

中医好文选

第一辑



陶御风
编选

中国中医药出版社

· 北京 ·

出版说明

中医药是一个伟大宝库，其内容博大精深。在知识爆炸年代，每天发表的中医文章数以十计，甚至百计，长年累月，数量巨大。面对浩如烟海、良莠不齐的中医论文，努力发掘被湮没的好文，及时发现新推出的佳作，分门别类，酌加按语，把它们推介给读者，显然是一项重要的、有价值的工作，有助于推动中医学术经验的传承。

《中医好文选》以中医临床医生为主要读者对象，兼顾其他相关人员，以提高其综合素养为宗旨。内容以高质量，贴近读者需要为原则，涵盖中医专论、基础理论、方药研究、临床各科、各家学说、名医经验、医史文献、气功与养生等方面，并以方药独到应用心得、疾病有效防治经验为重点。每篇好文加简要按语，画龙点睛，提示价值所在。《中医好文选》拟分综合卷和专题专号卷两种，交叉不定期地连续出版。每卷字数控制在10~15万字以内。

首次推出的《中医好文选》为综合卷，是在陶御风老师个人微信公众号“岐黄学术好文推送”的内容基础上选编而成。陶老师是上海中医药大学文献研究所资深专家，有着深厚的中医学养和扎实的临床功底，退休后，不计名利，不辞辛苦，以独到的眼光、严谨的态度，

遴选、推送中医学术好文，并加精彩点评，为《中医好文选》打下了基础，开了个好头。首卷推出后，我们拟约请若干专家、学者，与陶老师一起组成《中医好文选》遴选小组，专门负责此项工作，以保证之后各卷的顺利推出。希望读者多提宝贵意见和建议，共同把这套杂志书编好，使它成为大家的良师益友。

需要申明，被选入文章的版权属于原著权人所有。所以，出版前我们会尽力与原作者或其家属联系，以保护他们的权益。如果因沟通途径所限，在出版前未能联系上作者，我们则希望出版后，请原作者及时与我们联系，妥善解决著作权益事宜。此外，转载文章未列参考文献，可参见原刊登杂志。

最后，需要提醒读者，中医治病讲究“辨证论治”。所以，推选文章介绍的经验、方药，不能在专业医师指导下就轻率试用，否则将难以保证有效和安全。

中国中医药出版社

2017年5月

目 录

• 一家言	001
走出中医看中医 黄龙祥	003
中医现代化的瓶颈与前景	
论中医理论能否以及如何有效进入实验室 黄龙祥	021
• 观点	043
关于“辨证论治”之我见 王玉川	045
关于“有是证用是方”的反思 王玉川	052
治病要有层次 施奠邦	060
谈谈扶脾阳与养胃阴 施奠邦 钱英	063
• 经验	073
夏仲方治疗肾炎一得 邓嘉成	075

治疗慢性腹泻的临床经验体会	陈继明	082
门纯德老中医临床治验三例	任树生	092
关于糖尿病的若干问题答读者问	何绍奇	097
董廷瑶老师运用仲景方心得	宋知行	107
耳鼻咽喉科运用经方的点滴经验	千祖望	115
• 方药		121
谈选药	金寿山	123
《伤寒论》方在杂病中的应用	金寿山	130
桂枝汤及其加减法的临床体会	万友生	138
小柴胡汤加减方证的应用	刘渡舟	152
谈谈桂枝新加汤证	薛近芳	159
己椒苈黄丸的临床运用	唐祖宣	163
咽喉效方六味汤	张亮亮	167
方剂对改善体质的意义	姜静娴	176
辨方证的临床体会	杨大华	182
• 医史		187
以史为鉴, 可知兴替	潘华信	189
《伤寒论》研究的一个新切入点		
江尔逊阴阳营卫血气津液一体观学习札记	刘方柏	197

徐灵胎与吉益东洞的学术思想异同点及其原因探讨	黄煌	204
· 大家		225
不要执死方治活人		
蒲辅周先生论医妙语	何绍奇	227
认真读书、认真实践的一生		
回忆先父蒲辅周先生治学经验	蒲志孝	235
先师蒲辅周的治学精神与医学成就（上篇）	高辉远	251
先师蒲辅周的治学精神与医学成就（中篇）	高辉远	259
先师蒲辅周的治学精神与医学成就（下篇）	高辉远	271
谈蒲辅周运用活血化瘀法的经验	蒲志兰	283

