



世界中醫藥學會聯合會會刊

US Edition

美國版

World Chinese Medicine

世界中醫藥

Vol 6 No 1

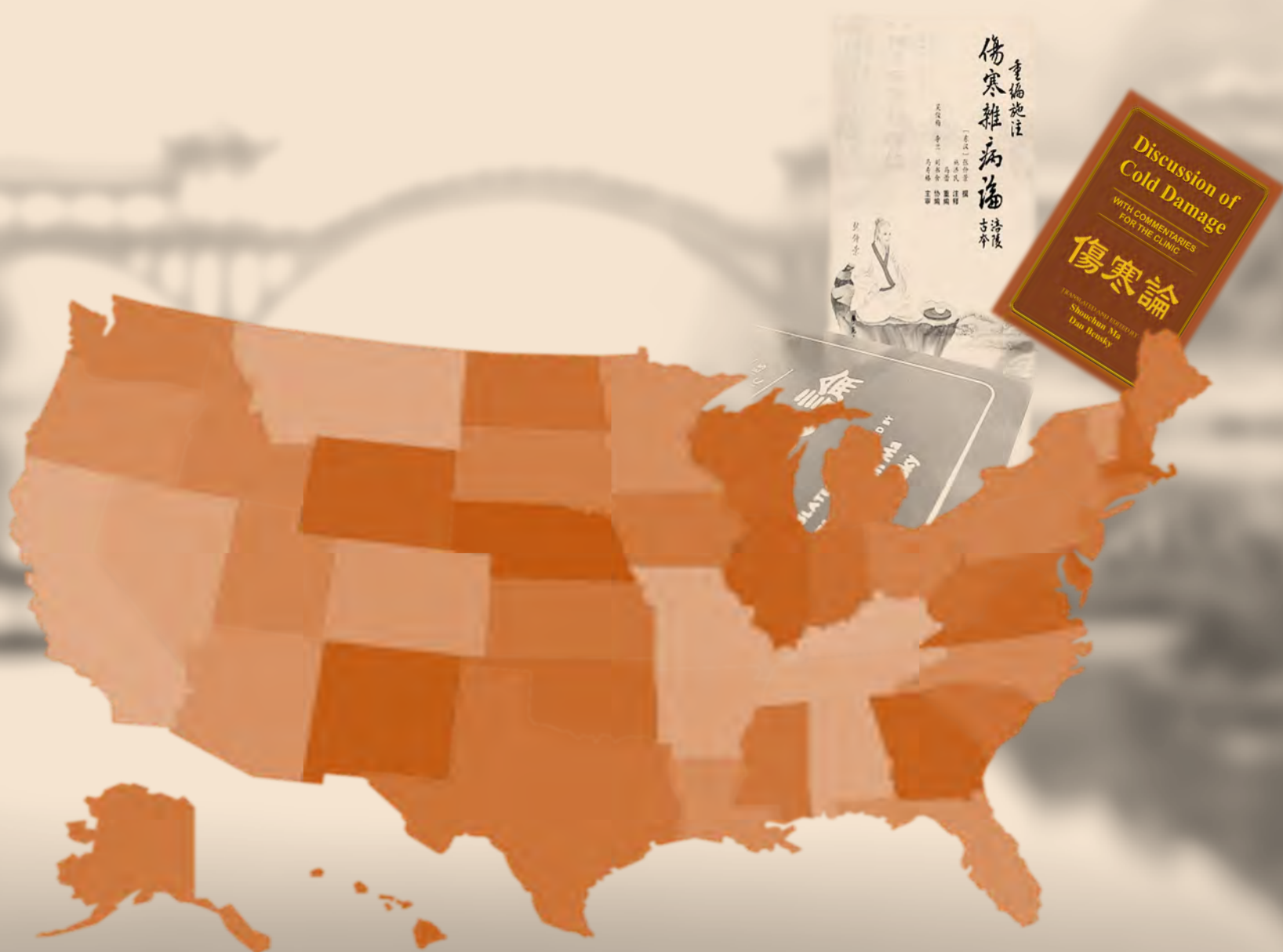
Online ISSN 2768-1203



World Association of Shanghan zabing lun
Fulingguben Studies

Spring
2025

世界傷寒雜病論涪陵古本研究會



主管 World Federation of Chinese Medicine Societies 世界中醫藥學會聯合會
主辦 World Journal of Traditional Chinese Medicine 世界中醫藥雜誌社
承辦 American TCM Association 全美中醫藥學會



ATCMA
全美中醫藥學會

名誉主编：田海河

主 编：贺德广

副 主 编

马蕾 樊莹 何崇 巩昌镇 金鸣 欧阳晖 王德辉 魏辉 闻集普 杨常青

编 委

常 萱 陈德成 郑国萍 陈永萍 韩羽山 胡柏清 傅 迪 黄立新
蒋凡凡 金 雷 靳建华 李旭辉 李 瑛 刘大禾 刘宏伟 刘 伟 乐贵祥
陆 飏 欧阳剑锋 秦佑平 邱玉霞 施 敏 梁慎平 沈晓雄 苏达世
王为群 王真平 钱心茹 王展翔 萧苏红 杨 磊 尹承超 赵软金
郑 群 赵振平 朱燕中 孙 健 丁继红 林思哲 林文英 王 宁 王雅荣 舒 健

指导委员会

陈业孟 黄立新 胡柏清 麻仲学 王英秋

编 辑

王展翔 刘 鸿 金 雷 邱玉霞 李 娟 王雅荣 仇玺源 步小妮

封面设计

刘 鸿

排 版

黄喆

广 告

舒 健

网 络

黄喆 仇玺源

Honorable Editor-in-Chief:

Haihe Tian

Editor-in-Chief

Deguang He

Associate Editor-in-Chief

Marlena Lei Ma, Arthur Yin Fan, (Charles) Chong He, Changzhen Gong, Ming Jin, Hui Ouyang,
Yiwen Su, Daiyi Tang, David Dehui Wang, Hui Wei,, Jipu Wen, Joseph Changqing Yang, Jun Hu

Editorial Board Members

Xuan Chang, Decheng Chen, Guoping Zheng, Yongping Chen, Yushan Han,
Baiqing Hu, Di Fu, Lixin Huang, Fanfan Jiang, Louis Lei Jin, Jianhua Jin, Xuhu Li i, Ying Li, David Dahe Liu,
Hongwei Liu, Wei Liu, Guixiang Le, Bill Biao Lu, Jianfeng Ouyang, Youping Qin, Yuxia Qiu, Min Shi,
Shenping Liang, Xiaoxiong Shen, Dashi Su, Weiqun Wang, Zhenping Wang, Xinru Qian,
Zhanxiang Wang, Suhong Xiao, Lei Yang, Chengchao Yin, Ruanjin Zhao,
Qun Zheng, Zhenping Zhao, Kevin Yanzhong Zhu, Jian Sun, Jihong Ding, Scott Sizhe Lin, Wenying Lin,
Nina Ning Wang, Yarong Wang, Jian Shu

Advising Committee

Yemeng Chen, Lixin Huang, Baiqing Hu, Jeffrey Zhongxue Mah, Yingqiu Wang

Editors

Zhanxiang Wang, Daisy Hong Liu, Louis Lei Jin, Yuxia Qiu,
Hanmei Zhang, Juan Li, Yarong Wang, Alex Xiyuan Qiu, Xiaoni Bu

Cover design

Daisy Hong Liu

Typesetting

Zhe Huang

Advertising

Jian Shu

Website

Zhe Huang, (Alex) Xiyuan Qiu

本期主要内容

本期杂志是世界伤寒杂病论涪陵古本研究会论文特刊，主要收录了该研究会的论文。

樊莹等八位学者，对《柳叶刀》发表的关于中风醒脑液治疗中、重度急性脑出血临床研究报告进行了审议，认为“中成药中风醒脑液对中度至重度脑出血患者的功能恢复、生存和健康相关生活质量没有影响”。这一结论的基础存在若干重大缺陷和错误。论文作者从已公布数据仍可得到结论：中风醒脑液治疗脑出血的效果优于安慰剂，包括康复更快和使用更少的伴随治疗等。

马蕾介绍了伤寒杂病论涪陵古本的历史和特色，阐述了重编工作的过程和意义，旨在推广和应用涪陵古本及施老注释，方便临床医生、学者和爱好者阅读和学习，从而促进更深入的伤寒论传承研究和发展。涪陵古本是现存唯一将《伤寒论》和《杂病论》合编于一册的版本。施济民对该古本进行了注释，并补充了针灸穴位。施注抄本由马寿椿珍藏五十年后，我们对其进行了系统整理和重编，并作为研究班教材，由马寿椿老师亲自讲授。

陈连从音频教学，以研究班为主体开展活动等方说明了马寿椿老师教授《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的特点。

丁继红、王增平在“中医传统运动功法治疗膝骨关节炎的临床研究进展”一文中得出这样的结论：太极拳、八段锦等中医传统运动功法，在缓解KOA症状、改善关节功能方面显示出显著疗效。相比现代有氧运动训练如功率自行车等，其在安全性、可及性、整体康复效果等方面具有一定优势。

房才龙通过复习文献及临床观察，认为中医的经络系统主要包括了神经系统和血液循环系统两方面的结构，其功能是神经行气（主要是神经生物电及继发的神经化学物质的释放），血液循环系统运血。

宋海波通过卫气营血与津液关系的讨论，对伤寒论太阳病有关病证加以分析，探索求证津液在太阳病传变过程中的变化。风寒郁闭，卫气宣发失常，营卫失调，阳化气功能失调，以及郁热耗伤津液等各个环节均提示津液在太阳病诊疗中常常要顾及，可见了解太阳病传变过程津液运行状态对认识太阳病病机有重要意义。

刘胜荣等报道了针灸在治疗一例47岁菲律宾女性短暂性脑缺血发作长期新冠症状中的应用，表明针灸是一种可行的选择，有助于减少TIA的强度、持续时间和频率，并通过减轻症状负担提高生活质量。

吴俊梅探讨涪陵古本伤寒杂病论施济民对仲景六经病针灸宜忌的注释及补充新的针灸法，提炼该书中六经病针灸应用特色，使更多医患获益。

胡迫成等对夏贤闽生平和成就进行了介绍，对其创建“球后穴”的过程予以梳理。对目前“球后穴”定位和针刺操作上的错误进行了纠正，力求其在临床运用中更为规范。

苏筠霞的“头针治疗脑中风后大脑影像学变化指标”一文，旨在温习文献、发掘头针可能导致的脑部功能变化的机制。

郑崇勇报道五苓散加味治疗痰湿型多囊卵巢综合征1例，效果明显。

高耀华以麻黄汤类方的四个临床案例详细阐述了麻黄汤类方的三大主要功能，以及麻黄汤类方今后的多方向应用研究。

杨枝青等讨论中医药学尤其是本草学在发展过程中的学术变异情况。认为唐宋以前我国中医药学尤其是本草学是沿着朴素唯物风格发展的,主要依附道家主导传承。宋金元以后受宋儒理学思想影响,渐渐脱离实际,多臆测空想,中医药学的发展方向逐步被儒家主导,本草学的发展路径异化,越来越多的玄学虚理进入到整个中医药知识体系中。

徐军认为院前急救的中西医整合,是社会、时代、以及医学进步的共同需要,以整合医学的视角、分析三种非药物院前急救新方法的作用机理,并据此提出“二次应急反应学说”。

张仲林从《伤寒杂病论》的太阳病篇条文中,摘录有关急重症、难治症和死证的相关条文,从个人理解的角度进行探讨,希望对临床疾病的病因病机认识与纠偏治疗有一定的借鉴作用。

刘佳玲通过伤寒论或然证的梳理,结合古今医家对三焦的认识,以及现代医学中皮下结构和胚胎期体腔形成的最新研究报告,作者提出或然证的病机应注重三焦气机不通,水气不化,以更好地指导临床治疗。

王辉以水液在体内的代谢路径为指引,在总结重编施注涪陵古本《伤寒杂病论》所有五苓散相关条文的基础上,总结出五苓散证的病因是水热气,病机是水热气阻于三焦。

周钰通过学习《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》,查询近现代相关研究文献,介绍了从“痞”证病名、病因、病机、五泻心汤辨证治疗及“泻心汤”方的现代研究概况。

李妙媛通过对重编施注《伤寒杂病论》(涪陵古本)柴胡汤证篇的学习,解读仲景的辨证论治过程。可知伤寒论的病机思辨贯穿诊治全过程,可以根据条文脉证对应寻找病机,也可以通过特异性主证快速确定病机,即“捉证”。

魏文著从临床表现、病因病机、柴胡桂枝汤方证分析和医案举隅等四个方面,探讨了伤寒大家刘渡舟教授提出的“肝气窜证”用柴胡桂枝汤理法,认为触身暖气为柴胡桂枝汤用治“肝气窜证”的独证。

李晓辑系统梳理了三阴三阳学说的起源、发展、理论内涵及其在中医诊疗中的实际应用,深化了对该学说的理解,表明了三阴三阳学说在指导疾病的整体性辨证与个体化治疗中具有显著优势,为中医临床提供了系统而科学的理论支持。

主编 贺德广

目录

Contents

学术研究

对中药中风醒脑液治疗急性脑出血临床研究的方法学审议 *Zhongfeng Xingnao oral prescription for the acute intracerebral hemorrhage: A Methodological Review of the Trial*樊莹等 Yin Fan etc (9)

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的过程和意义 *The Process and Significance of the Re-editing of the Fulingguben Edition of Shanghan Zabing Lun with Shi's Annotation*马蕾 Marlena Lei Ma (23)

从教学方式和课程的构建及组织浅谈马寿椿老师教授《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的特点 *A brief discussion on Dr. Shouchun Ma's teaching characteristics on the book "Re-edited of Shanghanzabinglun with Shi's annotation on Fulingguben Version"- in terms of teaching methods and course construction and organization*陈连 Lian Chen Tving (28)

研究进展

中医传统运动功法治疗膝骨关节炎的临床研究进展丁继红 王增平 (33)

理论探讨

关于经络气血实质的生物医学本质探讨房才龙 (38)

伤寒论太阳病津液疏通理论探讨 *Discussion on the Theory of Treating Taiyang Disease by Facilitating Body Fluids in Shanghan Lun*宋海坡 Haipo Song (47)

针灸

针灸在治疗一例47岁菲律宾女性短暂性脑缺血发作长期新冠症状中的应用 *USE OF ACUPUNCTURE IN RELIEVING SYMPTOMS OF LONG COVID IN A 47-YEAR-OLD FILIPINA WITH TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK: A CASE REPORT*刘胜荣等 Shengrong Liu etc (51)

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》六经病针灸法拓展 *Expansion of Acupuncture and Moxibustion Methods for six-meridian Diseases in Chongbian Shi Zhu Shanghan Zabing Lun (Fulingguben Edition)* ...吴俊梅 Junmei Wu (59)

夏贤闽和“球后”穴胡追成等 (64)

头针治疗脑中风后大脑影像学变化的客观指标——第10届美国中医药大会参会后感悟

.....苏筠霞 (69)

方剂本草

五苓散加味治疗痰湿型多囊卵巢综合征1例 *Wuling San Jiawei in the treatment of phlegm-damp polycystic ovary syndrome*郑崇勇 Chongyong Zheng (74)

麻黄汤类方应用体会 *Application experience of Mahuangtang and its allied Decoctions*高耀华 Yaohua Gao (76)

读本草，知变异杨枝青等 (80)

急症

院前急救的整合医学探索 *Exploration of Pre-hospital Care Approaches with Perspective of Integrated Medicine*徐军 (84)

试论太阳病篇的急重症、难治症和死症 *Discuss the acute and severe diseases, refractory diseases and incurable diseases in articles of Taiyang diseases*张仲林 Zhonglin Zhang (87)

辨证

试论《伤寒论》中或然证与三焦的关系 *Preliminary Discussion of the Relationship between the Contingent Syndromes in Discussion of Cold Damage and the Theory of San Jiao*刘佳玲 Jia Ling Liu (90)

论五苓散证的病机在三焦 *An Analysis of the Pathogenesis of Wulingsan Syndrome Within the Triple Energizer (San Jiao)*王辉 Hui Wang (94)

《伤寒杂病论》“痞证”辨治及泻心汤方现代研究概况 *An Overview of Pattern Differentiation and Treatment of 'Pi Syndrome' in Shanghan Lun (Discussion of Cold Damage) and Contemporary Research on Xiexin Decoction*周钰 Yu Zhou (97)

辨证论治

从柴胡汤证篇看仲景的辨证论治过程 *The Process of Syndrome Differentiation and Treatment by Zhongjing from the Perspective of the Bupleurum Decoction Syndrome Chapter*李妙媛 Miaoyuan Li (102)

肝气窜证之触身暖气——柴胡桂枝汤捉证探讨 *Touching belching of liver-energy channeling syndrome - Discussion on evidence of Bupleurum and Cinnamon Twig Decoction*魏文著 Wenzhu Wei (106)

世界中医药杂志(美国版)第六卷2025年第一期总第8期 World Chinese Medicine US Edition 2025 Vol 6 Issue 1 total 8	
三阴三阳学说在临床中的应用 <i>The Clinical Application of the Theory of Three Yin and Three Yang</i>	李晓楫 Xiaoji Li (111)
《世界中医药杂志》美国版征稿	(113)

学术研究

对中药中风醒脑液治疗急性脑出血临床研究的方法学审议

樊莹, 古旭明, 巩昌镇, 萧苏红, 谭亚娣, 田海河, 林子强, 魏辉

摘要: 近期《柳叶刀》发表了一篇关于中风醒脑液(FYTF-919)治疗中、重度急性脑出血临床研究报告, 其结论为: 与安慰剂相比, 中风醒脑液对患者的功能恢复、生存和健康相关生活质量“没有影响”, 引发重大争议。为了审议和评估该研究的数据和方法, 我们采用了“对象-干预-比较-结果”框架和2017版中药复方临床随机对照试验报告规范, 并通过审查中医辨证、样本量计算、多种伴随疗法的使用、主要结果评估的时间和结果解读, 对该临床研究的《柳叶刀》报告和附带的补充材料进行了严格的审议和评估。确定了几个关键问题: 首先, 在中医辨证分型方面、中风醒脑液针对气虚型患者, 该试验却没有报告中医辨证分型, 因而纳入了不适合使用此药物的患者。其次, 中风醒脑液组和安慰剂组都按临床需要使用19种被称为“常规治疗”的伴随疗法, 研究却没有评估这些疗法对临床结局的影响。事实是中风醒脑液组比安慰剂组使用这些伴随疗法少、其差异有显著的临床意义。第三, 报告忽略了亚组和早期时点多个显著的阳性差异。这些阳性结果没有得到强调, 使得该报告具有选择性报告偏见。总之, 由于方法缺陷和报告错误, 该试验报告所谓的“没有效果”之结论是存在问题的。正确评估复杂的干预措施、更明确地遵守中医药指南、严格地计算和控制样本量、并且平衡考虑伴随疗法乃至早期恢复数据和亚组差异至关重要。

引用方式: Fan, AY, Gu, S, Gong C, Xiao S, Tan Y, Tian HH, Lin TC, Wei H. *Zhongfeng Xingnao oral prescription for the acute intracerebral hemorrhage: A Methodological Review of the Trial.*

关键词: 脑出血, 中医药, 中风醒脑液, 复杂干预, CHAIN研究, 选择性报告偏见, 审议和评估

通讯作者: 樊莹; 电子邮件地址: ArthurFan@ChineseMedicineDoctor.US

1. 引言

脑出血是一种高死亡率和幸存者伴有严重残疾的重大疾病 [1]。据报道, 年轻人(18-45岁)的30天病死率为15% [2]、老年患者的病死率更高 [3]。中国2019年发布的指南表明, 脑出血的30天病死率可以高达35%-52%, 只有20%的患者在发病六个月后恢复了日常活动的能力 [4]。一个972例自发性脑出血患者的队列, 其中796例幕上出血、176例幕下出血, 43%患者在12个月内死亡(其中幕上出血42%, 幕下出血49%)[5]。最近的一篇评论强调了脑出血急性期仍然缺乏有效的治疗方法[1]。

2024年11月12日, 郭建文和CHAIN研究的同事在《柳叶刀》杂志上发表了一项多中心、实用性、随机、安慰剂对照、双盲、旨在评价中药FYTF-919(中风醒脑口服液、下称“中风醒脑液”)治疗急性脑出血的疗效的临床研究的报告(以下简称“该报告”)[6]。这是《柳叶刀》发表的第一个与中医复方相关的临床研究。该研究分析了意向治疗、具有可用主要结局数据的1641例急性脑出血病人, 其中中风醒脑液组815人、安慰剂组826人。该报告提示, 两组疗效判定的主要指标-发病后第90天平均日常活动能力加权改良Rankin量表(uw-mRS)评分的结果相同、都是0.44($p=0.63$)。从而, 该报告认为: 与安慰剂

相比, 中风醒脑液组对中度至重度脑出血患者的功能恢复、生存或健康相关生活质量没有差别, 没有发现严重的不良反应[6]。此外, 该报告强调了“用(这样的)方法严谨地随机对照试验来评估现有疗法是否真正有效, 包括已经在世界各地广泛使用的传统中药”的重要性[6]。然而, 我们对该报告和补充附录作了初步审视, 发现了至少两个方法学缺陷[已提交发表]。

本文的调查旨在重新分析CHAIN研究的数据。鉴于其实用性随机对照试验设计, 我们采用“研究对象-干预-比较-结果”的框架[7]进行了审议和评估, 其中对两组的伴随治疗、亚组分析、结果评估时点给予了重点关注。

2 研究对象 — 患者、问题或人群

2.1. 该研究没有报告中医证型

该临床研究按照其入选和排除标准规定[6]纳入了“中度至重度急性脑出血”患者。然而, 它没有遵循《中药复方临床随机对照试验报告规范2017》, 该版规范推荐在干预涉及中药产品时, 需报告所纳入病人的中医证型[8]。中风醒脑液是针对该病主要因素气虚而开发的, 代表了急性脑出血的一种特定中医证型[6]。

中华中医药学会于2011年发布的《脑出血中医诊疗指南》[9]将脑出血分为七种主要的中医证型, 根据急性期的临床表现, 同期不同患者或同一患者不同时期可被纳入不同证型: (1)肝阳暴亢、风火上扰证, (2)痰热腑实、风痰上扰证, (3)阴虚风动证, (4)痰热内闭清窍证, (5)痰湿蒙塞清窍证, (6)元气败脱、神明散乱证, (7)气虚血瘀证。

中风醒脑液理应合适用于后两种证型, 因其基于“气虚”代表中风关键病理的中医理论而开发[10]。根据郭建文等发表的一篇讨论中风机制的论文, 中风醒脑液专利持有者之一陈绍宏教授认为、大多数中风发生于老年人, 其常有虚证表现, 而气虚最为常见。陈教授认为, 其他中医证型都是次要的, 属于表象, 主张中风治疗应着重治疗气虚[10]。然而

, 陈教授的提法未经验证, 事实上缺乏客观证据[10]。中医临床辨证强调分析患者当前的病理状况和身体反应模式, 而不是根据推测患者发病前可能存在的状况。在此, 我们强调, CHAIN研究的一个主要缺陷是: 对于中医气虚的解释, 主流中医是基于患者的临床证据(事实), 而郭建文等只是基于陈绍宏教授的假说。

在该报告附录的数据中(第38页表S3)记录了“患者中医评分”的相关内容[6]: 11.99%的患者存在焦虑、20.28%的患者面红或体温超过37.5°C、25.03%的患者有口干或口臭、22.72%的患者舌苔黄、34.53%的患者舌红、32.31%的患者在过去48小时内无大便。这些信息表明, 这些患者具有与气虚证相矛盾的(火)热证。

然而, 该临床研究的入选标准并未定义气虚证 [6]。因此, 其他中医证型的病人也被纳入, 会导致药不对证。中风醒脑液的设计是专门针对气虚型中风患者, 因此其他中医证型的患者接受了非理想的干预。事实上存在治疗与临床适应证不符的风险(缺陷)[11]。

2.2 样本量计算和实际纳入病人数量存在缺陷

该报告描述, “2021年11月24日至2023年12月28日期间, 在接受筛查的9000例患者中, 1648例患者被随机分配到治疗组, 其中817例患者被分配到中风醒脑液组, 831例患者被分配到安慰剂组。在接受任何治疗之前, 中风醒脑液组的2例患者和安慰剂组的5例患者撤回了同意, 意向治疗人群中有1641例患者具有可用的主要指标数据, 其中中风醒脑液组有815例患者、安慰剂组有826例患者。1242例(75.7%)患者服用了80%或更多的研究药物, 994名(60.6%)患者在28天内服用了全部研究药物”[6]。

本研究中样本量的计算基于: “90%的把握度($\alpha=0.05$)检测中风醒脑液组和安慰剂组之间平均uw-mRS评分改善20%或更高(即0.65 vs 0.59、平均差异0.06; SD=0.32), 假设两组患者数量相等” [6]。我们使用Statulator样本量计算器[12]验算, 试验本应纳入1196名患者(两组分别有598例)以保持统计效力。可以看出, 本试验中的最小临床有效差异 (

MCID) [13]设定在0.06。因此, (我们计算出的)临床效力(effect size)为0.1875(即, 0.06/0.32), 对应于Cohend, 是一个小效应(接近0.15)[16]。该试验指出, “所有患者都将根据‘意向治疗’原则进行分析” [6] (附录第254页)。

因此, 所有不依从和失访病例的数据都应纳入原始组(总样本量1196)中进行分析[11, 15], 而不是扩大样本量来补足丢失的病例。在这项试验中, 估计样本量被增加到1504, 以补足“6%不遵守方案”(即脱落)加上10%在90天时失访”[6]。(注: 按照他们的方法, 样本量应该是1388, 即1196加1196×16%脱落和失访)。最终, 1648名患者被分配到两组, 却没有提供由1504增加到1648例的理由。这导致实际受试者数量比所需量超出452例患者(或者说37.79%), 这导致MCID下降至0.05, 如果把握度仍维持在90% ($\alpha = 0.05$), 那么效应量会降至0.1594。

然而, 该报告指出, 根据ITT原则, 最终分析中纳入了1641例患者(注: 理论上应该是试验分组时被分配到两个组中的数字1648例才对), 而该报告在做统计的不同的图、表中使用了非常不一样的样本量(例如 $n=1577$ 或 $n=1597$ 等)、而不是1648, 这违反了ITT原则[11, 15]。

3 干预——暴露和预后因素

该临床研究说“目的是评估中风醒脑液在中度至重度急性脑出血患者中的安全性和有效性”[6]。检查报告中的试验注册号NCT 05066620, 找到两个试验方案: 一项于2021年9月24日在clinicaltrials.gov注册, 最后更新于2021年10月4日[16]; 另一项于2023年7月20日提交给杂志、于2023年10月26日发表[19], 距离两年试验实际完成日仅早1个月。两份试验方案存在一些差异, 特别是在试验所用的干预方面。

3.1 该试验没有报告中风醒脑液所含中药的每日剂量、也没有提供毒性信息, 及其参考文献。

该报告[6]和一份已发表的试验方案[17]指出, 中风醒脑液是一种自2005年起拥有专利的中成药(中国专利ZLO 18 023262.0): “它是一种主要由人参、大黄、三七和川芎组成的植物基原物质, 并含有辅料山梨酸和聚碳酸酯80, 制备成棕黄色液体, 装在标准的100毫升小瓶中。剂量和给药方法取决于患者的意识水平和吞咽能力。”该报告还在附录中详细介绍了其主要化合物和生产质控方法[6]。但对于公众或学者可能关心的中风醒脑液每日剂量或毒性信息, 它却没有报告或提供参考文献。

我们检查了上述编号的中国专利, 发现四种草药的干重比例为2: 1: 2: 2, 每毫升液体药物中含有0.7克干燥中药饮片/生药(注: 该产品在该专利手册中称为PHY 828, 而在临床研究报告和方案中称为FYTF-919) [18]。因此, 每天使用100毫升中风醒脑液含有70克干中药饮片/生药, 大约相当于中国中医临床每日给予患者实际剂量的70%(注: 在中华中医药学会2020年专家共识中, 患者每日使用的中药处方中的饮片/生药量可达240克、一张处方中的饮片可达18味之多[19])。此外, 在试验的28天治疗期间, 只有60.2%的患者完成了中风醒脑液治疗、60.9%的患者完成了安慰剂治疗(见附录第70页)[6]。这个较低的剂量依从率表明该研究存在药物效力不足, 大约40%的患者没服用方案要求的药物, 使得整个研究实际剂量不足。而这些没有服用研究药物的患者数据却因为意向性分析要求而纳入了最后的统计。

3.2 中风醒脑液在急性脑出血临床研究中的使用并不是典型的传统中医实践, 而是供在西医常规医疗环境下使用的西医适配版

对于急性脑出血, 传统中医的常规做法是给予个性化的处方, 其中包括10种或更多的中药饮片用于汤剂, 乃至加用针灸。个性化中医处方通常针对急性期脑出血患者的病情和患者的反应状态, 进行相当频繁的调整, 之后对于稳定的患者, 将给予个性化处方煎药供患者服用几天或几周。这是我们评论中风醒脑液在CHAIN这个临床研究中使用的前提。中风醒脑液仅由四种中药组成, 并以固定配方和剂量

用于所有试验组的急性脑出血患者。从第1天用到第28天，可以说从药物开发的角度来看它，就是一款现代植物药，它用于CHAIN临床研究，目的就是开发一种名义上的“中药产品”。CHAIN研究遵循了美国食品药品监督管理局(FDA)制定的西药研发规范，而不是旨在反映真实的中医临床实践。因此，中风醒脑液是为配合在西医西药常规医疗环境中使用的中药改编版或者西医适配版的中药。

3.3. 患者接受了20种干预措施，而不是仅有中风醒脑液或安慰剂

在第一个研究实施方案[16]中，中风醒脑液被列为“实验: 干预组”(第一组)，其匹配的安慰剂被列为“安慰剂: 对照组”(第二组)，看似该试验仅涉及一种阳性治疗(中风醒脑液)，没有提及任何其他伴随治疗。然而，在试验完成前发布的第二个方案[17]中，在每个组都添加了模糊描述的“常规治疗”作为基础治疗，与中风醒脑液或安慰剂一道给予患者。方案只是简单提到“.....线上附录表3中列出了管理血压、血糖、颅内高压、神经保护药物和血肿手术清除.....”[17]。没有具体说明在“常规治疗”部分中如何评定每种治疗效果，也没有具体说明如何调整

两组间这些治疗可能造成的不平衡。然而，这些伴随治疗对临床研究期间患者的恢复产生了重大影响。

在查看附录中“常规治疗”的详细内容[6]后，我们发现该临床试验实际上是研究中风醒脑液作为急性脑出血的附加治疗的价值，而该治疗已经涉及19种不同的伴随治疗(附录表S10列出了总共20种治疗，其中第5项和第9项重复)。因此，该临床研究的干预措施应被视为复杂干预措施[20, 21]。伴随治疗旨在满足患者的多方面临床实际需要，包括重症监护、手术、气管插管或气管切开术、机械通气、物理或药物诱导的低温疗法、鼻(胃)饲、尿路导管插入术和其他侵入性手术等。该试验也纳入了药物和支持性干预措施，如镇痛和镇静、质子泵抑制剂、利尿剂治疗、抗癫痫药物、脱水治疗、血压控制、血糖控制、加压药、抗凝逆转剂、康复和针灸(见表1)。

表1. 急性脑出血患者不同随访时间点每种伴随治疗的使用比例

		中风醒脑液组 (n=815) 使用者数 /总人数 (%)	安慰剂组(n=826) 使用者数 /总人数 (%)	百分比的差	p值
1	重症监护				
	基线	562/815 (69.0)	574/825 (69.6)	-0.6	0.792
	随访 1 - 24h(±3h)	470/813 (57.8)	489/825 (59.3)	-1.5	0.538
	随访 2 - D7±D1	243/801 (30.3)	300/812 (36.9)	-6.6	0.005
	随访 3 - D14±D2	116/749 (15.5)	147/775 (19.0)	-3.5	0.071
	随访 4 - D28±D3	55/711 (7.7)	64/725 (8.8)	-1.1	0.449
2	手术				
	基线	288/815 (35.3)	276/825 (33.5)	1.8	0.443
	随访 1 - 24h(±3h)	103/813 (12.7)	109/825 (13.2)	-0.5	0.763
	随访 2 - D7±D1	27/801 (3.4)	25/812 (3.1)	0.3	0.734
	随访 3 - D14±D2	4/749 (0.5)	2/775 (0.3)	0.2	0.536
	随访 4 - D28±D3	2/711 (0.3)	4/725 (0.6)	-0.3	0.397
3	气管插管 ± 气管切 开术				
	基线	139/815 (17.1)	150/825 (18.2)	-1.1	0.559

	随访 1 - 24h(±3h)	157/813 (19.3)	166/825 (20.1)	-0.8	0.684
	随访 2 - D7±D1	133/801 (16.6)	170/812 (20.9)	-4.3	0.027
	随访 3 - D14±D2	73/748 (9.8)	102/775 (13.2)	-3.4	0.038
	随访 4 - D28±D3	37/711 (5.2)	67/724 (9.3)	-4.1	0.006
4	机械通气				
	基线	125/815 (15.3)	141/825 (17.1)	-1.8	0.323
	随访 1 - 24h(±3h)	131/813 (16.1)	139/825 (16.8)	-0.7	0.703
	随访 2 - D7±D1	104/801 (13.0)	121/812 (14.9)	-1.9	0.276
	随访 3 - D14±D2	46/748 (6.1)	61/775 (7.9)	-1.8	0.169
	随访 4 - D28±D3	15/711 (2.1)	26/724 (3.6)	-1.5	0.088
5	物理或药物低温疗法				
	基线	111/815 (13.6)	109/825 (13.2)	0.4	0.812
	随访 1 - 24h(±3h)	154/813 (18.9)	175/825 (21.2)	-2.3	0.245
	随访 2 - D7±D1	182/801 (22.7)	216/812 (26.6)	-3.9	0.069
	随访 3 - D14±D2	101/749 (13.5)	126/775 (16.3)	-2.8	0.125
	随访 4 - D28±D3	29/711 (4.1)	43/724 (5.9)	-1.8	0.118
6	鼻饲				
	基线	396/815 (48.6)	418/825 (50.7)	-2.1	0.395
	随访 1 - 24h(±3h)	439/813 (54.0)	448/825 (54.3)	-0.3	0.903
	随访 2 - D7±D1	393/801 (49.1)	410/812 (50.5)	-1.4	0.574
	随访 3 - D14±D2	288/749 (38.5)	310/775 (40.0)	-1.5	0.549
	随访 4 - D28±D3	158/711 (22.2)	175/724 (24.2)	-2	0.370
7	尿道插管				
	基线	543/815 (66.6)	560/825 (67.9)	-1.3	0.575
	随访 1 - 24h(±3h)	539/813 (66.3)	554/825 (67.2)	-0.9	0.699
	随访 2 - D7±D1	463/801 (57.8)	473/812 (58.3)	-0.5	0.839
	随访 3 - D14±D2	292/749 (39.0)	316/775 (40.8)	-1.8	0.473
	随访 4 - D28±D3	142/711 (20.0)	163/724 (22.5)	-2.5	0.247
8	其它侵入性治疗				
	基线	80/815 (9.8)	93/825 (11.3)	-1.5	0.323
	随访 1 - 24h(±3h)	77/813 (9.5)	84/825 (10.2)	-0.7	0.635
	随访 2 - D7±D1	165/801 (20.6)	176/812 (21.7)	-1.1	0.589
	随访 3 - D14±D2	89/749 (11.9)	119/775 (15.4)	-3.5	0.047
	随访 4 - D28±D3	31/711 (4.4)	37/724 (5.1)	-0.7	0.533
9	物理或药物低温疗法 (与5重复)				
10	麻醉或镇静				

	基线	317/814 (38.9)	338/824 (41.0)	-2.1	0.386
	随访 1 - 24h(±3h)	299/812 (36.8)	331/825 (40.1)	-3.3	0.170
	随访 2 - D7±D1	225/800 (28.1)	257/811 (31.7)	-3.6	0.115
	随访 3 - D14±D2	110/748 (14.7)	131/775 (16.9)	-2.2	0.240
	随访 4 - D28±D3	48/710 (6.8)	47/724 (6.5)	0.3	0.820
11	质子泵抑制剂使用				
	基线	594/815 (72.9)	612/825 (74.2)	-1.3	0.551
	随访 1 - 24h(±3h)	577/813 (71.0)	597/825 (72.4)	-1.4	0.530
	随访 2 - D7±D1	486/801 (60.7)	485/812 (59.7)	1	0.682
	随访 3 - D14±D2	279/749 (37.2)	276/775 (35.6)	1.6	0.516
	随访 4 - D28±D3	122/710 (17.2)	113/724 (15.6)	1.6	0.413
12	利尿剂使用				
	基线	105/815 (12.9)	90/825 (10.9)	2	0.211
	随访 1 - 24h(±3h)	116/813 (14.3)	123/825 (14.9)	-0.6	0.731
	随访 2 - D7±D1	153/801 (19.1)	176/812 (21.7)	-2.6	0.195
	随访 3 - D14±D2	104/749 (13.9)	113/775 (14.6)	-0.7	0.696
	随访 4 - D28±D3	32/710 (4.5)	61/724 (8.4)	-3.9	0.003
13	抗癫痫药物使用				
	基线	169/815 (20.7)	170/825 (20.6)	0.1	0.960
	随访 1 - 24h(±3h)	155/813 (19.1)	171/825 (20.7)	-1.6	0.418
	随访 2 - D7±D1	130/801 (16.2)	149/812 (18.3)	-2.1	0.265
	随访 3 - D14±D2	88/749 (11.7)	100/775 (12.9)	-1.2	0.475
	随访 4 - D28±D3	39/710 (5.5)	56/724 (7.7)	-2.2	0.094
14	脱水疗法				
	基线	531/815 (65.2)	563/825 (68.2)	-3	0.198
	随访 1 - 24h(±3h)	547/813 (67.3)	585/825 (70.9)	-3.6	0.115
	随访 2 - D7±D1	561/801 (70.0)	565/812 (69.6)	0.4	0.861
	随访 3 - D14±D2	379/749 (50.6)	374/775 (48.3)	2.3	0.369
	随访 4 - D28±D3	97/710 (13.7)	96/724 (13.3)	0.4	0.825
15	血压控制				
	基线	746/815 (91.5)	737/825 (89.3)	2.2	0.131
	随访 1 - 24h(±3h)	732/813 (90.0)	718/825 (87.0)	3	0.057
	随访 2 - D7±D1	730/801 (91.1)	724/812 (89.2)	1.9	0.201
	随访 3 - D14±D2	643/749 (85.8)	652/775 (84.1)	1.7	0.354
	随访 4 - D28±D3	548/711 (77.1)	550/724 (76.0)	1.1	0.623
16	血糖控制				
	基线	74/815 (9.1)	85/825 (10.3)	-1.2	0.412
	随访 1 - 24h(±3h)	90/813 (11.1)	105/825 (12.7)	-1.6	0.318

	随访 2 - D7±D1	106/801 (13.2)	114/812 (14.0)	-0.8	0.640
	随访 3 - D14±D2	78/749 (10.4)	99/775 (12.8)	-2.4	0.144
	随访 4 - D28±D3	65/710 (9.2)	70/724 (9.7)	-0.5	0.746
17	药物升压				
	基线	7/815 (0.9)	6/825 (0.7)	0.2	0.649
	随访 1 - 24h(±3h)	11/813 (1.4)	9/825 (1.1)	0.3	0.585
	随访 2 - D7±D1	10/801 (1.2)	10/812 (1.2)	0	1.000
	随访 3 - D14±D2	9/749 (1.2)	6/775 (0.8)	0.4	0.432
	随访 4 - D28±D3	3/710 (0.4)	5/725 (0.7)	-0.3	0.443
18	抗凝血逆转剂				
	基线	33/815 (4.0)	31/825 (3.8)	0.2	0.834
	随访 1 - 24h(±3h)	15/813 (1.8)	18/825 (2.2)	-0.4	0.563
	随访 2 - D7±D1	11/801 (1.4)	6/812 (0.7)	0.7	0.168
	随访 3 - D14±D2	8/749 (1.1)	7/775 (0.9)	0.2	0.695
	随访 4 - D28±D3	2/710 (0.3)	2/724 (0.3)	0	1.000
19	康复治疗				
	基线	189/815 (23.2)	196/825 (23.8)	-0.6	0.775
	随访 1 - 24h(±3h)	235/813 (28.9)	262/825 (31.8)	-2.9	0.202
	随访 2 - D7±D1	372/801 (46.4)	390/813 (48.0)	-1.6	0.520
	随访 3 - D14±D2	355/749 (47.4)	383/775 (49.4)	-2	0.435
	随访 4 - D28±D3	251/711 (35.3)	275/725 (37.9)	-2.6	0.307
20	针灸疗法				
	基线	72/815 (8.8)	79/825 (9.6)	-0.8	0.575
	随访 1 - 24h(±3h)	105/813 (12.9)	124/825 (15.0)	-2.1	0.220
	随访 2 - D7±D1	307/801 (38.3)	303/813 (37.3)	1	0.679
	随访 3 - D14±D2	334/749 (44.6)	332/775 (42.8)	1.8	0.479
	随访 4 - D28±D3	196/711 (27.6)	218/725 (30.1)	-2.5	0.296

* 两组之间的差异以百分比表示，我们计算了每个时间点的差异和P值。分别在脑出血发作后24小时（±3小时）、7天（±1天）、14天（±2天）和28天（±3天）进行4次随访。

4. 比较

4.1 治疗干预措施的有效性上限和边际效益递减

通过将中风醒脑液叠加到一套已经相当全面的干预措施中，该研究试图评估该中药配方是否可以增强急性脑出血的治疗结果。然而，这种设计让人严重

质疑：在如此详尽的治疗方案背景下引入中风醒脑液，会有多少额外的临床价值和必要性？

一个关键顾虑是额外治疗干预措施的边际效益不断下降。虽然根据之前研究的数据[22-24]，加上中风醒脑液被认为可能会改善康复，但重要的是必须认识到，由于已经采用了全方位的常规治疗模式以及针灸，增加更多疗法的增量收益应该十分有限。回报递减原则表明，超过一定程度、添加更多疗法可能会对患者的治疗结果产生极小的改善、甚至走向负面。事实上，过度的治疗叠加可能会给患者带来

不必要的生理和心理负担,可能会使患者的康复变得复杂而不是帮助他们的康复。因此,认真考虑添加中风醒脑液是否能提供给患者超出标准治疗之外真实的、可测量的获益至关重要。

另一个问题是急性脑出血患者恢复能力的局限性,这取决于个人的自愈能力和病情的自然进展。虽然中风醒脑液理论上说可能有助于改善患者的临床结果[22-24],但它可以在多大程度上,在现有19种伴随干预措施所能实现的范围之外增加恢复程度,确实是个疑问。如果伴随的19种疗法导致的临床疗效已经达到疗效上限,那么添加中风醒脑液可以减少伴随疗法的使用量将是判断中风醒脑液疗效的另一种方法。我们知道,所有此类伴随治疗对于急性脑出血患者都很重要,研究人员根据患者的实际临床需求并遵循临床试验的道德要求使用这些治疗。伴随疗法在中风醒脑液组的较少使用,表明中风醒脑液改善了脑出血患者的临床状况,从而降低了对伴随疗法的需求。

4.2 比较的不是中风醒脑液与安慰剂,而是“中风醒脑液+19种伴随治疗”与“安慰剂+19种伴随治疗”

如上所述,该试验旨在评估中风醒脑液与安慰剂相比的疗效,而每个组都有19种伴随治疗。由于没有分析两组之间的所有伴随治疗的疗效,因此无法评估试验药物的真实治疗效果及其与伴随治疗的相互作用。由于试验实施方案中的“常规治疗”[17]并不简单,因此应特别关注复杂干预措施的评估方法[20,21]。

由于这项试验是研究中风醒脑液作为急性脑出血常规治疗之上的额外治疗的效果,而常规治疗已经涉及19种不同的伴随治疗,因此有必要评估这19种疗法在实验/测试组或对照组中的贡献度,并评估这些组之间的贡献是否平衡。如果两组之间伴随干预措施的强度不相同,那么中风醒脑液和安慰剂之间的效果就不容易发现。然而,该报告实际上没有进行此类分析。

我们比较并计算了两组之间这19种伴随疗法的应用量的差异(百分比),并计算了每个时间点的P值(见表

1)。我们的研究表明,在19种伴随治疗中,中风醒脑液组在某些时间点有13种的使用较少,包括重症监护、气管插管±气管切开术、机械通气、物理或药物低温疗法、鼻饲、尿路导管插入术、其他侵入性治疗、镇痛和镇静、利尿剂使用、抗癫痫药物使用、血糖控制、以及康复和针灸疗法(见表1)。在每次治疗的大部分时间点,这两组之间的差异很小,而在几个时间点,差异确实达到了统计学意义(即, $P < 0.05$),包括使用#1重症监护(一个时间点)、#3气管插管±气管切开术(3个时间点)和#12利尿剂(一个时间点)的使用。

通过汇总数据对综合效应的分析,从定量评估的角度来看,中风醒脑液组中伴随治疗的使用明显少于安慰剂组。通过叠加19种干预4个随访时间点的使用率均值(如表2所示),我们可以计算出两组患者各自19种伴随治疗的总使用量。中风醒脑液组的总使用量为481.4% (意味着每个随访点每位患者平均接受4.81次干预),而安慰剂组的总使用量为503.4%。这表明中风醒脑液组使用的干预措施相比安慰剂减少4.38%,或者说,每个时间点每位患者较安慰剂组少用了0.22种伴随治疗。

我们进一步比较了入组后19种干预措施在两组中的使用率。五种干预措施,即#1重症监护、#3气管插管±气管切开术、#5物理或药物低温疗法、#12利尿剂使用和#13抗癫痫药物使用,在中风醒脑液组的使用量明显少于安慰剂组(图1A)(t检验, $P < 0.05$),即使减去基线差异,显著性仍然存在(图1B)。与此对照,仅有一种干预措施(#15血压控制)的使用率在中风醒脑液组中显著高于安慰剂组,但当考虑基线差异时,差异变得不显著。此外,仅当考虑到基线差异时,中风醒脑液组中仅有一种干预措施(#14脱水治疗)的使用率显著高于安慰剂组(图1B)。这进一步支持了表1计算出的结果。但是,中风醒脑液组使用的血压控制药物稍微多一些,是否是因为需要控制中风醒脑液补气作用所可能引起升压的潜在副作用尚不确定,需要进行进一步研究。

中风醒脑液组中使用率显著较少的五种干预措施,即重症监护、气管插管±气管切开术、低温疗法、利尿剂和抗癫痫药物,是医疗保健系统中最费人力

物力、最昂贵、最具侵入性，对患者来说最痛苦的干预措施，或者针对最紧急或最危急的情况。

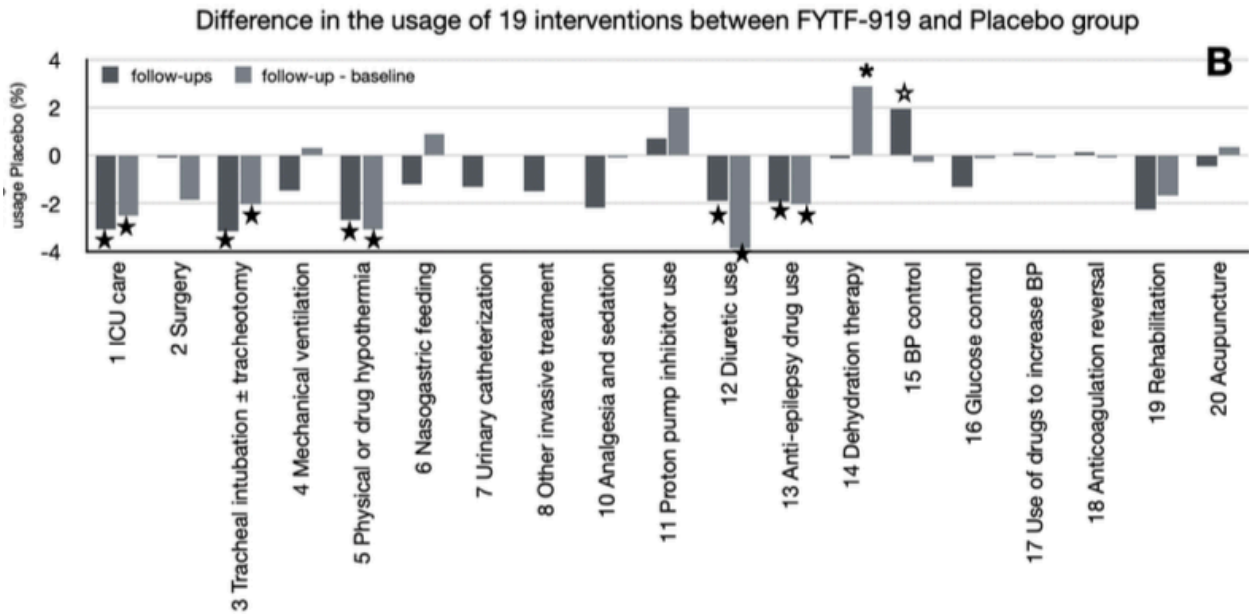


图1.比较FYTF-919组和安慰剂组在基线和随访时急性脑出血患者中每种伴随治疗的使用率。
注：第1-28天4次随访中的使用情况被汇总。直接绘制各组的使用率（A）或绘制两组之间的使用差异（FYTF-919组的使用量减去安慰剂组的使用量）（B）。★：表明P < 0.05，FYTF-919使用较少。☆，*：表明P<0.05，FYTF-919使用较多。

就试验组伴随治疗使用的百分比而言，这五种干预措施的使用减少幅度从2.05%到3.90%不等。然而，考虑到只有一小部分患者使用这些干预措施(例如，只有12-18%的患者使用气管插管±气管切开术)，每种干预措施的相对减少幅度甚至更大。因此，当将中风醒脑液组与安慰剂组进行比较时，安慰剂组作为标准护理规范，中风醒脑液组的重症监护、气管插管±气管切开术、物理或药物低温疗法、利尿剂和抗癫痫药物使用分别减少了10.2%、19.8%、15.4%、11.9%和13.1% (表2)。

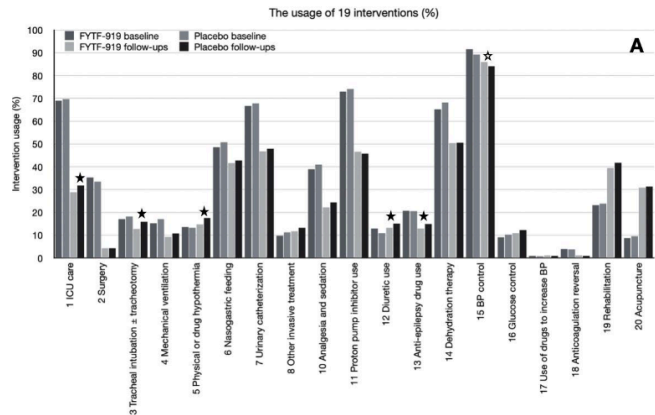


表2. 中风醒脑液组与安慰剂组相比干预使用显著减少

干预序号 与描述	中风醒脑液 组患者使用 比例% (A)	安慰剂组 患者使用 比例% (B)	两组患者使 用的绝对 比例差 (C =A-B)	两组使用比例 差相对安慰剂 组使用量减少 的百分比 (D = C/B *100%)
1. 重症监 护	27.8%	31.00%	-3.17%	-10.2%
3. 气管插 管±气 管切开 术	12.7%	15.9%	-3.15%	-19.8%
5. 物理或 药物降 温	14.8%	17.5%	-2.70%	-15.4%
12. 利尿 剂使 用	13.1%	14.9%	-1.78%	-11.9%
13. 抗癫 痫药使用	13.0%	14.9%	-1.95%	-13.1%

由于常规干预措施为根据需要使用，该数据表明中风醒脑液组患者的病情得到了更大的改善，与对照组相比，重症监护、**低温疗法**、治疗高颅压和癫痫发作的需求减少了10-20%。这些信息强调了中风醒脑液治疗脑出血对医疗保健系统和患者的潜在价值，值得更多关注。并可能需要进行卫生经济学研究以进一步探索CHAIN试验的数据。因为很难对每种干预措施分配临床疗效的权重，但每种干预措施都具有明确的经济价值，可以很方便地量化。

换句话说，该研究设计存在一个重大缺陷，因为它包括一套丰富的“常规治疗”(实际上是19种干预措施)，按照患者**实际需要**进行急救，这些措施可以弥补所测试干预措施或安慰剂的不足。采用这种设计可能是为了确保医学伦理，以最大限度提高患者获益。然而，鉴于这种复杂干预设置，而且是在治疗结束两个月后评估临床结果，再加上疾病本身的复杂性和严重性，因此在发病后90天进行比较时，这项试验最终获得(比较)中性的结果也就不足为奇[6]。

4.3以单一时点患者的状态比较，来评估康复过程显得不合适，因为它忽视了恢复过程中速度的差异、患者痛苦的减轻以及医疗保健工作量的减少

我们发现第28天患者功能状态(基于mRS或uw-mRS评分和相关指标)和医疗工作量(使用的常规干预措

施量)存在多个显著差异。显然，中风醒脑液组在早期时点表现出更好的疗效，并显著减少了对常规医疗资源和工作量的需求。然而，由于CHAIN临床研究的主要终点设定在第90天uw-mRS，即单个后期时间点来评估患者康复功能状态，《柳叶刀》上报告基于此一点数据的陈述“结果表明中风醒脑液对功能恢复、生存和健康相关生活质量没有(积极)影响”。鉴于附录中提供的第1-28天数据，此**结论是不准确的**。显然，更短时点的分析能够显示中风醒脑液在28天治疗中实现的多种临床获益。

