

· 学术探讨 ·

中西医结合诊治性疾病的整体医学模式

王明辉 彭志辉 王风雷

近五年来,为探索某些性疾病的整体医学诊治模式,我们采取了相对固定的八种中医证型(肾虚肝郁、肾阳虚、肾阴虚、气滞血瘀、下焦湿热、肾阴阳两虚、非典型证、虚实夹杂)和 90 系列五种中医辨病辨证施治方法,通过近 5000 例次的观察和分析,深感整体医学(习称生物—心理—社会医学或辨证的多层次的综合医学)远比以往单一的生物医学诊治在学术思维和医疗实践上更为先进和客观。整体医学诊治模式的雏型,我国古代中医虽早已有之,但惜尚未形成系统理论和深广实践。现我们拟就多年来中西医结合性医学的临证实践和有关同病异治、异病同治规律的探索,对整体医学的诊治理论和指导临床实践的重大意义开展一次学术讨论以就正于同道。

1 整体医学诊断模式

在性疾病发病学和病因诊断学上尽管千端万绪,但概括起来,无外为三大因素。(1)生物因素,此多为某些致病微生物所引起或人体脏腑、组织、器官功能失常的器质性病变,如前列腺炎、睾丸炎、精囊炎、输卵管炎、阴道炎,肿瘤或某些内分泌、代谢病等。(2)心理因素,如性罪恶感、性压抑、精神紧张、七情过激或失调、性不洁感、性心理变态(如同性恋、恋物癖、性虐待癖)等。(3)社会因素,如嫖娼、吸毒、未婚同居、早婚、夫妻反目、家庭或同事纠纷、性解放或性禁锢等。

我们的实践也证明上述三因素可单独或混合导致性功能障碍、性疾病或性传染病;且此三因素又可互为因果,相互影响;当各因素间多表现为不利影响时,则常易发病、增病;当表现为有利转化时,则可防病、减病。如阳痿,一般可分为器质性、心因性或混合性三类^①。据我们统计,第一类有的可有 24 种兼并病同现;第二类可表现为境遇性阳痿,多由于心绪颓丧、情感报复、工作紧张、心力交瘁等意识或性心理异常、性认识偏误(如认为偶或手淫也可伤身,遗精大损元气等)所致。而这些有时亦可为某些社会因素(如未婚同居、人事不和、性环境混杂、性知识贫乏或医疗失当等)所激发。加之生物、心理、社会

诸因素又常互为影响,如因前列腺炎引起的阳痿(器质性),发病后妻子常埋怨和讥讽(社会性),使患者焦虑不安,心情压抑(心理性),总想下次一定要一举成功,但却每事与愿违而形成恶性循环。故很明显,此类性疾病的诊断模式,从病因学上分析,既可为单一的生物、心理或社会性因素,也可是二因或三因并存。以阳痿为例,临床资料表明,其属器质性的约占 30%~50%,也有认为心因性的可高达 80%~90%,而大多数常是混合性的。故如仍沿用过去单纯的生物医学观点,则由于病因诊断的不全面或失误,往往可使疗效难以提高。为了提高辨病辨证准确率和“治病求本”,我们通过实践,设计并逐步完善了一套大体可用于多种常见性疾病诊治的科研病历表,详细蒐集了前述三类因素的病史及有关检测,可藉以判定其生物性、心理性、社会性诸病因的主次或混杂程度,并藉以制定针对性较强的个体化治疗方案^②。在西医辨病和中医辨证方面,则根据有关医理和相应的辨病辨证标准,按前述的八型进行整体医学模式的综合诊断。我们借用带分数的形式,用系数代表主病(如阳痿、早泄、精液异常等)的西医诊断病名,分母表示中医的有关分型辨证名,分子则以三项并列,分别提示器质性、心理性、社会性病因或诱因。如三类中缺某一因素,则以零(“0”)补缺。象这样,我们根据初诊病历资料分析^③,某阳痿病例的整体医学诊断模式可以是:

继发性阳痿 $\frac{\text{前列腺炎} \cdot \text{操作焦虑} \cdot \text{未婚同居}}{\text{肾阴阳两虚}}$

某不育病例的整体医学诊断模式可以是:

原发性不育 $\frac{\text{精液异常} \cdot \text{心情不舒} \cdot \text{其妻附件炎}}{\text{虚实夹杂型}}$

其他各类病例均可仿此模式诊断。

当前,西医虽对整体医学的研究日益深入,但迄今仍未提出(尤其是对性疾病)类似我们所拟的如上述的整体医学具体诊断模式。且这一模式具有“病证结合、证因结合、生物—心理—社会医学结合及中西医结合”的“四结合”诊断的整体医学特征和有关性疾病应认识为病、证、因、中西医相互联系的科学内涵。

何以要“病证结合”?因我们曾将所诊的 135 例阳

痿和 325 例精液异常不育患者相对于中医辨证诊断的前述八种证型分别分析了其所占比例。发现这类病的各种证型多少不一,这就提供了同病异证时其治则方药不同,异病同证时则可治则方药相同的“同病异治、异病同治”规律的有力依据;并显示,于西医辨病的同时还须中医辨证,再结合生物、心理、社会三因素有无而概括以整体医学诊断模式来表述。

何以要“证因结合”呢?因我们观察到,不同的病因往往关系到多样化病证的相似或相异的表现。虽病因千头万绪,但都无外是生物性、心理性、社会性病因的组合,如上举阳痿的诊断模式中所反映的生物性病因因为前列腺炎,心理性病因因为操作焦虑,社会性病因是未婚同居即一例证。由于病因可影响病证,故病因也是“同病异治、异病同治”的物质基础之一。类似这些病因或原发病的单见或兼有,故在整体医学诊治中也都是一病可用多方、一方可治多病的不可稍加忽视的前提。

何以要“中西医结合”和“生物—心理—社会医学结合”呢?中西医根据各自有关医理,西医辨病,中医辨证,病证结合,加深对疾病的深入认识。至于模式中相关于生物性、心理性、社会性三类病因,应通过对具体患者的细察,有则如上举模式依次具体写明,无则以“0”补缺,此常有利于医者深入了解病因病证以达到“治病求本”的目的,并为先议病、后议方药治法奠定扎实的基础。

此种用整体医学诊治模式代替习用的生物医学模式,可启发和指导我们对性疾病,甚至包括某些内、妇、神经精神及肿瘤科等病证诊断的规范化,提高确诊率,有助于实施个体化综合治疗措施和疗效评判水平的升华。

2 整体医学治疗模式

根据上述的诊断模式,对主为生物性或器质性疾病,可选用中西医药、抗炎、针灸、推拿、按摩或手术等疗法;对主为心理性疾病,则选用情志转移,心理疏导,气功导引、感觉集中训练或心身医学疗法等;对主为社会性病因所致者,则可根据“天人相应”理论转化矛盾,去除不利因素,并适时开展性咨询教育,禁娼,禁毒,心身疗法或强化社会立法等措施。因临证多见患者为生物、心理、社会三因素混合性疾病,故治疗也宜以多级多路调控(参见中医杂志 1985; 10: 62)的整体医学模式为常法。所谓多级调控,就是在不同层次或级别,如宏观或微观的诸层次上的调节。所谓多路调控,即是在不同层次或同一层次中选用多种措施或方法对患者予以针对性动态的调

