

·临证撷华·

本文引用:周平,周德生.基于慢性病内生邪气的杂合现象探讨陈大舜教授和法论治学术思想[J].湖南中医药大学学报,2017,37(12):1335-1340.

基于慢性病内生邪气的杂合现象探讨陈大舜教授 和法论治学术思想

周平^{1,3},周德生^{2,3*}

(1.湖南中医药大学,湖南长沙 410208;2.湖南中医药大学第一附属医院神经内科,湖南长沙 410007;
3.陈大舜全国名老中医药专家传承工作室,湖南长沙 410007)

〔摘要〕慢性病的病因特点不外病邪兼夹、内邪归化、内邪异化、内邪生化。复合病机表现为并列、主次差异、矛盾关系。慢性病表现为多病共存、共病,具有症状繁多复杂证候、复杂病程、动态变化的临床特征。陈大舜教授认为个体化的整体治疗观,临床需要根据内生邪气的杂合现象,慢性病以和法论治为落脚点。

〔关键词〕慢性病;病邪兼夹;内邪归化;内邪异化;内邪生化;和法论治;陈大舜

〔中图分类号〕R25 **〔文献标志码〕**A **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.12.010

Discussion on Harmonization Method Academic Thoughts Based on Heterozygous Phenomena of Chronic Diseases

ZHOU Ping^{1,3}, ZHOU Desheng^{2,3*}

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. Department of Neurology, the First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 3. National Heritage Studio of Traditional Chinese Medicine Experts, Changsha, Hunan 410007, China)

〔Abstract〕 The etiology of chronic diseases is characterized by mingle of pathogenic factors and domestication, foreignization and metaplasia of endogenous pathogenic. The compound pathogenesis shows its paratactic, master-structured and contradiction relationship. Chronic diseases contain forms of comorbidity and coexisted multiple diseases, featured by various symptoms, complicated syndromes, intricated course and dynamic changes. Therefore, Professor Chen thinks that individualized holistic approach of treatment should be based on the heterozygous phenomena of endogenous pathogenic. And the treatment of chronic diseases should take harmonization method as the foothold.

〔Keywords〕 chronic diseases; concurrent pathogen; internal pathogen naturalization; internal pathogen dissimulation; internal pathogen derivatization; harmonization method; Chen Dashun

慢性病已经成为我国居民健康的头号威胁,中医药防治慢性病具有无可争辩的优势。但是,目前缺乏中医药防治慢性病的理论研究。在实施陈大舜全国名老中医药专家传承工作中,本文归纳出了陈大舜教授和法论治学术思想及临床经验。在临床中体会到,和法论治是慢性病个体化整体治疗观的落脚点;从理论层面思考,其根本原因在于慢性病内生邪气的杂合现象。

1 慢性病内生邪气杂合为病的特点

慢性病的病因特点不外病邪兼夹、内邪归化、内邪异化、内邪生化。复合病机表现为并列、主次差异、矛盾关系。在疾病过程中,慢性病的复合证症状繁多,主症不明确,以主症(证)与兼次症(证)不固定为特征。

1.1 诸邪内生,杂合为因

内生邪气杂合,邪气有主次、先后。如风、寒、

〔收稿日期〕2017-09-22

〔基金项目〕国家中医药管理局陈大舜全国名老中医药专家传承工作室资助项目[国中医药人教发(2014)20号]。

〔作者简介〕周平,女,硕士,医师,主要从事中医药防治内科疾病研究。

〔通讯作者〕*周德生,男,主任医师,博士研究生导师,E-mail:2478020529@qq.com。

燥、热、痰、瘀、毒等相互兼夹、相互转化,虚实相因。另外,伏邪为特殊复合内邪。内外邪气招引,外邪引动内邪,内邪招引外邪。病邪转化也有外邪转化、内外邪转化、内生邪气转化之分。如外邪归化为某种已有的内邪、外邪导致某种已有的内邪异化为其他种类的内邪、外邪与正气交争导致某种新的内邪产生。临床实际情况是,常常复合外邪引动内邪致病,久之耗伤正气。正气亏虚也成为特殊复合内邪之一。慢性病内生邪气杂合为病的病机形式有以下4种。

