

论中医的临床思维

附属第二医院中医研究室 鲍 军

临床思维的概念就是医生在诊断和治疗病人过程中大脑的思维活动,医生从接触病人开始,采取病史(问诊)、望、闻、切诊。然后综合分析,作出辨证,确定治疗原则、处方用药,都贯穿着临床思维的问题。同一病证,有的医生处理效果差而有的医生疗效较好,这就生动地说明了医生的临床思维,直接影响医疗质量,特别是传统中医,因其诊疗手段,大多依靠直觉,所以思维更为重要;随着中医的现代化,现代医学的检查和化验方法在传统中医的领域中应用,使中医的临床思维面临一个新的课题。有鉴于此,笔者特将此问题加以研究讨论,以进一步提高医疗质量。

一、中医临床思维的特点 众所周知,中医的特点是整体观指导下的辨证论治,辨证的原始依据就是四诊:即望、闻、问、切,这些调查所得到的材料,经过医生的思维,作出病证的诊断。由于病证的不同,四诊中每一证的价值也有不同,例如黄疸或鼓胀病证,单纯根据望诊,某些心悸病证,单纯根据切诊即可诊断,但是由于仅仅作出病证诊断,对治则和处方价值仍不大,还要进一步分析证型,例如黄疸病证只有在分出了阳黄和阴黄,而阳黄只有再分出热重于湿,湿重于热,湿热并重以后才能决定治则的意义,所以中医常强调四诊合参,并且特别重视问诊。我国最早一部医书《内经》中就提出了这个问题:“诊病不问其始,忧患饮食之失节,起居之过度,或伤于毒,不先言此,卒持寸口,何病能中?”由上可见,中医既重视共性,但更重视个性,从我国医学史中可

看出,极大部分医生对病证个性的认识,都是以医案的形式记载下来,但是随着中医学的发展,要求对每一病证的个性有更加概括性的、规律性的认识,这样有利于总结经验和提高临床疗效,也有利于教学,这就是目前应用的病证下面再分若干证型的辨证方法。体现了共性和个性的结合。如肺痈是一个病证名,它总的说明此病病因是风热外邪,脏腑定位是肺,病机是邪热蕴结在肺,壅而成脓,但由于病期的不同,个体的差异,其临床表现有所不同,初期表现为风热犯肺的证型,用祛风清肺治法治疗,中期表现为热毒蕴肺证型,应用清肺解毒排脓的治法,恢复期表现为气虚或阴虚或气阴二虚证型,应用益气、养阴治法以扶助正气。这就体现出不同质的矛盾用不同质的治则和治法去解决。除了一般的规律以外,中医在辨证论治的思维过程中尚有以下特点:

(一) 维护正气:东汉张仲景著《伤寒杂病论》中就提出“保护胃气”(即正气)的观点,现代已故名老中医蒲辅周进一步提出不论采用何种治则,原则上都应考虑不要削弱病人的抗病能力,在具体治疗原则上,提出了“汗而勿伤”、“下而勿损”、“温而勿燥”、“补而勿滞”等原则⁽¹⁾,说明中医不但看到“病”,而且更看到“病人”,强调病人自身的抗病及调节的能力在恢复健康中的重要作用。

(二) 从治疗的反馈来修正治则与处方:在《伤寒论》中提出的误治(误汗、误吐、误下……)就是从服药以后病证反而加剧看到了原来的治疗方法的不当。说明第一

次用药可能是技术失误,但也可能是其证候表现不典型医生未能认识所致。近年来的临床实践也证明了这一点,例如汪氏提出的慢性肝炎几种特殊见症的辨证论治中,举出了“经前头痛”这一症状。按常规多按肝失疏泄辨证,但实践证明应用活血化瘀方法,不但头痛可止,而且对肝功能恢复亦有一定作用⁽²⁾,说明这一见证在慢性肝炎中,可作为血瘀辨证的依据之一。这说明中医的临床思维是动态的,证型也是在变动着的,必需反复观察和修正,才能完成整个治疗过程。

(三) 中医强调整体,但也并不忽视局部,以血证为例,“火”是病因病机之一,总的治则是清热凉血(对实火来说),但火在何处?可以有肺火、胃火、大肠湿热或风热等,用药各有侧重。可以说,局部和整体密切联系的辨证方法,是中医临床思维的特点。

(四) 方剂的组合和量的比例:这往往是老中医的“绝招”之一,也是青年中医师学习困难所在,例如桂枝汤,其功用是解肌发表,调和营卫,如把方中芍药分量加重,再加饴糖,就变成了温养脾胃、通阳气和营血的方剂了,现代在研究补中益气汤对子宫及周围组织有选择性的兴奋作用的药理中,发现如从方剂中减去升麻、柴胡,则作用减弱,且不持久,但如单用升麻、柴胡,则并无作用⁽³⁾,这说明中医临床思维较西医要复杂而较难以掌握,需要多次的临床实践与反馈,才能摸索到一些规律性的东西。目前用电子计算机储存老中医的治病经验正是年青一代中医向老中医学习“绝招”的方法之一。

