

浅谈《中医内科学》的学习方法

□韦绪性

夯实根基 学以致用

在一些中医专业毕业生中,不乏学难致用之说,感叹临床所见往往和教材对不上号,或者一旦进入临床实习便手忙脚乱,无从下手。究其原因,除了他们刚接触临床,还未形成系统的中医内科临床思维能力外,与中医“根基”不牢不无关系。《中医内科学》是一门实践性很强的临床学科,理论是实践的指导,在理论学习阶段,要紧密联系经典著作,如《中医学基础》《中医诊断学》等基础学科的理论知识,夯实基础。否则,业医不懂脏腑经络,开口就会出错,或诊断学基础不牢固,面对复杂的临床表现无从诊察、辨证,或方药学知识匮乏,而选方遣药茫然。同时,中医学生要熟练掌握每一种疾病的病因病机要点、诊断依据、辨证论治原则、各证型的证候特征与代表方剂。此外,中医学生还应充分利用系统理论学习阶段的临床重点病例示教和临床见习的机会,增加感性认识,了解疾病诊治的过程和方法,理论知识与临床实践相结合,为实习阶段的学习打下良好基础。

厘清定义 诊断之要

《中医内科学》是运用中医理论阐述内科病证的一门临床学科,对病证的学习,应以各个病证的定义为纲。病证的定义高度概括了该病证特有的、区别于其他病证的病因、病机和临床特征等。厘清病证的定义,对学习该病证具有提纲挈领的作用。

中医内科病证的命名原则主要是以临床症状和体征来命名,以病因、病机、病理产物、病位、主要症状等方面为命名依据。病名的定义非常严格,只有厘清定义的科学内涵,才能对疾病做出正确诊断。尤其需要指出,在临床上或文献中,常常可以看到将“泄泻”与西医学的“腹泻”混同现象,要知西医学的“腹泻”包括脓血便,而中医学将脓血便归属于痢疾的范畴。“积聚”是以腹内结块,或胀或痛为主要临床特征的一类病证,其“结块”为诊断本病的着眼点。因“积”为有形,固定不移;“聚”为无形,聚散无常。“积”与“聚”合称时,只能是“结块”,而不是“痞块”“积块”。有一些学生对“虚劳”各证型之“虚”,常常难以和五脏之“虚”相鉴别,这也是不明定义之原因,“虚劳”是以脏腑亏损、气血阴阳虚衰、久虚不复成劳为主要病机,其中久虚不复,由虚成劳系诊断本病的关键,多见于慢性虚弱性疾病的严重阶段。

辨证论治 通常达变

辨证和论治是诊治疾病不可分割的两部分,其既是理法方药在临床上的具体运用,又是中医内科临床必须遵循的基本原则。因此,在学习中医内科知识时,不仅要掌握每个病证的辨证要点、治疗原则和治法,还要熟练掌握每个病证各证型的证候与病机特点,以及治法、方药的运用,使理、法、方、药环环相扣,以提高辨证论治的准确性与灵活性,做到通常达变。

所谓“通常”,即要善于把握辨证论治的基本规律,从而执简驭繁。如对各

纵横比较 辨析异同

运用比较、归纳的学习方法,对相关内容进行纵向、横向比较,不仅有利于掌握病证之间的区别与联系,使疑似问题得到解决,心中豁然开朗,并能使所学知识条理化。如能持之以恒,对提高归纳、总结问题的能力大有裨益。在纵向方面,每学完一个病证后,都要自觉地进行归纳总结,尤其要注意比较同一病证中不同证型间的异同,比如外感泄泻,多以表证兼湿为共性,应进一步比较寒湿、湿热、暑湿之异同;感冒中的风寒感冒证与风热感冒证病因、临床表现的异同要进行比较。在横向方面,需要比较、归纳的内容较多,可从类病机、类病位、类病证、类证候、类治法、类方药等方面比较、总结其异同。如对于饮食停滞证,可分别见于呕吐、泄泻、腹痛等病证,其病机特点却不完全相同。呕吐为食积胃脘,胃气上逆;泄泻为食滞肠胃,脾胃纳化失司,清浊不分;腹痛为食滞胃肠,腑气壅滞,不通则痛。对于相似的病证,如中风与厥证,吐血与咯血,眩晕与中风,尿血与血淋等,要比较其异同。在类治法方面,如湿熱泄泻治宜清热利湿,含“利小便以实大便”之义;而湿热痢疾治宜清热化湿解毒,调气行血导滞,禁利小便。在类方药方面,如心悸、不寐、郁证、血症都有心脾两虚证,治疗均用归脾汤,归脾汤在血症中运用得尤为广泛等。如此比较、归纳,就能将前后的学习内容融会贯通,从而辨析异同,把握规律,并且便于记忆,加深理解。

