

·读经典做临床·

有关“读经典做临床”的认识

贾 春 华

(北京中医药大学基础医学院,北京市北三环东路11号,100029)



[作者简介]贾春华(1961~),河北省香河县人,医学博士,北京中医药大学基础医学院教授。1993年于北京中医药大学获医学博士学位,师从著名中医药学家刘渡舟先生。毕业后供职于承德医学院,历任古典医籍教研室副主任、主任,中医系副主任、主任,并兼任附属肛肠医院院长。2004年入选全国优秀中医临床人才研修项目,参师王永炎院士、鲁兆麟教授。2004~2006年在北京中医药大学中西医结合博士后流动站工作,合作导师为黄启福教授、王永炎院士、鲁兆麟教授。从事中医临床、教学、科研工作20余年;出版学术专著、教材及科普书籍30余部,发表学术论文60余篇;承担国家级、省部级科研项目10余项;获省部级科技进步奖2项。

[关键词] 中医经典著作;临床

“读经典做临床”的提出,是基于对以往“名医”成长经验的归纳总结。它导源于以下的事实:中国历代名医没有一个不是熟读经典的,也没有一个不是勤于临床的。因而将“读经典做临床”作为当今“名医”的必要条件是可行的,也是非常有意义的。

1 如何“读经典”

所谓“读经典”是指对《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》等中医经典的学习。读经典也就是在与古人对话,真正的“读经典”必须有灵魂的参与,它是一个人的灵魂在借助文字符号与在另一个世界灵魂的交流。孔子的“学而不思则罔,思而不学则殆”论述了学与思的关系。如果“学”相对来说还容易掌握的话,那么如何“思”则成了一个值得探讨的问题。因为“学”我们可以把它理解为“用功”,即每天有充足的学习时间且持之以恒。如张仲景的“勤求古训,博采众方”;李时珍之“读书十年,不出户庭。”而“思”则没有那么简单。“思”则涉及“怎么思”、“思什么”、“如何才能思”等一系列的相关问题,即一个人已有的知识结构、固有的思维方式影响其思维。由此我们也可以引申到另一层面的问题,即我们读《内经》,学《伤寒论》,需要什么样的基础,或者说我们在中医经典的学习过程中还需要同时学习什么?王永炎院士在实施“优秀中医临床人才研修项目”电视电话会议上的讲话中为我们推荐了两本书,一本是刘长林先生的专著《中国系统思维》,另一本是美国科学家米歇尔写的《复杂》,意在通过这两部书的学习使研修人员的头脑中逐步建立非线性复杂适应系统科学的理念。以我个人的理解,王院士所以推荐这两部书,原因

之一是中医思维或者说中医理论与系统复杂科学有着更多的相同或相似之处;原因之二是我们不能以线性关系或还原论来简单地评价中医理论。但这并不是说我们只要复杂非线性而抛弃简单的线性关系,也就是说我们既需要系统论同时也需要还原论,只不过在过分强调还原论的今天,我们要积极提倡系统论的学习。王院士主张从逻辑学的角度或者说应用逻辑学的方法研究《伤寒论》的辨证论治体系。逻辑学是以研究推理及有效性判定的一门学科,就经典逻辑学而言所研究的就是线性思维,其要确定的就是前提与结论之间的关系——“后承关系”。

在中医经典的学习过程中强调相关学科知识的学习,其目的无外乎是更好地理解经典,以便从不同的视角、不同的层面对经典理论有一个新的诠释。这可能又要引发以下的学术争端,即读经典是以古人思想解释古典医籍,还是以今人思想解释古典医籍、是以中国传统文化解释中医经典,还是以西方文化解释中医经典,在此之间我们是否要做出某种抉择?如果必须做出一种抉择的话,那么它的充足理由又是什么?本人的观点是:“以古释古”、“以今释古”、“以中释中”、“以西释中”都是必要的,但又都是不充分的。我们没有充足的理由必须在二者或多者之间做出抉择。我认为,“以古释古”只能明白古人说的是什么,它是在什么样的背景下说出这样的话。它最好的结果就是我们达到了古人的水平,我们完全继承了古人的知识,但我们并没有发展已有的理论;但是“以古释古”是“以今释古”的基础,“以今释古”的目的在于“古为今用”,即古人的思想对当代的指导作用,这容易受到“以今人释古人”式的指责。“以中释中”是必需的,因为中医学的经典产生于中国

传统文化的沃土,我们需要在中华文化的背景下去发掘它孕育的内涵。“以西释中”也是有必要的,因为中医经典理论需要置身于大的科学框架下,在更大的学术背景中去重新诠释。这不仅有助于中医药学的传播,也有利于中医理论的丰富与发展,使得中医学能吸收容纳先进的思想,其目的可以认为是“洋为中用”,“洋为中用”的关键是看“洋”到底能不能为“中用”,切忌的是“削足适履”。在此所言的“释”只是针对理解和阐释的角度,并不涉及以哪一种理论或方法评判另一种理论和方法的对错或优劣。中医学的研究需要多学科介入,特别是语言学、哲学、逻辑学、数学研究方法的应用,而且应先行一步。在明白中医理论究竟是什么样的理论、及其使用的语言的基础上,再开展所谓以现代科学方法与技术手段的中医药研究。