一家言

走出中医看中医

黄龙祥（中国中医科学院针灸研究所）

编者按：

黄龙祥（1959—），中医知名学者，主要从事针灸理论研究。

这是一篇深度好文。认识中医自我，揭示中西医差异特征，讨论中医如何发展，讲得具体、实在，又都在点子上。更难能可贵的是文章表述方式。作者显然经过精心设计，时不时结合恰当例子，把自己的深刻认识，透彻、准确、清晰地表述出来，令人叫绝。文章常有结论性警句呈现，使人开窍。如果你是位中医，又有点悟性，读了就知道该朝哪方面下工夫了。

“取消中医”的网络风波已成为我们无法绕过的话题。如何认识中医？如何发展中医？社会要求我们中医药工作者做出回答。我在这里尝试谈谈自己一些新的想法，算是扔一块有棱有角的石头吧。

一、从危机中寻求生机

大家知道，在历次“取消中医”的思潮中，中医的解剖都首当其冲沦为最猛烈的被攻击点，久而久之，它成为中医自身最不自信

的“软肋”。为消除这个危机，中医前辈做了不懈的努力，试图证明中医解剖曾经的辉煌。我一直在寻找一条不同的路径去研究，攀登解剖学的高峰。是否存在着不同的路径？最近在系统考察古代针灸文献过程中，这条我找寻多年的路径越来越清晰地呈现在眼前。

1. 不同的人体观察与表述方法

世界上没有两片完全相同的树叶，同样也没有完全相同的两个人，而西医解剖学总是习惯于用一种标准的骨架去支撑形态各异的个体。活体结构的位置总是在与相邻结构的相对关系中确认，而西医解剖学却试图将这种时刻在运动变化的位置关系，固定在某一瞬间投影到体表，然后再根据这种体表投影去确定内部结构位置。船在走，水在流，以不变应万变，刻舟求剑剑难求。

中西医表面解剖最大的差异表现在对解剖结构的体表定位、内部器官的体表投影表述上，西医解剖采用的是静止的、绝对的人体表面坐标定位，例如：

男性及未生育女性的乳头位于第4肋间隙，距前正中线9～10cm。

心脏的右界，位于第3、4、5肋软骨后面，距胸骨右缘约1.25cm。

——《格氏解剖学》英文版

这里使用静态下的绝对数值，而且精确到微米，看起来十分准确，但实际上并不适用于临床。第一，临床上遇到的病人男女老少都有，形态差异极大，不用试就可知有相当多被检查者的乳头不在前正中线旁9～10cm处，相当多病人的心脏右界也不在胸骨右侧缘外1.25cm处。第二，临床检查常采用卧位，而上述数值来自立位的测量，本身就难以符合。

同样是测量乳头的距离和心脏的体表投影，中国古代针灸家是如何解决这一难题的呢？一开始也采用与西医解剖学完全相同的方法——人体测量学方法，选择中等高矮胖瘦的对象进行实际测量，可是接下来的第二步，他们便与西医解剖走了一条不同的路。他们不是孤立地测量人体的某些局部，而是测量人体的各部，然后根据实测的数值建立起各部之间的比例关系，例如依据当时的尺度测得两乳头之间的距离为9寸，两肩胛骨喙突间距为12寸，则二者之间的比值为9:12（即3:4），此时的“9”与“12”已不再是一个绝对数值的概念，因此也不再需要度量单位了，完成了从测量到折量，从实至虚的转换。不论是不足1米的矮个还是超过2米的高个，不论他们两乳间的实际距离相差多少，都一律定为9个折量寸，因为在他们自身两乳间距与两喙突间距的比值是固定的。这好像中西解剖学尺子上的刻度是相同的，但西医解剖之尺是刚性的，对于所有的测量对象都是不变的；而中医解剖之尺是弹性的，根据测量对象的形体做相应的伸缩。显然，这种相对折量方法比起先进行大样本人群测量，计算出平均值，再用这个平均值去套用所有个体的方法要实用得多，也科学得多。

同样是心脏的体表投影，虽然古代针灸家没有像西医解剖那样进行精确的测量，但通过长期的针刺临床实践，同样了解了心脏的体表投影位置。然而，与西医表面解剖明显不同的是，古代中国针灸学清楚地认识到体表脏器的体表投影位置是相对的，而且总结出了非常实用的改变这种相对位置关系的技巧与方法，将原本针刺有危险的区域变为相对安全的区域，以确保临床针刺的有效性与安全性。

