

适时调整郁证诊疗思路 有助于提高临床疗效

□赵晓东

如今,中医临床疾病谱正在发生深刻变化,社会生活节奏加快,七情不遂所致郁证相关病证日益增多。笔者认为,构建郁证诊疗体系显得尤为重要。



李 云/摄

郁证诊疗体系

在诊疗过程中,笔者发现郁证病因存在外因(外源性情志病因)与内因(内源性情志病因)。外源性情志病因是指由不良生活事件刺激所产生的负面情绪。内源性情志病因是由内在禀赋所决定,表现为平素多思善虑、伤感寡欢、胆怯内向等,即使不遭遇外来负面生活事件侵袭,也易患郁证。郁证情志病因可单独由外因或者内因所致,也可由内因、外因共同起作用,内因是决定性因素。

郁证形态多样。郁证形态可归纳为单纯郁证与病郁同存、因郁致病与因病致郁、显性郁证与隐性郁证、狭义郁证与广义郁证几种。单纯郁证是指情志内伤所致功能性疾病;病郁同存是指单纯郁证与器质性疾病同时存在,后者又有因郁致病与因病致郁。显性郁证是指由明显七情(指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)不遂所致,临床容易辨证的郁证;隐性郁证则相反,常易漏诊误诊。狭义郁证是指单纯郁证或者显性郁证;广义郁证则包括病郁同存、因病致郁、隐性郁证等郁证形态。

郁证通常有情绪低落、悲伤欲哭等情志类症状和躯体类症状。当情志因素致病不太明显(潜意识性、隐性心理冲突),而临床表现以躯体类症状为主时,即为隐性郁证。根据郁证症状的不同,隐性郁证有“普郁证(不寐、心悸胸痹等普通病证)”“花郁证(临床表现纷繁复杂)”“怪郁证(症状怪异)”之分,在临床上较难识别。

四诊(望、闻、问、切)要点。一般望诊望神色、形体、姿态,而郁证望诊主要望眼神、面部表情。一般闻诊听声音为听语音、呼吸、咳嗽、嗝气呃逆,郁证闻诊主要听取能反映患者思想性格及心理特质的病情陈述,以了解其精神状态及禀赋。一般问诊有“十问(歌)”,郁证问诊当更加注重“十问因”,了解是否存在情志致病因素。一般切诊为脉诊、按诊,郁证切诊包括体格检查及实验室检查,以排除器质性疾病。以下为郁证四诊简别断要点。望诊:眼神忧郁、哀伤或者目光寒峻,表情僵硬,不善笑,沉默状。闻诊:唉声叹气,不由自主地深

吸气,自主叹气,叹息。问诊:外源性情志病因,因不良生活事件刺激而产生负性情绪;内源性情志病因,由内在性格禀赋或人格性格特质所致。切诊:脉诊按诊,体格检查,实验室检查,相关抑郁焦虑量表测量。闻诊问诊结合:郁证诊断常将闻诊问诊有机结合起来,边闻边问,由问得闻。比如,患者喜欢从多年以前的病史开始详述;将海量病情信息倾吐于一时,内容呈碎片化、断裂化;重复诉说病情或者再三询问同一个问题;过度担忧健康或者夸大躯体病情,反复求医问药;不能直截了当、简明扼要地回答医生提问的要点等。

从郁证论治内涵。从郁证论治内涵有狭义与广义之分。狭义从郁证论治就是疏肝解郁,广义从郁证论治包括养心安神、镇惊定志、健脾养心、清泻心火、交通心肾、清肝泄热、理气化痰祛瘀等多种治法,还包括修身养性、心理疏导等非药物情志疗法。中医看病应看人,看人需看心,治病毋忘医人,疗疾毋忘治心。以人为本是中医诊疗的关键。

郁证脾胃病诊疗框架

脾胃病分郁证性与非郁证性,运用以上有关郁证概念,笔者初步构建了郁证性肝病、郁证性肝病、郁证性脾胃病病因证治体系。现以脾胃病为例解释如下。

脾胃病可划分为非郁证性脾胃病(器质性消化系统疾病)与郁证性脾胃病(精神心理因素所致功能性胃肠病)两类。后者由情志因素作为发病原因,影响到肝主疏泄、心主神明、脾藏意志的功能,从而出现脾胃病的临床表现,本质上乃是披着脾

