

• 中医成才经验 •

郭子光的中医临证要诀

成都中医药大学“郭子光学术思想及临证经验研究”课题组撰写

江西中医学院“当代名老中医成才之路总结研究”课题组摘述

(国家“十五”科技攻关计划“名老中医学术思想、经验传承研究”课题,编号:2004BA721A01Z85)

关键词 名老中医;◎ 郭子光

郭子光,男,现年 74 岁,成都中医药大学教授,全国老中医专家带徒导师,享受国务院政府特殊津贴,四川省学术技术带头人。郭老 1932 年 12 月 25 日生于重庆市荣昌县郭氏中医世家,师从舅父廖济安习医,19 岁出师后悬壶乡里。1953 年考入西南军政委员会卫生部中医进修学校专修班,1955 年参与组建荣昌县城关医院并兼医院主任。1956 年考入成都中医学院(现为成都中医药大学)医学系本科,1987 年被授予教授职称。现任四川省康复医学会副会长、中华中医药学会仲景学说分会顾问。

郭老从事中医内科临床已 50 余载,其临证基本要诀就是重视脉理,习用经方,强调辨证论治。临证遵循病证结合的思路,以中医传统理论为指导,辨证施用中药治疗现代疑难病症,力图在继承之中发展,在突出特色中创新,在长期的临证实践过程中,逐渐形成自己独特的临证特点。

1 强调现代中医治疗思想

郭老在长期临床中发现,当今临床上常见病、多发病和多数难治之病(尤其慢性疾病),单因单果者至为鲜见,大多虚实夹杂,寒热混淆,表里同病,生克逆乱,或宿疾兼新病,或内伤夹外感,往往由多因素所致,涉及多脏腑,累及多层次。此类病证,往往不是一种病机变化,而是多种病机变化交互影响。另外,患者的正气强弱,脏腑虚实,气血盛衰,情志状态,性格特征,饮食喜好,环境处所等各不相同,即使罹患同一种疾病,其临床表现也极复杂多样。对这些变化多端、表现复杂的病证,如不明确病证诊断,不辨标本主次,不分先后缓急,用药面面俱到,处方庞杂不精,表面看似似乎对症,实际上鲜有疗效。因此,郭老临床上主张突出中医特色下的“病证结合”、“宏微互参”、“寒温结合”、“中西结合”进行辨证论治,在复杂病证的论治中尤须注意掌握治疗节奏。

1.1 病证结合:病证结合,即通常所称的辨病与辨证相结合的诊疗方式。对某一种疾病来说,病是其过程的共同性反应,证是其过程的特殊性反应。辨病论治是导致病因子或病理损伤为特点,区分不同疾病并进行处理;辨证论治,则是着眼于机体对致病因子和病理损伤的反应状态来认识疾病的变化并进行处理。二者从不同的视角揭示了疾病发生发展及其诊治规律。二者结合,取长补短,相辅相成,无疑是提高诊疗效果的途径,也是中医临床医学发展的方向。

现今中医学所处的社会环境与古代已不同,患者与医生都不满足于仅仅是中医诊断的病名和靠四诊为手段的疗效判定,而是要求明确西医病名诊断与客观检查指标。中医的病名诊断有的太模糊,例如中医的“胃脘痛”,实际包括了西医的胆、胃、胰、心等器官的多种疾病,这样的病名诊断显然不能反映疾病的本质,虽可“异病同治”,但毕竟影响用药的针对性和疗效的提高。现今所谓辨病,多指辨西医的病名诊断;所谓辨证,仍是辨中医的证候,但出现了以中医理论为指导,对西医化验检测结果进行辨证的探索。如在内伤杂病中认为,白细胞减少多属气虚,而增加则是“气有余便是火”;红细胞减少多属血虚,而增多则属血瘀;尿中有脓细胞多为膀胱湿热等。辨病与辨证相结合,扩大了中医辨证的视野,使中医学术的确定性增高,促进疗效的提高,是中医学进步与发展的标志。

为了正确选用“病证结合”诊疗方式,郭老归纳出“病证结合”论治的四种形式,指出了每种形式的特点、优点和适应范围。

1.1.1 分型论治:即分证分型论治,就是对同一种疾病分辨出几种不同的证候类型进行治疗。如冠心病心绞痛,分为气郁痰凝、血瘀气滞、阳虚寒凝和阴虚血瘀等。不过,目前对许多疾病的分型尚未形成共识,处于见仁见智、各有经验的状况,但有一条必须遵循的原则,即对某一种疾病来说,其分证分型的标准应该统一,或以病因,或以病机,或以突出症状,总以利于临床

