

11 现代柴胡临床应用研究

现代临床多以其作为清泄肝胆的主药,如张培方等^[9]自拟柴胡三黄汤治疗急性胆囊 58 例,取得较好疗效;丁海军等^[10]运用大柴胡汤加味治疗急性胆囊炎 75 例,亦获满意效果。现代医学认为梗阻与感染是该病发生的两大主要因素,中医学多责之于气滞、湿热、胆石瘀血壅阻致肝失疏泄、胆失通降,故治疗上多选用柴胡清泄疏利,保肝利胆以降浊气。

综上所述,柴胡有发泄及通降的功效,如果说发愤理为升并不为过,但是此升与升阳举陷不可混为一谈,与升清气相对而言为降浊气,降浊气才是柴胡功效的本始。

参 考 文 献

- [1] 金·张元素. 医学启源[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1978:171.
- [2] 清·景东咏. 嵩厓尊生全书[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2011:87.
- [3] 明·张景岳. 类经[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011:10.
- [4] 李今垣. 论升麻[J]. 天津中医, 1990, (6):30-31.
- [5] 叶新苗, 叶肖林. 章次公《药理学》点校[M]. 北京: 科学出版社, 2012:37-38.
- [6] 朱步先, 何绍奇. 朱良春用药经验集[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2000:149.
- [7] 凌一揆, 颜正华. 中药学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1984:3.
- [8] 郑洪新. 张元素医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006:6-7.
- [9] 张培芳, 李金水, 李秋菊. 柴胡三黄汤治疗急性胆囊炎 58 例[J]. 国医论坛, 1998, 13 (1): 35.
- [10] 丁海军, 张丽莉. 大柴胡汤加味治疗急性胆囊炎的临床研究[J]. 中国当代医药, 2011, 18(22):87-88.

(收稿日期:2013-01-05)

(本文编辑:蒲晓田)

· 学术论坛 ·

从血虚证探讨证的认识论特征

秦甜 刘建新 周小青 周德生

【摘要】 以血虚证与贫血的异同为例,论证中医证的认识论特征具有动态观、时间观、整体观、个体观、黑箱理论以及可检验性特点。中医传统理论必须适应现代科技发展与世界文化融合的环境,发展数字中医药,从可视化的角度推动中医药的现代化与国际化。

【关键词】 血虚证; 贫血; 中医; 认识论; 数字中医药

【中图分类号】 R255.7 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2014.08.012

1 中医血虚证与西医贫血概述

1.1 中医血虚证

血虚证是指血液亏虚,不能濡养脏腑、经络、组织,以面、睑、唇、舌色淡白,脉细为主要临床表现,属于中医气血津液辨证的范畴。其临床表现^[2]为面色淡白无华或萎黄,口唇、眼睑、爪甲颜色淡白,头晕眼花,心悸健忘,失眠多梦,手足发麻,妇女月经量少色淡,月经后期甚至闭经,舌质淡白,脉细

作者单位:410007 长沙,湖南中医药大学中医诊断研究所[秦甜(硕士研究生)、周小青],中医学院(刘建新);湖南中医药大学第一附属医院神经内科(周德生)

作者简介:秦甜(1991-),女,2008级中西医结合七年制研究生。研究方向:中医诊断学(中西医结合内科学)。E-mail:1024284327@qq.com

通讯作者:周小青(1957-),博士,教授,博士研究生导师。研究方向:中医诊断学计量研究。E-mail:zxq5381@sohu.com

无力。血虚证病因分为两大类:一是血液生化不足,可见于进食不足,脾胃虚弱运化失常,其他脏腑功能减退所致精不化血,瘀血阻塞脉络影响新血化生等;二是血液耗损过多,可见于出血之后,或因大病、久病而劳神太过暗耗阴血,或虫积肠道耗吸营血等。心主血,肝藏血,脾统血,故血虚证常常与心、肝、脾三脏密切相关,临床常见心血虚证与肝血虚证,虽然脾气亏虚导致气血生化不足之血虚证亦属多见,罕见以脾血虚证为证名者。血虚肠燥证、血虚肤燥生风证等是血虚证的特殊类型。临床根据证候不同,予四物汤、归脾汤或当归补血汤类方,随症加减。

