

## 中医参西辨治法的构想

李成辉<sup>1</sup>, 谢敏德<sup>1</sup>, 邱翠琼<sup>2△</sup>

(1. 广东省中医院, 广东广州 510120; 2. 广东食品药品职业学院护理学院, 广东广州 510520)

**摘要:** 各代医家的学术理论并非尽善尽美, 中医辨治法与现代医学不能完全融合, 其他医学的一些精华可导入中医体系为己所用。借鉴现代医学对病因病理学的研究, 引导中医学在对疾病定性定位的基础上, 进行整体辨治, 可以简化中医初学者的难度, 针对性治疗亦能获得更好疗效, 可脱离中医学在病因方面薄弱的环节。功能性疾病仍可保留中医学传统辨治法的优势。

**关键词:** 中医辨治法; 构想; 现代医学

**中图分类号:** R2-031      **文献标志码:** A      **文章编号:** 1000-2723(2014)02-0084-03

中医历史源远流长, 各代医家都希望构建一套中医理论或结构, 从六经辨证到温病学, 到滋阴派、火神派、补土派、攻下派, 以及气一元论等学术思想, 以替代或修补目前的辨证体系, 其因于古代哲学产生, 受格物致知的影响, 经过千百年经验的积累, 遭遇西方医学的冲击, 目前虽处于相对完善, 却也亟需突破瓶颈的阶段。同时, 以还原论为基础的现代医学, 在诸多疑难疾病面前, 进展也是举步维艰。

现状是, 中医学对急危重症、抗感染领域、手术地带等均难以与主流医学抗衡, 其精华所在仍然是传统内科, 立足于整体辨证思路, 个体化的灵活诊治, 防未病独领风骚, 疑难杂症妙手回春, 针灸的世界认可, 但同样, 中医入门困难, 学术思想不统一, 带来民众基础薄弱的现实状况。与现代医学互补, 并驾齐驱, 是中医学者的共同目标。基于此, 明确和发展优势, 拾漏补缺其他领域, 是发展中医的主要思路。而整合中医理论体系, 令中医的学习精进更加明朗有效, 是推广中医的不二法门。

作为中医学的启蒙-内科学教材, 其构建体系, 与现代医学暂无明显的融合突破。但笔者认为可有商榷之处, 思路仍然是衷中参西, 前奏是现代医学对病因学的理解, 基调是广泛认可的中医知识理论, 与病因糅合, 树立简单清晰框架, 引导“定位定

性-整体辨证-病证合一”的思维方式, 以资中医入门者带来一定帮助。限于篇幅, 以肺病与心血管病、脾胃病举隅, 阐释如下:

### 1 肺病

肺主一身之气, 娇脏者, 容易受邪、虚萎、干燥、壅滞、瘀血, 其功能失调不离咳、痰、喘三病, 与气机相关<sup>[1]</sup>。而肺通调水道的学说, 笔者认为, 可能是古代医家发现泻肺利水的治法对于喘证的肯定疗效, 把心源性呼吸困难纳入肺病范畴, 对肺脏功能产生误解。而哮证, 是在喘病基础上的气道高敏反应, 气管痉挛剧烈所致声息不一样, 中医学认为是风邪恋肺相关, 在治疗上偏重祛风润肺即可。故, 剖析咳、痰、喘, 可以基本掌握肺系疾病的基础。

#### 1.1 咳嗽

定位定性: 鼻源性、咽源性、胃源性、肺源性、药物性、肝源性、肾源性、心因性、肿瘤性<sup>[4-5]</sup>。药物性咳嗽停药后观察即可; 心因性咳嗽需要改变习惯, 必要时加予心理辅导; 肿瘤性咳嗽常规治疗效果欠佳, 及早完善相关检查是关键; 胃源性咳嗽是食管反流所致, 抑酸降逆为主; 咽喉源性咳嗽常见于急慢性咽喉炎, 前者疏风利咽, 后者凉血滋阴, 或见扁桃体化脓, 酌加清热解毒类; 肝源性咳嗽常见为肝气郁滞证候, 或见梅核气, 疏肝活血行气为法; 肾源性咳嗽为肾不纳气所致, 补肾纳气为法; 鼻源性咳嗽为鼻涕倒流至

收稿日期: 2014-01-20

作者简介: 李成辉(1985-), 男, 广东广州人, 住院医师, 研究方向: 中西医结合呼吸内科方向, 临床医学。

△通信作者: 邱翠琼, E-mail: 664508215@qq.com

咽喉引起,宣肺通窍止咳为主要治法<sup>[6-7]</sup>。

肺源性咳嗽中需首先排外咳嗽变异型哮喘,其亦为从风论治,用药以温润平和为主;肺炎性咳嗽,分寒热即可,疏风化痰止咳为法;慢性肺病急性发作,后期治疗中适当加予调补肺肾药物;久咳后期,可见阴虚内热,酌加滋阴润燥之品,或见湿浊内蕴,予健脾渗湿<sup>[6-7]</sup>。