辨证和治疗为准。分型论治,最适于多因素所致,多脏腑受累,多病机演变的疾病。如慢性萎缩性胃炎,常涉及中医的肝、脾、胃诸脏,其病机突出表现为气郁、阴虚、血瘀、虚寒等,其证型特征明显,治疗方向迥异,以此分证有利于辨证治疗。

1.1.2 分期论治:即分期分阶段论治,就是根据疾病过程不同时期、不同阶段的病机变化特点进行治疗的形式。这些疾病不同阶段的病机变化,在人群中具有共同的、突出的特点,而在同一阶段的证型类别则不明显,因其原始致病因素比较单一的缘故,多属外感热病一类。如麻疹分疹前期、见形期和收没期;肺病分痲前期、成痲期、溃脓期和慢性期,等等。分期论治的优点是,能抓住其转变、转归的一般规律,掌握治疗上的主动。如麻疹顺证则按上述三期演变,在疹前期宜辛宣透疹,使疹出毒解,在见形期宜解毒透疹,在收没期宜养阴清化。这是麻疹顺证必经的三个病机演变过程及其论治大法,掌握了麻疹三个过程分期论治,也就掌握了诊治麻疹的一般规律。若病情不循此过程进行,往往形成逆证,提示及早主动采取措施。

1.1.3 方证相对论治:就是把辨证与治疗融为一体,方与证合,以方名证,有是证用是方,诊断就是治疗。如小柴胡汤证、白虎汤证,有其证就用小柴胡汤、白虎汤。此虽仲景伤寒的论治形式,现今实际上也发展成“病证结合”的一种诊疗形式了。如急性支气管炎有麻杏石甘汤证、小青龙汤证、桂枝加厚朴杏子汤证、小柴胡汤证等;急性肠炎有泻心汤证、五苓散证、理中汤证、葛根芩连汤证、桂枝人参汤证等。由于仲景方证的概括性与确定性较高,无论外感内伤诸病,只要能够对症应用,多能取效。

1.1.4 以基础方加减论治:以基础方加减论治就是固定一方为基础,据病情加减通治一病,是现今常用的论治形式。这种论治形式大体适于两类疾病:一是病因病机单一,病程较短,如疟疾、痢疾等;二是致病因素虽然比较复杂,病程也长,但其基本病机始终是共同的,如冠心病心绞痛便是一例。冠心病心绞痛虽是多因素引起,多病机演变,证候类型也很明显,但其气虚血瘀是贯彻始终的基本病机,在此基础上或气虚兼气阴虚、气阳虚,或血瘀又夹痰湿、气郁等。所以,既可分型论治之,又可以固定的基础方针对其气虚血瘀,再据其兼夹证情加减论治之。这种论治形式的优点是,便于掌握运用,便于总结经验。

就目前而言,辨证论治的形式约有上述四种,各有其适用范围和优点。认为只有某一种形式才是辨证论治的看法显然是片面的。

1.2 寒温结合:寒温之争,肇始于宋·庞安时、元·刘完素、王履,分庭于清·叶、薛、吴、王诸家,逐渐形成与伤寒对峙的温病学派。郭老认为,温病从伤寒中独立出来是一大进步,伤寒与温病分流,两个学派的论争,曾经促进中医学的发展,成就是辉煌的。然而,随着实践经验的积累和认识的深入,近、现代不少医家又提出“寒温结合”,对此,郭老从临床实际考虑认为是必然的,临床上寒温并无绝对界限,往往同一疾病寒温互相渗透,或是不同的阶段表现或寒或温。因此,同一种疾病时而用伤寒法,时而用温病法,或者同用亦是经常发生的。如少阳半表半里证合并三焦湿热证,阳明腑实证合并心包痰热证,少阴热化证合并营热动血证等。甚至感冒风寒与风热,有时也是混合受邪。治疗这类病证单用伤寒法或温病法,都显得鞭长莫及,无济于事。临床需要促使寒温结合,发挥二者之所长,以克服二者之局限,从而达到提高疗效的目的。

