

神经疾病——你的中医疾病诊断是什么？

苏占清*

(南京医科大学附属脑科医院中医科 南京 210029)

摘要:临床实践中,对于神经疾病的中医疾病诊断,存在着难诊、误诊等比较突出的问题。中医病名数量远较西医少、水准远比西医低是导致这一状况的重要原因。对基础理论、教材标准、临床科研等方面作以分析后,建议扬弃众多低水准中医病名,中医疾病诊断采用西医诊断,这样中医病历的诊断就大多直接简化为西医诊断+中医证候诊断,西医诊断的融入体现了发展,中医证候诊断的保留则反映了传承。这一诊断范式在临床上更加切合实际,有助于解决难诊、误诊等问题,还可以与时俱进、接轨国际;理论上将推动中医对脏腑(尤其是脑)的认识回归其本原,并确立辨病治疗理论。与辨证论治相比,辨病治疗对于疾病更具有针对性,其一旦完成,将会成为中医辨证论治确立以来治疗范式的重大变革,并将使中医突破传统、步入现代,为现代医学的发展做出重大贡献。

关键词:中医 西医 神经疾病 疾病诊断

doi: 10.11842/wst.20171225002 中图分类号: R741.041 文献标识码: A

据卫生部、国家中医药管理局《中医病历书写基本规范》第十条规定:“病历书写中涉及的诊断,包括中医诊断和西医诊断,其中中医诊断包括疾病诊断与证候诊断。中医治疗应当遵循辨证论治的原则”^[1]。然而临床实践中,与西医诊断相对应的中医疾病诊断却面临诸多的问题,本文就以问题开始,分别从问题、原因、建议、意义四个方面,对神经疾病的中医疾病诊断作以初步的探讨。

1 问题

从不同的角度思考中医疾病诊断,可能会发现不同的问题,本文仅从临床实践层面略谈一二。对于神经疾病的中医疾病诊断,难诊、误诊等问题比较突出。试结合临床,以癫痫、急性脑血管疾病为例,分别予以浅述。

1.1 难诊

即依据中医相关疾病概念,很难做出相应的疾病诊断,或中医因没有相应公认的疾病名称而难以诊断。

病例1 成某某,女性,20岁,因“反复发作性发笑4月余”入院。4个月前出现发作性发笑,伴有四肢不自主舞动,持续5-10s。发作时意识清楚,无唇舌咬伤、肢体抽搐等,每日发作1-2次。既往史(-)。查体:(-)。入院后视频脑电图示:局灶性异常脑电图(右侧导联频见高-极高尖波、尖慢波等)。诊断:癫痫,痴笑性发作。

病例2 杨某某,男性,48岁,因“急起头晕、头痛伴恶心2天加重半天”入院。2天前出现头晕,前额部隐痛,后症状加重,并出现恶心、呕吐。病程中无肢体麻木、无力等。既往史:2型糖尿病、高血压病。查体:心肺(-)。NS:神清,命名性失语,双眼右侧同向性偏盲,

收稿日期:2017-12-25

修回日期:2019-05-19

* 通讯作者:苏占清,主任医师,主要研究方向:神经疾病的中西医基础与临床。

余(-)。入院后头颅MRI示左侧颞枕叶及丘脑急性梗死。诊断:急性脑梗死。

对于病例1,熟悉西医的临床中医师通常会下“痫证”这一中医疾病诊断,但依据中医对“痫证”的定义,则很难做出这一诊断;如不下此诊断,即使查阅诸多有影响力的中医书籍^[2-7],也难以找出相应或令人信服的中医疾病诊断。对于病例2,中医师通常会下“中风”这一诊断,但依据中医对“中风”的定义,也很难做出这一诊断;如下“眩晕”或“头痛”的诊断,不但患者不满意,恐怕中医师自己也不会满意,何况在当前的医疗环境下存在误诊的嫌疑。

1.2 误诊

即仅依据中医相关疾病概念或诊断标准,而不具备西医的诊断技能,临床上常会做出错误的疾病诊断。

病例3 陈某某,男性,74岁,因“头晕伴行走不稳3天”入院。3天前患者出现头晕,走路不稳,脚踩棉花感,严重时视物旋转,恶心欲吐,无肢体麻木无力等。既往史:高血压、脑出血。查体:(一)。入院后头颅MCT示小脑蚓部出血。诊断:小脑出血。

病例4 吴某某,男性,66岁,因“突发头痛1天”入院。昨日突感后枕部胀痛,伴恶心、呕吐,今日仍持续头痛,无肢体麻木无力等。既往史:肾结石、前列腺炎、输血史。查体:心肺(一)。NS:神清,运动、共济、反射、感觉正常;颈抵抗,颈胸3横指。入院后头颅CT示蛛网膜下腔出血。诊断:蛛网膜下腔出血。

