



英國中醫

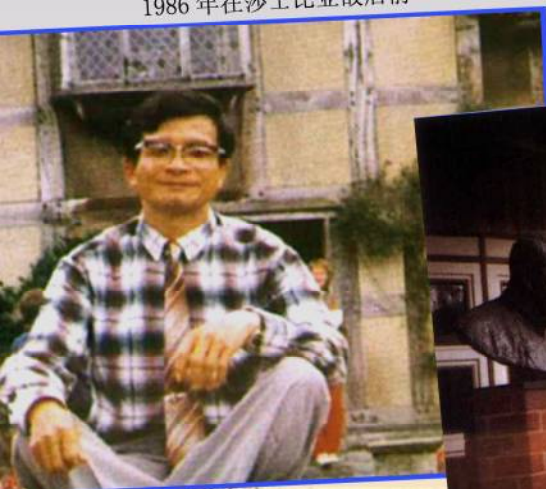


马伯英教授学术生涯（一）

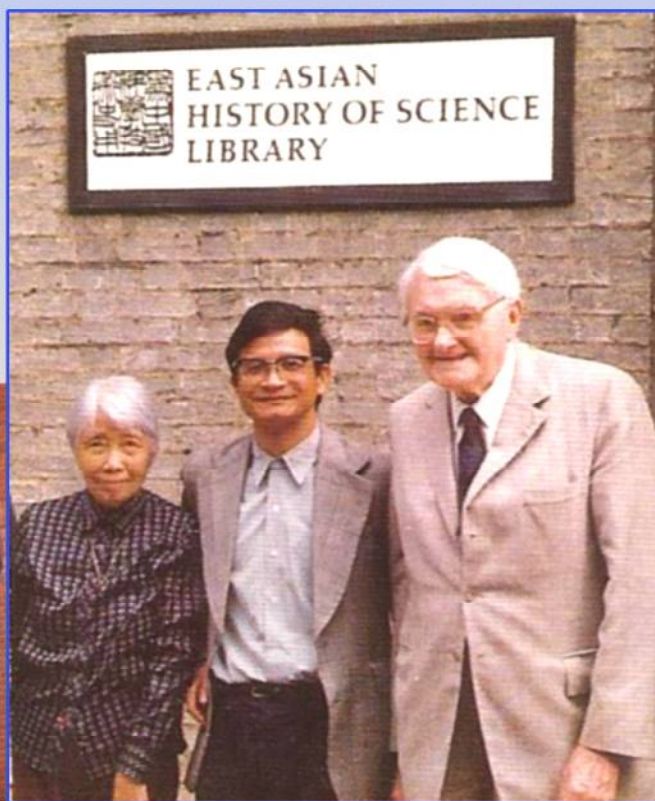


1961 年进入第二军医大学

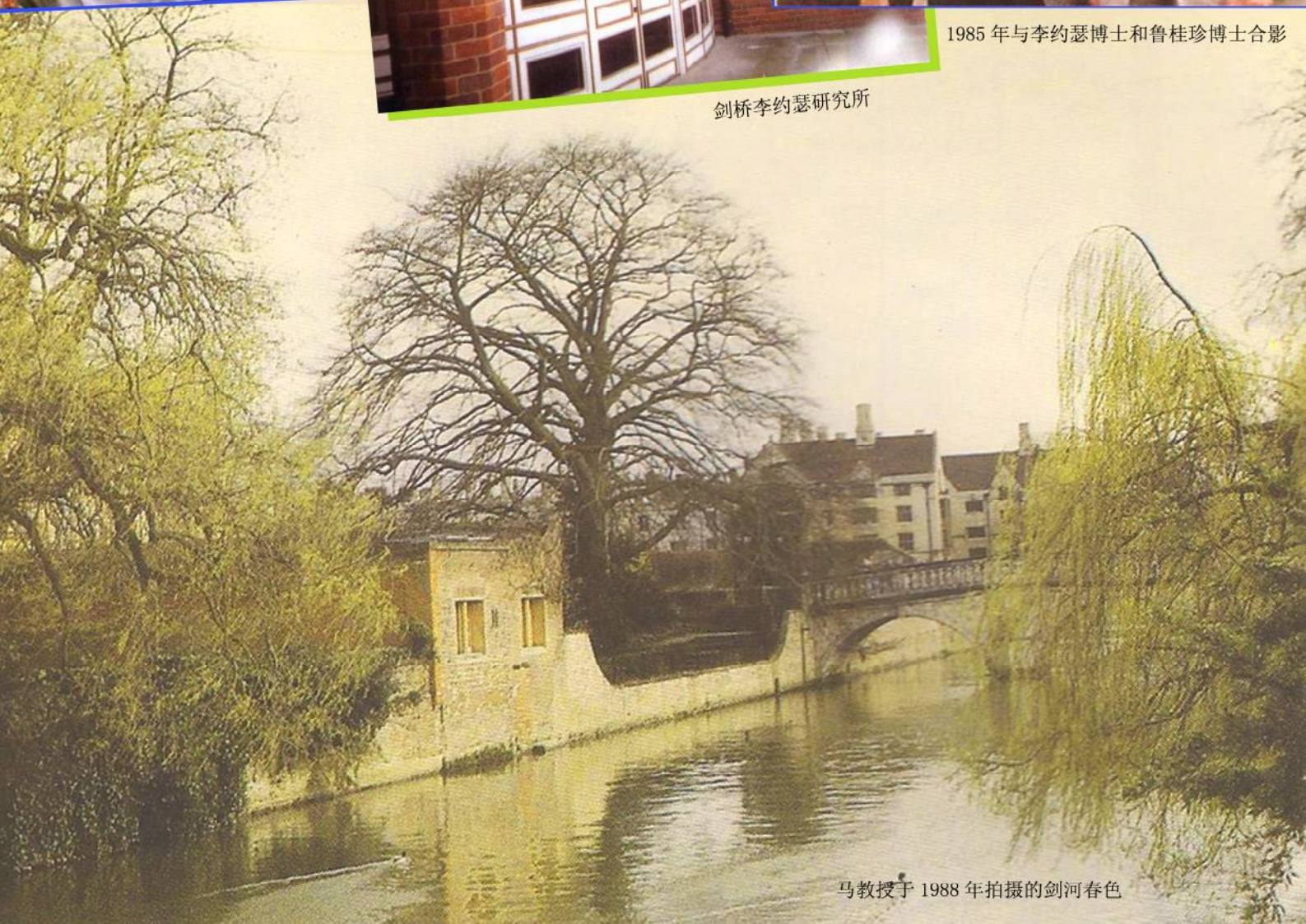
1986 年在莎士比亚故居前



剑桥李约瑟研究所



1985 年与李约瑟博士和鲁桂珍博士合影



马教授于 1988 年拍摄的剑桥春色

目 录

CONTENTS

马伯英教授学术生涯及贡献

Professor Ma Bo-ying's career and contributions to Chinese Medicine

马伯英教授简介	3
Introduction of Professor Ma Bo-ying	
马伯英教授的学术生涯	4
Biographical sketch of Professor Ma Bo-ying	
马伯英教授著述表	9
A list of books and articles by Professor Ma Bo-ying	
马伯英教授对中医的主要贡献	13
Professor Ma's main contributions to Chinese Medicine	

评价和回忆

Comments and Commemorating Articles

我的师兄马伯英	朱勉生	15
My senior postgraduate fellow Ma Bo-ying	ZHU Mian-sheng	
马伯英先生和中医的不解之缘	袁炳胜	17
Professor Ma Bo-ying's indissoluble bond with Chinese Medicine	YUAN Bing-sheng	
颂祝马伯英教授七十寿诞	袁其伦	19
Congratulations to Professor Ma Bo-ying on his 70 th birthday	YUAN Qi-lun	
为英国中医事业不停奔跑呐喊的人	周斌	20
A man who keeps campaigning and appealing in the UK for Chinese Medicine	ZHOU Bin	

马伯英教授论著选

A selection of Professor Ma's writings

中医理论本质和研究方法	马伯英	22
Theory essence of Chinese Medicine and its research method	MA Bo-ying	
EBM 分级标准与中医临床研究评价体系的建立	马伯英	24
To establish a clinical evaluation system of TCM according to the classification of EBM	MA Bo-ying	

人类学方法：探索中医文化的深层次结构	马伯英	27
Anthropological methodology for exploring the TCM theoretical structure at a deep level	MA Bo-ying	
医学跨文化传通的钥匙效应和放大机制	马伯英	32
The characteristics and mechanism of cross cultural communication of medicine between China and other countries	MA Bo-ying	
踪寻古希腊医圣	马伯英	36
Tracing the history of the father of medicine in ancient Greece	MA Bo-ying	
慢性原因不明疲劳综合症的治疗经验和研究方向思考	马伯英	40
The effective treatment of ME and a considered hypothesis for research	MA Bo-ying	
中译英的困惑：词义和语境如何准确表达	马伯英	43
Puzzle of translation from Chinese into English: how to choose correct words and show the suitable state of the language	MA Bo-ying	
The safe use of difficult and dangerous acupuncture points	Alicia Grant & MA Bo-ying	48
难取的和危险穴位的安全使用		
Introduction of Chinese Medicine to public: Chinese Medicine A.B.C	MA Bo-ying	52
向公众介绍中医：中医知识入门	马伯英	
Understanding Chinese Medicine for general practitioners and scientists of medicine	MA Bo-ying	56
全科医生和医学科学工作者必读：了解中医	马伯英	
My Experiences of treatment for difficult cases	MA Bo-ying	59
治疗疑难症的经验	马伯英	

英国中医 JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

2013 年 12 月 15 日 第 2 卷 增刊 December 2013 , Volume 2 Supplementary Issue

国际标准刊号 ISSN: 2049-4289

主办 Sponsor: 英国中医师学会 (FTCMP) Federation of Traditional Chinese Medicine Practitioners

出版 Publisher: 《英国中医》杂志社 Journal of Chinese Medicine in the UK

社长兼总编辑 Director & General Chief Editor : 马伯英 MA Bo-ying

总编审 Editorial Consultant: 朱步先 ZHU Bu-xian

主编 Chief Editor: 王友军 WANG You-jun

责任编辑 Editors: 陈赞育 CHEN Zanyu, 袁炳胜 YUAN Bing-sheng, 周斌 ZHOU Bin,

广告/印刷/财务 Advertisement, Publishing & Financial Manager : 张卓涵 ZHANG Zhuo-han

平面设计 Art Design: 王友军 WANG You-jun

编辑出版委员会 Editorial Board: 马伯英 MA Bo-ying, 朱步先 ZHU Bu-xian, 王友军 WANG You-jun, 陈赞育 CHEN Zan-yu, 袁炳胜 YUAN Bing-sheng, 周斌 ZHOU Bin 董志勇 DONG Zhi-yong, 张卓涵 ZHANG Zhuo-han, 张欣 ZHANG Xin

学术顾问委员会 Academic Consulting Comecttee : 朱步先 ZHU Bu-xian, 安家丰 AN Jia-feng, 龚玲 GONG Ling, 陈汉源 CHEN Han-yuan, 贾明华 JIA Ming-hua, 施冶 SHI Ye, 向谊 Xiang Yi, 金峥 JIN Zheng

联系方式 Contact Us:

电子邮件 Email: ftcmpuk@gmail.com

通信地址 Post Address: FTCMP, 21 Devon Road, Cheam, Surrey, SM2 7PE

封面照片：马伯英教授在湖南中医药大学作学术报告

The photograph in front cover: Professor Ma is giving a lecture at Hunan University of Traditional Chinese Medicine

马伯英教授简介

Introduction of Professor Ma Bo-ying

英国中医师学会 (FTCMP) 会长马伯英, 男, 浙江东阳市人, 1943 年生。是原上海医科大学正教授, 现黑龙江中医药大学、云南中医学院、湖南中医药大学、南京中医药大学、香港中文大学及英国 Kingston University 和法国巴黎第七大学博比尼医学院中医教学中心客座教授, 英国皇家医学会终身院士。同时为上海医科大学学术委员会委员, 上海中医药大学和上海中医药研究院专家委员会委员, 全欧中医药专家联合会执行主席, 世界中医药学会联合会主席团成员, 英国中医师学会会长。马伯英从事中西医临床 46 年, 曾受邀为世界著名科学家李约瑟博士《中国科学技术史》(又译为《中国的科技与文明》) 医学卷的合作者, 剑桥大学和英国学术院访问院士。在英工作近 20 年, 临床擅长治疗多种疑难杂症, 近几年曾用中医方法救治两名深昏迷患者复苏。发表过论文 300 余篇, 出版著作十余种。他同时是国际著名中医史学家, 《中国医学文化史》(上下卷共 174 万字) 2010 年 11 月在上海人民出版社再版, 是该领域之开山和奠基之作。他的研究兴趣广泛, 包括中西医理论、临床和教学; 中外医学史; 医学文化人类学等等。



Professor Dr Bo-Ying Ma, the Chairman of Federation of Traditional Chinese Medicine, UK (FTCM), was born in Dongyang, Zhejiang Province, China in 1943. He is a full professor of Shanghai Medical University, visiting professor of Heilongjiang University of TCM, Hunan TCM University and Yunnan College of TCM, Nanjing TCM University, Chinese University of Hong Kong etc. A Committee Member of the Academic Experts Council of Shanghai Medical University, an honorary member of the Experts Committee of Shanghai TCM University and the Shanghai TCM Academy; a visiting professor of University Paris Nord in France and visiting professor of Kingston University, a Life-Fellow of the Royal Society of Medicine, UK; a deputy chairman of the Pan-European Federation of Consultants in TCM, a Member of the Chairmen's Group of the World Federation of Chinese Medicine Societies (WFCMS) and the president of TCM Practitioners Association in the UK.

Professor Dr Ma has been practising both Western medicine and Chinese Medicine for 46 years. During 1985-88 and 1993 he was a co-operator of Dr Joseph Needham (1900-1995) for the project of Science & Civilization in China and a visiting fellow at the University of Cambridge (New Hall and Hughes Hall) and the British Academy (K.C. Wong Fellowship). He has worked in the UK for more than 20 years teaching and practicing Chinese medicine in particular for the difficult cases and has achieved good results. (For example, cured many cases of ME; 2 cases of deep coma near death but he recovered then.) He also founded the Xinglin Postgraduate College of TCM (XPCT) in 1999 with many acupuncturists and TCM practitioners as his students. He published more than 300 articles and 10 books, and is known world-wide as a famous Chinese medical historian. A History of Medicine in Chinese Culture was a recent new publication of 2 volumes and 1.74 million words in Chinese by the Shanghai People's Publishing House in November 2010. He is interested in researching as well as practising Western and Chinese medicine, and in research of the history of medicine with medical anthropology.

• 学术生涯 •

马伯英教授的学术生涯：既书写历史又参与创造历史的学者马伯英

Biographical sketch of Professor Ma Bo-ying:

A scholar who not only writes history but also makes history

马伯英, 自号“一史斋”斋主, 1943年12月15日生于浙江东阳怀鲁村。1967年毕业于上海第二军医大学海军医学系; 文革期间自学中医, 以中西二法治民疾而医誉鹊起, 1978年经国家考试通过乃成为中医研究院(今称中国中医科学院)文革后首届研究生, 获硕士学位。为中华医学会, 中华中医学会, 中国中西医结合学会会员。曾任上海医史学会副主任委员。1981年至上海第一医学院(后称上海医科大学, 现为复旦大学医学院)任教并复建医史教研室, 任主任并创办校史陈列馆。历任讲师, 副教授, 教授, 校学术委员会委员等职。并被聘为上海中医药大学及上海中医药研究院专家委员会名誉委员。1985-88年, 1993年二度应李约瑟博士(Dr Joseph Needham 1900-1995)之邀, 赴英国剑桥作为李约瑟博士与鲁桂珍博士之合作者, 参与撰写《中国科学技术史》(*Science & Civilization in China*)第六卷医学分册。其间又被选为剑桥大学 New Hall 和 Hughes Hall 两个学院及英国学术院访问院士, 入载剑桥国际传记中心之《国际人物传记辞典》(*Dictionary of International Biography*)和《有成就人物》(*Men of Achievement*)。1995年至今在英行医并培训中医师和研究生。是英国皇家医学会终身院士; 被法国巴黎大学波比尼医学院特聘为名誉教授; 南非开普顿大学授予名誉博士学位。现任英国杏林中医研究生院院长, 英国 Kingston 大学客座教授, 南岸大学孔子中医学院顾问, 黑龙江中医药大学、云南中医学院、湖南中医药大学、南京中医药大学等客座教授, 香港中文大学荣誉客座教授。全英中医药联合会主席, 全欧中医药专家联合会执行主席等职。

浸沉医学史

作为一个医生, 马伯英的最大兴趣本在临床。在亲身获得的众多中西医临床效用的体验中, 他探赜中医奥秘的强烈愿望被激发。入读中医研究院中西医结合第一届研究生之医学史专业, 成了他偶然碰巧的一个幸运机会, 使他得以从历史和理论的角度去寻找中医的真谛。

他爱好哲学, 又是西医科班出身, 于是一开始就聚焦于中西医的历史哲学和中西医学史的比较研究, 从认识论和方法论的基础去破解中西医学差异的根结所在。研究生第一年就相继发表了《中西医学不同的整体观》(首载于《哲学研究》, 《健康报》迅速转载), 《亦谈《黄帝内经》的阴阳学说与对立统一规律》(载《社会科学战线》)等论文。毕业论文是《中医基



与李约瑟博士第一次会面, 1984年, 北京

础理论形成的认识论与方法论》(载《中华医史杂志》)。后又发表了《中西医发展历史进程的比较研究》(在第五届中国科学技术和医学史国际研讨会宣读)等一系列论文, 为中医理论学说正名。他将中医史列入世界医学史发展的总进程之中, 区分出原始医学, 巫术医学, 自然哲学医学, 现代实验医学及未来医学五大阶段, 并用曲线标示出中西医学在历史上所处水平。他发现中医学长期以来一直处于世界领先地位, 直到20世纪初才被现代实验医学为主体的西方医学超过。但即便如此, 中医学仍未停止其前进的脚步, 尤其认为在未来医学里中医将居于举足轻重的位置。他的这些论述, 包括他的医学起源综合因素说; 他对巫医在历史上的地位的肯定; 他对阴阳五行学说包含的科学性的揭示和肯定, 引起中医、哲学、史学各界的广泛

关注和震动,使学者们感到中医研究领域的一股清风扑面而来。

对于中医学术理论和临床技术的进步,医学家们的生平事迹和成就,并探寻中医理论和成就的文化背景及其深层次的原因,是马伯英医史研究的另一个重点。他有一大批论文都是在这方面下工夫的。例如是他发现最早的死亡诊断法记载于《礼记》;他关于孙思邈生卒年代及其学术成就的考证和探索,至今有口皆碑;他提出历史上的战乱和疾疫流行,激发了中医医师们的创造灵感,使中医理论和临床迈上新台阶;关于中医教学思想及伦理道德观,也有一系列论述。他被称为抗天花人痘接种史的研究权威。过去人们只是猜测,人痘与牛痘之间应存在某种关系。马伯英的研究发现,英国的琴纳医生(Dr Edward Jenner 1749-1823)在发明牛痘前原来是个兼种人痘的医生。这一细节,在英国人著作的琴纳传记和牛痘史著作中长期以来都避而不谈;在世界卫生组织(WHO)消灭天花的终结报告中只提琴纳的贡献。马伯英为此做了争辩。1996年应邀到琴纳家乡的琴纳博物馆纪念牛痘发明200周年大会,马伯英就此作了专题演讲,并赠送了中国邱熺介绍种牛痘的书《引痘略》给他们。马伯英认为,中国的人痘对世界的贡献,足可与指南针,造纸,印刷,火药的发明并列为“五大发明”。

在大量占有从历史、哲学、文化人类学及中西医学的不同范畴和角度探索中医奥秘而得的资料以后,马伯英对中医学的本质的认识形成了一个全新的概念。他指出:中医学的本质是在中国文化土壤中生长出来的独特的全生态医学理论和实践;是关于人类生态(自然生态,社会生态和心理环境)与健康,疾病关系的宏观规律的阐述及其在预防和治疗疾病临床过程中的实际应用的完整知识体系。这就圆满地解答了中医学在临床上非常有效,而在实验室中往往不易验证的原因。他反复强调,不是中医不科学,而是当今科学以分解分析为主体的原子论的方法论和研究手段,技术及仪器设备都尚不足以适应对中医的研究。生态医学在西方属于新兴理论,其研究尚属于很初步的阶段。系统论的方法的实用化或将有助于促进其进步,届时阴阳、五行、气等中医术语可以有一现代科学的解释。生态医学就是未来医学的标志。

为了上好医史课,他在1982年起连续编著了《中外医学史讲义》上册和下册、《医学的

过去,现在和未来》及《中国医学系统史略》等,字数近百万,非常受学生欢迎。1984年国际著名科技史家美国宾夕法尼亚大学席文教授(Nation Siven)看过这些著作后在法国评价说,马伯英是他所知的中国医学史家中最好的一位。法国法兰西学院(相当于中国科学院)因此特邀他于1987和1996年两次到法国讲学。他在上海医科大学开出了医学史和自然科学史两门课程,为教研室招兵买马,购置大量教学和科研参考资料,将几位教师分别送到北京中国中医



与《中国科学技术史·医学卷》编辑宾夕法尼亚大学席文教授交谈,1987年,剑桥

研究院医史文献研究所,北京医科大学医史教研室进修,使医学史课程在他赴英与李约瑟博士合作期间得以继续下去。1983年,马伯英翻译出版了《世界医学五千年史》,此为第一本英文全译世界医学史,得到著名世界史专家复旦大学周谷城教授赞誉并亲笔题签书名。马伯英还积极参预了《辞海》修订版,《大百科全书》,《医学百科全书》医学史卷,《中国医学通史》和《中国食疗大全》等大中型工具书的编撰,在一些辞书中出任副主编。

创新医学史研究的方法论

剑桥三年半对马伯英来说是影响深刻的。他的散文集《剑桥的凝思》一书反映了他对英国社会的观察,其中更有他对中国科学史研究思虑所得的凝聚。

1988年他到美国圣地牙哥中国科技和医学史国际讨论会报告了两篇论文:一为人痘与牛痘接种抗天花的历史和贡献;一为中国科技史研究的三大阶段及其方法学。在后一篇论文中,他第一次,也是世界上首位提出将人类学方法及其成果应用到科技史医学史的研究之中的学者。这是他在剑桥大学做访问学者,在李约瑟研究所之外接触了不少人类学研究而得的创获。

此说在西方引起很大反响，现在西方大学中，学位论文如果不包含人类学的内容就不能通过。

1988 年底回国，他检视科技史论著，基本还是成就史；而一般年青历史学者的论文则诚如著名史学家，复旦大学朱维铮教授所批评的，一些人连“是什么”都没有搞清，就去回答“为什么”的问题，这是史学研究中的一种不良倾向。在朱维铮教授论述的基础上，马伯英进一步提出，还有一个“有什么”的问题须要补充进去。因为人类学(特别是文化人类学和体质人类学)的知识和方法可以大大开阔史学研究的眼界，发现和辨识出很多潜藏的，或过往研究中被忽略的史料，并有助于深入理解研究对象。1990 年他应上海人民出版社之约写《中国医学文化史》就是循着“有什么——是什么——为什么”这三个原则步骤做的。接着又应文汇出版社之约，撰著了《中外医学文化交流史——中外医学跨文化传通》。文化人类学的知识和方法成为该二书撰写的鲜明特征。这是第一次有医学文化史的撰述和出版发行，甫一出版，马上引起国内外史学界的普遍关注，不少国外学者希望译成外文出版。但著者本人无暇及此，外国汉学家则感文字艰深，难以下笔。最后只有韩国学者翻译了交流史一种出版，另一种正在翻译中。这两本书的内容和研究方法被海外学者广泛引用，在台湾中国医药大学和宾夕法尼亚大学等是研究生的必读著作。许多现已成名的学者说：“我们都是读这两本书长大的。”

用人类学方法考证史料，一些原始思维下产生的巫术现象就很容易辨识出其隐藏着的真面目。马伯英发现司马迁《史记》中的《扁鹊仓公列传》有史料误引错乱的问题。对照《说苑》、《韩诗外传》等重新整理，一个标示着医巫分离的扁鹊故事跃然而出。这是与当时的时代特征相一致的，还了扁鹊故事以原貌。又如藺道者的骨伤治疗技术，过去藺道者一向被认为流落乡间的民间医士，经用人类学的方法对体格特征，行为特征及当时正值唐武宗灭佛的时代背景的考证，加以同时代扬州术士钻颇术记述(《玉堂闲话》)，马伯英综合判断他们都属于景教徒医生，是中外医学交流的史迹，从而将中国与欧洲医学的交流历史上推了数百年。

在中外医学跨文化传通的过程的研究中，马伯英还总结出中国医学文化有阴柔吸纳而现代医学为阳刚进击的鲜明特质。中外医学文化交流，是在排拒和抗争中逐步接受的特点。而外国对异域文化的接纳，更有自行加以改造而

产生信息变异和达成融合的特点，并且凡中国传出去的科学技术文化信息，在西方每每具有“钥匙启动效应”，有一种奇特的“放大机制”存在。而这些恰为中国文化所缺乏，以至于中国的小发明到了国外反成就了欧洲人的大发明，派了大用场，而在中国内部却起不了很大作用，甚至就销声匿迹变得无影无踪了。这未免令人扼腕叹惜。

现在中医药和针灸在西方变得相当红火。争夺发明权的事也就随之而来。1991 年偶然的机会一对奥地利游客夫妇在阿尔卑斯山发现“冰人”遗骸，经人类学家证实为 5300 年前古尸。从 1996 年起奥地利的几位针灸师反复在人类学等不同刊物上登载文章，说古尸背部和足膝处有深蓝纹身短线条，他们认为其即最早经络痕迹的证据。并就此断言针灸的最早起源不是在中国，而是在欧洲。此说一时甚嚣尘上。马伯英与 Alicia Grant 及郑金生一起，于 2004 年专程到意大利境内冰人发现地及其博物馆考察。回来后由马执笔写出论文，从短线纹身与经络走向的差别，纹身在文化人类学上的含义，针灸起源及其延续历史的其它证据作了驳斥，于 2005 年分别在慕尼黑和北京作了报告。多家学术刊物予以登载。该文至少可以阻止某些人可能的抢注世界文化遗产的行为。2011 年，针灸被世界遗产保护委员会认定我来自中国的非物质文化遗产。

在慕尼黑东亚科技医学史国际讨论会上，马伯英还发表了另一篇论文，对哈佛大学教授在未充分理解中医古典著作的情况下，妄言中医脉学无解剖学意义上的管状结构等作出批评；对人类学方法被虚假使用作出批评，引起作者高度重视。

在跨文化传通的历史机遇中冲刺

人类学家们所得的研究成果可被借鉴而应用于史料辨识。但人类学本身研究的主要方法是“田野调查”(Field Work)，即要研究者长期生活于研究对象中间，了解并熟悉他们文化的各个方面，包括他们的习俗，心理等等，“同吃同住同劳动”。过去人类学高高在上，君临一切，是所谓高度文明的国家对未开化民族文化进行的研究。马伯英想，不管怎么说，我们中国的中医文明总是高于他们西方。他就是要拿此题目去研究西方。抱着此一信念，1995 年他三赴英伦，并把自己将长期在英国行医的机会看成是一次人类学田野调查的实践。他的许多关于中医文化人类学的论文，得到了众多

人类学者的赞赏，认为马伯英是中国医学文化人类学研究的开山、先锋。

因缘际会，1995-1998 年是中医在英发展的高潮期，其后则趋向下落。马伯英据调查分析写出论文，论述英国有利与不利中医发展的因素各 16 种，在 2005 年新加坡会议上作了宣读。指出海外中医今后将遇到的困难。2000 年年底，英国上议院科技委员会发布蓝皮书，将所有在英国进行着医疗活动的替代和辅助医学 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 诸种类做了评级，分为三组。中医属于 3a 组，结论为“中医是与当地某种宗教和哲学相关，没有科学证据的治疗方法，不可予以教学，研究和财政支持。”此论一出，在英国中医界掀起了轩然大波。马伯英等率先写信到议会和卫生部抗辩，终于在事实上否定了 3a 派位，转而得与第 1 组的针灸和草药同列。他又在西医刊物上与恶意攻击中医的人士笔战，使“中药肾病” (Chinese Herb Nephropathy CHN) 这样全面羞辱中医的术语停止使用；并“以子之矛，攻子之盾”，使一位在英招摇过市，专门攻击中医的“唯一 CAM 教授”噤声，不再肆无忌惮地点名攻击中医。特别是在一例所谓“龙胆泻肝丸导致病人肾功能衰竭”的诉讼中，马教授在皇家法庭以专家身份出庭，舌战群雄，否决了控方 (英国医药管理局) 的控告，赢得庭审胜诉。

在 2002 年英国政府开始 CAM (辅助和替代医学) 立法程序以后，马伯英等坚持反对把中医师置于草药师 (主要成员是西草药师) 下注册，指出中药是理论指导下的草药，不能与经验性草药相提并论；中医师要考西草药知识，等于拒中医师于注册门外；草药师管理中医师，好比骑自行车的管理开汽车的，只会造成更多事故，对病人安全不利。经过力争，2005 年初终于获得卫生大臣批准，中医与针灸、草药一起，以平等地位各自单列进入立法。此后又有工作组报告提出，中医师必须取得雅思 6.5 分方能进入注册，等于要将已在英工作的中医师赶出英国。经努力争取，卫生部表态：英语水平不应成为中医师注册的障碍。对于工作组报告中设置的祖父母条款附加条件、不承认中国中医学大学学历等错误做法，马伯英都做了针锋相对的批评，有理、有利、有节地捍卫了中医的尊严和中医师应得的合法权益。目前立法讨论尚在继续，阻力仍然不小，最近又有政策要取消中医师头衔保护，禁止中医师使用中成药。马伯英不敢稍有懈怠，千方百计获得机会与卫生大臣见面和递交信件。他誓要为捍卫中

医的独立地位，为争取海外中医的最佳前途奋斗到底。

问马伯英在这个中医跨文化传通中扮演什么角色，他说，把鲁迅先生的诗稍改二字：“两间有一卒，荷载不傍惶”。他就是一卒。其实，在跨文化传通过程中，不可能一切都顺顺当当，光昌流丽的。文化认同，需要理解。他有很多病人朋友，是他治好了他们的疑难杂症，他们从亲身体会的疗效中认同、接受、支持中医，这是一条途径；教学、传播是另一条途径；而争论，抵牾甚至上法庭也符合负负得正的定律。马伯英在此三戟并用，史笔和史戟齐上，我们在此祝他成功。

