

疑难病症中医辨治



YINAN BINGZHENG ZHONGYI BIANZHI

瞿岳云 编著

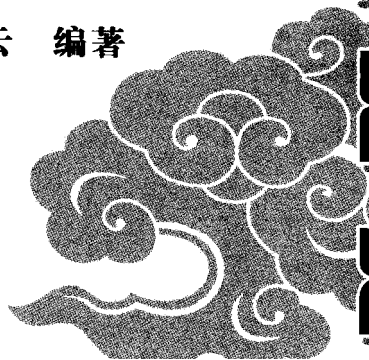
宝贵的名医经验库
临证治疗最真实的记录
理论与实践相结合的典范



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

疑
難
病
症
中
醫
辨
治

瞿岳云 编著



图书在版编目 (CIP) 数据

疑难病症中医辨治/瞿岳云编著. —北京: 人民卫生出版社, 2010. 11

ISBN 978-7-117-13445-3

I. ①疑… II. ①瞿… III. ①疑难病-辨证论治
IV. ①R241

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 188996 号

| |
|---|
| 门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店 |
| 卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训 |

版权所有, 侵权必究!

疑难病症中医辨治

编 著: 瞿岳云

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 48.5

字 数: 1180 千字

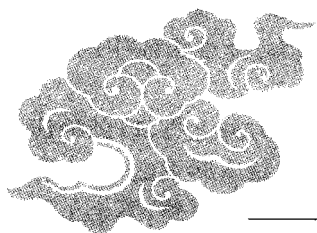
版 次: 2010 年 11 月第 1 版 2010 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13445-3/R·13446

定 价: 98.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



前 言



疑难病症,给人类健康造成了极大的危害,因而不仅受到医学界,同时也受到社会的高度关注。近几十年来,世界医学界对疑难病的流行病学调查以及对其中若干疾病病因病理的研究均取得了可喜成绩,但在治疗上鲜有突破性进展,而中医药学在几千年的实践中,积累了许多治疗疑难病症的宝贵经验。尤其在当世之下,对疑难病症以西医病名诊断为基础的中医与中西医结合的治疗,各施其长,优势互补,取得了更为丰硕的成果。

所谓“疑”,是疑惑不解,认识不清,难于定论;“难”,是治疗上有难度,缺乏有效的治疗方法。因而所谓疑难病症,是指临床各科广泛存在的病因复杂、病机错综、症状纷繁、证候疑似、具有难辨、难治特点的疾病的统称。

自从 20 世纪 80 年代初提出“创建中医疑难病学科理论体系”学术思想后,中医学术上第一次出现了“中医疑难病学”这个新概念。中医疑难病与西医疑难病,既有联系又有区别。有些疾病,中医、西医专家均认为属于疑难病或难治病;有些疾病,西医认为是难治病,但在中医看来正是其专长;有些疾病,属中医的疑难病,西医却不认为难治,有的已经解决或正在解决。中医疑难病学以中医基础理论为其指导思想,吸收西医学对疾病的现代认识,研究疑难病的发生原因、发展状况、转归机制、辨证或辨病治疗、临床护理、预防及保健等。加强中医疑难病学研究,发掘整理前人积累的防治疑难病的临床经验及诊治疑难病的理法方药,从而建立中医疑难病学科理论体系。用这个理论体系,又去指导中医临床实践,可避免盲目实践,重复研究,节省人力物力,提高疑难病防治水平,促进中医学术向前发展。

疑难病不是现在才有的,从医学诞生之日起,它就广泛存在着。这些医学难题迫使历代医学家们去苦苦钻研探索,寻求解决方法,医学也正是在探索追求中不断进步和发展的。中医学学历数千年而不衰,也正是因为它具有显著的临床疗效。中医临床是中医学赖以生存的生命线。

明代名医张景岳曾说:“医不贵能愈病,而贵能愈难病;病不贵能延医,而贵能延真医。夫天下事,我能之,人亦能之,非难事也;天下病,我能愈之,人亦能愈之,非难病也。难其事之难也,斯非常人可知;病之难也,斯非常医所能疗,故必有非常之人,而后可为非常之事;必有非常之医,而后可为非常之病。”(《景岳全书·传忠录·病家两要说》)面对诸多疑难病症,古今中医学家迎难而上,呕心沥血,从实践中探索出不少行之有效的方法,概括起来主要是从痰、从瘀、从毒、从虚等辨治,显示出中医的特色、优势及神奇。

医案是宝贵的名医经验库,是临证治疗的真实记录,是中医药理论与临床实践相结合的典范。由于医案均为临证事实,故在某种意义上说,医案的价值不在医学教科书之下。正如恽铁樵所说的:“我国汗牛充栋之医书,其真实价值不在议论而在方药,议论多空谈,药效乃事实,故选刻医案乃现在切要之图。”(《清代名医医案大全·序》)然而,中医治疗疑难病症的

验案，多散见于古今医籍和现代期刊，现代名医验案类专著尚不多见。有鉴于此，笔者精心采摘近年来各位中医名家探骊得珠之案，拾零整合，条贯成文，集为《疑难病症中医辨治》一书。

