

# 辨证论治的思维过程

李宇铭

(香港浸会大学中医药学院, 中国 香港)

**摘要:** 对近代学者所提出的辨证论治步骤和方法作了简要综述, 并指出其中的不足, 再以图示的形式说明辨证论治的整个思维过程, 提出辨证论治的八个步骤: 四诊、证候、病机(初步病机、临床病机、核心病机)、治则、主方、处方, 并说明其中的特点。

**关键词:** 辨证论治; 步骤; 方法; 思维过程

**中图分类号:** R241.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1008-0805(2008)10-2550-01

辨证论治在具体的临床应用上, 其实就是一种思维方法, 怎样把握整个辨证论治的思维过程, 对于临床诊疗的规范化有重要意义。本文尝试说明辨证论治的步骤规律, 使辨证论治的方法变得更为实在, 以落实辨证论治的临床应用。

## 1 辨证论治步骤和方法

在过去曾经有许多学者对辨证论治的步骤作了探讨, 如方药中氏<sup>[1]</sup>以《内经》病机十九条的概念提出辨证论治七步, 即脏腑经络定位、阴阳气血表里虚实风火湿燥寒毒定性、定位定性合参、必先五胜、各司其属、治病求本、发于机先等。秦伯未氏分三步, 即理、法、方药; 肖德馨氏<sup>[2]</sup>提出三段十二步模式, 三阶段包括诊察、八步辨证、三步论治; 郭振球氏<sup>[3]</sup>提出辨证七步、论治三步; 姜春华氏提出从五方面辨证等。赵云长氏<sup>[4]</sup>提出六辨法辨证体系, 即辨病因、病位、病性、病势、病机, 最后辨病证。朱文锋氏<sup>[5]</sup>提出 60 项辨病位、病性的要素组合成证, 再从各种辨证方法的关系, 说明辨证的原理。董明强氏<sup>[6]</sup>更创制了十证、七位、四辨的方法来辨证。以上辨证方法的提出, 对中医辨证论治的发展起了不同程度的推动作用。

但是, 此等研究普遍存在两个问题: 第一, 由于历来大家对“证”的含义理解不统一, 所以上述讨论的层次并不一致, 而且其中有些研究是基于对“证”的错误理解而建立出来的, 因此其讨论亦变得无意义。“证候即通过望、闻、问、切四诊所获知的疾病过程中表现在整体层次上的机体反应状态及其运动、变化, 简称证或者候。”<sup>[7]</sup>简言之, 证就是“临床表现”, 而不是“疾病发展过程中, 某一阶段的病理概括”<sup>[8]</sup>; 第二, 类似的研究主要集中在辨证求机、如何准确判断病机的问题上深入探讨, 辨证求机虽然是辨证论治的核心内容, 但并不是其全过程, 因此这些研究未能全面地剖析辨证论治整个过程中的思维方法。

综合以上的内容, 并参考了李致重氏的证、机、方、效辨证论治思维因果链<sup>[9]</sup>, 以下将以图示的形式加以说明辨证论治的整个思维过程(图 1~2)。

## 2 辨证论治的思维过程

见图 1~2。

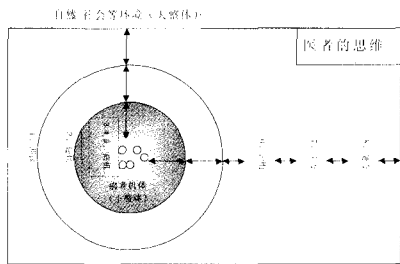


图 1 整体观念下的辨证论治思维过程示意图

图 1 中的大长方形(外框)是指医生在诊治过程中的思维, 而长方形外的地方是指外界环境的大整体, 如自然、社会等, 大圆形内部的地方是指人的小整体, 即病者的内部整体。

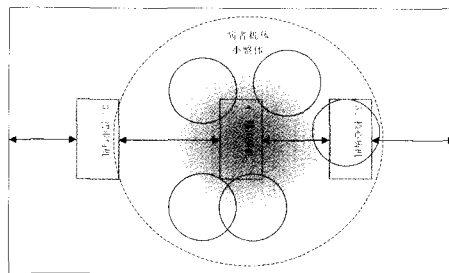


图 2 辨证论治的病机思维过程示意图

图 2 即是图 1 中虚线小圆形的放大图。图 2 所示的圆形, 其实就是小整体的核心所在, 生理上就是藏象, 病理上就是病机。

## 3 辨证论治的思维过程解释

**3.1 四诊** 在医者一开始接触病人时, 即透过望、闻、问、切, 四诊搜集资料, 临床上必须四诊合参, 而达到全面地认识证候。最外面的大圆形就是为了表达出, 如果能够做到四诊合参, 从多角度去观察证候, 就能把证候的数据完整地收集起来, 从而作出准确的病机判断。

