

中西医结合理念在健康管理中的探讨和运用

程亚慧 俞冠东 肖明生

(中国人民解放军第 94 医院 南昌 330002)

关键词:健康管理;中西医结合;运用

中图分类号:R473.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.055

随着文明社会的发展进步和生活条件的改善,人类的平均寿命及其身体素质正不断延长和提高。健康管理作为维护身体健康的一个重要手段,毫无疑问发挥了举足轻重的作用。目前,现代西方医学的健康管理模式仍是主流,而且正在不断发展和创新之中。我国拥有几千年的中医传统医学优势,尤其是中医学“未病”理念不仅类同于现代医学的健康、亚健康 and 疾病状态,而且和现代医学一样强调“治未病”,与现代健康管理所主张的预防思想有异曲同工之妙。因此,在立足现代西方医学健康管理的基础上,充分利用我国独特的中医健康管理理念,从而形成有中国特色的中西医结合健康管理模式,具有十分重要的现实性意义。

1 中西医对健康内涵的认识

随着时代的变迁,人们对健康内涵的认识、对健康的描述或界定均不尽相同,在相当长的时间里,人们均认为“无病即健康”,把健康单纯地理解为“无病、无残、无伤”。随着社会历史的发展及人类文明的进步,医学学术争鸣促使对健康的认识不断深入发展与提高。20 世纪 40 年代,世界卫生组织首先改变了人类对健康的认识,将健康理解为躯体的、精神的和 社会的完善程度。到了 80 年代末,世界卫生组织又综合认识、理解水平的提高,结合实际需要,在原有认识的基础之上,把道德健康纳入并作为其重要内涵。最终在总体上归纳为:健康是身体、心理、社会适应性和道德的完好状态,于是形成了整体的、现代的健康观。我国传统医学中的健康概念是质朴和抽象的辩证结合,强调人们的健康是整体的、动态的、协调的、阴阳平衡的。《素问·生气通天论》曰:“阴平阳秘,精神乃治”,指的就是健康的最佳境界。中医认为,健康是一种内稳定状态,这种稳定取决于阴阳平衡,一旦平衡被打破了,人就会生病,所以人要获得长期的健康,就必须时刻保持阴阳的平衡。中医同时强调人体的健康不单纯是自身阴阳的动态平衡,更注重人是与自然、社会相互协调的结果^[1]。

2 中医健康管理的理论渊源与发展

中医传统医学的健康管理核心集中体现在“治未病”思想,这种理论体系的产生有着悠久的历史渊源。最初仅是抽象的未病先防理论,后来才形成诸多具体防病方法与措施。而中医传统医学的“整体观念”和“辨证论治”思想仍是其基本的理论指导。“治未病”的学术思想最早起源于两千多年前的中医经典《黄帝内经》,《素问·四气调神论》中记载:“是故圣人未病先防,不治已乱治未乱,此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎!”这段话从正反两方面强调治未病思想的重要性。但在这之前,《周易·系辞》所谓“君子安而不忘危,存而不忘亡,治而不忘乱,是以身安而国家可保也”以及《道德经·六十四章》所谓“为之于其未乱,治之于其未乱”即包含着“治未病”理念的文化萌芽。对中医学发展作出重大贡献的汉代医学家张仲景,在继承经典的基础上对“治未病”思想又加以发挥,提出了更为具体的做法。《金匮要略》说:“治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”此后,相继出现了华佗的五禽戏健身法,晋代葛洪的气功养生法。清代,“治未病”预防思想进一步得到丰富和发展。其中最具代表的温热病学派叶天士以及吴鞠通,他们倡导的卫气营血和三焦辨证体系中的防止疾病传变的学术思想就是其重心所在,至今仍有重要的临床指导价值。与此同时,叶天士的“务在先安未受邪之地”防病思想,吴鞠通《温病条辨》中的保津液和防伤阴原则均是“治未病”的高度升华。至此,中医“治未病”的思想体系基本形成,大致包括未病养生、欲病救萌、已病早治、瘥后调摄^[2]。其理论体系开创了天人相应预防观、三级分层预防观、防治互寓预防观、辨证施防预防观等预防学观点^[3]。