这表明了CHAIN研究的另一个关键缺陷，忽视了所测试干预的关键特性。所有仅依赖于患者在后期单一时点状态来评估康复过程的脑出血研究都有这个内在的局限。

5 结果

该报告陈述“这项大型，随机，安慰剂对照，双盲临床研究表明，**中成药中风醒脑液**对中度至重度脑出血患者的功能恢复、生存和健康相关生活质量没有影响”[6]。这一结论的基础存在若干重大缺陷和错误。

5.1. uw-mRS结果存在计算和报告错误

该报告中，表2 [6]陈述“中风醒脑液组mRS评分0、1、2、3、4、5和6的分布分别为7.5%、19.7%、15.3%、19.3%、22.4%、3.7%和12.0%，而安慰剂组为7.4%、19.2%、15.5%、20.0%、20.9%、5.5%、11.4%”（我们重新计算：中风醒脑液组和安慰剂组的较差结果分别为38.1%和37.8%）。然而，图2显示mRS评分0、1、2、3、4、5和6的分布为中药组7.6%、19.9%、15.2%、19.1%、22.2%、3.8%和12.2%，安慰剂组为7.3%、19.3%、15.5%、19.8%、20.7%、6.0%和11.4%（我们重新计算：中风醒脑液组和安慰剂组的较差结果为38.2%和38.1%）。基于相同意向治疗人群的计算，但同一篇论文中报告的数据不同，令人困惑。

根据图2中的数据和报告[6]提供的uw-mRS计算方法，中风醒脑液组和安慰剂组的uw-mRS应分别为0.50355和0.49520。中风醒脑液组的uw-mRS略好于安慰剂组（差异为0.00835，即1.69%，尽管没有达到统计学意义）。然而，中风醒脑液组和安慰剂组报告的数据分别为0.44和0.44，与基于附录和报告中的数据可计算出的不一致。

5.2. 在结果解读中，该报告将20种综合疗法的结果错误解读为单一疗法（中风醒脑液或安慰剂）的结果

该报告陈述，“与安慰剂相比，对中度至重度脑出血患者的功能恢复、生存和健康相关生活质量没有（积极）作用，也没有严重的不良反应”[6]。这一说法源于对研究结果的误读。这是该临床研究及其报告的主要缺陷之一。

确实，在多项结果方面，中风醒脑液组(包括20种干预措施)和安慰剂组(也包括20种干预措施)没有统计

学意义差异。然而，这并不意味着“中风醒脑液和安慰剂的效果没有统计学显著差异”。在对中风醒脑液的效果下结论之前，应该评估19种伴随疗法(复杂干预)的效果。

评估这19种常规干预措施的治疗影响对于评估测试药物或干预措施的效果至关重要。当没有令人信服的方法来评估这些伴随干预措施的贡献时，这些常规干预措施需求的减少就会成为测试干预措施有效性的合理且有说服力的指标或结果。

我们建议对于脑出血临床试验，临床结果影响应视为以下组成部分的总和：

- (1) 所测试干预措施的效果；
- (2) “常规治疗”或伴随干预的效果；
- (3) 自愈/恢复的作用（年龄、时间等）；
- (4) 疾病基线（严重程度、部位等）。

虽然随机化旨在研究之初让这些因素平衡分布于不同研究组，但随机之后还可能有除测试干预措施之外的新因素被引入。验证试验组的因素保持均衡应该是试验设计和分析过程中的关键步骤，以确保任何观察到的效果都是由于所测试的药物或干预，而不被其他变量混淆。

5.3. 主要结果为脑出血患者功能恢复，其评估的时间是在第90天而不是第28天，这引入多种干扰因素，导致中风醒脑液（加19种治疗）组和安慰剂（加19种治疗）组之间的差异收窄

脑出血恢复通常是漫长且渐进的，过程有很多因素影响。在测试药物使用停止后很长一段时间再评估临床结果，使其受到多种因素的影响，包括自愈力。由于大多数在急性期幸存下来的患者确实会不同程度地康复，因此时间范围越长，观察到的两组之间的差异就越小。

在CHAIN临床研究中，中风醒脑液或安慰剂的口服治疗在第28天结束。尽管对第28天的结果进行了评估，但其《柳叶刀》报告中并未显示。在附录表S16中（84页），第28天的结果测量为序数mRS，而第90天和第180天结果计算的是uw-mRS。该表中

的第28天序数mRS比较接近显著性(调整后模型为 $P=0.10$, 主要模型为 $P=0.20$)。我们好奇如果第28天的功能结果用uw-mRS表示, 两组之间会不会有显著差异。

此外, 在附录的89页、表S18列出了老年组(65岁及以上)的临床结果。中风醒脑液组第28天的死亡或残疾(mRS 4-6)为193/354 (54.5%), 安慰剂组为206/325(63.4%)。中风醒脑液组比安慰剂组低8.9%, 两组之间差异显著($P=0.0187$)。然而, 同一指标, 死亡或残疾(mRS 4-6)患者, 第90天, 分别为165/361(45.7%)和163/329(49.5%)。两组之间的百分比差异仅为3.8%, 中药组还是好一些, 但统计上没有达到显著性。然而这些数据明确支持中风醒脑液在加速脑出血患者康复方面的作用。

因此, 选择第90天作为主要指标测量的时点, 隐藏(忽略)了第28天的许多显著统计学差异, 而且《柳叶刀》论文摘要中强调“表明中药复方中风醒脑液对脑出血患者的功能恢复、生存和健康相关生活质量没有(积极)作用”[6]。该《柳叶刀》论文的偏见很清晰。

5.4. 选择性报告调查结果

亚组分析的结果对于大型临床试验至关重要, 特别是当研究的主要终点没有差异时。亚组分析有助于识别可能从治疗效果中受益的特定患者群体[25]。2017版中药复方临床随机对照试验报告规范建议报告和解释亚组分析的所有结果[8]。在这项试验中, 预先规定了亚组分析, 包括年龄、性别、至随机化时间、神经功能损害程度以及基线体积或血肿位置, 以检测主要终点治疗效果的不均性[17]。

事实上, 在第90天, 与对照组相比, 干预组观察到了一定程度的积极治疗效果[6]。例如, 在年满65岁的参与者亚组中, 中风醒脑液组的uw-mRS评分比安慰剂组高0.04(平均值差异, 95%CI-0.00至0.09; $n = 690$), 评分越高表明病情改善越大(报告[6]的图3)。在血肿体积大于15 ml的亚组中, 中风醒脑液组的uw-mRS评分比安慰剂组高0.04(MD, 95%CI-0.00至0.08; $n = 858$)(报告[6]的图3)。如果血肿位于皮质叶, 则检测到干预组和对照组之间

uw-mRS评分存在统计学显著差异(图3 MD 0.12, 实际均值相差0.16, 95%CI 0.02至0.22; $n = 152$)(报告图3 [6])。

令人困惑的是, 试验研究人员没有进一步讨论该年龄亚组的发现。此外, 试验研究者通过亚组分析忽视了血肿体积或位置的结果, 并简单地指出皮质叶样本量较小, 因此差异不可靠($n=78$ vs. $n=74$)。我们不同意这种处理, 因为亚组分析的目的是发现得出的数据中的模式, 并为进一步的试验给出提示。亚组分析的结果不应推翻从主要终点的计划分析中获得的结果。血肿体积和位置亚组的结果不太可能是因为偶然性, 因为没有证据表明该试验在随机化过程方面存在潜在的偏差风险。

该报告作者们在该《柳叶刀》报告中刻意忽视了研究方案预先规定的亚组分析的发现。由此导致该试验存在选择性报告偏倚高风险[13]。

6 结论

CHAIN临床研究的结论是中风醒脑液对中度至重度脑出血患者的功能恢复、生存和健康相关生活质量“没有(积极)作用”[6], 该结论的得出乃是基于一系列方法论问题、解读缺陷和偏见。该试验没有孤立中风醒脑液的影响, 而是将其作为涉及19种伴随疗法的复杂干预场景中的一个组成部分进行了研究。由于没有系统地评估这些常规治疗在中风醒脑液组和安慰剂组之间的影响和分布, 单独使用中风醒脑液的任何具体益处都将被掩盖。

此外, 该试验没有完全遵守2017版中药复方临床随机对照试验报告规范[10], 忽视描述受试者“中度至重度急性脑出血”分类的中医证型。这一遗漏导致纳入了中医证型不是中风醒脑液所针对“气虚”型患者, 从而稀释了其潜在的治疗效果并引入了一个效果偏倚的风险。此外, 分析的不同部分所用的样本量不一致, 违反了ITT原则。

另一个关键因素是主要结果评估时间是第90天而不是第28天或者是多时点的过程评估。这段延长的时间允许多种外部因素—包括自愈和后续康复措施(特别是康复和针灸治疗等可能在29-90天之间的

使用) —影响患者的结局, 最终缩窄了中风醒脑液组和安慰剂组之间的任何明显差异。该研究发表的数据表明, 早期时间点(例如第28天)对于某些亚组, 例如老年患者和具有特定血肿特征的患者, 中风醒脑液组表现出统计学显著的更积极的结果。对这些亚组结果的明显忽视, 以及仅依赖长期终点判定疗效的选择, 引发了对选择性报告偏倚风险的担忧。

综上, 对中医证型的忽视、有缺陷的样本量计算、伴随治疗的不透明处理、延迟的结果评估、选择性的结果报告, 以及缺乏对叠加疗法增量获益的严格评估, 这些因素共同使该临床研究报告的结论受到质疑。一种方法论上更为合理、更明确区分多种干预措施、更准确地遵守报告规范、更稳健的亚组分析, 以及时间选择更恰当的结果评估的方法, 对于准确确定中风醒脑液治疗急性脑出血的真实治疗效果至关重要。

根据上述讨论和重新计算, 当前的评估分析发现, 尽管该试验存在一些缺陷, 但从已公布数据仍可得结论为: 中风醒脑液治疗脑出血的效果优于安慰剂, 包括康复更快和使用更少的伴随治疗等。

资金

本研究没有收到任何机构的资助。

作者的贡献

该方法学审议项目由全美中医药学会(ATCMA)樊莹和巩昌镇博士发起。所有作者都参与了手稿的讨论和策划。樊莹规划了手稿及其结构, 起草了第一版; 樊、古、萧和谭提供了统计分析; 古、巩、萧、谭、田、林和魏提供了进一步的见解并修改了手稿, 所有作者审查并批准了最终的文稿。

致谢

作者对ATCMA和FCMA的帮助和支持表示感谢。

竞争利益声明

作者声明他们没有竞争利益。

由于作者个人经验和观点的限制, 本文可能存在一些遗漏和错误, 作者们欢迎并赞赏读者的[评论或更正](#)。本文的英文稿将同时发表在美国相关英文医学杂志。

参考文献

- [1] Seiffge DJ, Fandler-Höfler S, Du Y, Goeldlin MB, Jolink WMT, Klijn CJM, et al. Intracerebral haemorrhage - mechanisms, diagnosis and prospects for treatment and prevention. *Nat Rev Neurol*. 2024 Nov 15. doi: 10.1038/s41582-024-01035-w. Online ahead of print.
- [2] Maljaars J, Garg A, Molian V, Leira EC, Adams HP, Shaban A. The Intracerebral Hemorrhage Score Overestimates Mortality in Young Adults. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021 Sep;30(9):105963. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105963. Epub 2021 Jul 8.
- [3] Hemphill JC 3rd, Bonovich DC, Besmertis L, Manley GT, Johnston SC. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2001 Apr;32(4):891-7. doi: 10.1161/01.str.32.4.891.
- [4] Chinese Society of Neurology. Chinese Stroke Society. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of acute intracerebral hemorrhage 2019. *Chin J Neurol*. 2019; 52(12):994–1005. [Chinese with English abstract]
- [5] Fallénius M, Skrifvars MB, Reinikainen M, Bendel S, Curtze S, Sibolt G, et al. Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Stroke*. 2019 Sep;50(9):2336-2343. doi:10.1161/STROKEAHA.118.024560. Epub 2019 Jul 17.
- [6] Guo J, Chen X, Wu M, Wang D, Zhao Y, Li Q, et al. Traditional Chinese medicine FYTF-919 (Zhongfeng Xingnao oral prescription) for the treatment of acute intracerebral haemorrhage: a multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind, clinical trial. *Lancet*. 2024 Nov 12:S0140-6736(24)02261-X. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02261-X. Online ahead of print.

- [7] Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP J Club. 1995 Nov-Dec;123(3):A12-3.
- [8] Cheng CW, Wu TX, Shang HC, Li YP, Altman DG, Moher D, et al. CONSORT Extension for Chinese Herbal Medicine Formulas 2017: Recommendations, Explanation, and Elaboration. Ann Intern Med. 2017 Jun 27; 167(2):112-121. doi: 10.7326/M16-2977. Print 2017 Jul 18.
- [9] Zuo YH, Ma B. China Association of Chinese Medicine: The ICH Guideline of TCM Diagnosis and Treatments. Chin Med Modern Distance Edu Chin. 2011;9(23):110-112. doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2011.23.073 [Chinese]
- [10] Guo JW, Zhang XY, Lan WC, Zhang J, Chen SH. Professor Shaohong Chen on "The Core-Mechanism of the Stroke". Tianjin J Tradit Chin Med.2006; 23(1):7-9. [Chinese]
- [11] Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, et al. 8.4 Bias due to deviations from intended interventions. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Version 6.5), 2024. [2024-12-05] <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- [12] Statulator. Sample Size Calculator for Comparing Two Independent Means. [2024-12-05]. <https://statulator.com/SampleSize/ss2M.html#>
- [13] Fan AY, Gong CZ. Rigid Acupuncture Protocols and Their Limitations in Chronic Neck Pain. Ann Intern Med.2024 September 11. https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M23-2425?utm_source=cmpnr&utm_campaign=tfa_202409_1&utm_content=1&cmp=1&utm_medium=email.
- [14] Brydges CR. Effect Size Guidelines, Sample Size Calculations, and Statistical Power in Gerontology. Innov Aging. 2019 Sep 4;3(4):igz036. doi: 10.1093/geroni/igz036. eCollection 2019 Aug.
- [15] McCoy CE. Understanding the Intention-to-treat Principle in Randomized Controlled Trials. West J Emerg Med. 2017 Oct;18(6):1075-1078. doi: 10.5811/westjem.2017.8.35985. Epub 2017 Sep 18.
- [16] Guo JW. Chinese Herbal Medicine in Acute INtracerebral Haemorrhage (CHAIN) Trial. [2024-12-05]. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05066620>.
- [17] Zhao Y, Cui W, Xie T, Zhao K, Li Y, Wan Y, et al. Efficacy and safety of Chinese Herbal medicine in patients with Acute INtracerebral hemorrhage (CHAIN): protocol for a randomized placebo-controlled double-blinded multicenter trial. Cerebrovasc Dis 2024;53(4):501–8. [PubMed] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39250890/>
- [18] Chen SH. Composition for treating cerebrovascular diseases and its preparation method and application (Chinese patent ZLO 18 023262.0). In: China State Intellectual Property Administration. Invention patent specification. Beijing: Intellectual Property Press. (2005-12-21) [2024-12-05]. <https://patentimages.storage.googleapis.com/cc/ee/68/d62b12140462b7/CN1232267C.pdf> [Chinese].
- [19] Cao JL, Li XL, Meng F, Gong Y, representative compilation group. Expert consensus on clinical application of Chinese herbal medicine decoction pieces (first edition). Zhongguo Zhong Yao Za Zhi. 2020;45(13):3238-44. Chinese with abstract in English [PubMed] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32726035>
- [20] Rodriguez A, Smith J, Barrett D. Research made simple: developing complex interventions. Evid Based Nurs 2020;23(2):35–7. [PubMed] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32102795>
- [21] Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ 2021;374:n2061. [PubMed] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593508>

- [22] Zhang XY, Jin W, Chen SH. Clinical observation on primary-qi-tonifying and brain-resuscitating therapy for treating acute cerebral hemorrhage. Liaoning Zhong Yi Za Zhi 2012; 421(6):968–71 [Chinese with abstract in English].
[CNKI]
https://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-LNZY201206006.htm
- [23] Chen SH, Zhang XY. Clinical study on the application of Zhongfengxingnao Oral Liquid (Zhongfeng Xingnao Koufu Ye) in acute cerebral hemorrhage. Zhongguo Zhong Yi Ji Zheng 2004; 13(12):793–4 [Chinese with abstract in English]
[CNKI]
<https://www.cnki.com.cn/Article/CJFDTotal-ZYJZ200412000.htm>
- [24] Chen SH, Zhang XY, Li XG, Wang J, Long CG, Xiong Y, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of Zhongfeng Xingnao oral liquid in the treatment of acute cerebral hemorrhage. Seminar on the Establishment of a Key Research Center for Brain Diseases, State Administration of Chinese Medicine and Meeting on the Promotion and Exchange of Scientific Research Results on Stroke. Tianjin: August 21–22, 2010. [2024-12-05]
<https://cpfd.cnki.com.cn/Article/CPFDTOTAL-ZHZY201008004006.htm> [Chinese].
- [25] Barraclough H, Govindan R. Biostatistics primer: what a clinician ought to know: subgroup analyses. J Thorac Oncol. 2010;5(5):741–6.
[PubMed]
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20421767>.
- [26] Higgins JPT, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Sterne JAC. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial [2019-10]. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.5. Cochrane, 2024. [2024-12-06].
www.training.cochrane.org/handbook
- 作者简介：樊莹，《结合医学杂志》副主编；美国中医针灸师，全美中医药学会(ATCMA)
- 古旭明，澳洲中医针灸师，澳洲全国中医药针灸学会联合会(FCMA)
- 巩昌镇，《国际临床针灸杂志》主编；全美中医药学会(ATCMA)
- 萧苏红，美国中医针灸师，美国中医药校友联合会(TCMAAA)
- 谭亚娣，中国医药翻译和医药科普作家 中国国际科技促进会医工结合分会
- 田海河，美国中医针灸师，全美中医药学会(ATCMA)
- 林子强，澳洲中医针灸师，澳洲全国中医药针灸学会联合会(FCMA)
- 魏辉，美国中医针灸师，全美中医药学会(ATCMA)

世界伤寒杂病论涪陵古本研究会

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的过程和意义

The Process and Significance of the Re-editing of the Fulingguben Edition of Shanghan Zabing Lun with Shi's Annotation

Ma, Marlina Lei 马蕾¹

1. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 102

摘要：1934年，刘谿经先生将涪陵古本石印刊行于世。涪陵古本是现存唯一将《伤寒论》和《杂病论》合编于一册的版本。四川民间著名医家施济民先生以其毕生的临床经验和深厚的中医理论对该古本进行了详细注释，并补充了针灸

穴位。施老是首位注释涪陵古本的医家。施注抄本由弟子马寿椿老师珍藏五十年后，我们对其进行了系统整理和重编，并作为研究班教材，由马寿椿老师亲自讲授。

此次重编施注本，新增了对书中全部396条伤寒条文与26篇杂病条文的编号，以及375首方剂的编号，并与宋本《伤寒论》《金匱要略》进行了逐条对照，对施老注释中引用的经典内容也作了补充和完善。本文详细介绍了重编工作的过程及其学术意义，旨在推动本书在临床、学术及爱好者中的广泛传播与应用。通过系统、深入的学术整理与阐释，助力学习、研究与实际运用的不断提升。

关键词：《伤寒杂病论》；涪陵古本；施济民注释；重编；宋本《伤寒论》；《金匱要略》；条文对照

Abstract: In 1934, Mr. Liu Rongjing published the Fulingguben edition of ShanghanZabing lun, which is the only existing version that combines both the Treatise on Cold Damage (Shang Han Lun) and the Treatise on Miscellaneous Diseases (Za Bing Lun) into a single volume. The renowned Sichuan traditional Chinese medicine (TCM) doctor Shi Jimin devoted his lifetime of clinical experience and profound knowledge of TCM to annotating this edition, and also supplemented it with acupuncture points. Shi was the first doctor to annotate the Fulingguben edition. His annotated manuscript was carefully preserved for fifty years by his disciple, Dr. Ma Shouchun. We systematically organized and re-edited the book, and used it as a textbook for our research class, which was taught by Dr. Ma Shouchun.

In this re-edited annotated edition, the original traditional vertical manuscript was converted into a simplified horizontal format. Serial numbers were added to all 396 cold damage clauses and 26 miscellaneous disease chapters, as well as to 375 prescriptions. Detailed clause-by-clause comparisons were made with the Song editions of the Shang Han Lun and Jin Gui Yao Lue, and the classical references cited in Shi's annotations were further supplemented and improved. This article provides a detailed account of the process and academic significance of the re-editing work, aiming to promote the widespread dissemination and application of this book among clinicians, scholars, and enthusiasts. Through systematic and in-depth academic collation and interpretation, it seeks to facilitate the advancement of study, research, and practical application.

Keywords: Treatise on Febrile Diseases and Miscellaneous Diseases (Shanghan Zabing Lun); Fulingguben; Annotations by Shi Jimin; Re-editing; Song Version ; Synopsis of the Golden Chamber; Clause (line) Comparison

引言

施注涪陵古本是施老为1934年石印公世的《涪陵古本伤寒杂病论》逐条加上注释的手抄本。重编施注涪陵古本的工作，主要有两方面。一是为伤寒部分和杂病篇的条文加上了序号，增添了与宋本《伤寒论》和《金匱要略》的逐条对照。完成了涪陵古本伤寒论部分396条的条文和26篇杂病部分条文的对照并列表，全书可抓药的药方共有375方。二是对施老以经注经的引文进行核对，并加上详细的出处。此书已由学苑出版社于2022年11月出版[1]。

本文详细阐述了重编工作的过程和意义，旨在推广和应用涪陵古本及施老注释，方便临床医生、学者和爱好者阅读和学习，从而促进更深入的伤寒论传承研究和发展。

1. 《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的时间线和目的

1.1. 《涪陵古本伤寒杂病论》石印公世

涪陵古本据封面所书，为张仲景著，晋太医令王叔和校，唐代孙思邈述。涪陵古本是现存唯一将《伤寒论》和《杂病论》合编于一册的版本。这一古本不仅完整保留了伤寒与杂病的内容，还为后世研究张仲景医学体系、探索文本流传和版本演变提供了独特的参考价值。刘镕经在序言中讲述古本得自于明代垫江某洞的石匱中，由袁医士带到涪陵。刘镕经在学堂里看到部分，发现和宋本不同，从而去袁医士徒弟的后人家中多次寻访才得见全貌。

刘镕经于1934年将此古本石印公世。笔者经过对涪陵县志和相关史料的对照考证，刘镕经先生，字西

池，晚年号至山老人。生于公元1861或者1862年，清增贡生，古汉平即四川涪陵人。先后担任了四川兴文、井研、彭水等地的文教之官。在《涪陵县续修涪陵志》的人物志卷十四、人物志四、“仕进篇”[2]查找到刘镕经的资料：“兴文县教谕，井研县、彭水县训导”。另外，刘镕经的儿子刘维汉，于1962年重版《眼科仙方》，笔者寻得一本手抄本。此书序云“先君刘镕经，清增贡生也，清末先后秉铎兴文、井研、彭水诸邑”。“返乡之后，倡议设置涪陵医药讲习会”。又云“其传世有古本《伤寒杂病论》”。

1.2. 施注《涪陵古本伤寒杂病论》

四川民间大医施济民（1888–1973）精研针灸而通晓伤寒，1962年偶获涪陵古本，施老爱不释手，用毕生的临床经验和厚实的中医理论对涪陵古本进行了逐条注释。施老是注释涪陵古本的第一位医家。注释完成于1966年，抄录者为陈尔淳和其母亲，他们是施老的短期弟子陈婉淳的哥哥和母亲。施老弟子马寿椿老师将施老注释的手抄本保存了近50年。

1.3. 重编施注涪陵古本的目的

重新编辑“施注涪陵古本伤寒杂病论”的目的是多方面的。首先，将这部极少面世的古本改编成更适合现代读者的教材形式。通过重新编排和完善注释，使得这部经典著作更易于阅读和理解，让读者能够方便地翻阅和研究。

其次，这种编排方式兼顾了不同层次读者的需求。对于初学者来说，它降低了理解的门槛，避免了望而生畏的感觉；对于深入研究者而言，它保留了涪陵古本的原貌，增加了宋本《伤寒论》和《金匱要略》的篇章及条文序号的对照，使得研究更为便利。使初学者无望洋之叹，而明通者无遗珠之恨。

最后，从文化和社会意义的角度来看，这种重编注释的方式有助于《伤寒杂病论》得到更广泛地认知和应用。它为这部经典著作的多元化、多角度传承提供了新的途径，有利于在传承中释放中医药为人类健康服务的魅力。

2022年11月重编施注涪陵古本由学苑出版社出版，马寿椿老师以此为教材开始公益讲座。

2. 注释者四川民间大医施济民简介和注释特色

2.1. 注释者简介

施济民老师，字孝先，江苏溧阳人，生于1888年，逝于1973年。施老的友人名医吴棹仙和社会贤达胡文澜等人为推荐施老赴农村医疗，撰写了推荐信，由著名篆刻书法家花效实书写。推荐信内容如下：“古以良相良医而并论，盖良相燮理阴阳以治国，良医明达阴阳以治病。医之为道，苟得其术，生死肉骨反掌间耳。旧友施济民家传汤液，学宗仲景，活人甚众，指下成春。同人素稔其长，为有疾者介绍焉。”

马寿椿老师在《回忆施老》的文章中写道：“施老犹擅岐黄，精研针灸而通晓伤寒。曾被四川医学学会誉为清末以来四川四大名医之一。施老幼承庭训，饱读诗书，情趣高雅，集中医、儒学、佛学、音律、古琴于一身，汤液处方则以经方为主，或照经方的思路组方，方简效优。”

2.2. 施注涪陵古本的特色

施老丰富的经验来源于大量的临床实践。用马寿椿老师的话来总结：“第一，将临床经验和思路注入书中，使注释与原书相得益彰。第二，以经解经，颇有晋唐古风。第三，对于病机的阐释尤为深刻，极具启迪，使人容易从中找到治法方药。第四，将伤寒配以针灸，使十二经络与伤寒六经融为一体”。

施济民老师为“施注涪陵古本”撰写的序言中提到，他偶然获得了（涪陵）《古本伤寒杂病论》。他指出这部古本印量不多，多被个人珍藏，导致这一祖国医学瑰宝未能广为人知。施老注释完成之后，正值文化大革命，他于1973年逝世，此书一直被封藏至今。施老将他此前未出版的《伤寒双巨录》和《金匱要略新释》两部著作合并，“依照原本，重加整理，去伪存真，仍附针灸，详加注解。”施老的目标是通过这项工作，使仲景的杰作得到更好

的阐释,让医学传承有所依据,减少疾病造成的不幸。“仲景杰作得以阐明,学有渊源,疾无夭枉”。他完成这部注释工作时,时年八十岁。

施老特别强调了这部古本中保存了一些在现行版本中缺失的重要方剂,如《伤寒论》中的八十八条禹余粮丸,《金匱要略》“水病篇”中的杏子汤,以及“妇人杂病篇”中的胶姜汤等。这些方剂的存在进一步证实了该古本的价值。

3. 《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的过程

3.1. 重编的主要目标

施注涪陵古本《伤寒杂病论》的手抄本共有十三册,包含十六卷原文和施济民老师的注解。这些手抄本以繁体小楷竖排书写,采用线装古法装订,具有浓厚的古典韵味。然而,这种形式也带来了一些阅读和研究上的困难:缺乏条文编号和页码,没有规范的断句和章节分段,原有的民国时期石印本和施老的繁体竖排注解缺少标点符号。这些特点使得阅读和研究过程如同在云雾缭绕的山路中前行,缺乏清晰的指引,可能会让一些读者望而却步,难以深入系统地学习和研究。为了克服这些局限性,提高这部经典著作在当代社会的传播和使用效果,重编施注涪陵古本《伤寒杂病论》[1]应运而生。这项工作的主要目标是:

- 1) 在保留原文的同时,适应现代读者的阅读习惯,将其改编成适合作为教材的形式。
- 2) 提高可读性,便于读者经常翻阅。
- 3) 方便学术研究,推动伤寒论的传播与发展。

通过这种重编工作,不仅能够让这部医学经典更好地服务于医学教育和研究,也能让更多的读者和潜在的患者受益于其中的智慧。这种努力有助于推动中医药文化的传承和发展,让仲景学说在现代社会中焕发新的生机。

3.2. 重编的步骤

重编施注涪陵古本《伤寒杂病论》的工作包括以下几个步骤:

- 1) 目次编排:在目录编排上,内容简要清晰。在正文之前,仅保留重编序、仲景的原序、刘序和施

序,使读者能够快速进入正文学习。表例等内容被移至书后的附录,便于查阅。

- 2) 条文编号:为四十二篇原文的条文加上了序号,增强了连贯性,便于教学和研究。伤寒部分的条文从1开始编号,共计396条;杂病部分共二十六篇,每篇条文从1开始编号,共计748条。每条文后的施注部分和原文的方药部分清晰分开,便于理解和应用。

- 3) 条文对照:逐条附录对照宋本《伤寒论》和《金匱要略》的条文,条文的对照方便读者进行版本对照和研究。在学习过程中发现,涪陵古本与宋本大约80%是一致的。以阳明病为例,在承气汤相关条文中,涪陵古本与宋本存在编排顺序和用字的不同。

在编排顺序方面,涪陵古本将阳明腑实证的三承气汤条文连续排列(185-207条),随后是“阳明起手三法”(柯韵伯语)。而宋本的排列较为分散(207-220条,238-256条),中间穿插了其他阳明病证的论述。

涪陵古本用字比较简略,涪陵古本多处省略限定词,仅称“承气汤”,比如涪本203条。在宋本使用“白虎加人参汤主之”的条文,涪陵古本用“白虎汤主之”,没有“加人参”三个字,比如涪陵古本149条(宋本169条)。这样的对照让学者容易进行版本比较和深入研究。

从《重编施注涪陵古本》的对照条文能清楚看到与宋本用字差异:比如“坚”与“硬”,涪本多用“坚”,宋本多用“硬”(鞭)。这可能与避讳有关,如隋文帝名“坚”,后世抄本可能因此改用“硬”字,比如涪本191条(宋本213条)。

- 4) 药方编号:全书共有375个可抓药的药方,此外还有五十余首经验方。伤寒部分的方剂共有115方,其余的为杂病类的方剂。药方的编号独立于条文编号,以便在临床实践中灵活应用原方治疗其他疾病,往往能取得意想不到的疗效。在剂量表述中,涪陵古本大承气汤用“厚朴八两”,宋本用“厚朴半斤”。虽然半斤八两是一样的,东汉时用的十六进制。不同的用词可反应出历史年代,帮助我们更好认识伤寒论的流传。

5) 核对引文：重编过程中对施老注释中多处引用的经典进行了完善。重新分段增补，并核对了引文所出的古籍书名、字词和标点。施老注释中引用了《素问》25篇，共57次；《灵枢》14篇，共42次。施老的注解融合了《灵枢》和《素问》的经文，以经注经，发掘古义，既有独特的理论见解，又具实践性。

6) 逐条逐字校对，尽量保持原貌：将施注的抄本与涪陵古本的影印本进行了逐条逐字的校对。对于抄本与影印本原文中存在的差异，除了修正明显的笔误外，一律加以说明，并标注出不同之处。例如，在辨太阳病用桂枝汤法脉症篇第三，古本使用“症”字，而施注本使用“证”字，表明施老参考了宋本。重编在篇名中保留了古本的“症”字，而在原文内容和施注部分则使用“证”字。

在原文和施老的注释中，尽量保持医古文古体字的原貌，同时使其符合简体字的规范。例如，涪陵古本的原文和施注中使用了“藏府”，而非现代通用的“脏腑”，我们保留了没有肉月旁的“藏府”。在涪陵古本和施注中出现的“藏燥”，也保留了干燥的“燥”字。此外，涪陵古本的原文使用了“风湿相搏”，而对照的宋本条文则使用了“风湿相抻”。在这种情况下，重编的古本原文保留了“风湿相搏”，但在对照的宋本条文中可以看到“风湿相抻”。

7) 增加对照表：重编增加了涪陵古本与宋本《伤寒论》及《金匱要略》的篇章对照表、方剂笔画索引、方名目录，以及涪陵古本与宋本《伤寒论》条文编号的对照和索引。这些增加的内容有助于学者对不同版本进行更深入地研究。

8) 从繁体转换为简体字：这个过程涉及多个阶段和步骤，与其他所有工作步骤紧密融合。这是一个耗时长久、繁琐复杂且充满挑战的过程。在将文本转换为规范简体字的过程中，遇到了诸多问题，包括处理异体字、俗体字、以及识别专有名词和名称等。

4. 以重编施注涪陵古本作为教材的学习

马寿椿老师带领研究班，坚持每周学习，已经完成伤寒论部分的学习。在学习过程中，对照条文，发

现涪本多用“经过”，宋本用“过经”。涪本的77，78条分别为“伤寒十三日，经过而谵语”，“太阳病，经过十余日”，宋本对应的105，123条则作“过经”。“经过”与“过经”字序不同，表达的含义亦有差异。此类细微的文字差异，反映了不同版本在理解和表述病程传变上的不同侧重。此外，涪本116条为“证象阳旦…夜半阳气还，两足当温”。而宋本第30条为“两足当热”。“温”与“热”虽同属阳性，但温为热之渐，热为温之甚，二者在程度上有所区别。这些版本差异不仅丰富了文本解读的层次，也为深入理解《伤寒论》原意及其临床应用提供了重要参考。

在马寿椿老师带领的主要由临床医生和学院老师组成的英文《伤寒论》学习中，针对宋本第139条，有人提出了关于条文中“脉微弱，此本有寒分也”中“寒分”一词的疑问。大家注意到，“分”字在宋本其他条文中并未出现过类似用法，因此对为何此处特别使用“分”字产生了讨论。经查证，宋本中确实仅此一条使用了“寒分”这一表达。而在对应的涪陵古本第94条中，相关内容为“其脉微弱者，有寒也”，并未出现“分”字。通过条文对照，不仅帮助我们发现了不同版本间的细微差异，也有助于更全面、深入地理解学习过程中遇到的问题。

施老的注释对学习和临床实践均具有重要价值。他不仅以深厚的理论功底和丰富的临证经验阐释条文，还结合版本学考证提出独到见解。例如，涪陵古本151条（宋本176条），两本均载“伤寒脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之。”但重编施注涪本保留了施老依据江西古本所作的改动，将“里有寒”改为“里无寒”，并指出此处为“原文错刊之误”，这一校勘观点与部分前人研究一致。又如在抵挡汤条文（涪本225条，宋本237条）中，原文“本有久瘀血，故令喜忘”，施老注释认为“此瘀在经络”，并据此列出相关针灸穴位，为临床辨证施治提供了具体指导。

5. 总结

重编施注涪陵古本为学习《伤寒杂病论》提供了重要的参考依据。通过对比不同版本的《伤寒论》条文，结合施老的逐条注释，不仅能够加深对原文的

理解，还能揭示文本在流传过程中的演变与差异。这种比较研究的方法，有助于解决学习和研究中的疑难问题，同时也为深入探讨《伤寒杂病论》的整体结构与学术价值提供了坚实基础。在重编过程中，团队倾注了大量心血，进行了多轮校对。受限于时间和能力，书中仍存在疏漏。今后若有机会，我们将继续修订完善。

参考文献

- [1] 施济民注释, 马蕾等重编, 马寿椿主审《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》，学苑出版社：2022. 11
- [2] 施纪云主编，《涪陵县续修涪陵志》，民国十七年；人物志卷十四；人物志四；仕进篇

从教学方式和课程的构建及组织浅谈马寿椿老师教授《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的特点

陈连^{1,2}

1. Laegernes Akupunktur, Lyngvej 2, st. tv., 2800 Lyngby, Denmark.
2. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班 203

A brief discussion on Dr. Shouchun Ma's teaching characteristics on the book "Re-edited of Shanghanzabinglun with Shi's annotation on Fulingguben Version"- in terms of teaching methods and course construction and organization

Lian Chen Tving^{1,2}

摘要：该文回顾了马寿椿老师自2021年至2024年间通过网络对《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》一书进行的课程教学，从教学方式和课程的构建及组织方面对其教学特点进行了系统总结，是第一批对马老教学特色方面进行的专业总结之一。

关键词：伤寒杂病论；马寿椿；涪陵古本；教学方式特点

Abstract: This article reviews the lectures conducted by Dr. Shouchun Ma between 2021 and 2024 on the book "Re-edited of Shanghanzabinglun with Shi's annotation on Fulingguben Version". A systematic summary about teaching characteristics in terms of teaching methods and course construction and organization was conducted, which is one of the first professional summaries on the characteristics of Dr. Ma's teaching.

Keywords: Shanghanzabinglun(Treatise on Cold Damage and Miscellaneous Diseases), Shouchun Ma, Fulingguben version(Fuling ancient edition), Teaching characteristics.

概述

施济民先生是蜀中民间中医大师，曾被四川医史学会誉为清末以来四川四大名医之一。施老于1962年偶获《涪陵古本伤寒杂病论》抄本，该书是存世诸多版本中唯一囊括《伤寒论》并《金匱要略》为一体的古本。施老获此书视若至宝，于是在前著

《伤寒双巨录》与《金匱要略新释》基础上，详加注释，附以针灸，于丙午年（1966年）冬月完成《施注涪陵古本伤寒杂病论》。但因历史原因，该书一直未能得以出版^[1]。施老之亲传弟子马寿椿老师秉承施老之志，悬壶济世。此外更是积极为中医文化的传承而努力。2021年9月马寿椿老师与其长女马蕾一起创建世界伤寒

杂病论涪陵古本研究会，宗旨是向全世界推广中医经典精华伤寒杂病论。由马寿椿老师担任主审，马蕾主编，吴俊梅、李兰、刘书含协编，对《施注涪陵古本伤寒杂病论》一书进行了重新编辑和整理，使该书更适合现代人的阅读习惯。《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》一书于2022年底付梓出版^[1]。

自研究会成立初起，马老就开始在研究会两个微信群中讲解《重编涪陵古本伤寒论》，彼时书籍虽尚未出版，但已经吸引了众多中医从业者和爱好者加入研究会并跟随马老学习，其中不乏众多已有所建树的资深中医人。2022年在研究会的基础上，马老因大众对学习的热情和需要建立了涪陵古本研究班，由马寿椿老师担任班主任、主讲老师，以《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》为教材，旨在世界范围内培养一批高水平的中医人才。所有的课程马老分文不取，全部是公益课程。在近两年半的时间里，马老已经从辨脏腑经络先后病脉症篇第一讲到辨少阴病脉证篇第十三，共计约70节课。

马老在对施注涪陵古本的授课过程中，无论是对课程体系的构建、讲课的组织还是讲课的具体内容，都有的自己鲜明的特点，现总结如下。

一. 教学方式的特色

马老师在教学过程中采用了多种方式相结合进行教学。主要由以下几部分组成：音频讲座，课后作业及预习，班级课后讨论及答疑。

1. 音频讲座

马老师每周五北京时间早8点会准时发出本周课程的录音讲座。学习频率基本上是每周一堂课，每堂课时长在30-40分钟。音频讲座对于同学来说具有灵活方便的特点。研究班的同学来自世界各地，不可能采用线下的方式同时授课。即使采用Zoom等线上课程方式也不能解决因时差而不能同时听课的问题，并且也需要有一定的技术和网络支持才能得以顺畅完成。音频讲座的方式完美解决了这个问题。同学们可以在多种场合下听课，比如交通途中、工

间休息等等。一副耳机就可以让自己与喧嚣的外界隔绝开来，沉浸在自己的学习当中，也不会给他人造成干扰。

马老对每课时长30-40分钟的设计也是最适合成年人学习的。研究发现，对学习最为重要的持久性注意力时长受到年龄、性别、环境、种族、任务复杂及精细程度等多方面因素的影响，不同实验得出的成年人持久性注意力时间从20分钟到数小时不等。综合各种因素，成年人30-45分钟的学习时长对课程内容的理解和吸收都是最高效的。

2. 配合音频讲座录制相关讲授条文的诵读音频

马老认为对条文的熟练记忆是开方用药的基本功，每节课都专门标注出需要背诵的条文。人类记忆方式有机械记忆和理解记忆的分类。老师对每一条文的讲解及课后的讨论答疑可以激发理解记忆。音频条文则是通过重复来激发机械性记忆。条文音频中每课条文时长5-10分钟，所有要求背诵的条文被诵读两遍。这对大多数超过30岁，以理解性记忆为主的同学们来说是一个很好的帮助记忆的辅助工具，可以更好地利用碎片化的时间进行学习。

3. 课后作业

马老师发出每堂音频课程的同时会给出当堂课的作业题，使同学们听课时就明了本节课的重点、难点，从而可以带着问题听课。并在做作业时进一步深入地思考。马老也可以通过作业了解同学们对教学内容的理解程度。

马老在作业中时时会给出选做题。这部分题目可以理解为超出当时教学要求但又密切相关的问题。研究班同学背景不同，思维方式不同。马老认为这既是本班的优势也是本班对他的挑战，因为既要保持同学们的思维积极性、开放性，也需要让同学真正学习到仲景思维体系。选做题让那些有基础有余力的同学能够更深入及更广泛地思考相关的问题。

4. 课后疑点难点讨论

以微信群为平台的课后问题讨论和答疑是马老讲重编施注古本伤寒论的一大亮色。

课后讨论中马老采用了近年较为流行的PBL (Problem- Based Learning) 教学方式。在听课后及做作业的过程中, 班里同学可以就学习中遇到的疑点、难点提出疑问。其他同学既可以回答问题, 也可以因受启发提出新的问题。马老师并不会对所有的问题都给予一个具体的标准答案, 而是鼓励大家畅所欲言, 甚至提出问题引导大家深入思考。但当大家的讨论有偏离仲景伤寒论基本思维时又会将大家从天马行空中拉回来。一放一收之间, 老师一直都在关注并指导着讨论的方向和范围, 避免偏离学习的主航道。游刃有余间体现出老师多年教学的经验。

马老在大家进行课后讨论时如果发现同学们共同的基础知识方面的漏洞, 会通过或文字或音频的方式进行补充教学。例如补充讲解水液代谢等。

二. 课程体系构建的特色

1. 注重筑基

在研究班成立之初, 马老首先用了半年的时间带领同学们系统学习及回顾了伤寒论中提到的88味中药及黄帝内经灵枢经脉篇中的14条经络。由班中同学以《中国药典》、《中医大辞典》为准, 第五版《中药学》教材为补充, 整理出了伤寒论中提到的88味中药的名称、功效、归经、剂量。马老要求每周背诵10味药物, 为后来讲具体的方剂打下坚实基础。之后马老安排班里针灸专业的同学每周一讲解灵枢中相关经脉的原文并要求背诵。这样经过半年的基础巩固和学习, 才开始正式讲解施注涪陵古本伤寒论的条文。

2. 每堂音频课有相对固定的组织方式和内容特点

马老每堂课都首先会介绍讲课人、录音日期、选用的教材及本课讲授的条文, 然后才开始详解各条

文。具体的条文讲解中通常包含有下列内容: 1. 逐字的讲解、释义。2. 条文中的中医基础知识、概念。3. 用伤寒论的思维分析条文所包含的病因病机、症状治法的关系。4. 结合施济民老师的注解来讲解, 帮助理解施老注解的精妙之处。5. 对理解有争议的条文既谈后世诸家学说, 也谈他个人的理解和临床体会。6. 以临床病例加强对条文的理解。7. 以施注涪陵古本伤寒论为主线, 穿插讲解与伤寒论相关的其他经典, 比如温病学说。8. 以特殊的专题讲座的形式讲解运用广泛的方剂, 比如五苓散专题。

3. 整体教学计划既具有系统性和连贯性但又分阶段性

马老明确提出研究班的教学需要3到5年的时间, 并以分阶段的方式进行。第一阶段是补充伤寒论相关基础知识的筑基阶段。第二阶段也就是目前我们所在的条文讲解阶段。这一阶段学习的重点是对具体条文的逐一讲解, 同学们的任务是理解条文并能够熟记条文。这样为学习的第三个阶段为辨病打下扎实的基础。第三阶段的辨病阶段, 马老将更多地带领大家对具体的病症进行学习和讨论。

马老师强调学习过程中的复习。每一篇学习完结时都以专门的课时复习全篇的内容并进行归纳总结, 还要求每个同学自己进行相应的小结。马老提出学习伤寒论要一步三回头, 每一次回顾都会有新的感受、新的收获。例如在系统讲解完辨太阳病用柴胡汤法脉证篇第六后, 专门用一堂课对全篇内容进行概括总结, 使同学们可以抓住学习内容的主线, 而不会迷失在细节当中。

4. 教学中融入马老的学术特色

马老师作为施济民老先生的亲传弟子, 潜心研究中医经典, 具有大量的临床实践经验。对伤寒论以及施老的学术既有对其精髓的传承, 也有着自己的独到见解。比如马老在讲课中多次提出了伤寒论思维体系中被忽略的明珠——专病专方, 反复强调治病需求其本、必须抓住病机、有的放矢等等。他确定

了研究班对药物的使用计量遵循传统派的剂量标准。

马老对中医发展的前景、目前阻碍中医发展的弊端等问题都有深刻的认识，他提出要坚持以伤寒论为框架的经典中医思维，反对废医存药，废医存针。但同时他也提出，在坚持经典中医思维体系的基础上要兼收并蓄，兼容现代西医相关知识。这些宝贵的认识和经验已经形成马老自己独到的学术特色。而他亦将个人独有的学术经验自然而巧妙地融合在了日常教学中。

三. 课程教学组织构架的特点

1. 教学以研究班为主体开展活动

研究班有50名同学。平均年龄50岁，来自亚洲、北美洲、欧洲及大洋洲的6个国家。除了地域的多样化，同学的普遍高学历及多样化专业背景也是班级的特色之一。64%学员为中医从业者，其中不乏业内独树一帜的专家教授。此外还有西医学习中医的跨界医生，及非医学专业但出身名校并在其他专业领域颇有建树的行业翘楚。普遍的高学历使研究班中非医学背景的初学者在学习之初已具有独立的科研和探索能力，具有很高的起点。这样的班级构建一开始引来一些疑问。有人认为初学者与多年的中医从业者不在一个起跑线上，混搭的结果会是小白跟不上进度，而资深者没有足够的学习濡养。

马老在建班初始就提出了就低不就高的原则。他提出研究班不是一个提高班，而是一个从头开始学习经典中医理论及思维体系的班级。这有别于当今主流中医界以中医基础为出发点的中医思维及西医化中医思维体系。他希望通过《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的系统学习，班里同学能建立起以伤寒论为依托的经典中医的思维体系。因此已从事中医工作多年的同学需要有归零心态、空杯心态，按照学习要求的进度从头开始才能有所得。若囿于自己的习惯性思维方式和经验将很难有所突破，甚至会感到与自己过去所学相互矛盾。

事实证明，这样的班级构建无论对专业中医师还是初学者们都有着积极的推动。初学者提出的某些问题有时可能是极其重要的基础问题，但对专业中医师而言，却可能因为思维模式的障碍或缺陷而被忽略，在问题被提出来时专业的中医师却可以因为问题的提出意识到自身思维惯性的不足。而初学者同学在与有经验的同学交流时，很多问题可以得到即时专业的解答，避免了自学中医时那种碰到问题觉得似是而非却不知什么是真正准确答案的困境。

2. 研究班内作业打卡制度的建立

加入研究班的同学们都有很强的自律性，心中也有强烈的学习愿望，但大多数同学也是工作家庭均负担较重的中年人，常会被生活中各种琐事所束缚和牵绊。没有具体的要求，学习就很有可能如蜻蜓点水、流水浮云般，看似听了课，却无法留于心中。因此马老师多次提到，有要求和没有要求其最后的结果是不同的，并建立起班级作业打卡制度。每堂课后作业都有具体的提交截止日期，有专门的同学负责统计所有同学作业完成及打卡情况并公布在班里。也有专门的同学将所有同学的作业按每一课进行汇总以供所有同学阅读和借鉴。课后作业并打卡制度是对同学们学习的一种督促。但打卡制度也很灵活，因事不能按时完成作业的同学可以申请缓交。这样的制度成为了班级良好学习风气的基石之一。

3. 教学内容面向研究会所有成员及所有伤寒论的爱好者和学者免费公开

马老秉承世界伤寒杂病论涪陵古本研究会的建会宗旨（以施注涪陵古本为依托，在世界范围内传播伤寒论），除了在研究班授课，亦将每周的教学内容同频发布到研究会的两个微信大群，并开创了喜马拉雅的专属频道，所有音频课程均免费上传。马老也会定期选出研究班同学的优秀作业分享至研究会大群。此外由研究班专门的同学将研究班的每堂课后讨论均打包发往微信大群。这样的模式使得因各种原因无法达到研究班的严格要求，但仍一心求学

的学子们也有了按适合自己的需求进行学习的机会。

小结

马寿椿老师师承中医大家施济民，早在进入成都中医药大学之前便已跟随施老治病救人无数。文革后于1980年考入成都中医学院（成都中医药大学前身），成为高考恢复后的第二届硕士研究生。毕业后进入重庆中医研究院工作，任中医科病房主任。1988年马老应美国西雅图北美东方针灸医药学院的邀请前往任教并从事临床工作，此后定居于西雅图。马老勤学不辍，有理想抱负，于59岁重入考场，并成功考入中国中医科学院，三年后获得博士学位。

如今马老是美国中医界的泰斗。他是全美首批中医针灸博士生导师，至今仍担任全美中医药学会顾问。马老多年在中医药的土地上辛勤耕耘，在临床、教学、科研多方向均取得卓越成就。他不仅有坚实宽广的中医理论基础和大量丰富的临床经验，更有着对传承中医文化的使命感和责任担当。他与许多西医师均有良好的合作。2022年马老与西医出身却在中医药翻译领域赫赫有名的Dan Bensky博士共同翻译并编著的英文版伤寒论《Discussion of Cold Damage - With Commentaries For The Clinic》，历经20多年的雕琢终于付梓出版。该书迅速在欧美中医学届引起热烈反响并获得广泛及深度好评。

马老在2021年成立世界伤寒杂病论涪陵古本研究会后便推拒了诸多社会活动，潜心讲解《施注涪陵古本伤寒杂病论》。他讲课时既运用传统的学习手段，也运用现代的方法，在讲课中注重打牢基础，踏踏实实，一步一个脚印地向前走。他对课程的设计既有长期计划又有阶段性学习目标。马老在组织学习的建构体系上也极有特色，充分运用当今时代的网络优势建立研究班，按照新时代高水平中医人才的标准培养学员。在教学过程中，马老尤其注重培养学员的中医思维理念，坚持仲景伤寒论为依托的

经典中医思维。他提出了伤寒论专病专方的思维是与六经辨证一样重要的思维体系，而辨证论治是专病专方基础上独有的学术论点并将其贯穿于教学之中。

马老将毕生所学毫无保留地传授给后辈学子，却淡泊名利、以身作则，所有的课程均为公益课程，体现了他的高风亮节。研究班同学们在马老的悉心教导下，不仅在学术上得到成长，在学习态度乃至做人的态度上都受到潜移默化的影响。在马老带领下的施注涪陵古本伤寒杂病论研究班必会成为学术界的一股清流。

本文参考的大部分内容来自目前未出版的讲课录音，研究班微信群讨论发言及世界伤寒杂病论涪陵古本研究会所属的公开网站及公众号的内容，在此对参与资料整理工作的研究班同学，例如周梅，谭胜乔，李小玲，李燕琴，王辉等表示由衷的感谢！同时对写稿过程中马寿椿老师，吴俊梅和李妙媛同学的指导和帮助表示深深的感谢！

参考文献

- [1] 马寿椿，马蕾，吴俊梅，et al. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论. 北京：学苑出版. 2022.
- [2] Hilgard, E. R., Irvine, et al. Rote memorization, understanding, and transfer: an extension of Katona's card-trick experiments. *Journal of Experimental Psychology*, 1953, 46(4): 288-292.
- [3] Shouchun Ma, Dan Bensky. Discussion of Cold Damage - with Commentaries for Clinic, Seattle: Eastland Press, 2023.

作者简介（第一通讯作者）：

陈连，本科毕业于成都中医药大学针灸专业89级，丹麦哥本哈根大学临床医学硕士，丹麦注册西医师，针灸师。现于哥本哈根自营诊所。2021年起跟随马寿椿老师学习涪陵古本伤寒杂病论。mail to: lian@medaku.dk

研究进展

中医传统运动功法治疗膝骨关节炎的临床研究进展

丁继红（福建中医药大学中医学院，博士研究生）

王增平（太极纽约中医针灸中心）

【摘要】膝骨关节炎（knee osteoarthritis, KOA）是一种严重影响中老年人生活质量的慢性退行性疾病，在中医学中属于“痹证”“痿证”等范畴。近年来，太极拳、八段锦等中医传统运动功法在缓解KOA症状、改善关节功能方面显示出显著疗效。相比现代有氧运动训练如功率自行车等，其在安全性、可及性、整体康复效果等方面具有一定优势。本文系统综述了近年来国内外以太极拳、八段锦等传统功法治疗KOA的研究进展，分析其临床疗效及潜在机制，以期为后续推广應用和机制研究提供理论参考。

【关键词】传统运动疗法；膝骨关节炎；临床研究；作用机制

Abstract

Knee osteoarthritis (KOA) is a chronic degenerative disease that significantly affects the quality of life in middle-aged and elderly populations. In traditional Chinese medicine (TCM), it is classified under the categories of “Bi syndrome” and “Wei syndrome.” In recent years, traditional Chinese exercise therapies such as Taijiquan and Baduanjin have shown notable efficacy in relieving KOA symptoms and improving joint function. Compared with modern aerobic exercises like power cycling, these traditional practices offer distinct advantages in safety, accessibility, and overall rehabilitation benefits. This review systematically summarizes recent domestic and international clinical research on the use of Taijiquan and Baduanjin in the treatment of KOA, aiming to provide theoretical reference for their broader clinical application and mechanistic exploration in the future.

