

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2023.06.013

• 教学园地 •

# 基于中西医结合临床思维能力培养的中西医结合专业 临床课教学模式初探<sup>\*</sup>

刘艳娟<sup>1</sup> 龚萍<sup>1</sup> 黄冬梅<sup>2</sup> 杨明炜<sup>2△</sup>

华中科技大学同济医学院附属同济医院<sup>1</sup> 中西医结合科,<sup>2</sup> 中西医结合研究所, 武汉 430030

**关键词** 中西医结合; 临床思维能力; 病证结合; 宏观辨证; 微观辨证

**中图分类号** R2-031 **文献标志码** A

自 1950 年代中西医结合的概念提出后, 中西医结合的教学、临床实践及科学研究便在全国乃至全球全面开展, 经过 70 余年的发展, 取得了丰硕成果。其中在教学方面, 全国很多中医药大学及综合性大学开设了中西医结合系(或专业)或者中医系(中西医结合方向), 为中西医结合的人才培养作出了重大贡献<sup>[1]</sup>。由于中医和西医是两个不同的医学体系, 其思维方式又大相径庭, 应用中医和西医两种思路来解决临床问题, 往往令人产生许多困惑<sup>[2]</sup>。如何在中西医结合专业临床课教学中将两个不同的医学体系有机结合起来, 取长补短, 培养学生的中西医结合临床思维能力显得尤为重要。下面拟对基于中西医结合临床思维能力培养的中西医结合专业临床课教学模式进行初步探讨。

## 1 中西医结合专业的课程设置与教学现状

目前高校中西医结合专业的课程设置大多包括通识课程模块、中医基础课程模块、经典理论与学术流派课程模块、西医基础医学课程模块、西医临床课程模块、中医或中西医结合临床课程模块、医学人文课程模块、专业拓展课程模块等。教学方面无论是基础课程还是临床课程, 凡涉及西医的课程多由西医专业老师授课, 涉及中医的课程多由中医或中西医结合专业老师授课。这种教学模式虽有利于讲授教材内容, 但如果只是严格地按照教材内容讲授, 往往会导致学生只是分别接受两种独立的不同临床思维模式, 且这两种独立的临床思维模式常常发生冲突, 令人困惑不已, 不利于中西医结合临床思维的培养, 也不符合高校设立中西医结合专业的初衷<sup>[3]</sup>。

## 2 中西医结合临床思维模式

辨证论治是中医学的基本特点之一, 是中医学中临床医学的灵魂, 是中医学最主要的临床思维模式, 它强调因时、因地、因人制宜, 体现了中医治疗的个体化和恒动观, 是“以人为本”临床思想的具体体现。但其缺点是对疾病产生的具体原因、确切机制及疾病的预后转归等缺少直观的、量化的客观指标, 有其局限性。西医长于辨病论治, 它借助现代科学研究方法, 用定性定量的直观数据阐明疾病的原因及病理变化, 并针对病因治疗, 这是西医的基本临床思维模式。西医辨病较细致、深入、具体, 治疗针对性强, 判断疗效及预知疾病转归精准。但西医辨病过多地重视局部器官的器质和功能变化, 相对地忽视整体, 常常把病和人分割开来, 在一定程度上存在着机械唯物论的观点。由此可见, 中医、西医各有所长, 也各有所短, 经过半个多世纪探索与实践, 形成了“辨证与辨病结合”这种意义深远的中西医结合临床思维模式, 被广泛应用于中医临床与科学研究, 极大提高了临床疗效, 充分体现了中西医两种医学优势互补的优越性, 已成为当今最通行的中西医结合形式之一<sup>[4-5]</sup>。

此外, “宏观辨证与微观辨证相结合”也是常见的一种中西医结合临床思维模式, 是在病证结合模式基础上发展而来的。所谓宏观辨证主要是依据传统的中医理论, 通过望、闻、问、切四诊收集到的有关疾病的各种症状和体征加以分析、综合、概括, 判断为某种性质的证, 是从整体上把握事物的发展变化规律。所谓微观辨证的概念由沈自尹教授于 1986 年首次提出<sup>[6]</sup>, 是指在临床收集辨证素材过程中, 引进现代科学特别是现代医学的先进技术, 发挥它们长于在较深入的层次上即微观地认识机体的结构、代谢和功能特

<sup>\*</sup> 华中科技大学校级教学研究面上项目(No. 2019136)

<sup>△</sup> 通信作者, Corresponding author, E-mail: 627313931@qq.com

点,更完整、更准确、更本质地阐明证的物质基础,从而为辨证微观化奠定基础。之后,诸多学者对微观辨证的内涵提出了各自独特的见解<sup>[7]</sup>。简言之,就是用微观指标认识与辨别证。宏观辨证和微观辨证两者结合,可以更全面准确地诊治疾病。

近年来,随着现代医学中循证医学的兴起与发展,循证医学的理念逐步普及到中西医结合的临床实践中,强调在综合考虑病情的同时,必须遵循现有客观的、最可靠的、最新的科学证据,丰富了中西医结合临床思维模式<sup>[8]</sup>。

