辨证论治不足探析及辨因论治中医诊断新体系构建

王园园　单 珂（通讯作者）
聊城市中医医院，山东 聊城 252000

摘要：文章分析了辨证论治的不足，提出创建以辨因论治为核心的诊断新体系。辨证论治虽为中医基本特点和诊疗原则，但存在概念含糊、受西医影响、无证可辨、证同因异等局限性。“治病必求于本” 是中医临床治疗的指导思想，以病因为本可演绎为审因论治即辨因论治。文章详细阐述了五运六气、六淫、气血痰食毒等多种病因的辨析方法。创建以辨因论治为核心的诊断体系，可实现辨病论治、审机论治、辨证论治等灵活结合，符合《内经》精神，能提高临床诊断准确性和疗效，完善中医诊断体系。

关键词：辨证论治；辨因论治；病因；中医诊断体系

0 引言

中医辨证论治虽为基本特点和诊疗原则，但存在概念含糊、受西医影响等局限性。随着医学发展，其短板渐显，如无证可辨、证同因异等。基于 “治病必求于本”，文章以病因作为核心思路，旨在创建以辨因论治为核心，结合多维方式的新型诊断体系，提高临床水平，为中医发展提供新方向。

1 辨证论治

1.1 辨证论治溯源

《证治要义》刊刻于 1775 年，首次提出“辨证论治”，清代医家陈当务对其内涵做了论述，这与现代中医对这一术语的表述高度接近。《五十二病方》、《内经》所述十二方均是对症治疗的经典处方，属于“辨证论治”最初形式[1]。

1.2 现代中医学术界关于“辨证论治”论述

1955 年“辨证论治”出现在任应秋发表的《伟大的祖国医学的成就》和《中医的辨证论治体系》中[2]。1957 年秦伯未发表《中医辨证论治概说》又提及“辨证论治”。1960 年“辨证论治”被载入教科书《中医内科学讲义》沿用至今[3]。从此 “辨证论治”作为中医学的基本特点和临床诊断与治疗疾病的基本原则，开始影响众多中医学子并形成“定式”的中医临床诊疗思维。

1.3 教科书中关于辨证论治的概述

辨证是通过四诊合参所采集到的疾病信息，应用中医基础理论进行解析，辨清病因、病性、病位和病势，归纳为何种证型的过程。论治则是依据辨证之结果，选用相应的治疗原则和方法[4]。

1.4 辨证论治在中医学中的地位

“辨证论治”视为中医学的基本特点和诊疗疾病的基本纲领纳入课本。《中医大辞典》[5]明确：“辨证论治又称为辨证施治，是理法方药运用于临床的过程，为中医学术的基本特点，通过四诊合参、八纲、脏腑等对患者的症状、体征进行解析，诊断出其证候，称为辨证。在辨证的基础上，制定出的治疗方法与措施，称为论治”。

2 症、证

干祖望[6]《病、症、证三字必须区别》一文论述了“症”字的历史沿革。“症” 字虽在 1254 年李昂英的《文溪集》中出现，但与中医学关系甚小。明代万历年间，谢肇淛在《五杂俎·物之部》中首次以 “症” 明确表达疾病意义，即 “人有阴症寒疾者”。此后医学文献广泛使用 “症”，基本取代 “证”。不过，张介宾的《景岳全书》仍频繁使用 “证”。在古汉语中，“症（癥）” 专指腹部结块病症[7]。中医中，“症” 一般指疾病症状，“癥” 原指腹内结块病，后泛指所有疾病症状。教科书将 “症” 定义为症状和体征，即疾病外在表现，如口干、面红、尿黄等主观感受为症状，舌红、脉浮等医生检查发现的为体征[8]。张仲景《伤寒杂病论》中证的含义至少有三层：第一层是将证作为症状的解读；第二层是将证作为疾病诊断的证名或证型的解读；第三层是将证用于病位和病性的解读。《诸病源候论》论述疾病的病因、病机和证候，其中的“候”应当理解为“证”，包括症状、脉象、颜色等疾病表现。现代中医对证的概述为：证即证候或证型，是疾病演变过程中某一阶段的病理概括，涵盖病因、病位、病性、病势及正邪关系等，反映机体当时的抗病状态[9]。

