

ISSN:2049-4289

2023年第1期

2023 Volume 12 Issue 1

英國中醫

JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK



FTCMP

ISSN 2049-4289

24



9 772049 428008

PHOENIX MEDICAL 鳳凰醫藥

Innovation | Production | Promotion

合法安全有效 诊所用药首选

鳳凰医药提供的全系列生药饮片、浓缩配方颗粒以及成方片剂产品，全部选用道地药材并根据中国及欧盟药典双重标准精制而成，实为中医诊所临床用药之首选。



高浓缩成方片剂

每瓶Aura系列片剂均选用180克道地药材，依据原始配方及生产工艺流程，并结合现代浓缩技术精心制作而成，真正安全有效。

51个组方涵盖中医诊所常见病种诉求，为诊所经营必备产品。在欧盟及英国合法注册，可公开销售。



DAODI 道地中药



道地浓缩配方颗粒系列采用最先进的“喷雾干燥”技术生产，浓缩度相对业内普遍选用流层造粒工艺/湿法造粒的产品高 2-3 倍。为中医诊所提供340个品项（其中包括72个炮制品项），临床用药精准有效。

新包装减少 29% 的塑料消耗，更环保；同时减小诊所空间占有量，真正诠释浓缩高效理念。

目 录

CONTENTS

论著 Original Article

- 试论“章朱学派”遣方用药的特色
On Formulating Medicine of Zhang Zhu School of Thought
朱步先
ZHU Bu-xian 3
- 在刺营法范畴下解读巨刺和缪刺
Differentiation of Ju-Ci Method and Miu-Ci Method Under the Discipline of
Needling the Ying-Blood
王有钧
WANG You-jun 6
- 运气九篇就是《黄帝外经》——《〈黄帝外经〉法象与数术学术史考证》序
Identity of “The Nine Yunqi Articles” is *The Yellow Emperor's External Classic* — The
Preface to *A Textual Research of “The Yellow Emperor's External Classic” with
Perspective of Image-Numerology and Academic History of Chinese Numerology*
路 辉
LU Hui 10

经典研究 Classic Research

- 《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上氣病脈證治第七》释要
Brief Decoding of Chapter 7, “Lung Withering, Lung Abscess, Cough and
Up-panting Qi” of *Golden Chamber Synopsis*
陈赞育
CHEN Zan-yu 16
- 缪刺新探
New Understanding of Miu Ci
肖健楠 周洁晨
XIAO J. ZHOU J. 21

临床经验 Clinical Studies

- 应用王氏止崩汤治疗崩漏的经验
Experience of the Treatment of Abnormal Vaginal Hemorrhage Using Wang's New
Zhibeng Decoction
王明波
WANG Ming-bo 23
- 温胆汤加减配合针灸“井穴”治疗帕金森病体会
Treat Parkinson's Disease with Modified Wen Dan Decoction and Acupuncture on
Jing-Well Points
赵雪静
ZHAO Xue-jing 27
- 慢性咽炎治疗体会
Treatment Experience of Chronic Pharyngitis
刘惠勤
LIU Hui-qin 31

综 述 Review

中医内治与外治法治疗高血压病研究进展

Research Progress on Treatments of Essential Hypertension by Internal and External Traditional Chinese Medicine Methods

耿 静 袁炳胜

GENG Jing
YUAN Bing-sheng

32

医论医话 Medical Notes

Explore Ways of TCM Teaching in UK

GAO Zhi-hua

38

医道纵横 Medical Front

《针术秘要》新译 （下半部分）

New Translation of *The Secret to Acupuncture* (Part 2)

肖健楠 秋山阳子

XIAO Jian-nan

40

慎终追远，怀德流响——马伯英教授追思会在伦敦隆重举行

FTCMP (UK)

45

The Unbearable Lightness of Being, the Unyielding Strength of Believing

SUN Jian-ping

46

——A Tribute to Professor Ma Boying

马伯英教授追思会照片

封三

英国中医 JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

2023 年 8 月 第 12 卷 第 1 期 August 2023, Volume 12 Issue 1

国际标准刊号 ISSN: 2049-4289

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

主编 **Chief Editor:** 陈赞育 CHEN Zan-yu

主编助理 **Assistant of Editor-in-Chief:** 奚可盈 XI Ke-ying

英文编辑 **English Editor:** 陈赞育 CHEN Zan-yu, 王有钧 WANG You-jun, 徐军 XU Jun, 谷雨 GU Yu

责任编辑 **Editors:** 陈赞育 CHEN Zan-yu, 王有钧 WANG You-jun, 袁炳胜 YUAN Bing-sheng, 殷鸿春 YIN Hong-chun, 周继成 ZHOU Ji-cheng,

周华芝 ZHOU Hua-zhi, 孙云 SUN Yun, 刘北南 LIU Bei-nan, 徐军 XU Jun, 毛海燕 MAO Hai-yan, 谷雨 GU Yu, 彭孝颖 PENG Xiao-ying

排版/平面设计 **Typesetting & Art Design:** 王有钧 WANG You-jun

广告/印刷/财务 **AD, Publishing & Treasury:** 张卓涵 ZHANG Zhuo-han, 姚兵 YAO Bing

编辑出版委员会 **Editorial Board:** 朱步先 ZHU Bu-xian, 王有钧 WANG You-jun, 陈赞育 CHEN Zan-yu, 袁炳胜 YUAN Bing-sheng, 殷鸿春 YIN Hong-chun, 周继成 ZHOU Ji-cheng, 周华芝 ZHOU Hua-zhi, 杨波 YANG Bo, 张卓涵 ZHANG Zhuo-han, 奚可盈 XI Ke-ying, 姚兵 YAO Bing, 曹兴灵 CAO Xing-ling, 徐军 XU Jun, 谷雨 GU Yu

学术顾问委员会 **Academic Consulting Committee:** 朱步先 ZHU Bu-xian, 龚玲 GONG Ling, 金峥 JIN Zheng, 王有钧 WANG You-jun, 马玉玲 MA Yu-ling, 骆方 LUO Fang, 叶雷 YE Lei, 汤淑兰 TANG Shu-lan, 顾漫 GU Man, 周琦 ZHOU Qi, 孙培林 SUN Pei-lin, 方睿 FANG Rui

联系方式 **Contact Us:**

电子邮件 Email: jcmukeditor@gmail.com

通信地址 Post Address: JCMUK, 82 White Horse Hill, Chislehurst, Kent, BR7 6DJ

试论“章朱学派”遣方用药的特色

On Formulating Medicine of Zhang Zhu School of Thought

朱步先 ZHU Bu-xian

【摘要】以近当代两位岐黄巨匠章次公、朱良春师徒学术思想为核心，对当代中医学的发展产生重要影响的章朱学派，其遣方用药汇参古今，立足实证。上溯内经、伤寒，下采验方精粹，兼容博采，贯通中西。本文阐扬章朱医论、医案，发其奥义，惠济后学。

【关键词】章朱学派；遣方用药

Abstract: Centered on the academic thoughts of Zhang Cigong and Zhu Liangchun, the two modern Qihuang masters, the Zhang-Zhu School of thought has an important influence on the development of contemporary Chinese medicine. Based on empirical evidence, its prescriptions and medicines have brought together ancient and modern history. Tracing Neijing and Shanghan and collecting the essence of prescriptions it is broad and compatible with both China and the West. This article expounds and develops Zhang Zhu's medical theories and records, expands its profound meaning, and benefits future generations.

Keywords: Zhang Zhu School of Thought; Formulating medicine

学派是学术繁荣的标志，迥异流俗、独树一帜、自成体系、蔚然成风，“章朱学派”世人瞩目。笔者追随朱良春老师问业数十载，在先生仙逝七周年之际，特撰此文略述“章朱学派”遣方用药的特色，借以缅怀朱师的盛德丰业，虽系一鳞半爪，或可作后学之借鉴。

一、太炎先生的睿智

章太炎先生博学鸿儒，对中医学亦有过人的识见，次公先生年青时执贄门下，采获良多，次公先生所作《章太炎先生的医学》一文（见《苏州国医杂志》第十一期，1936年出版），用精炼的语言介绍了太炎先生所示的治学门径与方法，概括其对中医学的卓越见解，抒发“启新复古”之己志，是次公先生倡导“发皇古义，融会新知”之滥觞。文中说太炎先生“尝谓学术无大小，所贵在成条贯，制割大理，不过二途：一曰求是，再曰致用”。学术品类不一，治学门径则同，治医亦不例外，必须有条理、成系统，裁量应有理有据。求是，不为个人好恶所左右，亦不为书本所羁绊，独立思考，不避毁誉，追求真谛，即“为学问而学问”；致用，不尚空谈，直面实际，可资应用，即“为实用而学问”。惟“求是”方切实用，欲“致用”

必须求是，所以次公先生说，“求是、致用更互相为矣”，可谓一言中的。

关于遣方用药，太炎先生强调“贯习群方，用资证验”。他首先重视的是仲景方，然后取《千金》《外台》方，因为二书“所存六朝人方甚众”，古义犹存。但二书“疏方甚众，议病太少，非先知《伤寒》《金匱》，亦不能用也”（《致钱玄同论医书》）。这和清代医家张璐所云，“不读《金匱》方，无以知《千金》之法源，不读《千金》方，何以广《金匱》之变法”（《千金方衍义》），其旨正同。再则取宋代朱肱《活人方》（《类证活人书》），因其能“守古”；还有《苏沈良方》、许叔微《普济本事方》以及《圣济总录》《和剂局方》，悉可备览。至于金元四大家，则认为“皆好傅会五行，虽处方不无一得，而览之易入迷惘之途”。而“明、清之景岳、天士诸师，虽才有高下，学有疏密，然不免弃六朝、唐宋切实之术，而不忘五行玄虚之说以为本”。在历史的长河中，中医学术不断发展，但泥沙俱下、鱼龙混杂在所难免。太炎先生看重的是“切实之术”，而非“玄虚之说”，是其取舍古方之标准。并主张通过临床实践加以验证，这是求实的科学态度。

太炎先生认为，“药性至微，非更迭校验不能知”（《医术平议》）。又说，“虽古之增益本草者，岂医师孟浪而言之与强以理定之哉？其大半亦出于铃医也”（《中国医学大辞典序》）。注重民间的实践经验，影响深远。他阐发药性融会新知，古老的命题给予全新的诠释。如说“柴胡、大黄《本经》皆谓其推陈致新，大黄推陈致新在破积攻坚，而柴胡则疏泄淋巴之瘀阻也；黄连、石斛皆厚肠胃，黄连之厚肠胃，有收敛止泻之功，石斛之厚肠胃，有润燥护腐之力，用于肠室扶斯（肠伤寒），更能补充营养之效，而肠出血自免，其理与东人论肠室扶斯当注意维他命C之缺乏同也”。中西学理融合无间，前人从未有此妙解！联想到次公先生云，“考经不正常，恒能引起胃证候”，“古人用平胃散通经，即是此理”。“凡宣肺药多是祛痰剂，肃肺药多是镇咳剂”。还曾谓“凡一切辛燥发挥之药皆能通便，排泄瓦斯一也，增进肠蠕动二也”等等。与太炎先生所论相较，命意何其相似，此间的传承关系不言自明。

二、次公先生的博采

章次公先生治学有门户，如他所说“疏通滞义，不违家法”。家法，即太炎先生所示的治学门径。但又没有门户之见，而是博采诸家，兼收并蓄。譬如治湿温（肠伤寒）突破旧说的藩篱，将强心、营养（育阴）、扑灭肠菌及护肠，立为药物治疗的三原则，他赞许李东垣“清暑益气汤”以表药与黄芪、党参同用之法，认为与小柴胡汤中参、柴相伍，退热强心之法同，均可供此证早期出现弛张热时选用。又说刘河间治疗热病“最了不得”，还说“温病学说体用兼赅，叶氏实其大师也”。他的这些见解并非否定了太炎先生的某些论点，而是加以修正、补充，持论平正，不失偏颇。次公先生曾谓：“近世之宗仲景，而不善运用者，流为猖狂，宗天士貌似者，流为浅浮，虽名医辈出，而大医不一遘矣。”这些话何等沉痛！要之，他没有经方、时方的界限，其治学贯通古今，融会中外，穷极幽微，一探古人未至之境。

试以次公先生一则医案为例（见《中国中医药报》1990年3月5日版，吕志连供稿），略加评按，藉见其遣方用药风格之一斑。

孙先生 据其热之经过，乃温邪而非外感，前此数服方剂皆合病机，所以热不退者，诚以此证难，难易以速效此候，候后日趋严重，必须慎食节劳（三黄苦参汤加味主之）。

香青蒿三钱 黄芩五钱 白槿花(包)三钱
嫩白薇三钱 苦参片五钱 秦皮三钱 黄柏八分
银花炭四钱 飞滑石(包)四钱 大地龙三钱 黄连三分

按：次公先生痛感“国医之名病，多以证候为标准，因无明确之诊断，遂无明确之界说”（《湿温证治》），当予改进。他非常重视得病的“时间”与病程之“经过”，“因为临床上症状虽或相同，而出现的时间不同，其用药施治也不能同一处理，这是热性病在鉴别诊断上必须注意的”（《张仲景在医学上的成就》）。此证发热数日，所用方剂皆合病机，倘是普通外感，其热当解，所以乏效者，皆因此证乃温邪之故。从药测证，当是湿温（肠伤寒）。这就从时间上将外感与温邪作了鉴别诊断。湿温通常在四候后脉静身凉，一候时难以速效。此案一候后日趋严重，即是此故。因对病证的发展与转归了然于胸，治疗自然胸有成竹。

三黄苦参汤待考，其主药为黄芩、黄柏、黄连、苦参殆无疑义。次公先生认为，湿温病灶在肠，扑灭肠中细菌毒素，“清贤所谓苦以燥湿，如苦参、黄柏、芩、连是也”。这是此时选用此类药的着眼点。青蒿芳化清透；白薇清温解热，《小品》“葳蕤汤”即用之；地龙治“温病大热狂言，饮汁皆瘥”（陈藏器语），足可增强此方的解热作用。三黄、苦参，苦能坚肠，而秦皮、白槿花、滑石、银花炭均有“护肠”之功。秦皮味苦且涩，善治热痢，涩可固脱，正可被护肠壁；白槿花乃民间草药，长于治赤痢，既能清肠热，又可防止肠出血；滑石为清热渗湿之品，湿温常用之，它被护胃黏膜而治吐血，还能止泻，收湿疮脂水，“为一种矿物性吸着剂”，“湿温病下痢，滑石最佳，盖预防肠

出血也”；至于银花炭，乃属植物性吸着剂，其能吸着毒素自不待言（详请参阅《吸着剂概说》）。上述药物大多人所熟知，但赋予新意，老药新用非先生莫属。

方中黄芩量为五钱（十五克），黄连仅用三分（一克），轻重悬殊有何考量？次公先生认为，“湿温用黄芩，解热特效”，“湿温多心下痞，而其病又在小肠之局部，用黄芩以治痞，而消局部之炎，药病为切合矣”，是以用量独重。黄连苦寒，习俗多谓其能败胃，“考之《别录》，谓其‘调胃厚肠’，征之新说，则列入健胃剂，则败胃之说不足凭。然少用则健胃，多用则败胃，则是事实”。“湿温一证，迁延辄数十日，如每方皆用黄连，病人之食欲因之不能恢复”，岂能不顾及之。当然，黄连与芳香淡渗药同用，则免其弊。方中黄连用小量，足见审慎。总之，此方集古人之精华，采民间之效药，以苦泄为主，佐以芳化、淡渗，清温解热，法度森然。但寓有扑灭肠中细菌、排泄毒素、被护肠壁、防止肠出血等诸多新意，构思宏大，缜密细腻，逾越前人。

三、朱师的胆识

朱良春老师深得次公先生遣方用药的心法，且在实践中引申发挥，其面广、用意深，建树良多。譬如虫类药，次公先生用蜂房、蕲蛇治风痹，蟋蟀、蝼蛄、地鳖虫治积聚、肿胀，蜈蚣、全蝎治头风痛等，成效显著。朱师以虫类药伍入它药，所制的著名方剂，如益肾蠲痹丸治类风湿性关节炎，复肝丸治早期肝硬化，蜘蛛丸治阳痿，健脑散治脑震荡后遗症、老年痴呆症等，疗效确切，享誉医林。他不仅用干品，还用鲜药制剂，使用丸、散、胶囊等多种剂型，对恶性肿瘤等疑难重症的治疗作了有益的探索，荡邪用之，扶正亦用之。屡起沉疴，前景喜人。

朱师重视民间验方，发掘愈疾的特效药作为辨证用药的补充。对葎草、虎杖、蒲公英、一枝黄花、接骨木、豨薟草、仙鹤草、穿山龙等，随手拈来，应用自如，体验独到。在上世纪五十年代，他发掘南通市中医院“三枝花”（蛇医季德胜、颈淋巴结核医陈照、肺脓肿医成云龙），在医林传为佳话，与章太

炎先生注重“铃医”的思想相呼应，辉映后先。

犹记上世纪八十年代初，我在南通市中医院随师实习期间，有一天先生要我查找“方不对证，非方也；剂不蠲疾，非剂也”一语的出处，我曾在《本草纲目·卷一·十剂》读过此语，出自刘河间，为李时珍所引用。原文见《素问病机气宜保命集·本草论》，惟“方不对证”，原书作“方不对病”，一字之差，略异而已。朱师对这句话非常欣赏，不啻为朱师自身风格之写照。因为朱师有过人的胆识，用的正是对证的方，蠲疾的剂，而非敷衍塞责，草率从事。

兹录朱师的一则医案，附以学习心得，以见其与次公先生一脉相承，并略窥其个人的风格。

张某 男 54岁 工人

患伤寒兼旬，热势缠绵，朝轻暮重，神志时明时昧，入暮则谵语呢喃，有时撮空，汗多肢冷，大便溱酱臭秽。苔厚腻，脉濡数、重按无力。此邪仍亢盛，而正已虚馁，心气尤感疲惫，时虞脱变。法当清温化湿、扶正强心并进。处方：

太子参 20g，苍术 10g，苦参片 15g，生地榆 20g，石菖蒲 8g，生黄芩 12g，甘露消毒丹 20g（包入煎），六神丸 30 粒（分 3 次吞服）。

朱师原注：药后病情显见稳定，神志转慧，脉也较振，守原方损益，调治旬余而瘥。此为曩年之病案，引用之以觐六神丸强心之功。

按：此证系肠伤寒，已达二十日，“热势缠绵，朝轻暮重”，正是热型之特征，吴鞠通说湿温“午后发热，状若阴虚”是也。厚腻之苔，濡数之脉，大便溱酱臭秽，提示胃肠湿热积滞蕴结，而脉重按无力，显示正虚。湿热邪实，可见谵语；正气不支，遂见撮空。允合“邪仍亢盛，而正已虚馁”之病机。加之汗多肢冷，虚脱之变，恐在目前。症情之险重，不待言矣。

肠伤寒邪热鸱张耗伤正气，心力不健极易邪陷致变，故当注重强心，此次公先生独到之经验。此证之用药，彻邪与强心并进，互相为用。方用黄芩、苦参，其义见前，伍入生地榆是一妙着，地榆泻火解毒、凉血止血，尤长于治疗肠风下血、血痢诸疾，还能愈疡止痛，今知有很强的抗菌作用，可以直接针对病灶，抗菌消炎，顾护肠壁，防止肠出血，盖彰次公先生抑菌、护肠之义。湿热交蒸，还当视湿与热孰轻孰重，苦寒伍入芳开、淡渗之品。苍术祛湿化浊，人所熟知，但深一层思考，如次公先生所云，芳香化浊，辛烈燥湿，“若苍术、厚朴、附子、炮姜诸品，莫不有强心功效”。朱师选用此品，实有将“强心脏涵于化浊之中”之深意。笔者粗浅体会，苍术用之得当，对心动偏快或偏缓均有一定的效果，似有双向调节作用，有待进一步验证。石菖蒲芳香化浊，涤痰启闭，开窍醒神。甘露消毒丹为叶天士所定，王孟英誉为“治湿温时疫之主方”。朱师善集诸家之长，引用此丹以清化气分之湿热邪毒。益气强心取太子参伍六神丸，太子参匡扶正气，可以营养心脏；六神丸解毒消炎，开窍回苏，强心有殊功。根据次公先生的经验，蟾酥、冰片、麝香能兴奋心脏，但有刺激胃部之弊，倘与生地、石斛滋养药并用，“有缓和作用，足以补其偏也”。此方用六神丸伍入益气养胃之太子参，其旨正同。总之，朱师此方扶正以逐邪，逐邪以存正，且在祛邪中寓扶正之意，简洁有力，精义迭出，非胆识兼优者不能为之。

遣方用药，太炎先生主张“守古”，守古不是墨守成规，抱残守缺，而是溯源寻本，去伪存真，还其本来面目，保持传统文化的纯洁性。必先自立自强，而后求新求变。次公先生谓，“需懂古术语本意，而后以现代科学理解之”。假使古义未明，就失去了“今义”的基础。朱师注重经典著作的学习与研究，想亦有见于此。吾兄史载祥教授提出“经典思维”的概念，对正确运用经方很有启发，其意亦同。

不上溯太炎先生不能知次公先生，不知次公先生亦不能知朱师。太炎先生倡导的治学门径，以及他们“语必征实，说必尽理”的治学实践，示来者以轨则，备受尊崇。

次公先生及朱师开创的“章朱学派”，独领风骚，如一泓清流滔滔不尽，这让我想起清人赵翼的一首诗：

李杜诗篇万口传，至今已觉不新鲜。江山代有才人出，各领风骚数百年。

（责任编辑：陈赞育）

【作者简介】朱步先，男，江苏泰兴人，著名中医学者和临床家。始承家学，后拜朱良春和朱则如为师，已从医五十余载。曾任江苏省泰兴中医院副院长、《中医杂志》副社长兼编辑部主任、《中国大百科全书·传统医学卷》编委及理论分支副主编、《中国医学百科全书·中医学》编委、《现代中医内科学》副主编等。1992年旅英，专注于中医临床及学术研究，出版《〈普济本事方〉发微》、《寒热并用药对串解》和《本草致用》三部专著。英国中医师学会顾问，《英国中医》杂志创刊人之一，英国中医师学会学术顾问委员会首席顾问。

· 论 著 ·

在刺营法范畴下解读巨刺和缪刺

Differentiation of Ju-Ci Method and Miu-Ci Method Under the Discipline of Needling the Ying-Blood

王有钧 WANG You-jun

【摘要】以《内经》针刺治疗学大纲即“刺有三变”、“刺营者出血，刺卫者出气，刺寒痹者内热”的认识为前提，本文对刺营血法门进行了简要解读，重点对刺大络的缪刺法和刺经脉的巨刺法从适应症、刺法和选用针具等方面进行了辨析，并强调了刺气法和刺血法比象于天地阴阳的差异。

【关键词】刺有三变；刺营血；巨刺；缪刺

Abstract: With the understanding of the outline of the needling methods by the *Internal Classic*, that is, “the three varieties of needling” — “Needling the Ying (circulation and nutrition) means to let out blood, needling the Wei (defence) means to let out qi, and needling cold blockage means to heat the interior”, this essay briefly explains the acupuncture method of needling the Ying-Blood, mainly on the differentiation of the Ju-Ci (pulse-monitoring needling) method and Miu-Ci (off-meridian needling) method from aspects of the indication, feature of needling and suitable needle type. It is also emphasised that the ideas of needling-qi and needling-blood are compatible with the features of heaven-yang and earth-yin.

