

孙光荣医论医话

主编 何清湖 黎鹏程



荣誉主编：孙光荣

主 编：何清湖 黎鹏程

副主编：刘富林 孙贵香

编 委：（按姓氏笔画排序）

王 丹	尹周安	邓媛妮	厉佳俊	卢丽丽	叶培汉	刘 琦
刘富林	孙相如	孙贵香	杨玉芳	肖 丹	肖碧跃	何清湖
陈俊奇	张冀东	张 婷	胡秀清	晏水英	曹 淼	龚兆红
黎鹏程	魏一苇					

学术秘书：胡秀清







積淡散之土
成引玉之磚



湖南工作室選編拙著醫論醫活紀念

丁酉仲秋 孫光榮



題於北京

内容简介

孙光荣教授，第二届国医大师，第五届中央保健专家组成员，我国著名中医临床家、中医药文献学家、中医药文化学者和中医教育家。本书选编了孙光荣教授在各个时期所写的医论和医话共 148 篇。按其内容和性质分为 11 类，涉及读懂习近平总书记讲话中的中医观、中医药事业发展战略思考、中医药文化传承、中医药教育、中医药文献研究、中和思想、中和辨证、中和组方及其临证思维、诊疗经验、方药心得、养生保健、医话选编等方面，充分体现了孙光荣教授的学术思想与临证经验，具有很高的学术价值和临床实用价值。

本书可供临床医师和中医教学、科研工作者以及中医院校学生、中医药爱好者参考使用。

前言

中医学是中华文化的杰出代表，历史悠久，博大精深，需要“继承好，发展好，利用好”。传承研究国医大师、名老中医的学术思想和临床经验，是推动中医学学术发展、加快人才培养、提高临床服务能力的迫切需求，也是推动中医学学术进步和理论创新的需要。国医大师、名老中医的学术思想和临证经验是中医学学术特点、理论特质的集中体现，与浩如烟海的中医古籍文献相比，它更加鲜活，更具可视性。而中医学学术发展史业已证明，中医学学术思想和临证经验主要是通过一代又一代中医人在读书、临证实践中不断继承、不断创新而发展的。因此，我们要高度重视对国医大师、名老中医的学术思想和临证经验的传承工作。

国医大师孙光荣教授，湖南浏阳人（祖籍安徽庐江），1940年11月生。现任北京中医药大学中医药文化研究院院长，第五届中央保健专家组成员，国家中医药管理局改革与发展专家委员会委员，国家中医药管理局中医药文化建设与科普专家委员会委员，国家中医药管理局中医药继续教育委员会委员，国家中医药管理局全国优秀中医临床人才研修项目培训班班主任，中华中医药学会学术委员会副主任委员、常务理事，国家科技奖励评审专家，“国医大师孙光荣工作室”指导老师、全国老中医药专家孙光荣工作室建设专家等，兼任湖南中医药大学顾问、中医学院名誉院长，受聘湖南中医药大学附属第一医院终身教授、澳门科技大学荣誉教授、长春中医药大学客座教授等；原任政协湖南省第七届、第八届委员会常委，湖南省中医药研究院文献信息研究所所长，湖南省中医药科技信息中心主任，北京中医药大学远程教育学院常务副院长等。

孙老是我国著名中医临床家、中医药文献学家、中医药文化学者和中医教育家，中医药现代远程教育创始人之一，享受国务院终身特殊津贴的有突出贡献专家。荣获国家中医药管理局科技进步奖二等奖1项、省级中医药科技进步奖一等奖1项、全国优秀科技图书奖二等奖1项、中华中医药学会科技进步奖二等奖1项、首届中医药科普著作一等奖1项、中医药继续教育终身成就奖1项等诸多奖项。

孙老从一个中医世家的贫寒家境中走出来，走过了庭训、就读、辍学、执教、自学、务农、行医、选拔、从师、临床、科研、教学、行政管理、参政议政、中医IT的一条曲折艰难、坎坷不平、不屈不挠、砥砺前行的道路。因此，孙老承受过一般人没有承受过的苦难，也积累了一般人不可能积累的学识与经验。在这条艰辛的道路上，孙老始终忠诚于中医药事业，对中医药事业赤胆忠心，为中医药事业的健康、持续发展殚精竭虑，以大无畏的精神，克服了重重困难，为中医药学文献、临床、教育、科研、文化等多方面做出了诸多贡献，为同道和后学提供了许多值得借鉴的思想、品德、学识和经验。

习近平总书记指出：“中医学凝聚着深邃的哲学智慧，是打开中华文明宝库的钥匙。”孙老谨遵习近平方略，认为中医理念不仅可以指导调治身心以“治人”，还在一定程度上阐明了治国理政之道，可以指导社会实践。孙老潜心研读习近平总书记系列重要讲话，有感于当下中医从业者，虽娴熟中医用语，却甚少联系治国理政之思考；党政领导同志，虽具执政之谋略，却甚少研究中医之内涵，因此辑录习近平总书记系列重要讲话中体现中医观的部分，予以解读，系列诠释“中医大道”、“上医治国”的深意，以期既让中医人对中医学的理解更深入，又让行业外领导干部对中医学的认知更直观。让每一位中医药人，在提振精气神的同时，更要善用中医思维治理中医药工作、发展中医药事业，并在新时代背景

下，与时俱进，提升中医药治理体系和治理能力的现代化水平。

孙老医德高尚、医术精湛、学验俱丰、视野开阔、胸襟博大，而且自律严谨，充分体现在早期为弟子们制定的《医师规》。孙老以治病救人为己任，德才并重，屡起沉痾，深得广大患者敬重。他首倡中和思想，创立了“中和思想·中和辨证·中和组方”的中和医派，首次揭示了中医辨证论治的思维模式“中医辨治六步程式”；提出“遵循经方之主旨、遵循经方之法度、遵循经方之结构”的经方应用三原则，用药灵活、自出机杼，处方用药讲究“清、平、轻、灵”，立方遣药，不固守成方，不墨守成规，追求“心中有大法，笔下无死方”，喜用“对药”，善用“角药”，组方用药，轻巧灵活、至精至当；擅长治疗脑病、肿瘤、脾胃病以及带下病等中医内科、妇科疑难杂症，对疫病、情志病及中医养生亦有精深研究。

文以载道，孙老的相关学术著作和论文，集中体现了他的学术思想和临证经验，是后学者传承大医学术、提高临证水平的宝贵财富。然而，由于时间跨度长，部分著作及论文已很难觅寻。正因为如此，尽快推出孙老的医论医话专著就成为学术界普遍的期待。为了更好地反映孙老的学术思想与临证经验，弘扬孙老溯古融今的治学精神，进而推动中医药事业的发展，我们以国医大师孙光荣教授湖南工作室的同仁为主，通过各种渠道，共搜集了孙老相关学术论文148篇，选编、集成《孙光荣医论医话》。然而，由于孙老著作宏丰，学术精深，而整理者才疏学浅，再加上时间仓促，虽经多次校对，书中错误之处在所难免，敬请诸位读者指正。

本书在编写过程中得到了孙老的悉心指导和帮助，在此表示衷心感谢！同时，也向所有参与此次编撰工作的同仁致以谢意。

《荀子·儒效》曰：“不闻不若闻之，闻之不若见之，见之不若知之，知之不若行之。”我们工作室全体同仁对国医大师孙光荣教授的学术经验就是由闻之而后见之，通过选编而知之，期待在中医药临床、科研、教育、文化中之行，故集中力量、日夜兼程集成此书以贡献之，尚祈前辈、专家和各位同仁不吝赐正。

何清湖 黎鹏程
2017年8月

目录

解读“讲话”	1
习近平方略：扶正祛邪，标本兼治.....	2
中医学是打开中华文明宝库的钥匙.....	4
中医药是得天独厚的旅游资源.....	7
促进中西医结合及中医药在海外发展.....	9
传统医学是各方合作的新领域.....	11
扩大中医药交流 夯实国际关系社会基础.....	13
中国中医和印度阿育吠陀惊人相似.....	15
改革也要辨证论治.....	17
不拿出壮士断腕的勇气 病入膏肓还怎么治.....	20
城镇化要注意解决消化不良问题.....	22
拿出精气神，保持奋发有为精神状态.....	25
作风建设，当力戒肝风内动、血虚生风.....	27
治治病，坚持区别情况对症下药.....	29
帮助问题党员找准病症、对症下药.....	31
政法系统是保证社会肌体健康的重要力量.....	34
反腐败应扶正祛邪，不能养痍遗患.....	37
党风廉政建设要猛药去疴、刮骨疗毒.....	39
为何很多患者喜欢看中医.....	41
切实把中医药继承好发展好利用好.....	44
中医药一定要保护好传承好.....	50
努力实现创造性转化、创新性发展.....	52
促进人类健康 改善全球卫生治理.....	55
战略思考	58
关于 21 世纪发展中医药若干问题的思考.....	59
关于全面振兴中医中药若干问题的思考与建议.....	65
抓住机遇，大力研发民间中医药.....	69
做好四个“重点继承” 克服中医“西化”	70
医生、医院、医业事关重大 医改应重视三医问题.....	73

中医健康游，整合资源是关键.....	77
“十个一工程”：助力中医药 走好“一带一路”	80
关于中医全科医学发展的思考.....	83
共谋大中医战略 走上大发展轨道.....	87
中医药科技政策与成果向生产力转化的探讨.....	92
中医临床服务信息化主体工程——“中国中医医疗保健远程服务中心”创 建建议.....	95
“中和”思想	97
中和医派基本学术观点.....	98
气血中和百病消.....	99
孙光荣教授学术思想初探.....	108
国医大师孙光荣“中和”思想探析.....	111
孙光荣教授运用中和思想诊疗中风的经验.....	113
孙光荣教授中和思想诊疗消化系统疾病经验初探.....	116
中医大师孙光荣教授中和医派诊疗胃肠病学术经验点滴.....	118
浅谈国医大师孙光荣教授中和思想在老年病诊治中的应用.....	126
中医大师孙光荣教授中和医派诊疗老年病学术经验点滴.....	128
从《内经》“中和”思想治疗中老年睡眠障碍.....	132
孙光荣教授运用中和理论治疗不寐的学术经验点滴.....	136
孙光荣教授中和思想治疗肿瘤之经验.....	138
孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴.....	143
文化传承	154
名老中医传承研究模式与研究方法.....	155
深化名老中医学术思想、思辨特点的传承研究.....	159
弘扬中医药文化 始终在路上.....	164
中医药文化发展的面向与路径.....	167
中医药文化核心理念初探.....	171
中医药文化科普巡讲的宗旨、原则、内容与要领.....	175
将中医文化传向五洲四海 让中医药服务走进万户千家.....	181
中医药文化传承与发展战略的思考.....	184

关于中医药文化建设基本问题的思考.....	189
做中医人 立中医心 践中医行.....	193
突出特色和优势 发展中医药文化.....	198
突出中医药文化核心价值 提高中医医院竞争实力.....	200
中医当自强.....	203
中医人当如何提振“精气神”.....	209
中医教育	211
中医药网络教育刍议.....	212
共建全国中医药研究生教育资源库的构想.....	216
关于孙光荣教授中医药远程继续教育思想的初探.....	219
孙光荣：《医师规》.....	222
县市基层中医临床人才培养思考.....	225
传承文化与经验 造就“四真”中医——探索培养基层优秀中医临床人才新 路子.....	231
贯彻落实“六名”战略 加强临床人才培养.....	235
培养中医领军人才.....	239
欲要培养名医 必先追求“六明”.....	241
名老中医文化是中医药继续教育的重要内容.....	242
文献研究	244
中医文献研究的现状与对策.....	245
中医文献研究内容的求索.....	248
如何学好古汉语.....	250
关于医古文学科及教材问题之我见——对开设《医用文学基础学》之设想	253
试论“理校”在医籍校勘中的地位与作用.....	257
白云阁藏本《伤寒杂病论》“温病脉证并治”篇精读.....	259
华佗《中藏经》导读.....	274
简述《中藏经》学术思想.....	297
《中藏经》脉学理论探析.....	300
孙光荣教授提出的《中藏经》整理研究的“六用法”.....	303
论孙光荣教授对《中藏经》“从顺其宜”治疗思想的继承与创新.....	308

临证思维	313
论脏腑辨证“虚实寒热生死逆顺”八纲	314
形神是中医辨证要素的首要元素——中医辨证常用 20 个基本要素与形神的关系	318
国医大师孙光荣论“观其脉证”	330
试论少阳为阳枢，厥阴为阴枢	336
中医临证优势	340
中医学临证特点与优势	344
临床总结不可忽视误治的教训	345
审辨变和 简验便廉 中医药治疗慢性病的特点及优势	348
中医临证四大核心理念之整体观	356
中医临证四大核心理念之制宜观	363
中医临证四大核心理念之未病观	368
中医临证四大核心理念之中和观	372
中医临床思维模式——中医辨治六步程式	380
中医临床思维模式中的大文化观——《中医临床思维模式——中医辨治六步程式》附议	388
国医大师孙光荣教授论中医临床医学“六难”	390
国医大师孙光荣教授论“中医优势病种”	393
诊病经验	396
孙光荣教授临证要领歌诀	397
中医孙光荣教授临床遣方要旨——心中有大法 笔下无死方	399
治咳莫忘祛湿热	400
小儿咳喘病证辨治心悟	402
孙光荣教授治疗风湿性心脏病的临床经验	409
从肝脾失调探讨心理疲劳治疗的研究与思考	412
孙光荣辨证治疗糖尿病性心肌病的“瘀热毒结”理论	415
运用孙光荣瘀热湿毒理论治疗糖尿病皮肤瘙痒症	418
论内病外治法	421
糖尿病足溃疡中药油膏剂研制理论与实践	423
中药油膏剂治疗糖尿病足溃疡临床研究	426

老年痴呆症中医诊治略述.....	429
肿瘤病症辨治心悟.....	432
孙光荣研究员内外兼治直肠癌经验简析.....	438
孙光荣教授治疗痞格证的经验.....	440
孙光荣治疗特发性血小板减少性紫癜.....	442
国医大师孙光荣治疗带下病.....	444
孙光荣教授带下病外治法的学术经验.....	447
方药心得	450
孙光荣教授常用对药经验浅析.....	451
中医孙光荣教授临床善用“角药”经验点滴.....	455
孙光荣经方歌诀及化裁心得.....	460
孙光荣教授临床组方思路探析.....	469
孙氏扶正祛邪中和汤.....	473
孙氏安神定志汤.....	475
孙氏益气温中汤.....	476
孙光荣教授调气活血抑邪汤简述.....	477
调气活血抑邪汤理论基础及临床运用浅析.....	480
运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤治疗疑难杂证的点滴体会.....	483
孙光荣教授“三联药对”组方思想在变应性血管炎中的应用.....	487
运用孙光荣“三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病的临床观察	489
运用孙光荣教授“三联药对”组方思想治疗变应性血管炎初探.....	492
国医大师孙光荣运用“三联药组”治疗带下病经验撷菁.....	495
从经方小柴胡汤谈跟师孙光荣教授心得.....	499
养生保健	502
中和医派肿瘤治未病理论初探.....	503
简论调理亚健康状态的原则、要领与方法.....	506
以静养心是养生大法.....	510
国医大师孙光荣“中和”思想在养生中的应用.....	511
孙光荣：“合则安”	513

从孙光荣“合则安”养生总则探讨中医饮食养生理论及应用.....	515
慈悲自适七分饱——国医大师孙光荣的养生之道.....	519
国医大师孙光荣的“九九自振操”.....	520
国医大师孙光荣的“养生观”与“养生诀”.....	521
医话选编	523
好事办好 实事办实——在国家中医药管理局第二批全国优秀中医临床人 才研修项目第三期培训班总结会上的讲话.....	524
群策群力 团结奋进 踏上中医药继续教育工作的新征程.....	528
做强中医药队伍是做强中医药事业的根本——中华中医药学会继续教育分 会 2008 年年度工作报告.....	533
孙光荣教授代表读者和专家在《中国中医药报》创刊 20 周年庆典上的即席 致辞.....	538
中医药科普工作是中医药事业发展的重要推手和开路先锋——孙光荣教授 在“新中国成立 60 周年全国中医药科普图书著作奖、出版奖颁奖大会”的获 奖感言.....	540
新时代中医临床服务,亟待“信息化”托底——国医大师孙光荣访谈...	541
中医药科普工作的盛会 获奖者心声的最佳代言.....	546
孙光荣教授 2009 年 3 月 8 日在社会科学院召开的关于“两会”部分人大代 表、政协委员对中医药发展提议情况交流会上的发言（提纲）.....	548
好法用好 好事办好 让中医药为实现中华民族伟大复兴的中国梦作出更大 贡献——在王晨副委员长主持的“《中华人民共和国中医药法》宣传贯彻座谈 会”上的发言.....	551

解读“讲话”

习近平方略：扶正祛邪，标本兼治

——学习习总书记熔铸中医观重要讲话之感悟（代序）

方略，即大政方针和施政谋略，是主义、思想、观念、策略、措施的高度融合，是决定国家兴盛与大业成功与否的灵魂和圭臬。要实现中华民族伟大复兴的“中国梦”，就必须拥有相应的伟大方略。

“东方雄师”已经醒了！以习近平总书记为首的党中央朝着中华民族伟大复兴的大方向，确立“两个一百年”的奋斗目标，作出“四个全面”的战略部署，严惩贪污腐败，力促风清气正，坚持“亲诚惠容”的睦邻方针，勾画“一带一路”的共同发展线路，树立“创新、协调、绿色、开放、共享”的五大发展理念，规划“十三五”建设发展新蓝图，正在引导全党、全军、全国各族人民坚定地走中国特色的社会主义道路。这，就是中华人民共和国富国强的定海神针！

2014年8月，国家卫生和计划生育委员会副主任、国家中医药管理局局长王国强同志曾对笔者表示：深入学习贯彻习近平总书记重要讲话精神是重要的政治任务，要深刻领会思想精髓，结合实际抓好贯彻落实。中医人要深刻认识到，习总书记系列讲话是新时期管党治国的指南，适用于包括中医药在内的各个领域的宏观、中观、微观的各项工作，我们要深入学习、深入解读、深入领会、深入运用。而且，习总书记在多次讲话中熔铸了中医观，用以阐述治国理政的道理。所谓“上医治国，中医治人，下医治病”。但当前，中医执业者虽娴熟其中医用语，但甚少联系治国理政之思考；党政领导同志虽具执政之谋略，但甚少研究中医之用语。希望能辑录习近平总书记系列重要讲话熔铸中医观的部分，并予诠释。

中医学以天地一体、天人合一、天地人和、和而不同的思想为基础，历经数千年的发展成为独具特色优势的医药学，深刻体现了中华民族“以人为本”的认知方式和价值取向，蕴含着丰富的中华文化精髓，是我国文化软实力的重要体现。天人合一的“整体观”、燮理调平的“中和观”、养生防病的“未病观”、因时因人因地制宜制定治疗方案的“制宜观”等中医观，既可用于临床，以“中国式办法”利于救死扶伤；亦可用于治国理政，以“中国式办法”利于民富国强。

笔者立即搜集了习近平总书记的系列重要讲话，虔诚地、深入地、废寝忘食地学习、研读，发现其中21篇熔铸了中医观。自2010年6月20日在澳大利亚出席由南京中医药大学与皇家墨尔本理工大学合办的“中医孔子学院”授牌仪式上发表讲话以来，习近平总书记在重要国际会议和重大国际交往活动中多次提出要将中医药作为国际合作交流的重要选项，在党和国家会议的重要讲话中多次熔铸中医观用于治国理政，适时、精准、巧妙地运用中医思维方法、理论原则及其观念和术语，深刻、恰当、生动地阐明了其执政兴国、执政利民、执政惠世的理念。遂不揣冒昧予以辑释，以期助力中医人学习、理解习近平总书记熔铸中医观的重要讲话内容。系列辑释在《中国中医药报》连续发表以后，得到海内外社会各界的积极回应，该报社为适应各地读者不断提出的阅读需求，拟汇编成册，作为学习参考资料。当该报社征求意见之初，笔者自感学习领悟不足，唯恐有曲解真谛之瑕，故未当即应允。最近再次提出，笔者亦再思之，基于抛砖引玉之初衷，认同作为学习交流的参考资料印行。

笔者在辑释这21篇重要讲话的过程中，发现习近平总书记从提出“中国梦”，到坚持改革开放、创新驱动，到依宪治国、依法治国，再到“四个全面”战略部署；从实施“八项规定”、纠正“四风”，到开展党的群众路线教育实践活动、

加强党的作风建设，再到持续强力反腐倡廉；从实施精准扶贫，到提出建设健康中国；从实施亲、诚、惠、容的睦邻方针，到提出和实施“一带一路”等，一路走来，雄关漫道，大气磅礴，堂堂正正，海晏河清！在承续、融合和发展毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观和中华优秀传统文化的基础上，基于新时期的新使命、新任务、新特点，逐步形成了创造性的、治国理政的、致用于中华民族伟大复兴的方略，从中医方法论角度诠释或可归结为——习近平方略：祛邪扶正、标本兼治。所以，这本资料汇编以此冠名。

笔者仅是中医人，未曾有从政经历。其学也浅、其识也陋，谬误之处难免，敬请读者诸君不吝指正，让我们共同努力学好、用好习近平总书记的系列重要讲话，在实现中华民族伟大复兴的“中国梦”的征程中脚踏实地、勇往直前，做出新贡献、夺取新胜利、创造新辉煌！

中医学是打开中华文明宝库的钥匙

——关于中医学在中华文化复兴和国际交流

合作中的重要地位、意义与作用（一）

【原文辑录】

中医学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。深入研究和科学总结中医学，对丰富世界医学事业、推进生命科学研究具有积极意义。

中医孔子学院把传统和现代中医药科学同汉语教学相融合，必将为澳大利亚民众开启一扇了解中国文化新的窗口，为加强两国人民心灵沟通、增进传统友好搭起一座新的桥梁。

——辑自 2010 年 6 月 20 日，时任国家副主席的习近平在澳大利亚出席由南京中医药大学与皇家墨尔本理工大学合办的“中医孔子学院”授牌仪式上的讲话。

【关键词语】

1. 中医：是中华民族原创的以天人合一、阴阳平衡的基本理论为指导，以望闻问切“四诊”为主要手段采集临床资料，通过四诊合参，运用辨证论治诊断疾病及其证候，采用天然药物组方或采用非药物疗法，实施预防、治疗、保健的医学行为主体。

2. 中医学：是历史上中华民族的主流医药学，是当代中国特色医药学重要组成部分，是世界传统医药学的杰出代表，是中华民族医药学者在认识自然、认识生命、防治疾病与卫生保健活动中原创、应用、传承、发展的医药学体系。

3. 哲学智慧：意指揭示事物的本质、规律的认知方式与辨识方法。

4. 健康养生理念：以中医养生理论与历代养生家实践经验为基础，结合日常生活方式所形成的天人相应，顺应自然，神形合养，注重从心、食、性调养精、气、神的实用、有效、科学的养生、防病、延年的健康理念。

5. 中华文明：是以易学为基础，以推崇“仁义礼智信”为基本理念，由黄河文明、长江文明、北方草原文明三种区域文明交流、融合、升华的中华民族的整体文明，又称“华夏文明”。既是世界上最古老的文明之一，也是世界上持续时间最长的文明。

【解读释义】

习近平总书记的上述讲话，重要意义有三：一是全新、明确地界定了中医学在中华文化复兴新时期的关键地位，是“打开中华文明宝库的钥匙”；二是指出了深入研究和科学总结中医学的积极意义，是“丰富世界医学事业、推进生命科学研究”；三是揭示了中医学在国际文化交流与合作中的重要作用，是“开启一扇了解中国文化新的窗口，为加强两国人民心灵沟通、增进传统友好搭起一座新的桥梁”。

钥匙，是开锁的工具。为守护、防卫、珍藏、保密需要，人类约在公元 17 世纪就发明了“锁”和“钥匙”，且约定俗成“一把钥匙开一把锁”。所以，

钥匙是开锁的必备工具，是打开锁固范畴的开路先锋。

中华文明开启于上古炎黄，世世代代继承发扬，天人合一的宇宙观、阴阳平衡的整体观、统一变易的世界观、义利相济的人生观、仁者爱人的处世观、贵中尚和的价值观等六大核心理念，持续传承至今已越五千年，独具特色，生生不息。但近百年以来，中国受西方列强坚船利炮的攻击，中华文化也随之受西方文化直接、巨大的冲击，致使中华文明宝库蒙尘受垢。进入 21 世纪，“东方之狮”觉醒，中国和平崛起，中华文化亦随之洗尘涤垢而生辉，世界各国和地区正在重新认识、积极探索、日益认同、增进交流曾被他们曲解、贬低、排斥的中华文化，世界正在寻求打开中华文明宝库的钥匙。

虽然，蕴含体现中华文明特色的瑰宝数不胜数，但能担当“打开中华文明宝库的钥匙”的唯有中医学。因为只有中医学全面、系统、完整地保有中华文明核心理念；只有中医学在基本观念、实质内容、思路方法、表述方式等方面，能够全面、系统、完整地保有中华文明的基因；只有中医学在凝聚中国古代哲学智慧、健康养生理念、防病治病的理法方药等方面，能够全面、系统、完整地保有中国古代科学的成果。所以，打开中华文明宝库的钥匙就是这一把：中医学。换言之，中医学是中华文明复兴的开路先锋。

中医学既是中国的主流医学科学，又是古老而现代的生命科学。作为中国独有的医学科学，具有丰富的原创内涵。历代医家通过不断深入观察和反复的临床实践（不是动物实验），以独特的视角和思维方式，创造性总结了对人体健康与疾病的规律性认识，形成了系统的理论与技术方法。诚然，中医学、西医学，都是人类防治疾病、维护健康的医学科学，目的一致，但又是不同的医学体系：西医学属于自然科学；中医学既属于自然科学，也属于社会科学；西医学属于生物医学模式，现在公认是生物—社会—心理医学模式，中医学是整体医学模式；西医学在还原论指导下，基于解剖学基础发展而来，诊疗思维着重于寻求致病因子和精确病变定位，然后采用对抗式思维，定点清除致病因子，使机体恢复健康；中医学是在整体观指导下，基于天人合一、形神合一的中国哲学基础发展起来，诊疗思维着重于寻求致病因素（内因、外因、不内外因）和正气、邪气的消长定位，然后采用包容式思维，并非定点清除致病因子，而是通过扶正祛邪、标本兼治使机体恢复健康。因此，中医治病的最大特点不是定点清除致病因子，而是调理、矫正致病环境，使致病因子难以生存和发展，使之“正气存内，邪不可干”。

人类的生命科学至今还是一个尚未打开的迷宫，而中医学关于天人关系、脏腑关系、经络关系、表里关系、精气神关系、“生长壮老已”关系等的理论与实践经验，都涉及医学和生命科学之“钥”。因之，深入研究和科学总结中医学，必将凸显中医学的鲜活生命力和广阔的发展前景，“对丰富世界医学事业、推进生命科学研究具有积极意义。”

防病治病、维护人民健康是各个国家和地区生存与发展的永恒主题。中医药作为中国“独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源”，与人民的生命健康和生活幸福息息相关，在经济社会发展全局中有着重要意义。澳大利亚的中医孔子学院把中医学同汉语教学相融合，把中医药作为中华文明“走出去”的重要载体，充分体现我国文化软实力，契合国际文化交流、养生保健的双重需要，所以习总书记寄望中医学的传播“为澳大利亚民众开启一扇了解中国文化新的窗口，为加强两国人民心灵沟通、增进传统友好搭起一座新的桥梁。”

推而广之，从中国和平崛起、中华文化伟大复兴的大局出发，应将发展中医

药事业纳入国家战略，用好中医药学这把“钥匙”，打开中华文明的“窗口”，搭起国际友好交流的“桥梁”，让中华文明走向世界，为人类健康事业和国际文化交流与合作做出更大、更新的贡献。（孙光荣. 中医药学是打开中华文明宝库的钥匙[N]. 中国中医药报, 2014-09-25 (001).）

中医药是得天独厚的旅游资源

——关于中医药学在中华文化复兴和国际交流

合作中的重要地位、意义与作用（二）

【原文辑录】

中国是拥有 5000 多年历史的文明古国，又是充满发展活力的东方大国，旅游资源得天独厚，被列入世界文化和自然遗产的就有 40 多处。中华书画、京剧、中医等传统文化博大精深，雄伟壮丽的三山五岳、气势磅礴的万里长城、独一无二的兵马俑、享誉世界的少林寺、阳光明媚的热带海滩等自然和人文景观异彩纷呈。

——辑自 2013 年 3 月 22 日，国家主席习近平在莫斯科举行的俄罗斯“中国旅游年”开幕式上的致辞

【关键词语】

1. 文明古国：指人类文明最早诞生的国家或地区，中国是中华文明（华夏文明）的发源地。此外，古埃及、古巴比伦、古印度、古墨西哥（雅玛）、古希腊等，也是人类文明最早诞生之地。

2. 得天独厚：天，天然，自然；独，唯一，独特；厚，优厚，优越。意指获得天然的、独特的、优厚的条件、禀赋、环境或事物。

【解读释义】

资源，是一个国家或地区拥有的物力、财力、人力等各种物质要素的总称，分为自然资源和社会资源两大类，是原始的财富，是蓄积的潜力。资源得以合理保护、合法开发、合理利用，才能产生社会效益和经济效益，有利于国计民生。

旅游资源可分为自然风景旅游资源、人文景观旅游资源、养生保健旅游资源三大类。高山峡谷、江河湖泊、森林火山、海滩温泉、沙漠雪原、野生动植物等涵盖地貌、水文、气候、生物的四种资源，属于自然风景旅游资源；历史文物、建筑古迹、新型建设、民族风情、文化艺术、饮食购物、体育娱乐等涵盖人文景观、文化传统、民情风俗、体育娱乐的四种资源，属于人文景观旅游资源；养生训导、健康咨询、美容矫形、药膳休闲、慢病调养、医药巡礼等涵盖传统医药文化传承、养生保健方法传授、健身美容营养休闲、名优特稀医药资源观光的四种资源，属于养生保健旅游资源。

中医药，由于历史传承、现代发展，得天独厚地成为中国的养生保健旅游资源，这正是刘延东副总理总结中医药具有五大优势资源的原因之一。比如陕西省铜川市耀州区的“药王山”、河南省南阳市的“仲景祠”、甘肃省庆阳市的“岐黄故里”及扁鹊、董奉、李时珍等历代中医名家的习医、行医的古建筑、古医案、古医具、古医籍、古碑林等故址遗迹，以及名医、名科、名院、名药、名厂、名店和已经建立的全国中医药文化教育基地，是传承与传播中医药文化得天独厚的稀缺资源；各中医药高等院校和中医药研究院所创建的健康服务基地，是养生保健方法传授的珍贵资源；各种道地药材的产地、市场，是

名优特稀药材、药品观光购药的重要资源；各地疗养院和美容养生处所，是健美疗养的优质资源。概括而言，中医药既是医药保健的优势资源，又是独具特色的旅游资源。所以，习近平总书记将中医药与名闻遐迩的中华书画、京剧相提并论为博大精深的传统文化，与三山五岳、万里长城、兵马俑、少林寺等相提并论为享誉世界的自然和人文景观。

中医药作为独具特色优势的旅游资源，保护、开发、利用刚刚起步，难免鱼龙混杂，必须加强引导和监管，防止、杜绝将中医药资源西化、虚化、玄化、庸俗化而借机借势敛财的行径，要使养生保健旅游资源正当地创造最大的社会效益和经济效益。

如何将中医药资源优势与旅游业结合起来？关键在于如何挖掘、梳理、整合优势资源，如何展示、运用、释放蓄积力量。

2014年2月21日，国家旅游局局长邵琪伟与国家卫生和计划生育委员会副主任、国家中医药管理局局长王国强代表双方签署了《国家旅游局和国家中医药管理局关于推进中医药健康旅游发展的合作协议》，两局将发挥各自优势，建立合作机制，推动各级旅游机构与中医药的全面合作，共同推进中医药健康旅游建设发展。

正如王国强所说，“中医药与旅游业合作是市场经济下的历史必然结果，独具中国特色，具有重要意义。”两局将围绕中医药健康旅游做好顶层设计，建立两局业务司之间协调机制，共同研究如何引导中医药健康服务，规范和引导中医药健康服务市场，制定中医药健康旅游标准规范等问题。同时，尝试选择一批旅游与养生、养生与养老相结合的中医药健康旅游试点，重点扶持，在探索中总结经验。邵琪伟认为，“此次合作对国民素质提高、中医药文化传播都起到促进作用。”通过双方务实推进，可以想见，中医药将在旅游业发展中绽放其光前裕后的光彩。

习近平总书记上述讲话是对全国以及各省市保护、开发、利用中医药这一“潜力巨大的经济资源”的指引，如何让中医药资源在经济社会发展中形成活力、激发活力、展示活力？各地所拥有的中医药资源既有共性，也有个性。如何整合利用、如何规划开发、如何抓住当地亮点产生辐射、如何凸显当地特色与优势？如何跨专业、跨行业、跨领域地进行“跨界”融合？这不仅仅是单向地扶持、促进中医药事业发展，而且是双向地利用中医药资源促进中医药事业和经济社会发展。这是大学问、大文章，需要大智慧、大魄力。还有很多蓝图可绘，还有很多事情能做，还有很长的路要走。（孙光荣. 中医药是得天独厚的旅游资源[N]. 中国中医药报, 2014-10-10(001).）

促进中西医结合及中医药在海外发展

——关于中医药学在中华文化复兴和国际交流

合作中的重要地位、意义与作用（三）

【原文辑录】

中方重视世界卫生组织的重要作用，愿继续加强双方合作，促进中西医结合及中医药在海外发展，推动更多中国生产的医药产品进入国际市场，共同帮助非洲国家开展疾病防治和卫生体系建设，为促进全球卫生事业、实现联合国千年发展目标作出更大贡献。

——辑自 2013 年 8 月 20 日，国家主席习近平在人民大会堂会见世界卫生组织总干事陈冯富珍时的谈话

【关键词语】

1. 世界卫生组织 World Health Organization（简称 WHO）：1948 年成立，是联合国下属的、联合国系统内卫生问题的指导和协调的专门机构，负责对全球卫生事务提供指导，拟定卫生研究议程，制定规范和标准，阐明以证据为基础的政策方案，向各国提供技术支持，并监测和评估卫生趋势。主要职能包括：促进流行病和地方病的防治；提供和改进公共卫生、疾病医疗和有关事项的教学与训练；推动确定生物制品的国际标准。总部设在瑞士日内瓦，只有主权国家才能参加，是国际上最大的政府间卫生组织，现有 194 个会员国。现任总干事为中国香港人陈冯富珍。

2. 联合国千年发展目标 Millennium Development Goals（简称 MDGs）：是世界各国领导人于 2000 年 9 月在联合国千年首脑会议上就消除贫穷、饥饿、疾病、文盲、环境恶化和对妇女的歧视商定的、有时限的一套目标和指标。主要内容包括：消灭极端贫穷和饥饿；普及小学教育；促进男女平等并赋予妇女权利；降低儿童死亡率；改善产妇保健；与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争；确保环境的可持续能力；全球合作促进发展。这些目标和指标统称为“联合国千年发展目标”，完成时间是 2015 年。

【解读释义】

习近平总书记在会见世界卫生组织总干事陈冯富珍时的上述谈话阐明了中国在全球卫生事业发展中的立场、重点、目标。

一方面，世界卫生组织在研究政策方案、制订规范标准、培训专门人才、防治重大疾病、维护大众健康、监管医药行业、处理卫生事物危机等方面在全球发挥了指导和协调的重大作用。另一方面，深化医药卫生体制改革、提高人民大众健康水平，正是构筑中华民族伟大复兴的“中国梦”的重要元素之一。《易·乾》曰：“同声相应，同气相求。”二者之间，目标可以求同。因而，大力发展医药卫生事业，中国与世界卫生组织必然“同声相应”；积极维护人民大众健康，中国与世界卫生组织必须“同气相求”。所以，习近平总书记表明了“中方重视世界卫生组织的重要作用”的前提下，中国在全球卫生事业发展中“愿继续加强

双方合作”的立场，这就是一个负责任大国的坚定不移的正确立场。

如何加强双方合作？中国作为世界卫生组织的合作方依凭什么优势进行合作？习近平总书记明确提出了可以贡献于世界卫生事业的中国医药卫生三大重点：中西医结合，中医药，中国生产的医药产品。

中医药具有“个性化的辨证论治，求衡性的防治原则，人性化的治疗方法，多样化的给药途径，天然化的用药取向”的五大特色，并拥有“临床疗效确切，用药相对安全，服务方式灵活，文化底蕴深厚，创新潜力巨大，发展空间广阔”的六大优势；中国生产的医药产品具有“名、优、特、新”的品牌、质量和功效优势。通过与世界卫生组织的合作，将中医药和中国生产的医药产品进一步推向世界，必将惠泽全人类。

中西医结合，是20世纪50年代中国在医疗领域的首创，将中医的宏观辨证与西医的微观辨病结合起来，采用中医、西医互补的治疗方案，为解决新、疑、难、重疾病提供新型的治疗方法，而且已经在医疗实践中涌现了诸多成功的范例。

然而，由于中医学、西医学毕竟是两种不同理论体系的医学科学，对人类的生命健康和疾病治疗的认识论、方法论都存在着明显的差异。如何从认识的结合上升到结合的认识论、如何从方法的结合上升到结合的方法论，可谓“路漫漫其修远兮”！

中西医结合，绝不是两种医学等量齐观的结合，而必须是“中体西用”的结合。

习近平总书记说：“不忘本来才能开辟未来，善于继承才能更好创新。”中西医结合是一种创新，只有不忘中医这个“本来”，才能开辟中西医结合这个“未来”；只有善于继承中医，才能更好地创新中西医结合。这是一条需要探索的道路，必须探索的道路，值得探索的道路。

西医学是当今世界的主流医学，有着探索中西医结合的巨大空间，将中西医结合这一首创优势，通过与世界卫生组织合作推向世界医坛，必将为全世界医学科学的创新做出新的贡献。

《孟子·尽心上》曰：“穷则独善其身，达则兼济天下。”中医药、中西医结合、中国生产的医药产品，是医药卫生领域的中国创造，是体现中国传统、中国风格的中国优势。运用自身优势“兼济天下”是应有所为。

因此，习近平总书记指出，中国与世界卫生组织合作的当前重点目标是“共同帮助非洲国家开展疾病防治和卫生体系建设”，主要目标是“为促进全球卫生事业、实现联合国千年发展目标作出更大贡献”。中医药走向全球势所必然，中医药走向全球可以作为，中医药走向全球大有作为。（孙光荣. 促进中西医结合及中医药在海外发展[N]. 中国中医药报, 2014-10-17(001).）

传统医学是各方合作的新领域

——关于中医药学在中华文化复兴和国际交流

合作中的重要地位、意义与作用（四）

【原文辑录】

传统医学是各方合作的新领域，中方愿意同各成员国合作建设中医医疗机构，充分利用传统医学资源为成员国人民健康服务。

——辑自 2013 年 9 月 13 日，习近平总书记在上海合作组织成员国元首理事会第十三次会议上的讲话

【关键词语】

1. 传统医学：泛指现代医学发明之前在文明古国发展起来的各种医药体系，比较著名的有中医学体系（包括针灸）及其多种东亚传统医学、印度的阿育吠陀、多民族的草药医学、南非的穆替医学、西非的依发医学、希腊和阿拉伯的优那尼医学等。至今，亚洲、非洲、拉丁美洲的一些国家仍以传统医学作为医疗保健的主要力量，非洲将近 80% 的人使用传统医学。世界卫生组织对传统医学的定义是：“利用基于植物、动物、矿物的药物、精神疗法、肢体疗法和实践中的一种或者多种方法来进行治疗、诊断和防止疾病或者维持健康的医学。”中国传统医学，是中国各民族医学的统称，主要包括汉族医学、藏族医学、蒙古族医学、维吾尔族医学等民族医学。

2. 上海合作组织

The Shanghai Cooperation Organization（简称 SCO）：是由中华人民共和国、俄罗斯联邦、哈萨克斯坦共和国、吉尔吉斯斯坦共和国、塔吉克斯坦共和国、乌兹别克斯坦共和国 6 个成员国于 1996 年 4 月 26 日在上海成立的国际组织。秘书处设于中国首都北京。成员国总面积为 3018.9 万平方公里，占欧亚大陆总面积的 3/5，人口约 16 亿，为世界总人口的 1/4。工作语言为汉语和俄罗斯语。另有 5 个观察员国：蒙古、伊朗、巴基斯坦、印度、阿富汗。上海合作组织的原则以“上海精神”构成：互信、互利、平等、协商、尊重多种文明、谋求共同发展。

3. 中医医疗机构：按照《中医、中西医结合医疗机构设置标准与行政许可实施办法（2011 版）》的规定，中医医疗机构包括：中医医院、中西医结合医院；中医诊所、中西医结合诊所；中医门诊部、中西医结合门诊部；中医馆、中医坐堂医诊所等。

【解读释义】

习近平总书记的上述讲话开辟了以中国优势资源加强国际合作的新路径。

首先，习近平总书记明确指出：“传统医学是各方合作的新领域”。上海合作组织的宗旨是“鼓励各成员国在政治、经贸、科技、文化、教育、能源、交通、环保及其它领域的有效合作；共同致力于维护和保障地区的和平、安全与稳定。”当初并没有重点涉及服务人民健康的合作领域，更没有提及成员国之间以传统医

学合作服务于人民健康，只是原则上鼓励“其它领域”的有效合作。

上海合作组织成员国在经贸、反恐、科技、能源、交通等领域取得一定合作成效的基础上，2013年9月13日召开了元首理事会第十三次会议，这正是共同探讨合作新领域之时，也正是共同整合合作新资源之机，如何把握机遇从“其他领域”中开辟合作新领域？《九州春秋》曰：“难得而易失者，时也；时至而不旋踵者，机也。故圣人常顺时而动，智者必因机以发。”“人民健康”，是各个国家和地区生存与发展的永恒主题、安全与稳定的永恒基石、民富国强的永恒需求。抓住“人民健康”这一共同关注的问题，将我国医药卫生的优势资源“传统医学”一击而开“各方合作的新领域”，诚可谓顺时而动、因机而发。由此可见，执政者必须时时处处了解、掌握主观领域的优势资源的“家底”，时时处处了解、掌握客观领域的真实需求的“时机”，唯有心中有大格局、大数据、大谋略，才能知己知彼，才能深悉时代脉动，才能把握大机遇，才能在风云际会之时出奇谋、开新径、展宏图。

目标明确，即当举措随行。如何开创传统医学国际合作的新领域？关键在于搭建平台、夯实基础、充实资源。所以，习近平总书记清晰地提出：“中方愿意同各成员国合作建设中医医疗机构，充分利用传统医学资源为成员国人民健康服务。”2014年5月19日至24日，第67届世界卫生大会在瑞士日内瓦举行，国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强率由国家卫生计生委、外交部、国家食品药品监督管理总局、国家中医药管理局、驻日内瓦代表团及港澳特区卫生部门等组成的中国代表团与会。我国提出的《传统医学决议》经大会讨论并审议通过，印证了习近平总书记“传统医学是各方合作的新领域”的宏旨，为包括中医在内的传统医学惠泽万邦开启了通道。

在党中央、国务院的高度重视和大力支持下，我国中医药事业有了长足发展，已形成医疗、保健、科研、教育、产业、文化“六位一体”全面、协调、持续发展和加速拓展国际交流合作领域的新局面，我国在中医医疗机构加强中医药文化建设、优秀临床人才培养、特色优势培育、诊疗资源整合、医疗保健质量提升等方面，都积累了丰富的经验和资源，可以在上海合作组织成员国在建设中医医疗机构和利用中医优势资源等项目中有效合作，共创、共建、共赢。

道固远，笃行可至；事虽巨，坚为必成。习近平总书记开辟了以传统医学合作为新领域的国际交流合作的新道路，这条道路很长远，关键在于坚信笃行；习近平总书记提出了充分利用传统医学资源为成员国人民健康服务的大事，这件事很艰巨，关键在于坚为做实。让我们认真学习、深刻领会、坚决执行习近平总书记的谋略，中医药就必将嘉惠于全人类。（孙光荣. 传统医学是各方合作的新领域[N]. 中国中医药报, 2014-10-24(001).）

扩大中医药交流 夯实国际关系社会基础

——关于中医药学在中华文化复兴和国际交流

合作中的重要地位、意义与作用（五）

【原文辑录】

中方愿同马方携手努力，推进务实合作，落实好基础设施合作项目，将农业合作打造成双边合作新增长点，扩大教育、文化、艺术、中医药等领域交流，夯实两国关系的社会基础，共同推动中马关系加速发展，取得更多成就。

——辑自 2013 年 10 月，国家主席习近平会见马其顿总统伊万诺夫时的谈话

【关键词语】

1. 务实合作：王符·《潜夫论》：“大人不华，君子务实。”王守仁·《传习录》：“名与实对，务实之心重一分，则务名之心轻一分。”中华文化注重现实、崇尚实干、拒绝空想、鄙视虚华。务实，就是实事求是；合作，就是各以己方之力联合他方之力共谋、共为、共成其事。

2. 社会基础：社会生存与发展的意识形态、人文环境、物质条件以及生产力和生产关系的发展水平等。

【解读释义】

上层建筑与经济基础是对立统一的。习近平总书记的上述讲话明确指出要夯实两国关系的社会基础，必须从两个方面务实合作：一是“将农业合作打造成双边合作新增长点”，也就是要夯实经济基础；二是要“扩大教育、文化、艺术、中医药等领域交流”，也就是要夯实上层建筑。

将“中医药”而不是“医疗保健”并列于上层建筑的“教育、文化、艺术”与他国进行务实合作，这是一种创新思想、创新思维和创新思路。习近平总书记不是将中医药仅仅看作是医学科学，而是始终将中医药视为“打开中华文明宝库的钥匙”，是中华民族复兴和进行国际交流合作的重要资源，这也就是刘延东副总理所指出的，中医药是中国“独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源”。因而，可以作为与“教育、文化、艺术”并列的让中华文化“走出去”的重要载体。

中医药学在中国的土地上起源、锻造、发展数千年，文献从医经七家承续到数百家，方剂从数百首发展到数十万首，药物从数百种增加到数千种、数万种。理论的更新、方法的丰富、技术的创新、药源的增长、疗效的提高，均可谓与时俱进，但其内在精神则一直是稳定的，并且贯穿于从理论到临床的各个环节。在数千年的中医药学术进步的征程中，变的是形态与数量，不变的是精神；在其中医药理论与技术的发生、发展过程中，吸收与融合了其他民族乃至国外的医疗经验和方法，但其始终植根于中华文化的土壤之中。由此，“中医”已经成为中华民族的文化符号。所以，才有特色、有优势、有影响力并列入国际双边合作或多边合作的上层建筑领域。

但是必须认识到：中华文化是世界上独树一帜的优秀传统文化，而且是世界

各民族中唯一没有中断的传统文化。然而，当今诸多领域的“西化”已是不争的现实，西化的结果必然导致中华文化中许多深邃内涵的失落，有的甚至无法再现。就像古建筑学，各地都有大量古建筑留存着，但是古建筑学的灵魂——设计思想、计算方法、施工技术和工艺诀窍，基本上失传了。

有批评者指出，中医学界西化或西医化的程度亦已令人触目惊心。正因如此，近百年来，除了别有用心、故意诋毁中医以期达到数典忘祖之目的者外，也屡屡有人借中华优秀传统文化日渐式微或奋力拼搏的历史时期质疑中医的“科学性”，甚至以西医的仪器检测挑战中医的平脉辨证。殊不知任何学术都可分为德（医德）、道（医道）、学（医学）、法（医疗法则）、术（医术）、器（医器）六个层级，脉诊是“术”，仪器检测是“器”，根本不在一个层级，根本没有可比性，根本没有评价胜负的意义。银行点钞员与点钞机比赛，究竟哪个点钞准、点钞快？当然有优秀点钞员的点钞比点钞机点钞还要准、还要快，但绝不能断言可以用点钞员代替点钞机，也不能断言可以用点钞机代替点钞员。又如，制造高压锅每部机器可日产千台，但制作景泰蓝只能用人工烧制，不可能日产千台，究竟是制造高压锅的机器科学还是制作景泰蓝的工艺科学？一者是“器”，一者是“术”，二者根本不在一个层级，根本没有可比性，没有评价胜负的意义。况且，中医辨证，历来是望闻问切“四诊合参”，脉诊仅仅是“四诊”之“切诊”，真正的中医绝不会单以诊脉辨识其病证，更绝不会单以诊脉“自炫己技”。而且，从根本上说，中医学、西医学都是中国特色医药卫生体系的组成部分，是服务人民健康的“一体”的“左手”和“右手”，唯有互相尊重、互相学习、互相支持、互相帮助，才能共同发展中国特色医药卫生事业。反之，如果“左手”和“右手”打架，只能造成“旁人看着笑，自己觉着痛”的“德者不甘为，智者不屑为”的结果。此类波澜，过去、现在、将来都会有掀起，只要不是别有用心者的故意诋毁和攻击，就无需纠结、无需较劲、无需批评、无需指责，经过时间与实践的沉淀，双方自然会“一笑泯恩仇”，何况双方本来就无“恩仇”可言？

另一方面，确实值得我们关注的是，中医学如果不彻底改变现今自觉或不自觉地在教育、科研、临床、中药研发等方面仿效西医、西药的状况，也将会像古建筑学一样，中国人只好看着自己民族的这一瑰宝黯然失色，中医药的神奇疗效将成为传说，这个用于“打开中华文明宝库的钥匙”就有可能丢失。

“中医本姓中，杂糅难见功”。要以中医药为载体开展国际交流合作“走出去”，就必须拿出“真中医”的思想、观点、方法和技术。当然，从学术探索和健康服务的角度，我们要积极推介中西医结合的成果。但是，合作的对方国家或地区面对中医药学的发源地，他们需要的正是道地的中医、道地的中药，而不是搀和着其他医学、其他药物、其他医技的“杂合面”。至于他们引进之后，如何与西医或当地医学结合，他们自己一定会去思考、去探索、去实践，用不着我们给他们一份“杂合面”，让他们再分解、再提纯、再糅合，那样对合作交流反而容易产生负面效应，失去“打开中华文明宝库的钥匙”的重要作用。

进入新世纪，实现中华民族伟大复兴的“中国梦”已经成为时代的呼唤。中医学既是整个中华文化复兴中的重要力量之一，又是国际交流合作的重要资源，中医学应该、也必须在这场文化复兴中发挥先锋作用，在国际交流合作中发挥“钥匙”的作用，要努力扩大中医药交流，为夯实国际关系的社会基础作出自己应有的贡献。（孙光荣. 扩大中医药交流夯实国际关系社会基础[N]. 中国中医药报, 2014-10-31(002).）

中国中医和印度阿育吠陀惊人相似

——关于中医药学在中华文化复兴和国际交流

合作中的重要地位、意义与作用（六）

【原文辑录】

国之交在于民相亲。中国太极和印度瑜伽、中国中医和印度阿育吠陀有惊人的相似之处，两国人民数千年来奉行的生活哲理深度相似。这次访问期间，双方制定了中国—印度文化交流计划，目的就是弘扬两国古代人文精神，重现中印两大文明交流互鉴的盛景。

——辑自2014年9月18日，国家主席习近平出访印度时在印度世界事务委员会所作题为《携手追寻民族复兴之梦》的演讲

【关键词语】

1. 中国太极：中国传统的身心和谐统一的健身术，蕴含中国古典哲学、中医学、美学的精华，可以通过修炼达到强身健体、陶冶情操、修身养性的效果。

2. 印度瑜伽：印度传统的身心和谐统一的健身术，可以通过肉体和精神的修持达到身心和谐统一、强身健体和开发人体潜能的效果。

3. 印度阿育吠陀：印度传统医药学，世界上最古老的医学体系之一，是古代印度的主流医药学，是当代印度医药学的重要组成部分，是对植物的强力医疗特性应用、对脏腑功能极为了解、对饮食与灵性的重要性特别强调的传统医药学，五千多年来一直在许多印度传统家庭中使用，在历史上对多种医学产生影响。

【解读释义】

习近平总书记的上述讲话，定位是“国之交在于民相亲”；定向是“弘扬两国古代人文精神，重现中印两大文明交流互鉴的盛景”；依据是“两国人民数千年来奉行的生活哲理深度相似”；依托是“中国太极和印度瑜伽、中国中医和印度阿育吠陀有惊人的相似之处”。所以，中印两国应该也必须“携手追寻民族复兴之梦”。目标明确，思路明晰，说理有据，逻辑缜密，令人信服。

民为邦本。国与国之间能否互认、互信、互敬、互助，其人民之间的相识、相知、相爱、相帮是基础。印度莫迪总理对习近平主席说，中印两国是“两个身体，一种精神”；习近平主席说，“中印两国人民毗邻而居，古有往来互鉴之情，近有患难与共之交，现有共同复兴之业”；共同表达了中印两大文明和平向善的共同本质和心灵相通的内在联系，这就是“国之交在于民相亲”的内涵。

为什么中印两国是“两个身体，一种精神”？这是因为中印两国交往源远流长，自天竺高僧，洛阳译经；白马驮经，玄奘西行；郑和航海，六抵印度；印度援华医疗队投身中国人民抗日战争，柯棣华大夫长眠于中华大地；直至共同倡导“和平共处五项原则”。2000余年来，中印两国人民从未中断交流与合作之路，因之，“两国人民数千年来奉行的生活哲理深度相似”。通过两国人民的“互联互通、互学互鉴”，形成了独立自主、自强不息、和谐包容、互助合作的共同精神，现在自当顺势而为，共同走向“和平、发展、合作、共赢”的大道。

最能体现、印证、发扬这种共同认知、共同需求、共同精神的载体，就是“中国太极和印度瑜伽、中国中医和印度阿育吠陀”。其“惊人相似之处”主要在于：①遵从“天人合一”、自然环境与身心相互感应的整体观；②恪守“阴阳平衡”与“形与神俱”、身体内外不协调则必致邪魔入侵而生病的“中和观”；③基于“正气存内，邪不可干”、提振心灵可以驱除邪魔的理论，通过修炼可以养生防病的“未病观”和“修持观”；④坚持药取天然、广泛应用草本植物养生治病的方法等。

因此，将“印度阿育吠陀”与“印度瑜伽”作为印度养生保健医疗的“印度传统健康服务特色优势组合”交流、传播到中国，将“中国中医”与“中国太极”作为中国养生保健医疗的“中国传统健康服务特色优势组合”交流、传播到印度，应当是“互联互通、互学互鉴”的“国之交”和“民相亲”的优先选择。

通过认真研读习近平总书记的系列重要讲话发现，自2010年6月20日在澳大利亚出席“皇家墨尔本理工大学中医孔子学院”授牌仪式上的讲话中提出中医学是“打开中华文明宝库的钥匙”以来，在3年零3个月之中，在国际重要会议、会谈、会见之中，6次提及“中医药”。事实证明，习近平总书记率先垂范，运用中医药这把“钥匙”引导世人打开中华文明宝库，将中医药的传播与交流纳入了“亲、诚、惠、容”的周边外交的运作体系，将中医药的传播与交流纳入了“讲信修睦、协和万邦”的国家战略和大政方针。

笔者认为，我国的思想家、政治家、学问家、企业家等，也应当见贤思齐，学习运用中医药这把“钥匙”，整合中医药五大优势资源，用“中国式办法”，解决国计民生问题，使之在当地经济社会发展中发挥重要作用。而作为“中医人”，更应珍视党和国家、人民的期望，放眼世界、胸怀全局，在国家中医药管理局领导下，更主动、更积极、更有效地运用中医学的理论与方法开展健康服务。在中医医疗、保健、科研、教育、文化、产业、国际交流各领域，努力研究与传播中医药文化和中医药知识技术，培养中医药优秀人才，研究与创造中医药先进科技成果，参与跨界融合的中医药健康服务，推动经济社会发展，昂首阔步地走上实现中华民族伟大复兴的“中国梦”的伟大征程。（孙光荣. 中国中医和印度阿育吠陀惊人相似[N]. 中国中医药报, 2014-11-07(001).）

改革也要辨证论治

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观

以提高改革决策科学性的要义（一）

【原文辑录】

顶层设计就是要对经济体制、政治体制、文化体制、社会体制、生态体制做出统筹的设计。统筹规划就是要提高改革决策的科学性，加强对各项改革关联性的研判，努力做到全面和局部相配套，治本和治标相结合，渐进和突破相促进。

改革也要辨证论治，既要养血润燥，化瘀行血，又要固本培元，壮筋续骨，使各项改革都能够发挥最大功能。

——辑自 2012 年 12 月 7 日至 11 日，习近平总书记在广东考察工作时的谈话

【关键词语】

1. 顶层设计：工程学术语，现已转化为政治用语。本义是运用系统论的方法，追根溯源、统揽全局，从全局高度对任务或项目的各方面、各层次、各要素通盘设计，集中有效资源，以期高效快捷地实现目标。其特征主要有三：一是“顶层决定性”，核心理念与目标源自顶层，自高端向低端展开设计，顶层决定底层，高端决定低端；二是“整体关联性”，强调设计对象内部要素之间围绕核心理念和顶层目标所形成的关联、匹配和有机衔接；三是“可操作性”，要求表述简洁明确，设计要具备各环节的可操作性。

2. 统筹规划：方法学名词。指以整体观对交织于整体与部分、部分与部分之间的问题进行综合分析并合理组织、整合、配置、调度资源以解决问题的方法。统筹规划的关键有五：一是制定整体规划，二是制定实施计划，三是优化资源配置，四是规范执行程序 and 标准，五是制定应急预案。

3. 治本和治标相结合：《素问·标本病传论》曰：“病有标本”。标，树梢，引申为非本质的、次要的病因、证候；本，树根，引申为本质的、主要的病因、证候。中医学所说的“标本”是相对概念，是主次关系，而且在不同范畴的表述，其含义不同，通常所指是：体内为本，体表为标；正气为本，邪气为标；病因为本，病状为标；先病为本，后病为标，旧病为本，新病为标等。中医治病必须坚持《素问·阴阳应象大论》提出的“治病必求其本”的原则。辨明标本，是为了分清矛盾的主次，明晰病情的轻重缓急，从而确定组方用药的原则和“治序标本”。病势急迫则先标后本，即“急则治其标”；病势趋缓则先本后标，即“缓则治其本”；病势急迫而又本元亏损则必须“治本和治标相结合”，即“标本同治”，或称“标本兼治”。

4. 辨证论治：中医诊疗术语。是中医运用理、法、方、药于诊治病证的全过程概括，这是中医学术的基本特点。又称“辨证施治”。辨证，是综合“望闻问切”四诊采集的临证信息，辨明病因、病性、病位、病势，诊断病证；论治，是在辨证的基础上，制定治疗方案，确立治则治法并组方用药。通俗而言之，“辨证论治”就是通过看、听、问、查，掌握临床表现的第一手资料，通过综合分析

进行关联性的研判：患的是什么病证？病因是什么？病证的关键在何处？与脏腑经络、四肢百骸有何关联？病情发展的态势是属于顺、逆、生、死？分清标本缓急，然后采取相应的、有效的治疗措施。

5. 养血润燥：中医治法名。指运用滋阴、养血、生津、润燥的方药治疗血虚所致燥热证的方法。

6. 化瘀行血：中医治法名。又称活血化瘀、祛瘀活血、去瘀生新。指用活血、祛瘀的方药，促进血脉流畅，治疗血瘀证的方法。

7. 固本培元：中医治法名。本，根本。《灵枢·刺节真邪》说：“真气者，所受于天，与谷气并而充身者也”，故《医宗必读》曰：“肾为先天之本，脾为后天之本”；元，元气。《素问·宝命全形论》曰：“夫人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人”，《奇经八脉考》曰：“任督二脉，人身之子午也，此元气之所由生，真息之所由起”。“固本培元”，就是通过补肾（先天）健脾（后天）来补充和恢复元气的方法。

8. 壮筋续骨：中医治法名。指用补益肝肾、活血通络、强壮筋骨的方药治疗跌打损伤属于肝肾不足、气虚血瘀证的方法。

【解读释义】

改革，古今中外年年月月都在探索，都在实践。汉·扬雄《太玄·玄莹》曰：“有因有循，有革有化。因而循之，与道神之；革而化之，与时宜之。故因而能革，天道乃得；革而能因，天道乃驯。夫物不因不生，不革不成”。改革的实质就是整顿，就是矫正，就是兴利除弊，就是革故鼎新，也就是给一个国家或地区的体制机制、经济社会祛邪治病，用以促进社会的公平正义，使国家健康发展，使人民安居乐业。所以，习近平总书记强调指出：“在整个社会主义现代化进程中，我们都要高举改革开放的旗帜，决不能有丝毫动摇。”这，就是炎黄子孙坚决走中国特色社会主义道路的定海神针！

必须清醒地认识到，我们的改革现在已经到了一个新的历史关头，正如习近平总书记所说：“中国改革经过三十多年，已经进入深水区，可以说，容易的、皆大欢喜的改革已经完成了，好吃的肉都吃掉了，剩下的都是难啃的硬骨头”。因此，他要求“全党要坚定信心，以更大的政治勇气和智慧、更有力的措施和办法推进改革”。也就是要敢于啃硬骨头，敢于涉险滩头，敢于治疗积存多年的沉痾痼疾，攻坚克难、勇往直前，夺取全面深化改革攻坚战伟大胜利！

习近平总书记在广东考察工作时的上述讲话，就是从改革方案总体设计的角度指出：改革首先要针对经济、政治、文化、社会、生态五大体制做好顶层设计，也就是要“在加强对各项改革关联性的研判”的基础上，“努力做到全面和局部相配套”，做好“治本和治标相结合，渐进和突破相促进”的统筹规划，“提高改革决策的科学性”。

“改革决策的科学性”由何而来？习近平总书记说“改革也要辨证论治”。中医治病，首先必须辨证。辨证，就是通过望闻问切，将采集的临床信息，进行四诊合参，运用“阴阳、表里、寒热、虚实”等各种辨证纲领，辨明病因、病性、病位、病势，给出诊断，从而制定正确的治疗方案。同理，改革也要辨证，就是要通过调研、考察、咨询、讨论的“望闻问切”，将采集的存在问题、需要改革的信息，进行汇总、剖析，在依法治国、依法行政的前提下，辨明当前主要问题和困难的产生原因究竟是共性的还是个性的；问题和困难的性质究竟是主观的还是客观的，是“标证”还是“本证”，是要“急治”还是“缓治”；产生问题和

困难的关键究竟是来自体制机制不健全还是来自“乱作为”或“不作为”，根源究竟是在上层还是在基层；问题和困难延续的后果究竟是影响局部还是影响全局等等，通过集思广益的辨证，给出明确的“诊断”。

根据“诊断”结果，周密考虑各利益相关方的改革指向、改革责任、改革障碍、改革力度、改革损益，深入进行“对各项改革关联性的研判”，统筹规划，做好改革的顶层设计。“急则治其标，缓则治其本”，使之“治本和治标相结合”；“本虚渐补，标实急攻”，使之“渐进和突破相促进”。惟其如此，才能“提高改革决策的科学性”。

就一个地方、一个行业、一个项目而言，改革的“辨证论治”就应视其具体情况采取具体措施：可以招商引资、开源增效以“养血润燥”；可以整纲肃纪、简政放权以“化瘀行血”；可以完善体制机制、改善党风政风以“固本培元”；可以就地取材确立经济、政治、文化、社会、生态的共建重大项目，跨界融合以“壮筋续骨”，从而“使各项改革都能够发挥最大功能。”

《易》曰：“天行健，君子以自强不息”。全面深化改革，是我们顺应世界发展大势的必然的、正确的选择，也是抓住机遇、抢占未来发展制高点的必然的、正确的选择。停顿没有出路，倒退没有出路，僵化没有出路，懈怠没有出路，唯有紧密团结在以习近平总书记为总书记的党中央周围自强不息，坚持辨证论治式的改革，坚定不移地朝着中华民族伟大复兴目标奋勇前进，才是我们中华儿女应当勇往直前的光明、正确、前景辉煌的大道。（孙光荣. 改革也要辨证论治[N]. 中国中医药报, 2014-11-14(001).）

不拿出壮士断腕的勇气 病入膏肓还怎么治

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观

以提高改革决策科学性的要义（二）

【原文辑录】

现在不拿出壮士断腕的勇气，将来付出的代价必然更大。病入膏肓那还怎么治啊？正所谓“在肓之上，膏之下，攻之不可，达之不及，药不至焉，不可为也”。

——辑自2013年2月，习近平总书记在中央经济工作会议上关于调整产业结构、化解产能过剩的讲话

【关键词语】

1. 壮士断腕：指勇士手指被毒蛇咬伤，就立即截断手腕，以免毒性蔓延全身，即切断中毒的腕部以确保生命整体健康。此喻对阻碍发展的局部毫不迟疑、决不姑息、当机立断地裁撤，以确保大局的平稳和可持续发展。

2. 病入膏肓：膏肓（gāo huāng，音“高荒”），古代以心尖脂肪为“膏”，心脏与膈膜之间为“肓”。膏肓之间是药力达不到之处，病入膏肓即病情十分严重，无法医治，比喻事情到了无法挽救的地步。

《左传·成公十年》：“公（晋景公）疾病，求医于秦。秦伯使医缓（名叫“缓”的医生）为之。未至，公梦疾为二竖子（晋景公梦见疾病变成两个小孩儿），曰：‘彼良医也，惧伤我，焉逃之？’其一曰：‘居肓之上，膏之下，若我何？’医至，曰：‘疾不可为也。在肓之上，膏之下，攻之不可，达之不及，药不至焉，不可为也。’公曰：‘良医也！’厚为之礼而归之。”

【解读释义】

习近平总书记上述讲话严词切责、语重心长地指出了我国经济工作中当前和今后一个时期最突出的问题是：调整产业结构，化解产能过剩。

清·魏源《默觚·学篇二》曰：“及之而后知，履之而后艰。”经过一段时期的掠夺式、粗放式、耗散式的开发和经营之后，党和国家以及广大人民群众已经警醒，逐步形成了共识：不固护生态环境的发展不可持续，高耗能、高排放的产业不可持续，效率低下、效益低徊、浪费严重的项目不可持续，只顾数量不顾质量的产品不可持续。如果放任自流、任其扩散，其结果只能是破坏可持续发展的资源，损害可持续发展的动力，失去国际竞争的实力，“吃了子孙的饭，断了子孙的路”。那就正所谓“在肓之上，膏之下，攻之不可，达之不及，药不至焉，不可为也”。所以，习近平总书记向各级领导和人民群众提出明确的警示：“病入膏肓那还怎么治呢？”

现在部分项目造成生态失衡等情况已是“毒蛇噬指”，但还没有达到“疾不可为”的阶段，习近平总书记基于科学预见，强调指出：“现在不拿出壮士断腕的勇气，将来付出的代价必然更大”。所以，党中央、国务院决定尊重经济发展规律、强化市场资源配置功能，分业施策、多管齐下、标本兼治，消化一批、转移一批、整合一批、淘汰一批结构不合理、产能过剩的产业。与此同时，改造提

升传统制造业，培育发展战略性新兴产业，加快发展服务业，加强新能源和可再生能源、综合运输体系、城乡公共基础设施建设，构建现代产业发展新体系。

同理，中医药界乃至医药卫生界，也或多或少存在类似的问题。部分医院不顾客观需求盲目扩大规模、甚至完全依赖贷款肆意扩建，部分药材基地不顾时令、产地、药用有效部分生产、采集、营销药材，部分高等院校不按照中医药人才成长规律设置学科和编著教材，甚至降低中医药经典和中医临床专业的课时比重等等。

业界必须早调研、早发觉、早研究，早下决心，立足中医药事业发展，胸怀中华民族伟大复兴大局，全力促进将发展中医药事业纳入国家战略。唯有同心协力、实事求是地按照中医药自身发展规律努力奋斗，才能赢得中医药事业可持续发展的科学发展！

研读上述讲话，我们进一步认识到习近平总书记善于将中华文化、传统智慧和中医理念运用于治国理政，这是一种认识论和方法论的升华，我们中医人更应该认真学习、深刻领会、灵活运用这种认识论和方法论，将习近平总书记治国理政的理念和方法运用到推动中医药学术进步和促进中医药事业发展中来。（孙光荣. 不拿壮士断腕勇气病入膏肓还怎么治[N]. 中国中医药报, 2014-11-21(001).）

城镇化要注意解决消化不良问题

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观

以提高改革决策科学性的要义（三）

【原文辑录】

要注意解决消化不良问题，消化胃里的积食，不要再大口进食，否则是要脘腹痞胀、宿食不化的！

现在，到很多地方去看，都是大马路、大广场、大绿地、大园区，土地利用率很低。这不是强壮，而是虚胖，得了虚胖症，看着体积很大，实际上外强中干、真阳不足、脾气虚弱。

——辑自 2013 年 12 月，习近平在中央城镇化工作会议上谈推进农业转移人口市民化时的讲话

【关键词语】

1. 脘腹痞胀：简称“痞胀”，中医证名。指胃脘痞满、腹胀如鼓的病证。常见症状是：脘腹痞闷、饱胀、喜揉按，神疲乏力，四肢困倦，厌食油腻，大便溏薄，舌质胖淡、舌苔薄腻，脉数或濡数。多因湿热损伤脾阴，或因中气下陷、升降失常，脾失健运所致，亦可由痞证久延，气血瘀阻而成。

2. 宿食不化：简称“宿食”，中医证名。指饮食停积胃肠、经宿不化的病证。伤食病、积食症、小儿脾疳及西医之“慢性消化不良”等，均属本证范畴。常见症状是：胸脘闷胀，不思饮食，噎腐吞酸，大便溏稀或硬结，舌苔厚腻，脉细或濡细。多因饮食过多尤其是夜餐酒食过饱，加之脾虚不能运化，使饮食停积于肠胃、滞而不化所致。

3. 虚胖症：多为脾虚湿阻证或脾肾阳虚证。常见症状是：面色晄白或白中带青，少气懒言，食少易疲，多梦易醒，体型肥胖，皮肤松弛，赘肉浮晃，肢冷尿清。

4. 真阳不足：又称“肾阳不足”，中医证名。由于肾主纳气、主水、主生殖，病久伤及肾中之阳，阳不制阴而致阴寒内盛，出现真阳虚亏诸证。常见症状是：脉沉迟无力，尺脉尤虚；面色晄白，唇舌淡白，喘咳身肿；头眩自汗，形寒肢冷，腹大胫肿，食少便溏，甚或五更泄泻；阳萎早泄、精冷不育，或宫冷不孕。

5. 脾气虚弱：又称“脾虚气弱”，中医证名。泛指由于饮食失调、劳累过度，久病体虚所引起的脾失健运或脾不统血诸证。常见症状是：面黯无华或浮肿，神疲乏力，少气懒言，形寒肢冷，身倦力乏，纳少腹胀，食后胀甚，腹痛绵绵，喜温喜按，大便溏稀，甚或久泻脱肛、便血，小便短少；女子兼见白带多而清稀，月经过多、崩漏，甚或子宫脱垂。脉细无力，舌苔淡白或白滑。

【解读释义】

改革开放 30 余年来探索和实践的积累，以及国际经验的借鉴，使我们逐步认识到，当前形势下推进城镇化，有利于释放巨大内需潜力、提高劳动生产率、破解城乡二元结构、促进社会公平和共同富裕、提高居民素质，有利于我国和世

界经济发展及生态环境的保护与利用。因此，中央城镇化工作会议阐明：“城镇化是现代化的必由之路。推进城镇化是解决农业、农村、农民问题的重要途径，是推动区域协调发展的有力支撑，是扩大内需和促进产业升级的重要抓手，对全面建成小康社会、加快推进社会主义现代化具有重大现实意义和深远历史意义。”

统计表明：到 2012 年，我国城镇人口已经达到 7.1 亿，接近全国人口总数的 55%，表明我国城镇化率基本达到世界平均水平。但是，城镇化是一个自然历史过程，是我国经济社会发展必然要走的一步。而且，在一个有 13 亿人口的发展中大国实现城镇化，可谓史无前例！这就需要把脉，需要辨证，需要抓住城镇化已经出现或者将要出现的主要矛盾。习近平总书记在中央城镇化工作会议上的讲话，在明确推进城镇化的指导思想、主要目标、基本原则、重点任务的前提下，娴熟地、精准地、高超地运用中医观辨识了城镇化工作中的“积滞”病证。一针见血地指出，要推进城镇化，首先“要注意解决消化不良问题”。

任何事物的发生、发展，都有其自身规律，城镇化也有城镇化的规律。就决策、规划的角度而言，城镇化实质上是对长期以来存在的“三农”（农业、农村、农民）问题的综合解决方案，是改革，是建设，是治理。但天南海北“地有方宜”，城镇化的方案就应当适应客观情况，正如同中医组方用药要“因人因时因地制宜”。当地的人文传统、民情风俗、民族习惯、气候特点、地理环境、生态特质、产业布局等等，是城镇化的决策、规划的重要元素。唯有坚持尊重自然、顺应自然、天人合一的理念，依托现有山水脉络等独特风光，“让城市融入大自然，让居民望得见山、看得见水、记得住乡愁”，才是“以人为本”的城镇化。

但是，过往在 GDP 至上的思想催化下，城镇化“贷”字为底、“拆”字当头，主要追求“高、大、广、洋、杂、闹、奇”，迷失了城镇化的根本目标。因之，习近平总书记实事求是地揭示：“现在，到很多地方去看，都是大马路、大广场、大绿地、大园区，土地利用率很低。”由于这种所谓“城镇化”，实际上脱离了当地的经济基础，脱离了当地的人文传统，脱离了当地的自然环境，致使一些地方造出了得不偿失的“鬼屋”、“鬼街”、“鬼城”。

这是什么“病证”？习近平总书记明确指出：“这不是强壮，而是虚胖，得了虚胖症，看着体积很大，实际上外强中干、真阳不足、脾气虚弱。”习总书记的话鞭辟入里，真是当头棒喝、振聋发聩！

虚胖，就是表面上体型肥胖，而实际上皮肤松弛、赘肉浮晃、头眩自汗、少气懒言、食少便溏、形寒肢冷、腹大胫肿。也就是说，这样的城镇化表面上“看着体积很大，实际上外强中干”，城镇管理、居民素质、环境治理、经济发展、文化教育、医疗卫生等“真阳不足”，土地利用率低、居民就业率低、居民生活质量低，确实是“脾气虚弱”。

如何“补脾健胃”、“消积导滞”？习近平总书记给予了警示：“消化胃里的积食，不要再大口进食，否则是要脘腹痞胀、宿食不化的！”所以，中央城镇化工作会议提出：“推进城镇化必须从我国社会主义初级阶段基本国情出发，遵循规律，因势利导，使城镇化成为一个顺势而为、水到渠成的发展过程。”要求从“推进农业转移人口市民化、提高城镇建设用地利用效率、建立多元可持续的资金保障机制、优化城镇化布局和形态、提高城镇建设水平、加强对城镇化的管理”六个方面实施城镇化。城镇化不要急于求成，不要拔苗助长。唯有方向明、步子稳、措施实，进程才能既积极、又稳妥、更扎实。

西晋葛洪《抱朴子·地真》曰：“至人（圣人）消未起之患，治未病之

疾。”习近平总书记的上述讲话就是为了“消未起之患，治未病之疾”。深信德者能明之，智者能行之。（孙光荣. 城镇化要注意解决消化不良问题[N]. 中国中医药报, 2014-11-28(001).）

拿出精气神，保持奋发有为精神状态

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观指导干部作风建设的主旨

（一）

【原文辑录】

面对复杂多变的形势和艰巨繁重的任务，全党同志特别是各级领导干部要拿出精气神来，保持奋发有为的精神状态，勇于实践，不辱使命，努力做出经得起实践、人民、历史检验的实绩。

——辑自 2012 年 12 月，习近平总书记在中央经济工作会议上的讲话

【关键词语】

精气神：原本是中国古代哲学概念，指形成宇宙万物的原始物质；道家吸纳、融会成为修炼内丹的概念，谓“天有三宝日、月、星；地有三宝水、火、风；人有三宝神、气、精”；中医学吸纳、融会为主要生命元素，即人体生命活动的根本。“精”，是人体生命组织的精华。有“先天之精”、“后天之精”之别，禀受于父母、与生俱来的是“先天之精”；受纳于水谷、由脾胃运化吸收的精微物质是“后天之精”。“气”，是人体生命组织的原动力。亦有“先天之气”、“后天之气”之别，受之于胎养、先天原火推动的原发性之气（“炁”）是“先天之气”；得之于呼吸、获自宇宙空间外在之气（氧气）的补给性之气是“后天之气”。“神”，原指天地万物的创造者或主宰者，中医指主宰精神、知觉、运动等一切生命活动的魂、魄、意、志、思、虑、智。《素问·移精变气论》强调：“得神者昌，失神者亡。”。

【解读释义】

习近平总书记的上述讲话，明确指出了全党同志特别是各级领导干部在作风建设和自身修养方面应特别注重的三个问题：一是要认清形势与责任，是“面对复杂多变的形势和艰巨繁重的任务”；二是要致力自重与自强，“要拿出精气神来，保持奋发有为的精神状态”；三是要强调担当与作为，要“勇于实践，不辱使命，努力做出经得起实践、人民、历史检验的实绩”。

《灵枢·本神篇》曰：“天之在我者德也，地之在我者气也，德流气薄而生者也。故生之来谓之精，两精相抟（tuán，团）谓之神。”精气神，是中华民族原创的健康理念，概括了人体生命活动的基本要素。中医学认为，精气神是生命的根本，是健康的基础，是活力的源泉。精亏、气虚、神疲，必然导致疾病与衰老；精充、气足、神全，必然促成健康与长寿。

人的成长和生存需要精气神，改革和建设同样需要精气神。精气神，是个人、团队、机构、行业、地区乃至国家奋发向上的动力源泉。有了精气神，就会有理想、有追求、有胆识、有魄力、有风采、有希望，就富有生机和活力，就会不断进取和开拓。一旦精气神懈怠、涣散，就会丧失信心、萎靡不振，就会不求进取、无所作为。因此，就人体而言，保有、充实、提振精气神，是预防疾病、维护健康、延年益寿的前提；就国家、事业而言，保有、充实、提振精气神，是凝聚共

识、合力兴业、实干兴邦、致力实现中华民族伟大复兴的“中国梦”的前提。

在实现中华民族伟大复兴的“中国梦”的征程中，我们必将面临“复杂多变的形势和艰巨繁重的任务”，没有充实的物质基础不行，没有充足的精神力量更不行。如果萎靡不振、徘徊观望、趑趄不前，就会失去史无前例的战略机遇期。所以，习近平总书记在中央经济工作会议上发出号召：“全党同志特别是各级领导干部要拿出精气神来，保持奋发有为的精神状态。”

怎样才能保有、充实、提振精气神？就人体而言，必须善于养生、防病，不能“贪嗔痴”。就党员和干部作风建设而言，就必须善于养正气、防腐败，不能“骄妄纵”。《韩诗外传》曰：“人有三死而非命也者，自取之也：居处不理，饮食不节，佚劳过度者，病共杀之；居下而好干上，嗜欲无厌，求索不止者，刑共杀之；少以犯众，弱以侮强，怠不勤者，兵共杀之。”所以，要有充足的精气神，首先就要保有无嗜欲、无贪求、为祖国、为人民的浩然正气。因此，习近平总书记谆谆告诫：“对各类困难群众，我们要格外关注、格外关爱、格外关心，时刻把他们的安危冷暖放在心上，关心他们的疾苦，千方百计帮助他们排忧解难。郑板桥有一首诗写道：‘衙斋卧听萧萧竹，疑是民间疾苦声。些小吾曹州县吏，一枝一叶总关情。’我们共产党人对人民群众的疾苦更要有这样的情怀，要有仁爱之心、关爱之心，更多关注困难群众，不断提高全体人民生活水平。”

保有、充实、提振了精气神应该如何作为？既不能不作为，也不能乱作为。习近平总书记提出了“政贵有恒”的施政原则，要求：“为官一方，为政一时，既要大胆开展工作、锐意进取，又要保持大局稳定和工作连续性。看准了的要及时调整和完善，但不要换一届领导就兜底翻，更不要为了显示所谓政绩去另搞一套，真正做到一张好的蓝图一干到底，不折腾，不反复，切实干出成效来。”这就是抓住一个字：“实”；突出一个词：“实绩”。

如何检验实绩？习近平总书记基于以人为本、执政为民的理念，明确告之：“检验我们一切工作的成效，最终都要看人民是否真正得到了实惠，人民生活是否真正得到了改善，这是坚持立党为公、执政为民的本质要求，是党和人民事业不断发展的重要保证。”

联系到我们中医药工作的实际，同样应当遵循习近平总书记的指引。国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强在全国中医药工作会议上强调：“习近平总书记在中央经济工作会议上要求全党同志特别是各级领导干部，要拿出精气神来，保持奋发有为的精神状态。什么是中医药人的精气神呢？我认为，是中医药人在中医药文化熏陶下形成的对工作的内在主动性和积极性，是一股干事创业的气势，是一种敢于拼搏的勇气，是一种对事业孜孜追求、无私奉献，对工作锲而不舍、百折不挠的精神。”让我们共同努力，提振“精气神”，激发新活力，为中医药学术进步和中医药事业发展尽心尽力，作出新贡献。（孙光荣. 拿出精气神，保持奋发有为精神状态[N]. 中国中医药报, 2014-12-05(001).）

作风建设，当力戒肝风内动、血虚生风

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观指导干部作风建设的主旨

（二）

【原文辑录】

中央之所以要抓住改进作风来推进党的建设，是因为形式主义、官僚主义、享乐主义等问题实际上是党内存在的突出矛盾和问题的突出特征。用中医的话来说，就是“肝风内动”、“血虚生风”。

——辑自 2013 年 2 月，习近平总书记在党的十八届二中全会上的讲话

【关键词语】

1. 肝风内动：中医证名。肝风即内风。阴虚则阳亢，阴不潜阳则肝风内窜，水不涵木则肝风上扰。常见症状是：眩晕、震颤、抽搐、痉挛等。

2. 血虚生风：中医证名。因血液亏虚而致经脉肌肤失养的诸风证候。常见症状是：肢体麻木、手足痉挛或震颤、皮肤瘙痒、面白、舌淡、脉细。

【解读释义】

习近平总书记上述讲话，以中医术语“肝风内动”、“血虚生风”形象地、一针见血地指出了党内存在的“突出矛盾”和问题的“突出特征”是：形式主义、官僚主义、享乐主义等。

“形式主义”，若从字面上看，只是喜欢在工作中做做样子而已，仅仅是工作作风问题，似乎无大危害。其实，形式主义是一个严肃的政治问题，严重阻碍了改革开放和现代化建设事业进程，影响恶劣，后患无穷，是中国共产党一贯坚决反对的，也是人民群众深恶痛绝的。近年来，中央三令五申反对形式主义，但还是有少部分地方、个人恶习难改以致屡禁不止，甚至改头换面、变本加厉，出现五花八门的形式主义。比如：“理论学习做装潢，文山会海唱空腔，只求媒体留声影，空话套话一箩筐；跟风刮风一阵风，脱离实际无主张，计划制度怎落实？纸上墙上和嘴上；面子形象大工程，劳民伤财发虚胖，急功近利图虚名，自欺欺人报假账；投上所好只唯上，压下所求亦为上，浮光掠影飘飘然，为官一任亏一方。”这些都是因为没有遵循党纪国法的引导与制约所造成的，做虚功、图虚名，其结果是劳民伤财，害人、害己、误党、误国。

“官僚主义”，若从字面上看，似乎只是摆摆官谱、耍耍官威、打打官腔而已，仅仅是个人做派问题，对党和国家还不至于造成“气血两虚”的危害。其实，官僚主义是背离中国共产党执政为民根本宗旨的最突出问题，也是执政党的最主要危险。改革开放以来，特别是深入开展以为民、务实、清廉为主要内容的党的群众路线教育实践活动以来，党中央和各级党组织在反对官僚主义方面做了大量工作，取得了显著成绩。但还是有少部分地方、个人仍然程度不同地存在着官僚主义倾向。比如：“老子高高坐在上，独断专行一言堂，强制命令爱训人，民主集中摆摆样；脱离群众和实际，盲目决策瞎挥棒，调查研究走过场，拉帮结派结私网；弄虚作假欺上下，推诿扯皮斗四方，滥用职权违法纪，吃拿卡要是强项。”这些都是因为脱离党的“为人民服务”的宗旨、脱离了人民群众、脱离了实际情

况所造成的，做官当老爷，既不了解实际情况，又不关心群众疾苦，严重地损害了党和人民的血肉相连的关系。

享乐主义，若从字面上看，似乎只是热衷快乐、追求快乐、享受快乐而已，只是个人的生活方式问题。其实，享乐主义是对党、国家以及干部群众毒性最强的腐蚀剂，具有成瘾性，易犯难戒。中国共产党历来提倡艰苦朴素的生活作风，开展党的群众路线教育实践活动以来，党中央和各级党组织严厉惩戒了享乐主义，但是少部分地方、个人依然存在着形形色色的享乐主义表现。比如：“精神萎靡思想空，懒字当头图轻松，浑浑噩噩不进取，做天和尚撞天钟；个人利益摆第一，贪图安逸不进取，怕苦怕累怕负责，待遇稍差撒怨气；比阔气又讲排场，吃喝玩乐全在行，声色犬马找刺激，花天酒地混一场。”这些都是因为违背了党的章程、违背了传统道德、违背了人民期望所造成的，做官混日子，既不为民，又不律己，严重地损害了党的形象和中华优秀传统文化。

上述形式主义、官僚主义、享乐主义，缘于体制机制上的“肝风内动”，出现政治思想上的“眩晕、震颤”，导致工作上的“肢体麻木、手足痉挛、皮肤瘙痒、抽搐痉挛”。鉴于形式主义、官僚主义、享乐主义表现形式的多样性及其产生原因的复杂性，反对形式主义、官僚主义、享乐主义也必须进行综合治理：一是要端正思想路线。坚持实事求是的思想路线以反对形式主义，坚持执政为民的思想路线以反对官僚主义，坚持艰苦奋斗的思想路线以反对享乐主义；二是要强调示范作用。坚持领导机关和领导干部在务实求实、为民惠民、朴实朴素方面做出样子、树立标杆，彰显和率领干部群众真心实意走中国特色社会主义道路；三是要深化干部制度改革。进一步改革、完善、健全干部选拔、考核、任免制度，正如同要养阴潜阳、滋阴养血，才能真正治愈“肝风内动”、才能不致“血虚生风”一样，就是“要抓住改进作风来推进党的建设”以扶“正气”，使之不敢、不能、不想感染形式主义、官僚主义、享乐主义的“邪气”。此乃治本之策！（孙光荣．作风建设，当力戒肝风内动、血虚生风[N]．中国中医药报, 2014-12-12(001).）

治治病，坚持区别情况对症下药

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观指导干部作风建设的主旨

（三）

【原文辑录】

治治病，主要是坚持惩前毖后、治病救人方针，区别情况、对症下药，对作风方面存在问题的党员、干部进行教育提醒，对问题严重的进行查处，对不正之风和突出问题进行专项治理。

——辑自 2013 年 6 月 18 日，习近平总书记在党的群众路线教育实践活动工作会议上的重要讲话

【关键词语】

对症下药：诊疗常用语。“下药”即“用药”。指医者针对病症用药，比喻针对问题的关键采取有效措施。通过辨证论治而对症下药的最早典型案例是《三国志·魏志·华佗传》之所载：“府吏倪寻、李延共止，俱头痛身热，所苦正同。佗曰：‘寻当下（泻）之，延当发汗。’或难（诘难）其异（治法差异），佗曰：‘寻外实（倪寻患表实证），延内实（李延患里实证），故治之宜殊。’即各与药，明旦并起（痊愈）”。

【解读释义】

习近平总书记的上述讲话，简要、明确地指出了关于干部作风建设的方针和方法。第一是方针：“主要是坚持惩前毖后、治病救人方针”。第二是方法：针对个体、群体的问题，分类、分级“治治病”，对作风方面存在问题的党员、干部，“进行教育提醒”；对问题严重的，“进行查处”；对不正之风和突出问题，“进行专项治理”。这就是辨证论治，也就是“区别情况、对症下药”。

为什么要开展党的群众路线教育实践活动？根本目的是为了加强干部作风建设，保持党的先进性和纯洁性，巩固党的执政基础和执政地位。这是实现党的十八大确定的奋斗目标的必然要求，也是解决群众反映强烈的突出问题的必然举措。“清吏治”，历来是治国理政的重中之重。《荀子·富国》曰：“（明君）修礼以齐朝，正法以齐官，平政以齐民，然后节奏齐于朝，百事齐于官，众庶齐于下”。意即英明的君主一定要修订礼制来整治朝纲，端正法制来整治官纪，公平处事来整治民风，由此才能使治国理政的决策一致，才能使官吏治理百事的尺度一致，才能使广大群众的民心民力一致。所以习近平总书记谆谆告诫：“人心向背关系党的生死存亡。党只有始终与人民心连心、同呼吸、共命运，始终依靠人民推动历史前进，才能做到坚如磐石”。开展党的群众路线教育实践活动，加强干部作风建设，是必须的、长期的、艰巨的政治任务。

如何加强干部作风建设？方针是惩前毖后、治病救人。“惩前”是为了“毖后”，“治病”是为了“救人”。习近平总书记强调：“总体上看，当前各级党组织和党员、干部贯彻执行党的群众路线情况是好的，党群干群关系也是好的，广大党员、干部在改革发展稳定各项工作中冲锋陷阵、忘我奉献，发挥了先锋模

范作用，赢得了广大人民群众肯定和拥护。这是主流，必须充分肯定。”但是，毋庸讳言，由于诱惑的侵蚀，由于私欲的膨胀，由于利益的驱动，党内脱离群众的现象确实存在，形式主义、官僚主义、享乐主义和奢靡之风这“四风”尖锐地摆在全党面前。为了健全党的灵魂和肌体，必须进行大排查、大检修、大扫除。

加强干部作风建设，重在自觉、自警、自律的自我教育。习近平总书记指出：“教育实践活动要着眼于自我净化、自我完善、自我革新、自我提高”，要以“照镜子、正衣冠、洗洗澡、治治病”为总要求。

这是既治“未病”、又治“已病”的总方案。

“照镜子”，是自觉对照检查。此喻古已有之，《新唐书·魏徵传》载：唐太宗曰：“以铜（镜）为鉴，可正衣冠；以古为鉴，可知兴替；以人为鉴，可明得失。”党的群众路线教育实践活动要求以党章为“镜”、以党纪为“镜”、以先进为“镜”、以民意“为镜”，照照自身的思想和言行，把存在的问题自己找出来、自己说出来。摆出问题、找出差距，自觉地明确自身的整改方向。

“正衣冠”，是自觉对照检查之后再自觉地端正自身的思想和言行。按照党章、党纪的要求，正视缺点和不足，触及思想、正视矛盾、端正行为，自己挖掘根源、自己砥砺思想、自己改正作风，自觉地保持共产党人的良好形象。

“洗洗澡”，是在不愿意、不真心、不够力于自己“照镜子”、“正衣冠”的情况下，党组织采取的进一步治疗措施，主要是以整风的精神开展批评和自我批评，同志们帮助你把问题照一照、找一找，通过“洗洗澡”的方式，帮助你深入分析产生问题的原因，帮助你清洗思想和行为上的污垢，帮助你把党性修养正一正，把党员义务理一理，把党纪国法紧一紧，以期帮助你保持共产党人的政治本色。

“治治病”，是在以上强调自我“保健”的三种措施都未能达到效果或病情严重的情况下，党组织采取的加强整治的方案。但还是“区别情况、对症下药”：属于作风方面存在的问题，进行教育提醒；属于性质严重的问题，要进行查处；属于一定范畴、一定层面的不正之风和突出问题，则必须进行专项治理。

“洗洗”、“治治”，属于现代汉语中的“动词重叠”，这是富有特色与表现力的语言形式，含有试一试、看一看、以观后效的意思，真实地表达了党中央对存在“四风”问题的同志给予关注、观察、警示、规制、帮助的“惩前毖后、治病救人”的意愿。但是，党中央的这种治未病、保健康的苦心孤诣是否都能深刻领会？如果执迷不悟、讳疾忌医，如果真病假治、大病小治，甚至妄图蒙混、掩饰、抵制过关，那就会贻误了治病的良机，冷漠了群众的关心，就可能使邪气由表及里，甚至病入膏肓。其问题的性质必然改变，其结果也必然走向预期的反面。

因此，党中央要求全党同志切实加强干部作风建设，取得风清气正的成效，让党放心，让群众满意。“照镜子、正衣冠、洗洗澡、治治病”绝不能看到问题躲着走、碰到矛盾绕着过，走走过场、流于形式，而必须主动、虚心、广泛地听取广大人民群众的意见与建议，让群众检验“治治病”的效果，从而保持、维系、厚植、光大中国共产党和人民群众心连心、同呼吸、共命运的光荣传统。（孙光荣：治治病，坚持区别情况对症下药[N]. 中国中医药报, 2014-12-19(001).）

帮助问题党员找准病症、对症下药

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观指导干部作风建设的主旨

（四）

【原文辑录】

人的身体有了毛病，就要看医生，就要打针吃药，重了还要动手术。人的思想和作风有了毛病，也必须抓紧治。如果讳疾忌医，就可能小病拖成大病，由病在表皮发展到病入膏肓，最终无药可治，正所谓“禁微则易，救末者难”。

各级党组织要采取有力措施，帮助有问题的党员、干部找准“病症”，对症下药，该吃中药的吃中药，该吃西药的吃西药，或者中西医结合，该动手术的动手术，切实体现从严治党的要求。

——辑自 2013 年 6 月，习近平总书记在党的群众路线教育实践活动工作会议上的讲话

【关键词语】

禁微则易，救末者难：微，初始、微细；末，末端、终极。将歪风邪气禁制于初始的、微细的阶段比较容易，拯救于泛滥成灾之末端的、终极的阶段就非常困难。范晔《后汉书·桓荣丁鸿列传第二十七》载东汉太常（掌管礼乐社稷、宗庙礼仪的官职）丁鸿（东汉时期的名儒）呈汉和帝奏疏曰：“夫坏崖破岩之水，源自涓涓；干云蔽日之木，起于葱青。禁微则易，救末者难，人莫不忽于微细，以致其大。恩不忍诲，义不忍割，去事之后，未然之明镜也。”此即防微杜渐之意，也就是中医学倡导的“治未病”思想。小病早治，无病早防；小节易纠正，大错难拯救。人的道德修养、言行自律也与防病治病一样，必须由小见大、识邪防邪、扶正防邪，才能保持人的肌体健康，避免因小失大。

【解读释义】

习近平总书记上述讲话用“治病”喻“治党”，阐明了三个要点：一是从需求上讲，必须抓紧治；二是从态势上讲，必须尽早治；三是从力度上讲，必须从严治。而且，这三个要点环环相扣，逻辑缜密。

为什么必须抓紧治？这是至关重要的“就医”的意愿与态度问题。《史记·扁鹊仓公列传》曰：“病有六不治：骄恣不论于理，一不治也；轻身重财，二不治也；衣食不能适，三不治也；阴阳并，脏气不定，四不治也；形羸不能服药，五不治也；信巫不信医，六不治也。”同理，在一个地方、一个组织、一个体系中发生疾病之后，如果不主动就医、不积极诊治，甚至自以为是、强词夺理、文过饰非、制造虚誉漠视民生、主旨不明方向错乱、寅支卯粮入不敷出、自信缺失盲目跟风等等，也就必然导致“不治”。所以，习近平总书记强调指出：“人的身体有了毛病，就要看医生，就要打针吃药，重了还要动手术。人的思想和作风有了毛病，也必须抓紧治。”

为什么必须尽早治？凡事都要把握时机，何谓时机？《三国志·魏书》言：“难得而易失者，时也；时至而不旋踵者，机也。”治党与治病一样，要善于把

握时机，当机立断。任何事物都有一个发生发展的过程，病邪入于腠理，如不治才入侵脏腑经络，若再不治才病入膏肓。习近平总书记透彻地剖析道：“如果讳疾忌医，就可能小病拖成大病，由病在表皮发展到病入膏肓，最终无药可治，正所谓‘禁微则易，救末者难’。”这契合了中医学“治未病”思想，《黄帝内经·素问·四气调神大论》曰：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎？”治党与治病都应重在“禁微”，不能延误，以免积重难返。尽早治疗，就是从量变开始阶段即着手矫正，将不良的思想作风消灭在萌芽阶段，防止其蔓延发展，才不会引出质变的不可救药之后果。

为什么必须从严治？因为正邪不两立！中国共产党旨在凝聚亿万人民为实现伟大的中华民族复兴的“中国梦”而共同奋斗，就必须保持党的先进性、纯洁性，要保持党的先进性、纯洁性，就必须从严治党。但是，干部作风建设中遇到的问题既有普遍性，也有差异性，绝不能“一药痊众疾，一方治百病”，而必须找准病因、分析病情、把握病机、明确证候，然后因人、因时、因地制宜地组方用药，也就是要具体问题具体分析，讲究方式方法。所以，习近平总书记要求“帮助有问题的党员、干部找准‘病症’，对症下药，该吃中药的吃中药，该吃西药的吃西药，或者中西医结合，该动手术的动手术”，这就是中医学的辨证论治。无论运用何种办法，总的要求是：“各级党组织要采取有力措施”，“切实体现从严治党的要求”。也就是要求确保干部作风建设不虚、不空、不偏、不走过场，都必须见真章、动真格，深挖病根，较真碰硬，消积除弊。

习近平总书记严正指出：“如果管党不力、治党不严，人民群众反映强烈的党内突出问题得不到解决，那我们党迟早会失去执政资格，不可避免被历史淘汰。这绝不是危言耸听。”所以，党的干部作风问题，必须抓紧治、尽早治、从严治。唯有通过从严治党，才能不断自我净化、自我完善、自我革新、自我提高，实现干部清正、政府清廉、政治清明，始终保持党的纯洁性先进性，确保党始终成为事业的坚强领导核心。

联系到医药卫生领域，党风廉政建设和反腐败斗争在组织上、思想上、行动上均大力推进，取得了明显的成效。国家卫生和计划生育委员会主任李斌同志认为：“总书记的重要讲话，立意高远、思想深刻，充分表明了党中央坚持党要管党、从严治党的鲜明态度，体现了我们党适应时代发展要求、保持党的先进性和纯洁性的高度自觉，具有很强的思想性、针对性和指导性，是新形势下加强作风建设、推进从严治党的基本遵循。我们要把深入学习贯彻总书记重要讲话精神作为当前重要的政治任务，深刻领会思想精髓，结合实际抓好贯彻落实。”10月15日，国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强同志，代表委教育实践活动领导小组在全国卫生计生系统党的群众路线教育实践活动行业指导工作总结视频会议上指出：“作风建设没有完成时，作风建设永远在路上。必须保持清醒的认识，深刻认识到活动收尾绝不是作风建设收场，必须以锲而不舍、驰而不息的决心和毅力，通过创新体制机制，不断改进工作作风，密切党同群众的血肉联系。第一，要认真学习贯彻习近平总书记重要讲话精神。切实把讲话精神落到实处，不断增强自我净化、自我完善、自我革新、自我提高的能力，不断提高党的领导能力和执政能力、保持和发展党的先进性和纯洁性。第二，要持续深化整改，进一步做好建章立制工作。切实兑现向群众作出的庄重承诺，已经整改的，要巩固成果、防止反弹；正在整改的，要加大力度、抓紧抓好；尚未整改的，要尽快整改、落实到位。要把这次活动总结的好经验、好作法、好作风保持

和发扬下去，并在建章立制上下功夫。第三，要坚持从严治党，切实落实党建工作责任制。切实落实‘党委抓、书记抓、一级抓一级、层层抓落实’的党建工作责任制，坚持党建工作和中心工作一起谋划、一起部署、一起考核。”

一滴水可以折射出太阳的光辉，一个部委的工作可以映照出国家的气象。全国各地、各行、各业也和国家卫生和计划生育委员会一样，正在遵循党中央的统一部署，学习、贯彻、落实习近平总书记重要讲话精神，切实加强党风廉政建设和反腐败斗争，坚定地走在建设政治清明、政府清廉、干部清正的光明大道上！

（孙光荣．帮助问题党员找准病症、对症下药 [N]．中国中医药报, 2014-12-26(001).）

政法系统是保证社会肌体健康的重要力量

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观

强化廉政建设和反腐败斗争的思想（一）

【原文辑录】

政法系统是国家的免疫系统，是营血卫气、祛邪扶正、保证社会肌体健康的重要力量。综合起来看，政法工作的主要任务就是维护社会大局稳定、促进社会公平正义、保障人民安居乐业。

——辑自 2014 年 1 月 7 日，习近平总书记在中央政法工作会议上的讲话

【关键词语】

1. 营血卫气：中医学名词。营、血、卫、气，都是人体生命活动所必需的物质和动力之源。《素问·阴阳应象大论》曰：“阴在内，阳之守也；阳在外，阴之使也。”“阴”，指营血；“阳”，指卫气。《灵枢·营卫生会篇》曰：“人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外。”营卫同出一源，都是水谷精气之所化，清者为“营”，浊者为“卫”。营行脉内，具有营养作用；卫行脉外，具有捍卫功能。此喻政法系统具有维护社会稳定、捍卫公平正义、保障国计民生的功能。

清代医家叶天士遵循《内经》、《伤寒论》等经典理论原则，根据外感温热病发生发展的规律，总结出温热病的辨证方法，将温热病分为卫分证、气分证、营分证、血分证、心包证等多种证候，称为“卫气营血辨证”。

2. 祛邪扶正：中医治则治法术语，即“扶正祛邪”，是中医治疗基本原则。扶正，是扶助、加强正气以抵御、消除邪气；祛邪，是驱逐、祛除邪气以恢复、保有正气。扶正是为了祛邪，“正盛邪自祛”；祛邪是为了扶正，“邪去正自安”。二者相辅相成，临床应根据正邪盛衰的具体情况，分清虚实和主次缓急，将“扶正”与“祛邪”结合运用，或以扶正为主、祛邪为辅，或以祛邪为主、扶正为辅。应用的基本指向是：扶正用于虚证，祛邪用于实证，若虚实夹杂则扶正祛邪并用。应用的基本要求是：扶正不致留邪，祛邪不致伤正。

【解读释义】

习近平总书记的上述讲话，用中西医学名词术语形象地界定了政法系统的地位是“保证社会肌体健康的重要力量”，明确了政法系统的工作任务是“维护社会大局稳定、促进社会公平正义、保障人民安居乐业”。归根结底，其落脚点是要依宪治国、依法治国。《韩非子·有度》曰：“奉法者强则国强，奉法者弱则国弱”，因此一定要“把权力关进制度的笼子里”。政法系统就是要焊接好这个笼子，使用好这个笼子，捍卫好这个笼子。

政法系统是“保证社会肌体健康的重要力量”，是政法工作的“底气”。习近平总书记认为，“政法系统是国家的免疫系统”，国家需要政法系统抵御各种歪风邪气对社会肌体的侵犯，维护和保持国内政风民风的洁净，也就是需要政法系统充当国家的“营血卫气”，为社会机体“祛邪扶正”。这个定位崇高而坚实，使政法系统有了充实而坚强的底气。“打铁还需自身硬”，如果执法者知法犯法、

徇私枉法甚至以身试法，那就必然与这一定位背道而驰，也就必然丧失“底气”。所以，广大人民群众尊重政法系统、寄望政法系统、关注政法系统、严格要求政法系统是必然的诉求，同时又是“底气”的来源所在。政法系统自律严谨、依法执法，成为社会肌体的“营血卫气”，能为社会肌体“祛邪扶正”，广大人民群众就一定由尊重政法系统、寄望政法系统、关注政法系统、严格要求政法系统上升到信任政法系统、热爱政法系统、支持政法系统。加强自身建设，政法系统就一定能够达到习近平总书记所界定的“保证社会肌体健康的重要力量”的定位。这就是党和国家之幸、社会之幸、人民之幸！

“维护社会大局稳定”，是政法工作的基本任务，也就是政法工作的“底线”。众所周知，“稳定是福，动乱是祸。”当前，我国处于经济转轨、社会转型的关键时期，也必然是社会矛盾凸显期。社会稳定，则经济发展，人民就获得实惠；社会动荡，则经济停滞，人民就遭受痛苦。所以，维护社会和谐稳定，既是发展之需，又是群众之愿，更是执政之责，也正是政法工作的“底线”。发展与稳定，是辩证统一的关系。发展是主题，稳定是基础；稳定促进发展，发展促成稳定；从根本上解决关键时期的各种矛盾和问题、实现长期稳定，必须靠发展提供平台与路径；要实现经济社会持续发展，必须靠长期稳定提供机遇和保障。而政法工作就是要维护法律的尊严，正确理解“维稳”和“维权”的关系，依法妥善处理各种矛盾与问题，通过“扶正”与“祛邪”相结合的办法维护社会稳定，做到“扶正不致留邪，祛邪不致伤正”，牢牢坚守住这一“底线”。

“促进社会公平正义”，是政法工作的核心价值追求，也就是政法工作的“底色”。公平正义，是政法工作的生命线。政法系统，是维护社会公平正义的最后一道防线。《史记·廉颇蔺相如列传》曰：“奉公如法则上下平，上下平则国疆（强）。”公道自在人心，公平正义是古往今来深深根植于民心的价值观，很多矛盾和问题，都是因其不公、不平丧失了正义而发生，如果不解决不公、不平的问题则正义难彰，单靠强力手段维稳，就如同运用“暴力疗法”治疗虚证，那就是“非治病而夺其命”。所以，习近平总书记明确指出：“形式上的社会稳定并不是真正的稳定，只有建立在充分体现社会公平正义基础之上的社会稳定才是真正的稳定，才能真正实现国家的长治久安”。

人民希望深入推进社会治安综合治理，坚决遏制严重刑事犯罪高发态势，积极惩治腐败和各种损害人民群众合法权益的违法犯罪行为；人民希望加强权力监督，既要在违法犯罪行为的查处过程中充分保障各方的合法权利，更要杜绝冤假错案的发生。习近平总书记严格要求：“决不允许对群众的报警求助置之不理，决不允许让普通群众打不起官司，决不允许滥用权力侵犯群众合法权益，决不允许执法犯法造成冤假错案”，这四个“决不允许”就是要求以实际行动“促进社会公平正义”，彰显政法系统执法为民的“底色”。

“保障人民安居乐业”，是政法工作的根本目标，也就是政法工作的“底蕴”。随着我国依宪治国、依法治国的深入推进，政法工作与社会各界的联系越来越广泛，与人民群众的切身利益的关联越来越密切。“民惟邦本，本固邦宁”，是执政者和执法者必须明晓的至理。政法系统履行维护社会大局稳定、促进社会公平正义的职责的终极目的是为了人民的安居乐业。所以，“把权力关进制度的笼子里”，运用法制反腐，打击各类影响社会安定、危害人民生命财产安全的违法犯罪，维护人民群众的食品、信息、环境安全，预防和减少各类公共安全事故的发生等等，是祛邪扶正之举，是神圣职责之当为，是人民安居乐业之必须，这就是政法工作的“底蕴”。（孙光荣. 政法系统是保证社会肌体健康的重

要力量[N]. 中国中医药报, 2015-01-08 (001).)

反腐败应扶正祛邪，不能养痍遗患

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观

强化廉政建设和反腐败斗争的思想（二）

【原文辑录】

以解决突出问题为切入口，扶正祛邪。

反腐败高压态势必须继续保持，坚持以零容忍态度惩治腐败。对腐败分子，发现一个就要坚决查处一个。要抓早抓小，有病就马上治，发现问题就及时处理，不能养痍遗患。要让每一个干部牢记“手莫伸，伸手必被捉”的道理。“见善如不及，见不善如探汤。”领导干部要心存敬畏，不要心存侥幸。

——辑自2014年1月14日，习近平总书记在第十八届中央纪律检查委员会第三次全会上关于当前党风廉政建设和反腐败斗争形势时的讲话

【关键词语】

1. 扶正祛邪：请见辑释⑭“关键词语”2。

2. 养痍遗患：又作“养痍遗害”、“养痍成患”。痍，毒疮；患，祸害。意即留着毒疮不医治就会留下后患，比喻纵容包庇坏人坏事，结果会遭受祸害。《后汉书·冯衍传》李贤注引冯衍《与妇弟任武达书》：“养痍长疽，自生祸殃。”

3. 见善如不及，见不善如探汤：《论语·季氏篇》：“子曰：‘见善如不及，见不善如探汤’，吾见其人矣，吾闻其语矣。”其意是：看到善良的，唯恐赶不上；看到邪恶的，就像怕将手伸到开水中那样赶紧避开。我见到过这样的人，也听到过这样的话了。

【解读释义】

习近平总书记上述讲话阐明了关于强化廉政建设和反腐败斗争思想的要点：一是方向：“以解决突出问题为切入口，扶正祛邪”；二是态度：“坚持以零容忍态度惩治腐败”；三是方法：“要抓早抓小”，“不能养痍遗患”；四是警示：“领导干部要心存敬畏，不要心存侥幸”。

无论古今中外，历史和现实的大量事实表明：一个国家或一个地区维护社会稳定、捍卫公平正义、保障国计民生的工作涉及方方面面，但反腐倡廉是第一要务。贪污腐败，既是政治败亡之因，又是政权消亡之征。贪污腐败长期积累最终将导致民怨载道、社会动荡、政权毁废。因之，加强廉政建设和反腐败斗争是整纲肃纪的重中之重，做到干部清正、政府清廉、政治清明，永葆共产党人清正廉洁的政治本色，是立党为公、执政为民的重中之重。习近平总书记洞察其症结所在，严格要求：“坚持党要管党、从严治党，强化党对党风廉政建设和反腐败工作统一领导，强化反腐败体制机制创新和制度保障，加强思想政治教育，严明党的纪律，坚持不懈纠正‘四风’，保持惩治腐败高压态势，努力取得人民群众比较满意的进展和成效。”

如何把握强化廉政建设和反腐败斗争的方向？习近平总书记指出：要“以解决突出问题为切入口，扶正祛邪。”扶正，必须祛邪；祛邪，是为了扶正。倡

廉，必须反腐；反腐，是为了倡廉。如何扶正祛邪？关键是找到切入口，这个切入口就是严重违纪违法、性质非常恶劣、政治影响极坏、令人触目惊心的突出问题，也就是腐败典型案例，因为这类突出问题侵蚀了党性、败坏了道德、损毁了法纪、破坏了经济、伤害了民心。必须严厉惩治，才能以儆效尤，才能通过祛邪以扶正；解剖这类典型案例，就可以发现产生腐败的内因和外因，就可以找到腐败滋生和蔓延的基本规律，就可以建立健全不能腐、不敢腐、不想腐的体制机制，这样才能通过扶正以祛邪。

如何端正强化廉政建设和反腐败斗争的态度？习近平总书记指出：“反腐败高压态势必须继续保持，坚持以零容忍态度惩治腐败。对腐败分子，发现一个就要坚决查处一个。”零容忍，就是绝不容忍。“零容忍”对事不对人，不能避权贵、不能分亲疏。《韩非子·有度》曰：“法不阿贵，绳不扰曲。法之所加，智者弗能辞，勇者弗敢争。刑过不避大臣，赏善不遗匹夫。”“零容忍”包括两个指向：一是指对腐败分子的惩治要严厉，决不能心慈手软；二是指对腐败现象的整肃要严密，决不能溃于蚁穴。所以要坚决查处腐败案件，坚持“老虎”、“苍蝇”一起打，形成对腐败分子的持续高压态势；要坚持促进权力规范运行，强化监督，畅通人民群众举报和监督渠道，让广大干部群众积极参与到反腐进程中来，使腐败分子无路可遁逃，使腐败现象无处可藏匿。

如何掌控强化廉政建设和反腐败斗争的方法？人，生活在天地万物之中，外有风寒暑湿燥火“六淫”之侵袭，内有喜怒忧思悲恐惊“七情”之困扰，不可能不生病，关键在于要未病先防、既病防变、病中防逆转、瘥后防复发，这就是中医“治未病”的思想。任何政党、任何国家、任何地区、任何组织，生存、奋斗于国际国内的空间，同样面临各种怪异思潮和歪风邪气的侵袭、冲突、诱惑、干扰，不可能不出现腐败等问题，关键在于如何防范和整肃。习近平总书记从治国理政的角度“治未病”，明确提出：“要抓早抓小，有病就马上治，发现问题就及时处理，不能养痍遗患。”很多案例提示我们：疮疖可以变成痈疽，“苍蝇”可以变成“老虎”。所以，要加强教育、加强防范。中共中央纪律检查委员会王岐山书记要求：“要把学习贯彻习近平总书记重要讲话精神作为当前的重要政治任务抓紧抓好。各级党委和纪委要担负起党风廉政建设的主体责任和监督责任，坚持党要管党、从严治党，深入落实中央八项规定精神，坚决纠正‘四风’，加大惩治腐败力度，坚决遏制腐败蔓延势头，坚定不移把党风廉政建设引向深入。”“落实中央八项规定精神，坚决纠正‘四风’”就是“抓早抓小”，就是避免“养痍遗患”。

如何在强化廉政建设和反腐败斗争中自警自律？习近平总书记语重心长地告诫：“要让每一个干部牢记‘手莫伸，伸手必被捉’的道理。‘见善如不及，见不善如探汤。’领导干部要心存敬畏，不要心存侥幸。”其中所引孔子的这句名言可谓意味深长，发人深省，令人警醒！人，特别是领导干部，对天、对地、对党、对国、对人民、对法纪、对人民赋予的权力和给予的荣誉等等，是应该心存敬畏的。如果失去敬畏之心，则必然不能自警自律，甚至一朝权在手，就不能坚定信仰、守住良心，到处伸手肆无忌惮，谋财猎色无法无天。所以，必须“把权力关进制度的笼子”。作为领导干部必须率先严格遵守党纪国法，严格执行秉公用权的各项规定。唯有心存敬畏，才能真真实实地做到公私分明、克己奉公、坦荡做人、谨慎用权，从而能够做到：为官一任，福泽一方。（孙光荣. 反腐败应扶正祛邪，不能养痍遗患[N]. 中国中医药报, 2015-01-16(001).）

党风廉政建设要猛药去疴、刮骨疗毒

——关于习近平总书记讲话熔铸中医观

强化廉政建设和反腐败斗争的思想（三）

【原文辑录】

在肯定成绩的同时，我们也要看到，滋生腐败的土壤依然存在，反腐败形势依然严峻复杂，一些不正之风和腐败问题影响恶劣、亟待解决。

全党同志要深刻认识反腐败斗争的长期性、复杂性、艰巨性，以猛药去疴、重典治乱的决心，以刮骨疗毒、壮士断腕的勇气，坚决把党风廉政建设和反腐败斗争进行到底。

——辑自 2014 年 1 月 14 日，习近平总书记在第十八届中央纪律检查委员会第三次全会上关于当前党风廉政建设和反腐败斗争形势时的讲话

【关键词语】

1. 猛药去疴、重典治乱：疴，病；重典，严厉的刑罚。指用猛药来治病，用严厉的刑罚来治理乱象。

2. 刮骨疗毒、壮士断腕：刮削被毒箭射伤的臂骨、截断被毒蛇咬伤的手腕，用以阻止毒素向全身蔓延，体现了决断、果敢的勇气。此喻割舍败坏的局部、维护大局的安全的决策、实施的勇气。“刮骨疗毒”事见《三国志·蜀志·关羽传》：关羽左臂为流矢所中，箭镞之毒入于骨，医者（传说是华佗）为其破臂、刮骨以除毒；“壮士断腕”语见唐·窦皋《述书赋下》：“君子弃瑕以拔才，壮士断腕以全质。”

【解读释义】

习近平总书记在上述讲话中庄严地向全党发出了号令：“坚决把党风廉政建设和反腐败斗争进行到底”！

党的十八大以来，以习近平同志为总书记的党中央见微知著、洞察先机、果敢决断，大力开展党风廉政建设和反腐败斗争，将建立健全惩治和预防腐败体系纳入国家战略，进行顶层设计，中央印发了《建立健全惩治和预防腐败体系 2013—2017 年工作规划》，指导全党开展党风廉政建设和反腐败工作，各级党委把这项重大政治任务贯穿到改革、发展、稳定各项工作之中，取得了显著成效，获得了人民群众的积极赞同和衷心拥护。习近平总书记指出：“在肯定成绩的同时，我们也要看到，滋生腐败的土壤依然存在，反腐败形势依然严峻复杂，一些不正之风和腐败问题影响恶劣，亟待解决。”要求“全党同志要深刻认识反腐败斗争的长期性、复杂性、艰巨性”，这就指明了党风廉政建设和反腐败斗争绝不可能是一个“运动”、一次“战役”、一阵风。

党风廉政建设和反腐败斗争具有长期性特点。名、利、财、色等是催生腐败的利器，也是腐蚀党组织的毒剂。但是，腐败不是一天形成的，更不是凭空产生的；“苍蝇”不是一天变成“老虎”的，更不是凭空变成的。苏轼《范增论》曰：“物必先腐也，而后虫生之。”作为共产党人，特别是党的领导干部，坚持心正、

身正、言正、行正，虽有腐败利器亦无懈可击。因之，人民群众则必定衷心拥戴，也就必然国泰民安。明·王廷相《慎言·御民篇》曰：“天下顺治在民富，天下和静在民乐，天下兴行在民趋于正。”可见得民心与治天下的关系何等密切！信仰引领人生，理念指导行止。中国共产党的宗旨是“为人民服务”，加强党风廉政建设的關鍵就在于使全体共产党人具有国家至上、人民至上的理念与情怀，才能凡事出以公心，养成浩然正气，而不是专注私利至上、享乐至上的肤浅而低级的追求。所以，习近平总书记要求：“抓作风建设，首先要坚定理想信念，牢记党的性质和宗旨，牢记党对干部的要求。作为党的干部，就是要讲大公无私、公私分明、先公后私、公而忘私，只有一心为公、事事出于公心，才能坦荡做人、谨慎用权，才能光明正大、堂堂正正。作风问题都与公私问题有联系，都与公款、公权有关系。公款姓公，一分一厘都不能乱花；公权为民，一丝一毫都不能私用。领导干部必须时刻清楚这一点，做到公私分明、克己奉公、严格自律。”这一要求既明确又精准，但是由于历史和客观的原因，确立立党为公、执政为民的信仰和培养廉洁自律、奉公守法的精神，还有很长的一段路要走。这就决定了党风廉政建设和反腐败斗争是长期的政治任务。

党风廉政建设和反腐败斗争具有复杂性特点。由于反腐败斗争的不断深入，党内外监督日益加强，曾经存在过的厚颜无耻地公然索拿卡要的现象日渐减少，但是权钱交易、权色交易的隐蔽性加强了，智能化、网络化、系统化、期权化、异地化的腐败案件逐渐增加。新型的腐败犯罪增加了反腐的复杂性，加大了反腐败斗争的难度。

党风廉政建设和反腐败斗争具有艰巨性特点。监督与制约，是加强党风廉政建设和反腐败斗争、杜绝扩散和反弹的至关重要的一环，如何确保人大、政协、纪委等监督机构的监督制约到位？如何正确解决社会公众监督、舆论监督的参与权力、范围、程度、程序、形式等问题？如何健全监管法规制度？如何监督审批权力配置科学、制约合理、运行公开、解释权和自由裁量权适当？这是涉及体制机制的十分艰巨的工作，需要深入探索与验证。

党风廉政建设，是“扶正”；反腐败斗争，是“祛邪”。二者相辅相成，但都不可能毕其功于一役。处在腐败风行、肆无忌惮或阳奉阴违、乱象丛生的时期，对于那些死心塌地、骨腐髓烂、顽固不化的腐败分子，单纯“春风化雨”解决不了问题，必须坚决以猛力铲除，才能迎来风清气正的新气象。所以，习近平总书记严正号令：“以猛药去疴、重典治乱的决心，以刮骨疗毒、壮士断腕的勇气，坚决把党风廉政建设和反腐败斗争进行到底。”

北宋大儒张横渠曰：“为天地立心，为生民立命，为往圣继绝学，为万世开太平。”全党、全军、全国各族人民正在遵循党中央的统一部署，学习、贯彻、落实习近平总书记重要讲话精神，同心协力切实加强党风廉政建设和反腐败斗争，赢来政治清明、政府清廉、干部清正的新风纪。在习近平总书记为首的党中央领导下，坚定地走在中国特色社会主义大道上，中华民族伟大复兴的“中国梦”就一定会实现！（孙光荣. 党风廉政建设要猛药去疴、刮骨疗毒[N]. 中国中医药报, 2015-01-23(001).）

为何很多患者喜欢看中医

——关于发展中医药事业的重要意义与作用（一）

【原文辑录】

因为副作用小，疗效好，中草药价格相对便宜，很多患者都喜欢看中医，像我自己也很喜欢看中医。

——辑自 2015 年 2 月 15 日，习近平总书记在西安市雁塔区电子城街道二〇五所社区中医馆详细了解中医馆情况时的谈话

【关键词语】

1. 副作用：副，次也，非正、非主也。原为工程术语，指在结构上施加强力，引起结构不需要变形而变形的结果。引申为药理学术语，指施用治疗药品于人体而产生的与防治目的无关的效应，即一种不良反应。如红参的“正作用”是大补元气、养心安神、复脉固脱，用之不当（阴虚火旺者不宜、年轻人不宜）或用之过量，其“副作用”是头晕头痛、口渴咽干、血压上升、促使早熟。

【解读释义】

习近平总书记上述谈话通俗易懂、温馨暖心、寓意深刻：一是凸显了中医的优势；二是阐明了中医的根基；三是表述了自身体验。

“看病难、看病贵”，是困扰中国乃至全世界人民的普遍性问题，是各国政府必须面对的重大民生问题，发达国家如此，发展中国家亦如此，不发达国家更如此。在中国，一方面是由于医疗保健资源过度集中、药品批零价格虚高、医技设备材料昂贵等原因造成的。从这个角度看，“看病难、看病贵”是个“伪命题”，只要实行真正利国利民的医改，在体制机制上下功夫，是可以逐步解决的；另一方面是没有发挥中医药“简便验廉”的特色优势，放弃了养生防病、小病微疗、自防自治的传统，稍有病痛就趋高骛远，小病大病都往大医院跑，如遇到孩子普通感冒发热，不先在家里自煎豆豉葱汤等发散，而是爷爷奶奶外公外婆父亲母亲一大家子护送孩子去医院打吊针退烧，根本没有考虑输液后药物副作用对孩子心肝脾胃造成的损害。一味要求进口药、贵重药，苛求高效、速效，造成医院人满为患、医疗资源紧张，这是个文化问题、观念问题、民风问题。从这个角度看，“看病难、看病贵”是个“真命题”，并非只靠政策、制度调整就可以迎刃而解，而是需要教化、需要示范、需要启导。

洞悉了“看病难、看病贵”问题的本质，扶持和促进中医药事业发展无疑势在必行。习近平总书记在参观西安市雁塔区电子城街道二〇五所社区中医馆详细了解情况后，以诚恳、温馨、暖心、接地气的话语表达了自己的思考、见解与意向。

首先，习总书记肯定了中医最突出的三大特色优势：“副作用小”“疗效好”“中草药价格相对便宜”。

“副作用小”，是指中医治疗较安全。任何药物进入人体都属于外来物质，都会产生副作用，所以俗话说“是药三分毒”。无论是中药、西药，都有毒副作用。但是，中医用药的一大特色是“药取天然”，中药主要是植物药，其次是动物药、矿物药，是天然的、生态的、绿色的，相对于人工合成的化学药品而言，

中药较安全；很多中药材“药食同源”，如龙眼肉、枸杞、山楂、乌梅、核桃、杏仁、鱼腥草、赤小豆等等既可作为食物、也可作为药物，既能食之，亦能药之；毋庸讳言，很多中药材有重金属和农药残留物质，但经过遵古炮制、减毒增效之后，能将毒副作用降低到安全范围之内；有些中药具有强烈毒性，但恰恰也是治疗疾病的有效成分，例如陈竺院士研究出来的治疗急性白血病的药物，就由毒药砒霜提取三氧化二砷研制而成。因此，有充分依据确认，中医治疗“副作用小”。

“疗效好”，是指中医治疗效果好。中医治疗重点在患病的“人”而不是人患的“病”，从整体、宏观把握扶正祛邪、标本兼治、调之使平，所以用“热者寒之，寒者热之”等方药的偏性矫正机体的“太过”与“不及”，不是千人一方、万众一药，而是辨证论治，针对病因病机组方用药，讲究法则、个性、精准。数千年的临床实践证明，中医疗效确切。优势是比较研究的结果，指功用、能量、效果具有超越同类事物的比值。近现代以来，通过大量临床案例统计，可以初步确定中医临床的优势病种有：传染性疾病，如流行性感冒、SARS、禽流感、流行性乙脑、艾滋病等；呼吸系统疾病，如慢性支气管炎、哮喘缓解期等；循环系统疾病，如冠心病缓解期、病毒性心肌炎、低血压、不明原因出血等；消化系统疾病，如胃和十二指肠溃疡、胃下垂、慢性结肠炎、慢性胃炎、肠易激综合征、急性胰腺炎、肠梗阻等；泌尿生殖系统疾病，如尿路结石、尿潴留、慢性肾炎、慢性前列腺炎等；血液系统疾病，如过敏性紫癜、白血病、再生障碍性贫血等；内分泌系统疾病，如脂质代谢紊乱、高泌乳素血症等；神经系统疾病，如偏头痛、面瘫、中风后遗症等；内科其他疾病，如顽固性失眠、盗汗、习惯性便秘、恶性肿瘤放化疗前后等；外科疾病，如乳腺小叶增生、多发性脂肪瘤、湿疹、带状疱疹、毒蛇咬伤、跌打损伤、术后伤口不易愈合等；妇科疾病，月经不调、痛经、白带（妇科慢性炎症）、子宫内膜异位症、不孕症、先兆流产、产后抑郁症、更年期综合症等；儿科疾病，反复呼吸道感染、小儿多动症、性早熟、小儿遗尿、夏季热、新生儿黄疸等。因此，有充分依据确认，中医治疗“疗效好”。

刘延东副总理在接见第二届国医大师时指出：“中医药是我国独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源、重要的生态资源”。中草药这一宝贵资源是野生和人工培植的，中国土生土长的，除了如犀牛角、象牙、牛黄、野山参、冬虫夏草等濒危、稀缺、禁猎物种外，大都价格低廉。当然，在微观经济学中，资源在需求和供应者之间分配之时，价格是重要的变数之一，目前由于土地、种子、培植、采集、炮制、仓储、交易等众多因素的变化，使道地药材越来越稀缺，需求多、供应少，中药价格必然上涨，但相对于人工合成的药品价格，仍然比较低廉，加上政府主管部门对中药生产的扶持、促进，对中药质量的督导、监管，就一定能让老百姓看得起中医。因此，有充分依据确认，中医治疗中“中草药价格相对便宜”。

“喜欢”，是自身的感受，是乐见、乐闻、乐用的好感的升华。习近平总书记基于“因为副作用小，疗效好，中草药价格相对便宜”的原因，实事求是地指出“很多患者都喜欢看中医”，说明中医是深深植根于人民大众之中的，这既概括了当前人民大众热爱中医、信任中医、乐意接受中医医疗保健的现象，又揭示了中华民族原创中医、维护中医、继承中医、发展中医的优良传统。

而且，非常坦诚地告诉大家“像我自己也很喜欢看中医”，这一现身说法，就更树立了扶持和促进中医药事业大发展的榜样，真正体现了“何方可化身千亿，一树梅花一放翁”的情怀，是示范，是宣导，是召唤。因此，我们应该坚定自信，尽心尽力将中医药“继承好、发展好、利用好”。（孙光荣. 为何很多患者喜欢

看中医[N]. 中国中医药报, 2017-05-10(001).)

切实把中医药继承好发展好利用好

——关于发展中医药事业的重要意义与作用（二）

【原文辑录】

中医学是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。当前，中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机，希望广大中医药工作者增强民族自信，勇攀医学高峰，深入发掘中医药宝库中的精华，充分发挥中医药的独特优势，推进中医药现代化，推动中医药走向世界，切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好，在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章。

——辑自2015年12月22日习近平总书记给中国中医科学院成立60周年的贺信

【关键词语】

1. 天时、地利、人和：指一切人为之事发展与成功的三要素：一要得“天时”，即具有应运而生、乘势而上的战略机遇；二要得“地利”，即具有发生发展、继承创新的物质基础；三要得“人和”，即具有团结奋进、“得道多助”的人文环境。三者并重，而尤重“人和”，所以孟子曰：天时不如地利，地利不如人和。

2. 健康中国：2015年党的十八届五中全会首次提出“推进健康中国建设”，习近平总书记在2016年8月19~20日召开的全国卫生与健康大会上发表的重要讲话中强调“把人民健康放在优先发展的战略地位”，要坚持“以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，把健康融入所有政策，人民共建共享”的卫生与健康工作方针，高屋建瓴地从战略和全局高度对建设“健康中国”的重大任务作了深刻阐述，从而明确了卫生与健康工作在国家战略中的重要地位。

【解读释义】

2015年12月22日，是值得中医药人铭记的喜庆日子：由国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强，中国工程院院士、中国中医科学院院长张伯礼联合主持召开了中国中医科学院成立60周年纪念大会，中共中央政治局委员、国务院副总理刘延东同志出席，宣读了习近平总书记的贺信和李克强总理的批示，并发表了讲话。

习近平总书记的贺信讲道：60年来，中国中医科学院开拓进取、砥砺前行，在科学研究、医疗服务、人才培养、国际交流等方面取得了丰硕的成果，以屠呦呦研究员为代表的一代代中医人才，辛勤耕耘，屡建功勋，为发展中医药事业、造福人类健康作出了重要贡献。

贺信对中医药事业发展作出了重要的、明确的指示，上述辑录的核心内容主要阐明了三点：一是明确了中医药的战略定位；二是表述了中医药事业发展的契机；三是指明了中医人继续前行的方向。

为什么要高度重视中医药？为什么要大力发展中医药？习总书记提纲挈领地指出：“中医学是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙”。

这就明确了中医药在经济社会发展中的战略定位。因为中医药是中华民族原创的、自成体系的医学科学，其理顶天立地、其术济世活人、其声闾中肆外。数千年来为中华民族的繁衍昌盛作出了重要贡献，也对世界文明进步产生了正面的、积极的影响，诚乃国之瑰宝！历史和事实业已证明：只有中医药学全面、系统、完整地保有中华文明的核心理念；只有中医药学在基本理念、实质内容、思路方法、表述方式等方面，能够全面、系统、完整地保有中华文明的基因；只有中医药学在凝聚中国古代智慧、健康养生理念、防病治病的理法方药等方面，能够全面、系统、完整地保有中国古代科学的成果，所以，虽然蕴含体现中华文明特色的瑰宝数不胜数，但能担当“打开中华文明宝库的钥匙”的，唯有中医药学。

追溯数千年的中华文明史，中医药在历史长河中始终是原生始创、继承发展、兼容并蓄、跌宕起伏、迤逦向前，世界上没有任何一门科学是如此历史悠久、如此多灾多难、如此顽强拼搏、如此砥砺前行、如此源远流长。笔者每每抚卷深思，慨叹中医药之所以能够生生不息至今，应该感谢三个方面：感谢老祖宗留下了这一宝贵财富，感谢新中国成立后党和政府始终如一地保护、扶持、促进中医药，感谢一代又一代中医人和亿万老百姓对中医药的喜爱、信任、应用。

党的十八大以来，习近平总书记等中央领导同志高度重视中医药事业发展，从国计民生的大局出发，把发展中医药事业融入“两个一百年”奋斗目标，融入实现中华民族伟大复兴的“中国梦”的征程之中，多次作出重要指示，连续发出《中医药发展战略规划纲要（2016—2030 年）》等系列重要文件，全国人大常委会通过并经习近平主席批准颁布了《中华人民共和国中医药法》。

“得道者多助”，广大人民群众热爱、理解、支持中医药事业发展，各省市党委和政府积极、主动支持中医药事业发展，世界许多国家先后将中医药纳入卫生与健康服务。“人心齐，泰山移”，中医药事业发展呈现生机勃勃的气象，所以说“中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机”。

值此史无前例的大好时机，中医人应该如何乘势而上？习近平总书记在贺信指明了方向：“切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好”。“继承好”，是本源、是基础；“发展好”，是方向、是责任；“利用好”，是目的、是结果。

如何才能继承好、发展好、利用好？

第一，要“自信”。中医药学博大精深，蕴含着中华民族的智慧和经验。在“天人合一”、“形神合一”理论指导下，在亿万人次的临床实践中，中医人验证并积累了治未病和治已病的理法方药，形成了以“司外揣内”为特点的中医思维模式，临床思维侧重整体、宏观、功能、动态，而不是局部、微观、结构、静态，构成了四诊审证、审证求因、求因明机、明机立法、立法组方、组方用药的辨证论治六步程式。由此可见，中医药学既有人文科学的特性，又有自然科学的特征。因此，习近平总书记首先“希望广大中医药工作者增强民族自信”。这就要求我们中医人具有对中医药学的文化自信、理论自信、方法自信、技术自信：中医药是人类古老的、独有的、科学的、先进的、实用的和具有巨大发展空间的医药科学。

第二，要“自立”。中医药学作为广纳博取、兼容并蓄、与时俱进的医学科学，数千年来选择、熔铸了儒家、道家、佛家的文化和当时的天文、星象、地理、物候、算学等先进的科学技术。现在，人类进入了 21 世纪，人文环境和自然环境都有了前所未有的变化，人类的健康状况也在不断变化，诸多新生疾病危害着各国人民的健康，现代科技迅猛发展，声光电等现代科学技术引进医学领域，发

明了CT、核磁、B超、X光、生化检查等检测设备、仪器，使望闻问切得以延伸，从“司外揣内”可以发展到“司外验内”。这就要求当代中医人，一方面致力于传授、继承中医药学的理论和经验，另一方面应致力引进、融汇现代科学技术。

第三，要“自强”。如何按照习近平总书记的要求去“勇攀医学高峰，深入发掘中医药宝库中的精华，充分发挥中医药的独特优势，推进中医药现代化，推动中医药走向世界”？这就需要中医人自强：一是要充分认识到中医药是我国“独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源”。刘延东副总理界定的这“五种资源”是极具优势、极其珍贵的，也是不可替代的，必须保护、继承、挖掘、利用，既不能“以西律中”，将这宝贵资源变成演绎西医学的附属品，也不能故步自封，将这宝贵资源变成僵化中医学的装饰品，而必须运用中医思维深入发掘其精华、发挥其优势；二是要将“治未病”与“治已病”相结合、“内治”与“外治”相结合、传统的望闻问切与现代检验手段相结合，拓展中医临床服务范围、提升中医临床服务能力、提高中医临床服务质量，筛选中医优势病种，彰显中医临床疗效。说到底，速效、高效、长效的临床疗效，是“把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好”的关键所在。

中医人生逢盛世、重任在肩，“长风破浪会有时，直挂云帆济沧海”！让我们共同努力，朝着习近平总书记指引的方向奋勇前进，“在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章。”（孙光荣. 切实把中医药继承好发展好利用好[N]. 中国中医药报, 2017-05-18(001).）

【附】新华社《经济参考报》、新华社客户端发表的《中医药振兴发展迎来天时地利人和》（浏览量757744人次）：

编者按：中国中医科学院成立60周年之际，中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平致信祝贺。习近平在贺信中强调，中医药学是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。当前，中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机，希望广大中医药工作者增强民族自信，勇攀医学高峰，深入发掘中医药宝库中的精华，充分发挥中医药的独特优势，推进中医药现代化，推动中医药走向世界，切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好，在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章。贺信内容在中医药界及社会各界引起了强烈反响，掀起了学习的热潮。就此，国医大师孙光荣特为撰文解读之。

2015年12月18日，中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平同志致信祝贺中国中医科学院成立60周年。贺信全文317字，字字珠玑、句句铿锵，内涵宏富、寄望殷切：向长期奋战在中医药战线的同志们致以诚挚的问候，对所作出的贡献给予高度的评价；对中医药学的重要地位与作用进行精准的界定；对中医药事业发展形势进行实事求是的评估；对中医药学术进步提出明确的要求；为中医药事业发展指明奋斗的方向。真是言近旨远、辞简意深，令人敬服！遂激励老骥奋起、心潮澎湃，故不揣冒昧试将拜读之后的认知与感悟陈述给读者诸君，以祈共同研读、学习、贯彻。

一、肯定：中医药为造福人类健康作出了重要贡献

习近平总书记在信中指出：“60年来，中国中医科学院开拓进取、砥砺前行，在科学研究、医疗服务、人才培养、国际交流等方面取得了丰硕成果。以屠呦呦研究员为代表的一代代中医人才，辛勤耕耘，屡建功勋，为发展中医药事业、造福人类健康作出了重要贡献。”

任何事业的发展,都必然要经过坚持不懈的艰苦奋斗,而中医药事业尤其如此。长期以来,由于西学东渐的影响等原因,中医药事业发展经历了极为艰苦的历程,但中医人不弃不离、不屈不挠,“开拓进取、砥砺前行”,克服了前段时期的资金紧缩、设备老旧、人才短缺等诸多困难和问题,一代一代前赴后继,终于获得了以发现青蒿素为代表的累累成果。近年来,在国家卫计委及国家中医药管理局的领导下,开创了医疗、保健、教学、科研、文化、产业“六位一体”全面、协调、持续发展的新局面,彰显出中医药的特色和优势,进一步开展了国际合作交流。习近平总书记充分肯定这是“辛勤耕耘,屡建功勋”的结果。

习近平总书记的这段话实际上是指出要有“开拓进取、砥砺前行”的精神。只有“辛勤耕耘”,才能“屡建功勋”。这是肯定了以屠呦呦为代表的中医人“为发展中医药事业、造福人类健康作出了重要贡献”。习总书记的肯定,是全体中医人获得的史无前例的光荣。我们应该将这份光荣变成“开拓进取、砥砺前行”的动力,去“辛勤耕耘,屡建功勋”。

中医药人要怎样为“造福人类健康”作出重要贡献?这就首先需要明确——

二、定位:中医学是打开中华文明宝库的钥匙

习近平总书记在信中指出:“中医学是中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙。”

中医学,是历史上中华民族的主流医药学,是当代中国特色医药学重要组成部分,是世界传统医药学的杰出代表,是中华民族医药学者在认识自然、认识生命、防治疾病与卫生保健活动中原创、应用、传承、发展的医药学体系。中医学熔铸了中国古代的天文学、地理学、物候学、算学、兵学等,持续传承至今已越五千年,独具特色,生生不息,为中华民族的健康和繁衍作出了贡献。所以,习近平总书记说“中医学是中国古代科学的瑰宝”。

钥匙是开锁的必备工具,是打开锁固范畴的开路先锋。虽然,蕴含、体现中华文明特色的瑰宝数不胜数,但能担当“打开中华文明宝库的钥匙”的唯有中医学。因为只有中医学全面、系统、完整地保有中华文明的核心理念;只有中医学在基本观念、实质内容、思路方法、表述方式等方面,能够全面、系统、完整地保有中华文明的基因;只有中医学在凝聚中国古代哲学智慧、健康养生理念、防病治病的理法方药等方面,能够全面、系统、完整地保有中国古代科学的成果。所以,打开中华文明宝库的钥匙就是这一把:中医学。换言之,中医学是中华文明复兴的开路先锋。所以,习近平总书记说,中医药“也是打开中华文明宝库的钥匙”。这是全新地、明确地确定了中医学在中华文化复兴新时期的重要地位。

掌握好这把钥匙,就能养生防病、治病救人以维护人类健康,也就能从实用价值的角度使受体“入脑入心”,就能以蕴含中华文化基因的中医学为载体,让中华文化走上“一带一路”、走进国际社会、走向全人类,从而促进中华民族伟大复兴。

如何掌握这把“钥匙”?当前是否有利于中医药事业发展?——

三、评估:中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机

习近平总书记在信中指出:“当前,中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机”。

这是对当前中医药事业发展形势全面、客观、正确的评估,给了中医人勇往直前的、充实的底气。

习近平总书记在重要国际会议和重大国际交往活动中多次提出要将中医药作为国际合作交流的重要选项,在党和国家会议的重要讲话中多次熔铸中医观用于治国理政,适时、精准、巧妙地引用中医思维方式、理论原则及其观念和术语,深刻、恰当、生动地阐明了其执政兴国、执政利民、执政惠世的理念;李克强总理明确提出要用“中国式办法”解决医改这一世界性难题,在庆祝中国中医科学院成立60年的批示中指出,要求“提升中医药在世界上的影响力,做到在继承中创新发展,在发展中服务人民,为丰富祖国医学宝库、增进人民健康福祉、全面建成小康社会作出新贡献。”刘延东副总理将中医药界定为国家的“独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源”,并指出,要“推动中医药走出去,为健康中国建设和人类健康事业作出独特贡献”。国务院先后发布了《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见(国发〔2009〕22号)》等四个关于发展中医药事业的纲领性文件,《中医药法》又顺利进入了立法程序。

各政府部门、各级地方政府、各军兵种、各类媒体、各科研单位乃至航空航天机构都十分重视中医药文化和中医药知识技术的普及与应用,有的省(市)已经将中医药发展纳入“十三五”规划,有的已经将中医药产业确定为该地区经济转型升级、持续发展的重点;广大人民群众逐步认同、欢迎中医药医疗保健;沿着“一带一路”及各友邦共178个国家和地区已开门迎接中医药服务。所以,“中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机”。这是客观事实,这是正确的评估,这种形势振奋人心,催人奋进。

面临前所未有的大好时机,中医人应该如何奋发有为?习总书记提出了要求——

四、要求:切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好

习近平总书记在信中指出:“希望广大中医药工作者增强民族自信,勇攀医学高峰,深入发掘中医药宝库中的精华,充分发挥中医药的独特优势,推进中医药现代化,推动中医药走向世界,切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好。”

这段话是贺信的核心部分,包含了四个方面的内容,要求中医人:一是在信念上要“增强民族自信”,不要崇洋媚外,不要数典忘祖,任何民族虚无主义都不利于中医药事业的发展;二是在意志上要“勇攀医学高峰”,不要徘徊观望,不要畏忌不前。中医学是中国古代智慧和经验的结晶,有的理论甚至是超前的、领先的,对医学高峰要有勇气攀登;三是在方法上要“深入发掘中医药宝库中的精华,充分发挥中医药的独特优势”。要重在继承,从中医药经典、老中医经验中吸取精华;重在发挥优势,不要西化、虚化、玄化、庸俗化,不要把具有特色优势的养生治未病、诊断、治疗、护理的理论和技术等老祖先的“传家宝”丢掉了;四是在目的上,要“推进中医药现代化,推动中医药走向世界”,要在继承的基础上创新,要吸收现代科学技术,不要故步自封,不要墨守成规。总之,要对得起祖先,要做到“三好”:“切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好”。

要“继承好、发展好、利用好”的最终目的是什么?归根结底是为了——

五、指引:在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章

习近平总书记在信中指出:“在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章。”

“中国梦”就是中华民族的伟大复兴！

中华民族伟大复兴的真正标志是什么？不仅仅是经济复兴，现在我国已经是世界第二大经济体，但离“两个一百年”的目标还有很大距离。中华民族的伟大复兴的真正标志是中华民族文化的复兴和中华儿女素质（包括体质）的复兴。而中医学是中华民族优秀传统文化的杰出代表，“是打开中华文明宝库的钥匙”，中医药是“造福人类健康”的“中国古代科学的瑰宝”。所以，习近平总书记指引我们中医人要共同努力“在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章”！

习近平总书记激励我们全体中医人团结奋进，肩负起行业责任和历史担当。我们必须沿着习近平总书记指引的方向奋勇前进，明确方向、目的、定位、形势、要求，绝不辜负习近平总书记寄予的厚望，在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章，作出新的更大的贡献。

中医药一定要保护好传承好

——关于发展中医药事业的重要意义与作用（三）

【原文辑录】

中医药发展这条路，你们走对了。江西把中医药作为发展的一个着力点，是正确的，也是很有前景的。

中医药是中华民族的瑰宝，一定要保护好、发掘好、发展好、传承好。

——辑自 2016 年 2 月 3 日，习近平总书记到江西考察江中药谷制造基地时的讲话。

【关键词语】

1. 中华民族：民族学词汇。由中华人民共和国政府认定的以汉族为主体的 56 个民族的统称，是历史、政治、文化、地域、人口的综合概念，即国族。“中华民族”的概念，最早见于梁启超《论中国学术思想之变迁之大势》（1902 年）：“立于五洲中之最大洲而为其洲中之最大国者，谁乎？我中华也；人口居全地球三分之一者，谁乎？我中华也；四千余年之历史未尝一中断者，谁乎？我中华也。”在论述战国时期齐国的学术思想地位时，梁启超正式使用了“中华民族”一词，曰：“齐，海国也。上古时代，我中华民族之有海权思想者，厥惟齐。故于其间产出两种观念焉，一曰国家观；二曰世界观。”

【解读释义】

2016 年 2 月 3 日，习近平总书记来到江中药谷制造基地，详细了解中药智能化生产的优势，询问质量、安全、市场、价格等情况，听取了生物医药产业发展介绍。首先肯定了江中制药的发展方向：“中医药发展这条路，你们走对了。江西把中医药作为发展的一个着力点，是正确的，也是很有前景的。”并提出了明确的要求：“中医药是中华民族的瑰宝，一定要保护好、发掘好、发展好、传承好。”

习总书记这一指示与 2015 年 12 月 22 日给中国中医科学院成立 60 周年的贺信中提出的要“切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好”是一致的，关键是进一步强调：要加强中医药的保护与传承。

习总书记这一句看似简单易懂的话，其实含义十分深邃，真是一语中的、直击肯綮，因为中医药要发掘、要发展，需要突破的最大桎梏就是保护与传承。

“保护好”“传承好”，是为了中医药的生存安全和事业发展。由于中医药是独具特色优势的国家“五大资源”，必须使之不遭遇破坏、流失、变异、中断，而要能始终保有其正宗的根基。

当前，至少需要在下列四个方面“保护好”、“传承好”：

一是中医药经典，以及出土、秘藏、散佚的中医药古代著作，需要系统保存、整理、诠释。保存其原汁原味，为当下及后世的发掘研究提供可靠的依据，让前贤的心血和智慧在现代卫生与健康事业中不断发出光和热。

二是中医临床思维模式和诊疗经验，特别是当代老中医的学术思想和临床经验（尤其是“方”，因为中医最终是以“方”施治的），需要整理、传承。因为

中医原创临床思维就是基于“天人合一”“形神合一”的理论指导的整体观思维。实际是强调“司外揣内”的病象病因思维、脏腑经络为中心的病机病势思维、方证对应的治疗方法思维。这就是《伤寒论》第十六条所言“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的思维模式，而不是“以西律中”的路径与方法，这些学术经验确实需要“保护好”“传承好”；同时，民间（包括少数民族医）确有专长的诊疗技术，往往能百发百中、立竿见影，并不需要用现代科学的名词术语给予包装、藻饰，而是需要真真实实的“保护好”“传承好”。

三是中医药传统的品牌需要“保护好”“传承好”。诺贝尔奖以及其他国际国内相关重大奖项获得者、从事中医药工作的两院院士、国医大师、全国名中医、全国中医药教学名师、省市名老中医、全国中医优秀临床人才等，著名中医三甲医院或洛阳正骨等专科医院，同仁堂、胡庆余堂、达仁堂、江中制药、武汉健民、以岭药业、天士力、上海绿谷等国际著名中药企业，还有安宫牛黄丸、云南白药、季德胜蛇药等一大批约定俗成的中成药，都是中医中药的名医、名科、名院、名药、名厂、名店的重要品牌，在国际国内都具有强大的辐射力和深远的影响力，不能轻率地标新立异而自损、自弃，必须“保护好”“传承好”。

四是道地药材的种子、培植基地及其传统的种植、采集、炮制、仓储等方法。这是数千年以来集中古人的智慧和经验、历经无数临床验证才取得的宝贵财富，不能为片面追求产量、片面美化皮相而轻率地改弦易辙，需要“保护好”“传承好”。

当然，“芳林新叶催陈叶，流水前波让后波”。时代在发展，科技在进步，中医药必然、也应当引进新观念、新技术、新方法、新设备，这是无可厚非的，更是中医药事业发展的必然要求，但关键是要有利于保护与传承。所以，归根结底，就是应当牢记习近平总书记的指示：“中医药是中华民族的瑰宝，一定要保护好、发掘好、发展好、传承好。”（孙光荣. 中医药一定要保护好传承好[N]. 中国中医药报, 2017-06-02(001).）

努力实现创造性转化、创新性发展

——关于发展中医药事业的重要意义与作用（四）

【原文辑录】

要着力推动中医药振兴发展，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。

——辑自 2016 年 8 月 19 日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上的讲话

【关键词语】

1. 创造性转化、创新性发展：习近平总书记提出的关于传承发展中华优秀传统文化的主导思想，简称“两创方针”。党的十八大以来，习近平总书记多次强调，要努力实现传统文化的创造性转化、创新性发展，使中华民族最基本的文化基因与当代文化相适应、与现代社会相协调，共同服务“以文化人”的时代任务。2017 年 1 月中共中央办公厅、国务院办公厅联合发布《关于实施中华优秀传统文化传承发展工程的意见》，将“坚持创造性转化和创新性发展”明确为传承发展中华优秀传统文化的基本原则。

【解读释义】

2016 年 8 月 19 日至 20 日，党中央、国务院召开了重要的全国卫生与健康大会，笔者有幸参加了大会，聆听了习总书记的重要讲话，深深感受到“当前，中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机”，深深感受到中医人肩上的时代责任与使命担当。发展中医药事业、惠泽人民健康、弘扬中华文化、推动国际中医药交流合作，已逐步形成全社会共识、共谋、共进、共赢的新局面。如何发展中医药事业？习近平总书记在全国卫生与健康大会上的上述重要讲话指明了方向：一是在扶持、促进的力度上，“要着力推动中医药振兴发展”；二是在学术进步上，要“坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展”；三是中医药作为中华优秀传统文化的杰出代表，在传承创新上，要“努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展”。

举世皆知、有目共睹：党的十八大以来，党中央、国务院采取一系列重大措施推动中医药振兴发展。随着《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》等八个关于中医药的重要文件的连续发布，随着全国人大常委会通过、习近平主席批准的《中医药法》的正式颁布，全国各省、市、自治区以及各相关行业，都关注、重视、支持并共同致力于中医药事业大发展，中医药行业医疗、保健、科技、教育、文化、产业“六位一体”全面协调发展的新局面更加巩固、兴旺，随着“一带一路”战略部署的逐步实施，中医药更成为国际合作交流的重要选项，中医药文化进一步走向世界。

为什么“忽然一夜清香发，散作乾坤万里春”？这是因为：健康，是人类生存发展的第一因素，是经济社会发展的基础条件，是民族昌盛和国家富强的重要标志，是各级政府和人民群众的共同追求。而中医药，是我国独具特色优势的“五大资源”，与生命健康息息相关，与经济社会发展紧密相连。深深植根中华大地的、历尽沧桑、饱经磨难的中医药，终于在中国共产党的扶持促进之下，洗涤尘

封、焕发生机、昂扬向上，走上了大发展的轨道。

值此史无前例的战略机遇期，作为中医从业人员，我们中医人理所当然地“要着力推动中医药振兴发展”。当前，一是需要推动中医药队伍建设。通过院校教育、师承授受、访问交流，着力培养熟读中医经典、善用中医思维、积累大量临床经验的医德高尚、医术精湛的真中医、好中医、名中医；另一方面，要考察、培养、使用确有专长的民间中医和少数民族医。唯有人才兴，才能事业旺；二是需要推动中医药文献的整理研究，搜集、挖掘、整理、研究现存的、散佚的中医药古代和近现代的学术经验。唯有源流清，才能学术精；三是需要推动跨界融合，一方面开展多学科交叉研究，如中医+生命科学、检验医学等，一方面开展中医+跨界服务，如中医+旅游、康复、养老、健康管理、健康咨询、社区服务等；四是需要推动以宣传《中医药法》为主体的中医药文化、知识、法律法规的普及。唯有共识共兴，才能有共建共享。

值此史无前例的战略机遇期，我们所有医务工作者必须“坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展”。毋庸讳言，中医药学和西医药学是理论、方法都不相同的医药学，但都是以预防疾病、促进健康为目的的医学科学，都是人类智慧的结晶。中医药学重在整体、宏观、功能、动态，西医药学重在局部、微观、结构、静态，二者既不相互抵触，也不相互并行，而是可以交叉、可以互补、可以协调的。我国首倡“中西医结合”已经半个多世纪了，确实创造、创新了一批中西医结合的成果，在全世界领先了对不同医药学体系结合的探索。当然，要从认识的结合到形成结合的认识论、从方法的结合到形成结合的方法论，还有很长的路要走。我们不必、也不能从领先探索的道路上畏缩不前，我们必须首先执行“中西医并重”的方针，从管理、投入到科研、教育、临床彻底改变既往重西轻中、以西律中的现状，进而推动中医药和西医药相互补充、协调发展，充分发挥各自优势，力争创建新医药学，这是摆在全体中医、西医工作者面前共同的课题，是当前应该勇往直前的促进医学学术进步道路的必然选择。

值此史无前例的战略机遇期，我们中医人必须“努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展”。优秀传统文化是国家和民族传承和发展的根本。背离传统文化，就会割断国家和民族精神命脉。只有将弘扬优秀传统文化和发展现代文化有机统一、紧密结合，才能在继承中发展，在发展中继承。中医药健康养生文化绵延千载，包括食养、药养、术养三大类，以中医“治未病”思想为根基，融合了儒家、道家、佛家等的养生理念和方法，为人类保有健康提供了先进的保健理论和技术。但是，在中医药健康养生文化形成和发展过程中，不可避免地会受到当时的时代条件、社会制度、认识水平、科技水平等的局限和影响，因而也就不可避免地夹杂有陈旧的、过时的、不合现代环境、不切实用的内容。

国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强同志说：“推进中医药健康养生文化‘双创’，首先要解决转化什么、创新什么这个关键问题。要深入挖掘中医药健康养生文化中的精髓，把中医药健康养生文化的发展过程搞明白，把发展规律弄清楚。要把中医药健康养生文化蕴含的中医药理念知识、技术方法进一步系统化、理论化，并不断丰富和创新。要立足传统，融合现代，把中医药健康养生文化转化为人民群众能够用得上、用得好的健康实践。要用人民群众易于接受的现代语言、现代方式、现代手段进行阐释和表达，探索中医药健康养生文化‘双创’的传播模式。”这就要求我们现代中医人在学习、研究、应用中医药健康养生文化时，不要刻舟求剑、缘木求鱼地生搬硬套，而要坚持古为今用、推陈出新，结合新的实践和时代要求进行正确取舍和增加新的内容（比如古

代没有电视、手机和网络，也罕见干眼症和颈椎病），努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展，使之与现代文化相融相通，共同服务“以文化人”的时代任务，让中医药健康养生文化在实现中华民族伟大复兴的“中国梦”的征程中发挥保障健康的重要作用。（孙光荣. 努力实现创造性转化、创新性发展[N]. 中国中医药报, 2017-06-07(001).）

促进人类健康 改善全球卫生治理

——关于发展中医药事业的重要意义与作用（五）

【原文辑录】

我们要继承好、发展好、利用好传统医学，用开放包容的心态促进传统医学和现代医学更好融合。中国期待世界卫生组织为推动传统医学振兴发展发挥更大作用，为促进人类健康、改善全球卫生治理作出更大贡献，实现人人享有健康的美好愿景。

——辑自 2017 年 1 月 18 日，国家主席习近平在瑞士日内瓦访问世界卫生组织并会见陈冯富珍总干事，共同出席中国向世界卫生组织赠送针灸铜人雕塑仪式，为针灸铜人揭幕时的致辞

【关键词语】

1. 开放包容：开放，是指在自主领域解除封锁、禁令、限制，接受外来的精神文明和物质文明；包容，是指对不同内容、不同性质的精神文明和物质文明的尊重、保存、采纳和融化。开放包容是一种海纳百川、兼收并蓄的大度、大气的思维模式，植根于中国传统的“贵中尚和”的哲理，是中华文明的本质特征。

2. 卫生治理：是习近平主席首先提出的关于全球卫生与健康管理、运行的新概念，指主要通过各国政府、社会机构、民间组织友好合作、相互协商，共建伙伴关系，促进实现全人类卫生与健康共同目标的管理、运行机制。

【解读释义】

2017 年 1 月 18 日，习近平主席在世界卫生组织诞生 70 周年之际在日内瓦访问了该组织并会见了陈冯富珍总干事，双方共同出席中国向世界卫生组织赠送针灸铜人雕塑仪式。习近平主席在为针灸铜人雕塑揭幕的致辞中发表了上述重要讲话。

首先，习近平主席开宗明义地表达了将针灸铜人雕塑作为“国礼”赠送给世界卫生组织的重要意义是：“我们要继承好、发展好、利用好传统医学，用开放包容的心态促进传统医学和现代医学更好融合。”因为，针灸铜人是医学界的稀世之珍。最早的针灸铜人是北宋时期医家王惟一设计铸造的“天圣针灸铜人”，对针灸医学的继承、传播和发展起了重要作用，是中国原创的、传承的中医药学标志之一，也是世界传统医药学的重要标志。赠送给世界卫生组织，就充分表明了我们中医药学的文化自信、理论自信、方法自信、技术自信，在这一基础上，习近平主席鲜明地指出了我们继承发展传统医药学的方向：“我们要继承好、发展好、利用好传统医学。”

要继承好、发展好、利用好传统医学，就必须做到“用开放包容的心态促进传统医学和现代医学更好融合”。开放包容，就不是封锁排斥。只有在高度自信的基础上具有广纳博取、兼收并蓄、厚德载物的胸襟和气度，才能达到求同存异、优势互补、协调发展的“融合”境界。世界医药学发展到今天，无论是中医药学、西医药学，还是其他医药学，都已经达到前所未有的高度，但是也都没有登峰造极、尽善尽美，都有各种各样的美中不足，而疾病谱却在不断演变更新，人类对

健康的高度关注和要求是始终的。值得庆幸的是，现代科学技术的日新月异，又给医药学发展不断提供新的羽翼。清·魏源《默孤·治篇五》曰：“执古以绳今，是为诬今；执今以绳古，是为诬古”。所以，唯有“用开放包容的心态促进传统医学和现代医学更好融合”，才能开辟出医药学发展的新路。由此可见，习近平主席的讲话为世界医药学的未来发展指明了正确方向。

向世界卫生组织赠送针灸铜人雕塑，也表明了我们对世界卫生组织的殷切寄望。因为，卫生与健康问题是全球性的挑战，世界卫生组织是全球卫生领域最大的联合国专门机构，在全球卫生事务中发挥着领军作用，而我国同世界卫生组织的合作堪称典范。会见时，陈冯富珍总干事表示：中国是世界卫生组织创始成员。长期以来，中国对全球卫生事业和世界卫生组织工作作出了重要贡献。当前，我国正在全面推进“健康中国”建设，全民健康是中国实现“两个一百年”奋斗目标的基础。“没有全民健康，就没有全面小康”，我国始终把卫生与健康事业摆在优先发展的战略位置，建立了世界上规模最大的基本医疗保障网，制定了《“健康中国 2030”规划纲要》。同时，随着《中医药法》的颁布与实施，中医药事业进入了大发展的快车道。世界卫生组织高度评价中国的全民健康计划，将继续支持中国深化医疗卫生改革；高度赞赏中国在全球卫生安全和卫生治理领域的领导能力，愿加强同中方在“一带一路”框架下合作，以提高“一带一路”沿线国家健康卫生水平。

因此，习近平主席在赠送针灸铜人雕塑揭幕之际适时提出了“全球卫生治理”的新概念，阐明传统医学在“全球卫生治理”中的作用，明确了“全球卫生治理”的总目标，表明：“中国期待世界卫生组织为推动传统医学振兴发展发挥更大作用，为促进人类健康、改善全球卫生治理作出更大贡献，实现人人享有健康的美好愿景。”唯有遵循习近平主席这一指引，进行“全球卫生治理”，全人类卫生与健康事业才能真正走上为民、护民、健民的康庄大道。

任何事业发展在大方向明确之后，只要坚持就可以通过一代又一代的接力，走向光明的前景。2017年5月23日，在中医药法即将正式实施之际，国务院办公厅印发《关于支持社会力量提供多样化医疗服务的意见》，明确提出要“全面发展中医药服务”。“全面发展”这四个字内涵非常深刻而丰富，是指中医药服务要覆盖卫生与健康的全领域，这就要求我们中医人应当坚持习近平主席指引的大方向：“要继承好、发展好、利用好传统医学”；同样在2017年5月23日，在瑞士日内瓦召开的第70届世界卫生组织大会上，埃塞俄比亚的特沃德罗斯·阿达诺姆当选为新总干事，我们期待、也深信新总干事一定会接力陈冯富珍总干事，朝着加强“全球卫生治理”的大方向，率领“世界卫生组织为推动传统医学振兴发展发挥更大作用，为促进人类健康、改善全球卫生治理作出更大贡献，实现人人享有健康的美好愿景”。（孙光荣. 促进人类健康改善全球卫生治理[N]. 中国中医药报, 2017-06-14(001).）

【附】中国中医药报评论

“上医治国”

——写在“读懂习总书记讲话中的中医观”

系列文章刊载之际

中国中医药报评论员 吴潇湘

当前，全国上下掀起学习习近平总书记系列重要讲话精神的高潮。当人们津津乐道于总书记亲民、简洁的文风及不时说出颇接地气的网络流行语时，也许不曾注意到总书记讲话的另一种风格，那是总书记阐述治国理政思想时熔铸的中医理念、引用的中医术语、运用的中医妙喻，深刻而生动，准确而传神。那是一种对中华优秀传统文化深刻领悟，以及对中医药文化内涵哲学理念深度掌握的自然体现。

国医大师孙光荣，潜心研读习近平总书记系列重要讲话，有感于当下中医从业者，虽娴熟中医用语，却甚少联系治国理政之思考；党政领导同志，虽具执政之谋略，却甚少研究中医之内涵，因此辑录总书记系列重要讲话体现中医观的部分，予以诠释。自2014年9月25日于本报刊发“读懂习总书记讲话中的中医观”系列文章以来，至2017年6月14日告一段落。藉此系列诠释“中医大道”“上医治国”的深意，固然为一家之言，亦期既让中医人对中医学的理解更深入，又让行业外领导干部对中医学的认知更直观。

中医学博大精深，古语有云：“上医治国、中医治人、下医治病”。自古以来，善为医者，不仅能治病救人，也能以医理论国事，治国、治人、治病融会贯通，一脉相承。古代文人士子“不为良相，便为良医”的素有情怀，正是“上医医国”的真实写照。由此可见，中医理念不仅可指导人们“治人”，调治身心，还可在一定程度上指明治国方向，指导工作。

中医药成长发展于中华优秀传统文化及哲学，其理论和实践全面体现了中华民族几千年来积淀形成的深层次思维方式和认识方法，具有较强的哲学性，以此阐述治世之道，古已有之。

中医药学诸多概念，既属中医学基础理论，又是中国哲学的重要范畴，还反映了中华文化各方面互相关联的特点，如文史哲、政经法、农工医乃至军事、外交等，都互相贯通。正如习近平总书记所言，中医药学凝聚着深邃的哲学智慧，是打开中华文明宝库的钥匙。包含中医哲学理念等思想的中华优秀传统文化，蕴藏着解决当代人类面临难题的重要启示，可为人们认识和改造世界提供有益启迪，也可为治国理政提供有益启示。

何况，源自百姓生活，护佑民众健康数千年的中医，已与人们的习俗传统、一言一行、一饮一啄都息息相关且水乳交融，其诸多理念、用语都来源于民间，通俗形象，蕴含深邃的哲理。以此阐述治国理政之观点，深入浅出，更易令人接受并理解。

治大国若烹小鲜。治理，是一门学问，更是一种智慧。研读“读懂习总书记讲话中的中医观”系列文章，品味其中运用中医思维和理念指导治国理政的智慧，每一位中医药人，都应掩卷深思，在提振精气神的同时，更要善用中医思维治理中医药工作、发展中医药事业，并在新时代背景下，与时俱进，提升中医药治理体系和治理能力的现代化水平。

战略思考

关于 21 世纪发展中医药若干问题的思考

21 世纪, 中医药面对着全球由“工业经济”时代走向“知识经济”、“信息科技”的新时代; 面对着我国经济由“计划”走向“市场”, 并将加入世贸组织的大气候; 面对着日益增长的医疗保健需求的大市场。因之, 中医药将在国际上既备受关注, 又面临着医药市场的激烈竞争。如何发展中医药, 使其焕发出更强大的生命力, 就成为当今中医药界最重要的使命。基于“解放思想, 实事求是”的原则, 对 21 世纪发展中医药的若干问题, 笔者根据多年的观察、体验与思考, 提出以下初步建议。

1. 发展中医药的关键在于创新

发展中医药学的首要问题就是要坚持“解放思想, 实事求是”的原则, 把这一原则作为中医药研究与实践的基本原则。只有这样, 才能正确认识、对待、把握、应用、发展中医药学, 才能使历史悠久的中医药学生机勃勃, 既能不断发扬自我、完善自我, 又能在我国现代化建设中作出更大的贡献。

纵观中医药学史, 就是中医药学与同时代先进科学技术相结合的发展史。这一伟大的、古老的传统医药学之所以历数千年而不衰, 就是因为肇自“神农尝百草”直至编撰《中华本草》, 一代又一代中医药工作者通过以亿万计的以人体为直接受体的临床观察, 总结出丰富的治疗经验, 吸收各时代同步发展的天文、数学、历律、物理和化学等方面的科技成就, 进而上升为中医药基本理论。其包含的科学价值是无可置疑的, 它对我国乃至全世界人民健康、社会发展所做的贡献是巨大的。但毋庸讳言, 中医药学的理论体系毕竟形成于科技相对落后的古代, 其基础是以古代哲学思想为指导, 通过临证观察积累诊疗经验, 联系自然现象进行哲学思辨而形成的构架, 多取类比象、司外揣内, 而对人体结构和生理病理缺乏细致入微的考察。因此, 中医理论在渗入治疗经验过程中具有普适性、实用性和有效性, 但缺乏特异性和可重复性, 甚至不可避免地含有机械唯物主义、经验主义等非科学成份, 比如将五脏六腑、十二经络、五体、五窍、五志等一一归类于阴阳五行之中, 并分别与自然界中的五季、五色、三百六十五天等相对应, 夸大了自然界的同一性。其次, 从诊断治疗来看, 辨证施治固然是其一大特色, 但由于只重视以望、闻、问、切所得的客观症状或体征作为依据, 由于个体认识水平和经验存在着差异, 致使四诊资料的客观性、准确性难以充分保障, 常出现同一病证的诊断差异性较大, 虽可用同病异治、异病同治予以阐释, 但最终影响了诊断治疗的准确性和临床可重复性。就治疗手段而言, 中药治疗疾病常以多种药物组方, 并能用君、臣、佐、使来宏观地解释药物配伍, 但毕竟不能客观地、具体地明晰药效机制。在科学技术高度发达、医学知识深入普及、人们对卫生保健要求标准普遍提高的今天, 所有这些都严重影响并制约了中医药学的发展。

21 世纪的中医药学必须建立起与现代科技进步、社会进步相适应的体系, 其基本特征是传统的中医药学与现代科技相结合所孵化出的系列“创新”, 具有现代科技特征。主要表现在以下四个方面:

(1) 它必须具有中医特色。所谓特色是与相关学科横向比较而言的自身特点与优势, 中医的特色是整体观念, 神形并重, 辨证施治, 药取天然, 治疗手段丰富。中医药的优势表现在对多因素综合作用所致的各种慢性疾病和某些急症的确切疗效, 特别是在功能障碍性疾病、内分泌代谢疾病的治疗上以及养生保健、祛病延年、改善生存质量、提高生存质量等方面, 这是其他任何传统医学乃至现代医学所不能取代的, 也是国际上越来越关注中医药的主要原因。有特色才能生存,

“创新”绝不能破坏自身发展的根基；有优势才能发展，“创新”应是其固有特色和优势的发扬光大。

(2) 它必须是开放的具有现代科技特征的系统。21 世纪的中医药学体系应有相当的自我批评扬弃性, 容许开放和成长, 能充分吸取现代科技成就, 不断深化和拓展医学的内涵, 充实、提高和发展自己。首先要在理论上创新, 至少在阐释病因病机、辨证施治、组方配伍、药理药效诸方面的理论, 要摒弃那些为解释与联系经验而削足适履的实用主义色彩, 在此基础上进一步提出科学假说, 创新中医药理论, 使其既具有鲜明的中医特色又具有明显的特异性、准确性, 能接受实践的检验, 经得起重复。其次, 应创新中医药诊断治疗模式、方式和方法。

(3) 它必须普遍简单而有效, 能适应医疗实践的需要。医学是一门实践性很强的自然科学, 其检验的最终标准是能否满足临床实践需要, 即防病治病的果。因此, 中医药创新终极目标就是要提高临床疗效。

(4) 创新不等于中西医结合。中西医是两个不同的医学体系, 中医创新可以借鉴西医学的东西, 但创新不是简单地把西医的理论和方法移植到中医药学中, 也不是用西医学理论方法来证实中医学、解释中医学、同化中医学, 而是应用现代科技手段来扩充、完善中医学, 进一步创新中医药学, 使之从传统的哲学思辨和印证研究模式中解放出来。

(5) 创新应是多方面、多层次的。中医学作为医学体系, 包括多个分支学科, 不同分支学科各具特点, 因而其具体研究又有所区别, 表现为多种形式, 切入点是多靶位的, 中医药学的创新发展也应是全方位的, 既有中医理论上的创新, 又有诊断疗效标准的创新和诊断技术、治疗方法、制剂工艺、配方规律、治疗手段的创新, 以及研究方法的创新。

2. 创新中医药学的关键是在继承的基础上结合现代科技

科学技术发展的内在规律表明, 学科发展是继承与创新的辩证统一过程, 没有继承, 发展就成了无源之水、无本之木; 没有创新, “继承”就会故步自封, 就不能进入一个新的阶段和层次。继承是发展的基础, 创新是继承的目的。

(1) 首先要重视文献工作和经验总结。人类的知识是无数经验的总结, 是在继承中发展起来的。如果没有秦汉人对前期医学经验的发掘、整理、继承, 就不会有《黄帝内经》、《神农本草经》、《难经》的问世; 没有张仲景“勤求古训, 博采众方”, 就很难有《伤寒杂病论》; 没有秦汉唐宋医家对温热病的认识, 温病学派亦难凭空产生。发掘、整理、继承的宗旨是“古为今用”, 通过对前人经验、知识成就的研究, 可以为创新打下基础, 提供研究思路与方法。21 世纪中医药学必须保持其固有的特色与优势, 因此, 首先必须全面发掘、整理、继承传统的中医药学文化遗产。中医药学博大精深, 是融人文科学和自然科学为一体的伟大医学宝库, 其理论体系除生命科学外, 还涵盖了古代哲学、地理学、术数学、气象学、物候学、音律学。因此, 发掘、整理、继承中医药学, 是一项浩繁的医学系统工程, 必须从如下几个方面入手: ①系统发掘、整理中医药古今文献, 重点须放在中医学学术思想、中医病证治疗经验、历代名医名著名术三个方面, 才有利于全面把握中医药研究思路与方法、中医临床证治规律及学术发展脉络, 进而开拓研究思路, 促进中医药理论的创新与现代中医诊断治疗的规范化。②重点发掘、整理疗效确切、特色鲜明的民间经验以及当代中医临床经验, 以扩大中医药诊疗优势病种的范围, 形成较为系统、切实可行的现代中医诊疗体系, 在较短时间内提高中医临床的整体水平。③在必要和可能的范围内, 积极地逐步地推进规范化、标准化工作。使中医药实践有序、有律, 经得起重复, 以期在较短时期内在学术上、临床

实践中取得突破性进展。

(2) 创新中医药学必须掌握科学的指导思想和方法。中医学在研究人体生理病理现象时是把人与自然看作一个有机的整体进行研究的, 认为疾病是系统平衡的破坏(阴阳失调), 治疗疾病就是恢复其平衡状态(调其阴阳, 阴阳匀平)。当今许多研究也证明了中医的证型不单是某一器官发生病理改变, 而是整个机体平衡失调的概念性表达, 中药复方甚至单味药物及针灸、按摩的作用也不象西药那样表现出单一效应, 而是多层次、多途径的作用。因此, 只有进行系统的、立体的、多层次、多方位的研究, 才有可能真正揭开中医药学的本质。

(3) 必须与现代科技相结合。现代科技对西医的发展起着重大推动作用, 创新中医学必须结合现代科技。要吸收运用现代科技包括现代科学思路方法和科技成就, 就有必要纠正两种错误认识: 其一, 凡是应用现代科学包括现代医学的知识原理、技术手段进行研究的, 就是背离中医传统、离经叛道; 其二, 凡是运用现代医学知识原理、方法、成就来研究中医药, 就是中医学创新, 凡是能够运用现代医学研究所证实的才有保留、发展的价值。这两种认识, 前者是自我封闭; 后者是自我戕害, 是把中医作为西医的附庸, 是用西医改造、同化中医, 这只能导致中医特色丢失。实质上, 对于学科的评价, 不是以某一学科为标准的, 而是以研究思路、方法、研究对象以及由此建立起来的技术方法、科学结论等是否合理、是否接近事物本质为标准的。西医侧重于研究人体生理病理现象的物质结构、致病因素, 中医学侧重于研究人体整体功能。建立在结构物质层面和整体功能层面以及这两个层面相结合的基础上的医学理论体系与知识都是反映人体生命的本质与现象, 从这个角度来看, 中西两个医学体系是相互联系、相互补充的, 它们之间没有先进与落后之分, 一方不能作为鉴定另一方真伪的标准。近几十年来, 由于确实存在少部分不切实际的照搬西医学的研究方法来研究中医药学的情况, 使有些中医药学的研究成了“证实”中医学的手段, 这就是用西医学的标准来衡量中医药学的“科学”性, 虽然也取得了“研究结果”, 但对中医学术的发展没有真正起到促进作用, 反而还带来了许多弊端, 使中医学的研究变得混乱起来。如清热解毒药, 经过西医证实具有抗菌、消炎、抗病毒作用, 在这一结论的“启示”下, 许多临床医生一见炎症就不顾患者的整体状态而一味清热解毒, 疗效并没有提高, 相反相当一部分人的体质被破坏。又如附子的应用, 按动物实验推测, 60kg 体重的人对其耐受量为 20g, 如果一个临床医生被这个结果所左右, 势必影响疗效。因为机体的耐受量取决于机体的状态, 动物不等于人, 如对虚寒证, 用 20g 附子刚好适量, 对大寒证则可以超过 20g, 而对于热证用 20g 就足以毙命。因此, 不能凭“西医学证实”来决定中医学科学与否, 也就是说中医研究可以结合现代科技包括借鉴西医的方法, 但必须超越传统中医和西医, 这样才真正具有“创新”的价值。

中医理论涉及面相当广泛, 要想用某一指标、某一方法、某一理论阐述某一概念, 显然是行不通的, 而是应多方面、多层次、多学科的综合研究, 要充分利用其他学科知识, 容纳一切能为自己服务的其他科技知识, 不强求中西医汇通、中西医结合, 而是与现代科技结合, 才能使其不断充实, 不断提高, 不断完善, 不断更新, 不断前进。

3. 创新发展中医药学的重点在教育、科研与临床

21 世纪的钟声已经敲响, 从宏观上看, 全球科学技术发展的“中心”由西方逐渐过渡到东方, 西方的机械分解观将让位于东方有机统一观, 医学的发展更是如此。自 20 世纪中叶以来, 随着科技的进步、经济的发展、社会文明程度的提高, 疾病谱及医学模式发生了明显改变, 原来主要危害人们健康的生物性传染病的发

病率越来越低,取而代之的是因生活水平提高、人口老龄化、社会的现代化带来的多因素参与的功能性疾病、免疫性疾病、心脑血管疾病、老年病、肿瘤、内分泌代谢系统疾病等,这些疾病已成为危害人类健康的主要疾病。当前,这类疾病西医尚无满意疗法与药物,而这恰恰是能够发挥中医药的优势的领域。治疗上也从单纯生物学上的康复转变为功能恢复,从单纯治形转变为心身并治,从微观转变为微观和宏观并重。医学模式由生物医学模式转变为自然-社会-心理-生物医学模式。人们对医学的需求从单纯的治病需求转向了预防保健、康复、治病合一的需求,而且对预防保健、康复、改善生命质量的期望值更高,希望从有严重副作用的化学药物治疗和损形的手术治疗转向自然疗法、天然药物治疗、无害化治疗,这为中医药、针灸、推拿等特色疗法开拓了用武之地。中医药将重新发挥有机统一的“天人合一”、“形神合一”的整体观优势。科技发展进入新的历史时期,许多古老的科学理论和技术操作将让位给比目前更先进的科学理论和科技操作,面对世界科技进步的趋势,传统中医药学如何抓住机遇、迎接挑战?中医药工作者该怎样为发展中医药学作出贡献呢?笔者认为应遵循科技发展规律和市场经济规律,加强人才培养、加强科研与临床工作以及资源培植开发、实行产业化经营。

(1)加大中医药教育改革力度,大力培养中医药高新人才。人才是事业发展之本,要创新和发展中医药学,首先必须改革中医教育体制,培养一批能承担重任的高新技术人才。“知识经济”时代的到来,对社会各个领域尤其对历史悠久的“工业社会”的教育体制、教育理论、教育规模将产生巨大的影响。就目前的中医药教育来看,仍是以传统的中西医药内容的教学为主,注重的仍只是知识的传播,评价学业好坏的标准仍是书本知识的考试成绩,在一定程度上忽视了实践技能、创新能力的培养。从根本上说,这适应不了科技创新的需求。因此,要创新发展中医药,首先必须对中医药教育进行改革,认真研究“知识经济”、“市场经济”与中医药教育改革、教育创新、人才素质培养的关系,探索“知识经济”、“市场经济”、“学科创新”对高等中医药人员“智能教育”、“素质教育”、“创新精神教育”的影响,使中医药教育能适应形势发展的需要。

对于中医药人才的培养必须坚持以“创新能力”为目标,这就要求课程设置必须贯彻理论联系实际的原则,基础与临床学科的教师必须有丰富的临床经验。中医药教育要实行边听理论课边到临床基地训练的教学方式。中医不象西医那样,西医注重于还原分析方法,可以在实验室出论文、成果,临床诊断治疗大多依赖于实验检查结果;中医注重感性认识、整体功能,望闻问切、辨证施治只有在感性认识的基础上才能有所体验。因此,不会实践操作、没有很好的临床经验的人是难以胜任中医药教育工作的。医学是一门实践性很强的学科,评价教育成败的一个重要标准就是学生能否适应临床需要。临床需要是多方面的,既有传统的中医药理论知识,又有现代科技知识;既有基础理论,又有临床技能,即诊断、治疗技能。中医治病不单纯是中药,而且还有针灸、推拿等,作为一个中医师必须掌握这些基本技能。因此,中医药教育的课程设置既要有全面、广泛的中医药知识、技能内容,又要有现代科技知识内容。只有这样,才能使培养出的学生成为既能继承与发扬传统中医药学精髓,又能适应现代科技发展、创新的需要,承担起发展、创新重任的中医药人才。

另一方面,需要改进传统的教育方式,其基础课、临床课的理论知识传授可以通过建立教学资源库、开展网络教学在大范围内实现。目前已由国家中医药管理局批准由湖南国讯医药网络科技发展有限公司组建的“二十一世纪中医药网络教育中心”,运用“政府主管、企业主办、单位联办”的模式进行了有效的探索,

今后通过大联合可以充分利用这个中心,达到资源共享、补充新知、培养高新人才的目的。

(2)科研工作应立足于临床,着眼于学术突破、技术创新。科研工作是实现技术创新、学术发展的重要保证。由于医学是应用性学科,因此,科研工作必须以改进诊疗方法和提高临床疗效为核心,以学术突破为目的。自中华人民共和国成立以来,中医药的科研工作得到了长足发展。然而,按照“实践”的标准来检验,确有一部分成果对临床缺乏明显的指导价值,也尚未实现学术上的突破,最常见的问题表现在如下几个方面:一是没有提出科学假说,有些研究局限于用西医知识、理论、方法来证实中医药学、解释中医药学,学术上没有创新。二是基础研究中所得到的数值仍然没有特异性,不能作为中医药学的定性定量指标依据,如对血液循环与中医药的关系研究,把血液高粘状态、微循环障碍作为瘀血证的指标,把改善这些病理变化的作用称为活血化瘀作用,但在气虚、阳虚、阴虚证的研究中却同样发现血液高粘状态、微循环障碍,而本不是活血化瘀药的药,如补气药、温阳药却同样具有改善血液粘度、血液循环的作用。三是开发出来的相当一部分中成药,临床实践应用效果低于中药汤剂疗效。由于上述问题,不仅使中医药研究处于一种困惑的境地,反而在这些研究结果的诱导之下,还萌发了一些学术思维的混乱。追溯根源,就是因为没有建立正确的科研思路与方法,而是局限于西医知识和方法。

要搞好中医药科研工作,毫无疑问,应将工作重点放在临床应用上,着眼于学术突破。科研工作者必须要遵循“临床→实验→理论→临床”的中医科研规律,得出符合临床实际的结论,绝不能局限于理论上的推断和西医证实来开展科研。

(3)加强中药资源的培植,合理开发利用中药资源。中医治病是以服用天然药物为主要手段的,而天然药物在自然界的贮量是有限的,尤其是动植物还具有一定的生长周期,未生长到一定期限则没有明显的药效。因此,天然药物随着使用量的增加以及自然环境的破坏,其资源会逐渐减少。如对资源不加以培植、保护,必然会导致资源枯竭,进而导致中医药事业萎缩,故创新发展中医药学还必须合理开发利用资源。中医自古就有“百草皆药”的认识,现代研究也证实自然界中存在的动植物 90%以上具有药用价值,而实际被应用的仅近千种。因而,培植现有药用资源,开发目前尚未被应用的天然药物资源是发展中医药的大事。在保护、合理开发利用资源上,还必须重视应用现代科技手段,扩大中草药的人工栽培、人工繁殖、人工合成的品种,这样既能保证临床用药,又能减少资源损耗。

对于中草药的开发利用,不应仅局限于保健药品和慢性疾病的用药,而应以“三高”(发病率高、死亡率高、治疗难度高)疾病的临床用药为主,更需要重视有效成份的提取和高纯度的中成药的研制开发,以期开发出疗效与现代医药相当或超过现代医药疗效的中成药,切实提高临床用药的针对性,做到使用安全、方便、速效、高效、长效。

(4)加强中医药信息资源开发利用。21 世纪是人类大规模、高速度进入信息时代的世纪,信息将成为社会发展和人类赖以生存的重要资源和基本需求,谁拥有信息,谁就能抢占中医药事业发展的制高点。面对新世纪,面对新形势,要实现中医药教学、科研、临床、生产的大发展,发展和创新中医药学,避免低水平重复,加快成果转化、新技术应用,务必要重视中医药信息资源开发利用,通过对中医药科技信息的利用,探求中医药的发展方向,掌握正确的科研思路与方法,确定最佳的科研方向,运用最新的技术手段研究中医药,以期取得突破性的研究成果,促进中医药学的发展。

(5) 实行产业化经营, 加快中医药事业发展的步伐。从消费的角度来看, 医药卫生服务是一种特殊的消费服务, 随着科技的发展, 社会的进步, 人们对医药卫生保健服务的需求消费越来越高, 人们对医药卫生保健消费的支出也越来越多。按照市场经济观念, 医疗卫生行业也是一种特殊的产业, 他在提供服务的同时, 必然会获得经济利益, 并以此扩大再生产, 以适应社会发展的需要。因此, 应当把医药卫生行业作为一个独特的产业, 按产业发展规律进行经营。如果中医院进一步在提高综合服务功能、专科建设上下功夫, 扩大临床服务范围, 并根据医疗市场需求及时地、适度的调整科室结构和病床配置, 提高服务质量, 则完全可以在医疗市场竞争中取得进展。同时, 由于中医药具有民族特色和现代医学所没有的优势而愈来愈受到了全人类的重视, 中医药在国际市场上具有广阔前景。据有关部门的调查和统计资料显示, 我国的药品销售中 40% 是中药, 国际上中药贸易额每年达 200 亿美元以上, 世界范围内每年的医疗卫生投入消费达 2 万亿美元以上, 而且逐年递增。如果我们对中医药行业进行产业化运作, 通过医学传播、医疗服务、药品出口等途径, 拿回全世界医疗卫生的消费投入的 1%, 那么中医药的年创汇率即可达 200 亿美元, 就能为国民经济的发展做出新的贡献。

中医药行业实行产业化经营不仅可成为国民经济新的增长点, 而且也会迫使行业内部调整结构, 不断进行技术创新, 提高服务质量, 以适应市场竞争, 通过竞争求得发展。诚然, 对中医药行业实行产业化经营还必须建立和健全一系列政策法规, 建立专门的发展基金, 加强管理人才的培养, 加强监督, 在政策与学术发展上予以正确引导。

21 世纪, 是充满希望的世纪, 中医药学的发展将进入一个新的历史时期, 面对市场经济的竞争, 面对现代科学进步的挑战, 我们应当善于继承, 敢于创新, 勇于进取。(孙光荣. 关于 21 世纪发展中医药若干问题的思考[J]. 湖南中医药导报, 2000, 06(03): 9-12.)

关于全面振兴中医中药若干问题的思考与建议

在 1996 年 12 月 9 日召开的全国卫生工作会议上,江泽民总书记指出:“各级党委政府要继续加强对中医药事业的领导”,“中西医并重,发展中医药”。当前和今后一个时期是我国改革开放和社会主义现代化建设的关键时期,也是我国中医药事业发展的关键时期。正确估价中医药事业的现状,客观分析面临的新形势和新问题,明确中医药事业发展的方针、目标和任务,确定中医药事业发展战略和重点,提出新时期可行的政策和措施,是全面振兴中医药事业的关键。

1. 全面振兴中医药在新时期具有的地位和作用

中医学是我国的传统医药学,是经过几千年的不断创新、累积、整理、充实而形成的一门独具特色和优势的自然科学。国务委员彭佩云同志在 1996 年全国中医中药工作厅局长会议上的讲话中明确指出:“中医学是中华民族优秀传统文化,是我国卫生事业的重要组成部分和独具的特色和优势。中医药在历史上为中华民族的繁衍和昌盛做出了巨大的贡献,在现实生活中仍然为保障人民的健康发挥着重要的作用。中医药资源丰富,诊疗技术简便,是我国医疗卫生的一种很有特点、很受欢迎的适宜技术。做好中医药工作,可以更好地满足广大人民群众对医疗保健的需求。农村是我国医疗卫生工作的重点,中医药在我国农村有深厚的群众基础,加强农村的中医药工作,对于解决广大农村人口的防病治病问题,更有重要的作用。随着医药事业的发展和世界上利用天然药物热潮的兴起,中医药在国民经济和国际医药市场中的地位和作用将逐渐扩大。只要我们善于抓住机遇,坚持正确引导,我们就能促进中医药进一步走向世界,为全人类健康事业做出贡献。各级政府和卫生行政部门,一定要提高认识,认真贯彻党和政府的中医药政策,积极扶植、支持中医药事业,促进中医药事业稳定、健康、持续地发展。”彭佩云同志关于发展中医中药的精辟论断,十分准确地回答了四个问题:一是中医中药性质和地位的问题,中医中药既属于我国卫生事业的组成部分,更是中华民族优秀传统文化的组成部分;二是中医中药的历史贡献和现实作用的问题,中医中药既在历史上作出了巨大贡献,又在现实生活中发挥着重要作用,还将在加强农村医疗卫生工作、发展国民经济和开拓国际医药市场中发挥重要的作用;三是中医中药的特色和优势的问题,中医中药资源丰富、诊疗简便、植根于广大民众之中,适合中国国情和现代人类医疗卫生保健的需要;四是各级政府和卫生行政部门对中医中药所应采取的立场和态度的问题,要求提高认识、抓住机遇、正确引导,认真贯彻党的中医药政策,积极扶植和支持。这一讲话集中地表述了党中央和国务院关于新时期全面振兴中医中药的导向。

2. 全面振兴中医药在新时期面临的任务和问题

自国家中医管理局、国家中医药管理局相继成立十年来,尤其是“八五”期间,中医中药行业在各级党政领导和有关部门的大力支持下,通过全行业艰辛探索和努力奋斗,取得了重大进展,围绕以深化改革为中心,加强中医药机构和队伍建设,把增强中医药对人民健康的贡献作为核心任务,实施了一系列中医药事业发展计划和重点项目。有关统计资料表明,到 1995 年,全国中医医院达到 2522 所,中医床位 23.6 万张,高等中医药院校、民族医药院校 30 所,中等中医药学校 51 所,中医药科研机构 79 所,中药生产企业 940 家,中药经营服务网点 2 万余个,中医药行业人员已逾 100 万。近年来,国家中医药管理局又适时地将中医药事业发展的思路从相对注重数量规模转移到提高质量效益上,加强中医药机构的内涵建设,加强中医药科技工作,加强农村中医药工作,加强精神文明建设。建立了一

批示范中医院、重点实验室、科技信息中心,通过学制教育和师承制教育培养了一大批博士、硕士、学士和名老中医药专家学术继承人。共获得国家发明奖和国家科技进步奖 15 项,国家中医药管理局科技进步奖 310 项,并获得中药新药证书 439 项,中医药科研成果总体上达到了国内领先水平,有的达到国际先进甚至国际领先水平。中药工业总产值达到 175.7 亿元,中药工业销售收入达到 150 亿元。取得如此巨大的成绩令世人瞩目,连西方国家的同行也誉为发展传统医药的楷模。

但是,中医中药的发展目前远远滞后于西医西药的发展,造成中医药发展滞后于西医西药的现状有多方面的原因,但究其根源是历史的原因,西医西药最初是近代通过传教士传入我国的,并通过教会等途径从国外引进了不少资金,先由传教士诊治继而开设门诊部→医院→医学院校,由城市至农村迅速发展起来的,在人才、设备等方面都优于中医药科教研机构。而中医中药自古以来是以散在、个体、家庭诊所的模式为广大民众服务的,当西医药在我国取得迅速发展的初期,中医药却在国民党当局扼杀中医的政策之下,艰难图存,日趋衰落,根本谈不上发展。解放后,所有西医院校和西医院均收归国有,而中医停留在集体诊所阶段,至 1955 年在党中央、毛主席关怀下才开始有国家创办的中医药院校和中医药科研院所,也正是此时才有国有的、正规的中医药机构。我国中医历史有二千余年,西医历史仅百年,但由外国、国家投资的西医事业实际上在我国已近百年,而由国家投资的中医事业仅 40 年,两相比较,国有中医药事业的发展滞后于西医药达 60 余年。这就是中医药事业历史欠帐太多,而中医药和西医药至今未能形成真正并重局面的主要原因,也是中医药和西医药机构在基本建设、仪器设备、人才培养、承担任务、服务层面等各方面至今都不在一条起跑线上的主要原因。正是有鉴于此,党中央和国务院才提出中西医并重的方针。

国家中医药管理局制定的《“九五”计划和 2010 年的规划设想》已经明确了新时期的中医中药工作的新目标和新任务,要实现计划和规划,就必须认真研究和解决由于中医药事业发展滞后所带来的当前存在的主要问题:

2.1 关于中西医并重的问题 贯彻执行中西医并重的方针,是全面振兴中医中药的前提。首先应在认清中医药事业发展滞后的主要原因和中西医并重方针提出的背景的基础上,真正把中医中药和西医西药的发展摆在同等地位上。这主要是指:一是在思想上我们要认识到全国的医疗预防保健任务是依靠中医和西医共同来完成的,而且农村医疗保健主要是依靠中医中药完成的,同时还应认识到现代医学在向微观纵深发展的进程中已逐步认识到要吸取中医学的整体观念,困扰国际医学界的许多现代疑难疾病都正在寻求从传统医药上取得重大突破,因而独具特色的中医中药就肩负着历史所赋予的重任;二是在政治上必须体现中医和西医具有平等的地位;三是要在事业发展上真正实行中西医并重,而且在历史欠帐太多的情况下要优先发展中医中药。建议各级政府和有关部门把中医药事业纳入政府的经济社会发展计划和卫生区域规划,积极改善中医医疗、教育科学研究工作条件。建议全面实行中医药事业经费计划单列,其中应列占财政总支出的 1% 的专项经费用于中医药人才培训和中医药科学研究,并要加强中医药科研成果的开发和新技术推广;四是在学术上要保障中西医具有同等的地位,如科技成果和技术职务评定、医疗事故的鉴定等要坚持实行同行评议。凡已取得中级职称以上的中医、药、护人员应一律纳入国家干部队伍,进行统一管理;五是在社会卫生资源和医疗保健义务的承担方面应坚持中西医并重,如公费医疗改革中,中医和西医医疗机构应该享有同等权利和义务。

2.2 关于继承和发展的关系问题 这实际上是继承与创新的辩证统一的问题,关于这一长期影响中医药学术发展的重大问题,我们认为卫生部张文康副部长在全国中医药科技大会上的讲话中已经作了深刻而明确的阐述:“继承是发展的基础,发展是继承的目的。”“中医药的发展史,是不断融合各学科先进思想和技术、不断创新的历史。创新是中医药进步的灵魂,创新是中医药事业兴旺发达的不竭动力。”“我们要在把握中医药学的主体特征和特色的同时,积极吸收现代科学技术,利用多种研究方法,坚持主体发展与开放兼容相结合,这样才能把保持中医药特色与现代化统一起来。要从临床、生产、实验及文献等多角度出发,加强在中医药研究方面的发展创新意识。要运用传统的方法和现代的方法研究中医药,根据新的医疗实践和科技发展,逐步建立或完善新理论。”我们也认为,目前就提出中医药理论体系的改构和重建的条件尚不成熟,只能逐步建立和完善新理论,现在的关键是清醒地认识到继承和发展的辩证统一关系,老老实实继承中医药理论精华,真真实实吸收和消化现代先进科学技术,既不故步自封,又不妄自菲薄,扎扎实实以中医药基本理论为指导进行科学研究,力争在理论上、技术上、产品上取得新的重大突破。当前我国实质上有四种医疗方式(中医、西医、中西医结合、民族医)和两种疗法(药物治疗法、非药物治疗法),各种医疗方式都在相互吸收、融合、发展,重点是要保持和发扬自身的特色和优势,科研项目要明确继承点和创新点,这就必须做到立足继承,重在创新。

2.3 关于中医中药统一管理的问题 建国以来我国中医中药管理的模式经历了一个不断探索、不断完善、不断适应中医药发展规律的演变过程,曾经走过了漫长、曲折而反复的道路,自从国家中医药管理局成立以来,对中医中药实行了统一管理,实践证明二者统一管理有利于形成人才优势、科技优势和组织协调优势;有利于中医药按照自身发展规律制定相应的方针、政策、法规和标准;有利于医知药情、药知医用;有利于中医药科研、生产、使用有机结合,从而推动中医中药协调发展,同步振兴。这说明了党中央国务院在总结建国以来中医中药管理工作正反面经验基础上作出的这一重大决策是正确的。但是,当前有人认为中医中药统一管理是沿用“以药养医”的落后机制,殊不知我国中医中药统一管理已在国际传统医药界引起了良好积极的反响,许多国家很羡慕我们这种统一有力的管理形式,学习我们中医中药统一管理的经验。在一定意义上说,我国的中医中药统一管理的模式,对世界医药的发展具有示范作用。因此,中医中药的管理也和中医中药的教学、科研、临床、生产一样,都要探索、创新运用适应中医中药自身发展规律的模式,而不能盲目地照搬所谓“国际模式”。

2.4 关于中医药人才培养的问题 这是“九五”及今后 15 年我国中医药事业发展的两大重点之一。我们要坚决执行国家中医药管理局《中医药人才培养计划》,坚决实施“弘扬工程”。建议以中医药大学、中医药学院、中医药研究院为核心,大力培养博士生、硕士生以及本科生,并通过继续教育和师承制教育提高在职中医药队伍的专业素质。为了适应社会需求和中医药行业发展的需要,必须把培养跨世纪学术带头人和科技带头人放在突出位置,培养和造就一批具有当代中医药学术水平并掌握现代高新技术的科技、临床、生产、管理专家。因此建议选择条件具备的中医药大学建设成为中医药科技大学,使之成为中医药学术带头人和科技带头人的培养基地,同时要进一步发挥名老中医药专家的学术带头作用,在人才任用方面不要走入“唯年轻化”的误区。为了加强农村中医工作,建议对农村中医药工作人员进行有系统的继续教育,可采用轮训、考试、考核、发证的办法切实培养合格的农村和基层的中医药队伍。

5 关于中医药科技进步的问题 这亦是“九五”及今后 15 年我国中医药事业发展的两大重点之一。我们要坚决贯彻落实国家中医药管理局《关于加速中医药科技进步的意见》。卫生部陈敏章部长在全国中医药科技工作大会上的讲话中明确指出:“加速中医药科技进步的重点是为了提高中医药学术水平,提高中医药临床疗效。”因此,我们要坚持中医药科技面向临床、面向生产、面向社会需求的方针,坚持中医药科技为提高中医药学术水平、提高中医药临床疗效、提高中医药成果转化率、提高中医药产品市场占有率而服务的宗旨。建设以中医药科研基地为龙头,积极促进大中型中药企业的联合,逐步形成大项目、大联合、大投入、大产出、大市场、大交流的新格局。以“三高”疾病(发病率高、病死率高、治疗难度高)的诊疗方法和治疗药物为研究对象,力争在诊疗理论、方法、技术、药物、器械等方面取得新的突破。并建议切实加强中医药科研四大支撑条件(信息、动物、设备、试剂)的建设,以保障中医药科技工作的开展。(刘祖贻,周绍明,孙光荣. 关于全面振兴中医中药若干问题的思考与建议[J]. 湖南中医药导报, 1997, 3(43):2-4.)

抓住机遇，大力研发民间中医药

民间中医药是我国中医药事业和医药卫生事业的一支重要力量，我完全拥护30年前老革命家习仲勋同志提出的理念：“中医中药来之民间，用科学方法加以研究提高，再用之民间，为人类造福。”此语指明了中国民间中医医药发展的渊源、宗旨、方向、方法和目标。

30年来，由于党和政府的关心指导，人民群众的喜爱支持，以及同道的坚持努力，我国民间中医药的研究与开发取得了长足进步和丰硕成果。我们更要看到，在新时期，在越来越国富民强的今天，在习近平总书记率领的实现“中国梦”的伟大征程中，人民群众对健康服务的需求也越来越大、要求越来越高。民间中医药的生存发展空间也越来越广阔。正如国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强同志所说，养生、保健、医疗、救治和医改“都离不开中医药”，当然也就离不开民间中医药。可以说，中国民间中医药已经迎来了大发展的春天。我们必须抓住这个机遇，大力研究与开发民间中医药。

任何事物，有特色才能生存，有优势才能发展。中国民间中医医药的特色是“土、简、活”，优势是“验、便、廉”。“土”就是接地气、合民俗，民族性和地方性很强；“简”就是方药配制简单；“活”就是治疗方法、方药灵活；“验”就是有效，而且是速效、高效、长效；“便”就是方便、便捷；“廉”就是医疗费用低廉。这些特色和优势，我们应当保持和发挥，也可以说是守“土”有责。民间中医从业人员无须攀比“洋气”，用洋词汇、洋术语来诠释或装饰民间中医药，就按照习仲勋老同志讲的“来之民间”、“用之民间”，老老实实、踏踏实实做好民间中医药服务。至于如何总结、提炼、升华，那是另一个层次的工作，应该由专职中医药科研工作者去承担。

中医药学“是打开中华文明宝库的钥匙”，中国民间中医药是中华民族的，是这把“钥匙”上的一个“齿槽”。任何学问和技术，民族的才是世界的，中国民间中医药必然要走向世界，造福全人类。因此，中国民间中医药工作者，要有文化自信、民族自信、技术自信，在总结提高的基础上，可以也必须让我们的民间中医药沿着“一带一路”走出国门、走进友邦、走向世界！（孙光荣. 抓住机遇，大力研发民间中医药[N]. 中国中医药报, 2015-10-01(003).）

做好四个“重点继承” 克服中医“西化”

随着社会对中医药服务需求的日益增长,对中医药服务能力提升提出了越来越高的要求。当前及今后一个时期,围绕服务能力的提升,中医药行业面临着必须思考、必须回答、必须实施的问题:如何克服“西化”的倾向而保持中医药的特色优势?这是关乎中医药生存空间的关键问题。笔者认为:继承同创新一样,是提升中医药服务能力的基本方略。

继承,是基础,是源泉。绝不可一提“继承”,就认为是“古老旧”,就是“怀古复旧”。同时,我们必须充分认识到,中医药的生命力在于临床疗效,所有继承的出发点和落脚点都是为了提高中医临床疗效。

中医药学的继承,是一个系统工程。广义而言,中医药学的继承涵盖了中医药的医疗、保健、科研、教育、文化、产业、国际交流合作等各个领域;狭义而言,包括师承教育、文献整理研究、文化科学普及等。需要制定和明确继承条件、继承途径、继承机制、继承办法、继承归宿。近30年来,为了让中医回归中医,国家中医药管理局已经在中医药学的继承方面做了大量的卓有成效的工作,取得了令人瞩目的成就。

但是,如何更全面、真实地承续中医药学的思维方法,还有很长的路要走。建议在当前及今后一个时期,围绕中医药学“理法方药”的学术体系,明确继承目标,健全继承机制,共同努力做好四个“重点继承”,达到四个“有效提升”:

第一,重点继承中医健康服务之“理”,有效提升中医认知能力。

习近平总书记说:“不忘本来才能开辟未来,善于继承才能更好创新。”中医药学发展史告诉我们,正是在中华民族几千年的发展进程中,直面人类预防保健和治疗疾病的现实需要,不断继承、勇于创新,才逐步形成了特色鲜明、前景辉煌的中医药学。今天,在医药学面对更严峻挑战之时,人们把关注的目光投向了中医药学。在这样的大背景下,需要我们更加理性地深思中医药学产生的本源,走特色发展之路、科学发展之路、创新发展之路、可持续发展之路。

中华传统哲学思想,包括三才、变易、中和、意象等等,在中国的社会学、政治学、天文学、地理学乃至兵学、农学、医药学、建筑学、星相学、堪輿学之中,都是一以贯之的,这是中华文化的灵魂。然而,在现今中国,“西化”是不争的现实。如果不彻底改变现今自觉或不自觉地在教育、科研、临床中仿效西医的状况,也将会像古建筑学那样,只存建筑物而失去了建筑思想、设计、技术、工艺、参数,中国人将来就只好看着自己民族瑰宝丢失,中医药的神奇疗效将成为传说。因此,中医药学的继承,首先就必须正本清源,重点继承中医健康服务之“理”。

重点继承中医健康服务之“理”的关键,在于对历代中医药文献进行系统梳理、阐释,也就必然需要开展对中医药文献的目录、版本、校勘、训诂、释译等专项研究。这不是可以采取人海战术就可以达成的,必须确立《中医通典》、《中药通考》、《中医通史》等大型中医药文献研究项目,集中全国中医药文献研究的优势力量,进行系统、艰苦的探索,力争在五年至十年内精准回答关于中医基本理论的核心问题,如:中医基于何种理论、如何认识与掌握天人合一、形神合一思想?中医基于何种理论和学说辨识健康与疾病?中医基于何种理论和学说提出和实施“治未病”?中医根据何种理论、实践建立脏腑学说、经络学说等?中医基于何种理论、实践认知中药的气味、性能、功效与归经?中医基于何种理论、实践创造了药物疗法和非药物疗法?等等。如果不能重点继承中医健康服务

之“理”，中医临床将始终是依赖西医诊断，给予中医配方，中医药特色优势也就随之淡化、消失。唯有重点继承中医健康服务之“理”，才能有效提升中医的认知能力。

第二，重点继承中医健康服务之“法”，有效提升中医诊疗能力。

中医健康服务之“法”，包括诊断之法、治疗之法、养生防病之法。

中医诊断之法，主要是司外揣内、审症求因。从司外揣内而言，主要是望闻问切之法。望法，又分为望气、望神、望形、望色、望舌、望体之法；闻法，又分为闻声息、闻气味之法；问法，又分为直接询问、间接询问、启发询问、追因询问之法；切诊，又分为脉诊、按诊之法。从审症求因而言，有脏腑辨证、经络辨证、卫气营血辨证、气血津精辨证、运气辨证之法。采用四诊合参，运用各种辨证纲领，通过辨证，以求证候诊断精准。

中医治疗之法，主要是外治、内治、正治、反治之基本方法。无论外治、内治、正治、反治，都必须首先明确治则治法。治则治法源于中医基本理论，是中医临床治疗的纲领和准绳。

中医治则，就是中医治疗病证的基本原则，如“燮理阴阳”、“调和致中”、“扶正祛邪”、“补偏救弊”、“治病求本”、“急则治标，缓则治本”、“标本同治”、“因人因时因地制宜”等，治则统领治法。

中医治法，在外治、内治、正治、反治的基本方法之下，一般分为“汗、吐、下、和、温、清、消、补”八类方法；每一类方法又包括若干具体治法，如“补法”，可以根据补益的目标分为单纯的补阴、补阳、补气、补血；也可以分为综合的补肾健脾、补中益气、填精固髓等。其中，补、益、养、填、固等，用词虽有别，却都是补益之法。

中医养生防病之法，是在中医基本理论指导下，基于“治未病”学术思想而形成的中医健康服务之法。主要是食养、药养、术养（包括养生气功等非药物、非食物养生）三大类。无论食养、药养、术养，都必须按照“合则安”的养生总则，根据个人的民族、体质、习惯、居所气候等选择应用。

上述中医诊断之法、治疗之法、养生防病之法，是历代中医理论与实践的总结，必须通过精研经典和临床跟师才能得以传承。因此，需要对历代中医辨证论治体系和养生治未病体系进行全面、系统的整理研究，对健在的名老中医，从医德医风、思辨特点、组方用药和文化素养四个方面，进行抢救性的继承。只有重点继承中医健康服务之“法”，才能有效提升中医诊疗能力。

第三，重点继承中医健康服务之“方”，有效提升中医组方能力。

中医治病有药物疗法和非药物疗法。药物疗法，并不是“某药治疗某病”，而是要针对病证、根据治则治法、大多将药物按照“君臣佐使”的格局严格配伍，组成“方子”用于临床，称为“医方”，俗称“汤头”。张仲景在《伤寒杂病论》中创造的“方子”是历代中医奉为经典的“经方”，嗣后历代中医名家创建了众多经验方，称为“时方”。唐·孙思邈编著《千金要方》、《千金翼方》，集唐之前医方之大成，以后历代都有各种方书问世。清·康熙三年（公元1664年），汪昂编著《医方集解》、《汤头歌诀》，1956年北京中医学院（北京中医药大学前身）将《医方集解》、《汤头歌诀》合二为一，定名为《方剂学》（王绵之主编），从此“方子”又通称为“方剂”。2005年，人民卫生出版社出版《中医方剂大词典》（彭怀仁主编），对我国上自秦、汉，下迄1986年的所有“有方名”的方剂进行了一次系统的精选、整理，汇集了古今“有方名”的医方（约10万方）。主要特点有三：一是参考古今各种中医药文献，对每一首方剂的方

源进行认真的考证，注明其原始出处；二是对所有方剂分散在各种文献中的不同主治、方论、验案以及现代实验研究资料分别列项进行整理筛选，汇集于各方之下，为全面了解方剂提供了极大的便利；三是按照辞书形式编纂，既有目录，又有索引，解决检索方名的难题。

由于中医组方，既要遵循治则治法，又要把握药物之间的相须、相使、相畏、相杀，更要注重君臣佐使的结构，因而中医组方有严谨的法度、规矩，并非将杀细菌、灭病毒、补气血、清热泻火等的性能、功效相同、相近的药物凑合在一块就能成为医方。因此，必须重点继承中医健康服务之“方”，首先是继承“经方”，其次是继承“经验方”（包括名老中医经验方、民间经验方、少数民族医经验方）。有必要组织力量，开展三个方面的工作：一是对执业中医师进行全面、系统的“经方”培训；二是通过师承教育，继承名老中医等的独家秘方；三是大规模整理自1949年10月1日至今的全国名老中医经验方、民间经验方、少数民族医经验方，可集成为《千金妙方》，以填补《中医方剂大词典》留下的空白，并承续《千金要方》、《千金翼方》，为今后的继承留下底本。只有重点继承中医健康服务之“方”，才能有效提升中医组方能力。

第四，重点继承中医健康服务之“药”，有效提升中医用药效力。

中药，是中医的工具，是中医治病的利器。中医用药的最大特点是“四个讲究”：一是讲究药取天然，基本不使用化学合成的药物，即使是“丹”，也是从植物、矿物等自然物质中提取的；二是讲究要用道地药材，注重药材原有的四气五味、升降浮沉，一般不主张使用移植、替代品；三是讲究遵古炮制，无论是饮片还是膏、丹、丸、散、酒，其炮制方法经过千百年的探索、研究、积淀、传承，已经成为确保药物安全、有效的不二法门，其炮制方法不是现代制药方法可以取代的；四是讲究“用药如用兵”，注重配伍、剂型、剂量和给药途径，要求极为精准。

但是，近数十年来，中药材产出的土地使用过大量的化肥、农药而被“毒化”；药材种子由于移植、加工而有所变异；由于追求药材产量大幅度提升而过度使用催肥、催熟的激素类制剂；采集的时间也不依古制；炮制也不遵古法。于是，中药材的质量必然降低或产生性能变异，用这种药材组成的方剂就难以达到预期的疗效，用这种药材研制的药品也就有很多毒副作用说不清、道不明。因此，有必要，对中药材的种植、采集、加工、交易进行大规模的检查、清理、整顿，强调继承的重要性和必要性。这项工作“多龙治水”不能解决的，必须成立跨部委的领导小组，制定相关规范、标准，进行督查和改进。只有重点继承中医健康服务之“药”，才能有效提升中医用药效力。（孙光荣. 做好四个“重点继承”克服中医“西化”[N]. 经济参考报, 2015-08-14(023).）

医生、医院、医业事关重大 医改应重视三医问题

“三医”问题,是指在医药卫生体制改革中凸显的医生(包括护理、医技、药剂人员,下同)、医院、医业问题。医生,是医药卫生体制改革的实施主体;医院,是医药卫生体制改革的实施平台;医业,是医药卫生体制改革的实施领域。在全面建设小康社会、构建和谐社会进而实现伟大的民族复兴的进程中,“三医”问题与“三农”问题一样,是直接关系人民生活、社会稳定和经济发展的基础性、根本性问题。必须像重视“三农”问题那样重视“三医”问题,必须像研究“三农”问题那样研究“三医”问题,必须像解决“三农”问题那样解决“三医”问题。

我国的医改已经思考、议论、探索多年,归根结底是要解决谁出钱、谁花钱、谁管钱的问题。英国模式、德国模式、新加坡模式等可供我们借鉴,但绝不能生搬硬套或者照猫画虎。

最近发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》(以下简称《医改意见稿》),充分体现了党和政府深化医药卫生体制改革的坚定决心,确立了“实现人人享有基本医疗卫生服务”的目标,提出了坚持公共医疗卫生的公益性质和解决看病难、看病贵等群众最关心、最直接、最现实的利益问题的一系列指导性意见。《中国青年报》公布的一项调查显示,79.7%的受访者对医改新方案充满期待。

但是,一直以来,在医药卫生体制改革过程中出现的一切困难和问题,很重要的原因就是医生、医院、医业三者重视不够、研究不深、摆位不当。而《医改意见稿》的设计者也有必要加深对医生、医院、医疗问题的关注和思考,否则让人感觉医药卫生体制改革与医生、医院、医业无关。

我们针对实现全民健康利益的终极目标思考,《医改意见稿》对“三医”问题还需要进一步给予重视,进一步予以研究,进一步给出解决办法。

医生是医药卫生体制改革的实施主体,通过深化医药卫生体制改革充分调动医生的主动性与积极性,是解决“三医”问题的关键。

医生,是健康的使者,是进行预防、检测、诊断、治疗、康复、护理和健康教育等医疗活动的主力,是医院发展的支撑,也就势必成为医药卫生体制改革的实施主体。没有医生,就没有医疗活动,就没有医院的发展,也就没有医药卫生体制改革;没有高道德、高水平的医生,就没有高道德、高水平的医疗保健服务,就没有高质量的医院发展,也就没有高绩效的医药卫生体制改革;没有医生的心安气顺,就没有医疗活动的规范有序,就没有医院的高效与医患和谐,也就没有顺达通畅的医药卫生体制改革。

医疗保健是一种高学历、高投入、高风险、高压力的工作,同时也应该是高回报的工作。无论是发展中国家,还是发达国家,医疗保健工作都应该受到高度重视、给予相对高的待遇。我们的医药卫生体制改革,就是要通过政府,让医疗保健工作获得应有的地位,受到应有的尊重,发挥应有的作用。医生本身也是人民的重要组成部分,从这个角度讲,医生及其所从事的医疗保健活动也应得到特殊的关注,给予足够的重视。同时,党和政府要实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,必须通过广大医生、所有医院的坚决拥护、积极参与和全力推进,通过全部医疗活动的规范开展、有效实施,才能够最终得以实现。

多年来,由于各方面的原因导致我国医生在地位、待遇、公信力和工作安全感等方面的行业比值存在显著落差,加上医院被动性地“以药养医”、“以器械养院”,分解、下达创收指标,致使滥检查、大处方、拿红包等为法律法规所不许

的现象屡禁不止；致使公益性医院的门前病人排队、门内医生聊天等为传统医德所不容的现象时有发生；致使不求新知、不求进取、不求疗效但求免责等为行规所不齿的现象屡见不鲜。尤其是农村、社区医生，每月靠财政拨款的 300～400 元工资养家糊口，“苦了医生的身，寒了医生的心，谁还会有心思要恪守医德和提高技术呢？不得不走上开大处方、开贵药、开辅助检查、拿回扣、收红包的歪门邪道”（一位乡村医生的网上自述）。长此以往，医生的公信力和工作安全感也将越来越低，老百姓看病难、看病贵的问题也就始终不能从根本上解决。

由此可见，维护医生的正当权益，调动医生的主动性和积极性，使医生主动、积极地参与医药卫生体制改革，是开展和深化医药卫生体制改革的关键。

综观《医改意见稿》全文，我们认为对医生这个医药卫生体制改革的实施主体重视不够、关怀不够、政策引导不够。建议：

1. 维权与肃纪并举。既要通过政策引导和宣传教育，改善医疗保健的社会环境，维护医生的正当权益，提高医生的地位与待遇，使医生职业获得社会的广泛尊重；又要对医德败坏、挟技图利的害群之马给予严厉的整肃和处理。

2. 保障工资待遇，制止灰色收入。除盈利性医疗保健机构外，所有公益性医疗保健机构和农村、社区的医生由政府给予全额工资和同类地区公务员的福利待遇，并严格制止医生的灰色收入，发现一起，查处一起。

3. 严格医生的准入制度，规范医生的继续教育权利与义务，将医生资格的注册、聘用、晋升与医德表现、诊疗业绩、接受继续教育的成绩和医疗事故记录四者紧密挂钩，定期考核执业医师，定期表彰优秀医生，定期淘汰不合格医生。

医院是医药卫生体制改革的实施平台，通过深化医药卫生体制改革大力提高医院的服务力与可信度，是解决“三医”问题的突破口。

医院具有独立的法人地位，是政府显现公共医疗卫生公益性质的主要窗口，是医疗保健活动的主要载体，是医生治病救人的主要平台。所以，医院的管理体制和运行机制，都必须有利于医院履行政府实现公共医疗卫生公益性质的权责和义务，有利于发挥医生的最大作用，有利于保护医生的根本权益，有利于保障人民群众的健康利益，有利于实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。医院难生存、难发展，医疗活动就难开展、难提升，医药卫生体制改革就难开展、难深化。医院经济利益至上，医院的服务力与可信度就必然下降，医患关系就必然紧张，医药卫生体制改革就必然阻滞。

近十多年来，由于医院面对的是以医药生财的“市场”，致使医院不得不“以药养医”、“以器械养院”，拼检测、拼差价、拼广告，而不是拼公益。因而逐步导致医疗保健“以人为本”的核心价值的逐渐迷失，医德医风的日益趋下，医疗保健资源配置的严重错位，医疗保健服务城乡差别的继续扩大。医院为生存发展而片面追求经济效益其实是饮鸩止渴的行为，势必增进改头换面药品和土造洋装医疗器械的可乘之机，势必促使医生大处方、滥检查、拿回扣、要红包的丑恶现象蔓延，势必加剧医患关系的恶化，势必增加老百姓看病难、看病贵问题的解决难度。

因此，通过深化医药卫生体制改革大力提高医院的服务力与可信度，是解决“三医”问题的突破口。

综观《医改意见稿》全文，我们认为对医院这个医药卫生体制改革的实施平台所给予的引导和支持的力度不够。建议：

1. 全面规划和配置医疗保健资源，健全全民医疗保健网络。一方面要强化国家、省(市)自治区、县(市)、乡(镇)四级“中心医疗保健机构”的责任制；另一

方面要区分研究型医院、综合型医院、专科型医院的功能。

2. 整合保险业资源,对医疗类、健康类、人寿类、工伤类等保险资源进行合理整合,按比例将事后理赔资金转换一部分为事前保健,用以提高全民健康质量,减少医疗支付。

3. 实行收支两条线。所有公益性医疗保健机构和农村、社区医疗保健机构的收入全部上缴财政;公益性医疗保健机构和农村、社区医疗保健机构的工资由政府支付;各种项目开支比照项目经费管理办法进行管理。

4. 建立健全药品、医疗保健器械统一销售平台。常见病、地方病、职业病、多发病所用药品以及常用的医疗保健器械,由政府认定的统一销售平台经营,减少中间环节,压缩回扣空间。

医业是医药卫生体制改革的实施领域,通过深化医药卫生体制改革走出一条具有中国特色的医药卫生道路,是解决“三医”问题的终极目标。

医业,是一种行业界定,由于医业直接关系到人民大众最切身的利益,直接关系到科学技术进步,直接关系到经济社会稳定与发展,所以医业同样需要给予足够的行业地位的认同和行业作用认可。如何走出一条具有中国特色的医药卫生道路,是深化医药卫生体制改革的终极目标。

胡锦涛总书记在党的十七大报告中明确指出,中国现阶段最大的国情是我国正处于并将长期处于社会主义初级阶段,其最突出的表现是人口众多、人均收入水平低、区域发展不平衡、城乡发展差距大。这就决定我国医药卫生体制改革必须走出一条具有中国特色的医药卫生道路。而具有中国特色的医药卫生道路相应与国情而言,在发展状态上,应该是广覆盖、低水平、有差距的;在认识与探索、建设与完善过程上,应该是长期的、艰巨的、复杂的;在发展方向上,应该是坚持中西医并重的。

这里需要着重阐明的一个关键问题是:如何真正实现中西医并重?经过两千余年的继承与发展,中医药在临床实践中显示了“个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向”的五大特色和“临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用相对低廉,创新潜力巨大、发展空间广阔”的六大优势。中医药在广大人民群众中具有深厚的感情基础,在长期防病治病实践中发挥了重要的现实作用,在服务价格等方面具有明显的比较优势,不仅适合于开展尖端的生命科学研究,适合于高端医疗保健,也适合于走进农村、走进社区、走进家庭,在未来医学模式转变中具有广阔的前景。因此,我国通过医药卫生体制改革,一定要真正走中西医并重的医药卫生特色发展道路,一定要真正实现中医、西医同重,中药、西药同步,中医、中药同体。

走中国特色医药卫生发展道路,坚持中西医并重和扶持中医药、民族医药事业发展,决不能只是一句口号和象征意义上的点缀,而必须给予法律、法规、政策的正确引导与规范。在现在开展的医药卫生体制改革进程中,应该到了认真研究和落实中西医并重的具体目标、主要任务、重点领域、有效政策措施的时候了;应该到了必须回答中医药向何处走、怎么走的问题的时候了;应该到了实实在在把中医、中药摆在应有位置,用其自身思维方式思考自己、按其自身发展规律发展自己,划出一片天、留出一块地,让其自生自长的时候了。但是,在现实中,中医、中药发展进程中往往出现尴尬、窘境和矛盾,这些都是由于没有很好地研究中西医并重、没有很好地坚持中西医并重而造成的。目前在管理体制上都管又都不管,在政治上摆位“并重”而实际投入却看不出“并重”,这种在政策和措施上虚的实、实的虚的情况,绝对不能再继续下去了。

综观《医改意见稿》全文,我们认为对医业这个医药卫生体制改革的终极目标所给予的关注不足、引导不力。建议:

1. 按照《宪法》及相关政策规定,在改革宗旨中明确提出“医药卫生体制改革要求预防医疗并重、以预防为重点,城市农村并重、以社区农村为重点,中西医发

展并重,发展中医为重点,走具有中国特色的医药卫生发展道路。”并单列一项,列举实现中西医并重的具体目标、主要任务、重点领域、有效措施。

2. 制定对真正执业中医药的中医医院和真正执业中医药的中医师的核实办法,给予真正执业中医药的中医医院发展项目经费,给予真正执业中医药的中医师政策性补贴。

3. 制定医院管理、药物采购、学位评定、科研成果鉴定、执业医师注册、职称晋升、医疗事故处理等中医的标准和管理办法,而不套用西医的标准和管理办法。

4. 提高对中医药事业的投入比例。

我们希望并相信,医生、医院、医业在医药卫生体制改革中一定会获得高度的重视和妥善的解决,医药卫生体制改革一定会不断深化,我国一定会走出一条具有中国特色的医药卫生发展的光明大道路来。(孙光荣,邱德亮.医生、医院、医业事关重大医改应重视三医问题[J].光明中医,2009,24(03):386-388.)