3 辨证论治的局限性

无证可辨是指医学设备检测结果为指标异常，但患者

感觉正常，出现检测指标与临“证”不符，中医临床辨证论治倍感迷惑,出现无证可辨的情况[10]。或当百合病[11]状如：“意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时,或有不用闻食臭时,如寒无寒,如热无热。”《金匮要略》虽有方，但中医临床辨证很难，当无证可辨时，“辨证论治”便失去其“基本原则”的灵魂。证同因异：有病颈痈者，或石治之，或针灸治之，而皆已，其真安在？岐伯曰：此同名异等者也。夫痈气之息者，宜以针开除去之；夫气盛血聚者，宜石而泻之。此所谓同病异治也[12]。证非病本：《伤寒论·辨阳明病脉证并治法第八》曰：“阳明病，外证云何？答曰：身热，汗自出，不恶寒，反恶热也。”文中“证”与疾病“症状”之意合[13]，非病之本。证多则惑：临床诊断时，若遇患者症状颇多，则临证迷惑，难以诊疗投方，疗效更难以精准。

4 治病必求于本

“求本”之溯源：基于上述分析，辨证论治确有不足之处，临床具体应用，时遇短板与矛盾，无法精准把握疾病之本，有必要重回《内经》探索“治病必求于本”之外延。《素问·阴阳应象大论篇》曰：“阴阳者，天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也,治病必求于本。”治病求本当为中医临床治疗疾病的指导思想和最高纲领。以“病因”为本：在“治病必求于本”的准则下，《内经》又强调以病因为本，《素问·至真要大论篇》言：“必伏其所主，而先其所因。”《罗氏会约医镜》曰：“精一者，圣道之本，而医道亦须精一以为之本。”言之病因即病本，从病因为本演绎为审因论治，成为后世医家运用的一种较高水准的诊疗法则[13]。

5 病因之辨

5.1 五运六气

2020 年新冠肺炎疫情,属己亥岁末,太阳寒水主气,气温偏高，冬行春令，降水偏多，湿毒盛行，据五运六气推理，2019 年为己亥年，《素问·气交变大论篇》曰：“岁土不及,风乃大行,民病飧泄,霍乱,体重腹痛……。”岁土不及便是主要客观病因。宋医家陈无择《三因极一病证方论》将“白术厚朴汤”作为主方用于六己年土运不及；又《金匮要略》射干麻黄汤、《伤寒论》小青龙汤，均适用于新冠肺炎疫情[14]。

5.2 “六淫”之邪

《黄帝内经·至真要大论篇第七十四》曰：“夫百病之生也，皆生于风寒暑湿燥火，以之化之变也。”六气平和更替，造就了万物的生、 长、化、收、藏；六气过与不及，邪气首先易从经络传入，再进入脏腑，这种致病的外感病邪为“六淫”。 临床中应当重视六气作为病因在诊断中的重要地位，精准诊断出六气之邪，有的放矢，按因投方，精准诊治。

