

· 中医与写作 ·

读书、临证、积累与写作

舒 鸿 飞

(湖北省英山县人民医院, 湖北省英山县温泉镇鸡鸣路 63 号, 438700)

[关键词] 写作; 读书; 临证; 积累; 素材

笔者业余写作 20 余年, 发表的论文虽然数量不多, 质量不高, 但随着时间的推移, 积累了一些写作的心得。今不揣浅陋, 介绍如下。

1 读书奠定写作的基础

写作必须具备一定的写作素养。其中知识素养最为重要, 如没有它作基础, 纵有再多的实践经验也难以进行书面交流。这就象建楼房先要挖好地基、浇好地梁一样, 没有地基、地梁这个基础就建不成楼房。

写作会有文思不畅, 无以下笔之时。此时停笔并根据需要看书, 往往能启发写作思路。如一人腮腺炎后期, 误用归脾汤, 出现极度不适。这种“极度不适”, 如何诉诸文字, 当时真是“心中了了, 笔下难明”。无奈将文稿放置数月。一次在阅读《金匱要略》时看到一则类似病案, 受到启发, 才用“神若无主, 辗转床第”^[1]等语将它表达出来。

以写作的语言为例, 中医论文既有自然科学论文的表意准确、层次清楚、语法规则、逻辑严密等要求, 又要符合中医的理论与临床实际。如《升降散合四逆散临床应用初探》^[2]初稿中: “火热内郁, 以肝胆郁热为多, 且易导致气机郁滞, 故需合用四逆散”一句, 就存在表意不准, 层次不清的弊病。考其文意有二层: 一是火热内郁, 易导致气机郁滞; 二是火郁有杂病火郁与外感火郁之分, 只有杂病火郁才以肝胆郁热为多。因而改为“火热内郁, 易导致气机郁滞, 且杂病火郁以肝胆郁热为多, 故需合用四逆散”。如此修改后方达到上述要求。

笔者初试文笔时, 总觉得无以下手。于是把读书作为切入点, 希望通过读书, 奠定写作的基础。张景岳认为: “升高者, 上一层有一层之见, 而下一层者不得而知之; 行远者, 进一步有一步之闻, 而近一步者不得而知之”。这说明读书多一遍就有一遍的收获。多读、熟读不仅可以提高写作的综合素养, 而且可以从中收集写作的素材, 悟出写作的选题。如通过对《中医基础理论》的反复钻研, 鉴于肺位居上焦和生理特性, 撰写出《肺实证用药基本规律初探》^[3]。基础理论了然于胸, 临床之时, 即可熟能生巧。我既往治中风后偏瘫, 囿于补

阳还五汤原方, 疗效不佳。后根据痰瘀相关和气虚导致气滞, 辅以行气化痰, 疗效明显提高。《加味补阳还五汤治疗中风偏瘫的体会》^[4]联系实践对此作了探讨。

中医著作汗牛充栋, 但人生苦短, 不可能一一涉猎, 故欲有所成, 须择要而攻。仲景之书是临床医学之圭臬, 我通背了《伤寒论》, 熟读了《全匱要略》, 而且做了有关《伤寒论》的大量习题。在电大学习《古代汉语》和进修《医古文》时, 既通背了要求背诵的课文, 又认真做好习题, 并将讲过的课文全部进行了笔译。其中对语法的深入钻研, 既提高了文字功夫, 也为撰写《略谈兼语式》^[5]等 5 篇有关语法的文章奠定了基础, 积累了素材。

2 临证才是写作的源泉

读书虽然能提供不少写作的素材, 但读书是为了临证, 学理论是为了实践。培养和提高写作综合素养的一个重要途径也在临证。况且中医的实践性很强, 只有临证才能源源不断地产生素材, 故临证是写作的主要源泉。临证越多, 素材就越丰富, 落笔就文思滔滔, 左右逢源。反之, 则文思枯竭, 捉襟见肘。且离开了临证, 写出来的文章难免空洞无物, 没有说服力, 也不可能给人以借鉴作用。

