

病之偶然，药之必然，命之坦然

据统计，中国人一生中平均要去
59次医院。希望你更少去，
但你应该了解得更多。

中国人的 病与药

王一方 著

+

来自北大医学部的沉思



当代中国出版社
Contemporary China Publishing House

中国人的病与药

来自北大医学部的沉思

王一方 著



当代中国出版社
Contemporary China Publishing House

图书在版编目(CIP)数据

中国人的病与药 / 王一方著. —北京: 当代中国出版社, 2013. 7

ISBN 978-7-5154-0285-7

I. ①中… II. ①王… III. ①医疗卫生服务—研究—中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第147819号

著 者 王一方
责任编辑 宗 边
策划编辑 汪毓楠
特约编辑 李正湫
文字校对 郭慧红
封面设计 门乃婷工作室
出版发行 当代中国出版社
地 址 北京市地安门西大街旌勇里8号
网 址 <http://www.ddzg.net> 邮箱: ddzgcb@sina.com
邮政编码 100009
编 辑 部 (010) 66572154 66572264 66572132
市 场 部 (010) 66572281 或 66572155/56/57/58/59 转
印 刷 三河市杨庄双菱印刷厂
开 本 700毫米×1000毫米 1/16
印 张 16
字 数 206千字
版 次 2013年7月第1版 2013年7月第1次印刷
定 价 35.00元

版权所有, 翻版必究; 如有印装质量问题, 请拨打 (010) 66572159 转出版部。

O R D E R 序

中国人的病与药

说起病与药，不只是人们遭遇疾苦时的呻吟与呼号，以及医者施以的救疗与抚慰，还是一个关于宿命与诱惑的话题。可不是吗？宿命之下，不病不痛是奢望，不老不死是妄想。

养生、救疗、康复、长寿永远充满无限诱惑。

国人关于病与药的感悟和窍门，如同陈坛老酒，始终流淌在历史记忆中。而病与药的背后迷宫般秘藏着慧根与窍门，横亘着疾苦观与医疗观的基石。

病与药在国人心中，始终徘徊于经验、情感与理性的纠葛之中，人在病中，痛苦与救疗节目之外，心窍全开，无限想象，几多捷径，构成一道道特别的文化病理图景。

流传千年的春秋寓言故事“病入膏肓”，本意是说入侵体内的病魔惧于名医驾临，就商量着要找个针药不及的地方藏起来，那个地方就是“膏肓”（膏之上，肓之下），此处针药不及，神医不治。

——可见，病最是狡猾的。

“膏肓”的隐喻是“藏”，而国人对于疾苦的基本姿态是“隐”与“忍”。

人食五谷杂粮，焉能无病？坦然接纳小的不适、不爽，甚至轻度的痛苦、抑郁，忍一忍，拖一拖，等待体内自我调节能力完成修补和矫正，不适感就会自动消失，这份经验几乎每一个人都有。尤其是慢性疼痛，大可不必乒乒乓乓、兴师动众去看医生与药师。背后也有深层次的原因，如中国医师、护士、病床数比例偏小（仅有发达国家的2/3），现代医学的诊疗程序越来越复杂，医疗费用越来越高昂等。

今天专门化、精细化的技术医学完全脱离通识轨道，还建构了一套“技术方言”体系，演绎出一种排斥、轻慢日常疾苦叙事的价值观，普罗大众基本无缘接近、参与，更无法抵达医生的技术思维，因此，病人只好将“隐忍”进行到底，从失语到无语，而缺乏沟通与对话的哑巴医疗是造成当下医患关系恶化的根本原因。

因此，现代医疗社会必须告别隐忍，拒绝无语，才会有医疗的春天。

隐忍的背后也藏着一份自我怜悯的忧伤与自我承担的勇气。

中国人十分崇尚疾苦的自我咀嚼与悉心体验，民谚中有“久病成良医”之说，还将医者的体验分为两端：一为医疗体验，“熟读王叔和，不如临证多”，追究名医的修成正果，经验之谈是“读医不如读案”；二为疾苦体验，“三折肱方为良医”，“同病相怜”（医生、护士也曾经是病人），