病例5 马某某,女性,6岁,因“发作性右眼眨动半月”入院。半月前突发右眼频繁眨动,持续2-3min自行好转。第二次发作时伴有口角流涎,右上肢僵直。病程中,无神志不清、双眼凝视或上翻、牙关紧闭、肢体抽搐等。既往史:(一)。查体:(一)。入院后视频脑电图示儿童异常脑电图(左中央中颞可频见尖波、尖慢波散发或短-长程阵发)。诊断:儿童良性癫痫伴中央颞区棘波。

对于病例3、4,临床上中医师通常会下“中风”这一诊断;若不具备西医诊断技能,仅依据中医相关疾病概念或诊断标准^[2-3],会分别误诊为“眩晕”、“头痛”,由此可能误治或延误治疗时机,产生医疗纠纷,给医患双方造成伤害。对于病例5,仅依据中医相关疾病概念或诊断标准,会误诊为中医眼科的“目割”^[8]。说其误诊,是因为患者癫痫发作时的“口角流涎,右上肢

僵直”,“目割”这一诊断是不能解释的。那么是什么原因导致了这一状况?

2 原因

导致前述状况的原因是众多且复杂的,在此结合临床,略述一二。

2.1 病名数量,西医远较中医多

以专科教材为例,西医《神经病学》教材涉及神经疾病计112种以上(除外第20、22、23章内容)^[9],而中医没有相应的专科教材,散见于《中医内科学》且可归入或勉强归入神经疾病的计10种(分别是:不寐、癫狂、痫证、痴呆、厥证、头痛、眩晕、中风、郁证、颤证)^[3]。以专科工具书为例,神经病学与中医脑病学相近,《神经病学》涉及神经疾病达232种以上(除外精神障碍)^[10];中医巨著《中医脑病学》里仅有37种中医病证(包括精神障碍),而西医疾病却达47种^[6]。

以上表明中医对神经疾病的辨别远较西医逊色,这与世界神经病学的发展密切相关。19世纪之前的数百年是神经病学发展的准备期,直至19世纪中叶才步入了真正意义的诞生与发展期,进入20世纪之后临床神经病学得到了飞速发展,20世纪取得的成就比人类有史以来取得的所有成就的总和还要多^[10]。单就脑血管病而言,就涉及13大类、70余种临床疾病诊断^[11]。然而当前中医尚在纠结心主神明或脑主神明这一浅显却又基本的问题^[12],教材里既有心主宰生命活动又有脑主宰生命活动等让人莫名的混乱认识^[13],由此不难推知中医对神经疾病的认识基本上处于混沌未开期。因此不难理解:为什么中医对神经疾病的辨识与西医存在巨大的差距,为什么《中医脑病学》里中医病名数量低于西医和中医需要西医来大补自己的严重缺憾,为什么临床上时常遇到难以做出与西医疾病相应中医疾病诊断的情形。

2.2 病名水准,西医远比中医高

我们知道病名是对该疾病全过程的特点与规律所作的概括与抽象^[14],体现疾病全程的根本矛盾,一般规定了“症”的表现和“证”的动态变化规律,而传统中医对“病”的认识是难以达到这一水准的。像咳嗽、胃痛、呕吐、呃逆、腹痛等这些中医疾病,稍微具备生活常识的人即可做出相应的描述或诊断,如果用作病名或疾病诊断,医患双方都不会满意的。何况其背后可能是恶性肿瘤,初期中医辨证施治可取得一定的效

果,但若不具备西医的诊疗技能,日久岂不贻误病情^[15]!这里再以癫痫、急性脑血管疾病为例,比较一下中、西医各自的水准。

西医认为癫痫是表现为反复癫痫发作的慢性脑部疾病。癫痫发作是由不同病因所引起的和脑部神经元高度同步化异常放电所导致的,反复、发作性、短暂性,通常也是刻板性的脑功能失调。由于起源神经元位置不同、传播过程不一致,这种脑功能失调所表现的症状和体征可以是感觉、运动、自主神经、意识、精神、记忆、认知、行为异常或兼有之^[9]。这一认识涉及其病因、病理、病位及临床表现,而脑部神经元高度同步化异常放电是其共有环节。中医对癫痫的定义仅依据其临床表现(主要局限于西医的全面性强直-阵挛发作),在其相关章节里,中医对其病因病机虽有自己的阐述^[2-3],但与西医相比仍难免宽泛、含糊。中、西医对癫痫认识的差距,在由中医参与的《临床诊疗指南·癫痫病分册》中也能得到相应体现^[16]。

西医急性脑血管疾病是指各种原因所致的脑血管病变或血流障碍引发的急性脑功能障碍,包括卒中、短暂性脑缺血发作(TIA)等,并且对其认识尚在完善中^[17-19]。卒中又包括缺血性卒中、出血性卒中(包括脑出血、蛛网膜下腔出血)等。在其教材中又从病因、发病机制、临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断、治疗、预后等方面作以更为详细的阐述^[9],较之中医“中风”对急性脑血管疾病的认识无疑更加全面、深入、精准。如果临床上仅诊断“中风”,等于仅下“急性脑血管疾病”这一诊断,出血、梗死不能辨别,在当前的语境下存在误治的风险,不但给患者带来伤害,也会把中医师自己请进法院甚或监狱,使自己焦头烂额甚或懊悔终生的同时,还可能致家人、亲人面临经济和精神上的困境。