重视临床 培养能力

学习《中医内科学》最好的方法是理论联系实际,即所谓“纸上得来终觉浅,绝知此事要躬行”。要遵循“早临床,多临床”的原则,合理安排课间见习与毕业实习。充分利用系统理论学习阶段的临床重点病例示教和临床见习的机会,增加感性认识,了解中医内科疾病诊治的过程和方法,理论知识与临床实践相结合,为毕业实习阶段的学习打下良好基础。毕业实习是《中医内科学》的重要学习阶段。通过临床实习,巩固和加深理解已学到的理论知识,奠定良好的中医内科临床基本功。所谓中医内科临床基本功包括四诊运用、辨证分析、立法处方、病案书写,这是培养中医临床思维方法的重要环节。临床思维方

诊疗感悟

眩晕是由于情志、饮食内伤、体虚久病、失血劳倦及外伤、手术等病因,引起精亏气虚、清窍失养为基本病机,以头晕、眼花为主要临床表现的一类病证。眩即眼花,晕是头晕,两者时常同时出现,故统称为眩晕。在临床上,用中医药防治眩晕,对控制眩晕的发生、发展具有较好疗效。笔者从事中医诊疗工作多年,对治疗眩晕积累了一些经验与体会,现将其整理、分析、总结如下,仅供同行借鉴与探讨。

一是气机升降失常是眩晕的基本病机。笔者认为,在治疗过程中,气机升降失常主要包括3种表现形式:升降不及、升降太过与升降反常,而眩晕的病机主要是气机升降不及,即《素问·玉机真脏论》所说“其不及,则令人九窍不通”之义也。升降不及主要表现为脾不升清,胃不降浊。脑部居上,位于巅顶,手足阳经及督脉均上汇聚于头部,五脏六腑之精华皆上升于脑部。若脾胃健运,则水谷精微得以输布,清阳之气得以上升,浊阴之气得以下降,从而使脑聪目明,筋骨强坚;若脾胃损伤,则升降失常清阳不升,精微物质不能上充于脑部,浊阴不降,上蒙清窍,以致出现头晕、恶心、耳鸣等症。

二是升降清浊法是眩晕的基本治法。眩晕多见于中老年人,以虚证居多,常因脾胃之气损伤,中气不足,清阳升发之气渐少,气血不能上养清窍,加之脾运失司,痰湿内生,浊阴不降,浊气上蒙清窍所致。故有“无虚不作眩和无痰不作眩”之说,脾胃为气机升降枢纽,眩晕的基本病机为气机升降不及。笔者在治疗眩晕时,特别注重调节气机升降,提出升降清浊法为治疗眩晕的基本治法,常用药物有:生黄芪、柴胡、升