Keywords: three varieties of needling; needling the Ying-Blood; Ju-Ci; Miu-Ci

《内经》中有一个针刺治疗学的大纲，即《灵枢·寿夭刚柔》所指出的：“余闻刺有三变……有刺营者，有刺卫者，有刺寒痹之留经者。”“刺营者出血，刺卫者出气，刺寒痹者内热。”由于卫气、营血、形体所病的层面不同，生理病理基础也不同，古人相应地发明了刺卫气、刺营血、刺形体寒痹的三类刺法，谓之“刺有三变”。这三类刺法各有自己的适应症、刺法和适用针具，本文谨就刺营法门的基本内容及巨刺法和缪刺法的辨析要点做一解读。

《内经》之后，由于历代的针灸学著作对“刺有三变”的重要性都缺乏认知，且呈现越来越强调调气作用的趋势，导致现代针灸学也接续了这一偏向，虽然对巨刺法刺经和缪刺法刺络的差别也有所界定，但并未清楚地认识到两者本都属于刺血法门，特别是对巨刺法的认识和应用只停留于刺病侧的对侧经穴这一似是而非表面特征，而对《内经》到底是如何规定巨刺法的并未认真解读。

刺营者出血

《素问·缪刺论》曰：“夫邪之客于形也，必先舍于皮毛，留而不去，入舍于孙脉，留而不去，入舍于络脉，留而不去，入舍于经脉，内连五藏，散于肠胃，阴阳俱感，五藏乃伤。此邪之从皮毛而入，极于五藏之次也。”说明外感之邪沿血脉路径的入传，系由浅入深，可依次传入孙络、络脉、大络、经脉、脏腑。据此邪传次序，刺营血之法也有浅取孙络、中取大络、深取经脉之不同。病邪若留聚于局部血络而不再传行则可成为结络，阻塞气血，引发多种病变，对应的则有刺络解结之法。

《寿夭刚柔》说：“刺营者出血”。《灵枢·经脉》云：“经脉者常不可见也，其虚实也以气口知之，脉之见者皆络脉也。”“故诸刺络脉者，必刺其结上。甚血者虽无结，急取之以泻其邪而出其血，留之发为痹也。”此论经络深浅，实指血脉也。伏行之经脉即动脉和深部静脉，浅出的阳络即浅静脉及分支，结络即瘀滞的浅静脉，孙

络即细小静脉血管。《灵枢·血络论》曰：“血脉者，盛坚横以赤，上下无常处，小者如针，大者如筋，则而泻之万全也。”《素问·三部九候论》亦云：“上实下虚，切而从之，索其结络脉，刺出其血，以见通之。”《灵枢·官针》则谓“经刺者，刺大经之结络经分也”，“络刺者，刺小络之血脉也”，故经刺和络刺即刺结络法和刺孙络法。

《寿夭刚柔》说：“营之生病也，寒热少气，血上下行。”对营的病症特点也就是刺营法适应症的描述似乎有点过于简约，不容易理解，但如果我们明确了营就是营血和血脉经络体系这个前提，就不难找到其答案。《灵枢·邪客》篇说：“视其血脉，察其色，以知其寒热痛痹。”表述了“寒热”与血脉的联系，但还不够明白。《经脉》篇说得就具体得多：“凡诊络脉，脉色青则寒且痛，赤则有热。胃中寒，手鱼之络多青矣；胃中有热，鱼际络赤；其暴黑者，留久痹也；其有赤有黑有青者，寒热气也；其青短者，少气也。凡刺寒热者皆多血络，必间日而一取之，血尽乃止。”《灵枢·论疾诊尺》也说：“诊血脉者，多赤多热，多青多痛，多黑为久痹。多赤多黑多青皆见者，寒热身痛。”这样，营之生病的“寒”、“热”和“少气”就都有了具体内容。那么，“血上下行”是指什么呢？

《灵枢·刺节真邪》篇给出了血脉病生寒热的另一种情况及其治法：“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经，令之不通，视而泻之，此所谓解结也。上寒下热，先刺其项太阳，久留之。已刺则熨项与肩胛，令热下（“上”之误）合乃止，此所谓推而上之者也。上热下寒，视其虚脉而陷之于经络者，取之，气下乃止，此所谓引而下之者也。”就是讲一条经脉中间有横络结塞导致上下寒热虚实分踞的情况，要靠刺络解结，并热熨推脉来平调经脉上下，也就是《灵枢·官能》所说的“寒与热争，能合而调之；虚与实邻，知决而通之。”所以“血上下行”就是指由于横

络阻隔导致同一经脉之营血上而不下或下而不上失常,这是营之生病的第二类情况。《素问·三部九候论》说:“上实下虚,切而从之,索其结络脉,刺出其血,以见通之。”表明结络导致经脉上下的寒热虚实要靠三部九候脉诊来判断。

此外,还有一种情况,《刺节真邪》篇给出了例子,说:“大热遍身,狂而妄见、妄闻、妄言,视足阳明及大络取之,虚者补之,血而实者泻之。因其偃卧,居其头前,以两手四指挟按颈动脉,久持之,卷而切推,下至缺盆中,而复止如前,热去乃止,此所谓推而散之者也。”这就是《素问·厥论篇》所谓“阳明之厥,则癰疾欲走呼,腹满不得卧,面赤而热,妄见而妄言”,显然属于阳亢之证,且经血厥逆,上行而不下,所以除了根据其经脉和大络的局部虚实以刺血补泻外,还可以用下推颈动脉即足阳明人迎脉的方法使逆上之血下行。这个方法有一定危险性,要注意避免刺激到颈动脉窦。

《灵枢·九针十二原》介绍刺络法要领云:“血脉者,在腧横居,视之独澄,切之独坚。”“必无留血,急取诛之。”“持针之道,坚者为宝,正指直刺,无针左右,神在秋毫,属意病者,审视血脉者,刺之无殆。”这就是所谓“宛(当作“菴”)陈则除之”的刺法。《刺节真邪》则介绍了热熨刺脉解结的特殊方法,对刺血疗法具有相当重要的指导意义:“人气在中,皮肤致,腠理闭,汗不出,血气强,肉坚涩。当是之时,善行水者,不能往冰。善穿地者,不能凿冻。善用针者,亦不能取四厥。血脉凝结,坚持不往来者,亦未可即柔。故行水者,必待天温,冰释冻解,而水可行,地可穿也。人脉犹是也,治厥者必先熨,调和其经,掌与腋、肘与脚、项与脊以调之,火气已通,血脉乃行。然后视其病脉,淖泽者刺而平之,坚紧者破而散之,气下乃止,此所谓以解结者也。”即说明,血结寒凝而肢冷厥逆者,一定要用热熨的方法,先通调其血脉,然后才能施行刺血解结的治疗,否则就像企图让结冰的水流动一样困难。

泻络之针具为锋针,现代称三棱针,即《九针十二原》所谓“锋针者,刃三隅,以发痼疾。”

《官针》曰:“病在经络痼痹者,取以锋针。”刺络泻邪而兼养正者,则用毫针。《灵枢·九针论》曰:“毫针,取法于毫毛,长一寸六分,主寒热痛痹在络者也。”“邪之所客于经而为痛痹,舍于经络者也。故为之治针,令尖如蚊虻喙,静以徐往,微以久留,正气因之,真邪俱往,出针

而养者也。”这两句话,不但说明毫针是可以治血络的,也说明痛痹在络也是“寒热少气,血上下行”的内容,络病当然是属于营之生病。

《经脉》所论十五大络,即十二经之别络、任督二脉大络和脾之大络,其病理特殊,取法也与经之结络和孙络有所不同。正如《三部九候论》所云:“经病者,治其经;孙络病者,治其孙络血;血病身有痛者,治其经络,其病者在奇邪,奇邪之脉则缪刺之。”《缪刺论》云:“今邪客于皮毛,入舍于孙络,留而不去,闭塞不通,不得入于经,流溢于大络,而生奇病也。夫邪客大络者,左注右,右注左,上下左右与经相干,而布于四末,其气无常处,不入于经俞,命曰缪刺。”与解结和巨刺用锋针不同,缪刺法宜选用毫针,如《缪刺论》中的例子:“邪客于足少阳之络,令人留于枢中痛,髀不可举,刺枢中以毫针,寒则久留针,以月死生为数,立已。”

巨刺和把而行之

前面介绍的都是络脉刺法,现在来看经脉刺法。因为经脉是大的静脉和动脉,不像小静脉那样容易发生结塞,其病态仍属于流动状态下的失常,所以诊断和针刺方法都是有别于络脉的。当外邪甫入经脉,尚未与脉中真气相合,治当遵循《素问·离合真邪论》候邪及泻邪之法:“夫邪之入于脉也……亦如经水之得风也,经之动脉,其至也亦时陇起。其行于脉中循循然,其至寸口,中手也时大时小,大则邪至,小则平。其行无常处,在阴与阳,不可为度,从而察之,三部九候,卒然逢之,早遏其路。”“夫邪去络入于经也,舍于血脉之中,其寒温未相得,如涌波之起也,时来时去,故不常在。故曰方其来也,必按而止之,止而取之,无逢其冲而泻之。”“此攻邪也,疾出以去盛血,而复其真气。此邪新客,溶溶未有定处也,推之则前,引之则止,逆而刺之……刺出其血,其病立已。”外邪新感,未与正合,逢之即迎头截止,刺血泻之外出,可叫作迎头泻邪法。论中还告诫,候气不当,正邪不分,会犯虚虚实实的错误,所谓“候邪不审,大气已过,泻之则真气脱,脱则不复,邪气复至,而病益蓄。”

若邪入既久,“真邪以合,波陇不起”,当“审扪循三部九候之盛虚而调之,察其左右上下相失及相减者,审其病藏以期之。”即遵从三部九候之诊,根据经脉上下营血之虚实而左右调之,《缪刺论》称之为巨刺法,所谓“邪客于经,左盛则右病,右盛则左病,亦有移易者,左痛未已

而右脉先病，如此者，必巨刺之。必中其经，非络脉也。”欲泻客邪必“刺营者出血”，达此目的非锋针不可。

为什么叫巨刺呢？《说文》释巨字为“规巨也。从工，象手持之。”表明“巨”字与规矩的“矩”通用，如图 1，巨（矩）字为一人持“巨”即工字形工具尺的象形。《说文解字注》说：“《周髀算经》曰：圆出于方，方出于矩。”“方属地，圆属天。天圆地方。方数为典，以方出圆。”“考工记：斩毂之道，必矩其阴阳。注：矩，谓刻识之也。凡识其广长曰矩，故凡有所刻识皆谓之矩，从工，象手持之。”所以，巨刺的“巨”字，第一，有天圆地方之义。卫气为阳，属天，刺卫用圆针以象天；营血为阴，属地，刺营用有方棱的锋针以象地。第二，有手持之义。即依三部九候法，左手持其脉而如依规矩而量度之，知脉之本末上下虚实。所以巨刺法就是《官能》所说的“左右不调，把而行之”的方法，除了针刺前要把脉诊断和鉴别诊断，针刺中和针刺后也要把脉，以判断泻邪的即时效应和治疗结果，如同工匠之手不离矩尺。



图 1 周代“巨”字钟鼎文

巨刺法系刺经脉，要与刺大络的缪刺法加以区别。《素问·调经论》曰：“身形有病，九候莫病，则缪刺之；痛在于左而右脉病者，巨刺之，必谨察其九候。”讲得很明白，两者适应症不同，需要凭三部九候脉诊进行鉴别。缪刺虽也有刺左治右、刺右治左的特点，但所刺之处无九候之独实独虚，故并不属于“左右不调”的情况，针刺中和针刺后也无需再把脉，故不是“把而行之”的方法。

《经脉》指出经脉“内次五藏，外别六府”，“所以能决死生，处百病，调虚实，不可不通。”《调经论》云：“五藏之道，皆出于经隧，以行血气，血气不和，百病乃变化而生，是故守经隧焉。”故脏腑之病皆取之于经脉气血，当凭三部九候及形色之诊明阴阳脏腑虚实，择四时五输及原穴合穴，候气得气而依深浅法度而行补泻。

《官针》谓：“病在五藏固居者，取以锋针，

泻于井荣分输，取以四时。”即泻经脉法。又云：“病在脉，气少当补之者，取以鍉针于井荣分输。”《九针十二原》则谓“鍉针者，锋如黍粟之锐，主按脉勿陷，以致其气。”是为补经脉法。我们看图 2 鍉针的形制，针头是小米粒样的，也就是没有锋或刃，所以不是用于刺入，而是“主按脉勿陷”，针头足够细小，可以准确按到络脉或经脉上，但又不致于刺陷进去，功用和目的是“致其气”。《灵枢·邪气藏府病形》说：“刺涩者，



图 2 鍉针形制图

必中其脉，随其逆顺而久留之，必先按而循之，已发针，疾按其痛，无令其血出，以和其脉。”

“疾按其痛”说明有刺入，而“必中其脉”“久留之”以和脉养脉，用的应该是毫针。《灵枢·终始》说：“一方实，深取之，稀按其痛，以极出其邪气；一方虚，浅刺之，以养其脉，疾按其痛，无使邪气得入。邪气来也紧而疾，谷气来也徐而和。脉实者，深刺之，以泄其气；脉虚者，浅刺之，使精气无得出，以养其脉，独出其邪气。”都是针对血脉而言，有邪实就深刺出血以泻邪，若脉虚就浅刺勿陷，而养其脉。因为血脉病和五脏病均具有“阴”和“地”的性质，病形已成后往往虚实之部位固定不移，所以称之为“方”。卫气和六腑病，阳气剽疾滑利而邪气随之流行无定所，常须追踪其行迹而报刺，故不称之为“方”。天圆地方，天动地静，在这里有具体的意义。

（责任编辑：陈赞育）

【作者简介】王有钧，号穿石斋主人，副主任中医师，英国中医师学会顾问、学术委员会主席，《英国中医》编辑。1992年毕业于北京中医药大学，在陕西中医药大学附属医院从事临床和教学工作十余年，2006年旅英。悬壶之余，致力于《内经》的解读和传统方药理法的总结，力求还原《内经》核心概念和诊法治法的本旨，已发表“五气经天的天文学解读”、“阴阳雌雄析义”、“卫气津液混元论”、“中医对生命的根本认识和《内经》脉学的基本原理”等十余篇研习心得，并开讲“穿石斋聊内经”系列讲座，出版专著《内经研习录》。电子邮箱：chuanshizhaizhu@gmail.com

运气九篇就是《黄帝外经》 ——《〈黄帝外经〉法象与数术学术史考证》序

Identity of “The Nine Yunqi Articles” is *The Yellow Emperor’s External Classic* — The Preface to *A Textual Research of “The Yellow Emperor’s External Classic” with Perspective of Image-Numerology and Academic History of Chinese Numerology*

路辉 LU Hui

【摘要】《黄帝外经》是历代中医人研究探索的重要课题之一。近代学者有内编、外编，内卷、外卷等各种解释，多从篇章结构、行文风格上去做外形分别，很少有从内容上、理论结构本身的内在格局上去分别。本文按照中医基础理论的天人感应的基本格局，从理论上、逻辑上、考据上、医学史上分别加以考察，众多线索都共同指向一个推论，运气九篇就是《黄帝外经》。同时也厘清了一些史料杂说的学术定位与历史定位。本文结论作为中医基础理论研究的论断之一，还有待于进一步丰富论据与史料。

【关键词】黄帝外经；古中医；黄帝内经；五运六气

Abstract: Huangdi Wai Jing (*The Yellow Emperor’s External Classic*) is one of the important topics for scholars of traditional Chinese Medicine (TCM) in the past dynasties. Modern scholars have a variety of opinions on the meaning of “internal” and “external”, such as “internal compilation” and “external compilation”, “internal volume” and “external volume”, and so on. Most of the opinions are based on the structure of the text and the style of writing, but few are based on the content and the intrinsic pattern of the theoretical structure itself. According to the basic idea of the human’s response to the heaven in the fundamental theory of TCM, this paper makes an investigation into the theory, logic, textual research and history of TCM, and many clues lead to the same conclusion: the nine articles on wu-yun liu-qi (five-phase and six-qi) are the contents of Huangdi Wai Jing. At the same time, it also clarifies the academic evaluation of some related viewpoints in the history. The conclusion of this paper, as one of the results of the author’s theoretical research of TCM, need further evidence and more to-be-found historical materials.

keywords: Huangdi Wai Jing, ancient Chinese medicine, Huangdi Nei Jing, wu-yun liu-qi

关于《黄帝外经》的事，历来中医学者都非常关注这件事，也是众说纷纭。我想着重说一下，我在多种场合都说过，因为这个问题太重要了。

《汉书·艺文志》中《方技略》载有“《黄帝内经》十八卷、《外经》三十七卷，《扁鹊内经》九卷、《外经》十二卷，《白氏内经》三十八卷、《外经》三十六卷，《旁篇》二十五卷”，合为“医经七家，二百一十六卷”。除了《黄帝内经》是我国现存医学文献中最早的一部典籍，包括《素问》和《灵枢》两部分，各 81 篇，共 162 篇，其他典籍目前属于佚书。

《黄帝内经》中引用了《奇恒》《五中》《阴阳》《脉要》《上经》《下经》《揆度》《太始天元册》等以前的古医经著作，并在

很大程度上保留着秦汉医学文献的本来面目。它比较全面地阐述了中医象数学理论的系统结构，反映出中医象数学的数术理论原则和学术思想，构建了中医象数学理论体系的框架，为中医象数学的发展奠定了基础。

中医象数学发展史上出现的许多著名医家和众多医学流派，从其学术思想的继承性来说，基本上都是在《黄帝内经》理论体系的基础上发展起来的。做为中医弟子，理必曰《黄帝内经》，术必曰伤寒，这已经成了中医江湖的尚方宝剑和玄铁令牌了。

关于《黄帝外经》的考证从未放弃，但也是收获甚微，最后甚至有学者们认为，根本就不存在《黄帝外经》这本书，理由倒也很简单：六合之内，述而不作，六合之外，存而不论，故根本就不存在《黄帝外经》……

一

从逻辑上说，在研究古中医及其医学古籍的过程中，有很多时候完全是研究者囿于自身学术素质所限，人为复杂化一些基本问题，如阴阳、五行、八卦、河洛、甲子、经络等等问题。在《内经》《外经》这个命名上也是如此，顾名思义，作为古中医典籍，黄帝《内经》《外经》自然是研究人与自然的医学关系的著作，那么主要研究对象就是人身，关于人身内部的医学理论就是《黄帝内经》，关于人身外部的医学理论就是《黄帝外经》，我想这么简单的逻辑，大家应该是可以接受的。那些所谓的内篇、外篇、内编、外编之类的说法实在是不值一提。

以人身内外之别而分内外经的做法，在古印度及藏密的《时轮经》中就是如此分法。

大体来说，《时轮经》分为内、外、密三部。《时轮外经》（外时轮）主要讲述宇宙的结构、行星运转、星座的位置、五行生克等天文学内容；《时轮内经》（内时轮）主要讲述人体的构造、脉络、气息的运行等医学内容，讲人体的生理形成、胚胎发育、病理病因、诊断治疗以及人体内脉息运行的规律；《时轮密经》（秘时轮）又称别时轮，主要讲述通过内外结合而达到修佛、成佛的密宗仪轨。

按照佛家的专业说法，《时轮经》是释迦牟尼晚年传法的记录，共一万二千颂（每颂四句）。分为五品，第一品讲外时轮，即宇宙的结构，包括天体运行的规律，这就是时轮历最根本的依据。第二品讲内时轮，讲人体的生理形成、胚胎发育、病理病因、医药医疗包括人体内脉息运行的规律。第三品是灌顶品，讲正式取得接受密法资格的仪轨。第四品为修法，讲修行的姿式和呼种禅定。第五品为“智慧”，内时轮与外时轮结合即智慧与方便合修证得的结果所达到的乐空无二“俱生快乐”的境界，并提出了医药的方法和医疗的功能。

内时轮与外时轮的结合（天人相应）是佛家法门的修证方法。可以说，时轮金刚密

法正是将较为先进的天文历法和医学知识相结合，才在藏传佛家中拥有了至高无上的地位。相对于《时轮密经》，应当还有《黄帝密经》，就是上古原始道家的一系列著作，即《三清经》《阴符经》《参同契》等等《道藏》中关于内丹术的经典。

关于这种以人身内外分内外的例子，在中国古代文化中也有先例。

上清派是两晋时期出现的一个重要的道家派别，创始人为西晋女道士魏华存及东晋道士许谧、杨羲等人，因该道派崇奉《上清大洞真经》《黄庭经》《真诰》等经典，而得名上清派。

《黄庭经》又名《上清黄庭真经》，是上清派最具有代表性的经典。该书主要分为《黄庭外景经》与《黄庭内景经》。

《黄庭内景》的内景就是以藏象为主。因为存思五脏是上清派存思法的核心，所以该派所崇奉的重要经典《黄庭经·内景》中便有大量关于五脏包括五脏神灵的形色、生理功能、生理特性等方面的描述。存思之时，即以这些相应的形色、生理功能、生理特性为主要内容。《黄庭内景经》分为三十六章，其中便有《心神章》《肺部章》《心部章》《肝部章》《肾部章》《脾部章》《胆部章》《脾长章》《心典章》《肝气章》《肺之章》等关于五脏六腑的篇章。

除以上所述藏象、命门之外，存思丹田、泥丸的内容在《黄庭经·内景》中也非常丰富，其中存思脑宫泥丸之神的炼养术对后世中医学脑神学说的发展有重要影响，如《黄庭经》认为脑中有“泥丸九真”，泥丸即是脑神（脑为中枢神经系统），这对明代出现的脑主神明学说有重要影响。此外，存思三丹田则与中医三焦理论有一定关联。

总之，《黄庭内景经》不仅只是一部道家炼养著作，其中还包含了大量的中医内证的藏象原理，尤其是在藏象学说方面。一方面《黄庭经》吸纳了不少中医的医学理论，并完善了道家炼养术的理论基础；另一方面《黄庭经》中一些独特的藏象内景学说的认

识也对后世中医学理论的发展起到了巨大的影响作用。

《黄庭外景经》主要讲的是基于《内景经》的内视五脏六腑的鼎炉、采药、炼丹、养胎、修元婴、羽化飞升、元神外出的过程。如《上部经》的“三关之中精气深，子欲不死修昆仑”“修德明达神之门。”《中部经》的“作道优游深独居，扶养性命守虚无。恬淡自乐何思虑，羽翼已具正扶骨。长生久视乃飞去，五行参差同根蒂。三五合气其本一，谁与共之斗日月。”《下部经》的“内息思存神明光，出於天门入无间。恬淡无欲养华茎，服食玄气可遂生。还过七门饮太渊，通我悬膺过青灵。坐於庐间见小童，问於仙道与奇方”等等。

这一点不同于医家的人体之外的五运六气体系，毕竟道家讲究修炼羽化之术，与中医祛疾之术还是不同层次的境界。这就是中医的外经与修炼的外景之不同所在。

道家以内境、内景、内象为同义，主要指人体脏腑，有时及于筋骨、血肉、经络等人体内部组织结构。梁丘子《黄庭内景经》注释说：“景者象也”，“内象谕即血肉、筋骨、脏腑之象也，心居身内，存观一体之象，故曰内景也”。道家炼功强调内视、内观、内照、反观、反照，都是要求反观脏腑。可见道家内景与内境是同一概念。医家一般均用“内景”。赵献可《医贯》说：“脏腑内景，各有区别”，《医学入门》有《内景全图》，《循经考穴编》有《脏腑内景之图》，《类经图翼》有《内景图》，文字有《内景赋》，都明确指的是人体内脏，所绘之图均是一张用侧人图显示的内脏图。

以《道藏》收录的《黄庭内景五脏六腑图》而言，有时被著录为医家类，有时被著录到道家类。在《黄庭内景五脏六腑图》中，《崇文总目》著录在“医书类”，而《宋史·艺文志》则著录在“道家类”。这也说明，内景经既是道家也是医家的典籍，道暨之术之书。

这些关于天人之人的部分也是《黄帝内经》讨论的客观事实，与之对应的天人之天

部分，就是《黄帝外经》的内容。所以《内经》也是内景，《外经》也是外景。

而道家内部也秘传着中医的《内经图》，是我国中医的特色发明。下面这幅《内经图》又名《内景图》，为气功、小周天功法、百日筑基之秘要。以养性炼生为基础，图文并茂，其成书年代不详。近几百年来，在学术界有深刻影响，为儒释道三家修持所推崇。

《内景图》不但讲人体内脏的解剖图，其目的是要给予学习人体解剖、内脏关系的人以图示。而且《内景图》还明显再现了道家丹道修炼方法图示的目的，甚至相传，道家的羽化飞升，均未离开这张图和《修真图》。

