

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙第十九讲以“中西医思维的碰撞与融合”为议题,于 2016 年 4 月 20 日在北京中医药大学东直门医院举行。中医和西医,一个立足于象思维,注重整体,一个以实验医学为基础,重视病理。两种不同的医学思维模式,如何融合才能更好地指导临床实践,一直都是临床医家不断摸索的议题,本次邀请临床各医家从如何突出特色,构建中医的临床思维,同时学习西医的研究方法与技术,做到中西医临床思维融合等一系列问题出发,进行了热烈的分析和讨论。

## · 铿锵中医行 ·

# 突出特色,培养中医原创临床思维;博采众长,正视中西医临床思维融合

肖永华 赵进喜 李军祥 贾海忠 姜苗 刘宝利 林芳冰 刘宁 袁慧婵

【摘要】 中西医临床思维方法各有特点,中医立足于象思维,注重整体,西医以实验医学为基础,重视病理,临床上中西医临床两套思维方式冲突客观存在。但中西医并非对立不能兼容的关系,中西医临床思维融合,常有利于临床疗效提高。具体思路,首先应该强调突出中医原创性临床思维特色,同时学习西医的研究方法与技术,正视中西医临床思维融合。

【关键词】 临床思维; 象思维; 整体观念; 中西医结合

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.07.006

近代西学东渐,西医在中国迅速传播。中医前辈为了学术存续,纷纷开办学校,成中医教育之奠基。目前,中医高等医学院校教学中,多同时开设中医和西医课程。中医与西医两套理论体系和临床思维,客观上常存在一系列冲突。临床实际工作中,“谈起西医来头头是道,谈起中医来简明扼要”的现象普遍存在。因此,如何处理好中医临床思维和西医临床思维在头脑里面的碰撞,更好地提高临床疗效,是一个非常重要的问题。北京中医药大学东直门医院中医内科教研室与教育处组织专家,对此展开了热烈讨论。现总结如下。

### 1 中西医临床思维和学科特点不同,中西医各有其特色

肖永华副教授:

谷晓红校长在《中医学隐性知识特征及中医思维培养策略》一文中,提到当代西方文化背景下严格意义上的科学有 3 个基本要求——逻辑推理、数学描述、实验验证。所有的中医学生从小接受的教育都是按照以上思维模式进行的。中医学知识体系则存在大量“隐性知识”的特点。“隐性知识”即难以用概念、数据、表格、图画等直观表述,而需要经过

整体的联系、思考、体悟和实践后反复习得的一种知识类型,就是常说的中医“要意会,不能言传”。中医医案实际上就是将中医隐性知识转化为我们清晰明了的知识的一种途径。

西医用到基因、分子生物等很多现代方法和科学知识,但正如李政道所说:“基因不能揭开生命之谜,生命是宏观的。”即使细节的把握再精准,也不能解开所有的生命之谜,因为生命是宏观的,它是一个具有众多关系的复杂系统。余秋雨则说:“说中医不符合科学,就像说《周易》和《楚辞》不符合英语语法。……天下最让我生气的事,是拿着别人的尺度说自己的祖祖辈辈都活错了。”

所以,无论是中医还是西医的思维,他们都有各自的特点和适用的范围。彼此各有长处,不可相互取代。

赵进喜教授:

中医最基本的思维方式是象思维。通过症状、体征、五色诊、舌象、脉象等外在的表现,推测内在病变,审症求因,就是象医学的突出体现。比如判断一个西瓜是否成熟,可以通过察其皮色、闻其敲击声等类似中医的方法;也可以用探针取出少量瓜瓤,通过分析其含糖量、含水量等类似西医的方法来判断。这就是两种不同的思维方式的具体表现。

中西医具体治病思路也不同。西医思维强调“对抗”,即有肿瘤消除肿瘤,有细菌消除细菌,有病毒消除病毒等等;中医则认为“天地之大德曰生”,注重顾护生生之气。中医无论发汗、宣肺还是泻下、祛邪,都侧重于调动自身抗病能力以驱邪外出,改善症状,控制病情。国医大师陆广莘教授曾说“中医既强调打击敌人,也强调团结朋友,这样才能取得革命的成功”。

