

“同证异治”的源流与发展

沈宏春¹, 王浩中², 陶 怡², 严石林^{2△}

(1. 泸州医学院, 四川泸州 646000; 2. 成都中医药大学, 四川成都 610075)

摘要: 笔者认为“同证异治”广泛存在于古代文献及临床实践中, 指出了“同证异治”与“异病同治”的区别与联系。文章以肾阳虚证为研究对象分别从方剂、临床各科疾病分析探讨了“同证异治”的内涵, 这不仅是对“异病同治”在理论上的补充, 同时也丰富了临床辨治思维。

关键词: “同证异治”; 肾阳虚证; “异病同治”

中图分类号: R241

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2013)01-0022-04

1 “同证异治”概念的提出

导师严石林教授在几十年的临床工作中发现, 不同的疾病, 虽证同但治却不同, 于是对传统观念提出的“异病同治”存有疑虑。经查阅大量文献后发现, 古人虽然没有明确提出异病“同证异治”的概念, 但是在历代文献中对同证异治的临床现象却有大量记载, 其中被世人尊为最早的辨证论治专著《伤寒杂病论》就有颇多描述。如程指明^[1]就认为《金匱要略》所记载的肝虚证, 可用直接补肝法治疗, 也可以用补脾法间接益肝治疗, 这是同证异治的典型示范。所谓“余脏准此”, 就说明同证异治可合理广泛地应用于临床。严石林^[2]将《伤寒论》中存在的同证异治现象用证来统括加以描述, 如在外感表证中, 同为治疗外感风寒实证, 有用麻黄汤, 有用葛根汤。二者所治大证都是外感风寒证, 但麻黄汤所治是以寒郁肌表, 肺气失宣, 以无汗而喘, 头身疼痛为其主症; 葛根汤所治是以寒郁经脉, 经气不通, 以项背强急为主症。两证的病机发展趋势和病位上存在差异, 出现大证同、细证不同、治法方药不同的现象, 称为“同证异治”。风寒“表郁轻证”中表实表虚大体相当用桂枝麻黄各半汤, 微微发汗解表; 表虚偏重, 表实偏轻, 故以桂枝二麻黄一汤调和营卫为主, 微发其汗; 外感风寒, 兼有郁热在里, 故用桂枝二越婢一汤, 微发其汗, 兼清里热。三者均为表郁轻证, 大证相同, 却有细微病机差别, 正是因为细证不

同, 故治法也就不同。使得我们认识同证异治的脉络更加清晰。

“同证异治”一词比较频繁的出现大概是在八十年代时期。这一时期中医学者对于什么是“同证异治”探讨得比较激烈。一鸣鸣^[3]认为, 疾病同, 证候也同, 但由于地理、水的不同, 或素体的强弱, 情志的忧乐, 因而病机上有区别, 治疗也就不同。张济民^[4]认为, 同病同证如异质或异因则应异治。孙世发^[5]则从证与治的关系出发, 阐述同证异治内涵, 认为同证之所以异治是因为证形成中遗漏了许多与治疗有关的重要因素, 诸如体质、性别、年龄、职业、居住环境、发病时令等, 诸如此类, 要求我们对相同证型的不同个体采取同证异治的方法。李顺民^[6]提出, 证同病不同治有不同, 证同病同治有不同, 病同人不同治有不同, 亦认为同证异治分异病同证异治和同病同证异治两种情况。异病同证异治, 是由于疾病的基本病理不相同, 所以决定了虽然传统辨证为同证, 但是在微观辨证上肯定存在不同之处。临床上的表现肯定就存在不同, 从而必须异治。舒鸿飞^[7]具体从病因不同、病理不同、病位不同、症状不同4个方面进行了阐述, 提出异病同证异治实际上是体现了异病异治的思想。赵金铎^[8]认为: “证候常由一种或多种证素所构成, 这是一切证候存在的必要基础。……临床所见的具体证候, 单一的形式较少, 常常以复合的形式出现”。

收稿日期: 2012-10-08

作者简介: 沈宏春(1979 ~), 男, 四川荣县人, 讲师, 主要从事脏腑病机及辨证规律研究。

△通信作者: 严石林, E-mail: ysl5356@163.com

以上医家所述均有道理,但是从中医诊断学的角度来讲,我们认为“同证异治”提出的关键在于对证的内涵认识不同。证的性质包含基础证、复合证、理论证和笼统证。在基础证相同的情况下,受不同疾病的影响,其下又可分为许多细证。治疗不同疾病引起的同一基础证时,此乃异病“同证同治”。若针对其下的细证,带有不同疾病的烙印,治疗方法和方剂必然有所变化,称之为异病“同证异治”^[9]。