面对病人，医生只有主动唤起患病的记忆，情感共鸣才可能开启。如果医生没有人类共通的疾苦体验，就不会人苦我悲，萌生感同身受的悲悯情怀。

民间谚语中的生命隐喻十分朴实，提醒我们对于疾病的偶然性、死亡的必然性要有预先的思想准备，也就是常说的“敬畏之心”。现代医学号称火眼金睛，法力无边，但依然无法包治百病，也并非全知全能。谁都不能说医院是保险箱，医生是保护神，药到即可病除，术到便能复康，顷刻间逢凶化吉，相反，对于疾病的顷刻恶化、康复的遥遥无期、死亡的悄悄逼近，要持有一份接纳与顺应，要怀抱着感恩与勇气。

唯有这样，才算是心志的豁达与成熟。

二

病与药的选择不仅是科学话题，也是文化习俗。

医学的中西分野、对抗被凸显出来，中西医同台迎客，一旦生病，是看中医还是找西医？慢性病、杂症看中医，急症、外伤找西医？先看西医、后看中医，或者中西开弓、左右逢源？充满着价值确认和利益盘算。

即使是持科学主义立场的病人，也同样会对辅助康复抱以无限想象，期待华佗再世妙手回春，期待医疗四两拨千斤，生命及医疗代价意识相对单薄。这份病与药的认知底色既容易给形形色色的骗局留下空间，也容易给我们各种心理暗示提供温床。

譬如，传统中医的内典之学是一种有东方特色的生命哲学，很难用西方医学的解剖学来解释。中医一直认为生命是一个完整的、有灵的东西。

西，气、神最要紧，一剖开，气就散了，神就飞了，中医一直不信任、不追求解剖学。中医还有成熟的博物学认知之途，其研究纲领既是自然的、客观的，又是人文的、心灵的。此外，中医极力赞美玄学，《道德经》称：“玄而又玄，众妙之门。”《庄子》云：“以神遇而不以目视，官欲止而神欲行。”

中国玄的医学经验比比皆是，譬如经络传感：没有形态的功能，个体差异极大。譬如打针与扎针，一个是有药之针，一个是无药之针；前者得药，后者得气、得神；前者靠药物成分致效，后者靠补泻归经手法致效；前者追求外在的物化干预，后者追求内在的抗病机制调动与激发。更玄的要数“观音”的境界，违拗听音、观象的常识。

近代以来，国人的医学姿态受东洋意识影响至深，1840年鸦片战争之后，西学东渐，西方医学的引入加快，规模也超越了之前传教士习医的水准，赴海外学习洋医渐成气候。不过，早期学子出国学医并非直抵西洋，而是东渡日本。20世纪，日本医学家多次获得诺贝尔生理学或医学奖。受此影响，留日医学生几乎都采取绝对姿态，执意废止中医，独尊西医。时过境迁，中西冲撞的激愤期早已度过，人们理应更加心平气和地评估中西医的互补效应。思考传统医学是否一定构成医学现代性的障碍，中西医能否真正做到相得益彰？

“庖丁解牛”，出自庄子。“彼节者有间，而刀刃者无厚；以无厚入有间”，游刃有余的境界既是养生的佳境，也是治疗的妙境。医者接诊时目中有症无病，心中茫无定见，手下广罗原野，分症施药，有一症候，便遣一药物，自诩密网捕鱼，面面俱到，实在无颜望古人项背。相反，只需切中肯綮，药不在多，技不在繁，这样的手艺简约而精妙，功在长期的修与炼，智在心灵的觉与悟。

无论中西医，这份澄澈无沙的透明心境与炉火纯青的技艺高度都是值得期盼的。

三

这里说说许倬云先生的故事。

许先生是美国匹兹堡大学的历史学教授，一方面源自身体残障的体验与自我养护的诉求，另一方面秉持中国传统士大夫兼习医学的志趣，许先生对于病与药用心研读，且颇有心得，对于病与药的认知境界在某些医护专家之上。某一日，他的一位学生涂丰恩论文开题，题目是《儒医的世界之外——中国近世的医疗与社会》，请先生指导，许先生告以两个对子，一是“好—和”，二是“疗—养”。

