

万里云天万里路 一重山水一重天

——我所走过的治学之路(一)

● 王 琦*

题 记 2006年11月,我应全欧中医药专家联合会的邀请,赴法讲学。在飞往巴黎的航程中,我透过飞机舷窗看到银光耀眼、万里长空中云海翻卷,十分壮美辽阔;而云海下面关山重重,江河沛沛,正一个一个被飞速逾越。此刻我心中充满了绮思,充满了激情,我不禁发问:我们所投身的伟大事业之路,不正如这万里云天吗?而我们的人生之旅,不正是在山一重、水一重中艰苦攀登、跋涉、穿行、跨越吗?于是我在机舱里写下了这个文题。

关键词 治学 立言开新 全科专长 学术经验 王琦

在我的治学与业医生涯中,走过的道路艰难而又充满憧憬,探索的旅程漫长而又收获丰盈。王国维说学者有三境界:“昨夜西风凋碧树,独上西楼,望尽天涯路”、“衣带渐宽终不悔,为伊消得人憔悴”、“众里寻他千百度,蓦然回首,那人却在灯火阑珊处”。然而对我来说,又可以具体地刻画出六条鲜明的,值得回忆的轨迹,这就是:博涉医源,精勤不倦;立言开新,创建学说;全科专长,广而求精;学科纵横,拓展思维;万里行进,弘扬国粹;未来探索,永不言弃。

博涉医源之路

衣带渐宽终不悔,为伊消得人憔悴

中医之学,光华璀璨,垂二千余年,在漫长的岁月淘沥、跌宕中,没有消亡,没有断裂,一直绵延至今,福泽于民,这不能不说是人类文明的奇迹;而闪烁着哲人睿智的医学思想和方法今天又在全球范围内得到传播、发扬,这又不能不令人称奇而感其伟大。中医

*** 作者简介** 王琦,男,著名中医学家,教授,博士生导师。国家有突出贡献专家,国家重点学科中医基础理论学科带头人,国家人事部、卫生部、国家中医药管理局遴选的全国500名著名中医药专家之一,国际中医体质研究会主席,英国皇家医学会会员,国家“十一五”“211”中医体质学建设项目负责人,国家重点基础研究发展计划(973计划)中医基础理论整理与创新研究项目专家组成员及课题负责人。本刊学术顾问。

● 作者单位 北京中医药大学(100029)

学是一门历史悠久的医学,是一门博大精深的医学,是一门东方智慧之学。中医理论蕴含着丰厚的东方文化,涉及文、史、哲、理各个方面,若欲学好中医,只有把握其理论渊源,才能真正理解中医学的宏富内涵。古往今来,凡欲成大医者,都必须具有广博的知识。《黄帝内经》中就有“上穷天纪,下极地理,远取诸物,近取诸身”的要求。汉代张仲景提出要“勤求古训,博采众方”。唐代名医孙思邈在《备急千金要方》里说:“凡欲为大医,必读素问、甲乙、黄帝针经、明堂经、十二经脉、三部九候、五脏六腑、表里孔穴、本草药录、张仲景、王叔和……等诸部经方,如此乃得为大医。”简而言之,欲为大医,就必须博极医源,精勤不倦,这是惟一的路。在我治学的过程中,没有能做到“博极医源”,但在“博涉医源”路上经历了三个阶段,采取了三种方法,体验了三个境界。

1 读书三阶段——奠基、提高、拓展 我的读书过程大体经历了三个阶段。第一阶段为打基础阶段,除教材的一般知识外,首先是读《本草备要》、《汤头歌诀》、《医宗金鉴》和《伤寒》、《金匱》。学了本草、汤头,药性、方剂就熟了,开方、用药有了底气。《医宗金鉴》的各科心法要诀提炼十分精彩,是作为全科医生的最好铺垫。读了《伤寒》、《金匱》,掌握辨证论治的法门,临床基本功就有了。其间也阅读了许多名医医案,包括《丁甘仁医案》、叶天士《临证指南医案》、《全国名医类案》等,读医案可丰富阅历,见名家手眼,激

活思维,让你如浴春风,启迪良多。其他还读过《杂病源流犀烛》、《医学衷中参西录》等,后来在临床工作中也学习和总结过一些民间验方。

第二阶段是提高阶段,从 1976 年参加中医研究院举办的全国中医研究班开始,到后来读研究生,对《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《温病条辨》等进行了较为深入的学习和研究,并参与了对医学经典著作的注评。其学习方法是通读全文、提要钩玄、译释注评、专题研究。几十年下来,深感四部经典对理论水平提升的持久作用,可谓源泉不竭而又生化无穷。在这期间一边学习方药中、岳美中、赵锡武、王文鼎等名老中医的经验,一边阅读较多的古代书籍,如《备急千金要方》、《外台秘要》、《脾胃论》、《景岳全书》等,使中医理论功底和临床水平有了比较大的提高。

第三阶段是知识扩展阶段,在后来几十年的教学、临床、科研工作中,由于涉及到许多学科知识,还学习了一些现代医学的书籍,如内科、生殖医学临床的书,科研方法的书,分子生物学的书,免疫遗传学的书等,同时也接触一些其他西方文化和科技方面的书籍,形成对中医研究的参照,这些对把握时代脉搏和形成对中医的深层次理解是有帮助的。业余时间也经常阅读古代散文、诗歌、史学、哲学等方面著作,感受中医学在东方文化中的血脉浸润,拓展了思维的维度。