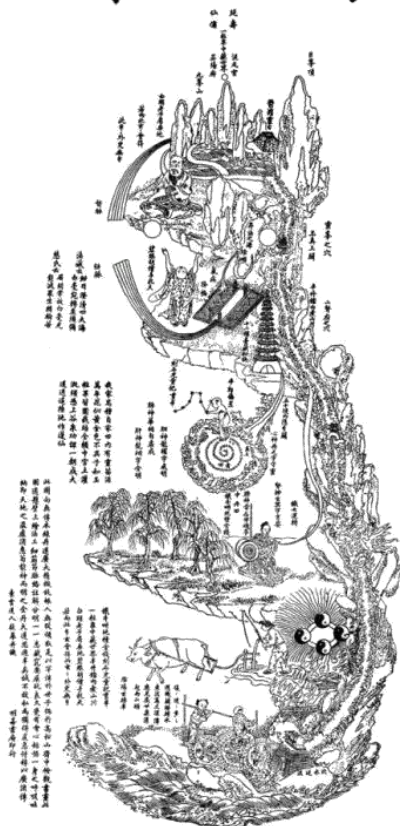
《内经图》有多种版本，常见的有北京道教协会白云观存的拓片等。

《素问·上古天真论》开卷就有黄帝问天师曰：“余闻上古之人，春秋皆度百岁，而动作不衰；今时之人，年半百而动作皆衰者，何也？”岐伯对曰：“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数……而尽终其天年，度百岁乃去。”“夫道者，能却老而全

內經圖



內經圖



形。”“故能寿敝天地，无有终时。”《神农本草经》分药为上、中、下三品，上品多述服之轻身延年，不老神仙之服食炼丹之药品，几乎完全是道家炼丹服后以求健康长寿甚至成仙的理论。说明《内经》及古中医理念与道家修炼理论密切相关。

由此，我们可以推断，下面的《修真图》（《火候图》）就是古中医的外景图，所谓外景图，不外乎七曜、九星、二十八宿，日月五星的阴阳五行、五运六气之机。可以说，这幅修真图也是《黄帝外经》的图，因为医家源于道家，他们有着共同的天地人系统。

也正是由于医和道之间具有密切难分的内在关系，古代著名中医学家晋代葛洪、梁代陶弘景、唐代孙思邈、明代李时珍等等，既是伟大的医学家，也以精于道家学理对道家养生性颇有研究的大学问家。

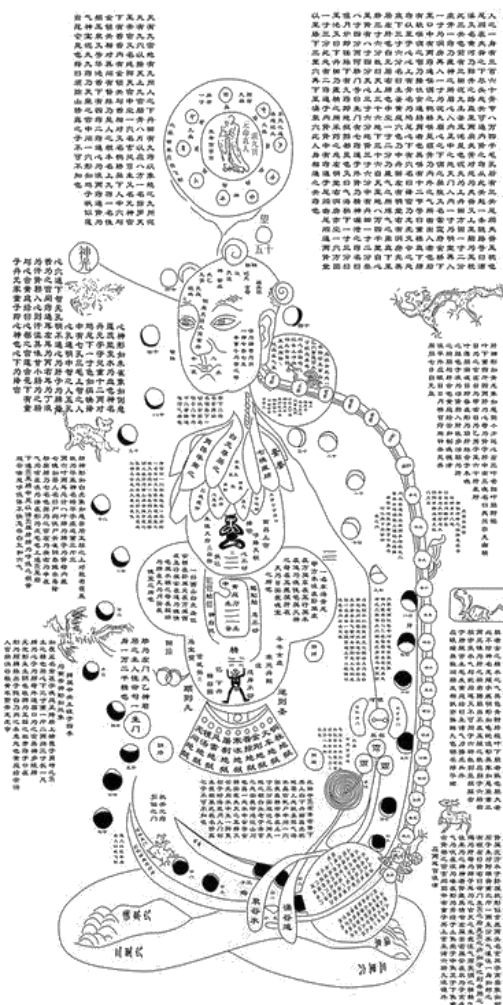
再如道家的内丹与外丹的分类，也印证

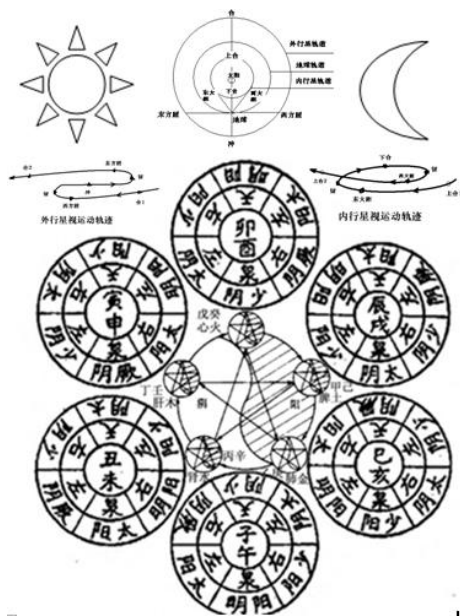
着道鑿是以人身内外来分道藏、医经内外的逻辑。

金丹包括外丹和内丹。外丹又称炼丹术、黄白术等，指用炉鼎烧炼金石，配制成药饵，做成“使人服用后长生不死的”丹药。外丹是用汞及某些矿物药，在高温条件下经烧炼制成的无机化合物。内丹是以人体为鼎炉，精气神为药物，在体内凝练结丹的修行方式。

金丹中的外丹可对应中医中的丹药，如外科金丹和内科草木丹。目前中医临床常用的有内科八宝丹、小金丹、紫雪丹、至宝丹，外科的九一丹、升丹、降丹等。仲景年代流行的五石散也是道家丹药的变种。在《辅行

修真圖





诀》中既有中药草木丹的归脏法，也有修炼外丹玉石的归脏法。

既然道家是以人身内外来划分内景、外景的。那么我们再回过头来看看，我们的古中医典籍中是不是这样的理论格局，显然如此。

二

从理论上说，《黄帝内经》中的七篇大论是王冰在整理《素问》时补入的，主要论述运气学说，为《黄帝内经》主要学术内容之一。七篇大论对疾病的认识有独到之处，与《黄帝内经》其他篇章论述有着明显的不同。《黄帝内经》中占有近半数的篇幅：专篇论述运气有：“天元纪大论”、“五运行大论”、“六微旨大论”、“气交变大论”、“五常政大论”、“六元正纪大论”、“至真要大论”等著名的七篇大论。洋洋洒洒七篇大论，共计五万二千多字，篇幅约占《素问》的三分之一，内容上及天文，下涉地理，中傍人事，主要论述了天体运行的规律对气候、物候变化的影响，以及气候变化对人身生理、病理、病候（病证）的影响。

七篇大论对每一种气候变化都标明它对人身的影响，以及人身因此出现的常见症候。遗篇“刺法论”、“本病论”其实也是运气内容，主要讨论疫病的形成机制及治疗原理。其它如“上古天真论”、“四气调神大论”、

“生气通天论”、“金匱真言论”、“阴阳应象大论”、“六节藏象论”、“藏气法时论”、“宝命全形论”、《灵枢》的“岁露篇”等等，也是对九篇大论运气理论的重要补充。

从考据上说，《素问》之名最早见之于《伤寒杂病论·自序》，张仲景谈到他撰著此书时参考了《素问》等古籍。后来皇甫谧在其序言中也谈到他撰著《甲乙经》时参考了《素问》，并第一次指出《素问》有九卷，同《九卷（灵枢）》合为十八卷，即《黄帝内经》，这里我们可以看到《黄帝内经》的原始面貌，即《素问》与《灵枢》共18卷。运气七篇内容占今本《黄帝内经》总数的1/3强，大约52000多字数，合6卷之多，而梁·全元起第一次对《素问》进行注释时缺失第七卷，仅存八卷。《隋书·经籍志》及杨上（字善）著《太素》均仅见八卷。也就是说，根据全元起、杨上的八卷注本推理，亡佚的那一卷肯定不是今之运气七篇，虽然王冰之前谁也未曾识得古本《素问》九卷之全目，但古本《黄帝内经》中绝对没有运气的七篇或九篇内容。运气理论是中医学理论的重要组成部分，王冰以前的重要医学论著或直论或援引，皆有踪迹；自东汉末年至唐王冰之前，人们能见到与运气学说有关的可考文献约千余字。

北宋高保衡、林亿等“新校正”认为：“窃疑此七篇乃《阴阳大论》之文，王氏取以补所亡之卷，犹《周官》亡《冬官》，以《考工记》补之之类也。”“新校正”的看法不无道理，一则“七篇大论”的篇幅太长，在王冰次注后的《素问》二十四卷中，仅此“七篇”就有四卷，显然非古本《素问》第七一卷所能容纳；二则“七篇大论”的内容与其他诸篇相去较远。故林亿等人说：“七篇大论居今《素问》四卷，篇卷浩大，不与《素问》前后篇卷等。又且所载之事，与《素问》余篇不相通。”

“七篇大论”或《阴阳大论》，二者均以运气学说的内容为其主旨。《阴阳大论》之名最早见之于《伤寒杂病论·序》，此后王叔和、皇甫谧、巢元方、孙思邈、王焘等

人在他们的论著中均有提及。《阴阳大论》所论内容是什么？其庐山真面目谁也未能全识。据现存有关文献考证，王冰之前所保留的能认定是《阴阳大论》之文约千字。如古本《伤寒杂病论》所引 110 余字是仲景引于《阴阳大论》，《伤寒例》明确指出所引《阴阳大论》文约 720 字。加之《甲乙经》卷六“阴阳大论”篇（实为《素问·阴阳应象大论》文）仅篇末不足百字，三者共引千余字的引文属《阴阳大论》的内容。

仅凭《伤寒杂病论》《伤寒例》《甲乙经》六卷“阴阳大论”篇末三者大约千余字的内容与洋洋洒洒的“七篇大论”数万言之宏论横向比较而认为“两论”所论有别，其结论难以使人信服。《阴阳大论》与“七篇大论”实为一体，二者是《黄帝外经》的内容。

七篇大论既然是王冰的老师“师氏藏之”，必另有所本，此本绝非古本《黄帝内经》，从篇幅所述之“古运气”医学理论分析，当属于孤本《黄帝外经》内容，七篇内容与三式、六爻、九宫、紫微、神数等数术古籍迥然不同，自成一家体系，况王冰根据师藏秘本，又总结出了《玄珠秘语》《昭明隐旨》等，与别家理论更是不同，作者考遍《四库》之经史子集，阅览全本《道藏》，拜读各种《佛经》，游历民间、古刹，未尝见到与运气相似的古籍，可以肯定，运气理论自成一家，乃上古所传，绝非王冰一手之杜撰。

据《医古文知识》2002 年第 4 期《北宋医籍年表》中所述，哲宗元符二年己卯（1099），有《素问遗篇》一卷，无名氏撰。而刘温舒（1030-1108）于北宋元符二年即公元 1099 年撰《素问入式运气论奥》3 卷。刘温舒是北宋哲宗文官朝散郎，任大医学司业，如果是刘司业所撰《素问遗篇》一卷，当不会注释为无名氏著。可以推论，《素问遗篇》一卷在刘司业之前就已经存在，刘温舒只是将其重新纳入《素问入式运气论奥》，以流传后世。不料后来者想当然地认为《素问遗篇》是刘温舒所撰，其实另有隐情。而“运气九篇”实则为《黄帝外经》的纲要，犹《辅行诀脏腑用药法要》之纲目《汤液经法》。

王冰所传的《天元玉册》也是《黄帝外经》的一部分，其序中有一篇“截法”，有人凭此“大唐麟德元年”断然判定为唐后之书或伪书，实不足取。此乃太乙积年中的截法，不详述。

综上，《黄帝内经》的“运气九篇”就是遗失的《黄帝外经》。

三

谈到《黄帝外经》，有一本《外经微言》不得不提。

《外经微言》一名令人疑惑难解，此书称“外经微言”而不直接称“黄帝外经”，说明这并非是《黄帝外经》原著，而只是阐发《黄帝外经》的一部别人的“论”。陈士铎在《外经微言》中有“山阴陈士铎号远公又号朱华子述”之语，古人认为学问历来是“论而不述”，“述而不作”，陈士铎意在强调他忠于传世，而非杜撰。他在《辨证录·凡例》中有：“是编皆岐伯天师、仲景张使君所口授，铎敬述广推以传世。实遵师诲，非敢自矜出奇。”又有“岐天师传书甚丰，而《外经》一编尤奇。篇中秘奥，皆采之《外经》，精鉴居多，非无本之学也。铎晚年尚欲笺释《外经》，以求正于大雅君子也。”说明陈士铎所受之书并非原作，而是有所取舍，而传书人则是傅青主，不详述。

《外经微言》成书于清康熙二十三年（1684），是陈士铎“遇仙传书”系列中的一部道医结合的综合性基础理论性著作，此仙即是傅青主。此书模仿《黄帝内经》体例的痕迹十分明显，讨论内容多与《黄帝内经》相同，共 9 卷 81 篇，分别论述了养生、阴阳五行、脏腑经络、五运六气、病因病机、治则等专题，这一点与《黄帝内经》的篇章与内容结构并无本质区别，无论从内篇外篇、内编外编、理论与应用等角度都无法说明其“外经”之“外”在哪里？与其说是《外经微言》，不如说是《内经微言》更恰当。傅青主《外经微言》在《黄帝内经》理论上并无什么特殊发挥，在内容上主要仿照《黄庭经》来发挥《黄帝内经》，突出了肾脏命门、藏象经络、君相二火、五行生克胜复、

五运六气内算之外的总论性知识，并阐述了道家内丹养生的基本认识等。

贯穿《外经微言》全书有四个核心理论，为“肾命水火”内丹学说、藏象经络、“五行生克之变”学说和五运六气理论解读。

总的来说，《外经微言》与《黄帝外经》《扁鹊外经》等古籍并无直接承传关系，犹释儒道之经律论，只是后学所感所悟的杂论而已。其内容主要是关于阴阳五行、五运六气指导下的藏象经络等丹道内证之术，类似于道医之作《黄庭经》，但在格局上还无法与《黄庭经》相媲美，与运气九篇、《黄帝内经》《玄珠密语》《天元玉册》的成体系理论框架、学术逻辑更是无法相提并论。原中国医史文献研究所所长余瀛鳌认为《外经微言》“从语言、文字及学术严谨性，似不如《黄帝内经》，但书中分述多方面的内容，则有参考、借鉴的学术价值。”

四

如果将《黄帝内经》与《黄帝外经》中凡是涉及天干地支字样及理论部分的关于数的内容都去除的话，把《黄帝内经》里运气九篇、藏气法时论、六节藏象论、九宫八风篇这些去掉以后，我们发现会剩四分之一强，里面没有关于术数的论述和文字了，那么《黄帝内经》和《黄帝外经》这两部中医的根基、中医的经典，还是原书了吗？《黄帝内经》

还叫《黄帝内经》吗？《黄帝外经》还叫《黄帝外经》吗？

中医乃形神之道，象数之学也。

西医有数，数者，各种体液生化指标，大家都能接受；西医有象，各种影像检查，大家都能接受。但中医若有数、有象，则不能承认，不敢承认，不愿承认。中医本为形神之道，象数之学。何为中医象数？何为中医形神？中医之神者，数术也，即阴阳五行、干支河洛、四时五行、五运六气等等；中医之形者，法象也，象者，舌象、脉象、面相、藏象、药象、外象、全息之象等等。去除了数术这些东西以后，中医就是没有骨架的一堆烂肉，就是一具行尸走肉。而现代中医研究的《黄帝内经》，基本上就是完全删除干支数术的《黄帝内经》。

子美曾曰：尔曹身与名俱灭，不废江河万古流。吾信矣。

（责任编辑：王有钧）

【作者简介】路辉，男，毕业于黑龙江中医药大学，中医方剂学硕士学位，现职于北京甲子书院。著有《古中医天文学·无极之镜》《古中医运气学·天地之机》《古中医藏象学·象数之身》《伤寒法门·前传·古中医医算史》《伤寒外经》《伤寒内经》《众妙之门》《司岁药食》《天璽之门》《古中医数术考·古中医道》《古中医悟》《中医乱·现代中医百年学术史现状调查》《〈黄帝外经〉法象与数术学术史考证》等十三部中医基础理论研究著作，加粗者已经由中国中医药出版社出版。通信邮箱：491401344@qq.com

· 经典研究 ·

《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上氣病脈證治第七》釋要

Brief Decoding of Chapter 7, “Lung Withering, Lung Abscess, Cough and Up-panting Qi” of *Golden Chamber Synopsis*

陈赞育 CHEN Zan-yu

【摘要】本文通过逐字解读《金匱要略》“肺痿肺癰咳嗽上氣病”篇，深入分析肺系相关疾病的中医本质，从古中医命名、诊断及治法解读经典的深奥涵义，并对甘草干姜汤、射干麻黄汤、皂荚丸、厚朴麻黄汤、泽漆汤、麦门冬汤、葶苈大枣泻肺汤、桔梗汤、越婢加半夏汤、小青龙加石膏汤等的作用机理和组方逻辑进一步探究，以发掘中医古方的临床价值。

【关键词】《金匱要略》：肺痿肺癰咳嗽上气病篇

Abstract: This paper, through the perspective of Traditional Chinese Medicine, analyses the chapter “Lung Withring, Lung Abscess, Cough and Up-panting Qi” of the *Golden Chamber Synopsis*, revealing the significant value of the ancient formulae, such as Gancao Ganjiang Tang, Yegan Mahuang Tang, Zaojia Wan, Houpo Mahuang Tang, Zeqi Tang, Maimendong Tang, Tingli Dazao Xie Fei Tang, Jiegeng Tang, Yue-Bi Jia Banxia Tang, Xiao-Qinglong Jia Shigao Tang, etc.

Keywords: *Golden Chamber Synopsis*; chapter “Lung Withring, Lung Abscess, Cough and Up-panting Qi”

本篇通论肺系疾病证治。肺痿，肺癰包含很多现代医学疾病，如肺癌、肺炎、肺纤维化等等。把现代医学病名直接等同于中医病名，虽有利于我们了解疾病的症状描述，但是很容易造成中医认识的混乱，影响对经文深意的理解。如果仅从本篇病名理解，肺痿为虚，肺癰为实，均为有形之变。咳嗽、上气为功用之变，如此命名，似乎过于简单，但病脉证治一气贯通，今人可一窥“大而化之”之妙用。试以此基本认识逐条解析如下。

1. 問曰：熱在上焦者，因咳為肺痿。肺痿之病，從何得之？師曰：或從汗出，或從嘔吐，或從消渴，小便利數，或從便難，又被快藥下利，重亡津液，故得之。曰：寸口脈數，其人咳，口中反有濁唾涎沫者何？師曰：為肺痿之病。若口中辟辟燥，咳即胸中隱隱痛，脈反滑數，此為肺癰，咳唾膿血。脈數虛者為肺痿，數實者為肺癰。

热邪壅于上焦，久咳则肺焦气伤，发为肺痿。《说文》云：“痿，痺也。”一定程度上反映了肺痿的本质：萎弱不用，闭塞不通。但是痹证和痿证并不相同，医家自有共识。从病名观之，本虚当为特征。而病因多端，可以因于汗出，因于呕吐，因于消渴、小便利数，或者因于大便艰难，泻药过下，而致津液损伤。汗出则津液亡于外、上；呕吐则津液亡于里、中；消渴，小便利数，及便难用快药下利则津液亡于内、下。以上种种，从现代医学角度观之，似乎都与肺系无关紧要，难以令人信服。当今一有外感不适，发汗解热药随手用之无度，几成常态，而其长远影响及对虚人老幼之伤害，实应反思。医圣明确指出“重亡津液”为其病机，可谓识症之眼目。长期染恙，津液损伤，邪热遂盛。子令母虚，肺金受累，萎弱不用，乃发为肺痿。

寸口脉数，乃正邪交争于上而显热象。今发而为咳，若唾脓血，而脉兼见滑象，可知为肺中实热，肺癰无疑。但口中有浊唾涎沫，为内有虚寒，则此处所见之数非为实热，临证中并不少见。

笔者所见，多有其他兼症，留心则并不易误诊。若为虚热，则咳而无力，音声不彻，脉虚里不足，脉数而无力，舌胖大，苔滑腻等。医圣为明确病机，反复强调，明确指出此为肺痿。新冠感染后，病人多有此症者，观舌则多涎而浊，非常形象。若口中辟辟燥，辟辟为象声词，干燥才是关键，热盛而阴伤之象。咳则胸痛吐脓血，脉现滑数，均为实证，此为肺癰。

开篇明确肺痿、肺癰虚实之辨，脉、症之别。

2. 問曰：病咳逆，脈之何以知此為肺癰，當有膿血，吐之則死，其脈何類？師曰：寸口脈微而數，微則為風，數則為熱；微則汗出，數則惡寒。風中於衛，呼氣不入；熱過於營，吸而不出。風傷皮毛，熱傷血脈。風舍於肺，其人則咳，口乾喘滿，咽燥不渴，多唾濁沫，時時振寒，熱之所過，血為之凝滯，蓄結癰膿，吐如米粥。始萌可救，膿成則死。

本条从脉象进一步明确虚实之辨。寸口脉微数，《脉经》谓“微脉、極細而軟，或欲絕，若有若無（一曰小也，一曰手下快，一曰浮而薄，一曰按之如欲盡）”，可见微为阴脉，虚弱不足之象。而医圣明示微则为风，当为气弱不足，风邪中人，熏蒸发越而为汗出，确知为表虚之象；数则为热，微数兼见，可知表虚极，无以温煦，则恶寒。风为阳邪，中于卫分，风性宣发开泄，壅塞则满，呼气多而入气少；热邪灼伤营阴，内留而不能出（此处或解为则吸气多而出气少，然与上一句所述呼气不入不可能并见）。风邪伤皮毛而在表，热邪伤阴而入血脉。风邪如果客于肺脏，咳则发；风热伤阴则口干，咽燥；风热宣泄，阴伤而不能纳气，则喘满。营卫已伤，则时时振寒。风热熏肺，气化不行，则多唾浊沫；灼伤脉络，热结成脓，则吐如米粥，稠厚腥秽。肺癰初起，积极治疗，得法则愈。若脓已成，病势深重则危殆。

此条所述之唾浊沫与上条之浊唾涎沫联系上下文，有明显不同。上条之浊唾涎沫与口中辟辟燥对待而言，以明虚实之辨。本条多唾浊沫与

口干咽燥并见，为肺痈初起之轻浅阶段。应与舌脉症详加审度，以免误判。

3. 上氣面浮腫，肩息，其脈浮大，不治，又加利尤甚。

上气，面部浮肿，呼吸抬肩，一派虚象。虚象不见虚脉，反见浮大脉，此为逆，所以难治。此处脉之浮大，正是真气耗散，浮扰于外之象。如果增加下利之症，下竭更甚，肾关不守，更是危证。

此浮大脉当有无根欲脱之象，或芤象等，绝不应有里外俱实之感。后人有舍症舍脉之论，窃以为细究当能窥其端倪。经云“有者求之、无者求之”，信夫！

4. 上氣喘而躁者，屬肺脹，欲作風水，發汗則愈。

上气而喘，呼多吸少，兼有烦躁，肺气肿满而伤及心肾，肺胀之症显现。肺外张而不可收，上气而不能下，即所谓肺胀。肺不能行水，上源不靖，正邪交争于腠理，风水之因俱。

《金匱要略·水氣病脈證并治第十四》：

“風水其脈自浮，外證骨節疼痛，惡風；寸口脈沉滑者，中有水氣，面目腫大，有熱，名曰風水。視人之目窠上微擁，如蠶新臥起狀，其頸脈動，時時咳，按其手足上，陷而不起者，風水。”

《伤寒论》：“太陽病，脈浮而緊，法當骨節疼痛，反不痛，身體反重而痠，其人不渴，汗出即愈，此為風水。”

以上经文互参可见风水发自水之上源，当责之于肺，肺气胀而不肃为风水之内所因。邪虽自外来，但疏表不可不治里。表邪汗之可解，诸方各有所擅，详加参详必有所得。

5. 肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遺尿，小便數。所以然者，以上虛不能制下故也。此為肺中冷，必眩，多涎唾，甘草乾薑湯以溫之。若服湯已渴者，屬消渴。

甘草四兩，炙 乾薑二兩，炮

上咬咀，以水三升，煮取一升五合，去滓，分溫再服。

上虚不能制下，此即火不能生土以制水，故上不渴饮，阳之虚；下阳不约而水泛，遗尿、小便数。病者吐涎沫可知肺不能宣肃，不咳可知肺中冷，心脾阳微，虚寒之象。头晕目眩，多涎唾皆为其兼症。甘草四两大建中州，益气血，养心脾。辅以干姜二两，暖肺脾以散寒，加以急火炮制增其药力，暖土以生金，以制水。