疑难之疾，罹患者苦，为医者难，其治确非易事。欲求法外之法，方外之方，以助治病者圆机活法，临证者触类旁通，多读名医之案是重要的途径之一。因为每家验案之中，必有一生最得力之处，细心遍读，自能集众家之所长，集思而广益，开拓新的辨治思路，不至于囿于一法一方，从而提高疗效。故名医程门雪先生深有体会地说：“一个中医临床医生，没有扎实的理论基础，就会缺乏指导临床实践的有力武器；而如无各家医案作借鉴，那么同样会陷入见浅识寡，遇到困难，束手无策的境地。”

本书乃临证纪实之著。择“验案”为其“靶点”，意在不徒托空言之论，使读者在实实在在的验案中受到启悟，助医者不仅能“愈病”，更能“愈难病”。

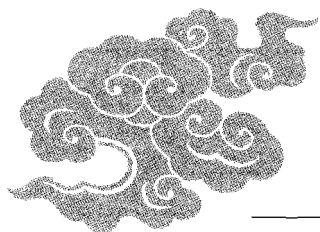
书中以西医病名编排，同一疑难病症录有多个验案，既体现了中医“同病异证异治”的特点，又汇集了各名家临床经验之长。

本书之作得益于中医学学术界众多智者临床普救含灵之苦的奉献，因而从一定程度上而言，实为同道诸贤学者的共同结晶。本人未敢掠人之美，均在各病文末一一注出医案来源。在此，衷心向所有书中验案的医者和整理者致以深深的敬意和感谢。

限于水平和资料收集能力，书中难免遗珠或有不当之处，祈望中医同道和读者不吝指正。

瞿岳云

2010年春于湖南中医药大学



目 录



迎难而上,柳暗花明又一村

| | |
|-----------------------------|-----|
| ——论中医治疗疑难病症的思路与方法(代绪论)..... | 1 |
| 001. 急性甲型病毒性肝炎 | 15 |
| 002. 慢性乙型病毒性肝炎 | 17 |
| 003. 慢性丙型病毒性肝炎 | 23 |
| 004. 慢性戊型病毒性肝炎 | 25 |
| 005. 慢性淤胆型病毒性肝炎 | 27 |
| 006. 自身免疫性肝炎 | 32 |
| 007. 高温败血症 | 35 |
| 008. 低温败血症 | 39 |
| 009. 变应性亚败血症 | 42 |
| 010. 弥漫性泛细支气管炎 | 47 |
| 011. 支气管哮喘 | 50 |
| 012. 睡眠呼吸暂停综合征 | 55 |
| 013. 肺性脑病 | 59 |
| 014. 肺结节病 | 62 |
| 015. 特发性肺含铁血黄素沉着症 | 65 |
| 016. 肺泡蛋白沉着症 | 67 |
| 017. 肺吸虫病 | 69 |
| 018. 自发性气胸 | 71 |
| 019. 间质性肺炎 | 74 |
| 020. 特发性肺间质纤维化 | 79 |
| 021. 肺尘埃沉着病 | 83 |
| 022. 呼吸衰竭 | 85 |
| 023. 胸腔积液 | 88 |
| 024. 肺癌 | 91 |
| 025. 心肌梗死 | 97 |
| 026. 冠状动脉介入术后再狭窄 | 102 |
| 027. 高血压 | 106 |
| 028. 高血压脑病 | 110 |
| 029. 冠心病 | 112 |