这不仅是中国人对待病与药的基本价值观，也是近代医学演进的基本纲领。中国人从天人相应的大周期中悟出生命的境遇不在“好”而在“和”，医学的作为不全在“疗”，也在“养”。身心灵、知情意被全人医学纳入价值谱系之中以后，人们开始深入思考治疗与照顾、救助与陪伴、预防保健与体质化育的关系与位序，人们越发感觉到治病容易医人难，疗身容易疗灵难，照顾比治疗更重要，陪伴比救治更重要。

人在病中遭际的痛与苦不局限于生理层面，更凸显在情感与心理、意志层面，如由身体失能带来沮丧与自我接纳障碍，这些负面情绪还波及社会及经济层面。病人长期生病，爱情、婚姻、家庭都可能受到影响，因病人生病住院或长期疗养而增加家庭经济负担，如果病人是家中主要收入者，家庭更有顿失经济收入来源的近忧。因病而丧失劳动能力，工作或学业可能因而中断。

病中最绝望的境遇不是疾病本身，也不是病痛本身，而是极为强烈的被抛弃感，让病中的人感到无比痛苦。病中的治疗窗口是狭小的、转瞬即逝的，药物的效应是有限的、随时间而递减的，而情感抚慰的天地是宽广的、永恒的、随时间递增的。

好医生不是能够彻底消灭疾病和战胜死亡的人，而是能够让病人面对疾病与死亡威胁时依然充满恩宠与勇气的人。

对健康、疾苦、生死、医疗的病与药的命题需要人们更多的彻悟。或许有一天，中国人对于疾苦与救疗的信念与信条将被赋予新的合理性，我们的关于病与药的观念、行为也会逐步高明起来。所谓，人在病中，心窍全开。

感谢北京大学医学人文研究院的宽容并包学风，以及不计功利得失的超然学术理想，让我有机会完成全书。

INTRODUCTION 导言

进医院干什么？

巴黎人酷爱泡咖啡馆，有“要么在咖啡馆，要么在去咖啡馆的路上”的俏皮话。

人生与医院有不解之缘，于是有人发出“要么在医院，要么在去医院的路上”的感慨。诊室与病房不仅见证苦难与炎凉，是哲学家的摇篮的同时，医院也是医患共同的伤心地。

人为何要进医院？

进医院除了能得到诊断与治疗外，还获得了病人的身份。高速运转的社会将病人认定为身或心有缺陷的、需要治疗的人，是社会弱者，是受保护、需要照顾的人，是不应工作的、无须面对现实困境的人。病人角色就是对正常人角色的逃离与禁闭。

什么人可以入院？

病人，而且要够严重、够危急；有特殊需要的健康人，如孕妇；需要管制躯体的健康人，如精神障碍者；廉价医保和高福利体制下还新增

部分“医院消费者”(Hospital Shopping, 有人形象地译为“逛医者”), 这些人放大自身的不适与疾苦, 小病大诊, 或无病呻吟, 过度消耗社会公共医疗资源, 这类人已成为民粹主义医改诉求的蚕食者、破坏者、嘲讽者。

有住院经历的人都知道, 同为病人, 病种不同, 病房、医院各异, 却是人生与命运的见证。

不同的医院境遇, 不同的医院风景, 映衬出命运的差异, 以及身份、地位、财力的差异, 拷打人类的普世价值, 拷打着人性的冷暖。

不管怎样的困境与心境, 医院都是哲学家的摇篮。

人生中有四种生命境遇可以催生哲学家, 分别为失恋、生病、撤职与破产。其中以生病更具有恒常性, 唯有病中的苦难咀嚼可以让一个坚强的人领会到熔炉般的生命, 品尝痛苦煎熬的滋味。在与死神对峙中, 升腾出悲悯与慈悲、和解与宽容、恩宠与勇气来。

平心而论, 医生也是人, 也会生病, 甚至生大病, 被无情地抛向生死桥头。

严格意义上讲, 每一位医生都是生过病的医生或者身为病人家属的医生, 所以, 医院是医生第二身份的彰显之所。柏拉图曾经说过一句有几分刻薄的话: “只有生过病的医生才是好医生。”

