

· 论 坛 ·

中西医结合诊疗方案的探讨

曾逸笛^{1,2} 曹泽标^{1,3} 杜 佳^{1,2} 陶竞杰^{1,2} 周小青^{1,2}

摘要 结合目前中西医结合现状,提出中西医结合诊疗方案可以从诊疗路径、病机及治法理论、诊疗理念等方面进行,但在结合程度上可有差异。同时具体方案的制定应根据疾病确定基本方向,并因人、因时、因地进行调整。对于制定好的结合方案,可从两者是否形成了互补、协同、激发、减毒的作用,在疗效、安全性、实用性、经济性等方面是否较既往单一的模式多解决问题,多避免不足来进行评价。

关键词 中西医结合;诊疗方案;临床路径

Discussion on Clinical and Diagnosis Program of Integrative Medicine ZENG Yi-di^{1,2}, CAO Ze-biao^{1,3}, DU Jia^{1,2}, TAO Jing-jie^{1,2}, and ZHOU Xiao-qing^{1,2} 1 Key CM Diagnostics Laboratory of Hunan Province, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha (410208); 2 Collaborative Center for Research and Innovation of Digital Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha (410208); 3 Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha (410007)

ABSTRACT Facing current situation of integrative medicine (IM), authors put forward that clinical and diagnosis program of IM could be carried out from clinical path, pathogenesis, treatment theory and philosophy, and so on, but with different integration degrees. Meanwhile, formulation of concrete program should be disease-targetedly set up, and adjusted from person to person, from place to place, from time to time. As for settled IM program, authors could evaluate it from whether Chinese medicine and Western medicine have formed complementary, synergistic, excitatory actions, and toxicity attenuation; whether more problems could be solved in efficacy, safety, practicability, and economy than previous single mode.

KEYWORDS integrative medicine; clinical and diagnosis program; clinical path

1956 年毛泽东同志提出“把中医中药知识与西医西药知识结合起来,创造我国统一的新医学新药学”,中西医结合从此由小到大,由浅入深,经过半个多世纪的探索,取得不少成绩,在社会上形成了良好影响,为国家医药卫生事业做出了重要贡献。陈可冀院士等于 2004 年在全国范围内组织的“中国中西医结合医学发展状况调查报告”显示,91.2% 的医师选择中西医结合诊断,93.2% 的医师最喜欢中西医结合治疗,超过 71.2% 的患者选择中西医结合治疗方法^[1]。中西医结合虽深受医患欢迎,但也存在一些问题:如临床上中西医结合诊疗方案还较混乱,对具体路径及其结合程度缺乏科学规范,中西医结合方案制定的依据

和评价标准尚不统一,影响了临床疗效,造成了思想混乱,甚至有人对中西医结合产生了质疑。湖南中医药大学周小青教授从事中西医结合学习工作 40 余年,结合自身的认识、体会,对中西医结合诊疗方案进行总结与探索、回顾与展望,力图为中西医结合之路铺一方砖石。

1 中西医结合诊疗方案

1.1 中西医结合的部位/切入点及其方式

1.1.1 中西医诊疗路径结合与互补

中西医诊疗路径结合是在继承和改良传统模式的前提下,与时俱进和开创新医学的必经过程。由于中、西医的目标都是治病救人,两者具有较大的互补性和包容性,因此,虽然各自有独立的诊疗路径,但并不妨碍两者结合。当前,中西医在疾病的诊断、治疗、预防等方面都在自觉地进行结合,采取的也方式多样。这些方面排列组合,即形成了当前多样化的中西医结合诊疗路径,现就常见的 4 种结合模式进行浅析。

其一,诊断思维方面,存在现代医学诊病与中医辨

作者单位:1.湖南中医药大学中医诊断学湖南省重点实验室(长沙 410208);2.湖南中医药大学数字中医药协同创新中心(长沙 410208);3.湖南中医药大学研究生院(长沙 410007)