胃病外衣的郁证,即症状在脾胃,病机在肝心,治疗需从郁证着手。

郁证性脾胃病临床表现:郁证性脾胃病因情志因素诱发、加重或消长变化,临床表现有3种类型:1.情志类表现,如默默悲伤、忧思抑郁等;2.脾胃病临床表现,诸如泛酸、嗝气、呃逆、嘈杂、纳呆、胃痛、痞满、泄泻、便秘等;3.脾胃病以外的躯体症状,诸如头痛、眩晕、耳鸣、口苦、胸胁满痛等肝郁表现,心悸怔忡、胸闷气短、不寐多梦、健忘等心情郁闷表现和疲惫倦怠、嗜

卧、气短气怯、心腹膨胀等脾郁表现。

诊断郁证性脾胃病要先排除器质性胃肠病。郁证性脾胃病从郁论治是基本原则,但临床治疗时需要注意4点:1.从郁论治药物疗法与非药物情志疗法相结合,重视辅助运用劝说开导等心理疗法;2.从郁论治与郁证脏腑定位结合,比如解肝郁、解心郁、解脾郁等;3.从郁论治即是治本,此外还应与辨证论治相结合,以进一步提高疗效。比如痞满注重使用条畅气机的药物,便秘

加用润肠通便的药物等。4.从郁论治与痰论治以及从痰论治相结合。郁证气机郁滞容易产生痰瘀,痰瘀既成又可成为郁证的病因病机。

笔者认为,在诊疗过程中,应善于分析与总结,拓展郁证诊疗思路与领域,临床不为证候现象所迷惑,把握郁证本质并采用从郁论治,就是最本质的辨证论治,有助于提高临床疗效。

(作者供职于河南省中医药研究院)

中医人语

如何加快发展中医全科医学

□郑学农

中医全科医学是整合中医学和全科医学的综合性中医学临床二级学科。中医学蕴含着丰富的全科医学理念,在承担基层常见病、多发病诊疗、预防保健、患者康复和慢性病管理等方面具有明显优势。中医全科医生作为群众健康的“守门人”,是基层疾病预防和重大疫情防控的战略人力资源。笔者认为,完善和健全公共卫生服务体系,加强农村、社区等防控能力建设,筑牢第一道防线,离不开中医全科医生。

发展中医全科医学意义深远

发展中医全科医学是健康中国建设的必要措施。目前,我国正在大力推进分级诊疗、落实基层首诊制度,实行上下联动、急慢分治的诊疗模式。在该模式中,全科医生作为首诊医生,在医疗服务体系中扮演着重要角色,在提供以人为本的预防保健服务、降低医疗费用、合理利用卫生资源、开展慢性病管理、最大限度满足群众健康需求等方面起着独特作用。

中医大医精诚的价值观、天人合一的整体观、辨证论治个性化诊疗观、生长壮老的生命观和“未病先防、既病防变、瘥后防复”的治未病观等,都非常契合健康中国建设的理念。

发展中医全科医学是建设具有中国特色的公共卫生体系的重要抓手。在此次抗击新冠肺炎疫情的过程中,中医药自早期即全程参与,让中国抗疫取得了令人瞩目的成绩。中医药深度介入、全程参与救治患者,为提高治愈率、降低死亡率、打赢疫情防控阻击战发挥了重要作用。实践证明,公共卫生体系建设必须要有中医药参与。而中医全科医生作为人民健康的“守门人”,对第一时间了解并参与突发重大公共卫生事件,更好地发挥中医药防病治病优势具有不可替代的作用。

发展中医全科医学是中医药传承创新发展的重要内容。中医药传承创新发展必须筑牢基层中医药服务阵地,基层卫生服务以接诊多发病、常见

病以及慢性病为主,中医药在这些慢性病的个性化治疗、调理上优势独特。中医全科医师以“整体观念”“辨证论治”为理论基础,采用“望、闻、问、切”个性化的诊疗方法,具有多种中医药适宜技术。同时,中医全科医师能够充分发挥中医治未病的优势,在基层普及中医养生保健知识和太极拳、健身气功等养生保健方法,推广体现治未病理念的健康工作和生活方式。中医全科医生作为基层中医药服务的“主力军”,在筑牢基层中医药服务阵地中具有重要价值,能够让中医药在基层医疗中为维护群众健康发挥越来越重要的作用。