美国医学家刘易斯·托马斯曾经感慨: 在病床上, 我更近距离地审视了医学和外科手术, 甚至更近地审视了自我。生过病之后, 我比以前更加了解医院、医学、护士和医生, 我也更加相信技术的有用性, 越高的技术越有用。在生病期间, 我多次看到自己身体内部, 但我还是仿佛处在一片黑暗中, 我并没有觉得以一种新的方式与自身建立了联系, 这种自我距离好像还增加了, 我比以前更加分裂, 对于构成我的那一个个

结构，我更加没有发言权了。

医院的使命是治病救人，那么，发生在医院里的救助是怎样一部生命搏击的大戏？

救助，作为一种基本的医疗行为，如今已经泛社会化了，医生与患者、集体与个体的关注点大不相同。首先，从医疗活动的技术、社会属性看，救助就是干预，也是消费；其次，从医疗活动的人道、人性属性看，救助即呵护，救助即拯救，救助即救赎，救助即幸福。医者常常强调医疗活动的风险与代价，患者往往看重医疗的关怀与照顾指标和感受，于是有“医生来自火星，患者来自土星”之说。相互指责是无益的，换位思考，甚至换位体验，让医生更关注人情与人性，患者更关注代价与风险，才是解决心理纠结之道。

临床救助的境遇是千差万别的，有时危在旦夕，时间紧迫，不容迟疑；有时气若游丝、命悬一线，预示生命脆弱，需悉心呵护“丝”“线”；有时如同“多米诺骨牌”，一触即溃，预示前程险峻，必须悉心保护；有时多器官危急，险象环生。面对这类复杂性危机，务必统筹兼顾，才有可能化险为夷，整个救治过程中，医生团队都在全力与死神扳手腕，不过病情仍处在十字路口，存在好转、恶化两种转向，我们终归无法战胜死神，根绝疾病。

面对这幕惊心动魄的生命搏击的大戏，不仅躯体反应莫测，情感、意志的顿挫也是气象万千，病者是身心痛苦的承担者，是蒙难者，有人敏感，有人隐忍，有人恐惧，有人坦然。究竟接纳自然宿命，怀抱宗教敬畏，还是一味秉持技术崇拜、金钱崇拜做鲁莽的抗争，背后是疾苦观、生死观、医疗观的自我观照。

正确的疾苦观就是对疾苦的降临给予理解、接纳与化解，豁达的生

死观就是对死亡持正视、理解与接纳的姿态。合理的医疗观就是对医疗、医生、医院与疗效给予适度的期待与理解。医生可能妙手回春，也可能回天乏力，或因于气数已尽，或止于寿终正寝。家人是疾苦的情感共同体，面对意外，难免惊慌、恐惧，萌生求偿心理，愤懑中行为失控，结果只能于事无补，甚至徒生事端，最好理性应对，化忧伤为镇定。

救助活动中，患者感受至深的或许不是技术与技巧，而是医生的气与度、知与行、谋与断、行与言，尤其是面对医疗困境的心理素质、行为素质。同样是无计可施的局面，同样是有技难施的困顿，可能有技误施的尴尬，患者速生不能，速死不甘，高明的医生会以缓兵之计去相持周旋，使游丝之气细而不断，多米诺骨牌倾而不倒，扳手腕维持胶着状态，终以时间换空间，积小胜为大胜，而不是慌乱、无序、大起大落。

现代医疗救助大致有四种模型：战争与姑息，替代与顺应，互为张力，互为转寰。战争模型，多表现为你死我活，鱼死网破，绝地反击，背水一战等；姑息—妥协模型，多表现为暂避锋芒，保存实力，度过危险期。替代模型，如单一器官衰竭、器官衰竭早期，多表现为保存器官残存功能，度过危险期。顺应模型，如多器官衰竭晚期，遭逢医学干预回天无力及生命质量和尊严严重低下时，放弃救助，甚至协助死亡，尊重生命的自然归程。

临床医疗救助有三个境界，第一境界是救治，着眼于躯体存亡，技术干预；第二境界是拯救，着眼于身心兼备，倾情关怀；第三境界是救赎，着眼于主客一体，彻悟升华。彻悟什么？医院是人生的最后课堂，在这里，我们共同彻悟生命的真谛。