通过读书, 可以吸取个人所不能获得的许多知识或经验。因而, 对他人介绍的临床经验, 凡是以为用得上的, 我都摘要记录下来, 在临床中借鉴、印证。《中医杂志》是我最喜爱的刊物, 从 1980 年起一直在订阅, 于中吸取了不少“营养”。该刊雅俗共赏, 颇具指导性和实用性。介绍写作经验的文章, 对我写作登堂入室很有启发作用; 介绍的单方、验方和老中医经验, 经我验证, 确有疗效。如蒋红玉介绍的夏度衡教授从肝论治胃脘痛的经验^[6], 其肝胃百合汤对急性或慢性胃炎、溃疡病甚至胃黏膜脱垂等, 颇有佳效, 我写成《肝胃百合汤临床运用体会》^[7]等 2 篇文章在《中医杂志》等期刊上发表。读过印会河教授的《论肝性腹胀》^[8]后, 通过临床, 发现“舒肝开肺方”不仅对肝性腹胀有效, 而且对肝胆结石、慢性胃炎甚至肠梗阻所致的腹胀, 亦有较好疗效。一患者患腹胀伴大便不通等症, 诊为肠梗阻, 在当地住院 5 天, 诸症不减。送至本院, 要求中药治疗。患者服上方 4 剂后, 诸症消失, 第 3 天即步行回家。后将有关学习

联系方式: 13597547709

印教授经验的收获撰写成《舒肝开肺方临床运用体会》^[9]发表。

单方验方的应用已渐被医者忽视。但笔者常结合辨证,选择适宜的单方、验方辅助主方,以提高疗效。如一鼻衄患者,余用专方镇衄汤 1 剂后,当晚夜半患者家属电话告急,仍出血不止,压迫止血无效,无奈之际嘱其家属仍用原方,只在药液中加入炼童便 1 小杯,出血渐止。一老人癃闭,外科诊为前列腺肥大,拟导尿,必要时手术治疗。余仿提壶揭盖之法,以验方桔梗、琥珀治之,服头煎后即有少许尿液排出,服完第 2 剂后小便通畅。后现气阴两虚、余热未尽之证,改用生脉饮合六一散 5 剂而安。这些临证的体会为《略谈经方、时方、专方与单(验)方》^[10]、《诊治当重三结合》^[11]以及《舒鸿飞临床经验撷菁》^[12]等文提供了素材。

变法是突破常规,另辟蹊径,它给人以新的思路和方法,常使疑难病症获得满意的疗效,这较之以常法治疗常见病的经验来说,更为读者所乐见,亦为编辑所青睐,因而是写作时较好的选题角度。在临床中调和营卫愈便秘,引火归原疗口疮,甘温益气退虚热,塞因塞用消腹胀,诸如此类有关运用变法的体会,为《便秘变治三法》^[13]《变法运用验案三则》^[14]和《变法运用撷菁》^[15]等文提供了素材。

因为失败是成功之母,它能使人避免今后在临床上犯同一类错误,提高理论和临床水平。故对于这类文章,不少杂志非常重视,开辟了诸如“误治反思”等专栏。若初学写作,这也是一个较好的选题思路。因而我把临床中的一些失误、纠误的体会也记录下来。如一患者头痛,据其高血压,套用平肝潜阳法,毫无寸效。后据脑震荡之既往史和体形肥胖、时吐白色涎沫等症征,从涤痰祛瘀着手,5 剂痛减,又 5 剂痛止。这类实践为写作积累了素材,提供了选题。我从这个角度撰写的《误治案例分析》^[16]等 5 篇短文。

3 积累提供写作的原料

素材是写作的原料,但素材要靠积累,因而积累为写作提供了原料,是写作的基本功之一。如果把素材比喻为“米”,写作就象“为炊”。若没有素材,即使是“巧妇”也“难为无米之炊”。余曾自拟一方,治愈自己的头痛。后以此方为基础,拟成固定方。在门诊使用时自拟一表,将既往史、临床症状、疗效等详列于上,观察、积累了 50 余例。将资料齐全的病例进行总结,写成了《头痛六味饮治疗内伤头痛 37 例的体会》^[17]。

利用在门诊中病例多、病种广的条件,从积累的大量零散个案入手,能从中总结出带有规律性、普遍性的认识,写出对临床具有一定指导意义的论文。如《从临床病例谈治此愈彼》,通过对四则典型病例的分析,总结出治此愈彼的实质是反映了“治病求本”的精神,体现了异病同治的原则;其意义是扩大了方剂的应用范围,拓宽了疾病的治疗思路。《光明中医》为此发了“编