体质学说进一步增加中医健康管理的科学理论依据。中医认为,“阴平阳秘,精神乃治”,人的身心就会处于良好的状态;反之则出现机体功能的异常甚至病理状态的证候表现。但人体的体质不尽相同,不同的个体则会有不同的易感性,从而出现不同的症

g, 柏子仁 10 g, 天冬 10 g, 丹参 10 g。服上方并对其饮食、运动、情志等方面进行疏导, 经 2 个月的调理, 该男子不适症状基本消除。

3.1.2 病案 2 某女, 47 岁, 会计。主诉: 经常胸闷, 厌食, 失眠, 情志不舒, 易怒, 大便细软, 排便常有不尽感, 小便正常, 舌质嫩红, 舌苔黄微腻, 脉弦滑数。西医检查: 左侧乳腺增生, 建议动态观察。但在确诊为乳腺增生后, 该患者胸闷、失眠、厌食等症状更加严重。中医诊断: 郁证, 不寐。辨证为肝郁痰扰, 脾运失调。方药以逍遥散合温胆汤加减: 柴胡 12 g, 白术 10 g, 党参 10 g, 当归 10 g, 薄荷 7 g, 茯苓 10 g, 陈皮 10 g, 竹茹 10 g, 黄芩 12 g, 半夏 10 g, 丹参 30 g, 绿萼梅 10 g, 砂仁 6 g。中药配合调理情志等心理治疗 1 个月而症状消失。

3.2 立足现代医学防病指南, 科学合理运用中医“治未病”资源优势 当今慢性非传染性疾病成为医学防治的重点, 诸多西医防治指南不断发展与更新, 对包括心脏病、脑卒中、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等在内的慢性病防治起到了举足轻重的作用。但随着社会环境变化发展, 人们生活方式的巨变, 人口老龄化的加剧, 慢性病的发生仍然呈现出持续增长的趋势。中医“治未病”健康管理理念承袭传统医学理论, 结合临床思维, 丰富、发展了全科医学思想, 为社会健康需求提供了新的多样化的选择。由于具有简便验廉的特点, 在国际预防医学领域获得了较为广泛的认可。临床实践中运用中医“治未病”的主要做法有: (1) 体质亚健康干预。在进行体质辨识后, 根据不同体质、健康状态、易患疾病等, 制订详细的个体化健康调养干预方案, 从起居调养、药膳食疗、情志调养、运动调养、中药干预调养和非药物干预调养等方面, 进行有的放矢的指导, “补其不足, 损其有余”, 使偏颇归于平正, 紊乱归于平和, 从而使偏颇体质全面改善, 潜伏隐患得到消除。(2) 时令节候流行病干预。如在春冬季节发生流行病之前注重培固正气, 增强体质, 同时酌情选用银花、连翘、板蓝根等清热解毒之品煎汤内服; 也可选用藿香、佩兰、菖蒲等芳香辟秽之品, 制成特定的剂型外用, 如熏蒸、涂抹、佩挂等, 对防治流感等有较好疗效。(3) 四季养生调养干预。中医强调“春夏养阳、秋冬养阴。”即“春养肝生、夏养心长、秋养肺收、冬养肾藏”。提示人们要适应自然界一年四季阴阳寒暑的不断变化, 作出适应性调节, 方能养阳以助生长之能, 育阴以益收藏之本, 在不同季节人体气机与天气协同而动, 从而达到身心健康之目的。临床上常用的“冬病夏治”就是以此理论为指导而产生。所以针对一些气郁质体质

状表现、不同的生理功能紊乱程度^[4]。通过对中医特色的体质辨识, 可得出体质类型, 评估现阶段健康状况, 推测易患哪些疾病的可能性以及相关疾病的转归等, 进一步制定相应的治疗手段、康复后的方法和措施。这种现代西方医学不曾具有的特色体质辨析, 使中医“治未病”思想更加的人性化和科学化。

