

◆思路研究论著◆

从气虚痰瘀诊辨对提高内科急症快速反应能力的探讨

蔡桦杨, 罗翌

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 中医学内科急症病情复杂、时间紧迫, 诊辨困难。其基本病机改变是“正气虚于一时, 邪气暴盛而突发”。气虚、痰浊、血瘀, 三者互相影响而常有侧重, 构成了急症的核心病机。临床诊辨首辨气虚轻重; 次辨痰浊血瘀; 三辨兼杂证候。通过准确把握气虚痰瘀证, 有利于提高中医学辨治内科急症快速反应能力, 在争分夺秒的急症抢救中取得先机。

[关键词] 急症; 核心病机; 快速反应; 气虚; 痰浊; 血瘀

[中图分类号] R278 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0001-03

在中医学发展的历史长河, 急症急救是重要学术精华之一。随着医学发展, 现代抢救技术针对性强、见效快, 大大地提升了急症救治能力。但部分急症就诊时诊断未能明确, 难以给予针对性治疗; 常合并多病使治疗出现矛盾, 在一定程度上限制了现代抢救技术和药物的使用。中医学重视患者整体情况, 坚持辨证论治的个体化诊疗, 有利于弥补现代医学急救的不足, 从而提高临床疗效。

广东省中医院急诊科在多位国医大师和名老中医指导下, 数十年来致力于中西医结合急症救治。在实践中发现, 在内科急症繁多的病机中, 气虚痰瘀是内科急症的核心病机, 是病情本质的综合反映。在临床一线救治中, 通过准确把握气虚痰瘀证, 有利于提高中医学诊辨内科急症快速反应能力, 在争分夺秒的急症抢救中取得了先机。

1 快速准确地掌握内科急症核心病机的必要性

1.1 内科急症病机复杂、传变迅速 内科急症范围广泛, 包括心肺复苏、休克、昏迷、脑血管意外、急性心肌梗死、严重感染、多脏器功能衰竭和各种危象等。中医学素来重视急症救治。早在中医学理论体系

形成的初期, 《内经》就奠定了中医学急症理论基础的雏形, 对急危重症命名均冠以“暴”、“卒(猝)”、“厥”等, 以与非急症病区别。对病因病机论述亦有记载, 如《素问·通评虚实论》曰: “邪气盛则实, 精气夺则虚”及病机十九条等。中医学认为, 疾病发生是邪正斗争的结果, 而中医学急症病机的关键则在于“正气虚于一时, 邪气暴盛而突发”, 病机变化突出“正邪交争”^[1]。内科急症往往由于旧病耗伤, 正气极虚而邪气极盛, 使经络血脉壅滞, 神机失用, 升化欲息, 以致精气神败伤, 故其病发卒暴, 凶险丛生, 造成“十二官危, 使道闭塞而不通, 形乃大伤”(《素问·灵兰秘典论》), 正如《素问·玉机真脏论》所言: “急虚身中卒至, 五脏绝闭, 脉道不通, 气不往来。”

中医学急症的基本病机改变是邪盛气闭。邪盛气闭是指急危病程中, 体内毒邪壅盛, 导致周身阴阳气血壅滞, 气机闭阻不通, 升降失调, 阴阳不交, 使多脏受累, 甚至神机失用, 表现闭实危候, 证情险变丛生。如疫邪气流行之时, “无论老少强弱, 触之者即病”; 如外感毒邪或高温暑热之时, 正气旺盛也难

[收稿日期] 2013-10-20

[作者简介] 蔡桦杨 (1981-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医急症临床与教学。

[通讯作者] 罗翌, E-mail: lyzmbb@qq.com。

抵正气受伤。若能及时准确治疗,可使邪祛毒解正复,扭转危象;若僵持已久,邪陷正虚,正不胜邪,可见内闭外脱,进而正气溃败,阴竭阳脱,气血消亡。

1.2 内科急症复杂的病情和紧迫的时间影响急症快速诊辨 在急症处理中,时间可能是决定疗效和预后的关键。对于以分钟计算的急症处理,争取到的时间可能为患者添一分生机。医师必须短时间内进行系统而有针对性的查体和问诊,以期在尽量短的时间内获得尽量多的信息,并从繁多复杂的四诊信息中分辨出当时最主要的关键病机,为下一步诊治提供必要的依据。这显然给医师带来了较大的难度。在临床实践中,一方面,许多急诊科的中医医师在短时间内的诊辨中容易忽视了中医学四诊而导致辨证不准确,治疗缺乏辨证依据;另一方面,许多急症患者如昏迷等,难以配合问诊和舌诊,从而使急症的诊辨受到影响和制约。