作者单位:100070 北京中医药大学东直门医院肾病内分泌科(肖永华),内分泌科(赵进喜),针灸科(刘宁);北京中医药大学东方医院消化内科(李军祥);中日友好医院中西医结合心内科(贾海忠);北京中医药大学研究生院(姜苗);北京中医医院肾病科(刘宝利);北京中医药大学东直门医院教育处研究生办公室(林芳冰);北京中医药大学研究生院[袁慧婵(硕士研究生)]

作者简介:肖永华(1975-),女,博士,副教授,副主任医师,世界中医药学会联合会糖尿病分会理事。研究方向:应用中医药防治肾病及内分泌代谢性疾病的临床研究。E-mail:water\_aqua@sina.com

姜良铎教授认为中医是状态医学。中医考虑问题是综合时空,动态变化的。如证候的“候”就是时间的意思,随时而变的叫“候”,有外象表征的叫“证”。例如,胃镜明确诊断为慢性胃炎的患者可能初始表现为典型的肝郁气滞证,过两天出现口苦、咽干、烧心、反酸、苔黄等就转为肝胃郁热证,如果再出现眠差、心烦、舌红少苔等,又演变为肝胃阴虚证。证候在病程中是随时而变的,中医治疗方案也需相应化。但从西医思维出发,无论出现哪组症状集合,都是按照慢性胃炎统一的治疗方案进行,相对定型而规范。

刘宝利副主任医师:

西医是丝丝入扣的。比如西医血钾 5.5 ~ 5.6 mmol/L 死人肯定要跟你打官司,5.4 mmol/L 死人肯定跟你没关系。而中医是不能丝丝入扣的,若丝丝入扣对号入座那根本发展不了。比如中医理论有脾肾气虚证、脾肾阳虚证,文字描述似乎很清楚;但是临床上,脾肾阳虚和脾肾气虚临床上能截然分开吗?脾肾阳虚怕冷,脾肾气虚就一定不怕冷吗?恐怕也不一定。因此,我认为辨清阴阳就行了。首先,必须有自己的中医思维,然后按个人的思维去治病疗效才能好。

李军祥教授:

西医从物质和还原论来认识世界,应用归纳法、逻辑法诠释疾病,与“一元论”的西方文化直接相关。比如诊断溃疡性结肠炎,根据症状、胃镜、病理来归纳、分析;诊断肝硬化腹水,得根据病史、腹部 B 超、肝功能等生化检查和腹水穿刺检查等逻辑论证。治疗方面,西医依赖循证医学的随机对照、双盲、多中心、大样本的实验数据和结论。中医多采用疗效反推,比如某病有痰湿证,经过二陈汤治疗有效,则推理出二陈汤可以治痰湿证。这种疗效反推就是我们经常说的黑箱理论。当然西医也做疗效反推,进行试验性的治疗,但是很少。

西医思维主要是以结构单元为基础,以实验方法为手段,得出比较客观的科学的结果。中医的认识方法也与中国文化有关,所以习总书记讲中医药是打开中华文明的一把钥匙,他强调的是更高的一个层次。

中西医思维各有特点,各有所长。中医长于辨证,西医长于辨病;中医长于扶正,调理整体的功能,西医长于祛邪、抑杀细菌和病毒;中医强调功能性紊乱的疾病,调节胃肠的功能,西医强调切除,外科手术切除后立即就好了;中医长于治疗慢性病、各种重大手术后的调理与康复,西医长于急症、危急症的抢救性处理;中医强调缓慢长效的抑制胃酸,西医强调短效速效的抑制胃酸;中医强调增效减毒,调节免疫,增强胃肠功能,西医强调消炎抑制病态的免疫反应等。

中医是系统对比的观念,比如下雨了湿气重;重庆天气潮湿是外湿,这种对比的方法,实际上有一种哲学的模式根植于中国传统文化。

中医的思维是阴阳五行,应用方法是辨证论治,强调“道”的层面。不足之处是缺乏对于人体结构细节的精细把握,对人体的结构生理病理认识不足,而这恰恰是中西医结合的突破点,可以根据它的生理病理来为我所用。