者按”。

老中医的经验有时虽是片言只语,但就象零金碎玉一样宝贵,它往往含有深义,能启迪思路。后学者如结合实际融会贯通,常常能产生新的认识。如裘沛然在谈及金水六君煎治疗咳喘时谓熟地黄要用大剂量,程门雪则谓用熟地黄时要用汤泡或后下^[18]。二位前辈各自论述了运用金水六君煎的一个侧面,合看之则全,既能获得满意的疗效,又可避免大剂量熟地黄的副作用。如一患者哮喘发作月余,余处以金水六君煎加减,不仅不效,反增胸闷。后悟及此乃熟地黄量大而煎法不当之故,遂遵上法,5 剂药尽而喘止。将以上类似的素材积累起来,写成《片言只语含深义,融会贯通出新知》^[19],被刊在《湖北中医杂志》“名医经验”专栏。

在写作实践中,我将点滴体会都随时记下来,不论怎么忙,至少要记下一个思路或标题,有时仅几个字或十几个字。据此整理《谈撰写中医论文的体会》^[20]时,可谓思如泉涌,意到笔随,一挥而就。我的有些文章修改 10 余次甚至几十次,在修改中每有所得,我也记录下来,因而《从写作实践谈论文的修改》^[21]一文也就应运而生。

从写作实践积累的素材中。能总结出有关写作的经验,如《谈撰写中医论文的体会》中,将选题如何“扬长避短”总结为:以临床与理论相比,写有关临床的论文相应要容易一些;拿经验与教训相比,写失误的教训可能成功性要大一些;将常法与变法相比,写运用变法的体会投稿的命中率相应要高一些。笔者通过写作实践认为,写作的选题存在于看似寻常的某些素材中,贵在善于联想,善于发现。个人的笔耕实践还表明,总结老中医的经验,介绍运用变法的体会,反思失误的教训,是写作时较好的选题。

致谢:本文承蒙安徽省芜湖中医学校马继松老师、湖北省英山县电影公司程璞和同志提出宝贵的修改意见,谨在此致以衷心的感谢。

参考文献

- [1]舒鸿飞. 临床失误谈教训. 浙江中医杂志, 1984, 19(12): 544.
- [2]舒鸿飞. 升降散合四逆散临床应用初探. 上海中医药杂志, 2006, 40(3): 29.
- [3]舒鸿飞. 肺实证用药基本规律初探. 皖南医学院学报, 1989, 8(4): 262~264.
- [4]舒鸿飞, 徐云祥, 张书昌. 加味补阳还五汤治疗中风偏瘫的体会. 光明中医, 1998, 13(1): 41~43.
- [5]舒鸿飞. 略谈兼语式. 医古文知识, 1999, 16(1): 41~43.
- [6]蒋红玉. 从肝论治胃脘痛的经验探讨. 中医杂志, 1987, 28(1): 41~43.
- [7]舒鸿飞. 肝胃百合汤临床运用体会. 中医杂志, 2000, 41(12): 757~758.

- [8]印会河. 论肝性腹胀. 北京中医学院学报, 1984, 7(5): 17~19.
- [9]舒鸿飞. 舒肝开肺方临床应用的体会. 光明中医, 1996, 11(6): 26~27.
- [10]舒鸿飞, 段龙光. 略谈经方、时方、专方与单(验)方. 光明中医, 2001, 16(3): 23~26.
- [11]舒鸿飞. 论治当重三结合. 湖北中医杂志, 2005, 27(3): 15~17.
- [12]段刚. 舒鸿飞临床经验撷菁. 中医杂志, 2006, 47(6): 425.
- [13]舒鸿飞. 便秘变治三法. 黑龙江中医药, 1988, 8(4): 42, 39.
- [14]舒鸿飞, 俞小平. 变法运用验案三则. 中国医药学报, 1999, 14(3): 56~57.
- [15]舒鸿飞. 变法运用撷菁. 湖北中医杂志, 2003, 25(11): 13~14.
- [16]舒鸿飞. 误治案例分析. 江西中医药, 1987, 18(4): 31.
- [17]舒鸿飞, 张书昌, 徐云祥. 头痛六味饮治疗内伤头痛 37 例的体会. 光明中医, 1998, 13(3): 21~24.
- [18]程门雪. 漫谈咳、喘、哮、痰饮的症治. 中医杂志, 1980, 21(2): 10~13.
- [19]舒鸿飞. 片言只语含深义, 融会贯通出新知. 湖北中医杂志, 2002, 24(7): 14~16.
- [20]舒鸿飞. 谈撰写中医论文的体会. 光明中医, 1996, 11(1): 52~封末.
- [21]舒鸿飞, 舒锡均. 从写作实践谈论文的修改. 中医杂志, 2006, 47(7): 546.
- (收稿日期: 2006-8-18)
- [编辑: 黄 健]

