

• 学术探讨 •

当前中医临床存在问题及其对策

中国中医研究院 王 琦

中医学是一门实践性很强的科学,临床疗效是其兴衰所系。中医临床所独具的优势是显而易见的,但随着时代的发展也逐渐暴露出一些问题。如果我们能正视这些问题,并找出其症结,积极采取相应的对策和措施,才能进一步求得中医临床水平的提高。现就以下主要方面谈点认识。

存 在 问 题

一、辨证论治有一定局限性:其主要表现在(1)对潜证、隐证或某些疾病的早期无证可辨。(2)在一些时候虽有证可辨,由于对疾病诊断及本质缺乏了解,也未必能获得满意疗效。(3)异病可以同治是一方面,但另一方面,“证”是疾病发展过程中的阶段反映,从属于病这一基本矛盾,因此两种性质完全不同的病,尽管表现证候相同,其治疗也应有所不同。(4)专病专方专药治病的事实大量存在并层出不穷,为辨证论治所难概括。

二、临床上某些病种局限,疗效下降:(1)一些单位由于临床水平、制剂以及给药途径等问题,对住院或科研病种的挑选,往往避重就轻,使其诊治病种日趋狭隘,由于中医对危急症的实践减少,没有足够病种和病例资料的积累,所以难以总结和提高。(2)某些学科专长未能很好继承和发扬。华佗是外科手术的鼻祖,而现代中医很少开刀,多数面对创伤、骨折、急腹症没有西医做后盾很难处理,能应用中医眼科手术钩、割、针、镊、烙、夹、开金针等法者已不多。(3)专科齐全、技术力量较强的中医院较少,不少综合医院尚无中医专科病房,不能对病人进行系统观察,从而给临床经验的总结提高带来一定困难。(4)由于对中药的适应症不能很好掌握,故导致对一些可以使用中药治疗并且有较好疗效的疾病,应用中药的使用率下降,在一些大的中医研究机构中药的使用率平均仅为25~28%。(5)对有些慢性病的疗效提高缓慢,如对慢性肾炎1965年中医疗效为33.4%,而目前缓解率仍仅为28.8~30.2%,慢性肾功能衰竭好转率为6.4~14.2%。

三、对急重症的抢救相对缺乏及时有效措施:(1)缺乏训练有素的中医急症医护人员,能担负治疗急症的骨干力量较少,目前尚难适应急症工作需要。(2)抢

救手段及设备不够先进。(3)对中医传统抢救急症的方法缺乏系统研究。(4)中药剂型改革缓慢,剂型比较单调,缺少急症需要、门类齐全的系列高效、速效新剂型。(5)对有些“群体性”疾病或发病率较高疾病,中医药尚缺乏大面积的防治能力。

四、临床人员素质有待提高:(1)据统计30万中医中医师以上职称11万人,占28%,中医学院毕业生占15.9%,60岁以上有丰富经验的老中医占5%。(2)部分中医不注重临床实际技能训练和对所学中医理论的巩固与提高,而是热衷于其它非专业理论学习,因而临床技能难以适应临床实际工作的需要。一些地方还出现中医院校毕业生分配“留滞”的状况。(3)部分中医临床人员没有处理好中医与西医的关系,不是在实践中根据实际需要有机地开展中西医结合,而是盲目轻中学西,有的甚至弃中学西,日久使得应用中医药解决问题的实际能力和水平下降。(4)理论与临床有脱节现象:有些人由于长年只教书不看病,或很少看病,故有些编写的教材内容与临床实践有一定距离,不能很好有效地指导临床实践。(5)有经验的老中医随着知名度越高,各种社会活动频繁,使之为人看病总结经验的时间大大减少。(6)缺乏学科带头人和课题负责人,梯队没有形成。(7)既懂中医、外语功夫又过硬的人才较少,给开展国际学术交流带来困难。

五、临床学科不全,小科岌岌可危:(1)很多中医临床单位,学科配套不全,中医内科偏多,缺少独特而有治疗专长的专科。(2)小科人员缺少更为突出,据1985年统计,我国中医耳鼻喉科医生225人,皮肤科316人,眼科507人,按摩科718人,全国60岁以上的高级喉科人员仅有18名。

六、文献继承面向临床不够,甚至与临床脱节。集中主要精力,从大量文献中总结研究历代辨证施治规律、古今疾病演变规律及名家诊病用药经验等不够,未能对前人的临床经验组织力量进行有计划的筛选验证,肯定疗效,为今天临床提供借鉴。老中医临床经验继承多停留于一般性总结,有的甚至未能充分反映出老中医的学术思想和临床独到经验,缺乏特色和学术价值,有些地方老中医配助手未真正落实,“少林功夫”真传弟子太少,未形成流派。一些老药工的

经验也未得到有效抢救,随着大批老药工退休、自然减员,中药传统知识经验后继乏人,有濒于失传的危险。民间及乡村医生的经验重视不够,如稷山县骨髓炎治疗效果很好,北京双桥老太太正骨经验等,迄今均未能得到全面总结推广。不少地区草医草药仍处于自发状态。民族医数量质量均发展缓慢。一些实际经验如蒙医放血、药浴、正骨、正脑术等独特疗法少有垂顾。

