导治疗,为发展和丰富中医诊断学作出了独特的贡献,实为西医所莫及。难怪人们誉此辨证(分型)施治为中医一大特色,不是没有道理。

胁痛这个在中医不断发展变革中的产儿及其辨证分型的模式,非为胁痛一家所独有,稍作扩展,便见此乃中医的普遍模式:

医圣张仲景所撰《伤寒论》,可谓统称伤寒病,仲景又在其下六分论之,以太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴异之,并各列总纲以示区别,铸成了中医学中著名的六经辨证,实开辨证分型、辨证论治之先河。

中医杂病(后渐称内科)中的各个具体的疾病的命名都是在发展中不断分化、组合、又分化,而且充分运用辨证而后分型的模式,几乎无一例外。

温病中分卫气营血各型,同样具有一病之下再分若干证型的特点,同六经辨证比较,都属于对一类疾病的分型方法,也成为了中医学中著名的卫气营血辨证方法。

三焦辨证也是温病学中的一种辨证手段,有同卫气营血辨证的蕴含对一类疾病阶段性辨证一样,只是提法、角度和依托中医支柱理论不同而已。总之,以叶天士、吴鞠通为代表的清代温病学家在辨证分型上同仲师一样对中医学作出了历史性的伟大贡献。

至于病因、经络、八纲、气血津液等辨证方法,虽与内科疾病用脏腑辨证立论而分证型,温病以卫气营血三焦辨证分型,伤寒病以六经辨证分型同属中医辨证方法,但毕竟后者是一个或一类疾病之下分型治之时所运用的一种区分类别的方法,而前者则明显处在较为宏观的并不直接从属一个或一类疾病的方法,在此不予展开讨论。

对胁痛辨证分型之辨证并说开去

从哲学的角度看,肯定中医胁痛一病,其命名属浅层性命名。只要稍与西医病名作一比较就十分清楚了。如西医“急性化脓性胆囊炎伴结石”一病,其名虽长了一点,但对揭示疾病的病势(急性)、病位(胆囊)、病因(细菌)、病类(化脓伴结石)等均概念明确,描述准确,虽有胁痛症状,不以其为名,原因在于胁痛一症,很多疾病均可出现,而“急性化脓性胆囊炎伴结石”则别无分店,充分体现了科学概念的严密性、准确性、本质性、特质性。

再看胁痛下辨证分为若干证型,充其量也只不过是次深层性命名:

1)就含益面而论,胁痛下面的几个证型远远

没有含益所有具有胁痛症状的疾病。从西医的角度看：胁痛在左侧的有脾肿大、脾瘀血、结肠角慢性炎症等，右侧则更丰富：所有肝病（包括甲肝、乙肝、肝硬化、脂肪肝、肝脓肿、肝癌、肝萎缩、慢肝、迁肝）、胆系的急性化脓性胆囊炎、胆结石、慢性胆囊炎、肝肿大、胆汁储留等，这些决非中医胁痛的几个证型所能含益得到的。

2) 就几个证型对该疾病本质的揭示而论，可谓不全不深。如肝气郁滞型胁痛，可能包括单纯胆结石一病，显然，胁痛也好，胁痛加肝气郁滞也好，均未触及结石的本质，对于治疗，肯定有失指导，仅靠疏肝解郁行气是永远也排不了结石的。又如“慢性血吸虫伴肝硬化”一病，胁胀胁痛为其主症，当属胁痛无疑，从肤色青紫无华来看，似属胁痛中之“肝阴不足”型，若单从肝阴不足立论，兼论瘀滞，虽然是本质的，依此施治，谈何疗效：寄生虫之不杀，用药永远不会有生机。

3) 就对胁痛的病位、病势、病性、病类、病因、病机的揭示而论，几个证型明显存在各自不全的严重缺陷：如“肝胆湿热”，从病因的角度定性为湿热，病位却令人难分在肝还是在胆，或是在于肝胆二者呢？事实上肝的湿热（含急性黄疸型肝炎）与胆的湿热（含急性胆囊炎或化脓性胆囊炎）在临床上有截然不同的病位，且二者一般很少同时发病，岂可混为一谈！又如气滞络痹型胁痛，也只不过揭示病位在气在络，病性为滞为瘀、概未及至病因病机。

