

熊繼柏：糾正中醫人的幾個錯誤觀念

來源：[醫館界](#)

糾正幾個錯誤觀念

錯誤觀念一：中醫是經驗醫學。

中醫要有臨床經驗，但是更重要的是中醫要有理論指導，如果沒有理論指導，中醫就永遠提不高，昇華不了。

我的學生都知道，我看病絕不是用幾個固定的藥、固定的處方，而是要根據病情辨證論治。特別是碰到疑難病症，如果沒有理論指導是絕對看不好的，何況中醫本來就有完整的辨證論治體系。

因此，那些說中醫是經驗醫學、是偽科學的都是錯誤的，他們不懂中醫，我們也不屑與之一談。中醫是有完整理論體系的，是科學的，不掌握好中醫理論是無法當好醫生的。

因此我認為要當一個好中醫必須具備三點：**扎實的理論功底，豐富的臨床經驗，敏捷的思維反應**。這樣才能當“上工”，當名醫，我希望我的學生個個都能當名醫。

中醫師承學習很重要，可以學到很多老師的經驗，但是理論同樣重要，中醫是經驗與理論並重的科學。

比如，在鄉村有大量的中醫，他們臨床多年積累了很多經驗，可以治療很多疾病，但是一碰到疑難雜症就沒辦法了，因為缺乏理論功底，所以水準始終沒有提高。而我的門診上經常會有一些稀奇古怪的病，雖然不是百分之百能解決，但可以治好很多，靠的是什麼呢？**靠的就是理論指導**。

例如，我曾治療過一個女病人，自訴小便頻，但尿色不黃，有尿必解，若稍忍不尿，則立覺雙手掌心與手腕相連接處脹痛，而且脹痛逐漸加重，只要去解小便，其脹痛則隨消失。碰到這樣的怪病，你怎麼考慮呢？

那就要用上理論了。手掌是手少陰心經和手厥陰心包經所過之處，而排尿歸膀胱所主，腎合膀胱，腎屬水，心屬火，水克火，換句話說，不就是水氣凌心嗎？我就給她開了“五苓散加丹參”，結果治好了。

藥方看似簡單，但如果沒有理論指導，你怎麼可能想到那裏去呢？既要想到排尿歸膀胱所主，腎與膀胱的關係，又要知道心經的經脈所過部位，心與腎之間的水火關係，最後還要會用五苓散，還要加丹參通心脈。

幾分鐘的思維過程包含了多少理論在裏面啊！

我在臨床上看一個普通病大概是 5 分鐘，疑難雜症當然時間要多一點，病人不理解為什麼這麼快？因為我經驗豐富，因為我理論純熟。

所以我說，要想當“上工”必須有扎實的理論功底、豐富的臨床經驗和敏捷的思維反應，否則只能當“中工”，甚至“下工”。

錯誤觀念二：中醫越老越吃香。

這是老百姓的普遍觀念，當然，中醫越老越吃香有它正確的一面，因為越老經驗越豐富，就像我當了 50 多年醫生，看了幾十萬病人，看的病種那麼廣泛，當然經驗豐富。即使只看了我十分之一數量的病人，也積累了豐富經驗。

但是有一點，就拿我自己跟自己比較，我年輕時能治好的病人，如果放到今天，我不一定治得好。為什麼呢？

第一，人老了思維不如年輕時敏捷，反應也不如年輕時快；第二，用藥不如年輕時膽大、果斷。

1963 年、1964 年治療流腦、乙腦，我用清瘟敗毒飲，石膏用半斤，黃連用一兩，當年“大砍大殺”，膽子大得很，現在我沒用過了，思維的敏銳性、用藥的果斷性不如從前，這就是年老與年輕的差別。

我去年與今年都有差別，去年看 80 甚至 90 位病人不費勁，今年就感覺很累了。我講課也是這樣，年輕時比現在要流利，現在經常要思考，甚至要停頓，思維、反應慢下來了，就像電力不足了。這就是年老與年輕的區別。

