

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙由北京中医药大学东直门医院赵进喜教授倡议发起,由东直门医院教育处协办,其思路是约请长期在临床一线、热心学术,并确有独到见解的中医学者,针对具体中医热点问题,结合临床实践与个人体会,畅所欲言、率性而谈。通过自由争鸣,不仅与会者多所受益,而且更可为中医药学术传承、中医人才成长与提高临床疗效,提供有益借鉴,从而打造一份新的学术品牌。“铿锵”者,是为中医发声响亮而激越,更有学术争鸣之意,喻中医药事业迅猛发展之势。本刊社作为学术交流的平台,以活跃学术气氛,营造百家争鸣的良好学术环境为己任,特开设“铿锵中医行”栏目。将与会学者的发言,整理刊发。“铿锵中医行”学术沙龙第一讲以“读经典、做临床”为主题,2014 年 10 月 24 日在北京中医药大学东直门医院举行。

· 铿锵中医行 ·

结合临床,刻苦读经典;慎思明辨,直面新挑战

赵进喜 黄金昶 王玉光 姜苗 肖永华 朱立 贾冕

【摘要】 结合临床读经典,直接关系到中医成才。读经典必须下苦功,而且要带着问题,勤于思考。尤其是在疾病谱改变的今天,中医学面临新挑战,读经典必须重视领会中医原创性思维,尤其是中医辨病、辨证的临床思维,适应社会需求,解决临床新问题,以提高中医临床疗效,促进中医学术进步。

【关键词】 经典; 人才培养; 临床思维

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2014.12.007

中医学,源远流长,之所以能生生不息几千年,主要还是因为临床有效。如何提高中医临床疗效?王永炎院士强调“读经典、做临床、参名师”,目前已成为中医界共识。那么究竟应该如何读经典?尤其是如何结合临床读经典?在北京中医药大学东直门医院内进行的“铿锵中医行”学术沙龙上,与会学者对此展开了热烈讨论。

1 结合临床读经典,是古今名医成才的必经之路

赵进喜教授:

经者,常也。中医经典具有巨大的生命力与普遍的临床指导意义。古今名医,无论是张仲景,还是叶天士,无一不重视经典传承。王永炎院士强调“读经典,做临床,参名师”,中医常说“熟读经典勤临床,多拜名师悟性强”,非常强调中医人才培养“读经典”的基础性地位。但“读经典”的目的,当然还是为了服务临床。古人云“善言古者,必有验于今”,董建华院士强调“早临床,多临床,反复临床”,吕仁和教授强调“古为今用,洋为中用,学以致用”,都是在强调必须结合临床读经典。

作者单位:100700 北京中医药大学东直门医院内分泌科[赵进喜、肖永华、朱立、贾冕(博士研究生)],教育处(姜苗);中日友好医院中医肿瘤科(黄金昶);首都医科大学附属北京中医医院呼吸科(王玉光)

作者简介:赵进喜(1965 -),博士,主任医师,教授,博士生导师。研究方向:中医治疗肾病、内分泌代谢病。E-mail:zhaojinxiimd@126.com

我认为:读经典必须立足于原书,重视“读白文”,不能为后世注家的观点所迷惑;读经典应该把经典放到其产生的时代去研究,不能用后世张景岳的哲学思想,李时珍对药性的认识,来解释《内经》理论与张仲景的方药内涵。当然,最关键的还是必须结合临床实际来研读经典。单纯用训诂方法研究经典,为文献而文献,未必适合于研读医学经典。

有关经典的许多复杂问题,之所以争论不休,不能正本清源,往往就是因为未能结合临床。如《伤寒论》结胸病,分小结胸病、大结胸病等。一般认为小结胸病为痰热阻结于胸,大结胸病如水热互结与胸胁,遂使小陷胸汤、大陷胸汤等,究竟适应症是什么,都变得深不可测。甚至有人将其混同于胸腔积液“悬饮”。河北馆陶县有民间医生吴书海,有主治胃脘痛家传方,临床屡用屡验,组成即枳椇、黄连、半夏,实际就是小陷胸汤。其实,《伤寒论》原书早有明训:“小结胸病,正在心下,按之则痛,脉浮滑者,小陷胸汤主之。”“正在心下”,即是胃脘;“按之则痛”就是胃脘部压痛。足见,小结胸病的中心病位是在心下,不在胸胁。临床上我们常用小陷胸汤治疗慢性胃炎、糖尿病胃轻瘫以及冠心病等表现为心下满闷疼痛者,只要具有“正在心下,按之则痛”的典型腹证,脉见浮滑,或舌质红苔黄腻,无论何病,应用小陷胸汤,均可取得满意疗效。而《伤寒论》论大结胸病的典型症状“心下疼,按之石硬”,甚或“从心下至少腹皆硬满,痛不可触近”,即典型的板状腹,肌紧张、压痛、反跳痛,应是局限性腹膜炎、弥漫性腹膜炎的表现。此类病现在治疗尚有困难,如失治误治,容易出现感染中毒性休克,出现发热、脉浮大、

