

醫學人文讀本



安徽中医药大学第二临床医学院
安徽中医药大学第二附属医院
二〇二三年七月

目 录

医 学 誓 言	1
希波克拉底誓言.....	1
与时俱进——希波克拉底誓言的第八次修改	4
中国医师宣言	7
中国医师宣誓誓词.....	8
大医精诚 /唐·孙思邈.....	9
至 精 至 诚.....	11
生命不息 创新不止——周楣声先生的针灸人生/李扬缜 蔡 圣朝.....	11
不忘初心 直至生命最后一刻 一生报恩与回报社会—— 大爱医生喻喜春.....	18
保持共产党员本色——全国名中医马骏/周婷	22
医术高超、医德高尚——全国名老中医张道宗	24

大美医生——李佩芳	27
“带着娃娃去驻村”的“中国好医生”——徐晓婵	31
中 医 文 化	39
仁、和、精、诚——中医药文化核心价值/张其成	39
医 学 思 考	47
理想的医疗服务	47
理想的或欠妥的照护方法	47
临床接触与沟通技巧	48
询问技巧	50
病因是什么?从叙述中找到答案	52
死亡的诊断及其处理	53
直面死亡	55
诊断的艺术与科学性	57
处方药	59
预防疾病	61

新药更好?(分析及 meta-分析).....	63
住院医之路.....	65
生存质量, 生活质量调整寿命年(QALY)及其资源配给.....	66
内外科病房中的精神病学.....	67
医院中的老年患者.....	69
应对忙碌: Corrigan 的秘密通道.....	73
健康和医学伦理.....	74
麻烦的病人.....	76
医学、艺术与人文科学.....	77
我的医药哲学/萧乾.....	80
人 文 关 怀.....	83
一位普通人不普通的决定: 安徽省针灸医院一患者去世后无	
偿捐献遗体角膜.....	83
有时去治愈; 常常去帮助; 总是去安慰	85
产妇的额头有豆大的汗珠.....	87

医学的哲学理念和人文修养/郎景和.....	90
医学——智力挑战之上有“关怀”/罗伯特 M. 摩泽.....	96
知道那只狗的名字后,我才开始成为一名真正的医生.....	100
医学的温度/韩启德.....	104
叙 事 医 学	109
徐何辨症/清·毛对山.....	109
从一位患者曲折的就诊经历反思当下医学和医疗存在的问题/ 胡大一	111
人 情 练 达.....	115
不失人情论/明·李中梓.....	115
《洄溪道情》选/清·徐大椿	117
名 医 之 路.....	120
瘦因吟过万山归——半个世纪从事医学的教训/ 裘沛然.....	120
学贯古今 艺擅众妙 ——忆当代名医程门雪/ 何时希.....	129
无恒难以做医生/ 岳美中.....	137

名震东亚岳美中/何时希	151
炳烛之明勤学术, 韬光敛彩起沉疴 —— 国医大师伍炳彩的故事	165
金针妙术愈顽疴——红色针灸学家治愈国家副主席董必武三叉 神经痛的故事.....	174
老克勤斯 医学大师 交响乐团小提琴首席.....	177
做人 做事 做学问 / 裘法祖.....	179
在临床实践中提高成才 / 陆正伟.....	188
病 史 采 集.....	194
病史采集里的人文叙事.....	194
我在协和学写病历 / 陈德昌.....	197
临 床 思 维 之 美.....	201
临床工作拾零 / 潘孝彰.....	201
医学神探是怎样炼成的 / 吴东.....	209
医学侦探的十大原则及其他 / M. 戈德堡.....	213
医 学 美 文.....	227

医生/梁实秋.....	227
水蛭、医生和其他 /刘易斯托马斯.....	230
二进宫 /沈君山.....	238
诊间闲笔/ 赖仁淙.....	248
凤凰台上忆吹箫 /李鼎.....	251
教 学 感 悟.....	254
我的美好经历 —— 临床课程讲授之所思 / 谢宗亮.....	254
润物细无声——不言之教 /王涛.....	256
难忘二附院的实习生活 /李绍燕.....	259
实习从简答小事做起 /张胜群.....	262
教 学 故 事.....	264
一个医学生的第一次病例汇报.....	265
在ICU（不）孤独.....	267
在退伍军人医院.....	269
照护患者，并从中学习.....	270

录像带记录历史? “你开什么玩笑”	272
一个不平凡的每周 CPC.....	273
专家也需要不断学习	276
在私人诊所.....	277
《从酗酒中康复的故事》的启示	279
两年之后.....	281
武断还是推理, 职业生涯的开始	282
心灵的字母汤.....	284
出诊	286
“从他手里”学到的东西.....	288
帕特里夏·彼得森, 医学博士.....	288
主任查房.....	290
比你想象的要好	291
在门诊倾听.....	293
夜间小讲座.....	294

39 年前的床旁查体.....	295
作者来到了课堂.....	296
特殊的查房.....	299
一个下雪天.....	301

医学誓言

希波克拉底誓言

Hippocrates: The Oath of Medicine

I swear by Apollo the physician, by Asclepius and Hygieia and Panacea, and I take to witness all the gods, all the goddesses, to keep according to my ability and my judgment, the following Oath.

To consider dear to me, as my parents, him who taught me this art; to live in common with him and, if necessary, to share my goods with him; to look upon his children as my own brothers, to teach them this art, if they so desire without fee or written promise; to impart to my sons and the sons of the master who taught me and the disciples who have enrolled themselves and have agreed to the rules of the profession, but to these alone the precepts and the instruction.

I will prescribe regimen for the good of my patients according to my ability and my judgment and never do harm to anyone. To please no one will I prescribe a deadly drug, nor give advice which may cause his death.

Nor will I give a woman a pessary to procure abortion. But I will preserve the purity of my life and my art. I will not cut for stone, even for patients in whom the disease is manifest;

I will leave this operation to be performed by practitioners, specialists in this art. In every house where I come I will enter only for the good of my patients, keeping myself far from all intentional ill-doing and all seduction and

especially from the pleasures of love with women or with men, be they free or slaves.

All that may come to my knowledge in the exercise of my profession or in daily commerce with men, which ought not to be spread abroad, I will keep secret and will never reveal. If I keep this oath faithfully, may I enjoy my life and practice my art, respected by all men and in all times; but if I swerve from it or violate it, may the reverse be my lot.”

中文译文

仰赖医药神阿波罗，阿斯克勒庇俄斯，阿克索及天地诸神为证，鄙人敬谨直誓，愿以自身能力及判断力所及，遵守此约。凡授我艺者，敬之如父母，作为终身同业伴侣，彼有急需，我接济之。视彼儿女，犹我兄弟，如欲受业，当免费并无条件传授之。凡我所知，无论口授书传，俱传之吾与吾师之子及发誓遵守此约之生徒，此外不传与他人。

我愿尽余之能力与判断力所及，遵守为病家谋利益之信条，并检束一切堕落和害人行为，我不得将危害药品给与他人并检束一切堕落和害人行为，并不作该项之指导，虽有人请求亦必不与之。尤不为妇人施堕胎手术。我愿以此纯洁与神圣之精神，终身执行我职务。凡患结石者，我不施手术，此则有待于专家为之。

无论至于何处，遇男或女，贵人及奴婢，我之唯一目的，为病家谋幸福，并检点吾身，不作各种害人及恶劣行为，尤不作诱奸之事。

凡我所见所闻，无论有无业务关系，我认为应守秘密者，我愿保守秘密。倘使我严守上述誓言时，请求神祇让我生命与医术能得无上光荣，我苟违誓，天地鬼神实共殛之。

注：阿克索(Ακ ε σ ο , Akso)是希腊神话中的健康女神，其形象为一个年轻女子，手持装有蛇的碗。她在西方文学的形象相当于中国传说中的扁鹊。在西方现代医学体系中，“阿克

索之碗”代表“药学”。（本文摘自网络）

与时俱进——希波克拉底誓言的第八次修改

2017 年 11 月 10 日，国际顶尖期刊《JAMA》发布消息，在美国芝加哥世界医学会（WMA）大会上，在各专业医学权威的见证下，《希波克拉底誓言》进行了第八次修改。



这部流传于 2400 年前，以希腊医生希波克拉底的名字命名，规范医生行为的誓言，在医护人员中代代相传。《希波克拉底誓言》是警诫人类的职业道德圣典，是与中国一代圣人孔子同时代、向医疗界发出的行业道德倡议书。时至今日，在全世界医护人员走上临床岗位执业时，还必须要按此誓言宣誓。就像没有哪位党员不知道入党誓词一样，也几乎没有哪位医生不知道《希波克拉底誓言》。

现在，不仅仅在医疗界，在其他各行业领域里，如律师、会计师等等，都拿希波克拉底誓言作为行业道德的要求和行为准则。几千年来，学过希波克拉底誓言的人数不胜数，这个誓言成为了人类历史上影响最大的一个文件。

时至今日，《希波克拉底誓言》历久弥新，始终焕发着生机与活力。作为日内瓦宣言一部分的《希波克拉底誓言》，由世界医学协会每隔 10 年重新评估誓言内容的准确性，并适时

适当的予以部分修改，以能与时俱进。从 1948 年以来，这部奉为医界圣经如同圭臬的誓言，先后修改了七次，2017 年 10 月又做了第八次修订。

这次修改比以往的七次，最引人瞩目和称道的地方有三处。这三处修改均与中国医生生存状态密切相关。

第一处

“我将重视自己的健康，生活和能力，以提供最高水准的医疗”。这一条寥寥的几个简单却温暖的字句，是全世界医学同仁，第一次认识到自身健康的重要性，并第一次以条文的形式写入誓言。

众所周知，越来越多的医生像蜡烛一样，点亮了他人的生命，燃烧着自己。一个又一个猝死的医界英年才俊，不仅留给医学界一个又一个叹息，也拷问着天下医生的内心，难道非要用生命才能守护着生命，用健康方能护卫着健康吗？因此，这一条的写入，是对医生最大的爱护和尊重。

第二处

“我将给予我的老师、同事和学生应有的尊重和感激之情”。这一条在早先是：“对传授我医术的老师，我要像父母一样敬重，并作为终身的职业”。从来没有将给予医学生的尊重和感激写入誓言。

实际上，在中国的传统文化中，一直都是父为子纲，师为徒纲，一日为师即终身为父。因此，此次将对医学生的礼遇写入誓言，是尊师爱生、建立和谐师生关系的的一大进步。

第三处

“我不会考虑病人的年龄、疾病或残疾、信条、民族起源、性别、国籍、政治信仰、种族、性取向、社会地位，或任何其他因素”，这一条不仅对医生的职业道德提出要求，也对患者的权利予以了界定。大家都知道，我国是个多民族的统一国家，五十六个民族，信仰多有不同。此次，《希波克拉底誓言》打破了宗教桎梏，给予了医生最大的行医自由。

医学是一门比宗教还神圣的科学，医生是比宗教徒还有内心信仰与追求的人。《希波克拉底誓言》的目的，就在于唤醒医生内心的良知和对患者的责任，树立道德与伦理的神圣和尊严性，以及树立对人的权利与尊严的无比尊崇感。

尽管在希波克拉底的时代，市场经济还没有出现，现在人与人关系也完全不同于 2400 年之前。但是这个誓言的基本内容能够作为现代人应该遵守的规则。

目前的中国正在逐步完善成熟市场经济制度，特别是医疗系统，也将迎来更深刻的变革。现在来读这篇誓言，感觉它非常适合现代医生和医疗发展的需要。让我们一同宣读一下新修订的《希波克拉底誓言》吧！

作为一名医疗工作者，我正式宣誓：

把我的一生奉献给人类；

我将首先考虑病人的健康和幸福；

我将尊重病人的自主权和尊严；

我要保持对人类生命的最大尊重；

我不会考虑病人的年龄、疾病或残疾、信条、民族起源、性别、国籍、政治信仰、种族、性取向、社会地位，或任何其他因素；

我将保守病人的秘密，即使病人已经死亡；

我将用良知和尊严，按照良好的医疗规范来践行我的职业

我将继承医学职业的荣誉和崇高的传统；

我将给予我的老师、同事和学生应有的尊重和感激之情；

我将分享我的医学知识，造福患者和推动医疗进步；

我将重视自己的健康，生活和能力，以提供最高水准的医疗；

我不会用我的医学知识去违反人权和公民自由，即使受到威胁；

我庄严地、自主地、光荣地做出这些承诺。（本文据网文改）

中国医师宣言

健康是人全面发展的基础。作为健康的守护者,医师应遵循病人利益至上的基本原则,弘扬人道主义的职业精神,恪守预防为主和救死扶伤的社会责任。我们深知,医学知识和技术的局限性与人类生命的有限性是我们所面临的永久难题。我们应以人为本、敬畏生命、善待病人,自觉维护医学职业的真实、高尚与荣耀,努力担当社会赋予的增进人类健康的崇高职责。为此,我们承诺:

1.平等仁爱。坚守医乃仁术的宗旨和济世救人的使命。关爱患者,无论患者民族、性别、贫富、宗教信仰和社会地位如何,一视同仁。

2.患者至上。尊重患者的权利,维护患者的利益。尊重患者及其家属在充分知情条件下对诊疗决策的决定权。

3.真诚守信。诚实正直,实事求是,敢于担当救治风险。有效沟通,使患者知晓医疗风险,不因其他因素隐瞒或诱导患者,保守患者私密。

4.精进审慎。积极创新,探索促进健康与防治疾病的理论和方法。宽厚包容,博采众长,发扬协作与团队精神。严格遵循临床诊疗规范,审慎行医,避免疏忽和草率。

5.廉洁公正。保持清正廉洁,勿用非礼之心,不取不义之财。正确处理各种利益关系,努力消除不利于医疗公平的各种障碍。充分利用有限的医疗资源,为患者提供有效适宜的医疗保健服务。

6.终生学习。持续追踪现代医学进展,不断更新医学知识和理念,努力提高医疗质量。保证医学知识的科学性和医疗技术应用的合理性,反对伪科学,积极向社会传播正确的健康知识。

守护健康、促进和谐,是中国医师担负的神圣使命。我们不仅收获职业的成功,还将收获职业的幸福。我们坚信,我们的承诺将铸就医学职业的崇高与至善,确保人类的尊严与安康。

中国医师宣誓誓词

我志愿献身人类的健康事业；
自觉维护医学的尊严和神圣；
敬佑生命，救死扶伤，平等
仁爱，尊师重道；
诚实守信，恪守医德，精益
求精，慎思笃行；
以上誓言，源于心，践于行！

大医精诚

唐·孙思邈

张湛曰：夫经方之难精，由来尚矣。今病有内同而外异，亦有内异而外同，故五脏六腑之盈虚，血脉荣卫之通塞，固非耳目之所察，必先诊候以审之。而寸口关尺有浮沉弦紧之乱，俞穴流注有高下浅深之差，肌肤筋骨有浓薄刚柔之异，唯用心精微者，始可与言于兹矣。今以至精至微之事，求之于至粗至浅之思，其不殆哉！若盈而益之，虚而损之，通而彻之，塞而壅之，寒而冷之，热而温之，是重加其疾而望其生，吾见其死矣。故医方卜筮，艺能之难精者也。既非神授，何以得其幽微。世有愚者，读方三年，便谓天下无病可治；及治病三年，乃知天下无方可用。故学者必须博极医源，精勤不倦，不得道听途说，而言医道已了，深自误哉。

凡大医治病，必先安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想，亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命。见彼苦恼，若己有之，深心凄怆，勿避险巇、昼夜寒暑、饥渴疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心。如此可为苍生大医，反此则是含灵巨贼。自古名贤治病，多用生命以济危急，虽曰贱畜贵人，至於爱命，人畜一也。损彼益己，物情同患，况於人乎！夫杀生求生、去生更远。吾今此方所以不用生命为药者，良由此也。其虻虫、水蛭之属，市有先死者，则市而用之，不在此例。只如鸡卵一物，以其混沌未分，必有大段要急之处，不得已隐忍而用之。能不用者，斯为大哲，亦所不及也。其有患疮痍、下痢，臭秽不可瞻视，人所恶见者，但发惭愧凄怜忧恤之意，不得起一念蒂芥之心，是吾之志也。

夫大医之体，欲得澄神内视，望之俨然，宽裕汪汪，不皎

不昧，省病诊疾，至意深心，详察形候，纤毫勿失，处判针药，无得参差。虽曰病宜速救，要须临事不惑，唯当审谛覃思，不得于性命之上，率尔自逞俊快，邀射名誉，甚不仁矣。又到病家，纵绮罗满目，勿左右顾眄，丝竹凑耳，无得似有所娱，珍馐迭荐，食如无味，醯醢兼陈，看有若无。所以尔者，夫一人向隅，满堂不乐，而况病患苦楚，不离斯须，而医者安然欢娱，傲然自得，兹乃人神之所共耻，至人之所不为，斯盖医之本意也。

夫为医之法，不得多语调笑，谈谑喧哗，道说是非，议论人物，炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德。偶然治瘥一病，则昂头戴面，而有自许之貌，谓天下无双，此医人之膏肓也。所以医人不得恃己所长，专心经略财物，但作救苦之心，于冥运道中，自感多福者耳。又不得以彼富贵，处以珍贵之药，令彼难求，自炫功能，谅非忠恕之道。志存救济，故亦曲碎论之。学者不可耻言之鄙俚也。

至 精 至 诚

生命不息 创新不止——周楣声先生的针灸人生

李扬缜 蔡圣朝

周楣声先生 1917 年出生于安徽天长市的一个中医世家，祖父周树冬是晚清名医，尤以针灸见长。周楣声自幼不仅接受儒学教育，而且受到中医家学的熏陶，曾行医于皖东、苏北一带。1943 年参加新四军方毅举办的新医班，学习西医知识，之后在新四军卫生组织的半塔“保健堂”当医生。1946 年蒋军进攻淮南，奉命回家隐蔽，在解放军北撤时脱离了队伍，落伍后当上了国民党乡公所副所长。解放军渡江前夕，离家出走江南。南京解放不久辗转在江苏省第七、八康复医院工作。肃反中，被押送回乡，经查实无民愤，属一般历史问题，管制 3 年，后又安排工作。1958 年反右运动中，因“历史问题”，赭服加身 15 年。直到 1979 年，调入安徽中医学院第二附属医院工作。

周老在学术上不守旧不畏难，敢于推陈致新，奇思妙想，发明多项专利，痛砭空谈，讲实话，干实事，穷治医经，精研医理，尤其在灸法理论和临床方面，取得了显著成就，为整理继承发扬针灸医学精华作出了贡献；曾获全国卫生文明先进工作者、全国名老中医称号，享受国务院特殊津贴，兼任中国针灸学会针法灸法学会顾问，安徽省灸法学会会长。现将其主要贡献介绍如下。

1 注重实践，专于临床研究与灸疗器械创新

灸法治病，周老往往出奇制胜，他对癫狂、哮喘、心脏病、癌症有独到的见解和治疗方法。在取得痲疽疔疔等热证施灸经验基础上，他大力提倡热证贵灸。1985 年 12 月 10 日，安徽砀山暴发流行性出血热，周老不顾年事已高，毅然来到疫区，运用灸法及火针代灸针对本病的发热期、低血压期、休克期、少

尿期、多尿期、恢复期 6 个临床分期进行辨证施治，从而截断了本病的 6 个转变过程，控制了病情变化，促进了疾病痊愈，缩短了病程。通过对 200 余例患者的治疗，取得了总有效率 97.18% 的良好疗效，比单纯采用西医治疗大大降低了死亡率。这是用灸法治疗危重热证的一次成功的探索，从而破除了热证禁灸的陈腐见解，为灸法治疗热性传染病奠定了坚实的基础。该研究成果通过了国家中医药管理局的部级鉴定，并撰成专著《灸法治疗流行性出血热》，正式出版。热证贵灸，是周老对中医与灸法事业的一大贡献，前人乃至今人虽有倡议热证可灸，但实施者少。周老认为要想扭转传统的热证忌灸、禁灸的错误观念，使之转归热证宜灸、贵灸的正确途径，必须亲自实践证实，使反对者心服口服。

周老认为振兴灸法，关键在于灸法改革，灸疗器械的创新，扩大灸法临床适应证。灸法的许多特殊功效尚未被人们认识，必须努力挖掘与探讨。自古以来，艾灸都以壮数来计时显效，后来发展成手持艾条灸，但费力费时，弊病多端。早在铁窗之中，周老就开始了从事艾条熏灸器的研制工作，终于在 1978 年，研究并生产出省时省力不易烫伤皮肤的艾条熏灸器。这个小小的发明结束了几千年来浪费人力、时间的传统艾灸方式。1985 年，在合肥召开的全国灸法会议上，受到当时卫生部崔月犁、胡熙明两位部长的高度赞扬，为推广灸法提供了方便之门，在国外也极受欢迎。继后周老又发明了周氏万应点灸笔、热流喷灸仪，并申请了多项国家专利。2004 年在研究治疗艾滋病的方法上周老又发明了肛灸仪、耳灸仪、汽灸仪，并先后获得国家专利，使灸疗器械创新更上一层楼。灸具的创新，提高了灸法效果，简化了操作方法，广泛用于多种疾病，在全国得到了广泛应用，使灸法的推广得到了普及。

2 释疑解惑，医术医德传道后学

1984 年以来，周老受卫生部委托，在合肥由他主持举办了 4 届全国灸法学习班，应邀在中国中医研究院举办 3 届全国灸

法学习班，以及在国际针灸学习班讲授灸法课程，以《灸绳》为教材，释疑解惑。学员们接受了他的灸法传授，使灸法这一濒临绝境的古老技术得到了发扬光大，惠及民众。

周老说要学好中医以下几点十分重要。

（1）打好古汉语基础

周老小时候家境贫寒，7岁时在三家村私塾读过《三字经》《百家姓》《大学》《中庸》《论语》《孟子》等蒙书，同龄的孩子有钱的上洋学堂，他只得偷着抹眼泪。凭借对古典文学的爱好，坚定了学医志向。现在回想起来，周老说这些古典文史知识是幼年的必修课，继后，学习古典医著便轻车熟路，中国传统蒙塾教育也有它的长处，幼时古典文化的学习对后来的文学功底、写作功底打下了基础。

（2）古典医籍是必修之课

《内经》《伤寒杂病论》《本草》《针灸甲乙经》《汤头歌诀》《药性赋》等均是需要熟读，有些甚至需要背诵。《灵枢》《针灸甲乙经》对经络针灸的研究尤为重要。古典医籍基础雄厚，可知源达流，对于推陈致新，汲取精华剔其糟粕，能慧眼识珠，增强了临症的理论用于实践的功底。

（3）杂书亦是医生必读之书

《黄庭经》中论医之处良多，周老由此所著《黄庭经医疏》，亦是读后所感。《菜根谭》中医学保健知识不少，周老围绕此书撰写了《医道<菜根谭>》。周老对《易经》亦有所研究，在熟读原著基础上，对众家研究《易经》好的论著亦是爱不释手，在此基础上经常谈及他的独特见解，并随时记下心得体会，业医治病的思路与方法则更胜一筹。

（4）崇尚孙思邈、庞安时先辈医德

周老常谓医乃济世活人之术，大力倡导孙思邈《千金方·大医精诚》篇章，《诸氏遗书》指出：“夫医者，非仁爱之士不可托也，非聪明理达不可任也，非廉洁淳良不可信也。”《古今医统》谓：“庞安时为人治病，十愈八九，轻财如粪土，而乐义

耐事如慈母。”常谓张仲景、孙思邈大医也，要多品味，让学生背诵《大医精诚》《论大医习业》《伤寒论序》。对当今医学界浮华之士，眼睛只盯着钱财而不深究病痛等恶习深恶痛绝。并常说：能一穴治愈病痛而绝不用二穴，一药能治愈病痛而绝不用复方，脚踏实地干实事，实事求是讲效益。

（5）练好汉字，亦是医者之本

周老是琴棋书画、金石样样能来，书法亦为上乘，他说做医生必须要把字写好，古人早就强调医生要写正楷字，而不能写草书甚至天书，让人不识，尤其是误识。《吴医汇讲》载顾文烜撰写的《书方宜人共识说》中强调医生书写药方医案，“字期清爽，药期共晓”以免耽误病情。许多学生处方字写得很潦草，他都耐心指导，经常让学生练习钢笔书法。

3 擅长总结，著论文见解独到

周老立足临床，勤于实践，擅长总结经验，几十年来不断写出临床经验及读书体会。1979年，国家中医政策发生了根本变化，经省卫生厅考核，周老以名老中医身份调入安徽中医学院第二附属医院。他非常珍惜来之不易的柳暗花明的新天地，要在这个舞台干一番大事业，实现报效祖国的心愿。尽管当时已年过花甲，但他开始为针灸事业奋力拼搏，为灸法振兴而奔走呼号。他撰写论文多次参加全国针灸会议，对灸法理论和临床应用做了深入的论述。尽管在极左路线的影响下一些人对如何使用周老这样有“历史问题”的人还存在种种分歧甚至责难，但学院领导和中医界的前辈充分肯定他的成绩，全力支持他的工作。他挑灯夜战，首先着手从家传破书残卷中整理重订了先祖周树冬所撰《金针梅花诗钞》，为抢救安徽针灸历史遗产作出了贡献。1982年，安徽科技出版社出版了这本书。他一心教学，一心读书，一心临床，讲实话、干实事、不空谈、不争论。在劳改农场服刑期间，因通医道当上了狱医。当时服刑人多、疾病多，医疗条件差，药品供应少，故针灸疗法备受欢迎。农场野艾遍地，故艾灸多于针刺，进而发现了艾灸疗效远高于针

刺，并积累了大量灸疗医案，撰写《灸绳》一书初稿。此间又完成《周楣声脉学》初稿，出狱后正式出版。周老曾调侃地说：“15年囚犯生涯实际上是住了15年针灸研究院。”在这段时间里，他作了100多万字的读书笔记，记载了大量针灸临床验案，尽管身陷囹圄，环境恶劣，但他在灸法上奋力进取的拼搏精神始终未变。随后又集其几十年临床经验，着手完成《灸绳》这本理论与临床灸法专著，并由青岛出版社出版。

周老治学严谨，思路广阔，古典文学功底深厚。读其诗词歌赋是一大乐趣，观赏其书画金石是一大享受。周老慨然曰：“虽能集艺苑之精华，然饥不可食，寒不可衣，若入轩岐之堂室，则既可利己，亦可利人。”先后撰写成《金针梅花诗钞》（1982年）、《针灸穴名释义》（1985年）、《黄庭经医疏》（1991年）、《针灸经典处方别裁》（1992年）、《灸法治疗流行性出血热》（1992年）、《针灸歌赋集锦》（1993年）、《灸绳》（1998），之后台湾出版了《周楣声全集》。“以退为进，将暮作朝”这是周老退而不休，老当益壮手书的座右铭。退休后又撰写了《填海录》（2000年）、《说灸——艾灸治疗艾滋病的思路与方法》（2005年）。周老行文立论新颖，见解精辟，迥非拾人牙慧者可比。

4 奇思妙想，笃信艾灸能治艾滋

在灸法治疗流行性出血热获得成功的驱动下，周老总结灸法在临床治疗热证、虚证、杂证的经验，萌发了应用灸法治疗艾滋病的念头。1995年，年近八旬的周老毅然来到阿根廷，经过初步实践并有所体会，认为艾灸治疗艾滋病有八大功用。

（1）提高免疫功能。艾滋病是由病毒引起的免疫缺陷综合征，灸法除了即时效应外，对恢复和重建免疫系统不见得就无所作为，而应该是大胆设想，小心验证。

（2）异病同治。艾滋病病毒其结构变化大，故同一药物既不能适用于不同病人，也不能在不同时期对同一病人发挥其前后一致的治疗作用，而灸法恰能对不同症状不同并发症，不论细菌或病毒取得异病同治的良好效果。其优越性是：①艾灸

适于各种感染的治疗。细菌、病毒、真菌、原虫等几十种病原体，均可乘机而入，这种混合感染，一般药物难以治愈，而灸法对其头痛、发热、咳嗽、胸痛、腹痛、腹泻、肺炎、疱疹、皮疹、黏膜溃疡、盗汗、淋巴结肿大等多种症候，均有显效或速效。②艾灸可以通过血脑屏障。艾滋病毒可以进入大脑，脑是其重要藏身之处，即使对艾滋病毒的有效药物也无法到达，反而大脑成了艾滋病毒的保护基地，往往脑外病毒已控制，一旦停药，它可能再次从大脑往外扩散。周老用艾灸治疗化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎，灸感进入颅腔，由此而受启发，认为艾灸治疗艾滋病颅内感染可望有效。③艾灸适应病毒结构和病情迅速变化。艾滋病毒的外壳和化学结构能以很快的速度发生和衍变，故不同阶段就不能用同一种药物治疗，新病毒不断地发现，而研制这种病毒的疫苗非常困难，一种疫苗只能对一种病毒有效，病毒的可变性越大，疫苗的作用就越小，而灸法异病同治，可以以不变应万变，适于不同的病毒和不同的发病阶段。

(3) 艾灸能阻断“酶”在病毒复制中的作用，阻止感染了病毒的人发展成为艾滋病患者，意义重大。

(4) 艾灸能发挥灸效的积累作用。长期治疗能提高和巩固疗效，且无副作用。

(5) 艾灸能直接作用于艾滋病的病毒。艾滋病病毒对温热缺乏抵抗力，日光也能将其杀死，艾灸是一种物理和药理的复合作用，能向体内直接导热，这种导热，可望治愈艾滋病。

(6) 艾灸能破积消坚，活血行瘀。卡波西氏肉瘤是艾滋病的病症之一，化疗，放疗副作用大，而艾灸价值不可忽视。

(7) 艾灸能消除被病毒感染的细胞。如化脓性炎症是艾滋病并发症之一，艾灸能使坏死组织消除，充血、水肿消退。

(8) 艾灸能集中药物优点，弥补其缺点。

对艾滋病治疗手段方面，周老针对传统灸疗方法费时费事的缺点，研制了汽灸仪、喷灸仪、肛灸仪、耳灸仪等针对不同

主要病症和并发症进行治疗。

周老尽管年近九旬，但仍然壮心不已，下一步计划带领弟子们一道，像最后的目标奋力拼搏，到艾滋病流行区去，像治疗流行性出血热一样，亲赴一线。他说：“艾滋病、乙肝、糖尿病、精神病、戒毒五大难题，艾灸是不可忽视的主要治疗手段，攻克其中一项，也不辜负此生，也不辜负当今盛世”，并写下遗嘱，有壮士一去不复返的志向，让人甚为感动。

（本文原标题为《桑榆虽晚 终存报国之情》，发表于 2007 年《中国针灸》第 1 期）

不忘初心直至生命最后一刻

一生报恩与回报社会——大爱医生喻喜春

简装的住房，简易的架子床，几样必备家具，这是喻喜春老人和老伴从安徽退休后，南来深圳行医，在南湾街道南龙社区南威中心小区1栋616室居住了20多年的家。2018年7月2日傍晚7时，93岁的喻喜春老人因胰腺癌在家中平静地离开了人世。而随着一段《教授资助40余大学生，临终捐献遗体》的视频在网络上热播，这位平凡中饱含着大爱的仁爱医者的故事才渐渐地被翻开。

谁是喻喜春？他是一名低调的老党员

对于喻喜春夫妇，南湾街道南龙社区工作人员一直以为这是一对十分平凡的老人。近几年来，社区在重阳节、端午节等时间节点，都会组织对社区内80岁以上的老年人上门送温暖、送安全，陪老人拉家常，询问生活上的需求。每次去看望，老两口都很开心，对党委、政府的关怀十分感谢。

“喻伯伯生活很是俭朴。”作为喻喜春的邻居，徐国志与喻喜春相识已近6年，了解到喻喜春在上世纪80年代就是有名的中医，1989年从安徽退休到深圳后仍然坚持帮人看病造福群众，因医术高超、医德好，上门求医者众多，喻喜春的儿子喻蔚1988年就到美国求学，如今已定居美国。“很多衣服都是穿了有上20年了，还是干净整洁，精神抖擞。”徐国志说，“喻伯伯不计较物质，也淡泊名利。他常说现在是最好的时代，没有战争，没有饥饿。简简单单的生活，心怀感恩，多回报社会。”

当代名医——他的一生并不简单

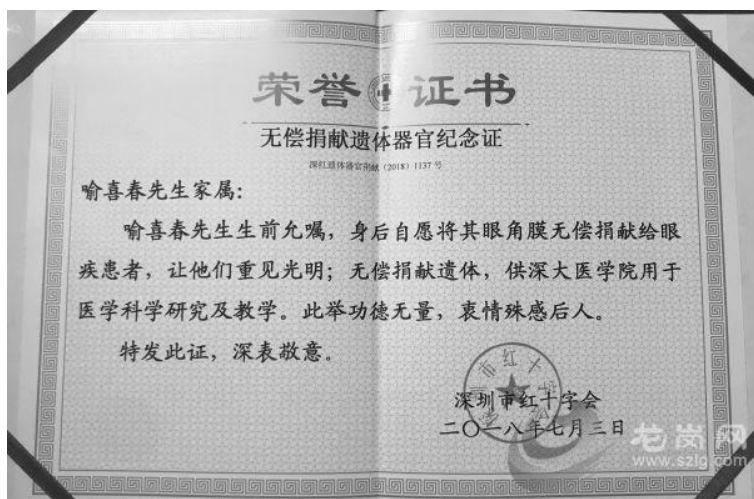
一个看似默默无闻的老人，却并不像他自己所说的那么“简简单单”。在中医中药网上，可以查询到“当代名医”喻

喜春的信息。从他本人出版的书籍中可以了解到，他 1955 年毕业于北京大学医学院，1959 年在国家卫生部“西学中”研究班学习，1983 年参与创办了全国第一所针灸医院——安徽省针灸医院，1987 年担任第一届世界针灸学术会议的英文审稿和翻译，是安徽省第一个晋升针灸主任医师职称的针灸大夫。从医近 60 年，诊治过 130 多个国家的病人，包括多位国家政要。出版了医学著作《针砭情》、《中医络脉放血图谱》、《实用中华刺络疗法》、《深圳行医杂拾》等。

喻喜春是湖南宁乡人，早年家境贫寒，靠初中老师姜国芬的资助才完成学业。儿子喻蔚 1988 年考上自费公派赴美留学，也得到了香港一对夫妇的经济担保和经济援助，最后顺利完成博士后的学业。“他深切的感受到读书对于一个人一生的命运影响之大，所以捐资助学也一直没有停止过。”施梅青老人告诉记者。

在 1988 年那个万元户还很少的年代，喻喜春就捐出了 1 万元在家乡宁乡三中设立“喻喜春英文奖学金”。几年后，喻喜春又慷慨捐出 1 万元在母校设立“姜国芬语文奖学金”，以纪念自己的恩师，奖励语文学习优秀者。“他就是毫不犹豫的用自己的所有去资助那些需要帮助的学生。”施梅青说，有一次儿子从美国汇回来 1 万美金，喻喜春得知老家宁乡三中经济困难后，二话没说就把钱全部捐给了母校。

在喻喜春 2009 年完成的《深圳行医随拾》中，有记录他资助的 30 多个学生的简单情况，9 个硕士，5 个博士等等，他明确的写到：在深圳行医完成了笔者一生的报恩之愿。对于喻喜春生前具体资助过多少学生，施梅青也说不清楚，她和儿子都非常支持老伴的助学行动，给什么学生资助多少钱，从来都不干涉。



深圳市红十字会出具的《无偿捐献遗体器官纪念证》

捐献遗体做出最后的奉献才安心

“他的爱从来没离开过我们，他爱着我们每一个人。”7月3日，深圳市红十字会的工作人员上门看望施梅青老人时安慰道。同样身为医生、今年已经91岁的施梅青在伤心中仍保持着对老伴喻喜春的认同：“他很好，很勇敢，但是我还是很想他。”

对于喻喜春决定将自己的遗体献给国家，献给医学生做解剖学习，施梅青特别理解、也非常赞成，并和儿子共同在老伴生前办理了遗体捐赠手续。“父亲早几年前就唠叨过很多次要捐献遗体的事。”儿子喻蔚说，“在他最后清醒着的日子里，他亲手写了联系红十字会高女士的字条，然后表情就特别安详，很放心。”

“健康、立志、勤奋、坚持”——这是喻喜春生前坚守的“八字箴言”，这位93岁的老共产党员，始终感慨着自己一家两代人受到他人恩惠而完成学业、改变命运，更是用自己的毕生行动不忘初心，矢志不渝地坚持着报恩之愿回报社会，走

完一生。楼顶上，喻喜春老人生前栽种的蔬菜正迎着阳光开花结果，饱含着喻喜春的奉献精神，绽放得分外鲜艳……

（本文摘自网络）

保持共产党员本色——全国名中医马骏

周婷

作为一名老党员，全国名中医，博士研究生导师，马骏同志已为中医药事业默默奉献了 62 年。青年时期，苦读勤思，精研经典，并接受蒲辅周、路志正等国医大师教诲。长期坚持中医特色，擅长运用中药治疗脾胃病及多种疑难杂症。注重医德，不忘初心，牢记使命，全心全意为患者服务。

虽年近耄耋，马骏同志仍坚持每周四次门诊，接诊病员覆盖全国。门诊量大，劳心劳力，体恤病员，碰到有困难的患者常为他们加班加号。多年来，医术精湛，学验俱丰，疗效显著，得到广大患者一致好评，具有良好社会影响力。

马骏同志积极响应国家号召，长期致力于推动少数民族和革命老区医药卫生事业发展。1979 年，他远赴西藏自治区医院援藏，开展中医临床工作，调查当地中草药资源，宣传普及中医药知识，并多次举办中医药知识培训班，为当地培养了一大批中医药人才。马骏工作的地方海拔四千多米，空气稀薄，气候寒冷，环境恶劣，长年风雪弥漫。那里交通不便，他学会了骑马；那里言语不通，他学了藏语；那里缺医少药，他亲自背篮挖药。他以艰苦奋斗为乐，发扬共产党员不怕苦不怕累的革命精神，扎根藏区近 4 年，心甘情愿地为缺医少药的藏胞汉民救死扶伤。生活不习惯，他刻苦锻炼，逐渐地适应下来。下乡出诊没马骑，他就徒步行走，用一双脚丈量着大医精诚。他经常告诫年轻医生：“共产党人为了解放全人类，死都不怕，还怕困难么？”2016 年，马骏同志积极响应全国名老中医药专家经验传承建设健康扶贫项目，主动承担安徽省六安老区贫困县中医院为期 2 年的师承带教指导工作，为来自基层的中医教师们答疑解惑，为基层中医药健康扶贫提供了人才储备。为期两年的师承学习，让来自六安老区的八位基层医师获益匪浅，终身受

益。

多年来，马骏同志一直为我省中医药学术思想传承工作的开展及年轻医生的培养无私奉献，为推动我省中医药事业传承及发展作出了卓越的贡献。自 1997 年被安徽省卫生计生委评为“安徽省首届名中医”、“全国名老中医药学术经验继承工作指导老师”后，先后担任第二、三、四、五、六批全国老中医药专家学术经验继承指导教师，第一、三批全国优秀中医临床人才指导老师。教学相长，传承传扬，培养了一支优秀的学术梯队。2007 年获得“全国名老中医药专家学术经验继承工作优秀指导老师”称号。2010 年经国家中医药管理局批准成立国家首批名医工作室——“马骏名医工作室”，组织多名青年医师在工作室学习。工作室研究获得“安徽省科学技术三等奖”。2014 年被南京中医药大学授予“中医师承博士生导师”。2014 年获中华中医药学会“中医药学术发展成就奖”，被安徽省卫生计生委评为“安徽省国医名师”。2017 年被国家中医药管理局评选为“全国名中医”。

作为一名有着 62 年党龄的老共产党员，马骏同志在致力于医疗事业发展的同时，还不忘关心年轻一代中医学子的成长。多年来，他和妻子朴素勤俭，乐于助人。2015 年，他捐赠出自己积蓄多年的退休金，在安徽中医药大学中医临床学院设立“马骏奖学金”，扶掖后学，无私奉献，不求回报，激励着莘莘学子朝着中医药事业的繁荣不断前进。

这就是一位退休了二十多年，却还勤勤恳恳耕耘在医疗一线的老党员，他用自己坚定的理想信念、坚强的党性原则，为我们树立了学习的榜样。

医术高超、医德高尚

——全国名老中医张道宗

张道宗教授，1965年毕业于安徽中医学院，从事临床及教学工作50余年，有着丰富的临床及教学经验，中医理论功底深厚，现为全国名老中医，第三、第四、第五批全国名老中医学术经验继承人指导老师，南京中医药大学博士生导师。临床上擅长针药并用治疗疑难杂症，特别是善于用针灸方法治疗疾病，提出了“四季皆有土”的学术观点，尤其对于督脉研究更为深入，把督脉的治疗作用发挥、利用到了极致。张道宗同志治病强调：在整体观指导下，以脏腑经络辨证为核心，施以针灸、中药综合治疗。在针灸治疗脑血管病、消化系统疾病、妇科等病证临床中积累了丰富的经验，形成了一套独特的针灸治疗方法——通督调神针法。张道宗同志有四十年的党龄，在各个方面都树立了优秀党员的榜样，发挥了先锋模范作用。

1.热爱祖国，拥护中国共产党的领导。

作为一名中国共产党党员，自己以身作则，积极参加单位组织的政治学习，认真领会理论精神，并积极参加各种义诊、讲座等医疗活动，立足于本职，服务于社会，为群众提供医疗服务、医疗咨询、卫生保健服务。依靠熟练的专业技术、良好的医德医风及高尚的思想品质，得到群众的广泛好评。

2.全心全意，热情为患者服务。

张道宗同志从上世纪八十年代至今，四十余年如一日每周六天门诊，坚持便民利民的原则，以坚定的信念发展中医事业，以扎实的医术造福广大患者，以高尚的医德全心全意为病人服务。张道宗同志已年逾八十，常年的高强度工作，导致患有缺血性结肠炎、痛风等多种疾病。但张道宗同志多年如一日，心系医院、心系患者，时时刻刻“以病人为中心”，把无限的激

情倾注在祖国的医学事业中，治病救人，医德高尚。见过他的人，无不为他全身心扑在事业上、工作起来不顾一切的精神所佩服，在他身边的工作人员和学生，无不为他病人至上的天使般的真情所赞叹。

记得这是 2013 年夏日中的一天，天气炎热，温度已超过了 38 度。张道宗同志像往常一样很早就来到了诊室（医院上午开诊时间是八点，可是他每天都是 7 点 30 时准时到），诊室里外已经站满了病患，因为有很多病人患有关节炎、中风等疾病，不能吹空调，室内的温度比室外还要高几度。当刚刚治疗到第二位患者就突然感到一阵眩晕，身边的工作人员和学生连忙把他扶到房间休息，当时张道宗同志面色苍白、口唇轻度紫绀、汗出较多、心率增快、不省人事，典型的一系列虚脱症状，经过吸氧、补充能量等处理后，稍有恢复就要回到工作岗位，医院的领导、家人、学生都劝老人家住院治疗，可他一定要坚持把所有已在候诊的患者看完，看着表情还是那样平静如水、态度还是那样和蔼可亲，患者们都知道这个老人刚刚从急救室里出来！如今讲起这事，张道宗同志的表情依然平静。他只是淡淡的说：“这些病人很多都是从农村或外地来，赶在中午前把他们看病，下午就可以抓了药搭车回去，不然要耽误病情啊！”

3.言传身教，淡泊名利，追求人生价值。

张道宗同志认为：作为一名医生，只有通过提高医疗服务质量，才能赢得患者的信任。在工作中不断学习，苦练过硬的基本功，掌握本专业基本理论、基本操作、基本技能，学习新知识、新技术、新疗法，了解疾病发展的新动态，积累新经验。张道宗同志言传身教、垂范后学，总是通过自己的行为对学生产生了潜移默化的影响，比如：治疗肾病的患者，他建议用“荠菜”进行食疗，患者苦于无法寻觅，张道宗同志就将家里的荠菜打理干净，赠予患者；遇到家庭经济困难的患者，张道宗同志主动从自己的工资中给予减免相关费用，大爱之心，可见一斑，这样的例子不胜枚举。张道宗同志就是在工作中的，默默的

践行着一名优秀党员的作风。

技术全面、医术高超、医德高尚，作为全国名老中医，张老用数十年如一日的实际行动和不懈的学术追求，赢得了广大患者的信任和同行的尊敬，是后学学习的楷模。

（宣传科供稿）

大美医生——李佩芳

李佩芳，主任医师，博士生导师，安徽中医药大学第二附属医院脑病二科主任，全国名老中医学术经验继承人，国家中医药管理局“十二·五”神志病重点专科负责人，安徽省“十一·五”中医临床学术和技术带头人培养对象，安徽省中医药领军人才。

三十年来李佩芳主任一直工作在临床第一线，致力于脑血管病的临床康复研究，将传统的针灸、推拿、中药与现代的康复技术有机结合，形成一套较为系统的治疗脑卒中的新疗法。在等级医院、示范中医院及全国重点中医专科等创建工作中均做出了突出贡献，多次受到医院领导的好评。多年来潜心于临床的同时，注重科研，先后主持多项国家级、省部级科研课题的临床研究，使业务水平又上一个新的台阶。

他始终坚持不懈的在临床第一线辛勤工作，技术上精益求精和全心全意为人民服务的高尚职业道德成为患者信赖的好医生。因真诚奉献和辛勤耕耘铺就了闪光的从医之路。

一、爱岗敬业 无私奉献

他牢记“治病救人”这个医生的神圣天职，不管是当官的还是普通的老百姓，不管是城里的还是乡下的，都一视同仁、一丝不苟，用自己的所学为病人解除痛苦。曾有一位来自贫困山区的 18 岁小姑娘，因患有脑炎出现四肢瘫痪，由于住院费用太高，无奈之下，转到本院康复治疗，希望能帮助患者进行门诊治疗，节约费用，他接诊了这个病人，并放弃了双休日的休息为她治疗，一个月过去了，患者恢复了生活自理能力。离别前，患者母亲说：“我们无以回报，就让女儿跪下来感谢这位救命恩人。”他急忙扶起小姑娘说：“这是我们做医生的本份。”

在患者的心中，他不仅是一位医术精湛的专家，更是爱病人如亲人的好医生，只要是病人的要求，他总是牺牲自己的时

间为病人着想。有一次，原定于随院长一道外出参加学术会议，不巧一位癌症患者病危，由于病人与家属的信任，希望他能留下来。患者说：“只要我看到你，我就有生的希望。”这句话让他感受到作为医生的责任，也为医生这个职业而自豪，为了病人的需要，他放弃了外出学习的机会。多年来，他的积休时间长达 400 多天，下班总是最后一个走，能够准时下班回家，他的家人会说“今天太阳从西边出来了。”对此他从未向医院要求过什么，只要是病人的需要，他从来就没有上班下班的概念。作为一名医生，他始终把“白衣战士”这一称号看得像生命一样重要。

二、淡泊于己 浓情与人

有句古语：自古忠孝难两全。他深有体会，整天为患者忙碌着，自然关心家人的时间就少些，连父母与爱人都责怪他。临床工作二十余年，很少回老家探望双亲。起初，父亲总是责怪他，当母亲将父亲的心思告诉他时，他也非常内疚，但他放不下他的病人。后来，父亲多次来院看病，看到他那么的忙，也就渐渐的理解了自己的儿子。在自己生病时，他也一边输液一边坚持上班，从未叫过一声苦。有一次，他的尿路结石犯了，几天的病痛折磨他瘦了一圈，但他还坚持上班，医院领导、他的学生、同事，还有病人，看到后都心疼地劝他休息几天，但他还是坚持为他的病人看病。10 年前，他在上海的一位同学邀请他到上海工作，工资待遇是现在的几倍，但他放弃了，因为他放不下在这里与病人多年来沉淀下来的那份感情，他知道病人需要他，信任他。他待人热情，服务周到，感动了很多病人，有的人送“红包”，有的人宴请，他都婉言拒绝了。有时为了让病人安心，他把红包暂时收下，在患者出院时再交到病人的住院费里。他曾说过“医生要注重医德，为病人解除病痛，是自己最大的快乐。”由于工作的忙碌，跟他实习的学生都要多累许多，因为在 12 点半之前他们不可能吃上饭，但仍然有很多学生愿意跟他实习，因为他们认为跟他学习能够学到知识。

每次遇到新病人，他都会耐心的带学生询问病史、查体，分析病情，他的宗旨是既要服务好病人，也要教好下一代。他也感到跟自己学习的学生很辛苦，作为老师，他觉得更应该毫无保留的传授他们知识，同时还经常自掏腰包请学生吃饭，一方面感谢他们对自己的尊敬，另一方面也要关心下一代的成长。多年过去了，他感到很满足，每到教师节，他的手机会收到许许多多学生的祝福。有的学生可能自己已记不起他们的名字与相貌，但可以肯定，在学生的记忆中他是一位十分可敬的老师。作为老师，有时回味起来，他也感到非常欣慰。

三、为患者为医院作出牺牲无怨无悔

近些年，医患关系比较紧张，他常常跟科室的同事讲：“我们要和患者处好关系，一定要换位思考，拿自己的热情与诚信为他们服务一定会赢得他们的心。”一位税校的老教师在就诊说过这样一句话：“我是一个老病号，在很多家医院看过病，见过很多医生，像李主任这样对病人耐心、负责、有亲和力的医生，他是第一人。”自毕业分配到医院，工作稳定，家庭美满，大多数人都“发福”了，而他却比以前更消瘦了。多年来，他没有在晚上十二点之前上床睡觉，他认为学习是无止境的，书是他的良师益友，每天不读书就像有一件事没有做，遇到疑难杂症，他更是睡不着，要去找他的老师“书本”，从那里他找到了属于他的欢乐。在科室里，在没任职科主任时，他的管床日占到了科室的三分之一，每年医院总结时，他的管床日数总在全院领先，有人问：“李医生，医院又不是你的，工资奖金又不比别人多，何必这么辛苦呢？”他的回答是：“为患者为医院作出牺牲，我无怨无悔。”医院的许多科室喜欢请他会诊，深夜只要是家里的电话铃一响，爱人就会说：“科室又有急诊了，医院又不是你开的，怎么老找你呢？”他总是自豪地说：“大家相信我嘛！”对于同事们信赖和肯定，他认为：人的存在的价值就在于得到别人的尊重和信赖。

四、一份耕耘 一份收获

对本专业的执着追求，使他在业务上取得了很大的收获，先后发表了七十多篇学术论文，参加了多项国家级、省部级科研课题，在等级医院、学院迎评创建及全国重点针灸专科等创建工作中均做出了突出贡献，多次受到医院领导的好评。2002年度、2003年度荣获医院“先进工作者”称号；2005年获“庐阳杰出青年”称号；2005年获学院“评建先进个人”及“优秀实习指导老师”称号；2006、2009、2010、2012年获医院“优秀职工”称号；2007年度获学院“优秀带教老师”称号；2013年获安徽中医药大学“优秀教师”称号；2014年获安徽省教育工会“安徽省教育系统医德师德先进个人”称号；2022年被授予“安徽省最美医生”称号等。

就是这样，他以自己的人格魅力和敬业精神，良好的医德和精湛的医术，在平凡的工作岗位上，继续为患者为医院默默无闻地工作着。

（宣传科供稿）

“带着娃娃去驻村”的“中国好医生”——徐晓 婵

“医者伉俪，携幼驻村。”日前，由中央文明办和国家卫生健康委员会共同组织的“中国好医生、中国好护士”2021年9月月度人物评选结果揭晓，这是评委会给予徐晓婵的颁奖词。

1985年4月出生的徐晓婵是安徽中医药大学第二附属医院“百医驻村”医生、急诊科主治医师。2019年7月，她和同为医生的爱人张建明一起报名参加了安徽省卫生健康委开展的“百医驻村”行动。两年里，夫妻俩带着年幼的女儿分别在黄山市休宁县璜尖乡清溪村、徐家村担任驻村医生，“带着娃娃去驻村”也在当地传为佳话。



驻村的一家三口

1400 多村民的“家庭医生”

夫妻俩驻村所在地为皖南山区，曾经是我省最后一批通公路、通电、通电话的贫困乡，留守人群中不乏大病、残疾人及孤寡老人。驻村以后，两人当即扛起了当地 1400 余人的医疗保健和公共卫生服务的重担。为了摸清楚村民的健康状况，徐晓婵翻山越岭入户走访，逐一建立村民的健康档案，从无到有地建设乡卫生院。走访过程中，她一边宣传健康知识，一边承担起常见病、多发病的诊疗和慢性病的管理，利用中医药优势开展针灸诊疗等工作，“把自己当做村民的‘家庭医生’，事无巨细地保障他们的身体健康就是村医的使命”。

“我忘不了看的第一个病人，一个胃穿孔术后 21 天的老人，因为没人带他下山，21 天没有拆线，切口没有正常换药，已经化脓感染。”徐晓婵回忆说，“从此，我明白，来到山村，我已经不是一个背后有各个科室协助的急诊科大夫，而是必须能独立解决各种复杂问题的全科医生。”

村里，不少村民患有高血压等慢性病。“这个诊疗的过程特别难，是一个从量变到质变的漫长的过程。”克服了最初的语言障碍，接着是如何引导村民重视病情，合理调整饮食结构，按时服药。“经过 2 年的努力，现在村里的高血压患者基本上都能听从医嘱，我还挺欣慰的”。



进村为村民诊疗

大山里的“移动卫生室”

走访过程中，徐晓婵发现有些村民组距离卫生院很远，前来看病需要步行一个半小时，走十几公里的山路。于是，夫妇俩决定探索“偏远山区巡诊模式”，将常用药品及医疗物品随车携带，在车顶立个“移动卫生室”的标志，每周三、周五下午准时开车出诊。

“徐医生的车我们都认识。”因为车子是全乡唯一的皖A牌照，大家都熟悉了。有些人路上遇到就会招手停车，简单看看个病，或者拿点儿药。有时候，徐晓婵还会将车子停在村中央，把“移动卫生室”的牌子高高立起来，“露天诊室”就开诊了。

2020年大年初二，徐晓婵一家从合肥过完年赶回璜尖乡，刚进家，一位村民送来粽子说：“我们也不知道新冠肺炎疫情到

底是个啥，有你们在，大家就不怕了。”在那之后，徐晓婵和爱人驻村奋战 50 多天，依托“移动卫生室”为村民做好疫情防控，宣传防控知识，上门送医送药。“那段时间，不仅药品紧缺，就连我们的生活物资都匮乏，好在大家齐心协力共渡难关。驻村期间，我们经历了新冠肺炎疫情、抗洪抢险、脱贫攻坚，这些是难忘的经历，也是难得的缘分。”徐晓婵说。



村里来了移动卫生室

医者伉俪“带着娃娃驻村”

从繁华城市到偏远山村，从舒适的工作环境到跋山涉水走访问诊，夫妻俩用初心和使命，诠释着医者仁心。驻村第三个月，夫妻俩做出一个让很多人不理解的决定：把 7 岁的女儿从合肥转到横尖乡就读。“女儿的学习可以补，扶贫经历不能缺。”

驻村两年，徐晓婵认为，至少让孩子知道了中国的乡村是什么样子、农村老百姓的生活又是什么样子。

在村里，女儿没有了各种兴趣班、培训班和辅导课，但是有了很多要好的小伙伴，每天起得早，睡得也早，放学后下河游泳、抓鱼，上山逮萤火虫、挖竹笋、采小蘑菇。“她成长了很多，变得更加开朗和懂事了，也更能吃苦，更有爱心了。这份成长是非常宝贵的。”徐晓婵和爱人都为这个决定感到庆幸。



为女儿留下珍贵的成长印记

留下“带不走的村医”

今年 7 月，徐晓婵一家结束了驻村生活，离开了璜尖乡。为了留下“带不走的村医”，徐晓婵以卫生院工作为中心，制定传帮带工作计划，定期组织开展讲座、培训和示范操作，协助卫生院医治疑难患者，联系远程会诊，增加卫生院中医技术等医疗服务项目，以“师带徒”方式培养新村医。



以师带徒培养新村医

2020年上半年，黄山市统一招聘村医，胡新莲返乡成了一名有编制的村医。“离开后，有她在我就放心了，有问题我们还可以连线会诊，有更多的专家提供技术支持。”留下了“接班人”，让徐晓婵感到很欣慰。

驻村两年虽然填补了村医的空白，但是能够解决的问题依然有限，这让徐晓婵开始思考村级医疗卫生巡诊派驻服务工作应该如何升级转型，如何完善政策和机制？这也是她结束驻村，回归岗位以来一直在梳理的工作内容，希望能够为此贡献自己的一份力量。



驻村期满，是结束也是重新出发

今年“十一”假期，一家三口再次回到璜尖乡。徐晓婵说，虽然来去匆匆，但是“回家”的感觉很好，以后他们还会经常回去。

2020年，徐晓婵被国家卫生健康委评为“改善医疗服务先进个人”；2021年获中央文明办和国家卫生健康委员会授予“中国好人”称号。获“安徽省最美医生”，“安徽省脱贫攻坚先进个人”荣誉称号，“安徽省五一劳动奖章”。2023年当选为全国人大代表。（本文为安徽青年报、安青网采写）

中医文化

仁、和、精、诚——中医药文化核心价值

张其成

中医药文化核心价值体现了中医药的本体观、价值观、道德观和思维方式等，我们用仁、和、精、诚四个字来概括。凝练这四个字，是充分考虑到中医药文化核心价值作为中医精神理念、价值取向、道德观念的总和，应当综合体现中医药学的生命观、身体观、天人观、疾病观、诊疗观、养生观，应当成为中医学、中医人、中医院、中医校共同信奉和遵循的精神信仰，所以必须是在长期的历史发展中形成的，既要有历史文献依据又必须简明精练。

“仁、和、精、诚”四个字，每一个字都代表一个层面，每一个层面都是难以被替代的。具体说就是：医心仁，医道和，医术精，医德诚。“仁”是中医学与中医人的出发点，是内心的信仰；“和”是中医药核心价值和思维方式的集中体现，是中医药学的灵魂所在；“精”是掌握中医药技术的根本要求；“诚”是对中医药从业者伦理道德和行为规范的总体要求。其中“仁”和“诚”往往容易混淆，其实结合孙思邈“大医精诚”的论述，不难看出“仁”偏重于内在的“大慈恻隐之心”，“诚”偏重于外在的真诚救人的行为规范。

医心仁

中医之“仁”表现在两个方面：一是医术之仁——“医乃仁术”，二是医者之仁——“医者仁心”。

医术之仁。“医”作为一种职业，其目的就是治病救人、救死扶伤，这一职业特点被称为“仁术”。“仁术”一词最早出现在《孟子·梁惠王上》，一开始并不是指治人、治病的医术，而是指一种仁爱行为，进而推广到治国之术。孟子针对齐宣王

以羊易牛、不忍见其死的做法评价说：“无伤也，是乃仁术也”。就仁爱、无伤这一点来说，医术表现得最为明显。所以后世“仁术”专指医术。仁爱之心通过医这一“术”得到最充分的体现。“仁”是“术”的前提，“术”是“仁”的体现。医术使爱人、爱己的“仁爱”思想得以具体落实。于是“医乃仁术”成为人们的共识。“医术之仁”主要表现在两个方面。

一是医为寄托性命之术。《素问·宝命全形论》曰：“天覆地载，万物悉备，莫贵于人。”唐代孙思邈《备急千金要方·序》曰：“人命至重，有贵千金。”宋代朱肱《活人书·序》曰：“夫术至于托生命，则医非小道矣。”医术不仅直接关乎人的生命，而且与天地相通相应。《素问·宝命全形论》曰：“人以天地之气生，四时之法成。”《灵枢·岁露》曰：“人与天地相参也，与日月相应也。”

二是医为济世救人之术。张仲景在《伤寒论·序》中指出，医者作用“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身全名，以养其生”。清代喻嘉言在《医门法律》中指出，“医，仁术也……视人犹己，问其所苦，自无不到之处。”不仅如此，医者还可治国济世，孙思邈《备急千金要方·诊候》曰：“古之善为医者，上医医国，中医医人，下医医病。”治国、治人、治病三位一体，理无二致。

医者之仁。中医之“仁”是通过医者体现出来的，也就是中医药从业人员的伦理道德和行为规范，既表现为医者尊重生命、敬畏生命、爱护生命的“仁心”，又表现为医者行医过程、进药炮制过程中的“至诚”行为。“医者仁心”主要表现在以下三个方面。

一是大慈恻隐之心。孙思邈《大医精诚》开篇提出“凡欲为大医，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦”。可见“大慈恻隐之心”是成为一个“大医”的第一条件。做一名大医，必须要有仁爱之心。因为医者面临的患者都是身心有疾病痛苦的人，所以决不能有一丝一毫的嫌

弃、厌恶、冷漠之心，反而应该更加同情、怜悯，这是医者应该具备的最基本的品德。

二是普同一等之心。普同一等包括两方面的意思，一方面医者与患者是等同的，另一方面所有的患者是等同的。首先医者要做到与患者等同，需推己及人，视患若己，其次，所有患者都是平等的，要一视同仁。

三是不私其有之心。古代医圣、药王、大医、良医都不会把医道、医术、良方据为己有、秘为私藏。无论《黄帝内经》《伤寒杂病论》，还是后世大家著书立言，皆以医道示人、以良方传世，以济世救人的胸怀传承医道医术。然而后世的确有医家藏为己有，清代陆以湉谴责这种“每见得一秘方，深自隐匿，甚至藉以图利，挟索重贄”的行为“殊堪鄙恶”（《冷庐医话》）。

由于“仁”乃儒学的核心思想，“医乃仁术”源于“仁者爱人”，所以历史上出现了医儒相通、儒医不分的现象，出现了因儒而医的“儒医”群体。范仲淹曰：“不为良相，愿为良医。”“儒医”群体从汉代已经逐渐形成，到了宋代更是蔚为大观，“儒医”之名正式开始流行。以至于“无儒不通医，凡医皆能述儒”。其实从两汉之际佛教传入中国以后，佛家的慈悲心、菩萨心渐渐和儒家的仁爱心、恻隐心相结合，共同成为医家的发心。

医道和

“和”是中医药的核心和灵魂，笔者认为，中医学的核心价值如果用一个字概括，那就是“和”字。中医学的核心价值是中华文化核心价值的体现，中华文化的核心价值一个字也是“和”，两个字就是“中和”。从《尚书·尧典》“协和万邦”，到《周易·乾卦·彖传》“保合太和”，从西周末年史伯“和实生物，同则不继”，到春秋末期老子“冲气为和”、孔子“和而不同”，“和”逐渐成为中华文化的核心价值，并在中医药学中得到最好的应用和发展。

“和”的内容极为丰富，“和”主要是指相对的两类事物、两个方面即“阴”和“阳”的中和、和合、和谐，“阴阳和”可表现为天人合一、人我合一、形神合一，以及合一之后的和谐圆融的“太和”状态。“阴阳和”将宇宙万物、人与自然、人与社会、人体本身构成一个有机的、生生不息的整体。“和”是宇宙万物生命生生不息的前提和基础，人体只有“和”才能达到健康、快乐、智慧的最高境界。“和”的价值观念表现在中医学所有层面。

在自然观上是“天人相和”。就天和人的关系而言，天为阳，人为阴；天人合一，达到太和。“太和”是《易传》提出的最高价值观念，对汉以后中国文化的价值观起到导向的作用。人居天地之间，天地人只有得其“和”，才能风雨有节，寒暑适时，天地和而气和，气和而心和，心和而形和，人才得以长生久视。中医的目的就是要使人与自然达到“太和”状态，医者治病首先要顺应人与自然，不能破坏人与自然的和谐。

在社会观上是“人我相和”。作为医者，其社会关系主要是与患者的关系、与同道的关系，要做到信和、谦和、温和。对待患者，要言语温和、待患若亲，动须礼节、举乃和柔，勿自妄尊、不可矫饰，诚信笃实、普同一等。对待同道，要礼让谦和，互资相长，互学互帮，顾全大局，打破门户之见。

在身体观上是“形神相和”。《素问·上古天真论》提出养生的一大总则就是“法于阴阳，和于术数”，就人体而言，形与神、身与心、气与血等都是“阴阳”，该篇提出了养生的四大方法，即“饮食有节，起居有常，不妄作劳，形与神俱”。饮食要与自己的体质、身体状况相和，起居要与时令、昼夜规律相和，运动要与自己的年龄、身体相和，心神要与形体相和。从某种意义上说，饮食、起居、运动表面上看都属于“形”的层面，其实都要与心神相合，不能分离。前三个层面最后都要落在“形神相和”上。人自身的起居服食、视听言动、喜怒哀乐无所过，达到身体的情志和、气血和、脏腑和、经络和，

也就是形神合一、心身合一，那么必定能宝命全形、健康延年。

在治疗观上是“阴阳相和”。中医学认为，疾病就是阴阳不和，治病就要调和阴阳。中医用药疗疾的目的是“谨察阴阳所在而调之，以平为期”。为医者在诊断治疗上整体审查、四诊合参、辨证求本、处方用药，都是以调中致和为价值取向，无论是汤药、针灸、砭石、导引，其目的都是要使患者形神相和、气血相和、四气相和，形神、气血都是阴阳，四气五味、五脏六腑也是阴阳，五行是两对阴阳加上中土。“阴阳”不仅是生命的根本，而且是治病的根本。阴阳调和，则疾病自然消除。

医术“精”

“精”和“诚”是孙思邈提出的作为“大医”必备的两方面价值要求，其中“精”是医术要求，“诚”是医德要求。“精”体现了中医医术要精益求精，怎样做到医术精？笔者认为不仅表现在学医行医的行为上，而且还表现在研医悟医的思维上。