Keywords: Traditional exercise therapy; knee osteoarthritis; clinical research; mechanism of action

膝骨关节炎（KOA）是一种以关节软骨退变和关节边缘骨赘形成为主要特征的慢性退行性疾病，表现为膝关节疼痛、僵硬、肿胀及功能障碍等，严重影响患者的生活质量[1-2]。研究显示，全球40岁以上人群KOA患病率为22.9%[3]，我国50岁以上人群患病率为14.3%[3]。目前临床治疗方案主要包括非药物、药物及手术干预，其中以健康教育、物理治疗、体重管理和阶段性有氧训练等非药物干预为核心[4]。近年来，多个国际权威指南将包括太极拳、八段锦、瑜伽等有氧身心运动纳入KOA的一线干预推荐中[4-7]。

中医传统运动功法如太极拳、八段锦等融合了中医学“形神合一”、“动静相兼”的理论基础，能降低KOA患者膝关节负荷，减轻疼痛，改善关节功能障碍，可对膝关节损伤的风险降低约30%[8-11][14]，具备温和、安全、整体性强等特点，逐渐成为KOA干预研究的重要方向[12-13]。本文拟从太极

拳与八段锦两大类功法切入，分析其临床疗效、作用机制及联合干预的研究进展。

1、太极拳治疗膝骨关节炎的研究进展

（1）临床疗效 太极拳是一种强调意念调控与身体动作协同的传统拳术，适宜不同体质和年龄人群。多项研究表明，太极拳可有效缓解KOA患者的膝关节疼痛、僵硬，改善肌力、步态与平衡能力，提高生活质量[15-21]。其在心理调节方面同样具有积极作用，可减轻焦虑、抑郁情绪，提高自我效能与疼痛耐受力，减少对镇痛药物的依赖[22]。

太极拳训练相比传统物理治疗及其他有氧运动（如功率自行车）在缓解WOMAC评分中的疼痛、僵硬与功能障碍和SF-36生活质量等指标方面效果相当[23-25]，且改善疼痛及功能受限的最小有效剂量为2-5周，更适用于中老年人长期坚持。

(2) 作用机制 太极拳动作缓慢连贯, 强调重心转移和姿势调整, 可增强膝关节周围肌群, 特别是股四头肌、腘绳肌的肌力, 从而提高膝关节稳定性和活动度[26-28]。同时, 其身心兼修特点有助于激活大脑前额叶等神经中枢的功能连接, 改善疼痛感知通路[32-33]。此外, 研究发现太极拳可调节炎症因子水平、刺激本体感受器功能恢复, 从而在抗炎、镇痛与运动控制层面发挥综合作用[30-31]。

(3) 联合干预研究 太极拳可与多种中西医治疗方式联合应用以增强疗效, 如结合关节康复训练、口服NSAIDs或中药、针灸、温针灸等。如膝关节屈伸及等长收缩练习联合12周太极拳训练可刺激本体觉感受器、增强维持下肢肌肉功能、改善步态[34]; 塞来昔布联合16周太极拳治疗, 可加速肌肉代谢与力量提升, 增强本体平衡功能[35]; 中药补肾祛痰方联合太极拳亦可有效缓解疼痛、提高活动能力, 体现中医内外兼治的治疗优势[36-38]。

2、八段锦及其他传统功法干预KOA的研究进展

(1) 临床疗效 八段锦是另一种流传广泛的中医传统健身功法, 与太极拳类似, 具有柔和缓慢、动静相兼、神形相合的特点, 动作简洁易学, 安全性高, 适合居家长期练习和推广。1982年已有文献报道, 每日放松、有意识的八段锦训练, 可用于缓解膝骨关节炎症状[39]。长年八段锦练习者可更好地满足机体在运动状态下的有效供氧[40]。近年临床研究常选择3个月或1年八段锦训练方案, 可显著减轻KOA患者疼痛、僵硬和残疾, 改善膝关节本体感觉和姿势稳定性, 提高患股四头肌力量、有氧能力、自我效能和生活质量^[41-45]。研究表明, 八段锦可通过柔性拉伸与呼吸调控提升肌力、增强关节稳定性, 改善本体感觉和平衡能力, 从而有效减轻膝关节疼痛和功能障碍[41-45]。

临床研究发现, 与健康宣教措施相比, 3个月八段锦训练在增加KOA患者下肢肌肉含量, 降低脂肪含量, 改善症状严重程度方面优势明显[52]。与口服美洛昔康胶囊相比, 八段锦训练3个月后降低KOA患者VAS及WOMAC评分更加显著[53]。与常规功能锻炼相比, 八段锦锻炼可显著提高股四头肌峰力矩和平均功率、Fugl-Meyer下肢功能评分、一般自我效能感量表(GSES)评分[54]。

其他传统功法如五禽戏、易筋经等在显著减轻KOA患者疼痛、增强膝关节屈伸功能、上楼能力、提高平衡能力方面亦有文献支持[46-51], 尤其在

与推拿、艾灸、康复训练联合使用时疗效更为突出。

(2) 作用机制 八段锦的缓慢动作能够轻柔拉伸韧带和肌肉, 产生的冲击力很小, 尤其适合老年或慢性病患者, 其训练过程有些特定姿态, 能够锻炼腰背及下肢肌肉, 尤其对股四头肌、腘绳肌等关键肌群的激活作用显著, 改善关节周围的肌肉力量, 增强身体协调及平衡性, 同时有助于血液循环、滑液分泌与代谢产物清除, 进而促进关节软组织修复。长期练习亦可调节中枢神经系统释放内啡肽等镇痛因子, 缓解情绪障碍, 形成正向心理反馈。

关于八段锦改善KOA患者的作用机制, 从中西医机理分析有以下几个方面:

- 1) 调形以助肌肉功能, 改善力学平衡;
- 2) 调气以利血液循环, 改善滑液分泌;
- 3) 调神以促神经功能, 改善前庭功能、本体感觉、神经肌肉控制[55]。

此外, 在高级中枢机制研究方面, 与太极拳、有氧运动训练作用途径相同, 可通过调整背外侧前额叶皮质-躯体感觉区功能连接强度[32]。

3、总结与展望 综上所述, 太极拳、八段锦等中医传统运动功法作为KOA非药物干预的重要方式, 具备缓解疼痛、改善功能、调节情绪、减少炎症等多重作用机制, 具有广泛的适用性和良好的安全性。然而当前研究仍存在以下不足:

- (1) 评价指标多依赖主观量表, 尚缺乏客观、生物学层面的效应指标支撑;
- (2) 传统功法种类繁多, 干预方案缺乏统一标准, 适应人群、训练频次、疗程强度等尚待规范化;
- (3) 长期干预的安全性、依从性及远期疗效仍需大样本前瞻性研究验证;
- (4) 传统功法与现代治疗手段的优势整合与机制阐释仍有待深入挖掘。

未来应加强标准化研究与多中心随机对照试验设计, 构建科学、系统的传统运动功法干预体系, 促进其在KOA防治中的推广与规范化应用。

参考文献

- [1] 陈卫衡. 膝骨关节炎中医诊疗指南(2020年版)[J]. 中医正骨, 2020, 32(10):1-14.
- [2] 王波, 余楠生. 膝骨关节炎阶梯治疗专家共识(2018年版)[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2019, 13(01):124-130.

- [3] Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *EClinicalMedicine*. 2020 Nov 26; 29-30:100587.
- [4] Arden NK, Perry TA, Bannuru RR, Bruyère O, Cooper C, Haugen IK, Hochberg MC, McAlindon TE, Mobasheri A, Reginster JY. Non-surgical management of knee osteoarthritis: comparison of ESCEO and OARSI 2019 guidelines. *Nat Rev Rheumatol*. 2021 Jan;17(1):59-66.
- [5] American Academy of Orthopaedic Surgeons. Summary of Recommendations for the Treatment of Osteoarthritis of the Knee. American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2013. <https://www.orthoguidelines.org/topic?id%C2%BC1005>
- [6] Hauk L. Treatment of knee osteoarthritis: a clinical practice guideline from the AAOS. *Am Fam Physician*. 2014 Jun 1;89(11):918-20. PMID: 25077402.
- [7] 膝骨关节炎运动治疗临床实践指南[J]. 中华医学杂志, 2020(15):1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129.
- [8] Chang AH, Lee JJ, Chmiel JS, Almagor O, Song J, Sharma L. Association of Long-term Strenuous Physical Activity and Extensive Sitting With Incident Radiographic Knee Osteoarthritis. *JAMA Netw Open*. 2020 May 1;3(5):e204049.
- [9] Ettinger WH Jr, Burns R, Messier SP, Applegate W, Rejeski WJ, Morgan T, Shumaker S, Berry MJ, O'Toole M, Monu J, Craven T. A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The Fitness Arthritis and Seniors Trial (FAST). *JAMA*. 1997 Jan 1;277(1):25-31.
- [10] Raposo F, Ramos M, Lúcia Cruz A. Effects of exercise on knee osteoarthritis: A systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2021 Mar 5. doi: 10.1002/msc.1538. Epub ahead of print. PMID: 33666347.
- [11] Tanaka, R., et al., Efficacy of strengthening or aerobic exercise on pain relief in people with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil*, 2013. 27(12): p. 1059-71.
- [12] 姬瑞敏. 太极拳运动对中老年人脑功能和有氧运动能力的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2020, 26(06):637-642.
- [13] 薛扶民, 许廷森. 太极拳运动的有氧运动机理[J]. 中华武术, 2010(12).
- [14] Li Y, Wang K, Wang L, Chang T, Zhang S, Niu W. Biomechanical analysis of the meniscus and cartilage of the knee during a typical Tai Chi movement-brush-knee and twist-step. *Math Biosci Eng*. 2019 Jan 30;16(2):898-908.
- [15] Tsai PF, Chang JY, Beck C, Kuo YF, Keefe FJ. A pilot cluster-randomized trial of a 20-week Tai Chi program in elders with cognitive impairment and osteoarthritic knee: effects on pain and other health outcomes. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Apr;45(4):660-9.
- [16] Lee HJ, Park HJ, Chae Y, Kim SY, Kim SN, Kim ST, Kim JH, Yin CS, Lee H. Tai Chi Qigong for the quality of life of patients with knee osteoarthritis: a pilot, randomized,

- waiting list controlled trial. Clin Rehabil. 2009 Jun;23(6):504-11.
- [17]Brismée JM, Paige RL, Chyu MC, Boatright JD, Hagar JM, McCaleb JA, Quintela MM, Feng D, Xu KT, Shen CL. Group and home-based tai chi in elderly subjects with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2007 Feb;21(2):99-111.
- [18]Song R, Lee EO, Lam P, Bae SC. Effects of tai chi exercise on pain, balance, muscle strength, and perceived difficulties in physical functioning in older women with osteoarthritis: a randomized clinical trial. J Rheumatol. 2003 Sep;30(9):2039-44.
- [19]Wortley M, Zhang S, Paquette M, et al. Effects of resistance and Tai Ji training on mobility and symptoms in knee osteoarthritis patients. Journal of Sport and Health Science, 2013, 2(4):209-214
- [20]You Y, Liu J, Tang M, Wang D, Ma X. Effects of Tai Chi exercise on improving walking function and posture control in elderly patients with knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2021 Apr 23;100(16):e25655.
- [21]Chen PY, Song CY, Yen HY, Lin PC, Chen SR, Lu LH, Tien CL, Wang XM, Lin CH. Impacts of tai chi exercise on functional fitness in community-dwelling older adults with mild degenerative knee osteoarthritis: a randomized controlled clinical trial. BMC Geriatr. 2021 Jul 31;21(1):449.
- [22]Wang C, Schmid CH, Hibberd PL, Kalish R, Roubenoff R, Roness R, McAlindon T. Tai Chi is effective in treating knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. Arthritis Rheum. 2009 Nov 15;61(11):1545-53.
- [23]Wang, C., et al., Comparative Effectiveness of Tai Chi Versus Physical Therapy for Knee Osteoarthritis: A Randomized Trial. Ann Intern Med, 2016. 165(2): p. 77-86.
- [24]Lee AC, Harvey WF, Price LL, Han X, Driban JB, Iversen MD, Desai SA, Knopp HE, Wang C. Dose-Response Effects of Tai Chi and Physical Therapy Exercise Interventions in Symptomatic Knee Osteoarthritis. PM R. 2018 Jul;10(7):712-723.
- [25]胡坤. 不同运动方式对社区中老年膝骨性关节炎患者干预效果的随机对照研究[D]. 福建中医药大学, 2017.
- [26]Lee HY, Lee KJ. [Effects of Tai Chi exercise in elderly with knee osteoarthritis]. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2008 Feb;38(1):11-8.
- [27]Tsang WW, Hui-Chan CW. Effects of tai chi on joint proprioception and stability limits in elderly subjects. Med Sci Sports Exerc. 2003 Dec;35(12):1962-71.
- [28]潘晓雨, 黄灵燕, 吕娇娇, 伍颢, 牛文鑫, 刘宇. 新型太极拳干预对老年女性膝骨关节炎患者下肢肌力和动态平衡影响[J]. 体育科研, 2017, 38(01):68-71.
- [29]Xu D, Hong Y, Li J, Chan K. Effect of tai chi exercise on proprioception of ankle and knee joints in old people. Br J Sports Med. 2004 Feb;38(1):50-4.
- [30]陈李圳, 景向红, 代金刚. 太极拳和八段锦缓解慢性疼痛机制的研究进展[J]. 中医杂志, 2021, 62(02):173-178.
- [31]Hu X, Lai Z, Wang L. Effects of Taichi exercise on knee and ankle proprioception among individuals with

- knee osteoarthritis. *Res Sports Med.* 2020 Apr-Jun;28(2):268-278.
- [32] Liu J, Chen L, Tu Y, Chen X, Hu K, Tu Y, Lin M, Xie G, Chen S, Huang J, Liu W, Wu J, Xiao T, Wilson G, Lang C, Park J, Tao J, Kong J. Different exercise modalities relieve pain syndrome in patients with knee osteoarthritis and modulate the dorsolateral prefrontal cortex: A multiple mode MRI study. *Brain Behav Immun.* 2019 Nov;82:253-263.
- [33] Liu J, Chen L, Chen X, Hu K, Tu Y, Lin M, Huang J, Liu W, Wu J, Qiu Z, Zhu J, Li M, Park J, Wilson G, Lang C, Xie G, Tao J, Kong J. Modulatory effects of different exercise modalities on the functional connectivity of the periaqueductal grey and ventral tegmental area in patients with knee osteoarthritis: a randomised multimodal magnetic resonance imaging study. *Br J Anaesth.* 2019 Oct;123(4):506-518.
- [34] 周修五, 陈攻, 冯慧, 等. 太极联合综合康复锻炼对膝骨性关节炎的研究[J]. *医药前沿*, 2018, 8(29):362-363.
- [35] 宋国红, 张娜, 张斌. 塞来昔布联合太极拳对膝骨关节炎患者平衡功能的影响[J]. *现代消化及介入诊疗*, 2019(A02):2340-2341.
- [36] 彭键勇, 唐剑邦. 补肾祛痰方联合太极拳锻炼对肾虚痰浊型膝骨性关节炎的临床疗效观察[J]. *天津中医药大学学报*, 2021, 40(03):336-341.
- [37] 朱智, 李恩慧, 朱清广. 太极拳锻炼结合针刺干预膝骨性关节炎的临床观察[J]. *上海中医药杂志*, 2017, 51(03):54-56.
- [38] 成守仁, 张松宁, 景涛, 等. 温针灸结合太极拳治疗膝关节骨性关节炎的疗效研究[J]. *南京体育学院学报(自然科学版)*, 2014(2):32-36.
- [39] Koh TC. Baduanjin -- an ancient Chinese exercise. *Am J Chin Med.* 1982;10(1-4):14-21.
- [40] 潘华山, 冯毅翀. 八段锦锻炼对老年人1级高血压康复治疗的临床观察[J]. *南京体育学院学报(自然科学版)*, 2010, 9(01):4-6.
- [41] An Bingchen, Dai Kerong, Zhu Zhenan et al. Baduanjin alleviates the symptoms of knee osteoarthritis. [J]. *J Altern Complement Med.* 2008, 14: 167-74.
- [42] Ye Jiajia, Simpson Michael William, Liu Yang et al. The Effects of Baduanjin Qigong on Postural Stability, Proprioception, and Symptoms of Patients With Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. [J]. *Front Med (Lausanne)*, 2019, 6: 307.
- [43] Ye JiaJia, Zheng Qikai, Zou Liye et al. Mindful Exercise (Baduanjin) as an Adjuvant Treatment for Older Adults (60 Years Old and Over) of Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. [J]. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2020, 2020: 9869161.
- [44] Wang Fenglan, Zhang Xiaoli, Tong Xiao et al. The effects on pain, physical function, and quality of life of quadriceps strengthening exercises combined with Baduanjin qigong in older adults with knee osteoarthritis: a quasi-experimental study. [J]. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021, 22: 313.
- [45] An BC, Wang Y, Jiang X, Lu HS, Fang ZY, Wang Y, Dai KR. Effects of Baduanjin exercise on knee osteoarthritis: a one-year study. *Chin J Integr Med.* 2013 Feb;19(2):143-8.
- [46] 殷献锦, 李海峰. 五禽戏对女性膝关节骨性关节炎患者本体感觉及平衡功能影响的研究.

- 江汉大学学报(自然科学版),
2017, 45(4):355-358
- [47] 汤丽珠, 李长辉, 张坤木, 肖爱娣, 潘政炜, 林洋. 推拿结合等速训练配合五禽戏治疗膝骨关节炎的临床疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(07):879-884.
- [48] 李长辉, 汤丽珠, 林斌强, 张坤木, 李智荣, 周桂飞, 林志辉. 等速训练联合五禽戏对膝骨关节炎肌力的影响及远期疗效[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(01):157-161.
- [49] 胡伟民, 龚利, 钱义明, 胡昊. 不同方式推拿功法易筋经操练对老年人膝关节屈伸肌力的影响[J]. 中国运动医学杂志, 2013, 32(09):775-779.
- [50] 郑衍庆, 张风华, 郑黎勤. 推拿功法易筋经结合艾灸治疗老年膝关节骨性关节炎的应用效果分析. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(5):522-524
- [51] 叶银燕, 牛晓敏, 邱志伟, 仲卫红, 黄承武, 陈剑, 陈长兴, 李宇涛. 易筋经功法训练对膝骨关节炎患者膝关节功能的影响[J]. 风湿病与关节炎, 2019, 8(10):19-23.
- [52] 江岩, 来章琦, 范恺怡, 汪逸超, 刘畅, 许喆麟, 黄睿, 赖剑慧, 王雪强, 王琳. 12周健身气功八段锦对膝骨关节炎患者下肢体成分及肌肉厚度影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(08):90-93.
- [53] 王翠敏, 孟令刚. 八段锦干预老年膝骨关节炎的临床研究. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(31):158
- [54] 陈凤娜, 吴为明, 乐益鸣. 八段锦功能锻炼对老年慢性膝骨关节炎患者运动能力、自我管理效能的影响[J]. 中华健康管理学杂志, 2020, 14(06):556-559.
- [55] 秦凯华, 郭语艳, 杨慎峭, 叶俏波. 八段锦改善中老年人膝骨关节炎的机理浅析[J]. 成都中医药大学学报, 2019, 42(03):9-11.

理论探讨

关于经络气血实质的生物医学本质探讨

房才龙

【中文摘要】：通过复习文献及临床观察认为中医的经络系统主要包括了神经系统和血液循环系统两方面的结构，其功能是神经行气（主要是神经生物电及继发的神经化学物质的释放），血液循环系统运血。手足互为表里的经接受相同神经干的不同纤维束的投射到相应的组织，构成了针刺十二正经的结构基础，所谓的经络感传现象主要是和神经系统受刺激后感觉神经末梢释放血管活性物质导致的毛细血管扩张产热等引起无直接突触联系的感觉神经依次激活传递信息有关。不同的循经感觉及特别体征的出现可能和不同神经末梢释放的物质种类及数量的不同相关。伤寒的六经是不同理论体系。归经理论是多余的。从经络的神经及循环系统的属性出发可以较好的解释中医的气血关系。

【英文摘要】：Through reviewing the literature, it is believed that the meridian system of traditional Chinese medicine mainly includes two structural systems: the nervous system and the blood circulation system. Its functions are the nerves to carry Qi (mainly nerve bioelectricity and secondary neurochemical release), and the blood circulation system to transport blood. The associated external and internal meridians of the hands and feet receive different fiber bundles of the same nerve trunks and project to the corresponding tissues, forming the structural basis of the twelve regular meridians of acupuncture. The so-called meridian sensing phenomenon is mainly related to the release of vasoactive substances from the sensory nerve endings after the nervous system is stimulated, resulting in the dilation of capillaries

and heat production, which causes the sequential activation of sensory nerves without direct synaptic connections to transmit information. The occurrence of different meridian sensations and appearance of special signs may be related to different types and amounts of substances released by different nerve endings. The six classics of typhoid fever are different theoretical systems. Meridian Proprietary theory of Traditional Chinese Medicine is redundant. The relationship between Qi and Blood in Traditional Chinese Medicine can be better explained based on the properties of the nervous and circulatory systems of meridians.

[关键词]: 经络感传, 气, 血, 神经系统, 血液循环系统

[Key Words]: Meridian sensing, Qi, Blood, Nervous system, Blood circulation system

经络是中医理论的重要组成部分。现代中医学基础理论从《黄帝内经》等文献出发, 概括出经络是沟通人体的五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉筋骨关节等组织器官, 运行气血, 维持人体生理功能的通道系统。经络系统结构由十二经脉、奇经八脉, 十五络脉和十二经别、十二经筋、十二皮部及许多孙络、浮络等组成。其生物医学本质到底为何? 到目前为止仍有不同的解读, 在生物医学认识人体早已深入到分子基因水平的今天, 这是一个不寻常的现象。任何有生命力的理论都有其符合实际的客观基础, 经络理论也一样, 经络理论来自于客观的有限的解剖知识, 及临床生理、病理及针刺实践中的现象的观察, 目前为止有神经、血管、非神经血管的特异通路等经络相关理论。

经络神经说: 朱链医生应该是首先认识到神经系统是针灸取效机制的。她认为针灸之所以能治病, 主要是由于激发和调整机体内部神经系统的调节机能和管制机能。而且认为针灸对神经系统的基本作用不外乎兴奋和抑制[1]。之后有很多深入的, 从神经生物学方面探讨针刺镇痛及治病机制的文章发表[2]。

经络血液循环系统说: 例如, 赵恒钧系统归纳分析了内经有关经脉, 经络的原文认为经络或经脉的本意就是西医说的血液循环系统。

阴脉为动脉, 阳脉似神经的混合神经血管说: 李永明通过对上臂遗留正中动脉研究进展出发认为古人经脉有6条主要动脉和6条重要的神经是十二经脉的结构基础, 阴脉为动脉, 阳脉似神经【3, 4】

经络是非神经, 血管的特异通路说。认为循经感传现象, 体表特异的线状皮肤血管反应及循经皮肤病

表明有可能有独立于神经血液循环之外的特别的结构存在。如郭义主编的实验针灸学针刺机理部分[5]。

本文拟从现有文献角度对此进行一些分析, 探讨究竟应该如何看待所谓的经络在人体生理, 病理及药理方面, 在中医药学中的确切含义及现实意义, 希望有助于使得中医理论更为明晰, 从而更有利于指导中医的临证实践。其实从《内经》所述及文字本义等出发, 结合临床观察、现代解剖学、生理、病理学及逻辑分析可得出相应的经络的结构和功能的大致含义的。古人所说的经络结构: 任何纵行的结构都称之为经, 而横行及网络不规则的为络。手足十二经脉应该主要是深部大的纵行的动静脉, 而皮部, 浮络, 孙络主要是浅表显而易见的大小长短不一的纵横的静脉, 毛细血管通常肉眼看不见, 因此古人经脉, 经络显然是包括了血管系统。

《灵枢·经脉》: 雷公曰: 何以知经脉之与络脉异也? 黄帝曰: 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。其实神经也一样, 有纵行(主要在四肢), 横行(主要在腹背部), 有深有浅, 还有不规则的, 肉眼看不清楚的末梢行。经筋从《灵枢·经筋》篇的描述有可能古人是在说神经。经别有可能涉及了一些神经分支等。而奇经八脉也和神经血管相关。从经络的连接功能: 无论是神经还是血管都可连接所有的脏腑器官组织, 从内到外无处不在。加之从经络运行气血这一功能言, 那应该主要是指神经和血管(淋巴系统是血液循环系统的补充)。因此中医的经络主要是神经系统和血液循环系统的综合, 神经行气, 血管运血, 针刺主要通过神经起作用, 而药物则入血流而取效。神经和血管之间又有密切的结构功能联

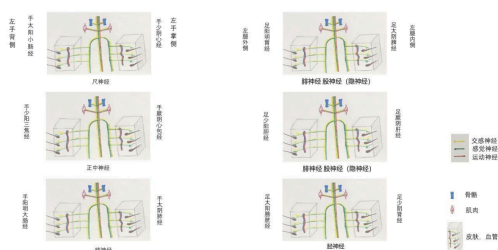
系。从这两方面的内涵去解释经络的主要的实质无论是对经典的经络循行路线，循经感传现象，或是体表可见的点线，小片状等皮肤反应等都是更为符合古人的原意，逻辑及临床的。

一、十二正经和神经，血管相关性

首先是十二正经和神经的关系：古人的经络循行线路应该是来自临床观察及实践经验的总结，有一定的解剖知识，黄帝内经针刺是主要的治病方法，相较现代，古人针粗大，刺中神经等引发线性针感的机会更多，现在临床上针刺足三里（内经并没有给出穴位的针刺深度和角度，若一定角度深度在临床有可能刺中腓深神经），内关穴（正中神经）等穴位处可以刺中神经主干（交感神经，感觉神经和运动神经的混合神经）引起神经传导，这应该是足阳明胃经，手厥阴心包经的雏形，另外刺中其他神经主干或长程的皮神经出现类似的所谓的线性循经感觉可能也是古人勾勒正经、奇经、经别等的依据。再有一些生活辛苦，压力很大及患有某些病证的患者针刺后体表可能会显现一些客观的线状改变，这些理应也是古人推测出经络走行的部分依据，其机制一部分和神经有关，另一部分则应和神经刺激后激发出的后续的生物学的改变有关，下面还会进一步的分析。因此古人的针刺经络显然是以神经为蓝本的，只是因为当时医学认知条件限制，只发现了一部分。而且描绘出的线路和实际的神经走向大致上在肢体部位比较吻合但有所偏差。而躯干部位的神经是横行的，不太符合古人经络在躯干部也有纵行线路的认识，那么古人何为在躯干部依然认为有纵行的经循行，是否有客观依据还是为了理论体系的完整在一定客观现象的基础上想像出来的在下面会有进一步分析探讨的。其实内经中最接近对神经结构的认识的是《灵枢·经筋》对十二经筋循行及功能的论述。其理由是：首先内经中的筋可以明确的解剖对应是肌腱：如大肠手阳明之脉，起于大指次指之端，循指上廉，出合谷两骨之间，上入两筋之中（拇长伸肌腱，拇短伸肌腱）；又如心主手厥阴心包络之脉，起于胸中，出属心包络，下膈，历络三焦；其支者，循胸出胁，下腋三寸，上抵腋下，循膈内，行太阴、少阴之间，入肘中，下臂

，行两筋之间（腕屈肌腱与掌长肌腱）。其次，从古人的角度去观察大致形态上，神经和韧带与肌腱类似，更主要的是关于经筋的循行路径及病证的认识。比如足太阳经筋：“足太阳之筋，起于足小趾，上结于踝，邪上结于膝，其下循足外侧，结于踵，上循跟，结于腠；其别者，结于腠外，上膈中内廉，与膈中并上结于臀，上挟脊上项；其支者，别入结于舌本；其直者，结于枕骨，上头，下颜，结于鼻；其支者，为目上网，下结于颞；其支者，从腋后外廉结于肩髃；其支者，入腋下，上出缺盆，上结于完骨；其支者，出缺盆，邪上出于颞。其病小趾支跟肿痛，腠挛，脊反折，项筋急，肩不举，腋支缺盆中纽痛，不可左右摇。治在燔针劫刺，以知为数，以痛为输，名曰仲春痹”的描述和足太阳膀胱经的循行路线是相似的。文字表述用“循”，“上”和“结”，就像是在描述神经一路循行并不断地投射出分支的神经纤维束，连接沿神经线的各处组织。而且其病变和痛症、肌肉痉挛相关，那也可和感觉运动神经有关。中医藏象学说认为肝主疏泄，调畅情志，肝主筋，肝风内动可发生肢体痉挛等，实际上都和感觉及运动神经功能相关。现代所谓的筋膜理论认为十二经筋和筋膜相关是有疑问的。因为筋膜不是线性的。就十二经功能而言，内经所述十二经有卫气循行昼夜不息及其他的一些相关功能的描述也符合基于神经系统结构的功能[6]。

（一）从古人描述及现今高校教材认可的循行线路去分析经络的结构基础可以看出在肢体部位，十二正经在手，足的不同区域（太阳，阳明，少阳，太阴，少阴，厥阴）都有较深纵行的由运动，感觉纤维，以及自主神经混合的神经主干投射相应的纤维到手的掌侧（手三阴经）和背侧（手三阳经），足的外后侧（足三阳经）和内侧（足三阴经），支配相应的皮肤，结缔组织，肌肉，骨骼，血管等组织。其具体的神经分布（见图一）：



图一：手足十二正经对应的神经主干：手足互为表里的经接受来自相同神经干的不同纤维束的投射到相应的肌肉、骨髓、皮肤、血管等组织细胞，构成了十二正经的结构基础。

手六经主要临近纵行神经干：手太阳小肠经及手少阴心经的纤维投射主要来自尺神经；手少阳三焦经及手厥阴心包经的纤维投射主要来自正中神经；手阳明大肠经及手太阴肺经的纤维投射主要来自桡神经；足六经的主要临近纵行神经干：足阳明胃经及足太阴脾经的纤维投射主要来自腓神经和股神经；足少阳胆经及足厥阴肝经的纤维投射主要来自腓神经，股神经；足太阳膀胱经及足少阴肾经的纤维投射主要来自胫神经。上下肢肢体相对应的表里阴阳两经可接受来自同一神经干的不同的纤维投射。手足不同部位的神经纤维一方面下达肢体不同的组织，（外络肢节）另一方面上传至相应的不同节段的脊髓并可进一步的和脑相联系以及和内脏发生联系（内属脏腑），是十二正经和内脏联系的结构基础。如《灵枢·海论》所指出：“夫十二经脉者，内属于脏腑，外络于肢节。”另古人认为腹背部有纵行的经，但实际上这是误读。下面会分析其原因。

（二）十二经内属脏腑，外络肢节，不但适合于神经系统。同样适合血脉系统，肢体的动静脉分布正常人体的设计也是到达身体内脏及肢体各处的。大致也有和十二经走行相对应的动脉、静脉，但从结构方面而言不如神经的吻合度高，而且针刺后机体的得气反应主要是以神经的反应为首先发生的。对于血液循环系统特别是动脉【4】和经脉的关系在这里不赘述。

（三）神经和血管系统之间有着密切的联系：主要的是交感神经支配血管，并进一步的影响生理病理，另外副交感神经可能在小部分的血管也有支配，最新的谷氨酸能神经元可以直接作用于动脉血管平

滑肌细胞，导致动脉舒张，诱发大脑功能性充血，也可影响血管【7】。神经系统也可间接的影响血液循环系统，外界刺激特别是逆向刺激，感觉神经末梢释放的神经肽如SP，CGRP是血管活性物质可扩张血管[8, 9, 10, 11]。

（四）十二正经气血多少

古人认为血行脉中，卫气行脉外，十二经脉气血各不相同，但经络通行气血的数量多少在《内经》中有不同的描述，主要涉及三篇经文：《素问

· 血气形志篇》，《灵枢·五音五味篇》和《灵枢·九针论篇》。三篇文献对三阳经的气血多少的观察类似，对三阴经的观察认识有不同。后人对此解释也有不同的观点【12, 13, 14】。但应该是没有完美的答案。因为古人判断十二经气血多少的依据标准并不太明确，郭氏认为古人可能最早是通过对动静脉血管观察结果而描述的。如《灵枢·骨度》：“是故视其经脉之在于身也，其见浮而坚，其见明而大者，多血，细而沉者，多气也。”也就是动脉，及粗大静脉含血量多就多血，反之则血少气多。摸到人迎脉（颈动脉）和趺阳脉（足背动脉）跳动既强而明显，则认为阳明是多血。但脉搏的粗细只能说明含血量的多少，脉细沉和多气应该没有关系。另外针刺后的得气感强的经应该是古人得出气多的一个依据，反之则气少，如足三里部位若刺中神经有下行较强的得气感，故阳明经多气，这应该是和神经相关。内经通过肉眼观察及针刺实践经验判断三阴三阳部位气血的多少是自然而然的，但这也只是粗略的判断，而且内经各篇的论述也不一致，所以临床意义其实并不是太大。

奇经八脉实际上也是以神经及血液循环系统为其结构和功能基础的。是对十二经描述人体血管神经网络的一个补充。有另文详述，如任脉实际有两方面的内涵：一主要是指腹腔内的下腔静脉，和相当于腹主动脉（另外还涉及到颈动脉、股动脉、足背动脉等动脉系统）的冲脉并行，二是指椎管内的下行神经传导束，同行于椎管内和脊髓后角的上行传导束的督脉关系密切，并和十二经发生联系[15]。

(五) 至于穴位: 上世纪六十年代, 姜凯采等用尸体解剖方法研究了人体十二经全身的309个穴位的结构后认为: 神经干与穴位关系最密切, 动静脉次之。具体数据为: 穴位针刺点正当神经干有49.18%, 在神经干1厘米内有50.81%; 穴位针刺点正当动脉干有7.26%, 在动脉干1厘米内有84.36%【16】。同一条经的穴位可刺激局部的组织细胞可治疗局部的病症, 也可治疗远端的不同病症, 由于不同穴位下的神经纤维的联络路径网络及终点可以是不一样的, 所以同一条经上的穴位治疗的病症才有可能不一样。历代医家不同穴位如果有可经重复验证的特异疗效的经验理应有相应的神经网络结构功能联系。此外经外奇穴的存在, 另外浮刺针等非穴位刺激方法等的有效意味着传统穴位并非是针刺取效的必须选择。而神经纤维的除穴位之外的广泛存在为经外奇穴及非穴位治疗有效地提供了起效的可能机制。也就是说无论是传统的穴位或非穴位直接间接地刺激影响了神经系统是针刺发挥效用特别是远端治疗作用的主要的生物学基础。

二. 从神经和血管结构及功能出发可解释经络相关问题

(一) 得气的神经生物学基础

从神经系统是中医经络系统的重要的结构基础之一出发, 那么针刺后机体的反应的很大一部分显然是神经生物学的改变。得气是针刺治疗实践中的一个重要概念, 实际上应该就是神经系统功能激活的古人说法。

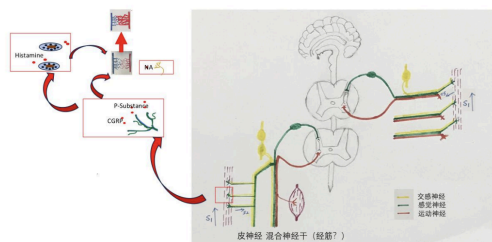
得气的概念, 首见于《灵枢小针解》: “.....上守机者, 知守气也。.....针以得气, 密意守气勿失也。其来不可逢者, 气盛不可补也。其往不可追者, 气虚不可泻也。”说明得气和意念这一神经功能有关。针刺需分虚实, 有不同的针刺方法。而且强调气至病所是取得疗效的关键。《灵枢九针十二原》曰: “刺之而气不至, 无问其数, 刺之而气至, 乃去之, 勿复刺。刺之要, 气至而有效, 效之信, 若风之吹云, 明乎若见苍天。”已经证明, 许多“得气”感觉是由不同的神经纤维系统传递的。疼痛、酸痛、膨胀、沉重、温暖和钝痛是由传导速度较慢的 A δ 和 C 纤维传递的, 而麻木是由传导速

度较快的 A β 纤维传递的 [17, 18, 19]。至于窦汉卿《标幽赋》: “气之至也, 如鱼吞钩饵之沉浮。”应该是针刺影响肌肉导致肌肉收缩所致, 也有可能是通过影响神经之后再影响肌肉。因而促进气至就是发挥疗效的合乎逻辑的要求。如《针灸大成》: “针若得气速, 则病易痊而效亦速也; 若气来迟, 则病难愈而有不治之忧。”《针灸大成》: “用针之法, 以候气为先”。这就有了不同的针刺方法寻求得气。但因为不同病症气有虚实, 有时也需用特定的泻法泻气取效。临床行之有效的针刺补泻方法背后的神经生物学基础有待进一步深入研究。现代针刺的神经生物学基础的研究揭示了针刺后有更多细节的神经系统功能性的改变, 而且随着研究的进展应该还会有更多的深入发现。

(二) 循经感传现象的解读

关于经络实质, 经络敏感人的研究积累了不少的临床观察及实验研究资料, 若进行深入的分析, 实际上都是和神经及后续的血管反应有着密切的关系。徐值昭等针刺观察了两例循经感传案例发现并认为【20】: 1. 感传路线: 感传路线与古典的经络循行路线基本一致, 这种感传路线与神经分布不相一致。2. 感传路线呈带状而非线状: 在四肢较窄, 在躯干较宽, 在颈、头、面部多扩散成片。3. 感传时的感觉: 热流, 循经传导; 二例均伴有身热、汗出、心慌、烦躁不安等全身症状。4. 感传与脏腑的关系: 二例共有四条经脉(脾, 胃, 肝), 当感传经过脏腑时, 相应的脏腑出现明显的热胀感或灼热感。5. 感传速度: 所谓的经络感传速度均慢于神经传导速度。另外其他人的观察也有类似的描述【5】。对针刺后所出现的这些现象实际上如果从神经, 血管的角度解释应更接近真相而不是说有什么特异的新结构的存在。首先, 两例循经感传案例在四肢末端取穴, 其感传方向都是向心, 无论是阴经还是阳经都是如此, 所以不是说阳经一定是从头走手足, 阴经也不一定是从手足走头。应该是和感觉神经有关。如果在感觉神经的中段刺激, 那是有可能经过感觉纤维实现双向感传的。因为神经纤维本身无论是生物电还是化学物质都具有双向传导流动的可能性。其次, 循经感传的现象发生率低【21】

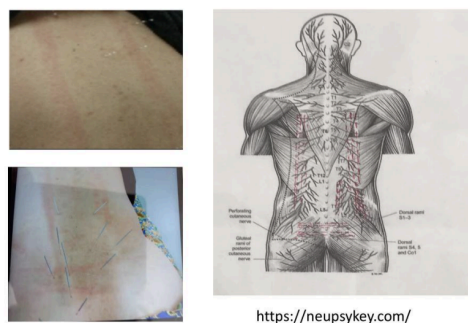
其机制依然是基于神经冲动基础之上的,所谓的经络感传速度低于神经传导速度应该是一种误读。因为感传依然是感觉神经在感受,只不过所谓的感传是某种机制导致的无直接突触联系的神经元之间的依次激活,可能的机制涉及到以下的方面:一是受刺激后,感觉神经末梢释放的血管活性物质如 CGRP, SP 【10, 11, 21】(既可直接扩张血管,也可激活肥大细胞【22】),以及临近的肥大细胞【23】等释放的组织胺等因素导致血管扩张产热增多而后被其所在部位的附近的感觉神经末梢感知并被激活再释放相应的物质,如此依次感觉传递下去,因此最常见的所谓的循经感传是热感。感觉神经信号上达至脊髓背角,神经元换元后信号可上传也可以和支配内脏的神经发生某种机制联系,因此可在相关的内脏部位影响血运,也可产热。感觉神经的依次激活速度就是所谓的经络感传速度(S1),当然慢于神经传导速度(S2)(图二)。



图二: 经络感传现象的生物学基础: 循经感传实际上是感觉神经被依次激活后的感觉传递,其速度(S1)是前一位感觉神经末梢获得感觉到后一位感觉神经末梢获得感觉的速度,不同于神经的传导速度(S2)。通常这和感觉神经末梢释放的活性物质有关,如常见的P物质和CGRP是血管活性物质,它们还可影响肥大细胞,释放组织胺导致充血产热。因此病人会感觉一种暖流在循一定线路在移动。这样的经络循行路线和神经主干及皮神经的位置不太一致,但是来源于他们。和感觉神经的末梢分布有关。因此背部、胸部等也可出现纵向的感传,应是古人得出背胸部的纵行的经行线路的依据。因神经末梢释放的化学物质的种类不同,机体反应不一样,如果种原因导致特定区域交感兴奋,血管收缩体表也有可能出现白线等,另外释放物质的持续时间及浓度的不同也可有慢性的炎症增生等改变。

而且感传的路线和神经干所在的路线应该是不太一致,因为是感觉神经末梢释放血管活性物质导致毛细血管充血局部组织产热增多,所以会离开神经干稍有一些距离,而且反应更宽泛一些,不是一条线。这应该是得出经络感传路线和神经传导路线不一样的机制,也很有可能是古人认识的经络的重要内容,实际上和感觉神经末梢的分布及其释放的活性物质有关。其二,单一神经元兴奋在其周围数百微米内可产生生物电磁场,并可以改变更接近的神经元性能,例如放电频率【24, 25】,生物电磁场也可吸引肥大细胞,释放组织胺,使局部充血【26】

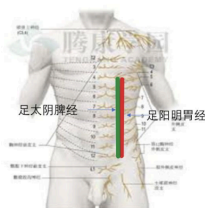
】这也有可能参与所谓的经络感传现象形成的部分机制以及和沿神经线路的感传现象有关。因此若截断了特定的神经干,其下游相应肢体部位的神经感传理应消失。如果依然有感传,那么应是脑内相应的感觉中枢的神经元在依次兴奋,如幻肢痛,在截肢前有肢体严重疼痛等病史者应更有可能出现幻肢痛,因为感觉中枢有可能对过往的痛苦刺激留有记忆。另外其他的一些感传现象及皮肤可视的形态学改变,也是和特定的神经类型释放相关的神经化学物质有关,例如特定的刺激激活了支配血管的神经如交感神经收缩血管可能是出现体表白线的机制。经络感传在关节处有停顿可能和关节处软组织相对少,毛细血管床较少有关,物理性的按压对感传会有阻碍也可能和影响毛细血管床的供血有关。温度变化对此也可影响。感觉神经末梢的神经源性炎症反应可能是古人得出胸背部有纵行的经行路线的依据。图三



图三: 针刺后背部纵行的充血性皮肤改变和膀胱经的循行部位类似。低背部产生的横行的皮肤改变有着一样的产生机制,即和感觉神经末梢分布及其释放的血管活性物质有关相关(病例及图片由英国许克霞医生提供)。

是一例针刺后背部似膀胱经部位出现的纵行红线。患者是一42岁马来西亚中年女性,喜欢烦神、腰背痛、畏针,心里纠结后接受针刺,从背部皮神经分布看,出现纵行红线的位置是感觉神经末梢所到之处,因此很有可能是因为针刺之后引发感觉神经末梢释放血管活性物质导致毛细血管扩张所致(病例及图片由英国许克霞医生提供),低背部的横行的皮肤充血改变机制类似。曾试图联系此病人做进一步的经络现象的临床试验,病人拒绝。腹部纵向走行的经脉路线可能也是这样的从临床现象出发勾画出来的。如上述的两例循经感传案例文中的足太阴脾经及足阳明胃经在腹部的循行是重合的,就很可能和相关的感觉神经末梢的分布位置靠近以及释

放血管活性物质到相同的区域有关(见图四)【20】。



图四：腹部来自不同神经节段的皮神经末梢释放物质特别是扩血管活性物质会导致腹部出现纵向的感觉传递的路径应是腹部出现纵行的神经的物质基础。所谓的经敏感人出现腹部足太阳脾经循行线路和足太阴脾经线路重迭现象可能和腹部相应的皮神经末梢释放的活性物质出现在相同区域有关。腹部皮神经末梢分布示意图源自 www.medsci.cn

若是反复发生感觉神经末梢释放神经源性的炎性活性物质在特定的部位，有可能会逐渐形成的一个局部的慢性炎症改变，结缔组织形成【27，28】。

(三) 归经理论是多余的。中药药性理论是中医学对中药药效及其作用机理分析的理论，主要包括四气，五味，归经，升降浮沉，有毒无毒等。自

《内经》、《神农本草经》以后，经历代医家不断发展至今，仍然是指导中医临床用药的依据。回顾《内经》、《神农本草经》虽有有关药物作用的描述，但没有归经之说。张元素倡古方新病不相能，著有《珍珠囊》，最早创药物归经学说，对每味药几乎都有“归经”和“引经”的讨论。但实际是多此一举。归经学术的原意应该是想说明药物进入人体发生作用的部位在何脏腑，是根据药效推导而来。事实上药物进入人体脾胃吸收进入血液可到达全身，但只对特定的脏腑组织细胞发挥明显的作用。所以还是回归到药效本身有决定意义。比如人参大补元气，怎么可能只入脾肺经？半夏不只化肺胃之痰，妇科痰湿病苍术导痰汤也用半夏，皮里膜外之痰归何经？头痛必用川芎，不分经；偏头痛难道非用蔓荆子不可吗？

(四) 伤寒六经的实质

内经所说的运行气血的经络主要是指神经，血液循环系统，和伤寒论所提到的六经概念不一样。伤寒六经源于内经但有不同。伤寒论六经的三阳经证实际是不同外感发热性疾病病程不同阶段发热轻重的一个概念，三阴病证也是和病种病位有关的，都有

其内在的生理病理学依据，和六经循行路线部位的神经血管经络分布没有直接的关系。在此不详述。

三. 神经行气，血脉行血对中医气血关系的解释

人体有意识的感受到体内外变化并加以应对的结构及其功能基础是神经系统，其功能也就是内经所提到的卫气。在其下游还会发生一系列的变化，直至细胞分子水平。那么从神经行气，血脉行血多大程度能解释中医对气血功能的认识？中医气的概念比较多，如果从气的最终形态功能出发去理解，能量ATP应该是一个比较好的对应，因为气虚的主要表现之一就是肢倦乏力，肌肉细胞缺乏能量会发生这一现象，推而广之，实际上其他器官组织细胞的功能都有赖于能量的推动。功能都会不足。而此气的产生涉及到不同的生理环节及机制，概而言之是属于人体分解代谢，阳化气的最终产物[29]。人体气产生的途径，环节可不同，但最终结果会体现在能量的产生上。另外生命是蛋白质的存在方式，任何细胞的生命活动离不开各种功能蛋白，这相当于元气存在于身体各处发挥作用。而这些都离不开血液所运送的包括由脾胃运化产生的营养物质以及氧气，水液等促进新陈代谢，因此血为气之母。血管壁舒缩受神经影响，神经电化学信号即是卫气，故气为血之帅。气行则血行，气滞则血瘀，气逆则血逆。特定部位感觉神经末梢可释放血管活性物质可对特定部位起着一种气血增加作用。体温能量的高低会影响血液循环，所以有气热则血散，气寒则血滞等。补气药人参不同成分对神经系统有兴奋抑制的双重作用，有报导小剂量有兴奋作用，大剂量有抑制作用，也有认为生药在体作用表现以兴奋大脑皮层为主，另外和不同种类的人参以及病人的状态也有关系。人参还可促进神经细胞的再生，促进蛋白合成，促进红细胞生成素的产生，这都有助于促进能量产生，和益气作用相当【30，31】，黄芪则对心肌肌力有正向促进作用，继而促进组织细胞血液循环，促进细胞产生能量，而黄芪对非特异免疫的促进作用应是黄芪所谓的益气固表的作用机制【32】。疏肝理气药柴胡，枳壳，香附等可通过影响中枢神经，内脏神经，平滑肌的功能可消除胀闷不

舒等气滞感觉。也和神经系统有比较直接的关系[33, 34, 35]。活血化瘀药有着改善血流动力学、改善血液流变学、改善微循环障碍、抗血栓、抗动脉粥样硬化等和循环系统密切相关的药理作用【36】。补血活血代表药如当归,其当归多糖能通过直接或间接途径促进造血干细胞和造血祖细胞增殖分化或促进其他造血生长因子、提高外周全血细胞数量(外周血和全血细胞)、改善造血微环境等多种造血环节来促进机体造血,从而达到补血效果【37】。阿魏酸钠具有抑制血小板聚集、促进血小板解聚、抗血栓形成、解除血管平滑肌。显然和血液及循环系统密切相关【38】。因此调理气血这一中医的核心治疗理念是有其坚实的生物学机制的。

结论

经络气血理论是中医生理病理学中的重要概念,落实其大致的内涵是进一步深入理解中医理论并指导临床的必要工作。从内经以及后世医家对经络气血的认识结合现代生物医学解剖、生理、中药药理等知识进行分析其实质得出以下的结论:中医的经络系统主要包括了神经系统和血液循环系统两方面的结构系统,其功能是神经行气(主要是神经生物电及神经化学物质),血液循环系统运血,古人所说的十二正经以及奇经八脉无外乎这两方面。手足互为表里的经接受相同神经干的不同纤维束的投射到相应的肌肉、骨骼、皮肤、皮下软组织、血管等组织细胞,构成了十二正经的结构基础,而穴位则是能比较有效地刺激到相关神经之处。认为经络是有独立于神经血管系统之外的结构的理论构想没有依据,所谓的经络感传等现象可能主要是和神经系统受刺激后感觉神经末梢释放血管活性物质产生的神经源性炎症反应引起无直接突触联系的感觉神经依次激活传递信息有关。不同的感觉及特别体征的出现可能和不同神经末梢释放的物质种类不同有关。血液循环系统也是古人认识的经络的另一套系统。伤寒的六经理论是对不同外感热病不同的病位病性的诊治经验总结,和神经血管经络没有太直接的关系。所谓的归经理论是为了说明药物的作用部位,是据药效判定,实际是药物进入人体可随血循环致全身各处,因此归经理论是没必要的。从经络的神

经及循环系统的属性出发可以较好的解释中医的气血关系(致谢许克霞医生提供的病例图片)。

参考文献

1. 朱链.《新针灸学》1951人民卫生出版社
2. 潘卫星. 景向红, 陈少宗等. 挑战与抉择: 针灸转化医学研究谱构想. 针刺研究[J]. . 2023; 48(1): 2-12.
3. 李永明. 汉代十一脉到十二经脉转变的解剖依据. 中国针灸[J]., 2021; 41(10): 6
4. 李永明. 经脉的科学依据及三部九候新释. 中国中西医结合杂志[J].。2021, 41(10): 1168-1173
5. 郭义.《实验针灸学》中国中医药出版社
6. 房才龙. 论黄帝内经卫气概念即神经系统功能. 英国中医针灸杂志[J]. 2022; 29:41-45
7. Zhang D, Ruan J, Peng S etc. Synaptic-like transmission between neural axons and arteriolar smooth muscle cells drives cerebral neurovascular coupling *Nature Neuroscience* 2024; 27: 232- 248
8. Stricker S. Untersuchungen über die Gefässwurzeln des Ischiadicus Sitzungsberichte der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien. 1876;3:173-185
9. Brain SD., Tippins JR., Morris HR et al. Calcitonin gene-related peptide is a potent vasodilator. *Nature* 1985; 313: 54 - 56
10. Sousa-Valente J, Brain SD. A historical perspective on the role of sensory nerves in neurogenic inflammation. *Seminars in Immunopathology* 2018; 40:229 - 236
11. Louis SM, Jamieson A, Russell NJ, et al; The role of substance P and calcitonin gene-related peptide in neurogenic plasma extravasation and vasodilatation in the rat. *Neuroscience*. 1989;32(3):581-6.