全身中毒症状与烦躁不安等。《伤寒论》指出“脉浮大者死”，“烦躁者死”，此“脉浮大”提示全身中毒症状明显，而烦躁常是休克的早期表现，所以预后不良。曾有外科团队，应用大陷胸丸加减治疗局限性腹膜炎，研究成果获得北京市科技进步奖，值得中医人思考。

2 结合临床读经典，非下苦功不可

姜苗博士：

中医药学的学科特点，决定了“传承”的重要。“读经典”，不是简单读读即可，而是必须将经典烂熟于心，并在临床中摸爬滚打，反复体悟，才能练就真功夫。古今中医大家，在经典学习方面，可以说都下过苦功夫。当代名老中医如秦伯未、任应秋、任继学等，都非常重视经典。而我的博士后导师周平安教授，学生时代就能熟背《伤寒论》，两个小时从头到尾，一字不错。近年虽罹患重病，历经手术、放疗之苦，仍以古稀之年、病弱之身坚持门诊，诊余必读书。近日老先生又开始重读《内经》，手抄经文，令人赞叹。赵进喜教授学生时代，私淑伤寒大家刘渡舟、李克绍教授，古今注家所作，无所弗窥，所以临床教学，经典条文能信手拈来，如数家珍，始成今日之成就。由此可见，读经典，必须耐得住寂寞，必须真正下苦功夫。

王玉光教授：

古人云：“道易知而难行。”读经典，看似简单，实则不然。如果不能真正钻进去，下几年狠功夫，很难入其门径、得其真要。比如李东垣的《脾胃论》，前后概念的冲突等，包括阴火、元气、内伤等，如不沉下心来，读十几遍，根本不可能融会贯通。河北名医李恩复教授曾下苦功，对《脾胃论》的理论进行系统梳理，融会贯通之后，“化”而为胃肠病“凉润通降”辨证体系。第二届国医大师李士懋教授，每日早 4 点起床，苦读经典，整理《伤寒论》之类证、类方、类脉、类药，创造了平脉辨证体系，发扬了脉学理论，都是下了一番苦功夫的结果。

赵进喜教授：

学中医，“读经典”，与学语言一样，非下苦功不可。古人云：“书读百遍，其意自见。”反复诵读，可不断加深理解。如《素问·热论》论“今夫热病者，皆伤寒之类也”，历来被认为是论“广义伤寒”，但结合上下文，“人之伤于寒者，则为病热，热虽甚不死，其两感于寒者，则不免于死”，反复诵读即可发现此“伤寒”显然属于“狭义伤寒”。

想我大学读书时，嗜读经典，尤其崇尚仲景之学，及至临床则习用经方治病，常可获效。而对张仲景三阴三阳即所谓“六经”实质问题，则因多歧亡羊，不能入其堂奥。昼临床，夜读书，焚膏继晷，实不敢有一日松懈。直到天津攻读内科肾病学硕士研究生阶段，一日游天津古文化街，看到“泥人张”作品叫“十八罗汉斗大鹏”，眼见十八罗汉面对突然临之的大鹏，行为、神态各异，遂顿悟十八罗汉遇大鹏所以反应不

一，实因为各人性情有别、道行深浅不一。其实，不同致病原因，作用于不同体质之人，反应也会不同。而证候就是不同的致病因子作用于不同的体质之人，所反映出的不同的反应状态。当然，这个反应状态需要一系列的脉证来体现。