控,使“杂合以治,各得其所宜”。如针对本文前述的诊断模式中的继发性阳痿患者,我们选用滋肾阴、壮肾阳的固定方药以治其肾阴阳两虚证;兼用中西药以抗其前列腺炎(生物性病因);以心理疏导和去焦虑训练消除其操作焦虑(心理性病因);用咨询教育和社会道德规劝其及早完成合法婚姻以去除其未婚同居(社会性病因)的临事顾虑不安心态;另还酌取撮谷道、揉神阙等简易导引以求高效。似这种防治结合,整体与局部同治,器质与功能并重,宏观与微观互补,动态与静态统一的整体医学治疗模式常较单一的生物医学、心理医学或社会医学的疗法收效要快且优。如以往治疗阳痿,失败率一般为 30%~40%,而采取整体医学的综合疗法,其有效率可达 94.6%。又如我们曾治疗一诊为肾虚肝郁的境遇性阳痿病例,开始时仅用滋肾疏肝的方药效果不理想,继续深入了解其失意原因的心态后加以多方疏导和劝勉,不到 1 个月即阳事振兴。另一例疑其妻有外遇而情感失和的阳痿患者,也是在辨证用药,心理疏导(多番解释误会)转移情志,调整房事体位和技巧等整体医学综合措施下治愈的。这种综合治疗方案,也可理解为对具体病例具体对待的个体化治疗措施,也可能是辨病辨证论治的个体系统化和规范化的雏型,是中医辨证论治理论和实践的升华。

此外,我们还观察到,如在阳痿或精液异常不育的患者中,肾虚(包括肾阳虚、肾阴虚、肾阴阳两虚)只占全部病例的 54.8%~60.5%,故尚有 40%~45%的病例是不适合补肾的(且补肾亦有壮阳、滋阴、阴阳双补的不同);且在疗程中,患者的证型亦多有变化,在上述情况下,其方药及综合措施亦宜随证型及有关病因而改变。若仍坚持或单靠补肾“一方普治”,也多是难以提高疗效的。故前述的能综合病种、证型、病因、兼病的整体医学防治措施,应较习用的单一的生物医学治疗能更显示出其优越性。

3 整体医学疗效模式

如上所述的诊断和治疗模式的整体医学特色是很明显的。若病因单一,则治疗后可因病机及所呈现症状的消减与否相应地评为治愈、显效、有效或无效;但如病因病种混杂,则其疗效评定宜采用分数或带分数的模式表达,使具备“证因结合,疗效分计”的特点。仿上述诊断模式其各部分的含义,除分母改示疗效评定分级外,其他如系数及分子含义均与诊断模式同。如前举的阳痿患者,治前具有三项病因,治后“三因”减轻,但未全除,而患者已举阳坚挺,明显进步,则其整体医学疗效评定模式可写成:

继发性阳痿 $\frac{\text{前列腺炎}(\pm) \cdot \text{操作焦虑}(\pm) \cdot \text{未婚同居}(\pm)}{\text{肾阴阳两虚}(\text{显效})}$

式中分母示疗效评为“显效”，分子的三个“±”号依序表示“三性病因”虽有减轻，但未根除，提示对之今后仍有进一步治疗的必要。若经治疗后，“三因”全去或有的根除，则分别以“0”示之；若“三因”有所加剧，则依轻重分别用“+”、“++”、“+++”表示。如上举阳痿已经治疗康复，仅因偶或的焦虑（心理性）致间现竖阳不坚，则其疗效评定模式可简写为：

继发性阳痿 $\frac{0 \cdot \pm \cdot 0}{\text{临床治愈}}$

又如前举的精液异常不育经夫妻同治后，精液恢复正常，其妻病已除，心情舒畅，并有孕育则其疗效评定可简写为：

不育 $\frac{0 \cdot 0 \cdot 0}{\text{治愈}}$

若该例治后精液接近正常，但其妻已孕，则疗效宜分别为不孕育（治愈）、精液异常（显效）；但如该例虽治后精液多次检测正常，但妻仍未孕，则其疗效可简示为：精液异常（临床治愈）· 不孕（无效）。此提示