5.3 气血痰食毒

徐灵胎曰：“致病者为病因，有风、寒、痰、食、阴虚、火旺、郁、怒、忧、思、劳、怯、虫症等，此谓因。知其疾病之因，则不得以见热而投寒，盖热同而致热者非同，用药亦不同。(《医学源流论·病同因别论》)[15]。”气血：《黄帝内经·阴阳应象大论》：“左右者，阴阳之道路也。”《脉经》：“左主司官，右主司府。”官为脏属阴；府为腑属阳。以脉诊方式辨脏腑，左手脉属阴、右手脉属阳[16]。《素问·调经论》曰：“人之所有者，血与气耳。”阴当为血、阳当为气；左右脉大小沉浮等，诊断气血之盈亏。又临床常见舌高凸、低陷同存，并见舌质大部分松软、微有颤动，此类往往为气血不足、虚实夹杂之象[17]。舌左露出舌质，或缺口即为血虚；舌右薄、嫩，露出舌质，即为气虚。痰：《金匮翼》：“痰者，食物所化，饮者，水饮所成。”痰包括：风痰、湿痰、寒痰、食痰、燥痰、热痰等[18]，痰分为有形之痰、无形之痰，有形之痰触之可及、闻之有声，以肺胃为主。食：《诸病源候论·宿食不消候》曰：“宿食不消，脏气虚弱，寒气在于脾胃之间，故使谷不化也。宿谷未消，新谷又入，脾气既弱，故不能磨之，则经宿而不消也。”[19]六腑当实而不满，临床上看，饮食过饱，消化不及，饮食停腑，脾运不足，则生积滞。临床可采用通腑、行滞、消导，用针灸或汤药予以推陈出新。毒：毒素致病根本主要分为三类：一是癌毒等病理状态；二是毒蛇等咬伤引发的毒素；三是瘟疫相关的毒害。疾病根源于气血不足与阴实过剩的冲突。疾病可分为气血不足类和阴实有余类。以阴实角度，疾病可分为四类：阳虚、阴虚、气虚、血虚兼夹证，这是“察色辨脉，首辨阴阳”的另一种表述。舌象异常之高、低、"打旋"处即为病灶。舌体表面的凸陷情况，凸起者常为实证，陷低者通常为虚证[20]。

5.4 七情致病

七情包括喜、怒、 忧、思、悲、恐、惊等。七情为人的内在情志，由内而发，影响五脏六腑，而引发不同的病理机制。《素问·阴阳应象大论》曰 ：“心在志为喜，喜伤心。”“肝在志为怒，怒伤肝。”“脾在志为思，思伤脾。”“肺在志为忧，忧伤肺。”“肾在志为恐，恐伤肾。”七情致病在临床非常普遍，范进中举，因狂喜，倾

刻间精神失常。今人各种压力与情致疾病，临床诊断中“七情”作为病因不能忽略。

5.5 复合病因

临床上疾病的病因并非单一，多表现为复合病因致病，或多种病机混杂兼见，常见复合病因有： 风寒、风热、风湿、 燥湿、寒热、风火、痰瘀、湿热、气虚兼夹证、血虚兼夹证等。复合病，多采取复合治疗，如内外同治、表里兼治、寒温并用、攻补兼施、补气养血等。

5.6 《难经》五大病因

《难经·五十八难》曰：“伤寒有五，有中风、伤寒、湿温、热病、温病。”中风因感受风邪而致病；伤寒因感受寒邪而致病；湿温因感受湿邪、温邪而致病；热病因感受热邪而致病；温病因感受温邪而致病。五大病因为临床外感病病因的辨证、诊疗提供了精准参考依据。

5.7 经络之因

经络病因之辨是以经络学说为理论基础，而进行诊察，结合病人症状、体征进行分析，诊断出病犯何经、何腑、何脏的病因诊断方式。经络辨因法，比较灵活简单，临床运用方便，治疗时用针灸也可快速取得疗效。

5.8 舌诊病因之辨

《易经·文王八卦方位图》曰：“北方属离卦，属心和属火。南方属坎卦，属水、属肾和属命门。舌左侧属东、属震卦,属木、属肝。舌右侧属金、属西为兑，为肺与大肠。舌中部为内,属土、属坤卦、属脾胃。”但是临床运用时，参考“病人是老师”信息反馈反复推敲，舌象图脏腑参考布局如图 1 所示。