中医健康游，整合资源是关键

近日，国家中医药管理局和国家旅游局在广西南宁联合召开中医药健康旅游工作座谈会，研讨论证《关于促进中医药健康旅游发展的指导意见（征求意见稿）》和《关于开展中医药健康旅游示范区建设工作的通知（征求意见稿）》。12个省（区、市）旅游局（委）、卫生计生委和中医药管理局相关负责人，旅游、中医药领域专家学者及开发建设中医药健康旅游的企业负责人参加了此次座谈，并对如何进一步开展中医药健康旅游工作提出建议，今起本版将陆续刊出，以供参考。

在《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》《国务院关于促进旅游业改革发展的若干意见》相继发布的大背景下，中医药健康旅游业即将迎来大发展机遇。2014年2月21日，《国家旅游局和国家中医药管理局关于推进中医药健康旅游发展的合作协议》签署，两局将发挥各自优势，建立合作机制，推动各级旅游机构与中医药的全面合作，共同推进中医药健康旅游建设发展。

如何围绕中医药健康旅游做好顶层设计，如何引导中医药健康服务、规范和引导中医药健康市场，如何制定中医药健康旅游标准规范，如何尝试选择一批旅游与养生、养生与养老相结合的中医药健康旅游试点进行重点扶持，如何在探索中总结经验等等问题，已经提到议事日程。为此，笔者主要就中医药健康旅游业试点与人才两个问题提出个人的一些建议。

整合优势资源 合理布局试点

养生训导、健康咨询、美容矫形、药膳休闲、慢病调养、医药巡礼等涵盖传统医药文化传承、养生保健方法传授、健身美容营养休闲、名优特稀医药资源观光的四种资源，属于养生保健旅游资源。

中医药，由于历史传承、现代发展，得天独厚地成为中国的养生保健旅游资源，这正是刘延东副总理总结中医药具有五大优势资源的“潜力巨大的经济资源”的原因之一。如陕西省铜川市耀州区的“药王山”、河南省南阳市的“仲景祠”、甘肃省庆阳市的“岐黄故里”及扁鹊、董奉、李时珍等历代中医名家的习医、行医的古建筑、古医案、古医具、古医籍、古碑林等故址遗迹，以及名医、名科、名院、名药、名厂、名店和已经建立的全国中医药文化教育基地，是传承与传播中医药文化的稀缺资源；各中医药高等院校和中医药院所创建的健康服务基地，是养生保健方法传授的珍贵资源；各道地药材的产地、市场，是名优特稀药材、药品观光购药的重要资源；各疗养院和美容养生处所，是健美疗养的优秀资源。概括而言，中医药既是医药保健的优势资源，又是独具特色的旅游资源。所以，习近平总书记将中医药与名闻遐迩的中华书画、京剧相提并论为博大精深的传统文化，与三山五岳、万里长城、兵马俑、少林寺等相提并论为享誉世界的自然和人文景观。

中医药作为独具特色优势的旅游资源，保护、开发、利用刚刚起步，难免鱼龙混杂，必须加强引导和监管，防止、杜绝将中医药资源西化、虚化、玄化、庸俗化而借机借势敛财的行径，要使养生保健旅游资源正当地创造最大的社会效益和经济效益。因此，必须整合优势资源，合理布局中医健康旅游试点。

一是“景医整合试点”，即以现有著名景点为依托，开展中医药健康旅游服务。在现有著名景区附近，通过统一规划线路，开设养生训导、健康咨询服务。这类试点，适宜于高端中医药健康服务，必须有名医、名药作为支撑。

二是“医景整合试点”，即以现有著名中医药文化、养生、疗养基地为依托，加强景区配套建设，开展中医药健康旅游服务。在现有中医药古迹和文化教育、养生休闲基地，挖掘、整理、建设、提升自然景区特色及加强交通、餐饮、住宿、娱乐、购物的配套建设。通过统一规划线路，开设美容矫形、药膳休闲、慢病调养服务。这类试点，适宜于高、中端健康服务，必须有中医药机构作为支撑。

三是“景医开发试点”，即选择风景优美或特殊的地区，开发成为独具特色的中医药健康旅游服务区。在风景优美或风貌特殊的少数民族聚居地区、边境地区选择景点，调集中医药优势资源、完善配套建设，开发成为养生训导、健康咨询、美容矫形、药膳休闲、慢病调养、医药巡礼等全面、系统的中医药健康旅游服务区。这类试点，适宜于大众化健康服务，必须有中医药企业和旅游机构或外资作为支撑。

四是“医景开发试点”，即选择中医药特色优势显著的处所，开发成为以中医药健康服务为重点的旅游景区。选择有中医药的名医、名科、名院、名药、名厂、名店而又风景优美的地区，完善旅游配套建设，开发成为以慢病调养、健康咨询、医药巡礼为重点的中医药健康旅游服务区。这类试点，适宜于养生、养老的健康服务，必须有著名中医药机构、旅游机构和相关企业作为支撑。

以上试点可以在统一规划、统一标准的前提下，分类指导，分期分批投入，分期分批建成，分期分批启用。

凸显特色优势 强化人才建设

如何让中医药健康旅游业在经济社会发展中形成活力、激发活力、展示活力？各地所拥有的中医药资源、自然和人文旅游资源既有共性，也有个性，如何凸显中医药健康旅游的特色与优势？如何跨专业、跨行业、跨领域地进行“跨界”融合？这不是单向地扶持、促进中医药事业发展，而是双向地利用中医药资源促进中医药事业和经济社会发展。这是大学问、大文章，这需要大智慧、大魄力。还有很多蓝图可绘，还有很多事情能做，还有很长的路要走。而其中一个关键的问题是：强化中医健康旅游人才建设。

一是优选、组合顶层设计人才。中医药健康旅游业的形成、发展、繁荣，关键在人才，首先是需要顶层设计人才。顶层设计人才的基本条件是：理解、拥护有关开展中医药健康旅游的决策；具有中华民族复兴大局和关联中医药业、旅游业全局的视角与胸襟；熟悉中医药业或旅游业的历史、现状及其发展趋势；熟悉中医药业或旅游业的建设与服务标准；熟悉中医药业或旅游业行政运作和商业运作程序；具有顶层设计的思维与执行能力；具有包容、协调、善于共事的能力。因此，建议从国家中医药管理局、国家旅游局或相关学术团体，优选、组合成为顶层设计团队，负责战略研究、总体规划、项目计划、规范标准等的研究与制定。

二是选择、培养中医药健康旅游服务专门人才。中医药健康旅游服务专门人才包括：①中医药健康旅游景区建设规划与实施人才（必须突出中医药和景区的特色与优势）；②中医药养生训导、健康咨询、美容矫形、药膳休闲、慢病调养、医药巡礼的专业人才（必须有名望、有理论、有技术、有经验）；③中医药文化科普宣讲人才；④中医药健康旅游导游人才；⑤中医药健康旅游推广、营销人才。

上述人才的选择、培养，必须注意四个问题：一是人才来源；二是选择标准；三是培养方式；四是上岗条件。建议由国家中医药管理局、国家旅游局两家合作制定方案，在具有一定基础的人员中选择适合培养的对象，采用长、短期结合的办法进行系统培训或强化培训，使才得其选、才得其训、才得其用。

在明确了方针、政策的前提下，只要解决了试点的规划与布局、人才的选择

与培养问题，再加上资金的配套，其他问题就有可能迎刃而解。（孙光荣. 中医健康游，整合资源是关键[N]. 中国中医药报, 2014-10-29(003).）

“十个一工程”：

助力中医药 走好“一带一路”

目前，中医人正计划围绕国家“一带一路”战略开展中医药工作。笔者认为，中医药应该能够意气风发、步履矫健地走上“一带一路”。

一、“一带一路”是中国强国战略，是亚洲世纪战略。中医人走上“一带一路”是兴业强国的正确选择。

当今世界，由于国际金融危机造成的深层次影响正在显现后续负面效应，导致世界经济复苏缓慢，各经济体发展分化，国际投资贸易格局和多边投资贸易规则正在酝酿深度调整；东西方文化冲突逐渐演变成为合作交流，共同寻求冲破自然灾害和政治、宗教、信仰斗争给人类编织的藩篱；疑难杂症以及不断发生的埃博拉、中东呼吸综合征等新病种威胁人类的生存与健康，严重困扰着经济社会的发展。各国面临着诸多严峻的发展难题，世界正发生复杂深刻的变化。

习近平总书记以承续历史、整合现实、惠泽友邦的世界战略眼光，洞察国合作的历史机遇，提出中国将秉持“和平、开放、包容、互信、互利”的丝绸之路精神，同各国一道加快推进“丝绸之路经济带”和“21 世纪海上丝绸之路”建设。这“一带一路”沿线总人口约 44 亿，占全球总人口的 63%；这“一带一路”沿线的经济总量约 21 万亿美元，占全球经济总量的 29%。所以，“一带一路”战略是人类空前的共济、共赢的伟大战略。

共建“一带一路”是为了顺应世界多极化、经济全球化、文化多样化、社会信息化的潮流，旨在促进经济要素的有序自由流动、实现优势资源的高效配置、促进国际市场的深度融合，推动沿线各国实现经济政策协调，开展更大范围、更高水平、更深层次的区域合作，共同打造“开放、包容、均衡、普惠”的区域经济合作架构。这“一带一路”既是中国强国战略，又是亚洲世纪战略，符合国际社会的根本利益，彰显人类社会共同理想和美好追求，是国际合作以及全球治理新模式的积极探索。所以，赢得了“一带一路”沿线国家的高度认同和积极参与。

中医药学是植根于中华文化之中而诞生、发展的医药学。历史和事实证明：中国强，中医兴；中医兴，中国强。中医人要走上“一带一路”，让中医药学为“一带一路”战略实施做出实实在在的贡献，这是历史的选择，这是大势的选择，这是中医人兴业强国的正确选择。

二、“一带一路”战略，是优势互补的战略。中医药学的特色优势融入“一带一路”，是兴业强国的正确决策。

“一带一路”兼顾各国需求，统筹陆海两大方向，涵盖面宽，包容性强，辐射作用大。习近平总书记指出，共同建设“丝绸之路经济带”和“21 世纪海上丝绸之路”是为了“互联互通、相融相近、相辅相成”。沿线各国都可以在资金、资源、文化、技术、产品等各个方面“以己之长补彼之短”，以期共同创造和平、交流、理解、包容、合作、共赢的硕果。

在党中央、国务院的高度重视、积极扶持、大力促进之下，全国中医人在国家中医药管理的直接领导下，近年来已经开创了医疗、保健、教育、科研、文化、产业“六位一体”的新格局，国际合作交流取得了长足的进展。中医药特色优势日益凸显，中医健康服务的效应日益增进。中国中医药业有基础、有资源、有力量在“一带一路”战略实施中做出不可替代的贡献。这主要可以发挥四个方面的重要作用：

第一，能够发挥中华文化的代表作用。习近平总书记指出：“中医药学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。”这句名言堪称是关于中医药学在国家发展战略中的定位，从社会科学和自然科学的双重角度解决了对中医药学“怎么看”的问题。这也就指明了中医药学在国际合作交流中，能够代表中华文化发挥“亲、诚、惠、容”的重要作用。中华中医药学会完全可以组织力量开展中医药文化的合作交流。

第二，能够发挥传承传播中医药知识技术的作用。我国已经拥有国医大师、国际级和省市级名老中医、全国优秀中医临床人才、全国中医药文化科普专家团等中医药学的优势人力资源，拥有一大批中医药科研成果，拥有名、优、特、新的中药药材、药品。中华中医药学会作为全国中医药学术团体，可以调动、整合这些优势资源，通过“一带一路”传承、传播到沿线国家，惠泽友邦。

第三，能够发挥中医健康服务的作用。中医养生、治未病的理念与方法，中医治疗包括诸多疑难杂症的优势病种的方法、方剂与药物，既可以说是现代主流医药学的补充，反过来也可以说是现代主流医药学所不可替代的特质。我们可以通过组织巡诊，或者帮助建立当地中医医疗机构，将中医健康服务送进“一带一路”。

第四，能够发挥合作开发当地中医药资源的作用。中医药学不是封闭的学术体系，而是具有巨大的、可贵的包容性。中医的众多疗法和众多的药物中，有不少是来自古代丝绸之路沿线的国家和地区，特别是来自古印度和阿拉伯国家。我们可以组织力量，协同当地开展调研、开发当地中医药资源，研究、创新中医疗法，研制中药新药，惠及“一带一路”的人民。

三、“一带一路”战略，是群策群力的战略。我们可以用“十个一工程”为抓手，走上“一带一路”，助力中华民族伟大复兴。

一个学院——建立“岐黄学院”。设立医疗、护理、养生、文化等专业。组织师资力量，编著易懂、易学、易用的教材，首先选择免签（或落地签）的国家，采用合作方式建立学院。目标是培养“一带一路”国家的中医医疗、护理专业人员和养生指导师、文化宣导师。

一种制度——建立“国际师承教育制”。制定中医、中药国际师承教育制度，遴选名师、高徒，采用“收进来，送出去”的办法培养“一带一路”国家的高级中医、中药人才，条件成熟后，再择地创建“国际中医名家研修院”。

一个医疗服务基地——建立“中医馆”。制定设馆标准（馆舍、资金、人员、设备等），组织力量，吸纳社会资金，投资“一带一路”国家，建立当地的“中医馆”，开展所在国允许的中医医疗保健服务。

一个保健服务基地——建立“养生馆”。制定设馆标准（馆舍、资金、人员、设备等），组织力量，吸纳社会资金，投资“一带一路”国家，选择观光旅游区，采用“景医结合”模式，建立当地的“养生馆”，开展所在国允许的中医养生治未病的服务。

一项文化科普活动——开展“中医中药友邦行”活动。在“中医中药中国行”的基础上，组织力量开展“友邦行”活动，同时举办相关论坛。

一支轻骑队——组织“中医药健康服务一带一路轻骑队”。针对“一带一路”国家的多发病、常见病以及特、新、疑、难疾病，选择中医治疗优势病种，遴选临床高精人才，组织“中医药健康服务一带一路轻骑队”，开展定点巡诊服务。

“中医中药友邦行”是宣导，是大范围的活动；“中医药健康服务一带一路轻骑

队”是精准服务，二者相辅相成。

一项巡展——开展“中医药一带一路巡展”。在全国征集能够充分展现中医药特色优势的传统和现代的文字、图片、音像、实物等资料，整合成为“好携带、好展出、好讲解、好观赏”的流动展台，开展对“一带一路”国家的巡展。

一条特色街道——建立“中医中药一条街”。在“一带一路”国家择址、吸纳我国或当地的社会资金，建设“中医中药一条街”，融中医药培训、医疗、保健、产品展示、文化科普、养生休闲于一街。

一本科普著作——编著《中医 Follow me》。组织中医、英译力量，编著《中医 Follow me》（跟我学中医），让当地读者主要了解三个问题：一是什么是中医？二是中医怎样看病、治病？三是一些常见病的中医治疗方法与方药。随同巡讲、巡展、巡诊，推广阅读群。

一项科研合作——开展中医中药的联合科研。在所在国自愿的前提下，在调研的基础上，针对当地的中医、中药资源和医疗保健需求，联合立项，采用合同制开展中医中药的联合科研。（孙光荣. 助力中医药走好“一带一路”[N]. 经济参考报, 2015-07-24(023).）

关于中医全科医学发展的思考

20 世纪末叶,中医全科医学的发展得到了国家中医药管理局的重视与推进,临床培训工作有序、渐进地开展起来。随之,在 21 世纪,中医临床硕士研究生中医全科医学专业学生的培养也得到呈现,并在全国部分中医药高等院校,(试点)中率先展开,并逐渐取得了长足的进步,可喜可贺,可鉴可承可赞!然而,我国中医全科医学作为中医学特殊的分支学科,其临床发展空间巨焉,其学科教育开拓潜力深焉。尤其是中医全科医学教育,直接关乎中医全科医学这一特殊中医学分支学科的发展,现就一些不大成熟的思考与各位同仁商榷。

1. 中医全科医学临床教育思路亟待修正

在 20 世纪末,随着社会的发展,全球疾病谱的变化,WHO 提出卫生服务要求,使在社会经济发展的同时将生活质量与健康水平提高到一个新阶段,为维护人健康需要,社会健康保障体系亟待建立一种良性运行机制,社区卫生服务发展尤为重要,因此中医全科医学发展应运而生。结合实际,国家中医药管理局与有关部委,适时制订了有关中医全科医学发展的纲要性、指导性文件:《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》,要求到 2020 年,在我国初步建立起充满生机和活力的全科医生制度,基本形成统一规范的全科医生培养模式和“首诊在基层”的服务模式,全科医生与城乡居民基本建立比较稳定的服务关系,基本实现城乡每万名居民有 2~3 名合格的全科医生,全科医生服务水平全面提高,基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求。及《云南省以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍规划建设规划》(云发改社会【2010】1871 号)等文件精神。随之,组织相关专家开拓性地推出了相对完整的中医全科医学临床培训试用教材,对中医全科医学的人才教育、临床的发展具有填补空白的里程碑意义,其功巨焉!

转眼,跨入 21 世纪已 15 年了,中医全科医学的发展面临着新的机遇和挑战,尤其是中医全科医学教育思路、人才培养仍不容乐观,亟待修正。详细研读上世纪国家中医药管理局与相关部委制订的有关中医全科医学临床人才培养纲要性文件,考察相关的培训教材,不难发现:20 世纪末,中医医学全科人才培养教育思路是普及最初级中医临床基本技能(如望闻问切、推拿、刮痧等),适当补充现代医学科技与社区卫生紧密结合又十分必须的实用技术(如心理咨询等),以适应刚刚成立的诸多社区卫生中心的业务需要,以及诸多转岗的初级卫生技术人员需要。同时,在此后开展的中医全科医学临床硕士研究生教育思路也是围绕这一教育思路开展,存在对全科医学硕士专业学生的培养缺乏经验,且方向不明朗,培养方案存在制定重点把握不好,水平不高,对学生在校期间、就业等前瞻性不足。尤其是课程设置(除了硕士公共课以外,要求重点在中医内科常见病、多发病及中医妇、儿、外科的多发病了解),显然,这就是一个中医住院医师的强化培养。经过近几十年的发展,我们不难看到,这个教育思路与现在中医全科医学的临床及人才培养已不再吻合。中医全科医学学科发展也不再是 20 世纪末叶的最初阶段了,随之,中医全科医学临床预防和健康教育思路也亟待与时俱进,进行调研、论证、修改、提高、完善!

2. 中医全科医学学科亟待定位

中医全科医学应运而生,是因为二十世纪末,全面大力发展起来的社区卫生服务中心(站)全方位服务。相关人才培养教育思路是根据少量的中医和大量的非中医专业出身的卫生技术人员转岗的现实而确定的;故而,相关的培训教材就着重于最基础的中医临床适宜技术的强化培训;随之而确定的中医全科医学专业

临床硕士研究生教育也是在此大格局下开展起来的。尽管在现在看来,这些相关决策和措施与眼下中医全科医学的发展状况不大吻合,但是,这是适应中医全科医学最初级发展阶段的、合适的、正确的决策和措施,毋庸置疑!然而,为什么这些决策和措施与当今中医全科医学发展不大吻合呢?或者说,为什么这些决策和措施没有得到及时修正或修订呢?我们认为其关键的因素是因为大家对中医全科医学学科发展亟待重新定位,因为没有对中医全科医学学科进行定位。那么,这个中医特殊的分支学科,就没有发展方向,就没有自己人才队伍培养的特定目标。换言之,这个特殊的分支学科,尚未成为一个真正意义上的分支学科,其独具特色的学科特点尚未形成。显然,大家都是在摸索中艰难前行,中医全科医学的发展正处于摸着石头过河的初级阶段!革命尚未成功,同志仍需努力!一门分支学科,或者是一门专业,必须有自己区别于其他学科或专业的特色,有自己学科发展的方向和目标,有自己独特的人才队伍、与之相关的独特的教育体系,如独自的教学方法、教材,理论体系、管理体系,网络平台……。这些诸多因素的确定或明确化的前提,必须是这一分支学科的定位。也就是说这一学科的理论体系必须要尽快相对完善,如果仅仅是根据临床需要,调整措施而进行的经验总结,那么,根本就上升不到理论层面,也根本形成不了学科。因此,对中医全科医学的学科理论层面亟待进入全面并且深入的研究。否则,中医全科医学发展的思路仍将停在上世纪末叶,显得有点僵化;培训教材仍是 20 世纪 90 年代的,显得有点老化;临床硕士生培养仍在摸索、试探,显得有点幼化;而整个中医全科医学理论研究仍在上世纪末叶,显得有点初级化。

3. 中医全科医学是中医临床最高端的综合性专科

据我们所知,在当今我国医疗卫生体系及我国教育学科体系中,中医药学科是医学学科的子学科。而临床上,中医科、中医医院都是专科性质的,即使三甲中医医院,在综合评级评价中也仅仅是专科性质的三甲医院。这就是党和政府十分重视中医药学发展,而中医药发展与西医发展之比较又如此相对困难之学科原因。换言之,我们中医药学原来就是不分科,本来就是全科医学或者是综合医学。而现在残酷的现实:我们中医药学是专科,这样,当今又提出中医全科医学的学科定位就显得多么不严肃而多少有点滑稽的味道,中医全科医学遇上了极大的挑战和机遇。然而,现实是,愈来愈发展的大量的社区卫生机构又急需全面的、多面手的中医科技实用型人才,而推而广之,大量的高端的综合医院的发展,也同样急需全面的、多面手的高端的中医药学科的实用型科技人才。因此,我们认为,中医全科医学应该是中医临床最高端的综合性专科。

对于中医全科医学这一最高端的综合性专科,即便是初级或低级阶段,也同样要求是综合性医学人才,而并非是一般的专科或单纯病种专科,如儿科、心血管科等。显然,与之相应的教育学科、教材或培训教材、教学方法都应该随之而有变。鉴于此,我们认为,中医全科医学的初级人才培养,应该是本硕连读的不分科的中医临床研究生,而并非中医临床专业的本科生。中医本科生再考中医临床研究生,大多是分科的专业较强的专科人才的培养,而非中医全科医学人才的培养。换言之,具有不分科中医本硕连读的中医临床硕士研究生,才是比较对口基层社区卫生机构中医综合科这一专科即中医全科医学的全面的、多面手的、实用型中医药人才。如果是中医本科后再考中医全科医学硕士临床研究生,要有 2 年的中医师临床实践,才能进入中医全科医学硕士研究生的学习。推而广之,大型综合型医院的“中医科”,有的叫“中西医结合科”,这样的最高端的综合性中医专科非中医不分科的硕博连读的高端中医多面手、全面的实用人才不能胜任

工作。设想一下，一个中医本科生，考了中医肝病临床硕士研究生，又读了肝病博士生，然后，到三甲医院中医科，每天遇到的是多专科多病种的诊疗现实，他该是多么多么痛苦！这就是中医全科医学的现实！因此，提示我们：中医全科医学作为中医学科分支，或作为临床的专科科室，与一般的专科是有着其独特之处和高端全面系统特性的，是很值得深入研究的。

然而，中医临床本科生是否就是中医全科医学之专科人才呢？我们并不这样认为。大家都知道中医院校的本科生有 2 个中专生之戏称，即一个西医临床中专生，一个中医临床中专生。显然，对于仅是一个西医中专生兼中医中专生水平的医生来讲，面对日益重视健康、对健康服务水平要求日益提高的广大社区卫生机构的服务群体，是远远不够的。因为这一群体主要集中于老年病和慢性病康复人群，还有急性病、危急重病、社区的急救处理、院前处理或首诊处置，这些远非中医本科生能力所能及。这样的基本情况，我们认为，应该是一个长期有临床一线工作的副主任医师才能达到的基本水平，并且，不应该是专病分科的专科医师。这就再次提示我们，中医全科医学的高端性和综合性，并非一般的专病专科专业。

从中医全科医学的临床现实及人才需求，可以基本确定人才培养培训的基本目标。随着 21 世纪人类卫生事业的迅速发展，“生物-心理-社会”医学模式的逐步建立，“加快发展全科医学，培养全科医师”已成为我国今后若干年内卫生改革的重要内容。全科医学是“最经济、最适宜”的医疗服务模式，是适应我国卫生事业发展需要、满足群众对医疗卫生服务需求的最理想的医疗服务形式。中医学的理论体系与全科医学的理论基础基本是一致的，都是以整体医学为主线。中医“治未病”及“简、便、验、廉”的特点，社区居民更容易接受，更符合集预防、治疗、康复为一体的社区卫生服务体系。创立具有中医特色的社区卫生服务机构是农村、社区卫生服务发展的重要组成部分。高等中医药院校培养中西医结合全科医学人才具有突出的优势。高等中医药院校如何培养出高素质、适应社区卫生服务需要的全科医师，关键在于如何制定科学的培养方案，确定培养目标，合理设置专业课程体系及实践教学，这样相应的教学大纲确定、教材的编写、课程的设置，就不再成为问题了。值得说明的是，现在有些中医院校的本硕连读的课程设置并非是针对中医全科医学人才的培养而设。因为，不少是侧重了外语教学，也有是侧重了西医教学，其中，大多是取消中医经典的临床教学，这都不是在培养中医全科医学人才。因为我们认为，中医经典临床教学才是中医全科医学人才培养的核心课程。

在此，对于中医全科医学的学科发展定位，从不同侧面给予简单的描述或提示，远没有上升到理论层面，只是希望我国中医界能立足世界中医界、卫生界的现实，对中医全科医学有一些认知。

4. 中医全科医学的发展是系统工程

中医学中蕴含丰富“全科”思想，集中体现在大医精诚的医德观、天人合参的整体观、阴平阳秘的健康观、内外相因的疾病观、辨证论治的诊疗观、未病先防的预防观、形神并调的养生观、针药并用的医技观等，这些观念涵盖了现代全科医学在生物-心理-社会医学模式下突出“以人中心”的医学观。当今中医学的发展，需要传承更需要创新，文章旨在通过对中医学中全科医学观的探源，理清中医学之“全科”与现代全科医学之“全科”的联系与区别，为探索构建有中国特色的中医全科医学奠定理论基础。

中医全科医学作为中医药学科的一个独特学科分支，或独特中医专科，其学

科发展或临床科室建设是牵涉到多部门多方面长时间的复杂工作,远非单一科室单一人员一天半天能完成的。因此,中医全科医学的发展是系统工程。

中医全科医学作为临床综合性专科,牵涉到医疗卫生服务机构的方方面面,与卫生、医药、中医药系统关系紧密。中医全科医学作为中医教育学科的一个分支学科,课程设置,教材编写,事无巨细。这就需要教育部门各中医全科医学教学专家牵头,由中医全科医学临床专家(切记:非专病专科中医临床专家)重点参与的专家队伍共同努力,才能确定正确的教学大纲,编写合适的教材。而在人才培养和使用方面,离不开人事、劳动等各方面的政策,如建议中医临床专科博士,进行2~3年的中医全科医学博士后的研究与学习(训练),以成为一个以专病为专长的中医全科医学高端合格人才。中医全科医学人才在社区卫生机构,在综合医院中医科或中西医结合科的待遇及配置,都需要相应的政策配套,如国家中医药管理局人事教育司开展的世中联(北京)远程教育科技发展中心全国优秀中医临床人才研修项目,实际上就是在培养中医高端的全科医学人才。此项目已开展三批,近10年了,培养近千人,旁听课者近3千余人。这些人才都是主任医师,大多临床已近30年,已具有丰富的临床一线经验,分内、外、妇、儿、针灸、推拿、口腔多科,而现在培训的重点是中医经典临床应用,并不分内外妇儿各科,要求每人至少要拜名师3人,并且本省1人,外省2人,这就要求临床上更要多看多练,对于各自专科,要求到国家重点专科学习。我们认为,这是专科特长的中医全科医学高端人才培养途径之一。因此,这个学习项目培训班有“国家名老中医培训班”之美称,有“中医黄埔”之美名,有“国医大师摇篮”之美誉。这是一个中医药继续教育项目,是国家层面的中医药高端人才教育项目,这也提示中医全科医学的教育思路可以开拓宽点,人才培养层面可以再分多梯级点,教学方式可以再灵活多变点。自然,这些工作的开展必然牵涉多部门协调、多方财力的优化、多方人才的团结奋斗。诸如此类,我们应该深刻地认识到,中医全科医学的发展是系统工程,任重而道远。切不可有急躁冒进的思想,应该是怀揣梦想、脚踏实地、干实事、干真事,为中医全科医学发展添砖加瓦,为促进中医全科医学早日学科有成而努力。

以上是我们对中医全科医学发表的一点思考,不妥之处敬请指正,谬误之论,敬请批判,让我们在批判纠错中前行,让我们在携手奋进中成功。我们伟大的“中医梦”一定能成为美好的现实!(杨建宇,姜丽娟,孙光荣.关于中医全科医学发展的思考[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(18):134-136.)

共谋大中医战略 走上大发展轨道

党的十八届三中全会发出了全面深化改革的号令，加速了实现中华民族伟大复兴的“中国梦”进程，提振了全国各族人民的精气神。2013年11月15日，《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》正式发布。其中，第十二部分明确提出“完善中医药事业发展政策和机制”的要求，指明了中医药事业发展的前进方向，明确了中医药事业发展的着力点，迎来了中医药事业发展新的历史性战略机遇期。

结合国务院《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》和《关于促进健康服务业发展的若干意见》，上述提法体现了党和国家对中医药事业发展的高度重视，反映了中医药在社会主义经济建设、政治建设、文化建设、社会建设、生态文明建设“五位一体”总体布局中的地位和作用正在日益提升，表明了党和国家坚定不移地、旗帜鲜明地坚持发展中医药事业的决心和态度，表明了已经将中医药事业发展纳入党和国家事业发展全局的战略高度予以部署和安排。每一个中医人都必须抓住这一大好历史机遇，为中医药事业发展贡献自己的智慧和力量，共谋大中医战略，走上大发展轨道。

改革，既是革故鼎新的谋略与措施，又是促进发展的不竭动力。如何完善中医药事业发展政策和机制？必须以改革的精神来填空补缺、兴利除弊。作为中华中医药学会的一员，作为一个老中医，笔者提出以下建议，谨供各位领导、专家和同仁参考。

调整国家卫生工作方针

根据我国医药卫生的历史背景、现实需求、未来发展，为了体现医药卫生的中国特色，为了人民健康，为了国家医药事业全面、协调、可持续发展，建议国家卫生工作方针调整为“三并重、三优先”：预防与医疗并重，预防优先；农村与城市并重，农村优先；中医西医并重，中医优先。

制定大中医战略，促进发展中医药成为国家战略

全国政协委员、国家卫生和计划生育委员会副主任、国家中医药管理局局长王国强在2013年的全国政协会议上提交了“将中医药发展纳入国家战略”的提案。我认为，王国强委员是从国家安全和发展的角度、从文化传承和传播的广度、从民生需求和福祉的深度向国家提出了一个重大问题，提交了一份重大解决方案。这是因为，党的十八大明确了国家发展的总方向是走中国特色社会主义道路，总布局是经济建设、政治建设、文化建设、社会建设、生态文明建设的“五位一体”，总目标是到2020年全面建成小康社会，总任务是实现社会主义现代化和中华民族伟大复兴。而“国家战略”，必须围绕这个总方向、总布局、总目标、总任务进行大局谋划和顶层设计。

为什么要提出“将中医药发展纳入国家战略”的命题，而不是要求将所有医药发展纳入国家战略？习近平总书记2010年曾说：“中医药学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。深入研究和科学总结中医药学对丰富世界医学事业、推进生命科学研究具有积极意义。”

中医药学是中华民族原创的、具有中国特色的医药学，中医药学的本源就是中华民族传统文化，中医药学的核心价值应当是“以人为本，效法自然，燮理中和，济世活人”，中医药最直接的用途是医疗保健，但中医药学的核心理念、思维模式、资源保护与开发等，都与经济、政治、文化、社会、生态息息相关，直

接关系到国家安全与发展的文化战略、资源战略、人才战略、创新战略、国际合作交流战略等。

毋庸置疑，中医药与“中国梦”紧密相连。正因如此，实现中华民族伟大复兴的“中国梦”的国家战略必然也必须纳入发展中医药的元素。所以，我认为，“将中医药发展纳入国家战略”是造福子孙的大事，正如北宋大儒张横渠所言，这就是“为天地立心，为生民立命，为往圣继绝学，为万世开太平。”

因此，建议组织制订、提交大中医战略，将其纳入国家战略。

如何“将中医药发展纳入国家战略”？首先就必须有法律、体制、资金的保障。建议在现阶段应紧紧抓住三个重点：第一，完成《中医药法》立法。第二，统一、完善中医药管理体制，各省、直辖市、自治区直至县（市），设立财政单列的中医药管理局，解决长期以来“高位截瘫、底盘松软、计划打折、执行拐弯”的问题。第三，将扶持和促进中医药事业发展的专项经费列入国家财政预算重点。

诚如此，必将有利于医药卫生体制改革和人民健康，有利于资源保护、开发、利用和经济发展，有利于中华文化传承、传播以及国际交流与合作，有利于社会稳定与和谐，有利于走中国特色社会主义道路，有利于中华民族的伟大复兴。

确立发展中医药事业的跨部委决策常态化机制

鉴于中医药事业发展涉及文化、卫生、计生、教育、科技、农业、林业、工业、商业、药品食品监管等多部门，非国家卫生计生委以及国家中医药管理局的决策和实施即可“完善中医药事业发展政策和机制”，即可实现其规划或计划。为避免“多龙治水”，政出多门、相互掣肘，建议在国务院领导下，成立“国家中医药事业发展领导小组”，为便于协调具体工作，可将领导小组办公室设立在国家中医药管理局，确立发展中医药事业的跨部委决策常态化机制。

将建设中医药全民服务网络作为医改重点

医改，归根结底是解决“三医”问题：医生、医院、医业。

医生，是医药卫生体制改革的实施主体，通过深化医药卫生体制改革充分调动医生的主动性与积极性，是解决“三医”问题的关键；医院，是医药卫生体制改革的实施平台，通过深化医药卫生体制改革大力提高医院的服务力与可信度，是解决“三医”问题的突破口；医业，是医药卫生体制改革的实施领域，通过深化医药卫生体制改革走出一条具有中国特色的医药卫生道路，是解决“三医”问题的终极目标。

目前，中医药服务是“上盛下虚”，三甲中医医院集中于大中城市，名老中医亦集中于大中城市，社区、基层、农村群众恰恰未能享受到真正的、充分的中医药服务。同时，治疗性用药的中医处方尚未全面纳入医保。建议将建设以三甲（省市）、二甲（县市）中医医院为辐射中心的三级中医全民服务网路作为医改重点，并制订相关标准、列出药材药品目录，将治疗性用药的中医处方全面纳入医保。与此同时，制定中医医疗机构、中医执业人员实际运用中医药临床的考核量化指标，根据考核结果给予单位、个人政策性中医临床执业补贴。

严格遴选、建设中药材种植、采集、炮制、仓储、营销基地

中药材的种植、采集、炮制、仓储、营销，直接关系到中医医疗保健质量。中医历来讲究“道地药材”、“遵古炮制”。目前，由于多种原因导致假冒伪劣中药材屡禁不止，严重影响中医临床疗效和人民健康。建议明确执法部门、制订管控标准，一方面严厉打击制造、贩卖假冒伪劣中药材的违法行为，一方面加强中药材种植、采集、炮制、仓储、营销基地建设。制订规范、实地考察、公正评估、凭证经管。

确立中医药独立学术评价体系

中医药学与西医药学是两个不同的医药学体系。西医药学基于还原论而发展，其诊疗主要采用对抗式思维，着重于寻求致病因子及其病变定位，采用对抗式的治疗方法，定点清除细菌或病毒而治愈疾病；中医药学基于整体论而发展，所探讨的致病外因风、寒、暑、湿、燥、火，内因喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等，迄今全世界亦未能发明检测仪器、标准、方法，故其诊疗是采用包容式思维，着重于寻求致病因素及其正气与邪气的消长定位，采用包容式的治疗方法，固护正气、抑制并清除邪气而恢复整体健康。因此，无论临床研究、基础研究、药物研究等，都不应“以西套中”，更不可要求以“与国际接轨”（中医起源于中国，应该是国际与我接轨）的名义“削中医之足适现代医学之履”，否则，中医药的传统必将日益弱化。

建议由中华中医药学会牵头成立“全国中医药学术评价委员会”，制定和确立独立的、具有中医药学术特点的、体现中医药特色的中医药学术评价体系。各省市成立相应组织，开展中医药医疗、保健、中药、科研、教育等的学术质量评估。

确立名医培养与遴选的常态化机制

任何事业发展的关键在人才的培养、遴选与使用，而名医是形象、是标杆、是榜样、是力量，培养和遴选名医是振兴中医药事业的关键。

由于中医人才培养历来有“七重”：重经典、重师承、重临床、重勤求、重博采、重流派、重悟性。所以中医成才有理论→临床→师承→临床的自身规律。经过数十年来的探索，我国目前在中医入职后，采用继续教育、师承教育、全国优秀中医临床人才研修等三种主要方式培养名医。由于名医培养与成长周期较长，故名老中医历来受到政府与民众的尊重。我国目前已探索了“国医大师”等名医遴选办法，发挥了积极作用，产生了积极影响，但培养与遴选名医的机制尚未常态化。

根据中医人才成才规律，建议确立中医入职后必须经历师承、优才研修的名医培养的常态化机制，建立“国医大师”、“国家级名老中医”、“国家级中青年名中医”、“省市名老中医”四级名医遴选的常态化机制。

改革中医药高等院校课程设置与教材，并搜集整理经验方

课程设置与教材直接关系到人才培养的方向与质量。中医药高等院校课程设置与教材，都是新中国成立以后确定的，并经过多次变更与修改。历来存在的问题是，课程设置中的中医药专业课程所占比例不足60%，中医药专业课程教材的传统、经典中医药教学内容不足60%，而且是“统编”，各院校的教材未能体现“本土”的专长与特色，更未能充分体现当代名老中医的学术经验，如此教材“考场应试”尚可行，“临床应用”则不足。

建议改革中医药高等院校课程设置，增加中医药专业课程比例，逐步重编教材，增加四大中医药经典（《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《温病学》）和四小中医药经典（《汤头歌诀》、《药性赋》、《濒湖脉诀》、《医学三字经》）的教学内容以及当代名老中医学术经验及其典型医案。

另一方面，要保护、利用名医学术经验资源，唐代孙思邈的《千金要方》、《千金翼方》之所以垂名千古，并誉为“药王”，原因之一就是搜集整理了唐代以前的名医验方和民间验方，验之临床，影响深远。新中国成立65年了，至今只有零散的相关整理研究，尚未将新中国名中医验方和民间验方进行广泛搜集和分类整理。这当然是一个巨大的工程，如果不做，就必然将遗憾留给下一代；

如果做好这项研究，就造福于下一代。所以建议开展全国名中医验方和民间验方的整理研究，以期增加、丰富中医药教育、科研的优势资源。

大力开展境外、国际的中医药合作交流，建立合作交流基地，设立传统医药学大奖

中医药走向世界，既是传统医药学学术发展的需要，也是提高国家竞争软实力的需要。现在中医药服务已经走进 160 多个国家和地区，但相对于现代医药学而言，其规模与力量还不足够强大。

建议在北京、澳门、香港、广州、上海、长春、哈尔滨、乌鲁木齐、拉萨、昆明等地逐步建立中医药（含少数民族医药）对外合作交流基地，以“国际中医药名家研修院”等形式的高级师承与研修教育为中心（外籍中医拜中国名医为师），附设医院、药厂，再选择其中最佳基地，以租赁方式开辟“世界医林”（引进各个国家和地区具有特色疗法的传统医疗机构）、“环球药业”（引进各个国家和地区具有特色的传统药品、药材），从而逐步形成世界传统医药学合作交流的核心区。

建议设立国际传统医药学大奖（可以命名为“大医奖”、“大医精诚奖”或“岐黄奖”等），成立奖励基金会，制订高标准，组织权威专家评审团，公平遴选、公正评审、公开重奖，将全世界对各种传统医药学临床、教学、科研等的有突出贡献者纳入，逐步形成媲美、超越诺贝尔医学奖的国际医药学大奖，从而确立、强化中医药在世界传统医药学中的领航地位。

从国家统一大业和中医药发展战略出发，大力开展海峡两岸的中医药合作与交流

在目前环境、条件下，建议从以下八个方面进一步开展两岸的合作交流：

一是创建两岸中医药合作交流的常设平台。由两岸中医药主管部门或学术团体（中华中医药学会、台湾中医师公会）建立“海峡两岸中医药联合发展中心”，主要职责是研究、制定两岸中医药合作发展交流的方向、策略、规划、项目、实施办法等。其中心总部及所属办公室可实行每 3 年在北京、台北轮流当值，非当值之年，该地设立联络处。下设中医药文化、教育、科技、医疗、保健、产业等各专业中心，各专业中心均采用大陆、台湾选择驻地、轮流当值。项目资金来源于承担项目者出资、主管部门立项资助、社会捐赠。

二是拓展优秀中医临床人才研修项目。在国家中医药管理局全国优秀中医临床人才研修项目的基础上，由“海峡两岸中医药联合发展中心”向两岸中医药主管部门申报确立“海峡两岸优秀中医临床人才研修班”，选聘国医大师、著名中医药专家授课、带徒，遴选当地优秀执业中医师纳入研修，通过 3 年培训，考试、考核合格者，授予“海峡两岸名中医”称号。

三是开展海峡两岸中医药文化科普巡讲。在国家中医药管理局全国中医药文化科普巡讲团的基础上，由“海峡两岸中医药联合发展中心”组建“海峡两岸中医药文化科普巡讲团”，遴选两岸专家开展两岸及其相邻地域的中医药文化科普巡讲。

四是开创海峡两岸中医药专家诊疗巡回服务。由“海峡两岸中医药联合发展中心”遴选两岸高级专家，组建“海峡两岸中医药专家诊疗巡回服务团”，针对专科专病和疑难杂症，开展两岸及其相邻地域的中医药专家巡回诊疗有偿服务。

五是联合开展中医药科学研究。由“海峡两岸中医药联合发展中心”选址并遴选两岸高级专家，组建“海峡两岸中医药联合科学研究与产业发展基地”，深入开发两岸中医药自然资源、人力资源、管理资源、商贸资源，研发中医药医疗、

养生、保健、文化产品，并联合销售。

六是联合保护和挖掘中医药传统知识技术。由“海峡两岸中医药联合发展中心”联合大陆、台湾的中医药大学、科研院所、博物馆、图书馆，发现、整理、研究、开发、应用两岸的中医药文献、文物，保护和挖掘中医药传统知识技术；遴选导师，建立“海峡两岸著名中医药专家传承工作室”；搜集、筛选、整理、开发海峡两岸民间医疗保健经验方药、技术。

七是参与两岸重大中医药学术活动。由“海峡两岸中医药联合发展中心”加盟、策划、参与“岐黄论坛”、“医圣张仲景国际论坛”、“药王孙思邈国际论坛”、“李时珍国际论坛”等重大中医药学术活动，寻根祭祖，闽中肆外。

八是创建海峡两岸中医药发展论坛。由“海峡两岸中医药联合发展中心”报请两岸有关主管部门核准，创建定期、轮流主办的“海峡两岸中医药发展论坛”。

通过上述努力，一定能生发两岸中医药共同发展的活力，一定能有效地推动两岸中医药事业学术的相携进步，一定能有力地推动两岸中医药事业的共同发展。

在新形势下，让我们振奋精神，锐意进取，贯彻党的十八届三中全会精神，切实把思想统一到中央的决策和部署上来，以改革精神完善中医药事业发展政策和机制，在深化医药卫生体制改革的背景下，找准方位，谋划布局，完善政策，健全机制，发挥作用，彰显优势，共谋大中医战略，就一定能够让我们中医药事业稳健地、快速地走上大发展的轨道，创造中医药发展史上的新辉煌。（本文为作者在中华中医药学会“贯彻十八届三中全会精神，推动中医药事业发展专家座谈会”上的书面发言）（孙光荣. 共谋大中医战略走上大发展轨道[N]. 中国中医药报, 2014-01-30(003).）

中医药科技政策与成果向生产力转化的探讨

科学研究的表现形式是科技成果，倘若科技成果不能直接或间接向生产力转化，不能产生相应的社会效益和经济效益，这样的科技成果严格地说应该不算成果。中医药科技成果能否向生产力转化，并不单纯是促进成果推广和转让的问题，“转让”是不等同于“转化”的。从现实来看，主要的还是中医药科技成果的价值问题。由于多种原因，既往各行各业，也包括我们中医药行业，许多耗费国家大量财力、人力完成的项目，其成果的理论价值、应用价值、甚至是探索价值都不大，更谈不上转化为生产力。要促进中医药科技成果向生产力的转化，最根本的是要解决如何制定能充分促使中医药科技成果转化为生产力的政策问题。

1. 制定符合社会需要的中医药科技政策是中医药科技成果向生产力转化的前提

恩格斯有一著名论断：“社会一旦有技术上的需要，则这种需要就会比 10 所大学更能把科学推向前进。”社会需要是科学发展的动力，这一规律同样适用于中医药科学技术的发展。在社会生活中人们对中医药医疗保健所产生的需要，是中医药科学技术发展的强大动力。无论古代、现代还是未来，这一规律都支配着中医药科学技术的发展。

在中国古代，中医药担负了全方位、各层次的医疗卫生保健工作，因此中医药在内妇儿外各科、急性传染病以及养生保健各个领域都取得了令世人惊叹的成就。在当代，由于西医学的发展，抗菌素以其显著的抑菌作用被广泛应用，急性传染病和部分感染性疾病已居疾病谱的次要地位，影响少、们健康的疾病已逐步转向心脑血管疾病、恶性肿瘤和免疫性疾病等。中医药则在这些疾病的防治方面得到发展，并取得一系列成就。如活血化瘀治则的研究，已涉及血液流变学、血流动力学、病理生理学、药理学和生物化学等各个学科，取得了多项成果，其成果已应用于心脑血管疾病、肺心病、脉管炎、肝炎、慢性肾炎等多个疾病领域。并研制了一批深受临床欢迎的活血化瘀中药新药，产生了巨大的社会效益和经济效益。而在急性传染性和感染性疾病方面。虽然国家曾一再投入大量的人力财力开展中医急症研究，进行了诸如清热解毒、清下两法联用、活血与清解联用、清解与救阴联用、清解与固脱联用等多种治法的疗效指标比较，并取得了许多省级、部级成果，但难以转化为生产力而产生较大的社会效益和经济效益。初步统计，自 1986 年至 1992 年间新批准生产上市的治疗心脑血管疾病的三类以上中药新药有 38 个，而治疗急性传染性和感染性疾病的三类以上中药新药竟无一个批准生产上市。由此可见，科技成果能否转化为生产力，起决定作用的不一定是国家政策，而是社会需要。随着西医学的发展，中医急症阵地逐渐萎缩，国家为抢救中医急救医学已投入大量人力财力，但最终未能产生所期望的社会与经济效益，而治疗高难慢性疾病和养生保健的新药却形成了研制和生产的热点。可谓“有意栽花花不发，无心插柳柳成荫”。这里并不是说不要开展中医急症研究，而是不要一哄而上，要从社会的实际需要出发，从临床实际中抓住确有价值 and 开发前景的苗头进行深入研究。制定中医药科技政策。必须考虑社会对中医药的需求，解决人民群众最需要解决的问题，从政策上调动广大中医药科技工作者对解决这些问题的积极性，有目的地将人力、财力、物力的重点，放到社会最需要解决的问题上去，这样，动机和效果才能趋于统一，研究的成果才可能较好地转化为生产力。

2. 制定符合中医药特点的中医药科技政策，是中医药科技成果向生产力转化的保证

要促进某一事物的发展,采用的方法必须符合该事物发展的自身规律,若违背其规律,无异于“堰苗助长”,不仅无益,实则害之,中医药亦不例外。顺应中医药自身发展规律和特点去研究中医、发展中医,其研究成果才能转化为生产力;若违背中医药自身发展规律和特点去研究中医、发展中医,则只能损害中医,更谈不上转化为生产力。

中医药的自身发展规律,是受中医药的科学方法论所制约的,只有理解中医药特有的方法论,才能把握中医药自身发展的规律。若不了解中医药的方法论特点而奋力去研究中医,则其结果必然是力竭而效微。例如对“证”的研究就是一个例子,“肝阳上亢”、“风寒外感”等“证”,本来是医生对病人诊察和思辨的结论,是对疾病的各种因素(包括生物致病和非特殊的刺激以及机体的防卫机制等)综合作用下表现于整体的反应特性的概括,“证”的诊断具有整体性和动态性,任何一个“证”都不是单一因素量变的结果,任何一种疾病所表现的“证”都是动态的。而由于未能正视中医学“证”的这一基本特点,竟花了30多年的时间,投入数亿元以上的资金在全国开展“证”特异性微观指标的研究,研究的方法涉及分子生物学、生化学、内分泌学、免疫学、微循环与血液流变学、病理形态学、物理学、数学等方面,研究的层次达到分子水平,取得了一批省级、部级成果。其研究方法不可谓不新,其研究程度不可谓不深,其研究成果不可谓不精。但这些“证”的科研成果却未能有效地促进中医药学科的发展,也未能直接或间接地产生社会效益和经济效益。相反,从分子水平来解释各种致病因素与机体防卫机制综合作用下在整体上的反应特性,只会让国内外或下一代中医、西医、中西医结合医对中医“证”越来越难以理解。由于中医的基本证型有几百个,加上各种兼夹证和合并证,可达上千个之多,要对这些证分别制定一套微观辨证的特异性指标,既不符合中医学的理论方法,在实验技术和检测手段上也是无法适应的。诚然,“证”的研究属于基础研究。基础研究也有一个科技成果转化成为生产力的问题,这种“转化”是面向“人”的,即研究的理论、技术、方法,要能为临床这个“市场”所接受,能推而广之地直接或间接地应用到临床,而以往“证”的研究并未能能在临床得以推广,也未能引起中医学术研究的突破性进展。由此可见,制定中医药科技政策,必须符合中医药的自身发展规律和特点,才能最终转化为生产力。

3. 制定符合市场规律的中医药科技政策,是中医药科技成果向生产力转化的条件

中医药科技成果转化成为生产力的最终价值判断是市场。在市场经济中,只有通过市场才能对各种生产要素和生产成品进行价值判断。凡是能最终进入市场(直接或间接)的中医药科技成果是有价值的,凡是最终不能进入市场(直接或间接)的中医药科技成果是没有价值的。制定中医药科技政策,必须符合市场规律。

时至今日,中医药科技投资仍然是计划经济型的,科技资源并不受经济效益和市场要求的制约。一方面,财政部门 and 科研行政主管部门有投资决策权,但实质上并不对投资效益承担责任,也不承担投资风险。另一方面,科研机构及课题组接受投资,有资产使用权,但实质上也不对投资的效益和风险承担责任。投资方和接受投资方只要通过鉴定达到某种水平即可以“交账”。双方都是在“鉴定会即追悼会”中获得默契式的满足,不计较成果的“水份”和市场价值。因此,这种责权利不明确的投资体制必然造成本已严重不足的中医药科研资源的严重浪费,并催生了一大批低水平重复甚至毫无价值的“成果”。在这样的科技政策下,中医药科技投资就势必难以产生能够转化为生产力的科技成果。由于科研机

构和课题组对科研资源的使用不承担责任与风险，在单位之间和单位内部，常常重复购置设备，重复设置研究室，重复确立研究课题，很少考虑资产使用效益与工作效率，这是中医药科研机构经济效益低下、浪费严重的重要原因，也是中医药科研机构的研究工作与市场脱节、研究成果不能转化为生产力的重要原因。

中医药科研经费的投资，应统一实行行业基金制，设立国家和地方的中医药基金会，科研投资归口基金会管理，基金来源可采取国家拨款、融资、单位或个人专项基金等多种形式。对科研资助项目的评审由专家委员会民主决策，改变以往的中医药科研经费多头管理方式，杜绝“人情风”和严重浪费现象。

在市场经济下，中医药科研机构应该成为一个独立的经济实体，由面向政府向面向市场转轨，由单纯的科研机构向科工贸一体化转轨，逐步地、切实地实现自主决策、自主经营、自主管理、自担风险，建立市场竞争意识、效率效益意识和求生存、图发展的意识，使科研机构的观念形态与市场经济发展所需要的观念形态吻合，这样才能适应市场，使中医药科技工作在市场经济中得到发展。仅仅提倡“科技成果市场化”，并不能使中医药科研机构走出困境，与企业协作攻关、开发新产品、成果转让、科技指导服务等只应该是科研机构自身发展的补充条件。中医药科技体制改革的最终目标是实现科技经济一体化，采用前院后厂、前厂后院、一院多厂等形式，使中医药科研机构成为独立的经济实体。

中医药一直受国家保护，受国家政策优待，我们绝大多数中医药科研机构几乎是吃“皇粮”长大的。随着我国社会主义市场经济的建立。中医药科研机构完全推向市场已是势在必行。当前的问题是中医界很穷，中医药科研机构更穷，和其它许多生财有道的行业相比，中医药科研机构的市场竞争力尤显柔弱。靠国家拨更多的钱已不可能，市场经济又是必由之路，如何解决这一问题？我们认为可以学习和借鉴建设经济特区的思路与经验，在考虑国家全面利益的前提下，扶持和加快中医药科研机构向独立的经济实体转化，对中医药科研机构开办企业发展所需的资金，政府在投资、信贷方面给予优惠政策，对新办企业，在一定时期内缓征、减征所得税。提倡集团化经营，打破部门、地区、行业 and 所有制的界限，在政府部门的协调下，中医药科研机构可以兼并效益低下或濒临倒闭的中医药企业，使人才、技术优势与生产设备优势有机结合，组建经营集团，并在资产转让、债务清理、信贷和税收方面给予优惠和支持。同时，赋予中医药科研机构的人事自主权，自定编制，用人放开，实行辞退、辞职制度，就业双向选择，释放自身活力。这样，中医药科研机构就能在国家的优惠政策下，直接面向市场，参与市场竞争，真正确立以市场为导向的科研机制。而以市场为导向的科技成果，就必然能进入市场，转化为生产力。（孙光荣, 吴永贵. 中医药科技政策与成果向生产力转化的探讨[J]. 湖南中医药导报, 1995, 01 (05) :3-5. ）

中医临床服务信息化主体工程

——“中国中医医疗保健远程服务中心”创建建议

孙光荣、主任医师，国医大师。我国著名中医临床家、中医药文献学家、中医药文化学者，中医药现代远程教育创始人之一，享受国务院特殊津贴。幼承庭训，师承名师，已从事中医临床诊疗 56 年。孙光荣教授创立了“中和思想·中和辨证·中和组方”的中和医派，擅长治疗脑病、肿瘤、脾胃病以及妇科带下病等中医内科、妇科疑难杂症，对疫病、情志病及中医养生亦有精深研究，发表论文、出版著作 1200 余万字。荣获国家中医药科技进步奖二等奖 1 项、省级中医药科技进步奖一等奖 1 项、亚太经贸博览会金奖 1 项、全国优秀科技图书奖二等奖 1 项、中华中医药学会科技进步奖二等奖 1 项、首届中医药科普著作一等奖 1 项、中医药继续教育终身成就奖 1 项。

原任湖南省中医药研究文献信息研究所所长、湖南省中医药科技信息中心主任、政协湖南省第七届、第八届委员会常委；北京中医药大学远程教育学院副院长、《中国中医药现代远程教育》杂志主编；现任国家中医药管理局文化建设与科学普及专家委员会委员、继续教育委员会委员、全国第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师、全国首席中医健康指导专家。

主旨演讲提要

中国中医药事业发展迎来了前所未有的战略机遇期。实现中医药信息化，是抓住发展机遇发展中医药事业的关键；提高中医药临床疗效，是提升中医药信息化实用价值的关键；实现中医临床优势资源共享和远程服务，是提高中医医疗保健的覆盖面和服务能力的关键。因此，提出中医临床信息化服务主体工程——创建“中国中医医疗保健远程服务中心”的建议。

一、指导思想贯彻党的十八大三中、四中全会精神，实施《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》和《关于促进健康服务业发展的若干意见》，在国家中医药管理局领导下，以中国中医药信息研究会为平台，联合中医医疗机构，以发掘、整合、优化中医医用资源为重点，以现代科技信息技术为支撑，创建“中国中医医疗保健远程服务中心”，发挥中医药特色优势，提高中医医疗保健的覆盖面和远程服务能力，促进医药卫生体制改革，推动中医药事业科学发展。

二、中心定位

(一) 创建国际、国内唯一的中医医疗保健远程服务机构。

(二) 创建全国中医医疗保健优势资源共享平台。

(三) 创建国家、省(市)、县(市)三级中医医疗机构远程服务网。

(四) 支持单位：国家中医药管理局。

(五) 主办单位：中国中医药信息研究会。

(六) 技术支持与网站运营单位：北京中医药大学附属医院，中国中医科学院附属医院，各省市中医医院等。

(七) 加盟单位：全国中医医疗保健机构：著名中医药企业。

三、创建思路 中心总控，终端执行；数据库支撑，网格化管理。

四、创建重点 建立骨干队伍，吸纳筹建资金，整合优势资源，强化支撑技术，建立服务网络。

五、创建步骤创建时间约 2 年，分为四个阶段。

《易》曰：“天行健，君子以自强不息”。让我们把握时代的脉动，同心协

力，开创中医医疗保健远程服务的新领域，创造中医药事业的新辉煌！（孙光荣. 中医临床服务信息化主体工程——“中国中医医疗保健远程服务中心”创建建议[A]. 第一届中国中医药信息大会论文集[C]. 2014:1-2）

“中和”思想

中和医派基本学术观点

中医定义：中医，是以中医基础理论为指导，以望闻问切“四诊”为主要手段采集临床信息，通过四诊合参，运用辨证论治诊断疾病及其证候，采用天然药物组方或采用非药物治疗，实施预防、治疗、保健的医学行为主体。

中医药五大特色：个性化的辨证论治，求衡性的防治原则，个性化的治疗方法，多样化的给药途径，天然化的用药取向。

中医药六大优势：临床疗效确切，用药相对安全，服务方式灵活，文化底蕴深厚，创造潜力巨大，发展空间广阔。

养生总则三个字：和则安。

养生要诀三个词：上善、中和、下畅。

养心法则三句话：是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数。

养生方法四点：童心，蚁食，猴行，龟欲。

中医药文化核心理念：以人为本，效法自然，和谐平衡，济世活人。

中医医院中医药文化建设三点：主题是突出中医药文化核心价值，关键是充实中医药文化内涵，重点是彰显中医药文化特征。

临床学术观点：扶正驱邪益中和，存正抑邪助中和，护正防邪固中和。

临床基本原则：慈悲为本，仁爱为先，一视同仁，中和乃根。

临床思辨特点：调气血，平升降，衡出入，达中和。

临床基本处方：调气活血抑邪汤。

中和医派临床三要：一要善于调气血；二要善于平升；三要善于衡出入。

中医“治未病”“三强调”特征：强调以人为本，防重于治，强调形与神俱，和谐平衡，强调天人合一，效法自然。

中医药文献研究“四有”原则：有渊源，有依据，有类比，有归纳。

中医药文献研究要有“四强”：可信性强，导向性强，实用性强，拓展性强。

（杨建宇. 明医薪传——北京同仁堂中医大师孙光荣教师学术经验传承[M]. 北京：学苑出版社, 2010.）

气血中和百病消

常言道，人活一口气。

为什么这样说呢？什么是气呢？在人体生命运动中，气有什么作用呢？

我国古代哲学家告诉我们：气是构成世界的本原。世界上的一切都是气构成的。早在 2000 多年前的春秋战国时期，著名的庄周，又叫庄子，在他的书中《庄子·知北游》中说：“通天下一气耳。”天地之间的万物，都是由气化生而成。人当然也不例外，也是由气而化生的。

《黄帝内经·素问·宝命全形论》就说：“人以天地之气生，四时之法成”，“天地合气，命之曰人。”气是构成人体和维持人体生命活动的最基本的物质。

人体气是从哪里来的呢？首先是父母给的先天之气，是父母给的生殖之精气，即精子和卵子之精气，是构成生命胚胎的物质。其次是来源于自然界的后天之气，有谷气、天气两种。从饮食水谷中吸取的营养物质叫谷气，又叫水谷精微。自然界的清气，又叫天气，主要是氧气。谷气是人赖以生存的基本要素，天气是人呼吸之气，人体吐故纳新，必不可少。我们大家都知道，人不吃饭可活半个月以上，人不喝水，可活一星期以上，人要是不能呼吸，几分钟就会死亡，可见，气在人体生命活动中的重要作用。

1 气在人体生命活动中的重要作用是什么呢？

中医学把气在人体生命活动的作用归纳为 6 个方面：

1.1 推动作用 气有激发和推动作用，能激发和促进人体的生长发育和人体所有组织器官的生理功能；能推动血液及津液的生成、运行、输布、排泄等。一句话，没有气的推动，人体就是死水一潭，就不可能有生长、发育、长高，更不可能有心跳、呼吸、血压等生命活动。

1.2 温煦作用 气有温暖和煦的作用。人体体温、各脏腑器官组织的所有活动都必须在气的温暖和煦之下进行。即在气的作用下，保持正常体温才能维护各脏腑经络、组织器官的正常的生命活动。否则，人体体温降在摄氏零下，人体就成了冰砣了，何来生命活动。人体体温太高，超过正常体温就成发烧有病了，长时间发烧，生命就不保了。

1.3 防御作用 中医有句名言：“正气存内，邪不可干。”就是说，只要人体正气充沛，邪气就不会来侵犯，人体就会很健康。气的防御功能就是人体防病和抗病的功能，直接关系着人体疾病的生成、发展与预后。

1.4 固摄作用 气能对人体内物质进行固护统摄和有效的控制。如血液的正常流动，尿液、精液、汗液、消化液等液体从正常管道的排泄，乃至大小便的节制。自汗、盗汗、多尿、出血、滑精、小产、滑胎、胃下垂等等，都是气的固摄作用减弱的表现。

1.5 气化作用 气化是气的运动而产生变化，气化的过程就是新陈代谢的过程，就是人体时时刻刻都在进行的物质能量相互转化的过程。没有气化，就没有生命的新陈代谢，也就是没有生命活动。所以说，气化运动是生命最基本的特征。

1.6 营养作用 先天精气和后天的水谷精气、自然清气不但是构成人体重要物质，是在生命活动中随时被消耗而产生生命运动的动力的来源物质，只有及时补充，才能源源不断营养机能之需要，如果严重营养不足，就会导致浮肿、贫血、发育不良等疾病的发生。

有一点大家需要而且必须要弄明白，气的六方面的功能（作用）是整体、同

步、高度有机协调运行，不可能是六方面可以分开单独运行的，必须密切配合相互为用，切不可分割断章取义。正像机车运行，油路运行和电路运行不可能分开，必须是同步协调，何况更为复杂的有机人体呢？否则，气就会出现問題，导致疾病发生，甚至死亡。所以说，人活一口气。

血，我们大家都知道，血是运行在血管中、循环流注在全身的、富有营养和滋润作用的红色液体，是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一。在日常生活和许多文学作品中，大家都喜欢把女人比喻成花。如：女人二十是桃花，三十是玫瑰，四十是牡丹，五十是兰花，六十是棉花。让人纳闷的是，为什么五十是兰花、六十是棉花呢？怎么不是其他红艳鲜润的花呢？这是因为女人到五十、六十身体内血的滋润、营养作用减弱的原因。

这时候大多女人的月经也断了。如果女人六十岁了又来血见红，很可能是“倒开花”，这是很严重的非常之开花，是重大危重疾病的信号，应立即做进一步的检查和诊断，切不可掉以轻心而贻误性命。

中医学认为，脾胃是气血生化之源。脾胃化生的水谷精微是血液化生的最基本物质，血液在血管中运行，循环全身，输布营养，为生命活动提供营养物质，发挥养和滋润作用。如，人体面色、肌肉、皮肤、毛发、精神等方面都反映着血的营养和滋润作用的状况。血液供给充足节制，神志活动才能正常，面色才会红润，肌肤毛发才会光亮。我国明朝著名医学家张景岳在《景岳全书·血证》中说：“凡为七窍之灵，为四肢之用，为筋骨之和柔，为肌肉之丰盛，以至滋脏腑、安神魂、润颜色、充营卫、津液得以通行，二阴得以调畅，凡形质所在，无非血之用也。”一句话，人体生命活动必赖血之供给和作用，就连大小便的通畅与否，也不例外。

2 气血是什么关系呢？

可用一句话来概述：气为血帅，血为气母。

气为血帅是指：①气能行血，气的推动作用使血液循行的动力，气行则血行，气有一息不运，血即一息不行。②气能摄血。气的固摄作用保证了血液循环在正常血管之中，而不妄行逸于脉外，如果血液从脑血管大量溢出，就是危急重病脑溢血。③气能生血。这是说气化是血液生成的动力，气是化生血液的原材料。

血为气母是指：气在生成、运行和发挥气的功能时，始终离不开血。血为气的生成和功能活动提供必需的营养物质，血赖气之运载而运行，输达全身，气赖血之场所和血的营养滋润而发挥作用。血盛才会气旺，血衰就会气少。血为气守，气才有所依附，血不载气，气随血散，气无以归。由此，我们可以认识到，“气即无形之血，血即有形之气”。气血相互渗透，相互促进，相互转化，相互依存，相互制约，相互作用，须臾不可分割，二者必须达到和谐相处，才能保证气血正常生理功能的正常发挥。综合一句话：“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》）。

“中和”是一种动态平衡的概述称谓。如果说阴阳平衡是机体稳态的哲学层面的概述，那么“中和”就是人体健康的精气神平衡稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。

中和是人体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境。中和医派认为，万病乃气血失和之症，机体气血中和稳态失衡必然导致疾病。

什么是“中和”？该如何理解“中和”在中医学中的应用呢？

“中和”一词可在辞海中查阅到，辞海有三个义项：一是儒家伦理思想。即

是一种哲学思想，是“中庸”之道的内涵。《礼记·中庸》说：喜怒哀乐之未发谓之中，发而皆中谓之和；中也者，天下之大本也，和也者，天下之达道也。致中和，天地位焉，万物育焉。”译为当今白话文是说，喜怒哀乐没有发作失控，叫做中；情绪表现出来而有节制，叫做和。做到中，是天下之事物的本质；做到和，才能真正了解事物规律。谨守中和之道，天地人之位置就会摆正，万物生化才会和谐正常。意思是说，万事万物都有个性，如人都有七情六欲，有个性都会展现，才会张扬，这是很自然的事情。如果这些个性的展现在一定程度内没有发作，或者很含蓄地稍有展示或者控制得特别好，不露声色，这才是事物的本质，这才是正常的自然之理，这才叫“中”。如果事物个性时有展现，但都在一定的节度下，并且都恰到好处，这才叫“和”。一个人展现才能与个性，不会无节制，不会影响到别人，与其他人都能和睦相处，这才叫“和谐”。“中”是自然之本，“和”是万物之道。执中和，就是要把握事物的本源，了解事物之本质，掌握事物运动之规律，理顺上下左右之顺序和位置，协调万物和平关联、相互制约和谐相处的关系。

二是中和反应。中和反应是指酸碱反应，酸碱各为事物化学属性之两极端，而酸碱中和反应则生成水和盐，样，水和盐才能被人体充分利用。偏性很大的酸或碱，经过“中和”以后，各自激烈的偏性就都收敛了，成为趋于中性的水和盐了。强酸、强碱都不能被人利用，而水则是生命之必需。

三是物理电学中防止电容被击穿而采取的一种措施叫“中和”。电容两极一正一负，峰值太高，容易直接通电。而采取措施防止此类事情的发生谓此“中和”。

在百度百科查询，可以看到几个义项很值得与大家分享。

首先是物理电学中是指抵消正负电荷，两个带等温异种电荷的物体中和，使得两个物体的原子都恢复电中性，两个物体就不带电子了。其次是化学概念，酸碱中和反应，所生成的水和盐失去了酸和碱的性质。

再次是中国文化中的“中和”概念。是“中正平和”之方法论强调：①中庸之道的内涵。②中正平和。③道教语指元气。指出：中正平和引申为符合中庸之道的道德修身境界的一种原则，儒家认为人们的道德修养能达到致中的境界，那么天地万物均能各得其所，达到和谐境界。中和是以中国儒家哲学为灵魂的审美形态！要求在日人伦中表现出以忠孝友悌为内容的君子人格，其中关键是尽心尽性，心性的基本是仁和。

“中和”是哲学思想，是讲中正、合作、和谐。

广义“中和思想”是指，无论人多么极端，始终处于宏观与微观的中间位置，永远无法达到两端的尽头。不管向两边扩张多大，链接两极的中心点始终是存在的，这个“点”就是“中”，而不使两端断开，就是“和”。狭义的“中和”思想是一种方法论，一种承认世界多元化，思想多元化，学会包容正反两面意见并加以融合，使人类始终处于合作中的一种为人处事的方式、方法。

3 我们认为“中和”在中医学上的运用应从以下几方面着手

3.1 天人相应 万物和谐 天地人三才，人在中间。人要适应自然、认知自然规律，规范人类行为准则，要符合万事万物化生之本质和规律，顺应四时之变化，人才能与大自然之天地共处，才能和谐共处，才能与天地达到中和，才能健康百年。

3.2 认知人体生理病理 把握疾病之发生、发展、预后之规律 中和作为方法论，作为哲学思想，要求中医人要充分认知人体的生理病理现象，把握疾病的发生、发展、预后之规律，这是治疗疾病之前提，是《内经》标本概念之侧

面体现。医生和病人之标本关系，医生是标，病人（病）是本，只有二者达到“中和”，才说明医生对疾病有充分的认识。在下文将以气血为例阐述气血中和之关系。

3.3 遣方用药之指导原则 中医治疗关键是调理，而调理之方药应该是“平和”的方药组合，切忌大辛大热大补大泻，组方偏热偏寒，大补太滋腻，大泻攻伐太过，都会给病人的身体造成不可估量的伤害。之所以当前医源性、药源性疾病愈来愈多，就是遣方用药团队没有合理组合，用药团队出现偏差，而导致对机体严重伤害，甚至死亡。“中和”用药就是要强调，谨守病机，以平为期。方药中要阴阳结合，动静结合，升降相应，收散共融，寒热共用等等。一定要在保证用药安全的前提下，达到药到病除的目的。

3.4 “中病即止”的治疗时机 中和要求医者所用团队的方药，既要本身“中和”平和，又要与病机相符，而治疗时机还必须是“中病即止”，切不可好事办砸而起到相反的效果。临床用药一定要中病即止，既不可矫枉过正，亦不可虚弱不力，要把握时机。

3.5 扶正祛邪 带瘤生存的治疗理念 中和思想要求医者在治疗时，既要看到病邪的存在情况，更要认识到人体正气虚弱之本质，治疗时且不可偏执一斧，其他都不管不顾。尤其是对肿瘤的治疗，要扶正与祛邪恰到好处，带瘤生存，提高生活质量，延长寿命为根本。应该有与瘤共处的理念，才能达到治疗的根本目的，切不可为了祛邪抑瘤，滥伐无辜，结果瘤消人也死了，就不是“中和”的基本理论了，也失去了治疗的意义。

3.6 防治未病之指导思想 中和思想要求“中”是未发，“和”发而有节。这符合中医防治未病的指导思想，当身体不舒而未病时，要采取对应措施，使之不发。如果发病，就要及时控制，严防无节制泛滥导致重大疾病的发生。

以上是“中和”在中医学中应用的基本理解。下面以气血为例来阐述中和在人体生理病理方面的应用。

首先，气为血帅，血为气母，二者互根互用互联互动之关系，是“中和”之“和平共处”、“互为化生”之体现。只有二者关系“中和”才能健康长寿。气血不和万病生，气郁则血涩、血凝则气止，气随血脱等。气血贵在疏通，需谨防郁滞，气行则血行，气盛则血旺等。其次，气、血均需气血平衡基础上，气血各自也要达到“平和”之稳态平衡。如气有余便是火，气不足便是寒。血热妄行则血溢脉外，或衄或崩或漏，在更进一层次上，气的气化形式有升降出入，无处不达，无处不到。而血则是，运行不息，流布全身内外上下，环周不休，滋润营养四肢百骸。只有气机调畅，才能气血和谐“中和”。只有气血中和，气帅运动和气化作用才能在血母的支持、努力下得以完成。也只有在血母的节制下，气帅也才能静宁内守，否则气滞则血瘀，气郁气闭、气结则积聚癥瘕，气脱则血散，血脱则气灭。只有促使气血中和，才是养生之根本所在，才能健康长寿。只有促使气血中和，才能达到治疗疾病的目的。

4 临床体会 由此在“中和”思想指导下，我们经过数十年的临床体验，总结出了几点体会。

4.1 养生原则：和则安 人要与自然界“和”，即与天地“和”，与人“和”，与动物“和”，衣食住行与身体“和”，饿了要及时补充食物，吃太饱或饥一顿、饱一顿均有违“和”。有的病人想吃什么东西，而因为教条规定硬不让病人吃，这也不是“和”。晒了就要睡，不要胡思乱想，累了就要休息，不要太累伤身。“和”统领养生之总则。

现代的健康概念有四层意思：一身体没病，二心理健康，三社会适应能力良好，四道德健康。完全符合“和”的基本要求，身体没病是机体代谢顺畅、气血“中和”的表现。心理健康是处事为人之心理活动自我调节平衡心态的体现。道德健康、社会适应能力良好，说明与社会时代相符，是个人与团体、个人与时代融合的表现，无处不体现“和”。

4.2 养生要领：上善、中和、下畅

4.2.1 上善 更多是指头脑、神志要好。神志好必须要有良好的心态，要有良好的世界观，遇事要平静、平和、不急不躁、不骄不傲、不慌不忙，心态自然会放得下，就会知足常乐，就会做到上善若水，顺势而安，无坚不克。

4.2.2 中和 有两层意思：首先是中焦脾胃要安和。脾胃为“后天之本”，人以水谷为本。脾胃不和则人绝水谷则死，内伤脾胃百病由生。因此，在养生中要始终注意保护脾胃，饮食应规律，做到不暴饮暴食，及时进餐，饥饱适宜，节制酒品，禁忌生冷和油腻之品。其次是要中处人事，要“中和”，是指人在天地间，与周围的人和事要平和、和谐共处。切不可有违环境和道德规范，肆意妄为，伤人害己，有害健康。

4.2.3 下畅 肾藏精是“先天之本”，生命之源。肾主水纳气，主骨生髓，通脑开窍于耳，司二阴。在养生中尤其最注意大小便的通畅，女性还要注意月经的情况。如果上善指精神、神志之修养，中和指心理与道德的修行，那么下畅是否可以理解成身体状况调养，要气血流畅，自然也包括二阴大小便的通畅了。气血畅通中和，就会健康长寿。

综合养生要领如下：敬天法地，谨守阴阳，修身养性，吉祥安康。

4.3 养生的基本方法 中医养生基本方法大致分四类：

4.3.1 心养 《素问·上古天真论》说：“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来？”是说，一个人内无所求，外无所累，虚极静笃，臻于自然，真气（即正气）自然会得到良好的养护，就不容易得病。一个人对己对人要理解万岁，都要摆好心态，不要苛求，更不要钻牛角尖。认真修善德行，提升心理适应能力。意无妄想，性情怡然，就可以延年益寿。日常生活中遇到不顺心之，要自己克制，还要学会自我安慰，对情绪有失控之虞时，要及时用兴趣转移法，或情志相胜法，或上网一吐为快，或找亲友聊天疏导、发泄等，实在觉得委屈就一个人大哭一场。有三句话，可用于自我宽心：是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数。

4.3.2 食养 食养就是利用调节饮食的方法来达到养生病的目的。食养自《黄帝内经》之时，就已广泛地运用在中医诊疗和养生保健了。我国金元时期的四大医派之一、攻邪学派的代表人物张子和，就十分重视用饮食来诊疗疾病和养生。最著名的病例在他的代表著作《儒门事亲》有记载，是用饮食治好 1 例习惯流产，保胎成功，造福子孙啊！

话说这一妇女怀孕时大便干燥，多次因努力挣大便而伤胎导致流产，找遍名医救治无果。张子和当时是名躁汴京、北京、豫苏皖等地的名医，还是皇城的御医，病家慕名求治。张子和了解情况后，就很简单地吩咐一番，让病人多吃青菜（葵菜、菠菜），少吃肉食，要想吃荤菜就只能吃猪血。当时，可能是没有香蕉，若有香蕉张子和也会让她多吃水果香蕉。结果，孕妇就不再便秘了，孕胎也保住了。

张子和主张以食平疴，食养补虚。把食疗分成不同层次，食治、食养、补虚等。用方大致有三类：一是专用食物治疗疾病的方，二是专用食物补养补虚的方，

三是与药同施治疗的方。直到当今仍有指导意义，与当今的保健品营养品市场之风靡绝非二物，我希望大家能特别注意，食养是有适应症的，是有方法有指导有理论的，全国人民都同时喝绿豆汤，或者同时生吃鳝鱼的做法，是十分值得商榷的！

希望大家能在中医师的正确指导下，调节好饮食，搞好食养，调和气血，促使气血处于“中和”的平衡稳态，才能健康长寿，颐养百岁！

4.3.3 药养 简单一句话，就是用药来调养身体。这也是中医养生的重要方法。在许多电视、电影中都有许多皇帝求长生不老而炼丹吃药的故事情节，历史上曾经风靡的口服“五石散”（钟乳石、紫石英、白石英、石硫磺、赤石脂）等壮阳、强身的保健药之事，和今天甚至流行全世界的吃“伟哥”之类的保健药一样有害无益。药养适合老年人养生保健的对症或辨证对证的适量运用，还有一些慢性疾病康复期的病人，也可适当用药养。但切不可用保健食品代替药品用于治疗疾病。药养必须在中医师的正确指导下正确服用。

目前，中医界推行的，广大老百姓最易于接受的是膏方和药茶。

膏方一定要在临床中医师的指导下服用，切不可自行胡乱配制，这最容易出问题。一方面药物不一定对证（症），也就是说不一定适合自己。另一方面个人配制不能保证药品质量和配制工艺火候，甚至不卫生，这样很容易出问题。

药茶在南方一带最流行，但个人服用药茶最好是在经验丰富的药茶师或在中医师指导下服用，避免药不对症，达不到效果。但风靡全国的药茶饮料的服用，一定要与个人的身体条件相符才行，尽管这类药茶饮料内药用成份并不足以对身体立即起到什么效果，但是若要长期大量饮用，最好还是要请教一下中医师，弄清楚是否真的适合、对症。如果不对症，又大量长时间服用，很可能会由凉积累成寒，而伤脾胃，影响气血的和谐稳态，即中和，反而对健康不利。

4.3.4 术养 数千年来中医养生文化，积淀了博大精深的养生方法和技术，再加上目前诸多自称是养生专家的人像雨后春笋层出不穷，并且都各抒己见，各唱各戏，中医养生术真的达到了让人眼晕的地步，真是眼花缭乱！

但，传统的养生术还是值得大力发扬的。如华佗的“五禽戏”，传统的太极拳……，还有体育锻炼、琴棋书画等，都是值得提倡的养生技术。随着科技进步、社会发展，人们卫生健康水平的提高，我国逐渐进入老年人社会，大量的老年人进入老年大学学习许多养生技术，参加了许多养生活动，如合唱团、秧歌队……，这些都是良好的养生办法。值得特别说明的是，老年人或中年人，不论尝试何种养生方法，都要量力而行，要循序渐进，且不可急躁冒进，适得其反，最后不能没健身反而伤心伤身。

还有一种把养生技术融在个人日常好习惯的方法。如穿衣一定要合体，大方端庄，走路一定要挺胸抬头，老同志不论男女，都要适当地做美容保健，有不少老年人就是在从改变这些生活习惯而获益的，特显老年人的精气神，乐观开朗豁达健康！

至于目前十分流行的刮痧保健、按摩保健、拔罐、足疗、灸术保健、药浴保健……等许多中医养生保健的热门技术，切不可盲目相信商业宣传，花费大量的金钱却收不到相当的效果。如果可能，我倒是建议每一位老年人至少学会一种中医的养生保健技术，这样自己既可以全面了解技术的来龙去脉，不被商业忽悠上当受骗，并且还可以用学会的技术为家人、朋友做养生保健服务，其乐融融，其不快活！也有不少老年大学里还开有这些课，这些实用养生保健技术都十分容易学习和掌握，浅显易懂，方便易学，简便易行。据了解，有许多老年人没有掌握

这些浅显易懂易会易做的中医养生保健技术的原因,是被中医养生的博大精深所吓住了。其实,万丈高楼也是从一砖一瓦建起的,中医养生的博大精深,都是由这些一个一个简单易行的养生技术组成的,并不可怕,一学就懂,上手就会,逐渐走向“精高专”的高层次。如刮痧学习,先学初级保健刮痧师课程,再学中级保健刮痧课程,再到高级保健师课程,然后再学中医刮痧师课程,这时才是刮痧师的最高的层面,就可以用刮痧做中医医疗服务了。之前就做浅显易懂易做的养生保健刮痧就是了。其他类似的中医养生保健技术很多,建议老年人每人掌握一两种技术,养神怡性、修身,才能气血畅和,疾病就不能上身,反而是自动逃遁,健康才会有保证!

4.4 养生的实践

4.4.1 养生的纲要 我们中医界新中国“中医耳鼻喉科学”的泰斗、开拓者干祖望教授,已愈百岁了,他老人 86 家的养生经验概述了八个字,很值得推荐给大家。那就是:童心、蚁食、猴行、龟欲。简单解释就是,一个人应该永远保持一颗童贞的心,性情率真,无忧无虑,有事不往心搁,活泼可爱,欢笑永随;应该是像蚂蚁一样地细嚼慢咽,持之以恒,坚持下去,而不是狼吞虎咽,一曝十寒,生活无规律,饮食无节制;应该像猴子一样,多运动,保持灵巧的健康的身体,切不可怕累,整日窝居在家,甚至躺在床上,要多出来走走,甚至到树林中走走;应该像乌龟一样,无欲无求的样子,少欲望,不急躁,不妄行,保健康。很值得大家用平常心去体会去锻炼养生。

4.4.2 养生小技巧 叩齿刷牙:在日常生活中我十分重视叩牙,尤其是在早晨,要叩牙 10min。叩齿可以固齿,可以清醒头脑,有降血压的作用。刷牙不但是讲卫生的好习惯,不但固齿而且还有减肥的效果,大家不妨一试!我每天至少刷六次牙。晨起睡前是必刷的,每次餐后是必刷、午休也要刷次牙。我无论在办公室或在家,或出差在外,刷牙都能坚持,并且自我感觉颇有收益。

4.4.2.1 梳头 梳头是重要的最简单的养生保健方法,并且最容易坚持。关键是不用花钱,没有梳子,甚至可用手梳。梳头可缓解疲劳,振奋精神,可以降血压,并且可祛头上的寒气,还可以活跃头皮对头发的气血供应。头为诸阳之会,是中医阳气经脉的汇聚地,阳气最丰沛的地方,也最易受寒的地方。每个人都应该十分重视头部的养生保健,尤其是老年人,更应该夏带凉帽,冬带暖帽。

梳头最好是有意识地梳,要把头皮梳至发热的程度,才能起到养生保健的目的,如果仅仅是象征性挠两下,或者拢几下,就不是养生方法的梳头。如果学会了刮痧,也可用刮痧板直接梳刮,效果更好!如果学会了按摩,可直接利用按摩的手法,反复在自己头上操练,如:在梳头时给以必要的手法配合,养生效果肯定会更好!

4.4.2.2 扩胸抻背 扩胸抻背用以缓解疲劳效果特别好,非常明显。早些年的广播体操,还有近几年的工间操,都少不了扩胸和抻背。中医中诸多阴经脉都走胸前,诸多阳经脉都走背部,背部集聚了大量的传统经穴,几乎占全身传统经穴的三分之一多,是脏腑俞穴的集中部位,还包括华佗的夹背穴。扩胸抻背对经脉和穴位经气有肯定的调节作用,对气血的流通有促进作用,对身体是有益无害。

对于成年女子还有另一层意义,扩胸抻背对于带胸罩的女性的健康意义不可估量。这是预防乳腺患病的重要的最简易方法,女子们更应该重视并坚持锻炼。扩胸抻背是必须讲方法的,要有一定力度,并且还要适度的持续一下,切不可用力过猛过大,自己把自己给拉伤了,闹出笑话来。

4.4.2.3 防寒 我们都知道,人身体寒气大最容易得许多疾病,有许多

有慢性疾病的老年人都会因经不起天气寒冷的考验，在正月去逝，这都是因为寒气。有许多女孩都有痛经的痛苦体验，这都是寒邪引起的疾病。大家都知道，寒属阴，主收引，气遇寒则凝，水遇寒则冰。而人体气血遇寒则气伤血涩，气血运行不畅，气血失去“中和”，而诸多疾病就会缠身。

稍微了解国际疾病流行状况的人都知道，西方发达国家女子不孕症发病率明显比东方、非洲不发达的国家和地区要高得多，在我国城市发病率明显高于农村。其中最重要的原因就是女子受寒的宫寒不孕。冬天为了美而少穿衣衫不抵寒冷，再加之长期饮用带冰饮品及冰激凌等，还有就是夏天的空调，也是最宜让人受寒的。夏天空调温度过低，冷风贼冷贼冷，常会有一种直透肌肤，冷到骨髓的感觉。还有一些女孩子，为了美，穿露背装、露脐背、露腰背、吊带装，对身体的最起码的保护都没有了，更容易着寒受寒。这些诸多因素长期影响气血流畅，就会导致女性胃病、颈肩腰腿痛、痛经、不孕、子宫肌瘤、黄褐斑、肥胖等病的发生。

对于老年人，许多人都有腰腿痛，并且有遇寒发作，遇冷加重的现象，也就是俗语常言的“老寒腿”。顾名思义，是由寒引起的腿痛，因此保暖防寒十分重要。尤其是年轻时更要多加注意。“少年不努力，老大徒伤悲”啊，用在养生保健方面也是十分恰当的。如果年少恃强，不注意养生，不锻炼身体，年龄大时就有疾病缠身，痛苦不已，伤悲也实属无奈之举啊！这真是“年少不防寒，老年病来缠”啊！

养生的具体实践不但要因人而宜，还要因地、因时而宜，更要因方法而宜，要密切关注每种养生方法在实践中必须注意的禁忌，也不要被有些商家把某种养生方法无限地扩大给忽悠上当受骗了，一则多浪费钱财，更可怕的是，把养生保健无限扩大宣传到治疗疾病的效果奇特，而诱使一些不明真相的老年人相信，而影响做正规的诊疗治疗，贻误最佳时机，甚而反误了卿卿性命！岂不悲哉！

气血中和，病安从来？一旦气血失和，则万病丛生。即使现代医学进行反复的心脏搭桥术、支架，也会病生他变，而性命不保，人体是整体有机生命系统，不是无生命的单纯的机械零件组装品，通过换零件以维持机械长期不停的运转，而人则不成。人必须是气血运行畅通，气血运动平衡稳态中和，才能保证身体的健康。相反，一旦气血失和，就会得疾病，要想让病去而健康亦然，就必须“执中和”，促使气血尽快中和，方能达到去病的效果，健康之目的！

下面结合北京同仁堂大师传承工作室的特需专家门诊的病案，做进一步的说明，气血中和乃健康之本，气血失和是疾病之根。

我出诊的每周五上午，都会有情志疾病病人来诊，有时一上午会有五六个情志疾病患者，如抑郁症、精神裂症、焦躁症、健忘症等。这些病人都是转辗多家医院多位名医后来求诊的，查看处方，大多是针对疾病而去的，而我们中和团队治疗之所以疗效好，是因为我们着眼点是气血的“中和”，“万病离不开气血”，“人之一身唯气血耳”，“治病必求于本”，只要从根上从本上找问题，找出气血失和的原因，遣兵选将配伍，“中和”药方，紧扣病机，就能达到立竿见影之效果。我们中和团队认为，遇到此类病人，调气血是必须的，疏肝解郁是关键，解郁闷，情绪畅，气血通，疾病消，就是一种必然了！

有次在住院部病房四楼会诊一老干部，老人年近 90 岁，身体状态差，虚弱疲惫，饮食不香，睡眠不安，认真诊查后我们认为，此乃“中和”出了问题，气机升降出入的枢纽在中州脾胃，正常情况“中和”才是脾胃气血运动平衡稳态。而此病人显而易见，脾胃运化有了障碍，气血失和了。此时，我们用方遣药，必须健脾和胃，运化中州，方能中州气血中和。病人一剂知，三剂效，七剂大好转。

一句话，治疗之关键是“气血中和”。

东北哈尔滨一老师，患肺癌胸水严重，呼吸不畅，他看到我治疗的有的癌癌病人生存二三十年之后，来同仁堂中医院求诊。详查病情后，处方仍是以调气血为主攻方向，稍带利水。不料病人一年后从海南康复休养回来，胸水几乎消失，精气神十足！一年中在陆续服药，中就有活血化瘀的丹参。有对中医活血化瘀不甚了解一部分人，妄臆提出，癌瘤病人不能用丹参，因为担心活血化瘀会让癌细胞加速扩散、转移。这是把活血化瘀当成了单纯的对血液浓度的稀释了。事实上，我们中医的活血化瘀的着眼点是恢复气血中和平衡稳态，气血中和，就没有癌瘤生存的环境了，哪里的转移、扩散呢？治疗之关键不是在于用多少好药，而是谨守病机、遣方用药，促使气血中和，百病消遁，自然攻克癌症，提高生活质量，延长生存时间，也就充满希望和阳光！

2011 年我在齐齐哈尔讲学，遇上一女孩，七八岁了仍不能走路站立，语言不利索，口齿不清楚。此病类似中医儿科学之五迟病，属发育问题。诊查后，处方仍以理气血为关键，兼以填精充髓，不料 7 剂过后，孩子父母带孩子来北京同仁堂中医院找我，要求继续治疗，病人奇效无比，在当地风传神奇。此病人仅治二三月余，即可行走、唱歌，疗效之好也着实出乎我们的预料之外。我们认为，也只有气血旺，才能真正做到补虚、补肾之效果，才能达到填精充髓的奇效。之所以前边诸多医者疗效欠佳，查看处方多为直接补肾益精填髓之法，而忘却气血才是关键。如果没有气血的中和，平衡稳态，任何的有效治疗，任何灵丹妙药都会大大折扣。

《健康报》上曾经登载我仅用数剂治疗少女崩漏（功能性子宫出血）而获效的病例：是一个在大连读书的大学生，病程数年，痛苦万分。详查病情方知，病人气虚严重，血中有瘀，了解诸多医者治疗，多为止血。而我处方，首重调气血，即益气、活血，而不用大队止血。仅数剂中药，药到病除。瘀血不除，新血不生，活血化瘀才能使气血中和，益气使血帅有力。故而，药到病除，疗效甚好！此病案的关键之处在于治疗止血不能一味的止血，而应查清气血失和之所在，在于气虚、血瘀，治疗后气虚得补，血瘀得除，这样气血趋于中和，病痛必然自消。

去年同仁堂中医院院长领来一病人，头痛剧烈，每天依赖去痛片度日，每用量达 20 多片。详查病人少气无力，怕风怕热怕寒，口唇绀紫，颜面暗灰，此乃气郁血瘀所致，郁化火，上攻头而头痛剧。故而处方不从止头痛用药，仍以调气血为方向，解郁活血，服药 1 剂见效，立减去痛片 10 片，调治月余，而恢复正常。事后讨论，如专门针对此病头痛去止痛，可以预料肯定没有疗效，为气郁血瘀这一疾病的病因还在，所以求治多年而不效。郁祛气顺，瘀化血活，气血中和，疾病自退！

综合一句话，气血中和百病消。这是我们临床重气血、调气血，恢复“气血中和”平衡稳态，才能使百病消失。正如失笑散活血化瘀一样，让人不知不觉中失笑而感叹疗效之神奇！这也是我们中和团队三善于的成果，一要善于调气血，二要善于平升降，三要善于衡出入，也只有这样，气血才能中和，才能真正做到气血中和百病消的神奇疗效！（孙光荣. 气血中和百病消[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(3):82-87.）

孙光荣教授学术思想初探

孙光荣教授是北京同仁堂中医药大师，主任中医师，教授，北京中医药大学远程教育学院副院长，《中国中医药现代远程教育》杂志社主编，北京二十一世纪环球中医药网络教育中心(世中联(北京)远程教育科技发展有限公司主任 / 名誉主任，是我国著名的中医药临床家，中医药文献学家，是我国中医药文献研究学术带头人之一，是我国中医药现代远程教育创始人之一，中华中医药学会继续教育分会主任委员、中医药文化分会副主任委员、亚健康分会副主任委员、编辑出版分会副主任委员、中华中医药学会常务理事，国家中医药管理局中医药继续教育委员会委员、中医药文化与科普委员会委员。孙光荣教授研习中医药已 60 年，我辈有幸侍诊于同仁堂，聆听高论于教厅，习读医论著作于书册。对孙光荣教授的学术思想有了一些初步认识，现总结如下，以裨益医界同道。

1. 崇医德 通古今 大医精诚

孙光荣教授作为名老中医，作为“明医”，作为“苍生大医”，他真正做到了“大医精诚”，实乃我辈学习之楷模。在临床上，孙老时时处处以“大医精诚”要求自己，教育我们。真正是“敬天法地忠诚于中医中药大业，博古通今精研于济世活人真经”。崇尚医德，视病人如亲人，诊病专心致志，一丝不苟，从不参与病人吃请，从不收病人谢礼酬金，开药从来是小剂量，简便验廉，并配合手法治疗，立竿见影，不但赢得了医院、患者好评，而且赢得同事及我们晚辈的尊重。

2. 重继教 读经典 缔造“明医”

孙老十分重视中医药继续教育工作，无论高端中医精英人物培养，还是初学者的训练，包括医生中医药理论之培训，无不在孙老心中的牵挂；中医药现代网络远程教育的技术创新，策划理论，继教资源的重组与创建，无不渗透着孙老对中医药对祖国的一片赤诚心血。尤其是倡导“读经典，做临床”，方能成“大医”、成“明医”，深受医界认可并得以推广实施。国家中医药管理局“全国临床优秀中医人才研修项目”就是以“读经典、做临床，培养未来名医”为基本思路开展的国家中医药人才培养项目，孙老亲自担任第一期、第二期班主任，不但亲自给学员上课，而且还经常带病亲临一线组织学员学习，解决实际生活和学习管理问题，获得了学员们的爱戴，孙老为国家人才储备、为中医药未来可持续发展奠定人才基础，做出了突出贡献 1

3. 研文献 重科研 弘扬特色

孙老曾带教研究生《医古文》课程 16 载，加之孙老家学渊源严格，幼承庭训，饱学博采，很快在中医药文献界享有盛名并富有成果，尤其是对《中藏经》的研究成果，使孙老成为中医药文献学科学术带头人之一，奠定了孙老作为中医药文献大家的地位。

孙老十分重视科研工作，尤其重视弘扬中医药特色的科研方法的倡导和科研工作的普及，孙老指出，中医药传统的主要科研方法有两种，一是文献研究，二是临床研究，仅有少量的实证性实验研究，大多包含在临床观察和求证中。随着现代科学的发展，随着西学东渐，现代科学还原性、求证性、实证性之实验研究已被传统中医药学引用，并且在某种程度上得到了比传统研究方法更多的重视。尤其是中药功效之求证和中药药理之研究，乃至中医基本理论的验证，达到了“非小鼠点头”不可之地步。孙老对此颇有看法，提出这些实验研究一定要被我中医所用，才能为中医服务，才能弘扬中医药自身之特色和优势，否则必将会对中医贻害无穷。

4. 治未病 搞科普 防治结合

孙老不但自己铭记“上工治未病”，而且还教育我们要争做“上工”，搞好“治未病”工程。学习相关理论，研修相关技术，把疾病与健康相互关联与发展转换规律，把学习国家中医药管理局“治未病”之战略意图扎实地落实在工作中。为了搞好“治未病”之群众工作，就必须搞好中医药科学普及工作。孙老在“新中国成立60周年全国中医药科普图书著作奖、出版奖颁奖大会”上代表获奖代表即席讲话中指出：“中医药科普工作是中医药事业发展的有力推手，不可或缺。”孙老不但是这样认为，而且也是这样做的，这也是他老人家所著农民工健康读本获一等奖的深层原因吧。真正的大医、上工无不重视治未病，无不通过普及防治疾病之知识，达到真正预防疾病之目的。在诊疗过程中，孙老不开方疗病，动手按摩点穴，而且还多做病友心理疏导，嘱咐防病知识，让广大病人真正掌握防病知识，让病人在诊病过程中，不但了解疾病，而且还学会防治疾病之知识，乃真“大医”也。

5 做临床 疗效著 中医大师

无论孙老再忙，他都不会脱离临床。因为，孙老深深知道，并多次告诫我们：中医药发展之根基在临床，中医药发展之保证在临床疗效。实践是检验真理的唯一标准。临床疗效是中医药存在的唯一需要。孙老不忘临床，始终把病人之疾苦记在心中，勤求古训，博采众方。幼年即启蒙中医药，青少年步入中医药殿堂，积累了大量的丰富的临床经验和理论学知，保证了临床疗效，从江南一杏林奇才成为北国同仁堂中医大师，享誉华人世界及外国友人，史载镌刻予汗青。

5.1 施对药遣角药 运筹帷幄 中医用药诊疗疾病，犹如用兵打仗。孙老经过长期临床，做到了“心中有大法，笔下无死方”：。善用妙单绝方，巧用对药，时遣角药，达到了运筹帷幄之中，决胜千里之外的良好临床效果。尤其是对药的运用甚有独到之处。如：郁金佩兰联用，化湿祛腻苔有奇效；法半夏陈皮联用，取“二陈汤”之效；当归、黄芪共进，取当归补血汤之功；车前子与金樱子联用，矛盾统一，收利互动，阴阳互根；枳壳与厚朴联动，共奏健脾行气疏肝之效。

至于“角药”就是三味药联动，形成三角支撑达到临床奇效。孙老临床用毛笔书写处方，每行三味中药，从形式上形成了角药配伍，尽管并非都是如此，但也有许多绝配之角药，如“生晒参、生北芪、紫丹参”这三味中药孙老几乎方方不离，均为处方首行之三味，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，彰显孙老重气血、调气血、畅气血之基本临床思想。类似角药如：云茯神、炒枣仁、炙远志；自晒参、麦冬、五味子取生脉饮之效；黄连、肉桂、酸枣仁共奏失眠之功。

这些临床用药之妙招奇术是保证临床在辨证正确之情况下，保证临床正确用药，确保临床效果之经验，不可不用心体味之。

5.2 巧用药灵动启 王者风范 纵看孙老处方是药少、量小，观察临床疗效是廉验效显，尽显“王者风范”，于无声处惊雷作，不动声色启玄机祛烦疗疾。与目前大方大包绝不同类，与目前过度用药、惟利是图绝不伍。谨守“医乃仁术”之则，低调为人，妙巧疗病，用药灵动性强，紧扣病机，动静相扣，升降配合，阴阳互动，达到良好的治疗效果。细察孙老处方，用药剂量大多在10g以下，大多是7、8g，很少10g以上。更有成人用4、5g之药，生甘草5g常见，西砂仁4g时见，炒枳壳6g多见，灯心草3g足矣，……。诸多药物用量几乎不足现在时风用量之十分之二耳！足显孙老临床功底之深厚矣。

5.3 手法绝 综合治 疗效显著 在临床诊疗疾病过程中，孙老常采用综合疗

法。如外洗疗法与内服用药双法共施，或单味药与中草药汤药共进，中成药与中草汤药共服，内外共治，食疗与药疗不分，心理疏导先行，药物治疗紧跟，采用多种综合疗法，保证临床疗效的显著。尤其值得一说的是孙老之家传绝技，每每遇到一些棘手病人孙老都会拿出家传绝技，短短 1 分半钟，施以手法、点穴旋转、开笼放鸟……瞬间畅调气血，使病人在超短时间内感到神清气爽，气血畅和之效，立竿见影，深受病人称赞，令我辈折服，并且，此手法的治疗，孙老从未收过病人一分钱治疗费。

5.4 重气血 调升降平衡阴阳 孙老临床之基本治疗原则，重点在气血，侧重在升降，目的在阴阳，气血治则百病消，升降畅则滞瘀散，气血活、升降畅则阴阳平衡而何病之有？孙老习医，先是研习李东垣补脾土学之法，后又袭承朱丹溪滋阴之说，融会贯通，渐成今日之重气血之基本思路。尤其是临床用黄芪、人参、丹参并用气血共调。每处方中动静结合，用补药必有动药，有阳必有阴，有消补、散收、升降等特性药物时常共舞与一方中。如方白参片、生北芪、丹参、川杜仲、北枸杞、山萸肉、姜半夏、广陈皮、云茯苓、玉米须、车前子、白蔻仁、薏苡仁、芡实仁、蒲公英。全方补药上行占大半，而泻利走下之亦占四五，寒凉之公英与全方温阳之热构成矛盾统一，三味利水与芡实之收涩同在一方，用药甚巧。在全方中尽管有陈皮可行气，然而白蔻仁成了本方中之画龙点睛之药，此用药技艺之高超和构思之巧妙，方显我师一代“明医”之非凡之功，彰显名老中医学验俱丰之深重功力，值得我辈努力研学之。

我们深深知道，学习老中医几张经验处方是一件轻而易举的事情，传承老中医独到用药经验和用药习惯却不是一件容易的事情，把握老中医学术思想用来指导临床却是十分困难之事情。因此，我们以初生牛犊之精神对孙老学术思想进行了初步归纳，抛砖引玉。希望有益于对孙老学术思想的进一步探讨和学习，不妥之处，敬请各位前辈和同仁批评指正。（杨建宇，李彦知，孙文正，等. 孙光荣教授学术思想初探[J]. 光明中医, 2009, 24(12):2239-2240.）

国医大师孙光荣“中和”思想探析

本人 2011 年被遴选为吉林省“长白山杏苑新林”项目一员，有幸成为国医大师孙光荣教授弟子，在北京同仁堂中医医院与其见习伺诊三年，大师调“中和”思想使我深受裨益，其自创益气活血抑邪汤可谓无上妙法。孙老倡行的“中和”思想认为：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境”。如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。中医治病贵在“调”，什么称之为“调”？就是调整，调和，调理。调什么？调阴阳，调气血，调气机的升降出入。而调到什么程度？调到平衡，调至于“中和”。因此孙老在中医临床实践中努力做到“三个善于”：一是要善于调气血，二是要善于平升降，三是要善于衡出入。最后到达气血稳态的“中和”。现就调气血、平升降及衡出入这三点浅谈自己的理解和看法。

1 调气血

1.1 气血病变是临床辨证基础

孙老常说：无论以哪种方法辨证论治，其寒热和表里、虚实、生死、顺逆等，均离不开阴阳这一总纲，可是归根结底，而阴阳仍离不开气血，主要因为“人之所有者，血与气而”（来源于《素问·调经论》）；论病理和论生理，无论在经络、在脏腑、在皮肉筋骨，这些最终都离不开气血，主要因为“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。而气血之间的关系尤为密切，就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”。可见气血病变是临床辨证的基础，更是疑难病的辨证基础。

1.2 气血病变是各类疾病的病理枢纽和临床治病求本的指导原则

据《素问·举痛论》“百病生于气”，叶天士“初为气结在经，久则血伤入络”的理论，颜德馨教授提出“气为百病之长，血为百病之胎”的气血病机新理论。人体生长、发育、壮盛以至衰老的过程，从中医理论看，也是气血由强转弱、由盛转衰的过程，人的生、长、壮、老、病、已，尽管其表现形式很多，但归根到底都离不开气血的变化。若气血失和，脉络瘀阻，则会导致一系列连锁的脏腑寒热虚实的病理变化，故《素问·调经论》谓：“五脏之道，皆出于经隧，以行血气。血气不和，百病乃变化而生，是故守经隧焉。”疾病不论来自何方，首先均干扰气血的正常功能，而使之紊乱，以致阴阳失去平衡协调，经脉瘀阻不通，气血循行失常。这既是常见病的发病过程，也是疑难病证的发病规律，疑难病证虽然表现怪异罕见，致病因素错综复杂，但在复杂的病变中，大多要涉及气血，进而造成脏腑组织功能紊乱，不论是器质性疾病，还是功能性疾病，均是以气血为枢纽。对此类疾病，从气血论治，可以看清疾病的本质即“治病必求于本”，故而，可收到事半功倍、柳暗花明的效果。《素问·调经论》谓：“气血以并，阴阳相顷”；又有：“血气以并，病形乃成”之说，指出气血失调是人体患病的基本原因，也是导致阴阳失衡，人体衰老的主要原因。人体发病情况和衰老原因极为复杂，但多涉及气血，这是因为气血失调，脉络瘀阻会导致脏腑寒热虚实的病理状态。气血失和还可直接引起各种病变，气血为人体阴阳的主要物质基础，气血失和，必然会导致体内阴阳失衡，而引起多种病变，通过疏通气血，就可调整脏腑组织功能，延缓衰老，治愈疾病。

1.3 “调气血”的临床应用

以上经典论述足以证明大师临床倡行“调气血”的重要性，清·王清任重视气血创活血化瘀诸方，而著《医林改错》。唐容川重视气血而著《血证论》名扬医林，孙老调气血致“中和”思想炳耀后学，其自创的益气活血抑邪汤可谓无上妙法。因女子以血为本，本人临床治疗妇科病应用大师调气血、致“中和”思想收到满意疗效。

2 平升降、衡出入

2.1 《内经》对升降出入的阐释

《素问·六微旨大论》：“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。是以升降出入，无器不有”。以上经典论述说明升降出入是《内经》对物质运动形式的基本概括。无论是天体还是人体，其气化都是以升降出入为基本形式的。生物体一旦失去这种机能，就“出入废”、“升降息”停止了生命活动。《素问·阴阳应象大论》：“故清阳出上窍，浊阴出下窍；清阳发腠理。浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六腑”。此言阴阳二气升降出入之常；“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生瞋胀”此言阴阳二气升降出入之变，变则阴阳反作，病之逆从也。

2.2 孙光荣大师对升降出入的观点

大师认为，升降出入主要基于阴阳学说，而形成的气机消长转化的重要学说。其中升清为阳，降浊为阴，吐故为出，纳新为入，这些都是气机的基本状态。是指机体吐故纳新运动。即物质能量的新陈代谢和转化，在正常情况下，气的出与入、升与降是相对的，相反而相成，是一种动态的有序的过程，从而保持了生命正常、旺盛的活动。在非正常情况下，则会出现入而不出或出而不入、升而不降或降而不升的情况，这样人体生命的动态有序链就会被打破，内外物质能量的交换转化就无法进行，就会出现气滞、气逆等病症。可见升降出入在疾病发生、发展过程中的重要性。

2.3 气机升降出入对临床遣方用药的指导意义

孙光荣大师临床选药，灵巧机动，阴阳和合，动静相配，升降互动，尤其对药、角药的特色使用对临床后学处方用药起到非常大的指导作用。脾胃是气血生化之源，脾升胃降，脾主升清，胃主降浊。大师调气活血抑邪汤善用参芪补中益气（暗含重视中气，调补脾胃之法），丹参理血功同四物，彰显了大师调气血、重脾胃的临床思想。清·黄元御《四圣心源》曰：“胃主降浊，脾主升清，湿则中气不运，升降反作，清阳下陷，浊阴上逆，人之衰老病死，莫不如此。”以故医家之药，守在中气，也突出说明了脾胃在气机升降中的重要性。

由此可见，重气血、调升降、衡出入是“中和”思想的灵魂。巧用药、灵动启、施对药、潜角药、重脾胃、平衡阴阳、运筹帷幄是大师王者风范。其“中和”思想和用药理念非常值得吾辈刻苦研习而发扬之。（曹文. 国医大师孙光荣“中和”思想探析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(93):160, 165.）

孙光荣教授运用中和思想诊疗中风的经验

孙光荣教授是全国著名的中医临床大家，全国著名的中医文献学家，中医药现代远程教育创始人之一，主任医师、教授、研究员，国家非物质文化遗产“同仁堂”20名中医药大师之一，享受国务院特殊津贴。本人作为第三批全国优秀临床人才研修学员，有幸跟随孙老学习，并深深被孙老的“中和”学术思想所折服。现就孙师“中和”学术思想诊疗中风病的临床经验总结如下。

1 孙师“中和”学术思想概述

孙师倡行的“中和”学术思想认为，“中和是机体阴阳平衡稳定的基本态势，中和是中医组方选药追求的最高境地”。本《内经》“阴平阳秘，精神乃治”思想，孙师进一步指出：如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康精气神稳态的具体描述，而“中和”也最能在人体气血层面和心理层面阐释人体的生理、病理。中华文化的灵魂是“和”，中医医术的最高水平是“调”，中医疗效的终极指标是“平”。调是指调整、调和、调理，重点是指调阴阳、调气血、调气机升降出入，调的“目的”就是为了达到“中和”。孙老指出，中医疗病养生的要诀是：上静、中和、下畅。临床学术观点是：扶正祛邪益中和，存正抑邪助中和，扶正防邪固中和。临床基本治则是：慈悲为本，仁爱居先，一视同仁，中和为基。临床思辨特色是：调气血、平升降、衡出入、达中和。无论何种思路，针对表里、寒热、虚实、顺逆、生死均不舍阴阳总纲，亦离不开气血的“中和”。据此，孙老在临床中还注重三点：一是善调气血，二是善平升降，三是善衡出入。《素问·调经论》指出“人之所有，血与气耳”，孙师认为血的“中和”是为康健的关键，因“气为血之帅，血为气之母”。《素问·六微旨大论》曰“非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏”，升降、出入是万物生长化收藏、人体生长壮老已的本质规律，升降出入平衡，则机体功能状态就趋于平和而有序，此乃治病及保健的根本。所以，孙老每每临症都会在调气血前提下，注重平升降、衡出入。综合起来就是要“致中和”。其遣方选药亦总以“谨察阴阳之所在，以平为期”，从而以诊治之中和，致机体之中和。孙老自拟的临床基本方“调气活血抑邪汤”，方以人参、黄芪、丹参为君药，人参、黄芪益气，丹参活血以共调气血，并以此作为方中“中和”思维基药，以统领全方，另随症加减他药，组成可平升降、衡出入的“中和”之伍，以期用药中和，而达机体中和。

2 “中和”学术思想对中风病的认识

关于中风的病因病机，历代医家各有见解。中风首见于《内经》“血菀于上，使人薄厥”；刘河间倡导“心火暴甚”致中风说；李东垣提出“正气自虚”致中风的观点；朱丹溪主张“湿痰化热”；张景岳提出“内伤积损”的论点；李中梓将中风分为“闭证”、“脱证”；叶天士阐明“经血衰竭，水不涵木”导致“肝阳上亢，内风时起”；王清任又提出“气虚血瘀”学说，总之是不外风、火、痰、瘀、虚诸端。

孙老认为，人体是一个有机整体，各组织器官、津气血精液等，都处在相互依存、转化、消长的动态平衡中，这种平衡的最佳状态即是“中和”，并以此来维护人体正常的生理功能。一旦某种不良因素的影响超越了人体的承受范围，就会导致人体生理功能失调，从而呈现病理状态，即偏离“中和”。疾病越重，偏离“中和”的动态平衡也就越远。孙师认为，中风病的发生，也是偏离“中和”的结果，其多为年老体衰，元气不足，肝肾两虚，水不涵木，肝阳上亢；或情志

不遂，气滞血瘀；或素体脾虚，生痰生湿，痰瘀互阻，脉道不利，每遇情志偏激，肝郁化火，阳化风动，气血上逆，上扰元神，神志不清而发为中风。治疗上，孙老应用“中和”理论指导中风病的治疗，且时刻把握调气血、畅气血这一关键点，善用人参、黄芪益气，丹参活血，把这个“中和”的配伍作为基础，而据舌脉辨证灵活加减用药。孙老还认为，中风病程长，临床之治重在调，而不在“对抗”。调，就是要因人、因地、因时制宜，调整、调和、调理，调阴阳、调气血、调理气机升降出入，直至机体达到动态平衡。用药上孙老多取平和之品，不求大辛大热，大补大泻。善用对药，或相互辅佐、或相互制约，灵巧机动，动静相配，升降互动，也体现出“中和”的思想。常用的药对如龙骨配牡蛎，收敛上升浮阳；石菖蒲配郁金，以祛痰开窍醒脑；山药配薏苡仁以健脾祛湿固本等。同时针对中风病后遗症病情缠绵的特点，孙老在治疗上善用“角药”，即遣方用药多三药联用，以相须相使、相畏相杀、相互支持，三足鼎立、互为犄角。角药的选定常是来自经方或经验方的三味药衍生而成，使得用药更为中和，如黄连、半夏、瓜蒌皮，甘草、小麦、大枣，柴胡、黄连、半夏等。临床实践证明，角药在中风病治疗上，源于古方，又高于古方，更增奇效，体现了孙师用药贵在精、巧，讲究“中病即止”、“不滥伐无过”，尽显孙老“中和”之医道。

3 应用“中和”理论诊治中风病验案举隅

张某，男67岁，退休教师。2012年6月24日就诊。2012年6月18日，患者晨起头晕，继之全身麻木，右侧肢体出现跛行、且语言不清。经CT检查，确诊为脑梗死（双侧）。经1周住院治疗，病情无明显改善。刻诊：右侧肢体跛行，言语不利，浑身无力，头沉麻木，似睡不醒，吐痰涎，舌肿大暗红，苔白腻，脉沉细弦。中医诊断：中风（气虚血瘀、痰阻清阳）。治宜益气化瘀、豁痰开窍、升清解语。处方：黄芪30g，丹参12g，人参15g，郁金9g，石菖蒲9g，川芎12g，赤芍12g，当归15g，僵蚕10g，地龙12g，胆南星10g，全蝎5g，栀子10g，菊花10g，通草9g，荷叶10g，鲜竹沥水30ml（分冲），生姜5g，地龙10g，丹皮12g。日1剂，水煎服。

2012年7月28日二诊：上方连续服用30余剂，患者自觉头脑稍清，精神好转，纳食增加，痰涎减少，睡眠可，行走明显好转。但觉无力，记忆力有所减退，舌淡胖苔薄腻，脉沉细稍缓。证属气虚血瘀、肝肾不足、髓海亏虚。治宜滋补肝肾、益气化瘀、填精益脑。处方：人参15g，黄芪30g，丹参15g，牛膝15g，杜仲12g，续断12g，熟地15g，山萸肉12g，山药20g，川芎12g，地龙12g，制首乌20g，菟丝子12g，补骨脂12g，骨碎补12g，桑螵蛸10g，益智仁10g，覆盆子10g，羌活独活各10g。日1剂，水煎服。

2012年9月15日三诊，上方连服40剂，患者说话较前清，但声音小，有时词不达意，走路较前有力，记忆力仍差，舌淡胖紫暗，脉沉细。辨属气虚血瘀、髓海不足。处方：黄芪30g，人参12g，丹参15g，当归12g，地龙12g，白芍12g，玉蝴蝶6g，僵蚕12g，桔梗12g，诃子12g，全蝎5g，凤凰衣12g，制首乌20g，黑豆30g，黑芝麻30g，黑桑葚30g，羌活独活各9g，甘草6g。日1剂，水煎服。药进18剂后，患者诸症减轻。守方制水丸，每服6g，日2次口服。经调治18个月，收痊愈之功。

本案确诊为脑梗死，并逐步进入后遗症期，恢复时间长，且治疗不当有“中”的可能。孙老从“致中和”出发，宗“既病防变”之旨，始终抓住本虚标实这一关键点。采用中和思想指导，标本兼治，以扶正为主，兼顾祛邪。扶正即益气补血、培补肝肾，填精荣脑；祛邪，即活血化瘀，涤痰开窍，佐以升清。一诊，关

键病机是气虚血瘀，故孙老拟调气活血抑邪汤化裁，治以益气养血，活血化瘀为主，辅以豁痰开窍、解语升清之法。方中重用黄芪益气升阳，气血双补，配地龙力专善行，周游全身，辅以川芎、当归、赤芍、丹参以活血通络；痰瘀阻窍，清阳不升，故以石菖蒲豁痰开窍，合郁金更助清心开窍；僵蚕、全蝎相伍增强祛痰散结之力；竹沥乃“痰家圣药”，涤痰功专，同化痰祛瘀药同用，则豁痰效果更佳；栀子合通草通三焦而引热下行，另菊花、荷叶均可助清阳之升，此正是“中和”思想之升降共施、求平之举。

二诊肝肾不足、髓海空虚为矛盾的主要方面，孙老在益气养血的同时，以滋补肝肾、填精益髓为主，辅以补气化痰之法。方中加入杜仲、续断相须为用，以补肝肾强筋骨；熟地、山萸肉、山药为“角药”相合，肾肝脾三阴并补而以肾阴为主；菟丝子、补骨脂、骨碎补为“角药”相须，温补脾肾，强筋壮骨，重在补阳；桑螵蛸、益智仁、覆盆子为“角药”伍用，共奏温肾助阳，固精缩尿之功；羌活为“对药”，长于升举清阳兼顾通筋络；加川芎、地龙为“对药”以促化痰通络，又体现了孙老注重“中和”之特色，使补中寓通，补中兼“舒”，则可久服无弊。

三诊之后，病情趋于稳定，诊疗效果日渐增强，故孙老转以益气祛瘀、填精荣脑以促康健。从中可以看出孙老时时注重痰瘀并治，且佐以荣脑升清，还改汤剂为丸药，以图缓治而求长功。其间仍以调气活血抑邪汤为主方益气化痰，还合温胆汤清热化痰，辅以胆南星、石菖蒲、半夏为“角药”以豁痰开窍醒脑；佐桔梗配甘草，诃子配凤凰衣，僵蚕配蝉蜕等为“对药”，以利咽化痰、开音亮嗓。

综观全案，立法遣药始终抓住本虚（气虚）标实（瘀）这条主线，其中本虚为矛盾主要方面，故以益气补血、补肝肾、填精荣脑等多法并施，固正以祛邪；标实为矛盾次要方面，辅以祛瘀、豁痰，开窍醒脑，三法同用，直达病所，以收全功。（翟磊. 孙光荣教授运用中和思想诊疗中风的经验[J]. 国医论坛, 2014, 29(06):12-14.）

孙光荣教授中和思想诊疗消化系统疾病经验初探

1 中和学术思想起源

1.1 中和思想之源流 《左传·成十三年》：“刘子曰：民受天地之中以生”。

《太极图说》：“无极之真，二五之精，妙合而凝”。此真与精即先天地而生之元气，为万物变化的始终之地。《大学》：“物有本末，事有始终”。基于客观世界，调控始终变化的就是“中”也，变化的中间状态也是“中”也，即太极图中间的S线。基于人身，先天祖气凝结，继之化生脾胃，此乃人之“中”。人身脾土主一身之变化，是一切生命功能的终始之地，故中医认为，脾土是升降之枢纽、寒热之始归。

和者，生之谦谦恭恭之貌也。《素问·玉机真藏论》：“黄帝问曰：春脉如弦，何如而弦？岐伯对曰：春脉者肝也，东方木也，万物之所以始生也，故其气来，软弱轻虚而滑，端直以长，故曰弦，反此者病。”小禾初生，弱弱嫩嫩，柔柔慎慎，恭恭敬敬，其始生萌芽者，软弱轻虚柔柔嫩嫩也，故不烈不亢也，故为“和”也。老子曰：“道生一，一生二，二生三，三生万物，万物负阴而抱阳，冲气以为和”。故曰：和则“求同而存异”，和则万物“争而无害、异而和谐”之谓也。凡是阴阳两种力量互生互化、互制互约的平衡调和状态即是“中和”。中和是将寒热、气血、表里、水火、上下、善恶、动静、升降、刚柔、内外、顺逆等阴阳对立的两种力量有机融合在一体而健康变化的状态。

1.2 中和之本质内涵浅谈

中和是人体，乃至万物万类健康生存的基本条件。小而释之，衍生中医“和法”之治规，亦为养生疗疾之根本。大而伸之，为万物万类和谐繁荣的基本轨仪。中的本体即是太极体，是宇宙万物生成的基石，易曰：“太极生两仪，两仪生四象”。太极体非阴非阳，又含阴含阳，是阴阳化生的源泉，是阴阳之“中”，即是先天真元一气，是“肇始化基”的力量，能产生对立的二元世界，而被称为“中”。正因为这种能生成阴阳的特质，便具有了平秘阴阳的属性，这种平秘阴阳的属性即是“和”。因此中和二字，前者从本体性上说明元气的体性，后者从功能性上说明元气的用性，是元气体用之道。因而是生命的本质规律，顺之则健，逆之则病。

2 孙光荣教授中和学术思想发展

2.1 中和思想的医学应用

始见于内经，经云：“阴平阳秘，精神乃治”。调平阴阳是根本养生及治疗大法。然而“阴平阳秘”非独阴阳平衡之谓也。阴生阳长更是其内隐之秘，阴生而阳长才符合阴平阳秘之旨，阴之平即是和也，不和则不平而有忿，忿则不平而不和，故调阴之平和至关重要，这是中和思想的本质。阴平才能正常地化生阳道，使阳茁壮地成长，若阴不平，则阳乖戾。用于临床者，缓、柔、镇、滋、消、解、引是“平和”阴分的基本方法。

经云：心欲软，急食咸以软之；肺欲收，急食酸以收之；诸如此类，亦是调五脏之阴达到平和之义也。

2.2 中和思想的应用发展

孙教授认为：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药所追求的最高境界”。孙老认为：“上善、中和、下畅”是养生健康的要诀。中和在临床中的指导，孙老从三个方面予以践行：一是调和气血，二是平复升降，三是权衡出入。并认为表里、寒热、虚实、顺逆、生死的辨证最终以气血为根；出入、升降是万物生长化收藏、生长壮老已的本质规律，人的生命机体亦然，调升降出入平衡使机体功能状态平和有序，是治病并保证健康的根本。

3 孙光荣教授治疗胃脘痛中和思想探析

3.1 医案追踪 刘某，女，38岁，2010年7月9日首诊。胃脘胀痛一年半，水泻，反复发作。舌淡苔少脉细。辨证：脾胃阳虚，升降失常。处方：生晒参 15g，生北芪 10g，炒白术 10g，炒六曲 15g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，藿香叶 10g，老苏梗 6g，怀山药 10g，延胡索 10g，葫芦壳 6g，高良姜 6g，广橘络 6g，鸡内金 6g。7剂，水煎内服，每日2次。

8月20日2诊，胃痛已止。现头晕、憋闷，大便略稀。舌淡苔少脉细。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 5g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，萆澄茄 4g，炒六曲 15g，广藿香 6g，老苏梗 6g，川郁金 10g，制首乌 15g，明天麻 10g，鸡内金 6g，浮小麦 15g，高良姜 6g。7剂，水煎内服，每日两次。

8月27日3诊，诸症若失。舌淡苔少脉细，善后处方如下：西洋参 15g，生北芪 10g，紫丹参 7g，炒白术 10g，炒六曲 15g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，高良姜 6g，大腹皮 10g，车前子 10g，淮山药 10g，煨诃子 10g，葫芦壳 5g。7剂。

3.2 中和思想指导之思考准绳 黄元御曰：“己土东升而化乙木，南升而化丁火；戊土西降而化辛金，北降而化癸水”。所以土生万物、土藏万物，是人体“中和”之大者也。

脾胃性平，又赖肝之温升而升，赖肺之凉敛而降，故方能脾升胃降使水谷清浊有分，各归所化，则不病矣。脾不升则泄泻，胃不降则呕逆，此其常度。而胃痛之因，有本末之别，本者，胃腑之体受寒热稽留、气血逆乱、阴浊缠结而作痛也；末者，胃之经气不畅为痛之谓。临床分两端为绪：一者脾肾寒湿，二者肝郁腑滞。由此又变生百端。然而无论怎样复杂变化，治疗总“以平为期”。此即中和的要旨。脾之平以补脾健脾为思路，盖临床中十有八九是脾虚脾寒脾湿，胃之平以甘淡之品加以降逆之品为思路，盖胃腑阻滞是其病常。然阳虚则肝升无力，此甚为常见，医者易忽之。必升提畅肝方为治脾之纲常，利胆为治胃之权规。一者，肝阳虚则脾胃无权而废，二者肝风内烈是损脾胃之猛兽。

3.3 用药调平至中和之探析 该案例中，患者脾气虚弱，故清气升发无力而下陷，导致水泻症状的产生；中焦肝脾气弱无权，则水谷运化壅滞，导致胃脘胀痛。孙老用参、术、芪补中气，砂仁、藿香、高良姜畅肝、疏肝、行气、温中、化湿并举，使肝气上达离火之位则脾升有途；用山药滋久病之阴耗且收涩久泻之气散；乌贼骨咸、涩、温，一物而三功，久泻必涩之以敛耗散之真元；苏梗辛温，理脾肺之气，使气肃而胃肺之逆气能降，则宽中而止痛；葫芦壳行水气之逆，使小水流通而大便亦可得实；延胡索行久病之血滞而除内外身之痛作；六曲、鸡内金消饮食之停聚；广橘络化有形之痰凝结滞，俾邪去而正易复。如此可以使脾胃邪气消、正气复、升降平、吐纳常。（韩世辉. 孙光荣教授中和思想诊疗消化系统疾病经验初探[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(07):145-146.）

中医大师孙光荣教授中和医派诊疗胃肠病学术经验点滴

孙光荣教授是著名的中医临床家、中医药文献学术带头人之一、中医药现代远程教育创始人、国家级非物质文化遗产“北京同仁堂”代表人物中医药大师之一，北京中医药大学远程教育学院副院长、教授，是享受国务院特殊津贴的有突出贡献的专家。笔者有幸在中医大师孙光荣教授学术经验传承工作室侍诊，师从孙老教授研修，在其麾下工作学习。深被孙老教授所倡导的“中医万岁”和崇尚践行的“中和”学术理念所吸引，深为孙老教授高尚的医德医风、高超的诊疗医技、神奇的临床疗效及超小剂量的临床用药的“王者”风范所折服。现谨就孙老教授运用“中和”理论治疗肿瘤的学术经验，挂一漏万做一总结，以殄同仁。

1 中医大师孙光荣教授及中和医派学术思想简述

1.1 中医大师孙光荣教授简介 孙光荣，字知真，号天剑，男，庚辰年（1940年）农历十一月初八，出生于中医世家。籍贯湖南省长沙市，祖居安徽省庐江县云路街，建居湖南省浏阳县柏嘉乡双洲村起凤坡，现居北京市朝阳区世纪东方城。汉族。无党派人士。幼承庭训，师从全国著名中医药学家李聪甫老教授。中医学徒出身，本科学历。研究员、教授、主任医师，著名中医药文献学家、临床家，中医药文献研究学术带头人之一，中医药现代远程教育创始人之一，享受国务院特殊津贴的有突出贡献专家。原任湖南省中医药研究所理论研究室副主任、文献研究室主任，湖南省中医药研究院硕士研究生班医古文、中医文献学教师（连任16届），科教处副处长，湖南省中医药研究院文献信息研究所所长，湖南省中医药科技信息中心主任，《中医药时代》杂志执行主编，《湖南中医药导报》杂志主编，任北京21世纪中医药网络教育中心（世中联〈北京〉远程教育科技发展中心）主任/名誉主任，北京中医药大学远程教育学院副院长，中国网络教育集团·国讯医药集团总裁，《中国中医药现代远程教育》杂志主编/名誉主编，受聘为北京同仁堂中医医院诊疗专家并评为国家非物质文化遗产“同仁堂”中医大师。先后当选为中国人民政治协商会议湖南省第七届、第八届委员会常委，中华中医药学会继续教育分会主任委员、中医药文化研究分会常务副主任委员、中医药编辑出版分会副主任委员/顾问、亚健康分会副主任委员，老干部健康指导委员会委员、中华中医药学会第五届理事会常务理事；受聘为国家中医药管理局中医药继续教育委员会委员，国家中医药管理局中医药文化建设与科学普及专家委员会委员，国家科技部科技奖励评审专家，国家食品药品监督管理局药品、医疗器械审评专家，《中国中医药年鉴（学术卷）》编辑委员会委员等。

1.2 中和医派学术思想概述 孙光荣老教授倡行的中和学术思想认为：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境。”如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。因此，孙老认为：中医养生要诀是：上善，中和，下畅。临床学术观点：扶正祛邪益中和、存正抑邪助中和、护正防邪固中和。临床基本原则：慈悲为本、仁爱为先、一视同仁、中和乃根。临床思辨特点：调气血、平升降、衡出入、达中和。临床基础处方是：自拟“调气活血抑邪汤”，临床擅长使用“对药”“角药”加减出入百变、达用药中和、求机体中和。一善于调气血，二善于平升降，三善于衡出入，四善于审中和（审机体中和，审诊疗用药中和）。无论以何种方法，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳总纲，都离不开气血的“中和”，论生理病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉、在筋骨，最终都

离不开气血平衡稳态——“中和”。因此，调气血之人参、黄芪用来扶正益气，善活血的丹参用来理血（活补共用，丹参抵四物），组成调气活血抑邪汤之基本处方药（一组角药）这一中和班子，率领加减诸药的中和团队，升降出入、调气机的消长机转，升清阳降浊阴达吐故益纳新，求总体气血稳态的“中和”。

孙老在中医临床实践努力做到了“三个善于”：一要善于调气血，二要善于平升降，三要善于衡出入。无论以何种方法辨证论治，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳这一总纲，但归根结底，阴阳最终还是离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》）；论生理、论病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉筋骨，最终也是离不开气血，这是因为“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。而气血之间的“中和”关系尤为密切，就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”，所以第一要善于调气血。人参、黄芪益气，丹参活血，这样配伍比较“中和”，可以作为诸方的基础，所以孙老习惯于使用它们“率领”诸药“团队”前进。升降出入，是基于阴阳学说而形成的气机消长转化的重要学说。升清（阳）、降浊（阴）、吐故（出）、纳新（入）是气机的基本动态，《素问·六微旨大论》说：“非出入则无以生长壮老已；非升降则无以生长化收藏”。中医治病最讲究两条：一是从病人的整体以及与外环境的关系来看病，不是头痛看头、脚痛看脚，而是要辨证论治，要“因人、因地、因时制宜”，而不是头痛医头、脚痛医脚，不是用统一的“套餐”，不是用程式化的“套路”。二是中医治病不是运用对抗性思维，不是有细菌或病毒就只要杀死细菌或病毒，不是有病损的脏器或肢体就只要截断病损的脏器或肢体，而是“调”。什么叫“调”？就是调整，调和，调理。调什么？调阴阳，调气血，调气机的升降出入。调到什么程度？调到平衡，调到“中和”。所以，在调气血的前提下，还要善于平升降、衡出入。

2 中和医派孙光荣教授临证用药经验

2.1 调气活血抑邪汤 孙光荣教授执业中医 46 年来，积累深厚，学验俱丰。临床基本处方是自拟“调气活血抑邪汤”，由党参（人参、太子参、西洋参）、黄芪、丹参组成。人参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智。黄芪有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效。丹参活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功”。三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血之功。这三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量也很少超过 15g 的，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

2.2 遣方用药基本原则——心中有大法 笔下无死方 孙老教授执业中医半个世纪以来，擅长治疗疑难杂证。逐渐形成了他的临床学术观点：护正防邪益中和，存正抑邪助中和，扶正祛邪固中和。临床思辨特点是：调气血，平升降，衡出入。孙老幼承庭训，深研经典，继拜名师，博采众长，擅长以调阴阳、和气血为纲治疗疑难杂证。更重要的是因为孙光荣的处方调阴阳、和气血，崇医者之王道。细观孙老处方用药，君臣佐使井然有序，药精量小，就像调兵遣将，能“知人善任”，贵在精，贵在巧，讲究“中病即止”，注重“不滥伐无过”。他的处方没有“大兵团”（大处方）的霸道之气，还可以减少病人的开支，节省药材资源。学生们再一看处方，用的都是普通的调气血药，就请教孙老。孙老告诉我们：“遇疑难杂证，当先察阴阳气血升降出入，调之使平，使气血达到中和的动态平衡。首先

要确立治疗法则，如通因通用、或塞因塞用。但是气、血、痰、湿、食等所致的积聚、癥瘕、痞块等多种病证，如果单纯活血化瘀，则是缘木求鱼，而要运用《素问·至真要大论》所言坚者削之、结者散之等大法。所以，要做到心中有大法、笔下无死方。中医辨证论治的精髓就在因人、因时、因地制宜。”他还强调说：“如果说，中华文化的灵魂是‘和’，中医医德的核心价值就是‘仁’。中医医术的最高水平就是‘调’，中医疗效的终极指标就是‘平’。”综合一句话，就是“致中和”。

2.2.1 常用对药 北京同仁堂中医大师孙光荣老教授临床选方用药，灵巧机动，阴阳合和，动静相配，升降互动，尤其是对药的使用很有特色。孙老临床应用“对药”的临床经验，能有效地指导临证处方用药，甚为珍贵。孙老常用对药有：(1)龙骨、牡蛎；(2)杜仲、川牛膝；(3)蔓荆子、藁本；(4)白茅根、车前子；(5)石菖蒲、郁金；(6)天麻、石决明；(7)金樱子、车前子；(8)小茴香、荔枝核；(9)枳壳、厚朴；(10)山药、薏苡仁；(11)郁金、佩兰；(12)桑寄生、何首乌；(13)陈皮、半夏；(14)茯神、炒枣仁；(15)蒲公英、金银花；(16)谷精草、密蒙花；(17)炒枣仁、制远志；(18)熟地黄、生地黄；(19)乳香、没药；(20)九节菖蒲、磁石；(21)墨旱莲、女贞子。

2.2.2 善用角药 所谓“角药”是指以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、归经、七情为配伍原则，三味中药联合使用、系统配伍、配成一组，为三足鼎立，互为犄角，这种配伍，比起“药对”作用就比较复杂一些，名之曰“角药”。初看“角药”像是由三组“药对”组成，但实际上它的组方意义远比“药对”广泛深厚。“角药”介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，其在配伍应用中颇多巧妙，在临床应用中可起到减毒增效的作用，对于我们认识药物的性能功效也很有帮助。“角药”一词，看来陌生，但临床医师却在自觉不自觉地运用此药物配伍规律，进行着长期的医疗临床实践。简单地讲，它是三种中药的有机组合应用，而非简单的药物。

孙老临床常用的“角药”分两类：一是常用的角药大多是经方或小方或大家都熟悉的小方，多信手拈来，疗效甚佳。如：①黄连、半夏、瓜蒌；②茵陈、栀子、大黄；③甘草、小麦、大枣；④猪苓、茯苓、泽泻；⑤柴胡、黄芩、半夏；⑥杏仁、白蔻仁、薏苡仁；⑦白芥子、紫苏子、莱菔子；⑧玄参、麦门冬、生地黄；⑨人参、麦门冬、五味子；⑩附子、干姜、炙甘草。二是孙光荣老教授自拟常用的“角药”孙光荣教授喜用“角药”，并且剂量偏小，一派王者风范。其基本临床治疗“重气血、调气血、畅气血”，所以讲究用药灵动性强，紧扣病机，动静相扣，升降配合，阴阳互动，才能达到良好的治疗效果。孙老最常用的角药是“调气活血抑邪汤”化裁方。即人参、黄芪、丹参。孙老常用的角药还有：①茯神、炒枣仁、炙远志；②杜仲、枸杞子、山茱萸；③防风、黄芪、白术；④黄柏、苍术、牛膝；⑤菊花、白芷、川芎；⑥大黄、黄芩、黄连；⑦黄连、香薷、厚朴；⑧大黄、附子、细辛；⑨女贞子、墨旱莲、天花粉。

3 孙光荣教授运用中和理论治疗胃肠病验案赏析

案 1 胃脘痛

胃脘痛，是指以上腹胃脘部近心窝处经常发生疼痛为主要症状的疾病。相当于现代医学的急、慢性胃炎，胃、十二指肠溃疡，胃癌，胃神经官能症等病上腹部疼痛者。其发病原因有饮食不调、情志刺激、脾阳素虚、感受外寒、胃失和降所致。在导致胃脘痛的病理机转上，胃脘痛的病位虽然在胃，而与肝、脾的关系最为密切。在生理上，脾为脏而胃为腑，脾主升主化，而胃主降主纳，有经络相连，同居中焦，互相制约、互相配合，是气机及水谷精微升降运动的枢纽，升则

上输心肺，降则下归于肝肾。在病理上，如劳倦内伤，饥饱失常，多可导致脾胃同病。而肝属木，主疏泄，肝气横逆，木旺乘土；或肝郁化火，迫灼胃阴等都可影响脾胃之升降功能，导致胃脘痛的发生。

胃脘痛。怕冷，腹泻，反复发作。证属脾胃阳虚，升降失常。治以温阳健脾以升清，疏肝理气和胃以止痛。

刘某，女，38岁。2010年7月9日首诊。

浅表性胃炎，怕冷，胃脘胀痛一年半，水泻，反复发作。舌淡苔少，脉细。辨证：脾胃阳虚，升降失常。治则：温阳健脾，理气和胃止痛。处方：生晒参 15g，生北芪 10g，炒白术 10g，炒六曲 15g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，藿香叶 10g，老苏梗 6g，怀山药 10g，延胡索 10g，葫芦壳 6g，高良姜 6g，广橘络 6g，鸡内金 6g。7剂，水煎内服，每日2次。

2010年8月20日2诊。

服前方后胃痛已止。大便略稀，头晕，憋闷，舌淡苔少，脉细。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 5g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，毕澄茄 4g，炒六曲 15g，广藿香 6g，老苏梗 6g，川郁金 10g，制首乌 15g，明天麻 10g，鸡内金 6g，浮小麦 15g，高良姜 6g。7剂，水煎内服，每日2次。

2010年8月27日3诊。

胃痛、腹泻已止，舌淡苔少，脉细。处方：西洋参 15g，生北芪 10g，紫丹参 7g，炒白术 10g，炒六曲 15g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，高良姜 6g，大腹皮 10g，车前子 10g，淮山药 10g，煨诃子 10g，葫芦壳 5g。7剂，水煎内服，每日2次。

按语：胃脘痛是临床的常见疾病，也是疑难病。在辨证上，首要分清缓急、虚实、寒热及在气、在血。同时若合并吐血、便血等急性并发症，则为本病较严重的转归；若反复发作，甚至大量吐血或便血，病情更为严重，临床应该积极抢救，根据不同的原因，及时予以止血、以断其流；若气随血脱，当务之急则在于益气摄血而固脱。胃痛患者，除药物治疗外，饮食的宜忌，精神调摄也很重要。本例患者，以胃冷痛为特征，伴有腹泻，病程长且反复，脾胃阳虚，升降失常之象显。孙师温阳健脾、和胃降逆并举，以恢复脾胃的升降、纳化功能。

案2 泄泻

泄泻，是指大便次数增多，粪质溏薄或完谷不化，甚至泻出物如水样，多伴有肠鸣、腹痛、腹胀，和痢疾不同。本病首载于《内经》，后世医家不断对之加以补充和完善。泄泻的病变主要在脾胃、大小肠，也和肝肾有关，主要病理因素是湿，发病的关键是脾虚湿盛。其中以脾失健运最为重要，因脾运不健，大肠传导失职，则水反变为湿，谷反为滞，清浊不分，合污而下，而成泄泻。

本病主要见于消化器官功能性病变或器质性病变导致的腹泻，如急、慢性肠炎、肠结核、过敏性结肠炎、慢性胰腺炎、肠易激综合征、肠道肿瘤、吸收不良综合征等。

泄泻。腹泻频频，胃胀矢气，证属寒凝食滞，脾胃失和，治以调和脾胃，温胃化滞。

刘某，女，18岁。2010年3月5日首诊。

冷饮之后，胃脘胀，矢气频频，腹胀腹泻，便后1-2小时不适再起，月经紊乱，白带多，已近一年，起因于食冰冻食物，施药未见效果。舌淡有灰黑圈带，脉濡细。辨证：寒凝食滞，脾胃失和，治则：调和脾胃，温胃化滞。处方：生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，炒白术 10g，生山楂 10g，焦山楂 10g，诃

子肉 6g, 炒枳壳 6g, 大腹皮 10g, 制川朴 6g, 鸡内金 6g, 乌贼骨 10g, 西砂仁 4g, 炒六曲 15g。7 剂, 水煎内服, 每日 1 剂。

2010 年 4 月 2 日 2 诊。

服前方后矢气减少, 餐后即便, 月经紊乱, 量少, 期长。舌边尖有齿痕、原有灰滞圈已淡化, 脉细虚。处方: 生晒参 10g, 生北芪 10g, 紫丹参 7g, 炒白术 10g, 生山楂 10g, 焦山楂 10g, 煨诃子 6g, 炒枳壳 6g, 大腹皮 10g, 制川朴 6g, 葫芦壳 6g, 西砂仁 4g, 炒六曲 15g, 车前仁 10g。7 剂, 水煎内服, 每日 1 剂。

2010 年 4 月 9 日 3 诊。

服前方后偶有恶心, 不食水果则少恶心, 便稀转便结, 便未尽, 腹胀。舌红苔少, 脉弦小。处方: 潞党参 15g, 生北芪 10g, 紫丹参 10g, 生山楂 10g, 炒山楂 10g, 炒六曲 15g, 姜半夏 7g, 广陈皮 7g, 大腹皮 10g, 莱菔子 10g, 炒枳壳 6g, 火麻仁 7g, 鸡内金 6g, 车前仁 10g, 炒谷牙 15g, 炒麦芽 15g。14 剂, 水煎内服, 每日 1 剂。

2010 年 5 月 7 日 4 诊。

大便次数多, 矢气, 腹胀等已经明显好转。舌边尖有齿痕, 色淡苔少, 脉濡细。处方: 太子参 15g, 生北芪 10g, 紫丹参 10g, 炒六曲 15g, 大腹皮 10g, 炒青皮 10g, 莱菔子 10g, 炒枳壳 6g, 火麻仁 10g, 谷麦芽各 15g, 车前仁 10g, 葫芦壳 6g, 生甘草 5g。14 剂, 水煎内服, 每日 1 剂。

按语: 泄泻的病因中最重要的便是湿。如《杂病源流犀烛·泄泻源流》即明确指出: “是泄虽有风、寒、热、虚之不同, 要未有不源与湿者也。”但湿为阴邪, 随兼挟的不同而有差异, 湿与热结则为湿热; 湿与寒合则为寒湿, 而用药有别。关于其治法, 明·李士材在《医宗必读·泄泻》提出了著名的治泻九法, 即: 淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩。使泄泻的治疗方法趋于完备。对于久患泄泻, 清代的叶天士在《临证指南医案·泄泻》还提出以甘养胃, 以酸制肝, 创泄木安土之法。本例患者突出的表现除症状的严重、顽固外, 尚有舌淡有灰黑色圈带。孙师认为此是寒湿内阻, 积食停滞的典型指征, 验之临床, 该患者确有吃冰冻食品的情况, 据此以调和脾胃, 温胃化滞为法, 一诊即得以取效。

注解: 师曰此病不能用甘草。给我印象最深的莫过于老师诊察舌脉之后, 便问患者有没有吃冰冻食品。结果一语中的, 很令人佩服。而用药的准确无误, 药到病除, 又令人叹为观止。

案 3 肝硬化失代偿期

肝硬化是一种常见的慢性进行性肝病, 由一种或多种病因长期或反复损害肝脏所致。病程发展较缓慢, 病情隐匿, 可能潜伏 3~5 年或更长, 少数发病较快, 3~6 月便可形成肝硬化。临床上将肝硬化分为肝功能代偿期与肝功能失代偿期。目前临床乙型肝炎后失代偿性肝硬化较其他病因(血吸虫性、营养不良或酒精性、胆汁性、循环障碍性、代谢障碍性、化学毒物性、胃肠道感染或肠寄生虫性)的肝硬化为多。由于此期已属肝硬化后期, 肝功能不断受到破坏, 肝的代偿机能逐渐消失, 所出现的门静脉高压(腹水、脾肿大等)及肝功能明显障碍(丙氨酸氨基转移酶升高、黄疸、出血倾向等), 故治疗相当困难。现代医学多注重对症治疗, 而中医采取证病辨治, 并从实少虚多选方用药, 颇可弥补其不足。

肝炎后肝硬化失代偿期, 证属肝郁脾虚, 肾虚水停, 治以温补脾肾, 行气利水。

杨某某，男，59 岁。2009 年 8 月 14 日初诊。

患者 1986 年患慢性乙型肝炎。刻下症见：腹胀，尿黄，乏力，纳眠可，偶有口渴，牙龈出血，下肢静脉略有曲张。血压 110/70mmHg。舌红、苔少，脉弦小无力。诊断：上消化道出血，肝硬化失代偿期。辨证：肝郁脾虚，肾虚水停。治则：温补脾肾，行气利水。处方：生晒参 12g，生北芪 15g，蒲黄炭 15g，北柴胡 10g，川郁金 12g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制川朴 6g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g，车前子 10g（包），金银花 15g，制鳖甲 20g，鸡内金 6g，白茅根 10g，仙鹤草 10g，鸡骨草 15g，生甘草 5g，田基黄 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

2 诊：服上方后，精神好转，胃脘及腹胀减轻，二便正常，但仍牙龈有出血。舌红、苔少，脉弦有力。处方：生晒参 15g，生北芪 15g，蒲黄炭 15g，淡紫草 10g，蒲公英 12g，北柴胡 10g，川郁金 10g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制川朴 6g，制鳖甲 20g，西砂仁 4g，鸡骨草 15g，田基黄 15g，车前子 10g（包），生甘草 5g，制香附 10g，生地炭 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。

3 诊：服上方后，仍牙龈出血，腹泻。处方：生晒参 12g，生北芪 15g，淡紫草 10g，北柴胡 10g，川郁金 10g，大腹皮 10g，制鳖甲 15g，西砂仁 4g，车前子 10g（包），鸡骨草 10g，生甘草 5g，生地炭 10g，蛇舌草 15g，乌贼骨 10g，薏苡仁 15g，炒六曲 15g，白茅根 10g，半枝莲 15g。30 剂，每日 1 剂，水煎服。

服上方后，诸症好转，病情稳定。

按语：肝炎肝硬化失代偿期是一个逐渐发展的过程，由实致虚，基本病机为肝脾肾三脏同病，气血水互结。肝气郁遏日久，势必木郁克土，即所谓“见肝之病，知肝传脾”，久病及肾。本病虽为本虚标实之证，但在补虚的同时又不能忽视祛邪，然亦不能单纯利水，还要注意调整气机，必须配伍行气药，如大腹皮、厚朴、枳壳、枳实、香附之类，可随症选用。本例患者有出血，因此余师加用蒲黄炭等凉血止血。

案 4 食管癌

食管癌是发生在食管鳞状上皮和柱状上皮组织的恶性肿瘤，占有恶性肿瘤的 2%。全世界每年约有 22 万人死于食道癌，我国是食道癌高发区，因食道癌死亡者仅次于胃癌居第 2 位，发病年龄多在 40 岁以上，男性多于女性，但近年来 40 岁以下发病者有增长趋势。食道癌的发生与亚硝胺慢性刺激、炎症与创伤，遗传因素以及饮水、粮食和蔬菜中的微量元素含量有关。在临床上，食道癌的早期症状一般较轻，可有胸骨后不适，烧灼感或疼痛，以及上腹部不适，呃逆、暖气等。后期可有吞咽困难、反流、疼痛以及大出血等，晚期患者可因进食困难，出血消瘦、贫血、腹水形成等。在治疗上，现代医学主要为外科手术、放化疗，经内镜治疗等非手术治疗。

食道癌术后，证属气阴两虚，毒热凝痰于胃，治以益气养阴，健脾和胃以固本，清热解毒，化痰散结以驱邪。

高某，男，48 岁。2010 年 7 月 16 日首诊。

食道癌术后 4 年，放疗中，现纳差，烧心，尿黄，背痛。舌绛紫，苔滑中央及根黄腻褐，脉细。辨证：气阴两虚，毒热凝痰于胃。治则：益气养阴，健脾和胃，清热解毒，化痰散结。处方：西洋参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g，鸡内金 6g，降真香 10g，广橘络 6g，炒六曲 15g，延胡索 10g，猫爪草 10g，山慈菇 10g，制鳖甲 15g，半枝莲 15g，蛇舌草 15g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 7 月 23 日 2 诊。

食道癌术后 4 年，服前方后疼痛明显减轻，但仍有肝区疼痛及胃脘烧灼感。舌红、苔稍黄腻，脉细。处方：西洋参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g，鸡内金 6g，延胡索 10g，猫爪草 10g，山慈菇 10g，制鳖甲 15g，降真香 10g，半枝莲 15g，蛇舌草 15g，川郁金 10g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 2 次。

按语：食道癌属于中医“噎膈”范畴。孙师认为，本病多由饮食不节、情志不遂、正气亏虚等，造成痰郁化热蕴毒，肝气郁滞，脾胃纳运不健，津液不能输布，气血生化乏源，经络不通等。在治疗上除予以扶正固本、清热解毒散结外，尚十分重视对胃之通降失常的调治。因胃，主受纳和腐熟，以降为顺，而在本病，由于水谷受纳受阻，则气血无以化，正气更虚，糟粕不能下行，毒热没有通出之道。本例患者，余师用乌贼骨、西砂仁、鸡内金、降真香等以和胃健脾，恢复脾胃的正常功能，同时也给邪气以外出的通道，一法多用，寓意深远。

案 5 直肠癌

胡某某，女，56 岁。住长沙市左家塘湘粮机械厂宿舍。1996 年 9 月 1 日初诊：患者于 1 月前发现大便带血，大便不畅，疑为“痔疮”。于 1996 年 8 月 27 日在湖南医科大学附二医院行病理切片（病理组织检查号：224211），检查报告为：直肠乳头状腺瘤，灶性癌变。现诉乏力，头晕。大便次数基本正常，大便带血，色鲜红，偶见色黑，背胀。舌质淡、苔白，脉细涩。辨证为气阴两虚，热毒阻肠。治以益气养阴，清热解毒，凉血化瘀止血。处方：西洋参（蒸兑）10g，生北芪 12g，制首乌 15g，槐花炭 15g，大蓟草 10g，仙鹤草 12g，蒲黄炭 15g，地榆炭 12g，金刚菟 15g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，蒲公英 15g，嫩龙葵 12g，桑寄生 12g，淮山药 15g，生甘草 5g。

7 剂，每日 1 剂，水煎两次分服。外用蛭蟥液保留灌肠，每日 1 次。1996 年 9 月 8 日 2 诊：头已不晕，大便未带血，稍稀，自觉无特殊不适，舌脉如前。仍以原方去地榆炭，7 剂。仍用蛭蟥液保留灌肠，每日 1 次。1996 年 9 月 29 日 3 诊：于 1996 年 9 月 26 日在湖南省肿瘤医院行肠镜检查，报告为：进镜顺利（18cm），结肠直肠粘膜光滑，未见肿块。患者无特殊不适，要求服药巩固疗效。处方：西洋参（蒸兑）10g，生北芪 12g，嫩龙葵 15g，槐花炭 15g，金刚菟 15g，淮山药 15g，制鳖甲 15g，川杜仲 12g，蒲公英 12g，谷精珠 12g，仙鹤草 12g，大蓟草 12g，生薏苡仁 20g，生甘草 5g。

又服 7 剂。不再用灌肠法。病情稳定，后再遵上方略施加减 14 剂后，患者自觉无不适而自行停药，随访至今未复发。

讨论：直肠癌属祖国医学“肠风”、“脏毒”范畴，乃临床常见消化道恶性肿瘤之一，该病早期多无明显症状，一般到晚期方被发现。其主要症状多表现为大便改变，有泄泻，便中带黏液及血，常有一种虚无便意感，往往被误诊为痔疮及菌痢。孙光荣研究员认为，对该病之诊治，早期发现、早期确诊乃取得良效之关键。然一旦确诊，即需治本与治标相结合，对于年老体弱，接受手术、化疗均困难者，孙师力主单纯中药治疗，以内外合治、攻补兼施为基本原则。无论病初、病中或晚期，总不离正气内虚，故用药除驱邪外，必扶正固本，切忌妄用攻邪，滥伐虚体，以免正气更伤，邪实更甚，毒邪内陷，加速病情恶化。在内服攻补兼施中药之期，需用蛭蟥液保留灌肠，使药物直接作用于病所，如此则起效迅速，疗效巩固。此外，并强调患者应注意饮食、生活环境之调摄，保持心情舒畅，适当参加体育活动，促进气血流畅，防止气滞血瘀，方有利于改善症状，增强体质，

促进康复。

案 6 胃腑失和，心神受扰

失眠又称“不寐”、“不得卧”、“不得眠”、“目不瞑”、“不眠”、“少寐”等，以经常性不能获得正常睡眠为主要特征。病位主要在心、脑。与肝、脾、肾密切相关。病机有虚实之分。虚证属阴血不足、心脑失其所养，实证为火盛扰心、或瘀血阻滞。但总属阳盛阴衰，阴阳失交。一为阴虚不能纳阳，一为阳盛不得入于阴。如《灵枢·大惑论》即指出：“卫气不得入于阴，常留于阳。留于阳则阳气满，阳气满则阳跷盛；不得入于阴则气虚，故目不瞑矣。”因心主神明，神安则寐，神不安则不寐。而阴阳气血之来源，由水谷之精微所化，上奉于心，则心神得养；受藏于肝，则肝体柔和；统摄于脾，则生化不息；调节有度，化而为精，内藏于肾，肾精上承于心，心气下交于肾，则神志安宁。若肝郁化火，或痰热内扰，神不安宅者以实证为主。心脾两虚，气血不足，或由心胆气虚，或由心肾不交，水火不济，心神失养，神不安宁，多属虚证，但久病可表现为虚实兼夹，或为瘀血所致。

失眠多梦，胃脘不适，证属胃腑失和，心神受扰，安神与理胃并举。

赵某，男，26岁。2010年9月10日首诊。

失眠，多梦，胃脘不适，双目酸痛。舌淡苔少，脉细缓。辨证：胃腑失和，心神受扰。治则：理胃降逆，养心安神。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，生龙齿 15g，夜交藤 15g，西砂仁 4g，乌贼骨 10g，毕澄茄 4g，生甘草 5g。14 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 10 月 8 日 2 诊。

失眠，多梦，服前方后已改善。双目酸痛，舌淡苔少，脉弦细。处方：生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，生龙齿 15g，夜交藤 15g，制首乌 15g，明天麻 10g，西砂仁 4g，乌贼骨 10g，车前仁 10g，毕澄茄 4g。14 剂，水煎内服，每日 1 剂。

按语：《素问·逆调论》“胃不和则卧不安”乃胃气上逆，心神受扰。孙师则认为，此仅为其一。结合其舌脉，心肝阴血亏虚阳旺之象尚明显，故治疗上二者兼顾，扶正和祛邪并举。2 诊在此基础上增加了养血平肝明目的治疗药物。（杨建宇，李彦知，张文娟，等. 中医大师孙光荣教授中和医派诊疗胃肠病学术经验点滴[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(14):129-133.）

浅谈国医大师孙光荣教授中和思想在老年病诊治中的应用

国医大师孙光荣教授在中医学中极力推崇“中和”思想，对中医“中和”的研究造诣极深，创立了中医“中和”医派，并取得许多学术成就。本人有幸正式拜孙老为师成为该医派学术传人，通过亲身聆听孙老的教导，对孙老应用“中和”思想诊治老年病感悟较深，现浅谈如下。

1 将“中和”思想应用于中医学

对“中和”两字的论述最早见于《礼记·中庸》开篇第一章，文中记载为“喜怒哀乐之未发谓之中，发而皆中节谓之和。中也者，天下之大本也；和也者，天下之达道也，致中和，天地位焉，万物育焉。”孙老认为此意指人的喜怒哀乐等情感尚未表露，人体还处于固有的不偏不倚的本性状态时，此状态即为“中”；表露出来恰到好处地合乎自然情理谓之“和”，“中”是天下万物的根本；“和”为天下万物运行的规律，世间万事万物的发生和发展如能够达到不偏不倚、无不及也无太过即达到了“中和”境界，此境界将是世间万物存在的最高境界。孙老将上述理论应用于中医学，认为疾病发生的根本即是阴阳的相对平衡遭到破坏，阴阳的偏盛偏衰代替了正常的阴阳消长，人体的“中和”状态失去平衡，疾病也就随之而来，中医治疗疾病的过程就是通过不同的治疗手段，调整阴阳的平衡，补偏救弊，使机体重新回复到正常的“中和”状态的过程，这也就是“中和”思想与中医学中的有机结合。孙老将“中和”思想应用于中医学，使“中和”思想对中医学理论体系、养生防病、诊疗的遣方用药都起到了很好的指导作用。

2 应用“中和”思想诊治老年病的思路

老年病具有衰老正虚，积损成疾；多病相兼，虚实夹杂；外邪易凑，因加而发；发病隐袭，传变迅速；病势缠绵，康复缓慢等特点，面对复杂多变的老年病，孙老主张治疗应从病人的整体出发，对老年病提出了“扶正祛邪益中和；存正抑邪助中和；护正防邪固中和”的诊治思路，意在通过调整机体的气血阴阳，培补正气，抵御邪气，使机体处于“中和”之状，以达到以减轻病痛，提高生存质量，延年康寿的目的。孙老认为老年病常常是全身性疾病，治疗不能只针对某一病证，不顾全身机体状况，一味深究局部病变，即使局部病变得根治或缓解，以耗伤整个机体的气血阴阳为代价的治疗对老年人来说是雪上加霜，强调不能单纯以治病为目的，还要综合考虑治疗得病的人，只有治好了人，治病也才成为可能。对机体综合调整治疗是孙老“中和”思想诊治老年病的重要思路。

3 应用“中和”思想诊治老年病的原则

气是人体生命活动的原动力；血对全身组织器官起着营养和滋润的作用，气血是生命正常活动的重要物质保证。气血由水谷精微和肾中精气共同化生而成，在正常生理情况下，气血是相对平衡的，但老年人肺脾肾脏器功能日趋减退，气血的正常化生难于得到保证，气血不和常常存在，从而易导致老年病的发生，如《素问·调经论》所云“气血不和，百病乃变化而生”。孙老针对上述老年病的主要病因，非常重视气血的调和，认为只有气血调和，机体才能处于“中和”状态，疾病才能治愈，正如《素问·至真要大论》所谓“疏其气血，令其条达，而致和平”。升降出入是机体气化功能的基本形式，是脏腑经络、阴阳气血矛盾运动的基本过程。孙老认为气机的升降出入是机体各脏腑组织的综合作用，人体脏腑经络等的功能活动，无不依赖于气机的升降出入。脾胃为后天之本，脾胃的升降对整个机体气机的升降出入至关重要，而老年人脾胃功能减退，升降出入难于有序进行，孙老在临床中常将“平升降、衡出入”作为治疗老年病的重要原则，

认为只有调理好脾胃功能，顾护好后天之本，才能使老年人延年益寿。治疗老年时除调和气血，平衡升降出入外，一定要审视机体的阴阳是否处于平衡的“中和”状态。孙老诊治老年病累建奇功，与其“一善于调气血，二善于平升降，三善于衡出入，四善于审中和”的治疗经验密不可分。

4 应用“中和”思想治疗老年病的常用方药

孙老认为老年人的发病多以气血不和为本，在此基础上产生血行不畅，脉道不利，血停成瘀，瘀血闭阻血脉，气血循环更加障碍，形成恶性循环，导致疾病的加重或发生。孙老在治疗老年病时就非常重视气血之间的调和。孙老通过自己多年的临床实践，总结、自拟了“调气活血抑邪汤”，此方应用于老年病的治疗收到较好的临床疗效，成为其治疗老年病的基础方，调气活血抑邪汤由党参、黄芪、丹参三味药组成，根据不同的临床表现，随证加减。孙老在临床上对气阴虚者上方党参改用西洋参，气虚明显者在加大黄芪用量的同时，党参改用生晒参；黄芪补气，增加机体免疫力，同时还有增加心肌收缩力改善心功能的作用；丹参具有活血化瘀的作用，孙老应用丹参还用其补血之功，正如《滇南本草》记载丹参“味微苦，性微温，入心经。补心生血，养心定志，安神宁心。……一味可抵四物汤补血之功”。三味药相伍，补而不滞，攻而不过，起到攻补兼施，调和气血的作用，意在使机体达到上部心安神静；中部脾胃安和、不饿不胀；下部大小便通畅等“上静、中和、下畅”的“中和”状态。孙老在治疗老年病遣方用药时，善用“角药”，疗效显著。孙老常用“角药”杜仲、枸杞、山萸肉三药相配，补肝肾、壮腰益精，对老年人肝肾亏虚而致的头昏耳鸣、腰膝酸软等虚劳证疗效显著；老年人心功能衰退者，在辨证用方的基础上，加入“角药”猪苓、茯苓、泽泻，健脾利水，能减轻心脏负荷，改善心功能。

孙老学识渊博，临床经验丰富，德艺双馨，对其学术思想及临床经验的掌握非一时之功，值得本人终身学习和研究。（李晓. 浅谈国医大师孙光荣教授中和思想在老年病诊治中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(18):58-59.）

中医大师孙光荣教授中和医派诊疗老年病学术经验点滴

孙光荣(1940—)，男，汉族，湖南浏阳人。是国家非物质文化遗产“同仁堂”20名中医药大师之一，主任医师，研究员，教授，著名中医临床大家和中医药文献学家，中医思想家，中医战略家，中和医派创始人，国家级名老中医。中医大师孙光荣教授浸淫中医60余年，从医50余年，学术渊博，对中医理论与临床均有精深之造诣，所倡行的“中和”学术理念深深的被我辈所吸引，孙老教授高超的医技、高尚的医德医风、高深的医伦、精湛的临床疗效成为我辈之楷模。真可谓是“杏林妙手，德艺双馨”。孙老以中和理论为指导论治疾病，疗效显著，现谨就孙老教授运用“中和”理论诊疗老年性疾病的学术经验做一小结。冀希望各位同仁对孙老教授倡行的中和医派学术思想有所了解，以供老年病防治同道们以参考。

1 中和医派学术思想概述

孙光荣老教授倡行的中和学术思想认为：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境。”如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。因此，孙老认为：中医养生要诀是：上善，中和，下畅。临床学术观点：扶正祛邪益中和、存正抑邪助中和、护正防邪固中和。临床基本原则：慈悲为本、仁爱为先、一视同仁、中和乃根。临床思辨特点：调气血、平升降、衡出入、达中和。孙老在中医临床实践努力做到了“四个善于”：一善于调气血，二善于平升降，三善于衡出入，四善于审中和(审机体中和，审诊疗用药中和)。无论以何种方法，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳总纲，都离不开气血的“中和”，无论生理病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉、在筋骨，最终都离不开气血平衡稳态——“中和”。这是因为“气即无形之血，血即有形之气”(《不居集》)。而气血之间的“中和”关系尤为密切，就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”。中医治病最讲究两条：一是从病人的整体以及与外环境的关系来看病，不是头痛看头、脚痛看脚，而是要辨证论治，要“因人、因地、因时制宜”，不是用统一的“套餐”，不是用程式化的“套路”。二是中医治病不是运用对抗性思维，不是有细菌或病毒就只要杀死细菌或病毒，不是有病损的脏器或肢体就只要截断病损的脏器或肢体，而是“调”。什么叫“调”？就是调整，调和，调理。调什么？调阴阳，调气血，调气机的升降出入。调到什么程度？调到平衡，调到“中和”。所以，在调气血的前提下，还要善于平升降、衡出入。

2 中医对老年病的认识

中医对老年病的认识在历代医籍中早有记载。《灵枢·天年》中说：“四十岁，五脏六腑十二经脉皆大盛以平定，腠理始疏，荣华颓落，发颇斑白，平盛不摇，故好坐。五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始减，目始不明。六十岁，心气始衰，喜忧悲，血气懈惰，故好卧。七十岁，脾气虚，皮肤枯。八十岁，肺气衰，魄离，故言善误。九十岁，肾气焦，四脏经脉空虚。百岁五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。”老年病是指老年人(≥60岁)的特发疾病和常见疾病而言，实际包括老年期和老年前期(45—59岁)之间的疾病，虽然病因各异，症状不同，但它们在发生发展过程中都具有衰老致病、正气虚弱、病程缠绵、症状体征不典型、并发症多、病情复杂等特点。整体及脏腑机能衰退，阴阳气血失调为其主导病机，强调对老年病的治疗应遵循“阴阳平衡”的理论，持整体调节之观

点,以辨证论治的方法正确诊断及治疗,运用阴阳平衡理论可以及时发现老年病,达到未病先治,既病防变。老年人由于脏腑组织功能衰退,其生理病理、治疗方法包括遣方用药均与青壮年人有所不同,因此,积极开展中医对老年病的研究是一项重要的工作。

3 中和医派对老年病的认识

中医和派认为:阴阳失调,脏腑失调,气血失和与升降失常是人体疾病产生的原因。老年疾病的发生,亦不外乎上述方面。《素问·生气通天论》:“阴平阳秘,精神乃治”,若阴阳失调,则疾病丛生。人体的衰老并不是到了老年才开始的,而是始于老年到来之前,人体衰老是随着年龄的推移不断显现的,精血不断衰耗,脏腑生理功能逐渐减弱,继之气虚、神败、形坏、则老态至矣。在这个衰老的过程中,由于气血逐渐虚损,脏腑阴阳气血的平衡状态逐渐失去平衡,而致阴阳失调,则病已隐袭于内,虽未知晓,但若有外邪侵袭人体,则其病即发。正如《医旨绪余》曰:“壮者气引则已,弱者着而为病”。

人进入老年,精血衰耗,体内阴阳平衡能力下降,对外界适应力降低,很容易招致外邪的侵袭,发生阴阳失调。概述而言,阴阳失调有人与自然的失调和人体内部脏腑阴阳的失调两个方面。在人与自然方面,古人认为,体内阴阳消长必须适应自然界的變化,才能健康无病,故《素问·四气调神大论》说:“夫阴阳四时者,万物之根本也,所以圣人春夏养阳,秋冬养阴,以从其根,故与万物伊沉于生长之门”。自然界中的疾风、淫雨、久旱、亢燥、卑湿、严寒、酷暑等因素,都可直接或间接地导致人体内部的阴阳失调。特别是老年人精血俱虚,脏腑脆薄,常常不能对自然阴阳变化作出适应性的调节,所以发生阴阳失调。从人体内部来说,脏腑的协调平衡关系遭到破坏,也同样会导致阴阳失调。《素问·生气通天论》说:“阴者藏精而起亟也,阳者卫外而为固也”。阴病,脏腑组织虚衰,精气血津液不足,属阳的生命活动能力减弱;阳病,生命活动能力衰减,属阴的物质基础就无以生化。由于这些阴阳的平衡协调遭到破坏,从而导致衰老和疾病的发生发展。

4 孙光荣教授运用中和理论治疗临床上一些常见老年病验案赏析

案1 老年性中风

老年中风的发生多由于患者平素心、肝、肾、脾等脏阴阳失调,产生风(内风,以肝风为主)、火(心火、肝火)、痰(风痰、湿痰)、气(气虚、气逆、气滞)、血(血虚、血瘀)一系列病理变化,复因忧思恼怒,或恣酒饱食,或房室劳累,或外邪侵袭等诱因,以致气血运行受阻,肌肤筋脉失于濡养;或阴亏于下,阳浮于上,肝阳暴张,阳化风动,扰动气血,血随气逆,挟痰挟火,上冲于脑,蒙蔽心窍,横窜经隧,而形成上实下虚,阴阳互不维系的危急证候。

任某,男,73岁。2010年7月16日首诊。

讯诊:偏瘫,神昏不识人,二便尚可控制。既往有高血压病史。辨证:心肝阳亢,风痰阻络。治法:平肝潜阳安神,熄风化痰通络。处方:西洋参10g,生北芪10g,紫丹参10g,石决明20g,川杜仲10g,川牛膝10g,水蛭6g,路路通10g,粉葛根10g,火麻仁10g,制何首乌15g,明天麻10g,甘草5g,云茯神15g,炒酸枣仁15g。14剂,水煎内服,每日1剂。

2010年8月20日2诊。

服前方后病情改善,已经能够识人,肢体活动改善,行走较前平稳一些,大便略干。效不更方,上方去路路通、粉葛根,增炙远志、石菖蒲以化痰开窍,麦门冬以润肠通便。处方:西洋参10g,生北芪10g,紫丹参10g,石决明20g,川

杜仲 10g, 川牛膝 10g, 水蛭 6g, 制远志 10g, 石菖蒲 10g, 麦冬 15g, 火麻仁 10g, 制何首乌 15g, 明天麻 10g, 生甘草 5g, 灯心草 3g, 云茯神 15g, 炒酸枣仁 15g。14 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

按语: 脑梗塞属于中医“中风”、“卒中”范畴。多由忧思恼怒、饮食不节、恣酒纵欲等, 导致五脏阴阳气血的失调, 气血错乱, 内风挟痰闭窍阻络而发病。叶天士综合诸家学说, 提出了本病的病理机转是“精血衰耗, 水不涵木, 木少滋荣, 故肝阳偏亢”, 即“阳化内风”。孙师则认为, 本病亦为本虚标实, 是上实而下虚, 治重补虚而泻实。至于本案, 孙师根据其临床表现, 断为心肝气血逆乱, 内风挟痰蒙闭心窍, 治以调气血、熄风清心, 化痰通络开窍, 以达到气血平, 阴阳合, 痰浊去, 经脉通的目的。人入老年, 五脏日衰, 外易感邪气, 内易生积滞, 而患老年病。孙师认为老年病病理复杂, 一方面阴阳气血耗损, 另一方面寒湿火瘀内结, 构成正气虚与邪气实的虚实相间的病理特点。加之老年患者往往同时患多种疾病, 病理上相互交织、影响, 病情又易传变, 造成证候变化错杂难辨。在治疗上应根据老年病的病理特点, 辨证论治, 随机灵活, 注意补虚泻实及气血同治的和谐统一。不可拘泥于年高体虚一味进补, 呆补易滞, 当补中寓消, 补中寓通, 补中寓运, 以免邪恋于内, 遗患无穷。在临床用药方面应注意用药宜慎, 药性平和, 剂量宜小, 灵活掌握, 以防变证。

案 2 老年性胸痹

胸痹指胸间闭塞而痛。主要表现胸憋, 心前区疼痛, 闷胀; 其原因大多由胸阳不足, 阴乘阳位, 胸中气机不畅, 阳气不通所致, 多发于老年期及老年前期。因胸痹发作时多伴心前区疼痛, 故常胸痹心痛并称。胸痹病名始于《灵枢·本脏》: “肺大则多饮, 善病胸痹, 喉痹逆气。”汉·张仲景《金匮要略》专设“胸痹心痛短气”篇, 较系统地阐述了胸痹的病机与治法。胸痹的发生主要在心, 与肝肾脾胃等脏腑虚损与失调有密切关系, 属本虚标实证候。常常在心的气血阴阳虚损, 以及肝肾脾胃的功能失调的基础上, 兼有气滞、血瘀、痰浊、寒凝、热结等病机变化。尤其老年人脏气虚亏, 正气不足, 脾胃运化乏力, 易引起气血津液失调, 水湿阻滞, 从而形成痰阻、血瘀、气滞等病理基础。同时, 老年人卫外功能低下, 又易相致外邪所侵而发病。

马某, 男, 74 岁。2010 年 6 月 25 日首诊。

讯诊: 胸闷气短(有房颤病史), 下肢水肿, 口干, 腹胀。舌质红, 苔中心黄腻, 脉细涩。处方: 西洋参 10g, 生北芪 12g, 紫丹参 10g, 五味子 3g, 麦冬 12g, 法半夏 7g, 广陈皮 7g, 云茯苓 15g, 炒酸枣仁 15g, 佩兰叶 6g, 冬瓜皮 10g, 前仁 10g, 路路通 10g, 北枸杞 15g, 甘草 5g。7 剂, 水煎内服, 每日 1 剂。

2010 年 9 月 10 日 2 诊。

房颤, 胆结石并息肉, 服前方后腹胀减轻, 仍气喘, 浮肿, 舌绛, 苔黄腻, 中心干, 脉三五不调。处方: 西洋参 10g, 生北芪 10g, 紫丹参 10g, 五味子 3g, 麦冬 12g, 款冬花 6g, 蜜紫苑 6g, 大腹皮 12g, 冬瓜皮 10g, 车前仁 10g, 赤小豆 10g, 云茯神 15g, 炒酸枣仁 15g, 川牛膝 15g, 川杜仲 15g, 甘草 5g, 海金沙 10g。7 剂, 水煎内服, 每日 1 剂。

按语: 胸痹主要病机在心脉的闭阻, 但肾为五脏之本, 阴阳之根。《景岳全书·传忠录下》提出: “然命门为元气之根, 为水火之宅, 五脏之阴气非此不能滋, 五脏之阳气非此不能发。”心肾相交, 心之阴阳气血总赖肾精气滋生, 心本乎肾。在生理上, 肾主气化水, 若肾气亏虚, 气化无权, 则表现为水液代谢的紊乱, 出现水肿等。本例患者, 虽以胸闷、气短, 脉三五不调等为主症, 但孙师紧

紧抓住心肾不交，肾为之根的概念，益气养阴安神与调肾利湿并举，在调补心肾的同时，还给邪气以出路，收效满意。孙师认为老年人对药物的适应性、耐受性个体差异很大，但老年人脏腑虚衰，气血不足是共同的，因此用药宜慎，剂量宜小。中医治疗老年病必须在整体调节、辨证论治和因人而异的思想指导下，充分考虑到老年人生理病理特点、用药原则进行治疗。

案3 老年性高血压

高血压是一种危害老年人生命健康的临床常见病，又是脑卒中、冠心病、心肾功能衰竭及致残、致死的主要危险因素之一，严重影响老年人的身心健康和生活质量。其临床特点为：患病率高、中心动脉压较高、单纯收缩期高血压多见，脉压明显增大、血压波动大，昼夜节律减弱或消失，易发生体位性低血压、假性高血压发生率高、伴随并发症及危险因素增多等特点。老年高血压的治疗原则以预防为主，因人而异，个体用药。又分为非药物治疗及药物治疗。药物治疗包括：单一药物、联合用药、伴舒张功能异常、抑郁症、高胆固醇血症治疗以及中医中药治疗，目前又有研究发现生物反馈法治疗、治疗性疫苗均对高血压有治疗作用。总之，老年高血压患者发生心脑血管疾病的风险较高。提高对老年高血压患者的认识，并通过适当的非药物和药物进行干预，对于提高其生活质量和延长寿命，有着重要意义。

王某，男，62岁。2010年4月23日首诊。

讯诊：高血压病史12年，现头如裹，眩晕，右肋下疼痛，胃脘不适，尿黄。舌红、苔花剥白，脉弦紧且数。处方：生晒参10g，生北芪7g，紫丹参12g，石决明20g，川杜仲15g，川牛膝10g，西藁本10g，制何首乌15g，明天麻12g，钩藤12g，乌贼骨10g，川郁金10g，路路通10g，海金沙10g，大腹皮10g，云茯神15g，炒酸枣仁15g，生甘草5g。7剂，水煎内服，每日1剂。

2010年5月7日2诊。

服药后头如裹及胃脘不适均减轻，效不更方。舌红苔花剥已基本消失，脉弦紧。处方：生晒参10g，生北芪7g，紫丹参12g，石决明20g，川杜仲12g，川牛膝12g，老钩藤12g，全虫蝎3g，乌贼骨10g，西砂仁4g，海金沙12g，大腹皮10g，云茯神15g，炒酸枣仁15g，甘草5g。7剂，水煎内服，每日1剂。

按语：本病在中医属“头痛”、“眩晕”范畴。病位在肝、胃二经。肝在五行属风木，相火寄于内，易致肝阴亏虚，肝阳无以潜藏，出现肝阳、内风、相火上窜的局面。治疗宜滋补其阴之不足，平熄其阳之有余。如中土脾胃虚惫，肝木失养，可造成土衰木旺，肝邪乘脾，又可造成脾为湿困，湿痰夹肝风上干清阳的局面。有鉴于此，余师在平肝潜阳，熄风通络的基础上加用调和脾胃之品，以稳固中州。中州健运正常，则痰可消，风可熄，眩晕可缓。余师认为“胃气一败，百药难施。”暮年之輩，大多脾胃虚弱，不耐大寒大热，亦难任猛攻峻补，特别大量滋阴之药，有碍脾胃运化，因此，在攻补之时一定要注重调养脾胃，顾护脾胃之气应贯穿于老年病治疗的始终。对于老年病治疗，选方宜平和稳妥，用药要慎，时时顾护胃气，抓住主要矛盾，中病既止。（张跃双，李明玉. 中医大师孙光荣教授中和医派诊疗老年病学术经验点滴[J]. 光明中医, 2014, 29(03):461-464.）

从《内经》“中和”思想治疗中老年睡眠障碍

《内经》认为和合是生命活动的最佳状态,《灵枢·本藏》篇指出:“血和则经脉流行,营复阴阳,筋骨劲强,关节清利矣;卫气和则分肉解利,皮肤调柔,腠理致密矣;志意和则精神专直,魂魄不散,悔怒不起,五脏不受邪矣;寒温和则六腑化谷,风痹不作,经脉通利,肢节得安矣,此人之常平也”,可见人体健康的本质是“气血和”、“志意和”、“寒温和”。据上海中医药大学王庆其教授统计:“和”字在《素问》中出现了79次,《灵枢》中出现了74次。国医大师孙光荣教授倡行的中和学术思想认为:“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势,中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境。”“中和”是人体健康的精气神稳态的具体描述,更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。受孙老的启示,笔者试从“中和”的角度,重温《内经》有关论述,结合本人的临床实践,整理诊治中老年睡眠障碍的思路。

睡眠障碍是指睡眠量不正常以及睡眠中出现异常行为的表现。中国睡眠研究会调查表明,目前中国内地成年人中失眠患病率高达57%,有65%的人存在睡眠障碍,这个比例已远远超过欧美等发达国家(在欧洲4%~22%的人受失眠的严重影响),中医有关睡眠障碍主要有阴阳消长论、营卫循行论、心主神明论、脑主神明论、邪客脏腑论等,而这些理论大都根源于《内经》,《内经》以营卫运行理论为依据认识睡眠发生的机理,并在此基础上认识睡眠障碍,这也是中医最早对于睡眠及睡眠障碍的认识。正如《灵枢·营卫生会》篇中指出:“卫气行于阴二十五度,行于阳二十五度,分为昼夜,故气至阳而起,至阴而止。”就明确指出了卫气的这种运行规律使得人体的卫气在夜间运行于阴分,阴气盛,故产生睡眠;白昼行于阳分,阳气盛,故人体处于清醒状态。《内经》中关于睡眠的论述相当丰富,多描述为“不得卧”“目不瞑”“嗜卧”“卧不安”“多卧”等,涉及了睡眠的生理、睡眠障碍的病因病机、失眠的治疗与调护等多个方面,其中处处体现中医“中和”的思想。孙光荣国医大师则认为:“遇疑难杂证,当先察阴阳气血升降出入,调之使平,使气血达到中和的动态平衡”。“和合”指的是两种以上不同要素的协调、结合、融合、和谐。

1 调和营卫

《内经》对于营、卫的概念及功能有明确的描述,《素问·痹论》“荣者水谷之精气也,和调于五藏,洒陈于六腑,乃能入于脉也,故循脉上下,贯五藏,络六腑也。”“卫者,水谷之悍气也,其气慄疾滑利,不能入于脉也,故循皮肤之中,分肉之间……”,《灵枢·本脏》“卫气者,所以温分肉,充皮肤,肥腠理,司关合者也。”并在《灵枢·营气》和《灵枢·卫气行》中详细描述了其循行的路线,而睡眠与卫气运行有直接联系,卫气运行于脉外,昼行于三阳经、夜行于三阴经,各为二十五周。卫气行于阳则阳经气盛主动。神动出于舍则寤;卫气夜行于阴则阴经气盛主静,神入于舍则寐。《灵枢·营卫生会》篇亦指出:“营在脉中,卫在脉外,营周不休,五十而复大会,阴阳贯通,如环无端。”“夜半为阴陇,夜半后而为阴衰,平旦阴尽而阳受气矣。日中为阳陇,日西而阳衰,日入阳尽而阴受气矣。夜半而大会,万民皆卧”由此可见:只有人体营卫运行不失其常,才能出现正常的寐寤生理现象。而营卫不和谐,则“大会”不能而失眠。《灵枢·大惑论》:“病而不得卧者……卫气不得入于阴,常留于阳,留于阳则阳气满,阳气满则阳跷盛,不得入于阴则阴气虚,故目不得瞑矣”。如果卫气不能入于阴分,而经常停留在阳分,就会使卫气在人体的阳分处于盛满状态,相应

的阳跷脉就偏盛；卫气不能入于阴分，就会形成阴气虚，阴虚不能敛阳，所以就不能安睡。

因此，调和营卫应是治疗睡眠障碍的着眼点，最常选用的方剂是桂枝汤，本方出自张仲景的《伤寒论》，柯琴曰：“此为仲景群方之魁，乃滋阴和阳、调和营卫、解肌发汗之总方也”，虽为主治太阳病中风之方剂，亦能切中本病之病机。桂枝汤及桂枝加龙骨牡蛎汤等对于营卫失调所致的不寐、多梦、睡眠中的异常行为有较好的调节作用。

2 调和阴阳

《素问·生气通天论》：“夫自古通天者，生之本，本于阴阳”，“凡阴阳之要，阳密乃固，两者不和，若春无秋，若冬无夏；因而和之，是谓圣度”，充分强调了“阴阳和”的重要性，阴阳二气作为相对而又相互依赖、相互转化的两种不同性质影响着人体的睡眠状况。人与自然界是统一的整体，自然界的阴阳变化致使一天有昼夜晨昏的节律变化，人体的阴阳消长与其相应也有明显的节律性，这种与自然界一致的阴阳消长规律决定了人体的睡眠节律。阴阳经气的偏盛偏衰，直接影响着是寤还是寐。《灵枢·口问》：“阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽，而阳气盛，则寤矣。”另一方面，《内经》还特别强调了阳气的作用，“阳气者，精则养神”阳气养神功能是正常睡眠的保证，人体阳气与睡眠的关系密切，因而阳虚是不寐病机之一。

调和阴阳是治疗睡眠障碍的重要法则之一，常用的方剂有交泰丸、天王补心丹等，交泰丸是一首治疗心肾不交的著名中药方剂，用黄连清心泻火以制偏亢之心阳，用肉桂温补下元以扶不足之肾阳；心火不炽则心阳自能下降，肾阳得扶则肾水上承自有动力。水火既济，交泰之象遂成，夜寐不宁等症便可自除。

3 调理气血

《灵枢·平人绝谷》强调“血脉和利，精神乃居”，《灵枢·营卫生会》对老人与壮年人的睡眠状态的不同进行了论述，指出“壮者之气血盛，其肌肉滑，气道通，荣卫之行，不失其常，故昼精而夜瞑。老者之气血衰，其肌肉枯，气道涩，五藏之气相搏，其营气衰少而卫气内伐，故昼不精，夜不瞑。”

由此可见“气血衰”、“气道涩”是导致老年人失眠的重要原因，因此治疗上当“疏其血气，令其调达，而致和平”（《素问·至真要大论》），对于营气衰少，气血不足者当宗“虚者补之”的治则，法以养血安神，方以归脾汤加减。对于气滞血瘀、脉道不利者可予逍遥散、血府逐瘀汤等。

孙老认为，无论表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳总纲，都离不开气血的“中和”，论生理病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉、在筋骨，最终都离不开气血平衡稳态——“中和”。因此创制了临床基本处方“调气活血抑邪汤”，由党参（人参、太子参、西洋参）、黄芪、丹参组成，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

4 斡旋枢机

《素问·阴阳离合论》曰：“是故三阳之离合也，太阳为开，阳明为阖，少阳为枢。”“是故三阴之离合也，太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢。”阴阳开阖枢之间是一个协同合作、相互制约的整体，少阳、少阴则是其中的关键——枢机。人体正常的睡眠与阳气的出入升降有常密切相关，因而三阴三阳之枢机运转正常是其中的关键所在。

调理少阴枢机就成为治疗失眠阳不交阴的另一个基本方法。代表方剂如黄连阿胶汤，《伤寒论·少阴》篇：“少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，

黄连阿胶汤主之”，本方具有育阴清热、滋阴降火之功，为治少阴阴虚火旺失眠证常用方。

少阳主枢机，内寄相火。若枢机运转正常，则相火疏泄升发有度，自无贼邪之患。若少阳枢机不利，则疏泄失常，相火难以守位禀命，开阖枢失司而影响阳气的正常收敛导致阳不交于阴而失眠。代表方剂如小柴胡汤、柴芩温胆汤、柴胡加龙骨牡蛎汤等。小柴胡汤是“和”法最著名的代表方，功能和解少阳，疏肝解郁，透达内外，运转表里，斡旋升降，布达气血，而使阴阳自调，柴胡剂常常用于与情志失调相关之不寐。

5 燮理脏腑

五脏藏精，是人体一切生理活动的基础，也是睡眠活动的根基。《素问·病能论》云：“人有卧而有所不安者何也？岐伯曰：藏有所伤，及精有所之寄则安，故人不能悬其病也。”对此马蒨注为：“此言人有卧而不安者，以藏气伤而精气耗也。盖五脏为阴，各藏其精，藏有所伤及精有所之，则藏伤而精耗者，卧不安也。必精有所寄，各在本藏而无失，斯安矣。”可见睡眠与脏腑功能密切相关。

五神分藏于五脏之中，受五脏之精所滋养，因而正常的睡眠有赖于五脏功能的正常协调，而其中以心为关键，《素问·灵兰秘典论》：“心者，君主之官，神明出焉”；心所藏之“神”在睡眠中起到主宰和调节作用，后世据“五脏藏五神”、“心藏神”的理论创制了不少不寐证的方剂，如滋阴养血、补心安神之天王补心丹、养心汤，清心养血、镇惊安神之朱砂安神丸，养血安神、清热除烦之酸枣仁汤，清热除烦之栀子豉汤，养心安神、补脾和中之甘麦大枣汤，均在临床中广泛使用，并取得良效。

《素问·逆调论》篇云：“阳明者，胃脉也。胃者六腑之海，其亦下行。阳明逆，不得从其道，故不得卧也。《下经》曰：胃不和则卧不安，此之谓也。”胃主受纳，其气宜降，饮食不节，肠胃受伤，宿食停滞，酿为痰热，壅遏于中，胃失和降，一则反使浊气上扰，心神被扰而不安，二则卫气运行失常，卫气出于胃，脾胃为升降之枢，今阳明逆，卫气行于阳，不得入于阴，此即所谓“胃不和则卧不安”。《灵枢·邪客》提出“以通其道，而去其邪”的治疗原则：“夫邪气之客入也，或令人目不瞑不卧出者……治之奈何？……饮以半夏汤一剂，阴阳已通，其卧立至……古其病新发者，复杯则卧，汗出则已矣，久者，三饮而已也。”目前临床上常用半夏泻心汤、温胆汤类方剂治疗“胃不和”所致之不寐，取其辛开苦降、化痰和胃之效。

孙老认为“失眠”可由胃腑失和，心神受扰所致，当安神与理胃并举，临床上以调气活血抑邪汤加云茯神、炒枣仁、生龙齿、夜交藤、西砂仁、乌贼骨、毕澄茄、生甘草等治疗，临床疗效显著。

6 调和经络

阴跷脉和阳跷脉属奇经八脉，当卫气昼从足太阳膀胱经开始行于诸阳经时，阳跷脉渐盛，故目开而不能睡；当卫气夜从足少阴肾经开始行于诸阴经时，阴跷脉气盛，阳开阴合，故目合而熟睡。《灵枢·寒热病》：“阳气盛则瞋目，阴气盛则瞑目。”阴阳跷脉气之盛衰与寐寤有直接关系。《灵枢·邪客》：“今厥气客于五脏六腑，则卫气独行其外，行于阳，不得入于阴。行于阳则阳气盛，阳气盛则阳跷陷，不得入于阴，阴虚，故目不瞑……。”此失眠与阴阳跷脉有关，即阳跷脉盛而阴跷脉虚，故应泻阳跷脉，补阴跷脉，阳跷脉所出处为申脉穴，阴跷脉所出处为照海穴。申脉穴用泻法，照海穴用补法。近年来大量临床研究表明，针灸具有疏通经络、调和阴阳、扶正祛邪的作用，针灸治疗失眠具有良好的疗效。

和应用前景。

7 和于四时

《内经》在“天人合一”的观念指导下形成睡眠理论，认为自然界和人体的多种因素均与睡眠有关。《素问·金匱真言论》曰：“平旦至日中，天之阳，阳中之阳也；日中至黄昏，天之阳，阳中之阴也；合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也；鸡鸣至平旦，天之阴，阴中之阳也。故人亦应之。”人的睡眠、觉醒节律应与大自然昼夜交替周期相应。

《素问·四气调神大论》篇提出了随春夏秋冬四时之气，调肝心脾肺肾五脏之神志。在春天，养生调神的基本原则顺应阳气升发，万物俱生的特征，要心情舒畅，精神活泼，不要扼杀生机，尽量使精神放松；在夏天，要使精神焕发；在秋天，要使神气内敛含蓄，不让自己的意志外驰；在冬天，要让意志潜藏，不要向外显露，以适应“春生”、“夏长”、“秋收”、“冬藏”的自然规律。并提出了“春三月，……夜卧早起；夏三月……夜卧早起；秋三月，……早卧早起；冬三月，……早卧晚起”，作为四时睡眠之常规。

“和”是儒家的世界观和方法论，而《黄帝内经》与中国传统文化一脉相承，其整体思想中无不渗透着“和”的理念，睡眠是人体生命归根复命的过程，良好健康的核心是“中和”，良好的睡眠来源于“和”。睡眠障碍因于“失和”，治疗睡眠障碍归根结底是要“致和”。（魏丹蕾, 李思宁. 从《内经》“中和”思想治疗中老年睡眠障碍[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(06):1-3.）

孙光荣教授运用中和理论治疗不寐的学术经验点滴

孙光荣教授是著名的中医临床家、中医药文献学术带头人之一、中医药现代远程教育创始人、国家级非物质文化“北京同仁堂”代表人物中医药大师之一，北京中医药大学远程教育学院副院长、教授，是享受国务院特殊津贴的有突出贡献的专家。笔者有幸师从孙老教授研修学习，成为北京市中医药薪火传承“3+3”人才培养工程的传承人，在中医大师孙光荣教授学术经验传承工作室侍诊，深被孙老教授所倡导的“中医万岁”和崇尚践行的“中和”学术理念所吸引，深被孙老教授高尚的医德医风、高超的诊疗医技、神奇的临床疗效及超小剂量的临床用药的“王者”风范所折服。现谨就孙老教授运用“中和”理论治疗不寐的学术经验，挂一漏万做一小结。冀希望各位同仁对孙老教授倡行的中和医派学术思想有所了解，也希望对睡眠医学临床有所裨益。

1 中和医派学术思想简述

孙光荣老教授倡行的中和学术思想认为：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗追求的最高佳境。”如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理和病理。因此，孙老认为：中医养生要诀是：上善，中和，下畅。临床学术观点：扶正祛邪益中和，存正抑邪助中和，护正防邪固中和。临床基本原则：慈悲为本，仁爱为先，一视同仁，中和乃根。临床思辨特点：调气血、平升降、衡出入、达中和。临床基础处方是：自拟“调气活血抑邪汤”，临床擅长使用“对药”“角药”加减，出入百变，达用药中和，求机体中和。一善于调气血，二善于平升降，三善于衡出入，四善于审中和(审机体中和，审诊疗用药中和)。无论以何种方法，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳总纲，都离不开气血的“中和”，论生理病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉、在筋骨，最终都离不开气血平衡稳态——“中和”。因此，调气血之人参、黄芪用来扶正益气，善活血的丹参用来理血(活补共用，丹参抵四物)，组成“调气活血抑邪汤”之基本处方(一组角药)这一中和班子，率领加减诸药的中和团队，升降出入，调气机的消长机转，升清阳，降浊阴，达吐故益纳新，求总体气血稳态的“中和”

2 中和学术思想对不寐的认识

中和医派认为：万病乃气血失和。不寐一证，乃机体气血中和稳态失衡所致。或思虑过度，神明失安，或火盛扰心，或瘀血阻滞，或阴血不足，心脑失养等。正如《内经》所云：“胃不和则卧不安”、“卫气不得入阴……则气虚，故目不瞑”(《灵枢·大惑》)。肝胃和，心肾交，神安宅，睡眠好。否则，肝郁化火，痰瘀扰心，水火不济，气血亏虚，心神失养，……都导致气血平衡稳态失和，心神不宁而不寐。在此所讲，不寐是泛指失眠，应包括：“不得卧”“不得眠”“不眠”“目不瞑”“少寐”等睡眠障碍疾病。

3 中和医派治疗不寐学术经验点滴

3.1 孙光荣教授治疗不寐验案2则

案1：赵某，男，26岁。2010年9月10日首诊。失眠，多梦，胃脘不适，双目酸痛。舌淡苔少，脉细缓。辨证：胃腑失和，心神受扰。治则：理胃降逆，养心安神。处方：生晒参12g，生北芪12g，紫丹参10g，云茯神15g，炒枣仁15g，生龙齿15g，夜交藤15g，西砂仁4g，乌贼骨10g，毕澄茄4g，生甘草5g。14剂，水煎内服，每日1剂。

2010年10月8日二诊：失眠，多梦，服前方后已改善诸多。双目酸痛，舌淡苔少，脉弦细。处方：生晒参12g，生北芪10g，紫丹参10g，云茯神15g，炒枣仁15g，生龙齿15g，夜交藤15g，制首乌15g，明天麻10g，西砂仁4g，乌贼骨10g，车前仁10g，毕澄茄4g。14剂，水煎内服，每日1剂。

半年随访，睡眠安好。

案2：王某某，女，29岁。2009年10月23日首诊。血压低，头晕难寐，气短无力。舌淡苔少，脉弦无力。辨证：气血两亏，心肝失养。治则：养血以柔肝，补气以升清。治宜：调气活血抑邪汤加减。处方：生晒参15g，生北芪15g，紫丹参10g，制何首乌15g，明天麻10g，北枸杞15g，云茯神15g，炒枣仁15g，合欢皮10g，阿胶珠10g，灵芝10g，生甘草5g。14剂，水煎内服，每日1剂。

2009年11月6日二诊：服前方难寐头晕，气短无力均有好转，但仍有神疲乏力之感，夜尿稍频。处方：生晒参15g，生北芪15g，紫丹参10g，制何首乌15g，明天麻12g，云茯神15g，炒枣仁15g，合欢皮10g，生龙齿15g，金樱子10g，覆盆子6g，车前仁10g，益智仁10g，生甘草5g。7剂，水煎内服，每日1剂。

半年随访，睡眠安好。

3.2 孙光荣教授运用“中和”学术思想治疗不寐的经验探微 《素问·逆调论》“胃不和则卧不安”乃胃气上逆，心神受扰。孙老教授则认为，此仅为其一。案1所示，结合其舌脉，心肝阴血亏虚阳旺之句尚明显，故治疗上二者兼顾，扶正和祛邪并举。二诊在此基础上增加了养血平肝明目的治疗药物。不寐一证，虽总属阳盛阴衰，阴阳不交，但此是其常。经云：“故重阴必阳，重阳必阴。”阴阳互根，气血相长，理所必然。此案即是气虚血无以生，血虚气无以长，终致血虚肝旺，阳无以潜，阴阳不能相感。治疗当补气以生血，补气以升清。气血互生，阴阳相长，而达到阴平阳秘，气血中和，失眠头晕气短等症得以平复。

在用药方面有几点值得研学：①砂仁4g，量小，而意义重大。量大则辛燥扰神，而不利，辛香走窜，调全方之力静“中和”。②角药“人参、黄芪、丹参”之用值得玩味。云茯神、炒酸枣仁；夜交藤、制何首乌；……等对药的运用值得探讨。③案1二诊方中的“车前仁”“明天麻”“制首乌”之药的添加，案2中二诊与一诊处方中药物的区别，给我们提示气血中和，脏腑中和，才能神安眠甜。④案1、案2处方中人参、黄芪、丹参之基本角药用量之区别和用量的变化，学会用药灵动圆机之法。（杨建宇，李杨，王兴，等. 孙光荣教授运用中和理论治疗不寐的学术经验点滴[J]. 光明中医, 2011, 26(06):1305.）

孙光荣教授中和思想治疗肿瘤之经验

孙光荣教授执业中医近半个世纪，擅长治疗中医内科、妇科、肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂证。他的临床学术观点是：护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪。临床思辨特点是：调气血，平升降，衡出入。孙光荣幼承庭训，继拜名师，深研经典，博采众长，擅长以调阴阳、和气血为纲治疗疑难杂证。笔者有幸入孙老之门下，对其治疗肿瘤之经验及病案进行简单解析加以整理，浅析如下。

1 扶正为本，重在肝肾，化痰散结，活血通络

1.1 甲状腺癌多发骨转移治疗验案一则 张某，女，60岁。甲状腺癌多发骨转移，头痛，走路腿疼。2010年4月2日初诊。

甲状腺癌，骨转移 2009年转移至髌骨，颅脑。现临床表现为：多发骨转移，寐可，咳嗽时头痛甚。舌淡苔少。脉稍涩。证属：肾虚乏源，痰毒流注。治法：扶正为本，补益肝肾，兼以化痰散结，活血通络。方药如下：

西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制首乌 15g，明天麻 12g，天葵子 10g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g，山慈菇 10g，延胡索 10g，田三七 6g，补骨脂 10g，骨碎补 10g，川牛膝 10g，川杜仲 12g，正锁阳 10g，阿胶珠 10g，生甘草 5g。7剂，每日1剂，水煎服。

二诊(2010年4月9日)：服前方后，头痛减轻，但易感冒，咳嗽，耻骨癌转移，步行不稳。舌淡红，中有裂纹、苔少，脉细滑缓。上方去天葵子、延胡索、田三七、正锁阳，加淡紫草 10g，金毛狗脊 10g，猫爪草 5g。

14剂，服法同前。

按语：孙教授一向强调，从临证出发，以病用药，畅气血，调升降。善用黄芪、西洋参、丹参等温补之药，救病人于危难之际。

该案为甲状腺癌骨转移，舌淡、苔少、脉涩。是久病穷必及肾的典型，肾虚乏源，湿毒流注，而致瘀滞其中，阻滞经络，不通则痛。出现头痛，走路腿疼。以西洋参、生北芪扶正为本，延胡索、田三七、补骨脂、骨碎补、川牛膝、川杜仲、正锁阳本，制首乌补益肝肾，兼用明天麻、天葵子、半枝莲、白花蛇舌草、山慈菇兼以化痰散结。紫丹参、延胡索、田三七活血通络。纵观全方，持论明通，立方以扶正为主，再加熄风之品明天麻看似平淡，而能取得良好效果。

1.2 马某，女，68岁。2009年9月4日初诊 卵巢癌化疗中，出现胸水、腹水。症见：腹胀，胃脘胀，气短，口干，尿黄，舌绛苔灰，脉细且涩。辨证：肝肾亏损。治则：健脾益气，利水消胀，调补肝肾，培补真元。方药如下：

西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g，芡实仁 15g，薏苡仁 15g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，当归片 10g，车前子 10g，赤小豆 10g，生甘草 5g。

二诊，服前方后，诸症明显好转，现仍有呃逆、稍胀；舌淡、苔黄。处方：西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g，芡实仁 15g，薏苡仁 15g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，降真香 10g，当归片 10g，车前子 10g，赤小豆 10g，鸡内金 6g，生甘草 5g。7剂，每日1剂，水煎服。

三诊，服前方后，诸症减轻，仅感腹中偶有“窜气”；舌红、苔黄，脉小弦。处方：西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g，芡实仁 15g，薏苡仁 15g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，当归片 10g，鸡内金 6g，阿胶珠 10g，生甘草 5g。14剂，每日1剂，水煎服。

服上方后，诸症减轻，病情稳定。

按语：该案为卵巢癌化疗后，导致肝肾亏损，脾气虚弱，水湿运化失司，出现腹满胀气，湿久化热，流注下焦，影响膀胱气化，而出现尿黄、口干、舌绛、苔灰。尤其值得一提的是“脉细且涩”反映了该病肝肾阴虚是本，脾虚腹胀是标。孙老巧抓主证，治肺、治脾、治肝各不相同，均随其证而有所变通。以西洋参、生北芪、紫丹参、制鳖甲、大腹皮、炒枳壳、制香附、芡实仁益气养血软坚散结；芡实补益肝肾，以固其本，以薏苡仁、大腹皮、炒枳壳、制香附、当归片、车前子、赤小豆、甘草健脾理气，以绝生水之源。纵观全方治疗思路，于西洋参、生北芪、甘草补气扶正中加大腹皮、炒枳壳、制香附以理气，佐制鳖甲以搜阴，顾云邪伏血瘀而加当归片、紫丹参，加车前子、赤小豆、甘草以祛湿达邪，虚实兼到，极为灵巧，方药精当，所获良效，亦在预料之中。

2 益气养阴，清热化痰，解毒散结，佐以利水，重在肺脾

2.1 肺癌转移证，属气阴不足。

刘某，女，77岁。2009年9月25日初诊。

患者2009年7月底出现咳嗽，9月份查出左侧肺癌并双肺转移。有高血压史，10年前患萎缩性胃炎。刻下症见(家属转述)：呛咳，前胸痛，痰中带血，咳时小便失禁，纳差，难寐，低热，手足心热，腰背痛，舌红。辨证：气阴不足。治则：益气养阴，清热化痰，解毒散结。处方如下：

西洋参10g，生北芪10g，紫丹参7g，天葵子12g，山慈菇10g，白花蛇舌草15g，半枝莲15g，桑白皮12g，仙鹤草15g，乌贼骨15g，冬桑叶10g，麦门冬15g，芡实仁15g，薏苡仁15g，瓜蒌壳6g，炙款冬花7g，炙紫苑7g，生甘草5g，14剂，每日1剂，水煎服。

二诊：服上方后，腰背痛减轻，食欲增进，睡眠改善，仍咳嗽，痰稠，憋气，头痛，腿疼，血小板下降。处方：西洋参10g，生北芪10g，紫丹参7g，天葵子12g，山慈菇10g，白花蛇舌草15g，半枝莲15g，桑白皮12g，瓜蒌皮10g，炙款冬花10g，炙紫苑7g，淡紫草10g，芡实仁15g，冬桑叶10g，乌贼骨10g，金银花10g，生甘草5g，谷麦芽各15g，延胡索10g，另用水鸭(去心)、冬虫夏草、乌贼合煮汤调服数月。

服上方后，诸症好转，病情稳定。

按语：该患者久患萎缩性胃炎10余年，久病伤阴，累及于肺，而致成阴虚内热，消灼津液，不能滋润肺脏，宣发肃降失司而现呛咳，前胸痛，痰中带血，咳时小便失禁，纳差，难寐，低热，手足心热等一派阴虚之象。而孙教授针对病机采用益气养阴，清补兼施之法，对于肺癌转移证经过多种治疗后，出现肺胃阴亏之候，用西洋参、生北芪、冬桑叶、麦门冬、炙冬花、炙紫苑、生甘草等以益气滋阴润燥，清肺化痰。以瓜蒌壳、天葵子、山慈菇、白花蛇舌草、半枝莲清热解毒，散结消肿。芡实仁、薏苡仁，以健脾益气。纵观全方，以角药，统管全局，益气养阴，清热化痰，解毒散结。另用水鸭(去心)、冬虫夏草、乌贼合煮汤调服，重在肺脾，佐以利水。如此用方极为玲珑，才能获此良效。

2.2 肺癌术后气阴两虚 刘某，男，31岁。2009年9月4日初诊。

患者2009年8月肺癌术后，刻下症见：面色苍白，虚汗较多，难寐，多梦，咳嗽，口干，口腔黏膜及唇有脱膜感，晨起尿黄，舌绛、苔薄白，脉细涩。处方：西洋参12g，生北芪15g，紫丹参10g，半枝莲15g，桑白皮12g，天葵子12g，白花蛇舌草15g，金银花10g，蒲公英10g，炙款冬花10g，炙紫苑10g，云茯神15g，炒酸枣仁15g，阿胶珠10g，浮小麦15g，冬桑叶10g，生甘草5g。7剂，

每日1剂，水煎服。

二诊：服上方后，诸症好转，上腭仍有脱膜感，多梦，遗精，尿黄，纳不香，舌淡、苔少，脉细涩。处方：西洋参10g，生北芪10g，紫丹参10g，半枝莲15g，麦门冬15g，白花蛇舌草15g，桑白皮12g，天葵子12g，金银花10g，天门冬10g，蒲公英10g，阿胶珠10g，浮小麦15g，云茯神15g，生甘草5g，炒枣仁15g，谷麦芽各15g。14剂，每日1剂，水煎服。

调理月余，病情平稳。

按语：该案为肺癌术后，症见：面色苍白，虚汗较多，难寐，多梦，咳嗽，口干，口腔黏膜及唇有脱膜感，晨起尿黄，舌绛、苔薄白，脉细涩。从症状，舌象，脉象不难看出该证为肺阴亏虚，而兼有虚热，孙教授洞察秋毫，辨清标本，灵活治疗。西洋参、生北芪、紫丹参、炙冬花、炙紫苑、云茯神、炒枣仁、阿胶珠、浮小麦、冬桑叶、生甘草等益气养阴之品以固其本，半枝莲、天葵子、白花蛇舌草、金银花、蒲公英清热解毒之品以治其标。纵观本案，治疗过程，当先益气行滞，清热解毒，渐次滋阴，健脾安神。看似拟方平淡，简单，却融肺脾两调，消补兼施于一体，面面俱到，故克复杂之顽症。

