

符为民“精准辨证”理念探讨

仓志兰 吴明华

(江苏省中医院, 江苏南京 210029)

指导: 符为民

摘要 目前临床上常用的辨证方法有辨病与辨证相结合、病理因素辨证、主症辨证三种模式, 这些辨证方法都有各自的局限性。符为民教授提出主症信息精准、辨证过程精准、辨证方法精准的“精准辨证”理念, 将其应用于4则病案以分析探讨。

关键词 医案 符为民 精准辨证 失眠 痹证 头痛 脑瘤 中医药疗法

中图分类号 R241.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)02-0015-04

基金项目 符为民江苏省名老中医专家传承工作室

2015年1月20日美国总统奥巴马提出的“精准医疗”(Precision Medicine, PM)计划, 成为全球关注的焦点, 得到广大研究者及医生的拥护。精准医疗以个体化医疗为基础, 应用现代遗传技术、分子影像技术、生物信息技术, 实行精准的风险预测和精准的疾病分类、诊断及治疗, 最终达到对于疾病和特定患者进行个性化精准治疗的目的, 制定具有个性化的疾病预防和治疗方案, 提高疾病诊治与预防的效果^[1-2]。这与中医学“辨证论治”理论有共通之处。辨证论治是中医学的精髓辨证, 是中医诊断疾病的基本方法和原则, 体现了个性化的中医诊疗思路。江苏省中医院符为民教授根据自己长期临床实践结合现代“精准医疗”的概念, 应运而生提出了“精准辨证”的理念。“精”来源于韩愈《进学解》“业精于勤荒于嬉”, 指的是用功深而且专一, 如精究。“准”为准确的意思。所以精准辨证指的就是致力于准确辨证, 提高临床疗效。下面介绍符教授病案4则以探讨其中原理。

1 验案介绍

1.1 失眠案 于某某, 女, 63岁, 因“失眠2月余”来诊。患者2个月来夜寐差, 入睡尚可, 夜间多次醒来, 醒后难以入睡, 尿频, 心烦, 口干。舌淡红、苔黄, 脉弦。在外院诊断为不寐, 根据症状及舌苔、脉象辨证为痰热扰心, 心神不宁。治则: 清化痰热, 宁心安神。以黄连温胆汤加减。患者服用中药1月, 睡眠改善不明显, 遂来符教授处就诊。询问病史发现患者虽心烦明显, 但说话有气无力, 尿频而清长, 口干却欲不欲饮水, 夜间醒后心悸明显。辨证: 心气不足, 肾虚

不摄, 心神失养。治则: 调补心肾, 交通上下, 补养气血, 方选桑螵蛸散合缩泉丸。服药7剂后, 患者睡眠明显改善, 夜间小便次数减少, 而且倦怠乏力感不明显。此患者第一次就诊时主症中的尿频、心烦、口干均已经问及, 但问的不够详细具体, 所以漏掉了主症中的重要信息, 当然在中医内科学的教材中, 无论是桑螵蛸散还是缩泉丸都不是治疗失眠的方子。所以患者就诊过程中不能只看到疾病“失眠”, 而看不到失眠以外的其他症状如尿频、乏力等, 所以如何从繁杂的症状取其精华, 弃其糟粕, 提取辨证所需的主症非常关键, 这就是主症信息准确了, 辨证才能精准。

1.2 痹症案 李某, 女, 63岁, 因“全身疼痛1年余, 加重2天”来诊。患者1年来背部胀痛, 腰部酸痛, 后脑连及颈部疼痛, 四肢关节疼痛, 服用止痛药可以减轻。2天前受凉后, 出现关节疼痛剧烈, 不能屈伸, 服用塞来昔布, 疼痛不能缓解, 口干欲饮, 头晕、耳鸣, 舌质淡红、苔薄白, 脉沉弦。符教授认为患者关节疼痛明显, 虽有化热趋势, 但急则治其标, 予以《金匮要略》中的乌头汤加减, 其中制川乌、麻黄、黄芪、白芍、炙甘草, 温经散寒, 散中有收, 既能峻燥祛邪又不伤阴。3天后患者复诊诉服药后关节疼痛好转, 但全身肌肉疼痛明显, 腰背酸痛, 口干欲饮, 舌苔黄腻, 脉弦滑。符教授认为患者寒从热化, 热灼津液而化为痰, 痰热阻滞经脉, 以致风寒湿夹热夹瘀夹痰。此为上中下通用方使用之三大主症: 风湿寒热夹杂, 舌苔黄腻, 全身疼痛。方中黄柏、苍术、防己、胆南星四者所以治湿与热也, 桃仁、红花、桂枝、威灵仙四者所以治