### 3 中西医结合临床思维能力的培养

在中西医结合专业临床课教学中如何更好地培养学生的中西医结合临床思维能力是培养中西医结合人才的关键,为此,全体教师队伍必须明确中西医结合专业的教学理念,并将这一理念始终贯彻落实到每一节课的教学中。

#### 3.1 “病证结合”临床思维能力的培养

中医专业老师在讲授中医临床课时首先要守正,也就是强调并坚守辨证论治这一中医特点,在此基础上有机结合现代医学对该病的认识进行介绍。例如在中医内科学之消渴(多见于西医糖尿病)教学中,中医病因包括禀赋不足、精亏液竭,饮食失节、积热内蕴,情志不调、郁久化火,劳欲过度、肾精亏损,以上病因最终导致阴津亏损、燥热偏盛,形成消渴。在讲授上述中医病因病机的同时,可以介绍现代医学的一些研究成果为上述病因病机提供现代医学依据。例如现代医学研究表明糖尿病患者抑郁程度与空腹血糖水平显著相关、高特质焦虑患者糖化血红蛋白浓度明显升高等,支持了中医认为情志不调、郁久化火是消渴的病因病机之一。在诊断方面,依据多饮、多食、多尿或消瘦诊断中医消渴病,重点在于讲解辨证论治,同时介绍现代医学糖尿病的最新诊断标准。在治疗方面,介绍辨证治疗的同时,也要适当介绍西医降糖药的运用,以及中药与西药各自的优缺点,这样学生在学习的过程中就会逐渐形成病证结合的中西医结合临床思维。

值得注意的是,西医专业老师在讲授西医临床课时往往只讲授西医的内容,对于中西医结合专业的学生来说不利于中西医结合临床思维的培养,因此西医专业老师在教学中更应重视讲授西医内容的同时适当纳入中医的辨证内容,以培养学生的中西医结合临床思维。

#### 3.2 “宏观辨证与微观辨证相结合”临床思维能力的培养

宏观辨证是中医临床最传统、最常用的辨证论治

形式,它建立在宏观认识问题的基础上,概括性与抽象性高,容易揭示机体状态的共性。微观辨证则更为精准,可以提高临床诊断的准确率,并正确地指导治疗。因此,在讲授临床疾病的诊断时,要强调宏观辨证与微观辨证相结合。例如,在介绍肾阳虚证时,首先强调其宏观辨证要点为形寒肢冷、精神不振、气短而喘、腰膝酸软、阳痿、滑精、夜尿多、舌淡胖、苔白、脉沉迟。同时介绍肾阳虚的微观辨证的内容,沈自尹<sup>[6]</sup>首先通过临床和实验观察,发现肾阳虚证的下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴均有不同环节、不同程度的功能紊乱,且主要发病环节在下丘脑(或更高级中枢)的调节功能紊乱,证实了中医的“证”具有物质基础。在介绍血瘀证时,首先强调疼痛、肿块、出血、舌暗红、脉涩是其宏观辨证要点,同时还要介绍血瘀证的微观辨证内容,包括影像学显示血管闭塞或中重度狭窄( $\geq 50\%$ )、血液流变学改变、纤溶及凝血等理化指标异常,提示血液循环瘀滞<sup>[9]</sup>。

#### 3.3 教学中纳入循证医学观念

随着现代循证医学理念逐渐引入到中医药发展中,对中西医结合专业的教学提出了新要求,需要探索循证医学与中西医结合临床思维方法融合的教学实践。由于传统医学受限于技术条件与认知水平,其循证依据存在不确定性、模糊性、散在性的缺点,与现今提倡的高质量证据存在一定的差距,学生在学习中医临床课时容易产生不信任感。在临床课的教学中适当引入循证医学概念,不仅可以提高学生对于中医文化的自信,还能培养学生的中西医结合临床思维能力。例如,在肿瘤学的教学中,对于中医药在肿瘤治疗中的价值,可以查阅关于中草药与放化疗联合抗肿瘤的随机对照试验,通过数据了解中医药给患者带来的临床受益。对于中医药姑息治疗患者,可以通过一个具体病例,引导学生查阅文献,通过循证医学的证据学习中药治疗、中医特色治疗等几种治疗方法对于姑息治疗肿瘤患者的治疗价值<sup>[10]</sup>。此外,每年都会有很多临床常见病的中西医结合诊治指南颁布,结合这些具有循证医学证据的指南进行讲解无疑会帮助学生逐步形成一切从证据出发的循证医学理念。

总之,中西医结合专业的教学任重道远,唯有守正创新,不断探索新的教学模式,才能提高教学质量,帮助学生培养牢固的中西医结合临床思维,培养更多的中西医结合人才,壮大中西医结合队伍,从而将我国的中西医结合事业不断推向新高度。