中西医结合治疗红皮病 83 例

黄 生 为

(湖南省邵阳市第一人民医院, 邵阳市双清区通衡街 39 号, 422001)

本病又名剥脱性皮炎, 是一种全身大面积皮肤潮红且可累及全身多系统的严重皮肤疾病。笔者在临床上采用中西医结合治疗红皮病 83 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例来自湖南省邵阳市第一人民医院 1998 年 10 月~2007 年 8 月住院患者。治疗组 83 例, 其中男性 46 例, 女性 37 例; 年龄 36~81 岁, 病程 2 周~1 年; 治疗前皮损评分为 (2.11 ± 0.77) 分。对照组 80 例, 其中男性 46 例, 女性 34 例; 年龄 35~78 岁, 病程 2 周~1 年; 治疗前皮损评分为 (2.08 ± 0.75) 分。两组间性别、年龄、病程及皮损等一般资料经统计学处理差异均无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

全部病例均符合第 3 版《临床皮肤病学》(赵辨, 江苏科学技术出版社)关于红皮病的诊断标准。

1.3 排除标准

(1)合并严重的心、肝、肾、脑功能不全及其它严重的内脏疾病;(2)精神病及肿瘤患者;(3)不配合用药或资料不全者。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用西药常规进行病因治疗、症状治疗、并发症治疗以及支持治疗等方法。

2.2 治疗组

在对照组治疗的基础上, 均以《朱仁康临床经验集》中的皮炎汤为主随症加减, 水煎服, 每日 1 剂。基本处方如下: 生地黄 30g, 牡丹皮 10g, 赤芍 10g, 生石膏 30g, 知母 10g, 金银花 10g, 连翘 10g, 竹叶 10g, 生甘草 10g, 加减: 急性期加生玳瑁 10g, 莲

子心 10g, 紫草 10g; 亚急性期和慢性期加西洋参 6g, 麦冬 15g, 石斛 10g, 天花粉 10g。

两组均以 1 个月为 1 个疗程, 观察 1 个疗程后统计疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

皮损、临床症状按无、轻、中、重 4 组计量法, 分别计 0、1、2、3 分。痊愈: 临床评分改善率为 95% 以上; 显效: 临床评分改善率为 61%~95%; 有效: 临床评分改善率为 30%~60%; 无效: 临床评分改善率为 30% 以下。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 83 例, 痊愈 26 例, 显效 42 例, 有效 13 例, 无效 2 例, 愈显率为 81.93%, 总有效率为 97.59%; 对照组 80 例, 分别为 5 例、13 例、19 例、43 例、22.5%、46.25%。两组总有效率、愈显率比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.01$)。

3.3 两组皮损评分情况比较

治疗组 83 例, 治疗前后评分分别为 (2.11 ± 0.77) 分、 (0.89 ± 0.75) 分, 对照组 80 例, 分别为 (2.09 ± 0.75) 分、 (1.85 ± 0.89) 分, 治疗组明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

4 讨论

中医认为, 本病因禀性不耐, 血热内蕴, 外受毒邪, 毒热相合, 熏蒸肌肤, 肌肤失养, 或素有旧疾, 因循失治, 或滥用药物, 酿成热毒, 燔营灼血等, 均可酿成本病。总之, 本病中医辨证总归于毒热入营, 气血两燔, 治疗着重凉血清热, 解毒消斑。皮炎汤由犀角地黄汤、白虎汤加减而成, 生地黄、牡丹皮、赤芍清营凉血; 生石膏、知母解肌清热; 金银花、连翘、竹叶、生甘草清热祛风解毒。急性期加生玳瑁、莲子心、紫草加强凉血清热、解毒消斑之功; 后期热邪伤阴明显, 加用凉血滋阴药物以润燥, 与病进退, 随症加减, 收效显著。