——生命不过是一段旅程，肉身无法永恒

——死亡是肉体生命的归途，爱永恒

——向死而生，短暂的生命才有意义

追溯医院的前世今生，可以了解到现代医院制度的历史其实很短。传统医疗模式中，医生在医院外，后来，医院制度的创生大约始于公元313年，基督教在罗马成为合法宗教，救死扶伤成为基督教会慈善事业的重要组成部分，公元325年，督教第一次大公会议尼西亚会议规定，凡建立教会之处必须配备慈善场所，凡建教堂之处都要有医护馆舍。巴勒斯坦地区的凯撒利亚主教巴西里乌斯在凯撒利亚城门旁边建立了第一所基督教医护所；在欧洲，法碧奥拉修女在罗马城、兰德里主教在巴黎也相继建立起医疗护理所。进入中世纪，在欧洲，凡教堂必有医护所。医院的拉丁词源是“hospes”（外地客），“host”（主人），“hospitality”（款待），“hotel”（旅舍）。

在美国，早期医院仅仅作为宗教活动与贫民救助的场所，由慈善、宗教人士主持，提供非功利服务。是战争中的战地救护强化了医生与医院的结合，也凸显了护理的职能。20世纪以来，随着声、光、电、磁等物理技术向医学和诊疗技术的渗透与转移，增强了辅助诊疗设备、器械在医疗中的功能与地位，强化了医院的技术强势地位，也强化了医生与医院的傲慢与偏见。医院如今已演变为医疗技术中心与商业、盈利中心，病人登门求医，集中服务，专科细分，生在医院也死在医院。随着老龄社会的逼近，安宁疗护的兴起，医院作为临终者（“hospital”源自“hospice”，善终服务）之家的职能又开始复兴，医护职责从躯体照顾延伸的心理抚慰、灵性照顾。美国的第一批医院始建于18世纪，1713年，威廉·佩恩在费城建立了美国第一所慈善医院，主要的功能诉求是济贫，其次是照顾病人。以治疗诉求为主要功能的医院是1751年由本杰明·富兰克林和周边居民共建的宾夕法尼亚医院。1794年之后的50年中，医

院逐渐成为医学教育和研究的中心，成为医学知识的温床，医院在医学职业机构中的地位大幅提升，继而成为医学权威的堡垒。

东方没有医院救疗的组织传统，中国历史上虽然有六疾馆、养病坊、安济坊（院）等机构，但都不是现代医院的格局，中文“医院”一词最早出现在1830年，专指传教士在商埠成立的医疗机构。日本历史上，明治维新之后出现“病院”一词，第一所病院可以追溯到1557年由耶稣会士Luis de Almeida创立的“悲悯圣家”。

在医院的进化历程中，南丁格尔是一位重要的推手，同时也是一位清醒的思想者。众所周知，南丁格尔是现代护理学的开创者，她也是现代医院的管理者，现代医院制度的反思者、变革者，她对现代医院的反省与变革主要聚焦于“治疗与照顾”（Cure & Care）的关系上。她的不朽著作《护理札记》积极倡导以照顾为中心的专业化服务。在她看来，医院的核心价值是人性的呵护，是周到的生活料理，是身心灵的照顾，是配合治疗的养护，是病中的温暖和舒适，是残缺生命中有意义的圆满。而她的另一部重要著作《医院札记》则开启以舒适为中心的设施改造运动。因为，她深知疾病不只是身心受损的结果，而是身心蒙难的痛苦历程，完整的治疗一定不只是着眼于器质性损害的阻断与修复，而漠视焦虑、失望甚至绝望等身心苦楚，更不能让病人生活在肮脏嘈杂的空间，食用不堪入口的糟糕饭菜。医院首先必须提供良好的生活境遇，然后才是良好的治疗环境。

当代医学史家查尔斯·卢森伯格是一位不平凡的智者，他系统考察了医院制度的源流，从救济院起步，融入一种施舍文化，具体表现为救济姿态、最低满足与非商业化。与当下技术为先、效率为先的医院文化迥然有别。卢森伯格的犀利之处在于他洞悉了医院制度的致命

