

构建肝癌辨证思维新模式的探讨

史话跃 徐 征 吴承玉
(南京中医药大学, 江苏南京 210023)

摘 要 原发性肝癌是严重危害人类健康的恶性肿瘤,提高肝癌临床诊治水平是亟须解决的重要问题。我们将“藏象辨证体系”应用于肝癌疾病辨证,构建肝癌辨证思维新模式,该思维模式突出“从症辨证、病证结合”的原则,强调以肝癌病位、病性特征的获取和识别为研究基础,以病位结合病性的内涵贯穿辨证始终,可用于临床各种错综复杂的肝癌病证的诊断,使肝癌病证诊治更加灵活准确,更加符合临床诊疗过程。

关键词 藏象辨证体系 肝癌 思维模式

中图分类号 R273.57 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2015)01-0006-03

原发性肝癌早期诊断困难,病情进展快,容易转移与复发,治疗效果不明显,患者生存质量较低,病死率高,是严重危害人类健康的恶性肿瘤之一。因此,提高肝癌临床诊治水平是亟须解决的重要问题。吴承玉教授提出并构建的“藏象辨证体系”,突出了“从症辨证”的原则,将以人体五脏为核心的系统病位与病性有机结合,组合后可涵盖临床各种错综复杂的证,形成了规范、统一的辨证体系。我们将藏象辨证体系应用于肝癌疾病辨证,构建肝癌辨证思维新模式,以期能够有助临床准确诊断复杂多变的肝癌病证。

1 肝癌辨证思维新模式构建的理论基础

辨证是治疗的前提,辨证是否准确规范,是取得临床疗效的关键。1986年全国中医证候规范研究会议初步对“证”的概念作了界定:证是疾病发生和演变过程中某阶段本质的反映,它以某些相关的脉症,不同程度地揭示病因、病位、病机、病势等,为治疗提供依据^[1]。任何复杂的“证”,都是由病位、病性排列组合而成。“辨证”的核心、本质是通过对临床信息的辨识,确定病变位置和病理性质,这正是中医辨证论治必须遵循的“从症辨证”的思维规律。病位和病性有机组合后可涵盖临床各种错综复杂的证,体现了辨证的系统性和发展性、证的特异性和稳定性。吴承玉教授创建的以五脏为中心的“藏象辨证体系”,将人体分成五个生理病理系统(心系统、肺系统、脾系统、肝系统、肾系统),以病位结合病性的内涵贯穿其中,突出“从症辨证”和“病证结合”的原则,形成了统一、规范的辨证体系,使辨证方法向着高度综合化和

普遍归一化的方向发展^[2]。“藏象辨证体系”揭示了辨证的基本原理和普遍规律,辨证准确灵活,易于掌握使用,更加符合临床思维特点,对提高临床诊断水平有着重要的指导作用。

2 肝癌辨证思维新模式构建的研究思路

在临床上,构成肝癌病证(简称Z)诊断的核心为病位、病性(简称X_n),而病位、病性的归纳提取来源于临床信息,主要有四个方面:一是对该证诊断具有特殊意义的最常见症状以及特异性症状,能明确提示病位或病性,在诊断上具有特定意义,为主症(简称A);二是一般伴随症状,在该证中出现频率较高,在诊断上具有完善性和辅助性意义,可帮助确立病位或病性,或不同程度地顾及该证的变异型、非典型型、过渡型的诊断,为次症(简称B);三是舌脉表现(简称C);四是现代检测指标(简称D)。可依据下列“藏象辨证体系”的组合规律进行辨证:(1)A+B+C+D→X_n→Z;(2)A+B+D→X_n→Z;(3)A+C+D→X_n→Z;(4)B+C+D→X_n→Z;(5)A+D→X_n→Z;(6)B+D→X_n→Z;(7)C+D→X_n→Z。本病的D指标,是指病理组织学和(或)细胞学诊断为肝癌的依据,或临床上诊断肝癌敏感性和特异性较高的实验室生化指标及影像学检查,D是肝癌确诊的主要依据,也是肝癌疾病诊断的必要临床信息。尤其是证候特征不明显时,结合D更显重要。D的引入,将现代医学疾病与中医传统认识联系起来,是辨病与辨证相结合的关键,提高了中医诊断的客观性。诸症组合的最重要原则是组合的症状必须要体现出该证的病位和病性;诸症组合亦具有灵活性,要确定肝癌病证的诊