林芳冰博士:

中西医是有区别的。中医的象思维讲的是宏观的、形而上的,强调的是功能、是动态地认识疾病,讲究平衡,重视“神”,是有机的、整合的一个理论,所用药物也是自然的药物。西医思维则是物化的、实证的思维,重视微观的观察,是形而下的,更强调结构,认识疾病是偏于静态的,根据病理表现用药,如果不清楚那就无药可治。中医讲平衡,西医讲纠正,有了肿瘤可以切,有了炎症可以消炎。西医是依托现代科学发展起来的,如果没有现代的技术手段,它不能取得很大的进步。

贾海忠教授:

中西医思维方式有时感觉水火不容,但是仔细分析,从根本上讲还是一致的。两者都注重局部与整体的统一,但是中医思维更注重对病人整体状况的判断,而西医思维更倾向于患者疾病的判断。中医临床思维的诊断特色是在于“证”,辨出证来就有了相对应的治疗方案。而西医的临床思维是在西医解剖、生理、病理、诊断等理论基础指导下,对患者做出一个疾病的诊断。中医是以概括为主,西医是以分析为主。西医分析出疾病,然后考虑怎么消灭疾病,看到有形态的东西,就可以采取手术的方式进行治疗;查出细菌就可以杀菌。西医以消灭疾病为临床的基本目标。中医则以人为本,通过调动人体内在的积极性来维持人体正常的功能、治愈疾病。西医临床思维本来也有整体性,但由于它趋向于用分析的方法来认识疾病,临床分科又细,所以侧重于弄清疾病的确切的部位,一个人能诊断出好多病,病和病之间难以说清内在联系。而中医的临床思维侧重于人体各个部位之间的关系。所以中西医临床思维在疾病的定位、定性以及定量方面都有很大的差异,尤其是在对于疾病与疾病的关系上、人体整体与部分的关系上,中医是高度概括的。

刘宁博士:

中医是中国传统文化的一个“种子”,最核心的一个特点是注重阴阳五行的“圆融和合”观。中医最早从神农尝百草开始,然后到《汤液经法》,到东汉张仲景的《伤寒论》,《伤寒论》中提出“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,强调方药的加减变化和对疾病的动态把握。中医大部分是在解决功能状态的疾病,西医大部分则解决的是器质性病变,通过外科手术,或者是在功能完全丧失以后的一些支持疗法治疗。所以通过现代技术了解器质是否病变选择中医或西医恰当地治疗也是十分重要的。

## 2 中西医的临床思维是可以融合的,是可以结合的

肖永华副教授:

中西医的最终目标都是生命健康;研究的对象都是人体、生理和病理,所以两者应该是可以互相借鉴、融合。比如消化病的微观辨证,就是借助中医的系统观、整体观,来理解西医很多细节的内容。所以中西医思维是可以融合的,两种

思维方式最终可以互相启发,彼此促进,最终达到医学进步。

赵进喜教授:

中医临床思维在比较高的层次上是可以和西医融合的。第一,中、西医疾病病名、症状、体征之间存在对应关系。比如中医内科的尿血和血淋鉴别,尿血不伴疼痛,主要见于肾小球肾炎;血淋属于淋证,伴有疼痛、排尿困难,如尿频、尿急、尿痛,主要见于泌尿系感染、泌尿系结石、泌尿系肿瘤、泌尿系结核。第二,借助现代医学的技术手段和理论在一定程度上可以指导中医临床治疗。比如,田德禄教授将胃镜视为望诊的延伸,利用其结果对用药作一定的指导。慢性胃炎、十二指肠溃疡借鉴中医从“痛”论治思路等。第三,中医治病原理可符合相应西医疾病的病理生理。比如心衰,西医强心、利尿、扩血管。《金匱要略》:“膈间支饮,其人喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧者,木防己汤主之。”木防己汤药用防己、桂枝、人参、石膏,西医治疗心衰常用的强心、利尿、扩血管、抗感染思维可以说已经具备。