学医要“博及医源，精勤不倦”。孙思邈认为，医道是至精至微之事”，千万不可以“求之于至粗至浅之思”，孙思邈在《备急千金要方·大医习业》中明确指出：“凡欲为大医，必须谙《素问》《甲乙》《黄帝针经》……又须妙解阴阳禄命、诸家相法及灼龟五兆、《周易》六壬，并须精熟，如此乃得为大医。”笔者把孙思邈学医的要求，概括为两门专业课、六门专业基础课。两门专业课即医学和易学课程，六门专业基础课为五经、三史、诸子、内典、老庄、天文。这些课程“若能具而学之，则于医道无所滞碍，尽善尽美矣”。可见学医不仅仅是学习医书、医方，而且要学习以《周易》为核心的传统文化知识，而后者正是“医源”。张仲景早就说过：学医必须“勤求古训，博采众方”，学医之大忌就是“不念思求经旨，以演其所知，各承家技，始终顺旧”（《伤寒论序》）。唐代王冰说：拯救百姓疾苦而达到健康长寿的医学，“非三圣道，不能致之矣”。这个三圣道就是伏羲、神农、黄帝之书（《黄帝内经素问·序》）。虽然这三圣即“三皇”

之书今已不存，但从三皇传承下来的《易经》《神农本草经》《黄帝内经》却经后人整理保留下来，这些都是学习中医必须要精熟于心的。

行医要“精益求精，臻于至善”。中国古代医者被称为“工”，《说文解字》曰“医，治病工也”。中医也自称是“工”，《黄帝内经》和《难经》都称医为“工”，但对“工”做了区分，分为“上工”“中工”“下工”三等。为医者应该成为“上工”。中医人要深刻认识到治病的过程其实就是“工匠”制作和打磨产品的过程，对患者从四诊合参、辨证论治，到处方用药、针灸导引，每一步都精雕细琢，不可以有任何差错，如此才能把患者变成健康的人。但中医治疗的对象不是“物”而是“人”，所以又与一般工匠有重大的不同点，它是“至精至微之事”，又是至高至深之事，涉及到人命，“人命至重，有贵千金”，所以一定要加倍地精益求精，一定要掌握一种释缚脱艰、安身立命、救死扶伤的高超技艺，要成为“上工”。只有专心医道，寻思妙理，审问慎思，明辨笃行，持之以恒，把精勤治学、精研医道贯穿一生，方能临证不惑，救死扶伤。切不可浮躁偏执，一知半解，浅尝辄止。

研医要“惟精惟一，精思妙悟”。中医思维方式主要表现为整体思维、象数思维、变易思维、中和思维、直觉思维。中医学的象数思维主要体现在取象运数的思维方法之中，运用取象比类，分析人的生理病理功能结构，建立“藏象”学说；对疾病的认识上，将各种病症表现归结为“证象”，建立辨证论治理论体系。所谓“藏象”“脉象”“证象”等，其本质就是“意象”。这种“意象”是源于实体又高于实体的，需要有高超的直觉思维、悟性思维来把握，中医学称之为“心悟”“心法”，在直觉思维过程中，人们的思维能动性被充分发挥，思维潜力得到充分发掘，从而具有逻辑思维无法代替的功能。而要培养这种高超的直觉心悟能力和取象类比的能力，就必须要有“惟精惟一”。惟精惟一，就是要用功精深，用心专一。

医德“诚”

医德“诚”是医心“仁”的外在表现。如果说“仁”偏于恻隐为端、慈悲为怀的医者之心，那么“诚”就是偏于心怀至诚、一心赴救的医德行为。孙思邈《大医精诚》为后世医家树立了典范，曰“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦”“普通一等，皆如至亲之想”“见彼苦恼，若己有之，深心凄怆……一心赴救”“详察形候，纤毫勿失，处判针药，无得参差”。后世苏耽橘井泉香，董奉杏林春暖，壶翁悬壶济世，华佗青囊度人，此等苍生大医，都是“医德至诚”的模范。

“诚”是对一个业医者从内心到行为的基本要求，主要表现在以下三个方面。

医者发愿必须“心地诚谨，心怀至诚”。诚有诚信、诚实、真诚、诚敬等意。《说文解字》曰“诚，信也。从言，成声”，《礼记·中庸》曰“诚者，天之道；诚之者，人之道”，《孟子·离娄上》曰“诚者，天之道；思诚者，人之道”，都是指诚是天道法则、是天地的根本属性，而做到诚、追求诚是人道法则、是做人的基本要求。作为一个医者面对是病痛缠身、羸弱无助的患者，所以必须要以至诚之心相待，痛病人之所痛，苦病人之所苦，要推己及人，从局外进到局内，易地以观，换位思考。如果把自己当成患者，站在患者的立场、处境，那么自己的思想感情就会发生变化，责任感就会油然而生。这时所发出来的就是“诚心”，也就是孟子所说的恻隐之心、羞恶之心、辞让之心、是非之心，这“四心”也就是仁、义、礼、智“四德”的开端。“人之有四端，犹其有四体也”，也就是说四心、四端就是人的本性，是与生俱来的，是至诚至信的。这种“至诚之心”也就是医者之仁心。

医者对待患者的行为必须“真诚恳切，守信戒欺”。孙思邈对医者看病的行为规范做了具体的规定，如在患者求救时要求“深心凄怆，勿避险巇，昼夜、寒暑、饥渴、疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心，如此可为苍生大医”。面对患者“其有疮痍、

下痢，臭秽不可瞻视，人所恶见者，但发惭愧、凄怜、忧恤之意，不得起一念蒂芥之心，是吾志也”。明代太医龚廷贤提出“医家十要”和“病家十要”，明代陈实功提出“医家五戒”“医家十要”，都对医者及患者行为做出具体规定。对待患者要严守医密，不以虚言诳人，不以危言相恐，不以神方秘术炫世惑众，不曲顺人情以保己名。在处方用药上要实事求是，切忌为了牟利过度诊疗、过度处方。在进药炮制上，要剔除伪劣，选药上乘，如法炮制。

医者自我行为必须“诚信求真，慎独自律”。“慎独”主要是对“诚”而言的，“圣人重诚，敬慎所忽”。“慎独”是儒家提出的个人道德修养的重要概念，通俗的解释就是谨慎独处，在没有人在场或监督的时候也能够严格要求自己，不做违背道德良心的事。“慎独”是自律的最高层次。作为一个医者更要“慎独”，要始终保持医德之“诚”，不忘初心，不欺天、不欺人。由于医学的不断发展进步，所以要求医护人员要求真务实，踏实进取，要终身学习，不能有半点马虎。同时还要从事科研，要发表论文、著书立说，严禁抄袭剽窃、弄虚作假。在为人处事、对待同道上要诚笃端方，力戒傲慢偏见。孙思邈明确指出：“夫为医之道，不得……道说是非，议论人物，炫耀声名，诋毁诸医。”

关于医学的遐思

Ian B. Wilkinson, Tim Raine

理想的医疗服务

做出决定和采取措施是行动的要素，反思和推断是思考的要素，而医学的要素则是把行动和思考结合起来为病人服务。我们提出下面这些理念以激发思考和行动：这些理念像黑夜中的星辰一样，虽然难以企及，却指引着我们前行。

- 不要因病而责难病人；
- 遵从病人所愿；
- 全心为病人着想；
- 查房使病人信心更足；
- 治疗的整体是病人而不只是对疾病；
- 接待的是人而不是“卒中”“梗死”或者“衰竭死亡”状况；
- 用一些时间与痛失亲人的人一起，帮助他们化解悲伤；
- 扪心自问——良心会告诉你怎么做；
- 护士小姐常常正确，尊重她们的意见；
- 善待自己——你并不是耗不尽的资源；
- 给病人(和你自己)多一点时间：多一点时间问诊，多一点时间听取病人的反应，多一点时间以见到疗效，多一点时间获取自愈；
- 让病人从疑惑中获益，如果可能，请保持乐观：乐观的病人会感觉更好且活得更久。

理想的或欠妥的照护方法

举个例子为例，有位男人割伤了手到邻居家求助。这个邻居恰好是一位医生，但为他开门的不是那医生，而是他3岁的

女儿。看到邻居受了伤并流着血，她将他带进房间并用自己的手帕替他包扎伤口，然后帮他放平双脚，躺在靠椅上。她轻轻抚摸着他的头和手，和他说起她的万寿菊，她的青蛙。一会儿，正当谈起她父亲的时候，她父亲出来了。其父亲迅速地将邻居当作一个患者，一个流血的受伤生物体，并护送他到医院急诊室行“缝合术”(这个邻居对缝合术一无所知)。他在急诊室等了3个小时，缝了2针，与一个医学生在仅有的一次会晤时建议他接种破伤风疫苗(后来才发现他过敏)。几天后，他回到他隔壁的医生家去称赞那年幼的看护者，既不是那医生(那个将他当成病人的医生)，也不是那医院(那个把他当成传送带上的一个物件者)，也不是那个带问号的医学生(一个50岁的男性在受伤后是否需要接种系列的破伤风疫苗呢?)。

正是那个用他熟知的方式关心他、陪护他、尊重他的3岁小孩，才是他真正的医护人员和全面的卫生工作者。你或许会对她为何拥有照护的天分提出疑问，缺乏任何科学医疗知识的她可能导致伤害，而医院正是它“自身成功”的受害者。但请记住，这个故事告诉我们的，就像T.S.Eliot所说的那样：从经验中获得的知识充其量只有限的价值(如本书所包含的知识)。儿童拥有那些我们太容易在科学、学科以及我们死板的卫生保健领域中容易失去的先天理解力和天生的同情心。

临床接触与沟通技巧

我们的临床接触对是否能取得病人的信任非常重要。缺乏信任，则疗愈很难。好的临床接触并非一成不变：它视病人的需要而定，基于下列永恒的临床美德——给病弱者以诚实、幽默和谦逊。

下列情况为医生与病人接触中司空见惯的现象。临床医学其中一个最大的技巧和乐趣就在于学会用我们的行为和态度如何去影响病人，以及当我们从获知病人的症状和体征来评估其有效性时与重要性时如何去分析考虑。从病人那儿获得的信

息并非“铁证”，而更像塑料制品一样容易受到医生态度、医院或诊疗环境、病人的希望与恐惧这些因素的影响。我们应该调整态度和改善医院环境以使病人隐匿的希望和恐惧得以显露，而使交流的渠道畅通。

焦虑的缓解或增加 简单的解释你将要做什么常常可以减轻可能的极度紧张。对于儿童，试用更高明的技巧，如检查腹部可用儿童自己的手，或者先用他的玩具熊做示范。

疼痛的减轻或加重 比较下面几种说法：“我要按压你的胃，如果痛就大声喊出来”和“我摸摸你的胃，告诉我你有什么感觉”以及“现在我把手放在你的上腹，有什么不适就说出来”。同一种检查可以听起来是可怕、平淡或者令人愉悦，病人也相应会放松或者紧张。

得体或笨拙地近距离接触 如眼科，在行检眼镜检查时，医生与病人的距离远远近于一般社交所能容许的程度。医生和病人都要屏住呼吸，这既不利于病人保持眼球静止不动，也不利于医生进行完整的检查。可简单的告知“我需要离你眼睛很近来完成检查”（而不是“我们需要离得很近来完成检查” 本书的一个作者曾经在对有额叶症状的病人操作检眼镜时多次被吻）。

催眠状态诱导 观察一下那些有经验的临床医生是如何触诊病人腹部的：右手随意放在病人腹部，远离病变部位，看着病人问，“你去过海边吗？”（他的手虽在触诊更像在抚摸）.....“想象一下你现在回到了海滩，完全放松，凝视着蓝蓝的天空”（他的手适时加压）.....“现在告诉我，你在哪里出生？在哪里长大？”如果病人仅在医生将手移到右髂窝时才停止说话并且皱着眉头，那么医生就会找到有用的信息。

良好的交流 无良好的交流，则医技无用，语言要简单而直接，避免行话。10%的患者认为黄疸指黄色的呕吐物，“缓解”常常被误解为治愈。首先给出那些最重要的细节，尽可能具体

化，如使用“每天喝 6 杯水”比“每天多补充点水分好”。用视频播放或给予易读的读物。Flesch 给出了一个量化的公式： $\text{阅读舒适度} = 207 - 0.85W - S$ （W 指每 100 单词的音节数，S 指每句里的单词数），100 分表明非常容易读懂，我们的目标是大于 70 分。不要认定你的病人擅长阅读。用视觉检查表时应该命名图片而不是文字有助于发现，这样更加巧妙。

确保你和病人之间的观点和谐一致，当我们讨论遵守我们的方案时，我们应该谈论的是一致性，因为和谐意味着病人位于主动参与良好医疗计划的中心地位。

询问技巧

没有哪一种询问方式总是“恰当的”，有时候你需要这一种询问方式，有时候则需要另一种。根据情况灵活地换用询问方式，很快你就可以学会判断哪种问法更为有效。提问题并不是依照一定的理论观点，而要从实际出发，其目的是为得到描述性的回答（如果你能够描述这个世界，你就可能拥有它）：那些不能被描述的也不能被治愈，虽然那些被描述的问题也未必能治愈，但是至少可以分享、缓解和部分的克服。不同的询问方式可使问题明了，也可使问题晦涩难懂。下面举几个例子。

诱导式询问 看到病人沾血的手帕，你就问“你咯血有多久了？”，“6 个星期了，医生”。于是你就以为他咯血已有 6 周了。实际手帕上的血污可能是由于手指破口感染或者鼻出血所致，等你日后发现这点时，病人可能已经做了昂贵和不舒服的检查，你可能会埋怨病人误导了你，可是他仅仅是礼貌地给了你显然期待的答案，这种引导性的询问，使病人没有机会拒绝你的假想。

先入为主式提问 “呕吐物是红的，黄的还是黑的——像咖啡渣一样？”呕血的标准描述。“是的，像咖啡渣一样，医生。”医生的先入为主的想法和过于匆忙的按照预先的程式索取证据，使病人的病史失去真实性。

开放式提问 最开放的问题如“感觉怎么样？”，这个问候没有暗示任何特定的答案，这样病人就有可能提供一些有价值的信息。其他的例子，比如用温和的祈使句如“告诉我呕吐物是什么样的？”“黑色的。”“怎么样的黑色？”“里面有些暗色的小块”，“像……？”“像小泥块”。尽管不是通过预测“黑咖啡”之类的方法获得，这样获得的信息就非常有价值。

围绕病人的询问方式 “你认为哪里有问题？”“还有其它需要我们探究的吗？”“你还有任何问题吗？(封闭式提问)”。最好试试“你还有别的什么想法吗？”、“你觉得是如何影响你的？感觉最糟糕的是什么？它让你感觉到……”不以病人为中心，病人不会完全满意你，或者不会完全的合作。

涉及家人的提问 这种询问方式在揭示某些心理因素引起的症状时极为有效。可探明病症的来龙去脉，使不清楚的症状能通过对了解病人日常家庭生活得以明晰。例如，“你生活中最重要的人是谁？”“他们关心你吗？”“谁最理解你？”如果没有考虑到这些问题，疾病可能很难真正地治愈。其他的例子还有：“你开始头痛时，谁在场？谁首先注意到的，你还是你妻子？谁最担心你(或者谁最不担心你)？当你生病时(或之前)你妻子怎么做？”自己想想：你感觉头痛的人是谁？我们注意到某个有意思的研究揭示了在一连串难以诊断的症状中，其配偶的观点预示最好疗效。如果配偶坚称症状一定是生理性的而不承认部分的症状可能是心因性的，结果就会更差。

重复 尝试重复病人讲过的最后几个词，以促进亲近感，尤其是难以接近的病人。医生淡化其角色，倾听病人的自我嘀咕：“我一直怀疑我的妻子。”“妻子……”；“我妻子和她父亲我都不相信，”“都不相信”；“我决不相信他们俩个，”“不相信他们俩个……”，“是的，我总感到我儿子真正的父亲是…。我从不相信他们俩个。”毫无疑问，对补充病史，你可从中挖掘到意想不到的重要线索。如果你只是提问，你只能得到相应的回答。如果你审讯知更鸟，它将会飞走；如果你沉静无声，

它反而会停留你手心。

病因是什么?从叙述中找到答案

就像刚学步的孩子，我们要把“为什么”常挂嘴边。并不只为寻求根本的病因，也让我们能够选择最简便的干预措施，疾病变化的早期阶段，一些很小的干预就可能治愈，而在疾病后期可能就错失良机。

例如对呼吸急促的病人还不足以诊断心衰时，你会问“为什么会有心衰？”你不这么问而满足于给病人抗衰竭药物，由此产生的如尿毒症或利尿剂所致的多尿性小便失禁等药物副作用，将难以避免。

如果你思考过“导致心衰的机制是什么？”那么你就很可能会发现潜在的因素，如贫血伴缺血性心脏疾病。后者虽难治疗，但治疗贫血对于治愈呼吸气促却是必需的。尚不能满足于此，还应考虑“贫血的机制在哪？”你发现血中铁蛋白降低，或许你会自认为找到了原始病因。

错！将找到了原始病因的想法先放一边，继续追问：“致病的机制是什么？”再回到病人床边(永远不要认为病史采集已经结束)，重问病史提示病人饮食很差，“为什么病人饮食差呢？”不懂饮食抑或贫穷而缺吃少喝？原来是因为病人的妻子一年前去世后，精神抑郁，从而食不甘味，况且即便是明天死去也毫不在乎。

现在你开始意识到单纯治疗贫血并不足以完全帮助病人，所以得继续追问“为什么？”“你不想好转为何还来看医生呢？”原来他只是为了取悦女儿才就医的。除非你能了解他真正关心的问题，否则他很难同意接受你的治疗。他的女儿是本例的关键，如果没有她的协助，你所有的治疗尝试都可能白费。与他的女儿交谈将有助于其解除抑郁，告诉她哪些是富铁食物，走运的话，病人的气促会慢慢消失。就算气促没有开始消失，也可能促进你和病人的友谊，而良好的医患关系可以促使他接

受其他形式的帮助，尤其在你被繁杂且昼夜不断的技术事务弄得精疲力竭的时候，这样的谈话可帮助你成为一位仁慈而和蔼的医生。

构建想象的叙述常能产生新的含义 医生常常被认为是还原论者或者过分的机械论者，上述内容提示在不断地追问“为什么”时，有时能够扩大我们需要了解的范围而不是缩小考虑的焦点，换种方式就是我们可以问，这个症状意味着什么？——对这个人而言，他的家庭就是我们的世界。举个例子来说，跛行也许意味着神经性疾病，或者是肌无力(如果你是一位舞者)，或者意味着某种因为家族迁移而逐代发生的微妙改变以致出现的医学尚不清楚的症状。科学是关于客观世界清晰而客观的事实和理论反映，也是对这个外部世界的一种混沌而充满主观色彩、情感的现象，在这两种显然无关的现象中可寻求某种神秘的相关关系。近十年来从人文学科和科学学科中萌生的人文医学可研究后者，读到这里如果你变得很没有耐心，仅希望了解更多关于技术的细节，你属于科学领域。我们不建议你脱离这个领域，只是让你明白科学与人文这两个领域你都需要了解。如果不这样做，无论你是否否认它还是滞留在对人文的无知中，你的专业生涯将会是完全失败的。如果你在两个领域中徘徊，你也会失败，但是你会明白这样的失败意味着什么，你也知道如何改变。

死亡的诊断及处理

死亡虽然很残酷，但却是造物主的巧妙安排，因为它给予新旧基因型转变的空间和机会。死亡让个体和器官得以从承受着无止境增长的沉重与混乱中解脱，得以重回生命的起跑线。我们的身体和思想因为基因型的进化会像泡沫一样破碎。这些基因并非真正属于我们，仅在几十年的生命中属于我们，这是大自然的伟大选择，她更宁愿将她的小生命放在毫无保护的篮子中，将功能不全的新生儿交给经测试且可靠的我们的

思想保管。但是当我们的神经纤维变得混乱，新生儿将明智的躲开我们，我们不得不称赞自然那大胆的想法。当然，自然界也会出错：人们常常无序的死去(我们的主要任务之一就是防止这种无序死亡发生，而不是阻止死亡现象本身)。

因此我们必须接受折射出的这个观点：死亡本身是辉煌，虽然我们想到自己时不这样想。

死因 他杀、自杀、意外事故或自然死亡。

死亡的诊断 呼吸停止、脉搏消失、心音消失、瞳孔固定。如果依靠呼吸机，即使心跳存在，也可诊断脑死亡，英国的脑死亡标准是指脑干的死亡，基于如下认识：

- 深度昏迷伴呼吸停止(因此需呼吸机维持)。
- 无药物中毒和体温过低($<35^{\circ}\text{C}$)。
- 无低血糖、酸中毒和电解质失衡。

检查：

- 所有脑干反应消失。
- 瞳孔固定，角膜反射消失。
- 无眼前庭反射，即在依次缓慢在每个外耳道内注射 20ml 冰水过程中或注射后，眼球不运动：首先显露鼓膜(可见蜡样光泽)以降低假阴性测试结果。
- 给予足够刺激后，脑神经分布区内无运动反应。
- 无呕吐反射或刺激支气管无反应。呼吸机停止并使 PaCO_2 升至 6.7kPa 时，无呼吸运动。

其他事项：间隔适当时间(通常是 24 小时)后重复检查。脊髓反射与脑死亡诊断无关。脑电图检查没有必要做，即使神经病学家也如此。诊断脑死亡的医生必须是主任医师(或者获得注册医生资格超过 5 年的代理人)，并应该征求另一位医生的意见。

脑死亡的美国标准与英国标准稍有不同，如在脑活动明显停止 6 小时内诊断脑死亡，需做脑电图以确认大脑活动消失；如果同位素血管造影显示脑循环停止，或中毒药物已被代谢，

中毒下也可以诊断脑死亡。

器官捐献 诊断脑死亡之所以重要，部分缘于脑死亡确立之后，为尽可能减少因缺氧对器官的损伤，心、肝、角膜、肾、肺等器官可得到及时分离和捐献。不要对死者的亲属回避这个问题，他们中很多人会赞同捐献死者器官，他们可能会为死者的某一部分还有生命、给他人以新生命而高兴。

死亡后的处理 通知死者家属及家庭医生，约见死者家属，及时提供死亡证明书。如果死于暴虐、意外伤害、疏忽、手术、麻醉、酗酒、自杀、中毒或者不明死因，要通知法医或有关法律部门。

直面死亡

人们在健康状况良好时总想象自己不会害怕面对死亡(Marcel Proust)。因此，如果你想找到面临死亡时的心情，我们来做一个思想的实验：将你的手指放到你左边的锁骨上窝里，你感觉到胃癌并转移而长大的前哨淋巴结，这就是你死期将近的判决，也许你还有 4 个月的生存期，在这样的思想中度过你余生的每天、每周，一方面看看你对于家人和朋友的态度有什么变化，另一方面会有无数小事情让你胡思乱想。数周这样的生活，你可能体会到全新的感觉和思想，这些都是那些面临死亡的病人所熟悉的。随着时间的流逝，你发现自己已经又坐到特定病人的对立面，将手指再次放到那些深藏的淋巴结上，他们会改变你的思想，也改变你，这样你将不再站到病人的对立面，而是与他们在一起。这将是唯一做得更舒适的一点，虽然最终你依然不能征服死亡。

无论在什么情况下你自己认为病人不知道死期将近对他会更好一点，事实上你的意思是：不告诉他我会好受一点，不告诉病人的原因有很多：病人可能会因此受到打击，会给病房内带来慌乱，我们不愿意承认我们无力改变疾病的进程；告诉病人会提醒到自己总有一天也难免一死，并勾起往日的伤心事。

因而我们常使用各种技巧以减小这样的苦痛：合理化(他自己也不会想知道的)；理智化(研究表明37%的3期患者能活2年)；过分直率(你可能活不过一个月；如此说，是医生要面对更多的生命)或者通过不合适的委托人(等你平静下来后护士会告诉你一切)。告诉病人真相可能会有帮助，因为：

•他可能已经有些明白，不过每一个人都极力回避，因而他无法与人讨论他的担忧(源于疼痛或者其他家人不能处理的问题)。

- 可能病人还有许多事情需要安排。
- 可帮他决定不舒服的治疗是否值得进行。
- 大部分病人被告知的远远少于他希望知道的。

病人的担心通常有哪些？设身处地为病人着想：

- 先提供一些信息，给病人提进一步询问的机会。
- 敏感地注意到病人想知道更多的暗示：“我担心我的儿子”“你最担心的是什么？”“嗯，这是他最困难的时期……(停一会儿)他明年就要开始上学了。”医生打破沉默，“我感觉你还有其他担心的事”，这样病人就有机会继续深入交谈或者就此打住。

•确定家庭医生和护士知道你说了什么或没有说什么，并且把这些记下来。

死亡接受期 接受死亡来临需要些时间，这个过程通常包括了以下几个阶段，明确这点可帮助我们判断病人的状态(但这个过程很少都依序发生，某一个阶段常有反复)。首先会是震惊和麻木，接下来否认(这样可以减轻焦虑)，跟着是愤怒(这种愤怒可能导致你的反感，但是愤怒有积极的一面，比如可以让病人振作起来——这比害怕和痛苦好，也与敌意有所不同)，接下来是悲伤，然后可能会接受，最后可能因为已获得世间关爱，走到生命的尽头时就强烈的渴望解脱。

生存愿望/遗嘱 如果知道病人的意愿，遵从他们。但是病人在生存期时，这些意愿可变化不定，也可能不明确，或者难以解释。一份遗嘱这样记录着“…病情发展到医疗难治时，

我不接受积极的治疗，如抗生素或呼吸机使用…”，当遗嘱不是很明确的时候，12名医学专家中的6位认为，他们会对肺炎使用抗生素(如生存质量恶化到足以满足遗嘱的要求时)，确定遗嘱的法律地位，如果有所疑虑，从你同事或法官那里获得帮助。

诊断的艺术与科学性

诊断(错误地)奉为临床医学的核心。我们建议定义临床医学的核心为：用心倾听，减缓症状，提供可靠预后的信息。除非你做出了有效的诊断，否则要做好这些并与病人建立良好的关系将很难。那么应该怎么做呢？

我们进行的诊断分为三个步骤：采集病史，体格检查，辅助检查。通过这三个习惯的过程，将收集的信息与那些我们已知的疾病特征进行比较，找到最相符者，这就是那疾病的诊断。而那些近似于此诊断的疾病就是要鉴别诊断的疾病(标注为△△)。这种诊断模式没有顾及下列两个因素：(1)常没有相符的诊断。(2)实际操作中，医生难以做到。那么那些诊断是如何得出来的呢？

依据经验的诊断 对医学生，这是最可气的方法。当你用一个小时没有采集到有用的信息、还没有查完脉搏时，一个医生却轻松说出那是什么病。只是这个医生就像认识一位老朋友(或者敌人)一样知道这个疾病。不过勿需担心：你也会很快达到这样的境界。如果你同其他医生一样多在病床旁用足够的时间(积累临床经验之意)，你就会很快学到这种最易犯各种错误的诊断方法。

依据概率论的诊断 在我们的临床生涯中，我们不知不觉地建立起自己局限的有关诊断和疗效的经验数据库，遇到新病例时，我们会下意识地用这个不断完善的经验数据库里的数据进行概率运算法则，以惊人的速度轻松获得诊断。

依据推理的诊断 就像福尔摩斯一样，我们排除了一个又

一个不同的诊断，最后剩下的那一个，虽然未必可靠，但一定就是罪犯。这个过程假定你的最初考虑的各种疾病中包括了真正的诊断，你通过方法将那些不是的绝对排除。所有的检查都是基于统计学的，实际上比绝对的论断要好，这也是为什么福尔摩斯如此高明的技巧事实上是虚构的。

依据 WoE 的诊断 WoE (Weight of evidence) 代表“就事论事”并且任何一名好的诊断医生都会将实例的记录随手摆放。有某些医生要迅速而肯定的诊断，但某些医生却能承受诊断中更多的不确定性。在临床工作中，病人并不是那么极端，全面检查的危险和代价通过时间的巧妙安排可能得以避免。咳嗽可能提示肺炎，但我现在可不通过对肺吐出物(痰)中的微生物检查来诊断，我会说“如果发烧，或者你咳绿痰时使用这张处方的药”，况且有可能你根本不从我这儿要任何东西，仅需等待和观望，你的身体也会完全自己康复。

依据假说的诊断 我们提出假说，然后尝试证明它或者推翻它。证据难找，但事实上，又有谁怀疑血液循环的存在，或者人类是脊椎动物的这样的观点呢。

基于选择性怀疑的诊断 传统观念认为，病人是不可靠的，体征才是客观的，实验室检查近乎精确。诊断困难时，试着反向思维。这样做得越多，你越能体会到：没有严格的体征和完美的实验室检查。但如果怀疑一切，医学也就不能发展：要选择性怀疑。记住维特根斯坦(Wittgenstein) 的格言：只有怀疑它，你才能认识它。

电脑诊断 电脑的诊断仅是描绘与疾病的所有相关指标。举例而言，伴嗜酸粒细胞增多时 Na^+ 减少提示 Addison 病，但是如果同时又有少尿时，一个没有电脑辅助的医生会作出一个不相干的疾病诊断，但是电脑却“知道”少尿是休克的一个特征，而休克又是 Addison 病的并发症之一。

循环问诊式诊断

简要的病史结合一些体征，通过对其评估后，需要问一些

问题和做一些检查。这些结果又再导致更多的问题和做更多的实验室检查。从这方面看，病史采集的过程不会终止，随着这个过程的反复，各种诊断也就油然而生，也就需要或多或少的证实。“我感觉我心跳很快”，医生马上检查脉搏，脉搏是极不规则的，因而推断是心房纤颤(AF)。他想知道为什么有房颤，因而他询问体重有无减轻而不是问天气是否比较冷，这提示甲亢可能是导致房颤的原因。当检查脉搏时他注意到病人有杵状指，因此思考着进行胸部X放射检查了解有无癌症的征象(癌症可致房颤?——是的)。这提醒他要问病人有关吸烟的问题，饮酒情况，获知病人大量饮酒。“现在为什么大量饮酒?”“因为我失业了。”“谁更关心你的失业问题?你还是你丈夫?”通过评估脉搏异常时的这些提问，医生获得了随之而来的有用的信息，并形成三维的诊断：生理，心理和社会学的诊断。此病人的手掌湿冷，脉搏微弱，因此医生知道要迅速而肯定地诊断，对需进行的各种检查要耐心解释。病人强忍的眼泪夺眶而出，再拿起她的手检查脉搏，医生知道脉律发生了改变。这不是像瓦耳萨耳瓦手法致病人出现的窦性心律吗?医生现在说“好的，看你接下来的一小时会怎样?……哭出来会让你感觉好受一点”。“是的，说得对，我已经感觉好多了”。这是系统性(按部就班)医生(或仅是系统性医生)所不知的客观医学的缩影。他可能仅在全面的病史采集后检查脉搏，因而错过很多信息。那些看似准备忙乱且又能同时进行不同级别工作的医生，往往是最早获得诊断者。

处方药

在开处方时用到不是你彻底通晓的药物时，首先查询英国国家处方手册或者当地相应的权威手册。开处方前必须询问你的病人有无对任何物质的过敏。答案通常是“是的”但是不要仅限于了解至此。问清楚具体的过敏反应有哪些，哪怕通常非常安全的药物如青霉素所致的恶心感这类过敏反应也要

问清楚，否则你有可能增加你的患者生命危险。这种反应真的就是过敏吗(过敏反应或者只是普通皮疹)?或者是毒性作用(如大剂量的苯妥英也会不可避免导致的共济失调)，或者是可以预料到的不良反应(如阿司匹林导致的胃肠道出血)，或者是一种特异体质的反应?

牢记格言：无害为大。疾病越轻时，此格言越重要；而病情越重时，则更适合与之对应的理由：不入虎穴，焉得虎子。

处方十诫：

1.寻求其他东西代替处方用药。处方用药导致对医生的依赖并往往导致不健康的用药。而且也非常昂贵，在英国每年超过 50 亿英镑；而且处方药涨价的速度也远远超过普通用品。有 3 个地方可以找到替代品：首先可以在食物中找，喉咙痛时用柠檬和蜂蜜的效果远远胜过阿司匹林；接着可以在黑板中找到，如对于那些因自身原因造成食管炎的病人，教导不要暴饮暴食、不要吸烟、不要过量饮酒以及不要穿领太紧的衣服，这胜过给予昂贵的药物；最后一个地方，转向你自己，从你自己身上取出一点点，给予病人一些真正的同情比起你药典里所有的药物对那些在恐惧，充满丧失感的，烦倦中生活的病人更有价值。我们中有一个人长期照看一个患有妄想症的老女士——每个月一次注射治疗和一个拥抱(毫无疑问的总是女伴)，直到有一天精神卫生中心的护士接替了对她的看护，然而每一次看护她的都是不同的护士，当然没有了每次的一个拥抱。因此过了一段时间，这个病人不再合作，不久后到我这儿开了死亡证明。

2.你是否为了解决所有的问题而为一些很小的不适开药?病人得知不适是小毛病后可能会很开心，但是如果他知道这个小毛病仅仅是非常小的问题时，他可能更乐于带着这个小毛病生活，有一些人不相信药物，所以你必须把他们找出来。

3.判定病人有无能力正确执行处方，如果他一下子把你小心的开给他治疗痛性痉挛的奎宁丸全部吃下去，死神将会迅速

降临。

4.要知道你的处方药有可能当作它用。比如一个所谓的“失眠”病人，尽管你非常好的给他治疗，可能为了吸食毒品正不顾一切的将你开给他的药物磨碎以为自己注射。当他回来时声称他弄丢了开给他的药物，你一点也不会怀疑吗？

5.开离院处方要注意的问题：

- 每日的用量是多少？(1~2次比4次好)
- 其余多种药物也需服用吗？是否能减量？
- 瓶装药品：病人能否看懂说明？能否打开瓶盖？
- 病人忘记复诊时你如何知道(随访)？
- 如果病人同意的话，谋求其配偶的帮助以确保他记住准时服药。核查，如通过计数上次求诊时还剩余的药丸。列出药物必然带给病人的好处。

6.列出危险因素(副作用，禁忌证，相互作用，过敏的危险)，出现任何新的问题，总要问自己这个是否由副作用所致。

7.在风险上与你的病人达成一致意见：试着确保你与患者之间有良好的和谐性。

8.记录下你将如何评价病人对各自药物的需求。

9.量化指向特定的协定的目标过程，如脉率标识 β 受体阻滞剂的使用量；或者哮喘中应用类固醇需要最大呼吸量的多少来确定。

10.将用过的所有药物记录下来，并提供给患者一个拷贝。

预防疾病

两个座右铭：唯一令人满意的医学是临床医学，如果能够预防的话…为什么不呢？在病房工作的生涯中你有很多机会用到预防医学，但是不知不觉中为了参加那些更有意思的任务诸如诊断，灵活的干预，探查，解剖，影像，你将逐渐将大部分预防医学的内容弃之一旁。不过如果我们想象一下，病房里解剖刀留在鞘中，唯一需要探究的是我们对健康的承诺，那么预

防医学就会显露出来，那么我们将会争论是这样的一个病房还是整个医院更能保障健康。

第一步是通过苏格拉底式的提问，促使你的病人参与到对他健康有益的活动中来，“你想抽烟吗？”“关于吸烟你的家里人有什么想法？”“如果戒烟会带来任何好处吗？”“健康为什么对你显得重要？”“还有什么更重要的我们可以帮助的吗？”“你将如何花费你的积蓄？”比起枯燥的参加有关肺癌的讲座来说，这类属于特殊预防策略的问题更能够带来变化。总的来说，在任何预防性的活动中，将患者带你这一边来，让他自己想改变。一旦你做到这样，通过预防性的活动你可以促进的包括下面：

预防接种(如流感，如果超过 65 岁)

预防因使用类固醇致骨质疏松症(如福善美 alendronate)

阿司匹林预防血管疾病

健康的饮食

心血管疾病高危因素的减少

总体上的健康

宫颈癌细胞学检查

乳房影像学检查

对吸烟的忠告

对饮酒的建议

家中的意外事件

跌伤

家庭隐患

遗传学咨询，如在一二级家属中有阳性家族史

转介是必需的——比如遗传学咨询，避孕以及预见性建议。

预防医学入门 防止一种疾病发生(如通过接种疫苗)属于初级预防。在早期控制疾病（如将癌症控制在原位癌阶段)属于二级预防。防止已经有明显症状的患者出现并发症属于三级预防。最好的预防思维是我能为现在的病人做什么?在病房里，

这个常常是二级或者三级预防的内容，如糖尿病的血压筛查，溃疡性结肠炎中的结肠镜检查(检查有无结肠癌)，或者在 Barrett 食管患者中进行内镜检查筛查食管癌。步骤越是复杂的或者高技术，本章开头提到的格言看起来就越不正确，客观结果的法则决定你应该说服那些有并发症的患者采用他们难以接受的精选的预防治疗——那些出现并发症比如在上面例子中结肠镜检查导致的结肠穿孔。或者你会发现某人因有 Barrett 食管而有患癌症的可能，而且这个病人恰巧死于手术后的并发症(食管切除术是危险的)。只要记住这些，致力于那些预防性行为，它简单、便宜，并且出现并发症的几率接近于零。

新药更好?(分析及 meta-分析)

在阅读专业期刊时，这是一个常被提出的问题。一项不仅是作者们，而且所有的临床医师们都必须决定何种新的治疗应该推荐，什么样的还不行。在评估研究的使用价值时，需考虑以下问题：

1.这个研究是否给出了明确的结论?它是否能够像已经可以用于 I 期治疗的那样提供显著意义的临床结果和具有统计学上的意义?

2.期刊是否已经接受了同行评审?在论文发表前专家要评审论文(尽管由于他们可能因存在未知的出于个人目的的竞争利益而让之成为一个有缺陷的过程)。

3.统计学分析有效吗?如今统计分析多用计算机进行复杂的运算，不幸的是，很少有论文能够提供“原始”数据。通过仔细研究下列几点，可以找出那些显而易见的缺陷：

样本量是否足够大以产生临床上的显著差异，比如说某种疾病的死亡率降低了 20%? 如果样本量不够大，很容易漏掉可能有的差别。如果某种疾病的死亡率是 10%，为了使误差小于 5%，随机选择的样本必须超过 10,000。如果一个没有检验效能的样本量过小的试验得出了阳性结果，两组间差异的很可

能被夸大。(此为 I 型误差; 若为 II 型误差则认为对结果无影响, 而事实上是有影响的)因此需谨慎对待那些样本量足够大就认为该新药能够与成熟治疗效果相等的试验结果。

对比的各组是否随机? 随机抽取的两组是否配对合适? 进行比较的两组治疗是否由具有同样经验和技巧的医生实施?

4. 这项研究是“双盲”的吗? (病人与医师均不清楚病人接受何种治疗)是否其中一方已知道进行何种治疗了, 比如从药物的代谢效应?

5. 这项研究是否有安慰剂对照? 尽管缺乏理想的双盲条件, 随机控制的试验, 也可以进行有价值的研究, 但是你在下结论时必须多加考虑, 如间歇性症状, 病情反复, 在病情较差时任何治疗都能有效。均值回归出现在很多情况如反复的血压测量: 因为随机效应的短暂性, 大部分当天出现一次血压高值的人在第二天都将会出现一次稍高值; 而大部分当天出现一次低值的人第二天将会出现一个更低值。此观点不适于: 如果脑部受伤后昏睡的人出现高的血压, 而第二次测量血压更高, 若无均值回归则提示确实“有”效果, 如颅压增高(ICP ↑)。

6. 发表论文的杂志是否给予一定的时间在其通信专栏中发表批评意见?

7. 如果我是这个病人, 我会接受此项新治疗吗?

8. 英国国家临床评估中心(NICE)如何评价? 注意 NICE 常常改换意见——这是所有高级智能机构的通病。

Meta-分析 系统的整合相近的研究从而有助于解决争议点和解释不一致的数据, 这比重新进行新的试验快速及便宜, 而且能够总结出普遍的结论。请注意! 在一项关于推荐 meta-分析的研究中, 根据后来的大样本结果确定的研究表明, 有 30% 的 meta-分析得出的结论是错误的, 甚至如那些优秀的 meta-分析也不可避免地因为误差而得出错误的结论。

请勿假设所有的 meta-分析 包括那些基于最为稳定的结果的 meta-分析可能免于误差, 如 Cochrane 本人的研究也因为

一些基于药理学院基金的研究结果的影响而出现了误差。

一个精心设计的大型试验胜过几个世纪不予深思的临床实践，然而为期一周的临床实践却可能胜过为期数年的文献阅读，这就是医学教育的中心矛盾。那么我们怎样才能靠我们的自身经验来正确判知结果是否纯属轶事？我们怎样才能够拥有开明的观念而不仅是人云亦云？这就需要一个机敏又开放的思想立场。

住院医之路

如果有一些愚人或空想家认为我们的目标应该是为绝大多数病人带来最大程度的健康和快乐，那么我们就别指望能够听到处于低阶层的住院医师的欢呼声，更可能听到的是被屠杀般呻吟。因为这些男人和女人都知道在住院医师生涯中存在着比健康和快乐还要基本的东西：生存。这里我们将讨论我们自己的生存而不是病人的生存。等到你在病房呆了几个月后你才会想到这相对于你平静的生活是多么大的挑战。

在最初的几周，虽然你盔甲锃亮，然而不付出血的代价它就会失去光泽，并且因未经充分考虑而匆忙做出的决定而最终被玷污。我们突然目瞪口呆地意识到，并不是因为懒惰，而是在由于自然法则和病房里生命危急的状况使你处于二流水平：因为如果坚持主张能把所有事情都做到第一流，无异于给病人签署了一张死亡证明，而且更恰当地说是给我们自己签署的。在我们的临床实践中做到十全十美是不可能的。为了应对这个事实，或者说为了不那么压抑，在这个新大陆中活跃起来，不要不断地擦亮你的盔甲（导致房颤的 10 个病因是什么——或 11 个病因？），而应该滋养你的心灵并滋补你的身体（规律饮食可减少你的午夜呻吟），不要随意否认睡眠有助于恢复精力。

我们并不能确定你是否并未成为你所想成为的人，也不能够为读者推荐一种包括锻炼、饮食及精神健康的养生法。寻找引领你走出困境之法是生活的艺术。你将如何选择：体格锻炼，

武术，做诗，空手道，山顶布道，杂耍，冥想，瑜伽，恋爱或者你会选择与你同时代的人截然不同的生活方式？

许多人通过宗教信仰及参加清真寺、教堂或寺庙集会来荡涤自己的心灵。多文化为社会为表达方式提供了多样性及空间。记住不要拿自己与同时代的人作比较。那些制造最多噪音的人常常并非随音摆动而是溺死在声浪之中。提前计划你的娱乐消遣。开始思考高级住院医师工作，与你选择的专业的区域研究导师交谈。这些交谈能够为你提供能量来度过住院医过程中难以度过的时光，还可激发你的斗志。并不能保证这些计划能够起到作用，但是如果你的瑜伽、你的布道及你的健康养生法都不起作用时，你至少知道该何去何从。

住院医工作面临大量可能使你的精力，动力，心情猛然跌至谷底的小事件。如果你抑郁超过一天，向你的知心朋友、搭档或辅导员倾诉将有助于你看开这些事情。有疑问，就交流。

生存质量，生活质量调整寿命年(QALY)及其资源配给

资源分配 资源分配就像分蛋糕——谁得大块谁得小块？什么人应该获得移植、人工关节及痴呆护理呢？愤世嫉俗的人会说，会叫的孩子有奶吃。但确实有些人试图找出一种理性的分配方案。健康经济学家为此提出了 QALY 的概念。

制作蛋糕 只聚焦在如何分蛋糕上使人们实际上偏离了问题的实质所在：这个蛋糕本身应该有多大？结果可能是我们应该花更多的钱在卫生事业上，而不是以某一部分健康利益受损为代价，而是削减一些别的花费。

什么是生活质量调整寿命年（QALY）？ QALY(Quality Adjusted Life Year，依生活质量校正后的生存年限)的本质是，以健康生活了一年为 1，而并非健康的生活了一年则 <1 。它精确地评价了不健康给人的生活质量带来的负面影响。如果病人极可能在使用某种旧药的条件下以良好的健康状态存活 8 年，那么他依生活质量校正后的生存年限是 8；如果使用某种新药

能够让他存活 16 年,但是其生存质量评分仅为最好时的 25%,则他的依生活质量校正后的生存年限仅是 4。卫生经济学家期望能以一定的预算获得最长的依生活质量校正后的生存年限。而一些健康评估机构如富有争议的英国国家临床评价中心(NICE) 凭经验想当然地估计出这样的预算金额(如 30000 英镑/QALY)。如果某种治疗措施超过了这个预算值,那么推荐这种治疗措施的理由必须更加清楚地得以阐明。

QALY 有助于卫生资源分配,但也存在下列问题:难以准确的定价,不利于在福利不同的病人之间公平的选择,以及 QALY 值不能叠加计算——如果一瓶鲜花很美,那么 10 瓶(或 QALY) 鲜花是否美 10 倍? 如果我们接受我们的生活质量就是我们的关系质量,而这种价值是无法量化的,那么我们就可以明白为什么像 NICE 这样的机构会在痴呆症药物等问题上受到严厉的批评;而看起来很小的进步却能带来不成比例的快乐,就像一个精神错乱的男人能叫出他妻子的名字一样。配偶是否应该将自己的质量调整生命值计入总和?

内外科病房中的精神病学

精神症状常见于你的同事,病人及其家属中。

当你为自己的问题寻求帮助时,求诊于某个有同情心的全科医师。你并非是可以安排自己进行诊断、治疗和转介最佳人选。

了解当前精神状况 “就像参观某个新的花园一样,逐渐地彻底把握她的想法”。现在什么花正开?这一条小路通向何方?这块石头下面有什么?聚焦以下几点:外表,行为举止(焦虑?疑惑?),语言(语速,内容),情绪,信仰,幻觉,定向,记忆(时事回忆,女王的姓名),注意力。请注意病人的自知力及你们之间的和谐程度,非言语行为。

抑郁 抑郁是最常见的精神症状,也往往被忽略,治疗它的花费是最大的。 你對自己說“如果我处在她的那种境况,

我也会抑郁的……”，因而不考虑给予治疗。因为早醒、食欲降低、体重减轻、性欲减退和丧失兴趣等抑郁常见的生物学特征在住院病人中太普遍了，因此对诊断抑郁帮助不大。两个“最佳问题”为：“这一个月以来你是否因感到情绪低落，沮丧或绝望而困扰？”如果是，继续问“你是否因为对做任何事情都提不起兴趣或者感觉不到快乐而困扰？”如果是，那么基本可以证实抑郁的诊断。同时抑郁患者也会有负罪感和无价值感。不要认为识别和治疗抑郁不是你的工作。它和判别疼痛的性质与给予相应的治疗同样重要。设法安排活动来提升病人的活力和自信，让他与朋友保持联系。将你的想法与团队中其他成员进行交流：护士，理疗及职业治疗师，还有家属(如病人希望如此)。在这些人之中，你的病人或许可以从那些可能给予理解和支持的人中找到某种精神。如果怀疑有抑郁症，尝试使用抗抑郁剂看是否有效——如 70mg 氯米帕明，口服，每日 2~3 次——如果没有肝脏损害或严重的肾脏损害，或用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(如氟西汀，20mg/d)。

酒精 这是病房中常见的困难原因(滥用和戒酒都可以引起问题)。

暴躁病人 确保自身和其他人的安全。在没有足够帮忙的人手(如医院护工或警察)前不要惹暴躁病人。常见原因：酒精中毒，吸毒(娱乐性吸毒或药物滥用)，低血糖，急性谵妄状态。一旦医院保安等帮助到场，尝试与病人交谈使其平静下来，分析其精神状态。如果尝试失败，则考虑控制住病人。英语国家的法律允许这种行为。测量血糖，或者静脉给予右旋糖酐。如果不是因为低血糖症，在进一步检查之前可以给予药物，如氟派啶醇 2mg 肌注(10mg 以上或者，很少情况下，18mg；严密监控生命体征)。

通过识别如躁动不安、急切踱步、拳头紧握、反常沉默、嘟哝、喊叫等早期体征避免暴力发生。用直觉对正在发展的问題保持警觉。寻找一个了解病人情况的护士。

如果有理性的成年人拒绝生死攸关的治疗，最好还是尊重这个决定，同时保证该成年人是“有责任能力”的，如他能够理解自己的行为后果，能够理解你对他所说的话，能够记住这个信息并且判断观念的正确。很少是有完全责任能力或完全无责任能力的，因此不要不情愿听取高年资医师的意见。找那些受该病人尊重的人来说服他。

精神健康法 在履行职责之前要熟悉当地相关条例和法律。在英国，习惯法允许在病房中将处于暴力状态的病人约束起来。

医院中的老年患者

仅在过去的 200 年期间人们的预期寿命增长了 40 岁以上。老龄化人群标志着社会、卫生及经济政策的成功。

健康与老化并不矛盾，因为健康不仅仅是指“精神上 and 身体上的完好状态(WHO)，还包括对环境改变、成长及老化、治愈损伤、病痛及死亡的适应过程。健康包括未来，因此包括了痛苦及忍受痛苦的内在”。老龄化具有连续性及可延展性，代表了应激原(如自由基)的累积效应以及为应付累积效应而获得的后天机制(至少与遗传效应同样重要)。

谨防老年歧视 老龄常伴随疾病但本质上疾病并不是由老龄引起。任何衰退都可起因于可治疗的疾病直至另外证实。

1.与传统相反，大多数老年人是健康的。95%超过 65 岁及 80%超过 85 岁的人未生活在福利机构；后者中大约 70%的人能够爬楼梯并且能够独立完成沐浴。

2.出现任何问题，寻找原因；不要总认为：这仅仅是老了而已。在可治性疾病、健康下降及社会因素中寻找原因。

3.不要仅仅因为年龄就限制治疗。老年人也各不相同。单纯性的老龄并不能预测病情结果，不应该用作替代而忽视对每位病人潜在利益及风险的认真评估。

老年人疾病的特点 与年轻人相比老年人有几点差别需要强调。

1.多种病理：几种疾病过程可能表现一致，找出疾病的交汇点(如老年性白内障+关节炎=摔倒)。

2.多种原因 一个问题可能有几种原因。单独治疗某一个可能收效甚微，综合治疗可能效果甚佳。

3.非特异性表现：一些表现在老年人中常见，如“老年族群”，失禁；活动受限；行动不稳(摔倒)；痴呆/意识错乱。任何疾病都可能伴随上述表现。而且，可能缺乏典型体征和症状(心肌梗死不伴胸痛；肺炎不伴咳嗽，发烧或痰)。

4.如果延误治疗病情会迅速恶化。并发症常见。

5.痊愈需要时间更长：4~6点反映出稳态机制的损害及“生理储备”的减少。

6.药物代谢和排泄受损：剂量可能需要减少，但不是减至最少，因为会对副作用的耐受性减低。

7.社会因素：对于痊愈及出院回家就有关键帮助作用。

特殊要点 病史：评估所有残疾，然后：

- 获知家庭具体细节(如楼梯；去卫生间的路；能否设置警报器?)。

- 药物治疗：何种?何时?评估其理解力和回答的一致程度。病人能够采用几种不同的片剂?也许不超过两种。那么最重要的药物是哪一种?你可能不得不忽略其他合意的药物，或者要征求朋友，配偶或药剂师的帮助。(能够将早晨，中午和晚上的药物剂量分装到相应的小容器里，这样复杂的药物就简化为“起床时服用早晨小盒的药，午餐前服用中午小盒的药等”)。

- 社会网络(定期拜访者；家人和朋友)。

- 照料细节：正在采用的是何种服务?伙食运送；社区精神治疗或护士——还有别的什么人参与照料?与他人交谈(亲戚；邻居；护理人员；GP)。

- 制定保健计划，包括营养。如果食物堆在盲人眼前却无人帮助他切碎食物，那么他可能就会挨饿了。一名合格的医师可能会为这样的恶疾病人安排CT服务于他的饮食及白内障

手术。

在医院外：成功的出院计划(如何在社区中生活和养病)

从第一天开始就要为出院作规划。在查房时最常见的问题是：“这位病人在家中是否安好？我们已经尽所能地治疗他，但是出院安全吗？为了回答这个问题就要考虑下列因素：

- 病人是否独自生活？护理人员是否得到家人支持？他/她是否已被其他事情(如身体残疾的蹒跚学步的孩子)弄得筋疲力尽？
- 多数病人都想尽快回家。如果不是，找出原因。
- 食宿是否适合病人？楼梯呢？卫生间是否在同一层楼？
- 如果去卫生间的路困难，他能够独自去吗？
- 他能否打开罐头，使用电话，给茶壶插电，煲汤？
- 家人是否支持病人？口头上还是有实际行动？
- 邻居们是否友好？“但是我不想麻烦他们”。通过询问病人是否足够健康来探究这种感觉的正确性，确定是否需要邻居的帮助。
- 社会服务和社区老年服务是否完善？

英国 NHS 老年人国家服务机构

8 种保健标准

1. 根除年龄歧视：NHS 的服务是不以年龄为根据的，而是根据具体需要提供服务。社会服务不再使用年龄作为遴选标准或政策来限制可得到的服务。

2. 以人为中心的保健：NHS 以个别化的方式服务老年人，让他们能够选择自己满意的保健方式。

3. 中介保健：年长者能够在家中或特定的保健设施享受中介保健服务，通过 NHS 和委员会来提升服务，促进自理而防止医院不必要的管理。康复服务能使病人及早出院而防止医院对长期居家保健的不成熟或不必要管理。

4. 普通医院保健：年长者的医院保健通过适宜的专业保健师和具有满足病人需求的专业技巧的医院员工来实施。

5. 卒中：疑患卒中的病人接受诊断服务，然后由专业卒中服务机构来进行相应的治疗，接着和他们的护理人员一起参加如何避免再次复发和卒中康复的多学科综合培训项目。

6. 摔倒：NHS 与委员会协同工作，要求能够提供措施来预防老年人摔倒，减少骨折，并且通过专业防摔倒服务机构为老年人提供防摔倒建议。

7. 老年人的精神健康能够通过完善的精神卫生服务(来自 NHS 或委员会)来得到提高，以确保为自身和护理人员提供有效诊断，治疗和支持。

8. 促进年长者健康向上的生活：在委员会的支持下, NHS 指导的合作教育项目极大的促进了老年人者的健康和幸福。

应对忙碌：Corrigan 的秘密通道

无止境的需求，不断增长的对医疗保健寄予的厚望，以及不断增多的年老病人，还有新的复杂的治疗手段的出现，都可能使医师们越来越忙。事实上，医师们一直是繁忙人群。例如 James Paget 先生一般每天要看 60 多位病人，有时还要走很多里路来到病人床边。Dominic Corrigan 先生在 150 多年前不得不在他的诊室设置一个秘密通道，以便由此逃脱越来越长的候诊队伍。

我们都熟悉这种永无尽头的无助的感受，都渴望自己有一个 Corrigan 医生的秘密通道。互相冲突的、紧急的和同时发生的各种要求使完成所有的任务变得几乎不可能：某个住院医师正准备为他的休克病人做静脉注射时，他的 BP 机响了，在走向电话的时候，有病人从床上掉下来，显然只有那个花去这个医师 1 小时的时间才插好的长导管吊着他。他知道他应该停下来来帮助这个病人，但他拿起电话告诉护士“这个人的导管要滑出来了”（里面知道恐怕已经滑出来了）。然后又从一位刚刚做完静脉曲张手术的女病人床前传来的“砰”的一声巨响，但不是女病人，而是来探视她的丈夫突然跌倒并且正在抽搐。正在这时他那“停搏”的 BP 机又响了，召唤他去看别的病人。在绝望之中他回到护士面前叹息道：“我真想找条路逃离这儿”。在这种时候我们就都需要 Corrigan 来带离我们，同我们一起穿越他的秘密通道来到宁静的内心世界。为了做到这点，要尽可能使事情简单化。

首先，无论你感觉多孤单，不要经常独自一人，不要不好意思寻求帮助。如果难做决定，就与同事一起商量。其次，抓住任何机会坐下休息。与其他工作人员或者友好的患者(病人是

你恢复的源泉，而并不只是会消耗你的精力)一起喝咖啡。第三，不要误餐。如果没有时间去食堂，确保旁边备有食物：饥饿会让工作的困难和失眠加重双倍。第四，避免为自己增加工作。初级医生特别容易陷入过度的工作，比如受到不必要的负疚感驱使，而留在病房为病人重新书写病情记录，重复书写笔记或者重复检查结果，而在这段时间里优先照顾的应该是他们自己。第五，当哪怕是最忙的值班结束之后，要为自己安排一个好的休假计划，以让自己在长夜中也有所期待。

最后，要记住不论值班期间有多辛苦，这段时间总会结束。就像麦克白(Macbeth)所说：要发生什么事就发生什么事，最多事的日子总会度过。

健康和医学伦理

在公开场合，我们常常带着医生的职业面具，就好像把道德当成仅存在于社会规范后面一样。我们这样做不是因为我们怠惰，而是因为我们认识到让大众把我们医生看作老套的和古板的要比把医生看成是邪恶的化身要好的多。但是，在从医之余，当我们自己也被放在显微镜下，无论我们怎么挣扎，我们都无法从伦理的圈子里逃出那个指领我们跟随的命运。为达到这个目的，我们需要回到第一原则，而将社会期望暂时置于一旁。

我们的分析始于我们的目的：为人们健康做好事。好事是称赞的最常用语，包含了四种首要职责：

- 1.不要伤害。对所有人我们都有这个责任，而不仅仅是我们的病人。

- 2.要以积极的行动来做有益的事情，特别对我们的患者更应有这个责任。

- 3.促进公正，如公正地分配稀少资源和尊重病人的权利：法定权利，保密权利，被通知权，被供给权及知情权。

- 4.提高自主性。(这一项不被普遍认可：在某些面临饥饿的

文化面前，它可能不相干，或者甚至是被认为具有破坏性)。

健康应包括身体和精神健康，还包括要有生长发育、康复再生的能力。今天你已经使多少人健康了(或至少比较健康的)?而要达成这一目的，多少清规戒律要被放在一边?这里面就揭示了医学的中心法则，我们在漫长的病房中和手术室行医过程中尽我们的努力试图“去让人们变得更健康”确又违背了每一条准则，特别是 3 和 4，我们不能这样下去。违背这些准则有关系吗?如果他们经常地被忽略，那还要他们干什么?我们遵循这些原则是为了创造我们与病人对话的前提。如果我们想要当好医生，就要从尝试把这些原则化为实际行动开始，这比从许多其他地方开始要好的多。不可避免，当我们试着这样做的时候，很多时候这些准则也会各自冲突，当它们有冲突的时候又拿什么来指导我们?不是说通过上面的分析我们就可以不假思索的作出决定。它需要我们努力来把这些原则融会贯通——如果我们有时间的话(时间恰恰又是我们所缺少的，但是通常又是事情已经做错时，我们才回头想到要是我们多花一点时间，事情就不会如此了)。

学会融合 当我们做事时必须兼顾两种互相冲突的职责，其实其中一种职责确不能算是职责，我们怎样去把它区分出来?让我们试着去深入的了解我们的病人，并对自己问一些问题：

- 患者的愿望被遵从吗?

- 你的同事想什么?病人家属想什么?首先征求患者的许可。去问他的亲戚，他们的亲属把他或她的最根本利益放在心上吗?

- 那种放之四海而皆准的采取这种治疗的理由是否使你自己满意呢?(也许你会对某个人说你年龄太大了不适合这种或那种手术，你是否会很乐意把这个医学上普遍接受的标准用在每个人身上呢——Kant 规则。)

- 假如有个记者在我的脑袋里面，知道我全部的想法和行动，她会不会厌烦，还是会在明天的报纸上发表一些对于我尖酸刻薄的评论呢?如果这样我还能否面对面的回答她的提问吗?

就算能回答,我会对我的回答满意吗?还是我的答案仅仅是不自觉的在敷衍她?