2.3 原发性支气管肺癌 刘某，男，84岁。2010年5月4日初诊。肺癌患者，2009年5月14日在宁夏诊断为右下鳞癌。现症：咳嗽气喘，咳血寐差，消瘦。舌红苔少，脉弦涩。辨证：气阴两虚，痰热蕴毒郁肺。治则：益气养阴，清热化痰解毒散结。处方：西洋参10g，生北芪10g，紫丹参7g，天葵子12g，猫爪草12g，白花蛇舌草15g，半枝莲15g，麦门冬15g，炙款冬花10g，炙紫苑10g，仙鹤草15g，宣百合10g，云茯神15g，炒枣仁15g，生甘草5g，桑白皮12g，金银花10g，阿胶珠10g。14剂，每日1剂，水煎服。

2010年6月25日二诊。服上方后症状缓解，仍气短，咳嗽，吐黄痰。处方：西洋参10g，生北芪10g，紫丹参7g，宣百合10g，桑白皮12g，麦门冬15g，天葵子12g，猫爪草12g，半枝莲15g，白花蛇舌草15g，金银花10g，仙鹤草15g，大枣10g，薏苡仁15g，生甘草5g，十四剂，每日1剂，水煎服。

2010年7月23日三诊。咯血，气短。处方：西洋参10g，生北芪10g，紫丹参7g，宣百合10g，百部根10g，桑白皮12g，麦门冬12g，仙鹤草12g，猫爪草12g，半枝莲15g，白花蛇舌草15g，金银花10g，天葵子12g，川牛膝10g，延胡索10g，生甘草5g。14剂，每日1剂，一日2次，水煎服。

2010年8月6日四诊。服上方后，病情稳定，但不思饮食，多食则胃不适(服用鸦胆子乳液期间)，余无不适，否认积液。处方：西洋参10g，生北芪10g，紫丹参7g，天葵子12g，猫爪草12g，白花蛇舌草15g，半枝莲15g，麦门冬15g，炙款冬花10g，乌贼骨15g，西砂仁4g，大腹皮10g，云茯神15g，炒酸枣仁15g，制鳖甲15g，桑白皮12g，生甘草5g，十四剂，每日1剂，一日两次，水煎服。

2010年8月27日五诊。近来感到身有燥热，气喘，咳嗽，咯血已止，胸部及腿痛。处方：西洋参10g，生北芪10g，紫丹参7g，天葵子12g，猫爪草12g，白花蛇舌草15g，半枝莲15g，银柴胡12g，制鳖甲15g，珍珠母15g，炙冬花10g，炙紫苑10g，麦门冬15g，延胡索10g，生甘草5g。14剂，每日1剂，一日两次，水煎服。

按语：现症：咳嗽气喘，咳血，寐差，消瘦，舌红苔少，脉弦涩。辨证：气阴两虚，痰热蕴毒郁肺。阴虚肺燥咯血，患者乃阴虚之体，虚阳上扰，耗散津液，津伤肺燥，痰热蕴毒郁肺。治以益气养阴，清热化痰，解毒散结。方中西洋参、生北芪、紫丹参、麦门冬、宣百合、桑白皮、阿胶珠、麦门冬、仙鹤草滋阴润燥；

炙冬花，炙紫苑化痰，云茯神、炒枣仁、生甘草益气安神。制鳖甲、天葵子、猫爪草、白花蛇舌草、半枝莲等解毒散结。其治疗过程，发活圆通，井井有条，所以显效。

3 理气活血通络，佐以软坚散结，重在调肝

乳腺纤维瘤术后。黄某，女，22岁。2009年1月9日初诊。

患者乳腺纤维瘤术后复发。刻下症见：舌红、苔薄白，脉细涩。西医诊断：乳腺纤维瘤。中医诊断：乳癖。辨证：肝郁气滞，痰瘀阻络。治则：理气活血通络，软坚散结。处方：台党参 15g，生北芪 15g，紫丹参 12g，金刚刺 12g，川郁金 12g，丝瓜络 6g，珍珠母 15g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，北枸杞 15g，生牡蛎 15g，生甘草 15g。7剂，每日1剂，水煎服。

二诊：服上方后，舌尖红、苔薄白，脉同前。处方：台党参 15g，生北芪 15g，紫丹参 12g，白鲜皮 10g，蝉衣 6g，珍珠母 15g，川郁金 12g，丝瓜络 6g，生牡蛎 15g，北枸杞 15g，刺蒺藜 10g，生甘草 15g，杭白菊 10g，七叶一枝花 6g(包煎)，14剂，每日1剂，一日2次，水煎服。

三诊：服上方后，无明显变化。舌红、苔少，脉弦涩。处方：台党参 15g，生北芪 15g，紫丹参 12g，法半夏 7g，广橘络 7g，路路通 10g，珍珠母 15g，生牡蛎 15g，黄药子 6g(包煎)，川郁金 12g，蒲公英 15g，生甘草 15g。7剂，每日1剂，水煎服。

四诊：经来腹痛，乳腺纤维瘤，无明显变化。伴有咽部不适。舌红、苔少，脉细。处方：台党参 15g，生北芪 15g，紫丹参 12g，法半夏 7g，广橘络 7g，路路通 10g，制香附 12g，吴茱萸 10g，补骨脂 10g，蒲公英 15g，丝瓜络 6g，刺蒺藜 10g，延胡索 10g，木蝴蝶 10g，生甘草 5g，当归 10g，制香附 10g。14剂，每日1剂，一日2次，水煎服。

继服上方20余剂后，瘤体软化，缩小，诸症好转，效果显著。

按语：该案为中医“乳癖”之范畴，乃久病入络，脉证合参，其病机为：肝用太过，横逆犯胃，痰瘀互结，治当理气活血通络佐以软坚散结。临证时刻强调理气活血、软坚散结及柔肝等方法的应用。用药细腻，实则苦心斟酌以出之，诚以调理内伤久病之法。该病治疗过程，四面照顾，通盘打算，多复杂碍手之处，用药灵活，而获良效。

4 健脾养心，利水渗湿清热解毒，重在心脾

施某，女，外企职员。子宫肌瘤2年，盆腔积液。2010年7月23日初诊。

初诊：患者2010年3月16日在首都医科大学附属北京妇产医院超声所见：子宫肌瘤，盆腔积液。右侧卵巢长颈：3.0cm，左侧卵巢长颈：2.8cm，子宫后方可见液性暗区，后径1.8cm，刻下：多梦，消瘦，面色无华，皮肤干涩，月经准期，质稠。舌红，边有齿痕，苔薄，脉细涩。证属阴血亏虚，瘀毒内结，治以健脾养心，解毒散结利湿。方用：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，山慈菇 10g，猫爪草 12g，生薏苡仁 15g，炒芡实 15g，草薢子 10g，川杜仲 12g，鸡内金 6g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，阿胶珠 12g，大生地 10g，杭白芍 10g，生甘草 5g。7剂，每日1剂，水煎服。

2010年7月30日二诊。服上方后，病情稳定，便稀，带稠，略呈红色，多梦，舌红边有齿痕、苔少，脉细稍涩。上方去川杜仲、鸡内金、阿胶珠、大生地、杭白芍，加炒广曲 15g，车前子 10g，制首乌 15g，生龙齿 15g。服法同前。

2010年8月6日三诊。服上方后，病情稳定。舌红边有齿痕、苔花剥，脉细稍涩。求嗣。上方去云茯神、炒酸枣仁、炒广曲、生龙齿，加阿胶珠 10g，制

鳖甲 15g，路路通 10g，鸡内金 6g，十四剂，每日 1 剂，水煎服。

按语：该案子宫肌瘤属“症瘕”一病，难求旦夕之效，尤要注意调理心脾，培补阴血，佐以利水渗湿、清热解毒、软坚散结。纵观全部治疗经过，制法精巧，养血理气，健脾养心，两擅其长，用药细腻。其中西洋参、生北芪、紫丹参、生薏仁、炒芡实、云茯神、炒枣仁等，补气健脾，山慈菇、猫爪草清热解毒；制鳖甲、路路通、鸡内金软坚散结。诸药合用，作用于盆腔，改善了盆腔的血液循环，提高了机体的免疫力，使盆腔内瘀血得以清除，症瘕得以消散，诸证改善，免除手术之苦，该法不愧为一种调动疗法的特色，值得我们深究其理，认真总结。（曾镛霏, 杨建宇, 李彦知. 孙光荣教授中和思想治疗肿瘤之经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(05):122-124.）

孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴

孙光荣教授是国家非物质文化遗产“同仁堂”20名中医药大师之一，主任医师，研究员，教授，北京中医药大学远程教育学院副院长，享受国务院特殊津贴的有突出贡献专家，著名中医临床家、中医药文献学家，中和医派创始人，中医药现代远程教育创始人之一。我辈有幸师从孙老教授研修中医，对孙老教授高尚的医德医风、高明的医道医论、高超的医技医术感佩至深，尤为孙老教授所倡导践行的“中和”学术思想所吸引。现谨就孙老教授运用“中和”理论诊疗妇科病的临床经验，做一总结，以殚同仁。

1 孙光荣教授“中和”学术思想概述

孙光荣老教授倡行的“中和”学术思想认为：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境。”如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。因此，孙老认为，中医养生要诀是上善，中和，下畅；孙老的临床学术观点是扶正祛邪益中和，存正抑邪助中和，护正防邪固中和；临床基本原则是慈悲为本，仁爱为先，一视同仁，中和乃根；临床思辨特点是调气血、平升降、衡出入、致中和；临床基础处方是自拟“调气活血抑邪汤”，并擅长使用“对药”“角药”加减治疗诸病。

孙老临床治疗原则，重点在气血，关键在升降，目的在平衡阴阳。气血调和百病消，升降畅通瘀滞散，气血活、升降顺则阴阳平衡而何病之有？因此，孙老强调临床要做到“四善于”：善于调气血，善于平升降，善于衡出入，善于致中和。孙老学医，先是研习李东垣补脾土学派之法，后又袭承朱丹溪滋阴之说，融会贯通，乃成今日重气血之中和医派之临床基本思想。升降出入，则是基于中医阴阳学说形成的气机消长转化形式的重要学说；升清（阳）、降浊（阴）、吐故（出）、纳新（入），中是气机的基本动态。《素问·六微旨大论》说：“非出入则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏。”孙老认为，医临床无论以何种方法辨证论治，气血、津液、脏腑、六经、表里、寒热、虚实、顺逆、生死，都离不开阴阳这一总纲。临证用药，不论寒热温凉，还是辛甘酸苦咸，无论升降浮沉，还是补泻散收，毋论脏腑归经，还是七情配伍，同样不离阴阳之宗旨。归根结底，阴阳最终还是离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》）。而气血之间的“中和”关系尤为密切，“气为血之帅，血为气之母”，“中和”是气血合和的稳态。论生理、病理，不管在脏腑、在经络，还是在皮肉、在筋骨，都离不开气血，离不开气机的升降出入，离不开气血平衡的稳态——“中和”。孙老指出，如果说中华文化的灵魂是“和”，中医医德的核心价值就是“仁”，中医医术的最高水平就是“调”，中医疗效的终极指标就是“平”。什么叫“调”？就是调整，调和，调理。调什么？调阴阳，调气血，调气机的升降出入、消长机转。调到什么程度？调到平衡，调到“中和”。所以，在调气血的前提下，还要善于平升降、衡出入。综合一句话，就是“致中和”。

所以，孙老临床辨证遣方选药，总是“谨察阴阳之所在而调之，以平为期”，审诊疗之中和，致机体之中和。观其处方，多以参、芪、丹参为君药共调气血，并作为“中和”班底，率领加减诸药，组成“中和”团队（自拟“调气活血抑邪汤”），平升降，衡出入，以达用药中和，而使机体中和。

2 孙光荣教授临证组方用药经验

2.1 遣方选药基本原则——心中有大法 笔下无死方 孙老幼承庭训，深研经典，继拜名师，博采众长，中医功底尤为深厚。经过长期临床实践，他达到了“心中有大法，笔下无死方”的境界，擅长以调阴阳、和气血为纲治疗疑难杂症，善用单方复方祛顽痼疾，经方时方尽为所用。

中医治病，当先审证求因，明确病机，然后确定治则治法，再遣方选药，如果“执医方以医病，误人深矣！”孙老认为，作为中医，背诵经典和汤头歌诀是基本功，没有这种“垫底”的功夫，就无法行医；但是，疾病和证候是千变万化的，中医辨证论治的精髓就是因人、因时、因地制宜，而不是用统一的“套餐”，不是用程式化的“套路”，大部分的“汤头”必须悉罗于胸中，但又要化裁于笔下，而不能墨守成方。因此，临证处方之时，孙老都会根据已经确定的治则治法，按照“君、臣、佐、使”的结构形式，对选用的基本方进行重组，并随症加减用药，巧妙地用古方治疗今病。既源于古方，又高于原方，一方中的，奇效非凡。细研其方，君臣佐使，井然有序，虽不套“汤头”，却方中有方。且药精量小，有如调兵遣将，知人善任，贵在精，贵在巧，讲究“中病即止”，注重“不滥伐无过”，尽显医者之王道，而无“大兵团”（大处方）的霸道之气。

2.2 用药特点——常用对药，善用角药 孙老教授临床组方用药灵巧机动，颇具特色。尤其是“对药”及“角药”的运用，使升降相因，出入相衡，动静相合，阴阳相扣，最能体现孙老的“中和”学术思想。

孙老临床多施对药，或相互辅佐，或相互制约，或互为佐制。常用的对药有：广陈皮、法半夏，川郁金、佩兰叶，生薏苡仁、芡实仁，云茯神、炒枣仁，石菖蒲、炙远志，制首乌、明天麻，西藁本、蔓荆子，大生地黄、大熟地黄，麦冬、天冬，炙冬花、炙紫苑，龙骨、牡蛎，乳香、没药，蒲公英、金银花，川杜仲、川牛膝，全瓜蒌、薤白，炒枳壳、制川厚朴，制香附、延胡索，浮小麦、麻黄根，旱莲草、女贞子，金樱子、车前子，桑白皮、冬桑叶。

孙老临床还善用角药，三味一组，相须相使，相畏相杀，有机配伍，三足鼎立，互为犄角。常用的有来自经方或小方的角药：黄连、半夏、瓜蒌，茵陈、栀子、大黄，甘草、小麦、大枣，猪苓、茯苓、泽泻，黄连、香薷、厚朴，黄柏、苍术、牛膝，柴胡、黄芩、半夏，大黄、附子、细辛，防风、黄芪、白术，大黄、黄芩、黄连，北杏仁、白蔻仁、薏苡仁，白芥子、紫苏子、莱菔子，润玄参、麦冬、生地黄，人参、麦冬、五味子，附子、干姜、炙甘草；也有自创的角药：人参、黄芪、丹参，菊花、白芷、川芎，银柴胡、地骨皮、炙鳖甲，川杜仲、北枸杞、山萸肉，桑白皮、冬桑叶、枇杷叶，大腹皮、云苓皮、冬瓜皮，白花蛇舌草、半枝莲、天葵子，乌贼骨、西砂仁、鸡内金，制首乌、明天麻、石决明，西藁本、蔓荆子、粉葛根。

2.3 组方特点——以参、芪、丹参为君 自拟“调气活血抑邪汤” 人参、黄芪、丹参，是孙老最常用的自创角药，也是孙老自拟“调气活血抑邪汤”诸方的君药。孙老临证多以参、芪、丹参为君药，配合其他角药、对药，益气理血，扶正祛邪，组成自拟“调气活血抑邪汤”，治疗中医内科、妇科及肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂症，助益机体达到“中和”稳态，疗效显著。

人参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智；黄芪则有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效；丹参功能活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功。”三药合用，气血并调，共奏

补气行气，养血活血之功，以求机体气血“中和”的稳态；再配合其他角药、对药，扶正抑邪，助益中和，组成“调气活血抑邪汤”。上述三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量也很少超过 15g 的，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

3 孙光荣教授“中和”学术思想对妇科病的认识

孙光荣教授认为，万病乃气血失和。女子以血为主，气顺血旺则经带调，孕育常。若因禀赋不足、六淫七情、房劳多产、饮食失节、劳逸过度等，导致气血中和稳态失衡，则可发为妇科病，表现各异，治疗困难。

孙老根据自己几十年的临床经验，认为妇科病虽然病因不一，病机复杂，但总不离气血逆乱之宗，治疗唯有调理气血，使气充血安，月经自和，他病亦消。诚如张景岳所云：“治妇人之病，当以经血为先，而血之所主，在古方书皆言心主血、肝藏血、脾统血，故凡伤心、伤脾、伤肝者，均能为经脉之病。”因此，在诊治妇科病的原则上，孙老遵《素问·五常政大论》“上取下取，内取外取，以求其过”“病在上，取之下；病在下，取之上”，即上之病宜下取，下之病宜上取。心肝脾病，可致经带之病；经带为病，亦能伤心肝脾肾。故临证之时，应根据主诉，结合全身症状、舌脉，审证求因，治病求本，做到上下并调，内外合治，标本兼顾，攻补同施，而使脏腑顺安，气血畅通，机体中和，经带正常。

4 孙光荣教授运用“中和”理论诊疗妇科病验案赏析

4.1 月经后期 月经后期，又称“经期错后”“经迟”，指月经周期较正常推迟 7d 以上。可因血虚、阴虚、气滞、痰阻、寒凝、血瘀等，引起营血虚滞，甚者伴经量过少，常可发展为闭经。

案 1 经行衍期，多思厌食，眠艰多梦，证属心脾两虚，痰瘀内阻，治以益气健脾，养血安神，佐以活血通经。

童某，女，28 岁。

2010 年 1 月 15 日首诊：月经衍期 2 周，色深有块，多思，神难守一，尤厌冷食。舌淡红苔少，脉细稍数。辨证：心脾两虚，痰瘀内阻。治则治法：益气健脾，养血安神，佐以活血通经。处方：生晒参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，益母草 10g，法半夏 7g，广陈皮 7g，西砂仁 5g，萆澄茄 4g，佩兰叶 6g，川杜仲 12g，炙远志 6g，石菖蒲 6g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，灵磁石 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 3 月 19 日 2 诊：服上方后已见效，月经正常，但春节后他症反复，现不寐，胃不舒，经期提前，舌淡苔少，脉细稍数。上方去萆澄茄、佩兰叶、川杜仲，加乌贼骨 10g，鸡内金 6g，夜交藤 10g。服法同前。

2010 年 4 月 2 日 3 诊：服前方病情稳定，现多梦，夜咳，舌淡紫、苔薄白，脉弦细。前方去益母草、乌贼骨、西砂仁、鸡内金、灵磁石，加桑白皮 10g，麦冬 12g，宣百合 10g，炙百部 10g，白蔻仁 6g。服法同上。

按语：对于本病，朱丹溪提出“过期而来，乃是血虚，宜补血，用四物加黄芪、陈皮、升麻”，此乃常理。余师则根据患者多思厌食与眠艰多梦互见的特点，认为导致月经衍期的根本是忧思伤脾，心神失养，虽“病在下”，但宜“取之上”，治疗重在健脾和胃以增纳化，养心安神以通经脉。正所谓不治而治，使脏腑功能正常，冲任气血调和，血海蓄溢有常，胞宫藏泻有时，月经行止有期。

4.2 崩漏 崩漏是指妇女不在月经期，突然阴道大量下血，量多如注，或淋漓不断，前者称为“崩中”，后者称为“漏下”。若经期延长达 2 周以上者，应属崩漏范畴，称为“经崩”或“经漏”。本病属妇科常见病，常因崩与漏交替，

因果相干，致使病变缠绵难愈，成为妇科的疑难重症。历代医家都将崩漏专立门类进行论述，至今仍为妇科讨论、研究的重点。崩漏相当于西医学无排卵性功能失调性子宫出血。现代医学虽然对其病因研究较为透彻，但在治疗上始终应用激素止血及进行人工周期调节，虽然在用药期间可起到止血、建立正常月经周期之效果，但停药之后易反复发作，同时长期服用激素有明显的副作用。而中医药有多系统、多环节的整体调节作用，用于临床安全而有效。

本病的主要病机是冲任损伤，不能固摄经血。而引起冲任不固的常见原因有肾虚、脾虚、血热、血瘀、气郁、湿热等。本病以无周期性的阴道出血为辨证要点，临证时结合出血的量、色、质变化和全身证候辨明寒、热、虚、实。治疗应根据病情的缓急轻重、出血的久暂，采用“急则治其标，缓则治其本”的原则，灵活运用塞流、澄源、复旧三法。

案 2 月经不调，淋漓不断，证属肝肾阴虚，热扰冲任，治以滋肾敛肝，益气止血。

辛某，女，36 岁。

2009 年 4 月 10 日初诊：经期紊乱，经血色黑有块，淋漓不断，白带量多。

患者 10 年前人工流产后至今未孕。3 月 4 日经来后至今未净，白带增多。经期紊乱，经血色黑有块，淋漓不断。舌淡红，苔少，脉弦数。

专科检查：前位子宫，宫体大小：6.2cm×5.3cm×5.4cm，形态稍饱满，肌层回声稍欠均匀，后壁探及一不均质回声区，范围 3.2cm×2.5cm，边界欠清晰，内膜线略向前偏移，厚 0.9cm。

西医诊断：子宫肌瘤。中医诊断：崩漏。辨证：肝肾阴虚，热扰冲任。治则：滋肾敛肝，益气止血。处方：白晒参片 15g，生北黄芪 15g，紫丹参 15g，云茯神 15g，炒白术 10g，当归片 12g，炙远志 10g，炒酸枣仁 15g，龙眼肉 10g，蒲黄炭 15g，地榆炭 15g，阿胶珠 15g，山慈菇 10g，蒲公英 15g，生甘草 5g，大枣 5 枚，生姜 3 片。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

2 诊：血压高（舒张压高），头胀，晨起脐周疼痛，腰酸。舌红、苔少，脉稍数。处方：石决明 20g，川牛膝 15g，法半夏 10g，广陈皮 10g，生北黄芪 10g，益母草 10g，当归片 10g，炒白术 10g，云茯神 15g，炙远志 6g，炒枣仁 12g，龙眼肉 10g，地榆炭 15g，茜草炭 15g，延胡索 10g，田三七 6g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。紫河车粉 99g，每次 3g，每日 2 次，冲服。

3 诊：服上方后漏止已 5d，晨起头胀，脐周不适，血压偶有升高。舌红、苔少，脉稍数。处方：石决明 20g，川牛膝 15g，川杜仲 15g，西藁本 10g，正川芎 6g，益母草 10g，当归片 10g，炒白术 10g，云茯神 15g，炙远志 6g，炒酸枣仁 12g，地榆炭 15g，茜草炭 15g，田三七 6g，龙眼肉 10g，广木香 6g（后下），大枣 7 枚，鲜生姜 3 片，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

按语：经云：“阴虚阳搏谓之崩”，是言造成崩漏病机，责之于阴虚。本例崩漏患者的病机根本亦是肝肾阴虚，阴不敛阳，导致肝阳妄动，虚火干扰冲任二脉，使冲任失其开阖之常，致经血非时而下。肝肾不足则腰酸；阴不敛阳，肝阳妄动则头胀。另外，本例患者还有瘀象之象，如白带多，经血色黑有块。因此，在滋肾敛肝，益气止血的基础上外加活血祛瘀之品而收效。

案 3 月经淋漓不断，少腹坠胀，证属气滞血瘀，热扰冲任，治以理气活血，凉血止血。

吕某，女，24 岁。

2011 年 5 月 13 日初诊：漏证。自今年二月以来，月经淋漓不断，色红有块，少腹坠胀，经补气、止血治疗，疗效不显。舌淡、苔少，脉弦且涩。辨证：气滞血瘀，热扰冲任。治则治法：理气活血，凉血止血。处方：西洋参 12g，生北黄芪 15g，紫丹参 7g，益母草 10g，制香附 10g，吴茱萸 10g，茜草炭 10g，蒲黄炭 12g，生地黄炭 12g，阿胶珠 12g，蒲公英 12g，延胡索 10g，黄芩炭 10g，川郁金 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 5 月 20 日 2 诊：服前方后，月经淋漓不断明显好转，现仍有少量咖啡色分泌物，少腹已不胀。舌红，苔少，脉细濡。上方去生地黄炭、延胡索、川郁金，加川草薢 12g，薏苡仁 12g，玉米须 6g，杭白芍 15g，制川朴 5g。服法同前。

2011 年 7 月 1 日 4 诊：前方加减服用一月余，月经淋漓已止，现感心悸，腹胀。舌红、苔少，脉弦小。处方：生晒参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 7g，益母草 10g，阿胶珠 10g，蒲公英 15g，蒲黄炭 15g，生地黄炭 12g，地榆炭 12g，杭白芍 12g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，龙眼肉 10g，炙远志 6g，大红枣 10g，灵磁石 10g，大腹皮 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 7 月 22 日 5 诊：服前方后，症状缓解，腹胀不显，月经至，五日，色质正常。舌红、苔少，脉细缓。上方去杭白芍、大腹皮，加金银花 15g，服法同前。

2011 年 7 月 29 日 6 诊：服前方后，月经淋漓反复，减少但未尽。舌红、苔少，脉细。处方：生晒参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 5g，当归身 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，炙远志 6g，龙眼肉 10g，大红枣 10g，牡丹皮 10g，川郁金 10g，生地黄炭 10g，地榆炭 10g，蒲黄炭 15g，生甘草 5g，鲜姜 3 片。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

服上方后月经淋漓已止，病情稳定。

按语：本例患者经血非时而下，量少势缓，当属祖国医学“崩漏”之“漏证”。其经血淋漓不断，色红有块，少腹坠胀，脉弦且涩，乃因瘀滞冲任，血不循经，运行不畅，治宜活血祛瘀，固冲止血，此为“通因通用”“反治”之法。而《丹溪心法》指出：“夫妇人崩中者，由脏腑损伤冲任二脉，血气俱虚故也。”故余师方以参、芪、丹参为君，益气理血，提气摄血，其中丹参一味抵四物，乃活补同用之妙品；再选用阿胶珠补血止血，益母草活血调经，炭类药凉血止血；配合制香附、川郁金、延胡索等理气解郁，调经止痛，蒲公英、金银花、牡丹皮等清热凉血；并根据脾虚湿停而白带量多之标证，加用川草薢、薏苡仁、玉米须等分清泌浊，效著。后患者月经淋漓反复，时感心悸，腹胀，舌淡，苔少，心脾两虚证候明显。又据《丹溪心法》：“治宜当大补气血之药，举养脾胃，微加镇坠心火之药，治其心，补阴泻阳，经自止矣。”于是余师把握病证关键，改用归脾汤加减，调理月余，终使经漏顽疾得以平复。

4.3 闭经 女子年逾 18 周岁，月经尚未来潮，或月经来潮后又中断 6 个月以上者，称为“闭经”，前者称原发性闭经，后者称继发性闭经，古称“女子不月”“月事不来”“月信不行”“经水不通”“经闭”等。妊娠期、哺乳期或更年期的月经停闭属生理现象，不作“闭经”论。闭经的发病机理主要是冲任气血失调，有虚、实两个方面，虚者由于冲任亏败，源断其流；实者因邪气阻隔冲任，经血不通。导致闭经的病因复杂，有先天因素，也有后天获得，可由月经不调发展而来，也有因他病致闭经者。辨证重在辨明虚实或虚实夹杂的不同情况。治疗上，虚证者治以补肾滋肾，或补脾益气，或补血养阴，以滋养经血之源；实证者治以

行气活血，或温经通脉，或祛邪行滞，以疏通冲任经脉。本病虚证多实证少，切忌妄行攻破之法，犯虚虚实实之戒。

案 4 继发性闭经，消瘦，面暗，口干，尿黄，寐差。证属阴虚血瘀，冲任失调。治以滋阴养血，通经活血。

文某，女，35 岁。

2011 年 6 月 10 日初诊：继发性闭经。自 2010 年春季以来，月经自行停止。现面色晦暗，消瘦，尿黄，寐差，口干。舌淡紫、苔黄，脉细涩。辨证：阴虚血瘀，冲任失调。治则治法：滋阴养血，通经活血。处方：西洋参 12g，生北黄芪 15g，紫丹参 10g，大熟地黄 12g，阿胶珠 10g，益母草 15g，川郁金 10g，制香附 10g，大生地黄 10g，赤芍药 12g，金银花 12g，制何首乌 15g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，无柄芝 3g，川红花 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 6 月 24 日 2 诊：服前方后，诸症好转，月经未至。舌淡红，苔白，脉沉细。上方去金银花，加北枸杞 15g，服法同前。

2011 年 7 月 15 日 3 诊：服前方后精神转佳，少腹痛，下肢疼，月经未至。舌淡、苔白，脉细。处方：生晒参 15g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，益母草 15g，制香附 10g，川郁金 10g，阿胶珠 10g，延胡索 10g，川牛膝 10g，川红花 10g，吴茱萸 10g，生甘草 5g。14 剂，每日一剂，水煎内服，每日 2 次。

服上方后月经至，继续调理两个周期，月经正常。

按语：《景岳全书·妇人规》曰：“凡妇女病损，至旬月半载之后，则未有不闭经者。正因阴竭，所以血枯，枯之为义，无血而然。”闭经的病因主要有饮食不当、情志失调、寒湿内侵、劳伤产后等。而本案患者并无明显的上述发病因素，根据其病史、症状，结合舌脉，当属久病脾虚，气血生化乏源，肾阴不得滋养，冲任无血可下，表现为经闭，消瘦，舌淡，脉细。而正气虚极，必血流艰涩，甚至枯涸，而生瘀证，表现为面色晦暗，舌紫，脉涩。阴虚内热，心肾不交，则表现为口干，尿黄，寐差，舌苔黄。因此，本案闭经缘于阴血不足，血海无血，有如水库无水，若直接开闸并无经水满溢外泄。故治疗上，余师用熟地黄、生地黄、阿胶珠生血补血，制首乌、无柄芝、北枸杞滋肾养阴以储水，并用益母草、川红花、赤芍药等活血通经以开闸，随症加减用药。诚如《景岳全书·妇人规》所言：“欲其不枯，无如养营；欲以通之，无如充之。但使雪消则春水自来，血盈则经脉自至，源泉混混，又孰有能阻之者？”足以预见本病远期疗效。

案 5 闭经并不寐、纳呆，证属肝郁脾虚，心肾不交。“补以通之，散以开之”，心、肝、脾、肾四经同治，不治之治意也。

贾某，女，25 岁。

2009 年 7 月 9 日初诊：产后停经 2 年，不寐、纳呆 1 年。刻下症见：寐差，纳不香，恶油，脱发，消瘦，心烦，下肢无力，口干不引饮。舌淡、苔黄腻，脉细涩且沉。诊断：闭经。辨证：肝郁脾虚，心肾不交。治则：疏肝健脾，交通心肾，养血活血通经。处方：生晒参 10g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，制何首乌 15g，明天麻 10g，益母草 10g，法半夏 7g，广陈皮 7g，佩兰叶 6g，阿胶珠 12g，北枸杞 15g，生龙齿 15g（先煎），乌贼骨 10g，怀山药 12g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

2 诊：服上方后，自感稍好转，但月经仍未至，怕冷，消瘦，无力，仍寐差，纳差。舌淡、苔黄润，脉细涩。上方改生晒参为西洋参；去法半夏、广陈皮、佩兰叶、北枸杞、怀山药、生甘草，加谷麦芽各 15g，西砂仁 4g，薏苡仁 20g，

芡实仁 20g。因患者此时脾失健运之证明显，故加上此四药以助健脾之功，益后天之本。

3 诊：月经未至，仍难寐，多梦，纳差，多汗，消瘦，腹胀，脚肿。舌绛，苔少，脉细涩。因患者脉有涩象，并出现水肿之象，随证调方，治以理气利水，活血调经。处方：生晒参 15g，生北黄芪 15g，紫丹参 10g，益母草 15g，浮小麦 15g，当归片 10g，阿胶珠 10g，川红花 10g，乌贼骨 10g，生龙齿 15g（先煎），大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制川厚朴 12g，云苓皮 12g，合欢皮 10g，川杜仲 12g，冬瓜皮 10g，车前仁 10g（包煎），谷麦芽各 15g，鸡内金 6g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

4 诊：服上方后纳眠可，脚稍肿，腹仍胀，月经未至。舌绛、苔少，脉细涩。因纳眠已可，仅有肿胀，更方如下：生晒参 15g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，益母草 15g，鸡骨草 12g，田基黄 15g，薏苡仁 15g，川红花 6g，云苓皮 10g，赤小豆 10g，车前仁 10g（包煎），麻黄根 10g，制何首乌 15g，阿胶珠 10g，浮小麦 15g，当归片 15g，金樱子 10g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

服上方后，月经至，腹胀、脚肿消失，病情平稳。

按语：不寐之因颇多，但缘于阳不入阴，心肾不交而致不寐者较为常见。诚如清代名医林佩琴《类证治裁·不寐论治》中所说：“阳气自动而之静则寐，阴气自静而之动则寤，不寐者，病在阳不交阴也。”产后耗血伤阴，阴虚内热，以致产后经闭；肝肾阴亏，心肾不交，血虚受风而脱发；肝郁脾虚，则纳差，恶油，消瘦，下肢无力。孙老采用水火两济、疏肝健脾法治疗是证，颇多效验。心火下交于肾水，肾水上济于心火，心肾阴阳交通，水火既济，则昼兴夜寐。《傅青主女科》云：“肾气本虚，又何能盈满而化经水外泄耶。”此方心、肝、脾、肾四经同治药也，妙在“补以通之，散以开之”而经水自调，正乃不治之治意也。

4.4 带下病 正常女子自青春期开始，肾气充盛，脾气健运，任脉通调，带脉健固，阴道内即有少量白色或无色透明无臭的粘性液体，特别是在经期前后、月经中期及妊娠期量增多，以润泽阴户，防御外邪，此为生理性带下。若带下量明显增多，或色、质、气味异常，即为带下病。《女科证治约旨》说：“若外感六淫，内伤七情，酝酿成病，致带脉纵弛，不能约束诸脉经，于是阴中有物，淋漓下降，绵绵不断，即所谓带下也。”在《诸病源候论》中还有五色带下的记载，有青、赤、黄、白、黑五色名候，指出五脏俱虚损者，为五色带俱下。临床上以白带、黄带、赤白带为常见。带下病以带下增多为主要症状，临床必须辨证与辨病相结合进行诊治。西医妇科疾病如阴道炎、宫颈炎、盆腔炎及肿瘤等均可见带下量多，应明确诊断后按带下病辨证施治，必要时应进行妇科检查及排癌检查，避免贻误病情。带下病以湿邪为患，故其病情缠绵，反复发作，不易速愈，而且常并发月经不调、闭经、不孕、癥瘕等疾病，是妇科领域中仅次于月经病的常见病，应予重视。

案 6 赤白带患者，月经提前，色黑有块，腰痛，多梦，心烦，易怒。证属阴虚阳亢，湿热瘀结，治以滋阴潜阳，清热利湿，活血解毒，兼以凉血止血。

李某，女，32 岁。

2011 年 7 月 15 日首诊：白带，心烦，易怒，月经提前，色黑有块，腰痛，眼花，多梦，便粘，多发口腔溃疡。舌红、苔少，脉弦小。辨证：阴虚阳亢，湿热瘀结。治则治法：滋阴潜阳，清热利湿，活血解毒。处方：西洋参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g，制何首乌 15g，明天麻 10g，蒲公英 12g，川杜仲 15g，川草薢 10g，山慈菇 10g，焦三仙各 15g，

大红枣 10g, 生甘草 3g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎内服, 每日 2 次。

2011 年 7 月 29 日 2 诊: 服前方后腰痛, 多梦, 月经不调等症状好转, 但盆腔炎症存在, 白带偶有血丝。舌淡, 苔少, 脉细。上方紫丹参减量为 7g, 蒲公英增量为 15g, 加金毛狗脊 10g, 地榆炭 10g。7 剂, 服法同前。

2011 年 9 月 2 日 3 诊: 服前方后精神明显好转, 诸症减轻, 但仍有白带夹血丝。舌淡, 边尖有齿痕, 苔少, 脉弦缓。处方: 西洋参 12g, 生黄芪 12g, 紫丹参 5g, 云茯神 15g, 炒酸枣仁 15g, 合欢皮 10g, 山慈菇 10g, 桑螵蛸 10g, 川萆薢 10g, 地榆炭 10g, 生地黄炭 10g, 阿胶珠 10g, 大红枣 10g, 车前子 10g, 生甘草 5g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎内服, 每日 2 次。另方: 蒲公英 12g, 蛇床子 10g, 白藓皮 10g, 白花蛇舌草 15g, 半枝莲 15g, 鱼腥草 15g, 紫苏叶 15g, 煅龙骨 15g, 煅牡蛎 15g, 蒲黄炭 15g, 白茅根 15g, 生甘草 5g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎外洗阴部, 每日 2 次。

内服外治, 双管齐下, 调理月余, 赤白带止, 诸症好转, 病情稳定。

按语: 《傅青主女科》说: “夫带下俱是湿症。”正常带下的产生与肾气盛衰、天癸至竭、冲任督带功能正常与否有重要而直接的关系。若肾气旺盛, 所藏五脏六腑之精在天癸作用下, 通过任脉到达胞中, 在督脉的温化和带脉的约束下生成生理性带下。若内外湿邪为患, 侵袭胞宫, 以致任脉损伤, 带脉失约, 则发为带下病。临证应根据带下的量、色、质、气味, 结合伴随症状及舌脉、病史综合分析, 辨清寒热虚实。孙老认为, 白带味腥臭、质粘稠是湿热下注的表现, 白带清亮、稀薄则提示肾元亏损, 红白夹杂则癌变可能性大。本案患者出现赤白带, 从其全身症状、舌脉来看, 当为阴虚夹湿, 阴不敛阳, 湿浊从阳化热, 湿热蕴毒, 下注任带所致。而水湿内停, 气机阻滞, 瘀久化热, 血不循经, 月事提前, 白带夹红。吾师遂以益气养阴之法扶正, 清热利湿, 活血解毒, 凉血止血之法祛邪, 标本兼顾, 内服外治, 双管齐下, 奇效可待! 吾师还强调带下病缠绵难愈, 善后调补脾肾以固本, 方可巩固疗效, 减少复发。

案 7 白带增多、黄稠, 伴阴痒, 既往有宫颈炎及盆腔积液病史。证属脾肾亏虚, 湿热下注。治以健脾固肾、理气祛湿、涩精止带。

孙某, 女, 23 岁。

2011 年 8 月 5 日初诊: 带下病。近半年来, 胃脘不适, 食欲减退, 腰酸, 白带增多、黄稠, 阴痒。既往有宫颈炎及盆腔积液病史。舌淡, 苔少, 脉细涩。辨证: 脾肾亏虚, 湿热下注。治则治法: 健脾固肾、清热祛湿。处方: 西洋参 10g, 生北黄芪 10g, 紫丹参 10g, 乌贼骨 10g, 西砂仁 4g, 萆薢 4g, 制川厚朴 6g, 川杜仲 10g, 阿胶珠 10g, 川萆薢 10g, 生薏苡仁 15g, 芡实仁 15g, 蒲公英 15g, 白藓皮 10g, 生甘草 5g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎内服, 每日 2 次。另方: 蛇床子 15g, 百部根 15g, 白藓皮 15g, 蝉蜕 6g, 皂角刺 10g, 地肤子 15g, 鱼腥草 12g, 蒲公英 15g, 金银花 15g, 煅龙骨 10g, 煅牡蛎 10g, 生薏苡仁 15g, 生甘草 5g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎外洗阴部, 每日 2 次。

2011 年 8 月 26 日 2 诊: 内服前方后白带减少, 但腹泻; 外用前方后, 阴痒减轻。舌红、苔少, 脉细涩。针对腹泻, 更方如下: 生晒参 10g, 生北黄芪 10g, 紫丹参 10g, 乌贼骨 10g, 西砂仁 4g, 川萆薢 10g, 焦三仙各 15g, 藿香叶 6g, 延胡索 10g, 大腹皮 10g, 蒲公英 12g, 车前子 10g, 生甘草 5g。7 剂, 服法同前, 腹泻止后, 服用首诊方药。外洗方同上, 续用。

内服外治, 双管齐下, 调理月余, 白带减少, 阴痒消失, 病情稳定。

按语: 本病属祖国医学“带下病”“阴痒”范畴, “治外必本诸内”, 应采

用内服与外治、整体与局部相结合辨证施治。带下量多、黄稠，伴阴痒，多为肝经湿热下注，带下浸渍阴部，或湿热生虫，虫蚀阴中以致阴痒。而湿邪为患，带下为病，脾肾功能失常又是发病的内在条件。因此，本病为本虚标实之证，治疗上应着重调理肝、脾、肾三脏，扶正祛邪，标本兼治。本案孙师即在益气升阳、温中健脾、补益肝肾的基础上配用西砂仁、生薏苡仁、芡实仁之类健脾固肾、理气祛湿、涩精止带，川萆薢、车前仁之属利尿，使邪有出路；同时另方用蛇床子、百部根燥湿、杀虫，白藓皮、蝉蜕、皂角刺、地肤子止痒，鱼腥草、蒲公英、金银花清热解毒，煅龙骨、煅牡蛎收敛固涩以止带，生薏苡仁健脾利湿，水煎外洗。诸药合用，内外同治，使脾气健、清阳升、湿邪除，任带二脉得固而收全功。

4.5 子宫肌瘤 子宫肌瘤是女性生殖器最常见的良性肿瘤，临床表现为月经周期缩短、经量增多、经期延长，白带增多，腹块，腹痛，腰酸，下腹坠胀，压迫症状，不孕，继发性贫血等。目前现代医学治疗子宫肌瘤的方法有药物治疗、手术治疗、介入治疗，价格昂贵且病人不易接受。中医对子宫肌瘤的治疗积累了丰富的经验，包括辨证论治、中成药治疗以及针灸疗法等。中医药治疗子宫肌瘤，既可使肌瘤消散，又可免除患者手术之苦，保留生育功能，独具优势，有着较为广阔的前景。

案 8 子宫肌瘤伴盆腔积液，去疾求子，证属阴血亏虚，瘀毒内结，治以滋阴养血，解毒散结利湿，养精种子。

施某，女，38 岁。

2010 年 7 月 23 日初诊：子宫肌瘤 2 年，伴盆腔积液。2010 年 3 月 16 日超声所见：子宫肌瘤，盆腔积液；右侧卵巢长径：3.0cm，左侧卵巢长径：2.8cm；子宫后方可见液性暗区，厚径 1.8cm。刻下：多梦，消瘦，面色无华，皮肤干涩，月经准期，质稠。舌红、边有齿痕、苔薄，脉细涩。中医诊断：癥瘕，痰饮。证属阴血亏虚，瘀毒内结，治以滋阴养血，解毒散结利湿，养精种子。处方：西洋参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 7g，山慈菇 10g，猫爪草 10g，生薏苡仁 15g，炒芡实 15g，萆薢子 10g，川杜仲 12g，鸡内金 6g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，阿胶珠 12g，大生地黄 10g，杭白芍 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

2010 年 7 月 30 日 2 诊：服前方后，病情稳定，便稀，带稠，略呈红色，多梦，舌红边有齿痕，苔少，脉细稍涩。上方去川杜仲、鸡内金、阿胶珠、生地黄、杭白芍，加炒广曲 15g，车前子 10g，制何首乌 15g，生龙齿 15g。服法同前。

2010 年 8 月 6 日 3 诊：服上方后，病情稳定，舌淡边有齿痕，苔花剥，脉细稍涩。求嗣。上方去云茯神、炒枣仁、炒广曲、生龙齿，加阿胶珠 10g，制鳖甲 15g，路路通 10g，鸡内金 6g。14 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

按语：子宫肌瘤属于中医学“癥瘕”的范畴，是有形之邪，以胞中结块为主要特征；而盆腔积液则属于中医学“痰饮”的范畴，亦为实邪。本例兼有阴血亏虚之象，总的病机为正虚邪实，虚实夹杂。“实者攻之”“结者散之”，余师标本兼顾，扶正和祛邪相结合，方中山慈菇、猫爪草解毒散结；生薏苡仁、炒芡实补脾祛湿；萆薢子、车前子利水渗湿；阿胶珠、制何首乌益肾养血填精。诸药合用，共奏滋阴养血，解毒散结利湿，养精种子之效。

4.5 乳腺增生 乳腺增生是妇女常见病、多发病之一，多见于 25~45 岁女性，且发病年龄呈现低龄化。其本质上是一种生理增生与复旧不全造成的乳腺正常结构的紊乱。在我国，囊性改变少见，多以腺体增生为主，故多称乳腺增生症。临

床以乳腺肿块，乳腺疼痛为基本表现，大约 80% 的患者有乳房疼痛的症状，多双侧，也可单侧疼痛，疼痛性质分为胀痛、刺痛、窜痛、隐痛或触痛，可在月经前加重，也常在劳累、情绪变化、天气变化时加重。乳房肿块是诊断乳腺增生症的主要依据，多数为多发，肿块大小不等，质地硬或硬韧，不与皮肤粘连，表面常不光滑，触之有颗粒感。乳房肿块也有随月经周期变化的特点，经前肿块增大变硬，经后肿块缩小变软。除以上症状外，部分患者有乳头发痒，溢液及口苦胁胀、胸闷、厌食、月经紊乱等全身症状。西医认为乳腺增生发病原因主要是由于内分泌失调，故临床多用激素调节卵巢功能，但疗效不稳定，常反复发作，甚至恶变；如果采用手术治疗则会造成损伤，可能影响美观，远期疗效亦欠佳。而中医学认为，本病主要是由于劳倦内伤、郁怒伤肝、思虑伤脾、气滞血瘀、痰凝成核所致，称之为“乳癖”。多采用疏肝解郁、健脾益气、活血化瘀等方法，结合按摩、外敷等手段综合调治，并注重日常饮食、情志的调养及不良生活方式的改变，治愈率高。

案 9 乳腺增生，经期感觉胀痛明显，月经衍期，色黑，有块。证属气滞血瘀，痰凝乳络。治以理气止痛，活血化瘀，软坚散结。

何某，女，35 岁。

2011 年 5 月 13 日首诊：乳腺增生，胀痛在经期感觉明显。月经衍期，色黑，有块。舌紫、苔薄白，脉弦小。辨证：气滞血瘀，痰凝乳络。治则治法：理气止痛，活血化瘀，软坚散结。处方：生晒参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，益母草 10g，制香附 10g，丝瓜络 6g，山慈菇 10g，天葵子 10g，川郁金 10g，法半夏 7g，广陈皮 7g，延胡索 10g，蒲公英 15g，制鳖甲 15g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 5 月 20 日 2 诊：服前方后，病情稳定，右侧乳腺增生已有软化、缩小，手足凉。舌淡紫，苔薄白，脉弦小。前方加珍珠母 15g，伸筋草 10g，14 剂，服法同前。

2011 年 6 月 10 日 3 诊：服前方后，右侧乳腺增生缩小，但觉痒，月经有味。舌绛、苔白，脉弦。处方：西洋参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，北柴胡 10g，川郁金 10g，广橘核 6g，制香附 10g，丝瓜络 6g，山慈菇 10g，珍珠母 15g，制鳖甲 15g，皂角刺 10g，延胡索 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 6 月 17 日 4 诊：服前方后乳腺增生已明显缩小，右侧已基本消散，但偶有腹泻。上方去延胡索，加焦三仙各 15g，车前仁 10g，服法同前。

2011 年 7 月 15 日 5 诊：服前方后，乳腺增生缩小，现四肢凉，自汗。舌淡紫、苔薄黄，脉细涩。处方：生晒参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，山慈菇 10g，丝瓜络 10g，制鳖甲 15g，珍珠母 15g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，浮小麦 15g，生甘草 5g。7 剂，服法同前。

2011 年 8 月 26 日 8 诊：前方加减服用一个月后，右侧乳腺增生已消散，左侧尚有三粒小结节，偶有自汗。舌绛，苔白滑，脉弦小。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，山慈菇 10g，丝瓜络 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，制鳖甲 15g，麻黄根 10g，浮小麦 15g，阿胶珠 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

按语：本病属于祖国医学“乳癖”范畴。孙老认为，乳癖发病多因情志内伤、忧思恼怒。正如《外科正宗》所云：“忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得志者，致经络痞涩，聚结成核。”足阳明胃经过乳房，足厥阴肝经至乳下，足

太阴脾经行乳外。若情志内伤，忧思恼怒则肝脾郁结，气血逆乱，血阻为瘀，津聚成痰；复因肝木克土，致脾不能运湿，胃不能降浊，则痰浊内生；痰浊瘀血阻于乳络则为肿块疼痛。八脉隶于肝肾，冲脉隶于阳明，若肝郁化火，耗损肝肾之阴，则冲任失调，因“冲任二经，上为乳汁，下为月水”（《圣济总录》），故而乳房结块而疼痛，月事衍期而紊乱。验之于临床，乳房结块之大小和疼痛程度每随月经周期而改变，且多伴月经不调。本案即为气滞痰凝血瘀，冲任二经失调的典型病例。余师以理气止痛，活血化瘀，软坚散结之法治疗是证，并强调要善用丝瓜络等引经药，使药达病所；天葵子、山慈菇、制鳖甲等软坚散结之药应与参、芪等益气扶正之药合用，做到中病即止，避免过用伤正；善后还须补肾固本以减少复发。颇多效验，值得效法。（翁俊雄, 杨建宇, 李彦知, 等. 孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(21):8-14.）

文化传承

名老中医传承研究模式与研究方法

名老中医是中医学术造诣最深、临床水平最高的群体，是将中医理论、前人经验与当今临床实践相结合的典范。名老中医鲜活的临床经验和学术思想，是中医药薪火相传的主轴，也是中医药创新发展的源泉。近年来，在国家有关部门的大力支持下，诸多名老中医和相关课题组在这方面进行了不懈的探索，初步形成多层次、多模式和多方法的传承研究格局。

1 名老中医传承研究的基本内容

要全面传承研究名老中医的临床经验和学术思想，就必须从理论认识、实践经验、思辨特点、认知方式、道德修养等多个方面展开，并正确把握名老中医学术经验传承中的医术、医理、医道 3 个不同层次。

1.1 医术 医术，是名老中医传承研究最为直接的内容。主要是传承名老中医的临床诊疗经验、独特的技术手法等。中医学是一门实践性、经验性很强的学科。医术高明，是名老中医共有的特点。名老中医在长期的临床实践过程中，积累了丰富的临床经验，形成各具特色的诊疗技术。临床诊疗经验和技术手法的传承，必须坚持以临床实践为主要途径，通过师徒间的口传心授，反复实践，才能掌握。师承教育，在医术传承方面具有明显的、独特的优势。

1.2 医理 医理，是名老中医传承研究可持续发展的基点。主要是传承中医理论知识和名老中医的学术思想。学术思想是指名老中医在长期从事中医临床、科研与教学活动过程中，对中医学术某一方面或某一领域的问题，经过理性的思考与总结而形成的学术观点、学术见解或学术理论。医理传承就是在跟师学习过程中，不断加深对中医理论知识的掌握与理解，总结归纳、领会感悟名老中医的学术思想，并将其用于指导实践的可持续发展。

1.3 医道 医道是名老中医传承研究的最高境界。主要是传承名老中医的医德修养和独特的认知方法。医乃仁术，名老中医不仅熟知医理、精通医术，而且皆有高尚的医德修养。中医学发源于中国，与现代医学和其他自然科学相比，有着完全不同的起源、演变和思维模式，其对人体生命和疾病诊治过程的认知方式有着显著的特点。因此，中医学传承有赖于中国传统文化土壤，中医学传承的实质内容不仅是理论知识、实践技术、道德修为，更重要的是要把握其认知方式。传承名老中医的认知方法，应重点研究名老中医的临证思辨特点，掌握其临床思维模式及洞察疾病的能力。临证思辨特点是指名老中医在长期临证实践过程中形成的各具特色的认识病证、辨析病证、判断病证、治疗病证的特点，涉及诊察、辨证、论治的全过程，内容包括四诊采集、病因病机推求、辨证分型、确立治则治法、处方用药等方面。

2 名老中医传承研究的基本模式

传承，是中医学术经验延续发展的主要形式。传承，有自上而下传授、传递之意；承，有自下而上接受、继承之意。正是由于世代传承，才使名老中医的学术经验得以延续发展，并不断发扬光大。名老中医学术经验传承研究大致可以分为师徒型传承、院校型传承、科研型传承等基本模式。

2.1 师徒型传承 师带徒，是古代中医教育的主要形式，是符合名老中医经验传承规律的基本模式。传统师承教育一般以家传师授为主，教者言传身教，学者侍诊于师，耳濡目染，潜移默化。在师徒相承、口传心授的过程中，师者的学术经验得以传承，中医学术得以继承和发展，历史上许多有成就的医学家大多是通过师承方式接受中医教育而最终获得成就的。“师带徒”方式，对名老中医学术

经验的传承发挥了很大作用,尤其是在名老中医临证用药经验和传统操作技术传承方面具有优势。但是,由于师带徒多以临床侍诊抄方、总结病案的方式进行,加之跟师时间有限,难以全面系统地传承研究名老中医的学术经验,且老中医各有擅长,容易出现“各承家技,始终循旧”之弊,不可避免地存在一定的经验传承的局限性和“近亲繁殖”的趋同性。

2.2 院校型传承 院校教育,是现代中医人才培养的主要形式,也是名老中医学术传承的重要途径。官办中医学校发端于南北朝,嗣后,有唐代的“太医署”、宋代的“太医局”、明清时期的“太医院”,均专司或兼司医学教育之职。师承教育作为现代中医院校教育的补充形式,对于培养中医人才尤其是高层次的中医人才是十分必要的,也是切实可行的。在研究生、博士后培养过程中,将师承教育与院校教育有机地结合起来,取长补短,提高人才培养水平,同时也促进了名老中医学术经验的传承研究。但是,由于学生尚未进入独立临床阶段,师承教育的受体对师承教育的重要性、迫切性认识不足,继承的主动性和感悟程度也相对不足,不可避免地存在一定的经验传承的不确定性和“照虎画猫”的趋弱性。

2.3 科研型传承 科研型传承,是指通过科研立项专题研究的形式,开展名老中医的临床经验和学术思想研究工作。科技部先后在“十五”国家科技攻关计划、“十一五”国家科技支撑计划、国家重点基础研究计划(973计划)等国家重大科技计划中,设立了多项名老中医学术经验传承研究项目。

“十五”国家科技攻关计划设立“名老中医学术思想、经验传承研究”课题、“十一五”国家科技支撑计划设立“名老中医临床经验、学术思想传承研究”项目,以全国210位名老中医为研究对象,对名老中医个体的临床经验、思辨特点、学术思想、成才之路、养生经验进行全面地传承研究,同时开展名老中医群体共性规律的分析研究,创新研究方法,提高师承研究效率。

973计划“中医理论基础研究专项”自2005年设立以来,同样十分重视对名老中医学术经验的深入研究。先后设立了“中医基础理论的整理与创新研究整理性研究”“中医病因病机理论的基础与创新的研究”等项目,以邓铁涛、陈可冀、任继学、李玉奇、颜德馨等名老中医经验为基础,深入地开展理论创新研究。

以国家科研立项的形式,统一目标,统一要求,在全国范围内开展大规模的名老中医学术经验的传承研究,既是科研的创新,也是传承模式的创新。科研型传承作为一种全新的传承,不仅有利于名老中医个体和群体经验的研究总结,提高名老中医学术经验的传承水平和效率,而且可以通过“集体研究集体”“集体传承集体”的方式,更有利探索新型的中医人才培养模式,有利于中医学术的发展和 innovation。

3 名老中医传承研究的基本方法

有关名老中医传承的研究方法,有人将其归纳为:以人为线索的名老中医经验的研究总结;以疾病为线索进行名老中医经验的归纳总结;以方剂为线索的研究;以思维方法为线索的经验总结;以临床流行病学的方法进行临床观察和总结;与现代数学和计算机相结合进行总结等。结合目前名老中医临床经验传承研究情况,根据传承研究的主体内容,我们认为可以概括为以下几类。

3.1 基于现代信息技术的整理研究 以“十五”“十一五”名老中医研究项目为代表,采用引进现代信息技术研究方法,实现了现代信息技术研究方法与中医临床、文献的传统研究方法相结合、回顾性研究与前瞻性研究相结合、个体研究与群体研究相结合、纵向课题与横向课题相结合的研究方法。如:从师病历的采集与整理研究。按照“名老中医综合信息库”的要求,将整理好的从师病历上传,

原汁原味地保存名老中医的诊疗资料。在全面采集名老中医病历的基础上,运用数据统计与挖掘技术处理临床信息与数据,运用深度访谈的定性研究方法解释统计与挖掘结果,两种方法相结合,以客观的病历数据为基础,以名老中医本人的意见为主对数据挖掘结果进行分析,总结出既符合临床真实情况又反映老中医学术观点的经验。形成“人机结合、以人为本”的名老中医经验整理研究方法。在“十五”“十一五”名老中医传承研究项目中,研究者在应用多种信息技术全面采集从师病历的基础上,选取典型病历,从理、法、方、药、术等方面,全面感悟名老中医的临证思辨特点和处方用药规律,结合临床实践重复和对照,客观描述疗效,并第一次规范医案为提要、案体、按语的体例,整理成结构化的典型医案。整理后的典型医案,需提交给名老中医点评认可,在此过程中,名老中医也作为具体的研究者。名老中医与研究者互动的研究方式,也有效地保证了整理研究结果的真实性和可靠性。

3.2 基于临床的应用传承研究 名老中医学术经验的传承研究,不仅需要—个认识过程,也需要—个临床再实践的应用过程。通过临床应用研究,在实践中不断深化理论认识,提高名老中医临床经验的传承效率,这是名老中医传承研究的重要途径。

“十一五”国家科技支撑计划“名老中医临床经验(病证结合)应用与评价研究”课题,以“十五”名老中医诊疗经验分析整理成果为基础,选择16位名老中医专家有独特疗效的病种,开展名老中医临床经验(病证结合)应用研究。通过临床协作,研究其诊疗的独特性、创造性,进一步总结名老中医的学术思想,探索体现中医特色诊疗经验的评价方法。名老中医经验应用研究,既要遵循中医药学科特点,也要符合临床研究的设计原则与要求。在研究方法选择、研究对象及对照组的设置、研究病例数的计算、评价指标等方面,都需进行实事求是的科学设计。

3.3 基于创新理论传承研究 名老中医的学术经验,是中医理论创新发展的源头。973计划中医理论基础研究专项(简称中医理论专项)非常重视从名老中医经验中总结提升理论。近年来对邓铁涛教授提出的“五脏相关学说”,任继学教授的中医伏邪病因学说,颜德馨教授的气血学说,李玉奇教授的“毒热”病因学说等进行了理论创新研究。

名老中医理论创新研究模式,主要采取临床—总结—再临床—再总结模式。在研究方法上,李振吉教授总结提出了四步研究法,即第一步是由名老中医自己将多年的临证经验及其学术观点用一段理性文字进行概括描述;第二步是由课题组将名老中医提出的理论观点,与历代中医理论家的观点和现有的中医理论进行比较研究,发现其创新点;第三步是将名老中医的理论创新点应用于临床,扩大临床试验,验证其理论创新点的科学性和有效性;第四步是运用现代科技手段和方法,对名老中医理论创新点的科学内涵,进行现代科学的阐释与说明。该方法是传统研究方法与现代研究方法的有机结合,已在973计划中医理论专项多个名老中医理论创新研究课题中得以应用。这一研究方法,有效地指导了从名老中医学术经验中总结提升理论的研究工作。

总之,在名老中医学术经验传承研究模式与方法上,应遵循传统方法与现代方法结合、个体经验总结与群体规律探索结合的原则,充分利用现代科学技术,在全面采集名老中医诊疗、成才、养生等综合信息的基础上,从医术、医理、医道等多个层面,研究其临证经验、思辨特点和学术思想,挖掘个性特点,总结共性规律,提炼学术观点,并进而开展临床应用研究、理论创新研究,加强对中医

药学原来的知识体系、学术本质、理论精髓、特色优势的阐释和传承，从而引导人们创新的方向，使中医药的创新真正有利于中医药的发展。（徐春波，王思成，贺兴东，等．名老中医传承研究模式与研究方法[J]．世界中医药，2009，4(6):342-344.）

深化名老中医学术思想、思辨特点的传承研究

加强中医药文化建设的终极目的之一是提高中医药执业者的中医药文化素养,提高中医药的临床疗效。因此,深化名老中医学术思想、思辨特点的传承研究是加强中医药文化建设的重要内涵。

名老中医学术思想、思辨特点研究,直接关系到名老中医学术经验传承研究的成效和未来中医药学术继承创新的进程。本项研究必须回答:当代名老中医究竟有哪些学术思想、临床经验凸显中医药特色优势而值得传承?

名老中医学术思想、思辨特点的研究,要认知原创性,确保真实性,突出实用性。

一、关于名老中医的学术思想的研究

(一)、名老中医的学术思想,是名老中医在长期中医理论与临证实践中形成的继承与创新中医学术的指导思想;在名老中医学术经验的总结中具有首要地位;在名老中医学术经验传承中具有引领作用;名老中医的学术思想具有必有本源、必备验证、必属原创的三大特点。

学术思想,是对专门、系统学问的理论认知和实践经验的理论性、抽象性、创新性的总结。名老中医学术思想,就是对名老中医关于中医的理论认知与实践经验的理论性、抽象性、创新性的总结。其中,理论性,是学术思想的内容属性;抽象性,是学术思想的表述属性;创新性,是学术思想的根本属性。

例如,已故著名中医药学家蒲辅周老先生治疗老年病的学术思想是“六勿”:
“汗而勿伤,下而勿损,温而勿凝,消而勿伐,和而勿泛,吐而勿缓”。这“六勿”源予《医门法律·卷一·先哲格言》:实而误补,固必增邪,犹可解救,其祸小;虚而误攻,真气忽去,莫可挽回,其祸大。”蒲老根据自身的验案,针对老年病真气虚衰、血行不畅的共同特点,提出了治疗老年病要坚持“六勿”,用以指导临证,这一学术思想,既有本源,又有医案验证,内容具有理论指导偷值,表述抽象而又简明扼要,而尤为重要的是蒲老的原创。

再如,国医大师路志正老教授调理脾胃的学术思想是:“持中央,运四旁,怡情致,调升降,顾润燥,纳其常”,其本源是李东垣的《脾胃论》,其验证是路老的典型医案,内外调理、神形调理、升降调理的系统调理脾胃的指导思想是其创新。其内容的理论指导价值突出,其表述的方式系统简要抽象,其原创性十分凸显。

因此,名老中医的学术思想源于中医药经典和临证经验,而不是临摹经典名言或局限于一己之经验,这使我们深刻认识到三点:

(1)名老中医的学术思想,是名老中医在长期理论与临证实践中形成的继承与创新中医学术的指导思想。

(2)名老中医的学术思想在名老中医学术经验的总结中具有首要地位,在名老中医学术经验传承中具有引领作用。

(3)名老中医的学术思想具有必有本源、必备验案、必属原创的三人特点。

(二)研究名老中医的学术思想,必须领悟原创、追索本源、求证验案;总结名老中医的学术思想,必须尊重原创、提炼精华、阐述价值。

名老中医的学术思想研究,涵盖了名老中医的主观对中医学术客观的各个方面的认知,研究的对象是名老中医独家提出的关于中医的基础理论、临证实践的理论性、概念性、规律性的原创的新理念、新观点和新见解,能丰富中医理论,能启迪后人,能指导中医临证。因此,研究名老中医的学术思想是有高度、有深

度、有广度的科研工作，研究者必须从侍诊和研读典型医案入手，领悟原创、追索本源、求证验案，才能发现名老中医的学术思想。

(1) 领悟原创：当研究者在从师和整理医案中触及到名老中医的理论性、概念性、规律性的指导之时，要及时领悟是否是新理念、新观点、新见解，并立即查新，确认是否原创。

例如，国医大师张琪老教授提出：“水为万物之源，土为万物之母。二脏安和，则一身皆治；二脏不和，则百病丛生”。这就是张老对健康与疾病的认知，是基丁先天(肾)、后天(脾)的理论而原创的学术思想。

但是，目前有部分研究者未能将学术思想、思辨特点予以区分，将诊疗特色、用药经验甚至成才之路等的内容纳入了学术思想，不能体现名老中医学术思想的原创性和指导价值。比如“中医为主，中西医结合”、“继承不泥古，发展不离宗”、“法于自然，和于术数”、“急则治标、缓则治本。”、“整体辨证”、“整体观念指导防治疾病”、“扶正固本，以平为期”、“衷中参西，弘扬中医特色”等等，上述所总结提炼的都不是“学术思想”，更不是“名老中医学术思想”，绝对不是原创的“名老中医学术思想”。

(2) 追索本源：当发现属于名老中医原创学术思想之后，应进一步追索其本源，一是源于中医药经典，二是源于师承，三是源于自身临证经验，四是源于同道学术交流。惟有本源清晰，才能立论有据、阐述明白。

(3) 求证验案：本源清晰之后，应求证于名老中医自身的验案，证明本身运用这一学术思想指导临证取得了确凿的疗效，这是阐述学术思想所必须具备基本资料。如果找不到这类验案，则这一学术思想则难以成立。

通过深入研究之后。就进入总结名老中医的学术思想阶段。总结名老中医的学术思想必须尊重原创、提炼精华、阐述价值。

(4) 尊重原创：名老中医在研究中医理论和临证实践中，有的自己提出了鲜明的创见，有的可能只是表达了自己的独家的观点或见解，有的可能只是显示独到的诊疗经验，这就需要研究者发掘、总结其学术思想，但研究者的总结必须尊重名老中医的原创，既不能以徒代师、又不能套用借用，也不能张冠李戴，更不能无中生有，而必须来自名老中医的理论阐述或临证经验。

(5) 提炼精华：初步总结之后，要反复提炼，达到三个要求：一是要体现名老中医的原创思维；二是具有指导临证的实用价值；三是语言精练，表述抽象。

例如，国医大师任继学老教授用骨碎补、生车前子、炒车前子、生山楂、炒山楂五味药组成“结肠炎奇效散”，大量的案例证明治疗结肠炎确实有奇效，而且属于任老原创，如果不能从中领悟到所蕴含的学术思想，就只能传此方、治此病，这样就距离“名老中医临床经验、学术思想传承”的目的甚远。如果由典型医案入手，发现任老创立此方体现出“通塞两法合用则通塞之药可生炒并用”的学术思想，那就可以推而广之地运用任老的临证用药经验了。

学术思想的总结提炼必须深刻、精练，一字之差，一词之变，正谬立显、高下立判。这就需要研究者本身具有高素质、高水平，还要求研究者精心提炼。

(6) 阐述价值：名老中医学术思想有的侧重于基础理论方面(如对脏腑经络生理功能的新观点，对病因病机的新认识，对经典医籍传统理论的新见解等)，有的侧重于临证经验方面(如病和证的新认识、诊疗方法的新诠释、处方用药规律的新见解等)，都对中医学术的继承创新具有指导价值。研究者必须以其相应的支撑材料(论文、论著、典型医案)阐明其学术思想的内容、特点和指导价值。

所以,名老中医学术思想表述的基本模式是:①总结提炼出独特、简明、抽象的学术思想,要使人易懂、易记、易用。②阐述本源、内容、指导价值。③应用示例(可用验案支撑,但不是罗列一大堆医案)。

二、关于名老中医的临证思辨特点的研究

(一)、名老中医的临证思辨特点,是名老中医在长期临证实践中形成的独具特色的诊疗思辨着力点;在名老中医学术经验的总结中具有核心地位;在名老中医学术经验传承中具有启迪作用;名老中医的临证思辨特点具有独特体验、独特认知、独家原创的三大特点。

中医诊疗活动的最大特色,是医疗行为主体凭借“四诊”的信息,通过因时、因地、因人的“合参”思辨,获得对医疗行为客体的认知,其思辨涉及见病(采集四诊资料)、识病(辨证)、断病(诊断)、治病(论治)的全过程。由于各自的学养、经验的著异,其思辨的着力点就存在着必然的差异,名老中医由于学养丰厚、经验宏富,思辨的着力点独具特色。名老中医临证思辨特点,就是对名老中医在辨证论治过程独家思辨特点的经验性、具象性、创新性的总结。其中,经验性,是思辨特点的内容属性;具象性,是思辨特点的表述属性;创新性,是思辨特点的根本属性。

例如,国医大师朱良春老教授创造了“观察球结膜变化可思辨肝病变化”就是其独特的辨证思辨特点,其依据是“肝开窍于目”。《本草纲目》秦艽条下引崔无亮《海上方》用秦艽治黄疸,述其症状为“目有赤脉”,朱老据此观察肝病患者的球结膜变化,发现肝病患者球结膜血管不仅充血,而且有如锯齿状的弯曲出现,病症向愈者,其血管变化亦随之消失,故可根据球结膜变化思辨肝病变化。“球结膜变化”就是其思辨肝病变化的着力点。

名老中医的临证思辨特点同样是源于中医药经典和1临证经验,但确实是自身长期临证体验上升的辨证论治之精华,这使我们深刻认识到三点:

(1)名老中医的临证思辨特点,是名老中医在长期临证实践中形成的独具特色的诊疗思辨着力点。

(2)名老中医的临证思辨特点,在名老中医学术经验的总结中具有核心地位,在名老中医学术经验传承中具有启迪作用。

(3)名老中医的临证思辨特点具有独特体验、独特认知、独家原创的三大特点。

(二)研究名老中医的临证思辨特点,必须掌握思辨特点的原创思维、探讨思辨独特经验、求证思辨应验案例;总结名老临证思辨特点,必须尊重原创思维、提炼思辨要点、阐述应用方法。

名老中医的临证思辨特点,充分彰显了名老中医的独特诊疗经验,研究的对象是名老中医原创的关于辨证论治的新观点、新方法、新方药、新技术,能直接指导中医提高临证水平。

因此,研究名老中医的临证思辨特点是要毅力、要功底、要悟性的科研工作。研究者必须从侍诊和研读典型医案入手,掌握思辨特点的原创思维、探讨独特的临证思辨经验、求证临证思辨特点的应验案例,才能发现名老中医的临证思辨特点。

(1)掌握思辨特点的原创思维:当研究者在从师和整理医案中触及到名老中医的独特体验、独特认知、独家原创的临证指导之时,要及时掌握思辨特点的原创思维。

例如，国医大师张琪老教授传授：“血府逐瘀汤”可广泛用于冠心病、心绞痛、心肺功能不全、脑外科综合症、消化道各部瘀血、妇科瘀证等，且常获奇效。研究者如果不能掌握其用药的思辨特点，就无法理解和掌握适用范畴了，就只能师传一病治一病了，但如果能总结出张老运用“血府逐瘀汤”的思辨特点的原创思维是“凡脉涩、舌绛而血府有瘀者，可选用血府逐瘀汤”，则可以推而广之予以应用了。

但是，目前有部分研究者未能将名老中医临证思辨特点的“特点”展示出来，既无“思”，又无“辨”，更无“特点”可言了。如“中西医结合问诊”、“治病求本”、“辨证是诊疗疾病的关键”、“问诊为先宜精详，切诊为要当心细，器械助诊不可少，望闻为辅才周全，整体合参当动析”、“以肾为本，辨证分型、分期论治治疗血虚劳”等等的总结提炼，都不是“临证思辨特点”，更不是“名老中医临证思辨特点”，绝对不是原创的“名老中医临证思辨特点”。

(2) 探讨独特的临证思辨经验：当发现属于名老中医原创临证思辨经验之后，应进一步探索其着力点，一是观察的着力点(时间、部位、要点)，二是思考的着力点(辨证的切入点、辨证的方法、辨证的要领)，三是论治的着力点(组方的主旨、君药的选择、用药的独家秘旨、给药的特殊途径、特殊辅助疗法的运用)。惟有掌握其着力点，才能找出其思辨特点——名老中医临证的重点、亮点。

(3) 求证临证思辨特点的应验案例：找出临证思辨特点之后，应求证于名老中医自身的验案，证明本身运用这一思辨特点指导临证确实辨证准确、论治精当、疗效卓著，这是阐述临证思辨特点所必须具备基本资料。如果找不到这类验案，则这一临证思辨特点难以成立。

通过深入探索之后。就进入总结、提炼名老中医临证思辨特点的阶段。总结、提炼名老中医的临证思辨特点必须尊重原创思维、提炼思辨要点、阐述应用方法。

(4) 尊重原创思维：名老中医在长期临证实践中，必定积累了秘技绝招，这主要就是思辨特点，有的可以自己表述，有的则只是传授辨证论治的经验，这就需要研究者深入探索、总结其临证思辨特点，但研究者的总结必须尊重名老中医的原创思维，同总结学术思想一样，既不能以徒代师、又不能套用借用，也不能张冠李戴，更不能无中生有，而必须来自名老中医的独家经验。

(5) 提炼思辨要点：初步总结之后，要反复提炼，达到三个要求：一是要体现名老中医的原创思维；二是具有指导临证的实用价值；三是语言精练，表述具体。

例如，国医大师李玉奇老教授传授：“红绛亮带舌是重度萎缩性胃炎的典型舌象”、“猪腰舌是癌变前兆的典型舌象”。其经验是：①舌质红、紫，舌体两边色浅，表面有津液敷布，望之反光，形成周边 0.5cm 的亮带同(朝内的 U 字形)，称为“红绛亮带舌”，凡有此舌象者，多是重度萎缩性胃炎；②舌质深紫，无苔，舌面有津液敷布，光滑如镜，状若猪腰切面，舌之根神俱无，常有舌痛或灼热感，称为“猪腰舌”，常见于萎缩性胃炎进展期，也是癌变前兆的典型舌象。这就是李老在长期诊治萎缩性胃炎的临证思辨中积累、原创的特殊舌诊范例。如果提炼“以‘红绛亮带舌、‘猪腰舌’辨识重度萎缩性胃炎及其癌变前兆”为题总结为李玉奇老教授一大临证思辨特点，并将两种舌象的所共同具有的舌质红紫、津液敷布、舌面光滑、舌根无神四人特点归结起来，对临证辨识舌象将有显著的启迪作用。

(6)阐述应用方法：名老中医临证思辨特点，是用来直接指导中医人在临证中运用中医思维方式进行治疗活动的利器。研究者必须以其相应的支撑材料(著作、论文、从师病历、典型医案)阐明临证思辨特点的内容、要点和指导价值。

总结名老中医学术临证思辨特点的基本模式是：①总结、提炼名老中医学术临证思辨特点。可以病为纲、以证为纲、以方为纲、以药为纲。独特、简明、具象地确立该临证思辨特点，要使人易懂、易记、易用。②阐述本源、内容、要点、指导价值。③应用示例(可分类用一个或数个典型医案支撑)。

总之，认知原创性、确保真实性、突出实用性，深化名老中医学术思想、思辨特点的传承研究，既是中医药文化建设的必须，也名老中医临证经验、学术思想传承研究项目之必须，更是继承创新中医药学术之必须。意义重大，任重道远。笔者希望并深信在中医药执业者者的共同而不懈的努力下，一定能取得重大突破，获得巨大成功。(孙光荣.深化名老中医学术思想、思辨特点的传承研究[A].第十三届全国中医药文化学术研究会论文集[C].2010:53-58.)

弘扬中医药文化 始终在路上

孙光荣（1941.11-），男，汉族，湖南浏阳人（祖籍安徽庐江），自1958年7月14日起，从事中医临床56年，国医大师，北京中医药大学中医药文化研究院院长，国家中医药管理局中医药改革发展专家咨询委员会专家、中医药文化建设与科学普及委员会委员，湖南中医药大学顾问兼中医学院名誉院长，长春中医药大学客座教授，澳门科技大学荣誉教授等。

“没有中华优秀传统文化的孕育，就没有中医学；没有中医药文化素养，就没有真正的中医药队伍；没有中医药文化的科学普及，就没有巩固的中医药服务阵地；没有中医药文化的发展繁荣，就没有中华民族文化的伟大复兴。”国医大师孙光荣对中医药文化如此定位。他奉“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”为圭臬，传播中医药文化身体力行，为推动中医药事业发展殚精竭虑。2015年，孙光荣当选该年度中国中医药新闻人物。

不遗余力 诠释解读明大局

从2014年9月起，孙光荣连续在《中国中医药报》头版专栏刊发了“读懂习总书记讲话中的中医观”系列文章，共16篇。文章引经据典，以深邃的思考、透彻的理解，阐述了“中医大道”“上医治国”的深意，在行业内外引发轰动。这些辑释既帮助中医药从业者全面深度地理解中医、发展中医，又使得行业外领导干部加深了对中医的了解；看似治国齐家平天下的大道理也能为普通读者生活带来启示，受到来自不同职业、不同年龄层读者的夸赞。

令人难以置信的是，这些独到见解却是一位74岁高龄的老人在每天繁重的临床、教学工作之余所完成的。

孙光荣16篇辑释的范围涵盖了习近平总书记2014年12月之前的系列重要讲话，其中《中医学是打开中华文明宝库的钥匙》《中医药是得天独厚的旅游资源》《反腐败应扶正祛邪，不能养痍遗患》等篇章文采飞扬，鞭辟入里。

谈及那句大众所耳熟能详的“中医学是打开中华文明宝库的钥匙”时，孙光荣说，钥匙是开锁的必备工具，是打开锁固范畴的开路先锋。虽然蕴含、体现中华文明特色的瑰宝数不胜数，但能担当“打开中华文明宝库的钥匙”的唯有中医学。因为只有中医学全面、系统、完整地保有中华文明核心理念；只有中医学在基本观念、实质内容、思路方法、表述方式等方面，能够全面、系统、完整地保有中华文明的基因；只有中医学在凝聚中国古代哲学智慧、健康养生理念、防病治病的理法方药等方面，能够全面、系统、完整地保有中国古代科学的成果。所以，打开中华文明宝库的钥匙就是这一把：中医学。换言之，中医学是中华文明复兴的开路先锋。所以，习近平总书记说，中医药“也是打开中华文明宝库的钥匙”。这就全新地、明确地再次确定了中医学在中华文化复兴新时期的重要地位。

这样富有哲理又引人入胜的片段不在少数，孙光荣在精准解读了重点词句之余，又从字里行间阐明了中医观思维在治国理政中所发挥的重要作用，读后振聋发聩、令人受益匪浅。

自2010年6月20日在澳大利亚出席由南京中医药大学与皇家墨尔本理工大学合办的“中医孔子学院”授牌仪式上发表讲话以来，至2014年12月的4年多时间里，习近平总书记在重要国际会议和重大国际交往活动中6次提出要将中医药作为国际合作交流的重要选项，在党和国家会议的重要讲话中10次熔铸中医

观用于治国理政，适时、精准、巧妙地引用中医思维方式、理论原则及其观念和术语，深刻、恰当、生动地阐明了其执政兴国、执政利民、执政惠世的理念。

谈起这 16 篇辑释的创作初衷，孙光荣表示，习近平总书记正在引导全党、全军、全国各族人民坚定地走中国特色的社会主义道路，确立了“两个一百年”的奋斗目标，做出“四个全面”的战略部署，严惩贪污腐败，力促风清气正，规划着“十三五”建设发展新蓝图。

文章有此高度，皆因作者胸中有丘壑，亦源自孙光荣日积月累养成的大局观。自 1981 年起，他一直参与国家及部分省市中医药事业发展规划的调研、起草、论证工作，历任国家中医药管理局“八五”“九五”“十五”“十一五”“十二五”国家中医药事业发展规划、中医药文化发展中长期规划纲要等起草小组成员或主要执笔人、专题论证专家。他亲历并见证了这个时代中医药事业的发展进程，尽心竭力推动其前行。他对中医药倾注心血之余，更怀有一种强烈的责任感。他的诠释，助力推动中医药成为国家战略，凝聚了全社会对中医药的共识。

积极进言 捍卫中医药阵地

在不断追求中医药学术进步的同时，孙光荣还坚定不移地捍卫中医药阵地，竭心尽力地推动中医药事业的发展。从“衡阳会议”到现在，孙光荣为中医药事业发展持续不遗余力地“忠言商国是”，奉献了自己的智慧和心血。

孙光荣认为，“中医药文化是中华民族优秀传统文化中本质体现中医药特色与优势的精神文明和物质文明的总和”。在新时期，加强中医药文化建设是引领和推动中医药事业发展的关键。对弘扬中医药文化，他理解深刻、认识独到、观点新颖，并身体力行推广发展，使之成为显学。他提出，中医药文化的核心理念是“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”，由六要素构成，即人文观念，体现在“天人合一”“致中和”；防治思想，体现在“治未病”“防重于治”；思辨模式，体现在“整体观”“辨证论治”；治学方式，体现在“勤求古训”“博采众方”；医德医风，体现在“本立道生”“德业双修”；行为准则，体现在“精诚专一”“淡泊名利”“大医精诚”。

进入 21 世纪以来，中医药事业在不断地求生存、图发展，取得了长足的进步，但是在中医药行业内外也出现了诸多质疑：“‘中医药现代化’究竟要把中医药引导到何处去？”“中医药有什么特色优势？”“中医药的医、教、研照现在这样下去，行吗？”等等，社会上刮起了一股“唱衰”中医药之风。孙光荣于 2005 年 3 月 18 日致书时任中共中央政治局委员、国务院副总理吴仪，阐明中医药特色优势，分析中医药事业发展面临的机遇与挑战，提出发展中医药事业的十条建议。不久，吴仪副总理批示：“请高强、余靖同志阅研，孙光荣教授为中医药事业的发展表现出的热情令我感动，请高强同志能亲自听取孙教授的意见。”后来，国家中医药管理局也组织力量针对这封信提出的问题与建议，进行了深入调研，向原卫生部、国务院提出了专题报告。

数载春秋 传播文化建功业

多年来，孙光荣不遗余力地通过讲座、科普及写作传播中医药文化，普及中医药知识，在海内外主讲中医药文化及养生专题近 90 场。他现任国家中医药管理局文化建设与科学普及专家委员会委员、中国中医药文化研究会副主任委员、国家级非物质文化遗产“同仁堂”中医大师等殊荣。他曾担任湖南省中医药研究院硕士研究生班医古文、中医文献学教师 16 届，创建了湖南省中医药研究院文献信息研究所、湖南省中医药科技信息中心。2015 年 1 月，孙光荣受聘为

北京中医药大学中医药文化研究院院长，致力于打造中医药文化传承、传授、传播的旗舰，开展中医药文化研究、教育等工作。

他公开发表论文 120 篇、出版独著/合著学术专著 23 部，其中《医用文言基础学》《中藏经校注》《中藏经语译》《中国历代名医名术》《中医经典养生名言录》等专著影响深远。

孙光荣还承担并完成了国家“十五”科技攻关项目“名老中医学术思想、经验传承研究”的综合信息库、典型医案研究课题，担任国家“十一五”科技支撑计划课题“名老中医学术思想、临床经验学术思想传承研究”综合课题组副组长，并获得全国优秀科技图书奖二等奖 1 项、亚太地区经贸博览会金奖 1 项、中华中医药学会首届全国中医药科普图书著作奖一等奖 1 项、中医药金话筒奖 1 项等。

行医教学 开拓创新启后学

自 1958 年 7 月 14 日起，孙光荣从事中医临床 56 年。当选国医大师之后，他依然活跃在临床、教育一线。他提倡“中和”学术思想，提出中和思想、中和辨治、中和组方，形成“调气血、平升降、衡出入”的诊疗思想，擅长治疗中医内科、妇科、的脑病、肿瘤、带下、情志病等疑难杂症等，用药特点是“清、平、轻、灵”，创造了经方化裁应用模式，研制了系列经验方。他善用精方组方用药，讲究药少而效验效宏，皆因其上通晓《灵》《素》，下涉猎百家，融会贯通于胸中。如此，才能因人因时因地制宜，巧妙化裁，做到心中有大法、笔下无死方。

他著有《中风康复研究》《炎症的中医辨治》《神经系统疾病的中医辨治》《中医养生大全》，他还是中华中医药学会亚健康分会副主任委员，曾获国家自学成才奖章、国家中医药科技进步奖二等奖、省级中医药科技进步奖一等奖。

年届退休，孙光荣又一次敢为人先，带头开创了中医药现代远程继续教育事业。2000 年，他提出创建网络教育学院，促成湖南国讯医药集团与北京中医药大学合作，经教育部考察与论证，成立“北京中医药大学网络教育学院”，使中医药在职人员得以通过继续教育获得学历，保证他们的临床学术能如有源头活水，时有创新。2005 年起，他不怕辛苦畏艰辛，承担国家中医药管理局第一、第二、第三批全国优秀中医临床人才研修项目培训班的组织实施与教学工作，近千名学员均从各省优秀中医主任医师的高级人才中选拔。他还担任国家中医药管理局继续教育委员会委员、全国名老中医孙光荣学术经验传承工作室指导老师、全国第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师，创建了北京二十一世纪中医药网络教育中心（世中联〈北京〉远程教育科技发展中心）、中华中医药学会继续教育分会等，并荣获中医药继续教育终身成就奖。

虽然已是声名斐然，但孙光荣依旧保持着谦虚谨慎、清廉自律而又特立独行的为人处世之道；他治学行医既善于正本清源，又不忘开拓创新，提出培养新名医要达到明志、明德、明理、明术、明法、明业之“六明”的要求，提出中医药文化“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的核心理念，提出中医药继续教育可分为高精、就业、增进、规范教育四个层次的发展思路。在中医药医疗、保健、教育、科技、产业、文化各个领域都贡献卓著，感动业内外，蜚声海内外，真正无愧为一代“明医”。

一位卫生界的老领导深刻地说道：“我国医疗卫生事业的发展及中医药的继承创新，需要一种特殊的人才。这种人才需要有一种品德，叫坚贞；这种人才需要有一种智慧，叫悟性；这种人才需要有一种精神，叫奋斗。孙光荣就是具备了这种品德、这种智慧、这种精神的一个人才。”（杨柳，孙光荣. 弘扬中医药文化始终在路上[N]. 中国中医药报, 2016-01-29(003).）

中医药文化发展的面向与路径

孙光荣简介：孙光荣，第二届国医大师，北京中医药大学教授，全国中医药文化建设与科普专家委员会委员，中医药现代远程教育创始人之一，中华中医药学会常务理事，世中联（北京）远程教育科技发展中心主席，中华中医药学会文化分会副主任委员，全国中医健康指导首席专家，国家科技奖励评审专家，政协湖南省第七届、第八届委员会常委。

没有中华民族优秀传统文化的孕育，就没有中医学；没有中医药文化素养，就没有真正的中医队伍；没有中医药文化的科学普及，就没有巩固的中医药服务阵地；没有中医药文化的发展繁荣，就没有中华民族文化的伟大复兴。

《中华人民共和国中医药法（征求意见稿）》首次从国家法律层面明确了中医药的地位，以法律形式制定了中医药的发展政策，从中医药服务、中药发展、人才培养、继承创新与文化传播、保障措施五个方面立法支持和鼓励中医药全面发展，共计6章66条。由此，中国中医药发展史掀开了崭新的一页。

中医药文化是中华民族文化中本质体现中医药特色优势的精神文明与物质文明的总和，其核心理念可以概括为“以人为本，效法自然，燮理中和，济世活人”。由于《中华人民共和国中医药法（征求意见稿）》对中医药文化引领中医药学术进步和推动中医药事业发展的重要作用具有深刻的认知，故将发展中医药文化融为其重要内涵。这就给中医药文化发展带来了新的历史性机遇。

探讨中医药文化发展方向、选择中医药文化发展路径、加强中医药文化建设，是党和各级人民政府、各界社会力量、全体中医药人当前和今后一个时期必须共同面对、必须共同承担、必须共同完成的关系到实现“中国梦”的重大使命。

中医药文化发展的面向

中医学的未来发展，需要中医药文化的自觉、自信与自强，唯有如此，才能在按照中医自身发展规律赢得健康发展与全面复兴的同时，推动中华文化的伟大复兴，促进世界医药学的创新发展。

中医药文化发展需要面向中华文化的伟大复兴

习近平主席强调，中医学“是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙，深入研究和科学总结中医学对丰富世界医学事业、推进生命科学研究具有积极意义”。

中医药文化植根于中华优秀传统文化，积淀、融合、蕴含、体现着中华传统的哲学思想、思维方式和价值观念。从中医药切入，可以最直接、最简捷、最通畅地进入中华文明之门。

中华传统哲学思想，包括三才、变易、中和、意象等等，在中国的社会学、政治学、天文学、地理学乃至兵学、农学、医药学、建筑学、星相学、堪舆学之中，都是一以贯之的，这是中华文化的灵魂。然而，在现今中国，“西化”是不争的现实。如果不彻底改变现今自觉或不自觉地在教育、科研、临床中仿效西医的状况，中国人将来也许只好看着自己民族瑰宝丢失，中医药的神奇疗效将成为传说。

实现中华民族伟大复兴，是每一个中国人包括每一个中医人应该深刻认识和勇敢实践的“中国梦”。而中医药是“独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源、重要的生态资源”。因而，中医药是支撑中华民族复兴的“脊椎”，必须坚守中华文化的根底，要坚实，要挺直，不能脱位。

因此，中医药文化发展需要面向中华文化的伟大复兴，将中医药文化建设纳入国家文化发展规划。

如何落实“将中医药文化建设纳入国家发展规划”，确保中医药文化发展面向中华文化的伟大复兴？关键在完善政策机制。为避免“多龙治水”，建议在国务院领导下，成立“国家中医药事业发展领导小组”，确立发展中医药事业的跨部委决策常态化机制。

中医药文化发展需要面向世界医药学的创新

中西医学都是人类防治疾病、维护健康的医学科学，但确实是两个不同的医学体系。中西医学是在东西方不同的历史文化、不同的思维方式背景下产生的。从哲学和科学理论基础到临床诊疗思维模式，中西医学各自形成了不同的学术思想和临床实践风格。造成当今中医药发展困境的理论根源，就是因为长期以来只是盲目地“以西套中”。

未来医学将向什么方向发展？中西医学各自为我们展示了发展趋势。在三才、变易、中和、意象等中华传统哲学思想的渗透、融合、影响下，贯穿中医学理论始终的，不是“病”这一生命现象，而是“人”这一生命主体。中医学的着眼点始终都在动态的生命机能，而不只是病毒、细菌的作用和蛋白质的变化。未来医学必将是中医学、西医学各自的高度发展，甚或渐渐走向汇聚与融合，但绝不可能以一种医学覆盖或取代另一种医学。

因此，中医药文化发展需要面向世界医药学的创新，在中医药人才培养、中医药临床实践、中医药科研设计、中医药各种标准与规范的研究与制订等方面，应以中医药文化引领和推动。其方向既不当将中医人质变成为文化人，又不应当“拦腰一刀”，切断中医药文化、中医思维方式的传承，而是要使之成为真正的中医人，以中医思维参与世界医药学的创新。不当将中医学科质变为文化学科，更不当将中医学科西化为套用、模仿、置入西医学的思维、模式、规范、标准，异化为形似神不似的“中医学”，而是要使之成为凸显中医药文化传统和中医理法方药本质的真正中医学。

如何确保中医药文化发展面向世界医药学的创新？有真正的中医药人才，才有真正的中医药事业，才能使中医药投向世界医药学的创新，所以关键在完善人才培养、评价、使用的政策机制。

建议按照中医学科特点和中医药人才成长的自身规律，重新建立中医药人才评价体系和考核标准，重新设置高等中医药院校课程，鼓励编著具有中医药特色和院校特色的教材，组织编著各级继续教育教程，构建国医大师、国家级名老中医、国家级中青年名中医、省市级名中医、基层名中医五级中医学术梯队。

此外，还要明确名老中医药专家的学术经验传承的四大重点：①加强医德修养，端正医疗作风；②训练四诊合参，突出思辨特点；③继承独特的组方用药思路方法；④提高中医药文化素养。

中医药文化发展需要面向人类健康需求的增长

中医是以病人为中心的医学，以促进健康、防止疾病、提高生活质量为宗旨，对人给予从生到死的持续性关怀和照顾，是集生物医学、预防医学、社会医学、心理医学于一身的医学模式。中医学是关于人类生命健康的科学。

因此，中医药文化发展需要面向人类健康需求的增长。在中医药文化科普，特别是养生科普中，要注重输送正能量，坚决防止、清理、整顿将中医药文化与养生西化、玄化、虚化和庸俗化的负能量。

如何促使中医药文化发展面向人类健康需求的增长？关键在完善中医药文化宣导的激励和监管机制。建议在国家中医药管理局中医药文化建设与科学普及专家委员会的主导下，各省市设立相应组织，一方面加强中医药文化的品牌、资源、平台、队伍建设，一方面加强对中医药文化科普工作的监管与督导。

中医药文化发展的路径

中医药发展的实践告诉我们，正是在中华民族几千年的发展历程中，不断继承传统，勇于创新，直面人类预防保健和治疗疾病的现实需要，才逐步形成了特色鲜明、前景辉煌的中医药文化。今天，在医药学面对更严峻挑战时，人们把关注的目光投向了中医药。在这样的大背景下，需要我们更加理性地深思中医药文化的未来实践，走特色发展之路、科学发展之路、创新发展之路、可持续发展之路。

循中医药自身发展规律，走特色发展之路

走中医药文化的特色发展之路，就是要逐步实现中医药文化研究的系列化、传播的大众化、学术交流的国际化 and 研发的产业化。

一是正本清源。理清中华民族优秀传统文化对中医药理论体系形成的各个阶段的影响，进而追溯中医药经络文化、诊疗文化、本草文化、养生文化等形成的本源。

同时，对中医药典籍、出土医书、民间传承的医术医方进行系统整理研究，逐步实现中医药文化本源研究的系列化。

二是开源畅流。编撰中医药文化教育的系列教材和中医药文化普及读本，开发中医药文化教育与传播的资源，拓宽中医药教育与传播的渠道，逐步实现中医药文化传播的大众化。

三是搭建平台。维护和增辉“中医中药中国行”、“岐黄论坛”等国家级中医药文化平台的品牌，有计划地开展中医药文化传承与发展的学术交流，逐步实现中医药文化传承与学术交流的国际化。

四是形成中医药文化产品。建立完善中医药文化研究与传播中心，加强基地建设，充分发挥中医药文化科普专家作用，编辑系列图书和电视节目，开通咨询服务热线和中医药文化之旅、健康之旅等，逐步实现中医药文化研究与传播的产业化。

构建合理的大发展格局，走科学发展之路

近几年，在国家中医药管理局领导下，通过全行业的共同努力，形成了包括“文化”在内的“六位一体”全面协调科学发展的新格局。实践证明，加快中医药文化发展，就需要将中医药文化置于国家文化发展的规划之中，置于中医药事业总格局之中，一手抓中医药文化事业，一手抓中医药文化产业，既满足公众医疗卫生和健康需要，又促进文化经济发展。

适应新时代发展的需求，走创新发展之路

习近平主席说：“不忘本来才能开辟未来，善于继承才能更好创新。”中医药文化是中医学的“根”和“魂”，如果抛弃传统、丢失根本，就等于割断了中医的精神命脉。

中医药创新，一方面是在继承基础上的创新，另一方面要立足现代社会，实现传统范式向现代范式转换，这将带来中医药发展上的超越。在这一超越中，中医药文化必将发挥引领、稳定、促进的重要作用。

加大支持力度，走可持续发展之路

一是加强培训，建设一支宏大的中医药文化研究和传播的人才队伍。二是增加资金投入和政策扶持。建议国家加大对中医药文化建设的资金投入，建设示范性的项目。另一方面通过一系列政策措施，鼓励民营企业投资中医药文化产业。三是整合资源，成立多部门合作的工作机构或者以项目为载体的联合机构。

文化是政治，文化是形象，文化是环境，文化是生活，文化是经济。发展中医药文化不单纯是中医药行业的事情，也不仅仅是文化领域的事情，而是涉及到政治、经济、文化、社会、生态文明等多领域、多方面的一项关系国计民生、关系国家战略的大事。共同以中医药文化引领中医药学术进步和推动中医药事业发展。

发展中医药文化，需要整理多方面资源，发挥各方面的积极性，联合攻关，协同创新，才可能走出一条持续发展之路。（孙光荣. 中医药文化发展的面向与路径[N]. 中国中医药报, 2014-09-01 (005).）

中医药文化核心理念初探

中医药文化是中华民族优秀传统文化的代表之一，是孕育中医药学的源头，是中医药生存和发展的根基。什么是中医药文化呢？什么是中医药文化的核心价值呢？

一、从中医治病的实际案例说起

首先，我讲两个中医治病的实际案例。第一个案例是一位老中医抢救一个 3 岁男孩的急性哮喘的案例。那是个寒冷的早春，那个孩子已经连续 3 天高烧 38℃-40℃ 了，咳嗽、哮喘、浮肿。医生已经对其进行了大剂量抗生素的输液，但他病情越来越危急。请老中医把脉，老中医说赶紧撤掉输液，处方给了 1 剂中药，当晚就发汗、退烧、基本平喘了。问他为什么这么灵验？他说，这是早春天气，又是小孩，又浮肿，脉又“细数(读 suo)”，舌苔又白腻。“细数”就是脉又细微、又急促，虽然高烧，但实际上是属于寒的证候，是属于阴的证候，必须用麻黄、桂枝这类阳性的药物促使他发汗，这就是调整阴阳平衡，一旦出汗，所有的症状就自然缓解了。相反，越输液就越烧、越肿、越喘。

再讲第二个案例，是一位老中医巧治一个 30 岁女青年忧郁症的案例。那个女青年没有考上博士研究生，家里资助她开设了一家计算机软件公司，又没有经营好，亏损了，恰恰在这时候，又失恋了，于是她一时清醒、一时糊涂，去年底就开始骂人、砸东西，狂躁不安，日夜吵闹，经过多家大医院诊断为忧郁症，给予多种镇静药治疗也没有什么效果。

随后，家人请一位老中医为其诊治。老中医就开了一个处方，配合用了北京同仁堂安宫牛黄丸，复诊时就不闹了，医生和病人之间也能够对话了，老中医还是用那个处方，但给病人写了一幅字，内容是“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数”，这三句话的意思是说，任何一个人说话、做事是正确还是错误，那是由你自己衡量和决定的；说的话对不对、做的事好不好，那只能听任别人去批评或赞扬；至于说的话、做的事，将会得到什么或者失去什么，结果是不能由自己的主观愿望决定的，那就只能安心等待了。女青年捧着那幅字，当时就双眼放出了光彩，第二天打电话来表示感谢，说“我基本上感觉好了，好像云开日出了，一切都明白了！”问老中医为什么这么神奇？老中医说，这是“内热”，虽然是抑郁造成的，却是属于“狂”的证候，属于热的证候，属于阳的证候，要用阴性的、清凉的、醒神开窍的药物调理；而且这是心理因素造成的病，既要保护病人的隐私，又要解开病人心头的情结，所以用具有中华文化传统的格言去开导她，就更增强药物的疗效了。

中医治病最讲究两条：第一，中医是从病人的整体以及与外环境的关系来看病的，不是头痛看头、脚痛看脚，而是要辩证论治，要“因人、因地、因时制宜”，就是要针对不同的病情、不同的地域、不同的气候采用最相应的、最适合的方法，包括药物疗法和非药物疗法，而不是头痛医头、脚痛医脚，不是用统一的“套餐”和程式化的“套路”。第二，中医治病不是运用对抗性思维，不是有细菌或病毒就只要杀死细菌或病毒，不是有病损的脏器或肢体就只要截断病损的脏器或肢体，而是“调”。什么叫“调”？就是调整、调和、调理。调什么？调阴阳。调到什么程度？调到阴阳平衡。由此，我们可以初步探讨中医药文化的真谛：如果用一个字来概括，中华文化的灵魂是“和”，中医医德的精髓是“仁”，中医医疗技术的最高造诣是“调”，中医医疗保健的终极目标是“平”。

二、谈谈中医药文化的定义

什么叫文化？《周易》说：“观乎人文，以化成天下”，即观察人文的情况，就知道人文可以用来教导、改变、治理天下的万事万物。这就是“文化”一词的语源。所以，文化是包括知识、信仰、艺术、道德、法律、习俗等一切人类物质文明和精神文明的总和。

什么叫中医药文化？中医药文化是中华民族优秀传统文化中本质体现中医药特色优势的物质文明和精神文明的总和。从本质上讲，中医药文化是中华民族优秀传统文化的代表之一，是在数千年中医药发展进程中积累、凝练的中华民族文化的精华。

三、探讨中医药文化的核心理念

要发展中医药文化事业，就必须突出中医药文化核心理念。中医药文化核心理念可以概括为 16 个字，即“以人为本，效法自然，和谐平衡，济世活人”。其主要由以下六个方面构成：①“天人合一”、“致中和”的人文观念；②“治未病”、“防重于治”的防治思想；③“整体观”、“辨证论治”的思辨模式；④“勤求古训、博采众方”的治学方式；⑤“本立道生”、“德业双修”的医德医风；⑥“精诚专一”、“大医精诚”的行为准则。

（一）人文观念：集中体现在“天人合一”、“致中和”。“天人合一”的意思就是“人”不是孤立地生活在地球上的，疾病也不是孤立地发生的，人是与天地相应的，人的生、老、病、死与外部环境是密切相关的。所以看病要看整体，要看气候、地域和自然环境、人文环境，这就是整体观。“致中和”的意思就是要达到中正、和谐，阴阳协调平衡。

中国传统哲学的根本观念之一是“天人合一”。《老子》说：“人法地，地法天，天法道，道法自然”。即人与自然之间本质相通，一切人和事均应顺乎自然规律，达到人与自然的和谐共生。中医认为人体健康状态与天地四时的状态息息相通。因此，中医治病不是只看“病”，还必须看“人”（体质、情志）；不仅要看“人”、还必须看“天”（时令、气候、突变），追求“天人合一”，效法自然。“致中和”就是达到“中正平和”的境界。“中正平和”原来是指宇宙运行的秩序、万物生存的法则，认为只有中正、平和，天地才能安定，万物才能成长，人体才能健康。中医无论是扶正祛邪，还是补偏救弊，归根结底都是为了调和阴阳并使阴阳平衡，也就是使人体内外达到中正平和的境界。

（二）防治思想：集中体现在“治未病”、“防重于治”。所谓“未病”，不是指没有病，而是一指健康人有了生病的前兆；二指生病以后有并发或伴发其他疾病的前兆；三指病愈以后有复发的前兆。“治未病”语出《素问·四气调神论》：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴面穿井，斗而铸锥，不亦晚乎！”即圣人的人不是在已经生病以后才治疗，而是在有疾病发生前兆的时候，就预防疾病的发生；不是在已经发生动乱以后才去平息，而在有动乱发生前兆的时候，就预防动乱的发生。疾病发生以后才服药，动乱发生以后才治理，就譬如口渴了才挖井，战斗开始了才铸造兵器，那不是晚了吗？

中医历来倡导“上工治未病”，强调“防重于治”。而且，中医“以人为本”，认为世界上最宝贵的就是生命。所以，中医不能限于不病不管、不能限于见病治病、已病治病，而要求在“未病”的时候能够认识、判断发病的前兆而预防疾病的发生，开始发病的时候能够认识、判断发病的病机而制止疾病的发展，发病以后能够认识、判断病势的发展趋向而阻断疾病的转变，病愈以后能够认识、判断复发的前兆而防止疾病的复发。所以，“治未病”是中医防重于治的伟大学术思

想。

(三) 思辨模式：集中体现在“整体观”、“辨证论治”。“整体观”是中华优秀传统文化的显著特征，由“天人合一”的思想产生，思辨模式所强调的是整体性、和谐性、统一性。认为人体与自然、社会是一个统一的整体，人体本身也是一个统一的整体。人体的脏腑、经络、四肢等的功能虽然各有不同，但整体大于局部、局部系连整体，相辅相成、协调平衡、协同作用。因此，观察疾病、认识疾病、诊断疾病、预防疾病、治疗疾病以及护理疾病，都必须基于整体观。

“辨证论治”，是中医观察疾病、认识疾病、诊断疾病、预防疾病、治疗疾病、护理疾病的基本原则。“辨”，就是认识、思辨、鉴别；“证”，就是证候，是中医对机体在疾病发展过程中的病因、病状、病位、病性、病势的阶段概括；“辨证”，就是诊断和鉴别疾病，是中医分析，判断病因、病状、病位、病性、病势，剖析疾病发展过程中阶段性病理变化，全面、深刻、正确揭示疾病的本质；“论”，就是阐释、分析；“治”，就是治疗、护理；“论治”，就是研究、处置，是依据中医学理论和临床经验确定治疗法则与制订方案，出示中医治疗该病症的具体方法。如果同一疾病而证候不同或有个体差异，就可以“同病异治”，即同一种疾病因为证候不同可以用不同的方案治疗；如果证候相同，虽然疾病不同或有个体差异，也可以“异病同治”，即不同的疾病因为证候相同可以用同一方案治疗。所以，“辨证论治”是理论和实践相结合的思辨模式。按照中医学“整体观”、“辨证论治”的思辨模式进行医疗实践，就绝对不会是千种病一种药，也绝对不会是万人的病一个方。

(四) 治学方式：张仲景《伤寒论·序》中提到了“勤求古训、博采众方”。他是在讲自己的治学方法，历代中医都推崇这种治学方法，就是中医药文化的一部分。

中医非常讲求终身学习，《外台秘要·序》就尖锐地指出：“庸臣误国与庸医误人，其情同，其罪均，而其原皆本于不学”。即平庸的官员在治理国家时造成失误和平庸的医生在治疗病人时造成失误，他们的情形是相同的，他们的罪过也是均等的，但根本的原因都是由于他们不学习。所以，中医强调自学与传承，必须“勤求古训、博采众方”，才能继承创新。因此，中医治学有“七重”，这就是重经典、重临床、重师承、重流派、重勤求、重博采、重悟性。

(五) 医德医风：集中体现在《论语》“本立道生”、“德业双修”，即先要做一个正派的人才能够做成功事，而做人的根本就是“仁”，也就是慈悲、博爱。中医讲究要做个好医生就先要做个好人，做人先要立“本”，“本”就是“根”，这个“根”就是医德，也就是“仁心”，“仁心”就是要求医者像孝敬父母、关爱兄弟那样对待病人，只有“本立”才能“道生”，才能救死扶伤。中医都追求“德业双修”，历代名医都以达到“德业双馨”的境界和成为“苍生大医”作为自己终生奋斗的目标。因此，中医药文化非常注重医德的修养，非常注重医风的建树。

(六) 行为准则：集中体现在“精诚专一”、“大医精诚”。中医讲求就业要“精诚专一”，而不能够见异思迁；执业要“大医精诚”，而不能够存着私心、丧失道德、惟利是图。唐·孙思邈在《大医精诚》中对中医传统的行为准则作了全面的、系统的、详尽的阐述。

人文观念、防治思想、思辨模式、治学方式、医德医风，行为准则等六个元素构成了“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的中医药文化的核心理念，这就是中华民族优秀的哲学思想和文明智慧在中医学中最集中的体现。由此

可见，中医药文化是博大的、精深的、人性的文化，也是人类能够共同认知的、理解的、沟通的文化；中医学是人类共同需要继承发展的、科学的、进步的、伟大的医药学。（孙光荣. 中医药文化核心理念初探[A]. 中医药国际论坛论文集[C]. 2009:1-5.）

中医药文化科普巡讲的宗旨、原则、内容与要领

胡锦涛总书记已明确指出：“当今世界，文化在综合国力竞争中的地位日益重要。谁占据了文化发展的制高点，谁就能够更好地在激烈的国际竞争中掌握主动权。”同理，谁占据了中医药文化发展的制高点，谁就能够更好地在中医药事业发展和激烈的世界传统医药竞争中掌握主动权。

如何才能占据中医药文化发展的制高点？首先就必须开辟占据制高点的通道，这就是要把开展中医药文化科普巡讲作为开路先锋，通过宣传中医药文化核心价值体系、普及中医药文化知识，以期形成共识，夯实群众基础。

因此，探索和掌握中医药文化科普巡讲的宗旨、原则、内容与要领，是各级各类中医药机构以及巡讲专家当前及今后一个时期加强中医药文化科普和中医药文化建设首先面临的重大课题。

一、中医药文化科普巡讲的宗旨

文化，是一个大概念。关于文化的定义、地位与作用，其论述林林总总，堪称“各家学说”。有学者认为：“文化是指一个国家或民族的历史、地理、风土人情、传统习俗、生活方式、文学艺术、行为规范、思维方式、价值观念等”；也有学者以实践体验为依据归纳成为“五个是”：“文化是政治，文化是形象，文化是环境，文化是生活，文化是经济”。

笔者认为，“文化”可以概括为：文化是人类在生产和社会进步中认知世界、改造世界、适应自然、利用自然所创造的精神文明与物质文明的总和。中华文化是中华民族在生产和社会进步中认知世界、改造世界、适应自然、利用自然所创造的精神文明与物质文明的总和。

根据《中共中央关于深化文化体制改革推动社会主义文化大发展大繁荣若干重大问题的决定》的精神和《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》的要求，中医药行业有责任、有义务加强中医药文化建设，开展中医药文化科普巡讲。卫生部副部长、国家中医药管理局局长王国强同志强调：“文化是我们民族的灵魂，也是民族真正有力量的决定性因素，它可以深刻影响一个国家的发展进程，改变一个民族的命运。国家的发展、民族的振兴不仅需要强大的经济力量，更需要强大的文化力量。中医药作为中华民族的瑰宝，蕴含着丰富的哲学思想和人文精神，是我们国家文化软实力的重要体现。《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》专门提出了要促进中医在医疗、保健、教育、科研、产业、文化六位一体的全面协调发展的思路，特别指出了要繁荣发展中医药文化”。

基于上述大背景，要开展中医药文化科普巡讲，必先理清有关中医药文化建设与发展的基本观念：

(1)加强中医药文化建设，对引领中医药事业发展，提升国家文化软实力，建设中华民族共有精神家园，推动中医药和中华文化走向世界具有重大而深远的意义。

(2)中医药文化伴随着中华民族的生息繁衍而传承发展，始终是中医药学发展进步的动力源泉，在中华文明史和中医药发展史上谱写了辉煌的篇章。中医药文化的理念与实践日益深入人心，中医药文化所蕴含的认知方式、价值取向、行为习惯、审美情趣越来越获得人民群众的认同和热爱，中医药文化发挥了正本清源、彰显形象、凝聚力量、推动中医药事业发展、促进国际合作交流的重要作用。

(3)近现代以来，东西方文明交汇碰撞使中医药文化面临着冲击和挑战，中医药文化的本源特色优势有被西化、被虚化、被玄化、被僵化的趋势。在中医药

事业发展中,中医药文化建设的力度与医疗、保健、教育、科技、产业的发展还不相称,中医药文化发展速度与经济社会发展还不同步,中医药文化资源配置与市场经济体制还不相适应,中医药文化影响力与我国日益提升的国际地位还不匹配;在中医药文化发展中,许多中医药工作者文化理念仍然淡薄,中医药文化建设体制机制不够健全,中医药文化建设的工作方法和水平有待提高,中医药文化产品的有效供给与人民大众的需求矛盾比较突出,中医药文化建设的专家群体和专业工作团队仍显不足。

(4)加强中医药文化自觉、自信、自强,成为中医药行业的迫切愿望,提升中医药文化品位和品质成为全社会的共同需求。

(5)当前和今后一段历史时期,是我国全面建设小康社会、加快推进社会主义现代化的关键时期,也是文化大发展、大繁荣的战略机遇期。由于中医药文化在国家文化发展中的固本开源的重要基础地位和对中医药事业发展的引领作用的日益凸显,社会对中医药文化的认识与思考更加理性,对中医药文化产品的需求日趋增长;由于信息化的广博性与兼容性推动东西方文明由相互碰撞排斥到相互尊重包容,天人相应的理念和国际医疗保健模式的演变促使中医药加速走向世界,国内外的中医药服务需求为中医药文化发展提供了广阔空间。

(6)中医药学术进步和事业发展,根在文化、魂在文化、情在文化。与时俱进地大力发展中医药文化,是民族利益和经济社会发展赋予文化界和中医药界的神圣责任。

(7)中医药文化发展的战略思想要突出原创性、保持民族性、体现时代性;中医药文化发展的战略重点要着力于中医药文化的传承与创新、传授与保护、传播与交流,着力于中医药文化发展的保障与支撑,着力于中医药文化素养提升、氛围塑造、成果产出,为推动中医药事业发展、中华民族伟大复兴、人类文明进步做出新的更大贡献。

因此,中医药文化科普巡讲的宗旨应该是:以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导,实践科学发展观,贯彻落实党的十七届六中全会决定和国务院[2009] 122 号文件精神,基于中华民族优秀传统文化和中医药基本理论与实践经验,以中医药文化核心价值体系为内核,以全面、正确的中医药文化知识为内容,以执业群体和人民大众喜闻乐见的形式,开展中医药文化科普宣传教育,促进中医药学术进步和中医药事业发展,推动中华民族伟大复兴。

二、中医药文化科普巡讲的原则

中医药文化科普巡讲是一项政策性强、涉及面广、技巧性高、辐射力大的系统工程,在巡讲工作中应当坚持以下基本原则:

(一)科学性原则:中医药文化科普首先必须正本清源,以中医基本理论为指导阐释宣讲的内容,以中医药文献和临床经验为依据传播中医药文化和中医药知识与技能,确保所宣讲的内容姓“中”。不能以西化、虚化、玄化、僵化的内容误导听众,不能用道听途说或随意编造的内容佐证所讲述的观点与方法。

(二)实用性原则:中医药文化科普巡讲的内容必须紧密结合执业人员和人民群众的需求,坚持“贴近生活、贴近群众、贴近实际”。达到“听得懂、学得会、用得着”的效果。

(三)共赏性原则:中医药文化科普宣讲必须通俗易懂、生动活泼,具有亲和力和普适性,做到雅俗共赏。反对低俗、庸俗、媚俗的讲授与演示。

三、中医药文化科普巡讲的内容

中医药文化科普巡讲的内容非常宽泛、非常丰富、非常深刻。主要可以分为

基本概念类和实用技术类。

(一)基本概念类:

基本概念类的内容是主导中医药文化科普宣传教育工作的内核,在组织巡讲选题、甄别巡讲内容、选择巡讲方式时,巡讲者本身必须首先明确基本概念,才能正确地开展中医药文化科普工作。

长期以来,国家中医药管理局组织学者进行了专题研究,初步形成了有关中医药文化科普巡讲的基本概念。

综合目前研究取得的成果或进展,提供参考如下:

1. 中医与中医学:中医,是以中医基本理论为指导,以望闻问切“四诊”为主要手段采集临床信息,通过四诊合参,运用辨证论治诊断疾病及其证候,采用天然药物组方或采用非药物疗法,实施预防、治疗、保健的医学行为主体。

中医学,是中国古代社会和现代社会的主流医学;是中华民族在认知自然、认知生命、防治疾病与卫生保健活动中创造、应用、传承、发展的一种医学体系,是具有中国特色的医药卫生事业的重要组成部分。

2. 中医药的特色与优势:中医在长期临床实践中形成和显示了“个性化的辨证论治、调治求衡的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向”的五大特色,具有和显现了“临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉、创新潜力巨大、发展空间广阔”的六大优势。

3. 中医药文化:中医药文化是中华民族优秀传统文化的杰出代表,是中医药继承创新的灵魂和根本,是中华民族优秀传统文化中本质体现中医药特色优势的精神文明与位置文明的总和。

4. 中医药文化核心价值体系:中医药文化核心机制体系是“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”。由以下六个要素构成:①天人合一、致中和的“人文观念”;②治未病、防重于治的“防治思想”;③整体观、辨证论治的“思辨模式”;④勤求古训、博采众方的“治学方式”;⑤本立道生、德业双修的“医德医风”;⑥精诚专一、淡泊名利、大医精诚的“行为准则”。

5. 中医医德八纲:仁,和,精,诚,谦,廉,慎,严。

6. 中医药文化发展的历史周期与表现形式:古代史、近代史和现代史表明,中医以中华民族传统文化为母体,以医疗和保健行为为主体,以社会大众为受体,历经史前、夏商周、春秋战国、秦汉、魏晋南北朝、隋唐、宋元、明代至清代中叶、清代中叶至民国,在3000多年的9个历史周期直至中华人民共和国成立并进入21世纪,中医药文化以医疗保健服务及其历代累积的文物、经典、医案、医论、医话、医具等为主要载体,一脉相承,源远流长。

7. 中医药文化的特征:中医药文化的特征主要表现在:①中医药文化的原创特征(原创人类生命与疾病的认识论;原创保障人类生命与健康的方法学;原创医学伦理学);②中医药文化的民族特征(基于中华民族传统文化,融合于中华民族传统文化,包括文字、语言、行为、艺术、膳食、民俗等);③中医药文化的应用特征(重经典、重临床、重师承、重流派、重勤求、重博采、重悟性)。

8. 中医药文化的作用:中医药文化的作用是:①行业标识作用;②医德修养作用;③医术提高作用;④人文关怀作用;⑤医患和谐作用;⑥民风引导作用;⑦国家交流合作作用;⑧促进中华文化伟大复兴作用。

9. 加强中医药文化建设:加强中医药文化建设的主题是:突出中医药文化核心理念;加强中医药文化建设的关键是:充实中医药文化内涵;加强中医药文化建设的重点是:彰显中医药文化特征,提高行业竞争软实力。

10. 加强中医药文化建设的三大环节：核心价值体系建设，行为规范体系建设，环境形象建设。

(二)实用技术类：

实用技术类的内容，是开展中医药文化科普宣传教育工作的基源。在挖掘、选择、整合、巡讲时，巡讲者必须掌握大量的实用技术原材料，才能针对性地、生动地开展中医药文化科普宣讲。

根据调研结果，执业群体和人民群众对中医药文化科普的技术类的内容的当前主要需求是：

1. 中医养生的知识与方法：①食养的知识与方法(包括防病、减肥、驻颜、黑发、固齿、壮阳、滋阴、明目、强记忆等，下同)；②药养的知识与方法；③术养的知识与方法(包括书画养生、功法养生、房室养生、心理养生、休闲养生等)；④养生的故事与成功案例；⑤经典养生名言；⑥老中医及社会名流养生经验。

2. 中医诊治疾病的观点与方法：①中医如何看病，与西医有何不同？②中医“治未病”是怎么一回事？③历代中医名家诊疗的神奇故事；④怎么服用中药？⑤中医治疗新、奇、疑、难、重病成功案例。

3. 时令病、常见病、多发病、老年病、情志病等中医防治的基本方法与单方、偏方、验方：①中医如何认知和诊断这些疾病？②中医如何治疗这些疾病？③有哪些单方、偏方、验方可以在农村、社区、家庭防治这些疾病？

4. 妇科常见多发疾病、儿童常见多发疾病的中医防治基本方法与单方、偏方、验方：①中医如何认知和诊断这些疾病(如妇女经、带、胎、产疾病；儿童“五迟”证、肥胖症、性早熟等)？②中医如何治疗这些疾病？③有哪些单方、偏方、验方可以在农村、社区、家庭防治这些疾病？

5. 中药的基本知识：①中药的特点？②中药的作用？③道地药材的价值？④中药的传说与故事？⑤如何购买和使用中成药？

6. 中医药文化的内涵与外延：①中医药文化与古代哲学、史学、文学、兵学、星象学、风水学、堪舆学的关系(应区别精华与糟粕)？②中医药文化的价值观、人文观；③中医药文化在中医医院建设与中医诊疗服务中的具体体现；④中医药文化的人文关怀与医患关系；⑤中医药文化的传承与发扬；⑥具有地域特征的中医药文化传承的内容，如京都中医药、皇家医药；⑦具有中医药文化特征的老字号的故事(如国家级非物质文化遗产“同仁堂”)；⑧有关中医药文化的故事、诗词、对联等。

7. 中医文化素养(针对人民群众)：①如何选择和学习中医书籍？②如何让家人懂点中医药知识？③如何在日常生活中运用中医药知识？④如何识别中医药文化科普、中医药广告的真伪？

8. 中医文化素养(针对执业群体)：①如何选择和学习加强中医药文化素养的书籍？②如何在日常生活中加强中医药文化素养？③如何在诊疗服务中彰显中医药文化特色？④如何在著作论文中体现中医药文化素养？

9. 中医药管理者文化素养(针对管理执业群体)：①如何加强管理者自身的中医药文化素养并在实际管理工作中体现自身的中医药文化素养？②如何将提高中医医药执业人员中医药文化素养纳入管理体系并获得社会效益与经济效益？③如何彰显中医药机构的中医药文化特征？

10. 中医医德修养(针对执业群体)：①中医医德传承的要素？②历代中医名家的医德修养故事？③加强自身中医医德修养的途径与方法？

以上 2 类 20 个方面,是当前急需开展中医药文化科普的内容,也是中医药文化科普专家选题的主要目标。

四、中医药文化科普巡讲的要领

中医药文化科普巡讲的方式方法非常丰富、非常多彩、非常生动。采用什么方式方法开展中医药文化科普巡讲,可由中医药文化科普巡讲专家根据客观需求和自身经验决定。但无论采用何种方式方法,则必须掌握中医药文化科普巡讲的选题、撰稿、宣讲、演示的要领。

(一)选题要领:

中医药文化科普巡讲的选题正确与否是巡讲成功与否的基础。选题的要领是:

1. 把握形势需求:①人类、国家、民族对中医药文化科普的当前需求是什么?②政府主导的中医药文化科普的方向是什么?③党和国家的宣传政策要求宣传什么、批判什么、摒弃什么?

2. 把握听众需求:①听众要求讲授哪些内容?②听众是特定团队还是自由组合?③听众的文化基础水平和对中医药了解程度?④听众所在地域?

3. 把握自身积累:①巡讲专家对所选择的专题是否有兴趣?②巡讲专家对所选择的专题有多少资源积累(一般而言,积累内容:讲授内容=10:1)?③专家原有积累是否错误、是否过时?

上述三个需求线“把握”的交叉点,就是最佳的选题范畴。

(二)撰稿要领:

中医药文化科普巡讲的撰稿的成功与否是巡讲成功与否的核心。撰稿的要领是:

1. 拟定主讲题目(“眼睛要明亮”):①引导式题目,宜新忌旧(如:《“仁”,是中医药文化的核心理念》55/《谈谈中医药文化的核心理念》,这两个题目谁优谁劣?);②传授式题目,宜小忌大(如:《正确睡眠与合理饮食是养生的两大关键》/《关于睡眠与饮食的养生方法》,这两个题目谁优谁劣?);③探索式题目,宜奇忌庸(如:《神——中医望诊第一关》/《谈谈中医望诊的几个问题》,这两个题目谁优谁劣?);④批判式题目,宜准忌泛(如:《绿豆汤、生茄子能防治百病——谁能信、谁敢信?》,《正确掌握蔬果养生的原理与方法》,这两个题目谁优谁劣?)

2. 搭建主讲框架(“骨架要硬朗”):①问答式框架(依序设立问题、逐一解答、逐一小结、总结)。③递进式框架(设立中心问题、逐层解析、总结)。④系统式框架(导语、提出中心问题、阐释原理、讲解方法、正反引证、结语)。要求是:逻辑性强,条理分明,前后连贯,有机整合。

3. 整合优势资源(“气血要充实”):①甄别、选用经典名言、名人名言(忌大段引用、忌泛泛引用、忌为引用而引用)。②甄别、选用数据、案例(忌罗列引用、忌整案引用、忌为引用而引用;必要时需要列表或采用视频资料)。③甄别、选用故事、诗词、对联(忌炫耀引用、忌无出处引用、忌为引用而引用)。④甄别、选用当地材料(忌杜撰材料、忌无数据无案例材料、忌无地域特色材料)。

4. 修饰文稿(“姿容要美丽”):①核对引用原文。②加强开头、结尾和核心段落的修辞(文化科普的文稿要具有科学性、思想性、通俗性、新奇性,既不同于科技论文,也不同于一般的文学艺术作品)。③删除可有可无的字、句、段。④调整讲述的语言,适合听众。⑤最后再审视一遍,注意整体结构是否完整、气势是否适度。

(三)宣讲要领:

中医药文化科普巡讲的效果良好与否是巡讲成功与否的关键。巡讲的要领是:

1. 首重开头:中医药文化科普巡讲是一种用口头表达的方式进行的,具有费时少、普及面广、传播及时迅速、有鼓动性和感召力、直接交流而且形式活泼的特点,也有信息存留短暂的弱点。

“好的开始就是成功的一半”,必须运用好“黄金8秒”引起兴趣、引出主题、预告、建立信誉,开头就紧紧抓住听众的注意力,激发听众强烈的求知欲,这是巡讲的首要关键。中医药文化科普巡讲的开头一般可有:①开门见山、单刀直入式;②设问式;③导语式;④娓娓道来式;⑤即兴式;⑥警句式等。

2. 控制全场:中医药文化科普巡讲不同于报告、讲座、讲课(重要报告不宜脱稿,以表示对集体决策的尊重,是代表组织而不是个人意见;讲座、讲课一般只能短暂脱稿,以表示研究的深入、客观而不是信口开河);也不同于演说(演说一般应脱稿,并富有激情,以表示成竹在胸、立场观点鲜明);更不同于脱口秀(脱口秀必须脱稿,以表示即兴而言而非事先安排)。中医药文化科普巡讲是介乎前三者之间,因此不必脱稿、但有时又必须脱稿,既表示事先准备充分、讲授有据,又表示可以信手拈来、出口成章。其中,最重要的是控制全场。控制全场的要领是:①静场;②纵横视空(眼光照顾全场);③脱稿加入趣闻、故事;④脱稿加入设问;⑤即兴举例;⑥悬念中止等。

3. 生动讲述:语言是思想直接的反映。再完美的讲稿都需要以明晰、生动的语言讲述。中医药文化科普巡讲要求生动有趣,这实际上就是使用语言的技巧:①要充满激情,能打动听众(自己热爱自己所讲的内容,自己首先打动自己),进一步要求做到通过声调、节奏、语气等的变化追求较强的表达效果和较高的审美价值,以声带情,声情并茂,从而引起共鸣;②要深入浅出、通俗易懂,达到“讲起来上口、听起来顺耳”的要求(多用老百姓的口头语言、少用专家学者的书面语言;运用排比、对偶等修辞手段,使语言富于变化;多举例,少说教);③三忌(忌低俗、庸俗、媚俗;忌自炫自夸、哗众取宠;忌生搬硬套、离题万里)。

4. 多途辅助:中医药文化科普巡讲除了口头表达外,可以借助多种方式辅助讲述:①工具(Powerpoint、表格、视频资料);②体态语言(站姿要自然,可小范围移动;面部表情要自然、亲切、真实;适当运用手势);③发放资料(讲稿、提纲);④互动(提问、引用在场听众语言)。

(四)演示要领:

中医药文化科普巡讲过程中,有时需要演示养生保健方法(五禽戏、太极拳、健身操等)。演示的要领是:

1. 服饰得体:专家形象要庄重大方,宜穿着略带浅色的常服,不佩戴首饰,军人宜穿着军常服或迷彩服,非军人不得穿着军常服或迷彩服;忌奇装异服、忌浓妆艳抹。

2. 动作规范:准确展示每一个动作要领。

3. 辅助演示:必要时可带表演团队进行演示。以上,是关于开展中医药文化科普巡讲的宗旨、原则、内容和要领的初步探索与建议,仅供参考。(孙光荣. 中医药文化科普的宗旨、原则、内容与要领[A]. 中华中医药学会科普分会. 2010年全国中医药科普高层论坛论文集[C]. 中华中医药学会科普分会, 2010:8.)

将中医文化传向五洲四海 让中医药服务走进万户千家

本刊主编：余部长新年好！

余副部长：孙教授新年好，《中远》杂志社的同志们新年好！

本刊主编：最近国家中医药管理局主持召开的“保持发挥中医药特色优势工作经验交流会”引起了全行业的关注和振奋。很多读者希望了解您提出的“保持特色，发挥优势，促进中医药事业全面协调持续发展”的大背景。

余副部长：如何保持特色，发挥优势，是全行业关注的重要问题。多年来大家进行不懈的探讨，总结了成功的经验，但是也存在着许多问题和困难，新的历史条件下要促进中医药事业全面协调持续发展，更好地为民众提供中医药服务，就必须解决如何保持中医药特色，发挥中医药优势的问题。

本刊主编：分析中医药特色优势保持发挥不够的原因，从历史层面来看，是否可以认为中医药在中国近代史的坎坷历程，导致了中医药特色优势保持发挥不够？

余副部长：中医药是一门医学科学，为中华民族的繁衍强盛做出了重要贡献。在漫长的发展历程中，中医药服务的提供、人才的培养、研究的开展等，主要以个体的、分散的方式进行。在 19 世纪社会化大生产形成的历史背景下，由于西学东渐，国内外对中华民族优秀传统文化的认识产生扭曲，加上旧中国国力衰颓，致使由中华民族优秀传统文化哺育成长起来的中医药学的发展也相应逐渐式微。直到新中国建立以后，在党和政府的关怀下，才逐步从中医联合诊所人手，先后创办中医医院、中医药院校、中医药科研院所半个多世纪特别是改革开放以来，尽管国家在医疗卫生的投入中对中医药给予了一定倾斜，但由于中医药发展的基础非常薄弱，普遍存在底子薄、设施条件落后、中医药专业技术力量不足的问题，缺少自主发展能力，而中医医院的办院模式也无经验可借鉴另外，在中医药机构快速增长的同时，中医药专业技术队伍的发展没有做到与其同步。中医药事业发展在中国近代史上走过一段较长的坎坷历程，这确实是中医药特色优势保持和发挥不够的起因。

本刊主编：中医药文化传承弱化和文化认同的差异，是否也影响中药特色优势的发挥？

余副部长：中医药文化是中华民族优秀传统文化的重要组成部分，体现了中医药的本质与特色。中医药文化传承的弱化，势必影响中医药特色优势的发挥。随着时代变迁、社会进步，多元文化的交织与东西方文化差异的碰撞日益显现，传统的中医药已置身于现代科技全球化的大环境之中。由于中医药文化没有得到充分的宣传普及，使基于中华民族优秀传统文化形成的中医药学得到社会的普遍理解与认同不够，对中医药特色和优势理解不同，评价标准不同，社会部分人群对中医药接受程度减弱。另一方面，随着我国经济的发展和人民生活水平的提高，无论在城市还是农村，人们对中医药的体现形态、服务手段提出了更高要求，中医药特色优势在策应和调适的过程中，还未能新的历史条件下得到很好的发挥。可以说，中医药文化传承弱化和文化认同差异，是中医药特色优势发挥不够的社会原因。

本刊主编：什么是中医药的特色优势？您认为保持发挥中医药特色优势有什么重要意义？

余副部长：一个事物的特色、优势，是较之同类事物不仅有显著区别而且有自身特长。在特色方面，中医药有独特的生理观、病理观、疾病防治观，其本质

特征是从整体、功能、运动变化的角度认识生命规律和疾病演变；在临证实践中有个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向等特色。在优势方面，有临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉、创新潜力巨大、发展空间广阔等。同时，特色优势是动态变化的，不断发展的，保持发挥中医药特色优势既要保持固有的特色和优势，还要创造新的特色和优势。

保持发挥中医药特色优势具有重要意义。不断保持特色、努力发挥优势，是中医药自身发展的需要；是满足广大人民群众对中医药服务的需要；是弘扬中华优秀传统文化的需要；是服务于国计民生的需要。

保持发挥中医药特色优势，要在科学发展观的指导下，遵循中医药自身的发展规律，以认真继承为基础，不断创新为动力，提高临床疗效为核心，在民主宽松的氛围中，大胆探索，勇于实践，不断提高中医医疗、科研、教育、管理水平，促进中医药事业全面协调可持续发展，为保障人民健康，促进经济社会发展做出新的贡献。

本刊主编：请问您，保持特色、发挥优势的政策环境如何？

余副部长：《宪法》中已经明确了“发展现代医药和我国传统医药”，确立了发展中医药的根本法律地位，党中央、国务院历来关心、重视、支持中医药事业，胡锦涛总书记及新一届中央领导多次强调要充分发挥中医药在防病治病中的作用，2003年10月1日正式执行的《中华人民共和国中医药条例》明确提出，要进一步保持发挥中医药特色优势。《执业医师法》对以师承方式学习传统医学以及经多年实践医术确有专长的人员参加医师资格考试，做出了特别规定。在中医执业医师资格考试中，进一步调整了考试内容，使中医药的基本理论、基本知识、基本技能达到80%，并在实践技能考试中，区分具有规定学历、师承和确有专长者，分别命题，区别对待。今后，要进一步加强中医药法制建设和政策研究，目前《传统医药法》的立法工作已经启动，要组织做好立法研究，并做好《传染病防治法》等相关法律法规中有关中医药工作的实施细则的制定工作，制定贯彻落实《中医药条例》的相关配套措施；进一步组织中医药管理和技术标准规范的制定；继续组织研究在公共卫生体系建设、新型农村合作医疗试点、城市医疗卫生体制改革中发挥中医药作用的政策措施以及中医药发展经济政策等；对以师承方式学习中医药及经多年实践医术确有专长人员的执业资格问题进行调研，近期将提出解决办法。

要探索建立符合中医药发展规律的管理体制和运行机制，主动与有关部门协调，以得到理解与支持；加强经常性的检查与指导，把保持发挥中医药特色优势的各项措施落到实处；中医医院要加强科学管理，强化制度建设，建立良好的内部运行机制；中医药社会团体要认真组织中医药学术交流，推动中医药文化的传播，提出各临床专业特色优势所在和学术、技术的发展方向，为保持和发挥中医药特色优势发挥重要作用。

本刊主编：在建立完善中医药特色优势突出的中医药服务网络方面，有什么具体构想？

余副部长：要根据我国国情和人民群众的需求，进一步明确不同层次、不同类别提供中医服务机构的功能定位。大型综合性的中医医院，要针对防治重大疾病、疑难疾病开展相应的科学研究工作，巩固和提高中医药在防治一些疾病或疾病治疗的一些关键环节等方面的特色优势；中型综合性中医医院，要根据当地的卫生资源总体情况、自身的条件和可获得的资源等，有的可以向大型综合性中医

医院的方向进行建设发展,有的要在突出中医药特色优势的前提下,向大专科、小综合方向发展,或向中医专科医院发展;县级中医医院等基层中医医院,要走小综合、大专科的路子;要在社区卫生服务中充分发挥中医药作用,继续开展中医药特色社区卫生服务示范区建设;在新型农村合作医疗中充分发挥作用,不断扩大农村中医药服务的广度;鼓励综合医院办好中医临床科室,使其进一步加快发展。综合医院中医临床科室要充分利用本单位的基础设施和技术条件,使中医药的优势得到更好的发挥。中医门诊部、诊所等要办出中医特色。鼓励举办中医专科医院;鼓励各级中医医院加强专科(专病)建设,对重点专科建设要进行整体规划,长期建设,坚持不懈,不断发展,形成品牌优势,以“名科”来促进医院的整体发展。

本刊主编:如何在保持特色、发挥优势的思路下开展中医药人才培养和科学研究?

余副部长:就人才方面来说,应探索多模式的培养途径,大力提高中医药人员的中医药技术能力,认真研究总结现代院校教育与传统师承教育的优势和特点,继续探索院校教育与师承教育的有机结合点;研究制定相应办法,疏通通过传统师承教育报考中医执业医师、执业助理医师的渠道;规范毕业后教育,大力加强继续教育,加强中医药继续教育基地建设,重视应用远程教育等现代化教育方式,继续开展老中医药专家学术经验继承工作,进一步做好优秀中医临床人才研修项目,开展高层次西医师学习中医培养项目;加强对城市社区和农村基层医疗服务人员的中医药基本知识与基本技能的培训,进一步扩大中医药服务范围,使中医药的特色优势得到更好的发挥;组织研究中医师培养模式,探讨实施中医全科医师、中医专科医师制度的可行性、模式及办法。

中医药科研要以保持中医药特色、发挥中医药优势为重点,以提高中医药临床疗效为目标,开展中医基础理论研究、临床研究、中药研究以及方法学探索;要尊重中医药自身发展规律,研究提出符合中医药自身特点的科研模式;抓好重大科技项目的实施,进一步加强重大疾病防治研究,巩固和发挥中医药在防治常见病、多发病、疑难杂症及亚健康等方面的优势;继续开展中医药临床疗效评价的现代方法学研究;进一步加强中医古籍文献的挖掘整理研究,建立中医古籍文献数据库,实现数字化,为保持发挥中医药特色优势服务。

本刊主编:我刊是传播中医药远程教育资讯的专门期刊,请您提几点要求和希望。

余副部长:读者认为《中国中医药现代远程教育》杂志办得好,订阅这本杂志可以得到帮助,受到教益。这本杂志不仅要为中医药学历教育和中医药继续教育服务,还应做健康普及的工作,做好宣传中医药文化和知识的工作。你们改版的设计很好,关键是要让更多的读者喜欢看,正确而科学地理解和学习中医药知识。“现代远程教育”是运用现代化网络手段传道、授业、解惑,是无国界无地域的,希望《中国中医药现代远程教育》杂志要不断提高办刊质量,成为广大读者的良师益友,将中医药文化传向五洲四海,让中医药服务走进万户千家。

本刊主编:谢谢余部长在百忙之中接受我们的采访,我们一定不辜负您的厚望和读者的期望。

余副部长:让我们全行业共同努力吧,为中国中医药事业在新时期的新发展做出更大的贡献。(孙光荣.将中医药文化传向五洲四海 让中医药服务走进万户千家——访卫生部副部长兼国家中医药管理局局长余靖教授[J].中国中医药现代远程教育,2006,4(1):4-7.)

中医药文化传承与发展战略的思考

昨天、今天、明天的历史已经或必将证明：中医药是直接关系到最广大人民群众最根本利益的事业之一，是全国大多数省（市）、自治区正在孵化或已经形成的支柱产业之一，是我国开展国际交流和可占有国际健康产业市场主要份额的重要力量之一。这是因为中医学是独具特色和优势的、具有强大生命力的自然科学。

中医药的特色和优势，是由博大精深的中华优秀传统文化孕育而成的。中医药文化是中华优秀传统文化中体现中医药本质与特色的精神文明和物质文明的总和。所以传承与发展中医药文化既是继承和创新中医学的关键课题，又是直接关系到人民大众健康、特别是有助于有效解决“三农”问题的重要课题，更是密切关系到中华民族伟大复兴的重大课题。

如何制订先进的、科学的、可操作的、有实效的和可持续运行的中医药文化传承与发展的战略是当前摆在我们大家面前的共同的重要任务。

1 中医药文化传承与发展的战略定位

中医药文化传承与发展是一个内涵深厚和外延广阔的命题，开展中医药文化传承与发展工作涉及到中医药教育（含学历教育、继续教育及其师承教育、终身教育和大众教育）的各个层次；涉及到中医药文献（含校勘、训诂、注释、语译、文物考证）、理论（含认识论、方法学）、临床（含治法、治则、医案、医话）、中药（含剂型、说明书）和中药的生产与营销（含包装、广告）研究的各个领域；涉及到政府、国内外学术团体、院校、企业和社会的各个层面。因此，中医药文化传承与发展的战略定位应作总体与部分的区分。

1.1 总体战略定位

中医药文化传承与发展是推动中医药事业发展的先锋，是推动中华民族伟大复兴的重要力量。

1.2 部分战略定位

中医药文化传承与发展是政府整合、开发、利用中华优秀传统文化资源，构建社会主义和谐社会与推动经济社会科学、全面、协调、可持续发展的重要的导向性的综合工程；是中医药学术团体的主要的导向性的综合工程；是中华中医药文化研究会的主体工程；是中医药教育、科研、临床机构的学术建设的首选工程；是中医药企业的建设企业文化、拓展营销市场的羽翼工程。

2 中医药文化传承与发展的战略目标

中医药文化传承与发展关系着中医药队伍素质的提高，关系着人民大众的健康，关系着国民经济的发展，关系着中华优秀传统文化的传播与交流。因此，中医药文化传承与发展是一个巨大的、复杂的综合工程，必须明确总体战略目标和分领域战略目标。

2.1 总体战略目标

以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，通过研究与发展中医药文化，理清中医药文化的本源，丰富中医药文化的内涵，开辟传播中医药文化的途径，开展中医药文化的交流，形成中医药文化的产业，推动中医药事业和国民经济社会健康、全面、协调、持续发展。

2.2 分领域战略目标

2.2.1 科研领域的战略目标

中医药文化传承与发展的战略目标是追本溯源。任何自然科学和社会科学在产生和发展的各个阶段都受当时对客观世界认知的局限，因而任何自然科学和社

会科学若持续发展就必须“与时俱进”。纵观 2000 余年来的中医药学发展史就可以客观、公正地判断：中医药学就是吸取、融合当时的自然科学和社会科学的成果而逐渐形成、发展和壮大起来的，中医药学在历朝历代中都在进行当时的“现代化”。因此，中医药学本身就是“与时俱进”的科学，而不是抱残守缺、固步自封、裹足不前的“老古董”。中医药学在吸取、融合 5000 年来中华哲学、文学、数学、历史、地理、天文、军事学等多种学科知识的滋养之后，又溶进了中华民族优秀传统文化的血脉之中。所以中医药文化研究的关键是要通过对《周易》和儒、释、道及诸子百家学说以及相关文物、神话、传说的研究，理清中华民族优秀传统文化对中医药理论体系形成的各个阶段的影响，进而追溯中医药经络文化、诊疗文化、本草文化、养生文化、气功文化以及房室文化等形成的本源，对中医药典籍、出土医书、民间传承的医术医方进行系统的整理研究，恢复中医药典籍、出土医书的原貌原旨，发掘中医药典籍、出土医书的理法方药和民间传承的秘方绝招，逐步实现中医药文化研究的系列化。

2.2.2 教育和传播领域的战略目标

中医药文化传承与发展的战略目标是开源畅流。中医药学是从中华民族优秀传统文化的土壤中萌生和成长的。中医药学在这种文化氛围中能够自然地得以普及，古代上自帝王、下至农妇，炎黄子孙或多或少都能知医识药，由儒从医者、由官业医者更是不胜枚举。但若离开了文、史、哲的传统文化教育和传播，中医药从业人员单纯学习中医诊断、方剂、药性，终究难成中医名家，中药也难以保持和发展道地药材与传统炮制方法，与中医药相关的产品、包括中医药文化产品也难以形成市场氛围。从 20 世纪 70 年代起，中医药高等院校不得不开设医古文课程来弥补学生古代文化知识的不足。现在不仅仅中医药教育如此，从小学到大学的教材中，中华民族优秀传统文化的内容都有待大力加强。只有不失中华民族优秀传统文化的传承，才有活水源头。因此，需要编撰中医药文化教育的系列教材和中医药文化普及读本，开发中医药文化教育与传播的资源，拓宽中医药教育与传播的渠道，逐步实现中医药文化传播的大众化。

2.2.3 学术交流领域的战略目标

中医药文化传承与发展的战略目标是搭建稳定的学术交流平台，先内后外地开展中医药文化传承与发展的学术交流。在世界四大传统医药学中，中医药学惟一得以传承于当代，完好保存至今天，可谓世界自然科学发展史上的一大奇迹！这既是由于中医药学能以自身的特色和优势深深植根于人民大众之中，更是由于中国共产党和人民政府的关怀、保护和扶持。但是由于历史的原因，以及东西方文化和中西医学学术体系的差异，目前国内外在一定程度上存在着对中医药学质疑的现象，甚至有的人还蓄意“唱衰”中医药。因而需要在党和政府的支持下，在国内外、行业内外开展中医药学术交流，首先是需要开展中医药文化传承与发展的学术交流。为此，必须选择主题、途径、地点和方式，搭建稳定的学术交流平台，有计划地开展中医药文化传承与发展的学术交流，逐步实现中医药文化传承与发展学术交流的国际化。

2.2.4 研发领域的战略目标

中医药文化传承与发展的战略目标是形成中医药文化系列产品和培育与拓展国内外中医药文化产品的市场，产生巨大的、持续的经济效益和社会效益。在科研方面，可以形成图书、专题报告、新药配方等系列产品；在教育与传播方面，可以形成教材、普及读本、音像制品、培训班、博物馆、电视专题节目、咨询热线、中医药文化之旅、健康之旅等系列产品；在学术交流方面，可以形成专

题会议、大型专题赛事、网站、期刊专栏等系列产品，逐步实现中医药文化研发的产业化。

3 中医药文化传承与发展的战略重点

有特色才能生存，有优势才能发展。中医药文化传承与发展的战略重点，就是突出中医药的特色与优势。

3.1 突出中医药的特色

中医药究竟有何特色？我认为中医药的特色主要有 5 点：

3.1.1 个性化的辨证论治

中医在“天人合一”思想影响下形成了基于整体观的辨证论治，通过望、闻、问、切“四诊合参”获取病人“证候”的“天人”信息，以辨认“证候”个性化特征为主进行论治，所以可以“异病同治”，也可以“同病异治”（这也就是在来不及掌握致病因素之前，中医能够根据不同病人的“证候”个性化特征有效治疗 SARS、艾滋病等重大疑难疾病的原因所在）。

3.1.2 求衡性的防治原则

中医在“治未病”的思想指导下，首重人体阴阳的动态平衡和生理机制的稳定，以“调之（阴阳）使平”为防治总则，以防为主、防治结合、养治结合，扶正祛邪。这对于防治传染病和疑难病、对于提高健康素质和生活质量极具现实意义。

3.1.3 人性化的治疗方法

中医在“生命至贵”的人性理论认识下，主要研究和应用了丰富的、以无创伤为主的治疗方法，包括药物治疗、非药物治疗（针灸、推拿、按摩、食疗、水疗、泥疗、医学气功疗法等）。

3.1.4 多样化的给药途径

中医根据“药食同源”和“合则安”的理论原则，主要研究和应用了多样化的给药途径，包括口服（煎剂、片剂、丸剂、散剂、丹剂、酒剂、滴剂、喷雾剂等）、穴位熨贴（膏剂、饼剂等）、孔窍给药（洗剂、冲剂、栓剂等）。

3.1.5 天然化的用药取向

中医根据“人法于天地”的基本原理，按照不同的季节（天）和产地（地）精选、精制各种动、植、矿物等作为药物，这就是“药取天然”。

3.2 弘扬中医药的优势

中医药究竟有何优势？我认为，中医药的优势主要有 6 点：

3.2.1 临床疗效确切

由于中医具有“个性化的辨证论治”的特色，所以中医能够针对“三高疾病”（发病率高、治疗难度高、病死率高的疾病）进行以“证候”个性化特征为主的辨证论治，什么时令、什么人、什么证候、开什么方、用什么药、采用什么给药途径都是“量身定做”的，针对性强，相对具有高效、长效、速效的临床疗效可靠的优势（认为中医是“慢郎中”不能在临床获取速效是偏激的看法）。

3.2.2 用药相对安全

由于中医具有“天然化的用药取向”的特色，既合理利用了自然资源，也相对保障了用药安全；加之中医具有“求衡性的防治原则”的特色，诊疗“以人为本”，用药相对平和，而且中医基本方剂是千百年来历代中医从亿万计的病人活体临床实践中筛选、积累起来的，如此“大样本”验证的中医基本方剂不是“以老鼠、兔子点头为主要依据”的药品可以同日而语的，因此，中医用药相对毒副

作用较小，具有用药相对安全的优势。

3.2.3 服务方式灵活

由于中医具有“人性化的治疗方法”和“多样化的给药途径”的特色，而且中医诊疗最讲究简约、方便、快捷、灵验，所以中医的服务历来是“上可至庙堂，下可至山乡”，尤其深深植根于农村基层的人民大众之中，具有服务方式灵活的优势。

3.2.4 文化底蕴深厚

中医药文化底蕴深厚，而且在长期救死扶伤的实践过程中，历代中医本着济世活人的理念博采众长、精诚专一、淡泊名利，逐渐形成了以“本立道生、德业双修”为特点的中医药诊疗文化。在促进和谐社会的构建和对外学术交流等方面，相对于其他自然科学而言，具有传统文化底蕴深厚的优势。

3.2.5 创新潜力巨大

由于中医药所具有的特色，同时也由于中医药具有悠久的历史，而且受到古代对客观世界认知的局限，留下了有待发掘、提炼的丰富宝藏，因而中医药学在文献、基础、临床、中药等方面的科学研究都具有“中国领先”的创新潜力巨大的优势。

3.2.6 发展空间广阔

随着疾病谱的变化，医学模式的革新和健康观念的提升，人类对“天人合一”思想的逐步认同和医学界对中医药学基本理论与临床疗效的日益认可，国际对中医的教育、临床、科研、中药等提出了越来越多、越来越高的需求；随着疑、难、重、新疾病对经济社会发展的困扰加剧，防病治病成为解决“三农”问题的关键之一，老龄化社会的必然到来等，国内对中医的教育、临床、科研、中药和管理也提出了越来越多、越来越高的需求。所以中医药具有发展空间广阔的优势，完全可以“以我为主”在全世界形成中医药健康产业链。

因之，突出中医药的特色和优势就能够因势利导地促进中医药文化的研究与发展。

4 中医药文化传承与发展的战略措施

中医药文化传承与发展的意义如此重要和深远，中医药文化传承与发展的工程如此巨大而浩繁，要保证战略目标的实现就需要有可行的战略措施相匹配。制订中医药文化传承与发展战略措施的关键是建立健全运作模式和运行机制。

中医药文化传承与发展不是孤立的学术研究，不是单纯的书斋或实验室工作，而是需要由政、学、研、产、销“五结合”形成合力，才能启动和运行。

4.1 运作模式

我认为，中医药文化传承与发展的运作模式应该是：政府主导，社团引路，校企联办，多方协作。

政府主导：政府及其主管部门负责主导中医药文化传承与发展的方向、政策，负责所辖地区中医药文化传承与发展计划的制订与组织实施，负责监督中医药文化传承与发展项目招、投标和项目考核，负责监督资源利用和合同执行，负责引导资金的投入。

社团引路：学会和研究会负责资源调研、项目策划，负责相关标准或规范的制订与监督执行。

校企联办：中医药高等院校或中医药科研院所与中医药企业强强联合，根据合同分别负责项目设计、项目投入、项目实施、项目考核和市场运营，利益共享，风险共担。

多方协作：基于中医药文化传承与发展计划和项目需要，调动社会各方力量，根据合作协议，承担各自的责任，分享应得的利益。

4.2 运行机制

“政府主导，社团引路，校企联办，多方协作”的运作模式是鉴于中医药文化传承与发展起步晚、底子薄、目标大、任务重、前景好的5个特点而形成的，既是政府行为，又是市场行为；既是学术建设工程，又是经济建设工程。这一运作模式的建立与健全还需要合理的、长效的运行机制给予支撑。我认为，该机制应当是“项目中心制”：即按计划策划项目，按标准确立项目，按指标考核项目，按合同结算项目。

按计划策划项目：由于中医药文化传承与发展计划是政府主导制订的，其间必然全面考虑人文、地理、环保、资源和市场等因素，这样学术团体按计划策划项目，提出《中医药文化传承与发展项目招标指南》就能够最大限度地符合国民经济发展的总需求。

按标准确立项目：由于中医药文化传承与发展项目立项标准是学术团体主持制订的，它必然充分地体现了中医药文化传承与发展的科学性、先进性、实用性和可行性，根据标准进行项目论证和认可就能够最大限度地保障项目的可持续发展。

按指标考核项目：根据标准制订相关的、切实的经济效益和社会效益考核指标，按照指标进行项目实施各阶段和项目终结的考核就能最大限度地保障项目的安全运行，并能及时发现可用的人才、技术和资源。

按合同结算项目：按照合同（含协议）分年度结算项目能最大限度地发现存在的困难和问题，使其及时解决，进而保障参与项目各方的利益。我坚信：在政通人和的当今，在党和政府的引导和支持下，通过政、学、研、产、销各界的共同努力，中医药文化事业一定会迎来研究与发展的艳阳天！（孙光荣. 中医药文化传承与发展战略的思考[J]. 中国中医药现代远程教育, 2005, 3(10):3-6.）

关于中医药文化建设基本问题的思考

如果一个民族忘记了自己的历史与文化，就不能深刻认知现在，更不能正确走向未来。中医药文化在中华民族伟大复兴的进程中肩负着重大的历史使命，为了完成这一历史使命，必须义无反顾地走上中医药文化复兴之路。

要加强中医药文化建设，首先必须探索有关中医药文化建设的几个基本问题。

一、关于中医药文化的战略地位与战略价值

中医药学是具有特色和优势的医学科学，中医药文化是中华民族优秀传统文化组成部分，中医药工作是具有中国特色的医疗卫生保健工作，中医药国际推广是我国开展国际交流和可占有国际健康产业市场主要份额的中国品牌，中医药振兴是中华民族复兴一支重要力量之一。因此，中医药事业发展既需要、也值得举国上下关注与支持。换句话说，发展中医药事业是关系国家民生、关系中华民族复兴的一件大事，非做不可，不做不行；非做到不可，不做到不行，非做好不可，不做好不行。

无可否认，中华人民共和国成立 60 年来，特别是改革开放 30 年来，在党的中医药政策的主导下，在中央和地方政府的领导及其各部门配合支持下，中医药事业由解放前的濒危境况逐步由求生存走向求发展，走过了一条确实坎坷的而又不断进步的路。建立了中医药的医疗、科研、教育、生产体系，中医药服务的覆盖面不断扩大，中医药的贡献率不断提高。近年来，开展了师承教育、中医优秀临床人才研修项目和名老中医学术思想经验传承研究项目，有效地提高了中医临床水平，开展了“中医中药中国行”活动，加强了中医药文化建设，普及了中医“治未病”学术思想，有效地改善了中医药生存与发展的社会生态环境，促使中医药越来越受到全社会的重视，扩大了中医药的国际影响。

但是，也毋庸讳言，中医药事业发展在当前还存在着诸多困难与问题。关键是什么？关键不仅仅是钱的问题，没有钱固然办不成事，但只有钱也办不成事。关键在于有正确的决策与有效力的执行，这涉及到体制与机制、思路与方法、资源与配置、人才的培养与使用等多方面，但根本的问题是在于对中医和中医药文化的理念与认识亟待廓清与提升。仅举一例：当前医疗卫生领域存在着医疗卫生根本目的迷失和医道尊严丢失的问题。一方面，医疗卫生的根本目的需要回归。医疗卫生的根本目的是什么？是“救死扶伤”，但是近年来，医疗卫生的这一根本目的在医管、医院、医生中已经有相当大程度的迷失，把医疗卫生当成了生意，当成了生财之道。这个根本目的如果不回归，医疗卫生越发展，国家和老百姓越吃亏；另一方面，医道尊严需要回归，中医有“六不治”的祖训（《扁鹊仓公列传》：“病有六不治；骄恣不论于理，一不治也；轻身重财，二不治也；衣食不能适，三不治也；阴阳脏气不定，四不治也；形羸不能服药，五不治也；信巫不信医，六不治也”），但是现在经常发生“医闹”，挟势的得治，挟财的也得治，挟闹的更得治，医生是“孙子”，根本没有医道尊严可言，而部分医生道德的自我沉沦，传统医德的自我丢失，也导致自失尊严。我们必须清醒地认识到，医生、医院、医业这个“三医”问题的核心是医生，离开了医生这个医疗卫生活动的主体，医疗卫生体制改革和医疗卫生事业发展都只能是治标不治本，都不可能真正解决老百姓看病难、看病贵的问题所以，医疗卫生的根本目的和医道尊严都必须“回归”。而要回归卫生的根本目的和医道尊严，关键又在于培植中医药事业发展之“根”，这个“根”就是中医药文化。换言之，要使中医药牢固地植入人

民大众生活之中，就必须使中医药文化“化入”人民群众的道德取向、价值标准、思想观念、行为准则之中；要使中医药进一步走向世界，就必须使中医药文化“融入”国际文化之中，使之“东学两渐”。

因此，中医药文化具有重要的战略地位：中医药文化是中医药人才成长的基因，是中医药学术进步的基源；是中医药事业发展的基础。

加强中医药文化建设具有重要的战略价值：有利于保持和发挥中医药特色优势，有利于中医药人才的成长，有利于中医药学术进步和中医药事业发展，有利于中医药进一步走向世界和中华民族文化的伟大复兴。

二、关于中医、中医学和中医药特色优势

（一）中医：中医是以中医基本理论为指导，以望闻问切“四诊”为主要手段采集临床信息，通过四诊合参，运用辨证论治诊断疾病及其证候，采用天然药物组方或采用非药物疗法，实施预防、治疗、保健的医学行为主体。

（二）中医学：中医学是中华民族在认识自然、认识生命、防治疾病与卫生保健活动中创造、应用、传承、发展的医学体系；是以汉民族文化为代表的中国古代社会和现代社会的主流医学。

（三）中医药的特色与优势：中医在长期临床实践中形成和显示了个性化的辨证论治、调治求衡的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向的五大特色，显现了临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉、创新潜力巨大、发展空间广阔的六大优势。

三、关于中医药文化

（一）中医药文化：什么是“文化”？《周易》说：“观乎人文，以化成天下”，这是“文化”一词的语源。‘所以，文化，是包括知识、信仰、艺术、道德、法律、习俗等一切人类物质文明和精神文明的总和。中医药文化是中华民族优秀传统文化中本质体现中医药特色优势的物质文明和精神文明的总和。也就是说，中医药文化是中华民族优秀传统文化的代表之一，是在数千年中医药发展进程中积累、凝练的中华民族文化的精华。

（二）中医药文化的核心理念：我认为中医药文化核心理念是：“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”。由以下六个要素构成：①天人合一、致中和的“人文观念”；②治未病、防重于治的“防治思想”；③整体观、辨证论治的“思辨模式”；④勤求古训、博采众方的“治学方式”；⑤本立道生、德业双修的“医德医风”；⑥精诚专一、淡泊名利、大医精诚的“行为准则”。

（三）中医药文化的历史周期与表现形式：古代史、近代史和现代史表明，中医以中华民族传统文化为母体，以医疗和保健行为为主体，以社会大众为受体，历经史前、夏商周、春秋战国、秦汉、魏晋南北朝、隋唐、宋元、明代至清代中叶、清代中叶至民国，在 3000 多年的 9 个历史周期直至中华人民共和国成立并进入 21 世纪，中医坚持“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的核心理念，以医疗保健服务及其历代累积的文物、经典、医案、医论、医话、医具等为主要表现形式，一脉相承，源远流长。

（四）中医药文化的特征：中医药文化的特征主要表现在：①原创特征（原创人类生命与疾病的认识论，原创保障人类生命与健康的方法学，原创医学伦理学）；②民族特征（基于中华民族传统文化，融合于中华民族传统文化，包括文字、语言、行为、艺术、膳食、民俗等）；③理念特征（以“仁”为核心，“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”）；④应用特征（重经典、重临床、重师承、重

流派、重勤求、重博采、重悟性)。

(五) 中医药文化的作用：①行业标识作用；②医德修养作用；③医术提高作用；④人文关怀作用；⑤医患和谐作用；⑥民风引导作用。

四、关于加强中医药文化建设

中医药文化建设，是中医药学术进步的根基，是中医药事业发展的前导。突出中医药文化核心价值、充实中医药文化内涵、彰显中医药文化特征，让广大群众“认清中医的门，认准中医的人，认知中医的声，认同中医的行”，这是深化中医医疗体制改革的必然选择，是提高中医药服务竞争实力的必然选择，是发展中医药事业的必然选择。加强中医药文化建设，是中医药行业共同肩负的重大使命。

(一) 加强中医药文化建设的主题——突出中医药文化核心价值：加强中医药文化建设的主题，是要突出由人文观念、防治思想、思辨模式、治学方式、医德医风、行为准则等元素构成了“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的中医药文化核心价值。应从建设与管理理念、内容、形式、方法等方面抓住上述元素，突出中医药文化核心价值，就抓住了加强中医药文化建设的主题。

(二) 加强中医药文化建设的关键——充实中医药文化内涵：应在管理制度与机制建设、人才建设、资源建设、服务体系建设四个方面充实中医药文化内涵。应以贯彻落实“名医、名科、名院”战略为总纲，保持发挥中医药特色优势为主线，以中医药服务走进社区、走进农村、走进家庭为方向，以中医医疗保健护理为主、以西医医疗保健为辅，将具有中医药文化价值特征的人文观念、防治思想、思辨模式、治学方式、医德医风、行为准则以及中医药诊疗收入比重等纳入目标管理，增加中医药文化考核指标系数的权重，按照国家中医药管理局公布的考核标准，落实考核结果。

(三) 加强中医药文化建设的重点——彰显中医药文化特征：中医药机构(包括中医药管理、教育、科研、临床、生产单位)是中医药文化继承和创新的主要阵地，是中医药文化展示和传播的重要窗口。加强中医药文化建设的重点，是要在突出中医药文化核心价值前提下，在充实中医药文化内涵的基础上，从标志、功能区划、环境改造、执业人员言行规范等方面彰显中医药文化特征。惟有坚决地、果断地、大力地彰显中医药文化特征，才能把中医药机构办真、办活、办好。

五、关于中医药文化研究

中医药文化研究应以中国哲学、文学、史学为基础，以中医典籍、中医名家、中医文物等为对象，研究中医道德取向、价值标准、思想观念、行为准则、中医理论与中医临床技术的发展规律、中医名家学术思想以及名家风范，为中华民族文化复兴，为区域中医药文化发掘，为中医药院校、医院、企业文化建设，为中医药文化的国际交流与传播服务，推动中医药事业发展。

(一) 研究报告类：①《中医药文化源流、特征及其传承规律的研究报告》；②《中医药文化核心理念及其作用的研究报告》；③《现存中医药文化古迹、文物的考证报告》；④《现存中医药典籍目录的勘校报告》；⑤《当代中医药机构中医药文化建设状况的调研报告》。

(二) 规范标准类：①《关于加强中医药文化建设的指导意见》；②《中医药医疗、保健、科研、教育、企业中医药文化建设示范单位建设的基本标准》；③《中医医德规范》；④《中医药典籍整理研究规范》；⑤《中医药文化古迹、文物的评估条件》。

(三) 图书系列类：①《中医药文化通考》；②《中医药学术通论》；③《中

药通鉴》；④《话说中医》；⑤《画说中医》；⑥《当代中医名家诗词书画集》。

（四）实体建设类：①《中国中医药文化博物馆》；②《中国中医药文化数字博物馆》；③“全国中医医院中医药文化建设示范单位”；④“全国中医药保健机构中医药文化建设示范单位”；⑤“全国中医药科研机构中医药文化建设示范单位”；⑥“全国中医药高等院校中医药文化建设示范单位”；⑦“全国中医药企业中医药文化建设示范单位”；⑧“中国中医药文化网”。

（五）需要重点解决的问题：①认识：应重点解决中医药文化的理念、价值、特征、作用和表现形式等方面的认识问题。②人才：应物色、遴选、组织一支理论、技术队伍。③计划：应作出全国、地方、单位的加强中医药文化建设的可行计划。④机制：应建立能够动员行业力量、吸引社会资金的有效机制。⑤项目：应研究、确定一批国家级中医药文化建设的项目。⑥资金：应采用国家、地方、单位、社会、国际五结合的办法解决资金问题。

就中医药事业发展的全局而言，加强中医药文化建设是至关重要的、十分艰巨的系统工程。我们必须以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，按照科学发展观，贯彻落实“三名”战略，坚持以人为本、以病人中心，以深刻认识和正确把握中医药文化的主导作用为基础，以大力培育和倡导中医药文化核心价值体系为关键，以形成特色浓厚、内涵丰富、与时俱进、科学规范的中医药文化氛围为重点，促进巩固以保持发挥中医药特色优势为主导的发展方向，实现全面、协调、可持续发展，更好地为人民健康服务，为构建社会主义和谐社会和全面建设小康社会服务。我深信，在国家中医药管理局的领导下，在地方政府的推动下，通过全行业同仁的努力着，全国将迅速出现一批又一批突出中医药文化核心价值、具有丰富的中医药文化内涵、彰显中医药文化特征的中医药机构，中医药事业发展必将走向更加美好、更加辉煌的新征程。（孙光荣. 关于中医药文化建设基本问题的思考[A]. 中华中医药学会中医药文化分会. 第十二届全国中医药文化学术研讨会论文集[C]. 中华中医药学会中医药文化分会, 2009:4.）

做中医人 立中医心 践中医行

昨天、今天、明天，历史业已证明和必将证明：没有中华优秀传统文化的孕育就没有中医药学，没有中医药文化素养就没有真正的中医药队伍，没有中医药文化的科学普及也就没有巩固的中医药服务阵地，没有中医药文化的发展繁荣就没有中华民族文化的伟大复兴。因此，探索与确立中医药文化建设的目标指向、价值追求和总体要求，大力加强中医药文化建设，解决好中医药全行业“做中医人、立中医心、践中医行”的问题，既是中医药行业当前面临的重大课题，更是在复兴中华民族文化的进程中将要长期面对并需求解的根本问题。惟有加强中医药文化建设，才能引领中医药事业发展，提升国家文化软实力，进一步推动中医药走向世界，造福于天下苍生。

一、做中医人——中医药文化建设的目标指向

《周易》曰：“关乎人文，以化成天下。”文化是人“化”（创造）出来的，又是用以“化”人的。中医药在中华民族几千年的繁衍生息过程中由中华民族传统文化孕育而萌芽、生长、成熟，又伴随中华民族生息繁衍而继承、创新、发展，形成了充分保有、真实体现中华民族传统文化精髓的中医药文化，成为中华优秀传统文化的重要组成部分，成为独具特色的世界医药文化，成为人类健康事业的宝贵文化遗产。中医药文化是从宏观整体和自然的角度认知、把握、呵护、拯救生命健康的文化，涵盖了中医药机构管理理念、环境形象、器物表征和中医人的核心价值观、认知思维模式、行为准则与表述方式等多个方面，是中医药学的思想基础和内在精神，是中医药继承创新的灵魂和根本。所以，中医药文化是中华民族文化中本质体现中医药特色优势的精神文明与物质文明的总和。显而易见，中医药文化是中医人的根。在中医药发展的历史长河中，中医药文化在不断培育人、滋养人、改造人。中医药文化建设的目标就是要用中医药文化来“化人”——做中医人，做珍惜和尊重中医药文化的人，做对中医药学理解和热爱的人。

1. 用中医药文化核心理念引导中医药育人兴业，做真懂中医的人纵观历代中医经典的论述和中医名家的行医实践，我们认为中医药文化的核心理念是“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”。主要由以下六个要素构成：一是天人合一、致中和的“人文观念”；二是治未病、防重于治的“防治思想”；三是整体观、辨证论治的“思辨模式”；四是勤求古训、博采众方的“治学方式”；五是本立道生、德业双修的“医德医风”；六是精诚专一、淡泊名利、大医精诚的“行为准则”。加强中医药文化建设就是要用这一核心理念贯穿始终，武装头脑，坚定信念，育人兴业。通过育人兴业，让人民大众认清中医的门、认知中医的人、认同中医的行，切实展现中医药机构和中医人的传统厚重与行业尊严。

做真懂中医的人。在管理上，就要用这一核心理念加强管理，自觉地按照中医药核心理念思考问题，自觉地按照中医药的发展规律开展工作，在出台法律、制定政策、完善细则的过程中，应充分考虑中医药的自身特点，从中医药的自身发展规律出发，将发现、培养、使用真正的中医人才纳入管理体系；在执业上，就应自觉地认识中医药的地位与作用，自觉地担当起继承创新中医药学的任务，在为人、治学、行医的过程中，充分表现出中医人的责任感和使命感。

2. 用中医药文化思维方法指导中医药医疗保健，做真用中医的人中医基于中华民族传统文化思维方式而认识世界，认识生命，认识健康，在中医理论指导下认识和诊治疾病，尽管还有众多中医学术经验运用现代科学理论与实验方法远远

不能诠释,但经过数千年、亿万人次临床疗效证实的“天人合一”“阴阳平衡”、整体和谐的“中和”的中医思维方式,揭示了生命科学未来的发展方向。中医、西医作为两个各有特色、各有优势的不同医学体系,各有各的思维方式。西医的诊疗思维主要是对抗性思维,它是在解剖学的基础上建立起来的医学,在病因学和治疗学上就着力寻求有形的致病因子和明确人体受损的精确定位,然后采用人工合成的药物或其他治疗手段,对抗式地直接排除病因或修复受损的组织结构,有细菌就消灭细菌,有病毒就清除病毒,有必须废弃的肢体或脏器就切除须废弃的肢体或脏器。中医的诊疗思维主要是包容性思维,这是一种体现了中华民族文化底蕴和中华民族智慧的原创思维,是以整体观念为核心建立起来的医学,强调天人合一、形神合一。因而在病因学和治疗学上着力寻求外因、内因、不外因的致病因素和正气、邪气的消长定位,然后采用天然药物或其他治疗手段,包容式地提升正气,弱化或清除邪气,启动自身的免疫力,使其“正气存内,邪不可干”,达到“精神内守,病安从来”的目的,自主修复受损的人体组织结构。简言之,西医看的是“人生的病”,中医看的是“生病的人”。中医思维是中医学的内核和标志。现实生活中,不少中医机构及其中医药执业人员,不运用中医药文化思维指导医疗保健实践,在疾病解读方式上和治疗过程中,大量使用西医西药的诊疗思维模式与方法,让民众看不懂、认不清、吃不准什么是真正的中医。所以,加强中医药文化建设,就是要用中医药文化思维方法指导中医药医疗保健。做真用中医的人。在管理上,就要强化对中医临床、科研、教育质量的管理与检验,包括对中医诊断率、中药处方率、中医医案合格率、中医科研立项的中医思维与技术含量,中医药教育的课程设置、教材编著、考试命题的中医思维与技术含量等进行有效监控;在执业上,就要提高对传统文化的认知和理解,加深对中医理论的认识,坚定从事中医药的信念,用中医思维认识生命现象和活动规律,指导养生保健,认识疾病的发生和选择治疗疾病的方法,提高中医药的疗效。

3. 用中医药文化基本知识传导媒体与社会公众,做真信中医的人中医药植根于中华民族深厚的文化土壤里,被广大人民群众所接受和广泛使用,有着良好的群众基础。研究表明,中医药具有“个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向”五大特色和“临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、文化底蕴深厚、创新潜力巨大、发展空间广阔”六大优势。但近现代以来,随着西学东渐,民众对中医药的接受不再根深蒂固。因此,提高中医药在公众中的影响力,使中医药“有人信”,是一项基础性、战略性的工作任务。

做真信中医的人。在管理上,就要创建和完善中医药医疗保健服务网络,创建和完善中医药专项基地,创建和完善中医药宣导机制,充分发挥报纸、杂志、广播、电视、网络等媒体在中医药文化科普工作中的主力军作用,让中医药文化知识真切地走进农村,走进社区,走进家庭,走进军营,走进工厂,走进社会大众,提升人民群众对中医药文化的认识,让全社会都了解中医药常识、关注中医药发展,使其崇尚中医、相信中医、选择中医;在执业上,就要给民众提供高质量的中医药服务,切实解决人民群众的健康需求,同时应担当起中医药文化使者的角色,让每一个受诊者不仅享受到高水平的中医服务,而且充分感受中医文化的魅力。

二、立中医心——中医药文化建设的价值追求

北宋大儒张横渠有名言曰:“为天地立心,为生民立命,为往圣继绝学,为万世开太平。”这最能表达士人襟怀与抱负的四句话,亦可恰当地表达中医人应

有的襟怀与抱负，即为天地生化万物的生生之德而“立心”，为天下苍生健康而“立命”，为中医经典与历代名家“继绝学”，为世世代代普救含灵之苦“开太平”。中医药文化建设是中华民族文化复兴的前哨，世界传统医药振兴的前锋，医药卫生体制改革的前卫。立中医心，就是要确立中医药文化的核心价值观，明确中医人的文化立场、文化取向、文化选择，体现中医人的文化自觉、文化自信、文化自强。

中医药文化的本质属性是社会意识形态，具有五大属性。一是民族属性：中医药文化属于中华民族文化，中医药的养生保健和诊断治疗的文字、语言、行为、方法、药物等都融入了中华民族的血脉；二是原创属性。中医药学的原创人类生命与疾病的认识论、原创保障人类生命与健康的方法学、原创医学伦理学等，是中医药继承创新的根基；三是专业属性：中医药文化属于行业文化，蕴含于行医施药全过程；四是人文属性：中医药文化具有人文科学的特性，含有深刻的环保意识与人文关怀；五是传承属性：中医药文化可经过师承延续，讲求七重（重经典、重临床、重师承、重流派、重勤求、重博采、重悟性）。

由此可见，中医药文化既是民族的，也是世界的。随着“回归自然”的观念日益深入人心，传统中医药具有保健、预防、治疗、康复等天然优势，越来越受到世界各国人民的认同。政府应该把中医药文化建设纳入国家文化发展战略，积极推进中医药文化建设，加强资源开发利用，打造中医药文化品牌，让中华文化走向世界。中医人需要有中医药文化的觉悟与觉醒，即正确认识中医药在中华民族复兴伟大进程中的地位作用，在中医药医疗、保健、教育、科研和产业发展的各个领域应自觉地渗入中医药的文化元素，正确把握中医药发展规律，主动担当中医药发展的责任，担当世界传统医药振兴的前锋，体现中医药文化建设的自信。随着经济全球化的发展，不断出现了中西医学的交流、交融与交锋。中医药文化受到了多元文化特别是西方文化的冲击，同时也受到了来自内部自我贬低、自我放弃的挑战。因此，正确看待中医药自身，正确对待现代医学，充分认识中医药文化的独特优势和前景，从而坚定中医药信念和追求是至关重要的。一方面要继承自身传统，另一方面应以开放的胸怀吸纳、融合多元文化，以辩证的态度转化为创新的能力。在管理上，应当以强化中医药文化核心价值为本，以现代管理方法为用；在执业上，应当以凸显中医药特色优势为本，以现代先进科学技术为用。着眼人类健康现实需求和自身未来发展，实现新跨越。深化医药卫生体制改革，最重要的是要让人民群众得到实惠，让人民群众防得了病、看得上病、看得起病、看得好病。中医药是我国独具特色的卫生资源，是中国特色医药卫生事业的显著特征和巨大优势。要在医改中充分发挥中医药临床疗效确切、预防保健作用独特、治疗方式灵活等优势，满足人民群众的中医药预防、医疗需求，降低医疗费用，提高人民群众健康水平，为人民群众防病治病做出贡献，这就是中医药价值所在。而要使中医药在医药卫生体制改革中发挥重要的战略作用，就必须做到中医药文化的自强。在管理上，应把中医药文化科普工作放在优先的位置，使之与预防、医疗、保健、科研立项、招生招聘、吸纳社会力量紧密挂起钩来；在执业上，要把医德修养、医术精求渗透到日常工作的每一个环节。这就要使中医药文化“强”在解决人民群众的健康需求上，“强”在自身的影响力、创造力、竞争力上，“强”在提高对医药卫生体制改革的贡献率上。

三、践中医行——中医药文化建设的总体要求

中医药发展的实践告诉我们，正是在中华民族几千年的发展历程中，不断继承传统，勇于创新，直面人类预防保健和治疗疾病的现实需要，才逐步形成了特

色鲜明、前景辉煌的中医药文化。今天，在医药学面对更严峻挑战时，人们把关注的目光投向了中医药。在这样的大背景下，需要我们更加理性地深思中医药文化的未来实践，走特色发展之路、科学发展之路、创新发展之路。

1. 遵循中医自身发展规律，走特色发展之路

中医药的发展历史，就是中医药特色不断总结、提升、再发展的历史。所以，遵循中医药自身发展规律，走特色发展之路，才能迎来中医药的光明前景。当前，中医药的发展面临着诸多困境，如现代语言环境下中医科学属性问题，现代教育背景下中医学术传承问题，现代社会组织下中医发展方式问题，现代生活方式下中医健康理念普及问题等等，这些问题都需要用实践来回答。走中医药文化的特色发展之路，就是要逐步实现中医药文化研究的系列化、传播的大众化、学术交流的国际化 and 研发的产业化。

具体而言，一是要正本清源。通过对《周易》和儒、释、道及诸子百家学说以及相关文物、神话、传说的研究，理清中华民族优秀传统文化对中医药理论体系形成的各个阶段的影响，进而追溯中医药经络文化、诊疗文化、本草文化、养生文化等形成的本源；同时，对中医药典籍、出土医书、民间传承的医术医方进行系统的整理研究，发掘其理法方药和秘方绝招，逐步实现中医药文化本源研究的系列化。二是开源畅流。编撰中医药文化教育的系列教材和中医药文化普及读本，开发中医药文化教育与传播的资源，拓宽中医药教育与传播的渠道，逐步实现中医药文化传播的大众化。三是搭建平台。有计划地开展中医药文化传承与发展的学术交流，逐步实现中医药文化传承与学术交流的国际化。四是形成中医药文化产品。在总结“中医中药中国行”活动经验的基础上，建立并完善中医药文化与传播中心和中医药文化教育基地，开展全国中医药文化科普巡讲，编辑出版系列图书、专题报告，编制系列教材、普及读本、音像制品，开办中医药文化专题培训班、举办专题会议和大型专题赛事，筹建国家中医药博物馆，联合报刊、影视、网站主流媒体及其相关单位，开设电视专题节目、咨询热线、摄制专题片，开通中医药文化之旅、健康之旅等，形成中医药文化教育与传播系列产品，逐步实现中医药文化研究与传播的产业化。

2. 构建合理的大发展格局，走科学发展之路

科学发展，就是要体现科学发展观的要求，构建合理的发展格局，把科学发展的理念贯穿到工作的各个方面、各个环节。这就要求始终坚持发展的主题，把发展作为第一要务，积极为中医药事业发展服务，同时促进中医药文化自身发展；坚持以人为本，满足人民群众健康需求，促进人的全面发展；坚持全面协调发展中医药文化，促进中医药事业持续健康发展；坚持统筹兼顾，立足全局，着眼长远，实现科学发展。近几年，国家提出了“六位一体”的中医药发展格局，“文化”已列入中医药工作日程中，并被提高到战略高度。经过在工作目标、工作项目、工作队伍等方面的积极探索，逐步构建和形成了中医药文化发展的蓝图。实践证明，加快中医药文化发展，就需要将中医药文化置于国家文化建设的宏观背景下，将中医药文化置于中医药事业格局中，一手抓中医药文化事业，一手抓中医药文化产业，既满足公众医疗卫生和健康需要，又促进经济发展。

3. 适应新时代发展的需求，走创新发展之路

创新是文化的本质特征。一部中医药的发展史，就是中医药文化的创新史，科学技术高度发达的新时期，人类生存环境和社会医疗需求发生了很大变化。中医药在时代的变迁中，自身也不断发生变化。在当代中国，无论是适应建设创新型国家的战略需要，还是满足医疗卫生体制改革的需要；无论是为了在激烈的国

际竞争中提升中医药文化的软实力，还是为了对人类健康做出新贡献，都需要中医药的创新发展。中医药创新，一方面是在继承基础上的创新，另一方面要立足现代社会，实现传统范式向现代范式转换，这将带来中医药发展上的超越。而在这一超越中，中医药文化必将发挥引领、稳定、促进的重要作用。（孙光荣, 邱德亮. 做中医人 立中医心 践中医行——中医药文化建设的目标、价值与要求[J]. 中医药文化, 2012, 7(01):8-11.）

突出特色和优势 发展中医药文化

——访北京中医药大学远程教育学院副院长孙光荣

北京中医药大学远程教育学院副院长孙光荣教授对传承与发展中医药文化有独特的见解。他始终认为,促进中医药文化的研究与发展和突出中医药的特色与优势是一种相辅相成的关系。

孙光荣指出,中医药的特色和优势,是由博大精深的中华民族优秀传统文化孕育而成的。中医药文化是中华民族优秀传统文化中体现中医药本质与特色的精神文明和物质文明的总和,所以传承与发展中医药文化既是继承和创新中医药学的关键课题,又是直接关系到人民大众健康、关系到中华民族伟大复兴的重大课题。

卫生部副部长兼国家中医药管理局局长余靖在不久前举行的“保持发挥中医药特色优势工作经验交流会议”上的讲话中,对中医药的特色优势已经作了明确的阐述。有特色才能生存,有优势才能发展。中医药确实具有个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向等特色,形成了临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、文化底蕴深厚、创新潜力巨大、发展空间广阔的中医药优势。孙光荣说,中医药文化传承与发展的战略重点,就是突出中医药的特色与优势,逐步实现中医药文化研究的系列化、传播的大众化、学术交流的国际化 and 研发的产业化。

如何达到这个目标?孙光荣说,一是追本溯源。中医药学是吸取、融合当时的自然科学和社会科学的成果而逐渐形成、发展和壮大起来的。有必要通过对《周易》和儒、释、道及诸子百家学说以及相关文物、神话、传说的研究,理清中华民族优秀传统文化对中医药理论体系形成的各个阶段的影响,进而追溯中医药经络文化、诊疗文化、本草文化、养生文化等形成的本源,对中医药典籍、出土医书、民间传承的医术医方进行系统的整理研究,发掘其理法方药和秘方绝招,逐步实现中医药文化研究的系列化。

二是开源畅流。只有不失中华民族优秀传统文化的传承,才有源头活水。因此,需要编撰中医药文化教育的系列教材和中医药文化普及读本,开发中医药文化教育与传播的资源,拓宽中医药教育与传播的渠道,逐步实现中医药文化传播的大众化。

三是搭建平台。必须选择主题、途径、地点和方式,搭建稳定的学术交流平台,有计划地开展中医药文化传承与发展的学术交流,逐步实现中医药文化传承与发展学术交流的国际化。

四是形成产品。在科研方面,可以形成图书、专题报告、新药配方等系列产品;在教育与传播方面,可以形成教材、普及读本、音像制品、培训班、博物馆、电视专题节目、咨询热线、中医药文化之旅、健康之旅等系列产品;在学术交流方面,可以形成专题会议、大型专题赛事、网站、期刊专栏等系列产品,逐步实现中医药文化研发的产业化。

当然,中医药文化传承与发展是一个巨大的、复杂的综合工程,需要建立“政府主导、社团引路、校企联办、多方协作”的运作模式。这一运作模式的建立与健全还需要合理的、长效的运行机制给予保障。他认为,该机制应当是以符合国民经济发展的总需求为前提实行“项目中心制”,即按计划策划项目,按标准确立项目,按指标考核项目,按合同结算项目,由此及时提供人才、技术和资源,进而保障项目的可持续发展和各方的利益。(周颖. 突出特色和优势发展中医药

文化[N]. 中国中医药报, 2006-01-11 (004).)

突出中医药文化核心价值 提高中医医院竞争实力

——关于中医医院加强中医药文化建设若干问题的思考

中医医院加强中医药文化建设,使中医医院突出中医药文化核心价值、充实中医药文化内涵、彰显中医药文化特征,让广大群众“认清中医的门,认准中医的人,认知中医的声,认同中医的行”,这是深化中医医疗体制改革的必然选择,是提高中医医院竞争实力的必然选择,是发展中医药事业的必然选择。因之,中医医院加强中医药文化建设直接关系到中医药文化的传播与普及,直接关系到中医医院的存亡与兴衰,直接关系到中医药事业的生存与发展。因此,中医医院加强中医药文化建设是中医药行业共同面临的重大课题。

现就中医医院加强中医药文化建设若干问题提出浅见,聊备一家之言,仅供参考,并就正于各位领导与方家。

一、主题——突出中医药文化核心价值

中医药文化是中华民族优秀传统文化的代表之一,是在数千年中医药发展进程中积累凝练的中华民族文化的精华。中医医院加强中医药文化建设的主题,是要突出中医药文化核心价值。

中医药文化核心价值主要由以下元素构成:1.人文观念:集中体现在“天人合一”、“致中和”。2.防治思想:集中体现在“治未病”、“防重于治”。3.思辨模式:集中体现在“整体观”、“辨证论治”。4.治学方式:集中体现在“勤求古训、博采众方”。5.医德医风:集中体现在“本立道生”“德业双修”。6.行为准则:集中体现在“精诚专一”、“淡薄名利”、“大医精诚”。

由以上人文观念、防治思想、思辨模式、治学方式、医德医风、行为准则等元素构成了“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的中医药文化核心价值体系。这就是中华民族优秀的哲学思想和文明智慧在中医学中的最集中的体现,这就是中医医院中医药文化的内在精神和根本。

从中医医院建设与管理理念、内容、形式、方法等方面抓住上述元素,突出中医药文化核心价值,就抓住了中医医院加强中医药文化建设的主题。

二、关键——充实中医药文化内涵

中医医院加强中医药文化建设,应当在充分认知、培育、把握、突出中医药文化核心价值的前提下,抓住中医医院加强中医药文化建设的关键,这就是要努力充实医院的中医药文化内涵。

主要由于历史的原因,中医医院的中医药文化内涵日趋淡薄,广大民众已经基本上认不清中医的门(分不清中医医院、西医医院)、认不准中医的人(分不清中医、西医、中西医结合医)、听不懂中医的声(不懂中医的名词术语和辨证论治)、不认同中医的行(不认同中医的诊断和治疗)。当前中医医院亟待在以下几个方面充实中医药文化内涵:

1. 在医院管理中充实中医药文化内涵

明确中医医院建设以贯彻落实“名医、名科、名院”战略为总纲,保持发挥中医药特色优势为主线,以中医药服务走进社区、走进农村、走进家庭为方向,以中医医疗保健护理为主、以西医医疗保健为辅。将具有中医药文化价值特征的人文观念、防治思想、思辨模式、治学方式、医德医风、行为准则以及中医药诊疗收入比重等纳入医院目标管理,制订相关考核指标,增加中医药文化考核指标系数的权重,建立相关考核办法,落实相关考核结果。

2. 在人才建设中充实中医药文化内涵

明确中医医院人才建设以培养优秀中医临床人才、建立以名医为学科带头人的中医药人才团队为目标,员工结构以中医医、药、护人员为主、以西医医、药、护人员为辅。将重温中医学四大经典、继承创新老中医药专家学术经验、吸纳民间和少数民族特色优势诊疗方药、继承中药饮片传统炮制技术、提高中医药治愈率等纳入人才培养、考核范畴,并建立健全中医药人才成长的激励机制。

3. 在资源建设中充实中医药文化内涵

明确中医医院资源建设以加强中医药文献、设备、仪器等资源建设与资源配置为目标,强调以中医药图书、期刊、设备、仪器等资源建设与资源配置为主,以西医图书、期刊、设备、仪器等资源建设与资源配置为辅。

4. 在服务体系中充实中医药文化内涵

明确中医医院要在服务体系中突出中医药文化,以中医诊疗护理为主、以西医诊疗护理为辅。在门诊和住院部查房、处方、会诊、典型病例讨论、带教中突出中医四诊资料和辨证论治;在中医医院辐射社区、农村、家庭的服务网络建设中,以吸收中医药医疗机构加盟和提供中医药服务为主。

三、重点——彰显中医药文化特征

中医医院是中医药文化继承和创新的主要阵地,是中医药文化展示和传播的重要窗口。中医医院加强中医药文化建设的重点,是要在突出中医药文化核心价值前提下,在充实中医药文化内涵的基础上,彰显中医药文化特征。建议当前以中医医院形象、行为为切入点,及时、真实、科学地彰显中医药文化特征。

1. 中医医院标志

建议统一启用符合中医药特色的、创新的、独有的中医医院标志,统一各级中医医、药、护人员的着装和服饰。

2. 中医医院区划

在现有基础上,建议本着适当增减、选点渗透、合理替换、全面整合的原则,按照中医临床学科、中医诊疗特征、中医师承特点等,创新规划中医医院的行政管理、门诊部、咨询部、住院部、养生保健部、护理部、药房、中药制剂部、勤求博采馆(室)、社区联络服务部等的中医医院功能区划。

3. 中医医院环境

建议主要针对前坪、院门、候诊区、走廊、诊室、住院部医护办公室、中药制剂部以及饮片包装等,加强中医药文化宣导内容的布置,包括书法、图示、音像、标识等。

4. 中医人员行为

加强中医医德医风的宣示,规范中医病历、处方的书写,强化中医望、闻、问、切的诊法运用和四诊资料的收集、整理,强化中医的药物疗法和非药物疗法在门诊、住院治疗中的运用,强化会诊、典型病例讨论、带教和学术交流中的中医学经典著作原文的引用和中医名词术语的运用。

就中医药事业发展的全局而言,中医医院加强中医药文化建设是至关重要的、十分艰巨的系统工程。国家中医药管理局提出了明确的要求,必须以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导,按照科学发展观,贯彻落实“三名”战略,坚持以人为本、以病人为中心,以深刻认识和正确把握中医药文化的主导作用为基础,以大力培育和倡导中医药文化核心价值体系为关键,以形成特色浓厚、内涵丰富、与时俱进、科学规范的中医药文化氛围为重点,促进中医医院巩固以中医为主的发展方向,实现全面、协调、可持续发展,更好地为人民健康服务,为构建社会主义和谐社会和全面建设小康社会服务。(孙光荣.突出中医药文化核

心价值 提高中医医院竞争实力[N]. 中国中医药报, 2007-12-14(003).)