所以中西医临床思维还是有相通之处。但见肾小球硬化就“散结”,或针对血液黏稠度高就只“活血”,这是比较低层次的融合。例如糖尿病肾病多合并糖尿病视网膜病变,都属于微血管病变,糖网早期有微血管瘤、渗出,晚期有增殖即新生毛细血管生成、玻璃体积血,西医用血栓通等,中医也用一些活血通络的药,但仅仅这样就没有突出中医临床思维。因为就眼病而言,中医有“五轮学说”“肝开窍于目”“目病多郁”及“巅顶之上惟风药可到”等多种观点,在传承这些原创思维基础上,结合西医改善眼底微循环,保护眼底内皮系统功能的治疗思路,这样才算中西医结合,中西医的融合是完全可能的。

刘宁博士:

中西医思维方法各有其优缺点,取各自的优势再把两种思维方式结合起来解决临床问题最为重要。比如治疗腰椎间盘突出卡压神经根导致的“多卡综合症”,中医按照经络辨证循经刺,实际是给予一个神经刺激;西医用神经触击术等方法也是按照神经走向进行刺激。殊途同归,中西医临床是可以融合的。因此不管应用何种手段,在最短时间能最有效地解决问题,就是临床上中西医思维碰撞融合最根本的目的。

### 3 如何实现中西医临床思维更好的融合

肖永华副教授:

作为初学者,应该尽可能地先学会、学好中医思维,在用中医的时候完全不要想西医,反之亦然。因为两个方面都学会之后才谈得上融合的问题。而即使在医者这个阶段,首先是医生的身份,其次才是中医的身份。因此对于中医院校的医学生而言,西医知识是很有必要掌握的。

我认为中西医思维融合得比较好的有贾海忠和吴雄志两位教授。贾教授擅长用中医的思维来看待阿司匹林、倍他乐克或是胰岛素等西药,即通过观察药物作用到人体的反应,用中医思维来考虑、归纳这些西药的性味归经和用法,从

而更好地指导临床应用。吴雄志教授则灵活应用西医思维来理解中医疗效。例如,吴教授认为麻黄汤方中的麻黄相当于康泰克中的伪麻黄碱,桂枝相当于解热镇痛药,炙甘草相当于外源性肾上腺皮质激素等。姑且不论这种解释是否完全准确,但是由于紧密联系临床,对于学生理解和掌握经方确有启发。所以在另一个层面上,中西医思维的融合是要能够正确的、自如的用中医的思维来解决西医的问题,或者用西医的思维来解决中医的问题。

刘宝利副主任医师:

中西医结合最重要的是先要建立中医的思维、相信中医。中医思维一定要是纯中医思维,我的中医思维是六经辨证。《伤寒论》虽然有是证用是方,但同样蕴含着病机。例如曾治疗一例失眠病人,反复应用酸枣仁、石菖蒲、远志都没效,一看舌淡嫩、苔白滑、脉沉细,辨证为少阴病,用真武汤;还出汗,合用麻黄附子细辛汤。虽然没用酸枣仁、石菖蒲、远志镇静安神的药,但疗效却很明显。因此,如果失眠就只用酸枣仁、远志镇静安神,降蛋白尿就用芡实、金樱子收涩,这是典型的西医思维,丢弃了中医辨证思维的精华。这不是中医,是典型的中药大夫。具有中西医结合素质的人才,西医基础应该很棒,中医思维又很强。面对一个疾病,知道什么时候选择西医治疗,什么时候选择中医治疗,而不是中药西药叠加。

赵进喜教授:

中西医思维模式的形成与临床实践、师承都有密切关系。但要达到中西医的融合,首先还是要学好中医临床思维,这就需要全面继承中国传统文化,尤其是中国传统哲学。“文是基础,医是楼”,萧龙友、施今墨、秦伯未、任应秋等老前辈具备深厚的中国文化底蕴,是其能成长为中医大家的重要条件。其次我们还应该具备科学研究的思路 and 意识。临床上治疗的有效病例,应该明确诊断并评价疗效,及时保留与病例相关的完整的检查和诊断资料等。没有明确的证据支持,就难以说明疗效。过分局限于传统方式难以得到普遍认可,所以还要强调“古为今用、洋为中用”,加强中西医临床思维的沟通、碰撞。