•病患代表——如病患联谊会的主席的观点怎么样?只有当这些病患代表的意见随时可以得到时(如果有这样一个本地协会存在),那么这些意见才称得上有价值,这些意见很可能会阻止一些危险医疗错误决定的发生。

麻烦的病人

“除非医生和患者成为彼此的问题,否则就没有解决的方法。”

Jung 的格言对我们现实生活中一半的人来说都是不正确的:就一个麻醉师来说,打个比方,无需为了麻醉药一定要起作用而最后使病人对你不满成为了一个麻烦。伟大的格言之所以伟大是因为它们都不确定。工作一段时间以后没有出事,于是我们就满足了,认为万事大吉了,这通常都是错误的前兆。我们总是把差错消于无形中,然而如果我们要做得更好,其实应该喜欢差错。有一半的专业行医生涯中我们与其说是清醒的,还不如说是睡梦中,我们只是机械的自动循规蹈矩的做事罢了,否则我们就会犯错,就会梦想那些如果我们有更多的时间,更多的资源,或者有另一组同事的话该这么做了。但是如果我们的口袋里装着 Jung 先生的话,他就会把我们唤醒,去挑战我们的规则,为我们冒着可能会破坏我们与患者真诚关系的风险的行动而致敬,尽管这种行动会给我们带来多少麻烦和痛苦(尽管如此,痛苦也是人生道路上不可避免的伴侣,它提醒着我们真实的活着)。对那些不想思考的医生以及所有平庸的思想而言,这种与病人不好的关系是应该被诅咒的,也应该不惜任何代价要避免的,因为这种关系会使我们从麻木中清醒过来,将会把我们带到不可预知的目的地。因此我们要经常尝试着以快乐的心情面对麻烦病人:也就是那些质询我们的,不按我们方案治疗的,或者抱怨治疗要到什么时候才起作用的病人。通

常，这种情况好像我们怎样说都是错的：我们的话会被错误的理解，被错误的引用，或被你面对的对象故意歪解——这可能是病人以前吃亏的经验，病人本身的孤独无助或者病人的恐惧等等，会导致这种状况的出现，如果这种情况发生了，最好闭嘴——但不要放弃，坚持与病人交流。当你理解病人多一点时，去与他协商，去甜言蜜语的哄他，甚至可以和他争论——但不要威吓和讹诈（“如果你不告诉你的女儿要进行这个她需要的手术的话，我就会告诉她：她的妈妈是什么样的妈妈……”）。当你发现你想掉头就走的时候，停下来转过身回来说“这么说不太好，是吧，我们重新开始，再谈一次好吗？”不要犹豫赶紧去请你的同事帮忙：不要以人多势众，而应该看看是否还有其他有效的办法。经过这个过程，你和你的病人的良好关系就会不断的增长，甚至最后会使病人完全满意。一个满意的病人比一千个治疗方案有用。

医学、艺术与人文科学

让我们从最基本的开始：活的医生没有出名的，实际上也没有出名的去世的医生。最出名的医生都是那些永远活在文字中——如 Watson 医生、Frankenstein 医生和 Faustus 医生。借此我们证明了书面文字的力量，而且它是一种特别的力量。当我们蜷曲在扶椅上为了快乐而阅读这些文字时，我们为我们头脑打开了一扇门，因为这时只有我们自己。当我们读书时，我们没有一点掩饰。我们的目光坚定的落在我们的书上，因为我们相信，当我们读书时，没人会对你指指点点。接下来，突然，当我们在这最无抵抗力最开放的时候，文字掐住了你的咽喉——原来数分钟前还坚定的目光变得迷茫，你的心跳停了一下，皮肤上长出了即使在阿拉斯加冬天也没有的鸡皮疙瘩。当我们诞生到这个世界几十年以后，我们的平凡世界的寒冷并没有太多的使我们感到骨子里打颤，但是文字世界的力量确使我们经常这样，而且这种力量还在不停增长。

当然，也有相当广为人知的医生：Arthur Conan Doyle、William Carlos Williams、Somerset Maugham 和 Anton Chekhov 都是艺术家。Sigmund Freud 怎么样？他是上述标准的一个例外，也仅仅是在历史检验的层面来说是个例外，因为他也不是真正的例外。当我们把他的作品当作艺术作品而不是当作科学作品来看时，他同样也是最伟大的。科学在没有 Freud 的情况下发展了几十年，但是作为艺术，他的作品和见识将一直存在：而就如 Bernard Shaw 指出的那样，存在是是否伟大唯一的试金石。

艺术相对与科学有优势，其原因很简单。谨谨慎慎地，我们科学家只对解释事实感兴趣。艺术家同样善于解释事实，但是他们也创造事实。我们头脑中产生最强大的感观不是来源于单纯的感觉，而是多种想法的联合作用。我们人类的头脑最伟大的特性是它喜欢把这个东西看成是另外一个东西或通过另外一个东西看成是这个东西，也就是有创造力。由于人生经历使生活变得曲折，光线由于宝石而折射，人类的一次树林散步就会变成田园交响乐。我们的世界是一个文学世界，在这个文学世界里充满了比喻、幻想、谎言。

所有的这些与我们日复一日的医学生活有什么关系？答案在“没有防备”这个词上，当我们独自阅读追求快乐时，我们已经卸下防备——我们在虚构的伟大角色下面从不隐藏什么。在我们诊室里，我们的病房里，我们总是尽最大努力把自己隐藏起来，藏在白大褂子里面，藏在虚伪仁爱的态度中。在看惯了病人悲惨的人生、医疗过错、失误等等以后，我们已经麻木，再碰到时就只剩下漂亮地转身离开了。这恰是艺术和医学碰撞的焦点，医生可以从文学中再次使自己变回一个人，会再次感觉到那些激励或吓唬病人的情绪。我们都有自己的致命弱点——那就是我们无法真的无情，尽管把我们浸在流入我们第一次觉醒的病房的“冥河之水”中，我们的内心也做不到永远对死亡时的关怀无动于衷。不同于其他，艺术和文学能够使我们作为一个有思考和感情能够保留对我们的病人有同情心的人而

存在，而思考和感情就是我们的致命弱点。美国的医学教育就是要培养这种文学医学教授，并灌输一些病人就是课本之类的概念。许多美国医学院校开设文学课以培养学生的道德分析和思索能力。这里，我们仅仅想说明每一次与病人接触都包含了道德、艺术以及技术三个维度在里面，虽然这一点在我们写作和日常医疗实践中可能做的并不完美。

注：关于医学的遐思，摘自《牛津临床医学手册》第6版，李国华译。《牛津临床医学手册》是最畅销的袖珍医学手册之一。作为牛津医学手册系列的旗舰书目，它集合近20位作者和600名撰稿人，内容跨越近40年，现已更新至第10版。它曾被评价“让医学学习和临床变得太容易了”，被列入英美各医学院的必读书单。

“在重读这本书的时候，我又想起08年第一次阅读它的情形：那时我是个学生，没拿到医师执照，从这本书里，我学会了一个另类的看杵状指的方法，知道了识别瘰疬病人的那个高举手臂的试验，各种各样疾病的大概的诊断标准和诊疗规范，还有被它的浓浓医学人文关怀感动到泪流满面。在阅读的过程中，我能体会到作者及译者的良苦用心。这是我第一本看哭的专业书籍。即便15年过去，再次阅读，还是觉得整本书字字珠玑。”——一位读者读后感

我的医药哲学

萧乾

一入晚景，就和医药结起不解之缘。轻则筋骨酸疼，重则波及五脏。于是，打针吃药成为常事，桌边床头总排满了各色大小药瓶。打开报纸，最着迷的不是天下大事，而是各种特效药的醒目广告。老朋友见面首先交换的也是彼此的病情，时而还有人为我抄来妙剂秘方。最近整理积信，发现我同一位友人之间数量可观的通信，内容尽是各人近期尿频的次数以及各种对付的办法。六年前，我们同去武汉开黄鹤楼笔会时，火车上同睡一个小单间。那晚他一连爬起八趟，我只比他少了一趟。

一提医药，首先面临的问题就是：你究竟信中医还是西医？绝对不相信中医或西医的人我都遇到过，就好像中医个个是误人的郎中，而西医在缝伤口时，必然会连剪刀也一道缝进去。我个人倒没那么绝对过。一则小时难得生病，就是生了病，家境也容不得我去挑这拣那。10岁以前，我喝过不少次兑水的香灰，还囫囵吞下过一只癞蛤蟆——活的！后来进了洋学堂，每年总是由西医来做体检，阿司匹林又比煎汤药省事多了。至于针灸，更是不敢问津。所以我很自然地就把西医视为正统。

1948年在复旦教书时，一次拔牙感染发炎，半个下巴肿成萝卜，疼痛难忍。那阵子，南京路上有的是各种进口西药，阿司匹林不灵，我就拣贵的买。十几天来怎么治也不消肿。

有一天在教授休息室里，中文系一位老先生见到我那副狼狽相，动了恻隐之心。他问我可相信中医针灸。我捂着腮帮子凄凄惨惨地回答说，只要能消肿，我什么都信。

老先生连衬衫也没让我脱，只叫我挽起袖子，然后打开他那蓝布书包，掏出一个长匣子，里面放着几根银亮的长针。他

先在我胳膊上扎一针，问我疼不疼，我摇摇头。接着，他要我张开左手，又在拇指与食指之间扎了第二针，第三针才扎在腮帮子上。进针后不一会儿，折磨我多日的疼痛便霍然而释。

1956年举行鲁迅逝世二十周年纪念活动时，中国作协外委会派我陪同两位德国诗人赴全国各地旅行。路线是从北京先到南京，在上海、杭州、绍兴转一圈，然后直奔广州，再赴昆明，最后一站是重庆。岂料刚抵南京，我就大闹腹泻。这种病对于陪外宾可不相宜。南京的朋友想尽办法为我医治，吃了种种药都不见效。我只好挂了个长途电话，请北京另派人接替我。负责人指示说，在上海治治看，实在不行再换人。

到了上海，朋友们安慰我说，请放心，我们这儿有的是进口药。我就照大夫的嘱咐服下去。唉呀，不得了！次数加倍了，我几乎离不开卫生间。

这时，我想起当年在复旦教授休息室里遇到的那位救星。我向东道主提出，可否让我去看看中医。他们马上就把我送到静安寺路一家不大的医院。好像还不是一家中医院，只是医院里的中医科。大夫号完脉，开了几味药，另外还加服两粒藿香正气丸。

服下去不久，腹泻止住了，很快我就康复了。从此，我对中医佩服得五体投地。

50年代后期，我被送到渤海湾盐碱地上一家国营农场去劳动。那里的水质也许差些。另外，我习惯半夜起来解小手。当时我们十几个人睡一个大炕，起夜颇不得人心。有一回我解完手回炕，黑咕隆咚的，竟摸错了地方。劳累了一天，睡得正香，抽冷子脑袋被人用冰凉的手一摸，人家怎能不发火！为了不再惹乱子，从那以后，我就干脆来个过午滴水不进。当时还颇为得意，以为可找到了窍门，谁知这就使盐碱地的水在我肾里结起一块块的碎石。

1961 年回城，直到 1973 年，我看的都是中医，每一位中医号完脉、看完舌苔，都断定我患的是“肾亏”。我喝了不知多少碗补肾的汤药，尿频的毛病始终也没见好。1978 年，我因腹泻照了 X 光，这才发现左肾有个阴影。经过进一步检查，原来长了一簇肾结石，最大的那颗已经有蚕豆那么大了。

这时，我省悟了：就医是为了治病，绝不能当中医或西医的忠实信徒。医乃为我所用，我顾的只是自家的健康，绝不应去盲目崇拜哪派医法。一种药治不了病，就应该试另外一种。不然，就是拿性命开玩笑。

我对中西医都一窍不通，但由于久病，也渐渐悟出人体内部的一些规律。我认为要做个健康人，首先得把五脏六腑理顺。1972 年，我得了冠心病，中西医都请教过。当一位中医给我开舒肝理肺的药时，我告诉他，我的肝、肺都还好。他的一席话至今仍给我留下深刻的印象。他说，五脏是相连着的，行医最忌讳头疼医头，脚疼医脚。治病之道，其实就是把五脏相互关系理顺而已。

从那以后，我就不断琢磨这“理顺”二字，深感个中大有文章。要理顺，就得通畅。所以在便秘与腹泻之间，我更怕的是前者。人一旦便秘，体内各种毒素杂质就排不出去，最后必然死于中毒。反之，腹泻虽让人衰弱，丧失元气，而且肯定会使体内一些有益的营养也一道付之东流，难免觉得可惜，然而它毕竟把体内有害的沉淀倾泻出去，总比听任它继续积存在体内要好。更何况泻后只消点滴输液，吃点补品，体力便能很快地恢复过来。

1956 年一次腹泻，1966 年起又闹了 10 年的便秘。我并不喜欢腹泻，但我向往顺畅。

人文关怀

一位普通人不普通的决定：安徽省针灸医院 一患者去世后无偿捐献遗体角膜

9月12日17时许，安徽省针灸医院内分泌科病房，合肥市肥西县上派镇退休职工刘女士去世后，家人遵照其生前遗愿，在无偿捐献眼角膜荣誉证书上签字。合肥市红十字会工作人员现场见证这一过程。据悉，这是2018年该院首例眼角膜捐献者。

刘女士今年54岁，是一位普通的退休工人。女儿介绍，患者生前看到红十字会发放的器官捐献宣传单，了解到捐献的重大意义，她就决定把眼角膜无偿捐献，为此专门到市红十字会登记。

对大爱无私的捐献者，人们总是满怀敬意，庄重的遗体告别仪式后，眼科专家成功地实施了眼角膜摘取手术。据专家介绍，她捐献的眼角膜至少可以使两名以上眼疾患者重见光明。

作为一名普通人，刘女士的选择令人钦佩，她把光明和希望留给了这个世界。



有时去治愈；常常去帮助；总是去安慰

To Cure Sometimes, To Relieve Often, To Comfort Always

这是长眠在纽约东北部的撒拉纳克湖畔的特鲁多医生的墓志铭，中文翻译简洁而富有哲理：有时去治愈；常常去帮助；总是去安慰。1837年，患了结核病的特鲁多医生来到人烟稀少的撒拉纳克湖畔准备等待死亡，因为在那个年代，结核病就是一种不治之症，一旦罹患，只有死路一条。在远离城市喧嚣的乡村，他沉醉在对过去美好生活的回忆中，偶尔也出去爬山打猎，过着悠闲的日子。渐渐地，让人意想不到的事情发生了，他发现自己的体力在恢复，不久居然能完成学业并获得博士学位。1876年，特鲁多迁居到了荒野之地撒拉纳克湖畔。后来，创建了第一家专门的结核病疗养院——“村舍疗养院”。特鲁多还成了美国首位分离出结核杆菌的人，并创办了一所“结核病大学”。1915年，特鲁多医生最终还是死于结核病，但是，他比当时罹患该病的大多数人的生存时间要长得多。他被埋葬在撒拉纳克湖畔。让他名声远扬的，并不是他在学术上的成就，而是他墓碑上刻着的话，他一辈子行医生涯的概括与总结——

To Cure Sometimes, To Relieve Often, To Comfort Always

“有时去治愈；常常去帮助；总是去安慰。”这段铭言越过时空，久久地流传在人间，至今仍熠熠闪光。

对于这句铭言，有人说它总括了医学之功，说明了医学做过什么，能做什么和该做什么；也有人说，它告诉人们，医生的职责不仅仅是治疗、治愈，更多的是帮助、安慰；还有人说，它向医生昭示了医学的社会作用。医学是面向人而生的，是为了呵护人的健康、解除人的种种不适而产生的一种专门的学问。就本质言之，医学是为了人、为着人的。过去，医学所要救助的目标一直是生病的个体，而非人类这个物种。这句铭言就是对医学所起作用的真实写照，从另外一个角度诠释了医学，揭

示了医学的真谛。时至今日，很多医务人员仍在践行着这句铭言，表达着医学对生命的尊重。

“有时去治愈；常常去帮助；总是去安慰。”既神圣，又质朴。治愈、帮助、安慰，对于医学和医生来说，是沉甸甸的6个字！

“去治愈”需要丰富的科学知识和实践积累。“治愈”是“有时”的，不是无限的，这里的分寸把握很精细。医学不能治愈一切疾病，不能治愈每一个病人。而患者也不要盲目相信医学的“本事”，对医学产生不切实际的幻想。就算治愈了，医生也应该客观地评估其成效。事实上，绝大多数医生都追求精湛的技术水平，试图做一个真正能“治愈”的人。这也是医学的人文性使然。

给病人以援助，是医学的经常性行为，也是医学的繁重任务，其社会意义大大超过了“治愈”。技术之外，医生常常要用温情去帮助病人。从古至今，一切医学技术都是对身处困境的人的帮助。医学的作用只是帮助而已，不必渲染夸大其“神奇”。通过医学的帮助，人们才能够找回健康、保持健康、传承健康。

安慰，是一种人性的传递，是在平等基础上的情感表达。安慰也是医学的一种责任，它饱含着深深的情感，决不能敷衍了事。如何学会安慰病人，坚持经常安慰病人，是一个大课题，很见功力！可以说，这句铭言明确了医学是饱含人文精神的科学。抽去医学的人文性，就抛弃了医学的本质属性。

（本文据网文修改）

产妇的额头有豆大的汗珠……



爱，医学发展最强劲的生命力！

在北京协和医院，一直流传着林巧稚教授的这样一个故事：一次考试中，林巧稚教授要求医学生们观察孕妇的分娩过程，然后写出一份病历记录，以此来评定他们的临床能力。

妇产科的大权威做主考，医学生们既兴奋，又紧张，仔细观察并思索后，写下了自己认为满意的病历。

结果却出乎意料，仅有一份病历被评为“优”，其他均不及格。

医学生们左思右想，不得其解，只好硬着头皮向林巧稚教授请教。

林巧稚严肃地说：“你们的记录都没有错误，但不完整，漏掉了非常重要的东西。”

“漏掉了什么呢”？大家反复查看，实在想不出漏掉了什么，又不敢多问，只好偷偷地看了一下那份“优秀”病历。

结果他们发现，各项记录其实都没有区别，只是那份优秀

病历里多了一句话：“产妇的额头有豆大的汗珠……”

几十年后，这些医学生很多已经成为医学界的精英和翘楚，但他们仍然记得那个阳光灿烂的午后，林巧稚教授对自己的庄严教诲。

“产妇的额头有豆大的汗珠”，这是一位从医 50 载、桃李满天下的医学科学家对临床工作的深刻感悟：医学不仅是科学，更是人学，医生必须有一颗仁爱慈悲的心。

无独有偶。100 年前，美国霍普金斯大学医学院的威廉·奥斯勒教授也曾大声疾呼：“更重要的是了解患有疾病的人，而不是所患的疾病。”

可见，除了解释、诊断和治疗，医生更应当将患者作为一个“人”来关爱。像林巧稚教授一样，给予患者深深的爱。

这种爱超脱所有功利目的，不带任何私心杂念，是对人类病痛感同身受的理解和悲悯。这种爱，才是医学的本源。

时至今日，医学的科学性已毋庸置疑，而人文性却日渐枯萎。在各类复杂精密的医疗仪器面前，患者似乎不再是活生生的完整个体，而被还原为功能受损的器官。

我们对先进技术趋之若鹜，却不再像前辈那样深入关注患者的躯体和心理感受，结果是间接造成临床能力的退步和医患关系的疏离。

更糟的是，长此以往，不仅患者的利益将失去保障，就连医务人员自身也将沦为技术的载体和附庸。

在“技术决定论”主导一切的时代，人的尊严和主体性有被彻底边缘化的风险。毋宁说，科技越发达，人类失去的自由和尊严越多，孤独感和失落感也越强烈。

毕竟人之所以为人，根本原因并不在于生活中有多少科技含量，而在于他们有情感、理想、信念和价值。

通过言传身教，林巧稚教授想要告诉我们，医学绝不仅仅是科学技术的应用和组合，而必须拥有人文关怀的背景和元素，如此才能重新获得鲜活的生命力。

人文关怀并不只是西方的专利，中国文化更有绵延千年的人文传统，一曰“以人为本”，一曰“以和为贵”。

所谓“以人为本”，就是以人为中心，注重人的生命和价值，将人置于至尊至重的地位。以此作为价值观的基点，才有可能创建一个人人幸福安康、和谐相处的大同世界。

所谓“以和为贵”，就是打破主客两分的思维模式，以心观物，以物证心，融合物质和精神，贯通天道与人心。

医生承担着普济苍生的重任，不仅要提高医疗技术，更要反躬自省，不断修炼自身的人文素养，丰富自己的精神世界。

（本文来自网络）

医学的哲学理念和人文修养

郎景和

早在上一世纪初，卓越的医学教育家威廉·奥斯勒就非常尖锐、切中要害地指出：医学实践的弊端在于“历史洞察的贫乏，科学与人文的断裂，技术进步与人道主义的疏离。”这三道难题至今依然困惑着现代医学及医疗的发展与改革。

为此，我们也许可以强调三个问题：

一、医学是人类情感或者人性善良的一种表达，进而成为医者的社会责任

1998年，我在一本我的《一个医生的哲学》（中国文联出版社）中有这样一段话：我们可以认为医学是人类情感的一种表达，是维系人类自身价值，并保护其生存、生产能力的重要手段。

自从有人类开始，便有了医学。尽管它的起点是原始的、落后的，甚至是自然性的、不自觉的，如对出血的局部压迫、病灶的烧灼、针砭等。也会遇到缺乏人道的“医疗”服务。但救死扶伤毕竟为人性善良的体现，进而成为文明社会的一种责任。

林巧稚大夫曾说过，医生要永远走到病人床边去，做面对面的工作，要看病人，而且要把检查结果和自己的经验结合起来，然后做出诊断。

如果把医学当作一个纯科学，那就很危险。因为大家都知道，纯科学、纯自然观念将导致机械唯物论、存在主义。解剖有变异，生理有动态，同病有差别，不可以完全用各种数据和结果去解释患者的病征或“生活体验”。患者是按照其生活和自身体验看待功能障碍或问题的，这和医生的思路不相符合。所以医生必须要理解病人，要体察病人的感受。

鉴于医学的学科特点，作为一个疾病的诊断和治疗，要遵

循两个原则：

一个是科学原则。就是要针对病情——疾病的病理生理、治疗方法、技术路线等来做判断。

一个是人文原则。针对人情，不是我们一般讲的人情，而是病人的心理、意愿、生活质量，个人与家人需求。这两个原则都考虑到了，才是一个好的医生，才是正确理解了医学的真谛。

因此，我们在选择诊治方式的时候要兼顾双方，既要保证有效性，也要保证安全性。这个方法，这个手术适合这个病人和他的病；而不是让这个病人和他的病适合你的方法，你的手术。一定要把最有把握的方式给病人，病人也应该是情愿接受的方式才是好的。

以前我们经常说这个病人适合什么手术，那个病人适合什么手术。这不全面。病人和他的病这是两回事，我得的阑尾炎和你得的阑尾炎不完全一样。医生给出的治疗方法，应该考虑四个因素：病人和疾病，医者和医法，这四个条件完全适合才是最好的方法。请注意，是四个因素，不是什么疾病适合什么医法两个因素。这其中体现了“两个人”——病人和大夫，两个决定的因素。

作医生，要做到“通天理、近人情、达国法”。

通天理：就是要掌握自然规律，疾病的发生、发展过程；近人情，是要了解并知晓人的思想、意识、情感、意愿；达国法，是要符合诊治原则、规范，以及技术路线、方法技巧，也要包括有关法令、政策。

二、医学或医疗的局限性与风险性并存，求索与循证永无止境

医学有两大特点：

医学有很大的局限性。医学的局限性在于医学的特点是研究人类自身，而人类自身的未知数最多。另外医学有很大的风险性，医疗的特点是在活的人体上施行诊断和治疗。

真正的医学发展是在近 100 年，所以是很慢的。实际上我们对病的认识是很有限的，我们可能治好一个病，但是我们对整个疾病还不认识。

1981 年发现 AIDS，非常的问题，艾滋病不啻于一个巨大的人类灾难。2003 年出现了“非典”，也许明年又会出现一个什么，可能不知道。可能会有更新的、更疯狂的疾患向人类反扑，这是我们认知的一个局限性。

认知是相对的，也许是片面的，过后可能是错误的。医学原理也会如此。科学并不说“我什么都知道”，科学只知道一部分。“包治百病”肯定是谎言。

对病人说话要留有余地。什么都能治，就意味着什么都不能治。

没有任何副作用，就意味着没有作用。列宁说过“从来没有包治百病的药方”，他说得很对。有地摊卖治脚气的鞋垫，说穿一星期脚气就好了，你相信吗？肯定不应相信。

杨乐是一个数学家，他说一个人可以强过 10 个人，或者是 100 个人，但是不可能跨越几十年、几百年。因此在我们治疗中就不要以为什么病我们都会治好，我们更多的是帮助病人减轻痛苦，从情感上给他以关怀。治疗并不总意味着治愈某种疾病，有时候意味着体恤、减轻痛苦。医生的注意力要集中到患病的人的体验上，而不仅仅集中到疾病的过程本身。

我们在追求真理、探索真理的时候，实际上受到很多的限制。真理实际上就是关于什么是“真”的一种共识，就是大家都认为是这样的。关于什么是真的共识？不过是一种社会和历史的状态，而并非是科学和客观的准确性。这是美国哲学家罗蒂（1932~2007）说的。

一个很典型的例子，就是 1949 年诺贝尔医学奖获得者莫理茨（Egas Moniz, 1874~1955），他提出前额叶脑白质切除术治疗躁狂症精神病，1942 年~1952 年，美国有万余名患者接受手术后，出现严重并发症。

现在医学有了很大的发展，我们已经把人类的基因图绘制出来了，我们现在可以用 HPV 疫苗预防宫颈癌，保护率达到 70%。也研制了很多有效的药物，包括抗生素、抗癌药，但是作为一个医生、作为医学，你最好宁愿怀疑，切勿允诺。

基础医学家说，我们将可以做到“3P”，即预测（Prediction）、预防（Prevention）和个体化（Personalization），这当然是令人鼓舞的目标，但也许只会在若干时间，或者最终也难以实现。临床医学家则不得不说，我们只能说另外的“3P”，大概（Probably）、可能（Possibility）和期望如此（Prospectively）。

《昆虫记》的作者法布尔（Fabre, 1823-1915）说：“不管我们的照明灯烛把光线投射多远，照明圈外依然死死围堵着黑暗。我们的四周都是未知事物的深渊黑洞……我们都是求索之人，求知欲牵着我们的神魂。就让我们从一个点到另一个点移动我们的提灯吧。随着一小片一小片的面目被认识清楚，人们最终也许能将整个画面的某个局部拼制出来……。”

也请注意，如此做也是整个画面的某个局部！

三、保持对医学人文的眷顾，善于和病人交流，建立和谐的医疗

现今的医学模式是生物-心理-社会，更要求医生要将科学和人文交融起来：‘要有完备的知识基础、优秀的思维品质、有效的工作方法、和谐的相互关系、健康的身心状态。’我们有时间去琢磨一下，我们是不是都具备了这些，如果没有具备，我们要充实自己。

印度的一位湿婆大神，具有三重身份、三重性格，是男、是女、是半男半女；于是有创造、修复、破坏三种行为。我认为医生，实际上要像湿婆大神，我们要去破坏，比如切掉肿瘤；另外还要修复，包括重建。也就是破坏有病的东西，修复一些不够健康的東西，创造一些更好的功能、更好的东西，这是医生的职责。这需要医生的自我意识、自我修养。

医学大家张孝骞说“病人是医生真正的老师。”

因此我们要敬畏生命，生命属于每个人，且只有一次。我们要敬畏病人，因为他把生命交给你。我们要敬畏医学，因为医学是一个未知数最多的瀚海。

一个医生要体现你自己的美德和价值，大概表现在这么几个方面：

克己：暂时撇开单纯个人利益；

利人：维护和促进病人的利益；

同情：要体察病人的痛苦，并减轻解除痛苦；

正直：要一视同仁，要终身献身于事业。

医生的价值就是人类的价值。

诊治中的哲学。诊治中的正确与错误，包括责任心、技术水平、临床经验，以及思维能力和方法，后者便是哲学。决策是思维、判断和设计，科学探索未知，哲学从事思辨。

比如一个完美的手术，技巧只占 25%，而决策要占 75%。什么是决策？很好的病历采集，诊断与鉴别诊断，手术设计，术中的应急措施与方案，术后处理与随访等等，都是决策，这个要占 75%。手术中技巧占 25%，当然也是很重要的。

专业和技能的学习固然很重要，但是人文修养和哲学则具有根本性、终身性，所以不要把自己限定在一个狭窄的领域内，我们要学习的很多。

也许我们不缺乏相应的知识和技术，或者我们太看中知识和技术，而对职业的洞察、对职业的智慧、职业的精神，我们会显得有点空洞和苍白，所以我们要予以弥补。

最后，我想以几句话做为结语：

● 威廉·奥斯勒说，行医，是一种以科学为基础的艺术。它是一种专业，而非一种交易；它是一种使命，而非一种行业；从本质来讲，是一种使命，一种社会使命，一种善良人性和友爱情感的表达。

● 医生必须有整体的眼光与宁静的心灵。临床工作三条基线是：心路清晰、心地善良、心灵平静。

● 未来的医学，医生和公众要接受以下三项可以认为是乐观的指标：

承认生命质量的重要性；

“自助”或自我保健意识，预防为主，全社会关注。

宽容与和谐，人道与公平，医生和病人，富人和穷人。

避免知识傲慢、技术傲慢、金钱傲慢、权利傲慢，做一个正直的医生。

● 医生载负、体现着社会的精神道德底线，医生、公众与社会都应该维护它。

● 我们要保持对医学人文的眷顾，营建医学活动的理性境界，完美天使的形象，赎救仁爱的诺亚方舟。

作者介绍：郎景和，现任中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院妇产科主任，教授、博导，中国工程院院士。

医学——智力挑战之上有“关怀”

罗伯特 M. 摩泽

在我那天所面试的医学生候选人中，玛丽·布莱克显得与众不同。这些年轻人都很杰出，而我试图去了解他们每个人。老练的临床医生都持有自己的“好医生”的标准，这是一个很主观的评价，坦白地说，考察者倾向于选中与自己信念相同的人。

最后，每一个面试考官都会问同样的问题，“为什么选择从医？”这是一个抒发理想的机会，甚至可以复述准备好的花言巧语。大多数候选人尽力去说该说的话，使人容易将他们想像成未来的阿尔伯特·施伟第(Albert Schweitzer)、特雷莎(Theresa)修女以及路易·巴斯德(Louis Pasteur)。但玛丽·布莱克(Mary Black)没有说这些，她说她在高中时读到过《纽约人》杂志上伯顿·卢谢(Berton Roueche)写的一个故事——《九个蓝色的人》。[这本含有该故事和卢谢其他一些文章的非凡的书，仍然挨着我那珍贵而破旧的热内·迪博(Rene Dubos)和亚历克西斯·卡雷尔(Alexis Carrel)文集躺在我的书架上。]她叙述了医学奥秘的揭示如何激发了她无穷的想像力，而当她又想到医学能实实在在予人帮助时，学医的诱惑简直无法抵挡。玛丽·布莱克就这样打动了我的心。

过去我称这种现象为医学的“智力驱使”。当然其他行业也存在着类似的受无法抵挡的激情驱使的现象，但我觉得这种现象在医学界更为明显。我不像愤世嫉俗的人相信许多人选择医学专业是出于个人利益。不可否认，医学职业可以带来富足的生活和社会认可，但我认为故意受贿和利己主义只是少数人的动机。对于我们大多数人来说智力挑战才是主导因素，我不是草率地这样说的。如果仅仅是出于利他主义，那么学会在坦桑尼亚开推土机排干沼泽地，或是在棉兰老岛掘井提供安全饮用水，十几年内可能会比上百名医生挽救更多的生命。因此，

除了做好事以外，一定还有其他的动力。

当我还是个医学生时，我忙于聆听一个接一个由两位世界顶级的神经学家——德里克·丹尼-布朗(Derek Denny-Brown)和雷蒙德·亚当斯(Raymond Adams)开设的讲座。通过病史和体格检查，他们能准确地给肿瘤定位，其定位均为手术所证实。我惊叹于他们对神经系统解剖知识的掌握和严谨合理的推断，并希望也能成为一名神经学家。但后来我不再对神经病学着迷，因为治愈率实在太低了。尽管能够满意并令人惊异地“分辨病变”，但对多数患者的帮助并不大。后来我得以和几位巨匠接触，他们是唐·塞尔丁(Don Seldin)，路易·温斯坦(Louis Weinsiein)、哈罗德·杰格斯(Harold Jeghers)，比尔·罗斯比(Bill Crosby)和麦克斯·温思罗伯(Max Wintrobe)，是他们将床边教学提升到了一个新的高度。进而，内科学的深度和广度、经常有效的治疗甚至偶尔的治愈似乎对我更有吸引力，更能满足我对智力挑战的无尽追求。

M. 戈德堡在本书中正是抓住了“智力挑战”这个精髓。这是一本给真正的医学迷的书，给对智力追求之快乐着迷的人的书。书中简短有趣的病例给人以挑战和启迪，每一例都是值得回味的临床精品。作者作为热忱丰产的医学故事作家所拥有的高超技巧以及作为医学临床大师所拥有的广博知识和智力素养，造就了这本书。

过程的纯粹令人鼓舞。做出正确的诊断和合理的治疗是一个思维的过程，要求详尽的病史采集、仔细的体格检查以及明智的实验室检查项目的选择。它体现了科学和艺术的完美结合。最令人愉快的是，做得好的话，最大的受益者是患者。解决问题、减轻和治愈病痛、尽可能提高患者的生活质量，这是医学的最高追求。

对我们很多人来说，都存在着对医学现状的嘲讽。医生从未有过如此大的帮助患者的能力。[如果丹尼·布朗(Denny-Brown)和亚当斯(Adams)有CT和MRI的帮助会做

得怎样呢?]我知道每一代医生都认为自己目睹了历史上医学的最大进步,但最近几十年医学确实取得了革命性的进步。且不说病理生理学的观念、分子生物学、遗传学以及药学的重大进步,我们现在还能将书面成果直接用于临床。我们能做的从未如此之多,患者对我们的敬意却从未如此之少。

这是为什么呢?原因很复杂。不幸的是,我们非凡的、全新的诊断工具却使我们疏远了患者。我们的传统技能真的已经过时了吗?难道象征性的手法体检和床边或诊室里不受时间限制的平静交谈真的已经不合时宜了吗?过去公认,这种个人关注在确立诊断时常常是极为重要的,因为当时医生获得的很多信息是经验主义的,不准确的,甚至是错误的。我们对此知晓抑或怀疑过。几十年前,我们能为患者提供的帮助少而又少,我们被迫用给予各个患者更多关注的方式来补偿。可结果呢?他们感到很满足!他们似乎能理解我们能力有限,他们认可我们在他们恐惧和痛苦的时候关注了、倾听了、尽了我们最大的努力。那时患者的期望远较今天低。现在,患者很清楚我们提高了的诊断和治疗能力,他们的期望值提升了,同时却感到受关注的程度降低了。他们感到虽然近在咫尺,却被距之千里。这种不满可以从对我们职业的激愤态度上看出来。

难道“关怀”在这个时代真的过时了吗?我不这么认为。

M·戈德堡书中的病例都反映出一个掌握先进技术却又敏感关切的医生所做的工作。

导致患者不满的另一个明显原因是他们对“医生”这个概念的理解的变更。医疗行为中金钱因素的掺入是近来才出现的现象。在 1965 年医疗保健制度引入之前,大多数的医生都只能说是宽裕但并不十分富有。但现在情况变了,几乎所有执业医师所享有的稳定富裕被附加于公众对医生的认知。关于利益冲突、专家和医院程序拒人千里的态度、公然的贪婪和欺诈及其他一些与商业相关的丑闻报道进一步玷污了医生的公众形象。在目前“逐利”的计划医疗氛围中,不断增长的似乎正是一些不

良成分。

对此我们能做些什么呢?这直接关系到本书的要旨。我一向主张医疗诊治在能干的医生手中应是一个力求节约的过程。明智地选择诊断程序,小心地开药和使用治疗装置,有的放矢而不是大而无当,做到这些才是有成本效益的医疗实践。

老实说,我认为“计划医疗”可以成为一个积极因素,如果它能用来提醒医生医疗决策中的节约,可以通过使用当前可靠的数据加上对患者个人需要的敏感体贴来达到。这是一个需要思虑周全的过程。优良的行医传统加上对财政责任的考虑就能做到。然而,如果“计划”变成死板的算式下固定的程序或专断的规则,那么人体生理的变幻无常就注定了这个计划会失败。如果金钱主义的思想慢慢渗入临床医生的头脑,像病毒一样感染医疗决策过程,后果将是毁灭性的。这种计划体制将是短命的。我坚信合理的节约和有效的诊治是可以并存的。让我们期待这一简单的事实成为现实的一天。

因而,M. 戈德堡的书别开生面,是向以往那个不那么浮躁的年代的回归。他在当前极好的医疗条件的背景下重拾了“老派的”体贴患者的优良作风。也有其他一些介绍临床病例的书籍,但 M.戈德堡提供的“?”将给你无穷的吸引力,每一个刺激的病例都会给你全新的挑战而使你难以释卷。(本文为《诊断挑战——临床技能测试 150 例》序言,作者罗伯特 M. 摩泽,医学博士,美国内科医师协会名誉执行副主席,新墨西哥大学名誉临床医学教授)

知道那只狗的名字后，我才开始成为一名真正的医生

那天是7月1日，我成为住院医师的第一天。当我穿上崭新的白大褂时，我感到有些反胃。与我之前穿过的白大褂不同的是，它不仅更长了，也更加沉重了。我揣上了我能想到的新入科医生所有必备的东西：我最喜欢的三支钢笔，闪闪发光的Littmann心脏听诊器，与我负责的肝硬化病人有关的论文，当然还有那本让我无比信赖的Sabatine紫皮医学口袋书。

在这一天结束之前，我浸满汗水的白大褂几乎成为我尴尬表现的“罪证”。当我在她面前摆弄文献时，我的上级主治医生也并没有像我希望的那样对我刮目相看。最糟糕的是，我把三支钢笔全给弄丢了！不过在我的口袋帮助下，我总算度过了第一天。

那天大部分时间我的自我感觉其实都还不错，只是主治医生带给我的一个简短的问题在我脑海中不停地浮现。那是早查房的时候，我汇报了一位因遛狗后出现胸痛入院的病人的情况。我的主治医生问我：“他的狗叫什么名字？”

我被问住了。更糟糕的是，我不知道我们为什么需要知道这件事儿。在我读过的书籍或文献中，从来没有提到狗的名字有助于看病。但主治医生让我们回到病人的床边，并向病人询问了这个问题。

“洛基，”病人回答道。随后的短暂交谈，比那天我与其他任何病人的交流都更精彩。我当时并没有完全认识到，这会改变我的看法：医院制服的背后存在着一个真实的人。

四年后，我不敢说我从住院医师轮转中学到的任何东西能比那问题对我的帮助更大。

正是因为这个问题，让我在注意到一位病人每天早上都在看一部西班牙连续剧时，能够和他交流起连续剧的情节。有时甚至有其他人加入我们的聊天，比如他的翻译会跟我解释剧中继子被他的同胞兄弟谋杀或其他的一些复杂事件。

在那之后，我和这位病人讨论起诸如他的移民身份这类难题，以及这对于他的治疗计划有着怎样的影响。但我希望，既然他和我共同“见证”了那起双胞胎谋杀案，那么当我请求他信任我们的医疗团队会尽力为他提供治疗时，他便能对我充满信心。

这个问题成了我的指路牌。我曾遇到过一位“难对付”的病人，她在夜间被收治入院时几乎拒绝遵从任何医嘱。她当时 62 岁，新发心脏衰竭。她拒绝服用药物，因为她只相信她包里的植物保健品，而不信我们提供的“有毒化学物质”。

每天，她都会递给我一篇新文章，文中宣称在象牙海岸发现的神奇植物或智利矿山的矿物能让她痊愈。我可无法提供这类神药，但是，我会在一天工作结束后，回到她的床边和她讨论起这篇文章。

在她出院的时候，她希望请我作她的家庭医生。很快，我们立下了一个“君子之约”：我愿意拜读她给我的关于黑樱桃和奶蓿的“研究”，而她将会每 2 个月开始多服用一种新药。我们的治疗从血管紧张素转化酶抑制剂这种降压药开始。

有时候，这个问题会在我无计可施时助上一臂之力。W 女士今年 78 岁，但我把她收治入院时，她看上去甚至还不到 68 岁。她长着一头灰白相间的卷发，同样是患有心脏病。她因流感而入院，但大多数的早晨我们讨论的话题却是馅料或点心的做法。再过几天就是感恩节了，她的外孙子们要来了。作为操持家宴的支柱人物，她坚持要回家帮助她的女儿们过节。

她在住院期间被诊断出房颤，因为心率下降到 30 几次而多呆了一晚。我向她建议说，也许今年她应该歇一歇，让女儿们多忙一忙。我们停止了一些可能影响心率的药物，并且在她

和心脏病专科医生的同意下，开始使用血液稀释剂，但这有一定的风险。

我在她房间的白板上画了一幅心脏图，以显示血凝块可能形成的位置，并和她讨论出血的风险。她告诉我她很高兴我读的是医学院而不是艺术学校。

最终，她还是在感恩节前回家了。但在感恩节那天，家人发现她昏昏欲睡，又把她送回了急诊室。她的头颅 CT 显示重度脑出血。她在重症监护室治疗了几天，随后被转送到临终关怀医院。

W 女士去世之前，我去看望过她。当我还是一名实习生的时候，我曾将临终关怀视为医学“氦星石”，我并不看好它的效果。我站在她的房间外，凝视着紧闭的木门，手却无法伸向门把。她的家人会怎么看待我们做出的决定？我自己是如何看待这些决定的，我又该如何向他们解释事情是怎样到了这个地步的？

然而，当我打开门时，我发现 W 女士的家人完全理解并支持我们的医疗。他们询问了我的背景和未来的打算，我们谈到了他们的孩子；而我的病人，他们的妈妈，就在我们身边的床上休息，盖着粉红色和白色方格毯子。

我走出房间，如释重负地出了口气。我意识到自从第一次看到 W 女士的 CT 片以来还没有如此轻松过。临终关怀给她的家人提供的安慰在我过去看来是不可能实现的，而他们带给我的宽慰也从未见于工作中用到的循证医学。

我发现，自从我成为住院医师的第一天起，一直伴随着我的那个问题能够引起另一种观念上的转变：它让我的病人看到那个白大褂背后的人。

住院医师在轮转的过程中，要在没有窗子的房间里花上无数时间向电子病历数据库中输入资料，或是完成行政上的琐事，或者同时处理其他十几项紧急的事情，这时候你很容易忽视自己的存在。

但是，如果让我给每年七月份第一次穿上白大褂的新同事提一条建议，那么这就是：你一定要知道那只狗叫什么名字。

（本文译自 **The Name of the Dog**, 译者徐治杰，原文发表于 2018 年 10 月 4 日出版的《新英格兰医学杂志》）

医学的温度

韩启德

我 10 岁时得了猩红热，两周后继发严重风湿性关节炎和心包积液，住进一家小的私立医院，昏迷三天后被救了过来。除最严重时用过几天青霉素外，没有其他什么治疗，护理却十分周到，绝对卧床，连饭都由护士喂到嘴里。护士们都很喜欢我，一有空就轮着来给我讲故事。

60 多年过去了，我还记得那张病床，那间病房，窗外的那几棵大松树。在那里，我人生第一次感受到来自父母和家庭以外的温情。护士们长什么样我很快忘记了，但她们却在我幼小的心灵中留下了一片柔软的地方，留下了一种特别的美，一种爱的美丽。哦，医学是有温度的！

后来我学了医，1962 年我考进上海第一医学院医学系，六年制。可惜，学完三年基础课，还没来得及进医院，就去参加了一年的“四清”运动，回来后又遇到“文革”，失去了所有学习临床医学的时间，仅在 1968 年初获得过短短两周的所谓“复课闹革命”的机会。

记得中山医院大内科副主任仅用四节课给我们讲完内科学总论，接着就让我们分组去门诊实习了，目的是学习物理检查。就在那里，我接诊了从医生涯的第一位病人。

那是一位 16 岁的农村女孩，主诉长期阵发性腹痛。我按课本里的要求，望触叩听，从头到脚做了全套物理检查，足足用了一个多小时，没有发现任何异常——由于没有学过任何别的临床课程，当然对诊断一头雾水。我把病人领到老师跟前，老师问了几句，摸了一下肚子，马上做出了肠道蛔虫症的诊断，给病人开出了只有驱蛔灵一种药的处方。

带女孩来看病的老伯伯临别时对我千恩万谢，说从来没有遇到过一个医生能为病人检查得那么仔细、那么认真。他对我

说，这回孩子的病肯定能治好了。50年过去了，当时那位老伯伯的笑脸和他真挚的谢意仍然留在我的心里，使我懂得了医生的态度也是可以治病的。

1968年底，我被分配到陕西农村一个公社卫生院工作。当时病人问得最多的是两个问题：“大夫，我的病你治过吗？”“大夫，我的病你能治好吗？”那时，我的回答常常是：“我没有治过，你吃我的药试试看。”结果，不少奔着“上海医生”来的病人不再找我看病。

而同事中有一位老医生——他仅在旧国民党部队当过几天卫生员，常常告诉病人心脏有五级杂音，注射葡萄糖加维C就能治好——他的周围却总是围满了病人。慢慢地，我懂得了，**病人需要的不仅是医术，还需要安慰和对医生的信任。**

我不能骗人，但必须学会沟通。我渐渐学会了如何跟病人说话。与此同时，我拼命地工作和学习，只要是有助于解除病人痛苦的事情，就竭尽全力去做。

当时的卫生院只有一间药房、一间注射室和一间面积稍大的门诊室，遇到中毒性痢疾、肺炎、消化不良导致严重脱水等患儿，我就让出自己的床，几天几夜连续观察治疗；没有抽吸泵，我就口对口把堵塞患儿呼吸道的浓痰吸出来；急性心力衰竭病人需要快速洋地黄化，我连续几天骑车去病人家里看着病人按时按量服药，用几毛钱挽回生命；农民牙病多，“牙疼不是病，来时要人命”，等到他们来看医生时往往到了只能拔牙的阶段，我买来一把牙挺和两把牙钳，自学了麻醉技术，给人拔牙；农村卫生条件差，脓疱疮病人多，且常常久治不愈，我从民间觅来单方，加上自制外用药，基本能药到病除；碰到脱臼病人，我对着《葛氏小外科学》给病人复位，一分钱不花，立竿见影；妇女产后乳汁不下，我看农妇多数身体壮实，主要为肝气郁结所致，就用中药逍遥散和针灸，加上心理疏导，效果很好，求助者络绎不绝；后来我到当地一家区级医院学了两个月外科，建起了手术室，开展了一些腹部和五官科的小手术。

总之，是病人的痛苦驱使我去努力做事，是病人促使我不断学习。说句实在话，也是在病人身上的实践，让我的临床能力不断提高，是病人让我成为一个合格的基层全科医生。我学会了沟通，增长了本领，越来越得到农民朋友的信任。

病治好了，他们感激我；病没治好，他们说“韩先生都看过了，也就这样了”；我收治的病人死了，他们反过来安慰我：“大夫看得了病，救不了命。”有时早上起床，会在宿舍窗台上看到手绢里包着几个鸡蛋或者几个白面馒头，那是老乡们送我的，但没有留名，他们仅仅想表达对我的感谢。

每当这种时候，我都感到无比幸福，天底下还有比这更加纯洁、更加珍贵的情感吗？赠人玫瑰，手有余香。为别人做好事，能得到情感上的回报，我很满足。久而久之，我心里就形成了一个理念：为他人做好事，获得人们的好口碑，就是幸福。回忆这些，常令我感叹：医学是有温度的！

改革开放，有了读研究生的机会，我选择了基础医学，从此进入了唯物论医学的天地。开始时，我主要从事病理生理学研究，还比较重视整体；1985年去美国进修后，我改为分子药理学研究，更加沉浸于还原论和机械唯物论。

不过，潜心其中，我不断体会到科学的求真求实和精微缜密，领略到科学的批判精神和神奇力量，享受到研究微观生命世界的美妙和魅力。科学是人类探索未知本能的体现，是人类文明发展的果实，特别是工业革命以来，已经成为直接造福人类的重要途径。

基于我参与的 α -1 肾上腺素受体亚型研究成果，新药坦索罗辛（哈乐）得以问世，给很多前列腺肥大病人的治疗带来了更好的效果。在神经肽 Y 和 β 3 肾上腺素受体刚刚发现的时候，我就做过它们的基础研究，后来居然都与肥胖挂上了钩，未来有可能用于糖尿病和肥胖的治疗。

20 多年的实验室研究，使我对医学的科学属性有了更深的理解。我也体会到，**基础医学不同于其他纯科学研究，甚至有**

异于一般的生命科学研究，它虽然不像临床工作那样面对活生生的人，但它直接关系到人类的健康和疾病，它同样是有温度的。

2002 年底，我当选九三学社中央主席，后来相继在全国人大常委会和全国政协担任领导人 15 年。在此期间，我有幸在更高层次、以更广阔的视野观察和体验医学。当“非典”和新型流感来袭时，我不仅看到病魔的凶险，看到它们对整个社会的严重威胁，也看到医务界白衣战士的英雄本色，看到我国国家在党中央领导下重建传染病防控体系，并使其迅速达到世界先进水平。

我到过很多老少边穷地区，看到因病致贫、因病返贫等令人心碎的情景，看到我国医疗事业发展极不充分、医疗资源分布极不均衡的状况。我有机会亲自参与我国医药卫生体制改革，到很多地方调查研究，发现难点痛点，寻找关键环节，为改革出谋划策。这些年的经历，使我对医学的社会属性有了更加深刻的理解，对人类医学发展的根本方向也有了一些思考。

一个多世纪以来，现代技术与医学的结合，使医学插上了翅膀，人类的寿命大大延长，众多曾经肆虐的传染病得到了有效控制，不少严重的疾病得到了明确诊断和有效治疗。但是与此同时，“技术至上”的观念不断蔓延，医学发展的目标和方向开始错乱。

医学的重点放在了救治生命最后阶段的病人上面，而不是为多数人的健康和减少病痛服务。医学的边界也开始模糊，被赋予了过度的使命，并常常把危险因素当作疾病治疗。人们过度相信技术，常常忘记了病人心理上的苦楚以及对医者关怀的期盼。

慢性病确实已经成为人类健康的主要威胁，但当今人们对慢性病的根本性质和成因缺乏正确的认识。人类的进化是以数十万年计的，从古猿进化到智人经历了 200 多万年，脊柱仍然没有完全适应直立行走；十几万年前智人的脑容量已经达到

1400ml，7 万年前智人经历了认知革命，而到今天，人类的脑容量并没有进一步增加。

另一方面，智人从狩猎采集文明到农业文明花了 6 万年，从农业文明到工业文明花了 1 万年，而从工业社会到信息社会只用了几百年。生活方式在短时期内发生了如此巨大而迅速的变化，人类的遗传变异和进化远远跟不上，慢性病由此而生。对此，人类除了坦然接受之外，重要的是尽力改善自己的生活方式，而不应把主要责任加诸医药。

人类自有文明就有医术。从《黄帝内经》（东方）和希波克拉底开创医学（西方）以来，医学一直都是回应他人痛苦的努力，它闪烁着人性的光芒。今天，医学大大发展了，但人类对自身的认识与对宇宙的认识一样，还只是冰山一角。人类切不可妄自尊大，以为技术能解决所有的健康问题。医者能做的仍然是“有时去治愈，常常去帮助，总是去安慰”。

生命是有限的，每个人从出生、成长、衰老到死亡的过程不可逆转，医学的任务只是保护这个正常的过程。我们不能把衰老当作疾病，不能把追求长生不老作为医学的目标，不能给生命无望的病人增加无谓的痛苦，不能不考虑医学的社会效应与公平公正。总之，我们时时不可忘记，医学是有温度的。

一个人生命的铸成，需要无数生命的支援、补充、滋润和蕴化。一个医者的合格与成熟，需要知识与实践的支撑，也需要与周围的人不断地沟通互动，建立起共同面对疾病的医道。我感谢生命中的许多“偶遇”，这些“偶遇”让我悟到医道中的一些基本情理。

60 多年前照看我的护士，50 年前感谢我的那位农民老伯伯，40 多年前我在农村遇到的那些病人，大概许多都已经离开人间了，但是他们留给我的记忆，已经变成了我对医学温度的体验和理解。

医学是人学，医道重温度。

徐何辨症

清·毛对山

苏城徐秉楠，青浦何书田，皆精轩岐术，名重一时。时金闾刘氏饶于财，而仅有一子，春患伤寒，势已危，群医束手，遂以重金延二人。徐至，诊视久之曰：“伤寒为百病长，死生系于数日之内，苟识病不真，用药不当，则变异立见。古有七日不服药之说，非谓伤寒不可服药，谓药之不可轻试也。若见之未审，宁不用药，岂可妄投以速其殆。故医者必先辨六经之形症，切其脉理，察其病情，究其病之所在，而后能治。如太阳阳明，表症也，宜汗之；少阳则半表半里，宜和解之；太阴邪入于里，少阴入里尤深，均宜下之。若手足厥冷，自汗亡阳者，又宜温之。至厥阴病，则寒邪固结，非投大热之剂不能除。此等症势虽危，但能对病用药，始终无误，不难治也。今诊少君之症，为两感伤寒。两感者，如太阳受之，即与少阴俱病，以一脏一腑，同受其邪，表症里症，一齐举发。两邪相迫，阴阳皆病。救表则里益炽，救里则表益急，譬之外寇方张，而生内乱，未有不覆其国者。察其形症，变在旦夕，虽和缓复生，能措手乎。言未已，阍人报何先生至，徐退入夹室。何入诊之曰：“冬伤于寒，而春病温，盖寒必从热化，今身反不热，而脉形潜伏，此热邪深陷，势将内闭矣。顷按脉时，曾于沉伏中求之，左手尺寸得弦，右则微缓，见症耳中聾，胁痛，寒热若有若无，兼之中满囊缩，时或身冷如冰。夫脉弦而耳聾胁痛者，病在少阳，盖脉循于胁络于耳也；病中满囊缩，右脉微缓者，病在厥阴，盖脉循阴器而络于肝也。邪入阴分既深，故身冷如冰耳。辨其形症，是少阳厥阴俱病也。古人治少阳症，谓用承气下之，反陷太阳之邪，麻黄汗之，更助里热之热，故立大柴

胡汤一方，解表攻里，两得其宜。今齿枯舌短，阴液已竭，若投柴胡承气解表峻下之剂，则更劫其阴，是速其殆也。若以厥阴论治，而进桂、附等回阳之品，是抱薪救火耳，若用石膏、黄连苦寒之药，非惟不能拨动其邪，正助其冰搁之势。然医家必于绝处求生，方切脉时，两手虽奄奄欲绝，而阳明胃脉，一线尚在。因思得一线之脉，即有一线之机，反复研求，惟有轻可去实一法，以轻清之品，或可宣其肺气，冀得津液求复，神志略清，可再图别策。勉拟一方，服之，天寅卯之交有微汗，则可望生机，否则势无及矣。”是时徐独坐室中，使仆往探，索方观之，乃大笑曰：“是方能愈是病耶！果然，可将我招牌去，终身不谈医道矣。”言为何仆窃闻，达于主。何谓刘曰：“闻徐先生亦在此，甚善。今晚虽不及相见，明日立方必与共，千万为我留。”

何舟泊河沿。遂下宿。徐欲辞归，刘苦留之。服药后，至四鼓，果得汗，形色略安。天未明，何至复诊，喜形于色曰：“尺脉已起，可望生矣。但必留徐先生，余为郎君疗此病，徐若去，余亦去耳。”刘唯唯。徐悉病有转机，无以自容，急欲辞归。刘曰：“何曾有言，先生去彼必不留，儿命悬于先生，惟先生怜之，虽日费千金，亦不吝。”徐闻，知前言之失，默然无语。何一日登岸数次，不数日，病者已起坐进粥，乃谓刘曰：“今病已愈，我将返棹，徐先生已屈留多日，谅亦欲归，但前有招牌一说，或余便道往取，或彼自行送来，乞代一询。”徐遂丐刘周旋，刘设席相劝，至为屈膝，始得解。何归，适侄某亦患伤寒，病剧，举家皇皇，何诊之，形症与刘似，曰：“易耳。”遂以前法进一剂，不应，再进而气绝矣。何爽然曰：“今日始知死生在命，非药之功医之能也。”因函致徐，自陈其事，而请罪焉。由是闭门谢客，不言医者数年。

注：何书田，清代名医，江苏青浦人，与林则徐交好，林则徐江苏巡抚任上，为林及夫人愈病，助林戒烟禁烟、兴修江南水利。林撰“读史有怀经世略，检方常著活人书”一联相赠。

从一位患者曲折的就诊经历反思当下医学和医疗存在的问题

胡大一

1、病情的反复与恶化加重

患者女性、50岁。7-8年前曾因全身多处不适，疲乏无力，不能行走，睡眠不好，在我的双心门诊明确诊断躯体的多处多样不适及不能行走的根源是焦虑。与我一同出双心门诊的精神心理医生处方了艾司西酞普兰，从小剂量开始，逐渐加至每日早餐后一片。患者的身体不适与睡眠全面好转，恢复运动能力，生活工作都很快乐。

近半年，患者开始停用艾司西酞普兰。开始病情平稳，但在疫情期间，亲属病危，把她叫到床旁交待后事。母亲夜间起床两次摔倒，虽无颅内出血，但头皮摔破，出血较多，需午夜或凌晨陪母亲急诊。不久女儿又感冒高烧，需多次去医院治疗。短短半年连续不断的家事使患者身心疲惫，又出现了越来越重的多样症状。

患者有过上次诊治的经历，自己悟出可能问题还是出在焦虑上。

她有很好的商业医疗保险。就挂了一家民营医院精神心理专家的号（当时我去西藏，被疫情隔离在青海格尔木，不能回京），并详细叙述了上次诊治过程，包括用的什么药，什么剂量。但这位专家不认可上次用过有效的药物，给患者处方了4种抗焦虑/抑郁药物一同服。患者回家用药3天后，病情不仅丝毫没有好转，而且变得每日昏昏欲睡，全身疲惫，痛苦不堪，只好自己决定停药。停药之后，病情持续加重，头晕，耳鸣，胸闷，气短，心悸，出汗，食欲

减退，手抖，两下肢发凉，生活完全不能自理。通宵不眠，长期卧床不起，体重明显增加。

2、缺乏灵魂的 MDT（Multiple Displine Treatmemt）以患者为中心的多学科会诊。

患者的不适表现从头到脚多个部位，症状又多种多样，不同时段有不同的排列组合。先后看过心血管、神经、耳鼻喉、精神心理、消化各专科的专家门诊。现在医学分科越来越细，各专业坐井观天，铁路警察，各管一段。各专科专家看了一遍，无效而终。

现代医学已深知自身之先天不足与后天发展的失误，近来试图纠正弥补单纯生物医学与分科过细的弊病，提出以患者为中心的**多学科会诊模式（MDT）**。患者就诊的医院又被某机构认证为卓越 MDT 中心，被授予之匾牌挂在门诊走廊最醒目之处，闪闪发光。

为这位有充分医保的患者，医院也非常重视为老客户服务，组织了一场涉及 11 个科室的 MDT。经过充分讨论，神经科认领了患者，认为头晕是主要症状，并为患者做了神经系统定位诊断，给予充分系统治疗。中西医药并重，还加针灸按摩，总共医保花了 20 多万元人民币。患者的病情非但无任何好转迹象，而且症状越来越严重。

该民营医院在患者及家属要求下，安排了公立著名综合医院的多学科会诊。综合医院特需门诊会诊的结果：一是否定了民营医院关于神经科的定位诊断，既然诊断错了，治疗方案也不可能有效。会诊结束时，一位 81 岁的老医生发言说疫情期间焦虑的患者很常见，应当考虑这一问题。但最终没有明确的诊断与治疗方案。

3、患者清理患病经历，柳暗花明

患者在当今名医荟萃的民营与公立医院专科专家分别诊治，于 MDT（多学科会诊）都找不到病痛的解决方案，走投无路的绝境中开始自我救赎！认真回想了自己多年病

痛诊治走过的漫长曲折过程，突然悟出自己半年前停了抗焦虑药，之后经历了多次大的生活事件，导致反复的精神心理创伤，是不是停药与新创伤结合导致的焦虑复发？而上次最有效的治疗是一片选对的抗焦虑药。

这时我已走出格尔木，一天开车 1000 多公里，到达兰州，同行伙伴终于据理力争，免去我们在兰州新区后备医院的三天隔离，从兰州飞上海，在上海逗留一周，洗清青海行程码，回到北京，恢复门诊。

患者带着自己整理好的思路，挂了我的“双心门诊”，当我见到患者坐着丈夫推的轮椅，体重明显增加，痛苦不堪的病容，让我很是吃惊。

患者主动讲述了这次疾病反复及恶化与诊治无效的过程，提出是否可以恢复既往有效的抗焦虑药。因疫情管控，与我一起出双心门诊的医生当日不能出诊。我只好接通电话沟通。精神心理科的搭档完全同意患者的分析，这样我们双心门诊医生与患者及陪同家属四人形成共识。

事情已过去两周多，在微信上患者不时发信息与我们沟通，她病情已开始明显好转，症状逐渐减轻减少，体力也在恢复，睡眠明显好转，已开始恢复运动。我讲完这位患者的故事，你说这是个复杂疑难病例吗？显然不是！可说这不是吧，11 个专科分别看与一起会诊又都无正确诊治方案，连方向还是综合医院 81 岁老医生发言提及，最终患者自己悟出的。

这是个活生生的具体患者的就诊经历，折射的是医学与医疗的深层问题！单纯生物医学模式，**忽视**影响疾病与症状的心理社会因素。分科过细，见器官和系统，不见被病痛折磨的整体“人”；非精神心理科室普遍缺失精神心理常识的培训与知识能力储备；医学与医疗崇拜生物医学技术，**没有人文灵魂的引领**，把医生培养成修理不同器官损害的高级技工；因此忽略问诊，将症状学异化为影像学

与检验学；重科研创新，缺少临床基本功的磨练。即使把 11 个专科组织起来，如果没有一位有人文修养、扎实临床经验与基本功可统领全局的灵魂人物，会诊也是或者推卸责任，认为与自己专业无关，或主要问题不是我的专业；或者错误认领责任，如这位患者 MDT 结果认领她的神经科。

我很怀念从北医毕业后在王叔咸教授做大内科主任每周的联合查房。王叔咸老师从协和来到北大医院，建立了整个北医系统的大内科。那时没有二级学科，但也分专业组。王叔咸教授先后研究过结核病、内分泌代谢疾病，又是后来我国肾脏病学的奠基人与开拓者。他专但更全，他的临床知识面广，又有扎实过硬的基本功，同时学识又有深度。无论查哪个专业组的病房，大家都口服心服。王老师每周查房前一天总要花整个下午看让他查房的患者，不仅认真复习病历，而且到患者床前详细问病史，认真亲自做体检，把获取信息记录在白大衣口袋里装的一个小本上，晚上到图书馆，围绕查房病历读书、查文献。

当下我们不缺强势专科专家，MDT 的模式之初衷也很好。但没有王叔咸老师这种灵魂人物主持主导会诊，也只能流于形式，大大增加成本（该患者花了 20 万医保），徒有形式，并无好结果。MDT 的核心是以患者为中心，不是以技术为中心。在现行医学教育和医院运营机制及医疗模式，不是很难，而是不可能培养出王叔咸老师那种境界的大家与主持 MDT 的灵魂人物。

不失人情论

明·李中梓

尝读《内经》至《方盛衰论》，而殿之曰“不失人情”，未曾不瞿然起，喟然叹轩岐之入人深也！夫不失人情，医家所甚亟，然戛戛乎难之矣。大约人情之类有三：一曰病人之情，二曰旁人之情，三曰医人之情。

所谓病人之情者，五藏各有所偏，七情各有所胜。阳藏者宜凉，阴藏者宜热；耐毒者缓剂无功，不耐毒者峻剂有害。此藏气之不同也。动静各有欣厌，饮食各有爱憎；性好吉者危言见非，意多忧者慰安云伪；未信者忠告难行，善疑者深言则忌。此好恶之不同也。富者多任性而禁戒勿遵，贵者多自尊而骄恣悖理。此交际之不同也。贫者衣食不周，况乎药饵？贱者焦劳不适，怀抱可知。此调治之不同也。有良言甫信，谬说更新，多歧亡羊，终成画饼。此无主之为害也。有最畏出奇，惟求稳当，车薪杯水，难免败亡。此过慎之为害也。有境遇不偶，营求未遂，深情牵挂，良药难医。此得失之为害也。有性急者遭迟病，更医而致杂投；有性缓者遭急病，濡滞而成难挽。此缓急之为害也。有参术沾唇惧补，心先痞塞；硝黄入口畏攻，神即飘扬。此成心之为害也。有讳疾不言，有隐情难告，甚而故隐病状，试医以脉。不知自古神圣，未有舍望、闻、问，而独凭一脉者。且如气口脉盛，则知伤食，至於何日受伤，所伤何物，岂能以脉知哉？此皆病人之情，不可不察者也。

所谓旁人之情者，或执有据之论，而病情未必相符；或兴无本之言，而医理何曾梦见？或操是非之柄，同我者是之，异己者非之，而真是真非莫辨；或执肤浅之见，头痛者救头，脚痛者救

脚，而孰本孰标谁知？或尊贵执言难抗，或密戚偏见难回。又若荐医，动关生死。有意气之私厚而荐者，有庸浅之偶效而荐者，有信其利口而荐者，有食其酬报而荐者，甚至薰莸不辨，妄肆品评，誉之则跖可为舜，毁之凤可作鸱，致瓌奇之士，拂衣而去，使深危之病，坐而待亡。此皆旁人之情，不可不察者也。

所谓医人之情者，或巧语诳人，或甘言悦听，或强辩相欺，或危言相恐。此便佞之流也。或结纳亲知，或修好僮仆，或求营上荐，或不邀自赴。此阿谀之流也。有腹无藏墨，谎言神授，目不识丁，假托秘传。此欺诈之流也。有望、闻、问、切，漫不关心，枳、朴、归、芩，到手便撮，妄谓人愚我明，人生我熟。此孟浪之流也。有嫉妒性成，排挤为事，阳若同心，阴为浸润，是非颠倒，朱紫混淆。此谗妒之流也。有贪得无知，轻忽人命。如病在危疑，良医难必，极其详慎，犹冀回春；若辈贪功，妄轻投剂，至於败坏，嫁谤自文。此贪幸之流也。有意见各持，异同不决，曲高者和寡，道高者谤多。一齐之傅几何？众楚之咻易乱。此肤浅之流也。有素所相知，苟且图功，有素不相识，遇延辨症，病家既不识医，则脩赵脩钱，医家莫肯任怨，则惟芩惟梗。或延医众多，互为观望；或利害攸系，彼此避嫌。惟求免怨，诚然得矣；坐失机宜，谁之咎乎？此由知医不真，任医不专也。

凡若此者，孰非人情？而人情之详，尚多难尽。圣人以不失人情为戒，欲令学者思之慎之，勿为陋习所中耳。虽然，必期不失，未免迁就。但迁就既碍於病情，不迁就又碍於人情，有必不可迁就之病情，而复有不得不迁就之人情，且奈之何哉！故曰：戛戛乎难之矣！

《 洄 溪 道 情 》 选

清·徐大椿

行医叹

叹无聊，便学医。唉！人命关天此事难知。救人心，做不得谋生计。不读方书半卷，只记药味几枚。无论馑膈风劳、伤寒疟痢，一般的望闻问切，说是谈非。要入世投机，只打听近日时医，相的是何方何味？试一试，偶然得效，倒觉希奇。试得不灵，更弄得无主意。若还死了，只说道：“药无错，病难医”。绝多少单难独女，送多少高年父母，拆多少壮年夫妻。不但分毫无罪，还要药本酬仪。问你居心何忍？王法虽不及，天理实难欺。若果有救世真心，还望你读书明理。做不来宁可改业营生，免得阴诛冥击。

时文叹

读书人，最不济，烂时文，烂如泥，国家本为求贤计，谁知变了欺人技。看了半部讲章，记了三十拟题，状元塞在荷包里。等到那岁考日，乡试期，房行墨卷，汪汪念到三更际。也不晓得“三通”“四史”是何等的文章，也不晓得汉祖唐宗是哪朝的皇帝。案头放高头讲章，店里买新科利器。读得来肩背高低，口角离奇，眼目眯萋，脚底下不晓得高低，大门外辨不出东西。更有两个肩头，一耸一低，直头吃了几服迷魂剂。又不能稳中高魁，只落得昏沉一世。甘蔗渣儿嚼了又嚼，有何滋味？辜负光阴，白白昏迷一世。就教他骗得高官，也是百姓朝廷的晦气！

读书乐

要为人，须读书，诸般乐，总不如。识得圣贤的道理；晓得做人的规矩。看千古兴亡成败，尽如目见耳闻；考九州城廓山川，不必离家出户。兵农医卜，方书杂录，载得分明；奇事闲情，小说裨官，讲的有趣。读得满腹牢骚文章，一身才具。收了心省得些妄念淫思；束了身断绝那胡行邪路。这是读书的

乐，再说那不读书的苦。记姓名写不出赵李张王；登帐目写不出一三四五。听人说故事，颠颠倒倒记了回来；听人论文章，急急忙忙跑将开去。更有那有钱的闲不过只得非嫖即赌。到后来败了家私，遭了刑戮，我见他不但心情惨戚，又弄得体面全无。

农家乐

一顷良田，十亩桑园；两只耕牛，一对农船。柳杏桃李，篱间岸间；鸡犬猪羊，栏边树边。看了蚕收起丝绵，穿起来花样鲜、浑身软。过了黄梅把青苗插遍，到那稻花香日，又正是明月团圆。收成好满场米谷，柴草接连天。手拥香炉，背负着暄，抱女呼男，擦背挨肩。宰一只鸡肥，捉几个鱼鲜。白米饭如霜似雪，吃得来喜地欢天。完粮日到城中买一面逢逢社鼓，只等贺新年。

贺表兄吴复六十寿辰

我的姨娘，是你亲娘；我的亲娘，是你姨娘。姊妹双双，单生着你和我两个儿郎。你今日六十捧瑶觞，要我一句知心话讲。你从来潇洒襟怀，不晓得慕势趋荣，问舍求田伎俩。注几卷僻奥经书，作几首古淡文章。常只是少米无柴，境遇郎当。你全不露穷愁情状，终日笑嘻嘻，只向亲知索酒尝。不论黄白烧刀，千杯百盏无推让。忆当年外祖父母在江乡，与你随母拜高堂。寄读在母舅书房，千家诗、百家姓齐呼迭唱。转眼光阴，俱是白头相向，从今后愿岁岁年年，同你对秋月春花醉几场。见你时如见我姨娘，转念我亲娘。

劝孝歌

五伦中，孝最先。两个爹娘，又是残年。便百顺千依，也容易周旋，为甚不好好地随他愿！譬如你许人的财物，到来生也要做猪变犬。你想身从何来？即使捐生报答，也只当欠债还钱，哪里有动不动将他变脸！你道他做事糊涂，说话歇偏，要晓得老年人的性情，倒像了个婴年，定然是颠颠倒倒，倒倒颠颠。想当初你也将哭作笑，将笑作哭，做爹娘的为甚不把你轻

拋轻贱？也只为爱极生怜，到今朝换你个千埋百怨。想到其间，
便铁石肝肠，也不怕你心回意转！

瘦因吟过万山归——半个世纪从事医学的教训

裘沛然

“瘦因吟过万山归”，是清代著名诗人黄仲则所著《两当轩诗集》中的诗句。仲则所作的诗，以清新俊逸，直逼青莲而见重于时。可是他怀才不遇，在坎坷中度过了一生。据文献记载：黄氏曾经写过四首律诗，诗中有“全家都在西风里，九月衣裳未剪裁”之句，这两句诗曾经风靡当时吟坛，并成为流传后世的七言警句。