西医病名水准普遍高于中医,有着历史的、现实的诸多复杂原因。西医以自然科学为依托,自文艺复兴以来经过世界各国医学界的共同努力,对疾病的认识、诊断、治疗及流行病的预防控制,都取得了前所未有的成就。如病因从十分笼统的概念精确到细菌、病毒、营养、遗传、内分泌、免疫缺陷以及中毒、辐射等,病位从一般脏器水平深入到细胞、亚细胞、大分子和遗传信息等,诊查方法也从早年的望诊、触诊、叩诊、听诊和普通的X-射线透视等发展到先进的计算机断层扫描(CT Scan)、磁共振成像(MRI)、正电子发射计

算机断层扫描(PET)和高分辨超声诊断等^[20]。中医几千年来几乎原汁原味地传承,只有数量的丰富,而没有本质的蜕变,目前病因仍停留在外感(六淫:风、寒、暑、湿、燥、火;疠气)、内伤(七情内伤、饮食失宜、劳逸失度)、病理产物(痰饮、瘀血、结石)等,病位仍模糊于脏腑、六经、三焦、卫气营血^[4],诊查方法还维持在原始的望、闻、问、切,致使中医水准整体上处于和传统农业文明相匹配的阶段,其理论架构总体上处在与现代社会文明相隔离的封闭状态。

于此,不难理解中医类期刊即便是《中医杂志》已鲜有使用中医病名,反而广泛使用或借用西医病名^[15,21]。2010年—2012年《中医杂志》“临床研究”栏目中刊载以疾病为研究对象的论文除了脑血管病、帕金森病外,其它神经系统疾病很少涉及,即便是癫痫这一神经系统的第二大常见疾病也仅仅出现一次^[21],亦某种程度上反映了中医对神经疾病认识的匮乏和薄弱。若不是医政管理规范的要求,恐怕临床中医师也会弃用中医疾病诊断,因为中医病名与临床治疗关系不大,正像《中医病历书写基本规范》第十条规定的那样“中医治疗应当遵循辨证论治的原则”,而不是辨“病”治疗,而这与中医疾病诊断严重的低水准紧密相关,其同质性实在太差,这一状况亦导致教材中的证型及治疗与临床实际状况有着相当大的差距。

也许有人会说,西医临床上也存在难诊、误诊,但与中医相比,导致其产生的原因有着根本不同。西医主要由于医师经验、地域医疗水平和当前人类对相关疾病认识的局限性等所致,而中医则主要归因于自身理论的低水准和时代的滞后性。在此情形下,神经疾病的中医疾病诊断该作何改变,以适应临床?

3 建议

在提出建议之前,先审视以下几点,看看能否给我们提供一些启迪。

3.1 基础理论

新版《中医基础理论》教材与老版相比^[13,22],虽然保留了传统的“心主神志”观点,但又明确提出“脑的主要生理功能是主宰生命活动,主管精神意识和主持感觉运动”。尽管对心、脑的认识存在混乱、冲突,但对脑的认识无疑更加切合实际,更加接近现代医学对脑的认识,这一变化很难说没有受到现代神经科学尤其是脑科学的影响。

3.2 教材标准

新版《中医内科学》教材与老版相比^[2-3],增加了以下内容:①与中医疾病相关或相近的西医疾病。这提示在做出中医疾病诊断时,认识西医疾病的必要性;②诊断依据或要点。这提示临床辨病的重要性,尽管从临床的角度看,所给出的依据或要点很不理想;③相关检查。其内容主要是西医的诊查方法,如实验室、电生理、影像学检查等,尽管这些检查与中医疾病本身的关系含糊不清或不密切,但对其相关或相近的西医疾病的诊查却极为重要。上述变化说明教材引入西医疾病及其检查等非常必要,也反映了中医疾病与临床实践存在差距,没有西医而单靠中医难以胜任临床诊断工作,《中医病历书写基本规范》第十条规定也某种程度上佐证了这一点,因为西医病历书写只需西医疾病诊断。

再看看相关试行标准。国家中医药管理局医政司2011年提出的《24个专业105个病种中医诊疗方案》及2012年提出的《24个专业104个病种中医临床路径》里中医向西医的借鉴更为直接,如在“痫病(颞叶癫痫)中医诊疗方案(试行)”的中医诊断部分即借鉴了西医的脑电图检查^[23],在“出血性中风(脑出血)中医临床路径”的中医诊断标准即借鉴了西医的影像学检查^[24-25]。在其题名中亦可看到西医病名的广泛使用,尽管其题名的表述方式及同时给出的中西医各自的诊断标准,会使人产生痫病等同于颞叶癫痫、出血性中风等同于脑出血的错误认识,也让人产生如果是同一种疾病而给出两种病名或诊断标准是否必要或妥当的疑问,但在疾病诊断上中医对西医的借鉴或依赖却是共同和显而易见的。