目 录

030. 冠心病心绞痛 115

031. 病毒性心肌炎 118

032. 病态窦房结综合征 121

033. 室上性心动过速 125

034. 频发性室性期前收缩 128

035. 慢性肺源性心脏病 131

036. 充血性心力衰竭 136

037. 心血管神经症 141

038. β -肾上腺素受体功能亢进综合征 144

039. 心房纤颤 146

040. 胃下垂 149

041. 胃黏膜脱垂 153

042. 消化道息肉 155

043. 贲门失弛缓症 158

044. 克隆病 161

045. 慢性萎缩性胃炎 165

046. 胆汁反流性胃炎 169

047. 食管癌 172

048. 溃疡性结肠炎 175

049. 恶性淋巴瘤 180

050. 脑内肉芽肿 182

051. 胆心综合征 184

052. 胰腺假性囊肿 187

053. 肝囊肿 190

054. 肝良性占位性病变 193

055. 原发性肝癌 196

056. 肝胆结石症 203

057. 急性胰腺炎 206

058. 慢性胰腺炎 208

059. 肝硬化腹水 210

060. 肝性脑病 215

061. 巨脾症 220

062. 结核性腹膜炎 222

063. 慢性肾小球肾炎 226

064. 紫癜性肾炎 232

065. 隐匿性肾小球肾炎 238

066. 膜性肾病 243

067. IgA 肾病 251

068. 肾病综合征 253

| | |
|-------------------------------|-----|
| 069. 急性肾衰竭 | 261 |
| 070. 慢性肾衰竭 | 266 |
| 071. 慢性移植肾肾病 | 273 |
| 072. 肾积水 | 275 |
| 073. 多囊肾 | 279 |
| 074. 白细胞减少症 | 283 |
| 075. 急性白血病 | 287 |
| 076. 慢性白血病 | 293 |
| 077. 真性红细胞增多症 | 296 |
| 078. 再生障碍性贫血 | 300 |
| 079. 肢端肥大症 | 305 |
| 080. 亚急性甲状腺炎 | 307 |
| 081. 甲状腺功能减退症 | 311 |
| 082. 甲状旁腺功能减退症 | 315 |
| 083. 甲状腺功能亢进症 | 317 |
| 084. 甲状腺瘤 | 322 |
| 085. 骨髓增生异常综合征 | 325 |
| 086. 尿崩症 | 329 |
| 087. 肾上腺皮质功能减退症 | 334 |
| 088. 高脂血症 | 337 |
| 089. 代谢综合征 | 341 |
| 090. 糖尿病 | 347 |
| 091. 糖尿病周围神经病变 | 352 |
| 092. 糖尿病坏疽 | 358 |
| 093. 急性脊髓炎 | 361 |
| 094. 散发性脑炎 | 366 |
| 095. 多发性硬化 | 368 |
| 096. 帕金森病 | 374 |
| 097. 共济失调症 | 380 |
| 098. 震颤麻痹症 | 384 |
| 099. 小舞蹈病 | 388 |
| 100. 脑积水 | 391 |
| 101. 格林-巴利综合征(吉兰-巴雷综合征) | 395 |
| 102. 多发性神经炎 | 398 |
| 103. 老年性痴呆 | 402 |
| 104. 脑出血 | 406 |
| 105. 脑梗死 | 412 |
| 106. 脑血栓形成 | 416 |
| 107. 蛛网膜下腔出血 | 419 |



108. 脑动脉硬化症 422

109. 丘脑痛 426

110. 脑萎缩 428

111. 癫痫 431

112. 丛集性头痛 435

113. 血管神经性头痛 437

114. 三叉神经痛 441

115. 周期性麻痹(周期性瘫痪) 444

116. 重症肌无力 447

117. 多发性肌炎 452

118. 系统性红斑狼疮 461

119. 类风湿关节炎 469

120. 多发性大动脉炎 474

121. 系统性硬皮病 480

122. 局限性硬皮病 486

123. 干燥综合征 490

124. 脑胶质瘤 500

125. 烟雾病 504

126. 肝豆状核变性 508

127. 激素副作用 512

128. 一氧化碳中毒后遗症 517

129. 发作性睡病 519

130. 不孕症 522

131. 浆细胞性乳腺炎 552

132. 卵泡黄素化综合征 555

133. 子宫肌瘤 557

134. 多囊卵巢综合征 563

135. 慢性盆腔炎 569

136. 盆腔瘀血综合征 574

137. 盆腔炎性包块 578

138. 子宫内膜异位症 581

139. 卵巢囊肿 586

140. 高泌乳素血症 590

141. 席汉综合征(希恩综合征) 593

142. 外阴白色病变 597

143. 过度换气综合征 601

144. 呼吸暂停症 603

145. 儿童性早熟 604

146. 心包积液 608

| | |
|-------------------------------|-----|
| 147. 肝脓疡 | 611 |
| 148. 不育症 | 615 |
| 149. 男性乳房异常发育症 | 641 |
| 150. 血栓闭塞性脉管炎 | 644 |
| 151. 下肢静脉血栓形成 | 650 |
| 152. 慢性骨髓炎 | 654 |
| 153. 恶性淋巴瘤 | 658 |
| 154. 多发性骨髓瘤 | 662 |
| 155. 多发性神经纤维瘤 | 667 |
| 156. 腰椎骨质增生症 | 671 |
| 157. 腰椎间盘突出症 | 676 |
| 158. 强直性脊柱炎 | 680 |
| 159. 腰椎管狭窄症 | 686 |
| 160. 股骨头缺血坏死 | 689 |
| 161. 骨质疏松症 | 693 |
| 162. 脊髓空洞症 | 696 |
| 163. 带状疱疹后遗神经痛 | 701 |
| 164. 银屑病 | 705 |
| 165. 泛发性神经性皮炎 | 711 |
| 166. 白癜风 | 714 |
| 167. 结节性红斑 | 718 |
| 168. 多形性红斑 | 722 |
| 169. 变应性血管炎 | 725 |
| 170. 结节性血管炎 | 728 |
| 171. 瑞尔黑变病 | 731 |
| 172. 视网膜静脉阻塞 | 734 |
| 173. 视神经萎缩 | 737 |
| 174. 中心性浆液性视网膜病变 | 741 |
| 175. 动眼神经麻痹 | 744 |
| 176. 视网膜色素变性 | 747 |
| 177. 视网膜脱离 | 751 |
| 178. 缺血性视乳头病变(缺血性视神经病变) | 755 |
| 179. 神经性耳聋 | 759 |
| 180. 白塞病 | 762 |



迎难而上,柳暗花明又一村

——论中医治疗疑难病症的思路与方法(代绪论)



任何一门学科的存在,都是由它所产生的社会效益和经济效益决定的。医学科学的社会效益和经济效益,是由它的临床疗效所决定的。临床疗效是医学的核心问题,没有临床疗效,医学也就没有生命力。中医学之所以历数千年而不衰,正是它有显著的临床疗效。

纵观中医发展史,凡在学术上有所建树者,不是在理论上有所突破,就是在对疑难病的诊疗上有所突破,或建立新法新方,或临床疗效卓著。疑难病症的辨证治疗,是中医学研究的重要领域。深入开拓中医治疗疑难病症的研究,是现实临床实践的迫切需要,特别是随着时代的发展,新的疑难病症不断增多,现代人类不少疾病,西医学亦苦无良法,疗效不佳。因此,加强中医对治疗疑难病症的研究,发掘、探索中医治疗疑难病症的理、法、方、药规律,不仅是临床的客观需要,更是发展中医学的重要战略之一。