《伤寒论》三阴三阳的实质，实际上就是古人基于“道生一，一生二，二生三，三生万物”哲学思想，对人体生理功能所进行的有别于五脏系统的另一层次的划分。太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴六系统，在生理状态下各有各的功能，互相存在联系；病理状态下各有各的表现，一定条件下，又可以相互转化。但在生理情况下，人群不同个体的三阴三阳六系统功能与气血阴阳盛衰状况并不一样，这就决定了人群可以划分为三阴三阳六大类体质。不同体质的人，易感外邪不同；即使感受同一种外邪，反应也不一样，这就形成了一系列不同的方证。

比如体质壮实、卫阳充实的人，感受风寒，容易表现为麻黄汤证，体质较弱、卫阳不足的人，感受风寒后，就容易表现为桂枝汤证，而青少年纯阳之体，卫阳反应太过，外受外邪，就容易表现为风热，或很快入里化热，容易发生高热、咽痛，甚至变肺炎咳嗽等。体质有差异，易感外邪与易发疾病就不一样，患病后表现为出方证也就不同。三阴三阳辨证，即所谓六经辨证，实际上就是在辨三阴三阳六系统病变与患者体质类型基础上，所进行的方剂辨证，即辨方证。实际上，是一种辨体质、辨病、辨证“三位一体”的诊疗模式。

又比如糖尿病患者，如是少阳气郁体质，林黛玉型，患糖尿病后，就容易表现为口苦、咽干、心烦、抑郁、失眠、眼花等，常需用柴胡汤类方治疗。如是厥阴肝旺体质，张飞型，性格急躁，患糖尿病后，就表现为头晕目眩，面红目赤，烦躁易怒等，则需选用镇肝熄风汤之类。

自觉“读经典”，能终有所悟，完全是下苦功的结果。

3 读经典要结合临床，带着问题，反复思考

黄金昶教授：

读经典，当然应该下苦功，但带着临床问题，反复思考很重要。我认为要读懂经典需要以下几步：读经典，思考甄别，临床，再思考（资料整理分析悟道），解释认识经典，最后临床推而广之。“风癆鼓膈”古称四大难症，我们肿瘤科就占 2 个，即是鼓和膈。胸腹水属于“悬饮”、“鼓胀”，肿瘤患者多见。著名肿瘤专家李佩文教授常用补气、利水药，有一定效果。临床观察发现：很多肿瘤患者抽出来的胸腹水特别清淡透亮，按照《素问·至真要大论》“诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒”之论，那就应该是寒。西医以前治疗肿瘤胸水用核糖核酸，或者顺铂，效果不是很好，而后来用 IL-2，疗效提高，为什么？胸水多偏寒，而 IL-2 偏热，寒者热之，自然疗效好。如何发现 IL-2 是热药，是临床大剂量 IL-2 静脉给药后皮肤潮红，取类比象，说明 IL-2 偏热。而对于血性胸水，用凝血酶疗效好，因为该药取自蛇毒，药性偏寒。《内经》中的“水液”，当不限于痰、涕、尿，也应该包括胸腹水在内。对于清稀的胸腹水，应用热药以温阳、利水，或用艾灸，常有佳效。

这就是读经典思考甄别后的临床疗效。但这只是读经典、认识经典的开始,也就是开始悟道。理解认识经典要多读经典、静思经典,展开想象空间,从中悟出更大的道。

单纯从胸腹水颜色辨寒热来治疗胸腹水有时效果还不理想,这时你还要深挖经典。这时要将经典中相关条文汇总分析,展开丰富想象,有时茅塞顿开。比如临床常见到腹部手术出现胸水,胸部手术出现腹水,这是为什么?胸水是什么?古称“悬饮”能给我们什么提示?用十枣汤为什么效果不理想。其实认真琢磨,仔细分析,就可以出真知。胸水其实就是“悬饮”,就象是“堰塞湖”,解决方案只有把山石移开。如何把山石移开?研究经络发现:人体胸腔肺部有四个“门”,即云门、期门、章门、京门,恰是主管水液代谢的肺、肝、脾、肾的募穴,针刺四门将山体移开,再结合《素问·上古天真论》日“肾者主水”之论,配合水道、归来和中极、关元,启动肾气,胸水就非常容易解决了。因此,学习中医,读经典,一定要善于思考。