七、缺乏严密临床科研设计,多为低水平重复:中医临床学科的发展,需要从诊疗工作中积累大量病例,总结经验,摸索对疾病的诊治规律,为科研提供基础,但由于缺乏科研基本训练,临床报道缺少大宗病例观察,且多为回顾性总结,开展前瞻性研究较少。病例的选择,诊断的确立,资料的积累缺少规范,许多临床报道,由于未设立对照或未作统计分析而科学性较差,且长期处于低水平重复。

八、一些从事临床工作人员的理论学习研究不够。目前的实际情况有人不是以理论来指导实践,而是病看好后,回头总结写文章时再加几句《内经》云之类的语句,临床工作缺乏真正的理论思维和升华。多年来很少有人真正从实践中总结出新学说、新流派、新理论,文章写得不少,有创见的少。很少有人能以新学说来影响中医学。卫气营血成了千古绝唱,就不能提扭转截断?阳萎只能从肾治,而不能从肝治?若将前人的言论当做教条,势必使中医理论陷于僵化的局面。

九、缺乏临床科学管理能力:中医临床工作,缺乏整体规划和步骤,未能确立主攻目标,多属自发的、分散的,有计划有组织的协作攻关较少,难以形成拳头。

十、中药问题直接影响临床疗效的提高:有的药品紧缺,致使有些临床医生使药品混乱替用。伪劣药材时有销售,仅1985年全国就查处假劣药案1.3万余起。有些药材由于管理不善,霉变严重,反给人体健康带来危害。药品炮制粗糙,由于不按中药炮制规程办事,中药有效成份大量丢失,据有关资料表明县级医院饮片合格率仅为45~63%。对中药煎服法也不够考究,不少中药房采用蒸气煎药,无论何药不分文火、中火、武火,也不管先煎后下,用量服法、成人小儿等同,且中药用量越来越大。剂型单调,仍以口服为主,合格的肌肉、静脉注射及其他途径给药的较少。有的剂型原为散剂,如银翘散《温病条辨》规定:“共杵为散,每服六钱,鲜苇根汤煎,香气大出,即取服,勿过煮”。而现在均制成银翘丸后,体内崩解缓慢,制成的

银翘片均直接影响药效的发挥,由于煎煮过久,挥发性成分大多丢失。同时药价上涨,与患者承受能力不相适应。看一次感冒中成药费甚至可高达10余元。一些合同单位由于公费医疗严重超支,只好与中医院“忍痛割爱”。药品管理也时有漏洞,造成误食砒霜等剧毒中药中毒事件屡有发生等等。

问题的对策

一、丰富辨证论治内涵,增强主体吸收能力,实行诊疗观的变革,要在临床工作中辨证与辨病相结合,宏观与微观相结合。即既辨中医的“病”,也辨西医的病。多一方面参照物并非坏事,只要运用中医理论思维这个核心问题不丢。中西医都用“感冒”、“痢疾”、“麻疹”等病名,人家不忌讳,我们何以作茧自缚?对有些病不要等“证”完全暴露时才去辨,而要搞先兆证研究。

二、专病专方专药及对症治疗也是一种可贵的思路,某方治某病古已有之。在研究辨证论治的同时也要加强对对症治疗研究。在紧急情况下一定见血要止血,见喘要止喘,见汗要止汗,见烧要退烧,要提倡研究出中医即刻止喘药、止血药、止痛药。中医本有“急则治其标”之说,这样做是与辨证论治并行不悖的。要积极运用现代科学技术,加强中医诊疗技能,要大胆从当代有关科学成就和西医学的长处中吸取养料。那种恐怕运用了现代技术手段会影响改变自己特色的担心是完全不必要的。不但不会被取代,反而能迅速地促进其自身的发展。因此应持“拿来主义”的态度,“声光电磁超声波,都可为我作用途”。

三、扩大病种,在提高疗效上下功夫。目前首先要针对危害人类健康最严重的疾病,以及西医无特效疗法或西药副作用严重的疾病,确立主攻目标(日本1984年曾提出包括类风湿性关节炎、进行性肌萎缩等45种难治性疾病作为研究重点)开展协作研究。要注意培养专科后继人才。让有名望的医生坐下来看病,通过实际疗效扩大中医影响。城市中医可定期组织深入到九亿农民所在的农村,通过广泛接触病人,在实践中锻炼提高培养中医人员的临床技能,或采取横向联系与有关医疗单位合作,“借巢下蛋”。

四、尽快组织培养一批从事中医急症研究的专业队伍,摸索证治规律,不断总结经验。中医高等院校应编写中医急症教材,开设急症课程,临床要安排急症实习。有计划地培养一批从事中医临床急症工作研究的硕士生、博士生。举办中医急症学习班,多途径的加快急症人材的培养。对“高热”、“厥脱”、“中风”、