医为仁术，治好病人是最大快乐

1981 年马伯英从中医研究院毕业，取得硕士学位。同时他获李约瑟博士邀请，到英国帮助他完成《中国科学技术史》(Science & Civilization in China) 第六卷中国医学部分的著作。1985 年，1993 年，1995 年三次赴英，被李约瑟博士称为是他请到的最理想的合作者。并且说，是他第一个认识到这一点的。1995 年高龄 95 岁的李约瑟博士辞世，马伯英留在英国任教于英国的中医和针灸学院并为英国病人看病。他说，学术上的成就固然带给他莫大的欣悦，但最大的快乐却来自每次治好疑难杂症的过程之中。例如一个病人每到晚上就发作自左腹到右胸的剧烈疼痛，送急诊只有打止痛针了事。各种检查无异常发现。在痛苦中煎熬已有三个月。于是来求助中医，找到马伯英教授。经针灸和服中药，一周后痊愈。病人送酒来谢，感谢信中说是马教授给了他第二次生命。又如慢性不明原因疲劳综合症 (ME)，英国发病率相当高，以极度疲劳和全身肌痛，头痛头晕为特征。病程有的已达十几二十年。西医束手无策。中医师一般也以虚证或湿重论治，效果不彰。马伯英别出心裁，辨为邪留肌表，当清热解毒为首治，结果 95%ME 病人应手而愈。2003 年，一位在医院陷于深昏迷三周的病人，医院已要家人准备后事。但经马伯英治疗，居然清醒过来，现已恢复健康。2010 年，又一位在医院高烧后重昏迷一周多并全身抽搐的女孩，也因马伯英的救治而复苏。大部分英国病人，都是在西医那儿治不好，马伯英用中医方法治好了。这使许多英国高级医生感到神奇，通过病人带信来请教。他是一位中医临床大家。这时候马教授感到的是身为中医的骄傲和自豪。为祖国医学而骄傲而自豪，其乐又何洋洋哉！

也有一些敌视中医的西医，提出要以医学实验“金标准”来检验中医疗效，认为达不到统计学标准不算有效。马伯英予以反驳说：“西医金标准”不是循证医学（EBM）分级标准中的唯一标准。西医本身符合金标准的也只是少数。不能将循证医学中的第一标准简单地拔高为唯一标准，并因此作为“棍子”专门打击中医。不能用双重标准贬低中医。他提出以EBM的分级标准全面评价中医临床的有效性。他的论文在科技部、卫生部等六部委召开的国际中医研讨会上被评为优秀论文。他还指出，统计学本身需要改进甚至革命。病人先看西医不效，看了中医有效，自己与自己比是临床最有说服力的；治好一例癌症病人，统计学显示 $P > 0.5$ ，视为无统计学意义。西医不明白中医是视病人个体状况而治，不以一方一药为定，无法一概用双盲，随机，对照的方法实验，也不能用既定统计学方法统计。治疗一例癌症病人获效，在统计学上可能是 0.01%，无价值；在病人及其家属那儿，却是 100%。统计学不讲人性，医生却重视人情。临床有效是中医生命动力，不能让教条的“金标准”“统计学”成为拦路虎。

英国到目前为止，是西方发达国家中政策上对中医最宽松的国家，使中医大有用武之地，同时又是不准中医用西药的，迫使中医在纯中医范围内发展。在压力之下，中医要进一步发挥自己长处，创造新的成果。马伯英坚信，中医在海外，一定能开拓出一片新天地来。

“我创造，所以我活着！”

早在 1958-61 年在金华二中念高中时，马伯英就为自己立下了座右铭：“我创造，所以我活着！”50 年来，他倒真这样走下来了。《中国医学文化史》是他的大创造，2010 年上海人民出版社将之编入名家系列重版，分为上下卷，共 174 万字。该书奠定了他中国医学文化史研究开拓者、奠基者和史学大家的地位。几百篇论文，每篇都有新见解。但他说，更多的创造是在琐碎之中，积少成多，聚沙成塔，看好一个病人，其中就有自己的创造。

是的，生命不息，创造不止！

（小宁）

全欧洲中医药专家联合会贺词



PAN-EUROPEAN FEDERATION OF CONSULTANTS
IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE
全欧洲中医药专家联合会
FEDERATION PAN-EUROPEENNE DES SPECIALISTES
DE MEDICINE TRADITIONNELLE CHINOISE

英国中医师学会：

欣闻贵会主席马伯英教授七十寿辰，我代表全欧洲中医药专家联合会轮值主席团、全体会员以及我个人的名义向马伯英教授表示敬意和贺忱。

马伯英教授是全欧洲中医药专家联合会创始人之一，十余年来悉心指导并不辞辛劳参与专家联合会各项活动，深受全体会员敬重爱戴。马教授是国际知名的医学史专家，他从 90 年代开始将人类学方法引进中医研究，开创了对中医人类学价值评估的先河。这一重大突破为在中国和中国以外的国家解释、推广、合理运用和沿着正确轨道发展中医药，找到了有说服力的科学依据，在当今和今后将会发挥出重要的影响力。马伯英教授又是一位难得的兼通中西的良医。他不拘一方一法，患者所苦全心赴救，以精良医术出奇致胜，救治了许许多多的危症、重症、难症，堪称为大仁大德的大医。

出身西医的马教授，毫无偏见，为争取中医在海外的生存发展和保护中医利益，义务奉献无怨无悔，无愧为大智大勇的斗士。

我们与贵会同庆，衷心祝愿马教授寿辰愉快，健康幸福！

全欧洲中医药专家联合会主席 朱勉生

2013 年 11 月 23 日

• 学术成就 •

马伯英教授的学术著述

A list of books and articles by Professor Ma Bo-ying

一、马伯英《史斋文汇》学术论文略表（1980-1984）

1. 亦谈《黄帝内经》的阴阳学说与对立统一规律，兼与刘长林和车离先生商榷。刊于《社会科学战线》，No.1，p52-57，1980
2. 经络认识的历史与经络实质的推想（膜蛋白分子构象构型变化及其传递假说）。刊于日本针灸杂志《医道的日本》1980. 4 月。No. 4, Vol.39, p4-8. 1980. 4 月号
3. 一次有意义的医史考察。《中医研究院通讯》第 15 期，1980
4. 梦江南（三首）——刘少奇同志追悼大会余感。《中医研究院通讯》第 19 期，1980
5. 孙思邈故里纪念建筑现状及沿革。首刊于《医史文献研究资料》第七辑，p1-4. 1980; 后转载于《中华医史杂志》No. 4. Vol. 11, p205-207, 1981
6. 孙思邈生平略考。首刊于《医史文献资料》第七辑，p19-25. 1980; 后以“孙思邈生年考将年谱简编”转载于《中华医史杂志》No 4, Vol. 11, p201-204, 1981
7. 略论中西医不同的整体观。首刊于《哲学研究》No.8, p68-72, 1980; 转载于《健康报》1980.9.25
8. 试论中西医结合口号的形成及其客观真理性。《中医研究院通讯》第 16 期，1980.
9. 再论中西医结合口号的客观真理性。《中医研究院通讯》第 25 期，1980
10. 论中西医结合口号的形成及其客观真理性。是上述二文的重写，复刊于《医学与哲学》No.2, p54-57, 1980
11. 要尊重中西医结合的历史经验。《医学与哲学》No.3, p70-71, 1980
12. 谈谈三支力量的相互关系。《健康报》1980 年 12 月 25 日
13. （维萨里）为科学，刑场盗尸。《青年科学家》No.1, p26-27, 1981
14. 君子之交淡如水。《中医研究院通讯》第 38 期，1981
15. 鲁迅——民族魂（写在鲁迅铜像前）。《中医研究院通讯》第 45 期
16. “得气、针感辨”之辩。《中医研究院通讯》第 49 期，1981
17. 简论阴阳属性规定的合理性。《上海中医药杂志》No.4, p39-41, 1981
18. 祖国医学中的“五行学说”是“循环论”吗？（本文为 1979 年任应秋教授《内经》课程结业考试论文。任老评语为“言之成理，持之有故”。）《河南中医》No.2, p8-12, 1981
19. 从中医发展中认识哲学一般原理。《中国社会科学》内参：p1-17, 1981
20. 《千金要方》论医德。《中国红十字》1981 年 5 月
21. 中医、中西医结合医生须要团结合作。《健康报》1982 年 8 月 8 日
22. 孙思邈所见到的《伤寒论》。《中医杂志》No.11, 1982
23. 论孙思邈学术思想的历史渊源。（本文原作于 1979 年，修改后于“中华医学会纪念孙思邈逝世 1300 周年学术讨论会”报告。p1-21, 1982
24. 我国最早的死亡诊断法。《中华医史杂志》No.1. Vol.4, p24. 1982. 本文为《浙江中医杂志》等转载。
25. 试论祖国医学基础理论奠定时期的认识论与方法论特征（提要）。《中华医史杂志》No.12. Vol.4, P196-199, 1982。（本文为本人硕士论文，原文 7 万字。1981 年答辩通过并获硕士学位）
26. “智圆行方”还是“智圆仁方”？——《旧唐书》订误一例。《文史》第十五辑，p184, 1982
27. 略论历史上的战乱和统一对中国医学发展的影响。《中国医史文献所建所论文集》p95-102, 1982
28. “《黄帝内经》成书年代质疑”补正。《河南中医》No.4, p21-23, 1982

29. 孙思邈的教育思想。《中医教育》创刊号, p22-24. 1982
30. 医德誓词。《光明日报》1982.11.15. 纪念孙思邈逝世 1300 周年学术会议决定, 本人执笔起草。
31. 论“气”的中介性质及对中医学理论形成的影响。《中医药学报》No.4, p21-25. 1982
32. 中西医汇通史概。《中西医结合杂志》No.6. p376-379. 1983
33. 译稿: 中国和免疫学的起源。李约瑟 1979 年 11 月 9 日在香港大学的演讲, 1982 年 8 月寄赠笔者。译出后刊登于《中医药学报》No.4, p5-11; No.5, p8-14. 1983
34. 摘译: 泰国的农村地区医生试验计划。Sriratanban 等原著。《国外医学教育分册》No.1, p16-17, 1983
35. 摘译: 美国的医学院入学考试。美国医学院联合会原著。《国外医学教育分册》No.2, p25-26, 1983
36. 为发展中国传统医学而努力工作——纪念毛泽东同志 90 周年诞辰。《中华医史杂志》No.1, Vol.14, p1-3. 1984
37. 欧洲医学与中国医学历史总进程的比较研究。在第四届中国科学技术和医学史国际讨论会(北京)宣读。p1-8, 1984 年 8 月。此次会议第一次与李约瑟博士、鲁桂珍博士见面。
38. 李约瑟博士印象记。《新民晚报》1984 年 10 月 18 日
39. 关于《内经》“类概念”本质及逻辑方法。《陕西中医》No.1, Vol.5. p4-6. 1984
40. 白虎加人参汤治疗小儿暑热症。《汉方研究》No.3, p92-94. 1984
41. 中西医整体性临床思维探讨。《哲学研究》No.4, p71-74. 1984
42. 人痘接种的历史及对牛痘发明的影响。中国科学技术史学会第二次代表大会论文。1984
43. 《内经》整体观原理初探。《上海中医药杂志》No.2, p40-42. 1984
44. 《山海经》中药物记载再评价。《中医药学报》No.4, p7-10. 1984
45. 真纳在发明牛痘前原是位种人痘医生。《中华医史杂志》No.3, Vol.14, p171. 1984
46. 创“脑说”非独西方, 清本源功在时珍。《上海中医药杂志》No.12. P37-38. 1984
47. 《黄帝内经》成书年代再析。《河南中医》No.6, p16-17, 1984
48. 中西医解剖学的历史特征及其形成原因探讨。在全国第二届医学史年会宣读, p1-11, 1984
49. 医学史教学必要性和可行性探讨。《上海第一医学院教育研究论文汇编》p40-43, 1984
50. 新技术革命形势下我国医学教育对策问题。《医学与哲学》No.11, p5-7. 1984)
(注: 1985-1999 年期间论文未及整理, 暂缺。)

二、马伯英教授学术论著略表 (2000-2012)

(一) 著作:

1. 《中国医学文化史》新版上下卷, 174.2 万字(新增 60 万字)。世纪出版集团: 上海人民出版社。2010
2. 《中国医学通史》(古代卷) 副主编兼著者之一, 人民卫生出版社。2000
3. 《海外中医诊治要览》, 编委兼著者之一(中医在英国: 契机和危机), 人民卫生出版社, 2003
4. 《中国医学思想史》, 著者之一(“道法自然”——中医学学术思想内核), 湖南教育出版社, 2006

(二) 论文:

1. The problems in the research into Chinese medical history and my points of view, *presented on the conference of the International Workshop*, French Academy, Paris, 2000.6.21
2. Trick or treatment? Argue with Professor Edzard Ernst and Mr Simon Singh.
 - a. Research funds for complementary medicine, *The Lancet*, p1982, Vol.357, June 16, 2001
 - b. Research funding in complementary medicine, *Journal of the Royal Society of Medicine*, p44, Vol. 98, January, 2005
3. 腰腿痛的中医治疗, 《全欧中医有专家联合会第一届学术报告会论文集: 痹症与过敏性疾病》p5-7, 巴黎, 2002

4. 玉屏风散治疗和预防花粉症的经验,《全欧中医专家联合会第一届学术报告会论文集:痹症与过敏性疾病》p21-22,巴黎,2002
5. Aspects of TCM education in the UK and some discussion (英国中医教育介绍和讨论),《首届国际中医药教育研讨会论文集》p87-93,北京,2002
6. 痿症与 M.E.(慢性不明原因疲劳综合症),《英国中医药学会会刊》,p4, No. 24, 2003
7. The safe use of difficult and dangerous acupuncture points, *The Journal of Chinese Medicine*, p11-15, No.72, June 2003
8. 中医为人人:中医是为人类生命和健康作贡献的事业,《首届英国中医药国际大会论文集》p15-18,伦敦,2003.11.
9. TCM for all: Contribution towards better life & health for humanity, *ICTCM*, p19-24, November 2003
10. 中医药对哪些欧洲疑难病症有效,《首届英国中医药国际大会论文集》p73-76,伦敦,2003.11.
11. What types of difficult diseases in Europe could be treated by TCM? *ICTCM*, p77-85, London, November 2003
12. 欧洲情绪心理性疾病的中医治疗,《全欧中医专家联合会第二届学术报告会论文集:痛症与精神心理性疾病》p119-121,巴黎,2003.11.
13. 2004 国际中医药学术大会论文集序(遵李振吉副主席嘱代笔),《2004 国际中医药学术大会论文集》,曼彻斯特,2004
14. 平消丹治疗癌症的初浅体会,《2004 国际中医药学术大会论文集》p150-151,曼彻斯特,2004
15. 踪寻古希腊医圣,《中华医史杂志》p246-249, No.4, Vol.34, 2004
16. Letter to the editor (on Longdan Xieganwan), *Asian Medicine: Tradition & Modernity* p490-492, No.2, Vol.1, 2005
17. Acupuncture originated in China, not in another country. The Iceman's Tattoo is not the Earliest Evidence of acupuncture (阿尔卑斯山 5300 年前冰人身上有针灸起源证据吗?)《第二届世界传统医药学术讨论会论文集:人类健康与中医药》p296-300, 巴黎,2005.9.30; *The European Journal of Integrated Eastern and Western Medicine*, p9-13, No.4, Vol.3, November 2005;《中医药发展与人类健康》,上册 p298-301; *Asia-Pacific Traditional Medicine* (《亚太传统医药》), p14-19, No.2, 2006
18. 我们正在创造历史,《中医药发展与人类健康——庆祝中国中医研究院成立 50 周年》,上册 p298-302,中医古籍出版社,北京,2005.11
19. East meets West: Chinese medicine in cultural conflict ——An observation & analysis of the story of 'Chinese Herbal Nephropathy (CHN)' (中西相遇:文化冲突中的中医药——对‘中草药肾病’但观察和分析), *Asia-Pacific Traditional Medicine* (《亚太传统医药》), p74-78, No.3, March 2006
20. 女子更年期性欲减退 (Loss of Libido) 的中医治疗,《全欧中医专家联合会传统第三届学术年会论文集:内分泌与中医》pc11,巴黎,2006.11
21. Chinese medicine ABC and Understanding Chinese medicine for GP. (To CMWG of Department of Health, UK), 2006
22. Introduction of TCM for scientists of medicine. (To CMWG of Department of Health, UK), 2006
23. A brief history and the principles of Chinese medicine comparing with Western medicine. *Presented for the seminar of the Kings College London*, 2006
24. Research of Chinese medical history with anthropological methodology, presented in the International Conference of Asian History of Science, technique, Munich, 2006.8
25. My experiences of treatment for difficult cases. *Presented a lecture in the seminar of Hwato University of TCM*, Amsterdam, 23-24 September 2006
26. Guest Editorial: Focal point. *The Acupuncturist*, British Acupuncture Council, September 2006, London
27. 中医消灭得了吗?《华商报》2006.11.3, 11.10, 11.17; London
28. 海外中医(英国)的坎坷之路。《中医药合作研讨会论文集》p1-9, 罗马,2007
29. 中医科学性的内涵,《科学文化评论》p77-91, No. 2, Vol.4, 北京,2007
30. 关于中医国际合作研究的课题选择之刍议。先在中国科技部在罗马召开国际中医药合作研究

- 讨论会(2007)报告, 后发表于《世界中医药》p69-72, No2, Vol.3, 2008
31. 药无难代之品: 中医界拥护不以濒危物种入药 (Alternatives to Endangered Species)。2008 年 6 月应邀在伦敦警察总局保护濒危动植物宣讲会演讲, 近发表于《英国中医》p30-37, No.2, Vol.1, 2012
 32. 医学史与医史学浅见, 《中华医史杂志》p131-132, No.3, Vol.39, 2009
 33. 伏尔泰“论种痘”及蒙塔古夫人传种人痘于英国史料辨误。《中华医史杂志》p136-143, No. 3, Vol.39, 2009
 34. EBM 分级标准与中医临床研究评价体系的建立。2009.12 于科技部“2009 传统医药国际科技大会”报告, 获优秀论文奖。载入论文集 p26-30; 又载入《英国中医》p5-7, No.1, Vol.1, 2012
 35. 健康理念的发展与现代研究之悖论。《中华医史杂志》P6-8, No.1, Vol.40, 2010
 36. 我记忆中的李约瑟博士。《华商报》连载 20 期: 2009.10.30-2010.2.12, 伦敦
 37. 英国中医师用药须知。FTCMP 学术年会报告并刊发于 www.ftcmp.info 2010.3.7
 38. 英国中医师学会立法的曲折历程和经验教训, 《环球中医药》p143-146, No.2, Vol.3, 2010.3
 39. 马教授杂说中医。《伦敦时报》连载 50 期: 2010.3.5-2011.2.25, 伦敦
 40. 欧盟草药制品法与英国中医前途。《英中时报》2011.2.4.
 41. 中国医学文化史研究的总体结论。《科学》p57-58, No.57-58, Vol.63, 2011.5
 42. 英国中医药 21 世纪展望。先刊于 2011 英国华文各报, 后载入《英国中医》p45-48, No.1, Vol.1, 2012
 43. 针灸起源与非物质文化遗产保护。于第 15 届东亚科技与医学史国际讨论会报告并载入论文集。中国科技大学, 合肥。2011.7
 44. 中山医学二三事。为纪念辛亥革命 100 周年作。2011.9. 在剑桥大学华人学者研讨会报告, 同期英国各大华文报纸刊出
 45. 海外(英国)中医教学的特点和瓶颈浅析。第二届世界中医药教育大会报告: 2011.10.29. 载入《世界中医药教育》p26-29, No.7, Vol.7, 2011, 《天津中医药》p295-298, No.3, Vol.29, 2012
 46. Good Points (for emotional illness). *The Acupuncturist*, p5. September 2011
 47. A good point revisited, *The Acupuncturist*, p13, February 2012
 48. 中医理论的本质和研究方法。北京中医药大学名医讲堂, 2011.10.30
 49. 中医师头衔保护的重要性和必要性。《华商报》等诸华文报刊刊登, 2012.2.19
 50. 从临床效果思考研究方向——深昏迷病人复苏和 ME 治疗得效的体会。世界中联首届中医药发展非洲论坛报告并载入论文集, p58-61. 开普敦, 2012.3.24
 51. 针灸救急经验谈。世界中联首届中医药发展非洲论坛为南非中医学会会员做讲座。开普敦, 2012.3.25
 52. 《英国中医》发刊词, 《英国中医》创刊号扉页, 2012.3. 伦敦
 53. 英国中医药 21 世纪展望。《英国中医》p45-48, No.1, 2010.1.
 54. 中医辨证论治不孕症的特色和研究方向。国际传统与现代生殖医学第二次国际学术研讨会报告并载入论文集。2012.7.19. 罗马
 55. 中外医学跨文化传通的钥匙效应和放大机制。第 13 届国际中国科学史会议报告。2012.7.22-27, 雅典; 《科学》p32-34, No.6, Vol.64, 2012
 56. 马伯英、彭坚对话录。准备载入《我是铁杆中医》新版, 初稿 2012.8.
 57. 纪念任应秋国医导师。准备载入《任应秋纪念文集》(2014), 初稿 2011 年 10 月, 完稿 2012.7.11
 58. 中译英的困惑: 词义和语境如何准确表达; 兼论中医文稿的英译。在世界中医药学会联合会翻译专业委员会第三届学术年会报告并载入论文集, 并获优秀论文奖。2012.11.3. 福州, 《环球中医药》p No.12, Vol.5, 2012
 59. 多元文化和跨文化传通。在台湾清华大学的讲演, 2012.11.12. 新竹
 60. 英国中医药使用者遇到的问题和出路, 兼论世界中医药 21 世纪展望。在香港大学中医药学院全球中医药发展趋势及策略高峰论坛讲演。2012.12.1. 香港

（注：2013 年论文未整理列表）

三、马伯英著作书籍略表

书 名	出版者	年份	字数（万）
1. 《中外医学史讲义》（上册）	上海第一医学院	1982	32.2
2. 《中外医学史讲义》（中册）	上海第一医学院	1982	12.7
3. 《中外医学史讲义》（下册）	上海第一医学院	1982	18.5
4. 《中国医学院系统发展史略》	上海第一医学院	1985	8.0
5. 《医学的过去、现在与未来》	上海第一医学院	1985	9.7
6. 《世界医学五千年史》（英译本） （本书为我国第一部医学史英译本。此前只有从俄文译有一册）	人民卫生出版社	1984	31.1
7. 《中外医学文化交流史》	文汇出版社	1993	54.2
8. 《中国医学文化史》	上海人民出版社	1994	63.1
9. 《中国食疗大全》（副主编）	上海科学技术出版社	1995	161.1（全书）
10. 《剑河的凝思》	复旦大学出版社	1996	25.7
11. 《面相测病秘诀》	台湾度假出版社	1996	11.5
12. 《中国医学通史》（古代卷，副主编）	人民卫生出版社	2000	143.6（全书）
13. 《中国医学文化史》新版上下卷	世纪出版集团（上海）	2010	174.2

四、学术期刊

1. 《中华医史杂志》 海外编委
2. 《环球中医药》 海外编委
3. 《中西医结合学报》 海外编委
4. 《英国中医》 *Journal of Chinese Medicine in the UK* 总编辑

马伯英教授对中医的主要贡献

Professor Ma's main contributions to Chinese Medicine

1. 文革期间在海军、工厂、农村行医；1995 年以后在英国行医。治疗疑难杂症，救死扶伤，救活深昏迷病人，创造新方法治疗 ME（不明原因疲劳综合症）、抑郁症（马氏穴治疗方法）、不孕症、花粉症、癌症、湿疹、女性性欲减退等等，疗效卓著。
2. 1978-81 中医研究院首届研究生时期，发表一批论文论述中西医不同整体观，阴阳五行和气学说的合理性和正确性；考证孙思邈年谱和巨大贡献；阐明中医理论的认识论和方法论原理；提出经络本质假说；发现中国最早死亡诊断法等等，振聋发聩，在当时中医界引起巨大反响。
3. 1981-85 在上海医科大学建立医学史教研室，编印讲义五种 90 万字，培养教师 4 名，使该学科迅速走到各医学院校前列。
4. 同时发表论文澄清医学史上许多疑难问题，例如《黄帝内经》成书年代和作者；战乱对医学发展的影响；人痘接种预防天花方法的发明和伟大意义；中西医学的历史比较；中西医解剖学的根本异同；中医的“脑”学说等等。
5. 参与了《辞海》、《大百科全书》、《医学百科全书》等的修订。
6. 出版我国第一部从英文译出的医学史著作《世界医学五千年史》。

7. 1985-88,1993 应李约瑟博士邀请到剑桥参加《中国科学技术史》医学卷编订, 受到李约瑟博士高度评价。
8. 1989-1996, 出版了《中国医学文化史》、《中外医学文化交流史》、《剑河的凝思》、《面相测病秘诀》等等, 并参与《中国医学通史》主编和撰稿。
9. 提出“中医文化人类学”研究理念, 开拓了中医文化研究新领域。
10. 兼任《中华医史杂志》《中西医结合学报》《环球中医药》等之海外编委。
11. 揭示中医学是全生态医学理论规律的认识和实践, 越来越被大家认可。
12. 提出祖国医学发展的阶段, 其中包括巫医阶段。
13. 实际上第一人提出并应用文化人类学方法和成果研究中医文化和历史。受到国际医史学界的广泛重视和应用, 现在做医学史学位论文没有人类学内容将不及格。
14. 指出异文化医学交流的规律和钥匙效应和放大机制原理, 受到广泛关注。
15. 1995 至今, 在英国写出大量中医临床论文提供给同道看病参考。
16. 参与撰写《中国医学思想史》、《海外中医诊治便览》等著作。
17. 新版《中国医学文化史》上下卷, 增写 60 万字。此书为中医文化史研究的开山之祖。
18. 积极参与英国中医立法进程, 与同业人士组建全英中医药联合会, 努力维护中医的地位和中医师的权益, 至死不渝。特别是坚决主张中医师不能降级为草药师进入立法注册; 应该准许中医师使用中成药。
19. 2002 年应南非政府之邀, 帮助建立起中医师注册考试系统。
20. 2005 年实地考察 5300 年前“冰人”遗址博物馆, 撰文驳斥“针灸起源于阿尔卑斯山地区”的谬论, 并为避免针灸申遗遭遇不测做了准备。针灸申遗于 2011 年获得成功。
21. 组建英国中医师学会并任主席, 推动英国中医的学术发展。
22. 创办《英国中医》, 出版后受到多方好评。
23. 与西医反中医人士斗智斗勇, “以子之矛攻子之盾”, 驳斥谬论, 揭穿其伪科学卫士真面目。
24. 指出目前循证医学研究中的缺陷, 提出中医临床研究的 EBM 评价体系, 论文获得科技部优秀论文奖。
25. 参与创办和领导全欧中医药专家联合会, 为维护和欧洲中医做出贡献。
26. 作为专家证人出庭为龙胆泻肝丸案被告辩护并且赢得法庭宣判中医诊所无罪。保护了英国中医界合法权益。
27. 在华人报纸撰写中医科普文章, 普及中医。
28. 帮助建设英国南岸大学中医孔子学院。
29. 开展中医本科和研究生讲学, 弘扬中医。
30. 在世界各地讲学, 受到听众欢迎和高度评价。
31. 现被国内、英国、法国等的 8 所大学聘为客座教授。
32. 作为世中联主席团成员和一些分会的副主席、理事, 积极参与世界中医药联合会工作, 献计献策, 推动世界中医药发展。

· 评价和回忆 ·

我的师兄马伯英

My senior postgraduate fellow Ma Bo-ying

朱勉生 教授 Professor ZHU Mian-sheng

时间飞驰，伯英师兄七十寿辰，我们相识也正好三十五载了。前三十五年没资格评论，而这后三十五年志趣相投，随时得到师兄无私点拨和在重大关节的提挈，没齿不忘，就如实写来以作纪念吧。

北京初识伯英兄，飞笔浩瀚点契机

马伯英和我并不是各家学说的同门学友，尊其为师兄，首先是因为他同我的导师任应秋老师在学术上的默契和非同一般的交往。

1978 年 10 月秋高气爽，北京中医学院教学主楼一楼左侧的阶梯教室里，揭开了中医教育史上的重要篇章：中国首届中医研究生开课了。我们中医研究生班 22 位学员里有在中医医院或边远地区享有盛誉的“老中医”，有自学成材的佼佼者，也有像我这样经历文革“断代成长”的工农兵学员。与我们同室听课的还有中医研究院的首届中西医结合研究生，马伯英就是其中一员。阶梯教室的大课以任应秋老师主讲《黄帝内经素问》开场，王玉川老师的《黄帝内经灵枢》、刘渡舟老师的《伤寒杂病论》、赵绍琴老师的《温热论》、王绵之老师的《方剂学》、颜正华老师的《中药学》等，全部都是引经据典溯本求源的精彩讲解。大师们严谨透彻又融会亲身体悟的解析，犹如一股清流，涤荡着多年积淀的疑惑，引发了我们对中医理论内核以及中医临床要诀的思考。在课后讨论会上，大家各抒己见百家争鸣，就是这个机缘让我认识了马伯英。他中等身材，沉思的脸上挂着淡淡的微笑，一口金华口音“黄王不分”。他不多言，却接二连三地拿出了令大家吃惊的宏文大作。在听完任老师讲授《黄帝内经》后，他的总结论文《祖国医学中的‘五行学说’是循环论吗？》洋洋数千言，直接引用《内经》原文批驳 1950 至 1980 年代甚嚣一时几占统治地位的“存阴阳、废五行”谬说。特别是对“废五行”论者从哲学角度简单化地把五行归结为一个“循环圆圈”的观点的批驳最有见地。他提出五行相生相克表面看上去的圆圈只不过是一个横切面；应该纵向去看，画成螺旋形的上升或下降，这就是一个开放的体系。《内经》中对于疾病传变的向好或变差乃至死亡，都是在讲这个螺旋的多向变化规律。任老给了他最高分，并在批语中称赞：“言之

成理，持之有故。”在北京读研期间，伯英师兄于 1980 年在当时国家顶级学刊《哲学研究》和《社会科学战线》发表了《中西医学不同的整体观》和《亦谈《黄帝内经》的阴阳学说与对立统一规律》，他的比较学的方法和非同一般的论述引起了中医学界的震动。有趣的是，由于他出手快捷笔锋犀利，被当年学友们戏称为“神笔马良”。2012 年底郑金生师兄来巴黎查找图书，谈起他们写毕业论文的经历，连说带笑地回忆：“我们还在绞尽脑汁拟提纲，老马已经拿出初稿请老师审阅了，奇哉快矣！”

伯英兄除了不少学术观点与任老师默契相合，同任老还有一段颇为经典的“小毛驴的故事”。任老师在当时北京中医学院的中西医教授里，是最有儒雅风度者，他治学严谨言必经典，不知者都敬而远之。唯有马伯英却趁着任老师晚饭后散步的机会，斗胆向他提出了有关中医西医价值的难题。马问：“现代西医成了主流，中医生存机会似乎有些式微。应该如何评价中西医？”任师未假思索，立即答道：“西医好比飞机、火车、汽车到处跑，快则快矣，然而面对一座小山，道路狭窄崎岖，它们能上去吗？中医就算是小毛驴，跑得没有汽车快，但能上山登高，补西医之不足。何况中医并不只是小毛驴！”这一对中医功用的著名比喻，至今仍然被证明是正确的。任老师对中医学无人可以企及的贡献，是创立了囊括历代中医独特理论和临床经验的各家学说，将中医学术的源流梗概梳理得清清楚楚。任老师曾经对马伯英画龙点睛地说过研究方法的重要性：“有人学富五车，像一个大富翁，但口袋里装满了钱，却不知道怎么用。”这一提点不仅为马伯英选择毕业论文《试论祖国医学基础奠定时期的认识论与方法论特征》发生了重要影响，而且对其后来通过改进方法学，开拓出新思路、新领域都不无益处。

剑桥二识伯英兄，大气长虹贯西东

尊马伯英为师兄的第二个缘由，是他在开拓新领域的同时，真正像一位大师兄，给与我珍贵的提携和帮助。

作为兼通中西医学又专长医学史研究的学者，马伯英的大量论著引起了医学界、史学界、哲学界的重视，经过庞朴教授的推荐，1985 年起他成为

协助李约瑟完成其巨著《中国古代科技史》医学部分的合作者,先后三年半在剑桥李约瑟研究所工作。全新的环境,历史的召唤,伯英师兄踏上了全新的历程。在他每次往返剑桥上海经过北京时,他都会来到家中,向我介绍剑桥大学和李约瑟研究所的情况,谈到他正在撰写的《中国医学文化史》,他将人类学研究方法引进中国医学研究的思路已经渐趋成熟了。

1987 年经伯英师兄推荐,法国科学院汉学家雅克·热尔奈教授邀请我到 he 领导的远东古代科技史研究小组作访问学者,在法兰西一住就是 26 年,我的命运因此而改变。1992 年我在巴黎完成医学人类学论文之后,为了完成博士论文《中国医学对糖尿病的启迪》,请伯英兄联系去到剑桥大学和李约瑟研究所查找资料。进入剑桥,绿色的草坪,淡淡的花香,蜿蜒的流水,悠悠的小路,错落有致跨越数百年历史的一栋栋研究所小楼,让你知道什么是“心静如水”,让你体验“滴水穿石”,让你领悟“星光闪烁”……一种神秘的智慧笼罩着剑桥!伯英师兄引荐我见到了中国科技史研究的泰斗李约瑟教授,带领我穿梭于剑桥大学图书馆和潜心于李约瑟研究所图书馆。身临其境,我明白了师兄正在进行一件跨文化研究的大工程,而他的研究方法大不同从前,他已经不是研究生时代的马伯英了。在占有从历史、哲学、文化人类学及中西医学的不同范畴和角度探索中医奥秘而得到的丰富资料,并且深思熟虑之后,马伯英对中医学的本质的认识形成了一个全新的概念:中医学的本质是在中国文化土壤中生长出来的独特的全生态医学理论和实践;是关于人类生态(自然生态,社会生态和心理环境)与健康、疾病关系的宏观规律的阐述及其在预防和治疗疾病临床过程中的实际应用的完整知识体系。他提出中国的科学技术有自己的轨道,要在自己的轨道上才能起飞,中医学是一个典型范例。生态医学是未来医学的前景和标志,中医学的价值将得到印证。

2011 年 2 月我拿到新版的《中国医学文化史》上下两卷,尽管三十年来对伯英师兄的功底能力有透彻了解,还是不由得为此书的大气磅礴而感动!他为中国医学文化人类学研究,有筚路蓝缕的开山之功。

巴黎三识伯英兄,神针定海大智勇

尊马伯英为师兄的第三个缘由,他是一个维护中医的勇敢践行者。也许是对中医的特质了解太深,也许是历史的机缘,伯英兄在海外为中医拼搏,与他的上海第二军医大学海军系的出身恰恰相合!