1.1.1 病邪兼夹 表现为2种或2种以上病邪兼夹致病。病邪兼夹可分为内邪兼夹、内外邪兼夹^[1]。如毒邪每与风、火、痰、瘀等邪相兼为患。再如《重订通俗伤寒论·伤寒夹证》曰:“伤寒最多夹证。其病内外夹发,较兼证尤为难治。凡伤寒用正治法,而其病不愈,或反加重者,必有所夹而致。或夹食,或夹痰,或夹饮,或夹血,或夹阴,或夹哮,或夹痞,或夹痛,或夹胀,或夹泻,或夹痢,或夹疝,或夹癆,或夹临经,或夹妊娠,或夹产后。”

1.1.2 内邪归化 内邪归化的形式有3种。(1)移邪相兼:病邪表里出入、脏腑改变,病证产生相应的表里转化、脏腑变化,而病性没有改变。如《素问·气厥论》云:“大肠移热于胃,善食而瘦,又谓之食亦。”“肺移寒于肾,为涌水。”(2)同性兼化:病邪相兼、转化。同性兼化表现为同化、从化、从类化。指病邪侵入人体,能随人之体质差异、邪气侵犯部位的不同,以及时间变化和治疗不当等各种条件变化,而发生性质的变化,形成与原来病邪性质相反,与机体的素质一致的病理反应。如风邪同化,燥邪自生^[2]。(3)病邪兼夹转化:病邪在一定条件下相互转化。如血瘀日久,气机不行,可致津液输布代谢障碍,水液停蓄,形成痰饮;反之,若水液代谢严重受阻,痰湿内生,水饮停滞,则气机不畅,亦可影响血液运行而致血瘀。且痰随气血无处不到,具有易行性;痰性黏滞,易阻塞成块,具有易聚性,一旦痰浊形成,注于血脉,即会阻塞脉道,影响血流,使脉络瘀阻^[3]。瘀血、痰浊互为因果,互结相兼,“痰夹瘀血,随成窠囊”(朱丹溪)。

1.1.3 内邪异化 内邪异化的形式也有3种。(1)移邪相异:病邪表里出入、脏腑改变,病证发生相应的表里转化、脏腑变化,且病性发生了改变。《医宗金鉴·伤寒心法要诀》曰:“人感受邪气虽一,因其形脏不同,或从寒化,或从热化,或从虚化,或从实化,故多端不齐也。”(2)异性兼化:病邪相兼、转化。异性

兼化表现为异化。如六气太过即成毒,气机不畅则生浊^[4]。湿浊、湿毒壅阻气机,浊毒致郁^[5],气有余就是火,湿浊毒邪化热。极端表现为假象。《景岳全书·传忠录》云:“寒热有真假者,阴证似阳,阳证似阴也。盖阴极反能躁热,乃内寒而外热,即真寒假热也。假热者,水极似火也。”(3)病邪消长转化:病邪在一定条件下相互转化。如元气异化异流,耗损气血,癌邪渐生^[6]。又如石寿堂《医原·百病提纲论》说:“阴阳之气,不外燥湿。”“内伤千变万化,而推致病之由,亦只此燥湿两端,大道原不外一阴一阳也。”周学海《读医随笔·燥湿同形同病》指出“燥湿同病”,“燥湿同形”,此消彼长。因此,临床难治之燥证多因津液异生,异化为水湿、痰饮,并且共存^[7]。

1.1.4 内邪生化 内邪作为病因又能影响脏腑气化,从而产生新的病邪。如瘀血病久则生内热,瘀热化毒,伤阴化燥,阴虚、瘀血、内热、燥毒等诸邪合而为病。又如气滞、气逆等气机失调则产生瘀血、痰湿、寒结、热结、寒热互结等邪,诸邪合而为病。因此,内邪生化包括内邪归化及内邪异化的部分内容,且不局限于病性相同或者相异,更多的包含了性质并列的病理因素的内邪生化。内生邪气相兼与转化同时存在,新生之邪与原有内生邪气相互裹挟,形成复杂的病因因素^[1]。

1.2 多邪杂至,复合病机

有学者指出,多因复合、多种内生邪气复合、多病位复合、多病势复合是复合病机的临床特征^[8]。复合病机具体表现为各种因素的并列、主次差异、矛盾关系。

1.2.1 复合病机并列 《读医随笔·升降出入论》说:“其在病机,则内伤之病,多病于升降,以升降主里也;外感之病,多病于出入,以出入主外也。”以内生邪气而言,如因痰生瘀,因瘀生痰,痰瘀交阻;湿热蕴结,郁阻中焦,升降失和,有可能痰瘀并重、湿热并重。几种病机证素共存并列,交混凝聚,分不了主次,也分不清先后,病势也无缓急之别。