通讯作者:周小青, Tel: 13974812099, E-mail: zqx5381@sohu.com

DOI: 10.7661/CJIM.2016.05.0517

病辨证两种方式。现代医学的疾病诊断建立在解剖组织学、生理、生物化学、病因病理学等基础之上,相对于大部分中医病名以主要症状命名且内涵和外延较模糊而言,能更好地揭示疾病的基本病理和变化。而中医学讲求辨证论治,能对患者就诊时疾病所处阶段的病因、病位、病性及病势等做出符合该患者特点的高度概括。两者明显的互补性使得现代医学诊病与中医辨病辨证的病证结合成为中西结合临床诊断的新模式,对提高临床诊断水平具有重要意义^[2]。

其二,治疗手段上,存在西医手术与中医调理、康复结合两类常用方法。手术是中西医治病的重要手段之一,然而这一手段目前成为现代医学而不是中医的主要治病手段。手术前对于患者的身体整体状况有一定的要求,手术后势必对身体造成一定程度的创伤,并且可能出现一些并发症,而中医对于机体整体状况的调节及身体的修复方面非常重视且有明显优势。术前使用中药,可改善机体身体状况,增强体力,调节机体脏器功能,使患者手术早日顺利进行。术后益卫固表、调养气血,减轻、修复手术创伤,可使患者早日康复或接受其他治疗。

其三,治疗用药上,中药与西药联合应用。西药一般以化学单体为有效成分,其组分明确,作用靶点专一,而中药多种活性成分发挥作用,注重多效性和整体性。中西药联合应用具有协同治疗、减轻毒性、增加作用靶点及延长作用时间等特点,从而达到增强疗效的目的。但中西医联合用药配伍禁忌十分复杂,需要明确中西药药性,尽可能明确药物中所含化学成分、药理作用及体内代谢过程,方能得出联合用药最佳组合^[3]。

其四,预防疾病上,中医“治未病”与现代预防医学结合。疾病的发生是致病因素和机体调节相抗衡的结果,也即正邪斗争的结果,因此在疾病的预防中既要考虑培固人体“正气”,也要规避或减弱“邪气”。中医“治未病”从个体出发,提出“扶正气”的具体做法,如“法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳”等。现代预防医学也有一、二、三级预防的概念,分别针对病因或在临床前期、临床期及时采取早期发现、早期诊断、早期治疗的措施,防止病残,使患者早日康复。在具体实施的过程中,健康管理着眼于群体,亦从“扶正气”、“去邪气”的角度提出了很多有效的预防策略和措施,如卫生防疫、保护环境、食品安全、职业病防治等。若采取中医“治未病”与现代预防医学相结合,则既可通过增强自身的抵抗能力以防御外来有害因素的侵袭,又能做到规避或去除外在的危险因素以

加强身体健康,最终达到预防疾病的目的^[4]。

1.1.2 中西医病机及治法理论的结合与融通

由于历史和文化背景不同,使得中西医对同一疾病的生理、病理等认识及表述方式不尽相同,或分别研究人的健康与疾病的不同规律,或分别研究同一规律的不同侧面,进而形成了不同理论。两种不同理论都包含了真理的成分,但都不全是真理或不是全部真理^[5]。然而由于两者研究对象都是患者,对象的一元决定了对于该对象的每一条规律的真理认识是一元的,因此,一个学科的理论体系必然趋于一元。换言之,关于同一研究对象的各种规律的真理认识最终将统一为一个惟一的理论体系。不可能同时存在两个或多个理论体系。由于每一个理论体系均包含了关于该研究对象的各种规律的所有真理认识^[6],因此中西医在包括病机及治法理论方面完全可以互补融通。现以慢性心力衰竭(简称心衰)和腰椎间盘突出症为例说明。