而我觉得他“瘦因吟过万山归”一语，无论从艺术上或意义上来说，似都比上述两句高出一筹，因为它深刻地揭示了治学的艰巨性，能够赢得勤苦研究学问者的共鸣。凡是古今中外卓有成就的学者，为探求真理，哪一个不是经历过废寝忘食，失败挫折的艰难困苦的历程。黄仲则的寥寥七字，提示我们研究学问者既要读万卷书，还要行万里路这个颠扑不破的真理。

“瘦因吟过万山归”之句，在我的研究医学征途上也是“心有灵犀一点通”的。我在年轻时阅读清史叶香岩传，其中载他濒临属纆时对子孙说过几句告诫的话：“医可为而不可为，必天资颖悟，读万卷书，尔后可以济世。不然，鲜有不杀人者，是以药饵为刀刃也。我死，子孙慎勿轻言医！”

我当时漫不经心地草草浏览一过，没有引起深刻的注意。虽然我也是“青衿之岁，高尚兹典，白首之年，未尝释卷”。今行医垂五十年，经过艰难困苦的挫折以后，越来越觉得香岩此言是语重心长的。叶氏以颖悟的天资，转益多师又医名满天下，而当临歿乃出此言，洵非一般泛泛之论，可说这是此老毕生临床经验总结和他对医学认识的深化。真所谓“仁人之言，

其利溥哉”。虽然寥寥数语，对后学却具有重要的启迪意义。

我同天士所处的时代不同，当然体会也不尽相同。然而，“瘦因吟过万山归”，我走过了医学科学上崎岖曲折的道路，临床上遇到许多挫折和教训。这对我来说，诚然是痛苦的回忆。今把它写出来公之医界同道，也许对初学中医者可以提供一些借鉴和参考，作为前车之鉴吧。

我学医过程中所遭受的教训是多方面的，并经历过几个阶段，基本上可归纳为四句话，即：踌躇满志，疑窦丛生，磨砺苦学，一间微明。现拟依次举例陈述。

踌躇满志

我少年在学校上学，当十三岁时即于念书之余跟叔父汝根学习针灸。吾叔为广西名医罗哲初先生弟子。他对我的学习督责很严，不仅针灸要籍都要背诵，凡是中医古代典籍也都要择要背读。家中还另请老师教授国学，不管我理解与否，总是要背得朗朗成诵。当时，午夜一灯，晓窗千字，是习以为常的。

叔父初不以医为业，因求诊的病人颇多，我有暇就经常待诊左右。这些，为以后进入旧上海中医学院修业，总算奠定初步基础。在中医学院修完了各门基础课和临床课后，接着就是临证实习。1934年毕业，是年开业行医，光阴如白驹过隙，一弹指顷，已整整五十个年头了，真有学未成鬓先秋之感。

但是，当我初开业时，对于中医学的造诣是颇为自许的。自以为除了学过各门课程之外，还看过不少医书，仅举伤寒一类而言，当时已研读过数十家著作，其中尤服膺郭白云、成无己、柯韵伯、吕村、尤在泾及日人丹波元简父子之书，对莫枚士的《经方释例》和陆渊雷的《伤寒论今释》亦饶有兴趣。

温病方面，则沉酣于叶、薛、吴、王数家，尤偏嗜叶天士与王孟英的著述，特别对叶氏的温病学说，曾经下过一番功夫。当时，对叶天士备极推崇，以为如香岩者，仲景以后，一人而已。说起温病的症因药治，颇能历历如数家珍。

另如金元四家和李时珍、王肯堂、张璐、喻昌、张景岳、

沈金鳌、林琴等医家著作亦通读一过。我最爱读的还是历代的医案、医话，因为这一类书多是前人的临床记述，最有裨于实际应用。对于西方医学的重要学科书籍，亦曾粗加浏览。有关国学文献，经、史、子、集茫如烟海，“弱水三千，我只取一瓢饮。”但亦贪多务得，粗涉藩篱。故以读书而论，当然不敢说已破万卷，确实也读得不算太少了。

诊疗方面，我在青少年时代即跟随叔父看病，后来又侍诊于孟河丁师之门，对于丁氏的一套常用经验效方，几乎熟极而流。曾记在侍诊之余，还整理过丁师的临证处方，编过一本《丁方手册》，以便记诵，同学一时传抄，作为临证之助。并又亲得海上诸名家之教诲，如谢利恒、夏应堂、秦伯未、程门雪诸先生的处方特色，也稍稍学到一点。故当开业伊始，饶有一种“学成问世”的优越感。正如孙思邈所形容的读书三年，天下无不治之病的骄傲情绪，满以为挟此以游，真可以天下走得了。

疑窦丛生

事情并不像所想的那样简单，当开始应诊时，胸中是“目无全牛”的，也确实看好了一些疾病。但在岁月积累，病人渐多以后，问题也就越来越突出。在诊疗过程中经常遇到有很多疾病没有办法解决，过去学过的理法方药、辨证论治的本领全用上了，经方、古方、时方、验方一套一套地都用上去，可是仍然有不少疾病不能解决。

当这时候，我遇到病人有些怕了，因病家特别相信你，就盯住你看，而我常常束手无策，那时我非常窘，又想起古人说的“治病三年，天下无可读之书”这两句话是有道理的。

但是究竟什么原因呢？我怀疑过去所读的书都是不切实用的，中医的理论，我可以说得头头是道，开方用药，也可以丝丝入扣，如果绳以中医一般习用的理论和常规的治法，似乎是无可非议的，但临床效果总是不理想，这是为什么？

我开始对中医学的价值产生怀疑，信心也有些动摇了。我想中医理论是否会是臆测的玄谈？其学说是否真有指导临床

价值？科学是不断发展的，中医理论已是几千年前的东西，是否早已过时？我甚至怀疑古代方书、药籍及医案医话中所载内容的真实性问题，因为历代医案中尽是着手成春的记录，其中可能有贪天之功，也可能是虚构其效，我早年就听人说喻嘉言《寓意草》这本书大吹大擂，内容失实，因联想到其他医案是否也会有同样的情况。在这段时间，我对中医学真可说是疑窦丛生。

既然对中医学失去信心，我的心转向西方医学去了。因为西医是近代科学的产物，如解剖所述，确实有形有质，言之有物，不论生理、生化，组织胚胎，病理以至诊断都可以从实验室里得到验证，不像中医理论看不见，摸不到。所以从此就着重进修西医学，还特别对化学这门学科有过很大兴趣。

在认真学习了相当一段时期西医学并通过临床实践观察以后，我又别有一番滋味在心头，西医分析病原病理，诚然清清楚楚，条理井然，还可从实验室验证，但从临床用药的效果来看，有许多疾病也同样没有好办法，尽管诊断检查的仪器设备新颖精密，而最后落实到治病还是效果不显。

经过较长时间的实践和从旁观察以后，我对西医也没有多大信心了。虽然当时抗生素、激素等药尚未发明，这些药临床虽有较好效果，可是什么抗药性、药物过敏、药物毒、菌群失调等副作用也随之发生。我徘徊于中西医学之间，为想找寻一种治病的最佳方法而感到苦闷，发愁！

当时我又回忆过去学医时的情景，曾亲自看到海上名医如夏应堂、王仲奇、丁济万诸先生，他们治好了不少西医所不能治的疾病，程门雪先生亲自给我讲过治愈了一个经德国著名医师确诊并谢绝不治的结核性脑膜炎的病儿，他用的是《福幼编》中的一张方剂。

在近代著名学者郑传所撰“丁甘仁墓表”中曾说：“晚年名益重，道益行，不独沪地绅商，争相招致，即西商之侨居者，积资数千万，出其百一，足以尽集诸西医，而有疾必折衷先生。”

这些，使我猛然省悟，自己看不好病，是我没有学习好，不是中医没有办法，其过在我而不在中医学。这就使我在彷徨的歧途中又回过头来。

磨砺苦学

我国古代学者有句名言，治学要“猛火煮，慢火温”。这次重新学习，就遵循这个方法。且以重学《伤寒论》为例来说吧，过去只泛览各家注疏之说，对大论的精髓和仲景书的本来面貌，没有自己的真知灼见。这次学习，首先改变了学习方法，专读白文，对各家注疏概置不问，专用仲景之言，来解仲景之意，这样学习，很能解决一些问题。

例如：在此以前，有关六经的解释，我很欣赏时贤所称的证候群，亦即六经非经络的说法。在这次重读仲景自序及把全书反复对照论证以后，我终于否定了自己过去的错误观点。

从前认为《内经》论十二经而不论六经；《内经》中提到太阳，阳明者，多连有“经”或“脉”字，而在《伤寒论》中则截然不同。其实，此说不仅歪曲了《伤寒论》，对《内经》经文也是断章取义的。

仲景明白声称撰用《素问》、《九卷》，今观《素问·热论》所述伤寒热病，虽只称太阳、阳明、少阳，而在最后则指出“三阳经络皆受病”；又如《素问》称太阳为开，阳明为阖，少阳为枢等经文，似乎不涉经脉，但最后仍点明“三经者不得相失也”。又如太阴根于隐白，少阴根于涌泉，厥阴根于大敦等文字，如不作经络解，其将安指！

且六经之名，早见于《灵枢·百病始生》篇中。《伤寒论》中称太阳病、阳明病、少阳病而略去经字，原同《内经》一样是一种简笔。如果《伤寒论》太阳、阳明病等不是指经络，则书中太阳病欲作再经者，“针足阳明，使经不传则愈”这段文字，将作何种曲解？“灸少阴七壮。”试问在证候群上灸在何处？《伤寒论》中传经、动经、随经、过经、经脉动惕、行其经尽、刺风府、风池、刺大椎、肺俞、肝俞、刺期门等论述经络

腧穴的条文是如此明晓，我过去未曾细绎原书文字，只凭臆测耳食，妄谓六经非经络，至今思之，惭愧何及。

我在反复学习白文之后，又将原文全部打乱，再就每病每证的特征和各方配伍与各药主治、进行认真细致的归纳和分析，对仲景的方证药治法则，作了排除成见的探索。

过去只认为小柴胡汤的热型是往来寒热，这次才知道仲景用小柴胡汤有三种热型，即恶寒发热，寒热往来与日晡潮热皆可应用，只要符合用小柴胡的特征就可。

就以柴胡一药而言，通过学习，深知从前所谓“柴胡劫肝阴”其说之非，一般医家多以头目眩晕为肝阳上亢，柴胡劫肝，故为禁药，然在大论中以小柴胡主治口苦咽干目眩，所谓目眩，即今之头目眩晕，仲景却以柴胡为首选药，我以后开始以仲景法用于临床，屡效不爽，始悔过去之偏见。

《伤寒论》中某经疾病，有些还有主药。曾记以前程门雪先生同我聊天，有一次他以考试的语气问我：你看太阳病的主药是哪味？我略加沉思，告以桂枝一药。程公相视而笑，我侥幸地总算没有答错问题。

我在这次重新学习以后，不仅发觉对《伤寒论》的研究是非常肤浅的，凡是其他古典医籍，如内科杂病，方剂本草以及各家学说等等，几乎都是浮光掠影，蜻蜓点水，学习如此不扎实，理所当然地疗效不高。我如梦初醒地渐渐有点自知之明。

一间微明

经过刻苦学习，“为伊消得人憔悴”以后，初步有以下几点认识：

1. 学而不精

我在中年曾害过一次湿温重症，经医院确诊为肠伤寒，身发高热，中西药物遍投而热不退，病延两周左右，乃邀请甬上名医徐余藻医治，徐为拟大承气汤加甘草，药共五味，服后次日腑气通，三日身热退。

我病后细思，读了《伤寒论》千百遍，还没有学会用承气

汤，良足自愧！其原因当然由于我没掌握承气汤的论治规律，我只知大承气的主证是痞满燥实坚，困守于一般概念而不知用巧；同时，湿热蕴蒸气分，清宣透达之说，也禁锢了我的思路。

而西医学中肠伤寒在后期禁用泻药的观念也束缚了我处方用药的手脚。这一次提高了我对中西医学是两个不同理论体系的认识，我不再那么迷信西医了。对于娓娓动听的湿温理论以及伤寒与温病的实质问题，认识也较过去有了深化。

在早年行医时，我见到一位医生用熟地黄、当归、白术、柴胡以治感冒，心甚鄙之，然而曾目睹其病服该方而告痊。当时以为偶中而已，未之奇也。后来，我自己也遇到感冒病人，曾屡进桑菊、银翘、杏苏、麻桂等方，久延未愈，最后用“五柴胡饮”而竟收捷效。我过去亦熟读景岳书者，由于没有学到手，所以不敢用，不会用。

2. 学而不广

我曾治疗一个患赤白痢疾病者，用了一系列治痢的正规方，如白头翁汤、木香槟榔丸、芍药汤、香连丸、枳实导滞丸以及丁师常用的治痢效方等，可是均无效果，下痢加剧，日夜登厕近百次，病人神情困惫，已臻危殆。在无可奈何中试用了一张《石室秘录》药味分量配伍奇特的方子，即白芍三两，当归三两，萝卜子一两，枳壳、槟榔、甘草、车前子各三钱，当时只照原书依样画葫芦，以冀幸中，不料服后次日泻痢次数减半，又服一剂而病全除。

《石室秘录》是托名天师、雷公、张机、华佗等合著的一本妄诞之书，我平素所不齿，今用此方竟如其书所说“一剂即止，二剂全安，可用饮食”的奇妙效果。乃深悔我过去知识之狭和治学之偏见。

我还亲见程门雪老治高热下痢，擅用荆防败毒饮，往往二三天内表解热退而痢疾并愈，过去囿于细菌、原虫说而反对喻嘉言的逆流挽舟法，而今乃知《寓意草》中尽多可贵之处。我读书先带成见，学而不广，未能牛溲、马勃俱收并蓄，有愧昌

黎所称的医师之良。

3. 学而不化

我感到自己在中医理论和处方方面“化”的功夫很差。譬如偏头痛，历代医书所载，常用全蝎、蜈蚣之类，我也常用，但效果并不好。我深知章次公先生治疗经验是相当丰富的，当时我看他治疗偏头痛效果很不错，他也用全蝎、蜈蚣，但却有几点与众不同。

配伍方面：全蝎、蜈蚣常与补气养血药同用（如黄芪、当归），而且量也重；还配合健脾化湿药（如怀山药、茯苓、制半夏）；有时还加用附子。剂型方面常采用粉剂服用，以小剂量日服三次，常取得满意疗效。以后我治偏头痛，多遵循其法而奏效，说明“化裁”的重要性。可见前辈用药圆机活法的一斑。

试再举心胸疼痛为例，目前多习用丹参一药，我亦曾步武其后，临床有效有无效。为此细察并世医家之善治该病者，则并不局限于活血化瘀一路，有的作痰饮治，有的用行气宽胸之法，或用芳香开窍，也可用养阴或扶阳药，并有用甘缓及和胃或养心等法，效果远胜于用单味丹参。这使我觉察到“胶柱鼓瑟”之非。即以活血化瘀而论，也不必定用丹参。

我曾治过一些病人，先用丹参无效，继用手拈散、失笑散也无效，最后考虑到用仲景抵当汤，服后效果非常好，病情明显缓解。我深深感到自己学而不化的东西太多了，我还进一步理解到，学习一门学问，如果学得不精、不广、不化，就等于不学。我认识到以前就是犯了这个毛病，现在总算是刚刚入门，还远没有登堂入室。

学到老，开始懂得一点，以前完全是盲人瞎马，现在对中医学略有粗浅认识：

1. 中国医学确实蕴藏着丰富的临床经验和理论知识，其中，有许多宝贵的经验，还没有被我们所掌握，特别是其中高超的理论，更没有被我们认识。所以要虚心学习而万不可武断、

臆测。

2. 做医生要边读书、边临床，临床不能脱离读书，读书必须结合临床。光读书只有空洞的理论，光看病只有狭隘的经验，都无裨于提高自己、发展学术。

3. 要开拓思想，既要精研中医学，也要读西医书，懂现代医学，还要多读现代基础科学和边缘科学的书籍。古代的文、史、哲也要有一定基础。

4. 中药的作用是非常深奥的，不要用目前西医理论生搬硬套，例如发热、炎症，不要局限于清热解毒，辛温药甚至补益药也可能有消炎或者更重要的作用。同时也要打破中医学中一些人为的“清规戒律”，要在中医学原有基础上深入发掘，有所创新突破。

学贯古今 艺擅众妙 ——忆当代名医程门雪

何时希

程门雪（1902～1972），字九如，江西婺源人。幼年至上海，学医于安徽省歙县名医汪莲石先生。数年后，汪已年老，又与江苏省孟河名医丁甘仁先生交密，遂介绍转拜丁先生为师。时丁初创上海专门学校于老西门内石皮弄，程氏以优异成绩为该校第一届毕业生，并为丁先生学说的传人。丁先生歿后，其子丁仲英任该校董事，孙丁济万继任校长。改名为私立上海中医学院，程留任为教务长，兼任教职及广益中医院医务主任，四五年后离去，自设诊所于上海西门路。解放后，历任上海市卫生局顾问、上海中医学院院长、上海中医学会主任委员，第二届、第三届全国人民代表大会代表等职。善治温热时病，用药轻灵，主张“轻以去实”。著有《金匱篇解》《程门雪医案》等。于书画金石亦有一定造诣。

程氏的容仪

程门雪生于一个半耕半读的家庭。青年时骨格清秀，形体瘦小（晚年较丰）。程氏外貌沉默寡言，不轻易发表意见，却善于听取别人意见。临诊之际，静聆病家口诉，偶然提出问题，洞中病情，要言不烦，所谓“夫人不言，言必有中”。当答复同学质疑问难时，则滔滔不绝，辩才无碍。记得我少年时，常去夜谈求教，他既诲人不倦，我也欲去还留，每到晓光催人，才赋归去。他是这样地予人以学识。

但他有时也很风趣，说几句诙谐话，妙语如珠，能使受者面赤，听者拊掌，不是不可亲近的道貌岸然者。

教学相长，学贯古今

学贯古今的“贯”字，这里不作“淹博”或“会通”解，而是说程氏能把仲景学说“一以贯之”，乃“贯串”之意。

程氏治学的道路，可以说是学校出身的人走过的“常路”，

即“泛读各科，浅涉各家，莫衷一是，结果是一无所长（特长）”。程氏四十三岁时，在某一著作的自序中说：“幼而荒嬉，长入五都之市，目迷于色，耳惑于声，同学诸子，十九皆好嬉而不好学，不得切磋之益，忽忽十年，驹光电逝。”乃以“不名一家”为惭愧。《序》中又说：“自二十五六岁以后，方稍稍知为学之道，但杂好不专，作辍无恒（还没有找到正确的道路）。幸掌教医校，撰讲义以授生徒（此讲义已整理完成，即将付印，书名《金匱篇解》），不容偷息，其间数载，得益非浅鲜也。”这是因教学而写讲义，必须广泛而又深入地研读关于《金匱》方面的诸书，从中增长了学问。

但是，作为对医学教师的要求，不仅是学问渊博，更重要的是经验。没有通过实践的学说，尽管洋洋洒洒，包罗万象，却只是纸上空谈，无裨实用。一旦用之临床，“肺腑不能言”（古人诗句），还须自己去摸索。程氏深知此点，于是在兼任广益中医院的医务主任时，从门诊到病房，均不放过实践的机会，故常有理想的疗效出现，腾传于师生间的，有大剂石膏和附子二例（见后“用药可分三个阶段”，惜无医案留存）。

程氏找到正确的治学轨道，是在摸索了十年之后，也见于这篇《序》中：“三十六岁后（当时程氏惕于宋代苏洵‘三十七，始发愤’，读书过迟的故事，故刻了“晚学轩”印以自励）乃复发奋读书，颇有小就（程氏遗著中伤寒、妇科诸歌诀，批注伤寒、医案各数种，均是此后陆续写成的）。虽薄有声名，自问实空如无物，缘昔日所学皆浮薄无实在也。故自去年以来，幡然变计，却求古旧之学，不希新奇之说（指当时《皇汉医学丛书》中，日本学者对《内》《难》及仲景学说的研究和西医东渐，颇合中国人时好），书不求多，但《内经》《伤寒》《金匱》《本经》数种已足（这正是我们现在定为中医的四部经典著作）……此余晚学之始基，亦即补读之一法也（是年程氏又自号为‘补读斋’）。”

他从丁甘仁氏的学说中，找出其清淡之法，出于叶天士；

又从叶氏用药精练简洁、配合顾盼之妙，知源于仲景；又从仲景《伤寒论·自序》中得其“撰用《八十一难》《黄帝内经》”等句，于是乎上溯到根本。贯彻到治疗中，遂自成轻灵一派（这是他生平用药的第二阶段，详见后“用药可分三个阶段”）。

程氏曾有诗句云：“不薄今人厚古人。”意思是既不厚古倨今，也不轻视今人。他对上海前辈名医朱少鸿、夏应堂、王仲奇深致服膺；对同时同道如刘民叔的《鲁楼医案》及徐小圃、叶熙春、祝味菊的药方常加研究，特别是刘、徐、祝三家以善用附子有名，认为是仲景一脉的后劲。这就是程氏把古今学说一以贯之的妙悟，同时也说明了一位名医由常路（程氏认为是十年弯路）而找到正路（宗其一是）的艰苦过程（作者立雪程门四十年，正是由师启悟，而避免多走弯路，所以深知此中甘苦）。

艺兼众妙，从中汲取营养

程氏于书画诗词、金石篆刻，均曾有长时期的耽好。医家中能诗会画者，不乏其人，但达到像程氏那样高的造诣者，还是不多的。他由于诊务的过度劳累，须要有一种精神调剂来转移一下，这就是程氏自称“荒于嬉”的“嬉”。他的诗，上海国画界耆宿王个簃先生有“境界高雅，时手罕有其匹”的评介。书法是力学北碑，指端坚实，下笔能够深入纸背；以后宗赵之谦，以横肆见长；转而酷喜刘石庵，从刘而追溯东坡、真卿，进学魏晋；于是昂首钟王，徜徉唐宋诸家，晚年则多以蔡襄为主。特别是他的隶书，先学汉碑，以后涵泳郑谷口、翁覃溪、伊墨卿诸家，而得法于谷口，于严谨整饬中，时露其趋让自如、左右顾盼之妙。其画则花卉、山水均有奇趣。画兰的折枝，逆笔学板桥；画梅的“万花如玉”，重枝叠花，学于冬心。

这些都是程氏自得其乐的“荒嬉”，他跋清代名医何书田（曾为林则徐制订戒烟药方者）的《峰山草堂诗稿》说：“先生精于医，又精于诗文，以医道受知于林文忠少穆，互相倡和，少穆赠联有‘簪山編集老诗豪’之句。……可知名医必然饱

学，断无俭腹名医也。”又跋《何书田年谱》说：“不禁忻羨书田先生于医事烦忙之余，犹能以诗文书画……增广其学殖，陶冶其性情，抒发其议论，而开拓其胸襟。”程氏也正是以诗词金石书画来丰富知识，调剂精神的。特别是文学方面的修养，使他对医古文的理解、接受、提炼和真伪鉴别等，取得了令人信服的成就。一九八一年编印的《程门雪诗书画集》两册，是上海中医研究所的资料，分赠各中医图书馆，作为名医文物保存，同时也不违程氏“化荒嬉为有益”之意。

治学三变

程氏治学，可分三次变化：

始则杂而不专，仅是一般的从师与学校两个卒业，奠定了做医生的基础，而一无特长的时期；继则由教学而专于《金匱》，是为“由杂而专”的一变。

三十六岁以后，则博涉群书，大约除《千金》《外台》《本草纲目》等巨帙鸿编作为备查外，其他名著及清代各家，无不泛览，每读则多加笺批，这是“由专而博”的一变。

四十二岁以后，则如上文所引，“书不求多，数种经典已足”，而且“缩为五、七言歌诀，以便诵读”，认为这样做，是他自己“晚学之始基，亦即补读之一法”。这第三变是“由博而返约，由粗而入精”，到了炉火纯青、无远勿届、无往匪适的程度。古人说：“齐一变至于鲁，鲁一变至于道。”这个“道”字是讲的为政达到“至治”，也可借喻为治学的最高境地了。

用药可分三个阶段

第一阶段以大刀阔斧见称，是在他二十八岁以前，任广益中医院医务主任时期。这个医院是慈善性质，捐得一些基金，以施诊施药为贫苦人民服务的。二十世纪二十年代时，是银币，铜币通用，挂号费小银毫一角（俗称小洋，与银元的比数不是十进位，而是 1: 12.5,小洋一角合铜币二十四枚，包括门诊和一剂药的费用）。当时病员多是皮毛致密、而肠胃薄弱的劳动人民，即医书上所谓“藜藿之体”，特点是挨到病重了才来治。

治疗这种病例的要求：因其栴风沐雨而表实，故表散宜重；因其营养不足而里虚，故攻下宜轻；但病多久延，势已转重，邪实正虚，故须求速效。程氏此时，正如初生之犊，以其坚决敏捷、骠悍迅猛的药方，挽救了许多危疾。惜此期医案已散佚无存，仅流传两例医话：一是阳明病狂热，用石膏四两，日再服（日服量至八两）；二是阴寒症在较短病程中，附子总用量至一斤以上，均能迅速转危为安。这一阶段为期不过四五年。

第二阶段是以轻清灵巧为主，乃自设诊所时期。病家都是中、上层分子，是所谓“膏粱之体”，不经风雨，脑满肠肥的表虚里实体质，用药必须有大幅度的转变，才不致僨事。程氏以经方的精炼为主，配合时方的轻灵，既存有其师丁甘仁氏的平淡法，又正在猛学叶天士，入其堂奥而啜其英华。凡药对法，大、小反佐法，相辅相成，相反相须，轻以去实法，重药轻用法，轻药引经法，《伤寒》方用于温热，《温热》方用于伤寒，温病顺传、逆传以及“四柱”等学说，均于此时通过实践而加深理解，逐步发扬，而成为上海当时有名的治疗温热、伤寒名家。

但他主要的成就，是对“轻以去实法”有独得之见。在他三十至四十岁一段期间，其用药轻灵的情况，有如：麻黄只用二至三分，还须水炙或蜜炙；桂枝一分煎水炒白芍，桂枝煎水后不入药；陈皮、干姜用蜜炙；半夏须竹沥制；豆蔻、缩砂用壳；川朴、佛手用花；苍术用米泔水浸；熟地须炒松或用砂仁、木香、蛤粉捣拌；又常用香稻叶、野蔷薇、枇杷叶、蚕豆花、金银花、地骨皮、生地、青蒿、藿香、白荷花、荷叶等蒸露。这些炮制方法或退一步用法，均所以制约药物辛散、苦泄、温燥、滋腻的偏性，或则取其轻清芬香。还有杏苓朴、杏蔻桔橘、杏蔻苡、枳桔苓等同用，虽都是《温热论》和丁氏常法，但程氏尤能运用自如，从“三焦为决渎之官”“上焦如羽，中焦如沤，下焦如渎”的《内经》旨意，相应地采用开上、宣中、导下三法，可谓“善用古人”者。

在他四十岁以后，用药渐重，这又是由于服务的对象有了变化，劳动人民求治者逐渐增多之故。

第三阶段是复方多法的创造。程氏晚年，经常到工厂、农村、部队医院去，体验到劳动人民长期积劳致虚、反复感邪，以及湿、热、瘀、滞的兼夹，导致病情错综复杂，自有其特异之处，应在治疗上有所变化。所以相应制订了“复方多法”的治疗方法，揉合经方、时方，冶为一炉，温散、疏化、宣导、渗利、扶正达邪、祛邪安正、祛瘀、清热，凡诸治法，掇合于一方而兼顾之。由于他有仲景、天士选药的特长，能如天孙织锦，无缝可寻，驱使诸药，如水乳之融合无间，读者醇醇有味，叹其配合之妙，而无五角六张之嫌，故能表里、上下、虚实、寒热、标本一方兼顾，而取得较快的疗效，并使病员体力得以较早恢复。

程氏知机识兆，警觉性高，反应敏捷，能根据病变先兆先事堵防，而临变又能果断处理，不稍迟疑，若非学识经验俱臻上乘，是不能到如此境地的。他常说：“医者不但要知常，贵在知变。变化之来，又须临事不慌，指挥若定，才能应变和定变。”所以他鼓励人多读书，今日读此，虽觉无用武之地，他日遇见此症，则灵感自来，“若非烂熟于胸中，安能应变于俄顷”，这真是至理名言，令人信服。

生平著述情况

程氏《金匱篇解》成于二十四至二十八岁间，少年气锐，又受梁启超《饮冰室文集》（当时最为风行的一种辩论性文体）的影响，故反复辩解，引人入胜。其他著作大都在三十六岁以后次第写成。最近出版的《程门雪医案》，则是近年整理完成者。

此外，尚存在者，约有伤寒三种，女科三种，评注古人医案三种，方剂、杂论各一种，温热三种。据我所知，流失尚多，仍在寻访中。其撰写或为论文或为歌诀或为批注，形式不一。诸书或分册，或合并，尚待整理后决定，总名则为《程门雪医

著丛书》。

自写《失手录》，不文过饰非

程氏尝说：“自非十全，岂能无过”（“十全”指治病十不失一，其语见于《素问·示从容论》）。他每遇未能治好之病，或自认“失手”；或找出某一处的用药失时；或承认是识见不到、胆力不够；或则曾见某书，自己没有经验，未敢遵用，以致延误，甚至还说是读书太少，日后读到，方始知之；有些病是经过苦思冥想，已得头绪，定了治疗方案，却被他医接手，未能施用，终致不治，虽是他人之过，却自认是当面不识，只能成为“事后诸葛亮”。如是者，每遇一失，总要悻悻不快，咨嗟累日。晚年尝说：“回忆生平‘失手’之症，约近百数，从今日水平看来，尚多可治之处。或则可以找出不治之原因，以为他处的借鉴；或则找出当时‘失手’之处，以资警惕。当陆续写成一书，以示后人。”他对《寓意草》的长篇大论讥评他人，或表扬自己成为“十全”之医，尝有异议。自己将反其道而行之，名其书曰《失手录》（此书或已写成，或事忙未写？因遭浩劫，至今尚未发现，十分可惜）。程氏如在他处遇见自己失治过的病人，回来总说自觉脸红，深为内疚；若有以后继续请他治疗者，则又得到宽慰，说是病家原谅他了，为之色然以喜。笔者当时年轻，对此尚无感触；如今年近七旬，经历渐多，方觉其品质的可贵。像这样一位名医，能够不文过饰非，而自承“失手”，时时追悔，我想这是医生最好的道德。

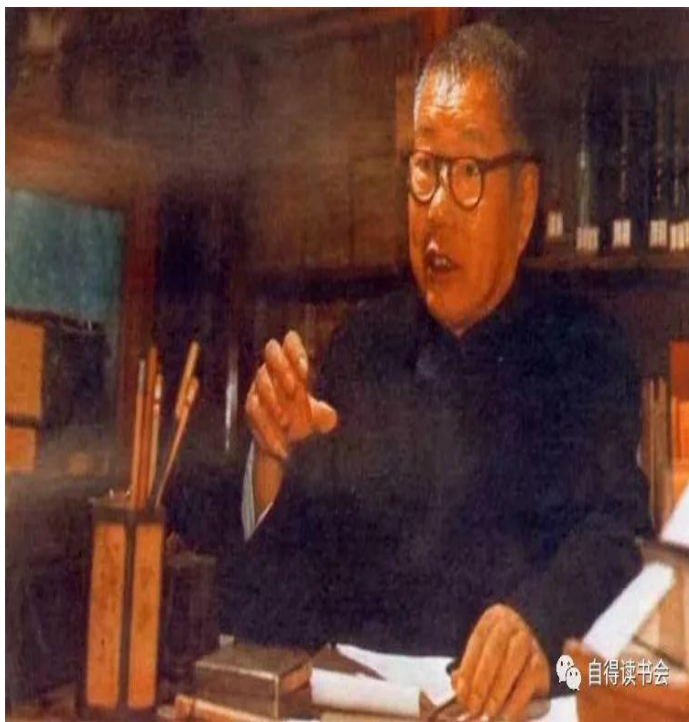
另外，他改弦换向（他自称是“掉转枪头”，即改变方向）很快，如切诊时两脉已经诊过，有时须再诊一次，或两手同时按脉，以为比较；有时处方已毕，发现扞格，撕去重写；治法温或清，补或泻，复诊时也有时忽然改向。他说仲景书中常有之，我们不必顾忌，须以治好疾病为重。其临证谨慎又如此。

我们知道，一位身经百战的沙场老将，即使他是常胜将军，能身上没有一处创痍吗？成为一个名老中医，生平治病，那有

不遭蹉跌之事！如果说没有，那是自欺欺人。程氏的可敬，尤在于此。

无恒难以做医生

岳美中



【作者简介】岳美中（1900-1982），名岳钟秀，号锄云，以字行。河北省滦县人。早年攻读文史，二十五岁时因肺病吐血，发愤自学中医。曾行医于冀东、鲁西一带。解放后曾任唐山市中医公会主任、唐山市卫生局顾问，后调中医研究院工作。曾任全国人大常委会委员、中华医学会副会长、中华全国中医学会副会长、中医研究院研究生班主任。从事中医工作数十年，有较深的理论造诣和丰富的临床经验。对肾病、热性病、老年病等有深入的研究和较好的疗效，在国内外有较高的名望。主

要著述有：《岳美中论医集》、《岳美中医案集》、《岳美中医话集》、《岳美中治疗老年病的经验》。

一

我出生在河北省滦县一个贫苦农民家庭里。父亲早年扛活，后来靠种几亩薄田兼做挑担叫卖支撑家计。我们兄妹五人，我是老大。八岁上，父母看我体弱多病，难务耕事，也为将来添个识文断算的帮手，咬咬牙送我上学，东挪西借地巴结着供我读了八年私塾。我看家里作难，跑到滦县城考进半费的师范讲习所学了一年多。

这种求学的情况，我在《六十初度》的诗中，有一首写到过：

少小家贫病不休，学耕无力累亲忧。

因规夜课迟安梦，为备束修早饭牛。

酒食屡谋精饌供，序庠频遣远方游。

严亲纵逝慈亲在，六十孩儿也白头。

我十七岁当小学教员，一面教书，一面随乡居的举人李筱珊先生学习古诗文词。其时，军阀混战，滦县正当直奉军争夺的要冲。烧杀奸掠，民不聊生。我当时抱着空洞的救国心，慷慨激昂，写了小说《灾民泪》、鼓词《郑兰英告状》、《民瘼鼓儿词》等许多诗文发表在《益世报》等报刊，想转移风俗，唤醒痴迷。但少年意气，呐喊无应，转而想从古书文中找出路。一九二五年夏，听说梁任公、王静庵创办清华国学研究院，又和裴学海等几个同好一起重温经学，兼研小学、史学，准备投考。暑期应试落榜。虽然受了一次打击，却更加发愤读书，每日教书、写稿、苦读并进。

不久，累得吐了血。某医院诊云：“肺病已深，非短期可治。”考学无望，教职也被辞了，真觉得前路漆黑，大难将临，几无生趣，又不甘心那样死去。

难道医学对肺病真的没有办法吗？床第呻吟之中，萌发了学习中医的念头。买了《衷中参西录》、《汤头歌诀》、《药性赋》

和《伤寒论》等书，边读边试着吃药。一年多田野间的生活，休息为主，吃药为辅，肺病竟慢慢地好起来了。觉得中医确能治病，于是决心学医，自救救人。

学医，到哪里学呢？穷乡僻壤，无师可投；家口为累，又无力外出从师。只好托朋友找了一个村塾，学生不多，一边教书，一边学医，一边继续写诗文。这一是多年养成的习惯和爱好，二是想小补于经济。学资供养家口，稿费就用来买医书。

三年之中拖着病弱的身体，日教夜学，读了宋元以后许多医学家的名著多种。缺少师友商问，就反复钻研揣摩；为了体察药性，就攒钱买药回来品尝体验。能尝的药，大都尝试过。有一次尝服石膏过量，泄下不止，浑身瘫软，闹得几天起不来床。学东知道我在读医书，有时家里人生病也找我看。我慎重地认证用药，往往有些效果。

一九二八年春天，学东一个亲戚的女人患血崩，找我去治。初不敢应，后经学东面恳往治。几剂药后，竟见平复。春节时，全家人坐车前来致谢，引起轰动。

就在这同时，邻村一个叫徐福轩的小木匠，突然发“疯”，烦躁狂闹，忽地登高跳房，忽地用手抓炕，新铺的炕席一抓就是一片。发病月余，家里人捆管不住，经医不愈，村人荐我。我细察其脉象症候，系阳狂并有瘀血。予调胃承气汤，仅一剂竟拉赤屎而愈。阳狂一病，并非难证。但在当时，村人却传为神奇。找我看病的人就越来越多了。

一九二八年秋天，好友吴绍先古道热肠，和几个朋友凑了点钱，在司各庄帮我开了个小药铺，力劝我行起医来。说是个药铺，起初就是一间小房，里边一张床，两个药箱，几堆书。睡觉、吃饭、看病、卖药，都在里边。后来起名叫“锄云医社”。因为原来教的一些学生的家长不愿易人，恳我继续执教。一则于情难却，二则光靠行医难糊家人之口，就和两个友人一起在医社后边的一间房子里办了个“尚志学社”。

白天，看病卖药之外，在这里讲四书五经；晚上，攻读医

书，思索日间的病案。我行医之初，靠书本上的一些知识辨病投方，疗效并不高。但几年之中，却对农村的经济状况、疾病种类、药品需要等，获得了不少的经验。同时，从读书的惑谿、临证的效失、病家的愁乐之中，进一步体认到中医学术对社会人群的作用，益发坚定了终生研讨中医学，献身学术的决心。

业医之初，生活十分艰苦。出诊看病，经常以病弱的身体，骑一辆破旧的自行车，奔波于夏日的湿暑、隆冬的海风。有人劝我还是读书找事谋个前程，我当时曾作《道情歌》数首述说心境。其一是：

懒参禅，
不学仙。
觅奇方，
烧妙丹，
针砭到处症痕散。
秋风橘井落甘露，
春雨杏林别有天，
山中采药云为伴。
莫讥我巫医小道，
且羞他做吏当官。

一九三五年，朋友把我介绍到山东省菏泽县医院任中医部主任。一边看病，一边教授几个中医学生。不久，灾难就接连而来。先是丁丑夏，山左地震，烈风雷雨，屋倾墙崩，连续数月，辗转逃避，仅存生命。不久就是日寇进攻山东。

一九三八年春，我应诊到博山，遇日寇攻城，被围在城内五天五夜。城破后，落荒逃到济南。身上一文不名，几箱书籍无处去找，只剩下随身珍藏的《伤寒论》、《金匱要略》各一本和数册医稿及《习医日记》。为防路上丢失，从邮局寄回家。郝云杉先生送给了二十元路费，只身由洛口过黄河，千折百难地逃回了家乡。

人倒是活着回来了，邮寄的书稿却总未收到。行医十载，流落千里。身上，仅一条御寒的破被和一根逃难用的棍子；眼前，是一个沦落了的家乡。茫茫冀鲁，竟没有一个医生悬壶之地！

悬壶无地，只好重操旧业，又当了半年小学教员。暑期，教员集训要受日本的奴化教育。我不愿，跑到唐山躲避。经亲友协助，在唐山行起医来，一直到一九四八年解放。

十年间，我朴素地抱着两条宗旨：做一个无愧于祖宗的中国人；当一个对得起病人的医生。这又谈何容易！一九四三年，当时做地下工作的一个学生为八路军买药，暴露被捕。经我保释放走后，日本特务每日或隔日上门寻衅，一直监视了我三、四个月。

在这样的环境下，哪里能够从容临证和专心治学呢？但是，既做医生，又不容对病人不负责任，不甘于学业的荒废。十年间，我以经方为主兼研各家，以求提高疗效；搜读各家中药学说，摘选验证，写成了二十余册《实验药理学》笔记；研读《甲乙》，访求师友，对针灸学进行了一定的研究和应用。

这十年，我正当壮年，刀匕壶囊，黄卷青灯，用功不为不苦。因为没有有一个安定的环境，又缺少明确的哲学思想作指导，苦自苦矣，却没有做出多少可观的成果来。

解放后，特别是一九五四年纠正了歧视中医的错误倾向以后，中医受到了党和国家的重视。我调到中医研究院工作后，才有条件结合读书与临证，对一些问题进行较系统地整理和研究。

治疗方面，除在国内执行医疗任务外，还曾九次到欧亚一些国家，参加苏加诺、胡志明、崔庸健等人的治疗和进行学术交流，这是过去不曾想到的。晚年，我考虑得多的有两件事：一是把多年积累的经验多整理出一些留给后人；二是再为中医事业培养一些后继人才。

“文化大革命”的一段时间，我被抄走书物，在医院里喂兔

和清扫厕所，其他无从进行。一九六九年八月周恩来总理亲自安排我去越南为胡志明主席治疗。不久，我被恢复工作。我自知身体渐差，来日无多，要抓紧做些事情。

一九七六年，我为培养高级中医人才倡议多年的“全国中医研究班”招收了第一期学员。我的学术经验开始整理出版。在科学的春天里，工作刚刚开头，我却在一九七八年七月一次讲课后，病发不起，一至于今……

二

我年近中岁学医。一跨入医林，面前数千年发展起来的中医学术是如此繁茂丰厚，而又如此庞芜错杂，走一条什么样的做学问之路呢？既没有家学可依托，又没有专师引导或学校的规范，只能靠自己摸索、探求。

回过头来看，也有两个有利条件。一是十几年的旧教育，培养了读书的能力和习惯。二是几十年来未脱离过临床。

我的注重临床，起初是经济条件不允许去进行专门的学习和研究。后来，也是因为我认识到，**中医学术的奥妙，确在于临床。**

书，没有少读；目的首先是为当好一个医生，争取当一个好医生。围绕这个目的，对历代中医大家的学术思想都做过一些探索。有过徘徊，出现过偏执，也走过弯路，才逐渐地得到了稍好一些的疗效和较为深入一步的认识。

认识发展的过程，大体可分为这样几个阶段：

第一，我学医之初，是从张锡纯的《衷中参西录》入手的。

临证稍久，逐渐感到其方有笨伯之处，往往不能应手。转而学习吴鞠通、王孟英等人的温热著作。用之于临床，效失参半。其效者，有的确为治疗之功；有的则非尽是药石之力。在一个时期里，疗效总不能很快地提高。思索其原因，一方面固然是对其学术研究的功力不到，经验不够；但细察其方剂，也确有琐细沉弱的方面。苦闷傍徨之中，又重读张仲景的《伤寒论》、《金匱要略》（前此虽然学过，但未入细）。见其察症候而

罕言病理，出方剂而不言药性，准当前之象征，投药石以祛疾。

其质朴的学术，直逼实验科学之堂奥，于是发愤力读。初时，曾广置诸家论注批阅。其中不乏精到之言，也常有牵附穿凿反晦仲师原意之处，反不如钻研原著之有会心。于是专重于研讨原著。

将读书所得用于临床，每有应手，则痊大症，更坚定了信仰之心。稍后，又涉猎唐代《千金》、《外台》诸书，觉得其中精华，亦是祛疾之利器。

当时，曾有过一个认识，以为中医之奥妙，原不在宋元以后。从三十年代中期到四十年代后期，主要是以古方治病。这中间，还在另一个方向上走过一段弯路。

一九三六年前后在山东的一段时间里，为了应付门面，生搬硬套地学了一阵中西汇通的学说。在这种理论的指导下，疗效不仅没有提高，反而降低了。真所谓“邯郸学步，失其故封”。苦闷之下，害了三个月的眼病。不能看书。

经常闭眼苦思其故，好久好久，得出了两句话：“人是精神的不是机械的；病是整个的不是局部的”。这也许是仅存未丢的一点灵光吧！当时既不敢自信为是，也不敢人前道及，只取它指导着自己的治学。于是，又归真返璞地研习古老的祖国医学。

第二，在第一阶段的后几年，实践得多了，逐渐感觉到偏执古方存在的一些弊端。

一方面，临床遇到的疾病多，而所持的方法少，时有穷于应付、不能泛应曲当之感。一方面也觉得经方究竟是侧重于温补，倘有认证不清，同样可病随药变。持平以论，温、热、寒、凉，一有所偏，在偏离病症、造成失误的后果上，是一样的。

临证治病若先抱成见，难免一尘眯目而四方易位。只有不守城府，因人因证因时因地制宜，度长短，选方药，才能不偏不倚，恰中病机。

一九五〇年我在唐山就此问题和孙旭初等同仁做过长时间

的讨论，进一步受到启发。

归纳当时的认识是：仅学《伤寒》易涉于粗疏，只学温热易涉于轻淡；粗疏常致于僨事，轻淡每流于敷衍。应当是学古方而能入细，学时方而能务实；入细则能理复杂纷乱之繁，务实则能举沉寒痼疾之重。

从临床疗效方面总结，治重病大证，要注重选用经方；治脾胃病，李东垣方较好；治温热及小病轻病，叶派时方细密可取。

把这些认识用之临床，确乎有法路宽阔、进退从容之感。这是四十年代末到五十年代初这段时间的认识。

第三，一九五四年前后，我在治学思想上又有了一些变化。

此时，我治医学三十年，在读书和临证方面，有了一些积累和体验。也开始学习了《矛盾论》和其他一些唯物辩证法的著作。并学习着结合自己治学道路和方法上的问题进行总结和思索。

在肯定以往经验的基础上，也感觉到执死方以治活人，即使是综合古今，参酌中外，也难免有削足适履的情况。但若脱离成方，又会无规矩可循，走到相对主义。

要补救此弊，不但需要在正确思想的指导下深入地研究辨证论治的原则，还要在足够的书本知识和临床经验的基础上，以若干病类为对象，从研究药物如何配伍入手，进而探讨方剂如何组织。

因为中医治病，基本是采用复方。复方从根本上是作为一个有机的整体逞奏疗效，而不是群药分逞其能。而复方剂中药物配伍和组织，又有它历史地演进变化的过程。从它演变的痕迹中探求用药制方的规律，并结合当前的实践加以验证、补充和发展，指导临床，就能高屋建瓴，动中肯綮。对一个医生，这是又进了一步的要求。

习医至此，不禁废书而三叹：学问没有止境，学问不可少停。在我，其知之何晚也。

我在当时的一首诗中，写了这种感慨和决心：

于今才晓作医艰，敢道壶中日月宽。

研古渐深方悟细，临床愈久始知难；

星槎不憚一身老，雪案浑忘五夜寒。

假我数年非望寿，欲期补拙在衰残。

从五十年代中期以后，十几年的时间里，我结合临床、科研与教学任务，对药物配伍和方剂组织方面的材料做了一些整理和研究，对肾病、热性病和老年病等病种的用药与组方规律做了一些探索，得到了一些初步的认识。但是，因学力不足和环境的耽阻，远未能达到预期的目标。

三

如何学习和掌握祖国医学这门科学，应当是有规律可循的，对此我们还总结研究得不够。我个人没有多少成功的经验可谈，能说的大半是走过弯路后的一些感触。

一. 读书宁涩勿滑 临证宁拙勿巧

学医离不开读书。但我国医学著作汗牛充栋，一个人的时间精力有限，欲有所成，就要摘要而攻，对主要经典著作要扎扎实实地下工夫，读熟它，嚼透它，消化它。

读每本书都要在弄清总的背景的前提下，一字字一句句地细抠，一句句一字字地读懂。无论是字音、字义、词义，都要想方设法地弄明白。不可顺口读过，不求甚解，不了了之。也不可指望文生义的简单办法去猜测。更不能拿今天的意思硬套上去。

比如《金匱要略 痰饮咳嗽篇》中的“痰饮”有二义：篇名中之痰饮，是津液为病的总称；条文中之痰饮，是指水在肠间摇动有声之流饮。读书时若不细考究，把痰饮当作今义的“稠则为痰，淡则为饮”，就失去了经典的原意。这样逐字逐句地读书，看似涩滞难前，实则日积月累，似慢实快。那种一目十行，浮光掠影的读法，不过是捉摸光景，模糊影响，谈不到学问。

要把主要的经典著作读熟、背熟，这是一项基本功。“书

读百遍，其义自见”。读一遍有一遍的收获，背得熟和背不熟大不一样。

比如对《金匱要略》、《伤寒论》，如果能做到不假思索，张口就来，到临床应用时，就成了有源头的活水。不但能触机即发，左右逢源，还会熟能生巧，别会有会心。否则，读时明白了，一遇到障碍又记不起，临证时就难于得心应手。

我自己虽曾在主要著作的背读上下过一番功夫，但总不能象童时读的《论语》、《孟子》和古诗文那样至今仍背诵无遗，常有学医恨晚之叹。因此，背书还要早下手。

读医书，还要边读边记，勤于积累。

积累的形式则宜灵活。比如说，可以结合自己研究方向相近的一个或几个方面的专题摘要积累，读书时留意于此，随时摘抄记录，并部别类居，主要的加以标志，散漫的贯以条理，怀疑的打上问号，领悟的作出分析，大胆地附以己见。日积月累，对日后的研究工作是会有好处的。

寒热虚实，立方遣药，要讲求主次配伍，加减进退，不可用套方套药取巧应付。遇到大病复杂症，更要格外细密，务期丝丝入扣，恰合病机。既要有临证时的分析，还要做事后的总结。

数年来，我自己无论在哪里应诊，坚持每诊必做记录，半月做一临证，宁拙勿巧。

对症状要做“病”与“症”的综合分析，寻求疾病的本质，不可停留在表面的次阶段性的检讨，找出需要总结的经验，发现有进一步探讨价值的问题，提高疗效。

二. 自视当知其短 从师必得其长

我学医，主要是自学。

但决不是说，自学不需求师。做任何一种学问，绝对意义上的无师自通是没有的。自学，难免遇到思而不解之惑、攻而不破之谜，更需要请教师友。因而凡有从师学习的机会，尤知珍惜。

一九三五年，我读到陆渊雷先生的《伤寒论今释》、《金匮要略今释》，觉有自己未见之义，稍后就加入先生所办的遥从(函授)部学习。当时，我看病教徒，诸务虽繁，但对所学课业必认真完成，寄去请教。记得我写过一篇《述学》的课卷，陆渊雷先生曾加了鼓励的按语，发表在《中医新生命》上。

这段函授学习的时间虽然不长，对我这样一个自学出身的人来说，感到十分宝贵。一般地说，一个人从师学习的机会和时间毕竟是不多的，而在共事的同道中，学术精湛、经验丰富之人却随时都有。只要虚心汲取，他人之长，皆可为攻错之石。

我在中医研究院和蒲辅周等同志共事多年。在一起临证、执教的过程中，有时见到他们的得意之笔，恰是自己薄弱之处，从中比对思索，得到不少有益的启示。

比如，早年我用玉屏风散治“习惯性感冒”，多是大剂突进。虽数剂可效，往往不易巩固。蒲老治“习惯性感冒”，也用玉屏风散，却是小量长服，疗效颇好。我思索这里的原因，加深了对慢性病的转化要有一个逐渐积累的过程，有“方”还需能“守”这个道理的认识。

从师是为了求学问，在学问面前不能有丝毫的架子。

我在任唐山市中医公会主任时，市内有一位高怀医师精针灸术，擅长用“大灸疗法”，系其祖传，能起大证。年事已高，秘未传人。为防绝技失传，我和王国三等几个同道以弟子礼前去执贽受学。每至已夜，即趋集灯前，问难请业，无间风雨，袒臂跣足，按蹻量度，力求一是。终于掌握并整理了这个疗法。当时我虽年过五旬，不无劳顿之感；而其中授受之乐，也确有非可言喻者。

三、读书多有益于专 知识博源头更活

我习医以后，半是积习，半是追求，研读文史和爱好旧诗词的兴趣一直很浓厚。

习医之余，喜读《二十四史》。对六经、诸子、宋明学案以至佛教、道教的部分主要著作，都做过一些涉猎。兴之所致，

还习作了一千多首诗词。我常以占用了一些业余时间为宜。但回顾起来，由这种爱好中得来的一定的文史知识和修养，对中医的学习和长进，也并非全无益处。

第一，中医经典是古文字，和现代白话距离较大。

又流传辗转，版本繁杂，字词驳错。诠释者既多，难免见仁见智，言人人殊。如果没有一定的古文化、文字知识，对这些经典著作就不易读懂，读懂了，也难于读深。理解上，或浮于约略，或止于沿演，可以逐浪而难能探源；临床上，则易于套对而难能用活。要想对经典医籍的研究深入一些，就非有一定的古代文化、文字知识不可。

我自己对《伤寒论》等经典的文字做过一些研究，写过一篇《〈伤寒论文字考〉补正》，就很借力于早年积累的一点古文和“小学”的知识。

第二，文史的书籍和古诗文中，掩藏着丰富的医学资料。

这些虽是不期而遇的零金碎玉，却常可补某些医学著作之不足，亦属珍贵。读书时随手积累，需要时即可驱遣使用。我在整理中医麻风病学，写作《中国麻风病学汇编》时，就从文史著作中得到了许多有用的材料。

第三，中医学是从中华民族古代文化这个土壤中生发出来，是整个民族文化之林的一枝。

它的形成和发展，受整个社会文化特别是哲学思想发展状态的影响和制约。对各个时代社会文化特别是哲学思想的发展状况有所了解，对由当时时代所产生的医学思想的理解就可以更深刻一些。

比喻地讲，专一地研讨医学，可以掘出运河；整个文化素养的提高，则有助于酿成江海。养到功深，是可以达到境界上的升华的不待说，今天的青年人学习掌握古代文化知识，应当有目的，有选择，要适当，要因人制宜，全无目的，漫无边际的读书，也不足取。

四．勤能补拙恒斯效 俭可养廉贞自清

有时青年问及学问之道，我常说，论天分，我至多是中中之材。

几十年来，如果说掌握了一些中医知识而能承乏医务，所靠的一是“勤”，二是“恒”。做任何学问都要勤奋和持久，治医学尤需如此。

医生这个职业的特殊之处，在于他一举手一投足都接触病人，医术好些精些，随时可以助人、活人；医术差些粗些，随时可以误人、害人。

从这个意义上说，医生真可以说是病人的“司命工”。一个医生，如果不刻苦学习，医术上甘于粗疏，就是对病人的生命不负责任。当然，就是勤奋学习，也不等于就能万全地解决疾病。但无怠于学，至少可以无愧于心。

这是我早年用做鞭策自己读书习医的一点认识。如今我垂老病榻，回顾治医生涯，成果之少，每自赧颜；稍可自慰者，唯有勤奋读书未从松懈这一点。几十年的生活，基本是“日理临床夜读书”。临床常无暇日，读书必至子时。

六十岁以后，医责益重而年事渐高，为了抓紧晚年，完成温课和研究计划，曾规定了几条自我约束的“自律”。大致是：

1. 要有恒。

除极特别的事情外，每日按规定时间温课，不得擅自宽假，时作时辍。

2. 要专一。

不得见异思迁，轻易地改变计划。要有始有终地完成一种计划后，再做另一种。“主一无适”谓专。非专，则不精、不深、不透。

3. 要入细。

不可只学皮毛，不入骨髓；只解大意，不求规律；只涉藩篱，不求堂奥。入细，还要防止轻淡，轻淡则流于薄弱，薄弱则不能举大症；要防止琐屑，琐屑则陷于支离，支离则不能集中主力，也不能理细症。

4.戒玩嬉。

此后，忌看小说。非星期不着棋，不赋诗。非有应酬不看戏。

5.节嗜好。

衣食方面，不求肥甘，不务华美，随遇而安，自甘淡泊。否则必致躁扰不宁，学术上难于探深致远。此后，不独茶酒不事讲求，即书画篆刻，也不宜偏好过多，免得耗费有限的光阴。现在检查起来，除在旧诗词方面，有时倩有难禁，占了一些时间外，其他都尽力遵守了。

人们都知道医德的重要。我以为，做一个医生，治医之时，有两条至为要紧：治学，要忠诚于学术的真理，直至系之以命；临证，要真诚地对病人负责，此外决无所求。只有这样，才能认真真诚地对待患者，谦虚诚挚地对待同道，勇敢无畏地坚持真理，实事求是地对待成败。

相反，如果对自己从事的事业不热爱，不相信，惜献身，对患者缺乏负责的精神，甚至把自己掌握的一点技术当作追求个人利益的手段，那就丧失了做医生的根本。不特失之于医德，且将毁及于医术。在祖国医学发展的长河中，每一代中医都有自己不容推卸的责任。我们这一代中医的命运是幸福的，毕竟也是坎坷的。

半个多世纪以来，我亲见了中医界的同道们，在旧社会的贫苦中自处，与反动派的压迫作抗争，对偏见者的歧视不动摇，在存亡、兴衰的磨难中迎来了国家的解放，为民族保存、继承、丰富了中医学这份珍贵遗产。他们是无愧于历史的。

我仅是同辈先进的一个追随者。蹉跎时月，如今也已是行将就木之人了。向前展望下几代中医，他们将处于社会安定、思想解放、科学昌兴的时期，只要他们勤奋而能够持久，善于继承又勇于创造，中医事业在他们的手里必将有一个大的发展。中国医学必将以更绚丽的身姿，挺立于世界科学之林。顾后瞻前，寄希望于未来。（本文节选自《名老中医之路》）

名震东亚岳美中

何时希

岳美中的医名闻于东南亚（1962年，受周恩来总理委派，著名泌尿外科专家吴阶平和著名中医岳美中、杨甲三等中西医配合，治疗印尼总统苏加诺因肾结石致一侧肾功能丧失获成功）确是事实，业绩彪炳，绝非虚夸（我没有写作名闻天下，自觉尚有分寸）。他与我，自50年代中叶起，同科同僚，同游园访古，同养病，同访书买书，同爱古诗文，同动食指，同滴馋涎，有几个月同出、同返，形影不离，所不同者彼谢世而我健在，每听唐山口音，每见近视人而不戴镜者，辄忆吾美中不置。

美中的事略，人多知之，毋事赘言，今则仅言吾两人的交往，其间数年南北相隔，唯恃鱼雁，虽不在形迹，而性情之交流，借尺素以相通者甚多，是不可以不说不说也。

（一）交始

岳美中诊室于1957年与我望衡对宇，各带一个研究生，无上课任务，因此两人也很闲，规定上午诊六人，下午则老大夫休息，我与之交谈，仅在午饭前后的一段时耳。而排队买饭紧张，当然无暇敷衍，后来饭厅制度改良了，老大夫不用排队，另有三只圆桌，围以屏风为雅座，有一司务为服劳，只需点菜付饭票，可以坐以待食，又设有冷碟，可拿回去下酒。有一天一长髯长方脸，两目炯炯有神者，附我耳曰：“我知你是位大艺术家，饭后请到楼上宿舍，有人恭候你呢。”我问同饭者，知是王易门，其同室则岳美中也，易门午休后不再住，自归家，美中则一周始宁家云。饭毕，余造诣之，窗台小盆景垒竹石小草，甚雅致，玻板下诗笺及小幅山水，错落甚多。问知美中善吟咏，易门则能垒石作画，室虽小，缩天地景物于微观，自然不俗。所谓大艺术家云者，乃是陈苏生夸张。不过指能解皮黄、昆曲，能鼓七弦十三徽，略解诗画，当场作三郎（唐明皇有“三

郎郎当”之讥)之舞、八郎(唐士大夫有能歌者，音声凄切感人，久之反晦其名了)之歌。常自惭而缩手，何艺术家之可言，且又加之以“大”乎？惟较缺俗骨，略能清谈，是日与王、岳相叙甚欢。异日有西山八大处之游，三人同行，避开俗子，莲花舌粲，咳唾如珠，时出隽语，哗然大笑，则四山响应，真俊游也。两人皆长于我十四五龄，然登山迈岭一如少年，以“秘魔崖”为八大处之尽头，又须下入深谷，乃兴尽而返。此一日之乐，竟不记食何物，饮何处矣。

美中与我皆喜读书，但互不相问所读何类，惟他嘱我如读麻疯病资料，必须录赠给他，而且要用毛笔书之，谓将录订成册，以留纪念，足见相爱之诚，然拙书实难当大雅之目也。如是积有不少，忽然想到何不写一篇文章，于是寄《广州中医》杂志发表之，此与美中所需不相妨，因彼则将撰为一书也。此与陈邦贤赠我《中国医学人名志》后，亦以人名搜集相托。余赠之数百则。后归上海，乃录存三万余条，得历代医家二万二千人，人民卫生出版社已出版了，是真一巨著，为精装三册云。

游八大处之日，美中告我：院中将作“谭家菜”聚餐，约百元一席，人鱼翅一碗，而食具精良，不可不去欣赏，惟某俗子若去，慎勿同往，此人狡猾如狸，非我辈中人也。人言美中耿介寡交往，此时乃知两目如鉴，为慎交之君子。此后于稠人中亦落落如平时。

(二)挨批

次年“下乡”之运动，余研究哮喘组之病员中，有一人服“安金膏”调治，已能不发。时正值初冬，病人惶急，求助于我，我力赞之，可多开安金膏以备用，且安其心。忽然大幅漫画：病员行李之外，手提无非安金膏。鲁之俊院长且在大会不点名的批判，小组讨论时，余力承学习不够，仅知安慰病人，不阻碍“下乡”政策，而不顾及农村的政治影响，错误不可饶恕。老党员赵锡武接言，此事如彼遇之，必然亦犯，难道不给药而听其发病，或且阻碍其行，是否更增破坏政策之错误，两

者选择，我同意何大夫的选择。美中接言，何大夫发言深刻动人，这种情形如我遇到也要犯的，想同座医生(约近百人)不犯此错，即犯那错，遇到必定要犯错，则叫大夫都怎么做，所以何大夫的检讨是过分了。此事即此平息，再无人发言者。及今思之，五十年前的党员还能坚持正义，不是全以“迎合上意”为务者。所以赵、岳两位是我认为饶有骨气的同僚。

(三)烟波杳渺

七年前我为拙著《女科三书评按》写了一首律诗，中有句云“知春论古朝霞散，谐趣听荷玉露残”。这是回忆1959年我们五位同僚去西苑医院休养之事。五人者赵锡武、岳美中、钱伯煊、彭杰三(内外科所长)和我。五人是分居，故尚无夜谈之事。与赵、钱以午饭前后为多谈，而与岳则以晨。他来告我，脱下病装，换成便服，清晨由宿舍后门出，游毕即回，可不误早餐。医院与颐和园仅一站地，购了颐和园月票(大约每月才五角)，如搭一站公交车仅二三分耳。约定明日在何处会，先后不爽，知春亭在园门左方，临昆明湖，面对金牛与环孔桥(号金牛桥，亦称十八七孔桥，因水涨时则淹其一孔也)、龙王庙。我们以五时许去，斯时湖上水雾迷漫，不能见石舫、佛香阁，但烟波浩瀚，豁人心胸，开人眼目。共叹汤若士“烟波画船”四字，似雅而反俗，烟波中宜着扁舟篙笠，画船如无笙歌，已觉如淡水青山中着了一块金碧，有些玷污了。如此四顾茫茫，不着一片渣滓，空蒙如无物，犹如今日乘飞机在高空翱翔，除了白云还是白云，但是白云尚有成片成块者着了痕迹，这烟波真是仙佛享受，静静地飞鸟犹宿，白湛湛了无尘埃，浩浩无垠，平静得杳无声息，此时似乎耳目无所用，宛然也没有了。我曾去长城上看关外莽苍苍的积雪；又看过陶然亭枯柳池塘，一望皑白，不复能辨路径与池水屋瓦了。烟波之趣亦然，与美中常为拊掌狂笑，或喑然不落言诠。迨朝阳渐升，见金牛、见桥、见龙王庙，则我等归。有一俗而不俗的笑话，聊记之，以见两人之狂：园有新建之厕，挂“油漆未干”，美中日：尚有三日之香，不

可不照顾之。我们竟破门而作石崇之客云。

(四) “知春”论古

有一次，我们在亭上谈论学术，美中诚恳地说：你的思路阔宽敏捷，爱好尤广，音韵声律、戏剧弦管（尤其是七弦古琴，他说毕生没有听过看过此乐的演奏，是件憾事，希望我下次探亲要携琴回京，他愿做一次牛。可惜我因恐车上磕伤，终负我知音的故人了），小学训诂，诗文书画篆刻，似乎无不有些门道（皮毛而已），都是一探门径，即舍而之他，不肯深入，以成一家。医学也有同样的情况，上窥《灵素》，继研仲景，涉足隋唐，游泳宋元明清，似乎不能责以所不知，而知之不能尽，“杂学难精，专擅斯妙”，我希望你在女科和文献两方面着力，其余且搁在一边。这一席知己之言，出之肺腑，语语中的，使我顿开茅塞，怦怦心动，感极而额上有泚，如迷茫中得一捷径也。此话三十余年矣，犹铭于心瓣而不能忘。基本上以后我的工作，大都遵循此径，写成《中国历代医家传录》，收载二万数千人，《何氏历代医学丛书》42种、《历代无名医家验案》（含医著）千数百条，这是文献人物传记方面的；内科、女科著书八种等，杀青者约千万言，无从向美中咨询，褒我贬我且不计矣。又其他杂好一归于京剧，撰《京剧史料丛编》约二十种，京剧小生曲谱、身段谱十五种，正在陆续付梓，正是“专擅易为”、“良言佩绅”，可以慰益友于地下乎。

(五) “谐趣”听荷

“谐趣听荷玉露残”，谐趣园是清乾隆帝（弘历）完全模仿无锡寄畅园（清代）、松江醉日池的格局而筑。醉白池是明万历年间大书画家董其昌所设计，二三弯曲的湖池，前面是高高的土堆丘阜，耸以小亭，几株大树大概因泥土松疏而承载不起，变成横卧水面，倒别成一种景致；左边有高低蜿蜒的花墙，南面则是一长排行廊水榭，前有雕栏可以凭眺，后有墙花，可窥墙外芭蕉、丛竹之类，而其意不尽，占地不多，而饶有丘壑，可以流连。寄畅园似稍大，格局豁朗一些。谐趣园则很窄小，南面