3 中西结合健康管理模式的具体运用

3.1 有机融合西医体检和中医体质辨析, 建立有中国特色的中西医结合健康管理模式 中医体质辨识与当代健康管理, 无论是在理论上还是实践应用上, 均有很好的交会点^[5]。中医学认为, 各种体质偏颇是疾病发生的内因, 同时由于体质的不同, 导致机体疾病的发生与转归也不尽相同。因此, 在现代健康管理医学的原则基础上, 很有必要将中医体质辨识纳入体检范畴, 通过体质辨识筛选出体质有偏颇的人进行健康干预。体质辨识依据北京中医药大学王琦教授提出的“中医体质分类判定标准”^[6]。按照西医微观体检、中医宏观体检的原则, 在进行西医体检的同时, 填写中医体质及健康状况调查问卷, 突出西医检测看指标、中医调查看症状, 将西医检测指标不正常者或中医问卷有不适症状者纳入需要体质辨识的人群。再由中医师通过四诊合参, 结合量表分析, 最后进行综合评估, 判定其体质类型。对某些体检指标虽然正常, 但已是偏颇失衡的体质状态进行早期干预。尤其是当西医检查不出异常的指标, 但又存在身体疲倦、胸闷、失眠等亚健康状态时, 及时通过中医体检进行体质分型, 然后通过中医传统方法进行有针对性的调理, 纠正其偏颇体质, 达到阴阳平衡。具体措施包括: (1) 辨体施养。根据个人的体质有针对性地进行精神调摄、运动调养或足疗按摩等。(2) 辨体施膳。根据不同的体质, 采用食疗调理阻遏其相关疾病的发生, 采用饮食指导、药膳处方、膏方茶饮等方式进行。(3) 辨证论治。对部分慢性病人进行中医辨证, 并给予中药干预、心理干预及传统疗法干预。

3.1.1 病案 1 某男, 50 岁, 机关职员。经常感到身体疲乏, 腰酸腿软, 工作效率差, 郁闷喜叹息, 头昏心慌, 眼干梦多偶有盗汗, 口渴不欲多饮, 大便偏干, 小便可。经医院体检, 肝肾功能等各种化验单、检查报告均无明显异常, 建议中医调理。中医望诊体形偏瘦, 舌嫩红苔少, 脉弦细。中医诊断: 虚劳, 郁证。辨证: 肝气郁结, 阴血亏虚。属中医气郁质及阴虚质混合体质。方药以滋水清肝饮加减: 熟地 15 g, 山药 15 g, 山茱萸 10 g, 丹皮 10 g, 茯苓 10 g, 绿萼梅 10 g, 柴胡 10 g, 白芍 10 g, 栀子 10 g, 酸枣仁 15 g, 当归 10

实用中西医结合临床 2014 年 10 月第 14 卷第 10 期
和慢性肝病人群,在春季须劳逸结合、清心寡欲、乐观豁达。

总之,随着当今生物 - 社会 - 心理 - 环境的整体医学模式的转变,以疾病为中心的群体医学也正在向以人为中心的个体医学发生转变,广大医学工作者的中心任务也将从以治病为主转向以防病和提高生活质量为主,医学干预的时间和原则不仅提前,而且更加科学合理。中医“治未病”思想源远流长,非常符合现代健康管理预防医学的要求。中西医结合健康管理理念,一方面通过西医常规体检,从微观上早期排查各种疾病;另一方面通过中医体质辨识,从宏观上把握个人健康状况。中西合璧,优势互补,真

• 81 •
正构建起具有中国特色的预防保健服务体系,并发挥越来越重要的作用。

参考文献
[1]蓝毓营,唐振宇.浅谈亚健康状态的中医药防治思路和方法[J].广西中医学院学报,2003,6(4):81
[2]陈秀华,陈润东,奎瑜,等.腹针疗法对睡眠障碍为主的亚健康状态中医干预作用的疗效研究[J].辽宁中医杂志,2007,34(9):1 314-1 315
[3]洪净.中医药解决生命科学重大问题的前景展望[J].中国医药学报,2000,15(6):4-6
[4]陈孔斌,金灿道.《内经》“治未病”理论在亚健康防治中的应用[J].中华保健医学杂志,2009,11(3):250
[5]马晓峰,王琦.论体质辨识在健康管理中的应用及意义[J].中华中医药学刊,2007,25(11):2 266
[6]王琦.9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J].北京中医药大学学报,2005,28(4):1-8