當然，年老也有另一個優勢，那就是穩重。年輕時看病是單刀直入的，三物白散也敢開，因為初生牛犢不怕虎，好勝心切。

我這些年來經常給年輕醫生收拾殘局，他們連生川烏、生草烏、斑蝥都敢用，麻黃、細辛一開就是 10 克，甚至更多，因為他們沒想得那麼複雜。就好像開汽車，新手開車都很猛，但只要開了 10 年車膽子就開小了，這就上了另外一個層次，我們當醫生的也是如此。

因此，我說中醫越老越吃香的觀點不完全正確。

錯誤觀念三：中醫專治慢性病、專門搞調理。

這是一個最大的誤區。經常有病人到我門診上說“請給我調理調理。”我一聽就不高興，我說：“我是治病的，不是搞調理的。”

沒錯，中醫是可以調理身體，《內經》雲：“謹察陰陽所在而調之，以平為期。”中醫治病就是調整內在的陰陽，使其平衡協調，這是一個總的目標。但具體到某一個疾病，就不僅僅是調和的問題了，如同打仗，該殺就殺，該砍就砍，該扶正就扶正。

那為什麼老百姓甚至中醫隊伍當中的某些人都認為中醫是搞調理的呢？主要是因為現在大量的中醫都不會治病了，所以老百姓都認為中醫不會治急性病，只能搞調理。

說到這裏我就要講一講中醫到底能不能治急性病了。

首先，看我們的古人能不能治急症。

第一個治急症的就是扁鵲，他治療過魏國太子的屍厥，當時病人都已經進了棺材，他看到棺材滴血，既然不是外傷，怎麼會滴血呢？打開棺材看，發現棺材裏的人還有呼吸，於是就救活了他。這不是最典型的中醫治療急症嗎？

然後我們再看看《傷寒論》《金匱要略》《溫病條辨》，其中有多少是治療急症的內容。《金匱要略·婦人雜病》中講：“婦人少腹滿如敦狀，小便微難而不渴，生後者，此為水與血結在血室也，大黃甘遂湯主之。”

產後少腹滿如敦狀不就是板狀腹嗎？那還不是急症嗎？

《金匱要略·婦人雜病》又提到了“婦人轉胞，不得溺也，以胞系了戾”的病，婦人懷孕後不能小便，這不是癱閉嗎？也會死人的。

《金匱要略》中還講到了“肺癰，吐膿血，膿成則死”，這也是急症。“水氣病，少腹堅滿”，也是急症。

《傷寒論》中也有很多急症的記載，比如“發熱惡寒，身疼痛，不汗出而煩躁者，大青龍湯主之。”“傷寒六七日，結胸熱實，脈沉而緊，心下痛，按之石硬者，大陷胸湯主之。”“大熱，大汗，大渴，脈洪大，白虎湯主之。”

“腹滿，潮熱，譫語，不大便，大承氣湯主之。”這些不都是急症嗎？還有“身熱，足寒，頸項強急，惡寒時頭熱，面赤，目赤，獨頭動搖，卒口噤，背反張者，瘵病也……”

我隨口就可以從《傷寒論》《金匱要略》中舉出這麼多急症來，也就說明我們的古人是可以治急症的。

溫病學就更不用說了，因為溫病本身就是指急性熱病、傳染病，雖然它沒有取名流行性出血熱、SARS、禽流感，但實際上都包括了這些病。比如暴喘症，古人稱為“馬脾風”，SARS 不就有發熱、暴喘嗎？

中醫認為是肺熱壅盛；流行性出血熱有發熱、出血，中醫認為是熱盛動血；中醫還有熱盛動風，發熱、抽搐、角弓反張；熱人心包證，發熱、神昏、譫語。像這些急症，古人都有詳細的記載，有證、有方、有藥，為什麼還說中醫不能治療急症呢？

中醫是能夠治療急症的，只是我們很多中醫沒有掌握這些知識。

我的門診室的門比別人的門要寬一尺，為什麼呢？因為我的門診經常有人要坐輪椅、抬擔架進來，門窄了不方便。我的門診中急症、重症病人多，自然會想到把門加寬。

我比較了一下，我在農村治的急症比慢性病多，在城市治的慢性病比急症多，因為大量的急症都到西醫院去了，到我這裏來的急症都是西醫院治不好的。**因此，中醫也要學會治急症，尤其是在農村，不能治急症就不能當一個好醫生。**