1.3 中西医结合:中西医结合是在我国医学界中医、西医、西学中三支力量并存的特定环境条件下必然形成的发展趋势。西医和中医都有各自的优势和局限,就内科范围而言,目前中西医结合主要体现在治疗上的取长补短,发挥中西医的优势,克服各自的局限方面。这意味着目前中西医结合尚处在积累经验的初级阶段,远没有达到理论上的结合。所以,许多医家一再指出,在目前的中西医结合中,只能以各自的理论为指导,处方用药要防止似是而非与简单化。切忌一见西医认为是“感染”、“炎症”,就理解成“热”、“毒”,以清热解毒,苦寒泻火之剂投之。其原因在于,所谓“感染”、“炎症”,也有属寒属虚、兼表兼里、夹风夹湿之类。至于“毒”更有阴毒阳毒、寒毒热毒、风毒湿毒等性质之别,故解毒治法也是多种多样的。经验证明,对于一些慢性炎症概用苦寒之药多是有危害的。因此,既要参考西医诊断提供的信息,又不要受其思想束缚,坚持运用中医理论去分析、判断和采取措施,才可提高疗效。然而,现代科学对一些中药疗效原理研究的认识,可在辨证论治的范围内加以考虑运用。如现代研究指出夏枯草、菊花、黄芩、钩藤有降血压作用,黄精、玉竹、生地黄、麦冬有降血糖作用,若属高血压病肝阳上亢型酌用前4味药,属糖尿病阴虚津亏型酌用后4味药往往收效满意。在治疗多种疾病时,用西药顿挫病势,用中药减轻其副作用,克服其疗效不稳定易反复的缺点,帮助其逐步撤除,从而达到治愈的目的,就充分体现出中西医结合的优越性和必要性。

2 注重临证辨治步骤

在临床上证候的表现往往是复杂多样的,要求医

者通过辨别证候,把握病机,审察情由,于复杂的病情中,排除疑似假象,分清标本主次,采取先后缓急的步骤,遣方用药或采取其他治疗措施。经过多年探索,郭老总结出自己临床治疗的八个步骤要领,也是其临证上的要诀。

2.1 凡有外感先治外感:外感时邪既是外感病的主要原因,又是许多内伤杂病复发、加重和影响治疗计划的主要因素。因此,凡有外感先治外感。外感病风寒外束,表气闭郁,可以一汗而解,自不待言。内伤杂病复遭风寒外感,也须先解表、和表,使表气疏达,则里气不滞,有时不仅能愈外感,还能促进原病好转,一举两得。外感失于表散,以致表邪内陷,传变入里,造成变证、坏证,内伤杂病失于表散,其结果是相同的。尤其慢性病、老年病,多是气血亏虚,表卫不固,稍冒风寒,即患外感,原病往往因此复发、加重,甚者导致死亡。所以,此类患者,有外感之时,首先解表、和表,而无外感之时,也应始终注意固表实卫,避免冒风感寒,不少慢性疾病,防止了外感即可使原病逐渐好转。

2.2 气机不疏先治郁:如无外感存在,就应考虑有无气机郁滞不通的问题。尤其是慢性疾病,多虚亦多郁,常虚郁互见,如单补其虚,不疏其郁,则愈补愈滞塞,病无宁日。故凡有郁者,必以疏郁为先,而后言补。治无形之气郁自当调气,而治有形之实邪阻滞亦当调气。所以,承气汤通下肠中糟粕阻滞,要配枳实、厚朴以行气;血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤等祛瘀通滞,要配枳壳、乌药、香附等理气;保和丸、平胃散等消食导滞,要配陈皮、莱菔子、厚朴等调气;二陈汤、苏子降气汤、滚痰丸等逐浊痰之郁,要配陈皮、厚朴、沉香等降气顺气;实脾饮治浊水停滞,要配木香、厚朴等行气,如此等等,莫不体现调气为要。而调气即是调肝,肝气调达,则气顺血和,升降有常,脏腑协调,脾胃因之而能纳能化,气血因之而能生能长,此治郁即寓治虚之义。