现代医学认为心衰是由于任何心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损的一组复杂临床综合征。导致心衰进展的两个关键过程,一是心肌死亡(坏死、凋亡、自噬等)的发生,二是神经内分泌系统过度激活所致的系统反应。切断这两个关键过程是有效预防和治疗心衰的基础,其基本治疗大法是利尿、强心、扩血管^[7]。中医学无“心衰”病名,但有“心水”等名称,《金匱要略》即有“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而悸,其人阴肿”说法。中医学认为心衰病位在心,以心气、心阳亏虚为本,水饮、痰湿、瘀血内停为标,基本病机为心(阳)气亏虚,水湿内停,进而影响气血运行,导致瘀血内阻,治疗当以益气温阳,活血利水为要^[8],常用方剂为苓桂术甘汤、真武汤等。结合患者心悸、气短胸闷、精神疲惫、脉虚无力,或心胸疼痛、面唇青紫等临床表现,现代医学的心肌死亡射血分数下降即相当于中医的心(阳)气亏虚,心室充盈,神经内分泌系统过度激活即与中医水湿内停,瘀血内阻相应。另外,现代药理学研究显示,苓桂术甘汤能有效干预心室重构,改善血流动力学,对慢性心衰有积极的防治作用^[9];真武汤能强心和扩张外周血管,改善全身血液循环,能显著提高心衰患者的心肌收缩力,改善缺血心肌的血氧供应,同时还有较强的利尿作用^[10]。可见,中医的益气温阳,活血利水实际上即起到现代医学利尿、扩血管、强心的作用。正是基于对中西医病机及治法理论结合的认识,陈可冀院士提出,心衰可参照传统中医思辨特点,以“虚”“瘀”“水”统领其病机,病证结合,以苓桂术甘汤、真武汤等传统古方为基础,结合中

药现代药理学研究成果进行辨证施治^[11]。

又如腰椎间盘突出症,现代医学认为其病理本质在于腰椎间盘突出各部分(髓核、纤维环及软骨板),尤其是髓核,有不同程度的退行性变,在外伤、劳损、受凉等情况下极易诱发腰部疼痛、一侧下肢或双下肢麻木、疼痛等一系列临床症状,这与中医学认为肝肾亏虚,脏腑精气不荣,“邪之所凑,其气必虚”,风寒湿痹阻之下,气滞痰瘀,引起腰痛、肢体麻木的症状相合。治疗方面,现代医学采取解痉止痛的治疗方法,使得病灶周围因疼痛而痉挛、强直的肌肉、筋膜组织得以舒缓,从而减轻患者疼痛,这与中医“行气缓急”的治疗手法从本质上来讲极为相似。中医学认为,气机运行的通畅有助于水液代谢和血液的运行,通过行气法,推动气机运行,使壅滞的气血畅通,“通则不痛”,人体会感觉舒缓,两者殊途同归,均可达到缓解疼痛的效果。

1.1.3 中西医诊疗理念的结合与完善

中医学理论的诞生与中国古代哲学思想有着千丝万缕的联系,中国古代哲学思想很早就开始研究各种系统的共同特征,寻求并确立适用于一切系统的原理、原则和模型,这与系统论的思想特点不谋而合。中医学是一门注重整体观念的学科,注重人的形神合一,活体、个体特征及其动态变化。与此同时,以希波克拉底为鼻祖的现代西方医学思想,关注病、形、解剖、标准、绝对数值、专科化,注重局部的病理生理变化,这又暗合了其思想中还原论注重分割、探求微观的特性。

然而,双方并非相互对立的,而是各有长短。中医学理论以中国传统整体和平衡的哲学观为基础,具有较强的思想性、逻辑性,其研究方法和观点倾向于辩证唯物主义的世界观和辩证法。现代医学以结构单元为主线,具有较强的精确性、技术性和科学性,其研究方法和观点倾向于辩证唯物主义的方法论和唯物论。若能采取既注重解剖结构单元又注重整体、平衡的立体思路,对疾病进行系统的生理、病理分析与研究并指导治疗,将极大地丰富中医学理论的具体内容,完善其科学内涵,同时为现代医学理论增添系统论的思想,进而弥补现代医学重技术、轻思想和中医学思想性有余、技术性不足的倾向^[12],达到中西医诊疗理念的结合。

事实上,两种医学的诊疗理念也确实在不断影响,相互结合。现代医学影响中医,促进中医诞生了中药现代化、微观辨证、中药药理学、中医病证结合模型及中医实验、现代医学诊病中医辨证等研究模式;中医影响现代医学,医学模式逐渐改变,从单纯“生物”医学模式到“生物—心理—社会—自然”医学模式,以及在系统生物学、预防医学、精神科学、全科医生、个人电