我治急症的例子很多，隨便就能舉出大量的例子來。

比如有一次省衛生廳請我到懷化市第一人民醫院搶救一位病人，是一位 23 歲的大學剛畢業的小夥子，患病毒性肺炎，高熱 40 多天，每天高熱達 40 度，昏迷不醒。我到病房一看，病人身上插了好幾條管子，氣管切開，上了呼吸機，鼻子裏插著胃管，下身插著導尿管，雙手插著輸液管，胸口還插著兩條管子。

我就問他們：“胸口為什麼插著兩條管子？”他們告訴我，一個是引流胸腔積液的，一個是治療氣胸的。

這不僅是急症，還是危重症。只見病人大汗淋漓，但舌苔黃，脈細數，沉取很有力。於是我給他開了“生脈散合三石湯”。這是溫病方，生脈散可救氣救陰，三石湯清肺胃實熱。我只給他開了兩付藥，讓他吃完後打電話給我，因為我還要趕回長沙上門診。

第三天下午，該病室主任給我來電話了，第一句話就是“退燒了”。我說：“那就好了，我完成任務了。”主任說人還昏迷沒醒來。我說：“好辦，吃幾粒安宮

牛黃丸就可以了。”後來，那個小夥子病癒之後，還來我門診看過我。

這只是隨便舉例而已。我的門診幾乎天天有急症。

昨天，我的一個在廣東的老鄉打電話來，她的小孩高燒 41 度，滿口長炮，手上還有小疹子，輕微咳嗽，流鼻涕。我懷疑是手足口病或麻疹，又問病人的眼睛紅不紅，她說不紅，但咽喉紅而不腫。我估計多半是感冒引起的，不管是不是手足口病，就開了銀翹散加大黃、土茯苓。為什麼加土茯苓呢？

這是為了清濕熱，防止手足口病。今天早晨老鄉打電話告訴我，孩子昨天晚上 10 點多退燒了，西醫可能還沒有這麼快，這就是中醫的功夫。

我再舉個例子，我們省委某領導的妹妹在南華大學附屬醫院行子宮癌切除手術後，近 30 天未解大便，只放兩個屁。她從湘雅醫院以及中山醫科大學請了很多教授會診，結論只有一個：腸梗阻，需手術治療。

但病人才手術不久，全身情況不好，不願再手術，於是就有人建議請中醫來看。我一看病人，真是腹脹如山，隆起老高，按之堅硬，但叩之如鼓聲；病人輕聲呻吟，低燒，微嘔，苔黃膩，脈有力。於是我就開了大承氣湯 2 付，大黃、芒硝都是 30 克，枳實、厚樸 15 克，囑病人每小時服藥一次。

大約到了半夜，病人說肚子痛，家人扶她起床走動，頃刻病人說要大便，拉了一盆子大便，這個問題就解決了。

整個南華醫院都轟動了，說中醫居然能治療腸梗阻。像這樣治急症的例子太多了，我慢慢回憶的話能舉出很多來。

所以說，中醫是完全可以治療急症的，並且是很擅長治療急症的。可能是因為我們現在大量的中醫不會治療急症，從而使人們產生了這樣一種誤解。

錯誤觀點四：中醫治病不用方而只用藥。

為什麼我要講這個話呢？因為我個人認為現在的科研有一個很嚴重的錯誤傾向，就是**過分強調研究單味中藥**，西醫學中醫往往就是這麼一個模式。

我們現在的中醫隊伍裏面存在一個普遍的問題，也可以說是一個普遍的錯誤現象，就是中醫只開藥，不開方。談到臨床的病案，什麼病，什麼證，什麼舌，什麼脈，它都有，診斷也有，一個中醫的病名，一個西醫的病名，然後有治法，有用藥，但是它就是沒有方（劑）。

為什麼會產生這種現象呢？歸根結底只有一條，他基本功不扎實，**不能背方劑啊！**有的人可能會開出自創秘方、自創驗方。哪來那麼多的秘方和驗方啊？有時候開出來的藥都是自相矛盾的，一看就是大笑話，大雜燴。

