

中医院校学生临床辨证能力的培养方法与技巧

陈列红 陈四清

(江苏省中医院, 江苏南京 210029)

摘要 辨证论治是中医的根本特色所在,其中辨证是治疗成功的基础,指导中医院校的学生在临床上学会辨证十分重要。在“认症”阶段要注意培养学生观察能力,“识证”阶段要注意培养学生提炼能力,“辨证”阶段要注意培养学生思辨能力,从而掌握认症、识证和辨证之技能。

关键词 高等学校 医学生 中医教育 临床辨证 能力培养

中图分类号 R2-4 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2015)10-0065-02

辨证论治是中医的根本特色所在,而辨证是治疗成功的基础,因此如何指导中医院校的学生在临床上学会辨证十分重要。笔者长期从事中医带教工作,积累了一定的经验,有目的地分层次分阶段带教,取得了较好的带教效果,现总结如下,以与同道共磋。

1 “认症”阶段培养观察能力

“认症”是学生上临床的起步阶段,此时的带教重点在于“认”。此处的“症”特指单个症状。“认症”即要认识一个一个孤立的疾病信息,对单个症状产生直观性感觉,这是诊病的起点。

中医院校的实习生初上临床的最大问题是理论与实际的脱节。这其中有三个方面的因素。第一与中医诊断理论有关,“脉理精微,其体难辨,在心易了,指下难明”^[1],只可意会,不可言传,难以教学;第二与中医诊断技术有关,缺少实用性好的中医临床诊断工具^[2];第三与教学方法有关,缺少实体化、可视化、形象化的教学工具,学生未见未识,缺少感性认识,在理论上回答起来头头是道,一触脉象就不知所以。在此阶段,带教老师重点应将患者的症状与课本知识进行比对,从而培养学生联想性记忆,为下一阶段“识证”打下良好的基础。

如识别“目黄”,书本上讲巩膜黄染就是目黄,要将其化为诊察技能时还有若干注意点:一是巩膜在什么位置,二是如何判断是否黄染,三是目黄的轻重程度,四是如何判断真假目黄,五是目黄与血清胆红素的相关性如何。再如什么是瘀点瘀斑,什么是黄腻苔,学生观察之后,就很容易记忆了。又如什么是水肿、哮鸣音、弦脉、滑脉,只有让学生亲自诊察之后才能掌握。要产生感性认识,必须让学生将学过的知识与临床实践一一对应联系起来,让学生从不明到明,从似懂非懂到完全理解,从心中明

了变成指下也明。中医学是一门实践性很强的学科,其中临床操作性强的诊断技术学生无法自悟,“空讲”效果不好,非得带教实践才行,先有感性认识,才能上升到理性认识,如果某些学生缺乏观察力和体会能力,还得反复进行,直到弄懂搞清为止。

2 “识证”阶段培养提炼能力

“识证”为带教的第二阶段。“识证”概念的内涵并不统一。清代名医郑钦安所著《医理真传》自序云:“医学一途,不难于用药,而难于识证,亦不难于识证,而难于识阴阳。”此处为狭义“识证”概念。《温病条辨》云:“不求识证之真,而妄议药之可否,不可与言医也”,体现了吴鞠通“识证施治”思想^[3],此处属于广义“识证”概念。本段重点阐述狭义之“识证”。笔者认为,识证与辨证两者既有区别又有联系,应该是识证在先,辨证在后。

证就是症的集合体。“证”不仅是机体在疾病发展过程中的某一阶段的病理概括,而且是诊断的结论,是疾病的病因、性质、部位以及邪正关系的高度概括^[4]。“证”并不会自动告诉医生,医生需要从患者纷繁杂乱的“症群”中抓取、提炼,这需要一个初步的思考过程,但其侧重点仍落在“识”之过程,要求医生识别患者同时存在的若干个“证”。本段“重识”“轻辨”,符合认识论的一般规律,层次更加清晰。

病症的临床表现往往纷繁芜杂,千头万绪,典型病症较为少见。有些是上寒下热,外热内寒,寒热错杂;有些是本虚标实,似虚似实,虚实难辨;多数情况是此证彼证交错,多证复合。要能一一识别,才能便于下一阶段进行的“辨”。带教老师要通过鲜活的脉案,从中教给一些常用的识证方法,让学生领悟辨证要素,锻炼应诊能力,提高临床实战能力。

2.1 主证法 此法要点在于识别并抓住个别有代

表性的主证,如症状、体征、舌苔、脉象等来确定某证。如《伤寒论》101条:“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具。”实际上此法常同下列诸法有机结合,并非独立使用。此法极难,一旦走偏极易出错,非炉火纯青之辈不敢轻易使用。

2.2 归纳法 将患者表现的各种症状,按其可能的本质性因素(病因、病性、病位)进行归类,并估计其各自可能性的大小,从而把似乎孤立的每个症状串联进来。这是认识疾病的本质的一种思维方法,是中医最常用的方法之一。