相对性、动态性是古代针灸表面解剖的一个极其鲜明的特征：腧穴的体表定位强调相邻结构相互作用所形成的体表“凹陷”处，而不是绝对的、静止的纵横坐标体表定点。腧穴折量定位都是用“骨度折量系统”相对值的比值概念，或者临时建立的比例关系如“1横指”“2横指”，以及相对复杂的局部与整体的比例关系。而西医解剖学的尺度是绝对的、静止的，因此在西医解剖计量定位表述中，看到的几乎都是“cm”“mm”这样绝对值的度量单位。中国古人花很大精力去研究局部与整体的比例关系，从人体上有“三庭五眼”的比例关系，数学上有“勾股定理”^①的发现来看，都不是偶然的，因为中国古人研究每一个事物，总是习惯于将其保留在特定的背景中研究，因而必须研究前景与背景的相互关系。这不仅是中国古代表面解剖的特点，而且是整个中医学，乃至整个中国古代科学的基本特征。

2. 观察的多视角与全过程

相对于中医针灸的表面解剖，西医解剖对于人体活体表面的观察还存在着许多盲区。西医解剖的观察视角与视野多集中于常人常态，而中医的观察则广到不同人的不同状态——常态、非常态、病态。

中医、西医同样观察到手腕尺侧的尺动脉触诊点处的尺动脉搏动很不明显，但中医却比西医多走了一步——发现在妇女妊娠期尺

① 勾股定理在古代也被用于针灸比量取穴上。

动脉搏动明显增强。当代任何一家妇产科医院的医生接触孕妇的机会都比几千年前中医大夫多，可是他们至今也没能注意到这个现象，更不用说去探讨这一现象的机理。

相对于中医，西医解剖很不重视静脉的研究，原因主要在于静脉的分布个体差异较大^①。中医不仅注意到了静脉分布与形态的个体差异，同时还注意到了静脉形态、色泽变化与疾病之间的相关性，因此十分重视静脉的研究，以指导临床的诊疗实践。特别是，中医还注意到不同年龄间静脉形态的差异，以及这种差异与疾病的关系。例如，耳后静脉在成人很不明显，但在儿童却很明显，年龄越小越明显，而且在小儿高热抽搐时特别明显，因此该静脉就成为古代中医小儿高热抽搐证的最常用的诊脉部位。虽然现代西医也发现小儿的耳后静脉很明显，从而成为小儿采血的常用部位，但至今西医也没有注意到该静脉形态、色泽变化与小儿疾病之间的相关联系，更不可能在该静脉上刺血去治疗相关的病症。

相对西医解剖学而言，中国古代针灸家对于人体表面观察要全面得多，也细致得多。

3. 理论的创新与完善

西医将解剖刀所到之处的人体结构的形态已经研究到了极致，但对于这些“零件”之间各种复杂的相互关系则缺乏了解。内脏器

① 这与西医解剖的观念直接相关，传统的解剖学认识当差异大到一定程度之后，就没有研究的意义了。

官病变会在体表一定的部位反映。中国古代针灸家发现：膝下三寸至六寸间的小腿前外侧区域（足三里、上巨虚穴）与胃肠之间的有密切联系，这种联系一方面指当胃肠有病时，经常在这一区域出现病理反应点；另一方面刺激这一区域可以有效治疗胃肠病症。对于这二者之间的关系已经从针刺效应与胃肠疾病的体表病理反应两方面都得到大量的现代临床数据。现代西医临床上冠心病心绞痛常常被误诊为牙痛，以至现在“牙痛”也开始被列入心绞痛的临床表现。然而为什么心脏的病变会以“牙痛”的形式表现出来，这已经超出了现代医学理论解释范畴。可是，中医针灸至少在 2000 年前就发现了这种关联现象，并有明确的治疗部位与理论解释。

现代医学虽然在临床上也开始注意到了某些内部病症在体表，或者躯体的病变在病灶远隔部位出现一些反应点，并且这些反应点的出现与分布有明显的规律性。例如，神经科发现坐骨神经痛的体表压痛点为：腰椎棘突，或第四、五腰椎中线旁开 1.5 ~ 2cm 处。干性坐骨神经痛压痛点：臀点位于坐骨结节与大粗隆联线的中点，腘窝点在腘窝中央；腓点在腓骨小头之下；踝点在外踝之下。肌压痛以腓肠肌中点最明显。如果熟悉针灸的人一眼就可看出这些点与针灸腧穴完全一致。然而现代医学迄今也没有这样的思路：刺激这些反应点能否治疗病痛？这些反应点局部是否有某些物理、化学的改变，以及这些改变是否与病症的严重程度相关？最后再进一步研究这些反应点与病灶之间的关联规律。这一方面是由于缺乏相关的理论指引——观察渗透着理论；另一方面，现代医学解剖、生理、病理、诊断、治疗分而治之的研究模式也限制了这种理论与思路的产生。