2.3 运化失司先理脾:脾胃健运方能纳能化,气血有源,五脏得养,生机旺盛,才有抗拒邪气、修复损伤的能力,而且药物亦赖脾胃运化输布才起作用。所以,除某些外感病(如湿热蕴结中焦等)、伤食证等有一时性脾胃气机郁滞、运化失司之外,许多疾病过程,尤其是慢性疾病,脾胃的功能状态,通常是其病情好转与恶化的标志。一切慢性疾病,只要脾胃不虚,则虽重无虞,若脾胃一败,生化无源,病虽轻而难复。脾胃虚弱,运化失司,有气虚、阴虚和阳虚之别。急性热病之后,调理脾胃收功,重在气阴。慢性久病,护胃益脾的法则当贯彻始终,即脾胃尚可之时,须小心护胃固脾,慎用大热大寒、猛攻克伐、峻补滋腻之剂,如其必用也须稍加反佐之

药。例如,必用峻补滋腻之剂,须稍佐行气醒脾,芳香开胃之药,以轻展气机,催动运化,使其补而不滞。至于过分苦涩,腥臊难于入口之药尽量少用,以免引起呕吐而伤胃气。脾胃虚弱之人,饮食调理十分重要。总宜清淡,新鲜,荤素混食,粗细混食,多样化,富营养,八分饱,勿过量为原则。常用山药粥、薏苡仁粥、莲米粥、芡实粥等食以养之。有时饮食调养胜过药疗,不可轻视。

2.4 平调阴阳治原病:从广义讲,前述 3 个步骤,其目的都属于平调阴阳范围,许多病证往往因此而缓解或治愈,这里所谓平调,是指经过前述 3 个步骤的治疗而原病未愈,当从平调阴阳入手,以改变脏腑间的病理反应状态,达到治疗目的。如果原病不存在前述 3 个步骤治疗的病情,也应该从平调阴阳着手治疗,即“虚者补之,实者泻之,以平为期”。此中切忌片面而单纯地根据现代医学病因概念来采用中药治疗原病,而应用平调阴阳之法,改变病因致病的条件性,常能收到较好效果。这正是具有中医特色的治疗手段,也是中医学的优势所在。

2.5 整体局部善处理:许多疾病是由于整体失调而波及局部,局部病变突出而根源在整体,如胃痛、狐惑病等。有的疾病则由局部病变波及整体,导致整体失调而根源在局部,如痢疾、淋证等。有的疾病则主要是整体失调,无明显局部病变,如百合病、脏躁病等。中医学强调整体治疗,即通过整体调节促进阴阳平衡,这一过程实际是调动人体正气抗病能力,对疾病损伤和局部病变进行修复的过程,这是主要的方面。与此同时,也要善于处理整体与局部的关系,才能收到良好效果。如整体失调的症状显著,无明显局部症状者,就立足整体论治。如整体失调症状显著,局部症状也突出,就须整体与局部兼而治之。如只有局部症状,无整体失调者,则着眼局部治疗。如经调治,整体失调已消除,只剩下局部症状者,亦只调治局部。整体失调多为虚和郁两类病机变化。局部病变比较复杂,包括各种有形之实邪阻滞和无形之邪气损伤。当整体之气郁或虚与局部之郁滞或损伤同时存在,而且整体与局部病变都很突出,应如何兼而治之?例如,一个脏腑正气大虚而腹中浊水停聚的病症,攻腹中之实邪又伤整体之虚,补整体之虚又碍腹中之实。经验证明,对此类患者,如攻补杂下,把整体调节的方药与局部攻邪方药混在一起使用,往往作用相互抵消,收不到预期的效果。所以,当整体与局部病变需兼而治之时,整体调节的方药与针对局部调节的方药应该分别投服,或分阶段投服,使其针对性明确,效果更好。即使针对局部治疗的方药对整体调节无碍甚至有利时,也应分别投药为佳。