风也；加陈皮者，行气化痰也。故疏风以宣于上，泻热利湿以泄于下，活血燥痰消滞以调于中，所以能兼治而通用也。14天后患者复诊疼痛已失，仅表现为头晕、耳鸣，予以六味地黄丸加减固本善后。该患者诊治经过是一个动态的过程，从风寒湿邪到风寒湿夹热夹瘀夹痰说明病情在进展，病邪在转变。症状消失后结合患者头晕、耳鸣等症状，尽管舌苔偏黄，仍“舍舌求症”予以补益肝肾，固本培元。疾病总是不断变化的，对于初诊病人，符教授只开3~7剂中药，病邪转变时可以随时调整用药，这就是在“正确的时间”给“正确的人”予以“正确的治疗”，如果固守原方14剂，甚至30剂可能就会出现误治，根据主症的变化进行动态辨证，才能实现精准辨证。

1.3 头痛案 王某，女，30岁，因“反复发作性头痛5月余”来诊。患者5月前无明显诱因突发头痛，伴头昏、烦躁欲呕，于外院诊断为低颅压头痛，予补液治疗缓解，但仍反复发作。症见：头痛较剧，平卧缓解，立起加剧，以巅顶疼痛明显，头部有重压感，干呕明显，口水较多，颈僵，纳差，大便偏烂，口干苦黏，舌苔腻色黄，脉细滑。侍诊的学生分为两派，一派认为“干呕，吐涎沫头痛者，吴茱萸汤主之”，另一派认为“患者舌苔腻色黄，脉滑，典型的痰浊郁久化热，黄连温胆汤主之”。符教授认真听完学生的见解后指出：患者头痛平卧则减，起立加剧，辨为虚证头痛，而肾虚头痛“空痛”，血虚头痛“晕痛”，该患者诉有怕冷、出冷汗之症，属于气虚头痛，辨证为气虚清阳不升、痰浊蒙闭之头痛。予以补气升阳、化痰清热，以补中益气汤加味。符教授指出使用吴茱萸汤的，是经方派常用的主症辨证模式，即所谓的“但见一症便是，不必悉俱”，是一种直觉性思维^[3]，而忽略了其他症状。使用黄连温胆汤的，是学院派常用的病理因素辨证，舌苔脉象一看，甚至“以脉测证”，根据脉象有意识地询问病情，这种辨证方法看起来似乎比较客观，但实际上摒弃了中医整体观念的基本内涵，辨证方法不灵活，思维固化。

1.4 脑瘤案 崔某某，男，49岁，“发现颅内动脉瘤半年”来诊。患者半年前因硬膜下血肿发现有脑动脉瘤，予以硬膜下血肿手术引流术，术后未留下后遗症。外院头颈部血管造影（CTA）提示右侧海绵窦内颈内动脉动脉瘤，瘤体直径大约1.0cm，医生建议其手术治疗，但患者暂时不想手术治疗，特寻求中医中药治疗。患者目前无不适主诉，舌质淡红、苔薄白、舌脉瘀紫，脉弦滑。符教授诊断为：脑瘤病，辨证属痰瘀互结，痹阻脑络，治宜化痰通瘀，软坚散结，拟方通窍活血汤加减。患者守方3月后复诊：复查头颈部CTA，提示瘤体较前缩小，直径为8mm，无明显不适主诉，舌脉瘀紫较前明显改善。该患者症状上没有任何不