2001 年底,何嘉琅教授在罗马组织欧洲中医论坛,同马伯英、江杨清、陈菁华和我发起成立了

全欧洲中医药专家联合会。我们认同的创会宗旨是:发挥中医药专家在中国和欧洲的学术和社会影响,联结整合在中国大地和欧洲大陆上发源的两医学、两种传统和两种文化,团结一切有生力量,引领高水准的中医教育、临床、科研的交流合作,推进全欧洲的中医合法化。专家联合会自 2002 年起连续组织了三次大规模的学术年会和多次专题讲座,参与组织了世界中医药学会联合会海外的第一次学术大会(巴黎)。尤其中法文化年期间的两届学术年会,在中西医学界和社会各界造成了很大的影响。就在专家联合会筹划进一步扩大阵容和业务的关键时刻,2007 年部分法籍会员企图利用专家联合会的影响力,把联合会改变成一个行业工会性质的团体,以便参与和举办非学术性质的活动。他们企图改变联合会宗旨的做法,引起了混乱。在经过多方说明劝解无效后,我们决定组织特别会员大会就联合会的性质和去向进行表决。在这一事关联合会存亡去向的严峻考验面前,马伯英亲自来巴黎现场,面对少数搞分裂的人,义正词严阐述专家联合会的创会理念和历史,驳回了他们的无理要求。伯英兄的到场,压倒了歪风发扬了正气,最后以绝大多数票赢得了这一场专家联合会的“自卫战”。会员们敬佩他的勇气和智慧,称他为“飘洋过海的定海神针”。经历了大风大浪考验的专家联合会,几年来成绩斐然。2011 年出版了《中医基本名词术语中法对照国际标准》,获得世界中医药学会联合会的第四届中医药贡献奖。2013 年出版了《中医基本名词术语中意对照国际标准》。积极参与组织了巴黎公立医院集团 2009 年以来举办的三届中医论坛,协助巴黎公立医院集团组建在欧洲最大公立医院彼基耶医院的中西医结合中心并且同中国的三所中医药大学附属医院开展了临床研究。完成了达芬奇医学院和居里医学院联合给西医博士颁发中医文凭的组合,使这一在欧洲高等医学教育领域的特别教育更上一层楼。引水思源,何嘉琅发起创会、伯英兄临危不惧,不愧为中流砥柱。

称伯英为师兄,当然还有友情谊的一面。在北京时,每逢他的母亲来京,都会给我家捎来金华火腿,而我的父亲也会将亲手泡制的腌菜送到他的手上。到上海我们会受到他的弟弟弟媳的家宴款待,到云南我姐姐会为他安排旅游行程。大家都知道我们是心领神会的好朋友。

人生能有几个 35 年,又可以得到几位知己同道呢?知足为乐,以有伯英为师兄而满足和快乐。

• 评价和回忆 •

马伯英教授和中医的不解之缘

Professor Ma Bo-ying's indissoluble bond with Chinese Medicine

袁炳胜 YUAN Bing-sheng

我知道马伯英先生，最先是通过李约瑟博士 (Dr. Joseph Needham 1900-1995) 和他的《中国古代科学技术》的研究。在 2001 年左右，读到李约瑟博士曾经在香港中文大学的演讲书稿——香港中文大学和上海书店出版社出版的《中国古代科学》一书，从而开始了解到他和他的团队对中国古代科学技术和医学史的研究。

我发现，李约瑟先生总是将中国古代科学技术和医药学相提并论。而在现今最时髦的，却是将医学归结于科学的范畴，以致于很多人士闹嚷嚷地争论：中医是不是科学或者是不是“科学的”？从而满怀壮志要废除中医或者“废医存药”。

这令我心存疑窦：作为受到过严格西方科学教育和训练，有着良好的知识传承的李约瑟博士，于科学技术与医药学的概念应用，应该不会有模糊或混淆。多次将两者并提，一定是有个中缘由。是否因为他自己原本是一位著名生物化学科学家，因而对中国古代医学史有特别兴趣的缘故？

一直到多年后，读到马伯英教授《中医是优质生态医学》一文，文中说到：

医学在西方一般是与科学、技术相提并论的，互不隶属。因为医学既包括理论，又充满技术因素，而且很多是要凭经验看病治病，哪一类都包含不了。现在，人们将之归于广义上的科学范畴，是因为基础医学部分科学理论的比重越来越大。不过，西方科学史家、特别是临床医生，比较普遍的看法是医学、特别是临床医学，基本上属于经验医学范畴。所以，从严格的科学定义角度上看，医学是不属于科学范畴的。基础医学各有所属，例如解剖学、生物学、生物化学、病理学、药理学等，都是科学范畴内享有独立地位的科学学科，它们离开医学照样存在，它们是医学所用的知识和工具，并不为医学所独占。医学只是借用了它们来充实自身，发展自身。”“医学是科学、技术和经验的混合体，在严格分类上是一个独特的知识体系”^[1]。

因为多年临床工作的体会而对此深以为然，也才明白了李约瑟博士如此说法是如此原因。实际上，作为临床医学，不仅中医，就是现代西方医学，一样承认如何应用知识的个人经验在临床中占有十分重要的地位。这如同一颗种子，放在不同的地方，其结果也会因环境条件而异。即使在近些年“循证医学”理论风靡的时代，医生临床的诊断、用药，

尤其象外科手术的实际操作，还是很难脱离医生个人的理解和经验。

2012 年底，我在《欧洲时报》发表《从英国史地文献看钓鱼岛问题》后，2013 年春，受马老之邀，参加全英华人华侨中国和平统一促进会“中国统一与钓鱼岛论坛”时，有机会和马老交谈。我问到关于《中国古代科学技术史》丛书的一些问题，马老谈起和李约瑟博士一起工作中的一些细节，无意中提到晚清民国时，西方学者翻译中国著作中的人名及地名，多系由闽粤语翻译而来，并非都是象现今一样译自普通话。这给了我重要的启示，使我解决了关于钓鱼岛的一个最大疑问：何以日本人会将我钓鱼岛称作“尖阁岛”？原来，当初英国人做测绘时，根据我彭佳屿“彭佳”二字的粤语发音，以英文的同音词“Pinnacle”作为中国彭佳屿的英文名，被世界著名地理学家、英国皇家地理学会院士 Mr Edward Weller F.R.G.S 和 Mr John Bartholomew, F.R.G.S 编绘入 Blackie & Son 公司于 1883 年出版的《世界地图和地理全书》(The Comprehensive Atlas and Geography of the World) 一书中。而日本人得到此书后，为谋求侵略扩张，吞并台湾，于此书出版的次年即 1884 年，按英国编著之地图按图索骥，搜集我台湾及附属岛屿情报，误将我钓鱼岛当成了“Pinnacle”（彭佳屿），从而将钓鱼岛呼作“尖阁岛”（Pinnacle 的意译）^[2]，所以称他们于 1884 年“发现了”所谓“尖阁群岛”。这段史实的还原，有力地实证了钓鱼岛自古属于中国。

李约瑟博士，他的父亲，是位有影响的内科医生，并且是早期麻醉术专家之一；他的本家前辈，生于 1668 年（中国康熙初年）的沃尔特·尼达姆 (Walter Needham)，既是化学胚胎领域的先驱者，也是英国皇家学会 (Royal Society) 的奠基者之一；而他的导师，则是皇家学会的会长、现代生物化学之父霍普金斯爵士；青年时期的李约瑟博士，在霍普金斯指导下，成为一位卓有成就的生物化学家，著作了《化学胚胎学》(Chemical Embryology) 一书。十年后，又研究出版了《生物化学与形态发生》(Morphogenetic) 一书，成为西方科学界的一颗新星。二战期间，他来到中国战时陪都重庆，担任英国驻华大使馆科学参赞。

中国之行，将一位在被誉为现代生物化学胚胎学之父的科学家的研究方向乃至人生轨迹给彻底

改变了过来：“待在中国的四个年头在我的命运之途上刻上了标记。此后，我脑海中只剩下编写一部有关中国科技与医药发展史的书的念头，以往这种想法在西方人意识中从未存在”^[3]。他发现，“早在欧洲科学革命之前大约十四个世纪，中国文明就已致力于探索自然界的众多奥秘，并利用自然常识服务于人类生活，其成果远远高于欧洲文明”^[3]。

最初，他希望写作一本介绍中国古代科技与医学史的小册子。然而，随着研究的深入，最终，他投入的是从黑发到皓首（从 39 岁左右到去世前的 95 岁），所有的精力与时光。他很快意识到这是一件极为浩大的系统工程，“假如我们人人都能活到一百五十岁，那么人人都有希望独立完成这一伟业。然而正因为不可能，于是我们吸纳了许多合作者”^[3]。如原来工作于联合国教科文组织的鲁桂珍，剑桥基兹学院 (Caius College) 王静宁，布里斯班的何丙郁，牛津的 Robinson，黄兴宗；爱丁堡大学著名人类学家 Francesca Bray，法国的 Georges Metailie，美国费城的 Nathan Sivin，纽约的黄仁宇等等著名的科学家或科学技术史的专家学者，80 年代中后期，马伯英先生也受邀参加医学史部分的研究编写中来。

马伯英教授，1967 年第二军医大学毕业，受过系统的现代医学教育。文革期间在山区从事临床工作时，因缺医少药，又目睹了中医药和针灸疗法的独特疗效，开始自学中医，应用中西医结合方法为病人治病。10 年后，考入中国中医研究院文革后第一届研究生班，1981 年获得硕士学位。由于他受过良好的中医和西医的教育，有过长期的西医和中医临床实践基础，有良好知识结构，并且在《哲学研究》、《中华医史杂志》《中国社会科学》等发表过一些医学史研究文章，所以在 1985-1988 和 1993 年，两度受邀参加李约瑟博士《中国古代科学技术》系列丛书中医药学部分的研究和编写工作，先后当选剑桥新学院 (New Hall)、休斯顿学院 (Hughes Hall) 和英国学术院 (British Academy) 访问院士，现为英国皇家医学会终身院士。

自 1950 年代起，李约瑟博士和他的研究团队开始发表有关中国古代科学技术的专题研究文章。1985 年以来，在马伯英教授的参与下，开始编写医药史部分的壮丽篇章。其时，英国著名的历史学刊物《过去与现在》*Past and Present* 的编辑还为之印制了丛刊。编辑们说“西方世界里在中文和科学史两方面都有造诣的专家几乎无不参加了我们这个群体”^[3]。中国古代科学技术和医学史的研究，成为 20 世纪 50 年代至 90 年代初科学史界的宏伟工程；在相当长一个时期内，一方面，“中国的考古发掘报告雪片般纷至沓来”，一方面，由于李约瑟博士他们团队（数十位分布于欧美澳亚洲的科学家、科学技术史专家和学者）的努力，“有关科技史、医药史等方面的书籍纷纷出版，书中确有种种重大发现”^[3]。堪称 20 世纪中后期学术界尤其科

学史和医学史界的一时之盛，这种影响，扩展到西方社会，影响十分巨大，导致了中国的中医和针灸风靡世界。

在我的家乡，就有两位留学德国的医学博士，适逢其时。因为他们是来自中国的医师，而被德国医院挽留下来做了针灸中医师。近年来到英国后，更发现大批上海、天津、北京、广州的中医师，也是在 20 世纪 80 年代末或 90 年代初以后才来到英国的。这批中医师，以他们精湛的中医针灸技术，服务临床，让西方人民亲身感受到古老中医切实可靠的疗效，又为二十一世纪初中医在英国和进一步在欧洲瑞士等国、在世界各地的蓬勃发展奠定了坚实基础。

而今，我们已经很难想象，在 50 余年前，由于持续百余年的政治军事与科技水平的严重落后，以致于当时的世界，甚至我们自己，已经遗忘了中华文明曾经为人类文明的发展进步的推动作用。正如李约瑟博士在香港中文大学演讲时所提到的，其时西方科学和医学界，甚至西方的汉学家们，他们“甚至怀疑中国文化在科技与医药领域方面是否曾为世界做出过贡献”，更毋论接受中国传统医药学的治疗。

由于马先生的参与，帮助年届九十高龄的李约瑟博士最终圆满完成了心愿。在这些研究的基础上，他又完成了《中国医学文化史》和《中外医学文化交流史》，对深入学习和全面系统了解中医的发生发展规律，深有助益。

由于马老和二十世纪世界最著名的科学家与科学技术史专家李约瑟博士长期共事的经历，以及他的学术成果，马老在西方科学和科学技术史学术界广为知，具有很高的声望和影响，他被视为中医学术的领军人物，具有良好的人脉。基于此，马老并没有只是满足于一己的成就与个人荣誉，而是充分发挥自己的资源和所长，为中医药在英国的良好和健康发展竭尽所能，任劳任怨，四方奔走、呼喊、讲学，向英国社会各界，发出我们的声音，为英国中医业同道谋正义、争取正当的权益，为英国中医的立法、中医师头衔的保护而呐喊。2013 年春，马老力邀我为英国中医师学会学术年会做一个题为《事临床者，于各家之学不可偏废》的演讲。会后几天，听朋友说我被增补为学会的学术理事，让才疏学浅的我非常惭愧，自忖唯有竭尽心力，来努力做好自己的工作，以为同道朋友们服好务。英国中医同道，各有自己的业务，且分散各地，租会议场地、交通等等事务，均属不易。作为学会，工作中的艰难，非亲力亲为，难以感知。今夏夏季工作坊后，马老、徐广文医师一道返回伦敦。途中辗转奔波，不禁感叹：本当逍遥自在，不问世事，享天年之乐。而马老行将年届七十，犹辛劳如此，真前人所谓“知我者谓我心忧，不知者谓我何求”。其与中医之不分不舍，实非文辞所能道者。

古人云：不览古今，论事不实。中医学，是一门临床实践的实学，所以非经临床不能论医。中医学，又是一门历经了数千年发展而不断得到补充、逐渐完善、在临床各科积累了丰富的经验、形成了系统的理论和丰富的治疗方法技术的学科，所以，非博览古今，广泛吸收历代各家学术之长，不足以言医。在现代科学日新月异的今天，现代生理学、解剖学、生物学、物理学等各个学科，广泛应用于现代临床，或与医学相互交叉。所以，博古，而不知今，亦不足以在当今时代为中医事业做出贡献。马老正因为早年受到良好的现代医学教育，又有文革十年中从事临床，因现代医药的缺乏，眼见中医的临床有效性而自发学习和应用中医的经历，从而与中医结下不解之缘。中医研究院的学习陶冶，和李

约瑟博士长期共事、耳目濡染，使他在中西两途能有难得的经历识见。古来良医，多文史兼通。文史学有益于治医，人所共知。而古人言史才尤稀，以治史者须有三长，必才学识兼而有之，方足以言治史故也。

逢马老七十之寿，回顾马老其人于医于史，因有感焉，遂记前此数语以为誌。

时 2013 年 11 月 24 日凌晨

【参考文献】

- 1 马伯英. 中医是优质生态医学. 科技日报 2006.11.28
- 2 袁炳胜, 马伯英. 钓鱼岛是中国领土, 铁证如山(二). 英国侨报 2013.3.14
- 3 李彦译. 李约瑟. 中国古代科学. 上海: 上海书店出版社, 2001.1

• 评价和回忆 •

福如东海 寿比南山——颂祝马伯英教授七十寿诞

Congratulations to Professor Ma Bo-ying on his 70th birthday

袁其伦 YUAN Qi-lun

“福如东海，寿比南山”在中国可以说是顶好的恭维话了，然而用作马伯英教授古稀之寿的祝辞倒是名副其实的。这是因为他的优秀人品和德高望重铸就了他的福分，他的杏林济世和妙手回春增添了他的寿数！

记得第一次认识马老是九年前在伦敦中医学院，商讨成立“英国中医管理委员会(CMC)”的一个会议上。作为全英中医药联合会(FTCM)的主席，马老发表了中肯和稳健的讲话，使CMC得到了正常发展和壮大。因此，人格魅力和崇高威信是其福海之一福也。

最近一次接触马老是半年前，在本人新作《袁氏新医药模式与临床》完稿尚待出版之时。我尝试着给他去了一个电话，请予序荐拙作，不曾料想他满口答应，并在三天后就寄来了序文。在使我喜悦过望的序中，不仅充满了中西医结合战线的深情厚谊，而且展现了高屋建瓴的卓识和助人为乐的伯乐精神。这种雨露布人的义举亦是多福者之福因也。

余认同作为救死扶伤的医生，冥冥之中应

该有加寿之说。更何况象马老这样的大医家，兢兢业业四十多年如一日，千千万万患者慕名纷至。辨证彰显中医精华，论治实施大师风采；银针起沉痾顽疾，汤药回难治有术。如此人间的大慈大善，安能不被祷祝如南山？古今医者中不乏仙骨寿翁，马老亦当有此鸿寿也。

马老的传奇经历令世人赞叹，其奋斗实迹又让同行称羨。他毕业于军医大学却作了中国中医研究院的研究生，他身为上海医科大学的教授却数度赴英成为剑桥大学李约瑟博士的合作者，他专业中西医结合却对中医史学情有独钟。一千六百多页的《中国医学文化史》树立了里程碑，余钦佩之余奉之为家藏。经他妙手起死回生的案例在中外传为佳话，其马氏奇穴神针妙术在医坛广为传习。可谓赫赫功业，德比南山，岂不是已然立于天地之间！

信乎！世间之寿虽有定数，然德充天地，泽被苍生，乃人生伟业和福海寿山之真谛也！

马老楷模，故为其七十寿诞撰文以示学弟之颂祝。

• 评价和回忆 •

为英国中医事业不停奔跑呐喊的人

——献给马伯英教授 70 寿辰

A man who keeps campaigning and appealing in the UK for Chinese Medicine

周斌 ZHOU Bin

在英国伦敦，有一家名为“英国杏林中医研究院”的中医馆，这个中医馆的创始人就是英国中医师学会会长，今年刚刚 70 岁的马伯英教授。虽然已进入古稀之年，但老人依然精神矍铄，步履稳健，言语流畅，思维敏捷。他几十年如一日，怀着对卫生事业的无限忠诚，以坚定的信念发展海外中医事业，以精湛的技术造福广大患者，以高尚的医德为民众服务，赢得了英国各界的广泛赞誉。几十年的风雨苍桑，诠释着这个有着钢铁般意志的老人的坚定力量。无数次惊涛骇浪，他经历和见证了英国中医事业的坎坷曲折。长期以来，他一直为中医在海外的传播和发展呕心沥血，并为之不停呼吁，奔跑呐喊！

马伯英，英国皇家医学院院士。浙江东阳人。1943 年 12 月生。1967 年毕业于上海第二军医大学海军医学系，1981 年获北京中国中医研究院硕士学位。为弘扬中国优秀的中医文化，1985 年～1993 年间作为访问学者数度出访英国。由于他对中西界独特的见解震撼医界，英国著名学者李约瑟博士邀请参与巨著《中国科学技术史》医学卷的编著工作。1985 年在英国剑桥工作，并被选为剑桥大学“新学院”高级院员。1993 年二度赴剑桥，并再次当选为剑桥大学休斯学院访问院士及英国学术院访问院士。1999 年创办英国杏林中医研究院并任院长至今。2002 年出任英国中医药联合总会主席。

英国作为西方文化尤其在欧洲多元文化的发展中，存在着对中医发展较为有利的客观环境。近 10 年来，中医的发展经历了崛起，狂热，继而平稳发展的过程。在这过程中，中医在很长的一段时间里，历尽挫折，多次处于危难的境地，生存总是在艰难中前行。1997 年，马老创办杏林中医研究院，他把自己的医术毫无保留地奉献给英国社会，奉献给需要他帮助的人，多年来，由于长期丰富的临床积累，使他形成了在理论上精研典籍，临床上精于辨证擅治奇难学术风格。马老擅长治疗疑难杂症，在急危

重疑难病中起死回生，屡建奇功，令人耳目一新，闻名海内外。马老总是以《大医精诚》为借鉴：“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”的医德医风，在中医发展的狂热岁月里，当许多老板疯狂淘金，成为腰缠万贯的富翁时，老马却心态平和，工作之余，他潜心归纳整理中医学术思想，提出“生态医学规律适应理论体系”，时至今日对中医学最深刻而完美的阐述。而且他也在医疗实践中不断感悟出许多人生真谛，感悟中医的魅力。马老认为中医应以和谐合作的精神与外界接触，但反对藐视，贬低和无端攻击。这样既显示了民族文化的包容与大度，又捍卫了中医的科学尊严，马老是英国中医事业的忠诚捍卫者，是我们的先锋战士，是我们的带头人，无愧于英国中医的脊梁！

每一次英国中医政策的调整，对马老来说，都是一次艰苦的战役。几个回合下来，中医在英国的立法就向前迈进了几步。但这将是一场长期的斗争，老马对此有充分的准备。他在斗争中也摸索出一套战争策略，适时提出近期目标和远期目标。2011 年，随着欧盟《传统植物药指令》的全面实施，英国中医行业面临有医无药，走进灭顶之灾的危险境地时，马老率先挺身而出，不断与政府对话，争取英国政府放宽禁止出售中成药的禁令，当这一目标达到。马老一鼓作气，一阵见血地指出，这绝非长久之计，中医要想在英国立足发展，还必须在法律上解决“身份问题”。立法将为中医“正名”，因为这等于肯定中医在世界医学中的地位。并号召大家为此而努力。

然而，天有不测风云，英国中医立法进程再次出现倒退，2012 年，英国政府决定放弃对中医师头衔的保护，这就意味着中医师不能在英国政府合法地注册，对整个中医行业在英国的发展将产生严重的后果。面对这种倒退的错误行为，老马临阵不乱，“明知不可为而为之”，这种锲而不舍的精神，鼓舞了中医界的士气。

作为英国中医发展的见证人，马老最了解英国中医的实情，最了解英国中医的心愿，最关心英国中医药人员，最能给英国中医药人员办实事、办好事，他引导下的 FTCMP 是英国中医药人员最向往的地方，是中医药人员最畅所欲言的平台，主办的学术会是原汁原味的中医药学术会，是真正传承中医学术的平台，马老每次都要亲自主持中医药学术会议，既交流经验，又收集意见，既宣传英国国家的有关政策，又将中医们的意见积极向上反映，使上情下达，下意上传，起到了沟通和联络政府与中医们的桥梁纽带作用，作出了积极的贡献。会员通过参加会议了解英国中医政策、明确努力方向。马老还通过参加会议向会员传递新的信息，帮助他们树立信心，克难奋进，使他们在困惑之中找到前进方向，2013 年 8 月 25 日，“FTCMP 夏季工作坊”在伦敦举行，马老发表了题为“英国中医药政策新动向分析和应对”的演讲，他回顾了 2005 年以来英国中医立法的周折以及欧盟草药制品法的修订进程，列数了近来学会为维护中医师地位、保护中医师头衔所作的每一步努力。他说：不懈的努力，有了初步的回应。卫生部长的顾问最近给我们来信，邀请 FTCMP 加入卫生部即将筹建的工作组，共同参与相关的议题。这意味着英国政府愿意倾听我们的呼声，并有意向就中医师头衔的保护问题展开讨论。马老还领衔起草了《向 MHRA 呼吁》签名信，就英国药物管理局中成药使用的最新法案，呼吁英国中医界团结行动，维护自身应有的权利。马老的演讲、呼吁引发了在场人士的共鸣和积极响应，显示了中医文化的顽强生命活力

和中医界空前的团结合作精神，。也正是这种活力和精神，中医才有胜利和希望。

马老立足英国 30 多年来，为传承发展中医药事业，以振兴中医为己任，在艰难困苦的条件下，始终坚持崇高的信念。马老认为中医药文化是中国文化的精髓，失去了中医药文化，就是失去了中国人自立于世界民族之林的自信心和体力。传承中医文化，不仅是中医药界人士的事情，也是对世界文明的重要贡献。近几年又把工作重点放在发展和弘扬中医药特色优势上，作了大量的调查研究，写出了很多有见解有价值的中医药发展建议，有些已被英国国家有关部门采纳。

马老的为人、看病、教学、出国讲座、著书立论等事迹感人至深，促人奋进。他对年轻中医人的教诲，循循善诱，举重若轻，但从不强求一律。他把对中医学的无比忠诚，对解除民众疾苦的无限热忱，对年轻学者的关心关爱撒向英伦，撒向杏林，撒向世界！

我们敬祝马老身体健康，寿比南山！

我们将把马老的鼓励和支持作为新的动力，为传承和发展英国及海外中医药事业继续拼搏，继续奔跑呐喊，奋勇向前！

最后，谨奉诗作一首贺马老 70 寿辰：

昔日远志赴英伦，今朝当归暖桑榆。
熟地合欢留杏林，铁骨穿心傲霜冰。
力推国医数十春，大医精诚引路行。
奔走呐喊为中医，呕心沥血济苍生。

赫伯中医药公司总裁及 FTCM 副主席陈晓轩先生贺词

伯英先生悬壶海外，且笔耕不辍，更为中医在英的生存发展奔走呐喊不遗余力，值得我辈所有同仁同胞敬而仰之。

学会在先生七十寿辰之际，出刊开会做寿，皆为热心之举，亦是众望所归。我愿捐助以襄其事，区区寸心，聊表敬意。中医青山长在，先生青松不老，则我辈幸甚，中医幸甚！

陈晓轩

2013 年 11 月 24 日

中医理论的本质和研究方法

Theory essence of Chinese Medicine and its research method

马伯英 MA Bo-ying

1 世界医学的总进程

原始医学 —— 巫术医学 —— 自然哲学医学
—— 实验医学 —— 生态医学

Versus

自然生态、社会生态、心理环境全生态医学

2 西方现代医学理论的本质

(1) 物质论的医学：物理、化学是所有医学理论的基础

(2) 原子论（还原论）的方法论体系（分解、分析）

(3) 实验和实证方法：分解、分析和验证

3 中医理论的本质

(1) 中医是自然哲学的整体医学理论

(2) 中医更是全生态医学理论

4 中医全生态医学理论的形成

(1) 中国上古的自然哲学理论概念

天地玄黄，宇宙洪荒 —— 气充其间

日月盈昃 —— 阴阳概念初萌

辰宿列张 —— 木、火、土、金、水五星五行

寒来暑往，秋收冬藏 —— 变化运动，规律显然

(2) 阴阳、五行、气的本质

“气”是无所不在的物质的代名词

“阴阳五行”是物质运动规律的概括

“气”是物质运动的载体，阴阳五行规律的中介

(3) 自然哲学理论与医学的结合

三才者，天地人：“《易》之为书也，广大悉备，有天道焉，有人道焉，有地道焉，兼三才两之。”（《易经·系辞下》）

“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。治病必求于本。”（《素问·阴阳应象大论》）

“夫五运阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，

变化之父母，生杀之本始，神明之府也。可不通乎？”（《素问·天元纪大论》）

“气乃神之祖，精乃气之子，气者神精之根蒂也。大矣哉！”（《脾胃论》）

“真气即元气，气在天者，受之于鼻……气在水谷者，入于口而咽之。然钟于未生之初者，曰先天之气；成于已生之后者，曰后天之气。气在阳分者即阳气，气在阴分者即阴气……”（《类经》）