2 读书三方法——精读、泛读、研读 《全国中医图书联合目录》共收集中医图书 12124 种,《中国医籍大辞典》收录中医药书目 23000 余种,仅现存中医古典书籍就有 19000 余种,我们一生中最多也只能读一二百种。所以,我采用精读、泛读和研读三种方法。对于经典著作、著名医家的著作,如《内经》、《难经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《神农本草经》等必须精读,我在这些书中,用红笔逐句圈点,并在书页上加译加注,《伤寒论》条文我抄在小本子上随身携带,《温病条辨》以口诀形式用毛笔抄写置于案头,方法笨了一些,但笨有笨的好处:刻骨铭心。不仅要做到能读懂、读通,有的还要背诵,脱口而出,做到能探明原意,把握应用,也就是《素问·著至教论》中提出的诵、解、别、明、彰的学习方法。明、清以后的书,不仅数量多,而且有些是对前人书籍的集成,有些名著长篇,只能有选择性地泛读,用以拓宽视野,找与自己研究方向有关的东西,或临时查找一些东西。有些短小作品临床助益也很大,如明·绮石《理虚元鉴》、薛己《内科摘

要》、孙一奎《医旨绪余》、清·费伯雄《医醇賸义》、徐灵胎《慎疾刍言》、罗美《古今名医方论》等,同样闪烁着理论与实践的光辉。研读是探索更深的层次,形成专题研究。如《内经》的研究,其方法和途径颇多,或从校勘训诂,或从训解次注,或予分类摘编,或集各家之注,皆多有贡献,然亦有受“以经解经”、“疏不破经”的影响,使问题难以深化。我在《内经》研究中设立运气干支、气象地理、藏象经络、养生长寿等专题进行深入研究,在国际上产生了影响。法国慕尼黑大学医学史研究所的文树德教授致函说:“您发表的有关《黄帝内经》文著,对我们学习研究译释该书有很大的帮助,……我们将您的工作业绩载入我们的《内经》资料库,以供世界各国的学者检索。”

3 读书三境界——领悟、升华、演绎 我感到处在不同的读书阶段,就会进入领悟、升华、演绎的三种不同境界。理论学习,首先是领悟,也就是寝馈其间,对理论与思想的理解与把握,使心有所感,豁然贯通。如《伤寒论》论喘有 22 条,有风寒束表、肺气失宣之喘,有里热炽盛、胃肠实热之喘,有肾不纳气、阳气衰微之喘,有里热伤阴、阴竭便结之喘等等,病变涉及到肺、胃、肠、肾、脾等脏腑,不独在肺,从中得到较系统认识而活泼地用于临床。这是读书的第一境界。第二境界就需从理论的梳理中“爬罗剔抉,刮垢磨光”,并能应用其理论思维,通过临床实践,形成自己的认识加以升华。如“宗筋”在《内经》中有不同所指,我在学习过程中对宗筋概念、生理功能及其与相关经脉的关系作了系统论述,并指出“阳痿从宗筋论治”的理论意义,通过长期临床总结出抑郁伤肝,宗筋无能致萎,治以疏肝解郁,调达宗筋;肾气不足,宗筋失养致萎,治以温补下元,振阳起萎;湿热下注,宗筋弛纵致萎,治以清热利湿,苦味坚阴;阳明受损,宗筋失润致萎,治以健脾益气,滋生阳明;血脉瘀滞,宗筋失充致萎,治以活血化瘀,通其脉络,从而为中医治疗阳痿提供了新的见解。中医理论历来都是通过医家的不断创新而向前发展的。演绎境界要求的是既能融会贯通,又能形成创见。比如刘完素的“六气皆从火化”、李东垣的“脾胃受损,百病由生”等等。创新境界是读书的最高境界,不形成理论,就不能产生突破。临床上我十分注意结合实际进行理论拓展,提出新说,以有效指导治疗。如我在治疗脾胃病的过程中提出“脾胃外感”新说,认为现代中医临床不少脾胃病的主要病因是外邪,外邪包括六淫与邪毒,如病毒引起的胃肠型感冒是由初感肺卫内传脾胃,幽门螺旋杆菌引发之胃

炎及消化性溃疡是由外邪入侵,直入脾胃。而乙肝、丙肝等病毒引发脾胃证候亦是疫毒内伐脾胃。这些论点是根据新的实践提出的新假说,突破了“脾胃内伤”的定势,丰富了脾胃学说的内涵。

几十年来,我在这三个层次的永恒思索和追寻中,跋涉着学涯苦旅。先后编著《素问今释》、《内经与临证》、《黄帝内经研究》、《运气学说的研究与考察》、《伤寒论讲解》、《伤寒论研究》、《王琦临床医学丛书》等30多部著作。提出一些新的理论观点,由博涉医源,临证实践,而走上了立言开新之路。