似无雕栏，则轩畅而无余意，土山上有扇形小阁，则远望似是土地庙，不复可观矣。弘历之附庸风雅，胸中无丘壑，于此可见一斑。一般人穿园而过，不甚欣赏，而我则发现其妙趣在荷，花浓叶茂，我们去时即就池边石上弄水，以引鱼虾，出书观之，闲静无声，书味自浓。最佳意趣在荷叶承宿露，稍有微风，则叶倾而玉露泻，或仍积在下叶，或滴入池中，则鱼翔虾跃，小青蛙乱进，霎时间这一世界竟大乱了。耳闻露滴(有时一滴两滴，犹如更漏，亦妙)，眼观鱼戏，一时宠辱皆忘，不知石上人、手中书矣。少顷，静定如初，如此三五回，虽恋恋不舍，而须回院早食矣。此时我与美中人我两忘，都无言可说。

(六) 搜书

我们也常去海甸(亦称海淀)，距西苑两站路，此畅春园、圆明园盛时，清代一般官从人等宴乐之处，现看街道店铺格局也不小，想见当年的盛况。我残存的影印古医书，都是海淀得来的，女科木版也有些，及《图书集成》武英殿版的“艺术典”等，总量不少。我夺了他一部《三希堂法帖》，至今不安，容后述之。

(七) 又挨批了

我病愈出院后，西苑医院为我送到广安门医院，装有满满的一平板车书呢。说起如此远路不坐汽车而坐三轮车回去，由西苑医院经西直门、复兴门而到广安门，有几十里地呢。其中即有文章，记得美中等三位党员说有会议先走了。后来有人告我，有贴我“大字报”者，乃因每周为冶金部六位矽肺病员会诊，住在西苑医院。某天因事晚了些，回已近午了，我请研究生和司机在中苏友谊餐厅吃了一次“份饭”，大约每客一元钱吧，即此批我是糖衣炮弹。故“西苑”要用汽车送我回广安门时，如惊弓之鸟，自愿三轮车的颠簸了。回广安门则“反右、整风”运动开始了。我认为这次工作饭是因我诊病仔细而延误了时间，影响他们午餐，故请他们吃的，何糖衣及什么炮弹之有，置之不理，也不找人解说，也就不了了之了。

(八) 荷香与臭

还是追溯“西苑”的趣事：在医院前面广场的左边，尚存荷塘一大区，据云医院基地原是荷农种植的荷塘征用的，周围农民皆以种荷为生，以其水源从玉泉山而来(此水每日用大车进贡给皇上沏茶，味甘而厚，故玉泉山大米亦为贡品)，故荷香而藕甘，我傍晚常携书坐塘边，风来则闻荷香，无风则闻淤泥之气，不很好受。赵锡武患高血压心脏病、钱伯煊患足软，故皆不能出院走动，知我在荷塘边读书，亦常来谈笑，锡武豪爽耿直，有燕赵慷慨之风，与我诊室比邻，故极洽；伯煊苏州人，则乡音入耳，谦谦君子，与人无争，实在说应征千里之外，治病各有家法，各有宗派，亦必各有所长，不然，何以得当地卫生领导之荐，作为名医以入京耶。但北人(指有些人)好妒，南人亦何尝不有之(南北之区域，江、浙、沪、赣、皖、闽、鄂、湘，以至蜀、滇、两广，在北人皆称之为南方人，唯三省二市则又称之为华东人耳)。伯煊嗜酒，却在北京购不到好黄酒，我在西单东口找到王宝和酒赠之，彼大悦，亦常以家乡珍品相飨，且同应妇科，而不嫉忌，故气味最相投也。

我与锡武同组研究哮喘病，各带研究生一人，彼为正，又是党员，故开会多、会诊多，我则坐守科室多诊病耳。后彼改研急性传染病及小儿麻痹症，遂举我为组长。本来是室邻而相见频，彼亦常以午休来我宿舍闲谈，自此相见稀矣。今兹疗养三个月中，日相晤谈，赵乃旷达人也，于我无所讳，尝言同僚两事，至今记忆犹新：一是西南某名医，本二三流人物也，西南中医权威冉雪峰之言曰：我不知道该处有这样名医，相传为异。然夤缘中枢，竟由二级晋为一级，以后飞黄腾达，不可一世矣。其治温热也，锡武说他不是“迎头堵”，而是“跟着追”，故经其手治者，热入心包而昏迷为常事。上一年，北京市乙型脑炎猖獗，死亡率高，西医任其咎。此岁乃改中西医合作，此公以一级中医参加之，不久，死亡率加于去年，则“跟着追”之害也。卫生部乃要求换帅，锡武遂继其任，换回不少，死亡

遂锐减于去年。二是某医研究胆结石，金钱草早有卓效(吾研究矽肺，除用大量“消毒毒”药外，以四川鲜金钱草空运来京，煎汤日饮两碗，穆生沙氏检验，尿比重至 1.030 以上，经向全国矽肺会议作报告后，反响甚热烈)，乃摒而不用，却令日两服大黄，共 6 克，病人萎顿者多，而石不下。锡武之言曰：即使日服 6 克人参，恐也受不了。锡武坦率直言，与我相契如此。

某日，伯煊与女科研究生讲子烦症，争论不下，我以病理解之，此生“口服”而已。及至我与北京妇产医院合作研究妊娠中毒症，有病面红烦躁，辗转反侧而不眠，血压不高，定不上子痫诊断。我曰：此正子烦也，以清心莲子饮、清宫汤等治之而愈，此生乃表诚服，伯煊大为感动，常称我为“解围人”。此皆同住“西苑”时事，故连类及之。

(九) 书与吃

**搜书海淀意常如，捷足《三希》早属余，
空咽馋涎三五尺，谭家菜与鲫鱼。**

这首拙诗所述，只是书与吃两事，书的收获我比美中大，因为在海淀得了一平板车的书，虽均常品，却是实用物，如缩印的各种《素问》、《类经》、《产宝》、《千金方》、《外台秘要》、《诸病源候论》、《医学心悟》、《名医类案》，诸温热、伤寒书，及《中国医籍考》、《太平圣惠方》、《圣济总录》、精装本《四史》等，凡是这一期影印医书，几乎巨细不遗了。

乾隆初拓《三希堂法帖》四箱，是在海淀收书时美中告诉我的，这样好书。厂甸(通称琉璃厂)庆云堂堆了满架，又放到门口，竟无人要，又说书箱的铜拉手及两旁提手都是嵌入式，工细极了，民间工匠恐无此技术。每部 360 元，他囊中适空，没有买成，下次进城，必欲得之。我闻之心动，住院三个月出院，到厂甸访之，虽尚存数部，均属配套，故廉卖，否则非千元不办也。因找熟人张柳堂经理，得配套而完整无疵者。我原有上海有正书局石印者，线装而天地头无龙螭纹，此则龙螭俱全，且裱成折叠册，四黄杨木匣，大小如一，其本数厚薄不一者，

则下以小抽屉齐之，真具巧思。后来张柳堂愿以八百元向我收回，我没同意。然此爱书特失之浩劫，小抽屉中藏以先代医、诗小册廿余本，亦殃及池鱼矣。

待整风运动少休，问美中得《三希堂帖》否，则并杂配之本亦不可得矣。如早知其未得之懊丧，则我当求张经理为之代买，或可得。书之事，我两人各有所得，吃之事则徒流馋涎耳。咽涎至三五尺，决不至于如此，不过每讲吃必流涎，累积却也不少。诗人喜作夸大语，如“黄河之水天上来”，何尝来自天上，不过水接天耳。“恶竹斩千条”，可曾数过，不致多少一根否？“安得广厦千万间，尽庇天下寒士尽欢颜”，这是多么好的消息，但却是未经调查人数与分配的空想。诗人必须具此空想乃至讲夸大语，才觉引人入胜。且谈鲫鱼花鱼，我和他辩了多次，才知与南方鲫鱼不同，它是黑点、黄点、银点闪光，鱼鳞斑驳，煞是好看，与南方行将绝种之鲑鱼不同，肉细而肥，却无刺。美中说玉泉山周围必可求得之，只是无人肯为之。耿鉴庭家正在医院宿舍，若请其夫人代庖，维扬人必优为之，为此鱼议论多次，既得结论，而美中无从访得，这才是馋涎空咽耳。

(十)访古

畅春园、圆明园旧址，正是在西苑与海淀一区，我与美中在乱石堆中跋来跂往，不知几何次，总是水戏园大门的雕刻仅存(圆明园西洋水法等建筑，在 30 年代出版的《故宫周刊》里，每期刊一照片约 12 英寸，是工笔画的，国家有部分修复的计划，建筑家应当以《故宫周刊》为蓝图。但我于 1986 年去参观时，这样重要的资料都不复制展览，是否丢失，太可惜了)。有一处极长大似石屋的，高处还有小长方孔，不能恃以透光，似乎用以透空气，则为石牢乎，抑藏冰之窖，或是储藏室。我们虽仅四五十岁，却没勇气爬上去一探究竟。即使石狮怪兽亦无一完整者，忽发奇想，这十余户败壁颓垣的农民，其建房材料皆取之劫火之余，乃排户访问，希望见到一些珍品，如精雕的石础、门闾、小兽、石凳之类，不想除白眼相加外，无迹可

寻，正是：

圆明残阙尽嵒嵩，拨草披荆访老农，

败壁颓垣十几户，同光无论况乾隆。

真的，这些老农根本不知康熙筑此赏给雍正，也不知八国联军的侵略是什么回事了。但是畅春园、圆明园的一些残存的古建筑，却被他们零敲碎打的毁了，作为他们的基础墙脚。呜呼，无论大、中、小学，我国近代史可不讲乎？

(十一) “谭家菜”

关于“谭家菜”，倒还想起一些可笑的事，前记中医研究院有“雅座”（即用屏风分隔一下），不记在那次运动中撤了，我也携眷自食。而美中则又鱼贯而买菜如初、老大夫诊病多，常逾十二点钟，灶冷锅寒，饭与菜如冰块，如何下咽。据闻厨司稍发恻隐之心，给了一壶开水，还贴大字报呢。我吃病号饭，自备细面条和素油，因坐在账桌上吃，被贴大字报称为“特号饭”，厨司见我，一个个都溜了。幸有韦文贵作漂母，见另文。

有天我和夫人在中国饭店吃饭，随口询服务员，谭家菜鱼翅如何食法，他说十元钱一汤碗，二十元一饭碗，雅座可随便点，不必预定。闻之大喜，及归院，看到政治气氛高到捋毛伐骨，上纲上点，一下子可以提高到什么思想问题上，美中是党员，恐有不便，唉，叹了口气，我们两人就“空咽馋涎三五尺”吧！如涎多就不计，因六七、七八均不协诗律平仄了。

“谭家菜”令人歆羡如此，究竟如何精美呢？中国饭店原名六国饭店，顾名思义乃是外商办的，解放后修建了，改为中国饭店。“谭家”者原系谭延闿任国务总理时，穷奢极欲，唯酒食是务，搞出许多名菜，鱼翅是其一绝，成排者称为“排翅”。主人一饭碗，客皆一汤碗，以后又上一道散碎的什锦鱼翅，一般就叫“散翅”，这一席筵以此两翅为主，其余虽皆佳肴，贵客则食“排翅”而辞去矣。其后不仅颇多外间不能见之佳肴，即瓷器也皆明、清珍品，能增食欲且饱眼福也。故北京筵会有

一句名言，自“请你看看是什么窑”？因名瓷年款皆题在器底，请你看看，即是我要照单全收，涓滴不漏，而让对面看瓷底也(此语沪谚谓“照镜子”)。中国饭店聘得谭家旧庖人，故亦此驰名。这种双翅席，上海福州路及金陵东路的鸿云楼亦有之，不甚希罕，当然其质与味及瓷器，决不能望谭家的项背。今则视为珍品“难入寻常百姓”之口了。

记得在西苑医院养病时，领导决定我兼女科、资料两组，美中以高干会诊为主，兼资料组，吾副之，任实不经也。上班才半月，消化道又大出血，血止回南方休养，时在三年饥荒之余，北京尚无营养可供。粮票可以换鸡蛋，宿舍篱外农民云集。但打蛋不敢声响，因此时刘少奇优待知识分子政策尚未行也。知识分子配给分两等，物同而量则加半或倍之(猪肉、鸡蛋、黄豆、豆油、香油、白糖、香烟、茶叶、水果、点心等约有十余种)，在紧张而枵腹的工作者，得此补助，大是维系人心。后来在天桥等处开放了自由市场，这个补助制度就废了。我曾去观光(不敢曰购买)，因见小车呜呜而至，出来一位胖太太，把肉贩手中的一只大猪腿先抓在手中，向旁人说，这肉我包了，大概君子国之风，不予还价，即由太太付钱，司机双手取肉(云“双手”，见其肉之重也)，呼啸而去。旁人闲话，昨天还四十元，今天六十元了。我辈穷措大，鸡子也三四角一只，免得入宝山而空回，一元钱买了六根胡萝卜，蒸而食之，分外甜美。后来让三河县老妈子回去探亲，买些胡萝卜、鸡蛋，于是盘中除白菜以外，食有兼味，肴有兼色(红、黄、白)了。

我与美中在如此情况之下，鲫鱼已失踪，谭家菜之鱼翅求之可得，而敢去一品乎，增物议事小，挂上政治则大误矣。

红尘十丈始信真，血溢难支瘦骨磷，

无妨暂别宣南去，玉粒烹鲜且养身。

在我消化道出血到十余次之后，北地风燥，感到实在不相宜了，自秋逾冬唇裂出血，只能掩口葫芦，不能张口大笑，可知胃粘膜如何受得了，又加这时无处得营养，菜馆虽昂，总还

有价可遵，不是乱“斩”的，老妻出去要两个菜，几碗大米饭(北京大米配给那时是每月人仅一斤，颜惠庆来出席人大，以为是人日一斤，说到底首都供应好，及知月一斤，则舌咋不下矣)，也可度几天，但不是久长之计。有一病人家属，系食品店串街售货者，美职也，此人识我，每月辣肉酱、山楂酱、粗粉条之类，总给我留着，偶有虾皮则无上珍品矣，等我中午下班，则告我有货，即嘱保姆与之交易，此可谓不守法的殊遇。

故我病后因缺乏营养，难以恢复，领导支持我回上海，于是与美中、陈邦贤、钱伯煊皆鱼雁频传，其中唯美中笔札精良，对仗工稳，诗律铿锵，用典妥切，确是大家风范，惟书法似未重视，而几篇小正楷，却又直逼晋唐，整饬合度。前辈风仪，宛然可师(美中年长于余十五岁，虽同僚，其医与诗文，可为师法)，性情耿直，不苟言笑，与人交殊冷落，问答疏率，可令人意沮。若与我，则滔滔似无不可说之话，投分契合，他对批评赞赏之间，略无一分顾虑，但总以“返博涉为专一”相劝勉，记得在游颐和园昆明湖上宜春亭中的一席话，尤令我终身难忘，《论语》云“益者三友，友直、友谅、友多闻，益矣”，美中诚无愧为我有三益之诤友也。

(十二)遗札

美中手札尚劫存十余通，并诗数首，今摘录一些如下，因为文既可诵，诗亦隽雅，可以公之于同好及与美中相稔之人。

岳美中遗札之一，“……………大作曾浏览一过，于古诗、新诗之间别创一格，具见魄力(注一)。弟积习难除，作‘忆旧诗’一律呈郢政，老舍云‘歪诗怪字愧风流，忝系知己，故此献丑：‘旧游回忆瓮山前，病里维摩两可邻：北麓李花半山雪，西堤杨柳六桥烟(注二)，竹亭小坐香生袖，水阁长谈舌粲莲(注三)。记否漪园秋更好，来京盼及菊花天。’时希仁兄吟正，锄云(注四)岳美中未定草，辛丑榴月”(注五)。

注一：那是我在病榻对自己消化道出血病的病因、征兆——有预感、检验、治疗、康复等等，写成一个小集曰《病中吟》，

也谈及些戏剧。但手中无韵书可查，忽然由戏剧而悟出，借用“京剧十三辙”，比之一般诗韵(上平声 15 韵，下平声亦 15 韵，上声 30 韵，去声亦 30 韵，入声 17 韵，总凡 107 韵)，仅八分之一，省力多矣。程门雪师曾题我《病中吟》，中有句云“韵学十三辙，新诗破旧框；病犹添雅思，医更擅文章……”。今美中誉我“别创一格，具见魄力”，“破旧框”与“创一格”，破旧与创格，皆非我才能所及，自增羞愧耳。

注二：所谓李花半山雪，半山一白，应是颐和园一景，惜我养病于初夏，未见之。至于西堤六桥则在后园，是一般游迹不到处，但是美极了，六座桥应是乾隆仿杭州，栋楠翘峭，或浑然朴素。即以桥亭支柱的石兽言，或以狮身，或作雄狮猛顶状，或螭或象，象则或象臀或象鼻，大概龙之第六子名“赑屃”者，其性好水，多作为桥柱，一定在内，惜我们不认识它耳。各具恣态，汉白玉石亦增其光彩，虽不如芦沟桥之数百石狮花岗石粗雕之自然，然亭构各不同，或高拱须惴惴而登，或平坦如夷，或拾级而陟，形制迥异，此则杭州如须复古，当转而仿之。不要说唐李白、宋苏东坡之遗型，难道乾隆之古也不应复么？还有所谓“七里山塘”者，只是径直的石砌街道，在树荫中步行，似乎不到三里，据说乾隆来此游春时，宫女太监皆穿民服，在两旁设摊肆买物，都是造办处事先向苏州采购的，确是没有伪制的道地土产，乾隆也下辇与宫妃们买些东西，也算一乐。但苏州街早成废墟，也许两旁本无建筑物，乾隆游春时，临时搭建摊肆，倒是一如苏州的景象。我们去时石砌初平，坦荡荡地虽无胜可览，却也略有古味。

注三：这是指昆明湖边知春亭两人论心之事，是最堪回忆者。吾 1984 年向中医研究院捐献时，提出特别要游颐和园，在知春亭和谐趣园中徘徊按寻甚久，不但人亡物在，有怆然腹痛之慨，究竟我们两人每天在此留连凝停有三个月之久，而且敞豁心扉，无话隐忍。例如我在准备住院休养之先，韦文贵借给《共产党宣言》等入党必读之书，又开了几本书名，说党向

我开门，作为本院医学承上启下之桥梁人，五个党委均已通过，等我休养回来提出申请，即可批准，好自为之。及至西苑医院疗养，赵锡武首先提出，他与美中作介绍人，故与美中交谈，我常说非无产阶级思想太多，恐一时去之不尽，况玩好又多，体质更弱，恐不能当多走一步，多挑一担的工作，彼时受到批评，则对不起党的。锡武是无产阶级，乃北京中医界第一人入党者，美中是资产阶级，乃中医研究院第一人入党者，此事我早已闻知。美中坦然告我在唐山开生药铺格局不小，在那个地方，定息有几万元，他入党后没有领，全交了党费，裘皮衣服甚多，还有海龙大衣呢。而我这些唱机、照相机、猢猻孙大衣算得什么，劝我不要顾忌。思想问题，入党后再改造么。闻之似觉有悟，某次与党委同登佛香阁时，我记韦文贵之言，可向领导透露申请之意，乃重复与美中之语(非无产阶级思想太多啊，改造得不够啊等)，不想领导答言：那不要紧，改造好了再申请也可以。这就正中下怀，我们知识分子的思想问题，要谈到改造“好”了，谈何容易，在某一事上表现很“好”，在某一事上又冒出来了，时时批评检讨，何其烦也。况知识分子脸皮薄，恐太羞红了也不好，我拿领导之言告与韦、岳、赵三位，他们都认为这领导改变了党委的决议，挫伤了作为“桥梁”的积极心，也改变了嘱托三位同僚对我的动员。事后，这位领导来我家谈了许多重视我为老年与青年之间桥梁啊，研究生对我的佩服啊，好好养病，重任在后啊，种种慰藉，我则稳坐钓鱼船而不下钩，甘为门外汉了。“事后诸葛亮”，彼时若申请，经过浩劫，今日不知如何结局呢，这也是美中与我无话不谈的内容之一。

注四：美中名钟秀，号锄云室主人，河北滦县人(1900～1982年)。可能生于滦县，而商业在唐山，他的说话也是带尾音的唐山乡音。

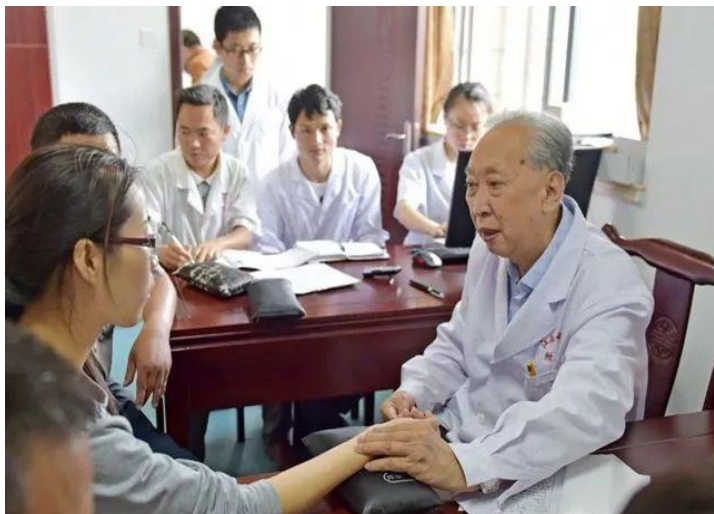
注五：“未定草”或作“甫草”。均是未定稿的谦辞，作为初稿，尚待推敲，前辈何等谦虚。此信写于1961年阴历五月。

美中的前事，我们闲中未曾提及，惟艰苦朴素，则至老不变，记得我们在颐和园谈及入党事，我诧他既属资方，何以能纳，他说我的资产还不小呢，每年定息八万元，已全缴党费。我则自衡，资产阶级思想挺浓，爱照相、录音、文玩，近又新制了獭皮领大衣。他大笑曰：这都是生活问题，毫无关系，思想问题为第一，也可以逐步改造的。他慰我说：他有海龙大衣压在箱底。他的处理想法，是他日卖了交党费，没有思想问题，他开的生药铺局而不小，以他比我，叫我不必顾虑。老友谆谆厚意，令人感动如此。

炳烛之明勤学术，韬光敛彩起沉疴

——国医大师伍炳彩的故事

编者按：观看 b 站伍炳彩国医大师《金匱要略》专题讲座视频，老先生言语铿锵，中气十足，虽然一口江西吉安方言，好在有字幕，不难听懂。看先生的讲座，不只是折服其学养深厚、观点独到、临床经验丰富；更启人思考的是老先生的题外话：臧否人物、吐槽时风、人生态度，治学方法。教书育人，老先生早得课程思政风气之先。



初读国医大师伍炳彩，他的故事似乎平淡无奇。他在一所院校度过了大半辈子，按部就班地读书、从业、生子，每天教书、看病、做研究，日子平淡得像一杯白开水。

可细细品来，却发现他的人生虽无波澜壮阔，却温润绵长，温暖人心。

总是在南昌早晨的 7 路公交上，看见一位老者扶着栏杆去

医院上班的身影；总是在阳光倾泻的午后，看见他写下一张又一张加号单；总是在寂寂人定初的灯下，看见他研读著作、思索问题时愁眉紧锁的神情。

从医之路，伍炳彩一走就是五十多年。他痴迷经典，活用经方，擅长用金匱理论方法辨治疾病，屡起沉痾，同时又坚持古为今用，阐发新理，创立了五脏相关为基础的疑难杂病诊疗体系。如今已近耄耋之年的伍炳彩仍坚持在江西中医药大学附属医院出诊，这里的方寸诊台，凝聚着他对中医的半世深情。

伍炳彩的童年是灰色的，一如他出生的那个年代。

1940年正值日寇入侵之时，伍炳彩出生在江西省吉安县北源乡的南源村。在他出生前，其母就因青光眼而暴盲，八岁时，其父又不幸去世。倾巢之雏，是伍炳彩对自己童年的描述。

解放后，伍家分得几亩田地，生计渐宽，伍炳彩才有了读书的机会。但依靠国家助学金生活、求学的他，常常会囊中羞涩。

“那个时候，助学金是一个月4块8，而学校的伙食费要交7块5，我交不起多的部分，学校每周就会停我一天的伙食。在城里工作的堂兄偶尔会接济我一下，但我还是经常挨饿。”伍炳彩回忆说。

贫穷冲击着少年伍炳彩的自尊心，饥饿折磨着他的身体。在长期的困顿下，高中毕业体检时，伍炳彩被查出患有高血压。高压140，低压90虽然只是诊断高血压的一个临界值，但出现在一个青年学生身上还是让医生觉得不可思议，她反复测了好几次。

“由于高血压，我的专业选择受到了限制，我思来想去，最后决定学习中医，一方面为我母亲，一方面也为我自己。”抱着朴素的想法，1960年，20岁的伍炳彩走进了江西中医学院（现江西中医药大学），开始了求学之路。尽管大学期间能够填饱肚子，但伍炳彩的生活依旧窘迫。

“我记得从市里回县城的车票是7毛钱，我买不起，放假

都是走路回家，早上 7 点出门，下午 3 点才能到家，要走 60 多里山路。”伍炳彩说，为了贴补读书的用度，他多方打听，谋到了一份在江边码头替人扛米箱的工作，一个米箱百余斤，瘦弱的他和工友合力抬，从早扛到晚，一天可以有 2 块钱的工钱。生活的困苦，造就了他吃苦耐劳、坚韧不拔的意志品格。

大学时代的他从未荒废过一天，在他眼里，中医知识宝库浩渺如烟海，几辈子也读不完，所以他格外珍惜大学时光，刻苦研读。他没有闲钱和时间与友人娱乐嬉戏，只把所有的时间都用在读书上。他知道，只有依靠扎实的专业基础，才能治好别人的病痛。《难经》《伤寒论》《金匱要略》等中医经典古籍反复钻研，单是一部《金匱要略》，他就翻烂了好几本。《汤头歌诀》背得滚瓜烂熟，至今仍能朗朗上口。

“四伢子要回来了！”在伍炳彩读书期间，每逢寒暑假，他的老家南源村都会风传这个消息。村民们口中的“四伢子”不是别人，正是伍炳彩。伍炳彩在家中排行老四，按老家的叫法就是“四伢子”。时至今日，每当听到他要回家的消息，村里人都开始张罗着带家人看病。

事情得从 1961 年夏天说起，这个夏天，伍炳彩背了一大摞书回老家过暑假。一日深夜，一阵急促的敲门声让伍炳彩从睡梦中惊醒。邻居吴大娘的孙子突发急病，高烧不退，可村子离最近的卫生院也有十几里山路，吴大娘想到了学中医的伍炳彩。伍炳彩二话不说就出门给孩子看病，他发现孩子咳嗽气喘，喉间有痰鸣，应该是风寒郁而化热，于是以麻杏石甘汤为基础方开了一帖药，没想到效果立竿见影，仅一包药下来，孩子的高热就退下去了。

一包“救命药”的故事很快就在这个只有一百余户人的小村庄里传开了，甚至传的有些离谱了。“四伢子看病好厉害，一包药能治好多病！”“四伢子在外面得到了高人指点，什么病都能治！”

与传言一起登门的，还有村里朴实的村民，他们或有多年

陈疾，或有新发急病，都抱着试一试的心态，找伍炳彩给他们医治。尽管只学了一年中医理论，面对接踵而来的患者，伍炳彩丝毫不怯场，不收钱，不拒诊，认认真真给每位村民看病。

“只要他们信得过我，我就给他们看”。本着乡亲间最质朴的一份信任，伍炳彩开始在村里行医。这是伍炳彩最早的临证经历，也是他最感恩和珍视的一段时光。自此以后，伍炳彩每个假期回家，都会为村民们免费看病。周边的村子有人慕名而来，他也从不拒绝，无论白天黑夜，他不厌其烦，只要有人登门求诊，他就认真诊治。每每遇到困惑之处，他就回过头来在书本中寻找解决方案。学生时代和毕业后下放在乡村的临证经历让他积累了大量的实践经验，和同期的理论学习相得益彰，为他筑牢了基础。

从江西中医学院毕业后，伍炳彩留校任教，从事教学和临床工作。

“伍炳彩的最大特点就是善于学习别人的长处，为他所用”。这是伍炳彩业师、江西省中医泰斗姚荷生对他的评价。

在伍炳彩读大三期间，姚荷生就曾在中医内科学的课堂上授过课，给伍炳彩留下了深刻的印象。从江西中医学院毕业后，伍炳彩留校任教。几年后，伍炳彩得到了临床跟师的机会，让他意想不到的是，他的师父就是姚荷生。

伍炳彩拜师时，自己已经是临床和教学的骨干力量，工作任务十分繁重。但为了能够有更多的学习机会，伍炳彩总是事先打听好老师的出诊时间，想尽办法与同事换班，跟着老师出诊抄方。如果遇上住院查房，伍炳彩就早早起床赶到病房去等待其他医生，查完房的第一时间就飞奔到老师的诊室。老师切过的脉，他会再切一遍，对照老师对脉象的描述默默体会。

“如果说我现在对脉学有所成就的话，那全得益于姚老的点拨。”伍炳彩说。在姚荷生的弟子中，伍炳彩是他关注最多、最为信赖的一个。有一日，姚荷生叫了自己四五个弟子到跟前，让他们轮流为一个患者切脉，并将脉象和相应的药方写在一张

纸上，最后与自己写的进行比照。最后，只有伍炳彩写的病案和姚荷生的最为接近，二人的判断都是弦脉，主张从肝入手调理。

“老师对我的耳提面命和谆谆恳恳，现在回想起来，亲炙之谊，言犹在耳。他教我四诊的方法，细致周详，尤其对脉诊的指点，更是费尽心机，几乎把他所有的感悟体认毫无保留地传授给了我。”伍炳彩说。

在伍炳彩的记忆里，姚荷生对待学生十分严厉，很少有夸奖的言辞。他第一次听见姚荷生夸奖自己，是恩师的一次意外登门造访。

这天，姚荷生来到伍炳彩家，打开他的书柜时，发现书柜里满满当当都是中医经典古籍和当代中医大家的著作，十分欣慰。

“你这个孩子肯学、肯吃苦，心肠又好，将来定能成才。”合上书柜，姚荷生回头对伍炳彩说。这番话也让伍炳彩又惊又喜。

在之后的从业生涯中，他牢记姚老的话，学习和总结贯穿始终。

上世纪 70 年代，他手抄了姚国美的《病理学》和《诊断治疗学》，受益良多。后来人民卫生出版社《蒲辅周医疗经验》《蒲辅周医案》出版，他立即买来，爱不释手。诸如施今墨、岳美中、赵锡武，稍后则有焦树德、刘渡舟等名家的著作，甫一上市，置案头，一册在手，寝食俱忘。每逢出差有空闲时，伍炳彩绝不会游山玩水，赏玩美景，而是一头扎进当地的新华书店，翻阅当地有关中医的出版物。

时刻保持学习的精神，时刻积极地吸收新鲜的知识，是伍炳彩多年的习惯，也是他从授业恩师那里学到的谦卑、勤勉的态度。

“我前天在电视上见到一位中医专家讲手诊，讲得很不错，你在网上搜搜有没有他的书卖，帮我买一本吧。”中午 1 点多，

国医大师伍炳彩结束了上午的诊务，他抿了口早上倒的水，发现早就凉了，便放下杯子靠在椅背上休息，忽然想起看过的一档养生节目，便跟正在收拾背包的外孙孙礼强说到。

“我是国医大师，但我不是神医，我还有很多病看不好，必须不断补充知识。”在他眼里，学习中医，不仅要向古人学，精通古籍，还要向今人学，读时贤的著作。已近耄耋之年的伍炳彩仍然保持着这份谦卑的心态，在学习中不断精进医术。

江西中医药大学的老门诊楼三楼，如今已成为国医堂。上了楼梯右转走到尽头，便是伍炳彩的诊室。在这间狭小的诊室里，总有八九个学生和四五个患者，屋子里挤满了人。可无论室内如何嘈杂，只要伍炳彩的指尖触碰到患者的脉搏，他的世界就静下来了。

“喝水多么？”“喜欢喝冷水热水？”“口干、口苦吗？”“觉得头晕吗？”“吃饭怎么样？”“大便干么？”“胸口闷不闷？”……伍炳彩为病人的诊脉时间通常需要 5 分钟以上，问诊也十分细致，有时会因为问诊信息的补充或变化，再反复把脉几次。

“中医四诊，问诊列第三，称之为‘工’，工者细也。问诊的关键就在于详尽细致，深入周到。”伍炳彩说。

脉诊虽为四诊之末，却是中医看家的本领。伍炳彩穷研脉法，精于脉诊，尤以生死危脉辨识著称，凭着“起手知表里，定手判虚实”的扎实功底，赢得了江西“凭脉辨证第一人”的美誉。曾经有一位上消化道大出血的病人，在西医治疗止血稳定后，请伍炳彩去开中药调理，但诊脉后发现病人脉数而乱，躁动不静，伍炳彩心说不妙，预计还可能会大出血，提醒家人要高度警惕。没过一天，病人又一次大出血，幸而家人有所准备，病人经抢救而脱险。

在医院，他还有一个更为人熟知的称号：“加号医生”。

多年来，伍炳彩总是加号加到误了午饭，学生们劝他回家，可他总说：“我是农村出来的，我知道这些人的难处。”每每看

到有外地来的求医者，无论多晚，伍炳彩一定会给人加号看病。

伍炳彩一周出诊四个上午，长期的久坐让他患上了静脉炎。他的妻子彭六姑也多次相劝，希望他能够停止出诊，在家陪伴家人，颐养天年。可伍炳彩始终放不下病人，放不下中医。

伍炳彩的坚持，也是想捍卫中医的尊严。近来，“获得感”一词很火。当被问及什么时候获得感最强，他说的是“去西医那里会诊时。”

这简单的一句话，包含着伍炳彩对中医的信任和感情，也是他对自己中医技艺的最好诠释。

“今年8月，我接诊了一个高烧不退的小女孩，西医已诊断为病毒感染，可是怎么治都治不好，花了六七万。我给她开了一帖药，67块钱就让她的烧退了，我觉得特别开心，每次会诊，治好了西医没治好的病，我就感觉为咱们中医争了口气。”

“为中医争口气”，这句听上去甚至有些孩子气的话，是支撑伍炳彩年近80高龄还坚持出诊的动力。

“我刻苦钻研，用心治病，不乱开检查单，不开大方贵方，不是为了自己的美誉，而是想捍卫咱们中医人的尊严。我想让患者知道，有些西医解决不了的病咱们中医能治，而且花费不多。”

他认为，当务之急，中医的责任是提高临床诊疗水平，拿出过硬的临床功夫来，让人们重新了解中医，认识中医，信赖中医。

对待病患，他言辞恳切，对待工作，他踏实勤谨。而谈及自己的家庭，这位老人露出了愧疚之色：“这么多年了，我最亏欠的就是我的夫人。”说起对妻子的愧疚之情，伍炳彩似乎怎么也不够，“她是个温柔贤惠，心地纯良的人。年轻的时候我工作太忙，几乎顾不上家里，现在我年纪大了还在工作，也没有好好陪她……”

他早已经将医院当成了自己的家，将救济苍生当作自己一生为之奋斗的事业。因为童年的苦难，伍炳彩对病患有着惺惺

相惜的情感，想患者之所想，急患者之所急，塑造了他悲天悯人、同情弱者的高尚情怀。

“挂号费从 30 涨到 200，我真替他们心疼”，伍炳彩长叹一口气，“江西本就是欠发达地区，我的病人很多都不富裕，200 块一个号他们怎么负担得起……”被评为国医大师后，为了涨挂号费的问题，伍炳彩和院方经历了好几轮“谈判”。身边也不乏有人劝他涨到 500 甚至 1000。

在北京、上海等发达城市，200 元的挂号费可能只是一个普通专家特需号的费用。但是在江西，一个 2016 年农村居民月平均可支配收入只有 1011 元的省份，几百元的支出对一个农民家庭也是沉重负担。伍炳彩深知这一点，所以一再坚持少涨价。

对待自己的生活，他十分简朴。无论他经历了多少沉浮，获得了多高的荣誉，始终都怀揣着一颗从农民家庭走出来的心。他不抽烟，不喝酒，也不爱喝茶，唯一的爱好就是看书；他身上穿着路边小店淘来的条纹衬衫，领口微微有些褪色；他习惯去江西省公安厅附近的一家小理发店理发，因为那里的价格最为公道。

被评为国医大师后，众多社会办医机构向他伸出橄榄枝。“在公立医院看病，对患者来说是最划算的。医院的药便宜，他们还能报销一部分。再说我有吃有穿温饱不愁，外面出再高的价我也不去。”说完这句话，伍炳彩抬起了头，凝视着诊室的白墙。

他的儿子，江西中医药大学附属医院心血管病科主任中医医师伍建光知道，他是舍不得这里。从 1960 年进入江西中医学院读书起，除了下放的那几年，伍炳彩就再也没有离开过这间诊室。读书、执教、从医，五十多年的时光白驹过隙，可眷眷深情却扎根于此。

这间诊室，见证了他从一个懵懂的初学者，到成才的全过程，这里有他关于青春和奋斗的全部记忆，这里，是他作为一

个江西中医药人一生的坚守。离开医院坐诊，是他不能接受的。

“今天早上我还帮伍老拒绝了一个。”伍炳彩的学生告诉记者。“这阵子好多人都给伍老打电话请他到院外坐诊，说什么伍老都不肯去。”

“江西人民养育了我，成就了我，我是不会离开江西的。”听见学生说话，似乎又想起了什么，收回了眼神喃喃地说道，“早上的电话是外省一家医院打来的，开出的条件也蛮好，但我是绝对不去的。”当别人用“大医精诚”来称赞他，伍炳彩总是觉得十分惶恐：“我只是心善，谈不上大医情怀。”

如今的伍炳彩已是满头白霜，同辈们都已垂垂老矣，再也无人唤他一声“四伢子”，面前的医案堆积如山。行医五十余年，他内心对中医的爱依然炽热，一如他五十多年前第一次将手指搭在患者的腕间时，心中那番澎湃。他依旧爱看书，爱看病，还如同初入行时那般倔强：“要为中医争口气！”

阅尽千帆，归来时，他仍是少年。

金针妙术愈顽疾——红色针灸学家治愈国家副主席董必武三叉神经痛的故事

1966年1月初，董必武副主席在广州突发老病三叉神经痛，剧痛难忍，饮食不下，夜间难以入睡。

1月4日，七八名全国最有名望的神经内、外科专家云集羊城，针灸专家朱璉也奉命应邀从南宁飞到广州。会诊时，众专家在对董老的病情进行研究讨论期间，朱璉为解除董老目前的痛苦，即开始对其实施针灸治疗。

其他专家都好奇地看着这些似曾相识却又无缘使用的陌生家伙，默默不语，定睛细看。

然而，令所有人万分不解的是，朱璉并没有针灸董老右侧面部三叉神经发生疼痛的部位，也不从其附近入手，而是在一个离此比较远的位置选取穴位进针。

朱璉在偶尔的一瞥之间见到他们的诧异眼神，趁着进针的间隙便解释说，这是从远端取穴治疗，就好比围剿一大批武装力量及战斗力都极强的土匪，首先不要攻击其核心部位，而是从周遭的薄弱环节处开始进击，一步一步地深入、接近，逐步缩小包围圈。

因为此时朱璉在会诊中，已经通过详细检查、病史了解、与董老主管医生交流以及自己把脉问诊等一系列规范性诊断，比较详尽地掌握了董老的病情。为董老拟定了一个十六字治疗方针：清理外感，排除积便，调理肠胃，解除疲劳（包括排除三叉神经紧张）。

1月5日，专家会诊的上午，朱璉即开始按照诊断对董老实施针灸治疗。次日一觉醒来，董老感觉自己的三叉神经虽仍然疼痛，但已有所减轻，能略张开嘴巴，当日再次针灸完，便可张嘴进食说话了！

到1月7日,董老已经能够正常饮食、讲话并行走自如了,朱璉交代他要注意休息,谨防复发,但董老并未听进,仍加班工作到深夜。

至1月8日,董老的三叉神经痛又发作得更厉害了,其他几位专家给出用手术一道切断的方法与用无水酒精封闭法治疗,一番取舍后,决定选用无水酒精注射封闭法。

在封闭过后的两三天内,暂时控制了疼痛,但偶尔的钝痛仍隐隐约约地时来时去,而且封闭处还发现局部肿起,嘴巴不能咀嚼进食,而后几天疼痛愈加剧烈,就在众人尚未最终作出重大决定的犹豫时段里,于是董老在稿纸上写道:“还是请朱璉同志用针灸来治疗之。”

朱璉继续使用前法,每天给董老做针灸,一连医治了二十余日,董老病好后,董老两次激情赋诗,《赠朱璉同志》、《又赠朱璉同志》:

《赠朱璉同志》

余久患三岔神经痛,剧发已二次矣。入今年又发,时在广州,请南宁市副市长朱璉同志为余针灸,二十余日而病愈。其间陶希晋同志常自南宁来电话询问治疗情况。陶朱夫妇深情妙计,均可感也,为诗纪之。老顽生病亦称顽,千里深情电话传。顽病应当顽法治,毛公耐字我知先。金针控制第三支,二岔功能有异歧。唇吻龇张难自在,齿龈舌颚失调司。三岔神经皆服贴,口腔面颊已如常。埋针先后逾旬日,艾灸相资亦异方。一月将完病榻过,幸同针灸共消磨。累年痼疾从兹愈,毫矣安听国际歌。

《又赠朱璉同志》

万里传针灸,能人遍市乡。
随身带工具,行篋即药囊。
大众皆称便,孤贫更不忘。
我邦古医术,赖尔好宣扬。

朱琏，（1909～1978，女，江苏溧阳人。石家庄第一位女共产党员；参与建立了石家庄最早的地下市委机关；创建了中国第一个针灸研究所和第一所针灸大学；撰写了新中国第一部针灸专著——《新针灸学》；多次受到毛主席和周总理的接见；用自己的一生书写了不忘初心，牢记使命）。

董必武赠诗

赠朱琏同志

余久患三叉神经痛，剧发已
入今年夏，在时三厦门，请
朱琏同志来，速治之，余针
灸二十余次，而病愈。其
间陶希晋同志常自南宁来电话询问
治疗状况。陶朱夫妇深情妙技，
均可感也，为诗记之。

老顽生病亦称顽，
千里深情电话传。
顽病应当顽法治，
毛公耐字我知先。
金针控制第二叉，
二叉功能有异歧。
唇吻龛张难自在，
齿龈舌强失调司。
三叉神经痛皆服贴，
口腔面颊已如常。
埋针先后逾旬日，
艾灸相资亦异方。
一月将完病榻过，
幸同针灸共消磨。
累年痼疾从兹愈，
耄矣安听国际歌。

董必武
一九六六年一月卅日

赠朱琏同志

余久患三叉神经痛，剧发已
二次矣。入今年又发，时在广
州，请南宁市副市长朱琏同志为
余针灸，二十余日而病愈。其间
陶希晋同志常自南宁来电话询问
治疗状况。陶朱夫妇深情妙技，
均可感也，为诗记之。

老顽生病亦称顽，
千里深情电话传。
顽病应当顽法治，
毛公耐字我知先。
金针控制第二叉，
二叉功能有异歧。
唇吻龛张难自在，
齿龈舌强失调司。
三叉神经痛皆服贴，
口腔面颊已如常。
埋针先后逾旬日，
艾灸相资亦异方。
一月将完病榻过，
幸同针灸共消磨。
累年痼疾从兹愈，
耄矣安听国际歌。

董必武
一九六六年一月卅日

老克勒斯 医学大师 交响乐团小提琴首席



一副金丝边眼镜，镜片一尘不染；一身裁剪考究的西装革履，衬衫领带笔挺，随着精制的手杖在医院楼道的木质地板上“笃笃”声响，同事们看到了那熟悉和蔼的笑容——是的，这就是黄铭新教授，人称“老克勒斯”。在上海方言中，“老克勒斯”比“老克勒”更高一个层次，指那些出身于名门世家、受过“洋化”教育，又拥有社会地位的人物。比如黄铭新，当然，这是个与众不同的“老克勒斯”。

黄铭新他们在深入疫区搞科研时，很快发现患者心脏骤停，并非锑剂直接作用于心肌，而是与锑剂抑制了大脑皮质，引起迷走神经功能亢进有关；用阿托品药物就能抑制迷走神经的功能亢进。这一研究结果，挽救了数以百计的生命。经新华社第一时间报道，立即引起国内外医学界轰动。患者猝死之谜终于解开！在更多时候，黄铭新诊断之准确，每每几乎与开刀后的结论完全一致。

1982年1月中旬，新民晚报复刊不久，《夜光杯》准备发表一组“十日谈”，怀念一批在“文革”中去世的文化界人士。责任编辑受命去向陆诒约稿时，陆先生动情地说起一个小插曲：他不久前去北京开会，同行的医学专家黄铭新一眼发现他的手指有异常，建议他拍胸片。经拍片诊断，他肺部果然长了个肿瘤，很快接受了手术。他惊叹黄铭新的“火眼金睛”。哪里有

“火眼金睛”？就是好读书、多积累而已，黄铭新这样解释。

早在宾夕法尼亚大学留学时，他养成了及时了解世界医学科学最新动态的习惯。他的案头总是书籍文献簇拥。进入仁济医院后，他勤于诊治、发奋著述。由他主编的《内科理论与实践》《内科治疗学》都是国内医界的重量级著作。他成了中国内科学的奠基人，还相继在仁济医院创建了心血管学科、风湿病学科、血液学科、肾脏病学科、老年病学科、消化学科。

黄铭新还曾经以上海交响乐团首席小提琴手身份登场演出。上世纪 80 年代，他在仁济医院担任内科教研室主任，有时还将小提琴带进课堂，将医学理论与音乐知识结合。他以音乐节拍、节奏来模拟心脏各种病理杂音的变化，高超的演奏技巧把这一切演绎得惟妙惟肖，同学们不时发出阵阵笑声和掌声。

同样，他笔下的油画栩栩如生；他喜好金石，刻得一手好印章……他说，他的很多医术灵感，就是在艺术中产生的。

耄耋之年的黄铭新功成名就，早已成为国内外一代医学大师，他依然神情淡定、和蔼；每当为中外患者诊治，每逢为博士研究生讲课，他依然西装笔挺、镜片一尘不染；依然斯文儒雅、风度翩翩……称他“老克勒斯”，还真传神。

做人 做事 做学问

裘法祖

我毕业从医已经 67 年了，我常扪心自问，杏林行走 67 载，是否让每一个经过我诊治的病人感到温暖，是否做到了想病人之所想，急病人之所急，我深感自己做得还远远不够。在我 67 年的外科生涯中，我悟出了一个道理，就是：做一个医生不难，做一个好医生很难，永远做一个好医生更难。早年读春秋《左传》时，记得有一句话：“太上立德，其次立功，其次立言。”立德就是做人，立功就是做事，立言就是做学问。我们做医生的，是做学问的。但是做人是最起码的要求。因此我常常思索如何做人、做事和做学问的道理。

一、如何做人

如何做人？这个问题很难回答，只能自己去感悟、去思考。年前我读了两篇文章，一篇是周恩来总理的外交秘书李慎之先生写的：《做学问首先要做人》；另一篇是二年前去世的北京积水潭医院外科韦加宁医生的讲稿：《最重要的是做人》。两篇文章读后感受甚深，思考了好久，更感到要做一个医生，一个好医生，首先应做一个好人。什么是好人，就是要诚实、正直，要谦虚、本分，要关心别人胜于关心自己，要成为一个胸襟开阔的人。

第一，要做诚实的人。三年前我遇到两件事情，使我很不平静。一件是我院的一位硕士研究生，带着一封倍加称赞的推荐信去我母校上海同济大学附属同济医院就职。但他工作甚差，表现不好，一查询那封推荐信是假的，是他自己写的。当然，他也就此被辞退。另一件是某院的一位医生。在德国进修后写了一篇文章，2003 年投入我院院刊(英文版)发表。论文的第一作者是他本人，另两位是德国人(导师和一位医生)。由于投稿时附有这两位德国人同意发表的信，当然，我院院刊编辑部就

刊出了。2004年，被这两位德国作者发现了，不同意他发表此论文，因为研究工作不是他一个人做的。我们再查询，发现这两封德国作者同意发表的信是假的，是他自己写的，并代签了名。后来德国作者坚持要他以英文、德文两种文字在我院院刊(英文版)公开道歉，并要求取消此论文。中国有句老话：要想人不知，除非己莫为。做了不诚实的事，迟早会出问题的。

我在2004年11月15日《人民日报》读到一篇短评：著名物理学家、诺贝尔奖获得者丁肇中在南航作学术报告时，有同学提了三个问题，丁肇中说了三个“不知道”，所谓“三问三不知”，这让在场的所有同学意外，但却赢得全场热烈的掌声。还有，世界三大男高音之一，帕瓦罗蒂在一个大型演唱会进行到高潮之际，突然停顿下来。当时举座哗然，帕瓦罗蒂却坦诚地说自己忘记了歌词，请大家原谅，结果全场爆发出热烈的掌声。古语有云：“知之为知之，不知为不知，是知也”。知道就是知道，不知道就是不知道，这种坦然和诚实，是每个医生或每个科学家应该具备的、不可或缺的品德。我一直认为，最老实、最诚实的人，是最聪明的人。

第二，要做谦虚的人。有的人从国外学成归来，并获得博士学位，我相信他在某个专业的某个领域做了很多有成效的工作。但他在其他方面缺少知识，比如说临床处理不同病情的病人方面，还需要多多请教别人。孔夫子有句话：三人行，必有我师。还有句话：不耻下问。我已93岁，对计算机、纳米技术、细胞因子、基因等新技术、新理论都不太懂了，我总是请教我的研究生，我并没有因此掉面子，相反，他们更加尊重我。现在，有的年轻人学成回国，自以为高人一等，遇到有点不愉快或目的未达到，就拿架子，甚至扬言要走人，这是极不可取的。做了一个外科医生，或获得了一个博士学位，不要以为高人一等了。想一想，一个司机、一个电工，如果他们有机遇学医，也会成为一个很好的外科医生。

第三，要尊重他人，尊敬老师。尊重人是相互的，要想别

人尊重你，你就必须先尊重别人。要尊敬老师，理由很简单，因为每一个人都要老的，你不尊敬你的老师，等你老了，你的学生也不会尊敬你的。韦加宁医生在他写的《最重要的是做人》文中说：每一个医生都有他光辉灿烂的事业顶峰，也都会有他衰老退休的时期。如何对待退休的老师？他们已无力和你争什么，至少在你的心底，应该给他留一块尊重的领地。这句话是何等深刻，何等高尚！

第四，要做能容人的人。要团结人，尤其是团结与自己不同意见的人，要能原谅别人不足的地方。要胸襟开阔，与人为善，特别是做了一个科室领导或上级医生，更要注意做到这一点。

学术大家季羨林先生最近提出要“自我的和谐”，也就是如何正确处理自我与社会(周围人群)的关系，如何对待荣誉、对待挫折和对待困难。我认为“自我的和谐”非常重要，如何在心理上和精神上做到“自我的和谐”，值得我们深深地去理解、去思考。

二、如何做事

这里说的做事，就是应该如何做医生，特别是做外科医生。1939年，我在德国慕尼黑大学附属医院开始了我的外科生涯。在我做外科工作一年以后，我的导师才允许我做第一个阑尾炎手术。记得我做第三个阑尾切除手术时，病人是一位中年妇女，手术后第五天这位女病人突然死去。尽管尸体解剖没有发现手术方面有什么问题，但我的导师盯住我的目光严肃而冷峻。他对我说：“她(死者)是一个四个孩子的妈妈！”67年前的这一句话深深地印在我的记忆中，始终在教育我，并影响我67年外科生涯中的作风和态度。1947年，我远渡重洋回国从医，在上海工作时，一位女教师来就诊。10年前她有过一次剖腹手术，从此常发生消化不良、便秘，还经常腹痛。我反复检查她的腹部(当时还没有超声检查)，摸到一个成人拳头大的包块，决定为她做手术。打开腹腔后的所见使我大吃一惊，原来是一条手

术用的布巾，上面还印有“美国海军(U.S Navy)”字样(二战后剩余物质)，缩成一团，被肠襻牢牢包裹着。这异物在腹腔留置竟达 10 年之久！这位女教师在恢复健康后亲笔书写了一张横幅：“生枯起朽”，非常高兴地送给我。当然，这样的事件虽属罕见，但也说明了一个问题，那就是医生在工作中只要有一点疏忽，就会造成病人多年的痛苦，甚至终身残疾。我想，如果这位病人是主刀医生的亲人，手术完毕后他一定会非常仔细地反复检查腹腔，惟恐遗留异物。要知道，一个病人愿意在全身麻醉失去知觉的状态下，让医生在他(她)的肉体上动刀，这是对医生寄予多么大的信任呀！病人对医生的高度信任，理应赢得医生以亲人的态度相待。

医生的态度，即使只是片言只字，都会严重影响病人的情绪和生活。记得 20 年前，一位银行女职员哭着来找我，说她患了不治之症——甲状腺癌。这是某大医院门诊一位外科医生草率做出的诊断。当天，她全家四口人相抱大哭，通宵达旦。我仔细询问她的病史，又检查了她的颈部，认为她患的是一种病毒感染所致的亚急性甲状腺炎。经过药物治疗，3 周后甲状腺肿消退了，症状也消失了，病人全家自然庆幸不已。这件事说明：如果医生不假思索地、轻率地下了一个错误诊断，会引起病人和他(她)全家人的悲痛。医生的一言一语应该何等谨慎呀！医生要做到“急病人之所急”已经很不容易，再要做到“想病人之所想”则更困难。记得在“文化大革命”期间，我被安排到门诊工作。有一次，一位老妇人来门诊就诊，说她肚子不适好久了。我询问了病史，再让她躺下，又仔细按摸检查她的腹部。检查后她紧紧握住我的手，久久不放，说：“你真是一位好医生。我去了六七家医院，从来没有一个医生按摸检查过我的肚子，你是第一个为我做检查的医生。”这几句话给我的印象极深。我想，像这样一项每一个医生都应该做的简单的常规检查，竟会对病人产生这样巨大的安慰。这说明我们很多医生没有去想：病人在想什么？还有一次，一位儿科老医生患了

十二指肠溃疡，来找我会诊。我看到 X 线片上十二指肠球部有一龛影，诊断已经很明确，就不再给他作腹部检查。这位老医生回去后说：“我很失望，裘医生虽然说了治疗意见，但没有摸一下我的肚子。”这又使我想到，一个医生有了病会有这种想法，那么，一个普通病人有这种想法就更能理解了。

记得 30 年前我给我的同学内科过晋源教授在局部麻醉下施行甲状腺腺瘤切除术，在手术终了缝合皮肤的时候，我贸然与我的助手谈论一个病例。过教授听到了，乃大声喊叫：“法祖，不要讲话，专心手术。”我立即回答：“是”，不再讲话。不少外科医生习惯地在手术间大声闲谈，这给尚清醒的病人听了，就是一种恶性刺激，病人当然不敢提意见。因此，手术医生在手术时保持严肃、安静，是理所当然的。

二十年前，我在德国海德堡大学眼科医院在全身麻醉下行双侧人工晶体置换术。手术前要我签字，当时我迟迟下不了笔。想一想，我自己是外科医生。平时在术前要病人签字，认为是一件常规例行的小事，但轮到我自己手术前要签字，就发生了一种恐惧感。这件事充分说明了我们做医生的没有做到“想病人之所想”。如何耐心地在手术前对病人作好解释，加强病人的信任感和安全感，是何等重要！

30 年前的一个星期天，我到汉口中山大道一家很大的国营钟表店去修理手表。我问一位值班的女同志：“这只手表摇起来有响声，请看一看。”她将它摇了一摇，立刻就还给我，说：“无法修理，没有零件”。我小心地重复了一句：“请你打开来看一看”，她很不耐烦地白了我一眼，说：“能走就行了”。我再问，她再也不理我了。我只得到对面的另一家大的钟表店去试一试，遇到了一位男同志，但得到的是类似的答复、类似的态度。这时，我偶然发现了这家店的另一角落里，坐着老胡同志，他是我的病人，也是这家店的职工。我立刻走了过去，请他查一查这只手表摇起来响声的原因。他打开手表背面的盖子，发现一个螺丝松脱了。他将螺丝旋到原位上，手表就这样修好

了。我很高兴，但又很生气，用手指着说：“那位同志说无法修理，连看一看也不愿意，我要去责问他”。老胡同志忽然大笑起来，说：“裘医生，算了，算了，还不是和你们医生看病一样吗？”我听了这句话，禁不住有点面红耳赤，打个哈哈。道谢而别。几十年来，我一直记住了这句话：“还不是和你们医生看病一样吗？”这句话深深地启发了我，使我的心情久久平静不下来。

我从事外科工作已经 67 年了，在这 67 年中看到了、听到了不少在医疗工作中发生的差错，甚至事故。我姑且不谈这些差错或事故，愿意先谈谈上面提起的几件小事，因为这些小事是在城市或乡镇的每个医院、每个诊所、每日都会发生的。可能有的医护人员听了这些“小事”会付之一笑，认为不值一谈，但我觉得不应等闲视之。扪心自问，我在工作中有没有“无法修理，没有零件”的态度和作风呢？我的答复是“肯定有的”。当然，医护人员的工作十分辛苦，绝大多数是在很好地为病人服务。但也应该承认，少数医护人员对病人态度生硬，没有耐心，不愿倾听病人的诉说。在医院门诊部，看到不少病人不远千里而来，他们抱着很大的希望，希望得到帮助，做出诊断，获得治疗。但是挨到就诊时，有的医生却是三言两语，不作任何解释；有的甚至冷脸相待，训斥病人。让我们设身处地地想一想，您去商场买一件日用品，售货员的态度生硬，爱理不理，这时将心比心，你会有什么感受呢？何况，对待人的健康问题要远远比买一件日用品来得重要。我们医护工作者在给病人看病、治病的时候，在思想上应该形成这样一个概念，这就是：假如坐在或躺在你面前的病人是你的亲人的话，你当如何？

三、如何做学问

做学问，就是怎样为人民多做出点贡献来。

第一，要勤奋，要珍惜时间。一个人在一生中要有些成就，取决于他的天赋和勤奋。所谓天赋就是说他对事业(例如医学事业)有较强的反应、理解和实践的能力。但这个天赋如果不通过

刻苦的学习锻炼，不勤奋钻研实践，则有限的天赋也就很难获得发挥和成就，所以关键是勤奋，而勤奋是完全掌握在你自己的头脑和双手里。天赋和勤奋的融合对每个人获得优异成就起着主导作用。最近，我在报刊上读到一篇有关珍惜时间的短文，文中说，要想知道一年的价值，那就去问期末考试不及格的学生；要想知道一个月的价值，那就去问生了早产儿的母亲；要想知道一周的价值，那就去问周报的编辑；要想知道一小时的价值，那就去问等待见面的恋人；要想知道一分钟的价值，可以去问误了火车、汽车或者飞机的旅客；要想知道一秒钟的价值，那就去问大难不死的人；要想知道一毫秒的价值，那就去问奥运会获得银牌的人。这就是我们一定要珍惜度过每一分钟！记得五年前在湖北省某市召开全国外科学术会议期间，我们进行了半天的义诊。我检查了一位甲状腺肿的女病人，需要手术。这位女病人要求我手术安排在周二、周三、周四。当时我很不理解，就问她为什么？她说，星期日我们这里的外科医生通宵打麻将，星期一没有精神，而星期五又要打麻将，又开始不专心了。我听了大吃一惊，我想这种现象是少数的，但也可能有其普遍性。如何爱惜时间多读点书，对自己、对病人都是很有益的。

第二，要打好基础，扩大知识面。我一直提倡年轻医生毕业后的轮转制度，不要马上固定专科；专科是需要的，但毕业后立即专一科不好。也是在湖北省某市召开外科学术会议期间，获悉骨科中有的年轻医生毕业后就专门搞脊柱，有的在脊柱外科中专门搞颈椎，甚至只管上面三个颈椎。这样显然不利于年轻医生的成长。人体各部分是不可分割的，任何一种疾病，或多或少地涉及整体，因此年轻医生要全面掌握三基(基础理论、基本知识、基本技术)。要知道基础是根基，根深才能叶茂。只有在宽广坚实的基础上才能学好扎实的专业知识，并进一步具有创新的能力。

第三，要勤于思考，善于探索。这就是年轻医生在成长过

程中，要不断向自己提出问题，再通过自己的思考去想问题，从而求得答案，这样来培养自己的独立思考能力和探索精神。现在先进的设备很多，如 CT、MRI、B 型超声等等，不少年轻医生诊断疾病太依赖这些先进的设备，而忘记了进行最必要的体检。我的老师曾经说：阅读 X 线片就能分辨出三种医生：不好的医生，只看报告，不看片子；较好的医生先看报告，再看片子；最好的医生是先看片子，再看报告。微生物学奠基人法国的 Pasteur 曾经说过：在观察事物之际，机遇只偏爱有准备的头脑。这个头脑就是善于思考的头脑，准备随时接受新事物的头脑。英国细菌学家 Fleming 于 1929 年发现青霉素就是一个最好的例子说明“机遇只偏爱有准备的头脑”。当他在进行葡萄球菌平皿培养时，观察到培养皿中靠近霉菌的一些葡萄球菌落都死了，他意识到这个现象可能具有重大意义，就进行了深入研究，终于发现了青霉素。Fleming 因此于 1945 年荣获诺贝尔医学奖。

我国著名的教育家陶行知曾经说过几句名言，他说：人生两个宝，双手与大脑。用脑不用手，快要被打倒，用手不用脑，饭也吃不饱，手脑都会用，才算是开天辟地的大好佬。陶先生用极其通俗的语言说出手脑并用的重要性，这对一个医生来说更加重要。

第四，做学问一定要严谨求实，注重科学道德。近年我国医学事业发展迅速，医学科研成果累累，但另一方面一种浮躁的急功近利的现象也出现在学术研究领域里。最近我阅读了不少篇对科研作风不够严谨的评论性文章，归纳出几种不正常的现象，例如：①有的临床研究论文，虚报病例，虚构随访结果，对治疗效果任意夸大；②有的论文行文草率，错别字很多，更缺少必要的统计学处理；③有的论文方法和结果很简单，但结论则无限夸大，说是“先进”或“领先”；④有的研究课题分解为若干篇论文报道，且分别投入不同杂志发表；⑤有的论文甚至剽窃他人的文稿，抄袭他书的表格或插图，但又不注明引

自何处来源，侵犯了他人的知识产权。这种现象日趋严重，迫切期望医学科研工作者，特别是青年的一代，要注意这种现象；更希望医学学科带头人，特别是研究生导师，对自己学生所作的科研工作和所写的论文，要详加审查和审阅，切忌浮躁，提倡实事求是，注重科学道德，树立正确的科学学风。

我毕业到今天已经 67 年了，在这个长长的岁月里深深体会到做人、做事、做学问的重要性。我由衷地期望年轻一代医生珍惜时间，勤于学习，勤于思考，成为一个优秀的好医生，一个杰出的科学家。最后我提出一句话：“做人要知足，做事要知不足，做学问要不知足”，愿与各位同道共勉之。

注：本文作者裘法祖（1914.12-2008.6），浙江杭州人，教授、博士生导师。中国科学院院士、著名外科学家、中国现代外科学鼻祖。

在临床实践中提高成才

陆正伟

每个临床医生都渴望自身的学识不断增长，技术日益精湛，从而更有效地解除患者病痛，更好地为病人服务。如能在临床工作中认真思索，及时总结，而又思维正确，善取人之长并持之以恒，则经岁月的实践，包括临床诊疗、阅读学习和科研写作而积累丰富的经验。现就内科范围在这三方面的问题，谈谈个人管见。

1 临床诊疗

面对前来就诊的病人，欲为之解决问题，必先得出 正确的诊断，方能对症施治。获得正确诊断的手段，首先应强调物理学诊断，即病史、体检，并恰当地辅以有的放矢的化验和 X 线、心电图等常规设备检查。高精尖 的设备与特种检验只是在既具备条件又实属必需时才 有选择地使用。临床医生必须练好基本功，不能全凭仪 器设备来诊断。武器精良固然有利，但艺高才能反映医术的水平。善射者一击便透靶心，平庸者即使用导弹也未必射中。现有一种现象值得深思，即病员诉述尚未讲完，而医生已开好了一大叠化验单和各种检查单，如彩色多普勒超声、CT、MRI 等，这是不足取的。例如一 坠楼患者，送到医院时神志尚清，先送放射科摄片，颇 骨无骨折；又去做头颅 CT，报告无异常(损伤后 6 小 时内 CT 不一定能有所显示)；再转 B 超室检查 ……几 翻周折后，患者出现昏迷，瞳孔已一大一小了。另有一 例小肠平滑肌肉瘤患者在几家大医院做钡餐检查均未 见异常，而在一家基层职工医院做同样检查却发现了 问题，下了诊断，后经手术和病理证实。说明这位基层 放射科医生工作认真，技术过硬。同样用的是常规检查 方法，但技术水平的高低就比出来了。又如曾遇一长期被诊为肝腹水者，经病史询问、体检加诊断性穿刺便明确

了诊断，系结核性腹膜炎。此外，风湿性心脏瓣膜病一般能凭听诊确诊。在一般心脏听诊时，常遇心尖部 I 级吹风样收缩期杂音，是否有临床意义？只要把听诊器头紧压胸壁，非来自心内的杂音即会消失，这在健康检查时经常遇到。掌握正常才能知道异常，人体正常解剖变异很多，正所谓“除了变异，无不变异”(Nothing is invariable except variation)。我国传统医学凭“望闻问切”诊病，有句至理名言：“视常人、按常脉，三年始可为医”，也是知正常而后知异常之意。