学术论坛

笔者结合多年诊疗经验,认为糖尿病并发症阶段最基本的病理基础是心、脑、肢体等大血管和肾、眼底等微血管的病变,继而导致脏

并发生冠心病、心肌梗死、心力衰竭等;瘀阻脑络,则并发中风、眩晕、痴呆等;瘀阻肾络,则并发肾衰竭,出现腹胀、水肿等。

糖尿病不可怕,可怕的是糖尿病的并发症,并发症的发生发展是慢性长期的过程,所以在治疗主病的同时,不论任何治疗时期,一定要重视预防并发症。

预防糖尿病要做到以下两点:其一,严格控制血糖。因为高血糖是糖尿病血管病变的高危因素,需要制定健康管理方案。其二,活血化瘀通络贯穿治疗全过程。因为瘀血阻络是影响病情转归的重要因素,提前使用化瘀通络之品,既有利于转运正气,又可驱邪外出,达到防微杜渐的目的。

在临床上,糖尿病的治疗是复杂且长期的,对于医生、患者来说都是一次考验。中医药治疗糖尿病是通过辨证论治,做到有是证,用是方,可取得整体调节、协同增效、改善症状的良好效果。

遵循“方随法出,法随证立,证随机转”的原则,笔者在临证时遣方用药,可分为三大类:第一,清热处理毒类。泻火解毒常用大黄黄连泻心汤,清大肠湿热常用葛根芩连汤,清泄脾胃常用大柴胡汤,泄热通腑常用大承气汤和小承气汤,清胃养阴常用消渴方和白虎加人参汤,益气养阴泻火常用当归六黄汤。第二,化痰通络泄浊类。化痰降浊常用二陈汤、温胆汤、泽泻汤,化痰行滞通络常用丹参饮、血府逐瘀汤。第三,补益虚损类。益气养阴常用生脉饮,益气健脾常用四君子汤,阴阳双补常用金匱肾气丸,滋阴补肾常用六味地黄丸等。

(作者为第六批全国老中医专家学术经验继承工作指导老师)

中医人语



治疗疾病应根据不同的病因病机、轻重缓急、诸多症状等特点,辨证准确后,方可遣方用药。患者服药后,病情有所好转,医者会自然产生用药心得。

在诊疗过程中,中医应运用整体观念,通过四诊合参,综合分析,辨清疾病的病因、病位、病机以及病机演变的可能,找出虚、实、寒、热的主次变化后,再选择某药用于本证之虚或实,某药用于本证之寒或热;要注意药物用量之多少,服用时间的长短,如何中病即止等。只有这样,才能发挥中药的优势,取得预期效果。对此,医者再经过反复应用,屡获良效。经过辨析医理医案,适时总结出的用药经验,方可称得上用药心得。

笔者现从以下几个角度谈一谈在临证时,如何遣方用药,并形成可供同道借鉴的用药经验。

○李邦生

遣方用药须谨慎

任何病理机制都不是永恒不变的,可随时产生新的变化,即使是同一种疾病也会因人、因时、因地而变化。为此,对某一种疾病的用药也不是一成不变的,应依据患者的病情适时调整治疗方案。比如眩晕,根据《内经·素问》中有“诸风掉眩,皆属于肝”的诊疗法则。这说明病因病机是多方面的,有情志不舒、肝郁气滞、气郁化热、肝火上逆等。其间,有肝郁日久,化火耗伤肾阴,或平素阴虚肾亏导致水不涵木,肝之虚火上逆的;有脾虚日久,健运失职,水湿内停阻滞气机,导致土壅木郁、肝失疏泄条达,郁而化热,肝火上逆而致眩晕的。总之,由于病因、病机、病程时间长短不同等因素,眩晕时常轻重不定、症状有异。

因此,治疗眩晕,应根据不同的病因病机、轻重缓急,运用不同的药物,在患者服药后,有了明显好转,医者自然会产生切实可行的用药心得。

整体观念贯始终

中医整体观认为,人体各个脏腑只有相互依存、相互制约、密不可分,方可维持人体的正常生理功能,达到身心健康的状态。其间,如果某一脏腑有病,必然影响其他脏器,甚至多个脏器的功能,致使病机复杂化。同时,疾病的发生和发展不是一个脏器独立形成的,且病因病机在演变中又会出现不同的寒、热、虚、实;有因实而致虚,也有因虚致实;有寒郁化热或热久变寒;有以虚为主和以实为主,且寒、热主次时常变化等。这种虚、实、寒、热交错在慢性病中是很常见的。