### 1.2 痰家

痰液的处理是肺病的重要环节,其主要来源自肺、脾、肾,可分热痰、寒痰、燥痰、湿痰、风痰。风痰—宣肺,热痰—清肺,燥痰—润肺,湿痰—燥湿,寒痰—温肺,此为常识,不做赘述。痰液与咳、喘息息息相关,了解其性质是治疗的关键<sup>[8]</sup>。心源性肺病者,仍以温通心阳为主,如瓜蒌薤白半夏汤;肾病所致水液潴留,治疗重心在补肾利水,如参麦六黄汤。

### 1.3 喘病

呼吸困难分心源性、肺源性,亦有上气道阻塞、贫血、癔症、酸碱紊乱等所致,均需一一鉴别。心源性呼吸难以温阳利水治疗为主,常用五苓散、真武汤等。肺源性呼吸困难须分阻塞性通气障碍和限制性通气障碍,前者着重处理痰液阻塞和支气管痉挛情况,降气化痰治疗为主;后者为肺顺应性下降,以补肺润肺和处理痰瘀为主,使肺弥散功能提高,选择补肺敛肺、活血化瘀类药物,如补肺汤合血府逐瘀汤等<sup>[9]</sup>。

## 2 心脏病

心主血脉,中医学对心脏病的介入主要体现在活血化瘀—预防血栓、滋养心阴—营养心肌、温通心阳—强心利尿。心主神明的观点现代中医存在争议,暂不讨论。高血压的干预上疗效尚不肯定,交感神经兴奋引起的血压升高,予以滋阴潜阳治法,疗效颇为显著,但其他原因不明确的原发性高血压,因定位定性比较困难,疗效不一,难以推广;心律失常因于非器质性心脏病所致者,病因繁多而隐匿,对证治疗为主,器质性心脏病中,心悸大多因为心肌缺血、心肌病、心衰病、心脏瓣膜病所致,中医治疗亦无差别;心脏瓣膜病、心肌病结局以心衰为主,不作另议。故血管病和心衰病是中医药研究的主要对象。

### 2.1 血管病

冠状动脉粥样硬化所致心肌缺血的中医治疗,目前还是以温阳活血化瘀为主,临床认可的丹参、川芎、红花、当归、三七、赤芍、灯盏花等药物,已经

广泛使用。除此以外,中医分类辨治可在其他地方体现优势:一在活血化瘀的基础上,加予红曲、山楂等,可减少脂质吸收,缓解动脉粥样硬化进程;二对冠心病并发心衰、心律失常等,予以人参、黄芪、桂枝等,温阳通脉、营养心脏,整体防治血管病并发症;三减少冠脉痉挛的发作,如选择白芍、附子、葛根、细辛、丹参等;四温阳活血为大法的血管病治疗,可以有效改善全身血管情况,脑血管病的一级预防更具意义,周围血管供血不足导致肢体乏力、胃肠功能下降等也可以得到缓解<sup>[10]</sup>。

### 2.2 心衰病

心衰病可因于各种器质性心脏病产生,常见中医证候为:阴虚、阳虚、气虚、血瘀、痰湿,血瘀为心脏病的基础病理因素,痰湿因于水液潴留产生。急性心衰以温阳利水为主,振奋心阳,并减轻心脏负荷;慢性心衰存在心肌损害,加予补心气、养心阴以濡养心脏,减少并发症,处理痰瘀兼夹证以改善全身供血供氧状况<sup>[11]</sup>。

## 3 脾胃病

胃和小肠的功能是脾的集中体现,其主运化。脏器下垂与功能性出血,予以补中益气疗效见佳,此为中医特色之一,现代医学尚无统一解释。脾胃病相关与其余四脏,因于后天之本供养全身精微,并有肝病所致淤血性胃病,胃肠性感染所致肺炎,肾水不利所致胃肠水肿,心脏病导致缺血性胃肠病等。故有脾胃论可防治未病,提高免疫力,而脾胃不利常导致胃脘不适表现,结合舌脉,可见端倪。

### 3.1 胃脘痛

定性定位:肝源性、胰源性、胆源性、胃炎、消化性溃疡、神经官能性、胃粘膜病变、胃下垂、肿瘤性。肝源性为肝硬化所致静脉淤血,行气活血化瘀为治法,如膈下逐瘀汤;胰源性常造成胃痛假象,需结合症状和抽血结果及早鉴别;肿瘤性为侵犯神经所致,早期完善胃镜检查;胆囊性因胆汁返流所致痉挛性疼痛,清热化湿利胆为主,B超检查可明确病灶;急性胃粘膜病变可从病史中了解,饮食控制加予健脾养胃治疗;胃下垂多因饮食过饱所致,补中益气为法;神经官能性胃痛可因情绪焦虑、抑郁所致,疏肝行气养心为主;炎症性疼痛和溃疡性疼痛均为胃酸过多所致痉挛发作,抑酸和胃为法,辅以健脾行气,以助运化<sup>[12-13]</sup>。

