

# 周兆山学术思想探讨

● 王 宁 李莉莎 陆学超

**关键词** 经方 方剂辨证 呼吸系统疾病 学术思想 周兆山

周兆山主任医师是青岛市海慈医疗集团、山东中医药大学附属青岛市中医医院主任医师,教授,博士生导师,兼任中华中医药学会肺系病分会副主任委员,中华中医药学会内科分会常务委员,是山东省突出贡献专家,全国首批中医临床优秀人才,全国第四、第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,山东省首批名中医药专家,第五届中国医师奖获得者。其主要学术思想特点总结如下。

## 1 遵循中医学证治规律

辨证论治是传统中医的特征与精髓,也是区别于现代医学的重要特征之一。周兆山主任医师在长期医疗实践中,坚持走传统中医道路。在西方医学的冲击下,不受西方辨病与还原论之影响。其重视气化、阴阳、尤擅寒热辨证,主张以辨证为主,辨证与辨病相结合。分清主次,善识寒热真假。尤其重视病人的主观感觉,如患者诉畏寒、背冷,哪怕其合并口干、痰黄、脉数等热象存在,均应辨为寒证,用温阳散寒法获取良效。

周兆山主任医师深谙病机,善

抓“兼证”论治,这里所说的“兼证”,是指患者出现主病以外的症状或证候群,能够构成一个独立的“证”(证候),这个“证”既不是主病的主症、又不是主病的次症,但是通过运用经方治疗这一证候,可使主病明显减轻或痊愈,笔者将其称作“兼证”。有的学者将其称为副症。例如:患者因慢性阻塞性肺疾病来诊,表现为咳嗽,喘息,咯白痰,畏寒,口渴,小便不利,少腹拘急不舒。其中咳嗽、喘息、咯白痰、畏寒是主病的主症、次症。而口渴,小便不利,少腹拘急不舒,就不是慢性阻塞性肺疾病的主症、次症,而符合五苓散证。主证与兼证,是对于疾病的认知角度与程度而言,其实并不代表疾病的主次,有时候兼证更反映了疾病的本质。这就需要疾病本质有着精准的把握。举例如下。

刘某,女,59岁。支气管扩张病史10余年,1周来受凉后再次出现咳嗽、咳黄痰,量多,不易咳出,恶寒,以后背冷为主,汗出,头汗较多,汗出后恶风,乏力,纳眠尚可,二便调。院外抗感染治疗效差,给予桂枝加附子汤加减获效。

该患咳嗽、咳黄痰量多,不易咳出,苔黄腻,以传统思维认知,均属于热证,也是支气管扩张急性感染期的主要临床表现,为主证。而恶寒,以后背冷为主,汗出多而恶风为兼证。主证看似实热,兼证则属表虚寒。针对所表现出的两组矛盾,临症在于认清真寒假热,辨清主次,并未清肺化痰或兼以清肺化痰,然而黄痰却随着调和营卫,温阳散寒而告愈。这种辨治思路确能给人以启发。

抓兼证论治,实际上是一种以系统化思维认识中医的体现。不受现代学科分化越来越细的影响,深谙中医学的精髓,从系统、整体化看待人体,看待疾病。即便是呼吸系统,也并不认为其是单一肺脏或肺经疾病,而是与全身各脏腑各经络密切相关,治疗上并不见咳止咳,见喘止喘,不拘泥于温肺、清肺、宣肺之一端。

曾治疗肺心病老姬患者,反复咳嗽,喘息20余年,加重1周来诊。刻下症见:喘息,胸闷憋气,动则更甚,夜间不能平卧,咳嗽,咯白粘痰,汗出不止,颈部僵滞疼痛,畏风寒,双下肢水肿,纳呆。静脉用药5天,诸症不减。舌质紫暗,舌苔白,脉滑数。处以桂枝加葛根汤

● 作者单位 山东省青岛市海慈医疗集团肺病科(266033)