4) 关于返朴现象：以肝阴不足为例说明之。本来中医的八纲辨证作为总纲，乃医生开门论病之首先，再然后深入一层辨证，或脏腑、或病因、或气血津液、或六经、或卫气营血、或三焦、或经络。很明确：八纲为统帅，其它各辨证方法当属向深层揭示进军之举。可是肝阴不足却列在胁痛之下，把对胁痛的进一层揭示又回到了八纲上来，大有返朴归真之嫌。这与查找字典时所经常出现的循环释词现象十分相似。如此分型方法，岂不到处可用：因为根据八纲辨证，无论脏腑，都在阴阳不足有余之间动态滑动，绝对平衡是没有的，或者是极为短暂的。这种有失于科学概念的严密性和特异性的缺陷不是表现得十分暴露吗！

把对“胁痛”及所分证型的哲学看法稍微扩展到其它几个辨证方法上去，论定则是十分类同的。

如温病家族中的春温、冬温等，对疾病的内涵外延界定缺乏明确，二者间如何区分、如何比较？难道“流行性脑膜炎”发于冬季和发于春季还需要用冬春二字来区分吗！

又如温病的卫气营血辨证，伤寒病的六经辨证，前已彰明：完全是一个病或一类病的不同阶段以不同表现而已。绝不同于内科疾病的分型在多数情况下是完全不同的疾病，只是具有一个相同的症状的情形。

又如气血津液辨证，只是把症状归集到气血津液中的一个方位上去，距离治疗还有相当的路程。

若干启发

1) 鉴于前面对中医某些病名（特别是内科病名）的哲学分析，中医应当首先迈出自己现代化的决定性的一步：即废止一些仅用一个症状（含一个体征）命名的疾病名称，直接引用西医的现在病名，这是需要脑筋急转弯的。笔者以为，只要站在哲学和科学的高度看待此举，应该皆大欢喜，不存在有什么“民族虚无主义”、“弃中投西”等悲词。

2) 将中医的辨证分型充分展示才华于西医各种疾病病理变化和治疗的各个阶段中去。如“急性黄疸型肝炎（甲肝）”的初期、发黄期、恢复期，可分别按中医的“寒湿袭表、肝胆湿热、肝阴不足”等证型去指导治疗。又如“冬温”的病名废止后，如遇类同冬温的“出血热”病，除直接引用“流行性出血热”病名外，还可根据出血热的发热期、出血期、少尿期、多尿期等不同阶段，充分运用中医的“风热表证、热入营血、肝阴不足、肝肾两虚”等辨证思维去指导治疗。

3) 以逐步统一中西病名为中西结合的结合部，完成中西结合、中医现代化的伟大历史使命。

首先前面已经分析了可能性；

次者，一旦病名统一以后，可以充分运用现代临床检验、功能测试的各种手段和仪器。同一载体、同一病名、同一检测、同一评判，歧义何存。

再次，于法律面前，将是一幅可呈其词的理直气壮的情形，一反此前中医与法律相遇两难的窘态；

更可苦者：一旦起步的病名的统一，中医的辨证分型只在各个疾病的治疗中施用，也就是说不需

（下转41页）

枝、猪苓、泽泻、以助膀胱之气化而利小便。

3 胃气上逆、湿浊中阻

主证：神疲乏力，四肢困重无力，浮肿，面色无华，恶心呕吐，厌食腹胀，舌胖淡苔白，脉濡细。

治疗：

1) 食疗：①吴黄陈皮粥：吴黄3—10g，陈皮10g，粳米50g或精稻米50g，水煮成粥，能和胃降浊止呕。②半夏生姜冬瓜汤：半夏10g，生姜三片，冬瓜60g，煎水熬汤，能和胃降逆，利水消肿。