1.2.2 复合病机主次差异 大多数慢性病病程中,病机证素内部不平衡,内生邪气相互杂合,有主次差异,并在一定的条件下相互转化。如湿热蕴结,湿重于热,或热重于湿;阴阳两虚,阴虚为主,或阳虚为主,既分主次,也分先后缓急。所以,病机可以分成若干相互间有内在联系的亚病机,疾病某一阶段的病机与其临床证候群相对应,可以分成若干个相互对

应的亚病机与亚证候群。分清其先后、症状轻重,就可以辨明亚病机的主次或标本关系^[9]。

1.2.3 复合病机矛盾 诸如虚实错杂,寒热错杂,上燥下湿,津液亏湿浊盛,表里上下病变不一,阴阳气血营卫失和,脏腑气机不调等等,病机矛盾复杂。当然,即使多重病机矛盾,矛盾各方有时也有主次之分,在疾病过程中其主次也有阶段性变化。各种邪气既可能相互加重,也可能相互转化,此消彼长,交织蕴结,虚者更虚实者更实,以致某些慢性病成为危重重症,或者成为疑难病症。

1.3 慢性病程,证候转变

慢性病表现为多病共存、共病,具有症状繁多、复杂证候、主症(证)与兼次症(证)动态变化、复杂病程的临床特征。

1.3.1 复合证候,动态变化 (1)临床症状繁多 慢性病的临床症状包括患者的主观不适、异常感觉、功能变化或明显的病态改变等等多种多样,许多相关的症状组成症状群^[10],从一般意义上反映某种疾病的某些本质属性。一般认为病机是疾病本质,症状与病机的关系不是机械的线性关系,临床症状群组合的多样性、各种症状权重的差异性,依照疾病自身的转变规律和变化机制,或者治疗措施的干预效果,临床症状随时间变化,症状群的存在状态成为现在症状,嬗变的前状态成为既往症状。因此,我们只能用时态相对定位性^[11]来认识各种纷繁难辨的临床表现。

(2)主症(证)与兼次症(证)不明确、不固定

“症”包括症状和体征。主症是指病证的主要症状与体征;兼症也称为次症,是指病证的次要症状与体征,有的兼次症往往随着主症的产生而产生,随着主症的变化而发生相应的改变。慢性病的病程中,其来也缓,其成也渐。若病情复杂,多种矛盾混杂在一起,如病情隐蔽,症状繁多,主症不明确、不突出;或者舌、脉与症状不符,乃至舌脉与主症矛盾;或同时出现两种以上的复合证候;或因邪正消长,病机变化,病证转移,原来主症降居次要地位,成为次症等,因此,主症的确定往往较为棘手,辨证更为困难^[12]。

(3)复合证候 患者同时具有两个或两个以上证时称为复合证。在疾病过程中,中医证候常以复合证型形式存在。如复合证占临床住院病人的66.18%~89.57%^[13]。即便是单一证候,其发展过程中仍有演变为复合证候或者转化为其他证候的可能

性。慢性病的复合证候症状繁多,主症不明确。并且,复合证候存在相互转化,原发证与继发证同时存在。从“病”到“证”,从“证”到“病”,“病”和“证”分别独立发生、发展并共同存在。因此,中医证候的客观化和标准化,与病证结合也必须找到其“融合点”。

1.3.2 多病共存、共病,病程复杂 (1)共病及多病共存特点:共病与多病共存是最易混淆的2个相近概念。共病又称同病、合病。美国国家共病系列调查参考终生患病率的概念提出了终生共病的概念^[14],即同一个体在生命的不同时期发生的多种疾病。共病有3种主要形式:①躯体疾病与躯体疾病共病,如糖尿病与缺血性心脏病共病;②躯体疾病与精神心理疾病共病,如尿失禁与抑郁障碍共病;③精神心理疾病与精神心理疾病共病,如焦虑症与抑郁障碍共病。多病共存指的是患者同时存在 ≥ 2 种疾病,即多病共存通常是多病因疾病,并不明确哪一疾病为索引疾病,即通常意义上的多病共患^[15]。而共病所强调的是共生,即具有相同/相近病因的一簇疾病的共存状态。概括来说,共病强调“共因”,而多病共存仅强调“共存”。

