

# 中医入门三步法

● 叶钢福

**摘要** 提出学习中医入门的三步法,即首先是不盲从中医医籍,然后再实证、分析、怀疑地学习,最后形成自己的理论体系三步,并举例说明。

**关键词** 中医入门 三步法 学习方法

临床工作日久,带教下级医师和实习生等众多。在查房时,嘱其辨证,则表里寒热虚实,莫衷一是;究其病源、病机之转,则惶然莫知,矛盾百出;即便使其“开卷考”,亦茫然无识,无处着手。这些均是经过中医院校正规培养出来的毕业生,其来自南北西东,不乏重点院校,研究生、本科生、大专生均有。再一询问,其同学程度大约相仿。这些学生平常学习努力,成绩也不错,为何在面对实际问题时,如此困惑无解呢?我认为正是他们的学习方法上出了问题,他们还不懂得如何学习中医。

诚然,中医实在难教难学。本人愿将学习中医时的心得、思考分享出来。属辛苦悟得,但敝帚自珍。自觉或对学习中医者有所助益,不敢私藏。以下分三步叙述。

## 1 第一步,正确看待医籍,切忌盲从

医籍,作为中医思想、经验的载体,是每个学习中医所必须借重的。中医医籍(现代编纂的中医教

材也可位列其中),可谓是汗牛充栋。但一家有一家之言,一家有一家之见,有时异同殊别。如何选择?如何学习?确是难题。目前中医内科教与学,基本上均以教材为主,少数古医籍为辅,以考试为目标,确是偏离了方向。这很容易造成以本本为纲,培养出盲从的思维习惯和性格。于是书云亦云,人云亦云,即或本本错误亦“指鹿为马”;本本找不到答案,则茫然无识;一到临床,则一塌糊涂。

须知因为中医学科特点所限,教材不能完美。

要学好医籍,首先要明了中医本身与医籍的关系。简约言之,中医临床是主干,医籍为枝叶;中医临床为目的,医籍为路标。借用佛家之喻,佛家常将佛经比作船,而所求者则在彼岸。非船则无以为渡,而上岸以后则一步有一步之见,学无止境,自须不断努力,亲身体认,方能获取真知。而船终非所求,登彼岸后,则应弃之,岂闻背负船筏而行路者?中医医籍更多情况下,就像是上述的船,而并不代

表中医本身。当如是观。

于是,答案出来了。医籍更多的是应当当作工具来看待,我们借由他方能达到彼岸,至于中医学本身如何,需要我们上岸后自己去探求、体认。所以这可以解释,为何中医各家,一源而多歧。当然不可否认,诸位古代名贤,名医,也是到过彼岸的,其观想、体认,在医籍中不时显现,但由于时代历史因素,或“大匠示人以法”的意思(特别如某些医案),常需要用心思索,揣摩,方能体会。

到此就能真正认识到,各家学术也只不过是“应用工具”而已,真正做到大脑使用工具,而非工具使用大脑。正如古人云:“运用之妙,存乎一心”。

只要不盲从,学习将开始变得有效。

## 2 第二步,正确学习医籍,事半功倍

正确地学习中医,必须具有实证、分析、怀疑的精神。

**2.1 实证、分析地学习** 在学习各种医籍的时候,必须全面学习,注重考证,结合临床,小心求证。

• 作者单位 福建中医学院附属厦门市中医院呼吸内科(361009)

决不能人云亦云,而要下苦功夫,力争求得作者本义为第一要务。不断地增厚积累,夯实基础。按前面的比喻,则只有“全面了解船”,才能驾驭而不迷乱。只有把书读“死”了,才有机会“活”过来。

举个例子,学生常常反应中医学习困难,较为抽象,乱解“医者意也”。尤以学习诊脉更明显,又乱解“心中了了,指下难明”。真的难学吗?兹简述本人脉诊体会,举例如下:1、首先应当熟读脉诀,特别是其中各种比喻,正确理解脉形。比如浮脉,似乎最简单,但有些人始终体认不明,以为轻取即有就是浮脉,大误。观其脉诀:“轻取即得,重按稍减不空,举之泛泛有余。如水漂木。”关键在“如水漂木”,每个人都有在水中玩木头的经历,木浮水面,以手触之即得(轻取即得),按之,在木头未完全没入水面之下以前,其浮力是越按越强。一旦没入水面,浮力顿减而不消除(重按稍减不空),再将木头逐渐放回,在木头刚刚浮出水面之时,浮力即又大增(举之泛泛有余),由此可知诊浮脉,需要反复举、按,感受其不同脉位的力量变化来定。再如弦脉和紧脉为同类脉,如何区别?通过比对脉诀,弦脉“如按琴弦”,紧脉“如牵绳转索”,可知。主要有两处,一则脉形宽窄的不同,琴弦对绳索。二则脉气紧张度和脉力,紧脉的明显大于弦脉,试想拔河时绷紧的绳索和琴弦的弹性对比,一目了然。2、诊脉除了诊脉形以外,尚需要知道还有脉象。何为脉形?何为脉象?以人作比方,脉形如同身高、体重、体型、头发浓密、眉毛浓淡等等客观外形,任谁看差别不大,在脉则为脉位浮沉、至数、有力无力、脉形宽