5 中医全生态医学理论的构成

(1) 中医的自然生态理论

病因：六淫：风寒暑湿燥火

生理：气血，脏腑，经络

病理：表里、寒热、虚实、痰饮、瘀血……

诊断：四诊八纲，9种辨证方法

治法：扶正祛邪；标本兼治；温清消补汗吐下和；伏其所主，先其所因；逆者正治，从者反治……

针灸：气血周流，奉养生身。补泻引导，双向调整。子午流注，灵龟八法；不通则痛，通则不痛……

药物方剂：药性四气五味而各有偏胜；升降浮沉分归经络脏腑，其同源同气原理明矣；方据君臣佐使，七方十剂，和合协同，扶正祛邪，得其所哉！

推拿：疏通经络，活动气血，与针药相得益彰。

气功：把握阴阳，呼吸精气，独立守神，寿敝天地。却谷食气，导引阴阳，熊经鸟伸，五禽戏，鹤翔桩，不一而足。

食疗：药食同源。

养生：居处环境，体育健身，内丹外丹，养生第一，预防为主，

(2) 中医的社会生态理论

病因：饮食饥饱，叫呼伤气，尽神度量，疲极筋力，阴阳违逆，乃至虎狼虫毒，金疮痿折，症忤附着，畏压匿等，为不内外因。皆可归为

社会生态问题。现代社会问题尤甚，诸如车祸、事故、吸毒、酗酒、淫乐房事过度等等，屡见不鲜。

治法：社会问题，社会治之。医者见病治病，仍以气血阴阳，脏腑虚实，辨证论治。

(3) 中医的心理环境生态理论

病因：“七情者，喜怒忧悲恐惊”。“百病皆生于气。怒则气上，喜则气缓，悲则气消，惊则气乱……思则气结。”怒伤肝，喜伤心，思伤脾，悲伤肺，恐伤神。

治法：五行五脏十二官各有所主。五行相生、相胜、相克：悲胜怒，恐胜喜，怒胜思，喜胜悲，思胜恐。此文摯、张杲、朱丹溪所以治情志失常者也。而加味道遥丸治抑郁症，中医特有。

(4) 中医临床的适应性特征

“行所不胜曰逆，逆则死。行所胜曰从，从则活。八风四时之胜，终而复始，逆行一过，不复可数。论要毕矣。”（《素问 玉版论要》）

“道法自然。”（《老子》）

中医知道全生态医学规律，医生顺从规律治疗病人，使机体适应生态环境变化，所以效如桴鼓。

6 中医理论发展的基础

(1) 临床效验。

举例：安宫牛黄丸救命之效

图片：病人深昏迷中

图片：康复后的病人

安宫牛黄丸为什么能治疗非热证病人？

ME（原因不明疲劳综合征）的中医治疗

为什么不是补法，却能治疗长期疲劳？
理论生长点就在临床疗效。

(2)“医者意也。”（郭玉，孙思邈语录）
医生的思考。

(3)理论的再验证

主要还在临床。

(4)文献的价值：以青蒿素发明1为例

7 中医理论研究的基本方法论

(1) 朴素系统论哲学与医学实践相结合

(2) 临床体验的解释论方法

(3) 灵感和顿悟。

(4) 实验方法

8 当前中医理论研究存在的问题

(1) 家底不清

(2) EBM（循证医学）的片面理解

(3) 系统论方法未有突破

9 一些建议

(1)清理家底

(2)确定标准

(3)多元发展，重视“医者意也”的原创性作用

(4)从临床和文献发掘

（本文于2011.10.30在北京中医药大学名医讲堂报告）

单声博士和桂秋林院长贺词

祝英国中医师学会马伯英会长：

福如东海，寿比南山！

全英华人华侨中国统一促进会总会长 单声 恭贺

祝英国中医师学会马伯英会长：

松柏常青，万寿无疆！

英国中华传统文化研究院院长 桂秋林 恭贺

EBM分级标准与中医临床研究评价体系的建立

Establishing a TCM Clinical Research evaluation system with EBM

马伯英 MA Bo-ying

【摘要】本文以西方医学1992年开始流行的“循证医学”(EBM)的分级标准作为参照,提出中医临床研究的评价体系。笔者反对一些西方学者将循证医学归结为单一的随机对照的“金标准”的做法,那样做会扼杀许多有价值的创造性因素;同时也不同意“金标准”完全不适合中医研究的说法,主张“金标准”下得出的正面结论是可取的,负面结果则不要用来轻易否定中医的结论。中医的许多临床研究可以用EBM原创者所描述的次级标准进行评价。这种评价是符合目前的研究水平的,并且对促进中医学的科学体系建立在扎实的根基上大有好处。本文特别提出以病人中医治疗前后的病状对照进入统计学处理,是一种可以普遍采用的研究和评价方法。

Abstract: This paper shows that a clinical evaluation system of TCM can be established according to the classifications of EBM. Recently some western scholars want to only use the first classification as the “Gold Standard” to judge every result of TCM research. This is a unilateral approach in which some inventive ideas could be strangled in the cradle. Actually at the moment the 2nd – 5th standards of EBM are particularly suitable to evaluate TCM clinical research. This paper primarily submits a new research and evaluation method for clinical study in which a patient’s condition can be self-contrasted for statistics.

1. 引子

1990年代“循证医学”(EBM, Evidence-Based Medicine)开始被人们注目。此概念最初由苏格兰出生的医生Dr Archie Cochrane (1909-1988)在他的著作*Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*一书中提出。1992年EBM才有人将之作为术语在JAMA医学杂志上使用。循证医学意思是看病治病要凭证据(Evidence)。他们认为,最早讲求治病要讲证据的是古希腊和中国医学,至11世纪则有阿维森纳。可见中医学是EBM的渊薮之一。

但在西方医学的现行研究和临床实际推行中,却与此有严重的背离。这种背离,是对EBM中提出的分级标准采取片面取舍的态度,而对第一级标准,即“金标准”予以不当强调,甚至将之渲染成为EBM的唯一标准。这既不符合EBM始创之原意,也不符合医学临床研究之实际。尤其是被别有用心地拿来打击中医。对此扭曲了的EBM状况,我们必须予以澄清,恢复原貌;同时以此为基础,建立一个中医临床研究的评价体系,以促进中医学的研究。

2. EBM的分级标准

关于EBM,有各自略微不同的分级评估。

2.1 美国预防医学中心制订的标准分成3个等级级别,5种区分。它们是:

2.1.1. 证据得自至少一次严格设计的随机的对

照性试验;

2.1.2. 证据得自很好设计的非随机的对照性试验;

2.1.3. 证据得自很好设计的组群或有对照的病例分析研究,最好是得自一个以上的研究中心或研究小组;

2.1.4. 得自多次、系列性的、干预或非干预的证据;在非对照的试验中的一些惹人注目的结果,也可以被认为是此一类型的证据;

2.1.5. 受尊敬的专家的观点,这些观点是基于临床经验、描述性的研究或专家委员会的报告。

2.2. 英国NHS(国家保健服务)的四级标准是:

A级:始终如一的随机对照临床试验,组群研究,全或无,在不同人口中生效的临床决定原则。

B级:始终如一的回顾性的组群研究、探索性的组群研究、生态学的研究、结果研究、病例对照研究、或A级水平的延伸研究。

C级:病例系列研究或者从B级水平延伸出来的研究。

D级:专家观点。不必管有无明晰批评或评价,或者是否基于生理学、实验室研究(bench research)或“第一原则”。

2.3. 区结成先生综合EBM的五级评定是:

一级:所有随机对照试验(randomized

controlled trials, RCT) 的系统性评述 (systematic review, SR), 或 Meta-分析 (meta-analysis)。

二级: 单个的样本量足够的随机对照试验结果。

三级: 设有对照组但未用随机方法分组。

四级: 无对照的病例观察。

五级: 专家意见。

看来三部评级标准并不完全一致。但是, 有两条是相同的: 一是第一级高水平的标准, 即所谓“金标准”: 随机化的、以安慰剂作对照的试验 (Gold standard. i.e. randomized double-blind placebo-controlled trials)。二是大家都认同专家观点。这一点美国要求有严格依据, 而英国认为, 不必。只要是专家, 他的意见就可以算数。

所以, 在 EBM 系统中, 在最高和最低标准之间, 是有一个可变通回旋的余地的。实际上, 即使是西医医院的临床, 也很少能按“金标准”去做。一是医生没有可能先去寻求符合金标准的治疗方药, 然后才开始对病人进行治疗。如果那样, 很多病人的治疗将被耽误, 本来能治好的病, 也就可能因此而治不好了。二是大量的研究并不完全符合金标准的要求, 但可以符合循证医学其它次级标准的要求, 所以就按那些“非金标准”办。这是西医临床医学的实际。

3. 医学的金标准质疑

然而, 在西方医学的领域里, EBM 被单一地以“金标准”为唯一依凭。其它 4 或 5 项标准被无形排除。不仅如此, 在英国一些人的文章里, 还把“双盲”作为金标准的一项必要条件。

显然, 这是有违 EBM 始创者原意的。片面强调金标准既不符合实际, 又可能造成这样的情况: 人们在泼脏水的同时, 把孩子一起泼掉了。也就是说, 金标准固然保证通过标准的那些研究有“绝对”可靠性和安全性, 但很可能一大批有一定价值的成果或有前景的研究, 也一起被否定了。西医对中医的研究就是处于这种状态。一言不合就“砍”。他们对中医的研究成果的评价, 采取的是“双重标准”态度。他们可以容许西医循“次级标准”办, 却不容许中医循“次级标准”办。不难看出, 有些人故意这样做, 是他们对中医的偏见和歧视态度。金标准, 被别有用心的人拿来作为打击中医的大棒, 这种状况应当得到纠正。

问题的另一方面, 面对健康的新理念和医学的新模式, “金标准”是苍白无力的。金标准根本没有办法对健康新理念 (即 WHO 的健康定义: “健康不仅仅是没有疾病或虚弱, 而且是社会和

心理的良好状态。) 或医学新模式 (即“生物、社会、心理医学模式”) 下的健康和疾病进行宽泛、深入、行之有效的研究。如果以“金标准”为取舍标准, 则将摧毁健康新理念和医学新模式。而健康新理念与医学新模式是与时俱进的, 合乎时代的潮流和要求。不是健康新理念和医学新模式去适应“金标准”的要求, 而是“金标准”得改变自己, 去适应新理念和新模式。否则, “金标准”将只能局限在狭窄的范围内使用。

4. 中医临床研究评价系统的建立

根据以上论述, EBM 在总体上是适合于所有医学研究的临床评价系统的。理所当然, 也是适合对中医的临床研究进行客观、如实和有效的评价的。我们不反对 EBM 的第一级标准作为医学的金标准, 但更应强调, 其它各级标准不可被忽视和摒之于评价系统之外。为此本人提出, 就中医临床研究的评价体系 (注意: 这里不涉及实验室研究, 例如动物实验、化学分析及分子生物学等的研究评价) 建立而言, 以下的分级评判可以考虑。

第一级: 医学的金标准。即严格设计的随机、对照的试验所做出的结果并经过统计学处理。

第二级: 临床研究的银标准。半随机的对照研究, 即排除主观性的选择、具有一定随机性的对照研究, 例如大样本的对照组研究; 严格设计的大范围的非主观选择的组群调查统计研究; 有由不知名的第三者进行监督的, 以病人自身对照建立组群的调查统计研究等等, 均可认为符合银标准的要求。

第三级: 专家组的权威鉴定意见。临床疗效的观察结果得到观察单位之外第三方专家组的认可; 医学历史文献记载的专家组评定意见; 现代临床报告 (包括同类型病例个案报告汇集) 的文献回顾性调查得到专家组认定通过。

第四级: 有对照但未能作随机分组的研究报告。

第五级: 特殊的病例个案报告, 包括与以上三级标准之结论相悖的病例报告。

能通过以上第一、二、三级标准而认定的临床研究结论, 可被认为是可靠的、普适的、能指导临床诊疗的权威性结论。

第四、五级标准的临床研究报告可以作为临床医生在处理疑难病、少见病等时的重要参考; 可以作为进一步研究的起点, 以避免一些具有潜在可能性的因素被忽视或抹杀。

5. 一种海外中医可行的研究和评价方法

现今的中医临床研究, 处于十分困难的境

地。其原因有二：病人不愿意把自己身体提供作临床试验，特别是作为对照组；即使有足够的病例供分组试验，对照组也很难建立：标准穴位外的穴位未必完全没有治疗作用；中药的色泽气味极易被病人辨认出来自己属于对照组，从而失去双盲对照的意义。

海外中医的临床中，经常遇到的病人是长期在西医那儿治疗，却收不到满意疗效的。他们多半已有西医的明确诊断。如果暂时不考虑他们的中医辨证证型，而单单从病人所患的疾病诊断作为试验基础，是否有可能进行临床的研究呢？海外中医的病人基本上是零散的，很难集成一批分两组进行临床观察研究。但是，同一种疾病的病例，却可以在同一个诊所积累到较多数量；或者几家诊所联合起来，聚成同病群体，进行分析和比较研究。一般有20-30例，其结论就具有相当重要意义。

在目前情况下，可以简单地以病人自身的先西医后中医治疗的结果作分析对比处理。原先西医化验及仪器诊断的数据和中医治疗后重新进行的复核化验和仪器检测，是对比分析的主要依据。至于西医用过什么药、什么治疗方式，以及后来中医用的什么方药或针灸、推拿等方法，均不必在此临床研究范围之内。可以放在下一步的研究中考虑。

由于中医治疗前后的检测数据是由医院或GP提供的，不受中医师和病人的影响，就具有较大客观性；病例是中医诊所的该病种的病人全记录，而不是光选择有效病例的记录，因此有半随机的性质。所以，此种临床研究可以认为符合上述EBM第二级标准。

这种方法，也可以应用于病例的回顾性调查。

6. 结语

以上的中医临床评价系统如果得以建立，将大大有利于中医临床研究的拓展，有利于中医学的全球化进程。这里还没有涉及统计学的改革问题，而这是今后必走的一步，留后别论。

以上意见尚为粗疏，有待各位专家进一步完善。

*本文首在科技部“2009 传统医药国际科技大会”报告（2009.11.9，广州）并刊于《论文集（2）：传统医药在疾病预防治疗中的作用与临床评价》p26-30；随后刊发于《世界科学技术——中医现代化：思路与方法》p1-3, No. 1, Vol. 12, 2010.

秦朝中医药批发公司 QIN DYNASTY(UK)贺词

感谢马伯英教授和英国中医师学会这么多年为中医在英国的发展所做的努力！

欣逢马教授七十大寿之时，敬祝马教授生日快乐，身体健康！祝贺马教授学术专刊的发表！为了表示对学会工作和中医在英国发展事业的支持，我们诚意赞助以尽微薄之力。

任鹏飞

2013年11月28日

• 论著选辑 •

人类学方法：探索中医文化的深层次结构

Anthropological methodology for exploring the TCM theoretical structure at a deep level

马伯英 Professor MA Bo-Ying

【摘要】 人类学是研究人和与人类相关的一切的一门学科。其中中医文化人类学的研究是笔者首先开始而以研究中医文化为主体的一个文化人类学分支。本文介绍该学科涉及的研究范围、选题、方法等等，特别在文中运用人类学方法解构了中医学的深层次内涵和中医学理论的全生态生态医学理论特质。最后对中医在英国可能做到的人类学研究课题提出建议。

Abstract: Anthropology research aims to research human beings including the body and culture. The author was the first scholar who put the name of “TCM Cultural Anthropology Research” forward and did some research with resultant contributions. This paper is to introduce the field, proposals and methodology of TCM Cultural Anthropology. In particular it shows his research results of the TCM structure of theory at a deep level and the nature of TCM theory as the Pan-Ecological Medical Theory. Yet, the author suggests TCM practitioners should do some anthropological research in the UK.

一. 概述：人类学研究的范畴

人类学的基本研究范畴，可以概括为两大支柱：体质人类学和文化人类学（又称社会人类学）。一般说来，这就是对人类身体本身的研究和对人类与生俱来的社会文化特质的研究。两者都既是现实的又是历史的。所以与医学、与历史关系特别紧密。

体质人类学主要是对人体的特征和进化状态的研究。对古代人体质的研究，是考古学家对古代遗存的人体的研究，尤其是考古病理学；对现代人体质的研究，就是现代解剖学、组织学、生理学、病理学、基因学、免疫学、致病微生物学、药理学等等的研究。

文化人类学则是与人类相关的一切文化现象的研究。其涵括的范围更大，诸如工业人类学、农业人类学、经济人类学、生态人类学、城市人类学、民族志（民族人类学）、语言学等等，它们无不成为独立的分支学问。当然，也有人将语言学和考古学与体质人类学（生物人类学）及文化人类学并列作为四大类。

不管如何，概括起来，可以说，人类学（anthropology）研究人类之作为个体和群体自身的特征：起源、进化、发展、生殖、健康、疾病、死亡、未来趋势等等以及与此相关的所有表现和联系方式：语言、文字、图画、艺术、歌舞、运动、劳动等等，而尤其是人类的思维方式、语言结构、民族特征、社会组织、信仰崇拜、宗教、

礼仪习俗、伦理道德、经济、哲学、科学、技术等等一切与人类文化、文明相关的内容，都是其所研究的对象。

简言之，人类学研究一切与人类相关的问题，是一门人的科学，人学。

二. 文化人类学研究的目的是

自从有了人类，就有了文化。文化是人与动物的根本区别之一。但文化是一种现象，文化后面的隐涵和反映的本质，需要解读。并不是看到、听到、读到什么就是什么的。

文化人类学的研究，首先要在复杂的文化现象中发现“有什么”。有些是司空见惯，没有人予以注意的。有一个经典的例子，新几内亚东部高原的 Fore 族，常常有一种“库鲁病”。病人死亡，医生用尽现代方法，却找不到原因。后来有人类学家到那里研究，发现那里有一种特殊宗教习俗，在仪式中，死人的脑子要被吃掉。吃死人脑子的是妇女和孩子。没有长期在那里生活的医生，没有深入到民间并取得老百姓信任，不可能参加此种宗教仪式，更不可能知道这样一种习俗。人类学家发现了这种宗教习俗，就与那些奇怪的死亡病人联想起来。

接着就是下一步，需要鉴别出“是什么”。进一步深入了解，发现这些死亡病人在孩提时代，都有过吃死人脑子的经历。但是，吃了脑子之后

很多年，并未有病症出现。所以从来没有人将这件事与十几年以后的死亡联系起来。只是人类学家提出了这种关系，应该是一种病源。

接下去需要分析“为什么”。是什么性质病源？病人死亡是与感染有关，但当时没有人知道一种感染的潜伏期可以长达几十年。后来微生物学家参与进来，最终找到死人脑子里有一种“慢病毒”。这是一种免疫缺陷病毒，是第一次发现。发现者因此而获得诺贝尔奖。前些年在英国等地发生的疯牛病病毒，也是属于这个慢病毒家族。慢病毒的发现，在医学史上是有重大意义的。

所以，人类学研究的目的，就是发现现象，鉴别现象，透过现象找到本质。

三. 文化人类学方法

人类学者进行研究，其基本的方法称为“田野调查（Field Work）”。简单一点说，就是到研究对象那里，“同吃同住同劳动”。应该懂得他们的语言，适应并融入他们的生活方式和习惯。对方会将人类学者当成自家人。这样才可能深入了解、理解他们的文化。

初始时候，这是一种“优等民族”对“低等民族”的考察研究。都是自认为“高等民族”的发达国家学者对“低等民族”进行研究，居高临下。这就产生了一个负面的现象，当年希特勒把条顿民族称为“优等民族”，其它都是次等。而犹太人尤其被贬斥为最低等民族，为屠杀犹太人制造理论依据。也因为希特勒的倒行逆施，使人们对人类学产生反感。1949年以后，中国跟随当时苏联，将人类学视之为“反动”，取消了中国的人类学学科，仅仅留下考古学、语言学、民族志等等几门单列的学科。

其实，准确一点说，人类学者是“优先者”对“后起者”的研究。他们的初衷，更重要是想通过对较落后民族生态文化的研究，来考察人类原始状态的文化，借以推测人类社会如何从原始走向现代。文化变成文明。这些研究例如人类学之父泰勒的《原始文化》、弗雷泽的《金枝》等等，都是很深刻，很有价值的。这些研究成果，为我们提供了一个研究古代文化的参照系。当然，这个参照系必须是公认正确的。

这就是说，我们进行文化人类学研究，也可以不进行“田野调查”，也能够对上古时代的遗存、历史纪录、神话故事甚至迷信习俗等等，做出合理解读。例如“神农尝百草”，一般认为就是神话故事而已，不足征信。但从人类学者观点

看，神话之中是包含事实的。上古时代，初民一定是用过口尝方式去判别草木瓜果等等之有毒无毒、可不可以食用、能不能疗病。有一个故事说神农有神兽（身体肠胃透明）来观察药草作用，这可能意味着曾经使用过用动物做实验。所以，借用人类学研究成果解答文化现象本质，是一个好办法。

现代文化人类学的研究，可以采用“个案研究”的方法，这是研究者对“他者”的研究。一种比较客观的第三者立场的记录。个案的积累，就可以帮助分析一些问题。1995年我第三次到英国，主要是做中医、做老师。但我当时的一个想法是，我也是来做“田野调查”的。中医是中国人高明，那我就对那些对中医无知的人群进行考察。主要就是个案的研究。

总的说来，文化人类学的研究，对于历史文化而言，是力图还原历史本来面貌，让研究者在心灵中重演过去，回到历史原初场境中去思考问题，而不是以近人眼光给历史下结论；对于现实文化的研究，是考察文化现象、人群心理、相关因素，找到表象背后的真实本质。

四. 中医文化人类学的研究的滥觞

过去有人做过与中医有些关系的人类学课题，但没有人提出中医文化人类学概念。实在说，中医文化人类学也只能算是医学人类学下面一个小分支。这是我首先提出来的。1985-88年间，我一方面为李约瑟博士的《中国科学技术史》巨大工程中的《医学卷》努力，一方面在剑桥大学观察研究方向。当时，李约瑟博士的私人秘书 Gregory Blue 先生问我，你看李约瑟研究中国科技史，有什么缺陷没有？我说有。因为他是传统的史学研究方法，主要是在中国古代文献记述中发现比世界上其它国家为早、为高明的地方。他做的是成就史。但你是美国人，个子高，我找来一个中国人，个子比你高。然后就说，中国人个子比美国人还高。是不是事实？当然是。但有没有看到中国人个子高的就那么一两个（那时还没有姚明），而美国人普遍比中国人个子高？这是一个“有什么”的问题。那时我在科学哲学史系做高级访问学者，遇到香港学子陈伟，我们成为好朋友。有一次他问我为什么李约瑟研究起中国科技史来？这是一个“为什么”的问题。他们两个人的问题，使我联想到研究的方法论问题。我当时看了一些人类学方面的书，突然悟到，人类学的方法和成果可以借用来研究历史问题。回答“有什么、是什么、为什么”三部曲所需要解答的全部问题。1988年在美国圣地亚哥召开的国

际中国科技和医学史讨论会是发表论文,提出了这一方法论在史学研究中的应用,以及新一阶段中国科技史研究的方向问题。得到了与会者的认同。前几年英国著名的 Wellcome 医史研究所办研究生班,教授明确提出,研究生论文如果没有人类学内容就不及格。现在世界各地著名大学的医学史研究都采用了我提出的人类学方法研究医学史建议。

1988 年底回到中国。1990 年 8 月恰好上海人民出版社编辑张志国先生找我约稿写《中国医学文化史》,撞到枪口上了。我就用人类学的眼光来审视中国医学史的全过程和整体,写出了《中国医学文化史》(上海人民出版社)和《中外医学文化交流史》(文汇出版社)两部著作。

当时国内能找到或买到的与人类学有关书籍,我都读得津津有味。其中例如泰勒的《原始文化》、弗雷泽的《金枝》、布留尔的《原始思维》、斯特劳斯的《野性的思维》和《结构人类学》、本尼迪克特的《跨文化传通》、李安宅的《巫术与语言》、江绍原的《髮鬚爪——关于他们的风俗》、潘光旦的《性心理学》等等。启发极大。手头本来已经积累了大量资料,在新的方法论指引下,使用起来十分得心应手。我花了一年多时间就完成了两部书的写作。1993、1994 年先后印出出版。当时有人对我说,看不懂。我说我是写给下一个世纪人看的。一语成箴,2010 年二书合并,由上海世纪出版集团新版《中国医学文化史》上下卷出版,受到普遍欢迎。这就是文化人类学研究中国医学文化史的奠基之作吧。

五. 中医文化人类学的选题

中医文化人类学的选题范围是很宽泛的。1994 年《中国医学文化史》和 1993 年《中外医学文化交流史》出版以后,就成为国内外许多大学研究生必读参考书,研究生选题来源。因为许多问题在我书中,只是起了一个头,深入下去,大有文章可做。而中医文化上下五千年,纵横八万里,历史的、现实的、中国的、外国的,凡与中医有关,都可以做人类学的考察、研究。

例如历史文献的记载,即使现在一些史学书中已有说法,但是那些说法是否准确,值得检讨。例如,过去是避谈巫术医学的,但毕竟那是事实,只不过中国古代医生以扁鹊为代表,与巫术划清界限,结束了巫术医学阶段。这是我重新考证了《史记》的记载,对照原始史料,做出纠正的结果。巫术医学阶段在中国医学史上,持续了二千年,比自然哲学医学阶段不短。这是事实,无可

否认。过去对巫术的判断也偏离历史唯物主义的原理,以为巫术就是迷信,就是反动。其实巫术在使医学脱离原始时代是有积极作用的。一是巫术思维是原始思维形式的一种进步;二是巫术为社会管理、科学开辟了道路。当然它也因为走向迷信而与科学分道扬镳。所以弗雷泽说:巫术是宗教、管理、科学之母。巫术不取悦神灵,而是企图控制事物发展的方向,这一点正是科学精神要求的。

那些巫术的故事,巫术的本质,还大有可以探讨的余地。巫术的交感律、模拟律(相似律)、接触律和我新创的传化律,是有很多可以探讨的东西的。星相占卜、风水命理,有可能在研究过程中有所突破。现在放蛊术还存在于云贵偏僻之地和马来西亚等东南亚国家(称为“降头术”)。研究之,可不可能是另一个库鲁病的故事?说不定也能得个诺贝尔奖?

许多神话传说,诸如白娘子盗仙草(灵芝)给许仙治病;何首乌一夜间乌了头发,是真的吗?如果是,什么道理?我用人类学的体质特征、语言学特征、灭佛时代背景及接骨术的特殊性,联系同时代的扬州术士“开脑出蛊”推论出藺道者是个西方景教徒医生,揭开了中外医学文化交流史的另一页。

民俗习惯中的“坐月子”,因何而起?为什么西方人孩子出生就什么都干,什么忌讳都没有,照样好好的?等等等等,只要我们去思考,问题会源源而来。问题就是研究的开端。

其它如生态和文化、医学行为学、医患关系、生殖文化、跨文化传通……历史的、现实的无一不可进入我们选题的视野。

人类思维能力和演化,心理作用等等,是一个很有意思的课题。原始思维就像“婴儿”的神秘感受,在原始人中造成“集体无意识”、“集体表象”,进而产生传染互渗(事物性质的挪移——互渗律),是如何影响到现今而继续存在?原逻辑思维与现代逻辑思维有什么关联?“万物有灵论”为什么现在还有市场?灵魂究竟是怎么回事?影子、镜子、呼吸、梦境、幻觉、濒死体验乃至“鬼魂”(“气发扬于上而成百物之精”)等等如何解读?