12. 李建民. 发现古脉. 北京: 社会科学文献出版社, 2007;268
13. 赵迪, 王英邁, 张雷. 浅析经络气血盛衰理论. 上海中医药杂志[J]. 2017; 51(4):48-50
14. 郭诚杰. 关于十二经气血多少的浅解. 陕西中医[J]. 1981; (S1):1-3
15. 房才龙. 奇经八脉生物学基础探讨. 英国中医针灸杂志[J]. 2024; 31:56-61
16. 姜凯采, 李鼎, 王铎等. 十二经循行部位及其穴位与人体结构关系的解剖观察. 上海中医学院学报[J]. ,1960; (1):57-85
17. Lu GW. Characteristics of afferent fiber innervation on acupuncture points Zusanli. Am J Physiol. 1983; 245: R606-12.
18. Wang KM, Yao SM, Xian YL, Hou ZL. A study on the receptive field of acupoints and the relationship between characteristics of needling sensation and groups of afferent fibres. Sci Sin [B]. 1985; 28: 963-71.
19. Hui KK, Nixon EE, Vangel MG. Characterization of the "deqi" response in acupuncture. BMC Complement Altern Med. 2007; 7: 33.
20. 徐值昭 周英兰. 二例经络敏感入经络感传现象小结. 贵州医科大学学报[J]; 1983; 01: 99-102
21. Zhang WB, Zhao Y, Kjell F. Understanding Propagated Sensation along Meridians by Volume Transmission in Peripheral Tissue. Chin J Integr Med 2013 May;19(5):330-339
22. Rosa AC and Fantozzi R. The role of histamine in neurogenic inflammation. British Journal of Pharmacology. 2013;170: 38-45
23. Li YM. The neuroimmune basis of acupuncture: Correlation of cutaneous mast cell distribution with acupuncture systems in human. The American Journal of Chinese Medicine. 2019;47(08):1781-93.
24. Gold C, Girardin C, Martin K, etc. High-Amplitude Positive Spikes Recorded Extracellularly in Cat Visual Cortex. Journal of Neurophysiology. 2009;102:3340-3351
25. Ehsan Hosseini. Brain-to-brain communication: the possible role of brain electromagnetic fields (As a Potential Hypothesis). Helivon. 2021 ; 7(3): 06363.
26. Johansson O. Disturbance of the immune system by electromagnetic fields—A potentially under-lying cause for cellular damage and tissue repair reduction which could lead to disease and impairment. Pathophysiology. 2009;16(2-3):157-77.
27. Zaarour R, Saha D, Dey R et al. The neuropeptide Substance P facilitates the transition from an inflammatory to proliferation phase-associated responses in dermal fibroblasts. Exp Dermatol 2022 ;31(8):1188-1201
28. Katayama I., Nishioka K. Substance P augments fibrogenic cytokine-induced fibroblast proliferation: Possible involvement of neuropeptide in tissue fibrosis. Journal of Dermatological Science. 1997; 15 (3): 201-206
29. 房才龙. 阳化气阴成形生物学本质探讨. 英国中医针灸杂志[J].2023; 30:28-33
30. 黎阳, 张铁军, 刘素香. 人参化学成分和药理研究进展. 中草药[J]. 2009; 40 (1) ; 164-1
31. 冯彦. 人参药理作用及临床应用研究进展. 中医临床研究[J]. 2013; 5 (6) : 121-12
32. 路绪文, 刘晋华, 陈静然. 黄芪与心血管疾病. 药理学实践杂志[J]. 2002; 20 (1) : 3-6
33. 舒文将, 姚昕利, 陈宗游等. 中药柴胡的药理研究与临床应用[J]. 广西科学院学报, 2017, 33(4): 268-273

34. 李陈雪, 杨玉赫, 冷德生, 刘雅芳. 枳壳化学成分及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(2):158-161.

35. 王凤霞, 钱琪, 李葆林等. 香附化学成分和药理作用研究进展及质量标志物(Q-Marker)预测分析[J]. 中草药 2022; 53(16): 5225-5234

36. 冲, 刘璐, 胡爱菊等. 活血化瘀中药的药理作用研究进展. 药物评价研究, 2013; 36(1): 64-68

37. 毛宇, 徐芳, 邹云, 等. 当归多糖对造血功能的影响及其机制的研究[J]. 食品研究与开发, 2015, 36(8): 122-126.

38. 王立霞, 王枫, 陈欣等. 阿魏酸钠的心脑血管药理作用研究进展 中草药2019, 50(3):772-777

作者简介·Chandlers Ford Chinese Acupuncture Centre Ltd (中医针灸公司) 创始人/专职针灸师/草药师。UK.

伤寒论太阳病津液疏通理论探讨

宋海坡^{1, 2}

1.上海市普陀区中医医院 治未病科 上海市普陀区曹杨路1261号 200062

2.世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班 学号201

Discussion on the Theory of Treating Taiyang Disease by Facilitating Body Fluids in Shanghan Lun*

Haipo Song^{1, 2}

1.Department of Preventive Medicine, Traditional Chinese Medicine Hospital of Putuo District, Shanghai City
No. 1261, Caoyang Road, Putuo District, Shanghai, 200062

2.World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.201

摘要: 通过卫气营血与津液关系的讨论, 对伤寒论太阳病有关病证加以分析, 探索求证津液在太阳病传变过程中的变化, 风寒郁闭, 卫气宣发失常, 营卫失调, 阳化气功能失调, 以及郁热耗伤津液等各个环节均提示津液在太阳病诊疗中常常要顾及, 可见了解太阳病传变过程津液运行状态对认识太阳病病机有重要意义。

关键词: 太阳病、津液、卫气、营气

Abstract: Through the discussion of the relationship between Wei Qi Ying Xue and JinYe, analyze the symptoms related to TaiYang disease in the theory of typhoid fever, explore and verify the changes of JinYe in the transmission process of TaiYang disease, including wind cold stagnation, abnormal dispersing of Wei Qi, imbalance of Ying Wei, imbalance of yangqi transforming, and damage to JinYe caused by stagnated heat. These links all suggest that the role of JinYe should be taken into account in the diagnosis and treatment of TaiYang disease, and that understanding the operation status of JinYe in the transmission process of TaiYang disease is of great significance for understanding the pathogenesis of TaiYang disease.

Keywords: TaiYang disease, Body fluids, Wei Qi, Ying Qi

伤寒论中非常重视津液的正常运行, 气血津液为人体物质之基础; 气血津液之间又相互转化, 气血津液失调则百病丛生。陈修园指出《伤寒杂病论》无非保胃气, 存津液, 又云: “近医芎、苏、羌、独等苦燥辛烈, 大伤阴气。批判当时部分医生用二陈汤为发汗平稳之剂, 最易耗伤阴液, 皆所以涸其汗源。^[1]”目的亦是提示医家谨慎使用祛邪方药, 以防人体阴液的耗损, 强调保护人体津液的重要性。

临床上有很多感冒后康复期来求诊的病人, 尤其是流感后, 大多为身痛、心悸、汗出、失眠、耳鸣、口鼻失灵等诸多症状。某些传染性外感病, 比如新冠, 虽属瘟疫, 但也属太阳病范畴; 故尝试探讨一下太阳病津液失调所引起的诸症, 可否为临床提供一些思路。

一、津液与营卫气血之关系

津液, 为人体正常水液的总称, 濡养全身脏腑和五官九窍, 包括津和液。《灵枢·决气》说: “腠理发泄, 汗出溱溱, 是谓津……泄泽, 补益脑髓, 皮肤润泽, 是谓液。^{[2]77}”《灵枢·五癯津液别》又说: “津液各走其道, 故三焦出气, 以温肌肉, 充皮肤, 为其津; 其流而不行者, 为液。^{[2]83}”《素问·经脉别论》记载“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行。^{[3]37}”这段较好的概括了津液之来源。

何为营卫? 《灵枢》: “岐伯曰: 人受气于谷, 谷入于胃, 以传于五脏六腑, 五脏六腑皆受其气。其清者为营, 浊者为卫, 营居脉中, 卫居脉外, 营周不休。^{[3]177}”

人体的精微物质分为气化状态和液化状态; 也可从阴阳两方面来看, 阳的部分多从功用来说, 而阴的部分多从形状层面来看, 其实本质为一种物质的不同层面。正如胡希恕先生曾多次提出张仲景所谓之“气”、“阳”, 本指的就是“津液”, 阳气的不足是因津液亏损所致^{[4]439}。也有学者提出“津液和卫气本为一体, 卫气与津液在运行方式以及功能上

均保持了高度一致性。”卫气的司开阖功能正是针对津液自身, 体现了气的“自变”及“自化”特征, 在此基础上提出了“卫-津一体理论”^[5]。许多学者认同卫气营血同津液为一体, 从此观点来重新审视津液在外感病中的循行问题为我们认识太阳病提供新的思路。

太阳病津液失调主要有以下几个方面: 一、津液失畅; 二、津液耗伤。

二、太阳受邪, 津液失畅

太阳病, 有中寒和中风: 一则寒伤营, 一则风伤卫。陈慎吾在其伤寒论讲义中说: 表受风寒, 人体气血集中于体表, 欲祛邪外出, 脉浮则是血液充斥于浅层动脉, 头痛、项强、身痛、恶寒均有气血郁滞肌表^[6]。《素问·六微旨大论》: “太阳之上, 寒气治之, 中见少阴。^{[7]145}”太阳之腑为膀胱,

《素问·灵兰秘典论》曰: “膀胱者, 州都之官, 津液藏焉, 气化则能出矣。^{[7]18}”若外邪侵袭人体, 伤及太阳经阳气, 影响化气行水的功能, 津液则无法正常输布体表, 膀胱寒水失于气化而不能出, 造成津液在体表的汇聚, 疏泻失常。

从刘完素气液宣通理论来看, 《素问玄机原病式》云: “玄府者, 谓玄微府也; 然玄府者, 无物不有……至于世之万物, 尽皆有之, 乃气出入升降之道路门户也……玄府闭塞而致气液、血脉、荣卫、精神不能升降出入故也。^[8]”人体精微物质, 包括卫气营血都通过这些叫作玄府的微细管道升降出入, 当太阳受邪, 玄府闭塞, 导致气液不能宣通。

2.1 太阳表实证

太阳中寒, 风寒之邪侵袭肌表, 导致卫阳被遏, 营阴郁滞, 产生太阳表实诸症。

伤寒名家胡希恕认为, 麻黄汤证为体内水液大量积聚于体表而不得外泄所致, 因水液在体表聚集而压迫到体表周围神经导致周身疼痛, 脉浮紧形容了体表水液充斥之状。水液充斥体表, 肺难以正常布散津液, 发为喘^{[4]85}。

如《素问·调经论》所言：“阳受气于上焦，以温皮肤分肉之间，上焦不通，则寒气独留于外，故寒慄。上焦不通利，腠理闭塞，玄府不通，卫气不得泄越，故外热。”^{[7]128} 玄府一名首见于

《内经》，《素问·水热穴论》云：“所谓玄府者，汗空也。”^{[7]122} 麻黄汤为风寒表实之代表方，发汗解表、宣发腠理之强剂。麻黄一药，中空有节，发汗散寒，利水消肿；桂枝辛温通阳，透营达卫，助麻黄驱寒出表；杏仁降肺气，与麻黄一宣一降；炙甘草调和诸药，又能佐治麻、桂发汗之峻烈，防止津液耗散太过；全方宣肺解表，宣通腠理，津液得调，汗液得出，表邪尽去。

《金匱要略·水气病脉证并治篇》之越婢汤证亦是津液郁积的另一表现：“风水，恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热，越婢汤主之”^[9]，外感风寒，毛窍闭塞，津液郁积于表，故水肿、发热，以越婢汤之麻黄、生姜散其郁，发其阳，宣发其水气。

2.2 太阳表虚证

表虚之证，为风邪伤卫，卫气受损，营卫失调，卫气固摄不足，营阴外泄。详见涪陵古本伤寒杂病论（以下简称古本伤寒论）24条：

桂枝汤为太阳表虚证之代表方，解肌发表，调和营卫，营卫得调，津液自和。桂枝汤服法特别提到喝热粥以助汗，其实亦有补益津液之效，柯韵伯所言：“粳米稼穡作甘，培形气而生精血，用以奠安中宫，阴寒之品，无伤脾损胃之虑矣。”^[10]

太阳表虚证的治疗尤宜顾护津液，其正气不足，切忌用麻黄汤发汗，而耗其津液过多，易衍生它证。

2.3 营卫两伤证

风伤卫，寒伤营，营卫俱伤。外有表实证，内有郁热，大青龙汤主之。《医宗金鉴》：取名大青龙汤者，取龙兴云雨之义也^{[11]67}。

大青龙汤为发汗之重剂，要中病即止，切勿汗出过多。仲师提出无少阴证才可用之，并另立真武汤，以防误用大青龙发汗过多，造成亡阳之证。麻黄、桂枝、生姜发汗解表以散风寒，大枣、甘草、生姜填补中焦，以充汗源；石膏辛凉，清其里热，阻止继续耗伤津液，另助麻黄、桂枝以辛散解表。全方使津液重新得以布散，犹如经雨水之灌溉，酣畅淋漓。

2.4 外寒里饮证

外有表证，里有水饮，也是太阳病的一种证型。详见古本伤寒论第56、57条。风寒外袭，里又有水饮之邪，出现畏寒恶风，咳嗽或气喘之症。小青龙汤为太阳病表里俱寒立法，治疗以麻黄、桂枝等发表邪，又以半夏、干姜、细辛、五味子等温化寒饮。施济民先生注释此汤取名青龙者，谓龙行则水行，可引水下行，随龙归海也^{[12]50}。

2.5 太阳蓄水证

太阳表邪入腑，热与水结，膀胱气化失司，形成太阳蓄水证。详见古本伤寒论第119、140条。此证的表现太阳表证未愈，邪热与水结，膀胱气化失司，水道不得通利，则小便不利；气化不足，津液失于输布上承，则口渴。故用五苓散等温阳化气之方。《医宗金鉴》注解：“太阳停饮有二：一中风有汗为表虚，五苓散证也；二伤寒无汗为表实，小青龙汤证也”^{[11]73}。

三、津液耗伤

3.1 太阳温病

风温为病，最易耗伤津液。相关条文如古本伤寒论113条。

风温之病外有风邪，内有热邪；温病病邪在气分需要辛凉解表，在气可清气，入营犹可透营转气；在发散表邪的基础之上，加入辛润之药，既能助于清热，又能滋养营阴，保持津液。风温之证治若不能改善津液丢失之状态，误用汗、下之法，则危及生命。

3.2 太阳病误治

《伤寒论》中有诸多提到误治的情况,其中误汗、误下均能导致津液的丢失,尤以误汗为多,如古本伤寒论33及119条。汗漏不止,耗伤津液,有脱津亡阳之虑,津液少故小便难,津液不能濡养筋脉则出现四肢危急,难以屈伸。施济民先生在此条下批注:“桂枝固心经漏汗,又能化膀胱之气;附子能固太阳亡阳之汗,温经扶阳,救阳即以全液^{[12]39}。”汗出过多,可造成亡阳,而扶阳亦可固亡脱津液之虞。

3.3 太阳病津液不足相关之症

项背强

项背强一症,见古本伤寒论13、50条等;风寒外袭,营卫之气竞相抗邪于表,津液不足以上承项背,导致项背紧张不舒。葛根汤或者桂枝加葛根汤,解表剂来疏散外邪,邪去津液和,又加葛根等增加津液,快速缓解其因津液不得濡养而导致的项背不舒。陆渊雷曰:“项背之肌肉神经强急,由于津液不达。津液即营养液也。^[13]”

脚挛急

脚挛急一症为汗出,小便数,津液丢失过多导致的津液亏虚,筋脉不得濡养。详见古本伤寒论117条;故以芍药甘草汤治疗,其脚即伸。津液不足则气血亏虚,肝藏血不足,濡养经筋功能降低,筋失所养,则发拘挛。张锡驹认为:肾气微,少精血,无以荣筋;成无己谓:心烦脚挛急者,阴气不足也^{[14]280}。施济民先生注:里阴未和,不足以柔筋,乃用白芍补营,甘草佐之,以酸甘化阴,偏于营分,舒其筋而伸其脚^{[13]80}。各家论述均认为脚挛急为误治后津液亏虚也。

心悸

伤寒论中多次出现心悸、心下悸、心动悸等,如古本伤寒论118、374条等;除了我们熟知的水饮凌心造成的心悸外,其余多为汗出过多,血汗同源,心血不足,心神失养而发心慌心悸。也有学者认为发汗过多,损伤心阳,虚里不能自持而发心下悸。

耳聋

伤寒论中耳聋原因有二,其一为少阳中风,两耳无所闻,是邪犯少阳,风火上扰,清窍壅塞、经气不利所致,治宜和解,用小柴胡汤。其二为两耳聋而无所闻者,此因重发其汗,阳气虚损,不能上充于耳所致,治当温阳补虚,可用黄茂建中汤^{[14]770}。外感病发汗过多,阳气虚损,耳窍不得濡养,可出现耳聋,临床上少见;但耳中如塞,耳鸣等症状时常出现在外感病后期。

小结

太阳病津液失调原因有津液失畅和津液耗伤,津液失畅主要在于卫气被遏,腠理闭塞,玄府不通,或者营卫失调,营阴不足;治疗以宣发卫气,开通玄府,津液得畅为目标。津液耗伤主要由外邪闭塞腠理,郁而发热,耗伤津液;或外感温热之邪,耗气伤津;或误汗误下,伤及津液。治疗除了疏散外邪之外,还需补其津液,防止津液流失过多而造成后续诸多遗症。了解并掌握太阳病津液相关理论,为学习并运用伤寒论,理论联系临床提供更多的思路!

参考文献:

- *项目名称:上海市中医医院第三届中医传承人才项目 项目编号:SZYCC(2023-2024)-ZYCCXM03
- [1]陈修园.陈修园医学全书[M]太原:山西科学技术出版社,2011:410.
 - [2]张秀琴校注,灵枢经[M]北京:中国医药科技出版社,2019.07
 - [3]段青峰译,黄帝内经[M]武汉:长江出版传媒,2023.04
 - [4]胡希恕,讲述.胡希恕伤寒论讲座[M]北京:学苑出版社,2008:99
 - [5]陈萌,王庆国.卫气的实质与医学意义[J]中华中医药杂志,2007,22(8):501-502
 - [6]陈慎吾.陈慎吾伤寒论讲义[M]北京:中国中医药出版社.2008.11-2
 - [7](战国)佚名辑.黄帝内经素问[M]太原:山西科学技术出版社,2019.03
 - [8]宋乃光.刘完素医学全书[M]北京:中国中医药出版社,2006:102
 - [9](汉)张仲景著 金匱要略[M]北京:中国医药科技出版社,2016.05:7

[10]王湃, 武永利, 袁素荣. 浅谈张仲景的“保胃气存津液”在汤剂煎服法中的体现 [J] 宁夏医学院学报, 1997. 19(3):85-86.

[11] (清) 吴谦等编, 单天佑整理. 医宗金鉴[M]北京: 中国古籍出版社, 2023, 07:67

[12]张仲景撰, 施济民注释, 马蕾重编 《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》[M]北京: 学苑出版社, 2011. 11;

[13]陆渊雷编著; 韩哲点校; 王志谱, 农汉才主编; 陆渊雷伤寒论今释[M]福州: 福建科学技术出版社, 2015. 03:24

[14]傅延龄著, 伤寒论研修大辞典 新编[M]北京: 中国中医药出版社, 2017. 07

作者简介:

宋海坡, 男, 医学硕士, 中医内科主治医师, 研究方向: 中医治未病, 中医近代史

联系方式: 18817338911, 邮箱: songhaipo008@126.com

针灸

USE OF ACUPUNCTURE IN RELIEVING SYMPTOMS OF LONG COVID IN A 47-YEAR-OLD FILIPINA WITH TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK: A CASE REPORT

Liu, Shengrong / DAOM, L.Ac., CTCMP,

Ang, Aimee Grace C. MD, MBA, CMA,

Yap, Maria Eufemia C. MD, M.Sc,

SMIC Institute of Traditional Chinese Medicine

17Panay Ave. Quezon City, Metro Manila, Philippines 1103

shengrongliusmic@yahoo.com.ph, aimeechoayu@yahoo.com, mecyap@gmail.com

针灸在治疗一例47岁菲律宾女性短暂性脑缺血发作长期新冠症状中的应用

1. Liu, Shengrong 刘胜荣 / DAOM, L.Ac., CTCMP, 2. Ang, Aimee Grace C. MD, MBA, CMA, 3.Yap, Maria Eufemia C. MD, M.Sc, SMIC Institute of Traditional Chinese Medicine

摘要: 长期新冠综合症(LCS)定义为在确诊新冠感染后超过3个月仍存在一种或多种残留症状, 影响约三分之一的新冠幸存者, 是一个紧迫的公共卫生问题。虽然中风是一种罕见的并发症, 但其机制与COVID-19感染相关的高凝状态密切相关。在本病例报告中, 一名47岁的女性患者在COVID-19后出现了反复发作的短暂性脑缺血(TIA), 且无既往脑血管风险因素。近年来, 越来越多的针灸和中医(TCM)从业者接诊了COVID-19感染患者, 现在在管理长期新冠症状的患者中, 这一趋势仍在继续。该患者在COVID-19症状出现23天后出现了反复的TIA发作。必要的影像学检查和实验室检查均正常。患者LCS表现的主要中医诊断证型为肺和心的气虚, 兼肺脾气虚。本病例报告提供了证据, 表明针灸是一种可行的选择, 有助于减少TIA的强度、持续时间和频率, 并通过减轻症状负担提高生活质量。然而, 仍需更多的研究和病例来确定和证明针灸及/或其他中医治疗方法对LCS的有效性。

关键词

长期新冠、针灸、替代疗法

ABSTRACT

Background: The Long COVID Syndrome (LCS), defined as having one or more residue symptoms for more than 3 months after a confirmed COVID-19 infection, affects about a third of all COVID survivors and is a pressing public health concern. Although stroke is a rare complication, the proposed mechanism is strongly related to the hypercoagulability associated with COVID-19 infection. In this case report, recurrent Transient Ischemic Attacks (TIA) due to post-COVID occurred in a 47-year-old patient without preexisting cerebrovascular risk factors. Recently, there has been an increasing number of acupuncture and Traditional Chinese Medicine (TCM) practitioners that have seen patients with COVID-19 infection, and the trend continues to emerge now in managing patients with Long COVID symptoms.

Case: A 47-year-old female presented with recurrent TIA episodes 23 days after onset of COVID-19 symptoms. Essential diagnostic imaging and laboratory tests were normal.

Results: The primary TCM diagnostic patterns with the patient's LCS presentation was qi deficiency of the lung and heart. Secondary diagnostic pattern was qi deficiency of the lung and spleen.

Conclusion: This case report provides evidence that acupuncture is a viable option that helps to decrease the intensity, duration and frequency of TIA and improving quality of life by decreasing symptom burden. However, additional research and more cases are still needed to ascertain and demonstrate the efficacy of acupuncture and/or other TCM modalities for LCS.

KEYWORDS: Long COVID, Acupuncture, Alternative Therapy

INTRODUCTION

Over the past year, as the onslaught of the COVID-19 pandemic slowed down, more people are observed to be suffering from the long-term consequences of COVID-19 infection, termed “post-COVID” or “Long COVID”, which affects their quality of life and functionality. An early study reported 87.4% of COVID-19 survivors had at least one persistent symptom 60 days after initial infection while 44.1% reported worsened Quality of Life (QoL).¹ The US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) reported that 35% of the symptomatic responders had not returned to their usual state of health 2-3 weeks (14-21 days) post-COVID infection.² CDC now defines Long COVID as having one or more residue symptoms (*e.g.*, “brain fog”, fatigue, dyspnea, cough, abdominal pain *etc.*) at least three months after confirmed COVID-19 infection that were not present prior to it.³ A Chinese cohort study reported persistent symptoms in 51.2% at 3 months, 40% at 6 months, and 28.4% at 12 months

post-discharge.⁴ The most common residual symptoms among survivors at one-year follow up included fatigue (28%), dyspnea (18%), arthromyalgia (26%), depression (23%), anxiety (22%), memory loss (19%), concentration difficulties (18%), and insomnia (12%).⁵ Recent studies also found a 63% increased risk of cardiovascular issues and a 52% increased risk of stroke at one year among COVID-19 survivors.⁶ Transient Ischemic Attack (TIA) was also reported as a delayed neurological complication of COVID-19.⁷ Common risk factors associated with increased risk of persistent symptoms of 3 months or more after COVID-19 infection include: female sex, older age, higher BMI, and smoking history. Preexisting comorbidities and previous hospitalization or ICU admission were also found to have more than twice the risk of developing Long COVID Syndrome (LCS).⁸

COVID-19 infection has been associated with hypercoagulability and endothelial dysfunction.⁹ Current knowledge suggests that COVID-19 hypercoagulability centers around the link between inflammation and thrombosis.^{9,10} The release of inflammatory cytokines leads to the activation of epithelial cells, monocytes, and macrophages.

Direct infection of endothelial cells through the ACE2 receptor also leads to endothelial activation and dysfunction, expression of tissue factor, platelet activation, and increased levels of VWF and FVIII, all of which contribute to thrombin generation and fibrin clot formation.⁹ This supports the formation of small and/or large blood clots in many organs such as the brain, creating a risk for cerebrovascular diseases.¹¹ Other proposed mechanisms involved in strokes due to COVID-19 infection include viral neurotropism, endothelial dysfunction, coagulopathy, and inflammation.¹²

Given the high morbidity of this new condition and the lack of proven treatments, understanding symptom burden through pattern differentiation is needed for the growing number of patients experiencing long-term symptoms in order to improve their quality of life. Acupuncture has been hypothesized to improve the elasticity of cerebral arteries, therefore reducing tension, dilating blood vessels, improving blood flow, and promoting the establishment of collateral circulation.¹³ A study has also shown that acupuncture can generate neuroprotective and neuroregenerative effects in patients with ischemic stroke.¹⁴ In patients with recurrent migraines, acupuncture confers protective benefits by reducing the risk of subsequent stroke by approximately 60%.¹⁵ In terms of neurological and neuropsychological symptoms associated with Long COVID, a systematic review and meta-analysis suggests that acupuncture may improve fatigue, depression, cognitive impairment, headache, and sleep quality. This review showed that acupuncture is a potentially beneficial and safe treatment for neurological and neuropsychiatric symptoms in Long COVID patients.¹⁶

This case study reports the potential benefit of acupuncture in treating LCS based on TCM diagnostic pattern differentiation, specifically for post-COVID recurrent strokes due to qi deficiency of lung and heart. The patient provided written consent for care and for publication.

CASE HISTORY

Mrs. D is a 47-year-old female who started having recurrent TIA after her COVID-19 infection on July 8, 2020. These occurred 23 days after the first appearance of her COVID-19 symptoms and have been occurring on a daily basis since. Frequency of TIA was reported to occur up to 15 episodes in one day, lasting from minutes to an hour each episode; and occurring more frequently before her menstrual periods. Mrs. D described that her episodes of TIA often start with the feeling of “pins and needles” on her left arm accompanied by her left cheek drooping and her left eye drifting downwards

and becoming “wonky.” She noted that this affected her vision making her unable to focus. There was also left-sided weakness which affected her grip on her left hand. Her left leg was also paralyzed during her attacks to the extent of needing to drag her left leg to move. After her TIA, she would note residual symptoms of aphasia and hemiparesis on the left, which would persist for a few more minutes before complete resolution of symptoms. She reported that these TIA episodes varied in intensity from 5-9/10, occurred any time during the day, and are aggravated by physical exertion, fatigue, and emotional stress.

Mrs. D reported that her menstrual period started becoming irregular after being prescribed blood thinners after her COVID-19 infection. Menstrual cycle was 34 days after being prescribed anticoagulant therapy (previously 28 days), with 21 to 28 days of continuous heavy bleeding (previously 2-3 days), and fully soaking a maternity diaper every 4 hours. There was also the presence of lower abdominal pain and dark red blood with clots.

Mrs. D also reported having experienced episodes of severe palpitations and tachycardia (HR=125 bpm) accompanied by chest pain, including an episode which led her to seek ER consult for further evaluation. Electrocardiography and echocardiogram were done, yielding normal results.

She consulted a neurologist. MRI of the head revealed unremarkable results, with no intracranial mass, hemorrhage or ischemic infarction. EMG-NCV was also normal with no features of myopathy, radiculopathy or neuropathy. As a result, patient was referred to a hematologist for management. Anti-cardiolipin antibodies (IgG/IgM) taken at the time were negative. Prothrombin time (11.0 s), activated partial thromboplastin time (28.4 s), and international normalized ratio (1.0) tests were all within normal range. Protein C (87%) and Protein S (91%) were also normal.

During that time, Mrs. D was placed on the following medications: Pregabalin 75 mg BID since February 2020 for her interstitial cystitis; Quetiapine 25 mg ODHS for insomnia; Venlafaxine 75 mg TID and Aripiprazole 2.5 mg BID for depression (since 2020); Ritalin 10 mg TID; Ivabradine 2.5 mg BID; Coumadin 5 mg OD and Clopidogrel 75 mg OD. After her COVID-19 infection in 2020, patient was also diagnosed with Hashimoto's Thyroiditis with Vitamin D deficiency, for which she was prescribed Levothyroxine 50 mcg and Vitamin D3 3000 IU.

Mrs. D also reported experiencing other symptoms such as “brain fog”, difficulty concentrating, and memory loss, inclusive of difficulty completing sentences and tasks. She reported suffering debilitating fatigue, difficulty breathing, as well as insomnia and depression, all of which occurred after her COVID-19 infection. She also described her sudden weight gain, currently BMI= 38.7 kg/m² (obese), from previous 28.3 kg/m², as notable change after her COVID-19 infection. Other symptoms include digestive issues such as feeling bloated, gassiness, and constipation.

TCM Presenting Symptoms, Signs and Pattern Diagnosis
The list of presenting signs and symptoms in this case are as follows:

- [1] Frequent TIA episodes, manifesting as left-sided paresthesia (“pins and needles”) and hemiparesis, which were more pronounced before her menstrual periods. Stress and fatigue were aggravating factors.
- [2] Heavy menstrual bleeds with lower abdominal pain, consisting of dark red blood with clots.
- [3] Severe palpitations with chest pain
- [4] “Brain fog”, difficulty concentrating, and memory loss
- [5] Debilitating fatigue, difficulty breathing, insomnia, depression
- [6] Sudden weight gain, feeling bloated, gassiness and constipation
- [7] Tongue manifestations: pinkish tongue body with purple areas on the upper *jiao* and a thin white coating
- [8] Pulse was wiry, deep and weak on both *cun*.

During her first session on April 21, 2023, Mrs. D came in on a wheelchair with apparent shortness of breath. She looked tired, and had both slurred speech and left-sided hemiparesis.

The tongue and pulse were inspected on each visit. Combining tongue and pulse diagnosis provides a comprehensive view of a patient’s health. These diagnostic tools help practitioners

identify patterns of disharmony. Several key elements are assessed during tongue diagnosis, including color, shape and size, coating, and moisture. Several key qualities of the pulse are evaluated during diagnosis, including depth, rate, strength and rhythm. In TCM, interpreting tongue and pulse patterns are crucial for accurate diagnosis and by recognizing and understanding the common patterns, practitioners can pinpoint the underlying health issues and individualize approach to diagnosis and treatments.¹⁷

The primary TCM diagnostic pattern was qi deficiency of the lung and heart¹⁸; the secondary diagnostic pattern was qi deficiency of lung and spleen.

Treatment principle: Reinforce the lung and tonify the heart, calm the spirit, strengthen the spleen, and regulate qi and blood.

The principle in selecting the acupuncture points: selecting points based on symptoms and combining with the yuan-source points of lung, heart, liver and kidney channels, to stimulate the qi of the channels, regulate the function of the corresponding internal organs, reinforce the zheng qi, *et cetera*.

RESULTS

Treatment Protocol

The treatment protocol, shown in Table 1, was administered once a week for five (5) weeks followed by every other week for five (5) more weeks to address the symptoms in the context of diagnostic patterns. After sessions 1, 5, and 10, the Symptom Burden Questionnaire of Long COVID (SBQ-LC) was administered to assess the symptom burden (*i.e.*, symptom presence, severity, or frequency) across different symptom domains and its impact on daily life.²⁰

Table 1. Points Used with Direction, Depth of Placement, and Targeted Symptoms and Patterns in This Case¹⁹

<i>Point</i>	<i>Direction</i>	<i>Depth (cun)</i>	<i>Methods of Manipulation</i>
GV 20	Transverse	0.5-1	Even
Si Shen Cong	Transverse	0.5-1	Even
GB 15 ^b	Transverse	0.5-1.5	Even
GV 24	Transverse	0.5-1	Even
CV 17	Transverse inferior	0.5-1	Reinforcing
CV 12	Perpendicular	0.8-1.5	Reinforcing
CV 6	Perpendicular	0.8-1.5	Reinforcing [†]
ST 25 ^b	Perpendicular	1-1.5	Even

LU 9 ^b	Perpendicular	0.3-0.5	Reinforcing
HT 7	Perpendicular	0.3-0.5	Reinforcing
PC 6	Perpendicular	0.5-1	Even
ST 36 ^b	Perpendicular	1-1.5	Reinforcing [†]
SP 6 ^b	Perpendicular	1-1.5	Reinforcing
KD 3	Perpendicular	0.5-1	Reinforcing
LR 3	Perpendicular	0.5-1	Reinforcing
UB 13	Perpendicular	<0.5	Reinforcing [†]
UB 15	Perpendicular	<0.5	Reinforcing [†]
Yintang (EX-HN 3) ^c	Transverse inferior	0.3-0.5	Even
SP 9 ^c	Perpendicular	1-1.5	Reducing
SP 15 ^c	Perpendicular	0.5-1	Even

^b Points that were placed bilaterally

[†] Fire needling applied to points

[†] Moxa cones applied (2 sets per session)

^c Points added from session #6 onwards

GV, governor vessel; GB, gall bladder; CV, conception vessel; ST, stomach; LU, lung; PC, pericardium; SP, spleen; KD, kidney; LR, liver; UB, urinary bladder

Each session consisted of tongue and pulse evaluation, symptom report and assessment, and treatment protocol which included the 35-minute acupuncture session. The TCM doctor and nurses thoroughly washed their hands, disinfected then dried each point location, and applied aseptic techniques on selected acupoints prior to insertion. Each session consisted of a regular acupuncture session at the front using 0.20 x 25 mm (Huanqiu, China) and 0.20 x 40 mm (Huanqiu, China) stainless steel needles, with Teding Tancibo Pu (TDP) heat lamps applied on top of the abdomen; and the fire needle placed at the back shu points. For fire needling, size 0.20 x 13mm (Huanqiu, China) stainless steel needles were used. The tip of the needle was heated on the blue flame of the alcohol burner and quickly inserted to particular points. For moxibustion, a moxa cone was inserted on the needle handle targeting particular acupoints as mentioned below. Another moxa cone was replenished after the first one burned out; thus, a total of two (2) moxa cones were used per session.

Clinical Outcomes

Outcome endpoints included tongue (color, shape, size, moisture, movement, and coat) and pulse observations (rate, strength, and quality), and symptom burden ratings using 9 selected domains out of the 17 independently functioning

unidimensional scales of the SBQ-LC and their converted linear scores. Each of the SBQ-LC scales returns a raw score which can be transformed to a linear 0-100 score, thus converting the scale raw scores to a common scale.²⁰ These individual domains were compared across sessions 1, 5, and 10. The selected domains include: Breathing; Circulation; Fatigue; Memory, Thinking and Communication; Movement; Sleep; Muscles and Joints; Mental Health and Wellbeing, and Impact on Daily Life.

During #2, Mrs. D reported that breathing significantly improved. During session #3, she reported having more energy and not having any TIA episodes for three consecutive days. During session #4, Mrs. D noted pre-menstrual attacks to be shorter in frequency, intensity, and duration despite the maintenance of the same dose of anticoagulant therapy. TIA episodes occurred only 2-3 times a day before her period, in contrast to the previous record of 9-11 times. There were also significant changes in her menstrual period Her periods, which were marked before by 21-28 days of heavy menstrual bleeding, were noted to be significantly shorter with a duration of 10 days. On her final session on August 11, 2023, Mrs. D noted having better quality sleep, more energy, and greater strength. She also noted a reduction in her weight from 220 lbs, her weight prior to her treatments, to 210 lbs.

There was improvement in the tongue body, from purplish to pinkish in color, the purple areas on the upper *jiao*

having already disappeared. The pulse examination demonstrated a stronger pulse.

Patients Perspective

Mrs. D was seen in the clinic on August 4, 2023. She recalled: “I had a very low quality of life. At most, I figured, if they could give me some relief that leads to any improvement in my quality of life, I would be very grateful.” She also stated “After the second session, my breathing significantly improved...I noticed that I was waking up with a little more energy than usual. I was sleeping better, too. I noticed that the mini strokes were fewer, shorter, and less intense. Sometimes days would pass without a single mini stroke.” She further commented that her quality of life had significantly improved and that she could now go back to work.

DISCUSSION

This case report presents evidence of the benefits of acupuncture on a 47-year old female experiencing TIAs associated with LCS. The primary TCM diagnostic pattern was qi deficiency of the lung and heart with secondary diagnostic pattern of qi deficiency with lung and spleen.

Table 2. Comparison of Symptom Categories Based on Converted Linear Scores (0-100 scale) Across Sessions 1, 5, and 10

Symptom	Session 1	Session 5	Session 10	% Change ^a
Breathing	35	26	12	-66
Circulation	32	16	16	-50
Fatigue	88	69	30	-66
Memory,	51	32	34	-33
Thinking and Communication				
Movement	42	11	70 ^b	67
Sleep	72	51	51	-29
Muscles and Joints	44	35	32	-27
Mental Health	40	35	28	-30
and Wellbeing				
Impact on Daily Life	75	53	63	-16

^a %Change from sessions 1-10. A negative % change represents a decrease in scale scores from session 1 to 10, which means less symptom burden for that domain.

^b Affected areas include balance and coordination

* Higher scale scores represent greater symptom burden for that domain

All the selected domains in Table 2 showed overall improvement. Breathing improved by 66%, particularly in terms of relief from shortness of breath. Circulation improved by 50%: the patient described no longer experiencing palpitations or feeling faint and dizzy upon standing. Fatigue improved by 66%, as seen in particular decreases in physical or mental exhaustion. Memory, Thinking and Communication showed an improvement (33%) in areas of memory, “brain fog,” planning, speech and concentration. Movement scores showed decline but when the patient was asked to elaborate, she reported that issues with balance and coordination were more noticeable now that her other symptoms had abated and she was now able to resume driving. Both intensity and frequency of tremors were reported to be lower. Sleep domain showed improvement (29%) in falling asleep, longer length of sleep, and less sleep interruption. There was also improvement in the Muscle and Joints domain (27%), particularly in the relief of joint pain, muscle twitching, and “pins and needles” sensations. Mental health and wellbeing improved by 30% and the patient described that her lack of interest and feelings of sadness both lessened in severity. She also felt more hopeful about the future. Finally, Impact on Daily Life improved by 16%. This patient is now able to resume work and take part in social activities, both of which were not previously possible.

The Characteristics of Etiology & Pathogenesis in TCM

According to Shengrong Liu, “the onset of COVID-19 confirmed the concept of “Zhèng qí cún nèi, xiè bù kè gàn, xiè qí suǒ còu, qí qí bì xū”.²¹ This roughly translates as “If one’s righteous qi is sufficient, evil qi will not invade; when the evil qi attacks, it means righteous qi is insufficient.” Qi deficiency is the root cause of the disease. Lungs are delicate, so the virus invades them first. This damages the lung qi and causes its deficiency. The onset further manifests as shortness of breath and debilitating fatigue; the functions of the other organs like the heart, spleen, and kidneys also are affected in the long term.

The lung regulates the qi of the whole body, including its production and circulation. The zong/pectoral qi functions to promote the respiration of the lung, to help the heart in circulating blood, and to supplement the prenatal/primordial/yuanqi The lungs control the channels and vessels, while the heart controls the blood vessels. Because the lung qi is essential in aiding the heart for blood circulation, when it is deficient, the heart function is also affected and this manifests as insomnia, palpitations, and depression. Her liver blood lacks nourishment due to

excessive heavy menstrual period. Lastly, the kidney qi and *tian gui* is gradually and inevitably declining due to age.

Qi is the commander of the blood. When the qi is deficient, the blood circulation slows down; this eventually causes blood stagnation and/or clotting. The symptoms are the purple area on the upper *jiao* of the tongue, lower abdominal pain, and blood clots in the menstrual discharge. When the qi and blood cannot nourish and moisten the channels, collaterals, and muscles, then it manifests as episodes of TIA, which is aggravated by physical exertion, fatigue, and emotional stress.

Brain fog, sudden weight gain, bloatedness, gassiness, constipation, and heavy menstrual bleeding are all the signs of spleen qi deficiency, which may be the cause of child (metal or lung) disease affecting the mother (earth or spleen) in the five phases theory. The Long COVID condition and patterns are due to the damage of virus to the lungs and the qi of other *zang-fu* organs being affected by the insufficient lung qi. This explains why the symptoms of the Long COVID are not only related to the lungs but also to other organs and the whole body system.

Based on the pathological mechanism, tonifying qi is the main principle in treating Long COVID diseases. In this case, the combination of helping the patient to recover her lung qi, tonifying the heart, and calming the spirit, remains the primary treatment principle. This is seconded by the banking up of the earth (spleen) to generate metal (lung), which eventually nourishes the kidney and moistens the liver through the combination of the points to achieve the normal function of the *zang-fu* organs and the harmonized qi and blood relationship.

Acupuncture Treatment for Lung-Heart Deficiency Pattern with Secondary of Lung-Spleen Deficiency Pattern

The patient received individualized acupuncture treatment for her condition (Table 1). The treatment principle was to reinforce the lung, tonify the heart and calm the spirit, strengthen the spleen, and regulate qi and blood. GV 20, Si Shen Cong and Yintang were used mainly to pacify wind (e.g. windstroke, dizziness) and calm the spirit / Shen (e.g. depression, insomnia). GB 15 and GV 24, both part of the frontal five in scalp acupuncture, were used to treat the patient's brain fog, memory loss, difficulty in concentration, insomnia, and dizziness. CV 17 was selected for its function of regulating qi and unbinding the chest to help with the

patient's TIA, dyspnea, and asthma. Based on the TCM theory that "earth generates metal", ST 36, ST 25, CV 12 and SP 6 were selected to harmonize and tonify the middle *jiao* to address lung qi deficiency. SP 6 and LR 3 were also selected to regulate menstruation, invigorate the blood, and tonify qi. For disorders of the spirit and deficiency of the heart *zang*, HT 7, PC 6 and UB 15 were used with tonifying technique. LU 9 and UB 13 were chosen to tonify lung qi, nourish lung yin, and treat the disorders of the lung *zang*. According to TCM theory, LU 9 also regulates and harmonizes the one hundred vessels. KD 3 anchors the qi and benefits the lung. CV 6 fosters original qi, tonifies the kidneys, and fortifies yang; the point was chosen to regulate qi, harmonize blood, and treat TIA symptoms associated with qi and blood deficiency. Lastly, SP 9 and SP 15 were selected to treat the secondary pattern of spleen qi deficiency by regulating the spleen to resolve dampness (manifested in weight gain) and moving qi to treat disorders of the intestines (manifested as constipation).

CONCLUSION

Recent publications about the increasing benefit of acupuncture and TCM herbal medicine on COVID-19 and subsequent health problems have been emerging since the pandemic started.²² There have been an increasing number of acupuncture and TCM practitioners who have seen patients with COVID-19 infection, and the trend continues to emerge now in managing patients with Long COVID symptoms. Acupuncture shows promise as a treatment for neurological and neuropsychiatric symptoms related to long COVID, as indicated by improvements in clinical scales.

This case report suggests that acupuncture may be useful in reducing the intensity, frequency, and duration of post-COVID TIA in a 47-year-old Filipina with no cerebrovascular risk factors. This report represents a single case, providing valuable insights but with limited generalizability. While the findings are encouraging, they should be interpreted with caution. It is crucial to examine larger and more diverse sample sizes to validate these findings and establish a deeper, more comprehensive understanding of the phenomenon. Further research is needed to better determine the incidence of transient ischemic attack (TIA) specifically among post-COVID patients, to explore the underlying mechanisms, and to inform the development of future interventions.

ETHICS STATEMENT

This case study involving human participants were reviewed and approved by the UERM RIHS Ethics Review Committee

and the affiliated SMIC Institute of Traditional Chinese Medicine (SMIC-ITCM). The patients/participants provided their written informed consent to participate in this study.

AUTHOR DISCLOSURE STATEMENT

No competing financial interests exist.

FUNDING INFORMATION

This case study was not funded by a specific grant.

REFERENCES

- [1] Carfi A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603-605; doi: 10.1001/jama.2020.12603.
- [2] Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, et al. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network — United States, March–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020;69(30):993-998; doi: 10.15585/mmwr.mm6930e1.
- [3] Centers for Disease Control and Prevention. Long COVID Basics [Internet]. CDC COVID-19; 2024. Available from: https://www.cdc.gov/covid/long-term-effects/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/long-term-effects/index.html [Last accessed: July/23/2024].
- [4] Liu T, Wu D, Yan W, et al. Twelve-month systemic consequences of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in patients discharged from hospital: a prospective cohort study in Wuhan, China. *Clin Infect Dis*. 2022 Jun 1;74(11):1953-1965; doi: 10.1093/cid/ciab703.
- [5] Han Q, Zheng B, Daines L, et al. Long-term sequelae of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of one-year follow-up studies on post-COVID symptoms. *Pathogens*. 2022;11(2):269; doi: 10.3390/pathogens11020269.
- [6] Merschel M, After COVID-19, experts say watch for these potential heart and brain problems [Internet]. 2022. Available from: <https://www.stroke.org/en/news/2022/03/31/after-covid-19-experts-say-watch-for-these-potential-heart-and-brain-problems> [Last Accessed: Sept/2023].
- [7] Singh J, Robinson S. An interesting case of COVID-19 with transient ischemic attack as a delayed neurological complication. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(6):3302-3303; doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1245_21.
- [8] Tsampasian V, Elghazaly H, Chattopadhyay R, et al. Risk factors associated with Post-COVID-19 condition: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2023;183(6):566-580. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0750>.
- [9] Abou-Ismaïl MY, Diamond A, Kapoor S, et al. The hypercoagulable state in COVID-19: incidence, pathophysiology, and management. *Thromb Res*. 2020;194:101-115; doi: 10.1016/j.thromres.2020.06.029.
- [10] Fotuhi M, Mian A, Meysami S, et al. Neurobiology of COVID-19. *J Alzheimers Dis*. 2020;76(1):3-19; doi: 10.3233/jad-200581.
- [11] Spiezia L, Boscolo A, Poletto F, et al. COVID-19-related severe hypercoagulability in patients admitted to Intensive Care Unit for acute respiratory failure. *Thromb Haemost*. 2020;120(06):998-1000; doi: 10.1055/s-0040-1710018.
- [12] Reddy ST, Garg T, Shah C, et al. Cerebrovascular disease in patients with COVID-19: a review of the literature and case series. *Case Rep Neurol*. 2020;12(2):199-209; doi: 10.1159/000508958.
- [13] Li L, Zhu W, Lin G, et al. Effects of acupuncture in ischemic stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Front Neurol*. 2022;13:1-10; doi: 10.3389/fneur.2022.897078.
- [14] Chang QY, Lin YW, Hsieh CL. Acupuncture and neuroregeneration in ischemic stroke. *Neural Regen Res*. 2018;13(4):573-583; doi: 10.4103/1673-5374.230272.

- [15] Liao CC, Chien CH, Shih YH, et al. Acupuncture is effective at reducing the risk of stroke in patients with migraines: a real-world, large-scale cohort study with 19-years of follow-up. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):1690; doi: 10.3390/ijerph20031690.
- [16] Lam WC, Wei D, Li H, et al. The use of acupuncture for addressing neurological and neuropsychiatric symptoms in patients with long COVID: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurol*. 2024 Jul 19;15:1406475; doi: 10.3389/fneur.2024.1406475.
- [17] Armstrong E. Chinese tongue and pulse diagnosis. *Art of Acupuncture* [Internet]; 2024 Jun 27. Available from: <https://www.artofacu-stpete.com/blog/chinese-tongue-and-pulse-diagnosis> [Last accessed: Nov/2024].
- [18] World Health Organization. WHO international standard terminologies on traditional Chinese medicine [Internet]. World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042322> [Last accessed: July/23/2024].
- [19] Deadman P, Al-Khafaji M, Baker K. A Manual of Acupuncture. *Journal of Chinese Medicine Publications*; 2001. p. 71-585.
- [20] Hughes SE, Haroon S, Subramanian A, et al. Development and validation of the symptom burden questionnaire for long covid (SBQ-LC): Rasch analysis. *BMJ*. 2022;377:e070230; doi: 10.1136/bmj-2022-070230.
- [21] Liu S. The Cytokine Storm in COVID-19 Patients: A TCM Point of View [Internet]. *Acupuncture Today*; 2022. Available from: <https://acupuncturetoday.com/article/34184-the-cytokine-storm-in-covid-19-patients-a-tcm-point-of-view> [Last accessed: Sept/2023].
- [22] Birch S, Alraek T, Gröbe S. Reflections on the potential role of acupuncture and Chinese herbal medicine in the treatment of COVID-19 and subsequent health problems. *Integr Med Res*. 2021;10(Suppl):100780; doi: 10.1016/j.imr.2021.100780.

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》六经病针灸法拓展

吴俊梅^{1,2}

1.香港大学中医药学院, 邮箱: wujunmei@hku.hk

2.世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 202

Expansion of Acupuncture and Moxibustion Methods for six-meridian Diseases
in *Chongbian Shi Zhu Shanghan Zabing Lun (Fulingguben Edition)*

Junmei Wu ^{1,2}

1. The University of Hong Kong/School of Chinese Medicine

摘要:

目的: 探讨《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》中重庆名医施济民对仲景六经病针灸宜忌的注释及补充新的针灸法, 提炼该书六经病针灸应用特色, 使更多医患从《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》一书中获益。

方法: 以“针”、“灸”、“火”、“烧针”及“伤寒”、“六经”为检索词, 在《中国知网》、《万方数据库》、《维普数据库》及《中医典海》古籍数据库中检索与张仲景《伤寒杂病论》相关的针灸论文, 结合宋本《伤寒论》, 研究《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》一书中施济民对六经病针灸条文的注释及其他条文中针灸疗法的拓展, 提炼该书六经病针灸应用特色。

结果: 施注本与宋本伤寒六经病针灸相关条文数比较显示:

1. 针灸条文总数: 从宋本的35条增加到施注本的103条;
2. 对宋本25条针灸条文作了注释, 包括针法5条、灸法2条、坏病18条;
3. 在宋本针灸条文的基础上再添加了针灸条文10条, 包括添加针刺穴位5条、添加艾灸穴位5条。
4. 在宋本无针灸之条文下添加了60条针灸法, 包括正病添加针刺穴位35条和艾灸穴位14条、坏病增加针刺穴位7条和艾灸穴位4条。

结论: 通过比较施注本与宋本六经病中针灸相关条文分类与数量, 量化了重庆名医施济民对宋本伤寒六经病针灸内容的补充与拓展, 展示了《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》一书重要的针灸理论和临床实用价值。

关键词: 针、灸、火、烧针、温针, 伤寒、六经病、施济民

Abstract

Objective: To explore the annotations and supplementary acupuncture-moxibustion methods by Chongqing renowned physician Shi Jimin on the acupuncture-moxibustion contraindications and applications for the six-meridian diseases in *Chongbian Shi Zhu Shanghan Zabing Lun (Fuling Ancient Edition)*, and to refine the characteristics of acupuncture-moxibustion practices for six-meridian diseases in this book, thereby enabling more medical practitioners and patients to benefit from it.

Methods: Using keywords such as "acupuncture," "moxibustion," "fire therapy," "fire needle," "Shanghan," and "six-meridian diseases," we searched for acupuncture-related research papers on Zhang Zhongjing's *Shanghan Zabing Lun* across databases including CNKI, Wanfang Database, VIP Database, and *Zhongyi Dianhai* (Classical Chinese Medicine Library). By comparing with the Song edition of *Shanghan Lun*, we analyzed Shi Jimin's annotations on acupuncture-moxibustion clauses for six-meridian diseases and his expansions of acupuncture-moxibustion therapies in other clauses, aiming to summarize the distinctive features of acupuncture-moxibustion applications in this book.

Results: A comparison between Shi's annotated edition and the Song edition revealed:

1. Total acupuncture-moxibustion clauses increased from 35 in the Song edition to 103 in Shi's edition.
2. Annotations were added to 25 Song edition clauses, including 5 on needling techniques, 2 on moxibustion, and 18 on impaired syndromes.
3. 10 new acupuncture-moxibustion clauses were added to the Song edition's original content, including 5 on acupoints for needling and 5 for moxibustion.

4. 60 acupuncture-moxibustion methods were incorporated into clauses without such therapies in the Song edition, including 35 needling and 14 moxibustion acupoints for primary diseases, and 7 needling and 4 moxibustion acupoints for impaired syndromes.

Conclusion: By categorizing and quantifying the acupuncture-moxibustion clauses in Shi's annotated edition versus the Song edition, this study highlights Shi Jimin's significant contributions to expanding the content on six-meridian disease therapies. It underscores the theoretical and clinical value of *Chongbian Shi Zhu Shanghan Zabing Lun (Fuling Ancient Edition)* in advancing the application of classical acupuncture-moxibustion practices.