一、疑难病症的概念与范畴

自从20世纪80年代初提出“创建中医疑难病学科理论体系”学术思想后,中医学术上第一次出现了“中医疑难病学”这个新概念,若论及中医疑难病学科,首先应搞清几个基本概念,诸如什么是中医疑难病,中医疑难病的范畴。疑难病是中医学术常用的一个比较古老传统的概念,具有中医辨治两方面的特点,范围颇广,概念比较笼统,临床各科都有不少疑难病。关于疑难病的概念,自古至今论述颇多,但一直未能取得统一认识或意见。从“疑难病”字面意义上讲,“疑”主要是就辨证方面而言,症状纷杂或罕奇,证候疑惑,病机复杂,致使辨证难明,诊断难定。“难”主要是就治疗方面而言,或诊断不明,无法治疗;或诊断已定,疗效不佳,甚至治疗无效。在古代《内经》、《伤寒论》、《金匮要略》等众多的中医经典著作中,对一些医家困惑不解、疗效不佳、预后不良的疾病,多用“难治”、“难已”、“不治”、“死证”等概念来描述,这些均有“疑难病”的类似概念。随着时间的推移,现代科技的进步,中医学科自身也得到进一步的发展,有关疑难病诊治的临床报道及概念的理论探讨越来越多。众多中医学者从各自不同的思想、观点、认识、理解及视角出发,对疑难病的概念提出了自己的看法。中医疑难病具有以下几个特征^[1]:

1. 临床表现繁多、纷杂、罕奇 患者身患多种疾病,临床表现繁多纷杂而疑似,或症状体征奇特罕见,因而难以进行辨别、诊断与治疗。
2. 病因病机错综复杂 临床常见虚实互见,寒热错杂,外感内伤,表里同病,新病宿疾交织等。
3. 证型难分难辨 患者症状纷杂,或病机复杂,或症状奇特少见,证候疑惑,认识不清,犹豫不决,诊断上难以定论。
4. 临床治疗效果不佳,预后不良或无效 临床上病程漫长,邪盛正衰,久治不愈,疗效

不佳;或病情复杂,治疗难收预期效果,其预后不良;或诊断易定,辨证易明,但目前尚无特效疗法或方药,因而无法治疗或治疗无效。

5. 中医与西医疑难病范围不尽相同 疑难病除难治外,还有辨证诊断不易方面的含义;难治病是一个比较新的概念,多指西医学领域中的疾病,诊断不难,难在医学界公认没有好疗法或疗效不佳,以难治为主要特点。中医疑难病与西医疑难病,既有联系又有区别。有些疾病,中医、西医专家均认为属于疑难病或难治病;有些疾病西医认为是难治病,但对中医来说正是其专长;而有些疾病属中医的疑难病,西医却不认为难治,有的已经解决或正在解决。

综上所述,我们可以给疑难病这样一个描述:疑难病是指在医学发展过程中的某一时期内,学术界所公认的,具有诊断辨证难、临床治疗难等特点的临床各科疾病的总称。

中医疑难病的范围很广,临床各科均有不少疾病属于疑难病范畴。但对疑难病的范围,古今尚无统一认识,而且对某些疑难病的看法也不统一,因此要准确划分疑难病的范围,目前是比较困难的,有待学术界进一步探讨研究。什么是中医疑难病学?中医疑难病学是在中医理论指导下,对疑难病的发生、发展、转归、辨证治疗及护理、预防保健等方面进行系统研究的专门学科。中医疑难病学,是以中医基础理论为其指导思想,并吸收西医学对疾病的认识的先进内容,进行系统的整理和研究。它是中医学的一个分支学科,其研究范畴仅限于疑难病范围。其研究内容为:①疑难病的发生原因;②疑难病的发展状况;③疑难病的转归机制;④疑难病的临床辨证治疗;⑤疑难病的临床护理;⑥疑难病的预防及保健。其研究方法是传统医学与现代科技结合,进行理论与临床综合研究。开展中医疑难病学研究,可推动中医学术的发展与进步。中医疑难病学科理论体系不仅是中医理论体系的一个组成部分,而且还进一步发展和完善了中医理论体系。辨治疑难病是反映学术水平及技术水平的标志。

开展中医疑难病学研究,是临床实践的需要。中医疑难病学科理论体系的基础,是中医治疗疑难病临床实践的总结。广大中医临床工作者应加强对中医疑难病的研究,发掘整理前人积累的防治疑难病的临床经验及诊治疑难病的理法方药,不断创造新的理论,发明新的疗法及方药,从而建立中医疑难病学科理论体系。用这个理论体系指导中医疑难病临床实践,可避免盲目实践,重复研究,节省人力物力,从而可迅速推动疑难病辨治出现新局面,使疑难病防治整体水平提高,促进中医学向前发展。开展中医疑难病学研究,是发展中医学的战略措施。

中医学学历数千年而不衰,也正因为它具有显著的临床疗效。如果中医在防治疑难病领域中有所突破、有所进步,或者在某方面明显高于其他医药学,其社会效益和经济效益就会明显提高,由此而产生的重大意义及深远的影响力,也是可想而知的。如果积极发展中医疑难病学科,解决一些世界性的医学难题,那么中医学将会引起全球医学界的高度重视和普遍关注,也必将推动中医药人才交流,扩大中药材国际贸易,推动中医学国际化进程,使中医学成为全球人类共同财富,并将推动世界医学的进步与发展。疑难病不是现在才有的,它是从医学诞生之日起就广泛存在着的。这些医学难题迫使历代医学家们去苦苦钻研探索,寻求解决方法,医学也正是在这种探索追求中不断发展和进步的。我们传统医学工作者应加强研究与探索,给古老的中医药学创造一个美好而灿烂的未来。