(收稿日期:2014-02-20)

凉血解毒法内服外用治疗急性痛风性关节炎湿热型 30 例临床疗效观察及护理

胡云仙 刘华 晁卫红
(江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008)

摘要:目的:观察中医凉血解毒法内服外用治疗急性痛风性关节炎湿热型的临床疗效。方法:将 60 例患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。两组均予基础治疗,对照组给予双氯芬酸钠肠溶片治疗,治疗组在对照组基础上予五味消毒饮加减内服、金黄膏适量外敷患处,治疗组配合综合护理,两组均治疗 7 d 后观察疗效。观察两组患者血尿酸(BUA)、血沉(ESR)、C 反应蛋白(CRP),关节疼痛、肿胀、肤色、功能、受累关节、发热情况。结果:两组临床愈显率和总有效率比较,差别均有显著性意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。两组治疗后血尿酸、C 反应蛋白、血沉均明显下降,与治疗前比较有显著性差异($P<0.01$)。结论:凉血解毒法内服外用治疗急性痛风性关节炎湿热型有较好的疗效,值得临床应用。
关键词:急性痛风性关节炎;湿热型;中西医结合疗法;金黄膏;护理观察
中图分类号:R473.5 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.056

急性痛风性关节炎是一组嘌呤代谢紊乱所致的疾病,主要表现为高尿酸血症和反复发作性关节疼痛,其病因及发病机制尚未完全明确。目前,西医治疗痛风性关节炎所使用的药物,无论是秋水仙碱,还是 NSAIDs、ACTH 和糖皮质激素等,或有较明显的副作用,患者难以坚持服用,或有疗效不够理想等问题^[1]。为探讨中西医结合治疗急性痛风性关节炎的临床疗效,我科用凉血解毒法内服外用联合双氯芬酸钠肠溶片治疗急性痛风性关节炎 30 例,临床疗效满意。现总结报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2012 年 6 月~2013 年 10 月期间本院急诊内科病人,均明确诊断为痛风性关节炎湿热型。观察病例共 60 例,男 49 例,女 11 例;年龄 22~70 岁,平均 47.8 岁。随机分为治疗组和对照组各 30 例,两组患者的性别、年龄、病程等一般资料均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 西医参照 1977 年美国风湿病协会制定的诊断标准^[2]。中医辨证标准参照 1995 年

《中药新药临床研究指导原则》第 2 辑湿热痹阻型的辨证标准^[3]。

1.2.2 纳入标准 符合西医诊断标准及中医辨证标准,发病时未用其他药物及方法治疗者。

1.2.3 排除标准 妊娠或哺乳期患者;合并有心血管、脑血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病;严重胃溃疡病;精神病;本次发作以来,已用过其它治疗痛风和降尿酸药者;对双氯芬酸或其他解热、镇痛、抗炎药过敏者;局部皮肤破损者;痛风发作间歇期、慢性痛风性关节炎者;晚期关节炎重度畸形、僵硬、丧失劳动力者;不能坚持治疗者。

1.3 治疗方法

1.3.1 基础治疗 两组患者治疗期间均禁食高嘌呤食物、禁饮酒;避免过度劳累、紧张、受湿、受冷及关节损伤等诱发因素;抬高患肢,休息至关节疼痛缓解 72 h 后恢复活动。嘱患者多饮开水及碱性饮料,每日饮水 2 000~3 000 mL 以加速尿酸排泄。同时多安慰鼓励患者,使其放松心情。

1.3.2 对照组 在基础治疗基础上,予双氯芬酸钠肠溶片(国药准字 H11021640,规格:25 mg/片)口