2.6 无证可辨亦须辨：“有诸内，必行诸外”，这条定理是以四诊为条件的。在临床工作中经常遇到这样的情况：一是患者没有任何自觉症状，四诊检查也未发现异常，但经化验或其他检测方法却发现了疾病的存在；二是经过治疗之后，患者的自觉症状完全消失，形神色泽、舌象脉象完全正常，中医认为病已痊愈，但化验或其他检测指标表明并未痊愈。必须认识到，传统中医四诊发现的异常脉证是疾病的表现，现代化验检测的异常结果也是疾病的表现，二者都是客观存在，都应该承认。但是，“无证可辨”怎么办呢？郭老指出“无证可辨”的具体内容在中医书上无记载，说明固有的理论已经不能概括和解释新出现的事实，解决的办法就是要在临床实践中摸索规律，使“无证可辨”亦须辨，“无证可辨”亦可辨。上述第一种情况，如早期发现的癌肿、初期高血压、肺结核病、肝炎、肾炎等，其中有的患者就无任何症状，而被西医检查发现。中医虽有上工治其萌芽之语，但此类患者宏观上无阴阳失调和脏腑气机紊乱，处方用药确感棘手，又不能等待病情发展到出现症状时才治疗。郭老主张对这类患者的处理原则是现代医学有特效治疗方法者，尽早采取特效治疗，以免延误病机，如现代医学对其无特效治疗或必须配合中医治疗者，当分下述三种情况处理：一是现代医学检测确诊的病与中医能“对号入座”，就按中医的认识预作治疗。例如，肺结核病与中医所言“肺癆”相同，治疗采取预保阴液，清肃肺热，抑制癆虫，实践证明，能收到较好效果。二是现代医学检测确诊的病与中医不能“对号”，但现代医学没有特效治疗，其病又不会很快恶化，这些病从中医角度看，其病机演变可能比较复杂，不便遣方用药预作治疗者，则根据其体质、气质情况，采取体育、气功、饮食、情志等自我调摄方法处理，如初期高血压、动脉硬化之类。其中有的则可摸索微观辨证论治的处理方法，如根据初期高血压、动脉硬化的血液流变学指标、血脂的变化等遣方用药，也能获满意效果。三是现代医学检测确诊的病与中医难以“对号”，又具很快恶化的性质，预后不良而中西医皆无特效治疗，如癌症等。对此类疾病，除采取现代医学的治疗方法外，要积极摸索中医治疗经验，有的则可取二者之长结合进行治疗。如对癌症的治疗，一方面采取手术、放疗和化疗，一方面用中医方法对抗其副反应，保证完成疗程，并改善体质，改善其血液流变学指标等。实践证明，二者结合能大大延长患者生存期。

上述第二种情况，如慢性肝炎、慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、某些糖尿病患者等，郭老对这类患者的处理，

一般是按原来的病机治疗。他认为，虽然宏观上“无证可辨”，而微观上继续存在的异常检测指标表明原来的病机变化尚继续存在，理应按原来的病机继续治疗。

此外，还有一种情况是中医“四诊”观察其阴阳失调的证候明显，患者的自觉症状也突出，但现代检测方法却未发现任何异常，比如一些所谓综合征、官能症、原因不明性疾病等。现代医学不能定位，处于“无病可辨”，也就无从治疗，而中医却有证可辨，按辨证论治，平调其阴阳，发挥中医优势，自不待言。

2.7 治标药物逐步减：这里所谓“治标药”是指用来控制某些主要症状和某些疾病的发作而长期服用的中西药物。例如，一些慢性发作性疾病如支气管哮喘、癫痫等，患者需长期依靠西药控制其发作，用量越来越大，用次越来越频，或一种药失效了，又用另一种药。这类药物的作用局限，仅能控制症状，因长期使用已成习惯，在治疗期间如突然停用，不仅不能控制病情，患者的心理也承受不了。所以，对于这类病症缓图根治时，要着重治本，通过治本而逐步减除治标药，最后逐步解除治本药而达到根治目的。

2.8 西医诊断作参考：郭老指出，在现实的学术环境中，患者多半要求明确西医诊断，而西医诊断也确能指出许多疾病的本质、转归和预后，对中医的治疗无疑是具有参考价值的。例如，借助于西医诊断，可以把疟疾与疟证分别开来，若是疟疾则及时使用截疟药，以免“须观察数发后”才使用截疟药，徒伤正气。又如咳血的患者，是肺癌、肺结核、支气管扩张、支气管炎，还是其他疾病？这些疾病的性质、演变与转归差别很大，只从证候表现上分析是有困难的，而西医诊断则提供了说明。再如，有的必须及时手术的疾病，中医效果不能确定的情况下，有了西医诊断就可以避免延误手术。当然，这不是说没有西医诊断，中医就无法判断疾病的转归和预后，中医对许多疾病的顺逆与善恶都是有明确的认识的。以黄疸为例，古人认为，腹满小便不通，或呕吐烦躁，都是病情恶化的转归。

总之，既要参考西医检查诊断提供的信息，但又不受其束缚，始终运用中医理论去分析、判断和采取措施，尤其是遣方用药，必须坚持中医辨证论治为指导，疗效才佳。

(2006-12-10 收稿)

世界中医药学会联合会网站：

www.wfcmss.org