合桂枝加附子汤:桂枝 10g,白芍 10g,炙甘草 6g,葛根 30g,制附子 10g。3 剂,水煎服。3 日后复诊,自述药进 1 剂后,汗出,颈部僵滞疼痛明显减轻,全身舒爽。3 剂后汗出,颈部僵滞疼痛、畏风寒痊愈,喘息、咳嗽显著减轻,夜可平卧,水肿消半。后在上方基础上,去葛根,加茯苓、干姜、五味子等消息出入,共服药 15 剂,水肿消失,除活动后喘息,偶有咳嗽、咯痰外,别无他症,可操持一般家务劳动。

肺心病常见咳、痰、喘、肿等几大主症,本案并未宣肺化痰兼以利水为主导思想,而是着眼于颈部僵滞疼痛、畏风寒、汗出不止这 3 个症状,从太阳经表论治获效。

另如当归芍药散,见于《金匮要略》卷下,本为疏肝健脾,活血化瘀,健脾利湿之剂。而周兆山主任医师常用其治疗经期哮喘,本类病人往往合并月经不调,肝郁气滞,并未从宣肺降气论治,这些均是中医整体观,系统观应用的体现。

## 2 以经典为主导,尤善于经方论治呼吸系统疾病

周兆山主任医师在长期临床工作中,十分重视对经典的学习与研究,尤其重视《伤寒论》与《金匮要略》。经方以其临床卓著的疗效,无论古代名医还是现代医家均对其倍加推崇。他虽身为国家级名老中医,仍时时不忘背诵与研习经典,临床常以经方为主,加减论治。尤善于经方论治呼吸系统疾病。

他认为《伤寒论》的许多方剂可治疗外感发热,适应于感冒、流行性感冒、包括肺炎在内的呼吸系统感染性疾病。诸多方剂可以治疗哮喘、喘病、痰饮咳嗽等。

### 2.1 用以治疗发热为主的外感病

**方剂** 麻黄汤、桂枝汤、小柴胡汤、白虎汤、白虎加人参汤都可治疗三阳病的发热,这是同点。其异处在于:麻黄汤、桂枝汤是治疗太阳病发热的方剂,其病机为风寒袭表,营卫失合,表现为“恶寒发热”;小柴胡汤是治疗少阳病之发热的方剂,其病机为邪犯少阳,枢机不利,表现为“往来寒热”;白虎汤、白虎加人参汤,是治疗阳明病发热的方剂,其病机为热邪弥漫于阳明,表现为“发热不恶寒而恶热”。进而言之,麻黄汤、桂枝汤都是治疗太阳病发热的方剂,但是二者又有异处:麻黄汤治疗太阳伤寒,其病机为营卫闭郁,在恶寒、发热的同时表现为无汗;桂枝汤治疗太阳中风,其病机为卫强营弱,在恶寒、发热的同时表现为有汗出。所以,在治疗外感发热为主的外感病时应把握病机,以同中求异,方可见微知著。

**2.2 用以治疗喘(含哮喘)病的常用方剂** 《伤寒论》、《金匮要略》有多首治疗喘病的方剂,适应于支气管哮喘、慢性支气管炎所致的喘息。如麻杏石甘汤、大承气汤、麻黄汤、桂枝汤加厚朴杏子汤、小青龙汤、射干麻黄汤等。以上 6 个方剂都能平喘,这是其同点。其异处在于:麻杏石甘汤、大承气汤治疗热喘。前者针对邪热壅肺,汗出而喘,后者是针对实热内结阳明,腹满便闭短气而喘。麻黄汤、桂枝汤加厚朴杏子汤、小青龙汤、射干麻黄汤治疗寒喘(或寒哮)。但是,彼此间所主各异。如:麻黄汤所治寒喘,是针对风寒闭表,肺失宣发这一病机,表现为无汗而喘;桂枝汤加厚朴杏子汤所治寒喘(哮),是针对卫强营弱,肺失宣降这一病机,表现为汗出而喘;小青龙汤、射干麻黄汤两方所治寒喘,是针对寒邪