3.3 临床研究

临床实践是中医发展的根本动力,而中医病历及中医类期刊中关于临床研究的论文皆是其反映。中医病历中的疾病诊断带有行政规定的色彩,而中医类期刊中的诊断则更能反映中医临床工作者的真实看法,何况临床科研论文是临床探索及发展的风向标,具有导向作用。因此,中医类期刊里中医疾病诊断(病名)的使用现状,有望对中医病名的走向提供有益启示。在对2010年—2012年《中医杂志》“临床研究”栏目中刊载以疾病为研究对象的论文做以统计后,发现所使用的病名以西医明显居多,约为中医的25倍,如果细究则这一比例将更高,这一现象也见于其它中

医类期刊^[21]。因此,以发展的眼光看,弃用中医病名、使用西医病名是一种现实且理性的选择。

3.4 大师心态

2009年由卫生部、国家中医药管理局等联合评选产生了我国首届30位“国医大师”,他们某种程度上代表着当代中医药学的最高水平。《国医大师验案良方·心脑血管卷》“中风”部分,分为脑出血(计8位国医大师、10个案例、6良方)、脑梗死(计4位国医大师、9个案例)、其他(计2位国医大师、4个案例)3类^[26];《国医大师李振华》“临床经验”部分,所列61种(类)疾病中,西医病名51种(类),中西医通用4种(麻疹、痢疾、疟疾、痛经),中医6种(月经不调、带下病、缺乳、乳汁自出、产后腹痛、妊娠恶阻)^[27]。这些认识无疑得到了大师们的首肯,表明国医大师们拥有开放的心态,意识到中医“中风”需要进一步分类,临床实践中也一定程度上接受了西医病名等。

如果我们学习国医大师们开放的心态,思考中医脑功能向现代脑科学认识转化的原因,发扬教材及标准向西医借鉴、学习的精神,接受临床科研弃用中医病名、使用西医病名的事实,直面中医病名少及水准低的严重现实,可否奉行拿来主义,在扬弃众多低水准中医病名的同时,大胆地借西医病名一用!这样中医病历的诊断,就大多直接简化为西医诊断+中医证候诊断,这也反映了传统与现代的结合,应用起来也更加简洁明了。对于神经疾病,自然更是如此,毕竟中医对其认识要比普通内科逊色。临床实践中,当没有合适的中医疾病诊断时,中医师常常直接借用西医诊断作为中医疾病诊断,这一现象也反映了中医疾病诊断存在的现实困境(难诊)及有效解决方案(采用西医诊断)。

也许有人认为,中医病名有自己的特色,比如简洁、直观、形象,不宜摒弃。问题是其所谓的特色能适应临床实践的发展吗?严格意义上讲,作为疾病应有自己的诊断标准,在早期的中医教材中是没有标准的^[2],只不过在新版教材中尝试着加入了诊断依据或要点,但仍突出或强调的是证候诊断^[3]。尽管加入了诊断依据或要点,但由于大多数中医病名的形成是基于传统的诊查方法,导致其难以真正意义上融入现代诊查技术的发现,也就很难制定出现代意义上的诊断标准,致使其水准低下、同质性太差,也就不能适应临床发展,需借助于西医诊断来开展临床科研以推动自

己的进步、借助于西医诊疗手段来保证自己的临床安全。

当前中医病名或疾病诊断亟需发展,其最佳且最现实的发展途径是借助现代诊查技术,一旦采用现代诊查技术的成果,则会发现大多数中医病名存在严重的异质性,会导致其病名的裂解,进而广泛采用西医病名,从而实现与现代医学相融合。因为在现代诊查技术的基础上,我们不可能做出较之现代医学更好的疾病分类和诊断,这样看来采用现代医学的疾病诊断也自有其内在的逻辑性和必然性。

也许有人会产生疑问,这还是中医诊断吗?坦白地讲,这不是传统中医诊断的全部,而是现代中医诊断范式的创新,西医诊断的融入体现了发展,证候诊断的保留则反映了传承。事实上,西医辨病与中医辨证论治相结合,已是当代中医药界及中西医结合界最为普遍应用的中医临床诊疗模式,也是中医现代临床实践的需求^[28]。近些年来形成的中医或中西医结合诊疗共识正是病证结合的典范,并且能够感受到其进步^[29-30]。那么这一创新或建议,有什么意义呢?

