

韦芳宁辨体 - 辨病 - 辨证经验介绍

梁惠陶 指导：韦芳宁

广东省中医院辨识体质中心，广东 广州 510120

[关键词] 血尿；辨体-辨病-辨证；名医经验；韦芳宁

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2017) 05-0156-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.05.058

韦芳宁是广东省中医院教授、主任、博士研究生导师。韦教授从事临床教学、科研工作30余年，曾师从中医体质学创始人、国医大师王琦教授及广东省肾病名中医杨霓芝教授。她善于把中医体质思想理论与中医肾脏病的诊治融为一体，特别是对血尿的治疗及善后调理有其独到之处。现将其辨体 - 辨病 - 辨证理论在肾脏病中的应用介绍如下。

1 辨体 - 辨病 - 辨证的概念

“体”，即体质，在70年代，王琦在继承古人有关体质论述的基础上，结合多年的临床体质调研，将人的体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质和特禀质9种类型^[1]。体质是机体新陈代谢的一种重要表现形式，是指机体在新陈代谢的生命过程中，在先天形成和后天培养的基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的、相对稳定的固有特质。是机体在新陈代谢中生长、发育过程中所形成的与自然、社会环境相适应的机体个性特征。体质是健康状态的背景，不同的人有着不同的体质背景，或体质特征，不同体质发病倾向有所不同。

疾病，是由自体内遗传系统存在疾病基因或环境刺激因素等的作用下引发或诱发生命机能发生有害改变。引发代谢、功能、结构、空间、大小的变化，表现为症状、体征和行为的异常。现代医学疾病的概念，可从病因、病理生理、病理解剖、发生发展及其预后规律综合反映疾病的本质，现代医学研究的对象是病人之病。中医对疾病的认识建立在症状学基础上的宏观认识。

证是对机体在疾病发展过程中某一阶段病理反应的概括，包括病变的部位、原因、性质以及邪正关系，反映这一阶段病理变化的本质。因而，证比症状更全面、更深刻、更正确地揭示疾病的本质。所谓辨证，就是根据四诊所收集的资料，通过分析、综合，辨清疾病的病因、性质、部位，以及邪正之间的关系，概括、判断为某种性质的证。辨证即是认证识证的过程。

辨证论治、整体观念是中医理论的核心，辨体、辨病是基础，但是都在治病中围绕着辨证。辨证为治疗时确定了方药的组方和原则，用药的时候兼顾病和体的情况。

体质决定患者的临床表现和病、证的发展方向。所谓的“同病异治”“异病同治”，虽然说治疗取决于证，但是其实就是体质表现的不同。卢依平^[2]认为辨体质与辨证的本质是一致的，且常比辨证更加便捷实用，即可洞察寒热真假，也可解决“无证可辨”困境，能明确指导立法用药以及预防保健。

现代疾病谱以慢性疾病为主的当代，综合运用辨体 - 辨病 - 辨证个体化治疗疾病的优势，发挥中医其独特的特色，具有重大的临床实践意义。辨体 - 辨病 - 辨证相结合及时在体质、疾病、证候三者之间内在联系的前提下，根据“体病相关”、“体质可调”的理论，以辨体论治为核心，将辨体 - 辨病 - 辨证密切结合，进行综合临床运用的一种诊疗思想。“体”是机体疾病发生前的状态，“病”是机体疾病基本的反映，“证”是机体疾病主要矛盾的表现。临床治疗应注重机体疾病发生前的状态，并从疾病的基本矛盾着手，重点解决疾病的主要矛盾^[3]。

辨体是以人为目标，辨病是以疾病全过程的病理特点与规律为目标；辨证是以“病”过程中的某一阶段为目标，是疾病某一阶段的病理特点与规律的总结。在诊疗过程中，疾病的本质、规律与特征由体质、疾病、证候三者以不同的角度、不同的层面反映出来。体质、疾病、证候相互联系，密不可分，其核心是辨体论治。体质在疾病的发生、发展、转归中起着重要作用，立法处方要充分考虑到体质因素。