2.3 比较法 鉴别诊断多采用此法,甲证与乙证有何相近,有何不同,最后认定某证。两组或多组比较,从而筛选、提取出患者当前的主证。例如如何区别“肝胆湿热证”和“湿热蕴脾证”,两者都是湿热内蕴的证候,共同点有满闷痞胀、纳呆呕恶,以及身热、面目发黄等症状,由于两证的病变部位不同,故症状表现有所不同。肝胆湿热证以胸胁胀痛、肋下痞块、黄疸、口苦等肝胆疏泄失常的症状为主,湿热蕴脾证以脘腹痞闷、纳呆呕恶、大便溏泄等受纳、运化功能失常的症状为主。

2.4 排除法 运用排除诊断的思维方法,即抓住疾病发展的阶段性,利用病症的特定临床表现,排除无关病症,使思维集中于病症本质。如《肺痿肺痛咳嗽上气病》篇第5条:“肺痿吐涎沫而不咳者,其人不渴,必遗尿,小便数,所以然者,以上虚不能制下故也。此为肺中冷,必眩,多涎唾,甘草干姜汤以温之。”“不渴”是虚寒肺痿的主证之一,从而排除了虚热肺痿和消渴。明代张景岳在《景岳全书》中首列“从舍辨”一节,谓:“治病之法,有当舍症从脉,有当舍脉从症。凡脉症不相合者,必有一真一假隐乎其中矣。”舍脉从症等法实际上也是排除法的具体运用范例之一。

3 “辨证”阶段培养思辨能力

辨证是将关于病人的信息进行分析、综合,概括出疾病处于某一时段的病因、病位、性质及邪正之间的关系等情况,并确定为某种病或证^[5]。此概念仍不够完全。笔者认为:辨病因、病位、病理、病性仅仅是辨证之过程^[6],由于证定法立、法随证走、方证相应,“辨证”的终极目标应该解决什么是“主证”问题,这才是“辨”的落脚点。有学者将“辨证”置于“识证”之前,笔者更不以为然,无“识”何以有“辨”。“辨证”侧重点在于“辨”,较“识证”具备更丰富的内涵。辨证是中医临床技能的核心内容之一,也是中医带教难点之所在。

中医辨证的特色是整体观念,必须充分考虑患者的所有信息,为施治提供翔实的基础,从而保证理、法、方、药丝丝相扣,确保取得较好的疗效。

首先,必须掌握患者的基本资料。如患者的籍贯、民族、体质、智商、性格、职业、经济、文化以及宗教等,此类背景类信息对辨证与施治极有价值,需

要详细询问与记载,这是“识人”之过程。

其次,必须诊断患者的主病。疾病是有其特定的病因、病位、病变过程和预后的,只有得到了疾病的诊断才能掌握疾病的病因和变化规律^[7]。必须运用现代医学知识与手段,对患者的主要疾病有个明确的诊断,这是“识病”之过程。清代喻嘉言《寓意草·先议病后用药》就提出了“先议病后用药”之论。误诊漏诊疾病往往会产生严重的后果,这一点必须让学生牢牢记住。

第三,必须确定患者的主证。患者若是存在一个主证,实际上无须多辨,正是由于患者疾病信息的复杂性,其显现的病“证”呈现出交叉性、夹杂性、非典型性以及变化性等特点,才需要医生进行极为复杂的思辨过程,“审证求机,知常达变”^[8],因“变”而“辨”,侧重点在于“辨”,由此确定主证,这就是辨证。若是目光不锐,剖析不深,偏离主纲,必将导致本末倒置、寒热错向、虚实易位,最终可能“失之毫厘,谬以千里”,难以实现预期之治疗效果。

为了传道于后学,延旺中医生命之薪火,加强中医带教工作非常重要。中医带教工作有其独特的方法与要求,带教老师应尽己所能,严格按照中医药本专科学学生培养标准^[9],做到精心准备,因人施教,有备而教,有术而教,提高学生的观察能力、提炼能力和思辨能力,从而掌握认症、识证和辨证之技能。

参考文献

- [1] 曹二凤,郭梅欽.弦滑脉辨析:与傅文胜、薄震东、孙建中商榷.河南中医,2005,25(2):17
- [2] 严惠芳,刘铮.中医诊断工具的发展沿革与改进设想.中医药学报,2003,21(8):1405
- [3] 陈斌,郭海,龚婕宁.从实际病例认识《温病条辨》“识证施治”的重要性.中国中医急症,2009,18(4):641
- [4] 刘淑杰,张振平,徐世龙.中医病、症状、证概念辨析.中医药学报,2005,33(2):65
- [5] 张立华,高学功.中医“证”与“辨证”之浅见.时珍国医国药,2002,13(7):412
- [6] 陈雪功,张红梅.对中医辨证学内涵的再认识.中医教育,2005,24(2):29
- [7] 徐云生.从中医症、证、病的概念谈辨证与辨病的关系.医学与哲学,2005,26(1):65
- [8] 过伟峰.审证求机知常达变:周仲瑛教授谈中医临床辨证的思路与方法.南京中医药大学学报(自然科学版),2000,16(3):133
- [9] 薛博瑜.重视临床教学,提高带教水平.江苏中医药,2002,23(12):44

第一作者:陈列红(1962—),女,本科学历,主任中医师,从事神经内科学疾病的中医诊疗研究。

通讯作者:陈四清,医学博士,主任中医师,硕士生导师。2467571233@qq.com

收稿日期:2015-07-02

编辑:吴宁