立言开新之路

通古汇今,知常达变,创三辨理论泽被万众
博学广闻,立言践行,做四大学问自成一家

这是靳琦研究员在《杏林传薪——王琦学术思想研究》一书中为总结我的学术特长写的一幅对联,读时每感汗颜。在我从医近40年的历程中,对中医学充满了挚爱,时时涌动着无限的激情,不断追古述今,凝练升华,开拓新论,使之异峰突起,从而构建了中医体质学、中医男科学、中医腹诊学、中医藏象学四大学术体系。

1 中医体质学 曾经有记者问我:为什么选择中医体质学进行研究?回想起来在我临床工作的早期,经常遇到一些棘手的病例,利用常规的诊治方法难以奏效。当时我考虑由于时代发展,自然环境和社会变化,以及疾病谱改变等新情况的出现,中医基础理论研究滞后于实践需求,如传统的中医病因学对遗传禀赋因素、物理化学因素、生物因素等重视不够。体质现象是人类生命活动的一种重要表现形式,与人的疾病和健康密切相关。古今中外,人们对体质差异早有认识。但是西方体质理论多被认为是一种气质学说,难以应用于临床。中医传统体质理论多散在于历代医家文献中,未能形成理论体系,但对在临床诊疗中,考虑患者体质差异因素可以提高临床疗效,认识是一致的,这就是中医学“因人制宜”的思想,只是由于缺乏相对具体的表述,难以发挥其特色和优势。我认为以人体体质为研究的切入点,可以揭示生命现象的本质问题。由于中医对体质的认识和西方医学对体质研究存在许多共同之处,二者具有通约性和互补性,也预示着中医体质学研究可以成为我国传统医学走向世界与国际对话的重要方面。

因此我自1977年起从事中医体质学的理论、基础与临床研究,研究过程可以概之为三个历程。第一

步是理论框架的构建,第二步是科学原理的提出与实验支持,第三步是关键科学问题的凝练与标准化研究,取得了一些成就。

1.1 构建中医体质理论体系,形成新的学科 体质现象是人类生命现象中的重要表现形式,自古希腊医学家希波克拉底和我国秦汉时期《黄帝内经》以来一直重视研究人的体质现象,但两千多年来,中医体质一直未能形成专门的学术体系。我从中医学角度系统论述了人的体质生理、成因、构成、分类、演变规律以及体质与发病、辨证、治疗的关系,提出“体质过程论”、“心身构成论”、“环境制约论”、“禀赋遗传论”四个基本原理,构建了中医体质理论体系。对个体差异从形态结构、生理机能、心理特点、反应状态四个特征群开展多角度、多层次研究,突破仅从形态结构或单一气质研究的局限。提出“体质可分”、“体病相关”、“体质可调”三个关键科学问题,以及“辨体-辨病-辨证”相结合的诊疗模式,提高了中医临床治疗水平。提出了体质三级预防理论,应用指导养生防病。

自20世纪80、90年代出版《中医体质学说》、《中医体质学》,至2005年出版《中医体质学》创新教材,标志着中医体质学科的建立,为中医“治已病”的医疗服务体系和“治未病”的保健服务体系发挥作用。

中医体质学被列为国家“十五”、“十一五”“211工程”重点建设项目,为国家重点学科中医基础理论学科重点研究方向,列为国家“973”及国家自然科学基金重大课题。

1.2 发现中医9种基本体质类型 我带领课题组运用中医体质学原理,结合现代科研方法,并在全中国东、西、南、北、中地区开展21948例中医体质分类流行病学调查,发现中国人群中存在平和质、气虚质、阴虚质、阳虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质9种基本体质类型及不同年龄、性别、地域人群的体质特征,初步把握了国人不同体质类型特征及分布规律,以及健康相关生命质量与社会人口学特征的相关性。《人民日报》2008年4月3日以“中医绘制中国人体质分类图——一方水土,一方体质”为题,报道本研究的五个发现:发现一,中国人体质分9种;发现二,天南地北体质各异;发现三,女性一般寿命长;发现四,体质随年龄演变;发现五,职业对体质影响大。中国人体质分布规律的发现,有助于把握中华民族的体质特点,提高我国人民的生活质量和健康水平。我们还与美国、日本、香港等国家地区常模进行比较,提供了研究数据。

1.3 形成两个体质辨识方法和工具 在对中医体质进行分类的基础上,按照量表开发的科学程序和方法,编制评价中医体质类型的测量工具——《中医体质量表》,信度效度良好。在此基础上,应用流行病学、免疫学、分子生物学、遗传学、数理统计学等多学科交叉的方法,经中医临床专家、流行病学专家、体质专家多次论证而建立了符合标准规范要求的体质分类的标准化工具——《中医体质分类判定标准》,被认定为中华中医药学会标准,应用机构覆盖全国 26 个省、市、自治区的中医院校和医院。《中医体质量表》和《中医体质分类判定标准》的研制实现了体质理论向实践的转化。

1.4 开发三个体质辨识技术 我带领课题组开发了三个体质辨识技术,拓宽了体质研究应用的领域。

雷达分析图——体质类型常有兼夹现象,开发的雷达分析图可将体质得分直观地标于图上,连接得分点,根据所围成面积的大小进行复合体质的判定,进行体质诊断。

个体体质信息采集分析系统——大范围的实践应用所得到大量的数据,需要进行大规模数据分析修正。开发的个体体质信息采集分析系统能够针对原始信息群,实现体质信息存储访问与可视化统计分析和体质参数修正两大功能。