发展中医全科医学对于构建医患关系的和谐具有积极意义。中医全科医学出于对服务个体整体性考虑,重视人胜于重视疾病,尤其注重情感交流和情感投入,患者对医生比较信任,保持了良好的医患关系。

应加快构建中医全科医学学科体系

中医全科医学学科曾面临质疑,有一些全科医学专家认为,全科医学包括中医学,不承认中医全科医学学科;有一些中医学专家认为,中医学就是全科医学,不用设立中医全科医学学科。中医全科医学的内核是中医学和全科医学的密切融合,而不是简单的结合。中医全科医学学科的产生,对全科医学而言,是中国特色,是理念创新;对中医学而言,是继承发展,是丰富完善,是中医学多元化发展的重要组成。随着中医全科医学在健康中国建设中的作用不断凸显,其学科体系与其所处地位不匹配,包括理论研究相对初级,教材过于老化、发展思路还有一些僵化等。

应完善人才培养制度和模式

持续推进“3+2”中医助理全科医生培养模式,强化以中医全科医生岗位需求为导向的临床能力和实践能力训练。逐步规范为“5+3”模式,构建以中医药传统文化与经典课程为根基,以提升中医药基层健康服务能力为导向的

课程体系。着力加强培训基地建设,包括教室用地、教学设施、信息化教学设备、临床技能模拟中心、图书种类与数量、培训学员宿舍等方面的建设与投入。在管理制度、师资培训相关制度及计划、日常管理制度、奖惩制度及相关经费管理等方面的制度需要完善与落实。丰富培养路径,除院校教育、毕业后教育、继续教育外,应充分发挥师承教育独特作用和优势,将师承教育贯穿于基层中医全科医学人才培养全过程,是提升人才培养质量的有效方法和途径。增加社区实践时间。社区实践是中医全科规范化培训中重要的组成部分,有利于中医全科医师将全科理论联系社区临床实际,培养全科诊疗思维。

应加快教师队伍建设和改进教学方法。目前,中医全科医学的师资队伍参差不齐,教学大多由西医临床专业的教师承担,中医全科师资队伍不健全。因此,要加快中医全科医学学科人才队伍建设,加强中医全科医师培训,形成教学梯队。中医全科医学培养要始终坚持理论结合临床,实行临床教学导师制,采用中医师承的教学方法,开展社区医学实践,提高医学生的临床技能。

应以中医学专业为基础

要破除“西医全科医学+中医药”的中医全科医学人才培养模式,应以中医学专业为基础,建立具有中医特色的中医全科医学理论和中医全科医学教育模式。针对基层医疗工作的特点,中医全科医学教育内容应侧重以下方面:一是注重发挥中医治未病优势,让治未病在基层落地生根。二是突出基层中医保健教育,特别是满足老年人、婴幼儿、孕妇等特殊人群中医保健需求,通过养生、食疗、导引、自我按摩、小儿推拿等预防保健知识的普及,有效提高群众的生活质量,增强人体正气,预防疾病发生,降低医疗费用。三是突出辨证论治诊疗特色。四是掌握中医的优势病种和特色治疗方法,中医学和西医学各有优势,中医全科医师应为不同患者提供中西医结合服务。

五是能够应用中医药适宜技术开展中医康复服务,将中医全科的康复特点和优势落实到位,使中西医康复医学可以有效地结合在一起。

应全面提高中医全科医师职业吸引力,拓展其职业发展空间

当前,全科医师肩负着基本医疗和国家基本公共卫生服务等任务,但由于全科医师的薪酬待遇与工作付出存在不匹配的因素,加上职称晋升的约束,使得全科医师的职业发展受到限制。故应充分考虑基层医疗卫生服务的实际,改革社区卫生服务机构运行机制,提高全科医师的薪酬待遇,改革中医全科医学的学术评价标准,探索建立吸引、稳定中医全科医师在基层服务的长效保障和激励措施,拓宽中医全科医师服务范围,提高全科医师的职业发展空间,不断提高全科医师的工作积极性,从而吸引更多的高素质医学人才投身中医全科医学事业,守住社区疾病防治“网底”。

应在中医住院医师规范化培训基地探索设置中医全科医学科

国家有关文件明确指出,住院医师规范化培训基地均应独立设置全科医学科。那么,中医住院医师规范化培训基地也应增加中医全科医疗诊疗科目,独立设置中医全科医学科,以人才培养为目的,开展中医全科临床、教学和科研工作,与基层医疗卫生机构联合培养中医全科医师。这既是支撑中医全科医师制度的全面建立、适应健康中国需求的重要基础,又是未来应对突发公共卫生事件的强大力量。