二、“气形”理论对疑难病症发生学的揭示

疑难病症的诊治若要取得突破,必须研究疑难病症的发生学,而首先又必须研究生命甚至整个宇宙的发生学。中医学理论为我们在这一领域的开拓提供了独特的见解。《素问·生气通天论》指出:“夫自古通天者,生之本。”《素问·阴阳应象大论》指出:“化生精,气生形。”现代“大爆炸”理论证实,世界的所有一切(包括生命)都是“真空能”状态的原始宇宙经过百亿年的逐渐演化而来,人同样是宇宙演化的产物(“气生形”),人是分化系统,是“自组织”的产儿,而不是原子的组合。依据发生学观点,世间万物(尤其是生命)首先必须内禀能够产生自我的功能A(“气”),由功能A产生并维持结构(“形”),这种结构又负载功能B。疾病的发生,首先都是源自功能A的异常,进一步发展则表现为结构改变。西医学已认识到器质(结构)性病变与功能B病变,但忽视或否认功能A的病变。中医学强调“大凡形质之失宜,莫不由气行之失序”,侧重于功能A的调理,要求我们应该向器质性病变之前(功能A异常)甚至整个生态系统的各个环节开拓,疑难病症研究理应瞄准这一方向^[2]。

西医学的对因治疗、对症治疗、病理治疗、补充治疗或替代治疗等疗法,取得了巨大的成功,一般情况下对常见病症可以做到手到病除。但对疑难病症则往往显得“黔驴技穷”,而且由其导致的毒副反应与医源性疾病等弊端已日益暴露。问题的症结在于,究竟应该怎样认识人体在疾病发生过程中的地位与作用,致病的、治病的、愈病的枢机是什么?中医学给出了明确回答:“正气存内,邪不可干”;“邪之所凑,其气必虚”;“阴阳自和者,必自愈”。现代科学认为,生命是最高级的自组织系统,人是自组织的最高典范,致病的、治病的、愈病的因素都要通过人体自组织发挥作用。只要理解和承认自组织机制在发病与愈病中的作用,就必须提出和研究治疗层次问题。疑难病症大多都是人体最深层次“生命节律”的紊乱或崩解,不达病所或不触枢机的对症治疗只能是隔靴搔痒,无济于事。如中医理论研究大家王冰对《内经》的经典注文“壮水之主,以制阳光;益火之源,以消阴翳”;明确地把病变、病机分为3个层次,即“阳光”和“阴翳”、“水”和“火”、“水之主”和“火之源”,要求把治疗的作用点放在最深的那个层次,即水之“主”、火之“源”,而不是“阳光”和“阴翳”,也不是“水”和“火”^[3]。努力探究导致各种疑难病症的“主”和“源”,并创立相应的应对措施,正是摆在中西医学面前的重大课题。

从战略高度开拓研究思路,中西医学都已形成了自己的治疗法(原则)。“实者泻之,虚者补之”、“急则治其标,缓则治其本”等为中医学之治疗法则;“见炎消炎,见毒抗毒”、“心衰强心,失液补液”等为西医学之治疗原则。通常情况下,这些法则是科学的,有效的,必须遵守。但对于疑难病症,这些法则大多失灵。问题在于“虚、实、炎、毒”只是病症过程中的一个表象或判据,在病症表现为单一的线性的因果关系链的情况下,按照上述法则治疗必然起效,而疑难病症大多表现为原因不明、发病机制复杂、临床表现各异、转归难以预测、规律不易把握的“混沌”现象,犹如一团乱麻,但不可以快刀一斩了之,可谓“急则愈坚其结,缓则可清其绪”。这样就不得不从“最高一级的一般”的哲学高度来思考,不得不提出一个高于一般治疗法则的法则——治疗战略问题^[4]。

三、名老中医诊治疑难病症经验形成规律探析

在整个中医药学发展的历史长河中,古代、近代、现代名医辈出,群星璀璨,他们有的穷

一生之智、竭一身之虑,著旷世奇著;他们有的历千辛万苦,以神农为榜样,立一家之医药巨著;他们有的以博大的爱,活人无数,而又就一腔热血,成一家之说;他们有的由博返约、衷中参西,献奇妙之方药,为后人在难治大病、重病上留下心得验录。他们这些令吾辈汗颜的经验,汗牛充栋,浩繁纷杂,是我们吸取和发掘的“富矿”,他们的经验也是他们成为名医的力证。宏富经验的形成是否有什么“奥妙”可言,有规律可循,是否能在自己刻苦努力的前提下,事半功倍地尽快登堂入室,担当起救民于疾苦之中,弘扬我中华国医之重任,是我在这里和大家共同探讨的课题。