Keywords: Acupuncture, moxibustion, fire therapy, fire needle, warm needling; Shanghan (Cold Damage), six-meridian diseases, Shi Jimin

引言

“若针而不灸、灸而不针，非良医也；针灸而不药、药而不针灸，亦非良医也；知针知药，固是良医”^[1]。针灸和中药是中医的重要组成部分，东汉张仲景《伤寒杂病论》主张针药并用^[2]。宋本《伤寒论》中有35条针灸相关原文^[3]，从中可反映出《伤寒论》六经病的针灸应用规律、取穴原则、针灸方法以及针灸应用禁忌等重要内容。施济民老师在《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》（以下简称“施注本”）^[2]注解中不仅对条文中的针灸法进行了医理分析，还增加了一些条文的取穴或针灸法，尤其是添加了变证、坏病的针灸对治法，填补了仲景原文中部分六经病变证、坏病治法的空白，对现代针灸治疗伤寒诸病有重要临床应用价值。本文旨在探讨施济民老师对《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》^[4]六经病针灸宜忌的补充内容，从而推广张仲景《伤寒杂病论》针药配合的治疗思路，使更多医患从《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》一书中获益。

1. 目的与方法:

1.1 研究目的:

研究《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》中重庆名医施济民对六经病针灸宜忌的注释及补充内容，使更多医患从中受益。

1.2 研究方法:

(1) 以宋本《伤寒论》^[3]为基础，比较《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》^[4]中施济民老师对宋本《伤寒论》六经病针灸条文的医理分析、对一些条文取穴

或针灸法的补充，尤其是对六经变证、坏病的针灸对治法的增加和阐述。

(2) 以“针”、“灸”、“伤寒”、“六经”为检索词，在《中国知网》、《万方数据库》、《维普数据库》及《中医典海》古籍数据库中检索与张仲景《伤寒杂病论》相关的针灸论文及条文。

2. 研究结果:

2.1 施注本的针灸条文总数与宋本比较:

宋本共有针灸相关条文35条，施注本共有针灸相关条文103条。宋本《伤寒论》35条针灸相关原文包括针法10条（施7宋8，施38.3宋143，施0宋171、施217宋231、施279宋308，施194宋216，施97宋142，施125宋108，施126宋109，施19宋24，施263宋292，）、灸法7条（施143宋117，施263宋292、施275宋304、施296宋325、施314宋343（施本无灸）、施320宋349、施333宋362）、误用针灸、火疗所致变证及坏病者有18条（施15宋16、施115宋29、施131宋115、施142宋112、施143宋117，144宋118、施145宋119、施101宋153、施208宋221、施238宋267、施113宋6、施128宋111、施129宋113、施178宋200、施264宋284，施10 金匱2.10，施132宋116，施133宋116，施115宋29）^[3、4]。施注本伤寒论六经病部分共有针灸条文103条，其中对宋本针灸条文仅作注释的有25条，包括针法5条（施7宋8，施97宋142，施194宋216，）、灸法2条（施333宋362）、坏病18条（条文编号同前列宋本坏病）；在宋本针灸条文的基础上再添加了针灸条文10条，包括添加针刺穴位5条（施19宋24，施125宋108，施126宋108，施217宋231，施279宋308

)、添加艾灸穴位5条(施263宋292, 施275宋304, 施296宋325, 施320宋349); 在宋本无针灸之条文下添加了60条针灸法, 包括添加了针刺穴位的有35条(施14金匱2. 14, 施15金匱2. 15, 施87宋133, 施99宋151, 施113宋6, 施172宋195, 施306宋335, 施11金匱2. 11, 施12金匱2. 12, 施13金匱2. 13, 施19金匱2. 19, 施26金匱2. 26, 施35宋23, 施36宋25, 施38宋28, 施45宋37, 施46宋46, 施52宋33, 施53宋34, 施56宋40, 施78宋123, 施93宋138, 施100宋152, 施105宋157, 施107宋159, 施116宋30, 施146宋124, 施212宋223, 施225宋237, 施227宋243, 施117宋48, 施15宋16, , 施113宋6, 施130宋114, 施183宋205)、添加了艾灸穴位的有14条(施267宋297, 施271宋300, 施311宋340, 施315宋344, 施316宋345, 施317宋346, 施12金匱2. 12, 施23金匱2. 23, 施35宋23, 施45宋37, 施78宋123, 施100宋152, 施116宋30, 施324宋353); 添加了坏病针刺穴位的有7条(施113宋6, 施131宋115, 施145宋119, 施142宋112, 施143宋117, 施144宋118, 施15宋16), 添加了坏病艾灸穴位的有4条(施142宋112, 施15宋16, 施183宋205, 施113宋6)。其简况见表一。

表一：施注本与宋本针灸条文总数及分类比较

针灸法	宋本	施注本			
	针灸条文数	针灸条文仅作注(条)	有针灸之条文+添穴位(条)	无针灸之条文+添穴位(条)	施注总条数
总条数	35	25	10	60	95
针法	10	5	5	35	45
灸法	7	2	5	14	21
误用火灸、温针、烧针致变证、坏病	18	18		针穴：7 灸穴：4	29

2.2 施注本对宋本六经坏病的针灸法拓展：

2.2.1 施注本与宋本六经病针灸致坏病及其挽救法条文的六经分布比较：

宋本六经病中针灸(火灸、烧针、温针)致坏病的有11条, 包括太阳病篇7条(涪10 金匱2. 10, 涪101宋153, 涪115宋29, 涪128宋111, 涪129宋113, 涪132宋116, 涪133宋116)、阳明病2条(涪178宋200、涪208宋221)、少阳病1条(涪238宋267)、少阴病1条(涪264宋284), 施老均作了注解; 宋本火灸致坏病无对治方剂和针刺穴位而施注本添加针穴对治的条文有太阳病4条(涪113宋6, 涪130宋114, 涪131宋115, 涪145宋119); 原文火攻致坏病对治法有方无穴、施注添加针穴形成新的针药结合法的条文有太阳病3条(涪142宋112, 涪142宋117, 涪144宋118), 故而施注本共有针灸致坏病条文以及针灸挽救坏病条文18条。

2.2.2 施注本与仲景六经病非针灸所致坏病及其挽救法条文的六经分布比较

非针灸所导致的坏病及针灸法共有6条, 其中仲景给出六经病中非针灸所致坏病的针刺疗法加施老注解见于太阳与少阳并病1条(涪97宋142); 仲景给出坏病治法但无方穴, 而施注增补了针灸法和穴位, 见于太阳病2条(涪117宋48, 涪15宋16); 仲景未给坏病的治法、方穴而施老添加对治针穴的有3条, 其中太阳病2条(涪113宋6, 涪130宋114)、阳明病1条(涪183宋205)。无针药结合条文。非针灸导致的坏病无少阳病和三阴经的针灸条文。

3. 讨论

宋本《伤寒论》35条针灸相关原文包括针法10条、灸法7条、误用针灸、火疗所致变证及坏病者有18条。施注本伤寒论六经病部分共有针灸条文103条, 其中对宋本针灸条文仅作注释的有25条, 包括针法5条、灸法2条、坏病18条; 在宋本针灸条文的基础上再添加了针刺穴位的有5条; 在宋本无针灸之条文下添加了针刺穴位的有35条、添加了艾灸穴位的有14条、添加了坏病针刺穴位的有7条、添加了坏病艾灸穴位的有4条。

3.1 施老对仲景六经正病针灸法的拓展

3.1.1 宋本之针灸条文，施老仅作注释的，皆为点睛之笔

宋本有记载针灸治法而施老仅仅给予注释、无添加针灸内容的条文有4条，其中3条针法：太阳病1条（涪7宋8），太阳少阳并病1条（涪97宋142），阳明病1条（涪194宋216），1条灸法：厥阴病1条（涪333宋362）。施老的注释，皆为点睛之笔。例如：涪194宋216阳明病，下血而谵语者，此为热入血室，但头汗出者，当刺期门，随其实而泻之，谵然汗出者愈。施老注释：阳明病谵语热甚也。更见下血，热血分血室者，肝主藏血。热邪客于肝络，阴络伤则血内溢，盖热血下也。热气上蒸，故头汗出。期门穴，在乳下三寸，肝之募也，刺之泻血中之热，邪去经络得通，故谵然汗出而愈。

3.1.2 宋本有针灸法，施老注解并补充了新的针灸法

宋本有针灸法，施老注释并增加新的针灸法的条文有太阳病篇的2条（涪125宋108，涪126宋108）。阳明病针灸法、施老注释及补充1条（涪217宋231、232）。少阴病篇针灸法、施老注释及补充4条（涪263宋292，涪275宋304，涪279宋308，涪320宋349），如涪263宋292：少阴病，其人吐利，手足不逆，反发热，不死。脉不至者，灸其（本录入“其”字）少阴七壮。原文只提到“灸其少阴气壮”，施老注“灸七壮以复阳通脉”，并补充：灸涌泉、百会。这样就增强了原有针灸法的临床疗效。

3.1.3 宋本原条文无针灸而施注本添加的针灸治法

（1）**太阳病篇**：宋本无而施注本添加的针灸治法一共有5条（涪14金匱2.14，涪15金匱2.15，涪87宋133，涪99宋151，涪113宋6）。如涪87宋133结胸症悉具，烦躁者死。施老提供救治法：针劳宫、手三里、足三里、中脘等穴挽救。

（2）**阳明病篇**：宋本无而施注本添加的针灸治法一共有1条（涪172宋195）。

（3）**少阴病篇**：宋本无针灸而施注本添加的针灸治法一共有2条（涪267宋297，涪271宋300）。如

涪267宋297：少阴病，下利止而头眩，时时自冒者死。施老增加：灸百会、涌泉。

（4）**厥阴病篇**：宋本无针灸而施注本添加的针灸治法一共有5条（涪306宋335，涪311宋340，涪315宋344，涪316宋345，涪317宋346）。如涪311宋340：病者手足厥冷，言我不结胸，少腹满，按之痛，此冷结在膀胱关元也。施老添加灸穴：灸关元。

施老为宋本无针灸条文增加的针灸方法，为仲景指出症状、病机或治法而无方药、穴位的病症提供了切实有效的治疗方法，或为有方药的条文提供了针药结合的新方案。

3.2 施注本与宋本六经病针灸致坏病及其挽救法

3.2.1 火灸、温针、烧针致坏病及施注：

施老为仲景火灸、温针、烧针致坏病条文加注释的有：太阳病篇7条（涪10 金匱2.10，涪101宋153，涪115宋29，涪128宋111，涪129宋113，涪132宋116，涪133宋116），阳明病2条（涪178宋200、涪208宋221），少阳病1条（涪238宋267），少阴病1条（涪264宋284）。如涪129宋113：形作伤寒，其脉不弦紧而弱。弱者必渴，被火者必谵语。弱者发热脉浮，解之当汗出愈。施注：形作伤寒，但脉不见弦紧且弱，是脉证不合。弱为里阴虚，阴虚生内热。以其元阴不足，津液少，虚火上炎，故渴。法宜养阴清热，若以火迫劫，火气内入，则有神昏谵语矣。发热脉浮，宜以汗解。让后学者更容易理解坏病的由来并在临床医疗实践中避免。

3.2.2 宋本“火灸致坏病”无方穴、施注及添加针穴之条文：

仲景有的条文提出“火灸致坏病”但未给对治方穴，施老作了注释并添加针穴之条文的有太阳病4条（涪113宋6，涪130宋114，涪131宋115，涪145宋119）。如涪130宋114：太阳病，以火熏之，不得汗，其人必躁，到经不解，必清血，名为火邪。施注添加针穴，如“围血：针内庭、大肠俞”。这为伤寒太阳病坏病的救治提出了明确的方法。

3.2.3 宋本“火灸致坏病”之方药结合条文添加：

仲景“火灸致坏病”提出了对治方剂，施老作注解并添加针穴，形成新的针药结合法的条文有太阳病篇3条（涪142宋112，涪143宋117，涪144宋118）。如涪142宋112：伤寒脉浮，而医以火迫劫之，亡阳，惊狂，卧起不安，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之。施注：伤寒脉浮，不依法解表，反用火攻迫劫，致汗出亡阳，火毒入里灼其阴血，遂致阳亡于外，阴虚于内，君火孤亢，阴不恋阳，邪火上迫，神明散乱，乃作惊狂卧起不安。故以龙骨牡蛎镇其惊，蜀漆去其痰，桂枝以卫外，甘草大枣以安中，生姜以通神明，则卒然散乱之神明，因之得守，而救火逆。施注添加针穴：针神门。简单一穴，为“火灸致坏病”提供了针药结合方案，从而增加了“救火逆”的疗效。

综上，本文比较“施注本”与宋本六经病中针灸相关条文，挖掘出重庆名医施济民对仲景六经病仅作注针灸条文数量、施老为宋本针灸条文添加针灸穴位的条文数量、施老对仲景论及但未提供治法方药的一些正病、变证和坏病提供针灸对治方案的条文数量，量化了施注本对宋本伤寒六经病内容的丰富与拓展，展示了《重编施注伤寒杂病论（涪陵古本）》一书中重要的针灸理论和临床实用价值。

4. 结论：

施注本对针灸和针药结合条文的注释，丰富了《伤寒论》的内涵，使中医学生或从业者易于理解相关的病因病机及针灸思路；施注本对一些只有方药的条文配上了针灸疗法形成针药配合方案，可帮助从业者提高临床疗效；施注本对仲景论及但未提供治法方药的一些正病、变证和坏病提供的针灸对治方案，拓展了《伤寒论》的外延，使中医师不但清楚伤寒针灸宜忌，能更从容地对一些曾经束手无策的变证、坏病进行有效治疗。本文研究结果展示了《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》一书重要的针灸理论和临床应用价值。

参考文献：

1. 孙思邈（唐），《千金翼方》，北京，2011年，第一版，中国医药科技出版社
2. 马蕾，《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》，2022年，北京：学苑出版社
3. 张仲景，《伤寒杂病论》，宋本，2005年，人民卫生出版社
4. 张仲景，《伤寒杂病论》涪陵古本，2015年，学苑出版社

夏贤闽和“球后”穴

胡追成¹，王海丽²，叶明柱³，张仁²（通讯作者）

(1. 上海针泉中医诊所，上海，201399；2. 上海市中医文献馆，上海，200025；3. 上海市长宁区江苏社区卫生服务中心，200050)

摘要：夏贤闽先生是著名的眼科针灸大家。本文对其生平和成就进行了介绍，对其创建“球后穴”的过程予以梳理。夏氏敢于创新，突破禁区，开眶内深刺之先河。本文对目前“球后穴”定位和针刺操作上的错误进行了纠正，力求其在临床运用中更为规范。

关键词：眼病针灸；“球后”穴；眶内深刺

夏贤闽原是杭州市第一人民医院眼科主任，为我国著名的中西结合眼科专家，其撰写的《眼科针灸疗法》，是我国第一部眼科针灸专著。球后穴为其所创，然目前文献对其创建过程描述不清，以致对球后穴的定位、针刺深度及方向等的认识存有诸多偏差。为此笔者多方收集资料，述之于下。不当之处，敬请指正。

一、生平简介

夏贤闽1929年4月出生于浙江温州市一个普通家庭，父亲夏秋月，母亲张翠凤。其为幼子，上有三兄一姐。

夏氏自幼聪明，受母亲影响，热爱读书学习。七岁就读于浙江永嘉瓯江小学，1942年考入浙江省立温州中学初中部，1944年温州再度被日军侵占，遂举家搬迁至平阳，温州中学亦被迫搬迁到泰顺山地。因临近毕业，功课繁重，生活上无人照理，加之水土不服，遂得头晕失眠之症，回家修养一年。1945年日本投降，温州中学搬至市区，于是继续在该校求学。1946年升入高中部。1949年考入浙江省立医学院。浙江省立医学院前身为浙江医学专门学校，1952年2月与浙江大学医学院合并成了浙江医学院。因生活艰难，夏氏曾在浙江大学事务室勤工俭学。一年后，夏氏报考北京大学医学院插班生，成为北京大学医学院医学系五三班学员。1954年7月参加中央赴安徽防疫医疗队。1954年12月分配到山西阳泉矿务局医院。1955年8月调到辽宁抚顺矿务局医院，从事眼科工作，同年10月创建奇穴“球后”[1]，并获抚顺市社会主义青年积极分子以及抚顺矿务局医院先进工作者称号。

1957年1月夏氏调浙江医学院眼科教研组。

1959年1月参加浙江省首届西医离职学习中医班，系统地学习了中医经典和理论，临床实习之重点为中医眼科，学习中医眼科疾病的辨证论治，掌握了金针拨内障、放血疗法等中医眼科各种手术，业余还自修了《龙木论》《审视瑶函》等中医眼科经典。1959年编著出版我国现代首部眼科针灸专著《眼科针灸疗法》。1961年11月结业后，于同年12月任浙江中医学院眼科教师。1962年7月调入杭州市第一人民医院眼科工作。文化大革命时期，他与其他知识分子一样受到冲击，1972年被下放到桐庐县分水镇医院，1975年返回医院。1978年任主治医师。为了提高业务水平，同年于上海第一人民医院眼科进修6个月。1981年任副主任医师，1987年升任主任医师。

夏贤闽还兼任中国中西医结合学会眼科专业委员会委员、浙江省中西医结合学会眼科专业委员会主任委员、浙江省卫生厅高级职称评审委员会眼科组委员、浙江眼病研究所副所长、中国《中医眼科杂志》编委等职务。1990年退休，后因医院需要返聘在专家门诊部门诊。2015年因病去世，享年86岁。

二、“球后”穴的诞生

1953年夏贤闽在《自传》中写道：“眼睛就是海洋，眼底就是海底。这里需要智慧，这里需要高深的数学与物理学，这里需要勇敢勤动（应为“劳”字）的探险者，去开拓人类足迹未至的处女地。”他立下了“我愿意尽毕生之努力从事眼科的研究。建立适合于我国的眼科科学”的誓言。夏

氏在眼科针灸学中努力耕耘, 守正创新, 独树一帜。其早期从事眼科工作所在的抚矿医院是抚顺最早的医疗机构, 前身是1905年(清光绪三十一年)成立的千金寨卫生所, 后更名为抚顺炭矿病院、抚顺炭坑医院等。1945年8月日本投降后改称为抚顺矿务局医院。1948年10月, 东北人民政府接管抚矿医院时, 该院有工作人员四百余名、床位二百余张、卫校一所[2][3], 是当时抚顺地区规模最大, 设备最好, 技术水平最高的一所大型综合性医院。该院眼科人才济济, 接诊了很多眼病患者, 据1955年《中华眼科杂志》第5号发表的蔡怀诚《抚顺矿务局医院眼科门诊病人之统计》, 该医院为“国营厂矿职工和家属的医疗机构”, “1951年6月21日至1952年1月24日, 7个多月眼科门诊病人共计5375人”[4], 同时该院还积极开展了封闭疗法治疗眼病[5]。夏贤闽在此环境下工作和锻炼, 眼科业务能力得到很大提高。彼时卫生部对针灸疗法非常重视, 1951年3月7日召开针灸疗法座谈会后, 《人民日报》发表评论, 进一步号召全国中、西医有组织地研究与推广针灸疗法, 卫生部也号召普及针灸疗法, 全国掀起了学习针灸的热潮[6]。正是在此背景

下, 夏氏学习了针灸。1955年10月, 27岁的夏贤闽根据祖国医学的针灸疗法与苏联的球后封闭疗法的特点探索创立了“球后穴”[7], 并获抚顺市社会主义青年积极分子以及抚顺矿务局医院先进工作者称号。

“球后穴”在治疗眼科疾病的实践中取得了显着疗效。1956年的中华医学会第十届全国会员代表大会眼科分会上, 夏氏首次宣读了“球后”穴的第一篇论文《针刺球后穴》[8], 引发了与会中西专家

的强烈反响。一些著名眼科学家如上海陆南山先生、河北医学院刘英奇等都深感兴趣, 并对其操作、疗效、注意事项等进行了热烈的讨论。大会主任委员北京协和医院毕华德先生认为: “一般针灸学中无球后穴, 此系发明创造, 苦心钻研, 甚可仰佩。”[9]“球后”穴治疗眼病疗效卓著, 不仅被载入针灸学教材, 还被中兽医收录[10], 影响深远。1985年球后穴在世界卫生组织(WHO)西太区针灸穴名标准化香港会议上被补增为48个标准经外奇穴之一, 1987年汉城会议上被编号定名[11]。目前, “球后”穴广泛应用于视神经萎缩、中心性视网膜病变、近视、皮质盲、视网膜色素变性、青光眼等多种眼病的治疗[11]⁵⁸⁻⁵⁹。

三、“球后”穴的贡献

(一) 开眶内深刺的先河

在传统经穴中, 位于眶内之穴只有承泣穴和睛明穴。两穴的针刺深度, 《针灸甲乙经校释》分别予以归纳, 承泣穴为“此穴针刺深度, 诸书不一, 有3分, 3-4分, 3-7分等”。睛明穴为“此穴所刺深度, 古今医书所载不一致, 有1-2分, 3-4分, 3-7分等。”[12]上世纪五十年代以前, 承泣与睛明两穴的针刺深度, 最深为7分。承泣自北宋(《铜人针灸腧穴图经》)起被列入禁针之穴, 直至近代, 一些针家仍不敢施针, 唯恐意外。如梁慕周在《广东中医药专门学校针灸学讲义》承泣条下言: “余与人治疗, 未尝用针”[13]。

1950年出版的鲁之俊先生之《新编针灸学》认为承泣可针刺“深五分—八分沿眼下缘。针取水平位入”, 睛明可针刺“深八分—一寸”。此书虽然在眶内穴的针刺深度上有所突破, 但当时两部影响

较大的针灸学著作中对眶内穴针刺均具谨慎态度。一部为朱璉的《新针灸学》，记载承泣穴“针二分深，不可深刺，禁灸”；睛明穴“针二分深，禁灸。”[14]另一部为承淡安《中国针灸学》，其睛明穴条下“针一、二分深，不可灸。”承泣穴条下“医书皆言禁针灸，针之则目珠乌色。近十年来试针之，疗效甚佳，与睛明同。宜用三十号微针，深入三四分，捻留半分钟。灸则未试。”[15]可见上世纪五十年代初，眶内腧穴浅刺依然是主流。

早在1956年夏贤阁首次公开介绍“球后”穴时，就明确了其针刺深度为4.7-5.2cm[8]，最深之处超过两寸，开眶内深刺之先河。后夏氏对“球后”穴的定位和针刺作了更详细的说明，认为针刺时应沿着下眶缘外1/3处的中间一段进针，并记述“下眶缘中1/3与外1/3交点开始直至下眶缘外侧与上眶缘交点之间，均可进针；尤以后述部位较易进针，而且扎得较深”“眶缘与眼球之间皮肤垂直刺入，并向后、向内与向上刺入”[7]，说明了球后穴创立之初的针刺部位为沿着下眶缘外三分之一的一条弧线，而不是一个点，在此弧线上针刺都可以。球后还有另外一种针刺法，即也可在上眶缘外1/3处，在眶壁与眼球之间垂直刺入，并向后、向内与向下刺入直达球后，但此部位不如前述部位易操作，深度亦不及前者。夏氏当时认为只要针刺刺激到视神经和睫状神经节即可，进针的位点可以灵活，更像是球后封闭法的针刺版本[16]。夏氏在之后发表的一篇文章中最终将球后定位为下眶缘中1/3与外1/3交点处，而将上眶缘与球后相对之处成为上球后[17]。遗憾的是，上世纪六十年代球后穴的定位就被改为下眶缘外四分之一和内四分之三的交界处[18]，此定位方案进入针灸教材后一度未曾修改。对于其

针刺深度，有记载针刺4-5公分不能深刺者[19]，还有针灸教材载其针刺深度为0.5-1寸者[20]。在“球后”穴针刺方向上，也诸多舛错。如1976年第二版《针灸学简编》“执笔式持针沿眶腔下壁直刺”[21]，1985年教材《针灸学》“向眶缘缓慢直刺”[22]。凡此种种，不一而足。这些定位和针刺操作都和夏氏相差甚远，势必影响其治疗眼病的效果，应予以纠正。

(二) 眶内奇穴的催化剂

球后穴深刺治疗眼病的疗效优势，逐渐引起针家重视，使得该类型刺法在眶内腧穴上得到不断探索并迅速推广，同时也促使更多的眶内奇穴被挖掘出来。河北省卫生厅1959年7月下旬，在保定召开了全省针灸技术经验交流会议。会上天津市南开医院在针刺治疗视神经萎缩效果不好之后，深刺眶内奇穴组合穴“眶五穴”，治愈一例因化脓性脑膜炎引起视神经萎缩之失明患儿。所谓“眶五穴”系眼眶内缘五个奇穴。眶一穴在睛明上二分；眶二穴位于瞳孔上五分；眶三穴在眶二穴外开四分，距瞳孔六分；眶四穴在眶下缘，与眶三穴相对；眶五穴位于瞳孔下五分。此五穴之眶二穴和眶五穴，实乃奇穴上明穴和承泣穴附近，眶四穴则在球后穴附近，可以说此五穴，对眼球形成了一个深入的围刺[23]。交河县连镇公社卫生院治疗一例视神经萎缩，几近失明的患者，认为当刺激视神经，才能达到复明的目的。于是通过和西医共同研究，认识到瞳子髎，睛明、风池、目外眦角都能直接兴奋视神经作用。他们根据人头骨穴位深度和临床经验，确定了针刺穴位深度方法。采用眶内深刺睛明、目外眦角并配合瞳子髎、承泣、风池、大椎等穴位后，患者

恢复了视力。该文记载睛明针刺深达两寸,目外眦角针刺深达一寸半,承泣针刺一寸。还应用此法治疗青光眼、白内障、绿内障、视网膜色素变性等17例,均获得同样的疗效[24]。类似的探讨和实践使得广大针家围绕眶内创建了不少奇穴。1974年郝金凯出版的《针灸经外奇穴图谱续集》收集到的眶内奇穴竟达20多个,包括外睛明、上睛明、上明、东明一至六、健明、健明1-4等,针刺深度多为一寸到两寸之间[25]。

以上说明,广大针灸临床工作者已经意识到,眶内深刺治疗眼病尤其是眼底病,有常规针刺深度达不到之疗效。他们利用解剖、生理和病理知识创立了不少眶内奇穴,促进了眶内深刺的应用。在此过程中,夏贤闽创建的“球后”穴起到了引领示范的作用。正是由于“球后”穴显著的临床疗效,使其在针灸界获得高度的认可。在1987年汉城举行的WHO西太平洋区针灸穴名标准化会议和我国1991年制定的第一部经穴部位标准《经穴部位》中,“球后”穴成为唯一收录的眶内奇穴。

四、结语

综上所述,夏贤闽通过创建“球后穴”对眶内针刺深度做了积极的探索和突破,在针灸史上开眶内深刺之先河,对其它眶内奇穴的创建起到了引领示范作用。

夏氏之“球后”穴定位应为下眶缘中1/3与外1/3交点处;针刺深度为4.7-5.2cm,相当于1.5-2寸,临床上为了安全起见,不太建议其针刺深度超过2寸;针刺的方向为向后、向内与向上刺入。临

床运用“球后”穴时需按照夏氏之定位和操作规范进行,方可保证其临床疗效。

参考文献

- [1] 夏贤闽.新发现的奇穴“球后”治疗122例(201眼)眼病的介绍(J).浙江中医杂志,1957,(8):19.
- [2] 蒋震坤.抚顺市科学技术志[M].沈阳:辽宁人民出版社,1991:443
- [3] 安瑞馥.百年前的抚顺炭矿医院//冯克力.老照片第46辑[M].济南:山东画报出版社.2006:154-155.
- [4] 蔡怀诚.抚顺矿务局医院眼科门诊病人之统计分析(J).中华眼科杂志,1955,5(5):469-475.
- [5] 蔡怀诚.封闭疗法对青光眼的治疗(J).中华眼科杂志,1953,3(4):274-277.
- [6] 肖雄.新中国“十七年”针灸推广运动研究[C].广州中医药大学.2021:24.
- [7] 夏贤闽.新发现的奇穴“球后”治疗122例(201眼)眼病的介绍(J).浙江中医杂志,1957,(8):19.
- [8] 夏贤闽.针刺“球后穴”[C]//中华医学会.中华医学学会第十届全国会员代表大会论文摘要:口腔科、耳鼻喉咽喉科、眼科部分•眼科部分.北京:中华医学会,1956:7.
- [9] 杨钧.十届大会记录摘要[J].中华眼科杂志,1956,(5):481-482.
- [10] 于船主编,中国畜牧兽医学中兽医研究编著.中兽医学大辞典,成都:四川科学技术出版社,2002:711.
- [11] 张仁.经外穴精选[M].上海:上海科学技术出版社,2008:60.
- [12] 山东中医学院.针灸甲乙经校释[M].北京:人民卫生出版社,1979:364-366.
- [13] 梁慕周.广东中医药专门学校针灸学讲义[M].北京:学苑出版社,2017:400.
- [14] 朱璉.新针灸学[M].北京:人民卫生出版社,1954:87-89.
- [15] 承淡安.中国针灸学.北京:人民卫生出版社.1955:69,102.
- [16] 夏贤闽.眼科针灸疗法[M].北京:人民卫生出版社.1959:87-89.
- [17] 夏贤闽.针刺慧光、明察、消翳三穴治疗青少年近视112例观察.浙江中医杂志,1983,18(7):329.
- [18] 上海第一医学院人体解剖学教研室.常用经穴解剖学定位[M].上海:上海科学技术出版社,1960:50-51.
- [19] 杨兆钢.跟老中医学针灸-验穴辑录.北京:人民军医出版社,2014:18.
- [20] 沈雪勇.经络腧穴学[M].北京:中国中医药出版社,2016:193.
- [21] 中医研究院.针灸学简编[M].北京:人民卫生出版

社, 1976:242.

[22] 邱茂良. 针灸学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1986:137.

[23] 天津市南开医院. 深刺新穴迅速治愈视神经萎缩一例报告(G)//河北省中医研究院, 河北省卫生工作者协会. 河北省针灸技术经验交流会议资料汇选, 1959:268-271.

[24] 杨树森. 针灸治疗视神经萎缩、白内障等眼疾的临床疗效(G)//河北省中医研究院, 河北省卫生工作者协会. 河北省针灸技术经验交流会议资料汇选,

1959:271-273.

[25] 郝金凯. 针灸经外奇穴图谱续集[M]. 西安:陕西人民出版社, 1974:45-57.

第一作者简介:

胡追成, 男, 副主任医师, 研究方向: 痛症及眼病的针灸治疗。E-mail: huzhuicheng@126.com

通讯作者简介: 张仁, 男, 主任医师。E-mail: zzz111_010@163.com

头针治疗脑中风后大脑影像学变化的客观指标

—第10届美国中医药大会参会后感悟

苏筠霞 撰写 樊莹 指导

2024年10月5-6日作者参加了在拉斯维加斯举行的第10届美国中医药大会, 会议组委会主席魏辉医师和NCCAOM董事会荣誉理事焦望义博士共同主持。

ATCMA田海河会长致开幕辞后, 开始了一场学术的盛宴, 各位专家、教授倾囊相授分享信息, 还有精彩的针法手法演示、惊喜不断, 与会者收益颇多。

作者是西学中医师、中医执业2年多, 第一次参加这样高水平的学术盛会、大开眼界, 努力学习专家、教授们分享的学术信息, 体会最深的一点是会议上头针疗法介绍较多。记得上学读中医硕士期间, 课堂上学习的是焦氏头针, 加州执照考试内容也是焦氏头针。两天时间内多位教授分享了各自的特色头针方案, 对一个初级中医针灸师来说、有点应接不暇, 也引发了一些思考: 既然多种头针治疗方

案、临床效果都比较好, 脑内部的变化会有什么不同之处吗? 各自的理论依据是什么? 有什么客观证据证明脑内部的变化吗?

郝吉顺教授介绍的头针基本上是焦氏头针, 它将传统针刺与现代医学的脑部神经解剖生理病理相结合, 头皮上头顶到颞部的一个区域犹如一个倒置的缩小版人体, 分为双侧感觉区和运动区(1/5 为下肢, 中2/5为躯干和上肢, 下2/5为头面部)、前面一些的部位为震颤区、而头顶为足运感区, 还有三个语言区等, 郝教授的进针方法挺有特色、比较快速, 针入腱膜下后多次快速捻转、速度为200次/分钟。他认为这种头针治疗中风偏瘫失语等中枢神经系统疾病、疗效确切。我平时也采用这种针法治疗病患, 初步的体会是因为基本没有疼痛、患者接受度比较高, 但是病例数尚少、疗效还待观察。

刘伟教授介绍了初级的刘氏头针方案、以治疗痛证为主，会议图片显示头颅上伏像小人的全息定位，百会穴对应命门。刘老师说刘氏头针是他本人对《内经》、《难经》的发挥，想学好针法，要熟读《内经·灵枢/素问》、《难经》等中医经典。刘老师在会议上做了示范，治疗一个腰痛的患者，采用头针和腰部手法同时进行，称为刘氏风筝针法。

周喜平教授强调推拿手法和针法在临床上同等重要，这次周老师带来了六种滚法推拿特色手法示范。想起周教授也擅长头针，以前在网上看过他介绍的周氏针法，是以百会穴为中心、在四神聪所包含的四个方向针尖所到的菱形区域针刺，认为临床效果显著。

我想起金观源老师2023年在头皮针和反映点的讲座中，也讲到头皮针刺激改善脑血流量，使用简化的金氏四大区（顶、额、颞、枕）头皮刺激和耳针治疗，也会取得很好的临床疗效。

会议中樊莹医师体验了郝吉顺、周喜平两位医师的头针刺入方式和手法。作者与临床上使用头针较多的樊莹医师交流、请教，樊老师讲解了头部针刺前后脑功能特别是大脑的客观变化，建议作者进一步查阅文献、可以做一个综述。会后，我复习了樊老师之前全美中医药学会(ATCMA)组织的一次Zoom公益讲座，[1] 樊氏提出了“脑髓”穴和“脑髓”穴区的概念：脑作为一个重要脏器，有一些本身特异

的穴区、处于头部肌肉丰厚之处，额部、颞部、枕部、上颈部、眼眶。樊氏头针刺激区有3个区，第一区为“脑髓”穴区、分为两处：1A穴区（眉棱-眼眶区及下额部额肌，延伸到太阳、悬颅、率谷等穴所处的颞肌，以及对应的皮肤和所在区域的结缔组织），1B穴区为枕颈移行交界区（包括枕肌上颈部肌肉、以及对应的皮肤和所在区域的结缔组织），这个1区平时不会有疼痛或痛敏，但在在脑病发生、发作时这些头颈部肌肉会发生不同程度及不同（不规则的）体积的肿胀、触痛和疼痛、局部皮肤痛敏，这个区域就是樊氏“脑髓”穴区，而触痛或/及肿胀最明显之处就是“脑髓”穴；2区为额部发际线，3区为头顶（四神聪四点向外1寸所包含的菱形区域）、以及脑空-脑户下区；2区和3区在脑病的发生、发作前后一般不会有疼痛、触痛，基本上也没有明显的组织肿胀变化，所以不是“脑髓”穴区，但与脑有关。总体原则是：三叉神经分布区的针刺刺激主要涉及大脑部分的多层次、多位点的调节，枕神经（C2为主）区域的针刺刺激主要涉及小脑、脑干的多层次、多位点的调节，在头皮等不同之处的针刺不存在显著的特异性（比如针刺某处并不仅仅作用在某一处皮质的感觉区或运动区，而是激活或抑制多个的皮质和皮质下区域）；两个神经分布区的针刺刺激在功能调节方面存在重叠。（详细讲座请观看ATCMA 2024年线上公益讲座）。

为了探究头针机理，笔者进一步查阅了有关头针和体针治疗后脑部功能变化的客观研究，以Functional MRI (fMRI) 为客观证据，发现已有一些临床研究文献和荟萃分析，给人启示。

针灸是将细针插入皮肤或身体深层组织，是传统中医的特色技术之一，被世界卫生组织推荐作为中风治疗的替代和补充策略。有大量研究表明，针灸对中风患者的运动恢复、吞咽困难、肩痛、认知障碍、抑郁和其他症状有积极治疗作用。有证据表明，针灸治疗中风的机制主要包括促进神经发生和细胞增殖、调节缺血区脑血流、抗炎和抗细胞凋亡。

[2]

功能磁共振成像（fMRI）是一种具有高时间和空间分辨率的非侵入性成像技术，通过监测血流动力学反应来测量神经元活动。[3] 越来越多的针灸研究已开始应用fMRI技术来探索与治疗反应相关的神经效应，以更好地了解针灸的潜在机制和判断疗效。

[4]

Ma[5]等荟萃分析了轻度认知障碍（MCI）患者使用针灸治疗后大脑fMRI有变化。虽然本研究不是专门针对头针的研究，但fMRI作为客观依据，予人启发和思考。本荟萃分析有7项研究符合纳入标准，其中治疗组94名患者、对照组112名患者。所有研究均使用区域同质性（ReHo）方法进行分析。

fMRI的实验设计包括六项任务状态研究和一项静息状态研究。结果显示，针刺治疗后，MCI患者的右侧岛叶、左侧前扣带/副扣带回、右侧丘脑、右侧额中回、右侧正中扣带/副扣带回和右侧颞中回脑区活动增强。进一步的随机对照试验和纵向研究分析表明，针灸后两个脑区（左前扣带回/副扣带回和右岛叶）的ReHo值显著升高。与健康对照组相比，MCI组在针灸治疗后右侧边缘上回的活动更强。Meta回归分析显示，所有MCI患者的右侧丘脑

前部投射ReHo指数与针刺治疗后的MMSE评分显著相关。

Li[6]等荟萃分析了失语症患者针刺后大脑核磁共振变化。经检索后，共检索到885篇文章。最终纳入16项研究，针刺类型方面，10项研究使用手工针灸，5项研究使用电针，而体针（10项研究）、头针（7项研究）和舌针（8项研究）用于治疗中风后失语患者，结果发现针灸的作用机制可能与语言相关脑区的激活和功能连接有关，例如左颞下回、缘上回、中回的布罗卡区和韦尼克区周围的脑区，额回、额下回等。然而，这些研究仍处于初步阶段。需要进行大样本的多中心随机对照试验（RCT）来验证现有证据，并深入探讨针灸效应的神经影像机制。

Zhang [7]等用荟萃分析，总结针刺对缺血性中风（ischemic stroke, IS）患者的即时和长期脑激活作用中，fMRI的改变，结果显示：治疗后，IS患者立即表现出以右侧楔前叶（即顶上小叶，大脑半球内侧的部分）（PCUN）为中心的增强簇和以左侧额中回（MFG）为中心的减弱簇。经过长期针灸治疗后，IS患者的左侧PCUN出现增强的簇，而右侧岛叶（INS）和海马（HIP）则分别出现两个减少的簇。此外，与长期针灸治疗相比，右角回（ANG）在针灸后立即表现出较高的评分，而长期针灸导致左上顶叶回（SPG）得分较高。两种激活的交叉簇位于左楔骨（CUN）。即时和长期针灸治疗均显示出不同的大脑激活模式，其中左侧CUN成为其关联中的关键调节区域。

Yang [8]等使用ReHo分析评估靳三针（JTN）联合镜像疗法对缺血性中风后上肢残疾患者脑功能的短

期影响。镜像疗法(MT)逐渐从治疗肢体不适过渡到恢复受损肢体的运动功能。JTN穴位为功能障碍肢体(伤肢)对侧颞三针(耳尖直上距发际2寸第1针,第1针水平向前向后旁开一寸为第2、3针)、伤肢手三针(合谷、曲池、外关),肩三针(肩髃穴为第1针,同水平前方后方二寸为第2、3针)和人中、百会穴。JTN+MT联合治疗,治疗前后均对大脑进行fMRI,治疗前和治疗后期间表现出区域均匀性变化的大脑区域。靳三针联合MT较单独靳三针激活更多相关脑功能区,增加脑血氧灌注。

Lu[9]等设计临床试验将用电针(EA)治疗中风后抑郁证(PSD),探讨中枢机制,主要涉及大脑皮质形态、局部自发大脑活动和默认模式网络(DMN)的变化,用功能磁共振成像,在第0周和第4周观察,以预期试验结果将为未来使用EA和MRI导航,治疗PSD提供可靠的临床证据,该实验评估研究治疗的可接受性和经济实用性。

樊老师也提醒我,SPECT也可用来判断大脑的变化,我想这可太奢侈了。Azhari [10]综述了核医学对中风诊断和治疗的应用。放射性示踪剂可以有效地区分中风和模拟中风,特别是在高危患者中。将新型正电子发射断层扫描(PET)放射性示踪剂¹⁸F 糖蛋白 1 和放射性核素血管造影相结合,可以提高血栓检测的敏感性和特异性,以做出有关支架植入或颈动脉内膜切除术的决策,并且单光子发射计算机断层扫描和PET与Ferumoxytol放射性示踪剂增强MRI的集成,可以实现功能性诊断用于评估中风后脑灌注、代谢活动和神经炎症标志物的成像。总体而言,将核医学集成到计算机断层扫

描PET和MRI-PET等多模态成像设备中可以提供更全面的大脑图像。

综上所述,无论是中风后具有的偏瘫、失语,还是中风后抑郁症、或者认知障碍综合征,用不同的体针或头针治疗方法都取得了较好的临床疗效。世界卫生组织推荐针灸作为中风治疗的替代和补充策略。全球各个国家都不同程度地认可中医针灸治疗的临床疗效,但是针灸治疗中风的神经作用机制缺乏统一的结论。本文分享的文献中,虽然有些研究并不都是头针研究,也包括了一些体针研究,但fMRI作为客观依据,已经提示针刺(包括头针)前后fMRI的确有多个脑区,特别是左侧PCUN、右角回(ANG)、左侧CUN、左颞下回等的功能活动呈现明显的变化。这可以作为今后研究头针针刺单独头部穴位疗效机制的研究参考。

本文旨在温习文献、发掘头针可能导致的脑部功能变化的机制。在美国行医,我们临床医生针刺患者,不仅追求有效、还应知道其所以然以了解针灸在治疗中枢神经疾病的作用机制,以期与主流医学界有更好的对话、也可以与患者更好地交流以增加患者的依从性。

参考文献

1. 樊莹. 循证头针. ATCMA-TCMAAA网络公益讲座, 20240204.
2. Chavez LM, Huang SS, MacDonald I, et al. Mechanisms of Acupuncture Therapy in Ischemic Stroke Rehabilitation: A Literature Review of Basic Studies. Int J

- Mol Sci. 2017 Oct 28;18(11):2270. doi: 10.3390/ijms18112270.
3. Glover GH. Overview of functional magnetic resonance imaging. Neurosurg Clin N Am. 2011 Apr;22(2):133-9, vii. doi: 10.1016/j.nec.2010.11.001.
4. Zhang J, Li Z, Li Z, et al. Progress of Acupuncture Therapy in Diseases Based on Magnetic Resonance Image Studies: A Literature Review. Front Hum Neurosci. 2021 Aug 20;15:694919. doi: 10.3389/fnhum.2021.694919. eCollection 2021.
5. Ma SQ, Huang HP, Zheng Z, et al. Effect of acupuncture on brain regions modulation of mild cognitive impairment: A meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. Front Aging Neurosci. 2022 Sep 23;14:914049. doi: 10.3389/fnagi.2022.914049. eCollection 2022.
6. Li B, Deng S, Sang B, Zhu W, et al. Revealing the Neuroimaging Mechanism of Acupuncture for Poststroke Aphasia: A Systematic Review. Neural Plast. 2022 Apr 21;2022:5635596. doi: 10.1155/2022/5635596. eCollection 2022.
7. Zhang Y, Lu H, Ren X, et al. Immediate and long-term brain activation of acupuncture on ischemic stroke patients: an ALE meta-analysis of fMRI studies. Front Neurosci. 2024 Jul 19;18:1392002. doi: 10.3389/fnins.2024.1392002. eCollection 2024.
8. Yang Y, Wang Z, Hu Q, et al. The short-term effects of Jin' s three needles in conjunction with mirror therapy on brain function in patients with upper limb disability following an ischemic stroke were evaluated using ReHo analysis. Medicine (Baltimore). 2024 July 5;103(27):e38707. doi:10.1097/MD.00000000000038707.
9. Lu H, Wang Y, Shen D, et al. Effects and central mechanism of electroacupuncture and MRI-navigated rTMS for PSD: study protocol for an fMRI-based single-center, randomized, controlled, open-label trial. Front Psychiatry. 2024 Jan 4;14:1226777. doi:10.3389/fpsyt.2023.1226777. eCollection 2023.
10. Azhari HF. Advancing stroke diagnosis and management through nuclear medicine: a systematic review of clinical trials. Front Med (Lausanne). 2024 Aug 19;11:1425965. doi:10.3389/fmed.2024.1425965. eCollection 2024.

作者简介:

苏筠霞, 博士, 西医临床工作20年。西学中。美国加州千帆大学中药与针灸博士。任加州五系中医药大学、加州国际中医药大学、加州大学硅谷(原河洛中医药大学)授课

老师约7年余。加州执照针灸师2年余，现在加州圣荷西执业。致力于中西医整合诊疗病人。喜欢学习和研究中医经

典，如《黄帝内经》，《伤寒论》等。世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班311号学员。邮箱：

junxiasu@gmail.com.

方剂本草

五苓散加味治疗痰湿型多囊卵巢综合征1例

郑崇勇^{1,2}

1. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 103
2. 成都武侯郑氏叁仁堂中医诊所有限公司

Wuling San Jiawei in the treatment of phlegm-damp polycystic ovary syndrome

Chongyong Zheng^{1,2}

1 Trainee of the research class of the World Typhoid Fever and Miscellaneous Diseases Fuling Ancient Book Research Association

2 Chengdu Wuhou Zheng's Sanrentang Traditional Chinese Medicine Clinic Co., Ltd

摘要：育龄期34岁女性，多囊卵巢综合征(polycystic ovary syndrome, PCOS)，形体肥胖，中医辨证为脾肾不足，痰湿阻滞证，运用中医药口服、生活指导、体重控制管理等联合治疗，调理3个月后患者体重减轻，成功孕育1女。本文就患者通过中医药联合治疗成功孕育的资料展开讨论。

关键词：五苓散:多囊卵巢综合征:体重控制管理

Abstract: A 34-year-old woman of childbearing age, polycystic ovary syndrome (PCOS), physical obesity, TCM syndrome differentiation was spleen and kidney insufficiency, phlegm-dampness blockade syndrome, and the combined treatment of oral TCM, life guidance, weight control management and other treatments resulted in weight loss after three months of conditioning, and successfully conceived 1 daughter. This article discusses the data on the successful conception of patients through TCM combination therapy.

Keywords: Wulingsan: Polycystic ovary syndrome: weight control management

多囊卵巢综合征(polycystic ovary syndrome, PCOS)是以雄激素增多症、持续性无排卵和多囊性卵巢形态为基本特征的综合征，但个体之间存在很大的程度差异，病因不清楚，容易合并月经紊乱、不孕、胰岛素抵抗和代谢紊乱性疾病，其心理特征和生活质量也容易受到影响。大部分患者从青春开始发病，发病人数在20~30岁达到高峰，约占总数的85.3%，占患有妇科内分泌疾病人数的8%，占不孕症患者的0.6%~4.3%。PCOS的病因迄今不明，

因此尚无根治的方法。西药多是激素药调控周期，但一停药后月经紊乱，中药可根据患者体质，辨证论治。

典型病案：杨某，女，四川眉山人，34岁，2022年8月17日因“未避孕未孕2+年，月经周期推后10+年”初诊就诊，13岁初潮，既往月经不规律，5-7天/1-6个月，量中，无痛经情况，经前无明显乳胀，未予重视，未避孕未孕2+年，外院检查确诊为

PCOS, 间断治疗, 患者体重80kg, 身高156cm, G0, LMP: 2022年6月12日, PMP: 2022年3月28日, 刻下未诉明显不适, 纳可眠差, 入睡困难, 熬夜, 时不吃早饭, 情绪尚可, 小便可, 大便粘马桶, 舌红, 苔白腻, 脉沉细。西医诊断: 多囊卵巢综合征, 原发性不孕症。中医诊断: 月经后期, 无子。辨证: 脾肾不足, 痰湿阻滞。治法: 健脾补肾化湿。方药: 猪苓12g, 白术12g, 泽泻18g, 茯苓12g, 桂枝8g, 菟丝子20g, 冬瓜皮30g, 川芎10g, 陈皮10g, 绞股蓝20g, 覆盆子10g, 枸杞子15g, 荷叶20g, 甘草10g, 黄芪30g, 20剂, 2日1剂, 水煎服, 1天3次, 每次150~200ml。嘱患者清淡营养饮食, 适当运动, 不要熬夜, 早饭必须吃, 不能节食, 科学减体重, 体重管理贯穿整个治疗始终。

患者经过3个月调理, 体重减15~20斤, 自觉身体轻盈舒畅, 继续五苓散加减调理, 经调理后, 患者自怀, 积极保胎, 顺产一女婴。

按语: 根据患者月经情况、肥胖体形、不孕及舌脉情况均符合多囊卵巢综合征的典型症状。文献中提到“肥胖者发生不孕的概率为正常体重者的3倍”, 研究表明, 肥胖可影响卵子发育、排卵、内膜增长、胚胎种植及发育等很多方面。《傅青主女科》中也提到“妇人有身体肥胖, 痰涎甚多, 不能受孕者……谁知是湿盛之故乎……而肥胖之湿, 实非外邪, 乃脾土之内病也, 然脾土既病, 不能分化水谷以养四肢……不知湿盛者多肥胖, 肥胖者多气虚, 气虚者多痰涎……又因痰多, 愈加其湿。脾不能受, 必浸润于胞胎, 日积月累, 则胞胎竟宽为汪洋之水窟矣。且肥胖之妇, 内肉必满, 遮隔子宫, 不能受精, 此必然之势也”。朱丹溪曰“有积痰下塞于胞门, 闭塞不行”, “痰多血虚”, “痰多占住血海”, “妇人闭经属积痰……是有实邪为病”。基于以上论述, 患者中医病因病机主要为: 脾肾亏虚, 气化无力, 湿浊结聚, 困滞血海。治则: 健脾温肾, 除湿化痰, 通利调经。

张仲景《伤寒杂病论》记载的五苓散, 由猪苓、泽泻、白术、茯苓、桂枝组成, 泽泻为君药, 茯苓、猪苓为臣, 助泽泻行水利湿之功, 再以白术佐泽泻收补气健脾之效求运化水湿, 佐以桂枝温阳化气以助利水, 全方共奏利水祛湿、温阳化水之功。五苓散是治疗“气化不利, 水液内停”的主方, 可治疗膀胱蓄水证、水逆证和津亏液燥证。

目前关于五苓散整方化学成分的研究比较少, 成分研究主要集中在单味药上^[1]。在临床中, 泽泻主要应用于利尿、降血脂、降血压、降血糖、抗氧化、

保护血管内皮、抗炎与免疫调节^[2]。猪苓具有利尿、保肝、保肾、抑菌、免疫调节、抗肿瘤、抗炎、抗氧化、抗突变、抗辐射等药理作用^[3], 茯苓具有利尿、保肝、保护胃肠功能、免疫调节、抗炎、镇静等药理作用^[4]。白术临床可用于治疗肝腹水、胃肠道溃疡、失眠、眩晕等^[5]。桂枝具有利尿、解痉镇痛、抗惊厥、改善血液循环、扩张血管、抗血小板聚集、抗凝血等多种药理活性^[6]。

研究表明该药方能改善代谢综合征患者血脂水平^[7]。本案例中, 运用五苓散加减治疗痰湿型多囊卵巢综合征, 加上生活方式, 科学减脂减重的指导, 系统服药, 月经由间断闭经渐渐到规律月经, 基础体温从单相到双相, 终于如愿怀孕生子。

参考文献:

- [1] 孙彩霞. 基于化学成分及药理作用探讨五苓方的宜散不宜汤机制 [D]. 北京: 中国中医科学院, 2016.
- [2] 邢增智, 陈旺, 曾宇. 泽泻的化学成分与药理作用研究进展 [J]. 中医药导报, 2017, 23(15): 75-78.
- [3] 王天媛, 张飞飞, 任跃英, 等. 猪苓化学成分及药理作用研究进展 [J]. 上海中医药杂志, 2017, 51(4): 109-112.
- [4] 梁志培. 茯苓化学成分、药理作用及临床应用研究进展 [J]. 中国城乡企业卫生, 2018, 33(8): 51-53.
- [5] 王涵, 杨娜, 谭静, 等. 白术化学成分、药理作用及临床应用的研究进展 [J]. 甘肃医药, 2018, 37(1): 23-26.
- [6] 许源, 宿树兰, 王团结, 等. 桂枝的化学成分与药理活性研究进展 [J]. 中药材, 2013, 36(4): 674-678.
- [7] 刘宇, 朱宏, 李若梦, 等. 固醇调节因子结合蛋白-1在肝豆状核变性脂代谢中的作用及茵陈五苓散对其影响的研究 [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(1): 348-351.

作者简介:

郑崇勇, 男, 主任中医师, 世界伤寒杂病论涪陵古本研究班学员, 中医生殖妇科疾病方向。

工作单位: 成都武侯郑氏叁仁堂中医诊所有限公司

详细地址: 四川省成都市武侯区佳灵路10号附6号

邮编: 610000

电话: 13881721519

麻黄汤类方应用体会

高耀华¹

1. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班 学号303

Application experience of Mahuangtang and its allied Decoctions

Yaohua Gao

Chongqing institute of TCM Email: gaoyaohua88@hotmail.com

World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.303

摘要：以麻黄汤类方的四个临床案例详细阐述了麻黄汤类方的三大主要功能，以及麻黄汤类方今后的多方向应用研究。

关键词：伤寒杂病论，麻黄汤类方，临床观察

Abstract: four clinical cases of Mahuangtang and its allied decoction were used to elaborate the three main functions of Mahuangtang allied decoction and the multi-direction application research of Mahuangtang and its allied decoction in the future.