闭表,内有痰饮,表现为无汗而喘。二者同属解表化饮方剂,但小青龙汤治表为主,解表散寒之力大,除平喘外,更长于止咳。射干麻黄汤则治里为主,下气平喘之功强,专于平喘。在具体运用时,要根据各方剂的药物组成以及所针对的病机,既要知其同,更要明辨其异。同中求异,才能得心应手,运用自如。

另外,其研究成果“哮喘证的相关性及证治规律研究”(获山东省科技进步二等奖),其中在清肺渗湿法指导下所拟清肺渗湿汤,来源于经方麻杏石甘汤。自制防哮灵胶囊,对于哮喘临床缓解期有明显的预防作用,其基本成分源于经方金匱肾气丸的加减变化而来,临床疗效卓著,获得广大患者好评。

## 3 倡导方剂辨证

方剂辨证是区别于如六经辨证、脏腑辨证等更加实用、简捷而有效的辨证方法。所谓方剂辨证,是根据某一方剂药物集合后所产生的综合效能及特定的适应证,针对患者所表现的症状和证候群,进行辨析、对应,从而以方识证或以方统证。

马王堆汉墓出土的帛书《五十二病方》,是我国现存最早的一部方书。该书既没有阴阳、五行学说的痕迹,也没有六经辨证、脏腑辨证等辨证方法,只记载了 52 例疾病的医方的方剂组成特征及所治疾病,从而可以推知,在没有系统的中医理论指导,无辨证方法可资借鉴的情况下用方剂治病,是中医医学最早的辨证方法,可谓原始的方剂辨证。

至东汉张仲景所著《伤寒论》,所制 112 方,既有方名,又有病证,从中可以窥见以方识证,以方测证

的方剂辨证,明确提出了“柴胡汤证”、“桂枝证”等,这些从方识证的辨证的证名,即用柴胡汤、桂枝汤等来统识“证”。可见《伤寒论》一书奠定了以方识证,以方测证的基础,发展和完善了方剂辨证。

方剂辨证,从表面上看可能被理解为一种简单的方剂与症状对应的肤浅的辨证方法。其实不然,因中医学对疾病的认识,是通过投方施治,依据疗效,通过推理间接而获得,故方剂辨证的本身则具有病因病机的综合概念,内寓理法方药的各个环节。另外,采用某一方剂来探测疾病的本质,亦为求本之道。

方剂辨证的特点是:以选用有效方剂为前提;以丰富的临床经验为基础;以广博的知识信息为条件。纵观古今历代名医,其经验精华有相当一部分是体现于他们通过反复临床实践所创制的经验名方,这些名方验方一般是针对某一专病或某几个症状(或证),临床疗效确切,可谓毕生对疾病进行辨证论治的经验升华。所以说,方剂辨证是一种高层次的辨证方法。

现行的诸多辨证方法侧重于对病因、病位、病性、病势的辨析,而方剂辨证则不需要作繁杂的病机分析,因以上内容已潜藏于方剂辨证中,故可根据方剂的效能及特定适应证与患者的症状或症候群进行对应,从而确诊为某方证,于是便有是证则用是方,证与方简捷而紧密地联系在一起,可缩短诊断处理程序,删繁就简。更重要的是方剂辨证是选择针对性强,久经考验,力专效宏的名方,这些名方(或经验方)具有特定适应证,它既包含着该方证的诊断标准,又是直接治疗疾病的方药,故方剂辨证所产生的疗效必定高于其他辨证方法。