此证显然为肺痿之轻症，治以培土生金之品。若病者肺久损而伤阴，或素体元真亏耗，无以上济，服甘草干姜汤必渴，医圣明示属消渴，惜未列治法。笔者多辅以肾气丸法以收效。

6. 咳而上氣，喉中水雞聲，射干麻黃湯主之。

射干十三枚（一法三兩） 麻黃四兩 生薑四兩 細辛三兩 紫菀三兩 款冬花三兩 五味子半升 大棗七枚 半夏大者洗八枚一法半升

右九味，以水一斗二升，先煮麻黃兩沸，去上沫，內諸藥，煮取三升，分溫三服。

咳而上气，喉中有痰鸣如水鸡声，可知痰水互结，治当以祛痰止咳为法。历代注家多认为水鸡即是青蛙，或是水鸟。然而临床中从未见喉中有类似蛙叫声而咳者，甚为费解。后偶然看到有南阳作者，认为水鸡即是一种外形为鸡中空注水的陶瓷水哨，当地人称之为水鸡。笔者幼时在山西时对此类物件非常熟悉，年节多在庙会等处販售。水鸡声是一种气过水中的尖锐哮鸣音，在临床中常见，为呼吸道湿痰阻塞，气流猛然上迫而形成。

射干苦寒，叶形如扇，善能下气清热止咳，兼可散瘀血。《名医别录》谓：“主治老血在心肝脾间，咳唾，言语气臭，散胸中气，久服令人虚。”麻黄开宣肺气，通阳散寒，一扫胸中阴霾，定心肺。此二品功专力猛，急解肺气之滞涩。以此二品名方，可知外散风寒，内化水饮而止上气为此方要义。生姜、半夏、细辛、五味子的组合为温化肺中寒饮的经典配伍，小青龙汤中以此四味（干姜三兩代替此方生姜四兩）温肺蠲饮。其中细辛破寒结，半夏豁痰结，姜散寒温肺脾而外散，五味子敛气津而内收，可谓周备。紫菀、款冬止咳下气消痰水，疗剧咳之肺伤。大枣与生姜相伍，调和营卫，滋养气血而固表。

射干麻黄汤组方精妙，疗效显著。在新冠和新冠后遗症的治疗中笔者使用甚多，并不必一定要有气过痰水的锐声咳音，凡确属痰水客肺，壅塞胸中者，可立竿见影。

7. 咳逆上氣，時時吐濁，但坐不得眠，皂莢丸主之。

皂莢八兩，刮去皮，用酥炙

右一味，末之，蜜丸梧子大，以棗膏和湯服三丸，日三夜一服。

《本经》云皂莢“味辛、咸，溫。主風痺、死肌、邪氣，風頭、淚出，利九竅，殺精物。”

皂荚破阴结，逐痰浊，有不可替代之用。咳逆上气，吐浊，且但坐不得眠，可知痰浊壅肺，塞窒胸中，非剽疾雄壮之品难以豁散窒碍。当然此非治本之剂，不可久服，久服必损伤真气。

服用方法亦颇考究，酥炙，蜜丸，枣膏和汤，皆可固护中州，润燥缓急。

笔者在临床中每用皂荚、皂角刺治疗顽痰壅肺而取佳效。皂角刺既长于破坚结，又无皂角滑肠之弊，尤宜湿浊痰结的新冠相关症状。

8. 咳而脉浮者，厚朴麻黄汤主之。

厚朴五两 麻黄四两 石膏如鸡子大 杏仁半升 半夏半升 乾薑二两 细辛二两 五味子半升 小麥一升

右九味，以水一斗二升，先煮小麥熟，去滓，内諸藥，煮取三升，溫服一升，日三服。

咳而脉浮，正邪交争于表，外邪客肺而气上逆。解外兼以下气即为本方之用意，故以厚朴、麻黄以名方。杏仁佐厚朴下气止咳，细辛助麻黄解外散寒。石膏、细辛、干姜寒热同炉，兼可肃肺、散肺、温肺，逐肺中之窒碍。五味子敛肺润肺。干姜、细辛、半夏、五味子四味配合在医圣方中多有使用，温肺蠲饮，疗心肺郁闭之水饮。

本方方证着墨甚少，只有区区四字，与下一条互参，可知病机之所在。脉浮可知内虚不足，无以纳藏。方中小麦一升，先煮麦熟，再以煮麦水煎煮余品，与十枣汤、黄土汤中大枣、黄土煎煮法相似，也可推知小麦在方中的重要作用。小麦秋种夏收，得四时之气，善能养五脏气。先煮麦熟，去麦再煮余药而不九味同煮，尤宜于肺气之虚。

9. 脉沉者，泽漆汤主之。

半夏半升 紫参五两一作紫菀 泽漆三斤，以东流水五斗，煮取一斗五升 生薑五两 白前五两 甘草 黄芩 人参 桂枝各三两

右九味，㕮咀，内泽漆汁中，煮取五升，溫服五合，至夜盡。

脉沉当为咳而脉沉，与上条互参可知，此纯为里证。水饮深伏，阻遏阳气，气机不能流畅而咳，必与里药而祛之。方以泽漆名之，《本经》载“泽漆味苦，微寒。主皮膚熱，大腹、水氣，四肢面目浮腫，丈夫陰氣不足。”泽漆三斤之大量，以五斗东流水久煮，再与余药共煮浓缩至五升之量，一日夜而尽。如此巨量久煎，苦寒泄水消痰，下水气。再以紫参助之，《本经》言“紫

参，味苦，辛，寒。主心腹積聚，寒熱邪氣，通九竅，利大小便”，二物合用，从下而彻之。

半夏、生姜化饮消痰，从中焦而化；桂枝、甘草辛甘化阳，固心阳而消阴霾；人参补气，佐甘草培土扶中，为诸药之后盾。兼以白前保定肺气，止咳消痰；黄芩清肺泻肠，同保肺气之宣肃。标本兼顾，则速效可期。

紫参，现在认为就是石见穿，也有人认为非是。笔者每以石见穿治疗肺胃顽痰癥积，确有效验。

10. 大逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之。

麦门冬七升 半夏一升 人参三两 甘草二两 粳米三合 大枣十二枚

右六味，以水一斗二升，煮取六升，溫服一升，日三夜一服。

逆气上冲，可虚可实。此条兼有咽喉不利，且以麦门冬名方可知肺胃不降应为主因。麦门冬汤示又一止逆之法。麦门冬色白滋润，善能养阴降逆，宜于肺胃阴亏不降而上逆者。《本经》中主治“心腹结气，伤中，伤饱，胃络脉绝，羸瘦，短气”。方中用七升之量，佐以一升半夏，消痰降逆，安胃利咽。麦门冬之寒凉恐阻碍脾气之健运，笔者在多寒常湿的英国少用，而佐以少量之半夏，不洗，不配伍生姜杀其毒，盖取其生猛燥散之性，破咽喉之阴结，逐湿痰，二药一凉一温，一补一散，一润一燥，心思精妙。生半夏现已鲜少使用，饮片也不易得，然而重症急症，非此难有捷效。

人参大补元气，甘草、粳米、大枣三味为草、为谷、为木，俱得土之正甘，每同用以健脾益胃，大建中气，生化气血，为培养养正之计。

本方对于食道噎膈，现代医学所谓食道反流性的咽痛咳嗽等等均有佳效。

11. 肺癰，喘不得卧，葶藶大枣泻肺汤主之。

葶藶熬令黄色，捣丸如弹子大 大枣十二枚

上先以水三升，煮棗取二升，去棗，内葶藶，煮取一升，頓服。

此条与前论之肺痈脉证互参，可知肺中壅滞，热灼肺络而致肺痈，发热而喘，不能平卧。治以葶藶大枣大泄肺实。《药对》十剂有“泄可去闭，葶藶、大黄之属。”《本经》谓葶藶子治“癥瘕积聚，结气，饮食寒热，破坚逐邪，通利水道。”其攻坚逐水之功与大黄相仿佛，是下水开闭之猛剂。

然而力猛性寒，脾胃不足则不宜。配伍大枣十二枚，先煮大枣，再纳葶苈子，使大枣既可固护脾胃中焦，生发肺金，又可以监制葶苈子，使其不过速过猛，用法与十枣汤仿佛。

12. 咳而胸满，振寒脉数，咽乾不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥样，为肺癰，桔梗汤主之。

桔梗一兩 甘草二兩

右二味，以水三升，煮取一升，分温再服，则吐脓血也。

若见肺痈吐脓粘如米粥，而且浊唾腥臭，久久迁延。兼见振振恶寒，胸满咽干，可知肺中寒热交争，脉络瘀塞，肺气伤损。不渴，可见邪仍在表，虽久病，正气尚可一战。

治之以桔梗，化痰排脓，开提肺气，古人有“诸药舟楫”之称，能引诸药直达肺所，为肺之专药。甘草倍桔梗，入心脾，补土生金，益气解毒。以桔梗名方而桔梗量小于甘草，可知甘草之功非桔梗则不能至肺；桔梗之祛脓，得脾土之运化而可收全功。古人用药与五行气化丝丝入扣，常有夺造化之巧思。

13. 咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮大者，越婢加半夏汤主之。

麻黄六兩 石膏半斤 生薑三兩 大枣十五枚 甘草二兩 半夏半升

右六味，以水六升，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服。

肺气滞塞，不能出入，壅为肺胀。其症上气而逆，喘不能纳，目胀如脱，皆肺气有余为害。与第四条“上气喘而躁者，属肺胀，欲作风水，发汗则愈”合参，可知脉见浮大为邪束于外而不得上下。方用越婢加半夏汤。越婢汤用六两麻黄发腠理，开肺闭。佐以半斤石膏，制麻黄之过散，使其留于肺。而且石膏除烦泻火，兼入肺胃，与下条合参，可知此条也应有烦躁之症。

半夏半升，降逆气，安肺胃。与发汗利水、善治客表水饮为害之越婢汤合用，可知此肺胀实为饮留于为表，肺气不能降而致胀而不收。

14. 肺胀，咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下水，小青龍加石膏汤主之。《千金》證治

同，外更加脅下痛引缺盆。

麻黃 芍藥 桂枝 細辛 甘草 乾薑各三兩 五味子 半夏各半升 石膏二兩

右九味，以水一斗，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升，强人服一升，羸者减之，日三服，小兒服四合。

上条脉浮大，虽不言有水，而治以疏表泄水之方；此条脉但言浮，而复明示心下水。有水而脉浮，自非里水，而症见烦躁而喘，可知此水亦非上条之所谓欲作风水，应属外邪闭肺，水饮内壅，客于肺络，肺不能收而胀。辨证之关键在烦躁而喘，烦由于心，躁出于肾，喘在于肺，三脏俱病皆因于水。小青龍汤温肺化饮，加石膏则能宣肺而去水。石膏，《本经》言辛而微寒，后人咸谓其辛甘大寒，多以清热泻火、质重下降为用。殊不知，石膏深禀土中金气，尤善治肺中水饮。石膏之治水，生活中司空见惯，而其气化之本质验之于人身并无二致。水热兼见，尤为合宜，此又与滑石仿佛，不同处在归经耳。

大青龙虽有麻黄石膏，但不能治心下水，有力所不逮处。

15. 肺癰胸满，一身面目浮肿，鼻塞涕出，不闻香臭酸辛，咳逆上气，喘鸣迫塞，葶苈大枣泻肺汤主之。方见上，三日一剂，可至三四剂，此先服小青龍湯一劑乃進。小青龍湯方见咳嗽門中。

本条与11条互参，可以帮助深入了解葶苈大枣泻肺汤所主肺痈之证，实为肺痈之初期。虽咳逆上气，喘鸣迫塞，但并未成脓，尚在气分。这种情况往往也是笔者临床中最常见的肺系重症。中医药疗效显著，往往化物于无形，避免疾病的进一步恶化，减少患者病痛。根据情况，笔者常酌加枳壳、虎杖辈，兼及血分，冀可万全。

（责任编辑：王有钧）

【作者简介】陈赞育，男，1992年毕业于北京中医药大学中医系。现为英国中医师学会会长，《英国中医》杂志主编。笃信传统，兼收并蓄，海外游子，黄老后人。天心不随科技转，和同自然入妙门；万法皆在道法内，从来天道必酬勤。

电子邮箱: liaoxiansanren@gmail.com

缪刺新探

New Understanding of Miu Ci

肖健楠 XIAO Jian-nan 周洁晨 ZHOU Jie-chen

【摘要】《素问·缪刺论》的刺法，被很多临床工作者概括为“对侧取穴”，本文由《灵枢·终始》的缪刺疑义出发，重新审定经典原文，结合临床验证，发现缪刺当为左右交替快针，作为固有经验刺络法无效时的补充方案，更符合《内经》原意。

【关键词】缪刺论；左取右，右取左；刺络；交替；快针

Abstract: The needling method from Chapter Miu Ci of Su Wen is interpreted by most scholars as working on the opposite points of the disease. However, there is confusion surrounding the same term from Chapter Zhong Shi of Ling Shu. This article took a different understanding about the needling method, and concluded the alternate fast needling both sides point are the meanings of the Miu Ci, is used as a secondary method. 4 successful cases treated with Mui Ci are shared.

Keywords: Chapter Miu Ci; taking right for left, taking left for right; needling Luo; alternat needling; fast needling

缪刺于《素问》有专篇，本来似无异议。但是，《灵枢·终始》中也出现了一种缪刺，让人无法草草放过：

“形肉未脱，少气而脉又躁，躁厥者，必为缪刺之，散气可收，聚气可布。深居静处，占神往来，闭户塞牖，魂魄不散，专意一神，精气之分，无闻人声，以收其精，必一其神，令志在针。浅而留之，微而浮之，以移其神，气至乃休。男内女外，坚拒勿出，谨守勿内，是谓得气。”

这样的缪刺，主治有特定脉象的躁厥证，与《调经论》“身形有痛，九候莫病”所谓无脉象支持的缪刺不同。功效上，《终始》的缪刺“散气可收，聚气可布”，与《三部九候论》“奇邪之脉则缪刺之”的说法也不尽相同。这是很值得玩味的。

学界论缪刺，多宗《素问·缪刺论》，因其文有“左取右，右取左”字样，一直被很多临床工作者当成“对侧取穴”的理论依据。可是，细读《缪刺论》文本的刺法描述，诸多细节与“对侧取穴”不符。笔者不揣固陋，重新审定缪刺的含义，以期还原古代刺法语境，更好为临床服务。

问题：一类无法区分症状左右的缪刺

从“对侧取穴观”来看，《缪刺论》中，有一些条文，极为蹊跷，比如：

“邪客于足少阴之络，令人卒心痛、暴胀、胸胁肢满、无积者，刺然骨之前出血，如食顷而已，不已，左取右，右取左。病新发者，取五日已。”

“邪客于手阳明之络，令人气满胸中，喘息而肢胀，胸中热。刺手大指次指爪甲上，去端如韭叶，各一痛，左取右，右取左，如食顷已。”

“邪客于足少阴之络，令人噬痛，不可内食，无故善怒，气上走贲上。刺足下中央之脉，各三痛，凡六刺，立已。左刺右，右刺左。噬中肿，不能内唾，时不能出唾者，刺然骨之前，出血立已，左刺右，右刺左。”

“邪客于五脏之间，其病也，脉引而痛，时来时止，视其病缪刺之于手足爪甲上，视其脉，出其血，间日一刺，一刺不已，五刺已。”

无论是“心痛”、“胸中热”、“喘息”，还是“不可内食，无故善怒”、“噬中肿”，从症状来说，更倾向于“居中”或“左右皆

病”，并未呈现偏左或偏右，故而无法针对所谓的“对侧”进行取穴治疗。又，《素问·汤液醪醴论》里著名的“开鬼门、洁净腑、去菀陈莖”一段，提及“温衣，缪刺其处”，考察症状部位，左右偏性也实在不明显。

综合以上，许多临床工作者将原文“左取右，右取左”理解为左侧发病则针刺右侧、右侧发病则针刺左侧，似乎并不是缪刺原意。

缪刺法再认识

笔者注意到，《缪刺论》的许多条文，常常采取一个特定句式来进行陈述：给出邪客络脉与症状后，先说A方案的常规刺法，大多双侧取穴（痛必言“各”，提示双侧皆用，尤于“邪客于足少阴之络，……刺足下中央之脉，各三痛，凡六刺”明示其法），称“立已”，然后，补出一句无效时备用的B方案，称“不已，左取右，右取左”。

其中，A方案，并不是缪刺法。B方案才是。但因为很多条文将A方案的“立已”二字或“立已，不已者”五字省略，只保留B方案的“左取右，右取左”，加以个别条文本身的语序错乱，致令读者误会。

重新考察《缪刺论》：“今邪客于皮毛，入舍于孙络，留而不去，闭塞不通，不得入于经，流溢于大络，而生奇病也。夫邪客大络者，左注右，右注左，上下左右与经相干，而布于四末，其气无常处，不入于经俞，命曰缪刺。”

既然说“气无常处”，那么，可以推知：邪气引起的症状，也许是可以归入三阴三阳区域的，但邪气的存在状态，一定是动态游走的。所以，“左取右，右取左”刺法，是针对邪气“左注右，右注左”的不定态而设。那么，想要把这种固定的症状和动态的邪气一起拔除，就必须使用动态的针刺，而非守株待兔式的定位刺血。

笔者以为，这类缪刺，是针对“有痛而经不病”的情况，在双侧四肢末梢，快针交替反复施刺。缪刺虽然被《缪刺论》归为刺络法，但是，其操作重点，不在于是否放血，也不在于经验取穴，而在于交替。从这个角度看，“左取右，右取左”近于互文修辞，

再结合省语“立已，不已者”，前文中《缪刺论》的经典句式可译为：采用双侧取穴的方法，症状大多立刻缓解；如果不缓解，就改成交替在左右施针的模式，反复刺激。

回看《终始》中的缪刺，应该是在相应的手经（脉躁取手）末梢，双侧施针，“浅而留之，微而浮之，以移其神，气至乃休。”所谓“以移其神”，应该是浅刺留针为主，配合患者的呼气、吸气，交替轻微刺激为辅。这里需要指出，《终始》时代缪刺的面目，比较原始，尚不离脉法，或脱胎于有脉象支持的《离合真邪论》补泻法：“（泻法）吸则内针，无令气忤，静以久留，无令邪布，吸则转针，以得气为故，候呼引针，呼尽乃去”、“（补法）呼尽内针，静以久留，以气至为故，如待所贵，不知日暮，其气以至，适而自护，候吸引针，气不得出，各在其处，推阖其门，令神气存”。后来被挪用扩展，独立为无脉象指征的奇邪络脉治法，产生了《缪刺论》时代的缪刺。但是末梢取穴、双侧交替刺激的方法，被保留了下来。

那么，《灵枢·官针》论巨刺亦言“左取右，右取左”，应该也是一种左右交替刺激。只不过位置上刺经，而非刺络。稍有针灸经验的医师，应该都有类似经验，比如患者只有单侧小肠经发作落枕，医师无论单刺哪一侧腕骨（小肠经原穴），都会残留一点点症状。而且双侧腕骨穴针下的感觉是不同的，常见一方硬结一方虚软。若双侧交替，补虚软一侧、泻硬结一侧，循环反复若干轮，往往一次治疗就能彻底收功。这或许才是巨刺的本来面目。

缪刺法治验案

笔者从临床出发，对以上理解的缪刺进行验证，今分享四案，以飨同道。

案例1：某，突发偏头疼，影像学检查提示脑部原有肿瘤，前医按肿瘤压迫致痛，取穴留针，已诊治数日，无效。笔者认为：肿瘤非一时形成，偏头疼系突发，完全归咎于肿瘤压迫，并非绝对客观。结合其他症状诊察，当系肾经证候。考虑前医针灸处方有肾经穴，留针无效。改为缪刺，涌泉左右快针交替，两次而愈。

案例 2: 某, 饮酒后, 次日头昏头痛, 自述侧部有箍裹感。笔者诊察为三焦经循行部位, 针外关等穴留针, 液门穴放血, 即时效果不明显。于是采用缪刺法, 患者怕疼, 遂用毫针针柄反复交替敲击左右无名指末梢的关冲穴, 十余分钟后, 症状彻底痊愈。

案例 3: 某, 右侧剧烈牙痛伴红肿, 取然谷、内庭、合谷透鱼际, 留针半小时, 劳宫点刺并挤出血少许以期泻热, 皆无丝毫效果。后用西药二日, 亦无效, 症状持续加重。笔者经络诊察, 发现患者手背部第二、第三掌骨之间一线, 痛觉格外敏感, 于是用梅花针交替敲打左右两手手背最敏感处。治疗一次, 症状大减。次日, 又如法治疗, 症状彻底消失。

案例 4: 某, 自述前一日吃零食过多, 引起整个腹部胀满, 痛苦不堪, 次日上午仍不缓解, 于是前来就诊。针刺公孙、足三里、内关、陷谷等穴位留针半小时, 缓解程度不大。于是将前穴起针, 改用毫针针柄交替点刺双脚胃经厉兑穴, 患者自述厉兑穴起初不痛, 交替点刺后痛感逐渐加重, 腹部自觉有气上冲感。治疗 5 分钟后, 患者如厕腹泻一次, 腹胀症状彻底消失。

结语

缪刺既然被《缪刺论》用于“不已者”, 可见是一种备用的疗效补救, 是古人对既有经验无效时的反思和变通, 一如《伤寒论》中仲景在试错后的痛定思痛。这提示我们, 临床是一个不断探索的过程, 积累经验和改良经验, 同等重要。

【参考文献】

1. 田代华整理. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 8.
2. 田代华, 刘更生整理. 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 8.

(责任编辑: 陈赞育)

【作者简介】肖健楠, 男, 供职于北京容德和正中医诊所, 承袭易水学派与新安医派方脉, 潜心《内经》针法多年, 临床之余, 长期参与民间中医办学与科普, 整理编译中日医学古籍。联系方式: zhenjiuxiaojiannan@126.com

周洁晨, 女, 主治医师。通讯地址: 中国康复研究中心, 出生于中医世家, 精研经方、医经, 长期工作于中医康复治疗临床一线, 擅长针药并用治疗脑血管病、脑外伤所致意识障碍、偏瘫及内科杂病, 于脊髓损伤危重症的中药治疗尤有心得。联系方式: jcicle1988@163.com

· 临床经验 ·

应用王氏止崩汤治疗崩漏的经验

Experience of the Treatment of Abnormal Vaginal Hemorrhage using Wang's New Zhibeng Decoction

王明波 WANG Ming-bo

【摘要】崩漏证是严重危害育龄女性健康的妇科临床常见多发病。作者根据本病的病机特点, 结合家传治疗暴崩用药临床经验, 拟定王氏新制止崩汤治疗本病。作者临床 40 余年, 使用本方治疗崩漏数百例, 临床疗效显著。本文介绍了该方组成、主治、用法、功效、加减、应用范围, 并列举数个临床典型案例说明。

【关键词】新制止崩汤; 中医药; 崩漏

Abstract: The Abnormal vaginal hemorrhage is a common gynecological clinical problem that seriously endangers the health of women of childbearing age, the father of the writer created Wang's new Zhibeng decoction to treat this disease. With over 40 years of clinical practice, the writer have applied this formula to treat hundreds of cases of this disease with great success. This paper introduces the composition, indications, usage, efficacy, addition and subtraction, scope of application of this formula, and illustrates several clinical typical cases.