2 慢性肾脏疾病与辨体 - 辨病 - 辨证的关系

慢性肾脏疾病是多种肾脏疾病的临床统称，如肾小球肾炎、隐匿性肾炎、肾盂肾炎、IgA肾病、糖尿病肾病、高血压肾病、慢性肾功能衰竭、过敏性紫癜性肾炎等等。韦教授认为，肾脏疾病基本是本虚标实的表现。其中慢性肾脏疾病的患

[收稿日期] 2016-11-13

[基金项目] 广东省中医院王琦名中医传承工作室 (E43713 2014-2017)

[作者简介] 梁惠陶 (1979-)，女，主治医师，研究方向：中医治未病。

者以气虚质居多。气虚体质患者以身体元气不足、脏腑功能低下为主要特点的一种体质状态。《黄帝内经》有“正气存内，邪不可干”“邪之所凑，其气必虚”。气机不足影响人体的正常生理功能，所以气虚质可使疾病形成和疾病容易发生转变。

其中慢性肾脏疾病病程较长，久病伤阳，故容易多见阳虚质，“久病必瘀，久病入络”，同时并见瘀血证。而瘀血又是造成本病病情迁延日久不愈的原因。韦教授强调治疗此病要兼用活血化瘀法。由于身体元气不足，气化无力，肾虚血瘀。故在结合本病体质的基础上，以补气为主，适当加以1~2味活血之品，能收到良好的效果。

韦教授也认为，IgA肾病患者的体质类型以气虚质、阴虚质、湿热质多^[4]；紫癜性肾炎以特禀质和湿热质患者居多^[5]。紫癜性肾炎患者多数和过敏体质相关，所以以特禀质居多。湿热是中医临床治疗中最常见类型，常见于心、肺、脾胃、肝胆、肾、膀胱及全身关节等多个脏器和部位的多种病变中。尤其以免疫性的肾病容易与湿热相关，具有一定的体质特征。而且现代人的自然环境和社会环境及人们生活方式的改变，在很大程度上为湿热、痰瘀体质的形成和发展提供了适宜的条件，使得很多现代人的体质更趋向于湿热。

韦教授在临床工作中也发现慢性肾小球肾炎、高血压肾病患者的气虚质、阳虚质、瘀血质为主^[6]，糖尿病肾病和慢性肾脏病代偿期患者中以气虚质为主^[7]，其中出现高尿酸血症患者，其体质为气虚质和湿热质、瘀血质最多^[8]。

对于体质研究，从古至今医家都重视，体质决定疾病的性质。张仲景在《伤寒论》中对于中风、伤寒是对外感太阳病的一种分类方法，体质虚、感风寒不重者即为中风，体质实、感风寒重者就是伤寒。体质决定病变的部位，《伤寒论》提到：素体阳盛之人，感邪后多发三阳病；素体阴盛之人，感邪后多发三阴病。可见体质的偏阴偏阳，决定发病的部位。考虑慢性肾脏病的原发病与中医体质类型构成有一定的相关性，原发病可影响体质的性质。体质是病、证产生的土壤，所以韦教授在临床治疗中注重慢性肾脏疾病和体质的共同调养。

慢性肾脏疾病的发生、发展是长期、慢性的过程。其中疾病表现与地域、遗传、年龄、生活习惯、感染等因素相关。慢性肾脏疾病早期多无明显症状和体征，常常无证可辨，临床上难以早期掌握。IgA肾病多见于青壮年，在一定的遗传基础上，与呼吸道、肠道感染相关；糖尿病肾病与本病和生活习惯相关，故中老年人多见。韦教授认为，气虚质与慢性肾脏疾病蛋白尿合并血尿密切相关，阴虚质与镜下血尿与蛋白尿相关，阳虚质与大量蛋白尿、低蛋白血症、高血脂症相关，这些指标的变化都会加重慢性肾脏疾病的病情提示这三种体质可能对慢性肾脏疾病的形成和发展具有某种内在的相关性^[9]。因此，中医体质类型情况更能表现疾病发病前或疾病早期的表现。辨识患者在发病前的体质状态，对患者疾病发生后的辨病和辨证有很大的帮助。