三维中医体质模型——基于 9 种体质类型,利用多媒体技术、计算机图形学等实现对特殊的体质外部细节特征的视觉描述与动态展现,为体质特征模型化及体质健康推广的普及化提供了视觉手段,能够应用于教学、科研与临床。

1.5 提示中医体质具有分子生物学内涵 通过人类全基因组表达谱研究,发现阳虚质、阴虚质、痰湿质与平和质比较具有独特的基因表达谱,其中,过氧化物酶体增殖剂活化受体 γ 基因 (PPARG) 不同位点的基因型和等位基因型分布与平和质比较具有显著差异;通过人类白细胞抗原检测,发现痰湿质在 HLA-B*40 等五个位点上具有独特的遗传学特征;生理生化指标的检测也发现,阳虚质、阴虚质与下丘脑-垂体-肾上腺轴、下丘脑-垂体-甲状腺轴功能减退,及与环核苷酸系统和免疫功能紊乱具有一定的关联性,部分痰湿质存在血脂代谢紊乱、糖代谢障碍及嘌呤类代谢障碍,初步提示了中医体质具有生物学内涵。

1.6 证实体质与疾病的相关性与可调性 发现痰湿体质与高脂血症、高血压病、冠心病、糖尿病、脑卒中密切相关。所创制的化痰祛湿方能减少体内脂肪积

聚,改变脂质代谢,降低血液黏稠度,改善痰湿体质,使病理性脂肪肝得到逆转,并能防止肝纤维性变。过敏康胶囊改善过敏性疾病的实验研究与美国 Johns Hopkins 大学合作,证明该药可降低小鼠抗原特异性 IgE,抑制致敏小鼠肥大细胞组织胺释放,对过敏性疾病的治疗与预防复发有良好作用,证实干预体质可改善体质偏颇。

1.7 提供中医“治未病”的方法与工具 所建立的中医体质辨识方法,用于亚健康人群研究、生命质量的评价研究,为国家“十一五”《亚健康状态中医辨识与分类研究》及国家行业支持项目核心内容,并应用于健康管理、健康保险及中医体检。在国家中医药管理局确定的多家“治未病”中心均应用 9 种体质分类建立体质辨识中心、体质健康调养方案,仅广东省 2007 年完成体质辨识 1 万余例,体检人数约 45000 人次,健康调养门诊量 1 万余人次。《人民日报》、《光明日报》、《健康报》、《中国中医药报》、《北京青年报》、人民网、中央电视台、教育台、北京电视台等对体质辨识治未病与养生保健进行深入宣传,普及到广大民众之中,使体质三级预防思想形成广泛的社会实践。对构建中医预防保健体系、社会保障、公共卫生经济建设等有重要的贡献。2007 年 6 月 24 日卫生部王国强副部长在《开展中医“治未病”试点工作座谈会上的讲话》中指出:“北京中医药大学王琦教授所带领的课题组,历经 30 余年的研究,以《黄帝内经》和历代医家的体质理论为依据,所做出的《中医体质分类判定标准》,为中医“治未病”工作的开展提供了有效的方法和工具,将理论与实践相结合”。2008 年 1 月 25 日王国强副部长在“首届‘治未病’高峰论坛”上再次指出:“在服务内容上,以中医体质辨识为基础,探索确定了体现中医特色、个性化、全程系统的适用技术和服务手段。……现代采用体质辨识及干预等,都是“治未病”在预防保健中的具体应用,充分展示了中医“治未病”的恒久魅力。”

1.8 中医体质研究成果得到推广应用 中医体质理论被国内外学者广泛研究与应用,相关内容被写进《中国大百科全书》、《中国医学通史》,列入全国高等中医药院校《中医基础理论》规划本科教材 3 种、大专教材 1 种,《内经》教材 1 种,研究生教材 1 种。

《中医体质分类判定标准》广泛应用于体质与疾病的相关性研究、流行病学调查研究、疾病防治的应用研究,该《标准》在全国 49 所中医院得到应用,涉及内、外、妇、儿各科病种 41 种。体质辨识在中医临床

诊疗中,与辨病、辨证相结合,形成三位一体的诊治方法,在临床实践中取得效果。具体经验被整理成专著《王琦辨体-辨病-辨证诊疗模式——中医体质理论的临床应用》。

《中医体质分类判定标准》获得2007年国家科技进步二等奖,中医体质的相关研究亦先后获得教育部、中华中医药学会一、二等奖4项。

1.9 中医体质研究受到国际学术界的广泛关注 体质学专著《中医体质学》在日本被多次翻译出版。在和日本富山大学富山国际传统医学中心合作过程中,将《中医体质量表》开发为日文版,并进行了信度、效度评价,发现其重测信度良好,各亚量表的内部一致性分析效标效度与中国的评价结果相似,性能评价良好。有学者依据我的体质分类理论研究了不同体质中 HLA-DRB1, DPB1, 和 DQB1 的分布特征,并在“THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE”发表,该杂志编者按指出:该研究为架接西方生物医学与传统医学之间这道鸿沟的桥梁迈出了重要的一步。美国 Johns Hopkins 大学对干预过敏体质中药进行了合作研究。韩国韩医学研究院亦来华进行中韩体质交流。美国哈佛大学、康奈尔大学等一批学者高度评价,认为“在我们西方所称的‘功能整体性医学’只是刚刚开始考虑这些问题,但还没有给出特殊功能变化和一个明确定义的框架。北京中医药大学王琦教授开创的中医体质学,是生命科学的重要组成部分,它是中医学中经过时间检验的方法学,可用于干预、预防和治疗疾病,这将有利于全球性的公共健康”。