共病共存之间可以是相互联系,也可以是相互平行。临床管理复杂困难,或有治疗矛盾,所以,需要根据各病种的关键病机,实施和法论治。

(2)复杂病程特点:经络脏腑的病理传变形式多样^[16],故慢性病病情复杂,病程迁延、顽固难愈、此消彼长、容易复发。临床表现以主症(证)与兼次症(证)不固定为特征。患者的治疗遵医行为亦影响病情及病程变化^[17]。

2 陈大舜教授以和法论治慢性病的学术思想

陈教授认为个体化的整体治疗观,临床需要根据内生邪气杂合为病、复合病机、复合证候、复杂病程、共病及多病共存的特点,以和法论治为落脚点。

2.1 治病以求和

《吴医汇讲·中道说》:“中病即是中,中病而毫无偏倚,毫无过不及,即是至中。”“夫中者,不偏不倚,无过不及之谓也。故中无定体,随时而在,一病有一中,不可偏向一病,而今日如此为中,明日如彼为中,慎勿固执。且同一病而此,则如此为中者,彼则如此而又非中,无穷活变。”以整体动态观念为指导,治病以求和,必须符合二个原则。

(1)中即中病、无过不及。尽管慢性病需要长期

用药,仍需根据临床实际情况,秉持中病即止原则;(2)中无定体、随时而在。坚持“三因制宜”原则,体现整体观念和辨证论治在实际应用上的原则性和灵活性。

2.2 和法论治

和法是通过和解、调和,使表里、寒热、虚实的复杂证候,脏腑阴阳气血的偏胜偏衰归于平复,从而达到祛除病邪,恢复健康的目的。和法即综合应用缓和的各种复合治法。慢性病提倡多重用药。夹杂之邪,偏胜宜分;和解之法,加减宜活。

(1)根据杂合之邪的轻重缓急,先后施治。《局方发挥·治脾肾以温补药,岂非局方之良法耶,吾子其将何以议之》:“又谓杂合受邪病者,所受非止一端,又须察其有无杂合之邪,轻重较量,视标本之缓急,以为施治之先后。”如《周书·姚僧垣传》记载:高祖病口不能言;险垂覆目,不复瞻视;一足短缩,又不得行。“僧垣以为诸藏俱病,不可并治。”强调先后施方,逐一治疗。

(2)根据兼夹之邪表现的复合证候,分消施治。《重订通俗伤寒论·伤寒夹证》曰:“伤寒最多夹证。其病内外夹发。较兼证尤为难治。……必先辨明因证。刻意精别。用药庶无差误。”无论伤寒、温病均应重视邪之兼挟,临证邪及兼挟,必须要同治分消。复合病机并列者,针对多病位、多病邪,联合用药,同时治疗。复合病机主次差异者,无论病机组合如何复杂,只有抓住核心病机,才能提纲挈领,把握病症实质,提高临床效果。复合病机矛盾者,只有用整体的、动态的协调方法,多脏变理,标本兼治,才能解决临床矛盾。

(3)根据慢性病程的临床特征,多重用药。如统计表明,慢性病如高血压合并糖尿病患者中97.92%长期依靠药物治疗^[18]。老年住院患者服用5种及其以上药物者占81.40%^[19]。诸邪同治是中医临床的重要治则之一,具体落实为多重用药,如孔伯华将温病卫气营血辨证方法引入内科杂病治疗,卫气营血同治^[20];或者使用多种功能的药物,如治疗中风使用鸡血藤,祛风通络,活血化瘀,祛除顽痰。

(4)和法论治还体现在不用药物,许多慢性病需要保和修养及自和自愈。《周易·无妄》九五爻词:“无妄之疾,勿药有喜。”正气存内,邪不可干。保和修养是人类适应自然社会的生活经验,也是治未病的方法之一。《素问·上古天真论》提及:“其知道者,法

于阴阳,和于术数。食饮有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱,而尽终其天年。”自和自愈是机体的一种修复能力,也是疾病向愈的必要条件。《素问·五常政大论》云:“必养必和,待其来复。”《伤寒论》第58条记载:“凡病,若发汗,若吐、若下、若亡血、亡津液,阴阳自和者,必自愈。”