大或窄,只要诊脉手法不错,任谁看,大致相同;脉象就如同性格、气质、眼神、神态等主观感觉,难以量化,但客观存在,准与不准,则全凭经验、体现水平。经历丰富,识人无数者,眼光多准确独到,否则,易致茫然与误判。这也是脉学难的地方。脉象的说法,散见各种医籍,用心就能体会。举个例子,如《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》一篇中,“胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气,寸口脉沉而迟,关上小紧数,栝楼薤白白酒汤主之”一句,同样一根桡动脉,绝不可能寸迟而关数。有些注解,认为此为“以脉测证”或“以脉示证”,而我认为,在此当为脉意,及“迟象”及“数象”。在《伤寒》、《金匱》中,类似例子,尚不少见。历代医案,亦散见,时在某医案中可见,“脉有×意”,即是此意。3、专心切脉。因为脉学确有感性的一面,尤其需要专心才能入门。以所学脉形,脉象知识,认真对待每一个病人,认真体会每一个脉象,诊脉以清晰明了为度,不拘时间,注意脉象对应病机,观察治疗后病机转变与脉象变化的关系等等,不断反复思考,总结经验。做到诊脉一例,总结一例。则终有得心应手,豁然贯通之时。否则“童而习之,白首不得”(喻嘉言语)。

2.2 怀疑的学习 都说学习中医需要悟性,悟性从何而来?佛家说法:“大疑大悟,小疑小悟,不疑不悟”,确然。疑为悟之母,非疑无以悟。但其基础均必须建立在平常的积累,基础的扎实之上。

光是读书而不思考,不提出问题,则是“学而不思则罔”,迷茫而不能提高;而光会思考、怀疑,不注重学习,基础不够扎实,则是“思而

不学则殆”,易致散乱而肤浅。

中医各家,多数均各有专擅,而非全才,故其论往往瑕瑜并见,如何取舍?古文崇尚简略,每有不尽言之意,或有字外之义,如何探求?所求遍寻无解,又该如何?类似这些均需要在扎实基础之上,从疑问入手,反复揣摩,最终悟得。

举个例子,以最简单的“感冒”来看。临床治疗感冒欲得速效,并不是太容易。其中寒热之辨最为关键。实际上,分辨不清寒热者,并不少见。因为书上无解或所提供的答案,不足为凭,难以应用。以教科书的答案看,多以寒热之轻重多寡、痰涕之黄白、口干与否、舌苔之黄白、脉象之浮数或浮紧等为解决。细思均误:如寒热多寡,以何为凭?苔白即寒?苔黄是否考虑平素体质或疾病干扰,可否为凭?风寒必出现紧脉?风寒是否可以浮数?等等,根本无从分别。我初学时,亦极为困惑。后来在伤寒、温病等学习中突有所悟认为当从感邪路径和邪气性质来思考。答案豁然:风寒表证当以身体酸痛不适为主症,风热则以咽红和或肿、痛为主症,除此以外,均非特征。因为风寒是从皮毛而入,寒性凝滞收引,必有身痛;而风热温邪从口鼻而入,咽为必经要道,热性燔灼,必红常伴肿痛。若初病即两者并见,为风寒夹风热,治疗当辛温辛凉并用而以辛温为主。寒热并感,曾有人斥为荒谬,因为书本没有。但实际上临床颇为常见。我临床按此操作,屡用屡验。