1.2 西医贫血

贫血是指人体外周血红细胞容量减少至低于正常范围下限所产生的一种常见临床症状,由于红细胞容量测定较复杂,临床上常以血红蛋白浓度代替。根据1972年WHO制订的诊断标准,在海平面地区血红蛋白浓度低于以下水平则诊断为贫血^[3]:6个月~6岁前儿童110g/L,6~14岁儿童

120 g/L, 成年男性 130 g/L, 成年女性 120 g/L, 孕妇 110 g/L。其病因分为三大类: 红细胞生成减少, 红细胞破坏过多, 急慢性失血。贫血有多种分类方法, 如按血红蛋白浓度可分为轻度、中度、重度、极重度贫血; 按红细胞形态可分为大细胞性贫血、正常细胞性贫血、小细胞低色素性贫血等。贫血可导致全身各系统产生相应变化, 如头晕头痛、失眠多梦、记忆减退等神经系统表现, 心悸、气短等呼吸循环系统表现, 腹胀、食欲不振等消化系统表现, 小便异常、月经不调、男性性征减弱等泌尿生殖内分泌系统表现, 以及皮肤黏膜粗糙无光泽等。临床治疗则根据病因不同给予补充铁剂、叶酸等针对性措施, 必要时进行输血疗法。

2 中医血虚证与西医贫血异同点

2.1 类同之处

中医血虚证与西医贫血的临床表现相似, 病因相应, 治疗目的一致。二者均反映人体血液亏虚, 产生皮肤黏膜淡白无华, 爪甲粗糙无光泽, 心悸, 头晕乏力, 肢端麻木, 月经异常等临床表现。病因大致相似, 中医血液生化不足可对应于西医红细胞生成减少; 中医血液耗损过多类似于西医急慢性失血; 西医红细胞破坏过多可导致溶血性贫血, 是由于红细胞遭到破坏寿命缩短, 超过骨髓的代偿能力, 可与血虚证之脏腑功能衰退, 耗血过多, 精不化血相对应。血虚证与贫血虽然诊断标准及具体治疗策略不同, 但均以补血为治疗目的。

2.2 不同之处

2.2.1 诊断标准不同 中医血虚证辨证要点^[1]为: 病体虚弱, 面、睑、唇、舌、爪甲颜色淡白, 脉细。强调宏观整体症状, 注重疾病动态过程和自身前后对照。西医诊断标准为不同人群在海平面地区血红蛋白浓度低于相应水平。强调微观生化指标, 注重疾病终末参数和标准数值单一化。虽然两者临床表现一致, 但由于诊断标准不同, 因此血虚证与贫血不能等而论, 血虚证患者不一定贫血, 贫血患者也不一定是血虚证。如张少崇等^[4]研究显示, 血虚证与红细胞、血红蛋白值在整体上存在负相关($P < 0.05$), 但血虚不同病理改变程度之间无显著性差异($P > 0.05$), 因此不能单纯依靠红细胞、血红蛋白值诊断血虚证, 而应结合面色、舌脉等进行辨证。

2.2.2 治疗思路不同 中西医均以补血为治疗总纲, 但具体治疗思路不同。中医血虚证根据临床表现不同, 涉及心、肝、脾等不同脏腑, 分别予以补心血、补肝血、健脾等方药。临床表现错综复杂, 必先辨证后处方, 即“有是证用是方”。西医贫血思路分为病因治疗和对症治疗。病因治疗即针对贫血发病机制的治疗, 如对缺血性贫血患者补铁及治疗原发病, 对巨幼细胞贫血患者补充叶酸或维生素 B₁₂; 对症治疗即对患者当前情况予以对症支持处理, 包括输红细胞以及对贫血并发症的治疗。中医注重宏观辨证论治, 西医注重微观指标恢复, 同归而殊途。

3 从血虚证诊疗过程探讨证的认识论特征

3.1 动态观

中医注重疾病的动态发展过程, 强调自身前后对照。传

统的中医并不涉及血液、生化等指标, 仅仅凭借四诊合参而得出结论。随着现代科技的发展, 越来越多的手段可以为中医服务, 包括实验室检查、仪器检查等。但中医并非依靠实验室指标的绝对数值来判断当前病情, 而是通过动态地观察患者病情, 比较患者自身前后的检测指标, 更侧重于观察指标的相对变化, 以排除其他因素的干扰。以血虚证为例讲述中医辨证的动态性, 见表 1。患者 A、B 的血红蛋白浓度 100 g/L, 满足西医贫血诊断标准, 但患者 A 的血红蛋白前后相对数值变化较小(25 g/L), 尚未引起机体反应, 故临床表现为无明显不适; 患者 B 的血红蛋白前后相对数值变化较大(40 g/L), 引起机体反应, 故临床表现出心悸、头晕、面白等明显症状。