为了考核临床诊断是否正确，在具备条件的单位可借现代医学的实验室手段来证实。但在一般医院，尤其是基层，例如经内科诊断而转外科手术的患者，对其施行手术，内科医生可以观摩，以验证自己的诊断是否正确，其中既有经验又有教训。这样足以弥补基层缺乏病理解剖设施之不足，对临床医生的提高极有帮助，切实可行。

对疾病的诊断和鉴别诊断需要有正确的临床思维方法。如患者只有一个主诉症状，那么按照教科书上的鉴别诊断会列上一大串可能的疾病。在日常所遇到的患者往往仅有几种临床表现，这就大大缩小了鉴别诊断的范围，深入追询病情和仔细体检就不难做到心中有数。在临床诊断方面不能泛泛地只是一个病名或某些症状体征的诊断，应包括病因、病理、功能状态、并发症等多方面情况的完整诊断，以便指导治疗及估计预后。例如同是“风湿性心脏病”，患者的情况可能大不一样，有的表现正常并具有较好的劳动力，有的却已奄奄一息，各类病人都可遇到。这里既要看到共性，又要识别个性，才能区别对待。一般要求把患者的病理生理各个环节加以判断分析，从而分清轻重主次，治疗才能针对各自要害和关键环节，避免用药的盲目性，取得良好效果，这才是合理治疗，也就是辨证施治。

一个患者可有多系统多器官疾病，一个疾病也可累及多系统多器官。所以临床医生必须有整体观念，不能思路狭隘而顾此失彼。应尽可能估计下一步可能出现的情况而及早加以预防。

另外，罕有两个患者表现是完全相同的，所以要强调治疗上的个体化。且临床所见病例很少有像教科书上所描述的那样典型，须知相当多数是不典型的，这就是所谓“不典型意味典型”(The atypical is typical),这一点值得注意。

2 阅读学习

为了日常诊疗和临床科研等的需要，经常阅读些书刊和听取些讲座以了解与本专业本专科有关的进展动态，增长和更新知识，这是很必要的。吸取他人的经验来充实自己，所谓“善学者假人之长以补其短”（《吕氏春秋》）。年轻医生中对于学习有两类错误观点：一是病人太多，工作太忙，无暇看书学习；再是病人不多，病种少，学不到东西。不论忙闲，都有不学习的“理由”，其实这些都是缺乏紧迫感的一种托词。因为忙时可以多从临床实践中学习，而闲时又可以多从阅读文献或参加学术报告会中学习，故忙闲都可学。

有人将学习分成四类：①沙漏型(hourglass type)，即“前脑进，后脑出”者；②海绵型(sponge type)，不分精华糟粕，全盘吸入；③滤袋型(jelly bag type)，独留糟粕；④钻石矿工型(diamond miner type)，尽取精华。这第四类说来容易做起来难，但长期实践和经常思索是可以锻炼出来的。

关于学习内容选择，宜注意广度与深度的辩证关系。没有广度是难有深度的，特别是医学科学迅速发展，各学科间相互交叉、相互渗透，出现了许多综合性、边缘性的领域和学科。故在小范围和短时间内，想一蹴而就就是不可能的。学习的知识面宜适当广些，联想才会博，易于举一反三、触类旁通。关于读书方法，有人强调系统学习，反对零打碎敲，把某分科的专著从头阅读至尾。笔者认为这种方法实效差，往往前读后忘。应在工作中结合实际学，即自己负责收治什么病人就看哪方面的资料，既为病人解决问题，又容易巩固记忆，使有关业务知识不断深化。当然不只是看教科书，还有专著、新出版的杂志，以及相关基础知识的资料等。即便常见病，也要根据不同患者

的症状体征，不断地深化学习，所谓温故而知新，才能做到“学而时习之，不亦说乎”。这种读书方法看来似乎不系统，但日积月累，就会在思维中自成系统，这是真正的最巩固的系统知识。

阅读书刊和听取讲座不仅能获得很多知识和技能，还能从中学习正确的思维方法。如果对科学的逻辑思维能博采众长而运用自如，那就会获益匪浅。有时某些方法甚至比内容更重要。内容会逐渐过时老化，而正确的思维方法则如同一把金钥匙，可以用来打开知识宝库之门，才会在知识的海洋中遨游，这样便在勤学实践中练就了自我提高的本领。总之，学习的唯一方法就是去学 (The only way of learning is to learn)。

3 科研写作

试做一些临床科研和练习执笔写作对业务技术上的提高会有相当帮助。

开始执笔通常是试写一些“文献综述”类文章。这是从阅读近年某个专题公开发表于正式期刊上的论著(original article)而来，一般要求 20 篇左右或略多些。由于系综合他人发表过的文章，取“综合叙述”之意，故名综述。要求把这些文章的内容及观点加以有条理地归纳和整理，初学写作时不一定参入执笔者本人的主观意见。写这样的“综述”，一方面能锻炼阅读能力，如何去粗取精，抓住要害；另一方面又锻炼写作能力，做到条理清楚、重点突出，写得言简意明，提高表达能力和语言文字的水平。关于学者们对某些观点有不同 争议之处，以及对某方面问题有待进一步深入论证和 阐明者，应在综述中点出，对于提供下一步科研选题的一个来源，具有重要作用，不应疏漏。

另一类是特殊或罕见病例的“个案报告”，目的在于引起临床同道们的关注。这样的报道在拟稿前自然要查阅一些前人的有关文献。对病情经过始末的叙述 力求简明扼要；讨论应紧密联系该病例，主要谈个人的 诊治体会，还可引用少量重

点文献，力求短小精悍。

一般被公认为科研论文的临床论著，在选题设计、资料方法、结果讨论等方面，创新性和科学性都是极为重要的。力戒重复前人著作，避免论点众所周知，因为这是徒劳无益的，正如古人韩愈所说“踵常途之役役，窥陈篇以盗窃”（《进学解》）。科研要力求有新意，不能亦步亦趋、人云亦云。西方文学中有句话：“世界上第一个把美女比作花的是天才；第二个鹦鹉学舌地称美女如花的就只能是蠢才”。但如果有新意时就完全不一样了。例如李白写的“云想衣裳花想容”之名句，而《红楼梦》中有“情切切良宵花解语，意绵绵静日玉生香”的回目，都是美人如花之意，但因推陈出新而脍炙人口，这正是值得借鉴的。

临床论著中的一类是对某个疾病进行较大系列病例的分析。这是属于回顾性、横断面的。在整理这样的资料时，大都发现病史记录不够完整，实验室检查资料残缺不全。尽管如此，通过这样的工作对今后提高病史书写质量和总结临床经验教训还是很有帮助的。属前瞻性或纵剖面的长期随访资料，则更应事先有周密的设计，以免“撒大网、捕小鱼”。关于某项实验室检查新手段在临床诊断中的应用，以及某个新药物或新方法在临床治疗中的效果这类文章，则一般要求一定要设可比的对照组，而且要经过严密的统计学分析，才会加强科学性和说服力。要求资料可靠，方法精确，结果可信，讨论部分可引少量主要文献，而重点应放在作者本人从中所得新意的论点，以及尚待进一步深入的问题。

治学不可能暴发，一分劳动一分收获。基本都会经历三个阶段，可借三节宋词喻之。①“昨夜西风凋碧树，独上高楼，望尽天涯路”（晏殊《蝶恋花》）。②“衣带渐宽终不悔，为伊消得人憔悴”（柳永《蝶恋花》）。③“众里寻他千百度，蓦然回首，那人却在灯火阑珊处”（辛弃疾《青玉案》）。总之，实践出真知，贵在坚持，熟能生巧，从量变到质变。勤学苦练将

不负有心人。正如 Einstein 所说：成功=99%勤奋+1%天才。

注：陆正伟，著名内科学家，黄铭新教授高足。曾任安徽省立医院副院长，学贯中西，临床上善用中西医结合，屡起沉疴。

病 史 采 集

病史采集里的人文叙事

病史与体格检查是相辅相成的。有经验的医生会根据患者的病史，有针对性地进行相应的体格检查，同时。医生会根据体格检查方面的发现，进一步询问病史。

有医生认为，临床病史是诊疗过程的核心，病史为 85% 的病例提供了直接的诊断依据。但是，由于当前患者所提供的病史和医生所采集病史均来自既往史（既往的疾病和检查）、住院病史，例如，患者携既往的实验室检查结果就诊，医生或医学生会将主诉写为“发热，白细胞增多，超声心动图显示二尖瓣瓣膜赘生物”、而患者前来就诊首要关心的是高胆固醇。医生潜意识里认为实验室检查、影像学检查是客观的，更具有科学性，患者主诉更具有主观性。此外，技术诊断的进步似乎证明了这些检查结果是准确可靠的。

缺少详细病史，对患者的个人史、居住环境和人格特征没有深入的了解，临床实践就丧失了艺术性和科学性。对于前来就诊的患者，首先应由有经验的医生采集病史，只有有经验的医生才能从中提炼出有用信息，理解非语言信息，将病史和体格检查有机整合起来。例如，患者主诉焦虑，医生注意到其有突眼、甲状腺功能性震颤，会询问患者体重是否减轻，是否有甲状腺疾病家族史；在体格检查中注重以下体征，如脉速、甲状腺增大等。又如，主诉吞咽困难的患者，伴有行动缓慢、僵硬、说话语调单一、无力及面部表情减少等帕金森病常见症状，医生会询问帕金森病的其他危险因素，在体格检查中，注意以下体征，如静止性震颤、齿轮样强直及步态异常等。完整的体格检查并不是机械地进行，而是基于病史的采集。

单纯通过讲座、授课、标准化训练及视频教学，即便是这本教科书，也难以培养良好的病史采集能力，必须通过聆听每

位患者的“故事”，观察相应的体征。对此，医学生和初级住院医师会感到困惑，病史采集过程中结构和内容区分不开，“只见树木，不见森林”的做法难以出色地完成一份病史的采集，只有聆听患者所吐露的详情，才能明确下一步的工作该如何进行。这与其他艺术和科学是一致的。临床医生只有通过刻苦实践，才能对患者的病情做出准确评估。在采集病史的过程中，明确重点，明确需要舍弃的内容，在交谈中发挥引导作用（细微而不唐突地影响谈话内容），要达到以上的要求，不能一蹴而就，需要长时间积累。唯一的途径就是在临床工作中多参与，向患者询问病史，即所谓“实践出真知”。

在 21 世纪，临床医生接受过良好的医学教育、拥有先进的诊疗手段，但为什么还会出现不被患者信任甚至被投诉的情况呢？可能是患者自身的恐惧、失望、疲劳和疼痛等强烈的情绪反应导致。各种实验室检查和影像学检查，难以对患者的症状做出解释；只有通过病史采集和体格检查才能了解患者的所需，提供针对性的建议或治疗。

在这个时代，患者最不满意的方面是，医生没有聆听他们的需求。随着电子病历的发展，这种情况愈加严重，医生专注于既往病史（其实更多是检查），却对患者本次就医的目的听而不闻。患者抱怨最多的是，医生的精力更多地用在使用公式化的语言将资料输入到计算机中，只留给患者一个背影或者敲击键盘的一幕。

病史采集及体格检查丰富了医生的职业生涯。几十年后，医生在回忆自己的职业生涯时，记住的不是各种化验单、MRI 检查结果，甚至是过去的重大医学发现（这些发现可能已经被修正），他们记住的、向医学生所讲述的是患者的“故事”，患者是谁，患者的行为举止，患者体征与病史之间的相互印证。如果记忆足够久远，留下的就是病史和体格检查，其中的“故事”（故事在病史采集里）会留在医生和患者的记忆中。

20 世纪诗人 T.S.Eliot 曾说过，“在知识中，我们丧失的智

慧去哪儿了？在信息中，我们丧失的知识去哪儿了？”毫无疑问，实验室检查及影像学检查是必要的信息，但是只有将这些信息与病史和体格检查有机整合，才能得到知识。

（本文为 2020 年科学技术文献社出版的《全科医生鉴别诊断——基于循证医学方法的鉴别诊断》一书的前言，标题为编者所加）

我在协和学写病历

陈德昌

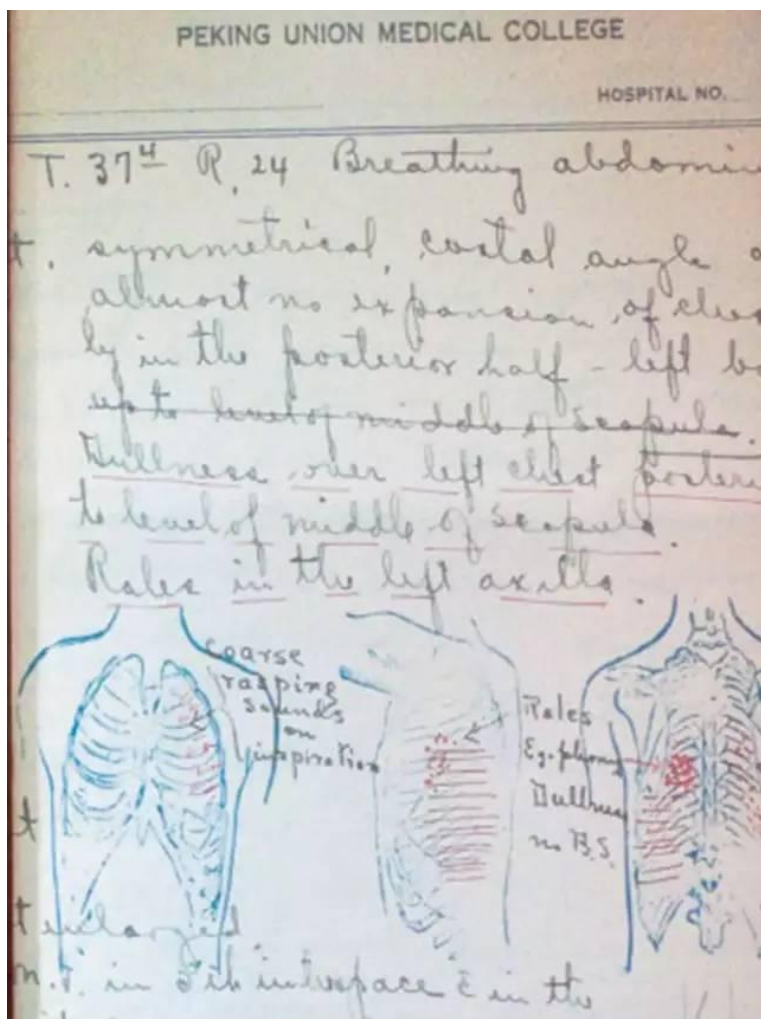
1964年，我奉调来京到协和医院工作。第一印象是住院医师要写“大病历”，入院记录必须在患者入院24小时内完成。每晚9时以前，总有几位住院医师在病房医师办公室内，各占一张桌子，台灯下奋笔疾书。写好病历，成为一种习惯。

在协和写入院记录，要写诊断名称、诊断依据、鉴别诊断依据，手术适应证，术后可能的并发症等，并以简短条文分项列出。是八股文吗？不是。

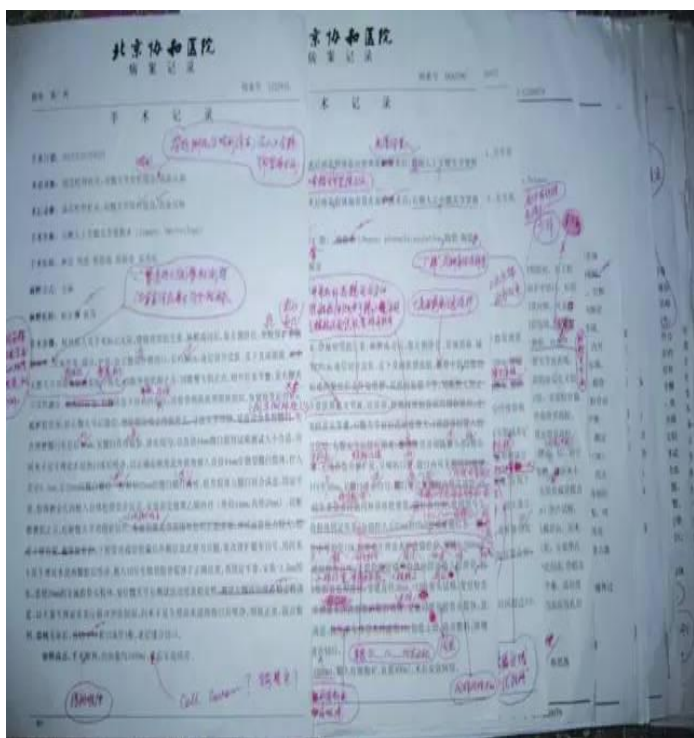
有一次基本外科费立民教授在我写的病历中，夹上一张纸片，写道：“你写的诊断依据恰好否定你的诊断。”他找我面谈一次，简短的话语，告诫我需要学习思辨和判断能力，不能抄书本了事。那个时候，每次手术前，必须写上手术适应证和术后并发症，为的是教育年轻医师在选择手术方案时，要考虑有利的和可能有害的两个面，这是思想方法的训练。同样，老师的医嘱不只是写在医嘱本上，重要的医嘱必然记录在病历中。学生要知道老师是怎么分析推理、作出判断的。写好病历，协和做得很认真。

“文革”以后，我恢复住院医师工作。我的老师曾宪九主任某天下午只身走进病房。我不经意地说，有位外地转来的患者胃肠功能紊乱、鼻饲喂养、多发腹泻。主任独自走向患者床边，询问病情，检查腹部，坐着听患者主诉。我竟然没有在一旁陪同，实在荒唐。曾主任回到办公室问我：“患者进食后多长时间腹泻”，“你看过排泄物是些什么东西吗”等等。问题并不复杂，我的回答却含糊其辞。我为什么不认真询问病史，不动手去检查患者呢？主任显然不高兴。他要我陪同患者去放射科做钡餐造影，待在那里观看钡剂通过情况。事后，他还检查我的病历记录。这就

是协和的临床教学。



张孝骞教授书写的病历



2012 年，协和医院骨科一份被修改了 15 次的手术记录

为查找资料，曾主任曾要我翻阅 20 世纪 40 年代的几份老病历。对我来说，无疑是发现新大陆。老协和的病历，观察仔细，描写与叙述有点像写小说。病案讨论、有提问、有解析，全篇英文打字，是对临床实际问题进行逻辑推理学习的最好机会。

“要把你发现的，你所想的，用文字表达出来，写在病历上，你的思绪会更清晰些。”主任如是说。“不要懒笔头。”他加上一句。

那个时候，每周在指定的某天下午，病房主治医师带领他所管辖的一伙儿住院医师，到病案室，对本周的出院病历，检阅、补充或修改，最后归档。病历不仅是患者的一本治病档案，

还是临床医疗和研究的第一手资料载体，所以，病历是协和的一个宝。

作者介绍：陈德昌——中国重症医学的开拓者、缔造者和奠基人。新冠“重症八仙”中的杜斌教授、邱海波教授，中华医学会重症医学分会创始人刘大为教授，上海瑞金医院重症医学科主任陈德昌主任（两人同名同姓）皆出自其门下。

临床思维之美

临床工作拾零

潘孝彰

医界的多个朋友鼓励我写点随笔，谈谈几十年临床工作的心得。我因为工作关系，接触过国际疾病分类（International Classification of Disease），深知疾病的种类数以万计，加上每一种疾病又有许多不典型表现，所以我一直认为临床工作是一个浩瀚无边的医学海洋，我们医生对疾病的认识是有限的，而需要认识的则几乎是无限的，因此，我始终认为医生是很渺小的，我们一辈子能认识的疾病仅是冰山一角中的一角。以下就记忆中的事，写点随笔，以抛砖引玉。

关于“一元论”

临床诊断有一个很重要的原则，那就是“一元论”，即病人诉说的症状，可能会涵盖几个系统，你如果能用一个疾病完全地解释所有症状，则诊断的准确率较高，反之，则容易出错。

以前，曾有一大批干部参加“五七干校”去湖南的湖沼地区参加劳动，有一人发热、手臂及两腿发痒，去医务室就诊，医生因病人出现了发热而诊为感冒，又因皮肤有皮疹而诊断为皮炎，开了些药让他回去，过二天此人又出现腹泻，医生又增加“肠炎”的诊断。其实，这是位“急性血吸虫病”患者，由于尾蚴钻入皮肤，造成“尾蚴皮炎”，因出现异物反应而出现发

热，及至蛔虫完成生活史定居结肠后，乃出现腹泻，三者合一，用“一元论”的“急性血吸虫病”能完美地解释所有表现。这就是“一元论”的浅析。

有的人出现多症状，但不能用一个病来解释，此时可用“综合征”来概括。例如病人出现眼睛红、关节痛和尿道炎时，没有一个病可以解释，它属于 Reiter's 综合征。综合征的种类数以千计，很浩瀚。

2006 年秋，感染科的肝炎病房收治了一位高度腹水的病人，62 岁，男性，该病房平时会收少量“肝炎后肝硬化”的病人，但这位患者很奇怪，除腹水以外，另一突出的问题是四肢瘫痪，上下肢的肌力都几乎是零。华山医院的神经科在全国排名第二，请他们的教授会诊，答案是“四肢瘫痪是我们科的病，但腹水和我们的无关”，但没有说四肢的问题是什么病。于是转而求助于某医院消化病研究所，他们也是全国第二，结果也是没有答案，中山医院消化科最高年的教授也来会诊，结论是“难啊！”“腹水和四肢瘫痪，二组症状不搭界呀！”

不得已，我们自己讨论，全科老小，无一缺席，集思广益，我在会上提出“多发性骨髓瘤中，有一类型的表现很特殊，叫 POEMS 综合征，就表现为高度腹水和瘫痪，建议做个骨穿试试”。与会老教授都有一种“在黑暗中露出一丝光明”的感觉，但还是要事实说话。过几天，骨髓报告来了，“浆细胞占 36%”，诊断成立，血液科认可。有二位进修医生写了二份“个例报告”，分别为二本杂志录用，大家喜获丰收，“一元论”给大家以极深的印象。

“基本功”

理学诊断是医生的基本功，有人认为它过时，其实不然，例如，常规检查发现颈部有阻力，那么我们的注意力会转向神经系统的感染，如发现颈静脉有怒张，我们会把注意力指向心脏方面，这些发现都是举手之劳，但可事半功倍。

大约是 2003 年，我们的病房暂借在江苏路的房管局医院

内，科内黄教授把一位朋友托付给我。患者近 60 岁，男性，因肝脏肿大，而且质地较硬，加上长期嗜酒，当地一直诊断他患“酒精性肝硬化”，省级医院也认可，当时托我的任务就是明确诊断，制订治疗方案后就回当地。

常规体检发现，右侧颈静脉明显怒张，显示上腔静脉高压，有明显的回流受阻之迹象，最常见的原因就是缩窄性心包炎。我请主治医生申请心超检查，第二天中午，主治医生告诉我“心超检查正常”，我当时就说：“不行！申请中山医院心超，重做”。不久，从中山医院传来消息，心超室的潘医生说：“太典型了，快拿张光盘，把它录下来，让进修医生看！”就这样，缩窄性心包炎的诊断确立，由于下腔静脉同时受阻，导致肝脏长期郁血、肿大、脂肪变性，临床上极易误诊为“肝硬化”。近日，病理科胡锡琪教授告诉我，上海市某三级医院送来一份肝穿刺标本，要求知道肝硬化的情况，结果胡教授发现肝脏完全是郁血表现，提醒临床注意有无心脏的情况，后来病人也确诊为“缩窄性心包炎”。这本是临床医生早应发现的事，但这条诊断之路似乎走得太长了。

要坚持

上述故事曾在微信圈中传阅，朋友为我当年的“坚持”点赞，就是“不行，去中山心超室重做”一句话，纠正了病人长期以来的误诊。

朋友也送来一则医学界数十年来流传的故事，我把它也收入“拾零”之中，作为我们向医学泰斗学习的典范。该故事说的是医学家董承琅，他认为长期诊断为“心绞痛”的患者，应该是食道裂孔疝所致的疼痛，酷似“心绞痛”，建议放射科做钡餐检查。后放射科报告，“无异常发现”，董教授说：“不行，重做！”第二次检查时，董教授亲临现场，病人采取“头低脚高”位，最后确诊为“食道裂孔疝”。

还要懂得“放得下”

对于某一诊断，按要求进行正规的治疗，超过一定时间还

不见效，这时就不能“坚持”了，应该“放得下”，对原诊断进行修正。

病人是一位上海女士，随夫进京，暂住在一所公寓楼中，房子为新装修，家具是全新。进京不久，女士遂出现发热，中等热度，最高不超过 39℃，同时两下肺出现小片状阴影，为此住进某大医院，以抗生素治疗，因十天不见效果，病人要求回上海治疗，住进华东医院。市里的肺科专家、抗生素专家一起为之会诊，短期治疗无效后又回北京，如此来回折腾了半年。抗生素替换频繁，抗菌谱涵盖了革兰阳性、阴性菌，军团菌、支原体和衣原体等。当最后一次住入华东医院时，院方建议让我去会诊一下。

记得是一天的下午，我二点进病房，按规矩听病史介绍，检查病人，复习病史，病史有 6 厘米厚，我一直看到晚上 6 时，同时复制了半年的体温单（共 24 张），贴在一起，酷似一画卷，从体温变化中找规律。后发现，她发热的温度较高达 38-39℃ 时，都发生在北京。经病人仔细回忆，发热时都是每次回家以后，当时我心中有数了，她的发热、肺炎应和新居的建筑材料、油漆等有关。当时，恰好协和医院变态反应科新近引进德国的技术，可以检测嗜酸性细胞的细胞因子，病人的检测是阳性。

大会诊在北京某大医院进行，我首先做了“过敏性肺炎”诊断的发言，院长首先提问，“为什么病人的嗜酸性细胞比例不高？”协和医院帮我回答了这个问题，该细胞的数量虽不多，但它的细胞因子活跃，足以说明问题。经讨论，大家一致同意我的诊断。

诊断明确，病人住进四合院的房子，脱离新居，病人要求吃点中药调理。不久，病人发热中止，两肺清晰，恢复为常人。

白细胞分类立下汗马功劳

2003 年非典时期，我和专家组的几位教授一起，前往上海市肺科医院，去看一位被隔离的“非典”患者。听完介绍，大家看病史记录，我当时说：“这个病人的 CD4+淋巴细胞计数可

能很低，不知为什么？”大家问我：“为什么这么说？”于是，我做了简单的演算：

白细胞总数 $\times$ 淋巴细胞% $\times$ CD4+淋巴细胞的占比（理论百分比）= CD4+淋巴细胞数

算下来的数值是偏低（17 年过去了，具体数字忘了），专家们也都明白了，于是让医院开动机器，立即查 CD4+淋巴细胞。大约等了一个小时，报告出来了，CD4+淋巴细胞只有 50 个（正常应大于 400 个），我向专家组解释：该数值降低，说明有免疫缺陷，该缺陷又分先天和后天两大类，而后天获得者，最多见是艾滋病。因此，专家组对病人进行了询问，患者是日本“留学”回来，有不良性生活史。我建议：立即检测 HIV 抗体，如果阳性，艾滋病的诊断明确，可解除隔离，病人的肺炎应该是“肺孢子菌肺炎”。第二天，据说 HIV 报告阳性，患者被送往定点医院，治疗特殊肺炎，解除非典警报，同时“陪隔离”的肖和平主任也高高兴兴地走出隔离病房。

不起眼的白细胞分类计数，居然立下此汗马功劳！

森林的疾病是怎么进大上海的

2004 年 11 月的一个中午，我的门诊刚结束，护士说有电话要找我。电话来自昆明，自称是银行领导，说单位有一位职工患“结核性脑膜炎”，在当地三甲医院治疗了两个月，病情毫无变化，她从网上找到我，希望咨询一下，有无其他疾病的可能。我仔细问了病史，并问她有无特殊的旅游史。对方说，有，去过怒江森林地区。我说，那好，我心中基本上有点谱了，请他尽快来沪，住院检查。

病人很快就来到了上海，他是男青年，32 岁，我的重点是询问他的旅游史。

他回忆说，2004 年 4 月，他曾去过中缅边境的怒江，和朋友一起到过位于丛林之中山寨参观，山寨以最高礼遇接待大家，包括进门前必须喝完山民所敬之酒，患者饮后即醉，遂躲进角落睡觉，醒来时，发现臀部被虫咬过，留下一个红色肿块。

2004年9月，因头痛、肩部神经痛，在某医院进行脑脊液（csf）检查，csf的检查结果符合结核性脑膜炎，即细胞数100多，以淋巴细胞为主，糖和氯化物都低，但抗结核治疗两个月，完全无效。

我向病人及其家属解释说：“我初步考虑你患的是莱姆病（70年代刚在美国莱姆的森林地区发现，故名），是蜱虫叮咬后，传播了螺旋体，潜伏期最长为7个月，所以你也是符合的，你是5个月，该病的常见症状，如皮疹、关节痛等，你没有，但15%的患者可表现神经类型，如脑膜炎、神经痛等，你完全具备。现在要明确诊断，则必须检测特殊的IgG抗体。”经几番周折，我们买来试剂盒，血清抗体1:200以上即可诊断，该患者为1:1200。上海第一例莱姆病的诊断确立。

病人以头孢曲松治疗，28天为一疗程，历时一年多，完成治疗。我随访了八年，直到停止用药七年后仍完全正常为止。近日（已是16年后）微信联系，知道他非常健康。

继我们第一例报告后，再未见到上海的病例报告，我估计有漏诊的可能，因为上海市民也有许多去森林地区旅行，恐需加强宣传和科学普及。

皮质激素，一把双刃剑

2005年5月，浙江一位26岁的妙龄女郎，因发热待查，住入上海市某三甲医院，当时医生给予服用皮质激素，发热中止，病人高高兴兴回到家乡。

不料两个月后，即2005年7月，重新发热，遂来华山医院，住在我的床位上。体检时，我发现她讲话时鼻音重，似有鼻塞，我就请耳鼻喉科赵霞主任来会诊。会诊后，赵主任说鼻腔可能有“东西”，当时我为之一震，就请求她急做一个活检，急送肿瘤医院病理科。

过了三天，肿瘤医院病理科电话通知，说此人初步诊断为“NK/T细胞淋巴瘤”，等免疫组化检查完成后，即可出正式报告，这是我当时为之一震的原因。

住院医生期间，我见到过几例，那时叫“中线坏死性肉芽肿”，现在归入淋巴瘤中，多见于鼻腔、鼻咽部，恶性程度极高。正式报告送来后，此病人转入血液科，不久就去世，其母悲痛欲绝，要状告 5 月份的经管医生。我力劝之，我告诉她，即使提前两个月确诊，也无济于事。

皮质激素可以治疗许多疾病，但在诊断不明时，尽量不用，这是我的原则。

远洋医嘱

谈诊断多了，这里说个治疗故事。我有位朋友的女儿因病住华山医院静安分院，期间发生扁桃体肿大，并有白色渗出、疼痛，医生给予服用新一代头孢，据说还很贵，但无效。家属与我联系，我讲：“俗话说，人一走茶就凉，我现在远隔重洋，是人一走，茶结冰了。”

朋友说：“你提个建议，让我和他们商量看看。”我说：“我们的原则是，扁桃体肿大时，如果白细胞分类里中性粒细胞比例高，或有白色渗出物，此时可判断是细菌感染；再分析细菌之种类，扁桃体感染以链球菌为主；最后分析，治疗链球菌最好药物，应该是青霉素 G 最好（就是 1943 年的那个原始青霉素）。 ”

朋友把我的原话转告查房的副教授，她全盘接受，立即改用青霉素 G，注射后若干小时病人感觉局部有些舒缓，24 小时后完全解除症状。

远洋医嘱终于奏效，每个疾病的治疗都有一定的思路、路线图，跳出这条路线，往往会事倍功半，昂贵的新头孢，效果不见得优于老药青霉素 G。

没有结束的结束语

“没有结束”是因为临床工作是浩瀚无边的大海，该话题永无止境，每个人都有自己的体会，所以“没有结束”。但此文有篇幅之限，必须结束。

我想，我所谈的都不是“高、精、尖”，都很普通，譬如，

颈静脉怒张、白细胞计数、鼻塞、虫咬，等等，但都解决了重大疾病诊断，这是人人都做得到的事。（作者介绍 潘孝彰教授，1962年毕业于原上海第一医学院医疗系，复旦大学附属华山医院感染病学教研室主任医师、教授。长期从事医学教育及感染性疾病和疑难病的诊治。1984年起参与《实用内科学》组织和编写工作，历任学术秘书、副主编和常务副主编等，协助过三任主编，共组织过八次重大修订再版。）

医学神探是怎样炼成的

吴东

“歇洛克 福尔摩斯 (Sherlock Holmes)：一个人的指甲、衣袖、靴子、裤子的膝盖、拇指与食指之间的茧子、表情、衬衣袖口等等，都能明白地显露出他的职业。”这句话摘自柯南 道尔(Conan Doyle)的《血字的研究》。英国作家柯南 道尔塑造的福尔摩斯是一个家喻户晓的文学形象。他以细致的观察、敏锐的直觉和严密的推理，破获了诸多疑案，一百多年来倾倒了全世界无数读者。很少有人想到，临床医学的工作在某种程度上也和福尔摩斯探案类似。为了明确诊断，我们需要采取病史、仔细查体、形成初步的诊断假设，并安排针对性的检查，最后综合分析各种资料得出结论。这与福尔摩斯勘察现场、与证人谈话、追踪线索、进行法医学检验等破案步骤有着惊人的相似。

年龄和性别

患者的年龄和性别对诊断很重要，很多疾病都有特定的年龄和性别分布，诊断需要充分予以考虑。例如瘰疬多见于文化程度不高的青年女性。急性胰腺炎很少见于 20 岁以下的患者。急性胆囊炎的典型患者被称为 F4: Female (女性), Forties (40 岁~50 岁), Fat (肥胖), Fertile (多次妊娠)。

起病时状态

一个发热时还戴着眼镜看报的患者，要想到药物热的可能，

因为发热时一般状况较好正是药物热的特点。

无论什么疼痛，如果能使患者从睡眠中醒来，应首先怀疑器质性疾病，因为功能性疾病很少在入睡后发作。

对于急性胸痛伴大量出汗的患者，要警惕严重致死性疾病（例如心肌梗死），因为功能性胸痛较少引起出汗。

一个患重症肺炎的患者，高热、呼吸困难，病情似乎很重，但经治医师对治疗效果很有信心，因为他发现患者在没人的时候，还在用手机玩游戏，说明患者的一般情况正在好转。

一个小肠淋巴瘤的患者入院第二天化验血红蛋白，结果发现严重贫血，但前天化验结果还正常。住院医师认为患者有急性消化道大出血，须立即准备手术。而上级医生来到床旁发现，患者躺在床上看上去很舒服，根本不像一个大出血的危重患者；患者有一支胳膊上还贴着棉球，说明刚刚抽过血，而那支胳膊同时还在静脉输液，因此很可能是输液稀释了该侧上肢的血液，造成贫血的假象。复查结果完全证实了上级医师的判断。

衣着

患者的衣着能够充分提示患者的工作性质，社会阶层和文化水平。一般的规律是，穿着考究的患者病程一般不会太久，患重病的可能性也不大。社会经济地位较高的患者很少会得某些动物源性的传染病，例如斑疹伤寒。

一个穿着工作服的患者白天来看急诊，很可能是在工作中急性起病，以至于早晨出门时还没有看病的思想准备。

有时患者的衣着显得反常，就更有诊断意义。一个在夏天却穿着长袖衣服来看急诊的年轻人，可能是胳膊上有静脉吸毒的针眼或割腕自杀的伤疤，长袖的目的是掩盖。

一个总是穿着高领毛衣的年轻女性，很可能做过甲状腺切除术，不想让别人看见手术疤痕。

一个总是戴着帽子的患者，可能是要掩盖化疗或自身免疫疾病造成的脱发。

甲状腺功能低下的患者畏寒，热天也穿厚衣服，而甲状腺功能亢进的患者怕热，冷天也可能穿单衣服。

对所有昏迷患者都要检查内衣裤，一旦发现二便失禁，往往提示病情严重，有时甚至直接有助于诊断。例如风湿性心脏病合并二尖瓣狭窄的患者，心率很快，意识模糊，在急诊室按心力衰竭处理始终无好转。床旁检查时发现内衣有大量的柏油便，听诊肺部根本没有湿啰音。据此立即否定了心力衰竭的诊断，而正确诊断为消化道出血，经输血补液后意识很快转清，心率也降至正常。

鞋

过去出诊的医生总要看患者床下有没有鞋，以了解患者是否还能下床活动，据此判断病情轻重。

痛风、足部创伤或甲沟炎的患者由于脚趾疼痛剧烈，爱穿露出脚趾的凉鞋或拖鞋。

外周神经炎或偏瘫的患者，表现为一侧下肢无力，因此医生会发现两只鞋底的磨损程度可能会有不同。

肢端肥大症的患者成年后肢体仍在不断生长，鞋子的号码会不断加大，一问便知。

帕金森病或其他运动障碍的患者难以自己系鞋带，因此常穿不需要系鞋带的鞋。

穿着拖鞋被送至急诊的患者，说明是在家中起病。

化妆和首饰

一个化妆仔细、佩戴首饰的女性，通常不会是晚期肿瘤等严重消耗性疾病。

现在很多人婚后会戴戒指，如果发现一位患者左手无名指有戒指印痕，要想到可能近期有过离异。如果该患者情绪低落，有抑郁甚至自杀倾向，也就不奇怪了。

据估计人的指甲生长速度约为 0.1 mm/d ，有些患者原先喜

爱涂抹指甲油，生病后即不再涂抹，根据指甲油的下缘距甲沟的距离，可以大致估计病程的长短。

昏迷患者需要医生主动寻找线索

对于不能提供病史的昏迷患者，务必要千方百计搜集对诊断有用的信息。

就诊时间非常重要：后半夜因意识不清来急诊的年轻患者，最常见的原因是酗酒或吸毒。

冬天清晨同时有几位昏迷患者被送来就诊，首先要怀疑一氧化碳中毒。

盛夏季节来就诊的昏迷患者，要先排除中暑。

来自农村的昏迷患者，即使身上没有气味，也要怀疑有机磷中毒。

有时患者的随身物品能提供重要的诊断信息。

身边携带胰岛素针的患者发生昏迷，很可能为糖尿病患者，其使用胰岛素过量导致低血糖昏迷。

一位外籍患者在宾馆突发晕厥，被送至急诊，查体发现口唇紫绀。医生发现其衣袋里有一张前日美国至中国的长途机票，立即想到了长途飞行后发生肺栓塞的可能（经济舱综合征），通过及时治疗使患者转危为安。

著名内科学泰斗张孝骞教授曾说过：“对病史准确性和完整性的追求是永无止境的”。广义上的病史不仅包括患者叙述的内容，还应包括医生仔细观察后的发现。经过长期严格训练的临床医生，完全能够培养出敏锐的洞察力、准确的直觉和缜密的思维，成为福尔摩斯式的“医学神探”。

（作者：北京协和医院消化科 吴东，摘自《全科医学周刊》）

医学侦探的十大原则及其他

M. 戈德堡

本书的目的在于通过一系列充满挑战性、娱乐性和富有效益的病例(实际上是一系列微型临床病理讨论会)来提高你的诊断技能。

医生会对两种患者感到头疼：一种患者临床表现虽然很普通，却可能患的是罕见的疾病；另一种患者临床表现虽然不同寻常，患的却是普通的疾病。本书兼顾了这两种情况。

人们——尤其是医学生对医学的错误观念之一是：医学是错综复杂的。但事实上，如果你肯花时间去采集病史和进行体检，至少 80% 患者的问题会迎刃而解。至于剩下的病例，像“斑马”之类物种一样身披伪装。如果你能成功捕获，这种成功的喜悦是难以名状的。

在本书病例中，既有“斑马”又有“马”。为了帮助你区别两者，让我们从一些一般原则开始吧。

医学侦探的十大原则

1. 决不要做不必要的假设，尽量多地去发现存在的情况。

这对于医生或是侦探都是首要原则。如果一个新患者有病历、实验室检查结果、X 线片，你应该获取这些资料并仔细回顾。如果患者服用了许多不同的药物，让患者把药物带来，以便你能辨别其类型、剂量及药物的相容性。就在去年我有两个患者从药剂师那里拿错了甲状腺片。

如果一个意识丧失的患者被送到急诊室，身边没有家人或朋友陪伴，而他的钱包里又有他的地址，应该派人(必要时可派

警察)去他的家里取来他的药箱。你很可能发现他正服用降糖药,我就不止一次碰上这样的病例。

尽可能与其配偶交谈,他们会告诉你患者疏忽或者故意保留的情况。

另一个有用的小提示:让你的接待员指导女性患者在第一次就诊时不要涂指甲油。已故的著名爱荷华州内科医师比尔·比恩(Bill Bean)指出,大量的疾病,从甲状腺毒症到砷中毒,有时候都能通过指甲的变化来诊断。

2. 寻找药物。

法国侦探(不管是小说中的还是现实生活中的)都相信解决情感犯罪的首要原则是“找出那个女人”,即调查与之接触的女性。在医学中与之相应的是怀疑药物的不良反应。至少 10-15% 的入院患者患有药物导致的疾病,比较普通的例子就是非甾体抗炎药(NSAIDs)。许多研究报道了超过 10% 的 60 岁以上的患者长期服用此药后出现的肾功能衰竭。与 Hismanal(阿司咪唑)或 Propulsid 同时服用可导致严重心律失常的药物清单越来越长,最新加入的是 Serzone。对于服用了血管紧张素转化酶抑制药(ACEI)、 β 受体阻滞药或大剂量抗炎药的糖尿病患者要检测电解质,因为这些药物都会导致低肾素血症和醛固酮减少症。

3. “如果排除了不可能的因素,无论剩下的结果多么不合常理,那都是事实”(夏洛克·福尔摩斯语)。

人体由上百万亿的细胞组成,其中一个细胞出现千奇百怪的功能失常的可能性是无穷无尽的。病例 1 为福尔摩斯的原则提供了一个极好的实例。

4. 如果一个患者的主诉不符合任何一个已知的疾病,要么它是一种新的疾病,要么就是你没有听清楚。

一句古老的医学格言是这样说的,如果你能长时间耐心地听患者诉说,他最终都能揭示问题所在。也许电视上的马库斯·韦尔比医学博士(Marcus Welby, M. D.)能够做到(毕竟他一周只看一个患者),但我们大多数都没有这样空闲。既然不能

这样，我们就必须时时注意有价值的线索。我曾经见过一位有很多症状的非常焦虑的年轻女性，最异常的是颈部的紧缩窒息感。在做了一系列的检查之后，我实在没发现她的问题在哪儿，直到她碰巧提到她正纠缠于与其夫的离婚案中。一位心理医生和一位好律师很快解开了她颈部象征性的套索。

5. 别忘了问患者他们自己认为问题在哪儿。

这个方法有时会取得惊人的效果。著名的内分泌学家泰德·施瓦茨(Ted Schwartz)，现已退休在爱达荷州的博伊西，最近在《内科学年鉴》上谈到一位中年妇女因为每天喝几加仑水而在当地医院接受大量检查，当得知所有检查均无果时，施瓦茨问了患者一个他的年轻同事都忽略的问题：“你为什么喝那么多水？”“我的医生叫我喝的。”她回答到。确实，医生在医治其膀胱感染后是这样嘱咐的。

6. 威廉·奥卡姆(William of Occam)说得对：联系多个症状做出一个诊断往往比多个诊断更为准确。

内科医生是怎样思考的？一般我们这样做：在头脑中或在纸上列出三条：症状、体征、实验室检查。然后选出最奇特的和次奇特的发现，找出某种联系和模式，看其符合哪种疾病的过程。尤其对老年患者，英明的内科医生不会将头痛、关节炎和咀嚼痛等只视为年老和假牙不合适造成的后果而不予关注，而会考虑到会不会是某些严重的可治性疾病，如颞动脉炎，一种在老年人群中经常被忽视的疾病。

7. 无论如何要找到一个主诉。

当我们的新患者喋喋不休地告诉我们一大堆症状时，我们该怎么做呢？这里我有时用一个绝招。我告诉患者：“如果我有一种魔法能解决你的其中一个健康问题，你希望它是哪个呢？”答案可能会很令人惊讶。有位患者说：“我希望能与我丈夫分房睡，这样我能获得更多睡眠。”

8. 被难住时，返回到犯罪现场。

简而言之，就是再做一遍体格检查，看看你的患者有没有

什么重要的阳性体征。从路易·温斯坦(Louie Weinstein)到罗伯特·彼得斯多夫(Robert Petersdorf)，许多医学权威向一代又一代学生传授，对于原因不明的发热患者这种操作可能比任何实验室检查来得更有价值。

这对于症状较轻但也令人困惑的患者同样有效。一名好医生在处理忧郁症患者时不是仅仅说些贫乏的、安慰性的话，而是眼界宽广地仔细检查有没有哪个部位恰巧在这时给他们带来了不适。

9. “忧伤若不能随眼泪散去，就会造成其他脏器哭泣”。

我第一次读到这么优雅的词句是在一本由著名的苏格兰病理学家威廉·博伊德(William Boyd)撰写的医学教科书中，从此这句话一直伴随我。某些疾病确实有很强的心理相关性。其一是紧张型肌肉收缩头痛通常是被压抑的敌意的结果。另一种是甲状腺功能亢进。虽然失去亲人或将要失去亲人(如父母过世、丈夫远赴战场)本身并不导致甲状腺功能亢进，但在多虑的个体容易诱发此病。我所见过的最严重的甲状腺功能亢进患者之一是一位密执安妇女，她的 17 岁的儿子被指控谋杀。因此，了解患者发病之前所受到的精神刺激很重要。

10.警惕最大的冒充者。

这不是梅毒!该疾病可导致休克、胸痛、脑卒中、哮喘、心房扑动、胸膜渗出、全身水肿、抗生素无效性肺炎、低钠血症、肝淤血等等症状。这是肺栓塞!

最后，如果患者对你的诊疗计划怀疑不休该怎么办?这里还有一条原则(可惜未经证实):“命不该绝，即便医生也杀不了你”——M. A. 佩尔斯坦(Meyer A. Pearlstein)。

极其重要的病史。

病史采集仍然代表着医学的真正艺术。计算机诊断程序正在变得越来越完善，对患者某些方面的评估(如过敏史)已经超越了医生。但我怀疑计算机采集的病史是否能在确立正确的诊

断方面超过人类，因为至少迄今为止计算机在问关键问题时不能观察到患者的表情和身体语言。比方说，在回答“你是否胸痛？”时，有的患者大叫“是的！”，同时用张开的手指抓住胸口（典型的“爪样征”），比那些微笑着（带点吃吃笑声）说“哦，是的”的患者可信得多。

关于病史采集也许你已了解很多，只有少部分你还不甚了解。我认为一个全面的病史应由如下部分组成。

你的开场白应包括患者的一些基本信息：年龄、婚姻状况、民族、性别、职业、主诉（可能的话，尽量用患者本人言词）、症状持续的时间以及既往住院的情况或在其他医生处就诊的情况（目的是获得以往的记录）。

如果患者的主诉中包含疼痛或头痛，我极力建议你停下病史的询问，继续就疼痛的特点展开询问，主要有以下十点：

1. 开始发作——时间和环境。换句话说，什么时候疼痛首次发作，当时你在做什么？剧烈的疼痛或头痛往往会留下很深的印象，患者会记忆犹新。如果他对此印象模糊，那么疼痛的程度大抵不会太严重。

2. 部位。让患者指给你看哪里最严重。

3. 放射。最好不要问患者诱导性的问题，比如，疼痛是否起于胸部正中并放射到左臂内侧？有些患者在此引导下会对几乎所有问题给予肯定回答，从而使你误入歧途。

4. 性质。疼痛可用几种有限的方式来描述：刺痛、钝痛、刀割样痛、深部钻痛、痉挛痛、烧灼痛、压痛等。但有一种痛（绞痛）提示中空器官（如输尿管或小肠）的梗阻。为了说明，我抓住患者的手，慢慢地加力，然后逐渐放松，模仿蠕动运动。

5. 持续时间。痛得最厉害的时间有多长？其后疼痛还持续了多长时间？

6. 频率。疼痛发作的频率是几小时一次，几天一次，还是几周一次？

7. 诱发因素：什么引起疼痛？什么使其加重？这是一个很关

键的问题，对于推断胸痛的病因尤为重要。对怀疑心绞痛的患者，我通常问五“E”：用力(exertion)、情绪(emotion)、饮食(eating)、环境变化(environmental change)(如受凉)及色情(erotica)——这也许有点难记，但这样我就不会忘记询问患者在性交(心输出量增加几倍)时是否胸痛(如果一位患者一周性交三次而无胸部不适，则该患者不可能是心绞痛)。

其他重要的诱发因素有：体位、运动、咀嚼吞咽、深呼吸、排尿、排便、月经、咳嗽、喷嚏、排使用力(后三者提示中枢神经系统或脊髓疾病)。

8. 缓解因素。缓解因素不太多：休息、食物、抗酸药、阿司匹林或其他镇痛药、硝酸甘油、体位改变、镇静药等。

9. 伴随症状，如发热、寒战、强直、大汗淋漓或出冷汗、恶心、呕吐、排便改变、呼吸困难、头晕、其他部位的疼痛及濒死感。

10. 以前的诊断和治疗。如果你不想违背第一条诊断原则(不要做无谓的假设)的话，务必记得获取这一重要信息。

虽然患者的既往史可用不同的方式组织，我总是包括以下六点：童年时所患疾病、手术史、住院史、妊娠史、需要就诊于内科医生或长期服药的内科疾病、创伤。

如果患者患有毒血症、肾盂肾炎、产后出血或甲状腺炎、妊娠糖尿病或新生儿体重大于 10 磅(极有可能引发糖尿病)(1 磅=0.454 公斤)，在这些情况下妊娠史价值极大。

体格检查

至少对于我来说，体格检查是诊断过程中最有趣的部分。有些疾病(如心绞痛和抑郁症)可发现的阳性体征极少。但还有些疾病(特别是内分泌紊乱)可发现大量的阳性体征。以甲亢这种常见病为例，除了某些老年患者只表现为心房颤动，一般我们可以找到二十多个有价值的临床体征，如：

1. 心动过速。

2. 脉压大。
3. 温暖湿润的皮肤。
4. 脱发。
5. 凝视。
6. 上睑挛缩及下落滞后于眼球。
7. 突眼。
8. 舌颤。
9. 甲状腺肿大或结节。
10. 甲状腺血管杂音。
11. 锁骨上杂音(加强的静脉杂音)。
12. 淋巴结肿大。
13. 男性乳房发育。
14. 心房颤动。
15. 第一心音亢进。
16. 肺部“嘎吱”音或血管杂音。
17. 股动脉杂音。
18. 脾肿大。
19. 甲剥离。
20. 手的细颤。
21. 手掌红斑。
22. 杵状指。
23. 胫前黏液性水肿(橘皮样皮肤)。
24. 反射亢进。
25. 股四头肌无力。我还能举出一些。

体格检查的更多技巧

照片

看一看患者驾照上的照片，如果照片是几年以前拍的更好，或干脆叫患者把旧照片带来。它们可提示疾病对患者造成的改变，如肢端肥大症、库欣(Cushing)综合征、甲状腺功能亢进或减退、皮炎等疾病可造成明显的外形改变。

血压

避免所谓“白大衣假性高血压”的方法之一是让患者做七次深呼吸后再测血压。这是著名的心脏病学家伯纳德·劳恩(Bernard Lown)教给我的高招,而且被证实相当于让患者平静半小时后所测的血压。

同时侧卧位和立位血压对下列几种情况很有价值:

1. 在危象发生之前诊断肾上腺功能不全。
2. 发现肾上腺性或肾性高血压,如患嗜铬细胞瘤经常存在血容量不足而使立位血压明显低于卧位时。
3. 确定失血量。失血高达 40% 的患者仍能维持其卧位血压,但失血量达 20% 时即不能维持立位血压。

体温

约 70% 的低血糖病例会出现低体温的情况,这是诊断糖尿病昏迷的重要线索。低体温也常见于药物过量。

当碰到高热的情況时,应考虑抗精神病药综合征、青少年类风湿关节炎、垂体卒中及脑炎。

脉搏

虽然精细且需要经验,但交替脉是床边诊断充血性心力衰竭的简单方法。

腕部的迟脉,更好的是颈部的迟脉,是主动脉狭窄区别于主动脉血管杂音的重要依据。

不同于低输出量心力衰竭的弱脉、洪脉及第一心音亢进和脉压增大是高输出量心力衰竭的重要征象。

皮肤

必须仔细寻找皮肤改变。冠状动脉疾病患者可有腱黄色瘤,糖尿病患者(尤其是西班牙裔)有黑棘皮病,肾上腺功能减退患者有色素沉着,而白癜风常见于一些自身免疫性疾病,如狼疮、恶性贫血和甲状腺功能亢进症。

毛发

腋毛或阴毛脱失常见于垂体功能减退或肾上腺功能不全。

乳晕周围、肛周及沿腹白线生长的毛发增多多由内分泌因素引起，而非家族性因素。

肺部

虽然书夹式火柴在医院里已经很难找到了，但斯奈德(Snider)火柴试验[即让患者在不缩唇的情况下把离嘴 6 英寸(1 英寸=2.540 厘米)的火柴吹灭]对阻塞性肺疾病仍然是很有效的诊断方法。同样，咯咯的而非清晰的咳嗽以及延长的呼气相也是有效的方法。

有些人也许不同意我的观点，但我认为肺实变惟一有价值的语音体征是低音胸语音(让患者重复发“yi”长音)。

对慢性肺疾病的患者有必要做咽反射。咽反射消失通常是由于鼻或鼻窦的分泌物下流至咽部引起麻痹所致，这种情况很容易引发吸人性肺炎。

对出现头昏眼花、口周或四肢麻木、胸痛、乏力的患者，尤其是年轻患者，应怀疑高通气综合征的可能。检查方法是在不出现眩晕的情况下，使患者尽可能长时间地做深而快的呼吸运动。正常人能毫不费力地持续 90 秒以上，高通气综合征的患者一般不超过 20 秒，且在检测末通常表现为奇沃斯蒂克(Chvostek)征阳性，即敲击面神经时眼角和嘴角向该侧歪斜(这是呼吸性碱中毒使血中钙离子浓度降低的结果)。

如果你随身携带音叉，即可有效地探出气胸或胸膜渗出。

心脏

理想情况下，我们应在安静的室内用听诊器的钟式胸件在心尖部听心房或心室奔马律。根据我的经验，第四心音奔马律更像快速说 da-dup dup 而不是 ten-ne-see，而第三心音奔马律更像 dup ta-dup 而不是 ken-tuck-e，你可以根据你听到的做出判断。对于怀疑心肌梗死的患者，这是一个重要的排除试验。由著名的心音听诊大师乔治敦(Georgetown)大学的普罗克特·哈维(Proctor Harvey)所做的心音图研究表明，心肌梗死患者几乎 100% 出现第三或第四心音奔马律。识别二尖瓣狭窄的音调也很重要：

ahh rum ta rum errrh(舒张期杂音的收缩前期强化, 第一心音亢进, 第二心音开瓣音, 舒张期隆隆样杂音)。

肺动脉瓣第二心音亢进(尤其是可触及的)对诊断肺动脉高压很有帮助, 如果是急性的则提示肺栓塞。

如果胸骨的下五分之一或下三分之一叩诊为浊音, 则右心室肥大的可能性大。

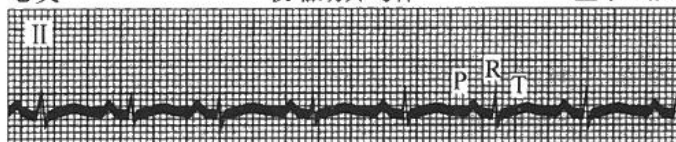
收缩期奔马律 (第四心音奔马律):



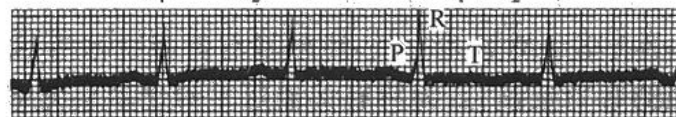
心尖

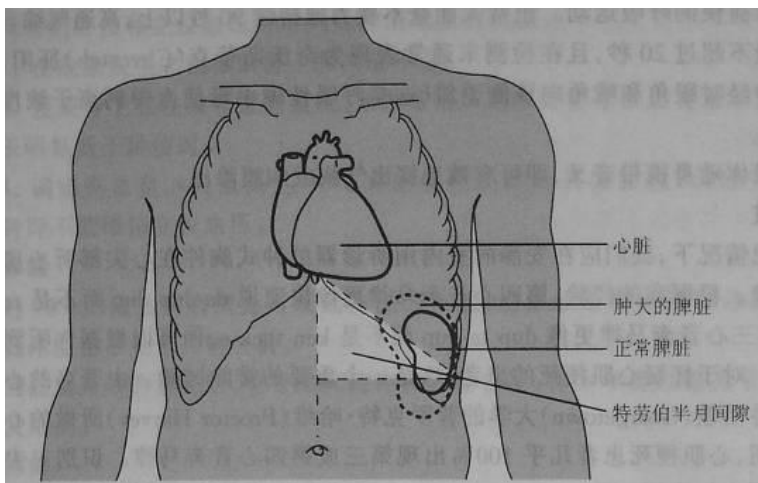
收缩期奔马律

正常心脏



室性奔马律 (第三心音奔马律)





周围血管征

颈动脉杂音的听诊应作为常规，尤其是在下列两种情况下：对于胸痛的患者，颈动脉杂音的存在增加了冠心病的可能性；尽管目前对于老年患者收缩期高血压是否诱发冠心病还存在争论，但收缩期高血压增加脑卒中的发病率已无可置疑，研究表明这样的患者中 25% 有明显的颈动脉狭窄。

有高血压的患者要注意听肾动脉杂音，尤其是对于最近才发作的高血压。

在甲状腺功能亢进的所有体征当中，我最看重锁骨上和股动脉杂音，因为它们在病史和体检的其他方面模棱两可时对我的诊断帮助最大。

腹部

发现轻度的脾肿大有时是困难的，关键是不要推挤。把手放在合适的位置，当患者深吸气时，让脾的边缘轻轻触及你的手。

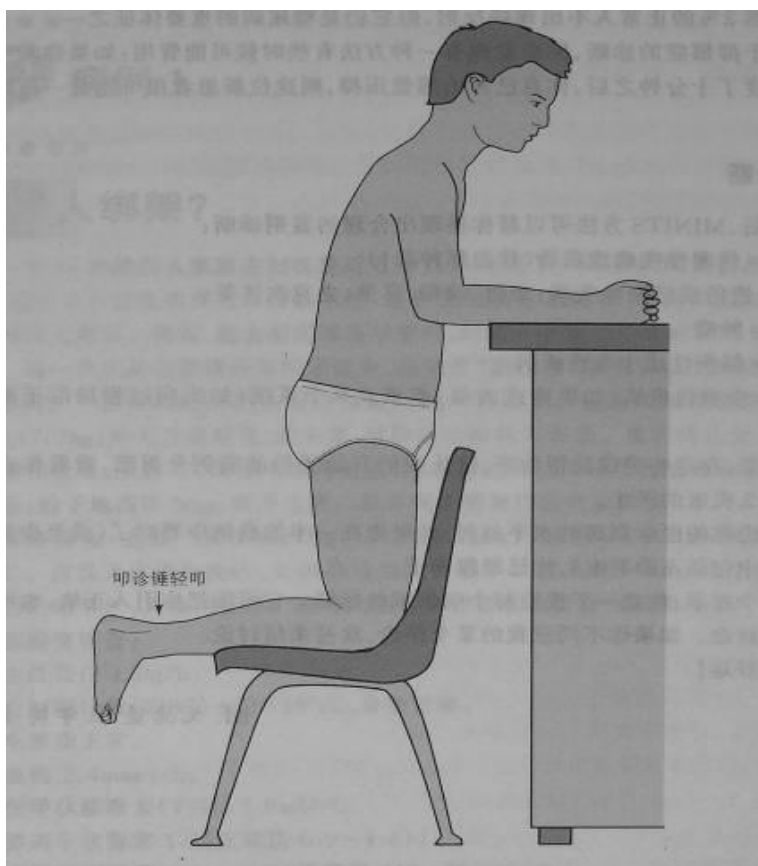
叩特劳伯(Traube)半月间隙也很重要。增大的脾脏通常侵占这个区域，叩诊时呈浊音。

一般而言，戴着听诊器做腹部叩诊效果更佳，听诊器的听

筒不应低于你的腰部。

睾丸

鼻和睾丸是体格检查最容易忽略的部位。我在此不谈忽略后者的细微的心理因素，而指出一点：小而坚实的睾丸(大小和触感与黄葡萄相当)是诊断克兰费尔特(Klinefelter)综合征的有力证据，因为所有其他形式的性腺功能减退症的睾丸是小而柔软的。



正如在前文中提到的，通过甲床可诊断 80 多种疾病，其中有细菌性心内膜炎、甲状腺毒症、狼疮、肺脓肿、砒霜中毒及缺铁性贫血。

观察指节除对诊断关节炎有用外，对于其他疾病的诊断也有价值。导致第四或第五指节缺失的疾病有特纳(Turner)综合征、假性甲状旁腺功能减退症及家族遗传性疾病。

神经系统检查

患者如不明原因地不能独立连续完成三次蹲下起立的动作，说明股四头肌无力，可由一系列肌肉和内分泌紊乱导致。后者包括库欣(Cushing)综合征、甲状腺功能亢进、甲状旁腺功能亢进、糖尿病肌病及各种因素导致的低钾血症。

早期甲状腺功能减退症最明显的体征是所谓的“延迟”反射(肌肉的松弛相延迟)，该现象最好的引出方法是使患者跪在椅子上，除了脚踝外下肢均固定，可以感觉到跟腱反射的迟缓时间明显延长。

虽然 2%的正常人不出现踝反射，但它仍是糖尿病的重要体征之一。

至于抑郁症的诊断，你会发现有一种方法有些时候可能管用：如果你和一位新患者共度了十分钟之后，你自己开始感觉压抑，则这位新患者很可能是一位抑郁症患者。

鉴别诊断

最后，MINITS 方法可以帮你整理出合理的鉴别诊断：

M=代谢性疾病或药物(找出那种药!)

I=遗传或感染性疾病：细菌、病毒、真菌、立克次体等

N=肿瘤

T=创伤性或中毒性疾病

S=全身性疾病(如狼疮或肉瘤)或累及某个系统(如疾病过程局限于眼、耳、喉等)

好吧，在这些建议的帮助下，就让我们开始我们的病例分

析吧，看看你自己是一个多么机敏的医生。

无论你的医学训练的水平如何，如果你在一半的病例中答对了(或至少你在鉴别诊断中包括正确答案)，你已经很棒了。

一个提示：注意一下我给每个病例拟的标题。它可能把你引入正轨，也可能把你诱人歧途。如果你不同意我的某个结论，欢迎来信讨论。

祝好运!