学者葛元靖等^[5]通过对许多名老中医的成才经验和治学方式梳理,深究其学术思想之精华和人生厚重的阅历,极尽深挖精思勤悟之能事,认为可归纳为几条共性的规律。

1. 博览群书,重视人文精神,注重人格魅力的煅铸 酷爱博大精深的中医药及其派生出来的文化,是名老中医们成才的第一要旨。大凡中医学历史上留下“活人无数”、“屡起沉痾”、“效若桴鼓”美名的名老中医们,尽管他们诊病专业领域不同,性情禀赋各异,但都有着爱生命、爱人类的博大胸襟,有着求真务实、锲而不舍的执著追求,有着扎实深厚的人文素养,有着能托举自身人生价值的人格力量和精神境界……他们博览群书,文、史、哲、天、地、生无所不涉猎,达到了“治学三境界”。第一境界:了解中医,洞悉其理论内涵,如登高望远,鸟瞰路径,了解概貌,“望尽天涯路”。第二境界:钻研中医理论做学问,弘扬中医。成就中医大事业不是轻而易举的,须经历刻苦辛劳、呕心沥血的学习和实践,“为伊消得人憔悴”。第三种境界:经反复学习、探索、研究、创新的历练,终获成就。功夫用到便会豁然开朗,有所发明和发现,心有所得,验有阐发,临证挥洒自如,受用无穷。真乃“众里寻他千百度,蓦然回首,那人却在灯火阑珊处”。这三种读书的境界正是他们酷爱中医,欲为大医之信念所致。这三种境界本身就是成功的人文精神所体现,也是煅铸人格魅力的具体方式。这是他们攻克疑难奇病杂症的基础,精神的动力,攻关的勇气,是他们成为具备“高超的中医理论水平,丰富的临床经验,精湛的医疗技术”三大基本素质大医、名医的总纲。

2. 崇尚中医经典,善于用经典,指导临床迷津 视临床为从医之本,是名老中医攻坚克难的共同特点和规律。几千年来的实践证明,中医的疗效是肯定的,而疗效在于经典。古代医学经典浩瀚,其中《黄帝内经》、《难经》、《伤寒杂病论》、《神农本草经》被誉为是中医学的“四大经典”。所谓经典,是指在某门学科的建立与发展中起到奠基或划时代作用的著作。《博物志》云:“圣人制作曰经。”儒家把诗、书、易、乐、礼、孝、论语等列为经典,当今把《资本论》、《自然辩证法》等称为马列主义经典著作,都是这个道理。在当代高等中医教育中,不少学者正大声疾呼:“四大经典”绝不能丢!

这四大中医经典著作中,尤其要更加重视《黄帝内经》。《黄帝内经》(简称《内经》)全面总结了秦汉以前的中医学成就,标志着中医由单纯积累经验的阶段,发展到了系统的理论说明阶段,为中国医学的进一步发展提供了理论指导和依据。自这部著作问世后,它就成为医道之渊藪,医家之圭臬,在中国医学史上一直享有崇高的地位。虽然寒暑交替已经历了两千多载,但《内经》阐述的医学基本原理,至今仍是中医各科的理论基础和创新的源泉,指导、规范着一代又一代医药学家的临床实践和思维。《内经》是中医学的不祧之祖,这个结论不必引证历代医家对《内经》所作的无法再高的评价,也无须统计历代注解、发挥《内经》的医著数量,只要翻一下今天各级中医基础教材的任何一本,便昭然若揭。尤其令人惊叹的是,用《内经》的理论和方法指导治疗,在很多方面能够收到现代西方医学难以达到、无法解释的医疗

效果。如对某些疾病的奇效,使不少西方学者瞠目。一部两千多年前的医学著作,竟然有如此长久的生命力,在科学史上确属罕见。这是历史的肯定。

谁重视经典,谁下苦工夫研读并不断地践行经典,在继承经典上创新,谁就能将中医发扬光大,由经典历练出来的诊治疑难病的经验才能达到“炉火纯青”的境界。纵观中国医学史,不读懂经典,不“勤求古训、博采众方”,是不可能成医学大家的;不会用经方,就不能治大病、难病。张仲景熟谙经典而成为医圣。历代中医大师的辉煌成就和学术观点,无不受到《内经》、《伤寒杂病论》等经典的深刻启迪。这就是当代中医泰斗邓铁涛教授提倡的“读经典,做临床”,培养“铁杆中医”之道理所在;这就是国家要花巨资培养“传统的高层次中医临床研修人才”之道理所在;这就是现代派博士中医要提倡师古而不泥古、活用经方攻顽症之道理所在;这就是20世纪80年代云南省中医学学会要搞“经典大温课”学术活动,今天全国再提“重经典,用经方,早临床,多临床”之道理所在。现在一部分西医处理上比较棘手的病症,之所以中医院不敢和西医竞争,缘于真正会用经典理论和经方辨治疾病的高手太少了,缘于真正明白《伤寒杂病论》精髓的中医太少了,懂得并善用经典理论指导辨证,圆通活法运用经方的中医太少了。而按照西医的思路使用中药的中医却大有人在。见有炎症,有的中医师便认定是“热”、“火”,而大上清热解毒类方药;一见动脉硬化,有的中医便附和是“瘀血”,赶紧开一堆活血化瘀类方药;如为高血压,有的中医便不假思索地认定是“肝阳上亢”,立马用平肝潜阳类方药等等,不一而足。如此这般不讲“整体观念、辨证论治”特点,不以个体脏腑阴阳整体平衡来辨证、立法、遣方、用药,而简单地套用西医某些理论来开中药及中成药,看似简单、容易、快捷,但实是思维上的懒惰,理论上的弱化和盲从,严重脱离了、矮化了中医独特而严谨的理论和思辨体系,疗效大打折扣。