六. 中医文化的深层次结构

通过文化人类学方法的考察研究,我认定了中医理论的本质是全生态医学适应理论。这就是中医文化的深层次结构。是一个整体论的结构。

西方许多著名人类学家认为,人类学研究,就是一种整体观的研究。通过对客体的宏观观察来认识事物本质,与中医理论的建构有共通之处,但中医的整体论是依靠什么来支撑的?这就需要解构。

我认为由三大支柱支撑的:一.天地人大小宇宙观;二.活体生命观;三.生命关系网。

首先,就中医的核心理论“气、阴阳、五行学说”而言,是来自于春秋战国时代萌发的关于自然和社会现象的规律总结。这种总结,其实在当时诸子百家中都只是零散的记述。西方人说中国古代没有哲学家,在大部头哲学著作这个角度上说,是真的。但从各家都认定气、阴阳、五行是一种普遍规律的含义上看,则不能不承认中国古代的先哲们,有眼光独到之处。先哲们的论述大都是用自然界的气、阴阳、五行规律来解释社会问题,唯有《黄帝内经》却将之综合起来,系统地用以解释身体、健康、疾病和治疗的规律和方法。这是《内经》高明的地方。《黄帝内经》提升了古代气阴阳五行学说的哲学层次,为中国古代哲学发展做了贡献。

任继愈先生说,“阴阳五行学派的唯心主义观点,并不表现在它的自然观方面,而是表现在它的社会观、历史观方面。”说得更直白一点,阴阳五行学说是唯物主义的。而在我看来,此规律总结,就成了人体与大自然成为一体的纽带。大家都服膺此一统一规律,大宇宙、小宇宙在这个意义上,就是一个同构体。整体观的大框架于是形成。小宇宙是对应于大宇宙的,这就是两者之间的相应关系。天人相应的原则由此提出。“天人相应”是《内经》中才得以反复强调的。属于自然观的规律适应。它不同于“天人合一”。大宇宙、小宇宙并不能“合一”,而只是“相应”。“天人合一”显然是社会观的理论,现今的政治家、哲学家有点犯糊涂。

以上是就自然生态与人体的关系得出的结论。但是《内经》理论并不回避与健康、疾病相关的社会生态和心理环境问题,相反是将之与病理病因相联系。社会关系中的夫妻、家庭、贫富、纠纷等等;心理环境方面情绪变化的喜怒忧思悲恐惊,《内经》全部纳入与阴阳五行气的运行规律中加以考虑。而这正是自然生态、社会生态、心理环境的全生态结构。

自然、社会、心理环境同构,阴阳五行和气的规律天地人共同拥有、分享,这样的全生态医学理论,到目前为止,世界上任何生态医学理论没有如中医学这样完美妥善和实用的。

这是中医理论深层次结构的第一基本要素。在《内经》中,这一理论架构中已经与经络针灸的治疗理论和技术融合成一体;而理论与临床药物治疗的结合是张仲景的贡献。并且从此中医学步入稳态结构系统。到了宋代,就完全构建成熟了。

中医深层次结构的第二要素,是活体生命观。一个生命活体,是不能拆零的。中医的整体观就是从生命本身是一个整体的认识中来的。是中医学自身的理论和经验中产生的。

中医是对活着的生命体的观察和研究,而不是以尸体器官拆零得到的认识作为参照系,然后对生命和疾病做出结论。死的蛋白质是没有功能的。活体生命是“集体行动”的,蛋白质分子、各种器官组织,都不是“单兵出击”的。这就是中医学自身形成的一个脏腑器官功能概念统一体架构的原理。

从人体构造和功能认识开始,中医有自己独特的系统和理论。历史记载证明,中医的解剖学知识是建立在活体解剖的基础上的。与西医古代以动物尸体解剖为主,文艺复兴开始以死亡人体为主相比较,中医解剖学可以说是粗疏的,但其另一方面必须看到,活体解剖是医学对生命状态的认识。没有生命的机体与有生命的机体有本质区别。所以中医关于身体器官等等的描述,都是一种生理功能概念集合体,而与西医解剖器官的肉体细部结构描述不一样。可以说,中医的器官描述就是生理功能概念的器官,而不是单纯的肉体器官。经络在死体上不可见,只有活体才存在,这就是为什么直到现在,人们企图在解剖学和组织学基础中寻找经络实质不成功的原因。

认识这一点的重要性在于,中西医的基本分叉,就在这儿开始。所以,“气”成为能量载体的代名词;阴阳五行是脏腑经络生理功能运转的规律。整个中医学就在这样一种活体生命状态的认识中构建起自己的理论体系。一切健康指标都是正常生命状态;所有疾病证型都是生命受到侵害的扭曲状态;所有治疗,无论是药物还是针灸或其它,都是为了调整扭曲状态,恢复有序平衡。所有气阴阳五行的理论,在中医师手上都不是空言,而是可以操作,可以帮助身体恢复健康、预防和治疗疾病的实用方法。这是与西医学完全不同的体系,全生态医学理论体系能够落实到临床治疗和预防的实践之中。这也是中医学高明并且卓有疗效的原因之所在。

第三个要素,是生命关系网的认识和规律揭示。

与西医学的认识论的方法论是还原论（原子论）不同，中医学的认识论的方法论是朴素系统论。前者求其了解每一个点（例如器官、组织、细胞、分子、基因等等）和点的独特性质与功能。每个点都是独立个体：individual。后者对每个个体有基本的认可，但更注重它们的点与点、个体与个体之间的联系。就像西方社会讲求个人的利益和权利，而中国社会讲求关系、情谊那样，其趋向和探讨的目标是有很不同的。所以中医理论的深层次结构，就是一个关系网结构。天地人之间、阴阳之间、五行之间、脏腑经络之间、健康与疾病之间、诊断和治疗之间、药物与处方之间等等，都是关系的联接和解读。这种“关系”应该看成为组织器官中物质的运动和连接状态。所以，“关系”也是有规律可循的。

此种“关系”的规律或准则的认识，在临床上，集中到一点，就是医生临床上进行辨证论治。而辨证论治的核心就是找出病机中的关键联接关系。这种关系最后归结为诊断，那就是“证”。

我认为“证”是一个“4D”的立体结构，病理关系综合网构成的立体的型态加上时间因素的 4D 结构。而不是西医学诊断那样的点与线或一个平面的简单因果链连接。“证”是一个“碉堡”，中医师的“论治”则好像战士选择攻击“证”这个碉堡（立体的）的突破口的战术决策。全面轰炸，攻其一角，切断后援等等，都是为了碉堡瓦解。各有所择，是医生各自的经验。不同的医生开不同的方药，往往都可以见效，只是痊愈的快慢、彻底性等等可能有所差别。这就是选择主攻方向不同、角度不同，所产生的结果不同。但不管如何，破坏病态的关系网，修补或重建健康关系网，这就是中医治疗的方略。

以上三大支柱，构成了中医学理论的深层次结构。

七. 在英国进行田野调查

最后谈谈在英国进行中医文化人类学研究的问题。我们每位中医师，都可以是田野调查的实施者。关键是要掌握人类学研究方法。可以先观察和回答许多诸如此类的问题：

1. 中医为什么姗姗来迟进入英国？
2. 老百姓、病人对中医的看法是什么？
3. 媒体在中医传入西方的态度和作用是什么？
4. 哪个人种、人群最先接受中医？
5. 为什么无论是谁都可以做草药医治疗？

6. 病人对中医要求什么？
7. 中医诊所为什么常常不收诊费？
8. 收费多少比较合适？
9. 病人如何付款？
10. 保险公司保什么？
11. 哪些病症最多？
12. 中医优势在何？
13. 中医看病有充分依据（EBM）吗？
14. 为什么接受针灸最易？
15. 诊所条件和要求是什么？
16. 中医中药大公司为什么倒闭？
17. 学会组织和管理方式有什么与中国不同？
18. 中医和针灸学校开办或倒闭状况如何，原因如何？
19. 为什么英国人学习针灸、中医？
20. 市场竞争的压力如何？
21. 西医对中医的态度如何？
22. 西餐与中餐，西医与中医，在西方处境中他们有无共同之处？
23. 中医师是不是将小农经济的陋习带到西方来了？
24. 中医生该不该懂西医？
25. 中医生该不该懂英语？
26. 西医师为什么看不起中医？
27. 中医生能不能“以其人之道还治其人之身”“以子之矛攻子之盾”？
28. 中西医能交流、合作甚至结合吗？
29. 抵拒、排斥、争辩、接纳、融合……中西医交流的机制是什么？
30. 政府和管理层对中医态度如何？
31. 中医师在英国怎样才能立足、事业有成并且活得有尊严？
32. 中医师立法注册为何如此反反复复？

.....

问题是千头万绪的，答案可能也是五花八门的，但一些基本点将可以被发现。对于海外中医

的发展,需要取得共识。《内经》中说:“入乡问俗,登堂问礼”。其实就是一个人类学调查。我们的异域文化人类学研究,是为了中医在海外更好生存、发展,病人得益,同时大家能够做一个堂堂正正的中医师,在英国要活得有尊严,事业昌达顺利,生活幸福。

有一个大家天天讲、天天用的词:“阴阳”。请思考一下,中国和西方,孰阴孰阳?中医与西医,孰阴孰阳?回答了这个问题,庶几思过半矣!

以上不揣简陋,抛砖引玉,以俟来者。

(2013. 11.29 完稿)

• 论著选辑 •

中外医学的跨文化传通特点和机制

The characteristics and mechanism of cross cultural communication of medicine between China and other countries

马伯英 MA Bo-ying

【摘要】在研究中外医学跨文化传通过程中,笔者有一些有趣的发现:中医不能如过往那样说是一个保守、封闭的体系,而应该认为是一个被动而积极吸纳的开放体系;不是个主动外侵的体系,却是乐意融入异域他乡、和谐共处、合作发展的体系。在跨文化传通过程中,信息的质与量固然有重要作用,但有时候少量的信息、模糊的信息、失真甚至扭曲的信息,在异文化中发生变异,却会出现意想不到的好结果。其中主要原因,是跨文化传通中存在钥匙效应和放大机制。以上种种,值得今后进一步研究探讨。

Abstract This paper shows some special characteristics and the mechanism in the process of cross cultural communication of medicine between China and other countries: 1. The traditional Chinese medicine (TCM) system is not a conservative or sealed off system. TCM is a passive open system actively absorbing and accepting medical knowledge of foreign medicine. 2. TCM is not an extrovert expanding system but it can stay together with foreign medicine system harmoniously. 3. Unclear or distorted information could sometimes cause an unexpected positive result in the process of cross cultural communication. 4. The mechanism of such occurrences is because of the ‘Key Effect’ and the magnifying effect of information.

跨文化传通是文化人类学研究的一个重要领域。医学的跨文化传通则是一个生机勃勃的方兴未艾的研究课题。本人自 1988 年涉足此领域以来,发现了一些值得重视而过去研究者未予阐发的特点和机制,在此提出与有识之士分享。

—

在大多数人的印象中,中医是一个保守、封闭体系,以至于西方医学进入中国遭遇到种种阻碍和困难,拖累了中国医学的现代化进程。人们错误地将近代西方医学传入中国以来的争论看成主要是中西医师之间的学术论争,而不明白历史的事实是政府当局掌权人物和一些激进知识分子对中医加以压制和批判而造成的论争;不知道是中医为了保卫中医学术和中医生存权产生的论争;更无视中医界如何积极努力试图将西医知识吸收进入中医。中西医论争不是学术之争,而是卫生政策和中医前途之争。

晚清开始的中西医汇通,正是中医开放和与时俱进的实践产物。几位汇通大家,无论是王宏翰、陈定泰还是朱佩文、唐宗海、张锡纯,都是诚心诚意想把欧美人带入中国的西医知识融入中医,求其混成一体。而且在汇通过程中,确有自己的创造,发展了中医(例如唐宗海活血化瘀理论;张锡纯西药中用方法)。后来的恽铁樵、杨则民等是在反对废止中医的论争过程中以西方哲学(包括唯物论辩证法)来诠释中医阴阳五行学说,将中医理论的哲学原理与西方哲学原理相通之处讲了八九不离十。这就是中医的开放态度:被动而积极。

中国医学史上,近代的“中西医汇通”主要是中医学习西医,现代的“中西医结合”主要是西医学习中医。西医学习中医是毛泽东主席的英明决策,但是明显带有强制的色彩。从中体会到中医真谛者,今天成了大家,例如陈可冀、沈自尹、邝安堃、石学敏等等。他们为西医们做

了良好示范。可惜他们的影响局限在国内,没有在国外西医学中医方面起到跨文化传通的示范作用。

应当说,中医不是一个自觉、主动的开放体系,而是一个被动但积极吸收的开放体系。历史上中医容纳百家,印度医学、阿拉伯医学、西方古典和近现代医学都曾经在中医典籍中留下印迹,但都是异文化医学它们自己“送上门来”的结果,而不是中医师们主动到国外去“学习”得来的。此即所谓中医之“被动的开放”。外来的医学中有好东西,为什么不学、不取其长而用之?“泰山不弃寸土而能成其大”,这是中国人古已有之的认识。中医理论体系本身有巨大涵容性,这是能够开放接纳的基础;“海纳百川,有容乃大”,接纳多方,于是中医体系就成了今日之大。

“被动的开放”却又不是囫圇吞枣,全盘接收。中医对外来医学是择其可用者而用之。“为我所用”,将之改造而后纳入中医自身固有的体系。魏晋南北朝时有大量印度婆罗门医学和佛教医学的内容传入中土,它们的“地水火风”四元素论在当时及隋唐医籍中有记载而无应用。没有找到此理论冲击中医阴阳五行气理论体系的证据。然而其所使用的药方和药物,则颇多被吸纳。印度医药药方中,一方所包含的药物品种数量均甚庞杂,这些却被作为验方而介绍和使用于临床之中了。以至于在孙思邈的《千金要方》《千金翼方》中留下了大量记述。清代徐大椿《医学源流论》因此评述:“医风至唐而一大变。”此变亦仅仅是用药和方剂的庞杂使用之变,而无理论体系格局的变化。但徐大椿的言下之意,实际上是批评唐代医风偏离了经典理论轨道,处大复方不讲“君臣佐使”,用其药无所审择。客观地说,这是跨文化传通最常见的一种现象:拿来主义,派用场就行。对中医理论不造成冲击,对外来医药的运用方式却形成了一种风气。

久而久之,此种大复方渐渐地又纳入了中医处方君臣佐使理论的轨道。但不再是“君一臣二”如桂枝汤、麻黄汤那样简约,君药可以二味、三味乃至更多;臣药和佐使药则各有数味亦不足为奇。以吴鞠通《温病条辨》中的安宫牛黄丸为例,牛黄、犀角清热、开窍为君;朱砂、珍珠镇惊,雄黄驱毒为臣;郁金、山栀、黄芩、黄连、冰片为佐;麝香为使。这样就很有章法了。比较《千金翼方》中记载的印度耆婆治恶病方,差别是明显的,而药味数量是相近的。

二

另一方面,中医又不是一个主动外输的体系。中医没有“侵略性”。这是与中国历史上基本不侵略他国的特点相一致的。

几乎所有中医药的外传,都是别国人将中国医生请去、掳去,或别国人到华学习,或做生意,或遭遇战争等等原因而由外国人带回去的,包括中医师、中医书籍、中医治疗工具和药物。

知聪和尚在中医传入朝鲜和日本的历史上作用很大,他可能是公元 561 年被高句丽请去的;一年后却被日本伐高丽时掳走,他与他的子孙在日本传授中医,“和药使主”封号世袭。隋唐时期,日本派出“遣隋使”、遣唐使多批,专程到华学医。鉴真和尚受请东渡日本,748 年第五次渡海成功,在日本传授医学。著名的《医心方》作者丹波康赖(911-995)先祖是汉灵帝五世孙,被应神天王请去的。其后请去或到华学医层出不穷。汉方医学就是一代代中国去的医生和日本医学生这样建立起来。

中医传到中亚、阿拉伯、波斯这些地区,主要是药材贸易肇始。阿维森纳(Avicenna 980-1037)《医典》中有许多中国药物,也有《脉经》内容。大黄等等被引种于波斯、叙利亚等国,成为中亚、西亚乃至欧洲医生很常用的药物。但没有看到中国医生去那里传授中医药的记载。可见中医药之传播于此,是丝绸之路商业行为的结果,被动带去的。古代史、近代史上都没有发现中医师到西方各国游学、推广中医的记载。个别华工会一点医术,主要也是解决一些华工自己的小毛小病而已,没有人去传道解惑的。

1972 年开始的针灸热,由尼克松访华随行记者报道针刺麻醉奇效开始,西方人纷纷来华学习针灸。1990 年代开始的英国中医热,虽然是伦敦唐人街中医师治好小儿湿疹受到注意,但如果没有西医皮肤病专家关注此案例,并且进而亲自到中医诊所学习和研究证实中药治疗湿疹的效果,根本不能引起媒体的报道和重视,也不可能形成中医热。有过一个中医师在唐人街开中药店,主要治疗对象是华人,完全没有对西人进行广告宣传。就是这位病人和皮肤病专家登门求治和请教,也只是“你来治疗、学习我欢迎;你不来,我也不请。”完全是被动传播中医。

现在海外的中医或针灸院校,基本上都是西方人开办并主事的。中国的医生如果英语好,个别被请去做教师。西方人这种纷纷到中国学习中医、针灸和回国办学的积极性,与当年传教士

医生纷纷到中国传播西方医学及办学的积极性颇相类似。可知西方人有一种阳刚、发散的外倾性格，而中国人则是阴柔、容纳的内敛性格。而中医师和中医学在异域他乡都能与所在地人民及他们的固有印象和谐相处，求其共同发展。

三

以上是信息源和信息接受者的态度在中西医跨文化传通过程中所处于的地位和传与受的态度上的特点。不过，无论如何，信息还是传通的主体，信息是传通中运营的介质实体。显然，信息量是很重要的，大量到来的信息，肯定产生影响也大。19世纪以前西方医学的信息也有进入中国，其影响微乎其微，对中国医学几乎没有留下什么痕迹。19世纪开始，西医信息越来越多，西医学渐渐在中国，首先是城市立足下来。

但信息量的多少不是决定因素。决定因素是信息的结构和体系。西医最后能在中国立足并且越来越强大，是因为20世纪西医整个体系、结构全盘进入中国，并且本土化。包括医院、诊所、防疫、卫生、教学、研究各种西医机构及其人员等等一系列配套体系的建立。

这种情况也发生在中医传到朝鲜、日本、越南等国，在那里，中医是全盘、成体系被它们接受并落地生根的。而在其它近邻国家就没有形成。

由此反观当今中医传播海外的态势，由于现代通讯、媒体、书刊、语言翻译以及人员往来已经与过往不可同日而语，信息大量涌入被传入国家和地区，到华学习中医的西方人士回到祖国或中医师出国到异域他乡比比皆是，而且不乏精英人才。可以有把握地说，中医的信息量在不少国家是已经足够的了。但目前还没有一个西方国家有完整中医体系的建立。也没有一个国家的中医有了与西医平起平坐的地位。例如英国，中医师根本不能进入NHS(国民医疗卫生保健系统)；欧洲国家基本上不认可中医作为一项医疗专业，只承认针灸。各个国家有少许中医学院，一些针灸学校，个别大学开设了针灸或中医课程，但并不列入医疗专业课程。中医在欧美远远没有达到体系化程度。更因为政治、政策、西医体系的强大抵制等等原因，中医还未能进入国家卫生体制。由此来看，中医全球化的路程还长远得很。

四

就医学的跨文化传通而言，信息的质量，这里主要是指其实用性和有效性，是至关重要的。长期以来，中医借助商旅、传教士等等途径传到

西方包括阿拉伯中东地区的信息，多数缺乏准确性。这是因为中医（无论是中药或者针灸）是在自己独特理论指导之下实施诊断治疗的，而非一般草药之仅仅作为经验型使用。换言之，不懂中医理论，就达不到中医药和针灸应有疗效。商人和传教士在这个意义上都是中医外行。即使是西医师，由于理论体系不同，也是“鸡同鸭讲”，完全无法准确、合理使用。中医信息传到中东地区1000多年，传到欧洲350年，没有成长为一个独立医疗体系，其原因在此。直到1970年代以后，西方人到中国学习针灸；1990年代以后，相当一批中国中医师来到欧美，信息准确，使用得当，疗效显著，才有了今天中医普遍受到西方病患者称赏和接受的局面。反过来，如果病患者的中医师那里得不到预期效果，就会丧失信誉，该中医师变得不受欢迎。

但有时候，信息的扭曲或失真，也就是变异，不一定是坏事。这是跨文化传通中变异律的一个常见形式。变异就是将获得的信息“为我所用”，纳入到自身固有体系之中。古代信息传通都比较模糊。在变异律下，模糊一点或让它失真可能还比信息本体的精确性更有价值。例如中国大黄是最早传到阿拉伯、波斯然后进入欧洲的药材。中医药使用大黄，是称为“将军之药”，用其苦寒峻泻，荡涤肠胃，推陈致新，下淤血，破症瘕积聚等等。但传到阿拉伯，就进入希腊医学的四体液学说体系，说是“属土，属寒”；“干两度，湿两度”；治疗急性腹泻、痢疾。而说催泻作用“先前的医生们尚无发现……”。完全“无视”中国医生使用大黄的适应症。不但如此，大黄在欧洲，特别是英国，是高级食品，做入布丁、酸奶特受欢迎。大黄在中国是烈药，在欧美是卫生食品。将军(General)变成贵妇(Lady)。孰好孰坏、谁是谁非，只好见仁见智了。但至少没有什么可以指责的，各得其所。信息对于接收方而言，是只要对他们有用就好。这是信息异化而获得正面结果的典型例子。

这个意义上说，只要异文化之间有传通就有机会产生效果，莫管它传通的目的、信息的质量和变异；也不用管它效果与信息源头是否一致。其传通的结果服从于跨文化传通的“市场流通规则”和“为我所用规则”。跨文化传通过程中有关接纳、抵制、变异、主动、被动等等原理和结果，都可以用这两个规则加以解释。

五

在跨文化传通机制研究中，笔者发现一个有趣而具有重大价值的现象：跨文化传通中的信息

钥匙效应和放大机制。如所周知，中国古代有四大发明。弗朗西斯·培根曾指出其中的三大发明启动了欧洲的文艺复兴。李约瑟博士研究了中国发明的马镫传到欧洲，开始了欧洲的骑士时代。Robert Temple 指出，古代世界影响历史进程的重大发明有一半以上来自中国。中国古代发明和发现对全球文明的贡献何其巨大！然而反观我们中国自身，这些发明创造，却没有对自己的祖国产生类似巨大的作用。这就不能不思考中国古代发明和发现的这些信息，传到西方发生了钥匙效应，并在那里被放大。

这种情况与在中医学的跨文化传通中找到例子。大家知道，天花曾经是一种极为严重的传染病、流行病。据估计，历史上有 5 亿人死于天花。18 世纪欧洲约六千万人死于天花。中国人发明了以人痘接种方法预防天花，为中国儿童罹患天花几率大大减少，死亡率大为降低。18 世纪人痘接种法传出，经锡尔嘎西、土耳其到英国，很快在英国形成了一个世界性人痘接种中心，不但在英国本土建立起人痘接种医院，成功率很高；而且欧美各国均来英学习人痘接种方法。于是此法传播到全世界，为各国预防天花做出了杰出贡

献。当年华盛顿因为采取了人痘接种方法给军队战士接种，成功防止了战斗力减弱，保证了内战胜利，建立了美利坚合众国。非但如此，由

于人痘接种方法在英国广泛推行，引起琴纳医生注意，他也参与其事。在实施人痘接种过程中，他发现牛天花浆苗可以代替人天花浆苗，从而发明了牛痘接种术。此后牛痘代替了人痘在全世界施行，直到 1980 年全世界消灭天花。这一过程，就是钥匙效应激发了西方人的预防思想，然后经由他们自己的实践和创造，发展了预防接种技术，这就是放大机制在起作用了。而西方医学的免疫学理论又在此基础上萌生出来。所以李约瑟博士称中国的人痘接种术是“免疫学的源头”，是非常正确的。

针灸传到西方，耳针术在法国得到发展和完善，并且传遍世界，是钥匙效应和放大机制的另一个很好例子。

以上是笔者就中外医学跨文化传通的特点和机制做的一点初浅探讨，抛砖引玉，以俟来者。

*本文于第十三届国际中国科学史会议和中国科技史及其与希腊文明的相互影响国际会议报告（雅典，2012.22-27）



（左图） 马伯英教授工作照

（上图） 马伯英教授探望病患

踪寻古希腊医圣

Tracing the history of the father of medicine in ancient Greece

马伯英 MA Bo-ying

(一)

廿年前译完文士麦的《世界医学五千年史》之时，久久萦怀不去的是对古希腊医圣事迹的向往。他们曾影响了整个西方医学的进程，其中阿斯克雷底亚（Asklepios，在希腊见到的拼法为 Aesculapius，公元前 8 世纪左右人事）被认为是“半人半神”的医学之神；希波克拉底（Hippocrates，希腊拼法 Ιπποκράτης，一般标为 B.C.460—B.C.377 在世）被称为医学之父。他们的时代与中医文化奠基的时代相仿，他们建立的医学理论体系却与中医迥然有别。希腊文化在那个时代鼎盛，其后也辉煌了几个世纪，但后来经历轮番的波斯人、罗马人、德国人等的入侵和占领，已逐渐失去了自身的光辉，文明中辍，直到十九世纪重新独立。就希腊—罗马医学文化传统而言，其于文艺复兴之后，特别是现代医学自十七世纪占据了主要舞台之后，已经彻底黯然失色了。相映成趣的是中国医学，不仅与中华文明一起从未间断发展，更在二十世纪末在西方崛起。中医正在走向世界，“海外中医”成了一种新的时尚。身居海外，亲历看中医文化对西方医学文化的冲撞和激盪，不禁欷歔感怀之至。这更使我企盼对古希腊医学文明源头作一番实地考察、比较。2003 年 8 月下旬，我踏上了希腊的土地，到目前为止，我是唯一一位以医生和医史学者为其身份来此踪寻旧迹的中国人。

(二)

中国餐饮文化真是无远弗届。下榻科斯镇上“希波克拉底旅馆”，其对面就是一家金龙中餐馆，为华裔越南人逃难来此后开设。据说在这常住人口不足二万的科斯镇，这样的中餐馆有七八家。在雅典有针灸诊所，但科斯没有。科斯岛（Kos, Cos）东西长约 45 公里，南北宽约 10 公里，希波克拉底出生在岛西头靠近今之凯发洛斯（Kephalos; Cephalus）小镇附近，那里原是岛上首府 Astypalaea 所在，现在则连废墟也见不到了。不近海岸，游人不至，我只看到荒芜有如不毛之地。

但沿着海岸，科斯岛是美丽的。那湛蓝色清澈可见底的海水浅滩，到处是游人嬉水憩歇之地。岛南偏东有一片耸立的山峰，巉崖笔削，林木繁茂。离科斯镇不远，山势较为平缓，座落着阿斯克雷底亚神庙及治疗和朝拜的园区（统称之为 Asclepieion）。按中国传统文化看，这里风水很好，三面环山，如坐扶椅；正前方视野开阔，直连海面。海的另一方就是土耳其了，约 5 公里之遥。船程半小时，至今两地人民往来频繁。廿世纪初有德国人来此，经当地人指点发现了这片园区，但当时他语多贬意。经发掘考证，证明是 Asclepieion 遗迹，他于是在欧洲到处标榜他是第一发现者，结果反遭时人讥评。1933 年此人死于科斯岛地震——据知该岛时有地震。

此类 Asclepieion 在希腊已发现有三百处之多，科斯岛这一处实属埃披道鲁斯（Epidaurus）之分支。但这一处在我看来最具规模。上下共有四阶台地，有两座阿斯克雷底亚神庙遗址，另有阿波罗神庙、释梦者房、病人睡房、祈祷房、洗澡堂等，其时代从公元前四世纪到公元前二世纪不等，面积有五、六个足球场大。四周有大片柏树林，夹杂着其他一些林木。几十间睡房，多个澡堂，可以想见当初盛况。据说开始时治疗要让病人睡在神庙中阿氏神像之侧，阿氏晚间托梦，病人可得治疗；后来变成各睡其房等候一梦，然后将梦境告知释梦者，为之做治疗指示，就不必阿氏亲自入梦了。洗澡和休息显然是治疗的重要组成部分。这里风景优美、空气清新、阳光充足的自然环境条件当然对康复有利。据说也给病人服用一些草药汁，但如今已无踪影。在雅典一所私人捐赠的博物馆中见到一块砖雕，其图案为阿氏正给一躺卧女子治病，似为按摩之类，看来到神庙来也不是单纯做“梦疗”的。

(三)

在科斯考古博物馆中藏有阿斯克雷底亚一座无头全身塑像（在雅典国家博物馆有其上半身塑像及另一尊全身塑像）。胸膛及右臂袒露，旁有一粗树枝，上缠一蛇。阿氏手握一蛋正与

蛇头相接，左小腿旁有一小象，是魔王泰勒斯发洛斯（Satan Telesferas）。据考为公元二世纪下半叶之作。另有一座同时期作品的卫生之神海金娜（Hygieia）塑像，右手持蛇，左手以蛋饲之。海金娜是阿氏的三个女儿之一。阿氏另有两个儿子，皆以医名，但未见塑像。在希腊神话故事中，特洛伊战争期间阿斯克雷庇亚在军中行医。一日坐于草地旁沉思，瞥见一蛇游来，就用树枝将之击死。过一会另有一蛇游来，口含草叶竟将那死蛇救活。阿氏乃认为蛇有起死回生之能，于是将此蛇缠于树枝带回。后来的塑像，树枝成了他手中的神杖。蛇在希腊人心目中富有智慧，甚受宠爱。我在雅典娜神庙博物馆中见有不少蛇的雕塑，大者盈丈，小者指头大小。有两条大蛇，卧雕于巨大门框之上，两相对称，并颇有龙形——龙在西方也是图腾之物。惟故事中较有影响的是恶龙，例如圣乔治（St George）杀死毒龙的英雄故事尽人皆知，与中国龙有善与恶不同。不管如何，蛇是西方医药标记，当由此始。现在世界卫生组织及几乎所有国家卫生当局、机构的徽记中都含蛇的图形。

阿斯克雷庇亚是太阳神的儿子。有关他的身世说法不一，但他的母亲肯定不是阿波罗的妻子，而是情人。希腊神话时代，男性英雄有很多情人，本不足奇。诸神之王宙斯就是多情种子，他与一美丽女子有私，藏之一地，该地便以她的名字“欧罗巴”为名，这便是欧洲名称的来历。阿波罗与科罗妮（Coronis）有私，并怀上了孩子。但她的父亲弗雷基阿（Phlegyas）却要将其嫁与伊拉吐丝（Elnens）之子伊斯切斯（Isclys）。阿波罗的姐妹阿尔特密斯（Artemis）因感其兄受辱而发怒，射毒箭杀了科罗妮。正当科罗妮遗体将在柴堆焚烧之时，阿波罗命赫尔墨斯（Hermes）——众神使者，亡灵接引者——抢救出腹中的孩子，并托付于凯隆（Cheiron；Hircn）将之救活，长大后即跟从学医。另一传说阿波罗发现科罗妮与伊斯切斯私通是因为他所养的一只漂亮的鸟报信，因而愤极杀了科罗妮。同时也将此鸟的白羽毛变黑——这就是乌鸦的来历，饶舌而报坏消息在西方看来一样遭人嫌恶。

（四）

凯隆在塑象和神话中都是半人半马的形象，在阿斯克雷庇亚出生地特里卡拉（Trikala，古称 Trikki）附近树林中教授医学，阿氏为其学生中最出色的一位。在此后所学的草药的性质和一些“不可思议的治疗方法”。阿氏后来能治人

又治神，名气很大。我在 40℃ 的太阳下寻访科特里卡拉，这里的百姓似乎对阿氏知之不多。这儿穿城而过一条小河，河上有十座桥，其中一座显然建之不久，中央矗着阿氏塑像。可是蛇头上被套了一个纸杯，腋下塞进了一个纸巾盒，令人哭笑不得。河畔不远有一处废墟，面积不大，现在围起来准备修缮，据说是一较小的 Aselepicion。现可见者一些散乱石础而已。离城两公里有一绝佳去处，一群突兀的巨石之山——每一块巨石即为一座山峰，互不连属但皆气势磅礴——被称为“永远的圣地”。有两座山顶上各建有修道院。早先上下山的人们要用吊篮进出，现在则可缘石级上下了。我进了一所修道院，看到教堂古老壁画都是教徒杀人及被杀的血腥的画面，此颇与其它教堂所见不同。我想，在建修道院（公元二世纪）之前，在阿氏学医、行医时代，这里应是其必到之地。因为这群巨石之山的奇景，实为人神共羨。

阿氏神庙另一著名之处应在雅典，可惜遍询之下，竟无人知道。雅典城中没有阿氏或希氏的纪念雕塑，倒是分别有两条街道以阿斯克雷庇亚及希波克拉底命名。街道狭长，有较多书店，但并无与医学相关的特色。雅典娜神山踞于城之中心，在街上行走，几乎皆是抬头可见。但行脚不易及之。雅典娜神庙高耸其上，晚间在红灯照耀之下，更是金碧辉煌。登顶四顾，四周房屋鳞次栉比，唯建筑样式简陋而杂乱，颇与中国七十年代所建之房类似。展眼四望，环神山皆房也，而环雅典皆山。神山上几乎寸草不生，偶有几棵橄榄树。其中一棵据说在波斯人占领时枯死了，波斯人一走又枝叶复萌。说明书上标记有阿氏神庙，却连保安也指不出确切位置。后来终于在山左脚下找到一大片正在复建的废墟，其中有一块 4×8 米见方的石础围存之地，标出“阿氏神庙，公元前二世纪”字样。在此后方约 6×60 米区域是病人睡房，紧贴山脚。其中有一山洞，已为建筑工人占用，锁闭不得入。隔邻有一古罗马人修建的大剧场遗址，其上部已被泥砂掩埋，下部石阶及戏场仍清晰可见。此剧场修建年代迟于神庙，很难说是最初神庙治疗体系的一部分。

