

王琦教授抓病机重辨体的诊疗特色

□ 盖海山

(北京市工人疗养院 北京 100041)

摘 要 本文旨在介绍王琦教授的临床诊疗特色。通过结合临床实际,将其诊疗特色概括为:擅抓主症,切中病机;勇于探索,随机应变;强调辨体,注重治人;精研经典,活用经方等。表明临床医家的真正功底在于治学和思考。只有在治学中提高理论水平,在对临床的思考中发现实际问题,才能做到临床疗效的提高,以至于对中医理论有所创新。

关键词 病机 辨体 王琦 临床经验

北京中医药大学王琦教授勤于笔耕,擅于临证。有幸执弟子之礼,成为先生门下的第三批学术继承人。几易寒暑,侍诊于侧,深感先生胸藏珠玑,学识渊博,深入浅出,启发学生,以达新境。尤感先生临床诊疗独具特色,现举数例略加表述。

1 抓主症,切中病机

王琦教授认为,临床之中不仅病种繁多,而且病因庞杂,每一个人又各不相同,病机也不尽一致。所以,询问病史是非常重要的一个环节,病史采集准确与否是直接关系到是否能明确诊断、抓住病机,

也是治疗能否有效的关键所在。先生再三告诫:诊断疾病要抓主症,抓住主要矛盾。怎样才能做到抓住主症呢?以李某病案为例,此患者男性,40岁,山西晋中干部。主诉:尿道末段抽痛3年余,逐渐加重,伴腰腹疼痛。3年前始患“非淋菌性尿道炎”后,自觉尿道近龟头抽痛感,逐渐加重,伴见全身不适,心情郁闷,腰腹疼痛,睾丸发冷钝痛,肛周坠痛,性欲减低,勃起较前差。2000年在山西某医院检查EPS,未取出,B超示前列腺回声不均,诊为慢性前列腺炎。自诉以往就医无数,西医疗效不明显,中医均以补肾壮阳为治,

病情日重。见舌质红,舌下脉络瘀紫,苔黄腻,脉濡滑。

先生认为,病人罗列许多症状,主要就是一个“痛”的问题,解决了“痛”就等于解决了全部问题。以往多从性欲减退,勃起不坚入手,一概补肾壮阳,然患者舌红,苔黄腻,脉濡滑,舌下脉络瘀紫,无一寒症,睾丸发冷钝痛非因寒而病,乃久病失治,经脉壅阻,阳气不申,故而表现为假寒,此寒并非根本,根本在于“不通”。例如雷诺氏病的手足逆冷,并非一概寒邪致病,而是络脉瘀阻而成,切不可人云亦云。此病立法应为通络和营止痛,当可切中病机。用复元

活血汤加减，复诊告知药服十四剂而安，继服数帖巩固。

2 勤思考，随机应变

王琦教授擅治男科疾病，跟师临诊所见最多为勃起功能障碍（ED）的患者，占应诊人数的 1/3 左右。而在 ED 的治疗方面，先生早有完整的“阳痿从肝论治”的学术观点，已经经过无数的临床验证，具有非常有效的指导作用。其理论体系早已问世并广为传播，实为现代治疗 ED 取效的理论基础。然而在所诊的 ED 患者中，有一部分患者起初治疗效果并不满意。先生对此非常重视，嘱我认真收集有关的病历，以期总结出其中的规律。后来发现，在这类患者中，都有一个共同的伴随症状——失眠，而其它如性激素、性神经传导、阴茎动静脉检查均为正常。此类患者在睡眠改善后均感觉勃起功能会有所改善，针对这种情况，先生经反复思考，提出“治痿从心，兼调肝脾”的治疗原则。立法为宁心定志兼镇肝，根据患者病情，结合其体质，或用朱砂安神丸合酸枣仁汤加减；或用小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤加减；亦有用温胆汤为主方者，常用琥珀、枣仁之类。虽以治疗失眠之法，而实意在治其 ED，患者最快的半月收功。

先生在临床治疗过程中，并不局限于自己创立的学说，而是实事求是，具体问题具体分析，随机应变。对于因失眠致 ED 者，强调“治痿从心，兼调肝脾”是对“阳痿从肝论治”的补充和发挥。治痿从肝者，因于肝主宗筋，肝气

畅、气血调，则宗筋充润；治痿从心者，因心主血，藏神，心宁志定则神安，神安则血旺肝调，肝调筋润而痿起。

3 重治人，强调辨体

王琦教授是中医体质学说的首倡者，临床之中强调治人。先生常讲，同样的疾病，发生在不同的人身上，表现出来的症状是不尽相同的。造成这样结果的原因是个体的差异，也就是因个人体质的不同而表现各异。在临床诊疗过程中，首先要明确病人的体质状态，是属于哪类体质类型的人，然后再明确病人所患的是什么病，在此基础上才能分析出是属于什么证。必须辨体、辨病、辨证相结合，只有这样才能对病证有一个全面的了解。在临床中，辨体是根本、是基础，辨病是纲，辨证是目。疾病首先是发生在一定的体质背景下，不同的体质对疾病具有不同的易罹性。体质决定疾病的发生、发展与转归。而病规定证，证从属于病；病是整体，证是局部；病贯始终，证是阶段。体、病、证三者相互交叉，三位一体。临床工作的目的不仅是要治好人的病，更重要的是要治好病的人。

观先生诊病不惟治病，尤重治人（体质），治病的同时治人（体质），治人（体质）的同时治病。先生认为体质的差异就是一种偏性，这些偏性可以分成不同的类型。除平和质外，体质类型还有气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质等（体质可分论）。有这些偏性的