综上所述,“同证异治”的含义是指病机大体相似的同一证候,不局限于“同证同治”,一法一方,而是具有多种具体治法和多方,或一种具体治法和多个不同处方,均可获得疗效。“同证异治”有其深刻内涵,其理论基础包括证候具有多元的本质属性(证的复杂内涵),证候受时令季节、环境、体质影响(证的临床个体化),证候受疾病基本病机的影响(证内有主、次、兼症差异),同证异方(临床同证异治的典型表现)4个方面。

2 “同证异治”、“异病同治”的区别与联系

首先,“异病同治”是指针对不同疾病采用同样的治法,其中的关键是“证”相同治也同。所以,“异病同治”是体现了中医辨证论治的特点。

“同证异治”是因为证有基础证、复合证、理论证和笼统证,针对基础证下的细证,治法会有所不同。此外,每个个体所处的环境、饮食、体质、禀赋不同,医生治疗时用药也会有所差异。所以,“同证异治”体现了中医治疗疾病的多样性和具体性,这种多样性和具体性诠释了临床上为什么同一证而可开出不同药方的缘由,即“一证多方”的现象。“同证异治”常包含“异病同证异治”和“同病同证异治”两种类型。

“异病同治”是辨证论治的一般规律,掌握它可以使中医药有广括的临床应用前景。然而要深刻掌握中医辨证治病的内涵和技巧,还必须进一步认识“同证异治”。因为只有认清了临床上的复合证,全面辨别了细证,所遣用的方药才最贴切,方能达到丝丝入扣的境界。简而言之,“异病同治”与“同证异治”均是中医临床辨证论治中的两种思维方法,二者均以“证”为核心,都遵循证同则治同的基本原则。所不同的是,异病同治适用于一些简单证。同证异治适用于复杂证、笼统证,更能应对多变的临床,二者互为补充。严石林^[10]总结了两者的关系,指出异病“同证异治”尽管在文字形式上与众所周知的“异

病同证”、“异病同治”不太一致,概念上容易引起歧义或混淆。实际而言,异病“同证异治”中的“同证”是大证相同,“异治”是细证有异而治法改变。总之,异病“同证同治”是大法、纲领,异病“同证异治”是具体、细目,后者是对前者的变化深入、补充和发展,并不违背辨证论治的精神。

3 从方剂的治法分类看异病“同证异治”

前面已从中医诊断学的角度对“同证异治”进行了理论上的探讨,中医是一个理、法、方、药的完备系统,如果仅有理论上的创新而无对应的方与法,也就无益于临床。那么在方剂治法上是否存在“同证异治”的现象呢?王浩中^[11]以下法为例对这一现象进行了阐释。下法为“八法”之一,是治疗大法,其下又可根据病机具体分为寒下法、温下法、润下法、逐水法和攻补兼施等5类小法。攻补兼施法进一步细化,又分成益气攻下,养血攻下,滋阴攻下和补阳攻下等若干更为具体的治疗方法。各种疾病只要出现里实证应用下法,这是治疗大法。病可以不同,只要证相同,则治法相同,这属于“异病同证”,“同证同治”。然而里实证是个基本病机,具体病机又有热结、寒积、阴亏、饮结、正虚的不同,应使用清热、温里、润肠、逐水、扶正等药物,从而体现了寒下法、温下法、润下法、逐水法和攻补兼施等5类小法。攻补兼施法中,因正虚的性质不同佐以益气、养血、滋阴和补阳药,就形成了益气攻下,养血攻下,滋阴攻下和补阳攻下法等若干更为具体的治疗方法。同为里实证,治疗的细法却各异,此乃“同证异治”。

中医的治法是针对病机与证候而确定的。病机有层次性,包含基本病机,具体病机和症状病机。如阴阳失调、升降失调属于基本病机;阴虚、阳虚、气逆、气陷或者卫气营血失调、上中下三焦失调等属于具体病机;气虚而不能上养清窍而头晕、耳鸣则是指症状病机。针对不同的病机中医的治法也就分为了治疗大法和具体治法。调整阴阳等属于治疗大法;益气活血、祛痰止咳等属于具体治法。也正是因为病机存在层次性,这就必然决定了证有层次性。“同证异治”的范畴应该是在一个基本证范围内探讨,即在证候的性质规定范围内,才能有多法多方之灵活性,而各法各方之间尚存在着某种有机联系。若超越证候性质的规定性,则有毫厘千里之失,此为量变质变之理^[9]。