子病历等领域均开始体现以人为本、以整体为重的特点。

1.2 中西医结合的量效研究

中西医在诊疗路径、病机及治法理论、诊疗理念等方面的结合均可有程度或主次的差异。可以系统思维为主,重点通过中医学理论分析病机,确定治法,进行处方用药;也可以还原论的思维为主,突出现代医学生理病理,探求微观病机,制定诊疗方案;还可以两者并驾齐驱,优势互补。进一步来讲,就具体某一环节的结 合,如中西医药物治疗结合上,也可有程度不同,允许存在量的差异,有必要进行中西医结合的量效研究。

首先,中西医存在结合与不结合两种选择,因为对于治疗方法的选择特别是疗效并不是 $1+1$ 一定大于 2。如中药与西药结合的效果,通过排列组合,就有不同的可能: $1+1=2$ (叠加), $1+1>2$ (协同增效), $1+1<2$ (拮抗)。若“ $1+1<2$ ”,即疗效的拮抗,没必要结合;若“ $1+1=2$ ”,疗效为简单的叠加,但结果有利于相互配合消除不良反应,应予选用;若“ $1+1>2$ ”,在 $1+1$ 的基础上更有协同增效的作用,即结合优于单独使用,那就可以结合。未来的中西医结合之路不仅当认真研究“ $1+1=2$ (叠加)、 $1+1>2$ (协同增效)”的方案,对于“ $1+1<2$ (拮抗)”,甚至“ $1+1<1$ ”的情况也当重视,分析其产生的可能性及条件,趋利避害,以做出最优选择。

其次,从结合的形式上分析,不得不涉及到各自比重配置的问题。如同一个病证,基于增效减毒的目的,中药与西药可有不同比重的结合,这需要根据具体的单独用药规则及药物间相互作用决定,而目前临床上尚未见到此类规范的研究。若以单独用中药治疗为 A,单位剂量作用为 1,单独用西药治疗为 B,单位剂量作用为 1,那么可能的组合方式有: $A+B$, A^-+B , $A+B^-$, A^-+B^- (其作用分别为 $1+1, 0.5+1, 1+0.5, 0.5+0.5$)。例如呼吸道感染的中西医治疗,常用的中药银翘散代号为 A,西药青霉素 80 万 IU 代号为 B,就有 4 种方案如下:方案一为 $A+B$,取银翘散全剂量与 80 万 IU 青霉素并用;方案二为 A^-+B ,银翘散减少其中相应的清热类中药或剂数,与 80 万 IU 青霉素并用;方案三为 $A+B^-$,应用银翘散全剂量与 40 万 IU 的青霉素;方案四为 A^-+B^- ,减少银翘散中清热类中药或剂数,与 40 万 IU 的青霉素并用。不同方案在呼吸道感染这一临床常见病中应用时需综合考虑多种情况。呼吸道感染包括扁桃体炎、肺炎等疾病,在病程发展过程中涉及中医称之为温病初起的阶段,其中银翘散为治疗温病初起的辛凉平剂,有辛凉透表、

清热解毒之功效。同时,对于扁桃体炎、肺炎等疾病,现代医学常使用青霉素对抗病菌。在长期的临床实践中,此两者治疗方法或单用或联用均能起效,然而又各有利弊。前者主用辛凉,并兼芳香辟秽,清热解毒,辅佐以小剂量辛温之品,利于透表散邪,但应用不当时如逢患者素体寒凉、或病情进展迅速而出现阳虚之证等情况,仍有凉遏冰伏之嫌,因此 4 种方案中当伺机减少清热药或剂数;后者应用过程亦发现有不少不良反应,如最常见的变态反应,包括过敏性休克、药物热、血清病型反应、溶血性贫血及粒细胞减少等,此外还有赫氏反应或称治疗矛盾。因此在面临治疗方案的选取时,对疗效的追求、不良反应的规避甚至患者的经济条件都将影响 4 种中西医结合治疗方案的选择。例如,患者身体基础条件较好,可追求迅速起效的治疗反应,则采用 A+B 的治疗方案;若患者素体阳虚,为免凉遏冰伏之虞,可选择 A⁻+B 的治疗方案;若患者素体敏感,容易对药物产生不良反应,可选择 A+B⁻的治疗方案;患者年老体衰,素体虚弱,为稳妥起见,可选择 A⁻+B⁻方案。当然,此种分类配比的方式仍稍显笼统、粗糙,具体应用时,还有充足的可深入及细化的空间。