(5)和法论治与突出重点论治,并不矛盾。如百病治痰、治瘀、治脾、治肾等等。如《脾胃论·大肠小肠五脏皆属于胃胃虚则俱病论》说:“胃虚则五脏、六腑、十二经、十五络、四肢,皆不得营运之气,而百病生焉。”《脾胃论·胃虚脏腑经络皆无所受气而俱病论》:“先补其阳,后泻其阴,脾胃俱旺而复于中焦之本位,则阴阳气平矣。”无论热中、痿病、湿痹耳鸣、耳聋、九窍不利等等,重点在于治脾胃,但是并不尽然,如痲病“此奇邪为病,不系五行阴阳十二经所拘,当从督、冲、二跷四穴中奇邪之法治之。”

(6)和法论治与医疗的社会经济环境如医疗保障制度、医院诊疗水平、医疗服务价格、健康保健意识等相关。与患者的心理精神因素如社会适应性、心理状态与行为适应、治疗依从性等相关。如肯尼斯·阿罗《不确定性和医疗保健的福利经济学》认为由于医疗服务市场的特殊性,疾病的治疗方法、治疗效果存在不确定性。因此,临床选择的治疗方法或者药物,更加着重价值判断,必须考虑“应不应该”问题。防重于治,但反对“无病服药”;全程治疗,但反对“过度医疗”;医养结合,但反对“无价值医疗”。

2.3 慢性病的和法论治方药特色

《景岳全书·新方八略引》提出:“和方之制,和其不和者也。凡病兼虚者,补而和之,兼滞者,行而和之;兼寒者,温而和之,兼热者,凉而和之。和之义广矣,亦犹土兼四气,其于补泻温凉之无所不及,务在调平元气,不失中和之为贵也”。其综合运用补、泻、温、凉等诸种治法,实现调平机体元气,使之恢复中和状态,为和法的临床应用指明了方向。陈教授治疗慢性病应用和法方药,以醇正和缓、杂合以治、复方简药、专病专方为特色。

2.3.1 醇正和缓 (1)以醇正和缓为处方用药的基准。醇者,“在义理之的当。”正者,“不足者补之,以复其正;有余者去之,以归于平。”和者,无峻猛之剂。缓者,无急切之功。临床上常见一些久病、年迈的患者,实患虚实夹杂、寒热错杂、攻补两难之证,无论采取或补或泻、或寒或热,常致举步维艰之窘态,所以要

采取“执两用中”之法,以平为期。临证时顾及到患者虚实寒热的真实状态,务求“阴平阳秘”,体现在用药上,常用平补、平泻、轻宣、轻升、缓下之品,善用轻药,根据病情轻药重投;或者重视药物量效关系,严格控制使用猛药或者毒药的剂量及用法,中病即止,都取得了“致中和”的效果;(2)《温病条辨》治病法论:“治内伤如相。”内伤之病,或由外感入里,或由七情所伤,或由饮食劳倦而成,然既已入里,则纠缠脏腑经络之间,虚实夹杂,顽邪胶结,恰如国内法久生弊,社会疲敝而正邪交错,虽欲严刑厉法,驱而逐之,则正邪俱伤,如欲教而化之,则奸佞之徒,趁势作乱,如不能默为运筹,急于一举而毕其役,良可难也!惟有良相处之,条分缕析,抽丝剥茧,缓消渐攻,兼以鼓舞正气,方可渐而有功,如孟浪为之,鲜不僨事;(3)方证对应。《伤寒来苏集》说:是“合是证使用是方”。慢性病用和法,并不是面面俱到,四平八稳,既不能治病又不能致死。《蒲辅周医疗经验》要求做到“和而有据”,“和而勿泛”。否则,如《医学心悟·论和法》指出:“世人漫曰和解,而不能尽其和之法,将有增气助邪,而益其争,坚其病者,和云乎哉!”(4)擅于守法守方,才能取得疗效。《岳美中论医集》指出:“治慢性病要有方有守。”多种慢性病,陈教授有明确的认识和长期施治和方药的计划。药已对证,不因患者求愈心切,不能速效,便易方更药;强调疾病正处在潜移默化的量变阶段,不迎合病家心理,不轻易改弦易辙;或者猛剂毒药,寒热杂投,泻补更迭,最后归咎于病证疑难,而失去信心。