4 “同证异治”的临床应用

4.1 男性勃起功能障碍肾阳虚证中的异病“同证异治”

于宏波^[12]总结男科阳痿病肾阳虚证方药时发现,同为肾阳虚证,治疗时不是都采用肾气丸进行治疗。对肾阳虚证较重患者,选用赞育丹加减达到温补肾阳、兴阳起痿,肾阳虚兼有气血亏虚时,治当温肾壮阳,补益气血,用五子衍宗丸加阳起石、锁阳、黄芪、当归等补益气血之品。而当肾阳虚出现肾精亏损时,其治当补肾壮阳、收涩固精。以上情况其基础证均为阳痿肾阳虚证,但细微病机、主症兼症各有不同,治则方药亦各有侧重,此正是所谓的同病“同证异治”。

4.2 妇科疾病肾阳虚证中的异病“同证异治”

沈宏春^[13]总结了有关妇科疾病肾阳虚证的治疗,认为肾阳在经、带、胎、产、孕中发挥重要作用,肾阳虚在不同妇科疾病下病机和治法有所不同,月经病中,可以出现肾阳亏虚、封藏失职,肾阳亏虚、寒凝血瘀,肾阳亏虚、精亏血少,肾阳亏虚、冲任失固等病机变化,从而分别选用固阴煎、金匱温经汤、加减苁蓉菟丝子丸、右归丸;带下病则有肾阳亏虚、寒湿带下,肾阳亏虚、水饮内停的病机变化,分别选用温肾收敛止带的内补丸、温阳化气行水的真武汤;不孕症则会出现肾阳亏虚、宫寒不孕,治以温肾暖胞的温饱饮。由此可见,在对妇科疾病的肾阳虚证的治疗中,有体现中医“异病同治”的特点。同时我们也看到在相同或不同的妇科疾病中同为肾阳虚证,其治疗原则虽然也都是温补肾阳,但是在具体的温肾治法中却表现出不同,可以使用滋肾温阳法、温肾收敛法、温肾固冲法、温肾暖胞、温肾活血法、温阳利水法等,在这些不同治法的前提下所选方剂也肯定不一样,这也同样体现了中医的另外一个特点,那就是异病“同证异治”。

4.3 五官科疾病肾阳虚证中的异病“同证异治”

严石林^[14]在总结五官科疾病肾阳虚证时,发现五官科疾病发展到一定阶段,均能见到肾阳虚的证候。由于受到五官生理病理的影响,虽然具有肾阳虚的共同属性,即大证相同,但眼耳鼻口咽各自所致细证的病位、病机、主症均有较大的差异。其治法、方药必然有所变化,才能获得满意的临床疗效。

同为肾阳虚证,鼻鼽,治宜温肾壮阳,散寒通窍。处方可选真武汤加麻黄、细辛、诃子。耳闭治宜补肾壮阳,温肾通窍。方选《重订严氏济生方》鹿茸丸。喉痹,治宜温补肾阳,祛寒利咽。方选《伤寒论》四逆汤合麻黄附子细辛汤。目赤,用麻黄附子细辛汤主之。口疮,治法宜温暖脾肾,祛散寒气。方用砂半理中汤,或附子理中汤加减。因此,凡大证相同,细证相同,治法才能相同。若细证不同,治法方药必然有别。也就是说,“异病同治”,不仅要“同证同治”,还要“同证异治”,才能使辨证治疗具有高度的针对性、准确性,真正实现在传统中医理论指导下证候诊断的客观化、规范化,提高临床辨证论治的水平。

以上学者仅总结了肾阳虚证在部分疾病中所存在的“同证异治”现象,并阐述了这一现象的机理。以上总结仅为沧海一粟,临床各科实际中广泛存在肾阳虚证的异治。所以,我们非常有必要进行实验研究阐明“异治”有效的机理,为临床提供准确的证据,提高临床疗效。