以经典理论为指导,源自临床和对经典中经方的深悟。凡在临床有建树的名老中医,多具有几十年针对各病证用药的丰富经验,更有甚者善用某药疗病而效若桴鼓。著名中医学家吴佩衡擅用附子,精研四逆温阳之辈,结合云南地域特点,重用附子,推重阳气,崇尚经方,后人称他为“吴附子”,饮誉全国。现代名医李可老先生,参透玄机,道在江湖,“用药让人胆战心惊,疗效让人目瞪口呆”,他打破常规,有时重用附子200g,可谓步“吴附子”之后尘者。南通之朱良春老先生善用虫蚁之药,数量及配伍妙不可言,常用之于重患,疗效出奇,是善用心者之榜样。北京学者焦树德教授更以善用藤类药物治痹证声名远播,络石藤、海风藤、忍冬藤、石楠藤、鸡血藤等的加减化裁,经方用之到了出神入化的地步。自古而今,凡诊疗疑难病症有宏富经验者,必有自己总结的独特用药经验,更有因用药配伍精、准、验而饮誉病患之中和杏林之中。

3. 知常达变,运用之妙,存乎一心 中医学学术历来重视发挥灵活性,讲求知常达变。达变能力的高低常是衡量医生临床水准的重要指标,然“知常达变”之功非一日修炼可成,不仅要有扎实的理论根基,具备一定的临床阅历,更要有悟性。所以,学习中医要在“悟”字上下工夫!悟,“医者,意也”。清·喻昌《寓意草·自序》云:“闻之医者意也。一病当前,先以意为运量,后乃经之以法,纬之以方,《内经》所谓微妙在意者是也。”此即所谓“运用之妙,存乎一心”,这与诗品中的心有灵犀,画论中的形神兼备,文章中的妙手偶得,佛学中的境由心主,息息相通,一脉相承,都来自于中国古代传统文化的熏陶。

“悟”或曰“心悟”、“心法”,也是中医认识发展史上的一种基本的认识方法。清代医家陈修园在《医学心法》序中说:“师以授之弟,父授之子,皆本心法,以为心传,医道何独不然……”

心悟乎古人之言,能畅达古人言中之意,心契乎古人之心,能曲绘古人意中之言。辨其是非,判其偏正……殆所谓神明于规矩之中,变化于规矩之外矣。”所谓心悟,是指在学习的基础上,对圣贤之言和经典论述,或某些问题念念不忘,殚心思忖,反复琢磨,终于心领神悟,获得独特见解的一种思维方式。它与佛教所说的“顿悟”、“悟性”有所类同,在早期的中医著作中,常被描述为“慧然独悟”、“昭然独明”等。清代医家吴体仁说:“诚以学非精详,不可以云学,学必会通,乃可以言悟,悟不先之以学,则无师而所悟亦非,学不要之以悟,则固执而所学亦浅。”说明了学与悟的关系。

如何悟?程国彭说:“学者读书之余,闭目凝神,时刻将此数语(指经典的某些命题),细加领会,自应一旦豁然,融会贯通,彻始彻终,了无疑义。”(《医学心悟·医有彻始彻终之理》)心悟,必经一个艰苦的思考过程,如吴鞠通自言“十阅春秋,然后有得”(《温病条辨·自序》)。正因为如此,故在中医学浩瀚的文献宝库中以“心悟”和“心法”命名的著作层出不穷。如刘完素之《伤寒标本心法类萃》、朱丹溪之《丹溪心法》、薛己之《外科心法》、吴谦之《伤寒心法要诀》、程国彭之《医学心悟》、尤怡之《金匱要略心典》、万全之《痘疹心法》、高秉钧之《疡科心得集》、镛洪之《伤寒心要》、窦材之《扁鹊心书》等,这种认同现象在世界医学史上是独一无二有的。

由于心悟、心法的宗旨首先是着眼于领悟经典的要义,《内经知要》(李中梓)、《本草备要》(汪昂)、《医学六要》(张三锡)、《素问要旨》(刘完素)等医著之名便蕴含此义。又因为心悟、心法因个体而异,且获得某种独有心得非一日之功夫,故一些中医学家的著作名称即体现了其难得之体会,如《外台秘要》(王焘)、《素问玄机原病式》(刘完素)、《素问论奥》(刘温舒)、《伤寒家秘》(陶华)、《伤寒微旨》(韩祗和)等。这些著作,基本上皆是基于“取其精华,间附己意,以及考验”(吴鞠通)的心悟诸法的结果,它确实是中医学发展理论的基本形式和思维方式。

理论和实践雄辩地证明,缺少悟性的中医,永远只能在一般常规理论和低层次的临床实践中徘徊。而悟性这东西,用现代科学方法大概是找不着形态的。

中医临床是中医学赖以生存的生命线。尽管有人说:西医能说清楚道理,治不好病也是科学;中医不能说清楚道理,治好了病也是不科学。对此科学与不科学之说,在此姑且不论。一代伟人邓小平曾说过:“发展才是硬道理。”对中医药来说,“有疗效就是硬道理”。正如当代著名中医学大家朱良春教授所说“中医之生命在于学术,学术之根源本于临床,临床水平之检测在于疗效。”^[6]我们必须要在临床实践方面多下工夫,在实践中探索,探索当然渗透着理论,这样才能成为一名理论密切联系实践的临床家。探索实践是医药理论的源泉,它主要表现在对临床的观察促进病理机制研究的展开,所有疾病都靠临床来发现,一切疾病在活体上的表现及其变化规律,也得靠临床活动加以确认。张仲景的《伤寒杂病论》等许多中医著作都是中医学在这方面的典范。