（五）

位于东伯罗奔尼撒地区的埃披道鲁斯阿氏神庙园区，置身群山之中，却独拥一片开阔地。从雅典乘公车出发，穿行于群山狭道，跨过一条宽不过 20 米，长约 200 米、深却有 80 米左右的运河，这是为沟通红海与爱琴海而开凿的。看上去却像是大地上一条狭窄裂缝。这么深的

运河开凿，是颇见功力的。又可知这一地区属于半岛。实际上埃披道鲁斯与雅典分属于海湾的两侧，而两者与海均有大山屏蔽，并不能相对而立。两个半小时的车程，过了一个名为新埃披道鲁斯的小镇，公共汽车就将我这个孤零的寻踪人撇下拐弯走了。烈日灼得地皮发烫，路上全无树荫遮挡。一公里路程走了二十多分钟，总算看到一片林木，郁郁葱葱。背后是连绵大山。这时颇见到一些游人，停着几辆大巴，是旅游公司组织而来的。入大门有一座小小的考古博物馆，馆外有几尊考古学家本人的雕像，馆内有不少遗址中发掘的大型雕刻原件，但阿斯克雷庇亚神像却是复制品，而且体积不大。此外再没见到阿氏雕像。希腊盛产大理石，现代人似乎吝于为那些古典英豪雕像。

出博物馆往左，即是大片废墟，占地面积约在科斯岛园区的两倍以上。不过，这里并非都属于阿斯克雷庇亚，因为最大的神庙属于阿波罗。此外还有奥林匹克运动场及其它许多另派用场（例如图书馆）的建筑遗址。有一处公元前5世纪的神庙澡堂，一处公元前380—375年修建的阿斯克雷庇亚神庙遗址，一处公元二世纪的海金娜神庙遗址和祈祷与治疗圣所遗址。确有一片公元前4世纪末的寄宿舍遗址，但似不象文士麦所描述有180多个房间。也未见到他提及的深五十英尺的阿斯克雷庇亚井。在这片废墟的周围有不少松树引起我的兴趣。其与中国松树不同之处在于，并非黠屈虬枝、苍鳞枯爪，而是松针嫩绿柔软，整体颇显婆婆曼妙。希腊这一年无雨，很多山头都是枯草朽枝，却不知为何这些树木还能如此葱茏。

自博物馆向右，与上述废墟相距300余米，有一巨大的露天剧场，最早建于公元前4世纪，后历经修葺保养，至今完好如初。这就是文士麦描述的神庙医学一部分的那座大剧场。至今还上演一些较经典的戏剧，可容纳一万五千人，每年演七至八场，是为游人所设。我到的前两天刚上演过一场，剧目是一出关于犹太人受德国法西斯压迫、驱逐的歌剧。这个剧场以音响效果奇佳出名，据说晚上场内掉一个银币，所有听众都能听到清脆的响声。我听到游客在场中拍掌试音，果然是加迴响清晰。有点象天坛的回音壁效果。在旅游餐厅见到一巨幅黑白照片，剧场座无虚席，人头攒涌，果然十分壮观。

我感到诧异的是，当年众多的求治者，怎样不远千里、长途跋涉而至。古希腊人爬山都是以小毛驴代步，雅典和西面的奥林匹亚神山

如今都是两、三小时汽车路程，算是近的，可知如果不是一片虔诚，那是做不到的。

（六）

不太清楚阿斯克雷庇亚是怎样来到科斯的——有认为是从埃披道鲁斯，也有认为是从特里卡拉迁移到科斯的。在科斯考古博物馆内，天井地面上是一幅马赛克彩石拼铺的画，从它处移来。作品完成于公元二世纪。画上阿斯克雷庇亚乘船来到，希波克拉底与一科斯人在旁迎接。这当然是作者的想象。据考证，希波克拉底是阿斯克雷庇亚的第十七代裔孙，代代皆以医名。

希波克拉底的父亲名叫希拉克利德（Heracleides），而祖父也叫希波克拉底（Hippocrates I）。西方人起名与祖辈相同是常见的，表示尊重和喜爱，与中国人起名要避讳恰恰相反。希腊文中“Hip”意为“马”，“PP”重复以示强壮，“Crates”意为驭者。合起来就是“强壮的驭马者”之意。希波克拉底的母亲费娜蕾脱（Phaenarete）是希拉克莱代（Herecleidae）的女儿。有一份古希腊手稿中提到“那幸运的女人生了希波克拉底，她就像苏格拉底的母亲一样，被命名为费娜蕾脱。”希波克拉底的妻子是阿柏拉比（Ablabia），共生了两个儿子，塞撒留斯（Thessalus）和查孔（Dracon），后来也成了著名医生。女儿之名不详，嫁给了一位医生，两个儿子都参与了希波克拉底文集的编集，并在其中留名。古罗马名医盖仑（Galen 129—200）在自己的著作中称赞过他们，他们的儿孙、曾孙、重孙也都行医。这样长的世代从医家族谱系，即使在中国这样讲求世代业医传统中，也是未曾见到的。

希波克拉底诞生的年代，正值希腊历史上最辉煌时期的开端，他从小就很有教养，并且从父亲那里，也有认为同时从祖父那儿，亲炙医学。他曾在科斯和克尼达斯（Cnidos）的两所颇负盛名的医学校学医。著名的希洛地卡斯（Herodicas）是克尼达斯医学校的杰出代表，应当也是他希波克拉底的老师。科斯的阿斯克雷庇亚神庙中病人络绎不绝，使他获得很多临床知识。他还从高吉斯（Gorgias）处学过修辞学，在米佐达鲁斯（Methodoras）处学习哲学。古希腊的文明和最新思想处处浸染着他。著名的原子论哲学家德漠克利特（Democritus）与他年龄相仿，应是亦师亦友的关系。人们普遍认为，他后来一些光辉的医学成就绝不单纯是医学教学的结果。这使人想起《黄帝内经》同样是医学与哲学相结合的结晶；孙思邈在《大医习业》

中强调学医时应精通三坟五典的教诫，相似何其乃尔。

(七)

希氏的著作，思想和学术成就世所共知。但他到底去过那些国家，到过哪些地方，研究者仍是众说纷纭，多所存疑。科斯与雅典隔着浩渺大海，空中飞行时间要 40 左右；希腊内陆则多为山地，四处出访在那个时代似乎不那么容易。从海路他可能到过埃及，但要去俄罗斯恐怕不可能。他在雅典大疫（有谓是鼠疫）时一举成名。

现今的科斯镇中心有一棵古树，以“Hippocrates' Plane Tree”闻名。我去实地察看，果然是一株悬铃木（我国俗称法国梧桐），老态龙钟，主干部都差不多要两人合抱，而且中间开裂，袒露出大片的酱红色内肚。四周用铁架支撑着枝干。传说希波克拉底在此树下传授生徒。尽管如此，这棵树也不可能是原本的那棵了，因为悬铃木的最长寿命，植物学家认为是 200 年左右，而希氏距今已有 2400 多年了。

在镇中心另侧，碧蓝海水浅滩之畔，现在矗立着一座希氏教授学生的塑像，两位学生正洗耳恭听，一位妇女怀抱孩子似为求医者。此塑像乃 1994 年英国雕塑家阿连(Alwyn)所铸。街上商店的老板们竟都不知此塑像之存在，可为一叹。我也去过希氏逝世之地拉里萨(Larissa)。距特里卡拉半小时车程，是希腊第四大城市——寻访旧迹，可惜一无所见。好不容易打听到有一座希氏塑像，赶到那里一看，位置颇为偏远，巨大白色塑像依传统样式塑成，也有一蛇。其下可能是希氏陈列室，但并无名牌，大门紧闭，像个地堡。门前落叶遍地，似乎久已无人光顾。城中居民鲜有知道此城乃希氏葬身之地者。《新约》中耶稣所言不谬：“在本国作出杰出贡献者往往在别国获得崇高荣誉而在本国都被人漠然淡忘。”中国谚云“墙里开花墙外香”，不亦然乎！据说当年德国人在希腊取得不少希氏文物并建了一个希波克拉底博物馆，在希腊我却到处寻访不到。

希氏卒年不详，约在公元前 370 年至 358 年，一般史书记为公元前 377 年，也有认为是公元前 355 年。应该是与扁鹊年代相仿。希氏去世后形成了一个希波克拉底学派，由其学生及子孙辈组成。他们整理編集了《希波克拉底文集》。这似有点与《黄帝内经》相似，前人之讲稿由后人集腋而成。希氏文集成于公元前三世纪左右，与《内经》成书之期相仿。我在雅典最大的书店找到唯一一本现代版《希波克拉底文集》约 300 多页。但全是希腊文，我目不识其丁，终于没有买下。此书收集最全，约有 60 篇。另有英国企鹅丛书出版的《希波克拉底著作集》(Hippatretie Writings)英文版，由剑桥大学洛伊德(Prof. G. E. Lloyd)编辑，共收希氏文 19 篇。1950 年初版，1978 年重辑，1983 年再版。他现在是李约瑟研究所基金会主席，正与席文教授合作进行古希腊与古代中国之医学哲学思想比较研究。国内赵洪老弟有译本，当为据此译出。我将希腊新出版的英文与希腊文对照的《誓言》(2003)，与洛伊德教授书中所收英文《誓言》(1950)相对照，发现两者文字颇有差别。日后有暇，我当将 2003 年新版译出以飨读者。

(八)

此次医史觅踪之旅，可谓不虚此行，感触良多。带回一些阿氏和希氏小塑像，堪赠国内作医史陈列；亲历遗迹，访古问新，增加了对古希腊医学的了解。其中特别想到：希波克拉底为西方医学开创了一个新时代，但这一新时代并非在他在世时已广为接受，相反，很多阿氏神庙遗址表明，希氏之后的几个世纪，还是神庙医学盛行的时代。个中原因，且待以后再撰文探讨。

(本文发表在《中华医史杂志》p246-249, No.4, Vol.34, 2004)

慢性原因不明疲劳综合症的治疗经验和研究方向思考

The effective treatment of ME and a considered hypothesis for research

马伯英 MA Bo-ying

【摘要】笔者自 1997 年起以清热解毒方为主治疗 ME（原因不明慢性疲劳综合症）数十例，皆得痊愈，由此而引发对中医治愈原理的思考。本文就此提出有关研究方向的不成熟意见，供同道批评指正。

Abstract: In the author's own clinical experience: dozens of ME patients were cured since 1997 using heat-clearing toxin-resolving formulas. Such a fact led the author to submit a hypothesis of the effective mechanism of such TCM medicines and present here some considerable ideas for further research.

Key words: ME; heat-clearing toxin-resolving formula

1. 概述

1.1 命名

大凡名为“综合症（Syndrome）”者，都是病因病理没有最后确定的病症。疲劳综合症也是如此，故又冠以“不明原因”一词。在西方，最早记述此病为 1869 年，1955 年伦敦 Royal Free Hospital 发现员工罹患此病而始用 ME（Myalgic Encephalomyelitis 肌痛脑脊髓炎；Myalgic Encephalopathy 肌痛脑病）称之。现在 ME 已成为英国通用诊断病名。1980 年代有许多年轻人染病，被认为是年轻人偷懒，故戏称为“yuppie flu 雅痞感冒”或“shirker syndrome 逃避综合症”。1996 年 10 月，医学界协议定名为 CFS（Chronic Fatigue Syndrome 慢性疲劳综合症）。

此病另外也有称之为 CIDS（Chronic Immune Dysfunction Syndrome 慢性免疫功能障碍—失调综合症）和 PVFS（Post-Viral Fatigue Syndrome 病毒后遗疲劳综合症）。

中医没有为此专列病名。但自古以来，“劳乏”、“虚劳”、“倦怠”、“痹症”、“痿痹”、“湿重”、“中气不足”、“肝郁气滞”及“阳虚”、“阴虚”、“气虚”、“血虚”、“脾虚”、“肾虚”等等，都有包含此类疲劳综合症的可能。中国的西医书籍前此少见对 ME 病症的介绍。

值得指出，由于医学界找不到器质性疾病诊断依据，有相当大的一批西方医学专家认为 ME 是心理性疾病而不是躯体性疾病。

1.2 发病率

由于病因、病理不明，诊断标准各异，发病率的估计未能统一。有人估计，全球一半人有疲

劳症状，但有症状并不就一定是 ME。2000 年日本公布 1/3 工龄人口患 ME。英国皇家医学院认为英国 1-2.5% 人口患有此症，约 100 万以上，但英国“抗 ME 慈善团体”认为病人总数在 15 万人左右。还有一些调查认为，英国约 20% 男性 25% 女性总感疲劳，其中的 1/4 可能患有 ME。澳大利亚 1990 年统计每 10 万人口有 37 人左右感觉疲劳。大多数西方国家及俄国、北非等均有很高发病率报告。中国 2000 年健康调查认为城市新兴行业人群发病率在 10-20% 上下。

统计表明，患者之年龄、背景、职业、种族无明显差异；女性略多于男性；易染病体质、暴露于微生物制剂或毒素、身体或心理创伤者较多发。

1.3 诊断标准

(1) 排除所有器质性疾病为前提，患者各种仪器和实验室检查为阴性；

(2) 持续 6 个月以上严重疲乏，休息后不能缓解；

(3) 同时有肌肉关节疼痛，头痛，头晕和其它不定部位疼痛；

(4) 另外的伴发症状如失眠、心悸、记忆力减退、注意力不能集中、抑郁、紧张、焦虑等等与心理、情绪相关；一些病人也有上呼吸道及胃肠道症状等等，因人而异。此不作为主要诊断依据。目前没有仪器或实验室特异诊断依据。

1.4 治疗

在现代医学临床中，没有特殊有效治疗方法，大多主张以心理治疗，休息和营养为主。中医临床以辨证论治处方，尤其认为属于虚证，故以补

法为主,补中益气汤(丸)、人参蜂皇浆最为常用,然而疗效也不明显。

2 本人治验

2.1 方法

1997 年及其前,笔者认同以上治疗,疗效均不显著。1997 年以后,笔者以清热解毒中药方治疗,至今 40 余例,95%以上获得痊愈。

基本方为银翘散加板蓝根、大青叶各 30 克。

2.2 典型病例

(1) Mrs X, 26 岁,银行职员。1997 年来诊。在医院诊断为 ME 已 5 年,久治不效。在中医诊所治疗也已数月而效果不彰。余接手之后,银行经理来信询问该病人离开工作,长期休假,是不是真的有病(言外之意是不是偷懒不愿工作);或者只是心理疾病。他们在考虑是否要扣其工资或予辞退。笔者回信告知是躯体疾病而不是偷懒或心理疾病。观察此病人面色红润,皮肤白皙,貌美,体略胖,细声细语,外表完全不像病人。但疲乏严重,走路 10 分钟就需要坐下休息;平时以卧床为主,不能做日常家务等。其男友为增强其信心和照顾方便而毅然与之结婚。但仍于事无补。医院各种查体和检验报告指标全部正常。西医休息和心理治疗、中医补虚治疗,均告不效。其舌淡红,苔薄白,脉濡软。从西医辨病、中医辨证角度,颇难以下一诊断。余以体略胖和脉濡软作依据辨证论治,考虑湿重,予以利尿祛湿,用藿朴夏苓汤、参苓白术散等为基本方加减治疗,略有好转,但极度疲劳、身痛头痛、头晕症状仍然明显。细询发病史,发现最初起病因于感冒。时有发热、咽痛等,愈后开始出现全身疲劳、肌肉关节疼痛。笔者由此忽然忆起 1965 年在上海静安中心医院实习时,一位老农住院,久卧不起。我问带教老师,一位近 60 岁由私人开业转为公立医院工作的老医生,他说是“感冒后遗症”。当时我心中甚不以为意,觉得是其无能诊断而作敷衍。但这个诊断名词给了我极深印象。惟其时尚不谙中医,不了了之。对照此位病人,是不是确实有“感冒后遗症”?此症是否属于中医热病之后“余热(毒)未清”、“热邪滞留经络”?乃决定予以“清热解毒”之剂,以除“余热”“留邪”。处方银翘散加减,7 剂后病人复诊,谓疼痛减轻,体力增强。续服 7 剂,病情继续好转。后续服煎药 14 剂,病人已经基本复原。再给板蓝根冲剂三周,病人痊愈。此例给我影响极大,开始思考 ME 的病理机制。

(2) Miss X, 18 岁,学生。1999 年经朋友推荐来余处求诊。三年前到希腊旅游,海中潜水被海蜇螫伤。回到英国后开始感到疲劳、身痛。后来被医院诊断为 ME,然治疗无进展,并休学在家。诊之各种体征、实验室检查及舌脉皆正常。依据上多例 ME 治愈经验,虽然此女孩没有感冒史,但发病前有海蜇螫伤史,故仍决定如法炮制,予以银翘散加减方服用。一周后来电话称已大有好转。寄药一周续服。两年后再次来电,称因到海德公园游玩,坐在草地受凉感冒,ME 复发。遂再寄前药服用。病愈未再复发。

(3) Mr X, 54 岁,建筑工人。2004 年来诊。医院诊断为 ME 已经 5 年。予服上方 6 周痊愈。

(4) Miss X, 15 岁,学生。全身乏力,肌痛,眩晕,看书不能聚焦(10 分钟即不能继续看书),前额头痛,5 周前由医院儿科诊断为 ME。父亲朋友(即例 3)闻之而推荐予余。发病前曾有低热。现因 ME 辍学在家。性格开朗,谈笑自若,但睡眠不安,多梦易醒。行走 10 分钟必须休息。舌尖偏红,略胖;苔薄白,脉稍数,有力。予服上方 7 剂,复诊谓有好转,行走较前可持续长一些。再服两周,回到学校上课,每天 2 小时。但看书头晕,加服眩晕宁,续服前方 3 周,基本恢复全日上学。以后改服板蓝根冲剂痊愈。2006 年 10 月来告,曾与同学完成 Duke Edinburgh 远足三天,日行 16 公里而未感疲乏。

3. 笔者关于清热解毒方治疗 ME 获效机制提出的假说

(1) ME 病人多数有病毒感染史,以致曾经有人提出以“感冒后遗症综合征”命名。此与笔者观察到的病例符合。个别有其它毒素(例如海蜇毒素)侵袭史。因此外邪是 ME 的原始病因。

(2) ME 一般都是在感冒基本痊愈后发病。其时病毒应该已经消灭,为什么又有后遗症出现?这很可能是病毒碎片没有完全被清除出体内造成的。此即中医所称“留邪”。

(3) 这些病毒碎片具有生物活性,可以随着血流到达机体细胞表面,然后与细胞表面某些具有亲和力的受体结合。结合以后,这些受体处于封闭状态,不能再与正常传递介质分子结合,于是正常功能丧失。

(4) 可以打一个比方,病毒碎片就好比垃圾,受体好比是门锁的锁孔,垃圾塞满了锁孔,钥匙

就不能被进入锁孔，于是锁不能被打开，门也就不能被打开。锁与门的功能由此丧失。

(5)这种情况正好发生在神经肌肉接头处。正常情况下，神经冲动下传，神经介质与肌肉受体结合，肌肉产生反应，收缩或者舒张。这就是肌肉正常运动。肌肉能够正常运动，当然没有疲劳感觉。

(6)一旦肌肉受体被病毒碎片封闭，神经介质不能与肌肉受体结合，也即神经冲动无法下传到肌肉，使肌肉运动，此时人的感觉就是没有力气，“疲劳”。

(7)这种“疲劳”与一般使用肌肉过度，过劳之后的疲劳，即消耗了肌肉细胞内的能量键(ATP, ADP)，是不一样的；也与病后虚弱致使机体缺乏能量供应造成的疲劳完全不同。肌肉不是缺少能量，而是能量不能发挥作用。

(8)而这些能量积聚在肌肉不能正常消耗，肌肉内的“熵”堆积不能排除，于是就产生肌痛的感觉。所以，疲劳和肌痛都是能量过度堆积造成的。按中医理论，它们是“实证”的表现而不是“虚证”的表现。所以中医补法对此症效力不彰。

(9)肌肉受体可能就是对病毒碎片有“亲和力”的受体。其它组织细胞表面如果也有一些类似具有亲和力的受体，一旦与病毒碎片结合，也就会被封闭，于是产生相关症状，例如头晕等等。

(10)如何使这些在锁孔中的垃圾清除？即将病毒碎片与受体的结合解构，我认为用中药比较能够办到。因为中医理论可以将这种碎片的存留解释为“邪留肌表”或“留邪”、“伏邪”。而治疗之法，首先考虑清热解毒；清热解毒，尤其是感冒病毒，首选就是银翘散，大青叶，板蓝根。虽然外邪侵入的急性期已度过，余邪仍然需要清除。

(11)临床效果证明，这样的治疗是正确的。

(12)下一步的实验室研究，应该去发现受体与病毒碎片的存在与结合；发现这种结合的解构和清热解毒方的作用机制。

4 结语

(1)中医的生命力在于临床疗效；中医科研的生长点也在于临床发现。

(2)中医科研要采“百家之长”，不有中西门户之隔，不存学术芥蒂，一切能为我所用者皆可取之。唯一目的就是取得成果，弘扬中医。

清热解毒中药方治疗已经没有热象的 ME 病症，似乎不合常理。但深一步思考，其实还是在中医留邪理论范围之内。对于此种情况断然采用清热解毒中药方，是大胆而正确的决定。中医临床医生要敢于突破常规。“医者意也”，临床之用，存乎一心。而其进一步研究，将不仅是中医学的突破，也是西医理论的突破。望有识者鉴之。



《中国医学文化史》书影



散文集《剑河的凝思》封面

中译英的困惑：词义和语境如何准确表达 ——兼论中医文稿的英译

Puzzle of translation from Chinese into English: How to choose correct words and show the suitable state of the language

马伯英 MA Bo-ying

【摘要】严复说过，翻译以“信达雅”为准则，但如何做到却并非易事。本文认为词义的准确选用，不是单单查阅词典就能找得到的。需要了解英语单词在不同场合、不同对象、不同年龄、不同背景有不同的选用。有的词典过于简单，所以要有一本合适词典帮助翻译；有些词语，甚至只有在异国生活以后才会了解。中医术语更加复杂，如果连中医古文含义都没有弄清，准确选择英语用词就益发困难。不少在这几年来，已经约定俗成；但作为学术标准，还是需要标准译名。这是“信”的基本原素。目前的中医名词标准辞书，尚不能满足使用者要求。同时，笔者发现，翻译准确并不是选用了准确词语就可以符合原意和得到西人理解的。其原因在于“语境”的未能准确显示。“中国式英语”往往用词和语法都对，西人却听不懂、看不懂。语境不对，准确的词义也可能造成错误理解。而语境不对，文字也就不能顺畅，无法优美，“信达雅”三条都做不到。语境是语言使用群体积久而成的一种习用范式，并无明确标准，没有确定边界，但是却是该群体使用该语言的方式和氛围。可以感觉却不易清晰界定。有点“只可意会不可言传”的意思。所以语境对于非母语的外国人不是很容易熟悉和运用自如的。中译英的译者，尤其中医文稿的译者，还需要做更大努力。

Abstract: The principles and the best level of translation are fidelity, fluency and elegance according to Yan Fu. But this level is not easy to achieve. To find a correct word not only needs a good dictionary but one also has to understand the word, whether suitable for a special particular place, age, object and background or not. Some words could only really be comprehended having lived in the foreign country. It is much more difficult to translate a work of TCM as the meanings of the ancient terms sometimes are so intricate and obscure that they could not be clearly understood even by a Chinese. A standardized dictionary of translation is necessary. There are a few such dictionaries but they are not completely satisfactory. Apart from the above, the pattern of language also is very important for people to understand. 'Chinese English' often caused ridicule because it could not show the right pattern when speaking or writing English. In an incorrect language pattern a correct word could be misunderstood. Or, English people can guess the outline of the meaning but their feeling is always not comfortable. In such cases the translation is not corresponding with the principles of 'fidelity, fluency and elegance'. The pattern of language is formed by the ethnic customs of speech and writing over a long period. Such conditions of language could be sensed but difficult to describe or define clearly. For a people whose mother tongue is not English or another language this would be very difficult to understand.

引 言

语言学是人类研究的一个重要分支。翻译学是人类学跨文化传通研究学者一个重要研究课题。中文翻译成外文或外文翻译成中文，是翻译家们和口译者们天天孜孜切切在努力从事的工作。箇中甘苦自心知。有人在英国住了几年，就大言不惭说自己“不瞒你说，我的英文比中文还好一点。”我想说：不是母语为英文的中国人，英文要比中文好是不可能的。其实这种人对英语的了解，不过皮毛而已。

从事翻译工作，大部分人英译中可能很不错，但中译英则问题多多。事实上，中文译成外文比外文译成中文要更难一些，这也是一个人类学问题，值得深入探讨。

中医文字的翻译又是比普通语文的翻译更多问题的一个领域。这主要是在中译英方面。译者不但要懂得对译的语言本身，而且要相对比较深刻理解中医学的独特用语，其中不少是古典文字（古文）。近三十余年来，随着中医走向世界，中译英的出版物日渐增多，中医词汇双语词典也出版了不少。笔者不是翻译专业人员，涉猎有关著作也不多，无从评论这些翻译著作。本文仅就平时感触到的一些问题谈谈浅见，请方家予以指正。

词 义

词义是指每个单词所包含的意思。但中文单词与英文单词并不成为一一对应的关系。汉英词典在一个汉字后面给出可能的英文单词；同样，在英汉词典中，每个英文单词后面给出可能的中

文单词。通常翻译就靠这两种词典来选择合适用词。

所以，翻译离不开词典。但是，词典能给译者提供足够而准确的词义选择吗？一般来说是可以的，但细究起来，特别是译文在外国人眼中，他们多半可以了解文义，但常常又是不认同某一词字的选择，有时他们觉得：简直“驴唇不对马嘴”。

举例来说，chapel 一词，中国的英汉词典中，都说是“小教堂”。我 1985 年到剑桥李约瑟研究所工作，去剑桥大学的国王学院 Kings College 参观，那里有一座气势恢宏、壮丽辉煌的巨大教堂，举世闻名，每年圣诞节前夜都要举行祈祷、唱诗会并向全世界转播。可是英国人都是将之称为“chapel”。我问了他们才明白，原来属于小单位的教堂，就叫做“chapel”。所以，其之为“小”，不在于体形，而在于“身份”。该教堂只是一个学院的教堂，当然只能是“chapel”。它属于国教教堂，所以也不是有的词典所说“英国国教以外的教堂”。

《汉英词典》中的“教堂”注为“church, cathedral”，但没有进一步解释两者之间的差别。英汉词典中则仅仅说“cathedral”是“大教堂”。其实前者多是基督教教堂，有大有小；后者为天主教教堂（个别例外，英国的圣保罗大教堂是英国国教的，叫 St. Paul's Cathedral），而且大部分确实很大、很宏伟。Minster 也是基督教大教堂。不同宗教或教派的教堂多半有自己专用名，例如 kirk（苏格兰基督教）、synagogue（犹太教）、mosque（伊斯兰）、temple（佛教、犹太教）等等。

在英文中，有一座英国国教的主教堂的城市才能称之为“City（市）”，即便城区本身面积不大。剑桥只有 10 万人口，方圆十公里，并且限定此数，但有主教堂，所以是“City”。伯明翰很大，但没有主教堂，就只能叫做“Town”。

“拥抱”一词，英译在《汉英词典》中可以是“embrace; hug; hold in one's arm”。例句就是用“embrace”。然而在英国人眼中，“embrace”作为“拥抱”的含义，已经是一个过时的词，没有人用了。“hug”则是社教场合的礼仪，但英国人只握手，不拥抱。法国、意大利人多 kiss，不拥抱；俄国人多拥抱，而且常常是“bear hug”，即“熊抱”。“hold in one's arm”多数为抱小孩。抱小孩更多用“cuddle”。cuddle 对于成人则多半是卧姿相拥。Snuggle 一般用于恋人之间的依偎相拥。这些恐怕只有在这些国家生活相当长一段时间才会明白，词典上不会加以说明。

由上可知，并不是词典里给出的词就可以直接套用。在不同场合、不同对象、不同背景、不同年龄等等状况下，是需要用不同英语单词加以表述的。也就是说，词典给的词义没有普适性。仅仅凭借普通双语词典进行翻译很难准确选择用词。大多词典不可能解释很细。有些词典附有例句会好一些。但需要明白，那例句体现的就是那个特定环境、对象所使用的词，不能普遍套用。有一本英文词典叫 *Roget's Thesaurus of English Words & Phrases*，比较好。此词典到 2002 年已经是 150 周年纪念，分别在 1852、1879、1933、1962、1982、1987、1998、2002 共有 8 个版次。英国报章对此书评价甚高，Independent 甚至说“这是一本改变了世界的小书。”这本像词典又非词典的书绝对值得推荐。可惜至今没有一本中文译本供国人使用。

然而对于中医术语而言，这样好的书也是无能为力，因为它没有涉及中医词汇。1984 年在北京的一次国际中国科学技术和医学史研讨会上，我第一次与李约瑟博士见面，他的第一个问题就是中医的那些术语例如阴阳、五行、气、针灸穴位名称等等如何译成英文。我想了一想说：“恐怕最好办法还是直接用拼音。”他接着我的话说：“So do I.”是“所见略同”吧。中医术语往往含义广泛，一字多义；不同上下文，同一词语的词义是不一样的；各人理解不同，也会产生歧见。那就不如用拼音，具有和盘托出的总括作用。现在西方人大多已经接受这些中文的拼音词汇，并且像“fengshui”（风水）、“bagua”（八卦）之类，他们也是耳熟能详。这些为西语增加了新词。

不过，毕竟不可能所有中医术语都用拼音。而编撰中医名词外文词典首先要靠中国自己的语言学家和中医学家来实行。自 1980 年以来，这样的辞书已经出版了不少。尤其 2005 年科学出版社出版了全国科学技术名词审定委员会公布的《中医药学名词》；2008 年出版了世界中医药学会联合会主编的《中医基本名词术语中英对照国际标准》。这些无疑对中医名词术语的英译提供了非常好的辞书类参考书。两年前又出版了中法对照国际标准；今年通过了中意对照国际标准。

但是，这些标准辞书并不能很好满足教学、理解和准确翻译的要求。李照国先生在《中西医结合学报》连载“WHO 西太区与世界中医药学会联合会中医名词术语国际标准比较研究”，工作做得很细，很值得一读，其中不少是在今后这两部中医名词术语国际标准修订时应该改进的。有些词语的使用和解释也有可商榷之处。

问题的另一方面,是国外那些使用中医药的临床医生或写作中医文章著作的学者们对这些中国人为主制订的标准认同度有多少,他们接受不接受,接受面有多大。由于国内此二种名词标准在国外发行量很少,我个人的感觉是影响很有限。相反,由于过去一些介绍中医的英文著作流行已久,一些用词变得“约定俗成”,现在要作改变,具有相当大难度。