中医当自强

——兼论实现中医梦的理念与路径选择

新中国成立以来，中医药事业在党和国家的扶持下，形成了目前“六位一体”全面协调发展的新局面。中医药人正全面贯彻落实党的十八届三中全会精神，完善中医药事业发展政策和机制，力争将中医药发展纳入国家战略，在用中国式办法逐步解决医改这一世界性难题中做出新贡献。

但我们也要看到，百年来总有人对发展中医药抱有歧见，即便支持中医者，也有对中医发展方向、方法等问题认识不清的现象。作为中医人，如果不维护中医药的特色优势，不坚持大力发展中医药事业，将对人民健康、对医学科学进步、对中华民族复兴带来消极影响。长期的历史和实践告诉我们：中医当自强！

1. 中医应自强——正确评价中医价值

有关中医药学的百年争论，归结起来，都围绕着中医“我是谁”、“我从何处来”、“我将向何处去”等根本性问题展开。解决这个问题，要以辩证唯物主义和历史唯物主义的观点来看待中医的历史和所处的现阶段环境，客观评价中医的价值。这是中医实现自强的前提。

作为原创医学有自强的基源

两千多年前，中医学就创立了从人体生理、病因、病机到诊断、治疗及预防等较为完整而系统的医学理论体系，此后历代又有所发挥、补充和创新，在数千年亿万人次的临床实践中形成了“个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的给药途径、天然化的用药取向”的五大特色，具有了“临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、文化底蕴深厚、创新潜力巨大、发展空间广阔”的六大优势，其显著的疗效、独特的诊疗方法、系统的理论体系和浩瀚的文献史料，已成为人类生命科学的共同财富。

中医学在其发生、发展的过程中，吸收与融合了其他民族乃至国外的医疗经验和方法，但始终植根于中国传统文化的土壤之中，其内在精神一直是稳定的，并且贯穿于从理论到临床的各个环节。中医学自强发展，有着悠久的历史 and 雄厚的基础。

作为生命科学的前导有自强的使命

生命科学是当今世界最受关注的基础自然科学，它是研究生命现象、生命活动的本质、特征和发生、发展规律，以及各种生物之间和生物与环境之间相互关系的科学。开展生命科学研究就是为了有效地控制生命活动，能动地改造生物界，造福人类生存、人民健康、经济建设和社会发展。无论从医学模式上，还是从治疗思想上，中医都是生命科学的前导。

生命是一个极其复杂的自然现象。它的存在，是整个自然界生物链中的一环，与整个自然界存在着千丝万缕的联系。因而，生命的异常变化，与这个链上相关各因素都有关联。中医学在两千年前确立的医学模式，就已经不是单纯针对疾病的孤立活动，而是认为人体的所有异常情况与人类的生存条件密切相关，可以说是创立了“生物—环境—时间—气象—心理—体质—社会—生态医学模式”。事实上，现代社会关于医学模式的每一个命题的实验与实施，都只是沿着中医学的途径，向中医学模式的追求与靠近，而又远没有达到中医学模式中“谨察阴阳所在而调之，以平为期”的完善程度。

独具的创新思维有自强的需求

中医学是中华民族最具有原创性的科学，具有原创思维和原创理论，中医学

的历史就是不断创新、发展的历史。以外感热病为例，在《黄帝内经·素问》中谈到“今夫热病者，皆伤寒之类也”，确定了一切因外感引起的发热疾病统称为“伤寒”；到东汉时期，张仲景对《黄帝内经》理论进行了发展和创新，突破了《黄帝内经》中的观点，创立了病与证结合的六经辨证的一套治疗外感热性病的理论与方法；到金元时期，刘完素对外感热病有了新的认识，进行了再次创新，“不墨守六经”，被誉为“幽室一灯，中流一柱”；吴鞠通在深研古典医籍和历代医家的理论与经验的基础上，将温病从广义“伤寒”中彻底分离出来，提出横以卫气营血、竖以三焦为其纲领的温病学，从而把外感热病推向一个新的高峰。历代医学大家都重视创新与发展中医，如张仲景就对“不念思求经旨，以演其所知，各承家技，终始顺旧”的思想方法提出了批判，朱丹溪同样鼓励医学创新，他说：“持古方以治今病，其势不能以尽合。”所以，历代中医始终是在继承创新中不断攀登。

中医作为我国最具原始创新潜力的领域，也是医学与人文融合得比较好的科学。中医药系统性和复杂性等关键问题的突破，将对生物医学、生命科学乃至整个现代科学的发展产生重大影响，将会促进多学科的融合和新学科的产生，使人类对生命和疾病的认识得到进一步提高和完善。

2. 中医须自强——明确中医发展方向

中医学是有着数千年悠久历史的国之瑰宝，但近百年来却遭受到“非科学”或“伪科学”的质疑，艰难地走上了一条彷徨与抗争之路。中医学的未来发展，需要中医文化与科学自觉、自强的主体力量，只有如此，才能在按照中医自身发展规律赢得健康发展与全面复兴的同时，推动中华文化的伟大复兴、与世界医学的创新发展互动、满足人类健康需求的提升。

推动中华文化的伟大复兴

进入新世纪，“实现中华民族的伟大复兴”、“复兴中华民族优秀传统文化”成为时代的呼唤。习近平主席强调，中医药学“是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙，深入研究和科学总结中医药学对丰富世界医学事业、推进生命科学研究具有积极意义”。有专家指出，习主席所说的“钥匙”，是指向医学和文化的结合。中医文化植根于传统文化，是中华优秀传统文化、哲学思想、思维方式和价值观念的体现。中医学作为中华民族文化“脊椎”之一，要坚实、要挺直、不能脱位，不能被西化或西医化的观点左右。

中国哲学思维方法是中华文化的灵魂。然而，在现今中国，“西化”是不争的现实。有批评者指出，中医学界西化或西医化的程度已令人触目惊心。现实西化的结果，使得中华文化中许多优秀的内涵失落了，有的甚至无法再现。像古建筑学，各地都有大量古建筑留存着，但是它的灵魂——设计思想、计算方法、施工技术和工艺，基本上失传了。中医学如果不彻底改变现今自觉或不自觉地在教育、科研、临床中仿效西医的状况，也将会像古建筑学一样，中国人只好看着自己民族瑰宝丢失，中医学的神奇疗效将成为传说。

实现中华文化的复兴，这是每一个中国人包括每一个中医人应该清醒认识和勇敢实践的“中国梦”。实现中华文化的复兴，要有对中国哲学思维方法进行普及、提高的具体措施，要奠定其在中国教育以及各个学科研究的地位。没有中国哲学思维方法这个中华文化的根，就没有中华民族的魂，就无法实现中华文化复兴。中医学是整个中国文化复兴中最重要的学科，中医学要在这场文化复兴中发挥“钥匙”的作用，做出自己应有的贡献。

与世界医学的创新发展互动

中医学都是人类防治疾病、维护健康的医学科学，目的一致，但又是两个不同的医学体系。中医学是在东西方不同的历史和文化、不同的思维方式背景下产生的。从哲学和科学理论基础到临床诊疗思维模式，中医学各自形成了不同的学术思想和实践风格，都为医学的进步和人类健康事业做出了巨大贡献。

未来医学将向什么方向发展，中医学各自为我们展示了发展趋势。贯穿中医学理论始终的不是“病”这一对象，而是“人”这一生命主体。中医学的着眼点都在动态的生命机能，不重视、也不可能重视病毒、细菌的作用和蛋白质的变化。西医学受到机械唯物主义的原子论和元素论等西方哲学思想的影响，形成了医学研究和临床实践的还原思维方式，其重点放在了对人体结构和对构成这些结构的实体物质的认识上来研究人体。即认为有什么样的结构就有什么样的功能，结构是第一位的，功能是第二位的，结构决定功能。所以，尽管中医学有着共同的研究目的，但有着不同的临床实践。比较而言，西医的理化检查可靠、可信，病情分析客观，却缺少中医天人合一、形神合一的整体思维与整体调节。可以看出，两者各有优势和不足。因此，未来医学将是中医学、西医学的各自高度发展乃至汇聚与融合。

满足人类健康需求的提升

现代社会，随着经济的发展和进步，人类对自身的健康需求不断提升；另一方面，随着科技的进步、人们生活方式的改变，人类疾病谱和疾病模式发生了变化，人类面对更多的健康难题。同时，随着生活和工作节奏加快，竞争日趋激烈，人们的心理所承受的压力日渐加重，处于“亚健康”状态的人越来越多。世界各国医学大家对“亚健康”进行了大量的研究，但至今没有发现“亚健康”的病因和发病机制，因而缺乏真正有效的预防、治疗的方法和手段。“亚健康”成为21世纪人类健康的头号大敌。

在解决人类健康的问题上，中医有自己的健康观、疾病观、防治观，这些观念回答了现代社会人类面对的健康疾病问题。在健康观上，强调人与自然、社会环境三者的和谐，强调机体与神志的和谐；在疾病观上，强调疾病源自阴阳动态平衡的失调，具体表现为机体对外界环境变化的适应不良，自身精神心理与形体机能之间关系失常，以及不同脏腑经络功能之间的平衡失调等；在防治观上，注重治病求本、未病先防、既病防变、辨证整体论治，追求“中和”；在治疗手段上，强调早期治疗，推崇自然、简约、便捷、无损、效验的诊疗技术。所以，中医是以病人为中心，以促进健康、防止疾病、提高生活质量为宗旨，是对人的从生到死的持续性照顾，是集生物学、预防医学、社会医学、心理医学于一身的医学模式。从根本上来说，中医学是关于人类生命的科学。

3. 中医能自强——坚持按中医规律创新发展

现代社会有着与传统社会迥然不同的社会形态、思维方式、价值观念和不同的评价标准。发展中医需要顶层设计，为中医药发展创造良好的条件，至少不能用违背中医发展规律的政策强加给中医，同时，中医界自身要按照中医药发展规律致力于中医药的发展，从以下七个方面实现自强。

完善医学发展模式

在现代生活条件下，生物学模式越来越不适应以生活方式病、老年病、慢性病为主的社会疾病谱，特别是随着健康观念的变化、医学模式的转变，医学的目的不仅局限于治疗疾病，还包涵开展保健服务，增进健康，引导人们改变对疾病、健康、医学的认识，从“以救治病人为中心”转变为“以保障健康为中心”，从“医疗服务”转变为“预防保健服务”，中医“治未病”理念和预防保健实践

受到前所未有的关注，显示出广阔的发展前景。

中医讲求辨证论治，重视个体化治疗，重视人的情志，既可治疗，又可预防，具有以人为本的思想。因而，中医的人文精神和理念与新医学模式是比较吻合的。当然，中医治未病系统工程建设还有很多困难，如治未病理念尚未普及，服务模式尚需不断完善等。为此，2009年，《国家中医药管理局关于积极发展中医预防保健服务的实施意见》特别指明了发展中医预防保健服务的指导思想、原则、目标、具体举措、保障条件，完善了“治已病”与“治未病”相结合的整体发展战略。

巩固和拓展服务阵地

中医医院或综合医院中医科是当前中医服务的主要形式，是新中国成立后逐步发展起来的。目前，在全国范围内基本建立了市（县）一级的中医院，是城乡医药服务网络的衔接口。有数据统计表明，截至2011年，中医医院数量达到2831所，占医院总数的12.88%；中医医院的执业人员总数占卫生口总执业人数的13.24%，中医医院床位数占到医院总床位数的12.88%。但中医医院存在着西化现象，使一些笃信中医的患者转投中医特色突出的个体诊所门下。突出中医特色优势一直是中医医院发展建设的主题。

新中国成立之前，中医一直以个体诊疗的方式开展中医服务。这种服务方式与中医的学术特点、诊疗方式相适应，体现了中医特色。改革开放以来，中医的个体诊所、各类门诊部发展迅速，成为中医服务方式的有效补充，成为弘扬中医特色优势的重要阵地。2012年，国家中医药管理局等多部委发布《关于实施基层中医药服务能力提升工程的意见》，就巩固和拓展基层中医服务问题进行专门部署，在强调以中医医院为重点的公立中医机构建设的同时，提出鼓励社会力量在基层举办个体诊所等。只有坚持传统个体式与现代医院式相结合的中医服务方式，才能让需要中医药服务的人能够方便、快捷地获得高质量、有保证的中医药服务。

建设专业队伍

人才是兴业之本。面对中医人才队伍日趋萎缩和日渐西化的现状，关键是通过中医教育打造一支数量可观且理论与实践水平较高的卓越中医人才队伍。

两千余年来，传统的中医教育主要方式是师带徒。这种教育方式尽管有很大局限性，但契合了中医学学科的属性，符合学科特色及中医自身发展规律。新中国成立后，各地相继成立中医药高等院校，院校教育成为中医药人才培养的主渠道，实现了教师队伍的专业化和人才培养的规模化。但中医院校教育是在中华文化被西化的大背景下产生的，一开始就被打上了西化的烙印，中医院校教材不可避免地存在远离或误解中医基本理论的现象。因此，探索实施院校教育与师承教育的结合，实现早跟师、长期跟师，坚持读经典、多临床、早临床，对培养一批具有现代视野、能运用中医理论和技能解决临床问题的中医人才将发挥重要作用。实践证明，在院校后的继续教育中，坚持开展师承教育，如国家优秀人才研修项目、高徒项目等，取得了良好的效果。

学术经验继承创新

中医的学术传承与创新，是中医的生命力所在。由于中西医学各自不同的学科属性、学科范式，在其科学研究上也有本质上的区别。故无论临床研究、基础研究、药物研究等，都不应“以西套中”。否则，中医药的传统学术经验必将日益弱化。因此，要制定和确立独立的具有中医药学术特点的、体现中医药特色的中医药学术评价体系，并以此开展中医药医疗、保健、中药、科研、教育等的学

术质量评估。只有在评价标准上符合中医学自身发展规律，中医研究才能回归到学术本位，才能更好地指导临床实践。

应鼓励学术争鸣，中医学术史上涌现出了众多流派，各学派不断吸收兼融、互相渗透，形成中医学继往开来的一条学术发展历史长河，当代的中医药学则更要敢于创新。

文化的研究与普及

中医药发展的实践告诉我们，正是在中华民族几千年的发展历程中，不断继承传统，勇于创新，直面人类预防保健和治疗疾病的现实需要，才逐步形成了特色鲜明、优势凸显的中医药文化。在今天中华文化复兴的大背景下走中医药文化的特色发展之路，就是要逐步实现中医药文化研究的系列化、传播的大众化、学术交流的国际化 and 研发的产业化。

具体而言，一是要正本清源。通过对《周易》和儒、释、道及诸子百家学说以及相关文物、神话、传说的研究，追溯中医药经络文化、诊疗文化、本草文化、养生文化等形成的本源。同时，对中医药典籍、出土医书、名老中医经验、民间传承的医术医方进行系统的整理研究，逐步实现中医药文化实用研究的系列化。二是开源畅流。编撰中医药文化教育的系列教材和中医药文化普及读本，开发中医药文化教育与传播的资源，拓宽中医药教育与传播的渠道，逐步实现中医药文化传播的大众化。三是搭建平台。有计划地开展中医药文化传承与发展的学术交流，逐步实现中医药文化传承与学术交流的国际化。四是形成中医药文化产品。逐步建立并完善中医药文化与传播中心和中医药文化教育基地，开展全国中医药文化科普巡讲，编辑出版系列图书，编制系列教材、普及读本、音像制品，开办培训班、举办专题会议和大型专题赛事，筹建国家中医药博物馆，开通中医药文化之旅、健康之旅等，逐步实现中医药文化研究与传播的产业化。

近几年，我国已经形成了“六位一体”的中医药发展新格局，“文化”已列入中医药工作日程中，并被提高到战略高度，制订了“十二五”中医药文化建设规划。实践证明，加快中医药文化发展，就需要将中医药文化纳入国家文化建设的顶层设计之中，将中医药文化置于中医药事业格局中，一手抓中医药文化事业，一手抓中医药文化产业，既满足公众医疗卫生和健康需要，又促进经济发展。

开创国际交流合作新局面

中医药走向世界，既是传统医药学学术发展的需要，也是提高国家竞争软实力的需要。现在中医药服务已经走进 160 多个国家和地区，中医药事业面临着前所未有的发展机遇。2012 年出台的《关于促进中医药服务贸易发展的若干意见》，对于推动我国中医药事业的发展，促进中医药产业国际化水平的提高，增强我国服务贸易的实力都有重要意义。目前国际社会已经意识到中医药的健康观念、医疗实践与现代医学的结合，将为人类提供医疗卫生保健新模式，中医药的特色和优势在新一轮健康理念转变和医学发展中的作用及价值正在逐渐得到认识。

中医药走向世界首先是中医药服务走向世界，其前提是主管部门要完善中医药的技术质量标准，建立起我国自己的技术标准体系，并在中医医疗服务中严格执行。同时，在就诊模式上国际化，比如开展国际远程会诊，建立来华就医与旅游业结合的绿色通道，开展健康保健咨询活动等。其次要实现中医药人才走向世界。因而应根据实际情况和发展需要，有计划、有重点地进行国际交流人才的培养。再次要实现中医药文化走向世界。要不断挖掘中医药的文化内涵，开发中医药文化资源，推进中医药及相关领域音像、出版、演出等行业的发展，开展在境外的中医药文化宣传、培训活动，积极在海外中国文化中心及孔子学院传播中医

药文化知识。

完善管理机制

任何管理都是对一个系统的管理。但是，目前各地中医药管理部门多不健全，尚未形成管理体系，各级各层次的管理机构也很不统一、很不健全，而且中医药管理在卫生行政管理框架中仍然处于“从属”地位，很难做到程序化、规范化，国家中医药管理局难以实现全行业、全局性的管理。建议尽快建立健全各级地方能级相适应的中医管理机构，已成立管理局的地方，要强化管理机构内涵建设。

每一个行业都应该有正规的行业协会，制定统一的行业标准，统一价格标准，强化市场监管。在这方面，中医药学会、协会发挥着不可替代的作用。深圳市最新出台的《中医药条例》增加了行业协会应当建立诚信档案和诚信风险预警公告制度的内容，对违反法律、法规和章程的会员，可以给予警告、业内通报批评或者公开谴责等惩戒措施，以此来加强中医药行业协会对会员的自律性监管。（邱德亮，孙光荣. 中医当自强——兼论实现中医梦的理念与路径选择[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(03):4-8.）

中医人当如何提振“精气神”

新闻背景：1月11日，卫生部副部长、国家中医药管理局局长王国强在全国中医药工作会议总结讲话时强调：“习近平总书记在中央经济工作会议上要求，全党同志特别是各级领导干部，要拿出精气神来，保持奋发有为的精神状态。什么是中医药人的精气神呢？我认为，是中医药人在中医药文化熏陶下形成的，对工作的内在主动性和积极性，是一股干事创业的气势，是一种敢于拼搏的勇气，是一种对事业孜孜追求、无私奉献，对工作锲而不舍、百折不挠的精神。”

“提振精气神，保持奋发有为的精神状态。”这是铿锵有力的心声，彰显了中医药人忠于党、祖国、人民的丹心，体现了中医药人勇于继承、敢于创新、善于实干的精神，代表中医药人发出了坚定信念、奋勇前行的誓言。这就是要在保持发挥中医药特色优势的前提下，忠于职守、克难前进，用中医药的理论与实践强国惠民，让中医药的文化与知识走向五洲四海，造福天下苍生！

《黄帝内经》曰：“天之在我者德也，地之在我者气也，德流气薄而生者也。故生之来谓之精，两精相抟谓之神。”精气神，是中华民族原创的健康理念，源起于先秦哲学与医学，概括了人体生存的基本要素。中医学认为，精气神是“人身三宝”，是生命的根本，是健康的基础，是活力的源泉。精亏、气虚、神疲，必然导致疾病与衰老；精充、气足、神全，必然促成健康与长寿。因此，就人体而言，保有、充实、提振精气神，是预防疾病、维护健康、延年益寿的前提；就国家、事业而言，保有、充实、提振精气神，是凝聚共识、实干兴邦、实干兴业、致力中华复兴的前提。

人的成长和生存需要精气神，改革和建设同样需要精气神。精气神，是个人、团队、机构、行业、地区乃至国家奋发向上的动力源泉。有了精气神，就会有理想、有追求、有胆识、有魄力、有风采、有希望，就富有生机和活力，就会不断进取和开拓。一旦精气神懈怠、涣散，就会丧失信心、萎靡不振，就会不求进取、无所作为。

如何提振精气神？需要中医药人至少从以下三方面努力。

一是需要正本清源、弘扬国粹的精气神。中医药文化是中华民族优秀传统文化的杰出代表，是中医学继承创新的灵魂和根本。正如习近平同志所指出的，“中医学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙”。中医药人应当使中医药文化正本清源，敢于研究，敢于讨论，敢于宣讲，凸显中医药文化自信、自觉、自强。力行中医药文化的研究与传播，避免中医药文化的本质被西化、虚化、玄化、僵化。深入开展中医药文化科普活动，弘扬国粹，使之走进单位，走进军营，走进农村，走进社区，走进家庭，走向世界。唯有中医药文化获得社会和世界的广泛认同，才能获得中医药人提振精气神的基础与环境，也才能使中医药服务真正惠泽人民大众。

二是需要继承创新、开拓进取的精气神。数千年以来，中医在大量临床实践中形成了个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的给药途径、天然化的用药取向的五大特色，具有了临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、文化底蕴深厚、创新潜力巨大、发展空间广阔的六大优势。这就既需要从历代中医药文献中继承创新，又需要从当代名老中医学术经验中继承创新。而且，继承创新不应、也不能局限于一方、一药、一技之“术”，而是需要从德、道、学、法、术、器各个层级全面继承创新，使之赋予新时代的特征和新

病谱的需求，最终目的是开拓进取，形成新时代中医药学的体系和流派。这就需要开拓创新的精气神。任何离经叛道、因循守旧的思想和行为必将涣散精气神，致使学毁业衰。

三是需要扬清激浊、实干兴邦的精气神。中医药人历来崇奉“大医精诚”的医德、医格、医风，践行救死扶伤之医疗宗旨，维护大医大德之医道尊严。但在市场经济的博弈中，难免唯利是图的风气渗入，需要我们中医药人提振扬清激浊、实干兴邦的精气神。关键在于：一要明志，坚定为国承传统、为民解疾困的中医药人之志；二要明德，坚守修德正身、淡泊名利的中医药人之德；三要明理，坚持精研经典、勤求师训之学；四要明术，坚行望闻问切、辨证论治的中医药人之术；五要明法，坚循融会新知、发皇古义的中医药人之法；六要明业，坚为六位一体、持续发展的中医药人之业。

提振“精气神”，激发新活力。当前，中医药改革发展的目标任务已经明确，让我们共同努力，为实现中医药事业科学发展、全面建成小康社会作出新的贡献。（孙光荣. 中医人当如何提振“精气神”[N]. 中国中医药报, 2013-02-07(001).）

中医教育

中医药网络教育刍议

江泽民在第 16 届世界计算机大会开幕式上讲话指出：“信息技术的发展，使人类能够将潜藏在物质运动中的巨大信息资源挖掘出来，加以利用。信息资源已经成为与物质资源同等重要的资源，其重要作用正在与日俱增。信息高速、广泛传送的特点，使世界形成了一个没有边界的信息空间。远程教育、远程医疗、电子商务、电子邮件、虚拟现实的发展，使人们的生产、学习和生活方式发生着深刻的变化。”随着信息技术的发展，网络教育已经成为全球化的“传道、授业、解惑”的重要方式。

中医药学具有悠久的历史，是中华民族优秀传统文化的代表之一。在我国加入 WTO，各行各业在自立自强地走入国际市场的大背景下，中医药以其所具有的整体观、辨证论治、药取天然、疗法丰富的主要特色和未病先防、治养结合及疗效可靠的主要优势，在国际市场竞争中，独具特色和竞争潜力。随着终身教育观念的建立，中医药继续教育已经成为加强中医药队伍建设、提高中医药队伍素质的主要途径。近几年，我们在中医药教育与网络结合方面进行了有益的尝试，在以中医药网络教育为先导，实现高新技术中医药化方面进行了探索，并取得了初步进展。

1 因特网（Internet）的发展

因特网是 Internet 的中文译名。实际上，Internet 是一个广义的概念。它是指通过硬件、软件及相关的联通协议，由世界各地许多计算机共同组成的一个网络。通过 Internet，人们可以实现人与人、计算机与计算机、人与计算机之间的通讯。

因特网（Internet）经历了从窄带到宽带阶段，并发展到了第二代技术。其用途也经历了从单纯的军事目的扩展到商业、娱乐及教育领域，且全球使用互联网的人数仍在快速增长。目前，全球互联网用户已达 3 亿人，我国已突破 2650 万人。据中国互联网络信息中心 2011 年 7 月的《中国互联网络发展状况统计报告》的数据统计表明，用户从网上获得的信息中，科技和教育方面的信息占到了 31.4%。

2 网络教育的特点和优势

网络教育是指利用现代最先进的计算机及网络通讯技术，通过实时传送多媒体的音频、视频和数据等信息进行的实时的、可视的和交互式的远程教学。它是目前最具现代的、先进的远程教育方式。网络教育主要是通过以下程序予以实现的。即制定网络教学文本编写大纲、课件设计标准、课件制作规范、课件检测流程、课件审定标准→选择主讲人→主讲人根据大纲编写网络教学文本并提供相关教学图片、音像资料→专家组审定文本→“中心”实地拍摄→“中心”设计、制作、自检→主讲人检测→专家组审定课件→上网→学员自主学习（不具备上网条件的地区，采用教学光盘等进行教学）→主讲人网上答疑→分中心集中面授辅导→分中心集中闭卷考试（学历教育）；通过多种形式考核（继续教育）。

2.1 网络教育的特点

网络教育的特点体现在它的“五性”上。①开放性：教学对象的学习可以不受时间和空间的限制。②交互性：教学双方可以即时讨论，实时解答。③共享性：网络教育的对象可以享用最优秀的教学资源。④协作性：在网上，教育对象之间可以协同攻关，共同提高。⑤自主性：网络教育更多地体现出个性化的学习。

2.2 网络教育的优势

与传统教学模式的比较,网络教育的优势表现在 7 个方面。①传统的教学模式是以教师讲授为主,而网络教育则是以启发学生探究为主。②传统教学模式是以说教式教学为主,而网络教育式则是以交互式教学为主。③传统教学模式是分学科进行的定时教学,而网络教育模式则是真实的、多学科交叉的问题解决式教学。④传统教学模式的教学主要是集体化和无个性的个体学习行为,而网络教育则是多样化、个性化的合作式学习。⑤在传统教学模式下,教师是教学活动中知识的垄断者和传播者,而网络教育下教师是学习的指导者和帮助者。⑥传统教学模式下的学习者是按年龄和成绩进行编组的,而网络教育中的学习者则可以混合编组。⑦传统教学模式下的考试和考核主要针对的是学科知识与分类技能的评价,考核内容侧重于知识点的掌握程度,而网络教育下的考试、考核则是以行为为基础的综合评价,主要考核的是学习者能力和整体素质。

3 网络教育的现状

3.1 国外的网络教育

(1) 美国。1997~1998 年,美国的两年制和四年制中等后教育院校中,有约 1/3 的院校开设了远程教育课程;在公立院校中,有 78% 的四年制院校和 62% 的两年制院校开设了远程教育课程。在过去的 5 年中,美国的网络大学增加到 300 多所。目前,美国约有 80 所大学允许通过网络学习获得学位。据统计,在美国,通过网络教育方式获得知识和工作技能的超过 7000 万人,有 60% 以上的企业通过网络教育的方式进行职工培训和继续教育。

(2) 加拿大。1998 年,加拿大联邦政府拨款 5500 万加元资助“加拿大科研、工业和教育促进网络”项目,支持其研究开发高速计算机通讯网络。同时,计划在今后 3 年内拨款 2.05 亿加元用以扩大校园和社区计算机网络。

(3) 日本。早在 1995 年日本就启动了 100 所中小学校联网实验研究的重大项目,并在近期决定在全国范围内选择 1500 所学校建立校园网,通过高速通讯线路将各校联系在一起。日本政府最近还公布,承认国外网络大学的部分学分。

3.2 国内的网络教育

1994 年,中国教育和科研计算机网(CER-NET)正式立项建设。1999 年 3 月 25 日,教育部批准清华大学、浙江大学等 4 所高校作为启动我国现代远程教育第一批试点高校。2000 年教育部先后批准中国人民大学、北京中医药大学等 20 所高校开展现代远程教育试点工作。与此同时,各行各业也逐步开展了网络继续教育。目前,我国正在进一步加快现代远程教育建设的步伐,着手开发创新远程教育(DE)专业平台,升级改造中国教育和科研计算机网(CERNET)。

4 中医药网络继续教育

4.1 开展中医药网络继续教育的必要性和可行性

随着中国加入 WTO,终身学习已从过去的管理要求转变为行业和个人生存与发展的需要。通过调研,我们得出这样一个结论:要提高中医药队伍整体素质,就必须开展中医药网络继续教育。其中包括中医药网络学历教育、中医药网络继续教育和中医药网络师承教育等。开展中医药网络继续教育的原因主要有以下几个方面:一是高等中医药院校受硬件条件的制约使扩大招生受到限制。二是高等中医药院校的许多优秀教学资源(包括师资)不能得到共享。而中医药网络继续教育的开展将使这些资源将得到广泛共享。与传统办班形式相比,中医药网络继续教育将极大地降低教育成本。三是高等中医药院校现行有关制度的制约。四是相当的在岗人员因种种原因无法离职离岗学习。许多医疗、科研、教育、生产和管理部门无法满足本单位的送培需求。而中医药网络继续教育的开展,使基

层医生，特别是老、少、边、穷地区的中医药工作者将能够享有与大城市医师同等的学习机会，从而使中医药队伍整体素质得以提高。五是国家对中医药教育的投入受到财力的制约。另外，中医药的根虽然在中国，但也有个输出问题。中医药网络继续教育将起到强大的宣传作用，推进中医药进一步走向世界。

开展中医药网络继续教育不仅是必要的，也是可行的。一是从教学模式上看，现在的教学方式已从过去的以教为主转变为以学为主，更强调教育对象的自主学习。二是随着科学技术水平的提高，计算机网络逐步普及，使网络教育成为可能。三是各级各类中医药人员对接受中医药继续教育的需求日益提高。另外，从全球的中医药教育现状来看，全国约有 100 余万的中医、中药从业人员，海外约有 25 万中医、中药从业人员，其中有一部分人员没有接受过系统的中医药高等教育，有相当的中医药人员需要接受以知识和技术更新为主的中医药继续教育。

4.2 中医药网络继续教育的发展

经过多次论证和多方努力，中医药网络继续教育付诸实施。1999 年 12 月 25 日，国家中医药管理局批准成立网络中心（以下简称“网络中心”）。该中心负责非学历网络教育工作。2000 年 8 月，国家中医药管理局确定“网络中心”为中医药网络继续教育的承担单位。2000 年 7 月 29 日，北京中医药大学被教育部正式批准为开展中医药网络学历教育试点单位，并成立了“北京中医药大学网络教育学院”（以下简称“网络学院”）。该学院 2001 年春秋两季报考人数为 4138 人，录取人数为 2989 人。2001 年 2 月国家中医药管理局召开了中医药网络继续教育工作会议为中医药网络继续教育迅速、健康、持续地发展奠定了坚实的基础。全国现有一大批中医药高、中等中医药院校或地方开办了局域网或校园网，直接服务于中医药教育。另外，北京中医药大学网络学院以全国中医药规划教材（或第五版统编教材）为蓝本，由主讲人按照教案文本编写大纲，编写教案文本；由基地课件设计制作部按照课件设计与制作规范制作课件；由专家组审定。目前，已完成 30 科课件。“网络中心”负责申报、设计和制作国家级中医药网络继续教育项目课件。2001 年 8 月，我们已完成了贺普仁教授主讲的“针灸三通法”和“中风病的诊疗”，刘弼臣教授主讲的“中医儿科学系列专题讲座”等 7 个国家级中医药网络继续教育试点项目课件的制作。

4.3 中医药网络继续教育运作模式

我们认为，目前中医药网络继续教育的运作模式应以“政府主管，企业主办，单位联办和多方参与”的模式为主。所谓“政府主管”是指政府把握方向，制定政策，审批项目；“企业主办”是指企业负责管理，负责技术、设备及运营，负责资金支持；“单位联办”是指单位负责提供教育资源、教育场地和设备，负责具体管理；“多方参与”是指的资助、宣传、技术、外引、内联等。为了充分发挥网络的作用，二十一世纪中医药网络教育中心还在海内外建立了网络教育延伸机构。

4.4 中医药网络继续教育质量保障体系

为了保障中医药网络继续教育质量，“网络中心”建立了相应的保障体系。该体系包括：精品课件（课堂讲授、文献查询、智能练习、自动组卷）、网络教学（优秀师资、全面系统、超越时空限制、交互式）、期刊辅导（重点难点、解答交流）、定期答疑（分中心、分学科定期集中面授、答疑解惑）、定点考试（分中心定点闭卷考试必修课、网上开卷考试选修课）、名师讲座（针对重大或关键性的学术专题、特聘名师进行网络或定点专题讲座）、临床实习（全部单科合格后到中心指定临床教学基地实习、考核）和择优培训（择优选送专科专病进修、

考核，择优选送继续接受师承教育、考核）。

4.5 中医药网络继续教育课件的建设

“网络中心”为了提高中医药网络继续教育质量，创建了中医药网络继续教育课件。中医药网络继续教育课件的制作比单纯的写书要复杂得多，需要不同类型的专业人才相互配合才能完成。它的教材需要不断的信息输入，以和最新技术相适应。这种以技术为基础的教材，在时间、经费、人力和设备等方面的投资远远超过其他教科书的投资。在没有可以直接援用的中医药网络继续教育课件设计、制作规范与标准的情况下，我们以相关“国标”GB 和国家教育部相关规范、标准为依据，参照国内外相关规范、标准，结合中医药学的特点，制定了中医药网络继续教育课件教案文本编写大纲、中医药网络继续教育课件设计与制作规范、中医药网络继续教育课件检测标准与检测流程等系列规范、标准。

5 中医药网络继续教育发展设想

网络技术赋予了中医药教育更多更广的施展空间，使网络教育有可能成为培养中医药高级人才的最主要、最现实、最经济的途径。目前中医药网络继续教育分为学历教育 and 非学历教育两部分。

5.1 中医药学历网络教育的主线是“发展”

中医药学历网络教育的招生对象应始终定位在中医药从业人员。为了适应中医药人才培养需要，我们认为，应适当调整网络继续教育的学历学位层次和专业结构。如：开展中医药网络的博士、硕士学位课程教育，开展中医护理专业、中药经营管理专业、中医药与计算机专业、中医药影像专业和中医药翻译专业等本科学历的学位教育，以培养更多的具有坚实的中医理论基础和娴熟的网络应用技术的新型中医药人才。

5.2 非学历教育取得突破性进展

随着社会的发展，非学历教育越来越受到重视，网络的普及更为非学历教育的发展提供了广阔的天地。我们认为，在非学历教育方面，应以项目为中心开展中医药网络继续教育和中医药网络师承教育。具体设想：一是不断完善国家级中医药网络继续教育项目数据库，持续支撑中医药继续教育；二是开发中医药网络继续教育“精讲”课件，即中医临床新技术精讲、名中医临床经验精讲、中医药高等教育课程精讲、中医药经典著作精讲和中医药科研成果应用精讲；三是搭建中医药教育平台；四是大力开展海外中医药继续教育。（张为佳, 孙光荣. 中医药网络继续教育刍议[J]. 中医教育, 2002, 21 (01): 46-48.）

共建全国中医药研究生教育资源库的构想

《中共中央、国务院关于深化教育改革全面推进素质教育的决定》要求教育机构和教育工作者进一步明确教育方针,转变教育观念,改进教育方法,拓展教育规模,提高教育质量。因此,总结中医药研究生教育的成绩与经验,研究存在的主要问题,探索新世纪中医药研究生教育改革与发展的措施和高层次中医药人才培养的思路,确实是当前我国中医药教育界共同关心的重大课题。

21世纪是信息的新时代,也是中医药走向世界的新时代。最近,中医在泰国的合法化又是一个有力的证明。现代网络技术在高等教育中的广泛应用已越来越引起人们的普遍重视,开展现代远程教育已成为发展研究生教育、培养高层次人才的重要手段。中医学是我国在世界上独具特色和优势的领先学科之一,中医药研究生教育自开办以来经过各中医药高等院校和有关研究院所的不断努力和积极探索,已经在我国高等教育领域以及全世界传统文化教育领域中占有了独特的地位。为了进一步促进中医药走向世界,盘活现有中医药研究生的教育资源,发挥中医药研究生教育资源的优势,积极利用现代信息技术探索中医药研究生教育的资源共建共享的新途径,提高中医药研究生教育的质量和办学效益,特提出共建“全国中医药研究生教育资源库”的构想,以就正于各位领导和专家。

1 共建“全国中医药研究生教育资源库”的目的和意义

21世纪中医学的发展对中医药研究生教育提出了更高的要求,充分利用现代信息技术,逐步实现现代化远程中医药研究生教育,是新世纪中医药研究生教育改革与发展的必然趋势。这将对于冲破省(市)界、院(校、所)界实现导师学术经验广泛交流、最大限度地共享中医药研究生教育资源,拓展中医药研究生教育空间,提高中医药研究生教育质量和办学效益,具有现实的重要意义。

1.1 提高优质教育资源的辐射能力,解决教育资源分布不均的矛盾

随着中医药事业的发展,对中医药高层次人才需求的不断增长与中医药研究生教育资源相对匮乏的矛盾已日益尖锐。而且,由于历史的原因,目前中医药研究生教育资源分布不均,部分省、市、自治区,特别是西部地区中医药研究生教育资源匮乏甚至阙如,中医药高层次人才的培养能力严重不足;已开展研究生教育的地区,也存在着学科重复或优势难以互补的现象。通过共建“全国中医药研究生教育资源库”,提高优质教育资源的辐射能力,可以实现跨时空的中医药研究生资源的共享,以适应其资源匮乏和阙如的省、市、自治区对中医药研究生教育资源的需求,也能适应学科之间优势互补的需求。

1.2 占领中医药远程教育制高点,加速中医药教育国际化进程

在人类回归自然的大趋势中,中医药所独具的整体观、辨证论治、药取天然、疗法丰富、疗效确切的优势,显示出中华民族优秀传统文化的特色,为国际日益瞩目,世界各地要求进行高层次中医药人才培养者逐渐增多,而现有的中医药对外教育形式因受时空、经费等限制,远远不能满足这一市场的需求。建立“全国中医药研究生教育资源库”,能为海外中西医从业人员的深造开辟一条经济、简便、有效的自学途径,也能为普遍提高中医药从业人员的素质和为西医学习中医创造优越的条件。从而能尽快占领中医药远程教育的制高点,加速中医药教育国际化进程。

1.3 构建中医药研究生教育新模式,推动中医药研究生教育改革

中医学博大精深,实践性强。一门专业、一个学科、一项专题、一位导师、一个项目、一篇论文、一次答辩的中医药研究生的现有教育模式虽已取得很

大的成绩,但这种“以教为主”的教育模式难以调动研究生“勤求古训,博采众方”,因此也难免导致部分“博士不博,硕士不硕”。建立“全国中医药研究生教育资源库”才有可能将“以教为主”转变为“以学为主”,达到提高研究生综合素质的目的。同时,建立“全国中医药研究生教育资源库”,可由此探索中医药研究生教育观念、教育过程、教育资源和教育对象等全方位开放的新型教育模式,从而有利于构建中医药研究生教育新模式,推动中医药研究生教育改革。

2 共建“全国中医药研究生教育资源库”的思路与方法

现代远程教育体系建设的核心是教育资源库的建设,由于中医药研究生教育资源存在着独特性(上下数千年,古代医著数万种,临床经验数万家)、复杂性(多学科,多专业,多病种)、多样性(各地方、各导师均有特殊性),因此必须在全国中医药管理局的统一管理下,按照国家教育部《现代远程高等教育国家级教学资源库建设方案》等的有关要求,以中医药学科优势为基础、以导师学术经验为依托、以网络课程建设为核心、以现代网络技术为支撑,集中全国中医药院校、研究院所研究生教育之所长,建立优势集成、特色突出、制作规范的“全国中医药研究生教育资源库”。

2.1 以中医药学科优势为基础

通过调研摸底,在已开展或可以开展中医药研究生教育的单位,根据办学成效、学科优势遴选出中医药研究生教育的优势学科,确定为“全国中医药研究生教育资源库”建设的重点学科。

2.2 以导师学术经验为依托

通过调研摸底,根据教育成效、导师特点、学科平衡,遴选出全国中医药研究生教育各学科带头人,由学科带头人组织学科组,综合学科组各导师的主要学术经验,制定各学科博士生、硕士生攻读的重点课程,并由学科组编写规范的博士生、硕士生的基本教材,由牵头单位制作成中医药研究生各学科基本教育的统一网络课件。

2.3 以网络课程建设为核心

制定《全国中医药研究生教学资源库·导师学术经验网络教育课程教案文本编写大纲》和《全国中医药研究生教学资源库·导师学术经验网络教育课程制作规范》,以各学科遴选的导师独特的学术经验(以科研成果、新药研制、专著、论文、临床疗效为准)为基础,由导师所在单位制作成为导师网络教育课件,在此基础上再建立相关的资源库。

2.4 以现代网络技术为支撑

为最大限度的利用好现有的教育资金,为避免低水平重复,根据党中央、国务院有关文件精神,应制定激励政策,吸引和鼓励高新企业投入、参与。由国家中医药管理局主管,根据资金、技术、设备和是否具有网络课程建设的成功经验等条件,遴选出“全国中医药研究生教育资源库建设基地”,将各单位、各导师制作的课件输入基地,由基地采用高科技手段,统一修订、发布,并通过招标方式优选相关资源库文本编撰单位(或联合编撰),由基地承担相关资源库的建设任务。所有资源库都采用合同制实现共建和共享。

3 共建“全国中医药研究生教育资源库”的基本构架

《现代远程高等教育国家级教学资源库建设方案》规定的建设内容由网络课程库、教育素材库、相关教学支撑软件三部分组成。根据中医药研究生教育的内容和特点,建议“全国中医药研究生教育资源库”的建设按照国家教育部《现代远程教育资源建设技术规范》实施,其基本构架初步设想如下:

3.1 网络课程库

中医药研究生各学科基本教育统一网络教育课程库（中文版、英文版等）；各导师学术经验网络教育课程库（中文版、英文版等）。

3.2 教育素材库

中医药专用字库；中医药各学科名词术语库；中医药各学科图片库；中医药各学科动画库；中医药各学科视频库；中医药各学科录相库；中医药各学科语音库；中医药导师名医库；中医药各学科典型病例病案库；中医药各学科试题库；中医药各学科答疑素材库；中医药古籍精华库；中医药现代研究进展精华库等。

3.3 相关教学支撑软件

中医药研究生教育管理软件；中医药研究生课程建设软件；中医药研究生课程学习软件；中医药研究生考试软件等。

“全国中医药研究生教学资源库”的建设是一个关系到中医药高层次人才培养和中医药事业未来发展的系统工程，需要统一管理和部署，需要全国中医药研究生教育力量的大联合，需要投入大量的人力、物力、财力。希望并深信在国家中医药管理局的领导下，按照国家教育部的统一规定，经过全国中医药界以及高新企业的通力合作，一定能把一个全新的、现代化中医药研究生教育体系带入21世纪。（孙光荣. 共建全国中医药研究生教育资源库的构想[J]. 湖南中医药导报, 2000, 7(07): 7-9.）

关于孙光荣教授中医药远程继续教育思想的初探

各位晚上好。在发言之前，请允许我做一个小调查。在座的当中从来没有用过手机的请举手（忘带的除外），好，请放下。公布调查结果，今天参会的手机拥有率 100%。

根据一家国内知名市场研究公司的数据，中国手机用户于今年 3 月（3 日）突破了 10 亿大关。工信部最新发布的一项统计公报也显示，截至 2011 年底，我国手机普及率达到 73.6 部/百人，比 2010 年提高了每百人 9.2 部。庞大且仍在快速上升的手机用户数量，提供了一个商机遍地的市场。

规模并不等同于质量。科技发达，如何才能真正让生活更健康，更美好呢？那么，现代通信手段的发达，对于中医未来的发展，又将意味着什么呢？早在八十年代初，孙光荣教授就已经开始考虑这个问题了。

下面我从 3 个方面进行探索性研究。①超前的创新意识；②严谨的战略构思；③不断的着眼未来。

1 超前的创新意识

及早意识到中医药人才培养的重要性，提出了中医后继乏人、后继乏术的问题。

八十年代初，计算机还刚刚进入 DOS 时代，甚至连视窗系统都还没有问世，孙老就在湖南省中医药事业发展研讨会上第一个发言，他提出中医药发展三建议。第一，发展中医药，需要落实党的政策，加大投入；第二，发展中医药，要构建以临床为主题，以科研和人才培养为两翼的格局；第三，找到解决人才培养的根本出路在于充分利用现代化手段。短短 20 多年过去了，孙老的思路、观点、方法仍然具有重要的参考价值。

数字化学习成为继续教育、终身学习和构建学习型社会的重要手段。

进入 21 世纪，互联网开始进入家庭，孙老意识到教育必须跳出几百年一成不变的课堂模式，他强调以科技带动教育创新，放眼国际，放眼未来，把数字学习导入中医药教学，让古老的文明、文化焕发青春，提升中华民族的软实力，达到提升国家整体竞争力的目标。

2000 年孙老发表了一篇关于 21 世纪发展中医药若干问题的思考的文章，其中明确指出，发展中医药的关键在于创新。创新的五个特征是：①它必须具有中医特色。②它必须是开放的具有现代科技特征的系统。③它必须普遍简单而有效，能适应医疗实践的需要。④创新不等于中西医结合。⑤创新是多方面、多层次的。将创新的思路应用到继承和发展上，具体的实施方法是创办远程教育学院。

把目光着眼于更有效率的学习，远程教育是最好的方法。

孙老很早就提出了中医药文化和发展的战略目标是开源畅流。因为，中医学是从中华民族优秀传统文化的土壤中萌生和成长起来的，有极大地民众基础。自古以来，上至帝王，下至平民百姓，或多或少都能知医识药，中医药执业人员更是有极大地学习动力，需要更多的学习渠道。

孙老从自身的成长经历和中医药的未来发展中认识到，远程学习的是中医药的知识而不是网上的课程。远程教育的概念一定要脱离传统的思维，即跟距离没有关系，跟教学课件没有关系，跟网络手段没有关系，重点还是在学习者。学习者要有目的性，有硬性的需求，才有学习的动力，才有中医药远程教育事业的蓬勃发展。

2 严谨的战略构思

网络时代，中医药远程教育的战略定位。

总的战略定位：中医药文化传承与发展是推动中医药事业发展的先锋，是推动中华民族伟大复兴的重要力量。孙老把中医药远程教育的内涵和外延归纳为：

受众层次：学历教育、继续教育和师承教育、终身教育和大众教育。

教育内容：包括文献、理论、临床、中药的生产和营销。

涉及层面：政府、学术团体、院校、企业、社会。

孙老总结得出：政府主导，社团引路，校企联办，多方协作的运作模式。

政府主导：政府及其主管部门负责主导方向、政策，负责计划制定和组织实施。负责监督监管。

社团引路：学会和研究会负责资源调研，标准和规范的制定。

校企联办：高校、研究院和药厂强强联合，根据合同分别负责项目设计、投入、实施、考核以及市场运作，风险控制，利益分享。

多方协作：调动社会力量根据合同分别承担各自的责任，分得相应的利益。

成功案例：北京中医药大学远程教育学院利用网络优势，构建多样化的教育平台。

孙老拿网络教育与传统教学模式相比，归纳出网络教育有 5 个特点和 7 个优势。

5 个特点是：开发性（教学不受时空限制）、交互性（教学互动、实时解答）、共享性（享用和开放最优秀资源）、协作性（教学协作攻关，共同提高）、自主性（教学双方的个性化）。

7 个优势是：①突破了传统授课方法，突出了探究为主。②突破了说教式，体现了互动式教学。③突破了定时式，分科教学，突出了交叉式。④突破了无个性学习，突出了多样化和个性化。⑤把教师从传播垄断者变成了学习指导者和帮助者。⑥打破了传统僵化的编组，实现了年龄、学科的混编。⑦突破了传统的考试方法，实现了以行为为基础的综合评价。

基于网络教育的优势和特点，孙老倾尽全力，打造了一系列的远程教育机构。

——1999 年创立了国讯医药集团

——同期由国家中医药管理局批准成立了网络教育中心，中华中医药在线正式上线，开辟了精品课件、网络教学、期刊辅导、定期答疑、定点考试、名师讲座、临床实习的频道。

——2000 年建立北京中医药大学远程教育学院

——2004 年全国优秀中医临床人才培训班开班，填补了我国中医药高级人才培养教育的空白。

——2010 年长白山杏苑新林项目计划启动。

——2012 年全国名老中医孙光荣传承工作室成立。

3 不断的着眼未来

从 90 年代单纯的课件式远程教育模式到今天的“网上结合网下，团队带教团队，远程链接实地”培养高级中医人才的中医师承新模式，孙老的思路仍然没有停止，面对移动互联网的高速发展，他又提出了寓教于乐，开发绿色游戏和以地域地区为主体的大中医药都市的发展规划，并且积极尝试让中医药文化和医学体系走向国门，走向世界。

和孙老接触多的大家都知道，孙老的手机短信发送速度是相当快的。孙老的短信通信费每个月都要几百元。这说明了一个现象，就是孙老已经在移动通信方面超过了我们很多年轻人。

请大家看一组数字。

这是几个先进国家的数字学习政策和推动政策的原因，以及数字化发展重点和发展远景。

欧盟——要求必须拥有数字化学习的能力。重点促进终身学习，达成社会和谐与包容，强化经济竞争力。目的是打造欧洲成为世界上最有竞争力的知识经济体。

美国——以信息技术来提升学生的数学和科学的学习。大力促进教师的专业成长，提升教育质量，推广数字学习和虚拟学校。要做到全民随时随地上网，随时随地接触到高质量的学习资源。

加拿大——提出以创新研发提升数字化学习。设置国家资源库，推动标准化。降低和消除教育训练使用的先进网络的结构障碍。

韩国——把数字化作为国家战略性核心产业。颁布了数字化学习产业发展法，中小学课后数字化学习补充教学，实现数字化学习世界第一，成为全球知识流通中心。

孙老纵观世界形势，出于一位老中医的责任心和职业敏感性，专门发表了关于中医药网络继续教育刍议的文章。从宏观和全方位思考了推动中医药网络继续教育的建设方案。提出了建设环境、保障质量、提升素质、应用推广的发展主线。呼吁和强调的一是自主学习，二是移动互联浪潮的冲击力，三是各类人员需求的提高。给了我们中医药事业发展的良好机遇。

孙老提出，未来中医药网络教育一定是具有主导性、趣味性、便捷性、经济性、可持续性这五性缺一不可的培养人才的途径。（郭明明. 关于孙光荣教授中医药远程教育思想的初探[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(10):17-18.）

孙光荣：《医师规》

为加强医德医风建设，规范执业行为，特秉持“大医精诚”精神制定医师规，以期本门同道谨遵恪守。

立规矩以简明、具体、易行为要，故本“医师规”仅列具“诚、净、严、精”四条，每条分为“必须”“应当”“不准”三个层次，共十二项。

一、以“诚”执业

1、必须坚持“生命至贵，病人至上”的服务理念，尊重患者的人格与选择诊疗方式的意愿。

2、应当以仁爱、怜悯之心给患者一视同仁的重视、关心、照顾；在不违反法律法规的前提下及条件许可时，满足病人及其家属的合理要求；以诚恳、友好的态度建立互尊、互信、和谐、合作的医患关系。

3、不准由于种族、国籍、信仰、性别、出身、地位、病种、病情及经济状况等因素歧视甚至拒诊、拒治病人；不准以夸大病情等方式恐吓、误导、讹诈病人；不准由于畏势、畏强、畏惑等因素迁就患者及其家属不合理要求，要恪尽职守，维护医师的荣誉与尊严。

二、以“净”执业

1、必须坚持“清廉自律，干净执业”的服务操守，严禁挟技谋取、交换患者的利益。

2、应当不务虚名以求“心净”，不图财色以求“身净”。

3、不准参与、支持违背人道主义的行为；不准在非诊疗必需时为炫耀医术或为谋取利益而开具大检查、大处方；不准以任何方式接受企业及其中介为推销其产品而提供的赞助、提成、宴请、礼品、旅游、休闲等利益输送。

三、以“严”执业

1、必须坚持“严谨尽职，规范执业”的服务风格，在临床、教学、科研、管理、宣传中，充分体现医师的职业风范和社会责任。

2、应当保持谦虚谨慎的作风，对患者认真、耐心接诊，正确、亲切、朴实地与患者沟通；应当对同行的诊疗给予公正、准确的评价和正当的维护；应当对学生认真、正确地给予传授、指导。

3、不准挟技危害患者或让患者在不知情时承担隐性的治疗风险，不准在未征得患者同意的情况下，以传授、指导为名泄露可能造成伤害患者身心的隐私；不准因自恃医术、自顾名誉而隐避、拒绝讨论或转诊以致造成误诊、误治或延误治疗，在任何情况下不准提供虚假的诊疗数据与资料；不准在患者、学生中诋毁、贬低、打击、讥讽同行；不准对违背医师道德的言行包庇和袒护。

四、以“精”执业

1、必须坚持“勤求博采，精益求精”的服务精神，精确诊断、精准治疗。

2、应当认真坚持终身学习，按年度完成师承、培训任务，积极参与学术交流，不断提高专业知识和技能；应当及时、精确记录诊疗过程和数据。

3、不准自行对患者试用未经政府批准使用的药物、医技、医疗器械；不准隐瞒、销毁原始诊疗资料；不准在自身论著中剽窃、抄袭他人论文、著作；不准利用电视、广播、网络、报纸、图书、课堂、带教等平台或载体，宣讲、传授、传播违背道德、违背科学或非自身熟悉专业的知识和技术。

医师职业重要而高尚，医师服务覆盖人类生老病死全程，首先必须遵守医师规，坚守职业道德，致力造福人民大众。

【附】中医自律发展伦理之道——解读国医大师孙光荣《医师规》

国医大师孙光荣为其弟子们所立《医师规》，蕴含了丰富的中医学伦理理念、原则、方法，尤对中医行业之伦理现状，具备针对性、可操作性，用以指导执业者将有利于新时期我国中医临床人才培养。

1 纲领：严守伦理规范的

简易之道大道至简。《易传·系辞上》曰：“乾以易知，坤以简能。”《医师规》全文仅 1000 余字，核心内容仅计“诚、净、严、精”四条，深度契合伦理规范制定的简易之道，既避免了伦理规则为追求全面化而趋于碎片化，也符合中医学文化沿袭的约法省言、简易疏阔之传统。

2 层次：注重应然实然的实际区分

《医师规》将四条核心准则又分为“必须”“应当”“不准”三个层次：必须做到的基本准则（“必须”），行业推崇的高尚境界（“应当”），以及需要规避的执业禁区（“不准”）。这就避免了伦理规范制定的大忌——“道德高标”，那样往往造成伦理规范脱离实际，难以践行。《医师规》切实关注个体道德规范的实践难度，立足现实，兼收并蓄，深深扎根于新时期中医临床人才培养的现实土壤。

其中“应当”这一层次，直接指向从业者的职业价值追求，重在倡导风气，属于“应然”层面，是较高标准的道德规范，不强制遵行，但是倡导更多的执业者做到。如《医师规》倡导“应当以仁爱、悲悯之心给患者一视同仁的重视、关心、照顾；在不违反法律法规的前提下及条件许可时，满足病人及其家属的合理要求；以诚恳、友好的态度建立互尊、互信、和谐、合作的医患关系”。这些“应然”层面的高要求，只奖励、不惩罚，明确指出了培养高尚医德的方向，可引导一批医德水准较高的执业者身体力行，而推动行业风气的优化。

而“必须”“不准”这两个层次，属于“实然”层面，明确指向从业者在事理上、情理上乃至法律上的绝对施行、绝对禁行，重在约束执业者行为，一定要践行“必须”层面要求，也一定要杜绝“不准”层面要求。这两个层次的规矩是基本层次的道德规范，带有一定的强制性，旨在规范执业者的执业行为。如《医师规》规定，必须坚持“生命至贵，病人至上”的服务理念，“尊重患者的人格与选择诊疗方式的意愿”。又规定：“不准以夸大病情等方式恐吓、误导、讹诈病人。”这些“实然”层面的要求，做到了才是医德合格的执业者，做不到的执业者必将在事实上破坏行业的风气、信誉与发展，有必要加以惩罚，甚至被清除出执业者之列，以促进行业风气的良性发展。

3 自律：针对常见多发的行业弊端

《医师规》瞄准人民群众深恶痛绝的行业伦理缺失的四大弊端，针锋相对，力求杜绝这些不良现象：一是拒绝收治病人，“不准由于种族、国籍、信仰、性别、出身、地位、病种、病情及经济状况等因素歧视甚至拒诊、拒治病人”；二是过度医疗，“不准在非诊疗必需时为炫耀医术或为谋取利益而开具大处方、大检查”；三是谋取不正当收益，“不准以任何方式接受企业及其中介为推销其产品而提供的赞助、提成、宴请、礼品、旅游、休闲等利益输送”；四是同行相轻，“不准在患者、学生中诋毁、贬低、打击、讥讽同行”。这四种行业不正之风，有违基本的医德要求，不仅祸害行业的良性发展、阻碍医患之间的信任形成，也

事实上常常是构成恶性医患冲突的导火线，务必令行禁止，最好能杜绝其发生，而促进行业风气的净化。

立规矩必重执业初心。拒诊、拒治病人，尤其是由于病人的经济状况不佳等因素而拒诊，直接违背“生命至贵，病人至上”的核心理念，如此行事，只会让执业者、医疗机构，乃至行业都背负“见死不救”“拿钱买命”之类的恶名。

立规矩应参透人情。临床上，部分患者的种族、国籍、信仰、性别、出身、地位、病种、病情及经济状况等因素，可能会为医师的诊断、治疗甚至名誉带来一些困扰。即使如此，将患者诸如此类的因素、医师诊疗过程中会遭遇的困扰置于患者的生命健康之上，依旧是《医师规》所不能容忍的，包括“自顾名誉而隐避”导致的延误治疗行为。任何规矩的存在，无非基于利益的调节；而经济、声誉之类的利益，总是不宜凌驾于人的生命健康利益之上。

立规矩要针对弊端。过度医疗，执业者一方面“滥伐无过”易损害病人的生命健康，另一方面在诊疗过程中徒增一些医疗资源耗费（这些耗费并不能真正提高诊疗价值），因之更具隐蔽性、普遍性。《医师规》明确列举了开具大处方、大检查这两类最常见的过度医疗行径。临床上，有执业者在确有把握治疗好患者疾病的情况下，谋求不正当的经济利益而开具大处方、大检查，也有执业者为了规避医疗纠纷的风险而“狂轰滥炸”。无论哪种原因导致的过度医疗，既与医德相违背，也为我国法律所禁止。

以药品提成为代表的不正当收益，有的以现金支付，更具隐蔽性的是以宴请、礼品、旅游、休闲、赞助行业活动、会议等等形式来支付。不论是哪种形式，这些费用最终还是会转嫁给患者以及支付医保的政府，侵犯的是人民、国家的利益。因此，《医师规》明确列举为执业者必须规避的“不准”类。

同行相轻，这一行业积弊由来已久，其滋生的土壤与医派的不同理念、执业者医术水平的高下都有关系。我国当前的同行之争，广泛发生在秉承不同传承理念的医派之间，中医与西医之间，乃至纯中医与中西医结合医、西医之间。对同一病人的不同诊疗思路，也常常不乏大量的学术理论、前期病案实践积累作为党同伐异的支撑。我国中医药行业发展，更是在近 100 年间经历来自行业内外诋毁、贬低、打击与讥讽，一度陷入生死存亡的危急时刻。其中，不排除一部分热衷于攻击同行的执业者，其实初衷是出于热爱自身所在医派、坚信自己秉承的理论与积累的经验。但“在患者、学生中诋毁、贬低、打击、讥讽同行”，有违我国医疗卫生与健康工作的方针之中的“中西医并重”，临床上也必然导致病人对行业整体的不信任感的滋生与蔓延。执业者的互相尊重，和谐共赢，才是真正有利于行业的学术繁荣、长远发展。（何清湖. 中医自律发展伦理之道——解读国医大师孙光荣《医师规》[J]. 中医药通报, 2017, 16(01):1-3.）

县市基层中医临床人才培养思考

我国近半个多世纪以来中医医疗管理与中医临床人才培养的工作经验，使管理者和教育者们逐步认识到：常见病、多发病、疑难病中医防治服务能力均等化提高的关键，在县市中医医院。因此，培养大批县市基层优秀中医临床人才，是当前及今后一个在中医医疗管理与中医临床人才培养工作中如何践行科学发展观的重大课题。

笔者仅从吉林省的调研中即已发现，县市中医医院现今的规模和服务领域都有了长足的发展，但县市中医医院的中医临床执业团队却明显存在着“三个不足”：一是中医药文化素养不足，“中医人”的标识不显著；二是中医药基本理论修养不足，中医临证思辨特点不显著；三是中医临床解决实际问题的能力不足，中医临床疗效的贡献率不显著。

而现有执业团队又较普遍地存在着“三个突出”：一是“吃老本”的思想突出，认为“几十年来就这么中不中、西不西的也应付过来了，再来个‘而今迈步从头越’是否太晚了”；二是临床思维定势突出，依赖实验室检查报告求出西医诊断和治疗方案，再加上中医方药，几乎形成了诊疗习惯；三是工学矛盾突出，医院的资金、岗位的工作、个人的境遇都不允许脱产研修，“想学也学不起”。所以，必须探讨培养县市基层优秀中医临床人才的新路子，也就是要如何有效地传承中医药文化、传授真中医理念、传习老中医经验。

1 以传承中医药文化为引领 增强县市基层中医临床人才的文化素质

《中共中央关于深化文化体制改革推动社会主义文化大发展大繁荣若干重大问题的决定》开宗明义地指出：“文化是民族的血脉，是人民的精神家园。”中医药文化，是中华民族优秀传统文化的杰出代表，是中医人的根。在几千年的中医药历史长河中，它不断培育人、滋养人、改造人。实际上，中医药文化就是中医人身份归属之标识、安身立命之根基、生存发展之支撑。所以，要培养县市基层优秀中医临床人才，首先就必须以传承中医药文化为引领，增强县市基层中医临床人才的文化素质，使其成为珍惜、尊重、继承、弘扬中医药文化的人。

1.1 通过宣导 提高中医药文化的自觉

究其根本，中医和西医是两种不同的文化表达。现实中，中医临床人员既学习了中医理论，也学习了西医理论，而且大多把中医仅仅当作一门治病救人的技术，而没有当作中华民族的优秀传统文化，因而在对中医、西医的认识上，也就仅仅停留在技术层面，不可能自觉地在医院环境中创造和维系中医药的语境与氛围，也就不可能在医学行为中自觉地继承和创新中医药的特色与优势。因此，有必要通过宣导，提高中医药文化的自觉。这就需要加强县市中医医院的文化内涵建设，将中医药文化的核心价值渗透到目标管理、制度建设、业绩考核、疗效评估、人才培养等各个环节，通过提升对中医药文化核心价值的认知，获得对中医药文化的认同，使县市中医医院的管理者和中医执业人员实现三个方面的中医药文化高度自觉。

一是中医药事业发展在国计民生中的地位与作用认识上的高度自觉。使之充分认识到发展中医药事业，是健全完善有中国特色的医疗保健体系和进行医药卫生体制改革的必须；是继承创新医疗保健技术提高疗效的必须；是推动和促进中华文化伟大复兴的必须。

二是中医药成才规律在队伍建设中的把握与运用上的高度自觉。使之充分认识到成长为名中医，必须具有镜源溯流的中华文化修为；必须具有大医精诚的医

德修养；必须具有读经典、做临床、拜名师的专业修炼。

三是中医药继承创新在学术进步中的责任与担当上的高度自觉。使之充分认识到中医临床学术的进步，必须有中医药理论的指导，必须有凸显中医药特色优势的责任，必须有引领和开辟生命科学前进方向的担当。

1.2 通过熏陶 增强中医药文化的自信

对于中医行业来说，今天处在历史上最好的发展机遇期。中医是有生命力的，尽管还面临很多困难，只要对中医发展道路与发展前景有一个清晰的认识，我们就有了自信。但是，我们也应清醒地认识到，中医的信誉来自中医人本身，中医被废止的危机也来自中医人本身。换言之，除了中医自己消灭自己，谁也消灭不了中医。

在历史上，中医为中国人民、亚洲人民以及全世界人民的健康都做出过不可磨灭的贡献，这是毋庸置疑的。伴随着中国近现代化的进程，中医面临着异化的困境，这就是不容忽视的中医西化、虚化、玄化、俗化、僵化的现象。现在各级中医院和综合医院的中医科执业人员，看西医病历的多了，看化验单、检验报告单的多了；辨证的少了，论病的多了，中医的基本理论生疏了，变成了按西医思维模式看病、用西医临床路径开方。这种问题的产生与蔓延，归根结底是中医药文化自信的缺失。

中医要发展，就不能躺在历史的功劳簿上，或靠着西医过日子，否则就不叫中医，也就不是中医医院。因此，有必要通过熏陶，增强中医药文化的自信。这就需要中医药文化的质素融入到医学行为、学术活动、医患关系等各个方面。通过学习中医药文化和营造中医药文化环境，培养管理者和执业人员对中医药的感情，努力使中医药成为基层中医人员的生活方式、行为模式、价值观念、思维方式、情感表达方式等，使县市中医医院的管理者和中医执业人员从三个方面增强中医药文化的自信。

一是对中医药强大生命力的自信。使之充分认识到中医药是国之瑰宝。中医药文化是中华民族优秀传统文化的杰出代表，中医学是世界传统医药学继承创新的杰出代表，中医药理论与技术是生命与健康科学发展方向的杰出代表。中医药事业发展关系到人民大众的最切身利益，中医药学术进步关系到国家原创科学技术的创新与发展，中医药文化的传承、传授与传播关系到中华民族文化的伟大复兴。因此，扶持和促进中医药事业发展是直接关系国计民生和中华文化安全与发展的国家战略。在科学发展观的指导下，如何突出中医药特色优势“稳中求进”地实现中医药事业可持续发展，是当前及今后一个时期的重大国策命题。中医药深深植根于广大人民群众之中，在国内、国际都有着广泛的需求，具有强大的生命力。

二是对中医药强大引导力的自信。使之充分认识到中医药是中华民族二千多年以来，从对人而不是对动物的医疗保健的亿万临床实例的实践经验中总结、升华的医药学，是中华文化和历代中医名家智慧与经验的结晶，能开启“万物之终始，死生之本”的生命科学探索之门，能开辟“从阴阳则生、逆之则死，从之则治、逆之则乱”的方法学的探索之路。在健康观念不断提升、疾病谱系不断嬗变和医疗模式不断演变的今天，中华民族原创的中医药所蕴藏的对生命与健康的认知及其防治疾病的原理、法则、经验、方法等，对未来医疗保健的科学研究具有强大的引导力。

三是对中医药强大创新力的自信。使之充分认识到中医药是确有包容性的医学科学，从先秦至今，历代中医学都包容、吸取、融通了该时代最先进的哲学、

天文学、物候学、文字学、算学、兵学乃至堪輿学的精华，使中医学不断继承、不断创新，成为“上知天文、下知地理、中知人事”的博大精深的学术体系。在现代科学技术日新月异的条件下，中医药也必然能够以博大的胸怀，包容、吸取、融通现代科学技术“从我之规、为我所用”，从而具有强大的创新力。

1.3 通过实践 实现中医药文化的自强

中医作为一门医学科学，基础在临床实践，特色也在临床实践。中医药文化的目标指向、价值追求、具体要求都基于临床实践。因此，有必要通过临床实践，实现中医药文化的自强。这就要求中医人在医疗保健的实践中体现出中医药文化的底蕴和素养。通过学习和训练，使县市中医医院的管理者和中医执业人员在三个方面实现中医药文化的自强。

一是自强医德。使之以“普救含灵之苦”的“苍生大医”风范律己，自觉坚持“以人为本，效法自然，和谐平衡，济世活人”的理念，坚持“仁、和、精、诚、谦、廉、慎、严”的修养，追求医心仁慈、医品精诚、医风廉洁、医患和谐，从而能自强医德。

二是自强医学。使之以“勤求古训，博采众方”的治学之道律己，掌握治学方法，自觉精研经典、上溯《灵》《素》，旁通各家、融合实用，从而自强医学。三是自强医术。使之以“精究方术”、“思求经旨，演其所知”的明理明术要义律己，沉潜用功，继承创新，不断获取和更新“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全以养其生”的方法和技术，从而自强医术。

2 以传授真中医理念为基础 树立县市基层中医临床人才的价值观念

中医药事业可持续发展的重要保障之一，就是要拥有“靠得住、信得过、用得上”的县市基层优秀中医临床人才，也就是“真中医”人才。

“真中医”就是真学、真懂、真信、真用中医的中医人。真学、真懂、真信、真用中医，是“真中医”理念的核心价值观念，应该成为基层中医临床人才的思维习惯，成就一种品质。真学是基础，真懂是前提，真信是关键，真用是目的，“真学、真懂、真信、真用”四者辩证统一，相互关联，不可分割。

2.1 学习中医药学术理论 在“真学”上下功夫

中医学，源于中华文化，融合了儒学、道学、佛学中适合医疗保健的内容，堪称集人、文、医、药学之大成，形成了完整的理论体系。尤其是中医经典著作，是中医学术的重要载体，是中医学在几千年发展历史进程中累积的宝贵财富。

县市基层中医临床执业者要强调中医药四大经典（《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、温病学）和中医四小经典（《中医三字经》、《汤头歌诀》、《药性赋》、《濒湖脉诀》），以及代表性中医药名著的系统学习。以高度的责任心、崇高的使命感、积极的态度、满腔的热忱，熟读、精读、记诵中医经典，不断加深对中医经典著作的理解，并要着眼于中医经典理论原则的临床应用。至少做到“三能”：重点篇章能解读，重点原文能背诵，重点原则能应用。

2.2 掌握中医药思维方法 在“真懂”上下功夫

中医学是有别于现代自然科学体系的医学科学，具有自然科学和人文科学的双重属性。历代中医名家通过大量的临证实践，积累了宝贵的养生防病经验，形成了自身独特的认识自然、认识生命、认识疾病的思维方法、认知方式和保护生命的办法。县市基层中医临床执业者要将研读经典与临床实践紧密结合起来，懂得并掌握中医的思维方式，在临床诊疗和病历、医案的写作中，把握中医病因、病机、诊法、治则。要在医疗保健的实践中，至少要真正做到“六懂”：懂四诊合参、懂脉证形气、懂生死逆顺、懂组方用药、懂四气五味、懂升降浮沉，逐步

使自己的诊疗思维中医化。

2.3 遵循中医药自身规律 在“真信”上下功夫

在中医药事业发展中，中医人的信仰、信心、信念至关重要。尽管目前中医处在一个很好的发展时期，但还有很多困难，遇到了很多挑战，一些矛盾需要解决。中医从业人员，尤其是基层临床一线人员的立场、态度、认识方法、研究思路十分关键，只有站到中医立场上来，热爱中医，相信中医，才能按照中医自身规律发展中医。

县市基层中医临床执业者要充分认识到中医所具有的“个性化的辨证论治、平衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向”等五大特色，和“临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉、创新潜力巨大、发展空间广阔”等六大优势。笃信中医学的现实价值和生命力，坚定信念，真信中医：真信中医药文化、真信中医药理论、真信中医药诊法、真信中医药疗效。

2.4 突出中医药自身特色 在“真用”上下功夫

“真中医”理念的目标指向是“真用”中医，这就是要真正地用中医理论指导实践，将真学、真懂、真信中医的研修成果转化为防病治病的医疗实践，让运用中医药的思维指导医疗活动和使用中药成为自身的医疗习惯，大力提高中药的使用率。

县市基层中医临床执业者要积极掌握中医基层适宜技术，能够独立解决常见病、多发病、疑难病以及急危重症的诊疗技术，努力提高中医药疗效。在实践中做到“真用”中医的理、法、方、药，即真用中医理论原则指导临床，真用中医思维方式诊断病证，真用中医方药治疗，真用中医语言总结临床经验。

3 以传习老中医经验为核心 提高县市基层中医临床人才的临床技能

师承教育是中医成才的必由之路。这是因为，中医学是一门实践性很强的科学，没有大量的临床、没有名师指点很难体会到中医理论的深奥微妙。师徒相传的中医人才培养方式造就了诸多个性凸显的学术流派，涌现了一批又一批的名医。经过名医传授，可以大大加快学生的成长步伐，缩短成才周期。所以，实施名老中医学术经验继承工作，是提高县市基层中医人才临床水平的捷径。

名老中医的学术思想具有必有本源、必备验案、必属原创的三大特点，名老中医的临证思辨特点具有独特体验、独特认知、独家原创的三大特点。这些学术思想和思辨特点，源于名老中医对中医药经典的毕生研究和对疾病诊疗的毕生探索，因而名老中医的学术经验在传承中具有引领作用和启迪作用。

3.1 突出实践能力 力求老中医学术经验传习内容适合基层需要

事实证明，老中医的学术经验是在长期的临床实践中积累形成的，是宝贵的人才培养资源。通过随师临证，继承人得到老中医的口传面授，其理论和实践结合较好，临床实践能力强。这是老中医学术经验传习优于学校教育的重要体现，符合中医药人才成长规律和实践性教学规律。

在县市基层中医医院传习老中医经验，培养县市基层优秀中医临床人才，就是要在县市基层中医医院形成真用中医诊疗常见病、多发病、疑难病以及急危重症的一支中医中坚力量。所以，县市基层中医人员传承老中医经验，要突出“四重”：一是重在传习对常见病、多发病、疑难病以及急危重症的辨证论治经验；二是重在传习疗效确切、价格适当、应用简便的中医适宜技术；三是重在传习临床动手的方法、要领、步骤；四是重在传习医德修养与临床研究的方法。

3.2 创新师承模式 力求老中医学术经验传习方式符合基层实际

伴随着科学技术的发展与社会的进步,传统的师承教育在今天不断创新,如“一对一”的带教方式、“面对面”的授课模式等都被赋予了新的形式,使之更适应时代的需要。结合县市基层中医临床执业者的具体情况,更要不断创新。

县市基层中医临床执业者一般日常诊疗任务繁重,加之交通不便等客观条件,很难集中一段时间负笈千里从师学习,迫使在县市基层中医医院的师承模式上要有所创新,以适应基层实际需要。要逐步探讨由传统的“一对一”带教方式向“多带一”(多个导师带一名学员)、“多从一”(多个学员从一位导师)的教学方式转变;采取从师侍诊、集中授课、病案讨论、远程会诊、老中医进病房、学术经验交流会等综合教学形式,并借助优势名师资源开展跨单位、跨区域的名老中医学学术经验传承。如吉林省中医药管理局与北京同仁堂集团联合实施的以辽源市中医医院为试点的“长白山杏苑新林”项目,探索出“团队带教团队,网上结合网下,远程教育链接实地”的师承方式,是一条符合基层实际的、值得推而广之的新师承模式。

3.3 强化人才使用 力求老中医学学术经验传习成果得到有效应用

培养人才的最终成效在于合理使用人才,培养人才和使用人才是人才问题的两个方面。培养是手段,使用是目的。合理使用人才,正是我们下大力气进行人才培养的根本目的。目前,面临如何培养中医人才,也面临如何使用中医人才的问题,这是中医发展的瓶颈之一。合理使用人才就要相信人才,唯才是举,用当其时,合理安排。

县市基层优秀中医临床人才,经过老中医的耳提面命,是中医事业的中坚和骨干,发挥着重要作用。因此,一方面要稳定这支经过训练的专业化队伍,要求其回到原基层岗位工作,直接服务临床一线。另一方面要为他们发挥作用提供机会和平台,创造必要的条件。如建立县市基层优秀中医临床人才使用与跟踪服务机制,并在职称晋升、各类人才项目评选等方面给予优先考虑,从而在制度和政策等方面给予保证。

3.4 规范管理过程 力求老中医学学术经验传习全程获得充分保障

没有有效的过程,就不会有坚实的效果。县市基层优秀中医临床人才的培养和使用是一个系统工程,必须对老中医经验传习全程进行严格规范、科学管理、全面保障。

一方面,要建立相关制度,这是使该项工作取得实效的关键。个别县市基层中医临床人员中存在着思想认识不到位、客观环境不允许、学习条件不理想等实际情况,这就使严格的过程管理更显重要。另一方面,这项工作涉及到的各个环节,无论是政府部门还是承担单位以及指导教师和学术继承人,都应该高度重视传承的各个环节。对指导教师的指导过程、继承人的学习过程、考核制度等,都需要明确规定。管理部门要深入承担单位进行调研,各承担单位要建立健全有关规章制度,制订工作计划,建立管理档案,并不定期抽查指导老师的出诊时间和学术继承人的从师情况,检查学术继承人的经典理论学习笔记、从师笔记、从师学习心得、临床医案整理、年度总结等。只有实施科学而严格的管理,并给予资金与物质的保障,这样才能确保县市基层优秀中医临床人才的培养结出丰硕成果。

应该看到,那些著名的中医名家大师代表了学术的高度,照亮了中医药的璀璨星空。同时,县市基层中医临床人员铺就了中医药服务的网络,是中医药星空的重要组成部分,是推动中医药发展的重要力量。他们的学术成长和服务作用的发挥,应该受到高度的重视,应该给予更多的关照。我们相信有了全体中医药从

业人员的共同努力，定将迎来中医药事业的又好又快发展，中医药定将为人类健康做出更大贡献。（邱德亮, 孙光荣. 县市基层中医临床人才培养思考[J]. 中医药管理杂志, 2012, 20(06):501-504.）

传承文化与经验 造就“四真”中医

——探索培养基层优秀中医临床人才新路子

“真中医”就是真学、真懂、真信、真用中医的中医人。真学是基础，真懂是前提，真信是关键，真用是目的。

在医疗保健实践中，做到“六懂”：懂四诊合参、懂脉证形气、懂生死逆顺、懂组方用药、懂四气五味、懂升降浮沉，逐步使自己的诊疗思维中医化。

真正地用中医理论指导实践，将真学、真懂、真信中医的研修成果转化为防病治病的医疗实践，让运用中医药思维指导医疗活动和使用中药成为自身的医疗习惯，大力提高中药的使用率。

目前，县市中医院医院的规模和服务领域都有了长足的发展，但中医临床执业团队却存在着“三个不足”：一是中医药文化素养不足，“中医人”的标识不显著；二是中医药基本理论修养不足，中医临证思辨特点不显著；三是中医临床解决实际问题的能力不足，中医临床疗效的贡献率不显著。

同时，又较普遍地存在着“三个突出”：一是“吃老本”的思想突出，认为“几十年来就这么中不中、西不西的也应付过来了，再来个“而今迈步从头越”是否太晚了？二是临床思维定势突出，依赖实验室检查报告得出西医诊断和治疗方案，再加上中医方药，几乎形成了诊疗习惯；三是工学矛盾突出，医院的资金、岗位的工作、个人的境遇都不允许脱产研修，“想学也学不起”。所以，必须探讨培养县市基层优秀中医临床人才的新路子，也就是要如何有效地传承中医药文化、传授真中医理念、传习老中医经验。

以中医药文化为引领，增强文化素质

中医药文化是中医人的根。培养县市基层优秀中医临床人才，首先要以传承中医药文化为引领，增强文化素质，使其成为珍惜、尊重、继承、弘扬中医药文化的人。

通过宣导，提高中医药文化的自觉

要加强县市中医院医院的文化内涵建设，使县市中医院医院的管理者和中医执业人员从三个方面实现中医药文化的高度自觉。

一是从发展中医药事业在国计民生中的地位与作用认识上形成高度自觉。充分认识到发展中医药事业，是健全完善有中国特色的医疗保健体系和进行医药卫生体制改革的必须；是继承创新医疗保健技术提高疗效的必须；是推动和促进中华文化伟大复兴的必须。

二是从中医药人才成长规律在队伍建设中的把握与运用上形成高度自觉。充分认识到成长为名中医，必须具有追源溯流的中华文化修为；必须具有大医精诚的医德修养；必须具有读经典、做临床、拜名师的专业修炼。

三是从中医药继承创新在学术进步中的责任与担当上形成高度自觉。充分认识到中医临床学术的进步，必须有中医药理论的指导，必须有凸显中医药特色优势的责任，必须有引领和开辟生命科学前进方向的担当。

通过熏陶，增强中医药文化的自信

通过学习中医药文化和营造中医药文化环境，培养管理者和执业人员对中医药的感情，努力使中医药成为基层中医人员的生活方式、行为模式、价值观念、思维方式、情感表达方式等，使县市中医院医院的管理者和中医执业人员从三个方面增强中医药文化的自信。

一是对中医药强大生命力的自信。使之充分认识到中医药是国之瑰宝。中医药文化是中华民族优秀传统文化的杰出代表，中医学是世界传统医学继承创新的杰出代表，中医学理论与技术是生命与健康科学发展方向的杰出代表。中医药事业发展关系到人民大众的最切身利益，中医学学术进步关系到国家原创科学技术的创新与发展，中医药文化的传承、传授与传播关系到中华民族文化的伟大复兴。

因此，扶持和促进中医药事业发展是直接关系国计民生和中华文化安全与发展的国家战略。中医药深深植根于广大人民群众之中，在国内、国际都有着广泛的需求，具有强大的生命力。

二是对中医药强大引导力的自信。使之充分认识到中医药是中华民族几千年来，从对人（而不是对动物）的亿万次临床实践经验中总结、升华出的医学，是中华文化和历代中医名家智慧与经验的结晶，能开启“万物之终始，死生之本”的生命科学探索之门，能开辟“从阴阳则生、逆之则死，从之则治、逆之则乱”的方法学的探索之路。

在健康观念不断提升、疾病谱系不断嬗变和医疗模式不断演变的今天，中华原创的中医药所蕴藏的对生命与健康的认知及其防治疾病的原理、法则、经验、方法等，对未来医疗保健的科学研究具有强大的引导力。

三是对中医药强大创新力的自信。使之充分认识到中医药是确有包容性的医学科学，从先秦至今，历代中医学都包容、吸取、融通了该时代最先进的哲学、天文学、物候学、文字学、算学、兵学乃至堪舆学的精华，使中医学不断继承、不断创新，成为“上知天文、下知地理、中知人事”的博大精深的学术体系。

在现代科学技术日新月异的条件下，中医药也必然能够以博大的胸怀，包容、吸取、融通现代科学技术“从我之规，为我所用”。从而具有强大的创新力。

通过实践，实现中医药文化的自强

中医的基础在临床实践，特色也在临床实践。县市中医医院的管理者和中医执业人员要在三个方面实现中医药文化的自强。

一是自强医德。使之以“普救含灵之苦”的“苍生大医”风范律己，自觉坚持“以人为本，效法自然，和谐平衡，济世活人”的理念，坚持“仁、和、精、诚、谦、廉、慎、严”的修养，追求医心仁慈、医品精诚、医风廉洁、医患和谐，从而能自强医德。

二是自强医学。使之以“勤求古训，博采众方”的治学之道律己，掌握治学方法，自觉精研经典、上溯灵素、旁通各家、融合实用，从而自强医学。

三是自强医术。使之以“精究方术”、“思求经旨，演其所知”的明理明术要义律己，沉潜用功，继承创新，不断获取和更新“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全以养其生”的方法和技术，从而自强医术。

以传授真中医理念为基础，树立价值观念

“真中医”就是真学、真懂、真信、真用中医的中医人。真学是基础，真懂是前提，真信是关键，真用是目的，“真学、真懂、真信、真用”四者辩证统一，相互关联，不可分割。

学习中医学学术理论，在“真学”上下功夫

中医经典著作是中医学的重要载体，是中医学在几千年发展历史进程中累积的宝贵财富。县市基层中医临床执业者要强调中医药四大经典（《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《温病学》）和中医四小经典（《中医三字经》、《汤头歌诀》、《药性赋》、《濒湖脉诀》）以及代表性中医药名著的系统学习，

熟读、精读、记诵中医经典，不断加深理解，并要着眼于临床应用，做到“三能”，即重点篇章能解读、重点原文能背诵、重点原则能应用。

掌握中医药思维方法，在“真懂”上下功夫

历代中医名家通过大量的临证实践，积累了宝贵的养生防病的经验，形成了自身独特的认识自然、认识生命、认识疾病的思维方法、认知方式和保护生命的办法。县市基层中医临床执业者要将研读经典与临床实践紧密结合起来，懂得并掌握中医的思维方式，在临床诊疗和病历、医案的写作中，把握中医病因、病机、诊法、治则。要在医疗保健的实践中，至少要真正做到“六懂”：懂四诊合参、懂脉证形气、懂生死逆顺、懂组方用药、懂四气五味、懂升降浮沉，逐步使自己的诊疗思维中医化。

遵循中医药自身规律，在“真信”上下功夫

在中医药事业发展中，中医人的信仰、信心、信念至关重要，基层临床一线人员的立场、态度、认识方法、研究思路十分关键。县市基层中医临床执业者要充分认识到中医所具有的“个性化的辨证论治、平衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向”等五大特色，和“临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉、创新潜力巨大、发展空间广阔”等六大优势，笃信中医学的现实价值和生命力，坚定信念，真信中医：真信中医药文化，真信中医药理论，真信中医药诊法，真信中医药疗效。

突出中医药自身特色，在“真用”上下功夫

“真中医”理念的目标指向是“真用”中医，这就是要真正地用中医理论指导实践，将真学、真懂、真信中医的研修成果转化为防病治病的医疗实践，让运用中医药的思维指导医疗活动和使用中药成为自身的医疗习惯，大力提高中药的使用率。县市基层中医临床执业者要真用中医理论原则指导临床，真用中医思维方式诊断病证，真用中医方药技术治疗，真用中医语言总结临床经验。尤其要积极掌握中医基层适宜技术，能够独立解决常见病、多发病、疑难病以及急危重症的诊疗技术，努力提高中医药疗效。

以传习老中医经验为核心，提高临床技能

突出实践能力，力求老中医学术经验传习内容适合基层需要

在县市基层中医医院传习老中医经验，培养县市基层优秀中医临床人才，就是要在县市基层中医医院形成真用中医诊疗常见病、多发病、疑难病以及急危重症的一支中医中坚力量。所以，县市基层中医人员的老中医经验传承，要突出“四重”：一是重在传习对常见病、多发病、疑难病以及急危重症的辨证论治经验；二是重在传习疗效确切、价格适当、应用简便的中医适宜技术；三是重在传习临床动手的方法、要领、步骤；四是重在传习医德修养德与临床研究的方法。

新师承模式，力求老中医学术经验传习方式符合基层实际

县市基层中医临床执业者一般日常工作诊疗任务繁重，加之交通不便等客观条件，很难集中一段时间负笈千里从师学习，这就需要在县市基层中医医院的师承模式上要有所创新，以适应基层实际需要。要逐步探讨由传统的“一对一”带教方式向“多带一”（多个导师带一名学员）、“多从一”（多个学员从一位导师）的教学方式转变；采取从师侍诊、集中授课、病案讨论、远程会诊、老中医进病房、学术经验交流会等综合教学形式，并借助优势名师资源开展跨单位、跨区域的名老中医学术经验传承。如吉林省中医药管理局与北京同仁堂集团联合实施的以辽源市中医医院为试点的“长白山杏苑新林”项目，探索出“团队带教团队，网上结合网下，远程教育链接实地”的师承方式，是一条符合基层实际的、

值得推而广之的新师承模式。

强化人才使用，力求老中医学术经验传习成果得到有效应用

县市基层优秀中医临床人才，经过老中医的耳提面命，是中医事业的中坚和骨干，发挥着重要作用。因此，一方面要稳定这支经过训练的专业化队伍，要求其回到原基层岗位工作，直接服务临床一线。另一方面要为他们发挥作用提供机会和平台，创造必要的条件。如建立县市基层优秀中医临床人才使用与跟踪服务机制，并在职称晋升、各类人才项目评选等方面给予优先考虑，从而在制度和政策等方面给予保证。

规范管理过程，力求老中医学术经验传习全程获得充分保障

县市基层优秀中医临床人才的培养和使用是一个系统工程，必须对老中医经验传习全程进行严格规范、科学管理、全面保障。一方面，要建立相关制度，这是使该项工作取得实效的关键。另一方面，师承工作涉及到的政府部门、承担单位以及指导教师和学术继承人，都应该高度重视传承的各个环节。只有实施科学而严格的管理，并给与资金与物质的保障。这样，才能确保县市基层优秀中医临床人才的培养结出丰硕成果。（邱德亮. 传承文化与经验造就“四真”中医[N]. 中国中医药报, 2012-03-01(003).）

贯彻落实“六名”战略 加强临床人才培养

——“三三三式”中医药继续教育路线图初探

中医药这一中华民族的瑰宝,是中国人民几千年来防治疾病的实践总结和智慧结晶,长期以来为人民的健康事业做出了不可磨灭的贡献,在长期临床实践中形成和显示了“个性化的辨证论治,调治求衡的防治原则,人性化的治疗方法,多样化的干预手段,天然化的用药取向”的五大特色和“临床疗效确切,用药相对安全,服务方式灵活,费用比较低廉,创新潜力巨大、发展空间广阔”的六大优势。质言之,中医学是中华民族优秀传统文化的代表之一;中医药教育、临床、科技,是中国最具国际竞争潜力的先进生产力的代表之;中医药事业,是直接关系到最广大人民切身利益的事业代表之一。因此,中医药事业惟有坚持贯彻“三个代表”和“中西医并重”重要思想,按照科学发展观,贯彻落实党的十七大提出的“扶持中医药和民族医药事业发展”指示和吴仪副总理提出的发展中医药事业的“六名”战略,才能实现中医药事业的全面、协调、可持续发展。而中医药事业的发展,教育是根本,其关键就在于培养和造就以新一代中医名家为中坚力量的优秀中医药人才梯队。

中医学是一门实践性与经验性很强的科学,蕴涵着几千年来一代又一代的医家经过大量的临床实践总结出来的经验。只有在继承历代名老中医学术思想和临床经验的基础上,才能真正将中医药不断地创新而发扬光大。资料统计表明:全国现有近 100 万中医、中药在岗执业人员,海外有分布在近百个国家和地区约 25 万全部或部分运用中医药技术的从业人员;每年参加执业中医师考试者约 4 万人,参加执业中药师考试者约 6 万人(占参加执业药师考试者 40%);每年中医药院校在读学生约 11 万人。由此可见,就数量而言,中医药队伍尚能比较适应现阶段的需求。但是,就质量而言,中医药继续教育面临着长期而艰巨的任务:经全国各省(市)卫生行政管理部门评定的“名中医”,总计不到 3000 名,其中还有约 20%属于非中医临床工作者;经过名师指导、掌握了一定现代科技知识、在学术上有较深造诣的中医药专家,不足 2000 名;学识丰富、治验卓著的名老中医,全国不足 1000 名,至于真正既通晓中医药经典、又积累着长期大量临床实践经验、对中医药事业执着追求、在学术上独树一帜、誉满海内外的当代中医名家如邓铁涛、王绵之、焦树德、任继学、关幼波、路志正、颜德馨、贺普仁、唐由之、刘弼臣等,全国不足 200 名,而且大都年事已高,不少珍贵的学术思想与临床秘技绝招都濒临失传的危险。

国家中医药管理局为了培养优秀中医临床人才,使名老中医学术思想与临证经验得以传承和创新,近十余年来殚心竭虑、苦心孤诣地做了大量工作,高度重视中医药继续教育,建立了师承教育制度、确立和实施了全国优秀中医临床人才研修项目和名老中医学术思想经验传承研究项目等,取得了明显成效。

随着我国改革的不断深化和经济社会的迅速进步,中医药事业发展已经赢来了阳光明媚的春天,同时也面临着是否应当和如何保持发挥中医药特色优势的战略层次的严峻挑战。党的十七大明确指出,要“发展远程教育和继续教育,建设全民学习终身学习的学习型社会”,如何通过中医药继续教育加强中医临床人才培养,就凸显为保持发挥中医药特色优势、促进中医药事业发展的重大课题。

一、追求和达到名老中医学术思想与临证经验传承的“六明”,是中医药继续教育贯彻落实“六名”战略的关键

吴仪副总理提出的“六名”战略(建设名院、名科、名医、名药、名厂、名

店)是发展中医药事业的百年大计,而其关键在于培养代有传承的“名医”。如何培养名医?关键又在追求和达到名老中医学术思想与临证经验传承的“六明”。

国家中医药管理局中医药继续教育委员会已经提出的“读经典、跟名师、多临床”,是继承名老中医学术思想与临证经验的有效方法。其中,最能体现传承要义的是“跟名师”。但目前学术继承人和优秀中医临床人才项目研修者在“跟名师”上所做的工作主要是从师临证、记录病历、撰写医案、总结学术思想和临证思辨特点等,但在完成上述工作中大多尚未深入研究和准确回答有关名老中医学术思想与临证经验传承的六个关键问题:

一是“明志”问题:名老中医为什么都能够执着追求中医学术思想与临证经验的提升和坚定不移、心甘情愿地为发展中医药事业奋斗不息?是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明志”。

二是“明德”问题:名老中医都以“苍生大医”律己,究竟在哪些方面以及怎样律己,才能成为“苍生大医”?是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明德”。

三是“明理”问题:名老中医都讲究“勤求古训”,但究竟怎样“勤求”以及“勤求”了哪些“古训”?是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明理”。

四是“明术”问题:名老中医都追求“博采众方”,究竟到哪里用什么方法“博采”以及“博采”了哪些“众方”?是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明术”。

五是“明法”问题:名老中医都讲究“发皇古义”、“融会新知”,究竟在何处以及怎样“发皇”了哪些“古义”和“融会”了哪些“新知”?是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明法”。

六是“明业”问题:名老中医都注重突出中医药特色优势,而在现代医学大环境下,名老中医怎样不受社会、学术客观环境的影响,坚持突出中医药特色优势而不被西医、西药牵着鼻子走?不是自我标榜为“中医”而又使患者群心悦诚服地承认是真正的中医?是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明业”。

所以,要贯彻落实“六名”战略,培养新名医,首先就需要掌握打开培养名医之门的钥匙,这把钥匙就是学术思想与临证经验传承的“六明”:关键——追求和达到明志、明德、理、明术、明法、明业。这也就是探索中医药继续教育路线图的关键。

二、明确三个层次、解决三个问题、确定三个途径,探索“三三三式”中医药继续教育路线图

继续教育,通常是指中医药执业人员在行业“准入”后必须接受的以“四新”(新理论、新学说、新材料、新方法)为主要内容、以学分管理为主要手段的追加性的执业教育。

中医药继续教育,是国家中医药管理局主管的行业教育工作的主要的、长期的工作任务,是构建中医药终身教育体系的主体。中医药特色优势的原创性,中医药经典、名老中医学术经验的研读与领悟的艰巨性,以及读书→临证→再读书→再临证的中医成才规律,决定了中医药继续教育的总体目标是:提高整体队伍素质;决定了中医药继续教育主要任务是:实施执业人员中医药知识与技能的传承、补充、更新的中医药理论与技术的教育;决定了中医药继续教育的特点是:通过温故知新,实现继承创新。

根据《国家中医药管理局中医药继续教育“十一五”规划》,需要明确三个

层次、解决三个问题、确定三个途径,探索“三三三式”中医药继续教育路线图,促使中医药继续教育在质和量两个方面都能实现跨越式的发展。

(一)明确三个层次:结合中医药继续教育的目标、任务和特点以及面临的中医药继续教育的实际需求,建议将中医药继续教育分为“高精教育”、“增进教育”“规范教育”三个层次,确立各个层次的工作重心,确立相应的项目。

(1)“高精教育”——重心上移。即结合持续开展的全国优秀中医临床人才研修项目和师承教育,将受教对象集中在已经具备高级职称的执业中医师,目的是培养一代又一代新名医。在总结前段工作质量和经验的基础上,确立名中医研修基地等项目,创建“中国中医名家研修院”,使之成为中医名家研修的常设基地。通过推荐、报名、考试、考核,选拔新一代名医培养对象,带临床课题、带研修论题、带研修著作初稿,专职研修 1-2 年,全国遴选研修导师轮流执教。通过“读经典、跟名师、多临床”,使培养对象掌握成为新一代名医的学术思想、临证思辨特点以及高深学识和师授技能,达到“六明”。

(2)“增进教育”——重心前移。即将受教对象确定在执业医师和执业助理医师范围。通过筛选、新增,确立温习经典、常见病、多发病的一病一讲、临床实用技术(“百项”)等各类各级中医药继续教育项目,使培养对象牢固掌握中医药四大经典和新理论、新知识、新技术、新方药。

(3)“规范教育”——重心下移。即将受教对象确定为“准入”后的从业人员,特别是基层医务人员。确立住院医师规范教育、全科医师规范教育、农村社区医生规范教育等项目,使培养对象牢固掌握中医药四大基础、执业规范和中医临床基本技能。

(二)解决三个问题:针对继续教育中客观存在的重视不够、资源难觅、管理松散、监管不力的情况,建议解决中医药继续教育中“资源共享”、“学分互认”、“质量监管”三个问题。

(1)“资源共享”——中医药继续教育资源的搜集、甄别、整理和使用,是持续提高中医药继续教育质量的关键。在国家中医药管理局的指导和支持下,经过近十年来的努力,由世中联(北京)远程教育科技发展中心(原“北京二十一世纪环球中医药网络教育中心”)牵头,联合有关省(市)中医药行政管理部门、中医药高等院校、企事业单位,研发了中医药四大经典、中医药四大基础、中医临床诊疗实用技术等中医药继续教育网络教学课件 268 项、1379 课时,积累了相当丰富的中医药继续教育资源。北京、山东、南京、广州、上海、成都、黑龙江、湖南、长春等中医药大学和中国中医科学院以及中国中医药卫星电视教育网、“好医生”网等也收集或研发了多种中医药继续教育项目内容。但是,从整体看,由于多种原因致使中医药继续教育资源的收集、整理、研发、利用,尚不够全面、不够系统,存在着零星、散在和鱼目混珠的现象。长此以往,必将严重影响我国中医药继续教育资源的累积与利用,影响中医药继续教育质量的提高。需要出台共建共享的政策,需要研究制订采集制作的规范和标准。因此,建议确立“中医药继续教育资源库建设项目”。以突出中医药特色优势、提高中医药继续教育质量为目的,以数字化中医药文献、临床教学资源为主线,采用“政府主管、校企主办、多方协作、共建共享”的运作模式,整合利用中医药优势教育资源,建成权威、实用的“全国中医药继续教育资源库”。

(2)“学分互认”——我国继续教育目前实行的学分是国家、省(市)的分级学分,在继续教育管理工作中发挥了重要的作用。但经过多年实践,也发现存在着各省(市)学分未能互认的问题,这一问题严重制约了资源共享、学术交流和继

继续教育基地的优势互补。其实,各个省(市)都有特色优势突出的中医药临床强项,确立了优秀的中医药继续教育项目,全国各地中医药执业人员应当可以根据自身业务“缺什么补什么”的需求选择各个省(市)的优秀的中医药继续教育项目学习。但是,由于学分不能互认,就只能“花儿各自开,果红自家采”,既浪费了优势资源,也影响了中医药队伍整体素质的提高。因此,建议建立“学分互认”的制度与相关的激励机制。

(3)“质量监管”——近年来,国家中医药管理局及其中医药继续教育委员会采取有力措施,以全国优秀中医临床人才研修项目为试点加强了中医药继续教育的质量监管,有效地提高了中医药继续教育的质量。但中医药继续教育的资源管理、学分管理、质量管理等尚有待形成体系;例如学分管理,既要通过严格的认定方式发放学分证书,又要提高继续教育学分的使用价值,才能发挥学分管理效应,这就需要联合人事等有关部门出台关于中医药继续教育学分值及其使用范围的相关政策。因此,建议按照《国家中医药管理局中医药继续教育“十一五”计划》的要求建立中医药继续教育的质量监管体系。

(三)确定三个途径:针对获得继续教育学分的途径庞杂、继续教育学分的学术含量不足的情况,结合中医药继续教育的现状和实际需求,建议确定中医药继续教育的三个主要途径:集中培训、远程教育、基地访问。

(1)集中培训——主要适用于“高精教育”和“规范教育”两个层次。由于集中培训具有集中时间、集中地点、集中师资、集中互动的特点,也存在迁就时间、脱离岗位、舟车往返、成本较高的困难,所以只能限于“高精教育”和“规范教育”两个层次的全国性重大中医药继续教育项目的实施。

(2)远程教育——广泛适用于各个层次的中医药继续教育。在信息时代中,现代远程教育已逐步成为发展继续教育的重要手段,并将给继续教育带来革命性的变化。由于远程教育具有的“五个自主”(自主选择时间、自主选择地点、自主选择内容、自主选择进度、自主选择师友)的优势,所以可以广泛适用于中医药继续教育各个层次,特别适用于“增进教育”层次,可以有效地解决“工学矛盾”,又可以有效地提高继续教育的进度与质量。

(3)基地访问——适用于“高精教育”层次。选择确实具有学术成就、学科带头人和配套的教学条件的重点学科建立中医药继续教育基地,建立全国中医药临床学者访问制度,通过带职、带薪、带题的6-12个月的基地访问,再通过考核与评估,实现优秀临床人才的重点培养目标。

综观中医药事业发展大局,我们深深认识到:中医药事业发展的关键在于贯彻落实“六名”战略;贯彻落实“六名”战略的切入点,在于加强临床人才培养,提高中医药疗效;加强临床人才培养、提高中医药疗效的重要一环就在于抓紧抓好中医药继续教育。因之,中医药继续教育任重道远。以上,不揣冒昧,探索“三三三式”中医药继续教育路线图,提出明确三个层次、解决三个问题、确定三个途径的建议,我们希望并深信全国同道和我们共同携手,在国家中医药管理局的领导下,一定能够探索和开创出中医药继续教育健康发展的光辉大道。(孙光荣.贯彻落实“六名”战略,加强临床人才培养——“三三三式”中医药继续教育路线图初探[A].中华中医药学会继续教育分会.新起点 新征程——中华中医药学会继续教育分会成立大会暨首届中医药继续教育论坛文集[C].中华中医药学会继续教育分会,2007:5.)

培养中医领军人才

关于事业、人才、教育三者的重要性及其相互关系，古人早有明训，宋人胡瑗曰：“致天下之治者在人才，成天下之才者在教化。”借用到亟待继承创新的中医学界，则可以说“致中医之兴者在人才，成中医之才者在教化。”毋庸置疑，中医人才的健康成长是中医药事业兴旺发达的保障。所以，做强中医药队伍是做强中医药事业的根本，做强中医药教育是做强中医药队伍的根本。基于这一认识，吉林省从2009年开始实施“‘真中医’人才培养工程”，其宗旨就是为全省中医药事业的可持续发展培养靠得住、信得过、用得上的新时代的中医领军人才。

“真中医”，是真学、真懂、真信、真用中医的中医人。真学、真懂、真信、真用中医，是“真中医”人才的核心价值观。真学是基础，真懂是前提，真信是关键，真用是目的。真学、真懂、真信、真用是辩证统一、相互关联、不可分割的。如果不能潜心于中医学理论和实践经验的真学，就不能真懂中医；如果做不到真懂中医，就不能做到真信中医、真用中医。

“真中医”要真学中医

中医学，源于中华文化，汲取了中国古代的哲学、史学、文学、数学、律学、兵学、天文学和物候学的精华，融合了儒学、道学、佛学的适合医疗保健的内容，堪称集人、文、医、药学之大成。因此，中医经典著作，是中医学术的重要载体，是中医学在几千年发展历史进程中沉淀的宝贵财富，“真中医”要以高度的责任心、崇高的使命感、积极的态度、满腔的热忱熟读、精读、记诵中医经典，并要在研读中回归经典诞生的时空，着眼经典诞生的原旨，综合考虑当时的社会因素和人文背景，不断加深对中医经典著作的理解；要着眼于中医经典理论原则在临床实践中的应用，在现代人类医疗保健之中彰显中医药的特色优势，体现中医经典的生命力和活力。

“真中医”要真懂中医

真懂中医，就是要懂得中医学术发展规律，掌握中医的思维方式，把握中医诊疗法则。中医学是有别于现代自然科学体系的医学科学，既具有自然科学的属性，又具有人文科学的属性。历代中医名家通过数以亿万计的人类活体的临证实践，积累了无与伦比的养生健体和防治疾病的经验，成功地构筑了中医学理论体系。中医学有着自身独特的认识自然、认识生命、认识疾病的思维方法、认知方式和保护生命的办法。“真中医”要在“读经典、做临床、拜名师”的研修过程中，善于学习和领悟，形成中医的思维，既要把中医学看作是治疗人类疾病、保护健康的科学，更要把中医学看作是指导人的生命活动、促进人与自然和谐共存的科学。

“真中医”要真信中医

在发展中医药事业还存在诸多困难的情况下，中医人对中医学的信仰、信心、信念问题，至关重要。真信中医，就是要笃信中医学的现实价值和生命力，信念坚定，行动自觉。众所周知，西学东渐以后，中医的发展受到了现代医学的冲击和挑战，走上了彷徨和抗争之路。但历史上中医药为人类的繁衍生息做出了不可磨灭的贡献，在今天的现实生活中中医药为保护人民群众健康依然发挥着不容否认的巨大作用。“真中医”应认识到，中医，是以中医基本理论为指导，以望闻问切获取“证候”信息，通过“四诊合参”进行辨证论治，采用天然药物疗法和非药物疗法实施医疗保健的医学行为主体。由于其具有“个性化的辨证论治、平衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向”

的五大特色，具有“临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉、创新潜力巨大、发展空间广阔”的六大优势，中医学既是中国古代的主流医学，又是现代具有中国特色的医药卫生体系的重要组成部分，更是世界未来的优势医学。因此，“真中医”要真信中医，具有发展中医药学术的坚定信念。

“真中医”要真用中医

真用中医，就是要大胆地用中医理论指导实践，要将真学、真懂、真信中医的研修成果转化为除人类之病痛、助健康之完美的医疗实践，积极发挥中医药“治难病”和“治未病”的优势，努力提高中医药疗效，解决人类健康问题。尤其要运用中医药的思维指导医疗活动，让使用中药成为自身的医疗习惯，大力提高中药的使用率。“真中医”要致力继承创新，也只有不断的实践，才能推动中医药学术的进步。

培养真学、真懂、真信、真用的“真中医”，是一个系统工程，有大量的工作要做。一方面，要通过开展优秀中医临床人才研修项目、建立青年中医发展委员会等平台，建立学术讨论与交流制度，开展学术竞赛，促使“真中医”研修者认真求知、真诚问道、坚持不懈地学习，真正做到“上求之于古，中求之于师，下求之于野”，下大力气培养“真中医”，促进“真中医”的成长；另一方面要建立有利于“真中医”成长的选拔和评价机制，为“真中医”创造更好的成长环境。

在中医药事业需要大力发展的情况下，需要理性的思想者、需要积极的奔走呼号者、需要大批的埋头苦干者。“真中医”人才培养工程就是培养埋头苦干者的一个尝试。同时，也希望通过开展这些工作，形成人人争做“真中医”的态势，使真学、真懂、真信、真用中医，成为新时代中医领军人才的重要识别标志，也只有这样的“真中医”，才能真正推动中医事业的可持续发展。（邱德亮. 培养中医领军人才[N]. 中国中医药报, 2010-05-06(003).）

欲要培养名医 必先追求“六明”

吴仪副总理提出的“六名”（名医、名科、名院、名药、名厂、名店）战略，是发展中医药的百年大计，而其关键在于培养代有传承的“名医”。

统计资料表明：全国经各省（市）卫生行政管理部门评定的“名中医”，总计不到 3000 名；经过名师指导、掌握一定现代科技知识、在学术上有较深造诣的中医药专家，全国不足 2000 名；学识丰富，治验卓著的名中医，全国不足 1000 名。至于学验俱丰、德业双馨、誉满海内外的当代名家如邓铁涛、王绵之、路志正、焦树德、任继学、颜德馨、贺普仁、唐由之、刘弼臣，全国不足 200 名，而且大都年事已高，不少珍贵的学术思想与临床秘技都会绝招都濒临失传的危险。

国家中医药管理局为了培养新一代名医，高度重视中医药继续教育，建立了师承教育制度，确立和实施了全国优秀中医临床人才研修项目和名老中医学术思想经验传承研究项目等，最近又确立了“三名三保”工程，取得了明显成效。

如何培养名医？笔者和陆广莘教授经过多次探讨，一致认为关键是要追求和达到名老中医学术思想与临证经验传承的“六明”。

一是“明志”：名老中医为什么能够执著地追求中医学术思想与临证经验地提升？为什么能坚定不移、心甘情愿地为发展中医药事业奋斗不息？是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明志”。

二是“明德”：名老中医都以“苍生大医”律己，究竟在哪些方面以及怎样律己，才能成为“苍生大医”？是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明德”。

三是“明理”：名老中医都讲究“勤求古训”，但究竟怎样“勤求”以及“勤求”了哪些“古训”？是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明理”。

四是“明术”：名老中医都追求“博采众方”，究竟到哪里、用什么方法“博采”以及“博采”了哪些“众方”？是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明术”。

五是“明法”：名老中医都讲究“发皇古义”、“融会新知”，究竟在何处以及怎样“发皇”了哪些“古义”和“融会”了哪些“新知”？是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明法”。

六是“明业”：名老中医都注重突出中医药特色优势，而在现代医学大环境下，名老中医怎样不受社会、学术客观环境的影响，坚持突出中医药特色优势而不被“舶来品”牵着鼻子走？不是自我标榜为“中医”而又使患者心悦诚服地承认是真正的中医？是否深入研究、可否准确回答、能否真实继承而“明业”。

所以，要贯彻落实“六名”战略，培养新名医，首先就要掌握打开培养名医之门的钥匙，这把钥匙就是学术思想与临证经验传承的关键——追求和达到“六明”：明志、明德、明理、明术、明法、明业。（孙光荣. 欲要培养名医 必先追求“六明”[N]. 中国中医药报, 2007-12-13(004).）

名老中医文化是中医药继续教育的重要内容

——兼谈孙光荣教授人文学术思想

目前,弘扬名老中医文化工作大多注重对名老中医临床经验的传承和挖掘。然而,对名老中医学术思想中的医德医风、敬业爱业等高尚品德等人文思想的弘扬略显不足,这对中医药人才教育和影响相当重要,我们认为名老中医文化应该是中医药继续教育的重要内容,而名老中医学术思想中的人才思想应是中医药人文素质继续教育的核心内容。对此,我们结合孙光荣教授的人文医学学术思想浅谈如下:

今年的农历十一月初八是孙光荣教授七十寿诞的日子,我们拟在人民大会堂隆重举行一个大型的纪念活动,以“中医人·中医心·中医行”为主题,“祝贺孙光荣教授习医15行医45年座谈会”,并同时发行《明医——孙光荣教授走过来的七十年》一书,这次活动是中华中医药学会继续教育分会2009年年会暨第三届中医药继续教育论坛的一部分。届时,由中华中医药学会(学术部)主办,由中国中医药现代远程教育杂志社协办的“全国中医药专病专科发展论坛”也将同期举行,并且会议代表将列席在人民大会堂举行的座谈会。通过这次学术活动,能把孙光荣教授的诸多学术思想传播开来,尤其是孙光荣教授的从《明医——孙光荣教授走过来的七十年》中,我们可以清晰地看到孙光荣教授的成才之路,可以深切的感悟到孙光荣教授的“明医”之誉,可以从内心体验到孙光荣教授“大医精诚”之贵,而在中医药学术、教育等方面的创新,以及临床经验之奇效深深地让人由衷地折服。弘扬名老中医文化,尤其弘扬名老中医人文文化,应是中医药人文医学思想,更是孙光荣教授学术思想宝库中熠熠发光的重要内容。我们知道,在人民大众创造历史的进程中,总是会从平凡的岗位上涌现出不平凡的人;在人民大众从事有益于国计民生的事业过程中,总是会从平凡的工作中涌现出不平凡的事。任何一个事业或集体,如果忘记为历史和事业发展做出了突出贡献或给予了我们无私帮助的人,这个事业、这个集体就不可能正确的总结成功的过去,更不可能正确地走向光明的未来。

孙光荣教授是中医药学界的平凡一员,从事着中医药的平凡工作。但是,生于庚辰(1940)年农历十一月初八的孙光荣教授走过来的七十年确实不易也不凡。七十年来,从一个中医世家的贫寒家境中走出来,走过了庭训、就读、辍学、执教、自学、务农、行医、选拔、从师、临床、科研、教学、行政管理、参政议政、中医IT、经营管理的一条曲折、艰难、坎坷、承受过机遇到挑战、不断努力进取的道路。因此,一般人没有承受过的苦难,也积累了一般人不可能积累的学识经验。在这条艰辛的道路上,孙老始终忠诚于中医药事业,以大无畏的精神,克服了重重困难,为中医药学文献、临床、教育、科研、文化等多方面做出了殊多贡献,成为中医药现代远程教育事业的创始人之一,为同道和后学提供了很多值得借鉴的思想、品德、学识和经验。

《明医——孙光荣教授丹心仁术奉苍生》是走过来的七十年为弘扬中医药文化,传承学术经验,展示中医人精神风貌、具有科学性、实用性又兼趣味性、可读性之中医名人的传记。尤其是孙老教授提出的“明医”,即明志、明德、明理、明法、明术、明业,为业界所认同。诸如此类的理论创新,这些人文思想的提出和大家的认可,将会从这一代中医药人开始影响着后世百万代中国药人的成才。继续教育的重要内容,应是中医药人才素质继续教育的核心内容之一。

1 沿着名老中医成才之路争做“明医”

孙光荣教授提倡笃行“明医”之道，是孙光荣教授对孙思邈“大医精诚”之现代版本的阐释，是对《内经》“上医”之重解，将对中医药发展，对中医药人的成才影响起有重要作用。博古通今，幼承庭训，家学渊源，融汇古今，这都给中医药学人以启迪。

2 学著名老中医坚忍不拔的敬业爱岗精神，努力践行“大医精诚”

几十年如一日，学研中医，不受诱惑，专心致志地为中医奋斗，这是孙老人生的战斗历程。孙老教授提倡争做“明医”，邓铁涛教授自嘲自己是“铁杆中医”，为了中医药事业不畏艰难困苦，忘我奋斗。抱病工作，宁肯亏了身体也不会误了工作。对事业无比热爱，对中医无比忠诚，对病人无比热忱。孙老教授提倡“精读经典”“严做临床”是培养中国中医临床优秀人才的主导思想，深受业界推崇，得到来自全国近 500 名主任中医师的赞同和首肯，并努力践行之。

3 精研孙光荣大师人文医学思想，努力开创中医药文化新篇章

孙光荣教授家学渊源，幼承庭训，饱学诗书，融古通今，文化功底深厚。尤其是讲授《医古文》16 年，精研华佗《中藏经》硕果累累。早年即成为中医药文献学学科的学术带头人，享盛名于中医药界。其后，又任光明中医函授大学湖南分校常务副校长、北京中医药大学远程教育学院副院长，成为我国中医药远程教育创始人，足显孙光荣大师丰厚的文化底蕴。

从《明医——孙光荣教授走过来的七十年》书中可以看出儒家思想渗透全书，孝道文化贯穿其中，尊古创新是基本思路，所著文章文采飞扬，华章溢宇。从几篇即席讲话的记录稿中可以看出许多新观点、新概念。如“中医药科普工作是发展中医药的重要推力”等等。说明中医药科普工作已成为中医药群众工作的重要内容，是中医药发展之必需，不可或缺。因此，孙光荣教授在诊疗过程中给病人解释病情，给弟子讲解医理，传授用药经验，处处重视中医药普及工作，时时不忘中医药普及的对象是广大百姓。尤其是国家级中医药大型科普活动“中医·中药中国行”，孙老不但积极宣传还多次给学员讲课、义诊，而且还组织相关单位给基层医生捐赠学习光盘，为提高基层医生中医药水平献计献策。孙光荣教授主编的《中国中医药现代远程教育》杂志不但十分重视中医药文化类稿子的刊登，还多次专题报道“中医·中药·中国行”活动，以实际行动支持科普工作。孙光荣教授之所以成为国家中医药管理局中医药文化与科普工作委员会，这与其重视并努力践行中医药文化推广普及是密不可分的！（杨建宇. 名老中医文化是中医药继续教育的重要内容——兼谈孙光荣教授人文学术思想[A]. 中华中医药学会. 中国中医药现代远程教育——第三届中医药继续教育高峰论坛暨 2009' 中华中医药学会继续教育分会年会论文集[C]. 中华中医药学会, 2009:2）

文献研究

中医文献研究的现状与对策

中医药学能以其整体观、辨证论治、运用天然药物等优势以利于世界医学之林，自有其活水源头，即文献与临床，故中医药文献研究实乃中医药学术发展之一大支柱。唯有“辨章学术，考镜源流”，方能正本清源，承先启后。此则为欲振兴中医药学之领导与专家所共识。但当前迫于经济浪潮之冲击，不乏急功近利者，认为学习和研究中医药文献是“人才难求，成果难出，效益难显”之举，是“坐几个老夫子，翻几个旧本子，抄几个古方子，出几个笔杆子”之事，远不及“开一方，打一针，炼一药”之“来钱”。殊不知，如此舍本逐末，则日益枝蔓横生，优势日微，长此以往，则无中医药学术可言矣！

诚然，继承旨在发扬，发扬依靠继承，故中医药文献研究亦须计对当今及后世临床应用之所需，拓宽思路，改进方法，提高质量，讲究实用，创出效益。其实，中医药文献研究可分为整理与开发两大领域。

中医药文献之整理研究，应面向中医之书、中医之术、中医之谜。整理研究中医之书，即以几部重点中医古籍之整理为模式，组织精干队伍对中医典籍予以校勘、注释、辑佚、语译，尽可能还其原貌，以期成为最佳版本或最佳译本而流传百世。整理研究中医之术，即必须将历代名医、名著、名术系统整理，逐病、逐证、逐方予以比较研究，以取其精华而指导临床；并发掘当代名老中医经验和民间秘方绝技，采用整理与验证相结合之方法予以“提纯”，以总结当代中医（包括中西医结合医和少数民族医）和民间诊疗经验。整理中医之谜，即对中医药文献和历代经史子集中包含的种种“方技”，如“气功”、“房中”等，予以从源及流之整理，不褒不贬，不补不剔，为未来科学研究提供系统而原始之文献资料。

中医药文献之开发研究，应面向临床应用，面向新药研究，面向国际交流。在整理研究之基础上，面向临床应用，可开发应用于专科专病之专书，从辨证预后、治法治则、组方用药等方面通鉴古今，自当启迪临床诸家。面向新药研究，可开发研制新药之专方、专药，历陈古今名家验方而比较之，研究其组方用药之规律，稽考针对专病之特效药物、特殊剂型与特殊给药途径，当大有裨益于新药研制。面向国际交流，可开发历代养生保健、诸病自疗之方法与药物，予以系统、简明、通俗之介绍，当可推动中医药进步走向世界。故中医药文献研究之目标宏伟，内容丰富，工程浩大，效益良好，前景广阔。但非一个地方、一家单位、一位学者可独立完成，建议在国家中医药管理局领导下，由中国中医药学会文献分会总领其事，统一规划，统一部署，合理分工，联合攻关。如此，则可望中医药文献研究真正成为中医药学术发展之大支柱。

新中国成立后，特别是1978年以来，我国在中医药文献整理研究方面，已经有了不少新的进展，取得了相当可观的成绩。

1982年7月，卫生部曾下达《1982~1990年中医古籍整理出版规划》。不久，中医司及尔后的国家中医药管理局先后开会抓落实，并且组织全国各地专家学者集中优势兵力投入此项工作。第一批重点整理的中医古籍如《素问》、《灵枢》、《脉经》、《难经》、《黄帝内经太素》、《诸病源候论》、《针灸甲乙经》、《神农本草经》、《伤寒论》、《金匱要略》及《中藏经》等，有的已经出版，有的正在出版。这些古籍力求在严格选定底本的基础上精心进行校勘和注释，因此出版后大多受到海内外读者的欢迎和好评。同时，各地有关部门、单位或出版社，也相继组织人力整理出版了一批其他中医药古籍。

除了现存中医药古籍之外,有的地区或单位还组织人力整理出版了出土医书,如长沙马王堆汉墓帛医书及甘肃敦煌医书等,它们的问世,为阅读、研究现存中医药古籍提供了十分珍贵的参考资料。

谈到文献整理研究的形式,大多以标点、校勘、考证、注释、提要或语译等为出,也有些是专科文献汇编。这些文献的出版,为阅读、研究和临床运用中医药古代文献提供了极大的方便。笔者认为,今后的文献研究应更好地总结经验,发扬成绩,绝不能单纯追求数量,一定要努力提高质量。除了前而提到的整理研究形式之外,还可就某些专病、专药、专题作文献研究,深入进行发掘,真正做到古为今用。

在此也应坦诚地指出,当今中医文献研究面临的形势非常严峻。一是后继乏人。随着时光的流逝,一些功底雄厚的老年文献专家相继谢世,这是自然规律;而真正有专业基础、愿意安贫乐道地研究中医药文献的接班人却凤毛麟角,极为鲜见。二是经费困难,举步维艰。现今开展中医药文献研究一般无专项经费,而申报有关中医药文献研究的科研课题又难以获得批准。三是现今出版学术著作常常要补贴,或者要包销,即使花费多年心血整理了一部高质最的中医药文献专著,也只能束之高阁,塑洋兴叹。以上难题如何解决,胸中实无良策,尚祈同仁共同讨论。

对中医文献的整理,无论古籍校注或学术专题研究,都应十分注意原著体系与作者的文化背景,才能避免误解或偏见,不致贻误后人。

一位医家的学术体系,关联和制约着他的全部观点和方法,是一个整体,我们不要割裂它。有的研究者文采不错,但引据文献则断章取义,为己所用,这其实不算整理,而是误导。例如对张子和的研究,有人责难其汗、吐、下三法攻邪伤正,全然忽视他是饮食调养大师,因而割裂了药以除病,食以养正,强调标本先后的治疗体系,其研究就失之偏颇了。把握体系,并非要将原著的观点一一摆出来,可以且应该在总揽全局之后抓住关键。例如叶天士在《温热论》中有一传神之笔:“论卫气营血与伤寒同,若论治法,则与伤寒大异也。”伤寒六经是什么?原来太阳、少阳、阳明即卫气行于三阳之序以灵枢·卫气行),太阴、少阴、厥阴即营气行于三阴之序(《灵枢·营气》),病由阳转阴,即是由卫入营。可见,对六经的认识,无论经络、脏腑、层面、气化诸说,都离不开卫气营血的流行和维系,故叶氏“论卫气营血与伤寒同”从动态辨证来看,可谓切中肯綮。但“极寒伤经”、“极热伤络”,温病与伤寒性质截反,故“若论治法,则与伤寒大异也。”叶氏这一段名言,对持寒温统一论者,当有所启发。

人们常说:“以儒通医”,是讲任何医学思想,其发生都离不开文化土壤。儒医是这样,上古巫医、近现代中医亦无不然。但中国传统文化是多元的,其中儒、道、佛三家对医学的影响尤深。因此,若不透视医家的文化背景,便难掌握其思维定势,研究的结论必然模糊,更谈不上深入了。例如赵献可的命门说,从其断然否定心为君主之官,已非儒家文化;再据自号“医巫闾子”、旁通《道藏》及发“鳌山”之论,显然根植于道教文化。那么,研究者便不能仅以《难经》为起点,而应远溯到“黄庭经”去。否则,源头不清,纵然把后来命门诸说罗列无遗,不过徒增惑乱而已。

取象类比是我国长期存在的文化现象,有时竟涉及神秘的图腾。整理者应尽可能破译出来。例如大青龙汤,就是以传说中龙能兴云布雨一即将海水卷起为云,再洒布于地为雨来比拟该方蠲饮发汗作用的。可见是强调治不离饮,犹龙不离水。所以,大青龙汤允为治溢饮发汗的主方,其类方如小青龙汤、越婢汤等亦皆蠲饮

解表之剂。若这样看，那么，一般《伤寒论》注本中对大青龙汤证的解释，只提郁热，不提内饮郁热，就大可置疑了。

总之，文献整理本身就是一种严谨的研究。它有一套必须遵循的科学规则。据此行之，不仅可掘出瑰宝，也可启迪新知，还能为临床研究、实验研究提供真实可靠的基础，愿同道们重视它。（余瀛鳌, 孙光荣, 周一谋, 等. 中医文献研究的现状与对策[J]. 湖南中医药导报, 1995, 01(05):6-8.）

中医文献研究内容的求索

任何专业的研究内容，是由其研究方向决定的。我们如果立足于为医教研服务而又将考察的目光投注到古今文献和促使中医药事业发展的广阔领域中去，就不难求索到中医文献研究的重要内容。我认为主要包括如下两个层次、五个方面。

第一层次：整理研究中医文献，应该面向“中医之书”、“中医之术”、“中医之谜”。

1. 整理研究古代中医之书。近几十余年来，国家已投入大量人力和物力，整理出版了大量的中医古籍，十一种重点中医古籍为代表的国家中医药管理局下达的整理研究项目，取得了显著的进展。但是，自古以来，由于年移代革，兵燹水火，中医古籍散佚、残缺、错讹者不可胜计，目前已整理者千不及一。诚然，这项工作投入多而收效缓，需要“养起来”。但这毕竟是一份珍贵的中华民族的宝藏。为了不愧对岐黄、遗恨子孙，我们当然要善其始且善其终。同时，必须进行大规模的、系统的中医文献通考，以澄源清流并对各家学说进行系统化、实用化、微型化的研究，从而为医、教、研提供实用的新思路、新方法。

2. 整理研究当代中医之术。中医治学的一个突出特点是必须积累临床经验（包括有效治验和误治教训），所以有“少中求名艺，老中求名医”之谚语。而当今名老中医已寥若晨星，他们丰富的临床经验实际上是宝贵的活的文献。近年来，名老中医经验的整理虽然不少见诸文章或专著，但出于多种原因还未能充分地反映出专精的内容。同时，散在于地县以下的当地老中医和民间老中医，也不乏秘传、绝招，然而每易淹沉。如果能开展次实实在在的调查、整理，不拘一格选录，能基本查明究竟有多少专病专方、秘术绝招。在此基础上，省建立《中医治验谱》，必将极大地有助于推动中医学术的发展。

3. 整理研究现存中医之述。哲学对于中医的渗透，概言之，有史以来大约有三次高潮，套用一句时髦的名词，可以说是三次“浪潮”。第一次是阴阳五行学说的渗入，导致中医理论体系的奠基；第二次是宋明理学的渗入，导致以金元四大医学家为代表的医学流派的形成；第三次是马列主义的渗入，导致中医现代化的起步。正因如此，中医文献之中留了许多多当时哲学思想的“浪痕”，也存在许许多多的“迷”。以往每每简单斥之为“糟粕”，如“神仙”、“房中”、“祝由”、“气功”等等，现在倾向于认为是“精华”。其实，这些都是当代科技尚未能认识或尚不能作出解释的部分。然而，他们散见于历代文献之中，如果能够将这些“谜”客观地整理出来，对于当代中医研究，以至于整个科技事业，都有可能提供一个瑰丽无比的新领域，使之“柳暗花明又一村”。

第二层次，发掘应用中医文献，有必要着重于专书、专病及其专方、专药。

1. 发掘应用专书。古代医家大都尽其所学、所知、所获集一书。如果能对其人、其书及学术思想进行深层发掘，必将能为编纂中医学术思想史和中医疾病史奠定雄厚的基础。

2. 发掘应用专病及其专方、专药。辨证论治固然是中医的特色之一，但中医并非不追求治疗专病的专方和专药。特别是近十几年来，在临床和实验室的同步探索中，已找到治疗高血压病、冠心病、糖尿病、脑胶质瘤、慢性肾炎、前列腺炎等有效的专方、专药。专药。不必隐言的是，处在现代医学已相当普及的当代，不可能排除西医的诊断，而针对西医的诊断也确实能寻求到中医的特效方药，从而发挥中医的优势。更为值得注意的是，中医治疗急症的阵地逐渐萎缩，其重要原因之一，是缺乏施之有效的中成药，现在的中成药可谓“多能养生，很少治病，

不能救命”，更毋需论及改变给药途径的速效急救药。但中医文献中却存在大量的急救方药，如果能通过专家的整理，配合电子计算机及实验室工作，进行优选，发掘专病的专方专药，无疑将大有裨益于中医事业的发展。（郭明明, 吴浩恺, 孙文政. 名医——孙光荣教授走过来的七十年 [M]. 北京. 中国中医药出版社, 2010:206.）

如何学好古汉语

一、学习古汉语的目的和意义

《古代汉语》是我校重要的基础课之一，它对于培养学生阅读和研究中医古籍能力具有重要意义。

古代汉语是自成系统的专门学科，有关文字、词汇、语法、修辞、版本、目录、校勘、音韵、训诂、语译、索引、工具书、古代文化常识等等皆属于《古代汉语》的教学范畴。通过这些基本知识的传授和基本技能的训练，达到什么目的呢？正如钱超尘副教授所说：“是培养学生具有阅读中国古书的能力。具体地说，学生通过 40 个学时的认真自学和听取部分的面授辅导，可以达到能够比较顺利地阅读重要中医古籍的水平。”（见《光明中医》创刊号，下同）严格地说，这是本学科的近期教学目的，其远期教学目的是“为了让我国古代宝贵的科学文化遗产进行继承和发扬。”通俗地说，近期教学目的是使之能“读懂”，远期教学目的是使之能“用通”。

二、《古文选读》的教学重点

教材是施教的工具，也是教学目的的直接反映。由上述教学目的决定了本函大《古代汉语》的教材内容及其教学重点。本函大《古代汉语》分上、下两册，上册即新编系列教材之三《古文选读》，下册即教材之四《古汉语基础知识》（分为汉字、语法、工具书、训诂、音韵、修辞表达、古代衣食住行、中医古籍注释例说八章）。

《古代汉语》主编认为：“中医著作是使用全民族语言写作的，而不是用同行语写作的。”所以，力求拓宽眼界，从历代名篇中选择脍炙人口、历久不衰、影响深远、语言典范的文学作品 52 篇作为文选的内容。根据总校教学大纲规定，这 52 篇文选又分为两类：一类是必须掌握的，计 30 篇；一般阅读的，计 22 篇。总校教学部考虑到本函大《古代汉语》教学要与全国中医专业《医古文》自学高考配合，在制订大纲时参阅了“全国中医专业《医古文》自学考试复习大纲”，并从该大纲所规定的必读篇目中选出 18 篇，作为补充教材（即将另编成册）。这 18 篇的篇名是《秦医缓》、《论语十则》、《汉书艺文志序》、《郭玉传》、《脉经序》、《甲乙经序》、《良方自序》、《本草纲目序》、《类经序》、《医方集解序》、《串雅序》、《温病条辨序》、《徐灵胎先生传》、《李时珍传》、《丹溪翁传》、《与崔连州论石钟乳书》、《与薛寿鱼书》、《用药如用兵论》。因此，本函大学员应该掌握的文选是《古文选读》中的 30 篇及补充的 18 篇，共计 48 篇。这就是《古文选读》的教学重点。

三、学好古汉语的方法

学习方法是达到学习目的、完成学习任务的门径，是过河的“桥”，登山的“路”。古代汉语，作为一门专门学问来研究固非易事；作为阅读工具来掌握，入门也并非难事。如何学习才能事半功倍呢？笔者认为至少应做到如下四个方面。

（一）精读。培养古文阅读能力的方法历来不外两种：一是成本大套地强行背诵法，强调了“读书百遍，其义自见”。这也是自古通行的中医带徒的方法。这种方法，就像只教歌不教识谱一样。其优点是加强了古汉语的“语感”，所记诵的原文终生难忘，其缺点是耗时太多，而且由于忽视了古汉语理论知识的指导作用，往往只能处于“只可意会，不可言传”的状态，解析很难准确、精密。另一种方法是强调古代汉语基础知识的传授，相对地忽视了原文的记诵。这种方法，

就像只教菜谱而不教实际操作一样，其优点是理性的知识掌握较好；其缺点是抽象的理论不能与具体文字材料交融，一旦接触原著就难免感到生涩，往往欲速而不达。因此，我们强调的“精读”是把上述两种方法结合起来。一方面要求将48篇重点课文读熟，做到背诵如流；另一方面要将原文逐句弄懂，字字解析明白。每周弄通记熟两篇，半年以后，就有这48篇文章“垫底”了，也就入门了。精读时要求目视字形、心思字义、口诵字音、耳闻字声。有的人认为自己年岁大了，“默读”即可，何必读出字音？试问学英语为何必须读出声音？目的就是为了增强“语感”。因之，不仅要求读出声音，读准字音，而且要求读出原文的语气，读出它的“神”。没有强烈的、灵敏的语感，今人对于古文，终究会感隔膜。

(二) 积累。这是要求在精读的基础上做到“手勤”。学习每一篇时，应将原文中的注释、参阅工具书及其他材料之所得及教师所讲的内容随时笔录，并予以整理，一般可分为八项，即①“生字正音”(何包括字形辨析)；②“虚词解析”；③“实词例释”；④“难句语译”；⑤“句子分析”；⑥“成语典故”；⑦“读书偶得”；⑧“存疑待考”。每一篇都可以按这八项编成片(或笔记)，日积月累之后，再由此及彼，分类归纳，那就“功到自然成”了，这是做学间的基本功。

(三) 辨析。在积累的基础上，再进一步散“辨析”的功夫。什么叫辨析呢？简言之，就是“同中析异，异中求同”，这也是做学问的一项重要基本功。

兹以“字”的辨析为例，应注意如下三点：

1. 辨古今之异：一是要注意古有今无的字。如𦵏(yin)、𦵏(zhen)、𦵏(jiong)、髡(kun)等，这类字是阅读的“拦路虎”，但不是主要障碍，因其数量不多，只要借助具书就可以解决阅读的困难。二是古今皆用，而义项甚多的字。如“诸”，在“诸风掉眩，皆属于肝”中作“所有”解；在“邪气加诸身”、“有诸内必形诸外”中作“之于”解(实际上是“之于”的合音)；在“不识有诸？”中作“之乎”解(实际是“之乎”的合音)。又比如“之”字，是多性多义虚词之一，在“长也者，非短而续之也”中作代词，当“它”解；在“是夕也，惠王之后而蛭出”中作动词，当“出”解；在“精气之集也，乃有入也”中作助词，取消句子的独立性；在“王有仁德，天之所奉也”中作音节助词，无义。这些字开卷必见，其义有歧，应特别注意辨别。

2. 辨形同义别：同样一个字，由于义界的扩大、缩小、引申、转移，古今之义不同。如《素问·玄机原病式》中的“原”，就不是“原来”、“原由”之今义，而是推本求原之意，作“论”解；又如“杏苏散乃时人统治四时伤风咳嗽通用之方”中的“统治”与主宰、支配一切之今义的“统治”字形完全相同，但原义是“统括”、“治疗”之意。再如“动摇则谷气得消，血脉得通，病不得生，譬如户枢不朽是也”中的“动摇”，古今字形完全一样，但古义是“活动”，而非今义之“不稳固、不坚定”。凡此形同义别的字切忌以今释古。

3. 辨义同形异：就是区别表示同一个意义的字有几种不同的写法，这包括着古今字、异体字、繁简字(以上统称为异形字)以及通假字。如“府”同“腑”、“支”同“肢”、“莫”同“暮”(古令字)；“身”同“體”、“骸”同“腿”(异体字)；“醫”同“医”、“陰”同“阴”(繁简字)；“内谷为宝”之“内”通“纳”、“病能”之“能”通“恁”(通假字)。

4. 辨形同音别：就是同一个字形，有不同的读音。如“天食人以五气”及“气食少火”中之“食”应读“si”，“白术”的“术”应读“zhu”等。

学习古汉语应注意辨析的重要内容除了“字”之外，还有三项，即：词(辨本义引中义、辨同义反义、列于词与词组、辨兼类与活用)；句(辨句子成分、辨

各种句型、辨特殊语序、辨特殊动宾关系、辨凝固结构)；章(辨主题层次、辨开始结尾方式、辨修辞方法)。由于篇幅所限，此处未予举例。将上述四项内容进行篇内、篇外的比较分析，就能在已知的基础上来一次飞跃，认识更多的未知。

(四)查考。在辨析中一般会遇到许多疑难，宋·张载《经学理窟·义理篇》说：“所以观书者释己之疑，明己之未达。每见每知所益，则学进矣。于不疑处有疑，方是进矣。”因此，发现疑问，知其所难，正是学问日进的表现。遇到疑难怎么办？问之于师当然是个办法，切磋于友也是一个办法，但更适当的办法是勤于查考。查，是查阅；考，是考证。要学会、习惯、善于使用工具书，学员一般应有《现代汉语词典》、《中华大字典》、《说文解字注》、《中医名词术语解释》、《简明中医辞典》等工具书，这些“案头良师”会使你发现更多的疑问，也会帮你解决许多的难题。学会使用工具书，勤于查考是做学问的又基本功。(孙光荣. 如何学好古汉语[J]. 湖南中医杂志, 1986, 03(03):54-55.)

关于医古文学科及教材问题之我见

——对开设《医用文学基础学》之设想

实践业已充分证明：“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”欲使继承、整理、发掘、提高之工作代不乏人，则非加强医古文教学无以胜其任。

然而，就学科地位而言，有主张和反对将医古文划入普通课者；就其教材而言，有主张和反对文医兼顾者，亦有主张和反对文选加语法者。此就医古文学科及教材展开之争鸣，意义甚为深远。古今中外，任何一门学科地位的确立，任何一门教材的规范化，无一不经过志同道合者反复切磋、同心奋斗而后方有其成。然则，医古文在中医药大专院校的教学体系中应具有什么地位？其教学目的究竟何在？其教材应如何应教学目的需要使之规范化？本文拟就上述三大问题略述管见，以就正于前辈及同道。

确定位置：系统的专门科学

重要的基础学科

浩如烟海的中医典籍均以文言形式保存，近代乃至现代中医学家的医论、医案、医话等著述，由于引用经文、沿用体例及用语习惯等原因，亦绝大部分用文言撰写而成。故文言在中医药学这个领域里，不仅不是陈旧的、过时的语言，而且是所必需的、具有顽强生命力的语言。

“九层之台，起于累土”。整理中医文献，研究中医基本理论，从事中医临床工作，均须精读中医经典。倘若纯赖寥寥可数的译本间接获知经旨，则终究理不能通，术不能精，势必成为无源之水，无本之木，以致后继乏人，后继乏术！所以，“文是基础医是楼”之说，乃毋庸置疑。

就“文”而言，文言是“源”，“中医经典著作”是具有中医专业特性的一条支“流”。中医文献中，除了一部分论医德、言医风、记医事的著述之外，无论在用字、遣词、行文诸方面均具有其专业性之特征。“古典文学作品”既不能囊括文言文的概念与内容，更不能替代“医古文”，这样，“医古文”就以它独特的形式与内容形成了系统的专门学科。

或曰：“源清则流自畅。”王冰、王肯堂、朱丹溪等历代中医药学的巨星中，先治儒而后治医者不乏其人，他们业未读过什么“医古文”这种“青春作赋”直至“皓首穷经”而后学有大成者，是特定历史条件下、特定自学环境中的产物。今天，中医药大专院校要求学生在短短的三三五年中学习和掌握中医基本功。因而，对于精通中医药学确实大有裨益的经史子集，也只能待诸毕业之后乃至终生涉猎了，目前没有可能也无必要去读《子鱼论战》，像朱丹溪那样吟《归去来辞》，更不可能，叫十必雄俞治程朱之学，而后幡然醒悟方不仕而医。培养之目标，教学之时限，学生之精力，此三者均决定了只有开设医古文，才能为学通医理而学文理，一石双鸟，这才是一条终南捷径。

又或曰：各专业学科均需阐释经文，开设医古文岂非多此一举？这种见解正是由于没有给予医古文学科以应有的地位与明确分工而造成的。因为，专业学科讲释经文应当是深入阐述其医理，指导临床之应用，称之目前却不得不将正音释训、分析句式、讲解音韵、翻译原文等等，与阐明经旨混为一“谈”了，试问：如此杂而不专的专业课，于学医能知多少？于习文又获几何？何况，由于众所周知的原因，近年来学生的文字基础十分薄弱，句读不清、错字连塘、语病丛生的

现象，令人触目惊心。习作的医案中，不问所患之疾是将愈、初愈、渐愈、痊愈，统统称之为：“诸病悉除”，词汇之贫乏可见一斑。

即使已经临证应诊者，“白貳(賦)”医生、“牌(脾)骨”大夫，亦累见不鲜。要改变这种状况，不高度重视和切实加强医古文教学岂有他途？有关文言在医学中应用的文学、训诂、音韵、语法、修辞、文体、注释、校勘、语译、索引等自成系统的科学知识，能否让专业学科统筹兼顾呢？无可讳言，专业学科既不可能越俎代庖，医古文学科也责无旁贷。

历代医家的实践确已证明：知文而习医者易，知医而不习文者则无以穷其变。故应共同努力确立医古文的学科地位：它是系统的专门科学，承要的基础学科。所以，它绝不是专业学科的附庸，不是可以随意安排课时的普通课，也不是只需考核无需考试的选修课，而是基础课，是必修课。

明确目的：传授文言医用基础知识

训练文教育用基本技能

教学目的是施教的主臬，它取决于学科知识的专门性。但目前医古文学科的教学目的只能随选文而定：或分析文章主题、解剂文章结构，或串讲释义、讲授语法，或语译原文、阐述医理。真可谓“可以兴，可以观，可以群，可以怨，……多识于鸟兽草木之名”（《论语·阳货》），于是乎，教学目的之思想性、文学性、工具性、知识性等等，“杂”然一体，唯独缺乏其知识之专门性。

其实，医古文学科有着专门的教学目的：

其一、传授文言医用的基础知识。

若欲使学生能“离经辨志”，读懂原著，就必须使之掌握文言基础知识。而文言基础知识应用到中医学中又具有它的专业性。例如，象“几、疔、肘、疹、胄、、黥”等字，在其他古代作品中固属罕见，一般的工具书亦难以索得。又如，《伤寒论》、《金匱要略》、《温病条辨》等，均采用了分条叙述的体例。每一条都有独立的意义，叙述的条文又可承前而省略。《伤寒论》第二条“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名曰中风”就省略了第一条中的“脉浮，头项强痛”，如此省略者，其他古代著作中亦未常见。再如，医案这种自古迄今使用的医用文体，既非记叙文，又非论说文，更非抒情文。医案就是医案！它是以唯物辩证的整体观为指导，记录辨证施治和立法组方的医文，是包含着特定的要素和几种不同的特定程式的文体。

诚然，这些文言医用基础知识离不开文言的“共性”，但毕竟有它的“个性”只有让学生在熟读大量医古文而逐步积累感性材料的同时，获得比较系统、比较完整的文言医用基础知识，才能合其以匙勘钥，触类旁通。

其二、训练文言医用的基本技能。

中医药工作者必须具有独立运用文言于医学的基本技能。“不学无以足识，非用无以广才”，如果在校不给予“模拟”的训练，不作各类文体，则毕业之后无怪乎连写临证记录也词不达意，更将撰写医论、医案、医话视为畏途了。所以，在整个教学过程中对文言医用的基本技能进行指导与训练，显然是十分必要的。

例如，教师往往为能够较全面、正确地介绍每位医家（作者）而煞费苦心，但学生只是一听而过，记住了某篇乃某家之作而已。如果指出简介医家一般应抓住五个要点（姓名、字号、籍贯，生卒年代，主要经历主要学术观点及名言；著述；历史地位及影响），然后指导各自收集资料，练习撰写医家简介，则必能收到事半功倍的效果。此种“练笔”的项目是不胜枚举的，诸如资料卡片的制作、原文的注释与语译、原著中通假字或文言虚词等的分类辑录、医案医话的“模拟”、

文献综述的练习等等，都是训练文言医用基本技能的良好方式。通过这种训练，不仅能够充分调动教与学的积极性，而且能巩固已知，探寻新知，既习文理，又习医理，从而达到学以致用目的。

改革教材：以文言医用基础知识为纲

以医籍选文、医用习题为目

教材是施教的工具，又是教学目的的直接反映。近年来各地陆续编印了不少教材，大致可分为如下三类：一种是纯粹的历代散文选，二种是文医兼顾的文选，三种是文选加上文言常识(大多限于语法)。这种可贵的探索与改革使我们大家逐渐明确了医古文的教学目的，同时也逐渐认识到上述教材尚有值得商榷与改进之处，主要是下述三点：

第一、文言基础知识缺乏系统性、完整性。均以选文为课文，文言基础知识变成了附属品，教材变成了文选。故有的干脆以《古文选》命名，甚或索性以大学中文系古文选读本替代之。

第二、选文缺乏或很少专业性，而且有的选文难度接近甚至低于初、高中语文教材，有的选文与初、高中语文教材重复。

第三、没有关于运用文言基础知识的练习，更没有训练文言医用基本技能的内容。

教材的这种状况，至一九八〇年有了初步的、可喜的改变，由刘振民、周贻谋等五位同志编著的《医古文基础》(人民卫生出版社出版)基本解决了第一、二个问题，是目前比较理想的教材。但能否百尺竿头更进步呢？例如，《内经》是否能作为一种文体与医话、医论等并列？既按体裁分类，应否增选医案和“医药赋”呢？医论中可否增选条文式文选？基础知识部分应否从“文字”开始系统化？

如何改革教材，使其具有专业性、科学性、系统性呢？这必须在党的领导下由有关部门组织深入研讨，只有集思广益，才能精益求精，力臻完善。这里，不揣浅陋提出几点尚不成熟的建议及初步的设想。

(一)考虑到目前学生古文基础状态，建议暂编以先秦诸子散文为主的《古代散文选》，作为第一学年的补充读本。

(二)以《医古文基础》为蓝本，改编成医古文学科的统一教材。针对学科的专业性与教学目的，可否定名为《文言医用基础学》。

(三)改编时，建议以文言医用基础知识为纲，以医籍选文和医用习题为目。上篇为“基础知识”，包括字、虚词、实词、句子、修辞、句读、训诂学常识、音韵学常识等，下篇为“基本技能”，包括工具书常识、目录学常识、医文体裁、版本与校勘、注释与语译、摘录与综述等。每一章之后，编出相应的医用习题。

(四)每一章之后，附录一种体裁的医籍选文(可否适当选入近代及现代医家之代表作)，选文一律不加标点，并均采用繁体字排印。

(五)全书之后，附录《医古文基础》下篇的内容及“繁简字对照表”、“习题解答提示”。

(六)如此，必将提出对医古文教学的更高要求，建议组织起来稍暇时日予以培训，使之填空补白(当然不是背诵中医经典)，则必将既能够精研文理，亦知晓医道而适应新要求。

结语

本文讨论了医古文学科的地位、教学目的以及教材三个问题，提出了粗略的设想。认为医古文(文言医用基础学)成为独立的、专门的、重要的基础学科的条

件，目前已经成熟。如何建立和建设这一学科呢？认为由于医古文是每一个中医工作者必须掌握的工具与手段，这一重要性决定了教学目的针对性：传授文言医用基础知识，训练文言医用基本技能，为阅读中医经典和整理中医文献打下良好而牢固的基础。这一针对性决定了教学内容的专门性以文言医用基础知识为主体。这一专门性决定了教材改革的必要性：以文言医用基础知识为纲，以医籍选文和医用习题为目编著统一教材。

以上设想，当为引玉之砖！深信医古文学科为了适应我们共同的中医事业振兴之需要，必将不断发展，不断提高！（孙光荣. 关于医古文学科及教材问题之我见——对开设《文言医用基础学》之设想[J]. 云南中医学院学报, 1982, 02(02):41-44.）

试论“理校”在医籍校勘中的地位与作用

最终目的是考订精谛以求版归一式；主要任务是补阙订伪、删除重复、条理篇目。校勘的基本方法，通常为“四校”，即：对校，他校，本校，理校。凡以他书引注之文与底本相校，勘正谬误者，谓之“他校”；凡以本书前后互证，抉择异同，考证伪误者谓之“本校”；凡诸本子同而义理不顺，或数本互异、众说难从，而据理正讹、厘正是非者，则谓之“理校”。

理校在四校中的地位，举例来说，经过对校、他校、本校之后，若遇诸本一致而又文从字顺，但有悖医理者，如不运用理校，则无以正伪。例如，孙星衍点校的《中藏经·论心脏虚实寒热生死逆顺脉证》，中有一段原文是：“心腹痛，懊依，忡，气往来上下行，痛有时休作，心腹中热，喜水，涎出，是玩蛟心也。”并提示“玩恐是就虬字，蛟恐是咬字。”然而“虬蛟”二字从文字上看，参校诸本均无讹误，但从医理上推敲，则并无“玩蛟心”之说。稽其所述，实指“蛔厥”之腹痛。考《灵枢·厥病》云：“肠中有虫瘕及蛟蛭……心肠痛，依作痛，肿聚，往来上下行，痛有休止，腹热喜渴，涎出者，是蛟蛭也。”两文虽略有差异，但所述证候则一一相同，且“蛭”与“虬”、“蛔”音义同。“虬”与“蛟”、“蛟”与“咬”可因形近而误。进一步考诸辞书，“虬”为腹蛇，“蛟”为无角母龙。校之医理，“虬”、“蛟”与所述证候风马牛不相及。故知“虬蛟心也”原著当为“蛟咬心也”。可见对校、他校、本校能为理校提供辨伪指瑕的材料；理校能为对校、他校、本校的所有疑伪辨明泾渭。同时，本校、他校也寓理校于其中。所以，对校、他校、本校是理校的基础和依据；理校是对校、他校、本校的向导和标尺。这就是理校在古医籍校勘中的地位。

要发挥理校的作用，首先须明确理校之“理”。理校之“理”，有词法之理，有章法之理，有训诂之理，有医道之理等，运用时当相合参。再如孙星衍点校本《中藏经·论脾脏虚实寒热生死逆顺脉证》中有一段原文是：“脾气虚，则大便滑，小便利，汗出不止，五液注下为五色。注利下也(此四字疑是注文)。又积△△久不愈。则四肢不收，黄疸(应为“疸”)，饮食不为肌肤，气满胀而喘不定也。”所缺二字为何？先从文理推敲，既在“积”之前冠以“又”字，则可知所阙之字不是上文的“脾虚”，也不是下文的“脾实”，而是另有所指，按行文体例，应该推测所阙第一字为“脾”字。然而第二字究属何字？再以医理勘之，原文所述实指“脾之积”而言，考《难经·五十六难》曰：“脾之积，名曰痞气，在胃脘，覆大如盘，久不愈，令人四肢不收，发黄疸，饮食不为肌肤。”很明显，《中藏经》此段原文导源于《难经》。如此，可补者有四：“脾病”；“痞气”；“胃脘”；“中州”。因“痞气”是脾积之名，“积痞气”于文理不合；“胃脘”二字则没有概括脾病的范围，若取“中州”作为“又积在中久不愈”则于文理医理均可通。这样补阙，是将“积”作为名词(脾之积)的。如果将“积”作为动词看，则为“积脾病人不愈”也合理。如此，经过文理、医理的反复权衡，供补其阙的“候选”字样只剩下“在中”与“脾病”。再考《华佗神医秘传》则“在中”二字赫然在日。出是，理校参以他校，则可初步补阙为：“又积在中久不愈”

由以上所述，可见“理校”的作用在此发疑察讹，乃至可以直匡原著谬误。但是，“理校”确难驾馭。校勘之法高妙在此，易误亦在此，因此，今天校勘中医古籍运用“理校”之时，必须慎之又慎，识不到者，当存原貌，即使能识到者，亦应于校后记中详述其理。然亦不可视“理校”为良途，必不可能以前人的整理为起点再前进一步。(刘祖贻, 孙光荣. 试论“理校”在医籍校勘中的地位与作用

[J]. 中医杂志, 1984, 02 (02) :68.)

白云阁藏本《伤寒杂病论》“温病脉证并治”篇精读

学习中医的人都知道，温病学肇始于《伤寒杂病论》。然而，很多人却没有了解到医圣张仲景《伤寒杂病论》中有“温病脉证并治”这一重要篇章。因为有一些中医人根本就不知道《伤寒杂病论》有白云阁藏本，也不知道这个藏本的木刻原版就保存在南阳医圣祠(南阳张仲景博物馆)，是国家二级文物，是医圣祠镇馆之宝。而“温病脉证并治篇”就是白云阁藏本《伤寒杂病论》中重要的篇章之一，当然，这一篇章在《伤寒杂病论》桂林古本中也有。

当前禽流感肆虐，来势凶猛。全国医药卫生界都在努力防控。孙光荣老教授也献了一首防疫经验方，(附孙老献方短信：“建宇、彦知晚上好!我现在在湖南老家为我父母扫墓，听上海来的亲友说，H7N9 来势凶猛，死亡率高。国家和北京市政府肯定会采取预防措施，但我认为中心、杂志社、工作室内部要主动积极，预防要提前，虽说治未病难显功绩，但宁肯做过不肯错过，只要能保员工平安，就值!以发热、咳嗽为初期主症的任何温病，是可以预防的。根据我个人临床的体验和非典期间在国讯医药集团采取的措施的成功〈无一例感染〉建议自拟“九味益气清温防毒汤”如下〈一人一量，连服七天〉：西洋参 10g，生北黄芪 15g，紫丹参 10g，板蓝根 15g，蒲公英 12g，金银花 12g，冬桑叶 10g，麦门冬 10g，生甘草 5g。我们没有资金、设备、人力，不能集体煎煮、送服，但可内部通用此方〈外松内紧，避免引起群众恐慌〉，个人自购煎服，预防越早越好!)给我们传承工作室。”我和彦知立即将短信转发相关内部人员参考、使用。我先转发了我近千名的好友，又转发给全国第三批全国优秀中医临床人才研修班的学员和旁听学员，还转发给了第二批学员及旁听学员 2000 余人。这首处方又迅速被一姓关的朋友转发给他香港和广西的亲友，为防控人感禽流感做点力所能及的工作。在孙老带领下，我们考虑，不能单看老师在呕心沥血地为民为国奉献，我们也应该做点什么，鉴于此，我们就立即查找资料，汇编本文。想放在网上，刊登在杂志上。一方面希望能有助于当前的防疫，另一方面有助于大家了解白云阁藏本《伤寒杂病论》对温病学的影响和贡献，有助于大家走进南阳医圣祠，走近张仲景《伤寒杂病论》的学术内核。文中不妥之处，敬请批评指正。

【原文】温病有三：曰春温，曰秋温，曰冬温，此皆发於伏气。夏则病暑，而不病温。

【提要】本文释述温病分类及病因。

【选注】刘昆湘：四时之气，春温、夏热、秋凉、冬寒。气中而蓄，过时发病，病之未发，不得先见，气伏于内，故曰伏气。伏气在体，过时发病，其气温热，谓之温病。随时病异，其气则同，故发于春则曰春温，发于秋则曰秋温，发于冬则曰冬温。其气或发于上，或发于中，或发于下，皆由伏气为病也。春气温和，伤人者少。夏则暑司其令，暑者似温而甚，天地之蒸气也。春深气渐和暖，入夏大气暄热，人之肌腠则开，汗出津津，邪无由伏，故夏则病暑而不病温。(《伤寒杂病论义疏》)

【析】温病有三种：分别是为春温、秋温、冬温，此三种温病都是发于伏气病邪。发于夏季的病称为暑病，而不称为温病。春季温暖，夏季暑热，秋季凉爽，冬季寒冷，这是一年四季的正常气候，是万物生长变化的自然条件。《素问·宝命全形论》曰：“人以天地之气生，四时之法成”。指出正常的气候变化是人类赖以生存的自然条件。当气候变化异常，非其时而有其气，或气候变化过于迅速，当人体正气不足，抵抗力下降时，就成为致病因素。这种有害气候淫于人体，中

而蓄之。其邪气潜伏于体内，称之为伏气。伏气潜伏于体内，过一段时间发病，以发热为主，谓之温病。温病随着四季气候变化的不同而异，春季发病，症状偏于上部，叫春温；秋季发病，症状偏于中部，叫秋温；冬季发病，症状偏于下部，叫冬温。无论春温、秋温、冬温，皆由伏气为病。夏季暑司其令，暑者似温而甚于温，天地之气熏蒸，入夏暑气炎热，人之肌腠开泄，汗出津津，邪气无隙可伏，故夏则病暑而不病温。

【原文】冬伤於寒，其气伏於少阴，至春发为温病，名曰春温。

【提要】本文释述春温病因与发病。

【选注】刘昆湘：冬时寒气凛冽，将息失宜，寒客于体，伤于经络而即病者，名为伤寒。伏于所合即时不病。邪之中人，各以类召，故冬伤于寒，其气伏于少阴。少阴者，肾之经也，藏不伏邪，留于所合。肾合于骨，寒留于骨，伏而不觉至春气在经脉，阳气勃发，寒留内薄而化热，气由骨而外出于肌上升于头目，伏于少阴而出于少阳，变为温病。其气温，其时春，名曰春温。（《伤寒杂病论义疏》）

黄竹斋：《素问·生气通天论》：冬伤于寒，春必病温。《热论》：凡病伤寒而成温者，先夏至日者为病温。李东垣曰：冬伤于寒，春必温病，盖因房室、劳伤，与辛苦之人腠理开泄，少阴不藏，肾水涸竭而得之。无水则春木无以发生，故为温病。（《伤寒杂病论会通》）

【释析】冬季伤于寒邪，寒邪潜伏于少阴，到春季由风邪触动，发为温病，叫春温。冬季寒气凛冽，养护失宜，寒邪客于形体，伤于经络而即时发病者，称之为伤寒。冬伤于寒邪，伏于所合，当时不发病，寒邪潜伏于少阴。少阴者，肾之经也。脏不伏邪，舍于所合，肾合于骨，寒留于骨伏而不觉，至春季风阳勃动，寒邪由内伏而化热，其气在上，邪气由骨而外出于肌腠，上升于头目，气伏于少阴而转出少阳，变为温病，其气温，伏至春季为时邪风所引发，名曰春温。

【原文】夏伤於湿，其气伏於太阴，至秋燥乃大行，发为温病，名曰秋温

【提要】本文释述秋温病因与发病。

【选注】刘昆湘：长夏湿土主令，夏气在经络，长夏气在肌肉。人之腠理开而湿中之，湿邪及体伏于所合，邪之中人各以类召，故夏伤于湿，其气伏于太阴。太阴者，脾之经也。脏不伏邪，舍于所合，脾合肌肉，湿留肌肉伏而不觉，至秋燥乃大行，气在皮肤。燥湿合化，其气在中。外蒸肌肉则身热，下流大肠则便脓。伏于太阴而出于阳明，变为温病。其气温，其时秋，名曰秋温。（《伤寒杂病论义疏》）

【释析】长夏伤于湿邪，湿邪潜伏于太阴，至秋季燥邪大流行，发为温病，称之为秋温。长夏湿土主令，养护失宜，腠理开而湿邪中之，湿邪客于肌肉、形体，伏于所合，湿邪潜伏于太阴。太阴者，脾之经也。脏不伏邪，舍于所合，脾合肌肉，湿留肌肉伏而不觉，至秋季，燥气流行，湿燥之邪，搏结合化，其气在中，外蒸肌肤则身热，下注则便脓。气伏于太阴而转出，大热则为温病，其气温，伏至秋季为时邪所引发，名叫秋温。

【原文】气不当至而至，初冬乃大寒，燥以内收，其气伏于厥阴。冬至后天应寒而反温，发为温病，名曰冬温。

【提要】本文释述冬温病因与发病。

【选注】刘昆湘：初冬燥金之气未衰，气应温暖，而反大寒，寒伏其燥，束以内薄，燥邪及体伏于所合。邪之中人伤其所胜，燥金者，阳明之气也，故燥以内收，其气伏于厥阴。厥阴者，肝之经。脏不伏邪，留于所合，肝合于筋。燥伤

于筋，伏而不觉。冬至后天应寒而反温，冬气在骨髓，气应藏而反泄。少腹者，宗筋之聚，冬时地气下降，故其气在下。气外蒸则发热，内迫则腹痛。气伏于厥阴而出于少阳，变为温病。其气温，其时冬，故曰冬温。（《伤寒杂病论义疏》）

【释析】寒气不当到而到，初冬季节严寒早来，秋季燥气尚未退尽，燥邪收敛，寒邪与燥邪伏于厥阴，冬至以后气候应寒冷反而很温暖，发为温病，谓之冬温。初冬季节，秋燥之气未尽，气候该温暖，反而严寒，寒伏燥敛而客于形体，伏于脏合，邪之中人，伤其所胜。燥金则伏于厥阴木也。厥阴者，肝之经也，脏不伏邪，舍于所合，肝合于筋，燥留于筋伏而不觉，冬至以后气候应寒冷反而很温暖，寒、燥之邪相互搏结而合化，其气在下，气外蒸则发热，气内迫则腹痛。气伏厥阴出少阳，变为温病。其气温，伏至冬季为时邪所引发，叫冬温。

【原文】春秋病温此其常，冬时病温此其变。冬时应寒而反大温，此非其时而蓄其气，及时不病，至春乃发，名曰大温。此由冬不藏精，气失其正，春时阳气外发，二气相搏，为病则重。医又不晓病源，为治乃误，尸气流传，遂丛成疫。

【提要】本文释述大温病因与发病。

【选注】刘昆湘：春阳勃发，秋燥大行，病温者此其常也。冬时严寒，其令闭藏，地坼水冰，气潜阳伏，人当病寒乃应其候，今反为温，故曰：变也。初冬大寒，气不当至而至，寒伏其燥变为冬温。冬温复有先后，冬至后天应寒而反温，及时发为温病，其气则先。若时应寒而反大温，改易天常，冬行春令，此非其时而蓄其气，伏气及冬不发，入深留久至春乃病，名曰大温，为时则后。然其气亦伏于冬，故曰冬温，复有先后也。此由冬不藏精，气失其正，四时之气得令为常。若冬失其令，气应藏而反泄，万物浮沉于生长之门，随气交而变病。人失养脏之守，气泄皮肤阳动外扰，温气内蓄而入深，则伤其腑脏。至春阳气外发，内伏之阳与春温之气，二气相搏，为病则重，其气则温，其病尤大，故曰大温。大温之发，其气速，三焦腑脏表里俱能侵及。医又不晓病源，心迷意惑，汗下之施为治皆误。尸气毒秽流于气交，比户连城相染为病，其气杀厉若鬼行疫，其死多以一二日之间，故曰疫也。（《伤寒杂病论义疏》）

黄竹斋：《资生篇》：热者，温之渐也。仲景云：太阳病发热而渴，不恶寒者，为温病。病源是由伏阳逼荣气之外泄，经所谓冬不藏精，春必病温也。病因是由外寒束卫气之内陷，经所谓冬伤于寒，春必病温也。名义有二，不可不明。夫冬伤于寒者，寒气外逼则卫气内陷，而荣气为所内耗也。不藏精者，荣气外泄与此殊矣。其病也，一由宣泄之太早，正伤于内，一由闭遏之太过，邪实于外。虽同为温病，而治法则有不同矣。不藏精者，宜固本而养阴；伤于寒者，宜宣郁而解表也。谗曰：不藏精即伤于寒也。以虚为实，其治法有不误而杀人者乎？然，先夏至日为病温，后夏至日为病暑，温伏者，阳气；暑伏者，阴气，原有别也。若瘟疫，乃水火刀兵之后，烈日暴蒸尸骸之气，化为厉毒，散漫于天地之间，阖家传染，如瘴役然，故又谓之疫。亦有非其时而有其气，触气而病者，亦为疫。即月令所谓孟冬行春令，民多疾疫之类是也。盖温是常气，瘟是变气，二气讵可混乎哉。（《伤寒杂病论会通》）

【释析】春风秋燥，病温是正常的规律；冬寒病温，是异常气候变化所致。冬季应该寒冷而反温暖，这不是当令的正常之气。若病邪侵袭人体，当时没有发病，蓄伏于体内，到春季才被激发为病，叫大温。这是由于冬季人体尚未藏精气，正气减弱，到了春季春阳勃发，冬伏之气与春阳之气相互搏结，发病则危重。医生若不识晓此病病因病机而误治，以致秽浊之气相染流行而成疫病。春季风发，秋季燥行，病温者乃其常；冬时严寒，其令闭藏，地坼水冰，气潜阳伏，人当病

寒以应气候，今反病温，乃变也。初冬即大寒，秋燥尚未尽，气不当至而来，寒伏其燥，或者冬至后，天应寒而反大温，冬行春令，都是非其时而蓄其气，伏气在冬天不发，留久入深，到春天发病，名曰大温。冬失其令，不藏精气，正气减弱，精气应藏而反泄，人失养脏之守，气泄卫阳被扰，病邪内蓄而入深，则伤其腑脏。至春，阳气外发，内伏之气与春阳之气相搏，为病危重，称之为大温。大温之发，其传变速，三焦腑脏表里俱能侵及。医又不晓病源，心迷意惑，汗下之施为治都是误治，秽浊之气肆虐流行发病，其死多以一二日之间为限，称为温疫流行。

【原文】病春温，其气在上，头痛，咽干，发热，目眩，甚则谵语，脉弦而急，小柴胡加黄连牡丹汤主之。

【提要】本文释述春温发病与脉证并治。

【选注】刘昆湘：春温伏气在冬，伏于少阴而出于少阳。春气上升，伏邪外发，冬寒外束，正阳内伏之热自骨而外出于肌肤。邪自内发，故病气联贯三阳之界。头痛发热，证像太阳；咽干，目眩，证像少阳；甚则谵语，证像阳明。但太阳头痛，当连项而强痛，今温邪头痛，为热气上熏于脑，当闷痛掣疼，动作则痛甚。太阳发热，当发热恶寒，今温邪热出血分，虽身热在表而不恶寒，故知非太阳也。少阳咽干目眩，由胆气上泄，法当口苦，外见往来寒热。温邪由伏气外发，虽目眩、咽干而不寒热、口苦，故知非少阳也。阳明谵语由胃热熏心，自太阳传变。今温邪谵语病起即见，盖心气热而非胃实，且不兼阳明里证，故知非阳明也。太阳脉浮，阳明脉大，少阳脉弦，今病似三阳兼证，而脉则弦而按急，外不恶寒，故知专温邪外出，血热内风之发，而非伤寒三阳合病。盖春温自血出气，荣卫俱灼，其气外发，支身热浮于皮肤之表。伏气有外出之势，当因势而导之。用小柴胡法引温邪出于肌肤，加黄连、丹皮以清血分之热。血清则气布，而诸证自解。（《伤寒杂病论义疏》）

【析】春温发病，邪气在上焦。症见头痛咽干，发热，目眩，甚至谵语说胡话，脉象弦而急，应当用小柴胡加黄连牡丹汤治疗。春温，伏气在冬，伏于足少阴肾而出于足太阳膀胱。春令升发，伏邪蓄热自内而外出于肌肤，病联三阳。①头痛发热：太阳头痛，当连项而强痛。温邪头痛，为热气上熏于脑，当闷痛掣疼，动作则痛甚；太阳发热，发热恶寒。温邪热出血分，发热在表而不恶寒，故非太阳也。②咽干目眩：少阳咽干目眩，由胆气上溢，法当口苦，外见往来寒热。温邪由伏气外发，属劫阴精，咽干目眩，且不寒热、不口苦，故非少阳也。③谵语：阳明谵语由胃热熏心，邪自太阳传变。温邪谵语，病起即见，盖心气热逼而非胃实，没有阳明里证，故非阳明也。④脉象：太阳脉浮，阳明脉大，少阳脉弦。今春瘟似三阳兼证，然脉弦急，外不恶寒，为温邪外出、血热内风之发，而非伤寒三阳合病。盖春温自血出气，伏气外发，荣卫俱灼，故身热浮于皮肤之表，为伏气有外出之势，当因热而导之，应当用小柴胡汤加黄连、牡丹皮治疗。

【方药】小柴胡加黄连牡丹汤方

柴胡半斤 黄芩三两 人参三两 栝蒌根四两 黄连三两 牡丹皮四两 甘草三两(炙) 生姜三两 大枣十二枚(擘)

右九味，以水一斗二升，煮取三升，去滓。温服一升，日三服。

【方释】小柴胡加黄连牡丹汤由柴胡、黄芩、人参、天花粉、黄连、牡丹皮、甘草、生姜、大枣9味药物组成，是小柴胡汤减半夏，加天花粉、黄连、牡丹皮组成。用小柴胡减半夏加天花粉法引温邪出于肌肤，急补温邪挟劫之阴。加黄连、牡丹皮清血分之热，血清则气布，营卫中和诸证自解。

【原文】病秋温，其气在中。发热口渴，腹中热痛，下利便脓血，脉大而短涩，地黄知母黄连阿胶汤主之；不便脓血者，白虎汤主之。

【提要】本文释述秋温发病与脉证并治。

【选注】刘昆湘：秋温伏气在夏，伏于太阴而出于阳明，燥湿合化，其气在中，病似阳明太阴合厥，复连太阳之表。在伤寒则非汗下误施已成坏病，必无初起即阳经阴经迤邐错杂之证。湿性沉缓，燥性敛急，燥湿相持，偏伤血分。发热者证象太阳之表，而不恶寒，知为温邪伏气之外发也：口渴、腹中热痛，证象阳明之里，阳明当外证发热汗出，内而痛满不减，今口渴不甚，为胃津燥化，而非胆热浊升。热痛不满，知为血分伏热，而非燥矢内结。胃实者，当便秘，今复下利便脓血，下利，证象太阴；便脓血，证象厥阴。太阳当腹满而吐，厥阴当心中疼热。今不兼二经之证，故知为温邪伤血，肠液热腐。便脓血者，肠垢之下行也。证兼二阳二阴。总之，皆邪蓄血分化热之证。伤寒亦有热结下利，今温邪下利既非热结，故脉象亦异。里实之候脉大而短涩者，大为气强血热之鼓气也。按而短涩，燥湿之合邪也。秋温因夏伤于湿，气伏于内，蓄久至秋，与燥相搏，发为温病。推源由二气合化，及病之发则湿已化燥。证但见温而不见湿，故治法亦但见治温而不治湿。秋温伏于太阴而出于阳明，其能食而温者则出于气分而病浅。不能食而口渴者，则邪进于血分而病深。此又学者所当辨也。便脓血为温邪下移，无下利里急后重之象，故治但清荣，不佐调气之剂。用地黄知母黄连阿胶汤治疗。黄连入心，气血双清，温邪自解。以病在血分，恐苦寒反生燥化，则合干地黄之润血以清血分之热，阿胶之生血而滋荣液之枯，苦甘合化，血清气行，肠垢自下，此血病累气，故但治其血。不便脓血者，则邪出阳明，偏进气分，或下利或不下利，皆可用白虎汤，以清肠胃之热。（《伤寒杂病论义疏》）

【释析】秋温发病，邪气在中焦。症见发热口渴，腹中热痛。下利便脓血，脉象大而短涩，应当用地黄知母黄连阿胶汤治疗；下利，不便脓血者，应当用白虎汤治疗。秋温伏气在长夏，伏于足太阴脾，出足阳明胃。燥湿合化，其气在中。病似阳明太阴合病，复连太阳之表。湿性阴沉缓粘，燥性敛急，燥湿相持，易伤阴分伤血分。发热症像太阳，不恶寒，应为湿邪伏气外发。口渴，腹中热痛，症像阳明，阳明证多发热汗出，痛满。今口渴，不苦，应为胃津燥化，非胆热浊升。热痛，应为血分伏热，非燥矢内结。胃实多便秘，今复下利便脓血，下利，症疑太阴；便脓血，症疑厥阴。太阳多腹满而吐，厥阴多心中疼热，今不兼二证，故当为温邪伤血，肠液热腐。便脓血系肠垢之下行。症在二阳二阴，可见邪蓄血分化热之兆。伤寒也有热结下利，温邪下利但不热结，脉象亦非里实之候，见大而短涩脉，脉大为气强血热，脉短涩为燥湿合邪劫阴耗血。秋温乃长夏伤湿伏于内，至秋与燥相搏而发病。燥湿久蕴合化，湿已化燥，证见温而不见湿，治亦治温而不治湿。秋温伏太阴出阳明，其能食而渴者，邪出气分而病浅；不能食而口渴者，邪进血分而病深。便脓血为温邪下注，无下利里急后重之象，故治但清营，不佐调气之品。当地黄知母黄连阿胶汤治疗；不便脓血者，则邪在阳明，偏于气分，或下利或不下利，都用白虎汤以清肠胃之热。

【方药】地黄知母黄连阿胶汤方

地黄八两 知母四两 黄连三两 阿胶二两

右四味，以水一斗，先煮三味，取三升，去滓，内胶烊消，温服一升，日三服。

【注译】以上4味药，用水1升，先煮地黄、知母、黄连3味，取药汁3升，滤去药渣，然后纳入阿胶烊化，每次温服1升，每日服3次。

【方释】地黄知母黄连阿胶汤由地黄、知母、黄连、阿胶四味药物组成。方中知母入胃，黄连入心，气血双清，温邪自解；以病在血分，恐苦寒反生燥化，则合地黄之润血以清血分之热，阿胶之生血而滋荣液之枯，苦甘合化，血清气行，肠垢自下，此血病累气，故但治其血。

【方药】白虎汤方(见太阳病上)

知母六两 石膏一斤(碎) 甘草二两(炙) 粳米六合

右四味，以水一斗，煮米熟汤成，去滓，温服一升，日三服。(本方依太阳病篇加)

【方论选】

《医宗必读》：黄连阿胶汤治温毒下利脓血，少阴烦躁不得卧。

《医学入门》：白虎汤治一切时气温疫，杂病胃热、咳嗽、发斑。

《温病条辨》：太阴温病，脉浮洪、舌黄、渴甚、大汗、面赤恶热者，辛凉重剂白虎主之。形似伤寒，但暑，脉洪大而数，左脉反小于右，口渴甚，面赤汗大出者，名曰暑温，在手太阴，白虎汤主之。

《寒温条辨》：白虎汤乃温病主方也。虽为阳明解利之药，实胃本内蒸之热，非徒治在经之热也。以邪热伤胃，所以必需。若在经之热，自有葛根汤等方治法，并无借于白虎也。

【原文】病冬温，其气在下。发热，腹痛引少腹，夜半咽中干痛，脉沉实，时而大数，石膏黄连黄芩甘草汤主之；不大便六七日者，大黄黄芩地黄牡丹汤主之。

【提要】本文释述冬温发病与脉证并治。

【选注】刘昆湘：冬温伏气在秋，伏于厥阴而出于少阳。冬令闭藏，其气在下，应寒反温伏邪外发，自筋脉而出于膜腠则发热。厥阴者，肝之经也。温气蓄于厥阴，则当其经之所过者病。血燥则筋急，肝病则乘脾，故腹痛引少腹也。荣卫之气，昼行于阳，夜行于阴，午后阳降，阳气渐入于阴；夜半阳升，阴气渐出之阳。夜半咽中干痛者，阴气陷下，津不上腾，阴不能出于阳，则阳失其养，厥而上灼。咽门者，津液之道路。液枯，故咽中干痛，夜半更剧，口中亦不润也。脉按之沉实，热在下也。时而大数，伏气之外发也。乃血分伏邪外燔气分，冬藏失守，气泄上干，因发于下，病趋于上。方用石膏黄连黄芩汤。石膏清其肺胃，连芩治其温热。病在血而凉气为君，发于下而治上反急，此阴病治阳，下病上取法也。不大便六七日，热蓄于内，胃肠液灼，初由血分，伏邪外出气分，郁而不达，则反并于血。宜用大黄黄芩地黄牡丹汤主之。大黄双行气血，下热除结。黄芩丹皮治其温邪，干地黄凉血滋液。证异阳明燥矢，故不用枳朴。证为液灼而非结热，故不用芒硝。(《伤寒杂病论义疏》)

【析】冬温发病，邪气在下焦。症见发热，腹痛引少腹，夜半咽中干痛，脉象沉实，时而大数，应当用石膏黄连黄芩甘草汤治疗；如果不大便六七日，应当用大黄黄芩地黄牡丹汤治疗。冬温伏气在秋，伏于足厥阴肝而出于足少阳胆。冬令主闭藏，其气在下，应寒反温。伏邪外发，自筋脉而出于肌腠则发热；温气蓄于厥阴肝，血燥则筋急，肝木则乘脾，腹痛引少腹。荣卫之气，昼行于阳，夜行于阴，中午阳降，渐入于阴；夜半阳升，阴气渐出于阳。夜半咽中干痛者，阴气陷下，阴不能出于阳，津不上腾，阳失所养，厥而上灼，咽者津液之润，液枯，故咽中干痛，日中不润，夜半更剧。脉沉实，热在下也，脉时而大数，伏气之外发也，乃血分伏邪外燔气分，冬藏失守，气泄上干，因发于下，病趋于上，适用石膏黄连黄芩甘草汤治疗；若已六七日不大便，热邪内存，胃肠液灼，伏邪由血

分外出气分，郁而不达，则反并于血，急用大黄黄芩地黄牡丹汤治疗。

【方药】石膏黄连黄芩甘草汤方

石膏半斤(碎，绵裹) 黄连三两 黄芩四两 甘草二两

右四味，以水一斗，煮取三升，温服一升，日三服。

【注译】以上4味药，用水1斗，煮取3升，滤去药渣，温服1升，每日服3次。

【方释】石膏黄连黄芩甘草汤由石膏、黄连、黄芩、甘草4味药物组成。方中石膏清其肺胃之热，黄连、黄芩除其温热，甘草调其中，病在血而凉气，发于下而治上，此阴病治阳，下病取上之法。

【方药】大黄黄芩地黄牡丹汤方

大黄四两 黄芩三两 地黄四两 牡丹皮三两

右四味，以水一斗二升，煮取二升，去滓，分温二服。大便利，止后服。

【注译】以上4味药，用水1斗2升，煮取2升，滤去药渣，分2次温服，大便通利，则停服。

【方释】大黄黄芩地黄牡丹汤由大黄、黄芩、地黄、牡丹皮四味药物组成。方中大黄兼行气血，下热除结；黄芩、牡丹皮治其温邪；干地黄凉血滋阴。证非阳明腑实燥屎，故不用枳实、厚朴；证为液劫而非结热，故不用芒硝。

【原文】病温，头痛，面赤，发热，手足拘急，脉浮弦而数，名曰风温。黄连黄芩栀子牡丹芍药汤主之。

【提要】本文释述风温发病与证脉并治。

【选注】刘昆湘：风温者，非伏气之温也，由其人素有热，更感于风。或先伤热而后风中，或同时先后受病。乍受温热旋遇于风，二气相感搏而合化，名曰风温。春秋冬三时皆有之，法当二气兼治，与伏气之温不同。风温由二气变而成温，气行则速，传变千移不可终日，治不得法即成坏病。风温之候，外合二阳一阴之证，而内独见少阳之脉，发热头痛，证象太阳，面赤证象阳明，手足拘急，证象厥阴。但实非数经连合为病，盖由风热二气合化温邪。风气上升，中于头脑则头痛而胀闷，非客太阳之经故痛不连项。温邪上行面为之赤，非并阳明之经，故热而不潮。二气化温则必及血分，温邪搏于荣卫，故发热而不恶寒。温邪随风伤筋，故经膜干而拘急，非证连厥阴，故无内热外厥之候。脉浮弦而按之数者，浮弦者风也，按之数者热也。宜防风黄芩栀子丹皮芍药汤。防风、黄芩散头脑之风以解温邪，栀子、丹皮清心肝之热分走气血，芍药导诸药行于经脉，以疏荣分之壅。血清而筋之拘急自愈，风去而头之疼痛自除，二气分消，发热解矣。（《伤寒杂病论义疏》）

【析解】风温发病，症见头痛，面赤，发热，手足拘急，脉象浮弦而数，名之为风温，应当用黄连黄芩栀子牡丹芍药汤治疗。风温者，非伏气之温也，由其人素有热，更感于风，或乍受温热旋遇风邪，风热二气相感，搏而合化发病，名曰风温。春秋冬三季皆可发病，发热头痛，疑似太阳；面赤，症像阳明；手足拘急，疑似厥阴。风热二气合化温邪，风气上升，中于头窍则头痛而胀闷。非邪客太阳，痛无连项；温邪上行，热蒸面赤，非邪入阳明，热而不潮；风热二气化温伤及血分，温邪搏于荣卫，故发热而不恶寒；温邪随风劫阴津伤筋，筋膜拘急，证非厥阴，无内热外厥之候；脉浮弦而数者，浮弦为风，数者为热。应用黄连黄芩栀子牡丹芍药汤以疏解风热、清凉荣卫为治。

【方药】黄连黄芩栀子牡丹芍药汤方

黄连三两 黄芩三两 栀子十四枚(擘) 牡丹三两 芍药三两

右五味，以水六升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

【注译】以上5味药，用水6升，煮取3升，滤去药渣，温服1升，每日服3次。

【方释】黄连黄芩栀子牡丹芍药汤由黄连、黄芩、栀子、牡丹皮、芍药五味药物组成。方中黄连、黄芩散头脑之风热以解温邪；栀子、牡丹皮走气血，清心肝之热分；芍药引导诸药行于经脉，以疏营分之壅。血清而润，筋拘急自愈，风热去而头疼痛自除，风热二气分消，发热解矣。

【原文】病温，其人素有湿。发热，唇焦，下利，腹中热痛，脉大而数，名曰湿温，猪苓加黄连牡丹汤主之。

【提要】本文释述湿温发病与脉证并治。

【选注】刘昆湘：湿温者亦非伏气之温，由人中素有湿加以温热，或先伤湿后受温热。外热既侵内湿相感，搏而合化，名曰湿温。春夏秋三时皆有之，与秋温湿热证各不同。其证外连太阳之表，内合太阴之里，湿性沉滞、温性升发，温湿相持，搏结不解，法当渗湿清荣，二气兼治。发热不恶寒者，温邪之外发也。唇焦者，脾液燥化而胃津不行也。下利热者，温湿下注而肠受郁蒸也。腹中痛者，热灼血痹而腹气留止也。经曰：大肠病者，肠中切痛而雷鸣；小肠病者，少腹痛。盖寒中腹痛者，气燥寒凝。热中腹痛者，血郁热聚。湿温脉大而涩，大为燥胜，涩则湿伤。法用猪苓汤加黄连丹皮主之。猪苓汤利湿而滋液，黄连泻热而坚肠，丹皮凉血而通痹。明乎燥湿兼治之义，则比类推演其用无穷。（《伤寒杂病论义疏》）

《难经》：伤寒有五，有湿温，湿温之脉，阳濡而弱，阴小而急。

《脉经》：伤寒湿温，其人常伤于湿，因而中喝，湿热相搏则发湿温。病苦两胫逆冷，腹满叉胸，头目痛苦，妄言，治在足太阴，不可发汗。汗出必不能言，耳聋不知痛所在，身青面色变，名曰重喝。如此者死，医杀之也。

《活人书》：湿温，白虎加苍术汤主之。方出《伤寒微旨》。

《总病论》：治湿温，白虎汤主之。愚医昧于冷热之脉，见足胫冷，多行四逆辈，如此医杀者，不可胜计。湿温脉小紧，有如伤寒脉，但证候有异。数进白虎，则胫自温而差也。

《医门法律》：湿温，即暑与湿交合之温病。

《资生篇》：治湿温者，麻杏薏苡汤。

【释析】湿温发病，其人素有湿邪。症见发热，唇焦，下利，腹中热痛，脉象大而数，名叫湿温，当用猪苓加黄连牡丹汤治疗。湿温非伏气之温。由其人素有湿邪，更感温热，或先伤湿后受温热，外热既侵，内湿相感，搏而合化，名曰湿温。春夏秋三季皆有之，其证发热外连太阳之表，下利内合太阴之里。发热多不恶寒者，属温邪之外发。唇焦属脾液燥化而胃津不行也；下利热乃温湿下注而肠受郁热。腹中痛乃热灼血痹而腹气留止。脉大而数为热盛，应猪苓加黄连牡丹汤治以渗湿清营为平。

【方药】猪苓加黄连牡丹汤方

猪苓一两 茯苓一两 阿胶一两 泽泻一两 滑石一两 黄连一两 牡丹一两
右七味，以水四升，先煮六味取二升，去滓，内胶烊消，分温两服。

【注译】以上7味药，用水4升，先煮6味取2升，滤去药渣，纳入阿胶烊消，分2次温服。

【方释】猪苓加黄连牡丹汤由猪苓、茯苓、阿胶、泽泻、滑石、黄连、牡丹皮七味药物组成。方中猪苓汤利湿滋液，黄连泻热而坚肠，牡丹皮凉血而通痹。

明乎燥湿兼治之义，则比类推演其用无穷。

【原文】病温，舌赤，咽干，心中烦热，脉急数，上寸口者，温邪干心也。黄连黄芩阿胶甘草汤主之。

【提要】本文释述温病温邪干心脉证并治。

【选注】刘昆湘：病温者，赅诸温而言。所谓温邪干心者，以病由体变，必其人心气素有热也。心气通于舌，温邪灼荣，故舌色赤而苔少。温邪涸液，故津液竭而咽干。荣气热必内干于心，故心中烦热。脉急数者，阳迫气血则化热也。上寸口为脉势上而不下，知邪干上焦。审其化热之因，辨以人心之证。而方治从可知矣。连、芩泻心，阿胶滋血，以心为生血之脏，故泻热必佐滋液之品，与肝胆之治稍异。（《伤寒杂病论义疏》）

【析解】温病，症见舌赤，咽干，心中烦热，脉象急数，脉热趋上，属温邪干心之证，应当急用黄连黄芩阿胶甘草汤治疗。温病，包括各种温病在内，所谓温邪干心是说温热之邪干涉心神。心气通于舌，温邪灼营发热，则舌赤。温邪劫阴涸液，津液竭则咽干。营气热必内干扰心神，心中烦热。邪迫阴血化热，脉象急数。上寸口脉，为热趋上焦，伤及心肺之象。审其化热干心之证，急用黄连黄芩阿胶甘草汤治疗。

【方药】黄连黄芩阿胶甘草汤方

黄连一两 黄芩一两 阿胶一两 甘草一两

右四味，以水一斗，先煮三味，取四升，去滓，内胶烊消，分温三服。

【注译】以上4味药，用水1斗，先煮3味取4升，滤去药渣，然后纳入阿胶烊化，分3次温服。

【方释】黄连黄芩阿胶甘草汤由黄连、黄芩、阿胶、甘草四味药物组成。方中黄连、黄芩泻心，甘草调中，阿胶滋血，以心为生血之脏，故泻热必佐滋液之品，与肝胆之治稍异。

【原文】病温，口渴，咳嗽不止，脉浮而数大，此温邪乘肺也。黄芩石膏杏子甘草汤主之。

【提要】本文释述温病温邪乘肺脉证并治。

【选注】刘昆湘：病温而口渴咳嗽，温邪之乘肺也。肺为气腑，朝百脉而输精于皮毛，其德为清，其变动为咳。形寒饮冷则伤肺，肺恶寒也。热胜液涸亦伤肺，肺恶燥也。口渴咳嗽外不恶寒，故知湿邪为病。当咳而辟辟燥，声急痰少。脉浮者燥胜，按之数者热也。方用黄芩石膏杏子汤主之。君黄芩以凉血，臣石膏而清气，杏子清肺下气，用为导引，则使膏、芩之性皆可入肺，此则制方之妙用也。（《伤寒杂病论义疏》）

【析解】温病，症见口渴，咳嗽不止，脉象浮而数大，此为温邪乘肺之证。当急用黄芩石膏杏子甘草汤治疗。温病，包括各种温病在内。所谓温邪乘肺之证，是说温热之邪主要乘袭肺。温邪劫津涸液，津液枯，则口渴。热盛津枯液竭伤肺，使气府肺燥，气畅失和而咳嗽不止。脉浮数者热燥盛。审其化热乘肺之证，急用黄芩石膏杏子甘草汤治疗。

【方药】黄芩石膏杏子甘草汤方

黄芩三两 石膏半斤(碎) 杏仁十四枚(去皮) 尖甘草一两(炙)

右四味，以水五升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

【注译】以上4味药，用水5升，煮取3升药汁，滤去药渣，温服一升，每日服3次。

【方释】黄芩石膏杏子甘草汤由黄芩、石膏、杏仁、甘草4味药物组成。方

中黄芩凉血，清三焦之热，石膏清气分之火，甘草调和诸药，杏仁清肺下气润肠，用为导引，可使石膏、黄芩之性皆可入肺，以清乘肺之热邪，此乃制方之妙也。

【原文】病温，发热，腰以下有水气，甚则少腹热痛，小便赤数，脉急而数，下尺中者，此温邪移肾也。地黄黄芩秦皮茯苓泽泻汤主之。

【提要】本文释述温病温邪移肾的脉证并治。

【选注】刘昆湘：病温发热，从腰以下有水气，此病气之下趋也。腰者肾腑，少腹者，血海诸筋之聚。膀胱与肾相表里，少腹为肝肾经气之所共治。今少腹热痛，小便赤数，而无筋脉拘急气癃淋漓之象，知证不属厥阴。脉急而数，下入尺中，急数为化热之诊，入尺为下趋之象。尺以候肾而主下焦，平脉辨证，故当为温邪之移肾也。方用地黄黄芩秦皮茯苓泽泻汤主之。地黄凉血滋肾，秦皮清气泻肝，黄芩治热而走下焦。茯苓渗湿以入水府，泻心兼泻胆，治肾佐治肝也。（《伤寒杂病论义疏》）

【释析】温病，包括各种温病。症见发热，腰以下有水气。甚则，少腹热痛，小便赤数，脉象急而数，尺脉尤里，病势趋下，此为温邪移肾所致。宜地黄黄芩秦皮茯苓泽泻汤治疗。温病，包括各种温病。所谓温邪移肾是说温热之邪移入肾。温邪热出血分，虽发热而不恶寒；腰以下浮肿，此为病气下趋，伤及水脏；腰为肾之外府，少腹为血海诸筋之所聚，膀胱与肾相表里，少腹为肝肾经气之通路。温邪移肾，伤及下焦，则少腹热痛，小便赤数。无筋脉拘急、气癃淋漓之症，知邪不在厥阴；脉象急而数下尺中，为温热之邪移肾趋下之征，审其化热移肾，应用地黄黄芩秦皮茯苓泽泻汤治疗。

【方药】地黄黄芩秦皮茯苓泽泻汤方

地黄六两 黄芩二两 秦皮二两 茯苓三两 泽泻一两

右五味，以水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

【注译】以上5味药，用水8升，煮取3升，滤去药

渣，温服1升，每日服3次。

【方释】地黄黄芩秦皮茯苓泽泻汤由地黄、黄芩、秦皮、茯苓、泽泻5味药物组成。方中地黄凉血滋肾，黄芩治热而走下焦，秦皮清气泻肝，茯苓、泽泻渗湿以入水府，泻心兼泻胆，治肾佐治肝也。

【原文】病大温，发热，头晕目眩，齿枯唇焦，谵语，不省人事，面色乍青乍赤，脉急大而数者，大黄香蒲汤主之。若喉闭难下咽者，针少商令出血；若脉乍疏乍数，目内陷者死。

【提要】本文释述温病危急重症大温脉证并治。

【选注】刘昆湘：大温由冬不藏精，气失其正，伏气留久至春乃发，蓄久入深，内干脏气，病发则重，故曰大温。伏气外发，故发热而不恶寒；温邪乘肝，则头晕而目眩；温邪灼肾，则液竭而齿枯；温邪入脾，则唇焦；温邪犯心，则谵语不省人事；四脏俱病，气乱于中，阳并于阴则面青，阴并于阳则面赤，二气更代变异，故而为乍青乍赤；邪胜正夺，病温虚甚则死。今脉急大而按数，是邪胜而正未夺也，脉证相应，虽危可治。方用大黄香蒲汤。大黄入脾，黄连泻心，丹皮凉肝，地黄滋肾，四脏分治以去温邪。香蒲气香味辛，调气逐秽，邪退正复其病则解。若喉痹不能下药者，肺气闭也，针少商令血出，以泄肺气之实。少商者，肺手太阴之穴，在大指爪内侧。大温邪犯四脏，气血两燔，连肺则五脏俱病，故肺气实者犹可幸生，真气虚则死矣。若脉乍疏乍数者，胃绝也；目内陷者，肝绝也。伤脏则死，故不可治。（《伤寒杂病论义疏》）

【释析】病大温，症见发热，头晕，目眩，齿枯唇焦，谵语，不省人事，面

色乍青乍赤，脉象急大而数，应当用大黄香蒲汤治疗。如果喉闭塞难下咽，针少商穴令出血；如果脉象忽慢忽快，目内陷者，必死无疑。可见，大温是温病的危急重症，在临床必须要签发病危通知书并及时告知家属。大温由冬不藏精，正气减弱，伏气留久至春乃发，蓄久入深，邪干脏气，涉及肝、脾、肾、心、肺诸脏。病发危重，故曰大温。伏气外发，故发热而不恶寒；温邪乘肝，则头晕目眩；温邪灼肾，则液竭齿枯；温邪入脾，则唇焦；温邪犯心，则谵语，不省人事已失神主；四脏俱病，气乱于中，阳并于阴则面青，阴并于阳则面赤，二气交替，则面色乍青乍赤已失精气；邪胜正夺，病温虚甚则危；今脉急大而数，是邪胜而正未夺也，脉证相应，虽危可治，方用大黄香蒲汤。若喉痹不能服药者，肺气闭也，针少商穴令血出，以泄肺气热之实。大温邪犯真脏，气血两燔，连肺则五脏俱病，故肺气实者犹可幸存，真气虚则死矣。若脉乍疏乍数者，心失所主，胃气已绝；目内陷者，肝气绝。伤脏则死，故不可治也。

【方药】大黄香蒲汤方

大黄四 两香蒲一两 黄连三两 地黄半斤 牡丹皮六两

右五味，以水一斗，煮取六升，去滓，温服二升，日三服。

【注译】以上5味药，用水1斗，煮取6升，滤去药渣，一次温服2升，每日3次。

【方释】大黄香蒲汤由大黄、香蒲、黄连、地黄、牡丹皮五味药物组成。方中大黄入脾，黄连泻心，牡丹皮凉肝，地黄滋肾，四脏分治以祛温邪；香蒲气香味辛，调气逐秽，邪退正复其病则解。

【原文】温病，下之，大便溏，当自愈；若下之，利不止者，必腹满，宜茯苓白术甘草汤。

【提要】本文释述温病下法。

【选注】刘昆湘曰：温邪内蓄，下之大便溏则邪出于二肠，病当自愈，若医不辨中焦之虚实，诛罚太过，胃气则伤，中府气陷而为下利不止。腹满者，足太阴脾气之不行也，其证有虚有实，拒按而闭者为实，喜按自利者为虚。茯苓白术甘草汤为扶脾利水，缓中之剂，脉濡而弱者宜之。此温病误治，转而化寒之一例也。（《伤寒杂病论义疏》）

【析解】温病，用下法施治，大便溏泻，病当自愈；若用下法施治下利不止，必然会腹部胀满，适宜用茯苓白术甘草汤治疗。温热之邪内蓄，用下法施治，大便溏泻，病邪随之出于胃肠，则病自愈；如果是中焦虚弱，误用下法施治，诛伐太过，脾胃更伤，中气大陷，则会下利不止，并且会有腹胀，本虚又诛伐太过，必虚更甚，自然腹满喜按，脉濡而弱。适宜缓中之剂之茯苓白术甘草汤以扶脾健胃。

【方药】茯苓白术甘草汤方

茯苓四两 白术三两 甘草一两（炙）

右三味，以水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

【注译】以上3味药，用水8升，煮取3升，滤去药渣，温服1升，每日服3次。

【方释】茯苓白术甘草汤由茯苓、白术、甘草三味药物组成。方中茯苓甘淡平，健脾渗湿；白术甘苦温，健脾燥湿，茯苓配以白术健脾祛湿，顺其脾喜燥恶湿的生理特点，合以炙甘草，加强甘温益气补中之效。三药合用，则中焦运化复常，脾健运则化源足，化源足则气得补，使下利得止、腹满得除。

【原文】风温者，因其人素有热，更伤于风，而为病也。脉浮弦而数，若头

不痛者，桂枝去桂加黄芩牡丹汤主之。若伏气病温误发其汗，则大热烦冤，唇焦目赤，或衄或吐，耳聋，脉大而数者，宜白虎汤；大实者，宜承气辈；若至十余日则入于里，宜黄连阿胶汤。何以知其入里，以脉沉而数，心烦不卧，故知之也。

【提要】本文释述风温的辨证施治。

【选注】刘昆湘曰：风温者，因其人素有热，更伤于风，风性急而化燥，脉浮弦而数，头不痛，桂枝汤加黄芩、丹皮主之。此非伏气病温也，盖举太阳中风，病由体变，合化温邪之例。如同一风温之证，有由冬寒伏气至春发为风温者，有由时行之气感人而为风温者。今所举既不著伏气之因，复不详时行之变，但言体素有热更伤于风，以风性急而善行数变，与热相引触而化燥，遂成风温。外具太阳之表而不恶寒，内见少阳之脉而不头痛，故可名太阳温病。与前风温一条，脉因证象大旨相同，独头不痛一证为异者，此属邪同行异之例。邪同者，谓病邪之性用相同；行异者，指传行之道路各异。脉为气血先见，凡脉同，则所受之邪必同。如时行风温与太阳风温，脉象皆为浮弦而数，则同一风温之邪，自无疑义。乃一则头痛，一头不痛者，以风温邪上乘脑则为头痛，风温邪中太阳之经，故头不痛，此之谓邪同而行异也。夫太阳伤寒、温病悉具头痛之候，但病因不同，伤寒头痛，为气寒血涩，经气痹而不行；温热头痛，为荣热气奔，浊邪逆而上犯。气血一有郁冲，病邪皆可乘脑，在太阳但有风寒头痛，无热邪头痛，故太阳风温当头不痛者为常。以邪在太阳之经，故用桂枝法加黄芩丹皮主之，此辛凉杂合法也。桂枝汤为达荣之剂，凡热在皮毛，因荣郁不能外散者，当用此法。如火逆惊狂之类，热由外入，故仍用桂枝法助荣气以散火邪。若伏气时行温邪发自血分，或杂病血枯荣热之候，桂枝皆在禁例。今虽曰风温之证，乃外风与肌热合化，热在脉外，故可用和外清荣祛风解热二者并行不悖。假令温邪干脑，便知热已在荣，故风温头痛桂枝不可与也。风温误汗之变证，治详太阳篇。以非伏气之温，即医发其汗为逆较缓，故有一逆尚引日，再逆促命期之论。假令伏气病温邪发血分，误发其汗，必致伤阴精而动脏气，阴竭阳强而生大热。大热者，身热也。烦冤者，懊闷烦躁不可耐之状。大热烦冤，属肾热冲阳上逆。唇焦者，脾阴内灼。目赤者，肝阳上乘，或胃热迫血为吐，或肺热迫血为衄。耳聋者，浊气之上壅也。属少阳气厥者病浅，属少阴气厥者病甚。大热烦冤、唇焦目赤、吐衄、卒至温邪上蒙。

清道，耳聋失聪，此亦阳并于上，四脉争张者矣。病由体变，当平脉以权救逆之治。若汗后脉大而数者，大为气强，数为阳迫，气热血沸邪盛于经，法当泻之以白虎汤，清肺胃凉肌热之剂。若其人腑阳偏盛，汗后脉转坚实洪缓，见中焦燥屎满痛之证，此阴阳腑气已实，法当以承气泻热除满以荡中焦之气。三承气汤，法有轻重，临时消息用之。脉滑而疾者，属小承气；沉实洪缓者，属大承气；大而数者，属调胃承气。若其人荣气素虚，迁延失治，至十余日不解，温邪入里，内陷血分，循脉干心，当心烦不得卧寐。脉沉而数者，此邪陷少阴，故曰在里。黄连阿胶汤清荣养血、滋液除烦，佐鸡子黄引诸药行于血分。温邪内陷入阴之候甚多，若体虚病温尤当以滋养荣阴为重。制方轻重，消息在人。（《伤寒杂病论义疏》）

《温病条辨》：少阴温病，真阴欲竭，壮火复炽，心中烦不得卧者，黄连阿胶汤主之。

《脉经》：其人素伤于风，因复伤于热，风热相搏，则发风温。四肢不收，头痛身热，当汗出不解，治在少阴、厥阴，不可发汗，汗出谵语、独语、内烦躁扰不得卧，善惊，目乱无精，治之复发其汗，如此死者医杀之也。

《千金方》：风温之病，脉阴阳俱浮，汗出体重，其息必喘，其形状不仁，

嘿嘿欲眠。下之者，小便难；发其汗者，必谵语；加烧针者，则耳聋难言；但吐、下之，则遗失便利。如此疾者，宜服葳蕤汤。（即前《外台秘要》小品方）

【释析】风温病，多是因其人素有内热，又外感受于风邪，内外邪合化而发此类风温病。如果脉象浮弦而数，头不痛，应当用桂枝去桂加黄芩牡丹汤内外治疗；如果伏气温病误用发汗之剂，症见烦热，唇焦目赤，衄血，吐血，耳聋，脉象大而数，适宜用白虎汤治疗；若脉象大实，适宜用承气辈治疗；若迁延失治，至十余日不解，温热之邪入里内陷血分，适宜用黄连阿胶汤治疗。何以知其内陷血分，因为脉象沉而数，心烦不得卧寐，所以知道其病在里。风温病，有由冬寒伏气至春发为风温者，有由时行之气感而发为风温者，本条所言是指人体素有热又伤于风，风急而善行数变，与热合化燥，逐成风温。外具太阳之表证而不恶寒，内见少阳脉浮弦而数，头不痛，谓太阳温病。治宜辛凉杂合之法，用桂枝去桂加黄芩牡丹汤治疗，和外清营，祛风解热。时行风温与太阳风温，脉象皆为浮弦而数，可见所受风温之邪相同，时行风温有头痛，太阳风温头不痛。时行风温病，风温之邪上乘于脑，则头痛，太阳温病病风温之邪中于太阳经，头痛不是必然症，或头痛不甚。太阳多有风寒头痛，少有风热头痛，故太阳风温证当以头不痛者为常。桂枝汤为和营卫之法，凡热在皮毛，营郁不能外散者，当用此法；若伏邪感受时行之邪发自血分，或杂病血枯营热之候，桂枝法辛温皆在禁例。如果伏邪病温，邪发血分，误发其汗，伤阴精动脏气，阴竭阳强而高热。肾热冲逆，则大热烦冤。脾阴内灼，则唇焦。肝阳上乘，则目赤。肺热迫血，则衄血。胃热迫血，则吐血。浊气上壅，则耳聋，属少阳气厥者病浅，属少阴气厥者病甚。若汗后脉象大而数者，为气热血沸邪盛，法当宜白虎汤清肺胃凉肌热；若汗后脉象大而实者，为腑阳偏盛，中焦燥实满痛之证，法当宜承气汤泻热除满以荡中焦之气。承气者，证有轻重，法有缓急，脉象沉实洪缓者，属大承气汤；脉象滑而疾者，属小承气汤；脉象大而数者，属调胃承气汤。若其人营气素虚，迁延失治，至十余日不解，温热之邪入里，内陷血分，循脉于心，心烦不得卧寐；脉象沉而数，此为邪陷少阴入于里，适宜用黄连阿胶汤以清营养血，滋液除烦。

【方药】桂枝去桂加黄芩牡丹汤方

芍药三两 甘草二两（炙） 生姜三两（切） 大枣十二枚（擘） 黄芩三两 牡丹皮三两

右六味，以水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

【注译】以上6味药，用水8升，煮取3升，滤去药渣，温服1升，每日服3次。

【方释】桂枝去桂加黄芩牡丹汤由芍药、甘草、生姜、大枣、黄芩、牡丹皮六味药物组成。方中芍药酸敛而不碍邪，于解表中寓敛汗养阴之意，和营中有调卫散邪之功；配用甘草，复加姜、枣，一方面解肌散风寒而益卫气，一方面和中养脾胃而扶营血；黄芩、牡丹皮合用，既可凉泄营血邪热，又可顾护津液，诸药相伍，表邪得解，里气得和，则太阳温病得愈。

【方药】黄连阿胶汤方（见少阴病）

黄连四两 芍药二两 黄芩二两 阿胶三两 鸡子黄三枚

右五味，以水六升，先煮三物，取二升，去滓，纳阿胶烊消，小冷，纳鸡子黄，搅令相得，温服七合，日三服。（依少阴病篇加）

【原文】病温，治不得法，留久移于三焦。其在上焦，则舌謇神昏，宜栀子汤；其在中焦，则腹痛而利，利后腹痛，唇口干燥，宜白虎加地黄汤；其在下焦，从腰以下热，齿黑咽干，宜百合地黄牡丹半夏茯苓汤。

【提要】本文释述温病移于三焦证治。

【选注】刘昆湘曰：此示伏气时行外感诸温坏病。邪气留连有分移上、中、下三焦之辨，异乎伤寒传经之六次第传行也。盖上焦之气主于心肺，中焦之气主于脾胃，下焦之气主于肾肝。初病在合，留久内陷，乃干脏气。所谓病温治不得法，留久移于三焦者，明邪移三焦皆由留久转坏，非初病便有分上、中、下之异。其在上焦，则舌謇、神昏，宜栀子豉汤者，凡病留上焦之证当治责心肺。大抵伏邪外发，自血分外出气分留连不解。初以血热拂气，转致气亢燔血，终而气血两损，津枯液结，荣泣卫阻。心气内痹不能灌溉神脏，濡养外阅。舌为心苗，脾系，謇者，运动不灵之谓。心主血而司神，神昏知邪上干脑。师示栀子汤法，栀子清心而治气，黄芩凉胆而入血，半夏降浊而通液道，甘草和中缓药下行。至若邪留中焦治责脾胃，当见腹痛而利，利后复痛，唇口干燥诸证。明温邪移胃，二肠液灼，肠失泌别之用，则水谷不化下注为利，气血相搏则痛生。得利则气郁乍通，痛则暂缓。虽利而气血之搏不解，旋覆聚气为痛。津液下流遂致下竭，故唇口干燥。此由热移肠腹，气血两燔。《经》曰：暴注下迫，皆属于热。凡温邪下利，必利下暴迫，大便热或腹中热痛，利后反快，胃纳不减。用白虎汤加干地黄治之，石膏、知母双清肺胃，粳米扶中以养谷神，地黄滋液而清血热。血清气畅则脾复散津之权，水谷分行病利自止。其有邪移下焦治责肝、肾，当见从腰以下热甚，齿黑咽干。齿为诸骨之所终，咽为入胃之道路。肾阴灼则齿焦且黑，水源竭则咽燥而干。宜百合地黄牡丹半夏茯苓汤。百合益肺生津，地黄滋肾化液，丹皮入肝而凉血，茯苓利水而走，加半夏导胃浊下行。

吴鞠通《温病条辨》以温病证治分属上、中、下三焦立说，与此节所言病温，治不得三。留久移于三焦，其义不同。而此篇所论温病，乃天行之常气，与《素问》遗篇刺法论所三：五疫之至，皆相染易，无论大小，病状相似，其邪由五尸所化，发生于刀兵、水火、饥饉三大劫之后。乃天地恶厉之气，每由鼻口直中脏腑，而为咽喉痛吐脓血，或霍乱下血等其病原菌随时代人物质之变迁而异，非可以常理论治也。然仲景明言建安纪元以来，示十稔，死亡者三分二，伤寒十居七，是伤寒即包括瘟疫也。盖百病之生不出六经，治法三三其中矣。苟能神而明之，变而通之，斯无不可治之病矣。（《伤寒杂病论义疏》）

【释析】诸温病之坏病，多为误治失治而得。邪气留连可有移上、中、下三焦之别。邪气留连上焦，则见舌謇神昏，适宜用栀子汤治疗；邪气留连中焦，则见腹痛下利，利后复痛，唇干口燥，适宜用白虎加地黄汤治疗；邪气留连下焦，则见腰以下热甚，齿黑咽干，适宜用百合地黄牡丹半夏茯苓汤治疗。伏气、时行诸温之坏病，邪气留连有移上、中、下三焦，与伤寒六经传变有显著区别。上焦之气主于心肺，中焦之气主于脾胃，下焦之气主于肾肝。初病在合，留久内陷，乃干脏气。分述如下：1. 其在上焦，则舌謇神昏，宜栀子汤。邪留上焦，温邪移于心肺，伏邪外发。症见舌謇神昏，邪自血分外出气分，留连不解，初以血热拂气，转致气亢燔血，终而气血两损，津枯液竭，营涩卫阻。舌为心之苗，謇者乃运动不灵活之谓，心气内痹，不能濡养外阅心窍，则舌謇；温邪上干于脑，则神昏，宜栀子汤治疗。2. 其在中焦，则腹痛而利，利后复痛，唇口干燥，宜白虎加地黄汤。邪留中焦，温邪移于脾胃。症见腹痛而利，利后复痛，唇口干燥。胃肠津液被灼，肠失泌别之职，气血相搏则痛生，水谷不化则下注为利，得利则气郁乍通，痛则暂缓，虽利而气血之搏不解，旋复聚气为痛；津液下注，逐致液竭，故唇口干燥。此由热移胃肠，气血两燔，《素问·至真要大论》曰：“暴注下迫，皆属于热。”凡温邪下利，必利下暴迫，大便热而腹中热痛，利后反快，胃纳不

减，宜白虎加地黄汤治疗。3. 其在下焦，从腰以下热，齿黑咽干，宜百合地黄牡丹半夏茯苓汤。邪移下焦，责之肝肾。症见从腰以下热，齿黑咽干，齿为诸骨之所终，咽为人胃之通路，肾阴灼则从腰以下热，齿焦且黑；水源竭则咽燥而干，宜百合地黄牡丹半夏茯苓汤治之。

【方药】 梔子汤方

梔子十六枚（擘） 黄芩三两 半夏半斤 甘草二两

右四味，以水四升，先煮梔子取二升半，去滓，内三味煮取一升，去滓，分温再服。

【注译】以上4味药，用水4升，先煮梔子取2升半，滤去药渣，然后纳入另3味药，煮取1升，滤去药渣，分2次温服。

【方释】梔子汤由梔子、黄芩、半夏、甘草4味药物组成。方中梔子清心而利气，黄芩凉胆而入血，半夏降浊而通液，甘草和缓而下行，诸药相伍，窍通神清，则舌蹇神昏自愈。

【方药】 白虎加地黄汤方

即白虎汤加地黄六两

【注译】白虎加地黄汤，即白虎汤加地黄，煮服法同白虎汤，以水1斗，煮米熟汤成，滤去药渣，取3升，温服1升，每日服3次。

【方释】白虎加地黄汤由知母、石膏、甘草、粳米、地黄五味药物组成。方中石膏、知母双清肺胃，粳米、甘草扶中以养谷气，地黄滋液而清血热，血清气畅则脾复散津之权，水谷分行则病利自止。

【方药】 百合地黄牡丹半夏茯苓汤方

百合七枚（擘） 地黄汁一升 牡丹皮六两 半夏一升 茯苓四两

右五味，先以水洗百合渍一宿，当白沫出，去其水，别以水二升，煮取一升，去滓；别以泉水四升，煮三味取二升，去滓；内地黄汁与百合汁，更上火令沸，温服一升，日三服。

【注译】以上五味药物，先用水洗百合渍一宿，当白沫出，去掉其渍水，外用水2升，煮取1升，滤去药渣；另用泉水4升，煮取牡丹皮、半夏、茯苓3味药物，煮取2升，也滤去药渣；之后再纳入地黄汁1升，与百合汁1升，共4升药汁，放在火上，加热煮沸，温服1升，每日服3次。

【方释】百合地黄牡丹半夏茯苓汤由百合、地黄汁、牡丹皮、半夏、茯苓五味药物组成。方中百合益肺生津，地黄汁滋肾化液，牡丹皮入肝而凉血，茯苓利水而下行，半夏导胃浊，诸药合用，齿黑咽干可解。

结语：

医圣张仲景是中医人心中的神，是中华民族之圣人，南阳医圣祠是中医人的精神家园。白云阁藏本《伤寒杂病论》是现存南阳医圣祠融合《伤寒论》和《金匱要略》最全面的版本，她使我们更能接近张仲景《伤寒杂病论》的原貌，也更能全面系统地学习、传承张仲景学术思想。通过对“温病脉证并治”篇的详读，使我们很容易认识到张仲景对温病学发展的卓越的开山立宗之贡献，以及对现实的临床和学术指导意义。

其中不妥之处，敬请批评指正！（杨建宇, 李彦知, 刘东, 等. 白云阁藏本《伤寒杂病论》“温病脉证并治”篇精读[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(01):10-19.）

华佗《中藏经》导读

中医药典籍，系历代中医药学家智慧与经验之结晶，为中医药理论体系之支撑，乃中医临证实践之指南，亦乃中医药学继承创新之源泉。故凡业中医者，均视中医药典籍为行医之圭臬、诊疗之准绳。

为正本清源、续脉延命，20 世纪 80 年代初，国家中医管理局开展有史以来大规模之中医古籍整理研究，将《黄帝内经素问》、《灵枢经》、《难经》、《太素》、《甲乙经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《中藏经》、《脉经》、《诸病源候论》、《内经知要》列为十一项国家中医古籍整理研究重大项目，辨章学术，考镜源流。其中，《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》等，脍炙人口，代代相传，广为应用，而唯独《中藏经》因其作者与成书年代之谜而尘封一千六百余年。

此书实为璀璨之明珠，医家之宝典。

《中藏经》，旧题“汉·华佗撰”。凡三卷（另有一卷本、八卷本）。

上卷和中卷共有 49 论：第一篇至第十六篇，为理论概述部分，阐述中医基本理论。全面系统、提纲挈领、高度概括、条分缕析。以“人法于天地”开篇引领，分论天地、阴阳、生成、阳厥、阴厥、阴阳否格、寒热、虚实、上下不宁、脉色、生死、病有灾怪、水法、火法；第十七篇至第二十篇为大病概论，分论风证、积聚、癥瘕、杂虫、劳伤、传尸等。

第二十一篇至第三十二篇，为脏腑辨证纲要部分，为全书之核心，亦属最具创新价值之部分，全面、系统、明晰，创立“虚实寒热生死逆顺”脏腑辨证八纲。首先总论五脏六腑虚实寒热生死逆顺之法，然后分论肝、胆、心、小肠、脾、胃、肺、大肠、肾、膀胱、三焦虚实寒热生死逆顺之法。

第三十三篇至第四十七篇，为杂病辨治部分，分论痹证、中风、疔、痈疽、脚气、水肿、淋证、服饵得失、痞证等，并论失治、误治之治疗交错致死候。

第四十八篇至第四十九篇，为决生死部分，胪列几近失传之决死候法，包括杂病死候及察声色形证决死法。

下卷附“疗诸病药方六十八道”。多为后人增补之奇方稀药。

全书原文约 3 万字，乃一部文字古奥，行文简约，理论系统，内容丰富，方法独特，临床实用之中医典籍。

余疑为古代散佚之医经，经华佗弟子搜集整理又经后世道家与医家补充而形成之古代中医用于课徒之读本。

1 千古之谜：《中藏经》作者与成书年代考辨

《中藏经》，又名《华氏中藏经》，始载于宋·郑樵《通志·艺文略·医方（下）》。嗣后，《秘书省续编到四库阙书目》、《遂初堂书目》、《宋史·艺文志》均有著录。然而，自此书问世，真伪之争迄今未断，盖因其作者与成书年代之考证殊无定论，《中藏经》作者与成书年代遂成千古之谜。

持《中藏经》为伪书论者，主要论点与论据有五：

1.1 “伪书论”之一：史载华佗之书“火于狱”，华佗无书传世，故《中藏经》非华佗之书 陈寿《三国志·魏书·华佗传》：“佗临死，出书一卷与狱吏，曰：‘此可以活人’。吏畏法不受，佗亦不强，索火烧之”。由此历代认为华佗无书传世，故《中藏经》非华佗之书。业界亦流传“华佗有传无书、仲景有书无传”之论断。

[考辨]考诸史书，《魏书·方技传》、《隋书·经籍志》、《新唐书·艺文志》

等，均载有由华佗弟子吴普、樊阿、李当之等搜集、整理之华佗遗书，如《华佗方》十卷、《华佗观形察色并三部脉经》一卷等，“可见在隋唐之前即流行着多种与华佗有关的医书。故华佗原作虽毁于狱火，但有其弟子习其业，可以著书传于后世”。而且，“火于狱”之说，“可疑之处有二：其一，华佗狱中烧书一卷，但不能排除他在狱外仍有其它著述存在；其二，……华佗的一些著述及学术思想均可通过其弟子辑录下来”。

1.2 “伪书论”之二：目录书所载晚见于宋 由目录学角度审视，《中藏经》不见于六朝文献记载，亦不见于隋唐书目著录，而始见于宋·郑樵《通志·艺文略》，章太炎《论中藏经出于宋人》言：“隋经籍志华佗方十卷，吴普撰。梁有华佗内事五卷，并无中藏经名目”。故世人多疑为后世之人伪托华佗之名所作。

[考辨]“王叔和《脉经》、皇甫谧《针灸甲乙经》、巢元方《诸病源候论》、孙思邈《千金方》等许多晋唐医书中曾引用过华佗佚文，而这些佚文大多见于本书。另外，陈寿《三国志》记载的华佗论治疾病的一些思想方法也在本书得到体现，所以基本可以认定，华佗时确实有《中藏经》存世。”清·孙星衍认为此书为六朝人所撰，《四库未收书目提要》及《补后汉书文志考》皆确认“其书文义古奥，似六朝人手笔”，至宋代，署名华佗之《中藏经》已有多种传本。故亦可言之：“《中藏经》出现在宋代目录中，是宋代医家重视华佗佚文，保存华佗遗著精粹内容的结果，……它的出现是符合时代发展需要和文献流传规律的。古代任何一种目录书都没有、也不可能把当时的全国所有图书收罗殆尽，所收编的书目也只能在一定范围之内，不能以历代编修的目录学中著录的书名作为当时全国图书目录的定论，而排除了在此书目之外的同时期其它散在民间的大量图书的存在。汉以前的医学著作未被官纂的目录学所收编的为数不少。认识到这一点，我们对华氏《中藏经》在宋以前没有被目录书所载就不奇怪了”。

1.3 “伪书论”之三：邓处中序荒诞不经 邓处中序荒诞不经：一是“邓处中”其人名不见经传，而“应灵洞主探微真人少室山邓处中”之题署则道家形迹显见；二是邓处中自称为华佗外孙，而序中所言华佗“性贪不悯生灵”、“果为魏戮”等，绝非“外孙”之语；三是序中所称《中藏经》系华佗“因酒息于宜公山古洞前”而得“衣木皮，顶草冠”、显隐如神仙之二老人所授予石函之中，而自己则又因华佗托梦得书于石函之中；四是序末标示“甲寅秋九月序”，只以干支记年而不标明岁时（帝纪），有违古代记年格式。故历代学者疑此书为后世道家抄袭而托华佗之名而行世。

[考辨]“如果将序中一些荒诞言辞剔除，再结合当时的社会历史环境以及《三国志》、《后汉书》等对华佗其人其事的记载，将发现，该序文基本内容是可信的”；“如将这些‘神仙’当作民间隐士的话，这段话将不再荒诞而足以信服。因为汉末群雄并起，军阀混战，民不聊生，许多怀才不遇的学者为了躲避战乱而隐居田园是不足怪的。至于神话一些历史人物，这也不是邓处中首创，……这在先秦已经有许多例子，邓处中用这种文法神话《中藏经》传世经过，以表达对故亲的敬仰是可以理解的”；“至于邓序中只有干支而无帝纪，这可能与本人秉持的道家的处世观念有关，……道家思想强调避世修身、远离政治、轻视名利的社会观，所以他们往往厌世逆俗，不屑权贵政治，因而在纪年上只用干支而回避帝纪，也是合情合理”。

1.4 “伪书论”之四：书中所载官名、病名、药名等有出自汉后者 《中藏经》中出现之“上将军”自汉以后无此称谓，“水曹掾”之官制出自南北朝刘宋时期，而且将“水部”称为“水曹”乃唐朝人之习惯；“脚气”至隋·巢元方《诸病源

候论》中始正式列名，“痢”古称“肠澼”；乌头古代不称川乌，葇蓉子古代不称天仙子；龙脑、安息香、香附、苏木、丁香、地龙、谷精草等等药名，皆自唐本草始有记录。此外，“梦临深”实为“梦临渊”，为避唐高祖李渊之讳而将“渊”改为“深”等等。由此可见，《中藏经》成书于宋代，而非六朝之前。

[考辨]关于官名晚见于三国时期之疑，有学者认为“这种看法完全不符史实。

‘水曹掾’这个官制实际上是从西汉时期开始设置的，其主要职责是管理全国的水利建设。《三国志·魏书》就有‘相国参军徐绍、水曹掾孙彧，昔在寿春，并见虏获’这样明确的记载。”《中藏经》谓“肺为上将军”，心为君主之官，肺则为辅佐之臣，而古代之“上将军”乃指天子将兵，汉以后之“上将军”方为臣之官制，由此是否可证《中藏经》成书于唐宋？有学者认为：“《战国策·齐策四》就有‘梁王虚上位，以故相为上将军’之说，《史记·淮阴侯列传》有‘汉王授我上将军印，予我数万众，解衣衣我，推食食我’。显然，《战国策》在这里提到的上将军不是梁王本人，而汉朝有上将军一职也是不容争辩的。……《中藏经》原著应是汉代人的作品。”至于“临深”本应为“临渊”，皆因避唐高宗“李渊”之讳，此一观点，已有学者认为“同样缺乏足够的说服力”，因为“类似的提法在隋·巢元方《诸病源候论·虚劳诸候下》就有过，‘客于肾，则梦临深，没于水中’，显然，隋朝是不会避唐高宗李渊名讳的；其次，‘临深’一词在历史文献中很常见，如晋·葛洪《抱朴子·诰鲍》因晋鲍敬言《无君论》‘王者临深履尾，不足喻危’；《徐霞客游记》有‘盘越外柱，临深越险’之句，而这些似乎都和避唐高宗李渊名讳无关。”

《中藏经》卷下所附药方六十八道，历代医家均疑多为后人所增补，“据孙光荣先生考，孙星衍校本《中藏经》共载药 162 味，《本经》中不载者 107 味，《本经》中已载而又被后世更名者 70 味，合计晚出药名者占 66.4%，其余 13.6% 中尚有水茸角等无考之药名。如果卷三药方多为华佗之遗著，那书中所列药物应多在东汉前发现，可是卷三所列处方几乎每方都有唐宋本草才开始记载的药物。由此可知，《中藏经》卷三 68 方中，确有一些药方为后人所增改。但如果据此而称该书为伪书，则难免以偏概全。”所以，学界大多公认《中藏经》所载药方“为后人修订流行，辗转传抄，不免杂以后世药名”。

1.5 “伪书论”之五：书中所论与《内经》、《脉经》等相类似，亦有所论相反者 尚启东先生等认为《中藏经》的理论部分大多抄袭《内经》、《脉经》等而成，而且“在抄袭时妄加增删，致令该书纰缪百出，不值一读。”原文某些观点与论断与目前流传之中医药经典所论相反，如《黄帝内经》谓“春夏养阳，秋冬养阴，以从其根”，而《中藏经》引《金匱》则言“秋首养阳，春首养阴，阳勿外闭，阴勿外侵”。

[考辨]首先，有学者认为“仲景能读之书，华佗亦能读矣。故前人评价：‘仓公以诊胜，仲景氏以方胜，华佗氏以针灸杂法胜，皆不离于内经而师承各别’。”而从内容考辨，该书不仅继承发挥《黄帝内经》、《灵枢经》等经典精微，而且汲取、保存当时所能见到之许多优秀古医经之精华。“据《汉书·艺文志》所载，当时有医经七家，现在存世者仅《黄帝内经》一家而已，其余诸家著作已无从考证。《中藏经》中所引《金匱》、《金匱至真要》、《金匱大要》，极有可能是另有所出或今本脱佚的内容，宽保本曾有眉批云：‘盖上古内经有之，而今脱乎？’”。正因如此，《中藏经》所保存而传承之古医经思想内容与现存之中医药典籍不尽相同，此则反佐《中藏经》另有所自，且弥足珍贵，“如《黄帝内经》谓‘春夏养阳，秋冬养阴，以从其根’，在《中藏经》所引古医经《金匱》中言

‘秋首养阳，春首养阴，阳勿外闭，阴勿外侵’，这些观点的差异正反映了中医流派的争鸣，这些引文都是极为宝贵的古医经文献，对于丰富中医理论和考证医学源流都有重要的意义”。

此项析疑，较为公允之论述是：“《中藏经》所论有与《内经》、《脉经》、《千金》相类似之言者，约占三分之一，若据此则断言全由后人抄袭而成，窃以为有失公允。盖上古医经至唐代王冰整理《素问》时尚可见到《金匱》、《大要》等遗篇，张仲景、王叔和、孙思邈之著述亦均有撰用，与仲景同时代的华佗亦自可阅及，惟各自所见之抄本有别，或给采撷之内容及各自熔铸之方法不同而已矣。举如张仲景撰用之‘并平脉辨证’而创六经辨证大法，以成《伤寒杂病论》；王叔和撰用之则‘类例相从’，以成《脉经》；孙思邈撰用之则‘删裁繁重’，以成《千金》。华佗，当亦可撰用之，创脏腑辨证之体系，以成《中藏经》，乃以脏腑脉证为中心，将上古医经及《内》、《难》中杂于诸篇之生理、病理之内容，系统归纳，熔铸已见，使脏腑辨证理论得以初步系统化、条理化，而终于奠定中医学脏腑辨证之基石”。

关于《中藏经》辨伪问题，清·周学海愤然云：“夫古医经之传于世者，尚有几卷？而好生异议，以矜博洽者，必欲旁称曲引，反复以斥其伪，是将古籍湮灭，至无一存而后快也，吾不知其所用意矣！”

综上所述，关于《中藏经》作者及成书年代的探讨可得出初步结论如下：《中藏经》之作者不是华佗，而且非一时一人之作，但与华佗有密切关系：①是古代散佚之医经，经华佗觅获并经由华佗弟子搜集整理传世，又经由后世道家与医家增删而成古代中医课徒之书；②部分保留华佗学术经验之遗意；③附方部分大多为后人所增补。

2 千古之疑：《中藏经》版本源流考释

《中藏经》因为邓序之荒诞不经，由于托名华佗之嫌，致使该书失源而流散，而致《中藏经》版本源流亦成千古之疑。

邓序曰：“二老（衣木皮、顶草冠者）笑指东洞云：石床上有一书函，子（指华佗）自取之，速出吾居，勿示流俗，宜秘密之。先生（华佗）时得书，回首已不见老人”。此即指《中藏经》之祖本，为华佗所得，但无可稽考。据《四库全书目录提要》及前人、近人之初步考究，可从以下两方面予以探讨。

2.1 按流传时序探讨

2.1.1 《中藏经》抄本之流传，在宋代以前已无可考。

2.1.2 在宋代之流传 仓司本、陆本（陆从老家藏本）→南宋楼钥校本（校者南宋翰林学士楼钥，自号“攻媿主人”，明州鄞县<今属浙江>人），为三卷本，包括四十九论六十余方→王刊本（蕲春王成父刊印）。

2.1.3 在元代之流传 主要是赵本（赵孟頫手抄本。赵孟頫字子昂，号松雪道人，吴兴<浙江湖州>人。）有二卷本、三卷本两种。“据今马继兴先生考证，赵氏写本原件已知一种现存台北故宫博物院；另一种下落不明。此外，尚有此本影写本两种，一部藏上海图书馆，缺卷上第 1~9 篇和卷中（注：孙光荣获见此本），一部藏辽宁省图书馆（《经典医籍版本考》）。据笔者（注：王虹崢）知，另有一部赵氏写本的影写本，保存于阮元《宛委别藏》丛书中，现藏于北京图书馆。”

2.1.4 在明代之流传 主要是吴本（明代医学家吴勉学校刊本，八卷本，共四十九论一百三十余方，收入《古今医统正脉全书》，藏中国中医科学院图书馆）。

2.1.5 在清代之流传 主要是孙本（孙星衍校刊本。孙星衍，清代文字学家，字伯渊，一字季逯，号渊如，阳湖<今江苏常州>人。三卷本，以赵孟頫两种手写

本为底本，并以明代吴勉学刊本校勘而成。嘉庆十三年（1808 年）收入平津馆丛书；其次，是瓚本（周锡瓚校刻本。周锡瓚，清代藏书家，字仲涟，号香岩，又号漪塘。别号香岩居士，吴县（今江苏苏州）人。一卷本，内容同三卷本，后又析为二卷本，卷首有邓处中序，均已佚）；还有周本（周学海尊孙本校刊而成，收入《周氏医学丛书》。周学海，字澄之，号健之，今安徽东至县人。），其他还有吴本之多种复刊本、批校本、精抄本等。

2.1.6 在清代以后之流传 《中藏经》版本日渐增多，大多为三卷本、八卷本。

“据马继兴氏考：《中藏经》现存最早者为赵孟頫写本。通行本为吴勉学《医统正脉》系统的八卷本和孙星衍刊本系统的三卷本，其次为二卷本，系自三卷本衍化而出（《经典医籍版本考》）。现存《中藏经》版本大约有 20 余种（见《中国图书联合目录》1961 年 9 月版），基本皆出自三类刊本系统。……孙氏审慎阙疑，合赵文敏两手抄本，又校勘吴氏明本，因此校改精当。日人丹波元胤评介说：‘孙说可谓详确矣’（《中国医籍考》）。据此而论，孙氏三卷本应在八卷本之上。”直至 1990 年 8 月，蒙尘 1000 余载的《中藏经》始有国家定本——《中藏经校注》、《中藏经语译》（李聪甫主编，刘祖贻协编，孙光荣执笔；凌耀星、沈炎南、钱超尘审定）。

2.2 按版本系统探讨 《中藏经》最早传本乃南宋楼钥校本，而楼钥校本又以闽中仓司本参校陆从老家藏本而成。此后传本中有一卷本、二卷本、三卷本、八卷本。虽分卷有别，内容亦有增删，但全书篇次则一致。流传至今之古本，当首推元·赵孟頫手写本。因此，从版本系统探讨，可以分为以下 3 大系统。

2.2.1 宋本直传系统 由宋本直接相传而来，又可分为 4 个支系：①赵孟頫手写本：楼钥校本早已失传。元初，有赵孟頫两种手写本传世（详前所述），1984 年孙光荣在第一批古籍整理研究重大课题实施中辗转获得其中一种赵孟頫手写本影印本，为《中藏经校注》奠定了基础。②《古今医统正脉全书》本：《古今医统正脉全书》本，明·吴勉学校刻（鲍士奇通校），为八卷本，其中又有载于《续中国医学书目》之万历版和载于《中国医学书目》民国版之八卷一册，载于《续中国医学书目》之万历版八卷二册，载于《续中国医学书目》之明版八卷三册，载于《中国医学书目》之日本宽保二年刊本八卷五册，均有邓序。嗣后，本系统还有上海书局刊本、徐舜山刊本、冯烘记刊本、文瑞楼石印本、千顷堂石印本、蜚英书局石印本等。1984 年孙光荣在第一批古籍整理研究重大课题实施中辗转获得道光十四年永德堂何尤瑛据《医统正脉全书》本之手抄本。③明·江澄中刊本：此刊本载于《孙氏书目·内篇》卷二及《四库书目·邵注》卷十，为三卷本，已佚。④清·周锡瓚重订本：此刊本有载于《韦修堂藏书目录》之二卷二册、载于《宝素堂藏书目录》之三卷一册。1984 年孙光荣在第一批古籍整理研究重大课题实施中获得一朱批之八卷本，扉页题曰“周锡瓚以朱笔校之”。周锡瓚本源于楼钥校本，属于宋本直传系统。

2.2.2 赵本辑合系统 清·孙星衍将两种赵孟頫手写本辑合而成三卷本。《华氏中藏经·孙序》：“前后两本校勘，明本每篇脱落舛误，凡有数百字，其方药名件次序分量，俱经后人改易，或有删去其方者，今以赵两写本为定”。此本收入《平津馆丛书》，后有阳湖孙氏刊本、朱氏翻刻平津馆丛书本、商务印书馆及人民卫生出版社据平津馆丛书印行之单行本，均为三卷本。

2.2.3 赵本发展系统 清·周学海校本，附《内照法》。周学海序云：“又有内照法一卷，云出自华氏，此必有所据，《脉经》曾引用之，但不言出自佗耳。今于前三卷悉遵孙本，其间字句错落，为检《内经》、《难经》，略加补注于各篇之

末，其高宗、孝宗庙讳字样，悉改用本字，以从其实；坊本方三卷，题为附方，并内照法附刻于后，以别于孙本焉”。显见周本由赵本发展而来，亦即赵本辑合之后加坊本、内照法而成。此本收入《周氏医学丛书》，有光绪辛卯自刊竹纸本、《中国医学大成》复刊本、商务印书馆排印本等。

《中藏经校注》得出如下结论：“其祖本可能为华佗所撰，至少可认为存有华佗遗作片段；其书经后人整理、增附，且非出自一时一人之手。今之传本所据者，大约成书于六朝时期，始传于世之际，即北宋末、南宋初，又再次有所增附，遂成是书。”

综上所述，《中藏经》之祖本（手写本）已不可考，目前能见到之最早版本为赵孟頫手写本，此后有多种校本，而以辑合两种赵写本校勘而成之孙本较能贴近原貌。其他增删附方及内照法之诸多版本乃据不同版本发展而成，离原著更远。然而，此亦反映《中藏经》历经多时代、多人、多次整理编次之真实情况，表明：①《中藏经》在汉以前确有祖本；②历代学者重视《中藏经》，医家、道家为其作者、成书年代、版本所进行之考证，可谓前赴后继，代不乏人，足证《中藏经》影响深远；③此书真伪杂糅，掺入后人附加之方药与内照法等内容。

3 千古之秘：《中藏经》原文解读示例

《中藏经》架构严谨，行文简洁，文字古奥，蕴意深厚。原文乃意涵深刻之千古之秘。要读懂、读通、读透原文绝非易事，试以第一篇为例解读之。

[原文]《人法于天地第一》：

人者，上稟天，下委地，陽以輔之，陰以佐之。天地順則人氣泰，天地逆則人氣否。

是以天地有四時五行，寒暄動靜。其變也，喜為雨，怒為風，結為霜，張為虹，此天地之常也。人有四肢五臟，呼吸寤寐。精氣流散，行為榮，張為氣，發為聲，此人之常也。陽施于行，陰慎於精，天地之同也。失其守，則蒸而熱發，否而寒生，結作癭瘤，陷作癰疽，盛而為喘，減而為枯，彰於面部，見與形體。天地通塞，一如此矣。故五緯盈虛，星辰差忒，日月交蝕，彗孛飛走，乃天地之災怪也；寒暄不時，則天地之蒸否也；土起石立，則天地之癰疽也；暴風聚雨，則天地之喘乏也；江河耗竭，則天地之枯焦也。鑒者決之以藥，濟之以針，化之以道，佐之以事。故形體有可救之病，天地有可去之災。

人之危厄生死，稟於天地。陰之病也，來亦緩而去亦緩；陽之病也，來亦速而去亦速。陽生於熱，熱而舒緩；陰生於寒，寒而拳急。寒邪中於下，熱邪中於上，飲食之邪中於中。人之動止，本乎天地。知人者有驗於天，知天者必有驗於人。天合於人，人法於天。見天地逆從，則知人盛衰。人有百病，病有百候，候有百變，皆天地逆從而生。苟能窮乎此，如其神耳！

[解读]原拟分为注音、注释（“除障”）、语译、解析、归纳五步进行，限于篇幅，就改为语译、释讲两步以解读之。

3.1 语译：《人法于天地第一》 人，上则稟受于天，下则连属于地。天的阳气来辅助人，地的阴气来滋养人。天地之气调顺，人的气机就调适安和；天地之气逆乱，人的气机就闭塞紊乱。

因此，天地有四时五行，有冷暖动静。它们在变化着，天地之气和悦则表现为雨，天地之气激愤则表现为风，天地之气凝结则表现为霜，天地之气开合则表现为虹，这些都是天地之气的正常变化；人有四肢五脏，呼吸醒卧。精气在流动散布，精气的运行表现为色泽，精气的开合表现为呼吸，精气的扬举表现为声音，这些都是人身精气的正常变化。

阳气施用在“形”，阴气成合在“精”，这是天地的共同规律。违背这种正常的规律，就会暑气上蒸而热病发生，阴气闭塞而寒病发生，气血郁结而成癰瘤，热气入陷而成痈疽，肺气壅塞而成喘病，肌肉削减而成痿证。这些病征显露在颜面，反映在形体。天地之气的通调与闭塞，全像这一样啊！所以，五星的盈满亏虚，星辰的运行差异，日蚀月蚀的交替发生，彗星的飞跃奔逝，就是天地的灾异变故；寒冷温暖不依时节，就是天地的蒸发或闭塞；土壤凸起怪石兀立，就是天地的肿块和痈疽；暴风聚雨，就是天地的喘息；江河干涸，就是天地的焦萎。明察自然变化规律的人，对于疾病就会用药物调平阴阳之气，用针刺增进疏导之力；对于灾变就会按阴阳调节之道来化解自然的变异，用符合自然变化规律的办法帮助民众适应天地的灾变。所以，形体有疾病可以拯救，天地有灾变可以消除。

人的灾变生死，禀受于天地。阴邪所致的病，来得缓慢，痊愈也缓慢；阳邪所致的病，来得迅速，痊愈也迅速。阳病生于热邪，热邪就使人体松乏弛缓；阴病生于寒邪，寒邪就使人体挛曲拘急。寒邪伤害人体的下部，热邪伤害人体的上部，饮食之邪伤害人体的中部。人的动静，根源在于天地的变化。所以，认识了人体的变化的人，会验证天地的变化；认识了天地变化的人，必定会验证人体的变化。天地的变化影响于人体的变化，人体的变化符合天地的变化。明晓天地变化的顺和逆，就能测知人体的盛和衰。人体有千百种疾病，疾病有千百种证候，证候有千百种变化，这都是天地阴阳的顺与逆所产生的。如果能彻底探明这些奥义，那就如同神圣了！

3.2 释讲 本篇是《中藏经》第一篇，开宗明义地提出概论：“人者，上禀天，下委地，阳以辅之，阴以佐之。天地顺则人气泰，天地逆则人气否”。这仅仅30个字之导论又分为三个层次：①“人，上则秉受于天、下则连属于地”。天→人←地，人与天地相应；②“天的阳气辅助人，地的阴气滋养人”。阳→人←阴，人与天地阴阳之气相应；③“天地之气调顺，人的气机就调适安和；天地之气逆乱，人的气机就闭塞紊乱”。天顺→人顺←地顺；天气逆乱→人气逆乱←地气逆乱。人与天地之气顺逆相应。