为抢占治疗先机,急症治疗常常在诊断尚未明确之前便开始治疗。现代医学对于诊断不清或病情复杂的急症状态下,往往以支持治疗为主,针对性不强。对于这种情况,重视整体情况的中医药具有潜在的优势,以辨证论治实施个体化诊疗,从而有效衔接现代急救技术。

可见,内科急症需要中医药的早期干预,但复杂的病情和紧迫的时间容易影响医师在短时间内快速准确诊辨病机。因此,若能有效地兼顾内科急症抢救中诊辨病机的准确度和时间,在较短时间内以较少的信息迅速抓住病情的主要矛盾,给予符合病情的中医学治疗,便有可能提高中医学急症诊辨快速反应能力,并提高临床疗效。

2 气虚痰瘀可能是内科急症的核心病机

2.1 诸多内科急症存在核心病机的可能性 病机是疾病发生、发展、变化的机理。同一疾病发生在不同季节、不同体质,处于不同阶段往往表现出不同的病机。国医大师周仲瑛^[2]指出:“证”是疾病多个症状的综合征象,是病变过程中某一特定阶段的病机概括。不同的病在其发展过程中可有相同的病理环节,即相同的病机出现同一种证,故可“异病同治”。若能在认识急症诸多病机的基础上准确把握急症的内在核心病机,便有可能从“异病同治”的角度论治,提高中西医结合急救的准确度和疗效。

2.2 气虚痰瘀可能是内科急症的核心病机 核心病机是指疾病的发生、发展、转归有其病理基础和演变规律,即便有兼夹症和合并症,那都从属于疾病的基本矛盾^[3]。中医学急症病机的关键在于“正气虚于一时,邪气暴盛而突发”,病机变化突出“正邪交争”。在急症诸多病机中,气虚痰瘀可能是内科急症的核心病机,而且对气虚、痰浊和血瘀的理解应不拘一格,介绍如下。

气虚强调虚于一时,而非单指体虚气弱。急症往往大实大虚,邪正消长多变。发病之时,邪势迅猛,正气奋起抗邪,邪正剧烈相争,但旋即耗伤正气,正不胜邪,形成邪盛正衰的局面^[2]。如青年猝发肾绞痛,表现出痛极面色苍白,实乃实邪阻滞,痛则不通,阳气一时间难以濡养全身,而非气虚日久;如脓毒症之于壮年出现大汗淋漓,脉率快速,实乃热邪伤正,阳气暴脱,而非气虚致病,阳气渐脱。

痰瘀同是致病要素,也是病理性产物。各种外感病邪致病中,痰瘀常常是内在的重要因素。如外感发热似外感病邪为主要致病要素,但察舌观颜,常常舌苔厚腻而颜面油光,一派内有痰浊之象,病机实质在于内有痰浊,影响卫气宣发,正气受损而外感致病;如卒中、卒心痛等急症皆以血瘀为主要病机;如肺胀所致呼吸喘促,似肺气不宣、肾不纳气,实则离不开久病必瘀,牵连肺脾肾的根本。

究其根本,若久居潮湿之地,日照时长,湿气蒸熏,体质多有湿浊,喜饮生冷,易伤脾胃之气,气虚则血行不畅,脾失健运则痰浊内生,为气虚痰瘀互结提供了条件。在这种情况下,外感病邪或自身阴阳失调,牵一发而触全身,骤然起病发为急症。邪气盛,机体调整不及,表现为正气虚于一时;痰瘀互结,胶阻难祛。气虚、痰浊、血瘀,三者互相影响而常有侧重,构成了中医学急症的核心病机。

现代对急性脑血管病^[4]、急性冠脉综合征^[5-6]、哮喘^[7]、休克、心力衰竭^[8]和多器官功能衰竭综合征^[9]等内科急危重症^[10]的证候相关研究提示,气虚、痰浊和血瘀在许多内科急危重症的发生发展中虽各有侧重,但均起着重要的影响,这在一定程度上印证了气虚痰瘀互结作为中医学内科急危重症核心病机的科学性和合理性。