Keywords: Wang's Zhibeng Decoction; Traditional Chinese Medicine; Abnormal Vaginal Hemorrhage

1 概述

1.1 崩漏及其主要临床表现

崩漏，主要表现为月经量多甚至大出血，漏者常常表现为经期延长淋漓不净。如《医学入门》所说“凡非时血行，淋漓不已，谓之漏下；忽然暴下，如山崩然，谓之崩中”。意指育龄期女性月经周期、经期、经量严重失常，经血非时而下，其量多暴下如注者，谓之崩，亦称崩中；其量小，但淋漓不断者谓之漏，亦谓之漏下。崩、漏虽有出血多少久暂、轻重缓急之不同，但是二者在临床上常常相互转化。崩症血量渐减，可转为长期淋漓不净之漏证；漏者病情加重，长期不愈则可能转为崩。故临床常常崩漏并称。由于青春期与更年期以及妇科手术后，妇女内分泌水平不稳，因而多见于青春期、更年期以及产后或流产后。

1.2 病因病机

崩漏是一组临床症状，但是其病因复杂，可以由多种不同病机导致。如金元时期李东垣在《兰室秘藏》论崩主脾肾之虚，认为“肾水阴虚，不能镇受胞络相火，故血走而崩也”。崩漏的发生，总由脾虚、肾虚、血热、血瘀等导致冲任损伤失调所致。根据血量、色质的变化结合病史及兼证，不难辨别脏腑经络阴阳寒热虚实。

1.3 治法治则

如《丹溪心法附余》中提出治崩三法“初用止血以塞其流，中用清热凉血以澄其源，末用补血还其旧”，具有重大临床意义。临床应根据病因及病机轻重、标本缓急，采取急则治标、止血为要，缓则治本，调治脏腑经络的原则，治疗以塞流、澄源、复旧三法，斟酌轻重主次治疗。

2 王氏止崩汤

在 40 年临床中，笔者根据本病的病机特点，自拟王氏止崩汤治疗崩漏，临床应用疗效显著。

2.1 组成

荆芥炭 200 克(单包)、黄芪 50g、杜仲炭 25g、棕炭 30g、藕节 10g、阿胶 20g(烊化)、白芍 25g、当归 10g、茜草 15g、续断 15g、

山萸肉 15g。

2.2 功效 塞流止血，调补气血

2.3 主治 崩漏暴崩大流血不止

2.4 用法

如果大出血方中荆芥炭必用 200g 以止血；出血量减少后或出血量不大，则可据出血量酌情增减调节剂量；余药常规水煎服，

2.5 方解

杜仲炭、棕炭止血，阿胶补血止血，藕节、茜草凉血止血，止血而不留瘀。黄芪、白芍、当归补气补血摄血。山萸肉、续断补肝肾收敛止血。诸药合用，具有止血凉血，补肝肾气血之功。

2.6 加减运用

血热者减棕炭，加地榆炭 20g、丹皮 10g、生地 15 g，增强清热凉血之功。失血必伤阴，意在滋阴养血，以防失血阴伤过重。

气虚者，因失血伤气，元气大伤，故宜加补气药以摄血升陷。上方重用元芪 100g、人参 10 克，柴胡 5g、升麻 10g。

血虚者重用阿胶、当归 15g、熟地 15g。兼心悸怔忡，失眠多梦者，加元肉 15g、炒枣仁 15g、五味子 10g。

肾虚兼腰疼加寄生 10 克，菟丝子 15 克。

血瘀而腹痛，血色暗有块者，加三七 10 克，川芎 3 克。

血崩暴脱失血过多，气随血脱，致暴脱昏厥。经血量多，暴下不止，昏厥肢冷，额头汗出，心悸气短，苔薄，脉微细或浮大、芤，治宜益气回阳固脱。加人参、附子、龙骨等。

3 病案举例

3.1 案一 中年妇女暴崩出血半月案

孙某，女，40 岁，家庭妇女。1994 年 3 月 21 日就诊。

主诉：崩漏大流血半月余。

现病史：一年多以前无何诱因月经提前十余天，持续十天以上。此次月经大流血，量多，暴下不止，已半月有余。色鲜红，质稀，肢冷头汗，头晕卧床不起，心悸气短，面色无华，在妇科门诊确诊为功能性子宫出

血，经用止血药物治疗无效，来中医门诊求治。

月经史：16 岁初潮，一年前月经正常；既往史：健康。

查体：面色无华，口唇眼睑色淡，脉微细。

诊断：崩漏

辨证：气血俱虚，气随血脱。

治疗：止血、回阳固脱，补气血。

方药：自拟王氏止崩汤加減，荆芥炭 200g(单包)冲服，黄芪 100g、杜仲炭 25g、阿胶 30g、(烱化)白芍 20g、当归 10g、茜草 5g、山萸肉 30g、人参 10g、二地各 10g、龙骨 25g、(单包先煎)炙附子 8g、(单包先煎)升麻 10g，3 付水煎服，3 次/日，1 次 100 毫升。

医嘱：卧床休息，禁食辛辣刺激之品。

复诊：1994 年 3 月 24 日。述服药后血止，四肢转温，无头汗，余症好转。

查体：舌淡苔薄白，脉弱。巩固治疗，

方药，荆芥炭 50g. 黄芪 30g. 杜仲炭 20g. 棕炭 20g. 藕节 10g. 阿胶 25g. 白芍 15g. 当归 10g. 茜草 10g. 续断 15g. 山萸肉 15g. 人参 5g. 二地各 15g. 升麻 3g. 2 付水煎服。

多年后随访，服后病愈，未复发。

3.2 案二 青少年崩漏

英籍印裔 A 女，11 岁，学生，，住北伦敦。2019 年 12 月 20 日就诊。

主诉：崩漏 2 周余。

现病史：11 岁月经来潮，至半年前月经正常。近半年来经行腹痛，伴月经量多、淋漓不尽，血色紫红，口干喜饮。本次月经期间突然下血甚多不止已经 2 周多，伴腰膝疼痛，神疲乏力，面色无华，心悸气短，喜卧懒言。平素吃辛辣食物较多。去医院就诊，医生给予止血等药治疗未效。家长求诊于中医。

既往史：健康；月经史：月经周期正常。痛经。

查体：面色无华，神疲倦怠，少气懒言，舌红，苔黄白相兼，脉细弱无力略数。

辨证：肾气不足，冲任失调，平素体热，血热妄行，而致经期崩漏下血，大出血导致

气血两虚，出现神疲乏力，面色无华，心悸气短，喜卧懒言。

诊断：崩漏 辨证：肾虚、血热、气血两虚。

治疗：凉血止血，补肾固冲，补气养血。

方药：王氏止崩汤加減

荆芥炭 25g(冲服)、黄芪 25g、杜仲炭 10g、藕节 5g、白芍 10g、当归 10g、茜草 10g、山萸肉 15g、续断 10g、地榆炭 15g、生地 10g、菟丝子 10g，浓缩粉一周量，2 次/日，

医嘱：禁食辛辣刺激食物，禁剧烈运动。

2019 年 12 月 29 日复诊，服药 5 天，流血明显减少，一周后血止，其它诸证好转。查体：舌淡苔薄白，脉细，巩固治疗，续服一周。

方药：荆芥炭 15g、元芪 15g、杜仲炭 10g、藕节 5g、白芍 10g、当归 10g、茜草 5g、山萸肉 15g、续断 10g、地榆炭 10g、生地 10g、菟丝子 15g，浓缩粉一周量，2 次/日，服后崩漏而愈。现随访没复发。

3.3 案三 月经间期出血，伴继发不孕

白人女，34 岁，服务员，住址：伦敦 2014 年 9 月 20 日初诊。

主诉：崩漏 3 年余，伴继发不孕。

现病史：2 胎正常产后，少量流血，持续 1 年。经西医治疗愈后。第二年，月经来潮，每次行经 5—12 天，量多挟有血块，色暗，腰腹疼，之后每月行经两次。西医给予(调经药)医治，病情不缓解反而加重，导致每次行经 18 天，出血量大，停经后大约 10 天又复来。2 年前曾做子宫镜检查一切正常。但西医屡治无效，求诊于中医。

现症状：月经来潮 行经 18 天，停后不足 10 天复来，流血不止，挟有血块，色暗，伴有异味，腰腹疼，腹部下坠感，周身乏力，头晕眼花，失眠多梦，心悸惊惕，汗出口干，饮食不振，大便正常。末次月经 2014 年 9 月 16 日结束。患者欲求病愈，经多方医治无效。

既往史：健康；家族史：无特殊记载；个人史：无烟酒嗜好。

月经史:15岁初潮,行经2--6天,周期28--30天,现行经18天,周期9--10天。
生育史:2胎正常妊娠。

查体:血压125/85mmHg,子宫镜检查正常,脉沉细无力,舌淡边齿痕胖大,苔薄白,面色晄白。

诊断:1,崩漏,(肾虚冲任不固)2,继发不孕。

辨证:该患肾阳肾气虚,封藏失职,冲任失固,不能制约经血导致崩漏经久不愈。

治疗:止血塞流为主,调补脏腑气血阴阳。

方药:王氏止崩汤,当归补血汤、四物汤加减。炙黄芪10g、当归10g、熟地10g、白芍10g、川芎2g、元柏5g、三七10g、(荆芥炭无货改用三七)杜仲炭10g、藕节10g、山萸肉10g、生地5g、7付(浓缩粉)2次/日。

9月26日二诊:治法同前。

10月3日三诊,周期较前延长7天,续服7付药。10月10日四诊:经行未止,上方加老节5g,7付。

10月17日,仍有少量出血,续服7服。

10月24日六诊,述上诊后次日(10月18日)月经停止,此次行经共15天,较前缩短3天,续服7服。

11月1日七诊:续治前方七付。

11月8日复诊:诸证好转,加地榆炭10g仙鹤草10g续服7服,后外出旅游44天。

12月22日复诊:述11月10日来月经,17日结束,行经7天,色略深,月经正常。

12月16日来月经,月经正常,已有2个月连续月经正常。色脉正常,续服7服。

3月25日,电话随访,述共服10周中药,月经正常,诸证消失,身体恢复健康,且现已成功受孕。

4 讨论

崩漏是女性常见出血疾病,如功能失调性子宫出血,生殖系统炎症,人流及引产后残留血液,血液系统疾病等均可导致,常常来势急,出血量多,对身体的危害极其严重。本病多由于血热、血瘀、气血虚弱、肾虚等原因,导致冲任失调发为崩漏。如《血证论·吐血》“存得一份血,便保得一份命”。故临床宜详辨其证,急则治标,治疗以止血为主,病势缓解则调治其本。新制止崩汤具有止血塞流,澄原复旧三大功能,我在40年临证中,加减运用我父亲所传王氏新制止崩汤,治疗11-25岁、25-50岁及50岁以上不同年龄段患者,最长时间患病3年余,最短时间1-3个月数百例,皆取得显著疗效。

(责任编辑:毛海燕)

【作者简介】王明波,女,1957年出生于中医世家,毕业于辽宁中医学院中医医疗系,主治医师。先后在辽宁东港市第三医院,东港市妇幼医院中医科从事中医全科临床医疗工作。发表论文数篇,并获得国家级优秀论文奖。2004年来英工作至今。

稿 约

《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。为了提高本刊学术水平,繁荣海外中医学术,欢迎中医同仁及各界朋友赐稿。中文或英文稿件均可,中英双语更佳。中文字数不超过5000字为好,英文3000字以内,并附300字以内中英文摘要及关键词。投稿请用Word文档格式发送到本刊编辑部电子邮箱:jcmukeditor@gmail.com,邮件主题写明“投稿”。

Call for Paper

The *Journal of Chinese Medicine in the UK* is a semi-annual bilingual TCM periodical. Its publication aims at encouraging academic communications and development in the field of TCM. We welcome TCM experts, practitioners and enthusiasts to submit academic papers. Submission can be either in Chinese or in English, preferably in both. For papers in Chinese, please limit it to 5000 characters, and for English submission not more than 3000 words. The abstract should be under 300 words for both. Please send the paper in MS Word document to jcmukeditor@gmail.com and title the subject as “Paper submission”.

温胆汤加减配合针灸“井穴”治疗帕金森病体会

Treat Parkinson's Disease with Modified Wen Dan Decoction and Acupuncture on Jing-Well Points

赵雪静 ZHAO Xue-Jing

【摘要】 本文从中医角度探讨帕金森病病因病机和治疗，认为帕金森病主要病机是脾肾阳气不足，脏寒腑热，痰湿内阻，气不化津；寒热互见，燥湿同病，阴不制阳，阳动化风而发病。治疗当健脾补肾，化痰除湿和血，平肝息风止颤。临床主张用温胆汤为主加减，针刺井穴，治疗本病，疗效理想。举案例数则，就正于同道。

【关键词】 帕金森氏病；中医药；针灸；温胆汤；井穴

Abstract: Parkinson's disease is caused by insufficiency of Yang Qi of Spleen and Kidney, cold Zang and hot Fu, stagnations of the phlegm and dampness, and the Qi could not transform the fluid. The characteristics of the condition in TCM is both cold and heat, dryness and dampness appears at the same time; the Yang cannot balanced by the Yin, thus Yang over active and transform to wind and tremors occur. The treatment of Parkinson's disease in TCM is reinforce the spleen and kidney, resolve the phlegm, dampness and activate the circulations of the blood, soothe the liver and calm the wind and stop the tremor. In this paper, modified Wen Dan decoction with Jing-Well points acupuncture is applied to treat the disease, success cases are introduced and explained.

Keywords: Parkinson's Disease; TCM; Acupuncture; Wen Dan Decoction; Jing-Well Points

1 温胆汤

温胆汤出自宋代陈元择《三因极一病证方论》，方由半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、甘草、生姜、大枣组成，主要功效清热化痰理气，清胆和胃，亦可清除三焦壅滞之痰。

方中枳实配半夏化痰降逆，竹茹配陈皮和胃理气，大枣茯苓甘草和中安神。枳实竹茹与半夏陈皮凉温并用，清热而不寒，化痰而不燥。临床常用于治疗脾虚痰郁，胆气不足，情志不遂所致胆郁痰扰而失眠、惊悸、抽搐、癫痫等证。

2 帕金森氏

帕金森病是一种渐进性的大脑功能障碍，与大脑黑质区神经细胞产生的用来帮助细胞传送脉冲而控制肌肉能力的多巴胺不足有关。

本病临床可以有多种不同的临床表现，但通常以运动功能受到影响为主。帕金森病不仅是脑病，更是严重的全身神经退行性疾病。其发病多为老年人，症状以震颤、僵硬、行动迟缓、走路失衡、语言障碍、书写障碍、睡眠障碍、情绪不稳等临床表现为多。西医

治疗以神经传导阻滞剂及填补失去的多巴胺为主。我们认为，本病主要发生于老年人士，多因脾肾阳气不足，脏寒腑热，痰湿内阻，气不化津；寒热互见，燥湿同病，阴不制阳，阳动化风而发病。亦有肝肾阴虚，气血两亏，肝风内动者。如《黄帝内经·素问·至真要大论》所说“诸风掉眩，皆属于肝；...诸痿项强，皆属于湿；...诸暴强直，皆属于风”。

3 帕金森氏病中医病因病机及诊疗思路

帕金森氏病多发于年高之人，因高年脾肾阳气渐衰，肝肾阴气不足。阳气虚则痰湿内生，气机不利，经络失其和畅；阴气虚则肝阳易亢、肝风易动。外感于邪，则荣卫不和，内外合邪，风痰相掣引，经络失其和调，经筋不柔，肢体不利，因于风扰，发为挛搐不利。

因此治疗亦当健脾补肾，化痰除湿和血，平肝息风止颤。临床主张用温胆汤为主加减；或补肾养肝，益气养血，疏肝柔筋息风定颤；针刺以井穴为主。治疗本病，疗效理想。治疗：培土生金，温化痰浊；内调三焦，外和营卫。

中药：温胆汤合桂枝汤加减

针灸：井穴

4 案例举隅

4.1 高龄帕金森氏病全身震颤肌肉酸痛案

本地英裔某女，80岁。2021年10月21日诊。拄拐走路不稳，家人陪同。

主诉：患帕金森病五年余，症状逐渐加重。几年来一直西医治疗，具体不详。

现病史：双腿双手不自主震颤，写字困难，伴不自主摇头五年，逐渐加重，伴全身肌肉疼痛，晚间尤甚。长期紧张焦虑，情绪低落，眩晕耳鸣，面赤烦躁，易激动，心情紧张，经常半夜感觉无助痛哭。乏力，倦怠，表情木然，睡眠障碍，饮食尚可。易口渴，大便常秘结，2日左右一次；小便常黄赤、频，有时口干苦、眼干。

查双足踝小腿络脉明显色紫，凉。膝、双踝、腕关节僵硬，肌肉弹性不佳，足内踝肿；可见双腿双手不自主抽动，焦虑，不能放松。

既往史：无

舌诊：伸舌困难。舌体左偏，舌暗红有裂纹，左侧凹陷（图一）。

脉弦滑，脉息比：4.2

脉诊：人迎一盛：病在少阳（胆三焦）；气口三盛：病在太阴（肺脾）。属太阴少阳同病。

辨证：腑热（大肠小肠胆三焦）脏寒（肺肝肾心脾）三焦不通

治则：中药通腑清热，化痰通络，理气而通调三焦升降，清胆和胃；针刺去宛陈莖，微动四极，缪刺其处。

中药：半夏7克、竹茹7克、枳实7克、陈皮8克、茯苓7克、炙甘草8克、生姜7克、大枣7克、桔梗5克、玄参12克、桂枝10克、白芍7克、当归尾7克，提纯粉剂，7克每次，每日两次，早晚各一，温水送服。

针：“呼井术”：双至阴、少泽、商阳。“缪刺”，补曲泉。不留针。

二诊：2021年11月4日。脉弦滑，脉息比：4.4，行走不便，家人陪同来诊。大便改善，每日一行，双手脚震颤稍缓解，有两天晚上睡的可以。情绪也稍改善。舌偏暗红，有裂纹，苔腻偏黄，舌体左偏显著好转。

治疗：针刺同上

中药：守上方两周量。三诊，2021年11月25日。患者腿手震颤明显改善，走路平衡改善，今日已可自行来诊，睡眠也明显好转，大便通畅。

舌淡红，中线裂纹及两侧皱褶改善，苔腻偏黄，舌体无偏斜。

脉：弦稍滑，脉息比：4.6



图一

图二

图三

治疗：针井穴：双侧至阴、窍阴、少泽

中药：守上方，加葛根7，当归尾改当归。一月量，巩固治疗。

按：此患者经过三次针灸，三个月中药治疗，现有症状均明显好转，身体整体健康状况得到改善，患者及家属满意。

此患者年事已高，素体五脏阴阳俱不足，失于气血阴阳之濡养温煦，血虚则心神失养，失眠健忘。气虚血滞，则肢体颤抖，疼痛麻木。情志不畅，木不调达。腑气热盛脏寒，三焦不通，阴阳表里内外上下交通不畅。“井主心下满”，笔者用阳经“井穴”开通腑气，交通荣卫，气行血行，可快速调节脏腑阴阳平衡，事半功倍，疗效肯定。

4.2 中年严重帕金森氏病丧失生活能力案

英男，56岁。2019年10月首诊。

患者言语含糊不清，护理人代为叙述：

诊为帕金森氏病 7 年，逐渐加重，一直西医疗治（多巴胺类药物、抗抑郁药、睡眠药等）。

刻诊：全身震颤，不能自主，生活不能自理。身僵项强头坠抵胸，口角流涎口难开。步履艰难身体失衡。长期大便秘结，需服药排便，一周 1-2 次，抑郁焦虑，乏力。

脉滑弦稍数，脉息比：6.8

舌红，苔黄腻而燥。

辨证：从治法看，并没有体现下寒用药。屡使用化痰清降之药治疗有效，验证方药尚宜，且与舌象相合则其证非阳竭可知。故建议从舌不从症，辨证为痰浊阻络，升降失调，蕴热生风化燥。

治疗：清腑热泻火，平肝息风，化痰通络。

针灸：井穴：双至阴、少泽、商阳、关冲点刺放血一滴，不留针。

中药：半夏 10 克、竹茹 12 克、枳实 15 克、甘草 5 克、生大黄 12 克、玄参 10 克、厚朴 10 克、桔梗 7 克、泽泻 10 克、黄连 7 克、山栀子 7 克。

7 剂饮片，日一剂，分两次温服。

二诊：两周后，双手震颤减轻，行走时头可稍抬起（阳举）腿较之前有力，大便秘结缓解。言语不利，多痰少寐改善。

脉弦滑，脉息：5.6

治法：效不更方，同前

三诊：服前药一月余，所有症状均改善，震颤、行动困难、少寐、多痰大为减轻，语言明显好转，可自己打电话给我，可听懂一半意思。

舌稍红，苔黄不燥

脉弦滑，脉息：5.2

治疗：再用通腑泄热，凉肝息风之法如前。

中药：半夏 10 克、竹茹 12 克、枳实 15 克、甘草 5 克、生大黄 12 克、玄参 10 克、厚朴 10 克、桔梗 7 克、泽泻 10 克、黄连 7 克、山栀子 7 克。

按：此患者一月后约诊没来，给我打了两次电话哭了，说他非常想继续治疗，可没

人带他来。刚结婚的妻子控制一切，确实非常遗憾。

4.3 完全中医药治疗帕金森氏病 6 年案

英女，74 岁，驯马师。2016 年初诊为帕金森病。之前曾因其它问题接受过中医治疗。所以刚被诊断帕金森病，没服用西药就找我治疗，

初诊双腿震颤，左腿重，走路时可见右腿滞后拖行。双手震颤，右手重，动作如捻线。说话可，但口唇抖动，自述咽部不适，有异物感。写字障碍，且写小字，画圈困难。大便常秘结，2 天一行，纳呆，小便黄。睡眠不佳。耳鸣，头晕，乏力，记忆力减退明显。身体较以前怕冷。

既往史：无

治疗经过：此患者患病的最初两年，笔者从肝肾阴虚，气血两亏，肝风内动，痰浊内阻入手，辨证选方加减，病情控制，没有发展，但是也没有明显改善。

自 2019 年开始，笔者学习长桑君脉法，诊查脉息比：3.0，脉弦细。结合舌诊：伸舌左偏，舌中裂纹，左边凹明显，苔薄黄嫩。

诊断：震颤（帕金森氏病）。心脾肾阳虚，脾运化不足，营卫气血不和，脏腑经络失于煦养。治疗：中药从清热通腑治三焦入手，加“井穴”配合。

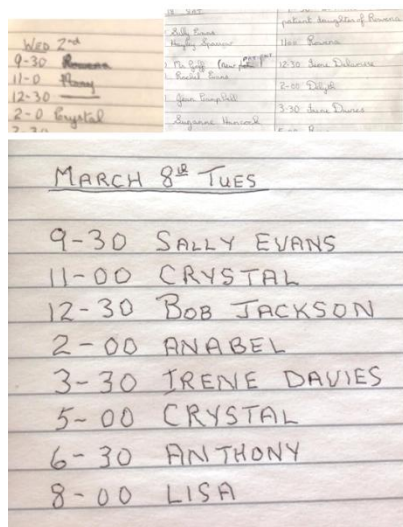
针灸：井穴：双至阴、商阳、关冲点刺放血不留针。

中药：半夏 7 克、竹茹 7 克、枳实 5 克、陈皮 8 克、茯苓 7 克、炙甘草 10 克、生姜 10 克、大枣 10 克、桔梗 5 克、玄参 7 克、桂枝 10 克、丹参 7 克、白芍 7 克、当归 7 克，浓缩免煎颗粒粉剂，7 克每次，早晚各一次，蜂蜜水送服。

诊：近几年中药以：温胆汤合小建中汤加减蜂蜜水送服；偶针灸井穴。

疗效：2016 年初诊为帕金森病，现在已经五年余。之前曾因其它问题接受过中医治疗。所以刚被诊断帕金森病就找我治疗，而没服过西药。2016 年至 2019 年，治疗以来，

病情稳定。自 2019 年结合长桑君脉法脉息比方法，用中药从清热通腑理三焦治疗显著改善，过后以温胆汤合小建中汤加减巩固治疗以后，四肢震颤明显改善，说话没问题，反应迅速，写字无大问题，画圈已没问题；右腿拖坠滞后已消失，腿走路有力。现仍在服中药，偶尔针灸治疗。目前一直可以正常工作，自己开卡车长途送马参加比赛，前段时间医院复诊检查医生很吃惊，询问他怎样治疗的，她如实反馈一直接受针灸治疗。