再看腹水,古人没有影像学检查不能认识腹水,自然无相关资料可供参考。有关和腹水比较接近的材料,《内经》有“诸腹胀大,皆属于热”“诸病浮肿,疼酸惊骇,皆属于火”“诸湿痞满,皆属于脾”等记载,到底哪些资料对我们临床有指导意义不清楚,简直是一头雾水。《针灸甲乙经》将腹水归为“肤胀”有专门论述,临床无所适从;刘民叔将腹水分阳虚、血瘀、气滞,临床效仿效果不佳。后来思拙“大腹属脾”,究竟腹水和脾的什么有关系呢?是与脾为气血生化之源,还是脾湿,还是气机升降斡旋?研究发现:脾经腹部就四个穴:腹哀、大横、腹结、府舍,大家知道穴名与主治密切相关。在研读到府舍穴时,发现府舍是体内与体外三焦气血津液交通的通道,也就是针刺府舍可以将蓄在体内的多余气血津液排出体外,自然可以治疗腹水。三焦与膜原有何关系?苏云放将少阳、三焦、膜原系统论,很有指导意义。仔细发现膜原有许多血管、淋巴管,也就是三焦气血津液循环通道,气是能量不可见,但血和津液可见,血液和津液阻塞可引起腹水和胸水。从膜的角度就能很好理解为何腹部手术出现胸水、胸部手术出现腹水了。原来腹水与脾密切相关,腹部脾经穴位就可以治疗腹水。当然,腹水治疗较之胸水更为复杂,涉及气滞、阳虚、血瘀,需要综合考虑。

还有,临床发现腹水有时局限在肝周、脾周,多数是弥漫在腹盆腔,这是为何?为何胸水和心包积液局限在某一空腔内,而脑积液、腹水多与器官组织混在一起?古人有解释吗?自然没有!这就需要从饮邪和湿邪特点来分析,胸水、心包积液以及腹腔局限性腹水多为饮邪做崇,弥漫性腹水和脑积液是湿邪为患。

膜原理论可以很好解释了腹膜肿瘤为何多局部复发而不容易远处转移的原因,也提示我们用柴胡达原饮治疗与膜相关的肿瘤。我们对胸腹水的认识过程可以归结为图 1。

至于“噎膈”病,多为食管癌、贲门癌。《素问·阴阳别论篇》记载“三阳结谓之隔”,为少阳、阳明、太阳多因素互结为病。少阳关乎火、瘀,阳明关乎阴虚与燥结,太阳关乎寒、痰,食管癌多为气滞血瘀、阴虚、痰阻、阳虚等。目前缓解食管癌梗噎症状用生理盐水配合庆大霉素、山莨菪碱效果明显,庆大霉素清热、山莨菪碱抑制腺体分泌祛痰湿,西药印证了我们古人的认识是正确的。历代医家对“三阳结谓之隔”解释的不到位,或断章取义,或望文生义;而且历代医家治疗食管癌方药效果并不如意。是我们用的药不够猛,还是我们对食管癌的中医辨证认识不到位?出现这种情况我们会很迷茫。还好,除了中药,我们还有针灸、按摩导引等中医独特诊疗方法。食管居任脉、督脉之间,是人身居于任督二脉之间最长的器官。任督二脉通过手足阳明经在口腔以及魄门处交汇。噎膈存在胃气上逆,属于阳明经病变,自然与督任相关。胸部与胸腹连接处、胸颈连接处有天突、膻中、巨阙、廉泉诸穴。天突,“突”有烟囱之意,天突可祛痰降火;膻中,可通阳调气活血;巨阙,是心经的募穴,能祛痰火,上述三穴可解决痰、火、瘀。而天突上面有廉泉一穴,可以养阴润燥,解决患者阴虚,此四穴很好地解决了三阳结的问题。如能配合背俞穴刺血拔罐,改善食管癌的梗噎症状用“效如桴鼓”一词绝不夸张。假如食管癌患者今天晚上只能勉强喝稀粥的情况下,针刺后明天早晨可以吃包子。我们不是通过中药而是通过针灸验证了“三阳结谓之隔”确有很大的临床价值。这是“读经典,临床”第一阶段。

食管位于纵膈,纵膈里的肿物是否也可以这样针刺呢,临床证实可以的,也有很好效果,这是问题的再思考,也是对经典理论的发挥和临床推广。此外还发现胸骨柄跟肋骨有交界的地方,留有很多空隙,即肋间隙,横向针刺,调节气机作用明显。曾治疗胸腺瘤(B2型)患者,术前疼痛甚剧,夜不能寐,行超声心动、PET-CT,提示与心包有黏连,不宜手术。如法针刺 1 次后疼痛明显减轻,4 次后再次检查肿物边界清,与周围组织无黏连,得以顺利完整切除肿瘤。可见读经典,必须结合临床,勤于思考,方能悟道。