还有一个问题,是术语的通俗语言表述。例如“气”,不少英文文章和民间还是说成“energy”;“邪气”说成“evil Qi”、“evil energy”。这些用法有时候很难去纠正。西医术语也有同样问题,医生说的是医学术语,病人说的是俗语。例如英国病人如果说“stomach pain”,千万别以为就是“胃痛”。病人意思是“腹痛”。医生作为诊断必须使用医学术语,但倾听病人讲述必须懂得他们的俗语。那么,翻译使用词汇,就要视对象而确定选择何种语汇了。

语 境

语境是指语言使用者所表现出来的语言整体环境状态,是与该语言所生发、存在的地区或国家独有的地理、人文、自然、心理、思想、习惯、思维方式、行为方式等等紧密相联系着的一种特殊的包裹起来的语言结构。是说话者语言形象的整体呈现。真正好的翻译作品,是对该种状态的活龙活现的展示。因此,语境就是一个范式(pattern)。这种范式是该语言使用群体长期生活中自然而然形成又随之而不断有所改变的。它多半是无形的,没有明确边际,不可触摸但切切实实存在。可以感知,却难以界定。通俗一点说,是读者感受到的“味道”。好的语境表述,甚至比读原著“味道”更好;特别是那些既懂原著又懂译文文体语言的人来说,将两者进行比较,可能感到一番“别有风味”,这是翻译的胜景:一种再创造。

翻译中的语境涉及双边:中文一边、外文一边。翻译于是在这里就是语境的转换:从汉语语境转换为外文语境,或者从外文语境转换我汉语语境。

英译中,通常认为,只要掌握了基本词汇量和熟悉英语语法,一本词典在手,大致就可以进行翻译了。学生学了英语就做英译中作业,不就是这样麼!对中国人来说,英译中还是相对比较容易将该英文的含义和语境表达出来的。换言之,中国人理解英文词汇和语境困难不大,并且移转为中文语境表述亦相对容易。

1983年我就是“初生牛犊不怕虎”,这样从英文翻译了《世界医学五千年史》,1985年由人民卫生出版社出版。因为我们求学的年代,是与苏联交好、大部分学生必须学习俄语的年代。我的高中、大学,因此学的是俄语。1978年考上第一届研究生,第一年有英语课,一周4节,学到的、记住的词汇量都很有限。1981年底接到李约瑟博士邀请,要我做好准备去剑桥协助他写《中国科学技术史》中的医学卷。那时我刚刚受命到上海第一医学院开办医学史教研室,忙于人员招集、建立架构、编写讲义、开始授课,没有时间增进个人英语水平。一年后有了点空,就想如何快速提高英语。当时中国还没有一本直接从西方出版的医学史全译的读本(有一本小小的从苏联俄语译出的医学史)。我是从北京医学院医学史教研室借到一本德国人原著而后又被译成英语的医学史著作:5000 Years of Medicine,复印了以后就开始翻译。大约用了8个月的业余时间,初稿完成(共42章,其中分了11章给两位学生翻译)。译得准确不准确,我没有把握。幸而中医研究院医史文献研究所蔡景峰教授是英语高手,医学史大家,我就请他校译。然后我又润色一番,最后就给了出版社。周谷城老先生为之题签。出版以后,颇得好评,认为“译义准确,译笔流畅,文字优美”。我想,我获得了一次小小的成功,将一个西方医学史语境转化为中文医学史语境,为受众所接受。

这次翻译的经验,我体会到翻译的要旨“信、达、雅”十分有道理。其中的“雅”不仅仅是文字技巧,很重要是一个语境问题。由于这是一本医学史著作,基本的内容我是熟悉的。原作者文字描述有他自己的风格,如何将他的这种语言风格在中文译笔中反映出来,也就是西方语境变成中文语境,使读者感受到优美。我做到了这一点,这是与我对西方医学史的了解和对中文的把握有充分的自信有关的。

中译英就有这方面的不自信。因为中国译者不明白西方人阅读的语境要求。或者简单的说,是不知道他们的书写和阅读习惯。许多中译英文字,选的词语准确,语法正确,但人家就是半懂不懂,连猜带蒙勉强知道一个大概。这就是被冠名为“中国式英语”的典型,往往贻笑大方。西人读起来不爽,很别扭。在某种程度上,毕竟中国人是外人,对于西人那一套语言习惯是不懂、不熟悉的,在译文中运用自如就更难。

在英国,我看中国留学生与老外对话,英语说得溜溜的,字正腔圆。可是老外却听不大懂。而那些欧洲来的学生,英语发音怪怪的,中国人

听不懂，英国人听起来毫无难度。看来他们之间对话，语境相通，即使发音不准确，仍然容易听懂。中国人讲英语，不知道英语的语境，或者表达不出来，所以人家听不大懂。

有一次我偕我的澳大利亚夫人在中国旅游。经过一片草地，上面插着一个牌子，英文是：“The grass is smiling, do not step on her please”。中文是“小草微微笑，请你莫踩到”。我太太深感不解。小草怎么会笑呢？西方人对于中国人别出心裁的诗意完全没有感觉。中国人大概觉得这样写有诗意，人性化；而西方人认为多此一举，从来不是一个警示牌要有诗歌的意境体味。他们反而觉得有点滑稽。他们认为，只要直截了当地说“Do not step on grass please。”就足够了。但这也不符合西人的表述习惯。他们在草地边上插的牌子，通常写的是：“Please keep off the grass”。或者“Please keep to the path”。这是东西方对语境表述习惯和要求的差异。

英国人 Charlie Croker 于 2006、2007 先后出版了两本书：*Lost in Translation, Misadventures in English Abroad*; *Still Lost in Translation, More Misadventures in English Abroad*. 他搜集了许多国家、地区在公共场所上英语标识的错误，其中不少是从中国大陆、香港、台湾收集到的。举例如下：

Shanghai: Our Mongoleean hot pot buffet guarantees you will be able to eat all you wish until you are fed up.

Hong Kong: under ‘cheese’ —— Rogue fart.

Taiwan: Do not wear slippers to prevent falling in bath.

Beijing: ‘emergency exit’ sign at airport —— Do not use in peacetime.

Beijing: Sign at the Ethnic Minorities Park——Racist Park.

Hainan: At tourist attraction ——Please treasure the grass.

方便面: convenient noodles.

Chinese fortune cookie: What you left is more mellow than wine.

书中举出其它国家的例子要比中译英的例子多得多。可见这在一定程度上是个普遍现象。但是，在西方国家的中餐馆，餐牌的英译确是一个最为人诟病的地方，就不一一举例了。同样，这并非只有中国人中译英有这样问题，外国人也有。我一位朋友传给我一份游轮餐牌，上面的错误比中国人翻译错误不遑多让，甚至更严重。例如：

“English Bacon. 英语培根。”“Green split pea soup.

绿分裂豌豆汤。”“Creamy Italian Dressing. 奶油义大利装束。”“Garden greens. 花园成为绿色。”

“Ham and bamboo shoot salad. 笨拙的演员和竹子的沙拉。”“Corned beef hash. 盐腌的牛肉杂乱的信号。”“Chicken and mushroom tart. 胆小和迅速增长的妓女。”我怀疑这些译文是出自网络的愚蠢对译，不足为训。

以上是翻译中对英语词义的理解不够、句式的运用不遵循英语固有格式、思维方式与环境对象错位、以及对英语习惯用法不了解造成的。这样的句子造成的语境，在西人眼中，真正成了“天方夜谭”。这其实是早就普遍存在的现象，有一个词 Pidgin English 就是专门为此而设的。上海人称之为“洋泾浜英语”。最近看了一个电影《人山人海》，英译在上是“People Mountain People Sea”。当场一片哄笑。不过，英美人也有此类问题。从轻而论，美国式英语也是，我到英国，发现那是爱尔兰人大批移民，将他们的口音、习惯用法带到美国，成了现在这个样子；在非洲，当年那些做奴隶的，都是。英美人学中文，他们的汉语发音我们常常听不懂，他们互相之间用汉语对话，却很懂。有留学生在上海一个小饭店吃饭，他们点菜要鱼。但是小姑娘服务员听不懂。因为他们的发音把 YU 说成了 YOU。后来比划给她看，她说：懂了。你们要 Fishi。这回轮到外国人听不懂了：Fish 怎么成了 Fishi？问题就是这样，中国人的英语发音常常不知不觉就带上了尾音。

中国的著名老翻译家，无论傅雷还是戈宝权，因为都有长期在国外学习和生活的经验，所以他们对中外两种语境都有比较深刻认识，对于语境转换也就得心应手。他们的译文，因此也就能脍炙人口。莫言最近获得诺贝尔文学奖，是与他的小说被陈安娜女士翻译成西方语言，译出中国味而外国人也能心领神会有不可否认的密切关系的。她在中国学习生活过相当长时间，丈夫是位华人。

言归正传，中医书籍文稿的翻译有更多困难。

中医书籍翻译中那种语境错位是常见的。除了对西方人英语语境的不了解之外，还有对中医词义和语义的理解程度问题和对古代中医著作的语境不能体认的问题。例如《黄帝内经》的译本有很多种，我没有时间一一拜读。但从读过的一些朋友那里了解到，各有千秋又各有不足。这首先是因为《内经》时代的词义和语境，即使中国的《内经》专家也不能说得清清楚楚。两千多年以来，《内经》的注释、解释、阐释、编类性著作有千百种之多，各具其理，各有其优。最近有朋友传我网上一本《内经》白话本，我还没有来得及看，不知道表述的准确程度如何。如果白话

内经符合《内经》原意，翻译家一定会喜出望外，因为白话文毕竟比文言文容易理解得多。医学专用术语也相对变得好懂。这对今后《内经》翻译应该会有帮助。如果白话文演绎得不对，那就反受其害。词义和语境，白话文也需要准确反映原著。

有一个《黄帝内经》英译本，故隐译者其名。随便抽两段，看看他译得对不对：

“弗治，脾传之肾，疝名曰疝瘕。少腹冤热而痛，出白。一名曰蛊。”

If it is not treated again, the evil-energy will be transmitted from spleen to kidney to cause the syndrome of retention of evils in the lower warmer, and the heat will be accumulated in the lower abdomen to cause pain and sweating.”

“夫实者，气入也，虚者，气出也；气实者，热也，气虚者，寒也。”

The so-called sthenia indicates the evil-energy has entered the body. The so-called asthenia indicates the healthy energy has exhausted inside. When the evil-energy is sthenic, heat will produce; when the healthy energy is asthenic, cold will occur.”

懂《内经》的明眼人不难看出，这两段译文是有很多问题的。这与对经文的理解有关，也与所选择的英文词语有关。更重要者，译文体现不出经文的语境，也不能让英文读者对此段文字的含义了然于胸。老实说，英国人看了，感到一头雾水。

《内经》有一句话：“治之极于一。”有两个译文文本：

“The utmost in the art of healing can be achieved when there is unity.”

“It is another important crux.”

何者为对？请大家判断。

毋庸讳言，西人对中医经典的理解是比中国人更困难的。于是，德国文树德教授（Paul Unschuld）近十年来邀请郑金生教授、张志斌教授等中国杰出学者去帮助、合作做《黄帝内经》和《本草纲目》的翻译和编列分析，成绩显著。中国学者对这些经典的理解和中国其他学者研究资料的收集，为文教授提供了准确信息，他本人药理学出身，能从中西医两个角度思考中医，这

是非常难能可贵的。

Ted J. Kaptchuk 的 *Chinese Medicine: The Web that has no Weaver* 和马万里（Giovanni Maciocia）的 *The Foundations of Chinese Medicine* 对中医学的理解相对较深，英文语境表述也恰到好处，是两部颇受西人欢迎的中医英文著作。但它们是自著而不是译著，不是本文范围，在此不多涉及。有时候我想，翻译一本中文中医著作，还真不如自己直接用英文写一本。

在此顺便一提，医学研究论文有自己一套规定程式，这也是一个“pattern”。中国医学论文有，英文医学论文也有。因此中医论文译成英文有必要照做。这套程式有点像八股：破题、承题、起讲、入手、起股、中股、后股、束股，不能违背。不照做，人家刊物就不登。这是一种特殊的学术论文语境 pattern。这方面上海的《中西医结合学报》做的相当不错。

结 语

翻译是跨文化传通不可或缺的中介载体和桥梁，没有翻译语言的中介作用，信息无从赖以传播。于是翻译的标准就显得特别重要。自从严复在《天演论》的“译例言”中提出“信达雅”三原则以后，国人翻译无不遵循。大抵著名翻译家、优秀翻译作品，都是做到了的。但是，这些翻译作品我们读到的，基本上是英译中，或是外文译成中文的著作。不太有在国内的中国人将中国著作翻译成外文出版，而外国人将中文翻译成外文出版的，国人大多也没有读过。总体上，过去中国伟大作家作品，译成外文的并不多。最近公布诺贝尔文学奖授予莫言，他的作品不知道是否由国人译成。但不管如何，现在中译英（或其它外文）的重要性越来越明显地被推上议事日程。中医走向世界，这种迫切性尤其突出。

在国外生活多年，对中医著作、文章的中译英作品有了一些观察和了解。从而对“信达雅”三原则的含义解释，觉得应该有所扩展。所以本文特别就词义和语境提出讨论。词义选择不准确，做不到“信”与“达”；语境不能恰当展示，则“信达雅”三条都难以做到。过去研究翻译的理论文章，罕有从这个角度进行探讨的，本文因此就作为抛砖引玉之论，有待方家赐正。

The safe use of difficult and dangerous acupuncture points

难取和危险穴位的安全使用

Alicia Grant, Professor Bo-Ying Ma 艾丽西亚·格兰特, 马伯英

【摘要】 本文为马伯英夫妇合作, 2003 年发表于 *the Journal of Chinese Medicine* (JCM No72, p11-14)。本文旨在提请针灸家注意治疗安全, 避免治疗损伤。文章根据丰富的古今文献资料提出了针灸治疗的安全原则, 并对 70 多个容易发生危险的穴位作出了具体的安全针刺操作指导。其中特别提出了因为白人人种在解剖学上的特异性, 膻中穴深刺时容易穿透胸骨孔导致心包损伤甚至致死, 值得重视。

Safety is an important area of both public and medical concern. Following the vigorous growth of acupuncture in the west, more attention has been paid to recent reviews of adverse events. This does not need to surprise us; as far back as the Tang dynasty in China a famous author Wang Tao wrote a book called *Wai Tai Mi Yao* (A Medical Selection from the Secret Collection of the Royal Library). One sentence reads "Needles can kill people but cannot save dead peoples' lives". Later many scholars criticised this sentence because Wang Tao was a director of the Royal Library and not an acupuncturist. In fact it was not his 'invention' - it is a quote from the *Ling Shu* (chapter 60). This sentence was intended to warn practitioners to be careful to use needles safely and to learn TCM theory and technique in its entirety - it does not mean acupuncture is dangerous or useless.

However, there are some acupuncture points which are difficult and potentially dangerous to needle if one does not have a good technique. In the past, textbooks had no special chapter listing such points. Only two relatively modern books, each called "The Prevention and Treatment of Acupuncture Accidents", published in Chinese in 1988 and 1996, contain one chapter on the acupoints in ancient Chinese acupuncture books that some doctors regarded as requiring special caution. Our paper aims to explain clearly how to use these points safely. A knowledge of anatomy and pathology is essential. Good technique includes the exact angle and accurate depth of insertion. This can avoid many accidents.

From the anatomical viewpoint

In general a dangerous acupoint means that it is near important organs, nerves or arteries.

The head and face area

- Jingming BL-1 is near the ophthalmic and angular arteries and veins. With the eye closed the patient is asked to look laterally away from the side being needled, the eyeball is gently rolled aside and held with one hand and the needle inserted 0.3-0.5 cun perpendicularly along the orbital wall. No manipulation is performed.

- Chengqi ST-1 has branches of the infra-orbital and ophthalmic arteries and veins. Insertion is perpendicular,

0.3-0.5 cun along the infra-orbital ridge, and before insertion the patient is asked to look upwards and the eyeball is gently pressed upwards with a finger of the practitioner's other hand. The extra point Qiuhou (M-HN-8) is often used in preference. No manipulation is performed.

- Tinghui GB-2, Ermen SJ-21 and Tinggong SI-19 are near the auricular branches of the superficial temporal artery and vein. Palpate to feel the pulse so that it may be avoided, and needle to a depth of 0.3-0.5 cun.

- Some acupoints are near the medulla oblongata, e.g. Fengchi GB-20, Fengfu DU-16 and Yamen DU-15. At Fengchi GB-20 insertion should be perpendicularly 0.5-1.0 cun towards the tip of the nose. For the other two potentially dangerous points, insertion is perpendicular to the same depth. Deeper insertion could cause loss of consciousness and the needle, if angled towards one side, may injure the vertebral artery, causing headache and dizziness.

The neck

- Renying ST-9 lies very close to the carotid body and the carotid sinus. Interference with the former will affect respiration and with the latter cause a lowering of blood pressure which may lead to loss of consciousness. Insertion should be perpendicular to a depth of 0.2-0.4 cun.

- Tianrong SI-17 is close to the common carotid artery, which should be palpated and pressed aside. Insertion is perpendicular 0.3-0.5 cun.

- Tiantu REN-22 lies in front of the trachea and the needle is first inserted perpendicularly in the middle of the suprasternal fossa 0.2-0.4 cun. If the trachea were perforated it would produce a strong cough but not a pneumothorax. The needle may then be directed downwards along the posterior aspect of the sternum to a depth of 0.5-1.0 cun. If it should be angled sideways however, it could touch either the lung, resulting in a pneumothorax, or the aorta, producing haemoptysis with possible fatal consequences.

The chest

The lung in a thin person lies 10-20mm under the skin and there is danger of pneumothorax if the needle punctures the lung or pleural cavity. There are 90 incidents of this in the literature. The following points need special care because if the angle and depth are not correct the lung may be punctured.

• Jianjing GB-21. On the anterior aspect of the chest (at the mid-clavicular line) the pleural cavity extends down to the 8th intercostal space, and the upper lobe of the lung rises into the supra-clavicular fossa on inspiration. Although Jianjing GB-21 is usually needled perpendicularly to a depth of 0.3-0.5 cun, the authors prefer to pick up the trapezius muscle and insert the needle obliquely, then release the muscle, especially with emaciated patients.

• Quepen ST-12 and the adjacent extra point Jingbi (M-HN-41)¹ lie near the lung and are needled obliquely and posteriorly to a depth of 0.2-0.4 cun.

• Zhongfu LU-1 and Yunmen LU-2 lie just outside the lung but oblique insertion towards the lateral aspect of the chest is recommended to a depth of 0.5-0.8 cun.

• Tianchi P-1 is inserted obliquely only 0.2-0.4 cun.

• Riyue GB-24 is inserted obliquely 0.3-0.5 cun.

• Points Bulang KID-22 to Shufu KID-27, Shidou SP-17 to Zhourong SP-20 and Qihu ST-13 to Rugen ST-18 should be needled obliquely laterally to a depth of 0.3-0.5 cun.

• On the axillary line, laterally, the pleural cavity extends down to the 10th intercostal space. All points over this area should be needled obliquely to a depth of 0.3-0.5 cun, for example Dabao SP-21, Yuanye GB-22 and Zhejin GB-23.

The back

• On the posterior chest (back), under the thoracic spine, the pleural cavity extends to the twelfth rib at the lateral border of the erector spinae muscles, and this includes acupoints on both Bladder channel lines, namely Dazhu BL-11 to Weishu BL-21 and Fufen BL-41 to Weicang BL-50, which should be needled obliquely 0.3-0.5 cun. Similar care needs to be taken with acupoints Sanjiaoshu BL-22 to Shenshu BL-23 and Huangmen BL-51 to Zhishi BL-52 as these lie over the kidney area of the back.

• On the Small and Large Intestine channels, Jianwaishu SI-14, Jianzhongshu SI-15 and Jugu L.I.-16 lie over the lung and should therefore be needled obliquely to a depth of 0.3-0.6 cun.

The abdomen

In general, points on the abdomen are safe when not needled more than 0.5-0.8 cun deep. When the urinary bladder is full, deep needling at points Qugu REN-2 and Zhongji REN-3, and even Guanyuan REN-4, Shuidao ST-28, Guilai ST-29, Henggu KID-11, Dahe KID-12 and Qixue KID-13 may penetrate the bladder causing risk of infection. Wherever possible the patient should be asked to empty the bladder before needling. In cases of urinary retention scrupulous clean needle technique should be observed.

Infants

The top of the head should not be needled before the anterior fontanelle has closed (at up to 2 years old).

Blood vessels

It is advisable to palpate before needling to avoid certain blood vessels e.g. the radial artery at the wrist at Taiyuan LU-9, the dorsal pedal artery at the foot at Chongyang ST-42 (Chongyang), the superficial temporal artery at the ear at Tinghui GB-2, Ermen SJ-21 and Tinggong SI-19, the carotid

artery at the neck at Renying ST-9 and the angular artery near the eye at Jingming BL-1. Also, when needling Jiquan HE-1 the axillary artery should first be palpated to avoid puncturing it. Insertion is perpendicular, 0.5-1.0 cun.

Anatomical aberrations

• Sternum: 5-8% of people in the western world have a sternal foramen, which may lie beneath the point Shanzhong (Tanzhong) REN-17. This does not show on X-ray but only on a CT scan, nor is it palpable as it is covered by a thin layer of membrane. Penetration through the sternal foramen may lead to a cardiac tamponade; seven instances have been recorded, including one fatal case in Norway. The needling depth for Shanzhong REN-17 should be no greater than 2 cm using horizontal (transverse) needling technique.

• Blood vessels: when palpating for the radial artery before needling Taiyuan LU-9, it may be found to be absent in a small minority of subjects. This is usually due to an anatomical aberration whereby the radial artery has bifurcated and the larger branch is then palpable between Lieque LU-7 and Yangxi L.I.-5. In TCM this is called "fan guan mai".

From a physiological viewpoint

• Pregnancy: Do not needle Sanyinjiao SP-6, Hegu L.I.-4 and Kunlun BL-60 at any stage of pregnancy unless the patient is overdue and the purpose is to induce labour. Zhiyin BL-67 should also not be needled during pregnancy unless you want to turn a foetal breech position at 32+ weeks.

In the *Lei Jing Tu Yi* (by the Ming Dynasty author Zhang Jing Yue) it was mentioned that Jianjing GB-21 should not be used during pregnancy, but is indicated for difficult labour. In 1981 an article in the journal *Jiang Xi Zhong Yi Yac*² reported that Jianjing GB-21 was very successful for preventing vomiting, including morning sickness - using only that single point. In our experience Jianjing GB-21 is effective for morning sickness but we would only recommend that it be used by an experienced acupuncturist when other methods have failed.

During the first 3 months of pregnancy do not needle points on the lower back such as Baliao (Shangliao BL-31 to Xialiao BL-34), and avoid using the auricular point Uterus (Zigong). After the third month do not needle points on the lower back or abdomen, such as Qugu REN-2, Zhongji REN-3 and Tianshu ST-25, and in addition after the fifth month avoid points Xiawan REN-10 to Zhongwan REN-12, although the latter may be needled, with shallow insertion and no manipulation, for stomach pain.

In Chinese textbooks since the 1980s it has been emphasised that Sanyinjiao SP-6, Hegu L.I.-4, Kunlun BL-60, Jianjing GB-21, Qugu REN-2, Zhongji REN-3 and auricular point Uterus, which are all contraindicated in pregnancy, should also be avoided during menstruation unless one is actually treating an abnormal menstrual condition.

• Weak, debilitated, hungry, thirsty or stressed patients have an increased tendency to faint. Allow them to rest, eat or drink first. Avoid using strong points such as Fengchi

point, e.g. Shanzhong REN-17 but it has not done so at the normal recommended anatomical depth, do not insert deeper: this is how the cardiac tamponade accident occurred in Norway. This also applies to Tianzong SI-11 as the scapula can also have a foramen.

- If the skin is lifted on insertion of the needle, penetration of the organ can be avoided.

- On the chest and back over the lung the angle of insertion is oblique or horizontal. The tip of the needle is usually directed obliquely towards the midline on the urinary bladder channel and obliquely and laterally on all other channel points passing over the trunk.

- When needling points around the eye, the patient is asked to look in the opposite direction to the point being needled and the practitioner gently holds the eyeball in that position while carefully inserting the needle. The needle is not retained for very long.

- Points near arteries should be palpated to ascertain the exact position of the artery and one finger should press against the artery while the other hand inserts the needle. Following the above techniques will ensure that your practice will be safe and effective.

Notes

- 1 Jingbi M-HN-41 is located 1 cun superior to the junction of the medial third and lateral two thirds of the clavicle, at the posterior borer of the sternocleidomastoideus.
- 2 Jiang Xi Zhong Yi Yao (1) 39:1981.
- 3 MacPherson H. et al., *British Medical Journal*, 2001, 323:486-487.
- 4 White A, Hayhoe S. et al. *British Medical Journal* 2001,323:485-6.

Source texts

- 1 Huang Di Nei Jing, Ling Su, People's Health Press, 1963.
- 2 Wang Tao, *Wai Tai Mi Yao*, People's Health Press, 1955.
- 3 Huangfu Mi, *Zheng Jiu Jia Yi Jing*, People's Health Press, 1956.
- 4 Sun Simiao, *Bei Ji Qian Jin Yao Fang & Jian Jin Yi Fang*, People's Health Press, 1955.
- 5 Wang Weiyi, *Tong Ren Shu Xue Zhen Jiu Tu Jing*, People's Health Press, 1955.
- 6 Wang Zhizhong, *Zhen Jiu Zi Shen Jing*, Shanghai Science & Technology Press, 1959.
- 7 Xu Feng, *Zhen Jiu Da Quan*, People's Health Press, 1958.
- 8 Gao Wu, *Zhen Jiu Ju Ying*, Shanghai Science & Technology Press, 1961.
- 9 Yang Jizhou, *Zhen Jiu Da Chen*, People's Health Press, 1983.
- 10 Wu Qian, *Yi Zhong Jing Jian*, People's Health Press, 1957.
- 11 Yang Jiasan et al, *Shu Xue Xue*, Shanghai Science & Technology, 1984.
- 12 *Zhen Jiu Xue*, People's Health Press, 1993.
- 13 Zhang Ye et al, *Shi Yong Ling Chuang Zhen Jiu Xue*, Shanghai Medical University Press, 1998.
- 14 Zhang Ren et al, *Zhen Jiu Yi Wai Yu Fang Ji Chu Li*, Shanghai Science & Technology, Press, 1988.
- 15 Wan Xiuying et al, *Zhen Jiu Yi Wai Ji Fang Zi*, Shandong Science & Technology Press, 1996.
- 16 Lewith, G T, MacPherson, H. Reporting Adverse Events

Following Acupuncture, *Physiotherapy*, 2001; 87.1.

- 17 Peuker, E T, 'The need for practical courses in anatomy for acupuncturists'. *FACT* 2: 194. (1997).
- 18 Peuker, E T, Fischer G, Filler T J, 'Facial vein terminating in the superficial temporal vein. (A potential risk for acupuncture in the face).'
- 19 Ernst E, White AR editors, *Acupuncture – a scientific appraisal*. London: Butterworth-Heinemann, 1999; p.128-52.
- 20 Halvorsen T B, Anda, S S, Naess, A B and Levang, O W. 'Fatal cardiac tamponade after acupuncture through congenital sternal foramen', *Lancet*, 1995; 345, 1175.
- 21 Ernst E, White A. 'Life-threatening adverse reactions after acupuncture? A systematic review'. *Pain*, 1997; 71: 123-126.
- 22 House of Lords *Select Committee 6th Report on Complementary and Alternative Medicine*, London, The Stationary Office, 2000.
- 23 Kirschgatterer, A et al, Cardiac tamponade following acupuncture. *Chest* 2000;117(5):1510-1.
- 24 Lord RV, et al, False aneurysm of the popliteal artery complicating acupuncture. *Aust NZ J Surg*; 1996; 66(9):645-7
- 25 Odsberg A, Schill U, Haker E. Acupuncture treatment side effects and complications reported by Swedish physiotherapists. *Complementary Ther Med* 2001;9(1):17-20.
- 26 Kelsey JH. Pneumothorax following acupuncture is a generally recognised complication seen by many emergency physicians. *J Emerg Med* 1998;16(2):224-5.
- 27 Bensoussan A and Myers, SP (1996). *Towards a safer choice: the practice of traditional Chinese medicine in Australia*, Faculty of Health, University of Western Sydney, McArthur.
- 28 MacPherson H (1999). 'Fatal and adverse events from acupuncture: Allegation, evidence and the implications', *Journal of Alternative and Complementary Medicine* (USA), 5, 1, 47-56.
- 29 Lu GD, Needham J. *Celestial Lancets: a history and rationale of acupuncture and moxa*. Cambridge University Press; 1980.
- 30 *Chinese Acupuncture and Moxibustion*, Beijing Foreign Languages Press 1987.
- 31 Choo DC, Yue G. Acute intracranial haemorrhage caused by acupuncture. *Headache* 2000; 40(5):397-8.
- 32 Wang, Qi Cai (1983) *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 1, 25-26.
- 33 White A, Hayhoe S. et al. Adverse events following acupuncture: prospective survey of 32 000 consultations with doctors and physiotherapists. *BMJ* 2001; 323(7311): 485-6.
- 34 McPherson H, Thomas K, et al. The York acupuncture safety study: prospective survey of 34 000 treatments by traditional acupuncturists. *BMJ* 2001; 323(7311): 486-7.
- 35 Zhang Jing Yue, *Lei Jing Tu Yi* (1624 AD).
- 36 Jiang Xi Zhong Yi Yao; (1):39.1981.
- 37 Hasegawa J, Noguchi N, Yamasaki J et al. Delayed cardiac tamponade and hemothorax induced by an acupuncture needle. *Cardiology* 1991; 78(1):58-63.
- 38 Cheng TO. Pericardial effusion from self-inserted needle in the heart. *Eur Heart* 1991; 12(8):958.
- 39 Kataoka H. Cardiac tamponade caused by penetration of an acupuncture needle into the right ventricle. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 114(4):674-6.
- 40 Schiff AF. A fatality due to acupuncture. *Med Times* (Lond) 1965; 93:630-1.

- 41 Stark P, Midline Sternal Foramen: CT demonstration. *J Comput Assist Tomogr* 1985; 9(3):489-90.
- 42 Schratter M, Bijack M, Nissel H, Gruber I et al. (The foramen sternale: a minor anomaly – great relevance). *Rofo Fortschr Geb Rontgenst Neuen Bildgeb Verfahr* 1997; 166(1):69-71.
- 43 *Gray's Anatomy*; p 71,86,91.
- 44 Nieda S, Abe T, et al. Case of a cardiac injury resulting from acupuncture, *Kyobu Geka* 1973; 26(12):881-3.
- 45 McCaffrey T V. *Rhinologic Diagnosis and Treatment*. Thieme Medical Publishers Inc; 1997; p297.
- 46 Deadman, P. Al-Khafaji, M. Baker, K. *A Manual of Acupuncture*, Journal of Chinese Medicine Publications, 2002.