2 中西医结合具体方案制定的依据

虽然中西医可以从诊疗路径、病机及治法理论、诊疗理念上进行结合,但在具体的结合部位、方式、程度选择上,常有较大的差异,即有不同的结合方案。至于制定具体结合方案的依据,笔者认为常需“因病”确定基本方向,然后“因人、因时、因地”调整。对于全身性疾病、涉及多器官、复杂病种,更多采用系统、整体思维,如系统性红斑狼疮、血液病等;对于结构性的、器质性的疾病,更多地要以现代医学手术为主,如先天性心脏病、局部肿瘤;对于无明显器质性病变者,可以中医为主,如心脏神经官能症、围绝经期综合征、咽异感症等;对于现代医学优势明显、疗效确切的感染性疾病,如细菌感染,可采用抗生素,而无特异性治疗方法的病毒感染,则更多地可借助中医药。另外,还需因人、因时、因地进行调整。根据患者敏感性、个人病情及经济水平而有所不同;同时做到与时俱进,天人相应。并针对当地是否具备该手术的客观条件,有无该药物等进行选择。现就感染性疾病中西医结合方案的制定进行分析,其中医治疗方法代号为 A,现代医学治疗方法代号为 B。感染性疾病若以细菌感染为主者,中医治疗方法 A 常采用内服、外敷中药的方式,现代医学治疗方法 B 常使用抗生素进行对抗,采用中西医结合方案时从理论上讲有多种组合,但临床常用的是以现代医

学方法为主或只用现代医学治疗,即 A⁻+B、B 两种方式;若以病毒为主者,治疗方式 A 常应用驱邪扶正的思路,治疗方式 B 则代表常规抗病毒西药,而此时中西医结合方案的基本方向从理论上讲亦有多种组合,但临床常用以中医为主甚至只用中医药,即 A+B⁻或 A 的治疗方案。

3 中西医结合方案的评价

中西医结合方案制定后,还需进行客观的评价。WHO 在《迎接 21 世纪的挑战》^[13] 报告中指出:“21 世纪的医学,不应该继续以疾病为主要研究领域,应当以人类的健康作为医学的主要研究方向。”因此,中西医结合方案的评价也必定是以人为本的综合评价体系,需要结合各方面因素进行整体考量。除了疗效优这一主要评价外,还需考虑见效快、复发率低、手段多、适用广、可操作性强、成本低等特点。

目前普遍认为,现代医学具有手术快捷、疗效确切但有创、存在手术风险和康复不易的问题;西药多为化学合成药,不良反应较多;诊疗多需要在专业人员指导下进行;检查治疗费用比较高昂;普遍从微观指标的改变对疗效进行评价,而对患者的主观感受、生活质量关注不够。中医药治病求本,起效多慢但远期疗效佳;针灸推拿、中药的不良反应较少;加之简便廉验的特点,不依赖仪器设备,具有良好的群众基础,尤其是在广大农村,可以不进医院就地诊疗;更多地关注患者临床表现的改善情况并借此进行疗效评价。

由此可见,单一的中医或西医诊疗均有各自的优势,但都不尽善尽美;中医的不足往往即是现代医学的优势,现代医学难以攻克的问题中医往往有用武之地,至少都可以从不同角度去尝试、探索。因此,中西医结合方案的评价应是两者在机理上、手段上是否形成了互补、协同、激发、减毒的作用,在远期和近期疗效、安全性、实用性、经济性等方面中西医结合有没有较原来单一的模式多解决一些问题,多避免一些不足。如对于冠状动脉狭窄,现代医学可采取经皮冠状动脉内扩张术(percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA)解除狭窄,但有 35% 左右在 6 个月后将出现再狭窄,无形中加重了患者及社会的负担。陈可冀院士团队针对这一难题,采用活血化瘀中药进行干预,发现活血化瘀中药对防治冠状动脉 PTCA 术后再狭窄具有明显作用^[14],因此对于冠状动脉狭窄患者,制定 PTCA 解除狭窄并用活血化瘀中药防治再狭窄的中西医结合方案,即可起到协同增效、安全经济的互补优势。此外,已有 RCT 临床研究证明,接受 PCI 手术的患者口服含川芎和芍药活性成分的药物,能安