表 1 不同成年女性血红蛋白浓度(g/L)变化对应中西医诊断

| 患者 | 血红蛋白浓度 | | 前后时 间间隔 | 临床 表现 | 中医 诊断 | 西医 诊断 |
|----|--------|-----|------------|---------------|----------|----------|
| | 前 | 后 | | | | |
| A | 125 | 100 | 3 个月 | 无明显不适 | 无血虚 | 贫血 |
| B | 140 | 100 | 3 个月 | 心悸、头晕、面白等明显症状 | 血虚 | 贫血 |

3.2 时间观

中医在强调疾病动态演变的同时, 也注重疾病演变的时间。机体自组织系统具有中介调整作用^[5], 某些慢性病时间较长, 机体可以进行自我调节而形成一个新的相对平衡, 虽然检测指标异常, 由于机体的适应性, 患者可不表现出明显的临床症状。以血虚证为例, 讲述中医的时间性如表 2。患者 B、C 的血红蛋白浓度 100 g/L; 满足西医贫血诊断标准, 但患者 B 的血红蛋白变化前后间隔时间相对较短(3 个月), 自组织系统的调节作用尚未体现, 机体未适应变化, 故表现为心悸、头晕、面白等明显症状; 患者 C 的血红蛋白变化前后间隔时间相对较长(2 年), 自组织系统有较长的时间进行自我调整, 机体在新的平衡点上进行自我适应, 故无明显不适。

表 2 不同成年女性血红蛋白浓度(g/L)变化对应中西医诊断

| 患者 | 血红蛋白浓度 | | 前后时 间间隔 | 临床 表现 | 中医 诊断 | 西医 诊断 |
|----|--------|-----|------------|---------------|----------|----------|
| | 前 | 后 | | | | |
| B | 140 | 100 | 3 个月 | 明显心悸、头晕、面白等不适 | 血虚 | 贫血 |
| C | 140 | 100 | 2 年 | 无明显不适 | 无血虚 | 贫血 |

3.3 整体观

整体观是中医理论的特色之一, 强调人体是一个有机整体, 人体各构成部分之间相互联系, 人易受自然环境、社会环境及周围人的影响。从元气论的角度, 中医注重机体的整体、分化、相互作用与内在矛盾, 中医的整体性除了特征性表现为注重疾病的动态演变与演变时间外, 还包括参考地域、

气候等因素。以急性高原反应为例,某人从平原地区转移到高原地区,由于外界缺氧性改变,红细胞和血红蛋白会反应性增高,西医诊断并无贫血,但由于机体自组织系统尚未调节适应,患者因此出现心悸、头晕、面白等明显症状,中医诊断则属于血虚证。

3.4 个体观

中医的个体观指不同患者受到同一因素影响后,临床表现不同,治疗各异。疾病诊断方面,由于不同机体的自组织系统调节强弱快慢不一,导致症状因人而异,则产生不同诊断。治疗方面,中医基本思想为辨证论治,诊断不同则相应治法不同。以血虚证为例,以头晕心悸,面色无华,舌淡脉细为主症时,补血基本方为四物汤;若患者表现为肌热面赤,烦渴欲饮,舌淡,脉洪大而虚,重按无力等症状,当考虑为阴血亏虚,阳气浮越于外所致发热,辨为血虚发热证,予以补气生血之当归补血汤加减;若患者表现为心悸失眠,体倦食少,便血或崩漏,舌淡脉细弱等症状,当考虑为脾虚不运,心神失养或脾不统血,血溢脉外,辨为心脾气血两虚证或脾不统血证,予以益气补血,健脾养心之归脾汤加减。必须注意的是,个体观与整体观是辩证统一的关系,临床须从整体观察疾病演变,并注重诊疗的个体化,方能正确指导临床实践。