**3.2 证候** 证候是四诊的对象, 也是疾病本质(病机)的外在表现。透过全面的诊察证候, 仔细分析辨别, 才能准确认识病机。因此, 图 1 中病机、证候和四诊是用 3 个由小至大的圆形来表达, 表示他们层层递进的关系。证候跟四诊关系十分密切, 而医生需要运用中医的基础理论, 去分析证候跟病机的关系, 甚至是各病机互相之间的关系。

**3.3 初步病机** 第 3, 4 和 5 步可统称为病机。当医者搜集了初步证候资料后, 便能够对疾病本质有一个较简单的印象, 这就是初步病机, 是对病机的初步假设。因为这时的病机概念还是比较模糊, 所以图中用虚线的圆形来表达。初步病机是临床和核心病机的导向, 能够指引医者继续向那个方向去搜集四诊的资料。

**3.4 临床病机** 在临床上, 即使在同一个病人身上, 也会出现多种不同的个别病机, 可称之为“多病机”共存的情况。就像图 2 所示, 这里举了一个例子, 这个情况中同时有 5 个不同的病机, 有些互相之间有联系, 有些是独立的, 有些比较深入难发现, 有些比较接近初步病机的判断等。透过不断地假设, 并重复观察证候, 便能逐一发现病人身上的各种病机, 包括了所有新病、旧病等。将所有个别病机双加之和, 就是临床病机。

**3.5 核心病机** 在临床病机中, 不一定所有病机都与疾病的主诉有密切关系, 临床上我们不一定能把所有病机同时处理。而且, 证候与个别病机之间有时会并不相应, 因此, 在全面了解临床病机的前提下, 我们才能作出“舍脉从证”或“舍证从脉”等证候的舍从问题, 对证候有更全面认识。临床上我们必须“抓主证”, 按照病人的主诉, 再从证候整体去判断疾病的标本缓急先后, 找出

收稿日期: 2007-11-23; 修订日期: 2008-04-10

作者简介: 李宇铭 (1981-), 男 (汉族), 中国香港人, 现为香港浸会大学中医药学院在读硕士研究生, 学士学位, 主要从事事件景学说的研究工作。

其中最重要、最必须处理的个别病机,这就是核心病机。

3.6 治则 找出核心病机后,我们便能按此选出相应的治疗方法、治疗原则等。

3.7 主方 按着治则,便能从医者所认识的方剂中选取其中比较合适的,作为临床处方的一个基础方(或多个方合方使用),称为主方。

3.8 处方 医者在主方的基础上按着每一个病人的情况不同,进行药物的加减,最后落实变成可以交给病人的处方。

#### 4 数项说明

整个辨证论治过程中的每一个环节,都必须以中医基础理论为依据。而临床上医生所进行的每一个步骤,都应该与整个辨证论治过程密切联系。

整个辨证论治的过程必须在这两个整体观念下进行,说明人与自然和人内部脏腑之间也是统一的。由于全过程是在整体观念下进行,因此亦会包括了动态观、体质等因时、因地、因人制宜的思想。

辨证论治的核心是病机,其中每一个步骤,都是与病机密切联系的。辨证论治,其实可以分开“辨证求机”和“审机论治”两个主要部分,中间就是以病机作为桥梁。

图中用双箭头表达,表示每一次向前进一步,也要返回上一步进行验证,甚或返回核心病机上进行反复验证思考,以确保理、法、方、药的一致性和连续性。

由于中医的思维方式可属于形象思维,不一定按照逻辑的规律而思考,亦即并不一定按照以上步骤逐步向前。以上这种的表

述方式是为了清晰表达辨证论治中所包含的内容。实际上在整个思维过程中,不排除直接跳跃式的思维,比如好些名医能够很快的从证候就联想到处方,其实在思维中已经包含了复杂的病机分析。