### 3.2 胃痞病

痞满当以中医辨证为主:阳虚、阴虚、痰湿、食

滞、气虚、情志、瘀血、表邪入里,后者即为胃肠型感冒。并甲状腺功能低下、贫血、电解质紊乱亦可有类似表现,需要鉴别。本病以疏理气机为基础,枳壳、半夏、元胡、木香、甘松、厚朴等为常用药物,阳虚证加予温中补虚,如附子理中丸;阴虚者多为内伤气血,养阴益胃为法,如四君子汤合参麦汤;痰湿证需化痰燥湿,如陈夏六君子汤;食滞可予以四磨汤之类;一派气虚者,补中益气汤主之;情志失调,疏肝理气为法,如柴胡疏肝散;瘀血证从心、肝辨证,活血化瘀为主;表邪入里,藿香正气汤为基础<sup>[14-15]</sup>。

现代医学对器质性疾病病因理解较为深刻,定性定位后再予以中医辨证治疗,可以得到明确疗效,避免误诊,减少医疗事故发生,他脏病所致本脏外在表现,常常有迹可循,容易确立治疗大法,以引导中医初学者入门学习;功能性疾病和防治未病是西医学的软肋,中医循证辨治,可以取得明显优势。研习古代医家学识的同时,可以引入西医或其他医学知识,构建更加实效的中医体系,或者是中医未来发展主要方向。

#### 参考文献:

- [1] 田德禄. 中医内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 62-64.  
 [2] 吴芳. 浅谈慢性充血性心力衰竭的中医辨证治疗[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(4): 55-56.  
 [3] 李彦英, 张富斌, 罗丽红. 浅谈葶苈子用于治疗心力衰竭[J]. 中外医学研究, 2010, 8(5): 53.

- [4] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.  
 [5] 赖克方, 钟南山. 《咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)》解析[J]. 中国实用内科杂志, 2009, 29(12): 1088-1090.  
 [6] 高亭, 袁菲, 段凤英. 慢性咳嗽 98 例临床分析[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(16): 2627-2629.  
 [7] 甘慧娟, 朱文锋. 不同病程咳嗽患者证素特征研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(9): 2541-2544.  
 [8] 潘桂娟. 论中医“痰病”的预防与治疗[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(10): 1322-1324.  
 [9] 祖武. 应用活血化瘀药治慢性支气管炎几点体会[J]. 江西中医药, 2001, 32(4): 18-19.  
 [10] 段练, 熊兴江, 王阶. 冠心病的治疗性血管新生与活血化瘀[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(11): 1561-1566.  
 [11] 张晨, 李欧, 汪涛, 等. 活血化瘀法治疗慢性心力衰竭研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(10): 1250-1251.  
 [12] 闫丽芳, 张启明, 王义国, 等. 中医胃脘痛的 25 个临床特征[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(5): 374-374.  
 [13] 孙丽. 慢性胃炎的中医辨治 [J]. 中国卫生产业, 2011, 8(7): 106-106.  
 [14] 张志平. 胃痞病中医治疗的现状 [J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(6): 131-132.  
 [15] 缪志芳. 中西医结合调护胃痞病 [J]. 医学信息, 2012, 25(10): 224-225.

(编辑: 岳胜难)

(原文见第 67 页)

### Clinical Observation on the Treatment of Acute Extraocular Muscle Paralysis by Traditional Chinese Combined with Western Medicine

ZHANG Yang<sup>1</sup>, TAN Tian-de<sup>2</sup>, DU Jian-hua<sup>1</sup>

- (1. The First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming 650032, China;  
 2. The Traditional Chinese Medicine Hospital of Lusi County in Yunnan, Lusi 652400, China)

**ABSTRACT:** **Objective** To observe the clinical effect of acupuncture combined with western medicine in treating acute extraocular muscle paralysis (AEMP). **Methods** 48 cases (66 eyes) of AEMP were analyzed retrospectively in our hospital. All patients were divided into 3 groups according to different treatment method: 1. Western medicine group; 2. Acupuncture group; 3. Combination group. The therapeutic effects were judged by the changes of symptom of diplopia, eye movement and strabismus angle before and after treatment and the difference was compared in 3 groups. **Results** 1. After 1 month follow-up, most of patients in 3 groups felt diplopia relieve, eye movement strengthen, and strabismus angle decline ( $P < 0.05$ ) compared those before the treatment, which the effect of the combination group was the most obvious. 2. The combination group had difference compared with the other 2 groups after the treatment ( $P < 0.05$ ), while there was no difference between the western medicine and the acupuncture group ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** The combination of Traditional Chinese and Western Medicine is superior to simple drugs or acupuncture on the treatment of acute extraocular muscle paralysis.

**KEY WORDS:** acute extraocular muscle paralysis; acupuncture; traditional Chinese Combined Western Medicine