5 “同证异治”现代研究进展

“同证异治”早已为中医学者所认识,探讨其机理者不乏其人。如沈自尹^[15]等揭示了对于阴虚火旺证,由于存在肝火和心火的区别,两组样本间在尿儿茶酚胺值、尿 17 羟值方面 $P < 0.05$ 有显著性差异,具有统计学意义。王阶等^[16]研究了不同疾病的血瘀证,发现不同疾病在症状体征上,以及实验室检查的生化指标均有显著性差异。严石林^[17]收集肾阳虚证病例 9 例,进行 Agilent 人 4*44k 表达谱芯片实验,对差异表达基因进行 GO、Pathway 分析。发现 3 种疾病分别所特有的 mTOR、notch 及 Wnt 信号通路亦为肾阳虚证所共有,只是在通路的调控上有基因表达差异。其中糖尿病肾病肾阳虚组 mTOR 信号通路中存在差异基因 FKBP12,直接通过雷帕霉素调控该信号通路;阳痿肾阳虚组 Notch 通路通过 CIR1 和 DVL3 差异表达基因调控;慢性肾炎肾阳虚组 Wnt 信号通路通过 CAMK2G 差异表达基因调控。初步揭示了异病肾阳虚“同证异治”这一创新的辨证与治法观点的分子生物学基础。

6 研究同证异治的意义

“同证异治”是中医辨证论治理论体系的重要组成部分,体现了中医治病的特点。只有充分理解和应

用好“同证异治”理论,才有可能提高临床水平。我们采用现代医学的新技术对这一理论进行基础研究和论证,如果能取得突破,就能解释清楚“同证异治”的本质,为今后临床研究打下基础。

6.1 临床意义——丰富临床辨证思维

“异病同治”与“同证异治”均是中医临床辨证论治中的两种思维方法,“异病同治”是一般规律,而“同证异治”则是在辨证论治规律上进一步发展出来的特殊法则。“同证异治”是对“同病异治”,“异病同治”的补充,只有三者之和才能概括辨证论治的全部外延。三者相辅相成,使辨证论治的内容更加得以完善,充分体现了中医论治之原则性与灵活性。

“同证异治”可为临床提供更宽阔的治疗思路。相对单纯的证候,治疗思路比较单一。复杂疑难的证候,治疗思路则应灵活多变。面对复杂疑难的病证,即使证的诊断明确,大的方向不错,应当采用什么样的治法和方药,也十分耐人寻味。如果停留于“同证同治”,只具备一证一法一方的认识水平,不了解证候内部的复杂病机变化,不重视病对证、个体差异、时令环境社会对证的影响,即不知道“同证异治”,辨证思路就十分狭窄,则有毫厘千里之失,很难取得满意疗效。如果具备“同证异治”的思维方法,不仅能识别大的证候范围,还能掌握证的内部细微病机变化,心中贮备多种治疗方案,制定出针对性较强的治疗措施,就能做到在错综复杂的局面中成竹在胸,游刃有余,一击则中。

6.2 理论意义——指导证候细化分型

“同病异治”和“异病同治”是客观存在的,“同证异治”也是客观存在。如前所述,提出“同证异治”理论,是因为证形成中遗漏了许多与治疗有关的重要因素,诸如体质、性别、年龄、职业、居住环境、发病时令、疾病发展趋势等,在“证”中得不到反应。由于“证”有上述等因素的差异,从而决定“证”的内部存在有若干可以细分的亚型。因此要使辨证理论更好的指导临床实践,必须根据临床实际对“证”进行客观的细化分型,从而完善辨证理论体系。“同证异治”理论的提出,为证候客观细化分型奠定了基础,能提高医者的理论素养和临证能力。我们研究他的规律,深入探索“同证异治”取效的原因,有利于中

西医结合在理论上的探讨,有利于更好地指导中药临床,有利于辨证论治理论在形式上和内容上均得以完善。更重要的是我们可以从“同证异治”取效的结果,提出反问,完善证候的客观细化分型,以便取得理论上的突破,推动整个理论体系的发展与升华。