3 临证诊治思路

中医学内科急症气虚痰瘀互结核心病机的观点,

为急症快速处理提供了依据和借鉴。临床实践中运用该理论并非机械地从气虚、痰浊和血瘀论治，而是以此为突破点，灵活区分轻重缓急，合理顾护正气、化痰祛瘀，在面对虚实错综复杂证候时，常常四两拨千斤，疗效立竿见影。主要运用思路如下。

首辨气虚轻重。脱证是多种急性病证的危重转归，多为由实转虚、由闭转脱^[9]。作为急诊医师，应第一时间排除脱证，气虚孰轻孰重便是重要的信号。中医学注重“急则治其标，缓则治其本”，且许多疾病本虚标实，因此，常认为体虚为本，邪实为标，从而形成治标就是祛邪的惯性思维。实则不然，在急症患者中，多见邪实致病，正气暴虚，此时邪实为本，气虚为标。“急则治其标”当留人治病，先振奋阳气，正气恢复后，病情相对稳定方重点祛邪。比如高热患者，突然面色苍白，大汗淋漓，为阳气将脱之象，此时应以气虚为标，当急救正气。药方可选用四逆汤、回阳救急汤等，针剂可予参附针、黄芪针等。

次辨痰浊血瘀。若气虚不甚或非主要矛盾，则辨痰瘀。痰瘀上扰清窍，轻则头痛、头晕^[11]，重则神志不清；内阻心脉，可发为胸痹心痛；痹阻脑脉，则发为中风；痰浊壅肺可致喘促。痰瘀互结可共同致病，亦可单独致病。临证当明察痰瘀轻重缓急，随证治之。

三辨兼杂证候。明确了气虚、痰浊、血瘀等方面情况后，应兼顾其它证候。阴虚重，则可给予益气养阴，如生脉针等。

4 小结

中医学的整体观和辨证论治在内科急症的早期干预中具有一定的优势，但内科急症复杂的病情和紧迫的时间容易影响医师在短时间内快速准确诊辨病机。通过把握气虚痰瘀核心病机，在“异病同治”理论指导下，有可能在较短时间内以较少的信息迅速抓住病情的主要矛盾，给予符合病情的中医药治疗，从而提

高中医学急症诊辨快速反应能力，并提高临床疗效。气虚痰瘀是中医学内科急症核心病机的观点，对于中医学急症救治具有一定的指导作用，仍需要比较规范的证候研究进一步论证，并结合现代技术阐明科学内涵。

[参考文献]

- [1] 梅广源, 邹旭, 罗翌. 中西医结合急诊内科学[M]. 北京: 科学出版社, 2008: 6-7.
- [2] 周仲瑛. 中医内科急症辨治纲要(上)——急症的基本特点与病机要点[J]. 中国中医药现代远程教育, 2003, 1(1): 15-17.
- [3] 郭建文, 张晓云, 兰万成. 陈绍宏教授“中风核心病机论”[J]. 天津中医药, 2006, 23(1): 7-9.
- [4] 常富业, 王永炎. 中风病发病学研究述评[J]. 辽宁中医杂志, 2004, 31(2): 102-103.
- [5] 吴焕林, 阮新民, 罗文杰. 319例冠心病患者证候分布规律分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(6): 498-500.
- [6] 陈可冀, 李连达, 翁维良. 血瘀证与活血化瘀研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(1): 1-2.
- [7] 孙增涛, 刘恩顺, 封继宏. 支气管哮喘发作期中医学证候调查及证素提取的初步研究[J]. 中医杂志, 2008, 49(8): 731-733.
- [8] 陆姣姣, 许黎敏, 徐佳. 充血性心力衰竭的常见证候证候要素及治法方药研究[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(6): 1517-1519.
- [9] 张畔, 崔乃杰, 王兵. 多脏器功能障碍综合征中急性虚证的表现及治疗对策[J]. 中医杂志, 2007, 48(2): 163-165.
- [10] 梁钦, 梁华杰, 刘艳丽. 痰瘀毒邪论治内科急症举隅[J]. 环球中医药, 2011, 4(5): 383-385.
- [11] 杨荣源, 蔡桦杨, 王大伟. 罗翌教授辨治头痛经验[J]. 临床医学工程, 2009, 16(6): 58-59.

(责任编辑: 黎国昌)

欢迎邮购 2008 年、2009 年、2010 年《新中医》合订本，2008 年每套 130 元，2009 年、2010 年每套各 150 元，2011 年每套 200 元，2012 年每套 230 元。