适之主诉，舌苔脉象均正常，仅舌脉可见瘀紫。如何辨证？如何治疗？符教授指出该患者需要辨病辨证相结合，脑动脉瘤也属于脑瘤的一种，《丹溪心法》云：“凡人身上中下有块者多是痰，痰之为物，随气之升降，无处不到。”《灵枢·百病始生》：“凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣”。痰湿之邪凝聚于脑，气血不通，颅内血液凝滞，积块内生，脉络受阻，邪毒积聚，而成癌毒。结合患者舌脉“舍症求脉”，辨证属痰瘀阻络，以通窍活血汤主之，方中赤芍、川芎、桃仁、红花行血活血，加用石菖蒲、郁金、白芥子、王不留行祛痰通窍，昆布、海藻、夏枯草软坚散结。

2 讨论

从这几则医案中，可以看出符教授在辨证过程中注意主症信息的精准性，辨证过程的精准性以及辨证方法的精准性，这就是符教授提出的“精准辨证”理念。

2.1 主症信息的精准性 主症的信息包括三方面：患者的主诉；体征（包括四诊的望、闻、问、切诊，西医的体格检查）；实验室和影像学检查^[4]。患者描述病情时有人喋喋不休，有人惜字如金，加上文化、习惯、风俗等影响使得主诉症状真真假假，复杂多变。所以收集这些证据，需要医生认真倾听、区别真伪、查体和阅读检查报告，既然“有诸内必形诸外”，那么这些信息里一定会有我们辨证需要的“主症”，只有主症信息精准，才能辨证正确。如何从复杂多变的信息中提取主症呢？我们从病案一中可以看出，这个患者入睡困难、心烦、口渴、苔黄，按照“辨病与辨证”或者“病理因素”辨证的话，这些信息足够了，这就是“不寐-痰热扰神”，黄连温胆汤的方药，完全方证合一。但是没有效果，症状反而加重，为什么呢？就是辨证的主症不够精准，没有精究主症，导致主症信息不准确。患者说小便次数多，医生认为失眠患者小便次数本来就应该多，而没有继续追问小便的性质和量多量少，这个患者辨证信息里小便的重要性等同于失眠，也是主症，却被忽视了，导致辨证错误。符教授常说：简单问几句，然后看舌搭脉就能开出中药的是神仙，不是医生；只有全面收集主症信息，才能抓住主症的关键，避免以小失大，以偏概全，提炼出辨证真正需要的主症，才能不断提高医生的辨证诊断水平。

2.2 辨证过程的精准性 辨证过程是指动态辨证，在疾病发展过程中患者的主症发生变化时，辨证也要动态变化。辨证的动态性是辨证论治研究中比较复杂的问题，因为影响动态辨证的原因很多^[5]。《伤寒论》是我国现存最早辨证论治的专书，并创立六经辨证体系。六经辨证就是对外感疾病演变过程中所出现的各种症状，进行分析总结，归纳成三阴三阳六

经病,根据六经传变、并经、过经等不同表现,随证治之。这就是动态辨证论治的典范。清代温病的卫气营血辨证是对温热疾病的分期治疗,也体现了辨证过程的动态性。如同现代医学把疾病分为初期、中期和晚期,针对不同时期使用不同的治疗方法。只有通过动态的辨证过程,才能精准辨证,识别疾病在哪些病理因素作用下发病,发病后的临床表现怎样,在病人自身体质影响下发展趋势怎样,如何合理治疗,失治、误治后又该如何纠偏,哪些药可用,哪些药不可用,疾病自然过程的各种主症症候如何识别等等。如病案二中可以看出,患者初诊时辨证为“风寒湿痹”,乌头汤主之,自从《素问·痹论》提出:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹”以来,历代医家论治痹证多从风、寒、湿三气入手。但从临床实际来看,随着生活水平的提高,人多嗜食膏粱厚味,又喜服性热温补之品,而使素体阳盛热多,感受风寒湿三气,则从阳化而为湿热;或素体阳气有余,感受外邪后易从热化;或因风寒湿三邪日久不去,留于关节经络之间,郁而化热等等,使得风寒湿痹极易化热,治疗过程中要时时记得清热,尽管初诊已经使用了知母、车前子清热化湿,但患者复诊时风寒湿邪继续热化,出现身痛加重,舌苔黄腻,符教授观其脉证、知犯何逆、随症治之,动态辨证后予以上中下通用方,风湿寒热之邪皆祛除。所以疾病是发展的,动态性是辨证过程中至关重要的内容,所有疾病只有对其常、变情况下的发展演变把握清楚,才能够更好地予以处方、用药和治疗。

