

陈绍宏中医学学术思想总结

罗 燕*

陈绍宏教授现任成都中医药大学附属医院急诊科主任、博士生导师,国家中医药管理局“全国中医急症医疗中心”主任,“全国中医、中西医结合急症临床基地”主任,国家有突出贡献的中青年专家,享受政府特殊津贴,四川省首届十大名中医。从事医疗、教学、科研工作40余年,在应用中医和中西医结合方法治疗内科急危重症及疑难病症上,有较深的造诣。现将陈老师中医学学术思想简要介绍如下。

1 继承不泥古,发扬不离宗

陈老师治学态度严谨,深究古典医籍,注重中医理论与实践结合,在继承中创新,提出独特见解,体现了继承不泥古,发扬不离宗的科学态度。在继承和借鉴历代医家治疗中风病经验的基础上,从“辨病”的角度审因论治,提出中风病的基本病机是:元气虚为本,气虚生瘀,血瘀生痰,痰郁化火,火极生风。其中,元气虚为发病之根本,瘀、痰是主要病理产物,风、火为最终致病因素,制成具有“复元醒脑,泄热熄风”多法并举功效的中风醒脑口服液^[1],大幅度降低了急性中风患者的病死率和致残率。

2 规范使用中医术语

临床工作中,必须客观、真实地收集四诊资料,才可能正确的辨证施治。如《温热论》指出:“热入营血,舌色必绛。”患者即使有发热不渴、斑疹隐隐等表现,只要舌色不绛,就不可辨为热入营血证。将患者的主诉和查体总结归纳为中医术语,如纳可、纳呆、腹胀、呕吐等字眼,必须完善为不思饮食、饮食少思、食入即满、食已即满、食已即吐、食入即吐等等。准确的中医术语,有其内涵,如食入即满,病位在胃,食已即满,病位在脾;又如“气紧”一症,是气短还是气促,也需详问,一虚一实,由此可辨。

3 辨病不言证,辨证不言病

辨证论治是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则,“辨证”和“辨病”的关系是中医、中西医结合长期争论的问题。陈老师强调“证”的内容可能是某一疾病的临床表现,也可能是包括了疾病合并症和并发症的表现,这种症候的归纳可见于多种不同的疾病,中医只言“证”,不言“病”。它不同于西医的“辨病”,不是疾病的诊断,不反映疾病的本质,只是疾病的状态。因此在疾

病的发生、发展过程中可以出现不同的证型,也可在不同的疾病中出现相同的证型。用证型去套疾病,是不恰当的。西医的“辨病”是病因、病理生理、发生发展预后规律的综合,能够反映疾病的本质。如脑出血患者出现吸入性肺炎,表现为呼吸道分泌物多、痰声漉漉,如果同时伴发中枢性高热,肌肤灼热,中医“辨证”应为痰热蒙蔽心窍,而在西医看来,肺部感染和中枢性高热仅是脑出血的并发症,不是疾病的本质。因此,如果认识不到疾病的本质,仅把疾病的某一症状或者疾病的并发症作为“辨证”的依据,有舍本逐末之弊。

在临床应用过程中,“辨证”和“辨病”均有各自的优势和不足。中医辨证主要凭借感官,通过望、闻、问、切四诊对临床“证候”进行归纳,由于方法局限,对疾病认识的深度和广度均受到限制。有些疾病,早期已有器质性病变,但由于机体的代偿功能,没有“证”的表现,往往无“证”可辨。在疗效评判上,单靠中医“辨证”,也易出现偏差。此外,在某些情况下,虽然有“证”可辨,但不能抓住疾病的本质,导致贻误治疗时机。曾收治一中医“辨证”为脾虚湿盛的患者,面色㿔白、倦怠乏力、脘腹胀满、不思饮食、大便稀溏,因急性上消化道大出血送入急救,经检查诊为肝炎后肝硬化失代偿期,其腹胀实为大量腹水所致。“辨证”可针对患者当前所处状态,根据不断变化的“证”,及时准确的反映病情,补充西医诊断的不足。如一些患者表现疲乏无力、周身困倦、身热不扬、饮食少思、呕恶脘闷、腹胀、大便溏泻而不爽、舌苔白腻,西医检查无阳性发现,无法“辨病”,而中医可以诊断为湿温病,治以藿朴夏苓汤。此外“辨病”也难以详细反映患者特定时期的特殊状态。如患者在用抗生素期间,出现大便稀溏、不思饮食等症状,霉菌检查为阴性,此时“辨病”则无大的突破,而“辨证”则可根据四诊的采集,予健脾渗湿、健脾开胃等法迅速奏效。陈老师主张在诊断上,按照西医的病名,治疗上采用中医的辨证。“辨病”时不应言“证”,“辨证”不考虑“病”。

4 四诊合参,尤善望诊

陈老师指出四诊合参,古有明训,《素问·阴阳应象大论》说:“善诊者,察色按脉,先别阴阳,审清浊而知部分,视喘息而知所苦,观权衡规矩而知病所主,按尺寸,观浮沉滑涩,而知病所生,以治无过,以诊则不失