中医全科医师就是中医药特色人才的重要组成部分,是国家中医药防治队伍不可或缺的力量。中医全科人要坚定信心,遵循中医药发展规律,传承精华,守正创新,推动中医全科医学事业高质量发展,为健全基层医疗卫生服务体系、深化医药卫生体制改革、建设健康中国贡献力量。(作者供职于延津县中医院)

学术论坛

实践出真知,只有实践、总结、升华,才能产生新认识,才能充实中医理论宝库,完善中医理论体系。正如哲学家冯友兰所说,“对待古人的东西,有两种态度:一是照着讲,重复古人,还古人的面貌;二是接着讲,把古人的东西推向一个新境界,创造一个东西”。

笔者从事中医文献理论与临床实践50余年,在临证时,注重胃气,擅长治疗内科、妇科、儿科疑难疾病,专于脾胃,长于温病和中医急证。在诊病之余,笔者带领团队创制了“胃康宝胶囊”“六和正气温胃丸”“结肠舒张丸”等十几种胃肠系制剂,对治疗脾胃病形成了独具特色的用药经验。笔者将这些用药经验和诊疗思路进行了整理与归类,具体内容如下,仅供同道参考。

调畅气机

脾与胃以系膜相连,为气机升降之枢纽,互为表里。脾主升清,胃主降浊,脾健则升,胃和则降,清升浊降,气机调畅。气机依靠肝之疏泄条达,才能升降有序。正如《素问·宝命全形论》有“土得木而达”的文字记载,这说明若中焦气机阻滞,升降失常,因而脘腹饱胀、嗝气等胃气上逆诸证并见。故调畅气机是其基本治疗法则。笔者时常用柴胡疏肝解郁、条达肝气,配枳实以生津升清,令脾胃得以升降;配枳壳宽中下气除胀,令胃气和而浊气降,一升一降,气机调畅;中气不足,则配升麻以升阳;久病体弱,脾失健运者,常用厚朴花、绿萼梅花等芳香醒脾、力薄质轻、不伤胃气之品;根据胃腑属于腑的范畴,泻而不藏,以通为用,以泻为补的理论,为食积伤胃、气滞填中等而致胃脘胀痛、纳差厌食、嗝腐吞酸,或积而化热、热则消谷而食欲亢进、口中异味者,当消积导滞、清热通腑,笔者常用经验方“枳木消积丸”或“保和消积浓缩丸”,以消食开胃、清热化积,令积滞热除、腑气畅通,邪去正安;因腑气不通、津气不运,脏腑气滞、蠕动缓慢造成的习惯性便秘,老年人尤多。笔者临证时,常用“通腑宁浓缩丸”以补气健脾、养血润肠、通腑排毒。

活血化瘀

笔者在临证时,治疗脾胃病用药的特点是注重活血化瘀药的运用。

根据脾胃病病长、多有疼痛的特点,久病必瘀,久病入络,往往导致气滞血瘀。同时,也有因脾气虚导致气虚血瘀者,均能使胃肠黏膜微循环产生障碍。临证时,可见胃脘疼痛患者,痛有定处、拒按,具有舌质紫暗、瘀斑脉象细弦涩等特点。从胃镜检查可观察到患者的胃肠黏膜充血水肿、糜烂溃疡等,病理检查结果证实有血栓形成。上述诸证均为血瘀之证。故治疗胃炎、溃疡病之胃脘痛证,在辨证论治的前提下,需要加益气活血、化瘀止痛之品,以改善黏膜微循环。笔者常用三七、甘松、乳香、没药、三棱等来治疗此病。取甘松具有芳香温通、理气定痛、醒脾健胃之功效,来治疗心腹满痛、胃痛呕逆、不思饮食之证。三七具有化瘀止血、消肿定痛的功效。正如清代著名医学家黄宫绣所说“痛因血瘀而痛作,血因瘀散而血止”。故凡气滞血瘀之胃痛、出血者,必先理气,首选甘松、三七,能够活血、祛瘀、止痛。三棱、莪术具有破血逐瘀、行气止痛的功效,前者偏于破血,后者偏于破气,气滞血瘀严重者,时常将其作为配伍之药,因其逐邪力猛,量不可大,二者可抑制血小板聚集,改善血液微循环,促进溃疡愈合。久病血瘀、阴津不足者,可配伍四物汤、鸡血藤等养血、活血之品;湿浊痰瘀阻中,时常加泽兰、败酱草、二陈汤之品,以起到化痰利湿、活血祛瘀之功效。据此经验进行分析、总结,笔者带领团队研制了“胃康宝胶囊”制剂,以理气活血、益气温中,用于治疗慢性萎缩性胃炎、胃及十二指肠溃疡等疾病。同时,治疗慢性溃疡型结肠炎时,亦可从“虚”“瘀”论治,笔者根据中医汇通学派的代表人物之一张锡纯提出的“久泻必瘀”的论点,辨析脾虚、气虚而致血瘀的病因病机。肠镜检查可观察到肠黏膜充血水肿、溃疡等病理性改变。治疗亦取张锡纯之用药方法,用黄芪、桃仁具有益气、活血之功效,常用黄芪、四君之品,以益气健脾、以固其本;用三七、桃仁等具有活血、消瘀功效的药物,以祛其邪,据此而研制成“结肠舒张丸”,以益气活血、健脾补肾,治疗慢性溃疡性结肠炎,时常能够取得满意疗效。