2 怎样“做临床”

“做临床”就是坚持临床实践。中医临床是其学术赖以生存发展的土壤,没有中医临床我们难以奢谈中医理论。“做临床”要求诊治大量的患者,只有这样才有可能获得丰富的临床经验,以此经验为基础才有可能抽象出某种理论。经验来源于一个又一个事件,医家的经验主要来源于临床诊治的一个又一个患者。在诊治患者的过程中他人的经验可以转化为自己的经验也可以形成自己独特的经验。关于如何诊治患者医家可以见仁见智,但人们多数会同意临床的关键是“辨证”,多数人都应认同的是对经验须及时归纳与整理。“辨证”要解决的是“是什么”与“为什么”的问题;整理归纳经验包括成功的经验与失败的经验,一个患者的痊愈与无效,取效速与取效迟,其原因是什么?吴塘于《温病条辨》自序说自己是“进与病谋,退与心谋。”“谋”亦即思考,也就是思考它“为什么是这样”、“是什么使之成为这样”。在对经验的归纳与整理中我们要时刻警惕某些类似“蕴涵怪论”的出现及与之相伴的那些无效推理。“实质蕴涵怪论”是逻辑学的术语,它是指类似这样的条件句:“如果 $2+2=4$,那么雪是白的”;“如果 $2+2=5$,那么雪是白的”。这样的条件句在意义或内容上并无条件关系。我在此处所说得与此相类的怪论是:我们以某一方剂治愈了某一病证,因为它是有效的,所以在我们用某种理论来解释其有效的原因时,不免因其有效而将那用于解释且不存在自身矛盾的理论认为是正确的或合理的。这种类似“实质蕴涵怪论”的表现形式以“某某法治疗某某病的经验”和“治疗某病证多少法”为题的文章居多,特别是在临床经验和临床研究的“讨论”之中。从某种意义上讲“以某某法治疗某某病证”不如“以某某方治疗某某病证”更具有可核实性,即我们

不容易判定它是“真”的。

缘于临床治疗中“辨证”的重要性,近三年来特别注重辨证理论的学习。特别是向导师王永炎院士、鲁兆麟教授学习“证候”理论,基于《伤寒论》提出“方证理论体系”。我们建立以下工作假说:《伤寒论》所创立的辨证体系是“方证体系”,其思维的形式结构是“如果A,那么B”;其推导规则为:从A和 $A \rightarrow B$,推出B。在此思维形式结构与推导规则的基础上,可以构建出《伤寒论》的“方证”理论体系框架,形成有关《伤寒论》“方证”理论体系核心方剂的命题群,而这些命题群就是我们在临床上可以直接应用的。以柴胡桂枝汤为例,柴胡桂枝汤是桂枝汤与小柴胡汤的合方,柴胡桂枝汤证是桂枝汤证与小柴胡汤证的复合证,为什么会有这一“合方”、“合方证”的出现?以“偶集公理”可以较好地说明它。“对于给定的任何两个集合A、B,存在一个集合C,其成员恰是A和B。”因为“证候”、“方剂”我们都可将其理解为集合,此处的桂枝汤与小柴胡汤、桂枝汤证与小柴胡汤证相当于“偶集公理”中所说的集合A、B,而柴胡桂枝汤、柴胡桂枝汤证相当于“偶集公理”中所说的集合C。对柴胡桂枝汤条文的理解,我们一般将“发热,微恶寒,支节烦疼”认定是桂枝汤证,将“微呕,心下支结”认定是小柴胡汤证。但这与公认的或称之为标准的桂枝汤证和小柴胡汤证有所不同,对此将如何理解?笔者以为以拓扑学中的“等距离变换”可以较好地阐释它。或有这样的疑问,解释与不解释它对临床疗效有影响吗?严格地说这对柴胡桂枝汤的临床疗效没有影响,但能为柴胡桂枝汤与柴胡桂枝汤证寻求另一层面的解释或证据,而这些证据能够对我们的“信念”增加一些支持的强度,应用这一原理可以制造出更多的“合方”,可以更好地使用“合方”。本人一直在思考这样的问题,“我们比古人强什么?”我们能够掌握古人曾经掌握的知识吗?如果说能,我们又能掌握多少?难道我们能比古人掌握的还要多吗?我们比古人强的只是掌握了一些在古人后出现的新知识新理论,掌握一些古人未曾见到的新技术新方法。如果我们不把这些知识与理论融入传统的中医药理论中,或以之阐发中医经典理论,中医理论将如何发展?说的悲观一点,我们还能期望在当代诞生像成无己那样“以经释论”的大家吗?

如果说“读经典,做临床”是成为当今“名医”的必要条件,那么就可以得出:“不‘读经典,做临床’,就不能成为名医”的有效推论。在“读经典,做临床”的同时有必要学习相关学科的知识,如此才能“思”能“悟”,才能求真、求新、求异。