由疑问也可以产生创新精神,再举一例,比如热淋初起,多有恶寒(或伴有发热症状)。医谚云:“有一分恶寒即有一分表证”。这是否说明,热淋初起亦是表证?若

是,为何不用解表法治疗?若否,这其中矛盾该如何解释?这也是中医内科学五版教材“淋证”一章的问题,但其“标准答案”仍显牵强,难以令人满意。是否尚有其他解释?我的答案:首先应当正本清源。何谓“表”?溯其本义,当是指机体与外界直接接触的最外层。故不仅指肌表,粘膜及诸孔窍又何尝不是?!这些部位感受外邪,邪气未传里时,即是表证,当如是观。至于解表法,属驱邪法范畴。驱邪法的原则是:依邪之所在,从其离体最近的途径,将邪气驱除出体外。解表法亦如是:邪在肌表,从肌表而解,邪在上焦,则辛凉疏散,从上焦宣散而出。都是解表之法。热淋,邪毒从尿道而入,蕴于下焦,膀胱尿道之处,此属“表位”,初起可有“表证”,故见恶寒(或有发热)。驱邪从尿道而出是其正治,即清热解毒,利尿通淋之法,正是热淋的“解表法”。又何必拘于辛温辛凉之例,自缚手脚?推而广之,诸孔窍之疾,初起有恶寒者,例可仿此。这个答案,可能并非最佳,但重要的在于能不能想?敢不敢想?如何去发现问题,解决问题,才是关键,答案本身,还在其次。

读书最喜遇到矛盾之处、疑问之所。其往往是关键所在,深思之,每有益。

### 3 形成“自己的中医类证鉴别及内科学”,大功告成

自古中医内科部分,均为各家自述,交集不多。从学科整体角度上、按现代观点来看,并未总结、综合、提高,并未成系统。近几十年来,仿照西医相关教材的编写体

例,编写的中医教材,奠定了各学科基础,成绩斐然。但客观地说,因为中医学本身的特点所致,中医内科学的编写,确实十分困难,要求完美更难。目前看来,其缺点主要体现在三个方面:1、将类证鉴别与内科学混合在一起,分解不清(以现代医学比喻,相当于把症状鉴别诊断学和内科学编写在一起),而其中又以类证鉴别为主,内科学内容反而较少;2、类证鉴别,证型下提供的症状单纯、典型,恰恰与临床病情之复杂、混合,极为不同,未能突出重点,难以准确把握;3、关于严格意义上的内科学内容明显不足。比如,一患者,症状上同时有恶寒发热、咳嗽咳痰、气喘不能平卧、心悸、胸闷、浮肿、纳差、腹胀胃痛、乏力消瘦等症(比如慢阻肺急性加重,肺心病、心衰),以症状定病名而言(按国家标准:GB/T 16751.1-3-1997),可能有“肺热病、咳嗽(久咳)、喘病、肺胀、心悸、胸痹、水肿、心衰、胃痛、腹痛(胀)、虚劳”等病名可用,那么病名如何确定?是否都要诊断,还是抓重点诊断?本病源起?病机如何转变?病机多端,面面俱到还是抓主证辨治?如何通过抓主症来抓主证?如何治疗?现证常见有几种治法处方,各家对此证,治法异同?之间区别优劣?化裁?预计治疗效应?可能的病情变化?如何方随证转?治疗的层次区别?预后如何?这些都是内科学侧重要去解决的,但目前中医医籍显然难以胜任。所以就形成书本与临床的脱离,即便执书以看病,也难以看好病。

为弥补上述缺点,自己整理出严格意义上的中医类证鉴别及内

科学,并在类证鉴别上,主要探求抓主症,辨主证的要诀。这即是学好中医的关键,也是解决书本与临床脱离的问题。

所以中医内科的学习,就需要将所学(古今中外中医医籍),全部打乱了读,自己去整理,去伪存真,并通过不断临床实践,总结经验,形成自己的知识体系,最终方能学有所用,学有所成。然后通过不断实践总结,不断完善,最终自成一派。这就是上面所述的,到达彼岸、上岸以后,需要亲自去体认、探索的过程。凡事均要靠自己,难得有人能帮忙。全凭辛劳获得,决非投机能行。历代各位医家,因为各自经历及学识不同,体认自有差异,于是就有各家学说,这也是中医学难以统一的原因之一。同时也是中医难学之处。

以上三法,主要谈及学习方法。需要强调的是,其始终需要紧密结合临床方能做好。毕竟,学习中医应当始终以实用为目标,一切以此为轴。实用有效才是中医之魂。

## 4 结 语

自古以来,虽有名师,其医术却未必能尽传;而纵无名师传承,只要学习方法对头,也可获取真知。我认为只要按上述做法切实、老实、心诚的学习,就能切切实实领悟和触摸到中医之精华。到此才可谓真正学习中医的入门者。将此道理告诉后学者,让其学有所从,有所着力,而成正果。文中因为说明问题的需要,举例难免较为直接,夸大。囿于学识所限,难免有不成熟和不当之处,请见谅,并望高明斧正。