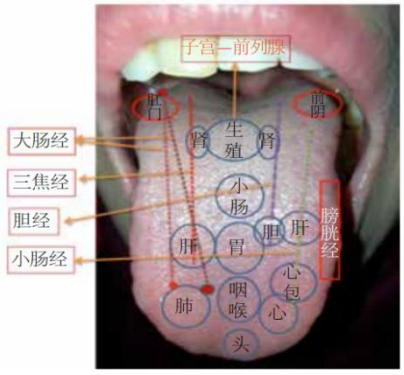

图 1 三环经络脏腑舌象分布图

从舌象图辨证病因方法：

风：风的舌象，舌苔为灰白色，呈雪花状或零星散在状；舌质偏红， 因为风为阳性。若舌质偏白，那就是寒了。风分为内、外两种，内风 舌质嫩，外风舌质老。寒：寒在舌象上可以清楚的显示出来，苔白舌质不红[21]。可表现为恶寒、发冷、疼痛、强等症状。寒分内、外两种。若患者舌质偏红而苔白，虽有流清涕、发冷之症状，此为风邪而非寒邪,因为风为阳邪,其舌质必是偏红,可用荆芥、苏叶、薄荷、蝉蜕、一枝黄花药物治疗。又舌上无刺而津润者，中寒也[22]。暑：暑在时令上有严格的时间限制，在舌象上可以表现为舌质红，苔黄，或者苔白（贪凉饮冷所致），结合汗出、口渴、晕厥等症状辨证。湿：在舌象上表现为苔白腻，而不稠浊。湿邪分为内、外湿，外湿又分为湿热与寒湿；湿热舌苔黄腻，舌色偏红，舌面湿润或黏腻；寒湿舌苔白腻，但舌色淡，舌体胖大伴有齿痕，舌面水滑，甚至唾涎欲滴。燥：燥邪侵袭人体可以表现为鼻咽干燥，干咳少痰，皮肤干燥等症状。舌象上，表现为舌面干而少津。 可由风化为燥，也可由湿积化燥，风化为燥用葛根，湿积为燥用花粉。燥分为温燥和凉燥。凉燥舌淡白，舌苔有津；温燥舌红少津，舌尖红赤。火：火是太阳的光辉的延续。在人体，火分为君火和相火。君火亢盛为阴火，相火亢盛为阳火，阴火以血养，相火以水养。火为热之极， 热为火之渐。火的临床表现形式及其丰富，分为实、虚、凉火及火郁等，实火当泻，虚火当补，火郁当发，凉火当散。在舌象上表现为舌质红，苔黄。 相火的舌象，舌根凹陷、毛糙，舌尖（心肺）有火发之痕迹。君火的舌象，舌露虚边，有血虚、气虚的痕迹。火郁的舌象局部厚而兼有其他病因。凉火就是寒包火。[21]《舌鉴辨正》[23]曰：“舌呈裂状，舌质红且舌中有“人”字形裂纹，此君火之燔灼也，热毒乘势炎上，因此发裂。如渴者且甚则燥热者，宜大承气汤治之。”气：在舌象上表现为右侧舌质淡、白、薄。如气运行不畅，就会产生气郁、气滞之症状，在症状上表现为烦、抑郁、唉声叹气等，舌象上右侧会有淤象。血：血和气一样都是生命的营养物质，如果血不足或运行不畅，就会产生血虚、血瘀这些临床症状，表现为头晕、心烦、疼痛、月经不调等。在舌象上表现为舌质淡或舌质瘀。痰：痰是由于机体气滞或阳气不足或情志不宣,津液不行,停滞积聚于体内而生。痰既是病理产物，又是致病之因，其临床症状丰富多彩，舌象上表现为苔稠腻而有光泽。食：食舌象表现为浊、脏、腻。食是现代社会产生疾病最直接的原因。毒：毒在舌象上有三项特征：其一，舌面呈现污浊不洁之态，脏腻尤著；其二，舌苔沉积深厚，甚则难以窥见其下；其三，舌象整体呈现出极高的空间密度，感觉异常紧密。凡是舌象上的异常之高处、或低处、或打旋的地方就是病灶之处。