4 意义

4.1 临床意义

4.1.1 切合临床,化难减误

就临床实践而言,在病名数量及水准方面,西医较之中医无疑更加符合临床实际。如果直接采用西医病名(疾病诊断),由于其存在相匹配的较之中医更加客观、完善、可操作的诊断标准,使得前述中医所面临的难诊可以得到化解,误诊也能够得以减少甚或避免。仍以癫痫、急性脑血管疾病为例,分别予以浅述。

依据西医有关癫痫的认识,可知其临床表现复杂多样,而不是传统中医局限于意识、运动异常。当前前述任一方面脑功能失调呈现发作性、刻板性等特点时,应考虑癫痫的可能,再结合脑电图等,通常可以做出是否癫痫的诊断,病例1、5的情况即属于此。再如杨某某,女,20岁,于7年前无明显诱因下出现剧烈腹痛,伴恶心、呕吐,有时伴咬舌、吵闹,每次发作可持续10余天,无意识丧失、肢体抽搐等,曾在江苏省人民医院消化内科住院排除消化系统疾病,后在门诊经我院全国知名神经病学家李作汉教授诊断为边缘叶癫痫,予奥卡西平治疗后得到控制,后因自行停药致病情反复而住院,期间查头颅MRI示双侧海马硬化,脑电图

示广泛中重度异常(前额、前颞慢波),佐证了李教授的判断。癫痫发作时常伴有自主神经症状,少数癫痫发作时自主神经异常为唯一症状,可表现为心脏功能障碍(如心悸、心动过缓等)、呼吸系统症状(如呼吸短促、喘鸣、窒息感等)、胃肠道症状(上腹部挤压感、腹内滚动感、腹痛等)^[31],杨某某即是以自主神经症状为主要表现的,中医对此是缺乏认识的。

根据西医对急性脑血管病的认识,可知由于病变部位不同等原因,其临床表现也可以是感觉、运动、意识、精神、记忆、认知、行为异常或兼有之,而不是传统中医“中风”所反映的仅仅是意识、言语、运动障碍。当出现急性脑功能障碍时,根据病史、体格检查、辅助检查(尤其是影像学检查,必要时进行腰椎穿刺和脑脊液检查)等,通常即可做出相应的诊断,病例2、3、4的情况即属于此。再如:侯某某,男性,61岁,因“急起言语混乱4天”入院,头颅MRI平扫示左侧额、岛叶急性脑梗死;王某某,男性,79岁,因“急起精神异常2天”入院,头颅CT示右侧颞、枕叶出血,这两位患者均不存在中风的5大主症,但由于西医诊断的高水准,使得中医师不再为中医“中风”认识所困惑和误诊,更不会出现误治,毕竟梗死与出血的治疗存在根本的不同,也就避免了致医、患双方于困境的可能。

4.1.2 与时俱进,接轨国际

翻阅中医教材或相关书籍,不难发现中医对疾病的认识总体上仍处于现代科学革命前的水平,有时甚至言必称《内经》、《伤寒杂病论》等,其抱残守缺、故步自封的态势清晰可见。西医却始终坚持实事求是、开拓进取的精神,与现代自然、人文、社会科学等紧密结合在一起,在相互促进中取得了举世瞩目的成就。再以癫痫、急性脑血管疾病为例,分别予以浅述。

随着癫痫的研究进展,国际抗癫痫联盟(International League Against Epilepsy, ILAE)对癫痫和癫痫发作的定义及分类经历了数次修订。1989年的癫痫分类以现代神经影像学、遗传学技术和分子生物学为基础,为临床癫痫分类及诊疗奠定了基石;2010年公布了“发作和癫痫分类框架术语及概念的修订:国际抗癫痫联盟分类和术语委员会报告,2005-2009”^[32]。继2005年国际抗癫痫联盟等颁布癫痫的概念性定义后,于2014年4月又发表了新的癫痫临床实用性定义^[33];当前对癫痫的病因、发病机制、癫痫源识别、治疗策略等不断取得实质性进展^[34]。我国近些年来也先后

颁布了一些有关癫痫的共识或临床诊疗指南。

随着脑血管病的研究进展,2009年美国心脏协会和美国卒中协会(American Heart Association / American Stroke Association, AHA / ASA)等主要基于神经影像学的发现,给出了更加符合临床实际的TIA新定义^[35],2013年结合临床和组织学标准,给出了更为详细的21世纪的卒中新定义^[18-19]。结合国情及国际标准,我国脑血管疾病分类及诊断标准先后经历了4次制定或修订^[11,17],并先后更新修订了急性缺血性脑卒中、脑出血、蛛网膜下腔出血诊治指南等,从中可以感受到现代医学开拓创新的气息。