弱点，为何伤病者、求助者必须依赖“陌生人”（医生、护士等）的帮助与照顾？

毫无疑问，现代社会与现代服务业的基本关系是漂泊、随机、偶然的，医院里的服务大多由专业的“陌生人”来提供，医患关系的缔约双方也是陌生人，凭着小小一张挂号单，医生成为病人个人生活的闯入者。为了自身医疗和保健的目的，患者要将个人的秘密告诉医生，让医生观看、触摸私密的部位，甚至冒着巨大的风险去迎击伤害性药物与手术的干预，而他们对医生的德行技艺却知之甚少。人们在健康状态时生活在适意、恬静的家庭氛围中，尽情地享受着亲人的眷顾与温情；而一旦病魔缠身，躯体与心理遭受伤害时，却要暂别亲情的环绕，抛入陌生的环境，去向“陌生人”倾诉，并接受“陌生人”的救助与照顾。

如果我们再向哲学深处潜游，从普世价值的高度去反思现代医院的困境，不难发现，在一系列人类价值秋千上，医院里的价值诉求与境遇常常是趋恶而不是趋善，趋劣而不是趋优。譬如自由与管制、仁爱与冷漠、和谐与冲突。此外，医学的不确定性、职业水准的不确定性、执业个体人格修养的不确定性更使得医院场景中的伤害与救疗、刺激与安抚、胸有成竹与茫然无措也变得迷离起来，一个鲜明的历史悖论是：低技术时代，患者普遍秉持低期待，病情有改善即满意，那时医院是救渡生命的“诺亚方舟”；如今进入高技术、高消费时代，患者常常高期待，却迎来了低满意度，因此，在媒体报道中、患者群落的集体意识中，医院反而成了谋财害命的“黑店”。如今很难用一句话说明白医院究竟是最安全还是最危险的地方。

现代医院制度的困境勾起人们对理想医院的遥望之情，人们期待医院救死扶伤的职能不断放大，迈向却病、扶伤、乐生、善终的新境地，

不仅实现痛苦与拯救，还能抵达苦难与救赎的境界。

很无奈，过去只听说过压榨工人劳动的血汗工厂，今日的医疗高需求滋生了压榨医护劳动的血汗医院，工作时间过长、过累，劳动者身心压力巨大，过劳导致差错频发，甚至发生“过劳死”。由发生在台湾、日本的医疗服务资源困境可以洞悉这样一个事实，以低成本、低投入、高需求、高满足为诉求的社保效率追求，本质上是牺牲医生劳动价值和尊严、健康的无理“贱”保，医生与患者、医疗业与政府过度的商业博弈，必然带来医疗市场的崩坏，这一过程虽然呈现“温水煮青蛙”的渐进型三阶段式，但现况正急剧地滑向第三阶段。第一阶段为矛盾频发期，表现为医疗事故不断，医疗纠纷频发，医患冲突、医疗诉讼成为媒体热点；第二阶段为医院运营艰困期，医护骨干外流、逃逸，医院运营赤字，医护品质下滑，基础性医疗业务萎缩，诊疗科室业务停顿，甚至关张，发生时段性、地区性医疗服务短缺；第三阶段为混乱危机爆发期，表现为医疗服务短缺，无力应对老龄化的照顾和医疗，逐渐发展为基础服务短缺，医疗难民涌现，社保破产，社保体制外的高代价自费医疗重新开放。

医院今日之制度道德困境很纠结，它本质上是技术、财富高速行进中的精神眩晕，思想清贫，哲学贫困，智慧残缺。因此，医生更渴望职业的大智慧。

什么是大智慧？老祖宗的箴言是“医者意也”，不靠学，靠悟。因为医学不仅仅是知识体系，还是生命信仰，不仅面对患者的躯体，还面对患者的心灵，科学与人学、技术与人性、工具与价值的思考应该伴随我们一生。临床中要处理好个体与群体，治疗与照顾，治疗与调养，主体与客体，观察与体验，偶然与必然，救助与拯救、救赎，干预与顺应，