2 中医男科学 中医学作为一门医学学科,其学科领域还存有许多空白,中医男科即是其一。汗牛充栋的古代医籍中虽有一些对男科病的记载,但二千多年来没有形成较为完整的理论体系,亦未给后人留下完整的男科学专著,在临床上始终没有形成独立的专科,从而让许多男子发出“七尺男儿多疾苦,难言之隐无处医”的感叹,面对无数男子的痛苦与不幸,面对一双双殷殷以求的目光,我油然而产生了一种使命感:建立中医自己的男科学!1985年,我在中医研究院首次开设男科专家门诊,同时还撰写了大量论文。

一门学科的建立,必须有其理论体系的构建,并明确其研究对象和范畴。为了形成科学的、完备的与现代男性疾患相适应的中医男科学,我先后阅读了《马王堆汉墓医书全集》、《抱朴子内篇》、《诸氏遗书》、《医心方》、《素女经》、《玉房秘诀》、《医方类

聚》、《诸病源候论》、《广嗣纪要》、《古今医统》、《东医宝鉴》等90余种涉及男科和性学方面的著作,广泛收集与男性疾患有关的男科信息,经过积极的努力,历尽艰辛,第一部《中医男科学》于1988年11月22日出版。书中系统阐述了中医男科发展源流、男性的生理特点、男性病的病因、病理特点和辨证论治方法,体现了中医男科的学术思想体系,被学术界公认为中医男科学的奠基之作,标志着中医男科学的诞生。著名中医医史学家耿鉴庭先生在《中医男科源流考》中写到:“以王琦为主编的《中医男科学》不仅首次提出了该学科的定义概念,而且以发展源流及创建性的论述填补了中医学现存没有男科的空白,推动了学科的形成与发展,在此以前未见比拟者。”其后,我又相继主编出版了《中华中医男科学丛书》(1990年)、《王琦男科学》(1997年)等多部专著,《王琦男科学》第二版又于2007年出版。徐福松教授撰文评价说:“《王琦男科学》是有史以来中医男科理论和临床的一次最系统、最全面的整理和升华,在继承的基础上有所发展,有所开拓,有所创新;它是既具有较高的学术水平,临床实用价值,又具有较为完整的检索功能的男科工具书,它是一部难得的中医男科奠基之作。”本人对构建和丰富男科学学术体系的努力,得到了中医界学术界赞同深感欣慰和鼓励。国家中医药管理局原副局长诸国本说:“王琦教授对中医学的贡献之一,在于把男科这样一个专科发展了、深化了,发展成为独立的临床学科,并有不少理论上的探索和创建。”(《王琦男科学》·诸序)此后我又在男科理论、方药、基础实验等方面开展了一系列研究。

2.1 男科理论研究 对“精室”、“宗筋”、“肾实证”等进行专门研究,为激活临床思路,提供了理论支持。临床中构建了现代中医男科辨病辨证辨体相结合的多元化的诊疗模式,拓宽中医诊治男科疾病病种范围(《中医男科学》记载病种40个,《王琦男科学》记载男科疾病11类,病症165个)。变革中医男科临床思维,揭示精瘀、痰凝、血瘀、湿浊、热毒是构成多种男性病的主要病机,提出“阳痿从肝论治”、“充润宗筋”等概念,男性不育“肾虚挟湿热瘀毒虫”说,及慢性前列腺炎“湿热互蕴,瘀浊互结,肝郁气滞”说等,打破思维定势,并进行男科病名诊断和阳痿、男性不育的规范化研究,提高了男科整体水平。

2.2 男科方药研究 宋金元时期是中医方剂学发展较快的时期,这一时期方书中记载了不少中医治疗男科疾病的方药,我从《太平惠民和剂局方》、《太平圣惠

方》、《圣济总录》中,得到许多有益的启示。如其中治疗睾丸疼痛的方药应用于临床疗效很好。对有些本草所记载的药物功效,今多忽略,尤需药效钩沉,如仙鹤草《本草述钩元》载其为“小便溺血之要药”,我用于治血尿;《金匱要略》记载狼牙草(仙鹤草)治阴中生疮,我用于外治生殖器感染,内服治疗衣原体感染性疾病;姜黄,陈藏器论述其“破血立通,下气最速”,我用以治前列腺疾病瘀浊互结等,皆有卓越功效。在男科临床中形成了善用药对、善用专药、善用经方三个特点,如药对葛根配羚羊粉,治疗高血压阳痿,蒲黄配滑石,通利精溺之窍;专药如以生麦芽、山楂、鸡内金治精液不化;经方如用当归贝母苦参丸治疗慢性前列腺炎等,皆多应手,先后研发了治疗勃起功能障碍的国家新药“疏肝益阳胶囊”和治疗男性不育新药“黄精赞育胶囊”,在全国得到广泛应用。