能减弱,从而达到回乳的功效。在回乳治疗中,生麦芽用量较大而耗散气血,易伤正气,不可久服。对于需要断乳的妇女,依据中医理论辨证论治,使用生麦芽 60 g,亦常配伍枳壳、桔梗、当归、益母草等行气活血,且可预防回乳而不郁积。

### 2.3 调节激素水平

乳汁的产生与妇女体内存在的泌乳素有密切关系,其分泌调节受到松果体、下丘脑、卵巢激素、甲状腺激素以及药物等多方面影响,其中与多巴胺能神经有关的药物可直接影响泌乳素的分泌。麦芽主要含有  $\alpha$ -及  $\beta$ -淀粉酶、催化酶、麦芽糖和大麦芽碱、大麦芽胍碱、腺嘌呤、胆碱、蛋白质、氨基酸、细胞色素 C 及维生素 B、D、E 等<sup>[1]</sup>。炒麦芽按清炒法炒至深黄色,一般中火炒制温度多在 100 °C 以上,故麦芽经炒制后必然会损失一定量的维生素 B6,使其含量减少<sup>[4]</sup>。维生素 B6 为吡哆醛-5-磷酸盐的前体,是氨基酸脱羧及氨基转移的重要辅酶,可通过促进合成多巴胺而起到抑制催乳素分泌的作用<sup>[5]</sup>。

乳腺增生的发病多是因为雌激素、孕激素和泌乳素比例失调,其中,高泌乳素是乳腺增生发病的重要原因。基于大剂量生麦芽有抑制泌乳素的作用,牟庆爱<sup>[6]</sup>运用生麦芽代茶饮治疗乳腺小叶增生,使患者肝气疏通,胃气和降,脾胃调和而使肿块消散,临床诸症改善。

### 2.4 中药炮制理论

依据中药炮制理论,中药普遍有“生峻熟缓”的特点,麦芽炒制后折其“生升”之性,麦芽疏肝、耗散气血而回乳的作用减弱。炒制或者炒焦,主要缓和了药性

和增强了麦芽健脾消食的效果。如王志平等<sup>[7]</sup>认为,麦芽只有生用时,性味完全存在,才能充分发挥其善于消化、微兼破血之性,气下血随之而降,则乳汁自不能生。

### 3 小结

综上所述,麦芽有消乳、回乳之功效,生麦芽善于疏肝行气,临床上治疗妇女意欲回乳以大剂量生麦芽疗效为好,但用药时间不可过长,仍需注意治疗原则,结合中医辨证论治及现代药理学研究,正确辨证施药,方能达到良好效果。

### 参 考 文 献

- [1] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:315-316.
- [2] 张炳鑫. 临床中药炮制学[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:142.
- [3] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 2020 年版一部[M]. 北京:中国医药科技出版社,2020:163.
- [4] 张文芳. 麦芽回乳生用还是炒用[J]. 江苏中医药,2002,23(6):46.
- [5] 阳媚,唐茂燕,陈雅君. 生麦芽与炒麦芽回乳效果比较及对泌乳素的影响[J]. 环球中医药,2014,7(1):48-49.
- [6] 牟庆爱. 生麦芽治疗乳腺小叶增生病 33 例[J]. 山东中医杂志,1996,15(6):266.
- [7] 王志平,李建萍,王萍. 关于回乳用麦芽之生炒辨析[J]. 光明中医,2010,25(11):2125-2126.

(收稿日期:2023-08-22)

(上接第 428 页)

### 参 考 文 献

- [1] 陈士奎. 新中国标志性医学成就之一:创立“中西医结合医学”新学科[J]. 疑难病杂志,2019,18(9):865-867.
- [2] 杨云松. 中西医结合临床研究概况及未来思考[J]. 中国中西医结合杂志,2017,37(1):106-108.
- [3] 吕侠,董佩佩,张建斌. 中西医结合临床专业教学改革的回顾与思考[J]. 科技资讯,2020,18(13):166,168.
- [4] 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,2006,8(2):1-5.
- [5] 刘平,季光,陈凯先. 病证结合与中西医结合医学学科知识理论体系的构建[J]. 中国中西医结合杂志,2010,30(6):565-570.

- [6] 沈自尹. 微观辨证和辨证微观化[J]. 中医杂志,1986,36(2):55-57.
- [7] 危北海,刘晋生,罗小石,等. 宏观辨证和微观辨证结合的研究[J]. 中西医结合杂志,1991,11(5):301-303.
- [8] 司秋菊,常风云,张艳慧,等. 循证医学与中西医结合临床思维方法融合的教学实践[J]. 时珍国医国药,2009,20(10):2536-2537.
- [9] 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会. 实用血瘀证诊断标准[J]. 中国中西医结合杂志,2016,36(10):1163.
- [10] 翟林柱,黄学武. 重视循证医学在中西医结合肿瘤学本科教学中的应用[J]. 中医肿瘤学杂志,2020,2(5):54-57,49.

(收稿日期:2023-09-05)