Keywords: Discussion of Cold Damage and Miscellaneous Disorders, Mahuangtang and its allied decoctions, Clinical observation

1. 麻黄汤类方：

太阳病占《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》^[1]较大篇幅，而麻黄汤作为发汗重剂在张仲景的六经辨证论治占重要的位置，由麻黄汤衍生出的麻黄汤类方更是因方简效验被当代临床医家广泛应用。麻黄汤类方就是以麻黄汤为基础方依证加减，以加强相应部分功效变生出的一类方剂。因都是从麻黄汤演变而来，保留了麻黄的主要功效，故这一类方剂统称为麻黄汤类方，也称为麻黄剂^[2]。

1.1 分类：

《伤寒论杂病论》中麻黄汤类方主要分三大类：发汗类、平喘类、利水类。

1.1.1 发汗类：

指具有发汗解表功效的一类麻黄剂，以麻黄汤、葛根汤、大青龙汤为代表方，治疗无汗表证。此类方中主要以麻黄配桂枝解表发汗，分别治疗无汗发热（麻黄汤），无汗身痛颈强（葛根汤），或无汗内有郁热（大青龙汤）之表实证。

1.1.2 平喘类：

指具有宣肺平喘功效，以麻杏石甘汤、小青龙汤、小青龙加石膏汤为代表方的麻黄汤类方，主治咳嗽上气、痰饮喘证。平喘首选麻黄，三个平喘方中，麻杏石甘汤治寒束肌表，肺有壅热之微汗有喘；小青龙汤治疗外寒内饮之咳喘；小青龙加石膏汤治外寒内饮化热烦躁之咳喘。其中麻杏石甘汤、小青龙加石膏汤两个平喘方中都有麻黄与石膏相配伍，石膏除了辛散烦热，同时制约麻黄，使其发汗力量不至于太过，从而全方突出平喘功效。麻石配伍是仲景用药的一大特色，麻石配伍比例很重要，直接影响治疗效果。麻黄与石膏的比例，治喘时石膏要大于麻黄，石膏一般是1-3倍或更高，如麻杏石甘汤。张锡纯在治疗外感热证的痰喘，石膏可高出麻黄10倍^[3]，另有临床报道，发现麻石比例1:5治疗肺热咳嗽效果最好^[4]。

张锡纯用此类方不仅治疗喘证，也治疗喉痒顿咳，认为“石膏性水寒凉，然其质重气轻，煎入汤剂，毫无汁浆，其清而且凉之气尽随麻黄发表之力外出，不复留中而伤脾胃，此石膏久服无弊之原因。”

临床中针对慢性过敏性咽炎顿咳难治者,应用麻杏石甘汤或小青龙加石膏汤,十分有效。

1. 1. 3利水祛湿类:

指以麻黄加术汤、麻杏薏甘汤、越婢加术汤为代表的利水祛湿麻黄汤类方。这类方有以下特点:麻黄为主药,发越水气,湿从汗解;麻黄配白术,除湿而固里,并行表里之湿;湿饮之邪,郁久化热用麻黄加石膏内清里热,石膏抑制麻黄发散之性,使发汗不至于太多;麻黄加薏苡仁,是湿热之邪从三焦膀胱利尿排出。“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行,合于四时五脏阴阳,揆度以为常也。”(《素问·经脉别论篇第二十一》)^[5]。体内水液代谢与肺脾肾三脏功能及三焦气化失调密切相关。肺气失于宣降,不能通调水道,水泛滥肌肤而肿,上气咳喘;脾不能运化水湿,水湿流注关节,见关节痹痛,不能转侧;肾阳虚不能温化水饮,三焦气化失常则发生里水,见全身肿胀,小便不利。外感风寒湿,肺脾肾三脏失调,三焦气化不利,结果就导致水、湿、饮邪停于体内,甚至郁久化热,发展成各类水肿湿痹。

湿为水之渐,水饮为湿之积,痰为有形之邪,湿痰饮是人体水液代谢障碍的三大产物,常以汗、尿、粪及呼气的方式排出体外,而它们的排泄量,又常为相互消长。《灵枢》曰:“天寒衣薄则为溺与气,天热衣厚则为汗。”临床常用发汗利尿的手段,开鬼门,洁净府,排除体内水湿痰饮,维持正常的生理机能,保持阴阳平衡。麻黄汤类方具有发汗利水两大功能,给人体的邪气以出路,在治疗水肿湿痹方面,起着很重要的作用。

2. 麻黄汤类方的其他功能

除了发汗、平喘、利水三种功能外,因效果显著,随着临床的广泛应用,麻黄汤类方越来越多的功能被挖掘,麻黄汤类方也逐渐用于多种疾病,尤其是现代疾病谱的治疗,如麻黄细辛附子汤治疗心动过缓;续命汤治疗中风、昏迷等神经系统的疾病;越婢加术汤治疗湿疹、类风湿性关节炎^[6]。还有麻黄汤治疗出汗少的荨麻疹^[7]、皮癣,以及后世借鉴先贤用麻黄类方针对癥瘕积聚的治疗研究,在养阴补阳药物的基础上加麻黄化阴滞以通阳如阳和汤治疗疮疡等。正如《本草疏证》邹澍云:麻黄非特治表也,凡里病可使从表分消者,皆用之。“无表证而用麻黄,则本经所谓止咳逆上气破微坚积聚者。”

3. 麻黄汤类方使用注意事项

麻黄汤类方因含有麻黄,其性辛温峻猛,祛邪快,但易伤阴亡阳,应注意以下几点:

3.1麻黄汤类方适应于体格壮实,肌肉紧致,平时气色较好,不易出汗之人,脉见滑大实脉者常用,若里虚血弱证者慎用,仲景条文强调临床麻黄应用有九禁:咽,淋,疮,衄,亡血,汗家,中焦虚寒,尺中脉微(阳虚),尺中脉迟(血弱)。临床中若出现这九种现象都应禁用或慎用发汗类麻黄剂。麻黄九禁同样适合麻黄汤类方。《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨伤寒宜忌脉症篇》中如涪15.2、涪15.9-13(指涪陵古本15篇第9~13条)多个条文提及麻黄宜忌^[8]

3. 2见效即止:

麻黄汤类方临床应用发汗作用峻猛,平喘利水功能强盛,容易伤阴动血亡阳,所以一副,甚至半副,一旦得效即止,不必尽剂。仲景在甘草麻黄汤中写道“重覆汗出,不汗再服。”在大青龙汤后写着:“一服汗者勿再服,若复服,汗出多亡阳”。

3.3 配伍制约,剂量控制:麻黄加石膏制约,使其不至于发汗太过;加姜枣以培元补中,滋补汗源;加白术使其行表里之湿;加制附子温中扶阳。另外麻桂比例、麻石比例都可调节发汗平喘功效的强弱。麻黄汤去掉桂枝,发汗功能减弱,配伍细辛而专注利尿,如小青龙汤,利水功能更显著;治疗水气病不可大汗,大汗易风去湿留,故微汗出方可风湿俱去,故风湿多用麻石相伍的越婢汤。

4麻黄汤类方的应用举例

4.1 哮喘案: Sxxx, 女, 31岁, 未婚。首诊:

2022年4月22日,新冠病人,远程诊疗。主诉:反复喘促30年,复发20天。病史和症状:30年前,1岁时患哮喘病,每年季节变化时就发作,曾反复用过抗菌素、支气管扩张剂,病情反复。近5年来又增加鼻敏感症状,需每日使用平喘喷雾剂。20天前感染新冠病毒,胸憋气喘加重,鼻塞喷嚏流清涕,嗅觉、味觉都消失,微咳痰少,纳少(以往食欲很好),口不渴,大小便常,舌质红,中间无苔,两侧双黄苔薄少,脉78次/分(远程)。既往有抑郁症病史6年,服用抗抑郁药一年。诊断:1.喘证 2.鼻鼽(西医诊断:新冠后遗症味觉嗅觉缺失)。辨

证：风寒束表，水饮内停化热。治则：疏风解表，清热化饮通窍。方药：小青龙汤加石膏（饮片）：麻黄5g、细辛3g、桂枝9g、白芍9g、干姜9g、姜半夏9g、五味子9g、甘草9g、石膏15g。先煎麻黄去上沫，一日一剂，日服两次。2022.4.25复诊：两副药后喘闷症状明显好转，鼻阻、喷嚏减，嗅觉与味觉部分恢复，纳增，仍有痰，再服四副。

2022.4.27三诊：六副药后鼻通畅，喘停，未再用平喘剂喷剂。按语：新冠病毒感染属寒湿疫，外感寒湿引动内饮，寒束肌表，内有饮邪郁而化热，以小青龙加石膏汤外以解表散寒，内化水饮，兼用石膏清热除烦，属麻黄汤类方的平喘剂，六副药后喘停，味觉嗅觉恢复。

4.2少阴水肿案 荣xx，男，88岁，初诊：2019年7月4日。主诉：反复咳嗽60年，复发伴喘累水肿3个月。现病史：60年前因反复咳嗽，诊为慢性支气管炎。3个月前因喘累复发，心悸，进而昏迷入院，西医诊断为“慢阻肺、肺性脑病”，抢救后苏醒。现证见胸闷喘累，微咳，鼻塞流清涕，有痰，身痛乏力，手足冷，便稀溏，面部微肿，双下肢凹陷性水肿（III°），舌质淡嫩瘀癥，苔薄白多津，脉缓，结代。中医诊断：1、少阴水肿；2、心悸。辨证：少阴阳虚，血瘀水停。治则：温阳通络利水。方药：麻黄附子细辛汤+麻黄加术汤加味：炙麻黄5g、制附子9g（先煎半小时）细辛3g、桂枝10g、白术15g、茯苓15g、白芍10g、五加皮10g、炙甘草10g、丹参10g、地龙10g、神曲10g、生姜9g（后下）。二诊：两副药后，双下肢水肿减轻成I°，咳喘、鼻塞、身痛也减轻。又加五味子10g、山茱萸10g续服，温阳补肾，敛肺止咳。三天后，水肿及喘咳消失。按语：患者心肾阳虚，血瘀水停，外感后诱发咳喘，阳虚不能化气行水，见周身水肿以下肢为甚。所以首选麻黄附子细辛汤合麻黄加术汤，温阳解表，小发其汗，利水止咳平喘。因久咳肺气耗散而不能收敛，故表解后加五味子、山茱萸酸收以补肾阴，收敛肺气。该病例体现了《金匮要略·水气病篇》中“腰以上肿当发其汗，腰以下肿当利小便”的治疗原则。如喻嘉言所说“麻黄得术，虽发汗而不至多汗，术得麻黄，行里湿而亦可行表湿”。

4.3少阴痹证案：Anna，女，60岁，护士。首诊：2017年4月5日。主诉：左侧腰腿痛2天。现病史与证状：2天前，行走时突然感到左腰腿痛不能活动，当夜因痛剧，进入医院急诊，X射线显示：腰椎

间盘脱出压迫神经。今日被朋友介绍来我诊所求治。因惧怕针灸，要求中药治疗。刻诊见：腰痛，不能俯仰转侧，疼痛放射至左侧臀部及大小腿外侧，伴麻木。口微干，口苦，平素易出汗，怕冷，头晕目眩，颈背僵紧，长期便秘，5日未解，舌质淡瘀苔薄白，脉关浮弦紧，尺脉沉迟。诊断：少阴寒痹证。辨证：风寒束表，经络瘀阻。治则：通阳解痹，祛风解痉止痛。方药：麻黄附子细辛汤+桂枝汤+全蝎蜈蚣散（饮片）：麻黄4g、制附片10g、细辛2g、肉桂4g（后下）、桂枝9g、白芍24g、甘草6g、熟地24g、红花6g、槐花10g、枳壳10g、鹿角胶10g、地龙6g、全蝎6g、蜈蚣一条。用法：先煎蜈蚣2小时、麻黄半小时，去上沫，纳诸药，又煎半小时，两煎混合，分两次服，共两剂。

2017.4.10二诊：述一副药后疼痛减半，两副药后，左小腿麻木消失，腰已基本不痛，但仍背僵有牵扯感，续服上方两付腰腿痛痊愈。按语：患者平素营虚血少、阳气不足，怕冷脉迟，突然外感风寒，太阳经脉郁滞，气血不畅，筋脉拘挛而痛。属阳虚外感少阴表证，方中麻附细辛汤温阳散寒、桂枝汤和营解肌，加虫类药以祛风解痉。

4.4郁证案：李XX，女，52岁，家庭主妇，首诊：2023年12月30日。主诉：情绪低落伴身寒肢冷6年，加重1年。现病史：六年前出现情绪低落，身寒肢冷，潮热盗汗，一年前绝经后潮热诸证加重，伴面色晦暗，疲惫懒言，常感后脑、颈部不清爽，晨起头晕发蒙，手脚冰凉，腿脚重乏，不思饮食，每日赖床不起床，尿多尿频，眠浅不解乏，素汗少，口渴，大便偏干，舌淡尖红边有齿印，苔白浊满舌，脉弦，关滑尺沉，右脉寸浮紧。患者体型微胖，对鸡蛋、牛奶等过敏。自述家庭和睦，无情绪干扰。既往有子宫肌瘤和宫颈息肉、乳腺囊肿病史。诊断：1、郁症 2、尿频。辨证：风寒束表，膀胱气化不利。治法：先用针灸加火罐解表，疏通太阳膀胱经穴，给予五苓散颗粒，每次两克，每日二次，以恢复膀胱气化功能。2024.1.5日二诊：两天后，两肩紧痛及尿频略减，盗汗消失，但疲惫懒言，心情低落未减。诊断：郁证（伴寒实郁表证）。治则：发表解痉。方药：葛根汤颗粒，每次两克，每日二次。2024.1.8日三诊：服葛根汤两天后，一反常态地情绪好转，声音高亢，笑声爽朗，活泼多语。自述于第一天药后即开始有汗，小便次数减少，睡眠变好。第二天诸症消失，感觉活力上身，已能正常做家务，情绪恢复正常。按语：初期情绪低落懒

言,颈背体痛,头昏蒙尿频,几乎包括了所有系统的症状,典型的郁证兼表实。一开始用针灸火罐帮助解表,五苓散帮助气化,虽有效但不彻底,换服葛根汤两天后迅速显效,可见治病不落于西医诊断的窠臼,坚持经典思维,精准辨证,先表后里,即可快速显效。

5. 结论:

如明·张景岳在其《本草正》中提及麻黄“以轻扬之味,而兼辛温之性,故善达肌表,走经络,大能表散风邪,祛除寒毒,一应瘟疫疟疾、瘴气山岚,凡足三阳表时之证,必宜用之。若寒邪深入少阴厥阴筋骨之间,非用麻黄官桂不能逐也。但用此之法,自有微妙,则在佐使之间,或兼气药以助力,可得卫中之汗。或兼血药以助液,可得营中之汗;或兼温药以助阳,可逐阴凝之寒毒;或兼寒药以助阴,可解炎热之瘟邪,此实伤寒因症家第一要药。故仲景诸方以此为第一”^[9]。

总之麻黄汤类方不仅仅只有发汗、平喘、利水的作用,目前多方面的临床报道说明,麻黄汤类方治疗的疾病谱范围很广,尤其在心脑血管和精神神志类疾病一类上有了很多的新的临床观察,如抑郁症、失眠等^[10]。虽然因为其中的麻黄辛温燥性,很多医家不敢使用,但是掌握了一定效量绩效关系,适当地配伍,精确的辨证,麻黄汤类方是一组非常实用而事半功倍的有效方剂,针对当前众多疑难杂症,有很大的研究价值。

参考文献

- [1] 马蕾, 吴俊梅, 李兰, 等.《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》[M]. 北京: 学苑出版社
- [2] 陈瑞春. 陈瑞春论伤寒[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2003: 175
- [3] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄: 河北人民出版社, 1980: 404.
- [4] 吴跃文, 林启有, 戴伟春, 等. 麻杏石甘汤中麻黄与石膏不同剂量配比对治疗肺热喘咳证的临床效果分析[J]. 世界中医杂志, 2019, 14 (6): 1528-1531
- [5] 王冰注. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 138
- [6] 黄煌. 黄煌经方医话(临床篇)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 203
- [7] 李朝辉, 刘艳芝. 加减麻黄汤治疗急性荨麻疹126例[J]. 山东中医杂志, 2010, (06): 386-387.
- [8] 马蕾, 吴俊梅, 李兰, 等. 重编施注伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2022: 164
- [9] 张景岳. 景岳全书[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2006: 622
- [10] 刘宝琴. 国医大师许润三运用麻黄汤治疗杂病验案三则[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(3): 1414-1416.

作者简介:

高耀华, 主任中医师, 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会秘书长。曾任中国中医学会感染分会委员、中国重庆针灸学会理事、加拿大ATCMA理事兼CFO、加拿大抗肿瘤康复协会(CACRA)副会长、温哥华中医学院学生导师、成都中医药大学客座教授。40年临床经验, 研究方向: 经典中医加针灸综合疗法治疗疑难杂症。gaoyaohua88@hotmail.com

读本草, 知变异

杨枝青¹, 徐立思¹ 指导: 卞嵩京¹

(1上海市中医文献馆, 上海 20020)

摘要: 本文主要讨论中医药学尤其是本草学在发展过程中的学术变异情况。从存世文献可知, 唐宋以前我国中医药学尤其是本草学是沿着朴素唯物风格发展的, 主要依附道家主导传承。宋金元以后受宋儒理学思想影响, 渐渐脱离实际, 多臆测空想, 中医药学的发展方向逐步被儒家主导, 本草学的发展路径异化, 越来越多的玄学虚理进入到整个中医药知识体系中, 最具代表性的就是《汤液本草》中的法象药理学说。医学之关键在于实证, 当不尚虚玄之理, 唯求真务实, 作为后辈学人当多读本草, 知晓不同时代医药思想的变异, 从而在浩如烟海的中医药典籍中挖掘到更合乎朴素唯物辨证, 能真实提高临床疗效的宝藏。

关键词：本草学 朴素唯物 汤液本草 法象药理学说 卞嵩京

1. 概说

“本草”一词，据现存文献记载，最早见于《汉书·游侠传》，谓楼护，“诵医经、本草、方术数十万言”^[1]，后代指中药，或指古代药物学著作。《汉书·艺文志》方技四门“医经、经方、房中、神仙”中，虽未涉及本草，但经方类题解中提及：“经方者，本草石之寒温，量疾病之浅深，假药味之滋，因气感之宜，辩五苦六辛，致水火之齐，以通闭解结，反之于平。”^[1]。《汉书·艺文志》言，用草石药物组成方剂治疗疾病，此类凡十一家，如《五藏六府痹十二病方》等，其中就有《汤液经法》一书。从上述两条可以佐证，汉代之经方家乃指依据本草药物知识，并探察疾病内在情况，参考节气时感变化，借助药物拥有的寒温气味偏性调整纠正身体机能偏性，用以通闭解结，反而治之，以致力于身体内在机能逐步趋平的一大医学流派。既然《汤液经法》一书归入《汉书·艺文志》用草石药物组成方剂治疗疾病的经方十一家之内，那么汤液家亦即经方家之类也。

明晰本草知识，择本草寒温之性味，纠身体机能之偏，以致力于疗病者，即经方家也。吾师卞嵩京先生尝言：“何谓经方家？死守条文，原方生搬硬套，非经方家；不知药性，随意加减化裁，亦非经方家。所谓经方家，当按仲景经方汤液辨证化裁加减，方可称之为经方家。”故本草实乃经方之基石。卞先生又言：“某一时代的本草著作，可代表其同时代医药思想”，此诚真得经方汤液之旨也。陶弘景在《本草经集注·序录》中说“为张仲景一部，最为众方之祖，又悉依本草”^[2]。可见很早前我国古代著名医家就发现了《神农本草经》与《伤寒杂病论》之间的学术渊源关系，而要理解伤寒经方，则需要熟读《神农本草经》《名医别录》这样与《伤寒论》几乎同时代的本草著作，后世名医缪希雍、邹澍等也持类似观点。

在存世的中医药著作中，本草类书籍占了相当大的比例，其反映了历朝历代本草学（中药学）发

展的面貌，也是我们打开同一时期医方类书籍的钥匙。因此深入研究我国本草学（中药学）不同发展时期的演变脉络，了解其最关键变化，可以为如何选取更有效的钥匙提供参考。

2. 从汉至宋初本草的朴素唯物风格

从汉至宋代早期，由于纸张技术尚未臻于成熟，且文化普及程度有限，书籍总量并不多，能够持续传播并影响后世的则更少，本草著作也不例外。大约成书于东汉时期的《神农本草经》，是我国现存最早的一部本草学专著，原书已亡佚，幸而通过《本草经集注》《经史证类本草》等书，将该书中的主要内容予以保留，为后人辑复《本经》奠定了基础。该书将药物分为上中下三品，并记载了三百六十五味药物的名称、性味、主治、功效、生长环境等。《本经》的问世，标志着我国本草学作为一门专业学问已经逐步形成较完善的学术体系，这些药物学知识都是经过长期临床实践检验的，大部分疗效真实可信，其中200多味药至今仍是中医临床习用之药物。

形成于东汉末期到魏晋的《名医别录》，旧题梁·陶弘景撰，记录了汉末魏晋时期名医对《本经》的增益别附资料，是魏晋名医临床用药经验的汇总，也以记录药物实际临床功效为主，与《本经》功效既可以相互印证，同时也丰富了《本经》对药物功效的记录。此外《别录》对药物的别名、道地药材产地（具体郡县名）、采收时效、加工方式、七情畏恶等方面的记录，填补了《本经》相关内容的空白。

南北朝时期梁代名医陶弘景编撰的《本草经集注》是陶氏以《本经》为基础，补入《别录》新增部分内容，加上陶氏本人与其汇集的南北朝时期新增药物学见解注释而成，大约成书于公元500年左右。本书首次将药物按自然属性分为六大类，即玉石类、草类、木类、虫兽类、果菜类、米食类等，六类之下再分上中下三品。这种分类方法深刻影响了后世本草学的发展，是后世本草药物分类法普遍采用的方式与主要依据。这一时期的本草学著作多

为对各类药物（主要包括植物、动物、矿物）的外形外貌、生长环境、性味、产地、主治功效等相对可信资料信息的记载。

相传为南北朝刘宋时期雷敩撰的《雷公炮炙论》是我国中药炮制学现存第一部专著，也是一部深受道家炼丹术思想影响的本草文献。魏晋南北朝时期，服食之风盛行，降低矿石药物毒性，或依赖植物性药物辅料对矿石药物作无害化处理，及促进矿物药物之间发生某种化学变化，提高所谓“轻身延年”效果，是当时道家炼丹术的主体工作。总之这一过程大大促进了中药炮制学的发展，也促成了此书的产生。

考《汉书·艺文志》中将《伊尹》五十一篇列于“道三十七家，九百九十三篇”之首，可见汤液经方家之鼻祖伊尹系道家一脉，医家与道家渊源之深可见一斑。魏晋南北朝至隋唐时期起着关键传承作用的名医葛洪、陶弘景、孙思邈等亦皆为道家者流。道家→方术→方士（道士）这条脉络是先秦至汉魏六朝至隋唐五代时期中医药知识传承的主线。这与道家方士因修炼、服饵、服食等需求对于药理学知识的研究起到了促进作用，而且当时的道家方士还承担了指导人们逐疫治病、养生祛疾等任务。除了南北朝刘宋时期雷敩撰的《雷公炮炙论》是深受道家炼丹术影响的本草文献，散在于道教经典葛洪所撰的《神仙传》等非中医药专著中的中医药知识亦可佐证。仅举《神仙传·序》为例：“盖神仙幽隐，与世异流，世之所闻者，尤千不及一者也。故宁子入火而凌烟，马皇见迎以获龙，方回咀嚼以云母，赤将茹葩以随风，涓子饵术以著经，啸父烈火以无穷，务光游渊以脯蕕，仇生却老以食松，邛疏服石以炼形，琴高乘鲤于碣中，桂父改色以龟脑，女丸七十以增容，陵阳吞五脂以登高，商丘咀菖蒲以不终，雨师炼五色以厉天……余今复抄集古之仙者，见于仙经、服食方及百家之书，先师所说，耆儒所论，以为十卷，以传知真识远之士。”^[3]其中提到的诸如云母、术、蕕、松、龟脑、五脂、菖蒲等既是中药，也是道士服食、服饵、修炼的常用品。

唐宋时期有官修本草，如《新修本草》《开宝本草》《嘉祐本草》和《本草图经》等，另有民间修订的大型本草专著，如北宋唐慎微撰《经史证类备急本草》、北宋寇宗奭撰《本草衍义》等。宋代程朱理学兴起之后，士人文人精英层全面儒家化，由于官方介入形成官修本草，加上民间具有儒家知识背景的文人或医生参与修订民间本草，本草学开始逐步转向儒家→儒生→儒医一脉，而道士方术一脉传承一般只在本门体系内传播，故而逐步式微。

3. 宋金元之后本草学发展路径的异化

唐宋以前中医依附道家以传承，虽受道家影响，但仍在朴素唯物辩证范畴内。宋金元以后受宋儒理学思想影响，渐渐脱离实际，多臆测空想。一至晚清，其风愈甚，似中医非依此说不能说理。师祖刘民叔先生尝言，阴阳五行学说，实为中医之玄理空论，本非诊治的术。章太炎曰：“自《素问》

《八十一难》等，以五行附五脏，其始盖以物类譬况，久之遂若实见其然者。然则分配五行，本非诊治的术，故随其类似，悉可比附。就在二家成说以外，别为配拟，亦未必不能通也，今人拘滞一义，展转推演于藏象病候，皆若言之成理，实则了无所当，是亦可以已矣。”^[4]

《四库全书总目提要·子部·医家类》：“儒之门户分于宋，医之门户分于金元。”宋代程朱理学成为社会主流意识形态后，儒生成为精英知识阶层几乎唯一的来源。儒生们出于治古籍经典的学术需要，奉亲养老的孝道需要，和自己个人卫生的保健需要，以及一些落第学子无法出仕，只能以医作为谋生手段的生存需要，导致更多儒生介入中医药领域，改变了宋以前以道家道士为主要载体传承中医药知识的状况，严重影响甚至是改变了之后中医药学术发展的面貌。宋金元时期是中医学发生根本性变异的时期，这一时期的本草学逐步脱离了原有的学术框架，一改之前以朴素唯物记录为主的风格，逐步融入了引经据使、升降浮沉等更多法象药理内容，作为解释药物产生药理功效的工具。

宋金元时期名医张元素、李杲、王好古被称为“医之儒者”，由于其学术渊源关系，后世称其为易水学派，该学派学术思想就充分体现了儒家意象

思维对后世本草学发展的深刻影响,而《汤液本草》就是这样一本汇集了易水学派对于本草法象药理学认知的书籍。《汤液本草》作者为元代王好古,字进之,号海藏老人,是易水学派的集大成者。该书共3卷,第1卷首列“五脏苦欲补泻药味”、“脏腑泻火药”,次引“东垣先生药类法象”和“东垣先生用药心法”,其后为“海藏老人汤液本草”,引据《内经》理论,论述“五宜”、“五伤”、“五走”、“服药可慎”、“论药所生”、“论天地生物有厚薄堪用不堪用”、“气味生成流布”、“七方”、“十剂”等篇,补充并全面阐述张元素、李杲关于本草的学术思想。本书虽然收药不多,但综合了金元法象药理学说的主要成就。

《汤液本草》一书所含的“东垣先生药类法象”和“东垣先生用药心法”是这类法象药理学的核心内容。其中不乏大量不基于临床实践的玄理臆说,比如“用药根梢身例”,根据药物的药用部位,确定其作用的解释方法。有云:“凡根之在土者,中半以上,气脉之上行也,以生苗者为根,中半以下,气脉之下行也,入土以为梢。病在中焦与上焦者,用根,在下焦者,用梢。根升而梢降。大凡药根有上中下:人身半以上,天之阳也,用头;在中焦,用身;在身半以下,地之阴也,用梢。述类象形者也。”^[5]此类之语不一而足。此举重构了之后明清时期本草学的思维方式,此类思维方式大大限制了明清许多本草学书籍的临床可读性与实践性,降低了学习者的临床可重复性及知识本身的真实可信度。客观地说,儒医引入法象药理学对药物性味功效等进行解释,并非完全出于对世界认知的愚笨,而更多是无奈,是因为无法基于物质层面进一步对中药本草发生药效作用,进而产生临床疗效作出更加合理化的解释。

卞师云:伊尹撰用《神农本草》为《汤液》,仲景论广《汤液》为《广汤液论》,王叔和以六经分篇,即今之六经篇《伤寒论》,圣作贤述,源远流长。因为原本《本草》《伤寒》为朴素唯物辨证,格物致知,如仲景之中风、伤寒、温病三纲以分病,太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴六经辨病,汗、吐、下、利、温中、养阴六法以治病。如

《本草》言发汗有麻黄苦温主发表出汗,生姜辛温主出汗,葱白辛温主出汗,乌头主出汗,而仲景采用麻黄、生姜、葱白以治中风伤寒,发汗解表,而乌头出汗用在风寒湿痹。凡此种种,仲景《伤寒》以《本经》之药性主治功能以组方。而东垣释药理为升降浮沉,五行归属,是从药物原性味功能追加而来。如某药明目,入肝经;某药治咳,入肺经。其引经报使,则在每味药上安一帽子,如某药属木而有火,某药属水而有木与金,某属金土,某属气降不升,某药轻扬,某药色黑属水,某药色白属金。此皆臆测推理,仍是形而上学附会之谈。周慎斋以五行制化,阴阳升降推人脏气而为剂量准。张洁古以脏腑寒热虚实用药之后,至薛立斋则以病证分别脏腑,再从五行生克立论,而用方证者为张路玉。此等用五行生克以定脏腑疾病,其治亦从生克而形成公式,其不过在治疗后,再以此理而说理,并非先用此理指导治疗。实则仅在于辨证施治,而不在于辨证论治。至叶天士出,遂遍及全国。此后诸大名医,如王旭高、张聿青、柳宝诒均采用薛氏之说。清道光间,浙江人江笔花著《笔花医镜》直接师洁古之法,其每一脏腑,首列生理解剖,次分寒热虚实之证,再次列补泻温凉,末列诸病证方药,论说全在脏腑五行生克。一至近代教材不能越其范畴,至今全国中医仅少数例外,不讲脏腑五行生克辨证,而以伤寒六经辨证论治。伤寒六经为执简驭繁之始创者,经方派凤毛麟角,良可浩叹!

自金代成无己后,注释《伤寒》多不离《内经》之说,师祖刘民叔先生注释《伤寒》力辟《内经》脏腑生克、阴阳五行、君臣佐使、性味归经等玄学空理。于上世纪四十年代与同门师兄杨绍伊先生考订《汤液经》力主回归本草汤液伤寒朴素唯物辨证之治,格物致知之辨证。以《本经》药性特点以释《伤寒》,以汤液本草证经方,故此经方汤液家有别于普通经方家。

4. 述评

虽然自汉武帝“罢黜百家,独尊儒术”开始,中华大地就确立了儒家学说在中华文化传承中独树一帜的主体地位,但其实从汉至唐五代的很长年代里,儒家与道家甚至是法家,乃至之后印度西域传

来的佛家思想都在其中起了很重要的作用，是相辅相成的，而知识层的士人与统治阶层也并非只诵读儒家经典。但自宋朝理学兴起，儒家文化的普及程度远远超过了之前历代王朝。而且从隋唐开始的科举制度到了宋代全面完善并定型，真正成为广泛且普及化的官员选拔机制，而这一选拔机制中规定所学习的知识则全部都是儒家经典，所以精英知识层的士人开始全面儒家化，及至明清此现象更加严重，直接固化为“四书五经”等少数儒家经典。

宋金元后儒家全面介入中医药发展，改变了中医药原有的发展轨迹。因此作为后辈学人如何通过观看一个时代的本草书籍，打开理解同时代医药思想的大门，实在是一条任重而道远的艰辛之路，无异于沙里淘金。从宋金元前后本草学专著所体现出来的差异性就不难看出，宋金元后玄学空理越来越多进入整个中医药知识体系中，逐步改变了之前的面貌，而医学之关键在于实证，当不尚虚玄之理，唯求真务实。实盼同道们能更早明白此理，多读本草，从而明晰不同时代医药思想变异的内涵，选取更合乎朴素唯物辨证，能真实提高临床疗效的金钥匙！

参考文献:

- [1]班固 撰. 汉书[M]. 北京: 中华书局, 1962: 1778, 3706.
- [2]陶弘景 著, 王家葵 辑校. 南京: 凤凰出版社, 2023: 21.
- [3]葛洪 撰, 胡守为 校释. 北京: 中华书局, 2010: 1.
- [4]章太炎 著, 潘文奎 点校. 章太炎全集·医论集[M]. 上海: 上海人民出版社, 2014: 186.
- [5]王好古 著. 汤液本草[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1956: 14.

作者简介:

杨枝青(1977~), 男, 硕士, 主治医师。

研究方向: 中医经方临床与文献研究。E-mail: yzq771231@163.com

通信作者: 徐立思(1985~), 男, 博士, 主治医师。研究方向: 中医药传承及经方防治内科疾病研究。E-mail: lisixu44@163.com

急症

院前急救的整合医学探索

徐军

英国伦敦惟一针灸

*jasonxu80@hotmail.com

Exploration of Pre-hospital Care Approaches with Perspective of Integrated Medicine

Keywords: Pre-hospital Care, Integrated Medicine, Secondary Emergency Reaction, PC6 Over-locking Dangling Lift Thrust, Qianxu Fingertip Thrust, GV25 Application and Contra-indication

摘要: 院前急救不仅仅是医学课题,还是老龄化社会维护劳动力存量的重要手段。就其方法而言,中医方法繁多但缺乏系统整理;而西医方法不敷需求且有被滥用趋势。因此院前急救的中西医整合是社会、时代、以及医学进步的共同需要。本文围绕“维护血压和稳定心率”等两项院前急救的根本任务,以整合医学的视角、分析三种非药物院前急救新方法的作用机理,并据此提出“二次应急反应学说”,抛砖引玉,以期更多中医文献所载的急救方法能经过整合临床验证,择优推荐给社会公众、从而补足院前急救最后一百米的现实短板。

关键词: 院前急救, 整合医学, 二次应急反应, 内关过滞针悬臂提插法, 乾旭穴指尖冲压法, 人中穴的使用与禁忌

1、 概念与问题

院前急救是指在院外对急危重症病人的急救。可分为非专业急救和专业急救两个阶段:非专业急救是指患者在发病时由家人或目击者在医护人员到达之前在现场进行的紧急抢救;专业急救是指医护人员到达之后在现场或在向医院转运患者途中进行的紧急抢救。非专业急救发生在急救的第一现场,其中绝大多数救助者是非医学专业人士,但其急救效果优劣直接影响专业急救阶段的成败,是院前急救的短板。而专业急救则是由国家医疗体系设立和管理,通过专业人员和装备下沉以达到效用最大化;但从专业急救站点到达第一急救现场的距离和时间,所谓“最后一百米”,始终是制约院前急救成功率的瓶颈。因此,当人员和装备下沉的边际效用开始递减时,提高社会公众在急救第一现场正确运

用适用急救方法的能力,从而提高非专业急救阶段的抢救质量,是提高院前急救成功率的关键。

提高非专业急救阶段的抢救质量应当是全社会各阶层的共同责任:大而言之,关乎维护社会劳动力存量(注:根据国家心血管病中心发布的《中国心血管病报告2018》数据,我国每年猝死人数高达55万,而医院外发生猝死的救治成功率仅有1%左右)。小而言之,关乎每个人告别生命的可能方式。医学界的责任是提供简便、规范的适用方法、以及向公众普及适用方法的正确运用能力。社会公众应积极参与相关普及工作,以便于现场及时救助。政府则应为相关科研和成果普及提供政策和资源支持。譬如政府应就医学伦理与社会伦理之间的平衡提供政策保障,以调动医学界对有关急救方法进行临床验证的积极性。

就非专业急救阶段的适用方法而言, 西医有体外心肺复苏 (CPR)、海姆立克、体外自动电除颤等。方法有限、适用范围有限, 已趋滥用, 难有潜力。而中医虽急救方法众多, 但缺乏系统性整理。仅靠民间自发搜集和传播, 难当重任。

以民间所称“第一急救要穴”人中穴为例, 首见于《针灸甲乙经》, 自《肘后备急方》始用于急救, 有针、灸、爪刺三法。此后近1700年多有著作述及其急救功能。但除适应证范围有所增益外, 其急救原理及禁忌症则未曾着墨, 即便专业针灸教材中也鲜有提及。知其然不知其所以然的状况, 不仅妨碍精准救治、还可能触发禁忌, 导致不良后果。不排除有些患者在非专业急救阶段, 因误用人中穴而加速病情恶化, 使后期专业急救无力回天。

中医急救方法的系统整理验证和规范化必须综合中西医两方面的力量、以整合医学的方式进行。理论诠释及指标验证以西医为主, 实践操作以中医为主。西医理论的有序加持, 可加速中医急救方法的规范化、并在更广泛的范围内有效传播、而不至湮没于世。譬如, 当今院前急救中常用的CPR所包含的胸外按压和人工呼吸早在东汉时期就已存在¹, 其后1800年并未形成广泛影响。直到上个世纪方由美国医学家逐渐发展为现代医学不可或缺的急救方法。

另一方面, 单纯依赖西医理论解说, 脱离中医的实践基础, 也有可能使简便廉验的中医急救技术蒙尘废用。譬如, 《备急千金要方》中所载“倒挂控水”救治落水死², 常被西医误认为此举意在控出呛入肺脏之水, 而尸检证实溺水者死亡原因是喉头闭锁引起的窒息, 并非肺脏呛水影响气血交换, 于是断言“倒挂控水”不科学、不如CPR。事实上, 溺水者喉头闭锁的原因是落水时口腔吞入的水使胃部过度充盈, 引起迷走神经兴奋, 导致喉头闭锁窒息, 属机体自我保护反应。“倒挂控水”通过减少胃部积水量、降低胃部充盈度, 从而降低迷走神经

兴奋性, 有助于加速解除喉头闭锁; 同时倒挂奔走造成的自然颠簸利用腹腔内器官自重向纵膈方向形成反复胸外按压, 是CPR的非外力表现形式。如果运用恰当, 既科学又高效。譬如溺水者体重较轻, 救治者可实现有效奔跑的情况下, 抢救效果较好。此时唯一需要注意的是保持颈椎的稳定, 避免医源性伤害。反之, 若溺水者体重较重, 救治者不能实现有效奔跑, 救治将会大概率无果而终。

以上三个事例表明, 中医院前急救方法众多, 但系统整理验证和规范化的工作落后于时代要求。以政府为主导、以社会整体长远利益为目标、以整合医学为手段、对中医急救方法进行系统整理、验证、规范化既是提高院前急救成功率的有效途径; 也是当人员和装备下沉的边际效用业已递减时的最佳途径。

2、理论与方法

从亲身经历的院前急救中笔者有以下几点体会: 1) 在非专业急救阶段, 救助者的首要任务是稳定患者血压和心率。止血和解除呼吸道阻塞仅限于特定情况。2) 急救方法的指征应严格界定, 避免CPR的过早使用和人中穴的随意使用而造成医源性伤害。3) 诠释机理应以现代医学为基础, 便于理解和精准施治。4) 非专业急救阶段以单穴为宜, 以免耽误时机。

基于以上认识, 笔者提出院前急救二次应急响应学说如下, 以提高非专业急救阶段的救治成功率:

所有需要院前急救的病症都是原发病症所引起的初次应急反应失败的结果, 包括应急反应信号传输障碍(未能引发与原发病症相匹配的应急反应)、应急物质储备不足(未能形成与应急信号相匹配的应急反应)、应急反应错配(初次应急反应加速原发病症的恶化)、及原发病症持续恶化等情况。院前非药物急救的首要任务是激发二次应急反应, 纠正初次应急反应的不足或太过, 以维持心率

¹

²

和血压的稳定。条件具备时,则应尽力消除或缓解原发病症。

同时笔者建议改进人中穴的用法、严格指征并明确禁忌症,理由有三:1)《甲乙经》所述人中主治病症³均与下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴有关,对低血糖和中暑晕厥效果较好。2)《肘后方》中对其应用有“脉犹动”⁴的要求。现代医学认为,糖皮质激素可直接作用于心肌,增加心排出量,维持血容量正常;同时可加强儿茶酚胺的缩血管作用并增加肾素-血管紧张素II的生成,因而有维持正常心血管功能和血压的作用。皮质醇过多则可降低心肌收缩力⁵。换言之,刺激人中穴可增加肾上腺皮质激素释放,通过直接作用于心肌和间接影响交感-肾上腺髓质系统,使血压回升、恢复意识。儿茶酚胺血浓度相对稳定(即脉犹动)是其起效的关键,否则可致心肌收缩力减弱而血压下降。3)院前急救中笔者观察到人中穴有加速血压下降至无脉的现象,符合前述机理。因此其正确用法是:拇指掐人中时,中指轻抵颈总动脉窦观察脉搏变化。指征是:晕厥无意识、脉搏平稳且无脉管实硬感。禁忌症是:脉搏进行性减弱或无脉。**适用于应急信号传输障碍的情况。**

其次,笔者推荐自创“乾旭穴指尖冲压”一法,用于急救晕厥无意识、无脉或脉搏进行性减弱(乾旭穴为笔者个人经验穴,在肩胛冈延长线与脊柱中线交点处,平时用于治疗气逆咳嗽、胃寒呃逆、阳虚寒颤、癰疾抑郁;急救时用于提升血压。)。可作为使用CPR之前的诊断性治疗,避免过早使用CPR的伤害风险。有速升血压、恢复意识的功效,起效时间以秒计。**适合应急物质存储不足的情况。**可能的机理是当初次应急反应导致肾上腺髓质中肾上腺素和去甲肾上腺素释放一空后,刺激距胸段交感神经节最近的穴位所激发的二次应急反应可促进交感神经末梢中残留的髓质激素释放,回升血压,恢复脉搏和意识。

另外,笔者还推荐自创“内关过滞针悬臂提插”一法,用于治疗胸骨后疼痛伴心动过速。双侧内关穴寸半针入一寸、过度滞针后将患者上臂提起抖动提插。可迅速缓解疼痛和降低心率。起效时间以秒计,心率下降幅度与刺激强度正相关。可能的主要机理是应急反应的移缓就急效应,缓解心肌挛缩、提高冠状动脉通过性。**适合应急反应错配的情况。**“十宣放血”也是一种纠正应急反应错配的方法,可降低血压、减缓脑出血进一步恶化。

以上“乾旭穴指尖冲压”和“内关过滞针悬臂提插”两法均曾由一位北京同行在家中实施急救时采用,效果与笔者的实践观察一致。

3、 小结

院前急救既是医学问题,也是社会问题,是老龄化社会维护劳动力存量的重要手段。提高院前急救成功率,尤其是非专业急救阶段的抢救质量,关系到经济社会的长远发展,也关系到公众的个人福祉。

中医学历史悠久、急救方法底蕴丰厚,系统整理、临床验证并使之规范化是时代的要求,也是中医界的责任。其中围绕“维护血压和心率稳定”的院前急救目标、提高公众非专业急救阶段互救能力,解决“最后一百米短板”是当务之急。同时应搜集验证符合客观规律的中医急救新方法,结合现代医学成果,以整合医学的视角、挖掘“醒脑开窍”、“回阳救逆”等传统认识的深层机理,适时推出符合时代发展的新理论,把中医“守正创新”落实到位,方便学界和公众理解、传播和应用。鉴于院前急救的社会公益性,政府部门应主导相关工作的政策和资源配置,尤其是给予相关临床验证特殊的“医学伦理”政策,加速临床验证效率,提前避免因“人员和装备下沉的边际效用递减”而可能造成的资源错配。

笔者呼吁学界重新认识“急救第一要穴”人中穴的作用机理,尽快消除公众的误解误用,以免在

非专业急救阶段造成无可挽回的损失；并推荐两种自创急救方法供学界和公众参考，以提高救治效率、降低医源性伤害风险。

参考文献：

1. 《金匱要略》张仲景著 中医古籍出版社 2018
2. 《备急千金要方》孙思邈著 李景荣等校释 人民卫生出版社 2014
3. 《针灸甲乙经》山东中医学院 校释 人民卫生出版社 1980
4. 《肘后备急方》葛洪著 王均宁点校 天津科技出版社 2011

5. 《中国医学百科全书内分泌代谢病学》钟学礼主编上海科技出版社 1986
6. 《内科学》陈国祯主编 人民卫生出版社 1979
7. 《针灸学》冀来喜 倪光夏 主编 科学出版社 2022

作者履历

徐军1986年毕业于山东医科大学医学系，自2000年起在英国从事中医针灸。近年来，他在针刺循证研究领域提出“反向治疗对照”方法；在院前急救领域提出“二次应急反应学说”。就非药物院前急救而言，他曾自创两项新方法、改进一项传统方法。在日常临床中，提倡基于体征的针灸治疗。

试论太阳病篇的急重症、难治症和死症

张仲林¹

1. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 411

Discuss the acute and severe diseases, refractory diseases and incurable diseases in articles of Taiyang diseases

World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.411 Zhonglin Zhang

摘要：急重症、难治症和死症在张仲景的《伤寒杂病论》条文中多处提及，在实际的中医临床中也会遇到。本文局限在《伤寒杂病论》的太阳病篇条文，摘录有关急重症、难治症和死证的相关条文，从个人理解的角度进行探讨。通过探讨，希望对临床疾病的病因病机认识与纠偏治疗有一定的借鉴作用。

关键词：急重症；难治症；死症；伤寒杂病论；涪陵古本

Abstract: Acute and severe diseases, refractory diseases and incurable diseases are mentioned from time to time in Zhang Chongqing's "Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases", which also be encountered in TCM clinics. Limited to the articles on Taiyang diseases in the "Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases", I probe the etiology and pathogenesis of these diseases by excerpting the relevant articles. According to these study, I hope to have a certain reference role in understanding of the etiology and pathogenesis of diseases and treatment of rectifying a deviation in clinic.

Keywords: Acute and severe diseases; Refractory diseases, Incurable diseases, Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases, Ancient book of Fuling.

急重症、难治症和死症在张仲景的《伤寒杂病论》中不时提到，在实际的中医临床中也会遇到，它们的出现或因疾病的病因病机使然，或因病情发

展变化而来，或因医者的失治误治而变证，或因虽正法正治但药轻病重发展而成。中医急重症可因临床误治而形成的难治症和死症，尽早及时确诊并治

疗急重症可以最大程度地避免难治症的形成,杜绝死症的发生。

一、急重症

中医急重症是指病情严重、发展迅猛、危害患者生命健康的疾病或症状,是或因脏腑功能衰竭,或因衰竭器官较多而形成的病情严重的疾病或症状。中医急重症的特点是病情变化快、病情重、危险性大,需要及时救治。中医急重症包括谵语、血证、胃痛、喘脱、黄疸、腹痛、心悸、痉证、痿证、厥脱、高热和中风等症。

谵语是因热扰心神,热扰心包出现的急重症。127条^[1]“太阳病,二日反躁,反熨其背,而大汗出,火热入胃,胃中水竭,躁烦必发谵语。”此条涉及太阳病误治而成谵语,“太阳病,二日反躁”,说明病已入阳明,误用了火熨法治疗,使火热进入身体,增加了阳明胃热,胃热又使水液干竭,出现烦躁,最终出现阳明腑实证的谵语表现。

血证因部位不同,有咯血、吐血、呕血、尿血、鼻衄和肌衄等不同。83条^[2]“太阳不解,热结膀胱,其人如狂,血自下,下者即愈。”太阳病由经传腑,病邪进入膀胱,热结膀胱,血热燥病人情志如狂,如血自下,因病邪在血中,下血后病邪随血出,所以病就好了。131条^[3]“脉浮热甚,反灸之,此为实。实以虚治,因火而动,必咽燥吐血。”此条讲的是热病误火攻而成的出血坏症,脉浮热甚,再用温阳生热的艾灸治疗,火因热动而热助火势,火性炎上而上熏咽喉就出现咽燥吐血症状。

喘脱多为肺气欲竭、心肾阳衰所导致。53条^[4]“太阳病,桂枝汤证,医反下之,利遂不止,脉促者,表未解也,喘而汗出者,葛根黄连黄芩汤主之。”葛根的量是其它几味药的量的总和,用清热泻火的黄连黄芩,保护和保存身体的阴液,防止其耗损,即“苦能坚阴”,从而达到止泻的功效;肺与大肠相表里,施老针列缺、合谷和肺俞治疗喘脱。

黄疸多为湿邪阻滞,胆液不循常道而外溢而成。88条^[5]“若不结胸,但头汗出,齐颈而还,小便不利,身必发黄也。”此条讲表邪未解误下后的不造成结胸,而出现头汗出,齐颈而还,小便不利,身必发黄,属于湿热损伤脾胃不得外出后造成的黄疸。

胃痛多因胃气阻滞,胃络瘀阻,胃失所养,不通则痛导致,《伤寒杂病论》中多见于“结胸证”。89条^[6]“伤寒六七日,结胸热实,心下痛,按之如石坚,大陷胸汤主之。”此条是指的伤寒病程中出现的水热互结而形成的“结胸证”引起的胃痛,在

太阳病往里传至半表半里甚至是里实,由于患者胸中本身有水气,内传邪热与水气相遇而结于胸中,阻遏气机的上下运行而出现的胃痛。

二、难治症

中医难治症是因为疾病病情复杂,导致要么因治疗矛盾而出现临床无从下手,要么因病情变化迅速即便治疗也会出现顾此失彼的情况。

84条^[7]“何谓藏结?曰:如结胸状,饮食如故,时小利,阳脉浮,关上细沉而紧,名为藏结。舌上白苔滑者,为难治。”脏结是因太阳病误下后邪气乘虚入里所致,脏结见寸脉浮,关脉小细沉紧,说明其病属脏气虚与邪内结,为虚实错杂之证。舌苔见白而滑者是脏结病阳气虚衰,阴寒凝结不化之象。寒结之实,非攻不去,脏气之虚,又不耐攻伐,故难治。101条^[8]“太阳病,发其汗,遂发热恶寒,复下之,则心下痞,此表里俱虚。阴阳气并竭,无阳则阴独,复加烧针,心烦、面色青黄、肤瞤,此为难治。”本条指出太阳病汗后误下导致痞证,又误用烧针后的变证及预后。发汗是太阳病的正治正法,但是由于治法不当或发汗过度,导致表邪未解而出现“发热恶寒”,医家不用汗法却用下法,造成心下痞,此时表里俱虚,阴阳气均有衰竭之势。再用具有温性的烧针治疗,真阴垂绝,其“胸烦”为阴燥证前奏;面色青黄为肝脾真脏色现;肤瞤动为经络痉挛轻象,表明心力已衰,情况则比较难治。

138条^[9]“脉按之来缓,而时一止复来者,名曰结。又脉来动而中止,更来小数,中有还者反动,名曰阴结也;脉来动而中止,不能自还,因而复动者,名曰代,阴也。得此脉者,必难治。”本条主要解释结脉和代脉,并指出其预后。结代脉均属缓而中止的脉象,歇止时间短,止无定数,然后脉不规律地很快地跳几下(小数)对前面跳得慢的脉进行补充,然后再缓慢地跳下去,表明人体正气还可与病邪抗争,为结脉;歇止时间长,止有定数,但没有跳的快一些的脉来补偿停止或者缓慢的脉,而是再重复缓脉和止脉,为代脉。结代脉多由心脏阴阳气血两虚,鼓动血脉无力所致。其病较重,故曰:“得此脉者,必难治”。《内经》以代脉之见,为脏气衰微,脾气脱绝之证。

三、死症

中医死症若因失治误治或治疗不力,出现或因阳气消亡,或因阴液涸竭,或因脏气衰败,最终患者出现濒死状态,甚至直接死亡^[10]。86条^[11]“结胸证,其脉浮大,不可下之,下即死。”脉浮为表邪未解,脉大是里实未成,表明机体为表邪未尽而里

邪未实的“正虚邪实”之候，不宜过早攻下；不顾正虚而使用下法，则犯虚虚之戒，以致正气衰亡，出现因虚脱而死亡的严重后果。87条^[11]“结胸症悉具，烦躁者死。”此条是讲结胸的各种症状（胸腹部剧痛，口舌干燥，不大便，烦躁）都已具备，又再次出现烦躁不宁的临床症状，说明是正不胜邪之证，如果不用下法则邪实不能去掉，如果用下法驱邪会导致正气愈虚而不能承受攻下之累，因左右为难故断为死候。137条^[12]“病胁下素有痞，连在脐旁，痛引少腹，入阴筋者，此名藏结，死。”此条讲的久病、本虚且一派阴寒之象的脏结死症。病胁下素有痞，连在脐旁（肝），痛引少腹（脾），入阴筋者（肾），可见病变已经影响到肝、脾和肾三条阴经，病邪已深，且长期有痞块，必然是死症。

通过以上分析可知，识别急重症关键在于早期发现先兆，如突发高热、剧烈疼痛和意识改变等，需立即评估，防止病情恶化。找出难治症的关键问题，针对病因病机，及时挽救危难于将倾。及时发现并处理急重症和难治症，避免病情恶化成难治症，最终走向死症阶段。掌握死症的发展转归和变化，准确地判断其预后，及时采取有效的措施，合理用药，减少误诊误治，防治死亡的发生。在治疗对策方面，针对脏结等难治症，需精准辨识虚实，灵活运用攻补兼施之法，避免盲目攻伐致病情恶化。面对阴阳气并竭之症，应注重调和阴阳平衡，恢复脏腑功能，以固本培元为先，逐步改善病情。结合结脉、代脉特征，重视脉象变化对预后的指示意义，适时调整治疗策略，随时修正遣方与用药。

综上，《伤寒杂病论》作为中医经典，提供了急重症、难治症和死症的辨证施治原则，对现代中医临床具有深远指导意义。深入探索急重症、难治症和死症的病因病机，结合现代医学理论，挖掘传统中医与现代科技的融合点。加强临床案例分析，提炼有效治疗方案，强调个性化诊疗模式，提升中医急重症处理能力。促进中医与西医、基础研究与

临床应用的跨学科交流，构建综合医疗体系，提高急重症、难治症和死症救治成功率。强化中医急重症教育，培养专业人才，定期举办学术研讨会，分享最新研究成果，推动中医急重症救治领域的持续进步与发展。

参考文献

1. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:85
2. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:64
3. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:87
4. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:47
5. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:66
6. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:64
7. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:72
8. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:89
9. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:85
10. 金丽. 山东中医学院学报[J]. 1995, 19(1):17-18
11. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:65
12. 马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2011:89

辨证

试论《伤寒论》中或然证与三焦的关系

刘佳玲¹

1.世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 502

Preliminary Discussion of the Relationship between the Contingent Syndromes in Discussion of Cold Damage and the Theory of San Jiao

Jia Ling Liu

World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies

摘要：通过对《施注涪陵古本伤寒论》或然证的梳理，结合古今医家对三焦的认识，以及现代医学中皮下结构和胚胎期体腔形成的最新研究报告，作者提出《伤寒论》或然证的病机应注重三焦气机不通，水气不化，以更好地指导临床治疗。

关键词：施济民：涪陵古本：伤寒论：或然证：三焦

Abstract: This article has analyzed the comments made by Mr. Shi on the contingent syndromes in *The Fuling Ancient Version of the Discussion of Cold Damage*, and integrates the theory of San Jiao of ancient and contemporary physicians in Chinese medicine with the latest research of the structure under the skin and the formation of the body cavity in the early development of the embryo in allopathic medicine. Based on these studies, the author puts forward that the pathogenesis of the contingent syndromes in *Discussion of Cold Damage* should be focused on the obstruction of qi and the failure of water qi to be transformed in order to better guide clinical applications.