2.3 基础实验研究 无论是在男科研究还是在临床实践中,我强调与现代科学相结合,融会新知,力倡将中医男科建设成一个开放的体系。如在研制中药过程中采用随机双盲对照试验方法,用恒河猴观察中药改善性功能和生精效果,发现中药可显著改善睾丸生精微环境及阴茎动、静脉血流,将中医生殖医学研究推进到生殖病理学及生殖毒理学层次。首次进行生殖方药子代安全性观察,包括观察新生儿出生缺陷率,体格及智力发育等,同时证实提高精子密度、活力、活率及运动速度的作用。有关研究证实,黄精赞育胶囊对精子超微结构的影响,发现其修复作用不仅局限于某一部位或某一区域,而是对精子细胞的整体修复。从而形成了在现代条件下对男性不育从病因病机—治则治法—药效药理—生殖毒理—临床循证—子代随访—疗效评价的系列研究;在阳痿诊断方面推荐国际问卷指数;临床用药结合中药药理研究成果等。

2.4 人才培养 多年来我举办或参与了多届中医男科进修培训提高班讲课,培养了数百名基层中医男科的骨干力量。并多次出席全国中医男科学术研讨会做学术报告,促进中医男科学术水平的提高与推广。

3 中医藏象学 藏象学说是中医理论体系中的核心内涵,也是临床各科辨证论治的理论基础。遗憾的是,有关藏象研究的专著为数不多,进行系统的理论构建尤为亟须。因此我从 1976 年起就致力于藏象研究,1979 年写成《藏象概说》一书,并为日本刊物连载,为杏林同仁所瞩目。1997 年着手进行《中医藏象学》的主编工作,该书历经六载,数易其稿,终成 150

万言专著。其间辨章学术,淹贯证治,构建体系,厘定概念,彰其隐旨,皆倾心力。是书构建藏象学科,完善理论体系;辨析学术纷争,阐述理论是非;填补诠释不足,力主面向临床;继承发扬并举,传统融入新知,对中医藏象学作了理论的构建与完善,第一次将其从学说地位确立为学科地位。其主要成就是:

3.1 构建中医藏象学理论体系 在 20 多年的研究中,通过对其学术内涵的考察、挖掘、梳理,对中医藏象学进行了系统的理论构建,涵盖了从中医解剖、生理、病理等基础医学到中医发病、诊断、辨证、治疗等临床医学的多个方面,并在定义、名词、概念系统的规范方面作了大量原创性工作。著作《藏象概说》被日本《中医杂志》连载,《中医藏象学》连续再版,有关专家评价此书“是迄今有关藏象研究最全面,因而也是最具权威性的著作,对中医学术发展做出了不可低估的贡献”。“中医藏象学理论体系的构建研究”获得 2007 年教育部高等学校自然科学二等奖。

3.2 充实、发展和提高传统藏象理论 在对传统藏象理论进行归纳、整理与研究的基础上,进一步对其进行了系统阐述、重点引申与理论发展。如首次在肝病辨证中补充了肝阳虚(肝虚冷)和肝气虚(肝气不升)证治,对脾阴、肺阳、肾实证等亦作了补充和阐述,并对五脏分别进行了证候规范化研究。

3.3 从多组角度体现中医藏象学整体联系 对“藏”与自然现象、生理现象、病理现象以及藏与藏、藏与经络之间的相互关系从多组角度进行诠释,体现了藏象学整体联系。如以“心”为例,分列阴阳五行、心的特性、心的功能、心与面舌、心与自然、心与经络、心与其他脏腑、心与病因、心与病机、心病发病特点、心的主要病证、心病辨证、心病的治疗、心专题讨论、心的现代研究进展等 15 个方面加以阐述,体现了全面系统性。

4 中医腹诊学 腹诊是中医诊病的一种独特的方法,早在《黄帝内经》、《难经》、《伤寒论》中就有记载,可谓源远流长。但由于历史原因,后来在我国研究较少,临床也鲜有应用,濒临失传。16 世纪以后,日本倡导腹诊,广泛应用于临床,重视程度胜于脉诊,一度居于我国之先,以致日本学者在国际性的学术会议上声称腹诊是日本人发明的,从而产生了中日“腹诊发明权”之争,由此激发了我对腹诊进行系统研究的决心。我主持的腹诊研究工作与日本腹诊研究相比具有以下优势:一是拓宽了理论研究范围。日本腹诊研究,一派以《伤寒论》为主体,一派以《难经》为主体,各成

体系,我带领课题组上溯《内经》,下迄明清,涵盖了腹诊所有文献,汇各家之说,使之全面系统。二是丰富了辨证内容。日本对腹诊应用主要是汤一证(腹)对应,而我们则包括了藏象经络、气血津液等辨证,四诊合参,综合考察腹证情况进行论治。三是扩大了腹症症状。日本腹症描述一般为50多个,我们增加到500多个。1985年我首次提出了“常见腹症的诊断标准”,使腹诊研究进入了规范化和客观化研究的阶段。1986年主持卫生部课题“中医腹诊检测方法的研究及腹诊仪研制临床验证”,提出了腹诊新概念,并与清华大学合作研制成功“腹诊仪”,通过快速检测皮温、深温、穴温及腹部压力位移参数,为腹诊中的寒热虚实辨证数据化提供了依据。课题鉴定委员会负责人、著名中医学家焦树德教授认为:该项研究整理、提高、发扬了我国一种濒于失传的传统诊法,为继承发扬中医学做出了重要贡献,填补了国内空白,达到了国内外领先水平。