贾海忠教授:

中西医结合临床思维的融合最重要的是“病证结合”。“病”与“证”的侧重点是不同的,当病变部位明确时,重点在病,辨证就简单,比如急性骨折。而有时西医诊断有很多个病,中医辨证可能就一两个证,这时中医的“证”实际上就是病人目前诊断的侧重点。所以在临床应用时,要把疾病诊断和证候诊断二者有机地结合,这样西医的理论针对“病”可以指导选药,还可以结合中医辨证选用西药;中医辨证也可以在西医辨病基础上再应用。所以中西医结合临床思维要有病证结合的思维,这样中西医临床思维之间的缺点就能得到一个有效的互补。



李军祥教授:

建立中医思维需要全面传承中国文化与中医理论的精髓。其中重点包括:第一,太极思维。把人体内部视作一个转动的整体,强调太极升降论。如左温升,右凉降,脾胃为中焦枢纽,将心火与肾水、肝木与肺金联系起来,强调了气机升降与脏腑的关系。第二,五运六气。强调天人合一,是整体观念的一部分。比如凌晨 1 至 3 点出现胃痛、心痛、咳嗽、反酸、烧心、胃胀、下利等等,1 到 3 点为厥阴欲出到阳而不得出,属厥阴病,故就用乌梅丸。第三,中和、中庸思想。因中医的阴阳平衡、气血调和等很多思想都受儒家“中和”思想的影响。比如,溃疡性结肠炎不管从阴阳气血、内治外治或者与寒热、湿跟热的关系来说,都要调整平衡,这些都是中和思想的体现。第四,针灸、推拿、按摩、刮痧及音乐、精神方面的治疗等,各种非药物方法都有助于提高疗效。

北京中医药大学徐安龙校长曾说到中医药院校需要“现代的东西要最现代,传统的东西要最传统”。因此,一方面要学好经典,另一方面也要拿来主义,将现代技术,包括现代医学为我所用,真正融合中医、西医各自的优势,服务临床。

姜苗副教授:

中西医思维碰撞的最终目的是为了提高临床疗效,那么我们就必须从一个更高的层次上去考虑这个学科的发展以及如何结合。现在中西医结合学科的发展现状却不乐观。第一,中西医结合方向的国家自然科学基金申报比例少。第二,这个学科的分化程度较低,仅粗略分为中西医结合基础、中西医结合临床、中医药学研究的新方法和新技术;第三,中西医结合人才储备较少。自新中国成立以来,中西医结合的成就也只有几方面。(1)中西医结合证候学的研究,如陈可冀院士的气虚血瘀证、沈自尹院士的肾虚证;(2)动物模型,如类风湿性关节炎的动物模型和冠心病心衰的动物模型;(3)证候生物学,李梢教授的网络药理学;(4)中西医结合药理学,如屠呦呦的青蒿素、亚砷酸治疗早右粒细胞白血病;(5)中西医结合临床研究,如王辰院士发表的一篇关于达菲和传统中药的治疗 H1N1 甲流的 RCT 研究、吴以岭院士葶苈强心的研究、中药单体成分黄连素的研究等。现在认为包括肿瘤在内的很多疾病都与肠道菌群有关的研究,中药其实特别有优势,但在国际上的学术影响力却很小。所以,这些都可以进一步发展以促进中西医结合学科的发展和中西医的融合。

那中西医结合学科如何发展,中医如何更好地融合?第一,传统的中医病、证结合的研究是中西医结合的根本点,还可以再加上体质因素。第二,中西医结合药理学的研究。主要有中药和西药的合用,比如中药、西药是否能合用、怎么合用、合用后的疗效究竟是增是减;复方配伍的研究;还有单体混合物的配伍研究。第三,中西医结合临床的研究,就是临床医生怎么做临床科研。目前中医临床医师普遍缺乏此类方法学。第四,中西医结合的新技术和新方法的研究,即中西医的器械、设备的研发。第五,中药的网络药理学。从单病、单人、单靶点、单药物这种模式转变为多靶点。中西医结合热点基本集中在中医药的优势学科、优势病种和重大疾