矣”。四诊是中医诊病的重要手段,在疾病的诊疗过程中都非常重要,缺一不可。临床医生常重问诊而轻望诊,实际上望诊对辨证同样有重要指导作用,如面色萎黄、无华、晦暗、苍白、㿠白都蕴藏不同的病机。“望而知之谓之神”,通过对患者形体肥瘦、面色、表情、衣着厚薄、步态的观察而正确判断患者体质、虚实。如慢性肾功能不全时面色㿠白,失血性休克时面色苍白,重症肺心病时面色黎黑,急性左心衰时大汗、烦躁和端坐呼吸等等。

5 辨证求本

本,就是疾病的本质。正确认识人体整体和局部的关系,是辨证求本的前提。中医学认为人是一个统一整体。在疾病的治疗过程中,不能孤立地、片面地去观察疾病症状。陈老师强调应在切实做到四诊合参的基础上,运用中医八纲辨证分清阴阳、表里、寒热、虚实,尤其是先要分清表里,在表者或以伤寒六经辨证,或以温病卫气营血辨证,在里者运用脏腑辨证,再分清寒热虚实。阴证阳证拟订相应治法,依法立方,以方论治。在治疗上重视元气为本,强调人体本身抵抗力、修复力等内在因素的作用,不可见病不见人。正虚时扶正可以祛邪,如热病后期,气阴两伤,余热未尽,不可一味清解,需用竹叶石膏汤清热降逆、益气生津。同理,邪实时祛邪也可以扶正,邪气去则正气复。如治疗一位例80岁老妪三叉神经眼支疱疹性带状疱疹,患者虽年老体衰,但抓住邪气盛则实,实则泻之,与龙胆泻肝汤3剂而

愈,邪气去而正气复。

6 成方配伍,以方论治

“方从法出,法随证立”,辨证是确立治法的基础,治法是遣药组方的原则,而方剂则是体现和完成治法的手段。陈老师主张在辨证的基础上,以成方配伍治疗疾病,认为辨证论治讲究理、法、方、药的连贯性,遵循“方证对应”,即“有是证用是方”的原则。他不赞成一些医家“有药无方”的做法,认为这是药物堆积,不能体现辨证;也不赞成随意加减古方,以致从处方药物组成中已完全看不出原方的痕迹,即“有方无药”,这些都违背了张仲景“观其脉证,知犯何逆,以法治之”之训。陈老师临床处方精练,常常数味药中即包含若干成方,不失为一大特色。如其治疗一位27岁女性自汗患者,辨证后处方:黄芪、桂枝、赤芍、浮小麦、防风、(炒)白术、麻黄根、大枣、生姜、甘草,10味药中即包含有黄芪桂枝五物汤、玉屏风散、甘麦大枣汤3首方剂。

陈老师“继承不泥古,发扬不离宗”,对经典著作进行再学习,规范中医术语,四诊合参,辨证求本,精确选药遣方,根据具体病种总结出病、证、理、法、方、药结合的理论,形成中西医结合理论体系,用于指导临床。

参考文献

[1] 郭建文, 张晓云. 陈绍宏教授“中风核心病机论”[J]. 天津中医药, 2006, 23(1): 7-9.

* 成都中医药大学附属医院急诊科 (610072)

整体扶正局部攻邪治疗胰腺癌

韩建宏* 孙 珏* 朱晏伟* 张 勇* 梁 芳*

胰腺癌发病率逐年上升,治疗效果欠佳,古代中医文献中虽无胰腺及胰腺癌的直接记载,但相关描述却并不少见。我们在继承前人成就的基础上,采用整体扶正局部攻邪治疗胰腺癌取得一定疗效,现从以下几个方面探讨这一思路。

1 胰腺癌属中医学脾积(痞气)范畴

中医古籍虽没有胰腺癌病名的记载,但类似症状的描述却出现很早。在《难经·五十六难》中“脾之积,名曰痞气,在胃脘,覆大如盘。久不愈,令人四肢不收,发黄疸,饮食不为肌肤。”^[1]在中医学中胃脘在中上腹,如《素问·六元正纪大论》中“民病胃脘,当心而痛”^[2]。可知《难经》描述的脾积,即痞气,症状有中上腹肿块,四肢乏力,黄疸,病程久,预后差。胰腺癌主要表现为中

上腹痛、黄疸、食欲减退、恶病质、腹腔积液、腹块,而且胰腺癌预后极差。在病理上我们推测胰腺癌属于脾积(痞气)范畴。

2 胰腺癌病机属正虚邪实

对于脾积(痞气)的发病机理《难经集注》^[3]注“痞,否也,言否结成积,脾气虚则胃中热,而引食焉,脾病不能行津液,故虽食多而羸瘦也。”对于“积”杨玄操注曰:“积,蓄也,言血脉不行,积蓄成病也,凡积者五脏所生也,平人者不病也,一藏受病则荣气壅塞,故病也。”在《难经经释》中^[4]徐灵胎指出脾积中“四肢不收”为“邪气聚集而正气不运也”,“黄疸”为“脾有积滞,则色征于外。”对于“饮食不为肌肤”认为“脾主肌肉,不能布其津液,则不为肌肤也。”综合看徐灵胎认为脾积的病机既