6 小结

创建以“辨因论治”为核心的诊断方式符合《黄帝内经》“治病必求于本”的精神，可实现辨病论治、审机论治、辨证论治等灵活结合，形成新的中医诊断体系。“辨因论治”能让我们跳出对症状分析的依赖以及“依症索方”“依方套症”的固有模式，因为病因是本质，症状是现象。它是《黄帝内经》疾病治疗原则的诠释，是传统中医守正创新的成果，补充和完善了中医诊断体系，丰富了现代中医学内容，还能融入各类学术，提高临床诊断准确性、疗效以及一线中医从业自信。

参考文献：

[1]王思齐,刘森,张世栋.仔猪湿热泄泻的证型分布与辨证论治[J].中兽医医药杂志,2024,43(05):83-86.

[2]任朝莹,文娟,李思汉,等.基于证素辨证证名动态组合规律探析中医证名英译[J].环球中医药,2023,16(08):1588-1591.

[3]上海中医学院内科教研组.中医内科学讲义[M].人民卫生出版社,1960.

[4]孙广仁.《中医基础理论》[M].中国中医药出版社,北京,2015.

[5]李经纬,等.中医大辞典[M].2 版.人民卫生出版社,2010.

[6]干祖望.病、症、证三字必须区别析疑解惑[M].27-29 页.

[7]薛飞飞,陈家旭.中医辨证论治体系的形成和发展[J].北京中医药大学学报,2006,(10):658-661.

[8]王敏勇.《中医基础理论》[M].中国中医药出版社,北京,2015.

[9]刘昌财.江西中医药大学学报,2021,33(01)[J].

[10]高思华,等.中医基础理论[M].2 版.人民卫生出版社,2012.13.

[11]曹颖甫.《金匮发微》[M].中国医药科技出版社,2014.8.

[12]郭霭春.《内经素问校注·病能论》[M].人民卫生出版社,2013.

[13]王丹丹,于亭,谭佳慧,等.基于中医“治病求本”理论对牡蛎泽泻散治疗糖尿病肾病伴水肿的探讨[J].临床合理用药,2023,16(33):178-181.

[14]周光明,唐志安.从五运六气“湿”和“燥”角度探讨新型冠状病毒感染性肺炎的防治[J].湖北中医杂志,2021,43(4).

[15]洪辉.以中医“治病求本”理念做好监督执纪“后半篇文章”[J].学习月刊,2024,(06):1.

[16]高松,高常柏.狼疮性肾炎中医病因病机探析[J].中国民间疗法,2024,32(07):15-17.

[17]赵宣博,等.浅谈中医舌诊[J].光明中医,2021,36(18).

[18]陈易瑶,李彦奇,刘宁乾,等.基于“气—痰—瘀”轴,从脏腑气机辨治甲亢[J/OL].环球中医药,1-6[2024-09-25].

[19]王勇军,傅志超,施媛,等.胃痞方治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效分析[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(09):771-775.

[20]李方旭,徐望明,徐雪,等.基于双模型互学习的半监督中医舌诊图像分割方法[J].液晶与显示,2024,39(08):1014-1023.

[21]张华,张竹叶,李文宏,等.基于辨因论治体系下的舌象药物运动轨迹分析[J].中华中医药杂志,2023,38(03):1343-1346.

[22]曹炳章.《辨舌指南》[M].天津科学技术出版社,2012.

[23]屠嘉树,屠益微,吕萍,等.《舌鉴辨正》寒热辨法浅析[J].中华中医药杂志,2023,38(01):318-320.

作者简介：王园园（1998—），女，陕西省咸阳市，汉族，山东中医药大学 2023 级中西医结合专业硕士研究生，山东中医药大学，中西医结合妇科。通讯作者：单珂（1980—），女，汉族，山东省聊城市人，硕士研究生，单位聊城市中医医院，职位妇产科副主任，主任医师，研究方向为中西医结合治疗不孕不育。