在临床上运用方剂辨证时,应选择针对性强、久经考验、力专效宏、为医家所共识的名方。如《伤寒论》所制之方,药味少而配合奇,所统之证,简明扼要,被称为经方,故当属首选。书中大凡“……者,……汤主之。”大都前者有证,后者有方,均可作为以方识证的内容加以运用。如“伤寒发热,汗出不解,心中痞鞭,呕吐而下利者,大柴胡汤主之。”以上 5 个症状的出现则可辨识为大柴胡汤证。再如:“太阳病,头痛、发热、汗出、恶风,桂枝汤主之。”以上 4 个症状则认定为桂枝汤证。《伤寒来苏集》在注释该条文时说:“此条是桂枝本证,辨证为主,合此证即用此汤,不必问其中风杂病也。”说明无论外感内伤,只要症状具备,便是桂枝汤证,则不必采用六经辨证或脏腑辨证等加以辨析。这就是方剂辨证之妙。

#### 4 不赞成西化中医,西解中医

周兆山主任医师认为,虽然现代医学已经发展到分子、基因水平,但仍不能对中医传统理论进行有效诠释。中西医结合还有很长一段路要走。在此基础上,反对过早的西化中医以及西解中医。

中医辨证不受西医学指标及化验影响,并不是泥古,而是要认清中西医结合的本质,认清辨证论治在临床中的价值,目前大量的西化中医的道路已经证明是行不通的。

在感染性疾病的临床诊疗中,不受抗感染及清热解毒等现代思想所干扰。如在肺炎的治疗中,仍遵从辨证论治的原则。针对肺炎初期存在恶寒发热、头痛、身痛、口不干、舌淡、苔白等症,常采用麻黄

汤或大青龙汤治疗,往往汗出热退,明显缩短炎症吸收时间,而不是见了肺炎,就一派清热解毒,或者用现代药理研究能够抗感染药物累加治病。

活血化瘀理论,若以现代中西医结合的观点,可为无病不瘀血,百病均要化瘀。以呼吸系统为例,大量的现代研究观点,无论肺炎、哮喘、支扩、肺心病、肺纤维化等常见病均存在瘀血。治疗均当以活血化瘀,或兼以活血化瘀,这是传统中医理念所反对的这并不是否认现代的研究结果,而是没有认清中医辨证论治精髓所致造成。

#### 5 对辨病与辨证论治的看法

疾病之说,并非西医学独有的特征,中医自古就有病、证之分。马王堆出土的《五十二病方》记载了 52 种疾病的特征,《伤寒论》有太阳病、少阳病、桂枝证、柴胡证之说,隋代巢元方著有《诸病源候论》。从这些经典著作可以看出,在辨证论治的基础上,病证结合来看待问题,是中医治疗学自古就具备的。

然而,这里所说辨病是指现代医学之“病”,病证结合是现代中西医结合的特征。目前,临床将一个疾病分为若干证型,这种认识方法值得商榷。如当前诊疗方案的统一,诊疗常规的制定,将疾病分为 5 或 6 个证型,虽然便于临床操作,但传统中医却不认同。

周兆山主任医师在临床实践中,认识到中医的证候,当包括发病诱因、病因、时间、症状特征、体质等因素。另外尚有虚实、寒热错杂、真假寒热等不同类型的存在。如此诸多因素,很难用 5~6 个证型来完全覆盖。

辨证论治是中医学的重要特色,对辨证分型的看法总离不了四诊八纲,应科学系统的对待。诊疗方案的机械统一,抹杀了传统中医的优势。中医自古有异法方宜论,辨证当因人、因地、因时制宜,应遵循个体化诊疗特色,不能机械分型。