Keywords: Shi, Jimin: Fuling Ancient Version: Discussion of Cold Damage: Contingent Syndromes: San Jiao

在中医界中，三焦是一个争论多年而莫衷一是的问题。至于怎样辨证治疗三焦病症，自然探讨不多。笔者在阅读《伤寒论》，特别是《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》中发现仲景在一千九百年前就已经从太阳、少阳及少阴角度辨治三焦病症。经过对施注本仔细揣摩研究，结合现代医学的组胚学和解剖学，觉得对理解三焦及其治疗或有启发。现仅就个人浅识撰文，以就正于高明。

1. 《伤寒论》原文与施注

查《伤寒论》或然证涉及方证有五，分别是小青龙汤证、小柴胡汤证、真武汤证、通脉四逆汤证和四逆散证。除通脉四逆汤证的或然证之外，其余均与

三焦功能失常有关。对此蜀中名医施济民在其注本中作如下深入的阐述：

1.1 小青龙汤证（宋本40条）

施注本：56. 伤寒表不解，心下有水气，咳而发热，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者，小青龙汤主之。

施注：伤寒表证不解，水向内趋。盖阳虚不能化水，水气停留。偶感寒邪，在表证未解，三焦不足以运化，结于上焦则为干呕为噎，水邪蒸肺为咳；结于中焦为渴；结于下焦则少腹满，小便不利。统为水气不运，行至何处，即生障碍，不必诸证皆有也。三焦者水道出焉，今三焦见证，故仲师以小青

龙汤增减治之。盖小青龙汤原为太阳表里俱寒立法，太阳里水上逆，以麻黄桂枝去表邪，以芍药酸敛制其散表之功，干姜五味子摄太阳之气，用细辛半夏引领直入少阴，温散表寒，自无逆泛之虞。汤名青龙者，谓龙行则水行，功在治表热里寒，水逆而汨，此汤引水下行，随龙归海也。^[1]

1.2 小柴胡汤证（宋本96条）

施注本：65. 伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞坚，或心下悸，小便不利，或不渴，外有微热，或咳，小柴胡汤主之。

施注：伤寒五六日，往来寒热，胸胁苦满等，下列各症皆邪留少阳为病也。少阳行身之侧，半表半里，故寒热往来，心烦喜呕，胁痛，皆邪客少阳，三焦水气不化，则水停心下作悸，下行停滞则小便不利，木乘两土，故不思饮食。小柴胡汤调阴和阳，使之不争，故主之。^[2]

1.3 真武汤证（宋本316条）

施注本：287. 少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重，疼痛而利，此为有水气。其人或咳，或小便不利，或下利，或呕，玄武汤主之。

施注：四肢沉重下利，疼痛，小便不利等证皆阳微不化水湿之气也。水在三焦，外溢则四肢沉重，水气射肺作咳，下趋作利，留于下焦则小便不利，而腹痛，在胃则呕逆，玄武汤扶阳镇水崇土之法也。^[3]

1.4 四逆散证（宋本318条）

施注本：289. 少阴病，四逆，其人或咳或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。

施注：本条只言症状，不言脉。颇似玄武汤之证，乃热邪由三阳陷入少阴，外则愈寒，内热更甚。热深厥深，热微厥微，《素问·厥论》云：“阴气虚则阳气入，阳气入，则胃不和，则精气竭，精气竭则不营于四肢也。”故四肢逆冷，水热郁阻，三焦之气不化，肺失清化，故水气上射作咳，停于

心下作悸，热结下焦故小便不利，结于肠胃，则腹痛泄利下重。厥应下之，以枳实泄热邪之结，芍药甘草和阴，而以柴胡和其枢纽，下之而不用寒味者，全其阴气也。^[4]

通读条文可知，或然证包括胸中烦、呕、噎、渴、胁下痞坚、少腹满、腹痛、小便不利、下利、咳、喘、悸、身有微热等症状，看似繁杂，似无规律可循，但施注认为以上或然证均与三焦有关。小青龙汤证的或然证是表证未解的情况下，水气停于三焦为患；小柴胡汤证之或然证则是因邪客少阳导致三焦水气不化为患；真武汤证之或然证乃因阳微不化水湿之气，水停三焦为患；四逆散证之或然证则是热邪由三阳陷入三阴，水热郁阻三焦之故。概括一句：三焦内气机不通，水气不化，是所有或然证的基本病机。

那么为何三焦气机不通，水气不化可以导致上述或然证呢？那我们还得从三焦的形态和功能入手。

2. 关于三焦形态及功能的讨论

2.1 古代先贤们的认识

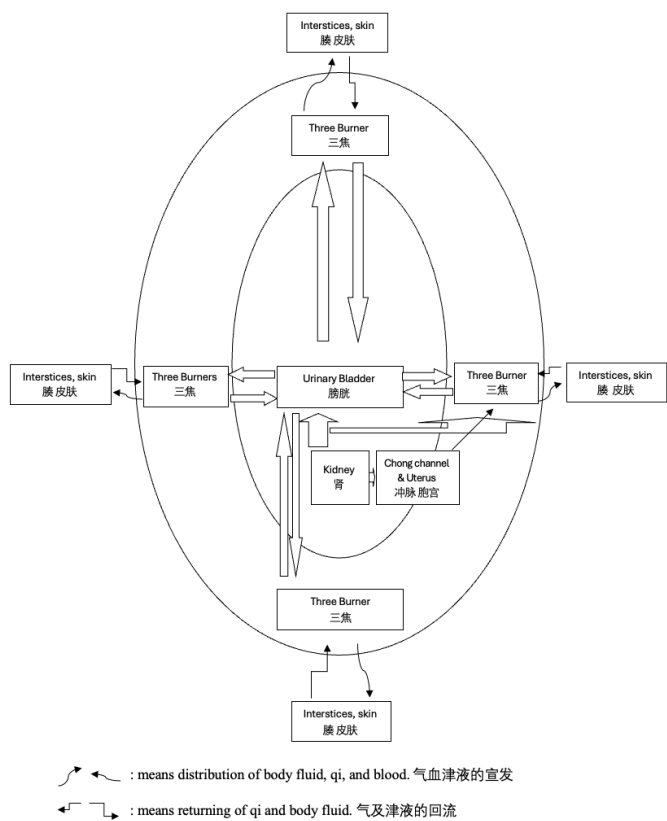
“三焦”的概念历来最具争议，纵观这些纷繁复杂的争论，不外乎两大类：一类为“三焦有形或无形论”，一类为“三焦应重部位还是重功能”。抛开这些争论，先贤们关于三焦的论述实际上是非常详尽且足以帮助我们理解三焦的功能。《灵枢·本输》说：“少阳属肾，肾上连肺，故将两脏”^[5]，认为三焦与肺肾的关系密切；《灵枢·本藏》中：“三焦膀胱者，膀胱毫毛其应”“密理厚皮者三焦膀胱厚，粗理薄皮者三焦膀胱薄”^[6]，则是将三焦与腠理毫毛联系在一起，此段与古本《辨藏府经络先后病脉症篇》第1条“腠者，是三焦通会元真之处，为血气所注；理者，是皮肤藏府之文理也”^[7]遥相呼应；《素问·灵兰秘典论》曰：“三焦者，决渎之官，水道出焉”^[8]，《难经·六十六难》：“三焦者，原气之别使也，主通行三气，经历于五藏六府”^[9]，明确提出三焦是通行元气及运行水液的场所。

2.2 近代各家之见

1) 施老一代弟子马寿椿在其《从三纵三横探讨新冠肺炎的机理和治法》^[10]一文里，提出用“三

纵”来解释发病途径，左翼为少阳三焦，中线为温病三焦（“与温病相关的两层。一是指部位，上焦心肺、中焦脾胃、下焦肝肾。二是指腠理，肌肉有腠理、脏腑有腠理。这种腠理全身上下内外无处不到，亦即三焦。”）右翼为募原三焦。我理解这里的少阳三焦，指的是内外之间的半表半里，而温病三焦则是从上到下的部位分属，腠理三焦则是全身无处不在，至于募原三焦，则是特指“内邻胃、外邻肌肉”的一个特殊部位。

2) 刘国晖在其《伤寒理论钩玄》一书中，则用一张图表归纳了三焦与腠理的关系，以及三焦是如何在肌表与体内之间运行气血及津液的。^[11]



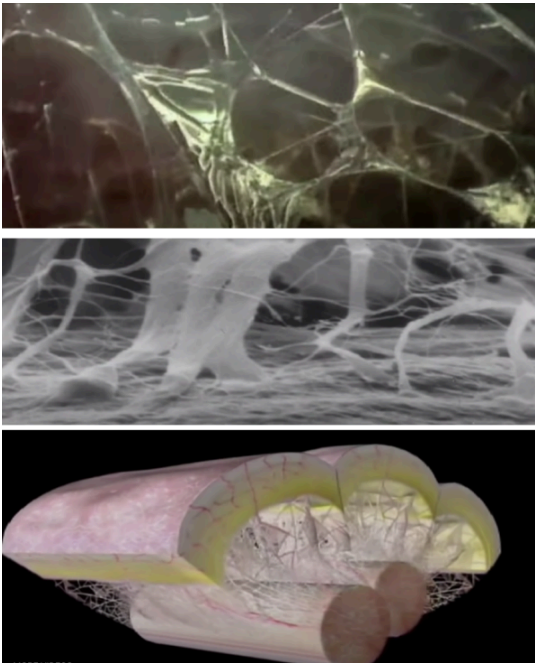
（原图仅有英文，中文为笔者自行添加）

2.3 国外现代科技研究撷英

随着国外研习中医的人数日益增多，关于三焦的研究也渐有报道，引用两则如下：

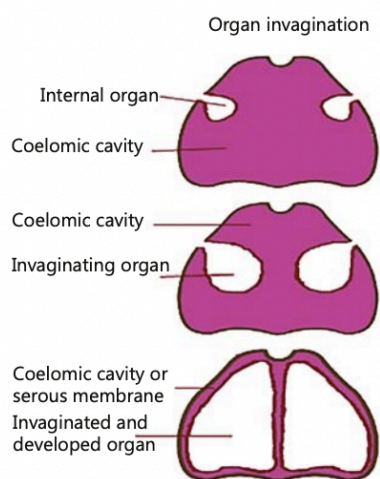
1) 以下的截屏图片来自记录片《皮肤下的漫步》Strolling Under the Skin,^[12]记录了活体皮肤下植入微型摄像头捕捉到的画面，显示皮肤与肌

肉、肌腱、内脏之间的空隙并非纯粹的空腔，而是有无数的网状组织附着并充斥其间，这些网状组织直接影响腠理的形态，可能是三焦的一部分，同时在镜下可以清楚看到网状组织的收缩与放松可以完成水液的转运。



（前两张是实体拍摄，第三张图为3D模拟图。）

2) “关于传统医学中的三焦是有形还是无形器官的假设”（Meraque or Triple Energizer (San Jiao): Actual or Virtual Organ in Traditional Medicine - A Hypothetical Viewpoint）一文中^[13]，作者认为从组胚学的观点来看，三焦位于人体浆膜包裹而形成的体腔中。胚胎内体腔由浆膜及其空腔形成。在胚胎早期，内脏器官通过向该空腔内陷的过程而发育，最终被双层浆膜包围，一层作为内脏层附着在器官上，另一层具有塌陷的空间作为壁层。通过这个过程，内脏器官（起源于内脏壁的中胚层）进入胚胎内体腔发育，最终成形并被（中胚层的）结缔组织包裹，而塌陷的空间即下图中粉色部位则被认为是三焦的位置。



(The process of budding and invagination of the internal organs during organogenesis in the fetal period.)

此段论述与张景岳在《类经·藏象类》说“盖即藏腑之外，躯体之内，包罗诸藏，一腔之大府也”，“是盖譬之探囊以计物，而忘其囊之为物耳”^[14]有异曲同工之妙。

对比古今中外的研究，可以很清晰地看到，尽管在现代科技不发达的古代，但先贤们用形而上的方法，以现象推本质，得出了和现代影像学 and 组胚学研究类似的结论，并有效地应用在临床上千年。综合上面的研究，均提示我们不应纠结于三焦之有形或无形，或是将三焦部位局限，而是应将其联系肺肾，综合应用少阳三焦、温病三焦及腠理三焦的概念。

3. 或然证与三焦的联系

梳理完三焦的特性，再来分析施老的注解，不难发现，应用三焦综合概念，联系三焦与肺肾的关系，可以很好地理解及解释或然证的病机。

- 1) 结于上焦则胸中烦，干呕，及噎；结于中焦为渴，胁下痞坚；结于下焦则少腹满，腹痛，小便不利；水液下趋则为利
- 2) 水邪蒸肺为咳为喘；水停心下作悸；在胃则呕逆
- 3) 身有微热

上述三组症状，除第三组可单用腠理三焦来解释外，其余两组症状均宜综合少阳三焦、温病三焦及肺肾两脏来理解。其病机要点为三焦气机不通，水气不化，施注里的“行至何处，即生障碍”是点睛之笔。

综上所述，《伤寒论》中的四种或然证看似繁杂，或发于太阳，或来自少阳，或归咎于少阴。但只要抓住三焦气机不通，水气不化这条基本病机，就可执简驭繁，根据主证不同，随证治之。

参考文献:

- [1] 施济民，重编施注涪陵古本伤寒杂病论，北京：学苑出版社，2022，pp. 49-50.
- [2] 施济民，重编施注涪陵古本伤寒杂病论，北京：学苑出版社，2022，p. 53.
- [3] 施济民，重编施注涪陵古本伤寒杂病论，北京：学苑出版社，2022，pp. 141-142.
- [4] 施济民，重编施注涪陵古本伤寒杂病论，北京：学苑出版社，2022，p. 143.
- [5] 傅景华等，中医四部医典，北京：中医古籍出版社，1996，p. 120.
- [6] 傅景华等，中医四部医典，北京：中医古籍出版社，1996，p. 166.
- [7] 施济民，重编施注涪陵古本伤寒杂病论，北京：学苑出版社，2022，p. 3.
- [8] 傅景华等，中医四部医典，北京：中医古籍出版社，1996，p. 12.
- [9] 傅景华等，中医四部医典，北京：中医古籍出版社，1996，p. 215.
- [10] 马寿椿，马蕾，“从三纵三横探讨新冠肺炎的机理和治法”，世界中医药杂志（美国版），卷 1，编号 1，pp. 29-30，2020.
- [11] G. Liu, Foundations of Theory for Ancient Chinese Medicine Shang Han Lun and Contemporary Medical Texts, London and Philadelphia: Singing Dragon, 2015, p. 176.
- [12] D. J.-C. Guimberteau, 导演, Strolling Under the Skin: How Does It Look Inside a Living Body? - the Fascia Guide. [电影]. ADF Video Productions, 2005.
- [13] M. Avijgan, “Meraque or Triple Energizer (San Jiao): Actual or Virtual Organ in Traditional Medicine - a Hypothetical Viewpoint,” Integrative Medicine International, 卷 2, 编号 1-2, pp. 9-20, 2015.

[14] 张景岳, “类经 三卷 藏象类,” [联机].

Available:

<https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=65556&remap=gb>. [访问日期: 08 05 2024].

作者简介:

成都中医药大学医学系学士, 西雅图东方医学院 (SIEAM) 针灸与中药博士, 先后在这两所学府担任教职。早年曾侍

诊于黄圣源教授及罗任尊医师, 赴美后又受教于马寿椿、陈运泽及刘国晖等名师。曾先后在中国、加拿大及美国从事中医临床工作, 目前执业于美国西雅图。

联系方式:

Janetliu2015@gmail.com

论五苓散证的病机在三焦

王辉¹

1. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 304

An Analysis of the Pathogenesis of Wulingsan Syndrome Within the Triple Energizer (San Jiao)

Hui Wang

摘要: 以水液在体内的代谢路径为指引, 在总结重编施注涪陵古本《伤寒杂病论》所有五苓散相关条文的基础上, 总结出五苓散证的病因是水热气, 病机是水热气阻于三焦。

关键词: 五苓散; 水液代谢; 三焦; 水热气; 病机

Abstract: Guided by the metabolic pathway of fluids in the body, this article summarizes all the related clauses of Wuling San in the "Discussion of Cold Damage" (Shanghan Zabing Lun, Fuling version). It concludes that the cause of Wuling San syndrome is a combination of Water, Heat, and Qi, and the pathogenesis is the obstruction of Water, Heat, and Qi in the Triple Energizer (San Jiao).

Keywords: Wuling San; Fluid metabolism; Triple Energizer; Water-Heat-Qi; Pathogenesis

五苓散被誉为“千古利水第一名方”, 主治“太阳蓄水证”, 典型症状是“脉浮, 小便不利, 微热消渴”(《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》第119条, 以下简称涪本)。

按照“太阳蓄水证”的说法, 太阳经受寒邪所束导致膀胱气化不利, 从而引起的“小便不利”。但基于此对“消渴”症状却无法解释, 因为体内“蓄水”, 即在水液多的情况下, 为什么仍有口渴出现? 且多饮不解渴(即为消渴)? 在回答这个问题之前, 先要来了解一下水液在人体内的代谢。

体内水液代谢与三焦

根据目前的科学统计数据, 人体含水量平均值是60% (浮动范围是45%-75%)。如此多的水分在人体内是怎样运行的? 是否涉及到全身脏器的相互配合?

这个西方医学到目前为止还没有给出明确答案的问题, 中国古人早在两千多年前就给出了清晰的描述。《素问·经脉别论》“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾。脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱。水精四布, 五经并行。”

这段文字简洁明了地说明了人体水液来源“饮”(水), 途径是从口到胃。水饮入胃之后, 通过胃“游溢精气”, 即把可以流动的浮在水的表面的水

气(营养物质)游离出来。“上输于脾”，把含有营养物质的水气输送给脾。

“脾气散精”，通过脾的运化把水气输布滋养全身。“上归于肺”，脾在散精之后尚有多余的未吸收的水气再交给肺。“通调水道，下输膀胱”，肺接到脾输送的水气后把多余的排入水道。所以水精输布全身，由五脏之经行于周身。

根据上述水液代谢基本路线图，水液在人体内的代谢是通过脏腑相互合作进行“输布水气，通调水道”，以此使水液运行全身。那运行全身的通道是什么呢？基于上面的描述，我们能理解水液运行中至少涉及到三脏(脾肺肾)和一腑(膀胱)，那这些脏腑之间是如何连接的？是通过怎样的通道把这些脏腑连接在一起协同工作的？这正是本文准备讨论的重点，水液代谢中涉及的另外一腑：三焦。

关于何谓三焦，历来众说纷纭。《难经》云，“三焦者，水谷之道路，气之所终始也”。《素问·灵兰秘典论》云：“三焦者，决渎之官，水道出焉”。据此可以推断出三焦是全身的水道，同时运行全身之气，但是具体位置却并没有指出。提到三焦，就不得不说腠理。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》曰：“腠者，是三焦通会元真之处，为血气所注。理者，是皮肤脏腑之文理也。”《医宗金鉴》注解为：“腠者，一身空隙，血气往来之处，三焦通会真元之道路也。理者，皮肤脏府内外井然不乱之条理也。”基于以上论述，本文认定三焦即是有水有气在内运行的腠理。

至此，水液运行中涉及到的三脏(脾肺肾)和两腑(膀胱和三焦)已经清晰呈现，且从以上阐述可知是三焦连接起了所有脏腑并形成了水液运行通道。无论是“小便不利”还是“消渴”，皆是水液在人体的运行出现了失调，导致水道不通畅，从而引起一系列问题。五苓散可以利水，可以通调水道，根本原因是五苓散作用于全身的水道——三焦。本文以涪本伤寒论为参考书籍，列出所有“五苓散”相关条文并加以分析和论证。

五苓散症状及相关条文

1. 热郁：表证误治致热郁而烦，皮粟起，欲饮水
涪本95条，“太阳少阳并病，而反下之，结胸，胸下坚，下利不复止，水浆不肯下，人必心烦。病在

陽應以汗解，而反以冷水濕之，若灌之，其熱却不得去，益煩，皮粟起，意欲飲水，反不渴，宜家服文蛤散。(若不差，與五苓散)。”(《宋本伤寒杂病论》(以下简称宋本)141条)

2. 痞症用泻心汤不解：气不布津致渴而口燥烦，小便不利

涪本104条，“本以下之，故心下痞，與之泻心。其痞不解，其人渴而口燥烦，小便不利者，五苓散主之，一方言，忍一日乃愈。”(宋本156条)

3. 太阳病发汗后大汗出导致的消渴：脉浮，微热，消渴，小便不利

涪本119条，“太陽病，發汗後，大汗出，胃中乾，煩躁不得眠，欲得飲水者，少少與飲之，令胃氣和則愈。若脈浮，小便不利，微熱消渴者，與五苓散主之。”(宋本71条)

4. 伤寒发汗后口渴

涪本120条，“傷寒汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草湯主之。”(宋本73条)

5. 中风水逆：太阳中风发热，六七日不解而烦，渴欲饮水，入水而吐。

涪本140条，“中風發熱，六七日不解而煩，有表裡證，渴欲飲水，水入而吐。此为水逆，五苓散主之。”(宋本74条)

6. 阳明病：误下后口渴，非阳明病胃燥口渴能饮。为渴欲饮水，水入则吐。

涪本228，“阳明病，关上小浮，尺中弱，其人發熱而汗出，復惡寒，不嘔，但心下痞者，此为醫下之也。若不下，其人复不惡寒而渴者，为轉屬陽明。小便數者，大便即坚，不更衣十日無所苦也，渴欲飲水，但與之，当然以法救了。渴，宜五苓散。”(宋本244条)

7. 表证汗后口渴：发汗后脉浮数，有口渴，心烦，小便不利。

涪本360条，“發汗，脈浮而數，復煩者，五苓散主之。”(宋本72)

8. 霍乱：头痛发热，身体疼痛，热多欲饮水用五苓散。寒多用理中汤。

涪本391, “霍亂, 而頭痛發熱, 身體疼痛, 熱多欲飲水者, 五苓散主之。寒多不用水者, 理中丸主之。”(宋本386条)

9, 癰眩: 吐涎沫, 癰眩, 脐下有悸

辨痰飲咳嗽脉症病治篇28第30条, “假令病人脐下有悸, 吐涎沫而癰眩, 此水气也, 五苓散主之。”(辨痰飲咳嗽病脉證篇第二十八)。

10. 消渴: 脉浮, 小便不利, 微热消渴。

辨消渴小便不利淋病脉證篇29, 第4条, “脉浮、小便不利、微熱、消渴者, 宜利小便、發汗、五苓散主之。”

11. 水逆: 发汗后水逆或无中风症的渴欲饮水, 入水即吐。

辨消渴小便不利淋病脉證篇29第5条, “渴欲飲水, 水入則吐者, 名曰水逆, 五苓散主之。”

五苓散症状总结及案例

从以上总结条文可知, 五苓散症可出现在上中下三焦, 表现为:

- 上焦: 渴, 口燥烦, 头晕, 吐涎沫, 癰眩, 头痛体痛
- 中焦: 烦、霍乱(呕吐腹泻), 渴欲飲水, 水入而吐
- 下焦: 小便不利、脐下悸

案例一: 癰病

刘渡舟老师曾在他的一部著作中记述过这样一个病例: 一个男青年, 患癰病, 虽屡用苯妥英那等抗癰病药物不能控制发作, 自述发病前感觉有一股气从下往上冲逆, 至胃则呕, 至心胸则烦乱不堪, 至头则晕厥, 人事不知, 少顷苏醒, 观其舌淡胖苔白。又详问知其小便频数, 排尿不畅尿量甚少。老师诊为太阳膀胱蓄水, 水气上逆, 蒙蔽清阳。老师以五苓散利小水, 九剂药后, 病情大减, 癰病竟得以控制。

该案例正是“辨痰飲咳嗽脉症病治篇28第30条: 假令病人脐下有悸, 吐涎沫而癰眩, 此水气也, 五苓散主之。”该案例中症状表现在上焦(癰病)和下焦(小便不利, 水气上逆), 实际上是三焦受阻, 整体运行不通畅, 用五苓散通过利下窍而达到利三

焦, 除三焦之病变, 从而使得三焦整体运行通畅, 诸证消失。

案例二: 呕吐伴口渴(水入即吐)

病案 2: 某男 14岁 恶心呕吐, 口渴, 欲饮水, 水入即吐, 心下痞满, 无发热恶寒, 舌质淡, 苔白滑。时值夏日, 患者平素喜凉饮。胃镜诊断为幽门梗阻。中医辨证属中焦气化不利。方用五苓散加味: 泽泻 15g, 猪苓10g, 茯苓 15g, 白术 10g, 桂枝 10g, 姜半夏6g, 生姜 3片。嘱服 3剂, 1剂后症状基本消失, 3剂而愈。

该案例正好诠释了涪本228条所阐释的“阳明病, 误下后口渴。渴欲饮水, 水入则吐”的表现在中焦的症状。

五苓散病机总结

张景岳在《类经·藏象类·十二官》中说, “上焦不治则水泛高原, 中焦不治则水留中脘, 下焦不治则水乱二便。三焦气治, 则脉络通而水道利, 故曰决渎之官。”由此也说明了三焦功能失常引起的诸多代谢障碍, 即水、热、气三者的代谢障碍。综合《伤寒杂病论》中的条文以及上述相关案例可以得出五苓散所治太阳蓄水证或曰五苓散证之小便不利、烦渴、水逆、癰眩、脐下悸等, “机制恰与景岳所论‘三焦不治’暗合, 进而推知, 五苓散的作用与三焦密不可分。”

由以上分析可以得出, 五苓散证的病因是水热气, 病机是水热气阻于三焦, 致脏腑功能失调。如上所述, 五苓散证病机总结如下:

- 水热气阻于膀胱之腑致小便不利;
- 水热气上犯清空致头痛;
- 水热气上逆致饮入即吐;
- 水热气干扰中焦致霍乱呕吐下利;
- 水热气夹痰饮上逆致颠眩吐涎沫。

综上所述, 五苓散作用于体内水液代谢系统中的三焦, 通过解决水热气在三焦的阻塞, 从而通调水道, 并最终解决五苓散相关症状。

参考文献

1张冬梅, 五苓散对调节水液代谢作用的研究(J), 中医药学刊, 2004, 第22卷第10期。“《伤寒论》中并无“蓄水”二字。成无己在《注解伤寒论》中最先提出“水饮内蓄, 津液不行”, 明代方有执在《伤寒论条辨》中进一步解释为“膀胱水蓄, 不化津液”。至清代, 逐渐形成了“太阳蓄水证”或“膀胱蓄水证”的称呼。

2马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论, 学苑出版社, 2022

3 Medical News Today,
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/what-percentage-of-the-human-body-is-water#percentage-chart>

4 张登本, 孙理军, 黄帝内经全注全译, 新世界出版社, 2019, 第129页

5王树权, 图注八十一难经译, 中国中医药出版社, 2017, 第92页

6 张登本, 孙理军, 黄帝内经全注全译, 新世界出版社, 2019, 第51页

7 张仲景, (何任, 何若苹整理), 金匱要略, 人民卫生出版社, 2018, 第4页

8 吴谦, 医宗金鉴, 人民卫生出版社, 2006,

9 舒友廉, 刘渡舟应用五苓散方经验, 北京中医, 1996年, 第2期, 第5页

10金汝真 余仁欢, 五苓散的临床应用体会, 北京中医药, 2011年5月, 第30卷第5期

11张景岳, 类经,
<https://www.zysj.com.cn/lilunshuiji/leijing/481-8-1.html>

12周洁晨, 活用五苓散经验举隅, 英国中医, 2021年12月第10卷第2期, 第35页

《伤寒杂病论》“痞证”辨治及泻心汤方现代研究概况

周钰^{1, 2}

1. 宁夏回族自治区人民医院康复医学科

2. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 307

地址: 中国宁夏银川市金凤区正源北街301号 邮编: 750001

An Overview of Pattern Differentiation and Treatment of 'Pi Syndrome' in *Shanghan Lun* (Discussion of Cold Damage) and Contemporary Research on Xiexin Decoction

Yu Zhou

摘要: 通过跟随马寿椿老师学习《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》, 查询近现代相关研究文献, 从“痞”证病名、病因、病机、五泻心汤辨证治疗及“泻心汤”方的现代研究概况做一综述。

关键词: 痞证, 泻心汤方, 研究概况, 伤寒杂病论(涪陵古本)

Abstract: By following Professor Ma Shouchun to study "The Recompiled Ancient Fuling Edition of Discussion of Cold Damage with Shi's Annotations", and querying relevant modern research literature, this paper makes a comprehensive review from the aspects of the disease name, etiology, pathogenesis of the "Pi" syndrome, the syndrome differentiation and treatment of the Five Xiexin Decoctions, and the general situation of modern research on the "Xiexin Decoction".

Keywords: "Pi" syndrome, Xiexin Decoction, research overview, Discussion of Cold Damage (Ancient Fuling Edition)

《伤寒杂病论》中阐述的“痞”证是临床非常常见的证候, 仲景提出了五种“泻心汤”方辨治“痞”

证, 并对有“痞”之症状的其它病证与“痞证”进行了鉴别。历代医家对其病因病机及辨治多有论述

并有发挥,现代医家亦对“泻心汤”方进行了基础及临床应用研究。仲景《伤寒杂病论》流行于世常用的版本大概有四种:宋本、桂林古本、长沙古本、涪陵古本。其中“痞”字在《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》^[1]中出现的条文共有35条,纵观这些条文,“痞”字字义大抵有三种解释:一是作为“痞”证病证名提出;一是指无形之“痞满”症状;一是指有形之“痞块”体征。用五种“泻心汤”方为主治疗的主要是以心下胃脘部胀满不适、按之濡软不痛的“痞”证。本文就“痞”证的研究概况概述如下。

1 “痞”证渊源

1.1 “痞”字释义:

“痞”字在《说文解字》中解释为:“痛也。从‘疒’,‘否’声。”东汉刘熙《释名》曰:“痞,否也。气否结也。”可见“痞”古通“否”。很多医家都引用《周易》“否”卦解释“痞”,“否”卦为《周易》六十四卦之一(第十二卦),由上乾下坤组成,其卦辞曰:“否之匪人,不利君子贞,大往小来。”《彖》曰:“否之匪人,不利君子贞,大往小来。则是天地不交而万物不通也,上下不交而天下无邦也。内阴而外阳,内柔而外刚,内小人而外君子。小人道长,君子道消也。”《象》曰:“天地不交,否。君子以俭德辟难,不可荣以禄。”金元时代医家刘完素《素问玄机原病式·六气为病·湿类》载:“痞与否同,不通泰也,谓精神荣卫、血气津液,出入流行之纹理闭塞而为痞也。”金元时期医家朱丹溪《丹溪心法》曰:“痞者与否同,不通泰也。”可见“否”卦与“痞”之基本含义为天气不降、地气不升,天地不交,升降失调,痞塞不通之谓也。

1.2 “痞”证病名。

“痞”证病名首见于《黄帝内经》,称之为“否”,有“否”、“否满”、“否塞”等表述,《素问·五常政大论》曰“备化之纪……其病否”

“卑监之纪……其病留满否塞”;《素问·至真要大论》曰:“太阳之复,厥气上行……心胃生寒,胸膈不利,心痛否满。”等。《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》第98条(宋本149条):“心下但满而不痛者,此为痞……”;第99条(宋本151条)“脉浮紧,而下之,紧反入里,则作痞,按之自濡,但气痞耳”。即说明了“痞”证就是病位在“心下”(胃脘)、以心下胀满不痛、按之濡软为主要症状的病证。由田德禄教授主编、任继学、周仲英、王永炎教授主审的《中医内科学》^[2]教材亦将痞满单列为一病种,定义为“痞满是由于中焦气机阻滞,升降失常,出现以胸腹痞闷胀满不舒为主症的病证。一般触之无形,按之柔软,压之不痛。”

2 “痞”证病因病机

2.1 病因

2.1.1《黄帝内经》对“痞”证病因的阐述 《黄帝内经》多个篇章均有对“痞”证病因相关的论述。

1)《素问·异法方宜论》曰“脏寒生满病”;2)《素问·脏气法时论》曰:“脾虚则腹满肠鸣,飧泄,食不化”;3)《素问·太阴阳明论》曰“饮食不节,起居不时者,阴受之……阴受之则入五脏……入五脏则膜满闭塞”;4)《素问·气交变大论》曰:岁水不及,湿乃大行……民病腹满”;5)《素问·至真要大论》曰“太阳之复,厥气上行……心胃生寒,胸膈不利,心痛否满”;还提到:“诸湿肿满,皆属于脾”等。即《黄帝内经》指出“痞”证的病因有“脏寒”、“脾虚”生湿、“饮食不节、起居不时”、“湿”邪侵袭、“心胃生寒”等。

2.1.2《伤寒杂病论》论“痞”证病因 《伤寒杂病论》中明确指出“痞”证病因为误用下法所致。

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》辨太阳病用陷胸汤法脉证篇第八第85条(宋本131条)“夫病发于阳,而反下之,热入因作结胸;发于阴,而反下之,因作痞……”第99条(宋本151条)“脉浮紧,而下之,紧反入里,则作痞,按之自濡,但气痞

耳。”即仲景认为“痞”证是由于误用下法、表邪内陷而造成的。

2.1.3马寿椿老师补充“痞”证情志病因 马老师结合多年临床经验指出情志因素之“思则气结”所致“痞”证临床多见。由于《伤寒杂病论》主要阐述外感疾病及相关变证等的诊治,对情志致病所述不多。现代都市白领工作节奏快、工作压力和强度大,特别是长期伏案从事IT行业的年轻白领,往往由于“思则气结”、气机升降失常导致“痞”证。

《素问·举痛论》曰“思则心有所存,神有所归,正气留而不行,故气结也”。金·李东垣在《脾胃论》说“忧气结中脘,腹皮底彻痛,心下痞满,不思饮食,虽食不散,常常有痞气”;清·李用粹在《证治汇补》亦曰“七情不快,郁久成病,或为痞满”。

综上所述,“痞”证病因包括:脏腑虚寒,脾虚生湿,“饮食不节、起居不时”,湿邪侵袭,下法误治、表邪入里,情志不畅等。

2.2病机

对于“痞”证病机,《伤寒杂病论》虽没有明言病机,但后世医家依据仲景对“痞”证症状的描述和治疗方药的应用进行了分析总结,明确了“气机升降失常”是“痞”证核心病机。

方有执《伤寒论条辨》云:“痞,言气隔不通而否塞也。”《素问·六微旨大论》曰:“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。故非出入,则无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏。”明·张景岳《景岳全书》说“痞者,痞塞不开之谓,满者,胀满不行之谓”。“凡有邪有滞而痞者,实痞也;无物无滞而痞者,虚痞也”指出痞满差异及痞证有虚实之辨。清代医家柯韵伯于《伤寒来苏集》中谈及痞证云:“痞因寒热之气互结而成”。

由此可见,“痞”证病机是由于各种原因导致心下(胃脘)气机升降失常、气机阻滞、痞塞不通。

3《伤寒杂病论》论“痞”证治疗及相关现代研究

仲景在《伤寒杂病论》中论述了“痞”证的证治分类,并提出了5个代表方:半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、大黄黄连泻心汤、附子泻心汤。

3.1半夏泻心汤治疗寒热错杂“痞”

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》第98条(宋本149条):“心下但满而不痛者,此为痞,半夏泻心汤主之。”此条仲景虽未言病机,但由半夏泻心汤方药组成寒热并用(干姜、黄连、黄芩)、全方辛开苦降甘调可看出其病机为脾胃升降失司、寒热错杂。

有综述^[3]现代研究证实半夏泻心汤具有广泛作用:

①消炎、抑菌作用,能有效抑制或杀灭幽门螺旋杆菌,减少和消除幽门螺旋杆菌产生的炎症反应;②可通过双向调节作用从而恢复胃肠动力;③对胃肠黏膜具有保护和修复作用;④能明显提高机体免疫功能。临床中本方常应用于急慢性胃炎、顽固性呕吐、慢性肠炎、结肠炎、消化性溃疡、消化不良、胃肠功能紊乱、慢性肝炎、妊娠恶阻、小儿久泻等属脾胃升降失常、寒热错杂者。也有用于治疗咳嗽变异性哮喘、慢性咳嗽、呼吸机相关肺炎、前庭性头痛、慢性肾衰、更年期综合征、女性躯体形式障碍、过敏性紫癜、复发性口腔溃疡等病的报道^[4]。

3.2生姜泻心汤治疗寒热错杂兼有水气“痞”

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》第105条(宋本157条):“伤寒,汗出解之后,胃中不和,心下痞坚,干噎食嗅,胁下有水气,腹中雷鸣而利,生姜泻心汤主之。”本条寒热错杂,中焦水气阻滞不通,水热与糟粕混杂肠中而雷鸣下利。生姜泻心汤方在半夏泻心汤方基础上减干姜为一两而加生姜四两,生姜走而不守,全方散寒行水、调脾胃升降。

有综述^[4]生姜泻心汤治疗脾胃虚寒、寒热错杂、胁下有水气之腹泻,治疗糖尿病胃肠功能紊乱等各种

疾病引起的腹泻效果较好；对寒热错杂型功能性消化不良患者服用生姜泻心汤，并根据患者临床情况加减用药，总有效率达到95.8%；生姜泻心汤联合针灸（足三里、三阴交、中脘）可有效防治化疗后呕吐反应，效果优于昂丹思琼。马致洁等^[5]生姜泻心汤对感染难辨梭菌小鼠的治疗作用研究表明：生姜泻心汤的治疗作用稳定，起效较慢，且无复发迹象，体现了中药多成分、多靶点的作用特点和优势，为临床难辨梭菌感染提供了一种新的治疗策略参考。刘磊等研究表明^[6]生姜泻心汤能有效改善竹叶青蛇咬伤引起的凝血功能障碍。陈熹等^[7]基于网络药理学方法探讨了生姜泻心汤治疗结直肠癌的药理作用机制，发现生姜泻心汤治疗结直肠癌的核心活性成分为黄芩素、柚皮素、刺芒柄花素及1-甲氧基菜豆素等；核心靶点有HSP90AA1、ESR1、AR及NOS2等；调控的信号通路主要有恶性肿瘤相关通路、结直肠癌相关通路、白细胞介素17信号通路、内分泌耐药通路及细胞凋亡通路等；其功能主要为调节转录因子结合、核受体活性、转录因子活性、类固醇激素受体活性及蛋白激酶结合等。

3.3 甘草泻心汤治疗寒热错杂兼胃气虚“痞”

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》第106条（宋本158条）：“伤寒中风，医反下之，其人下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞坚而满，干呕而烦不能得安，医见心下痞，为病不尽，复重下之，其痞益甚，此非热结，但胃中虚，客气上逆，故使之坚，甘草泻心汤主之。”本条因反复误用下法致胃气虚，虚气上逆且寒热错杂、升降失司。甘草泻心汤在半夏泻心汤基础上重用甘草，甘草能补能缓，配合人参大枣用以缓解虚气上逆，半夏泻心调脾胃升降。甘草泻心汤亦见于《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》辨百合狐惑阴阳毒病脉症篇第9条（金匱3.10）：“狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安。蚀于喉为惑，蚀于阴为狐。不欲饮食，恶闻食臭，其面目乍赤、乍黑、乍白。蚀于上部则声嘎，甘草泻心汤主之。”

有综述^[4]甘草泻心汤临床用治溃疡性结肠炎、伪膜性肠炎、胃肠神经官能症、复发性口腔溃疡等疾病，能改善白塞氏病患者的临床症状，还可用于血虚风燥证慢性湿疹、男性生殖器疱疹等皮肤病及手足口病、失眠症、艾滋病难治性口疮等病。另有综述^[8]现代药理学研究表明：甘草泻心汤可1）调节胃酸分泌；2）增进创面愈合；3）抗炎作用；4）调节免疫功能。临床研究表明：甘草泻心汤可用于溃疡性结肠炎、返流性食管炎、慢性结肠炎、非酒精性脂肪肝、幽门螺杆菌相关性胃溃疡、口腔黏膜下纤维化、复发性口腔溃疡、白塞氏病、复发性生殖器疱疹、糜烂型扁平苔藓等疾病。同时也有报道服用甘草泻心汤发生心肌酶、心电图和大便常规的异常，但与对照组比较无显著性差异，说明甘草泻心汤的临床应用是安全的。

3.4 大黄黄连泻心汤治疗热“痞”

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》第102条（宋本154条）：“心下痞，按之自濡，关上脉浮者，大黄黄连泻心汤主之。”这里据“关上脉浮”和方药组成可知其病机为热结中焦致痞，故用苦寒泻热散痞。

有综述^[4]大黄黄连泻心汤对幽门螺杆菌阳性慢性胃炎患者，可以显著改善患者胃黏膜分泌情况，提高对幽门螺杆菌的根治率。对慢性萎缩性胃炎胃癌前病变患者可显著缓解患者的症状，并能够有效改善胃液成分、降低机体内肿瘤标记物的含量，抑制胃癌前病变的进展。大黄黄连泻心汤加味治疗十二指肠淤积症，疗效明显，作用稳定持久。应用大黄黄连泻心汤加味（大黄、黄连、黄芩、连翘、栀子、甘草）联合米诺环素治疗痤疮优于单纯西医治疗组。应用大黄黄连泻心汤治疗原发性肾病综合征、糖尿病肾病慢性肾功能不全患者，临床效果较好。

3.5 附子泻心汤治疗热“痞”兼亡阳汗出

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》第103条（宋本155条）：“心下痞，而复恶寒汗出者，附子泻心

汤主之。”施济民老师注释：心下痞者，热邪陷于内，恶寒汗出，阳亡于外，故以大黄黄连黄芩以解三焦热邪；附子温经。马寿椿老师指出这里的“恶寒汗出”为阳气外泄而不是表阳虚，如为表阳虚应该用桂枝汤。

附子泻心汤临床及基础研究较其它四泻心汤报道较少。有综述^[4]附子泻心汤在辨证的基础上可应用于复发性口腔溃疡、上消化道出血、慢性肾功能衰竭、头痛及其他杂病。王晨等^[9]基于网络药理学研究发现附子泻心汤主要参与脂多糖应答、对细菌起源的分子应答、活性氧化物代谢、氧化应激、金属离子应答、信号通路调节等生物过程，通过调节PI3K-Akt信号通路、AGE-RAGE信号通路、乙型肝炎等通路发挥治疗慢性萎缩性胃炎的作用。

4结语

历代医家对“痞”证的病因病机及辨证论治均进行了研究发挥，在病因方面虽然提出了饮食不节、起居不时、脏腑虚寒、下法误治、湿邪侵袭、情志不畅等因素，但在临床常见现代西医在某些疾病的化学药物治疗及手术治疗过程中亦会导致“痞”证的出现，比如某些肿瘤病人在放化疗过程中可能出现“痞”证症状，某些外科手术患者术后出现“痞”证症状，因为放化疗或手术导致气机升降失调从而出现“痞”证，这也应是“痞”证的病因之一。

仲景提出的“泻心汤”方是为了治疗寒热错杂、气机升降失调的各种“痞”证，真正体现了辨证论治的思想。后世医家临床应用发挥使“泻心汤”方的治疗范围不断拓展，尤其是半夏泻心汤、甘草泻心汤及大黄黄连泻心汤的临床报道较多，其中主要是对消化系统疾病治疗的临床报道，也有对呼吸系统、内分泌、口腔科、皮肤科、白塞氏病等相关疾病的临床应用报道。这说明临床应用“泻心汤”方时可不必要只限于“痞”证，涉及“寒热错杂、气机升降失调”病机的病证均可辨证选方应用。

虽然现代医家对“泻心汤”方进行了大量的基础和临床应用研究，但对附子泻心汤的临床研究报道较少，可能与附子毒性有关，限制了附子泻心汤的临床应用。既然已有清代名医郑钦安、近现代名医卢铸之、吴佩衡、李可等重用附子屡起沉疴之临床验证，附子之现代临床应用应该被高度重视，并对附子之炮制、临床用量重新研究评估，这些有待权威机构进一步开展相关工作，出台相应规范指南，将“泻心汤”类方更进一步发扬光大。

参考文献:

1. 张仲景(撰), 施济民(注释), 马蕾(重编), 吴俊梅、李兰、刘书含(协编), 马寿椿(主审). 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京: 学苑出版社, 2022
2. 田德禄. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002; 185
3. 李斌斌, 高音来, 康毅, 等. 半夏泻心汤研究进展[J]. 中医学报, 2019, 34(12): 2549-2552
4. 张韦华, 冯兴中. 《伤寒论》五泻心汤临床应用研究进展[J]. 亚太传统医药. 2016, 12(22): 26-28
5. 马致洁, 吕治, 于小红, 等. 生姜泻心汤对感染难辨梭菌小鼠的治疗作用研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21(11): 1281-1290
6. 刘磊, 曾林生, 刘林华, 等. 生姜泻心汤治疗竹叶青蛇咬伤致凝血功能障碍的临床研究[J]. 中国中医急症, 2021, 30(08): 1388-1391
7. 陈熹, 杨婷, 章从恩, 等. 基于网络药理学的生姜泻心汤治疗结直肠癌的作用机制研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20(11): 1290-1299
8. 胡越, 李佳玲, 蒋淼, 等. 甘草泻心汤药理研究及临床应用进展[J]. 中药与临床, 2022, 13(4): 80-84
9. 王晨, 王建, 刘万里. 基于网络药理学附子泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎作用机制研究[J]. 现代药物与临床, 2021, 36(10): 2008-2016

作者简介:

周钰, 男, 49岁。毕业于上海中医药大学针灸推拿专业, 跟随马寿椿老师学习《重编施注伤寒杂病论(涪陵古本)》。现在宁夏回族自治区人民医院康复医学科工作。

辨证论治

从柴胡汤证篇看仲景的辨证论治过程

李妙媛^{1, 2, 3}

1. 柳州市妇幼保健院中医科;
2. 广西科技大学附属妇产医院、儿童医院中医科(广西柳州市城中区映山街50号, 545000)
3. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 207

The Process of Syndrome Differentiation and Treatment by Zhongjing from the Perspective of the Bupleurum Decoction Syndrome Chapter

Miaoyuan li

World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies

Department of traditional Chinese medicine, Liuzhou Maternity and Child Healthcare Hospital; 2. Department of traditional Chinese medicine, Affiliated Maternity Hospital and Affiliated Children's Hospital of Guangxi University of Science and Technology (No. 50 Ying Shan Street, Chengzhong District, Liuzhou City, Guangxi); 3. World Society for the Study of Typhoid and Miscellaneous Diseases

摘要: 辨证论治是中医临床的核心, 但各家理解与实践有所差异。从关键词“证”、“机”的基本释义, 综合辨证论治的各家学说, 再通过对重编施注《伤寒杂病论》(涪陵古本)柴胡汤证篇的学习, 解读仲景的辨证论治过程。可知伤寒论的病机思辨贯穿诊治全过程, 可以根据条文脉证对应寻找病机, 也可以通过特异性主证快速确定病机, 即“捉证”。

关键词: 辨证论治; 病机; 柴胡汤证

Abstract: Syndrome differentiation and treatment is the core of clinical practice in traditional Chinese medicine, but there are differences in understanding and practice among various schools. To interpret Zhongjing's process of syndrome differentiation and treatment from the basic definitions of the key terms "evidence" and "mechanism", by comprehensively analyzing the various theories of syndrome differentiation and treatment, and through the study of the Bupleurum decoction syndrome chapter in the recompiled annotated "Treatise on Cold Damage and Miscellaneous Diseases" (Fuling ancient edition). The theoretical analysis of disease mechanisms in the discussion of cold damage runs through the entire process of diagnosis and treatment. One can find the disease mechanism by matching the symptoms and signs with the text, or one can quickly determine the disease mechanism through specific major symptoms, which is referred to as "grasping the symptoms."