该课题的完成,弥补了国内长期以来腹诊研究的空白,还使中日学术界的“腹诊发明权”之争告一段落。1994年出版《中国腹诊》,使腹诊发展为一门系统的学科理论,丰富了中医诊法,标志着中医腹诊学的确立。

在此我也想对热爱中医事业的青年学子们真诚地说:“只有从传统中来,又能超越传统,才能在学术上有所建树,只有在继承的基础上进行创新,中医学才能发展。虽然这条路走起来艰辛,但也其乐无穷。”

全科学长之路

求全备而有专攻,致广大而尽精微

中医学术,博大精深,临床诊疗,理法纷呈。故为医者,非勤求博采无以施展济世活人之术,唯通晓各科方能成就术有专攻之业。鉴于辨证论治思想与方法在中医各科的普遍适用性,作为一名学养有素的中医学人和临床医生,必须走全科发展与专科擅长相结合的道路,做到广博而精专,才能在临床上有所作为。此正所谓“致广大而尽精微”是也。

1 全科之路 中医学是一门应用科学,离开了临床则失去了活力。中医内科过去叫“大方脉”,作为一名中医,虽要术有专攻,但是要建筑在通晓全科的基础上。临床各科间常有密不可分的关系,可相互促进。在近40年的悬壶生涯中,我对内、妇、儿科均有所涉猎,早年从事、学习中医儿科三年,中医妇科五年,后又多年从事内科。当住院医师的时候,中医科就一人

派往病房。妇科宫外孕会诊、传染病房肝炎、流脑会诊、外科破伤风、脓毒败血症会诊,忙得不亦乐乎,但却锻炼了自己。《王琦临床医学丛书》收录我的内科医论、医话,涉及外感、心病、肾病、脾胃病、神经系统疾病等;外科、妇科、儿科也有多篇临证体会。这些丰富的临床实践是我从事中医事业的动力与源泉。

在临证中我十分注意寻求病机,摸索规律。如临床上对血尿治疗较为棘手,通过一定病例的实践,我初步摸索到下焦蕴热为主要病机,故围绕“热”字拟定了“实热血尿,清热以止血”,用自制五草汤(鱼腥草、益母草、鹿衔草、茜草、白花蛇舌草)清热凉血,利水通淋;“虚热血尿,清中有滋”,以猪苓汤为主方,清热滋阴,滑润止血;“瘀热血尿,清热消瘀”,用自制山甲琥珀散(山甲、生三七粉、琥珀粉)为主化瘀止血,取得了很好的疗效。对代谢综合征,过敏性疾病,尿路结石,胃肠消化性疾病,睡眠障碍,肾病等多有揣摩,主编《62种疑难病的中医治疗》,由人民卫生出版社出版,由于临床疗效较好,求医颇众,并应邀为国家政要、外国使节、元首保健治疗。

擅用小方。有些患者认为医生开的药越名贵,就越重视自己的病,效果肯定就好。我不投患者所好,只求对证下药。曾有一位农业大学的研究生,几年来动辄汗流浹背,湿透衣衫,非常苦恼,我开了一味桑叶30克,让他回去泡茶喝。他用奇怪的眼光看了我一眼,没说什么就走了。过了十几分钟,他又跑回来很委屈地说药房不给配,说太便宜了,没法儿算药费,让他问问是不是大夫开错了。我说:“一点儿也没错,这里不给配,就到外面的药店配吧。”约摸半个月后,患者打电话来,说这一味药还真灵,大汗再也不出了,精神也好了。

诊治疑难杂症须做到独立思考,方能独辟蹊径。对于昏迷的治疗一般多囿于“心主神明”而从心治,常以“热入心包”、“痰迷心窍”概之。其实,“昏迷非独治心”,胃络通心,胃燥昏谵急需通下阳明;肝热神昏,可清泄肝热;“瘀阻脑窍”也可神昏。如我曾治一病人,女,45岁,因脑溢血昏迷3天,住北京某医院,CT扫描脑有血肿,服芳香开窍药未能清醒,邀我会诊,经用建瓴汤为底方加用云南白药、水蛭粉送服,24小时清醒。我常用水蛭粉、地龙粉主治脑血栓偏瘫,疗效显著。如一丹麦外宾,经用此方治疗二月丢掉拐杖,而深表谢忱。

理论离不开实践,研究离不开临床,中医理论思维一旦脱离了临床,就成了无源之水。随着社会医疗

保健需求和疾病谱的变化,大量新事实、新经验的积累需要进行理论上的总结与升华,理论只有从实践中吸取营养,不断充实、变革、发展,使其尽可能地概括、解释新的事实,才能对实践的发展起指导作用。