存在，就有发生疾病的可能，不同的体质发病具有一定的倾向（体病相关论）。所以先生临诊有时先调体质，有时先治病，有时治、调并施，完全是根据病人的具体情况而定。如治免疫性不育，先生多采用非特异性疗法（改善过敏体质）与特异性疗法（包括祛除病因、消除炎症、清除热毒瘀虫及避孕套疗法等）。先生在临床诊治疾病过程中，辨体论治思想是无处不在、无时不用的法宝，已经成为先生临诊的一大特色。

4 研经典，知常达变

跟师临诊以来，不论是治疗男科疾病还是内科杂病，先生运用小柴胡汤颇多，且疗效很好。我问先生，我原来以为小柴胡汤专为少阳病而设，主治口苦、咽干、目眩等少阳病证，或称为和解少阳剂。先生应用于各种完全不同的病证，其理、法是什么？先生答曰：小柴胡汤是《伤寒论》中的经典方剂，若将其定格于少阳病，实是未能通晓全部经文，没有深究原意。原文指出“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便秘，脉细，此为阳微结，必有表，复有里也，脉沉，亦在里，汗出为阳微，此半在里半在外也，可与小柴胡汤。”可见此为表里同病，枢机不畅而设，并非半表半里的定位，所以将小柴胡汤定格于少阳并非原著之意，实是后人误解和讹传。

纵观《伤寒论》是“因证立方”，而非是“因经设方”。不管什么病，只要见到小柴胡汤证，即

可投以小柴胡汤,即所谓“有是证即用是方”。疾病是动态变化发展的,不同的疾病在不同的阶段可以表现出相同的证,即可异病同治、同病异治也是这个道理,都是以证为中心。《伤寒论》把各种证同方剂直接联系起来,建立了方因证立,汤证一体的内在联系,舍证则无的放矢。汤证对应关系,将理法方药融为一体,对我们临床起到了重要的指导作用。在原文中小柴

胡汤证治广泛,从里到表,从内到外,只要符合上下、内外枢机不能畅达,均可运用。所以先生用治胃痛、痞证、失眠、痛经、小便不利、遗精、早泄、便秘、更年期综合征等等,不胜枚举。这些都是先生精研经典,知常达变的生动体现。作为弟子,必须以此为例,学习老师的治学方法,和临证变通的思维方式。

5 结语

王琦教授临床治病疗效显著,主要得益于其独特的诊疗思路,种种特色不胜枚举。这些特色的形成,来源于其严谨的治学态度与对临床实际的深刻思考。严谨的治学态度,造就了其丰厚的理论功底;深刻的临床思考,激发了其对中医理论的创新。

(上接第 58 页)

[9] Yamamoto H, Mitani A, Gui Y. Neuroprotective effect of mild hypothermia cannot be explained in terms of a reduction of glutamate release during ischemia [J]. Neuroscience, 1999, 91 (2): 501.

[10] Huang FP, Zhou LF. Effect of mild hypothermia on the changes of cerebral blood flow, brain blood barrier and neuronal injuries following reperfusion of focal cerebral ischemia in rats [J]. Chin Med J (Engl) 1998, 111 (4): 368.

[11] Bacher A, Kwon JY, Zornow MH. Effect of temperature on cerebral tissue oxygen tension, carbon dioxide tension, and pH during transient global ischemia in rabbits [J]. Anesthesiology, 1998, 88 (2): 403.

[12] 朱士文,任庆华,李义召,等. 头颅局部亚低温治疗急性进展性脑梗死临床研究 [J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9 (6): 326-327.

[13] Maier C, Ahern KV, Cheng ML, et al. Optimal depth and duration of mild hypothermia in a focal model of transient cerebral ischemia: effects on neurologic outcome, infarct size, apoptosis, and inflammation [J]. Stroke, 1998, 29 (10): 2171.

[14] McCulloch J. Neuroprotective drug development in stroke: blood pressure and its impact [J]. J Hypertens Suppl, 1996, 14 (5): 131-138.

[15] 董建华. 中医内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1984. 209-212.

[16] 王少阳. 中风病气虚证证治探讨 [J]. 时珍国医国药, 2002, 13 (7): 416-417

[17] 迟丽屹,张彦海,马 瑛. 气虚血瘀与中风痴呆关系的初探 [J]. 陕西中医, 2003, 24 (2): 144-147.

[18] 查良伦,沈自尹,张 平. 补阳还五汤冲剂治疗缺血性中风的临床研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (2): 74.

[19] 田淑霄,李士懋,张再康,等. 脑栓通胶囊对脑梗死作用的实验研究 [J]. 中草药, 1998, 29 (11): 755-757.

桂林青蒿琥酯系列抗疟药直供 WHO 我国制药企业实现零突破

据新华社消息,2005年12月22日,世界卫生组织(WHO)公布桂林南药集团生产的青蒿琥酯系列抗疟药成为其预供应商,这也是我国第一个获得WHO质量认证的青蒿琥酯系列抗疟药,实现了中国制药企业成为WHO预供应商资格零的突破。青蒿琥酯是用青蒿草提取物制成的抗疟疾特效药,早在1978年就研制而成。20世纪90年代以来,这一系列药品由于具有毒性低、起效快、疗效高、复燃率小的特点,在世界卫生组织和各国医疗卫生机构中享有盛誉,被誉为“抗疟圣药”,是我国惟一被WHO认可,并享有独立知识产权、自主研制的药品。