健脾益肾

脾主运化,为气血生化之源,脾气虚弱,健运失职,症状有食欲不振、大便溏薄、体倦乏力,舌淡体胖,舌边齿痕,脉缓,当益气健脾,以固后天之本,常用党参、黄芪、白术、茯苓、薏苡仁等。脾为湿土,喜燥恶湿,湿为阴邪,同类相求,外湿侵袭,湿邪加重,症状有脘腹痞满、纳呆呕恶、头身困重、便溏不爽,舌淡苔厚腻,脉濡缓,应当应用芳香化湿、燥湿健脾功效的药物。对此,笔者时常用藿香、佩兰、苍术、厚朴、陈皮、半夏等。脾虚久延,损伤脾阳,由脾及肾,脾阳虚,症状有畏寒肢冷、体倦乏力、腰酸膝软、五更泄泻者,应当用具有温肾健脾、补火生土的药物,笔者时常用益智仁、补骨脂、吴茱萸等,并配服四神丸等,能够取得确切效果。

疏肝清胃

脾胃病久,肝胃不和,既有肝郁化火的一面,又有脾胃虚寒的一面,形成寒热错杂证。症状有胃痛连肋、口苦咽干、腹胀泄泻等。笔者认为,应当疏肝和胃、清上暖下,主要是改配伍之比例,调成符合肝胃不和、寒热错杂之脾胃病的用药机制。同时,笔者改进了炮制工艺:取等量黄连片、吴茱萸加水共浸共泡,文火炒至七成,热焖至透,晾干备用。笔者之所以改进此工艺,是为了防止高温破坏小檗碱的药性,避免吴茱萸挥发油散失,因而减少剂量,提高药效,节省资源。对于胃部积热化火,牙痛眼肿、口臭者,笔者时常配以丹皮、赤芍、连翘、蒲公英等,具有清胃热、凉血、解毒的功效。

和中正气

脾胃病属于慢性者居多,但急症亦不少见,如急性胃肠炎更为多见。脾胃病发病急,来势凶猛,寒热腹痛,脱水休克接踵而至,如不及时有效救治,可有生命危险。该病一年四季可见,夏秋季节尤多,往往因饮食不洁、冷热杂食、外感风寒、暑湿秽浊之气,内伤外感,邪犯胃腑气机产生逆乱。中医治疗此类疾病,尤为专长,可获速效,且预后良好。笔者认为,治疗此病,宜解表化湿,和中正气,可首选藿香正气水口服,可取得明显效果。若患者吐泻频作,汤水难入者,应以肛注直肠给药,直接进入血液循环,可避免对胃肠刺激和酸碱消化液对药物的降解,或以敷脐,更为简便、方便,均有快速取得疗效的优势等。

(作者为第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师)

征稿

您可以谈谈自己的看法,说说您对中医药发展和中医教育的建议和意见,写一写关于中医药现状与问题的文字……《中医人语》《关注中医药改革》《中医药在海外》等栏目真诚期待您的参与!

联系人:李云
联系电话:(0371)85967078
投稿邮箱:619865060@qq.com