二、中医临床思维面临的新问题

(一) 证型的标准化:近年来发现某些中医临床报道重复性较差,其原因之一,便是对证型的表象(症状、舌象、脉象)认识不一致,笔者调查了我院冠心病专科门诊68

例的中医病史、现在症及舌象、脉象,如按传统中医辨证标准,可归纳10个证型,但如照1980年全国制定的冠心病中医辨证标准中必备条件,按个体分析(即每一位病人必须具备这些条件方可诊断)则只有6个证型,如按群体分析(即按68例证候出现的总频率),则仍有10个证型。二者相比,其漏诊的4个证型(心阴虚、肝肾阴虚、心阳虚、肾阳虚)的频率分别为30.04%、30.88%、35.58%、36.52%。这说明以上辨证标准太严,也说明证的标准化是非常重要的,当然,这并不排除个体差异的存在。

证型的表现是现在症(结合病史)、舌象、脉象。通过对冠心病调查分析,这三者之间亦有不一致处,如以6个证型分析,单按症状作为依据,其诊断频率为31.77%~67.55%,如按脉象、舌象作为依据,其诊断频率为16.17~48.21%。这与前述中医强调四诊合参,并非常重视问诊相符合。张孝骞教授说:“大约50%以上病例应当能够从病史中得出初步诊断……。”⁽⁴⁾,说明中西医虽然体系不同,但在重视病史,却有一致之处。

(二) 在中西医结合中的新课题:随着中西医结合的开展,西学中和熟悉现代医学化验与检查的中医师逐渐增多起来,这使中医的宏观和西医的微观相结合而有利于病人,有利于中医现代化,但也存在一些新的问题:

1. 由于应用西药使传统的证型表象有所改变,例如临床看到连续高烧10多天甚至一个月的病人,按传统中医看法,患者肯定会出现舌质红、干、舌苔少或光剥的“热伤阴液”的证候,但由于采取了补液,纠正电解质等措施,患者舌质仅仅略红或正常(症、舌不一致)。又如原来舌质偏淡、表现沉默,中医认为是阴证的患者,在应用激素以后,表现为舌质偏红、兴奋失眠,中医辨证变为阳证等。在应用西药而使中医证型改

变,目前尚缺乏规律性的研究。此外,中西医之间虽有一致之处,但在某些问题上,意见颇不一致。据报道,一例发热长达两月的病例,用过各类抗生素均无效,西医认为发热原因,以系统性红斑狼疮可能性大,但中医辨证认为病起外感风邪,因治疗不当,正气已衰,瘀血阻滞,治宜养血祛风,用人参荆芥散,药后体温更高,全身遍发红疹,西医认为是药物过敏和病加重的表现,而中医却认为这正是风邪由里达表,是好转的表现。以后病人果然体温逐渐下降,连服二剂,发热退尽,症状好转,后出院继续服中药,一月后恢复工作,随访3~6月,均未再复发⁽⁵⁾,实践提示在本例中中医思维的正确。

2.对亚临床状态的问题:如大家所知道的,肾脏即使有二分之一损害,其肾功能仍是良好的,单个脏器尚且如此,更何况人是一个多功能、多层次调节的整体,具有更大的代偿能力,故有些疾病是以“隐匿”状态存在,而在偶然的体检及化验中发现。从中医角度看,如舌象及脉象接近正常,即等于没有证(或者说没有发现轻微的证),也就不能按照传统中医的办法处理,而必须参照现代医学的检查,这就必须突破老框框,闯出新路子,有些老前辈已为此作了探索,如对没有(或非常轻微)症状的氮质血症辨为“毒邪”“浊邪”“血瘀”而分别采用了“清热解毒”、“通腑泄浊”、“活血化瘀”等治则,取得了不同程度的疗效,当然,对亚临床状态的中医表象,也有待深入一步的研究。

目前医学已从单纯的生物模式转向社会、心理生物模式。传统中医在朴素唯物哲学思想指导下,提出了人的整体性(包括心理状态)及天人合一(包括对地域、气候、社会)的观点,可以认为已具有这种模式的雏形,但从现代发展的要求来看,还有许多问题需要解决,例如问病史,就可因病人的心理状态(有些人夸大,有些人无所谓而漏掉许多主诉)而有很大的差异,再如宇宙空间和潜水,射线辐射等,这样的环境从中医角度看,对辨证有何影响?……,都值得进一步研究。

中医临床思维与西医临床思维有其共性的一面,但传统中医强调用“外候”(包括自然界气候变化、疾病外在临床表现及病人心里活动的外在表现)来探求疾病的本质。较之西医用现代先进技术(化验、放射、内窥镜、病理组织的显微图象等),不免显得粗糙,因而临床思维的难度更大,这除了说明中医必须加速现代化之外,对思维本身的规律,也有研究、深化的必要,从这一角度推动中医学术向前发展,也是十分必要的,

参 考 文 献

1. 中医研究院编. 蒲辅周医疗经验. 第一版, 北京: 人民卫生出版社 1976: 17~26.
2. 汪承柏. 中医杂志 1984; 25(8): 36.
3. 王世民. 中医方剂研究探讨. 山西中医研究所中西医结合研究资料 1974: 86.
4. 张孝骞. 医学与哲学 1984; 2: 1.
5. 蒋见复, 等. 中医杂志 1984; 6: 44.