2) 药疗：治宜和胃降浊。方选小半夏汤合旋复代赈汤加减：半夏10g，生姜三片，陈皮10g，旋复花10g，代赈石30g，竹茹10g，共奏和胃降浊利水之功。

4 肾阳衰微、瘀血阻络

主证：周身浮肿，腰酸膝软，畏寒肢冷，小便不利或夜尿频多，腹胀或有痞块，舌质紫黯，口唇发绀，舌淡苔白有瘀斑，脉弱，两尺尤甚。

治疗：

1) 食疗：①姜附炖狗肉，生姜三片，附子6—10g，狗肉300g，治疗肾阳虚所致之畏寒肢冷，夜尿频多等，但应根据患者情况，掌握蛋白质的摄入量。②枸杞羊肾粥：枸杞10g，羊肾一个，稻米50g，熬粥，能补肾益血。

2) 药疗：治宜补肾活瘀。方选真武汤加味：茯苓30g，白术15g，杭芍10g，附子10g，生姜三片，丹参30g，血藤15g，三七粉3g，以补肾活瘀。

5 阴亏津少、水蓄于内

主证：头面或全身水肿，烦渴饮水，口燥咽干，小便短少，舌红少苔，脉细数。

治疗：

1) 食疗：①阿胶麦冬粳米粥：阿胶15g，麦冬6g，粳米50g，煮粥。阿胶养血滋阴，伍麦冬清热生津，入粳米更增益胃生津之功。②菠菜芦根汤：菠菜60g，芦根15g，煎汤，以养血润燥生

津。

2) 药疗：治宜滋阴利水。方选左归饮加减：生地15g—30g，山萸肉30g，山药30g，茯苓30g，枸杞10g，甘草6g，女贞子10g，麦冬10g，以滋阴补肾利水。

讨论：

肾性水肿临床所见，兼症不一，病机繁杂。自《内经》以来根据不同表现，将本证分为风水、石水、涌水；《金匱要略》从病因脉证而分为风水、皮水、正水、石水，又按五脏分为心水、肝水、肺水、脾水、肾水；《丹溪心法》将水肿分为“阳水”与“阴水”两大类。后人继朱氏之说，在阳水、阴水的基础上加以分型，使辨证论治更趋完整。

笔者即根据阳水、阴水之说，参照临床所见，认识到阳水、阴水二者是可以相互转化的，如阳水久延不愈，水湿浸渍，留恋不去，而见正气日衰，脾肾阳虚，致病情缠绵难愈，转为阴水，而阴水复感外邪，肺气失宣，致肿势突然增剧，此时当以阳水论治，先治其标。故打破阳水、阴水界限，将病证分为五型，以调理肺、脾、肾三脏为本，去除湿浊之邪为标，标本同治，选用扶正祛邪五法，即：益气解表、健脾化湿、和胃降浊、补肾活瘀、滋阴利水。又据本证饮食摄入需求特点，配合食疗，运用于临床，疗效显著。

参考药理实验研究，滋补药膳确有增强机体生理功能，改善细胞代谢和营养，并能增强免疫系统功能，改善肺、心和造血系统功能，促进血液循环，促进抗体形成的作用。其有效成分能有效地补充人体能量和改善机体的营养状态，调节机体内物质代谢平衡，达到滋补强身、防病治病、延年益寿的功效。配合去邪之法，意在水肿是以湿浊之邪为主，过早补阳则助长热邪，过早补气、补阴则助长湿邪均可引起水肿复发，因此，扶正祛邪法，二者兼顾，最为适宜，另配食疗，则食借药力、药助食威，相得益彰。

诚然，笔者的上述剖析，志在寻觅中西结合的结合点。而一个形成于几千年的医学体系，变革自己的过程，无疑是艰苦的、漫长的。但只要敢于批判自己，曙光一定会到来。

仁者、智者，一道参与变革吧！

(上接第36页)

要也不存在中医目前的所谓几大辨证方法，这不就刚好开步了对中医基础理论的现代化变革吗！中医温病与伤寒之间的千年之争不也冰融疑释在其中了吗！