现代医学虽然主要源于西方医学,但当前它是世界人民共同努力的结果,其疾病分类在医疗卫生实践中具有无可比拟的重要性。国际疾病分类(简称ICD)自产生到现在已有100多年的历史,先后已经历10次修订,在世界卫生组织和各成员国(包括中国)的共同协作下不断补充、完善,已成为被世界各国接受的国际标准分类,是各国进行卫生信息交流的基础,它是一个基于病因、病理、病位、临床表现四大疾病特征的多轴心分类^[36]。ICD-11的修订工作从2009年开始,目前正在世界卫生组织(WHO)领导下进行,其中的脑血管病部分正由WHO脑血管病工作组进行修订^[17]。ICD是世界各国制定其相应疾病分类及诊断标准的基石,是世界卫生组织和各成员国共同努力、协作的结果,自然具有国际视野。因此,中医疾病诊断一旦采用西医诊断,自然也就与时俱进、接轨国际了。

4.2 理论意义

4.2.1 藏象理论,回归本原

基于古代解剖学及反复的医疗实践等形成的中医藏象学说,由于认识方法、时代的局限性等原因,使得其认识不但经不起逻辑的推敲,更使其逐渐远离脏腑本原,与解剖实体呈现出剪不断、理还乱的境地,已严重阻碍了中医的发展。

当我们广泛借用西医病名后,则自然要求中医关于脏腑的认识应解剖化、客观化。借助现代诊察手段,我们难以另建一套广为人们接受的客观知识(如解剖学),在此情形下我们必将接受西医解剖学及其相关的认识,对脏腑的认识亦自会回归其本原^[15]。这里重点谈一下有关脑的认识,或暂称之为脑象理论。

当前,中医对脑的认识虽有进步,但脑是否为脏、是否主神明等仍处于争论、混沌之中,或固守传统,或

主张调和,或主张变革^[6,12,37-38]。固守“心主神明”已显荒诞;“心脑共主神明”亦欠妥当,该认识是在中、西医大碰撞这一背景下产生的,可能始于近代医家张锡纯,张氏认为脑为元神、心为识神,神明藏于脑而发于心^[39],近人又结合心、脑在生理病理方面存在相互影响而进一步提出的^[37],但明显犯了一个常识性错误,即把“影响”和“主宰”相混淆,“影响”仅仅表明相互间存在联系,而不是“主宰”。西医里有肝、肺、肾性脑病之说,据此推论岂不肝、肺、肾亦主神明?

在此情形下,变革“心主神明”为“脑主神明”的提出自有其必然性。藉此转变,进而探思,则现代全球脑科学研究将会为我们展示广阔的新天地^[40]。然而仅此还不够,因为它没有给脊髓及周围神经系统留下应有的空间。倘若我们接受西医神经疾病诊断,自然也就接受西医神经解剖及其有关的生理、病理等认识,而不是迫于临床实践及现代科学的压力,一方面羞羞答答、一步一步地变相承认西医认识,一方面翻箱倒柜、绞尽脑汁地去编织所谓的中医术语,在将自己陷入新的混乱与困境的同时,又使自己与现代认识渐行渐远而步入死胡同。

4.2.2 治疗理论,辨病确立

从生物医学的角度看,理想的治疗当是辨证、辨证、辨病这3种逐渐深入的治疗方式的有机结合,然而其有机结合尚有待各自治疗方法的完善。

传统上,中医虽有辨证、辨证、辨病治疗的说法,或者病证结合治疗的认识或实践,但仔细分析一下,会发现其辨病治疗实际上仍大多停留在辨证或辨证治疗的水平上,只不过拥有辨病治疗的思想或愿景罢了,这不是先哲们的过错,实为时代的局限性所致,因为在他们所处的时代,高度同质性或者说现代意义上的疾病概念尚未形成(也不可能形成),也就不难理解为什么中医疾病的治疗在相关教材里仍停留在辨证治疗的水平上。

随着中西医结合的发展,西医辨病与中医辨证论治相结合虽然成为中医最为普遍的临床诊疗模式,但其核心仍是西医诊病与中医辨证论治,而不是辨病治疗,当前许多共识正是遵循西医诊病+中医辨证论治这一精神形成的^[29-30,41]。一旦中医疾病诊断采用西医诊断,则辨病治疗就成为可能,因为西医疾病具有相对高度的同质性。只要我们针对贯穿疾病始终的主要或根本病机进行中医调控,辨病治疗就可能实现。

事实上,辨病治疗已经出现了曙光,如张亭栋教授等从砒霜中研制出的三氧化二砷(As_2O_3)注射液,用于治疗急性早幼粒细胞白血病(APL);屠呦呦研究员及其团队从青蒿中提取出青蒿素类抗疟药,用于防治疟疾已产生了世界性的影响,后者因获2015年诺贝尔生理学或医学奖更给中医药届乃至国人带来震撼和无上荣耀。这些是对一些病因、病机比较单一和明确的疾病而言,直接从传统中药中寻找其有效组分而实现辨病治疗的典范^[15]。