王玉光教授:

结合临床读经典,确实需要独立思考。比如呼吸系统疾病,仲景在《金匱要略》中即表述有肺体积扩大者,也有肺体积缩小者,即“肺胀”和“肺痿”,是现代医学最常见的两种通气障碍,前者是阻塞型,后者为限制型。但对于仲景经典的

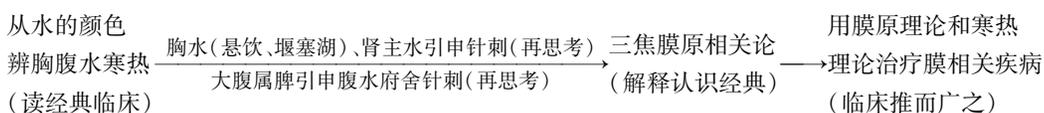


图 1 胸腹水的认识过程

症状体征学描述,我们应该结合临床实际,独立思考。仲景描述肺胀发作时主要可见肩息、烦躁、喘、咳嗽等症状,但越婢加半夏汤症“咳而上气,此为肺胀,其人喘,目如脱状”的“目如脱状”一直被人随文曲解。北京中医药大学周平安教授则明确指出:肺胀基本上相当于现代医学的慢性阻塞性肺病,“目如脱状”即二氧化碳潴留导致的眼部球结膜水肿,挤压眼球向外突出,如要脱落下来的一样。这种证候可用越婢加半夏汤宣肺泄热解决慢阻肺急性发作的 2 型呼吸衰竭的问题。而肺痿基本上相当于弥漫性肺间质类病变,原文描述了咳嗽、吐涎沫为主,吐涎沫是其最主要的症状之一,虽然目前国内外均将本症状作为肺间质病变的主要表现,但我们临床观察 200 多例特发性间质性肺炎病例后发现,三分之一患者以吐白色涎沫为其突出表现,为非痰非水的白沫。可见,《金匱要略》对疾病观察可以说已是细致入微,而且信而有征,中医治疗确有疗效。这些经典中独特的临床发现应该引起我们的高度重视。

赵进喜教授:

孔子云“学而不思则惘”,孟子曰“尽信书,则不如无书”。实际上都是在强调独立思考的重要。清代温病学家吴鞠通曾指出“进与病谋,退与心谋,十阅春秋,必有所得”,也是在强调结合临床勤思考的重要性。实践证明,读经典,慎思明辨,非常必要。初学医者,常以为学会辨证论治,便可解决临床所有问题,及至临床,见糖尿病、高血压病、肾病等,经常有不存在典型症状,仅有血糖、血压升高、蛋白尿等指标改变的情况,“无证可辨”!怎么办?

深思后发现,《素问·至真要大论》实际上已有明示。所谓“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之”,强调的是要抓住核心病机,有典型症状要抓住病机,没有典型症状也要抓住病机。比如糖尿病,很多人可见乏力、口干,以为是气虚、阴虚,应用黄芪、生地之类补气、养阴,或许症状能略有改善,但血糖、糖化血红蛋白仍不能控制。究其原因,就是没有抓住热伤气阴病机。气虚乏力、阴虚口渴,都是因为高血糖“热伤气阴”所致。所以,不清热,一味补气养阴,实际上违背了中医治病求本的精神,没理解隐藏在症状背后的病机。

临床上,很多疑难病症都常是虚实夹杂,寒热错杂,只有找到隐藏在临床症状表现背后的病机,才能提高临床疗效。中医重视辨证,但绝非不辨病的。《金匱要略》多以“辨某某病脉证并治”名篇,就提示临床应该先辨病,后辨证,辨病与辨证相结合。因为有病,才会表现为一系列方证。没有典型症状的时候,抓住疾病根本的病机,才叫真功夫。

4 读经典不能死于句下,应学习中医原创思维,直面新挑战

王玉光教授:

西方的现代医学将《诊断思维与治疗策略》作为医学生教育的必修课,训练一个医学生逐步成为一名职业医生。中医急切需要中医临床思维训练课程。读经典,决不能仅仅学习片言只语,而应该溯本求源,学习中医药学的原创思维。