原则上每一个医生也应该能做到相同的治则结论,但到了以后的主方和处方部分,由于可供选择的药物、方剂相当丰富,而且每一个医生的主体选择取向有差异,因此在同一个治法下,处方因人而异,不同医生开出不同处方是容许的<sup>[10]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 方药中. 辨证论治研究七讲[M]. 北京:人民卫生出版社,1987.
- [2] 肖德馨. 辨证论治步骤的探讨[J]. 北京中医学院学报,1984,(1):5.
- [3] 郭振球. 中医辨证学的基本规律[J]. 北京中医学院学报,1984,(2):3.
- [4] 赵云长. 临床辨证思路与方法初探[J]. 光明中医杂志,1996,(1):3.
- [5] 朱文锋. 对辨证规律与方法的研究[J]. 河南中医学院学报,2002,22(2):1.
- [6] 董明强. 中医辨证新方法[M]. 北京:学苑出版社,2003.
- [7] 李致重. 证、证、症、候的沿革和症候定义的研究[A]. 崔月犁. 中医沉思录[M]. 北京:中医古籍出版社,1997:177.
- [8] 吴敦序. 中医基础理论[M]. 上海:上海科学技术出版社,1995:7.
- [9] 李致重. 中医复兴论[M]. 北京:中国医药科技出版社,2004:262.
- [10] 孙晓嘉. 从治法到方药是中医治疗的关键[J]. 光明中医,2003,18(3):16.

## ◇护理与食疗◇

# 肝癌患者化疗后的中医护理

方 勇,戴汉伍,孙 娟

(湖北省黄石市中心医院, 435000)

关键词:肝癌; 化疗; 中医护理

中图分类号:R248.1 文献标识码:C 文章编号:1008-0805(2008)10-2551-01

原发性肝癌是我国最常见的恶性肿瘤之一。在世界范围内,肝癌在常见的恶性肿瘤处于第5位。临床上发现的肝癌多数为中晚期,并且多合并肝硬化,手术切除率低。介入法是目前对无法手术切除肝癌的最常用的治疗方法,即肝动脉灌注化疗药物同时合用栓塞剂治疗的方法(TACE)。肝癌患者行此化疗术后主要表现为胃肠道反应、发热、肝区疼痛、肝功能损害、排尿困难等症状。现根据病人的表现辨证施护如下:

### 1 肝肾阴虚型

1.1 症状 表现为右肋下积块,肋间隐痛,腹胀不适,纳差消瘦,精疲乏力,头晕肢软,耳鸣目眩,五心烦热,低热,盗汗,恶心呕吐,甚则呕血,便血,皮下出血,小便短赤,舌红少苔,脉细数。

1.2 护理 本证以滋阴柔肝、凉血软坚为护理原则

1.2.1 生活护理 病房宜凉爽,安静,舒适。

1.2.2 饮食护理 以清淡为宜,可用生地汁梗米煮稀粥,以养阴生津,兼以清热。可服枸杞百合粥:以枸杞子30g,百合30g,梗米200g水煮成粥。加入冰糖适量,1碗/次,1~2次/d。

1.2.3 心理护理 本型患者易心烦,应经常与患者交谈,了解其心理状态,及时做好思想工作。

### 2 肝郁脾虚型

2.1 症状 表现为右肋胀痛或右肋下肿块,神疲乏力,形体消瘦,胸闷反酸,纳呆嗝气,舌淡胖大,苔薄白,脉濡或弦。

2.2 护理 本证以疏肝理气,益气健脾为护理原则。

2.2.1 生活护理 力求病房安静舒适,酌情参加散步、打太极拳等活动。

2.2.2 饮食护理 进食以高热量易消化的清淡食物为宜,忌食土豆、芋头等壅阻气机的食品,对纳呆呕逆严重者配合使用陈皮、砂仁、竹茹等开胃之品,煎水代茶饮,有助于增进食欲,培其后天之本。

2.2.3 心理护理 根据中医肝喜条达、恶抑郁的理论,劝导患者避免忧思恼怒,从多方面进行关心和宽慰,使肝气条达。

### 3 脾肾阳虚型

3.1 症状 表现为神疲乏力,畏寒便溏,纳差,口不渴,右肋积块,肋间隐痛,腹胀如鼓,腹水足肿,目黄,身黄,黄色晦暗,舌淡有齿印,苔白腻,脉濡缓或沉迟。

3.2 护理 本证以健脾补肾、利水退黄为护理原则

3.2.1 生活护理 病房宜温暖向阳,多备衣被,防止受寒。

3.2.2 饮食护理 饮食要量少质高,少食多餐,忌食生冷,可适量食用胡桃、羊肉、山药等。可用山药15g,芡实10g,梗米适量,煮粥服食。

3.2.3 心理护理 本型患者精神疲乏,应调动患者积极性,使其配合治疗。

### 4 气滞血淤型

4.1 症状 表现为肋下积块刺痛或胀痛,推之不移,拒按,或肋痛引痛,入夜更甚,倦怠乏力,脘腹胀满,嗝气呕逆,纳呆食少,大便不调,舌质紫暗或有淤斑,苔薄白或薄黄,脉弦,细或沉涩。

4.2 护理 本证以舒肝理气,活血消积为护理原则。