病,如心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤、免疫系统疾病、纤维化、皮肤病等。除了这些热点的研究,一些目前国家支持力度不大、但对学科内部的发展很重要的“冷点”的研究也很重要。例如:第一,中西医结合的基础理论研究。北京中医药大学研究生院刘铜华院长所讲,缺乏坚实、稳固的基础理论,中西医结合难以独立成为一个专门学科。第二,中医的病因病机和西医的病因学结合的研究。中医的病因病机和西医的病因到底能不能结合、如何结合?第三,证候的演变规律和严重程度程度的研究。比如刘宝利老师提出的脾气虚和脾阳虚到底有多大的差别孰轻孰重,重又到什么程度?第四,针对复方的快速筛查技术的研究。单体的成分研究是一个方向,单体的配伍也在逐渐成为热点。

因此,要实现中西医思维的融合,还要做到像武维屏教授提出的“西医跟得上,中医承与创”,中西医基础一定要牢固,同时要掌握新的技术和方法,吸纳其他学科的智慧。正如习近平主席在中国中医科学院成立 60 周年的讲话中提到的关于中医的四个命题,即“树立民族自信、增强民族自信、勇攀医学高峰,把古老的传统医学与现代技术相结合,最终要实现祖国医学的弯道超车”。

#### 4 结语

中医临床思维碰撞是客观存在的,但是并不是绝对对立的,中西医临床思维是可以融合的。在临床上,我们可以根据中西医各自的思维特点,实现优势互补,以提高临床疗效。展望医学发展前沿,我们应该突出中医学原创性临床思维特色,同时汲取西医临床思维方法与技术,通过临床研究,逐渐实现中西医临床思维的高层次融合,为促进医学事业发展,造福全人类做出更大的贡献。

肖永华副教授

北京中医药大学东直门医院肾病内分泌科副主任医师、副教授、硕士生研究生导师,医学博士,师从首都国医名师吕仁和教授。

赵进喜教授

博士研究生导师,博士后工作站指导老师。师从中医内科学家王永炎院士、肾病糖尿病专家吕仁和教授和肾脏病理专家魏民教授。北京中医药大学东直门医院内科教研室主任。国家中医药管理局中医内科内分泌重点学科带头人。国家第三批名老中医药专家吕仁和教授学术继承人。

李军祥教授

北京中医药大学东方医院消化内科主任,博士研究生导师,博士后工作站指导老师。师从消化专家田德禄教授和董建华院士。国家临床消化重点专科负责人,北京中医脾胃病诊疗中心主任,中国中西医结合消化专业委员会候任主委,承担国家科技重大新药、十一五支撑计划、国家自然科学基金等省部级以上课题 32 余项,获教育部和中华中医药学会科技进步二等奖等多项奖励,主编著作六部,《中医内科学》

等教材二部,发表论文 120 余篇,SCI 收录 8 篇,发明专利 4 项。

#### 贾海忠教授

中日友好医院中西医结合心内科主任医师、教授,硕士研究生导师,全国第二批优秀中医临床人才,是全国第三批名老中医史载祥教授的学术继承人。

#### 姜苗副教授

北京中医药大学首届师承博士后,主任医师,硕士研究生导师。先后师从陈信义教授、周平安教授。

#### 刘宝利副主任医师

首都医科大学附属北京中医医院肾病科副主任医师,医

学博士,博士后,曾师从陈明、陈以平、冯世纶、谌贻璞教授等。

#### 林芳冰博士

北京中医药大学东直门医院消化内科主治医师,医学博士,北京市双百工程继承人,师从杜怀棠教授。

#### 刘宁博士

中医内科学博士,针灸推拿学硕士,北京中医药大学东直门医院针灸科主治医师,第五批国家级名老刘景源教授学术传承人,刘景源名医工作室负责人,世界中医药学会联合会经方专业委员会理事,北京中医药学会养生学会理事。

(收稿日期:2016-05-25)

(本文编辑:禹佳)