按：患者年过 70，先天之肾气肾阴已匮乏，任督空虚，精气不能上达。阴精不能上奉，故头眩、耳鸣。阴虚不能抱阳，虚阳化风妄动，故见头面震颤。心肾不能交济，故不寐。但是本病多久病蕴成。阳虚生痰湿，湿郁生热；阴虚生内热，大便秘滞；浊阴不降，故见便秘溺黄。所以初诊用温胆汤化痰清降，合玄参丹参当归芍药滋阴和血，润下焦而养经筋之燥，兼息风通络；桂枝汤和营卫调阴阳，桔梗宣肺化痰以助肺气之布达，因长期便秘，故用蜂蜜兑服；结合针刺三阳经之井穴，助阳气布散，而病情缓解明显，几年来，不仅没有加重，反而逐渐康复，不仅生活自理，而且一直坚持工作，以致于其医生感到诧异。

5 讨论

便秘，是帕金森氏病除了头部动摇、肢体震颤之外常见的临床症状。其病机复杂，大肠热与上焦肺寒、气化不足相关。肺寒气化不足，不能滋润濡煦腠理，脏腑经络亦受

影响，而症见便秘、肌肉僵硬不荣。五行相生，金降水热，肾精遇热化痰，痰随升降入脑入髓入营。故见木失濡养、浊气在头之症，头晕耳鸣头颤。肝为罢极之本，肝寒胆热，木失濡养，木失曲直之能，故症见风动身摇震颤。三焦不通，荣卫不和，阴阳失调，症见痰浊阻滞，脾土失荣（如盐碱地），肌肉僵硬，身体协调失衡，气血运行不调。肺寒肠热，动风生痰，痰热随肝风窜扰筋脉，津气不布，发为肢体震颤。所见口干、便秘、小便短赤、言语不利、舌红、苔黄腻、脉滑诸症，皆痰热扰心，肝风内动。故治疗以清降腑热，息风化痰为法。

肝肾阴亏，是本病的演变病机。肝主藏血，肾主藏精，老年人多血虚精亏，加之摄生不慎，或疾病所伤，致肝肾阴虚，筋脉失养，不能制约肝阳，而肝风内动，也造成震颤或拘急强直。

气血两虚，多因劳倦过度、饮食失节；或思虑内伤，心脾俱损；以致气血不足，不能荣于四末，筋脉失于濡养，而致震颤之疾。

气滞血瘀，情志内郁，或痰湿，气滞不畅，气之鼓动不能，血行缓慢而瘀阻脉道，也可致筋脉失濡而手足颤动，动作减少，久之则屈伸不利。

痰热动风，多因五志过极，木火太甚，风火相煽，痰热互阻，寇伐脾土，脾主四肢，故见四肢颤动；若风火盛而脾虚，则津液不行，痰湿停聚，风痰邪热阻滞经络，亦可发为颤证。温胆汤为治痰之名方、效方，其“温”取温和之意，欲求胆腑清静，胆气安和，使胆腑宁静温和而能司其所主。笔者体会温胆汤可除三焦痰壅、痰郁生热，三焦痰热去，胆腑则清静，名为温胆，实为清胆和胃利三焦。痰热为患，症状多变，故医谚说“怪病多痰”、“百病皆由痰作祟”，故其临床应用广泛，适应症繁多，不胜尽举，本病即是。如上述几个病例，虽临床表现有所不同，但仔细辨别，均有腑气不通、导致痰郁成热、痰热内扰之象，故清腑热、通三焦，清热化痰为贯穿于全病程的根本治法，在此基础上，再据疾病的具体情况加减化裁，胆热口苦加黄芩



等，即黄芩温胆汤；心烦不寐加黄连清心除烦，即黄连温胆汤；若大便干结，用大黄温胆汤；中气虚生化不足，营卫气血不和，则合小建中汤等，再配合“井”穴宣通三阳之气，效果肯定。

【参考文献】

1. 黄帝内经
2. 难经
3. 黄邦连等.帕金森病的中药治疗研究进展
4. 国医大师熊继柏《运用温胆汤经验》
5. 李树森.长桑君脉法传承研究

6. 迟华基等.《难经》临床学习参考.北京:人民卫生出版社, 2002.

7. 王元甫等.三焦之文献与研究

8. 帕金森基金会: www.parkinson.org

(责任编辑: 谷雨)

【作者简介】赵雪静，女，1987年毕业于黑龙江中医药大学针灸系，1994-1998年黑龙江中医药大学中医系，2005-2007年黑龙江大学中西医结合内科系在职硕士，先后在哈尔滨工业公司医院，黑龙江省红十字会中西医结合医院中医科工作，并师从黑龙江中医药大学附属第一医院内科张迪教授，黑龙江省中医院神经内科王顺教授。2007年旅英从事临床工作至今，现为英国中医师学会理事。

· 临床经验 ·

慢性咽炎治疗体会

Treatment Experience of Chronic Pharyngitis

刘惠勤 LIU Hui-qin

慢性咽炎是一种常见病，症状特点为自感有物在咽，咳不出，咽不下，常觉口干，时而有痰，或声音嘶哑，说话、唱歌、情绪激动以及某些食物刺激后最易引发。虽不属于危险疾病，但持久不愈，也对工作和心情带来不利影响。

咽喉部在中医体系中有非常重要的意义，清·黄元御《四圣心源》：“咽为六府之通衢，喉为五藏之总门”“咽喉者，阴阳升降之路也。”对咽喉疾病也都十分重视，中医药疗法在咽喉疾病的治疗中也有着独特的疗效。

慢性咽炎的西医治疗效果有限，而且非常容易反复发作，影响健康。中医认识的主要病机为气阴两虚、咽部失养。但不同患者病机略有差异。纵观临床，以此求医者，或因冷热失宜，外邪诱发；或由情绪不畅，痰火郁结；或因忽略养生，肺肾阴伤，咽部失润；或过食膏粱厚味、辛辣之品，令胃腑积热，上蒸咽喉，或因脾虚湿盛，痰浊壅聚，所谓“脾为生痰之原，肺为贮痰之器”。

笔者根据多年临床实践，将慢性咽炎粗略划分为五大类型：

1. 肺肾阴虚型：证见咽喉干燥，微痛刺痒，干咳少痰或痰中带血，易干呕，咽中如有物堵塞，声或沙哑，夜间尤甚。或失眠盗汗，腰膝酸软，舌质干红，苔薄脉细数。

2. 肝经郁热型：证见咽部胀闷不适，异物感明显，情志不畅时容易发作，咽部红或暗红，咽部或见细小潮红颗粒突起，伴性情急躁易怒，胸胁胀闷不舒，暖气频频，口苦咽干，舌边尖红，苔黄，脉细数。

3. 气血瘀阻型：证见咽部干痛刺痒，有灼热感，昼轻夜重，缠绵难愈，咽后壁多现暗红；脉象细涩，舌尖或舌侧可见瘀斑。

4. 痰湿互结型：证见咽部有明显异物感，咽腔淡红或白，咽底颗粒增生成串珠状。半透明，上附白痰，咯痰量多，胸闷、口粘、舌淡、脉弦滑。

5. 肾阳虚损型：证见咽部不适合，紧闷如堵，遇寒尤甚，口淡不渴或渴喜热饮，面

色苍白，肢冷神疲，腰脊冷痛、夜尿频数，舌淡苔白，脉沉迟。

基本治疗方案：考虑英国实际情况，笔者对慢性咽炎患者的治疗采用综合疗法，包括针刺法，艾灸法，按摩法和中药饮料。

1. 针刺：选穴三阴交、足三里、合谷、曲池，以疏通经络、扶正祛邪，能很好的缓解症状。

2. 按摩：选穴天突、人迎、廉泉、合谷、膻中、曲池。如让患者自行按摩，可早晚各一次。

3. 艾灸：持艾条距皮肤约 3-5cm，在肺俞、天突、神阙、合谷、风池、悬钟穴循环灸大约 10 分钟。

4. 中药：分基本方剂和随证加减。基本方剂包括的中药：银花，沙参，麦冬，桔梗，各 30 克，常规法浸泡煎熬后取汁约一杯（300 ml）加如蜂蜜一汤匙，保温条件下频频饮之。

肝火过甚者另加柴胡清肝散；痰湿重者另加香砂六君子；肾虚者桂附地黄丸，肾阴虚者六味地黄丸；瘀血明显者考虑外加桃红四物，并建议去医院检查。

成功病例选：艾娜，32 岁，主诉感觉怀疑颈部衣领太紧导致咽部不适，换穿无领服后感觉依然如故，同时感觉有物堵塞咽部，咳不出，吞不下，发声则可能咳嗽，时有少量痰涎。视诊患者发育良好，精神正常，面颊潮红，舌边红，苔薄黄，咽后壁色红，脉细数。此前曾经医院检查并治疗数月无果，并自觉症状加重，乃至影响睡眠，饮食，导致精力不足。

诊断：慢性咽炎（肝郁脾虚型），治疗：针刺，按摩，艾灸等疗法如前所述，每周一次，每次 45 分钟。中药口服：基本方如上所举，加用加味逍遥散（颗粒剂冲服）。

嘱其戒烟，防范外感，适当减少讲话。

疗效：第一周即见较大好转，第二周治疗后症状完全消失，后再巩固一周，随访三年未再发生。

（责任编辑：周继成）

【作者简介】刘惠勤，毕业于河南中医学院中医系，曾在南阳市中医院（现名张仲景医院）中医内科工作。2002 年来英从事中医工作。

· 综 述 ·

中医内治与外治法治疗高血压病研究进展

Research Progress on Treatments of Essential Hypertension by Internal and External Traditional Chinese Medicine Methods

耿静 GENG Jing 袁炳胜 YUAN Bing-sheng

【摘要】高血压病是临床常见病症，临床表现复杂，属于中医眩晕、头痛等病症范围。本文对近年中医内、外治法治疗高血压病的临床研究进展报告进行了总结分析。中医药内治法多包括平肝潜阳法、健脾化痰法、滋补肝肾法、活血化痰法和温阳利水法等；外治则包括针刺、刺血疗法、穴位贴敷、艾灸、推拿、刮痧及穴位埋线、太极运动等其他非药物疗法，旨在为高血压病临床治疗和实验研究提供借鉴和参考。结论：相对于单纯的对病治疗，中医辨证论治结合，使高血压病的个性化治疗成为可能，在临床上有着疗效稳定和安全的独特优势。

【关键词】中医内治；中医外治；高血压病；研究进展

Abstract: Hypertension is a common clinical condition, its clinical manifestations are complex, which belong to the areas of dizziness, headache etc. in Traditional Chinese Medicine (TCM). Authors described and analysed research progress on treatments of essential hypertension by Internal and External TCM methods. Pertinently, we classified internal treatments as 5 types such as calm the liver and subdue the Yang method, spleen-strengthening and phlegm-resolving method, nourishing the liver and kidney method, promoting blood circulation and removing blood stasis method and warming Yang and diuresis method. External treatments include acupuncture and other non-drug therapies like pricking blood therapy, moxibustion, Taiji sports therapy, Tuina, scraping and catgut embedding at

acupoint. So as to provide salutary lesson and reference for clinical treatment and experimental research about hypertension. Conclusion: Compared with simple disease treatment, the combination of TCM differentiation syndrome could be the personalized treatment for hypertension, it also has unique advantages of efficacy and safety in clinical practice.

Keywords: TCM Internal treatment; TCM External treatment; Hypertension; Research progress

原发性高血压是以临床检测血压升高为主要表现的综合征。高血压是多种心、脑血管疾病的重要病因和危险因素，影响重要脏器的结构和功能，最终常可导致心、脑、肾功能衰竭，是心、脑血管疾病的主要死亡原因之一。高血压定义为收缩压大于或等于 140mmHg，舒张压大于或等于 90mmHg。高血压病是遗传易感性和生活习惯、环境因素等因素相互作用的结果。近年来，我国每年约 350 万人死于高血压疾病，约 95% 以上的患者属于原发性高血压。高血压是常见循环系统疾病。随着我国居民生活水平的不断提升，以及社会老龄化，高血压发病呈年轻化、高发化、复杂化，25 年前我国已经将 10 月 8 日定为全国性高血压日。

1. 中医对高血压的认识

高血压是现代医学病名。中医对高血压临床表现及其对于健康的影响，发现很早、且有独特的认识。世界上最早有关动脉压力升高的文献记载，是成书于 2000 多年前的《黄帝内经》，书中记载“按尺寸，观浮沉滑数，而知病所生……其充在血脉，是故多食咸则脉凝泣而变色”。晋代医家王叔和在《脉经》中则记述：“脉大而缓者，生；紧大而浮者，死”。

高血压当属于中医“眩晕”病名范畴，有时兼具“头痛”之症。如《丹溪心法·头眩》：“头眩，痰夹气虚并火，治痰为主，挟补气药及降火药。无痰则不作眩，痰因火动，又有湿痰者，有火痰者。”《黄帝内经》之“诸风掉眩，皆属于肝”以及“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒”等认识，对于高血压病辨病及辨证治疗，有着积极的指导意义。

1997 年国家技术监督局制定的《中医临床诊断术语·疾病部分》将高血压病称为“风眩”，定义是“风眩是以眩晕，头痛，血压增高，脉弦等为主要表现的眩晕类疾病。”王清海教授从脉胀溯源、血脉的生理、病理、

脉胀的成因四方面进行了论述，认为“脉胀”可以用作高血压的中医病名。

2. 中医治疗

中医治疗高血压副作用小、降压效果比较明显。目前临床对于高血压的控制方法主要是内治法和外治法两方面。内治法主要通过四诊合参，审因论治，调整阴阳，化痰活血，平肝潜阳，滋阴补肾等，内服中药多分单方、复方或成药，剂型还分粉剂、汤剂或颗粒剂。外治法有贴敷、艾灸、刮痧、针刺、推拿、调情志等方法。内治法和外治法在临床上既可单独使用，又可根据病情配合使用，相得益彰，收到更好的临床疗效。

2.1 内治法

高血压病（眩晕或头痛）临床常常从实证和虚证两大方面辨证，除单纯或虚或实，临床虚实夹杂，也不少见。病机一般为肝阳上亢、痰浊中阻、肝肾亏虚、痰瘀互结、阳虚阴盛等，其主病在肝，常涉及脾肾等脏，临床表现上有虚实之分或虚实夹杂。内治法总则是补虚泻实、调整阴阳，主要治法为“平肝潜阳法”、“健脾化痰法”、“滋补肝肾法”、“活血化痰法”、“温阳利水法”等。

2.1.1 平肝潜阳法

肝阳上亢型高血压在临床上是最常见的，约占全部高血压患者的 80%。白华^[1]在临床试验中将 240 例肝阳上亢型高血压病患者作为研究对象，将其随机分配为试验组和对照组，2 组患者均为 120 例，对照组采用常规的降压药物治疗，试验组则采用常规降压药物加天麻钩藤汤加减进行治疗，观察并对比两组的治疗效果。试验组的临床治疗总有效率为 95.83%，对照组的总有效率为 81.54%，试验组的效果优于对照组，表明天麻钩藤汤加减治疗肝阳上亢高血压病效果较好。进一步揭示辨证论治、分型治疗可以有的放矢，针对性地改善患者症状，提高生活质量，值得推广。

汪晶等^[2]多年临床防治肝阳上亢型高血压病的基础上提出的经验方平肝潜阳汤,由天麻钩藤饮加减化裁而来。平肝潜阳汤联合苯磺酸氨氯地平片能明显改善肝阳上亢型高血压病患者的血压水平,升高一氧化氮水平,降低内皮素水平,扩张外周动脉,缓解血管痉挛,降低外周阻力,改善患者头痛、眩晕等症状,提高临床疗效。

左天伟^[3]将 70 例原发性高血压肝阳上亢证患者作为研究对象,按随机双盲法分为基础组和研究组,各 35 例。基础组予以常规治疗,研究组予以柴胡龙骨牡蛎汤加减联合耳穴压籽治疗。结论显示对原发性高血压肝阳上亢证患者实施柴胡龙骨牡蛎汤加减与耳穴压籽联合治疗,不仅改善症状疗效明显,且可改善患者的血压。

2.1.2 健脾化痰法

黄晓燕等^[4]在半夏白术天麻汤对自发性高血压大鼠血管内皮因子及 AT1 R 表达的影响的试验中,发现半夏白术天麻汤能够降低自发性高血压大鼠(SHR)的血压值,它是通过调节异常表达的 ICAM-1, ET-1 及 NO 水平,改善血管内皮细胞功能,达到降低血压的目的。苗灵娟等^[5]通过观察 24 小时动态血压,及血清肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)活性指标(包括 Ang II、PRA、ALD)等,运用半夏白术天麻汤联合卡托普利治疗 44 例高血压患者,证明它通过降低 RAAS 系统的活性而达到降压目的,且临床疗效显著。李权等^[6]运用化痰祛浊方治疗 40 例 H 型高血压合并颈动脉粥样硬化,同时设对照组,得出结论,化痰祛浊方可有效控制患者血压,降低 Hcy 水平及 BMI,改善血脂代谢,促进斑块消退。

郑雪龙^[7]运用半夏白术天麻汤治疗 108 例高血压病患者,设治疗组和对照组,治疗组给予半夏白术天麻汤和氨氯地平药物联合治疗,得出结论,半夏白术天麻汤明显改善痰浊上犯型眩晕患者临床症状,配合氨氯地平片能够持续有效地控制血压。

唐林^[8]在半夏白术天麻汤治疗 43 例痰浊中阻型原发性高血压患者的实验中,发现该

方可有效提升患者 EPCs 数量,提升分泌 VAGF、NO 的能力,促进患者血管内皮功能,提升血压,控制疗效,且不增加药物的不良反应,具有较高的临床价值。

2.1.3 滋补肝肾法

王阶等^[9]认为久病肾虚,肾虚证是高血压病的重要类型,也是现今高血压病的病机关键,临床采用补肾治则,运用经验方“补肾降压方”治疗高血压病具有较好的疗效。

杜林等^[10]认为肾虚血瘀为原发性高血压肾损害的发病关键。试验中,取 100 例患者分成两组,并测患者治疗前后血压、夜尿次数、肾功能及尿蛋白等指标,结果证实,治疗组加补肾活血药物效果明显优于对照组,从而证实补肾活血通络药可逆转肾损害。

宾容等^[11]运用滋养肝肾方治疗肝肾阴虚型老年高血压病 40 例,结果显示滋养肝肾方能够明显调控 Ang- II、CGRP 水平,降低患者血压,临床效果明显。

曾庆声^[12]运用镇肝熄风汤加减治疗 60 例肝肾阴虚肝阳上亢型高血压患者,效果显著,值得推广。赵永香等^[13]观察天麻钩藤饮加减治疗 51 例肝阳上亢型高血压患者,同时设对照组予以苯磺酸左旋氨氯地平片治疗,结果表明天麻钩藤饮加减可提高治疗总有效率,降低血压、血压变异性和不良反应发生率,其效果优于对照组。

李秀夏等^[14]应用滋阴潜阳化痰方治疗 40 例老年糖尿病合并高血压患者,设对照组 40 例,发现滋阴潜阳化痰方能够显著降低血糖及血压水平。

2.1.4 活血化痰法

“久病必有瘀”,高血压脑梗死在临床中往往兼夹血瘀,伴有半身不遂、昏仆、偏瘫麻木等症状。王晓飞^[15]以血府逐瘀汤加减进行临床观察,将 82 例高血压脑梗死患者分为对照组和观察组各 41 例,检测两组血压、血脂及血粘度指标,发现治疗组较之观察组有明显改善,活血化痰法用于高血压脑梗死患者效果明显。卫中安^[16]通过对 80 例高血压患者的 24 小时动态血压分析观察到丹萎汤剂治疗

痰瘀互结型高血压效果好且稳定持久,有效率为 92.5%,显著高于西药组的 75.0%。吴俊青^[17]分析丹萎汤剂治疗痰瘀互结型高血压的安全性及对患者 24 小时血压动态的改善情况,他认为相比单独使用常规西药治疗方案,丹萎汤剂治疗痰瘀互结型高血压具有较好的安全性,同时可明显改善患者 24 小时血压动态,值得推广。

2.1.5 温阳利水法

王威^[18]选用中医名方“真武汤”加减治疗主要症状为眩晕、水肿、神疲、胸闷等阳虚阴盛表现的原发性高血压患者,将 140 例患者分为观察组和治疗组,结果发现采用中医温阳利水法的治疗组效果立竿见影。

沈霞等^[19]认为高血压病患者出现脾肾阳虚、水邪泛滥的症状时,可行温阳利水法;常用真武汤加苓桂术甘汤,同时加一些重镇药如磁石等,平降肝阳,维持肾水平衡,调节阴阳,控制患者的血压。

董雪^[20]采用补肾健脾、温阳利水之法治疗阳虚水泛证患者。治疗组和对照组各 35 例,治疗组有效率 97.14%,对照组有效率 85.72%,显示阳虚水泛证高血压病患者使用中医利水法效果较明显,不但能有效缓解患者收缩压水平与舒张压水平,还能明显改善临床症状。

王婵等^[21]通过选取 39 例难治性高血压患者为研究对象,同时设对照组 39 例,旨在观察温阳通络法辅助治疗难治性高血压的近期疗效,用成药通心络加中药配方颗粒,重用附子,强调温阳才能通络,发现疗效与安全性均良好,同时改善了患者的临床症状,能更好地控制血压水平。

2.2 外治法

早在 1983 年,世界卫生组织就推荐中医外治法作为轻、中度高血压病的初步和辅助治疗方法。随着人们慢慢地意识到高血压的并发症及长期服用降压药的不良反应,中医外治法在治疗高血压病的方法中所占比重逐渐增大。

2.2.1 穴位贴敷

中药穴位贴敷疗法是根据临床情况,以中

医理论为基础,根据经络学说和辨证论治的原则将适宜的药物贴敷在相关穴位或经络部位,利用药效和穴效叠加的作用治病的一种重要的中医外治方法。该治法可以通过疏通经络气血,调节脏腑阴阳,达到有效调整血压作用的同时,避免了口服降压西药的肝脏首过效应和胃肠道灭活。历代名医多有采用中草药外敷治疗该病的,如明代张时彻《急救良方》用蓖麻子仁捣烂做成穴位贴敷治疗头晕头痛,龚廷贤《种杏仙方》用等分的川芎及南星研末,捣成饼状,贴于两侧太阳穴处治愈头晕头痛。

陈家鑫等^[22]观察发现葛花膏(葛根、天花粉等中药粉制成的膏药)敷贴大椎穴、涌泉穴治疗老年人轻度高血压且不伴靶器官损害者安全有效。李娜等^[23]在口服降压药物的同时,采用耳穴埋豆与吴茱萸涌泉穴贴敷联合应用治疗原发性高血压,效果显著。徐巧仙等^[24]采用降压散(地骨皮、葛根、丹参、牛蒡根、生山楂各等分)贴敷双侧涌泉穴,配合按摩耳部降压沟联合西药治疗阴虚阳亢型原发性高血压,效果更明显。刘蓓^[25]定时(每晚 20:00~20:30)取吴茱萸研末外敷双侧涌泉穴,以使其治疗效应与非杓型高血压的昼夜节律相一致,有助于有效维持 24 小时全程血压的平稳,控制夜间血压,起到保护心、脑、肾等靶器官的作用。王博深等^[26]采用欣悦降压穴位贴(成分为丹参、决明子、钩藤、川牛膝、夏枯草)辅助治疗老年单纯收缩期高血压病,发现其明显降低收缩压,缩小脉压差。秦春美等^[27]通过复方降压方穴位贴敷,通过引火归元作用,治疗肝阳上亢型高血压病,可降低收缩压及脉压差,改善肾功能,缓解眩晕、头痛、心烦、便秘等火炎于上症状。

2.2.2 其他非药物疗法

传统的刺血疗法可通过改善血流变化和微循环,进而促进代谢,刺激血管的自身调节和组织修复,起到降压的效果,且治疗无毒副作用。冯蕾等^[28]运用刺络泻血配合中药天麻钩藤饮加减对 60 例原发性高血压患者进行体质调理,明显改善了患者血压、血脂、血脂等各项临床指标,同时得出结论,刺络泻血疗法配合中药体质调理在治疗高血压性

眩晕的治标同时,也是改善高血压病易发体质的治本之法。李耀丽^[29]采用大椎穴刺血疗法配合缬沙坦治疗 45 例高血压患者具有显著的临床疗效,而且方便价廉,百姓容易接受。潘瑞萍等^[30]采用回医刺血疗法,使用三角针或其他采血针刺穿血络或穴位,通过释放血管中的败血,达到祛邪泄热,通络止痛,改善高血压患者的血管紧张状态,促进机体血液循环,恢复体液平衡,促进阴平阳秘,达到防治高血压头痛的目的。