## 6 现代中医如何面对西医的检查指标

现代中医如何面对西医的实验室检查及影像检查指标,这是一个全新的问题,既不能视而不见,更不能盲目的演绎。无论中医的证候还是西医的指标,这均是疾病

存在的不同特征,均不应视而不见。

如何合理的面对,是中医界广泛争论的问题,也是目前亟待解决的难题。

周兆山主任医师主张在中西医理念尚未完全结合之前,现代中医在面对西医的检查指标时,当遵循“有证治证,无证从权”的原则。

例如,临床对于蛋白尿患者,合并一身面目悉肿,发热恶风。此时,患者有证可辨,有法可依,蛋白尿无法纳入中医辨证体系,当遵从“有证治证”的原则,不能受西医检查指标的影响,按中医“风水”治疗,处以越婢加术汤,在水肿消失

的同时,蛋白尿随之消失。此即“有证治证”的原则。

若患者镜下蛋白尿,其人无寒无热,无虚无实,自我感觉良好,无证可辨之时,当如何辨证如何施治。此时当遵从精微物质的流失的角度来看待,蛋白可按精血对待,从固摄脾肾立法可获取良效,此即“无证从权”原则。

当然,实验室及影像的指标,在某些情况下可以作为中医视诊的延伸以及用于疗效判定,但切记不能盲目的演绎。如见了肿瘤不等于痰瘀,若其人纳差,乏力,即可诊断为脾虚;若其人咳嗽,黄痰,喜冷恶热,即可断为痰热蕴肺。

(上接第25页)

解,一般最小量为15g,常规用30g,最大可用至200g,慢性胆囊炎多伴有结石,金钱草味甘淡,微寒,大量用一方面可以清热利胆,另一方面可以溶石排石。另外对于轻症或配合治疗,谢师常以金钱草日30g,代茶饮利胆排石。谢老师常言:“利胆用金钱草,止痛用郁金”,疼痛者加郁金15~24g,或元胡9~15g。柴胡调整用量分别具有疏肝、清热之功效,9~12g疏肝为主,大于15~30g用于清解少阳郁热。

## 5 验案举隅

傅某某,女,55岁,2011年12月20日初诊。

患者慢性胆囊炎病史5年,行彩超检查:“胆囊壁毛糙,欠光滑,胆囊内泥沙样结石”,1天前因进食油腻热食引起右胁胀痛,胸部胀闷,暖气,腹胀,厌油腻,口微干不

欲饮,口苦,食欲不振,纳少,食多则胀,近几日大便偏干,素日不耐劳累,大便不成形,小便调,舌淡苔薄黄腻,脉细滑。辨证属于肝郁化热,脾胃虚弱。处方如下:金钱草60g,生大黄6g,柴胡18g,黄芩12g,姜半夏15g,川楝子9g,郁金24g,苍术15g,云苓15g,皂刺15g,薏米30g,甘草12g。共6剂,水煎两遍,取汁300ml,分早晚2次空腹温服。

复诊:患者右胁疼痛明显减轻,食欲增,大便偏稀,日1次,仍腹胀,舌淡苔薄黄,脉细滑,上方去生大黄,减金钱草30g,加白术18g,再服6剂,再诊时患者无明显右胁疼痛,腹胀减轻,大便软,乏力,不耐劳,给予参苓白术颗粒、胆石利通片口服,用药2个月脾虚诸症基本消失。

按 该患者素体食欲不振,食多腹胀,大便偏稀,不耐累,舌体淡,属脾胃虚弱。进食油腻饮食,脾胃运化不足,发生腹胀;胸胁胀痛,暖气,属肝气郁滞;胆汁排泄不畅,肝郁化热,表现为口干口苦。初诊患者疼痛明显,急则治其标,重用金钱草、郁金利胆止痛、生大黄通腑,柴胡剂疏肝清热,以缓解患者疼痛症状,但素体脾虚,大量利胆药多戕伐脾胃正气,加用苍术、薏米顾护脾胃。再诊时疼痛减轻,故缓则治其本,加用白术顾护脾胃正气。后期注重调整患者脾虚之体质,改用中成药补脾基础上结合利胆,故病情稳定长期未再发作。

## 参考文献

[1] 谢旭善. 肝胆病中医诊疗[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1999: 12-14, 145.