古典针灸解剖与现代西医解剖实际上走了两条不同的路，前者从活体表面出发，后者则从尸体内部出发；西医将机器拆成零件，而中医总是在特定的背景下观察。西医解剖在那些可以拆分研究的方面做到了极致，而那些用拆分的方法无法发现的生命现象正好被中医解剖研究了。多伊恩·法默（J.Doyne Farmer）和贝林（Aletta d'Alello）曾说：生命是时空中的一种模式（pattern），而不是特殊的物质客体。对生命来说，重要的是模式和各种关系的集合，而不是特殊的原子实体；生命的组成部分之间相互依赖。这种相互依赖维持了生物体的统一性。^①传统西医解剖学在对人体的实体结构进行数百年的分析研究之后，是不是到了研究各种结构间相互关系的时候了？早已习惯了孤立、静止研究“零件”的传统解剖学，如何迅速转变思路，完成一次大的变革，借鉴中医针灸解剖的思路与方法不失为一条捷径！

4. 中西医解剖学的殊途同归

基于以上分析，可以预测人体解剖学的未来发展趋势：中西解剖沿着两条不同的路径走到了一起。中医精于体表观察，表面解剖学得到很好地发展；西医长于尸体解剖，大体解剖学日趋完美。而进一步，中医要由表及里，西医由里达表，实现表里的统一，双方都需要从对方汲取营养与思路，同时还需要相同的工具支持——影

① Farmer D.F., Belin A.d'A. Artificial Life: the Coming Evolution. In Artificial Life, edited by C.G. Langton,

像学技术与工具。实现了表里统一之后再往前走，就到了“结构与功能的统一”阶段。在这个阶段，可能是传统的西医解剖需要更多地从古典中医针灸解剖中获取研究思路与方法的借鉴，以更快、更好地理清那些被系统研究过的各“零件”间的各种复杂关系以及详细的联系线路，最后再根据这些“线路图”，将这些“零件”组装成一个有机的整体。这时，不仅将实现中西解剖的融合，而且解剖学与生理学也将重新形成一个有机的整体，从而使得解剖学这门医学中最古老、最基础的学科焕发出勃勃生机，对临床实践的指导作用将充分体现，从而掀开医学革命的新篇章！^①

二、从经验中总结规律

一般认为中医学属于经验医学，这并不表明中医学没有理论，恰恰相反，中医学不仅有丰富的理论，而且形成了体系，只是这些理论还没有经过严格的实验检验。以下通过一个简单的例子来说明经验、规律、机理三者之间的关系：

假设我们把一盏声控灯装在2000年前的古人门廊，情况会怎样呢？

第一个人用力叩门时，灯亮了，反复几次后，他就会形成这样的经验：叩门与灯亮之间有必然的联系。

① C.Taylor, J.D.Farmer, S.Rasmussen.SFIStudiesintheSciencesofComplexity, Proc.Vol. X.RedwoodCity, CA: Addison-Wesley, 1991.818, 819.

第二个人用力跺脚时，灯亮了，反复几次后，他就会形成这样的经验：跺脚与灯亮之间有必然的联系。

第三个人用力拍手时，灯亮了，反复几次后，他就会形成这样的经验：拍手与灯亮之间有必然的联系。

第四个人……

这样，不同的人通过不同的方式对于这盏声控灯积累了不同的经验。古人不会停留在经验的层面，一般总是会想方设法给他的经验以理论说明，于是有着不同经验的人便提出不同的假说，叩门者提出“叩门学说”，跺脚者提出“跺脚学说”，拍手者提出“拍手学说”。那么连接经验与理论的“规律”呢？要想得出可靠的普遍规律，或者是一个人同时拥有关于观察对象的所有经验，或者是能够继承前人的所有经验，而这在当时学派分立、交流限制的历史背景下，很难提供这样的条件。因此，在中医学中“规律”或者是缺如的，或者是不完整的，或者是不可靠的。因此，古代中医学宝库中最大的价值体现在经验层面，而要有效地显示经验的价值，必须首先解决以下问题：

第一，尽可能全地占有古人对于同一观察对象的不同经验。

这个环节的主要难度在于大量古人的经验由于缺乏理论框架的承载而失落了，或者被深深地埋藏着。特别是当经验和对经验的解释交织时，今人往往会将对同一经验的不同理论解释误解为对不同经验的不同学说。例如以往学术界将古人对人体特定部位间特定联系的不同理论解释“经脉学说”“络脉学说”“经筋学说”等均当作对不同经验的不同学说。

第二，对于这些不同的经验进行严格的实验检验，去除虚假的