全有效地减少术后再狭窄发生的情况^[15]。如此的中
西结合方案是可取且应推广的。同时也需考虑到,
不同的活血化瘀中药方剂对不同靶点的作用力度亦有
所不同,如周小青等^[16]通过实验证实在血府逐瘀汤、
活络效灵丹、失笑散、桃红四物汤和丹参饮 5 首活血化
瘀代表方中,前 2 首方药降脂、调节载脂蛋白代谢、抗
动脉粥样硬化形成的作用优于后 3 首,可为中西医结
合方案中面对不同力度与作用点方剂的配合时,选择
相应的西医治疗手段提供参考,这也进一步加深了中
西医结合的思路。

4 结语

综上所述,中西医诊疗方案可从诊疗路径、病机及
治法理论、诊疗理念等方面进行结合,但在结合程度上
可有差异;同时具体方案的制定应根据疾病定基本方
向,然后因人、因时、因地进行调整;对于制定好的结合
方案,可从两者是否形成了互补、协同、激发、减毒的作
用,在远期和近期疗效、安全性、实用性、经济性等方面
有没有比原来单一的模式多解决一些问题,多避免一些
不足来进行评价。然而,科技前进一步,人类对疾病的
认识也前进一步,中西医结合是医学临床实际的需要,
道路还很漫长,随着科技的不断发展,“一元”的医学
势必出现,只是时间的问题。但同时也应该清晰地
认识到,疾病与科技是同步发展的,医学将永无止境,
中西医结合之路也有待继续上下求索。

参 考 文 献

- [1] 陈可冀,吕爱平,陈士奎,等.中国中西医结合医学发展
状况调查报告[J].中国中西医结合杂志,2006,26
(6):485-488.
- [2] 陈可冀,宋军.病证结合的临床研究是中西医结合研究
的重要模式[J].世界科学技术-中药现代化,2006,
8(2):1-5.
- [3] 植洁文.中药联合运用分析[J].光明中医,2013,
28(11):2411-2412.
- [4] 裴兰英,牛乐,申杰.中医“治未病”理论与现代预防医
学的区别和联系[J].中医学报,2014,29(6):823-
824.
- [5] 赵春江,蔡辉.关于中西医结合若干问题的思考[J].
西部中医药,2012,25(10):1-4.
- [6] 贺燕,李玉春,于春英,等.中西医理论结合与统一的哲学
浅析[J].长春中医药大学学报,2008,24(1):5-6.
- [7] 中华医学会心血管病学分会.中国心力衰竭诊断与治
疗指南 2014[J].中华心血管病杂志,2014,42
(2):98-122.
- [8] 王显,李红梅.从心力衰竭的演变历程探索中西医学的
契合与差异[J].中国中西医结合杂志,2014,34(2):
138-140.
- [9] 王靓,侯晓燕,黄金玲,等.苓桂术甘汤对慢性心衰模型
大鼠心肌组织 TNF- α 及血清 NF- κ B 和 IL-1 β 的影响
[J].中草药,2013,44(5):586-589.
- [10] 和殿峰.真武汤药理研究临床治验与医家论方[J].中
国中医药现代远程教育,2008,6(2):146-147.
- [11] 李立志.陈可冀治疗充血性心力衰竭经验[J].中西医
结合心脑血管病杂志,2006,4(2):136-138.
- [12] 周勇.探询中西医结合的交叉点和结合点[J].现代中
西医结合杂志,2010,19(33):4315-4318.
- [13] 杜艳艳.中医药代表未来医学的方向[J].中国科技信
息,2004,25(24):190.
- [14] 陈可冀,史大卓.中医药防治冠状动脉手术后再狭窄研
究取得显著进展[J].中国中医药信息杂志,1996,3
(5):35.
- [15] Chen KJ, Shi DZ, Xu H, et al. XS0601 reduces
the incidence of restenosis: a prospective study
of 335 patients undergoing percutaneous coro-
nary intervention in China[J]. Chin Med J, 2006,
119(1):6-13.
- [16] 周小青,罗尧岳,谢小兵,等.五首活血化瘀方对实验性
动脉粥样硬化家兔血脂、载脂蛋白变化的影响[J].中
国中医药信息杂志,2003,10(4):29-31.

(收稿:2015-06-29 修回:2016-03-02)