2.3 辨证方法的精准性 是指辨证方法灵活,辨证的方法就是辨病邪、辨病性、辨病位^[5],教科书都已经告诉我们如何去做了,而且每个医生临床中也是这么做,可为什么还会出现辨证错误,治疗无效呢?临床上各种疾病由于在病因、发病及发展变化诸方面有着不同的规律,导致临床症状复杂出现症脉不符、舌脉不符、症状和舌苔不符等等,这时灵活辨证显得尤为重要。病案三中对于头痛有“主症辨证”模式、有“病理因素辨证”,结果都是一叶障目,不够准确,忘记了疾病本身是虚痛还是实痛的本质。病案四的脑瘤患者,没有任何不适症状,舌苔、查体均正常,影像学结果异常,如何辨证呢?用哪种辨证方法呢?符教授舍症舍脉,仅仅依其疾病脑瘤进行辨病治疗。《景岳全书》云:“脾肾不足及虚弱失调之人,多有积聚之病。”现代很多医家也认为,脑瘤病的发生是本虚标实,多由于体质虚弱,血行不畅,痰浊阻滞,髓海受损,痰瘀聚成块,阻塞脑络所致^[6-8]。但该患者并无脾肾亏虚之象,所以予以化痰活血、软坚散结直捣黄龙。目前临床上常用的辨证方法有3种。

2.3.1 辨病与辨证相结合 这是中医学院毕业的很多医生常用的辨证方法。沿用西医诊断模式,首先辨病,然后在该病基础上根据证候诊断依据分为主症和次症,诊断标准为2个主症和若干次症组成^[9]。这种辨证方法虽然比较简单,使临床科研的证候分型有标准可依。但存在的主要问题是许多疾病存在共病现象,比如中风病与抑郁症、癫痫共病,头痛病与情志病共病等等,使得辨病变得并不重要。其次许多主症在不同患者身上并非都能体现出来,比如脑瘤的患者教科书上有头痛、肢体偏瘫、言语困难等主症,而我们临床所见的很多脑瘤患者根本没有任何临床症状,只是在体检中发现的。

2.3.2 病理因素辨证 这是现代中西医结合临床常用的诊断方法,即在现代中医证候研究的基础上,确定每一证候的理论指标,在诊断过程中直接套用相关的指标为依据进行辨证^[10]。辨证的基本要素就是相对各种病理因素设计的症候群,然后设计症候群的量表,进行评分^[11],由此派生出很多理论,如“血瘀论”“血热论”“痰火论”,这种辨证方法看起来似乎比较客观,也符合现代量化要求,但实际上摈弃了中医整体观念的基本内涵。临床工作中,患者就诊时间本来就短,做科研的医生就用量表进行打分,临床的医生就简单看看舌苔、脉象,完全剥夺了患者自诉病情的时间,失去了很多辨证信息。中医有“医经家”和“医病家”,前者医生是对病人这个整体进行辨证,后者是根据疾病本身进行辨证,容易忽略疾病以外的症状,使得主症信息不完整,辨证不准确。

2.3.3 主症辨证模式 这是经方派常用的辨证方法,主症辨证必须建立在医生具有丰富的临床实践基础上,要求医生对疾病的全过程和临床表现的主次要矛盾必须有全面的了解。不足之处是对医生要求很高,而且辨证准确性容易受患者表达能力的影响和医生主观臆断的影响。所以经常出现同样的患者在不同的医生处就诊,结果治疗方案是完全相反的。

这三种辨证方法虽然不是尽善尽美,各有所短,但临床中完全可以各取其长。总之,辨证方法精准,就是不能拘泥于“主症辨证”“病理因素辨证”还是“辨病与辨证相结合”哪一种模式,也不管是经方派还是时方派,只要取我所需,为我所用。

符教授提出的“精准辨证”是通过全面的辨证主症信息收集,使得主症信息精准,由于疾病总是不断变化和发展,辨证过程的动态性就是紧跟疾病的主症变化,审辨病性,抓住疾病的本质,并针对本质进行治疗,做到未病先知、知其传变、防患于未然,这样才能使得辨证过程精准。辨证方法的精准,抓住中医学与精准医学的共通点,因人、因时、因地制宜