(本文为《诊断挑战——150 例临床技能测试》绪论)

M. 戈德堡医学博士



M. 戈德堡(Marshall Goldberg)，医学博士，杰斐逊医学院内科学和精神病学教授，内分泌系前主任。在进入杰斐逊医学院任教前，他是密执安州立大学的教授并获得了两所学校的杰出教育奖，包括 1995 年杰斐逊医学院的“年度最佳教师”

在长期的写作和电视生涯中，戈德堡博士撰写了多集“Kildare 博士”系列节目，并担任“ABC 今晚世界新闻”的医学通讯员。他已出版了十本医学小说，包括《解剖课》和最新作品《家传解剖刀》。他的长远目标(目前大部分已完成)是以美国医疗近半个世纪以来的重大主题为线索，撰写一系列的小说。

医生

梁实秋

医生是一种神圣的职业，因为他能解除人的痛苦，着手成春。有一个人，有点老毛病，常常发作，闹得死去活来，只要一听说延医，病就先去了八分，等到医生来到，霍然而愈。试脉搏心跳完全正常，医生只好愕然而退，延医的人真希望病人的痛苦稍延长些时。这是未着手就已成春的一例，可是医生一不小心，或是虽已小心而仍然犯错误，他随时也有机会减短人的寿命。据说庸医的药方可以辟鬼，听说比钟馗的像还灵，胆小的夜行人举着一张药方就可以通行无阻，因为鬼中有不少生前吃过那样药方的亏的，死后还是望而生畏。医生以济世活人为职志，事实上是掌握着生杀大权的。

说也奇怪，在舞台上医生大概总是由丑角扮演的。看过“老黄请医”的人总还记得那个医生的脸上是涂着一块粉的。在外国也是一样，在莫里哀或是拉毕施的笔下，医生也是令人啼笑皆非的人物。为什么医生这样的不受人尊敬呢？我常常纳闷。

大概人在健康的时候，总是把医药看做不祥之物，就是有点头晕脑热，也并不慌，保国粹者喝午时茶，通洋务者服阿司匹林，然后蒙头大睡，一汗而愈。谁也不愿常和医生交买卖。一旦病势转剧，伏枕哀鸣，深为造物小儿所苦，这时候就不能再忘记医生了。记得小时候家里延医，大驾一到，家人真是倒屣相迎，请入上座，奉茶献烟，毕恭毕敬，医生高踞上座并不谦让，吸过几十筒水烟，品过几盏茶，谈过了天气，叙过了家常，抱怨过了病家之多，再扯上几句谈话（这时节可别忘了偷偷地把“马钱”送给车夫），然后恭送如仪。我觉得那威风不小。可是奉若神明也只限于这一短短的时期，一俟病人霍然，

医生也就被抛在一旁。至于登报鸣谢悬牌挂匾的事，我总是怀疑究竟是何方主使，我想事前总有一个协定。有一个病人住医院，一只脚已经伸进了棺木，在病人看来这是一件很重要的事情，在医生看来这是常见的事，老实说医生心里也是很着急的，他不能露出着急的样子，病人的着急是不能隐藏的，于是许愿说如果病瘳要捐赠医院若干若干，等到病愈出院早把心愿抛到九霄云外，医生追问他时，他说：“我真说过这样的话吗？你看，当时我病得多厉害！”大概病人对医生没有多少好感，不病时以医生为不详，既病则不能不委曲逢迎他，病好了，就把他一脚踢开，人是忘恩负义的一种动物，有几个人能像 Androclus 遇见的那只狮子？所以医生以丑角的姿态在舞台上出现，正好替观众发泄那平时不便表示的积愤。

可是医生那一方面也有许多别扭的地方。他若是登广告，和颜悦色地招徕主顾，立刻有人挖苦他：“你们要找庸医么，打开报纸一看便是。”所以他被迫采取一种防御姿势，要相当的傲岸。尽管门口鬼多人少，也得做出忙的样子。请他去看病，他不能去得太早，要你等得三催六请，像大旱之后云霓一般而出现。没法子，忙。你若是登门求治，挂号的号码总是第九十九号，虽然不至于拉上自己的太太小姐，坐在候诊室里来壮声势，总得摆出一种排场，令你觉得自己忙，忙得不能和你多说一句话。好像是算命先生如果要细批流年需要卦金另议一般。不过也不能一概而论，医生也有健谈的，病人尽管愁眉苦脸，他能谈笑风生。我还知道一些工于应酬的医生，在行医之前，先行一套相法，把病人的身份打量一番，对甚么样的人说甚么样的话。明明是西医，他对一位老太婆也会说一套阴阳五行的伤寒论，对于愿留全尸的人他不坚持打针，对于怕伤元气的人他不用泻药。明明地不知病原所在，他也得撰出一篇相当的脉案的说明，不能说不知道，“你不知道就是你没有本事”，说错了病原总比说不出病原令出诊的人觉得不冤枉些。大概发烧即是火，咳嗽就是伤寒，有痰就是肺热，腰疼即是肾亏，大概总

没有错。摸不清病原也要下药，医生不开方就不是医生，好在符篆一般的药方也不容易被病人辨认出来。因为种种情形的逼迫，医生不能不有一本生意经。

生意经最精的是兼营药业，诊所附设药房，开了方子立刻配药，收费言无二价，连药剂师都自兼了。

天下是有不讲理的人，“医生医病不治命”，但是打医生摘匾的事却也常有。所以话要说在前头，芝麻大的病也要说得如火如荼不可轻视，病好了是他的功劳，病死了怪不得人。如果真的疑难大症撞上门来，第一步得先说明来治太晚，第二步要模棱地说如果不生变化可保无虞。第三步是姑投以某某药剂以观后果，第四步是敬谢不敏另请高明，或是更高明的给介绍到某某医院，其诀曰：“推。”

我不责难医生。我觉得医生里面固然庸医不少，可是病人里的混虫也很多。有什么样子的病人就有什么样子的医生，天造地设。

水蛭、医生和其他

刘易斯·托马斯

几年以前，我跌跌撞撞，闯到一个美妙的知识领域——比较语言学——的边缘。我记不清是在什么情况下，我注意起为什么把医生称作 Leech，同时也将医生使用了许多世纪的那种虫子(水蛭，蚂蝗)称为 Leech。先出现的是哪一个？是医生 Leech，还是水蛭 Leech？

在那本美妙的《美国传统字典》里，有个 50 多页篇幅的印欧字根附录，大部分根据的是波可尼的印欧语言字典。我妻子为我的生日在纽约的书店里找了很久，在一个珍品店里找到了一本波可尼的书。从那以后我就开始有所进步。

语言的发展可以和生物物种的进化相比拟，当然要看你愿意怎样扩展你的比拟。在这两方面，头一个远为深奥却又显然是难以回答的问题是：最初生命是怎样起始的？人类最初的语言是个什么样子？

在这两方面都有化石或类似化石的东西作为印记，可以让我们追寻到接近其原始的时候。最初的生命是原核生物，它们的大小和样子都像细菌；在年代为 35 亿年的岩石上，毫无疑问地有成行的球形细菌和杆状细菌的印痕。在后来的 25 亿年里，类似的生物成了这个地球上生物的总体，它们或营游离自由的生活，或更多是在“藻毯”中聚在一起成为极大的集落。这些生物后来变成了化石，成了奇特的地质结构，称为迭层结构。只是到了后来，可能是在 10 亿年前，原核生物的藻类向地球的大气中排出了足够多的氧气之后，有核细胞才得以形成。为所有的有核细胞的细胞浆提供氧化能量的线粒体，使植物细胞利用太阳的能量来制造氧和食物的叶绿粒，这两种小体都是细菌和蓝藻的直系后代，都和我们这些其它的生物共生了将近 10 亿年。

人类语言的“化石”当然要晚得多，而且只能用比较语言学的间接办法去研究，但是它们却是的确存在着。大家最熟悉的印欧语根和原核细胞所处的位置相当，它是大多数西方语言和某些东方语言的鼻祖，例如梵语、希腊语、拉丁语、所有的斯拉夫语，以及日耳曼语、赫梯语、吐火罗语、波斯语、印度语以及其它一些语言，它们都是从一个共同的语言派生的。根据极为粗略的估计，那大约是在两万年之前。派生出那些语言的原始词汇，最初可能都是表达些简单的、没有细胞核那般的概念、意思明确的字根。

医生和水蛭这两个 *Leech*，就是语言摹拟生物的实例。医生 *Leech* 的词根一直可以追溯到语言的起始阶段：*leg* 这个词代表的意思是：收集，收敛，它有派生字，意思是说话，并且带有知识和智慧的意思。后来在古英语里，它变成了 *Laece*，在中世纪荷兰语里变成了 *Lake*，意思成了医生。在那行进的途中，它在早期日耳曼语中产生了 *Lekjaz* 一词，意思是“口吐魔语的巫士”，它和早期医生的任务真是严丝合缝。在英语中，多少世纪以来，就把医生称为 *Leech*，丹麦的医生至今还被称为 *Laege*，瑞典的则称为 *Lakere*。

Leg 还产生了其它的后代，虽然它们和医生不同，但在意思上还有些联系。*Lecture*(演讲)、*Logic*(逻辑)、*Logos*(“逻各斯”——世界的普遍规律性)都是从 *Leg* 派生出来的，医学界听到这些可能会感到心花怒放。

水蛭这个 *Leech* 就较难追溯。《牛津大词典》说，在 10 世纪它称为 *Lyce*，后来是 *Laece*，后来为了实用的目的，这两种 *Leech*(医生，水蛭)有了相同的一般的意思。医生 *Leech* 这个人，靠着水蛭 *Leech* 这个虫来维持生活。水蛭被认为(我想是错误地被认为)有治愈疾病、使人康复的天赋，因而可以说水蛭也在以其之道为人行医，是一种医生。含有不同意思的两个词，融合成带有原来两个词含义的一个词，这种情况称为“同化”，这是专业术语。造成融合的，可能是那个收集、收敛的含义，

这个含义还存在于那个词的两个用意中：虫虫那个 Leech 吸取血液，医生那个 Leech 则除了收集血液之外，还收敛钱财。税吏曾一度被称为 Leech，这样起名当然根据的是那个虫虫。

医生 Doctor 这个词来自 Dek，意思是适当的、可被接受的和有用的某个事物。在拉丁语里，它变成了 Docere，意思是教导，也变为 Discere，意为学习，从而也是弟子的意思。在希腊文里，这个词代表一种可以接受的教导，从而就是教义、教条和正统。Decorum(体面，礼貌，正派，得体)和 Decency(正派，体面，合乎礼仪)都是同源的词。

Medicine(医学，药)是由 Med 词根派生的。Med 的意思是量出来或做合适的测量。拉丁语用 Med 一词造出了 Mederi，意思是“照看”和“治疗”。英语中的 Moderate(适度的，温和的，稳健的)和 Modest(不过分的，谦虚的)都是 Med 词根的后代，它们带有久已忘怀的对 Medicine 医学的教诲。学医的人要不时地 Meditate(又是一个同源词，意思是“深思。默念”)这个词源上的近亲。

Physician(医生)这个词，源自一个极为美妙的词 Bheu，它是古老语言中一个重要的词根，意思是自然界本身、是、和存在。希腊文从这个词根创造出 Phusis，从它又有了英文的 Physic 和 Physics 两个词。前一个指一般的医学，后一个指对自然界的研究(物理学)。

Doctor(医生，博士)、Medicine(医学，药)和 Physician(大夫，医生)这些词，以及在他们周围生长出来的那些同源词汇，很能体现社会对医疗这个职业所抱的古老的希望，但是满足这个希望是不容易的。在所有那些词汇之中，我认为 Modest(不过分，谦虚)以及 Moderate(适度，温和，稳健)是最需要记住的。Med 这个字根一直潜藏生存在这些词汇的内部，恰似一个十分成功的共生体。它也同样地一直存在于 Medicine(医学，药)一词中；这对教导人的人，对不论以什么方式给人治病或治不了病的人，对积累科学知识的人，对古者的 Leech 来说，都应该是一种持

续坚定的信息。

医学曾经是最受人尊敬的职业。在今天，当医学有了不多年以前无法想象的许许多多的治疗(或治愈)技术之后，医学却由于各种原因而受到谴责。那些批评说：医生是些应用科学家，只关心手头的疾病，而不把患者看成一个人、一个整体的人。医生真的连病人的诉说都不听。他们不愿意或没有本领向患者或其家属把情况解释清楚。在使用那些并非没有危险的技术的时候，他们会做出差错，从而使医疗事故保险费急剧上升。只能在高大吓人的门诊部内他们的诊疗室里，或使人畏惧的医院大墙之内，才能见到他们。他们受训练的方式和他们行医的方式，已经和“非人化”成了同义词。历史悠久的医疗艺术已经丢失，已经被忘怀了。

美国的医学院受到了四面八方的压力，要它们再培养家庭医生——经常出诊、明察病情、慈如叔伯的医生，照料全家每个人的疾病，甚至能叫出家中狗的名字的医生。现在已经合法建立了一些新的单位，有的成立在州立的医学院里，称为家庭医疗，一级或初级保健，预防医疗，一级或初级医疗。它们自称目的是培养更多的全科医生，指的是大家幼年时所知道的，或者是其父辈祖辈童年时期所知道的，或者是从书籍、电影或电视中见到的那种非专科的全科医生。

大家对医生的要求一向都是些什么？医生这个行业是怎样在人类的大部分历史中存留下来的？医生作为一个阶层，一直因其自己的缺陷而受到指责。蒙田在他的时代，莫里哀在他的时代，还有萧伯纳，对医生及其医学的尊重，要少于当今的评论家。19世纪的，以前那些世纪的，以及一直到我职业上的祖辈(史前时代的那些以巫术治病的巫医)的病人，他们去找医生的时候是抱着什么希望？在大瘟疫的年月里，每天夜里大车穿过大街收尸埋葬的期间，医生起到了什么作用？腺鼠疫、斑疹伤寒、结核病和梅毒是许许多多进展迅速、常常置人于死地的传染病中的几种代表，不论医生做些什么，这些病都使很多病人丧失

生命。对所患之病无法减轻痛苦(更不用说治愈了)的医生，在夜间被请出诊的时候，他们当时都做了些什么？

在历史的早期，他们所做的完全是巫术。巫医以最艰苦的方式学到他们的行业：他们被迫去亲身经历就像死亡本身的某种情况，等到活了过来。就被认为有资格给人治病了。他们发作过抽风痉挛，见过异象，听到过呼唤，心惊肉跳地在旷野里迷失了多少个礼拜，有过时间不短的昏迷，当他们恢复过来，就有了行医治病的执照。他们围着病人手舞足蹈，烧火冒烟、念唱莫名其妙的词调，而且触摸病人的上上下下。触摸是这个行当中真正的秘密，可是从来也不说触摸是关键的真正技术。而是把触摸隐没在那些舞蹈念唱之中。在舞蹈念唱之中，总是频频地用手触摸病人。

我想，触摸是医生最为古老而且也是最为有效的一种动作。有些人不愿意别人触摸他，但病人却都(或几乎都)愿意让人触摸。他们希望被人抚摸。重病人的一部分痛苦就是缺少了和别人的密切接触。一般的人，甚至亲密的朋友，再甚至家庭的成员，都会有意地远离重病的人，尽量少去接触病人。这或是由于不愿打扰他们，或是怕疾病传染，或者只是害怕交上恶运。医生最为古老的医疗技术就是将自己的手放在病人的身体上。

经过了多少个世纪，这种技术已经变得更有特点、更为精密了。医生的手已经不只是碰碰摸摸，而是学会了做其它的事。用手去号手腕上的脉跳；去探查脾脏的边缘和肝脏的境界；叩击肺部，引出清亮的或沉浊的声音；涂膏油于皮肤；刺静脉以放血；在做这些的同时，既接触，又抚摸，最后还紧握病人的手。

大多数施行这种手法的人，开始时一定是具有关心他人的天赋。当然有些人不太喜欢同其他人接触，他们应该躲开这种需要接触的职业。如果阴差阳错，他们已经在学习医学，那最好还是退而他就，否则就会成为一个作为不大的医生。

医生用耳朵去接触病人是医学史上的一大进展。当知道心

脏和肺部都发出自己的声音，而且这些声音有时能够用于诊断之后，医生就把耳朵靠在病人心脏的前面，胸前和胸后，去仔细倾听。很难想象人的哪种姿势能比一个贴在皮肤上的低下的头更为友善，更能代表对另一个人的关心、爱护和亲密。19世纪发明了听诊器。它大大改善了对胸部音响的听诊，但是却略微加大了医生和病人之间的距离。在众多至今仍不断出现的新医疗技术中，听诊器是设计来加大医生和病人之间距离的第一个设备。

今天，医生无需见到病人，就可以在另一个大楼的诊疗室里完成许多必要的工作。甚至有了用电脑询问以及记录有关疾病情况(病史)的程序：秘书可以问那些问题，再核对印好的表格里的栏目，其后，电脑就会马上打印出应该考虑哪些是可能的诊断，以及需要做哪些实验室的检查。医生用不着花四五十分钟去听诊胸膛，触诊腹部，而可以开个条，把病人订发到放射线科去做一个CT(电脑控制断层)扫描，一个小时之内，就会看到全身各个内脏的微细末节。而过去这些都是要医生用手指和耳朵去检查之后，才能加以揣测的。生物化学实验室现在正做到使人无需等待出现新的症状和体征。配有电脑的装置能够查出有毛病的心脏或功能不佳的脑髓的电的变化，其精确程度远远超过几代以前医生在病床旁边所能触到、得到甚至能想象出来的。

医生如果愿意，他就能使自己处在一定的距离以外，远离病人及病人的家属；除了在最初的也是唯一的那次触摸——握手——之外，再也不用触摸什么。医学已经不需要把手放在上面了，它已经像是在机器上读出信号的一种事情。

科学医学的机械化是要存在下去。新型的医学正在起作用。它是一个极为复杂的职业，要根据短捷的通知条子做生死攸关的许多事情。医生现在担负的义务，过度的甚至是拼命担负的义务，和50年前的还是一样，只是现在有了大量迅速而准确的技术方法。病人看到自己所经历的和 he 父母告诉他的已经有所

不同，有些重要的什么已经失去了。医生已经不太像亲密的朋友了，也不那么自信了，对于他这个人的兴趣也少了，注意力完全放到所治疗的疾病上。现在并没有改变这种情况，并没有走回头路。你仔细想一想，也没有真正的理由要求走回头路。如果我有恶性高血压，或者结肠癌，或者亚急性心内膜炎这类疾病的症状和体征，我当然希望能得到尽可能多的安慰和友谊，但是我最希望的却是只要有可能，就要尽快地得到有效的治疗，以便可以活下去。如果我住在一所现代化医院的病床上，同时对那床位所需的花费忧心忡忡，我一定希望尽早出院，如果可能，还要复原健康地出院。

在我父亲的那个年代，和病人谈话是医学中最大的工作，因为所能做到的几乎也只有谈话。无论是好是坏，那时医生和病人的关系就是那些长谈。病人处在注意的中心，而且他自己也知道他是处于这个地位。在我做实习大夫时，科学技术还处于初始的时代，还有医生和病人的交谈、只是匆忙些，常常像是在奔跑之中。

今天医学有了各种先进复杂的新技术，病房巡视是走到病床病人的脚边，为自动测定查找各种已知的或可能的生物化学异常而抽取血液，为去放射科而推着轮椅或担架穿行于走廊，但谈话的时间少了。和住院病人谈得最长又和个人有关的话，是关于经济和保险，而这是由受过专门会计训练的人员进行的，所用的科学仪器是电脑。住院病人一时会感到自己好像是个巨大自动仪器的部件。他的入院和出院都是由电脑的电池启动的，甚至连大夫的姓名还没弄清。病人可能觉得这种差别很奇怪而且有些恼人。但是，还有另一个值得着重提出的差别：许多病人很快就出院回了家，身体健康，疾病已愈。在我父亲的那个时日，这种情况要少得多，即使发生了这种情况，那也是由于运气好，或者由于病人过去的素质好。而在今天，它却更多是由于先进的技术。

但是现在面临着代价的问题。代价不只是指确实过大的金

钱花费。医生的那种亲密的、给人以希望的、温柔的触摸，那种安慰和关心，那些无所不包、甚至包括涉及病人家里养的猫狗的从容的长谈，凡此种种都从医疗中消失了。这对病人可能是个绝大的损失，对于医生可能也是如此。这种独特而又微妙的个人之间的往来，植根于医学历史开端的时期，现在也需要将它保留下来。这件事从来都很难做好，它需要最好的大夫和最好的友情。一旦丢失了它，即使只是在短短一代人的时间里丢失了它，再想把它找回来可能已经十分困难了。

如果我是刚要步入医疗行业的实习医生，或者是个医学院的学生，我一定对自己未来的这个方面比对其它方面更为忧虑。我要担心自己会很快失去我真正的职责——照料看顾病人，而剩下的只是完全不同的那种看管机器的职守。我要设法防止发生这种情况。（本文选自刘易斯·托马斯著《最年轻的科学——一个医学观察者的手记》。刘易斯·托马斯毕业于哈佛医学院。一生担任过儿科学、内科学、病理学和生物学等多个教授职位，曾任纽约大学医学院院长和耶鲁大学医学院院长，美国科学院院士。最后的职位是斯隆—凯特林癌症纪念医院院长。著作有《细胞生命的礼赞》，《水母与蜗牛》，《聆乐夜思》）。

二进宫

沈君山

《二进宫》是一出平（京）剧的剧名，讲明朝一位大臣二度进宫，帮助皇后、太子夺回皇权。此处我借来叙述二度中风的经过，与病中感想。世上二度中风能活下来的本就不多，还能写文章的就更少了，所以本文有些“独家”的味道，弥足珍贵的。

在生死相关的重大问题上，还自作清高不去找关系是十分愚昧的。

我第一次中风是六年多前一个星期六下午，下著毛毛雨的一个傍晚，自己拄了雨伞走进急诊室报到。因为是周末，只有一个值班的见习医生在，他看了一下，拿不定主意，说分不清是溢血还是栓塞，要观察一下，让我到一个小房间的病床上去休息，却不知这一休息就休息了近二十个小时。当然不久家人也来了，但因为没有经验，既然医生说观察就只有观察，到了第二天中午，手指脚趾渐渐全不能动了，才紧张起来，打电话给原本相识的副院长。他马上来了，但他是肠胃科医师，只有再去找真正的脑科专家，下午四时才开始紧急处理。后来回想这段经历，当然十分怨气，但再想想，自己也不是没有过失，那个小医生牺牲了周末来值班，他的知识经验或许只能作这样不做不错的处理。事已至此，只有调整自己，去适应未来。但汲取了一个教训：在生死相关的重大问题上，还自作清高不去找关系是十分愚昧的。不过这教训代价太大了。

中风后两、三周，是最难熬的时刻，病情稳定了，也知道以后大概的生活限制，觉得像忽然掉进一个泥沼，而且以后一辈子都要陷在这个泥沼中，心里非常恐慌不安，总想理出个头绪来，就问主治的医师，以后可能的变化。医师经历多了，了解我这型凡事不弄清楚就不甘心的人，就老实地对我说，复健

有空间，但也有极限，而且二次中风的或然率，要比一般人高，五年内大概有百分之五十的再发机会，主要看你自己。这些冰冷的话，他用非常诚恳的态度说出来，使我觉得他没有骗我，没有把我当傻瓜。那我也得面对现实。生死的问题，我过去想过，也参加过一些安乐死之类的讨论会，有一定的哲理认识，但那是“学术性”的，谈的是别人的事，现在临到自己身上，得落实的规画一下，先想“死”，想了三条，写成生命遗嘱的法律形式，大意是：

我确信如何处理个人之生命乃个人之基本权利，因此在因病或其他原因使本人身体受到伤害：

- 一、此伤害使本人陷入长期痛苦而无法正常生活之状态
- 二、此状态将无法复原
- 三、维持延续生命对家人及社会造成沉重之负担

在上述情形皆确定时，本人希以积极方式有尊严地走完人生，届时或将寻求相关人士直接或间接的协助，以寻求生命之终止，为避免上述人士负担道义上或法律上之责任，特此立遗嘱。

构想此遗嘱时，我是以二度严重中风病人的情况做参考，在复健病房，每天都可见到这样毫无尊严也没有意义拖延著生命的病人。遗嘱写完后，分送给律师和有关亲友，也写在《浮生后记》第一章里。这样，把如何死规划好了，心里落实很多，就来处理如何生。那可复杂得多，单求生并不难，但要生得有生趣有生机却不容易，着实过了两、三年才调适过来。

第二次中风忽然降临，伸手去拿电话，手指却不听使唤，电话机在面前，就差那么一点儿。

最近两年生活非常单纯，大部分时间在清华，每天早上一、两个钟头写文章，或在电脑上打打桥牌、下棋，下午就做复健，散步，每星期来台北两、三次，处理三个基金会的事，一年出国两、三次，像我一个月前就刚到美国看孙女儿，生活调适得很好。但不知道，突然，第二次中风忽然降临到我头上。

第一次中风之后，妻带着儿子晓津在台北读国小，跟建构式数学奋战，我独居在新竹，请个管家照顾我三餐。八月五号礼拜五晚上上床时，已经觉得脚很重，但不知已是二度中风的开始，半夜两点多想起来如厕时却爬不起来，才知事态严重：“我再次中风了。”

当时第一个反应是打电话找人，但也知道只有力气打一两个电话，所以找的人一要可信赖二要能干，会安排，不会乱。我直觉的想到纪政，她和我二十五年前有过一段炽烈的感情，现在还是最堪信赖的朋友，曾在我第一次中风时全力帮助我复健，而且她各方关系也好。

我伸手去拿电话，手指却不听使唤，电话机在面前，就差那么一点儿。我叹口气对自己说，这也许是我此生最后一个电话，现在不打，力气只会越来越小，就再也打不成了。我深吸一口气，沉思默念一番，猛的手伸出去，这一伸，似乎长了半个手臂，居然触到了电话。但却无法打，只好用力将电话勾过来，茶几上东西乒乒砰砰打翻，也顾不着了，一寸一寸把电话勾到眼前。屋内暗暗的，开灯是无力的了，只好闭着眼，按著方位，一个个把号码按下去，头两次都拨错了，而且错到同一个号码，一个半夜被吵醒的倒霉人，第一次他还耐性解释说打错了，第二次火大了，就直接开骂，用闽南话骂，我没听懂，咕噜咕噜的回答，他大概也没懂，只好在此补个抱歉。

等待送医急救的二十分钟内，作了三个重要的决定。

第三次重复默想一番，确定了号码和方位再按。这次响了，可没人接。我耐心等它一直响下去，终于有人接了，有点睡意的声音，我一听就知道是纪政，松了一口气。她说请问是谁，我说我是沈君山，我中风了，这下她清楚了，马上醒过来：“你中风了？”我说“是”，心里一块石头放下，知道打通了。

不到二十分钟，管家、一一九都被纪政找来了，这段时间中我想了一想，接下来该怎么做。决定了三点，一是先送新竹马偕急救，再送台大，马偕离我家只有三、五分钟的路，但接

下来一定要送台大。二是到了马偕，我请他们用最强的药打点滴，医生却只愿打点滴，值班的都是实习医生，但第一时间处理帮助很大。三是等纪政从台北赶下来再上路，因为我知道没她，即使早点到台北，也一定找不到病床。果然不久后台大打给马偕，说病人别来了，没病床。纪政马上打电话给叶金川，他是台大毕业的校友，人缘又好，一调就调到病床。我这三个决定都很重要，一是去台大，因为在医院的伦理，一个医生开始处理了，别的医生都不愿意再碰，而我知道我的病历都在台大；二是马上打抗栓塞的点滴，我有经验了，中风重要在头几分钟，虽是惨痛的经验，总是识途老马；三是在马偕等纪政，没有她，随便找一个人不行，纪政从陈水扁到工友，大家都认得她。

到台大，照了核磁共振、超音波等等。从前主治我的医师在美国，还没回来，别的医生不愿碰，但叶金川有个朋友黄教授替我看了，说很严重，中风的地方在脑干，就给我先做处理。

我用茫然的眼光看着他：三加二啊？喔，等于四！

有个小插曲满有意思，我这一路上过来，一直碰到实习医生，每个人都用一枝铅笔在眼前晃来晃去，左晃到右，右又晃到左，让我的眼珠跟著动，然后问我两个问题：“你叫什么名字？三加二等于多少？”大概是试我的神智清不清楚。但他们每个问题都一模一样，到了第五个人，我厌烦了，这次是个大概七年级的实习医生，又问我三加二等于多少，我看了他一眼，决定跟他开个玩笑，就说三加二等于四。他吃了一惊，问我：“三加二耶，等于多少？”我故意扳著已经渐渐不能动的手指，用茫然的眼光看着他：“三加二啊？喔，等于四。”

他好紧张跑了出去：“沈教授不得了了，他说三加二等于四！”这时来了个年纪大一点的医生，我向他神秘笑了一下，他才知道我在捣蛋。

另外一件趣事，是后来发生的，到了台大医院，护士们告诉我，林志玲就住在楼上，我开玩笑说，能不能看她一下，这

当然不可能，说过也就算了。但次日，管家从新竹赶来，却弄到一张林志玲的海报，把它贴在墙上。妻看见了，十分不以为然，说：“满身挂了瓶瓶罐罐，墙上还贴林志玲，太不相称了，也显得轻浮。”我那时还能模糊不清的说些话，就辩称：“现在整天都看些丑陋古怪的形象，包括镜子里的我，晚上瞄一眼林志玲，才不会做恶梦。”主治医师是十分通达的人，听了我的辩解，嘻嘻的笑出来，接著说：“也对，对心理健康有益，我们就让林志玲做中风小天使，挂在墙上无妨的。”病房里面医生最大，有了他的御批，就万事合法了。消息传出去，送花的朋友们少了些，送林志玲海报的却一大堆，现在（中风后两周）我有十三张林志玲的海报，看来可以开特展了。

与其成为植物人或四肢瘫痪，不如让我走。

星期六清晨坐救护车到了台大，原来的主治医师还没回来，并且也要等检查的结果，黄医师先给我开了一般的药。星期一主治医师从国外回来，一切检查也都出来，会诊之后，主治医师告诉妻，情形不乐观，第二次中风，又是中在脑干部分，再延续下去，可能全身瘫痪也可能危及生命。他建议用血管摄影再彻底检查一次，如果大血管有问题，马上开刀，小血管有问题，用抗凝血剂，这都是危险度很高的，尤其开刀，也许只有一半一半机会，要她具结，医院会尽力做，但不能负责。妻说君山的生死观她很清楚，还早写好了生命遗嘱，她签字没问题，但现在他自己神智很清楚，你不妨问他。主治医师是很通达的，也看过《浮生后记》里面讲生死的一章，就来问我。我说一切听你的，但有个但书，作为我们的君子协定。在救护车从新竹上来时，我仔细的想过，在选择的位置上，倒过来排。〈一〉昏迷不醒的植物人，〈二〉四肢瘫痪，第三才是死亡。因此要他答应我，假如不行的话，与其成为植物人或四肢瘫痪，不如让我走，这样不至于连累他人，自己也痛快些。主治医师爽快的答应了〈一〉，换句话说，若成为植物人，就让我走；但无法答应〈二〉，他说这不合法，他不能做违法的事。我想了想

确实如此，法律走在伦理后面，伦理走在科技后面，这是人自找的麻烦，本来“天”帮你解决的问题，硬要人定“胜”天，但其实人只能在战役上胜天，永不能在战争中胜天（Win the battle, not the war），廿世纪人定“胜”天已臻极致，环保、生态、生死都引出种种问题，廿一世纪就要人定“和”天，但科技跑太快，法律伦理都跟不上，我既然只活到廿一世纪初，就要遵守廿一世纪初的法律伦理才行。何况要判断什么叫“四肢瘫痪”也有技术上的困难，眼珠还能跟著铅笔动，算不算瘫痪呢？“人生泰半原是由不得已的！”叹口气，也只好同意，替对方想，各让一半，也算是妥协吧。

交代了四件事，兴高采烈进开刀房。

自从星期六进院后，手足一刻比一刻软弱，根据第一次中风经验，一开始复健至少有一段时间，不能处理事情，因此星期一上午，我把秘书及两个出版社的编辑都找了来，下午为进摄影房签了具结书，还有三四十分钟才能进房，正好把一些未完的事一一交代。首先是明天星期二，原定去溪头吴大猷科学营和黄荣村校长对话“如何打造第一流大学”，黄在教育部长任内编列了五年五百亿的预算，有一些构想牵涉到清交合并，我对他的看法不太赞同，已经交锋过好几次，但尽管“政见不同”，却都能谈得来，朋友还是朋友，乃相约在今年的科学营好好辩论一次，由参加的学员作评判，现在显然无法应约了，乃交代秘书请吴大猷基金会的执行长彭宗平校长代我应战，还告诉他不可口软，好好的修理黄前部长一番。第二件事，是四五天前和张忠谋共宴，谈起一本书《甘地之道》，讲竞争双方解决冲突之道，我以为是本好书，向他推荐，并答应送他一本，就告诉秘书把这件事当天办了。第三件事是一本漫画故事书《沈爷爷讲围棋棋王故事》已经写完很久，但缺一篇序，拖在那儿，“汉声”九月要出版此书，我告诉编辑，没法写序了，就口述几句话代序，大致是说，假如做一件事带给自己快乐，也带给大家快乐，那就是最快乐的事。这套故事书，我讲时很

快乐，若也能带给阅读的小朋友快乐，那便更加快乐了。第四件事是把上次中风后写的第四本书《浮生再记》，补些照片。交代了这四件事，快三点了，我觉得心情愉快，泰然进了血管摄影室，准备接着进开刀房。

妻后来跟我说，看我兴高采烈的进去，不难过也就罢了，兴高采烈些什么？我说，先讲一个希腊神话，传说是世上第一个女人的潘朵拉，神给了她一个盒子，说里面装满了各种东西，要她千万不要打开，但好奇是女人的天性，有一天还是将盒子打开，想瞄一眼。瞬间各种妖魔鬼怪：妒忌、怨恨、病痛、战争都跑出来，潘朵拉吓坏了，赶紧关起来，于是最后留住了一样东西，叫做“希望”的，没跑出来，从此地球上充满了各种灾祸，但还有「希望」。只要还有一丝希望，就有一缕光明，人就可以凭著希望走下去。

第一次中风是连本

第二次中风是带利

老天要拿回去

生老病死四事，想像中应以生最苦，在完全陌生漆黑的通道里，凭著直觉挣扎前进，通过一道道关卡，只有母体的蠕动帮忙，但是那时并不自觉，当然以后更没有记忆。死的痛苦主要是心理的，死是一切的终结，从此人天永绝，假若从小我看，唯一的我没了，就是没了，确实很绝望，但从群体看，好像树上的叶子，不去旧黄哪来新绿？

对抗绝望恐惧，宗教信仰也许最有效，心中有个天堂，或者轮回来生，至少那就有了希望，一切并不就此终结。但并不是人人都能真正有信仰的，至少像我，虽然明知“持分明知不能证真如”，平时也不去想那想不通的生死大道，但要我真心去相信那并无理性知识支持的天堂与来生，却也是不能。我能懂的是大我与小我之分，亿万众生，个人不过沧海之一粟，“不去旧黄，哪来新绿？”但这只是理性的悟解，感性上还是难以绝对超然的。我有一个很有学问的朋友，中风住院后，他打电

话来慰问，说他自己心脏也不好，这两天就要去装支架，心情也很消沉。我说很羡慕他这样心脏病的病人，要嘛就好了，要嘛就干脆走了，不像中风拖拖拉拉的，复健以后也不过维持一个打了折扣甚至没有生活的生命。

我进血管摄影房又准备接受开刀时，心情十分泰然。七十三岁了，前面六十七年，健康快乐，老天给我的条件很好，该做的事也已做了。现在，第一次中风是连本第二次中风是带利，老天要拿回去，本来应该就此结束，但世事也由不得已，还是得跟世上的伦理规范走，开刀打抗凝血剂是一个机会，也许就此走了，岂非正好。但就此决然告别尘世，总也有些依依不舍，一半一半的机会，却给你希望。人生烦恼，泰半是由有抉择要负责而来，现在一切交给医生，心情自然就轻松起来。

加护病房的机器坏了，差点就完蛋了

检查出来，医生向我恭喜，说大血管没问题，只是微血管栓塞，打抗凝血剂就可以了，那只有 10% 的危险，说实话，那时我反有些怅然若失，既然走不了，看来只有面对现实，慢慢调适自己，总希望不要真的四肢瘫痪才好，人生本来就有两条路，该放手时要放手，既然放不了手，只有在现实条件下尽其在我快乐的活。

在告别中风，进入复健之前，我注定还要有一次经历。

从摄影室出来，打了抗凝血剂，就被送去加护病房。六、七年前吴大猷先生生命末期，在加护病房度过两、三个月，那时我常去看他，所以我对加护病房并不陌生。直觉中，加护病房应该是一个肃穆安静的地方，刚刚相反，嘈杂得很。大部分加护病房的病人都没有知觉，不是很清醒，所以加护病房里的护士总是叽哩呱啦讲话没有忌惮。病床侧有一个量压剂，二十分钟量一次血压，然后将数字显示在病床对面的显示器上，平常病人昏昏沉沉的大概也不会注意，我却很清醒，慢慢看出什么是收缩压，什么是舒张压。显示的数字十分惊人，收缩压九十，舒张压六十（收缩压正常值为一一〇至一四〇，舒张压为

七十至九十)，我吓了一跳，把护士找来，护士看了也吓了一跳，又找来住院医师，她亦十分紧张，就建议为我打升压剂，提高血压，我不放心，坚持要主治医师同意，但他们找不到主治医师（那时是凌晨二时），另外找一位教授问了，他却不同意，说升压剂不能随便打，同时住院医师又打电话给我太太，说“沈君山病危”，把我太太从床上拉起来。在等待她来院期间，大家没事做，住院医师于是建议由护士用手再量一次血压。这一次，收缩压是一三五，是正常值。搞半天，原来机器坏了，要不是我有凡事弄清楚的训练，医生说什么就相信什么，升压剂一针打下去，完蛋了。妻却半夜赶来，在加护病房外等了一夜。

活著出加护病房

一条漫长艰苦的路

正等著我

受了这般折腾，加护病房里又热又闷，睡在床上手脚不能动，护士们在外面叽叽呱呱，实在很生气。昏迷的病人其实大多是有知觉的，只是表达不出来，而死亡时最后失去的是听觉，又想起吴大猷先生在加护病房昏迷不醒的住了一个多月，去世前一周，李政道先生特地来看他，眼珠还能动一下，岂不是更痛苦？想到这里，油然兴起一种使命感，光自己生气没用，一定要把这些感觉写出来，一方面替病友申冤，一方面也为自己出气，或者还可促进医院有些改进吧！想到这里，气消了一些，也不觉得那么热了，大概是心静自然凉的缘故，居然昏昏沉沉的睡了。次日（八月九日）上午十点，一觉醒来，身上的瓶瓶管管少了一些，终于活著出加护病房了。

当天下午，主治医师告诉我：“你已经脱离了危险期，现在是你感觉最虚弱的时候，四肢瘫痪，言语不清，但这些都是自然的，以后会进步，当然不会完全复原，但会进步，进步多少，要看你复健的努力。”这话我听得懂，因为有过一次经验，这次只会更困难，一条漫长艰苦的路，正等著我。

编者按：沈君山，浙江余姚人，1932年生，家世显赫，台

湾大学物理系学士，美国马里兰大学物理博士，曾任职于普林斯顿大学，美国太空总署太空研究所及普度大学。1973 年“保钓运动”回台湾后，担任台湾清华大学物理系教授兼理学院院长，后任台湾清华大学校长。沈先生一生安身（职业物理学家）、立命（为两岸关系奔走）、怡情（篮球、桥牌、围棋、写作），在台湾清华主校期间，力倡人文教育，亲自主编《人文科学概论》。本文《二进宫》述及两次中风求医康复经历，情理并茂，2005 年获台湾九歌散文奖。

诊间闲笔

赖仁淙

立夏的誓约

下午门诊一位中年的女病人从嘉义乡下来院回诊。3年多没回来了。她在20年前由我手术两侧中耳炎。术后听力恢复至正常，现在公家机关上班了。

今天只是左耳有点分泌物，没事。她说主要是来看我的。(跟诊的短睫显然在偷笑)

还说，20年前没手术前因为听不见很自卑自闭，一直不敢出去找工作。因此特别感谢我们医院。让我有些害羞，边找手术记录边教住院医师。

约莫半个钟后，我正头晕在看头晕的病人时，她又进来请短睫拿给我一杯热拿铁，然后很认真的给我笑容。我才想起她就是十多年前对我说过那段话的病人。

“医生。你是除了我爸爸以外我最信任和感谢的男人了”。当时我感动莫名，立志自己要做得更好。

所以很累也不能忘记年轻时立下的誓约。

听见可颂的香味

暑假过了，还在继续开先天性听小骨硬化的病例。7岁女孩两耳传导性听障，已经戴两侧助听器6年。早上首刀，依然以自己的最佳状态和镫骨对决，决心帮女孩脱离听障。当满意置入4.25m钛合金人工镫骨后才松了一口气。

走出刀房，跟女孩帅气的爸爸解释为何多花了半个钟头。因为想极力保留住横跨在听小骨上方的鼓索神经(此细支神经负责支配舌部的味觉)。有可能这位女孩长大后会当厨师，成为美味的料理达人，那些细腻的味觉是探索食物的精灵。所以多花些时些磨开耳道和上鼓室争取空间以保留住细支神经。又要改善听力，又要保留细支的味蕾神经。

如果她以后是法式料理的主厨，希望她在秋天可以听见可颂 croissant 的香味。

过度敏感的大脑

特别门诊看了几位再度突聋的病例。最长的相隔 11 年，最短的半年。这些患者分别停掉了降血压药，或者戒掉了安眠药。配合度真优良。

其中有一位大叔说读我的书《过敏的大脑》真的有用，已经戒掉吃了多年的安眠药。

“是吧！我书中教的“一日三省吾身”真有用吧！！”

“不是啦。”

他太太抢着说：“我先生说您的书很多医学名词，每次看了就会想睡觉。”

.....

080808

电脑上显示下一号病人的生日是 080808，刚好 100 岁。果然像小女生一样害羞的走进来，她的孙女陪着她。

晕眩又发作了。孙女说阿嬷每次发作等再久，都一定要来找我看诊。

因为吃的药有效吧？！我有点心虚的问。

医生，不是药有效啦。是因为你每次都会问她有没有交男朋友呀！

老情人

周三晕眩门诊，八点开诊时，通常比较从容。云林台西来的老嬷，85 岁抱怨却很少，彷彿看到医生晕眩病就好了。

她的女儿说为了等看诊，已经到台中等了两天。她的心情很紧张，像是在等七夕的约会。

是喔。我不好意思看着她的不好意思。

她的女儿又说，她妈也买了两本我的书，虽然她不识字。但是只要看看书的封面照片，头晕就好一些了。

这是年老之后，孤单型晕眩吗？周三早上总会遇到几位“老情

人”。

她的女儿出了诊间之后，又走回来偷偷告诉我：听说，我母亲年轻时爱过你的爸爸。

注：赖仁淙，台湾台中人，台北医学大学医学系毕业。曾任北极星诗社社长。现为台中光田医院耳鼻喉部部长，台湾耳鸣学会理事长。倡导耳鸣治疗“全人思考，以人为本”。多次来大陆进行医学交流，普及“前庭性偏头痛”新概念。著有两本医疗科普书：《耳鸣是救命的警铃》、《过敏的大脑》。

凤凰台上忆吹箫

李鼎

1983年5月，为编写高校教材与孟昭威教授等聚会扬州。工作之余，孟老以其词作见示，因相唱和。转眼十余年，孟老谢世也已七年。展读旧词，对孟老感怀之作更添怅惘。孟老早年曾就学于钱穆前辈，钱称其词“有饮水味”，意指有纳兰性德之风。当时唱和草草，现就原词略加修改，冀能增进韵味，并以寄对往事的怀思。

美景年年，旅魂依旧，小楼欲上仍寒。

恰新欢初会，往事堪怜。

为觅扬州花序，留恋处，月色当前。

桥头柳，绿阴深蓊郁，有调谁弹？

年年都有美景，旅游的兴味还是同往时一样，但是想上高处仍然觉得心寒。“仍寒”这既是指乍暖还寒的时候，更是指老人经过多年的遭难所感受到的“馀寒”。这时正当新朋友欢聚，而往日的情景却是那么可怜。整句用一个“恰”字带头。花是有时序的，尤其是扬州以花多出名。一个“觅”字点出探寻者的雅兴。更为留恋的是当前的月色。唐诗有“天下三分明月夜，二分无赖是扬州”以及“二十四桥明月夜，玉人何处教吹箫”的诗句。从桥头的杨柳发出作者的联想：有谁在弹此调？或为谁而弹此调？融化了以上的诗意。

词的下片由月而及水，展开作者的遐思：

涓涓！

一川东去，回荡着涟漪，密意缠绵。

倩取将春水，浇遍芳园。

翘首天香何在？渺茫里，似降人间。

人间世，这回许是，好梦重圆。

逝者如斯！但逝去的水还有回荡、涟漪、缠绵不断。想借

用这春水来浇灌花园，让能放出更多的花朵。这是作者美好的向望。“倩”是请和差遣的意思，是这一句的领头字。下句又由水回到望月，回复到自身，以自问自解作结束。宋之问《灵隐寺》诗：“桂子月中落，天香云外飘。把桂花香说成是来自月中的桂树。现在则从望月到天香下降人间，虽似飘渺，却使历经沧桑的老人向往之。《人间世》这一《庄子》书中的篇名，作为人世间，这回也许是回到美妙的境界，以“好梦重圆”来表达当前景象的赞赏。

以下是我的和韵：

一曲新词，半杯淡酒，今宵遣尽残寒。

正月华初上，顾盼相怜。

如问玉人何在，花摇曳，恍见当前。

箫声歇，绿杨阴里，有调同弹。

“一曲新词酒一杯……”是晏殊的词句，这里改作“一曲新词，半杯淡酒”，成为对仗句，落实到“今宵遣尽残寒”，点出了当时在西园宾馆聚会的情景，又是对孟老“仍寒”心理的慰藉。以下依原词从月、花去写。正当月亮升起，月照人，人赏月，就有相怜的意思。杜牧诗：“青山隐隐水迢迢，秋尽江南草未凋。二十四桥明月夜，玉人何处教吹箫。”成为关于扬州的名诗。扬州又有“绿杨城郭”之称，词中化入这些诗意，以“有调同弹”表达和韵之情。

涓涓！

十年旧梦，都付与清波，何意缠绵。

念后来心事，应绕西园。

第二桥边夜色，迷濛处，别有人间。

人间好，中天皓魂，照几回圆。

和词的下片，仍以“涓涓”起韵，由水回归到月，“十年旧梦”指的是十年动乱的恶梦，并不是指杜牧的“十年一觉扬州梦”。将这付之流水，以衬托对当前欢聚的肯定。稼轩词有“年时燕子，料今宵，梦到西园”。这里的“应绕西园”，则用

“绕”字来突出西园宾馆的聚会值得留念。整句用一个“念”字来领头“第二桥边”，前人词有“也知往事，都在第二桥边”，这里用来指游览的具体地点，并与前词“桥头柳”相呼应。从“夜色”、“迷濛”归结到“中天皓魄，照几回圆”，仍回复到天上的月亮。结句四字“照几回圆”是用 1-2-1 的句式，带有探问语气，使整句句法多变，且有回旋的余味。

注：孟昭威教授为我国著名的生理学家、针灸学家。青年时代即参加党的地下工作，以大学教授身份奔赴延安。中英文俱佳，尤擅填词。生前任安徽中医药大学教授、经络研究所名誉所长。

我的美好经历 ——临床课程讲授之所思

脑病一科 谢宗亮

“临床课程不好讲”——这也许是每一名初登讲台的临床课程老师的第一感受，如何将抽象的理论讲解得生动形象且又具有实践性是每一位临床课程老师必须面临的挑战，下面就谈谈我自己讲授临床课程经历之后的几点思考：

（一）为何讲

常言道“有的放矢”，正式讲课之前我们要想清楚讲课的目标究竟是什么？我自己确立的讲课目标主要有三个：①传授知识（每个疾病的概念、表现、机理、诊断、治疗等具体的知识），这是“知识的培养”；②培养能力（学习的能力、运用的能力、临床思维的能力），这是“技能的培养”；③启迪智慧（对待医学的反思、对待人文的关怀），这是“情感的培养”。

（二）讲什么

临床课程主要讲什么呢？当然是给学生们讲临床的疾病了。但对于每位学生来说，听老师讲疾病的过程，其实是一个“认知事物”的过程，要认知事物，就得按照认知的步骤来办，它们是：“是什么”、“为什么”、“怎么办”。那么好了，我们的临床课程其实也就是讲这三个方面：“什么是疾病”、“为何得疾病”、“如何治疾病”。

（三）怎样讲

教师上课不是简单地照本宣科，而是用心地讲授，“讲课”要注重一个“讲”字，“讲”其实是“讲述”（叙述概念）、“讲解”（解释机理）、“讲演”（演示表现）的多重结合。“讲”的

对面是“听”，教师的听众是学生，所以课堂的教学必须是“以学生为中心、以教师为主导”，而教师的讲授必须让学生能“听得进去、听得明白、听后受用”。对于临床课程来说，必须与临床实际相结合，适当地讲一些临床的实例，因为“病人”才是最好的临床老师。

以上就是我自己对于临床课程讲授的三点思考，临床课程的确是难于讲授，因为它不仅要教授学生理论知识、实践技能，更要培养学生的临床思维、反思精神和人文关怀，要注重对学生“知识—技能—情感”的多层次培养。

其实临床课程的讲授过程，既是年轻老师直面挑战的过程，更是他自我完善的过程，对每一位真正经历过临床课程讲授的老师们来说，这又何尝不是一个“教学相长”的美好经历呢？

润物细无声——不言之教

脑病二科 王涛

时常有学生问我：“王老师，如何做一名合格的医者？”
对啊，我也常扪心自问：自己是不是一名合格的医者？标准在哪里？如何达到呢？其实，与“说教”相比，浮现在我脑海里更多的是那些优秀医者工作场景的鲜活瞬间，多个片段诠释了医者的情怀和职业精神。回忆过往，这里给同学们分享一段自己在浙江大学附属第一医院进修的经历和感受。

我当时是在神经内科进修，虽时间不长，但与当时入科的忐忑心情相比，离开时更多的是不舍和留恋。在这里，收获的不仅是知识，还有思考，更有与带教老师和进修同道的互帮互助、如琢如磨、相互欣赏的师生情和友情。

我在庆春院区和城战院区都进行了轮转，接触了科里诸位老师，在不同方面给我留下了深刻的印象。我非常喜欢科里的学习氛围，科室讲座、病例讨论、会议专题等等，就像遨游在知识海洋里，时而有豁然开朗的感觉。比如：罗本燕主任每周坚持查房，在讨论病情时，高屋建瓴，旁听的我除了收获专业知识外，她的求真、务实、执着态度，让我印象深刻，特别是遇到一些疑难患者，会主动与科里诸位医师讨论，彰显其谦虚、谨慎的学习态度。梁辉主任是庆春院区带教的组长，他每天带着我们解读一个典型疾病的影像学表现，时常发问，布置“家庭作业”，回去后组内网上分享资料，次日汇总讨论，形成了良好的学习氛围，分享知识让组内的每一位医师快速成长。他时而带我去MDT、院内会诊，开阔了我的眼界。梁主任每天查房时，会分享自己的经历和体会，有失败、有教训、有成功，更多的是善意的提醒，幽默的语言形成独具特色的“梁氏语录”。周末还挂念着科里的患者，经常来加班，关心患者。刘晓燕医师是位年轻的妈妈，我非常惊讶她工作如此的投入和努力，对

我非常的有耐心，很多问题反复的讲，也不厌其烦。介入组的徐子奇医师和计仁杰医师，他们青春、热血，有亲切感，脑血管病的急危重症多，导管室是他们的战场，隔着玻璃，看着他们沉浸、专注的操作，能够感受到专业水准和医者的赤诚之心。袁园老师查房时，平易近人，让人很容易也很想接近她，对帕金森病的讲解让我提高了认识，她经常分享讲座的信息，现场学习让我获益匪浅。王康主任是城战院区带教的组长，他查房时，对待病患和蔼可亲，“查房时，和患者少说专业知识，多是问候、安慰”常挂在嘴边。印象最深的是认真、求是的学风，知识像是从心里流淌出来的一样，非常平静，没有过多的语气词、感叹词修饰。每次查房结束，我都有很多问题、知识要消化，利用查房间隙，他给我们搞专题讲座，如：周围神经疾病诊治的思路（法国）、疱疹性脑炎的诊治经过（病例分享）、额叶癫痫、癫痫的北美学派的一些观点等等，自己带电脑、投影仪，自己主动准备资料，他先让组内指定的医师先讲授，然后补充，内容有广度、有深度，还有些大师级的资料分享，我觉得王康老师肯定是内心喜欢、兴趣所在，如此专注的热情深深感染了我；而不计名利、如何做一名纯粹的医生，在当下浮躁的社会，给我指引了前行的方向，给我力量。柯青主任是位让人倍感亲切的老师，感觉就像住在我隔壁的大姐。特别感谢她分享个人经历和体会，感觉真实、真诚，哪怕是只字片语，我都铭记在心，感恩在心。

有人问起这段经历对我的影响，有种“随风潜入夜，润物细无声”的感受。医路在脚下，学习在路上，对我来说，学习是无处不在的，更是一种生活。合格医者的内心是丰满的，提高自身修为，常怀感恩之心、敬畏之心、好奇之心、助人之心，会发现“平凡”、“琐碎”的工作会变得伟大、有趣，自己会觉得满足、幸福。

在当今，中国在市场经济冲击下，价值观日益呈现一种多元而令人困惑的局面，如何成为一名医者？千百年来，中国传

统的“德”与“艺”的融合诠释了中国医者特有的精神气质和精湛技艺，我想这也是中国医生群体追求的“大医”境界！

难忘二附院的实习生活

20 针推 3 班 李绍燕

时光荏苒，为期半年的实习生活转眼间就结束了，在二附院的实习工作很充实，我见识到了很多也学习到了很多书本上见不到的知识，这半年间我收获了师生情、友情以及与患者的医患情谊。我回头看去，这半年里对我影响最为深刻的就是二月份的门诊实习——名医堂二门诊。

二月是在二附院实习的第一个月，名医堂二门诊也是我实习的第一个科室。诚实的说，因为刚开始实习工作，所以我的内心是有一些紧张的，又被分到了名医堂，名医这两个字对于我来说像是沉重一击，“名医？是不是不苟言笑，为人苛刻，对学生要求很高啊，我做错事了会被狠狠责骂吧？”回想起来，那时的状态也颇为幼稚可爱。迈着忐忑的脚步走上了五楼，敲开了名医二的门，迎面的是一个正在给病人扎针，表情和善的“小老头”以及一个研究生师兄。简单自我介绍以后老师笑着说：“哦！实习生啊，终于来了，太好了。”这是老师给我的第一印象，平易近人、温柔和蔼，这在很大程度上抚平了我紧张的心情，让我在进行之后的工作时不那么紧张且不害怕犯错。因为那天上午有些繁忙，刘老师是一边工作一边指导我如何工作、需要注意什么事情，其他的交流并不多，在工作间隙做志愿者的研究生学长说：“这是你第一个实习科室吗？第一个科室就来了名医堂，还挺幸运的。”我当时对幸运二字的理解仅仅停留在接触名医可以学到很多在其他老师那学不到的知识，之后看来，这幸运二字包含了太多太多。

我认为所谓年轻人，指的不仅是年龄上的年轻，还有对待一些事物处理上的经验不足，即所谓的阅历不足。这种时候有一个经验丰富的师傅实在是一大幸事，病人出血了怎么办？病

人有意见怎么办？问诊怎么问能问的又快又清楚？怎么能拒绝或者化解病人无理的要求？怎么面对夸赞又怎么面对诋毁？对于刚开始工作的我来说都一团乱麻，加之我又是一个性格较为急躁的人，做事时为求速度就很容易焦急，每每这时刘老师总会第一时间看出我的慌乱，沉稳且温柔的说：“没事，小同学，不着急，我们慢慢来。”不知是老师的话里有魔法还是因为我被看穿了，听到这话后突然就不焦急了，事情也开始顺利起来。在我遇到困难的时候，老师总会第一时间站出来，操作不顺，老师会给我打样让我学习，跟患者沟通不顺刘老师会站在我前面与患者沟通，我印象很深并且会记忆很久的一个事情，某一天早上刚上班，我在诊室做准备工作就嘱咐患者在门外等候，等到老师来时我们再一并进去开始治疗，其中有一个阿姨不情愿等，在主任来时有了一些不好的情绪，想对我发脾气，在她发脾气之前，主任站在我前面，说：“让我看看，是谁那么急？”那一刻，我憋着很久的情绪一下就释放了，即使被患者吐槽那么久我也觉得无所谓了，那种被保护的感觉，我铭记于心并且非常感恩。

大概是感觉到了老师给予的宽容与支撑，我觉得在这个诊室工作并不难。更重要的是，对待患者的态度，无论权贵与否，北上广来的，还是乡村的叔叔阿姨，来到诊室里，都是一样的，不会因为谁带着“金链子”“穿貂皮”就多给谁“搬个凳子”、也不会因为谁没钱就不给谁做治疗，秉持着职业操守，真正做到“心无内幕，如待贵人。”

老师的生活态度，以及待人接物的原则都让我获益良多，然而说到根本上，作为一个学生对我来说最重要的还是专业知识的成长，这一点刘老师也让我感到受宠若惊，每当给病人看诊时，都会叫上我们同学一起，如何阅片、怎么判断损伤类型、需要如何治疗、该用什么药。老师都会逐一讲解。我震惊于即使在看诊人数那么多的情况下老师也愿意耐心的给我们讲解知识，并且只要我有问题，老师一定会解答，并且是耐心的解

答，他会很认真的对待我的每一个问题。正因老师如此，我在名医二的学习意愿非常高，真正做到不耻下问、求知若渴。

我很幸运也很感激，能遇到这么好的老师，因为这半年我遇到的好老师不止刘德春老师一个，亦有脑病 6 科的老师：我的带教郑老师做事效率高，行事妥当、稳重，在早晨忙碌的扎针途中会教我很多知识，生理、病理、药理等多种方面，老师年龄不大，所以给我立了一个很好的榜样，我到这个年纪有郑老师一样的水平多好啊。近期目标赶上郑老师，终身目标赶上刘主任.....是的，也许是在做梦，但是即使行医达不到，做事能像两位对齐也是我的成功。还有脑病 4 科的全体老师，让我感受到了互帮互助，全组人一起努力朝一个方向使劲的感觉。汪杰主任也让我知道，人不管在什么阶段都要努力向前看，拼搏才是硬道理。

在二附院的半年，我受益匪浅，这半年在我人生的长河中可能只是短短的五六个月，看似对我的影响不大，但是我所经历的一切铸就了现在的我，这半年我受到的帮助，学到的知识都会在将来继续发展下去，老师们对我的影响是一生的，我回头再看也是一生的感谢。

实习从简答小事做起

11 级针推2班 张胜群

从元月四号到元月二十五号，虽然从进岗到今天只有短短的二十几天，但对我而言，收获了很多，第一个科室是老年二，听同学们说环境很压抑、很忙碌。内心小小的胆怯了一下，不过觉得这样也挺好的，可以见到更多生动的案例，可以跟更多的人打交道，多历练，未尝不是件好事，很期待去到老年二，期待见到博学多识的老师，很期待跟所有比自己好的前辈学习。

进到老年二的第一天很紧张，说实话我们的基础知识并不牢固，也几乎从来没有过什么实践经历，老觉得什么都不会的我可以干什么呢？值得庆幸的是我遇到了一群非常好的老师和师兄师姐和同学。她（他）们教会了我怎么测血压、血糖、取针、拔火罐。也许有人会觉得这些简单的事不值一提，可是我觉得每一件简单的事想把它做好都没有我们想象的那么容易，就测血压来说，如何测血压，如何选择袖带，是不是可以隔着厚毛衣给患者量血压，袖带的松紧度多少才合适，冬天冰凉的听诊器是不是立马可以贴到患者手臂上？熟悉病区的病床分布，因为加床的关系，所以可能有些不是所有的床位都是按照顺序排的，这样我们就可以高效地在有限的时间内完成目标任务。再比如血糖，测血糖的正确方式，正常血糖餐后和空腹时分别是多少，糖尿病患者血糖应该维持在什么水平，血糖在什么情况下需要给患者注射胰岛素？不配合的患者如何交流等等。取针的时候也是，应该注意在头顶、面部、颈项区、脚踝、手腕部四肢内侧较容易出血的区域，取针是用棉签按压，应该按照顺序，以免漏针，尤其是头发银白的老年人，取完针后必须反复检查。像老年二病区的患者，终日卧床如果漏针对不能言语的患者而言，是很大的伤害。拔火罐的时候也是，病人都

是侧躺着，用火一定要注意安全，酒精棉球一定要拧干，手上的酒精也要甩干，千万不能烫伤别人和自己，留罐的时间也要注意，不宜太长以免起泡，破损区域不应拔罐等等。

每一件简单的事要想做好并不容易，每一件简单的事后面也有很多我们值得去学习的事，感恩老年二的每一位耐心教导的老师和前辈们，谢谢她（他）们让我学会了更多的东西，除了那些技能还有每一个老师对待患者的态度，她（他）们的工作态度，精神状态，对医学的严谨要求，谢谢老年二让我更加勇敢、细心、好学。感恩在老年二遇到的每一位老年人，这些长者身上我们永远学不完的人生哲学和人生感悟，想写的还有很多，留待下次。

引言：故事的力量

——Jack Ende

即使在循证医学时代，故事仍然有它特殊的位置。除了讲故事，还有什么方式能更好地让一名医生描述他照料的患者、患者接受的治疗以及某天发生的特殊事件？我们应该关注个例吗？当然应该。除了遵循医疗常规和指南，没有什么能比从个例中了解规律更重要的了。

因此，个例或故事在临床医学中有着特殊的地位。那么在临床教学中呢？本书讨论的教学理论与实践是否应该有故事的一席之地呢？本书编者认为答案是肯定的。理由如下：首先，有证据表明人类是以故事的形式进行思考的，临床知识是以相对完整的形式被记忆和回忆，比如以病例的形式。同样，对于教学的记忆，无论是好的还是不好的，也是以故事或者是“难忘的时刻”的形式被回想起来的。因此，既然要从大家的教学经验中学习，我们需要展现整个故事，而非仅仅是获得的经验。其次，以故事形式表现出来的道理更有利于我们理解。没有故事，我们无法体会上下文或人物、细微之处以及语调的重要性。第三，像临床病例这样的故事，能让我们探究当时到底发生了什么。这个教学案例有什么特别之处？为什么这个教学技巧获得成功而另外一个则失败？与临床病例一样，教学故事经常千头万绪，可以有不止一个诠释。所以说，和原则相比，故事更能反映现实，且和原则类似，能解决或至少发现问题，故事同样适用于临床教师面对的复杂问题。最后，故事可以体现我们是谁，在内科临床教学的故事中，任何在门诊或病房进行教学的人都是故事的一部分。我们认同某个故事，能更加深刻地了解自己的身份，以及我们将要做的事情。

这些“难忘的教学时刻”来自于医学生、住院医师、教师，这些都是临床教学这个故事的主人公。这些小故事经要求、收集后，被完整地再现在这里。我们相信，所有的故事都是真实的。每个故事后面，都有编者按，主要是将故事中发生的事情与本丛书的观点联系起来，并从“难忘时刻”中提出我们需要学习的东西。这些故事的价值在于，像大多数好故事一样，这些故事提出了很多问题，同样也引导我们寻找答案。

编者再次感谢提供这些“难忘的教学时刻”的同仁，有些故事甚至发生在几十年前。我们希望所有的故事提供者会为故事的再现而感到欣慰，也希望所有读者喜欢这些故事。

一个医学生的第一次病例汇报

约瑟夫·阿尔伯特，医学博士

这是我刚到彼得布赖海姆医院内科见习的第二天早上，当时我还是个第三年的医学生。前一天，是我轮转的第一天，我被分配值第一个夜班。这天晚上，我遇到一个很复杂的心内科患者，他因严重心衰收入院，心前区可以听到很响亮的连续性杂音。当时，我们都没有意识到这是个升主动脉夹层的患者，病变一直延伸到心脏，并破入右心房，因而产生连续性杂音。值班的实习医生、高年住院医师和我一起评估了这个患者的病情，住院医师告诉我，实习医生需要在第二天早上查房时向主治医师，著名的心脏病学家刘易斯·德克斯特汇报病例，医学生则可以在值班一周之后才向主治医师汇报病例。

第二天早上，德克斯特医生很快就到了，对全组医生说：“我听小道消息说，病房里有一个很有趣的心脏病人，哪个医学生向我汇报这个病例？”听到德克斯特医生的话，我后背一阵发凉，因为高年住院医师告诉我不用报这个病例。住院医师向德克斯特医生解释这种情况。看见我痛苦的表情，德克斯特医生向我走来，用胳膊揽住我的肩膀说：“来吧，跟我说说这个病

例，我保证我不吃人。”在接下来的 30 分钟里，他用温和且非常有技巧的方式帮助我汇报并理解了这个很复杂的病例。当他只依靠病史和查体就得出正确的诊断的时候，整个病房的医生都震惊了，他关于连续性杂音的鉴别诊断，直到四十多年后的今天，还牢牢地扎根在我的记忆中。那天晚上，我跟妻子回忆起白天发生的事情，我对她说：“现在我知道我将来要干什么了，我要成为和德克斯特医生一样的心脏病学家和教授”

编者按

著名的小说家萨默赛特·毛姆（Somerset Maugham）说过：“写出一部伟大的小说有三个简单的规则，不幸的是，我们一个也不知道。”那么怎样教一个刚刚开始第三年见习的医学生？有哪些规则？你是否让学生刚开始时当一个旁观者，然后根据其技能和心理的不断成熟逐步承担责任？你会不会一开始就给他们沉重的任务？毕竟，我们是从经验中学习的。作为主治医生，你如何处理挑战和帮助之间的平衡？

同样，这里没有简单的规则。但是看看德克斯特医生如何帮助他紧张的医学生度过见习第一天，对我们还是很有帮助的。首先，德克斯特医生很清楚他来这里是为了教学，因此他问：“哪个医学生向我汇报病例？”其次，他认真倾听住院医生的解释，这个学生并没有心理准备汇报病例，这说明他尊重团队的规则及传统。第三，他不墨守成规，对于德克斯特医生来说，鼓励医学生参与和学习实在太值得称赞了。最后，他很温和。不软弱，也不热切，而是以令人愉快的俏皮话和一个身体接触，温和地鼓励了这个学生。并且还“帮助学生理解并汇报了这个复杂的病例”，这些都体现了他“非凡”的技巧。

太遗憾了，我们没有年轻的阿尔伯特先生向德克斯特医生汇报这个病例的录像或录音。德克斯特医生是否打断学生的汇报？他问什么样的问题？他怎样鼓励学生思考这个病例？如果有，我们可能会从中学习到更多。但我们确实知道那天早上的主治医生查房不仅仅是关于主动脉夹层和连续性杂音，它还

影响了阿尔伯特医生的未来。顺便提一下，他的确成为了一名心脏病学家和教授，并成为该领域的领军人物。

在ICU（不）孤独

苏珊娜·勃兰登堡，医学博士

我清楚地记得我在这个世界闻名的肺科医院当第二年内科住院医生的那个晚上。那时，医院有一个带小ICU的住院病房，值夜班的时候，住院医生是那里惟一的内科医生。一天晚上，一个患者的病情迅速恶化，我呼叫呼吸科研究生，请他过来帮忙。我已经将这个患者转入ICU，准备对他不稳定的心律进行电击复律。我觉得这个患者很快就会需要气管插管，迎接我的将是一个漫长而充满挑战的夜晚。我的下一个电话出于礼貌打给一位本院医生，他已经担任该患者的“肺”科医生好几年，这个月，他并不是管病房的主治医生。他是世界闻名的结核专家，M医生。我将患者的最新病情告诉了M医生，他对我表示了感谢。我挂上电话，赶紧回去工作。呼吸科研究生几分钟后赶到，很快，M医生走进了ICU。他对我说：“告诉我要干什么，让我来当你们的实习医生或是医学生”。重症监护并非他的专业，但是他希望帮忙救治他的患者。我们花了几个小时将患者的病情稳定下来，M医生遵守他的诺言，干着助手的工作。他打电话给实验室追重要的化验结果，写医嘱，在无菌操作时给呼吸科研究生和我递东西，等等。几年后，当我向M医生提及此事，他很谦和，甚至记不起这件事。在我当时看来很不寻常的事情，对他而言只是常规行为而已。