基金项目:南京中医药大学基础医学院青年科技创新基金(14JCQN01)

断,必须把该证诊断的条件都考虑进去,但又不能机械刻板,如《伤寒论》所谓:“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具。”在具有规范性、灵活性的同时,又必须经得起临床实践的检验,必须具有普遍意义。就肝癌而言,基本病位在肝;病性有痰、血瘀、气滞、(火)热、湿、水停、气虚、阴虚、血虚、阳虚等。诸多临床症状即诊断信息可先分析归纳为病位、病性,然后组合得出规范的肝癌病证。肝癌辨证思维新模式的研究思路如图1所示:

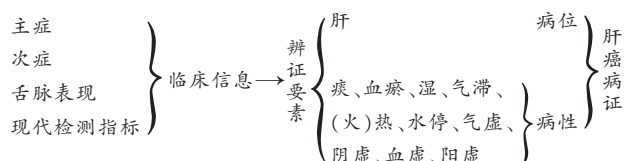


图1 肝癌辨证思维新模式的研究思路

3 构建肝癌辨证思维新模式与组合规律

“藏象辨证体系”以中医整体观为指导思想,提出以五脏系统病位为核心,病性与病位按照具有原则性和灵活性特点的组合规律组合,可应用于诊断临床上复杂多变的肝癌病证。临床进行辨证时,综合分析患者复杂的症状、体征、舌象和脉象,从中抓住能反映该病证的病位、病性的临床特征,达到正确辨证的目的,故辨肝癌病证即是辨其病位、病性。在辨病位、病性的同时,应辅以阳性率较高、特异性较好的实验室指标与影像学等现代检查,达到辨病与辨证的统一。

根据以上辨证思维模式,提出应用于肝癌的辨证模式及组合规律:(1) $D+A+B+C \rightarrow X_n \rightarrow Z$; (2) $D+A+B \rightarrow X_n \rightarrow Z$; (3) $D+A+C \rightarrow X_n \rightarrow Z$; (4) $D+B+C \rightarrow X_n \rightarrow Z$; (5) $D+A \rightarrow X_n \rightarrow Z$; (6) $D+B \rightarrow X_n \rightarrow Z$; (7) $D+C \rightarrow X_n \rightarrow Z$; (8) $D+A_1+A_2+\dots+A_n \rightarrow X_n \rightarrow Z$ (A_n 代表多个并存的主症)。疾病是处于不断发展变化的状态,故不同阶段的证亦有不同,证候特征A主症、B次症、C舌脉与D现代检测指标也不同。就肝癌而言,首先必须通过D来确认疾病,在确诊肝癌疾病的基础上进行辨证,在辨证时必须原则性(须抓住体现病位和病性的临床信息)与灵活性(即所有症状特征不必悉具,只要有提示病位与病性的临床信息即可)兼顾。

4 肝癌辨证新模式之临床应用举隅

何某,女,62岁。2008年6月13日初诊。

患者1年前因劳累出现双下肢水肿、乏力,在外院查抗-HCV阳性、HCV-RNA阳性,B超提示:肝硬化。曾服各种药物治疗无明显效果,后住院治疗,诊断为“丙型肝炎后肝硬化失代偿”,给予保肝及中西药物治疗,病情好转出院。10日前又因劳累,出现乏力、双下肢水肿伴腹部膨隆,B超检查提示“肝弥漫性病变,肝内低回声占位”,CT发现肝右叶6.2cm×