3.5 黑箱理论

中医强调从宏观角度观察人体,对症状进行归纳演绎,推测机体内部变化,进行试探性诊断,从疗效反推诊断的正确性。这种黑箱理论经历了实践疗效的检验,但由于对内在病理认识模糊,在疾病诊疗的概率统计学上弱于西医,限制了中医理论的推广。时代的发展要求中医须以更加通俗易懂的方式表现出来,数字中医药便应运而生,即运用现代科学技术(主要是信息科学和工程技术)将中医的证以定性描述为主的信息加以转化和加工,最终以数字化表达。以血虚证为例,可将患者症状轻重、当前血红蛋白浓度、前后血红蛋白浓度变化值、间隔时间、体质等划为梯度以数值表示,综合各项因素设计成一个量表,凭借综合性的量表进行血虚证判断。由于目前关于数字中医药的研究较为局限,如何将模糊的黑箱理论转化为可视的数字化理论,仍需要不断探索。

3.6 可检验性

检验性是指某种理论所蕴含的对象或内容得到经验事实的证明。中医描述生理、病理、病因等理论概念具有浓厚的中国古代哲学色彩,缺少世界范围内的普遍通约性,不能很好地被学科外人士所理解,限制了中医文化的传播,但这并不表示中医不可检验。中医的可检验性不同于西医的现代检测手段,而是一种经验性、逻辑性检验。阴阳五行、脏腑经络、气血津液、卫气营血等学说属于中医学的经典理论,虽然其概念的内涵与外延难以与所反映的对象直观对应,但其理论来源于临床实践的检验或者能够指导他人应用于临床实践且疗效肯定,这也是可检验性的表现^[6]。目前很多研究涉及中医理论与现代医学检测指标的联系,以期从现代医学的角度检验中医理论,但研究较分散,尚未形成理论体系。因此寻找中医深奥理论体系与现代医学病理生理相联系的

契合点及检验中医理论的突破口,发展数字中医药,将有利于中医的国际化。

4 讨论

4.1 有关中医证型诊断

中医证型繁多,本文仅以血虚证举例论述。中医证型与类似西医疾病的诊断标准不同,因此临证思维各异。目前临床医生倾向于依赖实验室检测指标进行诊断,并未很好地把握中医理论的精髓,因此中医临床诊疗有失规范化。

中医科研的证型造模问题也涉及两种理论的区别,以血虚证为例,目前有关血虚证的动物实验研究较多,但尚无规范化的血虚证动物模型评价标准,对模型成功的评价多依靠红细胞、血红蛋白等实验室检查指标。然而中医血虚证不同于西医贫血,证型的评价应结合机体整体功能状态,仅仅凭借实验室检查结果有失精准。动物实验相比人体具有一定的局限性,实验者难以捕捉头晕眼花、心悸健忘等血虚证表现,但仍可对动物的毛发光泽、行为活动能力、应激能力等进行细致观察,比较血虚证动物与正常动物表现之差异。中医注重脏腑辨证,而制造的动物模型难以做到辨脏腑,无法区分是心血虚证、肝血虚证亦或其他证,这也使得动物实验无法更贴切地模拟临床。由于缺乏相关标准,中医证的动物模型尚未统一造模方法及评价指标,因此实验结果有失可靠。有待实验者进行大样本动物模型研究,实现中医证型造模标准的规范化。

4.2 有关证的认识论特征

中医的动态观、时间观、整体观、个体观、黑箱理论以及可检验性,使得中医与西医有着显著性的区别,因此不能完全用西医的诊疗思维和价值体系来评价中医。中医的理论及应用价值毋庸置疑,但在现代科技发展以及世界文化融合的大环境下,必须借助先进科技手段,将中医理论现代化,发展数字中医药,从可视化的角度促进中医药的现代化和国际化。这将是中医药划时代的进步,需要不断探索。

参 考 文 献

- [1] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:162.
- [2] 陈家旭. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:130.
- [3] 陆再英. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011:567.
- [4] 张少崇,李灿东,黄守清. 气虚、血虚与红细胞、血红蛋白值相关性研究[J]. 甘肃中医学院学报, 2006, 23(5): 21-23.
- [5] 周小青,刘建新. “同病同证”以多种方药治愈的可能性机理研讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 1996, 2(1): 25-26.
- [6] 王永炎,盖国忠,张志强,等. 浅谈中医科学诠释的理念、规范与路径[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(1): 1-2.

(收稿日期:2013-12-22)

(本文编辑:董历华)