Alicia Grant, MCSP, MAACP, MBAcC qualified as a physiotherapist at Sydney University and as an acupuncturist at Shanghai University of TCM, having also studied at Nanjing College of TCM, and Zhejiang TCM College Hospital in Hangzhou and in Hong Kong. She has practised acupuncture in South Africa and England for 25 years, is a tutor for the Acupuncture Association of Chartered Physiotherapists, and a director of Xinglin Postgraduate College of TCM in London.

Professor B.Y. Ma, MD, MA, FRSM qualified as a doctor of medicine from Shanghai Medical University, China, in 1967. In 1978-81 he conducted research at the China Academy of TCM, then lectured at Shanghai Medical University and later was appointed as full professor and onto the Academic Board of the University. He collaborated with Dr. Joseph Needham on Science and Civilisation in China. Since 1995 he has practised and taught Chinese Medicine in London and he is now Principal of Xinglin Postgraduate College of TCM (U.K.) and a Fellow of the Royal Society of Medicine. He has published 10 books, including the well-known "A History of Medicine In Chinese Culture".



本文作者 Alicia Grant 和马伯英伉俪

Introduction of Chinese Medicine to public: Chinese Medicine A.B.C.

向公众介绍中医：中医知识入门

Professor Bo-Ying Ma (MD, MA, PhD, FRSM)

CHINESE MEDICINE A.B.C. and UNDERSTANDING CHINESE MEDICINE FOR GENERAL PRACTITIONERS AND SCIENTISTS OF MEDICINE are prepared for reference of PR according to the CMWG' decision.

A. An Outline of Chinese Medicine

Chinese Medicine is a medical system which originated in China 5000 years ago, of great benefit to health care in China, East Asia and other countries for a long time, and continuing today. Now Chinese Medicine is adopted and welcomed in the UK, USA, Canada, Australia, the EU, South Africa and many other countries.

Chinese Medicine has its own special theory which was formed since the time of the Huangdi neijing (a medical canon in 3rd century B.C. of similar age as the Hippocratic Corpus in Greece). It has been complemented, and proven by an ever-increasing summation of clinical experience that its theory is practical and effective in the prevention and treatment of diseases. This theory is based on the analysis and comprehensive utilisation of Yin-Yang, Wuxing (5 elements or phases, i.e. Wood, Fire, Earth, Metal, Water) and Qi (air and energy) which are ecological medical laws, a synthesis of the results of observation of natural phenomena, human society and the human body. The knowledge of biomedicine, social medicine, psychology and ecological environmental elements is combined so that Chinese medicine becomes a holistic, natural, harmonious and balanced medical system.

The treatment of Chinese Medicine mainly includes herbs in a formula form, acupuncture, moxibustion, tuina (Chinese massage), diet and Qigong (meditation, special exercises such as Taiji etc.) under the direction of Chinese medical theory. A Chinese medicine practitioner usually chooses one or more of the above methods to treat patients, according to the individual needs of the patient at a one-to-one consultation.

B. Tradition and Update of Chinese Medicine

Chinese Medicine has had its own tradition for 5000 years. However this tradition is neither archaic nor

static. The theory is always being substantiated and refined; clinical experience is continually enriched and includes absorption of medical knowledge from foreign countries; the methods of diagnosis and treatment are improved constantly; the efficacy is steadily increased. In particular, since western

science and medicine disseminated into China and the traditional Chinese medicine integrated with western medicine, much laboratory research was done. Chinese medicine is constantly updated.

At present in China there are two categories of orthodox medicine: modern western medicine and updated traditional Chinese medicine. The latter, we just call Chinese Medicine here as one of complementary and alternative medicine in the UK. In this case the 'traditional' medicine does not have any meaning of obsolete, out-of-date, inflexible, and never progressing. It is exactly the reverse: Chinese medicine is continually progressing with the passage of time.

C. story of Chinese Medicine in Europe and the UK

Europeans learnt of Chinese medicine about 350 years ago. The earliest person describing it was the Polish Jesuit missionary to China, Michel-Pierre Boym (1612-1659). He wrote the book *Flora Sinensis* to introduce Chinese herbal plants in 1652. He also wrote the book *Clavis Medica ad Chinarum Doctrinam de Pulsibus* to introduce Chinese medical methods of diagnosis, acupuncture and herbs published many years after his death. The Dutch physician H. Busschhof introduced Chinese moxibustion after his gout was cured by a Chinese doctor in Indonesia. His writing was translated in English and published in London in 1676.

The variolation method to prevent smallpox was invented in China and was transmitted to Turkey. Lady Mary Wortley Montague brought this method

from Turkey to England in 1721. The great doctor Edward Jenner (1749-1823) modified variolation to vaccination in 1796; his contribution resulted in the world-wide eradication of smallpox declared in 1980. Dr Joseph Needham (1900-1995) recognized that the Chinese variolation was the origin of immunology.

The celebrated Darwin (1809-1882) quoted some evidence from the famous Chinese doctor Li Shizhen's book *Ben Cao Gan Mu* (Compendium of Materia Medica, published in 1596) to constitute his theory of evolution and called Dr Li's book a "Chinese Encyclopaedia".

President Nixon visited China in 1972. An American newsman reported the news that he saw the success of acupuncture anaesthesia for a lung cancer operation in Beijing. Acupuncture became popular in USA, Europe and the UK as well. Many people went to China study acupuncture. Later some acupuncture colleges were established in the UK and other countries to train more and more acupuncturists. There are now also university degree courses.

At the end of the 1980s a Chinese doctor cured some serious cases of eczema in children which could not be improved by steroid treatment. Dr David Atherton, a dermatologist, did research on this Chinese herbal medicine treatment and reported that 72% of skin problem patients whose treatment had failed in hospital were remarkably improved by Chinese herbal medicine. His article attracted media attention and many patients went to see Chinese doctors. During the 1990s more and more Chinese medical clinics opened in the UK.

D. What is the Difference in Diagnosis and Treatment between Chinese Medicine and Western Medicine

Western medical doctors usually give a disease diagnosis to patients, but Chinese medical doctors diagnose patients individually to their patterns of illness. The pattern of illness concerns patients' disease and the holistic assessment of their condition including several elements which link to their health: constitution (e.g. weak or strong); psychological status; extent of causes and pathology of disease; deficiency or excess in imbalance of the body; disharmony between organs; social relationships; life styles etc.

People may like to say simply: Chinese doctors focus to see patients, western doctors focus to see diseases. This does not mean that western doctor does not perform a holistic assessment; but because the theory system is totally different between Chinese medicine and western medicine, so that Western medicine pays

more attention to the pathological changes on the tissue level and molecular level, even on the genetic level to find the truth of disease, Chinese medicine searches and observes the changes of patients' general condition. According to such different information they obtain differential diagnoses and give different treatment. In consequence of this approach, Western medicine is undoubtedly very good for patients but also Chinese medicine from another angle with different methods could treat cases in which a patient had not get enough improvement from Western medicine.

That is why Chinese doctors observe patients' tongue and pulse to reach their diagnosis. The tongue is an internal organ, which is the only one we can see, and we would say the tongue is like a mirror reflecting the condition of the body. Taking the pulse we can differentiate at least 28 types; each could link with a special pattern for diagnosis. Considering the body's condition through information from the pulse is like a technician judging the problem of a car from the noise of its engine.

The treatment of Chinese medicine through herbs, acupuncture, tuina or diet etc. mainly nourishes upright qi (i.e. human body's defence power) and dispels the pathogens which attacked the body. Not only that, Chinese medicine also focuses on adjusting to recover the balance of and to harmonize the relationships between organs. Western medicine is more powerful for dispelling pathogens but Chinese medicine has a wider spectrum of methods to nourish the body and maintain its balance and harmony.

E. What is Acupuncture?

Zhen Jiu (acupuncture & moxibustion) is a very important constituent of Chinese Medicine. Acupuncture is not simply using a needle to puncture the skin. We take disposable needles for single use, needling acupoints selected individually for the patient from ca 365 basic acupoints on 14 meridians in the body. The prescriptions of acupoints and needling techniques and skills are chosen for maximum efficacy for the patient's particular needs according to Chinese medical theory. Sometimes the practitioner also would add other treatment methods such as moxibustion, cupping or tuina on the same area for additional improvement. (Of course, such methods can also be used singly, but still under the principles of Chinese medical theory.)

Some scholars thought the effects of acupuncture were psychological. A simple answer to this is that acupuncture can treat animal ailments but animals do not have any psychological expectation or reaction.

Animal diseases have been treated in China for more than a thousand years and in the West for a few decades.

At the moment no-one knows exactly the mechanism of the effect of acupuncture. Some is linked to the nervous system, some to the blood and lymphatic systems, some related to muscle and skin, etc. It cannot be explained simply with a neurological discovery, although scientists found endorphins produced a mediation of pain in the central nervous system following acupuncture anaesthesia. Nobody knows from histology what is a meridian or what is an acupoint. In Chinese medical theory, meridians and acupoints only exist in a living body but cannot be found in a dead body. Modern science has insufficient methodology and instruments for the research inside a live body. That is why we still cannot find the nature of acupuncture. During 1970's the acupuncture anaesthesia was very popular in China and Chinese scholars did very much research; they then discovered that the body can produce endorphins which can stop pain when the acupuncture points are needled. However, endorphin is only one of mechanisms of acupuncture. There are more complex mechanisms for scientists to discover as we know that acupuncture also can treat many illness, such as high blood pressure and infertility which are not connected to pain. Recently some scientists have conducted MRI research, which gives convincing visual confirmation of the effect of acupuncture.

That acupuncture is effective for the treatment of many illnesses has been acknowledged by WHO (World Health Organization). In Chinese theory the Qi flows in the whole body through meridians. Any lack or surplus or stagnation of Qi will cause illness. Acupuncture via the acupoints can nourish or reduce the Qi, or make the Qi flow smoothly through the meridians, thus alleviating the illness.

F. What is Chinese Herbal Medicine?

Chinese medicines are commonly referred to simply as Chinese herbal medicine, which in the Chinese language is Zhong Yao or Ben Cao (materia medica). Actually Zhong Yao does not only consist solely of herbs but includes plants, animal products (e.g. the powder of oyster shells) and mineral products (e.g. limonitum).

The salient difference between Zhong Yao and general herbal medicine is that Zhong Yao has to follow the principles of complex Chinese medical theory to make a formula, but western herbal

medicine mostly uses a single herb and only according to personal experience.

The Chinese medical formula mixes several herbs together, is prescribed by a qualified Chinese medicine practitioner according to the pattern diagnosis to meet the individual patient's special needs. In the formula some herbs are principal ingredients, some herbs are adjuvants to assist in strengthening the action of the principal ingredients or to treat the secondary symptoms. It is of particular note that the formulae have a corrective function to reduce the possible side-effects or poison. A single herb could be effective but a formula far more effective and safe.

Modern research can find some effective ingredients from a single herb, for example Qing Hao Su (artemisinin) was extracted in the 1970s from a Chinese herb Qing Hao which is now very effective against malaria. However it is not very easy to find such an effective element from every herb. In particular the research often fails to reveal the secret as to why a formula is so effective. This is because modern research at the moment has insufficient instruments and methodology to do herbal research, which is even more difficult than acupuncture research. However, although such results are not forthcoming now, the secrets will be revealed in the future.

It should be pointed out that Chinese medical treatment often combines acupuncture and a herbal remedy to treat patients. Light illnesses can be cured by only using acupuncture or tuina etc. but difficult illnesses necessitate using an herbal remedy or both acupuncture and herbs.

G. Are There Any Side Effects in Chinese Medicine?

Any medicine could have side effects, even overeating can lead to stomach pain, bloating, vomiting, and diarrhoea. Compared with modern medicines (drugs)

Chinese medicine has very few side effects. However, any side effect should be avoided.

The side effects of herbs usually occur because:

- a. incorrect diagnosis then a wrong remedy taken;
- b. too high dosage;
- c. too long a course of treatment;
- d. misuse of toxic herbs;
- e. taken together with other substances, i.e. western drugs;

- f. pollution;
- g. allergy.

Sometimes a patient is not familiar with the unusual bitter test or smell, the stomach may feel uncomfortable so that nausea, diarrhoea etc are possible. This can be avoided by changing the method used to cook and drink; sometimes the purpose of the treatment is to create a little diarrhoea for detoxification: that is not a side effect.

The accidents of acupuncture, moxibustion and cupping:

- a. fainting;
- b. bruising;
- c. broken needle;
- d. pneumothorax;
- e. scalding

Tiredness for short time after acupuncture is occasionally an expected effect.

Acupuncture in general has no side effects but the above accidents could occur because the patient is too tired, hungry or has hemorrhagic diathesis etc; or the practitioner has not enough experience and is not cautious. Patients should have a good rest for a short time before and after acupuncture; do not give acupuncture treatment if the patient has missed breakfast or is hungry, has just finished sport or hurried from hard work. The doctor has to know the patient's full history of illness and practise carefully with skill. Treating the correct way, the above accidents can be avoided.

It is important to see a qualified Chinese medical doctor who know every possible cause of side effects or accidents, knows how to avoid and how to treat them.

H. Can You Buy Chinese Patent Medicine from a Shop by Yourself?

The answer is "No". Although Chinese Medicine has fewer side effects, that is mostly based on the one-to-one consultation for individual assessment to meet the patient's special requirements. Without such a consultation, patients may buy the wrong type of patent medicine for their condition.

I. How to Find a Genuine Highly-Qualified Chinese Medicine Practitioner?

At the moment the system for registration of complementary and alternative practitioners has not yet been established. The Department of Health is preparing for this. Before registration, patients can

check whether the practitioner is qualified or not in the following way:

- a. certification from a formal Chinese medicine college or university;
- b. certification from a formal Chinese medical association in the UK;
- c. recommended by a reliable person.

A receptionist, a manager or an assistant in a clinic/shop is not a qualified practitioner of Chinese medicine. They may have some knowledge about Chinese medicine but they do not have enough knowledge to judge what is suitable treatment for patients. From their demeanour one can sense whether the person has had professional training or not. If a person is only intent on selling many herbs or patents, they should not be trusted. For acupuncture, if the practitioners are without any knowledge of meridians and acupoints, they cannot be trusted.

J. Some Suggestions for Your Option to See Chinese Medicine Practitioners

Americans like to say "My body, my choice!" You, of course, have your own right to choose your treatment style. However sometimes you have to see your GP or a consultant in hospital first; for example, a cancer should be diagnosed early and possibly operated in hospital. Some cases when you may try to see Chinese medicine practitioners are as follows:

If the GP or hospital cannot suggest further action;

If the treatment of the GP or in hospital is not so successful for you;

If you worry about the side effects of drugs such as steroids;

If you wish to have a second opinion from Chinese medicine expert;

If you are suffering but cannot wait to queue for treatment;

If you prefer natural treatment;

If you want more energy to enjoy life or improve your quality of life (e.g. cancer patients);

If your illness is treated more effectively by Chinese medicine treatment (e.g. skin diseases, chronic internal diseases, mental-emotional illness, hay fever, common pain, dizziness, virus infections, M.E., gynaecological, sexual or infertility problems etc.).

*Draft on 28th November 2005, completed on 19th February 2006

Understanding Chinese Medicine for general practitioners and scientists of medicine

全科医生和医学科学工作者必读：了解中医

Professor Bo-Ying Ma (MD, MA, PhD, FRSM)

Apart from the Chinese Medicine ABC I would like to say more for General Practitioners and Scientists of Medicine to conceptualise Chinese Medicine.

A. My Own Experience in Chinese Medicine

It is difficult for a western medical doctor and scientist to accept Chinese medicine. My first degree is in western medicine and also I did not have great confidence in Chinese medicine at the beginning of my period of practice. During the cultural revolution (1966-76) I was ordered to practise in a poor mountain area in Zhejiang Province where there was no enough western medicine. Faced with so many patients and such difficult and poor conditions, from a doctor's conscience I had to try every possible way to treat them. I have hard self-studied Chinese medicine and then used acupuncture and herbs to treat patients successfully. In particular after I cured some cases of acute and serious diseases such as appendicitis (used acupuncture), intestinal obstruction (used acupuncture and herbs) etc, I totally changed my mind having found that the Chinese medicine was really working very well and most beneficial for the patients.

In 1978 I passed the national examination became a postgraduate student at the China Academy of Traditional Chinese Medicine in Beijing. During a period of three years I read very many ancient Chinese medical books and many modern research articles; learnt from many famous Chinese doctors and professors. I also did my own research and published a few articles. I compared Chinese medicine and western medicine. I understood the two different medical systems in theory and practice, and that both can treat patients quite successfully; that some cases are cured more easily with western medicine; that some cases cannot be cured by western medicine but if Chinese medicine is used they often get unexpected positive results.

Many western medical doctors in China are same as I, recognizing Chinese medicine from their own experience, studying and practising it. More and more doctors in the UK and worldwide now also follow this way.

To open the mind, to gain one's own experience, to read books and articles; this leads to Chinese medicine then not being too difficult to understand and accept.

B. Does Chinese Medicine Belonging to Science?

Partly, Chinese medicine conforms to modern scientific definition, that is: proved by laboratory experiments. Mostly Chinese medicine belongs to experiential science, it is called pre-science. However, Chinese medicine is definitely not a form of superstition. The early text Huangdi neijing (3rd B.C.) already opposed superstition. Chinese medicine also has no link now with any particular religion.

The theory of Chinese medicine is in the style of Chinese philosophy referring to Qi, Yinyang and Wuxing. That is because during ancient times in China doctors abstracted the natural laws with a natural philosophical form to explain the relationship between ecological (natural and social) environment and the physiology of the human body, the causes and pathology of diseases, the methods of diagnosis, the treatment systems such as acupuncture, herbs and formulas, Qigong etc. These theoretical descriptions reveal a different medical system from modern biomedicine: it is an ecological medical theory system. At the moment, modern medicine has no systematic abstraction of ecological medicine. Therefore Chinese medicine only can continue to use ancient language for the medical terms. Modern medicine can learn something from Chinese medicine to establish a new ecological medical system, then Chinese medicine also could be updated in this way.

C. Evidence-Based Medicine and Solid Evidence

Medicine is like food, nobody dares to eat it if unsure it can be eaten. However, it has to have one person to test it first. The outcome of testing is the evidence, then other people can know what can be eaten and what cannot. In the history of Chinese medicine, Shennong is the first man who tested many herbs and later 365 herbs were recorded their functions, safety

and toxicity, in the Shennong Bencaojing (Shennong's Canon of Materia Medica, ca 1st century B.C.). He died due to one test. From this story we can learn that Chinese medicine originated and later it was developed through many doctors' observations and experiments in the past 5000 years. However, comparing with modern laboratory research Chinese medicine is based on the evidence of experience.

Now people ask for new and modern evidence — “solid evidence”. In the modern research of Chinese medicine, some solid evidences have been obtained such as endorphins in acupuncture anaesthesia, artemisinin in the treatment of malaria etc. but most mechanism of Chinese medicine is not possible to ascertain at the moment. The solid evidence is difficult to be discovered. This is because:

a. There are not any research methodology possibilities for ecological medicine at the moment;

b. The methodology of biomedicine is not suitable for research into Chinese medicine. For instance, an animal model for a pattern diagnosis is very difficult to establish in the laboratory; it also is very difficult to find enough patients with a completely identical pattern diagnosis for double blind trial groups at the same time;

c. Chinese medical research, in which the conditions are totally different from biomedicine, cannot satisfy statistics. Medical statistics have to be reformed;

d. Sophisticated instruments, financial support, etc for the research of Chinese medicine are lacking.

One form of research that could be done is that of self-comparison of patients in clinic or hospital. Many patients come to see a Chinese doctor because they did not get good results with hospital treatment. When they received Chinese medical treatment their illness was cured. If hospitals would like to co-operate, issuing their examination results- before and after treatment, that would accumulate very good case history reports. However, even so, statistics are still not involved because single case studies do not form a group.

It could be too perfunctory that some researcher gives a negative conclusion for Chinese medicine when he/she did not get any genuine evidence. We have to check whether the design and methodology, etc. are correct or not. For example, an article reported an “exploratory randomised controlled trial”; the results stated that ear-acupuncture cannot reduce the heart rate; then the conclusion is “found no

evidence to support the concept that the body is represented on the ear”. The problem is that they did the trial on people with a normal heart rate, but ear-acupuncture only can reduce an abnormally high heart rate. That there was no effect on normal heart rate simply meant ear-acupuncture is without side effects.

It is expectable that the solid experiential evidence can be obtained but patience is needed to conquer the difficulty of finding good methodology, technology and instruments; before that occurs, we can practise Chinese medicine based on the evidence of experience. As we know, the phrase evidence-based medicine (EBM) first appeared as an index term just recently in 1992 with two publications. What did happened in medical practice before the EBM as a principle? Clinical practice experience is always in front of research, before the conception of EBM. Not every treatment has to be only according to the solid evidence. Experience is the parent of science; solid evidence makes experience becoming science but never kill the parent.

D. The Future of Global Medicine and Our Attitude

Science has never been at the end of its development, neither has medicine. There are so many unknown areas and so many problems in scientific research as well as in medicine.

The duty of doctors is to maintain human health, not only absence of illness but presence of well-being (according to the WHO definition of health). A new model of medicine has been put forward, that medicine is not only biomedicine but has to be combined with social and psychological elements for doctors concerned in the treatment and prevention of disease. This is just the same as in Chinese medicine — an ecological (natural, social and psychological) medical system, although at the moment it only can use old descriptive language.

As a medical doctor, seen from the position of patients and their families, we pay full attention to whether the disease can be cured or not; whether it can be prevented or not. We hope for human health and well-being. In statistics it is insignificant when the result in the trial is $P > 0.05$. However, if 1% of patients are cured, that is 100% happiness for those patients themselves and for their whole family. To expect the patient and family to give up the 1% hope is callous.

Of course, the safety of any treatment is first priority. It is right that the policy of the government for complementary and alternative medicine (CAM)

emphasizes the safety. Not only for CAM practitioners, but also for orthodox practising doctors, society has become much more litigious and doctors are regularly sued. There is hardly a day that goes by without some medical mishap being reported in the news. Any practitioners should fully aware of his or her likelihood of being complained about or sued. Chinese medicine practitioners have to be more careful in practising that any accident or side-effects must be avoided even if it is statistically within the permitted scope of $P < 0.01$.

However, there three issues of Chinese medicine in the UK should still be considered as there is a lack of research:

- a. To find more experimental evidence in the laboratory;
- b. To find more clinical evidence in hospitals and clinics;
- c. To do research into the safety of Chinese medicine then make a permissible scope the same as for orthodox medicine.

Then the general public and medical scientists would establish more trust and confidence in Chinese medicine, and under the permitted scope of safety patients who prefer to see Chinese medicine practitioners should be encouraged.

E. Category of Chinese Medicine Practitioners in the UK

According to education and experiences Chinese Medicine Practitioners can be differentiated into the following categories:

- a. Training in China, graduated from a university of Chinese medicine. In the university they learnt basic courses of western medicine such as anatomy, physiology, pathology, internal diseases, external diseases etc. for 2 years and learnt Chinese medicine for 3 years or more. They have at least a bachelor degree of medicine. They are "Doctor of Chinese Medicine". Some of them received a master or PhD degree as well. A few have had a title such as professor, vice-professor, lecturer, chief or vice-chief doctor etc. in China before they came England; they are equal to consultant status in the UK.
- b. Training in China, graduated from a university of western medicine, studied the entire medical course for 6 years and they are "Doctor of Medicine". After that many of them studied Chinese medicine so that they are also "Doctor of Chinese and Western Medicine". Amongst them, many have

a master or PhD degree, titles of professor, vice-professor, chief or vice-chief doctor etc. They know both Chinese and western medicine very well.

- c. A few Chinese medicine practitioners who trained in China learnt through the pathway of one-to-one, taught by an experienced master of Chinese medicine.

- d. Training in a college or university of the UK or other countries, 3 years part time course for acupuncture and an extra 2 years for herbal medicine; some have attended an advanced course in China for 3 months or more. Some of them received a university degree.

- e. Some western doctors in the UK, GPs or consultants, did additional study of acupuncture attending a college, and some learnt Chinese herbal medicine as well. They are MD, some also have a PhD degree.

- f. Some nurses and physiotherapists learnt acupuncture as well.

Most qualified Chinese Medicine Practitioners who practise Chinese herbal medicine, acupuncture, tuina and others together are the members of ATCM (Association of Traditional Chinese Medicine), ACMP (Association of Chinese Medicine Practitioners), ACMDS (Anglo Chinese Medicine Doctors Society), CMIR (Chinese Medical Institute and Register) and FTCMP (Federation of Traditional Chinese Medicine Practitioners).

RCHM (Register of Chinese Herbal Medicine) is for especially for herbal medicine practice.

Most acupuncturists are members of the BAAC (British Acupuncture Council). Most physiotherapy acupuncturists are members of the AACP (Acupuncture Association of Chartered Physiotherapists) who may practice acupuncture in the department of physiotherapy at hospital. Most acupuncturists who are GPs or consultants belong to BMAS (British Medical Acupuncture Society); but some of them are members of CMIR (Chinese Medicine Institute and Register).

There are still some practitioners have not join any professional association, awaiting the formal register in a council which will be established later by the government.

When the statutory regulation system is established in the not so long future, people will more easily find a registered and qualified Chinese medicine practitioner.

My experiences of treatment for difficult cases

疑难症治疗经验

Professor Bo-Ying Ma (MD, MA, PhD, FRSM)

XINGLIN POSTGRADUATE COLLEGE OF CM (UK)

I have been practising Chinese medicine in the UK for more than 15 years. Many illnesses here are not encountered so often in China and their treatment by western medicine had failed, but we should treat them as the patients' last hope is coming to see Chinese medicine doctors.

My experiences are perhaps only personal and individual. For your reference I would like to introduce some difficult cases which I treated quite successfully, however what I hope may be more useful for you is my way of thinking in clinical practice.

A. Hay fever

1. Symptomatic period: Biyan Pian; Qiju Dehuang Wan
2. Non-symptomatic period: Yu Ping Feng San (better before symptomatic period for 3 months)
3. Acupuncture

B. Cold and Flu

1. Symptomatic period: Banlan Gen Conji; Yin Qiao San
2. Yu Ping Feng San for susceptible person to take for 6 months or more
3. Acupuncture

C. M.E.

1. Yin Qiao San plus Da Qing Ye 30g, Ban Lan Gen 15g for 2 weeks or more
2. Jian Pi Wan, Shen Ling Bai Zhu Wan, Bu Zhong Yi Qi wan etc. for continual treatment

D. Sharp pain in eyes

Acupuncture: GB20; Professor Ma's points; LI4; Liv3; GB37 etc.

- a) Jia Wei Xiaoyao Wan; Qi Ju Di Huang Wan

E. Sharp pain from abdomen to chest

- a) Acupuncture: R13, 12, 4, 6; St 25, 36; Wrist & Ankle acupuncture etc.

- b) Li Zhong Wan, Chen Xian Hua Qi Wan etc.

F. Sharp pain on chest

1. Wrist acupuncture
2. Xiao Chaihu Tang

G. Depression, stress, anxiety and panic

1. Professor Ma's points
2. Jia wei xiao yao wan

H. Bulimia related to a particular food

1. Professor Ma's points
2. Jia wei xiao yao wan, Chen xian hua qi wan

I. Impotence

1. Acupuncture ("Gu Yin Xue")
2. Zhi bai di huang wan, Jia wei xiao yao wan

J. Morning sickness

1. Acupuncture: Professor Ma's points, P7, HT7, R12 etc.
2. Wen Dan Tang; Shi san tia bao fang (jin jie, chuan xion, bai shao, hou pu, gan cao, tu si zi, zhi ke, huang qi, chuan bei, ai ye, dang gui: each 2-4g, sheng jian 1 piece, da zao 5)

K. Fungal infection

Vinegar exterior use

L. Allergic dermatitis

1. Ear acupuncture: Feng xi
2. Xiao feng san plus Cang er zi

M. Herpes

1. Da qing ye, Ban lan gen
2. Qing dai gao exterior use

N. Dizziness

1. Acupuncture: GB20, Tai Yang, professor Ma's points etc.
2. Xuan yun ning powder

O. Sciatica

1. Acupuncture
2. Professor Ma's Feng Fang Cha Ye Yin: Feng fang 10g, Sheng ma huang 10g, Chuan jiao 10g, sang ji sheng 12g, huang bai 10g, cha ye 12g

P. Cancer

Ping xiao jiao nang can be of assistance to cancer's treatment

(AMSTERDAM 23-24 September 2006)

征稿启事

《英国中医》杂志为中英文双语中医药学术期刊，每年出版两期。为了提高本期刊在海外中医界的学术水平，恳请诸位中医同仁及各界朋友赐稿。稿件中文或英文均可，中英双语为佳。字数要求：中文 3500 字以内，英文 2500 字以内，并附 300 字以内中英文摘要。投稿以电子邮件发往：ftcmpuk@gmail.com，请注明“《英国中医》杂志投稿”字样。

Call for Papers

The Journal of Chinese Medicine in the UK is a bilingual TCM periodic, published twice a year. Its aim is to encourage communication and to raise academic standard in the field of TCM. We welcome TCM practitioners and experts to submit academic papers. Submission can be either in Chinese or in English, but preferably in both. For papers in Chinese, please limit it to 3500 words, and for English submission not more than 2500 words. Abstract should be under 300 words for both. Please send your submission to ftcmpuk@gmail.com, and title the subject as "Paper submission".

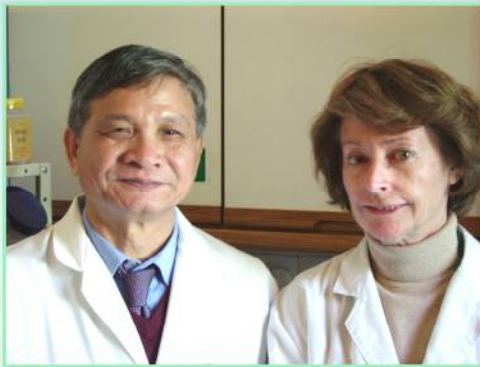
马伯英教授学术生涯（二）



诊余小憩：马伯英教授在英国杏林中医研究生院诊所



在第三届世界中医药教育论坛演讲



马教授与亲密同事和夫人 Alicia 在一起



被南京中医药大学中医文化研究中心聘为特邀研究员



FTCMP 2013 学术年会上与理事会合影，伦敦大学亚非学院

马伯英教授致力于 中医学术推广和 世界中医药的发展



与马堪温教授、罗鼎辉医生合影



与香港中文大学中医药学院院长梁荣能教授合影



与世界中医药联合会主席余靖合影



与卫生部副部长兼国家中医药管理局局长王国强合影



与英国卫生大臣 Hunt 夫妇
讨论英国中医政策



应邀在香港中文大学中医药学院讲学



与中国驻英大使刘晓明夫妇合影