“出血”、“痛证”等全国6个急症攻关协作组要重点扶持，定出要求，抓出成果，推广经验。在此基础上总结出中医急症证治常规，逐步形成中医急症学。积极推进中药剂型改革，为适应临床急症需要提供一批使用方便的新药。

五、提高中医临床人员的素质。按不同层次，采取函授、办学习班等多种形式，组织各类中医人员温课，理论联系实际，介绍中医临床各科的新进展，请老中医和有一定技术专长的人传授经验，培养实际诊治与操作技能，为临床工作打好基础。中医学院的课程设置应注重职业教育，并应实行医学毕业后继续教育制度。扩大中医临床研究生的招生培养，造就更多的中医临床家和学科带头人，培养一定数量的中医学好外语，引进国外经验资料，开展国际学术交流。

六、抓好学科建设，积极扶植小科。对小科人员的培养可实行有计划地定向招生、定向培养、定向分配工作，或采取选定专人继承，使之“香火不断”。中医医院应按自身任务健全相应的临床科室，所建学科要力求有自己的特色。对一些专科经验、特长、绝招、针法、手法、灵丹妙药要组织予以继承。对一些新兴学科如男性学科、老年病、气功等应加强力量，形成并扩大其专业队伍。

七、抓好继承，为临床服务。理论及文献研究应面向临床，为今天临床提供更多可借鉴的经验。抓好老中医、老药工的继承，为他们配备得心应手的助手，把“拿手好戏”接过来，对草医、民间医、少数民族医的一技之长者，要加以尊重扶持，组织人力研究整理，对他们被实践证明行之有效的东西，应同样给予各种奖励。

八、把临床科研建立在严密的科学方法之上。要加强中医药人员的科研素质的训练。大力提倡和支持旨在体现中医药特点的研究思路、方法，鼓励创新，逐步摸索中医科研规律。在努力发掘应用传统科学研究方法的同时，要积极运用现代先进科学技术与手段，以适应当代社会生产力的发展和人类防治疾病的需要。形成中医科研系统工程，提出中医研究的总目标及阶段目标，建立健全各项科研管理制度。对重点课题，要组织以课题为中心的多边协作攻关、实行横向联系，进行综合性系列研究。

九、重视理论对实践的指导和临床对理论的升华。当前中医学必须在继承的基础上结合新的实践成果在理论上创新，当实践与固有理论发生矛盾时，当以实践为依据，可以根据实践修正旧的理论，或创立新的理论。使之反过来更好的为指导临床实践服务。

十、加强中医临床管理。从病历书写到医疗护理，都需要实行科学管理，一切以提高医疗质量为中心。

十一、加强中药管理，开展药源调查与开发，实行计划种植，严厉查处假药劣药，严肃药品管理法规，保证药材质量。对一些中成药要进行重新评审。积极改善中药制备工艺，引进现代科学工艺技术设备，生产更多有利疾病治疗和患者乐于接受的新剂型。要杜绝药材浪费现象，如日本把中药制成了浸膏、粉剂和切成黄豆般的生药，因药物接触水和受热的面积大，所用药量仅为传统方法的1/3~1/5，药效发挥浓度反而比传统方法高得多。这些经验均值得借鉴。

“中医不能丢”，关键在于临床不能丢。对此应在继承和发扬中医优势的基础上，对疾病观、诊疗观作出深刻的转变。中医临床的发展一定要适应当代社会对中医在医疗保健方面的需求。要放在今天的历史条件下研究。中医早已不是“独家经营”。在中医、西医、中西医结合三种医疗形式存在的情况下，中医对自身的状况都应做出客观的评价而加以认真总结，其中包括勇于向自己的不足挑战，勇于自我更新，加速自我完善与发展。当前对中医学研究应避免两种倾向：即对现代先进技术手段一概排斥，怕“殃及国人”；或“外国月亮比中国圆”，否定自己。应该认识到在事物的相互比较中，既要扬长避短，又要取长补短。相互之间的借鉴和渗透是对自己的有力促进。若抱残守缺，固步自封，尽管有辉煌过去，未必有光明的未来。还应该认识到科学的进步发展，并不仅仅依靠外部的输入，归根结底在于它能否去吸收养料和在开放的同时不断从自身产生出新东西。高疗效是医学追求的共同目标，也是社会效益及学术价值的具体体现。无疗效或低疗效则无优势可言。因此提高临床疗效是中医生命之本，我们应为之作不懈的努力，历史在期待着我们。

(上接第473页)

2. 千叶峻山. 新小儿医学大系, 第20卷C, 第1版. 东京: 中山书店, 1981:53—63.
3. Krugnans, et al. Infectious diseases of children. 7th edition. Mosby 1981:1—12.
4. 侯云德. 干扰素及其临床应用. 第1版. 南京: 江苏科学技术出版社, 1981:226—228.
5. 俞普昌, 等. 新生儿巨细胞包涵体病16例临床分析. 中华儿科杂志 1982; 20(1):13.
6. 杨雅珍, 等. 大黄及其提取物对大白鼠利胆、利胰效应的实验观察. 中西医结合杂志 1984; 7(3):166.