2.3.2 杂合以治 (1)根据天时地域之宜,五方之人的不同体质及具体病情,选择不同的治法进行治疗,包括心理治疗、药物治疗、物理治疗等等。《素问·异法方宜论》曰:“故圣人杂合以治,各得其所宜,故治所以异而病皆愈者,得病之情,知治之大体也。”张志聪有注:“夫天有四时之气,地有五方之宜,民有居处衣食之殊,治有针灸药饵之异,故圣人或随天地之气,或合地之宜,或随人之病,或用针灸、毒药,或以导引按摩,杂合以治,各得其宜。”(2)根据复合病机特征,和法论治。或者内生邪气之风、寒、燥、热、痰、瘀、毒等诸邪同治;或者集寒热温凉气血攻补之药于一方,以取药性之相逆相激、相反相成的作用,往往可收出奇制胜的疗效。《素问·至真要大论》说:“奇之不去则偶之,是谓重方。偶之不去则反佐以取之,所谓寒热温凉,反从其病也。”(3)整合医学模式

下的协调疗法,是实施杂合以治的有效手段。整合医学(HIM)汇集各个专业的先进知识和技术(包括中西医学),有所取舍,根据患者的整体情况判断 and 处理好先后、主次、多少、快慢等关系,做出对患者最有效、不良反应最少或生活质量最高的优化决策^[21]。有学者说:“协调疗法是慢性病根本疗法。”^[22]各种治疗方法加在一起,同时使用在同一个患者上,哪种治法占多少成分、治疗的先后顺序、经济成本等问题,通过和法论治理念,找到合理结合点,最后组合成一个新的个体化方案。

2.3.3 复方简药 对可能导致患者损害或患者不再获益的用药,减少该药剂量或停用该药的计划和管理过程;其目标是减少用药负担和损害,同时维持或提高生活质量。处方精简流程和步骤包括:评估患者的用药是否有利于目前的适应证;权衡继续用药的获益与患处;制订处方精简的计划并进行沟通;对处方进行精简并进行监控。处方精简已经成为一种趋势^[23]。

(1)复方复治:是指二方或数方相互重迭组成的方剂,又称重方;此外,原方加味,或方中各药用量相等者也称复方。陈教授^[24]认为疾病病情复杂,病理产物多样,单用一方一法难以达到祛除病邪的目的,需多方多法联合应用。同样,单用一种功效药物难以治愈,需要多种功效的药物并行,或为协同、或为反佐组方,于一方中数证并治,或中西医结合治疗。多种相同功效药物并行,组成作用较强的阵势以祛顽疾,如《千金要方·用药论》所说病“重用方即多”,“重复用药,药乃有力。”这是处理特殊病种、联合重复用药制方的独特格律,方中有方,与盲目“重叠堆药式”处方有本质不同。与复方的最优化原则相反,“重叠堆药”是一种抓不到主要矛盾、不明病理症结、不懂辨证论治、混杂配伍关系的盲目治疗手段。这种低水平重复的不合理用药,浪费医疗资源,造成过度医疗;

(2)复方简药:陈教授^[24]在选方组药时并非将整方全部套入重组方中,而是根据药物的辅、反、成、制之理,组成针对性较强的由少量几味药物组成的小方组,或选用药味较少的经典小方,“简而不减,简而不缺”,其具有一定的实用性,且能令人顺势就熟地根据主症、主病的治疗需要,随时加入处方中,旨在协同而增加功效,制约以防其偏胜,一药多用,一药多重配伍以达不同功效,从而减少重复功效的药物的应用。

《医门法律》申治病不知约方之律、申治病不知约药之律：“业医者，当约治病之方，而约之以求精也。《易》曰：精义入神，以致用也，不得其精，焉能入神·有方无约，即无神也，故曰神与弗居。藏位有高中下，府气有远近，病证有表里，用药有轻重。调其多少，和其紧慢，令药气至病所，故为勿太过与不及，乃为能约。”

(3)小方多能：小方药味少，或者分量少，但功能全面，治证清晰，理法分明，单刀直入，药简效宏。小方加减进退，变换转化，即可衍生种种治疗大法。慢性病在上焦者，反复发作者，瘥后复发者，有妊娠者，能用小方，不用大方。小方因病处方，经验用药，是专病专方专药的基础。

2.3.4 专病专方 (1)专病专方必须与辨证论治结合。专病专方针对的就是疾病的基本病机，即疾病发生、发展的基本矛盾，基本矛盾是由于疾病本身所决定的。但是因为疾病在发展过程中由于受到自身体质、环境因素、治疗措施等多种因素影响，使得疾病在其每个发展阶段都有其特殊性，这种特殊性是由疾病当前阶段的主要矛盾所决定的，辨证论治所要解决的问题就是主要矛盾。