比如近年来我所经历过的新发、突发传染病,SARS(严重急性呼吸综合征)、H1N1(甲型 H1N1 流行性感冒)、手足口、H7N9(H7N9 亚型禽流感)、登革热,包括现在的埃博拉,很多时候难于在经典原著中找到现成治法的。此时,中医的原创思维就很重要。

历史上,张仲景也好,李东垣、吴又可、叶天士也好,都是直面时代挑战,直面新的临床问题而进行理论创新的典范。近 5 年手足口病暴发,重症死亡率仍然较高,按照传统的温病理论难于解决问题。但临床观察发现,与乙脑、流脑等最大的区别在于,手足口病表现为身体囟动,面部和四肢抽动,软瘫,高热不太多见,很少发生惊厥、角弓反张者。请教河南中医学院三附院李发枝教授,认为本病多夏季发病,舌苔腻,肌肉囟动、软瘫,类似《湿热条辨》湿热动风,选《金匱要略》“热、瘫、痢”主方风引汤,在重症病例应用可提高疗效。在近年流感的防治中,重症流感是目前治疗的难题。甲型 H1N1 流行性感冒轻症中药疗效是肯定的。但甲流重症,X 线胸片很快就会显示全肺浸润,很快出现低氧血症、呼吸衰竭而死亡。对 H1N1、H7N9 和 SARS 的传变规律进行总结,发现 SARS 很少咳血,而 H1N1 重症常因见血痰而随后病情转重,H7N9 更甚,早期有咳血者提示病情较重。但这种咯血及发热是热入营血吗?患者舌不红,皮肤也无出血点,与《温热论》云“再论其热入营,舌色必绛”不一致。何者?周平安教授嘱读《温病条辨·上焦篇》11 条“手太阳温病,吐粉红色血水者,死不治,犀角地黄汤和银翘散主之”。其论温病的六种死法,包括典型的全身变黑,明显是呼吸衰竭,故曰死不治。这说明,古人遇到这种病,按当时的理法,这种 H7N9 到咳血痰、全身变紫,没有氧疗、机械通气等支持治疗多为死不治。像《伤寒论》、《内外伤辨惑论》、《瘟疫论》、《疫诊一得》等著作产生的时代一样,新发疾病呼唤着中医人传承中医经典,创造新的理论以解决新的难题。

什么是中医原创思维?举例而言,《伤寒论》论述麻黄汤和桂枝汤的主脉分别为浮紧脉和浮缓脉,其主要理论根据则为风主开泄故脉缓,故称之为太阳中风,用桂枝汤;寒主收引故脉紧,称之为太阳伤寒,主以麻黄汤,此即古人原创性的中医思维。比如季节性流感,受四时气候影响,南北地域影响,治法也必然有别,不似现代医学流感通用磷酸奥司他韦(商品名:达菲)抗病毒,此即中医原创性思维。其他,如气机升降等。中医的临床思维即是运用中医的理论、概念、术语进行合理的逻辑推理的疾病认识观。

中医的原创思维最终落脚点即在辨证论治,在辨证论治的“八纲”,“八纲”应该是中医诊疗思维的核心。阴阳、表里、寒热、虚实八个方面能够反映疾病的性质,体现疾病的病因、病位、病性、病势及转归,并明确病机指导治则治法的确立。结合临床读经典,就是要学习这些中医原创性临床思维,应该直面新挑战,不断进行理论创新,解决临床新问题。

黄金昶教授:

中医原创性临床思维中,重视辨证是特色。历代中医经

典著作中,曾提出了多种中医辨证方法。如张景岳的八纲辨证方法,《伤寒论》六经辨证方法,《温热论》卫气营血辨证方法等,临床诊疗时可以选择自己最为熟练的辨证方法。不是说哪种辨证方法重要,而是看医者自己对哪种辨证方法最熟练,用起来就更顺手。目前大家不重视六经辨证,是因为大家不重视针灸、不懂经络有关,六经辨证是很实用的一种辨证方法,我用乌梅丸治疗胰腺癌就是通过厥阴病提纲悟出的。此外,建议大家认真研究五运六气,五运六气是中医理论之根,不可忽视。中医讲治疗的多靶点,不应该只重视药物的多靶点,更应该重视病机的多靶点,认识到病机的多靶点疗效会有很大提高,五运六气对疑难病、流行病的病机辨证尤为重要。

赵进喜教授:

中医辨证,应该是中医原创性临床思维的重点内容。多种辨证方法,如同武术家的拳种,不同拳种可以说各有特色,“一招破一式”,各有最佳技击目标。临床究竟选择什么辨证方法?关键要看临床表现,看哪一种辨证方法最合适。作为学者应该尽量多的掌握多种中医辨证方法,不能早早就自封什么“经方派”、“时方派”、“寒凉派”、“扶阳派”、“伤寒派”、“温病派”,作蚕自缚。武侠小说中“武林霸主”、“天下第一高手”,往往是实实在在、勤奋好学、能够融合各家之长之人。学中医,读经典,也应该象这些高手一样,结合临床可能遇到的各种新问题,多种疑难疾病,掌握各种辨证思维方法,以最终解决临床实际问题,发展中医学术为指归。

许多经验方如祝谌予教授过敏煎,还有民间验方如三两三,常有特殊疗效,有人认为不符合经典精神,实际上并非如此。分析过敏煎组成:柴胡、黄芩、乌梅、防风、五味子,祛什么样的风?当然是一个肝风!与《内经》强调肝为风木之脏的论述是一致的。“三两三”等民间验方看似没道理,其实君臣佐使,有至理存焉。如妇科名家郭志强教授常用免怀汤回乳,药用椒目、牛膝、当归、红花等,常有应手之效。为什么能取效?引气血下行,一句话让人顿开茅塞。其实,免怀散源自《医宗金鉴》之《妇科证治要诀》,实为名方!结合临床读经典,就是为了解决临床实际问题,包括临床新问题,所以与学习他人经验方包括民间验方等,并不矛盾。

5 结语

经过热烈讨论,对结合临床读经典形成了初步共识。与会学者一致认为,读经典非常重要,而结合临床读经典,直接关系到中医成才。当然,读经典不是一件容易的事,必须下

苦功,而且要带着问题,勤思考,才能有所领悟。尤其是在疾病谱改变的今天,中医学面临着许多新的挑战,读经典,必须重视领会中医原创性思维,尤其是中医辨病、辨证的思维方式,适应社会需求,解决临床新问题,以提高中医临床疗效,促进中医学术进步。

赵进喜教授简介

博士研究生导师,博士后工作站指导老师。博士毕业于北京中医药大学,师从中医内科学家王永炎院士、肾病糖尿病专家吕仁和教授和肾脏病理专家魏民教授。主研方向为肾病、内分泌代谢病等。北京中医药大学东直门医院内科教研室主任。国家中医药管理局中医内科内分泌重点学科带头人,兼任世界中医药学会联合会糖尿病专业委员会秘书长、中华中医药学会糖尿病分会副主委、北京中医药学会糖尿病专业委员会副主委。国家第三批名老中医药专家吕仁和教授学术继承人。

黄金昶教授简介

博士研究生导师,任中华中医药学会肿瘤专业委员会常委、外治专业委员会常委、新型给药协作组委员,任国家发展和改革委员会药品价格评审专家、中国科协学科决策层专家、国家自然科学基金评审专家等职。师从国医大师李士懋教授、伤寒专家聂惠民教授、肿瘤专家张代钊教授。重点研究肝癌、胰腺癌与肉瘤。提出中医药抑瘤在辩证基础上应重视“温阳”“活血”“以毒攻毒”“通利二便”四大治法。其代表著作包括《黄金昶中医肿瘤辨治十讲》、《黄金昶肿瘤专科 20 年心得》等。

王玉光教授简介

博士研究生导师,首都医科大学附属北京中医医院呼吸科主任兼肺病研究室主任。先后从师于李恩复、周平安、李发枝教授。目前担任国家卫计委中东呼吸综合症专家组成员,国家中医药管理局突发公共卫生事件中医药专家委员会委员,中华中医药学会感染分会常务理事兼副秘书长,中华中医药学会肺病分会常务理事,北京中西医结合分会呼吸分会副主任委员。曾获得首都甲型 H1N1 流感科技攻关奖励、华夏医学奖、中华中医药学会科技奖励,曾获得第二届首都群众喜爱的青年名中医称号。

姜苗博士简介

中西医结合临床博士,北京中医药大学首届师承博士后,副主任医师,硕士研究生导师。先后师从陈信义教授、周平安教授。现任北京中医药大学第一临床医学院(东直门医院)教育处处长。

(收稿日期:2014-11-03)

(本文编辑:张磊)