慢性肾脏疾病若不经常检查尿液，很难早期发现肾脏已发生病理变化。韦教授提出肾脏疾病重点在于早期的防治，发现病情，早期诊断，进行干预，可延缓肾功能的恶化程度的进展，推迟进入透析的时间，改善患者的生活质量，减轻家庭和社会的经济负担。辨病与辨体相结合更有裨益。《素问》中提出治病宜“法于阴阳，和于术数”，“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治为乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎！”故韦教授提出辨体与辨病相结合，临床辨识证候时，要不忘辨体质；对与体质密切相关的病、证，要从调体入手；在治疗过程中，辨证用药的同时要兼顾调整体质，要“因人”论治“无证”之病，从辨体、调体入手治本，对于治疗慢性肾脏疾病有明显优势。

辨证是为立法立方之本，辨体辨病应先行，但是辨证指导治疗疾病时的组方原则和药物。辨证论治强调认识一个统一的整体，脏腑之间、脏腑与形体之间、气血津液之间，不论在生理上还是病理上，都是紧密相关的^[10]。五脏六腑虽有不同的功能，但是相互之间也是不可分割的。辨体-辨病-辨证相结合的诊疗模式以辨体为核心，强调个体体质的差异性对疾病的发生、发展及用药的影响，体现了中医学“以人为本”“因人制宜”的学术思想。韦教授提出在治疗疾病时，需要把握主证来认识疾病，分析其证候的病机本质，在辨证论治、遣方用药的同时，兼顾病人的原发病和体质情况，从体、病、证不同层次认识疾病，由此制定的治法和方药具有相对的稳定性和可重复性，可使长期以来中医用药疗效难以重复的问题得到解决。

韦教授认为，虽然辨体、辨病、辨证产生发展于不同的年代，但是并不矛盾冲突。“体质是病、证产生的土壤”，体质与证候不仅密切相关，而且在层次上有不同的差异，故体质应该加以辨识，诊疗时要时刻不忘体质。“体病相关”，“体质可调”。韦教授提出“急则治其病证，缓则调其体质”，通过对机体所表现的各种现象进行分析、判断、对比。把这三种方法统一，融汇贯通，调理体质，对疾病的治疗取得明显疗效。韦教授在治疗疾病中根据患者体质中出现阴、阳、气、血不同方面的虚损情况，分别采用补气、养血等治疗方法以扶正御邪，调和气血，取得良好的效果。

3 病案举例

邓某，女，75岁，2012年5月31日初诊，病案号62440715。主诉：腰膝酸软反复发作1年余，加重伴小便涩痛1周。平素腰膝酸软，倦怠乏力，恶风怕冷，头晕、气短、多汗，腹胀，纳少，易反复感冒，大便时干时稀，现症小便涩痛，尿频，尿不尽，胸闷、心烦口苦，舌淡红、胖、有齿印，苔薄黄稍腻，脉沉细。近2月尿常规检查结果反复为白细胞(++~+++)，亚硝酸盐(+)，尿红细胞(+~++)，潜血(++)。患者在外院排除其他疾病，诊断为泌尿系感染，曾做膀胱镜提示