“人与天地相应”思想，自《内经》始即已引进医学领域。《素问·宝命全形论》曰“人以天地之气生，四时之法成”。因而，《素问·四气调神大论》确认：“阴阳四时者，万物之终始也，生死之本也，逆之则灾害生，从之则苛疾不起，是谓得道”。嗣后，历代医家均从整体观念出发，无论养生与治病，都强调人必须顺应自然。所以，“人与天地相应”是中医理论之主导思想和立论根基。然而，纵观历代医籍，惟《中藏经》第一句话就这一主导思想言之最全面、最透彻，如此简单30个字即挈起全书之总纲，引领、统帅全书诸论，理法方药一一据此展开。

本篇在导论之后，进而采用取类比象、逻辑推理、归纳总结之方法阐释“人与天地相应”思想：

取类比象：①既然“人者，上禀天，下委地”，则天地之常，可类比人体之常：a 天地之常态：“四时五行，寒暄动静”；人体之常态：“四肢五脏，呼吸寤寐”。b 天地之常行：“喜为雨，怒为风，结为霜，张为虹”；人体之常行：“精气流散，行为荣，张为气，发为声”。c 天地之常规：“阳施于行，阴慎于精”；人体之常规：“阳施于行，阴慎于精”。②既然“人者，上禀天，下委地，阳以辅之，阴以佐之，天地顺则人气泰，天地逆则人气否”，则天地阴阳变化之通塞，可类比人体阴阳变化之顺逆：①天地阴阳变化之顺逆：“五纬盈虚，星辰差忒，日月交蚀，彗孛飞走（天地之灾怪）。寒暄不时（天地之蒸否），土起石

立（天地之痈疽），暴风聚雨（天地之喘乏），江河耗竭（天地之枯焦）”。②人体阴阳变化之顺逆：“蒸而热发，否而寒生，结作癭瘤，陷作痈疽，盛而为喘，减而为枯，彰于面部，见与形体”。③消除天地灾怪：“化之以道，佐之以事。天地有可去之灾”；祛除人体疾病：“决之以药，济之以针。形体有可救之病”。

逻辑推理：①因为“人者，上禀天，下委地，阳以辅之，阴以佐之，天地顺则人气泰，天地逆则人气否”，所以“人之动止，本乎天地”；“人之危厄生死，禀于天地”。②因为“阳以辅之，阴以佐之”，而“阳施于行，阴慎于精，天地之同也”，所以“阴之病也，来亦缓而去亦缓；阳之病也，来亦速而去亦速。阳生于热，热而舒缓；阴生于寒，寒而拳急。寒邪中于下，热邪中于上，饮食之邪中于中”。

总结归纳：①“知人者有验于天，知天者必有验于人。天合于人，人法于天。见天地逆从，则知人盛衰”。②“人有百病，病有百候，候有百变，皆天地逆从而生。苟能穷乎此，如其神耳！”由此可见，本篇以人法于天地为主旨，系统论述如下三点：

第一，由于人禀天、委地，则人之危厄生死禀于天地、人之动止本乎天地，故人必须顺应自然变化。

第二，由于百病、百候、百变皆天地逆从而生，故养生治病均必须认识和掌握自然变化之规律。

综上所述，若要读懂、读透《中藏经》，需要掌握三个方法：①用文字学之方法逐字逐句扫清阅读障碍，基本做到能直译全文，并明晰每个自然段之意涵；②用据文析理之方法，解析原文取类比象、逻辑推理、总结归纳等内容；③用联系贯通、比较分析之方法，结合临床实际提炼全文要旨，用以指导临床。此三法亦适用研读其他中医药经典著作，而对真伪杂糅、文字古奥的《中藏经》则尤为适用。

4 千古之密：《中藏经》学术思想考析

《中藏经》既是真伪杂糅之书，为何历代学者相继重视而孜孜不倦以求之？究其底蕴，“完全同意孙光荣研究员执笔的《中藏经校注后记》中的说法：‘医籍传世与否，自当首重学术价值。若学伪术伪，则虽非伪托亦终不传，若学真术真，则虽伪托亦终不可不传。《中藏经》因伪托华佗之名蒙尘千载而终传于世者，盖其学术思想渊源于《内》、《难》，而又以脉证形气决生死，以脏腑辨证为中心独树一帜，实乃自《内》、《难》以降，理法方药俱备之最完整之医经’”。

正因如此，历代学者在考究《中藏经》真伪杂糅之时，亦高度肯定其学术之真。举如：楼钥在《攻媿文集》的《中藏经》跋文中云：“虽不敢以为真元化之书，若行于世，使医者得以习读之，所济多矣”。冯梦祯在《快雪堂集》之《中藏经》跋文中云：“此三卷二万余言，为秘论名方，是活人寿世而希传者耶”；日人三宅玄甫曰：“宜与《难经》并行也，实《内经》之羽翼，《本草》之舟楫也。司命之家，其一日可缺乎？”；周学海更在《新刊中藏经》序中大声疾呼：“三代以后，医学之盛莫如汉。前有阳庆、淳于意，后有仲景、元化，盖四百余年得四医圣焉。阳庆、淳于意无遗书，仲景方论到两晋已散佚，叔和搜辑成编，绵绵延延，至于今日，若在若亡，独华氏书晚出而最完。顾或以晚出伪之。观其书，多详脉证，莫非《内经》之精义要旨，而又时时补其未备，不但文章手笔非后人所能托，其论脉论证，至确至显，繁而不泛，简而不略，是熟于轩岐诸书而洞见阴阳血气升降虚实之微者，非知之真，孰能言之凿凿如此？”

诚然，《中藏经》以脏腑脉证为中心，广搜而精选《内经》、《难经》以及

上古医籍之中论阴阳、析寒热、分虚实、辨脏腑、言脉证之理，揆诸大旨而融会贯通，条分缕析且发挥蕴奥，最早形成以脉证为中心之脏腑辨证学说，奠定脏腑辨证理论之基础，为中医明经正道，厥功甚伟。所蕴含之学术思想确实全面、完整、系统、精辟，可谓上继古典，下启新派，是为千古之密。

《中藏经》学术思想包括：①指导思想为“天人相应”，提出“阴阳否格、上下不宁”病机学说；②诊断思想为重“形证脉气”，创立“寒热虚实生死逆顺”脏腑辨证八纲；③治疗思想为“从顺其宜”，倡导“调平阴阳、水火相济”之大法；④学术观点为“贵阳贱阴”，启迪扶阳温补之医学流派。

4.1 基于“天人相应”之指导思想，总结“阴阳否格”、“上下不宁”之病机学说 《中藏经》以“人与天地相应”为指导思想，明确指出“人者，上禀天，下委地，阳以辅之，阴以佐之”；“人之动止，本乎天地”；“天合于人，人法于天”；“人之百病、病之百候、候之百变，皆天地阴阳逆从而生”。

然则，阴阳逆从何以病？《阴阳大要调神论第二》曰：“阴阳平，则天地和而人气宁；阴阳逆，则天地否而人气厥”。此则本于《素问·生气通天论》“阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝”之旨。而阴阳者，气血也，上下也，虚实也。故《中藏经》以《阴阳否格论第六》、《寒热论第七》、《虚实论第八》、《上下不宁论第九》、《脉要论第十》诸篇论述病机。

“阴阳否格”者，谓气机不从顺也。《素问·六微旨大论》曰：“非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入无器不有”，而“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危”。而气有阴阳之分，阴阳有否顺之机。阴阳否格，则诸病乃生。何谓“否格”？《中藏经》认为“否格者，谓阴阳不相从也”。“阳气上而不下曰否，阴气下而不上亦曰否；阳气下而不上曰格，阴气上而不下亦曰格”。如何结合临床辨识“否格”之病机？《中藏经》曰：“阳奔于上则燔脾肺，生其疸也，其色黄赤，皆起于阳极也。阴走于下则冰肾肝。生其厥也，其色青黑，皆发于阴极也。疸为黄疸也，厥为寒厥也，由阴阳否格不通而生焉”。如何治疗“否格”之证呢？《中藏经》曰：“阳燔则治以水，阴厥则助以火，乃阴阳相济之道耳”。由此可以初窥《中藏经》病机学说与治疗思想，而从“阴阳否格”入手论述病机，可谓提纲挈领。

“寒热”者，病机也。《中藏经·寒热论第七》曰：“阳不足则先寒后热；阴不足则先热后寒。又上盛则发热；下盛则发寒”。总括之，则曰“阴阳相胜”。

“虚实”者，病性也。《中藏经》就“病有脏虚脏实、腑虚腑实，上虚上实、下虚下实”总论而又分论之，本于《内》、《难》而全于《内》、《难》，论寒热虚实，可谓要而不略。

“上下”者，病位也。脏腑之位有上下之序，五行制化有母子之系。而母子者，亦上下也。故一脏受病而累及他脏之病机，《中藏经》以“上下不宁”喻之。如“脾上有心之母，下有肺之子。心者，血也，属阴；肺者，气也，属阳。脾病则上母不宁，母不宁则为阴不足也，阴不足则发热。又脾病则下子不宁，子不宁则为阳不足也，阳不足则发寒。脾病则血气俱不宁，血气不宁则寒热往来，无有休息。故脾如疟也”。若此，则脏腑受病之转移变化，五行生克之制化机变，均涵泳于上下不宁论中矣。《中藏经》论病位及其变移之意义，可谓发前人之所未发。

气血者，阴阳也，亦病机之所本也。《中藏经·脉要论第十》曰：“脉者，乃气血之先也。气血盛则脉盛，气血衰则脉衰，气血热则脉数，气血寒则脉迟，气血微则脉弱，气血平则脉缓”。故以脉象察病机，为《中藏经》之一大特色。

4.2 据以“形证脉气”确立诊断思想，创立“寒热虚实生死逆顺”脏腑辨证八纲中医学之辨证方法众多，而以“阴阳、寒热、表里、虚实”为公认之“八纲”。而究其源起，八纲辨证是孕育于《内经》，滥觞于仲景。方隅《医林绳墨》云：“仲景治伤寒，着三百九十七法，一百三十三方……然究其大要，无出乎表里虚实阴阳寒热，八者而已”。直至明代张景岳《景岳全书·传忠录》，以阴阳二纲统表里寒热虚实“六变”，方使八纲成为统一之辨证纲领，且以“阴阳”为其总纲，推演于各种辨证方法，相沿运用至今。

世所鲜知者，《中藏经》源于《内》、《难》而异流，以形证脉气为依据确立诊断思想，创立“脏腑辨证八纲”，曰“虚实寒热生死逆顺”，辨病机定性为寒、热、虚、实，辨病势预后为生、死、逆、顺，开脏腑辨证之先河。“《内经》、《难经》、《伤寒杂病论》已经具有脏腑辨证的萌芽，但真正使之系统化，应当说肇始于《华氏中藏经》”。

《中藏经》指出：“夫人有五脏六腑，虚、实、寒、热、生、死、逆、顺，皆见于形证脉气，若非诊察，无由识也”。其脏腑辨证八纲之学术思想十分明确，独具特色。兹列述如次：①指导思想——天人相应。认为“天合于人，人法于天”；百病、百候、百变，“皆天地阴阳逆从而生”。②生理观点——脏腑中心、阴阳平衡。认为“天地有阴阳五行，人有血脉五脏；阴阳平，则天地和而人气宁；阴阳逆，则天地否而人气厥”。③病机观点——阴阳否格、上下不宁。认为“否格者，谓阴阳不相从也”，而“寒热乃阴阳相胜，脏腑有虚实之变”。④辨证要旨——判定顺逆、决断生死。认为“生死致理，阴阳中明；从逆之兆，亦在乎审明”。⑤辨证依据——形、证、脉、气。⑥辨证方法——脏腑辨证。⑦辨证纲领——虚、实、寒、热、生、死、逆、顺。

核之原文，自第二十二论至第三十二论，均以形、证、脉、气为依据，以虚、实、寒、热、生、死、逆、顺为纲领进行脏腑辨证。例如：《论肝脏虚实寒热生死逆顺之法第二十二》依次论述：①肝之生理，即与胆为表里，其经为足厥阴少阳，旺于春，嫩而软、虚而宽为正常之肝气，弦为肝之正常脉象；②平脉、病脉；③以脉象而分虚实和太过、不及；④太过、不及诸证；⑤肝病之脉、证、形、气，以此而辨虚实寒热，依次辨识肝实、肝虚、肝积、肝寒、肝热、肝冷诸候，并决生死逆顺。

《中藏经》，是以形证脉气为中心辨识脏腑病证最早之著作。纵览医籍，凡虚实寒热之辨者，汗牛充栋；而决生死逆顺者，凤毛麟角。《中藏经》则将决生死逆顺列为辨证之纲，明断其病证“不治”、“死”、“几日死”、“十死不治”，或断“可治”、“不妨”、“不治自愈”，辞确言明。

4.3 主以“从顺其宜”之治疗思想，倡导调平阴阳、水火相济之大法 中医之治法千变万化，但其总则不外《内经》所言正治、反治、扶正祛邪、补偏救弊、因人因时因地制宜，察其阴阳所在而调之，以平为期。而《中藏经》所论治法，既遵从《内经》之旨，又有所创造发挥：调平阴阳、水火相济。《中藏经·水法有六论第十五》曰：“病起于六腑者，阳之系也”；《中藏经·火法有五论第十六》曰“病起于五脏者，皆阴之属也”。由此可见，《中藏经》之诊法固以脏腑辨证为准绳，《中藏经》之治法亦以脏腑阴阳为依归。

然则，如何救治脏腑诸病证？《中藏经·阴阳大要调神论第二》提出治疗总则：“阴阳相应，方乃和平。阴不足则济之以水母，阳不足则助之以火精”。确立“调平阴阳、水火相济”之大法。

所以，“水法”云：“喜其通者，因以通之；喜其塞者，因以塞之；喜其水

者，以水济之；喜其冰者，以冰助之”。

“火法”亦云：“喜其汗者汗之，喜其汤者汤之”。

《中藏经·五脏六腑虚实寒热生死逆顺之法第二十一》继之曰：“虚则补之，实则泻之，寒则温之，热则凉之，不虚不实，以经调之。此乃良医之大法也”。

《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》更推而广之，分论“有宜汤者，有宜丸者，有宜散者，有宜下者，有宜吐者，有宜汗者，有宜灸者，有宜针者，有宜补者，有宜按摩者，有宜导引者，有宜蒸熨者，有宜暖洗者，有宜悦愉者，有宜和缓者，有宜水者，有宜火者。种种治法，岂能一也！”

或曰：如此种种治法，皆“正治”之法，何以《中藏经》未详“反治”之法？盖《中藏经》既以“虚实寒热生死逆顺”为脏腑辨证之八纲，则“反治”之法则施于真寒假热、真热假寒、真虚假实、真实假虚之证候，已寓于“不宜”之中矣。故《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》详明“可汗而不汗，合吐而不吐，当灸而不灸，当针而不针，宜导引而不导引，宜按摩而不按摩，宜蒸熨而不蒸熨，宜暖洗而不暖洗以及不当下而下，不当汗而汗，不当吐而吐，不当灸而灸，不当针而针，不当导引而导引，不当按摩而按摩，不当蒸熨而蒸熨，不当暖洗而暖洗，不当悦愉而悦愉，不当和缓而和缓”等误治之弊。又以脉证为据戒之勿汗、勿下、勿吐、勿针、勿灸、勿导引、勿按摩、勿蒸熨、勿暖洗、勿悦愉、勿和缓之诸病候，曰“顺此者生，逆此者死耳”。全面系统，正反详明。

《中藏经》治疗大法“水法”、“火法”之主导思想为何？《中藏经·水法有六论第十五》曰：“病者之乐慎勿违背，亦不可强抑之也。如此从顺，则十生其十，百生其百，疾无不愈矣”。《中藏经·火法有六论第十六》亦曰：“温热汤火，亦在其宜，慎勿强之。如是则万全万当”。《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》归结之曰：“大凡治疗，要合其宜”。故《中藏经》之治疗思想是“从顺其宜”。

根据“从顺其宜”之治疗思想而确立“调平阴阳、水火相济”之大法。此乃因“水火者，阴阳之征兆”也，故《中藏经》以“水法”、“火法”统万法，并明确指出：“水火之法，真阴阳也。治救之道，当详明矣”。

4.4 宗以贵阳贱阴之学术观点，启迪扶阳温补之医学流派 《中藏经》对于《内经》阴阳学说不仅有归纳、有继承，而且有创新、有发展。其“贵阳贱阴”之学术思想，即为又一特色，实有启迪后世扶阳温补学派之功。“贵阳贱阴”思想由来久矣！自《周易》始，即以天地类比而定阴阳贵贱之位。《繫辭上》曰：“天地尊卑，乾坤定矣，卑高以陈，贵贱位矣”。此种观点与老子坤柔守静观点同时渗入《内经》，后世医家发挥则各有侧重：主阴者，以“水善火恶，泻心火溢肾水”为宗旨，成河间、丹溪一派；主阳者，以“阳生阴杀，温补脾肾”为圭臬，成元素、东垣一派。《中藏经》则推崇“贵阳贱阴”思想，《阴阳大要调神论第二》集中论述，曰：“天者阳之宗，地者阴之属；阳者生之本，阴者死之基”。故“得其阳者生，得其阴者死；阳中之阳为高真，阴中之阴为幽鬼。故钟于阳者长，钟于阴者短”；“顺阴者多消灭，顺阳者多长生。逢斯妙趣，无所不灵”。因之，强调“阴常宜损，阳常宜盈”。

然而，既云“阴阳相应，方乃和平”，又何以言“得阳者生，得阴者死”？为何“阴常宜损，阳常宜盈”？《素问·生气通天论》曰：“凡阴阳之要，阳密乃固”。气者生之本，气者，阳也。证之于临床，气绝者，必亡阳；救逆者，必回阳，故曰“盖阳为生之本，阴乃死之基”，遂有“分阴未尽则不仙，分阳未尽则不死”之说。由是可知，“得阳者生，得阴者死”，因之“阴常宜损，阳常宜

盈”，此乃顾惜真阳以作为养生救逆之基本法则。且揆诸阴阳之大要，则先天因气以化形而阳生阴，后天因形以化气而阴生阳，无论先天后天，惟真阳之火，乃生命之根本。

自《中藏经》弘扬“贵阳贱阴”思想之后，继之者代不乏人。张元素“以扶护元气为主，谓类王道”（杜思敬《济生拔萃》）；李东垣提出“阳主生，故寿；阴主杀，故夭”（《脾胃论·阴阳寿夭论》）；薛立斋私淑易水而重温补，故特加意于“火”之一字；张介宾则对“阳贵阴贱、阳先阴后”思想发挥之，《景岳全书》谓“凡通体之温者，阳气也；一生之活者，阳气也；五官五藏之神明不测者，阳气也。得阳则生，失阳则死；阳惟畏其衰，阴惟畏其盛”。可见《中藏经》“贵阳贱阴”思想对后世扶阳温补之医学流派启迪甚巨而又影响深远。

综上所述，《中藏经》以“阴阳”统领寒热、上下、虚实、气血，而创立百病之病机学说为“阴阳否格”、“上下不宁”。源出《内》、《难》而所论更全面、简洁、扼要，其指导思想则基于“天人相应”。

《中藏经》以形证脉气为依据，创立“虚实寒热生死逆顺”脏腑辨证八纲。揆诸大要是：①《中藏经》脏腑辨证八纲与通用之辨证八纲有同有异，均本于阴阳，辨其寒热虚实，是其同；《中藏经》因肝与胆、心与小肠、脾与胃、肺与大肠、肾与膀胱之间已是脏腑表里之关系，逐一论之，并单论三焦，故未列表里，通用之辨证八纲可覆盖所有病证之辨识，而《中藏经》脏腑辨证八纲专门适用于脏腑辨证。②《中藏经》脏腑辨证八纲首次将“生死逆顺”列入辨证之纲要，将辨识病势、判断预后纳入诊断范畴，充分体现中医明顺逆以补偏救弊、决生死以趋吉避凶之“治未病”、“救死扶伤”之思想。③《中藏经》脏腑辨证八纲讲究形、证、脉、气，尤其重视脉诊与闻诊（声音、气味）。④《中藏经》脏腑辨证指导临床，一是明病证，二是决生死。⑤提出“从顺其宜”之治疗原则，确立治疗大法，以水法、火法调平阴阳。⑥倡导“贵阳贱阴”思想，启导崇阳、扶阳、壮阳之学。

5 千古之奇：《中藏经》医疗经验撮要

《中藏经》阐释医理简明，临证思辨清晰，治疗大法简明，组方用药简便，切合临床实用，撮其医疗经验之要领，则于中医临证大有启迪。

5.1 始终把握医疗之本：调平阴阳 《中藏经》揭示阴阳本质，提出养生与治疗大法，医者由此应认知调平阴阳为中医医疗之本。

近百年来，由于西学东渐，中医中药逐渐自觉或不自觉套用西医西药模式，致使中医临证思维逐步西化、淡化、虚化、玄化，则中医特色优势必然弱化。其实，中医西医乃各具特色优势之不同医学体系。就治疗学而言，西医源自解剖学基础而发展，重点在于寻求致病因子及其病变之精确定位，而后运用对抗性思维，采用对抗性方式（药物、手术）消除致病因子以治病，中医源自“人法于天地”（“天人合一”）之理念而发展，重点在于寻求引起人体阴阳失衡之外因、内因、不内外因及其病变影响整体之证候，而后运用包容性思维，采用调燮阴阳方式（内治、外治）提高自身抗力以祛病。所以，西医诊治乃“人所生之病”，中医诊治乃“所生病之人”。因而中医临证，必须始终把握医疗之本：调平阴阳。

万物生死，本乎阴阳；养生之秘，和于阴阳；为医之要，调燮阴阳。《中藏经·阴阳大要调神论第二》揭示阴阳本质及其运动规律：“天者阳之宗，地者阴之属。阳者生之本，阴者死之基”，“阴阳相应，方乃和平”。所以，“生死至理，阴阳中明”：“多热者阳为主，多寒者阴之根。阳务其上，阴务其下；阳行也速，阴行也缓；阳之体轻，阴之体重。阴阳平，则天地和而人气宁；阴阳逆，

则天地否而人气厥”；而且应知晓“阳始于子前，末于午后；阴始于午后，末于子前。阴阳盛衰，各有其时，更始更末，无有休息，人能从之亦智也”。因之，提倡“春首养阳，秋首养阴”；尤应注意“阳勿外闭，阴勿内侵”，“水火通济，上下相寻。人能循此，永不湮沉”。

由此可见：阴阳，性有寒热，务有上下，行有速缓，质有轻重，盛衰有时，更始有序。所以，养生者当重春秋之首，为医者须察逆顺之机。必须深刻认知脉有轻重之分，候有盛虚之别，证有旦夕朝暮之变化，治有水火济助之盈损。一言以蔽之，阴阳之道，贵在和平，阴阳平衡，方可安宁。无论养生、医疗之方法千变万化，临证应把握调平阴阳这一根本。

5.2 始终把握辨证之要：认清常变 中医诊断之过程即辨证思考之过程，中医诊断之高下即辨证思考之高下。《中藏经》针对脏腑诸病证，首创“虚实寒热生死逆顺”之脏腑辨证八纲，但如何运用此八纲？通观《中藏经》全书之后发现，关键在于始终把握“形证脉气”之常与变。常者，平也，顺也；变者，异也，逆也。

中医诊断之参数源自望、闻、问、切“四诊”。诚然，现代医学先进之诊断方法与器械可以延伸望诊、闻诊、切诊，但病患者之精气神，至今尚无任何现代方法与器械可以替代真正中医之“四诊”。而《中藏经》在继承基础上扣紧“常变”关键创新中医“四诊”，首重切诊中之脉诊，次则望诊、闻诊、问诊，既明其“常”，亦知其“变”，为辨证提供依据，使后世医者可望掌握辨证之要。

例如，《中藏经·脉要论第十》论脉诊，则明确指出：

基本原理：“脉者，乃气血之先（先兆，前导）”。

基本“常脉”：“气血盛则脉盛，气血衰则脉衰；气血热则脉数，气血寒则脉迟；气血微则脉弱，气血平则脉缓”；“长人脉长，短人脉短；性急则脉急，性缓则脉缓”。

基本“变脉”：“反此（上述常脉）者逆，顺此者从也”。

按部位辨脉象：阴阳消息（寒热虚实生死逆顺），按照脉诊部位辨识。例如，“数（气血热则脉数）在左寸（心；小肠）。得之浮者，热入小肠；得之沉者，热入于心。余皆仿此”。

《中藏经》所述“四诊”之常与变举例如下（其中有仅述变脉者）：

5.2.1 脉诊之常与变 ①阳脉、阴脉：常脉：“阴家脉重，阳家脉轻”；变脉：“阳病阴脉则不永，阴病阳脉则不成”。②阳厥、阴厥：阳厥常脉与变脉：“举按有力者生，绝者死”；阴厥常脉与变脉：“举指弱、按指大者生，举按俱绝者死；（一身悉冷，额汗自出者亦死）”。③阳热、阴寒：阳热，“数在上（寸），则阳中之阳也；数在下（尺），则阴中之阳也”；“数在中（关），则中热”。阴寒，“迟在上，则阳中之阴也；迟在下，则阴中之阴也”；“迟在中，则中寒”。④脏实、脏虚：脏实，“举按俱盛者，实也。又，长、浮、数、疾、洪、紧、弦、大，俱曰实也，看在何经，而断其脏也”；脏虚“举指而活，按之而微，看在何部，以经断其脏也。又，按之沉、小、弱、微、短、涩、软（濡），俱为脏虚也”。⑤腑实、腑虚：腑实，“浮而实大者是也”；腑虚，“轻手按之得滑，重手按之得平，此乃腑虚也”。⑥上实、上虚：上实，“左右寸口沉、结、实、大”；上虚，“左右寸脉（口）弱而微者，上虚也”。⑦下实、下虚：下实，“左右手脉，尺中脉伏而涩者，下实也”；下虚，“左右尺中脉滑而涩者，下虚也。病人脉微、涩、短、小，俱下虚也”。

5.2.2 望诊之常与变 ①阳候、阴候。“阳病则旦静，阴病则夜宁”；“阳虚则暮乱，阴虚则朝争”。②阳厥、阴厥：阳厥，“四肢不收”、“颊赤心烦”、“双

睛似火，一身如烧”；阴厥，“一身拘急，四肢拳挛，唇青面黑，目直口禁”，“头额摇鼓，腰脚沉重”。③阳热、阴寒：阳热，“寒而颊赤多言者，阳中之阴邪也”；阴寒，“热而面青多言者，阴中之阳邪也；寒而面青多言者，阴中之阴邪也”。④脏实、脏虚：脏实，“唇舌肿胀”，“悲喜时来，或自萎弱，或自高强”；脏虚“皮毛憔悴，肌肉皱皱”，“行步喘促，精神不收”。⑤腑实、腑虚：腑实，“头痛目赤”；腑虚，“肌肉肿胀”。⑥上实、上虚：上实，“涕唾稠粘”；上虚，“颊赤”，“举动颤栗”，“唇焦口干，喘乏无力，面少颜色，颐颌肿满”。⑦下实、下虚：下实，“腰脚沉重”；下虚，“行步艰难”。

5.2.3 问诊之常与变 ①阳厥、阴厥：阳厥，“素不能者乍能，素不欲者乍欲，登高而歌，弃衣而走，狂言妄语，不辨亲疏，发躁无度，饮水不休”，“叫呼昏冒，不省人事，疼痛不知去处”；阴厥，“暴哑卒寒”；“心腹满痛”；“悲忧惨憾，喜怒无常”。②阳热、阴寒：阳热，“发热于下，则阴中之阳邪也；发热于上，则阳中之阳邪也”；阴寒，“寒起于上，则阳中之阴邪也；寒起于下，则阴中之阴邪也”。③脏实、脏虚：脏实，“饮食过多，大小便难，胸膈满闷，肢节疼痛，身体沉重，头目昏眩”，“咽喉闭塞，肠中气急，皮肉不仁”，“偶作寒热”；脏虚“肠鸣气走，足冷手寒，食不入胃，吐逆无时”。④腑实、腑虚：腑实，“皮热骨寒，手足舒缓，血气壅塞，丹瘤更生，咽喉肿痛（轻按之痛，重按之快），饮食如故”；腑虚，“皮肤瘙痒”，“饮食不化，大便滑而不止”。⑤上实、上虚：上实，“胸膈痞满，头目碎痛，饮食不下，脑项昏重，咽喉不利”；上虚，“心忪”。⑥下实、下虚：下实，“大小便难，饮食如故”，“脐腹疼痛”；下虚，“大小便难，饮食进退，腰脚沉重，如坐水中”，“气上奔冲，梦寐危险”。

5.2.4 闻诊之常与变 ①阳候、阴候：“阳候多语”，“多语者易济”；阴厥：“语言蹇涩”，“阴候无声”，“无声者难荣”。②脏实、脏虚：脏实，“暴生喘乏”；脏虚“语声破散”。③腑实、腑虚：（阙如）。④上实、上虚：上实（阙如）；上虚，“喘乏无力”。⑤下实、下虚：下实（阙如）；下虚，“语声嘶哑”。5.3 始终把握脏腑辨证八纲：注重“形证脉气” 举例：辨肝脏虚实寒热生死逆顺脉证。

5.3.1 基本脉证 ①脉弦长为平；②脉虚而弦为“太过”（主病在外，证见善忘，忽忽眩冒）；③脉实而微为“不及”（主病在内，证见胸痛，引两胁胀满）。

5.3.2 肝脏诸病脉证 肝气实：引两胁下痛，（痛）引小腹，喜怒，梦山林茂盛。

肝气虚：如人将捕之，梦花草茸茸。

肝气逆：头痛，耳聋，颊赤（或肿），脉沉急或兼见浮脉。

（兼见脉证：此种脉象可兼见胁肋满，小便难，目眩；脉急且数，恶言；脉微急，气在胸胁下；脉缓，呕逆；脉微缓，水痹；脉大急，内痛吐血；脉微大，筋痹，消瘴；脉小，多饮；脉滑甚，颊疔；脉微滑，遗溺；脉涩甚，流饮；脉微涩，抽搐转筋。）

肝之积：积气在胁，久不去，发为咳逆或咳疟。

肝中寒：两臂痛不能举，舌本燥，多太息，胸中痛，不能转侧，脉左关上迟而涩。

肝中热：喘满，多怒，目痛，腹胀满，不嗜食，所作不定，睡中惊悸，眼赤视不明，脉左关阴实。

肝虚冷：胁下坚痛，目盲，臂痛，发寒热如疟，不欲食，妇人月水不来而气急，脉左关上沉而弱。

5.3.3 肝病决死脉证 肝病则头痛，胁痛，目眩，肢（疑为“腹”）满，囊缩，

小便不通，十日死。

身热恶寒，四肢不举，其脉当弦长而急，反短而涩，乃金刻（剋）木，十死不治。

5.4 始终把握病证逆变趋势：决断死候 通观全书，《中藏经》以决生死逆顺为诊断之要旨，是因“有诸内必形诸外”，故见外可以知内，察声色、辨形证、探脉气以明病证之平、病、变，进而决生死，由此而预见可治不可治、权衡当治不当治、避免妄治与误治。因此，把握病证逆变之趋势，决断死候则永不失为医者必知之法。

《中藏经》“决死候”之法大多以望诊、脉诊为依据而决生死，确为卓识宏论，但亦有以五行生克等学说为凭借而推论者，对此种推论既不可全信而据以“决死候”，亦不可断言其不足征信。至于其中所言之“死”，含义有二：一为“难治”，二为“不寿”，未可概以“必死不治”视之。

5.4.1 决死候之基本概念 ①《中藏经·寒热论》：“阴中之阴者，一生九死；阳中之阳者，九生一死”；②《中藏经·论诊杂病必死候第四十八》：“夫人生气健壮者，外色光华，内脉平调。五脏六腑之气消耗，则脉无所依，色无所泽，如是者百无一生”。③《中藏经·生死要论》：“凡不病而五行绝者死，不病而性变者死，不病而暴妄语者死，不病而暴不语者死，不病而暴喘促者死，不病而暴强厥者死，不病而暴目盲者死，不病而暴耳聋者死，不病而暴痿缓者死，不病而暴肿满者死，不病而暴大小便结者死，不病而暴无脉者死，不病而暴昏冒如醉者死”。

5.4.2 决死候法 《中藏经·论诊杂病必死候第四十八》、《中藏经·察声色形证决死法第四十九》两篇专论决死候法，以望诊、闻诊及切诊所获知患者舌象、脉象以及声音、色泽、形体、气味等形、证、脉、气为依据，决断其病证之死后，共 116 条。

《中藏经·论诊杂病必死候第四十八》：

病瞪目引水，心下牢满，其脉濡而微者死。

病瞪目引水，心下牢满，其脉濡而微者死。

病吐衄瀉血，其脉浮太牢数者死。

病妄言身热，手足冷，其脉细微者死。

病大泄不止，其脉紧大而滑者死。

病头目痛，其脉涩短者死。

病腹中痛，其脉浮大而长者死。

病腹痛而喘，其脉滑而利，数而紧者死。

病四逆者，其脉浮大而短者死。

病耳无闻，其脉浮大而涩者死。

病脑痛，其脉缓而大者死。

左痛右痛，上痛下痛者死。

下痛而脉病者死。病厥逆，呼之不相应，脉绝者死。

病人脉宜大，反小者死。

肥人脉细欲绝者死。瘦人脉躁者死。

人脉本滑利，而反涩者死。

人脉本长，而反短者死。

人尺脉上应寸口，太迟者死。

温病三四日，未汗脉太疾者死。

溫病，脈細微而往來不快，胸中閉者死。
溫病，發熱甚，脈反小弱者死。病甚，脈往來不調者死。
溫病，腹中痛，下痢者死。
溫病，汗不出，出不至足者死。
病瘧，腰脊強急，痙痲者死。
病心腹脹滿，痛不止，脈堅大洪者死。
痢血不止，身熱脈數者死。
病腹滿四逆，脈長者死。
熱病，七八日汗當出，反不出，脈絕者死。
熱病，七八日不汗，躁狂，口舌焦黑，脈反細弱者死。
熱病，未汗出而脈大盛者死。
熱病，汗出而脈未盡，往來轉大者死。
病咳嗽，脈數，身瘦者死。
暴咳嗽，脈散者死。
病咳，形肥，脈急甚者死。
病嗽而嘔，便滑不禁，脈弦欲絕者死。
病諸嗽喘，脈沉而浮者死。
病上氣，脈數者死。
病肌熱形瘦，脫肛，熱不去，脈甚緊急者死。
病腸癖轉筋，脈極數者死。
病中風，痿疾不仁，脈緊急者死。
病上喘氣急，四匝，脈澀者死。
病寒熱痙痲，脈大者死。
病金瘡，血不止，脈大者死。
病墜損內傷，脈小弱者死。
病傷寒，身熱甚，脈反小者死。
病厥逆汗出，脈虛而緩者死。
病洞泄，不下食，脈急者死。
病腸澼，下白膿者死。
病腸澼，下膿血，脈懸絕者死。
病腸澼，下膿血，身有寒，脈絕者死。
病咳嗽，脈沉堅者死。
病腸中有積聚，脈虛弱者死。
病水氣，脈微而小者死。
病水脹如鼓，脈虛小澀者死。
病泄注，脈浮大而滑者死。
病內外俱虛，臥不得安，身冷，脈細微，嘔而不入食者死。
病冷氣上攻，脈逆而澀者死。
卒死脈堅而細微者死。
熱病三五日，頭痛身熱，食如故，脈直而疾者，八日死。
久病，脈實者死。又虛緩，虛微，虛滑，弦急者死。
卒病，脈弦而數者死。
凡此凶脈，十死十，百死百，不可治也。
《中藏經·察声色形证决死法第四十九》：

黑色起於耳目鼻，上漸入於口者死。
赤色見於耳目額者，五日死。
黑白色入口鼻目中者，五日死。
黑或如馬肝色，望之如青，近則如黑者死。
張口如魚，出氣不反者死。
循摸衣縫者死。
妄語錯亂，及不能語者死；熱病即不死。
屍臭不可近者死。
面目直視者死。
肩息者一日死。
面青人中反者三日死。
面無光牙齒黑者死。
面青目黑者死。
面白目黑者十日死。
面赤眼黃即時死。
面黑目白者八日死。
面青目黃者五日死。
眉系傾者七日死。
齒忽黑色者三十日死。
發直者十五日死。
遺尿不覺者五六日死。
唇口乍幹黑者死。
爪中青黑色死。
頭目久痛卒視不明者死。
舌卷卵縮者死。
面黑直視者死。
面青目白者死。
面黃目白者死。
面目俱白者死。
面目青黑者死。
面青唇黑者死。
發如麻喜怒不調者死。
發肩如沖起者死。
面色黑脅滿不能反側者死。
面色蒼黑卒腫者死。
掌腫無紋，臍腫出，囊莖俱腫者死。
手足爪甲肉黑色者死。
汗出不流者死。
唇反人中滿者死。
陰陽俱絕，目匡陷者死。
五臟內外絕，神氣不守，其聲嘶者死。
陽絕陰結，精神恍惚，撮空裂衣者死。
陰陽俱閉，失音者死。
榮衛耗散，面目浮腫者死。

心絕於臂，肩息回眄，目直者，一日死。

肺絕則氣去不反，口如魚口者，三日死。

骨絕，腰脊痛，腎中重，不可反側，足膝後平者，五日死。

腎絕，大便赤澀，下血，耳幹，腳浮，舌腫者，六日死。又曰足腫者，九日死。

脾絕，口冷，足腫脹，泄不覺者，十二日死。

筋絕，魂驚虛恐，手足爪甲青，呼罵不休者，八九日死。

肝絕，汗出如水，恐懼不安，伏臥，目直面青者，八日死。又曰即時死。

胃絕，齒落面黃者，七日死。又曰十日死。

5.5 始终把握治疗大法：水法火法 中医治疗大法是体现中医学治疗思想之大法，对中医临证立法、处方、用药均有重要指导意义。以简约之言概括治疗大法由来尚矣！自《内经》始。即别阴阳、分标本、定逆从、明正反、论补泻，扶正、祛邪；金元时期则有张子和之汗、吐、下三法；至明代，张景岳则列有补、和、攻、散、寒、热、因、固之新方与古方“八阵”；程国彭则归结为汗、吐、下、和、温、清、消、补“八法”。发展至现代，则分为治则治法。其中，从整体把握治疗疾病规律、针对病情制定之治疗原则，称为“治则”，例如：①治病求本，包括“正治”（寒者热之、热者寒之、虚则补之、实则泻之等）、“反治”（热因热用、寒因寒用、塞因塞用、通因通用等）、“急则治其标、缓则知其本”；②扶正祛邪；③调燮阴阳，包括“损有余”（“损其偏盛”）、“补不足”（“补其偏衰”）；④因时、因地、因人制宜。在治则指导之下，针对具体病证制定之治疗方法，称为“治法”，如上述之“八法”：①汗法（解表法）；②吐法（涌吐法）；③下法（泻下法）；④和法（和解法）；⑤温法（温里法）；⑥清法（清热法）；⑦消法（消导法）；⑧补法（补益法）。

治疗大法仅以“水法”、“火法”统括者，则明载于《中藏经》，全面、简明、古朴、实用，真无愧为“大法”也。

5.5.1 水法 《中藏经·水法有六论第十五》在描述“皆生六腑”之病证后，曰：“喜其通者，因以通之；喜其塞者，因以塞之；喜其水者，以水济之；喜其冰者，以冰助之。病者之乐，慎勿违背，亦不可强抑之也。如此从顺，则十生其十，百生其百，疾无不愈矣！”

六腑为阳，火亦为阳，而“阳之盛也，阴必不盈”，治疗大法当为“阴不足则济之以水母”，遂以“水法”括之，题曰“水法有六论”。

水为阴，寒为阴。水法乃以寒治热，然亦包括“壮水之主以制阳光”之意，统言“济之以水”。

逆者正治，从者反治。逆者正也，从者反也。病有寒热虚实，而寒热虚实有真假之别也。原文所谓“从”、“顺”者，乃以病者所欲而言之。故曰“病者之乐，慎勿违背，亦不可强抑之也”。究其大旨，皆属正治之法，而以病者喜乐辨其寒热虚实之真假。举如，“大实有羸状”而病者喜其通则通之，“至虚有盛候”而病者喜其塞则塞之；真寒假热而病者喜水者以水济之，喜其冰者以冰助之。

5.5.2 火法 《中藏经·火法有五论第十六》在描述“病起于五腑”之病证后，曰：“喜其汗者，汗之；喜其温者，温之；喜其热者，热之；喜其火者，火之；喜其汤者，汤之。温热汤火，亦在其宜，慎勿强之，如是则万全其万。水火之法，真阴阳也，治救之道，当详明矣！”五脏为阴，水亦为阴，而“阴之盛也，阳必不足”，治疗大法当为“阳不足则助之以火精”，遂以“火法”括之，题曰“火法有五论”。

火法亦强调“温热汤火，亦在其宜，慎勿强之”。究其大旨，亦皆属正治之法。而且始终本于阴阳之道而启导后人认知“水火之法，真阴阳也，治救之道，当详明矣”。

5.6 始终把握组方用药要诀：精当合宜 明确治疗大法之后，即可组方用药。然而，组方用药之关键，既要讲究君臣佐使，又要讲究药物之相须、相使、相畏、相杀，还要讲究用药剂量之相宜、相当，更要讲究治疗手段与给药途径。凡此，历代医家临证经验可资借鉴者众矣！而惟有组方用药之大要在于明了治疗之宜忌，往往易于忽略。《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》则辞确言明：“夫病者，有宜汤者，有宜圆者，有宜散者，有宜下者，有宜吐者，有宜汗者，有宜灸者，有宜针者，有宜补者，有宜按摩者，有宜导引者，有宜蒸熨者，有宜澡洗者，有宜悦愉者，有宜和缓者，有宜水者，有宜火者，种种之法，岂能一也。若非良善精博，难为取愈。其庸下识浅，乱投汤圆，下汗补吐，动使交错，轻者令重，重者令死，举世皆然”。

5.6.1 宜治（各种剂型与方法适宜之病证）13 种 “汤可以荡涤脏腑，开通经络，调品阴阳，祛分邪恶，润泽枯朽，悦养皮肤，益充气力，扶助困竭，莫离于汤也。圆可以逐风冷，破坚症，消积聚，进饮食，舒荣卫，开关窍，缓缓然，参合无出于圆也。散者，能祛风寒暑湿之气，摅寒湿秽毒之邪，发扬四肢之壅滞，除剪五脏之结伏，开肠和胃，行脉通经，莫过于散也。下则疏豁闭塞，补则益助虚乏，灸则起阴通阳，针则行荣引卫，导引则可以逐客邪于关节，按摩则可以驱浮淫于肌肉，蒸熨辟冷，暖洗生阳，悦愉爽神，和缓安气”。

5.6.2 失治（当治而不治所导致之病变）10 种 “若实而不下，则使人心腹胀满，烦乱鼓肿。若虚而不补，则使人气血消散，精神耗亡，肌肉脱失，志意昏迷。可汗而不汗，则使人毛孔关塞，闷绝而终。合吐而不吐，则使人结胸上喘，水食不入而死。当灸而不灸，则使人冷气重凝，阴毒内聚，厥气上冲，分遂不散，以致消减。当针而不针，则使人荣卫不行，经络不利，邪渐胜真，冒昧而昏。宜导引而不导引，则使人邪侵关节，固结难通。宜按摩而不按摩，则使人淫随肌肉，久留不消。宜蒸熨而不蒸熨，则使人冷气潜伏，渐成痹厥。宜澡洗而不澡洗，则使人阳气上行，阴邪相害。

5.6.3 误治（不当之治而治所导致之病变）11 种 “不当下而下，则使人开肠荡胃，洞泄不禁。不当汗而汗，则使人肌肉消绝，津液枯耗。不当吐而吐，则使人心神烦乱，脏腑奔冲。不当灸而灸，则使人重伤经络，内蓄炎毒，反害中和，致于不可救。不当针而针，则使人气血散失，关机细缩。不当导引而导引，则使人真气劳败，邪气妄行。不当按摩而按摩，则使人肌肉（月真）胀，筋骨舒张。不当蒸熨而蒸熨，则使人阳气遍行，阴气内聚。不当淋洩（澡洗）而淋洩，则使人淫侵皮肤，热生肌体。不当悦愉而悦愉，则使人神失气消，精神不快。不当和缓而和缓，则使人气停意折，健忘伤志。

5.6.4 勿治（各种病证不可采取之治疗方法）11 种 凡脉不紧数，则勿发其汗。脉不疾数，不可以下。心胸不闭，尺脉微弱，不可以吐。关节不急，荣卫不壅，不可以针。阴气不盛，阳气不衰，勿灸。无客邪，勿导引。外无淫气，勿按摩。皮肤不痹，勿蒸熨。肌肉不寒，勿暖洗。神不凝迷，勿悦愉。气不急奔，勿和缓。顺此者生，逆此者死耳。

由此，可知“大凡治疗，要合其宜”。

组方用药必须精当合宜。《中藏经·卷下·疗诸病药方六十八道》，可谓古今杂糅、鱼目混珠，前已陈述。本人于 20 世纪 80 年代对《中藏经》所附诸方，以

赵孟頫手写本（60 方）为底本、日本奈须恒德校本（98 方）为参校本，进行为期三年之考订（《〈中藏经〉“疗诸病药方六十道”初考》，见《江西中医药》1988 年第 5 期），获得如下结果：

其一，华佗处剂（组方用药）之主要特点有三：①用药极简，且多采自民间方药（验方或草药）；②主治单一，针对性极强（因当时尚处于“识症投药”阶段）；③某些方药及其炮制方法难免带有“方士气”。

其二，拟定《中藏经》附方考订标准：①必须符合华佗处剂特点；②必须符合《本经》、《名医别录》、《吴普本草》、《雷公炮制论》等早期本草专著著录之药名（现代无可考者可除外）；③必须符合《中藏经》正文之后附有提示之录方体例。据此甄别，从 158 方中获方 60 道。

其三，重订后，分为 8 类：祛疾延年类、治诸厥类、解毒急救类、治杂病类、治血证类、治妇人小儿类、治喉眼牙病类、治诸疮类。其中，一味药者 14 方、二味药者 18 方、三味药者 15 方、四味药者 10 方、五味药者 2 方、六味药者 1 方。

其四，凡复方者，其中必有一味药为针对主症、符合治法之主药，而其余之药，则为配合主药发挥相须、或相使、或相畏、或相杀作用之辅佐药，故华佗处剂可谓“心中有大法，笔下无死方”，组方严谨，药简效宏，给后世启迪殊深。

《中藏经》未列医案，即未以具体案例示范，而是示人以思想、以理念、以法则、以方略，此则足以证其为“经”也！执其圭臬，循其轨道，自可灵活运用于中医临床而获得继承创新之硕果！

综上所述，《中藏经》所呈现之医疗经验诚为可贵。主要有二：①以诊断言，贵在注重明察望闻问切所获资料之“常”与“变”；贵在以“虚实寒热生死逆顺”为纲辨识形证脉气之“常”与“变”而断脏腑病证；贵在以形证脉气决死候，预测病证之可治不可治，权衡当治不当治，避免妄治与误治。②以治疗言，贵在坚持“从顺其宜”之治则，贵在以水法、火法统万法；贵在明晰当治不当治之所在；贵在组方用药合宜、简单、精准、力专。

以上，均可体现华佗之遗意。

“华佗学说是中医学的精华，华佗学术永辉！”

附：华佗简介及其诊疗故事

[神医华佗]华佗，字元化，沛国谯人也，一名萼。游学徐土，兼通数经。沛相陈珪举孝廉，太尉黄琬辟，皆不就。晓养性之术，时人以为年且百岁而貌有壮容。又精方药，其疗疾，合汤不过数种，心解分剂，不复称量，煮熟便饮，语其节度，舍去辄愈。若当灸，不过一两处，每处不过七八壮，病亦应除。若当针，亦不过一两处，下针言“当引某许，若至，语人”。病者言“已到”，应便拔针，病亦行差。若病结积在内，针药所不能及，当须剖割者，便饮其麻沸散，须臾便如醉死无所知，因破取。病若在肠中，便断肠湔洗，缝腹膏摩，四五日差，不痛，人亦不自寤，一月之间，即平复矣。……太祖]闻而召佗，佗常在左右。太祖苦头风，每发，心乱目眩，佗针鬲，随手而差。……然本作士人，以医见业，意常自悔。后太祖亲理，得病笃重，使佗专视。佗曰：“此近难济，恒事攻治，可延岁月”。佗久远家思归，因曰：“当得家书，方欲暂还耳”。到家，辞以妻病，数乞期不反。太祖累书呼，又敕郡县发遣，佗恃能厌食事，犹不上道。太祖大怒，使人往检；若妻信病，赐小豆四十斛，宽假限日；若其虚诈，便收送之。於是传付许狱，考验首服。荀彧请曰：“佗术实工，人命所系，宜含宥之”。太祖曰：“不忧，天下当无此鼠辈耶？”遂考竟佗。佗临死，出一卷书与狱吏，曰：“此

可以活人”。吏畏法不受，佗亦不强，索火烧之。佗死后，太祖头风未除。太祖曰：“佗能愈此。小人养吾病，欲以自重。然吾不杀此子，亦终当不为我断此根原耳”。及后爱子仓舒病困，太祖叹曰：“吾悔杀华佗，令此儿强死也”。……广陵吴普、彭城樊阿皆从佗学。普依准佗治，多所全济。佗语普曰：“人体欲得劳动，但不当使极尔。动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生，譬犹户枢不朽是也。是以古之仙者为导引之事，熊颈鸱顾，引挽腰体，动诸关节，以求难老。吾有一术，名五禽之戏：一曰虎，二曰鹿，三曰熊，四曰沫，五曰鸟，亦以除疾，并利蹄足，以当导引。体中不快，起作一禽之戏，沾濡汗出，因上著粉，身体轻便，腹中欲食”。普施行之，年九十余，耳目聪明，齿牙完坚。阿善针术。凡医咸言背及胸藏之间不可妄针，针之不过四分，而阿针背入一二寸，巨阙胸藏针下五六寸，而病辄皆瘳。阿从佗求可服食益於人者，佗授以漆叶青黏散。漆叶屑一升，青黏屑十四两，以是为率，言久服去三虫，利五藏，轻体，使人头不白。阿从其言，寿百余岁。漆叶处所而有，青黏生於丰、沛、彭城及朝歌云。（《三国志·华佗传》）

1 诊断类

[试食断死]县吏尹世苦四支烦，口中干，不欲闻人声，小便不利。佗曰：“试作热食，得汗则愈；不汗，后三日死”。即作热食而不汗出，佗曰：“藏气已绝于内，当啼泣而绝”。果如佗言。（《三国志·华佗传》）

[察颜断死]盐渎严昕与数人共候佗，适至，佗谓昕曰：“君身中佳否？”昕曰：“自如常”。佗曰：“君有急病见于面，莫多饮酒”。坐毕归，行数里，昕卒头眩堕车，人扶将还，载归家，中宿死。（《三国志·华佗传》）

[脉诊断死]故督邮顿子献得病已差，诣佗视脉，曰：“尚虚，未得复，勿为劳事，御内即死。临死，当吐舌数寸”。其妻闻其病除，从百馀里来省之，止宿交接，中间三日发病，一如佗言。（《三国志·华佗传》）

[问诊断死]督邮徐毅得病，佗往省之。毅谓佗曰：“昨使医曹吏刘租针胃管讫，便苦欬嗽，欲卧不安”。佗曰：“刺不得胃管，误中肝也，食当日减，五日不救”。遂如佗言。（《三国志·华佗传》）

[预断死期]军吏梅平得病，除名还家，家居广陵，未至二百里，止亲人舍。有顷，佗偶至主人许，主人令佗视平，佗谓平曰：“君早见我，可不至此。今疾已结，促去可得与家相见，五日卒”。应时归，如佗所刻。（《三国志·华佗传》）

[救生断死]又有一士大夫不快，佗云：“君病深，当破腹取。然君寿亦不过十年，病不能杀君，忍病十岁，寿俱当尽，不足故自刳裂”。士大夫不耐痛痒，必欲除之。佗遂下手，所患寻差，十年竟死。（《三国志·华佗传》）

[诊治死胎]李将军妻病甚，呼佗视脉，曰：“伤娠而胎不去”。将军言：“闻实伤娠，胎已去矣”。佗曰：“案脉，胎未去也”。将军以为不然。佗舍去，妇稍小差。百余日复动，更呼佗，佗曰：“此脉故事有胎。前当生两儿，一儿先出，血出甚多，后儿不及生。母不自觉，旁人亦不寤，不复迎，遂不得生。胎死，血脉不复归，必燥著母脊，故使多脊痛。今当与汤，并针一处，此死胎必出”。汤针既加，妇痛急如欲生者。佗曰：“此死胎久枯，不能自出，宜使人探之”。果得一死男，手足完具，色黑，长可尺所。（《三国志·华佗传》）

2 治疗类

[实病异治]府吏兒寻、李延共止，俱头痛身热，所苦正同。佗曰：“寻当下之，延当发汗”。或难其异，佗曰：“寻外实，延内实，故治之宜殊”。即各与药，明旦并起。（《三国志·华佗传》）

[子病治母]东阳陈叔山小男二岁得疾，下利常先啼，日以羸困。问佗，佗曰：“其母怀躯，阳气内养，乳中虚冷，儿得母寒，故令不时愈”。佗与四物女宛丸，十日即除。（《三国志·华佗传》）

[温水治螫]彭城夫人夜之厕，蚤螫其手，呻呼无赖。佗令温汤近热，渍手其中，卒可得寐，但旁人数为易汤，汤令暖之，其旦即愈。（《三国志·华佗传》）

[闻呻治噎]佗行道，见一人病咽塞，嗜食而不得下，家人车载欲往就医。佗闻其呻吟，驻车往视，语之曰：“向来道边有卖饼家蒜齏大酢，从取三升饮之，病自当去”。即如佗言，立吐蛇一枚，县车边，欲造佗。佗尚未还，小儿戏门前，逆见，自相谓曰：“似逢我公，车边病是也”。疾者前入坐，见佗北壁县此蛇辈约以十数。（《三国志·华佗传》）

[以怒治病]又有一郡守病，佗以为其人盛怒则差，乃多受其货而不加治，无何弃去，留书骂之。郡守果大怒，令人追捉杀佗。郡守子知之，属使勿逐。守瞋恚既甚，吐黑血数升而愈。（《三国志·华佗传》）

[吐治内疽]广陵太守陈登得病，胸中烦懣，面赤不食。佗脉之曰：“府君胃中有虫数升，欲成内疽，食腥物所为也”。即作汤二升，先服一升，斯须尽服之。食顷，吐出三升许虫，赤头皆动，半身是生鱼脍也，所苦便愈。佗曰：“此病后三期当发，遇良医乃可济救”。依期果发动，时佗不在，如言而死。（《三国志·华佗传》）

[散治肠痛]初，军吏李成苦欬嗽，昼夜不寤，时吐脓血，以问佗。佗言：“君病肠臃，欬之所吐，非从肺来也。与君散两钱，当吐二升馀脓血讫，快自养，一月可小起，好自将爱，一年便健。十八岁当一小发，服此散，亦行复差。若不得此药，故当死”。复与两钱散，成得药去。五六岁，亲中人有病如成者，谓成曰：“卿今强健，我欲死，何忍无急去药，以待不祥？先持贷我，我差，为卿从华佗更索”。成与之。已故到谯，适值佗见收，忽忽不忍从求。后十八岁，成病竟发，无药可服，以至於死。（《三国志·华佗传》）

[膝疮奇治]琅琊刘勋为河内太守，有女年几二十，左脚膝里上有疮，痒而不痛。疮愈数十日复发，如此七八年，迎佗使视，佗曰：“是易治之。当得稻糠黄色犬一头，好马二疋”。以绳系犬颈，使走马牵犬，马极辄易，计马走三十馀里，犬不能行，复令步人拖曳，计向五十里。乃以药饮女，女即安卧不知人。因取大刀断犬腹近后脚之前，以所断之处向疮口，令去二三寸。停之须臾，有若蛇者从疮中而出，便以铁椎横贯蛇头。蛇在皮中动摇良久，须臾不动，乃牵出，长三尺所，纯是蛇，但有眼处而无童子，又逆鳞耳。以膏散著疮中，七日愈。（《三国志·华佗传》注引《佗别传》）

[头眩怪治]又有人苦头眩，头不得举，目不得视，积年。佗使悉解衣倒悬，令头去地一二寸，濡布拭身体，令周匝，候视诸脉，尽出五色。佗令弟子数人以铍刀决脉，五色血尽，视赤血，乃下，以膏摩被覆，汗自出周匝，饮以亭历犬血散，立愈。（《三国志·华佗传》注引《佗别传》）

[点灸治蹇]有人病两脚蹇不能行，輶诣佗，佗望见云：“已饱针灸服药矣，不复须看脉”。便使解衣，点背数十处，相去或一寸，或五寸，纵邪不相当。言灸此各十壮，灸创愈即行。后灸处夹脊一寸，上下行端直均调，如引绳也。（《三国志·华佗传》裴松之注引《佗别传》）

[百灌引汗]又有妇人长病经年，世谓寒热注病者。冬十一月中，佗令坐石槽中，平旦用寒水汲灌，云当满百。始七八灌，会战欲死，灌者惧，欲止。佗令满数。将至八十灌，热气乃蒸出，器器高二三尺。满百灌，佗乃使然火温床，厚覆，

良久汗洽出，著粉，汗燥便愈。（《三国志·华佗传》注引《佗别传》）

[刳腹刮脾]又有人病腹中半切痛，十馀日中，鬓眉堕落。佗曰：“是脾半腐，可刳腹养治也”。使饮药令卧，破腹就视，脾果半腐坏。以刀断之，刮去恶肉，以膏傅疮，饮之以药，百日平复。（《三国志·华佗传》注引《佗别传》）（孙光荣. 华佗《中藏经》导读 揩拭尘封明珠 解读医家宝典——试析《中藏经》其书与其学术经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(01):3-16.）

简述《中藏经》学术思想

《中藏经》又名《华氏中藏经》，疑为华佗弟子将华佗所授理法方药集腋成裘、自珍自用之作，实为课徒用书。其学术思想渊源于《内经》、《难经》，而以形证脉气决生死，以脏腑辨证为中心独树一帜，可谓自《内经》、《难经》以降，理法方药俱备之完整医经，学术思想独到、阐释医理简明、切合临床实用之医家宝典。

《中藏经》以脏腑脉证为中心，广搜而精选《内经》、《难经》以及上古医籍之中论阴阳、析寒热、分虚实、辨脏腑、言脉证之理，揆诸大旨而融会贯通，条分缕析且发挥蕴奥，最早形成以脉证为中心之脏腑辨证学说，奠定脏腑辨证理论之基础，为中医明经正道，厥功甚伟。其学术思想包括：①指导思想为“天人相应”，提出“阴阳否格、上下不宁”病机学说；②诊断思想为重“形证脉气”，创立“寒热虚实生死逆顺”脏腑辨证八纲；③治疗思想为“从顺其宜”，倡导“调平阴阳、水火相济”之大法；④学术观点为“贵阳贱阴”，启迪扶阳温补之医学流派。

总结阴阳否格、上下不宁之病机学说

《中藏经》以“人与天地相应”为指导思想，明确指出“人者，上禀天，下委地，阳以辅之，阴以佐之；人之动止，本乎天地；天合于人，人法于天。”故以人身四肢五脏、呼吸初寤寐类比天地四时五行、寒暄动静，认为人之百病、病之百候、候之百变，皆天地阴阳逆从而生：“阴阳平，则天地和而人气宁；阴阳逆，则天地否而人气厥。”阴阳者，气血也，上下也，虚实也。故《中藏经》以《阴阳否格论第六》、《寒热论第七》、《虚实论第八》、《上下不宁论第九》、《脉要论第十》诸篇论述病机。“阴阳否格”者，谓气机不从顺也。而气有阴阳之分，阴阳有否顺之机。阴阳否格，则诸病乃生。从“阴阳否格”入手论述病机，可谓提纲挈领。

“寒热”者，病机也；“虚实”者，病性也。《中藏经·寒热论第七》曰：“阳不足则先寒后热；阴不足则先热后寒。又上盛则发热；下盛则发寒。”总括之，则曰“阴阳相胜”。又予“病有脏虚脏实、腑虚腑实，上虚上实、下虚下实”总论与分论之，本于《内经》、《难经》而全于《内经》、《难经》，论寒热虚实，可谓要而不略。

上下者，病位也。脏腑之位有上下之序，五行制化有母子之系。而母子者，亦上下也。故一脏受病而累及他脏之病机，《中藏经》以“上下不宁”喻之，如“脾上有心之母，下有肺之子。心者，血也，属阴；肺者，气也，属阳。脾病则上母不宁，母不宁则为阴不足也，阴不足则发热。又脾病则上子不宁，子不宁则为阳不足也，阳不足则发寒。脾病则气血俱不宁，气血不宁则寒热往来，无有休息。”若此，则脏腑受病之传移变化，五行生克之制化机变均涵泳于上下不宁论中矣。《中藏经》论病位及其变移之意义，可谓发前人之所未发。

气血者，阴阳也，亦病机之所本也。《中藏经·脉要论第十》曰：“脉者，乃气血之先也。气血盛则脉盛，气血衰则脉衰，气血热则脉数，气血寒则脉迟，气血微则脉弱，气血平则脉缓。”故以脉象察病机，为其特色。

创立“寒热虚实生死逆顺”脏腑辨证八纲

《中藏经》源于《内经》而异流，以形证脉气为依据，创立“脏腑辨证八纲”，曰“虚实寒热生死逆顺”：辨病机则定性为寒、热、虚、实，辨病势则预后为生、死、逆、顺，指出：“夫人有五脏六腑，虚、实、寒、热、生、死、逆、顺，皆

见于形证脉气，若非诊察，无由识也。”其脏腑辨证八纲之学术思想十分明确，独具特色。兹列述如次：

指导思想——天人相应。认为“天合于人，人法于天；百病、百候、百变皆天地阴阳逆从而生”。

生理观点——脏腑中心、阴阳平衡。认为“天地有阴阳五行，人有血脉五脏；阴阳平，则天地和而人气宁；阴阳逆，则天地否而人气厥”。

病机观点——阴阳否格、上下不宁。认为“否格者，谓阴阳不相从也”，而“寒热乃阴阳相胜，脏腑有虚实之变”。

辨证要旨——判定顺逆、决断生死。认为“生死致理，阴阳中明；从逆之兆，亦在乎审明”。

辨证依据——形、证、脉、气。

辨证方法——脏腑辨证。

辨证纲领——虚、实、寒、热、生、死、逆、顺。

纵览医籍，凡虚实寒热之辨者，汗牛充栋；而决生死逆顺者，凤毛麟角。《中藏经》则将决生死逆顺列为辨证之纲，明断其病证“不治”、“死”、“几日死”、“十死不治”，或断“可治”、“不妨”、“不治自愈”，辞确言明。而且在论杂病之后，更以“论杂病必死候第四十八”、“察声色形证决死法第四十九”两篇，列举决死之脉候共116条，专论决生死法，盖以望诊、闻诊及切诊所获知患者舌象、脉象以及声音、色泽、形体、气味等形、证、脉、气为依据，决断其病证之生死逆顺。

倡导调平阴阳、水火相济之大法

《中藏经》所论治法，既宗《内经》之旨，又有所创造发挥：调平阴阳、水火相济。其曰：“病起于六腑者，阳之系也”，“病起于五脏者，阴之属也”。诊法以脏腑辨证为准绳，治法亦以脏腑阴阳为依归。

《中藏经·阴阳大要调神论第二》提出治疗总则：“阴阳相应，方乃和平。阴不足则济之以水母，阳不足则助之以火精。”确立“调平阴阳、水火相济”之大法。故“水法”云：“喜其通者，因以通之；喜其塞者，因以塞之；喜其水者，以水济之；喜其冰者，以冰助之”。“火法”云：“喜其汗者汗之，喜其汤者汤之”。《中藏经·五脏六腑虚实寒热生死逆顺之法第二十一》继之曰：“虚则补之，实则泻之，寒则温之，热则凉之，不虚不实，以经调之。此乃良医之大法也。”

《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》更推而广之，分论“有宜汤者，有宜丸者，有宜散者，有宜下者，有宜吐者，有宜汗者，有宜灸者，有宜针者，有宜补者，有宜按摩者，有宜导引者，有宜蒸熨者，有宜暖洗者，有宜悦愉者，有宜和缓者，有宜水者，有宜火者。种种治法，岂能一也！”或曰：如此种种治法，皆“正治”之法，何以《中藏经》未详“反治”之法？盖《中藏经》既以“虚实寒热生死逆顺”为脏腑辨证之八纲，则“反治”之法则施于真寒假热、真热假寒、真虚假实、真实假虚之证候，已寓于“不宜”之中矣。故《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》详明“可汗而不汗，合吐而不吐，当灸而不灸，当针而不针，宜导引而不导引，宜按摩而不按摩，宜蒸熨而不蒸熨，宜暖洗而不暖洗以及不当下而下，不当汗而汗，不当吐而吐，不当灸而灸，不当针而针，不当导引而导引，不当按摩而按摩，不当蒸熨而蒸熨，不当暖洗而暖洗，不当悦愉而悦愉，不当和缓而和缓”等误治之弊。又以脉证为据戒之勿汗、勿下、勿吐、勿针、勿灸、勿导引、勿按摩、勿蒸熨、勿暖洗、勿悦愉、勿和缓之诸病候，曰“顺此者生，逆此者死耳。”全面系统，正反详明。

宗以贵阳贱阴之学术观点，启迪扶阳温补之医学流派

《中藏经》对于《内经》阴阳学说不仅有归纳、继承，而且有创新、发展。其“贵阳贱阴”之学术思想，为又一特色，实有启迪后世扶阳温补学派之功。

《中藏经》推崇“贵阳贱阴”思想，《阴阳大要调神论第二》集中论述，曰：“天者阳之宗，地者阴之属；阳者生之本，阴者死之基。”故“得阳者生，得阴者死；钟于阳者长，钟于阴者短；顺阴者多消灭，顺阳者多长生。”因之，强调“阴常宜损，阳常宜盈。”

然而，既云“阴阳相应，方乃和平”，又何以言“得阳者生，得阴者死”？为何“阴常宜损，阳常宜盈”？《素问·生气通天论》曰：“凡阴阳之要，阳密乃固。”气者生之本，气者，阳也。证之于临床，气绝者，必亡阳；救逆者，必回阳，故曰“盖阳为生之本，阴乃死之基”，遂有“分阴未尽则不仙，分阳未尽则不死”之说。由是可知，“得阳者生，得阴者死”，是则“阴常宜损，阳常宜盈”，此乃顾惜真阳以为养生救逆之基本法则。且揆诸阴阳之大要，则先天因气以化形而阳生阴，后天因形以化气而阴生阳，无论先天后天，惟真阳之火，乃生命之根本。

自《中藏经》弘扬“贵阳贱阴”思想之后，继之者代不乏人。张元素“以扶护元气为主，谓类王道”；李东垣提出“阳主生，故寿；阴主杀，故夭”；薛立斋私淑易水而重温补，故特加意于“火”之一字；张介宾则对“阳贵阴贱、阳先阴后”思想发挥之，谓“凡通体之温者，阳气也；一生之活者，阳气也；五官五藏之神明不测者，阳气也。得阳则生，失阳则死；阳惟畏其衰，阴惟畏其盛。”可见《中藏经》“贵阳贱阴”思想对后世扶阳温补之医学流派启迪甚巨而又影响深远。（孙光荣. 简论《中藏经》学术思想[N]. 中国中医药报, 2008-07-10(004).）

《中藏经》脉学理论探析

《中藏经》传为汉·华佗所著，被誉为“《内经》之羽翼，《本草》之舟楫”。是书凡三卷，前两卷四十九篇主要是基本理论、脏腑辨证、杂病辨治及决生死的内容，脉诊内容贯穿于前两卷中。关于《中藏经》的作者，说法不一。有人认为是华佗的亲作；有人认为系华佗的弟子吴普、樊阿等依据华氏遗意辑录而成；也有人疑为后人伪作。《中藏经》在《内经》、《难经》基础上，第一次把病证分类归纳，从生理、病理到预后和转归，使之系统化，成为后世脏腑辨证的雏形。脉诊内容在前两卷中占有较大篇幅，并有其独具的特色。现对《中藏经》的脉学理论从五个方面进行梳理分析，以期促进现代中医诊断学的发展。

1 判断生理功能

《中藏经》在四诊中最重诊脉，通过脉诊进行脏腑生理功能的判断，并以脉来推断脏腑的虚实寒热生死逆顺。《中藏经》第一到十六篇为中医理论概述，阐述了中医的基本理论，其中专门设立的“脉要论第十”篇，对脉象的基本生理功能进行了论述，认为：脉为气血之先。气血盛则脉盛，气血衰则脉衰，气血热则脉数，气血寒则脉迟，气血微则脉弱，气血平则脉缓。又长人脉长，短人脉短，性急则脉急，性缓则脉缓。反此者为逆，顺此者为从。

在脉象的基本生理功能外，《中藏经》还注意到脉象随季节的改变，在脏腑辨证篇中提到脏腑与节气的相应，如“论肝脏虚实寒热生死逆顺脉证之法第二十二”中，有“肝者，与胆为表里，足厥阴少阳是其经也。王于春，春乃万物之始生。其气嫩而软、虚而宽，故其脉弦。软不可发汗，弱则不可下。弦长曰平，反此曰病。”

2 辅助脏腑辨证

《中藏经》在四诊中最重切诊之脉诊，其次是望诊、闻诊、问诊，在脉诊中注意既明其“常”，又知其“变”，为辨证提供依据。并通过寸口部位寸关尺脉象的分析，断其病位，辨其病机。

《中藏经》第二十一篇到第三十二篇为脏腑辨证纲要部分，第三十三篇到四十七篇为杂病辨治部分，在这两部分中，《中藏经》以脉诊为主要的判断依据，来进行虚实寒热生死逆顺的判断。如第二十七篇，“胃脉搏坚而长，其色黄赤者，当病折腰一作。其脉软而散者，病食痹。左关上脉浮而大者，虚也；浮而短涩者，实也；浮而微滑者，亦虚也；浮而迟者寒也，浮而数者热也。虚实寒热生死之法，察而端谨，则成神妙也。”

明“常”知“变”的内容，如：“又心病狂言，汗出如珠，身厥冷；其脉当浮而大，反沉濡而滑……”

以脉在何部而断病在何脏，如“诊其脉，举指而活，按之而微，看在何部，以断其脏也。又按之沉、小、弱、微、短、涩……”

以脉之部位而定病在何脏非常典型的是“论五痹”篇。

论气痹第三十四，“气痹者……，肺伤，……其脉右手寸口沉而迟涩者是也。”

论血痹第三十五，“血痹者……，其脉，左手寸口脉结而不流利，或如断绝者是也。”

论肉痹第三十六，“肉痹者……，脾气已失，……其右关脉举按皆无力而往来涩者是也。”

论筋痹第三十七，“筋痹者……，伤肝，……其脉左关中弦急而数、浮沉有力者是也。”

论骨痹第三十八，“骨痹者，……，伤于肾也。……寒在中则脉迟，热在中则脉数，风在中则脉浮，湿在中则脉濡，虚在中则脉滑。其证不一，要在详明。”

《中藏经》不仅重视依靠脉象来进行脏腑定位、虚实寒热生死逆顺判断，还通过对相同脉象的层次分级来协助进行临床辨证。

“论肝脏虚实寒热生死逆顺脉证之法第二十”篇中有“其脉急甚，恶言；微急，气在胸胁下；缓甚，呕逆；微缓，水痹；大急，内痛吐血；微大，筋痹；小甚，多饮；微小，消瘴；滑甚，颊疝；微滑，遗溺；涩甚，流饮；微涩，痲挛变也。”《中藏经》的这些脉诊理论对后世脉学的发展有重要的影响，如清代医家周学海将脉象纳之为浮、沉、迟、数、缓、急、大、小、滑、涩十者，立之为纲，以这十纲概括辨识脉象的位、数、形、势。为使脉象更能全面地反映出病情变化，他又以微、甚、兼、单进行诸脉比较分析，很显然，周学海的脉诊理论里面闪烁有《中藏经》脉学对脉进行层次分级的影子。

3 判断疾病顺逆预后

《中藏经》重视以脉辨证，并通过脉象来推断疾病的顺逆预后，因其“有诸内，必形诸外”，通过探脉气来明病证的平、病、变，由此预见疾病的可治和不可治。

如“论肺脏虚实寒热生死逆顺脉证之法第二十八”中，“肺病喘咳，身但寒无热，脉迟微者可治。”“肺王于秋。其脉当浮涩而短曰平，而反洪大而长，是火刑金，亦不可治。又得软而滑者，肾来乘肺，不治自愈。反浮大而缓者，是脾来生肺，不治而瘥。反弦而长者，是肺被肝从，为微邪，虽病不妨。”

通过诊脉来决断患者生死，是探脉气判断疾病顺逆预后的一个典型例子，因《中藏经》断生死内容太多，故单列进行分析。

4 决断患者生死

《中藏经》在很多篇章中涉及到“生”、“死”，其“决死候”大多是以脉诊和望诊为依据而断生死的。《中藏经》认为其机制为：“人生气健壮者，外色光华，内脉平调。五脏六腑之气消耗，则脉无所依，色无所泽，如是者百无一生。”

《中藏经》在上卷第二十二到中卷第三十一中，多篇涉及到以脉来定生死顺逆。并举出了一些死脉，如屋漏、雀啄、转索、弹石等脉。如在“论肝脏虚实寒热生死逆顺脉证之法第二十二”中，谈到“又身热恶寒，四肢不举，其脉当弦长而急，反短而涩，乃金克木也，十死不治。”其后，在“论心脏……二十四”中也提到遇异常脉象而“十死不治”；在“论小肠……二十五”中提到“又左手寸口阳绝者，无小肠脉也，六日死”；在“论脾脏……二十六”中提到“乌之啄”、“屋之漏”的死脉；“论肾脏……三十”中提到“又肾脉来喘喘累累加钩，按之而坚，曰平。又来如引葛，按之益坚，曰病。来如转索，辟辟如弹石，曰死。又肾脉但石无胃气亦死。”

在《中藏经》还专门列有断“必死候”和“决死法”的第48和第49篇。“论杂病必死候第四十八”凡文言“死”者共64条，其中59条以脉象为主要的判断根据。如：“病瞪目引水，心下牢满，其脉濡而微者死。病吐衄泻血，其脉浮大牢数者死”等。“察声色形证决死法第四十九”则以望诊为主要依据而断死候。

孙光荣教授认为，这些决生死的推论既不可以全信而据以“决死候”，亦不可断言其不足征信，至于其中所言之“死”，含义有二：一为“难治”，二为“不寿”，不可概以“必死不治”视之。

5 指导临床治疗

《中藏经》不仅依脉象进行辨证，决生死，还以脉象来直接指导治疗立法，

如在“论诸病治疗交错致于死候第四十七”中提到“大凡治疗，要合其宜。脉状病候，少陈于后。凡脉不紧数，则勿发其汗，脉不疾数，不可以下；心胸不闭，尺脉微弱，不可以吐。”

6 小结

总之，《中藏经》作为一部中医经典著作，与《内经》一脉相承，周学海称其所论“莫非《内经》之精义要旨，而又时时补其所未备”。虽然因作者和成书年代之谜，致后学者对其评价不一，但就脉学理论来看，《中藏经》有其独到的学术特点，它对系统学习研究中医诊断，尤其是脉诊，有着很高的学术价值。（朱庆文, 杨建宇, 孙光荣.《中藏经》脉学理论探析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(01):18-19.）

孙光荣教授提出的《中藏经》整理研究的“六用法”

1984年1月10日至11日,“《中藏经》整理研究”课题在长沙率先开题。卫生部中医司中医古籍整理出版办公室宋志恒主任、自永波副主任,何任、郭蔼春、万友生、沈炎南、凌耀星、钱超尘、谭日强、刘炳凡、欧阳錡等教授出席开论证。湖南省卫生厅科教处副处长杨蕴祥、湖南省科委有关方面负责人潘觉智和责任编辑李世华同志出席。

山东中医学院院长张灿理教授因交通受阻,羁旅北京,未能赴会,特函致意。并赠七律一首,李聪甫、刘炳凡、欧阳錡三老及孙光荣同志各奉和一首,兹依次谨录如后:

张灿理题赠:

湘水中分橘子洲,虹桥飞架度长流。西山物换光书院,南斗星移惭王候。

十域同耕医苑地,一方独领科榜头。寄身遥念芙蓉国,万里霜天红叶秋。

李聪甫奉酬:

仙居东望美瀛洲,却是壶天第一流。律己从严宏道德,为人造福胜公侯。

亲培桃李盈天下,自理图书落案头。坐爱大明湖上月,谈经回首几春秋。

欧阳錡奉酬:

雁阵声声掠橘洲,几回翘首望中流。合当启后承先哲,岂待救民列五侯。

应是先飞多笨鸟,却非独步占鳌头。雨过万里晴空爽,染尽层林灿晚秋。

刘炳凡奉酬:

爱晚亭前水陆洲,当年浪遏击中流。遗风散作千山佛,矢志宁捐万户侯。

东鲁文章传宇内,济南名胜在心头。渊源灵素知公健,道阻云天怅九秋。

孙光荣奉酬:

精研仁术济中州,竟委穷源畅九流。甲乙疏通明太极,阴阳燮理赛公侯。

承先启后寻新径,继往开来跃上头。应是春风兼化雨,杏林万树茂千秋。

孙光荣助理研究员提出了《中藏经》整理研究的“六用”法:

一、用系统比较法选择版本

《通则》要求:“每书点校之前,须将该书多种版本加以比较,选定校印最精、错误最少的一种版本作为底本(蓝本),同时选定主校本、旁校本及参校本”。

《中藏经》由于托名之嫌,反而造成了版本的失源性与散在性。根据《四库全书总目提要》及前人、近人的部分研究,提示最早版本是宋闽中仓司本及宋楼钥校本(楼钥本是将仓司本参校陆从老本而成)。宋·郑樵《通志·艺文略》及陈振孙《书录解题》中均反映出当时已不止一种版本,惜乎均已失传。流传至今的古本,当首推赵孟頫手写本(原传已散佚),此后历代刻本均很少,却义版本不一。因而从课题实施角度设计,须采用系统比较法来选择善本作底本,即将已知的版本划为以下四个系统,然后进行比较,从每个系统中选择具有代表性而又可以搜求的版本,从中选出《通则》要求的各种版本,如此,力可源流清、失误少。这就是我们选本的思路。我们将本书版本分成四个系统是:宋本直传系统,其中又可分为三条支系。

1. 赵孟頫手写本

这是最接近宋本的本子,也是最具权威性的本子,这就是所谓“真本”。原有两种,一种据传已移至台湾,在目前台湾尚未回归的情况下无法找到;另一种原来传说已经散佚,最近,我们课题组同志通过北京中医研究院的线索找到上海解放前的、现已退休而健在的古书商,再追寻到上海中医学院、上海图书馆,几

经周折，终于找到了赵写本(卷子本)。卷首有题记，卷末有小识云：“松雪小楷多以资媚胜，似此卷用笔朴老兼具飞动之姿，全是唐人家法，故知名贤于笔无美不备，不可以一格限也，舟山黄其勤并识”。目前，有从书法艺术角度疑为仿写本者，但决不影响其校勘价值。不仅可据以厘定是非，而且可据以考查孙星衍点校的严谨程度。但由于失上卷 1~9 篇及中卷，故不宜选作底本，只能选作已存部分的主校本。

2. 《古今医统正脉全书》本(八卷本)

《古今医统正脉全书》本，为明·吴勉学校刊(鲍士奇同校，江澄中重校，待考)，简称“医统本”，又习称“吴本”。

最近，本课题组搜求到道光十四年永德堂何允瑛氏据新安吴勉学、鲍士奇校本(八卷本)手抄的本了(简称“何本”)。此手抄本字迹十分清晰，笔画秀丽隽逸，全书完整无缺页，但其中有多处蛀蠹所伤之迹，这是国内的孤本。

还应补充，最近还找到了北京中医研究院两个馆藏善本，一个是柯逢时的批本，一个是吉冈玄昌训注本。还找到了日本近期翻印送国内的一种吉冈玄昌训注本。

在这一系统中，还有：

3. 明·江澄中刊本(三卷本)。

4. 清·周锡瓚重订本。

但这两种版本流传情况不详，据传已散佚。

尽管我们找到了这一系统的几种善本，乃至孤本。但是：

纵观第二系统的第二、三、四支系，唯有“吴本(医统本)”具有代表性，是否可择其种为底本?顾炎武说：“万历间人，多好篡改古书，人心之邪，风气之变，自此而始。……不知年其人，不论其世，而辄改其文，谬种流传，至今未已”(《日知录·卷十八》)。《慈云楼藏书志》亦谓“明·吴勉学《医统正脉》中所收者，篡改不足为据”。因而不宜选此类版本为底本，但它毕竟是宋本直传系统，所以拟择其中卷帙完足、字迹清晰之湘阴朱氏校刊本与道光十四年何允瑛氏手抄本为主校本。

这里必须说明：现在我们将增加柯逢时批本和吉冈玄本为主校本。

第二系统：赵本辑合系统

清·孙星衍先后获得两种赵孟頫手写本，“合前后二本校勘，明本每篇脱落舛误，凡有数百字，共方药名件、次序、分量，俱经后人改易，或有删去其方者，今以赵两写本为定”(《华氏中藏经孙序》)。故本系统张本为孙氏将赵孟頫的两种手写本辑合而成。

应否选择本系统的版本为底本?如前所述，《中藏经》的旧抄本、旧刻本已难寻觅，精注本尚告阙如，而孙星衍获真本且精校之，并使之成为足本。况且，“大抵微实之学，今胜于古，即前代经、史、子、集，苟其书流传自古，确有实用者，国(清)朝必为表章疏释，精校精刊”(张之同《书目问答·国朝著述诸家姓名略》)。清代学者(尤其是乾嘉学者)校勘最专最精，而孙星衍乃校注大家，所校必精。所以，“则是书(《中藏经》)，实以此本(孙星衍点校本)为最善”(《宋以前医籍考》第 722 页)。衡量版本之善劣，不唯时之古今，而尤在勘审之精粗，故拟选“孙本”(《平津馆丛书》三卷本，光绪癸未重刊)为底本。

第三系统：赵本发展系统

清·周学海校本，附“内照法”，收入《周氏医学丛书》，这个系统是在孙本的基础上发展的，故列于此系统，但所附无考，故选本系统诸本为参校本。

第四系统：散在引证系统。

《脉经》、《千金要方》等间接引用、保存了有关华佗察色辨脉的内容，可资校勘，故拟选上述诸书为旁校本。

根据上述选本设计的思路和技术路线，初步选定本次研究的底本与校本如下：

底本(蓝本)：《平津馆丛书》三卷本，孙星衍点校，光绪癸未重刊，简称“孙本”

主校本：①赵孟頫手写本(存上卷第10篇部分至29篇，下卷万应圆方至篇术，简称“赵本”)。②柯批本。③《医统正脉全书》本，八卷本。湘阴朱氏校刻本，简称“医统本”。④道光十四年何尤瑛氏据吴勉学、鲍士奇同校本之手抄本，八卷本，简称“何本”。

参校本：①周学海校刊本(收入《周氏医学丛书》，三卷本，光绪辛卯年刊，附“内照法”)，“内照法”周本。②徐舜山刊本，上海文瑞楼石印本，三卷本，附“内照法”，简称“徐本”③日本宽保二年刊本，八卷本，“内照法”宽保本。

旁校本：①《脉经》，上海卫生出版社1957年据光绪癸巳景苏复宋本之影印本。②《备急千金方》，人民卫生出版社据日本江户医院影蔡北宋刊本之影印本。

二、用逐一勘比法订讹补缺

《通则》指出：“校勘要求不漏不误，一般对原书内容不删节、不改编，力求恢复或接近本书面貌，使之成为现存版本中的最佳本”

为了达到这一标准，将依照《通则》中所列五条进行校勘，着重做到如下三个方面：

1. 错讹脱漏确凿无疑者：径改→标明→述据；
2. 疑是疑非实难定论者：保留→标注→列述；
3. 字虽无讹而有悖医理者：径改→标注→述理。

在校勘上，我们认为，无论“本校”、“他校”、“理校”，必须标明并述理确凿方予成立。其中难以简要述明者，则记明“详校注后记”。

但是，“理校”确难驾驭，校勘之法精审在此，易误亦在此。

总之，当数说难从，或底本之说不顺时，采用“理校”之法以正谬误，或列述诸说，决不“安下雌黄”。但必将择善而从，换句话说，在校勘上，我们的思路是：四校之中重对校，四校之中寓理校。不运用理校，就失去了此次校勘的价值和意义；相反，滥用理校，则失去其校勘的基本准则。所以，必须用理校而又慎重地运用理校。故技术路线是：将对校作为四校的基础，将理校作为四校的指南。

三、用择点觅据法训释音义

《通则》要求“训诂必须以历代训诂专书为依据(以与该书时代相近及其以前的训诂书为据)，重在阐释字、词音义及详明出处等”，“训诂出证不限多寡，以准确、精当、简明、有据为原则，应力避枝蔓含糊和繁琐考证”，“并需注意文理与医理的统一”

为了达到上述标准，将按照《通则》所列各条进行训释，着重做到如下四点：

1. 择点：力求遇惑必释，力戒逢疑即默。
2. 觅据：力求训证相符，力戒曲说附会。
3. 索隐：力求阐明原旨，力戒强经就我。
4. 撰写：力求词简意明，力成博杂校蔓。

根据《通则》要求，本项研究之训诂，将自始至终坚持使用“第一手资料”作书证。现将使用的上要训诂节列述于下，《尔雅》，《尔雅义疏》；《释名》，《释名疏证补》；《广雅》，《广雅疏证》；《宋本广韵》；《说文解字》，《说文解字注》。

总之，我们在训诂注释上的思路是“三看”，一看读者，二看原文，三看分题。所谓“看读者”，就是对象为中医医师，能不能看懂？能看懂，就不择训释点。所谓“看原文”，就是原文中有独特之处、隐晦之处，就要训释。所谓“看分题”，就是校注本和语译本的择点，撰词必须有所区别。至于训诂注释的技术路线，我们是“三重”：一是重第一手材料，二是重紧扣被训释词，三是重训释词的撰写。要文理、医理统一，语句明白流畅。就是说，要严谨。

四、用由句及章法语译原文

《试行说明》要求：语译应以直译为上，意译为辅，要求译文准确，通顺明了，并有文采，达到“信、达、雅”的要求。直译——忠实于原文内容及词义，译文与原文必须准确对照。意译——直译达不到译释要求时，可意译。意译必须在不改变原意的前提下，针对共词义或某一小段内容予以意译。

为了达到上述要求，将按《试行说明》中所列各条办理，并在训释的基础上据意分段，然后逐句初译，再通观上下文，以求字字落实，句句符意，文理通畅，合乎医理。如遇不可直译之处，采用括号加注法以求其“信”。

《中藏经》语译部分为：上卷、中卷。

《中藏经》不译部分为下卷、序、跋。

在“信、达、雅”的三者关系中，本项研究确认“信”为第一位。因此，将以直译为去，力求译文与原文至少能句句对照，有别于通常所用的“翻译+注解+论述”的译文体，其阐释将分别在注文及按语中体现，毋庸夹入译文之中。只有当直译受阻时，才辅以少量意译。“达”是第二位的，要求译文通顺，合乎语法。“雅”是第三位的，译文既求“有文采”，则力争做到流畅而不徒事藻饰，浅显而有别于俗语。

我们在语译上的思路要点有三：①着眼于原文与释文的对应——“信”。②着眼于医理与文理的统一——“达”。③着眼于译文的文气与措词——“雅”。

技术路线是：通读原文，逐句语译（词、句对应）；通读译文，衡诸医理、文理，反复润色。

五、用勾玄提要法撰写提要、按语

《通则》要求：提要的内容“限于概述某篇（章或段）的中心内容，要求言简意赅，扣题精当”；按语的内容为剖析原文，“评述得失，解释歧义及疑难，从而启发深入研究思考”，“要求议论公允，语言中肯”。

为了达到上述要求，将依《通则》精神办理，拟用勾玄提要法撰写。“提要”范围，拟为上卷及中卷各篇，置于每篇之首，为求简明，重在总括全文，述明主题。“按语”范围，则为全书必须加按之处，可按可不按者则不加按。按语力求精审，重在发掘内涵，开拓思路。

在提要、按语方面，我们的思路是：重原文内涵，重开拓思路。即让文中原有的特点显示出来。

在技术上做到“四不”，即不强加，不附会，不回避，不偏激。

六、用多面追溯法考镜源流

《中藏经》究属何人所撰？是否体现了华佗的医疗经验和学术思想？究意成书于何时？《中藏经》为什么如此系统完备？其学术思想的源流何在？凡此，实为

待揭之秘。

如何辨伪求真、考镜源流呢?目前,我们从设计的角度仅能提出研究的思路,即借鉴于明·胡应麟在《四部正说》中提出的辨伪八法,结合《中藏经》归纳起来,就是从下列九个方面来进行考证:①史学;②医学;③目录学;④文字学;⑤版本学;⑥训诂学;⑦律历学;⑧音韵学;⑨回校勘学。

但是,历史留给今人的资料仅有:①史志;②原书序跋;③医学目录书;④《脉经》等医籍。

因此,此项工作的设计思路是:重史实,重资料,多角度探索。考证翔实,不带框框,真则真,伪则伪,还其本来面目。技术路线是:借鉴于明·胡应麟氏《四部正说》中提出的辨伪八法。这样做的结果,即使最后证实完全是伪书,其整理研究本身亦具有同样宝贵的价值。这是因为,我们在80年代做了一件前人没有做过或者没有完成的工作。(郭明明,吴浩恺,孙文政.名医——孙光荣教授走过来的七十年[M].北京.中国中医药出版社,2010:181-184.)

论孙光荣教授对《中藏经》“从顺其宜”治疗思想的继承与创新

《中藏经》又名《华氏中藏经》，疑为华佗弟子将华佗所授理法方药集腋成裘、自珍自用之作，实为课徒用书。其学术思想渊源于《内经》、《难经》，而以形证脉气决生死，以脏腑辨证为中心独树一帜，可谓自《内经》、《难经》以降，理法方药俱备之完整医经，学术思想独到、阐释医理简明、切合临床实用之医家宝典。

我国著名中医临床家、中医药文献学家孙光荣教授，上世纪 80 年代初参与了卫生部中医司（国家中医药管理局前身）组织开展的首批十一部中医古籍的整理研究工作，在其导师李聪甫的直接指导下承担并完成了《中藏经》的整理研究课题。孙光荣教授以其严谨求真的学风与精诚务实的医风，刻苦钻研《中藏经》的学术经验，并灵活运用于临床实践，取得了丰硕的成果。现就孙老对《中藏经》“从顺其宜”治疗思想的继承与创新介绍如下。

1 《中藏经》“从顺其宜”治疗思想概述

中医之治法千变万化，但其总则不外《内经》所言正治、反治，扶正祛邪，补偏救弊，因人因时因地制宜，察其阴阳所在而调之，以平为期。而《中藏经》所论治法，既遵从《内经》之旨，又有所创造发挥：调平阴阳、水火相济。

《中藏经·水法有六论第十五》曰：“病起于六腑者，阳之系也”；《中藏经·火法有五论第十六》曰：“病起于五脏者，皆阴之属也”。由此可见，《中藏经》之诊法固以脏腑辨证为准绳，《中藏经》之治法亦以脏腑阴阳为依归。然则，如何救治脏腑诸病证？《中藏经·阴阳大要调神论第二》提出治疗总则：“阴阳相应，方乃和平。阴不足则济之以水母，阳不足则助之以火精。”确立“调平阴阳、水火相济”之大法。

而“水法”、“火法”之主导思想为何？《中藏经·水法有六论第十五》曰：“病者之乐慎勿违背，亦不可强抑之也。如此从顺，则十生其十，百生其百，疾无不愈矣。”《中藏经·火法有六论第十六》亦曰：“温热汤火，亦在其宜，慎勿强之。如是则万全万当。”《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》归结之曰：“大凡治疗，要合其宜。”故《中藏经》之治疗思想是“从顺其宜”。

根据“从顺其宜”之治疗思想而确立“调平阴阳、水火相济”之大法。此乃因“水火者，阴阳之征兆”也，故《中藏经》以“水法”、“火法”统万法，并明确指出：“水火之法，真阴阳也。治救之道，当详明矣。”

2 孙光荣教授对“从顺其宜”治疗思想的继承与创新

2.1 主以“精当合宜”之组方用药要诀，创造以“三联药组”按君臣佐使配伍并提升中药相须、相使、相畏、相杀功效的独特组方方法。

明确治疗大法之后，即可组方用药。然而，组方用药之关键，既要讲究君臣佐使，又要讲究药物之相须、相使、相畏、相杀，还要讲究用药剂量之相宜、相当，更要讲究治疗手段与给药途径。凡此，历代医家临证经验可资借鉴者众矣！而惟有组方用药之大要在于明了治疗之宜忌，往往易于忽略。《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》则辞确言明：“有宜汤者，有宜丸者，有宜散者，有宜下者，有宜吐者，有宜汗者，有宜灸者，有宜针者，有宜补者，有宜按摩者，有宜导引者，有宜蒸熨者，有宜暖洗者，有宜悦愉者，有宜和缓者，有宜水者，有宜火者。种种治法，岂能一也！”同时以脉证为据列举了宜治（各种剂型与方法适宜之病证）13 种，失治（当治而不治所导致之病变）10 种，误治（不当之治而治所导致之病变）11 种，勿治（各种病证不可采取之治疗方法）11 种。全

面系统，正反详明。正所谓“大凡治疗，要合其宜”，治疗手段与给药途径要求准确合适，组方用药亦必须精当合宜。

上世纪 80 年代，孙老对古今杂糅、鱼目混珠之《中藏经·卷下·疗诸病药方六十八道》，以赵孟頫手写本（60 方）为底本、日本奈须恒德校本（98 方）为参校本，进行为期三年之考订，获得如下结果。

其一，华佗处剂（组方用药）之主要特点有三：①用药极简，且多采自民间方药（验方或草药）；②主治单一，针对性极强（因当时尚处于“识症投药”阶段）；③某些方药及其炮制方法难免带有“方士气”。

其二，拟定《中藏经》附方考订标准，并据此甄别，从 158 方中获方 60 道。

其三，重订后，根据功效主治分为 8 类。其中，一味药者 14 方、二味药者 18 方、三味药者 15 方、四味药者 10 方、五味药者 2 方、六味药者 1 方。

其四，凡复方者，其中必有一味药为针对主症、符合治法之主药，而其余之药，则为配合主药发挥相须、或相使、或相畏、或相杀作用之辅佐药，故华佗处剂可谓“心中有大法，笔下无死方”，组方严谨，药简效宏，给后世启迪殊深。

在《中藏经》“从顺其宜”之治疗思想指导下，孙老临床组方用药始终把握“精当合宜”之要诀。同时受华佗处剂特点与方法的启发，孙老经过长期实践，创造了以“三联药组”按君臣佐使配伍并提升中药相须、相使、相畏、相杀功效的独特组方方法。现以经方生脉散→区氏复方生脉散→孙氏胸痹汤为例，说明孙老上述组方用药模式之探索：

①原方方源——《内外伤辨惑论·卷之中暑伤胃气论》：“圣人立法，夏月宜补者，补天真元气，非补热火也，夏食寒者是也。故以人参之甘补气，麦门冬之苦寒泄热补水之源，五味子之酸清肃燥金，名曰生脉散。孙真人云：五月常服五味子，以补五脏之气，亦此意也。”

②原方释名——吴昆：“名曰生脉者，以脉得气则充，失气则弱，故名之。”

③原方组成——人参五分 麦冬五分 五味子七粒。

④原方歌诀——生脉麦味与人参，保肺清心治暑淫，气少汗多兼口渴，病危脉绝急煎斟。

⑤区氏复方——复方生脉散。用于阳气未充，阴血未长，禀赋薄弱，血气不和（区少章方）：人参 6g（另炖服），黄芪 4.5g，五味子 1.5g，麦冬 4.5g。

⑥孙氏新方——胸痹汤。用于气虚胸闷、心悸心烦、汗多口渴、津少痰稠、舌绛苔黄脉涩者（孙光荣方）：

生晒参 10g，生黄芪 15g，紫丹参 10g（第一三联药组：益气活血，此为君药）。

麦冬 15g，法半夏 6g，广陈皮 6g（第二三联药组：泻热化痰，此为臣药）。

五味子 3g，灵磁石 10g，生甘草 5g（第三三联药组：敛阴镇心，此为佐使）。

从上方可以看出，孙老临床组方用药，用“三联药组”按君臣佐使配伍方剂，同时通过角药、对药的使用增强中药相须、相使、相畏、相杀的功效，起到增效减毒的作用。如上方第一组药人参、黄芪、丹参，是孙老最常用的自创角药。人参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智；黄芪则有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效；丹参功能活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功。”三药合用，气血并调，共奏补气行气，养血活血之功。孙老临证多以参、芪、丹参为君药，配合其他角药、对药，

益气理血，扶正祛邪，组成自拟“调气活血抑邪汤”，治疗中医内科、妇科及肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂症，疗效显著。而上方第二组药中的法半夏、广陈皮，则是孙老临床喜用的对药之一。其与滋阴润肺泻热之麦冬联用，可制二药温燥之性，用治津少痰稠之症；若联用功擅祛痰止咳之北杏仁，则可加强止嗽化痰之力，用治咳嗽痰多之症。孙老临床据证立法，依症选药，往往药到病除，效如桴鼓。针对某些主症或兼症，孙老还常以一味药治之。譬如上方中灵磁石一药，即专为此悸一症而设，主治单一，药简效宏，实乃效仿华佗“识症投药”之举。

另外，组方用药之精当合宜与否，还要看用药剂量是否相宜、相当。观孙老处方，药精量小，有如调兵遣将，知人善任，贵在精，贵在巧，讲究“中病即止”，强调“不滥伐无过”，尽显医者之王道，而无“大兵团”（大处方）的霸道之气。认真研习，方知其中“四两拨千斤”之玄机——阴阳恒动平衡。例如上述人参、黄芪、丹参三味药，孙老几乎方方不离，时常变的是三味药的用量，但是最大量极少超过15g。细细玩味，“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》），重气血、调气血、畅气血，是孙老的临床基本思想。参、芪补气行气，丹参养血活血，而气属阳，血属阴，气血双盈，“阴阳相应，方乃和平”，故其治疗目的在于使气血保持合和态势，使阴阳保持动态平衡，其用药剂量则在于补偏救弊以调和气血，轻巧圆活以拨动阴阳。如下图所示，人参、黄芪、丹参三味药的剂量根据阴阳（气血）偏颇的具体情况而定，三药联用，两相协和，三足鼎立，互为犄角，旨在使阴阳之间的波伏线由偏态（实线）回归正态（虚线），从而使阴阳交合，互根互动，气血两旺，相生相成，气机升降出入相因相衡，人体上下内外中正和谐。这是对《中藏经》根据“从顺其宜”之治疗思想而确立“调平阴阳、水火相济”之治疗大法的奥义进行具体阐释与发挥。中医临证，必须始终把握医疗之本——调燮阴阳。孙老临床以调阴阳、和气血为纲治疗诸多病证，每每随手应验。

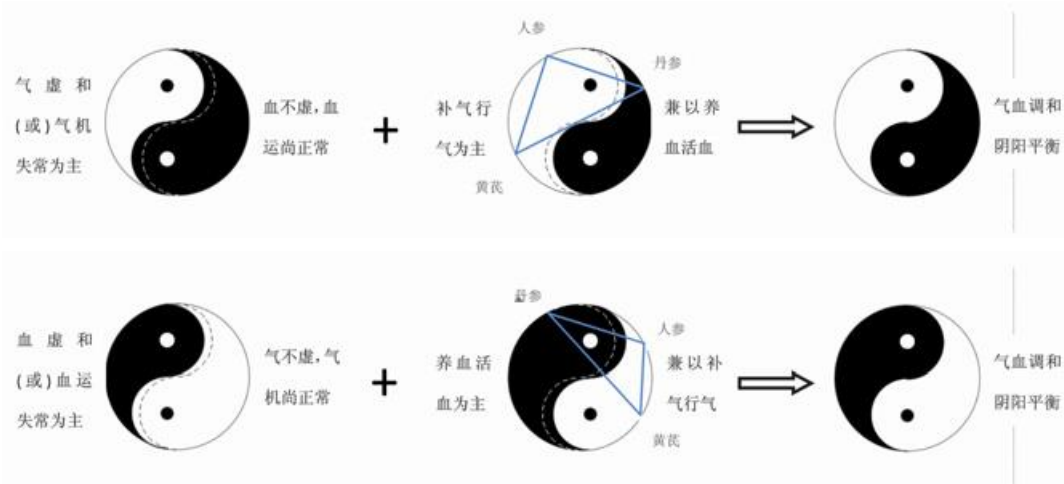


图 1 “三联药组”剂量调整示意图（以人参、黄芪、丹参为例）

2.2 据以中医“八纲辨证”、“三因制宜”之辨证论治通则，结合《中藏经》“脏腑辨证八纲”及“从顺其宜”思想，提出“四辨四宜”之内病外治法则。

中医外治法因可概治诸“内病”，亦具有简、验、便、廉，毒副作用小之优势，临床应用广泛，历史悠久。但绝不可滥用，因敷脐、护肚、贴背、嗅气、点眼而致剧致危者累见不鲜。孙老考诸文献而挈其纲领，提出中医内病外治法之要，为“四辨四宜”——辨表里、辨寒热、辨虚实、辨逆顺，因人制宜、因地制宜、因时制宜、因给药途径制宜。

“阴阳表里寒热虚实”为中医辨证通用之“八纲”，而《中藏经》则吸取外治鼻祖华佗之临证经验，归结为“虚实寒热生死逆顺”之脏腑辨证八纲。故内病外治宜取二者折衷之，以“表里寒热虚实逆顺”为纲。表里者，病位也；寒热者，病因也；虚实者，病性也；逆顺者，病势也。辨病位、病因、病性、病势，方可择其外治方药当寒、当热、当温、当凉、当升、当降，亦方可择其给药途径及给药方式。如表热者，当以辛凉之散嗅鼻取嚏、外敷取汗；里热者，当以寒凉之品揉脐贴足。又如外感头痛，因于风寒者，当以辛温药散取嚏；因于风热者，当以寒凉之品敷于太阳；因于风湿者，当以温燥之膏贴于大椎。再如气虚下陷所致脱肛、子宫脱垂等虚证，可用提升之药，上敷百会，继以收敛之剂外洗以收托；热毒蕴结之热淋等实证，可用清热解毒滑利之散敷脐。还如，凡临逆证，当以回阳救逆之品外敷百会、涌泉、膻中、劳宫；凡遇顺证，则可依证施治以阻断其病势发展。

因人制宜、因地制宜、因时制宜，为中医施治之通则。然中医外治，除注意地域之南北，时令之寒温以外，尤其注重因人制宜与因给药途径制宜。前亦述及，遵《中藏经》“从顺其宜”治疗思想，给药途径要求准确合适。凡小儿、妇女、体质羸弱者，则宜小剂、宜敷贴、宜灌洗、宜用和缓之品，且应兼顾生活习惯及药物过敏史，对患者“三不乐”（不乐闻之气味，不乐见之剂型，不乐受之给药方式）以及过敏药物，均应忌用。凡非从孔窍给药不足以取效者，应尽量从孔窍给药，且应注意给药后尽可能不影响患者之日常生活。由“四辨四宜”之内病外治法则，可知内病外治法“三准二精”者为之良。三准者，即辨证准确，给药途径选择准确，给药方式选择准确。在施用外治法中，尤以给药方式准确为重。在滴、嗅、塞、吸、握、敷、螯、贴、洗、兜、缠、枕、垫、照等多种方式之中，如何选择最佳者，则应视患者年龄、性别、病证、时令及所选体表部位而定，如急症、危症而无呼吸道阻塞者，可用滴、嗅、吸等方式；凡慢性疾病可选用敷、贴、枕、垫等方式。二精者，即精于施术，精于制剂。如采用梅花针先点刺而后敷贴，则可促进药物渗透；先脐周按摩而后兜肚，则可增强药物吸附；固定膏散之后再施以湿润加压法，则可延长药效作用时间等，此皆谓精于施术者。外治之膏、散、栓、酊、饼等制剂，均需精选、精制。组方宜精审，药物以 1~5 味为宜（浴疗、兜脐等之组方除外）；制剂应达到国家药审有关要求，尤应在执行质量标准中，着重解决某些必用新鲜药物之保鲜、灭菌、恒温、恒湿等问题。

2.3 宗以“合其宜”之治疗思想，倡导“合则安”之亚健康状态调理原则 健康、亚健康、疾病、愈后，是人类机体的四种存活状态。处于健康状态，需要养生；处于亚健康状态，需要调理；处于疾病状态，需要治疗；处于愈后状态，需要康复。亚健康，是介于健康与疾病之间、可以双向转移的中间状态，实质上即是疾病预警综合征。调理亚健康状态，是在疾病发生之前，基于中医“治未病”思想补偏救弊、调之使平，以期转换为健康状态的全过程。

孙老指出，人，生存在大自然中，活动在社会事务中，人的体质、经历、素养、生存与工作的环境千差万别，亚健康状态也就必然千差万别，调理亚健康状态的思路与方法也就必然千差万别。因此，调理亚健康状态要遵循中医学的因人、因时、因地制宜的学术思想，其调理的原则是“合则安”，不可能千人一方、万众一药。例如，同样表现为“抑郁症预警综合征”，不能一律采用镇静的方法进行调理，而要分阴阳、察气血、识虚实、析痰瘀，在养心安神的同时，必须分别采用升清降浊、补气活血、补虚导实、祛痰化瘀等不同的方法进行个性化的调理。适合的调理才能使亚健康状态转为安和的健康状态。即使是饮食调理，也应因人、

因时、因地制宜，并非凡是具有高血压前兆的人都不能食用肉类，也不是所有人都适合饮用牛奶，进食任何食品或饮品之后，不胀、不泻、不乏力、不“上火”，即是“合则安”。同理，药物调理、经络调理、心理调理、形象调理等方法，也应把握“合则安”这一调理亚健康状态的原则，使之“上静、中和、下畅”，从而消除疾病预警综合征，转换为健康状态。

其一，上静。“上”，概指以“心”为主的“上焦”。中医学认为，“心主神明”，“心藏神”。众所周知，“健康的一半是心理健康”，因而可以断言，众多亚健康状态的出现，至少有一半是因为心理因素造成的，换言之，亚健康心理状态是亚健康状态的主要表现形式。“上静”，就是在调理中始终要注意使调理对象心态平和、安静。

其二，中和。“中”，概指以“脾胃”为主的“中焦”。中医学认为，因“人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死”。元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气；若胃气之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，则诸病之所由生。应认识到“内伤脾胃，百病由生”，所以中医称脾胃为“后天之本”。由此可见，“脾胃失司”是导致亚健康状态的主因之一。正常的脾胃状态是“泻而不藏”、“实而不满”。正常的脾胃功能是能“纳”能“化”。因此，“中和”，就是在调理中始终要注意使调理对象脾胃的纳化适度，不饥、不胀、不厌食、不暴饮暴食。

其三，下畅。“下”，概指以“肾”为主的“下焦”。中医学认为，“肾藏精”，是生命之源，称为“先天之本”。肾主水液，主纳气；肾主骨，生髓，通于脑，开窍于耳及二阴。所以，肾所藏之精气的盛衰，决定着人体的盛衰。如果肾中精气不足，可导致幼儿的“五迟”（立迟、行迟、齿迟、语迟、发迟）、“五软”（手足软、头软、颈软、肌肉软、口软），可导致成人的发脱齿摇、头晕耳鸣、记忆力减退、性功能减退、小便余沥、大便溏稀或结涩等未老先衰的症状产生，而后“百病蜂起”。因此，历代医家都极为重视肾的调补。“下畅”，就是在调理中始终要注意使调理对象的前后二阴通畅，即大、小便要通畅。对于女性调理对象，还要始终注意其月经的期、色、质、量以及白带的色、质、量和气味。

《中藏经》虽未列医案，即未以具体案例示范，却示人以思想、以理念、以法则、以方略，此则足以证其为“经”也！以上，即为孙光荣教授执其圭臬、循其轨道、灵活运用“从顺其宜”治疗思想于中医临床而获得的继承创新之硕果！概言之，主要有二：①治疗上，创造了以“三联药组”按君臣佐使配伍并提升中药相须、相使、相畏、相杀功效的独特组方方法，做到方药合宜、简单、精准、力专；并提出中医内病外治之法，以“四辨四宜”为其要，以“三准二精”为其良。②养生上，指出调理亚健康状态，就是要运用中医“治未病”思想，坚持“合则安”的原则，通过心理调理、饮食调理、药物调理、经络调理、形象调理等，使之“上静、中和、下畅”，消除疾病预警综合征，转换为健康状态。

《中藏经》不愧为上继古典、下启新派之中医秘籍！（翁俊雄, 杨建宇, 李彦知, 等. 论孙光荣教授对《中藏经》“从顺其宜”治疗思想的继承与创新[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(02):5-8.）

临证思维

论脏腑辨证“虚实寒热生死逆顺”八纲

阴阳寒热表里虚实八纲,为中医各种辨证方法之基本纲领。究其源起,此八纲孕育于《内经》,滥觞于仲景。《中藏经》源于《内经》而独重脏腑疾病之辨证论治,以形证脉气为依据,创立脏腑辨证之八纲,曰“虚实寒热生死逆顺”。但由于种种原因,一直未能引起重视。余惜其宝珠尘封千载,特试论之,以期中医辨证拓开研究之新径,共同为中医临床探索脏腑辨证之新法,尚祈同道赐正。

脏腑辨证八纲之诊断思想

纵观《中藏经》全书,在以阴阳、寒热、虚实、上下、气血论述病机之后,自第21论至第32论,集中论述脏腑辨证,先总论而后分论,每论篇名均冠以“虚实寒热生死逆顺”8字。《论五脏六腑虚实寒热生死逆顺之法第二十一》明言:“夫人有五脏六腑,虚实、寒热、生死、逆顺,皆见于形证脉气,若非诊察,无由识也。”由此,足见《中藏经》首创脏腑辨证八纲之诊断思想既十分明确,且独具特色。其诊断思想可由基本观点、生理观点、病机观点、辨证要旨、辨证依据、辨证纲领表述之。

基本观点

“天人相应”思想,自《内经》始即已引进医学领域。《素问·宝命全形论》曰:“人以天地之气生,四时之法成。”因而,《素问·四气调神大论》确认:“阴阳四时者,万物之终始也,死生之本也。逆之则灾害生,从之则苛疾不起,是谓得道。”尔后,历代医家均从整体观念出发,无论诊断与治疗,都强调人与天地相应。故“天人相应”乃中医学之主导思想。《中藏经》首创脏腑辨证八纲亦基于天人相应思想。《人法于天地论第一》即开宗明义指出:“人者,上禀天,下委地,阳以辅之,阴以佐之。天地顺则人气泰,天地逆则人气否。”因之,“人之危厄死生,禀于天地”,“见天地逆从,则知人盛衰。人有百病,病有百候,候有百变,皆天地阴阳逆从而生。苟能穷乎此,如其神耳!”由此可知,欲明脏腑辨证大法,必先明晓天合于人、人法于天和百病、百候、百变皆天地阴阳逆从而生之理,此即“见天地逆从,则知人盛衰”之义。故创立脏腑辨证八纲之基本观点是“天人相应”。

生理观点

万物生死,本乎阴阳;阴阳失衡,脏腑不宁;阴阳平衡,脏腑和宁。《阴阳大要调神论第二》认为:“阴阳相应,方乃和平。”《生成论第三》又言:“天地有阴阳五行,人有血脉五脏”,“上下营养,无有休息”。又进一步指明:“五脏五行,相成相生,昼夜流转,无有终始。从之则吉,逆之则凶。”因此,创立脏腑辨证八纲之生理观点是“阴阳平衡”,从之脏腑和宁。

病机观点

《中藏经》针对脏腑疾病,仅以《阴阳否格论第六》、《寒热论第七》、《虚实大要论第八》、《上下不宁论第九》、《脉要论第十》5篇论述其病机观点为“阴阳否格”,引伸之则有“上下不宁”、“寒热乃阴阳相胜”、“脏腑有虚实之变”。《阴阳否格论第六》统论阴阳失调之病机,曰:“阳气上而不下曰否,阴气下而不上亦曰否。阳气下而不上曰格,阴气上而不下亦曰格。否格者,谓阴阳不相从也。”升降出入乃物质运动之基本形式,若阴降而不升、阳升而不降,“阳奔于上则燔”、“阴走于下则冰”,由是阴阳否格,诸病乃生。上下乃阴阳之所以,一脏受病,则上下诸脏受累。故《上下不宁论第九》曰:“脾病者,上下不宁。”寒热乃阴阳之所化,故辨寒热即辨阴阳,为识病机之大要。《寒热论第七》以“阴阳相胜”高度概括寒热之病机实质,并从先后、上下、表里论其相胜之机。曰“人

之寒热往来者,其病何也?此乃阴阳相胜也。阳不足则先寒后热,阴不足则先热后寒。又上盛则发热,下盛则发寒。皮寒而燥者阳不足,皮热而燥者阴不足,皮寒而寒者阴盛也,皮热而热者阳盛也。”虚实乃阴阳之体类,《虚实大要论第八》以阴阳之病证、以脏腑之上下分述虚实病机,为第20论至第32论之辨虚实提纲挈领,指出“病有脏虚脏实,腑虚腑实,上虚下实,下虚上实”,“看在何部(或何经),以断其脏也”。故创立脏腑辨证八纲之病机观点是“阴阳否格”。

辨证要旨

《中藏经》所创立之脏腑辨证八纲,不仅要求辨病机定性,而且要求辨病势预后,此为脏腑辨证八纲之特色,即需判定顺逆,决断生死。《阴阳大要调神论第二》提出:“阴阳平,则天地和而人气宁;阴阳逆,则天地否而人气厥”。“阳者生之本,阴者死之基”。《寒热论第七》曰:“阴病难治,阳病易医,阴阳者,人之根本也。从者生,逆者死。从逆之兆,亦在乎审明。”全书合论诸病均叙明顺逆生死之征兆。因而,脏腑辨证八纲之要旨是“判定顺逆,决断生死”。

辨证依据

辨识和判定脏腑疾病之“虚实寒热生死逆顺”应以何为据?《人法于天地论第一》认为,诸病“彰于面部,见于形体”;《阴阳大要调神论第二》认为,“脉有五死,气有五生”;《脉病外内证决论第十二》、《生死要论第十三》、《病有灾怪论第十四》及第21论至第32论均叙明,脏腑疾病之形证脉气;第33论至第46论叙明,杂病之形证脉气。所以,脏腑辨证八纲之辨证依据是“形证脉气”。

脏腑辨证八纲之诊断内容

《中藏经》第21论至第32论按五脏六腑之序,举例分述“虚实寒热生死逆顺之法”,由此可探求其脏腑辨证八纲之诊断内容。

辨寒热

阴阳偏盛偏衰,则人体偏寒偏热;阴阳盛衰相胜,则人体寒热往来。故辨寒热即辨阴阳,为辨证之首务。然脏腑之寒热何以辨之?《中藏经》以面色、身形、脉象、主诉四者为要素,即以形证脉气为依据,分为脏寒证,脏热证;腑寒证,腑热证。虽然古朴,但可执简驭繁。例如,肝寒证,“两臂痛不能举,舌本燥,多太息,胸中痛,不能转侧,其脉左关上迟而涩”;肝热证,“喘满而多怒,目疼,腹胀满,不嗜食,所作不定,睡中惊悸,眼赤视不明,其脉左关阴实”。心寒证,“心有水气则痹,气滞身肿,不得卧,其阴肿”;心热证,“左手寸口脉大甚,则手内热赤,肿太甚,则胸中满而烦,澹澹,面赤,目黄”。脾寒证,“吐涎沫而不食,四肢痛,滑泄不已,手足厥,甚则颤栗如疟”;脾热证,“面目黄赤,季胁痛满”。肺寒证,“喘咳,身但寒不热,脉迟微”;肺热证,“唾血,其脉细、紧、浮、数、芤、滑”或“胀满,喘急,狂言,瞑目”,“口鼻张,大小便头俱胀,饮水无度”。肾寒证,“阴中与腰脊俱疼,面黑耳干,啗而不食,或呕血”,或“腹大,脐肿,腰重痛,不得溺,阴下如牛鼻头汗出,大便难,其面反瘦”;肾热证,“口舌干焦,而小便涩黄”,或“口热舌干,咽肿,上气,咽干及心烦而痛,黄疸,肠澼,痿厥,腰脊背急痛,嗜卧,足下热而痛,胫酸”。

又如,胆寒证,“恐惧,头眩不能独卧”;胆热证,“惊悸,精神不守,卧起不宁,多睡”。小肠寒证,“泄脓血,或泄黑水”,“下肿重”;小肠热证,“口生疮,身热去来,心中烦满,体重,小便赤涩”。胃寒证,“腹中痛,不能食冷物”,“左关上脉浮而迟”;胃热证,“面赤如醉人,四肢不收持,不得安卧,语狂,目乱,便硬,唇黑;热甚则登高而歌,弃衣而走,癫狂不定,汗出额上,鼾衄不止,左关上脉浮而数”。大肠寒证,“澹泄”;大肠热证,“(便)结,胀满而大便不通,垢重;热极则便血”。膀胱寒证,“小便数而清”;膀胱热证,“气急,苦小便短涩而不利”。

三焦寒证，“不入食，吐酸水，胸背引痛，咽干”；三焦热证，“上焦实热则额汗出身无汗，能食而气不利，舌干口焦咽闭，腹胀，时时胁肋痛；中焦实热则上下不通，腹胀而喘咳，下气不上，上气不下，关格而不通；下焦实热则小便不通，大便难，苦重痛”。

辨虚实

虚实之辨，各家所据不同，或以正气盛衰分，或以邪气盛衰分，或以病与不病分，或以气血分，或以痼新分，或以寒热分，或以结散分，或以壅陷分，或以动静分，或以顺逆分，未能划一。《中藏经》则以阴阳之病证、脏腑之上下分属虚实诸候，简明扼要。如，肝实证，“引两胁下痛，(痛)引小腹，令人喜怒”；肝虚证，“如人将捕之”。心实证，“小便不利，腹满，身热而重，温温欲吐，吐而不出，喘息急，不安卧”，“喜笑不息”，“其脉左寸口及人迎皆实大”；心虚证，“恐惧多惊，忧思不乐，胸中苦痛，言语颤栗”。脾实证，“舌强直，不嗜食，呕逆，四肢缓”；脾虚证，“精不胜，元气乏，失溺不能自持”。肺实证，“上气喘急，咳嗽，身热，脉大”；肺虚证，“力乏，喘促，右胁胀，语言气短，不能息，喘咳上气，利下，多悲感，耳重，咽干”。肾实证，“烦闷，脐下肿”，“腹大胫肿，喘咳，身重寝汗出，憎风”；肾虚证，“面色黑，其气虚弱，翕翕少气，两耳若聋，精自出，饮食少，小便清，膝下冷，其脉沉滑而迟”。

又如，胆实证，“惊悸，精神不守，卧起不宁”；胆虚证，“恐惧，头眩不能独卧，左关上脉阳微”。小肠实证，“口生疮”；小肠虚证，“泄浓血，或泄黑水，左寸口脉浮而微软弱”。胃实证，“中胀便难，肢节疼痛，不下食，呕吐不已”，“左关上脉浮而短涩”；胃虚证，“肠鸣腹满，引水，滑泄”。大肠实证，“胀满而大便不通”；大肠虚证，“滑泄不定”。膀胱实证，“气急，小便黄涩”，“腹胀大”；膀胱虚证，“小便数而清”。三焦实证，“上焦实则舌干口焦咽闭，腹胀”，“中焦实则上下不通”，“下焦实则小便不通而大便难”；三焦虚证，“上焦虚不能制下，遗便溺而头面肿”，“中焦虚则腹鸣鼓肠”，“下焦虚大小便泄下不止”。

辨顺逆

脉证合参，顺逆可判。然一病有多证多脉，一证亦有多症多脉，如何撮其要领以辨顺证、逆证？《中藏经》以阴阳病证和形脉之相符与否而辨识顺逆。凡阳病阴证、阴病阳证、上下交变、阴阳颠倒、冷热相乘，皆可谓阴阳病证不相符，是为逆证；凡形瘦脉大、胸中多气，形肥脉细、胸中少气，皆可谓形脉不相符，亦为逆证。反此者，则为顺证。《察声色形证决死法第四十九》指出：“凡人五脏六腑，荣卫关窍，宜平生气血顺度，循环无终，是为不病之本，若有缺绝，则祸必来矣。”此即通常达变以知顺逆之义。“要在临病之时，存神内想，息气内观，心不妄视，着意精察，方能通神明，探幽微，断死决生，千无一误”。此乃《中藏经》脏腑辨证之心法。

辨生死

辨生死亦当视脉证是否相符，而《中藏经》则据五色、五脉、时气三者相应与否而明辨，且尤重脉诊以别生死，兼顾色泽以定吉凶。《论杂病必死候第四十八》曰：“五脏六腑之气消耗，则脉无所依，色无所泽，如是者百无一生。”所谓“生证”，系指病重而可治，或可不治自愈者，如，“肝之病，身热恶寒，四肢不举，其脉弦长者可生”；“夏日心病，左手寸口脉弦而长或缓而大者可生”；“脾病其色黄，饮食不消，心腹胀满，身体重，肢节痛，大便硬，小便不利，其脉微缓而长者可治”。所谓“死证”，系指病重难治，或虽病轻、未病而其人不寿者。如“肝病则

头痛,胁痛,目眩,肢满,囊缩,小便不通,十日死”;“面青,人中反者,三日死”;“齿忽黑色者,三十日死”。第 48、49 论共列举决死之脉候 116 条。

《中藏经》首创之脏腑辨证“虚实寒热生死逆顺”八纲,可谓系统、简明、精辟、实用,实乃历代相传之高层诊察方法。诚能以此八纲辨寒热虚实以断病机、定病性,辨生死逆顺以判病势、明预后,则脏腑疾病之诊断已智珠在握矣。此八纲应与阴阳寒热表里虚实之基本纲领互参。(孙光荣.论脏腑辨证“虚实寒热生死逆顺”八纲[J].中国医药学报,1993,08(02):4-7,63.)

形神是中医辨证要素的首要元素

——中医辨证常用 20 个基本要素与形神的关系

形，即形体；神，有广义与狭义之分，狭义者言之精神、思维、意识等，广义者指一切生命活动，此处当取狭义之范畴。形与神必须相结合，相统一，此即形神一体观，为人是一个有机整体的重要组成内容，总体归属于中医整体观念的范畴。

形主要通过望诊而得，亦得旁参问、闻、切三诊，统筹兼顾所有信息，以判明真假。望形，是指通过观察患者形体的强弱、胖瘦及体形特点等来诊察病情的方法，又称之为望形体。

明形体，对疾病的判断意义重大，诚如《素问·三部九候论》所言：“必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实”。医者对患者的第一印象便为形体，形胖、形瘦立可判定，虚实之性，以略了然。人之形体与五脏六腑、四肢百骸在生理功能和病理变化上都有着密切的关系，《素问·经脉别论》有言：“诊病之道，观人勇怯、骨肉、皮肤，能知其情，以为诊法也。”《内经》有言如此，后历代医家多推崇，足显形体之意义受众医者所重视。

宏观而言，可定强、弱、胖、瘦。形强者，体多强，身体强壮，骨骼健壮，胸廓宽厚，肌肉充实，皮肤润泽，筋强力壮，足显气血旺盛，脏腑坚实，身体健康，即使有病，亦为新感，为小疾；形弱者，体多弱，身体衰弱，骨骼细小，胸廓狭窄，肌肉消瘦，皮肤干枯，筋弱无力，示为气血不足，体质虚弱，脏腑脆弱，容易得病，为久病，或为重病；形胖者，体多重，肉盛于骨，脂肪偏多，头圆颈粗，肩宽胸厚，大腹便便，肥而能食，形气有余，肥而少食，形盛气虚，二者均多聚痰湿，故古人有云“肥人多痰”、“肥人多湿”；形瘦者，体多轻，肌肉消瘦，头细颈长，胸狭平坦，腹部瘦瘪，体形瘦长，甚者大肉尽脱，毛发枯槁；形瘦食多，中焦火炽，形瘦食少，中气虚弱，二者多气火有余，且阴虚居多，故古人有云“瘦人多火”。

微观而言，可判皮、肉、脉、筋、骨。此五者是构成躯体身形的基本要素，称为“五体”。根据五体与五脏的关系，即肺合皮毛，脾合肌肉，心合脉，肝合筋，肾合骨，可以根据五体的强弱反应五脏的精气的盛衰，正如《难经·十四难》所载五损之说：“一损损其皮毛，皮聚而毛落；二损损于血脉，血脉虚少，不能荣于五脏六腑；三损损于肌肉，肌肉消瘦，饮食不为肌肤；四损损于筋，筋缓不能自收持；五损损于骨，骨萎不能起于床”。

更有体形体质以决气血阴阳之论，早在《内经》便有形体分类和体质关系的论述，“五形人”、“五态人”、“阴阳二十五人”就是当中记载，后世医家在此基础上多有阐发，但总体不越三类，即阴脏人、阳脏人、阴阳平和人。《医学心传》载“阴脏者阳必虚，阳虚者多寒，阴脏所感之病，阴者居多”、“阳脏者阴必虚，阴虚者多火，阳脏所感之病，阳者居多”、“平脏之人，或寒饮或热食，俱不妨事。即大便一日一度，不坚不溏。若患病，若系热者不宜过凉，系寒者不宜过热。至于补剂，亦当阴阳平补”之说。

神之来源于先天之精。男女构精，化生为人，即父母之精的结合孕育了生命，此后，也便产生了神，故《灵枢·本神》曰：“故生之来谓之精，两精相搏谓之神，随神往来谓之魂，并精出入谓之魄”。

神主要通过望诊而得，亦得旁参问、闻、切三诊，统筹兼顾所有信息，以判

明真假。望神，是指通过观察人体生命活动的整体表现来判断健康状态，了解病情的方法。既包括对脏腑功能活动表征的观察，也包括对意识、思维、情志活动状态的审察，是对神气与神志的综合观察判断。

通过察神可以了解人之气、血、津液的情况，此三者为神的物质基础，《灵枢·平人绝谷》云：“神者，水谷之精气也。”《灵枢·营卫生会》亦云：“血者，神气也。”只有气血津液充足，脏腑组织功能才能正常，人体才能表现出良好的神气状态，正如《素问·六节藏象论》所言：“气和而生，津液相成，神乃自生”，反之，气血津液不足，神无以化，神无以养，故而少神、失神、假神、神乱等。

察神之重点在于双目、面色、神情及体态。古人云：“人之神气，栖于二目”（《医原·望病须察神气论》），此言言及两目最能传神。目为五脏六腑之精气汇聚之地，《灵枢·大惑论》有言：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为精。”又言：“目者，神气所生也。”故而，观察两目为望神之重中之重。目光炯炯，精彩内含，运动灵活，谓之有神，反之，双目无彩，晦暗呆滞谓之无神。面部颜色亦是神气的外在重要征象。心主藏神，其华在面，故而面部皮肤的颜色及光泽的变化，能够比较准确的反映心神的充沛。皮肤荣润，红光满面，谓之有神，反之，皮肤枯槁，面色晦暗，谓之无神。诚如《医门法律·望色论》所言：“色者，神之旗也，神旺则色旺，神衰则色衰，神藏则色藏，神露则色露。”神情是精神意识和面部表情的综合体现，是心神和脏腑精气盛衰的外在表现。神志清晰，思维有序，表情自然，谓之有神，反之，神志不清，思维紊乱，表情淡漠，谓之无神。人体的形体动态也是反映神之盛衰的主要标志之一，形体丰满，动作敏捷，摇转自如，多为有神，反之，消瘦枯槁，动作迟缓，转侧艰难，多为无神。

可知，神之产生与人体精气、脏腑功能及形体的关系十分密切，精气是神的物质基础，神是精气的外在表现。了解神的情况，便知气血、津液、五脏六腑及形体的情况，故而察神当为诊断之重要要素，正如《素问·移精变气论》所言：“得神者昌，失神者亡”。

察形，是具体的把握；察神，是抽象的掌控。一个是具体可见，客观存在，一个是要经过信息加工得出的一个主观的判定。但二者之间联系密切，神为形之主，形为神之舍。临证之要，定要“形神和参”，一般而言，体健则神旺，体弱则神衰。正如《素问·上古天真论》所言“形与神俱”，若当神形表现不一时，更应该引起注意，如久病形羸色败，虽神志清醒，亦属于失神；新病神昏，虽然形体丰满，亦非良兆也。

综上所述，孙教授以为形与神是中医辨证纲领中的辨证要素之首要元素，而二者多以望诊所得，故而当为首功，正所谓“望而知之谓之神”（《难经·六十一难》），古今医之大家，多通过“第一印象”确定患者形与神的情况，继而通过把脉进一步求证并佐证相关信息，如此，病人不开口，病情已了然于心，凡此种种，留下多少千古传奇与千古佳话，实乃中医理论之高深也，中医魅力之无穷也。

孙教授在临证之中，首重形与神的辨识，执此纲领，大义明之，方向准确，药多有效。然形与神除望而得之，尚须旁参问、闻、切之三诊，故其在临证之中总结其它辨证要素 19 种，其中一般要素 10 种，即时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鳏寡、生育、新旧、欲涩、旺晦。重要要素 9 种，即盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死。加上形神之要素，重要要素亦 10 种，前 10 种一般了解即可，后 10 种需得精准掌握。19 种辨证要素与形神有一定的联系，旁参这些信息，更能够准确的掌握形与神的情况，本文将从一般情况、认知方式、

思辨重点、临床意义、与形神之联系五个方面分论之于下。

1 一般要素

1.1 时令

(1)一般情况 时令，即时令季节，古来有 24 节气，即立春、雨水、惊蛰、春分、清明、谷雨、立夏、小满、芒种、夏至、小暑、大暑、立秋、处暑、白露、秋分、寒露、霜降、立冬、小雪、大雪、冬至、小寒、大寒，不同节气气候各异，对人体之生理及病理有较大影响。《素问·宝命全形论》言：“人以天地之气生，四时之法成”，人是自然界的产物，自然界天地阴阳之气的运动变化与人体息息相关。在四时气候的变化中，每一季节都有其不同特点。因此，除一般性疾病外，常可以发生一些季节性多发病或时令性流行病。在疾病发展过程中，或某些慢性病恢复期中，也往往由于气候剧变或季节交替而使得病情加重、恶化或旧病复发。如关节疼痛的病证，常遇到寒冷或阴雨天气时加重。

(2)认知方式 时令季节比较好认知，根据农历时间记忆即可，或每次临证之前查阅一下时令季节，并大体了解此时令的特点，如：惊蛰，蛰是藏的意思。惊蛰是指春雷乍动，惊醒了蛰伏在土中冬眠的动物，对应人体而言，闭藏受到影响，气血流动加速；小暑，暑是炎热的意思。小暑就是气候开始炎热，暑为阳邪，侵袭机体伤津耗气，特别容易夹杂湿邪感病。

(3)思辨重点 首先要考虑该病的发生与时令季节有无关系，如夏季感冒，多为暑湿感冒，此病的发生与时令季节密切相关；小儿秋季腹泻，多为轮状病毒感染所致，此季节易促长此病毒滋生。其次，要考虑该病证的发生是否与此时令季节相应，如大暑季节所致热证是相应之证，寒证为相逆之证。大寒季节所致寒病为相应之证，热证为相逆之证。

(4)临床意义 根据时令季节的特点，可以辨识该病是否为时病，使之根据时令特点来处理；可以辨别病证的特点是否与时令相应，以预测症候的逆顺，相应者为顺证，相逆者为逆证。可以按照时令季节的特点指导临床用药，正如《素问·六元正纪大论》所说：“用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热。”夏季炎热，机体阳气旺盛，腠理疏松开泻，容易汗出，即使感受风寒而致病，辛温发散之品不宜过用，以免伤津耗气或助热生变。寒冬时节，人体阴盛而阳气内敛，腠理致密，同是感受风寒，则辛温发表之剂用之无碍；但此时病当热证，则当慎用寒凉之品，以防损伤阳气。暑热之季，多有夹湿，故暑天治病，必须注意清暑化湿。秋燥之季，病邪多燥，应注意滋养濡润，慎用枯燥之剂。

(5)联系形神 时令季节对形神均有一定影响，春多风，主升发，形体舒展，神意畅达；夏多热，兼有湿，形体困倦，神意烦闷；秋多燥，伤津气，形体清瘦，神意肃寂；冬多寒，形体蜷缩，神意闭藏。

1.2 男女

(1)一般情况 男女指性别而言，男女有别，男子属阳，多气，以肾为先天；女子属阴，多血，以肝为先天。《素问·上古天真论》有言：“女子七岁，肾气盛，齿更发长。…七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁，肾气实，发长齿更。…六八，阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白。”，可知，不同阶段之男女生理及病理存在一定的差别。

(2)认知方式 主要通过望诊而知，普通男女辨识肉眼可知，少数需得进一步问诊以及检查外生殖器等情况。

(3)思辨重点 从面容、身形、气质、性格、步态、声音、皮肤等可辨识，男性者多具阳光之气，女性者多具阴柔之质，然有难以鉴别者，须得从外生殖器

或内生殖器可见，有双重性别者，甚至需得进行染色体核型分析。亦有少数性别更换者，抑或同性恋患者需得问诊而知。

(4)临床意义 男女之生理有别决定其疾病所归亦有所别，故而辨明本病是否与性别有关具有较大临床意义。如月经病、带下病为妇女之专病，多从气血论治；前列腺炎、前列腺增生症为男子之专病，多从肾肝论治。即使同为感冒之证，男女用药亦应该有所差别。

(5)联系形神 男女与形神有着密切关系，男子形多高大、肩宽胸厚，四肢粗壮，神多以气养。女子形多瘦小，肩窄胸薄，四肢纤细，神多以血养。

1.3 长幼

(1)一般情况 长幼实则为年龄之别，年龄不同，则生理机能、病理反应各异，自然治法应该区别对待。

(2)认知方式 通过望诊、问诊即可了解年龄。

(3)思辨重点 掌握患者的真正年龄，察其形与神是否与年龄相称，了解其发育是否正常。对于时间年龄与发育状况严重不匹配者，需要了解其骨龄发育情况，真正掌握患者的生理年龄。

(4)临床意义 辨别患者的年龄对了解其生理及病理状况有较大帮助，对临床用药有较大指导。小儿生机旺盛，但脏腑娇嫩，气血未充，发病则易寒易热，易虚易实，病情变化较快，用药量宜轻，疗程宜短，忌用峻剂；青壮年则气血旺盛，脏腑充实，发病多邪正相争剧烈，多为实证，可以侧重于攻邪泻实，用药量可重；老年人生机减退，气血日衰，脏腑机能衰减，病多表现为虚证，或虚中夹实，多用补虚之法，或攻补兼施，用药量应比青壮年少，讲究中病即止。

审查患者的长幼尚可以了解天癸的至与否，绝与否，早衰与否，可以进一步了解病因情况，是因病致衰，还是因衰而致病。对于生理发育严重落后于时间年龄者，多为“五迟”之范畴。

(5)联系形神 长幼与形神有一定的关系，年小者，形多娇嫩，形气未充，神意不足，殆至长极，形骸骸备，神意充沛，及至老年，形体消减，神意渐弱。至于早衰者，五迟者，形神皆不足，多为先天肾精不足，后天脾胃失养。

1.4 干湿

(1)一般情况 干湿者，实则居住之环境也。不同的地域，地势有高下，气候有寒热燥湿，水土性质各异，正所谓“一方水土养育一方人”。

(2)认知方式 主要通过问诊而得之，可以旁参望诊。

(3)思辨重点 询问患者的原籍，长期居住地，现居住地，根据提供信息，了解所在地之气候特点及民俗风情。

(4)临床意义 了解患者居住地之干湿，可以明了此病是否与所在环境相关，可以针对性采取措施。如我国东南之处，滨海傍水，地势低洼，气候温暖潮湿，患者腠理多疏松，阳气容易外泄，容易外感邪气而致感冒，风热者居多，多采用桑叶、菊花、薄荷之类。即使因风寒所致，亦多选用荆芥、防风，即使用及麻黄、桂枝亦应该减量而施之。

(5)联系形神 干湿与形神有一定关系，所居北方者，多干燥，形多粗壮；所居南方，多湿热，形多瘦小。

1.5 劳逸

(1)一般情况 劳逸是指劳累和安逸，劳逸结合是保证人体健康的必要条件，如果劳逸失度，或长时间过于劳累，或过于安逸，则不利于健康，可以导致脏腑经络及精气血津液神的失常，进而导致疾病的发生。

(2) 认知方式 主要通过望诊与问诊所知。

(3) 思辨重点 通过问询了解患者是多脑力劳动还是体力劳动，患者目前是处在悠闲状态还是处在繁忙状态，是否有较大的压力及思想包袱。

(4) 临床意义 过劳，过逸均可以导致疾病。过劳又曰“过度劳累”，包括劳力过度、劳神过度、房劳过度3种。劳力过度，又称“形劳”，长时间的过度用力可以耗伤脏腑精气，导致脏腑之气虚少，继而功能减退。正如《素问·举痛论》所言：“劳则气耗”。劳力过度尚可以导致形体损伤，长时间的用力可以导致形体组织损伤，久而积劳成疾，正如《素问·宣明五气》所言：“久立伤骨，久行伤筋”。劳神过度，又称“心劳”或“神劳”，长时期的用脑过度，思虑劳神而积劳成疾。房劳过度，又称“肾劳”，太过的房事，或者频繁的手淫等耗伤了肾精与肾气，导致肾精肾气耗伤，根本动摇，而见腰膝酸软，耳鸣盗汗等，正如《素问·生气通天论》所言：“因而强力，肾气乃伤，高骨乃坏”。过逸有曰“过度安逸”，长期的不劳作，不思考问题，生活安逸，居安无危，可以导致气机不畅，进而脏腑的机能减退，脾胃呆滞不振，久则津液代谢异常。尚可使得阳气失于振奋，导致脏腑经络机能减退，体质虚弱，正气不足，抵抗力下降，正如《素问·宣明五气》所言：“久卧伤气，久坐伤肉”。

(5) 联系形神 劳逸与形神关系较为密切。劳逸需结合，劳逸需适度，过劳可以耗伤形神，劳神而又伤肉，过逸亦可致气机不畅，阳气不振而神情不转，形体消减。

1.6 鳏寡

(1) 一般情况 鳏指鳏夫，寡指寡妇，指夫妻丧偶，现多有离异的情况。和谐正常的夫妻生活能够保持良好的情绪，促进气血津液的运行；反之，阴阳失调，情志紊乱，酿生疾病。

(2) 认知方式 主要通过问诊而获知。

(3) 思辨重点 通过问询了解是否结婚，是否独居，是否离异，是否有丧偶情况，是否有正常稳定的房中之事。进一步求证病因，辨明该病的发生是否与鳏寡有关，是疾病导致了鳏寡，还是鳏寡导致了疾病。

(4) 临床意义 古来强调“阴阳和”，鳏寡之人从家庭而言，阴阳已经失和，此将影响情志，或直接伤及内脏，尤及心、肝、脾，或影响脏腑气机，悲则气消，思则气结，继而发为情志病。更有终生未婚者，应该察查是否有无隐疾及心理障碍。

(5) 联系形神 鳏寡与形神有一定关系，突致鳏寡，多为影响情志，伤及心神。

1.7 生育

(1) 一般情况 生育多与生殖功能及胎产后疾病有关，了解男子不育、早泄、阳痿等情况，了解女子不孕、早孕、妊娠次数、生产胎数等情况。

(2) 认知方式 多通过问诊与切诊所知，问诊可了解男子不孕不育、性生活等情况，可了解女子不孕不育、经带胎产等情况，切诊可以了解气血及是否早孕。

(3) 思辨重点 明辨患者是否怀孕，有无异常；明确患者是否不孕不育，是全不产还是断绪；问询患者性生活情况；问询女子妊娠次数，流产次数，产子情况。

(4) 临床意义 男子二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子，女子二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。可见天癸是生育产子之关键。天癸是肾精及肾气充盈到一定程度而产生的，具有促进人体生殖器

官发育成熟和维持人体生殖机能作用的一种物质，天癸主要源自肾，故而生育情况能够较好了解肾气、肾精的情况。生育问题尚可指导用药，怀孕期用药一定要慎重，有慎用者，有忌用者，多次妊娠胎产者，应该多兼顾补益气血。

(5)联系形神 生育辨证要素与形神有一定关系，不孕不育者，多肾气、肾精不足，形神不足；多次妊娠，多胎、多子者多损及肾气、肾精，亦会衰减形神。

1.8 新旧

(1)一般情况 病之新旧多就病程而言，病程短，多为新病，病程久，多为旧病。“新病”是相对“旧病”而言，旧病是中医问诊之一，《十问歌》明确载有“九问旧病十问因”，相当现代医学之既往史，或过往史，现多已经痊愈，不再治疗，新病多为现代医学之现在史。

(2)认知方式 新旧的确定多由问诊而定，问发病的时间及其持续的时间便知。

(3)思辨重点 通过问询了解起病时间，确定病为新病还是旧病，伤为新伤还是旧伤，了解起病时间。

(4)临床意义 辨明新旧可进一步明确病因，可了解新病引发旧病还是旧病带发新病，可以根据新病与旧病以辨明标证与本证，进一步指导治疗，即当务之急，当从新病论治还是从旧病切入。

(5)联系形神 新旧辨证要素与形神有一定关系，新病多在短期内不影响形神，旧病时日久远，可能耗气伤精，继而损伤形神。

1.9 裕涩

(1)一般情况 裕即富裕，涩即贫穷。多指患者家庭条件和经济条件，人之生理及病理受情志有较大影响，而裕涩往往会影影响情志，经济条件宽裕者，多心情良好，精神振奋，人际关系较好，有利于身心健康；经济条件拮据者，多愁闷忧虑，思想负担重，不利于身心健康。

(2)认知方式 通过问诊及望诊可以获知此要点。

(3)思辨重点 通过问诊及望诊可以了解患者是富裕还是贫穷，临证通过患者信息可以侧面了解相关情况，如：是否为医保病人、家中人员组成、职业等。了解患者既往有无过度治疗及不及治疗、有无过度检查及不及检查。

(4)临床意义 贫与富对人体而言没有绝对的影响，关键要看以何心态处之。但，一般而言，经济地位过好，养尊处优，肥甘厚腻，容易使人骄恣纵欲；经济地位低下，容易使人自卑颓丧，二者均有弊端，久之，可影响人体脏腑机能和气血运行。当经济条件有巨大波动时会影影响人之生理状态与病理状态，《素问·疏五过论》指出：“尝贵后贱”可以导致“脱营”病变，“尝富后贫”可以导致“失精”病变。

(5)联系形神 裕涩辨证要素与形神有一定联系。裕者，物质丰富，肥甘厚腻，体态多丰腴；涩者，家境贫寒，粗茶淡饭，体态消瘦。从物质而言，裕涩对神无太多影响，然而，从情志而言，裕者，多心情舒畅，神采奕奕；涩者，多情志抑郁，神思萎靡。

1.10 旺晦

(1)一般情况 旺，指顺利，处在顺境；晦，指不顺，处在逆境。旺晦多影响情志，从而影影响人之生理及病理状态。

(2)认知方式 通过问诊及望诊可知该辨证要素。

(3)思辨重点 问询患者的生活处境的顺与逆、家庭环境是否和睦、工作是否顺心，情绪是否良好。了解本病是否与所遭境遇有关系，是否与情绪有关。

(4)临床意义 旺者多喜，晦者多怒、忧、思、悲，然此情志长久刺激均会引发或诱发疾病的发生。诚如《灵枢·百病始生》云：“喜怒不节则伤脏”。通过旺晦的了解尚可指导治疗，在治疗本病的时候是否需要兼调情志。

(5)联系形神 旺晦之辨证要素与形神有一定关系，旺晦多由情志而影响神情，旺者多喜，神志多佳；晦者多悲，神志不佳。

2 重要要素

2.1 盛衰

(1)一般情况 盛衰多指邪正的盛与衰。《素问·通评虚实论》云：“邪气盛则实，精气夺则虚”。虚与实一般是相对而言的，实指邪气盛，是以邪气亢盛为矛盾的主要方面；虚指正气不足，是以正气虚损为矛盾的主要方面。正气与邪气者两种力量不是固定不变的，而是在其不断的斗争的过程中，发生力量对比的消长盛衰变化。

(2)认知方式 盛与衰通过望、闻、问、切四诊综合而得，然孙教授临证体悟，切诊当为其中之重点，脉数、滑、洪等多为盛，脉细、虚弱无力等多为衰。

(3)思辨重点 辨别盛衰，即辨明虚实。孙教授在临证体悟，重点需要辨别气血之虚实，是气血旺盛，还是气血亏虚，有无气滞、有无血瘀。

(4)临床意义 盛者有两层含义，一指邪气，一指正气。邪气盛者，多实证，常见于外感六淫和疫病致病的初期和中期，或由于水湿痰饮、食积、气滞、瘀血等引起的内伤病证。实证多见于体质比较壮实的患者。正气盛者，气血多充足，体质多强壮，一般不容易生病，即使感病亦较轻，且容易康复。衰多指正气不足，多虚证，多见于素体虚弱，精气不充，或病程日久，耗伤人体的精血精液，正气化生无源。

盛衰不是绝对的，有虚实错杂，其可分虚中夹实、实中夹虚两类；有虚实转化，其可分为由实转虚和因虚致实两种；尚有虚实真假，包括真实假虚和真虚假实。盛衰与疾病的转变密切相关，大体可以分为正胜邪退、邪去正虚、邪胜正衰、邪正相持 4 种情况。

(5)联系形神 盛衰与形神密切相关。邪气盛者可影响形神，病久伤形，邪气重者扰神、乱神。正气盛者，精气足，培形而育神。正气衰者，精气血津液皆不足，形体亦不充，神无以养，故而可出现少神、失神等。

2.2 阴阳

(1)一般情况 阴阳是中国古代哲学的一对范畴，是对自然界相互关联事物的总括。阴阳是归类病证类别的两个重要纲领，它无所不指，亦无所定指，疾病的性质、证的类别及临床表现，均可以用阴阳进行概括或归类。如《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳”。后续医家秉承此观念，《类经·阴阳类》云：“人之疾病，必有所本，故或本于阴，或本于阳，病变虽多，其本则一”。《景岳全书·传忠录》亦云：“凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医之纲领，阴阳无缪，治焉有差？医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已”。

(2)认知方式 可以通过望、闻、问、切四诊综合合参获得阴阳的信息，但首重望诊。

(3)思辨重点 辨别人体生理之阴阳，对人体组织结构之阴阳归属及人体生理功能之阴阳归类应熟知。对病因的阴阳分类要辨别清楚，对病理变化的阴阳属性要辨识清晰，如：阴偏盛、阳偏盛、阴偏衰、阳偏衰、阴损及阳、阳损及阴、阴盛格阳、阳盛格阴、亡阴证、亡阳证。要细辨面色、脉象、舌象、声音是否一致，是否类归阴与阳。

(4)临床意义 色泽鲜明者多属阳，色泽晦暗者多属阴。语声高亢洪亮、多言躁动者，多属实、属热，为阳；语声低微无力、少言而沉静者多属虚、属寒、为阴。呼吸微弱，多属于阴证；呼吸有力声高气粗，多属于阳证。躁动不安多属于阳，蜷卧静默多属于阴；身热恶寒多属于阳，身寒喜暖多属于阴。寸部脉为阳，尺部脉为阴；脉至者为阳，脉去者为阴；数脉多为阳，迟脉多为阴；浮大洪滑脉多为阳；沉涩细小脉多为阴。症见面色苍白、四肢逆冷、精神萎靡、畏寒蜷卧、脉微欲绝者，兼有面红、烦热、口渴、脉大无根者多为阴盛格阳，即真寒假热证；症见壮热、面红、气粗、烦躁、舌红、脉数大有力者，兼有四肢厥冷、脉沉伏者多为阳盛格阴，即真热假寒证。症见冷汗淋漓、心悸气喘、面色苍白、四肢逆冷、畏寒蜷卧、精神萎靡、脉微欲绝等症多为亡阳证；症见大汗不止、烦躁不安、心悸气喘、体倦无力、脉数躁动等症多为亡阴证。

(5)联系形神 阴阳之辨证要素与形神有重要关系，形神多可以用阴阳的事物属性去归类，形强神充多为阳，形弱神失多为阴。

2.3 表里

(1)一般情况 表里是辨别病变部位之内外、深浅之重要纲领。表与里是一对相对概念，皮肤多属表，筋骨多属里；腑多属表，脏多属里；络多属表，经多属里；三阳经多属表，三阴经多属里。一般而言，身体的皮毛、腠理在外，属表；血脉、骨髓、脏腑在内，属里。表里辨别多对外感疾病的诊断及治疗有重要意义，它是对外感疾病发展阶段性的基本认识，它可以说明病情的轻重深浅及病机变化的趋势，从而把握疾病演变的规律，取得诊疗的主动性。

(2)认知方式 可以通过望、闻、问、切四诊综合合参获得表里的信息，但首重切诊。

(3)思辨重点 问明起病时间与日常及其发病的诱因，问明病痛之所在，明确掌握病位。弄清病在体表还是脏腑，在经还是在络，辨清当前主要是表证未除还是里证未显，关键是表为主还是里为主。

(4)临床意义 症见新起恶风寒，或恶寒发热，头身疼痛，喷嚏，鼻塞，流涕，咽喉肿痛，微有咳嗽、气喘，舌淡红，苔薄白，脉浮者，多为六淫、疫病等邪气，经皮毛、口鼻侵入机体的初期阶段，正气抗邪于肌表，发为表证；症见寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，默默不欲饮食，口苦，咽干，目眩，脉弦者，所谓半表半里之证；症见非表证与半表半里之证者，多为脏腑、气血、骨髓等受病，发为里证。

(5)联系形神 寒热之辨证要素与形神有重要关系。表证者，形神多不受损害，里证者，形神多有损害。

2.4 寒热

(1)一般情况 寒热是辨别疾病性质的两个重要纲领。寒有表寒与里寒之分，表寒者多为外感寒邪，里寒者多为阳气虚衰而致阴寒内盛。热有表热与里热之别，表热者多为外感之火热之邪，里热者多为阴液不足而致阳气偏亢所致。《素问·阴阳应象大论》言：“阳胜则热，阴胜则寒”，《素问·调经论》言：“阳虚则外寒，阴虚则内热”。

(2)认知方式 可以通过望、闻、问、切四诊综合合参获得表里的信息，但首重问诊。

(3)思辨重点 问清患者发热、发寒的时间、程度、部位、主诉，理清先寒后热、先热后寒，是否有寒热往来，是否伴发寒战，务必辨清寒热真假。

(4)临床意义 症见恶寒喜暖，肢体蜷缩，冷痛喜温，口淡不渴，痰、涕、

涎液清稀，小便清长，大便溏薄，面色白，舌淡苔白，脉紧或迟者，多为感受寒邪、或阳虚阴盛，导致机体活动功能受到抑制，发为寒证；症见发热，恶热喜冷，口渴欲饮，面赤，烦躁不宁，痰、涕黄稠，小便短黄，大便干结，舌红少津，苔黄燥，脉数等，多为感受热邪，或脏腑阳气亢盛，或阴虚阳亢，导致机体机能活动亢进，发为热证。

孙教授多年研习《中藏经》，总结其寒热，多以面色、身神、脉象、主诉四者为要素，即以形证脉气为依据，可分为脏寒证，脏热证；腑寒证，腑热证。如肝寒证，“两臂痛不能举，舌本燥，多太息，胸中痛，不能转侧，其脉左关上迟而涩”；肝热证，“喘满而多怒，目疼，腹胀满，不嗜食，所作不定，睡中惊悸，眼赤视不明，其脉左关阴实”。心寒证，“心有水气则痹，气滞身肿，不得卧，其阴肿”；心热证，“左手寸口脉大甚，则手内热赤，肿太甚，则胸中满而烦，澹澹，面赤，目黄”。脾寒证，“吐涎沫而不食，四肢痛，滑泄不已，手足厥，甚则颤栗如疟”；脾热证，“面目黄赤，季肋痛满”。肺寒证，“喘咳，身但寒不热，脉迟微”；肺热证，“唾血，其脉细、紧、浮、数、芤、滑”或“胀满，喘急，狂言，瞑目”，“口鼻张，大小便头俱胀，饮水无度”。肾寒证，“阴中与腰脊俱疼，面黑耳干，啗而不食，或呕血”，或“腹大，脐肿，腰重痛，不得溺，阴下如牛鼻头汗出，大便难，其面反瘦”；肾热证，“口舌干焦，而小便涩黄”，或“口热舌干，咽肿，上气，咽干及心烦而痛，黄疸，肠澼，痿厥，腰脊背急痛，嗜卧，足下热而痛，胫酸”。

又如，胆寒证，“恐惧，头眩不能独卧”；胆热证，“惊悸，精神不守，卧起不宁，多睡”。小肠寒证，“泄脓血，或泄黑水”，“下肿重”；小肠热证，“口生疮，身热去来，心中烦满，体重，小便赤涩”。胃寒证，“腹中痛，不能食冷物”，“左关上脉浮而迟”；胃热证，“面赤如醉人，四肢不收持，不得安卧，语狂，目乱，便硬，唇黑；热甚则登高而歌，弃衣而走，癫狂不定，汗出额上，鼾衄不止，左关上脉浮而数”。大肠寒证，“溏泄”；大肠热证，“（便）结，胀满而大便不通，垢重；热极则便血”。膀胱寒证，“小便数而清”；膀胱热证，“气急，苦小便短涩而不利”。三焦寒证，“不入食，吐酸水，胸背引痛，咽干”；三焦热证，“上焦实热则额汗出身无汗，能食而气不利，舌干口焦咽闭，腹胀，时时胁肋痛；中焦实热则上下不通，腹胀而喘咳，下气不上，上气不下，关格而不通；下焦实热则小便不通，大便难，苦重痛”。

(5)联系形神 寒热之辨证要素与形神有重要关系，寒证形多收引，多蜷缩，神意淡漠；热证形多亢进，神意躁急，甚则狂躁。

2.5 虚实

(1)一般情况 虚实是辨别邪正盛衰的两个重要纲领。主要反映疾病过程中人体中形神与正气的强弱和致病邪气的盛衰。实多指邪气亢盛，虚多指正气不足，正如《素问·通评虚实论》所言：“邪气盛则实，精气夺则虚”，《景岳全书·传忠录》亦云：“虚实者，有余不足也”。

(2)认知方式 可以通过望、闻、问、切四诊综合参获得表里的信息，但首重切诊。

(3)思辨重点 辨别神、形、证、脉、舌、便六者是否一致，辨别虚证、实证、虚实真假，进一步明确应不应补，该不该泻。

(4)临床意义 虚证多以人体阴阳、气血、津液、精髓不足，以“不足、松弛、衰退”等为表现，实证多以感受外邪，或疾病过程中阴阳气血失调，体内病理产物蓄积，以“有余、亢盛、停聚”为主要特征。若实证兼有神情默默，身体

倦怠，懒言，脉象沉细等虚证，多为真实假虚证，正所谓“大实有羸状”；若虚证兼有腹胀腹痛、二便闭塞、脉弦等实证，多为真虚假实证，正所谓“至虚有盛候”。

然虚实之辨，各家所据不同，或以正气盛衰分，或以邪气盛衰分，或以病与不病分，或以气血分，或以痼新分，或以寒热分，或以结散分，或以壅陷分，或以动静分，或以顺逆分，未能划一。孙教授从《中藏经》体悟其以阴阳之病证、脏腑之上下分属虚实诸候，简明扼要。如，肝实证，“引两胁下痛，(痛)引小腹，令人喜怒”；肝虚证，“如人将捕之”。心实证，“小便不利，腹满，身热而重，温温欲吐，吐而不出，喘息急，不安卧”，“喜笑不息”，“其脉左寸口及人迎皆实大”；心虚证，“恐惧多惊，忧思不乐，胸中苦痛，言语颤栗”。脾实证，“舌强直，不嗜食，呕逆，四肢缓”；脾虚证，“精不胜，元气乏，失溺不能自持”。肺实证，“上气喘急，咳嗽，身热，脉大”；肺虚证，“力乏，喘促，右胁胀，语言气短，不能息，喘咳上气，利下，多悲感，耳重，咽干”。肾实证，“烦闷，脐下肿”，“腹大胫肿，喘咳，身重寝汗出，憎风”；肾虚证，“面色黑，其气虚弱，翕翕少气，两耳若聋，精自出，饮食少，小便清，膝下冷，其脉沉滑而迟”。

又如，胆实证，“惊悸，精神不守，卧起不宁”；胆虚证，“恐惧，头眩不能独卧，左关上脉阳微”。小肠实证，“口生疮”；小肠虚证，“泄浓血，或泄黑水，左寸口脉浮而微软弱”。胃实证，“中胀便难，肢节疼痛，不下食，呕吐不已”，“左关上脉浮而短涩”；胃虚证，“肠鸣腹满，引水，滑泄”。大肠实证，“胀满而大便不通”；大肠虚证，“滑泄不定”。膀胱实证，“气急，小便黄涩”，“腹胀大”；膀胱虚证，“小便数而清”。三焦实证，“上焦实则舌干口焦咽闭，腹胀”，“中焦实则上下不通”，“下焦实则小便不通而大便难”；三焦虚证，“上焦虚不能制下，遗便溺而头面肿”，“中焦虚则腹鸣鼓肠”，“下焦虚大小便泄下不止”。

(5)联系形神 虚实之辨证要素与形神有重要关系，虚者多形弱神衰，实者多形强神亢，进而发展为形弱神衰。

2.6 主从

(1)一般情况 主者，主症也，即疾病之主要矛盾；从者，次症也，或称兼症，或称伴发症，为疾病之次要矛盾。治疗要首重主症，正如方剂的设置原则，君药是针对主病或主症所设立，正所谓：“擒贼先擒王”。

(2)认知方式 可以通过望、闻、问、切四诊综合参获得表里的信息，但首重问诊。

(3)思辨重点 问明病史、症候、因果关系，明了主诉及其他医生治疗经过及其治疗效果。理清主病与从证，明确当前主证与从证。

(4)临床意义 辨清主从可以指导治疗，主证者当务之急宜解决，防止疾病进展，及时控制病情，次症者兼而顾之。

(5)联系形神 主从之辨证要素与形神有一定关系，主证者多影响形神，从症者多影响不大。

2.7 标本

(1)一般情况 标和本的概念是相对的，标本关系常用来概括说明事物的现象和本质，亦可概括疾病过程中矛盾的主次先后关系。本是事物的主要矛盾，标是事物的次要矛盾。标本是随着疾病发展变化的具体情况所指有所不同。就邪正而言，正气为本，邪气为标；就病机与症状而言，病机为本，症状为标；就疾病

先后言，旧病、原发病为本，新病、继发病为标；就病位而言，脏腑精气病为本，肌表经络病为标。故而，标本不是绝对的，而是相对的，有条件的。

(2) 认知方式 标本的辨识主要为问诊，亦需旁参望、闻、切三诊。

(3) 思辨重点 通过四诊的筛查，当需明断疾病的本质与表现、真与假、急与缓。能够准确地分清病证的主次先后与轻重缓急，从复杂的疾病矛盾中找出其主要矛盾或矛盾的主要方向，进而采取有针对性的治疗方法，以获得理想的治疗效果。

(4) 临床意义 定完标本之后，需得制定治则，以指导治疗。急则治其标，在疾病过程中出现某些危急症状的时候，应当先治或急治。此时病证过程中的危重症状已经成为疾病矛盾的主要方面，若不及时解决，当危及生命。如大出血病人，无论何种原因导致，均采取紧急止血的措施，待血止后再予以针对性治疗。缓则治其本，对于病情缓和、病势迁延、暂无急重病状的情况下，此时必须着眼于疾病的本质的治疗，因为标证是源自于本证的，本证得到治疗，标证自然随之消失，如哮喘的缓解期的治疗。尚可采取标本兼治，在标证与本证错杂并重时可采取此法。

(5) 联系形神 标本之重要辨证要素与形神有重要联系。标证多应神，本证多应形。标证病短、多实，影响神情，本证病长、多虚，病久则伤形。

2.8 逆顺

(1) 一般情况 逆，即逆证；顺，即顺证。此辨证要素孙教授化裁于《中藏经》，为孙教授对《中藏经》之心得，《中藏经》源于《内经》而异流，以形、证、脉、气为依据，创立“脏腑辨证八纲”，曰“虚实寒热生死逆顺”。辨病机则定性为寒、热、虚、实，辨病势则预后为生、死、逆、顺，指出：“夫人有五脏六腑，虚、实、寒、热、生、死、逆、顺，皆见于形证脉气，若非诊察，无由识也。”其脏腑辨证八纲之学术思想十分明确，独具特色。辨证要旨为判定顺逆、决断生死。认为“生死致理，阴阳中明；从逆之兆，亦在乎审明”。

(2) 认知方式 可以通过望、闻、问、切四诊综合合参获得表里的信息，但首重切诊。

(3) 思辨重点 脉证合参，顺逆可判。然一病有多证多脉，一证亦有多症多脉，如何撮其要领以辨顺证、逆证？《中藏经》以阴阳病证和形脉之相符与否而辨识顺逆。尚得了解病程、症候、治疗效果反馈，疾病是否向愈，抑或恶化。医者是否失治，抑或误治，是否重新诱发。

(4) 临床意义 凡阳病阴证、阴病阳证、上下交变、阴阳颠倒、冷热相乘，皆可谓阴阳病证不相符，是为逆证；凡形瘦脉大、胸中多气，形肥脉细、胸中少气，皆可谓形脉不相符，亦为逆证。反此者，则为顺证。《中藏经·察声色形证决死法第四十九》指出：“凡人五脏六腑，荣卫关窍，宜平生气血顺度，循环无终，是为不病之本，若有缺绝，则祸必来矣”。此即通常达变以知顺逆之义。“要在临病之时，存神内想，息气内观，心不妄视，着意精察，方能通神明，探幽微，断死决生，千无一误”。此乃《中藏经》脏腑辨证之心法。

(5) 联系形神 逆顺之辨证要素与形神有重要关系。顺证多不影响形神，逆证多消耗形体，耗伤心神。

2.9 生死

(1) 一般情况 生也者，佳也；死也者，恶也。非死生之含义，此辨证要素亦源自于孙教授对《中藏经》之体悟，纵览医籍，凡虚实寒热之辨者，汗牛充栋，而决生死逆顺者，凤毛麟角。《中藏经》则将决生死逆顺列为辨证之纲，明断其

病证“不治”、“死”、“几日死”、“十死不治”，或断“可治”、“不妨”、“不治自愈”，辞确言明。而且在论杂病之后，更以“论杂病必死候第四十八”、“察声色形证决死法第四十九”两篇，列举决死之脉候共 116 条，专论决生死法，盖以望诊、闻诊及切诊所获知患者舌象、脉象以及声音、色泽、形体、气味等形、证、脉、气为依据，决断其病证之生死逆顺。

(2) 认知方式 可以通过望、闻、问、切四诊综合合参获得表里的信息，但首重切诊。

(3) 思辨重点 通过四诊了解机体之整体，察明脉象、舌象、特殊指征，问明得食与否，进一步了解生机是否存在，判明疾病的预后。

(4) 临床意义 辨生死亦当视脉证是否相符，而《中藏经》则据五色、五脉、时气三者相应与否而明辨，且尤重脉诊以别生死，兼顾色泽以定吉凶。《论杂病必死候第四十八》曰：“五脏六腑之气消耗，则脉无所依，色无所泽，如是者百无一生”。所谓“生证”，系指病重而可治，或可不治自愈者，如，“肝之病，身热恶寒，四肢不举，其脉弦长者可生”；“夏日心病，左手寸口脉弦而长或缓而大者可生”；“脾病其色黄，饮食不消，心腹胀满，身体重，肢节痛，大便硬，小便不利，其脉微缓而长者可治”。所谓“死证”，系指病重难治，或虽病轻、未病而其人不寿者。如“肝病则头痛，胁痛，目眩，肢满，囊缩，小便不通，十日死”；“面青，人中反者，三日死”；“齿忽黑色者，三十日死”。

(5) 联系形神 生死之辨证要素与形神有重要联系，生证形神多不受损伤，死证形神多严重耗伤，很难恢复。（刘应科, 孙光荣. 形神是中医辨证要素的首要元素——中医辨证常用 20 个基本要素与形神的关系[J/OL]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(01):1-9.）

国医大师孙光荣论“观其脉证”

国医大师孙光荣出身于中医世家，幼承庭训，师承名医，在临证 58 载之中积累了丰富的经验，擅长治疗中医内科、妇科疑难杂症，尤其是脑病、肿瘤、血液病、情志病、脾胃病以及带下病等疗效卓著。孙老师始终秉持中医药“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的核心理念，治学行医既讲求正本清源，又善于开拓创新。临床上以中和思想为指导，时时强调“护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪”；体现中和辨治特点，认为临床思辨的重点不外“调气血、平升降、衡出入”；遵循中和思想组方用药，以“三联药组”之功能按君、臣、佐、使结构组方，“遵循经方之旨、不泥经方用药”，形成孙氏系列经验方。

“观其脉证，知犯何逆，随证治之”语出《伤寒论》第 16 条，条文原为“坏病”的治疗法则，今已不限于此，因其高度概括了中医临床辨证论治的全过程，对中医诊治过程具有普遍的指导意义。其中，“观其脉证”指的是通过临床四诊合参得到患者信息的过程，强调必须尽可能地搜集较全面的症状、体征资料，为之后的中医辨证做准备。孙老师在临证之中，认为“观其脉证”其实就是中医诊法的内容，是抓四诊合参获知“主证”。对于如何抓住“观其脉证”的重点，孙老师深入研究并总结：“辨证元素记心中，四诊最重基本功。望诊本是第一诊，观其有否精气神。目鼻舌甲需仔细，闻问详参辨假真。脉探生死与逆顺，再参数据诊如神。”并对其内涵逐一进行了阐述。

1 辨证元素记心中，四诊最重基本功

为了方便记忆和应用，孙老师根据多年临床经验归纳了 20 种辨证元素，包括一般辨证元素和重要辨证元素。一般辨证元素归纳出 10 种，即时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鳏寡、生育、新旧、裕涩、旺晦。一般辨证元素对于中医诊断疾病有很大参考价值，具体可见表 1。重要辨证元素同样归纳出 10 种，即神形、盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死。重要辨证元素对于中医诊断疾病有很大帮助，临床上需精准掌握，具体参见表 2。

表 1 10 种一般辨证元素的认知方式、思辨重点及临床意义

元素	认知方式	思辨重点	临床意义
时令	每次临证前查阅、记忆	有关？无关？相应？对立？	辨识是否时病、面色是否相应、预测证候逆顺、是否按时令用药？
男女	望诊，区别伪装或特例	是否有属于性别专有的病证？	辨识本病证与面容、身形、气质、性格、步态、声音、性别相关？是否男病女脉/女病男脉？预测证候顺逆？
长幼	望诊、闻诊、问诊	相称？不相称？发育是否正常？	天癸至/绝否？早衰？因病致衰/因衰致病？是否“五迟”？
干湿		原籍？长期居住地？	

	望诊、问诊	现居住处所？	本病证是否与生活环境有直接关系？干/湿、寒暑是否是本病的发病诱因？
劳逸	望诊、问诊	脑力？体力？悠闲？冗繁？压力？重压？	本病证是否与职业直接相关？是否与情志直接相关？
鳏寡	问诊	未婚？离异？独居？冶游？	因鳏寡致病/因病致鳏寡？有否隐疾？与本病证的关系？
生育	问诊、切诊	原发/继发不育、不孕？流产？多子？	求治/求嗣？早泄/阳痿/死精？月经/白带？第一胎/多胎？早产？
新旧	问诊	新病/旧病？新伤/旧伤？病程？	与本病证相关？新病引发旧病/旧病带发新病？治疗当从新病/旧病切入？
裕涩	望诊、问诊	富裕/贫穷？医保/自费？	既往是否过度/不及诊断、过度/不及检查、过度/不及治疗？过度/不及养生？如何纠正？
旺晦	望诊、问诊	工作生活顺、逆、平？情绪良好/败坏？	本病证与境遇是否有关？是否与情绪有关？专治本病还是要兼调情志？

表 2 10 种重要辨证元素的认知方式、思辨重点及临床意义

元素	认知方式	思辨重点	临床意义
神形	望诊、闻诊、切诊 (胃、神、根)	是否形与神俱？精气神是否充足？	先天/后天是否充足/失养？重点是在失神还是脱形？可补/可

盛衰			泄？
	四诊（主要为切诊）	气血盛/衰？气滞/血瘀？	气血盛衰、气滞血瘀，何者为根？何者为先？何者为因？
阴阳			
	四诊（主要为望诊）	面色、脉象、舌象、声音是否一致？	阳证/阴证？真阳证/真阴证？假阳证/假阴证？阳绝/阴绝？
表里			
	四诊（主要为切诊）	起病时间与日程、发病诱因、病痛所在	病在体表/脏腑经络？当前主要是表证未除/里证未显？当前在表/里？
寒热			
	四诊（主要为问诊）	发寒/发热的时间、程度、部位	先寒后热/先热后寒？寒热往来？有无寒战？真热假寒/真寒假热？舌苔、汗、尿意义？
虚实			
	四诊（主要为切诊）	神、形、证、脉、舌、便六者是否一致？	真虚假实/真实假虚？大实/大虚？应不应补/泄？可不可补/泄？
主从			
	四诊（主要为问诊）	病史、证候、因果、主诉、前医诊治	厘清本病主证/从证？明确当前主症/从症？
标本			
	四诊（主要为问诊）	祛病/留人？表象/本质？急/缓？	如何解除病人当前最大的痛苦而无损神形？在何时扶正？可否兼施？
逆顺			
	四诊（主要为切诊）	病程、证候、治疗效果反馈	是否向愈/恶化？是否失治误治？（排除医源性疾病）是否重新诱发？
生死			
	四诊（主要为切诊）	整体、脉象、舌象、特殊指征、得食与否	生机是否存在？确定本病决断生死的重要指征

中西医均有四诊，内容有所不同。西医主要是视、触、叩、听，中医为望、

闻、问、切。在临床中，根据孙老师提出的 20 种辨证元素，通过对诊断知识的掌握，认真练习，稳扎稳打，才能熟练掌握四诊方法。

2 望诊本是第一诊，观其有否精气神

《灵枢·本脏》言：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”望诊被列为四诊之首，《难经·六十一难》强调其重要性指出：“望而知之谓之神。”孙老师认为，形与神是上述 20 种辨证元素之首要元素，主要通过望诊获知，故判断患者的精气神状况主要观察其形和神。

2.1 观形知精气

观形是指通过望患者形体的胖瘦及体型特点、体质的强弱来诊察病情、预测疾病转归的方法。五脏合五体，形体的胖瘦强弱与气血的虚实、五脏功能的盛衰是统一的，正如《黄帝内经》云：“有诸形于内，必形于外。”

一般而言，形胖多属气虚、阳虚，形瘦多属血虚、阴虚；内盛则外强，内衰则外弱。就形体胖瘦而言，形胖者，体重多沉，体形肥圆，脂肪偏厚，头圆颈粗，肩宽胸厚，大腹便便。若肥而能食，则属于“形盛气盛”；若肥而少食，肤白无华，则属于“形盛气衰”。此二者均多聚湿生痰，故有“肥人多痰”、“肥人多湿”之说。形瘦者，体重多轻，体型瘦长，肌肉消瘦，头细颈长，胸窄平坦，腹部瘦瘪。若形瘦食多，为中焦火炽；若形瘦食少，为中气虚弱。此二者多气火有余，且阴血不足、内有虚火的表现居多，故有“瘦人多火”之说。如果到皮肤干焦、毛发枯槁、骨瘦如柴、大肉尽脱的程度，则是精气衰竭、津液干枯的危重表现。

就体质的强弱而言，体强者，身体强壮，骨骼健壮，胸廓宽厚，肌肉充实，皮肤润泽，筋强力壮，精神健旺，说明脏腑坚实，气血充沛，身体健康，抗病力强，有病易治，预后良好。体弱者，身体衰弱，骨骼细小，胸廓狭窄，肌肉消瘦，皮肤枯燥，筋弱无力，精神萎靡，说明脏腑脆弱，气血不足，体质虚弱，抗病力弱，有病难疗，预后较差。

具体而言，由于五脏合五体，故可根据皮、肉、脉、筋、骨五体的强弱反映五脏精气的盛衰。肺主皮，皮毛之荣枯疏密系于肺；脾主肉，肌肉之坚脆系于脾；心主脉，血脉之推动盛衰系于心；肝主筋，筋之濡养伸屈系于肝；肾主骨，骨之强弱系于肾。若五体受损，则如《难经·十四难》所言：“一损损于皮毛，皮聚而毛落；二损损于血脉，血脉虚少，不能荣于五脏六腑；三损损于肌肉，肌肉消瘦，饮食不为肌肤；四损损于筋，筋缓不能自收持；五损损于骨，骨痿不能起于床。”

2.2 观神知神

观神知神是指依据病人的形体、动静姿态、目态、面部表情、言语气息等，通过对神气和神志的综合观察，以判断健康状态，了解患者是否有得神、少神、失神、假神、神乱表现之一的方法。观神的内容包括神气和神志两方面。神气即脏腑功能活动的外在表现；神志即意识、思维、情志活动。得神、少神、失神、假神、神乱是神可分的五类临床表现。

精气是神的物质基础，神是精气的外在表现。《灵枢·本神》曰：“两精相搏谓之神”，神来源于先天之精，与脏腑功能及形体的关系十分密切，是人体生命活动的总体现。若气血津液充足，脏腑组织功能正常，人体才能得神，《素问·六节藏象论》言：“气和而生，津液相成，神乃自生。”若气血津液不足，神无以养，神无所依，则人体出现少神、失神、假神、神乱的表现。

3 目鼻舌甲需仔细，闻问详参辨假真

在把握患者精气神的整体状况后，还需对局部重点部位进行细致观察，局部重点部位包括目、鼻、舌、甲。

《灵枢·大惑论》云：“目者，五脏六腑之精也……神气之所生也。”《重订通俗伤寒论·观两目》亦云：“凡病至危，必察两目，视其目色，以知病之存亡也。”目诊在观神中有重要作用，并且可以预测脏腑的情况，对某些疾病的诊断意义重大。重点观察目神、目色、目形和目态。

《灵枢·五色》认为：“五色独决于明堂。”明堂即是鼻，鼻诊不仅可以诊察肺及脾胃的病变，还能判断脏腑的虚实、胃气的盛衰、病情的轻重和预后。主要通过望鼻色泽、形态、鼻内情况预知病情变化。

《灵枢·脉度》指出：“心气通于舌，心和则舌能知五味矣。”《形色外诊简摩》中说：“至于苔，乃胃气之所熏蒸，五脏皆禀气于胃。”舌象是脏腑功能、气血津液、胃气的反映，可测知气血之盛衰、脏腑之虚实、病变之寒热、病位之深浅、病势之进退、预后之良恶，主要通过观察舌质和舌苔的变化来判断。

《素问·六节藏象论》指出：“肝者，罢极之本，魂之居也，其华在爪。”爪甲与肝胆关系较为密切，若肝胆功能异常，则爪甲会出现相应的病变，如《灵枢·本脏》指出：“肝应爪。爪厚色黄者，胆厚；爪薄色红者，胆薄；爪坚色青者，胆急；爪濡色赤者，胆缓；爪直色白无约者，胆直；爪恶色黑多纹者，胆结也。”主要包括爪甲形态、质地、色泽等，包括对指甲、趾甲、月痕部分的观察。

孙老师指出，若患者目无神，鼻煽气短，鼻枯无泽，舌薄歪颤，甲枯暗或白点斑斑，唇缩绀或淡，人中平满，大肉削减，俯首难伸，面容如泥或如煤炭，为难治病证。

望诊之后，通过结合闻诊和问诊，就能获得更为详细的临床资料，一是便于医者辨明病在何处，是在头还是在脚、是在上焦还是下焦、是在皮肤还是在内部、是在脏还是在腑还是在经络等等；二是便于医者辨明病之性质，是寒还是热、是虚还是实，等等。如此，临证才能分清病证之真假，准确抓住病机之关键。

闻诊包括听声音和嗅气味，通过二者可以推测判断疾病之病位所在、辨病性之寒热虚实。《素问·阴阳应象大论》曰：“善诊者，……视喘息，听音声而知所苦。”《难经·六十一难》则明确强调了闻诊的地位，指出：“闻而知之谓之圣。”

问诊涉及的方面十分广泛，主要包括一般情况、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史，因此要讲究方法和技巧，要有目的性和针对性。历代著作对于问诊均有论述，如“问而知之谓之工”（《难经·六十一难》），《针灸甲乙经》云：“所问病者，问所思何也，所惧何也，所欲何也，所疑何也。问之要，察阴阳之虚实，辨脏腑之寒热。”《备急千金要方》曰：“未诊先问，最为有准”，“问而知之，别病深浅”。《景岳全书》把问诊相关内容归纳为十大方面，即后世所谓“十问歌”。（注：“十问歌”至少有三个版本：首见于《景岳全书·传忠录·十问篇》：“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九因脉色察阴阳，十从气味章神见，见定虽然事不难，也须明哲毋招怨。”其次，见于清·陈修园的《医学实在易·问证诗》：“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药参机变，妇人尤必问经期，迟速闭崩皆可见，再添片语告儿科，天花麻疹全占验。”最新见于国家卫生部中医司《中医病案书写格式与要求》通知精神，改编为：“问诊首当问一般，一般问清问有关，一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再将诊疗经过参，个人家族当问遍，

妇女经带病胎产，小儿传染接种史，疮痘惊疮嗜食偏。”)

4 脉探生死与逆顺，再参数据诊如神

脉诊，又称切脉，如《难经·六十一难》曰：“切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知病在何脏腑也。”《难经》首创“独取寸口”的理论，此后，历代医家大都重视脉诊并一直沿用至今。

孙老师在临床的同时，还一直从事中医药文献的研究，其中，主持全国第一批中医古籍整理研究重点课题“《中藏经》整理研究”，对其影响十分深远，认为《中藏经》具有颇高的学术价值，“实为璀璨之明珠，医家之宝典”。

《中藏经》最重视脉诊，专设“脉要论第十”篇，对脉象的基本生理功能进行了论述：“脉者，乃气血之先也。气血盛，则脉盛；气血衰，则脉衰；气血热，则脉数；气血寒，则脉迟；气血微，则脉弱；气血平，则脉缓。”并以脉象来推断脏腑的虚实寒热，如第二十四篇，“心病，……左手寸口脉大甚，则手内热赤，肿太甚则胸中满而烦，澹澹面赤，目黄也”，“心气实，即小便不利，腹满，身热而重，温温欲吐，吐而不出，喘息急，不安卧，其脉左寸口与人迎皆实大者，是也。心虚则恐惧多惊，忧思不乐，胸腹中苦痛，言语战栗，恶寒，恍惚，面赤目黄，喜衄血，诊其脉，左右寸口两虚而微者，是也”。又如第二十七篇，“胃者，……左关上脉浮而大者，虚也；浮而短涩者，实也；浮而微滑者，亦实也；浮而迟者，寒也，浮而数者，热也。”

诊脉更重要的意义是判断疾病顺逆预后、决断患者生死。凡提示“难治”、“不治”、“死”，为预后不良。如第二十四篇，“夏，心王。左手寸口脉洪、浮、大而散，曰平；反此则病。若沉而滑者，水来克火，十死不治”。又如第二十六篇，“脾病，面黄，体重，失便，目直视，唇反张，手足爪甲青，四肢逆，吐食，百节疼痛不能举，其脉当浮大而缓。今反弦急，其色当黄而反青，此十死不治也”；凡提示“自愈”、“可治”、“易治”、“生”，为预后良好。如“弦而长者，木来归子，其病自愈；缓而大者，土来入火，为微邪相干，无所害”。又如“王时，其脉阿阿然缓，曰平。……反微涩而短者，肺来乘脾，不治而自愈；反沉而滑者，肾来从脾，亦为不妨；反浮而洪，心来生脾，不为疾耳”。

由于疾病的复杂多变，故在临床过程中，必须四诊合参，不可忽视其他诊法，而以一诊替代四诊，《医门法律》言：“望闻问切，医之不可缺一。”同时，还须结合现代的检查、化验结果综合考虑，如此临床诊断方能少出差错。孙老师始终强调中医诊断的规范化，要合理利用现代诊断技术和指标，作为临床的重要参考。在1990年主编的《炎症的中医辨治》一书中，就创建了一个西医病名、西医诊断与鉴别诊断、中医辨证、中医治疗再加民间疗法备选的模式。陈可冀教授曾给予高度评价，认为此书“切学界之所需，扬中医之精粹，汇中西之方治，集临床之大成”。

深研孙老师有关“观其脉证”的歌诀，要能达到“诊如神”的境界，仅仅掌握望闻问切的式样是不够的，仅仅依赖实验室检查数据也是不够的，中医四诊是先进的、科学的，关键是要下苦功夫、要练就硬功夫，才能“功到自然成”：一是要熟读经典，二是要把握辨证元素，三是要掌握观察的部位和技巧，四是要辨明形神和脉象舌象真假。（叶培汉，孙贵香，何清湖，等. 国医大师孙光荣论“观其脉证”[J]. 湖南中医药大学学报, 2017, 37(02):119-123.）

试论少阳为阳枢，厥阴为阴枢

枢者，户枢也，即门户的转轴，引伸为事物运动的重要部分或关键部分。人体在正常情况下的阴阳消长处于动态平衡之中，一旦发生疾病，则消长中的任何一方面必有偏盛或偏衰，而疾病的进退与否取决于正邪抗争的变化，故阴阳消长的关键所在，即是疾病进退的枢机。

《伤寒论》以六经分证。三阳证之序列为太阳、阳明、少阳。太阳主表，阳明主里，少阳主半表半里。而三阳之枢在少阳，此论非议者寡。三阴证之序列应为太阴、少阴、厥阴？还是太阴、厥阴、少阴？三阴之枢究属少阴？抑属厥阴？历来众说纷纭。中医学院试用教材《伤寒论讲义》（成都中医学院主编）就明确地提出一种具有代表性的看法：“流传本《伤寒论》六经病先后顺序是：太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴。这一先后顺序，可能是古代编纂过程中，由于简籍的错乱所致，所以不论从病情轻重，或自然界季节阴阳更迭的理论和实际情况分析，均有矛盾之处。我们认为应将顺序改为太阳、阳明、少阳、太阴、厥阴、少阴，即厥阴之后才是少阴，较为合理。”笔者认为，仍以《伤寒论》原订三阳三阴序列为妥。且由此而确认厥阴为三阴之枢。兹不揣浅陋，略述管见，稗作引玉之砖。

（一）

《伤寒论》的六经分证，沿用了《素问·热论》的六经之名，而推广其义。历代不少医家按图索骥，因名求证，或云经络，或云脏腑，或云病机，均无法全面地、透彻地解释伤寒六经证征，故陈修园说：“《伤寒论》六经与《内经热论》六经宜分别读；王叔和引《热病论》为序例，冠于《伤寒论》之首，而论中之旨反因以晦。”顾古生更囊括而言之曰：“盖六经部分有横行者十二经流注，自手太阴至足厥阴，十二时相传是也；有分层者，伤寒由表入里，由三阳、二阳、一阳，三阴、二阴、一阴者是也，有分形者，背为太阳，面为阳明，胸胁为少阳，大腹为太阴，少腹为少阴，凡隐曲处为厥阴是也。言非一端，各有所当。”所以，单从部位及经名探讨，则不可得知伤寒六经分证的真谛。

其实，《伤寒论》是以恶寒发热的征象，即阴阳消长的态势为首要依据来进行六经分证的。《伤寒论》延伸和衍化了《内经》的阴阳学说，明确地指出“病有发热恶寒者，发于阳也，无热恶寒者，发于阴也。”这就是张仲景原订三阳证、三阴证的总则，故有的教材，如湖北中医学院主编的全国高等医学院校中医专业试用教材《伤寒论选读》将这第7条原文列为《六经病证治·总纲》的第一条，真可谓之开宗明义。

（二）

根据上述总则，因“寒为阴，热为阳”、“外为阳，内为阴”的“质”的不同而区别三阴主寒，三阳主热；三阳主表，三阴主里。以阴阳二气之多少而确定三阳（太阳）、二阳（阳明）、一阳（少阳），及三阴（太阴）、二阴（少阴）、一阴（厥阴）。故寒邪初犯肌表，邪气虽盛，正气亦旺，正邪抗争，则是“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”（第1条），此藉麻黄桂枝之属辛温助阳发汗，表证可罢，寒邪可解；若邪热耗伤正气，“邪气盛则实”，邪入阳明而从燥化，则是“阳明之为病，胃家实是也”（第185条），而“阳明病外证（反映外在的证候）云何？答曰：身热，自汗出，不恶寒，反恶热”（第187条），“不恶寒”是无表证，“反恶热”是寒已化燥，此藉白虎、承气之属清热泻热，则里证可除，燥邪可去；若寒邪侵入少阳，正气奋起抗争，“正胜则热，邪胜则寒”，正邪分争，则是“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也”（第264条），其所以然者，“本太阳病，不解，

转入少阳者，胁下鞭(硬)满，干呕不能食，往来寒热”(第 267 条)，此藉小柴胡汤并用寒热、兼施攻补以和之，使上下调达，内外疏通，则气机可畅，郁滞之邪可解。

由上述可见，三阳证之序列是以阴阳消长的态势为据，抓住“恶寒”、“不恶寒、反恶热”、“往来寒热”三阳证中的主证来确定的。

正因如此，当少阳为病之时，即值正邪分争之际，如果正气抗争有力，病邪热化，热多寒少，则可病转阳明退而“出表”，故第 233 条云：“阳明病，胁下鞭满，不大便而呕，舌上白苔者，可与小柴胡汤，上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解”；如果阳衰阴盛，正气不足，热少寒多，必病转三阴进而“入里”，故第 269 条云：“伤寒六七日，无大热，其人烦躁者，此为阳去入阴故也”，所以尤在泾说：“进而就阴则寒，退而从阳则热也”。由此可以看出，往来寒热既是少阳的主证，又是三阳证病机进退的客观指标和主要标志。寒热的多少，取决于正邪的胜负；正邪的胜负取决于阴阳的盛衰，从而决定出表、入里，转阳、转阴，换言之，出表入里、转阳转阴的关键所在是少阳，所以说少阳为三阳之枢。

(三)

三阴证之名，虽源于《素问·热论》，但其证征，却为仲景首先从临证实践中归纳而得，清·程应旂言：“《素问》之六经，是一病共具之六经；仲景之六经，是异病分布之六经。《素问》之六经，是因热病而及六经，仲景之六经，是设六经而赅尽众病”。故《伤寒论》之三阴证与《素问·热论》之三阴证不能等同视之。《伤寒论》所列三阴证为里证、寒证、虚证。

邪入太阴，脾机受困，中阳不振，则有“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”(第 273 条)的典型见证。其所以然者，或因三阳证失治误治，邪传太阴；或因寒邪势盛，直犯太阴；或因脾阳素虚，寒自脏生。此或可赖脾阳自复，下利自愈，所谓“脾家实，秽腐当去”(若阳复太过，则转属阳明，因“实则阳明，虚则太阴”、“热则阳明、寒则太阴”)；或藉理中、四逆辈温中散寒，健脾燥湿。

三阴证首列太阴证。太者，初也，盛也。太阴证处于阴盛阳衰的初期，病势尚轻，寒象不著(腹痛自利，但无厥冷)，热象亦无(不发热，口不渴)。正邪之争当不及下述之少阴证与厥阴证，从阴阳消长的角度而论病机进退，仍当决定于是否能温运中阳，以热制寒。

邪入少阴，阴阳二气均已虚衰，始则见“少阴之为病，脉微细，但欲寐也”(第 281 条)，继则可因病邪或体质之异，而分见阴虚热化、阳虚寒化。阴虚热化者，证见“心中烦、不得卧”(第 303 条)、“下利、咽痛、胸满”(第 310 条)、脉来细数，舌红少苔等，当藉黄连阿胶汤育阴清热；若热化至极，灼伤阴津，出现阳盛阴微之证，当以大承气汤急下存阴。阳虚寒化者，证见“欲吐不吐，心烦，但欲寐……虚，故引水自救”(第 282 条)；“既吐且利，小便复利而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝”(第 308 条)、脉来沉微、舌淡苔白等，当藉四逆汤、附子汤等扶阳抑阴，若寒化至极，阴寒独盛，阳微欲亡，当用通脉四逆、重用姜附以回阳救脱。

三阴证次列少阴证。少者，次也，不多也。少阴证处于阴阳俱衰之期，病势危重，寒热之象均著，虚衰之候毕至。但其辨证关键仍在于抓住“寒热”(包括真寒假热、真热假寒)二字。

邪入厥阴，阴衰阳微，而又阴阳对峙。故有“厥阴之为病，消渴，气上撞心，

心中疼热，饥而不欲食，食则吐蚘，下之，利不止”（第326条）。然而，本条所述，尚需用心体察。据临床报道及笔者所见，急性热病的极期每有厥阴见证，或寒或热，或吐或利，或渴欲引饮，或利反索食，见证殊多，寒热错杂，厥热胜复。但或然证不能替代主证。主证应是厥热胜复。厥从何来？第337条云：“凡厥者，阴阳气不相顺接便为厥。厥者，手足逆冷者是也。”综观《伤寒论》论厥诸条，凡气血、痰饮、虻虫等皆可，使“阴阳气不相顺接”而至“厥”，但是，主要是寒热致厥：有因素体阳虚，感受外邪而又误汗、误下以致寒邪深重，阳气衰微、消而不长导致的寒厥；有因外邪直中厥阴，热结于里，阳气亢盛、内而不外导致的热厥。前者如第351条：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。若其人内有久寒者，宜当归四逆加吴茱萸生姜汤”，第353条：“大汗，若大下利而厥冷者，四逆汤主之”。后者如第354条：“病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中，心下满而烦，饥不能食者，病在胸中，当须吐之，宜瓜蒂散。”

三阴证未列厥阴证。厥者，极也，逆也。《素问·至真要大论》云：“厥阴何也？岐伯曰：两阴交尽也。”阴尽则阳生，阴尽之前为厥阴，阳生之后为少阳；阳（正）消阴（邪）长，则进而入里为厥阴，阴（邪）消阳（正）长，则退而出表为少阳。故厥阴为病，上热下寒，厥热胜复，寒热错杂，其病势可内可外，可进可退，可生可死。试析《伤寒论》厥阴篇数条原文，即可明证无误。

第335条：“伤寒一二日至四五日，厥者必发热，前热者后必厥，厥深者热亦深，厥微者热亦微”。明确地指出了热与厥的关系。

第331条：“伤寒先厥，后发热而利者，必自止，见厥复利”。阳长阴消则生，阴胜阳消则死，欲得生机，全靠阳气来复，先厥而发热，则示阳气已复，利必自止，厥必自退；见厥复利，则示阴邪复盛，阳气又衰，其病必进。由此可知厥热胜复是其阴阳消长的主要标志。

第329条：“厥阴病，渴欲饮水，少少与之愈。”

第359条：“下利，有微热而渴，脉弱者，今自愈。”

第346条：“伤寒六七日不利，便发热而利，其人汗出不止者，死，有阴无阳故也。”以上三条，从正反两面，提示阳气来复与否是厥阴证转归的根本条件。

第342条：“伤寒厥四日，热反三日，复厥五日，其病为进。寒多热少，故为进也。”

第341条：“伤寒发热四日，厥反三日，复热四日，厥少热多者，其病当愈；四日至七日，热不除者，必便脓血。”

第336条：“伤寒病，厥五日，热亦五日。设六日，当复厥，不厥者自愈。厥终不过五日，以热五日，故知自愈。”

第345条：“伤寒发热，下利至甚，厥不止者，死。”

以上四条，十分鲜明地指出了判断厥阴证顺（愈）逆（死）的总原则：以厥热出现的时间比例，即以寒热的“量”的多少来判断阴阳消长、正邪胜负的“质”的转化。厥多热少，是阳气难复，其病为进；厥而不止，是阳气不复，其病难痊；厥少热多，是阳气来复，其病为退，转阳可愈；阳复太过，必便脓血（或咽喉赤烂）。

综上所述，可以确证：寒热错杂是正邪交争的剧烈反映；厥热胜复是厥阴证转折的客观指标和主要标志；阳气来复是阴证转阳的根本条件。而这些特点均集中在厥阴，所以说厥阴为三阴之枢。

（四）

至此，仍有三点需要进一步扼要阐明：其一、《素问·阴阳离合论》云：“太

阳为开，阳明为阖，少阳为枢”；“太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”，似与本文结论矛盾。其实，《阴阳离合论》所述乃就经络而言，仲景六经分证仅用其六经之名，实就阴阳消长之态势。恶寒发热之征象以分证，前文已述，故两者无需胶柱。其二、少阴证心肾受病，其证危重，况且亦有寒化热化之分，为何不可当三阴枢机之任？笔者认为，少阴证虽属危重，但非有如厥阴证之转机可言，更无“厥热胜复”的转折标志可证。少阴证寒化、热化所致的四肢厥冷，仅是指四肢不温，而非厥逆。部分学者已提出凡见厥证皆入归厥阴的见解，甚觉合理。其三、陆渊雷云：“仲景次少阳于阳明篇后，沿热论之名也，然仲景之少阳来自太阳，传诸阳明……次少阳于阳明篇之后者，仲景之不得已也。”言外之意，是按表里顺序及传变次第，本来应为太阳、少阳、阳明，而之所以次少阳于阳明之后，乃是本《素问·热论》之名，遵其旧制而强为之。笔者认为，陆氏之说不合仲景之意。三阳证之证治已如前述，按陆氏之意，亦未尝不可按太阳、少阳、阳明排列，而仲景之所以次少阳于阳明之后，一方面是兼顾素问六经之顺序，避免不必要的混乱。更主要的另一方面是，这是一种说理的方式，亦即思维逻辑的反映。首先阐明甲(太阳)，次而阐明丙(阳明)，三则再阐明介乎二者之间的乙(少阳)，这样，何谓表，何谓里，何谓半表半里？其证若何？如何辨证施治？较依次阐述甲、乙、丙的说理方法更便于比较，便于鉴别，概念明晰，井然有序。

基于同样的理由，仲景将三阴证的序列定为太阴、少阴，厥阴，既兼顾了原有六经序列，又使全书编排首尾照应。三阳证、三阴证的转枢之证均排列在后，其义更明！因此，厥阴次少阴之后，既非按“自然界季节阴阳更迭的理论”和“病情轻重”排列，更非古籍错简所致。

“学而不思则罔”，疑而不究则晦，故书以求教。（孙光荣. 试论少阳为阳枢，厥阴为阴枢[J]. 贵阳中医学院学报, 1982, (03):27-29+16.）

中医临证优势

2013年10月22日张仲景祠

热烈祝贺医圣仲景南阳国际论坛立坛开讲！

导语

中医药，国之瑰宝！中医药学，是以天地一体、天人合一、天地人和、和而不同的思想为基础，经过数千年以亿万计的人而不是动物为载体的临床诊疗经验积累、发展起来的医学科学，深刻体现了中华民族的认知方式和价值取向，蕴含着丰富的中华民族文化的精髓，是我国文化软实力的重要体现。

中医药学，作为我国独有的医学科学，具有丰富的原创内涵。历代医家通过不断的深入观察和反复的临床实践，采用与其他医学不同的视角和思维方式，创造性地总结了对人的健康与疾病的认识，形成了系统的理论与技术方法，建立了具有五大特色、六大优势的独特的医学体系。

五大特色：

个性化的辨证论治、调治求衡的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向。

六大优势：

临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉、创新潜力巨大、发展空间广阔。

目前，中医医院的中医临床执业团队明显存在着“三个不足”：

一是中医药文化素养不足，“中医人”的标识不显著；

二是中医药基本理论修养不足，中医临证思辨特点不突出；

三是中医临床解决实际问题的能力不足，中医临床疗效的贡献率不显著。

一、中医学、西医学是不同的医学体系

中医学、西医学都是人类防治疾病、维护健康的医学科学，目的一致，但又是不同的医学体系：

1、从学科属性分析：西医学属于自然科学；中医学既属于自然科学，也属于社会科学。

2、从医学模式分析：西医学属于生物医学模式，现在公认是生物—社会—心理医学模式；中医学是整体医学模式。

3、从诊疗思维分析：西医学是在还原论的指导下，基于解剖学的基础上发展起来的，诊疗思维着重于寻求致病因子和精确病变定位，然后采用对抗式思维，定点清除致病因子，使机体恢复健康；中医学是在整体观的指导下，基于天人合一、形神合一的中国古代哲学基础上发展起来的，诊疗思维着重于寻求致病因素（内因、外因、不内外因）和正气、邪气的消长定位，然后采用包容式思维，非定点清除致病因子，而是通过扶正祛邪、补偏救弊使机体恢复健康。

4、从发展特点分析：西医学起步晚、发展快；中医学起点高、发展慢。

5、从治疗特点分析：西医学强调客观、微观、规范、标准的检查数据支持诊断，强调临床路径的规范与统一，强调介入、强调干预，强调辨病论治；中医学强调四诊合参，强调“观其脉症，知犯何逆，随证治之”，强调因人因时因地制宜，强调“加减临时再变通”，强调“中和”，强调辨证论治。

二、中医学、西医学应当互学、互补

治疗的对象是病人，最终的目的是使病人恢复健康，所以，疗效是硬道理，也正因如此，疗效要用事实证明。必须以实事求是的态度对待不同医学体系，中

医、西医应当均有自知之明，互相学习，取长补短。

三、当前西医临床医学面临的主要难题是“九缺乏”

- 1、对病毒性感染性疾病缺乏特效药物。
- 2、对细菌所产生的日益严重的对抗生素耐药问题缺乏有效解决办法。
- 3、对治疗功能性失调性疾病缺乏提高疗效的措施。
- 4、对大多数恶性肿瘤缺乏有效技术与药物。
- 5、对药物更新过于频繁的问题缺乏对策。
- 6、对治疗成本太高、病人不堪重负的问题缺乏有效解决途径。
- 7、对日渐增多的医源性疾病、药源性疾病缺乏阻断办法。
- 8、对“未病”状态新挑战缺乏有效应对方案。
- 9、对环境、心理、社会等因素致病以及形神变化缺乏整体理论的支撑。

对

四、当前中医临床医学面临的主要难题是“六难”

- 1、诊断指标难以自身客观化、精细化、标准化。
- 2、临床路径、治疗方案难以规范化、标准化。
- 3、治疗方剂难以格式化，剂量难以标准化。
- 4、临床用药难以优选。
- 5、中医疗效的评定难以客观化、标准化。
- 6、中医药学难以国际化。

五、中医临证优势

优势：是比较研究的结果，指功用、能量、效果具有超越同类事物的比值。

中医临床的最大特征就是强调天人合一、形神合一，从整体联系的角度、功能的角度、运动变化的角度来把握人的健康与疾病的规律，在长期的临床实践中不断丰富发展，形成了鲜明的四大原创的诊疗核心理念：一是用整体观认知健康与疾病；二是中和观调治健康与疾病；三是用未病观预防疾病维护健康；四是用制宜观关注个体的健康与疾病。

中医治病不仅仅是针对病因、病灶或某个病理改变简单地进行对抗性治疗，而是坚持“中和观”，强调“调和治中、以平为期”，立足于对人的整体调节，进行中和式的干预，使人的整体功能恢复平衡和谐的状态。

1、未病早知，已病早觉。中医诊断依据主要是来自四诊合参，虽然难以准确地找到致病因子和病变定位，但能够司外揣内，及早预知、预后。将“治未病”的学术思想贯穿于未病先防、既病防变、病中防逆转、瘥后防复发的全过程。而且，从脉象、舌象，乃至汗液、痰液、尿液都能前瞻病证的发展，能知“风起于青萍之末”，而不是头痛医头、脚痛医脚，“按住葫芦起了瓢”。

2、辨证论治，奥妙无穷。中医诊断与治疗的基本方法是辨证论治，这是全世界医学界独具特色的诊疗方法。特别是在诊断方面，不依赖实验室检查结果的支持，而是基于整体观，抓住阴阳、寒热、表里、虚实、气血精津、脏腑经络等辨证元素进行辨证，而且六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证、八纲辨证、脏腑辨证等方法各具特色，都能明辨证候的相兼、错杂、真假、转化，这就包括了诊断、鉴别诊断、预测转归，这都是主观根据客观的思辨，凭“脑子”、凭“智慧”、凭“经验”，这是中华文化的结晶，正因如此，中医之木才能独秀于世界医林。

3、同病异治，异病同治。中医治疗主要是针对证候，而不是实验室检查结果的支持的诊断的疾病，任何不同疾病，在中医看来，只要证候相同、相近，就

可以用同一治则治法、同一方药、技术治之，感冒、癌症、胃溃疡、血小板减少性紫癜，只要出现寒热往来、默默不欲食的症状，就都可以用小柴胡汤治之；相反，即使同一种疾病，出现不同证候、在不同的时令、不同的地域，中医绝不会用同一种方法、同一个方剂治疗，同是支气管炎，发作于春季，首当表散风寒，发作于秋季，首当润肺生津。同病异治，异病同治，既是中医治疗的特色，也是中医治疗的高明所在。

4、三因制宜，安全有效。中医治疗的精髓用一句话就可以概括，就是“观其脉症，知犯何逆，随证治之”，也就是“因人因时因地制宜”，也就是“见病识病，观天察地知人；断病治病，合时量身定做”，因此，方法、方药灵活，安全有效。甚少毒副作用。

纵观以上，中医临证优势，就可以甄别中医优势病种：

①西医暂无好的治法或疗效，而中医能治的病证；

②西医能治但治法或药物毒副作用较大，易引发药源性、医源性疾病，而中医也能治却不易引发药源性、医源性疾病的病证；

③中西医均无良策，但中医针对某个症状或某个病程阶段显示有效的病证；

④新病种。

六、中医临证

优势病证

中医临证的优势主要显示区是：病毒感染性疾病，功能失调性疾病，疾病缓解期或慢性期，病情复杂的疑难杂症，疾病的综合调理。

(一)中医内科优势病种

1、传染病：流行性感，SARS，禽流感，流行性乙脑，艾滋病等。

2、呼吸系统疾病：咳嗽，慢性支气管炎，哮喘缓解期等。

3、循环系统疾病：冠心病缓解期，病毒性心肌炎，低血压病、不明原因出血等。

4、消化系统疾病：胃和十二指肠溃疡，胃下垂，慢性结肠炎，慢性胃炎，肠易激综合征，急性胰腺炎，肠梗阻等。

5、泌尿生殖系统疾病：尿路结石，尿潴留，慢性肾炎，慢性前列腺炎等。

6、血液系统疾病：过敏性紫癜，白血病，再生障碍性贫血。

7、内分泌系统疾病：脂质代谢紊乱，高泌乳素血症等。

8、神经系统疾病：偏头痛，面瘫，中风后遗症。

9、其他疾病：顽固性失眠，盗汗，习惯性便秘，西医诊断不明的疑难杂症(综合症)，恶性肿瘤放化疗前后。

(二)中医外科优势病种

1、乳腺小叶增生。

2、多发性脂肪瘤。

3、湿疹。

4、带状疱疹。

5、毒蛇咬伤。

6、跌打损伤。

7、术后伤口不易愈合。

(三)中医妇科优势病种

1、不孕症(另：不育症)。

2、先兆流产。

- 3、月经不调。
- 4、产后缺乳。
- 5、痛经。
- 6、产后调理。
- 7、子宫内膜异位症。
- 8、妇科慢性炎症。
- 9、更年期综合症。
- 10、产后抑郁症。

（四）中医儿科优势病种

- 1、反复呼吸道感染。
- 2、小儿多动症
- 3、性早熟。
- 4、遗尿。
- 5、夏季热。
- 6、新生儿黄疸。

祝各位领导、专家身体健康，工作顺利！（孙光荣. 中医临证优势[A]. 医圣仲景南阳国际论坛暨海峡两岸中医药与太极养生文化研讨会论文集[C]. 2013:2-5.）

中医学临证特点与优势

中医学作为我国独有的医学科学，她采用独特的视角和思维方式，具有巨大的优势。中医治病不仅仅是针对病因、病灶或某个病理改变简单地进行对抗性治疗，而是强调“调和治中、以平为期”，立足于对人的整体调节，使整体功能恢复平衡和谐的状态。

中医最大的特征就是强调天人合一、形神合一，从整体联系度、功能、运动变化的角度来把握人的健康与疾病的规律，并形成了四大原创诊疗核心理念：一是用整体观认知健康与疾病；二是用中和观调治健康与疾病；三是用未病观预防疾病维护健康；四是用制宜观关注个体的健康与疾病。

未病先知，已病早觉。中医诊断依据主要是来自四诊合参，虽难以准确地找到致病因子和病变定位，但能司外揣内，及早预知、预后。将“治未病”的学术思想贯穿于未病先防、既病防变、病中防逆转、瘥后防复发的全过程。

辨证论治，奥妙无穷。中医诊治的基本方法是辨证论治，特别是在诊断方面，不依赖实验室检查结果的支持，而是基于整体观，抓住阴阳、寒热、表里、虚实、气血精津、脏腑经络等辨证元素进行辨证，而且六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、脏腑辨证等方法各具特色，都能明辨疾病的相兼、错杂、真假、转化。

同病异治，异病同治。不同的疾病，在中医看来，只要证候相同、相近，就可以用同一治则治法、同一方药和技术治之，感冒、肠炎、胃溃疡、血小板减少性紫癜，只要出现寒热往来、默默不欲食的症状，就都可用小柴胡汤治之；相反，即使同一种疾病，出现不同证候，中医就会用不同的治法、不同的方药治疗，同是支气管炎，根据症状的不同，有时表散风寒，有时润肺生津，就是根据证的不同而施用不同的治法，不同的方药。同病异治，异病同治，既是中医治疗的特色，也是中医治疗的高明所在。

三因制宜，安全有效。中医治疗的精髓用一句话就可以概括，就是“观其脉症，知犯何逆，随证治之”，也就是“因人因时因地制宜”，也就是“见病识病，观天察地知人；断病治病，合时量身定做”，因此，中医治病的方法、方药灵活，安全有效，毒副作用小。（孙光荣. 中医学临证特点与优势[N]. 中国中医药报, 2013-10-31(005).）

临床总结不可忽视误治的教训

历史和现实已经告诉人们：任何经验都取自于正反两个方面，即成功的经验及失败的教训。狄慈根·《论逻辑书简》曾深刻地指出：“前人的错误给我们的教益不亚于他们的积极的成就给我们的教益。”因此，成功的经验和失败的教训是同等重要的，同样宝贵的。用历史唯物主义和辩证唯物主义予以考察，中医的临床经验当然也包含着正反两个方面。医圣张仲景不仅在《伤寒杂病论·自序》中述及“余宗族素多，向余二百。建安纪年以来，犹未十稔，其死亡者三分有二，伤寒十居其七。”而且在《伤寒论》中论述坏病约占其内容的三分之一，全书所列397条中，明载误治者达107条，误治之法（误汗、误吐、误下、误针、误灸等）12种。正是由于张仲景从“往昔之沦丧”、“横夭之莫救”中总结出误治的教训，提出救逆的方法，才更完整地使《伤寒论》成为永传不朽、光照千古的中医经典。然而，自仲景以降，误治者日多，述误治者渐寡。

近年来，一方面冷方南等同志发掘、整理、研究了不少历史遗存的误治案例；另一方面，不少前辈及同道觉察到：“疗效之卓著者，固当传之于世，启迪后人，以立后法；或有治之无功者，也可披沥其因果，示人以借鉴。”（姚克敏，《云南中医杂志》1982年第4期）遂勇于解剖自己误治的病案。这两方面都必能促使中医学术在砥砺切磋中发展，必将有助于中医事业的振兴。因之，探讨临床误治的教训，就已成为当前中医科研、临床与教学中的严肃而重要的课题。

如何探讨误治？从误治的总结中能获取哪些教训？笔者仅述己见如下：

分析误治原因 促进理论研究

辨证论治是中医学的精髓，它指导着中医诊治疾病的全过程。疾病诊治的成功与失败取决于辨证论治的正确与错误。所以，辨证论治是中医对客观疾病的主观认识。对客观事物的认识正确与否又取决于主观方面的判断是否符合客观方面的实际。而判断，是对纷纭复杂的客观事物进行辩证的分析以去伪存真。疾病所反映出来的证候，是真伪错综的，这给辨证论治带来了客观的、实际的困难。况乎中医辨证方法尚未规范，对证、证、病的认识亦尚未统一。因而，如果对疾病的客观实际了解得不具体、不全面，或者运用辨证的方法不适应、不贴切，则难免导致主观方面与客观方面的脱节而造成误治。

“真理之川从错误的沟渠中流过”，充分利用误治的原始材料，分析误治产生的原因，实际上是对辨证论治的再检验，对病因病机的再认识。这样，必然促进中医理论研究的深入，促使理论认识的飞跃，这也就是从错误之中去吸取教训，去认识真理。例如，王少华属文所列举的四则时病误治病例，初视之辨证似无不确，立法似无不妥，用药似无不当。然而，产后感寒施辛温竟然不汗；寒热交作用柴胡反致耳聋；热入心包投清宫至宝不应；霍乱吐下予清降几乎亡阳。为何致误？文章作者自我深究不懈，终于明析误治之因：其一误在思辨之片面，“新产血虚的表寒证，予辛温解表之剂，本无不合，奈何药后不汗？盖得汗之机理，需阴津为材料，阳气为运用，腠理之开泄。汗血同源，血亏则无汗。”其二误在问诊之不详，其人“宿有耳鸣重听，腰酸足软之疾，素体肾虚，故不任柴胡升散”。“《温病条辨·下焦篇》曾指出：‘温病耳聋，病系少阴，与柴胡汤为死，’本例耳聋虽非来自温病，但病位与病机相仿，这是本例误诊误治的关键所在。”其三“舛误之处，实系泥于常法。……神昏谵语，虽在于心，而来自气分胃热。单用清心开窍，犹之扬汤止沸”。其四“误将寒湿作湿热，错把阴证当作阳证”。在剖析误治之因的基础上，获得了对中医理论的再认识，进而增益了辨证论治的

新见解：产后感寒，当辨血虚与否，用汗法，可寓于养血之中；少阳正疟，当辨素体肾虚否，用和法，宜投蒿芩清胆汤；热入心包，当辨热蕴于中否，用下法，“温病下热，热退则神自清。”霍乱吐下，当不忽视秽物而可据以辨寒热真假，“治病时，与其失之用清，不若失之用温。误温伤阴易疗，纠偏及时；误清损阳难复，抢救较难。”（《浙江中医杂志》1982年第7期）如此解剖，如此认识，如此明见，非失察误诊于前则不可惊觉；非究因析理于后则难有真知，所以，恩格斯说：“要明确地懂得理论，最好的道路就是从本身的错误中，从亲身经历的痛苦经验中学习。”

探讨误治规律 提高诊疗质量

“失败为成功之母。”从误治中吸取教训的确不失为提高诊疗质量的重要途径之一。但是，任何一位医者，既不可能没有一次失误，也不可能次次失误。同时，对于同一疾病或证候的辨析，对于同一治法或方药的运用，不同的医者往往有相同的失误。因此，吸取误治的教训也如同学习成功的经验一样，如果限于个人的获取，所获者毕竟是片面的，只有探讨误治的规律，所获者才是全面的，从而才能真正发挥“前车覆，后车戒”的作用。笔者近治一例“皮炎炎”，患者陈某，女，33岁，教师。1982年秋始感指趾偶有痉挛疼痛，指甲时或青紫，因余无所苦而未就医，偶因感寒发热，眼睑浮肿，面有红斑，全身瘙痒，就地治疗，热退痒止。继而红斑加深，双臂痠痛，不能上举。于1983年11月住入湖南某医院，经测定尿肌酸为520毫克/24小时，确诊为“皮炎炎”。经治三月后，病势有增无已，起卧、转侧、进食、大小便均需扶助，周身倦怠乏力，遂于1984年1月就诊于余。察其面赤有如衄血，上臂及腿部肌肉萎缩，言笑、吞咽均感困难。脉来细数，舌红少苔。断为气阴两伤、脉络瘀阻，法当益气养阴、通经活络，疏方如次：白晒参（蒸兑）6克、漂白术9克、云茯苓10克、生北芪12克、淮山药10克、地骨皮10克、牡丹皮6克、紫丹参10克、鸡血藤10克、延胡索10克、生甘草3克。进7剂，精神已振，臂力稍增，疼痛略减。效不更方，再进14剂，即能自进饮食，并可步行百余米。适逢大雪纷飞，其夫代来转方，言已能洗脸、扫地，惟略感心悸舌干，龈肿口臭。自信原方并无温热之品，嘱其再进7剂。岂料三日之后其夫奔告，因“血压升高”、“心动过速”、“口舌糜烂”住入某院矣！余据以往治疗此病之经验，尚不知失误于何处。尔后思之再三，始悟此乃参芪补气之误，盖“气有余便是火”，心阴为火所灼，水火失于既济，遂变证作矣！自此警策运用补法当慎之又慎。