当前慢性非传染性疾病(non-communicable chronic diseases, NCD)已严重威胁国人健康,并对社会及经济发展产生重大负面影响。NCD多是复合证型,病因和病机比较复杂,可以针对“邪”、“正”双方,进行组方配伍,通过大型多中心临床随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)筛选出传统的有效复方(多种中药的传统配伍),在此基础上借助现代科技手段,寻找现代复方(多种中药有效成分的现代配伍),即可辨病治疗^[15]。当前这一方面的研究已现端倪,比如陈可冀院士认为冠心病心绞痛主要中医病机为“血脉瘀滞”,活血化瘀法可作为其基本治法,根据血瘀兼证虚实的不同,相继研制了冠心Ⅱ号方、愈心痛方等10余种活血化瘀方药治疗冠心病^[42];复方丹参滴丸等广泛应用于冠心病,亦体现了辨病治疗思路^[43]。我们针对缺血性卒中邪正盛衰这一基本病机,根据其分期等不同,以辨病治疗为主,参以辨证、辨症等,进行了一些探索^[44-45],初步认为缺血性卒中开展辨病治疗是可行的。与辨证论治相比,辨病治疗对于疾病更加具有针对性、根本性。其一旦完成,将会成为中医

辨证论治确立以来治疗范式的重大变革。

当前我们对接受西医可能存在抵触或恐惧的心理症结,这一症结源于我们迫于现实的压力,在“求变”以适应临床发展的同时,又害怕大量吸收西医而“变化”后导致传统中医的“消失”。事实上,我们换个角度看,这一症结自可迎刃而解。首先中医是发展变化的,“变化”是我们应该且必须接受的常态。其次,当前西医已经不是传统上的西医,而是现代意义上的医学,它是世界医学界共同努力的结果,也是中国西医学界参与的结果。其一些认识,就医学的主体(中国西医学界)、客体(中国患者)、地域(中国)而言,不具有中国属性,用动态的眼光看,自然是现代中国医学或者说中医的重要组成部分。这样,我们就可以坦然地接受现代医学认识,包括西医诊断。在此情形下,中医诊断采用“西医诊断+证候诊断”,正是其发展与传承的反映,而不是中医的“消失”。如果拒绝,只会使中医停留在传统和过去,与现代渐行渐远,为时代的大潮所淘汰、湮灭,而这不是我们所希望的,也不是先哲们所希望的。

综上所述,神经疾病的中医疾病诊断存在难诊、误诊等比较突出的问题,中医病名数量少、水准低是导致该状况的重要原因。如果中医疾病诊断采用西医诊断,那么中医病历的诊断就大多直接简化为西医诊断+中医证候诊断。这一诊断范式在临床上更加切合实际,有助于解决难诊、误诊等问题;理论上将推动中医对脏腑(尤其是脑)的认识回归其本原,确立辨病治疗理论,并将使中医突破传统、步入现代,为现代医学的发展做出重大贡献。

参考文献

- 王阶. 中医病历书写基本规范. 北京: 科学技术文献出版社, 2011: 6-23.
- 张伯臾. 中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 38-288.
- 周仲瑛. 中医内科学. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 63-502.
- 林昭庚. 中西医病名对照大辞典(第1,2,3卷). 北京: 人民卫生出版社, 2002: 21-2710.
- 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学(第2版). 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 59-732.
- 王永炎, 张伯礼. 中医脑病学. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 137-968.
- 欧阳琦. 临床必读. 北京: 中国中医药出版社, 1993: 1-531.
- 李传课. 中医眼科学. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 408-410.
- 吴江, 贾建平. 神经病学(第3版). 北京: 人民卫生出版社, 2016: 128-547.
- 王维治. 神经病学(第2版). 北京: 人民卫生出版社, 2013: 1-14, 503-2060.
- 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑血管疾病分类2015. 中华神经科杂志, 2017, 50(3): 168-171.
- 韩振廷. 传统中医中的“脑主神明”论. 中华医史杂志, 2012, 42(4): 195-198.
- 曹洪欣. 中医基础理论. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 35-193.
- 吴承玉. 中医诊断学. 上海: 上海科学技术出版社, 2011.
- 苏占清. 中医病名将走向何处? 中国中西医结合杂志, 2013, 33(6):