我們現在受西醫的影響，西醫用藥都是用單味藥，我們中醫也開始用單味藥了。再就是我們的科研傾向於研究某個秘方、自擬方，有的人就是研究某一味藥。殊不知，**中藥是特別講究配伍的，應當研究藥物配伍後的變化，才能瞭解古人擬方配伍的作用所在。**

比如麻杏石甘湯、麻黃湯、麻杏苳甘湯、麻黃連翹赤小豆湯、麻黃升麻湯，它們的配伍不同，那麼作用就不同了，這個作用有時候甚至是相反的。

麻杏石甘湯與麻黃湯作用有多大的區別？麻黃配石膏是什麼作用？麻黃配苳仁是什麼作用？麻黃配連翹和赤小豆是什麼作用？麻黃配桂枝有什麼作用？麻黃配杏

仁有什麼作用？麻黃配升麻有什麼作用？為什麼不去研究這個。這才是真正的奧妙所在，這就是方劑的奧妙。

方劑的奧妙就在於它的配伍不同，作用就不同。就如同我和學生在一起就講學問，我和一個老總在一起，我就不會講學問了，就講其他的；我在教室裏就講課，我在門診就看病人，門診的人都知道我是醫生，在教室裏的學生知道我是老師；我到出版社別人會說我是作家，我是一個寫書的；我去飯店，人家會說我是吃飯的；我寫字的時候別人會說我是個書法家，我人物角色換了啊！

我打牌的時候，別人會說我會打牌，我拉二胡的時候，別人會說我是搞音樂的，這就完全不一樣。藥物的作用和人的角色有多方面是一樣的，這就要看你配伍配的是什麼？你配的東西不同，它的作用就變了，這就是我們要研究的東西。

中醫治病絕不是用單味藥，而是用方，這個方是要跟隨證走的。

而且我們用古方不能呆板，不能像日本人一樣——口苦，咽乾，目眩，往來寒熱，胸脅苦滿，默默不欲飲食，心煩，喜嘔，這就用小柴胡湯，沒有這些症狀就不能對號入座，那就是呆板了，這種思維模式就錯誤了。

所以我們中醫治病不是用單味藥，不是用所謂的新藥，所謂的科研藥，所謂的祖傳秘方，而是辨證選方，是辨證施治，因證選方，因方遣藥。

首先要辨證施治，而後要因證選方，因證就是要依據這個證來選方，這個選方不是固定的。我開藥是根據這個方來用的，而且還稍有加減。但是，它有個基本的原則，就是方證要合拍。就像唱歌一樣，它的譜子和詞的節奏要合拍，方和證要是不合拍，那是醫生不會用方。

如果這個人是風熱感冒，給他開個桂枝湯，理由是桂枝湯是治療感冒的，吃了怎麼沒有效果呢？那是你搞錯了！醫生用錯方了！

再比如說，一個人便秘，吃點番瀉葉就會拉肚子，有那麼簡單嗎？便秘有多複雜啊？有氣虛便秘，有血虛便秘，有津虧便秘，有氣津兩虧的便秘；還有實證便秘，有火熱便秘，有食積便秘，有氣滯便秘，這都不是一個番瀉葉能夠解決的，都不是一個大黃能夠解決的。

大黃和番瀉葉吃了，當時可以通一下大便，但是通了之後怎麼辦呢？過後又不行了，並且越來越厲害。

如果是津虧的要用增液湯，氣虛的要用黃芪湯，血虛的要用加味四物湯，是火熱的要用大承氣湯，氣滯的要用六磨飲子，氣火相兼的要用麻仁丸，腎虛的要用濟川煎。你看看該有多少複雜的東西啊！都是有方的，**絕不是一味藥就能解決的，這就是中醫的奧妙所在。**

這些就是我今天要講的觀點，人們要認識這麼幾個觀點，這是幾個誤區，我不得不說一下。

中醫不是純粹的經驗醫學，必須用理論指導臨床，並不是越老越吃香，“老”有它合理的一面，可以是他的一个優勢，但是也有他的缺點。

中醫不只治療慢性病，它是完全可以治療急症的。

中醫治病不是用一味藥，單味的藥，不是用什麼秘方、驗方，而是要辨證施治，因證選方，因方遣藥，方證必須合拍。