然则，补法终为一大治法，岂可因噎废食？补法的误用是否亦有规律可循？如何才能避免补法的误用！后学习董建华“谈谈补法的误用”（《中医杂志》1980年第9期）一文，阅后茅塞顿开。文中探讨补法误用的规律有二：“一不当补而补；二补之不当。”“大实见虚候”、“体虚受邪”、“痰浊素重”而补则谓之“不当补而补”；“气血不分”、“不知开阖”、“不知缓急”、“不辨脏腑”而补则谓之“补之不当”（前案之失，正中“不分气血”）。如此探寻，如此归纳，如此抽象，才能扩大视野，减少误治，提高疗效，才能使误治真正有如塞翁之失马。正如爱迪生所说：“失败也是我所需要的，它和成功对我一样有价值。只有在我知道一切做不好的方法以后，我才知道做好一件工作的方法是什么。”

开展误治研讨 加强医者修养

误治的本身当然并非好事，但是，“在一定的条件下，坏的东西可以引出好的结果。”引出怎样的好结果呢？

其一，将加强医者的理论修养。即总结误治的案例，使之上升成为指导临床

实践的理论，从而由反面来提高辨证论治的水平。

其二，将加强医者的道德修养。即开展误治的讨论，使之助益求实求精的作风，从而提高医疗队伍的素质。李中梓曾云：“天下皆轻谈医，医者辄以长自许，一旦临疑似之症，若处云雾，不辨东西，几微之间，瞬眼生杀矣。夫虚者补之，实者泻之，寒者温之，热者清之，虽在庸浅，当不大谬。至如至实有羸状，误补益疾，至虚有盛候、反泻含冤；阴症似乎阳，清之必毙，阳症似乎阴，温之转伤。当斯时也，非察于天地阴阳之故，气运经脉之微，鲜不误者。”（《医宗必读》）为什么临床实际中“鲜不误者”，而临床总结中却又鲜有误者呢？回答是：或对自己的失误讳莫如深，或对总结误治教训的价值认识不足，或时过境迁，日久渐忘，疏于整理。三者必居其一。而“实践是检验真理的唯一标准”，实践中必然有成有败，只有从实践的成败中认识所学和检验所学，才能获取完全的经验；只有重视正反两面的经验，才能真正形成求实求精的风气。同时，总结误治的教训，探讨误治的规律，开展误治的讨论，还可以加强培养临证的严谨作风。医者，仁术也，误治重要原因之一，即是医者临证草率，掉以轻心，探讨误治的问题则可自我针贬与相互借鉴。

《孙子·虚实》曰：“备前则后寡，备后则前寡；备左则右寡，备右则左寡；无所不备，则无所不寡。”总结临床误治的教训并非排斥总结临床治验，而是为了不失去更能促人警觉，发人深省的一面，从而，使经验总结更全面，理论探讨更深入，医者素质更提高。诚能如此，则善莫大焉！（孙光荣. 临床总结不可忽视误治的教训[J]. 中医杂志, 1985, (03): 59-60.）

审辨變和 简验便廉

中医药治疗慢性病的特点及优势

慢性病，泛指病程长、病因杂、治疗难、康复慢的多种疾病。如何有效防治慢性病，已成为世界各个国家和地区卫生行政主管部门及医药学界共同面对的严峻课题。

中医药学对慢性病防治有着系统的理论认知和丰富的临床经验，具有“审辨變和”的特点和“简验便廉”的优势。

一、中医药防治慢性病的特点——审辨變和

(一)综审：中医秉持“天人合一”的理念从整体的角度综合审视慢性病的病因：中医临床的最大特征就是强调天人合一、形神合一，从整体联系的角度、功能的角度、运动变化的角度来把握人的健康与疾病的规律，在长期的临床实践中不断丰富发展，形成了鲜明的四大原创的诊疗核心理念：一是用“整体观”认知健康与疾病；二是“中和观”调治健康与疾病；三是用“未病观”预防疾病维护健康；四是用“制宜观”关注个体的健康与疾病。

中医药学与西医药学是两个不同的医药学体系。西医药学基于还原论而发展，其诊疗主要采用对抗式思维，着重于寻求致病因子及其病变定位，采用对抗式的治疗方法，定点清除细菌或病毒而治愈疾病；中医药学基于整体论而发展，所探讨的致病外因风、寒、暑、湿、燥、火，内因喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等，迄今全世界亦未能发明中医所述病因的检测仪器、标准、方法，其诊疗主要采用包容式思维，着重于寻求致病因素及其正气与邪气的消长定位，采用包容式的治疗方法，固护正气、抑制并清除邪气而恢复机体健康。而慢性病的发生和发展，既与“外因”有关，更与“内因”有关，必须“观其脉证”、综合审视，就是运用“天人合一”的理念整体地观察和辨识。因此，中医通过审证求因更能从整体的角度精准地认知慢性病的病因。

【案1】段某某，女，52岁，2005年10月8日就诊。

脉虚细且稍数，舌暗红，苔薄津少。

三年来，月经渐次减少而至终止，恰逢离异，抑郁难舒，渐见食少、难寐、虚汗淋漓、神疲力乏、心慌气短、畏风恶寒、手足心发热，近期偶有咳嗽少痰。诸证蜂起，遍地求医。经北京多家三甲医院多项理化检查，未见异常，某院神经内科诊断为“抑郁症”，某院内科诊断为“植物神经功能紊乱”，某院妇科诊断为“更年期综合征”，先后服用多种安神、镇静、消炎、助化、安眠、止咳等中、西方药及接受针灸、推拿、按摩、异地静心疗养，累治罔效。现见面色无华，神形消瘦，气短声微，步行无力，自诉五心烦热、心惊肉跳、日夜不眠、郁闷欲死。此乃阴阳失和、冲任失调所致，法当甘润平补、养心舒肝。方用《金匱要略》“甘麦大枣汤”化裁为“安神定志汤”。组方如下：

西党参 10g 生北芪 10g 紫丹参 7g
干小麦 15g 大红枣 10g 生甘草 5g
云茯神 10g 炒枣仁 10g 川郁金 10g
麦门冬 12g 灯芯草 3g

7剂，每日1剂，水煎，分2次服。

二诊：服前方后，烦热顿减，汗出减少，咳嗽减轻，渐能入寐，但仍时有“心惊肉跳”（悸眩瞢惕）。前方加“三甲”：生鳖甲 15g、生牡蛎 15g、生龟板 15g

g，再进7剂。

三诊：诸证明显减轻，自诉“已经康复，仅偶有干咳”。继服二诊处方7剂，并嘱自购“京都念慈菴川贝止咳枇杷露”2瓶，少量、多次含服。

按：正值“天癸绝”之期，骤逢离异，阴不养阳，抑郁不舒而致心之气阴两虚，且由郁而致瘀，故诸证蜂起。其畏风恶寒者非外感风寒也，发热汗出者非浸淫暑湿也，悸眩瞢惕者非“植物神经系统紊乱”也，至于咳嗽少痰，盖因时值秋令，燥火铄金也，且非主证。本案其因在七情，其病在冲任，究之在阴阳失和，察之在气虚血瘀，责之在心肝失养。故以甘润平补、养心舒肝之“安神定志汤”能一击而定矣。

(二)明辨：中医基于“形神合一”的理论通过辨证明确慢性病的证候：中医诊断，不是依靠理化检查的数据支撑，而是通过辨证“知犯何逆”，明确“证候”。经过见病、识病、断病、治病四个步骤完成诊治的全过程。辨证的纲领有八纲辨证、卫气营血辨证、经络辨证、气血精津辨证、脏腑八纲辨证等，但无论运用何种辨证纲领，都离不开“阴阳”之总纲，而“阴阳”在人体的基础是“气血”。

《素问·调经论》指出：“人之所有者，血与气耳”。无论表里、寒热、虚实、顺逆、生死，都离不开阴阳这一总纲，但归根结底，阴阳最终还是离不开气血。

《不居集》说：“气即无形之血，血即有形之气”。所以，论生理、论病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉筋骨，最终也是离不开气血。而气血之间的关系就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”。然而，“气血”在人体的表征是“形神”，而且是“神形合一”。所以，健康之人必须“形与神俱”，若遇疾病则“得神者昌，失神者亡”。正因如此，“形神”是中医辨证的首要元素。如果形神相合，即气血相应，亦即阴阳平衡，即是“中和”，这就是健康之象；反之，失神脱形，即是气血失和，也就是阴阳失衡，即非“中和”，也就是疾病之征。

本人在临证之中探索和总结了以“神形”为主线的20个辨证元素，其中一般元素10种，即时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鳏寡、生育、新旧、欲涩、旺晦。重要元素10种，即神形、盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死。其中“形神”居于两种元素之中，为枢纽。任何一组都是正反一对，也就是概念相对，辨析其中即可辨明“失中失和”之所在。而每一个元素都可以从一般情况、认知方式、思辨重点、临床意义、联系形神这五个方面去认知、辨析、把握。

中医辨识慢性病就正是从“阴阳”、“形神”、“气血”切入证候，这就比单纯地明确某一症状或为某一疾病更切合慢性病的本质，对防治慢性病更具有临床指导价值。

【案2】王某某，女，28岁，2009年2月28日就诊。

脉弦无力，舌淡红，苔薄白微腻。

患血小板减少性紫癜8年。近月发作，面色萎黄，上龈溢血，口中异味，下肢多处紫癜，尿黄便结。此乃气血两虚，湿热伤络，法当益气养阴，凉血止血，以自拟“清瘀饮”治之：

生北芪 30g 当归身 30g 芡实仁 30g

紫浮萍 20g 茜茜草 20g 旱莲草 20g

生地炭 15g 侧柏炭 15g 小蓟草 15g

生甘草 5g 水牛角磨汁引

7剂，每日1剂，水煎，分2次服，忌辛辣。

随访附记：上方服1剂，即上龈溢血立止而紫癜稍褪；继服2剂，口中异味

减轻，尿清便畅；再服4剂，紫癜全褪，面色红润。嗣后，每年自服此方21剂，未见复发。

按：血小板减少性紫癜为常见之出血性慢性疾病，属自身免疫性疾病，主要因血小板寿命缩短导致，常见症状有皮肤、黏膜出血，及血尿、胃肠道出血等内脏出血、失血性贫血，实验室检查见血小板计数减少、凝血时间延长等诸多改变。急性型多见于儿童，春冬两季易发病；慢性型多见于青年女性。

此病之西医诊断易于明确，但中医辨治常难中肯。中医将本病归属于血证、肌衄、发斑、紫癜等范畴。辨其证：一曰多因外感热毒，伤及血脉，留滞于肌肤、黏膜之间；二曰阴虚火旺，迫血妄行，损伤脉络，血液泛滥；三曰久病脾胃亏虚，气不摄血，血溢肌肤所致。因之，用药治疗亦有多法，论其治：一曰以汗法驱在表风邪；二曰以清法散脏腑壅热；三曰外用药散以褪皮肤紫斑。主诊者认为：本案脉弦无力、舌淡苔白、面色萎黄，乃气血两虚之脉证，遂君以生北芪、当归身益气补血；上赧溢血、口中异味、下肢紫癜、尿黄便结，是湿热伤络之病征，则臣以紫浮萍、西茜草清热解毒、透瘀消斑，佐以旱莲草、小蓟草、生地炭、侧柏炭、芡实炭凉血止血、渗水利湿；再使以水牛角磨汁为引，则可增进清热凉血之效，坚守一方而凑奇功，故名之位“清瘀饮”也。由此可知：临床诊治要明辨证候，重在调气血、平升降、衡出入、致中和，辨证分型与遣方用药必须灵活，要“心中有大法，笔下无死方”，方可在继承中突出原创性、实用性。

（三）燮理：中医遵从“阴阳平衡”的原理补偏救弊地制定慢性病治疗法则：众所周知，久病必虚。是否防治慢性病就首选补益之方法？就一定要补钙、补充多种维生素？中医的理论与临床经验证明：绝不是如此简单、粗略，而是要遵从“阴阳平衡”的原理，以补偏救弊的方式制定慢性病治疗法则。唯有补其所亏、泄其所壅，才能谓防治得当。

【案3】刘某某，男，8岁，2011年12月10日就诊。

脉濡细，舌红，苔黄腻。

一年多来，咳嗽、咯痰。痰粘稠，厌食，神疲力乏。多家医院多次以“慢性支气管炎”治之，并服用诸多补肺、补肾方药及单方、偏方，均罔效。此乃脾胃湿热所致之咳者，法当以清热祛湿为先，以自拟“清热祛湿三叶汤”治之：

太子参 6g 生北芪 5g 紫丹参 3g
藿香叶 10g 佩兰叶 10g 冬桑叶 10g
法半夏 6g 广陈皮 6g 连翘壳 6g
鸡内金 6g 生薏米 10g 云茯苓 10g。

嘱自制竹沥为引。

7剂，每日1剂，水煎，分2次服。

上方服1剂，即诸证缓解；继服6剂，咳止胃开，生活学习正常矣。随访1年，未复发。

按：久病必虚，虽为经验之谈，但非经典之论！但凡慢性病亦必虚察其形证脉气，“知犯何逆”、当补不当补？本案咳嗽咯痰、痰稠厌食、神疲力乏、脉濡细而苔黄腻，其形证脉气皆直指脾胃湿热为此病之所本也，非风寒之咳也，亦非唯肺家气虚之咳也！故遵从“阴阳平衡”的原理，制定“以清热祛湿为先”之治疗法则，以健脾益气活络之太子参、生北芪、紫丹参为君；以和胃化湿、开胃散热、清肺利气之藿香叶、佩兰叶、冬桑叶为臣；以燥湿化痰、理气和中之法半夏、广陈皮，利水渗湿健脾宁心之生薏苡仁、茯苓，清热解毒、消食健胃之连翘壳、鸡内金为佐；以清热涤痰之竹沥为使，共凑清热祛湿、化痰止咳、健胃和中之效。

此为审因论治、标本兼顾之意也。

《素问-咳论》曰：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”肺为华盖而朝百脉，主一身之气，故各脏腑之气皆由经脉汇于肺而行周身，以所受之邪随气而归肺也。后世如《太平惠民和剂局方》有痰饮咳嗽之论，金元四大名医之一刘完素在《素问病机气宜保命集》中论述：“咳谓无痰而有声，肺气伤而不清也；嗽是无声而有痰，脾湿动而为痰也；咳嗽谓有痰而有声，盖因伤于肺气，动于脾湿，咳而为嗽也”。又“寒暑燥湿风火六气，皆令人咳，唯湿病痰饮入胃，留之而不行，止入于肺，则为咳嗽。”故咳嗽者，治痰为先；治痰者，下气为上。本案审因施治，辨证论治皆合《内经》奥旨而自创其方。

(四)中和：中医坚持“以平为期”的原则，选用经方或遵经方之旨组方而求整体调节达到“中和”之目的：中医治病，特别是治疗慢性病，组方是关键：如何组方，可以针对证候选用经方，这是第一选择，但是不可能完全“持医书以医病”，而必须因人、因时、因地制宜，这就给医者提出了研究组方原则的重大课题。本人认为应坚持“以平为期”的原则，提出“中和组方”的思路与方法，这就是根据辨证结果，采用的不偏不倚、调平燮和的组方用药方法。

“中和组方”的基本原则是：①遵经方之旨，不泥经方用药；②谨守病机，以平为期；③中病即止，不滥伐无过；④从顺其宜，病人乐于接受(对慢性病患者尤为重要)。

中医治疗的关键是调理，而调理之方药应该是“平和”的方药组合，一忌在未固护正气的前提下施以大热大寒大补大泻之剂；二忌过度滋腻，过度攻伐；三忌崇贵尚奇，以昂贵难求、不可寻求之奇方怪药而求奇验。犯此“三忌”，都会给病人的身体造成不可估量的伤害。“中和”组方用药就是要强调谨守病机、以平为期。方药中要阴阳结合、动静结合、升降相应、收散兼融、寒热共济等等。以期在保证用药安全的前提下，达到药到病除的目的。“中病即止”，是指中和组方既要本身“中正平和”，又要与病机相符，而治疗时机还必须是“中病即止”，切不可矫枉过正。

【案4】宋某某，男，36岁，2013年9月27日就诊。

脉细滑且三五不调，舌深红，苔白稍滑腻。

2013年5月在打羽毛球时突感心慌、憋气、咳嗽、咯痰，至多家中、西医医院就诊，但诊断难明、治疗无效。7月初，经由某大军医院进行多项理化检查后，明确诊断为“二尖瓣右下叶腱索断裂并下垂”，该院主诊医师提示：西医唯有手术治疗，但风险很大，特介绍前来求治于余。现察其面色无华，神疲力乏，以手抚胸，缓步而行，询其饮食睡眠均无明显变化，但胸胁胀满，目眩心悸，心下痞闷，“总觉心里不得劲，胸中惶惶的，胀胀的”。中医无此病名，今据其脉象、舌象，断其为中阳不足、痰饮内停之证。法当温阳化饮、燥湿除满。方用《金匱要略》之苓桂术甘汤化裁。组方如下：

生晒参 10g 生北芪 10g 紫丹参 10g

云茯神 15g 炒白术 10g 化橘红 6g

川桂枝 10g 炒枣仁 10g 车前仁 6g

川续断 12g 干鹿筋 6g 炙甘草 5g

7剂，每日1剂，水煎，分2次服，忌辛辣。

服上方后，自感症状减轻，自行改用丸剂，续服28剂后复查：二尖瓣右下叶腱索不完全断裂并轻度下垂。嗣后，继续以此方加减治之，至今已无明显不适，亦未继续复查，正常上班。

按：“二尖瓣右下叶腱索断裂并下垂”之病，中医典籍未载，西医亦仅手术治疗一途而又风险极大。既求治于中医，则不可拘泥于西医病名，自当辨明其证候即可施治。本案检查结果示知其病在心，但中医辨识之形证脉气则显示其病在“痰饮积于心包”。《医宗金鉴》论苓桂术甘汤谓：“《灵枢》谓心包络之脉动则病胸胁支满者，谓痰饮积于心包，其病则必若是也。目眩者，痰饮阻其胸中之阳，不能布精于上也。茯苓淡渗，逐饮出下窍，因利而去，故用以为君。桂枝通阳输水走皮毛，从汗而解，故以为臣。白术燥湿，佐茯苓消痰以除支满。甘草补中，佐桂枝建土以制水邪也。”尤在泾《金匱要略心典》亦云：“痰饮，阴邪也，为有形，以形碍虚则满，以阴冒阳则眩。苓桂术甘温中祛湿，痰饮之良剂，是即所谓温药也。盖痰饮为结邪，温则易散，内属脾胃，温则能运耳。”故以苓桂术甘汤化裁之，以生晒参、生北芪、紫丹参之“益气活血”为君，以云茯苓、炒白术、化橘红之“逐饮燥湿”为臣，以川桂枝、炒枣仁、车前仁之“通阳利水”为佐，以强筋续络补中之川续断、干鹿筋、炙甘草为使，四个药组涵盖阴阳、气血、经络，熔益气活血、逐饮燥湿、通阳利水、强筋续络四条治则于一方，以求实现补偏救弊而中和，故见效甚著矣。

二、中医药防治慢性病的优势——简验便廉

(一)简约：中医强调“个性化的辨证论治”，致使防治慢性病的方案相对简约：中医的辨证论治强调个体的针对性，讲究“因人因时因地制宜”，是“量身定制”，而不是拘泥于格式化的“程序”和“套餐”。所以，中医防治慢性病的方案相对简约。

【案5】姓名：易某，女，15岁。2010年7月16日就诊。

脉弦涩，舌绛，苔微黄。

经南京某三甲医院确诊为抑郁症患者。两年来以西药镇静及多种疗法治之均无改善，反复发作。证见嬉笑无常，时有幻听，自语不休，需其母护理。询其因受刺激而郁闷，渐次月经量少、色黑，且多次停经。此乃痰热互结，上蒙清窍之证。法当化痰、清热、解郁、通窍，以自拟“解郁开窍汤”治之：

生晒参 10g 生北芪 10g 紫丹参 10g

益母草 12g 法半夏 7g 广陈皮 7g

川郁金 12g 炙远志 10g 石菖蒲 10g

云茯神 15g 炒枣仁 15g 生甘草 5g

北京同仁堂安宫牛黄丸 1丸。

21剂，每日1剂，水煎分2次服，每次兑服北京同仁堂安宫牛黄丸半丸。

加减服48剂，幻听消失，嬉笑自语减少，生活基本自理。

按：抑郁症是一种常见的心理障碍，以显著而持久的情绪低落、兴趣减退为主要特征，有相应的心理和行为改变，严重影响身心健康，属中医郁证、脏躁、百合病等范畴。本案由七情所伤导致肝气郁结，心神失养，气血失调。肝主疏泄，心主神明，其治当在调肝之时，兼顾心神调摄。气郁必致血瘀，则心神失养；气郁与痰热互结，则可上蒙清窍。故本方首用参、芪、丹参益气活血以“顺气”；次用益母草祛瘀调经，川郁金清心除烦，炙远志、石菖蒲宁心开窍，云茯神定悸安神，炒枣仁养心除烦；再用少量安宫牛黄丸助其清热豁痰开窍之功。先“顺气”，然后“开提”，而郁、火、痰、瘀则统筹治之。“量身定制”，简约施治，见效甚速。

(二)效验：中医注重“调治求衡的防治原则”，致使防治慢性病的方药毒副作用小而疗效确切：中医防治慢性病讲究扶正祛邪，调治求衡，绝对不是“暴力

治疗”，所以，一般都能做到毒副作用小而疗效确切。

【案6】姓名：李某某，男，64岁。2009年12月18日初诊。

脉弦小，舌红，苔白。

证见形销骨立，咳嗽咯痰，胸闷气短、微喘、不能平卧。经北京某三甲医院诊断为“肺癌伴大量胸腔积液”。此乃气阴两亏、痰热互结、水饮内停之证。治当益气养阴、清热解毒、化痰利水。拟方：

生晒参 15g 生北芪 12g 紫丹参 10g
天葵子 10g 蛇舌草 15g 半枝莲 15g
瓜蒌皮 10g 桑白皮 10g 薏苡仁 20g
化橘红 6g 制鳖甲 15g 山慈菇 6g
金银花 12g 麦门冬 12g 生甘草 5g
佩兰叶 6g 炙紫菀 7g 炙冬花 7g
7剂，水煎内服，每日1剂。

二诊：2009年12月25日。

脉弦小，舌红，苔白。

服前方后已能平卧，但仍微咳、胸闷。原方加减：

生晒参 15g 生北芪 12g 紫丹参 10g
天葵子 10g 蛇舌草 15g 瓜蒌皮 10g
桑白皮 10g 炙百部 7g 薏苡仁 20g
化橘红 7g 山慈菇 6g 金银花 15g
苦桔梗 6g 木蝴蝶 6g 制鳖甲 15g
生甘草 5g

7剂，水煎内服，每日1剂。

三诊：2010年7月9日。

脉弦稍细，舌红，苔薄白。

患者自感服上方效果明显，遂自行守方服药至今，经当地医院复查：肿块明显缩小2/3，胸腔积液减少1/3。询其诸证明显改善，仅偶有咳喘。故仍以原方加减治之：

生晒参 12g 生北芪 12g 紫丹参 10g
全瓜蒌 15g 生苡米 30g 芡实仁 30g
蛇舌草 15g 葶苈子 10g 半枝莲 15g
猫爪草 15g 天葵子 10g 山慈菇 10g
制鳖甲 15g 五味子 3g 珍珠母 15g
化橘红 6g 炙紫菀 10g 炙冬花 10g
车前子 10g 阿胶珠 10g 生甘草 5g

28剂，水煎内服，每日1剂。

追访：守方60剂后，经当地医院再次复查，未见胸腔积液，自感诸证悉平。

按：肺癌或称支气管肺癌，为最常见之恶性肿瘤，发病率居全部肿瘤发病总数之第一或第二位，且有逐年增高之趋势，其主要临床表现有咳嗽、咯血、胸痛、发热、气急等。肺癌胸腔积液为肺癌晚期之常见并发症，严重影响患者生活质量与生存期。故肺癌胸腔积液之治疗乃肿瘤综合治疗之重要一环。西医治疗恶性胸腔积液方法甚多，但化疗毒副作用较大，手术治疗等方法又为晚期病人难以耐受，遂此病求治于中医者日益增多。

本案里检查结论为“肺癌伴大量胸腔积液”，而证属气阴两亏、痰热互结、

水饮内停，故治以益气养阴、清热解毒、化痰利水。肺癌之辨识，应辨病与辨证相结合，引现代科技成果为我所用，则更易“知犯何逆”，从而增进中医辨证之准确度。肺癌之治，则应分期：①肺癌初期，因癌细胞尚未转移，故少见严重气短等症状，多属于肺气不宣；②肺癌术后，有胸腔积液，多属痰热内阻；③有转移者多属于痰热互结，此时不可用半夏等温燥之品，否则易致咯血。

本案为肺癌晚期，伴有大量右侧胸腔积液，根据其病程、症状、脉象、舌象，断为气阴两虚、痰热互结，治以益气养阴、清热化痰、利水渗湿，毒副作用小而疗效确切，故守法守方。历经近5月，终使其得以绝处逢春，得以延生。

(三)便捷：中医善用“多样化的干预手段”。致使防治慢性病的措施方便快捷：中医防治慢性病的方法多，有方药的内服、外用(敷贴、冲洗、栓塞)、针灸、推拿、按摩、导引等；中医防治慢性病的方药剂型多，有膏、丹、丸、散、酒、锭、汤等。可以根据病情需要、药物资源、患者喜好、经济条件、地方及民族风俗等因素来选择。而其中最重要的原则是“从顺其宜”。

【案7】杨某，女，36岁。2009年2月15日就诊。

脉虚细且滑，舌绛，苔少。

习惯性流产并先兆流产者。前已孕三流三，现妊娠已二月，消瘦、倦怠、少食，且阴道时有淋漓之血。询其月经原本屡屡提前，色黑，有块。此乃气血两虚兼见血热之证，法当益气补血，凉血安胎，援“泰山磐石饮”之意治之：

西洋参 15g 生北芪 20g 紫丹参 3g
当归身 12g 大熟地 20g 川续断 15g
正川芎 3g 炒白芍 15g 于潜术 15g
西砂仁 2g 淡黄芩 5g 鸡内金 6g
谷、麦芽各 15g 炙甘草 5g 糯米引
7剂，每日1剂，水煎，分2次服。

另备“助产三仙饮”：龙眼肉 15g、大红枣 15g、鸡蛋 1枚，在预产期前一周，置入瓷碗中，不加水，以宣纸覆盖7层，以牙签刺孔多个，每天早晨放饭上蒸1次。临产，将上物放锅内，加水，煮沸，加红砂糖适量，服蛋及汤。

上方共服14剂，漏止神清，眠食两安；妊娠足月，临产服用“助产三仙饮”1剂，顺产一子，母子平安。

按：习惯性流产，是当代女性常见病症，病情有轻重，有远近，病因多样，《景岳全书·妇人规》称：“由禀赋者，多以虚弱；由人事者，多以损伤。……若其年力已衰，产育已多，欲其再振且固，自所难能。凡见此者，但得保其母气，则为善矣。”足见此病治疗之难度。泰山磐石散(人参，炙黄芪，当归，川续断，条芩，熟地，川芎，酒炒白芍，白术，炙草，砂仁，糯米，泉水煎服)是治疗滑胎之有效古方，用治屡致堕胎者。本案君以西洋参、生北芪、当归身、大熟地益气补血总其纲；臣以淡黄芩、杭白芍、川续断养阴凉血止漏急治其标；佐以于潜术、鸡内金、谷麦芽、西砂仁以健脾养肝缓治其本；以少量紫丹参、正川芎理气活血而防瘀阻；使以炙甘草、糯米养胃和中，再以方便快捷之经验方“助产三仙饮”临产用之，实为安胎保产求全之治也。

(四)价廉：中医崇尚“天然化的用药取向”，致使防治慢性病的方案价格相对低廉：中医防治慢性病的方案分为药物疗法和非药物疗法两大类，而且崇尚天然化的用药取向，除了濒危稀缺药品外，一般药材、药品的价格都相对低廉，便于人民大众实用。

【案8】欧某某，男，41岁。2011年7月9日讯诊。

糖尿病、高血压病患者。余赴会途中，司机张某代诉：其友欧某某为出租车司机，三年前由北京某医院确诊为糖尿病、高血压病，一直用西药，病情时好时坏，现在已经不能出车，家境困难，托其代求一个不花钱或少花钱的方子。当即令其短信查询医院检验结果：血压 156 / 100mmHg，空腹血糖 10.2mmol / L、餐后血糖 13.5 mmol。遂处以简易方“降糖茶”，随即令张师傅以短信发出：

生山楂 7 粒 干荷叶 7g 玉米须 7g(一次量)

泡水，1 日 2 杯，代茶饮。

7 天后，张师傅喜告，曰：“没花一分钱，现在这人又有精神了，血压降到 140 / 80mmHg，空腹血糖降到 7.5mmol / L、餐后血糖降到 9.2mmol”。遂坚持每日服用“降糖茶”，至今三年，血压、血糖监测结果均在正常值范围。

按：中医防治慢性病，只要坚持以中医理论指导临床，其法易明、其方易组、其药易取，因人因时因地制宜，药取天然即可成方。山楂健脾开胃、消食化滞、活血化痰，荷叶清香升散，利水散瘀，玉米须平肝利胆，平淡无奇之三药共凑健脾胃、消积滞、化痰瘀、养肝胆之功，故虽非专门降压而压自降，虽非专门降糖而糖自降矣。

由于中医药在防治慢性病方面具有“审辨燮和”的特点、“简验便廉”的优势，让我们共同努力，彰显此特点，发挥此优势，造福于天下苍生！（孙光荣. 审辨燮和简验便廉中医药治疗慢性病的特点及优势[A]. 国家中医药管理局、厦门市人民政府. 第九届海峡两岸中医药发展与合作研讨会论文集[C]. 国家中医药管理局、厦门市人民政府：, 2014:11.）

中医临证四大核心理念之整体观

整体观为中医临证的四大核心之首。所谓“整体”，即为“统一体”，视为不可分割的部分，为哲学层面之概念。1960年，整体观念做为中医学的独到理论特点归纳写入教材，形成与西医学泾渭分明的认知观和诊疗观。

整体观的理论源泉为天人合一，但是，整体观念不完全等同于天人合一，整体观念有着更深邃的内涵及更广泛的外延，从某种角度而言，天人合一是整体观念中的重要组成部分。“天人合一”这个概念最早明确出现在北宋哲学家张载的《正蒙·乾称》“儒者则因明致诚，因诚致明，故天人合一”。此处，并非是从宇宙观角度强调天和人之密切关系，也不是注重人和自然之间的相互作用，而是强调个体的道德义务，是指一种对个体的利害得失具有超越态度的道德境界。然，天道与人道、自然与人相通、相类和统一的观念已经广泛渗透于此前的哲学界及散见诸多文学作品中，儒释道对天人合一的形成亦有促进作用。董仲舒就明确提出“天人感应”的宇宙系统论，较为明确的构建了中医理论之整体观。

《现代汉语词典》中注释“整体”为整个集体或整个事物的全部(跟各个成员或各个部分相对)，此当为哲学层面之概念，引入到中医学后，赋予了整体新的内涵。整体观念，是中医学关于人体自身的完整性及人与自然、社会环境的统一性的认识。整体观念认为，人体是一个由多层次结构构成的有机整体。构成人体的各个部分之间，各个脏腑形体官窍之间，结构上不可分割，功能上相互协调、相互为用，病理上相互影响。人生活在自然和社会环境中，人体的生理功能和病理变化，必然受到自然环境、社会条件的影响。人类在适应和改造自然与社会环境的斗争中维持着机体的生命活动。

可见，整体观念是中国古代哲学思想和方法在中医学中的具体体现，是同源异构及普遍联系思维方法的具体表达，要求人们在观察、认识、分析和处理有关生命、健康和疾病等问题时，必须注重人体自身的完整性及人与自然社会环境之间的统一性和联系性。整体观念贯穿于中医学的生理、病理、诊法、辨证、养生、防治等各个方面，是中医学基础理论和临床实践的指导思想。

1 整体观的理论基础

1.1 来源相同

精气是构成宇宙的本原，精气学说认为，宇宙中的一切事物都是由精或气构成的，宇宙万物的生成皆为精或气自身运动的结果，精或气是构成天地万物包括人类的共同原始物质。《周易·系辞上》认为：“精气为物”、《庄子·知北游》认为“通天下一气耳”、《淮南子·天文训》认为“宇宙生气，气有涯垠。清阳者薄靡而为天，重浊者凝滞而为地”。

精气同时构成人体的本原，古代哲学家认为，人类由天地之精气相结合而生成，天地精气是构成人体的本原物质。《管子·内业》说：“人之生也，天出其精，地出其形，合此以为人。”《素问·宝命全形论》说：“天地合气，命之曰人。”《论衡·论死》说：“气之生人，犹水之为冰也。水凝为冰，气凝为人。”人为宇宙万物之一，宇宙万物皆由精气构成，那么人类也由天地阴阳精气交感聚合而化生。

可见，天地宇宙与人有着共同的本原，即精气。精气的概念涵概了自然、社会、人类的各个层面，精气是自然、社会、人类及其道德精神获得统一的物质基础；精气是宇宙万物的构成本原，人类为自然万物之一，与自然万物有着共同的化生之源；运行于宇宙中的精气，充塞于各个有形之物间，具有传递信息的中介

作用,使万物之间产生感应。这些哲学思想渗透到中医学中,促使中医学形成了同源性的思维和相互联系的观点,构建了表达人体自身完整性及人与自然环境统一性的整体观念。中医学认为,人与自然、社会环境之间时刻进行着各种物质与信息的交流。通过肺、鼻及皮肤,体内外之气进行着交换;通过感官,感受与传递着自然与社会环境中的各种信息。因而通过气的中介作用,人与自然、社会环境相统一。自然、社会环境的各种变化,对人体的生理、病理则产生一定影响。剧烈的气候变化与社会动荡,则引致病邪的产生,侵犯人体而致疾病发生。此即从生理层面和病理层面形成了整体观,中医学的整体观念,强调从宏观上、从自然与社会的不同角度,全方位研究人体的生理病理及疾病的防治。

1.2 组成相同

科学研究表明,人体几乎含有元素周期表中的所有元素。首先是地壳的元素丰度,决定了人体的元素丰度;其次是人体的化学成分与其生活的环境有关,而生活环境的化学成分取决于其中的岩石类型和气候条件,生活在不同地区的人群人体内微量元素的含量略有差异,这说明人与地球有相似的元素组成,这种组成随个体所处环境的不同,又略有差异。故而,有学者很形象的将人称之为“地球人”,因为,每个人都有着跟地球相同或相似的元素。

《灵枢·邪客篇》云:“天圆地方,人头圆足方以应之。天有日月,人有两目。地有九州,人有九窍。天有风雨,人有喜怒。天有雷电,人有音声。天有四时,人有四肢。天有五音,人有五脏。天有六律,人有六腑。天有冬夏,人有寒热……岁有三百六十五日,人有三百六十五节,……地有十二经水,人有十二经脉,……地有草蓂,人有毫毛……岁有十二月,人有十二节……此人与天地相应者也”,此语形象将人与天地类比,人体实则为一个个的“小天地”,正因为这种类似的构造,故而彼此之间有着密切的联系。

1.3 生理相关

人的生理与天地之间有着密切关系,并且存在一定的节律,如:日节律、七日节律、月节律、季节律、年节律、六十年节律、三百六十年节律。《素问·六节藏象论篇》云:“心者,……与夏气相应。肺者,……通于秋气。肾者,……通于冬气。肝者,……通于春气。脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者,……通于土气(即长夏)”,又在《素问·脉要精微论篇》指出“四变之动,脉与之上下,以春应中规,夏应中矩,秋应中衡,冬应中权”,此即脏腑及脉象的季节节律。

妇女之月经生理,体现了月节律。成熟女性的月经每隔 28 d(接近一个太阴月)周期性地来潮。在月经周期中,人体下丘脑—垂体—卵巢轴、子宫和其他器官的组织结构及机能发生周期性变化,机体代谢、免疫、组织形态以至精神心理活动等也发生相应的周期性波动。人体其他的生理机能也可受月象变化的影响,如尿 17-酮类固醇的排泄量、胡须的生长、痛阈和体质量的变化都有月节律变化。西方医学家及生理学家发现体力、智力、情绪三节律呈现月节律性。人自出生之日起,其病症、情绪及行为波动中存在着以 23 d 为周期的体力盛衰,以 38 d 为周期的情绪波动,后来又有人发现了以 33 d 为周期的智力变化。高潮期,人在体力方面精力旺盛,情绪方面乐观豁达,智力方面思维敏捷;低潮期则与此相反,体力上耐力下降,情绪上心烦易怒,智力上反应迟钝;在临界日则有情绪波动,智力与体力不稳定的情况。凡此种种,均体现了月节律。

《灵枢·顺气一日分为四时篇》载:“夫百病者,多以旦慧、昼安、夕加、夜甚……朝则人气始生,病气衰,故旦慧;日中人气长,长则胜邪,故安;夕则人气始衰,邪气始生,故加;夜半人气入藏,邪气独居于身,故甚也。”说明了

人体的阳气随着太阳在一日中的节律变化而变化，此为日节律。

2 整体观的内容

2.1 人自身是一个整体

人由五脏六腑、四肢百骸、经脉诸窍构成，气、血、津、液是人体内物质的不同存在形式，气、血、津、液之间可以相互转换；在组织结构上，人体是以五脏为中心，通过经络将六腑、形体组织、五官九窍等联系在一起的一个统一的整体；在生理功能上，不同的脏腑系统互相配合协调，共同完成人体的正常的功能活动；在病理异常时，不同脏腑之间可以互相影响。

人之五脏(心、肝、脾、肺、肾)、六腑(胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦)、形体(筋、脉、肉、皮、骨)、官窍(目、舌、口、鼻、耳、前阴、后阴)在结构上彼此衔接、沟通。它们以五脏为中心，通过经络系统“内属于腑脏，外络于肢节”的联络作用，构成了心、肝、脾、肺、肾五个生理系统。心、肝、脾、肺、肾五个生理系统之间，又通过经络系统的沟通联络作用，构成一个在结构上完整统一的整体。精、气、血、津液分布、贮藏、代谢或运行于各个脏腑形体官窍中，支撑了它们各自的功能，并使它们之间密切配合，相互协调，共同完成人体的各种生理机能，从而维持了五个生理系统之间的协调有序。同时，脏腑的功能活动又促进和维持了精、气、血、津液的生成、运行、输布、贮藏和代谢，从而充实了形体，支持了脏腑形体官窍的机能。

《灵枢·五色篇》曰：“庭者，首面也；阙上者，咽喉也；阙中者，肺也；下极者，心也；直下者，肝也；肝左者，胆也；下者，脾也；方上者，胃也；中央者，大肠也；挟大肠者，肾也；当肾者，脐也；面王以上者，小肠也……此五脏六腑肢节之部也，各有部分”。可见，首面、咽喉、肺、心、肝、胆、脾……股里、膝腘等人体部位在面部各有分候，即面部是全身的映射或缩影，通过察面可以了解五脏六腑的状态。

《灵枢·大惑论》曰：“睛之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑睛，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束”。后世据此发展形成了五轮学说。又言：“五脏六腑之精气，皆上注于目”(《灵枢·大惑论》)，故目之视觉功能，不但与肝之精气盈亏有关，而且与其他脏腑的精气是否充足亦有关，通过查目可以了解五脏六腑的情况。

尚且有手诊、耳诊、足诊，根据局部可以反应整体，更有目前采用最为常用的诊脉方法，亦是局部反应整体的表现，《素问·脉要精微论》详细论述了尺部分候。凡此种种，均是局部反应整体，局部是整体中的小整体，局部可以反应整体。正如上世纪80年代，山东大学张颖清教授发现并提出生物全息论，生物全息论就是基于以小窥大的中医整体观，嫁接全息照相的全息概念，来说明生物体每一相对独立的部分，为整体比例缩小这一全息现象。每个生物体的每一具有生命功能又相对独立的局部(又称全息元)，包括了整体的全部信息。全息元在一定程度上可以说是整体的缩影，如人体上肢肱骨(上臂骨)、前臂骨、五块掌骨和下肢的股骨、小腿骨等都是全息元，都是人体的一个缩影。

由此可见，人体外在的形体官窍与内在脏腑密切联系，它们的功能实际上是整体机能的一个组成部分，这充分体现了人体内外的整体统一性。

人除了在形体上是一个有机的密不可分的整体外，人的精神要与身体密不可分，否则就会“阴阳离决，精神乃绝”。神，有广义与狭义之分，广义的神，是指人体生命活动的总体现或主宰者；狭义的神，是指人的精神意识思维活动，包括情绪、思想、性格等一系列心理活动。在活的机体上，形与神是相互依附，不

可分离的。形是神的藏舍之处，神是形的生命体现。神不能离开形体而单独存在，有形才能有神，形健则神旺。故而精、气、神为人体“三宝”，精为基础，气为动力，神为主宰，构成“形与神俱”的有机整体。

2.2 人与自然环境是一个统一整体

人生活在自然界中，而自然界的万事万物又是人类赖以生存的必要条件。大自然存在的阳光、空气、水、温度、磁场、引力、生物圈等，构成了人类赖以生存、繁衍的最佳环境。同时，自然环境的变化又可直接或间接地影响人体的生命活动。这种人与自然环境息息相关的认识，即是“天人一体”的整体观。此即《灵枢·邪客》强调：“人与天地相应也。”

自然环境主要包括自然气候和地理环境，总以“天地”名之。天地阴阳二气处于不断的运动变化之中，故人体的生理活动必受天地之气的影响而有相应的变化。

人与季节具有整体性。《灵枢·五癯津液别》说：“天暑衣厚则腠理开，故汗出……天寒则腠理闭，气湿不行，水下留于膀胱，则为溺与气。”指出人体生理在受到季节影响下，随季节气候的规律性变化而出现相应的适应性调节，正所谓春温、夏热、秋凉、冬寒，故而春生、夏长、秋收、冬藏。李时珍在《濒湖脉学》中亦指出“春弦夏洪，秋毛冬石，四季和缓，谓之平脉。”表明人体的生理机能随季节气候的变化自有相应的适应性调节。

人体经络气血的运行受风雨晦明的影响。据《素问·八正神明论》所言：“天温日明，阳盛阴衰，人体阳气也随之充盛，故气血无凝滞而易运行；天寒日阴，阴盛阳衰，人体阳气亦弱，故气血凝涩而难行。”

同时，疾病的产生受到季节的影响，正如《素问·阴阳应象大论》所载“冬伤于寒，春必温病；春伤于风，夏生飧泄；夏伤于暑，秋必痄腮；秋伤于湿，冬生咳嗽”。

人与日夜具有整体性。一日之内的昼夜晨昏变化，对人体生理也有不同影响，而人体也要与之相适应。《素问·生气通天论》说：“故阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而阳气隆，日西而阳气已虚，气门乃闭。”这种人体阳气白天趋于体表，夜间潜于内里的运动趋向，反映了人体随昼夜阴阳二气的盛衰变化而出现的适应性调节。

人与地理环境具有整体性。地理环境是人类生存环境的要素之一，主要指地势的高低、地域性气候、水土、物产及人文地理、风俗习惯等。地域气候的差异，地理环境和生活习惯的不同，在一定程度上也影响着人体的生理活动和脏腑机能，进而影响体质的形成。众所周知，江南多湿热，人体腠理多稀疏；北方多燥寒，人体腠理多致密。长期居住某地的人，一旦迁居异地，常感到不适应，或生皮疹，或生腹泻，习惯上称为“水土不服”。这是由于地域环境的改变，机体暂时不能适应之故。但经过一段时间后，也就逐渐适应了。这说明地域环境对人体生理确有一定影响，而人体的脏腑也具有适应自然环境的能力。

地域的不同对疾病的产生有一定影响，故而《素问·异法方宜论》言“东方之地，……其病皆为痈疡，……西方者，……其病生于内，……北方者，……脏寒生满病，……南方者，……其病挛痹，……中央者，……其病多痿厥寒热”。

可见，人是与自然环境密切相关，人是“地球人”，受到自然环境较大影响。

2.3 人与社会环境是一个统一的整体

人不单是生物个体，而且是社会中的一员，具备社会属性。人体的生命活动，不仅受到自然环境变化的影响，而且受到社会环境变化的制约。政治、经济、文

化、宗教、法律、婚姻、人际关系等社会因素，必然通过与人的信息交换影响着人体的各种生理、心理活动和病理变化，而人也在认识世界和改造世界的交流中，维持着生命活动的稳定、有序、平衡、协调，此即人与社会环境的统一性。

社会环境不同，造就了个人的身心机能与体质的差异。这是因为社会的变迁，会给人们的生活条件、生产方式、思想意识和精神状态带来相应的变化，从而影响人的身心机能的改变。一般说来，良好的社会环境，有力的社会支持，融洽的人际关系，可使人精神振奋，勇于进取，有利于身心健康；而不利的社会环境，可使人精神压抑，或紧张、恐惧，从而影响身心机能，危害身心健康。金元时期的李杲曾指出处于战乱时期的人民，身心健康受到严重损害：“向者壬辰改元，京师戒严，追三月下旬，受敌者凡半月。解围之后，都人之有不病者，万无一二；既病而死者，继踵不绝。”张子和亦指出：“贫家之子，不得纵其欲，虽不如意不敢怒，怒少则肝病少，富家之子，得纵其欲，稍不如意则怒多，怒多则肝病多”。

政治、经济地位的高低，对人的身心机能有重要影响。政治、经济地位过高，易使人骄傲、霸道、目空一切，如《灵枢·师传》指出养尊处优的“王公大人，血食之君，骄态纵欲，轻人”。政治、经济地位低下，容易使人产生自卑心理和颓丧情绪，从而影响人体脏腑的机能和气血的流通。政治、经济地位的不同，又可影响个体体质的形成。如明·李中梓指出：“大抵富贵之人多劳心，贫贱之人多劳力；富贵者膏粱自奉，贫贱者藜藿苟充；富贵者曲房广厦，贫贱者陋巷茅茨；劳心则中虚而筋柔骨脆，劳力则中实而骨劲筋强；膏粱自奉者脏腑恒娇，藜藿苟充者脏腑坚固；曲房广厦者玄府疏而六淫易客，茅茨陋巷者腠理密而外邪难干”（《医宗必读·富贵贫贱治病有别论》）。因此，由于个人所处的环境不同，政治经济地位不同，因而在身心机能和体质特点上有一定差异。

可见，人是社会人，人生活在纷纭复杂的社会环境中，其生命活动必然受到社会环境的影响。人与社会环境是统一的，相互联系的。

整体观念作为一种方法论，不仅是中医的精神支柱，它还代表探索复杂性思维，“整体观念”可以看作是对中医“天人合一”“天人相应”等观点拓展和延伸。整体观的作用很大，不但能解释人体相关生理现象，更是对疾病的产生及影响，及疾病的诊治均有指导性作用。

3 整体观的临证应用

3.1 诊法上的应用

中医的临床过程中，辨证、辨病的准确性至关重要，孙教授尤其重视，常常告诫我们事要明，话要清，诊断要准确。正如《形神是中医辨证要素的首要元素——中医辨证常用20个基本要素与形神的关系》所述，孙教授诊断常参考20个元素，其中10个重要元素，即形神、盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死，10个非重要元素，即时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鳏寡、生育、新旧、欲涩、旺晦。

此20个元素无不渗透着整体观念。形神的识别又是当中的重中之重，识形能知患者之骨肉、皮肤、勇怯，察神可以了解人之气、血、津液的情况，识形之关键在于察形之强弱、胖瘦，识神志关键在于神志、目光、面色、语言，另外呼吸、运动、肌肉等亦是重要评判标准。形神的诊断贯穿整体观，五脏六腑、四肢百骸的信息反馈，充分体现了人体是统一的整体，更有形神自身就是统一的整体，无形则神无意附，无神则形无以趋。余者无不体现人与自然是统一整体，亦正是孙教授搜集诊疗信息全面，考虑周全，思索深入，方能识病证准确，保证确切的疗效。

3.2 治疗上的应用

孙教授在治疗上亦处处体现整体观，绝不是“头痛医头，脚痛医脚”，而是辨证论治，要“因人、因地、因时制宜”，采用整体观念遣方用药，仅以其确立的基本治疗原则为例以佐证。孙教授的治疗总则为调气血，衡出入，调升降，和阴阳。气血是人体至关重要的物质，《素问·调经论》云：“人之所有者，血与气耳”，从生理和病理角度而言，无论在脏腑、在经络、在皮肉筋骨，最终是离不开气血的，这是因为“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。气血是一个统一的整体，即“气为血之帅，血为气之母”，所以要善于调气血。孙教授常选用人参、黄芪益气，丹参活血，总体益气活血，这样配伍比较“中和”，可以作为诸方的基础，视为君药，故而常使用它们“率领”诸药“团队”前进。《素问·六微旨大论》说：“非出入则无以生长壮老已；非升降则无以生长化收藏”。升降出入，是基于阴阳学说而形成的气机消长转化的重要学说。升清(阳)、降浊(阴)、吐故(出)、纳新(入)是气机的基本动态，故而升降出入要理顺，否则治疗疗效大打折扣。至于阴阳的统一和谐更离不开动态的、整体的调整思路。

秉承此思路，试以一孙教授临证常用处方例证之，方剂组成为白参片、生北芪、紫丹参、川杜仲、北枸杞、山萸肉、姜半夏、广陈皮、云苓皮、玉米须、车前子、白蔻仁、薏苡仁、芡实仁、蒲公英。具有益气活血，健脾祛湿之功效。全方补药上行占大半，而泻利走下之亦占四五，寒凉之蒲公英与全方温阳之热构成矛盾统一，三味利水与芡实之收涩共方用药之巧，在方中尽管有陈皮行气，然白蔻仁成了本方中之画龙点睛之药，方中动静结合，阴阳配伍，有消补、散收、升降等特性药物，无不从整体角度兼顾。

孙教授依此思路在临床上治疗，获得良好疗效的案例举不胜举，仅以气血失调3案共享，以供参详。

案1：高某，女，20岁，大连某大学日语专业学生。自12岁月经开始，月经从来没有正常过。近10年来痛苦异常。周期紊乱，量多量少不定，血色鲜暗无常，瘀块夹杂，痛经绵绵，腰酸神疲，面色灰暗无华。现行经已20余天仍未干净，孙教授诊毕，处益气摄血、养血固精之剂，方如下：潞党参15g，生北芪15g，紫丹参15g，益母草10g，蒲黄炭15g(包煎)，地榆炭10g，生地炭10g，延胡索10g，川杜仲15g，阿胶珠12g，薏苡仁15g，川郁金10g，北枸杞15g，生甘草5g。水煎服，日1剂。配服紫河车粉3g，日3次，温水送服。7剂后复诊，病人经血已止，气血红润，笑逐颜开。上方去炭剂，守方继服，巩固疗效，获安。

按语：月经病是女性最常见的疾病，表现各一，病机复杂，治疗十分困难。孙教授根据自己几十年的临床经验，诊疗妇科月经病唯有调理气血，气血畅顺，月经自和。孙教授善用台党参、北黄芪、紫丹参等益气养血之品，巧用坤草，紫河车粉之味，以固女性经血之本，妙用郁金、昌蒲、蒲黄、当归之动药，以期撬动顽痼久积。动静结合，阴阳和合，而经病自消。

案2：张某，51岁。近年来，神疲纳差，困乏嗜睡，四肢无力，行动困难，躁闷异常。舌质淡、苔薄，脉沉细，屡治无效，求治于孙教授，处方如下：潞党参15g，生黄芪15g，紫丹参12g，薏苡仁30g，桑寄生15g，清半夏7g，广陈皮7g，真降香10g，炒枣仁15g，云茯神15g，北枸杞15g，佩兰叶6g，生甘草5g，生蒲黄15g(布包)。7剂，水煎，日1剂。3月6日复诊，病人自述诸症显著减轻，疗效不凡。效不更方，又守方加减10余剂，而获痊愈。此类病例还有一位某部办公厅40余岁之副主任，先后进服20余剂而获痊愈。

按语：孙教授认为，此病之根源在于人到中年，气血亏损严重，气血失衡，阳气不主，阴精不纳，阴阳失和，而百病自来。而治疗此类疾病之关键，在于调畅气血。

案3：孙某，女，52岁。头颈痛，尿频尿急4余年，多方诊治不效。舌质红、舌苔薄、脉弦细。处方如下：潞党参12g，生北芪12g，紫丹参12g，桑寄生15g，金毛狗脊12g，川杜仲15g，伸筋草12g，北枸杞15g，补骨脂10g，延胡索10g，生甘草5g。日1剂，水煎服，7剂。7剂后来诊，大显奇效，守方加减10余剂而获愈。此类病例，尚有2例长期类风湿病人，而获效。

按语：临床上许多风湿、类风湿等免疫性疾病，还有颈肩腰腿痛疾病，病名种类颇多，治疗手段各异。而孙教授治疗此类疾病，驭繁就简，妙用益气补血填精舒筋之方，畅顺气血，疗效确切。（刘应科, 孙光荣. 中医临证的四大核心理念之整体观[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(05):1-5.）

中医临证四大核心理念之制宜观

制宜观是中医临证的重要观点。俗话说：“看菜下饭，量体裁衣”，治病亦需有制宜。欲识病，务先识人，人是病的载体，脱离人，针对病，虽靶点明确，但是脱离了联系性，顾此失彼，疗效会大打折扣，甚至遭到人的反感。而人与天、地有着密切的关系，人之所生精与气也，天地之所生亦精与气也，三者同源，息息相关，经云：“人以天地之气生”。人的生理活动受天气变化的影响，受地域环境的制约。同样，生理状态的紊乱，乃至疾病的产生、进展、转归亦与气候异常、地域密切相关。且人本身性别、年龄、体质存在个体差异，故而识病、治病不能一概而论，应该具体问题具体分析，即人们强调的“个体化差异”，具体有三：气候差异、地域差异、人体差异，此为三因；据此三因进行个性化的辨证论治，全面考虑三方面的因素对疾病的影响，进而调整并适应相应因素，即为三因制宜：因人制宜、因地制宜、因时制宜。三因制宜是中医学重要治疗特色，是基于整体观念而产生出来的一种精准治疗原则。

1 制宜观的内容

1.1 因人制宜

人与人之间是有差异的，宏观而言，性别、年龄、体质是有差异的；微观而言，禀赋、气血、心理、涵养等存在差异，正如《灵枢·寿夭刚柔》曰：“人之生也，有刚有柔，有弱有强，有阴有阳。”故而，即使是同性别、同年龄的两个人之间也是存在差别的。因此，在治疗疾病时，要参考这些元素，准确对疾病进行认识，并同时制定出一个与之相适应的治疗方法，此即“因人制宜”。徐大椿《医学源流论》指出：“天下有同此一病，而治此则效，治彼则不效，且不惟无效，而及有大害者，何也？则以病同人异也。”所以章楠在《医门棒喝·人体阴阳体用论》强调：“治病之要，首当察人体质之阴阳强弱。”遵循个体化治疗的中医特色，如若不从，疗效不显，早在《素问·微四失论》就论述了“不适贫富贵贱之居，坐之薄厚，形之寒温，不适饮食之宜，不别人之勇怯，不知比类，足以自乱，不足以自明，此治之三失也。”

年龄对人的生理及病理有较大影响。在不同的年龄阶段，与之相配应的气血维度不同，自然对疾病的影响不同，故而在调治上应该与之相适应。故而《素问·示从容论》曰：“年长则求之于腑，年少则求之于经，年壮则求之于脏”。孩童之际，脏腑娇嫩，行气未充，五脏六腑、四肢百骸、诸般官窍发育尚未完善，功能尚未健全，故而起病容易，传变迅速，易寒易热，亦虚亦实，用药应该清灵，稍事拨动，中病即止，疗程短，应该有四两拨千斤之妙。时至壮年，气血旺盛，正气充实，往往生病较少。邪气侵染时，正气奋起抗争，多为实证，用药可重，多为攻下之法。追至老年，活力减退，气血日衰，脏腑功能减弱，多为虚证，或虚实夹杂，以虚为主，多用补法，或攻补兼施，用量较轻，中病即止。

性别对人的生理及病理有较大影响。男子以精为本，以肾为先天。精充则气血实，正气存内，邪不可干，抗御邪气能力强。若精亏耗伤，必然影响气血，导致相应疾病，尤其导致精室紊乱等男科疾病，如阳痿、早泄、遗精、阳强、滑精、不孕不育等，故而以补肾填精为主要治疗原则。女子以血为本，以肝为先天。血充则气旺，不易生病。若血虚不足，自然联动精气亏虚，引起相应疾病，尤其是经带胎产等妇科疾病，不同疾病，不同时期，用药有所兼顾，月经期、妊娠期应该慎用或禁用滑利、峻下、走窜、有毒之品；产后疾病多虚、多瘀，应该采取补血、活血、化瘀等药。可见，性别有异，疾病有别，故而《灵枢·五色》中记载：

“男子色在于面王，为小腹痛，下为卵痛，……女子在于面王，为膀胱子处之病……”。

体质对人的生理及病理有较大影响。体质者，禀赋也，秉承父母之根基，加之后天生活环境等的不同，造就了体质的差异。体质有多种分法，以五行分类可有阴阳二十五人分类；以阴阳分类可有太阴、少阴、太阳、少阳、阴阳、和平 6 大类；从秉性勇怯分类，可有勇敢之人、怯懦之人、中庸之人。除此之外，可按体型肥瘦分类法，如肥人、瘦人、肥瘦适中人。北京中医药大学王琦教授，率领团队，苦研 30 余载，得出中国人可分为 9 种基本体质类型结论，即平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质和特禀质，并力主“辨体论治”。体质虽为生理状态，但其有疾病倾向性，故而对疾病的发生、发展、转归有较大影响。《素问·三部九候论篇》言：“必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实，实则泻之，虚则补之”，《灵枢·阴阳二十五人第六十四》曰：“其肥而泽者，血气有余。肥而不泽者，气有余，血不足。瘦而无泽者，气血俱不足。审察其形气有余不足而调之，可以知逆顺矣”《灵枢·顺逆肥瘦》亦载：“血气充盈，肤革坚固……此肥人也。……瘦人者，皮薄色少，……易脱于气，易损于血……”。可见，体质不同，所发生疾病有别，自然资料方法有差异。

除此之外，职业因素、社会地位、学历程度、家庭环境等亦是应该考虑的因素。位高权重，家境殷实，修养有为者，兼有众多有利因素，不容易生病，即使生病，及时调治，容易康复，且其治疗依从性良好，容易配合医者治疗。反之，家境贫寒，修养性差，脾气暴躁，容易生病，且少有良好医疗资源，不易康复。古人早认知此类差异，《灵枢·根结》曰：“以此观之，刺布衣者深以留之，刺大人者微以徐之，此皆因气悍滑利也。”为何如此？因王公大人“身体柔脆，肌肉软弱”（《灵枢·根结》）。

1.2 因地制宜

不同的地方，气候冷暖不一，水土异质，对人体有较大的影响，俗云“一方水土养育一方人”，故而根据地域环境的差异，结合辨证论治，需要制定出个性化的诊治方案，即对机体制定出相应的治疗原则，此曰“因地制宜”，早在《素问·异法方宜论》载：“黄帝问曰：医之治病也，一病而治各不同，皆愈何也？歧伯对曰：地势使然也。”后张介宾云：“地势不同，则气习有异，故治法亦随而不一也”。

五行配五方，东南中西北，各有差异，东方生风，南方生热，西方生燥，北方生寒，中央生湿，故而其地理气候、物候物产、生活环境、生活习俗均存异质，对人体的体质、生理、气血等有不同的影响，自然对疾病乃至寿命有影响。故而《素问·五常政大论》指出：“地有高下，气有温凉，高者气寒，下者气热，故适寒凉者胀，之温热者疮，下之则胀已，汗之则疮已，此腠理开闭之常，太少之异耳。”基于此，《素问·异法方宜论》总结：“东方之域，天地之所始生也，鱼盐之地，海滨傍水，其民食鱼而嗜咸，……，鱼者使人热中，盐者胜血，故其民皆黑色疏理，其病皆为痈疡，其治宜砭石，故砭石者，亦从东方来。西方者，金玉之域，……。其民陵居而多风，水土刚强，其民不衣而褐存，其民华食而脂肥，……，其治宜毒药。故毒药者亦从西方来。北方者，天地所闭藏之域也。……，其民乐野处而乳食，……。故灸焫者，亦从北方来。南方者，天地所长养，阳之所盛处也。……。其民嗜酸而食肘，故其民皆致理而赤色，其病挛痹，其治宜微针。故九针者，亦从南方来。中央者，其地平以湿，天地所以生万物也众。其民食杂而不劳，故其病多痿厥寒热。……，故导引按蹻者，亦从中央出也。”后《医

《学源流论》曰：“人禀天地之气以生，故其气随地不同。西北之人，气深而厚；东南之人，气浮而薄。”

结合临证来看，东南一带，气候温暖，多以潮湿，阳气易泻，腠理疏松，容易外感风热之邪致病，病多表，多用桑叶、菊花、薄荷等辛凉之剂，偶有风寒者，轻用麻黄、桂枝等辛温之药。西北区域，气候寒燥，阳气内敛，腠理致密，容易外感风寒之邪致病，多用麻黄、桂枝之品，且用量宜重。另外，人之寿命因受地域环境的影响，《素问·五藏气大论》云：“东南方，阳也，阳者其精降于下，阴精所降其人天；西北方，阴也，阴者其精奉于上，阴精所奉其人寿。”

1.3 因时制宜

人与天地相合指人之生理与病理和时令季节有着密切的关系，是天人合一、天人互感的重要部分内容，《灵枢·岁露论》曰：“人与天地相参也，与日月相应也。”时令季节、昼夜晨昏对自然界的气候、物候有较大影响，同样对人体的生长活动、病理变化亦有较大影响，一年四季，春夏秋冬，生长收藏，机体的升降出入必与之适应。故《素问·八正神明论》云：“四时者，所以分春夏秋冬之气所在，以时调之也。”昼夜晨昏，人体的作息与之对应，白昼工作，晚间休息。违背这些规律，疾病就会产生。顺从这些规律，根据时令气候的特点，结合辨证论治，制定机体的个体化治疗原则，此即“因时制宜”。故《素问·六元正纪大论》有“用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热”治疗原则。《素问·四气调神大论》提出“春夏养阳，秋冬养阴”的养生原则。

因时之“时”，大而言之指节律，小而言之指时辰。节律者有年、月、日之分，时辰分之一日十二时辰。另外，尚指时令气候特点。节律有甲子节律(运气学说)、年节律、季节律、月节律、日节律、时节律之分，节律产生不是无缘无故的，是地球公转和自转所固有的规律，与生俱来，不可抗拒。

甲子节律指五运六气学说，是谈及跨年的节律规律，《黄帝内经》对此有专门的篇章进行论述。不同年份，气候不一，需得根据每年运气情况，结合个体差异，辨证论治，故《素问·六节藏象论》云：“不知年之所加，气之盛衰，虚实之所起，不可以为工矣。”一年当中，月份更迭，亦有差异，《素问·诊要经终论》中载：“正月二月，天气始方，地气始发，人气在肝。三月四月，天气正方，地气定发，人气在脾。五月六月，天气盛，地气高，人气在头。七月八月，阴气始杀，人气在肺。九月十月，阴气始冰，地气始闭，人气在心。十一月十二月，冰复，地气合，人气在肾。”不同月份，所生疾病有异，《灵枢·岁露论》指出：“二月丑不风，民多心腹病。三月戌不温，民多寒热；四月巳不暑，民多痒病。十月申不寒，民多暴死。”

一年四季，气候变化较大，对人体生理和病理情况均有影响，《素问·四时刺逆从论》记载：“春气在经脉，夏气在孙络，长夏气在肌肉，秋气在皮肤，冬气在骨髓中”。不同季节，疾病的发生有别，《素问·金匱真言论篇》中载有：“春善病鼽衄，仲夏善病胸胁，长夏善病洞泄寒中，秋善病风疟，冬善病痹厥。”故而对应的调治亦不一样，用药也存在差异，正所谓“用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热，食宜同法。”于养生而言，春生，夏长，秋收，冬藏，春天万物复苏，多风之季，对应于肝，宜疏肝怡情；夏天万物生长，多热之季，对应于心，宜修心养性；秋天万物内敛，多燥之际，对应于肺，宜敛肺补气；冬天万物收藏，多寒之际，对应于肾，宜固精补肾。

以月令而言，月圆月缺，对人体气血有较大影响，尤其是妇女，其月经就是一个典型的月节律。《素问·八正神明论》云：“月始生，则血气始精，卫气始

行；月郭满，则血气实，肌肉坚；月郭空，则肌肉减，经络虚，卫气虚，形独居。”据此，又提出了“月生无泻，月满无补，月郭空无治，是谓得时而调之”治疗法则。昼夜晨昏有阴阳，白日为阳，夜间为阴，正如《素问·金匱真言论》记载：“平旦至日中，天之阳，阳中之阳也；日中至黄昏，天之阳，阳中之阴也；合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也；鸡鸣至平旦，天之阴，阴中之阳也。故人亦应之”。阴阳有别，对人体有较大影响，故而疾病的发生和发展亦会受到影响，采取的治疗方法有差异。“子午流注”针法就是根据时辰，对应经络而取穴的。

纵观，三因制宜有充分的依据，有完整的理论，验之于临床，有用有效，是根据天、地、人息息相关的联系而提出的，是灵活的、有效的，是中医学的重要理论特色，是整体观的具体体现与运用，是个性化论治的理论源泉，具有较高的临床价值。

2 制宜观的临证应用

2.1 在诊法中的应用

中医诊疗活动的最大特色，是医疗行为主体凭借“四诊”的信息，通过因时、因地、因人的“合参”思辨，获得对医疗行为客体的认知，其思辨涉及见病(采集四诊资料)、识病(辨证)、断病(诊断)、治病(论治)的全过程。孙教授在诊治过程中通常重点参详 20 个元素，即时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鰥寡、生育、新旧、欲涩、旺晦、形神、盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死。其中时令等元素涉及因时制宜，男女、长幼、鰥寡、生育、旺晦、劳逸、欲涩等元素涉及因人制宜，干湿、表里、寒热等元素涉及到因地制宜。

一年四季，因时令不同，气候各有特点，与疾病的发生息息相关。在疾病的发生中，常因季节性而多发某些疾病，或称时令性流行病。在疾病发展过程中，或某些慢性病恢复期中，往往由于气候剧变或季节交替而使得病情加重、恶化或旧病复发。如关节疼痛的病证，常遇到寒冷或阴雨天气时加重。此为因时制宜的应用。

男女有别，男子属阳，多气，以肾为先天；女子属阴，多血，以肝为先天。在疾病的发生和发展中有其专属特点，女性专月经病、带下病、产后疾病，多从气血论治；男性多发前列腺炎、前列腺增生症为男子之专病，多从肾肝论治。即使相同病种，难易有别，如同是感冒之病，治疗亦是有差异的。长幼有别，实则年龄差异，不同年龄阶段，其生理及病理存在一定的差异，故而辨别患者的年龄对了解其生理及病理状况有较大帮助，对临床用药有较大指导。此为因人制宜的应用。

天南海北，物候不一，干湿不同，寒热不均。湿热之地，多潮湿，地势低洼，腠理疏松，阳气易泻，容易感受湿热之邪，宜清热除湿；燥寒之地，多干燥，地势偏高，腠理紧密，阳气闭藏，容易受燥寒之邪，宜散寒润燥。此为因地制宜的应用。

2.2 在临证中的应用

制宜观无不渗透于孙教授的临证过程中，仅以一案例作为佐证：19 岁罹患崩漏的患者，辗转全国各大中、西医院，疗效均不显，家长及患儿闻孙教授名气而尝试就诊，孙教授经过仔细的辨证论治，尤其考虑了患者为长居北方之地。临证处方，1 周下来，只花费了 59.1 元，多年出血的情况止住了。笔者翻阅跟诊的处方，没见到什么神秘的地方，普普通通，平平常常的调气血的方子。带着疑问和不解求教于孙老，孙老含笑而语：“也没有什么稀奇的，就是平常教你们的那些基本的东西。遇疑难杂症，当先察阴阳气血升降出入，调之使平。此为 19

岁女子，长居住于北方，结合临证症状，当为气、血、痰、湿、食紊乱所致的积聚、癥瘕、痞块等多种病证而导致长期出血，观他医多用益气止血、活血化瘀之法而不效，故确立通因通用、塞因塞用的治疗法则，参《素问·至真要大论》所言坚者削之、结者散之等大法而处方。又恰值冬岁，配用温经之药而获益。此兼顾了因人、因地、因时之三因制宜观，天时、地利、人和，怎能不效？”

孙教授又说：“中医治病最讲究两条：(1)从病人的整体以及与外环境的关系来看病，要辨证论治，要‘因人、因地、因时制宜’，而不是头痛医头、脚痛医脚，不是用统一的‘套餐’，不是用程式化的‘套路’。(2)中医治病不是运用对抗性思维，不是有细菌或病毒就只要杀死细菌或病毒，不是有病损的脏器或肢体就只要截断病损的脏器或肢体，而是‘调’。什么叫‘调’？就是调整、调和、调理。调什么？调阴阳，调气血，调气机的升降出入。调到什么程度？调到平衡。所以，在调气血的前提下，还要善于平升降、衡出入。如果说，中华文化的灵魂是‘和’，中医医德的核心价值就是‘仁’，中医医术的最高水平就是‘调’。中医疗效的终极指标就是‘平’。”此论不可谓不高屋建瓴，切中肯綮！（刘应科，孙光荣．中医临证四大核心理念之制宜观[J]．湖南中医药大学学报，2016，36(11):1-4.）

中医临证四大核心理念之未病观

未病观是国医大师孙光荣教授中医临证四大核心理念的重要组成部分，未病即是无病状态，亦是疾病的潜伏期状态，对于未病可以并且应该从早期进行干预，俗称“治未病”。如此，对预防疾病的发生，防止疾病的进展及恶化大有裨益，极大程度上提升了民众体魄健康，降低国家卫生成本。早在《黄帝内经》中就有“未病”及“治未病”的记载，强调“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱”，并形象的权衡了当中的利弊，提醒“夫病已成而后药之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎”，谆谆告诫后人要高度关注治未病。治未病从某种角度而言就是要求养生，包括未病先防和既病防变两个内容，具体有不同的方法，《素问·上古天真论》从宏观上给予了指导，即“法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳”。孙教授的养生总则是“合则安”；养生要诀是“上善、中和、下畅”；养心法则：“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数”；推崇的养生方法是干祖望教授提出的：“童心、蚁食、猴行、龟欲”。具体操作方法有顺应自然、养性调神、护肾保精、运动锻炼、调摄饮食、针灸推拿、服用药物以养生、避其邪气以防病等。

未病观是中医临证的重要组成部分。未病观的核心目的就是让人不生病、少生病、生病后不传化、不恶化、早痊愈。故而，未病观对人类的健康和发展有着巨大意义。两千余年之前，中医学就高度关注非疾病的状态，称之为“未病”，《黄帝内经》首倡“治未病”。中医学“治未病”思想基于天人合一，注重效法自然、形与神俱、动静平衡，追求人体的情志、形体与环境、社会的和谐统一，主张防重于治。“治未病”强调以人为本、和谐平衡，该思想是干预、改善、修复“亚健康”状态的指南。未病观的践行形式就是养生，治未病的重要措施之一亦是养生。

1 未病的概念认识

对未病的概念理解非常重要，未也者，指还没有，不曾之意；或有将来之意；病也者，疾病也。从字面意义理解有两层含义，一者不曾有的病，二者将来的病。然学者于此概念尚存在争议，有认为其为无病之意，有认为其为病态，为病之轻症，为病之前奏之意，有人理解其为今之亚健康状态。细考究，孙教授认为皆欠准确。未病，若为无病，谈何治疗，言何“治未病”，实为不妥，亦无研究发展的必要。未病为病之轻症，看似中肯，实则不准。第一，健康之人时刻有生病的情况，健康之时当成为未病状态；第二，疾病状态时，并且尚是可以变化，未受邪之处，尚处于未病状态。此二者非病之轻症。至于将未病跟亚健康简单划等号亦是不妥。亚健康绝对不是健康状态，虽然用现代医疗检验手段，查不出阳性结果，但是不能代表没有症状，比如疲劳、容易生病（感冒）常常就界定为亚健康状态，亚健康状态可以界定为未病中的范畴之一。

那么，什么是中医所言未病呢？未病一词，最早见于《内经》，《素问·四气调神论》载有：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎”，后在《灵枢·逆顺》《素问·刺热》均有提及。今细考究，未病大体有三个层面的意思。

1.1 指已疾之后、未病之先，病轻之态

“疾病”由“疾”与“病”构成，二者有程度上的差异，“疾”为轻，“病”为重，正如《说文解字》言：“疾，病也”，“病，疾加也”。可见，所谓未病即轻之“疾”，尚未涉及到重之“病”。后世陆懋修明确指出：“疾病二字，世

每连称。然今人之所谓病，于古但称为疾。必其疾之加甚始谓之病。病可通言疾，疾不可遽言病也。”（《世补斋不谢方·小引》），并进一步言及“经盖谓人于已疾之后、未病之先即当早为之药。乃后人以疾为病。认作服药于未疾时，反谓药以治病，未病何以药为。不知经言未病正言已疾。疾而不治，日以加甚。病甚而药，药已无及，及未至于病，即宜药之，此则《内经》未病之旨，岂谓投药于无疾之人哉！”可见，治未病就是治已“疾”，只是还没有到达“病”的层面。现代中医文献学家段逸山先生亦持此观点。此部分未病应该及早重视，早发现、早诊断、早治疗，将疾病消灭于萌芽状态！使得疾不加重，病不发生。

1.2 指已病后的其他未病之态

疾病已经发生，但只是限于局部，或者是轻微层次。如按照脏腑而论，病在肝，尚未及脾、肺、肾、心等，如按照卫气营血而论，病在卫分，而未及气分、血分、营分等，此等尚未涉及的部分称之为未病，亦称尚未受邪之地。

《素问·刺热》云：“肝热病者，左颊先赤；心热病者，颜先赤；脾热病者，鼻先赤；肺热病者，右颊先赤；肾热病者，颐先赤。病虽未发，见赤色者刺之，名曰治未病”。此未发指病后之未发之地，并不是无疾病，后世注家杨上善说：“热病已有，未成未发，斯乃名未病之病，宜急取之”。《灵枢·逆顺》言：“上工刺其未生者也，其次刺其未盛者也，其次刺其已衰者也……故曰：上工治未病，不治已病。此之谓也。”未生者指尚未发病之地，未盛者指疾，已衰者指病。更有一经典理论更好的说明此未病之态，《灵枢·病传》载：“病先发于肝，三日而之脾”。《难经·七十七难》云：“所以治未病者，见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气，无令其受肝之邪，故曰治未病焉”。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》言：“夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾”又论：“实脾则肝自愈，此治肝补脾之要妙也”。脾也者，尚未生病，但已经危在旦夕，需得顾护。此部分未病要求做到防患于未然，使得病情不加重，不扩散，及早康复，即既病防变。

1.3 指无疾病、无症状、无体征的健康之态

未病指无疾，无病，无症状，无体征的健康状态，今之健康包含四个要素，即躯体无疾病，心理能适应，社会能适应，良好的道德品格，健康是人人追求的一种理想状态，然而这种理想状态完全可以实现。中医历来强调，“虚邪贼风，避之有时，恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来”（《黄帝内经·上古天真论》）。按此训谕，长久坚持，定会少疾病之烦恼，而达到内经所载的“真人”、“至人”、“圣人”、“贤人”的境界。

可见，未病是一个比较宽泛的概念，具有一定的模糊性，并且在不同的状态、环境下可以和疾病发生转化。未病大体而言包含了今之亚健康，包括一切养生所针对的状态。从某种角度而言，一切的养生都是针对于未病，都是在治疗未病。对未病的概念认识及界定非常重要，这是治疗未病的前提，只有这样，对象才能清晰，目标才能够明确。

2 治未病的措施

治未病就是对于未病的干预和防治，对于轻之疾者要早发现、早诊断、早治疗，对于病之未受邪之地，应当早保护起来，防止疾病的进展与传变，对于健康者来说，可以通过干预而增强体质，提升正气，预防疾病的发生。治未病包含两个方面，即未病早防和病后防变。

从某种意义上来说，治未病就是养生，古称“摄生”、“道生”、“保生”，即调摄保养自身生命的意思，正如《素问·上古天真论》所说的“上古之人，其

知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去”。养生的主要目的是要实现康乐美寿，即健康、快乐、美丽、长寿。

2.1 未病早防

未病早防是指在疾病尚未发生之前，提前采取防护措施、干预手段，从而使机体正气得以加强，甚至调整体质，防止疾病的发生。

2.1.1 顺应自然 自然者，天之道者，养生，莫逆之于天，顺其道也。中医历来强调天人合一，天人相应，即提倡人体的生理活动与自然界的规律是相适应的。《灵枢·邪客》曰：“人与天地相应”。一年之中，春夏秋冬，寒来暑往，各应顺其情。即《素问·四气调神大论》强调：“春三月，此谓发陈，天地俱生，万物以荣，夜卧早起，广步于庭，披发缓形……此春气之应，养生之道也……夏三月，此谓蕃秀，天地气交，万物华实，夜卧早起，无厌于日……此夏气之应，养长之道也……秋三月，此谓容平。天气以急，地气以明，早卧早起，与鸡俱兴……此秋气之应，养收之道也……冬三月，此谓闭藏。水冰地坼，勿扰乎阳，早卧晚起，必待日光，使志若伏若匿，若有私意，若已有得，去寒就温，无泄皮肤……”继而指出：“春夏养阳，秋冬养阴，以从其根。”（《素问·四气调神大论》），故而养生应该顺应自然，起居有常，动静合宜等。

2.1.2 修心养性 性，性情也，源自于心。心者，五脏六腑之大主，主神志。《素问·灵兰秘典论》云：“主明则下安，以此养生则寿，殁世不殆，以为天下则大昌；主不明则十二官危，使道闭塞而不通，形乃大伤，以此养生则殃，以为天下者，其宗大危，戒之戒之。”故而，修心养性是养生的重要方式，高级层次。孙教授强调“平和”与“仁慈”。通过自身的不断修养，不断内省，使自己心态达到一个平和、稳定、洁净、宽容的境界，如此心宽体胖，饮食、睡眠、行为举止均能够得以保障。仁者爱人，有爱之人，需要一颗慈悲之心，慈悲之人，度人于苦难之中，经常给人带来快乐，自然自己也快乐，遂仁者寿，慈者寿。养性者平静平和、不急不躁、不骄不傲、不慌不忙，常能知足常乐，与周围的人和事和谐相处，不算计人，不羡慕、妒忌、恨他人，不锱铢必较。在养心的同时，孙教授强调不能急于求成，应该时刻铭记“缓”字的重要性，长提及“言缓能和，行缓必安，论缓达正，事缓则圆”。常常以岳麓书院楹联“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数”作为自勉座右铭。

2.1.3 护肾保精 精气神是人之三宝，为人体至为重要的物质，其中以精为首。精之义广矣，有先天之精，有后天之精。其中以先天之精为重，先天之精多化生为肾精，是其主要组成元素，当然亦赖后天之精的不断补给。精能化气、生神、御气、御形。故古人历来强调精的重要性，要时刻养护，房中术养生是其践行的一个指导。护肾保精的一个重要方式就是节欲，《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》强调“房室勿令竭乏”，节并非禁，应该把握一个度。另外，运动保健、按摩固肾、食疗保肾、针灸药物调治等方式也能达到护肾保精的作用，从而使得人体精充气足、形健神旺，达到预防疾病、健康长寿。

2.1.4 运动锻炼 形神是生命的体现，生命在于运动，适当的运动对形体和神志的调和是有益的。形与神一定要统一，即“形神合一”，形多主动，神多主静，二者完美的统一，需要运动的调和。运动能够锻炼形体，增强体魄。《吕氏春秋·达郁》有言“流水不腐，户枢不蠹，动也”，阐释了动的生命哲理，继而言及“形气亦然，形不动则精不流，精不流则气郁”的道理。可见，运动能够促进气血流通，使人体肌肉筋骨强健，脏腑功能旺盛，并可借形动以济神静，从而使身体健

康，益寿延年，同时也能预防疾病。孙教授提倡的运动并不是高强度而持久的运动，多为舒缓的小运动，如传统健身术之太极拳、易筋经、五禽戏、八段锦，或简易养生操、扩胸、曲背、收腹、摩腹、提肛、缩阴、饭后百步走等。

2.1.5 调摄饮食 饮食为脾胃化生气血的基本物质，脾胃为后天之本，脾胃功能的正常对其他脏腑有重要的作用，因此，饮食与人体的健康密切相关。《素问·藏气法时论》说：“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充。气味合而服之，以补益精气。”五谷、五果、五畜、五菜等即为食物，要恰当的选择饮食，针对性的进行食疗、食补。食物摄取关键在均衡饮食，均衡者即平和也，不多不少，不寒不热，不偏不倚，什么都可以吃，什么都不能偏嗜。饮食要有节，有节律，即按时进餐，不过饱，不过饥。孙教授常说过午不食，食得七分饱，就是一种节制。饮食要清洁，不吃不洁、腐败变质的食物或自死、疫死的家畜，预防肠胃疾病、寄生虫病或食物中毒。

2.2 病后防变

病后防变指发生疾与病以后，尚有一些未受邪之地，此地容易发生疾病，进而加重，甚至传变，若能早发现，早诊断，早干预，能够及时的治愈疾病，防止疾病的进展。在疾病的发生、发展、传变的过程中，多会经历一个由浅入深，由轻到重，由单纯到复杂的过程，若能在早期、轻病的状态及时给与干预，中断疾病发生的链条，而达到早治疗、早预防的作用，正如《素问·阴阳应象大论》所言：“故邪风之至，疾如风雨，故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也。”

病后防变包括两个方面，即阻断疾病进展途径与先安未受邪之地。在疾病的发生链条规律中，疾病多由轻到重，由初级到高级的阶段，如卫气营血辨证中，多由卫分证开始，然后气分证，然后营分证，最后血分证，若能在卫分证、气分证的时候及时将疾病治愈，就是截断了疾病的发生途径。六经辨证亦然，脏腑辨证在遵行五行的条件也符合此规律。先安未受邪之地，最早是由清代医家叶天士提出。按照不同的辨证方法，在一脏、一经、一个局部出现病变后，机体出现了一些改变，表现出相应的症状和体征，但是尚有其他脏腑、经络等处于健康的未病状态，称之为未受邪部位，这些部位容易发生疾病，因此早采取预防手段，如见到肝病，就要提前想到顾护脾胃。见到温热病以及胃阴受损时，就要提前保护肾阴。

人之未病思想是与生俱来的，是人的一种潜在本能。但是，随着科技、生活水平的提升，人们增添了诸多的不良行为习惯，这些习惯会不同程度的影响健康。摒弃这些习惯，及早树立未病的观念，不生病，少生病，生小病，早治病，将疾病消灭在萌芽状态，有着重要的意义。众所周知，从卫生经济学角度而言，用一元钱来进行健康保健等同用一千元来进行治病。先贤朱丹溪早有此认识，言：“与其救疗于有疾之后，不若摄养于无疾之先。盖疾成而后药者，徒劳而已。是故已病而不治，所以为医家之法，未病而先治，所以明摄生之理。夫如是，则思患而预防之者，何患之有哉？此圣人不治已病治未病之意也”。

孙教授对于未病及治未病非常重视，并强调对未病的重视是疾病医学向健康医学转化的一个标志，未病理念贯穿于其整个临床过程中，并且大力宣扬养生理念和方法，多次多场合进行养生文化的宣教，并践行养生方法。（刘应科，孙光荣. 中医临证四大核心理念之未病观[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(07):1-4.）

中医临证四大核心理念之中和观

中和观为中医临证的四大核心之一。在对中医学的认识中，此观念可视为最为重要的理念。此观念贯穿中医的生理、病理、诊治、养生等，涉及方方面面，孙光荣教授历来倡导。然，孙教授言及中和理念非他之首创，上至《黄帝内经》，而后《伤寒杂病论》，迨至今日之诸多学者均强调此理念，但孙教授据其临证实践及研究率先提出“中和观”，后有孙教授友人提议创建“中和学派”，孙教授一直未曾应允，私下问及孙教授缘由，一者，此观实为中医之本质内涵，大凡中医治病均为“致中和”，于此而言，所有的中医均是此学派；二者，尚有一些提法不甚完善，期待更多优秀人才深入挖掘并整理该理论，从而形成系统的诊疗指导思想。此观为中医之本质内涵之一，能够解释疾病、维系健康，一旦形成完善的相关理论，中医也就大同了。

中和观实为正统儒家之主流思想，历代儒学大家均强调中和的思想，上至治国，下至治家，均采用中和之道。中医学肇源于中国古代传统文化，此观当然渗透当中。然中和观引入到中医学后，赋予了更加具体的内涵，人之生命存在、健康的维系全靠“位中和”，人之疾病的产生因为“失中和”，故而治疗疾病就是要想尽一切办法“求中和”。

中也者，不偏不倚，无过与不及之名矣，考其更细节含义，大凡有三：一指中间、中等、两者之间之意；二指适宜、合适、合乎一定标准；三指人心、内心，即人的内在精神。中和之“中”取意合乎其宜之意，宋之理学家程颐称之为“天下之道”也。

和也者，相应也（《说文解字》），细考其义，大凡有二：一指调和，二指和谐，表示协调、均衡、统一的状态。中和之“和”二者之意均有。“和”之内容，包罗象，可大可小，无处不有和，不处不期盼和，以和为贵、和气生财、和生万物。于国家而言，应该构建和谐社会；于邻里而言，要和睦相处；于家而言，家和万事兴，和乃大同，众望所归，其地位居高，故《孟子·公孙丑》言：“天时不如地利，地利不如人和”，《荀子·天论》言：“万物各得其和以生”，《春秋繁露·循天之道》言：“和者，天地之所生成也”，可见，万物不离和。

“中”以度言，“和”以状态言，合言“中和”，又称“中庸”、“中行”、“中道”，指一种和谐、平衡、稳定的状态。“中和观”历来是儒家的核心观点，“中”与“和”密不可分，儒家之经典《中庸》言：“喜怒哀乐之未发，谓之中，发而皆中节，谓之和；中也者，天下之大本也；和也者，天下之达道也。致中和，天地位焉，万物育焉”。此论一语切的，为中和理解之集大成之概况，“中”与“和”均是机体中存在两种状态，有而未发谓之中，发而不过谓之和，此为天之大本、天之道，若能如此，便达到了“致中和”状态，于是“天地位焉，万物育焉”。

中和之理，大凡至简。天道有和，地道有和，医道亦和。人之生皆因和，人之病皆因失和，人之死皆因不可调和之严重失和。医者仁术，但求一和，若能“致中和”，疾病康复，妙手回春，救人水火之中，医道虽繁，设若明此之理，得其精髓矣。

1 身体健康有中和

1.1 人之健康要求阴阳中和

天地有阴阳，《周易·说卦》言：“立天之道，曰阴与阳”，又曰：“一阴一阳之谓道”（《周易·系辞上》），万物有阴阳，人也不例外，《素问·阴阳

应象大论》言：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”。人之健康要求阴阳“中和”，即阴阳平衡。

阴阳之间要时刻处在一个动态平衡中，即《素问·生气通天论》强调之“阴平阳秘，精神乃治”，如此，才能“阴阳和合”而达到“阴阳匀平，以充其形，九候若一，命曰平人”（《素问·调经论》）。平人者，和平、平和、平者，和也，就是没有太过与不及，亦即健康状态。然，阴阳的平衡时刻受到外界的干扰侵袭，故而阴阳要通过如下方式不断调整维系平衡。

阴阳要有对立制约。对立制约要达到《素问·生气通天论》中的“阴平阳秘，精神乃治”，亦即“阴气和平，阳气闭塞，则精神之用，日益治也”。“阴平”者阴气盛满和平，“阳秘者”阳气充盛闭塞，二者各自达到最佳相互交感和谐状态，最终达到《素问·生气通天论》所言“阴者藏精而起亟也，阳者卫外而为固也”的整体最佳状态，亦即“致中和”。

阴阳要有互根互用。阴和阳任何一方都不能脱离另一方而单独存在，每一方都以相对的另一方的存在作为自己存在的前提和条件。正如《素问·生气通天论》说：“阴者，藏精而起亟也；阳者，卫外而为固也。”王冰注释此语曰：“阳气根于阴，阴气根于阳，无阴则阳无以生，无阳则阴无以化。”只有不断地消长和平衡，才能维持正常的生命活动。

阴阳要有相互转化。阴阳转化是阴阳运动的又一基本形式。阴阳双方的消长运动发展到一定阶段，事物内部阴与阳的比例出现了颠倒，则该事物的属性即发生转化，所以说转化是消长的结果。阴阳相互转化，一般都产生于事物发展变化的“物极”阶段，即所谓“物极必反”。正所谓“物生谓之化，物极谓之变”（《素问·天元纪大论》），诸如《素问·阴阳应象大论》所言：“重阴必阳，重阳必阴”、“寒极生热，热极生寒”。

阴阳要有交感互藏。阴阳交感是宇宙万物赖以生成和变化的根源。正如《周易·系辞下》言：“天地氤氲，万物化醇；男女构精，万物化生。”亦如《管子·内业》言：“凡人之生也，天出其精，地出其形，合此以为人。和乃生，不和不生”。互藏是指相互对立的阴阳双方中的任何一方都包含着另一方，即阴中有阳，阳中有阴。

如此，阴阳的调节形成了一个复杂的体系，一切的出发点均是要达到阴阳的平和，亦即“中和”，所有介质都是为了“节阴阳而调刚柔”，正如《素问·生气通天论》曰：“凡阴阳之要，阳密乃固，两者不和，若春无秋，若冬无夏，因而和之，是谓圣度”。亦正如严用和所言：“一阴一阳之谓道，偏阴偏阳之谓疾。夫人一身，不外乎阴阳气血，相与流通焉耳！如阴阳得其平，则疾不生。”

1.2 人之健康要求气血中和

气是构成物质的本源，《庄子·知北游》言：“通天下一气耳”，人体也不例外，气也是构成人体的最基本的物质，《素问·宝命全形论》载：“人以天地之气生，四时之法成”，“天地合气，命之曰人”，血是流淌于脉管中的红色营养物质，多是由后天脾胃化生而来，也是人体的基本组成物质。气血也是维持机体生命活动的基本物质，《素问·调经论》曰：“人之所有者，血与气耳。”气与血的缺乏、阻滞不通均会导致不同疾病，气血的亡失会导致人体的死亡。

气与血之间有密切的生理关系，即“气为血之帅，血为气之母”。气为血之帅包含三个方面，即气能行血、气能摄血、气能生血。血为气之母包含两个方面，即血能生气、血能载气。气血之间相互依存，相互转化、相互促进、相互制约，密不可分，从某种角度而言，二者是一个统一体，即“气即无形之血，血即有形

之气”，因此二者必须和谐，此即气血的中和，如此才能保证气血功能的正常发挥。

孙教授常言：“气血中和百病消”、“万病离不开气血”、“治病必求于气血”、强调要牢记“人之一身唯气血耳”，辨证的过程中全程兼顾气血，着眼于气血，执中和的气血观，处中和之方药，如此气血常，气血畅，疗效确切，奇效如神，尤其是一些疑难杂症。孙教授还言除调气血，还要善于平升降、衡出入，如此气血才能处于一个良好的中和状态，达到不生百病、百病结消的效果。这些均体现了孙教授临证过程中重气血、调气血的学术思想。

1.3 人之健康要求自然环境中和

人居于天地之间，正如《素问·六微旨大论》言：“上下之位，气交之中，人之居也”。人、天、地是一个统一的整体，即天人合一，人处天地之间，要和谐，不能逆天行事，不能肆意践地。“人能应四时者，天地为之父母”（《素问·宝命全形论》），故而，人之健康生存，必须与天地“父母”融洽的处理好关系。天地之间，四方有别，寒热冷暖，各相差异，江南多湿热，人体腠理多稀疏，北方多燥寒，人体腠理多致密，正因为有偏颇，故而人体体质产生了偏颇，尽管有差异，尚不构成病理性因素，久之会形成一种适应性平衡。长期居于某地之人，一旦迁居他处，常感不适，此曰“水土不服”，实则为适应性平衡被打破。居住之地，尽可能要平和。早期西方医学泰斗阿维森纳在其著作《医典》中写道：“在所有的人种中，那些居住在昼夜平分线（即春秋分线）之间的人要比其他人群更接近理想的均衡配属；居住在昼夜平分线之间，并且远离山区、大海的人，又要比其他人群更接近理想的均衡”。他认为“当人们一旦生活在昼夜平分线区域，而他们的身体状况近乎完美。”然，人之居有东、西、南、北、中之差异，我们无法规避，只能寻求适应性平衡。

1.4 人之健康要求社会环境中和

人生活在复杂的社会环境中，社会环境对健康有着重要的影响。一方水土养育一方人，一个好的社会环境塑造健康完美的人。社会的发展及变迁，给人民的生活带来不同程度的影响，继而影响人的身体机能。所居之处，若能歌舞升平，具有较好社会环境，有利的社会地位，融洽的社会关系，可以使人精神振奋，积极进取，营造健康氛围。反之，可以使得精神压抑，情绪紧张，继而影响情绪，危害健康。战乱时期，生灵涂炭，何来健康体魄。金元四大家李杲记载：“向者壬辰改元，京师戒严，迨三月下旬，受敌者凡半月。解围之后，都人之有不病者，万无一二；既病而死者，继踵不绝。”个人的政治、经济地位对健康影响较大，《灵枢·师传》言：“王公大人，血食之君，骄恣纵欲，轻人”。李中梓进而指出：“大抵富贵之人多劳心，贫贱之人多劳力；富贵者膏粱自奉，贫贱者藜藿苟充；富贵者曲房广厦，贫贱者陋巷茅茨；劳心则中虚而筋柔骨脆，劳力则中实而骨劲筋强；膏粱自奉者脏腑恒娇，藜藿苟充者脏腑坚固；曲房广厦者玄府疏而六淫易客，茅茨陋巷者腠理密而外邪难干”（《医宗必读·富贵贫贱治病有别论》）。于此，要执允取中，大富大贵者不自傲，贫穷百姓者不自卑，方能拿得起放得下，为官者终有成为百姓的一天，大富者生不带来，死不带去，终究一张嘴吃饭，一席地安寝。

1.5 人之健康要求食物中和

民以食为天，人要生存，必须要进食物。然天下万事万物，为什么选择当今之食物？此亦为取“中和”之道，气有寒、热、温、凉，味有酸、苦、甘、辛、咸，气味甘平无毒者多位于“中和”之列，有利于人体，故选五谷稻、黍、稷、

麦、菽，觅六畜马、牛、羊、猪、狗、鸡。人素喜平和之物，若有饮食偏嗜，久而久之，便失和，病态生，健康失。大凡用药物治疗，即取药物之偏性调失衡之偏颇，以找回健康，正所谓“把吃出来的病吃回去”。

1.6 人之健康要求气候中和

自然界是人体生存的必要环境，自然界的气候环境、生态环境、物质条件直接或间接的影响人类的生存、繁衍、发展。在适宜的气候环境下，人类和自然和谐相处，这就是气候中和，若出现不适合人类生存的现象，这就是失中和。

人类是宇宙万物之一，与天地万物有着共同的生成本原，人体的生理活动必受天地之气的影响而有相应的变化。一年四季春温、夏热、秋凉、冬寒，故而春生、夏长、秋收、冬藏，而人体生理也随季节气候的规律性变化而出现相应的适应性调节。如《灵枢·五癯津液别》言：“天暑衣厚则腠理开，故汗出……天寒则腠理闭，气湿不行，水下留于膀胱，则为溺与气”；《素问·脉要精微论》载：“四变之动，脉与之上下。”“春日浮，如鱼之游在波；夏日在肤，泛泛乎万物有余；秋日下肤，蛰虫将去；冬日在骨，蛰虫周密。”均表明人体的生理机能随季节气候的变化自有相应的适应性调节。健康体格需要“中和”气候，该来即来，不该来即不来谓之有“节”，该来还没有来曰“不及”，不该来而来的曰“太过”，春天应暖而寒，夏天应热反凉，秋天应凉反温，冬天应寒反热，凡此种种，皆曰气候失“中和”，疾病生矣。

1.7 人之健康要求水源中和

人之生，不离水，一方水土养育一方人，水源对健康影响较大。水质、水量应该“中和”，水质酸化、水质碱化，水质污染，甚至水的硬度过大，均会影响健康。水量的多寡对健康有影响，水灾泛滥，瘟疫流行，疾病横溢；水源干枯，土地贫瘠，一毛不生，饥荒饿殍，健康不存。

2 身体疾病失中和

和生万物，不和则有害于万物。于人体而言一样有害，于是疾病产生，此即中医之“失中为病”病因观。人体生理状态要呈现一个中和状态，“入”不能太过、太多、太快，也不能太少、太慢，否则就是病态。“出”不能太过、太多、太快，也不能太少、太慢，否则也是病态。“升降出入”要适中、要和谐，否则：“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。”这是一个最基本的规律，是生命的大道理、硬道理。违犯了即失和，于是疾病生矣。

然不和因素多矣，气候可以不和，于是六淫生；情志可以不和，遂七情内伤生；饮食可以不和，性味偏嗜，脏腑受损；津液代谢不和，痰饮酿生；血液代谢不和，瘀血化生；最终可导致气血不和，阴阳不和，凡此种种，皆病态也。

2.1 气候失和致病

气候失和即六淫，正所谓“未至而至，此谓太过，则薄所不胜而乘所胜也，命曰气淫。至而不至，此谓不及，则所胜妄行而所生受病，所不胜薄之也，命曰气迫。”（《素问·六节藏象论》）。六淫指不正常的风、寒、暑、湿、燥、火（热），是六种致病因素，或称“六邪”。正常情况下，为六种气候，称为“六气”。在正常情况下，人体对六种气候适宜则不会产生疾病，是一种中和状态。若气候出现遽然的、巨大的变化，如暴风雪、暑热、地震、泥石流等，人体的适应平衡被打破，超越了正气所能保护的范畴，遂生疾病，此为失和状态。尚有一种乖戾之气，称为“疠气”，或称“疫气”、“异气”、“戾气”、“毒气”，感受邪气即发病，具有较强传染性。其可以通过不同渠道，或经皮肤，或经呼吸道，或经

食道，侵犯机体，导致疾病的发生，失却中和。

2.2 情志失和致病

情志，人体之情绪，正常情况下，人有喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志活动，若过大的，激烈的，持久的情志刺激，可导致情志失和，损伤人体脏腑精气而致病，即“七情内伤”。脏腑精气为情志活动的物质基础，或言情志由脏腑精气所主，即心主喜、肝主怒、脾主思、肺主悲、肾主惊恐。正如《素问·阴阳应象大论》说：“人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐”。七种情志的异常，分别对应相应的脏腑，即心在志为喜为惊，过喜或过惊则伤心；肝在志为怒，过怒则伤肝；脾在志为思，过度思虑则伤脾；肺在志为悲为忧，过悲则伤肺；肾在志为恐，过恐则伤肾。可见，七情失调，神气损耗，五脏气乱，故曰：“百病皆生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，惊则气乱，思则气结。”（《素问·举痛论》）心主藏神，七情内伤最易伤及心神。《类经·疾病类·情志九气》明确指出：“情志之伤，虽五脏各有所属，然求其所由，则无不从心而发。”

2.3 饮食失和致病

饮食的不洁、不节均是饮食失和，不节包括饮食无度（或过多，或过少）、五味偏嗜等。饮食过多，损伤脾胃，正如《素问·痹论》说：“饮食自倍，肠胃乃伤”、《素问·生气通天论》所说：“因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔”，“高粱之变，足生大疔”。诸多典籍均论述了食不可多，《论语·乡党》强调“不多食”，《十三经注疏》指出“不可过饱也”，孙思邈在《千金要方·养性序》言：“如食五味，必不得暴慎”、“是以养性之士……不易极饥而食，食不可过饱；不欲极渴而饮，饮不欲过多；饱食过多则结积聚，渴饮过多则成痰癖”，在《千金要方·养性》说：“善养性者，先饥而食，先渴而饮，食欲数而少不欲顿而多，常欲令饱中饥，饥中饱耳”。食不可过少，俗语云：“人是铁，饭是钢，一顿不吃饿得慌”，饮食过少则化生气血原料不足，如《灵枢·五味》言：“谷不入，半日则气衰，一日则气少矣”。饮食有偏性，称为酸、苦、甘、辛、咸。五味应五脏，故《素问·至真要大论》说：“夫五味入胃，各归所喜，故酸先入肝，苦先入心，甘先入脾，辛先入肺，咸先入肾”。正常的、适宜的、均衡的五味食物搭配是中和的，若出现偏嗜，即为失中和，《素问·至真要大论》言：“久而增气，物化之常也。气增日久，夭之由也”。《素问·生气通天论篇》曰：“阴之所生，本在五味；阴之五宫，伤在五味”。又言：“味伤形，气伤精，精化为气，气伤于味”（《素问·阴阳应象大论篇》）。长期嗜好某种性味的食材，会导致相应脏腑的功能偏胜，如此平衡被打破，疾病发生，正如《素问·五藏生成》所言：“多食咸，则脉凝泣而变色；多食苦，则皮槁而毛拔；多食辛，则筋急而爪枯；多食酸，则肉胝皱而唇揭；多食甘，则骨痛而发落”。

至于饮食的不洁净，直接导致脾胃、小肠、大肠等脏腑的损伤，出现腹泻、便秘等症状，继而引起其他脏腑紊乱而致疾病发生。

2.4 劳逸失和致病

过于劳累、过于安逸均为失和。过劳，包括形劳、心劳、房劳，均可导致疾病的发生。形劳，又称劳力过度。是指过于劳动、运动等，损伤脏腑精气，损害五脏六腑、四肢百骸、诸般官窍。正如《素问·举痛论》说：“劳则气耗”、“劳则喘息汗出，外内皆越，故气耗矣”，《素问·宣明五气》说：“久立伤骨，久行伤筋”。心劳，又称劳神过度。心为五脏六腑之大主，藏神明；脾主思。用脑过度，思虑胶着，容易耗伤心神，损伤脾胃，出现心悸、失眠、纳少、腹胀等，

正如《灵枢·本神》曰：“心怵惕思虑则伤神……”。肾劳，又称房劳。指过度房事，耗损精液，导致肾精亏损而致病。正如《素问·痿论篇》曰：“入房太甚，宗筋弛纵，发为筋痿，及为白淫”，《素问·生气通天论》说：“因而强力，肾气乃伤，高骨乃坏”。

过逸亦为失和，包括体力过逸和脑力过逸等。人体少动、少思，气机不能舒畅，脏腑功能呆滞，继而引起津液代谢紊乱，形成痰饮、瘀血等病理产物，导致或加重疾病。《素问·宣明五气》说：“久卧伤气，久坐伤肉”。

2.5 气血津液代谢失和致病

气血是构成人体的根本，是人体生命活动的必需物质；津液是人体正常水液，脏腑的功能发挥，离不开津液。气血津液代谢失和，即气血津液代谢紊乱。其会酿生痰饮、瘀血。正如《素问·五运行大论篇》言：“气相得则和，不相得则病”、《素问·调经论》强调：“血气不和，百病乃变化而生”。气的失常包括气虚、气机紊乱（气滞、气逆、气陷、气闭、气脱），血的失常包括血虚、血瘀、出血、血热等。尚有气血的组合异常，如气滞血瘀、气不摄血、气血两虚、气随血脱等。津液的失常包括津液不足、津液的排泄及运输障碍。尚有气血与津液的组合异常，如津停气阻、气随液脱、津枯血燥等。

2.6 阴阳失和致病

阴阳失和可谓一切疾病之根基。阴阳失调有阴阳偏胜、阴阳偏衰、阴阳互损、阴阳格拒、阴阳亡失五种情况。阴阳偏胜，指阴偏胜或阳偏胜，属“邪气盛则实”的实证。正如《素问·阴阳应象大论》言：“阳胜则热，阴胜则寒”。阴阳是相互制约的，一方偏胜必然制约另一方而使之虚衰。故又可言“阳胜则阴病，阴胜则阳病”（《素问·阴阳应象大论》）。阴阳偏衰，指阴偏衰或阳偏衰，属“精气夺则虚”的虚证。阴气或阳气的某一方减少或功能减退时，则不能制约对方而引起对方的相对亢盛，形成“阳虚则阴盛”、“阳虚则寒”、“阴虚则阳亢”、“阴虚则热”。阴阳是互根互用的，故而阴阳是互损的。正常状况下，阳气根于阴，阴气根于阳，无阴则阳无以生，无阳则阴无以化。病理状态下，任何一方虚损的前提下，病变发展影响及相对的一方，形成阴阳两虚的病机。阴阳格拒，包括格阴和格阳两个方面，是在阴阳偏盛基础上由阴阳双方相互排斥而出现寒热真假病变的一类病机，如虞抟《医学正传》说：“假热者，水极似火，阴证似阳也……此皆阴盛格阳，即非热也”、“至若假寒者，火极似水，阳证似阴也……亦曰阳盛格阴也”。亡阴、亡阳是一种严重的失和状态，阴亡，则阳无所依附而散越；阳亡，则阴无以化生而耗竭。亡阴可以迅速导致亡阳，亡阳也可继而出现亡阴，最终导致“阴阳离决，精气乃绝”，生命活动终止而死亡。

3 治疗疾病求中和

失和为生病，求和为治病。故医者的一切仁术，均是为了求和。《素问·至真要大论》言：“谨察阴阳所在而调之，以平为期，正者正治，反者反治”，此即为医道中和之精髓。具体调治方法《素问·至真要大论篇》有详细记载：“寒者热之，热者寒之，温者清之，清者温之，散者收之，抑者散之，燥者润之，急者缓之，坚者软之，脆者坚之，衰者补之，强者泻之”，在《素问·阴阳应象大论篇》尚有补充：“留者攻之”、“逸者行之，惊者平之”。明末清初医学家张志聪在《侣山堂类辨》亦论：“医者以中庸之道，存乎表，则虚者补，实则泻，寒者温，热者凉”，此即史伯言及的“以它平它谓之和”。在用药上亦得取中和之道，性味有度，故《汉书·艺文志·医经》称医之治疗为“调百药齐之和所宜”，其理由为“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，

辨五苦六辛，致水火之齐，以通闭解结，反之于平。及失其宜者，以热益热，以寒增寒，精气内伤，不见于外，是所独失也”（《汉书·艺文志·经方》），故遣方施药要达到一个度，即《素问·生气通天论篇》强调的“凡阴阳之要，阳秘乃固，两者不和，若春无秋，若冬无夏；因而和之，是谓圣度”。

阴阳调和原则有：若有余则损之，即实则泻之，泻其阳盛，损其阴盛；若不足则补之，即“虚则补之”。阴阳调理有法有度，可采用阴阳互制而调理阴阳，即王冰所谓“壮水之主，以制阳光，益火之源，以消阴翳”；可运用阴阳互济而调补阴阳，即张景岳所言“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”（《景岳全书·新方八阵》）。尚可采用阴阳并补，但须分清主次而用，阳损及阴者，以阳虚为主，则应在补阳的基础上辅以滋阴之品；阴损及阳者，以阴虚为主，则应在滋阴的基础上辅以补阳之品。还有回阳救阴之法，亡阳者，当回阳以固脱；亡阴者，当救阴以固脱。对于阴阳格拒的治疗，则以寒因寒用，热因热用之法治之。综上之法，从而达到“阴平阳秘，精神乃治”。

气血失和者，虚则补之，实则泻之，气虚者，采用补气之法；血虚者，采用补血之法，“脾胃为后天之本”、“脾胃为气血生化之源”，故而补气、补血之时，时刻不要忘记对脾胃的补养。气机异常者，要区分气滞、气逆、气陷、气闭、气脱等，气滞者宜行气，气逆者宜降气，气陷者宜补气升气，气闭者宜顺气开窍通闭，气脱者则宜益气固脱。牢牢把握，脾气主升，肝气疏泄升发，常宜畅其升发之性；胃气主通降，肺气主肃降，多宜顺其下降之性。血运失常时，要调理血运，血瘀者宜活血化瘀，出血者宜止血。对于气血异常者，若气虚生血不足，而致血虚者，宜补气为主，辅以补血，或气血双补；气虚行血无力而致血瘀者，宜补气为主，辅以活血化瘀；气滞致血瘀者，行气为主，辅以活血化瘀；气虚不能摄血者，补气为主，辅以收涩或温经止血。若血虚不足以养气，可致气虚，宜补血为主，辅以益气；但气随血脱者，因“有形之血不能速生，无形之气所当急固”（清·程国彭《医学心悟》），故应先益气固脱以止血，待病势缓和后再进补血之品。综上之法，气血方能平和，生机方能蓬勃。

气血、阴阳一旦调和，大局已定，疾病处于顺境，余之气候寒暑、寒热冷暖、饮食偏嗜均按“中和”之法而调之。治法法则需要“中和”，治疗具体方法亦需要中和，根据不同的病证，采取不同方药，能食补者，不药补，能药调者，不手术。故而《素问·五常政大论篇》曰：“病有新久，方有大小，有毒无毒，固宜常制矣。大毒治病，十去其六，常毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病，十去其九，谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也。不尽，行复如法，必先岁气，无伐天和，无盛盛，无虚虚，而遗人天殃，无致邪，无失正，绝人长命。”要恰到好处的选择治疗方法。

不仅是治疗方法，在立法选方方面，宜尽中和。八法之中，专有一法，名曰“和”法，转尽调和之功，组方平稳，各方面均兼顾到，故而，临床疗效确切，孙教授在临床上根据小柴胡汤化裁出孙光荣扶正祛邪中和汤，诸多病症以此方为底方，进行随证加减，效果确切。在用药方面，宜取中和。寒者热之，热者寒之，此热药和此寒药并不是争对性的杀罚，否则就变成了对抗思想。此应该理解为调和，调和具有双向性，故而在寒药中设小量热药作为佐引，在热药中设立少量寒药作为佐引，如此两不相拒，并能从阴引阳，从阳引阴。孙教授从不主张附子大量，黄连大量，若如是就变成了滥伐无辜，更有浪费药材之嫌。从中和的核心来理解，人之疾病的产生，是一切相关因素的失和，换句话说就是机体内环境的改

变,机体内环境变得适应病理因素的生存,从这个角度去确立治疗原则方法的话,就是要调理内环境达到中和,如此,稍微用药,便能调整内环境至中和之境,内环境“中和”了,就不利于自然病理因素存在,故而有四两拨千斤之妙。孙教授之临床用药,剂量较少,砂仁常用 4 g,灯芯草常用 3 g,肉桂常用 1 g。

可见,一切的手段都要取意“中和”,要仔细体悟当中理论,并且提升到应用层面。孙教授治疗热者,除了采用“寒者热之”的调理性药物,尚会考虑到给邪以出路,但见小便黄者,多加车前子、滑石等利尿通淋的药物。

4 养生保健顺中和

养生即养命,想方设法延长生命,保证身体健康。养生即养和,一切的行为方式应该遵循中和,要规避不中和之物,要远离不中和之事,要修中和之心。要遵行外三和:一者与天和,顺四时而适寒暑;二者与地和,就是《内经》所说:“天食人以五气,地食人以五味”;三者与人和,就是与人交往以仁为本,以和为贵。要讲内三和,一者性和,秉性,与生俱来;习性,可以后天习得,养成良好的习性,以化掉人们秉性里阴的一面,使人们回归阳光心态,故而要养性;二者心和,就是强调志闲而少欲,心情舒畅,心态平和。三和要意和,不能贪得无厌,常修一颗知足常乐知心;不可怨天忧人,常修一颗安得现状之心;不可心存邪念,常修一颗慈悲仁爱之心。

凡此,中和观念不处不在,无处不体现。中和之思想并非孙教授首创,而是中医的本质内涵,自《黄帝内经》便全面深入,迨至张仲景之《伤寒杂病论》更是承袭此思想,其医学观、生命观、疾病观、治疗观均可以用“和”字来概括,《金匱要略·脏腑经络先后病脉证治》云:“若五脏元真通畅,人即安和”,强调五脏协调即安和;书中散见多处论述,如:“此卫气不共营气谐和故尔”、“表解里未和”、“胃气不和”、“睛不和”、“脉不和”等,强调病理状态为失和;指出“下之则和,宜大陷胸丸”,“此卫气不和也,先其时发汗则愈,宜桂枝汤”,强调治疗目的旨在“和”。治疗手段方面承袭《内经》“谨察阴阳之所在而调之,以平为期”之意,提出“病痰饮者,当以温药和之”、“宜桂枝汤小和之”、“以小承气汤,少少与微和之”,凸显治疗手段;甚至,立方小柴胡汤、半夏泻心汤、乌梅丸,后世解析为“寒热并用谓之和,补泻合剂谓之和,表里双解谓之和,平其亢厉谓之和”,并确定其为八法中之重要之法,均体现“和”的思想。孙教授之体悟只是将“中和”作为一种思想,作为一种观念提出来,冀求有理论体系、诊疗体系,进而服务临床,或能形成流派,甚幸。

通过对“中和”思想的梳理,或许对中国之中,中医之中,有独到的理解。“中”与“和”是中国文化的基本精神。“中”不是偶然,拥有五千年文明的泱泱大国称之“中国”,拥有几千年的祖国医学称之“中医”,正是尧传舜时期秉承下来的“允执致中”。“尚中”与“中和”是中医之“中”的真正含意,中医临床历来提倡“持中守一而医百病”的说法,即身体若无阳亢,又不阴虚,一直保持中和之气,百病全无。中和之观博大精深,中和之用取之不尽,用之不竭。

(刘应科,孙光荣.中医临证四大核心理念之中和观[J].湖南中医药大学学报,2016,36(09):1-7.)

中医临床思维模式——中医辨治六步程式

长期以来,对辨证论治释义众多,经长期临床思考,认为辨证论治之内涵是“中医辨治六步程式”:四诊审证→审证求因→求因明机→明机立法→立法组方→组方用药。

中医究竟是怎样看病的?中医怎样辨证论治、怎样明确诊断、怎样制定治疗方案、怎样开具处方?随着“中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机”,随着《中医药法》的颁布实施,随着中医药五大优势资源的保护、继承、开发、利用,中医药事业已步入大发展的快车道。这类问题就成为业界和社会共同关注的热点:阐明中医诊疗全过程,成为推动中医药事业发展的必然需求;随着现代科学技术进步,揭示中医诊疗思维模式的内涵,也成为巩固和提高中医临床服务水平、能力和促进中医药医疗、保健、教育、科研、文化、产业发展以及国际交流合作工作的必然需求。

中医的生命力在于有确切临床疗效,而获得确切临床疗效的前提是中医师具有中医临床思维,也就是具有中医对生命和疾病的认知方式,用以认识问题、分析问题、解决问题。这种思维模式是中医固有的、独特的、实用的,也是可复制、可传承、可推广的,这就是自古迄今中医临床应用、业界内外耳熟能详的“辨证论治”,或称为“辨证施治”。然而,辨证论治的内涵究竟是什么?辨证论治究竟是如何进行的?这一规矩值得认真深入总结、研究、揭示。长期以来,对辨证论治有众多释义,但笔者认为,归根结底,其内涵是“中医辨治六步程式”:四诊审证→审证求因→求因明机→明机立法→立法组方→组方用药。

此乃笔者临床体验的一得之愚,基于交流、请教之初衷,不揣冒昧谨奉达同道先进,尚祈不吝斧正。

中医临床思维方法源远流长

中医药学发展至今已越两千年,“这一祖先留给我们的宝贵财富”来源于中华传统文化的培植浇灌,来源于历代医家的临床实践经验,来源于先贤后学的传承创新,因而呈现博大精深的理论和汗牛充栋的文献。纵观中医学理论知识体系的产生、发展及演化进程,无论朝代更迭还是文化碰撞,中医学都在不断汲取各个历史时期的观念、文化、理论、技术的多元素滋养,其辨证论治体系都在不断自我充实、自我更新、自我壮大,其出发点都是为维系人类健康服务,其目的都是认识人体生理、病理及探索疾病的防治规律。因此,追本溯源,中医药学理论知识体系的绝大多数内容几乎都是以临床为出发点展开、延伸的。换言之,中医药学理论知识构建的根基来自临床,临床需求是推动其内涵外延持续发展的不竭动力。

自《五十二病方》辑录约 100 多个病证伊始,到标志着中医理论形成的《黄帝内经》载约 240 多个病证名,到初步确立中医诊疗模式的《伤寒杂病论》六经辨证,乃至《中藏经》脏腑辨证以及后世《诸病源候论》《千金方》所载诊治的理论与方法,金元时期寒凉、攻下、补土、滋阴学派的争鸣,明代温补诸派、清代温病诸家、近代中西医学汇通医家等,都是以临床为出发点阐明独家对生命与疾病的认识观、治疗疾病的方法论以及具体的处方用药心得,都是围绕中医辨治的核心构建:理、法、方、药,都是围绕辨证与论治两个相互关联的环节。于是,明·张景岳创立以阴阳二纲,表里、寒热、虚实六变为纲领的辨证体系,为八纲辨证奠定了基础。嗣后,继之产生气血精津辨证、卫气营血辨证、经络辨证等等辨证论治方法,直至 20 世纪 50 年代初,才正式使用辨证论治予以总结、编入教

材，中医临床一直沿用至今。

中医临床思维特点司外揣内

中国古代受“身体发肤，受之父母，不敢毁伤，孝之始也”的儒家传统思想的影响，人体解剖学当然受到限制。在此背景下，历代中医只能望闻问切，只能将“天地人”结合起来对病证及其病因病机、治则治法思考、探索；毋庸讳言，人体解剖实际上是离开了生命活体的气机而进行的，没有离开生命活体的气机所产生的病证的病理与解剖所观察的结果不是完全一致的。这样，反而促使中医学逐渐形成了独具特色和优势的天人合一、形神合一的“整体观”，扶正祛邪、燮理调平的“中和观”，养生健身、未病先防的“未病观”，因时因人因地制宜制定治疗方案的“制宜观”等中医观。

《灵枢·本藏》曰：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”由于认识到脏腑与体表是内外相应的，通过望闻问切获知体外的表现，就可以揣知到体内的变化。例如，观察到嘴唇发绀、舌质暗绛，就必然可以测知心肺气滞血瘀，再结合是否胸闷、心悸或是否咳嗽气喘以及脉象是细涩还是弦紧，就可以进一步定位病在心还是病在肺。所以，《丹溪心法》曰：“欲知其内者，当以观乎外；诊于外者，斯以知其内。该有诸内者形诸外。”由于“有诸内必形诸外”，因而通过“司外”就可以“揣内”，了解疾病发生的部位、性质，进而辨析内在的病理本质变化，就可解释显现于外的症状。这就是中医临床思维的特点，即“司外揣内”。

所以，中医临床观察和辨析的维度主要是功能的、动态的、宏观的、整体的，而不是结构的、静止的、微观的、局部的；不是“病”这一生命现象，而是“人”这一生命主体。由此产生中医基于治“人”的思维方式、特色理论、临床经验乃至话语体系，就决定了中医思维模式的独特性。因此，中医看病，主要是凭理论、凭观察、凭思辨，有的人说是“哲学中医”“思辨中医”“象数中医”，实际上应该说是“智慧中医”。

当然，这既需要坚持中医理论的正确指导和拥有自身临床实践的丰富积累，更需要前人的宝贵经验的传承。也正因如此，所以培养中医临床人才强调“读经典、多临床、拜名师”；也正因如此，唯有强化中医思维模式，才能保有中医学的特色优势；唯有强化中医思维模式，才能保有中华文化的基因与命脉；也正因如此，中西医结合是一条医学发展的正确道路，但从中西医理论认识的结合到中西医理论结合的认识论，从中西医治疗方法的结合到中西医结合的方法论，还有很长的路要走。

中医临床思维模式中医辨治六步程式

“医者易也”，“易”是指《易经》的“易”，意即中医是秉持辨析正邪、燮理阴阳之理济世救人的医生。究竟中医如何看病？《伤寒论》第十六条指明：“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”这就是中医临床必须遵循的“三确认”：“观其脉证”，是四诊合参确认“主证”；“知犯何逆”，是辨析病因病机确认“主变”；“随证治之”，是针对主证、主变确认“主方”。而其关键又在于前八个字，“观其脉证”是辨证的切入，“知犯何逆”是审证求因的思辨。如何切入、如何思辨？如上所述，前人通过临床的不断探索总结了诸多辨证纲领，为什么没有统一的辨证纲领？是因为疾病谱的不断变化，是因为临床认知不断提升。前一个纲领已经不够用，不能合理解释新病因、新病机、新证候，才倒逼产生新的辨证纲领。

现在，人类已经进入 21 世纪，新病种不断发生，疾病谱不断演变，各种疾

病的致残率、死亡率的升降正在不断变化,中医辨证必须与时俱进,应当举中医药学界的全体之力,重点创新中医健康服务之“理”,包括病因学说、病机学说等,而重点是创建中医新辨证体系,可以通过实验室研究、典型医案大数据分析、临床验证的系列方法,试行提取辨证元素,给出各元素的权重,按病种分类研究、继承、创新,建立精细化、标准化的新辨证体系。

但是,无论采用何种辨证体系,中医临床始终遵循辨证论治思维模式,其内涵是严谨的“中医辨治六步程式”。

第一步:“四诊审证”——打开病锁之钥

四诊,即中医以望、闻、问、切四种方法来了解疾病讯息,为探求病因、病机、病位、病势提供基础的过程,需要中医在临证时充分调动视觉、听觉、嗅觉及触觉来感知病人客观情况,同时通过询问患者或知情人来全面搜集相关资料,为最终做出正确判断提供依据。四诊是中医必须具备的基本功,就是靠四诊“观其脉证”。当然,X光、磁共振、B超、窥镜等现代科技手段,可以作为四诊的延伸,也是必不可少的。比如肿瘤等占位性病变,四诊是无法精确定位、定性的。然而,尽管现代医院有着诸多科技诊断仪器,但中医想要宏观、客观、系统地对疾病做出诊断,就不能单纯依靠现代科技检查,否则会陷入一叶障目而舍本逐末之虞。

中医前贤在四诊上付出了大量心血和智慧。自扁鹊滥觞,张仲景综合运用四诊于病、脉、证的分析,王叔和系统总结24种脉象,孙思邈重视望色、脉诊与按诊。宋金元时期,施发用图像形式表述脉象变化而著《察病指南》,崔嘉彦以四言体歌诀形式阐述脉理而著《崔氏脉诀》,滑寿著《诊家枢要》指出脉象变化和气血盛衰之间的关系并阐发小儿指纹三关望诊法,元·敖氏著有《点点金》和《敖氏伤寒金镜录》成为舌诊第一部专著,李东垣还提出了“神精明(即望神),察五色(即望面色),听音声(即闻诊),问所苦(即问诊),方始按尺寸、别浮沉(即切诊)”的四诊具体做法内容。明清以后,李时珍以歌诀描述了27种脉象而著《濒湖脉诀》,张景岳《景岳全书》、李延昱《脉诀汇辨》、周学霆《三指禅》、周学海《脉义简摩》等均对脉诊理论有着详细的阐发论述,其中张景岳所创制的“十问歌”成为经典的问诊模式;清代叶天士以舌象变化结合卫气营血辨证判断病情发展,吴鞠通以舌诊作为三焦辨证用药依据等,同时期还产生了一批如《伤寒舌鉴》《舌胎统志》《舌鉴辨证》《察舌辨证新法》等总结舌诊的著作;清·林之翰《四诊抉微》是四诊合参具体应用的重要著作,汪宏《望诊遵经》、周学海《形色外诊简摩》系统总结了望诊的内容;其后,民国时期直接以诊断学命名的著作开始出现,如张赞臣《中国诊断学纲要》、裘吉生《诊断学》和包识生《诊断学讲义》等,使四诊成为诊断学的重要组成部分。

审证是建立在四诊基础上对于疾病所搜集的各类资料进行审察总结。审证不完全等同于辨证,而是辨证的基础,就是确认“主证”。一直以来,对于证的认识有不同看法:一部分学者认为证就是证候,是症候群,是患者在某病程阶段出现的各个症状和体征;一部分学者则认为证就是证据,是有关患者发病及包括临床表现在内的各种证据。现代著名中医学家方药中先生《辨证论治研究七讲》认为证作为证据而言,是对产生疾病的各方面因素和条件的高度概括。笔者认为审证是审察总结四诊所搜集获得的关于疾病的各类证据。由此可见,第一步“四诊审证”是打开病锁的钥匙。

【案例】黄某,女,55岁,干部。2009年3月5日(农历己丑年二月初九日,惊蛰)就诊。

望诊:面色萎黄,形瘦重装,肃然端坐,精神萎靡,抑郁寡欢,默默俯视,少气懒言,烦躁不安,发枯涩,唇苍白,舌质淡红,舌苔黄厚而腻。

闻诊:气短声弱,偶有低声自语,呼气及言谈时口中有异味。

问诊:约一年前,渐起不能入睡、失眠,惊梦,懒言,淡漠,自责,伤感,烦躁;小便微黄,大便数日一行;49岁绝经,无脏躁(更年期综合征)病史,患者及家族无精神病史;体检除收缩压偏高外(140/80mmHg,其余理化检查一切正常,心、脑电图亦无明显异常改变。某西医三甲医院诊断为“抑郁症”,以奥沙西洋片、女性荷尔蒙补充疗法等治疗周效,转至某三甲中医院,收治脑病科,以重剂安神定志类等方药治疗亦罔效。追询本病发病之初是否因进食糯米之类食品而致饱胀厌食?经患者及其亲属回忆,确认上年正月元宵节进食汤圆以后数日即发病,亦未引起重视,渐次少与家人交谈,亦厌倦开会发言,日渐病深。

切诊:脉弦细且滑,掌心温热,手背发凉。

审证:气血两虚,脾胃不和,心神失养。

第二步:“审证求因”——寻求病门之枢

基于“司外”获得的患者信息审察终结,第二步开始“揣内”,探求病因。

中医学对于病因的认识早在古代就有了明确的分类,如张仲景在《金匱要略·脏腑经络先后病》中提到:“千般灾难,不越三条。一者,经络受邪入脏腑,为内所因也;二者,四肢九窍,血脉相传,壅塞不通,为外皮肤所中也;三者,房室、金刃、虫兽所伤。以此详之,病由都尽。”后世陈无择在此基础上著《三因极一病证方论》云:“六淫,天之常气,冒之则先自经络流入,内合于脏腑,为外所因;七情,人之常性,动之则先自脏腑郁发,外形于肢体,为内所因;其如饮食饥饱,叫呼伤气,金疮跌折,疰忤附着,畏压溺等,有背常理,为不内外因。”开始明确了以六淫邪气为外因,情志所伤为内因,而饮食劳倦、跌仆金刃以及虫兽所伤等则为不内外因的三因学说。至今,中医学仍宗此说区别病因。所以,中医看病不只是追究是否细菌、病毒所致,理化检查虽然能够明确许多致病因素,但理化检查提供的结果在中医看来往往是病理产物而非真正的病因。中医必须追究的重要病因是风寒暑湿燥火、喜怒忧思悲恐惊的太过与不及,但目前全世界也没有任何国家、任何人发明相应的检验仪器设备和检验方法。所以,也只能通过“司外揣内”来思辨。

审证求因是辨证的第一环节,需要的是经典理论和临床经验引导的思辨,从而找准“治病必求于本”的门径,故而审证求因是叩推病门的枢轴。

【案例】黄某(前案)

审证求因:其证为“气血两虚,脾胃不和,心神失养”,为什么能如此否定抑郁症的诊断而辨证?一是观其面色萎黄,形瘦重装,精神萎靡,少气懒言,气短声弱,毛发枯涩,口唇苍白,掌心温热,手背发凉,舌质淡红,望而知之,是气血两虚之象。二是脉来弦细且滑。节气正值惊蛰,春当生发,惊蛰主万物复苏,弦脉是应时正常之脉象,细脉则是气血不足之故,但细而滑,却不是细而涩,则可排除血瘀(冠心病之类),痰饮、食滞、妊娠皆可致脉滑,结合舌苔黄厚而腻、呼气及言谈时口中有异味、大便数日一行,则可断为胃气不和、气滞中焦。三是经过追询,得知确实由进食汤圆起病,而且病情是由难以入睡、到厌食、到失眠、再到淡漠沉默渐次加重。《内经》曰:“胃不和则卧不安。”四是患者49岁绝经,无脏躁(更年期综合征)病史,患者及家族无精神病史;体检除收缩压偏高外(140/80mmHg),其余理化检查一切正常,心、脑电图亦无明显异常改变,则可基本排除精神病及更年期综合征。由此,从当前一切信息综合判断,可以排除抑郁

症。病因明确:是“不内外因”——食滞。

第三步:“求因明机”——探究疗病之径

第三步是建立在确认病因的基础上明确病机。病机是疾病发生、发展、变化以及转归的机理,主要包括两方面的内容:一是疾病发生之机理,二是疾病发展、变化与转归之机理。中医学认为,人体患病及其病情发展变化的根源就是人体正气与邪气的抗争。邪正之间斗争的胜负决定了疾病发生、发展以及转归,因此中医学病机理论的核心就在于审查机体正邪相争的状况、态势。笔者体会其关键是要重视“调气血、平升降、衡出入、达中和”,要强调机体的内外形神、阴阳气血、脏腑经络、津液代谢的和谐畅达,必须注重审时度势地明辨病机。

历代医家对于病机十分重视并多有阐发。《素问·至真要大论》病机十九条执简驭繁地将临床常见病证从心、肝、脾、肺、肾五脏和风、寒、暑、湿、燥、火“六气”结合概括,对病机作了系统的阐述。同时《黄帝内经》十分强调正气在发病中的核心作用。如《素问·评热论》曰:“邪之所凑,其气必虚。”《素问·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干。”汉·张仲景《伤寒杂病论》在《素问》及《灵枢》的基础上,结合临床实践阐述了外感病的虚实、寒热、表里、阴阳的病机变化;《中藏经》以脏腑为中心,以虚、实为纲,归纳脏腑病机;隋·巢元方的《诸病源候论》对 1729 种病候的病因、病机及其临床证候作了阐述;唐·孙思邈《千金要方》依据完整的脏腑虚实寒热病机变化进行辨证;金元·刘河间在《素问玄机原病式》中提出“六气皆从火化”和“五志过极,皆为热甚”等病机观点;张元素丰富、发展了从脏腑寒热虚实探求病机的学说,并把药物的使用直接与脏腑病机联系起来,使理法方药呈现了系统一致性;李东垣《脾胃论》治病侧重脾胃阳气升降病机,还在《内外伤辨惑论》中论述“内伤脾胃,百病由生”和“火与元气不两立”的病机;张从正《儒门事亲》论述了“邪气”致病的病机;朱丹溪在《格致余论》中阐释了“阳有余而阴不足”和“湿热相火”等病机;清·叶天士阐发养胃阴的机理;李时珍、赵献可、张景岳、李挺等对命门的论述等,都不断丰富病机的内容。

笔者认为,在临床过程中依据病因(内因、外因、不内外因)、病位(脏腑、经络)、病性(表、里、虚、实、寒、热)、病势(生、死、逆、顺)、病理产物(痰饮、瘀血、结石等)、体质、病程等因素内容明确病机,才能进一步把握疾病动态、机体现状,最终归结为不同的证候,用以立法处方,治疗中才能有的放矢,故而“求因明机”有如探究疗病之径。

【案例】黄某(前案)

求因明机:为什么进食汤圆能导致如此复杂而沉重的病情,甚至误诊为抑郁症?这就在立法组方用药之前,必须明确病机。

《素问·逆调论》曰:“胃者,六腑之海,其气亦下行,阳明逆不得从其道,故不得卧也。”“胃不和则卧不安”,脾胃又为升降之枢纽,为心肾相交,水火交济之处,胃失和降,阳不得入于阴,而卧不安寐。由于患者原本就气血两虚,脾胃少纳难化,进食糯米之类粘腻食物,纳而不化,中焦受阻无疑,故厌食、便难;由是,必然导致气机不畅,心神不守,渐至长期寐难,造成心神失养,加之治疗始终未能针对病因病机,而是着眼于抑郁,盲从于抑郁症的既定治疗方案,于是懒言、烦躁、淡漠等诸证毕至矣。所以,其病机是:气血两虚一食滞胃脘一脾胃不和一气滞中焦一心神失养。“求因明机”必须明晰“标本”,相对而言是:食滞胃脘为本,抑郁寡欢为标;脾胃不和为本,厌食不寐为标;气血两虚为本,气滞中焦为标;心神失养为本,少气懒言为标。

“审证求因”“求因明机”都必须运用辨证纲领，至于使用何种辨证纲领，则视病证类型和自身临床经验决定。本案按照《中藏经》脏腑辨证八纲(虚实、寒热、生死、逆顺)辨析，则是本虚标实、表寒里热、脉证相符为顺、方证对应可生。可以说，截止到“求因明机”这一步，才算真正完成了整个辨证的过程，即“知犯何逆”，抓住了“主变”，为立法组方用药指明了方向。

第四步：“明机立法”——确立治疗之圭

在明确辨证以后，治则治法的确立就能顺理成章。治则治法是根据病机拟定的治疗方案，也是指导处方用药的圭臬，是链接病机与方药的纽带，是论治纲领。

《黄帝内经》对中医临床治法提出了许多重要原则，如“治病必求于本”“谨察阴阳所在而调之，以平为期”“疏其血气，令其调达，以致和平”“阳病治阴，阴病治阳”“实则泻之，虚则补之”“逆者正治，从者反治，寒因寒用，热因热用，塞因塞用，通因通用”等。《素问·至真要大论》还针对气机变化提出“散者收之，抑者散之，急者缓之，坚者软之，脆者坚之，衰者补之，强者泻之”等；后世医家中，王冰在注释《素问·至真要大论》时提出“壮水之主，以制阳光；益火之源，以消阴翳”是治疗阴阳虚证的千古名论；金元四大家对治法也多有建树，如张子和善攻，长于汗、吐、下、消、清诸法；朱丹溪确立滋阴降火法，并主张痰郁致病，注重理气化痰；李东垣立补中益气诸法；还有明·张景岳《景岳全书》按补、和、攻、散、寒、热、固、因八法分类方剂，命名为《古方八阵》，开创以法统方之先河；此后，程钟龄《医学心悟》正式提出汗、吐、下、和、温、清、消、补八法。

笔者认为，在病机明确的基础上才能确定治法，而病机是辨证的核心，而辨证是对疾病本质的高度概括，综合反映了当时、当地某人的疾病在一定阶段的病因、病机、病位、病性、病势等各个方面。治法就是基于完整的辨证而采取的针对性施治方法，而依法组方是中医临床所必须遵循的原则，可见“明机立法”是确立治疗之圭臬。

【案例】黄某(前案)

明机立法：既然其病机是“气血两虚一食滞胃脘一脾胃不和一气滞中焦一心神失养”，是逐步递进的五个病机，相应的治法是益气活血、消食导滞、调和脾胃、通调中焦、养心安神。按照“治病必求于本”“急则治标”“缓则治本”的原则，治法应当在益气活血的前提下，首先消食导滞、通调中焦治其标，继之调和脾胃、养心安神治其本。这就决定临床分两步走，从而明确了治疗的“主攻战略”：第一步重在脾胃，第二步重在心神。

第五步：“立法组方”——部署疗疾之阵

第五步是根据确立的治法决定“方”(俗称“汤头”)。历代医家在长期的临床实践中，经过无数临床验证，打磨出针对各种病证的“方”，就是根据治则治法将多味中药按照相须、相使、相畏、相杀的药性，按照君、臣、佐、使的结构配伍，以期最大限度地发挥方药的效能，减低或抵消部分药物的毒副作用。通过不同的制作方式，中医“方”可制成汤、膏、丹、丸、散、酒、栓、软膏等不同剂型，统称“方剂”。张仲景《伤寒杂病论》所载方，被誉为“万法之宗，群方之祖”，是为经方，后世医家之方称为时方，当代中医的有效方称为经验方，由名医传承的经验方称为师传方。立法组方这一步，实际上就是根据确立的治则治法在相应的经方、时方、经验方中选择适合的方。首选经方，次选时方，再次选经验方。随着明机立法这一步的完成，所用方也就呼之欲出了。不论是对证的经方还是熟谙的经验方，只要符合治法即可行，但一定要进行加减化裁，切忌千人一

方，因为病人病情千差万别，不经化裁而生硬照搬照抄，则“执医书以医病误人深矣”，就必然失去中医个性化辨证论治的诊疗特色，也就失去了中医临床优势。因此，要力求做到“心中有大法，笔下无死方”。

笔者认为，要“师古不泥古”。经方应用，首重“三遵”：遵循经方之主旨、遵循经方之法度、遵循经方之结构。可以说，“立法组方”是部署疗疾之阵。

【案例】黄某(前案)

立法组方：根据“两步走”的“主攻战略”，第一步“消食导滞、通调中焦”的治标，有李杲《内外伤辨惑论》的枳实导滞丸，组成为大黄、神曲(炒)、枳实(麦炒)、黄芩(酒炒)、黄连(酒炒)、白术(土炒)、茯苓、泽泻；《御药院方》的导滞丸，组成为黑牵牛(微炒，取头末)、槟榔、青皮(去白)、木香、胡椒、三棱、丁香皮。上方可供选择。本案根据“明机立法”，选定《内外伤辨惑论》的枳实导滞丸。第二步，“调和脾胃、养心安神”，有《金匱要略》的黄芪建中汤(黄芪、大枣、白芍、桂枝、生姜、甘草各，怡糖)、酸枣仁汤(酸枣仁、茯苓、知母、川芎、甘草)可供选择，根据“明机立法”，本案选定黄芪建中汤加酸枣仁汤。

第六步：“组方用药”——派遣攻守之兵

“用药如用兵”，在立法组方之后，需要对所选定的方剂进行加减化裁。这一过程如同临阵点将、派兵、选择武器，要针对选定的方剂结合证候合理用药，讲究“方证对应”。笔者认为：“今人不见古时景，古人未知今时情。”现代生活，在气候环境、饮食习惯、生活方式、诊疗条件、中药品质以及病种等方面都有很大变异，临床未见有人完全按古方患病者，不同的病人也有着不同的体质，主证之外牵扯多种复杂次证，患病之后接受的治疗方式有中医、西医、中西医结合、少数民族医等等，兼证、变证层出不穷，所以决不能生搬硬套固有方药，必须临证化裁。笔者根据临床体会，提倡“中和组方”，即遵经方之旨，不泥经方用药，依据中药功能形成“三联药组”以发挥联合作用、辅助作用、制约作用，按照君臣佐使的结构组方，用药追求“清平轻灵”，力争燮理阴阳、扶正祛邪、标本兼治、达致中和，尽量避免无的放矢和“狂轰滥炸”“滥伐无过”。总之，“组方用药”是保证整个诊疗得以成功的最后一环，一定要按照“布阵”使每一味药“胜任”，堪称派遣攻守之兵。

【案例】黄某(前案)

组方用药：第一步“消食导滞、通调中焦”以治标，组方：生大黄 15 克，炒六曲 15 克，炒枳实 6 克，炒黄芩 10 克，炒黄连 10 克，炒白术 10 克，云茯苓 12 克，炒泽泻 10 克，佩兰叶 6 克，大腹皮 10 克，谷麦芽各 15 克，汤圆 1 枚，炒糊为引。生大黄，后下；炒六曲，包煎；枳实，麦麸炒；黄芩、黄连，酒炒；白术，土炒。3 剂，1 日 1 剂，水煎，温服。

疗效：服上方 1 剂 1 次后，大便 1 次，量多秽重，患者感胃部、腹部轻松许多；服 3 剂后，食欲增进，黄腻舌苔已净，基本能按时入睡，但乏力，仍懒言，稍口渴。

第二步“调和脾胃、养心安神”以治本，组方：西洋参 10 克，生黄芪 12 克，紫丹参 7 克，云茯神 12 克，炒枣仁 12 克，肥知母 10 克，炙远志 6 克，九节菖蒲 6 克，大红枣 10 克，杭白芍 10 克，乌贼骨 10 克，西砂仁 4 克，生甘草 5 克。西洋参，蒸兑。7 剂，1 日 1 剂，水煎，温服。

疗效：服上方 1 剂后，诸症明显缓解；7 剂后，寐宁、神清、无自言自语，能赴会发言，感完全恢复，一切正常。

“无规矩不能成方圆”，上述“中医辨治六步程式”是初步总结，但实际上

历代中医都在临床实践中运用，是历久而不衰的中医临床思维模式。无论接诊时间是一分钟还是一小时，只要是中医就必然在瞬间自觉不自觉地完成这六步程式，绝对不是看看化验单，根据西医诊断，以消炎、排毒、免疫、补充能量等概念配个中药方。由此可见，“中医辨治六步程式”既是中医独有的，又是中医必须坚持的。

2016年8月19日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上的讲话中明确指示：“要着力推动中医药振兴发展，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。”如何才能实现创造性转化、创新性发展？国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强同志要求中医人做到“三个坚持”，即坚持目标导向、坚持不懈努力、坚持基础和临床结合；做到“三个善于”，即善于从中医药这一伟大宝库中寻找创新源泉、善于从传统技术方法上汲取创新灵感、善于从现代科学技术中吸收创新手段。这样，才能实现“创造性转化、创新性发展”。在倡导规范化、标准化的今天，揭示和掌握“中医辨治六步程式”，能促进中医临床思路和方法的现代研究，能有望通过文献、临床、实验、计算机、大数据等研究，联合攻关，产生中医临床新模式、新规范、新标准，提高中医临床能力和水平，推动中医药事业更好、更快发展。（孙光荣. 中医临床思维模式——中医辨治六步程式[N]. 中国中医药报, 2017-05-10(004).）

中医临床思维模式中的大文化观

——《中医临床思维模式--中医辨治六步程式》附议

国医大师孙光荣教授的大作《中医临床思维模式——中医辨治六步程式》(见《中国中医药报》2017年5月10日第4版)发表后,在业内外都引起了积极的反响,多家网络都做了转载,受到了更多人的关注,新华社客户端的浏览量近50万人次。前不久我俩在一次会议中相遇谈及此事,他依然兴致不减,侃侃而谈。他征求我对此事的意见,我洗心净耳,赶紧把他的大作细细咀嚼了一番。文章出自大师之手,自然是高屋建瓴,深感佩服之外几乎难以置词了。但我认为,他的这篇大论,看起来说的是看病的学问,实质上包含着深厚的文化支撑,看不透这一点,就很难跳出文章的圈子,很难理会作者对中医传承、中医发展大计那份殚精竭虑的拳拳之心。

中医临床思维模式源于长期实践文化

中医是中国优秀传统文化中最具代表性的符号,是几千年来中国人民处自然、处社会、处灾难、处疾患中反复实践的产物,实践文化的烙印无处不在。“道法自然”与“天人合一”、“形气俱立”与“形神合一”、“中庸之道”与“执中致和”、“防患未然”与“未病先防”、“和而不同”与“三因制宜”等,只是文字表述上的不同、针对的侧面有异,而具有完全相通的文化内涵。中医学的诸多特点无一不能在中国大文化的宝库中找到比照物。“民以食为天”(《汉书·陆贾列传》),与中医重视脾胃的思想一脉相承;“心之官则思”(《孟子·告子上》),与中医心主神明的理念完全相合;“察言观色”(《论语·颜渊》),是孔子教导学生子张的话,用于中医就是四诊的方法了;“不寒而栗”(源出《史记·酷吏列传》),包含着受到寒冷侵袭时的表现,反映到中医临床就是寒伤机体的病理状态了。

如此,复杂的生活过程创造了丰富的社会文化,长期的实践造就了厚重的社会大文化圈,其中也包含着人们同疾病做斗争、求健康的医学在内。中医的先贤们在学习社会经验、观察生活的同时,通过医学家特有的思维将其中与健康相关的内容上升到理性的医学高度,又通过超出普通生活的医学领域的反复实践将其提炼、改良、补充、完善,最终使其成为源于生活、高于生活的特定思维模式。这种社会实践与医学实践的接轨、社会文化与医学文化的磨合,便是中医临床思维模式的源头。诚如孙光荣大师文中所论,中医学临床思维模式源于广袤的社会生活,“中医学理论知识构建的根基来自临床,临床需求是推动其内涵外延持续发展的不竭动力”。

中医临床思维模式植根东方哲学文化

中医临床思维模式,是根植于东方哲学文化基础的。阴阳五行学说代表了这一思想的核心,成为世界上最原始的“黑箱理论”的模板。司外揣内、取象比类是中医认识人体的基石,是中医最基本的临床思维特点。虽然中国古代解剖学相对有限,但中国的先民们并不缺乏解剖技术,对事物的观察也用过清晰的“白箱”方法:庄子的时代已有“庖丁解牛”的记载,庖丁对牛解剖部位观察之精密、解牛技术之精湛、解牛过程之熟练程度等一系列与解剖相关的学问如神话一般摆在人们面前。在成书于春秋时期的我国第一部诗歌总集《诗经》中,也可以找到类似庖丁解牛式的动物解剖经历。中医的祖本《黄帝内经》,则明确写有“八尺之士,皮肉在此,外可度量切循而得之,其死可解剖而视之”的话。

可见,中国人的解剖实践从动物到人都是有过的,之所以未能形成认知人体的主流手段,除了与中国传统观念中敬畏生命、敬畏机体的思想存在密切关系外,以东方文化认识事物着眼整体、看重本质的思维模式为关键所在。说穿了,在生命的“黑箱”面前,中医人所看重的不是人体内固定的结构和成分,而是更深层次的气息和灵魂。即孙光荣大师文中所说:“中医临床观察和辨析的维度主要是功能的、动态的、宏观的、整体的,而不是结构的、静止的、微观的、局部的;不是‘病’这一生命现象,而是‘人’这一生命主体。”

中医的这种认识论,是以东方哲学文化为起始点的,这也正是中医临床思维的超人之处。长期的临床实践,使中医从本源上认识了生命要害,认识了基因、细胞、器官、组织本身所不能显示的带有动态的生命信息,成为人类生命科学的精髓。

中医临床思维模式引领未来医学文化

世界卫生组织在《迎接二十一世纪的挑战》报告中指出,21世纪的医学,将从疾病医学向健康医学发展;从重治疗向重预防发展;从对病源的对抗治疗向整体治疗发展;从对病灶的改善向重视生态环境的改善发展;从群体治疗向个体治疗发展;从生物治疗向心身综合治疗发展;从强调医生的作用向重视病人的自我保健作用发展;从以疾病为中心向以病人为中心发展。这一思想,与中医的整体论高度契合,中医的临床思维模式成为未来世界医学瞄准和追逐的目标,成为引领未来世界医学文化前进的罗盘。

医学要发展,中西医要结合,不能也无法脱离中医的这一超前的思维和坚实的根基。如何认识和理解中医的这一模式,孙光荣大师把它诠释为“中医辨治六步程式”,使之更加具体化和可操作化。四诊审证,是打开病锁之钥,调查研究的开始;审证求因,是寻求病门之枢,分析敌情的要策;求因明机,是探究疗病之径,确定进退的战略;明机立法,是确立治疗之圭,明确作战的方向;立法组方,是部署疗疾之阵,着手战局的筹划;组方用药,是派遣攻守之兵,吹响战斗的号角。六道题,旗帜鲜明、点中要害;六步路,环环相扣、逻辑分明;六步棋,有谋有勇、出入有序,一场有把握的战役就在指挥员的运筹帷幄之中展开了,胜利在握已是事前的谋算而不是事后的侥幸,中医治病安能不效耶!

中医的这套本事来自何处?一句话,实践!通过学经典、做临床、跟名师、长悟性,掌握中医临床思维的要领,学会临床应用的技巧,承不朽之大道,学无限之新知,薪火相传,代有发展,中医必兴矣!

“中华优秀传统文化已经成为中华民族的基因,植根在中国人内心,潜移默化影响着中国人的思想方式和行为方式。这些思想和理念,既随着时间推移和时代变迁而不断与时俱进,又有其自身的连续性和稳定性。我们生而为中国人,最根本的是我们有中国人的独特精神世界,有百姓日用而不觉的价值观。”(习近平总书记2014年5月4日在北京大学师生座谈会上的讲话)中医药要实现全面振兴和快速发展,需要更多的文化自信和文化自觉,需要更多的像孙光荣大师这样的对中医基本规律和重大命题的深度思考和深入研究。他的这篇大作对中医学的传承、发展具有很高的学术价值,值得认真学习。(温长路.中医临床思维模式中的大文化观[N].中国中医药报,2017-06-09(004).)

国医大师孙光荣教授论中医临床医学“六难”

孙光荣教授是国医大师，国家级名老中医，主任医师、研究员，现为北京中医药大学教授，是享受国务院特殊津贴的著名中医临床家和中医药文献学家。孙老指出当前中医临床医学面临“六难”的困境，现就孙老有关中医临床医学“六难”的论述具体介绍如下：

1. 诊断指标难以自身客观化、精细化、标准化

中医认识疾病和治疗疾病的基本原则是辨证论治，证候是辨证论治的核心内容，也是中医立法处方的依据。目前“微观辨证”以微观指标认识与辨别疾病的证候，为中医辨证治疗提供一定客观依据，如肺通气功能损害纳入了肺气虚证的诊断标准。此外，纤维镜、影像学等微观检测手段对中医辨证的客观化有一定的帮助，但“微观辨证”由于本身的局限性、机械性和专一性等缺点也影响了中医辨证的准确性。如CRP是急性胰腺炎患者常见的实验室异常指标，但同时也是冠心病患者常见的实验室异常指标，据报道不稳定型心绞痛患者中医证型形成的物质基础可能与CRP有关，这说明在“微观辨证”研究中仍存在中医证候规范化、客观化、精细化缺乏统一标准，且研究指标大多缺乏特异性。孙老认为，中医四诊所收集的都是人体上的模糊、笼统信息，不是一般定量标准所能确定的，所以这些所谓微观指标很难成为“客观指标”。中医学是整体医学模式，是整体观念指导下的辨证论治，其诊疗思维采取包容式思维，侧重于辨证病因及分析邪气、正气的盛衰变化，通过扶正祛邪、补偏救弊使机体恢复健康。因此，孙老认为，中医临床医学诊断指标难以自身客观化、精细化、标准化。

2. 临床路径、治疗方案难以规范化、标准化

以循证医学证据和指南为指导的临床路径，可以起到规范医疗行为，避免随意性，降低成本，进而提高临床治疗的准确性、提高医疗质量的作用。传统中医药和临床路径相结合便产生了中医临床路径，中医临床路径是中医药管理部门为了规范中医院诊疗行为的一种标准化诊疗方法。虽然通过几年来推广中医临床路径，中医临床路径在规范中医药临床实践、提高医疗质量、缩短患者住院时间、控制医疗费用、突出中医药特色诊疗等方面确有重要作用，从而促进了中医临床优势的发挥。但孙老认为，中医药学具有系统的理论与技术方法及具有个性化的辨证论治，由于中医临床在一定程度上具有多样性和主观性的特性，使中医辨证的不确定性特征更加突出，标准相对很难统一，这也是导致中医的临床疗效很多时候难以重复、评价困难的原因之一。此外，病人不完全按临床路径得病，如有些患者经入院治疗后，中医的某些病种或病证有时会发生变化，中医治疗主要是辨证论治，强调因人而异，主张进行个性化的治疗，且有中医药学术争鸣的特点，中医临床路径又如何能将其统一呢？任何一个病究竟应分为哪几种证型？此外，临床上还会出现“标准化”之外的证型，故临床路径难以规范化、标准化。

中医的生命力在于临床疗效，临床疗效又与治疗方案密切相关。中医药要走向世界，其中首先就是要进行中医药规范化治疗方案的研究。然而中医四诊信息中如脉象的客观信息，有时同一个病人不同的大夫切脉可能会得出不同的脉诊报告，然后据此拟定不同的治疗方案。而中医学的治疗特点则强调辨证论治及随证加减。由于辨证过程采集的都是人体上的模糊、笼统信息，中医证候的相关信息大多无法用确切的数据定量描述，缺乏客观的、统一的规范和标准，故孙老认为，中医治疗方案难以规范化、标准化。

3. 治疗方剂难以格式化，剂量难以标准化

方剂是在辨证审因、确定治法后,选择两味及其以上的中药按配伍原则组合而成,共同发挥治疗作用,用以治疗疾病的主要工具之一。方剂讲究“君、臣、佐、使”的配伍原则,君药依据药物的功效针对主病或主证起主要治疗作用;辅助君药加强治疗作用或治疗主要兼病、兼证的药物作为臣药;佐药是佐助君臣药,或监制君臣药的毒性,缓和药性,或反佐君臣药;引经药或调和药则为使药。如《王氏医存·古方用药之妙》云:“立方之妙,多是以药制药,以药引药,非曰君臣佐使各效其能不相理也。”在确定方剂的君臣佐使药后,应考虑中药方剂的配伍方法,如散法和收法、温法和清法、攻法和补法等。另外,还应考虑气味厚薄、五气以及配伍环境、配伍的技巧、炮制的方法和剂型的选择,如此才能配伍出符合病情的方剂。故孙老认为治疗方剂难以格式化。

中药是方剂的基础,方以药成。药有个性之专长,方有合群之妙用。而中药剂量的多少更多的是前人经验的总结以及自身的临床体会。药物的用量不但是方剂的重要组成部分,同时也影响临床疗效。临床有时辨证立法准确,但由于中药剂量运用不当,却收效甚微或治疗失败。中医不传之秘在于量,只有中药剂量运用恰当,才能确保方剂疗效和用药安全。方剂由药物构成,药物用量是方剂配伍的灵魂,方中各种药物剂量的变化会使方剂的功能、主治发生变化。研究表明,某味中药在处方中如果相对剂量高,越有可能成为该方的主要药物,而某味中药是否为该方的佐药或使药与相对剂量无关。且一些名老中医如李可、何复东等,临床疗效显著,然而临证用药具有剂量偏大、喜用重剂、超出常规的特点,故剂量难以标准化。

4. 临床用药难以优选

中医临床治病用药,只有针对不同的病因病机,使用相应的药物,达到“中和”的用药法度,才可通过祛除病邪,或扶助正气,或协调脏腑经络功能,纠正阴阳的盛衰,使机体重建或恢复其阴平阳秘的和谐正常状态,才能使病情得到“中和”而痊愈。临证处方,为适应特殊疾病的治疗需要,针对主症,兼顾次症,尽量选用一药多效的药物。如制何首乌具有补肾养血、安神通便之功效,心血管疾病伴失眠大便干燥者尤宜选用。根据临床的治疗需要,随时加入针对性较强的“对药”于处方中,以提高临床疗效。孙老倡导中和,临证擅长使用对药、角药,“对药”如墨旱莲、女贞子同用,可以增强补肝肾、滋阴精、乌须发的功效;酸枣仁、炙远志同用以滋养阴血、交通心肾、增强宁心安神作用;角药如人参、黄芪、丹参同用,彰显了孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。临床还需专药专病类药物如漏芦通乳、射干开咽、菖蒲宣窍等。此外,临床运用中药,须注重药物炮制,注重同一药物的药效部位,注重对同名药物的辨析使用,故中医临床用药难以优选。

5. 临床疗效的评定难以客观化、标准化

中医学历经千年而不衰的原因是由于中医具有良好的临床疗效。孙老认为,在长期的临床实践中,中医形成了认知健康与疾病的整体观、调治健康与疾病的中和观、预防疾病与维护健康的未病观、关注个体的健康与疾病的制宜观等诊疗核心理念,传统的中医临床疗效评定方法是以经验为主,常常以患者的临床症状及舌象、脉象等一系列指标作为依据,往往根据个人经验来判定疾病的向愈与否,通常以某一疾病症状的改善、消失作为判定临床好转、痊愈的标准。目前,中医药临床疗效的许多个案报道及临床病例的疗效总结,其疗效评价的方法不但主观性强,而且缺乏统一标准,其研究结果往往没有可比性。由于中医存在着疗效评价标准不统一、以替代评价指标取代结局评价指标以及用“证”评价疗效的科学

性不明确等问题,或盲目借鉴西医疗效评价方法用同一评价标准对中医药进行疗效评价,则难以反映中医自身的特点和优势,故中医临床疗效评定难以客观化、标准化。

6. 中医药学难以国际化

中医药学,是以天地一体、天地人和、和而不同的思想为基础,经过数千年以亿万计的人为载体的临床诊疗经验积累的医学科学,有着深厚的中国古代文化基础。中医具有整体观的优势,以及辨证论治的诊疗特点。目前许多学者大力提倡中医“标准化”,认为中医“标准化”是中医现代化的必然之路,中医“标准化”可以解决中医与国际接轨的问题。孙老认为,中医的标准化应该是在临床实践中渐渐形成,约定俗成、公认推行。由于目前中医诊断指标难以自身客观化、精细化、标准化;临床路径、治疗方案难以规范化、标准化;治疗方剂难以格式化,剂量难以标准化;临床疗效的评定难以客观化、标准化,因而就目前来说中医药学难以国际化。至于中医与国际接轨的问题,孙老认为,中医独具特色优势,不应是中医模仿西医、做套西医化的标准,送出去与国际接轨,而应该国际主动想方设法找来与我们接轨。(黎鹏程,何清湖.国医大师孙光荣教授论中医临床医学“六难”[J].湖南中医药大学学报,2017,37(11):6-7.)

国医大师孙光荣教授论“中医优势病种”

孙光荣教授是国医大师，国家级名老中医，主任医师、研究员，现为北京中医药大学教授，是享受国务院特殊津贴的著名中医临床家和中医药文献学家。善于治疗妇科、心脑血管疾病等疑难杂症。孙老认为中医优势病种主要是指西医目前没有好的治疗方法或疗效，而中医能治且疗效确切的疾病，或是中西医治疗疗效肯定，但中药药物毒副作用相对西医治疗较小，且不易引发药源性、医源性疾病的病种。现将孙老有关中医优势病种的阐述介绍如下：

一、病毒感染性疾病

随着全球气候逐渐变暖，生态环境越来越差，病毒性感染性疾病较以前有增多趋势，当前西医治疗病毒感染性疾病往往缺乏特效药。病毒性感染性疾病不但有病毒侵入的病理表现，还包含免疫功能的失调和脏器组织的病理损害的病理表现。且西医抗病毒治疗对组织器官的修复往往无能为力。而中医治疗是整体观指导下的辨证论治，其治疗是抗病毒与整体调理、恢复脏腑的生理相结合。如病毒性肝炎，西医治疗目前缺乏疗效肯定的抗病毒药物。一般采取综合疗法，按照不同病情给以适当的药物辅助治疗。目前，中医中药治疗慢性肝病不仅有抗病毒功效，而且在抗肝脏炎症、抗肝纤维化、调节免疫功能以及改善临床症状等方面与西医相比具有明显的优势。近年来，中医药抗肝纤维化的研究取得明显成效，一批中药新药与中药复方广泛应用于临床，经研究证实具有较好的抗肝纤维化作用，其作用机理主要表现在保护肝细胞、恢复肝功能、抑制炎症反应及调节免疫机能等方面。孙老认为肝硬化失代偿期类似中医鼓胀，病性属于本虚标实，基本病理变化为肝脾肾受损，气滞、血瘀、水停互结。治疗应攻补兼施，补虚不忘祛邪，祛邪应注重扶正。临床上不能单纯利水，应同时注意调理气机，必须配伍行气药，随症选用大腹皮、厚朴、枳壳、香附等药。此外，大家熟悉的传染性疾病如非典、禽流感等，广泛存在“热瘀”的病理变化，中医药运用凉血活血散血法可改善微循环障碍和减少组织纤维化。

二、功能失调性疾病

功能失调性疾病，相当于祖国医学的郁证、不寐、梅核气等疾病范畴，可发生在任何年龄阶段，但以青春期、更年期为主，且男性略少于女性。近年来随着生活节奏的加快，压力增加，功能性失调性疾病的发生存在明显上升趋势。孙老认为，目前西医治疗功能失调性疾病缺乏提高疗效的措施，功能失调性疾病多是由于七情过极导致情志失调，从而引起五脏气血阴阳失调，进而导致疾病的发生。中医治疗功能失调性疾病不但针对病因治疗，更重要的是坚持“中和观”，注重“调和治中、以平为期”，着眼于人体的整体调理，进行中和式的干预，通过调理人体的阴阳气血及气的升降出入运动，从而使人的整体功能恢复平衡协调的状态。《素问·调经论》云：“人之所有者，血与气耳。”“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。“气为血之帅，血为气之母”，故孙老认为治疗功能失调性疾病第一要善于调气血。孙老自创调气活血抑邪汤治疗功能失调性疾病，方中喜用黄芪、人参益气，丹参活血，常以此3药为君，并以此作为其它方的基础，如胆气虚则决断失常，症见多梦易醒，善恐易惊，忧郁寡言，加生龙齿、石菖蒲、远志；同时选用酸枣仁、茯神等以安心神。情志所伤，最易伤肝，致肝气失于调达，予柴胡、郁金、茯神、炒枣仁安神解郁。

三、疾病缓解期或慢性期

西医对于疾病缓解期或慢性期的治疗，其疗效往往不佳。究其原因，孙老认

为,疾病缓解期或慢性期存在正虚邪恋的状态,由于西医治疗主要针对致病因子,定点清除致病因子,从而使机体康复;而中医治疗是在整体观念的指导下,注重对人体整体状况的调整,通过扶助正气以增强病人体的体质,通过祛邪以消除病理损害以及调理阴阳使机体恢复健康。如肺心病初期使用有效的抗生素常常能够控制感染,但西医临床医学对细菌所产生的日益严重的对抗生素耐药问题缺乏有效解决办法。随着病情的不断进展,疾病处于缓解期或慢性期,人体正气的抗邪能力逐渐下降,病原菌对抗生素耐药性日益加强,加上目前抗生素很多情况下应用不合理,致使抗生素的用药剂量日益加大,其中部分感染使用抗生素已不能有效控制,而通过应用清热解毒、宣肺止咳、化痰活血、补益肺肾等中药配合西医治疗,有效的提高了抗感染的效率。由于肺心病属于积渐而成,病势缠绵,难期根治,是以在疾病的缓解期应常服扶正固本方药为主以增强人体正气,提高人体的抗病能力。再如中医药治疗支气管哮喘不及西医迅速,但缓解期的治疗以中医治疗为主,通过补肺固表,御六邪侵入;健脾补土,以绝生痰之源;补肾温煦下元,固摄真气,从而可使病情趋于稳定甚至痊愈。

四、原因不明的疾病

原因不明的疾病,目前西医暂无好的治法,疗效也不理想,而中医在整体观念指导下运用辨证论治的原则,采用个体化的治疗方案却能取得较好的疗效。孙老认为,中医治病主要立足于人体的整体调理,通过调理脏腑功能及人体的阴阳气血,从而使人体达到“阴平阳秘”的和谐状态。如变应性血管炎,目前西医对其发病原因尚未十分清楚,多以为是由感染、药物变态、血清病变等导致。孙光荣教授认为,先天禀赋、情志失调、痰瘀毒聚等因素与变应性血管炎的发生密切相关,在治疗方法上,孙老根据药物功效来区分君臣佐使,创立了“三联药对”思想,以益气活血、调肝解毒、行气化痰为主,采取内外兼治、分段用药的方法,内服药药物组方宜采用生黄芪、人参、丹参为君,以猫爪草、山慈菇、半枝莲为臣,佐以白花蛇舌草、地肤子、蒲公英,以连翘、紫苏叶为使,生甘草调和诸药;并配合大黄粉外敷,方中君臣药为必备之药,临证根据证候的变化加减施治,疗效确切。

五、病情复杂的疑难杂症

病情复杂的疑难杂症,西药长期服用时,药物的毒副反应凸显,且治疗成本太高。当前西医临床医学对治疗成本太高、病人不堪重负的问题缺乏有效解决途径。相反,由于中医诊断疾病强调三因制宜,注重脉诊,强调辨证论治,据证因势利导,注意调节整体平衡,故中医治疗病情复杂的疑难杂症临床疗效确切,且用药相对安全、费用比较低廉。孙光荣国医大师认为,临床上凡遇疑难杂证,须先察阴阳气血及气的升降出入,调之使平,达到气血调和的和谐状态。孙老善于以调和阴阳气血的方法治疗妇科肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂症,彰显了孙老“重气血,调气血,畅气血”的基本临床思想,临床常以黄芪、人参、丹参组成的调气活血抑邪汤作为基础方,临证善于使用“对药”“角药”,通过调气血、平升降、衡出入,药用中和,以达到机体恢复阴阳平衡之目的。但阴阳离不开气血,是以第一要善于调气血。如孙老治疗冠心病心衰,通过中医辨证施治,调气血为要,采用温阳利水强心、益气活血、化痰祛痰的方法,切合病机,故收良效。

六、疾病的综合调理

由于当前西医临床医学对“未病”状态新挑战缺乏有效应对方案、对环境、心理、社会等因素致病以及形神变化缺乏整体理论的支撑,故对疾病的综合调理西医缺少有效的措施,因而疗效也并不理想。中医对疾病的综合调理,主要在于

辨证施治,可采取如中药内服、饮食调养、调摄精神、针灸推拿等方法综合调理,临床疗效显著。孙老认为,中医调理之方药应该药用“平和”,忌大辛大热大补大泻,大辛易于散气,大热易于助火伤津,大补易于滋腻碍胃,大泻易于攻伐太过。方药中要阴阳结合,升降相应,收散共融,寒热共用等。中医对疾病的综合调理要遵循三因制宜的原则,如对抑郁症患者,不能一律采取镇静的方法进行调理,在养心安神的同时,而应根据脏腑气血阴精亏虚以及是否兼有痰结、血瘀等不同情况而分别采用补虚泻实、升清降浊、化痰活血等不同的方法进行个性化的调理。此外,疾病的综合调理,还应注意心理调理、饮食调理,即保持心态平和,坚持饮食规律、起居有常、适度运动,努力做到孙老所说的“上善、中和、下畅”。(黎鹏程,何清湖.国医大师孙光荣教授论“中医优势病种”[J].湖南中医药大学学报,2018,38(1):3-4.)

诊病经验

孙光荣教授临证要领歌诀

孙光荣教授是国家级名老中医、北京同仁堂中医大家、北京市名老中医、北京中医药大学教授，中医药远程教育创始人，是著名的中医临床家、中医文献学家、中医教育家、中医思想家、中医战略家，笔者有缘拜在孙老教授门下习医，受益终身。现将孙老关于临床研修的歌诀辑录如下，以飨读者。

1、如何把经典理论与临床实际结合？

熟读经典挈其纲 点睛之语切莫忘
运用重在明思路 不在一药与一方
娴熟一部常为用 各家学说时可参
典型医案注出典 临证心得自显彰

2、如何抓住“观其脉症”的重点？

辨证元素记心中 四诊最重基本功
望诊本是第一诊 观其有否精气神
目鼻舌甲需仔细 闻问详参辨假真
脉探生死与逆顺 再参数据诊如神

孙光荣临证常用的 20 辨证元素：时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鰥寡、生育、新旧、欲涩、旺晦；神形、盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死。

例：名家特殊诊断经验：

国医大师朱良春老教授：观人中辨识男女生殖器疾病；观球结膜辨识疾病转归。

国医大师李玉琦老教授：观舌 U 状亮绛带辨识胃癌、肝癌的发生、发展及其生死逆顺。

3、如何辨识“知犯何逆”？

主证切入莫彷徨 首先明辨阴与阳
表里要辨脉与舌 寒热要询便与汗
虚实须问眠纳泄 痛问喜按不喜按
逆顺必观出和入 生死凭脉看神光
脏腑经络与时令 新病旧疾细参详
风寒暑湿燥火虫 痰瘀郁毒食性伤
审症求因明主从 知犯何逆必显彰

4、如何择用有效方药“随证治之”？

经方本是万方宗 方证相符立见功
时方多是古验方 究明方旨古今通
师承验方有奇效 东南西北不相同
自拟新方要有据 切勿杂糅乱糊弄
先定治则与治法 君臣佐使井然从
最忌滥伐无过者 扶正祛邪要适中
须知专病有专药 从顺其宜力更雄

5、如何继承师尊的独有学术经验？

中医历来重师承 受其衣钵求其真
侍诊抄方入门径 整理提炼最为珍
探明导师成才路 找准差距阙中寻

德学才识皆须学 非求一方一药灵
临床重在思辨法 从何入手辨诸证
组方用药何特点 习用何典最用心
搜集案例详阐释 形成专著高徒成

6、如何在医案中体现自身特色优势？

首重选题第一宗 疑难少新怪简凶
疗效确切资料齐 引经释义意涵宏
提要突出真亮点 案体叙述莫相冲
重点凸显辨治难 方药精准要注重
证候变化述亦变 变中要显思辨功
全案精华是按语 千锤百炼莫放松

心得启迪显特色 一个亮点全案红（杨建宇. 孙光荣教授临证要领歌诀[A].

中华中医药学会科普分会. 2013 中医中药健康行第八届全国中医药科普高峰论坛文集[C]. 中华中医药学会科普分会:, 2013:2.)

中医孙光荣教授临床遣方要旨

——心中有大法 笔下无死方

孙光荣教授执业中医近半个世纪，擅长治疗中医内科、妇科、肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂证。他的临床学术观点是：护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪。临床思辨特点是：调气血，平升降，衡出入。

孙光荣幼承庭训，继拜名师，深研经典，博采众长，擅长以调阴阳、和气血为纲治疗疑难杂证。他曾用推拿加1个单方唤回了溺水窒息者，用3剂药抢救了垂危的胃出血病人，用内服、外治、导引的方法治愈多例脑胶质瘤，坚持用一个基本方挽救一位乳腺癌术后淋巴转移者，患者至今已存活28年；仅用一幅“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数”的题字，使一位因晋升受阻而患郁证的干部恢复了信心，愉快地回到了工作岗位。

有许多患者说，只要拿着孙光荣教授亲笔书写的处方，就有一种传统的、正宗的感应，还没有服药就心里踏实，病情也就仿佛减轻了。这不仅是因为宫廷式的、古朴的北京同仁堂中医医院处方笺与孙光荣的苍劲书法融为了一体，更重要的是因为孙光荣的处方调阴阳、和气血，崇医者之王道。细观孙光荣处方用药，君臣佐使井然有序，药精量小，就像调兵遣将，能“知人善任”，贵在精，贵在巧，讲究“中病即止”，注重“不滥伐无过”。他的处方没有“大兵团”（大处方）的霸道之气，还可以减少病人的开支，节省药材资源。

2009年1月16日上午，北京同仁堂中医医院专家门诊部第一诊室，孙光荣教授正在应诊。突然有一位姑娘站在诊室门口兴高采烈地对孙光荣教授大声呼叫：“大大！谢谢您啦！”由于孙光荣教授和在场的学生们都不懂得“大大”的称谓，一时全都愣住了。紧接着，姑娘的母亲走进诊室对大家说：“孩子从14岁初潮起，到现在19岁了，身上几乎没有干净过。北京、天津，中医、西医、中西医结合医院等都看过，就是不见效，上大学也没有信心了。孙光荣教授上周给她开了个中药方，只花了59块1毛钱，就啥事也没有啦，真神啦！”学生们再一看处方，用的都是普通的调气血药，就请教孙光荣教授。他告诉学生们：“遇疑难杂证，当先察阴阳气血升降出入，调之使平。首先要确立治疗法则，这例是通因通用、塞因塞用而获效。但是气、血、痰、湿、食等所致的积聚、癥瘕、痞块等多种病证，如果单纯活血化瘀，则是缘木求鱼，而要运用《素问·至真要大论》所言坚者削之、结者散之等大法。所以，要做到心中有大法、笔下无死方。中医辨证论治的精髓就在因人、因时、因地制宜。”他还归结道：“如果说，中华文化的灵魂是‘和’，中医医德的核心价值就是‘仁’。中医医术的最高水平就是‘调’，中医疗效的终极指标就是‘平’。”

业界都知道，孙光荣教授满腹经纶、出口成章，但他平常不炫耀、不“掉书袋”。他说：“在事业追求上可以高调，在为人处世上必须低调。一个中医，对事业要忠诚；对经典要虔诚；对病人要慈悲；开处方要严谨。”他是这样想的，也是这样说的，更是这样做的。（杨建宇. 中医孙光荣教授临床遣方要旨——心中有大法笔下无死方[A]. 中华中医药学会. 第四届中医药继续教育高峰论坛暨中华中医药学会继续教育分会换届选举会议论文集[C]. 中华中医药学会: 2011:2.）

治咳莫忘祛湿热

湿热咳嗽，在古代中医文献中虽有论述，如《湿热病篇》云：“湿热证，咳嗽昼夜不安，甚至喘不得眠”，但论述较少。这或许既往“（湿温）上焦最少，病势不甚显张”（《温病条辨》）有关。但目前在临床上湿热咳嗽却是时常遇到，已陆续有临床报道，而目前中医专著和教科书对湿热咳嗽所述甚略。为此，笔者就湿热咳嗽简述如下，以求正于同道。

1 定义

湿热咳嗽，即由湿热之邪犯肺致使肺失宣降而发生咳嗽之证候。

2 病因病机

外感湿热之邪，是湿热咳嗽的外因。湿热病邪四季均可发病，而以夏秋为多，其“从表伤者，十之一二，由口鼻而入者，十之八九”（《湿热病篇》）。因夏秋季节，气候溽暑，天气热气下迫，地之湿气上腾，湿热交蒸，人居其间则易于感受湿热邪气而为病。湿热邪气自口鼻或皮毛侵犯于肺，引起肺失宣降，而发为咳嗽。就地域而言，南方气候常湿热交蒸，故发病更多。早在金元时期，朱丹溪就认为东南地土卑湿，气候温热，“六气之中，湿热为患，十之八九”。但近年来北方出现湿热所致咳嗽者也逐渐增多。也有冒雨涉水，久卧湿地，致湿邪侵犯，郁久化热或与内蕴之热相合而发病者。

当今随着生活水平的提高和生活习惯的改变，许多人体育活动减少，紧张焦虑过度，或嗜食肥甘厚味、辛辣酒酪等助湿增热之品太过，熏蒸脾胃，造成脾失健运，内湿蕴于中焦，日久形成湿热，使得人体对湿热之邪极具易感性，或感受湿邪后易转为湿热。此外，现在许多人滥用滋补，平素恣服滋腻温补之品；或有咳嗽初起，失治误治，不当补而误补，日久造成脾运不健，湿热内生。这种“湿热型”体质导致人们一感外邪则易入里，随湿化热。这正如《外感温热篇》所说：“酒客里湿素盛，外邪入里，里湿为合。在阳旺之躯，胃湿恒多，在阴盛之体，脾湿亦不少”，也如《湿热病篇》所说：“太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热。”湿热上蒸于肺，肺气宣降失司，则引起咳嗽。

总之，湿热咳嗽的发生与外感湿热和脾胃功能状态密切相关，湿热咳嗽的发生与外感湿热和脾胃失之健运密切相关，前者是外因，后者是内因。内外合邪，脾胃湿热上犯于肺或肺脏本身病变而致停湿蕴热，则导致肺气宣降失常，而发生咳嗽。其病位在肺与脾胃，病性为实，或实中夹虚。

3 临床表现

湿热咳嗽临床多见：咳声重浊，或干咳无痰，或痰粘或黄或白，难以咳出，头重头沉，胸闷不适或身重困倦，纳呆，或身热不扬，或低热，汗出热不退；或咽喉不利，或口粘，渴不欲饮；或口淡不渴；大便粘滞不爽，尿黄或有异味。舌红苔白而粘腻或黄而粘腻，脉滑，或濡。其临床表现错综复杂，甚至有自相矛盾之处，所以四诊一定要全面详细，综合考虑，方不致误诊。临床还应把握湿与热的孰轻孰重。与其他湿热证相同，舌质红是判断疾病性质属于热证的重要指征，苔腻是判断存在湿邪的重要根据，苔的厚薄程度是判断湿邪数量多少的依据，苔的厚薄程度是判断湿邪轻重的依据。

4 治疗原则

湿热咳嗽以祛湿清热，疏利肺气为治疗原则。①祛湿与清热需兼顾，不得偏废，但以祛湿为首务，只有“湿去”才能“热孤”。祛湿需根据患者症状灵活掌握“宣上”、“畅中”、“渗下”的方法。②咳嗽之病位终不离肺，故需疏利肺

脏气机，使之宣降有常。肺气宣降有常，一则“气化则湿化”，利于祛湿；二则对咳嗽也起到直接治疗作用。③治疗应注意湿热之间的轻重，湿重于热者治疗以利湿为主，热重于湿者治疗当以清热为主，湿热并重者则祛湿清热并重。如果日久导致或阳虚，或津伤者，还应当酌情加佐入温阳、生津之品。

本证治疗禁辛温发汗、苦寒峻下、甘寒滋补，正如《温病条辨》所说：“汗之则神昏耳聋，甚则目瞑不欲言，下之则洞泄，润之则病深不解”。

因湿热相合，难以速去，故临床咳止之后，多需健脾化湿以调理善后，否则湿热不能驱尽则易导致症状复发。

5 治疗方药

用药宜轻清灵动，药量不宜大。慎用温燥化湿、苦寒清热、峻猛泻肺之品。基本方剂选用“孙氏清热祛湿三叶汤”加减。“孙氏清热祛湿三叶汤”，为国家级名老中医孙光荣教授的自拟方，由冬桑叶、藿香叶、佩兰叶、西党参、生黄芪，紫丹参、生薏米、云茯苓、连翘壳为主组成。孙老组方多以“三联组药组”为主组方，按君臣佐使组方，重视气血流通，重视气血并治。此方中，“三联组药组”君以“冬桑叶、藿香叶、佩兰叶”以和胃化湿、开胃散热、清肺利气；以臣以“西党参、生黄芪、紫丹参”，健脾益气活络；以佐以“生薏米、云茯苓、连翘壳”健脾、利水、渗湿；以连翘清肺热。全方组方严谨，用药平淡轻灵，以宣上为主，兼顾畅中、渗下，共奏祛湿清热、宣肺止咳之功。

6 验案举例

验案1：刘某某，男，8岁。2011年12月10日初诊。脉濡细，舌红，苔黄腻。一年多来，咳嗽，咯痰。痰粘稠，厌食，神疲力乏。中西医多次以支气管炎治之罔效。此乃脾胃湿热所致之咳者，法当以清热祛湿为先，以自拟“清热祛湿三叶汤”治之：太子参6g，生北黄芪5g，紫丹参3g，藿香叶10g，佩兰叶10g，冬桑叶10g，法半夏6g，广陈皮6g，连翘壳6g，鸡内金6g，生薏米10g，云茯苓10g，嘱自制竹沥为引。7剂，每日一剂，水煎分2次分服。

此为孙光荣教授亲治病案。上方服1剂，即诸症缓解；继服6剂，咳止胃开，生活学习均恢复正常矣。

验案2：田某某，女，85岁。以“咳嗽5周”于2012年6月20日初诊。自述5周前无明显原因出现咳嗽，经羧甲司坦口服液、强力枇杷露等多种中西药物治疗不效而求诊于笔者。症见咳声重浊，咳嗽剧烈，夜间更为剧烈，痰多白粘，易咳出，口苦口粘，身倦纳呆，大便粘，小便调。舌暗红，苔黄厚粘腻，脉弦滑。既往高血压病史7年余，平素血压控制在130~140/70~80mmHg左右。此为湿热咳嗽，病在肺、脾，以祛湿清热，宣肺止咳为治则，宗“孙氏清热祛湿三叶汤”加减。处方：桑叶12g，枇杷叶12g，紫苏叶10g，藿香12g，佩兰12g，紫菀12g，款冬花12g，杏仁12g，清半夏9g，橘红10g，茯苓15g，黄连4g，桔梗10g，枳壳10g，车前子10g，5剂。水煎服，每日一剂。

服前方3剂后咳嗽消失，痰粘明显减轻，口淡，纳食不馨，二便调。舌暗红苔薄黄稍腻，脉弦滑。继以健脾化湿，佐以清热为法调理以善后。（薛武更，王兴，杨建宇，等．治咳莫忘祛湿热[J]．中国中医药现代远程教育，2013，11(14)：144-145．）

小儿咳喘病证辨治心悟

小儿咳喘，是中医儿科的常见病、多发病，不仅病情进展迅速，而且缠绵难愈，严重者可以致死。自古以来，有“医家难治咳，百药功不赫；郎中莫治喘，千方力犹软”的俚语俗训。国医大师孙光荣教授认为辨治小儿咳喘，关键有三：

（1）洞察病因病机；（2）把握临证思辨要点；（3）熟练掌握和运用行之有效的治法和方药。

咳嗽、喘息是呼吸系统疾病的两个主要症状。咳嗽，是咳与嗽的合称，其区别在于咳者有声，嗽者有痰，即所谓“有声无痰谓之咳”，“有痰无声谓之嗽”；喘息，是因呼吸受阻而出声。二者可以统称为“小儿咳喘病证”。

“小儿咳喘病证”涵盖范围甚广。广而言之，包括小儿一切呼吸系统的疾病，即与“肺司肃降”相关的疾病，如现代医学所称之小儿感冒、小儿急性支气管炎、小儿支气管哮喘以及小儿呼吸道反复感染等。狭义而言之，即小儿咳嗽与哮喘二证。历代医家对此多有阐发。早在《黄帝内经》便载有咳嗽的病名，并对咳嗽提出系统的论治，其中“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”的认识更是深入医者之心，迨至隋代《诸病源候论》更是详细论述了小儿咳嗽病因、病机、病位等，散见于历代医家医案所载录者，更是不胜枚举。孙教授在临证中多遇此病证，在温习经典与感悟前贤治验的基础上，结合孙教授家传及其师传之心法，初步整理一套比较行之有效的治疗方案。

1 小儿咳喘病证的病因病机

论及病因，无非外因、内因、不内外因。外因，即外邪，风、寒、暑、湿、燥、火等太过之气，是谓六淫之邪气；内因，可以分为虚实两端，虚者多正气不足，实者多邪气充盛，为何能致病？统而言之，是因“正气存内，邪不可干”；“邪之所凑，其气必虚”。但是，小儿具有“脏腑娇嫩，形气未充”的生理特点，所以小儿较之成人更易感受外邪，尤其容易感受风、寒、暑、热等邪气。而且，小儿是“稚阴稚阳”之体，阴常不足、肺常不足、脾常不足、肾常不足，饮食、劳倦、惊吓等不内外因最易导致“稚阴稚阳”体感受外邪，故小儿感邪之后又易致虚证，尤其是久咳久喘迁延难愈则多转为虚证。因此，小儿咳喘病证可分内外两端，外伤咳喘多为六淫之邪侵袭所致，病程较短，进展较快。内伤咳嗽多为气血脏腑虚弱所致，病程较长，迁延难愈，进而会影响生长发育。

论及病机，首先当知小儿咳喘的病位多在肺，对于久病迁延难愈的咳喘可以涉及到脾、肾。肺为“娇脏”，故容易受邪；肺为“华盖”，故最先受邪。肺之宣发与肃降的生理特点使得气机调和。反之，肺受邪而壅塞，则气失肃降宣发之机，遂发为咳嗽，继而喘息，此即此病证之机要，孙教授简约谓之：“邪不壅不咳，气不塞不喘”。

2 小儿咳喘病证临证思辨要点

如何把握小儿咳喘病证的临证思辨要点？但见咳嗽与喘息且以此为主症，即可纳入此病证之范畴。辨病尚易，但辨证需要“火眼金睛”，小儿咳喘病证的临证思辨也要考虑时令、男女、长幼、干湿、劳逸、新旧、裕涩、旺晦、神形、盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死 18 个辨证元素，但鉴于小儿为“稚阴稚阳”之体的特点，在此 18 个辨证元素和运用各种辨证纲领的基础上，尚需要掌握小儿咳喘病证的七个临证思辨要点。

2.1 临证思辨要点

2.1.1 以毛发辨强弱 头发与肾气和精血的盛衰关系密切，故可以辨别头发枯荣

来诊察患儿的肾气强弱和精血的盛衰。正常小儿的头发色质乌黑、润泽。若患儿头发枯黄而又参差不齐者，多消化不良而体质羸弱。更有甚者，头发稀疏易落，发结如穗，枯黄无泽，则必病多体弱。小儿咳喘病证如遇头发枯黄、参差、稀落者，当知其咳喘已累及脾肾。

2.1.2 以指纹辨顺逆 望诊小儿指纹，又称小儿食指脉络诊法，为中医儿科常见望诊法，常用于 3 岁以内小儿。众所周知：“浮沉分表里，红紫辨寒热，淡滞定虚实，三关测轻重”。正常指纹在食指指纹掌侧前缘，纹色浅红而润，红黄相间，络脉隐隐显露于风关之内，粗细适中。病中指纹隐隐呈微黄而又润泽者，多为向愈，是谓“顺证”；指纹深陷入里，纤细色淡，现于命关，甚者透关射甲，多为病重，是谓“逆证”。小儿咳喘病证如遇指纹深陷、纤细、色淡或紫黑者，当知其咳喘已邪入心、肾。

2.1.3 以哭声辨表里 闻诊小儿哭声，不仅可知病证之深浅，更可预测疾病之转归。小儿正常哭声响亮而长，有泪。如果哭声洪亮，多为实证；哭声轻微、沙哑、气不能续，多为里证、重证。哭声清亮和顺，为正常或病轻；哭声尖锐，或细弱无力为病重。小儿咳喘病证如遇哭声洪亮、粗重，当知其邪尚在表，其治易；如遇哭声轻微无力、沙哑难续，当知其邪已入里，其治难。

2.1.4 以二便辨寒热 正常小儿大便一般为黄色而干湿适中，日行 1-2 次。如大便秽臭、尿液黄浊且短，多为热证。大便稀薄，臭气不甚，多为寒证。小儿咳喘病证如遇小便黄、浊、短，大便硬或黏稠、秽臭，当知当前之证候属热、属实；如遇小便清、长，大便稀、薄，当知当前之证候属寒、属虚。

2.1.5 以眼神辨生死 望诊眼神，可知其病证之顺逆生死。五脏六腑之精气皆上注于目，《重订通俗伤寒论·观两目》言：“凡病至危，必察两目，视其目色，以知病之存亡也，故观目为诊治首要。”若黑睛等圆，目珠灵活，目光有神，开阖自如，是肝肾之气血充沛之象，为顺证、生证；若双目紧闭、开合无神、无惊无恐，多为逆证、死证。小儿咳喘病证如遇其目有神光，当知即使咳喘频作，亦尚未伤脏腑、真气，预后良好；如遇目无神光，甚至如死鱼之目，当知即使咳喘尚轻，亦已伤及脏腑、真气，预后不良。

2.1.6 以汗液辨虚实 问诊汗出情状，则知病证之虚实。汗是阳气蒸化津液经玄府达于体表而成。《素问·阴阳别论》云：“阳加于阴谓之汗”。正常汗出有调和营卫、调节体温、滋润皮肤的作用。若当汗出而无汗，不当汗出而多汗，或仅见身体的某一局部汗出，多属病证之象。如头汗且热，多为实证；若盗汗，多为虚证。总而言之，自汗多为气虚，盗汗多为阴虚，盗汗自汗合而发之，为气阴两虚。小儿咳喘病证如遇自汗，当知多责之在表、在实、在肺胃；如遇盗汗，当知多责之在里、在虚、在心肾。

2.1.7 以咽喉辨标本 望诊咽喉，可知病证的标本缓急。咽喉是呼吸、饮食之门户，是经脉循行交会之处，又与五脏六腑关系密切，故而可反映五脏六腑的病变。健康小儿的咽喉色淡红而润泽、不痛不肿、呼吸通畅、发音正常，食物下咽顺利无阻。根据咽喉的异常变化可以确定脏腑病变的标本缓急。小儿咳喘病证如遇先发热咳嗽，继而咽喉肿痛，起病急，为标证；先咽喉肿痛，继而发热咳嗽，疾病缓，为本证。

2.2 临床辨证

把握 7 个小儿咳喘病证的临证思辨要点，结合 18 个辨证元素，可以比较准确的进行小儿咳喘病证的辨证。在常见的临证情况下，孙教授通常仅将小儿咳喘病证分为虚实两大类：实证包括风热咳喘、暑湿咳喘、风燥咳喘、风寒咳喘；

虚证包括脾肺虚喘、脾肾虚喘、气阴虚喘。其辨证要点如下。

2.2.1 实证类 (1) 风热咳喘 此谓“春之咳”，多见于春分前后，但不排除一年四季可见。以咳嗽为主症，咽喉肿痛为从症，常伴有发热、面赤、唇红、出汗、咽肿、痰稠、尿黄等，舌质红，苔薄黄，脉浮数，指纹浮紫。(2) 暑湿咳喘 此谓“夏之咳”，多见于春夏之交或夏季，以及秋夏之交。以咳喘为主症，兼见无汗或汗出不解，身重困倦，胸闷、呕恶、口渴心烦、食欲不振，或呕吐、泄泻，小便黄而短，有时小儿排尿哭叫或呼痛，舌质红，舌苔黄或黄腻，脉滑数，指纹紫滞。(3) 风燥咳喘 此谓“秋之咳”，多见于秋季。以干咳为主症，以气喘为从症，兼有咽痒，咽干，少痰，口渴，小便黄，舌质红，少苔，脉浮数，指纹淡滞。(4) 风寒咳喘 此谓“冬之咳”，多见于秋冬之际。咳喘为主症，兼有咽痒声重，痰白清稀，鼻塞流清涕，恶寒无汗，发热头痛，全身酸痛，舌质淡红，舌苔薄白，脉浮紧，指纹浮红。

2.2.2 虚证类 (1) 脾肺虚喘 咳喘为主症。咳喘是标证，脾肺两虚是本证。兼有咳嗽无力，痰白清稀，面色少华，气短懒言，语声低微，自汗畏寒，食少纳呆，平素容易感冒，舌淡嫩，边有齿痕，脉细无力，指纹淡红。(2) 脾肾虚喘 咳喘为主症。咳喘是标证，脾肾两虚是本证。兼有咳嗽无力，气短心悸，面色苍白，形寒肢冷，脚软无力，腹胀纳差，大便溏稀，夜尿多，伴有生长发育迟缓，舌质淡，苔薄白，脉细弱，指纹淡。(3) 气阴虚喘 咳喘为主症。咳喘是标证，气阴两虚是本证。兼有咳嗽无力，喘促乏力，气短自汗，神疲懒言，形瘦纳差，面色潮红或无华，潮热盗汗，干咳少痰，舌质红少苔，或地图舌，脉细数，指纹淡红。

3 小儿咳喘病证组方用药心法

小儿咳喘有相应的经方、时方、验方。然，孙教授之组方、用方，坚持“师经方之旨而不泥于经方用药”之原则。换言之，崇尚用经方之“神”而不用经方之“形”。特别是脏腑清灵、病情无诈之小儿，不可能“按方生病”、“按方显证”，同时其病证瞬息万变，所以孙教授临证之际始终恪守“扶正祛邪”、“补偏救弊”之大法，而不拘泥于死方，在此基础上针对病证采用“三联药组”的“三型组合”进行组方。具体选方用药原则在《以中和思想组方用药》中有详论。小儿用药讲究轻、灵、巧，对小儿诸病，用药稍稍拨动即可。正如《医述·幼科集要》所言：“小儿勿轻服药，药性偏，易损萌芽之冲和；小儿勿多服药，多服耗散真气。”所以，对小儿病证组方用药尤以“中和”为贵。这就是要求组方用药应充分发挥小儿机体内在的调节机能，恢复机体的生理平衡。否则，非但达不到治疗的目的，还会导致“稚阴稚阳”之体受损，不利于疾病恢复，甚或影响生长发育。

小儿“脏腑娇嫩，形气未充”的生理特点和“脏气清灵，易趋康复”的病理特点决定了小儿用药的特殊性，对于小儿用药应该慎之又慎，孙教授认为小儿病证的组方用药要掌握四个要领。

3.1 小儿咳喘病证组方用药要领

(1) 药少量小，不宜大方重剂

小儿生机盎然，脏气清灵，对药物反应较成人灵敏，在治疗时，处方要根据小儿生理特点、病情轻重及脏腑功能，组方用药轻巧灵活，不宜呆滞，不可重浊，不得妄加攻伐。

(2) 先试轻剂，不宜遽施峻剂

当施之以寒先试之以凉，当施之以热先试之以温；当施之以峻下先试之缓泻。

(3) 中病即止，切忌滥伐无过

无论解表清里之药，还是补气益血之剂，一旦见效，即应针对病情变化更方，中病即止，不必尽剂，更不要滥伐无过之脏腑，特别是小儿四大证之麻、痘、惊、疳，不要轻意处以 3 剂以上的“常服方”。

(4) 多用外治与食疗，少用内服方药

凡能采用针灸、敷贴、按摩、推拿、洗浴以及食疗等方法治疗的病证，尽可能不用内服方药治疗。

3.2 孙教授常用治疗小儿咳喘病证方药

3.2.1 实证类 (1) 风热咳喘：此证每多风热犯肺，主要是感受风热之邪气所致。宜“疏风清热、宣肺化痰”，方以桑菊饮化裁。(2) 暑湿咳喘：小儿易困于暑湿，初起暑湿犯表，发热不扬，身重易困，进而暑湿缠夹，暑湿之气上逆则犯肺，导致咳喘、呕吐，暑湿之气下行则腹胀泄泻。宜“清暑化湿、宣肺平喘”为治则治法，先用藿香正气散为基本方祛其暑湿之邪，而后平喘。(3) 风燥咳喘：小儿易感秋燥之邪，初秋多为温燥，深秋多为凉燥。秋燥犯肺则易咽痒、干咳、少痰、气喘。宜“清燥润肺、止咳平喘”为治则治法，用自拟“地茶止咳饮”治之。(4) 风寒咳喘：小儿易感风寒之邪，风寒袭肺则易咳，风寒束肺则易喘。久咳伤肺，久咳致虚，虚延久咳，久咳伤肺，如此反复发作。宜先后用“疏散风寒、宣肺化痰”、“补肾纳气、止咳平喘”为治则治法，用杏苏散、自拟“地茶止咳饮”、补肾纳气食疗方治之。

3.2.2 虚证类 (1) 脾肺虚喘：此证咳喘是标，脾肺两虚是本。宜用“健脾益气、清肺平喘”为治则治法，用六君子汤为基础方，加补肾纳气食疗方治之。(2) 脾肾虚喘：此证咳喘反复发作是标，脾肾两虚是本。宜用“健脾化痰、温肾纳气”为治则治法，用金匱肾气丸加减，尚可辅以补肾纳气食疗方治之。(3) 气阴虚喘：此证咳喘是标，气阴两虚是本。宜用“益气养阴、化痰平喘”为治则治法，用人参五味子汤加补肾纳气食疗方治之。

4 小儿咳喘病证治验案例

案例 1 高某某，男，5 岁。脉浮数；舌红，苔黄。1993 年农历二月十八日就诊。五天前，晨起发热，浑身出汗、鼻塞流涕、咳嗽吐痰。经当地医院输液消炎、抗感染（药名不详）治疗，效果不明显。今见发热（肛温 39.3℃），面赤，唇红，出汗，咽肿，阵咳，咳声高亢，黄痰黏稠，尿黄。此乃春暖之时感受风热，风热之邪袭肺而咳嗽。法当疏风清热、宣肺化痰。方拟桑菊饮加减：西党参 3 g，生北芪 3 g，紫丹参 3 g，冬桑叶 9 g，甘白菊 9 g，芦竹根 9 g，连翘壳 6 g，苦桔梗 6 g，南杏仁 6 g，漂射干 5 g，蝉蜕衣 5 g，牛蒡子 5 g，上方服第 1 剂，热退（肛温 37.8℃），咳嗽减轻；3 剂毕，体温正常，咽喉红肿消失，黄苔亦退，但尿稍黄，咳痰不爽。前方去芦竹根、蝉蜕衣、漂射干，加瓜蒌皮 5 g，化橘红 5 g。再进 4 剂，诸证平。

按语：此案的思辨要点是：(1) 时令。小儿咳喘一年四季皆可发生，但与时令有关，春暖之时（春分前后）每多风热犯肺，主要是感受风热之邪所致的咳嗽。本例发病正值此时令。(2) 寒热：发热、面赤、唇红、出汗、咽肿、痰稠、尿黄，风热证候明显。(3) 主从：咳嗽为主，咽肿为从。明乎此，则知方证相符，故能 1 剂解，3 剂平。

案例 2 胡某某，男，9 岁。1995 年“初伏”就诊。脉濡数；舌红，苔白腻。3 日来，发热无汗、咳嗽气喘、呕吐泄泻、困倦昏迷，至当地医院抢救，已连续输液两天，罔效。现见发热（腋温 39.5℃），面黧，唇绀，无汗，身如

燔炭，咳嗽气喘，痰液稀白，流清涕，泄泻稀便，尿不黄。此乃夏季暑湿之邪犯肺所致。法当清暑化湿、宣肺平喘。方拟藿香正气散加减：藿香叶 10 g，紫苏叶 10 g，冬桑叶 10 g，法半夏 9 g，广陈皮 9 g，香白芷 9 g，制川朴 9 g，苦桔梗 9 g，大腹皮 9 g，北柴胡 6 g，蝉蜕衣 6 g，辛夷花 6 g。上方服第 1 剂，热退（腋温 38℃），泄泻减；二剂后体温正常，泄泻止，清涕减。但仍咳嗽不已。前方去藿香叶、北柴胡、蝉蜕衣，加款冬花 6 g，清紫菀 6 g。再进 5 剂，悉愈。

按语：此案的思辨要点是：（1）时令。春夏之交、夏季、秋夏之交（特别是夏至前后），小儿易困于暑湿。初起，暑湿犯表，发热不扬，身重易困，进而暑湿缠夹，暑湿之气上逆则犯肺，导致咳嗽、呕吐，暑湿之气下行则腹胀泄泻。

（2）标本：暑湿是因、是本，其余诸多症状皆是果、是标。故需明因果而治标本，则能应手而瘥。

案例 3 韩某某，女，10 岁。1997 年中秋节前就诊。脉细稍数；舌暗红，少津，苔薄白。近 1 月，感冒之后咳嗽气喘，累经中西医药治疗而效果不显。现见鼻干、唇绀且开裂，面部及周身皮肤干燥，咽喉干痒，痒则咳嗽，痰少且黏稠，咳声如犬吠，尿微黄。此乃秋季风燥之邪犯肺所致。法当清燥润肺、止咳平喘。自拟“地茶止咳饮”治之：南沙参 9 g，生北芪 3 g，紫丹参 3 g，矮地茶 9 g，冬桑叶 9 g，南杏仁 9 g，麦门冬 9 g，炙冬花 9 g，炙紫菀 9 g，金银花 9 g，木蝴蝶 6 g，生甘草 3 g。上方服 7 剂，诸症皆消。另嘱：侧柏叶 10 g，豆腐 2 块、冰糖适量，蒸食，日 1 次，持续 7 d，以巩固疗效。此方中有一特殊用药，名矮地茶，别名矮脚罗伞、雪下红、珊瑚珠、毛茎紫金牛、猴接骨。为紫金牛科植物卷毛紫金牛的根或全草。性温、味微苦辛，无毒。入肺、肝二经。功能止咳平喘、祛风除湿、活血止痛，用于咳嗽气喘、咳血吐血、寒凝腹痛、跌打肿痛、风湿诸证。孙教授用治咳嗽，不论小儿与成年人，皆多用之，疗效确切。

按语：此案的思辨要点是：（1）时令。秋季，小儿易感秋燥之邪，初秋多为温燥，深秋多为凉燥。秋燥犯肺则易咽痒、干咳、少痰、气喘。（2）主从：干咳是主，气喘是从。（3）标本：秋燥伤肺是本，肤干咽痒伤津是标。故主以方药祛邪定喘，辅以食疗润燥生津，遂可收桴鼓之效。

案例 4 廖某某，男，14 岁。1995 年小寒后就诊。脉浮稍数；舌绛，苔白。4 岁时，于冬季外感风寒而发咳嗽，十年来每于冬季反复发作。虽多方求治，亦仅可缓解于一时。现见面色萎黄，身形消瘦，精神不振，咳嗽连连，气不上续，咳声闷浊，喘声如锯木。此乃风寒之邪束肺也，进而久咳致虚，虚延久咳。法当先予疏散风寒、宣肺化痰，然后补肾纳气、止咳平喘。以杏苏散为基本方治之：西党参 10 g，生北芪 5 g，紫丹参 5 g，紫苏叶 10 g，南杏仁 10 g，苦桔梗 10 g，炒前胡 9 g，炒枳壳 9 g，云茯苓 9 g，法半夏 9 g，广陈皮 9 g，生甘草 5 g，生姜 3 片，大枣 7 个引。7 剂。上方服 7 剂，咳嗽减轻，气喘如故。前方去紫苏叶、苦桔梗，加矮地茶 10 g，炙冬花 7 g，炙紫菀 7 g，7 剂。服后，咳嗽悉平，此方继进 14 剂。另嘱炖食孙光荣久咳久喘食疗方：新鲜紫河车 1 具（挑破紫筋、挤尽瘀血、洗净、切片），白果 3 个，五味子 3 g，百部根 10 g，黑豆 30 g，炖食，每月 1 次，连服 3 月。嗣后，随访至 2000 年，未复发。

按语：此案的思辨要点是：（1）时令。冬季，小儿易感风寒之邪，风寒袭肺则易咳，风寒束肺则易喘。久咳伤肺 → 久咳致虚 → 虚延久咳 → 久咳伤肺，反复发作。（2）虚实：面色、身形、咳声皆呈金、水两虚之象。（3）标本：风寒束肺是标，肾不纳气是本。故先治其标，后治其本，方得以多年咳嗽悉平而疗

效巩固。

案例 5 苏某某，女，13 岁。1987 年春就诊。脉细无力；舌暗淡，苔白滑。自 5 岁起咳嗽气喘，8 年来反复发作，无有休时，多方医治，时愈时发。现见面色苍白，心悸自汗，精神萎靡，软弱乏力，咳喘不已，气息微弱，少气懒言，思睡少纳。询其今年正月初潮，白带淡而多，无异味。此乃禀赋不足、脾肾两虚之喘也，法当健脾化痰、温肾纳气。（1）口服方：以金匱肾气丸为基本方治之：生晒参 12 g，生北芪 12 g，紫丹参 5 g，熟地黄 10 g，云茯苓 10 g，炒泽泻 10 g，熟附片 5 g，上肉桂 5 g，淮山药 10 g，牡丹皮 9 g，山茱萸 9 g，海蛤粉 9 g，紫河车 9 g，炙冬花 9 g，炙紫苑 9 g，鸡内金 5 g，生甘草 5 g，7 剂。（2）坐浴方（自拟“清带汤”）：蛇床子 15 g，百部根 12 g，蛇舌草 15 g，白鲜皮 10 g，地肤子 10 g，蒲公英 10 g，煅龙骨 15 g，煅牡蛎 15 g，金银花 10 g，川萆薢 10 g，生薏米 10 g，芡实仁 10 g，生甘草 5 g，7 剂（早、晚各坐浴 1 次，每次 5~10 min）上方服、用各 7 剂后，咳喘明显缓解，白带明显减少，精神转佳，食欲增进。效不更方，继进 28 剂。另嘱：炖食孙光荣久咳久喘食疗方，每月 1 次，连服 3 月。嗣后，追访 10 年，未复发。

按语：此案的思辨要点是：（1）形神：少神脱形，必虚无疑。（2）虚实：咳喘是实象，白带是虚象。（3）标本：咳喘反复发作是标，脾肾两虚是本。综合以上 3 个要点，所以确立“健脾化痰、温肾纳气”为治则治法，用金匱肾气丸内服，用自拟“清带汤”外治，再辅以孙光荣久咳久喘食疗方治之。

案例 6 唐某某，男，6 岁。2012 年 5 月 16 日就诊。脉细数；舌暗红，苔白，少津。3 岁时患哮喘，久治无效，某西医院以激素、抗生素、氨茶碱等药物治疗维持至今。余于傍晚散步时偶遇之，其母求治。现见面黄唇干，口干引饮，微咳微喘，痰少且稠，神疲气弱。询其低热、盗汗、烦躁、易怒。此乃气阴两虚所致之咳喘也。法当先予益气养阴、化痰平喘。以人参五味子汤为基本方治之：西洋参 9 g，生北芪 5 g，紫丹参 3 g，五味子 2 g，麦门冬 10 g，炒白术 6 g，制鳖甲 10 g，银柴胡 9 g，地骨皮 9 g，浮小麦 10 g，炙冬花 6 g，炙紫苑 6 g，法半夏 5 g，化橘红 5 g，全瓜蒌 5 g，矮地茶 10 g，生甘草 3 g，生姜 3 片，大枣 1 个引。7 剂。上方，服 3 剂，咳喘渐平；7 剂后，咳喘悉平，西药停药。另嘱：炖食孙光荣久咳久喘食疗方，每月 1 次，连服 3 月。

按语：此案的思辨要点是：（1）虚实：脉象、舌象、症状均呈气阴两虚之象。（2）标本：咳喘是标，气阴两虚是本。治在组方药简量轻、药食同用，一击而中。

案例 7 曹某某，女，5 岁。2013 年端午节就诊。脉细缓；舌淡红，苔白，多涎。1 岁时患哮喘，曾以输液、敷贴、埋线等法治疗，但累愈累发。现见气弱声低，倦怠少言，微有咳喘，痰液稀少，纳少便溏，尿多尿清。此乃脾肺两虚所致之咳喘也。法当先予健脾益气、清肺平喘。以六君子汤为基本方治之：太子参 9 g，生北芪 3 g，紫丹参 2 g，云茯苓 9 g，炒白术 6 g，法半夏 6 g，广陈皮 6 g，炙紫苑 6 g，炙冬花 9 g，矮地茶 9 g，生甘草 3 g。7 剂。上方 7 剂后，咳喘平，食欲增。前方再进 14 剂。另嘱：炖食孙光荣久咳久喘食疗方，每月 1 次，连服 3 月。

按语：此案的思辨要点是：（1）虚实：脉象、舌象、症状均呈脾肺两虚之象。（2）标本：咳喘是标，脾肺两虚是本。治疗之法，方药与前例不同，而食疗方与前例相同，均获良效，故治小儿之疾，食疗之用不可轻忽。

附：孙光荣治疗小儿咳喘病证常用方

孙教授临证治疗小儿咳喘病证常用 3 方，其中两方为食疗方，具体运用之法及适应症，可参见上述案例。

(1) “孙光荣地茶止咳饮”：南沙参 9 g，生北芪 3 g，紫丹参 3 g，矮地茶 9 g，冬桑叶 9 g，南杏仁 9 g，麦门冬 9 g，炙冬花 9 g，炙紫苑 9 g，金银花 9 g，木蝴蝶 6 g，生甘草 3 g。(2) “孙光荣止咳平喘简易食疗方”：侧柏叶 10 g，豆腐 2 块，冰糖适量，蒸食，日 1 次。(3) “孙光荣久咳久喘食疗方”：新鲜紫河车 1 具（挑破紫筋、挤尽瘀血、洗净、切片），白果 3 个，五味子 3 g，百部根 10 g，黑豆 30 g，炖食，每月 1 次，连服 3 月。（刘应科，孙光荣．小儿咳喘病证辨治心悟 [J]．湖南中医药大学学报, 2015, 35(11):1-5.）

孙光荣教授治疗风湿性心脏病的临床经验

孙光荣教授是我国著名的中医临床学家、文献学家，第二批国医大师，全国第五批名老中医药专家学术传承指导老师。孙光荣教授对风湿性心脏病的治疗有着丰富的经验，尤其对本病后期因心内瓣膜病变出现血流动力性变化而导致的心功能不全的治疗疗效显著。笔者有幸忝为其入室弟子，随师侍诊多年，现将孙光荣教授治疗本病的经验作一简要介绍。

1 论病因内外二端

1.1 风、寒、湿等外邪深入而为心痹 孙光荣教授认为，风湿性心脏病属于中医“心痹”范畴，病因有内因、外因两个方面。外因中，《素问·痹论》指出“风寒湿三气杂至，合而为痹”，“所谓痹者，各以其时重感于风寒湿者也”。明确了痹症的病因不仅是风、寒、湿三种外邪合而致病，而且还因风、寒、湿邪在各自所旺的季节反复侵袭人体，痹阻皮肤、筋骨，脉络不通，而有行痹、痛痹、着痹的不同。痹症日久，外邪深入脏腑，阻塞脏腑，则为脏腑痹，心痹即是其中之一。如《圣济总录·心痹》即有：“脉痹不已，复感于邪，内舍于心，是为心痹”的记载。对于其临床表现，《素问·痹论》有“脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，噫气。厥气上则恐。”的记载，这与现代临床上所见的风湿性心瓣膜病变的表现相一致。从以上的论述中可以看出，心痹的病因虽仍与风、寒、湿等外邪相关，但外邪已入里阻塞脉络，邪气的程度及病邪的位置已经发生了变化。

1.2 正气亏虚 不抵外邪亦成心痹 孙光荣教授认为，由于风、寒、湿邪深入脏腑，与人体正气发生交争，其强度发生了衰减，但没有消失。此仅是其一。同时，痹症的发生还与人体正气的亏虚，不能抵御外邪相关，尤其是病症后期的心痹阶段，心气更加亏耗。因此，对本病的病因认识，不能仅重视外邪一端，要从正、邪两个方面对其进行全面的认识。

2 论病机 虚实夹杂

孙光荣教授认为，本病的病机有虚实二端。虚是正气亏虚，包括气血阴阳几个方面，而以心气不足为多见。实指邪气实，有内邪、外邪之别。外邪主要包括风、寒、湿等，内邪则是因人体气血津液运行障碍，代谢失调而出现的病理产物，如水湿、痰饮、瘀血等。同时，由于病程较长，久病必虚，久病入络，各种致病因素交互影响，逐步形成正气亏虚，风寒湿邪未尽，痰、瘀、水互相郁结，病势由浅入深，由气入血的复杂格局。

3 调理气血为主扶正祛邪并举

孙光荣教授认为，由于本病的病机关键在于本虚标实，治疗当以扶正祛邪为主要原则。具体说来，在治法上扶助正气调理气血为主，并以恢复其升降出入的平衡为主要目标。同时一定要针对水、痰、瘀、外邪等邪气进行相应的治疗。针对外邪的具体治法有化痰结、散瘀血、祛风湿等。在临床实际运用是要根据具体的病症表现灵活选用。现代病理解剖学认为，风湿性心脏病患者由于瓣叶的纤维化增厚，腱索及/或乳头肌纤维化缩短，融合和瓣叶钙化，导致瓣膜口狭窄、关闭不全，并由此引发一系列的心脏血流流变学变化及内分泌的紊乱。心内瓣膜的病理改变是引发本病各种临床表现的关键所在。孙光荣教授认为，从中医的视角来看，心瓣膜的纤维化、钙化的病理机转即是痰瘀互结，脉络不通，余邪未尽。化痰结、散瘀血、祛风湿等治法即是针对此一病机而设。

4 基本方剂

孙光荣教授治疗本病喜用孙氏心痹汤加减。方剂组成：西洋参 12 g，生黄

芪 10 g, 丹参 10 g, 麦冬 12g, 五味子 3 g, 连翘 6 g, 茯神 12 g, 炒枣仁 12 g, 菝葜 10 g, 珍珠母 15 g, 净水蛭 3 g, 路路通 10 g, 生薏苡仁 15 g, 桂枝 5 g, 生甘草 5 g。

方中西洋参、生黄芪、丹参益气活血为君, 麦冬、五味子、茯神、炒枣仁、连翘补益心气, 清心安神为臣。其中人参、麦冬、五味子为生脉饮的组方。生脉饮首见于金·张元素的《医学启源》卷下。又名人参生脉散、生脉散。功能益气敛汗, 养阴生津。原方主治“肺中伏火, 脉气欲绝”的气阴两虚证, 功能“补肺中元气不足”。即治疗肺气亏虚, 脉短不足以续的病症。至金代, 李东垣在《内外伤辨惑论·卷中·暑伤胃气论》中, 将本方用于夏月伤暑证。他认为, “圣人立法, 夏月宜补者, 补天真元气, 非补热火也, 夏食寒者是也。故以人参之甘补气, 麦门冬之苦寒泻热补水之源, 五味子之酸清肃燥金, 名曰生脉散。孙真人云: 五月常服五味子, 以补五脏之气, 亦此意也”。李东垣还在生脉饮的基础上加黄芪、甘草, 令人气力涌出。现代药理研究表明, 生脉散有强心效应, 能增加心肌收缩力, 增加冠脉流量, 改善心肌缺血状态, 降低心肌耗氧量, 调整心肌对氧的供求平衡, 促进患者心肌细胞功能的恢复; 同时能改善窦房结和房室结的供血, 提高窦房结的自律性, 改善和加速房室传导, 缩短室壁激动时间, 从而消除异位兴奋灶, 而发挥抗心律失常作用; 孙光荣教授在以此为基础做进一步的化裁而成本方的核心主体。菝葜、珍珠母、净水蛭、路路通散瘀通络, 软坚散结为佐。其中菝葜即《本草纲目》的“铁菱角”。为百合科菝葜属植物菝葜的根茎, 性平, 味甘、酸, 入肝肾经, 功能祛风湿、解毒消痈, 主治风湿痹痛, 淋浊, 带下, 泄泻, 痈肿疮毒等。孙光荣教授认为本品能化痰散结, 同时能祛风湿, 最适宜于本病的治疗。水蛭为医蛭科蚂蟥属动物蚂蟥、柳叶蚂蟥和医蛭属动物水蛭的全体。性味咸、苦, 平, 有毒, 归肝经。功能破血逐瘀, 通经消癥。主治血瘀经闭, 癥瘕痞块, 跌打损伤。孙光荣教授认为本品活血力强, 能通络脉中瘀阻。珍珠母为蚌科冠蚌属动物褶纹冠蚌、帆蚌属动物三角帆蚌或珍珠贝科珠母贝属动物合浦珠母贝的贝壳。性寒, 味甘、咸, 入肝、心经。功能平肝潜阳, 安神定惊, 清肝明目。主治头痛眩晕, 心悸失眠, 癫狂惊痫, 肝热目赤, 翳膜遮睛等。孙光荣教授认为本品咸可软坚, 与菝葜、水蛭共同完成软坚、化痰散结、破瘀通络的功效, 是专门针对心瓣膜的纤维化、钙化的病理改变而设的三联药组。同时, 珍珠母的安神定惊之效还可增强茯神、炒枣仁的安神之功, 用于缓解心悸。生薏苡仁利湿、桂枝通心阳并佐制水蛭之腥味、生甘草调和诸药为使。

5 典型医案

刘某, 女, 56 岁, 主因“胸闷喘憋反复发作 20 余年, 加重伴双下肢水肿 1 月余”于 2012 年 11 月 16 日来诊。患者 20 年前于感冒后出现胸闷, 咳嗽, 喘憋, 伴有心悸气短等, 但无下肢水肿。在当地医院就诊, 查 ASO、RF 及心电图, 胸部 X 线等, 诊断为“风湿性心瓣膜病, 二尖瓣狭窄”。予西药治疗, 病情疾病控制。后每于感冒后发作。近一月来胸闷喘憋, 并出现双下肢水肿。到北京阜外医院就诊, 查超声心动图等, 诊断为“风湿性心脏病, 风湿性心瓣膜病, 二、三尖瓣狭窄伴返流, 二尖瓣瓣口面积 1 cm^2 ”, 建议行二、三尖瓣修补、置换术, 患者不愿接受。刻下: 胸憋气短, 动则尤甚, 夜间难以平卧, 纳食不振。查体: 血压 $120/80\text{ mmHg}$, 二尖瓣面容, 口唇紫暗, 颈静脉怒张, 全心扩大, 心率 90 次/分, 心音强弱不等, 律绝对不齐, 心尖可闻全期杂音。双下肢中度可凹性水肿。舌绛, 苔少, 脉细缓无力, 三五不调。西医诊断: 风湿性心脏病, 风湿性心瓣膜病, 二、三尖瓣狭窄伴返流, 二尖瓣瓣口面积 1 cm^2 。中医诊断: 心痹。辨证: 心气虚血

瘀络阻，水湿内停。治法：益气活血，利水渗湿，温阳通络，佐以散结。处方：西洋参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，麦冬 12g，五味子 3g，灵磁石 5g，连翘壳 6g，云茯神 12g，炒枣仁 12g，路路通 10g，生薏苡仁 15g，芡实仁 15g，菝葜根 10g，珍珠母 15g，生甘草 5g，净水蛭 3g，川桂枝 5g。7 剂。2012 年 11 月 23 日复诊时，已可平卧，二尖瓣面容由紫色变为淡红色，唇色暗紫减轻，水肿消失，舌暗淡，苔少，有津，脉细涩。诸证缓解，继治同前。上方增灯心草 3g。患者守方继服一月，症状明显缓解，病情稳定。

孙师认为，本病乃风湿热痹的后期阶段，病性乃本虚标实。本虚重在心阳心气的亏虚，标实主要是痰瘀互结、水停，兼有风湿热邪未尽。故治疗治本重在益心气，振心阳，安心神；治标重在化瘀血，利水湿，散风通络。除此而外，孙师还结合病理解剖，对于硬化、钙化的心内结缔组织在使用化瘀的同时配合使用软坚散结的药物以增强疗效。成败在于细节，治病亦然。孙师用药方面也是精雕细琢，方中一些药物的使用也是匠心独具。如连翘壳、灯心草清心经之热，并有引经之用；生薏苡仁利水渗湿，并有祛风通络之效；川桂枝小量应用可以温通心阳，振奋阳气。（王兴. 孙光荣教授治疗风湿性心脏病的临床经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(21):16-18.）

从肝脾失调探讨心理疲劳治疗的研究与思考

1 心理疲劳的概念

疲劳是一个多维度的复杂概念。2004 年, Lan-cet 的一篇文章提出“疲劳”是指开展或维持随意活动过程中出现障碍的表现。从不同的维度可分为中枢疲劳和外周疲劳, 认知疲劳和运动疲劳, 心理疲劳和生理疲劳等。其中, 心理疲劳自 1974 年被美国临床心理学家 Freudenberger 提出以来, 日益引起各领域广泛关注, 其发病范围广, 影响大, 对于个人、单位和社会都有深远影响。心理疲劳是指长期、单一生活方式所导致心理疲劳感, 具体表现为 3 方面: 情感衰竭(工作热情减退, 极度疲劳感); 去人性化(对工作对象、工作环境冷漠, 对工作敷衍了事, 行为怪癖, 情绪低沉或易激惹); 个人成就感降低(消极评价自己及所从事的工作, 感觉工作枯燥无味), 具有情境特异性。不良的工作环境以及生物节律变化都会导致心理疲劳。

2 心理疲劳的流行病学

心理疲劳被视为现代生活的疾病。经 Farber 研究发现, 20% 的美国教师处于心理疲劳状态。欧洲流行病学研究表明, 心理疲劳影响了大约 25% 的护士。现代人产生心理疲劳的时间越来越短, 上海的一项调查显示, 在同一岗位工作满 2 年的人群中有 33.3% 的人出现了心理疲劳现象。2004 年 12 月 6 日, 《中国青年报》公布了由中国人力资源开发网主持完成的调研, 这是国内首次报道心理疲劳情况, 结果显示在参加调查的 4000 人中, 约 70% 的人存在心理疲劳现象。在一项针对长航人员心理疲劳的研究中, 发现长航人员心理疲劳的发病率为 69.8%。心理疲劳导致长航人员情绪改变, 产生抑郁、焦虑, 缺乏自尊, 没有安全感和社会支持感, 还出现了一定程度的认知障碍, 主要表现为注意力不集中, 学习和记忆力下降等。

3 中医对心理疲劳的认识

中医理论中并无心理疲劳一词, 与之相对应的中医术语有: 神疲、精神萎靡、精神困顿、懈怠、精神不进、神思短等。现代人长期从事单一工作, 压力过大, 容易产生“厌”, 因“厌”生“倦”, 从而出现心理疲劳的各种症状, 例如疲倦感、疏远、易怒、热情丧失、焦虑等。“倦”是人体对客观事物的反应, 是一种精神状态, 长期持久的“倦”, 则超出人体正常生理活动范围, 会使人体气机紊乱, 脏腑阴阳气血失调, 最终导致其他疾病的发生。

4 从肝脾角度探讨心理疲劳的机理

心理疲劳的主要症状有: 身体疲劳感、意志消沉、急躁易怒、情感淡漠、食欲低下、注意力不集中、对自己所从事的工作评价不高、人际关系紧张、警觉性和判断力下降等。

中医认为, 肝主疏泄, 可调畅气机, 促进脾胃运化, 调畅情志。长期情志抑郁或突然的情志刺激及其他病邪侵扰均可以导致肝气郁结, 引起心情抑郁, 稍受刺激则抑郁难解, 或心情易于急躁, 容易发怒。脾胃的运化功能失常, 影响脾升清与胃降浊之间的平衡, 亦会影响肝的疏泄功能。反之, 肝的疏泄功能失常, 会加重情志异常, 进一步影响脾胃运化功能。现代人长期处于压力过大的工作环境, 饮食饥饱失常, 情绪长期紧张, 都可以影响肝脾功能, 导致心理疲劳各种症状的出现。

4.1 肝与心理疲劳的关系

中医理论认为肝具有掌管思想与思维活动的功能。《素问·灵兰秘典论篇》

中说：“肝者，将军之官，谋虑出焉。”《素问·六节藏象论篇》中说：“肝者，罢极之本，魂之居也。”肝主疏泄，主藏血，开窍于目，主筋，在志为怒。肝主疏泄包括调畅气机，即调节气的升降出入运动。如果肝的疏泄功能异常，则出现肝气郁结或肝气上逆，血随气升，出现胁肋胀痛不适、目胀、情志不舒、面红目赤等症状。可见肝主疏泄功能对心理疲劳的发生发展均具有重要影响。肝主疏泄还可以促进脾胃的运化功能。《素问·宝命全形论篇》中说：“土得木而达之。”若肝的疏泄功能异常，不仅会影响脾的升清功能，出现头晕、腹泻，还会影响胃降浊的功能，出现暖气、呃逆、脘腹胀满疼痛等症。此外，肝的疏泄功能还可调畅情志，故而人类的情志活动也与肝的疏泄功能密切相关，若肝疏泄功能失职，容易出现肝气郁结或肝升太过之象，表现为内心压抑难解、急躁易怒等。

现代人由于工作压力过大，情感交流减少，情志问题越来越多；工作内容纷繁复杂；长期加班加点，昼夜颠倒。长时间以这种状态从事单一工作，日久必然产生“倦怠”之感，从而导致情志不舒，出现肝气郁结。过食肥甘厚腻，损伤脾胃，土侮及木，亦会导致肝功能的异常，从而出现一系列症状，比如情绪低落、易激惹、脘腹胀满等。

另外，肝主藏血，具有贮藏血液和调节血量的作用。藏血功能正常才可以发挥肝的疏泄功能，使之冲和条达。《素问·五脏生成论篇》说：“故人卧血归于肝，何也？肝主血海故也。”由于肝脏对血液具有贮藏和调节分流作用，又《素问·经脉别论篇》中指出“食气入胃，散精于肝，淫气于筋”，所以，肝藏血充盈，才能滋养筋，筋得其养才能活动有力而灵活，所以肝藏血养筋、柔筋，可以调控肢体活动，有缓解疲劳及困乏状态的作用。

现代人长期处于慢性应激状态下，负性生理心理改变可以暗耗气血，精神情绪长期紧张则使机体处于不平衡状态，致使肝失疏泄，调节气血的功能紊乱，便会出现疲倦乏力等症状。思考、忧虑过度会损伤肝，影响其功能。如《三因极一病证方论·五劳证治》中写到“以其尽力谋虑则肝劳”，《明医指掌》中也提到“尽力谋虑，劳伤乎肝，应于筋极”，都说明过度的精神活动会影响肝的调节功能，从而影响人体活动的整体协调配合能力，使工作的操作熟练程度、准确度降低，给安全埋下隐患。反之，肝主疏泄功能失常，亦可导致情志失常，疲劳渐显。肝藏血，开窍于目，若肝血不足，目失所养，便会出现视力下降，两目干涩。

4.2 脾与心理疲劳的关系

中医理论认为，脾胃为后天之本，脾主运化，主升清，脾在志为思，在体合肌肉，主四肢。《素问·本病论篇》指出：“饮食劳倦即伤脾。”金元时期，李东垣十分强调脾胃在人体健康中的重要作用，认为饮食不节、劳逸所伤及情绪失常，均易导致脾胃受伤、正气衰弱，从而引发其他病变。《景岳全书·劳倦内伤》中提到：“凡饥饱劳倦，皆能伤人。盖人以饮食为主，饮食以脾胃为主，今饥饱不时，则胃气伤矣，又脾主四肢，而劳倦过度，则脾气伤矣。”脾的一个生理特性是喜燥恶湿，然而现代人多食肥甘厚腻，生活作息紊乱，昼夜颠倒，容易滋生内湿，湿邪伤人，脾阳受损，长此以往则会导致脾阳虚衰。《素问·宣明五气论篇》有云：“久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋。”现代人由于工作繁重，运动减少，长此以往，则导致肌肉松弛无力。脾阳虚衰，脾失健运则见腹胀、纳少、四肢不温、肢体困重等症；脾气受损，肌肉四肢失养则见倦怠乏力；脾不升清则见头脑昏蒙、注意力不集中；脾不运化可见腹泻或便秘；湿邪入侵，若阻于经络，则经气不畅、气血壅滞而见肢体重着、酸痛；湿停于筋骨，可见肢体关节疼痛、重滞难移。

5 从肝脾失调探讨心理疲劳的治疗

肝郁与脾虚相互影响，从而加重了心理疲劳。情志不遂、郁怒伤肝，或饮食不节、劳倦伤脾可导致肝失疏泄、脾失健运从而出现肢体疲惫感、抑郁或急躁易怒、对周围环境漠不关心、对所做事情提不起兴趣等心理疲劳症状。

《素问·气交变大论篇》论及“肝木受邪”时说到：“肃杀而甚，则体重烦冤。”明确指出肝与脾胃运化功能的密切关系，以及与人体疲惫感发生的相关性。清代唐容川在《血论证》中对肝脾相关理论的观点作了进一步的阐释，书中写到“木之性主乎疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，则水谷乃化。设肝不能疏泄水谷，渗湾中满之证在所不免。”进一步提出肝主疏泄对脾胃运化功能的影响。明代医家李梴、章潢提出“肝虚则关节不利，腰连脚弱”“人之肝亏则筋急”，则进一步强调了肝与肢体活动能力的关系。《素问·六节藏象论篇》中说到“脾胃者，仓廪之本，营之居也……其充在肌”，《素问·平人氣象论篇》中提到“脏真濡于脾，脾藏肌肉之气”。由此可见，心理疲劳的极度疲劳感即属于肝郁脾虚范畴，且二者常可相互影响，形成恶性循环，进一步加重心理疲劳。因此，对于心理疲劳的治疗，当从肝脾失调入手，针对心理疲劳复杂多变的症状表现，以及负面情绪突出的特点予以辨证论治。

6 结论

心理疲劳因长期从事单一工作所致，属中医“倦”，偏重于精神方面的表现，归于“七情”，它丰富了七情致病的内涵和外延。心理疲劳病在五脏，与肝脾密切相关，其症状中情绪改变、纳呆、肢体疲乏感即可证实。病机核心为肝脾失调，肝郁与脾虚常相互影响，从而加重心理疲劳的症状。工作压力的增大，昼夜颠倒的生活导致生活作息改变，出现人体生物节律紊乱，可导致睡眠障碍；情感交流的缺乏，内心感情无处宣泄可导致情志异常；饮食结构的改变对脾胃功能的影响，以及各种因素间相互影响可导致肝、脾功能受到损害而出现异常。因此，针对发病率越来越高的心理疲劳，在中医诊疗中，当从肝脾论治，疏肝理脾，理气解郁。

（臧镭镭, 宋月晗, 吴凤芝, 等. 从肝脾失调探讨心理疲劳治疗的研究与思考[J]. 现代中医临床, 2015, 22(06):50-52.）

孙光荣辨证治疗糖尿病性心肌病的“瘀热毒结”理论

孙光荣教授是国家中医药管理局第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，从事中医文献研究及临床工作 50 余年，在糖尿病性心、脑、肾血管并发症的诊治方面积累了丰富的经验，尤其在疾病的中医病机理论、处方模式等方面研究颇深。其创立了依照药物的功效区分君臣佐使，按照“三联药对”组方原则进行辨证用药的新型处方模式。笔者自 2012 年 8 月跟师以来，亲临孙教授运用其“瘀热毒结”理论指导糖尿病性心肌病(diabetic cardiomyopathy, DCM)的诊治，具有良好的临床疗效。现总结如下。

1 DCM 现代医学认识

糖尿病性心肌病(DCM)是糖尿病引发的一种慢性心肌病理改变，它是在心肌代谢紊乱和心脏微血管病变的基础上引发的广泛局灶性坏死。2 型糖尿病心肌病评价主要通过心功能检测来完成。早期心脏功能改变主要表现为舒张功能障碍，临床可见劳力性呼吸困难，不典型胸痛等；疾病发展到中晚期可出现疲乏、端坐呼吸、胸痛、心悸、呼吸困难等。患者发作心绞痛及心功能不全时含服硝酸甘油可在一定程度上缓解，但不如冠心病心绞痛时见效快、缓解程度好。糖尿病心肌病临床上很难早期发现，动物模型建立相对困难，研究发现，DCM 与糖尿病患者的空腹血糖、胰岛素抵抗指数等有一定关系；由于目前尚缺乏特异性的诊断方法，故临床误诊较多。通常根据患者的病史、临床症状，结合各项化验及影像学资料等诊断。超声心动图是无创性评价心脏结构和功能的常用方法，超声心动图可通过测量舒张期二尖瓣口 E 峰、A 峰速度及 E/A 比值来评价糖尿病患者左心室早期舒张功能减退，表现为 $E/A < 1$ 。

2 孙光荣 DCM “瘀热毒结”理论

孙教授认为，DCM 与血瘀、郁热、痰毒关系密切，久病不愈，则三者聚结，而致胸闷、胸痛、心悸、水肿等病症，治疗首当按照“三联药对”组方学术思想益气活血、开郁清热、化痰解毒、软坚散结，再根据患者的伴随症状运用“补、引、纠、和”的方法加减用药，以达到治疗的目的。

2.1 “瘀”

“瘀”者，气虚血瘀是也。DCM 属于中医学“胸痹”“厥心痛”“心悸”“怔忡”“水肿”“消渴心病”的范畴。研究表明，DCM 最基础病机是“气虚血瘀”。而随着病程的进展，最终将形成“瘀”“郁”“痰”“毒”。孙教授认为，DCM 归属于“消渴心病”的范畴，其病机特点是本虚标实，本虚为气血亏虚，标实为瘀血、郁热、痰毒等。消渴病多因先天气虚不足，后天脾胃虚弱，饮食失于节制，纵欲过度，损伤气血；或湿热痰浊羁留脾胃，血脉瘀滞，久则为热毒，发于三焦，而成消渴病。孙教授引《中藏经·论水肿脉证生死候第四十三》云：“消渴者，因冒风冲热，饥饱失节，饮酒过量，嗜欲伤频，或饵金石，久而积成，使之然也。”消渴病进一步发展，导致消渴心病，出现胸闷、胸痛、心悸、水肿等症状。孙教授善用人参、黄芪、丹参组成“三联”药对，诸参(人参、西洋参、党参)补中气，黄芪补脾胃之气，丹参活血化瘀，其主张治疗人体百病皆离不开调理气血，只有紧紧扣住“气血”二字，才能提高临床疗效。

2.2 “热”

“热”者，肝胃郁热是也。DCM 患者胸胁胀满、心悸怔忡、烦热不眠、口干口苦，乃肝胃郁热之证。《内经》中病机十九条之论述，大多与火邪有关，火邪其性燥热，治疗当滋阴降火。金元四大家之一朱丹溪，在其治疗消渴病心悸、胸

闷等病症的医案中，推崇滋阴降火的方法。而孙教授认为，膏粱厚味，必损伤脾胃，导致脾胃积热，发为消渴病，病久不愈，损伤厥阴心包经，而见胸闷、心悸诸症；加之现代人嗜欲无度，所求不得则肝郁气滞，肝气郁滞与脾胃积热相合，导致肝胃郁热证。张仲景《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》中便有“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热”的记载，其治疗当开郁清热。孙教授善用柴胡、黄芩、郁金组成“三联”药对，达到开郁清热的治疗效果，对于心悸、失眠症状明显的患者，配伍麦冬、五味子、生磁石、酸枣仁、龙眼肉、灯心草、炒枳壳、生龙齿等滋阴清热、敛心安神。

2.3 “毒”

“毒”者，痰毒、浊毒是也。毒邪分外毒与内毒，外毒指外来侵袭机体并造成损害的一类病邪；内毒主要因脏腑功能与气血运行紊乱使机体内生病理产物不能及时排除，蕴积于内而化生内毒。浊亦有内外之分，外者乃自然界秽浊之气；内者为人体异生之病理产物，其性劲滞，易结滞脉络，阻塞气机，致病缠绵难愈。浊与毒因性质类同而极易相生互助为虐，故以“浊毒”并称。孙教授认为，糖尿病患者的高血糖、高血脂、血液黏稠度增高，可被称为“痰毒”“浊毒”。痰毒者临床表现为形体肥胖、神疲乏力、咳嗽咯痰、胸闷、胸痛、心悸、口中臭味等。现代研究也证实了 DCM 与“毒”之间的关系。针对 DCM 的“毒”，以“化痰解毒”“清热解毒”为法。孙教授善用法半夏、广陈皮、淡竹茹，或生山楂、玉米须、荷叶，组成“三联”药对，达到“化痰解毒，泻浊解毒”的效果。

2.4 “结”

“结”者，邪气聚结是也。孙老认为用药如用兵，“知己知彼”才能“百战不殆”，并且要做到“胸中有大法，笔下无死方”。DCM 与气虚、血瘀、郁热、痰毒关系密切，久病不愈，则数故聚结，而致胸闷、胸痛、心悸、水肿等病症。并且“虚”“瘀”“郁”“痰”常相生互助为虐。虚可致瘀，虚可致郁，虚可致痰，瘀可致郁，瘀可致痰，郁可致痰，反之亦可。即“虚”↔“瘀”↔“郁”↔“痰”，循环无端，最终气血、痰瘀、痰热、郁热结聚，治疗当益气活血、清热解毒、化痰散结。孙教授善用山慈菇、猫爪草、半枝莲或珍珠母、菝葜根、延胡索等组成“三联”药对，达到清热解毒、软坚散结的治疗效果。

3 病案举例

患者，女，60 岁，2013 年 4 月 15 日初诊。患者 2 型糖尿病病史 11 年，就诊时仍使用胰岛素每日 4 次皮下注射治疗，每日胰岛素用量 60 U，空腹血糖控制在 7.0~11.0mmol/L，餐后血糖 11.0~20.0mmol。高血压病史 20 年，现口服苯磺酸左旋氨氯地平 5 mg，每日 1 次；福辛普利钠 10 mg，每日 1 次，血压控制在 140/80 mmHg 左右，否认既往冠心病史。近 1 月患者间断心悸、胸闷、活动后喘息，下肢轻度水肿，纳呆，恶心，眠差，尿少，便溏。唇舌暗淡，舌下瘀斑，苔黄腻，脉弦滑。

入院后查糖化血红蛋白 10.17%，血生化：肝肾功能正常，血脂正常。心电图无明显 ST-T 改变，无左室高电压。心脏 M 型超声：室壁厚度正常，左室射血分数 68%，左室周径缩短速率 38%，心脏多普勒超声：二尖瓣口 E 峰：61 cm/s，二尖瓣口 A 峰 110 cm/s，E/A < 1，印象：左室舒张功能减低。腹部 B 超：肝胆胰脾肾输尿管未见异常。

西医诊断：糖尿病性心肌病；中医诊断：消渴病心病；辨证气虚血瘀、痰热浊毒证；治则：益气活血，养心安神，清热化痰，泻浊解毒。方药组成：西洋参 10g，生黄芪 15g，紫丹参 10g，益气活血为君；云伏神 15g，炒枣仁 10g，灵磁

石 10g, 养心安神为臣; 法半夏 10g, 广陈皮 10g, 淡竹茹 6g, 清热化痰为佐; 玉米须 15g, 北山楂 10g, 干荷叶 10 g, 泻浊解毒为使; 车前仁 15g, 生甘草 6g, 补引纠合俱全。7 剂, 水煎服, 日 1 剂。

服药后患者心悸、胸闷诸症缓解, 下肢水肿消退。饮食正常、眠安、二便调。实验室检测: 空腹血糖 7.0~8.0 mmol/L, 餐后血糖 7.2~10.0mmol/L。2013 年 6 月 19 日随访患者, 诉除无明显不适症状外, 心电图、心脏 M 型超声及心脏多普勒超声复查均正常。本例患者否认既往冠心病史, 同时心电图不支持高血压性心脏病诊断, 孙光荣教授结合患者糖尿病史及心脏彩超等检查结果, 明确糖尿病性心肌病诊断, 运用“瘀热毒结”理论治疗, 在以人参、黄芪、丹参、麦冬等益气养阴中药的基础上加减治疗而收效, 具有一定的临床指导意义。(曹柏龙, 孙光荣. 孙光荣辨证治疗糖尿病性心肌病的“瘀热毒结”理论[J]. 北京中医药, 2014, 33(02):106-108.)