腺性膀胱炎。尿培养大肠埃希氏菌,对丁胺卡那或大庆霉素敏感,曾服用头孢呋辛钠、莫西沙星等抗生素,效果不明显。用药过程曾有腹泻、食欲不振等不适。故来寻求中医治疗。韦教授根据病情分析,中医诊断为淋证;西医诊断为尿路感染,腺性膀胱炎。韦教授认为该患者肾气虚衰,冲任二脉虚衰,天癸枯竭,其主要病机是肾虚、冲任不足。患者年老体弱,平素容易感冒,恶风气短,舌淡红、胖、有齿印,其体质为气虚质;但现症患者以小便涩痛、尿频、尿不尽,胸闷、心烦口苦为主要症状,因其患泌尿系感染病,但同时要兼顾其气虚体质,在患者目前表现出小便涩痛、尿频、尿不尽,胸闷、心烦口苦,“诸淋者,肾虚而膀胱热故也”是淋证泌尿系感染的基本病机。“急则治其病证”,现证为湿热蕴结下焦、膀胱气化不利,故以清热利湿通淋攻邪为主。处方:生地黄、牡丹皮、白茅根、女贞子、旱莲草各 10 g,山药、车前草、篇蓄、木棉花各 15 g,淡竹叶、灯芯草、甘草各 5 g。7 剂,每天 1 剂,水煎服。并予阿米卡星 0.4 g 静脉滴注,连用 7 天。6 月 7 日二诊:药后患者仍有腰酸腰痛、纳呆,偶有尿频,心烦口苦症状明显减轻。复查尿常规:白细胞(++),尿红细胞(+),亚硝酸盐(+). 继用阿米卡星 0.4 g 静脉滴注 7 天。现患者目前病情症状已缓解,故疾病稳定的时候,“缓则调其体质”,主要调理体质为主兼顾证候。患者气虚不固,肺脾气虚,卫外不固,治疗宜益气固表、健脾补肺,扶正御邪,拟以四君子汤加减。处方:党参、茯苓、山药、鱼腥草、车前草各 15 g,白术、白茅根、玉米须各 10 g。7 剂,每天 1 剂,水煎服。6 月 14 日三诊:症状改善,但是仍有疲倦,腰酸,舌淡红、胖,苔薄白,脉沉细。尿检红细胞(+). 遂停用抗生素,继续予以健脾益气四君子汤佐以益肾之药。处方:党参、茯苓、山药、鱼腥草、车前草各 15 g,白术、桑椹子、白茅根、玉米须各 10 g。14 剂,每天 1 剂,水煎服。2012 年 6 月 28 日复诊:患者精神好,二便调,胃纳可,舌淡红、胖,苔薄白,脉细。尿检红细胞(++),细菌培养阴性。守原方 14 剂善后,随访半年,期间未见泌感复发与重新感染之症。

韦教授认为,体质成于先天,后天影响,体质的稳定性是相对的,在机体的生长壮老的生命过程中,受到环境、精神、疾病等多种内外因素的影响,体质会发生变化,因此体质不单具有相对的稳定性,还具有动态的可变性。韦教授对治疗老年女性泌尿系感染,根据患者的表现分阶段治疗。老年女性泌尿

系感染容易迁延难愈,处于“天癸竭,地道不通”“精少,肾脏衰”的生理阶段。治疗原则,若在疾病稳定期,宜“缓则调其体质”,主要调理体质为主兼顾证候;若疾病处于急性期,则宜“急则治其病证”,治疗以患者表现出的证候为主。本案患者为老年女性,容易发生尿路感染,且抗生素耐药及二重感染,经过中医辨体辨病辨证施治后,坚持完成标准的抗生素疗程,并且在健脾益肾、清利湿热的中药护卫下,疾病告愈。抗生素有强大的驱邪作用,所以在选择中药时,不必再次选用苦寒伤胃之方,而是根据上述原则选用清热利湿、益气健脾或益气补肾之剂,以缓解抗生素带来的食欲不振或二重感染的副作用,并能承受标准疗程的杀菌治疗,为减少尿路感染的复发或重新感染奠定良好身体基础。

【参考文献】

- [1] 王琦. 9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(4): 1-8.
- [2] 卢依平. 辨体质 - 执简驭繁的临床辨证方法[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(8): 114-115.
- [3] 毕礼明, 陈英兰. 辨体 - 辨病 - 辨证体系在慢性肾脏病中的应用探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(11): 2314-2315.
- [4] 刘永芳, 王水华, 陈帮明, 等. 152 例 IgA 肾病中医体质类型与临床特征研究[J]. 中医临床研究, 2012, 4(18): 11-13.
- [5] 乔会秀. 紫癜性肾炎患者证候与中医体质类型关系研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(4): 118-120.
- [6] 刘玉霞. 北京市 206 例慢性肾脏病患者中医体质特点研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2009.
- [7] 孙文武. 中医体质类型与糖尿病肾病相关性分析[J]. 北京中医药, 2010, 29(9): 687-688.
- [8] 许勇. 260 例尿毒症患者中医体质类型的调查研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2010.
- [9] 韦芳宁, 王莉. 414 例慢性肾脏病患者中医体质特征研究[J]. 国际医学卫生导报, 2009, 15(1): 5-8.
- [10] 吴廷丽, 黄巧冰. 浅谈辨病与辨证方法[J]. 国医论坛, 2009, 24(3): 11.

(责任编辑:冯天保)