针刺疗法是中医学的代表疗法,通过体针和头针治疗激活大脑皮质区域,改善血管内皮因子水平,减轻脑水肿,改善血管神经功能。任云^[31]分析针刺联合高压氧治疗对高血压脑出血术后患者神经功能的影响,表明对高血压脑出血患者采取针刺联合高压氧治疗能够有效促进患者神经功能恢复,提高日常生活能力。

艾灸时的温热刺激影响全身组织液的流通和代谢,使红细胞携氧能力加强,促进人体新陈代谢、补益气血。郑丽维等^[32]发现艾灸双侧丰隆、足三里通过健脾化痰除湿达到降低痰湿壅盛证患者的血压、血脂水平,改善临床证候。

太极推拿头面部手法通过刺激头部的各部分反射区,达到调节自主神经兴奋与抑制,增强人体代谢,改善头部血液供应的目的。李亮等^[33]通过实施“太极推拿”手法治疗 45 例颈性高血压患者,同时设对照组进行临床跟踪观察,发现对颈性高血压患者的血压及证候均有明显改善。

刮痧疗法是以中医经络腧穴理论为指导,通过特制的刮痧器具和相应手法,蘸取一定介质,在体表进行反复刮擦,使皮肤局部出现红色点状,也叫“出痧”,达到活血透痧作用,起到开腠理、行气血、调脏腑、通经络功能。张小芳等^[34]利用刮痧以补肾经泻肝经为主,治疗阴虚阳亢型高血压病人,有效改善了患者眩晕、头晕、腰酸等症状,提高了生活质量。

阳盛阴衰、阴阳失调是影响高血压患者睡眠和情志的主要原因,故根据人体阴经、

阳经的经络走向,选择相应经络上与睡眠和情志有关的穴位进行点、按刺激,达到改善睡眠和情志的功效。包月^[35]通过对 90 例高血压病人采用平阴秘阳循经按摩法,有效地改善了高血压患者的睡眠质量及情志状态。

穴位埋线(血压点、肝俞、足三里、肾俞、心俞穴)能够长时间对患者穴位进行刺激,平衡阴阳,调节血压。高向转^[36]采用柴胡加龙骨牡蛎汤加减口服联合穴位埋线治疗 45 例老年原发性高血压病患者,同时设对照组,结论是该法能改善患者症状、降低患者血压水平。

3. 结论

西医治疗高血压,一般采用钙离子拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂、利尿剂、 β 受体阻滞剂或复方降压制剂等降压药物控制血压,虽然降压效果明显,但是高血压病是一种慢性血管壁弹性降低、血管功能失调的状态,长期服用这些药物,对于有些患者,表现出较大的副作用,甚至影响水、电解质代谢,影响血脂、血糖代谢,且患者多为中老年人,服药后肝脏负担加重;或者降压过程中出现血压波动较大,远期疗效不佳等问题。

如果充分尊重中医学术与临床规律,善用中医方法,合理调治,尽早加用中医干预性治疗,常常可取得较好效果,不仅仅可以使血压下降至正常稳定水平,更可以提高患者生活质量。尤其近年来,中医学界秉承守正创新,古为今用的原则,在中医内治、外治治疗高血压病领域取得了良好成效。今后应进一步推进大规模、多中心、标准化的中医临床研究,并进一步完善中西医结合诊疗方案。

【参考文献】

- 1.白华.天麻钩藤汤治疗肝阳上亢型高血压病临床观察[J].光明中医,2021,36(18):3019-3021.
- 2.汪晶,牛媛媛.平肝潜阳汤联合苯磺酸氨氯地平片治疗肝阳上亢型高血压病 35 例[J].中医研究.2021,34(7):22-25.
- 3.左天伟.柴胡龙骨牡蛎汤加减联合耳穴压籽治疗原发性高血压肝阳上亢证的临床疗效[J].内蒙古中医药.2021,40(7):75-76.

4. 黄晓燕,高宏,艾尼瓦尔 吾买尔.半夏白术天麻汤对自发性高血压大鼠血管内皮因子及 AT1R 表达的影响[J]. 中国药师.2020,23(4):609-613.
5. 苗灵娟,杨永枝,邢海燕.半夏白术天麻汤联合卡托普利治疗高血压临床疗效观察[J]. 内蒙古医学杂志.2017,49(5):601-604.
6. 李权,张学新.化痰祛浊方治疗 H 型高血压合并颈动脉粥样硬化的临床观察[J]. 河北中医.2020,42(9):1326-1329.
7. 郑雪龙.半夏白术天麻汤治疗高血压的临床效果分析[J]. 中医临床研究.2021,13(10):99-101.
8. 唐林,黎宗宝,白瑞娜.半夏白术天麻汤对原发性高血压的作用机制研究[J]. 世界中医药.2020,15(16):2458-2465.
9. 王阶,熊兴江,刘巍.补肾法治疗高血压病[J]. 中国中医杂志.2013,38(9):1277-1279.
10. 杜林,秦应娟.补肾活血法治疗原发性高血压肾损害 50 例[J]. 辽宁中医杂志.2011,38(1):112-113.
11. 宾容,殷彦.滋养肝肾法治疗肝肾阴虚型老年高血压患者的临床研究[J]. 辽宁中医杂志. 2021,48(8):113-116.
12. 曾庆声.镇肝熄风汤治疗肝肾阴虚肝阳上亢型高血压的临床观察[J]. 云南中医中药杂志.2019,40(4):41-42.
13. 赵永香,车启富,赵金奉.天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢型高血压患者的效果[J]. 中国民康医学.2021,33(13):90-92.
14. 李秀夏,黄融琪,刘德诚.滋阴潜阳化痰方治疗老年糖尿病合并高血压的临床研究[J]. 北方药学.2017,14(9):106-107.
15. 王晓飞.采用中医活血化瘀法治疗高血压脑梗死患者的效果研究[J]. 当代医学.2021,27(3):142-143.
16. 卫中安.丹萎汤剂治疗痰瘀互结型高血压临床疗效及对患者 24h 血压动态影响分析[J]. 亚太传统医药.2017,12(13):131-132.
17. 吴俊青.丹萎汤剂治疗痰瘀互结型高血压的安全性及对患者 24h 血压动态的改善研究[J]. 心血管病防治知识.2020,10(34):12-14.
18. 王威,廖艳林.中医温阳利水法联合常规西药治疗原发性高血压的临床观察[J]. 中西医结合中国民间疗法.2020,28(4):47-49.
19. 沈霞,曹彩芳.温阳利水法治疗高血压探微[J]. 临床医药文献杂志.2016,3(53):10555.
20. 董雪.中医利水法治疗高血压病效果观察[J]. 中医临床研究.2019,11(14):32-35.
21. 王婵,王卓,邢潇萌.温阳通络法辅助治疗难治性高血压的近期疗效观察[J]. 中医药临床杂志.2021,33(8):1513-1516.
22. 陈家鑫,陈庆昭,廖卫峰,等.中药穴位敷贴治疗老年人轻度高血压临床研究[J]. 中国药业. 2017, 26(7):40-42.
23. 李娜,李金花,陈飞娟,等.耳穴埋豆与穴位贴敷辅助治疗原发性高血压的疗效观察[J]. 陕西中医药大学学报.2018,41(5):38-40.
24. 徐巧仙,杨巧黎.降压散穴位贴敷、指压降压沟联合西药治疗阴虚阳亢型原发性高血压临床研究[J]. 新中医.2021,53(16):154-157.
25. 刘蓓.穴位贴敷治疗非杓型原发性高血压病患者的临床效果观察[J]. 心理月刊.2018(08):214.
26. 王博深,张玉龙,任风英,等.欣悦降压穴位贴辅助治疗老年单纯收缩期高血压临床观察[J]. 老年医学与保健.2020,26(5): 737-739.
27. 秦春美,杨永华,黄春艳,等.复方降压方穴位贴敷治疗肝阳上亢型高血压病的疗效观察[J]. 中国继续医学教育.2017,9(24):186-188.
28. 冯蕾,杨芬玉,李龙生,等.刺络泻血配合中药体质调理治疗原发性高血压临床观察[J]. 中医临床研究.2018,10(22):13-16.
29. 李耀丽.大椎穴刺血疗法配合缬沙坦治疗高血压患者的临床研究[J]. 医疗装备.2016,29(5):136-137.
30. 潘瑞萍,王 玮.回医刺血法治疗高血压头痛的临床观察[J]. 特色疗法中国民间疗法.2020,28(1):41-43.
31. 任云.针刺联合高压氧疗法对高血压脑出血术后患者神经功能的影响[J]. 光明中医.2021,36(10):1669-1671.
32. 郑丽维,纪小凤,陈丰,等.艾灸丰隆、足三里治疗痰湿壅盛证高血压患者的疗效[J]. 解放军护理杂志.2017, 34(02): 43-47.
33. 李亮,赵焰.太极推拿治疗颈性高血压的临床观察[J]. 光明中医.2017, 32(16): 2336-2338.
34. 张小芳,莫辛欣,潘晓彦.辨证刮痧对老年阴虚阳亢型高血压患者血压及中医证候影响的研究[J]. 中医药导报.2017,23(10):83-85.
35. 包月.平阴秘阳穴位按摩对高血压患者睡眠质量及情志的影响[J]. 当代护士.2018,25(29):122-124.
36. 高向转.中西医结合治疗老年原发性高血压病 45 例临床观察[J]. 中国民族民间医药.2021,30(0):99-101.

(责任编辑: 孙云)

【作者简介】耿静 主任中医师。1989 年毕业于安徽中医学院, 2006 年获硕士学位, 1998 年在北京中医药大学附属东直门医院进修 1 年。自工作以来, 出版著作 1 部, 撰写论文 40 余篇, 其中已发表 20 篇。目前担任安徽省中医药学会肾病专业委员会常务委员。临床善用经方。如用麻黄附子细辛汤配化石药治肾结石, 借助身体阳气促进膀胱气化, 推动结石下行。小青龙汤治“抗生素儿童”, 小建中汤治儿童腹痛, 桂枝汤加麻附辛治寒证、闭病, 柴胡剂或半夏剂解决少阳区块的问题, 使用五苓散减肥及美容, 用苓桂剂治夜尿体质的年轻女孩(见眩晕、心悸、头痛、肩凝), 葛根剂改善颈部供血, 提高学生记忆力等。

Explore Ways of TCM Teaching in UK

GAO Zhi-hua

Subtract:

- Oversea TCM's future development requires modern technology.
- Knowledge from both TCM and biomedicine will safeguard TCM practice.
- Try to teach ancient Chinese wisdoms and logic to European students in English is a big challenge.
- Case studies and clinic research are important for TCM's development in UK.

Keywords: Covid-19; challenges; IT; medical language; case study; TCM teaching and research.

Covid changed everything

Since graduated from Nanjing TCM university July 1994, I have focused my energy into clinical practise either in hospital (China) or clinics (UK). March 2020, everything changed: clinics were all shut and there were four-month complete non-working period which provide the opportunity of pause in life and time to think. Every day, the death number displayed on the TV screen constantly reminding me how fragile life could be. Three of our neighbours with underline health issues passed away like the apples falling off the tree. The complete chaos of NHS and the helplessness among the public deeply troubled me. For the first time in life, I have the impulse to spread the knowledge and experience I gained from my TCM training and clinic work to contribute to our human race (Ren). The best way forward is getting involved with TCM teaching, this is how I started my teaching career with North College of Acupuncture (York) in Oct 2021.

After two years of challenging work, my first group postgraduates have just finished their Chinese Herbal Medicine course at the end of June: some of them will move into the third year of research programme in aiming to gain their master's degree, some decide to start their herbal medicine practice straight away.

It has been an interesting and rewarding journey so far. The interesting part comes from various challenges I faced, and the rewarding part is to see all the students gradually became more mature in their TCM practice.

Challenges

Surprisingly, my first challenge was not the language issue. It was my IT skill instead! During my university life (between 1989 to 1994), Information Technology or Computer Science were very new subjects. In my thirty years clinic practise, I did not need to use computer. Although I have kept using computer in other aspects of life just to keep up with

the technology world, Office 365 is a completely new system for me. Thanks to my course director and college IT specialist, I managed to learn how to use Office 365 within few days. This personal development made me realise how much the computer technology can help in overseas TCM future development: a complete system to store patient's information and student's progress securely; all the teaching material can be accessed by students at their convenience; student hand in their course work online and all the teaching clinics are online. Although there are limit of online clinic, for instance- we cannot feel patient's pulses, but at same time, the system has enabled the treatment without limitation of distance, travelling and Covid restriction.

From my personal development point, improve my IT skill is a key step. From overseas TCM teaching and research development point of view, it is also very important: most overseas practitioners (outside of China) are solo trader, it is exceedingly difficult to hold clinic research project due to lack of time and financial support. Using modern technology to collect the clinic data in a much bigger scale, will help to reduce labour input during future clinic research projects.

The second challenge coming from student is a lack of biomedical knowledge and formal TCM training. All the students in NCA who are learning Chinese Herbal Medicine are graduates from different acupuncture colleges, some of them do not have much biomedicine training. Regarding formal TCM training, the acupuncture colleges in UK have a very mixed standard too: some only teach five elements acupuncture... Despite the case that all the students felt benefit from Chinese herbal medicine or acupuncture treatment in the past, once they started their Chinese Herbal Medicine course, straight away they realised how difficult it is - it is an alternative practice but very different with other alternative like massage, reiki or reflexology. It is a complete

medical system using different language. Chinese TCM universities have put biomedicine education into a very important position throughout their Acupuncture Degree course or Chinese Herbal Medicine Degree course which enabled their graduates the opportunity to work in the comprehensive hospitals.

In the UK, TCM is treated as an alternative therapy to conventional medicine, many people (both practitioners and patients) see these two medical systems as the completely opposite side of each other. This opinion is also becoming popular in China in recent years, some voice even encourages TCM doctors only to learn TCM knowledge... I personally disagree with this opinion. I think these two systems can compromise each other. Having knowledge of both TCM and biomedicine is like someone who is bilingual, it not only can help practitioner to have better understanding of patient's condition or diseases, but also can prevent herbs-drug-supplement interaction. In the future, it will also help TCM to merge with mainstream clinic practice and treatment.

In China, there is a concern of TCM doctors are overly practising biomedicine in TCM hospital; in UK, this is not possible right now - we can only use the traditional herbs (animal products and minerals are not allowed) and acupuncture. In fact, the reason Dr Tian Jun Wang's scalp acupuncture is well received by physios, is because he used their language to promote acupuncture. It does not matter which approach we use, the most important is our patient's wellbeing and this should be the centre of our concern, and the clinical result is the backbone of TCM practice. We could improve our clinical result by improving the understanding between therapist and the patient and by helping the patient to learn the logical reasons behind our treatment using the language they could understand. It is no good for us to pretend that we are still living in the world that biomedicine does not exist and our patients are only using herbal treatment.

The most difficult challenge of all is trying to teach old Chinese wisdoms and logic to European students in English. TCM is a complete and logical system: from collecting diagnoses evidence (physical evidence-objective evidence and symptoms-subjective evidence) to analyse the pathology; from treatment principle to make the prescription; from choosing the correct herbs combination to determine the length of the treatment, there is a clear logical route to follow. Many classic TCM books emphasis and demonstrate how important this is. For instance: Spleen is in charge of muscles (Pi Zhu Ji Rou), that is why when we treat chronic muscle pain like

Fibromyalgia, apart from remove blood stasis and reduce the pain, we also have to look after the stomach and spleen. In Chinese, this called: Qu Xian Jiu Guo - to save the country indirectly. But western approach is more direct and one-way system and western culture is emphasized on individual unit, it is quite difficult to guide students to see the connection between different organs or body parts, it is even more difficult to ask them to analyse possible pathology in TCM term. Many students feel it is too complicated to follow. This has sparked my desire to explore different ways of teaching TCM in UK. Such desire also created many debates in my head.

Debates

During my five years TCM university training, we were taught the "Li, Fa, Fang, Yao" are four pillars of TCM, and I never questioned myself: out of these four pillars, which one is the most important? Once I started teaching, it become more and more clearer to me : the reason TCM could last for thousands years and still is an important part to reserve human health and improve the quality of our life: it is not because we use the natural herbs, it is how we put individual herbs together; it is not we use needles on the trigger points, it is how we choose meridian and link the meridians together; it is not we consider the individual internal organ, it is how we see the internal organs link to each other. The unique way of thinking, it is core part of TCM practice. Away from this base, we can be easily lost in different CPD training programmes.

I always guide my students to focus on the procedure of "Li Fa Fang Yao" first, and gradually to develop their clinic skills including diagnoses, giving herbs or acupuncture. But the reality is: most students prefer that I give them some simple and straight forward "Tips" which they can use straight away. "Li Fa Fang Yao" is too difficult and takes too much of thinking. Due to this reality, in UK, there are new TCM courses which only teach student to follow certain simple patterns and give set formulas. And such courses are popular. This new way of teaching is exciting, and I can see it will get more students to follow TCM teaching and get into TCM practice quicker. It is what I will call "a fast track". The problem is this "short cut" from long term is going to affect the standard of TCM practice. How to take on the reality and make sure to reserve the essence of TCM is something worth to think about.

Personally, I think the way to resolve this dilemma could be: to set up different level of training platforms to target different level of practitioner. End of the day, it is impossible to learn everything in short

period of time. Equally it is impossible to get the essence of TCM without many years of clinical practice. And this kind system needs to be set up by a strong and authorised group.

When there is a will, there is a way

After three years of dealing with Covid, post Covid and long Covid patients, our experience once again proved TCM has contributed hugely to save patients lives and improve living quality.

The three principles from TCM are shining through different Covid research paper: prevention is more important than treatment (Fang Huan Yu Wei Ran); holistic approach is better than tackle individual symptoms (Zheng Ti Guan); same disease affect patient differently according to their body's constitution, therefore we need to treat patient with different principles (Ge Ti Lun Zhi).

Holding such a treasure, we could not deny our responsibility to share our knowledge and experience of TCM even though it is a difficult job. There is an old English saying: when there is a will, there is a way. Chinese has a similar saying: actions are following the determination (Zhi Zai Bi Xing).

I am inspired by Professor Huang Huang from Nanjing TCM university to write clinical case in an

expressive way. October 2022, during his speech in The Sixth International Jing Fang Conference, he explained how the descriptive case studies could stimulate the student's desire to learn Jing Fang and makes learning Jing Fang easier. In recent FTCMP CPD lecture, Professor Zhu Bu Xian from Oxford also mentioned how to read the case studies from the classic books to improve our TCM practice. As an individual practitioner, I think this is the area I need to make effort in the future.

During recent the 4th International TCM Conference of European TCM Alumnus Union (Manchester), both Professor Tang Su Lan and Professor Jiang Dan mentioned that TCM practitioner could start their clinic research project by collecting clinic data which also is a good way to demonstrate the effectiveness of TCM treatment.

TCM future is bright

Only after we all put effort into it.

(Editor: Mao Hai-yan)

About author: GAO Zhi-hua, Graduated from Nanjing TCM university 1989-1994, Worked at Nanjing Red Cross Hospital, previous RCHM president, present NCA herbs clinic supervisor

· 杏林纵横 ·

《针术秘要》新译 （下半部分）

New Translation of *The Secret to Acupuncture* (Part 2)

肖健楠 XIAO Jian-Nan 秋山阳子

怔忡胸悸及头眩惊悸针方

怔忡胸悸及头眩惊悸者，取耳后大筋、两肩曲臑部至于手腕，皆如前所述。若夫手少阳经络两旁，为手阳明、手太阳。一见凝络，必刺之如法。

又，两臑前腋下，为手厥阴心包经，如后图。

其经自腋下向手，堪刺八九针至十二三针。

手厥阴心包经之前有手太阴，后有手少阴，见凝络则刺。如图。

复取背两二行、三行，肩至腰，如前法。

劳瘵针方

劳瘵极难治，本谓十中活一。然医家若能详

察形症，知脉候虚实，处方得宜，慎重养护，更兼用针刺，十中可活五六。

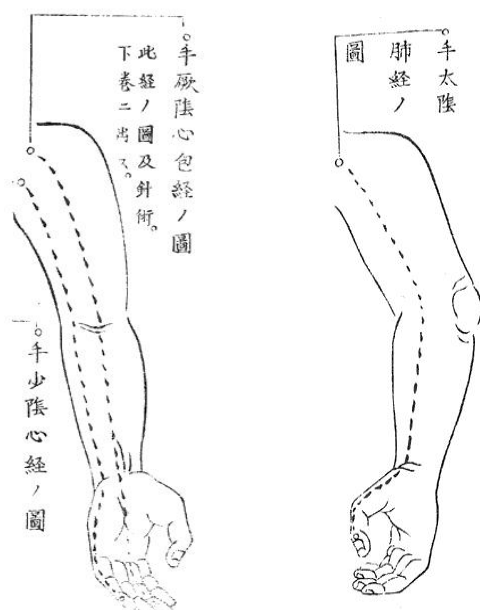
针法：取耳后筋、颈部筋、两肩、两手内外经络、背二行三行、两足内外经络等，刺如前法。治轻症或需二三月，必效。重症需半年乃至一年，亦多效。

妇人血块针方

治妇人血块，当益以针刺。凡此症，若峻药无功，或峻药功微效缓，兼用针法极佳。

针法曰：两耳后大筋、两肩、背二行肩至腰等，各经均取。

若足挛急痛，下肢内取太阴脾经、外取少阳胆经，刺此二者必寻其凝络为先。



怔忡胸悸图

劳瘵图

若手挛急痛，取手少阳三焦经、腋下前后经络，如图。自上取，向腕刺，如前述。

又曰：妇人左右少腹有块，时常上下左右动。当其时，气结痞恶，或腹痛、或上气、或头疼、或如世所谓“血道症”，若其人月事虽略有先后不定期，然终能至者，即为可治。针如血块法。

妇人血郁针方

妇人血郁，取两耳下大筋、两肩、两膈内外经络、背两二行从肩至腰、两三行、两足内外经络等，俱如前法。

然针此疾，每见瞑眩，须各别其状：或吐血，或下血一升乃至两升。如此皆向愈之征，不必惊异。轻症一月，重症二三月，即可愈。

下卷

咳嗽针方

针咳嗽，其法亦准前劳瘵之咳。若咳不至于劳者，针数宜少，不数月即愈。此疾需以服药为主。

颈项背僵痛并肩痛针方

颈项背僵痛并肩痛，取以两耳下大筋、颈项左右、两膈外至臂、背二行等，如前法。

膈痛针方

膈部或痛或酸，臂不能举、头不得顾者，刺两耳下筋、两肩。

复取膈外经络，即肩峰之曲至于手腕。

复取腋下前方，即循胸一线、循膈前一线，如图。



复取腋下后方，即循背一线、循膈后一线，如图。

凡腋前腋后，膈臂之间，但有凝络，悉刺之。

复取背第二行，十四椎以上当针之。

按：手太阳小肠经，于图所示腋下后者，揣取凝络，即病处。

此经刺法，自上向下，于四寸之间，约可施得三四针。

至若腋后循膈一线刺法，如图，求其凝络，亦自上而下施针至肘，约五六针，此其常也。继而追刺，以至于臂。



手ノ食指ノ表面通り。腕骨ノ上。三寸許リノ所ニ當テ

圖ノ如ク少シ斜ニ

隆起シタル

凝結アル者

ハ。脈ノ方ヨリ

指ノ方ニ向テ。二三斜スルバ。必ノ消散ノル者也。



跌打损伤，不论新久，俱宜针刺。所伤不论手、足，或身中他处，但宜循其伤处所在之经，

追而横刺。譬如伤在曲池，则施针由肩至腕。余者准此。

梅毒针方

梅毒可见骨痛，每有筋络若干处隆起未溃者。病家因痛不可步履。此病，主以汤剂，辅以针刺，甚佳。针法略同跌打。轻者连刺二七日或三七日。重症连刺一二月，必大效。

小便不利针方

针癰闭，两肩、背二行悉取之。若逢重症，复取背三行、大腿内外经。极重者，更取膝下内外经。

外伤会阴而致癰闭，西洋荷式导管亦不得寸进，方药迭更，百治不利。此症，唯一法可效：医者以指插入肛门，推向膀胱口边，膀胱必有所知而欲小便。俟指入肛门一寸至一寸四五分间，细判尿道所在。而后以穿刺针，穿透至尿道，尿水必奔涌而出。倘仍难出者，沿针痕插入导管，竟极易入，小便即通。其后癰闭痊愈，当小便之时，先前穿刺处业已愈合，再无漏尿之患。