运用孙光荣瘀热湿毒理论治疗糖尿病皮肤瘙痒症

孙光荣教授是国家中医药管理局第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、第二届国医大师，从事中医文献研究及临床工作五十余年，临床经验丰富。在糖尿病皮肤瘙痒症诊治方面，孙老认为其与瘀热湿毒关系密切，由于糖尿病皮肤瘙痒症严重影响患者工作、生活，甚则导致失眠和抑郁，可运用“清心止痒汤”中药内服及“解毒化湿汤”外洗治疗。笔者自2012年8月跟师抄方以来，运用孙光荣教授瘀热湿毒理论之“清心止痒汤”中药内服及“解毒化湿汤”外洗治疗糖尿病皮肤瘙痒症，取得良好疗效。总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究82例病例均来自于2013年9月~2014年9月北京中医药大学东直门医院东区住院的糖尿病皮肤瘙痒症病人，根据数字表法随机分为治疗组42例，男24例，女18例，对照组40例，男22例，女18例。治疗组平均年龄 (59.90 ± 9.17) 岁，糖尿病病程0.5~30年，平均 (9.64 ± 6.66) 年，HbA1c为 $(9.40 \pm 1.83)\%$ ，瘙痒VAS评分为 (47.12 ± 20.06) 分；对照组平均年龄 (61.00 ± 8.93) 岁，糖尿病病程1~28年，平均病程 (10.02 ± 4.53) 年，HbA1c为 $(9.07 \pm 1.90)\%$ ，瘙痒VAS评分为 (45.78 ± 14.96) 分，2组年龄、病程、HbA1c、瘙痒VAS评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准 1)糖尿病皮肤瘙痒症诊断标准：糖尿病诊断标准参照《中国2型糖尿病防治指南》(2013年版)和文献[2]中有关糖尿病皮肤瘙痒的定义，即2型糖尿病患者空腹血糖(FPG) $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ；或葡萄糖负荷后2h血糖(2HPG) $\geq 11.1\text{mmol/L}$ ；或典型糖尿病症状(多饮、多食、多尿、体质量下降)加上随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。皮肤无原发性皮损，以瘙痒为主和(或)伴见抓痕、结痂、色素沉着、继发湿疹样变。2)中医辨证分型标准：参照(22个专业95个病种中医诊疗方案)中有关消渴病瘀证、湿证和《中药新药临床研究指导原则》中有关血瘀证、湿热证中医辨证分型标准，辨证为血瘀兼湿热浊毒证。3)纳入、排除标准：2型糖尿病皮肤瘙痒症者，年龄20~75岁；中医诊断符合血瘀兼湿热浊毒证证型，西医诊断符合2型DM诊断标准和文献[2]中有关糖尿病皮肤瘙痒症者为纳入标准。排除标准：合并肝、肾及造血系统等严重原发性疾病者；脑血管意外、心肌梗死、外伤、重大手术、甲状腺疾病、肾病综合征及其他可能影响血糖的疾病患者；妊娠或哺乳期妇女；对药物过敏者。

1.3 知情同意及伦理审查 受试者知情同意，并签署知情同意书。整个研究过程经过医院伦理委员会审查批准。

1.4 治疗方法 2组均予糖尿病膳食指导，西药胰岛素基础治疗：使用精蛋白锌重组人胰岛素注射液(礼来苏州制药有限公司，国药准字J20080094)控制血糖，使空腹血糖 $< 8.0\text{mmol/L}$ ，餐后血糖 $< 11.0\text{mmol/L}$ ，无低血糖症。对照组给予炉甘石洗剂(上海运佳黄浦制药有限公司，国药准字H31022790)治疗。治疗组在西药控制血糖基础治疗上口服孙光荣教授的清心止痒汤，药物组成：西洋参10g，生黄芪10g，丹参10g，茯神12g，酸枣仁10g，全当归10g，白鲜皮10g，地肤子10g，蝉蜕6g，生地黄10g，赤芍10g，生甘草5g。1剂/d，水煎400mL，分2次早晚饭后温服；解毒化湿汤外洗，药物组成：蛇床子10g，百部根10g，白花蛇舌草10g，土茯苓30g，金银花30g，蒲公英15g，白鲜皮15g，地肤子15g，蝉蜕10g，生薏苡仁15g，芡实仁15g，山慈菇15g，野菊花10g，生甘草5g。1剂/d，水煎2000mL。2周为1个疗程，连续治疗8周后统计疗效。

1.5 观察指标 2组分别于治疗前、后检测HbA1c%、瘙痒VAS评分。

1.6 疗效标准 1)瘙痒VAS评分法。参照文献[3]中瘙痒VAS评分法,自诉瘙痒程度用一个直观模拟标度尺测量,尺子的左端表示无瘙痒,右端表示剧烈瘙痒、无法入睡,中间表示不同程度的瘙痒。尺子的反面有与正面相应的刻度0~100。测定时让患者自己指定瘙痒程度在尺子正面的所在位置,医师则可读取、记录尺子反面的相应刻度,此刻度即为患者的瘙痒记分。2)疗效标准。按照尼莫地平法计算疗效,疗效指数(n)=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。显效:疗效指数(n)≥70%;有效:疗效指数(n)≥30%;无效:疗效指数(n)<30%。

1.7 统计学方法 全部资料采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析,计量资料采用方差分析和t检验,方差不齐时采用非参数检验。率的比较采用卡方检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组HbA1c%控制情况比较 见表1。

表1 2组HbA1c%控制情况比较(x±s)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	42	9.40±1.83	7.55±0.88 ^{##△}
对照组	40	9.07±1.90	8.04±0.85 ^{##}

注:与治疗前比较,##P<0.01;与对照组比较,△P<0.05

2.2 2组瘙痒VAS评分比较 见表2。

表2 2组瘙痒VAS评分比较(x±s)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	42	47.12±20.06	36.60±8.07 ^{##△}
对照组	40	45.78±14.96	40.38±8.84 [#]

注:与治疗前比较, #P<0.05, ##P<0.01;与对照组比较, △P<0.05

2.3 2组临床疗效结果比较 见表3。

表3 2组临床疗效结果比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	42	10	27	5	88.09 [#]
对照组	40	6	20	14	65.00

注:与对照组比较, #P<0.05

3 讨论

孙光荣教授认为,百病皆与气血失和有关,在治疗思想上强调“重形神、调气血、平升降、衡出入”之法。糖尿病皮肤瘙痒症属于中医“风瘙痒”范畴,其病机乃消渴病久治不愈,耗气伤津,导致气虚血瘀、气血失和、腠理不固,加之外感风寒湿热之邪,郁于肌肤,与糖毒胶结,久则成瘀热湿毒,其病机乃本虚标实,虚乃气虚血虚、心神失养,实乃瘀热湿毒之邪,故当标本兼治。“清心止痒汤”乃益气养血、宁心安神、祛湿解毒之品,方中西洋参、生黄芪、丹参益气活血为君药;茯神、酸枣仁、全当归养血安神为臣药组合;白鲜皮、地肤子、蝉蜕清热解毒、祛风止痒为佐药;生地黄、赤芍、生甘草凉血散瘀为使药。孙老把这种按照药物的功效区分君臣佐使,在对药的基础上形成角药的处方模式称之为“三联药组”。处方原则一是“扶正祛邪”,二是“补偏救弊”。第一型:扶正组合,也可以说是“增防型”组合,用于增强抵抗力,即增强防御功能,重在益气活血,益气活血又重在益气,并视需要补其不足、纠其所偏。第二型:祛邪组

合，也可以说是“主攻型”组合：用于攻邪，但“三联药组”中，必有一味用来助攻或制衡，即用以相须、相使、相杀、相畏。第三型：辅助组合，也可以说是“引导型”组合。主要用于引药直达病所，或用针对性强的专病专药。

“解毒化湿汤”乃孙老治疗各种类型皮肤病及妇科白带外洗经典方，方中除常见的蛇床子、百部根、白花蛇舌草、土茯苓、金银花、蒲公英、白鲜皮、地肤子、蝉蜕衣等清热解毒、祛风止痒的药物外，最大的特点就是运用了祛湿的生薏苡仁、芡实仁。这与孙老对于“湿毒”导致皮肤病的认识理论是一致的。

本研究运用孙光荣教授“瘀热湿毒”理论之“清心止痒汤”中药内服及“解毒化湿汤”外洗治疗糖尿病皮肤瘙痒症患者，结果提示在采用西药控制血糖的同时，运用孙光荣教授清心止痒汤中药内服及解毒化湿汤外洗，可进一步改善糖尿病皮肤瘙痒症患者 HbA1c% 及中医临床症状。在本次试验中，2 组均未发生严重不良事件，提示本方法安全有效。（曹柏龙, 崔赵丽, 苗桂珍, 等. 运用孙光荣瘀热湿毒理论治疗糖尿病皮肤瘙痒症 [J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31 (05): 993-995.）

论内病外治法

内病外治法者，自《马王堆出土医书》、《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》以降，历代医家对内病外治均有研究，精方妙药层出不穷。近现代医家宗“外取”之义而进行文献与临床研究，精研内病外治之组方、药物、剂型及给药方式、部位、时间，仁智互见，异彩纷呈。仅近6年《中医外治杂志》等国内专业科技期刊发表有关中医内病外治专论达300余篇，并已开发内病外治药品、器械。凡此，对中医外治法之继承与发展，厥功甚伟。但目前所开发之中医内病外治药品呈现四多四少之现象，即用于保健者多，用于治疗者少；用于慢性疾病者多，用于急救者少；同类产品多，特色产品少；敷贴佩带产品多，嗅剂等类产品少。如何深入研究中医内病外治法？如何开发中医外治方药？笔者在文献与临床研究中，通过长期考察与体验，认为必须用功于“三知”：即知其原、知其要、知其良。

1 内病外治法之原：刺激感应

《理瀉駢文》曰：“外治之理，即内治之理，外治之药，即内治之药。所异者，法耳”，“凡病多从外入，故医有外治之法，经文内取外取并列，未尝教人专用内治也”。此言外治法之所由，乃谓辨证施治之理、之方、之药与内治无异也。然而，并未明确外治法之“原”。内治与外治虽仅给药途径之有别，而究其原，实为药物吸收方式之有别，亦即药效机制之有别。笔者考证古今内病外治法共635方，1085味药物、29种给药途径，结果如下：635方中，用于内科病证307方，占48.3%（用于急症者占其中36%）；用于妇产科病证184方，占28.9%；用于儿科病证68方，占10.8%；用于五官科病证47方，占7.4%；用于辟秽、抗衰等保健营养者21方，占4.6%。1085味药物中，性味浓烈者417味，占38.4%（组方含性味浓烈者占89.8%）；性味平淡者668味，占61.6%（用作赋形剂者占其中72.4%）。29种给药途径中，从孔窍（眼、鼻、耳、口腔粘膜、肛门、阴道）给药者，占23.6%（眼鼻孔给药占其中56.3%）；从穴位（包括阿是穴）给药者，占54.5%（神阙穴占其中44.8%，涌泉穴占其中18.4%）；其他体表给药者占11.6%，而属局部给药者100%（不含药浴法）。故文献研究表明：（1）中医外治法主要用于治疗疾病，而非保健；可治疗内科、妇产科、儿科、五官科诸“内病”，并可用于急症。（2）中医外治法组方中多含有性味浓烈药物（孔穴粘膜给药除外）。（3）中医外治法给药途径应以穴位给药（尤其是神阙、涌泉穴）为主。（4）中医外治法应重视孔窍（尤其是眼、鼻）给药。

由此可知，中医外治法从体表局部给药，通过肌肤和经络感传、吸收而治脏腑诸病，其基本原理是“刺激感应”。因之，凡“内病”皆可“外治”；凡外治必给以刺激性强（香窜等特殊气味及寒热温凉等特性）之药物；凡给以刺激性强之药物必须选择感应性强（循经取穴等）之体表局部予以施治。明乎此，则内病外治之法可以深入研究而拓展之。

2 内病外治法之要：四辨四宜

中医外治法因可概治诸“内病”，亦具有简、验、便、廉，毒副作用小之优势，但绝不可滥用于临床。因敷脐、护肚、贴背、嗅气、点眼而致剧致危者累见不鲜。考诸文献而挈其纲领，则知中医外治之要为“四辨四宜”：

2.1 四辨：辨表里，辨寒热，辨虚实，辨逆顺

“阴阳表里寒热虚实”为中医辨证通用之“八纲”，而《中藏经》（托名华佗）则吸取外治鼻祖华佗之临证经验，归结为“虚实寒热生死逆顺”之脏腑辨证八纲。故内病外治宜取二者折衷之，以“表里寒热虚实逆顺”为纲。表里者，病

位也；寒热者，病因也；虚实者，病性也；逆顺者，病势也。辨病位、病因、病性、病势，方可择其外治方药当寒、当热、当温、当凉、当升、当降，亦方可择其给药途径及给药方式。如，表热者，当以辛凉之散嗅鼻取嚏、外敷取汗；里热者，当以寒凉之品揉脐贴足。又如外感头痛，因于风寒者，当以辛温药散取嚏；因于风热者，当以寒凉之品敷于太阳；因于风湿者，当以温燥之膏贴于大椎。再如气虚下陷所致脱肛、子宫脱垂等虚证，可用提升之药，上敷百会，继以收敛之剂外洗以收托；热毒蕴结之热淋等实证，可用清热解毒滑利之散敷脐。还如，凡临逆证，当以回阳救逆之品外敷百会、涌泉、膻中、劳宫；凡遇顺证，则可依证施治以阻断其病势发展。

2.2 四宜：因人制宜，因地制宜，因时制宜，因给药途径制宜

前“三宜”为中医施治之通则，然中医外治，除注意地域之南北，时令之寒温以外，尤其注重因人制宜与因给药途径制宜。凡小儿、妇女、体质羸弱者，则宜小剂、宜敷贴、宜灌洗、宜用和缓之品，且应兼顾生活习惯及药物过敏史，对患者“三不乐”（不乐闻之气味，不乐见之剂型，不乐受之给药方式）以及过敏药物，均应忌用。凡非从孔窍给药不足以取效者，应尽量从孔窍给药，且应注意给药后尽可能不影响患者之日常生活。

3 内病外治法之良：三准二精

运用中医外治法如何才能取得速效、高效、长效？试述以“三准二精”为准则：

三准者，即辨证准确，给药途径选择准确，给药方式选择准确。在施用外治法中，尤以给药方式准确为重。在滴、嗅、塞、吸、握、敷、螯、贴、洗、兜、缠、枕、垫、照等多种方式之中，如何选择最佳者，则应视患者年龄、性别、病证、时令及所选体表部位而定，如急症、危症而无呼吸道阻塞者，可用滴、嗅、吸等方式；凡慢性疾病可选用敷、贴、枕、垫等方式。

二精者，即精于施术，精于制剂。如采用梅花针先点刺而后敷贴，则可促进药物渗透；先脐周按摩而后兜肚，则可增强药物吸附；固定膏散之后再施以湿润加压法，则可延长药效作用时间等等，此皆谓精于施术者。外治之膏、散、栓、酊、饼等制剂，均需精选、精制。组方宜精审，药物以1~5味为宜（浴疗、兜脐等之组方除外）；制剂应达到国家药审有关要求，尤应在执行质量标准中，着重解决某些必用新鲜药物之保鲜、灭菌、恒温、恒湿等问题。

综上所述，中医内病外治法独具特色，应用广泛，研制开发之前景十分广阔，若继续深入研究，真正知其原、知其要、知其良，则可将其临床应用系列化、规范化、标准化。（孙光荣. 论内病外治法[J]. 湖南中医药导报, 1995, 01(01): 9-10.）

糖尿病足溃疡中药油膏剂研制理论与实践

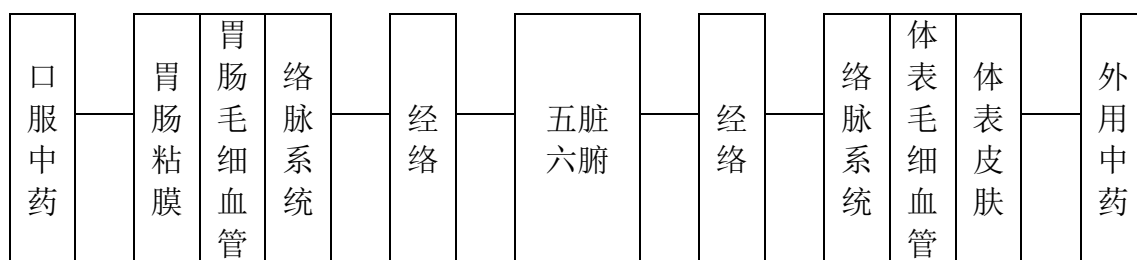
糖尿病足溃疡属于中医“痈疽”、“脱疽”等范畴。我国古代有许多治疗糖尿病足溃疡的经验方包括外用制剂。有些方药至今仍在临床使用。北京中医药大学东直门医院东区内分泌科多年来在诊治糖尿病足溃疡方面积累了丰富的临床经验。近2年依托国家中医药管理局全国名老中医孙光荣教授工作室、北京市医用生物制品中试基地，在系统整理《中藏经》、《华佗遗书》、《刘涓子鬼遗方》等中医古籍的基础上，我们对中药外治油膏剂理论、治疗糖尿病足溃疡大黄系列油膏剂的中药成分提取、中药油膏剂提取工艺等方面开展了研究工作。现介绍如下：

1 中药外治法及糖尿病足溃疡中药油膏剂理论研究

中药外治法具有悠久的历史，历代医家均十分重视中药外治法的使用，包括内、外、妇、儿、骨伤各科。《黄帝内经》中已有“疏贬之，涂已采膏”的记载。南北朝时期，齐·龚庆宣撰《刘涓子鬼遗方》中，收录了70余个油膏方，成为我国油膏剂的经典著作，书中载有各种性能的油膏，并记载了详细的油膏制备工艺和质量控制方法。清代吴师机《理瀹骈文》曰：“外治之理即内治之理，外治之药亦即内治之药，所异者法耳。医理药性无二，而法则神奇变幻”。现代研究表明中药油膏剂可用于治疗银屑病、烫伤创面、四肢伤创面愈合、湿疹、下肢溃疡、新生儿硬肿症、失禁相关性皮炎、压疮、糖尿病足干性、混合性坏疽等疾病。其治疗的中医药理论，通常认为与中药的清热解毒、凉血、散瘀、燥湿、敛疮等有关。现代研究证实许多外用中药具有抗炎、抑菌杀菌等作用。此外，中药外治的重要机制还包括对皮肤表面的营养作用。许多中药含有丰富的微量元素和非必须氨基酸以及胶原蛋白等物质，有的直接参与了抗氧化及缺损软组织的修复过程，有利于正常皮肤软组织的生长，从而有助于伤口的愈合。

笔者认为，中药外治的机制乃是建立在系统的中医理论基础之上。不论是汤剂、散剂、膏剂、栓剂等，均可在同一个理论指导下进行。局部用药仅仅是中药外治的某个方面，不能涵括中药外治理论的全部。包括中药热敷、刺络放血等中医外治法以及口服和外用中药，均可以在同一理论下进行。基于“皮肤—经络”系统调节的中药外治理论，可用于指导中药外治临床实践。试阐述如下：

口服中药通过胃肠黏膜吸收进入血液，借助于经络系统和各组织器官的调节作用以治疗疾病。外用中药则通过位于体表的皮肤吸收，借助于经络系统和各组织器官的调节作用以治疗疾病。二者共同的作用方式：即通过黏膜或皮肤吸收，借助于经络系统和各组织器官的调节作用以治疗疾病。这与中医脏腑、经络理论相一致。内在的络脉、经络、脏腑和外在的经络、络脉，相互沟通、渗透，共同调节着人体的生理、病理过程。阴阳相贯，如环无端，这是一个庞大的调节系统，如下图所示：



中药外治法即现代医学的经皮渗透吸收给药,其理论早在近二千年前的中医古籍中就有比较系统的认识。如《金匱要略·臟腑經絡先後病脈證并治》云:“腠者,是三焦通會元真之處,為氣血所注;理者,是皮膚臟腑之文理也。”言明人體皮膚由氣血充養,與臟腑貫通,並認為人體以心、肝、脾、肺、腎五臟為中心,通過經絡聯系上下內外,是一個有机的整體。皮膚與臟腑都是整體中的局部,相互聯系,也相互影響,施治於外,既可作用於內,治在局部,也可通達全身。

以上中药外用理论可适用于多种疾病的治疗,既可用于指导外治中药复方组方,也可以指导外治中药偏方、验方的临床运用,中药油膏剂更可以用于糖尿病足溃疡的治疗。

2 治疗糖尿病足溃疡中药油膏剂处方的制定

通过临床观察,我们认为糖尿病足溃疡可以分为三个期,早期、中期和晚期。早期糖尿病足,多见肢体红肿热痛的阳证,也有肢体溃疡而无红肿的阴证;中期糖尿病足溃疡可见较多的脓性分泌物,气血津液大伤;晚期疮疡久不收口,脓根盘紧,气血亏虚。在糖尿病足溃疡的三期辨证中,气虚血瘀证贯穿于糖尿病足溃疡发展的整个阶段,早期糖尿病足红肿热痛,未破溃或虽有破溃但无明显脓性分泌物,治疗以清热解毒、凉血活血为法。可予大黄、生侧柏叶、当归、白芍、川芎、丹参、生地黄、黄芩、黄柏、黄芪、薤白、甘草等中药组方。中期糖尿病足肢体疼痛,脓液较多,或溃疡后化脓形成瘻道,或脓根盘紧,治疗以清热解毒、燥湿化脓为法,可予大黄、黄芩、黄芪、当归、川芎、白芍、防风、独活、花椒、薤白、附片、细辛等中药组方。晚期糖尿病足溃疡,久不收口,治疗以清热解毒、敛疮生肌为法,可予大黄、黄连、煅牡蛎、煅龙骨、黄芩、黄芪、三七、升麻、白及、川芎、生甘草等中药组方。

3 治疗糖尿病足溃疡中药油膏剂有效成分的提取

本课题组研制中药油膏剂所用细辛、花椒、侧柏叶采用混合提取挥发油法,使用14倍水提取挥发油,收集蒸馏液,至分液漏斗中分液,收集上层油相,其药渣收集备用;丹参采用醇提取法;三七用微粉机粉碎,过100目筛备用;附子、煅龙骨、煅牡蛎采用水提法,先煎1小时。其余中药均采用水煎提取法。收集药液,合并后浓缩收膏。最终所得油膏密度为1.25~1.35g/ml。

4 治疗糖尿病足溃疡中药油膏剂基质的选择

早期糖尿病足红肿热痛,未破溃或虽有破溃无明显脓性分泌物,其中药油膏剂可采用水包油型乳膏剂;中期糖尿病足溃疡后脓液较多,瘻道形成,脓根盘紧或晚期糖尿病足溃疡,久治不愈,疮口不易收敛者,采用油膏剂。其中水包油型乳膏剂基质水相由甘油、聚乙二醇-2000、三乙醇胺、乙二胺四乙酸二钠、羟苯乙酯等组成;油相由二甲硅油、氮酮、十六醇、硬脂酸组成。油膏剂采用羊毛脂与凡士林适量作为基质,添加羟苯乙酯、轻质液状石蜡制成。

5 中药油膏剂制作工艺讨论

中药油膏剂是中药外治的常用剂型之一,现代研究表明中药油膏剂可用于治疗皮肤病、烫伤创面、四肢伤创面愈合、下肢溃疡等疾病。孙启明等学者通过研究后认为:中药成分很复杂,采用油煎工艺制备,油膏剂原料生药中的已知成分和未知成分,都可能遇到非油性成分不能被油脂所提取,从而丢失在残渣中,或者热敏性物质被高温所分解、破坏和炭化,失去生物活性以及挥发性成分的逸走等问题。以上原因均使得中药油煎工艺受到限制。此外,中药油膏剂的制作还与浸料、火力、火候等有关。《刘涓子鬼遗方》中对中药油膏剂制作工艺是根据“白芷黄膏成”的方法,即将中药白芷掺入中药中煎煮,煎药中的质量控制以白

芷煎至变黄为度，这个行之有效的质量控制方法沿用至明清时期。随着科学技术的发展，现在已经有了更先进的质量控制方法。在中药油膏剂基质的选择上，古书常采用以豚脂为主的动物油脂。虽然动物油脂有助于中药的透皮吸收，但动物油脂容易酸败，其酸败产物不利于伤口的愈合，因而到宋元时期医家们开始使用麻油、杏仁油等植物油作为中药油膏剂的基质。发展到明朝时期，医家们几乎全部采用了麻油作为基质。麻油性质稳定，药性清凉，有消炎止痛、滋润肌肤的作用，其本身就是一味消炎中药。现代的中药油膏剂制作常以羊毛脂与凡士林作为中药油膏剂的基质。

6 中药油膏剂治疗糖尿病溃疡典型医案

总的来说，中药油膏剂的研制比较复杂，虽然中药油膏剂临床疗效比较肯定，但是其研究尚缺乏统一的标准，中药外治油膏剂的作用机理、适应症、中药组方、疗效评价、质量控制等均值得我们进一步研究。我们将中药油膏剂运用于糖尿病足溃疡的治疗，取得了较好的效果，试举例如下：

患者，男，76岁，2014年3月9日初诊，患者2型糖尿病史30年，就诊时使用胰岛素治疗控制血糖，入院前2周出现右足第一、二足趾间皮肤溃疡，直径1×1cm，呈类圆形，溃疡中心凹陷化脓，脓根盘紧，溃疡边缘皮肤红肿，足趾疼痛，触之痛甚，彻夜难眠，双下肢凉。既往有冠心病、心绞痛、高血压、脑梗死、下肢动脉硬化闭塞症病史，2014年初曾因颈内动脉狭窄行支架置入术，舌暗淡有瘀斑，苔薄白，脉细。入院后查血糖12.7mmol/L，糖化血红蛋白6.78%，血肌酐276μmol/L，尿素氮18.4mmol/L，下肢血管彩超示：双下肢动脉硬化，双侧胫前动脉不完全闭塞，腹部彩超示双肾损害性改变，心脏彩超示左心室舒张功能减低。血常规大致正常。入院后予控制血糖、抗炎及常规换药治疗1月，溃疡边缘皮肤红肿消退，足趾疼痛依旧。经知情同意后，使用中药油膏剂外抹治疗，用药当晚足趾疼痛即明显减轻，用药三天后溃疡面奇迹结痂，坚持使用中药油膏剂10天，结痂脱落，足趾溃疡痊愈，获显著疗效。（曹柏龙, 苗桂珍, 缪娟, 等. 糖尿病足溃疡中药油膏剂研制理论与实践[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(14):114-115.）

中药油膏剂治疗糖尿病足溃疡临床研究

糖尿病足是一种以慢性、进行性肢端缺血，手足麻木及溃烂为临床表现的疾病，属于糖尿病的严重并发症，涉及糖尿病大血管病变、微血管病变及糖尿病周围神经病变。据国际糖尿病足工作组会议资料显示，糖尿病足发生率约占糖尿病患者数的5%~15%，美国每年因糖尿病足溃疡截肢的人数超过5000例。随着社会经济的发展，中国的糖尿病发病率及糖尿病足溃疡患病人数也在逐年增多。糖尿病足溃疡久治不愈，可导致肢体截肢甚至死亡，给糖尿病患者家庭和社会带来了沉重的经济负担和心理压力。我们自2013年4月开始，运用中药油膏剂治疗糖尿病足溃疡，取得了很好的效果，现介绍如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 40例患者均为2013年4月至2014年4月在我院住院治疗的糖尿病足溃疡患者，年龄最小者45岁，最大者80岁。其中男性24例，女性16例。皮肤溃疡病程最短3d，最长90d，平均为 (20.80 ± 14.20) d，皮肤溃疡面积最小为 $0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm}$ ，最大为 $10\text{cm} \times 8\text{cm}$ ，平均为 (27.59 ± 23.75) cm^2 ，采用随机数字表法随机分为油膏组(21例)和对照组(19例)，两组患者年龄、皮肤溃疡病程、创面面积等一般资料比较无统计学意义，具有可比性($P>0.05$)，见表1。

表1 糖尿病足溃疡患者一般资料表 (n, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄	性别		溃疡病程(d)	创面面积(cm^2)
			男	女		
油膏组	21	58.62 ± 8.15^a	14	7	19.43 ± 8.98^b	25.29 ± 26.13^c
对照组	19	60.21 ± 8.93^n	10	9	22.32 ± 18.51^b	30.13 ± 24.24^c

注： $P_a=0.34$, $P_b=0.52$, $P_c=0.87$, 均为 $P>0.05$

1.2 病例选择 2型糖尿病合并糖尿病足溃疡患者，年龄18~80岁之间，男女不限，签署知情同意，自愿参加本次试验。排除标准：妊娠或哺乳期妇女，试用本药过敏者。

1.3 药物制备与方法 对照组换药用乳酸依沙吖啶溶液由河北武罗药业有限公司生产(国药准字H13023474)，治疗组中药系列油膏剂由北京市医用生物制品中试基地制备，1号方组成：大黄、生侧柏叶、当归、白芍、川芎、丹参、生地黄、黄芩、黄柏、黄芪、薤白、甘草，用于糖尿病足溃疡较浅表且无明显脓性分泌物；2号方组成：大黄、黄芩、黄芪、当归、川芎、白芍、防风、独活、花椒、薤白、附子、细辛，用于糖尿病足溃疡脓液较多，脓根盘紧；3号方组成：大黄、黄连、煅牡蛎、煅龙骨、黄芩、黄芪、三七、升麻、白及、川芎、生甘草，用于糖尿病足溃疡，久不收口。根据糖尿病足溃疡的创面情况选择中药油膏1~3号，中药油膏中细辛、花椒、侧柏叶采用混合提取挥发油法；丹参采用醇提取法；三七采用微粉掺入法；其余中药采用水煎提取法。合并后浓缩收膏。创面常规消毒后换药，中药油膏纱布一层敷于其上，用消毒纱布包扎固定，每日换药1次，30天为1个疗程，30天创面未愈者继续治疗，直至痊愈。用药期间，嘱两组患者注意休息，避免过度食用辛辣之品，并针对原发病给予相应药物治疗。

1.4 疗效指标 统计创面愈合率并评估疗效。使用丹麦康乐宝公司生产的康惠尔透明贴(国食药监械(进)字2008第2641180号)网格薄膜覆盖伤口+边缘描绘+数码相机拍照+计算机处理计算创面面积。以初诊时创面面积(S)为基数，根据以下公式计算第10、20、30天创面愈合率：第n天创面愈合率=(S-疗后第n天创面面积)/S $\times$ 100%。痊愈：创面完全愈合；显效：创面缩小 $\geq 75\%$ ；有效：创面

缩小 $\geq 25\%$ 但 $<75\%$ ；无效，创面缩小 $<25\%$ 。

1.5 安全性检查 治疗前及治疗 14 天后检查血常规、血糖、肝肾功能、心电图。

1.6 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件，计量资料采用 t 检验，计数资料采用卡方检验；疗效比较采用等级资料的秩和检验。组间比较采用独立样本 t 检验， $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 创面愈合率比较 使用中药油膏治疗组 10d、20d、30d 创面面积分别为 $(18.43\pm 19.16)\text{cm}^2$ 、 $(11.10\pm 12.92)\text{cm}^2$ 、 $(6.80\pm 8.32)\text{cm}^2$ ，治疗后 30d 与治疗前相比差异有统计学意义， $P=0.003$ ，提示中药油膏治疗组可以促进创面愈合；对照组 10d、20d、30d 创面面积分别为 $(26.31\pm 19.93)\text{cm}^2$ 、 $(22.15\pm 17.43)\text{cm}^2$ 、 $(18.00\pm 17.68)\text{cm}^2$ ，治疗后 30d 与治疗前相比差异无统计学意义， $P=0.058$ ；经运用公式计算，中药油膏治疗组第 10d、20d、30d 创面愈合率分别为 29.46%、56.72%、77.22%；对照组第 10d、20d、30d 创面愈合率分别为 17.15%、31.82%、51.91%；中药油膏组与对照组 10d、20d、30d 愈合率比较均有统计学差异，中药油膏治疗组在促进创面愈合方面优于对照组，见下表：

表 2 糖尿病足溃疡创面愈合率比较 (x±s)

组别	例数	创面面积 (cm ²)			
		0d	10d	20d	30d
油膏组	21	25.29±26.13	18.43±19.16 ^{a△}	11.10±12.92 ^{b△△}	6.80±8.32 ^{c△△}
对照组	19	30.13±24.24	26.31±19.93 ^{a△}	22.15±17.43 ^{b△△}	18.00±17.68 ^{c△△}

两组创面愈合率比较，[△] $P<0.05$ ，^{△△} $P<0.01$ ，差异均有统计学意义。

2.2 总有效率比较 使用中药油膏治疗组 30d 痊愈 2 人、显效 11 人、好转 7 人、无效 1 人，总有效率 95.23%；对照组治疗组 30d 痊愈 2 人、显效 2 人、好转 8 人、无效 7 人，总有效率 63.15%，两组总有效率比较均有统计学差异， $P<0.05$ ，中药油膏治疗组优于对照组，见下表：

表 3 糖尿病足溃疡总有效率比较 [n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率%
油膏组	21	2	11	7	1	95.23
对照组	19	2	2	8	7	63.15

两组总有效率比较有统计学差异， $P=0.015<0.05$

2.4 安全性评价 治疗前及治疗 14 天后检查血常规、血糖、肝肾功能、心电图。治疗组与对照组均无严重不良反应。治疗组有 1 例发生轻度皮肤瘙痒反应，并未影响治疗。

3 讨论

糖尿病足溃疡是难治性皮肤溃疡，属于中医“痈疽”、“脱疽”等范畴。中医认为糖尿病足溃疡久治不愈的原因包括虚、瘀、郁、热、毒、结等，其中虚和瘀贯穿于糖尿病足的始终。现代医学认为糖尿病足的发病与糖尿病代谢损伤、糖尿病周围神经病变、糖尿病周围血管病变、营养不良、感染等因素有关。现代医学常用的清创术、抗感染或给予维生素类和锌治疗等虽有一定疗效，但总体效果尚不满意。在临床实践中，以中医理论为指导，糖尿病足皮肤溃疡在腐去之后难以愈合的原因在于虚、瘀、郁、热、毒、结同时存在。张光磊等学者研究认为，中医中药的综合外治能对溃疡的及早愈合起到明显促愈作用。比如对湿热毒盛、邪无出路的阳证溃疡，应用清热解毒，利湿消肿治则，而余毒未尽的阴证伤口，则多予化腐解毒、生肌止痛治疗。笔者在研究《中藏经》、《刘涓子鬼遗方》等

古籍时认识到糖尿病足溃疡的病机“乃五脏之毒发之于外，非独血脉闭塞。”故在中药油膏剂的组方中以清热解毒中药大黄等为主，以活血生肌中药为辅。将糖尿病足溃疡分为三个期：早期、中期和晚期。在糖尿病足溃疡的三期辨证中，早期糖尿病足红肿热痛，未破溃或虽有破溃但无明显脓性分泌物，治疗以清热解毒、凉血活血为法。予中药大黄、生侧柏叶、当归、白芍、川芎、丹参、生地黄、黄芩、黄柏、黄芪、薤白、甘草组方；中期糖尿病足溃疡脓液较多，或溃疡后化脓形成痿道，脓根盘紧，治疗以清热解毒、燥湿化脓为法，予中药大黄、黄芩、黄芪、当归、川芎、白芍、防风、独活、花椒、薤白、附子、细辛组方。晚期糖尿病足溃疡，久不收口，治疗以清热解毒、敛疮生肌为法，予中药大黄、黄连、煅牡蛎、煅龙骨、黄芩、黄芪、三七、升麻、白及、川芎、生甘草组方。丁玲等学者研究证实许多中药外用具有抗炎、抑菌杀菌等作用。此外，中药外治的重要机制还包括对皮肤表面的营养作用。许多中药含有丰富的微量元素、非必须氨基酸以及胶原蛋白等物质，有的直接参与了抗氧化及缺损软组织的修复过程，有利于正常皮肤软组织的生长，从而有助于伤口的愈合。肖秀丽等学者研究表明，中药油膏在糖尿病溃疡创面愈合过程中可能通过影响转化生长因子(TGF—p1)mRNA的分泌，从而调节 I、III型胶原不同时段的表达，起到促进创面愈合的作用，同时可一定程度上减少瘢痕形成圈。

本研究显示：中药油膏治疗组治疗糖尿病足溃疡总有效率优于对照组，中药油膏组在第 10、20、30 天促进糖尿病足溃疡创面愈合方面优于对照组，差异有统计学意义。提示中药油膏剂可促进创面愈合，本次研究中运用中药油膏剂患者无 1 例发生严重不良反应，仅有 1 例发生轻度皮肤瘙痒反应，并未影响治疗，提示中药油膏剂治疗糖尿病足溃疡具有良好的安全性。中药油膏剂治疗糖尿病足溃疡安全有效，值得进一步研究。（曹柏龙, 苗桂珍, 朱学敏, 等. 中药油膏剂治疗糖尿病足溃疡临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(15):11-13.）

老年痴呆症中医诊治略述

老年痴呆症是一种智能损害综合征,以进行性痴呆为特征,发生在早老期和老年期。临床上主要包括阿尔茨海默病和血管性痴呆,在我国患病率为2%~5%,且随着年龄的增大,患病率升高,高龄老人患病率可达到10%~20%。关于老年痴呆症的临床研究很多,但是在治疗方面,还是没有取得特别满意的效果。中医学上并没有“老年痴呆症”的病名,一般将其归为“白痴”、“呆病”、“善忘”、“健忘”、“虚劳”等范畴,本文对老年痴呆症的病因病机和中医辨证治疗、针灸治疗等进行总结分析,现报告如下。

1 老年痴呆症的病因病机

老年痴呆症的临床表现为呆傻、智力进行性减退、健忘等,病情程度较轻的患者可见神情淡漠、反应迟钝、少言寡语、善忘;病情较重的患者可见行为失常、言辞颠倒,或终日失语、闭门独居不与人接触,不欲食,几天不知饥饿。

中医关于老年痴呆病因病机的论述有“脑为元神之府”、“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧”、“肾不生则髓不能满”、“小儿无记性者,髓海未满;高年无记性者,髓海渐空”、“脑气虚,脑缩小”、“脑为髓海……脑髓纯者灵;杂音钝,耳目皆由以并令,放聪明焉”、“夫健忘者,……益主于心脾二经……伤脾则胃气衰惫,而疾愈深”、“肾主智,肾虚则智不足”、“人之精与智皆藏于肾,肾精不足则志气衰……故迷惑善忘也”等。大脑生发人的精神、智慧,脑髓充足时人才能神清气灵;髓海空虚,则神情呆滞、反应迟钝。老年人肾气衰弱则阴精容易亏损,导致大脑亏虚,得不到充分的濡养:大脑髓海空虚为本,痰瘀犯脑为标,导致元神失去濡养,引发老年痴呆症,再加上劳累过度、饮食不均衡或久病体虚,脾气亏损、衰微,机体的运化、情态失调,气血瘀滞。老年痴呆症是气、血、痰、瘀、火等邪毒在体内阻滞,上犯清窍,导致气血亏虚、阴阳失调,髓海得不到濡养等引发的。治疗时应该以补脾胃为主,但是补时切忌油腻,以免产生痰浊。

2 老年痴呆症的辨证治疗

2.1 虚证

2.1.1 肝肾阴亏型 该类患者症状表现为神情呆滞、沉默寡言、头晕目眩、耳鸣、耳聋、腰酸腿软、形体消瘦、面红盗汗、指甲无光泽、舌红且苔少,脉象细沉。治疗原则为益肾补肝、养血滋阴。主要用药为知柏地黄汤(阿胶、云茯苓、山萸肉、怀山药、当归、丹皮、知母、川黄柏、熟地黄)加减治疗。肾虚严重的患者采用左归饮加减治疗;肝血不足的患者,采用六味地黄丸加减治疗。阴虚火旺的患者可以选择加牡丹皮、知母、川黄柏的用药量。

2.1.2 脾肾不足型 该类患者症状表现为表情呆滞,认知能力、计算能力、记忆力等均明显减退或丧失,沉默少言,表达能力减退,说话不清楚,会流口水,四肢冰冷,舌白且苔少,脉象细沉。治疗原则为健脾补肾、生精益气。以金匮肾气汤(熟地黄、巴戟天、云茯苓、肉苁蓉、麸炒白术、枸杞子、山萸肉等)加减治疗。脾肾阴虚的患者加石斛、玉竹、天花粉,脑肾阳虚的患者加干姜、肉桂、黄芪,气短乏力严重的患者加紫河车、黄芪、阿胶、潞党参。

2.1.3 髓海不足型 该类患者症状表现为头晕目眩,记忆力减退,懒惰、喜欢躺着,牙齿枯黄,腰膝酸软,行走有困难,夜眠多梦,舌苔薄,脉象细沉。治疗原则为填精补髓、醒神开窍。髓海不足型患者虽然属于虚证,但是补时不能过快,一般以补肾益髓汤(杏仁、石菖蒲、怀山药、远志、当归、龟甲胶、白术、

鹿角胶、熟地黄、山萸肉) 加减治疗。

2.2 实证

2.2.1 痰浊阻窍型 该类患者症状表现为表情呆滞，少言寡语或自言自语，偶尔哭笑无常，无胃口或口中多唾液，常有咳痰声，脘腹痞满不适，智力明显减退，舌头颜色淡，舌苔厚腻，脉象细滑。治疗原则为豁痰开窍，健脾化湿。治疗方药为指迷茯苓丸，若患者伴有肝郁化火应改用转呆汤加味治疗。

2.2.2 瘀血内阻型 该类患者的临床症状主要为：表情呆滞，双眼无神，舌体呈暗紫色，或有瘀斑，苔少，肌肤粗糙、干燥、角化过度，言语不利，记忆力明显下降，容易惊恐，脉象细弱，对于该类患者应以活血化瘀、开窍醒脑为治疗原则，可采用桃红四物汤加减治疗。常用组方为：桃仁、红花、当归、广木香、川芎、醋香附、干地龙、赤芍等。若患者瘀血时间过长，且血虚严重，可加用阿胶、紫河车、制何首乌、大红枣等；若患者瘀血时间过长，并出现严重的阴血亏虚，可加用阿胶、熟地黄、鳖甲；若患者肝火旺盛，则可加用生地黄、栀子、菊花、牡丹皮、夏枯草、竹茹等；若患者出现痰瘀交阻、口重、口流粘沫、舌体呈暗紫色且有瘀斑、舌苔厚腻等症，可加用枳实、清半夏、杏仁、橘红、胆南星；若患者久病入络，则应疏通患者经络，可加用僵蚕、蜈蚣、地龙、水蛭、全蝎等虫类药物；若患者口中流涎，舌体呈淡紫色，且胖大，舌苔腻滑，可加用补骨脂、益智仁、山药等。

3 针灸治疗

3.1 体针 根据具体情况可采用多针透刺进行治疗，如百会透四神聪；风府透哑门；定神透水沟；内关透神门等。

3.2 穴位注射 于足三里、双侧肾俞、三阴交行穴位注射复方丹参注射液和生脉注射液，此方法可能只对部分患者具有一定的效果。

4 中和医派经验点滴

中华中医药中和医派是以国家级名老中医、中医临床家、中医文献学家、中医教育学家、中医思想家、中医战略家孙光荣教授为旗帜的“孙光荣中和医派传承学术团队”创建推广的学术流派，以国学国医“中和”学术思想为理论指导，以《黄帝内经》、医圣仲景医学“中和”理念和原则为临床指导，重视气血流畅中和，在华佗脏腑辨证基础上，重点在气血层面调和，治疗上在仲景医学经方基础上，重点在“精方”上下功夫，擅长用“药对”和“角药”。对痴呆的认知偏重于心肾，重在精血。

典型验案：张某，男，78岁。患痴呆症5年。初诊时的主要临床症状为：表情呆滞，言语不利，精神不足，反应迟钝，生活无法自理，近记忆力消失，思维混乱，思考能力丧失，脉象细涩，舌白且舌苔少。辨证为脾肾不足型。以健脾补肾、益气生精为治疗原则，采用金匮肾气汤加减：熟地黄20g，枸杞子20g，怀山药20g，党参15g，炮附片10g，肉桂10g，云茯苓18g，当归12g，黄芪15g，山萸肉12g，白芍9g，青皮6g，焦三仙30g，白茅根30g，生姜3片，大枣5枚，葱白3段为引。连续服用药物3个月，停药半个月为1个疗程，经过6个疗程的治疗后，患者各临床症状较初诊时均有明显好转。记忆力恢复，情绪正常，思路清晰，与亲人能够进行正常交流。

5 讨论

老年痴呆的病因病理尚不明确，且仍无特效的治疗药物，堪称疑难杂症。中医认为，其病位在脑，与心肝脾肾功能失调有关，基本病因为情志所伤、年迈体衰，基本病机为肾气肾精亏虚。当人步入老年，脏腑功能便逐渐失调、衰退，导

致人体的精、气、神受损，病以虚为本，实为标，临床患者多虚实交杂。因此首先应根据患者的具体情况分清虚实，从而对症治疗。实证主要表现为痰浊蒙窍、瘀血内阻，治疗以化痰开窍、活血化瘀为主，若患者痰瘀内结时间过长造成火气旺盛，此时应加以清热泻火；虚证主要表现为精、气、血、阴、阳亏虚，此时应根据患者的具体病情采取不同的方法进行治疗，如补肾生精、补气益血、滋阴养血等，由于老年痴呆的基本病机为肾气肾精亏虚，因此治疗时应以补肾为主；对于虚实交杂的患者，应根据患者具体症状分清虚实主次，以便采取对应的方法进行治疗，虚实兼顾，从而达到标本兼治的效果。（李杨, 徐昉, 杨建宇, 等. 老年痴呆症中医诊治略述[J]. 光明中医, 2014, 29(06):1354-1355.）

肿瘤病症辨治心悟

肿瘤是机体在各种致癌因素作用下,局部组织的某一个细胞在基因水平上失去对其生长的正常调控,导致其克隆性异常增生而形成的异常病变。一般将肿瘤分为良性和恶性两大类。恶性肿瘤即临床俗称的“癌病”,本篇多指此病。肿瘤是一种多发、常见、易变、难治、难愈、预后不良的疑难重病,是全身性疾病的局部表现,任何单一手段的局部治疗,均难以彻底治愈。对于肿瘤患者,不但要尽可能治其病,更要尽可能提高患者生存质量、延长生存期。中医在预防、治疗肿瘤,特别是在提升病人抗击肿瘤的机体能力方面,具有一定的优势。孙教授在肿瘤患者的诊治过程中具有颇深感悟,兹此总结。

1 病名释义

1.1 中医病名释义

远在殷墟甲骨文就有“瘤”的记载。《说文解字》:“瘤,肿也,从病,留声。”《圣济总录》说:“瘤之为义,留滞不去也。”对“瘤”的含义作了精辟的解释。“留”(瘤),是认为其起因是体内“气血留结”或邪气秽物在体内留而不去(《诸病源候论》),所以称之为“留”,后来加上疾病偏旁就成为“瘤”字。

“岩”、“癌”(有、无疾病偏旁的两字同义),是因为其状尤如质地坚硬、固定不移、凹凸不平的岩石,故名。“癌”字首见于宋·东轩居士所著的《卫济宝书》,该书将“癌”作为痈疽五发之一,并最先加上疾病偏旁写成“癌”。

众多古籍中有“瘤”和“癌”的记载,如《黄帝内经》《难经》等载有:筋瘤、肠瘤、昔瘤、肿疡、癭瘤、癥瘕、积聚、恶疮、留、瘤、岩、岳、癌。

嗣后,中医古籍中比较常见的、相当于现代医学癌症的病名很多,比如,乳石痈、乳岩(相当于乳腺癌)、舌菌(相当于舌癌)、癥瘕积聚(相当于卵巢癌等)、失荣(相当于恶性淋巴瘤等)、噎膈(相当于食道癌)、肠覃(相当于卵巢囊肿等)、翻花疮(皮肤癌)。

可见,中医对癌症的命名是以“象”为据的,非常形象,也非常准确。例如,明代陈实功的《外科正宗》对乳岩的描述:“初如豆大,渐若棋子,半年一年,二载三载,不疼不痒,渐渐而大,始生疼痛,痛则无解,日后肿如堆栗,或如复碗,紫色气秽,渐渐溃烂,深者如岩穴,凸者若泛莲,疼痛连心,出血则臭,……名曰乳岩。”

1.2 西医病名释义

肿瘤分类很多,现在已知的已经超过 300 多种,但从宏观上区分,可以分为良性肿瘤、恶性肿瘤两大类。良性肿瘤多在组织或细胞类型的名称后面加一个

“瘤”字,例如腺上皮的良性肿瘤,称为腺瘤;平滑肌的良性肿瘤,称为平滑肌瘤。恶性肿瘤又可细分,上皮组织的恶性肿瘤统称为癌。这些肿瘤表现出向某种上皮分化的特点。命名方式是在上皮名称后加一个“癌”字。例如,鳞状上皮的恶性肿瘤称为鳞状细胞癌;腺上皮的恶性肿瘤称为腺癌;间叶组织的恶性肿瘤统称为肉瘤。这些肿瘤表现出向某种间叶组织分化的特点。间叶组织包括纤维组织、脂肪、肌肉、血管和淋巴管、骨、软骨组织等。命名方式是在间叶组织名称之后加“肉瘤”二字。例如,纤维肉瘤、脂肪肉瘤、骨肉瘤。同时具有癌和肉瘤两种成分的恶性肿瘤,称为癌肉瘤。应当强调,在病理学上,癌是指上皮组织的恶性肿瘤。平常所谓“癌症”,泛指所有恶性肿瘤,包括癌和肉瘤。特殊情况下,有时还结合肿瘤的形态特点命名,如形成乳头状及囊状结构的腺瘤,称为乳头状囊腺瘤;形成乳头状及囊状结构的腺癌,称为乳头状囊腺癌。尚有一些特定的约定

俗成的恶性肿瘤，如，神经母细胞瘤、白血病、精原细胞瘤、尤文肉瘤、霍奇金淋巴瘤。

总之，良性与恶性各有其特点。良性肿瘤具有五大特点：(1)生长慢；(2)边界清；(3)可推移；(4)无脓血；(5)难转移。恶性肿瘤亦具有五大特点：(1)生长很快；(2)边界不清；(3)很难推移；(4)杂有脓血；(5)容易转移。

2 病因

无论是中医还是西医，目前关于肿瘤的病因病机至今尚不明确，需我辈不断努力之探讨，结合笔者对典籍的阅读及在临证经验的总结，试述如下。

2.1 中医病因病机

中医古籍对肿瘤的病因病机做出了许多“司外揣内”的论述，《中藏经》说的比较全面，《论痈疽疮肿第四十一》明确指出：“夫痈疽疮肿之所作也，皆五脏六腑蓄毒不流则生矣，非独因荣卫壅塞而发者也。其行也有处，其主也有归。假令发于喉舌者，心之毒也；发于皮毛者，肺之毒也；发于肌肉者，脾之毒也；发于骨髓者，肾之毒也；发于下者，阴中之毒也；发于上者，阳中之毒也；发于外者，六腑之毒也；发于内者，五脏之毒也。”

孙教授认为，归纳中医古籍关于肿瘤的病因，结合其家传、师传以及个人体悟，可以总结为六个方面：即遗传、意郁、气滞、血瘀、痰凝、毒聚。

(1)遗传：即秉承于父母，或者体质状况决定了正气的强弱和癌病的易患性和倾向性，机体正气在防治癌病的发生发展中起主导作用。正如《医宗必读·积聚》所说：“积之成者，正气不足，而后邪气踞之”。

(2)意郁：即情志抑郁。情志不遂，气机郁结，久则导致气滞血瘀，或气不布津，久则津凝为痰，血瘀、痰浊互结，渐而成块。正如《类证治裁·郁证》说：“七情内起之郁，始而伤气，继必及血”。

(3)气滞：气机失常，阻滞而不通畅，停留并聚与某处，发为肿瘤。

(4)血瘀：津液代谢异常，瘀血停滞，留与局部，发为肿瘤。

(5)痰凝：津液代谢异常，痰饮酿生，凝于局部，发为肿瘤。正如《医宗必读·痰饮》所说：“脾土虚弱，清者难升，浊者难降，留中滞膈，淤而成痰”。

(6)毒聚：邪毒内侵，聚于局部，发为肿瘤。

2.2 西医病因

西医认为恶性肿瘤的病因主要是：(1)情绪抑郁；(2)生物因素(包括病毒和寄生虫)；(3)化学因素；(4)物理因素；(5)生活因素；(6)遗传因素。

3 诊断心得

肿瘤之诊断尚不能离望、闻、问、切四诊，孙教授总结为“四诊八重”，辨证尤其重视“明晰经纬”，论治遵循其病机，总体不离益气活血、清热解毒、软坚散结等，总结为“一方一肿瘤”，在此基础上，随症加减，灵活化裁。

3.1 四诊八重

3.1.1 望诊重神形、重舌象 (1)失神：可见眼光晦暗无神、眼袋臃肿无华、颈椎竖而不坚；(2)脱形：可见面色无华、消瘦乏力、步态不稳、汗渍泅泅；(3)舌象：观察舌体是否正、缩转是否灵活，舌质是否淡、绛、深红、瘀斑，舌苔是否厚、燥、腻、滑或无苔、无津？(4)指甲、趾甲：可见甲卷、瘀点；(5)皮肤：可见皮肤色泽枯槁、弹性差、有瘀斑。

3.1.2 闻诊重声音、重气味 (1)声音：可见声嘶、声低、声亢、喑哑、气不上续；(2)气味：呼出的气体或局部爆发出臭味、鱼腥味、尸气味、熏肉味。

3.1.3 问诊重现状、重参数 (1)现状：询问并了解患者饮食、睡眠、二便、喜

恶、疼痛部位与感觉等情况；(2)参数：问询并了解患者既往史、家族史、治疗史、西医检查数据等情况。

3.1.4 切诊重脉象、重反馈 (1)脉象：辨别有无胃、神、根，有无反季，有无间歇、有无屋漏、鱼翔、雀啄等；(2)反馈：了解患者情况，触摸肿瘤可否推移，是否坚硬，疼痛、作胀部位是否固定，能否受压。

3.2 辨证

在《形神是中医辨证元素的首要元素—中医辨证常用 20 个基本要素与形神的关系》一文中，已经提出了辨证 20 个主要元素，即 1. 时令；2. 男女；3. 长幼；4. 干湿；5. 劳逸；6. 鳏寡；7. 生育；8. 新旧；9. 裕涩；10. 旺晦；11. 神形；12. 盛衰；13. 阴阳；14. 表里；15. 寒热；16. 虚实；17. 主从；18. 标本；19. 顺逆；20. 生死。在肿瘤的辨证中应该重视此 20 个元素，尤其是后 10 个元素。

众所周知。辨证应以各种辨证纲领为主轴，如阴阳表里寒热虚实八纲辨证、寒热虚实生死逆顺八纲辨证、卫气营血辨证、气血津精辨证等，将四诊合参使数据纳入辨证纲领进行临床辨证。但根据孙教授个人的经验和体会，无论用任何辨证纲领，都必须“明经晰纬”，这样才能纲举目张，才能符合临床实际，才能真正指导临床组方用药。

于肿瘤而言，无非虚实两端，虚者，正虚也，主要为气虚，亦可气血两虚；实者，邪实也，主要为血瘀，亦可有痰浊，即痰瘀互结，故而肿瘤之证多为气血两虚、痰瘀互结、气滞血瘀、邪毒壅聚等。

4 肿瘤治疗

根据辨证制定治疗法则，然后处方，孙教授之用方，多化裁于经方而不拘泥于经方，多采用三联药组，严格按照君臣佐使进行组方，在此基础上，根据兼病及兼症灵活化裁，遂以孙教授之名首领命名之。

4.1 治癌基本方：孙光荣扶正抑瘤汤

4.1.1 组成 君药：生晒参 10g，生北芪 15g，紫丹参 10g；臣药：天葵子 15g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g；佐药：珍珠母 12g，制鳖甲 12g，山慈菇 12g；使药：化裁加减。

4.1.2 方解 第一组药益气活血；第二组药清热解毒；第三组药软坚散结；第四组药补引纠合，共奏益气活血，软坚散结之效。

4.2 治脑瘤基本方：孙光荣正天抑瘤汤

4.2.1 组成 君药：生晒参 10g，生北芪 15g，紫丹参 10g；臣药：天葵子 15g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g，制首乌 12g，明天麻 10g，生薏米 15g；佐药：珍珠母 12g，制鳖甲 12g，山慈菇 12g；使药：紫浮萍 10g，蔓荆子 10g，生甘草 5g。

4.2.2 方解 第一组药益气活血；第二、三组药清热解毒；第四组药软坚散结；第五组药补引纠合，共奏益气活血，清热解毒。

4.2.3 随症加减 若血压升高者，加石决明、川杜仲、川牛膝以平肝潜阳；若视物不明加夏枯草、木贼草、青箱子以清肝明目；若半身不遂者，加老钩藤、净全蝎、酥地龙以活血通络；若头痛呕吐者，加制南星、姜半夏、广陈皮以化痰止呕。

4.2.4 要药解析 天葵子：即《本草纲目》的“千年老鼠屎”。为双子叶植物毛茛科植物天葵的块根。性寒，味甘苦，入脾、小肠、膀胱经；功能清热、解毒、消肿、散结、利尿。主治痈肿、瘰癧、疔疮、淋浊、带下、虚咳、疝气、癫痫、惊风、痔疮、跌打损伤。

紫浮萍：即《圣济总录》紫背浮萍。为浮萍科植物的紫背浮萍的全草。性寒，

味辛、苦、咸，入肺、小肠、肝、脾经。功能发汗、祛风、行水、清热、解毒。主治热痢、痈疹、水肿、疮癣、斑疹不透、皮肤瘙痒。

4.3 治肺癌基本方：孙光荣清肺抑癌汤

4.3.1 组成 君药：生晒参 10g，生北芪 15g，紫丹参 10g；臣药：天葵子 15g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g，炙紫菀 10g，炙冬花 10g，生薏米 15g；佐药：珍珠母 12g，制鳖甲 12g，山慈菇 12g；使药：桑白皮 10g，蔓荆子 10g，生甘草 5g。

4.3.2 方解 第一组药益气活血；第二、三组药清热解毒；第四组药软坚散结；第五组药补引纠合，共奏益气活血，补引纠合之功效。

4.3.3 随症加减 若五心烦热者，加银柴胡、地骨皮、制鳖甲以清虚热；若痰中带血者，加仙鹤草、宣百合、白及粉以止血化痰。但有冠心病史者应禁用白及粉。若久咳不止者，加矮地茶、麦门冬、川贝母以润肺止咳，但咯痰不爽者应该慎用川贝母；若胸腔积液者，加全瓜蒌、葶苈子、生薏米以化痰饮。

4.4 治胃癌基本方：孙光荣和中抑癌汤

4.4.1 组成 君药：太子参 15g，生北芪 15g，紫丹参 10g；臣药：乌贼骨 12g，西砂仁 4g，广橘络 6g；佐药：蛇舌草 12g，半枝莲 12g，猫爪草 12g；使药：延胡索 10g，川郁金 10g，鸡内金 5g。

4.4.2 方解 第一组药益气活血；第二组药健胃和中；第三组药清热抑癌；第四组药补引纠合，共奏益气活血，健胃抑癌的作用。

4.4.3 随症加减 若吞咽困难者，加真沉香、木蝴蝶、漂射干利咽理气；若不思饮食者，加谷麦芽、路路通、大红枣健胃消食，有糖尿病史者应该慎用大红枣；若噎膈难受者，加鹅管石、刀豆壳、降真香以顺气通膈；若痞格闷胀者，加隔山消、制川朴、大腹皮以理气宽脾。

4.4.4 要药解析 乌贼骨：即《本经》的乌贼鱼骨。为乌贼科动物无针乌贼或金乌贼的干燥内壳。性温，味咸，入脾、肾经。功能收敛止血、涩精止带、制酸、敛疮。主治胃痛吞酸，吐血衄血，崩漏便血，遗精滑精，赤白带下，损伤出血，疮多脓液。现代研究，主治胃溃疡。

猫爪草：为双子叶植物药毛茛科植物小毛茛的块根。性辛、温，味微甘，入肝、肺经。功能滋阴润肺。主治瘰癧、疟疾、肺癆、肝郁气滞。

隔山消：即《天宝本草》中的隔山楸。为萝科植物耳叶牛皮消的块根。性平，味甘，微辛，入脾、胃、肾经。功能养阴补虚、健脾消食。主治痢疾、疳积、胃痛饱胀、白带、疮癣、虚损劳伤。

4.5 治肠癌基本方：孙光荣利肠抑癌汤

4.5.1 组成 君药：太子参 15g，生北芪 15g，紫丹参 10g；臣药：嫩龙葵 15g，猫爪草 15g，山慈菇 15g；佐药：生牡蛎 15g，菝葜根 15g，珍珠母 15g；使药：火麻仁 10g，生薏米 10g，生甘草 5g。

4.5.2 方解 第一组药益气活血；第二组药清热攻毒；第三组药软坚散结；第四组药补引纠合，共奏益气活血，清热攻毒之功效。

4.5.3 随症加减 若腹泻不止者，加炒六曲、炒山楂、车前仁以健脾渗湿；若不思饮食者，加谷麦芽、鸡内金、炒扁豆以开胃消积；若舌苔黄腻者，加佩兰叶、法半夏、广陈皮以祛湿化浊；若腹痛腹胀者，加炒枳壳、大腹皮、延胡索以理气止痛。

4.5.4 要药解析 嫩龙葵：即《本草图经》的“苦葵、天茄子”。为双子叶植物茄科植物龙葵的全草。性寒、平，味苦，微甘，入肺、肝、胃经。功能清热、解毒、活血、消肿。主治疗疮、痈肿、丹毒、跌打损伤。现代研究治疗慢性肾炎、

慢性气管炎。

菝葜根：即《本草纲目》的“铁菱角”，俗称“金刚菝、金刚根”。为双子叶植物药百合科植物菝葜的根茎。性温，味甘，入足厥阴、足少阴经。功能祛风湿、利小便、消肿毒。主治瘰癧、疔疮、肿毒、水肿、淋病、关节疼痛、肌肉麻木、泄泻、痢疾、痔疮。

4.6 治肝癌基本方：孙光荣护肝抑癌汤

4.6.1 组成 君药：西洋参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g；臣药：北柴胡 12g，川郁金 12g，佛手片 10g；佐药：制鳖甲 15g，菝葜根 15g，山慈菇 15g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g，鸡骨草 15g；使药：田基黄 12g，车前仁 10g，生甘草 5g。

4.6.2 方解 第一组药益气活血；第二组药疏肝解郁；第三、四组药软坚散结；第五组药补引纠合，共奏益气活血、疏肝解郁之功效。

4.6.3 随症加减 若深度黄疸者，加草河车、绵茵陈、淡黄芩以清肝利胆；若伴有胆疾者，加海金沙、金钱草、蒲公英以清热利胆；若疼痛剧烈者，加鸡屎藤、延胡索、制乳没以理气止痛；若癌块不散者，加净水蛭、土鳖虫、上肉桂以活血消癥。

4.6.4 要药解析 草河车：即《滇南本草》的滇重楼、独脚莲。为百合科植物云南重楼的根茎。性微寒，味苦，有小毒，入肝、肾经。功能清热解毒、消肿止痛、凉肝定惊。主治疗肿痛肿、咽喉肿痛、毒蛇咬伤、跌扑伤痛、惊风抽搐（在云南的民间老百姓多用来治拉肚子以及肠炎等症）。

鸡屎藤：即《天宝本草》的臭藤。为双子叶植物药茜草科植物鸡屎藤的全草及根。性平，味甘、酸、苦，入心、肝、脾、肾经。功能祛风活血、止痛解毒、消食导滞、除湿消肿。主治肝脾肿大、瘰癧、肠痈、无名肿毒、跌打损伤、风湿疼痛、腹泻痢疾、腕腹疼痛、气虚浮肿、头昏少食。

土鳖虫：即《名医别录》的“土鳖”。为鳖蠊科昆虫地鳖或冀地鳖的雌虫干燥体。捕捉后，置沸水中烫死，晒干或烘干而成。性寒，味咸，有小毒，入肝经。功能破瘀血、续筋骨、止痛。主治筋骨折伤、瘀血经闭、癥瘕痞块、腰肌劳损、韧带扭伤。

4.7 治肾癌基本方：孙光荣保肾抑癌汤

4.7.1 组成 君药：西洋参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g；臣药：川杜仲 12g，刀豆子 12g，金毛狗 12g；佐药：菝葜根 15g，猫爪草 15g，山慈菇 15g；使药：赤小豆 12g，车前仁 10g，生甘草 5g。

4.7.2 方解 第一组药益气活血；第二组药保肾壮髓；第三组药软坚散结；第四组药补引纠合，共奏益气活血，保肾壮髓的功效。

4.7.3 随症加减 若咳喘不已者，加五味子、炙冬花、炙紫菀以敛肺止咳；若小便余沥者，加菟丝子、金钱草、蒲公英以清热利湿；若腰痛剧烈者，加鸡屎藤、延胡索、制乳没以活血止痛；若癌块不散者，加净水蛭、土鳖虫、上肉桂以活血消癥。

4.8 治乳腺癌基本方：孙光荣护乳抑癌汤

4.8.1 组成 君药：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g；臣药：山慈菇 12g，猫爪草 12g，菝葜根 12g；佐药：川郁金 10g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g；使药：丝瓜络 6g，路路通 10g，生甘草 5g。

4.8.2 方解 第一组药益气活血；第二组药软坚散结；第三组药解郁清热；第四组药补引纠合，共奏益气活血，软坚散结之功效。

4.8.3 随症加减 若癌块坚硬者，加制鳖甲、京三棱、蓬莪术以软坚散结；若

疼痛剧烈者，加鸡屎藤、延胡索、制乳没以活血止痛；若月经淋漓者，加生地炭、地榆炭、当归身以补血止血；若术后盗汗者，加龙眼肉、浮小麦、大红枣调营敛汗。

4.9 治宫颈癌基本方：孙光荣养阴抑癌汤

4.9.1 组成 君药：西洋参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g；臣药：山慈菇 15g，猫爪草 15g，制鳖甲 15g；佐药：芡实仁 10g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g；使药：川草薢 10g，路路通 10g，生甘草 5g。

4.9.2 方解 第一组药益气活血；第二组药软坚散结；第三组药清热利湿；第四组药补引纠合，共奏益气活血，软坚散结之功效。

4.9.3 随症加减 若阴道渗血者，加小蓟草、鱼腥草、白茅根以燥带止血；若白带绵绵者，以煅龙骨、煅牡蛎、生薏米燥湿止带；若白带腥臭者，加紫苏叶、蒲公英、鱼腥草清热燥湿止带；若腰膝冷痛者，加川杜仲、刀豆子、熟附片以补肾祛寒。

4.10 治卵巢癌基本方：孙光荣护巢抑癌汤

4.10.1 组成 君药：西洋参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g；臣药：山慈菇 10g，京三棱 10g，制鳖甲 15g；佐药：土茯苓 20g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g；使药：夏枯草 10g，干漏芦 10g，生甘草 5g。

4.10.2 方解 第一组药益气活血；第二组药软坚散结；第三组药清热败毒；第四组药补引纠合，共奏益气活血，软坚散结之功效。

4.10.3 随症加减 若阴道渗者，加小蓟草、鱼腥草、白茅根以凉血止血；若白带绵绵者，加煅龙骨、煅牡蛎、生薏米以燥湿止带；若白带腥臭者，加紫苏叶、蒲公英、鱼腥草以清热燥湿止带；若少腹胀痛者，加花槟榔、大腹皮、制香附以理气止痛。

尚有其他癌症者，据上述处方化裁，尤其以三联药组组方，无穷大之处方也。

（刘应科，孙光荣．肿瘤病症辨治心悟[J]．湖南中医药大学学报，2016，36(03):1-4.）

孙光荣研究员内外兼治直肠癌经验简析

孙光荣研究员, 致力于中医药临床、文献研究已 34 年, 以其勤奋、厚积和睿智, 对内、外科疑难杂症、恶性肿瘤取得了宏富治验, 1984 年 7 月 19 日《湖南日报》发表患者感谢信, 即誉为“神医圣手”。笔者有幸跟师侍诊数载, 颇获大旨, 兹就其内外兼治直肠癌的经验简析如下。

1 癌之生, 正气先虚, 当用参芪以扶正

孙光荣研究员认为, 任何癌症之发生, 均系人体正气先虚, 脏腑阴阳失调, 六淫、七情等诱发所致。直肠癌亦不例外, 其病位虽局限于直肠, 但仍属全身性疾病, 直肠癌变乃局部之表现, 应将治疗全身与局部、治本与治标密切结合起来, 故扶正为先, 固本为要。而年老体弱、不适手术及化疗者, 尤应以扶正为主。孙师善用参芪为君以补中益气, 尤喜用西洋参, 因其具益气、养阴双重功能, 切合癌症患者气阴两虚之机, 佐以女贞子、旱莲草、天花粉等以滋肾养阴、制鳖甲等以软坚, 淮山药、生苡米、焦三仙等以健脾益气开胃, 通过补气血、滋肝肾、健脾胃, 从整体上调整脏腑功能, 改善机体内平衡, 生发正气, 增强并调动自身免疫功能, 以清除及中和病理产物, 控制癌瘤发展。

2 癌之变, 邪气常盛, 喜用草药以驱邪

孙光荣研究员认为, 癌症之发展与转移, 总离不开邪气猖獗, 所谓“积之成者正气不足, 而后邪气踞之”, 直肠癌亦是如此。患者虽有一派正气虚弱之症候, 但凡大便脓血、腹痛腹胀等见症, 多为湿热蕴结, 气滞不畅所致, 当以清热化湿、解毒驱邪为治, 若一味以温补固涩, 或以滋腻养阴, 则可致闭门留寇, 阻抑气机, 邪不得泄。孙师临床善于随症选用金刚菟、白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英、嫩龙葵、土贝母、隔山消等大队清热解毒、软坚散结之草药, 为扶正益气诸品之辅药, 攻补兼施, 故每获良效。

3 血之下, 肠络必损, 善用炭药以止血

孙光荣研究员认为, 直肠癌患者以粘液脓血便为其典型症状, 多为邪毒滞留, 久聚成块, 阻塞肠道, 化热伤及血络, 热毒炽盛, 肉腐络损所致。故在攻补兼施之基础上, 佐以化瘀止血。孙师善用槐花炭、蒲黄炭、地榆炭等炭药化瘀止血, 或配大蓟、仙鹤草以清热凉血止血, 往往药下血止, 效若桴鼓。

4 治之要, 内外兼施, 巧用动物药以抑癌

孙光荣研究员认为, 癌症之治疗, 若局限于内治, 则内服之药难达病所, 奏效缓慢。孙师临床主张内外兼施, 采用适当外治法, 使药物直接作用于病变处, 以提高临床疗效。孙师常巧用动物药蛭螭液保留灌肠以治疗直肠癌患者, 其具体方法是: 每日取鲜蛭螭 10 条, 捣碎, 用纱布裹密, 绞取液汁, 用消毒后 50ml 注射器(不用针头)吸取蛭螭液 20~30ml 后, 以石蜡油涂于注射器外, 缓缓推入直肠, 至痛点为止, 注后, 用药棉塞住肛门, 保留 1~2 小时。该法配合前述攻补兼施的内服中药, 内外合治, 临床起效极快, 且疗效巩固。

5 病案举例

胡某某, 女, 56 岁。住长沙市左家塘湘粮机械厂宿舍。1996 年 9 月 1 日初诊: 患者于 1 月前发现大便带血, 大便不畅, 疑为“痔疮”。于 1996 年 8 月 27 日在湖南医科大学附二医院行病理切片(病理组织检查号: 224211), 检查报告为: 直肠乳头状腺瘤, 灶性癌变。现诉乏力, 头晕。大便次数基本正常, 大便带血, 色鲜红, 偶见色黑, 背胀。舌质淡, 苔白, 脉细涩。辨证为气阴两虚, 热毒阻肠。治以益气养阴, 清热解毒, 凉血化瘀止血。处方: 西洋参(蒸兑)10g, 生北芪 12g,

制首乌 15g, 槐花炭 15g, 大蓟草 10g, 仙鹤草 12g, 蒲黄炭 15g, 地榆炭 12g, 金刚菟 15g, 蛇舌草 15g, 半枝莲 15g, 蒲公英 15g, 嫩龙葵 12g, 桑寄生 12g, 淮山药 15g, 生甘草 5g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎两次分服。外用蛞蝓液保留灌肠, 每日 1 次。1996 年 9 月 8 日二诊: 头已不晕, 大便未带血, 稍稀, 自觉无特殊不适, 舌脉如前。仍以原方去地榆炭, 7 剂。仍用蛞蝓液保留灌肠, 每日 1 次。1996 年 9 月 29 日三诊: 于 1996 年 9 月 26 日在湖南省肿瘤医院行肠镜检查, 报告为: 进镜顺利 (18cm), 结肠直肠粘膜光滑, 未见肿块。患者无特殊不适, 要求服药巩固疗效。处方: 西洋参(蒸兑)10g, 生北芪 12g, 嫩龙葵 15g, 槐花炭 15g, 金刚菟 15g, 淮山药 15g, 制鳖甲 15g, 川杜仲 12g, 蒲公英 12g, 谷精珠 12g, 仙鹤草 12g, 大蓟草 12g, 生苡米 20g, 生甘草 5g。又服 7 剂。不再用灌肠法。病情稳定, 后再遵上方略施加减 14 剂后, 患者自觉无不适而自行停药, 随访至今未复发。

6 体会

直肠癌属祖国医学“肠覃”、“肠风”、“脏毒”范畴, 乃临床常见消化道恶性肿瘤之一, 该病早期多无明显症状, 一般到晚期方被发现。其主要症状多表现为大便改变, 有泄泻, 便中带粘液及血, 常有一种虚无便意感, 往往被误诊为痔疮及菌痢。孙光荣研究员认为, 对该病之诊治, 早期发现、早期确诊乃取得良效之关键。然一旦确诊, 即需治本与治标相结合, 对于年老体弱, 接受手术、化疗均困难者, 孙师力主单纯中药治疗, 以内外合治、攻补兼施为基本原则。无论病初、病中或晚期, 总不离正气内虚, 故用药除驱邪外, 必扶正固本, 切忌妄用攻邪, 滥伐虚体, 以免正气更伤, 邪实更甚, 毒邪内陷, 加速病情恶化。在内服攻补兼施中药之期, 需用蛞蝓液保留灌肠, 使药物直接作用于病所, 如此则起效迅速, 疗效巩固。此外, 并强调患者应注意饮食、生活环境之调摄, 保持心情舒畅, 适当参加体育活动, 促进气血流畅, 防止气滞血瘀, 方有利于改善症状, 增强体质, 促进康复。(蔡铁如, 余建文. 孙光荣研究员内外兼治直肠癌经验简析[J]. 湖南中医药导报, 2000, 06(06):9-10.)

孙光荣教授治疗痞格证的经验

国家级名老中医孙光荣教授是我国著名的中医文献学家，北京同仁堂中医大师。孙老历来重视对中医典籍的研究，认为中医典籍“系历代中医药学家智慧与经验之结晶，为中医药理论体系之支撑，乃中医临证实践之指南，亦乃中医药学继承创新之源泉。故凡业中医者，均视中医药典籍为行医之圭臬、诊疗之准绳”。尤其对汉·华佗的《中藏经》这颗中医“璀璨之明珠，医家之宝典”进行了长期、深入的研究，并灵活自如地在临床加以应用，屡起沉疴。现仅举孙老治疗痞格证一案，以飨同道。

痞格证。白带，失眠，发热恶寒，自汗。证属痰湿内郁，阴阳痞格。治以化痰除湿解郁，交通阴阳。

赵某，女，41岁。2011年7月29日初诊。

痞格证。十年来始于白带，既而寐差，畏冷，抑郁，自汗，自感发热而身冷，左右痞格。刻下：汗出怕冷怕风，白带多，失眠，呃逆，身体有虫行感。舌绛，苔白腻，脉细且濡。辨证：痰湿内郁，阴阳痞格。治法：化痰除湿解郁，交通阴阳。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，法半夏 10g，广陈皮 10g，佩兰叶 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，生龙齿 15g，银柴胡 10g，地骨皮 20g，制鳖甲 20g，浮小麦 15g，车前子 10g，生甘草 5g。

7剂，每日1剂，水煎内服，日2次。2011年8月12日2诊。

痞格证。服前方后精神好转，但仍上热下寒，呃逆。舌绛，苔少，脉细濡。药已见效，上方去浮小麦、车前子，加淡竹茹 4g 清热化痰；真降香 10g，石决明 20g，川杜仲 12g，川牛膝 15g 以平肝摄纳，潜阳入阴。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，法半夏 10g，广陈皮 10g，淡竹茹 4g，佩兰叶 10g，真降香 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，石决明 20g，银柴胡 10g，地骨皮 20g，制鳖甲 20g，川杜仲 12g，川牛膝 15g，生甘草 5g。14剂，每日1剂，水煎内服，日2次。

2011年8月26日，3诊。痞格证。服前方后精神转佳，子午潮热、畏寒交替等明显减轻，仍有汗出。舌暗红，苔花剥，脉濡细。上方去佩兰叶、川杜仲、川牛膝，生北芪增为 15g，加川郁金 10g，白蔻仁 6g，炮干姜 7g 以增升阳之力，加浮小麦 15g，麻黄根 10g，煅龙牡各 15g 以潜阳止汗。处方：生晒参 12g，生北芪 15g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，川郁金 10g，银柴胡 15g，地骨皮 15g，制鳖甲 20g，姜半夏 7g，真降香 10g，白蔻仁 6g，浮小麦 15g，麻黄根 10g，煅龙牡各 15g，生甘草 5g，炮干姜 7g。7剂，每日1剂，水煎内服，日2次。

按语：痞格一证，首见于华佗《中藏经》。《中藏经·阴阳痞格论》：“阳气上而不下曰痞。阴气下而不上亦曰痞。阳气下而不上曰格。阴气上而不下亦曰格。痞格者谓阴阳不相从也。阳奔于上则燔。……阴走于下则冰。肾肝生其厥也。其色青黑。皆发于阴极也。……厥为寒厥也。由阴阳痞格不通而生焉。阳燔则治以水，阴厥则助以火。乃阴阳相济之道耳”。阴阳虽本质不同，但又是相互依赖，互济互根，阴中有阳，阳中有阴，否则的话，纯阴不生，纯阳不长。同时在一定的条件下阴阳能互相转换，即所谓的重阴必阳，重阳必阴。孙师察色按脉，认为本案从症状来看，以自汗为主要表现，但据脉测证，追问病史，患者白带量多已历十余年，故阴阳痞格的根本原因是下焦痰湿内郁化热，致使阳气下行及阴气上下之道闭塞，阻隔了阴阳二气的升降所致。故治疗当谨守病机，以化痰除湿解郁，

交通阴阳为法。方中生晒参、生北芪、紫丹参调理气血为君；臣以法半夏、广陈皮、佩兰叶化痰除湿，云茯神、炒枣仁、生龙齿安神定志潜阳，银柴胡、地骨皮、制鳖甲清热养阴；佐以浮小麦止汗，车前仁利湿以通下窍，给痰湿以出路，寓意“通阳不在温，在于利小便耳”。二诊、三诊均在此基础上调整了升降阴阳的药物，终使多年顽疾，得以释然。（王兴. 孙光荣教授治疗痞格证的经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(24):12.）

孙光荣治疗特发性血小板减少性紫癜

特发性血小板减少性紫癜，又称免疫性血小板减少症。目前西医治疗方法主要为泼尼松、免疫抑制剂治疗，脾切除等。中医药治疗本病有其自身优势并有一定疗效。国家名老中医孙光荣教授出身于中医世家，幼承庭训，擅长中医内科、妇科等疑难杂症的诊治，对中医养生及情志病亦有颇深的研究；先后公开发表论文 120 余篇，出版独著 / 合著学术著作 23 部，填补了我国医药学领域的多项空白，开拓了我国中医药学研究的思路与研究方法；孙教授是我国中医药现代远程教育的创始人之一；长期以来，秉持着中医药文化“以人为本、和谐平衡、效法自然、济世活人”的核心理念，治学、行医即讲求正本清源，又善于开拓创新，提出了培养新名医要达到明德、明志、明术、明理、明业、明法之“六明”的要求，被中医学术界誉为一代“明医”。孙老强调“气血中和”在人体中的重要性，临床思辨注重“调气血，平升降，衡出入”。辨证施治注重“护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪”。处方量小药精，讲究中病即止。笔者有幸跟从孙老学习，习得很多临床宝贵经验。孙老在对血小板减少性紫癜方面有自己独到的见解，在治疗过程中有施治特色。

1 病机认识

《内经》中已经有关于疾病成因的记载：“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚。”文中强调了正气在人体中的重要作用。中医学认为脾为后天之本，是为气血生化之源，《灵枢》中有“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血”“血者，生化于脾”，由此可见脾有运化水谷精微的功能，水谷精微可荣养周身，且脾喜燥恶湿，主升清，以上养头目，人的面色、毛发、精神、皮肤等等都体现着人体气血生化及运行的情况。“气为血之帅，血为气之母”指的是气血平衡互补互用的状态，血旺则气旺，血衰则气少，血为气之守，气才得以依附；气能生血、行血、摄血，既能有助于血液生成，又是血液运行的动力，血不得运，即是一潭死血，只有在气的推动下运行起来，才是活血，对人体有用的血。“气血中和”是一个人体平衡协调的状态，人体只有处于一种平衡，无过、无不足的状态，才是健康的，“中和”就是人体精气神平衡达到稳态的一种健康状况。在特发性血小板减少性紫癜患者的治疗过程中由于应用激素、细胞毒药物等现代医学治疗手段，必会损伤人体正气，使得脏腑、阴阳、气血功能失调。该病病久缠绵，病久脾气亏虚，脾虚则湿蕴。其根本病机为：气血失和，脾虚湿蕴。

2 治疗特色

2.1 重视平调气血 《素问》有“虚者补之”“损者益之，谨守病机，虚者责之，盛者泻之”。难治性血小板减少性紫癜患者因病程久，病情反复而致虚，加之其治疗也会损伤正气，表现为气血失和，诸虚不足之证，正所谓“虚不受补”故应缓补。孙老认为“中和”是人体气血阴阳调和的根本，亦是遣方用药的最高境界，因此在治疗特发性血小板减少性紫癜的过程中注重平调气血，舒缓而治。虽是平淡用药但疗效显著且持久巩固。

2.2 运脾化湿 特发性血小板减少性紫癜病程久，现代治疗手段会损伤脾气使得湿气蕴结，有的中医治疗一味以清热解毒、活血化瘀为主，必定损伤脾胃，脾虚一方面气血生化乏源，另一方面其升清降浊之功能失职而湿浊不得运化，日久则影响气血运行，气血运行不畅则病情反复不愈。因此在治疗时应注重化湿气，湿气得开则气血运行舒畅。

3 病案举例

孙某,男,53岁,2013年1月22日就诊。患者于2009年7月体检时发现血小板减少,PLT: $34 \times 10^9 / L$,未予重视。8月底发现前胸点状瘀斑,就诊于中日友好医院,查血常规提示PLT: $24 \times 10^9 / L$,骨穿提示:骨髓增生明显活跃,M:E=1.31:1,红系增生明显,粒系增生,偶见产板巨,幼巨增多,产板不良,血小板减少,考虑特发性血小板减少性紫癜。予环孢素、醋酸泼尼松、丙种球蛋白等药物治疗。2009年11月复查血小板低至 $19 \times 10^9 / L$,就诊于中国人民解放军总院行骨穿,结果提示骨髓增生活跃,粒系占69.2%,红系13.2%,巨核细胞增生显示成熟障碍。此后一直服用激素、环孢素及中药汤剂,血小板计数偶有恢复正常,但难以维持。刻诊:血小板计数 $63 \times 10^9 / L$ 。症见:神疲乏力,双前臂有轻微暗红色出血点,身痛,面色虚浮,偶有咳嗽,脉弦小稍涩,舌体胖大色紫暗,苔白。孙老辨证为脾虚失蕴、气血失调。处方:西党参15g,生黄芪30g,紫丹参5g,紫草10g,生薏苡仁30g,芡实30g,阿胶珠10g,赤芍10g,生地黄炭10g,当归10g,制何首乌15g,三七6g,桑白皮10g,生甘草5g,大枣10g。患者坚持服用上方,期间春节停药1周,2010年2月26日2诊:诉神疲乏力等症状较前好转,已无咳嗽。前方去桑白皮,余药不变。4月16日3诊:患者诉服药期间监测血常规,血小板计数在 $130 \sim 150 \times 10^9 / L$,且自觉服用上方后诸症均有好转,故一直服用。望其精神气色较前明显好转,切其脉弦有力,舌淡苔薄白。之后患者又坚持服药1个月,血小板维持正常,后停药。随访半年,疾病未复发。

按:孙老处方习惯以3味药为1个药组,方中党参、生黄芪、丹参3药合用为益气调血,前2药主要有益气补血之效,小量丹参有活血之效,使得瘀血得去,新血得生;紫草归心、肝经,心主生血行血,而肝主藏血,紫草性寒,味甘、咸,有凉血活血之效,生薏苡仁味甘、淡,入脾、肺、肾经,《本草纲目》记载:薏仁有“健脾益胃,补肺清热、祛风胜湿,养颜驻容、轻身延年”之效,芡实归脾、肾经,味甘、涩,《本草新编》记载:芡实,佐使者也,其功全在补肾祛湿,芡实补中祛湿,性又不燥,故能祛邪水而补真水。此2味药是为脾虚湿蕴而设;第3组药物中阿胶有补血之效,赤芍则为清热活血,生地黄炭则有收敛止血之效,此组药物主要为化生新血防治出血而设。当归有补血之功,使得血液化生有源。其余药物是针对兼症而设。整个组方有补血活血、补脾祛湿之效,使得湿祛新血得生。(李娜,孙光荣,刘东,等.孙光荣治疗特发性血小板减少性紫癜[J].长春中医药大学学报,2014,30(06):1039-1041.)

国医大师孙光荣治疗带下病

带下病多缠绵难愈，是一种严重影响生活质量以及夫妻生活的妇科疾病。由于生活环境的日益复杂致使本病发病率日渐增高。国医大师孙光荣教授业医 58 年，德业双馨，对带下病的认识及其治疗有其独特的临床经验。笔者有幸师从孙师，特将其治疗带下病的经验简介如下。

1 “带下”及带下病概述

“带下”之名首见于《内经》。《素问·骨空论》说：“任脉为病……女子带下瘕聚。”带下一词有广义、狭义之分，广义带下泛指妇产科疾病而言，狭义带下又有生理、病理之别。正常女子自青春期开始肾气充盛，脾气健运，任脉通调，带脉健固，阴道内即有少量白色或无色透明无臭的黏性液体溢出，特别是在经期前后、月经中期及妊娠期量增多，用以润泽阴户，防御外邪，此为生理性带下。如《沈氏女科辑要》引王孟英说：“带下，女子生而即有，津津常润，本非病也。”孙老认为女子生理之带下属于人体之“精”的范畴，为肾脾之精所化。

《景岳全书·妇人规·白浊遗淋》一书中所言“盖白带出于胞宫，精之余也”，确有见地。白带淖泽胞宫、阴道，孙老认为“带下”对女子的重要性犹如“生殖之精”对男子的重要性。带下的色、质、量等在相当程度上反映了女性精气血津液的盛衰状况及脏腑功能协调与否。若带下量明显增多，或色、质、气味异常，即为带下病。《女科证治约旨》说：“若外感六淫，内伤七情，酝酿成病，致带脉纵弛，不能约束诸脉经，于是阴中有物，淋漓下降，绵绵不断，即所谓带下也。”在《诸病源候论》中还有五色带下的记载，有青、赤、黄、白、黑五色之名候。临床上以白带、黄带、赤白带为常见。近年来也有学者开始认为带下病还应包括“带下过少”，确有条理。但平常习惯所论之“带下病”如无特指，则主要指“带下过多”。西医妇科疾病如阴道炎、宫颈炎、盆腔炎及肿瘤等均可见带下量多，必要时应进行妇科检查及排癌检查，避免贻误病情。

2 带下病病因病机及诊断

孙老认为，带下病的发生与湿、毒、热和脏腑失调关系密切，但其主要病因多离不开湿邪，正如《傅青主女科》所说“夫带下俱是湿症”，这与诸多著名医家对带下病病因病机的认识相对较为一致。湿有内外之别。外湿指外感之湿邪，如经期涉水淋雨，感受寒湿，或产后胞脉空虚，摄生不洁，湿毒邪气乘虚内侵胞宫，以致任脉损伤，带脉失约，引起带下病。内湿的产生与脏腑气血功能失调有密切的关系：肝郁克脾或脾胃虚弱，脾虚则运化失职，水湿内停，下注任带，或肝经湿热下注任带；肾阳不足，气化失常，水湿内停，又关门不固，精液下滑；素体阴虚，感受湿热之邪，伤及任带，导致带下病的发生。带下病病位主要在前阴、胞宫；任脉损伤，带脉失约是带下病的核心机制。

孙师对带下病的诊断重视询问白带的性状、色泽，以判别其形成的原因。从色泽方面来看，大致有白、黄、青、赤、黑等，所谓五色带。他认为色白提示虚，白带白黏是湿热的表现，白带清稀如水提示肾已虚衰，红白夹杂者癌变可能性大。此外还有青带及黄带，二者提示有热。黑带若非寒极，即是热极。

3 带下病的治疗，推崇“子母方”

孙老认为，带下病的发生与湿、毒、热和脏腑功能失调关系密切，则治疗离不开清热解毒、利湿止带和调理脾肾、补元摄带两大法则，并随证选用相应方药加減。

清热解毒、利湿止带之内服方剂多选用五味消毒饮等方或孙光荣分清泌浊饮

加减；调理脾肾、补元摄带之内服方剂多选用归脾汤、完带汤等方加减。孙光荣分清泌浊饮为孙老自拟的治疗带下病的内服基本方，全方益气活血、利湿清热，由3组“三联药组”组成，即：党参、黄芪、丹参；萆薢、车前子、蒲公英和生薏苡仁、芡实仁、生甘草。白带增多无论何种原因所致，固然是病理现象，女子之“带”犹如男子之“精”，女子带下绵绵，犹如男子遗精不止，日久则可导致人体虚证丛生。因此，带下病日久患者需加用固涩敛带之药，如煅龙牡、芡实、海螵蛸等以治其标。带下病的治疗在辨证使用汤药内服的同时配合药物外洗可取得更加良好的效果。孙师把汤药内服方加外洗方同时使用治疗某种疾病的方法称为“子母方”，认为凡人体空窍及皮肤的病变，由于位于人体的外部或末端，同内服药物相比，外洗药具有直达病所、取效快、药物品种选择范围广等优势。如一些口味不佳但临床疗效显著的药品，口服难以为患者所接受，则不作为内服用药的首选，而改作外用药；或某些不宜作为内服的药物，作为外用药则可药尽其用。孙老在治疗带下病时常配合内服药物而使用自拟外用验方孙光荣清带汤坐浴治疗。

孙光荣清带汤是孙光荣教授治疗带下病的外治验方，其基本组方思想是在运用清热解毒止痒药物的同时加用敛湿止带的药物。主要药物包括蛇床子、炙百部、白花蛇舌草、蒲公英、金银花、生薏苡仁、煅龙骨、煅牡蛎、芡实仁、白鲜皮、地肤子、紫苏叶、生甘草。方中三联药组“蛇床子、炙百部、蛇舌草”解毒杀虫止痒，为君药组；三联药组“蒲公英、金银花、生薏苡仁”清热解毒利湿，药对“白鲜皮、地肤子”祛风止痒。2组药共为臣药组。孙师认为，白带本属人体生理现象，白带增多无论何种原因所致，固然是病理现象，日久则可导致人体虚证丛生。虽然从目前文献报道来看，临床中治疗带下病的外用药以清热解毒为主，且有一定疗效，但孙师认为带下病的外治不能只顾针对症状而一味使用清热解毒止痒的药物，认为一味使用这种方法效果不能持久，容易反复。还要兼顾到“带下”本属人体生理现象这一情况，适当加用固涩敛带的药物。基于此，孙师独具匠心，在外洗方中加入了三联药组“煅龙骨、煅牡蛎、芡实仁”以固涩止带，为佐药组。方中紫苏叶芳香辟秽，可消除带下增多所致之腥味，生甘草调和诸药。孙氏清带汤全方融清、利、敛为一体，相反相成，相得益彰，全面兼顾了带下的生理病理特点。

孙氏清带汤用于带下病的外治治疗，尤以湿热下注证效果最为明显，临床上滴虫性阴道炎、外阴阴道假丝酵母菌病（既往称为霉菌性阴道炎）、细菌性阴道病、幼女阴道炎、宫颈炎等均可应用，对于盆腔炎、肿瘤等引起的白带增多也可配合使用，以减轻局部症状。临床使用中，带中夹血丝者可加白茅根，局部瘙痒严重者可加蝉蜕、白蒺藜等一味或两味，带下日久量多者可再增入木槿皮增强敛涩之力，白带腥味较重者可以鱼腥草替换紫苏叶，或二者同用，因相关肿瘤引起白带增多者可加入山慈菇、半枝莲、菝葜根等以增清热解毒软坚散结之力。

4 病案举例

病例1：某女，41岁，2012年5月16日就诊。主诉：白带增多1年余。诊见：脉细而虚，舌淡有齿痕，苔少。白带量多，清稀如水样，无腥味，白带中无血丝。伴见面色萎黄，纳呆，失眠，胃脘隐痛、喜温喜按，小便灼热而无力，尿急而余沥不尽。既往史：糜烂性胃炎、十二指肠炎病史2年。中医诊断：带下病、胃痛病；脾胃虚寒、湿邪下注证。治则治法：健脾温胃、利湿止带。口服方：太子参15g，生黄芪10g，紫丹参7g，海螵蛸15g，砂仁4g，橘络7g，萆薢4g，姜半夏7g，蒲公英15g，鸡内金6g，百部根10g，延胡索10g，茯神12g，炒酸

枣仁 12g, 车前子 10g。7 剂, 水煎服, 1 剂/d, 早晚各 1 次。坐浴方: 蛇床子 15g, 百部 15g, 白花蛇舌草 10g, 蒲公英 10g, 金银花 10g, 鱼腥草 10g, 苦参 10g, 土茯苓 12g, 地肤子 12g, 白鲜皮 12g, 萆薢 12g, 紫苏叶 12g, 芡实 15g, 生薏苡仁 15g, 煅龙骨、牡蛎各 15g, 7 剂, 水煎, 坐浴, 1 剂/d, 早晚各 1 次。上方内服、外用各 7 剂后, 白带增多及小便灼热感均消失, 胃痛明显缓解。由于白带基本消失, 嘱停用坐浴药, 以内服药专治胃痛。

病例 2: 某女, 41 岁, 2012 年 7 月 9 日就诊。主诉: 白带增多伴阴道灼热、瘙痒近半年。现病史: 2011 年初患者因反复发作性泌尿系感染, 在多家三甲、二级医院经多种抗生素间断治疗 1 年余。2012 年初出现阴道瘙痒并逐渐加重, 豆腐渣样白带逐渐增多。某医院诊断为阴道炎, 继续给以抗生素治疗, 但未见好转。期间患者因瘙痒难耐, 自行以清水冲洗阴道无效。就诊时见: 脉沉数, 舌尖红, 苔黄厚腻, 神疲乏力, 急躁易怒, 口苦咽干, 大便稍干, 小便灼热。自诉白带呈豆腐渣样, 有腥臭味, 阴道灼热瘙痒。既往史: 泌尿系感染、高血压病多年, 血压控制良好。中医诊断: 带下病, 湿热下注证。治则治法: 清热解毒, 利湿止带。口服方: 太子参 15g, 生黄芪 7g, 紫丹参 7g, 柴胡 12g, 黄芩 12g, 生地黄 10g, 篇蓄 15g, 蒲公英 15g, 白茅根 12g, 金银花 12g, 车前子 10g, 小蓟 12g, 牛膝 10g, 火麻仁 10g, 生薏苡仁 15g, 7 剂, 水煎服, 1 剂/d, 早晚各 1 次。坐浴方: 蛇床子 15g, 百部根 12g, 白花蛇舌草 15g, 白鲜皮 12g, 地肤子 12g, 蒲公英 15g, 煅龙骨 12g, 煅牡蛎 12g, 金银花 12g, 萆薢 12g, 生薏苡仁 15g, 芡实 12g, 紫苏叶 10g, 苦参 12g, 黄柏 12g, 7 剂, 水煎, 早晚各坐浴 1 次, 每次 5~10 min。用药 7d 后, 白带量明显减少, 阴道灼热感消失, 但仍轻微瘙痒。效不更方, 外用药同前。再用 7 剂后, 白带消失, 阴道瘙痒消失。经随访半年, 未再发作。(薛武更, 孙光荣. 国医大师孙光荣治疗带下病[J]. 吉林中医药, 2017, 37(01):25-28.)

孙光荣教授带下病外治法的学术经验

带下病，是困扰患者、缠绵难愈、苦不堪言，严重影响生活质量以及夫妻生活的妇科疾病，古已有之，而今由于生活环境的日益复杂致使发病率日渐增高。笔者师从孙光荣教授，获得孙氏清带汤外治法，见效快速、疗效持久，特将孙光荣教授运用外治法治疗带下病的学术经验初步总结如下。

中医所称的带下病，是影响妇女生活质量和健康的常见病、多发病。“带下”之名，首见于《内经》，如《素问·骨空论》说：“任脉为病……女子带下瘕聚。”带下一词，有广义、狭义之分，广义带下泛指妇产科疾病而言，狭义带下又有生理、病理之别。正常女子自青春期开始，肾气充盛，脾气健运，任脉通调，带脉健固，阴道内即有少量白色或无色透明无臭的粘性液体溢出，特别是在经期前后、月经中期及妊娠期，其量增多，用以润泽阴户，防御外邪，此为生理性带下。如《沈氏女科辑要》引王孟英说：“带下，女子生而即有，津津常润，本非病也。”若带下量明显增多，或色、质、气味异常，即为带下病。《女科证治约旨》说：“若外感六淫，内伤七情，酝酿成病，致带脉纵弛，不能约束诸脉经，于是阴中有物，淋漓下降，绵绵不断，即所谓带下也。”在《诸病源候论》中还有五色带下的记载，有青、赤、黄、白、黑五色之名候。临床上以白带、黄带、赤白带为常见。近年来也有学者开始认为带下病还应包括“带下过少”。本文所论之“带下病”主要指“带下过多”。西医妇科疾病如阴道炎、宫颈炎、盆腔炎及肿瘤等均可见带下量多，必要时应进行妇科检查及排癌检查，避免贻误病情。

带下病的主要病因是湿邪，如《傅青主女科》说：“夫带下俱是湿症。”湿有内外之别。外湿指外感之湿邪，如经期涉水淋雨，感受寒湿，或产后胞脉空虚，摄生不洁，湿毒邪气乘虚内侵胞宫，以致任脉损伤，带脉失约，引起带下病。内湿的产生与脏腑气血功能失调有密切的关系：脾虚运化失职，水湿内停，下注任带；肾阳不足，气化失常，水湿内停，又关门不固，精液下滑；素体阴虚，感受湿热之邪，伤及任带，导致带下病的发生。带下病病位主要在前阴、胞宫；任脉损伤，带脉失约是带下病的核心机理。

从古至今，带下病的治疗以内治法为多。但外治法具有局部药物浓度高、直达病灶的优点。因此，也历来备受重视。带下病外治法首见于《金匱要略》的矾石丸。有研究发现，自《金匱要略》之后，治疗带下病的外用方不多，多采用阴道纳药的疗法，其次采用外洗，外熏及外敷疗法。外治多采用辛温燥湿、杀虫止痒之药，以温补下元，祛湿止痒。从目前文献报道来看，临床中治疗带下病的外用药以清热解毒为主，如治疗湿热下注型阴道炎有临床疗效的清热化湿中药方，组方为：苦参 15g，黄柏 15g，蛇床子 15g，龙胆草 15g，土荆皮 30g，地肤子 15g，淫羊藿 10g，蒲公英 30g，冰片 4g(后下)。王氏经临床观察发现苦参百部黄柏汤冲洗坐浴治疗滴虫性阴道炎与念珠菌阴道炎，效果满意。苦参百部黄柏汤组方为苦参、百部、黄柏、白鲜皮、地肤子、蛇床子、蒲公英、土茯苓、五倍子、乌梅。欧氏治疗老年性阴道炎的外用药——清带汤组方为知母、黄柏、金银花、蒲公英、牡丹皮、丹参、旱莲草、地骨皮、枸杞子、党参、黄芪。姜氏治疗阴道炎的坐浴方组方为：苦参、蛇床子、百部、川椒、大枫子、白矾、白头翁。

孙光荣教授是全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，是第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、第四批北京市级老中医药专家学术经验继承工作指导老师，执业中医临床已 55 年，擅长治疗内科、妇科、肿瘤、情志病的疑难杂病，是我国著名的中医临床家和文献学家。在长期的中医理论和临

床研究中,孙光荣教授在诊治带下病的长期临床实践中形成了鲜明的学术观点和“三联药组”用药特色。虽然众多学者认识到“带下”有生理性和病理性之分,但未体现在组方用药上。孙老独具匠心,认为白带本属人体生理现象,白带增多无论何种原因所致,固然是病理现象,但女子之“带”犹如男子之“精”,女子带下绵绵,犹如男子遗精,日久则可导致人体虚证丛生。因此,带下病的外治不能只顾针对症状而一味使用清热解毒止痒的药物,单纯清热解毒止痒,可取效于一时,但效果不能持久,容易反复。所以,还要兼顾到“带下”本属人体生理现象这一情况,所以要注意加用敛湿止带的药物。如此,治疗带下病方可全面兼顾。

孙老的这一学术思想,具体体现在孙氏清带汤的组方中。孙氏清带汤是孙光荣教授治疗带下病的外治验方。其基本组方思想是在运用清热解毒止痒药物的同时,加用敛湿止带的药物。主要药物包括蛇床子、百部、蒲公英、金银花、白花蛇舌草、煅龙骨、煅牡蛎、生薏米、芡实、白鲜皮、地肤子等。方中由清热解毒杀虫止痒的蛇床子、百部、蒲公英、金银花、白花蛇舌草、白鲜皮、地肤子等和利湿、敛湿止带的生薏米、芡实、煅龙骨、煅牡蛎等两大部分组成,若白带有腥味,则加苏叶,芳香化湿除腥味。方中融清、利、敛为一体,相反相成,相得益彰。经在临床中长期使用,发现采用孙氏清带汤化裁,经坐浴治疗各种证型的带下病取效迅速,疗效持久,值得进一步研究。

验案 1

某女,13岁。1987年春节就诊。脉细无力,舌暗淡,苔白滑。自5岁起咳嗽气喘,8年来反复发作,无有休时,多方医治,时愈时发。现见面色苍白,心悸自汗,精神萎靡,软弱乏力,咳喘不已,气息微弱,少气懒言,思睡少纳。询其今年正月初潮,白带淡而多,无异味。此乃禀赋不足、脾肾两虚之喘,法当健脾化痰、温肾纳气,内服方以金匱肾气丸为基本方治疗。脾肾本已不足,白带增多使虚上加虚,应急则治标,以“孙氏清带汤”坐浴治之,药用:蛇床子 15g,百部 12g,白花蛇舌草 15g,白鲜皮 10g,地肤子 10g,蒲公英 10g,煅龙骨 15g,煅牡蛎 15g,金银花 10g,川萆薢 10g,生薏米 10g,芡实 10g,生甘草 5g。7剂,水煎,早晚各坐浴 1次,每次 5~10分钟。上方内服、外用各 7剂后,咳喘明显缓解,白带已不明显,精神转佳,食欲增进。由于白带基本消失,嘱停用坐浴药,以内服药专治哮喘。

验案 2

某女,41岁。2012年7月就诊。白带增多伴阴道灼热、瘙痒近半年。2011年初,患者因反复发作性泌尿系感染,在多家三甲、二级医院经多种抗生素间断治疗1年余。2012年2月初,出现阴道瘙痒,并逐渐加重,豆腐渣样白带逐渐增多。某医院诊断为阴道炎,继续给以抗生素治疗,但未见好转。期间,患者因瘙痒难耐,自行以清水冲洗阴道,无效。患者痛苦不堪,改求中医治疗。证见神疲力乏,口苦咽干,大便稍干,小便灼热。自诉白带呈豆腐渣样,有腥臭味,阴道灼热瘙痒。舌尖红,苔黄厚腻,脉沉数。既往高血压病史,血压控制良好。

此为湿热下注。停用抗生素,内服以清热利湿之方。外用以孙氏清带汤坐浴。处方如下:蛇床子 15g,百部 12g,白花蛇舌草 15g,白鲜皮 12g,地肤子 12g,蒲公英 15g,煅龙骨 12g,煅牡蛎 12g,金银花 12g,川萆薢 12g,生薏米 15g,芡实 12g,紫苏叶 10g,苦参 12g,川黄柏 12g。7剂,水煎,早晚各坐浴 1次,每次 5~10分钟,治疗 7天后,白带量明显减少,阴道灼热感消失,但仍轻微瘙痒。效不更方,外用药同前。再用 7剂后,白带消失,阴道瘙痒消失。经随访半年,未再发作。(薛武更,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授带下病外治法的学术经

验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12 (07) :17-18.)

方药心得

孙光荣教授常用对药经验浅析

北京同仁堂中医大师孙光荣教授临床选方用药，灵巧机动，阴阳合和，动静相配，升降互动，尤其是对药的使用很有特色。孙老临床应用“对药”的临床经验，能有效地指导临证处方用药，甚为珍贵，现浅析如下，以飨同道。

1 龙骨、牡蛎

龙骨味甘，性微寒，归心、肝二经；牡蛎味咸，性微寒，归肝、肾二经。二者均有平肝潜阳，收敛固涩之功。龙骨尤善镇静安神，牡蛎长于软坚散结。临床常常相须为用，以治疗多种病证。以龙骨、牡蛎为主药，配伍于不同的方剂中，用以治疗眩晕、心悸、带下、不寐等病，均能取得较好疗效。此对药孙老最常用，还用在妇科外洗方中。

1.1 治眩晕 重用龙骨、牡蛎，重镇平肝，以潜浮阳，配以滋阴养液，清泄肝火之药，使肝有所养，肝阳得潜，肝火得泄，则眩晕自止。药用：龙骨、牡蛎、夏枯草、龙胆、栀子、黄芩、沙参、麦冬、玉竹、川牛膝、木通、生地黄、泽泻、甘草。

1.2 治心悸 镇惊定悸助化源，《丹溪心法·惊悸怔忡》篇指出：“怔忡者血虚、血少者多。”故重用龙骨、牡蛎，镇惊定悸，与养血益气、升发清阳之药为伍，使化源充，气血足，则心有所养，心神得安而心悸诸症可平。药用：龙骨、牡蛎、党参、黄芪、当归、白芍、熟地黄、大枣、桂枝、升麻、柴胡、陈皮、甘草。

1.3 治带下 收敛固涩调任带，带下为病，与脾、肾二脏功能失调及湿热(毒)、热毒关系至为密切。重用龙骨、牡蛎收敛固涩以止带。诸药合用，使脾气健、清阳升、湿邪除，任、带二脉得固而收全功。药用：党参、薏苡仁、芡实、白芍、白术、茯苓、山药、陈皮、苍术、柴胡、甘草、龙骨、牡蛎。

1.4 治不寐 镇静安神藏心神，不寐临证，不外虚实两端。虚证多阴血不足，责之心脾肝肾；实证多肝郁化火，食滞痰浊，胃腑不和。不寐多属心血亏虚，血不养心，心不藏神而致。故重用龙骨、牡蛎镇静安神，更与益气养血药同伍，使气充血足，心有所养，神有所藏，则心神自宁，睡眠安稳。

药用：龙骨、牡蛎、党参、黄芪、茯苓、白术、白芍、当归、山药、鸡血藤、熟地黄、五味子、麦芽、甘草。

2 杜仲、川牛膝

杜仲甘、温，归肝、肾经。补肝肾，强筋骨，安胎；牛膝苦、甘、酸，归肝、肾经。补肝肾，强筋骨，活血通络，引火(血)下行，利水通淋。两药同入肝、肾，均有补肝肾，强筋骨之用，且肝主筋，肾主骨，肾充则骨强，肝充则筋健。杜仲主走下气分，长于补益肾气；牛膝主下血分，偏于益血通脉。二药为对，气血同调，肝肾同补，筋骨均滋，相须为用，相互促进，则补肝肾、强筋骨的功效加强。二药合用，可治肝肾不足所导致的腰膝酸软、下肢无力等病症。

3 蔓荆子、藁本

蔓荆子味苦辛，性凉。归肝、胃、膀胱经。蔓荆子体质轻浮，入肺经上行宣散，故能清利头目，解表疏风，通窍止痛。主治头面之风证，且入血分养血和肝，凉血散风。藁本味辛，性温。归肺、膀胱经。西藁本性味俱升，善达颠顶，擅长治风寒侵犯的太阳证，症见颠顶痛甚者。二药合用，祛风止痛效果增强。孙老用此对药治疗高血压头痛屡获良效，尤其是蔓荆子，孙老认为此药有补脑之功，值得深入探讨。

4 白茅根、车前子

白茅根味甘、性寒。归肺、胃、膀胱经。凉血止血，利尿通淋，兼能生津止渴；车前子味甘、微寒。归肝、肾、肺、小肠经。清热利尿，渗湿通淋。二药合用，质淡味薄，渗利清热而无损正伤阴之弊。本对药甘寒滑利，利尿通淋，兼能凉血止血，为治热淋、血尿、水肿之要药，对湿热伤阴所致者尤为合拍。

5 石菖蒲、郁金

石菖蒲味辛、苦，性温。归心、胃经。芳香入心开窍，涤痰醒脑，去湿开胃。郁金味辛、苦，性寒。归肝、心、肺经。活血祛瘀，行气解郁，清心开窍。二药合用，共奏开窍解郁，痰瘀并祛之效。用于痰热蒙蔽清窍之神志昏迷，惊痫，癫狂；气滞血瘀之胸痹心痛，脘腹胀满。

5.1 治神昏 本对药为治痰浊蒙蔽清窍及热入心包之神昏谵语，惊狂，癫痫诸症的常用对药常与竹沥、竹叶、栀子等同用。

5.2 治痫症、癫狂 常与远志、胆南星、僵蚕、全蝎、琥珀、龙齿等同用。

5.3 治惊怔 惊怔乃痰瘀凝滞，神明被蒙饮浊攻心犯胆动肝所致，二药配合远志、胆南星痰瘀并祛。

5.4 治胸痹心痛 治心绞痛因气虚而致者，用香砂六君汤加石菖蒲、郁金健脾益气，行气止痛。

5.5 开诸窍 通利胆窍以排石退黄；开精窍治射精障碍；利湿泻浊开窍治疗膀胱开阖失司，排尿不畅，尿闭；开胃窍治呕吐不进食。

6 天麻、石决明

明天麻味甘、性平，归肝经。息风祛痰止痉，既能辛散外风，也能平息内风，辛润不燥，通和血脉，为风药中之润剂。石决明味咸，性寒，归肝经。偏于平肝，其质重，有一定的补肝作用。二药合用，平肝祛风，清肝通络止痛。

7 金樱子、车前子

金樱子味酸、甘、涩，性平，归肾、膀胱、大肠经。重于收涩，为固精缩尿，涩肠止泻常用药。车前子味甘、微寒。归肝、肾、肺、小肠经。清热利尿，渗湿通淋。

8 小茴香、荔枝核

小茴香辛，温。归肝、肾、脾、胃经。温肾暖肝，散寒行气，止痛疗疝。荔枝核辛、微苦，性温。归肝、胃经。行气散结，散寒止痛。二药合用，行气破滞，可加强消疝止痛之效。

9 枳壳、厚朴

枳壳味苦、辛，性凉。归肺、脾、大肠经。长于破泄胃肠结气，以消积导滞除痞为主，对实证或虚中夹实者均可配伍应用；厚朴味苦、辛，性温。归脾、胃、肺、大肠经。善散寒湿，偏于行气，以散满除胀为主。两药同用，散满消痞，可治胃腑实邪积滞、腹满胀疼痛、大便不畅等症。

10 山药、薏苡仁

山药味甘、性平。归脾、肺、肾经。补气健脾，补肺养阴，补肾固精，生津止渴。薏苡仁味甘、性凉。归脾、胃、肺经。健脾渗湿，利下焦之湿热。两药合用，加强健脾之功。

11 郁金、佩兰

郁金味辛、苦，性寒。归肝、心、肺经。活血祛瘀，行气解郁，清心开窍。佩兰味辛，性平。归脾、胃、肺经。气香辛平，其醒脾化湿之功较强，并有一定的利水作用。孙老擅用此对药祛湿解郁化厚腻之舌苔。

12 桑寄生、何首乌

桑寄生味苦、甘，性平。归肝、肾经。补肝肾，强筋骨，祛风湿，安胎元。何首乌味苦、甘、涩，性微温。归肝、肾经。补益肝肾，益精血，壮筋骨。两药合用，加强补益肝肾，强筋健骨之功。何首乌深得孙老喜爱，作为补益药屡屡出现在孙老处方中，用量多在 12g 左右。

13 陈皮、半夏

陈皮味苦、辛，性温。归肺、脾经。理气健脾，燥湿化痰。半夏辛、温。归脾、胃、肺经。和胃降逆，燥湿化痰。二药合用，相互促进，使脾运复常则湿痰去，气机通畅则痞满除，胃气和降则呕恶止。本对药化痰湿之力强，善治湿痰，凡外感风寒或中焦湿痰上犯导致肺气不利而出现的咳嗽痰多，胸闷等症用为要药，可作为化痰的基本方随证加味，治一切痰嗽症。众多止咳化痰的方剂均含此对药。

14 茯神、炒酸枣仁

茯神味甘、淡，性平。归心、脾经。宁心、安神、利水。酸枣仁味甘、酸，性平。归肝、胆、心经。养心肝阴血而安神。二药合用，相互促进，宁心养阴安神之功增强。孙老引用此二味治失眠，尤其是烦不得眠疗效甚好。

15 蒲公英、金银花

蒲公英味甘、微苦，性寒。清热解毒，消肿散结。金银花味甘，性寒。归肺、心、胃经。清热解毒，疏散风热。两药配伍，消痈散结，治疗热毒壅结于肌肉所致的痈肿疮毒，高热不退。对乳痈有良效，能解毒散结通乳。此两味药深为孙老喜爱，常用此二味药物。

16 谷精草、密蒙花

谷精草味辛、甘，性平。归肝、肺经。疏散风热，明目退翳。密蒙花味甘、性微寒。归肝、胆经。清热养肝，明目退翳。谷精草甘平走行上焦，直达颠顶，善于疏散头部风热，而无寒凉遏抑之弊，其明目退翳之功优于菊花，长于治风热外袭，风重于热之目不明实证。密蒙花甘以补血，寒以清热，养血明目，专在治本，目得血则能视，与谷精草之偏治风热不同。两药合用，标本同治，明目退翳。孙老用此药对多用来治目疾，也用于高血压治疗。

17 炒酸枣仁、制远志

酸枣仁味甘、酸，性平。归肝、胆、心经。养心肝阴血而安神。远志味苦、辛，性温。归心、肾、肺经。能开心气郁结，交通心肾而安神益智。二药合用，即滋养阴血，又交通心肾，宁心安神作用增强。用于肝血不足，心肾不交之失眠，惊悸胆怯，健忘。此药对孙老常用，用量大多在 12g 左右。

17.1 治失眠、惊悸怔忡 对心肝血虚兼胆气虚怯所致者尤为适宜，可配伍白芍、何首乌、龙眼肉等。其中，属心脾两虚、气血不足者，常配伍人参、黄芪、白术、当归、龙眼肉等益气健脾、养血补心药同用。属心肾不足，阴虚血少者，可配伍熟地黄、天冬、柏子仁等药，如天王补心丹。

17.2 治疗肾虚健忘 可配伍熟地黄，麦冬。

18 熟地黄、生地黄

熟地黄味甘，微温。归肝、肾经。生地黄味甘、苦，性寒。归心、肝、肾经。熟地黄滋补阴血，为填精补髓之品；生地黄清热凉血，养阴生津。二药合用，阴血兼顾，共奏养阴补血、清热凉血之效。熟地黄配生地黄为阴血双补之品，可用于阴虚血少精亏诸症，骨蒸潮热，头晕失眠，崩中漏下，月经不调等。孙老对于癌症化疗病人的调理时，多会用以此药对。

19 乳香、没药

乳香味辛、苦，微温。归心、肝、脾经。芳香走窜，行气活血，消肿止痛，生肌，偏入气分。没药味苦，性平。归肝、脾、心、肾经。散瘀活血，消肿定痛，生肌，偏入血分。两药性味相近，气味芳香，辛散走窜，相须为用，相互促进，活血止痛，消肿生肌功用相得益彰。为治疮疡痈肿、乳痛的常用对药。孙老在治疗癌症乳腺增生病和对也常用此对药。

20 九节菖蒲、磁石

九节菖蒲辛、温。归心、胃经。芳香化浊，行气开窍，以入心为主；灵磁石辛、寒。归肝、肾二经。益肾养肝，聪耳明目，平肝潜阳，重镇安神，以入肾为主。两药合用，交通心肾，一镇一开，益肾平肝，聪耳明目，开窍效果明显。肝肾阴虚者仍要配合六味地黄丸等以培本。孙老用此对药对失眠和耳鸣疗效甚好。

21 墨旱莲、女贞子

墨旱莲味甘、酸，性寒。归肝、肾经。入肾补精，能益下而荣上，强阴而黑发，凉血止血；女贞子味甘、苦，性凉。归肝、肾经。补肾滋阴，养肝明目，性质平和，为清补之品。两药皆入肝、肾，然女贞子性平和，取效慢，兼能退虚热；而墨旱莲则味酸且寒性偏大，功擅凉血止血。二药为对，补肝肾、滋阴精，乌须发，顺应阴阳，相须为用，相互促进，相辅相成，功力倍增。可治肝肾阴虚之头晕目眩、腰膝酸软、须发早白等病症。孙老临床女性病人偏多，此药对孙老常用，用药剂量多在 10~15g 之内。（杨建宇, 奕珊, 李彦知, 等. 孙光荣教授常用对药经验浅析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(01):10-12.）

中医孙光荣教授临床善用“角药”经验点滴

所谓“角药”是指以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、归经、七情为配伍原则，三味中药联合使用、系统配伍、配成一组，为三足鼎立，互为犄角，这种配伍，比起“药对”作用就比较复杂一些，名之曰“角药”。初看“角药”像是由三组“药对”组成，但实际上它的组方意义远比“药对”广泛深厚。“角药”介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，其在配伍应用中颇多巧妙，在临床应用中可起到减毒增效的作用，对于我们认识药物的性能功效也很有帮助。

“角药”一词，看来陌生，但临床医师却在自觉不自觉地运用此药物配伍规律，进行着长期的医疗临床实践。简单地讲，它是三种中药的有机组合应用，而非简单的药物。今特举几例典型“角药”配伍加以说明。

1 常用的“角药”

常用的角药大多是经典小方或大家都熟悉的小方，多信手拈来，疗效甚佳。孙老临床亦经常选用，现摘要介绍 10 组如下：

1.1 黄连、半夏、瓜蒌

此角药是黄连、半夏、瓜蒌组成的小陷胸汤，原方出自医圣仲景之手，具有清热化痰，宽胸散结之功。方中瓜蒌清热化痰，通胸膈之痹；黄连泻热降火，除心下之痞；半夏降逆消痞，除心下之结，与黄连合用，一辛一苦，辛开苦降，得瓜蒌则清热涤痰，其散结开痞之功益著。本方三药，缺一则偏缺，黄连则苦降泄热之力不足；缺半夏辛开化痰降逆之力损；缺瓜蒌则利气润下之力弱，吴鞠通对本方十分赞赏，并在此基础上加枳实，名小陷胸汤加枳实汤。

1.2 茵陈、栀子、大黄

由此三药组成的茵陈蒿汤，具有清热利湿退黄之功，三味均为苦寒药，寒能清热，苦能燥湿，其中茵陈疏肝利胆，为清热除湿退黄之药。栀子能除烦清热，清泄三焦而通调水道，导湿热下行，引湿热从小便而出；大黄泻热除瘀，通利大便，推陈致新，使湿热壅遏瘀滞之邪下泻，成为治疗，湿热黄疸（热重于湿）的一组著名“角药”。

1.3 甘草、小麦、大枣

由此三药组成的甘麦大枣汤，具有养心安神，和中缓急，又补脾气之功。方中甘草甘缓和中，养心以缓急迫；辅小麦养心宁神；大枣补益脾气，缓肝急并治心虚。三味甘药配伍，具有甘缓滋补，柔肝缓急，宁心安神之效。《补正》云：“三药和平，养胃，生津化血，津水下达于脏，则藏不躁而悲伤太息诸症自去矣。”正所谓“甘麦大枣汤，脏躁服之康。”

1.4 猪苓、茯苓、泽泻

此三味为利水渗湿之主药。猪苓利水渗湿，治小便不利、水肿、泄泻、淋浊、带下；茯苓具有渗湿利水、健脾和胃、宁心安神的功效，可治小便不利、水肿胀满、痰饮咳逆、呕逆、恶阻、泄泻、遗精、淋浊、惊悸、健忘等症；泽泻利水、渗湿、泄热，治疗小便不利、水肿胀满、呕吐、泻痢、痰饮、脚气、淋病、尿血。《医方考》云：“猪苓质枯轻清之象也，能渗上焦之湿；茯苓味甘，中宫之性也，能渗中焦之湿；泽泻味咸，润下之性也，能渗下焦之湿。”三药为主，加白术，桂枝增温阳化气之功，名五苓散；加清热养胃之滑石、阿胶名为猪苓汤；若将五苓散与茵陈蒿相伍，则名为茵陈五苓散，是疗湿热黄疸的一张名方。后世的四苓散、胃苓散皆有本组“角药”起主导作用。

1.5 柴胡、黄芩、半夏

此三味为小柴胡汤主药，方中柴胡疏肝解郁，得黄芩苦寒同用，清散肝胆郁九柴胡配半夏，疏肝和胃，治肝气犯胃之呕恶；黄芩和半夏能调和肠胃。三药同用，具有宣通上焦，下行津液，和顺胃气之功效。它不仅是小柴胡汤的主药，而且还是柴胡剂类方中不可缺少的一组“角药”。后世的柴平汤、柴胡四物汤、柴胡陷胸汤、柴胡枳橘汤，皆由此三味为主药。著名中医学家刘渡舟教授，在三味药的基础上加茵陈、土茯苓、凤尾草、草河车，名为柴胡解毒汤。主治肝胆湿热，久之成毒，蕴郁不解而见肝区疼痛，厌油喜素，多呕，体瘦少气，小便黄短，舌苔厚腻。

1.6 杏仁、白蔻仁、薏苡仁

此三味为三仁汤主药，方中杏仁宣利上焦肺气，盖肺主一身之气，气化则湿亦化；白蔻仁芳香化湿，行气宽中；薏苡仁甘淡性寒，渗利湿热而健脾。三仁相合，宣上畅中渗下，使气畅湿行，暑热清解，脾气健旺，三焦通畅，诸症自除。是治疗湿温初起，邪在气分，湿重于热的常用方剂。另外，此三味药还是藿朴夏苓汤的主药。

1.7 白芥子、苏子、莱菔子

由此三药组成的三子养亲汤，具有降气快膈，化痰消食的功效。本方原为老人气实痰盛之证而设，方中白芥子温肺利气，快膈消痰；苏子降气行痰，止咳平喘；莱菔子消食导滞，行气祛痰。三药均能行气，皆属治痰理气之常用药，合而用之，可使气顺痰消，食积得化，咳喘得平。临床应用时，观其何证居多，则以何药为君，其效尤佳。张秉成《成方便读》“三者皆治痰之药，而又能于治痰之中各逞其长。食消气顺，喘咳自宁，而诸证自愈矣，又在用者之宜耳。”

1.8 玄参、麦冬、生地黄

由此三药组成的增液汤，具有滋阴清热，润燥通便之功。方中以玄参咸寒润下为君，伍以麦冬之甘寒滋润，生地之滋阴壮水。三者均属质润多汁之品，合用共奏滋阴清热、润燥通便之功。《温病条辨》：“麦冬主治心腹结气，伤中伤饱，胃络脉绝，羸瘦短气，亦系能补能润能通之品，故以为之佐。生地亦主寒热积聚，逐血痹，用细者，取其补而不腻，兼能走络也。三者合用，作增水行舟之计，故汤名增液，但非重用不为功。”吴塘说：“阳明温病，无上焦证，数日不大便，当下之，若其人阴素虚，不可行承气者，增液汤主之。”

1.9 人参、麦冬、五味子

由此三药组成的生脉散，具有益气生津，敛阴止汗之功效。汗为心液，若汗出过多，易亏心阴。气为肺所主，故自汗过多必耗气，亦即损肺。本方以人参甘平补肺，大扶元气为君；以麦冬甘寒养阴生津，清虚热而除烦为臣；五味子酸收敛肺止汗为佐使。吴谦等：“夫暑热伤肺，肺伤则气亦伤矣。故气短、倦怠而喘咳也。肺主皮毛，肺伤则失其卫护，故汗出也。热伤元气，气伤则不能生津，故口渴也。是方君人参以补气，即所以补肺。臣麦冬以清气，即所以清肺。佐五味以敛气，即所以敛肺。”吴崑云：“一补、一清、一敛，养气之道备矣。名曰生脉，以脉得气则充，失气则弱。”李杲谓：“夏月服生脉饮，加黄芪、甘草，名生脉保元汤，令人气力涌出；更加当归、白芍，名人参饮子，治气虚喘咳，吐血衄血，亦虚火可补之例也。”

1.10 附子、干姜、炙甘草

由此三药组成的四逆汤，具有回阳救逆之功效。症见四肢厥逆，恶寒倦卧，呕吐不渴，腹痛下利，神衰欲寐，舌苔白滑，脉象微细。《素问·厥论》曰：“阳

气衰于下，则为寒厥。”《素问·至真要大论》曰：“寒淫于内，治以甘热，佐以苦辛，以咸泻之，以辛润之，以苦坚之。”“寒淫所胜，平以辛热，佐以苦甘，以咸泻之。”用大辛大热之附子为君药。附子纯阳有毒，为补益先天命门真火之第一要剂，通行十二经，生用尤能迅达内外以温阳逐寒。干姜温中焦之阳而除里寒，助附子抒发阳气，为臣药。生附子有大毒，与干姜同用，其性峻烈，故又用益气温中之炙甘草为佐药，既能解毒，又能缓解姜、附辛烈之性，合而回阳救逆，又不致有暴散之虞，故方名“四逆”。此三味药，若加重干姜用量，则为通脉四逆汤。此外，这三味药还是四逆加人参汤、回阳救急汤的主药。

2 孙光荣教授常用的“角药”

孙光荣教授喜用“角药”，并且剂量偏小，一派王者风范。其临床治疗“重气血、调气血、畅气血”，讲究用药灵动性强，紧扣病机，动静相扣，升降配合，阴阳互动，才能达到良好的治疗效果。现就孙老常用“角药”简要分述于下，以供参考。

2.1 生晒参、生北芪、紫丹参

生晒参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智。生北芪有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效。紫丹参活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功”。三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血之功。这三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量也很少超过 15 克的，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

2.2 云茯神、炒枣仁、炙远志

云茯神宁心、安神、利水，用于心虚惊悸、健忘、失眠、惊痫、小便不利。炒枣仁养肝、宁心、安神、敛汗，治疗虚烦不眠、惊悸怔忡、烦渴、虚汗。远志安神益智、祛痰、消肿，用于心肾不交引起的失眠多梦、健忘惊悸、神志恍惚、咳痰不爽、疮疡肿毒、乳房肿痛。三味中药配伍，安神宁心功效更强，又能健脾益肾、消肿祛痰。孙老临床常用剂量多为 10 克左右。

2.3 川杜仲、北枸杞、山萸肉

杜仲补肝肾、强筋骨、安胎，治腰脊酸疼、足膝痿弱、小便余沥、阴下湿痒、胎漏欲堕、胎动不安、高血压。《本经》：“主腰痛，补中益精气，坚筋骨，强志，除阴下痒湿，小便余沥。”北枸杞补肾益精、养肝明目、补血安神、生津止渴、润肺止咳，治肝肾阴亏、腰膝酸软、头晕、目眩、目昏多泪、虚劳咳嗽、消渴、遗精。山萸肉补益肝肾、涩精固脱，用于眩晕耳鸣、腰膝酸痛、阳痿遗精、遗尿尿频、崩漏带下、大汗虚脱、内热消渴。此三味中药均有补肝肾、壮腰益精作用，孙老合而用之，阴中有阳、阳中有阴，动静结合，技艺高超、构思巧妙。孙老临床此三味药常用量多为 12 克左右。

2.4 防风、黄芪、白术

三药共组成的玉屏风散，具有益气固表止汗的功效。治疗表虚自汗，易感风寒。方中黄芪益气固表，为君药；白术健脾益气，助黄芪以加强益气固表之功，为臣药；二药合用，使气旺表实，则汗不能外泄，邪不易内侵，更配以防风走表祛风并御风邪，为佐使药。黄芪得防风，固表而不留邪；防风得黄芪，祛邪而不伤正。补中有散，散中有补。此角药孙老处方并不大明显，但在孙老临床治疗气虚感冒时，常会在例行三“角药”之后加防风、白术，需认真研习，方可有所认

识。

2.5 黄柏、苍术、牛膝

此三味药组成的三妙丸，具有清热燥湿祛风、补肝肾的功效，专治下焦湿热的两脚麻木、麻痛、痿软无力。方中黄柏苦寒，寒以清热、苦以燥湿，且偏入下焦；苍术苦温，善能燥湿；二药相伍，合成清热燥湿之效。牛膝能祛风湿、补肝肾，且引药下行，三药相合，清热燥湿之力更强，下焦湿热得清。此三味药，孙老临证并不局限在两下肢麻木、疼痛。而重在病机对证，值得细玩。

2.6 菊花、白芷、川芎

菊花平肝祛风清热、平肝明目，用于风热感冒、头痛眩晕、目赤肿痛、眼目昏花；白芷疏风散寒、燥湿、消肿、止痛，治头痛、眉棱骨痛、齿痛、鼻渊、寒湿腹痛、肠风痔漏、赤白带下、痈疽疮疡、皮肤燥痒、疥癣；川芎活血祛瘀、辛香善升，能上行头目巅顶，具有祛风止痛作用，可行血中之气，祛血中之风，为临床治疗外感头痛头风头痛之要药。三药相合，祛风止痛明目之效更强。孙老用此药治疗神经性疾病疗效甚好，高血压、情志性疾病也时有运用，此三味孙老用量很小，大多用 10 克以下。

2.7 大黄、黄芩、黄连

此三味药组成的泻心汤，具有泻火解毒、燥湿泄痞的功效，主治邪火内炽、迫血妄行，如吐血、衄血等症。方中大黄泻下攻积，清热泻火，凉血解毒，逐瘀通经；黄芩清肺热，泻上焦之火；黄连清热燥湿、泻火解毒，泻心火、兼泻中焦之火，用于湿热痞满、呕吐、泻痢、黄疸、高热神昏、心火亢盛、心烦不寐、血热吐衄、目赤吞酸、牙痛、消渴、痈肿疮疡，外治湿疹、湿疮、耳道流脓。三药相伍，火热得泻，三焦通利。

2.8 黄连、香薷、厚朴

此三味药共同组成黄连香薷饮，具有清暑化湿的功效，主治冒暑、腹痛水泻、恶心。黄连清热燥湿、泻火解毒，泻心火、兼泻中焦之火，用于湿热痞满、呕吐、泻痢、黄疸、高热神昏、心火亢盛、心烦不寐、血热吐衄、目赤吞酸、牙痛、消渴、痈肿疮疡，外治湿疹、湿疮、耳道流脓；香薷发汗解暑、行水散湿、温胃调中，治夏月感寒饮冷、头痛发热、恶寒无汗、胸痞腹痛、呕吐腹泻、水肿、脚气；厚朴温中、下气、燥湿、消痰，治胸腹痞满胀痛、反胃、呕吐、宿食不消、痰饮喘咳、寒湿泻痢。三药相配，燥湿除满、行气止呕作用更强。孙老在临床中，时有香薷仅用数克见奇效。

2.9 大黄、附子、细辛

此三味药组成的大黄附子汤，具有温阳散寒、泻结行滞之效，治疗寒积里实之腹痛便秘、胁下偏痛、发热、手足厥逆等症。大黄泻下攻积，清热泻火，凉血解毒，逐瘀通经；附子辛热，温阳以祛寒；佐以细辛除寒以散结，更借大黄之荡涤肠胃、泻除积滞。大黄、附子、细辛相配，变苦寒为温下，效殊意远。孙老临床很少用大剂量药，对于大辛大热之附子，尤为慎重，多在 10g 以下使用，与当今动辄几十克甚而成斤用附子形成强烈反差。

2.10 女贞子、旱莲草、天花粉

女贞子补益肝肾、清虚热、明目，主治头昏目眩、腰膝酸软、遗精、耳鸣、须发早白、骨蒸潮热、目暗不明；旱莲草凉血止血、补益肝肾，主治肝肾阴虚之头晕目眩、头发早白等症、以及阴虚血热而致的各种出血、如咯血、吐血、尿血、便血、崩漏、齿鼻衄血；天花粉清热生津、消肿排脓，用于热病烦渴、肺热燥咳、内热消渴、疮疡肿毒。女贞子配旱莲草组成的二至丸，养阴益精凉血止血，补肝

肾养阴血而不滋腻，为平补肝肾之剂。《医方集解》：“早莲草、女贞子，补腰膝，壮筋骨，强肾阴，乌须发，治疗阴虚血虚头晕。”再伍以天花粉清热生津，滋阴除热之力更强。三药合用，共奏补肝肾、养阴血、滋阴清热生津之功。

以上对孙老临床用“角药”经验的探讨，仅供临床参考，对于“角药”的再提出再认识，也仅是近几年的事情，尚未得到大家足够的重视，本文试探性讨论孙老临床用“角药”为经验之唯一目的即此谓也。（杨建宇, 孙文政, 李彦知, 等. 孙光荣教授临床善用“角药”经验点滴[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(02):23-25.）

孙光荣经方歌诀及化裁心得

孙光荣教授是国家级名老中医、北京同仁堂中医大家、北京市名老中医、北京中医药大学教授，中医药远程教育创始人，是著名的中医临床家、中医文献学家、中医教育家、中医思想家、中医战略家，笔者有缘拜在孙老教授门下习医，受益终身。现将孙老关于经方歌诀和化裁心得辑录如下，以飨读者。

(一)小柴胡汤(《伤寒论》)

【歌诀】小柴胡汤和解功 半夏人参甘草从 更用黄芩加姜枣 少阳百病此为宗

1、原方组成：柴胡半斤，黄芩、人参、甘草(炙)、生姜(切)各三两，大枣十二枚(擘)，半夏半升(洗)。以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，一日三次。

2、应用大旨：宜：中气 中焦 中和 忌：大汗 大吐 大泻

【经方要义】小柴胡汤

(1)方剂分类：属于“和解剂”

(2)针对病证：往来寒热 胸胁苦满 喜呕不欲饮食 心烦口苦 咽干目眩 寒热发作有时

(3)配伍特点：扶正祛邪兼顾(人参、大枣、甘草扶正，其余祛邪)；一清一散并行(柴胡、黄芩)

(4)选方提要：少阳证，但见一证便是，不必悉俱。

【应用精义】

曹颖甫《伤寒发微》：柴胡以散表寒，黄芩以清里热。湿甚生痰，则胸胁满，故用生姜、生半夏以除之。中气虚则不欲食，故用人参、炙甘草以和之，此小柴胡汤之大旨也。

吴谦等《医宗金鉴》：邪传少阳惟宜和解，汗、吐、下三法皆在所禁……故立和解一法，既以柴胡解少阳在经之表寒，黄芩解少阳在府之里热，尤恐在里之太阴正气一虚，在经之少阳邪乘之，故以姜、枣、人参和中而壮里气，使里不受邪而和，还表里以作解也。

《伤寒论》：有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。

3、孙光荣化裁之经验方之～孙光荣扶正祛邪中和汤(基本方)：

【君】生晒参 10g、生北芪 15g、紫丹参 10g(益气活血)

【臣】北柴胡 12g、广郁金 12g、制香附 12g(疏肝解郁)

【佐】法半夏 10g、广陈皮 10g、淡黄芩 10g(清热化痰)

【使】大红枣 10g、生姜片 10g、生甘草 5g(补引调和)

(注：补引调和——补益、引导、纠偏、调和)

孙光荣扶正祛邪中和汤适应病证：

【脉象】弦，弦细，弦滑，沉弦。

【舌象】舌质红、淡红，舌苔黄，微黄，黄白而稍腻。

【症状】发热，持续低热，寒热往来；心烦胸满，欲呕，呕吐，口苦，萎靡不振，懒言，不思食。

【适应病证加减举例】

急、慢性胆囊炎：去制香附、淡黄芩，加蒲公英 15g、海金沙 15g、金钱草 15g。

厌食症：去制香附、淡黄芩，加鸡内金 6g、谷麦芽各 15g；津少咽干再加金石斛 15g。

抑郁症：去制香附、淡黄芩，加炙远志 10g、石菖蒲 10g；舌苔白腻，再加佩兰叶 6g。

急性肝损害：去制香附，加田基黄 15g、蒲公英 15g，鸡骨草 15g；中焦痞格，再加隔山消 10g。

(二)小建中汤(《伤寒论》)

【歌诀】小建中汤芍药多 桂姜甘草大枣和 更加饴糖补中脏 虚劳腹冷服之瘥

1、原方组成：桂枝三两(去皮)，甘草二两(炙)，大枣十二枚(擘)，芍药六两，生姜三两(切)，胶饴一升。以水七升，煮取三升，去滓，纳饴，更上微火消解。温服一升，一日三次。

2、应用大旨：宜：面色无华 手足烦热 腹冷痛而喜按(中焦阳气不足，阴血不足，虚劳里急)忌：发热 湿热 呕吐 里实 阳亢

【经方要义】小建中汤

(1)方剂分类：属于“温里剂”

(2)针对病证：腹中时痛 畏寒肢冷 心中悸动 面色无华 手足烦热 咽干口燥

(3)配伍特点：辛(桂枝)甘(饴糖、炙甘草)酸(倍芍药)化阴

(4)选方提要：中焦虚寒，气血不足

【应用精义】

方有执《伤寒论条辨》：小建中汤者，桂枝汤倍芍药而加饴糖也。倍芍药者，酸以收阴，阴收则阳归附也。加饴糖者，甘以润土，土润则万物生也。建，定法也，定法唯中，不偏不党，王道荡荡，其斯之谓乎？

柯韵伯《伤寒来苏集》：此方安内攘外，泻中兼补，故名曰“建”。外症未除，尚资姜桂以散表，不全主“中”，故曰“小”。所谓“中”者有二：一日“心中”，一日“腹中”。

吴昆《医方考》：呕家不可用建中，为其甘也。则夫腹痛而兼呕者，又非建中所宜也。

3、孙光荣化裁之经验方之二一一

孙光荣健中和胃汤：

【君】太子参 15g、生北芪 15g、紫丹参 10g (益气活血)

【臣】川桂枝 6g、杭白芍 12g、广橘络 6g (敛阴引阳)

【佐】炒白术 10g、大红枣 10g、生姜片 10g (健脾和胃)

【使】鲜饴糖 20g、生甘草 5g (补引调和)

孙光荣建中和胃汤适应病证：

【脉象】虚，虚细，虚细且涩，弦细，芤。

【舌象】舌质红、暗红、淡紫，舌苔白，微白，白腻。

【症状】气短，心悸，手足烦热；腹痛喜按，小便自利或频数。

【适应病证加减举例】

胃溃疡：呃逆、欲呕者，去鲜饴糖、生甘草，加乌贼骨 12g、西砂仁 4g，延胡索 10g；喜食寒者，再去川桂枝，加瓦楞子 10g；喜食热者，再改川桂枝为高良姜 10g。

血小板减少性紫癜：去川桂枝、鲜饴糖，加淡紫草 10g、芡实仁 15g、白藓皮 10g、生地炭 10g。

再生障碍性贫血：加真阿胶 10g、鹿角胶 10g；全当归 12g。

痛经(腹冷者)：加制香附 10g，延胡索 10g，吴茱萸 10g；月经衍期者，再加益母草 10g；月经先期者，再加大生地 10g。

(三)甘麦大枣汤(《金匱要略》)

【歌诀】金匱甘麦大枣汤 人患脏躁喜悲 伤精神恍惚常欲哭 养心安神效力彰

1、原方组成甘草三两，小麦一升，大枣十枚。以水六升，煮取三升，分三次温服

2、应用大旨：宜：精神恍惚 心烦难寐 常悲欲哭 言行失常(心阴受损，肝气失和)忌：真寒真热大吐大泻

【经方要义】甘麦大枣汤

(1)方剂分类：属于“安神剂”

(2)针对病证：精神恍惚 睡眠不安 悲伤欲哭 言行失常 呵欠频作

(3)配伍特点：甘润平补养心舒肝

(4)选方提要：心气心血两亏。

【应用精义】

莫枚士《经方例释》：此为诸清心方之祖，不独脏躁宜之。凡盗汗、自汗等可用。《素问》：麦为心谷。《千金》曰：麦养心气。《千金》有加甘竹根、麦冬二味，治产后虚烦及气短者，名竹根汤。又竹叶汤、竹茹汤，并以此方为主，加入竹及麦冬、姜、苓，治产后烦。夫悲伤欲哭，数申欠，亦烦象也。

尾台榕堂《类聚方广义》：孀妇室女，平素忧郁无聊，夜夜不眠等人，多发此证。发则恶寒发热，战栗错语，心神恍惚，坐卧不安，悲泣不已，服此方立效。又癲病、狂病，与前证类似者，亦有奇验。

3、孙光荣化裁之经验方之三一一

孙光荣安神定志汤：

【君】西党参 10g 生北芪 10g 紫丹参 7g (益气活血)

【臣】干小麦 15g 大红枣 10g 生甘草 5g (养心柔肝)

【佐】云茯神 10g 炒枣仁 10g 川郁金 10g (安神开郁)

【使】灯芯草 3g (补引纠和)

孙光荣安神定志汤适应病证：

【脉象】细数，细数无力，细数且涩。

【舌象】舌质淡红，舌苔白薄，或苔少，或少津。

【症状】精神恍惚，五心烦热，潮热阵阵，呵欠连连，虚汗淋淋，悲伤欲哭，难寐多梦，言行异常。

【适应病证加减举例】

抑郁症：加炙远志 10g、石菖蒲 10g；月经衍期或停经者，加益母草、制香附各 12g。

狂躁症：加合欢皮 10g，灵磁石 5g，石决明 20g。

更年期综合症：加银柴胡 12g，地骨皮 10g，炙鳖甲 15g；盗汗甚剧者，再加浮小麦 15g、麻黄根 10g。

网瘾症：加炙远志 10g，石菖蒲 10g，合欢皮 10g，灵磁石 5g。

(四)理中丸(《伤寒论》)

【歌诀】理中汤主理中乡 半夏人参术黑姜 呕利腹痛阴寒盛 或加附子总回阳

1、原方组成：人参、干姜、甘草(炙)、白术各三两。过筛，蜜和为丸，如鸡子黄许大，以沸汤数合和一丸，研碎，温服之。日三服，夜二服。

2、应用大旨：宜：心下痞硬呕吐下利腹满痛四肢清冷(中焦虚寒)忌：虚热

湿热

【经方要义】理中丸

(1)方剂分类：属于“温里剂”

(2)针对病证：脘腹绵绵作痛 畏寒肢冷 脘痞 呕吐便溏 胸痹 病后多生涎唾 小儿慢惊 便血 吐衄血

(3)配伍特点：温(干姜)、燥(白术)、补(人参)并用 4)选方提要：中焦(脾胃)虚寒。

【应用精义】

成无己《伤寒明理论》：心肺在膈之上为阳，肾肝在膈之下为阴，此上下脏也。脾胃应土，处在中州，在五脏曰孤脏，属三焦曰中焦，自三焦独治在中，一有不調，此丸专治，故名曰理中丸。

柯韵伯《伤寒来苏集》：太阴病，以吐利腹满痛为提纲证，是遍及三焦。然吐虽属上，而由于腹满，利虽属下，而亦由于腹满，皆因中焦不治以致之也。其来有三：有因表虚而风寒自外入者，有因下虚而寒湿自下上者，有因饮食生冷而寒邪由中发者，总不出于虚寒。

3、孙光荣化裁之经验方之四一一

孙光荣益气温中汤(基本方)：

【君】生晒参 10g 生北芪 15g 紫丹参 7g (益气活血)

【臣】老干姜 10g 上肉桂 5g 炙甘草 12g (温中散寒)

【佐】炒白术 10g 炒六曲 15g 谷麦芽各 15g (健中开胃)

【使】大红枣 10g

(补引调和)

孙光荣益气温中汤适应病证：

【脉象】沉，沉弦，沉迟，沉细，结代。

【舌象】舌质淡红且薄，有齿痕，舌苔薄白或花剥。

【症状】身形高瘦，面色萎黄或苍白，四肢倦怠，手足不温，心下有振水声，畏寒怕冷，口水、痰液、鼻涕、尿液、白带多，喜呕喜唾，不思饮食，大便溏稀。

【适应病证加减举例】

慢性胃肠炎：加焦三仙各 15g，车前仁 10g。

胸痹(胸闷甚、不思饮食者)：去上肉桂，加川桂枝 6g，全栝楼 10g，薤白头 10g。

妊娠恶阻：紫丹参改 3g，加白蔻仁 6g，紫苏萸 10g。

结肠癌：生北芪改 20g，加山慈菇 15g，嫩龙葵 15g，莼莪根 15g；大便结，再加火麻仁 12g。

(五)射干麻黄汤(《金匱要略》)

【歌诀】喉中咳逆水鸡声 三两干辛款菀行 夏味半升枣七粒姜 麻四两破坚城

1、原方组成：射干三两，麻黄四两，生姜四两，细辛三两，紫菀三两，款冬花三两，大枣七枚，半夏半升，五味子半升。

2、应用大旨：宜：咳喘上气痰鸣如蛙(肺失清肃，气机上逆)忌：咽干痰少

【经方要义】射干麻黄汤

(1)方剂分类：属于“祛痰剂”

(2)针对病证：咳喘喉中痰鸣漉漉咳吐不利

(3)配伍特点：合力祛邪，三管齐下：降逆、止咳、清痰、泻火、利咽(射干、

紫菀、冬花、五味子)，发表(轻度)、散邪(麻黄、生姜)，燥湿逐饮(半夏、细辛、大枣)

(4)选方提要：小青龙、越脾汤之兼证。

【应用精义】

张路玉《张氏医通》：上气而作水鸡声，乃是痰碍其气，风寒入肺之一验，故于小青龙方中，除桂心之热、芍药之收、甘草之缓，而加射干、紫菀、款冬、大枣。专以麻黄、细辛发表，射干、五味下气，款冬、紫菀润燥，半夏、生姜开痰，四法萃于一方，分解其邪，大枣运行脾津和药性也。

胡希恕《经方传真》：射干、紫菀、冬花、五味子均主咳逆上气，而射干尤长于清痰泄火，以利咽喉。麻黄、生姜发表散邪。半夏、细辛、大枣降逆逐饮，故亦是外邪内饮而致咳逆之治剂，与小青龙汤所主大致相同，而侧重于上气痰鸣者。

3、孙光荣化裁之经验方之五——

孙光荣化痰降逆汤：

【君】西洋参 7g 生北芪 7g 紫丹参 7g (益气活血)

【臣】炙麻绒 10g 北细辛 5g 生姜片 5g (表散风寒)

【佐】漂射干 10g 清紫菀 10g 款冬花 10g (降逆定喘)

【使】法半夏 7g 五味子 3g 大红枣 10g

(化痰和中)

孙光荣化痰降逆汤适应病证：

【脉象】弦大，浮大，滑数，浮而稍数。

【舌象】舌质暗红，舌苔白或白腻。

【症状】咳喘不已，呼吸短促，痰鸣如蛙，痰白而稀。

【适应病证加减举例】

支气管哮喘(新感风寒发作者)：加荆芥穗 10g，矮地茶 10g，蒲公英 12g。

小儿百日咳：上方剂量酌减，加百部根 7g。

老年慢性支气管炎(兼见便秘者)：加矮地茶 10g，麦门冬 12g；清紫菀改炙紫菀、款冬花改炙冬花。

(六)白头翁汤(《伤寒论》)

【歌诀】白头翁治热毒痢 黄连黄柏佐秦皮 清热解毒并凉血 赤多白少脓血医

1、原方组成：白头翁二两，黄柏三两，黄连三两，秦皮三两。以水七升，煮取二升，去滓，温服一升；不愈，更服一升。

2、应用大旨：宜：下痢脓血疫毒痢疾腹痛肛灼里急后重(热毒深入血分，下迫大肠，伤津) 忌：咽干痰少毒痢初起

【经方要义】白头翁汤

(1)剂分类：属于“清热剂”

(2)对病证：下痢，赤多白少腹痛，里急后重肛门灼热渴欲饮水

(3)伍特点：清热(白头翁)、收涩(秦皮)兼施。

(4)选方提要：热毒深陷血分。

【应用精义】

柯韵伯《伤寒来苏集》：四味皆苦寒除湿胜热之品也。白头翁临风偏静，长于驱风，盖脏腑之火、静则治，动则病，动则生风，风生热也。故取其静以镇之，秦皮木小而高，得清阳之气，佐白头翁以升阳，协连、柏而清火，此热利下重之

宣剂。

吴谦等《医宗金鉴》：厥阴下利，属于寒者，厥而不渴，下利清谷；属于热者，消渴下利，下利便脓血也。此热利下重，乃火郁湿蒸，秽气奔逼广肠，魄门重滞而难出，即《内经》所云：暴注下迫者是也，君白头翁，寒而苦辛；臣秦皮，寒而苦涩，寒能胜热，苦能燥湿，辛以散火之郁，涩以收下重之利也；佐黄连清上焦之火，则渴可止；使黄柏泻下焦之热，则利自除也。

3、孙光荣化裁之经验方之六一一

孙光荣清热利肠汤：

【君】西洋参 7g 生北芪 7g 紫丹参 7g（益气活血）

【臣】白头翁 12g 川黄连 12g 川黄柏 12g（清热凉血）

【佐】苦秦皮 10g 蒲公英 10g 金银花 10g（解毒止痢）

【使】车前仁 10g 生甘草 5g（化痰和中）

孙光荣清热利肠汤适应病证：

【脉象】弦数，细数。

【舌象】舌质红，舌苔黄厚或腻。

【症状】泻下脓血，里急后重，腹痛肛灼，渴欲饮水。

【适应病证加减举例】

阿米巴痢疾：加鸦胆子（桂圆肉包裹，吞服）。

急性结膜炎：去苦秦皮，加谷精草 10g。

痢疾（重型）：若外有表邪，恶寒发热者，加葛根、连翘以透表解热；里急后重较甚者，加木香、槟榔、枳壳以调气；脓血多者，加赤芍、丹皮、地榆以凉血和血；夹有食滞者，加焦山楂、枳实以消食导滞。

（七）苓桂术甘汤（《金匮要略》）

【歌诀】苓桂术甘痰饮方 健脾化饮又温阳 脾阳不足痰饮停 胸胁支满悸眩尝

1、原方组成：茯苓四两，桂枝、白术各三两，甘草二两。上四味，以水六升，煮取三升，分温三服。

2、应用大旨：宜：胸胁胀满 目眩心悸 心下痞闷 气短咳嗽（脾阳不足痰饮内停）忌：阴虚津少咳痰粘稠

【经方要义】苓桂术甘汤

（1）方剂分类：属于“祛湿剂”

（2）应对病证：胸胁支满短气而咳目眩心悸脉弦滑苔白滑

（3）配伍特点：甘淡为主，辛温为辅，温阳化饮

（4）选方提要：中阳不足痰饮内停（“病痰饮者，温药和之”）

【应用精义】

吴谦等《医宗金鉴》：《灵枢》谓心包络之脉动则病胸胁支满者，谓痰饮积于心包，其病则必若是也。目眩者，痰饮阻其胸中之阳，不能布精于上也。茯苓淡渗，逐饮出下窍，因利而去，故用以为君。桂枝通阳输水走皮毛，从汗而解，故以为臣。白术燥湿，佐茯苓消痰以除支满。甘草补中，佐桂枝建土以制水邪也。

尤在泾《金匮要略心典》：痰饮，阴邪也，为有形，以形碍虚则满，以阴冒阳则眩。苓桂术甘温中祛湿，痰饮之良剂，是即所谓温药也。盖痰饮为结邪，温则易散，内属脾胃，温则能运耳。

3、孙光荣化裁之经验方之七一一

孙光荣涤痰镇眩汤：

【君】生晒参 10g 生北芪 10g 紫丹参 10g (益气活血)

【臣】云茯苓 15g 炒白术 10g 化橘红 6g (逐饮燥湿)

【佐】川桂枝 10g 炮干姜 10g 车前仁 6g (通阳利水)

【使】大红枣 10g 炙甘草 5g (健脾和中)

孙光荣涤痰镇眩汤适应病证:

【脉象】弦滑, 细滑。

【舌象】舌质淡红, 苔白滑。

【症状】胸胁支满, 目眩心悸, 气短咳嗽。

【适应病证加减举例】

高血压眩晕(形肥): 加石决明 20g, 川杜仲 12g、川牛膝 12g。

脑震荡后遗症(眩晕): 加煅龙骨 15g, 煅牡蛎 15g。

心包积液: 去炮干姜, 云茯苓改云茯神 12g, 加炒枣仁 10g。

二尖瓣右下叶腱索断裂并下垂: 去炮干姜, 云茯苓改云茯神 12g, 加炒枣仁 10g, 川续断 12g, 干鹿筋 6g。

(八)肾气丸(《金匱要略》)

【歌诀】金匱肾气治肾虚 地黄怀药及山萸 丹皮苓泽加附桂 阴中引阳功最殊

1、原方组成: 干地黄八两, 薯蓣四两, 山茱萸四两, 泽泻三两, 茯苓二两, 牡丹皮三两, 桂枝、附子(炮)各一两。上为末, 炼蜜和丸梧子大。每服十五丸, 加至二十五丸, 酒送下, 一日二次。

2、应用大旨: 宜: 腰痛脚软或脚肿腰以下冷阳痿早泄小便不利消渴(肾阳不足痰饮内停)忌: 阴虚阳亢

【经方要义】肾气丸

(1)方剂分类: 属于“补益(阳)剂”

(2)针对病证: 腰痛脚软 身半以下常有冷感痰饮 水肿 消渴 小便不利或反多 阳痿早泄

(3)配伍特点: 阴(补阴药)阳(补阳药)并补, 补(干地黄、山萸肉、怀山药, 三补)泻(泽泻、牡丹皮、茯苓, 三泻)兼施

(4)选方提要: 肾阳不足(“引火归源以消阴翳”)

【应用精义】

张璐《千金方衍义》: 本方为治虚劳不足, 水火不交, 下元亏损之首方。专用附、桂蒸发津气于上, 地黄滋培阴血于下, 萸肉涩肝肾之精, 山药补黄庭之气, 丹皮散不归经之血, 茯苓守五脏之气, 泽泻通膀胱之气化。

王履《医经溯洄集》: 八味丸以地黄为君, 而以余药佐之, 非止为补血之剂, 盖兼补气也。气者, 血之母, 东垣所谓阳旺则能生阴血者此也。夫其用地黄为君者, 大补血虚不足与补肾也; 用诸药佐之者, 山药之强阴益气; 山茱萸之强阴益精而壮元气; 白茯苓之补阳长阴而益气; 牡丹皮之泻阴火, 而治神志不足; 泽泻之养五脏, 益气力, 起阴气, 而补虚损五劳, 桂、附立补下焦火也。由此观之, 则余之所谓兼补气者, 非臆说也。

3、孙光荣化裁之经验方之八二一

孙光荣益肾振阳汤:

【君】生晒参 10g 生北芪 10g 紫丹参 10g (益气活血)

【臣】干地黄 15g 怀山药 10g 山萸肉 10g (滋补脾肾)

【佐】炒泽泻 10g 牡丹皮 10g 云茯苓 10g (渗湿利水)

【使】炮附子 6g 上肉桂 6g 炙甘草 5g (阴中引阳)

孙光荣益肾振阳汤适应病证:

【脉象】虚, 虚细, 左尺尤虚细无力。

【舌象】舌胖淡, 苔白或苔少。

【症状】腰痛, 脚软或脚肿, 腰以下冷, 下肢及足部冰凉, 阳痿早泄, 小便不利, 消渴。

【适应病证加减举例】

慢性肾炎: 加刀豆子 12g, 川杜仲 12g, 冬瓜皮 10g, 车前仁 10g。

糖尿病: 加玉米须 10g, 干荷叶 10g。

阳痿: 加鹿角胶 10g, 菟丝子 10g, 川杜仲 10g。

早泄: 加龟板胶 10g, 川杜仲 10g。

老年性痴呆: 去炮附子、上肉桂, 加巴戟天 10g, 炙远志 6g, 石菖蒲 6g。

(九)酸枣仁汤(《金匱要略》)

【歌诀】酸枣仁汤安神方 川芎知草茯苓襄 养血除烦清虚热 安然入睡神自安

1、原方组成: 酸枣仁二升, 甘草一两, 知母二两, 茯苓二两, 川芎二两。以水八升, 煮酸枣仁, 得六升, 纳诸药, 煮取三升, 分温三服。

2、应用大旨: 宜: 虚烦难寐心悸盗汗、头目眩晕、咽干口燥(禀赋薄弱、气血两虚、功能衰退)忌: 实证

【经方要义】酸枣仁汤

(1)方剂分类: 属于“滋养安神剂”

(2)针对病证: 虚劳虚烦不得眠不宁盗汗咽干口燥

(3)配伍特点: 三兼: 标本兼治养清兼顾补泻兼施

(4)选方提要: 肝血不足, 心神失养。

【应用精义】

喻昌《医门法律》: 虚劳虚烦, 为心肾不交之病, 肾水不上交心火, 心火无制, 故烦而不得眠, 不独夏月为然矣。方用酸枣仁为君, 而兼知母之滋肾为佐, 茯苓、甘草调和其间, 芎入血分, 而解心火之躁烦也。

尤在泾《金匱要略心典》: 虚劳之人, 肝气不荣, 则魂不得藏, 魂不得藏故不得眠。酸枣仁补肝敛气, 宜以为君。而魂既不归, 容必有浊痰燥火乘间而袭其舍者, 烦之所由作也。故以知母、甘草清热滋燥; 茯苓、川芎行气除痰, 皆所以求肝之治, 而宅其魂也。

3、孙光荣化裁之经验方之九一一

孙光荣益气活血安神汤:

【君】西洋参 7g 生北芪 7g 紫丹参 7g (益气活血)

【臣】酸枣仁 15g 云茯神 12g 龙眼肉 10g (养心安神)

【佐】肥知母 10g 正川芎 6g 郁金 10g (滋阴疏肝)

【使】生甘草 5g (调和诸药)

孙光荣益气活血安神汤适应病证:

【脉象】弦细, 细数, 虚细无力。

【舌象】舌淡红, 苔薄白或苔少。

【症状】五心烦热, 心神不安, 盗汗或自汗, 咽干口燥, 头晕目眩。

【适应病证加减举例】

更年期综合症: 加干小麦 15g, 大红枣 10g, 灯芯草 3g。

顽固性盗汗：加浮小麦 15g，麻黄根 10g。

焦虑性神经症：加莲子心 10g，灯芯草 3g。

顽固性室性早搏：加麦门冬 10g，五味子 3g，灵磁石 5g。

(十) 安宫牛黄丸(《温病条辨》)

【歌诀】安宫牛黄开窍方 芩连栀郁朱雄黄 犀角真珠冰麝箔 热闭心包功效良

1、原方组成：牛黄一两，郁金一两，犀角(用代用品)一两，黄连一两，朱砂一两，梅片二钱五分，麝香二钱五分，真珠五钱，山栀一两，雄黄一两，金箔衣，黄芩一两。上为极细末，炼老蜜为丸，每丸一钱，金箔为衣，蜡护。脉虚者人参汤下，脉实者银花、薄荷汤下。每服一丸，大人病重体实者，每日二次，甚至一日三次。

2、应用大旨：宜：高热神昏、手足厥冷(禀赋薄弱、气血两虚、功能衰退) 忌：寒厥

【经方要义】酸枣仁汤

(1) 方剂分类：属于“开窍剂(凉开)”

(2) 针对病证：高热烦躁谵语昏迷

(3) 配伍特点：五法兼备：清热泻火凉血解毒开窍

(4) 选方提要：温热邪毒内陷心包。

孙光荣化裁之经验方之十一一

孙光荣应用安宫牛黄丸之经验：

【脉象】洪大，弦紧有力，数而有力。

【舌象】舌深红、暗红、绛，苔黄燥、黄厚。

【症状】高热神昏，烦躁谵语，语言蹇涩或不语，饮不解渴。

【适应病证加减举例】

中风昏迷：金银花 10g、薄荷叶 5g 煎汤送服 1 丸，日 2 丸。

小儿高热惊厥：金银花 10g、连翘壳 10g 煎汤送服半丸，日 1 丸。

肝昏迷、尿毒症(垂危)：蒲公英 15g、土茯苓 30g 煎汤送服 1 丸，日 2 丸。

(李彦知. 孙光荣经方歌诀及化裁心得[A]. 中华中医药学会科普分会. 2013 中医中药健康行第八届全国中医药科普高峰论坛文集[C]. 中华中医药学会科普分会:, 2013:10.)

孙光荣教授临床组方思路探析

北京同仁堂中医大师孙光荣教授临床遣方用药灵活机动，颇具特色。我辈有幸侍诊于旁，观其处方，毛笔书写，工整有序，选方绝妙，用药精巧，既源于古方，又自创化裁。其独特的组方思路，能有效地指导临床处方选药，甚为珍贵，现浅析如下，以飨同道。

1 妙选方 巧化裁 井然有序

孙老幼承庭训，继拜名师，勤求古训，博采众方，中医功底尤为深厚。经过长期临床实践，他达到了“心中有大法，笔下无死方”的境界，善用单方复方祛顽痼疾，经方时方尽为所用。

中医治病，当先审证求因，明确病机，然后确定治则治法，再遣方选药，如果“执医方以医病，误人深矣！”孙老认为，作为中医，背诵经典和汤头歌诀是基本功，没有这种“垫底”的功夫，就无法行医；但是，疾病和证候是千变万化的，中医辨证论治的精髓就是因人、因时、因地制宜，大部分的“汤头”必须悉罗于胸中，但又要化裁于笔下，而不能墨守成方。因此，临证处方之时，孙老都会根据已经确定的治则治法，按照“君、臣、佐、使”的结构形式，对选用的基本方进行重组，并随证加减用药，巧妙地用古方治疗今病。既出于古方，又高于原方，一方中的，奇效非凡。粗看其方，每行三味药，每味药三个字，加上孙老苍劲的书法、同仁堂宫廷式的处方笺，只觉书写工整，古香古色，不知其中组方奥妙。仔细揣摩，每方四至六组药为一大方，君臣佐使，井然有序；每行一组药为一小方，相互佐制，布局严谨；虽不套“汤头”，却方中有方，跃然纸上，独具风格。

以某一保产患者为例，妊娠近 2 月，腰痛，有流产史。舌红，苔白腻，脉细滑。孙老处方：生晒参 15g，生北黄芪 12g，漂白术 10g，川杜仲 15g，延胡索 10g，大生地黄 10g，阿胶珠 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 12g，大刀豆 10g，金银花 10g，佩兰叶 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

初看上方，思索而不得知其原方。认真研习，方知本病孙老认为与“泰山磐石饮”功能主治契合，根据“胎前宜凉，胎后宜暖”的治疗原则，孙老对其重组，加减用药，而成此方。正所谓“有故无殒，亦无殒也”，意即“有病则病当之，无病则人受之”，此为保产之要则。

又如自闭症患者，谵语、嗜睡两年余，刻下症见：易怒，自语，嬉笑，月经 2 月未至，口干。舌淡灰、苔少，脉细涩。孙老处方：西洋参 12g，生北黄芪 7g，紫丹参 10g，柏子仁 10g，炒酸枣仁 10g，麦冬 15g，天冬 15g，当归尾 10g，益母草 10g，润玄参 10g，云茯神 15g，炙远志 10g，石菖蒲 10g，灯芯草 3g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

细研上方，可知孙老根据病史、症状及舌脉，断为阴虚血少，神志不安之证，法以滋阴养血，补心安神，方选天王补心丹，并按照益气活血、滋阴养血、补心安神的思路化裁用药，随症加减。妙在君药中加入生北芪一药，与当归尾共进，取当归补血汤益气生血之功，配合益母草活血调经，“补以通之，散以开之”，“血盈则经脉自至，源泉混混，又孰有能阻之者？”（《景岳全书》）本案充分体现了孙老重气血、调气血、畅气血之临床基本思想。

再如崩漏患者，月经淋漓不断 4 月余，自感心悸、腹胀，舌红、苔少，脉弦小。孙老处方：生晒参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 7g，益母草 10g，阿胶珠 10g，蒲公英 15g，蒲黄炭 15g，生地黄炭 12g，地榆炭 12g，杭白芍 12g，

云茯神 15g, 炒酸枣仁 15g, 龙眼肉 10g, 炙远志 6g, 大红枣 10g, 灵磁石 10g, 大腹皮 10g, 生甘草 5g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎, 分 2 次服。

审证求因, 本病发于瘀滞冲任, 血不循经; 治病求本, 实乃心脾两虚, 气血双亏。据《丹溪心法》: “治宜当大补气血之药, 举养脾胃, 微加镇坠心火之药, 治其心, 补阴泻阳, 经自止矣。”孙老把握病证关键, 以归脾汤为底, 自创化裁, 调理月余, 终使经漏顽疾得以平复。

2 施对药 遣角药 平治权衡

中医治病如打仗, 用药如用兵。孙老临床制方选药, 药精量小, 有如调兵遣将, 知人善任, 每每有运筹帷幄之中, 决胜千里之外的效果。尤其是对“对药”及“角药”的运用, 孙老有独到的见解及丰富的经验, 这足以彰显一代“明医”中医药理论的深厚功力。

孙老临床之治疗原则, 重点在气血, 关键在升降, 目的在平衡阴阳。气血调和百病消, 升降畅通瘀滞散, 气血活、升降顺则阴阳平衡而何病之有? 因此, 孙老强调临床要做到“四善于”: 善于调气血, 善于平升降, 善于衡出入, 善于致中和。孙老学医, 先是研习李东垣补脾土学派之法, 后又袭承朱丹溪滋阴之说, 融会贯通, 乃成今日重气血之临床基本思想。尤其是处方多以参、芪、丹参为君药共调气血, 从上述医案已可窥见一斑。而升降出入, 则是基于中医阴阳学说形成的气机消长转化形式的重要学说; 升清(阳)、降浊(阴)、吐故(出)、纳新(入), 是气机的基本动态。《素问·六微旨大论》说: “非出入则无以生长壮老已, 非升降则无以生长化收藏。”孙老认为, 论生理、病理, 不管在脏腑、在经络, 还是在皮肉、在筋骨, 都离不开气血, 离不开气机的升降出入, 离不开气血平衡的稳态——“中和”。所以, 孙老临证处方, 在上述参、芪益气, 丹参理血的基础上, 每每有升降、收散、消补、寒热等相反特性的药物共舞于一方之中, 组成“中和”团队(自拟“调气活血抑邪汤”), 使升降相因, 出入相衡, 动静相合, 阴阳相扣, 以达用药中和, 而求机体中和。因此, 孙老形成了独特的对药、角药运用思路, 并融于对古方的化裁中。根据药物之间的配伍关系, 孙老常用的对药、角药可以分为以下八种类型:

①相互制约的对药。如金樱子与车前子合用, 涩利兼施, 矛盾统一。②相互辅佐的对药, 孙老临床多用, 且同一方中往往有药性相反的其他药物制衡。诸如乌贼骨、西砂仁, 广陈皮、法半夏, 川郁金、佩兰叶, 生薏苡仁、芡实仁, 云茯神、炒酸枣仁, 石菖蒲、炙远志, 制首乌、明天麻, 西藁本、蔓荆子, 生地黄、熟地黄, 麦冬、天冬, 炙款冬花、炙紫苑, 龙骨、牡蛎, 蒲公英、金银花, 川杜仲、川牛膝, 全瓜蒌、薤白, 北柴胡、川郁金, 炒枳壳、制川厚朴, 制香附、延胡索, 蛇床子、百部根, 浮小麦、麻黄根。③互为佐制的对药。如冬桑叶与桑白皮, 前者上行, 后者走下, 共利肺气, 孙老多用于肺热咳喘, 面目浮肿, 小便不利之症; 又如炒枣仁与炙远志, 一个酸收, 一个辛开, 合用则既养心肝阴血又开心气郁结, 功能宁心安神, 交通心肾。④相互辅佐的角药, 方中往往有药性相反的药物制衡。如大腹皮、云苓皮、冬瓜皮, 孙老多用于湿阻气滞, 胸腹胀闷之症, 并配用滋阴药物, 做到利湿而不伤阴, 养阴而不恋邪; 再如白花蛇舌草、半枝莲、天葵子, 功能清热解毒、攻邪散结, 孙老常用于各种肿瘤的治疗, 同时配用固护正气的药物, 且不久用; 其他还有海金沙、金钱草、鸡内金, 炙鳖甲、山慈菇、珍珠母。⑤互为佐制的角药。如银柴胡、地骨皮、炙鳖甲, 三药合用, 清中有补, 补中有清, 功涉三焦, 清退虚热之效显著; 孙老临床多用于阴虚内热, 肝经、胃经癥瘕积聚之症。又如川杜仲、北枸杞子、山萸肉, 三味并用, 阴中有阳, 阳中

有阴，动静结合，补肝滋肾、壮腰益精之力强。其他还有北柴胡、法半夏、淡黄芩，北杏仁、白蔻仁、生薏苡仁。⑥相互辅佐的对药，联用药性相同的药物，形成新的相互辅佐的角药。如乌贼骨、西砂仁，若联用消食开胃、涩精止遗之鸡内金，可用于食积反胃、呕吐泻痢、遗溺带下；若联用温中散寒、行气止痛之萆薢、荜澄茄，则用于胃寒呕逆、脘腹冷痛、寒泻冷痢。又如云茯神、炒酸枣仁，联用养血安神的龙眼肉，或重镇安神的生龙齿、灵磁石；炙远志、石菖蒲，联用清心降火的灯芯草，或开心解郁的合欢皮、川郁金。再如川杜仲、川牛膝配金毛狗，补肝肾、强筋骨；地肤子、白藓皮、蝉蜕衣、皂角刺，谷精草、木贼草、密蒙花、青箱子，三味成一组，分别用治瘙痒、目疾；其他还有制首乌、明天麻配石决明，西藁本、蔓荆子配粉葛根。⑦相互辅佐的对药，联用药性相反的制衡药物，形成新的互为佐制的角药。如广陈皮、法半夏，若联用滋阴润肺之麦冬，可制二药温燥之性，用治咳嗽痰少之症；而联用功擅祛痰止咳之北杏仁，则可加强止嗽化痰之力，用治咳嗽痰多之症，属于类型六。云茯神、炒枣仁，健脾补血安神，主收养，若联用炙远志、石菖蒲、灯芯草、合欢皮、川郁金等开窍药之一，则宁心安神之力更强；而炙远志、石菖蒲，若联用云茯神、炒枣仁、龙眼肉、生龙齿、灵磁石等重镇收养的药之一，功效亦增。同理，制何首乌、明天麻、石决明与西藁本、蔓荆子、粉葛根 2 组药，前组下沉收养，后组上升开散，孙老常三味一组，两相结合，疗效奇佳。⑧互为佐制的对药，联用另一味药物，形成新的互为佐制的角药，其中必有一味制衡之药。如桑白皮、冬桑叶、枇杷叶，后两味药均能清肺止咳，而桑白皮功专泻肺平喘，是平衡升降的关键药。另如炒枣仁、炙远志，配云茯神或石菖蒲，制衡之药分别为炙远志，炒枣仁。

如前所述，孙老临床组方用药，常施对药，或相互辅佐，或相互制约，或互为佐制；时遣角药，三味一行，相须相使，相畏相杀，有机组合，三足鼎立，互为犄角。细研之，个中蕴含着深厚的中医基础理论和中药配伍原则。孙老常说，中医临床无论以何种方法辨证论治，气血、津液、脏腑、六经、表里、寒热、虚实、顺逆、生死，都离不开阴阳这一总纲。而临证用药，不论寒热温凉，抑或辛甘酸苦咸，无论升降浮沉，抑或补泻散收，毋论脏腑归经，抑或七情配伍，同样不离阴阳之宗旨。但归根结底，阴阳最终还是离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》）。而气血之间的“中和”关系非常密切，“气为血之帅，血为气之母”，“中和”是气血调和的稳态，是机体阴阳平衡的常态。如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神状态的具体描述，是中医临证诊疗及遣方施药所追求的最高境界。因此，孙老临床辨证处方选药，总是“谨察阴阳之所在而调之，以平为期”，审诊疗之中和，致机体之中和。而对药、角药的使用，最能体现补偏救弊、协调阴阳之治疗目的和“调之使平”“平治于权衡”的治疗原则，最能凸显孙老的“中和”学术思想。若引进几何学的基本原理来表述，则能明确地看到使用对药、角药的理论基础——阴阳恒动平衡。双者为对，或佐或制（两个点一条连线，以连线中点为圆心，过两端点有且只有一圆），三味成角，相互佐制（三点两两相连，形成最稳定的三角形，过三顶点有且只有一个外接圆），用治疾病，缘于阴阳交合，相互感召，互根互动，而使人体保持动态平衡。示意如图 1：

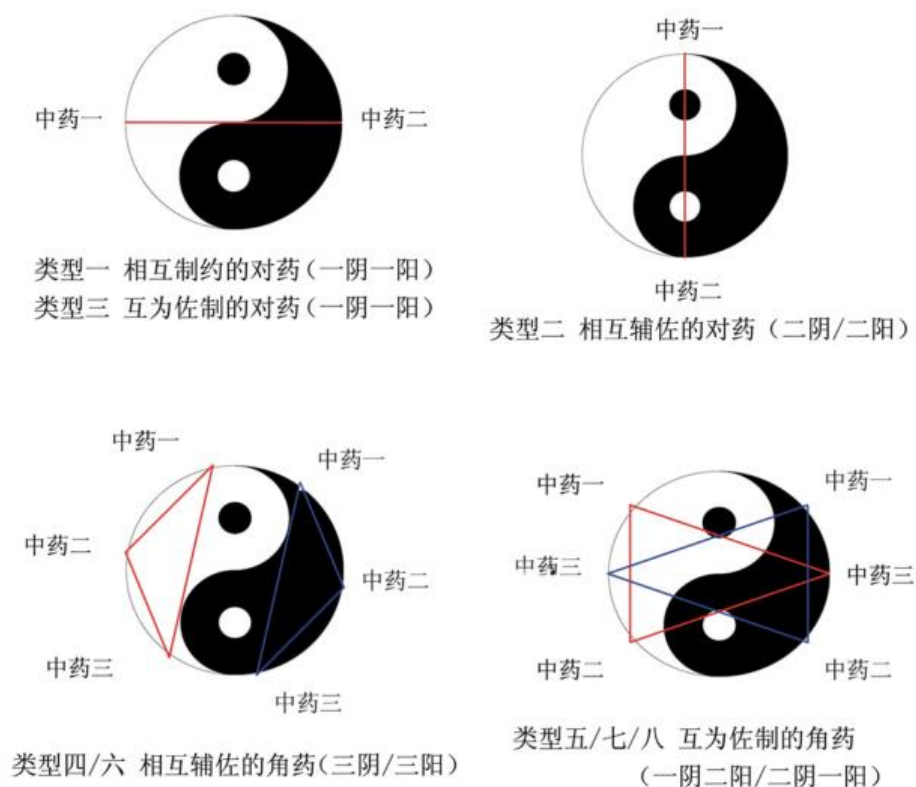


图 1

但凡名医，必善用药。孙老不仅通晓药性，更深谙医道，因而临证处方用药，每每出神入化，知常达变，药到病除，效如桴鼓，尽展一代明医之高深造诣。我辈不揣浅陋，对孙老临床组方思路进行了初步探析，旨在抛砖引玉，希望有益于对孙老临床学术思想及思辨特点进一步探讨和学习。不妥之处，敬请各位前辈和同仁批评指正。（翁俊雄, 杨建宇, 李彦知, 等. 孙光荣教授临床组方思路探析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(21):17-19.）

孙氏扶正祛邪中和汤

孙光荣，第二届国医大师，著名中医临床家、中医药文献学家、中医药文化学者，中医药现代远程教育创始人之一。他创立了“中和思想·中和辨证·中和组方”，被徒弟们和广大患者誉为中和医派，擅长治疗脑病、肿瘤、脾胃病以及妇科病等，对情志病及中医养生亦有精深研究，公开发表论文、出版著作 1200 余万字。

处方组成：生晒参 10 克，生黄芪 15 克，紫丹参 10 克，北柴胡 12 克，川郁金 12 克，制香附 12 克，法半夏 10 克，广陈皮 10 克，淡黄芩 10 克，大红枣 10 克，生姜片 10 克，生甘草 5 克。

方药歌诀：扶正祛邪首中和，化裁活用小柴胡，益气活血参芪丹，配用郁金香陈合。

功能主治：具有益气活血、扶正祛邪、疏肝解郁、和解少阳的功效。主治邪盛正弱、肝郁气滞、少阳失约之证。症见发热，持续低热，寒热往来，心烦胸满，欲呕或呕吐，口苦，萎靡不振，懒言，不思食，舌质红或淡红，舌苔黄或微黄或黄白而稍腻，脉弦或弦细或弦滑或沉弦。

用法用量：每日 1 剂，煎煮 2 次，合约 500 毫升，分 2 次服用，早晚各 1 次。

处方解析：此方为孙光荣临证之基本方、常用方，为调畅和中之经典代表方。气血荣、气机畅是机体健康稳态的基石。孙光荣认为，疾病的发生多为气血失去中和，故而调和气血是其基本治疗原则。方以生晒参、生黄芪、紫丹参为君药，孙光荣称之为“扶正组合”，或称“增防型组合”，以调和气血为基础。生晒参即山参晒干而成，味甘、微苦，性平，归肺、脾、心经，具有大补元气、补脾益肺、生津、安神益智的功效。生黄芪味甘，性微温，具有健脾补中、升阳举陷、益卫固表、利尿、托毒生肌的功效。紫丹参味苦，性微寒，归心、心包、肝经，具有活血调经、祛瘀止痛、凉血消痈、除烦安神的功效。三者组合具有益气活血之功。配用北柴胡、川郁金、制香附为臣药，孙光荣称之为“攻邪组合”。柴胡为少阳经专药，轻清升散，疏邪透表。郁金味辛、苦，性寒，归肝、胆、心经，具有活血止痛、行气解郁、清心凉血、利胆退黄的功效。香附味辛、微苦、微甘，性平，归肝、脾、三焦经，具有疏肝解郁、调经止痛、理气调中的功效。三者组合具有疏肝解郁之功。配用法半夏、广陈皮、淡黄芩为佐药，孙光荣称之为“辅助组合”。半夏和胃降逆、散结消痞；黄芩苦寒，善清少阳之火；陈皮味辛、苦，性温，归脾、肺经，具有理气健脾、燥湿化痰的功效。三者组合具有清热化痰之功。配用大红枣、生姜片、生甘草为使药，孙光荣称之为“协调组合”，具有益胃气、生精液、和营卫的作用，起到补益、引导、纠偏、调和的作用。四组药物共奏益气活血、疏肝解郁、清热化痰、和解少阳之功。

加减应用：1. 急、慢性胆囊炎：去制香附、淡黄芩，加蒲公英 15 克，海金沙 15 克，金钱草 15 克。2. 厌食症：去制香附、淡黄芩，加鸡内金 6 克，炒谷芽 15 克，炒麦芽 15 克，津少咽干再加金石斛 15 克。3. 抑郁症：去制香附、淡黄芩，加制远志 10 克，石菖蒲 10 克；舌苔白腻，再加佩兰叶 6 克。4. 急性肝损害：去制香附，加田基黄 15 克，蒲公英 15 克，鸡骨草 15 克；中焦痞格，再加隔山消 10 克。

注意事项：1. 此方为中和学术思想基本方，上述病证均可以依托此方进行加减，正如张仲景对小柴胡汤的嘱咐，但见一证便是，不必悉具。2. 方中黄芪为生

黄芪，甘草为生甘草。（刘应科. 孙氏扶正祛邪中和汤 [N]. 中国中医药报, 2017-01-02 (004).）

孙氏安神定志汤

处方组成：西党参 10 克，生北芪 10 克，紫丹参 7 克，干小麦 15 克，大红枣 10 克，生甘草 5 克，云茯神 10 克，炒枣仁 10 克，川郁金 10 克，灯心草 3 克。

方药歌诀：安神定志芪参参，甘麦大枣来助阵，茯神枣仁川郁金，加用灯心总安神。

功能主治：具有养心柔肝，安神定志的功效。主治心阴不足，肝气失和之脏燥证。症见精神恍惚，五心烦热，潮热阵阵，呵欠连连，虚汗淋淋，悲伤欲哭，难寐多梦，言行异常，舌质淡红，舌苔白薄或苔少或少津，脉细数或细数无力或细数且涩。

用法用量：每日 1 剂，煎煮 2 次，合约 600 毫升，分 3 次服用，早、中、晚各 1 次。

处方解析：方以西党参、生黄芪、紫丹参为君药，即为孙光荣的“扶正组合”，或曰“增防型组合”，调和气血为基础。西党参味甘、性平，归脾、肺经，具有补脾肺气、补血、生津的功效。生黄芪味甘、性微温，具有健脾补中、升阳举陷、益卫固表、利尿、托毒生肌的功效。紫丹参味苦、性微寒，归心、心包、肝经，具有活血调经、祛瘀止痛、凉血消痈、除烦安神的功效。三者组合具有益气活血之功。配用干小麦、大红枣、生甘草为臣药。小麦补心养肝、除烦安神，配甘草、大枣益气和缓、润燥缓急，偏于甘润平补、养心调肝。三者组合具有养心柔肝的功效。配用云茯神、炒枣仁、川郁金为佐药，此为辅助组合，具有引导性功能。云茯神味甘、淡，性平，归心、脾、肾经，具有宁心安神的功效，专治心神不安、惊悸、健忘等。酸枣仁味甘、酸，性平，归心、肝、胆经，具有养心益肝、安神、敛汗的功效。郁金味辛、苦，性寒，归肝、胆、心经，具有活血止痛、行气解郁、清心凉血、利胆退黄的功效。三者组合具有安神开郁的功效。配灯心草为使药，灯心草味甘、淡，性微寒，归心、肺、小肠经，具有利尿通淋、清心降火的功效。四组药共奏养心柔肝、安神定志之功。

加减应用：1. 抑郁症：加制远志 10 克，石菖蒲 10 克；月经延期或停经者，加益母草、制香附各 12 克。2. 狂躁症：加合欢皮 10 克，灵磁石 5 克，石决明 20 克。3. 更年期综合征：加银柴胡 12 克，地骨皮 10 克，制鳖甲 15 克；盗汗甚剧者，再加浮小麦 15 克，麻黄根 10 克。4. 网瘾症：加制远志 10 克，石菖蒲 10 克，合欢皮 10 克，灵磁石 5 克。

注意事项：1. 灯心草药物轻灵，剂量宜轻，稍事拨动即可。2. 此方孙光荣选用性平之西党参以益气。3. 丹参剂量宜小，起到活跃气血之意。（刘应科. 孙氏安神定志汤[N]. 中国中医药报, 2017-01-25(004).）

孙氏益气温中汤

处方组成

生晒参 10 克，生北芪 15 克，紫丹参 7 克，老干姜 10 克，上肉桂 5 克，炙甘草 12 克，炒白术 10 克，炒六曲 15 克，谷麦芽各 15 克，大红枣 10 克。

方药歌诀

益气温中芪参参，化裁活用理中丸，六曲大枣谷麦芽，健脾开胃畅开怀。

功能主治

具有益气温中、健脾开胃的功效，主治脾胃虚寒证。症见身形高瘦，面色萎黄或苍白，四肢倦怠，手足不温，心下有振水声，畏寒怕冷，口水、痰液、鼻涕、尿液、白带多，喜呕喜唾，不思饮食，大便溏稀，舌质淡红苔薄，有齿痕，舌苔薄白或花剥，脉沉或沉弦或沉迟或沉细或结代。

用法用量

每日 1 剂，煎煮 2 次，合约 500 毫升，分 2 次服用，早晚各 1 次。

处方解析

方以生晒参、生黄芪、紫丹参为君药，即为孙光荣的“扶正组合”，或曰“增防型组合”，调和气血为基础。生晒参味甘、微苦，性平，归肺、脾、心经，具有大补元气、补脾益肺、生津、安神益智的功效。生黄芪味甘，性微温，具有健脾补中、升阳举陷、益卫固表、利尿、托毒生肌的功效。紫丹参味苦，性微寒，归心、心包、肝经，具有活血调经、祛瘀止痛、凉血消痈、除烦安神的功效。三者组合具有益气活血之功。配用老干姜、上肉桂、炙甘草为臣药。干姜味辛，性大热，能温脾阳、祛寒邪、扶阳抑阴。肉桂味辛、甘，性大热，归肾、脾、心、肝经，具有补火助阳、散寒止痛、温经通脉之功效。甘草有甘温之性，能益气健脾、缓急止痛。三者组合具有温中散寒的功效。配用炒白术、炒六曲、谷麦芽为佐药，此为辅助组合。白术甘温苦燥，健脾燥湿。六曲味甘、辛，性温，入脾、胃经，具有和食消胃的功效。炒麦芽味甘，性平，归脾、胃、肝经，具有消食健胃、回乳消胀的功效。炒谷芽味甘，性温，归脾、胃经，具有消食和中、健脾开胃的功效。四者组合具有健中开胃的功效。大红枣甘温健中为使药。四联药组共奏益气温中、健脾开胃之功效。

加减应用

1. 慢性胃肠炎：加焦三仙各 15 克，车前仁 10 克。
2. 胸痹（胸闷甚、不思饮食者）：去上肉桂，加川桂枝 6 克，全瓜蒌 10 克，薤白头 10 克。
3. 妊娠恶阻：紫丹参改 3 克，加白蔻仁 6 克，紫苏萸 10 克。
4. 结肠癌：生北芪改 20 克，加山慈菇 15 克，嫩龙葵 15 克，菝葜根 15 克；大便结，再加火麻仁 12 克。

注意事项

1. 炙甘草的用量要重。
2. 湿热内蕴中焦或脾胃阴虚者禁用。（刘应科. 孙氏益气温中汤[N]. 中国中医药报, 2017-02-08(004).）

孙光荣教授调气活血抑邪汤简述

孙光荣教授是国家非物质文化遗产“同仁堂”20名中医药大师之一，主任医师，研究员，教授，北京中医药大学远程教育学院副院长，享受国务院特殊津贴的有突出贡献专家，著名中医药文献学家，中医临床家，中医药现代远程教育创始人之一。擅长治疗中医内科、妇科肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂证。我辈有幸从师于孙老教授研习中医，深感孙老临证化裁调气活血抑邪汤治疗疑难杂症疗效之神奇。现简述如下。

1 调气活血抑邪汤

孙光荣教授执业中医46年来，积累深厚，学验俱丰。他的学术经验可以简要地、初步地归纳如下：“临床基本原则是：慈悲为本，仁爱为先，一视同仁。临床学术观点是：护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪。临床思辨特点是：调气血、平升降、衡出入”。临床基本处方是自拟“调气活血抑邪汤”。

孙老常说我在中医临床方面的学习和实践的体会是，要做到“三个善于”：一要善于调气血，二要善于平升降，三要善于衡出入。无论以何种方法辨证论治，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳这一总纲，但归根结底，阴阳最终还是离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》）；论生理、论病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉筋骨，最终也是离不开气血，这是因为“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。而气血之间的关系尤为密切，就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”，所以第一要善于调气血。人参、黄芪益气，丹参活血，这样配伍比较“中和”，可以作为诸方的基础，所以孙老习惯于使用它们“率领”诸药“团队”前进。升降出入，是基于阴阳学说而形成的气机消长转化的重要学说。升清（阳）、降浊（阴）、吐故（出）、纳新（入）是气机的基本动态，《素问·六微旨大论》说：“非出入则无以生长壮老已；非升降则无以生长化收藏”。中医治病最讲究两条：一是从病人的整体以及与外环境的关系来看病，不是头痛看头、脚痛看脚，而是要辨证论治，要“因人、因地、因时制宜”，而不是头痛医头、脚痛医脚，不是用统一的“套餐”，不是用程式化的“套路”。二是中医治病不是运用对抗性思维，不是有细菌或病毒就只要杀死细菌或病毒，不是有病损的脏器或肢体就只要截断病损的脏器或肢体，而是“调”。什么叫“调”？就是调整，调和，调理。调什么？调阴阳，调气血，调气机的升降出入。调到什么程度？调到平衡。所以，在调气血的前提下，还要善于平升降、衡出入。

2 遣方用药——心中有大法 笔下无死方

孙老教授执业中医近半个世纪，擅长治疗中医内科、妇科、肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂证。他的临床学术观点是：护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪。临床思辨特点是：调气血，平升降，衡出入。孙老幼承庭训，继拜名师，深研经典，博采众长，擅长以调阴阳、和气血为纲治疗疑难杂证。更重要的是因为孙光荣的处方调阴阳、和气血，崇医者之王道。细观孙老处方用药，君臣佐使井然有序，药精量小，就像调兵遣将，能“知人善任”，贵在精，贵在巧，讲究“中病即止”，注重“不滥伐无过”。他的处方没有“大兵团”（大处方）的霸道之气，还可以减少病人的开支，节省药材资源。学生们再一看处方，用的都是普通的调气血药，就请教孙老。他告诉学生们：“遇疑难杂证，当先察阴阳气血升降出入，调之使平。首先要确立治疗法则，如通因通用、或塞因塞用而紫。但是气、血、痰、湿、食等所致的积聚、症瘕、痞块等多种病证，如果单纯活血化瘀，则是缘木求鱼，

而要运用《素问·至真要大论》所言坚者削之、结者散之等大法。所以，要做到心中有大法、笔下无死方。中医辨证论治的精髓就在因人、因时、因地制宜。”他还归结道：“如果说，中华文化的灵魂是‘和’，中医医德的核心价值就是‘仁’。中医医术的最高水平就是‘调’，中医疗效的终极指标就是‘平’。”

2.1 常用对药 北京同仁堂中医大师孙光荣老教授临床选方用药，灵巧机动，阴阳合和，动静相配，升降互动，尤其是对药的使用很有特色。孙老临床应用“对药”的临床经验，能有效地指导临证处方用药，甚为珍贵。常用对药有：①龙骨、牡蛎；②杜仲、川牛膝；③蔓荆子、藁本；④白茅根、车前子；⑤石菖蒲、郁金；⑥天麻、石决明；⑦金樱子、车前子；⑧小茴香、荔枝核；⑨枳壳、厚朴；⑩山药、薏苡仁；11 郁金、佩兰；12 桑寄生、何首乌；13 陈皮、半夏；14 茯神、炒枣仁；15 蒲公英、金银花；16 谷精草、密蒙花；17 炒枣仁、制远志；18 熟地黄、生地黄；19 乳香、没药；20 九节菖蒲、磁石；21 墨旱莲、女贞子。

2.2 善用角药 所谓“角药”是指以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、归经、七情为配伍原则，三味中药联合使用、系统配伍、配成一组，为三足鼎立，互为犄角，这种配伍，比起“药对”作用就比较复杂一些，名之曰“角药”。初看“角药”像是由三组“药对”组成，但实际上它的组方意义远比“药对”广泛深厚。“角药”介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，其在配伍应用中颇多巧妙，在临床应用中可起到减毒增效的作用，对于我们认识药物的性能功效也很有帮助。“角药”一词，看来陌生，但临床医师却在自觉不自觉地运用此药物配伍规律，进行着长期的医疗临床实践。简单地讲，它是三种中药的有机组合应用，而非简单的药物。

2.2.1 常用的“角药” 常用的角药大多是经方或小方或大家都熟悉的小方，多信手拈来，疗效甚佳。孙老临床亦经常选用，如：①黄连、半夏、瓜蒌；②茵陈、栀子、大黄；③甘草、小麦、大枣；④猪苓、茯苓、泽泻；⑤柴胡、黄芩、半夏；⑥杏仁、白蔻仁、薏苡仁；⑦白芥子、紫苏子、莱菔子；⑧玄参、麦冬、生地黄；⑨人参、麦冬、五味子；⑩附子、干姜、炙甘草。

2.2.2 孙光荣教授常用的“角药” 孙光荣教授喜用“角药”，并且剂量偏小，一派王者风范。其基本临床治疗“重气血、调气血、畅气血”，所以讲究用药灵动性强，紧扣病机，动静相扣，升降配合，阴阳互动，才能达到良好的治疗效果。

此“角药”是孙老最常用的角药。（即“调气活血抑邪汤”化裁方）

人参、黄芪、丹参

人参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智。黄芪有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效。丹参活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功”。三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血之功。这三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量也很少超过 15g 的，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

孙老常用的角药还有：①茯神、炒枣仁、炙远志；②杜仲、枸杞子、山萸肉；③防风、黄芪、白术；④黄柏、苍术、牛膝；⑤菊花、白芷、川芎；⑥大黄、黄芩、黄连；⑦黄连、香薷、厚朴；⑧大黄、附子、细辛；⑨女贞子、墨旱莲、天花粉。以上是孙老临床常用的“角药”，仅供临床参考。（李彦知，杨建宇，孙文

政,等.孙光荣教授调气活血抑邪汤简述[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(04):11-12.)