陈教授认为，专病专方，对病论治。因此，疾病有基本方。以疾病方加减化裁，可以实现对病辨证论治、对病分期辨证论治、对病并发症论治、对合并病辨证论治方法。

(2)复方简药与特效专药相辅相成。复方简药，简之又简，成为小方；多能小方，强化某种功能去除其他功能，成为专药。选择特效专药，用药精少，配伍严谨，变化灵活，切中病机，疗效卓著。辨病辨证结合应用专方专药，是一位真正临床医师博学多识、厚积薄发的典范^[25]。

3 结语

慢性病内生邪气杂合为病的临床特点，决定了其和法论治的治疗特点。慢性病的中医药防治，包括采用多种中医适宜技术治未病、形体康复、心理康复、回归社会等等。陈教授秉承孟河医派传统，形成了和法论治慢性病的学术思想及临床经验，该法是实现个体化的整体治疗观的有效途径，也是整合各种防治措施实施慢性病全程管理模式的有益尝试。

参考文献：

- [1] 卢红蓉,胡镜清.病邪兼化理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,2016(10):1300-1301.
- [2] 刘家义.从化学说初探 [J].山东中医杂志,1986(2): 4-6.
- [3] 于俊生.略论痰淤之间的相互转化关系[J].辽宁中医杂志,1994,21(6):247.
- [4] 曹东义.“浊毒化”与“化浊毒”[N].中国中医药报,2010-3-8.
- [5] 吕金仓.浊毒致郁论[J].河北中医,2013(5): 671-672.
- [6] 吴茂林,邓婧,李世杰.癌邪——元气异化学说[J].甘肃中医,2007,(8):72-73.
- [7] 姜寅光.论燥邪与津液异生[J].新中医,2013,45(7):188-189.
- [8] 叶放,周学平,周仲瑛.复合病机转化论初探[J].中医杂志,2010,51(10):869-871,874.
- [9] 吕建洪.从亚病机主次关系分析处方用药合理性[J].新中医,2015,47(6):319-320.
- [10] 张卫,耿小平,章新琼,等.症状群管理:症状管理的新视角[J].医学与哲学(B),2016,37(1):5-7,19.
- [11] 顾阳.时态、时制理论与汉语时间参照[J].语言科学,2007(4):22-38.
- [12] 邢玉瑞.中医辨证思维之主症分析[J].陕西中医学院学报,2010,33(1):1-2.
- [13] 罗仁.再论复合证的诊治规律初探[J].辽宁中医杂志,1992,(12):1-3.
- [14] Kessler RC, Avenevoli S, McLaughlin KA, et al.Lifetime comorbidity of DSM-IV disorders in the NCS-R Adolescent Supplement(NCS-A)[J]. Psychological Medicine, 2012, 42(9):1997-2010.
- [15] Meghani SH, Buck HG, Dickson VV, et al. The conceptualization and measurement of comorbidity:a review of the inter-professional discourse[J]. Nursing Research and Practice, 2013, 2013:192782.
- [16] 刘晓艳,姜宜惠,张佩青.浅谈中医内伤病的传变特点[J].中医药学报,2010,38(4):61-62.
- [17] 李雪琴,蔡红卫.糖尿病患者院外治疗遵医行为的调查[J].中华护理杂志,2004(7):23-25.
- [18] 杨楠,管璐艳.老年慢性病患者多重用药现状调查及思考[J].临床医药实践,2016,25(6):466-468.
- [19] 滕晋,王丹,徐熙,等.老年患者多重用药调查及共病管理的临床策略[J].中国卫生事业管理,2015,32(9):695-697.
- [20] 田博,国华,张雪亮,孔伯华“卫气营血”同治法浅论[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(11):1460.
- [21] 樊代明.整合医学纵论[J].医学争鸣,2014,5(5):1-13.
- [22] 马文辉.协调疗法对亚健康态的分类和调治[C].北京:世界中医药学会联合会亚健康专业委员会换届大会暨中医药与亚健康学术大会,2011.
- [23] 曾英彤,杨敏,伍俊妍,等.药学服务新模式——处方精简(Deprescribing)[J].今日药学,2017,27(6):390-393.
- [24] 蒋成婷,周德生,陈大舜,等.复方配伍与药物精简应用[J].中医杂志,2017,58(9):796-799.
- [25] 麻全林,傅文录.专病专方专药浅论[J].河南中医,2008,28(9):94-95.