初，余亦心存怖畏，然无可奈何，遂用上法。嗣后病痊，小便通利，恶血尽去，刺孔无痕，竟不留一点余害。

痢证针方

痢证，大可服药为主，针刺为辅亦佳。所针者，刺耳后、肩、手、背、足等如常法。然针治每有瞑眩，或吐血或下血，此勿恐。针至七八日，或十五日，其效必见。然亦有一二月乃至四五月始得痊愈者。

瘰癧针方

依《伤寒》论瘰癧，一则痰饮郁肺而作病，二则肝血不伸而作病。一如心可逆肾，肝气动亦可逆肺。盖肝火伤肺为血瘰，肺饮伤肝为水瘰。故痰饮郁肺而发者，其形圆，不变色；肝血不伸而发者，其形不圆而色红。

所以然者，肝肺俱以脾胃为本。瘰癧初发，未至于重症，可选服汤剂，兼用针术益佳。施针大抵如痢证法。治两月余，必见其效。

马刀瘰癧针方

马刀瘰癧者，多为耳下结核，其形圆而长，坚硬如石，不易溃烂。针法如前证。

气肿针方

气肿者，颐下生结核。每因外感而致红肿胀痛。其始未必即溃，迁延则见流脓不收，久久难愈。针如瘰癧法。

蛤蟆瘟针方

蛤蟆瘟针方，如瘰癧法。

伤寒发颐（一名寒毒）针方

此证，初患伤寒，误用汗吐下法，余邪不清，郁结而肿。其色不变者，多见肺中阴邪偏胜而恶寒。其色赤者，多系肝中阳邪偏胜而发热。针方亦如瘰癧法。

小儿惊风针方

小儿惊风，有阴阳两证。身热面赤，抽搐发作，两睛上吊，牙关紧闭者，属阳，为急惊风。吐泻之后，或只吐不泻，日渐虚弱，面白脾虚，或因寒而作，抽搐不甚，目微上视，手足微动者，属阴，为慢惊风。

针法：两耳下大筋、两肩、两手内外经、肩曲、手足等皆刺之；又两腋下前后，有凝络者悉刺之；背之两二行、三行，两足内外经，股、胫俱刺。

上述诸经，揣得凝络处多刺，无凝络处少刺，或不刺亦可。惊风无论阴阳，皆如上法。

癖疾针方

小儿癖疾，世俗据言另有别名。此病多由乳母而来，六淫七情、饮食停滞，邪气相搏。其症两股有块，发热口干，小便赤，大便结，身羸瘦。或见火其逆升，牙关溃烂，臭气尤甚。针如惊风法。

痞积针法

道三翁（曲直濞道三）曰：数食肥令人内热，数食甘令人中满，病因肥甘所致，故名曰痞。

或曰：痞者，干也，瘦瘁血少。年二十以下曰痞，二十以上曰劳。

其病总由小儿食肉太早，多进肥甘厚味。其人脾胃生热，或成积，或作痛。

然其热属虚，不可妄用凉药太过。又，其热虽虚，亦不可温补太峻。

世有冷痞、热痞之别。又有惊、风、食、气、急五痞之说。

针此大抵如惊风之法。

气绝之针及手术

除胁肋、太阳穴、眉骨等禁穴受伤、阴囊抓伤外，其他一切气绝之证，皆可如法施针：

风池、风府（此二穴图解见目翳章，针此二穴），及背之二行，由上针至腰。

然遇此证，若掀其唇，人中穴两边极硬而腹中极软如绵者，必不起。

另法，针神阙、涌泉。神阙在脐中，刺法：从脐上七八分、任脉旁开三分处，向脐中进针。左右各一针。涌泉在足心，刺法：从踝内向足心而刺，两足各两针。

另法，十四经中“门”字诸穴，悉刺之：

云门（手太阴肺经）

居胸上，任脉旁开六寸，锁骨下取之。

梁门（足阳明胃经）

肚脐至鸠尾为八寸，脐上四寸，旁开二寸取之。

关门（同经）

梁门下一寸，与脐上三寸平。

滑肉门（同经）

关门下二寸，与脐上一寸平。

箕门（足太阴脾经）

髌骨内廉上一寸半为血海穴，血海上六寸为箕门。此间有动脉应手，跪坐则有肉隆起如鱼腹然者，取之其处。

冲门（同经）

脐上一寸为水分穴，水分旁开四寸五分为大横穴，大横穴下各五分处取之。

神门（手少阴心经）

手小指后腕横纹中。拳后锐骨之下，腕外髁上，两骨间处取之。握拳可见其处凹陷。

风门（足太阳膀胱经）

背第二椎下旁开，居前所谓“背第二行”中。

殷门（同经）

臀下股上有横纹，中有承扶穴，承扶穴下六寸即此穴。

魂门（同经）

背第九椎下旁开，居前所谓“背第二行”中。

育门（同经）

背第十三椎下旁开，居前所谓“背第二行”中。

金门（同经）

足外踝下一指为申脉穴，申脉穴前下方即此穴。

幽门穴（足少阴肾经）

肚脐至鸠尾为八寸，鸠尾下一寸为巨阙，巨阙旁开五分取之。

郄门（手厥阴心包经）

人掌中皆有动脉，屈无名指、小指得劳宫穴。自劳宫穴向掌后，腕横纹中、两筋间为大陵穴。大陵穴后、向肘中曲泽穴五寸处，取郄门。

液门（手少阳三焦经）

手小指、无名指间凹陷处，握拳取之。

耳门（同经）

耳屏上肉缺处，推之凹陷间取之。

京门（足少阳胆经）

章门穴后，十一肋尖，其处有凹如瓢形。

章门（足厥阴肝经）

人有十一肋，十一肋头与十肋尖取之。盖取此穴，患者宜侧卧，伸下足，屈上足。

期门（同经）

两乳头下二肋，取肋下廉陷中。

哑门（督脉）

前后发际为一尺二寸，后发际上五分取之。

石门（任脉）

脐下二寸，又名丹田

气绝救治手法

或坠于屋顶，或坠于水中，或坠于桥上，或坠于山石，见气绝者，皆系伤于致命之处，总由阴阳二气闭塞。其甚者，死不治。其不甚者，纵不施治，置之其处，亦有阴阳二气缓缓流通而复苏者。然身为医者，见如是可治之人，不忍置之不理，故当针刺、用药，或以手法行之。



其手法：先如上文，诊上唇硬否，察少腹强弱。

医者居于病家身后，将其抱起，更竖两膝，抵病家脊骨两旁。医者双手过病家两肋下，四指交叉，置病家脐，约气海、丹田间。医以膝、手同用，交互发力，闷哼一声，其力陡作，向上抱起。若伤于右，宜抱向右上方；若伤于左，抱向左上方。施术得当，病家口中必略见呼吸。然是时不得骤然松手，待三四息，徐徐放开，五六息后，病家呼吸渐匀，便得苏醒。

又，心下脐上、气海丹田周边损伤，其人多不醒。偶有能醒者，其后必百病由生，或终身残废，或命不长久。

又，人中、眉骨、肋骨诸禁穴损伤，或戕于阴囊部，而致气绝，其法当从武医、军医家言，所谓“活法”。其用穴甚多、施术各异。本拟悉录于兹，然文冗辞繁，姑从略。若欲通晓其法，可拜余门下来学。

（责任编辑：陈赞育）

【译者简介】肖健楠，临床中医师，行医承易水、新安医派之风，筹量气血厚薄，审定气味轻重，依色脉订方施针。于内科、儿科均有丰富经验。

秋山阳子，日籍中医临床医师，擅长内科杂病与妇科疾病治疗，兼攻中医芳香疗法实践与传统导引运动疗法，心得体会丰富。

慎终追远，怀德流响 马伯英教授追思会在伦敦隆重举行

英国中医师学会

为悼念著名的中医史学家、英国中医师学会创会会长马伯英教授，英国中医师学会于 2023 年 7 月 9 日在伦敦希斯罗万豪国际酒店举行了隆重的马伯英教授追思会，线上直播和连线同步举行，马伯英教授的家属、生前友好、学会同仁、中医和各界组织代表参加了追思会。

马伯英教授不幸于 2023 年 6 月 24 日凌晨因病在伦敦与世长辞，享年 80 岁。噩耗传开，海内外中医药组织和单位、华社社团和生前同道、好友纷纷发来唁函，发表悼念文章，转发马伯英教授生平事迹，以志悼念。澎湃新闻、《中国中医药报》、《欧洲时报》、腾讯新闻、搜狐网、科学网、东阳市融媒体中心、金华科协、澳门《力报》、网易、百度知乎等线下和线上媒体先后刊发了消息和马伯英教授生平，《欧洲时报》纸媒、电子报纸和公号均刊发了我会的悼念专版。

英国中医师学会（FTCMP UK）举行马伯英教授追思会，与家属和各界共同追思马伯英教授的生平事迹，致敬他的学术成就和社会贡献，以同道之谊、朋友之情、血脉之亲，一起回忆往事，缅怀他的风范。此所以慎终追远，叙事怀德；传响思齐，以启来者。

参加马伯英教授追思会的主要有：马伯英

教授的夫人 Dr. Alicia Grant，马伯英教授的长孙马汜淇先生及来自国内的亲属，马伯英教授的生前友好孙建平先生、Mrs Ann Beavis 和 Mr Mike Selby，

全欧洲中医专家联合会主席法国朱勉生教授，北京中医药大学欧洲校友会主席江丹教授，英国中医药学会（ATCM）代表祝柏芳秘书长，淑兰中医学院院长、学会顾问和政策委员会主席汤淑兰教授，凤凰医药何朝华董事长，全英河南同乡联谊会王秋慧会长、焦建功先生，英国中医师学会陈赞育会长、袁炳胜副会长、刘北南秘书长，学会顾问朱步先老师、龚玲老师、马玉玲博士、骆方老师，学术委员会副主席殷鸿春，学会理事会部长周华芝、周继成、杨波、赵雪静、樊志超，以及杨跃峰、王明波、多秀瀛、张丽娟、孙秀英、车爱华等会员朋友。学会学术委员会主席王有钧主持了追思会。

会场前方，是马伯英教授的巨幅遗像、挽联和“马伯英教授千古”的横幛，遗像前摆放着洁白的鲜花，庄严肃穆。到会者向马老的遗像敬献花束，并向马老的遗孀和家属致以深切的慰问。留言簿上留下了来宾真情的哀悼和敬仰之辞。

会议开始，全体与会者向马伯英教授遗像肃立默哀致敬。英国中医师学会陈赞育会长致悼词并介绍马伯英教授生平，袁炳胜副会长介绍并用图文展示了马伯英教授的学术成就和巨大贡献。之后，各界代表、来宾和友人在现场或在线致辞怀悼。大会还宣读、展示了海内外中医组织和代表、英国华社组织及好友的唁函、悼文、挽联。在会上致悼词的主要有：马老的同事和老朋友、北中医校友、全欧洲中医专家联合会轮值主席法

国朱勉生教授，马老的同事和老朋友、北中医校友、北中医欧洲校友会主席江丹教授，剑桥针灸师 Mrs Ann Beavis，英国中医药学会秘书长祝柏芳教授，山东中医药大学海外校友会刘北南会长，全英河南同乡联谊会王秋慧会长，学会资深会员杨跃峰医生等。

唁函来自：世界中医药学会联合会，全欧洲中医专家联合会，中国中医科学院医史文献研究所，浙江省中医药学会，剑桥东方文化学会，英国中医药学会，英国中医联盟学会，国际现代舌诊学会，英国中医学会，牛津中国医药中心马玉玲博士，伦敦国王学院整合中医药中心主任徐启河博士，上海中医药大学英欧校友会，成都中医药大学欧洲校友会，四川高等中医药专科学校，欧洲经方中医学会，南京中医药大学国际经方学院，欧洲中医校友联合会，俄罗斯中医药学会，意大利中华医药学会，法国中医学会王永州会长和刘炳凯秘书长，南非中医药学会，中东欧中医药学会联合会主席于福年教授，比利时中医学会孙培林教授，瑞士中医药大学，瑞士华人中医药学会林玲会长，英国中医针灸师专业协会杨柳会长，欧洲头针协会鹿馨会长，全英华人华侨中国统一促进统促会，英国浙江同谊会和英国浙江商贸会，英国华人老兵联谊会及王靖会长，英中经济文化协会，全英河南同乡联谊会等。

以个人名义致唁和送挽联的还有：学会首席顾问朱步先老师、英国朱良伟医生、唐铁军教授、邢梅教授，意大利何家琅教授，比利时孙培林教授，瑞士李一明教授，西班牙陈春信教授，美国杨观虎教授、李永明教授，加拿大吴滨江教授，中国郑跃先教授、黄煌教授、朱建平教授、朱婉华教授、沈其霖教授、王振国教授、刘健教授等；英国社会各界人士：李丹阳教授、刘凯教授、胡秋银教授、李晖女士、任广峰先生、范军田先生、孙建平先生、邱静博士、侯成杰先生、旅英作家严啸建等；本学会金峥顾问、叶雷副会长、张卓涵副会长、曹兴灵

部长、发展委员会徐军主席、彭孝颖理事，本学会会员于巾越、陈辰、束明、刘惠勤、多秀瀛、李艳霞、姜群生、高志华等医生。

马伯英教授的长孙马汜淇先生深情回忆了与爷爷的往事，并代表家属向学会和各界对马老的悼念致以诚挚的谢意。家人的娓娓叙述，让我们看到了一个学术活动之外的日常生活中的和蔼长辈，对马老有了更亲切的了解。

在自由发言环节，学会车爱华医生、郭琳医生、华人老兵联谊会的赵祚良先生、南非中医药学会张毅会长先后分享了与马伯英教授的交往故事，追忆缅怀。茶歇时间，大家还在继续交流分享着与马老有关的生前往事。会后，学会宴请了马伯英教授的家属和各界来宾。

Although comes the end of the meeting,
The remembrance has just had its beginning.
Not a touching elegy or a mournful melody
Sounds as deep as the missing of a family.
With the respect and tribute to Professor Ma,
Forever live will he
in each memory like a glimmering star.

鹤影已渺，其声犹传。
逝者虽往，其德流远。

让我们铭记马伯英教授的功德和生前之志，共同努力，为中医学术的进步，为中医药在海外的发扬光大，积极进取，贡献力量。海外中医力量的不断发展壮大和中医事业的不断进步，将是对马伯英教授最好的纪念和告慰。

马伯英教授永垂不朽！

The Unbearable Lightness of Being, the Unyielding Strength of Believing ——A Tribute to Professor Ma Boying

You left suddenly, with one last breath at 1:45 am on 24th June 2023. As your friend of many years, I was speechless at the abrupt ending of your last chapter. You tightly gripped my hand from the hospital bed, attempting to convey your final words, but they were lost in the air before they could be heard. I felt profound helplessness. Who could have predicted how an unfortunate fall would lead to your passing a few days later? I knew you didn't want to depart in

such haste. I knew you felt your goals and dreams were still distant. I knew you still wanted to carry on with your work.

Professor Ma Boying was a distinguished traditional Chinese medicine practitioner and renowned medical historian based in the United Kingdom. His most notable accolades included leadership roles as Honorary Chairman and founding President of the

Federation of Traditional Chinese Medicine Practitioners (FTCMP). He was also a lifetime Fellow of the Royal Society of Medicine. His sudden passing caused ripples of shock and grief throughout the traditional Chinese medicine community, clearly evident from the many heartfelt messages and letters of condolence from colleagues and friends in the UK and abroad.

On the 9th of July, the FTCMP held a formal memorial service to mourn Professor Ma Boying's passing and pay tribute to his lifelong dedication to promoting and advocating for collaborative partnership and synergistic interaction between traditional Chinese and Western medicine. Mourners gathered in person and virtually to honour his tireless efforts throughout his extensive career to foster mutual understanding, inclusivity, and acceptance of traditional Chinese medicine in the western world.

Ma Boying was born on 15 December 1943 in Dongyang County, Zhejiang Province of China. In 1967, he graduated from what is now known as the Naval Military Medical University in Shanghai. He served as a doctor on naval ships for several years and he also worked in factories and rural areas. His interest and dedication to academia was evident from the early stages of his career. Ma Boying passed a highly competitive national examination in 1978 and became the first graduate student to study at the Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine. His focus of interest was history of medicine and during his master's degree, he wrote several articles such as "Epistemology and Methodology of the Formation of Basic Theories of Traditional Chinese Medicine" and "Comparative Studies on the Historical Development of Traditional Chinese and Western Medicine." These publications led to increasing recognition within the academic community.

Following completion of his Master's, he worked at Shanghai First Medical College before he was invited to the University of Cambridge, in the UK in the mid 1980s by Dr Joseph Needham, world-renowned biochemist, historian and sinologist. Dr Needham invited him to assist and contribute to the critically acclaimed landmark multi-volume book series "Science and Civilisation in China". Dr Needham greatly admired Ma Boying's profound interpretation and philosophical reflection of the history of Chinese medicine. During this period, Ma undertook a one-year training program in the department of history and philosophy of science to

develop his academic research and writing skills further. He became a senior research associate of Murray Edwards College (formerly known as New Hall).

In 1993, Ma Boying returned to the University of Cambridge as a visiting fellow at Hughes Hall and visiting Academician at the British Academy. In recognition of his illustrious contributions to the history of traditional Chinese medicine, Ma Boying was appointed as visiting professor by multiple universities during his career: the Chinese University of Hong Kong, Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Kingston University in the UK, and Université Paris XIII in France.

As a medical historian, Ma Boying dedicated his life to the research and exploration of the history of Chinese medicine and the complex links between Chinese and Western medicine. He published over 300 academic texts including "History of Chinese Medical Culture" and "History of Cultural Exchange between Chinese and Foreign Medicine."

Professor Ma was one of the first scholars to study the history of medicine using anthropological methods. He systematically revealed the great contributions and influence of traditional Chinese medicine on the development of Western medicine. He also described how the spiritual essence of Chinese medicine is intrinsically linked to culture. He examined the connections between Chinese and Western medicine to much greater depth than anyone else had previously considered. He put forward new academic viewpoints, explaining how the holistic nature of traditional Chinese medicine had much relevance to modern human disease and medicine. He emphasised that practitioners of Chinese medicine needed to gain competence and skill in history-taking and application of classic theory to thoroughly assess symptoms, solve clinical problems and manage patients' conditions and wellbeing. His work has provided key guidance and development principles in the evolution of traditional Chinese medicine into the role it has in the practice of medicine today in China, the UK and many other parts of the world. For example, the UK National for Health and Care Excellence (NICE) recommends considering acupuncture in the treatment of chronic pain, tension-type headaches and migraines. It is often used as part of treatment for the management of joint and muscle pain, cancer symptoms and side effects of cancer treatment.

One of Professor Ma's books was "International Standardization of Basic Terminology and Nomenclature of Traditional Chinese Medicine in Chinese-French Comparison", published in 2011. It received the 4th Traditional Chinese Medicine Contribution Award from the World Federation of Chinese Medicine Societies. Ma Boying also contributed to the establishment of a centre for Integrative Traditional Chinese and Western Medicine at Pitié-Salpêtrière Hospital, one of the largest public teaching hospitals in Europe. This pioneering centre provided a platform to collaborate with three Chinese universities of traditional Chinese medicine to conduct clinical research and foster new relationships between Chinese and Western medicine doctors and researchers in Europe.

During his 30-year career in the UK, Ma Boying witnessed the challenges the traditional Chinese medicine industry faced and played a key part in its growth. Chinese medicine is a big and well-known compendium of therapies in the field of complementary and alternative medicine. However, it has still not yet achieved integration within any public healthcare system in the West. This is multifactorial but one of the biggest challenges remain in assessing the quality and cost-effectiveness of Chinese medicine therapies using modern evidence-based medicine frameworks. In the UK, most Chinese medicine practitioners remain employed outside of the National Health Service (NHS) although some local trusts may employ Chinese medicine practitioners to provide complementary therapies. For example, the Whittington Hospital in north London provides a maternity acupuncture service.

In 2002, Ma Boying launched FTCMP to standardize the professional conduct of Chinese medicine practitioners in the UK and uphold the reputation of Chinese medicine. Over the following two decades, he led the FTCMP in advocating for traditional Chinese medicine and strived to make it a valid, acceptable and accessible therapy option under British law and in the eyes of the British public.

Dr Yin Hongchun, President of International Association of Modern Tongue Diagnostics, described why Professor Ma was respected by so many Chinese medicine practitioners. "What I admire most about Professor Ma is his unwavering commitment to the integrity of Chinese medicine. He firmly believed that acupuncture and herbal medicine

should not be separated. That belief and rationale brought so many knowledgeable Chinese practitioners together as we recognised the collective voice of the FTCMP was very powerful in improving the legal status of Chinese medicine in the UK and Europe. He recognised the need to safeguard our professional interests and uphold the honour of traditional Chinese medicine.

Dr Chen Zanyu, the current president of FTCMP and Dr Yuan Bingsheng, the deputy president of FTCMP described to media how Professor Ma's collaboration with Dr Joseph Needham in the late 20th century, his lengthy practice of traditional Chinese medicine and lifelong dedication to the study of history of Chinese and Western medicine gave him unique and forward-thinking insight and ideas for the future of integrative Chinese and Western medicine. Dr Chen and Dr Yuan commended his outstanding leadership in both industry and academia and described how his influence extended far beyond the UK.

My dear friend, you worked relentlessly at the forefront of traditional Chinese medicine during your lifelong career to cultivate traditional Chinese medicine in the UK. Your advocacy for the best professional interests and legal recognition of your fellow Chinese medicine practitioners was unparalleled. Your voice and your vision united so many traditional Chinese medicine practitioners. Industry and academia have lost a passionate and treasured leader. It is too early to judge what impact your passing will have on traditional Chinese medicine in the UK. From the many spoken words of remembrance and reflection on your legacy at the memorial, I can sense the deep introspection among current practitioners of Chinese medicine.

I don't have the words to express my sorrow for the loss of a cherished friend. I am not a traditional Chinese medicine practitioner and I find it difficult to summarize your lifetime achievements with justice. I can only offer solace by borrowing Milan Kundera's interpretation of the meaning of life, the unbearable lightness of being. Life only happens once and it is a one-way journey, there is no turning back for anyone. Although you arrived at the end of your life with many regrets, I am confident that you inspired successors to continue your legacy and achieve the goals that you began. New history will be written in time. Rest in peace, dear friend!

(by SUN Jian-ping)

深切緬懷馬伯英教授



馬伯英教授千古
參中西哲思豈認醫學分伯仲
紹古今能事曾扛史筆論英豪
英國中醫學會敬挽 穿石齋主人撰了僕故人書



上下求索煌煌巨著彪炳當代
中西貫通湛湛醫術留傳華夏
朱步先敬挽



精究方術



永續薪火

丹黃中醫書院 醫道傳薪課程

課程形式：線上zoom教學、線下实操工作坊

授課課時：每年80-90課，每課2小時

2022-2023學年

陳贊育：方藥備要 20課

王有鈞：內經解要 20課

周繼成：難經舉要 10課

周華芝、劉北南、楊波、陳贊育等：針灸集成 30課

周繼成、王有鈞：術數筑基 10課

2023-2024學年

陳贊育：金匱要略 20課

周華芝，劉北南等：針灸集成 30課

周繼成、袁炳勝、王有鈞：針經探源（上） 10課

袁炳勝、殷鴻春等：醫案精華 10課

朱步先、龔玲等：經典導讀 5課 王有鈞：地理入門 10課

2024-2025學年

陳贊育、袁炳勝、王有鈞、周繼成：傷寒求真 20課

周華芝，劉北南等：針灸集成 30課

陳贊育：溫病識要10課

朱步先、龔玲等：經典導讀 5課

周繼成、袁炳勝、王有鈞：針經探源（下） 10課

周繼成：奇門基礎10課

報名電話

02082954502；07886421868；07796171498

电子邮箱

info@ftcmp.co.uk

微 信

ukzanyuchen