- 726-730.
- 16 中国抗癫痫协会. 临床诊疗指南·癫痫病分册. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 5-134.
 - 17 刘鸣, 刘峻峰, 吴波. 脑血管病分类分型进展与解读. 中华神经科杂志, 2017, 50(3): 163-167.
 - 18 王胜男, 吴齐恒, 邓镇, 等译. 21 世纪的卒中新定义: 美国心脏协会/美国卒中协会对医疗专业人员的声明. 国际脑血管病杂志, 2014, 22(1): 5-27. **请作者标英文名称!!!!**
 - 19 Sacco RL, Kasner S E, Broderick J P, *et al*. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 2013, 44(7): 2064-2089.
 - 20 余前春. 西方医学史. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 177.
 - 21 苏占清. 中西医结合是中医发展的现实和必然选择. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(1): 9-13.
 - 22 印会河. 中医基础理论. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 28-48.
 - 23 国家中医药管理局医政司. 24 个专业 105 个病种中医诊疗方案(合同本 试行版). 2011: 8-12.
 - 24 国家中医药管理局医政司. 24 个专业 104 个病种中医临床路径(合同本 试行版). 2012: 3-9.
 - 25 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行). 北京: 中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
 - 26 李剑颖, 赵丹丹, 杨建宇. 国医大师验案良方·心脑卷. 北京: 学苑出版社, 2010: 333-377.
 - 27 李郑生, 郭淑云. 国医大师李振华. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 10-308.
 - 28 陈可冀. 病证结合治疗观与临床实践. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(8): 1016-1017.
 - 29 冠心病中医临床研究联盟, 中国中西医结合学会心血管疾病专业委员会, 中华中医药学会心病分会, 中国医师协会中西医结合医师分会心血管病学专家委员会. 慢性心力衰竭中医诊疗专家共识. 中医杂志, 2014, 55(14): 1258-1259.
 - 30 中国中西医结合学会心血管疾病专业委员会, 中国医师协会中西医结合医师分会心血管病学专家委员会. 慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(2): 133-141.
 - 31 王薇薇, 吴逊. 癫痫自主神经发作及发作时的自主神经症状. 临床神经病学杂志, 2015, 28(4): 241-243.
 - 32 Berg A T, Berkovic S F, Brodie M J, *et al*. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE commission on classification and terminology, 2005-2009. *Epilepsia*, 2010, 51(4): 676-685.
 - 33 Fisher R S, Acevedo C, Arzimanoglou A, *et al*. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 2014, 55: 475-482.
 - 34 洪震. 癫痫病学研究热点. 中华神经科杂志, 2017, 50(4): 245-249.
 - 35 Easton J D, Saver J L, Albers G W, *et al*. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*, 2009, 40: 2276-2293.
 - 36 世界卫生组织北京协和医院世界卫生组织疾病分类合作中心编译. ICD-10 疾病和有关健康问题的国际统计分类·第十次修订本(第1卷). 北京: 人民卫生出版社, 1996: 1-18.
 - 37 张通, 孙新亭. 心脑共主神明: 心脑一体化的认识. 中国康复理论与实践, 2016, 22(3): 368-370.
 - 38 陈士奎. 变革“心主神明”为“脑主神明”——中医脑科学理性发展的前提条件. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(7): 14-15, 62.
 - 39 张锡纯著, 王云凯、杨医亚、李彬之校点. 医学衷中参西录(中册). 石家庄: 河北科学技术出版社, 1985: 181-182.
 - 40 路翰娜. 大数据时代下全球脑科学研究项目介绍. 中华精神科杂志, 2017, 50(2): 157-160.
 - 41 中华中医药学会肺系病分会. 支气管哮喘中医诊疗专家共识(2012). 中医杂志, 2013, (7): 627-629.
 - 42 史大卓. 陈可冀院士冠心病病证结合治疗方法学的创新和发展. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(8): 1017-1020.
 - 43 《复方丹参滴丸临床应用中国专家建议》写作组. 复方丹参滴丸临床应用中国专家建议. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(1): 17-22.
 - 44 苏占清, 黄敏, 朱运斋, 等. 中西医结合治疗康复期脑梗死 70 例临床分析. 中国全科医学, 2001, 4(9): 695-696.
 - 45 苏占清, 张毅欣, 杨宁, 等. 急性脑梗死中医病机初探. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(3): 175-177.

Can Neurological Diseases be Diagnosed by TCM Terms?

Su Zhanqing

(Department of Traditional Chinese Medicine, The Affiliated Brain Hospital of
Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: In clinical practice, there are many noticeable problems with TCM disease diagnosis when it comes to

neurological diseases, such as diagnosis difficulty and misdiagnosis. The important reasons behind this situation are that, in comparison with western medicine, the number of disease names in TCM is much less, and their levels are much lower. After analyzing the basic theory, textbook standards, clinical research, etc., this paper suggests the adoption of western medicine diagnosis in TCM disease diagnosis while subsuming numerous low level of TCM disease names, so that the diagnosis in a TCM case report will be simplified to be a combination of western medicine diagnosis and TCM syndrome diagnosis. The integration of western medicine diagnosis embodies the development, while the preservation of TCM syndrome diagnosis reflects the inheritance. This diagnosis model is clinically more practical, which helps to solve the above-mentioned problems, keep pace with the times and be geared to international standards, while in theory, it will promote TCM understanding of *zang-fu* organs (especially brain) and set up a disease differentiation and treatment theory. This disease differentiation and treatment theory will be more targeted at disease in comparison with syndrome differentiation and treatment. It is believed that once the theory is set up, it will be a significant model revolution since the establishment of syndrome differentiation and treatment in TCM, which may break through the tradition, step into modernization, and make significant contributions to the development of modern medicine.

Keywords: Traditional Chinese medicine, western medicine, neurological disease, disease diagnosis

(责任编辑: 刘子宁, 责任译审: 邹建华)