4. 倡用现代科技成果,武装中医临床 用现代药理研究成果指导临床,病证结合,以临床疗效为准绳,验明自身知识储备,拾遗补缺这一条多为现代名中医所遵,以便有更多机会与西医对话,中医治疗疑难病症的疗效之所以常常受到西医的质疑,其中一个重要的原因是中医疗效在西医学关注的“疾病”关键指标上显示度不够,也就是说缓解症状可以,改善指标难。中药药理研究基于病理生理展开,针对疾病、靶点明确,为提高疗效提供了有力武器。现代中药药理研究成果应用于临床,不仅可以提高临床疗效,同时也是成果验证的最佳途

径。通过对现代药理研究的有效成分、组分所属的原药材进行传统药性回归,将辨病、辨证、现代药理、传统药性整合于现代中医临床诊治思维中提高辨病疗效。同时对有效成分、组分的传统药性回归研究又可丰富和完善传统药性理论。中药现代药理研究是针对西医学“病理生理”展开的,与辨病论治没有直接联系,因而临床应用时无从下手。拿来就用,恐组方杂乱无章,不像中医。不拿来用,治疗“疾病”疗效又不理想。因此需要一个能将现代药理研究成果与临床应用连接起来的桥梁,这个桥梁就是“病证结合”思路。上海学者施杞乃中医骨伤名医,用现代科技结合中医骨伤理论长期开展脊柱退行性疾病、骨代谢性疾病、骨肿瘤等中医药治疗的临床和基础研究。提出“动力失衡为先,静力失衡为主”是颈腰椎病发病力学的基础,创立了“从痹立论,以气为主,以血为先,痰瘀兼祛,肝脾肾同治”的脊柱退行性疾病治疗学术思想。开展了具有中医骨伤科特点的模式动力病理学研究。他可以说是提倡用现代科技成果武装中医骨伤科临床取得巨大成功的典型代表之一。这些医师们动用自身知识储备,选方用药衷中参西,总结出规律,当一药多效时择其主要药效,当一药药力不足时可选择多药组合共同针对疾病的“靶点”,佐使药可择其相同功效但药性相反的药佐制君药性以免太过伤正。用现代科技成果武装中医,用现代药理研究成果指导临床,逐渐成长为敢于创新、寻求突破,用药峻猛而出奇制胜的高手。因为他们懂得“科学地阐明中医药疗效机制,要比说明中医药的疗效难得多”。

纵观古今名医,不论是名于何处,均能在疾病中找到他们的擅长,从擅长中找出他们的学术智慧和学术经验。找准切入点很重要,这就要多读书、多交流,有个由博返约的过程,这个切入点似战争中的战略,“一招不慎,满盘皆输”;这个切入点也像科研的设计,“设计有误,结果肯定不对”;这个切入点也是从医立志为之奋斗一生的出发点,找准找好后,才谈得上“刻苦努力”,“挑灯夜战”的奋斗,坚守而不浮躁,终能有“春华秋实”的一天。这是我们研究名医治难治病的终极目标。

5. 尊师重道,不耻下问 他们师从有名或者无名,擅像海绵一样吸取无论来自何方的为医治疗经验和一技之长,完善自己的学识,充实自己的诊疗经验,终成大家,终于青出于蓝而胜于蓝。所有名老中医在讲到古今名医时总是滔滔不绝,讲他们的学术思想精粹时,对先贤们充满尊师重道之感。充满尊敬就更坚定习医研读、勤于临床的动力。“榜样的力量是无穷的”。他们对历代医家的学术经验多有发挥,多有钻研。由于临证各医家研究重点不同,形成许多学派,而学派都是有“掌门人”的,这些掌门人都有讲不完的临证知常达变经验,都是活人无数的名家。由于他们学名医临证之经验,他们也就成了后世之名医。经方派、时方派、寒凉派、温补派、伤寒派、火神派、补土派、滋阴派等等不一而足,学术思想可说是多如星河。学习他们也就不难理解现代名中医也喜提到自己是哪门、哪派了!也有的名医只有一技之长,但诊法奇特者有之,治法奇特者有之,用药精妙者有之,外治独特者有之,而他们应算有心的医生而不是名医,现代的名医也对他们的学术经验不耻下问,“行千里路,取万条经”,完备自己的学术经验,他们也善于师从民间的医生来成就自己。这样的例子太多太多,真是不胜枚举。充实了自己,完善了自己的学术经验,自然他们就成名医了。志存高远,恬淡虚无,体健神清,终能成名医、大家。凡能出奇制胜诊治大病、难病的名医不论古今,大多有坚定的信念,顽强的意志,宽阔的胸怀。他们不被浮躁所影响,不为世乱所动摇,数十年如一日,专攻难病、大病、急病,视救人于水火为医之最高境界;他们不为良相,即为良医,外世纷繁不能诱惑,不能使他们放弃诊脉救人。他们要达到以上境界,不体健神清行吗?杂念太