为此,在诊疗过程中,医者应综合分析、四诊合参,先找出虚、实、寒、热的主次变化规律,再选择某种药用于本证之虚实,某种药用于本证之寒热;注意药物用量之多少,服用时间的长短,如何中病即止等,医者应辨析准确,适时调整治疗方案。比如湿热互结之病理,是湿邪停留阻滞气机,气郁化热而成。但热为阳邪,湿为阴邪(寒邪),湿来源于脾气虚,脾失健运而形成水湿停滞,热是因湿阻气机,郁而化热。治疗这种寒、热、虚、实互结之病患非常棘手,故有“湿热缠绵,病难速易”之说。因而,在治疗中,医者应先清其热,选择苦寒药为主(因苦能燥湿、寒能清热),比如栀子、黄连、茵陈等药。待清热大半时,需要停用苦寒药或药量减半,否则,会导致过用寒药伤脾,使湿邪更盛,甚至变为寒湿,所以在后续治疗中,应以健脾利湿为主。

这种用药之选择,服药时间之长短,用量之大小,需要辨证准确,可使药性矛盾之药物达到对立统一,补虚而不滞,祛实不伤正。在此基础上,医者总结出的用药心得,就能充分体现中医的科学性。

经方、时方有偏颇

在中医学理论指导下,通过数千年的临床实践,医者运用中药治疗疾病,逐步从运用单味药走向多味药,由小方、大方逐渐形成复方,正如《素问·至真要大论》中有“有大、小、缓、急、奇、偶、复”七方之别”的文字说明。这不仅是方剂学之发展,又是中医学之创新。东汉末年著名医学家张仲景在《伤寒杂病论》中总结了300多个经方,这些方剂组成严密、疗效可靠,表明当时已积累了丰富的实践经验和系统的方剂学理论。

自汉代开始至近代,许多医家又创立了数以万计的方剂。尽管经方、时方创立的时代不同,药物不同,在临证时,都需要医者通过四诊合参,综合辨证才能取效。有人说,我运用经方熟练,不用辨证,“有是证,用是方”;还有人说,应以时方治疗新生之疫病。其实,运用经方,时方时不可偏颇,应根据中医理论,在选择和配合中摸索诊疗经验,从而获得用药心得。

病情多变慎选药

数千年来,中医通过临床实践,发现药物有一万种以上,治疗同类疾病的药物也不胜枚举。随着长期临证,医者发现许多药物合用,对某一疾病或症状具有显著疗效,医者称之为对药,并在临床中广为运用。比如桃仁、红花并用,可加大活血之力;三棱、莪术合用,可加大化瘀之功效。针对疾病表、里、虚、实、寒、热之矛盾,一些医者还创立了矛盾用药。比如治疗寒积、便秘的大黄附子汤,治疗烧心、吐酸的金左丸(寒热并用)等。但这些药,中医应根据病情需要而定。

另外,随着社会的发展,肿瘤、白血病比较多见。中医运用有毒的动植物,甚至毒性大的矿物药治疗这类疾病屡获良效。中医强调的以毒攻毒,在《黄帝内经》中有“有故无殒亦无殒也”的文字说明。这是中医学独特的用药观念。因此,我们应在准确把握药性、药效、辨证准确的基础上,在这些毒性药物中寻找有效的药物的特性,取得预期效果,从而总结出用药心得。

中医治病,有“法无常法,常法无法”之说,关键在于依据辨证结果,得出的病理分析;明确病理之后,才能选择治疗方法,方可遣方用药。因此,中医辨析、总结用药心得,应在参透病因、病机、证治的基础上才能总结出科学、有效的用药体会。

(作者为国医大师李振华学术思想传承人、河南中医药大学第三附属医院主任医师)

本版图片由安阳市龙安区马家乡贾氏诊所贾喜来提供

临证用药应注意几个关键问题