若要获得良好的临床疗效,还应对方剂、中药进行深入研究。因此,我常研读经典,揣摩其中方剂的立方思想、组方法度、方证关系。我在长期研读《伤寒论》、《金匱要略》、《肘后方》、《医学衷中参西录》、《经方实验录》等著作的过程中,深感经方、小方应用的重要性,多次撰文从理论上阐述应用经方与小方的学术意义。1981 年编写的《经方应用》一书,中医界前辈任应秋、刘渡舟等给予很高的评价。本书曾获得全国优秀图书奖。

20 世纪 70 年代,疟疾在农村是常见的传染病。而早在公元 4 世纪,中医就主张用青蒿“治疟”,如《肘后备急方》记载青蒿“截疟”。在基层运用青蒿抗疟的实践中,我发现不同剂型的疗效有显著的差别,以鲜青蒿绞榨取汁服用效果最佳,经查阅文献与《肘后备急方》中的论述是一致的。1975 年我报道了《青蒿治疗间日疟 125 例疗效观察》,是现代运用青蒿抗疟的较早报道,这一工作受到国家重视,当时中央“523 办公室”派人实地考察,并加以肯定。那个年代,我们的国家发展还比较落后,农村的生活条件就更为艰苦。但正是在那个环境中,我接触到大量的农村急症、杂症,积累了丰富的临证经验。诸如用龙胆清脑汤治疗流行性脑脊髓膜炎,用大蒜、芒硝外敷治疗急性阑尾炎,中西医结合治疗胆囊炎,“转胎方”矫正胎位不正,鬼针草治疗小儿腹泻等,通过对这些经验方的文献考证,发现古人早有这方面的论述,这样在实践中学习,并在学习中得到知识积累。

临床中我对历代本草药效功用及医家用药经验多常进行梳理、钩沉,结合自己医疗实践发现某些药物的特殊功效。如夏枯草安眠,当归平喘,威灵仙化结石,竹茹止血等,而且对经方、时方、大方、小方、名方常灵活应用并加诠释。据此,我的学生整理出版了《王琦临床方药应用十讲》。

2 专长之路 自上世纪 80 年代,我在中医研究院开设男科门诊以来,男科疾病成了我在临床的主攻方向。新的临床实践呼唤新理论的产生。1989 年我在《谈中医的理论与临床思维》一文中说:“科学研究贵在创新。所谓‘新’,势必或有异于前人,或有悖于众说,于此方可谈发展。”我从惯性思维与求异思维、单一思维与多路思维、封闭思维与开放思维,讲了中医

临床理论思维的变革。在男科临床中,临床思维的变革尤为重要,对于阳痿,传统认为是肾虚所致,要补,各种壮阳药一起上,三鞭酒不行,就来五鞭酒,肾宝不行来男宝。我通过大量的临床调研发现,多数阳痿患者正值青壮年,并没有头晕眼花、腰膝酸软、齿摇发落等肾虚症状,而多与情志失调有关,肝气郁结、气滞血瘀导致了阳痿的发生。因此提出治疗阳痿主要用通法而不轻易用补,也就是说,通过调气机、畅血流,使心情舒畅、气血调和,达到阴茎正常勃起的目的。内蒙古有一患者年方四十就得了阳痿,人前人后总觉得低人一等,偷偷地买了很多补肾壮阳的药酒、药丸,结果吃得直流鼻血,血压也升高了。经仔细一询问,原来是他职称未评上,心情一直很抑郁。找到病因后,我一方面给他作心理疏导,一方面给他开了疏肝理气、调节情志的方药,不到数周,病就痊愈了,说妻子对他很满意,似乎又重温了新婚的甜蜜。此类患者比比皆是,针对大多有情志失调因素,我提出“阳痿从宗筋论治”和“阳痿从肝论治”的思想,突破了几千年补肾壮阳的定势。逐渐形成了对功能性阳痿重在“从肝论治,调理宗筋”,对器质性阳痿提出了“调和气血,充润宗筋”的治疗原则。此论形成了广泛的学术影响,我国中医学界老前辈焦树德教授认为,“阳痿从肝论治”的论点,不仅起到了继往开来的作用,丰富了医学内容,而且体现出敢于创新的时代精神。后来在此基础上研制了治疗阳痿的新药“疏肝益阳胶囊”。根据男性不育与生殖系感染、精索静脉曲张有关的现代认识,我提出肾虚、湿、热、瘀、毒、虫是男性不育的主要病机,采用补肾填精、活血化瘀、清热利湿等法进行施治,据此研制的国家新药黄精赞育胶囊临床疗效显著。对慢性前列腺炎,提出“精窍不畅,络脉瘀阻,因病致郁”理论,明确指出通泄精道是其治疗原则,并针对病人出现的尿道刺激症状、骨盆综合征和精神症状等不同主症,分别采用化浊利精窍、活血通络脉、疏肝解抑郁等治疗方法。根据良性前列腺增生多见于老年人的特点,明确提出肾虚和痰瘀闭阻是其主要病机,治疗以补肾消癥为原则,采用补肾、化痰软坚和活血消癥治法,由于治疗思路明确,取得了较好的疗效。

在男科临床中,我处方用药喜用古方、经方,如用桂枝茯苓丸、当归贝母苦参丸化裁治疗前列腺疾病;对动脉供血不足性阳痿用桃红四物汤加减活血行气以改善阴茎供血为主;对静脉性阳痿以当归补血汤加减补气摄血为主,取得很好的疗效。