5.4cm肿块,诊断为原发性肝癌、肝硬化。既往有输血史。刻诊:右胁胀痛,乏力,口苦,食少便溏。体检:巩膜轻度黄染,浅表淋巴结未扪及,肝肋下1cm,剑突下3cm,质硬,边钝圆,有压痛,腹部膨隆,腹水征(++),双下肢浮肿,舌质紫暗,边有瘀斑、苔黄腻,脉弦细。实验室检查:肝功能:谷丙转氨酶115U/L,谷草转氨酶145U/L,总胆红素45μmol/L,甲胎蛋白125mg/L;血常规:白细胞 $3.5 \times 10^9/L$,血小板 $40 \times 10^9/L$;CEA(-)^[3]。

[病案分析]主症(A):A1右胁胀痛,A2肝肋下1cm、剑突下3cm、质硬,A3食少便溏,A4巩膜黄染,A5腹水征(++),A6双下肢浮肿;次症(B):B1乏力,B2口苦,B3肝区有压痛,B4腹部膨隆;舌脉(C):舌质紫暗、边有瘀斑、苔黄腻,脉弦细;辅助检查(D):抗-HCV阳性、HCV-RNA阳性;B超提示肝弥漫性病变,肝内低回声占位;CT提示肝硬化、原发性肝癌;肝功能:谷丙转氨酶115U/L,谷草转氨酶145U/L,总胆红素45μmol/L,甲胎蛋白125mg/L。辨病分析:首先通过上述辅助检查确诊为原发性肝癌。辨证分析(辨病位、病性):(1)右胁胀痛、口苦、巩膜轻度黄染、舌苔黄腻、脉弦细,提示病位肝胆,病性湿、热;(2)食少便溏、乏力,提示病位在脾;(3)双下肢水肿、腹部膨隆、腹水征(++),提示病性水停;肝肋下1cm,剑突下3cm,质硬,舌质紫暗、边有瘀斑,提示病性痰、瘀。

综合上述分析,可以判断该患者病位在肝,相兼病位有胆、脾;病性为痰、瘀,相兼湿、热、水停等其他病性。中医诊断:病名:肝癌;证名:痰瘀阻肝兼肝胆湿热、脾虚水停证。西医诊断:原发性肝癌、丙肝后肝硬化。

从该病案可以看出,病证结合(通过D辨病),从症辨证(根据临床信息A、B、C确定肝癌病证的病位、病性),这样的辨证思路,体现原则性和灵活性相结合,符合中医的基本原理与辨证规律。

5 肝癌辨证思维新模式与组合规律的研究意义

肝癌是多病位、多病性相兼的疾病,临床证型复杂多变,极易漏诊、误诊,临床疗效不显著,多因缺乏统一的辨证标准、治疗方案和诊疗常规,或缺乏具备高水平循证医学依据的基础和临床研究,或辨证时“以病套证”,或各医家的个人经验较多,主观性较强等,故肝癌辨证时需要规范的、灵活的辨证体系。

我们将“藏象辨证体系”应用于肝癌辨证,构建的肝癌辨证思维模式与组合规律在整体上揭示中医对肝癌辨证的基本原理与普遍规律,同时又重视采用现代科学研究方法,注重辨病与辨证相结合的思路,保持了传统理论与临床实践紧密结合的中医病证结合的思路,使肝癌病证辨治更加灵活准确,易于掌握,更符合临床诊疗过程,对提高临床上肝

论缺血性中风血脑屏障病变玄府病机

何婷婷 陈维铭 钱涯邻

(江苏省苏北人民医院, 江苏扬州 225001)

摘要 缺血性中风病变机制复杂,表现脑水肿,并发缺血再灌注损伤,现代医学对此尚无理想的防治方法。针对血脑屏障从玄府学说展开研究,认为脑内亦有玄府的表现,离子通道、细胞间隙、血脑屏障均可能作为玄府的表现形式。脑细胞缺氧水肿,毛细血管通透性改变,血脑屏障破坏,都可能导致玄府瘀滞闭塞,神经细胞微环境稳定性丧失。其关键在于玄府开阖失常,气液流通和血气渗灌障碍,引起本病复杂且凶险的病症。故瘀水互结,水淫玄府,玄府瘀滞为血脑屏障病变的根本,通利玄府,重建开合,恢复血脑屏障功能,有利于血脉气血流通,神机逐渐恢复。