夫妻间尚有其他影响致孕的病因须进一步追查和诊治（如免疫机制、特殊性染色体有无异常、房事时间和体位的恰当掌握等）。诸如此类，可看出这模式是可表达整体医学疗效且能具体对待病因、病证而分计、分级评判的特点的，这较之习用生物学评效模式则更具有层次深广的优点。如后者在评定不孕育的疗效上只有治愈或无效两级，而前者则因不孕的不同病因病机及病种而分别评效。这无疑对今后预测转归，另觅新径和深入探究其间隐蔽的因果关系是大有助益的。这种整体医学诊治模式的提出，也可能为中西医结合的临床科研思维展示遐想和突破口。

参 考 文 献

1. 王明辉, 彭志辉, 王风雷. 135 例阳痿的病证治分析. 中国性学 1993; (2): 58.
2. 李曰庆, 张素斋主编. 性功能障碍研究新进展. 北京: 华夏出版社, 1995: 10—16.
3. 王明辉, 彭志辉, 王风雷. 性疾病的整体医学模式. 性学 1995; 2(4): 6—8.

(收稿: 1995—11—30 修回: 1996—06—10)

中国中医药学会学术部 1997 年学术会议计划

1 首届全国五方（单方、验方、秘方、经方、协定处方）应用研究学术交流会议拟定于 1997 年 6 月在北京召开。征文内容“五方”临床经验总结及研究，要求以临床实用为目的，可操作性、重复性强，确为个人用药心得和体会，或家传师授。

2 首届全国中医药学术发展战略研讨会将于 1997 年 7 月在贵阳召开。征文内容：（1）中医临床、教育、科研方面存在的影响学术水平提高的问题；（2）尽快提高临床医生的学术水平的对策；（3）临床医生的继续教育存在的问题及对策；（4）中医药教育（包括本科、中专、成人自考）存在的问题及对策；（5）中医药科研方面存在的问题及对策；（6）中药剂型改革的新思路及目前存在的问题；（7）中药材种植、栽培、采集、炮制方面的问题及对策；（8）影响学术发展的其他相关内容。

3 首届全国中医舌诊学术交流会议拟定于 1997 年 8 月在沈阳召开。征文内容：（1）对中医古典医籍中关于舌诊的基础理论总结；（2）舌苔、舌质基础实验研究；（3）舌苔、舌质、舌体动态变化与疾病转归的关系总结；（4）特定舌苔、舌质、舌体对中医特定证候的诊断意义；（5）舌下静脉、舌下系带在疾病诊断中的作用；（6）舌诊在临床中的应用；（7）舌与脏腑、经络关系探讨。

4 首届全国中药毒副作用学术交流会议拟定于 1997 年 10 月在杭州召开。征文内容：（1）中药炮制与中药毒性（副作用）的关系研究；（2）中药毒副作用与水煎时间的关系探讨；（3）对中药“十八反”、“十九畏”的探讨；（4）常用中药（单味药、方剂、中成药及其他剂型的中药）在临床中的毒副作用、过敏反应及防范措施；（5）对常用有较大毒性的方药在临床上的运用经验总结；（6）“以毒攻毒”理论探讨及临床应用。

5 第二届全国基层中医药临床应用研究学术交流会议拟定于 1997 年 11 月在上海召开。征文内容：（1）基层常见病、多发病、疑难病的中医药防治总结；（2）简、便、廉、验的中医药防治疾病的方法介绍；（3）民间疗法、特色疗法在基层临床中的应用；（4）中医药在基层临床各科的应用。

征文要求：（1）每篇征稿限 3000 字以下，800 字以下摘要；（2）来稿请打印或正楷方格纸抄写；（3）请自留底稿，恕不退稿；（4）征文截止日期：1997 年 2 月 28 日；（5）请在信封右上角注明“×××会议征文”字样；（6）每篇征文请寄审稿费 20 元。联系地址：100029 北京市樱花东路甲 4 号 中国中医药学会学术部收

中国中医药学会学术部
1996—07—07