参考文献

- [1] 程指明. “同病异治”与“同证异治”[J]. 黑龙江中医药, 1985(2):10.
- [2] 严石林,于宏波,陈为,等. 从《伤寒论》探讨“同证异治”[J]. 四川中医, 2010,28(8):42-44.
- [3] 一鸣鸣. 读“略论同病异治,异病同治”后[J]. 江苏中医药, 1963(3):31.
- [4] 张济民. 试从《金匱要略》探讨同病异治异病同治的规律[J]. 浙江中医杂志, 1964(3):1.
- [5] 孙世发. 简述中医治则的分类 [J]. 北京中医学院学报, 1987(3):12.
- [6] 李顺民. 并非证同治也同[J]. 医学与哲学, 1986(5):43.
- [7] 舒鸿飞. 试论同证异治[J]. 新疆中医药, 1989(4):14
- [8] 赵金铎. 中医证候鉴别诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001:45.
- [9] 严石林,汤朝晖,鲁法庭,等. 从“一证多方”探讨“同证异治”[J]. 中华中医药学刊, 2008,26(7):1384-1385.
- [10] 严石林,鲁法庭,汤朝晖,等. “同证异治”理论基础和意义探讨. 中华中医药学会中医诊断学分会 2007 年年会论文集:11-14.
- [11] 王浩中,沈宏春,邓瑞镇,等. 从方剂治法的分类论“同证异治”[J]. 辽宁中医杂志, 2010,37(10):1913-1914.
- [12] 于宏波,张培海,邓瑞镇,等. 漫谈阳痿肾虚证“同证异治”[J]. 河南中医, 2011,31(3):292-293.
- [13] 沈宏春,邓瑞镇,王浩中,等. 从妇科疾病探讨肾阳虚“同证异治”[J]. 时珍国医国药, 2011,22(1):213-214.
- [14] 严石林,陈为,于宏波,等. 五官疾病中肾阳虚证的“同证异治”[J]. 中医眼耳鼻喉杂志, 2011,34(1):1-4.
- [15] 沈自尹. 从《伤寒论》与《内经》的不同学术渊源来研究“证”的本质[J]. 中医杂志, 1984(1):71.
- [16] 王阶. 关于血瘀证诊断研究的若干方法学问题 [J]. 中医杂志, 1989,(1):51.
- [17] 严石林,沈宏春,王浩中,等. 3 种疾病肾阳虚证“同证异治”的信号通路调控研究 [J]. 云南中医学院学报, 2012,35(1):5-9.

(编辑:岳胜难)

(英文摘要见第 34 页)

Determination of three Compositions in Rheum Ihasaense by UPLC

AN Li-zhen¹, CHEN Yun-jian², FANG-Fang², YANG Zhao-xiang²

(1. Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650500; 2. Institute for Drug Research and Development of Kunming Pharmaceutical Corporation, Kunming Yunnan 650100)

ABSTRACT: **Objective** To establish a method for the determination of polydatin, deoxyrhapontin and piceatannol 3'-O-β-D-glucopyranoside by ultra performance liquid chromatography (UPLC). **Methods** The assay was performed on a ACQUITY UPLC® BEH C₁₈ 1.7 μm 2.1×50mm Column with acetonitrile-water (15:85) as mobile phase in gradient elution at a flow of 0.4 ml/min. The detection wavelength was set at 319nm. The column temperature was 30 °C. **Results** polydatin, deoxyrhapontin and piceatannol 3'-O-β-D-glucopyranoside showed good linearity in the ranges of 1.0225~204.5, 1.02~204, 1~200 μg·mL⁻¹, respectively. The average recoveries of polydatin was 101.35% (RSD=3.7%), 98.36% (RSD=1.81%) for deoxyrhapontin and 99.33% (RSD=3.64%) for piceatannol 3'-O-β-D-glucopyranoside. **Conclusion** UPLC method may greatly improve the separation efficiency and analysis speed; This method can be applied in the determination of polydatin, deoxyrhapontin and piceatannol 3'-O-β-D-glucopyranoside in Rheum Ihasaense.

KEY WORDS: Rheum Ihasaense; piceatannol 3'-O-β-D-glucopyranoside; polydatin; deoxyrhapontin; UPLC

(原文见第 22 页)

The Origin and Development of “Treating the Same Syndrome with Different Methods”

SHEN Hong-chun¹, WANG Hao-zhong², TAO Yi², YAN Shi-lin²

(1. Luzhou Medical College, Luzhou Sichuan 646000; 2. Chengdu Chinese medicine University, Chengdu Sichuan 610075)

ABSTRACT: The author thinks that “treating same pattern with different method” widespread and ancient literature and clinical practice, points out that the “treating same pattern with different method” and “different disease pathogenesis” differences and relations. The kidney Yang deficiency syndrome as the research object respectively from the formula, clinical various immunity-lower disease analyzed the “treating same pattern with different method” connotation, this is not only different from disease pathogenesis in theory of supplement, but also enriched the clinical syndrome differentiation thinking.

KEY WORDS: “treating same pattern with different method”; Yang-deficiency syndrome

《云南中医学院学报》欢迎网上注册投稿

网址: <http://www.ynzyxyxb.cn>