Keywords: treatment according to syndrome differentiation, disease mechanism, bupleurum decoction syndrome

《伤寒论》是中医的经典著作, 为万世方书之祖, 书中记载的方药被称之为“经方”, 其作者张仲景被誉为中医“医圣”, 在中医发展史上具有里程碑的意义。辨证论治是中医临床的核心, 大多学者认为张仲景确立了“辨证论治”的原则和方法, 但现在中医药教材及中医临床普遍使用的辨证论治方法与《伤寒论》中的模式有别。为了回归《伤寒论》的经典思维, 本文将从关键词“证”、

“机”的基本释义, 综合辨证论治的各家学说, 再通过对重编施注《伤寒杂病论》(涪陵古本)柴胡汤证篇的学习, 解读仲景的辨证论治过程。

1. 证与病机释义

证是“證”的简化字, 《说文解字》云:“證, 告也。”^[1] 证的现代释义, 1. 用人物、事实来表

明或断定：证明。2. 凭据，帮助断定事理的东西：证据。病之证，是指病人用言语告知医生的症状，即主观症状，也称自觉症状。脉是医生切按所得的客观体征，是客观症状，也称他觉症状。证是主观症状，而脉是客观症状的代表^[2]。

《易经》以降，最重视“机”（几）。《系辞》：“几者，动之微，吉凶之先见也。”《鬼谷子》的主旨是讲“机变”。东汉黄宪的《机论》言“天地万物皆机也。”钱钟书的《管锥编》曾引智顗《法华玄义》云：“机有三义：机是微义，是关义，是宜义。”宋代张载在《正蒙·神化》解释机的特性：“机者，象见而未形也。”在中医经典中“病机”一见于《神农本草经·序录》“欲疗病，先察其源，先候病机”。又见于“运气七篇”的《素问·至真要大论》，言“审察病机，无失气宜”，又言“谨守病机，各司其属”，病机是在五运六气作用下，发病的内在动因（根机于内）的关键。在“运气七篇”推出“病机十九条”之后，学界又把专论五运六气之病机扩展到各种病，即“宜义”所指，诸病皆有各自的病机，又有著作作为病机赋以“机制”的内涵，遂使“病机”一词的概念有所演变与发展。总的来说，机的特点是有普适性、微见性、关键性和先兆性，而病机则是病之机^[3]。

2. 仲景辨证论治的各家学说

2.1 辨证论治

大多学者认为张仲景确立了“辨证论治”的原则和方法，如《伤寒论》第16条云：“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。1958年8月汪幼人的《伤寒论辨证论治的方法探讨》一文曰：“张仲景《伤寒论》……奠定了中医诊疗体系——辨证论治——的磐石基础”，“运用望闻问切——四诊的诊断方法，而以阴阳表里寒热虚实——八纲为其辨证纲领，从而指出辨证施治的一般规律。”^[4]“辨证论治”一词最早见于清代医家章楠的《医门棒喝》一书，但并未形成稳定的固定词组^[5]。作为一个中医学的固定术语，最早见于1955年任应秋发表的《中医的辨证论治体系》一文，任应秋指出：“辨证论治是中医临床上不可缺少的基本知识……中医的证候决不同于西医的症状，中医的证候完全是施治用药的标准……”^[6]1958年蒲辅周发表名为《从治疗乙型脑炎的临床实践体会谈中医辨证论治的优越性》的文章，把治疗乙型脑炎的临床经验总

结成辨证论治，文中提出：“辨证论治是中医临床治疗的基本原则……我们在这些事件过程中深刻体会到中医辨证论治的优越性”^[7]。1959年蒲辅周再次撰文阐述中医治疗乙脑的成功，“正确掌握中医辨证论治的原则是一个带决定性的因素”^[8]。1959年，卫生部中医课程教学大纲将“辨证论治”作为学科范式写入其中。辨证论治理论于1960年载入第一版中医学院试用教材《中医内科学讲义》，其《绪论》指出：“首先在发病的原因上，可以明确内外各种致病因素，再从整体观点出发，运用四诊八纲，观察每一种病的属性、病位，以及人体虚实的情况，来综合分析患者的复杂病情，依据辨证施治的规律，确定不同的治法，灵活掌握，处理一切疾病……详述各种疾病的成因、证候以及治疗原则等等。（每一病名下）列概说、病因、辨证、治法、结语、附方等项目。”^[9]书中用六淫及寒热、虚实、气滞、痰饮等病因病机词汇作为病理分型的标题，每一类型下叙述一组相关的症状，并以其病因病机理论分析相关的症状。

1983年版的高等医学院校教材《中医基础理论》认为“辨证论治是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则，是中医学对疾病的一种特殊的研究和治疗方法，也是中医学的基本特点之一”^[10]。现代意义上的辨证论治是“审证候以求病因，析形证以知病机，察病机以定治疗”的思维推理过程，是基于对证候的认知、鉴别、判断，从而上升到治疗决策这一过程的高度概括，是理法方药的有机结合体，已经成为当代中医理论的核心范式。^[11]

但高等医学院校教材的病名逐渐脱离了中医古籍而融合了现代医学病名，当代辨证论治也逐渐演变成辨证分型为核心。辨证分型是辨证论治的发展，也是辨证论治体系的重要内容之一。但疾病证型是现代产物，对于疾病的分型过于机械化，失去了中医辨证的灵活性。

2.2 方证辨证

方证辨证（又称方证对应、方证相对等），是方证派的辨证方法。在《伤寒论》原文中多处以方名证，如“桂枝汤证”、“柴胡汤证”等共十一处，并在原文中论到“病皆与方相应者，乃服之”，此为“方证辨证”思想之源头。到了清代，柯琴、尤怡、徐大椿均在著作中对“方证辨证”思想有所阐述。柯琴云“见此症便与此方，是仲景活法”^[12]。

徐大椿“不类经而类方”^[13]。近代医家曹颖甫、陆渊雷、张锡纯、恽铁樵等人均认可“方证相应”^[14]，现代医家刘渡舟曾论“认识疾病在于一证，治疗疾病则在于方，方与证乃是伤寒学的关键”^[15]。胡希恕认为“临证有无疗效，决定于方证对应与否”^[16]。黄煌教授则认为“方证识别，朴实而具体，临床上重视抓主证，有是证则用是药，无是证则去是药”。^[17]

医家系日本汉方医学家吉益东洞在1764年刊行的《方极·序》中说：“仲景之为方也有法，方证相对也，不论因也。”之所以认为张仲景《伤寒论》制方用药之法是“方证相对”，《伤寒论》唯方与证耳”^[18]。这种根据疾病外在表现的证候与方剂直接进行对应，不必审其病机的方法称为“方随证转”“定证定方”，就是吉益东洞为代表的“方证相对”的汉方派。汉方派的不足是失去了辨证用药的指导和约束，临床上很容易陷入凭症状用药的误区^[19]。

李赛美教授认为方证对应即“有是证用是方”，临床证候只要与仲景的描述相契合，便可放胆使用而不必强求舌、脉、症的面面俱备^[20]。其中“证”并非证候的概念，乃是症状、天时、地域、体质等所组成的辨识疾病的“证据”，并认为“方证对应”不强调病机，甚至忽视病机。^[21]

“方证辨证”不是简单的对号入座。不知方之旨与方之用，实存有“刻舟求剑、按图索骥”之弊^[22]，临床常有类似脉证，切不可丢失病机核心而误治。现代疾病表现更多样化，“方证辨证”会失去辨证思维的灵活性，局限了经方的使用。

2.3 辨病辨证

《伤寒论》共22篇，其中有16篇的篇名为“辨某某病脉证并治”。《金匱要略》共25篇，有21篇的篇名为“某某病脉证(并)治”。“辨病脉证并治”即辨病辨证并治^[2]。病因病机是疾病的内在本质，是病之本；病之证是疾病的外在表现，是病之标。辨病治疗就是辨病因病机治疗；辨证治疗是针对病证的治疗。在病因病机难以辨认的情形下，辨证治疗可以单独进行。辨病治疗与辨证治疗都应重视不可偏废。辨病辨证并治包括病因治疗、病机治疗和病证治疗三部分^[2]。

江泳认为张仲景主张以病为纲，寻找疾病共性，确立基本病机，也就是共性病机，然后辨证论治，紧扣个性，综合分析，统筹兼顾，先辨病，再辨证，然后结合主要症状，制法立方^[23]。通过患者的体征和症状以及现代医学的检查报告，得出疾病诊断，再根据疾病的生理病理特性，结合中医基础理论加以分析，得出疾病的基础病机，也就是共性病机之所在，从而确立基础治疗大法^[23]。

廖品东构建起中医谨守病机临床诊疗模式，建立起与谨守疾病（主诉）共同病机，谨守具体病症病机和谨守患者体质病机等三个层次相适应的“通用方-基本方-据症加减”治疗模式。其中，“通用方”为协定处方，针对作为疾病的共同机理，不论男女、老少、年龄和病种，每病必用，每病相同，不需辨证。“基本方”针对不同主诉（病种），由参与研究的几十家大专院校和医疗机构共同完成，完整地体现在《小儿推拿学》和《小儿常见病证病机解析——谨守病机解儿难》书中，也不需辨证。“据症加减”为针对具体病人，需要根据患者具体情况调整处方^[24]。

辨病辨证并治是中医经典的诊疗模式，辨病治疗与辨证治疗相对独立，在有机配合的情况下，疗效最佳。但辨病首先要对病的定义有统一认识，不能与现代疾病病名等同，否则也会陷入机械化而失去辨证的圆通。

3. 辨证的核心是辨病机

除了辨证论治、方证辨证、辨病辨证，张仲景的方证辨证体系包括主方辨证、类方辨证、合方辨证、药证辨证、类证辨证和随证辨证（坏病、或然证、若然证）等等^[25]，但纵然名称各异，其内核一直都是辨病因病机。下面从重编施注《伤寒杂病论》（涪陵古本）柴胡汤证篇看仲景的辨证论治过程。

根据病因不同，柴胡汤证主要分散在《辨太阳病用柴胡汤法脉证篇》及《辨少阳病脉证篇》

3.1 辨病

条文58. 血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下，正邪分争，往来寒热，休作有时，嘿嘿不欲饮食，藏府相连，其痛必下，故使其呕，小柴胡汤主之。

条文235. 少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。

58条是小柴胡汤证的最完整阐述，包括了病因（血弱气尽，腠理开）、病位（结于胁下）、病机（正气相搏，正邪分争）、主症（往来寒热，休作有时，嘿嘿不欲饮食，腹痛，呕吐）及治法方药（小柴胡汤）。235条为少阳本病之提纲。都是小柴胡汤主之的典型疾病。

3.2 辨证

条文61. 伤寒四五日，身体热，恶风，颈项强，胁下满，手足温而渴，小柴胡汤主之。太阳、少阳、阳明合病，治其枢调少阳。

条文65. 伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞坚，或心下悸，小便不利，或不渴，外有微热，或咳，小柴胡汤主之。

条文66. 伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲饮食，大便坚，其脉细……可与柴胡汤。

条文236. 少阳中风，两耳无所闻，目赤，胸中满而烦。

条文237. 伤寒，脉弦细，头痛而发热，此为属少阳。

条文238. 太阳病不解，转入少阳，胁下坚满，干呕不能饮食，往来寒热，而未吐下，其脉沉紧，可与小柴胡汤。

条文239. 三阳合病，脉浮大，上关上，但欲寐，目合则汗。

以上条文所述脉证皆宜用小柴胡汤。如果按照条文生病，则将条文背熟，对号入座用方即可。但是每个人都是特别的存在，有一些共性，更多的个性。而经典之所以成为经典，因为存在思辨空间。以上都是通过外在的脉证，推导出内在的病因病机，从而对应恰当的方药（治疗方法）。

3.3 类证

条文60. 得病六七日，脉迟浮弱，恶风寒，手足温，医再三下之，不能食，其人胁下满痛，面目及黄

，颈项强，小便难，与柴胡汤，后必下重。本渴饮水而呕，柴胡复不中与也，食谷者哕。

外在的脉证是不稳定的，可以动态变化的。内在的病机与方药的关系却是稳定的，有此病机则用此方，从脉证总结提炼出准确的病机才是对医者最大的考验。因此，方证对应需谨慎鉴别类似的脉证，机械化的对号入座会有失偏颇。

3.4 捉证

条文63. 有柴胡证，但见一证便是，不必悉俱也。

一般同等医者水平下，指向性的脉证越多，证据越充分，病机越准确。但对于经典了然于胸的大医，或者对于某些特征性主证，可以直接由一个症状推导出恰当的方药（治法）。大医这种“直觉思维”表面上缺少了辨证论治的循序渐进的思维过程，但是其实质上本身就包含了辨证论治的核心内容。可以集中反映疾病的病机才是“特征性主证”，抓主证法可以使得经方的应用更加准确快捷^[26]。通过对应性主证抓住病机就是马寿椿老师提出的“捉证”，如以下医案：

古籍病案：史圣司马迁《史记·扁鹊仓公列传》记载了扁鹊使虢太子“起死回生”的故事，扁鹊未见太子，仅听症状描述则能诊断治疗，总结曰：“越人之为方也，不待切脉望色，听声写形言病之所在。闻病之阳，论得其阴；闻病之阴，论得其阳。病应见于大表，不出千里。决者至众，不可曲止也。”

马寿椿医案：患儿，4岁，主诉便秘，大便难解欲哭，需用开塞露辅助通便。但便秘不是每天发作，会间隔三四周发作。“捉证”抓住周期性的特征，少阳为枢，枢机失常可出现周期性病证。予小柴胡汤浓缩粉每天1g服用，连用6天，痊愈。

4. 小结

辨证论治是中医临床发展的核心，但各家释义与实践有所差异。纵观各家学说，即使有所偏颇或侧重，但辨证论治重点依然集中在辨病机。回归《伤寒论》，依然是以伤寒论的病机思辨贯穿诊治全过程，但伤寒有其特有的辨证对应，从病名到脉证对应的病机，它自成一体，前后呼应，切不可断章取义，与现代的医学概念完全等同。仲景的辨证论治的

完整过程是从A脉证——B 病因病机——C方药（治法），实践过程中，可以根据脉证对应寻找病机，也可以通过特应性主证确定病机（捉证）。这需要对伤寒脉证及病机的深刻理解与领悟，更需要具备伤寒的思辨能力。看似简单的“捉证”，背后隐藏着敏锐的洞察力与深厚的思辨能力，需要不断加强伤寒条文的学习及反复的临床实践。

致谢

感谢世界伤寒杂病论研究班班主任马寿椿老师对“捉证”的讲座分享。

参考文献:

- [1]许慎.说文解字[M].北京:中华书局,2018.
- [2]赵鸣芳.辨病辨证并治与辨证论治的比较研究[J].南京中医药大学学报,2022,38(08):655-665.
- [3]孟庆云.病机与十九条[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(01):1-16.
- [4]汪幼人.伤寒论辨证论治的方法探讨[J].江苏中医,1958(7):12-13.
- [5]符友丰.论“证”的概念与“辨证论治”思路[J].医学与哲学,1994(08):38-39,42.
- [6]任应秋.中医的辨证论治的体系[J].中医杂志,1955(04):19-21.
- [7]蒲辅周.从治疗乙型脑炎的临床实践体会谈中医辨证论治的优越性[J].中医杂志,1958,(10):693-695.
- [8]蒲辅周.中医治疗“乙型”脑炎的“辨证论治”规律及预防思想[J].中医杂志,1959(05):7-9.
- [9]上海中医学院内科教研组.中医内科学讲义[M].北京:人民卫生出版社,1960:1.
- [10]印会河.中医基础理论[M].上海:上海科学技术出版社,1983:8.
- [11]郭文利,刘文平,任荔,等.“辨证论治”与“方证相对”琐谈[J].四川中医,2023,41(01):45-47.
- [12]黄煌.论方证相应说及其意义[J].中国中医基础医学杂志,1998(06):12-14.
- [13]郑美玲.龙胆泻肝汤加减治疗肝经湿热型PCOS的方证对应初步研究[D].云南中医学院,2015.
- [14]高亮.基于方证相应学说的《伤寒论》方证整理与因机证治初探[D].黑龙江中医药大学,2010.
- [15]刘渡舟.方证相对论[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):3-5.
- [16]马明越.基于数据挖掘方法对《伤寒杂病论》小柴胡类方方证规律的研究[D].南京中医药大学,2013.
- [17]黄波.黄煌经方医学思想整理研究暨2004-2007临证病案分析[D].南京中医药大学,2008.
- [18]吉益东洞.类聚方[M].北京:人民卫生出版社,1956:5-18.
- [19]宋明,陈家旭,李晓娟.简析方证辨证的三种境界[J].中医杂志,2017,58(20):1796-1798.
- [20]李赛美,郑身宏,金小湍.试论伤寒学术流派的形成及发展[J].北京中医药大学学报,2010,33(05):309-312.
- [21]林士毅,滕依丽,李赛美,方剑锋.论当代伤寒临床流派基本状况[J].中华中医药学刊,2010,28(05):951-953.
- [22]高强.基于“方证辨证”思想对《伤寒论》对症用方规律的研究[D].长春中医药大学,2019.
- [23]袁榕澧.基于张仲景辨证论治体系的组方用药思路探讨[D].成都中医药大学,2019.
- [24]廖品东.中医谨守病机临床诊疗模式的构建与研究.四川省,成都中医药大学,2018-02-01.
- [25]丁树栋.试论张仲景对伤寒辨证施治体系的贡献[C]//中国中西医结合学会儿科专业委员会.第二十三次全国儿科中西医结合学术会议资料汇编.山东省诸城市精神卫生中心,2019:1.,2018)
- [26]黄金科,张继苹,黄泳.仲景辨证思维方法探析[J].河南中医,2017,37(12):2055-2057.

李妙媛 专业:中医儿科 学位:博士 职称:主任医师

Tel:15277281336 Email:42757417@qq.com

肝气窜证之触身暖气——柴胡桂枝汤捉证探讨

魏文著^{1,2}

1.广东医科大学附属东莞第一医院,广东 523710;

2.世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 101

Touching belching of liver-energy channeling syndrome - - Discussion on evidence of Bupleurum and Cinnamon Twig Decoction

Wenzhu Wei^{1, 2}

(1 The First Dongguan Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Guangdong 523710 :

2 World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies)

摘要: 文章从临床表现、病因病机、柴胡桂枝汤方证分析和医案举隅等四个方面探讨了伤寒大家刘渡舟教授提出的“肝气窜证”用柴胡桂枝汤理法,认为触身暖气为柴胡桂枝汤用治“肝气窜证”的独证。柴胡桂枝汤能解阳郁,和营卫,畅三焦,通津液,调气血,燮理阴阳,是治疗肝气郁滞导致的暖气和肢体疼痛的良方,值得在临床推广应用。

关键词: 伤寒论;经方;柴胡桂枝汤

Abstract : This article from the clinical manifestations, etiology and pathogenesis, bupleuri and ramuli cinnamomi decoction syndrome analysis and medical case example four aspects discusses the Discussion of Cold Damage professor liu duzhou 's 'liver-energy channeling syndrome ' with bupleuri and ramuli cinnamomi decoction method, think touching belching is bupleuri and ramuli cinnamomi decoction for the treatment of 'liver-energy channeling syndrome ' of the single card. Bupleuri and ramuli cinnamomi decoction can be resolving yang-energy stasis, regulating ying and wei, fluenting triple energizer, flowing saliva, regulating qi-blood, adjusting yin-yang, is the treatment of liver qi stagnation caused by belching and limb pain, has a value of clinic application.

Keywords : Discussion of Cold Damage classic prescription bupleuri and ramuli cinnamomi decoction

肝气窜证,为伤寒大家刘渡舟先生首先提出,刘老在《伤寒论讲稿》^[1]中讲:“肝气窜证一名虽未见医籍记载,但其症状是自觉有一股气流在周身窜动,或上或下,或左或右,凡气窜之处,则有疼痛和发胀之感,此时患者用手拍打痛处,则伴有暖气、打饱嗝,随之其症状得以缓解。此病多属西医所谓的神经官能症之类,以老年妇女为多见,中年妇女以及男性偶见。”其经验认为,“此病单纯采用疏肝理气的方法治疗往往效果不好。经过多年实践,总结出用柴胡桂枝汤调气活血,而能效如桴鼓。”^[2, 3]笔者临证试用,亦颇效验,今做探讨如下。

1. 肝气窜证临床表现

分析刘老所讲,肝气窜证的临床表现有三个特点:第一是有暖气、打饱嗝的胃肠不适表现,多伴随着心下痞硬,胸膈满闷;二是周身气窜,表现为躯干、四肢的胀痛不适等,痛处不固定,呈游走性;三是患者用手拍打不适处,即会引起暖气频频,然

后心下痞硬及肢体疼痛可有所缓解,甚者无论何时只要用手或其它异物刺激身体就会引起暖气打呃等,尤其是第三点可概括为:触身暖气,可以说是柴胡桂枝汤的一个独证。

2. 肝气窜证的病因病机

肝气窜证与郁证相类,可见于现代神经官能症、神经衰弱、焦虑抑郁状态、更年期综合征等。现代社会生活节奏快、压力大、人际关系复杂等因素日益成为影响人心理健康的重要因素,其中,广泛性焦虑障碍者数量众多,在高压、高竞争环境中,情志长期失调,喜怒失度,加以饮食不节,劳逸失度,故临床极易导致肝气郁结。元代名医朱丹溪的著作《丹溪心法》提到“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁。”七情郁结而易生气、血、痰、火、食诸郁,诸郁横生则气血不调,从而又阻碍情志通畅。诸郁之中以肝气

郁结多见而高发,临床常见使用逍遥散、柴胡疏肝散、柴胡加龙骨牡蛎汤、越鞠丸加减治疗。

从肝气窜证的临床表现分析,其病位在胃、膈、筋、肉,与肝胆脾胃有关。呃逆暖气,为胃失和降,周身胀痛,为气郁血滞。肝主疏泄,性喜条达,忧思郁怒等精神刺激,使肝失疏泄,气机郁结,胆和三焦之气不能正常敷布,郁而化火,形成火郁。气滞则血行不畅,致血脉瘀阻,形成血郁。忧愁思虑,耗伤脾气,或肝郁及脾,或劳倦伤脾,均可使脾失健运,聚湿生痰,形成湿郁、痰郁。若脾胃不能消磨水谷,致食积不消,形成食郁。胃主受纳,脾主运化,脾胃升降失常,胃气上逆,可见暖气呃逆,心下痞满等脾胃症状。

“气主煦之,血主濡之”(《难经·二十二难》),人是一个有机的整体,肝胆脾胃的脏真之气通过经络为筋肉的运动提供能量和营养。当肝郁脾虚,胆胃失和时,会导致气血功能失调,营卫肌腠失养,躯干肢体即出现游走性疼痛。其病因以肝气郁为先导,又表现为疼痛暖气等游走发作不固定,故称之为“肝气窜证”。

3. 柴胡桂枝汤治证分析

涪本《伤寒杂病论》69条^[4]:伤寒六七日,发热,微恶寒,支节烦疼,微呕,心下支结,外证未去者,宜柴胡桂枝汤。发汗多亡阳谵语者,不可下,以为可与柴胡桂枝汤和其营卫,以通津液,后自愈。

《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》附录《外台秘要》方云:柴胡桂枝汤方:治心腹卒中痛者。

在《伤寒杂病论》中,柴胡桂枝汤的应用指证为外证未去、支节烦疼、心下支结、心腹卒中痛。以上指证为肝气窜证的主要表现,而用之起效的原因也必然说明肝气窜证符合太阳少阳合病的病机。

外证未去、支节烦疼,外证这里指身体疼痛一类的症状,外证相对于里证而言,在六经辨证中,多属于太阳证,太阳主一身之表,如《伤寒论》第一条

:太阳之为病,脉浮头项强痛而恶寒,后又分太阳伤寒和太阳中风,桂枝汤即为治疗太阳中风而设。桂枝汤为伤寒第一方,清代医家徐忠可在《金匱要略论注》中说:“桂枝汤,外证得之,解肌和营卫;内证得之,化气调阴阳。”方中桂枝解肌发表,温经止痛,芍药酸苦涌泄,益阴敛营。桂、芍相合,一治卫强,一治营弱,合则调和营卫,是相须为用。生姜辛温,既助桂枝解肌,又能暖胃止呕。大枣甘平,既能益气补中,又能滋脾生津。姜、枣相合,可升腾脾胃生发之气而调和营卫。炙甘草益气和中,合桂枝可解肌,合芍药能益阴;又为使药,调和诸药。营者营血,卫者卫气,其滋源来自于脾胃的水谷之气,桂枝汤调和营卫,不仅能祛外在的风寒之邪,更能滋脾胃之化源,壮营卫之气,使肌腠筋脉恢复正常的生理功能,对治外证未去,支节烦疼,如刘渡舟教授言:“用桂枝汤调和营卫而能通阳活血,气血调和,则诸证自愈。”^[1]肝气窜证,其痛游走不定,有类风邪,桂枝汤有祛风之用。肝气窜证者多为中老年妇女,妇女一生经带胎产,耗血甚多,气亦随之消耗,故多营卫不足,脾胃虚弱,以桂枝汤阳旦之法,可补脾胃之化源,治肝气窜之脾胃本气虚,柴胡桂枝汤中,参草姜枣即为扶正益胃之品。今伤寒家肖相如教授认为,“桂枝汤证在脾胃,治疗目的在于补脾胃。所以,桂枝汤的根本是补脾胃而祛外邪……太阳中风的实质是脾胃虚弱,营卫不调,治疗宜用桂枝汤解肌祛风,调和营卫。”^[5]故小建中汤、桂枝新加汤、黄芪桂枝五物汤均以其为基础而治疗气血虚弱、血痹诸证。

心下支结,心腹卒中痛,心下指剑突膈以下胃脘以上包括部分胁肋的部位,正是肝气窜证的好发部位,肝气窜证病因主要是肝气郁导致的肝胆气机失常,内经讲“邪在胆,逆在胃”(《灵枢·四时气第十九》),肝胆属木,脾胃属土。在生理状态下,肝木可以疏土,来协助脾胃运化精微;在病理状态下,肝胆木气横逆,最易克伤脾胃土气,二者难以截然分开。气郁极易导致化火,气郁化火是少阳证的主要病机,表现为上焦部位的郁热和正邪交争,肝气窜证以心下胸胁上焦部位为好发病位,也正是气机郁滞生热的表现,小柴胡汤中柴胡、黄芩为和

解少阳、清上焦郁热之主药，方中柴胡入肝胆包络三焦经，可透解邪热，疏达经气，清透少阳半表之邪，从外而解为君；黄芩清泄少阳半里之热为臣；半夏和胃降逆；人参、炙甘草扶助正气，益“血弱气尽”；生姜、大枣和胃气生津，温养腠理。小柴胡汤可使邪气得解，少阳得和，上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解。

肝气窜证的身体疼痛呈游走性，其疼痛性质不甚剧烈，患者常常是因焦虑失眠或其它病症而发现。这种身体症状，用现代筋膜学理论较易解释，现代筋膜理论认为：肌筋膜包括肌肉和伴随的筋膜结缔组织，广泛分布于人体并形成网络整体。人体筋膜与经络的走行分布存在极高的对应性^[6]；肌筋膜螺旋链对应足阳明经和足太阳经，体侧链对应足少阳胆经，后表链对应足太阳膀胱经^[7]。肝气窜证患者以上半身胸胁颈肩部为好发病位，当少阳经气郁滞时就会影响体表之筋膜，无论是内膜还是外膜、浅筋膜还是深筋膜，它们都是气、火、水散布的通路，一旦发生了病变，都会导致疼痛或疾病的发生。《血证论》曰：“少阳之气，内行三焦，外行膜理，为荣卫之枢机。”意思是少阳经的经气，往内走通行人体三焦，往外走行于人体膜理，是荣气与卫气的枢机之处。少阳枢机不利，在病态可表现为湿、浊、痰、气、血郁结，壅滞于肌肉筋膜等处^[8]。

足少阳胆经主枢机，足厥阴肝经能调气血精津，二者共同作用可沟通表里阴阳，荣养经筋宗筋。少阳胆腑胆汁可助中焦运化，所藏精汁合三焦相火敷布，能温润肌腠，舒利筋膜关节。膈居中与胆密切相关，是胆胃和降之枢纽，故肝胆经气失常，最易致胃气上逆而产生噯呕病证，膈、筋膜、肌肉息息相关，通过筋膜链或者说经络相连属，故经过拍打舒利经气可缓解症状或者当机体筋肉受刺激时极易引起噯气。肝气窜证在脏腑辨证上属肝郁脾虚，胆胃失和，肌腠失运，在气血辨证上为气滞气逆，气虚血瘀，肌腠失养不通，在六经辨证上是病在少阳太阳太阴。

柴胡桂枝汤本为外感病而设，但从其组方来看，小柴胡汤是和解肝胆的主要方剂，桂枝汤则是治疗脾胃疾病中的良方。其所治病证，如心下支结、微呕、腹中卒痛等，亦是内伤疾病常见的症状。且外感内伤临床很难分开，许多慢性病本由外感病而来，且存在着表证未解的病机，现代经方家许家栋认为，太阴中风，贯穿了经方杂病病传的始终^[9]，太阴病，由于胃虚血弱，故不能化生、敷布营卫以抗御表邪，也极易感受外邪侵袭，此时即为太阴中风证。如《伤寒论》274条谓：“太阴中风，四肢烦疼，阳微阴涩”，此时的基础方证为同篇276条所述的“太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤”。病之来路，即是病之去路，故有“诸证当先解表”的说法。《伤寒论方运用法》说：若慢性疾症状表现为本（柴胡桂枝汤）证，用本方不但外邪可解，宿疾症状亦可随之减轻或消失，疗效令人惊异。反之若不先治外感，但在宿疾上研究治法，屡治乏效。小柴胡汤解少阳枢机，桂枝汤调和营卫，二方合用能燮理阴阳、调和气血，故治证甚广，非外感病专方。其辨证要点在于脾胃虚弱、肝气郁结，可有轻微郁热的表现，伤阴不甚。在涪本69条：发汗多亡阳谵语者，不可下，以为可与柴胡桂枝汤和其营卫，以通津液，后自愈。发汗多亡阳说明津液丢失，谵语为热扰心神，此非阳明热结，宜取柴胡桂枝汤和其营卫，畅三焦，通津液，故得后自愈。可见柴胡桂枝汤功擅：解阳郁，和营卫，畅三焦，通津液，故治证甚广。

4. 医案举隅

柴胡桂枝汤正是对治少阳气郁、营卫失和肝气窜证之良药，临床柴胡桂枝汤用于治疗消化道、肝胆疾病及精神情志类疾病等方面，均取得了良好的临床疗效。苏孟华运用刘渡舟教授经验，用柴胡桂枝汤治疗肝郁气滞性肢体疼痛（肝气窜证）38例取得了良好疗效^[10]。对女性好发的纤维肌痛证，徐长松^[11]认为少阳枢机不利是纤维肌痛证的关键，在治疗时采用“柴胡剂”这类具有疏达少阳、疏肝解郁、调和气血的方剂，在临证时辨证加减，在改善纤维肌

痛证全身疼痛、失眠、抑郁、乏力等症状上取得了不错的疗效。笔者临床有两例病案如下：

韦某，女，51岁。就诊时间：2022年05月28日

主诉：右侧背肋部疱疹3天。现病史：患者3天前出现右侧背肋部簇状疱疹，色红刺痒，夜间疼痛明显，就诊时发现患者伴随着暖气，手一按身体就会出现暖气，舌质淡红，苔薄白稍腻，脉弦滑软。查体：右侧肋缘背部带状疱疹。诊断为带状疱疹性神经痛。证属：少阳太阳合病，治宜疏肝解郁，调和营卫，清热化痰，解毒除湿为治，方药：柴胡60g，党参20g，炙甘草20g，黄芩片20g，大枣30g，生半夏20g，桂枝20g，白芍20g，瓜蒌皮10g，瓜蒌子10g，红花15g，天花粉20g，干姜10g，当归15g升麻15g生姜20 g。3付，每天一剂，水煎服，分二次饭后温服。患者配合局部刺络放血治疗，第二天行针刺治疗时，呃逆即消，疱疹2诊后渐愈。

王某，女40岁。就诊时间：2023年10月31日

主诉：右肩关节痛2天。病史：患者2天前无诱因出现右肩关节疼痛，连及肋肋部，伴乳胀，就诊时伴随呃逆，尤其动其右肩时呃气频繁，在针刺时呃声更高，引起其他病人侧目而视。舌质淡稍红，苔白，脉左弦右软。患者经胸片及肩关节MR检查无异常。诊为：肩关节痛、乳腺增生。据证辨为太阳少阳合病，予柴胡桂枝汤原方：柴胡60g，党参20g，炙甘草20g，黄芩片20g，大枣30g，姜半夏20g，桂枝20g，白芍20g，生姜20g。3剂。水煎服。为观察疗效，嘱第二日继续针刺，第二天患者来诊时，呃气已消，肩痛明显减轻。患者后经随访肩痛呃气等消。

上两案都是根据其典型的身体被碰触即发作呃气

（肝气窜证），辨为太阳少阳合病而用之起效，第一案中加瓜蒌红花散为治带状疱疹效方，干姜温中固太阴，当归养血益厥阴，升麻托毒解毒。近亦曾治一胃病眠差病人，在针刺治疗过程中，发现予体针时，患者呃呃明显，遂于十味温胆汤方中加入柴胡桂枝汤，药后效果明显，呃呃慢慢消除。呃呃在

膈，为胆胃俱病，首选小柴胡，筋肉在肝脾，取桂枝汤，故见此独证可选柴胡桂枝汤。

5. 小结

柴胡桂枝汤为小柴胡汤与桂枝汤的合方，能疏利肝胆气机，调和气血，燮理阴阳，畅通三焦，故其治证范围颇广，可用于治疗消化道、肝胆疾病、精神情志等诸多方面病症，临床凡符合其太阳少阳合病病机者，均可应用，而肝气窜之触身呃气证则有待同道临床验证。

参考文献

- [1]刘渡舟. 刘渡舟伤寒论讲稿[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:170.
- [2]张宝伟. 刘渡舟教授用柴胡桂枝汤治疗顽疾选粹 [J]. 中医药学刊, 2001, 19(4):305-306. .
- [3]盖晓丽. 肝气窜案 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(11): 9651.
- [4]东汉张仲景撰. 施济民注释, 马蕾等重编. 重编施注伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:55.
- [5]肖相如. 肖相如伤寒论讲义[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016:40
- [6]吴慧婷, 章文春, 欧阳厚淦. 筋膜与经络, 三焦焦膜的研究进展 [J]. 中华中医药杂志, 2019(10): 4744-4746.
- [7]卜婉萍, 林栋, 庄婉玉, 等. 筋膜链理论与经络系统中阳经的相关性研究 [J]. 新中医, 2016, 48(11): 196-198.
- [8]胡济源, 张向伟, 柳红芳. 论“少阳为枢”的理论内涵 [J]. 环球中医药, 2018, 11(12):1913-1915.
- [9]曹灵勇, 刘畅, 徐玉, 等. 从太阴中风理论探讨《金匮要略》杂病病传规律[J]. 中华中医药杂志(原中国医药学报)2021, 36(7):3792-3795.
- [10]苏孟华. 柴胡桂枝汤治疗肝郁气滞性肢体疼痛38例[J]. 国医论坛, 2005, 20(6):8-9.
- [11]徐长松. 从疏达少阳治疗纤维肌痛综合征[J]. 国医论坛, 2020, 35(6):60-61.

*第一作者（通讯作者）：

魏文著 广东医科大学附属东莞第一医院老年医学科（地址：广东省东莞市塘厦镇蛟坪路42号） 邮编：523710 电子邮箱：weiwenzhuving@126.com.

三阴三阳学说在临床中的应用

李晓楫^{1, 2, 3}

1. 三世堂中医, 103A Taylor Street, 奥克兰, 新西兰 0640

2. Natural Harmony Clinic Ltd., 103A Taylor Street, Auckland, New Zealand 0640

3. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 401

The Clinical Application of the Theory of Three Yin and Three Yang

Xiaoji Li, PhD^{1, 2}

摘要: 三阴三阳学说是中医学的理论基础之一, 广泛应用于临床实践, 以指导疾病的辨证论治。此文系统梳理了三阴三阳学说的起源、发展、理论内涵及其在中医诊疗中的实际应用, 包括对病因病机的分析、对疾病的分类与阶段划分, 以及对预后转归的判断等。立意于推动三阴三阳学说在现代中医临床中的推广和应用, 此文通过文献回顾与原文分析, 深化了对该学说的理解, 表明了三阴三阳学说在指导疾病的整体性辨证与个体化治疗中具有显著优势, 为中医临床提供了系统而科学的理论支持。

关键词: 三阴三阳学说, 辨证论治, 临床应用

Abstract:

The Theory of Three Yin and Three Yang is one of the foundational principles of Traditional Chinese Medicine (TCM), widely applied in clinical practice to guide the differentiation and treatment of diseases. This study systematically reviews the origin, development, theoretical essence, and practical applications of the theory in TCM diagnostics and therapeutics. It explores its role in analyzing etiology and pathogenesis, classifying diseases and their stages, and evaluating prognosis and outcomes. Aiming to promote the integration of the Theory of Three Yin and Three Yang into modern TCM clinical practice, this paper utilizes literature review and textual analysis to deepen the understanding of this concept. The findings highlight its significant advantages in guiding holistic pattern differentiation and individualized treatment, providing systematic and scientific theoretical support for TCM clinical applications.

Keywords:

Theory of Three Yin and Three Yang, pattern differentiation and treatment, clinical application

阴阳五行学说是中医学术的哲学基础, 统领中医。通过阴阳的消长转化, 五行的生克制化, 人体就成为一个能经受一定量的外因刺激而保持自身稳定的弹性系统。再通过对阴阳五行的补泻疏塞通止等调整, 就能重建人体平衡, 从而治疗疾病。这样的观念是很科学、很先进的。

1、三阴三阳理论的起源

阴阳的消长转化, 是一个初中末, 生壮老的完整过程, 医圣张仲景在《伤寒论》中创立的三阴三阳理

论, 就是更具体地描述阴阳的消长转化过程的理论, 是源于阴阳学说, 又对其有所扩展的理论。如三阳中, 少阳为初阳, 配属厥阴(盛阴, 阴中之阴)(震卦, 下二断为少阳, 上两连为厥阴)阳明为盛阳, 阳中之阳, 配属太阴(老阴, 末阴)。太阳为老阳, 末阳, 配属少阴。这样, 就有了脏腑的表里阴阳配属关系及三阳中深浅及三阴中深浅层次的区分。足太阳膀胱经配属足少阴肾经, 足阳明胃经配属足太阴脾经, 足少阳胆经配属足厥阴肝经, 手太阳小肠经配属手少阴心经, 手阳明大肠经配属手太阴肺经, 手少阳三焦经配属手厥阴心包经等。

三阴三阳理论,对中医学产生了巨大的影响,由此派生出十二脏腑(心、肝、脾、肺、肾、心包为六脏,胆、胃、大小肠、膀胱、三焦为六腑),而非仅以阴阳二元为依据衍生出的四脏腑、八脏腑学说;由此派生出十二正经而非八经、十六经学说;派生出六经辨证方法而非八经或十六经辨证方法,其影响力远及于中医理论和临床诊疗。如六经辨证的方法,张仲景运用于伤寒病的诊治,是关于伤寒病证的典范。眼科专家陈达夫教授将六经辨证运用于眼疾的诊疗,其著作《眼科六经法要》至今仍被珍视和广泛用于临床。

2、三阴三阳理论的推衍

三阴三阳理论,是发源于阴阳学说,并对其有所扩展的理论,而不是阴阳学说之外,甚至颠覆阴阳学说的新理论。以内外而言,内为阴,外为阳,里为阴,表为阳。表为卫外、藩篱——“阳因而上,卫外者也”(《内经·生气通天论》),故外邪来犯,则阳先受累。阳受累,并非诸阳皆及,而是分层次逐渐深入的。太阳、阳明、少阳共三阳,有深浅内外阴阳之分。太阳,阳之首,最表浅,故风寒侵袭,太阳首当其冲,“伤寒一日,巨阳受之”

(《黄帝内经·热论》);“伤寒一日,太阳受之”(《伤寒论·辨太阳病脉证并治法》)——巨阳,即太阳,首阳。若病情恶化,邪气深入,就会侵及比太阳更深的层次,“二日,阳明受之……,三日,少阳受之……”(《黄帝内经·热论》),“伤寒二三日,阳明少阳症不见者,为不传也”(《伤寒论·辨太阳病脉证并治法》)。阐述了伤寒病在发热恶寒或恶风汗出之后几日,不见高热或寒热往来的阳明、少阳症,即可判断为不再深入传变。若三阳传尽,病邪仍不除,再渐入三阴。进入三阴,亦分层次传播,“四日,太阴受之……,五日,少阴受之……,六日,厥阴受之……”(《黄帝内经·热论》)。由此可见,人体分三阴三阳之内、外、层次,寒邪即因此而逐层侵袭深入的。三阴三阳理论,是阴阳学说的扩展。

3、三阴三阳学说的应用

3.1 在脏腑辨证中的应用

以脏腑言,腑为阳,脏为阴;六腑中,手足太阳为小肠膀胱,手足阳明为大肠和胃,手足少阳为三焦和胆。以上六腑,有深浅层次之分。故伤寒太阳病时,腑病为膀胱“蓄水”,见小便不利及发热恶寒,或汗出恶风;阳明病时,腑病为“胃家实”,见但热不寒,大便硬结;少阳病时,腑病为“口苦

,咽干,目眩也”(《伤寒论·辨少阳病脉证并治法》)及寒热往来。太阳“蓄水”时,发热恶寒,邪气不盛;阳明“胃家实”时,已是但热不寒,邪气嚣张;少阳病时,往来寒热,即见正气乏力之象了。可见,虽同为“腑病”,却有轻重善恶、由浅及深的区别。

在六脏中,手足太阴肺脾,手足少阴心肾,手足厥阴心包和肝,亦有层次深浅之分。手足太阴脾肺伤寒,是寒邪在侵犯三阳经后更加深入,阳气大伤的征象;少阴心肾病时,见“脉微细,但欲寐也”

(《伤寒论·辨少阴病脉证并治法》),则表现为四肢厥逆,阳气式微的厥逆症,显然病情就更加严重了。若寒邪传入厥阴,即为真寒假热、回光返照之象。

3.2 在经络辨证中的应用

以经络言,三阴三阳为病,亦按经脉的循行位置而有轻重深浅之别。在人体部位的阴阳属性中,外表为阳,内里为阴,三阳经皆分布于四肢的伸面(阳面),手太阳经在上肢阳面阳侧,手阳明经在阳面阴侧,手少阳经位于中间。手足太阳经在躯干的走行为肩背颈项部位,《伤寒论·辨太阳病脉证并治法》说:“太阳之为病,脉浮,头项强痛而恶寒。”“太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒,体痛呕逆,脉阴阳俱紧者,名为伤寒。”从另一角度印证了外邪入侵,首先从身体最“阳”的部位,即最靠近外界、最容易暴露的项背部太阳经脉循行区域开始,逐层深入。

当“本太阳病不解,转入少阳者”,外邪侵及分布于太阳和阳明经之间的少阳经脉时,则会出现半表半里的少阳症——“往来寒热,尚未吐下,脉沉紧者。”(《伤寒论·辨少阳病脉证并治法》),以及对应经脉循行区域和脏腑为病之“胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸,小便不利,或不渴,身有微热或咳者。”(《伤寒论·辨太阳病脉证并治法》),说明了少阳经的位置属性是介于表里之间,而病情在少阳经层也将或出表而好转,或入里而严重。

若病邪不解,继续深入,及至三阳经中最里层之阳明经,就会出现在三阳中程度最为危重的阳明病。

“伤寒若吐、若下后,不解,不大便五六日,上至十余日,日晡所发潮热,不恶寒,独语如见鬼状。

若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死，微者但发热谵语者，大承气汤主之，若一服利，止后服。”（《伤寒论·辨阳明病脉证并治》）。阳明积热，在手阳明大肠则灼伤津液，燥结成实，而为烦渴便秘，腑实不通；在足阳明胃则为身热口渴，饮食不下。

三阴经分布在四肢的曲面（阴面），手太阴经在上肢阴面阳侧，手少阴经在阴面阴侧，手厥阴经位于中间。根据外邪入侵，首先犯阳的原则，手太阴为病即病位最浅，病势最轻，邪气正盛而正气未虚，故《伤寒论·辨太阴病脉证并治》说：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，若下之，必胸下结硬。”病情仍以实证之满、胀、痛、结为主。

当病变迁延至位于太阴少阴中间的厥阴时，则与少阳病有异曲同工之妙——“伤寒发热四日，厥反三日，复热四日，厥少热多者，其病当愈……”“伤寒厥四日，热反三日，复厥五日，其病为进，寒多热少阳气退，故为进也。”（《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》），即出现手足厥冷和身热不解交替发作的“厥热胜复”症，提示正邪交争激烈，正胜则发热，邪盛则厥逆。厥阴病证还可作为判断疾病转归的指标，热多厥少则正胜邪，阳复而病退；厥多热少则邪胜正，阳衰而病进。

当邪气最终扩展到三阴三阳中最里层的少阴经时，“少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日，自利而渴者，属少阴也，虚，故饮水自救；若小便色白者，少阴病形悉具；小便白者，以下焦虚寒，不能制水，故令色白也”（《伤寒论·辨少阴病脉

证并治》），提示心肾俱损，阴阳衰败，病情已是相当危重。

4、结语

伤寒病六经传变之顺序，依《黄帝内经·素问·热论》及《伤寒论》当是太阳、阳明、少阳，以及太阴、少阴、厥阴；如从经络论，其顺序与前者不完全相符。盖因体质有盛衰，邪气有强弱，故疾病千变万化，不可拘一成之说。综上所述，应该认为，三阴三阳理论是对阴阳学说的扩展，使之更具体化，更可适用于临床。

作者简介：

李晓楫博士，中国执业医师，新西兰注册中医师、新西兰卫生部注册中医妇科专家、生殖学专家、中医科研专家。出生于中医世家，中国医学学士、新西兰临床学硕士、中国医学博士。曾任新西兰针灸学会New Zealand Institute of Acupuncture秘书长、副主席，新西兰针灸师学会会刊学术顾问，美国国际中西医结合中心及美国住院医师规培客座教授。

2005年赴新西兰后，李晓楫博士在新西兰中医学院（前奥克兰自然医学院）教授针灸学基础及临床课程，2006年在奥克兰成立三世堂中医诊所www.naturalharmony.co.nz，开展中西医结合内、外、妇、儿科的针灸及中药治疗。

李晓楫博士拥有31年临床经验，于奥克兰的诊所可向患者提供多方面中医治疗，尤其擅长治疗女性不孕症及男性不育症，包括多囊卵巢综合征(PCOS)、子宫内膜异位症、原发性卵巢功能不全(POI)和低卵巢储备(LOR)，及少精、弱精、畸精子症等。

《世界中医药杂志》美国版征稿

1. 征稿内容

涉及中医药的专论、综述、论著（包括实验研究、临床研究等有实验过程及创新数据的论文）、技术交流、教育、历史、理论、知识介绍和信息、针灸推拿、中药方剂、中西医结合，临床各科等方面的文章。

2. 文稿要求

2.1 文稿应具有科学性、实用性、时效性、可读性和可借鉴性。要有一定学术技术水平和实用价值。论点明确，资料可靠，文字精炼，层次清楚，数据可靠。

2.2 论著、综述、讲座等包括图表和参考文献一般不超6000字；经验交流、病例报告一般不超过1000字。来稿要求字迹清楚、书写规范，对特殊文种、上下角标符号、字母大小写、正斜体等均应予注

明。文稿中所用数字以阿拉伯数字为主。病例介绍要写清患者性别、年龄、初诊日期、主诉、病史、现病症状、检查及化验、诊断、辨证、病机、治法、处方、药名、剂量、用法、穴位、治疗结果、按语等。

3. 文稿格式

3.1 文题

文题应做到简明、醒目。论文所涉及的课题凡取得基金资助项目者，请予说明。论文刊登后获奖者，请及时将获奖证书复印件寄送本刊。来稿必须确认无一稿

两投、不涉及保密、署名无争议等项内容。

3.2 作者及单位

作者署名和单位，置于题目下方。作者姓名要全部依次列出，排序应在投稿时确定，在稿件编排过程中如须变动，应由第一作者出具书面证明，作者单位需写全称(包括具体科室、部门)，并注明详细地址(××省××市、县、区××路××号)和邮政编码。各类文稿均须附英文题目和全部作者姓名汉语拼音，以便编制目次。汉语拼音姓在后，名在前，姓名的第1个汉字汉语拼音的首字母大写，其余均小写。文稿请附英文摘要，需将全部作者姓名的汉语拼音、单位的英文名、单位的英文地址，置于英文题目的下方。

3.3 作者简介

在每篇文章的最后，可附第一作者简介。请注明通讯作者，作者简介中注明第一作者及通讯作者的姓名以及联系电话、E-mail地址或传真号。无另定通讯作者的，请加联系方式。通讯作者标注星号，写明联系方式。

3.4 摘要

所有文章均须附中文和英文摘要。中、英文摘要的内容要一致。采用第三人称撰写，不用“本文”等主语。论著类文稿的摘要形式使用结构式。结构式摘要主要分目的(Objective)、方法(Methods)、结果(Results)和结论(Conclusion)4部分。以200字左右为宜，最多不超过350字。

3.5 关键词

选词要规范，应尽量从美国国立医学图书馆编辑的最新版Index Medicus的Medical Subject Heading(MeSH)词表中选用规范用词，中文译名可参照中国医学科学院医学信息研究所编译的《医学主题词注释字顺表》。中医药词汇以中国中医研究

院图书情报研究所编著的《中医药学主题词表》为准。未被词表收录的词，如确有必要可作为关键词标注。关键词数目一般3~5个，关键词之间用“；”分隔。无摘要的文稿，只需标注中文关键词，关键词置于正文之前；附中英文摘要的文稿须中英文关键词，中文关键词置于中文摘要下方；英文关键词应与中文词相对应，置于英文摘要下方。

3.6 文章层次

文中标题层次用阿拉伯数字连续编号，例如：1...，2...，2.1...，2.1.1...，一律左顶格。一、二级标题后的正文另起，缩进2字。三级标题后空1字接正文。

层次与序号写法如下：

△△△△△(黑体)(居中)

1 △△△△△(黑体)(正文另起行)

1.1 △△△△△(楷体)(正文另起行)

1.1.1 △△△△△(宋体)(空一格接排)

夹在段落内连排的序号用1) 2) 3) 4) 5)

3.7 材料与仪器

应写明型号、等级等，后用括号写明生产单位，例如：牛血清白蛋白(生化试剂，Sigma)；润洁滴眼露(生产批号，山东正大福瑞达制药)；5890A型气相色谱仪(惠普)。

3.8 医学名词

以1989年及其以后由全国自然科学名词审定委员会审定公布、科学出版社出版的《医学名词》和相关学科的名词为准，暂未公布者仍以人民卫生出版社编的《英汉医学词汇》为准。中文药物名称应使用2000年版《中华人民共和国药典》(法定药物)或卫生部药典委员会编辑的《药名词汇》(非法定药物)中的名称，必要时注明商品名，英文药物名称则采用国际非专利药名，不用商品名。

3.9 计量单位、统计符号、缩略语

3.9.1 计量单位 实行国务院1984年2月颁布的《中华人民共和国法定计量单位》，并以单位符号表示，具体使用可参照1991年中华医学会编辑出版部编辑的《法定计量单位在医学上的应用》一书。根据有关规定，血压计量单位恢复使用毫米汞柱(mm Hg)，但在文中首次出现时应注明mm Hg与千帕斯卡(kPa)的换算系数(1mm Hg=0.133kPa)。

3.9.2 统计学符号

必要时应做统计学处理，如做统计学处理请务必注明所用统计学方法。按国家标准GB3358—82《统计学名词及符号》的有关规定书写，常用如下：1)

样本的算术平均数用英文小写(中位数仍用M);2)标准差用英文小写s;3)标准误用英文小写 $\pm s$;4) t检验用英文小写t;5) F检验用英文大写F;6)卡方检验用希文小写 χ^2 ;7)相关系数用英文小写r;8)自由度用希文小写v;9)概率用英文大写P(P值前应给出具体检验值,如t值、 χ^2 值、q值等)。以上符号均用斜体。

3.9.3常用符号及名词缩略语 静脉注射iv,肌肉注射im,腹腔注射ip,皮下注射sc,口服po,饭前ac,饭后pc,每日1次qd,每晚1次qu,每4小时1次q4h,每日2次bid,每日3次tid,每日4次qid,灌胃ig,滴/每分gtt/min,1秒1s,2分钟2min,5周5wk,4天4d,7岁7a,摩尔/每升mol/L,千帕kPa(压力),白细胞WBC,血小板Plt,血小板计数BPC,血红蛋白Hb,葡萄糖Glu,尿素氮BUN,肌酐Cr,总胆红素IBI,总蛋白TP,白蛋白AL,球蛋白G,总胆固醇Tch,甘油三酯TG,尿蛋白UTP,尿糖US,单位u,国际单位IU,重量wt,容量vol。缩略语在文中应尽量少用,必须使用时,于首次出现处先叙述其中文全称,然后在其后括号内注明中文缩略语、英文全称及英文缩略语,三者间用“,”分开(如该缩略语已熟知,也可不注出其英文全称)。

3.10 数字

3.10.1执行中华人民共和国国家标准

GB/T15835-1995《出版物上数字用法的规定》,时间:公历世纪、年代、年、月、日、时刻和计数、计量均用阿拉伯数字。年份用4位数表示,如公元前8世纪,1994年不宜写成94年。避免用时间代词,如“今年”,“去年”等。小时用“h”表示,分钟用“min”表示,秒用“s”表示。小数点前或后超过3位数字时,每3位数字一组,组间空1/4格,如“7869.34”应写成“7 869.34”,“7.86934”应写成“7.869 34”。序数词和年份、页数、仪表型号、标准号不分节。

3.10.2参数和偏差范围

1)数值范围:表示范围用“~”不用“-”,五至十写成5~10;5万至10万应为5万~10万,不能写成5~10万;3×10³~8×10³可写成(3~8)×10³,但不能写成3~8×10³;2)百分数范围:20%~30%不能写成20~30%或60%至70%,(30±5)%不能写成30±5%;3)具有相同单位的量值范围:1.5~3.6mA不必写成1.5 mA~3.6mA;4)偏差范围:如(25±1)℃不能写成25±1℃;5)长度单位的数值表示方法:每个数值后的单位不能省略。如40mm×20mm×30mm

,不能写成40×20×30mm,也不能写成40×20×30mm³。

3.10.3有效数字数的修约不能用纯数学的四舍五入法,应按以下口诀修约:

4舍6入5看右,5右有数便进1(3.7502→3.8),5右为0看左方,左为奇数要进1(3.7500→3.8),左为偶数(包括0)全舍去(3.6500→3.6,3.0500→3.0),且要一次修完毕。数值的修约应执行国家标准GB3101—93附录B的规定,其简明口诀为“4舍6入5看齐,奇进偶不进”。

3.11 图片表格

凡用文字能够说明的问题,尽量不用表和图。如用表和图,则文中不需重复其数据,只需强调或摘述其主要发现。每幅图表单占1页,集中附于文后,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,每幅图表应冠有图(表)题。说明性的资料应置于图

(表)下方注释中,并在注释中标明图表中使用的全部非公知公用的缩写。本刊采用三线表,栏头左上角不用斜线,表身不用纵线,表中上下行数字对齐(有小数点的则以小数点对齐)。一组数字中有±号者,则±号上下对齐。表的两侧各空一格。

一篇文章中,表格应控制在3~5个,附在正文内,采用“三线式”,表格均应有简要的表题,其内容不可与文字有差异。表内不设备注栏,如有需说明的事项(如P值等),以简练文字写在表的下方,表内依次用*、△、▲、□、■号标注在相应内容的右上角。表序号一律用阿拉伯数字,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,并在正文中标示。即使只有1张表,也须标示“表1”。表中量的名称和单位名称应是量的名称(或其符号)在前,单位符号在后,其间加一斜线的方式表示。例如:波长/nm,表示以nm为单位的波长;长度/m或i/m,表示以m为单位的长度。量的符号用斜体。表内参数的单位应尽量相同,放在表的右上方;如各栏参数的单位不同,则放在各栏的表头内。均值±标准差,用(x±s)表示,置于表题后的括号内。表内数据要求同一指标保留的小数位数相同,一般比可准确测量的精度多1位。统计学处理结果统一用*、△、▲、□、■表示P<0.05;**、△△、▲▲、□□、■■表示P<0.01,P为大写,斜体。

3.12 参考文献

按国家标准GB7714—87《文后参考文献著录规则》,采用顺序编码制著录,仅限作者亲自阅读过

的以近5年公开发表的文献为主（论著类不少于15条，近三年的文献不少于50%；综述类不少于20条，近三年的文献不少于70%；经验交流及病例报告不少于5条，近三年的文献不少于40%），文中参考文献角码按照文中出现的次序编号，在文中相应处的右上角用阿拉伯数字加小方括号注明如[5]。参考文献中的作者，1~3名全部列出。3名以上只列前3名，后加“，等”或其他与之相应的文字。外文期刊名称用缩写，以《Index Medicus》中的格式为准；中文期刊用全名。参考文献必须由作者与其原文核对无误。将参考文献按引用先后顺序（用阿拉伯数字标出）排列于文末。

4. 注意事项

4.1 来稿请附作者工作单位、详细地址、邮编和联系电话。

4.2 本刊拥有所刊登稿件的版权，包括电子媒体。请电子邮件投稿。切勿一稿两投。因条件所限，凡投寄本刊的稿件均不退稿，请作者自留底稿。来稿一律文责自负。依照有关规定，本刊可对来稿做文字修改和删节；如不愿删改者，免投本刊。收到投稿后，三个月之内杂志社给与答复。

投稿请寄电子邮箱：wcmus2020@aol.