关键词 缺血性中风 玄府 血脑屏障**中图分类号** R277.733.1**文献标识码** A**文章编号** 1672-397X(2015)01-0008-02

缺血性中风是指脑血管狭窄或闭塞,导致脑血流阻断而使脑组织发生缺血缺氧、软化甚至坏死,致使脑血管功能障碍,引起相关症状的疾病,缺血性中风根据病变性质分类而成,靠头颅 MRI 或 CT 等放射影像学检查明确,主要包括脑血栓、脑栓塞。中风作为中医诊断病名,首创于《金匱要略》,从中医学角度来看,缺血性中风是以猝然昏仆、不省人事、口舌歪斜、言语不利、半身不遂为主症的疾病,具有高发病率、高致残率、高病死率、高复发率的特点,严重危害了人类健康。以下将从中风之病因病机、玄府之生理病理深入探讨,并从脑水肿、脑缺血后再灌注损伤血脑屏障通透性改变的发病机制出发,为其治疗开启新的思路。

1 中风之病因病机

唐宋以前的病因以“外风”学说为主,唐宋以后,特别是金元时代,突出以“内风”立论,是中风病因学说的一大转折。而明清之后,张锡纯《医学衷中参西录》将中风分为缺血性和出血性中风,指出缺血性中风是气虚所致,使中风病因的研究和探讨又迈进了一大步。现代医家进一步发扬和创新,提出了

许多发病学说,如痰热腑实学说^[1]、瘀血阻络学说^[2]、毒损脑络学说^[3]、正衰积损学说等^[4]。

中风的病机是复杂的,历代医家虽各执己见,但对中风属于本虚标实之证的认识基本趋于认同。中风病变过程不外乎出现“风”“火”“痰”“瘀”“气”“虚”六类病理因素,不同病理因素在初、中、恢复期分其主次偏重。肝肾阴虚、气血亏虚为致病之本,“风”“火”“痰”“瘀”“气”为其标,两者可互为因果。初期以标实为主,风阳痰火炽盛,气血上菀,如病情加剧,则正气急速溃败,继而以正虚为主,甚至出现正气虚脱。总的来说,中风病的基本病机为阴阳失调,气血逆乱,虚实错杂。

2 玄府之生理病理

“玄府”起源于《内经》,提出与汗孔关系密切,而刘完素在《素问玄机原病式》中由狭义的“汗孔”进行发散性思维,认为玄府是遍布机体各处的最细微结构层次,为气机升降出入之门户,津液输布流通之道路,神机运转通达之枢纽,具有气液流通、气血渗灌和神机运转的功能^[5]。王明杰^[6]则指出玄府具有存在

基金项目:第二批江苏省优秀中青年中医临床人才研修项目(2100601)

癌辨证的准确率起到重要作用。

我们在系统梳理历代辨证方法,认识辨证思维原理和规律的基础上,提出以中医整体观为指导、五脏系统病位为核心、按病性分类立证的中医肝癌辨证思维模式,希望能够对临床有所裨益,帮助准确诊断复杂多变的肝癌病证,提高原发性肝癌的临床疗效。

参考文献

- [1] 李方玲,梁嵘.对中医证候规范化研究的探讨.辽宁中医杂志,2006,33(4):386

- [2] 梁卫.酒精性肝病的中医辨证规律研究.南京:南京中医药大学,2013

- [3] 蒋健.橘井流芳—上海曙光医院经典医案赏析.上海:上海科学技术出版社,2013:72

第一作者:史活跃(1988-),女,医学博士,讲师,从事原发性肝癌病证辨治规律研究。

通讯作者:徐征,xuzheng-75@163.com

收稿日期:2014-09-11

编辑:傅如海