黄福斌应用膏方治疗久泻之经验

黄河 杨森林 张阳 刘柱成 杨文娟 徐兆山

(南京中医药大学附属盐城市中医院, 江苏盐城 224001)

指导:黄福斌

摘要 黄福斌教授认为久泻病位在脾,与肝肾密切相关。病机以脾虚湿盛为主,虚实夹杂为多。治疗以健脾运气,化湿利湿为基本治法,辅以温肾、疏肝、化滞、活血等。临证善用风药,升脾燥湿;补通兼施,动静结合。附验案1则以佐证。

关键词 黄福斌 膏方 久泻 中医病机 健脾祛湿 名医经验

中图分类号 R256.34 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)02-0018-02

黄福斌教授是江苏省名中医,临证35年,善用膏方调治脾胃病,现将其应用膏方调治久泻的经验介绍如下。

1 久泻病机 虚实夹杂

久泻虽以虚证为主,但黄教授认为在临床实际工作中,纯虚纯实者少,而以虚实夹杂者为多。虚以脾虚为主,正如《景岳全书·泄泻》所述“泄泻之本无不由于脾胃”。病久常伴肾阳损伤,导致脾肾两虚。脾虚而生湿浊,或复因外感、饮食所伤,引动内湿,则见虚中夹实。然湿邪又因有夹热、夹寒之不同,而有湿热、寒湿之别。脾虚湿盛,运化无力,常因情志刺激,精神紧张,或于怒时进食,导致土虚木贼,肝脾

失调。泄泻日久入络,血瘀肠络见腹部刺痛,痛有定处。又有久泻湿热未尽,气阴已伤者。膏方善于补虚疗疾,对久泻虚实夹杂之证尤为适宜,应用膏方时应当标本兼顾,攻补兼施,临证时尤需审证求因,谨守病机,掌握好攻补的孰多孰少,方可出奇制胜。

2 治脾为主 兼顾其他

泄泻者,脾病也。纵观黄教授治疗久泻的膏方均以健脾运气,化湿利湿为基本治法。药用人参、党参、黄芪、炒白术、炒山药、炒白扁豆、莲子、芡实等健脾益气。关于参的运用,一般脾气虚多用党参;脾气虚甚多用生晒参;偏阳虚多用红参;脾阴不足又有沙参、太子参、西洋参之别;病久夹瘀多用丹参。化湿

进行个体化辨证,透过现象(症状、体征)看本质(证候),而不拘泥于舌苔、脉象、主症是否相符,这种司外揣内,以象论藏,就是中医学的“辨证思维”。

参考文献

[1] 张佳星.推进精准医学发展助力健康中国建设:访中国工程院院士、中国医学科学院院长曹雪涛委员[N].科技日报, 2015-03-10(1).

[2] CHAUSSABEL D, PULENDRAN B. A vision and a prescription for big data-enabled medicine[J].NatImmunol, 2015, 16(5): 435.

[3] 黎敬波.为什么要提出中医过程辨证学[N].中国中医药报, 2003-01-27(1).

[4] 李灿东.论中医辨证思维与辨证体系的发展[J].福建中医学院学报, 2001, 11(4): 49.

[5] 方肇勤.辨证标准的基本要素与构成[J].上海中医药杂志, 2004, 38(1): 3.

[6] 周岱翰.中医肿瘤学[M].北京:中国中医药出版社, 2011: 14.

[7] 梁格.全国名老中医梁剑波教授治疗肿瘤经验方及其医案的整理和研究[D].广州:广州中医药大学, 2016.

[8] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社, 2012: 324.

[9] 邓铁涛.中医诊断学[M].北京:人民卫生出版社, 2008: 18.

[10] 李灿东.从方法论谈中西医理论体系特色[J].福建中医学院学报, 2000(4): 37.

[11] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社, 1994: 19.

第一作者: 仓志兰(1977—),女,医学硕士,副主任医师,中西医结合神经内科专业。

通讯作者: 吴明华,博士,主任医师,硕士研究生导师。mhuawu@163.com

收稿日期: 2017-04-20

编辑: 傅如海