职业精神可以讲授吗？作为教师我会尽力，但是我不肯定它能被讲授。然而，作为一名医生，同时永远是一名学生，我很确定它可以被学习。M医生那晚来到ICU并不是为了讲授职业精神，他是来救治一名患者，而我从中学到的远远比如何做漂浮导管多得多。

编者按

那天晚上，M 医生接到 ICU 住院医生的电话后，为什么来到病房？他既不是重症监护医生，也不是病房主治医生。呼吸科研究生已经在路上了，我想 M 医生自己也很清楚，对于 ICU 的重症情况他没有什么特别的专家意见。但是 M 医生还是选择在半夜走进病房，尽其所能帮助他多年的老患者，同时帮助住院医生。

勃兰登堡医生问：职业精神是可以讲授的吗？在本丛书之《医学院的导师制》一书中，深入讨论了职业精神的教学，行为榜样的概念贯穿此系列丛书。职业精神的核心是利他主义，自我牺牲，将患者放在第一位，有团队精神，尊重同事。一些作者质疑职业精神是否能讲授，他们认为，与阅读心电图的能力不同，职业精神不是一种技能。职业精神是一种做事的方式，做正确的事，不投机取巧，特别是无人监督的时候，有些类似行为榜样。关于行为榜样最有趣的地方是经常当事人不会意识到自己正在成为榜样，大家只是很自然地做正确的事情。事实上，正是这种特点增加了行为榜样的价值。学生了解什么时候老师只是在表演，什么时候则是在无人监督时认真地做，就像 M 医生一样。

即使是那些质疑职业精神是否可以被讲授的教育学家也承认，在特定的环境和场景下，职业精神是可以被学习的，这没有什么可奇怪的。这就产生了一个问题：如果职业精神不能被讲授，至少不像其他东西那样容易传授，那么它是怎样被学习的？对于勃兰登堡医生来说，这个问题已经解决了，行为榜样是关键。有趣的是，她的榜样那天晚上扮演的角色是医学生。而一位著名的医生为了患者的安危，很自然地扮了学生的角色，还有什么能比这更好的学习职业精神的方法吗？

所以 M 医生为什么半夜来到病房？我认为勃兰登堡医生已经知道了这个问题的答案。

在退伍军人医院

杰西卡·坎贝尔，医学博士

欧先生是一个很让我们同情的患者，他因急性髓细胞白血病入院接受化疗，在医院住了将近一个月。他是一名退伍军人，很坚强、很招人喜欢。一天早上，我们发现是他的生日，而他正处于粒缺、发热、抑郁中。我们为他感到难过，我们的医学生们希望能做点什么让他振作起来。他们酝酿了一个计划，送给他插着蜡烛的冰淇淋蛋糕，并给他唱生日快乐歌。他的眼泪涌了出来，我们都被深深打动了。我们很荣幸成为他照护团队的一员。同时，医学生能关注到患者的情感需求，我为他们骄傲。

在退伍军人医院病房的最后一天，我在参加社工查房时得知欧先生已经不可能离开这个病房了。我想可能是因为他严重的粒缺，如果出现在公共场合对他将可能是致命的。但是社工告诉我这并不是原因，欧先生被发现坐在医学图书馆里，上网浏览儿童色情作品。天哪，我们的欧先生！你不是在开玩笑吧？更糟糕的是，我又得知他过去因为猥亵儿童而入狱，最近刚刚被释放，而他曾经因同样的指控被监禁多次。我感到震惊和恶心，我儿子的脸在我脑海中闪现，同时还未出生的女儿在肚子里踢了我一脚。

我茫然不知所措地离开了房间，应该把这个消息告诉我的团队成员，还是严守秘密？在去会议室的路上我苦苦挣扎。我知道会议室里我的团队在等我，我打算讲一篇关于粒缺发热的文献。我实在无法掩饰自己，将欧先生的事情脱口而出，我多希望能把那些话咽回去。大家的脸上满是震惊和厌恶的表情。一个医学生说：“我不能相信我们曾经给他唱过生日快乐歌。”每个人都点头附和，我懂得他们的心情。这时所有人都望着我，我该说些什么呢？我清了清嗓子，“大家知道我为我们曾经做

的事情感到高兴。在我们的工作中，我们会照料很多我们喜欢或不喜欢的患者。不管我们认为他们是否值得，都要用最好的方法给他们治疗，这是一种挑战。”接着，我们讨论了性虐待如何一代传给下一代，欧先生本人可能就是一个受害者。

欧先生果然再也没有离开医院，他的血象再也没有恢复，患了抗生素及外科手术均无法治疗的严重腹腔感染。

编者按

有时教学中会考验教师快速决断的能力，没有人比住院或门诊的教学主治医生更常遇到这种场景。应付坎贝尔医生所描述的场景，教师所需要的决断力很难用“即兴表演”来形容。在这样的时刻，你和你的团队发现你们对该患者的看法完全错误；当你准备与小组一起讨论粒缺发热，却发现受到全组同情的患者是一名儿童性骚扰者。所有的眼睛都望着主治医生，等待你的反应——这是你最需要理解一名临床教师的作用的时候。没有时间思索，你必须立即做出反应，你需要一个实用的方法。

一名聪明的社会学家曾经说过：没有东西比好的理论更加实用。在本书第一、二章中，鲍恩（Bowen）和史密斯（Smith）讲述了几种学习理论，其中包括社会学习理论，此理论认为教学病房就像一个社区，其中的每个人，特别是作为前辈的教师，需要帮助建立社区的价值观念。鲍恩和史密斯解释道：“教师具有权利和影响力，不管怎样，他们是学生的榜样。”坎布尔医生接受这些观点并很好地应对了挑战。她将一个困难的时刻变成了一个教学时间，她确定了社区价值观念：“不管我们觉得患者是否值得，都应该给他最好的诊治”。用社会学习的理论来看这件事，坎布尔医生现场做出的决定再正确了。

照护患者，并从中学习

大卫·弗莱明，医学博士

直到现在，我依然记得多年前的一个场景，它一直影响我照护患者和与患者交流的方式。一位我照护多年和我关系亲密的老患者因体重下降、腹痛就诊。最后的诊断是我们最不愿意看到的：晚期结肠癌。康复的概率很小，她最终不愿意采取治疗性的措施。我们都知道，她可能很快就死于肿瘤，这个过程可能会给她带来痛苦。我需要向她和她的家人解释病情，我在情感上挣扎不已；我和我的许多患者已经在多年的接触中，不仅在职业关系上，也在个人关系上建立了亲密的联系。当我支支吾吾地想向她确证她已经了解的病情时，她伸出手轻轻拍了拍我的胳膊，说：“没有关系，医生，你已经做了你能做的，你做得很好，我非常感谢你。现在是让另一个医治者接手的时候了。”她对于生命和即将到来的死亡很平静，她的力量和智慧带给我平静和勇气。那时，我的患者成了我的医生和导师。这个时刻让我铭记于心，一直给予我力量。我永远感激那天治愈我的患者，她给了我平静的礼物。

编者按

在本书的好几个章节以及整个“临床教学丛书”都提到经验学习。为什么有些学习经验可以深深改变你，而有些只给你留下浅浅的印迹？许多教育学家认为，经验要想成为学习的经验需要惊喜，一些与众不同的东西，趁你不备，触发你质疑、反思、从不同视角看待问题的过程。你本来以为应该是 X，但是出乎你的意料，不是 X 而是 Y。下一步会有什么发生？这要看情况。如果学习者没有发现 X 与 Y 之间的区别；或没有时间、动力或勇气来思考事情为什么不是想象的那样，那么什么都不会发生。但是，如果学习者能发现 Y 与本来预期的 X 之间的巨大差别，那么可以有很多事情发生。

在本例中，当这名医生失去防备“在情感上挣扎不已”、“支支吾吾”的时候，他从一个意想不到的地方得到了安慰。这是一个学习的舞台。也许事情并不这样发展，如果那名患者开始哭泣或退缩，弗莱明医生“学到”的可能就是对患者不要说真

话，或对自己向患者传达坏消息的能力没有信心。这些都是医学人文教育的重要方面。有时事情的发展并不如你所愿，但是一旦有好的教学点你需要注意到。教师的作用就是让学习者意识到发生的事件，发现每个事件后面蕴含的道理，并能将其应用于未来类似的事件中去。我们不知道弗莱明医生是否就这段经历与老师讨论过，如果有，这就是一个很好的教学机会，老师应该告诉他我们的患者经常是多么优秀，让医生知道患者会教你很多东西。患者是每个医生最重要的老师，弗莱明医生从自己的经历中明白了这个道理。

录像带记录历史？“你开什么玩笑”

威廉·福格蒂，医学博士

一群第二年和第三年的住院医师在一起喝咖啡，讨论病例，这时一位颇受欢迎的老师走过来问大家有没有人想学习怎样问病史。当时大家的反应是哄笑和吐槽，“我们从三年级医学生开始就干这个了！”“你开什么玩笑？”

他没有开玩笑，我们四个接受他建议的住院医师都获得了住院医师期间最宝贵的经历。我们同意将问病史的过程录下来，和大家及教授一起看回放，这个过程让我们觉得羞愧但发人深思，在挣扎以后终于让我们有所改变。我们知道了应该让患者来讲故事，我们急于了解的那些细枝末节，远没有患者想要告诉我们的事情重要。虽然我们可能怀疑患者叙述的真实性，但倾听患者的方式仍然更准确且省时。

这节课改变了我与患者相处的方式，让照护患者的过程更加愉快。我学会了倾听并欣赏患者告诉我的故事。谢谢你，理查德·麦格医生，是你改变了我的医学人生，让我成为一个更好的医生。

编者按

关于反馈的讨论贯穿了本书的第三章和整个临床教学丛

书。从严格定义上说，反馈是用来强调真实与预期的结果之间的差异的信息。比如温控器，就是将房间是过冷或过热的信息传给产热或冷却器，这个信息就是反馈。当然，如果医学上的反馈这样简单就好了。

我们在医学中面对的不是单一的参数，如房间的温度。而是很复杂的活动，如问病史，这是一个涉及多种因素且微妙的活动。芭蕾舞最好在一面镜子前面学习，问病史也是类似。教师的作用就像那面镜子，让学生看到自己的活动。

然而，事情不是这样简单，不是每一位学习者都有足够的洞察力和坚强的意志，可以鉴别出完善的病史和组织混乱、不完全的病史之间的区别。有些人可以看出其中的差别，但是不知如何改变，还有一些知道哪些需要改变，但是缺乏行动力来执行。要记住的是，反馈本身不能激励学习者改变，只能给学习者指出需要改变的方向以及差距。

在福格蒂医生的小故事里，反馈起效了。他和他的同事是有动力的，毕竟他们是志愿参加这个活动的。他们所需要的只是一面镜子，因此录音或录像就可以起到良好的效果。老师只需要袖手旁观、微笑，等待结果。

一个不平凡的每周 CPC

道格拉斯·福赛斯，医学博士

我们都上沃德劳教授的课，学生们都很喜欢这位令人尊重的教授的机智和幽默。他每周的临床病理讨论会（CPC）都会传递来自于经验的很有用的信息。要么是通过令人捧腹的对答，要么是通过揭开令人瞠目结舌的最终诊断，无一例外这些都显得如此简单。关于死亡患者的死因，病理学家有最终发言权。沃德劳教授与其他病理科同事不同，他在成为病理学家之前曾经当过内科医生。病理学家或其他任何一个专科医生，如果能踏出自己的领域，会有更广阔的视野。

这一天，沃德劳教授担任医学院教学医院每周 CPC 的主持人，他有些谢顶，穿着白大衣，在住院医师发言后站了起来。这个住院医师是这次讨论的死亡患者的主管医生，他刚刚提出他认为最可能的死因，而另一位参加讨论者也提出自己的观点。坐在陈旧的阶梯教室中医学生和其他医生，将他们的诊断写下来交给总住院医师。谁对谁错很快就可以揭晓。

沃德劳教授准备开始讨论与这个患者病理相关的信息，正在这时，教室的侧门打开，他的秘书跑了进来，交给他一张纸条，匆匆离开了。他推了推眼镜，盯着那张纸条。他抬起头看着一张张茫然的脸，又低下头去，似乎在寻找答案或者力量。是暴风雨要来了吗？还是谁的妻子要意外分娩了？还是生病的院长去世了？

沃德劳教授总是更能用微笑和答案安抚充满疑问的学生，可是今天他看起来不在状态，他的沉默让场面变得尴尬起来。最后，他重重的呼了一口气，或者说是叹了一口气，摘掉眼镜，带着一种消除恐惧的样子对大家说：“我很难过地通知大家，我们的总统被暗杀了……他因头部枪伤被送到达拉斯帕克兰纪念医院的急诊室，副总统很安全，但是总统估计很难幸存。”

整个教室陷入死一般的沉寂中，这个 CPC 议程以外的消息需要时间来吸收和消化。很快，沉寂被打破，大家震惊地吸了口气，在座位上挪动。还是没有人讲话。我们的思维停止了，脑海里都是一些凌乱的画面，正如沃德劳教授在我们入学讲演中所说：在我们行医的生涯中，可以看到生命最美好的时刻，也有最糟糕的时刻。

沃德劳教授提议大家为总统及他的家庭祷告，我们没有体会到他的精神锚泊，但是从中感受到了安慰。

在他宣布了这个令人震惊的消息之后，我们的第一反应就是沉默。这沉默似乎在说，等待……他将带我们熬过去。

他的确这样做了。在接下来的 20 分钟里，多诺万·沃德劳走出了他既定的角色，用有力的声音，给一群医学生发表了

引人入胜的演讲，这是关于职业赋予他们的责任，就如同此时在达拉斯急诊室里的每一名医生所被赋予的。

作为医生，没有任何借口不好好学习基础知识，没有理由不掌握细节，没有理由不掌握每个新患者所要求的新知识和技能，没有理由不学会如何应用学到的知识作出判断。我们被深深得迷住了，我们从没见过此时的他，这如同我们职业生涯中会遇到很多对我们来说是崭新的事情一样。

接着，他用更优美的声音说：“对你来说，患者是美利坚合众国的总统还是收垃圾的，这都无关紧要。你要明白自己应该做什么和怎样做，既然你是一名医生，你就已经将自己置于生死之间。

他低下头看着自己的讲义，手轻轻地抖着。接着，他转换了语气：“现在我们接着讨论病例吧，这是我们现在应该做的事情。”

接下来的时间，我们继续讨论，就像什么都没有发生一样。在尸检的基础上，最终的诊断被宣布。这个病例不是特别难，至少对于沃德劳教授来说是这样。

还是没有人发言，这次没有令人捧腹的对答或是令人瞠目结舌的最终诊断，但是我们却得到更多。

编者按

这才是教学最应该讲的：什么是责任。一个医学院校的班级就像交响乐团，教室就是交响乐的舞台。而老师呢？他 / 她应该充当乐队指挥的角色，像鼓励音乐家演奏一样鼓励学生学习。

但是，生活并不总是循规蹈矩。全国很多教学医院在 911 发生时刻正在查房。而在新奥尔良，一些医疗机构必须与卡特琳娜飓风斗争。

所以，教师必须牢记他们除了教师还是领导者，这也是工作的一部分。没有人能够在面对象 1963 年沃德劳教授所面对的时刻刻做充分准备，但是每个人都应该时刻准备好成为一个

领导者，应付一切计划外的事情。这正是本丛书之《临床教学的领导之路》一书中的重要话题。沃德劳教授给福赛斯医生留下了深刻的印象，好的领导者一贯如此。

专家也需要不断学习

西蒙·格里克，医学博士

二十世纪五十年代的医学院校，医学生在很多方面没有被授权和权利，医学学习伴随者很多压力。绝大部分压力来自于工作压力和考试，还有对我们未来医生角色的普遍担忧。在那些日子里，没有掌上电脑，大量的知识要用脑记住，记忆力好的学生考试成绩优异，被同行和老师认为是突出的人才。我记得每天下班后，大家经常在喝咖啡的时候讨论如何加强记忆。我们认识到即使是最出色的学生也不可能万无一失地记住所有的医学知识。我们经常担心，我们经常会遇到这样的情形，给患者检查结束需要开处方时，忘记了药物的剂量和使用方法。我们又不能当着患者的面去查处方手册，因为那时的医生头上都带着光环，不能在患者面前露出任何弱点或不可靠的地方。在患者面前查书或杂志被认为会破坏患者对医生的信任。我们常常讨论能采用什么样的手段，可以在患者面前查询而不被发现。可是一节选修课上发生的事情消除了我的焦虑。

在医学院的实习选修中，有一段时间我是去布鲁克林的一家小医院，和伊西多尔·斯奈波医生在一起。斯奈波医生曾是阿姆斯特丹的一名医学教授，二战之前是欧洲顶级的内科专家。当纳粹侵略荷兰时，他逃往中国，在北京做医学教授，撰写了《西方医学之中国教训》一书。战争结束后，他移民到美国，成了纽约西奈山医院的内科主任。他曾在三个大洲担任过医学教授，他的生涯如同一个传奇。我想和他在一起，能有幸观摩他的所有职业活动。一天上午，他的一个同事忧心忡忡地拿着一个罐子来找斯奈波教授会诊，里面装着从患儿的肛门出来的

寄生虫，让人印象深刻。因为斯奈波教授在亚洲的行医经验，他认为是当地的寄生虫。斯奈波教授立刻认出了这是蛔虫，还安慰了那个忧心忡忡的医生。当被问到该给患儿吃什么药时，斯奈波教授走到书架前：“现在用什么药治疗蛔虫？”

我立即顿悟，这是当地的专家，世界最著名的医生之一，他坦然地向患者展示，当着患者的面查阅问题没有什么好羞愧的。人应该承认自己的无知，不要害怕尴尬。这节课对我印象深刻，影响了我 55 年的医学生涯。

编者按

这节课不需要解释。在本书的第三章和第五章已经强调过，医生不是万能的。但是，我们继续下一个“难忘时刻”之前，需要看看为什么斯奈波教授在书架前查阅蛔虫最新治疗的身影会深深打动格里克医生。医生经常查阅课本及其他文献，那为什么这件事很特别？因为斯奈波教授是一名伟人，是纽约西奈山医院的内科主任，曾在三个大洲当过医学教授，斯奈波教授是专家中的专家，寄生虫学家。

如果在今天，斯奈波教授可能会掏出掌上电脑，查阅 UpToDate 或 PubMed，以及任何赫什医生在第五章中提到的电子数据库。这是不是意味着我们与斯奈波教授差距不大？远远不是，斯奈波教授有着广博的知识，他能一眼认出罐子里的寄生虫。

这样广博的知识是如何获得的？赫什医生为我们指明了方向，他鼓励医生熟练应用计算机系统，查询所需要的信息，了解你不知道的东西。但是这并不是说医生可以依赖计算机作出诊断。要记住，斯奈波教授是一名专家，他学识渊博，否则的话，他那忧心忡忡的同事也不会第一时间抱着罐子来找他。

在私人诊所

西蒙·格里克，医学博士

1960年，我在纽约西奈山医院的一个私人诊所轮转。我只是一名在忙碌的医院中轮转的低年住院医师，而我的主治大夫中不乏全国闻名的专家和纽约颇受欢迎的会诊医生，经常有着与名气相当的自负。一次查房时，我汇报的患者是一名老年女性，发热、腹痛，多次血培养提示革兰阴性菌阳性，强烈提示细菌来自于胃肠道。但是她的病情在使用最新的抗生素后也没有好转。查体后，我在病历中详细描述了我的发现以及治疗建议。我认为患者有剖腹探查的指征。我承认我对自己原创建议有一点得意，急切地想知道患者私人医生的反应。我查完患者没多久，外科会诊医生来了，他是著名的外科主任约翰·卡洛克医生，西奈山医院最具影响力的人物之一。检查完患者后，他紧接着我的病历写道“上面这名住院医师根本不了解憩室炎，显然被漏诊了。”我当然很伤心，我的建议被伟大的外科主任推翻了。

那名患者的情况没有好转，第二天，他的家属从哥伦比亚长老会医院请来了享有盛名的内科专家达纳·阿什利医生来会诊，这可是在“著名”的西奈山医院很少发生的事。等他检查完患者后，会议室里挤满了医生和工作人员，大家都急切地想听听他的建议。他提议立即手术，高年住院医师说：“可是卡洛克医生说他不需要手术，”对此，阿什利医生很不以为然，他说：“那就另找一名外科大夫手术好了。”房间里立即陷入了沉默，那个住院医师满脸都是震惊，反对道，“但这是不道德的！”个子矮矮的阿什利医生一下子从座位上跳起来，指着住院医师的脸，大声说：“年轻人，记住，医学只有一种道德，那就是患者的利益！”

这激动人心的珍贵的一课让我永生难忘。

编者按

撇开这个难忘的时刻强调的道德问题，格里克医生所描绘的历史的画面，与现代医学院校的场景迥然不同。不管是阿什利医生还是卡洛克医生都已经离去，在那个患者是否手术只是

凭借专家的评估，没有 CT 或经皮细针穿刺证实的年代，作为权威，他们像是狮王一样统治着病房。在那个时代，连设想邀请一个教授从哥伦比亚到西奈山来会诊都是那么困难，住院医生怎么可能会有紧急绿色通道？怎么可能会有停车位？

因此这个难忘的时刻不太可能在现代的教学医院里发生，但这是否就意味着我们从中获益很少？阿什利医生如何获得了正确的诊断而卡洛克教授没有？他们都是依赖经验，运用非分析的推理方法（模式识别）进行诊断。如第一章所述，这个问题比较复杂，不仅需要模式识别，还需要分析推理。通过分析推理，血培养阳性是一个不能忽略的问题。阿什利教授对问题的分析更深入，所以能得到正确的诊断。

在本例强调的道德方面，阿什利教授同样是正确的，病患照顾永远是最重要的。在《医院教学》一书中，维斯（Wiese）描述了如何协调病患照顾。毕竟，医学伦理要求医生在正确诊断的基础上，给患者提供最好的治疗。

《从酗酒中康复的故事》的启示

威廉姆斯·霍普斯，医学博士

我是一名感染科医生，刚刚从酗酒中解脱出来。一名德国来的医学生和我一起会诊。有一次我们会诊一个四十岁左右，肝功能和肾功能衰竭的男性患者，他是一名酗酒者，正在等候进行肝移植和肾移植。同时，他定期参加的酗酒者匿名聚会（AA 聚会^①），在很多场合都起到榜样的作用。看完患者，在讨论该患者发热原因的时候，那个医学生评论道：“酗酒者都是不道德的，让人恶心。他们根本没有意志力。”我告诉他意志力与患者的发热毫无关系，因为我曾经是一名酗酒者，曾经差不多天天参加 AA 聚会，因此我感同身受。那个学生还没从震惊中缓过神来，我去车里拿了 AA 聚会的《从酗酒中康复的故事》（“Big Book^②”）一书，翻到 407 页，让他读“接受就是答案”

那一章。这是一名酗酒的医生写的，也是这本书中最常被引用的部分。这个学生读完这一章后问我是否能带他去参加 AA 聚会，我答应了。接下来的两个早晨，在查房之前，我带他去参加了 AA 聚会。一天，那名患者来我门诊随诊，问我下周是否有时间去参加他主持的 AA 聚会，我答应了。不幸的是，那天晚上他突然去世了。那名医学生，结束轮转后在我的评价中写到，这是他在美国期间收获最大的轮转，不仅学到了传染病，更对酗酒有了更深刻的了解。

①AA 是一个开始于 1935 年的国际互助运动，旨在帮助酗酒者摆脱酒精的毒害，重返社会。

②Big Book 全称为“从酗酒中康复的故事”（Alcoholics Anonymous: The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism），是由 AA 创始人编写的出版于 1937 年的著名书籍，讲述了很多如何摆脱酗酒的故事以及如何应对成瘾的方法，由于相对较大的篇幅被简称为 the Big Book。

编者按

霍普斯医生将自己的个人经历与大家分享，使本书的读者受益匪浅，就如同他对那名来轮转的医学生所做的那样。这里提出了一个问题，也是医生经常面临的问题，医生（老师）是否需要让学生在面前暴露自己的全部经历？

很多人认为这个问题要因人而异，单独分析。在这个案例中，霍普斯医生将个人经历与学生分享的智慧很令人佩服。

不过我们还有另外一个问题，本例的教师是否可以做得更好？是的，很显然，这个学生再也不会用原来的眼光看待酗酒者了，但是霍普斯医生如何能确定他同样不会蔑视吸烟者、其他成瘾者或极度肥胖者？转移的概念（将一个场景中学到的东西应用到其他相似的场景中）在“临床教学丛书”中多次涉及。学习的转移依赖于反射，将从个例中学到的经验泛化，应用于其他个例中。教师在这个过程中扮演着重要角色，要多向学生

询问，比如“你学到了什么东西？”“未来遇到类似的案例，你怎么处理？”或者是“谈到这个患者时你有些不自在，这很正常。想想如何让这些变得对你有利？未来遇到类似的情况，比如不是酗酒者而是其他有不良嗜好的患者，你有什么办法？”的确，最好就事论事，但有时候不能停留于蜻蜓点水，毕竟要学习的东西太多，而可以学习的个例那么少。

两年之后

理查德·卡塞马，医学博士

2001年，我成为新泽西州卡姆登的罗伯特·伍德·约翰逊医学院的教职员工。我一直教医学生酸碱平衡，这对我来说，已经成了一个常规工作。2006年我得了重病，直到2008年才痊愈重返工作。返回工作岗位的第一天，我前往会议室去参加重新熟悉医院情况的介绍。在那里我遇到了一名年轻的四年级医学生。“嗨！卡塞马医生，”他说，“你好吗？”

我愣住了，开始我没有认出他。“你怎么会知道我的名字？我几乎2年都没在医院了，”我说。

“因为你给我们上过酸碱平衡的课，你的课讲得太好了，很容易懂，我一直都没有忘记。其他同学也是这样认为的。”他回答道。

当时，在经历了与疾病斗争中的许多绝望和灰心后，我的情绪一下子高涨起来。我想，这就是我待在医学院校的原因，在这里，我可以影响很多年轻人，激起他们对医学的热爱和激情。在我的亚洲文化背景中，老师是很受尊重的，因为他们带给学生的是知识财富。

编者按

有时教学被比喻为寄一封信。你可以确定何时以及寄往何处，但是你不能确定信是否寄到。教学并不是一件易事，它可能充满风险，可能让人灰心，甚至令人难堪。如果你从来没有

经历过这些，只能证明你的教学经历远远不够。相信我，你肯定能感受到各种心情。

但是这不否认教学也会带来特别的快乐。可能其中最珍贵的感受就是被以前的学生认出，尤其是你自己已经认不出他们的时候。被认出有一种成为名人的美妙感觉，从你的学生那里得知他们仍然记得你教给他们的东西，更会有一种满足感，这一下让整个世界都不同了。卡塞马博士值得这样的赞许，这也让他记起当初为什么选择到医学院校教学，我们都应该做到这样。

武断还是推理，职业生涯的开始

杰罗姆·凯撒，医学博士

1957年，我在水牛城总医院开始了我的实习生涯。第一个星期的一个晚上，我被呼叫去看一名58岁的女性患者，因为乏力、慢性腹泻、面部潮红2年入院，她已经在医院住了差不多2周了。6个月前，她的腹泻症状加重，入院时，每日大便3~4次，一般是在饭后。面部潮红多与酒精使用相关，在公共场合发作的面部发红和出汗让她很尴尬。看患者之前我先看了她的病历，注意到近期她的体重减轻了14磅，有肝大。在住院期间，有一次为行胆囊检查，她吃了一些奶油，随后出现了四次稀便，伴有面部和上肢潮红及下腹绞痛。在我赶到病房之前，护士告诉我她正在寒战，血压97/70mmHg。查体时，我发现她嘴唇发绀，躯干和下肢潮红，肝大。过了一会儿，她的血压自行恢复了，潮红也消失了。我认为她是类癌综合征，我将诊断写在病历上，并深信自己的诊断。

在实习期间，我订阅了《新英格兰医学杂志》和《美国医学杂志》。1956年的《美国医学杂志》上发表过一个类癌综合征的个案。

我清楚地记得那个个案，是因为文中详细阐述了这个综合

征的病理生理以及生化原理。但是直到 1957 年，只有少数类癌综合征的个案报道，水牛城从未报道，我没有想到自己有幸会见到真实的病例。

如果当时我知道这种疾病的患病率和验前概率，我怀疑自己是否还会那么自信。事实上，我的莽撞给自己带来了一些麻烦，那名患者的主管医生和消化科会诊医生都没有作出诊断，患者已经准备行剖腹探查术。

我回去查阅那篇文献，了解类癌综合征是如何诊断的。我留取了患者的尿去毒理实验室，要求技术员查 5-羟吲哚乙酸。实验室以前从来没有做过这项检查，不过一天后，报告显示比正常高四倍。如果当时我了解这项检查的诊断价值，我可能会想到假阳性的可能，或者我会在诊断上更保守一些。但是当时我对自己的诊断非常有把握，我在病历上写道，尿检结果证实了类癌综合征的诊断，并大言不惭地说声称没有手术指征。可以想象，我的上级医生对我的肆无忌惮很不满，我的病历被批评了，没有人重视它，手术如期进行。

术中看到，肝脏、脾脏和大网膜都被转移性病变累及，胃内发现一个小小的质硬肿物。肝活检经银染证实为恶性类癌。这个患者我们已经没有什么可做的了，她很快就出院了。

现在我认识到当时自己的诊断推理其实不够严谨，但此后发生的事情，对我的职业生涯产生了深刻的影响。我将这个个案写下来投给医学杂志。因为这种肿瘤太罕见了，我们请来了著名的洛维斯公园纪念研究所的内科主任来看这名患者。他听说了我“令人称赞的诊断妙计”，给我提供了在他的肿瘤科轮转 2 个月的机会。几年后，又是这个类癌综合征的诊断为我赢得了在波士顿进行专科医生培训的机会，给项目负责人的推荐信上对我的赞誉超出了我也许应得的。

不过不管是否应得，这段经历让我一生都沉迷于诊断推理。在进行了 10 年酸碱调节的研究之后，我花了 20 年来研究诊断过程以及如何权衡检验和治疗的风险和收益之间的平衡。作为

《新英格兰医学杂志》的主编，我在杂志中开设了模式识别栏目（临床医学影像簿）、揭示诊断原则的栏目（解决临床问题）和有趣的个案栏目，这些文章形式一直保留至今。

直至今日，我还是十分享受在晨间病历讨论时与住院医生的互动带给我的极大满足感。我已经在东西海岸的三个医院积极参加这一活动 40 年了，每当听到一组新的主诉时，我还是会很激动，还是会敬畏诊断过程的错综复杂，还是会对疑难病例迷惑不解，还是会乐于讲解病理生理机制。诊断是内科医生的主要任务，我们努力为每一位患者做出正确诊断，我们经常很幸运。

编者按

在我们这个上级医生对下级医生的监管不断被加强的时代，不要忘记医学学习需要年轻医生不断在临床经验中获得，就像文中类癌综合征的学习过程。有时学习过程中没有老师，甚至要不顾老师的意见。临床教师是幸运的，因为他们的学生积极主动，学习热情高，而且经常非常出色。有时老师能做的最好的事情是袖手旁观，静观其变：允许学生自己获得经验。经验可以促进学习，难忘的经历可以让所学的东西同样难忘。如果是这样，静观其变何乐而不为呢。

心灵的字母汤

海伦·克里斯，医学博士

我听说去临终关怀中心轮转是一个很好的选择，在那个特殊的环境里可以学到很多东西。临终关怀中心大楼建在美丽的伊利湖畔，病房临近美丽的花园或者面向水边。对于以前每天在病房待 12~14 小时的我来说，这是一个可喜的变化。

在这里，每天和主治医师查房像一种安静的仪式，与常规医院病房喧闹的电视声不同，这里到处都伴随着安静或平淡的音乐，舒缓人们的心灵。我们主要的工作是调整镇痛药、治疗

便秘、让患者减少痛苦，感觉舒适。在临终关怀医院，患者及其家人更好地被理解，在这里，家人允许在任何时间探视。我很荣幸成为其中一员。

在我参加的第一次和护士及社工的团队会议上，发了一张写着患者姓名、入院日期和诊断的纸。其中我认出了很多医学中经常使用的缩略语，如 CHF（慢性心力衰竭）、肺 CA（肺癌）或乳腺 CA（乳腺癌）等。我们经常会告诉医学生这些缩写为“秘密代码”，等他们到了住院医生就会明白其中的意义，但其实直到他们当了主治医生，才会真正理解“医学秘密的握手”是什么意思。

当时，我也被这张患者一览表上很多患者名字后面的“CGB”给难住了。这是不是胆囊癌(cancer of the gallbladder)的缩写？它还能是什么呢？许多名字后面都带着这个缩写，显然临终关怀医院里不会有这么多胆囊癌的患者。

会议结束，我问一名护士，“你能告诉我 CGB 代表什么吗？”

那名护士笑了，说：“其实那并不是一个诊断，所以你猜不出来。但这是很多患者待在这里的原因，CGB 表示‘家庭无能力护理（caregiver breakdown）’”。

“啊，我知道了，像这样危重、即将死亡的终末期患者，家里人是很难照料的。”CGB 是医生很熟悉的一种情况，它比其他原因更能延长患者的住院时间。当患者的家属意识到他们已经无法在家里照顾患者时，我们就会等待养老院（nursing home, NH）或特护疗养院（skilled-nursing facility, SNF）的安置。那一天，我了解到 CGB 是一个影响很多医疗机构的大问题。

编者按

正如鲍恩和史密斯医生在第一、二章里指出的，学习可以用好几种理论定义，其中一种是社会学习理论。这个理论设想学习发生在“实践的社区”，在这里，新人逐渐从外围走向中心成为前辈。在此过程中，他们从拉夫和威戈所称的“合理的

外围参与”开始，到“全身心参与”，到最终熟练掌握。这是怎样发生的呢？拉夫和威戈指出交流是其中的关键，形容学习过程（不是教学过程）存在于人与人的交流之中。

临终关怀医院就像一个社区。在这里，医务工作者致力于姑息治疗（palliative care），还有哪里能比这里能让我们更好地理解同情和共情？在这个难忘时刻中，克里斯医生学到临终关怀医院特有的仪式、行话和缩写。想成为社区的一部分，很重要的就是学习社区的语言，接受社区的价值观。鲍恩和史密斯医生提醒我们：当学习的问题涉及到接纳和理解一种价值观时，社会学习理论就是最适合的方法。

离开医院的轮转，例如在临终关怀医院或其他类似的社区，都可以成为非常好的学习经历，希望克里斯医生不要忘记 CGB 的重要性，不论她是在 NH、SNF、ED（急诊室）还是 ICU（重症监护病房）。

出诊

莫利·帕拉斯，理学士

秋天湛蓝的天空下，广阔的玉米地一望无际，我的导师和我正驱车开始我的第一次出诊。这不是一个寻常的门诊，电话来得很紧急，说一个年轻人的病情半夜迅速恶化，导师让我复习一下电话录音，以便更好地掌握情况。我了解到这个患者只比我大几岁，患病多年，疾病一点点侵蚀着她的生命。最近，导师经过与她和她家人长时间的讨论后，开始临终关怀治疗。我想象着即将踏入的家庭和将要见到的患者，想象着阴沉的气氛，空气中弥漫的疾病的味道，其中憔悴毫无生气的患者。可是事实大大出乎我的意料。

当我踏进她的家门，她的父母正微笑着站在起居室里。他们感谢我的导师跑那么远的路来看他们的女儿，并用温暖的拥抱来欢迎我这个陌生人。空气中没有疾病的味道，而是漂着肉

桂的香气。我们在洗手间洗手后，去患者的房间看她。她盖着一床手工缝制的被子，阳光照在她的脸上，她的身体虽然已经被疾病损害，她的呼吸很浅，但是他看上去很平静。她的母亲在她身边躺下，轻拍她的头，我的导师跪坐在地板上听病史。患者从前一天晚上开始发热且出现了幻觉，今早就明显变得衰弱了。我们给她查体，摸上去热乎乎的，肺里有啰音，左下肺呼吸音低。她可能像以前一样发生了误吸。

查体后，患者开始低声与我们交谈。她说她很担心她的妈妈，因为如果她死去，她妈妈会难过的。她妈妈亲吻她的前额让她不要担心，一切都会好的。我站在一边，望着一对母女亲密而优雅地说着再见，眼泪静静流下我的面颊。作为医学生的我，第一次目睹一个患者离去的过程，看到一个坚强的家庭如何应对。我一下子有了很多问题，患者感觉如何？她害怕吗？她怎么知道离开时刻到了？她的母亲从哪里积聚出如此多的力量？我的问题没有得到回答。我们坐在卧室里，没有一句话，只是静静地注视一个母亲和将要死去的女儿之间温柔的触摸。

用一个长长的拥抱与患者告别之后，导师将患者的父母带到了起居室。患者的父母问他们的女儿还有没有希望从这次感染中康复。我的导师很小心地用合适的言语回答说，这很可能是最终的结局了。望着他们脸上的表情，我意识到他们早就知道这个答案了。患者的妈妈问是不是还可以抱着希望，作为一个母亲，她的义务就是永远拥有希望。我的导师点点头，我注视着壁炉上用来迎接秋天的南瓜和南蛇藤，对生命终点的祝福是那么朴素、优雅和适宜。

在我们赶回诊所的路上，导师与我讨论了出诊的艺术。在这个病例里，比诊断出感染灶更重要的是再次给家庭以支持，支持他们做出的让孩子安静地离去的选择。我的导师还强调了对多年的老病人说再见的意义，这对她自己来说是一个完整的结束。

我不知道出诊还会在现代医学中存在多长时间。我有机会

体会了它的意义，意识到它的重要性，不希望它消失。我目睹了一个医学不能挽救的生命的那么多的细节，其中绝大多数是在医院诊室中看不到的。当我将脸紧急贴在冰冷的车窗上，望着灿烂的蓝天，我望着三只大乌鸦在清风中呼啸而上，我希望患者的灵魂，无论以什么形式，都可以高高飞翔。

编者按

这段鲜活的记忆来自于一名医学生。我想她会永远都会记得她与导师的这次出诊经历。出诊或者其他类似的经历可以照亮一段医患关系，显现出平时难以展现的部分。这样的经历对医学生来说太重要了，特别是在他们成长的关键时期。让我们和帕拉斯一起希望我们能做些什么，让出诊不要消失。

在这里，我们也要看到出诊后发生了什么，正如帕拉斯和她导师穿过乡村赶回诊所的途中，他们回顾讨论了整个过程。如第三章所述，回顾讨论是经验学习至关重要的一部分。简单说，回顾讨论是一个学习经历后的讨论，帮助学习者分析刚刚发生的事情，这是一种“行动后反思”（见第一章和第四章），是经验学习的顶点。在这段经历中，导师除了讨论“出诊的艺术”，还强调了与病危患者及家庭告别对于自己的重要意义。这种讨论或行动后反思常常容易被漏掉。这里没有遗漏的原因之一是因为回程的路上，导师和学生有足够的时间。老师与学生独处的时间是很珍贵的，这也是出诊为什么特别的另一个原因。

“从他手里”学到的东西

帕特里夏·彼得森，医学博士

我在达拉斯的帕克兰德医院接受训练。在那里，实习医生如果有“烂”病人，都很害怕向唐纳德·希丁医生汇报。我的患者酗酒，冬天因低体温、酮症酸中毒和急性酒精中毒来到急诊室。我和住院医师努力控制他代谢综合征的几个方面，但是过

程不够理想，没有达到希丁医生的标准。住院医生查房后通知我让我在午间查房（经常是住院医生汇报）时汇报这个病例，然后就消失了。我被留下来承担即将到来的批评，所有听说过这个“烂”病例的同学都坐在教室后面，等着看我的热闹。

听我汇报完病历，希丁医生提出了一些不同的治疗策略，可能会有不同的治疗效果。最后他说，最关键的是这个患者有所恢复，今早看着不错。我长长地舒了一口气，很敬佩希丁医生能将这样一个病例作为教学病历，而且保护了我的自信心。那天我学到了很多。

顺便提一下，我的那些等着看热闹的实习医生们很失望他们没有看到预期的场景。我希望希丁医生能为我这些年在内科的表现而骄傲，我很感激从他那里学到的东西。

编者按

现在的临床教师，包括比希丁医生年资低的老师，经常担心的一个问题是，我们是不是变得“太温和”或“太彬彬有礼”了。难道我们不应该模仿我们的老师树立高标准，决不妥协，不考虑任何后果，不收回严厉批评的话？

关于这种看上去过时的方式有很多微词。我们知道情绪的两级，不管快乐或恐惧，都可以加强记忆。如果一个学生在别人都可以正确回答问题时明显落后，我们更应该关注该学生的临床技能。越现代的方法越注意保护教师与学生之间的关系，但是这是以何种代价实现的呢？

几个观察性研究呼吁关注现代教师在遇到学生的错误时会采用的极其轻柔的批评。有时轻柔的批评变成了没有批评，因此错误没有得到纠正，不专业的行为就这样被忽视了。

这对于希丁医生和他同一代的人来说从来不是一个问题，彼得森医生回忆起她与希丁医生的相遇是那么有趣，不管是他的刀子嘴豆腐心，还是恰如其分的批评和表扬。现实中有批评“强硬”或“温柔”的指南吗？显然没有，这样的指南太复杂了。希丁医生熟练地掌控了现场，对一个紧张地发抖的医学生

来说，他给予了支持。当你展开双臂来支援时，这个词的字面意思就是“帮助”。

主任查房

彼得·罗萨里奥，医学博士

我是在中西部的一家教学医院完成实习和住院医师培训的。主任个头超过一米九，让人很难忽视他的存在。他有着与其身高相当的学识，不断地关注内外科及各个专科的杂志。下午的主任查房毫无疑问可以学到丰富的知识。虽然他对那些考虑不周犯了错误的人很严厉，但是他的教学巡诊还是赢得了医学生、实习医生、住院医师和患者的尊重。他致力于分享他的知识，希望培养出出色的医生，提高医疗水平。我们经常从病房的走廊开始查房，往往在患者床旁结束查房。床旁查房时，大多数患者都对这位老师以及跟随的学生、护士和医生感觉良好，偶尔有接受不了的患者，主要是因为意识到这个教学是关于他们自身的。

一天下午，一个实习医生汇报病史和体格检查，这是一名女性患者，因体重减轻和轻度贫血入院。我们站在患者床边，主任一如既往地进行了充分的鉴别诊断，给在场的每一个人，包括患者本人，都留下了深刻的印象。消化道疾病当然在鉴别诊断的列表中，因此他问实习医生有没有做肛诊（这个重要的信息在汇报病史时被有意识地去掉了，显然实习医生试图投机取巧）。事实上，患者曾经做过一次肛诊，提示直肠肿物。主任跟患者说明要给她再行一次肛诊，他让总住院医师去拿一双手套。

主任总是特别关注患者的尊严，当他戴上手套时，我们都想知道他如何在这么多人在场的情况下做这个相对私密的检查。让大家意外的是，手套的示指不见了。主任瞪着没有覆盖他检查手指的手套，我们大笑起来，患者也笑了，主任自己也

忍不住笑出声来。

肛诊最后没有做成，查房在轻松的气氛中结束了。成为众多医生关注的焦点，我们也许会觉得很荣幸，但患者的感觉会是什么呢？在这个事件中，手套的示指为什么不见了？是我们的总住院医师，有人看到他匆匆走出大厅去后面的楼梯井，手里拿着一把剪刀。

编者按

伟大的小说家和评论家怀特（E. B. White）曾经写道：“分析幽默就像解剖青蛙，不仅没人觉得兴趣，最后还把青蛙给弄死了。”查房时是不是有笑话、笑话是不是好笑并不重要，但从这个故事中学到的是非常重要的，也就是斯盖夫等在本丛书之《临床教学方法》中提到的学习气氛。

学习气氛是教学活动是否成功的重要决定因素，特别是非正规的教学形式，如小组讨论或查房。阳光灿烂吗？有没有鼓励学生承担风险？鼓励学生提问、表达自己的观点或向大家求助？这些对于任何教学形式下的学习都至关重要。气氛是不是又阴又冷？学生是不是不敢发表自己的问题和担心，就像紧闭的花苞要熬过寒冬？

关于如何形成有利于学习的氛围的建议贯穿全书，尤其是《临床教学方法》的第一章。如斯盖夫和斯彻特斯提到的，“学习者想待在这里吗？”学习气氛就是这个问题的答案。学习气氛较为正式的定义是它代表“教学环境的状态和气氛，包括它是否有促进作用，学习者能否舒服地发现并改正自己的缺点。”有什么能比老师自嘲地一笑更好的方法来鼓励学生发现自己的缺点的吗？

比你想象的要好

恩南·卢夫，医学博士

到了管病房的时间，一个四年级医学生早早吸引了我的注

意力。他叫肖恩，是密苏里大学堪萨斯分校医学院的文学学士 / 医学博士双学位项目的学生，他只有 22 岁，中学毕业后就开始学医。这是他来病房轮转的第一个月，刚开始的几天，他的举止像是糖果店里的孩子。把他称为孩子，是因为他热切地想成为医生，对于临床学习兴奋不已。而他的这种对于诊断与治疗过度热情常常让他在汇报病例时条理不清。

当我发现肖恩最大的缺点时，我意识到自己还没有和肖恩及其他四年级学生一起坐下来，谈谈关于如何汇报病例这个经典话题。因此我抽出时间，给肖恩和其他学生讲了汇报病例的原则。过了一段时间，我忙于自己繁杂的日常事务——诊治患者、文字工作、管理住院医师。肖恩继续轮转，我对他的注意减少了，转向其他医学生的教学需求。他在汇报病例方面有了进步，但是还不能让我完全满意。我很想给他实时反馈，但是不确定自己能否在繁忙的日程中找出时间。

很快，月中总结和反馈时间到了。我希望肖恩一切顺利，仍然情绪高涨。我问他怎样，他和我分享了关于汇报病例给他带来的挫折感，他说害怕早上的查房，但是在我的帮助下他在进步。我很惊喜地得知，对于我已经做了，但在忙乱的病房工作中忘记向他强调的事，他已经领会到了，他说：“在您的小讲座之后，我对怎样汇报病例有了信心。其后的几次早上查房汇报病例，我觉得好多了。我特别记得您把我拉到一边，表扬我的汇报技巧提高了，这大大鼓励了我的自信心。从那以后，我在病房的实习感觉好多了。”

接下来一段时间，我经常想起肖恩的话，我觉得这对我的教学真的是很大的激励。

编者按

临床教师如何总结和评价教学的有效性？这对于老师提高自己的教学效果是至关重要的一步，在第四章，施泰纳特（Steinert）展示了一个复杂的评价手段，包括反思、结构化的正式的评估、同行评价、当然还有学生的反馈。

对学生的教学你也许认为自己做得不够，但事实上学生的获益可能比你预期要大很多，就像卢夫医生的故事。肖恩赞赏卢夫医生的特别关照、小讲座、鼓励其自信心的及时的称赞，这些都是卢夫医生意料之外的，对他来说是个惊喜。

这里的关键不是谁的解释更精确，如施泰纳特所说的，重点是在评估你自己的教学时，单一途径的评价是不够的，好在我们可以有很多途径来评估教学。评价可以是个人的不正式的，基于反思和自我评价；也可以是有结构的，整合了第四章提供的手段。录像和同行评价也是教师可以采用的方法。或者只是简单地问“我做得怎样？”正如卢夫医生发现的那样，有时你做得比自己想象的要好。

在门诊倾听

詹妮弗·史密斯，医学博士

做住院医生的第二年，我更喜欢在“住院医生门诊”看门诊患者，因为我遇到很多出色的老师。有一次，我觉得门诊的一个新患者很困难。她患有精神分裂症，住在集体之家。她是被一个社工带来的，因为她的妄想症和焦虑。社工要求诊室的门必须一直开着，社工说近几周患者间断呕吐。患者三十多岁，营养状况良好，她坐在诊室的角落里，从姿势上看有些戒备。她表情平静，但是和我没有眼神的接触。她不愿做体格检查，但是允许我将听诊器轻轻放在她的前胸。她不愿意脱衣服，不做腹部查体。她不发热，血压正常。

我不知如何评估她的问题。社工要求转诊到消化专科医生那里，但是我也知道这会有什么帮助。

当我陷入沉思时，似乎听到我的启蒙老师说：“如果你倾听患者，他们经常会告诉你诊断。”反正也没有什么损失，我问患者：“你觉得是什么问题？”她毫不犹豫地回答：“是因为我的脑袋。我看见人们站在大丘里，我知道他们在说什么，我

觉得自己的胃像是打了个结，我觉得如果吐出来会好受一些。”

我温和地对她和社工建议，应该找精神科医生随诊，调整一下药物和治疗，看能不能缓解她的妄想和焦虑。如果失败了，可以再回来继续就诊。这个经历经常提醒我要注意倾听患者。

编者按

很少有忠告如“倾听患者”这么重要，正如史密斯医生的老师所说：“如果你倾听患者，他经常会告诉你诊断。”早在认知心理学家开始研究医生是怎样解决问题之前，这样的智者忠告已经是临床教学的一部分了。现在，我们已经了解为什么、怎样做、什么时候运用这一临床诊断原则更合适。

如鲍恩和史密斯在第一章中提到的，医生同时使用分析和非分析性的临床推理来作出诊断。后者是下意识的，更迅速。有经验的医生可能是基于模式识别“就是知道”。但有些时候，就如史密斯医生这次的患者，医生不知道，没有现成合适的诊断。这个病例告诉我们，即使是有经验的医生也要有意识地运用认知规律，从症状出发组织鉴别诊断思路。临床教师可以丰富学生的临床推理技能，使用学习的认知理论，老师可以给学生组织诊断的框架（例如急性肾功能衰竭可以被分为肾前性、肾性和肾后性）或经验（例如，“在老年人中，常见病如心肌梗死可以表现不常见的症状”）；或使学生意识如何从非分析性的方法转到分析性的推理。最佳原则总是简单而易于记忆的，比如“倾听患者”，再比如“当有疑问时仔细考虑”，这些原则都可以促使学生进行更审慎的分析推理。

夜间小讲座

哈罗德·所罗门，医学博士

1966年，我是范德比尔特医院的低年住院医师，大卫·罗格，约翰·霍普金斯后来的院长，罗伯特·伍德·约翰逊基金会第一任主任，当时是内科主任。一天夜班，他是感染科会诊

医生。我因为一名肺炎链球菌败血症和脑膜炎的患者呼叫他，因为我从来没有鞘内注射过青霉素。罗格医生接到呼叫后来到医院，告诉我们如何治疗这名患者。一晚上他都和我们在一起，讲关于肯尼迪总统的故事，讲伤口葡萄球菌感染，讲什么是临床医学。他本来可以待在家里用电话指导我的。作为一名出色的内科主任，他的音容笑貌，给我未来 42 年的工作树立了榜样，这是一个优秀导师的模范。

编者按

关于导师、行为榜样、咨询和指导的讨论贯穿本套书的始终。在本丛书之《医学院的导师制》一书中对以上内容进行了最详尽的分析。这些内容相互重叠，和职业精神有一些共同的特征，比如利他主义和关爱他人。

作为病房的主治医生，有很多机会可以向他 / 她的学生展示如何关心患者，比如晚上到医院看患者。现代工作时间的法律法规限制住院医师的工作时间，但不可能影响患者生病的时间。主治医生不受工作时间规定的约束，规定也不可能限制主治医生在需要时从家里赶到医院。

主治医生从家里赶来医院与值班医生在一起的行为，大大弘扬了献身、关爱和职业精神，同时也是很好的教学行为。认为你应该在场时你在场，认为你不应在场时你也在场，这两者的意义是不同的。

39 年前的床旁查体

麦克·韦弗，医学博士

我是一名退休内科医生，已经 70 岁了。2008 年 3 月，我在母校内布拉斯加州奥马哈的克雷顿医学院参加了詹姆斯·苏利文医生主持的宴会，宴会是为了欢迎客座教授盖里·弗朗西斯医生，他曾是克雷顿医学院的校友，现在是克利夫兰医学中心的心血管病研究员。餐前闲聊时，弗拉西斯医生和我讲起

了令他永生难忘的“教学时刻”，当时他还是克雷顿医学院第一年住院医师，而我是总住院医师，以前从来没有见过他。他说，有一次他向我汇报一名一直在他门诊随诊的二尖瓣关闭不全的患者，此次因充血性心力衰竭入院。

他说，我给患者查了体，仔细听了心音，告诉他我认为这名患者是主动脉瓣狭窄而不是二尖瓣关闭不全，并详细地给他讲解了如何区分这两种杂音。该患者后来经过进一步检查确定为主动脉瓣狭窄。毋庸置疑，对一名年迈的退休医生来说，像弗拉西斯这样出色的医生在 39 年以后还能和我一起回忆当年意义深远的“教学时刻”，这是多么难忘的瞬间。为此我也要感谢盖里·弗朗西斯医生。

编者按

如果说哪一项技能最能引起学生与老师的共鸣，那一定是床旁查体。在本书第五章中，赫什唤起人们对老师的知识根底和及时更新临床知识的能力的注意。毋庸置疑，临床教师必须有丰富的知识。既有丰富的知识，又有教师的良好口碑，这才是至关重要的，也是必须的。在今天，像韦弗医生记忆中的那个患者，估计早在入院之前就已经进行了超声心动图检查，但即使这样，学生依然会很珍惜提高查体水平的机会。

临床老师如何提高自己的查体技能？很幸运，有很多方法可以让你成为床旁查体专家，比如课本、DVD、教师培训课程、模拟以及其他先进的学习手段，这些都能让不论年轻还是年长的教职员工提高查体技能，在床旁教学更加自如。韦弗回忆起大约 40 年前与弗拉西斯医生一起查体的瞬间，这证明还有什么比床旁学到的更持久的吗？

作者来到了课堂

斯蒂文·温伯格，医学博士

担任临床教师多年，我在临床的教学时间远比在基础阶段

多得多。然而，给第二年医学生讲病理生理，看着初入医学殿堂的医学生的热情、好奇和对知识的渴求，对于我来说是一段令人愉悦的经历。同时，因为是新手，他们可以让任何一名老师觉得自己很渊博，并为自己对学生的职业发展做出的贡献而骄傲。

我曾经以大课讲课及小组讨论等形式给二年级医学生上过临床前课程，形式不同，挑战不同，回报也不同。在大阶梯教室上课时，师生之间很少有直接的交流与反馈，很难知道学生是兴奋还是厌烦，是在听课还是在发短信跟朋友商量即将到来的周末的安排。相反，在只有 8 个人的小组讨论时，可以有很多相互交流，学生的兴趣和对讨论材料的理解一览无余，学生私下给朋友发短信也很容易被发现。小组讨论教师会面临很多挑战，他们会被问到一些看上去很简单，但是考验理解是否充分的问题；他们需要同时吸引最不愿参与和最畅所欲言的学生；他们需要艺术地化解分歧及学生之间的性格冲突。

一般作为传统，高年资和低年资的老师都会讲大课，但是只有低年资的老师才当小组讨论的辅导老师。所以我作为一名高年资、头发花白的教师，在小组辅导老师中显得与众不同。尤其是作为学生课本的作者，我更占据了一个特殊的地位，他们很自然地把我视为专家，知道所有问题答案的那个人。大多数时间，我感觉这样很好，我的确有一些优势，倒不是表现在智力或者能力上，而是在年龄和经验上。

很多年前的一次小组辅导，我们讨论一个艾滋病（AIDS）的病例，讨论患者的最初表现和一些感染并发症（在有效抗病毒治疗之前）。在患者的病程中，有过卡氏肺孢子虫肺炎致双肺弥漫渗出的病史。因为这是临床前病理生理课程的一部分，我们更关注的是基础医学问题。我解释道，在 AIDS 出现之前，卡氏肺孢子虫是一种很少见的生物，偶尔见于细胞免疫受抑制的患者。我还提到一个趣闻，卡氏肺孢子虫肺炎最早在几十年前见于营养不良的婴儿，在发现它的病因之前，被称为浆细胞

间质性肺炎。我们的小组讨论就集中在卡氏肺孢子虫是一种什么样的生物，在组织中是何种形态存在的。我强调虽然不典型，但是卡氏肺孢子虫是一种原虫。大多数学生将这个其实没有什么用处的事实记在笔记本上。但是一个学生疑惑地望着我，说：“我想卡氏肺孢子虫是一种真菌。”当然我纠正了他的错误想法，因为我认为它是原虫，还把它写进了我的教科书。众所周知，一旦白纸黑字地被写进教科书里，就会被认为是真理。

这个学生不怕我继续纠正他的企图，很勇敢地坚持己见，他进一步强调，“我最近看了一个研究，基因测序显示卡氏肺孢子虫是一种真菌。”我在维护教师的权威观点方面做了些让步，因为我对他提到的研究一无所知。我建议我们俩都进一步查阅相关文献，我认为师生之间的任何争执都是可以平息的。

那天我查阅了文献，的确发现几周前在《自然》杂志上发表了一篇文章，线粒体 RNA 测序显示，卡氏肺孢子虫（确切说卡氏肺孢子菌）更类似于真菌，而不是原虫。在接下来的小组讨论时，我道了歉，并称赞了这个阅读《自然》杂志、并愿意站出来纠正我的错误的学生。查理斯·西德尼·伯维尔（Charles Sidney Burwell）（1935~1949 年哈佛医学院院长）曾告诉医学生，他们现在所学的知识有一半是错误的，更麻烦的是老师并不知道哪一半是错误的。在这个我教学中的难忘时刻，这个观点深知我心。虽然我们都希望 50% 这个数字有点夸张，但我们必须接受这样一个事实，“教学是一种对知识只需传承无需占有的精细艺术。”

编者按

教学有时也需要承担风险，即使有时你并没有意识到。临床教师，包括温伯格医生，都很清楚地知道这一点。如果你汇报了一个未知患者的病例，毫无疑问，这里会有难以看清的病理生理、诊断或治疗问题。所以我们谨慎地进行讨论，除非有十分的把握，建议带着“可能是”或“或许是”来讨论。教授的观点也可能是错误的，当然如果你过于谨慎，也会被认为优

柔寡断，同样不会成功。

温伯格医生的回忆让我们进一步体会到了临床医生即使成为专家也会犯错。我们作为临床教师的工作并不是去证明我们是专家，而是鼓励学习。在这点上，偶尔的犯错，只要让学生保持清醒，给他们闪光的机会，就没有什么问题。当然，正确还是比犯错要好。祝福温伯格教授，谢谢他与我们分享他犯的错误。人非圣人，孰能无过。

特殊的查房

大卫·怀斯特，医学博士

1979年7月至1980年6月，我作为纽约州立大学第三年的医学生在纽约的布鲁克林下州医学中心轮转。我记得内科见习主要是在金司县医院进行，这是一个临床工作强度大、非常繁忙的医院。整个团队包括5个承担实习医生工作的医学生、3个实习医生、一个第二年或第三年的住院医师、轮转的总住院医师和主治医生。作为城市医院，我们的病例都很复杂，常常有多种合并症。我们的主治医生是马丁·梅兹医生，他是一名“老派”内科医生，对于高品质的医疗服务和患者有着无比的热情。他戴眼镜，身形略发福，经常打领结。

在我轮转的3个月中，很多患者需要外科手术，大部分都很复杂。我记得有一个转诊至外科的患者，虽然我记不得具体的手术了，但肯定是一个“很小”的手术。但是事情的发展出乎我们的预料，患者术后情况非常复杂。

可以想象，梅兹医生是最失望的，因为这是他的患者。早上查房时，我们讨论起这名患者，梅兹医生将我们（一共大约10个）召集在一起围成一圈，把他围坐在中间，说了以下的话：“只有小医生，没有小手术。”大家陷入了沉默，望着坐在中间的他，他转了360°，视线掠过每一个人，确保我们都听到也注意到他所说的话。大约三十年过去了，我从来没有忘记这

个时刻。每当我的患者需要外科会诊时，我总会想起这句话。

编者按

曼宁（Manning）和狄贝基（Debaeky）曾写过一本书，题为《医学：保持激情》（Medicine: Preserving the Passion）。书中记录了著名血液病专家及杰出教师理查德·维尔特（Richard Vilter）的一段轶事。一天，一位住院医生鼓起勇气问他：“您是一名出色的临床医生，您的成功来自于什么？”维尔特回答说：“良好的判断力。”提问的人想了一会儿，对这个答案不太满意，又问，“但是良好的判断来自于哪里？”维尔特回答“经验。”提问者还是不太满意，进一步追问：“那如何获得经验？”维尔特回答：“错误的判断。”

医疗机构应该尽量避免差错。但是差错还是会发生，当差错发生时，是选择被无视，小心或间接地讨论，还是以某种方式强调，让每个人从中吸取教训，永远都不忘记。

怀斯特医生分享了一段 30 年前的场景，他至今记忆深刻。试想我们其他的那些“课程”会在学生的记忆中保留这么久吗？为什么这段回忆这样持久？因为差错更难忘记？是的。几十年以前在一个“极度繁忙”高度紧张的城市医院，“无数转外科手术的患者”之一，发生了不好的结局，这个差错让人记忆深刻的原因之一是因为这是一个被认为“很小”的手术。但还应该注意另外两个原因，来解释为什么这段回忆可以维持这么久。

注意一下梅兹医生是如何与团队成员讨论这个教训的。想象一下当时的场景：一个有些胖的梅兹医生，可能还带着他标志性的领结，坐在 10 个团队成员围坐的中心，就讲了一句话，一句令人难忘的、简洁扼要的话，一句双关语。没有长篇大论的解释，只有一个精于此道的老师精心挑选的句子。接着他转了一圈，目光缓慢扫视每一个团队成员。虽然是三十年前的事情了，怀斯特医生估计仍然可以感受到那段沉默。

在“临床教学丛书”中，特别是《医院教学》一书中有好

几个章节，作者都将教学比作表演，比如如何安排观众、你应该坐着还是站着、如何使用身体语言、如何运用言语的转折和停顿等等，就像舞蹈和戏剧手段，好的教学会使用多种渠道，而不仅是通过语言来传播信息。当然，梅兹医生并非在演戏，他是发自内心的，他是一名“老派”的医生，但并不羞于表达自己的情感。我们都应该能从这个故事学到很多。

一个下雪天

佚名

一月的一个早上，厚厚的大雪如地毯一样覆盖了整个城市和我们医学院的校园，原来熙熙攘攘的校园安静下来。所有的学生都接到通知，校园正式关闭，我们与主治医生联系，是否应该赶到医院。按照日程，我应该和另外一名医学生以及内科实习导师一起到退伍军人医院的门诊，但是因为这恶劣的天气，导师与我们联系，告诉我们可以待在家里学习，不用冒险来医院。我当然愿意把时间花在书本上，因为国家考试就在几天之后。可是我还是有些内疚，牵挂着可能跋涉而来的预约患者。因此，我把车从雪堆里挖出来，艰难地赶到门诊。

我们日常的模式是我作为医学生独立看几个患者，与主治医生讨论病情，写病历，然后进行一个小型病例汇报来总结重要的知识点。但是那天，我在门诊发现只有自己和主治医生，以及一个驱车 2 小时来就诊的患者。与以往忙碌的日子不同，我有极其充分的时间给这名患者问病史、查体。结束后，我与主治坐在一起，向他汇报我的发现。然后我们再踏进诊室，一起与患者交流。当主治医生与患者交谈时，他站在我的身旁，重复我问到的情况，称我为“年轻的同事”而不是“医学生”。他在诊室与我和患者待了 30 分钟，静静地展示查体技巧和我漏掉的细节。就诊结束后，患者对我们俩表示感谢。

这样一个不期而遇了的“下雪天”本可以早早结束，主治

医生与一个医学生一起被困在退伍军人医院诊所里，我相信他还有很多事情要做，但他却问我是否愿意再呆一会儿，与他一起复习他当内科住院医生期间遇到的有趣病例。我很感激地接受了他的提议，一方面是因为我觉得自己应该尽可能多地接触临床，另一方面因为实习期间我还一直没有机会与他深谈。在接下来的一两小时里，我们讨论了一个高钾血症的患者，从心电图到细胞学层面的发病机理，再到水电解质平衡。过程中，他和我讨论相关的文献、图表，耐心地提问，引导我对病理生理的思考。这一天结束时，我觉得这几个小时的收获远比我自已看一星期的书来得多得多。我从来都没有忘记这个病例，每当看见血钾升高的患者，我都会想起这个患者。更触动我的是，他告诉我怎样做一个教师，无私、慷慨地付出他的时间，待学生如“年轻的同事”，他彻底打开了我的心扉，让我通过全新的方式进行学习。他给了我一份珍贵的礼物，我永远不会丢弃的礼物。只希望有一天，我可以将这份善意和无私精神传递给我的学生，让他们成为更优秀的学生和教师，我相信这段经历可以鼓舞我做到这些。

编者按

肯尼斯·路德米尔（Kenneth M. Ludmerer）在其获得普利策奖的书《学习治愈》（*Learning to Heal*）之后，撰写了另一本对医学教育有同样重要贡献的书《治愈的时间》（*Time to Heal*）。在第二本书中，作者评论了一个培训计划，该计划因为没有让师生在门诊有足够的接触时间而没有得到基金的资助。路德米尔写到：“如果有充分的时间对患者进行全面检查，和指导老师讨论病情，学生将从中大为受益。而大多数门诊部喧闹、拥挤，监管不力、学生马虎、教学很少。”路德米尔下了这样的结论：“不管在何种临床情况下，时间是良好医学教育必不可少的要素。”

让我们祈祷下雪吧。

（王玉译黄晓明校）

注：《难忘的教学时刻》，摘自《ACP 临床教学系列丛书》之一的《临床教学的理论和实践》。以故事形式生动地再现了教与学的 22 个难忘时刻，是生动鲜活的人文教学材料，充分展现了临床教学的影响力、乐趣和人文精神。值得我们每一位实习学生、规培生、临床教师仔细阅读。希望我院实习同学、规培生、临床教师由这些教学故事的启发，拿起笔来，用心书写我们自己难忘的教学时刻。