调气活血抑邪汤理论基础及临床运用浅析

孙光荣教授是我国著名的中医临床学家和文献学家，其行医近60年，德艺双馨，学验俱丰。他的临床思辨特点是：调气血，平升降，衡出入。其中，调气血为首务。在临床处方中，孙老常以调气活血抑邪汤作为处方基础。笔者有幸师从孙老，侍诊其左右，收获良多。下面笔者试对调气活血抑邪汤理论基础及临床运用作一阐释。

气是人体内活力很强运行不息的极精微物质，是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一。人体之气，由精化生，并与肺吸入的自然界清气相融合而成。一身之气的生成，是脾、肾、肺等脏腑的综合协调作用的结果。气的运动称作气机。气的运动形式，因气的种类与功能的不同而有所不同，但总的来说，可以简单地归纳为升、降、出、入四种基本形式。“升降出入，无器不有”，升与降，出与入之间必须协调平衡。气机升降出入的协调平衡是保证生命活动正常进行的一个重要环节。一方面，气必须有通畅无阻的运动；另一方面，气的升降出入运动之间必须平衡协调。具备这两点，气的运动才是正常的，这种正常状态称之为“气机调畅”。只有这样，才有人体之气的正常运动，各脏腑才能发挥正常生理功能。因此，气的升降出入运动是人体生命活动的根本，气的升降出入运动一旦停息，也就意味着生命活动的终止。故《素问·六微旨大论》说：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危”。

生理情况下，气既是构成人体的基本物质之一，又是推动和调控脏腑功能活动的动力，如推动与调控作用、温煦与凉润作用、防御作用、固摄作用、中介作用等，从而起到维系生命进程的作用。气的病理状态主要体现在两个方面：一是气虚，即由于各种原因导致人体之气的不足；二是气机失调。当气的运动出现异常变化，升降出入之间失去协调平衡时，概称为“气机失调”，如气机不畅、气滞、气逆、气陷、气脱、气闭等。

血是循行于脉中而富有营养的红色液态物质，是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一。水谷精微和肾精是血液化生的基础。血的正常运行与气的功能密切相关。气的推动与固摄作用之间、温煦与凉润作用之间的协调平衡是保证血液正常运行的主要因素。此外，尚需考虑病邪的影响，如阳邪侵入，或内生火热，易发生阳热亢盛而使血液妄行。阴邪侵袭，或寒从中生，易发生阴寒偏盛而使血行不利，甚至出现瘀血。同时，血的正常运行，也是心、肺、肝、脾等脏腑功能协调、共同作用的结果。

血主要具有濡养和化神两个方面的功能。血循脉而流于全身，濡养脏腑、经络、形体、官窍，是人体生命活动的根本保证。正如《景岳全书·血证》中说：“凡为七窍之灵，为四肢之用，为筋骨之和柔，为肌肉之丰盛，以至滋脏腑，安神魂，润颜色，充营卫，津液得以通行，二阴得以调畅，凡形质所在，无非血之用也。是以人有此形，惟赖此血，故血衰则形萎，血败则形坏，而百骸表里之属，凡血亏之处，则必随所在而各见其偏废之病。”

血的病理状态主要体现在两个方面：一是血虚，即由于各种原因导致人体之血的不足；二是各种原因如血热、血寒、气虚、脏腑功能失调等导致的血行不利甚则血瘀、出血等血的运行失常。

另外，气血与人体其他生理物质也存在密切关系。如津液的生成、输布和排泄，有赖于气的推动、固摄作用和气的升降出入运动；精、血、津液三者之间存在着互相化生、互相补充的关系，即“精血同源”、“津血同源”；气血是神的

物质基础；等等。

可见，气与血是人体内两大类重要的基本物质，而这不仅与全身脏腑关系密切，且与人体其他生理物质也存在密不可分的关系。可以说气血在人体生命活动中占有很重要的地位，如《素问·调经论》说：“人之所有者，血与气耳。”

《景岳全书·血证》说：“人有阴阳，即为血气。阳主气，故气全则神旺；阴主血，故血盛则形强。人生所赖，唯斯而已。”气与血相对言之，则气属阳，血属阴，具有互根互用的关系。概言之，即“气为血之帅，血为气之母”。气血之间协调平衡，生命活动得以正常进行。反之，“血气不和，百病乃变化而生”。因此，调整气血之间的关系，使其恢复协调平衡的状态是治疗疾病的常用法则之一。

基于此，孙老治疗内伤杂病多以调理气血为先导，具体而言，即“调气血，平升降，衡出入”。在具体用药上，孙老多以比较稳妥的调气活血抑邪汤为处方基础。调气活血抑邪汤以一对三联组药——“参、黄芪、丹参”组成，以使气血通调，统领其他药物“团队前进”。孙老治疗内伤杂病的处方中，绝大多数都用到了这一组药（但病机以阳亢为主而气虚不明显者，一般不用）。或许有人会问，人体之精也极其重要，为何以调理气血为先导，而不以调精为先导呢？笔者认为，这是由其不同特点决定的。一般而言，气血以流通为顺，调气血之药以“动药”为主；而精以闭藏为贵，填精之药则以“静药”为主，而“静药”是无法担任统领其他药物“团队前进”的重任的，且妄用反生滋腻之弊（这也就是补精方剂中必配“动药”的缘故）。所以，不能以调精作为疾病治疗的先导。

孙老在运用调气活血抑邪汤——“参、芪、丹参”时，又是灵活使用这三味药，体现在依据病情对于“参”的选择不同、三药药量选择及比例的调整上。气虚者，用党参，甚者，用生晒参（如病例1）。气虚兼有阴虚者，用太子参，气阴两虚较重者，用西洋参（如病例2）；且黄芪减量，“参”之用量多于黄芪。津液亏损者，可用元参（如病例3）。气虚明显者，参芪之量加大；无明显气虚血虚者，或气血虚损程度大致相当者，则三药之量大致相当。调气活血抑邪汤的“黄芪”，多用“生黄芪”，因孙老认为“生黄芪”补气之力较“炙黄芪”为速。一般而言，药物的用量分为3-5g、7-9g、10~15g等几个等级依据患者病情轻重而灵活选用。当然，这只是常规情况，并非一成不变，临床用药务必以合于病情为要（病例4、5）。

病例1：张某，女，24岁。2009年12月11日初诊。病情：11岁至今经期紊乱，行经无定期，白带多，自感腹胀，腰膝冷酸，舌淡苔白脉虚细。处方：

生晒参10g，生北芪10g，紫丹参10g，益母草12g，制香附10g，川郁金10g，川草薢10g，川杜仲10g，川牛膝10g，大腹皮10g，制川朴6g，桑螵蛸10g，薏苡仁10g，熟附片6g，生甘草5g，全当归12g。

按：气虚较甚，调气活血抑邪汤中用生晒参。三药等量。

病例2：1988年夏，黄某，男，“脑胶质瘤（星形细胞瘤）”。病情：头痛、头晕、头胀、恶心、口臭、纳差2年，近半年，多次无前兆突然晕倒；近3个月来视物模糊，有时可见重影。舌绛苔黄腻，脉弦细无力。处方：

西洋参（蒸兑）12g，生北芪6g，紫丹参15g，生鳖甲（先煎）30g，生龟甲（先煎）30g，蒲公英15g，金银花15g，天葵子12g，白花蛇舌草15g，半枝莲15g，乌贼骨10g，制乳没（醋炙，布包）6g，姜半夏9g，广陈皮9g，路路通15g，生甘草5g。

按：西洋参、丹参之量倍于黄芪，结合舌脉、病机，故黄芪量小。

病例 3：范某，女，54 岁。2011 年 11 月 1 日初诊。因目涩近 2 年余求诊。症见目涩甚，口干，便秘，舌红苔薄黄而干，脉细涩。处方：

润玄参 12g，生黄芪 10g，紫丹参 7g，天冬 10g，麦冬 10g，金石斛 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，谷精草 10g，密蒙花 10g，北枸杞 15g，生甘草 5g。

按：津液亏虚且有虚热，调气活血抑邪汤中用了元参，滋阴润燥而清虚热。

病例 4：某女，35 岁。2008 年夏初诊。病情：曾习惯性流产数次，此次怀孕后为求保胎而求治于孙老。脉细滑无力，舌淡红苔薄白，停经 42 天，倦怠少食，面色少华，气短声怯。处方：

白晒参 15g，生北芪 30g，当归身 15g，川续断 15g，淡黄芩 6g，熟地黄 15g，正川芎 5g，杭白芍（酒炒）15g，白术（土炒）12g，炙甘草 5g，西砂仁（后下）4g，糯米 20g，生姜 3 片、大枣 7 枚引。

按：患者习惯性流产，气血大虚，故用晒参，且参芪药量较大；并舍丹参而不用，因不合本例习惯性流产患者之病机。提示我们在调气活血抑邪汤的使用上，务必以患者个体情况而定，而不可胶柱鼓瑟，为用这三味药而用这三味药。

病例 5：王某，男，31 岁。2009 年 12 月 11 日初诊。高血压病。寐不宁，多梦，眩晕。舌绛苔少，脉弦数。处方：

石决明 20g，川杜仲 10g，川牛膝 10g，法半夏 10g，广陈皮 7g，紫丹参 10g，广郁金 10g，云茯神 15g，生龙齿 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g，制首乌 15g，炒枳壳 6g，明天麻 10g，生甘草 5g。

按：阳亢为主，只需平肝降逆，无需益气活血，因此不用调气活血抑邪汤，而运用“石决明、川杜仲、川牛膝”平肝潜阳。（薛武更. 调气活血抑邪汤理论基础及临床运用浅析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(13):143-145.）

运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤

治疗疑难杂证的点滴体会

调气活血抑邪汤是承载中和医派孙光荣教授学术思想的代表方，孙光荣教授研习中医药 60 余载，幼承庭训，博采众长，擅以调阴阳和气血为纲治疗疑难杂证。临床常以黄芪、人参、丹参组成的调气活血抑邪汤作为基础方，气血并调，彰显孙老“重气血，调气血，畅气血”的基本临床思想。笔者有幸师从孙老，受益颇多。本文对调气活血抑邪汤的理论基础试做浅述及其临床运用点滴体会作一总结。

孙老临床的基本治疗原则，重点在气血，侧重在升降，目的在阴阳，气血调和百病消，升降畅则滞瘀散，气血活，升降畅则阴阳平衡而何病之有？孙老临证之初先是研习李东垣补土学派之法，又后遵丹溪滋阴之说，融会贯通，乃成今日之重气血之基本思路。

1 气血者，乃生之本

中医理论认为，生命通过气的升降出入运动持续激发脏腑的生理功能，从自然界摄入空气、水谷，合成人体所需精微物质，排出糟粕。《素问·平人氣象论篇》曰：“人以水谷为本，故人绝水谷则死”。水谷乃气血化生之源，气血周流全身，其升降出入的矛盾运动发生变化，消长盛衰决定了人体生、长、壮、老、已的生命历程，即为气血由弱转强、继之由盛转衰的过程。何为气，何为血？《灵枢·决气》说：“上焦开发，宣五谷味，熏肤，充身，泽毛，若雾露之溉，是谓气……中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”《灵枢·营卫生会》进一步指出：“中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血，以奉生身，莫贵于此，故独得行于经隧，命曰营气。”可见，气血主要为水谷精微所化，血中有气，气中含血，相互依赖。气属于阳而主动，具有防御、推动、温煦作用；血属于阴而主静，具有濡养、滋润等作用，气血充养全身，为人体至宝，二者均为构成人体和维持人体生命活动的最基本物质，在生理功能上相互依存，相互制约，相互为用。气血与生命存亡休戚相关，为人体之根本。《素问·调经论》曰：“人之所有者，血与气耳”。《灵枢·本脏》曰：“人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也”。总之，人之一身，不离气血。

2 气血失和，百病乃生

气血失调是疾病发生的根本病因和基本病机。气血是人体的基本物质，维持着生命机体的脏腑、经络、四肢百骸的基本功能，气血调和代表人体的正气，是机体内部平衡的基本因素。张景岳认为：“气之在人，和则为正气，不和则为邪气，凡表里虚实，逆顺缓急，无不因气而生，故为病皆生于气。”《医门法律》曰：“气得和则为正气”，由此可见，气血调和，则人体精气神旺盛，而精充气足神旺，则正气充足，反之则正气亏虚气血异常，正气虚衰，为疾病的发生提供了内在根据。外邪、七情内伤、饮食劳逸等是疾病发生的条件，外在条件只有通过气血异常的内在病理变化才能发病。如《素问·评热病论》曰：“邪之所凑，其气必虚。”《丹溪心法》曰：“气血充和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。”故气血失调，正气不足是疾病发生的内在根据。

3 关于调气活血抑邪汤

孙老常说：“我在中医临床方面的学习和实践的体会是，要做到“三个善于”：

一要善于调气血，二要善于平升降，三要善于衡出入。无论以何种方法辨证论治，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳这一总纲，但归根结底，阴阳离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》）；论生理、论病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉筋骨，最终也是离不开气血，这是因为“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。气血之间的关系尤为密切，就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”，所以第一要善于调气血。”调气活血抑邪汤由人参、黄芪、丹参三味药组成。人参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智。黄芪有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效。丹参活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功”。三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血之功。这三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量很少超过15g，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

4 运用调气活血抑邪汤验案举例

案1 寒饮内伏，气血失和案

李某，女，38岁，2014年2月22日初诊。患者于2月前感冒后，咳嗽迁延不愈，就诊前曾自服清热解毒口服液、止咳敏、罗红霉素等药治疗，又经他医诊治服苦寒清肺之中药汤剂，效果均不明显。现症见：阵发性呛咳，咯痰色白质稀量不多，咳甚汗出，夜间加剧，胸部隐痛不适，咽喉痒而不适，夜寐欠安，短气乏力，精神疲倦，舌淡暗、苔薄白，寸口脉浮而细数。查体：咽部充血，扁桃体不肿大，双肺未闻及干湿啰音，血常规和胸部X线摄片检查正常。证属寒饮内伏，气血失和，治拟散寒化饮，调气活血。处方：麻黄10g，桂枝15g，生半夏15g，白芍15g，干姜6g，细辛5g，五味子10g，杏仁10g，桔梗6g，党参10g，黄芪30g，丹参10g，款冬花15g，生姜10g，大枣10枚。每日1剂，水煎服。

二诊（2月27日）：5剂后患者咳嗽次减少，胸痛、咽痒好转，夜能安寐，短气乏力、精神疲倦均改善。上方加白术10g，茯苓10g，合桂枝则温化寒饮，合党参则补土生金以绝痰源而善后。续服5剂，患者诸症悉除。

按：由于抗生素的滥用及医药知识的普及，患者动辄在药店自己购买清热解毒口服液、板蓝根冲剂、止咳镇咳等药口服，所以外感后的咳嗽往往是久治不愈、缠绵多日。苦寒之品过服伤胃，易致脾胃气虚，运化失职，水湿内生，感受风寒，外寒内饮，互相搏击，壅塞于肺，肺失宣肃则发为咳嗽。肺失宣肃而致气机升降失常，气血失和，故缠绵难愈。取小青龙汤外解风寒，内散水饮；取调气活血抑邪汤调和气血；杏仁和桔梗为肺经之气分药，杏仁下气止咳，桔梗宣肺利咽，一降一宣，条畅气机，平升降；款冬花为辛散苦降之品，温润不燥，既入肺经气分，又入血分，能疏利肺经气血，为润肺降逆，止咳化痰的要药，助调气活血抑邪汤调和气血。如《医林改错·气血合脉说》中指出：“治病之要诀，在明白气血，无论外感内伤，要知初病伤人何物，……所伤者无非气血”。诸药合用，既补又散，既宣又降，使气血和，升降平，出入衡，肺之宣发肃降功能恢复正常而咳嗽得愈。

案2 阳虚水泛，气虚血瘀案

候某，男，81岁，2014年3月7日初诊。胸闷气喘，动则尤甚已2月有余加重一周。由轮椅推入病房。住院号：201400471。2014年元月感冒后，

开始咳嗽气短，胸闷气喘，下肢浮肿，常心悸，一周前症状加重，动则心悸，心下及胸胁胀满，咳嗽吐泡沫清稀痰，难以平卧，时头汗出，冷汗淋漓，双下肢凹陷性水肿，纳差，少尿。舌淡胖，苔水滑，脉沉无力。查体：端坐呼吸，面色白，口唇轻度紫绀，颈静脉怒张，心率 100 次/分，律齐，两肺满布细湿啰音，X 线 DR 片示：双胸腔积液（约 800 mL）。经结核病防治所检查排除了结核性胸膜炎。既往有糖尿病史多年、冠心病、高血压病史。西药服用呋塞米片、单硝酸异山梨酯片等药。诊断：心力衰竭Ⅱ度、心源性胸腔积液。中医根据舌脉症诊为喘证，辨证为阳虚水泛，气虚血瘀证。治以益气活血，温阳利水。方用真武汤合调气活血抑邪汤加减：制附片（先煎）20g，生姜 20g，白芍 20g，白术 15g，茯苓 30g，泽泻 30g，人参 20g，黄芪 60g，丹参 30g，葶苈子 30g，大枣 10g，生半夏 15g，全瓜蒌 20g，干姜 10g，五味子 10g，细辛 10g，甘草 10g。3 剂，水煎 500ml，分早、中、晚 3 次温服，日 1 剂。

上方服 3 剂后，尿量显著增加，每日达 1500 mL，患者胸闷气喘好转，已能平卧，纳食改善，无心悸汗出，下肢肿好转。脉稍转有力。原方继进 3 剂。煎服法同前。服第 6 剂后浮肿消失，心率减慢，能下床轻微活动，X 线 DR 片示：双胸腔积液约 400 mL。考虑还有胸闷咳嗽短气等症，上方加入厚朴 6g，陈皮 6g 以宽胸理气燥湿化痰，入苏子 9g 以降气止咳。再服五剂后咳止，活动量大后可见胸闷气喘症状，余症皆好转。舌淡及苔均有好转，脉较前有力。X 线 DR 片示：双胸腔积液完全吸收。方改为制附片（先煎）10g，生姜 10g，白芍 20g，白术 15g，茯苓 15g，泽泻 15g，人参 20g，黄芪 60g，丹参 30g，麦冬 10g，五味子 10g，菟丝子 10g，仙茅 10g，补骨脂 10g。服药一周，诸症悉除，心率 85 次/分，食纳正常，二便自调。

按：慢性心衰属于中医学的“心悸”、“喘证”、“痰饮”、“水肿”等疾病范畴，该病病因较复杂，但其病机主要责之于气虚血瘀，阳虚水泛，以及痰阻等。气虚阳虚为本，血瘀水泛痰阻为标。依据患者胸闷气喘，难以平卧，动则尤甚，汗出，下肢浮肿，面色白，口唇紫绀，舌淡胖而黯，苔水滑，脉沉无力可诊为喘证之阳虚水泛，气虚血瘀证。心主君火，肾主命火，君火命火互根互用。心力衰竭的本源是阳气不足，君命火衰，阳不化阴则水肿，气不行血必血瘀。心衰无力推动血行，血瘀则水停，故而水肿明显；水饮凌心射肺故可见胸闷气喘，心悸；气虚固摄无力故见汗出；因此心衰的治疗大法为温阳利水，行气化瘀；真武汤之附子温补命火以壮君火，白术、茯苓、泽泻补益中洲利水消肿，生姜温散水气；人参、黄芪、丹参益气活血，行气化瘀通血脉；葶苈子大枣利水泻肺强心；生半夏、全瓜蒌宽胸理气化痰；干姜、五味子、细辛温肺化饮敛气；白芍利水活血兼敛阴和阳；甘草调和诸药。全方温阳利水强心，益气活血，化瘀祛痰，颇合病机，故收良效。

案 3 冲任虚损，阴阳失和案

张建华，女，59 岁，干部，2014 年 3 月 1 日初诊。头晕耳鸣失眠 5 年，伴周身阵发性烘热烦躁。患者自述 52 岁自然经闭，经闭 2 年后，时时烘热烦躁汗出，头晕耳鸣，入睡困难，容易醒，每年秋冬加重，春夏减轻或缓解。近日头晕耳鸣加重，失眠，入睡困难，睡后易醒，多梦，时有心悸，迩来寒热交作，时时烘热烦躁汗出，两眼干涩，巅顶有压迫紧束感，双上肢及颈部麻木不适，精神抑郁，萎靡不振，情绪不稳定，纳可，二便正常。舌质稍红苔薄白，脉细软。妇科诊断为：更年期综合征。中医辨证属冲任虚损，阴阳失和。治法：益肾调肝，养心安神，燮理阴阳。处方：党参 10g，黄芪 15g，丹参 10g，熟地黄 30g，当

归 15g, 酸枣仁 20g, 白芍 15g, 茯神 12g, 陈皮 10g, 远志 12g, 淫羊藿 20g, 枸杞子 15g, 山萸肉 10g, 夜交藤 20g, 桂枝 15g, 鸡血藤 30g, 炙甘草 10g。5 剂, 水煎服。

二诊(3 月 6 日): 药后头晕耳鸣失眠减轻, 寒热得罢, 汗出减少, 烘热夜减, 且短时即退。脉细, 舌淡红, 苔薄白。原方续服 5 剂。

三诊(3 月 11 日): 药后精神抑郁好转, 情绪稳定, 巅顶有压迫紧束感、双上肢及颈部麻木明显改善, 已基本不出汗, 睡眠欠稳, 仍感阵阵发热, 但未出汗。脉、舌如前。前方加制香附 15g 以疏肝理气, 加强调肝作用。7 剂, 水煎服。

四诊(3 月 18 日): 自觉身体状态较前明显好转, 眼睛干涩已好, 睡眠尚可, 心情愉快, 为巩固疗效, 上方去桂枝、夜交藤、远志加五味子 10g 增加滋肾固肾的作用, 再服 10 剂而愈。

按: 更年期综合征属于中医绝经前后诸证范畴, 中医学历代医学家对该病早有探索和研究, 如《素问·上古天真论》云: “七七任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭, 地道不通, 故形坏而无子也”。冲任脉虚是更年期妇女的主要病理机制。妇女年近五旬, 肾气渐衰, 冲任亏虚, 精血不足, 天癸渐竭, 这样使阴阳二气不平衡, 脏腑气血不协调, 因而出出现一系列症状。人参、黄芪、丹参三药合用, 气血共调, 共奏补气健脾, 养血活血, 调补冲任; 熟地黄、淫羊藿、枸杞子、山萸肉滋补肝肾益精血; 桂枝、白芍燮理阴阳; 远志、茯神、酸枣仁、夜交藤养心安神; 全方通过调和气血, 补益精血而使阴阳复衡, 诸症缓解。

黄芪、人参、丹参组成的调气活血抑邪汤是孙老治疗疑难杂证的基础方, 其气血并调, 使气血活, 升降畅则阴阳平衡而何病之有? (刘辉. 运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤治疗疑难杂证的点滴体会[J]. 光明中医, 2015, 30(04): 694-696.)

孙光荣教授“三联药对”组方思想在变应性血管炎中的应用

孙光荣教授是国家非物质文化遗产“北京同仁堂”20名中医药大师之一，主任医师、研究员，北京中医药大学远程教育学院副院长，著名中医药文献学家、中医临床家，擅长治疗中医内科、妇科、心脑血管疾病等疑难杂症，并善于运用“对药”、“三联药对”。尤其是根据药物功效来区分君臣佐使，创设了“三联药对”思想。近年来，我科室将孙光荣教授“三联药对”组方思想应用在变应性血管炎患者群体的治疗工作中，取得了良好的成效，现将其总结并报告如下。

1 确定病因，辨证求证

变应性血管炎属于血管炎症坏死性疾病，发病原因暂未明确，临床认为变应性血管炎的发生与感染、药物变态、血清病变等因素相关，变应性血管炎会累及患者真皮上部血管，致使皮肤出现血管坏死，情况严重时，病情会累及其他内脏，严重的威胁着患者的生存质量。变应性血管炎临床表现复杂，多发于足踝与小腿位置，皮损为多形性，呈现出对称性分布状，多伴随显著的皮肤损害，有结节、丘疹、瘀斑、紫癜等。从中医角度而言，变应性血管炎属于“梅核火丹”、“瓜藤缠”等的范畴。孙光荣教授认为，肾为人体先天之本，脾胃则属于后天之本，变应性血管炎的发生与肾精不足密切相关。同时，孙光荣教授认为，变应性血管炎发病原因包括遗传、气滞、血瘀、毒聚、痰凝等因素，在治疗方式上，应该以益气活血、疏肝解郁、清热解毒、行气化痰为主，在药物组方上，宜采用丹参、生黄芪、西洋参为君，以猫爪草、山慈菇、半枝莲为臣。

2 抓住重点，对证治疗

变应性血管炎的临床表现十分复杂，疾病多见于患者小腿与足踝位置，临床症状表现在皮肤上，患者有烧灼感或者瘙痒感，皮肤局部会出现破溃、疼痛与肿胀感。孙光荣教授认为，皮肤瘙痒的发病机理主要为湿毒、风热，可以使用白花蛇舌、地肤子、白藓皮等清热祛风药物进行治疗，若患者局部肿胀疼痛感显著，可以使用乳香、延胡索等行气活血药物进行配伍。

3 内外兼治，分段用药

变应性血管炎的发生是由于五脏之毒所导致，因此，治疗根本应该解决患者五脏六腑之毒，若患者皮肤血管炎症状显著，且不存在红肿热痛，可以采用分期辨证法进行治疗，使用药物外敷可以达到理想的治疗效果；若患者病情处于初级阶段，未形成脓肿且皮肤未出现破溃，可以采用大黄粉敷于患者患处，这可以起到有效的活血消肿效果；若患者局部红肿情况显著，则说明热毒已形成，此时宜采用托毒排脓法，用大黄粉调和芝麻油外敷，这可以起到化腐生肌、排脓脱毒的成效；对于脓毒已完全排尽，但是皮肤不长的患者，可以采用大黄粉外撒法进行治疗，这能够起到生肌敛疮的功效。

4 四诊合参，明确细微

变应性血管炎的症状是多种多样的，发病原因也极为复杂，孙光荣教授认为，应该采用辨证施治的方式，将四诊合参法应用到治疗中，无论采用何种治疗方法，都必须明确细微，这才能够真正地符合临床治疗要求，达到指导临床用药的目的。在治疗变应性血管炎时，需要先将外感、遗传、并发症等因素排除，明晰发病原理，根据具体的触诊、面诊、舌诊、脉诊等信息来判断患者的发病原因，采取针对性的用药方式。

5 补引纠偏，调和用药

变应性血管炎涉及的因素复杂多变，往往存在不和的问题，孙光荣教授认为，虽然变应性血管炎的药物组方多种多样，但是要注意用药方式，不能杂乱，针对患者的兼症进行治疗，纠正药物的毒副作用，调和用药。但是需要控制好药物剂量，避免出现喧宾夺主的情况。

6 案例分析

患者甲，女，56岁，由于双下肢皮疹破溃入院就诊，主诉在1个月前下肢膝关节出现红色丘疹，后红疹扩大，瘙痒难耐，下肢红肿，有手抓痒，皮疹破碎会流脓、有臭味，经我科室诊断，确定为变应性血管炎，予以常规康复新液与夫西地酸膏治疗后，病情得到了缓解，但是未治愈。患者无结核、感染等传染病史，无药物过敏史，患有高血压与糖尿病，实验室检查结果显示，血常规正常，蛋白与潜血为阴性、尿白蛋白为6~8个/HP、血脂正常、谷丙转氨酶为16u/L。下肢血管超声检查结果显示，患者双侧股浅动脉内膜与股总动脉存在光斑。胸片检查结果显示，肺部纹理增多。采用孙光荣教授的组方思想为患者配置如下的组方：

君药：黄芪、西洋参各10g，紫丹参15g；

臣药：半枝莲、猫爪草、山慈菇各15g；

佐药：白花蛇舌草、地肤子、蒲公英各15g； 补引纠和：鸡内金15g，生甘草、紫苏叶、连翘各10g。

用法：水煎服，1剂/d。

在患者入院后，使用芝麻油与大黄粉调和敷于患处，使用绷带进行包裹，2d后，患者痂皮溃烂，皮损位置流出大量脓液，红肿情况得到良好的改善。再使用大黄与绿茶水调和敷于患处，12d后，患者皮肤破溃情况得到显著的改善，分泌物减少，新生皮肤生长情况良好。

综上所述，孙老用药遵循四诊合参，辨证论治，审证求因，并擅用“对药”、“三联药”，调和诸药，临床疗效甚好，值得学习和借鉴。（刘勤建.孙光荣教授“三联药对”组方思想在变应性血管炎中的应用[J].中医临床研究,2014,6(30):1-2.）

运用孙光荣 “三联药对” 组方学术思想

治疗早期糖尿病肾病的临床观察

孙光荣教授是国家中医药管理局第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，从事中医临床工作 50 余年，经验丰富，对消渴病、风湿免疫病、肿瘤及妇科疾病等均有独到之处，创立了依照药物功效区分君臣佐使，按照“三联药对”组方思路进行辨证用药的新型处方模式。笔者自 2012 年 8 月 随诊以来，运用孙光荣教授“三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病，取得了较好的效果，报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

92 例患者均为 2012 年 8 月—2013 年 4 月在北京中医药大学东直门医院东区门诊及住院治疗的早期糖尿病肾病患者，年龄 (55.13 ± 12.35) 岁，按随机数字表法分为对照组 42 例和治疗组 50 例。对照组中男 27 例，女 15 例；年龄 (55.95 ± 13.04) 岁；病程 (11.20 ± 6.50) 年。治疗组中男 21 例，女 29 例；年龄 (54.47 ± 11.77) 岁；病程 (10.35 ± 5.30) 年。2 组患者年龄、病程、空腹血糖 (FPG)、糖化血红蛋白 (HbA1c)、尿白蛋白排泄率 (UAER) 等基线资料比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 糖尿病诊断标准：参照《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》^[1] 中 2 型糖尿病的诊断标准：FPG ≥ 7.0 mmol/L，或糖耐量试验 (OGTT) 中服糖 2h 血糖 (2hPG) ≥ 11.1 mmol/L，或随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L。

1.2.2 早期糖尿病肾病诊断标准：参照《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》中糖尿病肾病早中期诊疗方案：(1) 有确切的糖尿病史；(2) 3 个月内连续尿检查 3 次 UAER，均为 20–200 ug/min，且可排除其他引起 UAER 增加原因者。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准；年龄 20–70 岁；糖尿病病程 ≤ 20 年，生活可基本自理；患者知情同意，清醒、安静状态下完成相关检查；HbA1c 7.0%–13.0%，FPG 4.4–13.3 mmol/L，2hPG 4.4–16.7 mmol/L；3 个月内连续尿检查 3 次 UAER，均为 20–200 ug/min；血液中肌酐、尿素氮均在正常范围，并排除其他疾病所致的尿白蛋白增高。

1.4 排除标准

所有病例均在治疗前行血常规和心、脑肝功能等检测，排除严重心、脑、肝等并发症及糖尿病酮症、感染、过敏、肿瘤及其他肾脏疾患。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2 组患者均予优质低蛋白糖尿病饮食，嘱适当运动，并口服格列齐特缓释片（施维雅天津制药有限公司生产，国药准字 H20044694）60–90mg，每日 1 次；或瑞格列奈（丹麦诺和诺德公司生产，进口药品注册证号 H20080126）1–2mg，每日 3 次，控制血糖，根据血糖调整剂量。治疗组在此基础上运用孙光荣教授“三联药对”组方学术思想给予中药干预，即依照药物联合配伍产生的功效形成君臣佐使，采用“三联药对”的组方原则进行辨证用药。以太子参 15g、黄芪 15g、丹参 15g 益气活血为君药；以山慈菇 15g、猫爪草 15g、半枝莲 15g 清热解毒为

臣药；以杜仲 15g、川牛膝 15g、芡实 15g 滋补肝肾为佐药；以玉米须 10g、白茅根 15g、车前子 10g 清利湿热为使药；以生山楂 10g、干荷叶 10g、甘草 5g，补引纠和，补药味之不足，引药达于病所，纠药性之过偏，调药归于中和。水煎服，每日 1 剂，分 2 次口服。连续治疗 12 周后评定疗效。

2.2 观察指标

2 组患者分别于治疗前后检测 FPG、HbA1c、24h 尿白蛋白，计算 UAER。

2.3 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件进行统计学处理，组内比较采用配对资料 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验，P < 0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

治疗 12 周后，2 组 FPG、HbA1c、UAER 均显著下降，治疗前后比较差异均有统计学意义 (P < 0.05)；治疗后 2 组间 FPG、HbA1c 比较差异均无统计学意义 (P > 0.05)，2 组间 UAER 比较差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后 FPG、HbA1c、UAER 水平比较 (x±s)

组别	例数	治疗时间	FPG (mmol/L)	HbA1c (%)	UAER (ug/min)
对照组	42	治疗前	10.40±2.59	9.31±1.32	113.55±34.753
		治疗后	9.25±1.17*	8.00±1.38*	97.12±24.37*
治疗组	50	治疗前	10.02±2.47	9.30±1.26	114.00±20.06
		治疗后	8.48±1.09*	7.54±1.12*	61.74±35.10*△

与治疗前自身比较，*P < 0.05；与对照组同期比较，△P < 0.05

4 讨论

糖尿病肾病属于中医“消渴病”“水肿病”等范畴，也可称为“消渴病肾病”。早期糖尿病肾病起病隐匿，易被忽视，尿白蛋白是早期糖尿病肾病的重要诊断指标，同时也是观察疗效和判断预后的评价指标。研究表明，气虚血瘀贯穿于消渴病的始终。也有学者提出从中医学整体病机分析，糖尿病肾病的特点是本虚标实，本虚为肝肾亏虚、封藏失固、精微下注，标实为血瘀、热毒、痰浊等，故治疗当以益气活血、滋补肝肾、清热解毒为法。本研究运用孙光荣教授“三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病，通过观察 92 例患者 UAER、FPG、HbA1c 发现，治疗后治疗组 UAER 明显低于对照组 (P < 0.05)，而 FPG 与 HbA1c 与对照组比较差异无统计学意义 (P > 0.05)，提示运用孙光荣教授“三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病，可明显降低尿白蛋白，该作用可能独立于降血糖以外的因素。

孙光荣教授将消渴病肾病的病因总结为遗传、意郁、气滞、血瘀、痰凝、毒聚，其治疗以益气活血、清热解毒为大法，佐以滋补肝肾、化痰降浊之品。以太子参、黄芪、丹参等益气活血为君，以山慈菇、猫爪草、半枝莲等清热解毒为臣进行配伍。孙光荣教授认为人体百病皆离不开调理气血，除却心肺之疾病，百病皆从肝脾肾三脏调理入手。因肾为先天之本，脾胃为后天之本，消渴病肾病多因先天肾精不足，后天脾胃虚弱，饮食失于节制，纵欲过度，损伤气血；或湿热痰浊滞留脾胃，血脉瘀滞，久则为热毒，发于三焦，而成消渴病。西医治疗常采取饮食控制、运动治疗、药物干预及健康宣教的综合管理模式；中医治疗药物庞杂，必有不和之处。孙老认为用药虽多，不可杂乱，必须“胸中有大法，笔下无死方”，故创立了依照药物功效区分君臣佐使，按照“三联药对”组方思路进行

辨证用药的新型处方模式，针对消渴病诸症，以药物补处方之不足，用引经药物使其归于病所，纠药物之毒副，调和诸药。然补引纠和诸药剂量不可过大，量大则喧宾夺主，于治病无益；只需“四两拨千斤”，轻轻一拨，使诸药归于中和即可。只有这样才能符合临床实际，真正指导临床辨证论治及组方用药。（曹柏龙, 孙光荣. 运用孙光荣“三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病的临床观察[J]. 北京中医药, 2014, 33(01):10-12.）

运用孙光荣教授“三联药对”组方思想

治疗变应性血管炎初探

孙光荣教授是第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，从事中医文献研究及临床工作 50 余年，经验丰富，对于风湿免疫病、肿瘤、妇科疾病等治疗有独到之处，创立了依照药物的功效区分君臣佐使，按照“三联药对”组方思想进行辨证用药的新型处方模式。我们运用孙光荣教授“三联药对”组方思想治疗 2012 年门诊及住院变应性血管炎患者 4 例，痊愈 1 例，好转 3 例，无效 0 例，取得了显著疗效。现将孙光荣教授“三联药对”组方思想及外用大黄粉治疗变应性血管炎的经验进行总结，介绍如下。

1 明确病因 审因求证

变应性血管炎是一组与血管炎症及坏死有关的疾病，多数病因不清。目前已知的病因包括血清病、药物变态反应、感染等。变应性血管炎主要累及真皮上部毛细血管及小血管，常导致皮肤血管坏死，病情发展可累及内脏，严重者危及生命。本病临床表现复杂，好发于下肢，以小腿和足踝部最多，皮损呈多形性，呈对称分布，常有明显的皮肤损害如斑丘疹、丘疹、紫癜、瘀斑、结节、溃疡等。变应性血管炎属中医瓜藤缠、梅核火丹、湿毒流注等范畴。孙老认为肾为先天之本，脾胃为后天之本。变应性血管炎多因先天肾精不足，后天脾胃虚弱，外受风寒，或湿热羁留脾胃，血脉瘀滞，久则为热毒，外发于经脉皮肤，终至溃疡。《华氏中藏经·痈疽疮肿第四十一》云：“夫痈疽疮肿之所作也，皆五脏六腑，畜毒不流则生矣，非独因荣卫壅塞而发者也。其行也有处，其主也有归，假令发于喉舌者，心之毒也；发于皮毛者，肺之毒也。发于肌肉者，脾之毒也；发于骨髓者，肾之毒也；发于外者，六腑之毒也；发于内者，五脏之毒也。故发于下者，阴中之毒也；发于上者，阳中之毒也。内曰坏，外曰溃，上曰从，下曰逆。发于上者得之速，发于下者得之缓，感于六腑则易治，感于五脏则难瘳也。”孙老归纳中医古籍，将变应性血管炎的病因总结为十二个字：遗传、意郁、气滞、血瘀、痰凝、毒聚。其治疗以益气活血、清热解毒为大法，佐以疏肝解郁、行气化痰之品。以西洋参、生黄芪、丹参等益气活血为君，以山慈菇、猫爪草、半枝莲等清热解毒为臣进行配伍。

2 抓住主症对症治疗

变应性血管炎临床表现复杂，好发于下肢，以小腿和足踝部最多，皮损呈多形性，常对称分布，主要症状集中在皮肤，有瘙痒或烧灼感，局部皮肤破溃，肿胀疼痛等。孙老认为，对于皮肤瘙痒为主症的，其病机多为风热、湿毒，可以白鲜皮、地肤子、白花蛇舌草等清热祛风、燥湿止痒为佐，进行配伍。对于局部肿胀疼痛明显的，其病机多为气滞血瘀，可以延胡索、乳香、没药行气活血止痛为使进行配伍。

3 内外兼治 分期用药

变应性血管炎乃五脏之毒发之于外而成，故治疗的根本在于清解五脏六腑之毒热。对于皮肤血管炎症明显，导致局部红肿热痛者，宜分期辨证，选用中药外敷，效果更佳。变应性血管炎初期局部轻度红肿，尚未成脓，皮肤未破溃者，可以大黄粉绿茶水调敷局部清热解毒、活血消肿。对于局部红肿明显，热毒已成，即将化脓或已经破溃流脓者，宜托毒排脓，可以芝麻油调敷大黄粉外涂围箍。因芝麻油具“托毒排脓、化腐生肌”之效。对于脓毒已尽，新肉不生，皮肤不长者，

则以干大黄粉局部外撒，因干大黄粉具有“生肌敛疮”之效。

4 四诊合参 明经晰纬

变应性血管炎病因复杂，证候多变。孙老认为辨证应以各种辨证纲领为主轴（阴阳表里寒热虚实八纲辨证、寒热虚实生死逆顺八纲辨证、卫气营血辨证、气血津精辨证等），将四诊合参纳入辨证纲领进行临床辨证。并且无论用何辨证纲领，都必须“明经晰纬”，这样才能纲举目张，才能符合临床实际，才能真正指导临床组方用药。以变应性血管炎为例，排除遗传、外感及并发症，就变应性血管炎本身而言，无论任何血管炎都是以“证虚邪实”为经，以病因、病机、病位为纬。“正虚”，乃脾肾脏腑之虚。“邪实”，乃意郁、气滞、血瘀、痰凝、毒聚。如此辨证，就可以非常明晰、非常准确。变应性血管炎若延误诊治，毒热入于脏腑，常可危及生命。《华氏中藏经·痈疽疮肿第四十一》云：“内虚外实者，多痒而少痛。外虚内实者，多痛而少痒。血不止者则多死，脓疾溃者则多生。”必须根据脉诊、舌诊、面诊、触诊等综合信息准确判断病位病性，知其“寒热虚实生死逆顺”。

5 补引纠偏 调和诸药

变应性血管炎病因复杂，证候多变，药物庞杂，必有不和之处。孙老认为用药虽多，不可杂乱，必须“胸中有大法，笔下无死方。”而诸症烽起，必须针对兼症以药物补处方之不足，用引经药物使其归于病所，纠药物之毒副，调和诸药。然补引调和诸药剂量不可过大，量大则喧宾夺主，于治病无益。只需“四两拨千斤”，轻轻一拨，使诸药归于中和即可。

6 病案举例

患者女，52岁。因“双下肢皮疹破溃1个月”于2012年4月11日来我科就诊。患者1个月前不明原因出现下肢膝关节以下皮肤红色丘疹，伴痒痛感，未予重视。之后斑疹逐渐扩大融合成片，下肢红肿，瘙痒疼痛，搔抓后皮疹破溃，部分流脓，结痂，铜锈样，有臭味，于当地综合医院皮肤科诊断为“变应性血管炎”，予输液抗炎治疗，及夫西地酸膏、康复新液等外用治疗，病情控制未发展，为求中西医结合治疗收住我院。既往有糖尿病、高血压病史。否认肝炎、结核等传染病史及药物过敏史。皮肤科会诊检查：双小腿及足背不规则形浅溃疡，表面覆盖黄色渗液，周边散在卫星状暗红色丘疹，局部皮肤轻度肿胀。实验室检查：血常规大致正常。尿常规示白细胞6~8个/HP，蛋白及潜血阴性；乙肝表面抗原阴性。生化：钾3.21mmol/L，肌酐41μmol/L，谷丙转氨酶16U/L，血脂正常。糖化血红蛋白1.44%，血沉49mm/h，C-反应蛋白24.25mg/L。胸部心电图示：窦性心律，T波低平。腹部B超示：脂肪肝，胆囊、脾胰肾未见异常。下肢血管超声：双侧股总、股浅动脉内膜不光滑伴散在光斑形成。胸片：两肺纹理增重。下肢分泌物培养：铜绿假单胞菌、紫色色杆菌，对头孢呋辛钠耐药，对头孢哌酮舒巴坦、左氧氟沙星敏感。诊断：变应性血管炎。治疗：入院后予敏感抗生素静点，使用胰岛素控制血糖。运用孙光荣教授“三联药对”组方思想治疗处以益气活血、清热解毒等中药：

君药：西洋参10g，生黄芪10g，紫丹参15g。（益气活血）

臣药：山慈菇15g，猫爪草15g，半枝莲15g。（清热解毒）

佐药：蒲公英15g，地肤子15g，白花蛇舌草15g。（解毒止痒）

使药：延胡索15g，炙乳香10g，炙没药10g。（行气止痛）

补引调和：连翘10g，鸡内金15g，紫苏叶10g，生甘草6g。

水煎服，每日1剂。

经患者知情同意后，入院当日选取皮肤溃疡及丘疹脓疱病情较重之左下肢，外用大黄粉以芝麻油调敷创口，绷带包裹。次日可见左下肢痂皮溃烂，皮损处大量脓液流出，左下肢红肿明显减轻。遂改为绿茶水调敷大黄抹左下肢，1~2 日换药 1 次。皮肤溃疡及丘疹脓疱病情较轻之右下肢，始终采用西药换药治疗。4 月 20 日，患者病情较轻之右下肢皮肤破溃减轻，分泌物减少，仍有疼痛，复查下肢分泌物培养无细菌生长。而病情较重之左侧下肢创面已经无分泌物，无红肿，无疼痛，疗效优于使用西药换药之右下肢。遂改为左下肢干大黄粉创面撒敷，无菌纱布绷带包裹，1~2 日换药 1 次，之后可见创面均结痂，以无菌镊子揭去痂皮，可见结痂下新生皮肤生长良好。至 4 月 29 日，病情较重，采用中药换药之左下肢血管炎已经痊愈，遗留疤痕。病情较轻，采用西药换药之右下肢，其破溃处皮肤生长缓慢，部分创口不收。遂将右下肢换药之西药停止，改为中药大黄粉外敷。5 月 1 日，右下肢皮肤破损处创口大多结痂，换药数日痊愈。（曹柏龙, 苗桂珍, 朱学敏, 等. 运用孙光荣教授“三联药对”组方思想治疗变应性血管炎初探[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(23):8-9.）

国医大师孙光荣运用“三联药组”治疗带下病经验撷菁

临床所论之带下病，如无特指，则主要指带下过多，即带下量明显增多，或色、质、气味异常，伴或不伴全身症状。带下病是困扰患者、缠绵难愈、严重影响生活质量以及夫妻生活的妇科疾病，古已有之，而今由于生活环境的日益复杂致使发病率日渐增高。西医妇科疾病如阴道炎、宫颈炎、盆腔炎及肿瘤等均可见带下量多，必要时应进行妇科检查及排癌检查，避免贻误病情。

国医大师孙光荣从事中医临床工作近 60 年，擅治月经失调、带下病、不孕不育、脑病、心血管疾病、肿瘤、慢性咳嗽、哮喘、脾胃病、特发性血小板减少性紫癜、情志病、五迟五软等疑难杂症。孙老临床组方选药的一大特色即是“三联药组”的配伍和应用，治疗带下病亦不例外。笔者有幸师从孙老，侍诊左右，现将其治疗带下病常用“三联药组”的配伍和应用之学术经验简介如下，与广大同道交流。

1 “三联药组”配伍的思想和原则

三联药组又称“角药”、“串药”。角药配伍并非简单的药物相叠加，而是以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、七情为配伍原则，3 种中药联合使用、系统配伍。由于疾病的复杂性以及药物自身性味功用限制，单味药或两味药有时不能适用临证需要，以 3 味药组成的角药介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，在临床应用中可起到减毒增效之作用，而备受重视，常被加以应用。

2 国医大师孙光荣对“三联药组”的认识

孙老认为，“三联药组”的基本思想是秉承中国传统文化，追求阴阳平衡的理念和天地人三才的思想。孙老配伍的“三联药组”灵活多变，大多是在总结前人用药经验的基础上进行升华和创新而形成的。如三联药组中有相当一部分是以传统的药对、古方作为基础，是源于传统而优于传统。

孙老认为，“三联药组”注重药物功效的相须、相使、相畏、相杀及其药物的四气五味、升降浮沉。三药相互协作、制约，形成一个特定的功能单元。临证处方时，可参照古方的组方思路，按君臣佐使的架构来组方，并根据具体病情，化裁应用。孙老强调，对古方重在取其思路，注重用其法，而不泥其方。古方中的药物如果适合病情需要者则径取而用之，可不必师心自用。如不符合病情，则依法重新配制新的三联药组。如法半夏、广陈皮具有化痰、祛湿功能，配以佩兰叶则清化湿热，可用于湿热中阻；配以麦门冬，则化痰清热，用于咳嗽痰黏难以咳出者。

孙老在临床实践中，根据其功能特点，将“三联药组”大致分为 3 种类型，即祛邪组合、扶正组合和辅助组合。第 1 种：祛邪组合，用于攻邪。如“金银花、蒲公英、连翘壳”、“天葵子、猫爪草、半枝莲”等。第 2 种：扶正组合，用于增强抵抗力，提高机体的防御功能，是针对气血阴阳的失衡而设，用以纠正机体气血阴阳的失调。对气血不足者，治以益气活血。在益气活血中又重在益气。阴阳失调者则视其需要以补其不足、纠其所偏。如“生晒参、生北芪、紫丹参”、“鹿角胶、龟甲胶、炮附子”等。第 3 种：辅助组合。主要是药组中配伍某一药物以引药直达病所，或配伍某一针对性强的专病专药。如“云茯神、炒枣仁、灯心草”、“蔓荆子、西藁本、紫浮萍”等。前一个三联药组中，灯心草起到引经药的作用；后一个三联药组中，孙老认为，紫浮萍有透过血脑屏障的作用，是针对脑血管疾病的专病专药。

3 国医大师孙光荣治疗带下病的常用“三联药组”

孙老认为，任脉损伤，带脉失约是带下病的核心病机。带下病的发生与湿、毒、热和脏腑失调关系密切，病程日久则可导致人体虚证丛生。因此，孙老治疗带下病的组方选药多从清热、解毒、利湿、固涩、调理脾肾等方面入手，并对症加入止痒、避秽等药。孙老临床上治疗带下病常用的“三联药组”主要有以下几组。

3.1 紫苏叶、蒲公英、鱼腥草 紫苏叶，出自《药性论》，别名“苏叶”（《本草经集注》），为唇形科植物紫苏的干燥叶（或带嫩枝）。性味辛，温。归肺、脾经。功能发表，散寒，理气，和营。治感冒风寒，恶寒发热，咳嗽，气喘，胸腹胀满，妊娠呕吐，胎动不安，解鱼蟹毒。本品芳香气烈，孙老多用此药治疗风寒感冒、胃气不和、湿邪内阻，外用坐浴以去除白带之腥味。蒲公英，出自《新修本草》，为菊科植物蒲公英、碱地蒲公英或同属数种植物的干燥全草。性味苦、甘，寒。归肝、胃经。功能清热解毒，消肿散结，利尿通淋。用于感冒发热，咽痛，疔疮肿毒，乳痈，瘰癧，目赤，肺痈，肠痈，胃炎，胆囊炎，湿热黄疸，热淋涩痛。鱼腥草，出自《履巉岩本草》，即《名医别录》中之“蕺”，为三白草科植物蕺菜的干燥地上部分。性味辛，微寒。归肺经。功能清热解毒，消痈排脓，利尿通淋。用于肺痈吐脓，肺炎，痰热喘咳，热痢，热淋，白带，痈肿疮毒，痔疮，脱肛，湿疹，秃疮，疥癣。此药阴干后，微有芳香，在加水煎汁时，则挥发出一种类似肉桂的香气，也有类似红茶的味道，芳香而稍有涩味，无腥臭味。白带腥味严重时，孙老常以此药避秽。

此三联药组，气味芳香，功能芳香避秽、清热利湿，孙老多用于临床症见白带有腥味、外阴灼热等的患者。用于治疗白带有腥味时，多煎汤坐浴。同时视腥味之轻重而灵活应用此药组。如腥味较轻，则单用苏叶；腥味较重，则三药联合应用；若腥味再不除，可在此药组基础上再加檀香木。

3.2 蛇床子、炙百部、蛇舌草 蛇床子，出自《神农本草经》，为伞形科植物蛇床的干燥成熟果实。性味辛、苦，温；有小毒。归肾经。功能温肾壮阳，燥湿，祛风，杀虫。用于男子阳痿，阴囊湿痒，女子带下阴痒，宫冷不孕，湿痹腰痛；外治疥癣湿疮，外阴湿疹，妇人阴痒。《本草新编》载：“蛇床子，功用颇奇，内外俱可施治，而外治尤良。”百部，出自《本草经集注》，为百部科植物直立百部、蔓生百部或对叶百部的燥块根。性味甘、苦，微温。归肺经。有小毒。功能润肺下气止咳，杀虫。用于新久咳嗽，肺癆咳嗽，百日咳；外用于阴痒，头虱，体虱，蛔虫、蛲虫病，皮肤疥癣、湿疹。白花蛇舌草，出自《广西中药志》，为茜草科耳草属植物白花蛇舌草的全草。性味甘、淡，凉。入胃、大肠、小肠经。功能清热解毒，利湿消肿，活血止痛。用于肿瘤、盆腔炎、附件炎、肠痈（阑尾炎）、疮疖肿毒、湿热黄疸、小便不利等症；外用治疮疖痈肿，毒蛇咬伤。

此三联药组，相反相成，多煎汤外用，功能杀虫止痒，适用于各种类型阴道炎、宫颈炎、盆腔炎等生殖系统疾患所致的白带增多（无论寒湿、湿热）、外阴瘙痒等症，亦可用于湿疹、痒疮、疥癣等。

3.3 煅龙骨、煅牡蛎、生薏苡仁 龙骨，出自《神农本草经》，为古代哺乳动物如象类、犀牛类、三趾马等的骨骼化石。煅龙骨即将刷净的龙骨，放坩锅内或其他容器中煅至红透，取出晾凉，碾碎即可。性味甘、涩，平。入心、肝、肾、大肠经。功能镇惊安神，敛汗固精，止血涩肠，生肌敛疮。主治惊痫癫狂，怔忡健忘，失眠多梦，自汗盗汗，遗精淋浊，吐衄便血，崩漏带下，泻痢脱肛。外用治疮疡久溃不敛。牡蛎，出自《神农本草经》，为牡蛎科动物长牡蛎、大连湾牡

蛎或近江牡蛎的贝壳。煅牡蛎，即将洗净的牡蛎，置无烟炉火上煅至灰白色，取出放凉，碾碎。性味咸，微寒。归肝、胆、肾经。功能重镇安神，潜阳补阴，软坚散结。用于惊悸失眠，眩晕耳鸣，瘰癧痰核，癥瘕痞块。煅牡蛎收敛固涩，还可用于自汗盗汗，遗精崩带，胃痛吞酸。薏苡仁，出自《神农本草经》，为禾本科植物薏苡的种仁，别名薏米（《药品化义》）、薏仁（《本草新编》）、苡仁（《临证指南》），苡米（《本草求真》）。性味甘、淡，凉。归脾、胃、肺经。功能健脾、补肺、清热、利湿。治泄泻，湿痹，筋脉拘挛，屈伸不利，水肿，脚气，肺痿，肺痛，肠痛，淋浊，白带。

此三联药组，功能收敛固涩利湿，适用于日久不愈之白带绵绵不止。白带无论质地清稀，抑或白带黏稠，均可应用。可加入芡实，以增强收敛固涩之功。

3.4 川萆薢、车前子、蒲公英 萆薢，出自《神农本草经》，为薯蓣科植物粉背薯蓣、叉蕊薯蓣、山萆薢或纤细薯蓣等的块茎。性味苦，平。归肝、胃、膀胱经。功能祛风湿，利湿浊。主治带下，膏淋，白浊，疮疡，湿疹，风湿痹痛。车前子，出自《神农本草经》，为车前科植物车前或平车前的干燥成熟种子。性味甘，微寒。归肝、肾、肺、小肠、膀胱经。功能清热利尿，渗湿通淋，明目，祛痰。治带下，尿血，小便不通，水肿胀满，热淋涩痛，淋浊，暑湿泄泻，咳嗽多痰，湿痹，目赤障翳。蒲公英，见 3.1 条。

此三联药组，功能分清泌浊、利湿清热，适用于带下增多，色黄质黏，或有腥味，外阴灼热等湿热下注、热毒蕴结属实证者。带下病属虚证者亦可配伍用之。

3.5 白鲜皮、地肤子、蝉蜕 白鲜皮，出自《药性论》。《本经》谓之“白鲜”，为芸香科植物白鲜的干燥根皮。性味苦、咸，寒。归脾、胃、膀胱经。功能清热燥湿，祛风止痒，解毒。用于湿热疮毒，黄水淋漓，湿疹，风疹，皮肤痒疹，疥癣疮癩，风湿热痹，黄疸尿赤。《本经》谓此药可“主女子阴中肿痛”。孙老治疗各类黏膜病变时，方中常配伍白鲜皮。地肤子，出自《神农本草经》，为藜科植物地肤的干燥成熟果实。性味辛、苦，寒。归肾、膀胱经。功能清热利湿，祛风止痒。用于阴痒、带下，小便涩痛，风疹，湿疹，皮肤瘙痒。蝉蜕，出自《药性论》，为蝉科昆虫黑蚱的幼虫羽化时脱落的皮壳。性味甘，寒。归肺、肝经。功能散风除热，利咽，透疹，退翳，解痉。用于风热感冒，咽痛，音哑，风疹瘙痒，麻疹不透，目赤翳障，惊风抽搐，破伤风。

此三联药组多煎汤外用，功能利湿清热、祛风止痒，适用于带下病症见外阴瘙痒、灼热者。

3.6 金银花、蒲公英、半枝莲 金银花，出自《履巉岩本草》，为忍冬科植物忍冬、红腺忍冬、山银花（毛萼忍冬）或毛花柱忍冬的干燥花蕾或带初开的花。性味甘，寒。归肺、心、胃经。功能清热解毒，凉散风热。用于风热感冒，温病发热，热毒血痢，痈肿疮疖，喉痹，丹毒，痈疡，肿毒，瘰癧，痔漏。蒲公英，见 3.1 条。半枝莲，出自《江苏省植物药材志》。味辛，性凉。功能清热解毒，止血，利尿消肿。主治热毒痈肿，咽喉肿痛，肺痈肠痈，瘰癧，毒蛇咬伤，各种出血，水肿，腹水及癌症。临床用于肺癌、肠胃道癌症、子宫颈癌及腹水、损伤出血等。

此三联药组，功能清热解毒散结。适用于带下病湿热下注、热毒蕴结等实证，或相关肿瘤引起的带下异常。症见带下量多，或色黄，或黄绿如脓，或赤白相兼，或夹有血丝，或五色杂下，异味明显，或伴外阴瘙痒、肿胀等。临床上，如因相关肿瘤引起白带增多者，可加入山慈菇、菝葜根等；带下中夹血丝者，可加白茅根。（薛武更，孙光荣. 国医大师孙光荣运用“三联药组”治疗带下病经验撷菁[J].

湖南中医杂志, 2017, 33 (03) :19-21.)

从经方小柴胡汤谈跟师孙光荣教授心得

小柴胡汤为张仲景《伤寒杂病论》中的名方之一。笔者以“和”为线索，从小柴胡汤的来源、临床适应症、主治病症、药物组成、煎服法、临床应用体会谈对经方的应用心得，提出“和法之中，百法兼备”。在此基础上对目前临床有效应用小柴胡类的中成药中存在的问题进行了分析。最后，在对和法、和剂理解的基础上进一步探讨对孙光荣教授的“中和”学术思想“天人和”的理解。

1 从对经方小柴胡汤的理解，提出和法之中，百法兼备

我们知道，小柴胡汤为张仲景《伤寒杂病论》中的名方之一。如果说桂枝汤为群方之冠，而小柴胡汤则无论从组方加减还是到临床应用之变化则更能体现经方的魅力所在。中成药小柴胡冲剂或小柴胡颗粒等类方的广泛应用越来越成为普通老百姓家庭必备良药，就是最好的明证。

小柴胡汤主治伤寒少阳证之“伤寒五六日，中风，往来寒热，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”。从其主治之症状来看，其基本病机为：伤寒、中风等五六日，或少阳直中，导致机体表里不和、脏腑不和、气机上下不和，故有表里不和之往来寒热之症，有脏腑不和之胸胁苦满、心烦喜呕，胁下痞硬，口渴，心下悸等心、肝、脾、肺、肾与胆、胃、大小肠、膀胱以及三焦脏腑失和之症，又有因气机上下升降之咳、悸、腹痛、小便不利等不和之症候。而其病机关键在于机体上下、内外、表里、脏腑之阴阳不和。故仲景在此立小柴胡汤以和其上下、内外、表里、脏腑之阴阳。

从小柴胡汤的药物组成来看，原方“柴胡半斤，黄芩三两，人参三两，甘草三两，生姜三两，半夏半升，洗，大枣十二枚，擘。”方中柴胡、黄芩，和解内外表里之邪气，人参、甘草安脏腑而通达气血，半夏、大枣消中缓中，诸药共达和解之功。

也许有人认为，小柴胡汤的配伍之中有柴胡、黄芩解表清里，人参安和五脏，半夏散结消痞除满，甘草、生姜、大枣调和脾胃营卫，故为和法之首。然而小柴胡汤的和解之功能的实现，一部分和药物组成、配伍有密切联系，另一方面，也和其药物煎煮方法有关。原书记载：“上七味，以水一斗二升，煮取六升，去渣，再煎，取三升，温服一升，日三服。”而宋代朱肱《南阳活人书》曾记载一病人被朱氏诊断为伤寒少阳证，遂给病人开服小柴胡汤，而病家贪图方便，用小柴胡丸三日后不效。再诊时，朱氏以脉测证，因小柴胡汤证犹在，劝病人依法服用小柴胡汤。首诊未效，乃小柴胡丸之过，后果瘥。由此可见，小柴胡汤之和解之功，不仅和其药物配伍密切相关，其特殊的煎煮方法也是帮助其实现和解之功的一个重要环节。

按照清代程钟龄在《医学心悟》中的观点，即将服用中药后发生呕吐现象者，皆列为吐法的范畴。而《医学真传·心腹痛》以“调气以和血，调血以和气，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法，若必以下泄为通则妄矣！”论“通法”。那么，可以说“汗、吐、下、和、温、清、消、补”之八法乃狭义之八法。因汗法为和其营卫，吐、下皆为和其脾胃，温、清之法为和其脏腑阴阳，消、补之法为和邪正、气血出入升降之机，故而皆可归属于广义之和法之列。

溯源《内经》之论，人贵“脏腑和”、“气血和”，而诸多治法，目的只有一个，那就是使机体恢复到“阴平阳秘”之阴阳合和之态。而从服用小柴胡汤后

所产生的反应“汗出溱溱”、“小便得通”、“大便得下”结果来看,该方确实实现调和表里、内外、脏腑、上下等目的,故为和法之宗。因此,可以说是以小柴胡汤为代表的和法之中,百法兼备,值得深究。

2 从中成药小柴胡冲剂应用探讨和剂

自古以来,小柴胡汤不仅为医家所重视,而作为养生保健、家庭必备药而存在。远在宋代,小柴胡汤就曾经以“小柴胡丸”等多种成药形式存在,并被当时老百姓所认可,并为当时人类的健康作出应有的贡献。目前国内,小柴胡颗粒、小柴胡冲剂、正柴胡饮等作为家庭必备之四时感冒药、胃肠感冒药、消化不良药等,也广泛应用在人们的疾病预防、日常保健中。而关于小柴胡类中成药的基本和解表里之退热功效,却被人们所忽视。老百姓不明白其中的道理也就罢了,更重要的是诸多中医人也不明白其中的道理,而误以为小柴胡冲剂或小柴胡颗粒的退热作用和方中黄芩用量的大小有关,这实是对中医的误解,对小柴胡汤和法的扭曲。

记得在1998年5月7日晚,戚姓朋友家人年事已高,89岁,发烧,因其“五一”期间陪同亲戚外出到夫子庙,汗出当风,回家后即恶寒发热,不欲饮食,时欲呕,精神倦怠。虽服用多种药物治疗无效。患者在前一年因同样的症状,曾到专门治疗离休干部省级医院治疗,结果先后被诊断为“上呼吸道感染”、“肺部感染”等住院治疗,待炎症控制后又因“伪膜性肠炎”等连续住院达半年之久,直到春节前才出院回家。家人因不愿再次住院治疗,随即晚上打电话咨询,我当时在南京中医药大学读儿科研究生,认为老人家为少阳感冒,建议服用小柴胡颗粒,一次两包,开水冲服,服后可盖厚被,稍后,再给予少量热粥令微汗出。第二天,患者打电话告知,精神好转,热退身凉,胃纳可,二便通利。真可谓“效若桴鼓”!

可见,中成药并非没有疗效,更不是安慰剂。最主要的应该是医师指导病人如何正确服药。以上案例临时变通,应用桂枝汤服法冲服小柴胡冲剂,大概这也勉强算是一种和法罢。其他常用中成药藿香正气口服液、保济口服液、防风通圣丸或急救良药安宫牛黄丸等家庭必备之品,同样要在医师的指导下,合理有效应用必须注意服药方法,这也是经方小柴胡汤煎服法给我的临床启示。

3 对孙光荣教授中和医学流派的“天人和”的理解

跟师孙光荣教授的过程中,我体会最深的是对和法的理解不断加深:

首先从医德教育中,目的求得“医患和”,而唯有医患和谐,才能实现《黄帝内经》中“标本相得”“邪气乃服”。而落实这种和的方法和途径的关键就是加强医德教育和培养。《黄帝内经》中有劝戒医师之“五过”、“四失”论。孙老提出对其弟子的具体要求,即《中医人十禁》、《中医济世活人必先做到“十不得”》、《师训箴言》等,并针对每个弟子提出具体要求,然后由弟子认真研读,宣誓要严遵师训。用心良苦,目的却只有一个,即“医患和”而“邪气服”。医者,仁心仁术,此举亦堪称“苍生大医”之重!

治病救人过程中,孙老更是不拘一方一法,始终坚持“和为贵”,以“天人和”为治疗的最高境界。记得孙老曾经讲到他在上世纪六十年代湖北老家治疗的一则医案:是年春,村中一幼女咳喘发作,观其脉证,予以“小青龙汤”三剂而愈。是年秋,该女咳喘又发,其父因前方效佳而再次照方买药,咳喘未平。遂再次请治,审证求因,予以“百合固金汤”七剂而痊。此案乃宗《内经》之旨,四时之风气不同,治疗亦不同,治病救人之活法,全在医者一念之间。孙老对吾辈反复强调,学习经典、跟师、临证,不拘一方一法,要在于“和”。而“和”法

之宗，有非一方、一剂、一证之中，而在于天地之间，六合之中，故中和之最高境界乃“天人和”。

在学术思想上，孙光荣教授结合自己多年的临证经验，创制了以“中和”为核心的医学流派。其中孙老十首“和方”为中和医派之脊梁和精髓，准确阐释了“中和”学术思想的深刻内涵。其中有以调中以为和者，有以补而为和者，有以清为和者，有以通为和者，有以开而为和者，有以收而为和者。如此之和，真可谓“和”之精华也。

而以经方小柴胡汤为核心加减化裁之“扶正祛邪中和汤”，广泛应用于临床急慢性胆囊炎、厌食症、急性肝损伤。“健中和胃汤”则以经方小建中汤为主化裁，有效应用于胃溃疡、再障、妇人痛经等，此和中之和。“孙光荣安神定志汤”以《金匱要略》之甘麦大枣汤化裁而来，主要应用于身心疾病的调理，此以缓收之和也。“益气温中汤”来源于“理中汤”，有效应用于慢性胃肠炎、胸痹、妊娠恶阻、结肠恶性肿瘤等疾病的调治，此以温而为和。而孙老的“化痰降逆汤”、“清热利肠汤”、“涤痰镇眩汤”，乃以清、降、通为和也。更有汤丸并用之安宫牛黄丸之服法，实乃以开为和！如此和而不和，不和之和，无不彰显孙老“中和医派”中的和之深邃，令人叹服！

综上所述，和因不和而和，故有和方、和剂之说，然而，孙光荣教授“中和医派”所倡导的中和之和，实乃融百法之和，百家之和，而终归于“天人和”。（张志敏. 从经方小柴胡汤谈跟师孙光荣教授心得[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(16):18-20.）

养生保健

中和医派肿瘤治未病理论初探

“中和”医派在现代肿瘤的中医治疗中，通过传承和对经典的学习和积累，在以“和”为主导的理论治疗中，杂病的治疗，尤其是较为疑难的恶性肿瘤的防控治疗，有较为深刻的认识。结合“治未病”理论的深入研究，形成了一套符合现代中医理论“未病先防，已病防变，已变防渐，愈后防复”的中医肿瘤防控体系。以防、控、治为先导，在肿瘤的不同阶段运用相应的方法进行干预，建立了一套“以人为本，防重于治，和谐平衡，天人合一”的疾病防控模式，笔者通过对理论的学习与实践，对于以上理论进行相应的整理，供同道分享。

1 和中调达以防治病源

通过人体的调养来防治肿瘤，有相应的方法。

1.1 养生调心以固本 通过养生而致中气和平，气机调达，通过人体的正气的养护，扶正抑邪。养生中要“形、神、气”俱养，养神是本，养形是标，条畅气机是变化，养神的关键在于养心。《素问·灵兰秘典论》：“心者，君主之官也，神明出焉……主不明则十二官危，使道闭塞而不通，形乃大伤，以此养生则殃，以为天下者，其宗大危，戒之戒之。”在防治恶性肿瘤过程中，心神的调养是其中重要的环节，通过静养往往能对疾病的预防产生重要的意义，这也是对整体疾病预防的共性。

1.2 疏肝调达以理气 恶性肿瘤发生的中医机理往往与肝的关系密切，多见肿瘤从肝论治方面的研究，肝主疏泄，肝郁气滞是肿瘤形成的重要病因；肝主血，血脉瘀阻也易成为肿瘤生成的温床；而女子以肝为先天，妇科肿瘤的发生往往与肝的关系密切。在治未病理论中，养肝气首先要注意休息，睡眠以养肝；其次要节喜怒，心性平和以养肝；再次是养目力，注意眼部的休息；最后是适运动，舒筋络以补肝。通过相应的调节，对于恶性肿瘤的防治会产生积极的意义。

1.3 适宜运动以温阳 《素问·生气通天论》曰：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明，是故阳因而上，卫外者也。”而适宜的运动，能够使人产生更多的养气，人体的阳气充足，如苔藓的恶性肿瘤会阴霾自散。中国养生的方法很多，太极拳、五禽戏、八段锦等都是很好的选择。

2 形症脉气审病体

通过观察疾病的表现，早期发现肿瘤的迹象，从而实现对恶性肿瘤的早期调控，对疾病的治疗有着很积极的意义。

2.1 观形以审病 在恶性肿瘤的早期，往往可以见到具有特征性的临床表现，如见形体快速消瘦，大骨枯槁，大肉陷下，皮肤色泽及其晦暗，局部肿物不红不热不疼不痒、按之石硬，黑疔翻花，瘰癧丛生，均应排除肿瘤的发生。一些特征的表现，如口唇黏膜排列淡紫色斑，常见于消化系统肿瘤；如指甲根部至顶褐色细线，应排除食管肿瘤；身体见白色斑点，多与中秋相关。舌诊中，如见紫舌，花纹舌，裂纹舌，瘀斑舌，均应排除肿瘤的表现，建议相应的筛查。

2.2 查症以观病 原因不明的消瘦、无力，上腹无规则的疼痛，厌油腻。非怀孕和哺乳的妇女，有乳头流水或能挤出液汁。身体任何部位诸如乳腺、颈部或腹部出现逐渐增大的包块。干咳、嗽中带血，胸闷胸痛，久治不愈。不伴腹痛的逐渐加深的黄疸和上腹包块。肝脏肿大的速度较快，并伴有肝区疼痛。不明原因的无痛性血尿。皮肤溃烂长久不能愈合。黑痣突然增大，同时伴有灼痒、破溃，出血疼痛或痣上的毛发脱落。进食吞咽时胸骨后有异物梗塞感、刺痛感或自觉食物通过缓慢。大便习惯改变，或腹泻和便秘经常交替出现，或大便常带脓血，或大便

变细变扁。鼻塞，经常少量鼻出血或鼻涕中常带血丝，伴有偏头痛、头晕、耳鸣和颈上部耳垂下方前后部位摸到肿大淋巴结。中年以上的妇女，性交后阴道有少量出血，或平时有不规则的阴道出血，或是停经数年后又来月经，白带明显增多。均应排除肿瘤的发生。

2.3 脉气以排查 如见七独脉（独小者病，独大者病，独疾者病，独迟者病，独热者病，独寒者病，独陷下者病），如见脉象局部涩迟，缺如，结合相关的症状，可以考虑进行筛查。观病气时如病人面见灰气、水气、涩滞之气，均应排除肿瘤的发生。

3 八纲六经确机枢

通过相应的辨证方法，结合病人的病情来推断有无肿瘤的发生，也是进行疾病预测的重要方法。通过辨证来找到恶性肿瘤发生的“机”（根本与原因）与“枢”（重要变化的转折点和平衡点），是治疗的关键。

3.1 八纲辨证 “中和”医派以独具特色的新八纲辨证为特点，从虚实寒热生死顺逆来分析疾病的发生和发展，通过疾病的规律来进行临床辨证诊断施治。新八纲辨证起于《中藏经》：“寒热”者，病机也。《中藏经·寒热论第七》曰：“阳不足则先寒后热；阴不足则先热后寒。又上盛则发热；下盛则发寒”。总括之，则曰“阴阳相胜”。“虚实”者，病性也。《中藏经》就“病有脏虚脏实、腑虚腑实，上虚上实、下虚下实”总论而又分论之，本于《内》《难》而完成于《内》《难》，论寒热虚实，可谓要而不略。恶性肿瘤疾病的发展多以寒热错杂，虚实错杂为主，正虚为本，邪实为标，通过八纲辨证，判断疾病的顺逆，根据肿瘤患者的病情表现，对疾病的预后进行分析，通过相关治疗进行控制，可以达到已病防变的目的。

3.2 六经辨证 通过对于《伤寒杂病论》的深入的研究，“中和”医派提出以十大类方为主治疗肿瘤相关疾病。其辨证方法也参考了六经辨证的方法。在恶性肿瘤的治疗中，注意疾病的变化，观察疾病的传变，确定疾病的预后，对疾病进行调养，从疾病的病理，生理，脏腑，经络理论来分析病变，对疾病的预判、治疗、调护起到积极的作用。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证并治第一》曰：“若人能养慎，不令邪风干忤经络；适中经络，未流传脏腑，即医治之；四肢才觉重滞，即导引、吐纳、针灸、膏摩，勿令九窍闭塞。”描述了疾病早期症状对于疾病防治的重要性，对于恶性肿瘤的治疗尤为适用，其早期症状的发现可以参考形症脉气部分。六经辨证常以三阴三阳为纲。《伤寒论》曰：“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。”肿瘤疾病常和太阴病相符合，治疗中应注意相应六经疾病的变化规律，从而早期发现疾病的变化，进行相应预防调护。另外伤寒辨证中药物失宜、饮食调养的思想对于本疾病的治疗有一定的意义。

3.3 抓住肿瘤治疗中的“机”与“枢” 在肿瘤治疗的过程中，以正虚为本，邪实为标，治疗中多虚实夹杂，需要抓住其中的主要部分；并且肿瘤疾病多上下流窜，治疗中，上下交病，治取中焦，以和中治法来进行平衡肿瘤的治疗。抓住本病治疗的关键点，治疗和防控中能取得更有效的治疗效果。另外，还有几个关键的因素要注意：1）固护人体元气。《金匱要略》：“五脏元真通畅，人即安和”，在本病的判断中，人体元气的情况，是决定预后的关键因素，也是确定攻伐力度的一个关键点；2）温阳气：从疾病的本质上来看，肿瘤肿块的发生多以阴为本，痰结血瘀存在，适度的温阳气有助于疾病进一步的调养；3）保护胃气：现代肿瘤治疗中，放化疗等治疗多损伤胃气，脾胃生理功能状况与维持机体正常

的功能和防病祛邪密切相关，顾护胃气的基本原则应贯穿于治疗疾病的始终。

4 天人合一统全局

通过人与环境的关系，人体脏腑之间的关系，进行综合的分析，以整体观念进行疾病的治疗。中和医派提出“上静，中和，下畅”，通过对防、治、调护进行综合治理，才能在肿瘤的治疗中起到良好的效果。

4.1 因时而治 在“中和”思想中，天时与人的关系密切，同样肿瘤发生与发展与时间关系密切，人体内阴阳之气随着自然的昼夜、月、年节律变化而有规律地发生转化，根据相应的时间规律，对相应的脏腑及疾病情况进行推衍，对于发现肿瘤，判断肿瘤的预后，相关肿瘤情况的用药，有着非常积极的作用。文献研究中，陈文君观察不同时辰顺铂对肺癌患者化疗后肾功能与消化道反应的差异，分别在辰时（7：00~9：00）、酉时（17：00~19：00）和其他时辰应用相同剂量强度的顺铂，结果表明，酉时组肾功能损害明显低于其他时辰，而辰时组消化道反应持续时间较其他组短，平均呕吐次数少于其他组（胃功能最旺是在辰时）。并且在治疗中根据不同时间加入相应的调整的药物，对肿瘤的预后防瘥有很积极的作用。

4.2 致中和 “中和”医派推崇儒家的致中和理论，它将“中”看作“天下之大本”，将“和”看作天下之运道，“中”是人人都有的人性，“和”是万物因循的原则，只有达到中和，才能够达到万物生生不息。如有仁爱孝慈之心，要有崇尚万物之德，行正直之道，就能平顺和中，排除疾病，使人体远离肿瘤困扰，身心共治。

4.3 注意脏腑和天人地的关系 肿瘤疾病的发生总有相应的脏腑，经络，在预防和治疗中，不能把它孤立，必须从全局进行分析，思考，才能对疾病有更完整的把握。（张义龙. 中和医派肿瘤治未病理论初探[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(07):43-45.）

简论调理亚健康状态的原则、要领与方法

调理亚健康状态，是在疾病发生之前，基于中医“治未病”思想补偏救弊、调之使平，以期转换为健康状态的全过程。这就涉及到什么是亚健康以及调理亚健康状态的原则、要领、方法等诸多问题，笔者结合长期实践的体会，将对上述问题的思考偶得奉献如下，并就正于大方之家。

一、亚健康：疾病预警综合征

健康、亚健康、疾病、愈后，是人类机体的四种存活状态。处于健康状态，需要养生；处于亚健康状态，需要调理；处于疾病状态，需要治疗；处于愈后状态，需要康复。

1989年联合国世界卫生组织(WHO)对健康作了新的定义，即“健康不仅是没有疾病，而且包括躯体健康、心理健康、社会适应良好和道德健康”。亚健康，是介于健康与疾病之间、可以双向转移的中间状态。实质上，亚健康是疾病预警综合征，就是从自身感觉、临床表现、检测结果中显示出来的将发生疾病的前兆。换言之，也就是在客观上，检查结果尚未达到疾病的客观指标，仅仅出现尚不能构成疾病诊断的诸多差异，戴不上疾病的“帽子”，而主观上，感觉在躯体、心理、社会交往、道德自律等某方面不舒适、不妥当、不适应，呈现出将发生疾病的多种多样的、错综复杂的预警综合征。

二、调理亚健康状态的原则：合则安

亚健康状态出现之后，惟有针对疾病预警综合征进行适当的调理，才能使机体由亚健康状态转向健康状态，避免疾病的发生。人，生存在大自然中，活动在社会事务中，人的体质、经历、素养、生存与工作的环境千差万别，亚健康状态也就必然千差万别，调理亚健康状态的思路与方法也就必然千差万别。因此，调理亚健康状态要遵循中医学的因人、因时、因地制宜的学术思想，其调理的原则是“合则安”，不可能千人一方、万众一药。例如，同样表现为“抑郁症预警综合征”，也不能一律采用镇静的方法进行调理，而要分阴阳、察气血、识虚实、析痰瘀，在养心安神的同时，必须分别采用升清降浊、补气活血、补虚导实、祛痰化瘀等不同的方法进行个性化的调理。适合的调理才能使亚健康状态转为安和的健康状态。即使是饮食调理，也应因人、因时、因地制宜，并非凡是具有高血压前兆的人都不能食用肉类，也不是所有人都适合饮用牛奶，进食任何食品或饮品之后，不胀、不泻、不乏力、不“上火”，即是“合则安”。同理，按摩、刮痧、拔火罐、练气功等调理方法，也应把握“合则安”这一调理亚健康状态的原则。

三、调理亚健康状态的要领：上静，中和。下畅

调理亚健康状态可以实施药物调理法或非药物调理法，也可以实施药物和非药物的综合调理法，而关键在于掌握调理亚健康状态的三大要领：上静、中和、下畅。

(一)上静：“上”，概指以“心”为主的“上焦”。中医学认为，“心主神明”，“心藏神”。众所周知，“健康的一半是心理健康”，因而可以断言，众多亚健康状态的出现，至少有一半是因为心理因素造成的，换言之，亚健康心理状态是亚健康状态的主要表现形式。

“上静”，就是在调理中始终要注意使调理对象心态平和、安静。

(二)中和：“中”，概指以“脾胃”为主的“中焦”。中医学认为，因“人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死”。元气之充足，皆由脾胃之气无

所伤，而后能滋养元气；若胃气之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，则诸病之所由生。应认识到“内伤脾胃，百病由生”，所以中医称脾胃为“后天之本”。由此可见，“脾胃失司”是导致亚健康状态的主因之一。正常的脾胃状态是“泻而不藏”、“实而不满”。《五脏别论》云：胃、大肠、小肠、三焦、膀胱，此五者，天气之所生也。其气象天，故泻而不藏，此受五脏浊气，名曰传化之府，此不能久留，输泻者也。所谓五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实；六腑者，传化物而不藏，故实而不能满。所以然者，水谷入口，则胃实而肠虚，食下，则肠实而胃虚，故日实而不满，满而不实也”。

正常的脾胃功能是能“纳”能“化”。《经别论》云：“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”。

因此，“中和”，就是在调理中始终要注意使调理对象脾胃的纳化适度，不饥、不胀、不厌食、不暴饮暴食。

(三)下畅：“下”，概指以“肾”为主的“下焦”。中医学认为，“肾藏精”，是生命之源，称为“先天之本”。肾主水液，主纳气；肾主骨，生髓，通于脑，开窍于耳及二阴。

所以，肾所藏之精气的盛衰，决定着人体的盛衰。如果肾中精气不足，可导致幼儿的“五迟”（立迟、行迟、齿迟、语迟、发迟）、“五软”（手足软、头软、颈软、肌肉软、口软）；可导致成人的发脱齿摇、头晕耳鸣、记忆力减退、性功能减退、小便余沥、大便溏稀或结涩等未老先衰的症状产生，而后“百病蜂起”。因此，历代医家都极为重视肾的调补。

“下畅”，就是在调理中始终要注意使调理对象的前后二阴通畅，即大、小便要通畅。对于女性调理对象，还要始终注意其月经的期、色、质、量以及白带的色、质、量和气味。

四、调理亚健康状态的基本方法：心理调理，饮食调理，药物调理，经络调理，形象调理。

调理亚健康状态的方法众多，大体上可以分为心理调理、饮食调理、药物调理，经络调理，形象调理五类。

现以调理老年亚健康心理状态为例简述之。

正常的老年人应当是慈祥的，或者有朝气的，或者是快乐的，但有不少老年人或多或少存在着“悲”（衰老感）、“恐”（死亡感）、“忧”（孤独感）、“思”（疑虑感）、“怒”（烦躁感）等亚健康心理状态，容易导致悲伤消沉、恐惧冷漠、孤寂狭隘、多疑猜忌、专横跋扈等多种多样的亚健康行为状态，由于检查不出罹病的客观指标，往往容易视同老年人的性格改变。如果不正视这种亚健康心理状态，不进行积极的、合理的干预，不给予适时的、适当的调理，就极易引发心脑血管或神经系统疾病等多种疾病。

(一)心理调理：《素问·上古天真论》指出：“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来？”清·程履新《程氏易简方论》注释是：“恬者，内无所蓄；淡者，外无所逐；虚无者，虚极静笃，臻于自然”，明·龚廷贤《寿世保元》更强调“意无妄想，可以延年”。那么，何谓“妄想”？《昨非庵日纂》概括道：

“夫妄想有三：或追忆数十年前往事，荣辱恩仇、悲欢离合等种种闲情，此是过去妄想；或期望事到眼前，可以顺应，乃畏首畏尾，三番四覆，犹豫不决，此是现在妄想；或期望日后荣华富贵、皆如所愿，或期望功成名遂、告老归田，或期望子孙，以继书香，与夫一切不可必成、不可必得之事，此是未来之妄想”。这

过去、现在、未来的三种“妄想”，是导致老年人出现亚健康状态的主因。可以采用转移法、克制法、情志相胜法、哲理疏导法等进行心理辅导，例如用千年学府岳麓书院的楹联上的三句话来开导：“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数”，这就是疏导，这就是心理调理。

(二)饮食调理：基于“药食同源”的理论，对亚健康心理状态可以进行饮食调节：喜怒无常者，源自心与肝，多为阳亢，可选择山楂、乌梅、芹菜、蛤蜊、墨鱼等酸苦涌泄之品以抑肝涵心而制盛怒、抑狂喜；易惊易怒者，源自心与肾，可选择大枣、芝麻、莲子、海参、核桃等甘咸之品以补益心肾、平定惊恐；忧思善感者，源自心与脾，可选择生姜、萝卜、百合、冬瓜、苡米、龟肉等辛甘之品以养心健脾。

(三)药物调理：针对老年人亚健康心理状态显著者，可以用养心安神、养心益智两类中医方剂进行药物调理。

养心安神类的方剂具有益气血、养神明、育精气的作用，如《圣济总录》的“养神丸”、“六神丸”、“柏子仁丸”、“远志丸”、“地黄煎丸”、“四补丸”、“大茯苓丸”，《普济方》的“小菟丝子丸”，《太平圣惠方》的“保精延驻丸”、“茯苓膏”、“茯苓酥”，《千金翼方》的“补心汤”、“定志补心汤”，《卫生家宝》的“镇心丹”，《太平惠民和剂局方》的“平补镇心丹”，《寿亲养老新书》的“草还丹”、“八仙丹”等，适用于气血不足或心肾不交的诸病、证之先兆。笔者常用的基本方是自拟“养心安神汤”：生晒参 10g、生北芪 10g、紫丹参 10g、云茯神 15g、炒枣仁 12g、灵磁石 10g、川郁金 10g、生龙齿(先煎)15g、生甘草 5g。

养心益智类的方剂具有开心益智、安神定志的作用，如《备急千金要方》的“养命开心益智方”、“令人不忘方”、“治健忘方”、“定志丸 95、66 地黄煎丸”、“四补丸”，《普济方》的“不老丹”，《千金翼方》的“仙方凝灵膏”、“镇心省睡益智方”、“彭祖延年柏子仁丸”，《太平圣惠方》的“凝雪膏 99 菖蒲酒”，《医心方》的“开心聪明不忘方”，《圣济总录》的“菖蒲丸”，“补虚丸”、“七圣丸”，《洪氏集验方》的“还少丹”等，适用于心气不足或心血失养或痰阻心窍的诸病、证之先兆。笔者常用的基本方是自拟“养心益智汤”：生晒参 10g、生北芪 10g、紫丹参 10g、云茯神 15g、炒枣仁 12g、炙远志 9g、九节蒲 9g、法半夏 9g、广陈皮 9g、生甘草 5g。

(四)经络调理：针对老年人亚健康心理状态，可以用按摩、推拿、针灸、砭刮等方法进行经络调理。

(五)形象调理：针对老年人亚健康心理状态，可以指导其服饰合体、语态从容，并可进行适当的美容保健，改变其孤僻、颓唐、消沉的形象，增强其自信心和社会交往的适应力。

总之，调理老年人亚健康心理状态的要领是力求达到“上静”——心态慈和、平静，入睡易，能安眠，精神饱满。

中医“治未病”与亚健康中医管理服务不在一个层次，前者在学术层面，后者在技术层面；前者是主导，后者是实施；前者是顶层覆盖，后者是基础支撑，二者是共建共荣的关系。调理亚健康状态，就是要运用中医“治未病”思想，坚持“合则安”的调理原则，通过心理调理、饮食调理、药物调理、经络调理、形象调理等，使之“上静、中和、下畅”，消除疾病预警综合征，转换为健康状态。

(孙光荣. 简论调理亚健康状态的原则、要领与方法[A]. 中华中医药学会、吉林省中医药管理局. 2009 年全国中医药科普高层论坛论文集[C]. 中华中医药学会、

吉林省中医药管理局:, 2009:3.)

以静养心是养生大法

中医学指的“心”不仅仅是有输送血液功能的心脏(“心主血脉”),还包括了思维、意志、智慧等功能(“心主神明”),而且认为“心藏神”,可以主宰五脏六腑,是一身之“大主”。《素问·灵兰秘典论》说:“心者,君主之官,神明出焉”;“主明则下安,以此养生则寿,殁世不殆,以为天下则大昌。主不明则十二官危,使道闭塞而不通,形乃大伤,以此养生则殃,以为天下者,其宗大危。戒之戒之!”

因此,任何时候、以任何方式养生,都必须注重养心,养心才是养生的根本。

当我们的心里充满阳光,世界就一片阳光,心情就如春风桃李花开日,生活和谐美满,全身充满正能量。西方有句谚语:“健康的一半是心理健康,疾病的一半是心理疾病”。中医“内经”则有“百病始于心”的说法。实际上我们的精神面貌即心理和心灵不仅决定我们的健康,还决定着我们的事业、家庭、人际适应和生活的方方面面,而这些又与我们的心情、心态、喜怒哀乐忧思、饮食、睡眠息息相关,进而与各种危险因素和烟酒嗜好息息相关,可谓“牵一发而动全身”。

人有七情六欲,正常情况下并不发病。但人的情绪的异常,就可以表现出多种病态,引发多种疾病。生活中有许多这样的故事,对我们很有启发:范进中举成疯人,是喜伤心的例子;诸葛亮三气周瑜,是怒伤肝的写照;林黛玉忧思患肺病,说的正是忧伤情绪对肺的损伤;李清照思夫弄得“人比黄花瘦”,是思伤脾的典型表现;杯弓蛇影的故事,是疑惑和恐慌造成的案例;伍子胥过昭关一夜白头,正是恐伤肾的结果。(孙光荣,温长路.以静养心是养生大法[N].北京晚报,2013-05-10(007).)

国医大师孙光荣“中和”思想在养生中的应用

孙光荣（1940～今），男，汉族，湖南浏阳人。第二批国医大师，是国家非物质文化遗产“同仁堂”中医药大师之一，主任医师，研究员，教授，著名中医临床家和中医药文献学家，中华中医药中和医派创始人，国家级名老中医。有幸拜在中和门派麾下，近距离聆听大师的声音，感悟中和思想在大千世界中的神奇。

孙老的中和思想更多的人认为适合养生术，但经过近距离的学习，我认为养生包含治疗之中，养生是医疗活动中至高阶段。一点愚见，以供同道们参考。

何谓养生，养生就是保养生命的意思，就是指通过各种方法延长生命、预防衰老和拥有健康。也可以理解为通过保养获得更好的生命长度和生命质量。养生者，养者生，弃则害；贵养者得生，漠弃者为夭。

1 养生之道 循法自然 和于术数

养生之道，要遵循自然规律，获得自然的庇护。上个世纪 60 年代，加拿大的病理生理学家汉斯·塞里 Selye Hans) 提出了一个概念叫“非特异性抵抗”，即：提高动物的抗感染能力；提高动物的抗肿瘤能力；提高动物的抗辐射能力。非常符合《黄帝内经》的学术思想，如《素问·上古天真论》：“法于阴阳，和于术数”，《素问·宝命全形论》所说：“人能应四时者，天地为父母；知万物者，谓之天子”。《老子》的“道法自然。”人们需要遵循规律，适应周围环境，而不是与自然抗衡。

2 养生之道 调其形骸 身无偏颇

也就是说：养生之道，要调整整个身体状态，保证阴阳平和而无偏颇。80 年代初，国医大师孙光荣提出“合则安”的养生总则。“合则安”，是指必须结合自身的体质、环境、习惯选择养生方法、养生药物、养生食品、养生器具等，合适，就平安、合，调和也。因此，要想达到养生的目的，就要气血和、阴阳合、气机合、内外合。一旦出现失合，气血阴阳就会出现偏颇，就会出现人体的不适，导致疾病。

3 养生之道 养心为贵 慈悲融汇

养生之道，要重视养心，对苍生万物若有慈悲之心，则心和身静。孙光荣进一步提出，“养生先养慈悲心”，心是五脏六腑之“大主”。《素问·灵兰秘典论》明确指出：“主明则下安，以此养生则寿，殁世不殆，以为天下则大昌；主不明则十二官危，使道闭塞而不通，形乃大伤，以此养生则殃，以为天下者，其宗大危，戒之戒之。”所以，养生首重养心。而心又为“五脏六腑之大主”（《灵枢·邪客》），心主血脉，五脏六腑、十二经脉、三百六十五络脉、四肢百骸、五官九窍等之营养，皆赖其血液之供应，说明心脏在诸脏腑经脉中居首要地位，故云“君主之官”则非心莫属。现代科学研究表明，精神因素（焦虑、紧张的心理应激）会使 T 细胞活性下降，对病毒、真菌感染的抵抗能力和对肿瘤细胞的监控能力下降，还间接引起机体生成抗体的能力降低。大样本研究发现，癌症病人与精神因素的相关性高达 71.88%。所以中医提倡养心，是通过自身的修养，使心态达到平稳、洁净、宽容的境界，而达到内环境稳定，这样一方面可以有利于饮食、睡眠、行止，另一方面对免疫系统的保护有了保障。“心”失所养，则见紧张焦虑、失眠多梦、心慌心悸等症状，甚者出现器质性病变。因此孙老又提出“扶正和中”，和中为上善！扶正即扶脾以养气血，气血和则心安。

4 养生之道 四缓为妙 阴阳和兆

要参悟是“四缓”之奥妙，参透即是阴阳平和之先兆。孙光荣老师认为“缓”字相当重要，他给他的学生们提出“四缓”的要求：“言缓能和，行缓必安，论缓达正，事缓则圆”。缓，舒也，《说文解字》：缓，宽绰。动词则有缓慢的意思。缓慢，不是迟钝，是以一种圆融的、张弛有度的动作表现，是养心的一种外在表现。是人的思想、情志、身体对外界事物接受的能力。舒缓情志，是一门艺术，也是一种能力。用“中和”的思想，调达情志，舒缓情志，如果“缓”不下来，“逆则气乱”，那么，人体的应答也会发生变化，继而出现了阴阳、气血、寒热、虚实等发生偏颇，气机逆乱，产生疾病。上医养生，守神机，《素问·灵兰秘典论》：“心者，君主之官，神明出焉。”养“心”之根本是养性，舒“缓”之根本是怡情；调心畅志，顺乎自然。孙老强调养心，大家所为也。

孙老针对偏颇的体制治疗，仍然离不开“中和”思想，他认为：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境。”如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理发生、发展及转归的过程。临床学术观点：扶正祛邪益中和、存正抑邪助中和、护正防邪固中和。在临床擅长使用“对药”“角药”加减出入百变、达用药中和、求机体中和的目的。他善于调气血、善于平升降、善于衡出入、善于审中和（审机体中和，审诊疗用药中和）。无论以何种方法，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳总纲，都离不开气血的“中和”，无论在脏腑、在经络、在皮肉、在筋骨，最终都离不开气血平衡稳，静一“中和”。

“中和”的学术思想即是：上医治未病，守神明，顺阴阳，畅气机，养心怡情，续命延年！阴阳的极致“中和”也！（李忱,王朋金,张鹏起.国医大师孙光荣“中和”思想在养生中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(15):31-32.）

“合”则安，合适就平安，“不合”则不养生。

孙光荣：“合则安”

他曾用推拿加一个单方，挽回了溺水窒息者的生命；用3剂药抢救了垂危胃出血病人；7剂方药使一个双腿交结7年难以屈伸、“周游列国”求治的小女孩基本能独自站立；用内服、外治、导引的方法，使多例脑胶质瘤患者转危为安；坚持用一个基本方挽救一位乳腺癌术后淋巴转移者，患者至今已存活30年……他就是孙光荣。

孙光荣是我国著名中医药文献学家和中医临床家，中医药现代远程教育创始人之一，现任北京中医药大学远程教育学院副院长、北京同仁堂中医医院特聘专家、国家级非物质文化遗产“北京同仁堂”中医大师。他出身于中医世家，因自幼“刚正敦厚，循规蹈矩，天资聪颖，过目成诵”，五岁即被父亲视为“可传衣钵之才”。

行医数十载，孙光荣潜心钻研，逐步形成了自己“护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪”的学术思想，临床时以“调气血、平升降、衡出入”为思辨特点，并创造了用“三联药组”按君臣佐使配伍而增强中药相须、相使、相畏、相杀功能的独特组方方法。这些学术经验虽然言词简洁，却是字字珠玑，意味深厚。他认为，中医治病最讲究两条：一是从病人的整体以及与外环境的关系来看病，要“因人、因地、因时制宜”，而不是头痛医头、脚痛医脚，不能用统一的“套餐”，不能程式化的“套路”；二是中医治病不是运用对抗性思维，不是有细菌或病毒就只要消灭细菌或清除病毒，不是有病损的脏器或肢体就只要截断病损的脏器或肢体，而是“调”——调阴阳、调气血、调气机的升降出入，调到平衡。

从健康人群的养生来说，孙光荣也有自己的看法——

养生的总则：合则安

“合则安”是孙光荣对中医养生理论言简意赅的总结，他称之为养生的总则。

“合则安，合适就平安。吃什么、练什么功法？合适就平安。我认为养生就分成三大类：一是药养，二是食养，三是术养。不管你用哪一类，用什么方法，总则就是：合则安。因为人是千差万别的，个体差异很大。比如说，我的夫人每天晚上喝一杯牛奶，她就睡得安安稳稳。因此她反复动员我一定要喝牛奶，我喝了以后，一晚上睡不着。这就是‘不合’，‘不合’则不养生。”孙光荣说。

在孙光荣看来，“合”，就是合适，舒服。有什么标准呢？主要就是你自身的体验。不管你吃了什么，做了什么，有几点要把握。第一是小便不黄；第二是大便不结不泄；第三食欲不降低、肚子不胀、胸膈不闷；第四头脑清醒，精力充沛；第五就是眼睛有神。有了这几点就是“合适”了，否则就不“合适”。这用不着仪器检查，自己感觉就很明白。

养生的“要领”：上静、中和、下畅

至于养生的“要领”，孙光荣将其总结为六个字：“上静、中和、下畅”。

孙光荣解释说：“中医讲三焦，上焦、中焦、下焦。简单说就是把人体分成三个部分吧。你吃什么、做什么，第一是‘上静’，就是心跳不加剧，不烦躁，上面始终要静。要想长寿心态首先要平和，要宁静。第二是‘中和’，肚子不胀也不饿。第三是‘下畅’，大小便通畅。妇女月经，按期按量来，没有白带，这就是下畅。这就是身心（神形）养生的‘要领’。不管你吃什么、做什么，要把握这三条。”

养心“三要诀”：审、听、安

若干年前，孙光荣曾经仅仅用一副题字，就使一位因晋升受阻而患抑郁症的干部恢复了信心，愉快地回到了工作岗位。这副字写的是“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数”。

“养生最需要强调的是养心！怎么养心？有的人说通过什么养花养草啊游山玩水啦，虽然都能养心，但都不是本质的养心。养心的要诀其实就是这三句话：“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数。”孙光荣说。

“是非审之于己”，什么意思呢？比如这话该不该讲啊？这个事该不该做啊？“审”一判断，完全在于自己。那就是你的水平了。这就叫“是非审之于己”。

“毁誉听之于人”，毁是低毁，誉是赞誉。人家说你好不好，说你行不行，这毁誉就是别人的事，不是自己的事。你既然判断了并且去做了，那毁誉就听之于人吧！人家爱怎么说就怎么说。你在门外说我听不见，不理你。你当面说，我能解释就解释，没时间我就不解释。

“得失安之于数”，你写的书出版后赚不赚钱？这个书能不能出名？你有一个什么样的丈夫？我得到一个什么样的妻子？能不能升官发财？都是命数决定。所以“得失安之于数”。我们当然还是要奋斗，但有就是有，没有就没有。什么事都要看得惯，想得通，放得下，别老惦记在心里，这就是养心。真正的养心就上面这三句话。你去做，心就平和。才能真正做到泰山崩于前而色不改；麋鹿兴于左而目不瞬。也就是说，泰山崩在面前了面不改色；美丽的东西从身边经过而不动心。做到这样，才算是真正的心静。这就是养心的“三要诀”。

身心合一的方法论

“童心、蚁食、猴行、龟欲”这八个字的养生方法是南京中医药大学干祖望教授提出的，孙光荣对此极为赞赏，他解释道：“第一是要有童心，对什么都感到新鲜，对什么都感到好奇，这就保持了一个不老的心态；第二要蚁食，吃东西要吃得细吃得精，不要暴饮暴食，更不要酗酒；第三要猴行，动作要活跃一点，不要太呆板。该走的时候要走，不该走的时候就静，不要跑。有的人坚持晨跑，说生命在于运动。我的看法不尽然，适当的跑步可以，过度的跑步就不养生了。你看那乌龟多长寿，它运动吗？过度的劳动和运动是消耗，为什么要这么大汗淋漓地去做？再说猴行。猴子很活跃的，但是它是量力而行。猴子绝对不会去扛一棵大树去爬一座山，让自己累得出汗，不会的！第四是龟欲，像乌龟那样很少有欲望。”

孙光荣认为，养生其实要分五个层次：德、道、学、法、术。养生之德，养生之道，养生之学，养生之法，养生之术。养生之道是从阴阳之道开始的，其中养生之德是最高层次，就是仁慈。没有仁慈之德，根本就谈不上养生了。其次养生之道是明养生之理念，即中和之道；养生之学就是讲清一个道理，养生之理；再就是讲到具体的方法。药养、食养、术养是养生之法；吃什么、做什么、穿什么，那就是养生之术。（宗和.孙光荣：“合则安”[J].恋爱婚姻家庭：养生，2014，（8）：6-7.）

从孙光荣“合则安”养生总则探讨中医饮食养生理论及应用

孙光荣孙光荣（1940—），男，湖南浏阳人。国医大师，北京中医药大学中医文化研究院院长，全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医临床、科研、教学工作50余载。幼承家学，渊源深厚，精通中医经典，承袭“丹溪学派”和“东垣学派”，临床思辨注重“调气血，平升降，衡出入”；形成了“护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪”临床学术观点；倡导“合则安”的养生总则，以“上静、中和、下畅”为其养生要诀。

饮食养生是中医养生学的一个重要组成部分，国医大师孙光荣将中国古代“贵重尚和”哲学思想融入到养生实践中，提出了“合则安”养生原则。“合则安”是指必须结合自身的体质、环境、习惯选择养生方法、养生药物、养生食品、养生器具等，从而达到动态的协调平衡，即实现无太过或不及的“安”的状态。基于我们前期对饮食养生的认识和积累的经验，结合“合则安”养生理念，提出了饮食养生“八合”指导原则，具体包括合时令、合方域、合年龄、合性别、合身心、合习惯、合病势及合营养。将“八合”作为中医饮食养生的指导原则，以期更全面、系统地指导民众的饮食，从而发挥饮食促进健康、防治慢病以及病后康复的作用。

1 合时令

“合时令”即顺应不同季节与气候条件的特点选择饮食。《素问·宝命全形论》曰：“天覆地载，万物悉备，莫贵于人，人以天地之气生，四时之法成。”

《中藏经》亦曰：“人者，上禀天，下委地；阳以辅之，阴以佐之；天地顺则人气泰，天地逆则人气否。”中医学认为，人与自然是相互协调、相互感应的整体，脏腑阴阳的强弱随季节、气候变化而变化，所以根据时令气候的变化进行合理的饮食调节，包括选择食物、调配食物、调整饮食行为等，有助于维持机体的阴阳平衡以养生防病。

自然界四时特性各不相同，春温、夏热、秋凉、冬寒，且四时生长特性也各不相同，春生、夏长、秋收、冬藏，季节的更迭、气候的寒热转换都会影响人体阴阳的消长变化。《素问·厥论》云：“春夏则阳气多而阴气少，秋冬则阴气盛而阳气衰。”因此，食物的选择、调配不仅要顺四时气候寒热温凉之变化，而且要与天地四时生长收藏节律一致。如春季，万物复苏，生机盎然，人体阳气也顺应自然渐趋旺盛，宜养“生气”，多食能温补阳气的食物，如李时珍在《本草纲目》中提出，“以葱、蒜、韭、蓼、蒿、芥等辛嫩之菜，杂和而食”，以助春阳、调护人体阳气，增强人体的抗病能力。春季主风，风邪易伤人而致病，选用有轻扬升散作用的芹菜、荠菜等叶类的食物，有助于疏风散邪。夏季气候炎热，暑热外蒸，汗液大泄，毛孔开放，人体阳气外发，这时机体最易受风寒之邪侵袭，同时还要防湿邪侵袭损伤脾胃阳气，因此，元代养生家邱处机主张夏季饮食应“温暖，不令太饱，时时进之，……其于肥腻当戒”。秋冬二季自然界阴气转旺，人体的阴气亦外盛而内虚，秋季以燥为主气，燥邪易伤人体津液，所以秋季养生的关键是防燥护阴，“秋气燥宜食麻以润之”（《饮膳正要》），而冬季养阴应着眼于藏，宜“去寒就温，无泄皮肤，使气亟夺”，多进食温性、热性特别是温补肾阳的食物进行调理，以提高机体的耐寒能力。

“合时令”即所谓“效法自然、不违天和、谨奉天时”，这是中医学“因时制宜”的具体体现，其实质是遵循阴阳消长的时间变化规律而制定适宜的饮食调摄方法，从而使人体的阴阳消长与之适应，将时令因素对机体的影响考虑到饮

食养生的实践中去，以提高饮食防病养生的效果。

2 合方域

“合方域”即顺应不同的方位与地理环境特点选择饮食。我国地域幅员辽阔，是西北高、东南低的典型地理环境，气候寒热温凉存在着差异，物产的种类、性味也大相径庭，不同方位人的脏腑喜受滋养的性味不同，从而养成了不同的地域性生活习惯并形成了不同的体质与生理特点。如西北地区气候寒冷，当地居民喜食肉奶类食物，而东南地区炎热潮湿，当地居民喜甘淡清补之品。这些地域性饮食习惯是当地各民族群众在长期同自然的适应过程中形成的，其合理的部分应予以提倡，因为其本身也是符合当地地域特色的，这是简便易行的饮食养生方式、方法。

不同的自然地理环境特点、传统习俗、人的体质、文化和水土（地壳表面元素）等的差异，会有不同的发病规律。一般而言，西北方人高大，腠理致密，病多寒燥；东南方人瘦小，腠理粗疏，病多湿热。具体如广东潮汕一带嗜咸腌食品，鼻咽癌病多发等。因此，在尊重地域性饮食习惯的同时，可以因地制宜，通过调整饮食结构、饮食方式、长期食用食物属性与之体质相反的食物等方法，应用相应的饮食调治方案防治地方病的发生。

“合方域”体现了中医“因地制宜”的原则。由于居住地区不同，人们的生活环境和生活习惯各异，因而饮食养生防病必须遵循不同的方位与地理环境特点来选择食物。在尊重地域饮食习惯的前提下，结合地域特点选择食物，如东南沿海地区气候温暖潮湿，应多食用清凉除湿的食物，西北地区气候寒冷干燥，应多食用散寒润燥的食物，并通过合理的饮食搭配调整不合理的饮食结构、方式，使饮食养生的方法在符合地域特点的前提下，更简便易行、经济实惠，此为饮食养生的基石。

3 合年龄

“合年龄”即顺应不同年龄段的生理、病理特点选择饮食。人在生、长、壮、老的不同年龄阶段，形质气血各有特点，则生理机能、病理反应各异，故饮食调摄也应区别对待。青壮年血气盛壮，脏腑逐渐发育坚实强健，但这一时期可因各种原因造成多种不良饮食习惯，如偏嗜肉类、高热量食物等，所以饮食上宜调整结构及节律，减少肥甘厚腻之品的摄入，戒酒或限制饮酒量，多吃蔬菜水果及杂粮；而老年人各脏腑功能逐渐衰退，形体懈惰，多伴有基础疾病，且脾胃消化吸收功能处于虚弱状态，因此，在食物选择上宜“量腹而行”，需依据自己进食量、消化功能、活动量等因素，不宜过多进食肥甘厚味，尽量做到少食多餐，不增加脾胃的负担。

4 合性别

“合性别”即顺应不同性别的生理、病理特点选择饮食。《素问·阴阳应象大论》曰：“阴阳者，血气之男女也。”《灵枢·寿夭刚柔》曰：“人之生也，有刚有柔，有弱有强，有短有长，有阴有阳。”中医阴阳学说认为，男性以禀赋自然界的阳气为主，属阳；女性以禀赋自然界的阴气为主，属阴。《医学正传》曰：“男子属阳，得气而散；女子属阴，遇气多郁。是以男子之气病常少，女子之气病常多。故治法曰：女子宜调其血以耗其气，男子宜调其气以养其血。”男女体质不仅有着生理和病理上的差异，而且女性还有月经、妊娠、生产、哺乳等特殊生理时期，故饮食养生须重视男女性别的体质差异，应依据所处时期的不同进行调摄。

《金匱要略·禽兽鱼虫禁忌并治》针对妇人妊娠提出了相应的饮食禁忌，曰

“妇人妊娠，不可食兔肉、山羊肉及鳖、鸡、鸭，令子无声音”；“麋脂及梅李子，若妊娠食之，令子青盲”。《金匱要略·果实菜谷禁忌并治》曰：“梨不可多食，令人中寒，金疮、产妇亦不宜食”；“妊妇食姜，令子余指”。虽然这些观点存在偏颇，但是却客观反映出性别、生理差异所要求的饮食禁忌。显然因胎儿生长发育，妊娠者机体阴血相对不足，而阳气偏盛，所以辛热温燥之物不宜食用；若是妊娠恶热者，则更应忌用油腻腥臊及不易消化的食物，从而确保胎儿的健康发育。从现代养生的观点看，各种食材与男女生理、病理有着密切的联系，如牡蛎有利于精子和睾丸素生成，黄豆能预防乳腺癌和骨质疏松并减轻女性更年期综合征症状，这些都是饮食养生中“合性别”的具体体现和应用。

5 合身心

“合身心”即顺应身心各种情势和变化选择饮食。人的机体、心情与社会、自然之间的协调融合的情势即为人体的身心状态，它是一个包括生理、心理以及社会适应性的综合状态。凡正常状态者，全身各器官功能之间及与外部环境之间处于和谐、平衡状态。饮食养生就是通过饮食的调节，使人体内在的生理、心理等状态和趋势与外在所处的各种条件相随相应，内外相谐，从而达到有益身心、延年益寿的目的。

从内在情势和变化看，饮食要考虑人体的生理状态，如体质虚寒或患有寒证，虽是夏季也不可过食寒凉之品，否则会加重病症；面对过喜、过悲等状况，饮食要因人的情绪而变，以“清淡”致“平缓”，从而使人体处于健康中和的状态。

《黄帝内经》云：“胃阳弱而百病生，脾阴足而万邪息。”脾胃乃后天之本、水谷生化之源，所以固护脾胃在养生中尤为重要，日常饮食应顺应人体内在规律和状态，饥饱适度，做到中焦健运、脾胃中和。从外在情势和变化来看，饮食养生要充分考虑社会经济条件的条件以及生产、生活方式的特点。在当今时代背景下，人们所处的生产、生活环境已经发生了重大变化，不仅节奏快、压力大，而且消费选择也更加多元。在此背景下，处于社会不同阶层的人群对饮食养生的认知度、适应度、需求度都不尽相同。因而必须深入、准确地把握这些状况，才能不断增强养生主体的动力，引导科学健康的饮食养生方式。

6 合习惯

“合习惯”即顺应个体平常的生活、饮食习惯的特点选择饮食。《吕氏春秋·尽数》曰：“食能以时，身必无灾”，说明古人早就认识到按时进餐能减少疾病、有益健康。《素问·生气通天论》云：“阳气者，一日而主外，平旦阳气生，日中而阳气隆，日西而阳气已虚，气门乃闭。”在一日之内随着昼夜晨昏阴阳消长的变化，人体的阴阳气血也有表里盛衰之别，人的饮食活动安排也宜与之相应，如《三元参赞延寿书》曰：“夜半之食宜戒，申酉前晚食为宜。”可见对于具有一定生理节律的脾胃运化，只有顺应规律和习惯，定时进餐，才能使胃肠功能得以正常发挥，有利于营养的摄取和输布。

对于因宗教信仰或生活习惯以素食为主者，可能因营养不均衡引发贫血等疾病，应注意在尊重个人习惯的前提下，通过合理搭配膳食使营养均衡；而对于饮食偏嗜者，肥美甘甜重味的食物若不能消化，会蕴积化痰生热而导致疾病，所以通过加强健康饮食养生理念的宣讲，以良好的饮食养生习惯来调整个体自身的饮食方式和饮食行为。当然同时也要重视口味习惯，在适量、适度的前提下，合理搭配，选择机体喜欢的味道，以增进食欲，有助于增强脏腑的功能。

7 合病势

“合病势”即顺应疾病轻重缓急及发展变化趋势选择饮食。药食同源，疾病

不同，对饮食宜忌的要求就不同。《素问·热论》云：“热病少愈，食肉则复，多食则遗。”热病、痰病刚好转时脾胃气虚，运化乏力，多食则积食残留，与痰热搏结，容易出现因饮食不慎而致疾病复生或变生他病的“食复”。对此《伤寒论·辨阴阳易差后劳复病脉证并治》曰：“病新差，人强予谷，脾胃气尚弱，不能消谷，故令微烦，损谷则愈”。可见病体初愈，体虚脾伤，此时若盲目进补和强制饮食会导致“食复”。因此，就某种疾病进行饮食调理时，首先要注意饮食禁忌，并结合疾病属性配合食物治疗辅之，以达到“寒者热之、热者寒之、虚则补之、实则泻之”的效果。总之，应根据病势灵活掌握饮食养生运用的范围和时机，正如《景岳全书》所云：“不欲食者，不可强食，强食则助邪，新愈之后，胃气初醒，尤不可纵食”。

8 合营养

“合营养”即顺应人体脏腑对饮食物营养的需求选择饮食。《素问·六节藏象论》曰：“天食人以五气，地食人以五味”；“五味入口，藏于肠胃，味有所藏，以养五气，气合而生，津液相成，神乃自生”。所谓“地食人以五味”，就是指饮食营养之“五味”。《灵枢·宣明五气》曰：“五味所入，酸入肝，辛入肺，苦入心，咸入肾，甘入脾，是为五入。”人体通过五味饮食来获取脏腑之气，达到补养作用，以维持正常的生理活动。《素问·生气通天论》云：“是故谨和五味，骨正筋柔，气血以流，腠理以密，如是则骨气以精，谨道如法，长有天命。”可见五味调和，各滋养所属，则脏腑功能协调，人体安和。

“合营养”首先就在于合理选择食材。《素问·脏气法时论》曰：“五谷为养，五果为助，五畜为益，菜为充，气味和而服之，以补精益气。”《素问·五常政大论》曰：“谷肉果菜，食养尽之。”这是世界营养学史上最早根据食物的营养作用进行的分类。古人强调的以谷类为主食、肉类为副食、果蔬为辅食的饮食实践体现了膳食结构平衡思想，恰是通过“和而食之”的平衡饮食，来补益人体精气、满足机体的营养需求，这一思想对于预防各类疾病，特别是当下的“生活方式病”具有重要的指导意义。

所谓“广食者，营养也”。现代营养学重视不同食物的微观营养成分对人体生理病理的调节作用，并以此作为指导科学配餐的原则，在我国被形象地称为“膳食宝塔”，因此，我们也要依据食物营养成分的不同，选择合适的食物营养调配方案，以达到滋养身心、延年益寿的目的。

9 小结

“八合”饮食养生指导原则是在当今社会大众的健康观、饮食观、文化观发生重大变化以及与饮食相关的慢病不断增加的时代背景下提出的，古代中医饮食养生的理论和原则、孙光荣“合则安”的养生思想以及现代营养学是其重要的理论基础。“八合”饮食养生指导原则通过深入分析当前中医饮食养生理论以及以营养为指导的饮食方案的优势和不足，加之现代营养学的研究成果和长期的临实践经验与思考，充分体现了时代创新性，并且具有较强的科学性、系统性、针对性和可操作性，对于指导大众的饮食养生以及依靠饮食调整进行慢病防控具有重要的意义。（赵莹，孟祥梅，王玮鑫，等. 从孙光荣“合则安”养生总则探讨中医饮食养生理论及应用[J]. 中医杂志, 2017, 58(03):195-198.）

慈悲自适七分饱

——国医大师孙光荣的养生之道

身材适中，步履稳健，精力充沛，思维敏捷，谈吐文雅风趣，气质超然卓越——一年届 76 岁的孙光荣给人的第一印象，比想象中年轻且意气风发，颇有国医大师的风范。

孙光荣是我国著名中医药文献学家，中医药现代远程教育创始人之一，现为北京中医药大学远程教育学院副院长、中华中医药学会中医药文化研究分会常务副主任委员，擅长治疗脾胃病、血液病、情志病、肿瘤等疑难杂症。2014 年被评为“国医大师”。

“养生第一要务是养心。”翻开他编著的《中医养生大全》和《中华经典养生名言录》，在中医养生领域深有造诣的孙光荣将他的养生经娓娓道来，不乏养生的真知灼见。

一、养生先养慈悲心

孙光荣家学渊源，安徽籍的父亲学贯古今、达观恬淡，湖南籍的母亲知书达理、温柔敦厚。孙氏家训“俭以养廉、勤以补拙，躬以持身，恕以待人”，深深影响了他的为人处世，因而他始终保持平和心态，不计较名利得失。他认为，心态平和、为人忠厚，气机自然顺畅，身体也就能阴平阳秘，气血平衡。

在性格和待人接物方面，母亲的垂范对他至关重要。孙光荣的母亲一生历经艰辛，乐天知命，享年 93 岁。她没跟丈夫吵过架，没跟别人红过脸，从来不争、不妒、不怨、不诋毁别人，待人平和有礼，时时为他人着想。母亲的善良质朴于他一脉相承。他保有一颗慈悲心，对病人慈悲，尽心尽力看好病，从来不收病人礼金礼品；对他人慈悲，凡遭遇诋毁，均风轻云淡，一笑了之，不记仇，不动怒。他始终不忘进取，集中精力追求事业，他说：“做中医一世，唯求为国为民为中医立德、立功、立言，能做多少是多少，但求心安。”遇艰难困苦，他都以岳麓书院楹联“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数”自勉，这句话也成为他的座右铭，养成豁达乐观的性格。他深有体会地说：“如果心胸狭隘，满脑满心都是羡慕、嫉妒、恨，锱铢必较，什么养生也没。”

二、合则安：上静、中和、下畅

孙光荣从理论到实践沉潜养生领域多年，他认为养生总则可以一语概之：“合则安”。当下，人们追求养生，普遍注重吃什么、做什么运动、学习什么功法等等，人云亦云，盲目跟从。其实，无论吃什么、练何功，都应因人制宜，只要适合自身的心理、生理需求，即为“合”。合则安，既安之，则能持之久远，自可益寿延年。

三、过酉不食七分饱

养生除了一个好心态，最重要的莫过于饮食。孙光荣对吃并不讲究，他不挑食，无偏嗜，甚少在外饮食，食物清淡可口即可。（远岸.慈悲自适七分饱——国医大师孙光荣的养生之道[J].不老人,2017,(01):58-59.）

国医大师孙光荣的“九九自振操”

每日晨起，他都花 15 分钟练习自创的“九九自振”养生操，从面部肌肉到全身骨骼肌肉，无不得以有效运动，这也是他保持年轻面容、充足中气、灵活动的秘诀之一。这套操能在最短时间内获得最佳养生效果，做完再进食，精神抖擞一整天。

1 预备：垂肩，直立，平开半步，面朝太阳升起的方向，全身放松；尽量睁大双眼，张大嘴，舌尖抵住上腭；深呼吸 9 次。

2 以头书凤双臂展：以头部书写繁体的“凤”字，缓慢活动颈部；双臂自由活动、舒展。

3 左右踢腿腰转圈：腰部左转、右转各 9 次；下蹲 9 次；左右踢腿各 9 次。

4 站踮蹲振各三百：自然站立，利用膝盖屈伸自然振动 300 次；踮起脚尖，利用膝盖屈伸自然振动 300 次；半蹲，利用膝盖屈伸自然振动 300 次。

5 结束：自由活动，舒展四肢，如有可能，步行 1000 米。（佚名. 国医大师孙光荣的“九九自振操”[N]. 中国中医药报, 2016-02.）

国医大师孙光荣的“养生观”与“养生诀”

国医大师孙光荣日前接受《经济参考报》记者专访，就现代人如何养生的问题，作了简明扼要的回答，精辟而中肯。不花哨、不啰嗦、不绕弯，易懂、易记、易行。概括起来，就是“养生观”与“养生诀”。

论之至明：

职场人士养生要做到“五个善于”

现代职场人士，尤其是事业有成的精英，工作、生活节奏快，“压力山大”，身体状况堪忧。这部分人如何养生？

国医大师孙光荣认为，“压力山大”的原因是多方面的。一是教育、考核方式的后效应问题，如果接受的是以“填鸭式”为主的教育，那么青年人毕业后创新性思维容易“断电”、“短路”，思维跟不上，行动就跟不上，所以任何事都不善于从容面对，生活就紧张无序，必然感到工作“亚历山大”；二是工作选择的问题，或学非所用，或在做自己不喜欢、不适应的工作，就必然感到压力增大；三是“心比天高，力比纸薄”造成的，总想自己当领导、当老板，参与自己力不胜任的竞争，不懂得“按本色做人、按角色做事”，自己给自己造成了不必要的压力；四是没有懂得“一张一弛文武之道”的意涵，没有把握住学习、生活、工作的合理配合度；五是不善于养生。

工作压力大的人群，应该如何养生？孙光荣将其简单地归纳为“五个善于”。一是要善于转移情志，不要只想一桩事、只干一样活、只看一种书。有时间可以读读古诗词或者中医书，甚至看看“成年人的童话”武打小说、科幻小说，散散步，玩玩摄影，种草养花等等，只需要半个小时就可以感到放松一些；二是要善于静心养神，工作紧张时静心、闭目十分钟，非常管用。特别是要睡好“子午觉”，无论如何忙，中午、子夜，至少要睡一个小时；三是要善于工间活动，可以放松全身，周身自振 300 次；四是要善于合理用眼，不要整天垂颈低头看手机、玩游戏，近距离用眼 1 个小时左右，要放眼远处，有条件可以“极目楚天舒”，没有条件也可以“瞪眼天花板”；五是要善于调整机体平衡，请中医指导，选择服用适合的食疗方或中成药。

“合则安”、“慈悲心”与“缓”

上个世纪 80 年代初，国医大师孙光荣提出“合则安”的养生总则。这相对来说，简单、易懂、易掌握。

“合则安”，是指必须结合自身的体质、环境、习惯选择养生方法、养生药物、养生食品、养生器具等，合适，就平安。举例来说，牛奶是很好的养生饮品，但是有的人喝了牛奶反而睡不着，那就不合适，就不应当学别人坚持一天喝三杯牛奶。此外，现在流行的各种太极拳、养生操、瑜伽等等都需要因人而异，选择养生项目时切不可盲信盲从。

现在各种媒体宣导各种养生方法、养生药物、养生食品，都绝对不应该盲从，而是要根据自身的体质、环境、习惯进行适当的选择。合适的就坚持，不合适的就摒弃。

怎么知道是否合适？自身试用某种养生方法、养生药物、养生食品、养生器具后测试“十不”就可知晓：即头不晕，咽不干，心不慌，食不减，腹不胀，力不乏，尿不黄，大便不稀不结，月经不紊乱，性能力不衰退。有这“十不”，就是合适，就可放心坚持。

孙光荣进一步提出，“养生先养慈悲心”。

心，是五脏六腑之“大主”。《素问·灵兰秘典论》明确指出：“主明则下安，以此养生则寿，殁世不殆，以为天下则大昌；主不明则十二官危，使道闭塞而不通，形乃大伤，以此养生则殃，以为天下者，其宗大危，戒之戒之。”所以，养生首重养心。

养心，是通过自身的修养，使心态达到平稳、洁净、宽容的境界，这样一方面可以有利于饮食、睡眠、行止，另一方面可以防护受到精神伤害。

慈悲，是慈爱、怜悯之意，唯有仁者爱人，才是慈悲。慈悲，本来是佛教语，其意一是指给人以快乐，二是指将人从苦难中拯救出来，《智度论·释初品中·大慈大悲义》说：“大慈与一切众生乐，大悲拔一切众生苦。”也就是说，要富有慈爱心、同情心、悲悯心，特别是我们业医者，更要有大慈大悲之心。这才有利于自身养生，也有利于救死扶伤。

任何人，无论年龄老幼、地位高下、财帛多寡，如果心境龌龊，时时刻刻在算计别人，成年累月心中充满“羡慕嫉妒恨”，那无论吃什么保健品，无论学什么养生功，都是“竹篮打水一场空”。

与养心相配合的，孙光荣认为“缓”字相当重要，他给他的学生们提出“四缓”的要求：“言缓能和，行缓必安，论缓达正，事缓则圆。”

论之至精：

孙光荣的养生诀

孙光荣将他的养生经验编成容易记诵的养生诀，共 10 段，他希望通过《经济参考报》介绍给广大读者：

1. 中医养生大道扬，阴阳平衡是总纲。顺应四时避邪毒，未病先防第一庄。内外环境需中和，气血充盈且调畅。食养药养与术养，万法归宗合则安。

2. 养生重点心食性，易知难行贵修养。暴饮暴食必伤身，纵欲无度必遭殃。适口饭菜七分饱，细嚼慢咽且喝汤。人到中年慎交合，酒怒惊忧莫同房。

3. 养生第一要养心，心态平和万事安。世间名位与财色，合法合理合情享。过度贪求必招损，获取一分十倍偿。淡然面对浮与沉，量力而行身心安。

4. 睡好原比药食强，厚垫薄盖少衣装。枕头高度莫过肩，向右曲卧最安然。睡前热水泡双足，子午必须睡得香。醒来喝杯白开水，掀被缓起慢下床。

5. 晨起坚持养生操，垂肩直立面朝阳。如狮睁目视蓝天，缓呼深吸胸腹胀。以头书凤双臂展，左右踢腿腰转圆。站踮蹲振各三百，九九自振百骸强。

6. 一日六漱是良方，晨起三餐与睡前。再加午间小睡后，刷牙漱口别嫌烦。清洁口腔防蛀牙，口气清新精神爽。有助保持好身材，诸多疾病亦可防。

7. 合理膳食在三餐，早饱午好晚少量。最好过酉不进食，不饿无需再加餐。三荤七素搭配好，隔夜饭菜不可尝。油炸烧烤应少食，偏食禁食难健康。

8. 善用双手自保健，自按自摩保安康。十指梳头防脱发，双掌摩腹六腑安。搓热双掌再搓面，皱纹减少肤发光。提肛兜肾可壮阳，按摩涌泉体自强。

9. 衣饰言谈系养生，莫将小事视等闲。奇装异服遭歧义，装嫩卖萌易自伤。发声要练丹田气，声嘶力竭心肺殇。开言之前静三秒，稳健从容心身安。

10. 养生方法深且广，易懂易学精却难。各人禀赋不一样，养生应用细端详。适合之法要坚持，日久必有收获享。关键保有精气神，顺其自然保安康。（王皓然. 国医大师孙光荣的“养生观”与“养生诀”[N]. 经济参考报, 2015-05-29(022).）

医话选编

好事办好 实事办实

——在国家中医药管理局第二批全国优秀中医临床人才研修

项目第三期培训班总结会上的讲话

国家中医药管理局第二批全国优秀中医临床人才研修项目第三期培训班，于2010年4月11日至17日在四川省成都市举办。第二批全国优秀中医临床人才研修人员应到224人，实到222人。仅吉林省朴春丽因有紧急任务和301医院窦永起因经费未到位请假，参加培训率达99.1%；还有河北、山东、贵州、云南、辽宁、上海、福建、安徽、江苏、重庆、四川等省、市的师承学员254人自愿参加了学习，实际参加培训人员为476人。

1. 基本情况

4月11日上午举行了隆重简短的开班式，国家中医药管理局人事教育司巡视员兼副司长洪净同志及项目主管周景玉同志，四川省中医药管理局党组书记兼局长杨殿兴同志及副局长罗良娟同志，主讲导师代表、中国中医科学院院长曹洪欣同志，国家中医药管理局第二批全国优秀中医临床人才研修项目培训班班主任孙光荣同志出席了开班式。

杨殿兴局长代表四川省中医药管理局致欢迎词，并介绍了四川省中医药事业发展的情况。洪净副司长发表了重要讲话，要求加强研修力度、讲求研修方法、进一步提高优秀中医临床人才研修项目的实施成效，强调一要加强动态管理、监控研修进度、落实研修内容；二要明确研修重点、讲求研修方法、提高研修实效；三要严格执行研修计划、严格考核研修成绩、严格把好结业关。使全体研修人员进一步明确了研修方向，提高了研修认识，坚定了研修信心。

本次培训班聘请了国医大师郭子光教授和全国著名中医药学家和伤寒学家曹洪欣、翁维良、郝万山、梅国强、冯世纶、姚梅龄、熊继柏、李金田、崔乃强教授主讲，欧阳恒教授因病未能亲自讲授，由其弟子杨志波教授代为串讲，本期培训班还特别启用了第一批全国优秀中医临床人才研修项目的优秀学员李赛美教授主讲，12位主讲导师的讲授获得了全体研修人员的欢迎，使全体研修人员对《伤寒论》的原文的理解及其理论原则的临床应用的认识有了显著的提高，对糖尿病、急腹症、皮肤病和复杂危急症的辨治方法有了新的了解。广大学员一致认为，这种以中医经典理论原则为指导、结合临床实例进行的教学，是培养真中医、名中医的不二法门。

2. 主要特点

本次培训班凸显出以下几个特点：①凸显了主讲导师的多元化，既有国医大师，也有著名的、资深的中医药学家，又有来自第一线的中医临床名家，还有年富力强的中青年名师，各有学术专长，各有教学特点，准备充分，资料翔实，讲授生动，内容精湛。②凸显了研修学员的责任感，一方面主动克服了天气潮湿阴冷、宾馆接待条件有限等困难，认真、积极地参加研修；另一方面在自愿成立学科组的基础上，又有河北、山东、甘肃、河南、湖北、江西等省的研修人员主动提出了按行政区划遴选联系人的建议，宁夏、湖北、河南等省的研修人员主动提出了组织“全国中青年名中医专科专病巡讲团”的建议。这些都充分体现了研修人员提高自身理论水平和临床能力的紧迫感和以推动中医学术进步和中医药事业发展为己任的责任感。③展现了研修学员的潜力。本次培训班继续举行了第

六次至第九次研修报告会，王健、马文辉、贾海忠、刁成军四位研修学员和自愿参加培训的两位师承学员丁大愚、蒋富斌做了研修报告。另外，马文辉、贾海忠等学员还在研修一年中出版了专著，这些，都初步展现了研修潜力。

3. 问题与建议

本次培训班存在的主要问题与建议：①个别省市或单位对研修工作重视不够，有的经费没有到位，有的放任自流，没有专人管理，影响研修学员的积极性和研修进度。建议对研修经费落实和管理情况进行一次检查。

②有极少数研修人员单位、课题或个人的原因，不能坚持自始至终的听课，中途返回，既影响其本人的研修质量，也影响全班的研修氛围，建议加强研修过程管理，加强课堂出勤率的考核，并纳入结业考核之中。

③年度考核在即，但部分研修学员因网络监控等原因仍未按时完成研修计划，其中根据人事教育司领导研究决定作业（经典医籍学习、临床实践、跟师临证、重点学科进修、30份医案）上传时间推迟到4月30日24时。如果再延误，则必须按照研修计划的有关规定办理，直至取消研修资格为止。至于医案等撰写格式，应按照范例书写。

④研修结业后的“名份”问题，这是自第一批研修班以来，所有研修学员共同关注的问题，因为以下原因，研修人员是一个特殊全体：a 全国优秀中医临床人才研修项目的计划、实施是政府行为，是培养新一代名中医的重大举措，不是地方、单位、个人的行为，因此研修结业后，政府必须给予相应称号和待遇；b 研修人员基础好、起点高，全部是主任医师，是当地中医临床学科的带头人，其中45%以上是当地名中医，35%以上是博士生导师，5%以上是第四批师承学员的指导老师。因此，研修人员结业后，是中医的“国家队员”，不是“地方队员”，应当由政府授予国家级称号；c 研修门槛高，必须具备主任医师职称、中医临床15年以上才能报名，每批研修学员都是经过本单位推荐、省市中医药行政管理部门审查、全国统一笔试和面试，合格后录取才能获得研修资格，不是凭借血缘关系、学派关系、师徒关系进入研修项目的。所以，国家中医药管理局全国优秀中医临床人才研修项目是我国有史以来中医临床继续教育的最高层次的教育项目，研修结业后理应给以相应的称号；d 研修难度高，经过三年的系统培训，主讲导师全部是国医大师、全国著名中医药学家和临床家、中医名师，而且每个研修人员要经过师承三位名中医，临床侍诊继承学术经验，从理论教学到临床实践都是用典型的“名师集体带高徒集体”方式完成研修任务的。因此，研修结业后应当是我国中医临床执业医师的最高层次的学术代表，是新时代中医临床的领军人才，理应给予相应称号；e 研修结业要求高，每个研修人员结业都必须完成经典医籍学习、临床实践、跟师临证、重点学科进修、医案撰写的作业，结业还要达到经典理论、中医临床科研设计、典型医案、中医策论的笔试，从考试科目到评卷标准都是我国中医临床考试的最高规格，超越了所有博士生、师承人员、高级专业职称晋升的考试，因此研修结业后，理应给予相应称号。因此，建议国务院人事部、国家中医药管理局给全国优秀中医临床人才。研修项目的结业研修人员授予“全国中青年名中医”或“全国新时代中医临床领军人才”称号，并优先参与国医大师、国家级名中医的遴选。从而由国医大师、国家级名中医、全国中青年名中医构成我国国家级的中医人才梯队。至于师承学员，同样可以纳入“全国中青年名中医”队伍，解决的办法是根据师承学员与研修学员的学习内容的差别，通过三年的中医药经典的集体培训，参加经典理论、中医临床科研设计、典型医案、中医策论的笔试，合格者即可授予“全国中青年名中医”称号。

4. 提高研修效能

关于事业、人才、教育三者的重要性及其相互密切的关系，古人早有明训，宋代胡瑗曰：“致天下之治者在人才，成天下之才者在教化”。借用到亟待继承创新的当今中医学界，则可以说“致中医之兴者在人才，成中医之才者在教化”。也就是说，做强中医药队伍是做强中医药事业的根本，做强中医药教育是做强中医药队伍的根本。

何谓“中医”？中医，是以中医基本理论为指导，以望闻问切获取“证候”信息，通过“四诊合参”进行辨证论治，采用天然药物疗法和非药物疗法实施医疗保健的医学行为主体。由于中医具有“个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向”的五大特色，具有“临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉、创新潜力巨大、发展空间广阔”的六大优势，使中医学既成为中国古代的主流医学，又成为现代具有中国特色的医药卫生体系的重要组成部分，更将成为世界未来的优势医学。因此，国家、民族和人类呼唤中医，国家、民族和人类呼唤德业双修的真中医，国家、民族和人类呼唤德业双馨的名中医。

中医学，源于中华文化，汲取了中国古代当世的哲学、史学、文学、数学、天学、地学、兵学、律历学、物候学乃至星象学和堪輿学的精华，融合了儒学、道学、佛学的适合医疗保健的内容，堪称集人、文、医、药学之大成。同时，历代中医名家通过数以亿万计的人类活体的临证实践，积累了无与伦比的养生健体和防治疾病的经验，成功地构筑了中医学理论体系。因此，唯有持之以恒地读经典、多临床、拜名师，才有可能成为中医，才有可能成为德业双修的真中医，才有可能成为德业双馨的名中医。

“拜名师”是至关重要的一环。只有经过名家亲炙，名家的德学才识和临证经验才能够薪火传承。如果“拜名师”只是随诊抄方、整理经验、发表临床报告，那只是求其术而失其道了。大家知道，道家的修炼分为道、法、术、器四个层次，真中医的修炼过程同样也有道、文、学、术四个层次，最基础的第四个层次是“术”，开什么方、用什么药、怎么选穴、怎么进针等；第三个层次是“学”，各个专科专病的认识和防治疾病的理论与方法；第二个层次是“文”，就是渗透于中医学各个环节的中医药文化；第一个层次是“道”，就是如何做中医人、如何做中医事、如何做中医学，简而言之，就是中医如何做人、做事、做学问。因此，必须明志、明德、明理、明术、明法、明业，才可谓明中医之道。

如何在“拜名师”的进程中加强研修？结合我亲身的体验，我诚恳地建议各位研修者在“拜名师”的研修进程中，要做到四个“善于”，练好四大“功夫”：

四个“善于”就是：一是善于以自身的言行彰显“生命至贵”的理念，诠释“大医精诚”的内涵；二是善于理解和运用中医药经典著作的理论原则；三是善于学习和继承导师的医德医风、思辨方法和独家学术经验；四是善于汲取适合自己专业的新知识、新理论、新方法、新技术乃至民间医药的经验。

四大“功夫”就是：背诵功夫，精读功夫，领悟功夫，发掘功夫。

①“背诵功夫”，中医的“四小经典”，即《汤头歌诀》、《药性赋》、《濒湖脉诀》、《医学三字经》和“四大经典”，即《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《温病学》必须通读，核心内容必须熟记于心。此外，《古文观止》、《唐诗三百首》等古文以及诗词歌赋的代表作也必须诵读娴熟。

②“精读功夫”，在背诵经典原文的基础上，精读一部经典和一部适合自己专业的医籍，如《中藏经》、《医宗金鉴》、《医方集解》、《针灸大成》、《外

科正宗》、《银海精微》等皆可，经过自己亲笔的通读、摘要、批注、参校，精读一本，这叫做“精通一经、专攻一道”，这是在中医学术界立足持身的要诀。

③“领悟功夫”，任何名家必有独家之长，在“拜名师”的侍诊、抄方、研讨、总结的过程中，要真实领悟、真实继承、真实创新名师的独家之长。例如，“国医大师”任继学老教授运用骨碎补、生车前子、炒车前子、生山楂、炒山楂治疗结肠炎有奇效，如果单抄此方，就只知治此病，但如果领悟到车前子、山楂的生、炒并用的原理，则可推而广之，创造性地继承名老中医的用药经验。

“国医大师”李玉奇老教授观察到“红绛亮带舌”是重度萎缩性胃炎的典型舌象，“猪腰舌”是癌变前兆的典型舌象，比仪器检测还能早知道，如果单记得此法就只能诊此病，但如果领悟到“红绛亮带舌”和“猪腰舌”具有舌质深红、舌面光滑、舌根无神三大共同特点，就可以推而广之，创造性地继承名老中医的舌诊经验。

“国医大师”张琪老教授将“血府逐瘀汤”广泛应用于冠心病、心绞痛、心肺功能障碍、脑外综合症、消化道各部瘀血、妇科瘀血等，单是见方抄方，就只能遇一病知一病，如果领悟到应用“血府逐瘀汤”的原则与要点，就可以推而广之，创造性地继承名老中医的化裁古方用以异病同治的经验。

④“采掘功夫”，毛主席早就精辟地指出“中医药是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”。这就需要练就采集和发掘的功夫。到哪里去采集发掘，我认为可以归结为三句话，“上求之于古，中求之于师，下求之于野”。一是到中医古籍中去采集发掘，二是到名老中医临证经验中、特别是典型医案中去采集发掘，三是到民间医药经验中去采集发掘。采集发掘什么？就诊断方面而言，主要是采集发掘辨识“寒热虚实生死逆顺”的辨证经验，就是在分清阴证、阳证的大前提下，如何明白是寒证、热证、虚证、实证、生证、死证、逆证、顺证。

就治疗方面而言，主要是采集发掘“一清二祛三消四通五止”的论治经验，“一清”，是清热毒；“二祛”，是祛瘀、祛痰；“三消”，是消结（也就是消结石、消结节）、消坚（也就是软坚）、消肿；四通，是通神、通气、通经络、通大小便；“五止”，是止痛痒、止汗血、止吐泻、止咳嗽、止痉挛。再分阴阳，总共也就是 30 个方面的大法则，这其中就包罗了许多方剂、药物和方法。只有真正明中医之道，真正掌握了这 30 个方面的大法则，才能真正做到“心中有大法，笔下无死方”。

做到四个“善于”，练就四大“功夫”，才能成为德业双修的真中医，才能有望成为德业双馨的名中医。

最后，衷心祝愿各位成为我国新时代的中医临床的领军人才，成为国家级中青年名中医！谢谢大家。（孙光荣. 好事办好 实事办实——在国家中医药管理局第二批全国优秀中医临床人才研修项目第三期培训班总结会上的讲话[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(10):222-224.）

群策群力 团结奋进 踏上中医药继续教育工作的新征程

各位领导、各位专家，各位委员，各位代表，同志们，朋友们：

现在，我受中华中医药学会继续教育分会第一届委员会主任委员、秘书长第一次会议的委托，向大会作中华中医药学会继续教育分会第一届委员会工作计划报告。

请各位领导和专家指导，请各位委员和全体代表审议。

1 关于中华中医药学会继续教育分会的筹备与启动

为凝聚中医药继续教育(含远程教育，下同)的资源 and 力量，研究和探索中医药继续教育的学术理论和工作方法，研制和创新中医药继续教育的模式和产品，充分发挥中医药继续教育对提高中医药队伍素质的重要作用，促进中医药事业的健康持续发展，中华中医药学会在本世纪之初就拟成立“中华中医药学会继续教育分会”，于2002年报中国科协，并获得民政部批准经过近5年的探索与协调，中华中医药学会于2007年8月24日成立了由孙光荣、王奕、于永杰、朱嵘等同志组成的“中华中医药学会继续教育分会筹备组”。在国家中医药管理局的支持和中华中医药学会的直接领导下，筹备工作获得了各省(市)、自治区中医药行政管理部门、中医(药)学会以及中医药教育、科研、医疗机构与相关企业的大力支持，经过3个多月的共同努力，基本完成了以下筹备工作：

1.1 组织工作方面

经各省(市)、自治区中医(药)学会和国家中医药管理局直属单位推荐，中华中医药学会审核，正式确认中华中医药学会继续教育分会第一届委员会由76名委员组成，其中：中医药医疗机构各临床学科继续教育专家占62.20%，中医药行政管理机构继续教育管理专家占11.59%，中医药院校继续教育专家占10.37%，中医药科研机构继续教育专家占9.09%，中医药企业教育和IT专家占6.85%。中华中医药学会根据工作需要，经过认真遴选与协商，提出候选人名单，经第一届委员会选举，产生了中华中医药学会继续教育分会第一届委员会主任委员、副主任委员；经主任委员提名，第一届委员会同意，确定了秘书长、副秘书长。2007年11月27日在广东举行了“中华中医药学会继续教育分会成立大会暨首届中医药继续教育学术研讨会”。

至此，第一个中医药继续教育专业学术团体从无到有地诞生了，中华中医药学会继续教育分会工作正式启动了。

1.2 策划工作方面

为了将中华中医药学会继续教育分会办成在一个有正确理念、有实施方略、有勃勃生机、有可应用成果和有社会、经济实效的能够健康持续发展的学术团体，筹备组通过多次调研和研讨，初步完成了策划方面的工作。

(1)明确理念——“为了中医药事业的今天和明天”。事业要发展，关键在人才，中医药事业的今天和明天的发展，关键在拥有今天和储备明天的人才。继续教育分会的首要任务就是要通过研探中医药继续教育的理论与方法，培养今天和明天的高素质、高水平、高能力的中医药人才。所以，继续教育分会所要做的一切，都应该是、也必须是“为了中医药事业的今天和明天”。

(2)组建团队——“量体裁衣，脚踏实地”。继续教育分会是中华中医药学会领导下的二级学术团体，中医药继续教育是新兴的研究领域，涉及中医、中药、中西医结合、教育、管理、网络、计算机、传播、心理等多学科，需要一支团结奋进、脚踏实地、勇于探索、敢于创新、甘于奉献的学术团队。所以，从确定组织

架构到确认委员,都坚持“量体裁衣,脚踏实地”,尽可凝聚能够为中医药继续教育事业建实言、干实事、出实效的人才。

(3)工作原则——“独立自主,诚挚协助,和谐共进”。继续教育分会必须在政府主导与支持下独立自主地开展工作,通过分会平台逐步凝聚人才、积累资源、产生效益,要求做到有目标、有计划、有项目、有特点、有实效;对相关部门、单位和团体,继续教育分会必须做到诚挚协助。在工作进程中,对内对外都要求做到不张扬、不冲撞、不嫉妒、不攀比,力争和谐共进。

(4)活动目的——“研究学术,经管学会”。继续教育分会开展活动,必须紧紧围绕两个目的,一是“研究学术”,包括中医药继续教育的理论与方法、各级各类中医药继续教育的规范与标准等,提倡学术民主,坚持百花齐放、百家争鸣,明确反对“学霸作风”和“南郭陋习”;二是“经管学会”,加强分会的经营与管理,克服等、靠、要思想,从“以会养会”开始,逐步做到“以项目养会”,再争取做到“以会立项目”。至此,一个稳步前进、蓬勃向上的中华中医药学会继续教育分会的蓝图开始显现,一个群策群力、团结奋进、的中华中医药学会继续教育分会的精神已经萌芽。

2 关于中华中医药学会继续教育分会面临的形势与任务

胡锦涛总书记在党的“十七大”报告中明确指出:要“发展远程教育和继续教育,建立全民学习、终身学习的学习型社会”。这是因为远程教育和继续教育是建立全民学习、终身学习的学习型社会的重要基石,是持续提高从业人员理论水平和技术能力的有效途径,在提高专业队伍素质方面具有重要的战略地位。

吴仪副总理就中医药事业发展提出了百年大计“六名”战略(建设名院、名科、名医、名药、名厂、名店),其中培养“名医”是关键。“为了中医药事业的今天和明天”,中医药事业发展必然也必须高度重视包括培养新一代名医在内的中医药继续教育工作,所以国家中医药管理局把中医药继续教育工作纳入了中医药事业发展的总体规划,制订了《国家中医药管理局中医药继续教育“十一五”计划》。

卫生部副部长、国家中医药管理局局长王国强同志最近就中医药系统学习贯彻十七大精神提出了明确要求,强调“要以积极探索和实践中医教育‘三名三培’工程(培养名教师、创建名学科、建设名院校,努力培养能运用整体思维、辨证论治从事医疗保健服务的合格人才,培育以人为本、大医精诚、医德医风好的合格人才,培训能深入基层、运用中医药服务群众的合格人才)为抓手,积极探索教育管理体制改革创新,部局、省局共建合作的机制,大力推进中医药教育的改革,为中医药事业发展提供合格人才和智力支持”。“三名三培”工程涵盖了中医药继续教育工作的核心——培养三个方面的“合格人才”。这是因为中医药继续教育是构建中医药终身教育体系的主体,是适合行业实际需求的主要教育方式。

近年来,国家中医药管理局和部分省(市)中医药行政管理部门为了培养优秀中医人才,使名老中医学术思想与临证经验得以继承和创新,在继续教育方面做了大量的工作,创造性地建立了师承教育制度,创造性地确立和实施了全国优秀中医临床人才研修项目、名老中医学术思想经验传承研究项目,高度重视和大力扶持开创了中医药远程教育,取得了明显成效。

但是,资料统计表明:全国著名中医药学家仅约200人,各省(市)自治区学验俱丰的老中医药专家仅约2000人,“学术断层”的现象已经凸显。而现有中医、中药(含企业)从业人员合计近100万人;每年中医药院校毕业学生约7万人;农村、社区可提供中医药基本服务的从业人员约140万人。因此,中医药继续教

育在培养高级中医药人才、在提高执业人员理论水平和技术能力、在培训农村、社区中医药人员等方面面临着严峻的形势和十分艰巨的任务。

简而言之,中华中医药学会继续教育分会面临的形势是:中医药继续教育随同中医药事业整体发展,正赢得空前良好的战略发展机遇期,并且具有一定的工作基础,形成了一定学习氛围;但同时也面临着学习价值认定不力、学习主体动力不足、资源匮乏、资源散在、产品更新迟缓、实施规范不完善、实施标准不健全、实施途径欠通畅、实施手段不丰富等挑战。中华中医药学会继续教育分会面临的任务是:在国家中医药管理局的指导下,发挥学术团体的定向研究、专项参谋、促进发展的作用,协助主管部门、协调各方面的力量,组织关于中医药继续教育的资源、规范、标准的研究与推广应用,为提高中医药队伍素质和推动中医药事业发展提供学术支撑。因此,中华中医药学会继续教育分会面临的形势,是机遇与挑战并存的;面临的任务是艰巨的,神圣的,大有可为的。

3 关于中华中医药学会继续教育分会工作的思路与方法

中医药学是中华民族优秀传统文化的代表之一;中医药教育、临床、科技,是中国最具国际竞争潜力的先进生产力的代表之一;中医药事业,是直接关系到最广大人民切身利益的事业代表之一。中华中医药学会会长余靖同志在全国保持发挥中医药特色优势工作经验交流会议上指出:中医药长期临床实践中形成和显示了“个性化的辨证论治,调治求衡的防治原则,人性化的治疗方法,多样化的干预手段,天然化的用药取向”的五大特色和“临床疗效确切,用药相对安全,服务方式灵活,费用比较低廉,创新潜力巨大、发展空间广阔”的六大优势,而中医药继续教育的着力点就是要保持发挥中医药特色优势,培养三个方面的“合格人才”。

所以,中华中医药学会继续教育分会工作的指导思想是:

高举中国特色社会主义伟大旗帜,认真贯彻邓小平理论和“三个代表”重要思想,按照科学发展观,落实“六名”战略,围绕“三名三保”工程,以突出中医药特色优势为前提,以提高中医药队伍整体素质为出发点,以提高中医临床疗效为中心,以培养高层次中医临床人才、中医药专业技术人才、农村和社区中医药人才为重点,团结中医药继续教育力量,按照《国家中医药管理局中医药继续教育“十一五”规划》开展中医药继续教育资源、规范、标准、产品的研究与开发,精诚服务,注重实效,为提高当前中医药队伍整体素质和为今后储备中医药人才提供学术支撑,推动中医药事业全面、协调、持续发展。

中医药继续教育主要是承担执业人员传承、补充、更新、创新中医药理论与技术的教育和提高整体队伍素质的任务,是行业教育工作的主体任务。根据我国中医药队伍结构的实际情况,中华中医药学会继续教育分会认为有必要将中医药继续教育分为“高精教育”、“就业教育”、“增进教育”、“规范教育”四个层次,明确各个层次的任务,确立各个层次的工作重心:

3.1 “高精教育”

配合国家中医药管理局主导和实施的师承教育、全国优秀中医临床研修项目等,组织研究“读经典、跟名师、多临床”的模式与方法,使培养对象掌握成为新一代名医的学术思想、临证思辨特点、医德风范、传承方法。

3.2 “就业教育”

即“毕业后教育”,主要对象是中医药专业的本科、专科毕业生。通过调研,了解用人单位对中医药专业的本科、专科毕业生的技术能力的实际需求,研究、制订协助解决当前教学与临床脱节的矛盾的继续教育内容与方法,将可以分级测

定的专科临床技术进行分级培训与测定,为用人单位提供可靠的技术能力的资质参考项目,为中医药专业的本科、专科毕业生就业提供可以提高应聘资格的证明,实际上,就是为中医药专业的本科、专科毕业生的就业增添一块“敲门砖”。

3.3 “增进教育”

重点对象是执业助理医师和执业医师。按照国家中医药管理局继续教育学分管理制度的规定,组织研究适合国情、行业实际情况的继续教育项目立项标准、学分价值认定标准、学分认定模式,促使培养对象牢固掌握中医药四大经典和新理论、新知识、新技术、新方药。

3.4 “规范教育”

包括全科医师教育、农村社区医生教育,重点对象是准入后的从业人员,特别是基层医务人员,关键是使培养对象牢固掌握中医药四大基础、执业规范和中医临床基本技能、中药识别与炮制技能。同时,各个层次的继续教育都要结合胡锦涛总书记提出的“荣辱观”(“八荣八耻”),加强中医医德规范教材的研究,协助主管部门将中医医德规范教育作为中医药行业全员继续教育的重心。

在具体方法上,各个层次的继续教育可以采取多种形式,要强化师承教育,要重点研究和发展现代远程教育。无论采用何种方式开展继续教育,都应当重视经典、强化传承、突出临床、结合更新、讲求实用。

因此,从“为提高当前中医药队伍整体素质和为今后储备中医药人才提供学术支撑”的宏观审视,中华中医药学会继续教育分会应当努力拓宽中医药继续教育的思路,应当寻找多种行之有效的中医药继续教育方式和方法。

4 关于中华中医药学会继续教育分会工作的重点与要求

由于中医药继续教育需要有利于解决知识技术更新加速、执业岗位竞争激烈、在职工学矛盾突出等现实问题,由于广大中医药从业人员对继续教育,包括师承教育、远程教育以及终身教育存在着大面积、远距离、多层次的需求,中华中医药学会继续教育分会必须明确工作重点与要求。

2007年11月—2010年12月,中华中医药学会继续教育分会初拟的工作重点与要求主要是:

4.1 学术研究方面

(1)“高精教育”的师承独家教材的整理、研究、推广(包括境外,下同);优秀中医临床人才研修项目教材的整理、研究、推广。

(2)“就业教育”的中医专科临床技能级别考试教材的整理、研究、推广。

(3)“增进教育”的中医专科专病示范教育的教材和中医临床适宜技术教材的整理、研究、推广。

(4)“规范教育”的农村医生运用中医药知识技术服务教材的整理、研究、推广;社区医生运用中医药知识技术服务教材的整理、研究、推广。

(5)“行业教育”的中医医德、医风教育教材的整理、研究、推广。

(6)“特技教育”的少数民族医有效方药技术教育教材的整理、研究、推广;民间有效方药技术教育教材的整理、研究、推广。

(7)战略、规范、标准研究:①中医药继续教育发展战略研究;②中医药继续教育理论研究;③中医药继续教育质量评估体系研究;④中医药继续教育项目设立与验收标准研究;⑤中医药继续教育课件设计标准研究;⑥中医药继续教育课件制作规范研究;⑦中医药继续教育视频1音频产品质量监控研究;⑧中医药继续教育硬件设施标准研究;⑨中医药继续教育软件开发标准研究。

(8)资源库研究:“中国中医药继续教育资源库”拟主要由以下子库构成:中

医药学经典库、中医药学名著库、中医药学基础库、古代中医名家库、当代中医名家库、古代医案库、当代医案库、方剂库、本草库、药品与制剂库、临床实用技术库、师承教育库、优秀临床人才研修库、临床用药精讲课、四新知识技术库、民族医药库、民间医药库、养生库、助教库。

4.2 学会经管方面

(1) 协助国家中医药管理局进行中医药继续教育项目的发现、组织、申报、确立、督导、推广。

(2) 学分分值的确定、学分的核定的规范与标准的研究。

(3) 协助国家中医药管理局进行中医药继续教育基地的核定与建设标准的研究。

(4) 构建平台—创建中华中医药学会继续教育分会网站。创建统一开放式中医药继续教育网络平台，调动广大中医药继续教育工作者的积极性，共同建设中医药继续教育资源库，实现资源共享，使最大范围的中医药行业技术人员共享继教资源；必要时，协助建立中医药继续教育管理平台，使中医药行政管理部门能够及时、全面掌握中医药继续教育情况，实现有效实时管理，实现中医药继续教育工作的有效过程控制。

(5) 在筹措资金达到一定额度的条件下：①确立第一批中华中医药学会继续教育项目；②设立中华中医药学会继续教育奖项。

我们认识到，中医药继续教育工作确实任重道远。我们应当从进一步提高中医药服务能力、更好地维护人民健康的高度，认识中医药继续教育的重要性，增强开展中医继续教育工作的紧迫感和责任感，在国家中医药管理局的指导 and 中华中医药学会的领导下，在各省(市)、自治区中医药行政管理部门、中医药学术团体、中医药界及社会各界的大力支持下，抓住机遇，迎接挑战，扎实工作，务求实效。为了中医药事业的今天和明天，中华中医药学会继续教育分会将在党的十七大精神指引下，团结奋进，群策群力，满怀信心、意气风发，脚踏实地，昂首阔步地走上中医药继续教育工作的新征程，为发展中医药事业，为全面建设小康社会和构建和谐社会做出新贡献！（孙光荣. 群策群力团结奋进踏上中医药继续教育工作的新征程——中华中医药学会继续教育分会第一届委员会工作计划报告[J]. 中国中医药现代远程教育, 2008, (02):102-105.）

做强中医药队伍是做强中医药事业的根本

——中华中医药学会继续教育分会 2008 年年度工作报告

各位领导、各位专家,各位委员,代表们,同志们:

现在,我向会议作中华中医药学会继续教育分会 2008 年年度工作报告。

请各位领导和专家指导,请各位委员和全体代表审议。

一、开展协作,稳健起步;深入调研,明确需求。

中华中医药学会继续教育分会第一届委员会于 2007 年 11 月 27 日在广州成立,至今已历时一年了。一年来,全国 188 位继教分会委员本着分会的“为了中医药事业的今天和明天”的理念,在各自的岗位上,为推动中医药继续教育事业做了大量的工作。由于我们的工作具有政策性强、涉及面广、成效显示周期长等特点,分会力求稳步启动、稳步前进、稳步进取,在这一年里主要做了两个方面的工作。

(一)开展协作,稳步启动

中医药继续教育涵盖了中医药学的各个领域的各个层面,关系到中医药学术的进步和中医药事业的发展。但是,继教分会刚刚成立,还处在奠定基础、积累资源、探索潜行的阶段,只能“稳”字当先,一步一个脚印地前进。

在中华中医药学会的指导下,5 月 20 日,分会与中医药文化研究会共同主办了“国学国医论坛”,积极推动中医药文化建设。11 月 19 日,分会与世中联(北京)远程教育科技发展中心联合承办了“首都中医药继续教育高峰论坛”,为促进北京地区的中医药继续教育的深入开展发挥了重要作用。同时,这一年来分会还接受了北京、吉林等 5 个省(市)中医药行政管理部门关于如何加强中医药继续教育的专项咨询。一年来,逐步开展协作,逐步搭建平台,逐步扩大分会的影响。

(二)深入调研,明确需求

中医药界对中医药继续教育究竟有哪些需求?如何才能正确地开展中医药继续教育?这是继教分会首先要解决的问题。为此,分会先后在 5 个省(市)的 9 个县(市)进行了访问、座谈,通过调研,获得了第一手资料,提高了认识。

1. 中医药事业发展需要什么样的人才?任何事业的兴衰都取决于人才,要发展中医药事业,就必须拥有强势的中医药队伍,这就要求培养出适合中医药事业发展的人才。许多老中医提出,“中医人”应当具备以下两个主要条件:①要把心力用在中医专业上,精通中医专业:能精通经典、勤求博采、善于积累临床经验,而不是在求知方面浅尝辄止。能熟悉并掌握中医药基本理论,独立运用辨证论治方法诊断、预防、治疗疾病,并能在医疗活动过程及其结果中充分体现中医药特色和彰显中医药优势。而不是挂着“中医”的牌子、靠着“中医”的职称、占着“中医”的岗位,却主要是按照西医学的思维方式和诊疗模式从事中医药临床、科研、教学等工作。②要把心力用在做好中医服务上,讲求中医医德:能本着“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的中医核心理念执业,能大慈大悲、精诚服务、淡泊名利。而不是在工作方面敷衍塞责,在名利方面孜孜以求。

但是,由于东西方文化的冲突,由于中医、西医理论体系的差别,由于中医药院校毕业生就业渠道的狭窄,由于中医、西医医疗服务性价比存在的显著落差,由于中医医院生存需求而引发的利益驱动,由于现行的中医执业资格认定、职称晋升条件、继续教育学分的使用价值未能切合中医发展的需求等因素的影响,致使当前中医队伍不仅总量萎缩,而且质量下降。德业双馨的老中医随着岁月的推移已寥若晨星,精通中医专业、讲求中医医德的中医亦属稀有。

上述中医药队伍总量与质量问题的产生与蔓延, 惩戒的“板子”不能打在各类各级中医药学校的院校长身上, 也不能打在中医医院院长身上, 更不能打在中医药行政管理者身上。其深层次的原因是经济全球化的负面效应和中医药事业发展的体制与机制改革有待进一步深化。

俗话说: “修庙要神灵”, “没有人才就没有钱财”, “积攒万贯钱财不如拥有一代人才”。如果没有一支修德敬业的中医队伍, 就必然导致中医学术的蜕变, 也就不可避免地导致中医阵地的逐渐萎缩。惟有锻造一支强势的中医队伍, 才能保障中医学术的不断继承创新和中医药事业的可持续发展。

2. 要做强中医药队伍, 当前要做哪些工作? 许多老中医认为, 要做强中医药队伍, 当前需要做好以下的工作。

(1) 需要针对违法行医进行雷厉风行和持之以恒的整肃。《中华人民共和国医师法》和《中华人民共和国中医药条例》都明确规定了中医、西医、中西医结合的处方用药权限。但是, 现在只取得中医医师执业资格者大都开具西医处方, 也有只取得西医医师执业资格者开具中医处方。究其原因有四: 一是中医医院的求生需求引发了利益驱动, 因为仅仅靠实施中医诊疗技术和处方中药的收入“既养活不了人, 更发展不了院”, 以致出现诸如以下的怪现象: 明明知道中医小夹板治疗骨折优于西医的开放性治疗, 但还是开刀、打钉、加石膏固定, 治疗费数百元就可变成数万元, 而且延长了愈合期, 加深了病人痛苦。不少科室还将经济创收的“硬指标”分解到人, 迫使中医执业者违法行医。二是中医执业者惟恐在没有使用现代医疗手段或西药的情况下出现医疗事故时, 受到追究而无法免责; 三是中医执业者(或西医执业者)的本专业的学术素养和技术把握不足, “本事不过硬”, 于是中医处方、西医处方“两手功夫”都上, 以求“双保险”; 四是中医药科普工作没有跟上时代的需求, 老百姓对中医诊断、用药的方式、术语不理解、不认同, 而中医执业者只得“跟风走”。如此, 中医执业者如何敬德修业? 中医队伍如何能做强?

(2) 需要针对撤科换牌进行严格厘定和坚决纠偏的整肃。由于中医“不赚钱”或由于当地中医“不中不西”, 许多综合医院已经将延续了半个多世纪的“中医科”关、停、并、转, 有的已经将“中医”的牌子直接更换。与此同时, 有关规定限制中医药院校毕业生不能就业于综合医院(西医院), 而西医院校毕业生却可以就业于中医药机构。如此, 中医服务阵地迅速萎缩, 中医药高等院校招生难、课程设置难、临床教学难、毕业生出路难的“四难”现象也因之日益凸显, 这如何做强中医药队伍?

(3) 需要针对继续教育学分管理进行规范学习行为和提升学分使用价值的整肃。中医成才的重经典、重临床、重师承、重勤求、重博采、重积累、重流派、重悟性的基本规律表明, 中医药院校毕业生在入职之后, 必须继续读经典、多临床、跟名师, 不断积累临床经验, 不断继承创新。所以, 中医药的继续教育是中医药行政管理部门、中医药学术团体、中医药机构、特别是中医医院的重大职责。中医药的继续教育的内容也不同于其他行业, 不仅仅是“四新”, 而重点在“温故而知新”。现在各地不同程度地存在继续教育内容的不确定性、继续教育学分获取渠道的不确定性、继续教育学分使用价值的不确定性。例如, 中医医师资格的注册实际上是“一榜定终身”, 而且再注册的条件主要是跟诊疗人次和医疗事故挂钩, 而不跟接受继续教育情况挂钩, 职称晋升条件也不跟接受继续教育情况直接挂钩, 以至单位和个人对继续教育缺乏动力。如此, 中医药队伍如何做强?

3. 中医药界对中医药继续教育有哪些需求? 如何开展中医药继续教育? 中医

药学术进步是中医药事业发展的生命线,归根结底在于充分体现中医临床特色,切实提高中医临床疗效,凸显中医临床优势。但是,由于历史、文化、环境和学术继承创新进展等多种因素的影响,导致中医医院、门诊部、诊所和社区医疗服务站的中医临床的特色和优势日益淡化。要逐步乃至彻底改变这一状况,就必须通过继续教育项目做强中医药队伍,切实提高中医临床服务能力。

近年来,国家中医药管理组织实施的首届全国优秀中医临床人才研修项目、连续四批师承教育项目、名老中医临床经验与学术思想传承研究项目等,有效地提高了中医临床服务能力。然而,上述项目能够容纳的直接受教对象是有限的。因此,如何让上述项目的成果辐射到整个中医临床体系,如何高水平、广覆盖、低成本地提高中医临床服务能力,就成为深化中医药继续教育的关键。长期以来,诸多行业的继续教育采用多种形式进行“四新”项目教育并授予相应学分,取得了一定成效。但多年来,诸多行业的继续教育既缺乏执行的制约力,又缺乏内容的吸引力,使有的继续教育流于形式,导致继续教育的受益程度减弱,受教群体萎缩。中医药继续教育也不同程度地存在上述问题。制约力需要修订和执行制度予以解决,吸引力就需要确立适合的继续教育项目来解决,项目对受教群体而言,要能够给予信心、给予希望、给予启迪、给予引导,使之对中医药经典和名老中医学术经验能够真学、真懂、真信、真用。

所以,中医药继续教育需要把握以下三点:一是应分为高级(“高精教育”)、中级(“增进教育”)、初级(“规范教育”、“毕业后教育”、“基层<农村社区>教育”)的层级开展。二是中医药继续教育应规范教程。几十年来,中医药继续教育始终没有权威的、规范的、可收实效的继续教育项目教程。实际上,中医药继续教育的内容有自身的两个特点,一方面是“适时更新”,就是要强调不断更新从业人员的知识与技能,包括每年验收的中医药科研成果及其临床实用技术,国家中医药管理局每年筛选的数百项继续教育项目,就是进行“适时更新”教育的内容;另一方面是“持续传承”,就是要强调中医药经典、名老中医学术思想和临床经验的传承。所以,主要应当从“持续传承”方面规范继续教育教程。三是中医药继续教育形式应以现代远程教育为重点。由于继续教育的对象是在职从业人员,单位与个人的“工学矛盾”都非常突出,集训与巡讲固然是继续教育传统的、有效的形式,但在信息时代,应以现代远程教育为主,以解决“工学矛盾”、降低成本、扩大覆盖面。

二、遴选项目,策划方案;组织力量,逐步实施。

做强中医药队伍是做强中医药事业的根本,加强中医药继续教育是做强中医药队伍的关键。中医药继续教育分会当前面临的任务是:用科学发展观指导中医药继续教育工作,在继承创新中提高中医药继续教育质量,深化中医药继续教育的改革,发掘、整合、利用中医药继续教育的资源,规范中医药继续教育的教程,强化中医药继续教育的措施,为做强中医药队伍提供支撑。

卫生部副部长、国家中医药管理局局长王国强同志强调“要以积极探索和实践中医教育‘三名三培’工程(培养名教师、创建名学科、建设名院校,努力培养能运用整体思维、辨证论治从事医疗保健服务的合格人才;培育以人为本、大医精诚、医德医风好的合格人才;培训能深入基层、运用中医药服务群众的合格人才)为抓手,积极探索教育管理体制改革创新,部局、省局共建合作的机制,大力推进中医药教育的改革,为中医药事业发展提供合格人才和智力支持”。“三名三培”工程涵盖了中医药继续教育工作的核心——培养三个方面的“合格人才”。

根据王国强同志的上述指示,继教分会在调研的基础上,2009年拟提出重点

在于提高中医临床服务能力的继续教育项目如下:

(一)组织专家巡讲团(“蒲公英计划”)。

组织名老中医以及优秀中医临床人才研修项目、师承教育项目、临床实用技术研究项目、名老中医学术经验传承研究项目的主研人员,分级、分批到区、县巡回讲学与临床带教,每个团可由8-12位专家组成,每位专家4个专题(精英教育、增新教育、规范教育、基层教育各1个专题,包括巡讲与带教)。原则上每个团的巡讲专题应涵盖中医内、外(含骨伤)、妇、儿、针灸各科的专科专病的临床诊疗经验(含按摩、推拿和民间验方),并根据当地需要适当配备养生(含驻颜)、五官、肛肠、皮肤等科的专题讲学。建立一对一的带教关系,建立“巡讲、带教、合作、交流”的“四合一”的新型中医药继续教育机制,使国家中医药管理局首届优秀中医临床人才研修项目、师承教育项目、临床实用技术研究项目、名老中医学术经验传承研究项目的主要研究成果得以迅速而有成效的推广应用,争取三年内在巡回讲学地区的中医临床继续教育覆盖率达到中医临床人员总数的50%以上,切实提高广大中医临床从业人员的中医临床服务能力,促进中医药走进农村、走进社区、走进家庭。

(二)研究、编著中医药继续教育系列教程。

中医药继续教育的主要任务之一就是提高中医临床从业人员的中医临床服务能力,中医药继续教育也就是提高中医药理论与临床生产力、竞争力的实用教育。因此,组织编著权威的、规范的、可收实效的中医药继续教育项目教程,是中医药继续教育的重大项目。

研究、编著中医药继续教育系列教程的目的:一是为中医临床执业人员提供权威的、规范的、可收实效的中医药继续教育项目教程,促进中医临床执业人员读经典、做临床,实实在在提高中医临床服务能力;二是引导中医药继续教育学分获取的规范化、程序化,提高中医药继续教育学分的质量和可信度;三是结合临床实际进行中医药继续教育,提高中医药特色优势的显示度。

中医药继续教育系列教程的选题必须坚持继续教育宗旨,注重创新,严格区别于中医药学历教育教材(包括本科教材和各类各级研究生教材);必须坚持突出中医药特色优势,注重中医药经典理论和名老中医学术经验的继承;必须坚持与临床实践紧密结合,使每一个教程都切合临床实用,使受教群体易学、好用、能有效提高临床服务能力。举如:“精英教育”继续教育项目教程的《中医药经典著作研读与临床应用教程》、《当代名老中医典型医案研读与临床应用教程》、《中医临床科研设计与实施方法教程》、《现代医学科学前沿技术方法教程》、《中医医德与中医行为规范教程》、《中医基本文化素养教程》;“增新教育”继续教育项目教程的《中医理论原则解读与临床应用教程》、《当代名老中医治验教程》(一病一讲)、《亚健康中医药管理服务教程》(含“治未病”)、《中西医结合临床科研设计与实施方法教程》;“规范教育”继续教育项目教程的《中医住院医师工作规范教程》、《中医专科专病实用技术教程》(含各科及“百项”);“基层教育”的《中医临床歌诀教程》、《社区中医临床手册》(含单方、验方)等。

中医药继续教育系列教程的编著要求是:

一要具有鲜明的指导性。这是完全不同于学历教育教材的中医药继续教育系列教程,是中医药继续教育工作进一步突出中医药特色优势的重大创新。要求容科学、新颖、实用。要特别注意继续教育项目教程严格区别于教材的五个要点:①继续教育项目教程不侧重基础知识的讲述,而侧重于紧密集合临床案例阐明基

基础知识的应用；②继续教育项目教程所述观点、方法、方药不侧重于统一提法，而侧重于突出入选教程的名老中医案例的学术经验特点；③继续教育项目教程所涉及的技术信息不侧重于国际领先水平，而是要侧重于最新、最有效、最实用，而且信息量大；④继续教育项目教程所描述的临床诊疗方法、方药、仪器设备，不侧重于面面俱到，而侧重于内容细节和操作步骤；⑤继续教育项目教程的思考题不侧重于理论的表述，而侧重于临床运用的心得与体会的表述。

二要具有鲜明的引导性。注意充分体现中医药特色优势，体现中医药文化的内涵。

三要具有鲜明的严谨性。注意文字表述必须做到主题突出、层次分明、语言通畅，要注明引文和案例出处。

四要具有鲜明的可操作性。每项教程分章节讲述，并规定学时，附有思考题和相应学分。

由于本教程切合中医临床的实际需求，而且是第一次将中医药继续教育的必修内容规范为项目教程系列，其迫切而大量的市场需求可以预期，造福于中医临床体系的社会效益亦可预期。

同志们，2008 年即将过去，这是不平凡的一年！在党中央、国务院的领导下，我国党政军民齐奋起、万众一心为兴邦，取得了抗震救灾和灾后重建的决定性胜利，为了“同一个世界、同一个梦想”举办了同样精彩的两个奥运，为了追求进步、展现国威，“神舟七号”成功地遨游了太空。中医药为抗震救灾，为灾后重建，为两个奥运，为中国航天做出了有目共睹的贡献。因而，国家和人民对中医药工作寄予了更高的期望，对中医药人才建设提出了更高的要求。正因如此，中医药继续教育任重道远，“为了中医药事业的今天和明天”，只要我们取得了“做强中医药队伍是做强中医药事业的根本”的共识，同心协力，奋发有为，就一定能够让中医药继续教育分会工作走上一条广阔而光明的道路！（孙光荣. 做强中医药队伍是做强中医药事业的根本——中华中医药学会继续教育分会 2008 年年度报告[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(01):11-14.）

孙光荣教授代表读者和专家

在《中国中医药报》创刊 20 周年庆典上的即席致辞

尊敬的各位领导，各位专家，同志们，朋友们：

今天是个好日子，大家欢聚一堂，祝贺《中国中医药报》20 岁生日快乐！让我们共同庆祝她，在改革开放的大背景下应运而生；让我们共同赞赏她，历尽艰辛成长而终于青春靓丽、生机勃勃、光彩照人；让我们共同感谢她，为中医药事业鼓与呼，当好了中医喉舌，发出了岐黄之声，奏响了青春之歌！

大家都知道，顾客，是商业的上帝；患者，是医业的亲人；读者，是报业的支撑。《中国中医药报》的读者来自四面八方，中医药爱好者把读《中国中医药报》视为时尚，中医药学者把读《中国中医药报》视为营养，中医药管理者把读《中国中医药报》视为责任，而其中的坚定不移的忠实读者把读《中国中医药报》视为习惯，我就是千千万万《中国中医药报》的坚定不移的忠实读者之一，读《中国中医药报》已经成为我的习惯，每年必订，每期必读，每版必看。这是为什么？这是因为中国中医药报社从北中医的小平房，到东兴路 7 号的小阁楼，再到北沙滩的小独院，一路走来，我都相与随行，看到她的成长，知道她的艰难，懂得她的向往。20 年来，特别是近 10 年来，《中国中医药报》为中医药学术进步和中医药事业发展搭建了一个稳定、坚实而又广阔的平台，开辟了“今日看点”的报眼，推出了“综合新闻”、“视点”、“学术与临床”、“科技”、“名医名方”、“疾病防治”、“中医文化”、“健康关注”、“养生保健”、“健康红绿灯”等具有继承创新意义的专栏，及时准确地报道了中医药界新闻，不遗余力地宣传了党和政府的中医药方针政策，竭尽全力地探讨了中医药事业发展的思路，原汁原味地传承了中医药文化和名老中医的学术经验，真实广泛地传播了中医药知识，生动有力地彰显了中医药的特色优势，把一份四开的报纸，办成了在国内外深具影响的行业大报，成为了中医药传媒的领航者，这确实是来之不易，这确实是可喜可贺！

2007 年以来，中国中医药报社作为国务院 22 个部委联合主办的“中医中药中国行”重要活动的承办者之一，在国家中医药管理局的直接领导下，将国强部长把科学发展观与中医药工作实际有机结合起来而创造并倡导的“三观互动”的思维模式成功地运用到活动实际中去，克服了重重困难，促成“中医中药中国行”走过了大江南北，走向了香港澳门，走进了城市农村，走进了社区基层，走进了千万个家庭，走进了老百姓的心，广泛地传播了中医药文化知识，有效地改善了中医药的生存与发展的社会生态环境，成为中医药事业发展的有力推动者之一，这确实是行之不易，这确实是可钦可佩！

办任何事情，如果有困难、有压力也要努力去办、办成、办好，是基于责任；如果困难大、压力大还能坚持去办、办成、办好，是基于勇气；如果困难很大、压力很大还能持之以恒地去办、办成、办好，是基于道德。中国中医药报社的领导、干部、职工就是基于中医药业者的责任、基于中医药传媒的勇气，基于中医药报人的道德，艰难创业，奋力开拓，团结奋进，勇往直前，才赢得今天的扬声四海，飘香五洲！

在这 2009 年新年之始、牛年春节即将临之际、中国中医药报社生日庆典之时，我作为坚定不移的老中医，作为坚定不移的《中国中医药报》的老读者，作为坚定不移的中国中医药报社的老合作者，衷心地祝福《中国中医药报》越办越

好，中国中医药报社越做越牛！借此机会，还衷心地祝福各位领导、专家和各位同志、朋友新年快乐、阖家幸福、万事吉祥！衷心地祝福我们共同为之奋斗的中医药事业继往开来，宏图大展，前景辉煌！

我来参加庆典之前，《中国中医药现代远程教育》杂志社的全体同仁委托我写几句话以表达祝贺之诚，现在我提交给大会，就是这四句话是：耕耘廿载为岐黄，历尽艰辛杏苑香；迎得春来枝叶茂，奇峰独秀更芬芳！（孙漪, 建宇, 彦知. 本刊主编孙光荣教授代表读者和专家在中国中医药报创刊 20 周年庆典上的致辞[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(01):98.）

中医药科普工作是中医药事业发展的重要推手和开路先锋

——孙光荣教授在“新中国成立 60 周年全国中医药科普图书著作奖、出版奖颁奖大会”的获奖感言

编者按：我刊主编孙光荣教授在“新中国成立 60 周年全国中医药科普图书著作奖、出版奖颁奖大会”上，代表全体获奖者即席发表了词情并茂的“获奖感言”，激起了与会全体代表的热烈回响，全文如下：

中医药文化是中华民族优秀传统文化的一个代表，中医药学术是世界传统医药学传承与进步的一个代表，中医药事业是直接关系最广大人民的最根本利益的事业的一个代表。事实已证明并必将继续证明：中医药的振兴紧密关系到中华民族的伟大复兴！而中医药科普工作是发展中医药事业的重要推手和开路先锋，惟有重视和加强中医药科普工作，才能使中医药更真实地、广泛地、深入地获得人民大众的理解、认同、热爱和使用，才能使中医药的发展真正有利于国计民生，使中医药真正惠泽天下苍生。就这一角度而言，本次大会在中医药事业发展史和中医药科普工作史上具有里程碑的意义。正因如此，我们全体获奖者对国家中医药管理局、吉林省人民政府和科协给予的大力支持，对各位领导的拨冗亲临大会，对吉林省中医药学会、长春中医药大学、以岭集团、三九集团等为筹备本次大会付出了巨大辛劳的主办、承办、协办单位致以崇高的敬意，并表示衷心的感谢！

编著和出版中医药科普著作是一个巨大的系统工程，既要有深刻的学术内涵，又要有群众新闻乐见的表现形式，需要策划、设计、编辑。我们全体中医药科普著作获奖者对中国中医药出版社、人民卫生出版社、中医古籍出版社以及中原农民出版社和学苑出版社等出版界的朋友们的全力支持，致以崇高的敬意，并表示衷心的感谢！

60 年来，中医药科普著作汗牛充栋、万紫千红，要从如此众多的著作中遴选出优秀作品，是十分复杂与艰巨的工作。我们著作获奖者知道，自己的作品不是最好，而是要争取更好。比如，受国家中医药管理局委托、由本人主编的、人民卫生出版社出版的《中医防治疾病知识百问——农民工读本》，其内容和形式还有充实、修正、提高的很大空间，但这本著作涉及到中国特有的一个群体——农民工，而农民工又涉及到农村、涉及到社区、涉及到家庭，这就使这本著作紧密配合了国家中医药管理局的让中医药走进农村、走进社区、走进家庭的“三进”工程，体现了中医药科普工作的真谛。评委选中了它，不是这本著作达到了相当的高度，而是评委的眼光和智慧达到了相当的高度。所以，我们全体获奖者对全体评委的辛勤劳动致以崇高的敬意，并表示衷心的感谢！

同志们，让我们继续努力，在党的四中全会精神的指引下，实践科学发展观，贯彻落实国务院[2009] 22 号文件，切实加强中医药科普工作，使之成为中医药事业全面、协调、健康、持续发展的名副其实的、当之无愧的重要推手和开路先锋！

为了祖国的繁荣富强，为了中国人民和世界人民的健康，让我们共同创造中医药事业的新的辉煌！（李彦知. 中医药科普工作是中医药事业发展的重要推手和开路先锋——孙光荣教授在“新中国成立 60 周年全国中医药科普图书著作奖、出版奖颁奖大会”的获奖感言[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(10):2.）

新时代中医临床服务,亟待“信息化”托底

——国医大师孙光荣访谈

2015年3月5日开幕的十二届全国人大三次会议上,李克强总理在政府工作报告中提出“积极发展中医药和民族医药事业”,这再次确认了我国中医药事业发展迎来了前所未有的战略机遇期。

现在,把握时代的脉动,同心协力,开创中医医疗保健远程服务的新领域,创造中医药事业的新辉煌,已经成为中医药学界共同的诉求。实现中医药信息化,是抓住战略机遇发展中医药事业的关键;提高中医药临床疗效,是提升中医药信息化实用价值的关键;实现中医临床优势资源共享和远程服务,是提高中医医疗保健的覆盖面和服务能力的关键。

正是基于此种考虑,在深思熟虑之后,孙光荣教授提出了中医临床信息化服务主体工程——创建“中国中医医疗保健远程服务中心”的建议。

◎信息化,让中医药“热力外射”

孙光荣教授表示,创建国家级的“中医医疗保健远程服务中心”的出发点,是为了贯彻党的十八大三中、四中全会精神,实施国务院《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》和《关于促进健康服务业发展的若干意见》。

他认为,在国家中医药管理局的领导下,以中国中医药信息研究会为平台,联合我国的中医医疗机构,以发掘、整合、优化中医医用资源为重点,以现代科技信息技术为支撑创建这一中心,可发挥中医药特色优势,提高中医医疗保健的覆盖面和远程服务能力,促进医药卫生体制改革,推动中医药事业科学发展。

孙光荣教授指出,该中心的定位可实现“三位一体”,分别是创建国际、国内唯一的中医医疗保健远程服务机构、全国中医医疗保健优势资源共享平台、国家、省(市)、县(市)三级中医医疗机构远程服务网。

他表示,要创建这一中心,国家中医药管理局应成为支持单位,以中国中医药信息研究会为主办单位;北京中医药大学附属医院、中国中医科学院附属医院、各省市中医医院等则提供技术支持与网站运营服务,全国的中医医疗保健机构和诸多著名中医药企业都可以加盟进来。

具体来说,可在2年内创建这一国家级的中医医疗保健远程服务中心,并分为4个阶段推进,每个阶段为6个月。第一阶段:论证、申报、立项、组建队伍,进行顶层设计;第二阶段:筹措启动资金,设立总部;第三阶段:整合资源,建立网站,开启终端;第四阶段:试运行,正式启动。

◎数据库+网格化,让远程“切近”

孙光荣教授接着谈到了18字的中心建设思路:中心总控,终端执行;数据库支撑,网格化管理。中心总控是指由“中国中医医疗保健远程服务中心”建立中医医疗保健远程服务网站,全面开通中医医疗保健的咨询、指导、会诊、培训等窗口,并设立总控室,负责安排名老中医的视频指导、咨询、会诊等工作。终端执行是指加盟的中医医疗保健机构负责终端服务,由中心专家执行免费指导组方用药,终端专家执行有责处方;中心专家负责视频教学,终端专家负责面授辅导。

数据库支撑则强调了其后盾作用。建立包括全国名老中医学术经验数据库、中医临床各科最新研究进展数据库、中成药数据库、民间医疗经验数据库、单方验方偏方数据库、中医药经典学习数据库、典型医案数据库和远程医疗典型数据

库等 8 大数据库。

网格化管理则强调以签署合作协议的加盟单位为依托，尽可能按照县（市）、乡和社区、村落划分为网格服务区，使中医医疗保健远程服务“落地生根”。

◎人才，技术，资金，“通关”有术

孙光荣教授还用 5 句话概括了“中国中医医疗保健远程服务中心”的创建重点：“建立骨干队伍，吸纳筹建资金，整合优势资源，强化支撑技术，建立服务网络。”

首先，以中国中医药信息研究会为主体，建立 3 个层次的骨干队伍：由懂行政、懂中医、懂远程服务技术、懂中医医院管理、懂网络营销，懂与医疗保健相关的法律法规的人才（且其中有一项特别突出者），组成强势管理班底主导本项目工程；由热心、赞同本项工程的著名中医药专家和信息技术专家组成专家委员会指导本项目工程，发挥凝聚力、号召力和辐射力；再遴选和聘用中医、信息技术、网络营销方面的中青年专家，形成具有执行力的基本建设队伍。

吸纳筹建资金则主要通过 3 种方式——申请国家级科技创新基金、争取国内外热爱中医药事业的著名企业家捐赠，以合作共赢为目的，采用合同、协议的方式，争取有实力的著名中医药和信息企业主动参与加盟，吸纳社会资金。整合优势资源主要通过 4 种方式——申请国家中医药管理局指导、协调、联通已经研制、基本完成的“全国名老中医临床经验、学术思想传承数据库”、“中医药四大经典教学数据库”等优质信息源；申请或自立课题，研制“全国中医优势病种临床诊疗最新进展数据库”和“常见病、多发病中医医院诊疗指南数据库”；特聘第一线著名中医临床专家，按中医临床学科组成远程会诊专家指导组和远程医疗保健质量评估组。

采用聘用、合作方式，强化 6 个方面的远程医疗保健技术：数据采集、挖掘、集成技术，网站经营管理（安全）技术，网页设计制作技术，远程医疗保健信息储存，释放与维修技术，视频技术，以及光盘和 PPT 设计制作技术等。合作建立医疗保健远程服务网络并明确分工——中心总控室接诊、接受咨询申请、接受辅导申请；省（市）分中心负责协调与监管；县（市）服务处（终端）提出有关申请，接受中心指导、答询、辅导，形成终极文件（处方）并签署；网格化管理站负责相关诊疗资讯的反馈。

文化先行，为中医药事业许个“璀璨未来”？

优秀的中华优秀传统文化孕育了中医药学，中医药文化培育了真正的中医药队伍。通过普及传播中医药文化，稳固确立了中医药服务阵地；而最重要的是，中医药文化的发展繁荣，是复兴中华民族文化的重要组成部分。

2014 年 7 月 24 日，国家卫生和计划生育委员会、国务院法制办、国家中医药管理局三部门联合推出的《中华人民共和国中医药法（征求意见稿）》（下简称《意见稿》），共 6 章 66 条，首次从国家法律层面明确了中医药的地位，以法律形式保障了中医药的发展。其立法面涵盖了中医药服务、中药发展、人才培养、继承创新与文化传播、保障措施等 5 个方面，由此我国中医药事业发展迎来了前所未有的历史机遇。

中医药文化发展，事关民族伟大复兴

作为华夏文化的璀璨成果，中医药文化的核心理念可用 16 字概括：“以人为本，效法自然，燮理中和，济世活人。”《意见稿》将发展中医药文化作为其重要内涵的出发点，源于对中医药文化重要引领作用的深刻认知。

中医药文化植根于华夏传统文化，积淀了古老的哲学思维方式和价值观念。

中医药是最简捷、最通畅地通往中华高度文明的入口。中医药要迎来大繁荣、大发展，就要以文化自觉、自信与自强为底色，并遵循发展规律，赢得健康发展与全面复兴。加强中医药文化建设和中医药文化发展方向探讨，中医药文化发展路径的选择，事关中华文化的伟大复兴。这方面的工作做好了，必将助推“中国梦”的实现。

习近平主席强调，中医药学是我国古代科学的瑰宝。科学研究和总结中医药学，能极大地丰富世界医学事业、推进生命科学研究。鲁迅先生也说过：只有民族的，才是世界的。在文化全球化的趋势下，只有具有鲜明民族特色的古老文化和事物，才具有独特的魅力，才能在世界占据一席之地。

医药学与政治学、天文地理学、农学、兵学，乃至建筑学、星相学、堪舆学等众多学科一样，由古老哲学思想一以贯之，具有很高的智慧和价值，是中华文化的灵魂。然而，由于西医治疗手段在全球的盛行，以西医思维衡量治疗效果的趋势流传到国内，我国传统医药学遭受了极大的质疑和冲击，自觉或不自觉地在教育、科研、临床中仿效西医，导致中医“西化”。

“如果不尽早改变这一状况，我们的民族瑰宝和优势将会逐渐丢失殆尽，中医药的神奇疗效将成为传说。”孙光荣教授指出。我们应立足于文明古国的优势，把更多国宝级的医药文化播撒到全世界，让海内外领略我国传统医药神奇而独特的疗效，感知文化传统和社会变迁，从内而外地激发起保护古老文化的力量和动力。

2014年10月，国务院副总理刘延东与国医大师座谈时再次提出，中医药是独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源、重要的生态资源。“因此，作为支撑中华民族复兴的‘脊椎’，中医药必须坚守中华文化的根底，要坚实、要挺直，不能脱位。中医药文化发展需要面向中华文化的伟大复兴，并将中医药文化建设纳入国家文化发展规划。”孙光荣教授指出，确保中医药文化发展以促进中华文化的伟大复兴，关键在于完善政策机制。为避免“多龙治水”，他建议，在国务院领导下，成立“国家中医药事业发展领导小组”，确立发展中医药事业的跨部委决策常态化机制。

文化传承，成就中医药美好未来？

医学将向何处发展？孙光荣教授分析，未来中医学、西医学必将继续高速发展，或有互相借重之处，但不太可能出现互相覆盖或取代的情况。当今我国中医药的发展困境，源于长期“以西套中”的盲目性。东西方不同的文化、思维背景下孕育了中医、西医两大医学体系，二者的理论学术体系、临床诊疗思维和实践模式均截然不同。

受到三才、变易、中和、意象等古老哲学思想的影响，中医学注重全面考察动态的整体生命机能，而不仅限于关注病毒、细菌和蛋白质的变化等微观领域。中医学的理论和实践出发点，始终都是“人”这一生命主体，而不是“病”这一外在现象。因此中医药思维方式、文化传承至关重要。将中医西化，将西医学的思维方式、标准规范的“帽子”套到中医学头上，异化成“西式中医学”的做法，是不可取的。要真正体现中医药文化传统和中医理法方药本质精髓，应以纯正的“中医人”思维参与世界医药学的创新，并以中医药文化来引领和推动中医药临床和科研实践，定规范、育人才。

孙光荣教授建议，依据中医学特点和人才成长规律更新中医药人才考评标准、中医药高校课程设计和各级继续教育教程，教材编著要兼顾中医药特色和院校特色，并构建5级中医人才学术梯队——国医大师、国家级名老中医、国家级

中青年名中医、省市级名中医、基层名中医。“在此基础上，还应从 4 大方面重点推进名老中医药专家的学术经验传承：中医药文化素养提升；增强医德修养，树立优良医疗作风；训练望、闻、问、切四诊合参，突出思辨特点；辩证继承独特的组方用药思路方法。”他表示。

中医药文化发展，四路径开启未来

作为以患者为中心的医学模式，中医学以促健康、防病治病、改善生存体验为目标，融社会、生物、心理、预防多种医学于一身，持续性关怀和照顾“人”从生到死。实践也提示我们，为满足人类防治疾病的现实需要，中医药在中华民族漫长历史进程中不断被继承和创新，才逐步形成了具有强大生命力的中医药特色文化。因此，继续满足人类不断增长变化的健康需求，对新时代中医药文化发展至关重要。

在中医药文化科普（尤其养生科普）时，医生应积极传递专业“正能量”，预防、清除西化和庸俗化的中医药文化（包含养生文化）的“负能量”。要做到这一点，关键是要完善中医药文化宣导的监管机制。孙光荣教授建议，在国家中医药管理局中医药文化建设与科学普及专委会的主导下，设立各省市相关组织，一手推广建设中医药品牌、资源、平台和队伍建设，一手督导监管中医药文化的科普工作。

他指出，中医药文化的未来发展，要走 4 条道路——特色发展之路、科学发展之路、创新发展之路和可持续发展之路。

循规律，走特色路

孙光荣教授介绍，要发挥中医药文化的特色，就必须系统化地研究中医药文化、大众化传播、国际化学术交流和产业化研发之路。具体来说，就是要“正本清源，开源畅流，搭建平台，打造产品”。

中医药研究，尤其是文献研究能正本清源、开源畅流。正本清源是指梳理中医药理论体系形成历史的脉络，理清中华民族优秀传统文化对中医药理论的影响，对中医药诊疗文化、经络文化、本草文化、养生文化等追本溯源。同时，系统整理研究中医药典籍通考、中医药通史、中药通鉴、出土医书、医术医方，系统、科学、全面地把中医药文化本源弄清楚，搞透彻，才能后继有人、后继有术、后继有力、后继有成。

开源畅流则是指编撰中医药文化的系列教材和普及读本，开发拓宽中医药文化教育传播的资源渠道，使中医药文化传播逐步实现多样化、大众化。

定期开展中医药文化传承与发展的学术交流，向国际传播中医药文化传承与学术交流，更好地维护和推广对“岐黄论坛”、“中医中药中国行”等国家级中医药文化平台的品牌；同时，还要建立完善中医药文化研究与传播中心和中医药文化基地，注重发挥中医药文化科普专家的带动作用，推出精品级中医药文化系列图书和电视节目，开通中医药文化之旅、健康之旅、咨询热线等，实际推动中医药文化研究与传播的产业化发展。

构格局，走科学路

创建全面、协调、科学、发展的中医药“六位一体”新格局的实践证明，将中医药文化置于国家文化发展的规划之中，置于中医药事业总格局之中，才能加快这一领域的发展。“这需要我们进行科学统筹，一手抓中医药文化事业，以满足公众医疗卫生和健康需要，一手抓中医药文化产业，以促进文化经济发展，两手都要硬。”孙光荣教授总结说。

应需求，走创新路

中医药文化是中医学的根本和精神命脉。正如习近平主席所说：“不忘本来才能开辟未来，善于继承才能更好创新。”中医药应该立足现实需要，在继承基础上不断创新，并从传统范式转换为现代范式，让中医药文化引领中医药事业长足发展。

增力度，走持续路

孙光荣教授最后表示，在培育中医药文化研究和传播的精锐人才队伍的基础上，加大对中医药文化建设的资金投入，建设示范性的项目，同时以政策措施鼓励社会企业投资中医药文化产业，建立多部门合作机构和以项目为载体的联合机构，才能持续推进中医药事业的不断发展和进步。

国医素描

孙光荣，国医大师，我国著名中医临床家和中医药文献学家，中医药现代远程教育创始人之一，现任北京中医药大学中医药文化研究学院院长。

他使中医药文化成为显学，提炼出“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的核心理念，以文化先行推动中医药发展。他首倡“中和”临床学术思想，融丹溪、东垣两家之长，形成“调气血、平升降、衡出入”的诊疗方式。

孙光荣教授曾先后担任湖南省中医药研究院文献信息研究所所长、政协湖南省第七届及第八届委员会常委、北京中医药大学远程教育学院副院长、《中国中医药现代远程教育》杂志主编。受聘国家中医药管理局改革与发展咨询专家委员会委员、中医药文化建设与科学普及专家委员会委员、继续教育委员会委员；国家中医药管理局“全国名老中医药专家孙光荣传承工作室”指导老师，全国第五批、北京市第四批老中医药专家学术经验继承工作指导老师；中华中医药学会常务理事，全国首席中医健康指导专家，中华中医药学会继教分会第一任主任委员，中医药文化分会顾问，中华中医药学会亚健康分会副主任委员；国家科技奖励评审专家，国家食品药品和医疗器械审评专家。

孙光荣教授幼承庭训，师承名师，1958年起行医，至今已执业中医临床56年；创立了“中和思想·中和辨证·中和组方”的中和医派，擅长治疗中医内科、妇科疑难杂症，特别是脑病、肿瘤、脾胃病以及妇科带下病等，对疫病、情志病及中医养生亦有精深研究，发表论文、出版著作1200余万字。荣获国家中医药科技进步奖二等奖1项、省级中医药科技进步奖一等奖1项、亚太经贸博览会金奖1项、全国优秀科技图书奖二等奖1项、中华中医药学会首届中医药科普著作一等奖1项、中医药金话筒奖1项、中医药继续教育终身成就奖1项等。

革命前贤王首道先生如此评价孙光荣教授：“铁肩担道义，妙手著文章；忠言商国是，仁术济民康。”新中国中医药事业奠基人之一吕炳奎教授为之题赞：“杏苑英才，承先启后；医界志士，继往开来。”原卫生部部长张文康曾表示：“医疗卫生事业的发展以及中医药的继承创新，需要一种特殊的人才，这种人才需要有一种品德，叫坚贞；这种人才需要有一种智慧，叫悟性；这种人才需要有一种精神，叫奋斗。光荣就是具备了这种品德、这种智慧、这种精神的一个人才。”原卫生部副部长余靖亦为之题词：“中医柱石”。（苏暄.新时代中医临床服务，亟待“信息化”托底——国医大师孙光荣访谈[J].中国医药科学,2015,5(05):1-4.）

中医药科普工作的盛会 获奖者心声的最佳代言

2009年9月19-22日,由中华中医药学会吉林省中医药管理局主办,吉林省中医药学会承办的“新中国成立60周年优秀中医药科普图书著作奖、出版奖暨2009年全国中医药科普高层论坛”在长春市举行,这是中医药科普工作的盛会。

国家中医药管理局副局长李大宁、中华中医药学会副会长谢谷阳、中华中医药学会秘书长李俊德、中华中医药学会科普分会主任委员温长路、吉林省科协党组书记王长和、吉林省中医药管理局局长邱德亮等领导出席大会开幕式并讲话,获奖代表以及来自全国各地的中医药界专家、出版界的编辑等200余人参加了大会。大会开幕式由中华中医药学会科普分会副主任委员、吉林省中医药学会秘书长朱桂祯主持。

大会举行了《新中国中医药科普创作大系》一书首发式,该书由吉林省中医药管理局、吉林省中医药学会牵头编写,全面、集中地反映了建国60周年来中医药科普创作方面取得的成果,是全国首部中医药科普学专著,具有一定的权威性、综合性、专业性。

同时,大会还进行了“新中国成立60周年全国中医药科普著作奖、出版奖”的颁奖活动。其中“新中国成立60周年中医药科普图书著作奖”特别奖12名、一等奖20名、二等奖30名、三等奖50名;“新中国成立60周年中医药科普图书出版奖”编辑奖20名、策划奖15名、设计奖5名,大会对以上获奖代表颁发了奖牌和证书。

孙光荣教授主编的国家中医药管理局委托项目《中医药防治疾病知识百问——农民工读本》获得“新中国成立60周年中医药科普图书著作奖”一等奖,并代表所以获奖人员发表了获奖感言。

以下是根据录音整理的孙老的即席讲话——

中医药文化是中华民族优秀传统文化的一个代表,中医药学术是世界传统医药学术传承与进步的一个代表,中医药事业是直接关系到最广大人民的最根本利益的事业的一个代表,因而中医药的振兴紧密关系到中华民族的复兴!由此,我们要充分理解中医药科普工作是发展中医药事业的重要推手和开路先锋,唯有加强中医药科普工作才能够使广大的人民群众对中医药理解、认同、热爱和使用,才能够使中医药真正地有利于国计民生,才能够使中医药真正地惠泽天下苍生。从这个角度来看,本次大会在中医药事业发展史上和中医药科普工作史上都具有里程碑式的意义。正因为如此,我们全体与会代表对李大宁局长、李俊德副会长兼秘书长、谢谷阳副会长、王长和主席、邱德亮副厅长、王之虹校长、彭勃副主席、温长路主任委员和王奕主任以及所有光临这次大会的领导和专家,对国家中医药管理局以及吉林省人民政府、吉林省科协给予的大力支持,对于中华中医药学会及其科普分、会吉林省中医药管理局、吉林省中医药学会等主办和承办单位,为这次会议的筹备所付出的巨大的辛劳,表示崇高的敬意和衷心的感谢!

科普著作的编写和出版既要有深刻的学术内涵,也要有群众喜闻乐见的形式,它需要策划,需要设计,需要编辑,为此我们全体科普著作人对中国中医药出版社、人民卫生出版社、中医古籍出版社、中原农民出版社及学苑出版社等出版界的朋友们,表示衷心的感谢!

科普是一个系统工程,60年来出版的中医药科普著作可谓汗牛充栋、万紫千红,要从众多的科普著作中遴选出优秀的作品是一个复杂而艰巨的工程,评委

们独具慧眼，才能够挑选出这些获奖著作。我们这些获奖著作的写作和编辑的质量不一定最好，但我们今后会争取更好。由本人主编、人民卫生出版社出版的国家中医药管理局委托项目《中医药防治疾病知识百问—农工读书》获奖了，我知道这本书无论是内容和形式，都还有充实、修正和提高了的很大空间，但是这本书它涉及到一个群体，是中国特有的群体，叫做“农民工”。农民工本身就涉及到农村、涉及到社区、涉及到家庭，所以这个科普著作就跟国家中医药管理局的“走进农村、走进社区、走进家庭”的“三进工程”紧密地配合起来了，体现了科普的真谛，因此我们全体获奖者对于评委慧眼识珠表示衷心的感谢！

同志们！让我们大家共同努力，重视和加强中医药科普工作，在党的十七届四中全会的精神指引下，实践科学发展观，贯彻和落实国务院[2009]22号文件，使科普工作大踏步地前进，为了祖国的繁荣富强，为了中国人民和世界人民的健康，让我们努力吧！使中医药科普工作真正成为中医药事业全面、协调、持续发展的重要推手和开路先锋，共同开创出中医药事业新的辉煌！（吉林省中国医药学会朱桂祯、张婷根据录音整理）

孙老的即兴演讲慷慨激昂、用词精准、语言流畅，站在发展中医药事业的高度深刻阐述了中医药科普的重大意义，讲出来有关中医药科普工作的肺腑之言，感人至深，发人深省，催人奋进，赢得了会场雷鸣般的掌声。（郭明明, 吴浩恺, 孙文政. 中医药科普工作的盛会 获奖者心声的最佳代言[M]. 明医——孙光荣教授走过来的七十年, 2010:225-226.）

孙光荣教授 2009 年 3 月 8 日在社会科学院召开的

关于“两会”部分人大代表、政协委员对中医药发展

提议情况交流会上的发言（提纲）

一、关于中医药事业的地位与作用

中医药学是具有特色和优势的医学科学之一，中医药文化是中华民族优秀文化组成部分之一，中医药工作是具有中国特色的医疗卫生保健工作之一，中医药国际推广是我国开展国际交流和可占有国际健康产业市场主要份额的中国品牌之一，中医药振兴是中华民族复兴重要力量之一，归根结底，中医药事业是直接关系到广大人民最根本利益的事业之一，因此，中医药事业发展既需要也值得举国上下关注与支持。换句话说，发展中医药事业是关系老百姓生活、关系中华民族复兴、关系国家民生的一件大事，非做不可，不做不行，非做到不可，不做到不行，非做好不可，不做好不行。

二、关于中医药事业发展已经取得的成效

无可否认，中华人民共和国成立 60 年来，特别是改革开放 30 年来，在党的中医药政策的主导下，在中央和地方政府的领导及其各部门配合支持下，中医药事业由新中国成立前的濒危境况逐步由求生存到求发展，走过了一条确实坎坷而又不断进步的路。建立了中医药的医疗、科研、教育、生产体系，中医药服务的覆盖面不断扩大，中医药的贡献率不断提高。近年来，开展了师承教育、中医优秀临床人才研修项目和名老中医学学术思想经验传承研究项目，有效的提高了中医临床水平，开展了“中医中药中国行”活动，加强了中医药文化建设，普及了中医“治未病”学术思想，有效地改善了中医药生存与发展的社会生态环境，促使中医药越来越受到全社会的重视，促使中医药进一步走向世界。

三、关于中医药事业发展存在的困难与问题

毋庸讳言，中医药事业发展在当前还存在着困难于问题。关键是什么？关键不仅仅是钱，没有钱办不成事，但只有钱也办不成事。关键在理念和认识，在体制与机制，在思路与方法，在决策与执行。

（一）医疗卫生的根本目的迷失和医道尊严丢失的问题：中医药事业作为我国医疗保健事业的重要组成部分，首先我们要从大卫生事业的视野来观察，我呼吁两个“回归”：一是发展医疗事业根本目的回归，“医疗卫生”的根本目的是什么？是“救死扶伤”，但是近年来，“医疗卫生”的这一根本目的在医管、医院、医生中已经有相当大程度的迷失，把“医疗卫生”当成了生意，当成了生财之道。这个根本目的不回归，越发展，国家和老百姓越吃亏。二是医道尊严的回归，中医有“六不治”和“十不治”的祖训（《扁鹊仓公列传》：“病有六不治：骄恣不论于理，一不治也；轻身重财，二不治也；衣食不能适，三不治也；阴阳脏气不定，四不治也；形羸不能服药，五不治也；信巫不信医，六不治也”）也有不能“马前唱喏”的传统。但是现在经常发生“医闹”，挟势的得治，挟财的也得治，医生是“孙子”，根本没有医道尊严可言。另一方面，医道传统的丢失，也是部分医生道德沉沦而自失尊严。但主政者需要清醒地认识到，医生、医院、医业这个“三医”问题的核心是医生，离开了医生这个医疗卫生活动的主体，医疗卫生体制改革和医疗卫生事业发展都只是治标不治本，都不可能正真解决老百姓看病难、看病贵的问题。所以，我首先呼吁两个“回归”。

(二) 培植中医药事业发展之“根”的问题：这个“根”就是中医药文化。中医药文化能否传承与发扬，直接关系到医疗根本目的的回归，直接关系到中医药的生存和发展，直接关系到中医药文化产业化的进程，直接关系到中华民族的复兴。

什么是“文化”？《周易》说：“关乎人文，以化成天下”，这是“文化”一词的语源。所以，文化，是包括知识、信仰、艺术、道德、法律、习俗等一切人类物质文明和精神文明的总和。

中医药文化是中华民族优秀传统文化中本质体现中医药特色优势的物质文明和精神文明的总和。也就是说，其实，中医药文化是中华民族优秀传统文化的代表之一，是在数千年中医药发展进程中积累、凝练的中华民族文化的精华。

要发展中医药文化事业，就必须突出中医药文化核心理念。

我认为，中医药文化核心理念可以概括为“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”，主要由以下六个方面构成：①“天人合一”、“致中和”的人文理念；②“治未病”、“防重于治”的防治思想；③“整体观”、“辨证论治”的思辨模式；④“勤求古训、博采众方”的治学方式；⑤“本立道生”、“德业双修”的医德医风；⑥“精诚专一”、“大医精诚”的行为准则。

如果中华文化的魂提炼为一个字，这个字就是“和”，中医药文化的魂就可以提炼为一个字，这个字就是“仁”，中医防治技术的魂也可以提炼为一个字，这个字就是“调”。

(三) 彰显中医药特色优势的问题：临床疗效是中医药生命线，只有在临床中彰显中医药特色优势才能发展中医药事业。但是，目前中医药医院的中医药特色优势日渐淡化。

中医药有哪些特色优势？经过数千年的传承与发展，中医药主要从临床实践中显示了五大特色和六大优势。五大特色是个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的给药途径、天然化的用药取向；六大优势是优势是临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、文化底蕴深厚、创新潜力巨大、发展空间广阔。

(四) 人才问题：做强中医药队伍是做强中医药事业的根本。关键在于抓好中医药继续教育，而现在中医药继续教育恰恰是薄弱的一环。

(五) 体制问题：现行中医药行政管理体系不科学、不健全，属于中医药教育、科研、临床、中药、对外交流等中医药事业范畴的行政管理权限实际上分属于多头管理，而各省、自治区、直辖市的中医药行政管理部门中，有设立党组的副厅级局，有不设立党组的副厅级局，有财政独立的正处级局，有财政不独立的正处级局，有对外称局对内称处等等，真是五花八门，不利于管理。

(六) 制度供应不足的问题：中医法；医疗事故处理；各种评估；晋升、执业医师注册等。

四、关于发展中医药文化事业的建议（限于时间，只谈文化）

(一) 框架：建议成立国务院中医药文化建设领导小组，下设办公室和各专题组。形成决策→研究→项目实施→推广应用（产业化）的基本框架。

(二) 制度：建立中医药文化的保护、资源整合、研究开发的系列制度。

(三) 机制：建立立项、协调、运行、监管和激励等机制。

(四) 项目

1. 摸清家底：中国中医药文化遗产普查（含物质文化遗产和非物质文化遗产）。
2. 学术建树：组织编著《中意通史》、《中医通典》、《中医通考》、《中医通论》、《中医通鉴》。

3. 文化交流：《中医药经典译释》、《中医药文化大观》（影视）、《话说中医》（科普系列）、中医药文化网站。
4. 基地建设：中国中医药文化博物馆、中医药文化教育基地。
5. 产品研发：中医药文化邮票、中医药文化用品等。
6. 继续教育：教程；巡讲。
7. 科普宣导：巡展；大赛。（郭明明, 吴浩恺, 孙文政. 孙光荣教授 2009 年 3 月 8 日在社会科学院召开的关于“两会”部分人大代表、政协委员对中医药发展提议情况交流会上的发言（提纲）[M]. 明医——孙光荣教授走过来的七十年, 2010:272-273.）

好法用好 好事办好

让中医药为实现中华民族伟大复兴的中国梦作出更大贡献

——在王晨副委员长主持的“《中华人民共和国中医药法》

宣传贯彻座谈会”上的发言

尊敬的王晨副委员长暨各位领导、专家：

在中医药事业发展逐步形成了医疗、保健、科研、教育、文化、产业“六位一体”全面协调发展的新局面的大好形势下，2016年12月25日，十二届全国人大常委会第二十五次会议审议通过、并经习近平主席签署、发布了《中华人民共和国中医药法》，第一次从法律层面明确了中医药的重要地位、发展方针和扶持措施，为中医药事业发展提供了法律保障，这是中医药事业发展史上的重要里程碑，对国内国际都将产生深远的影响。《中医药法》的发布进一步印证了习近平主席的论断：“中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机”。刚才，各位领导和专家的发言，也再次生动地证明了“中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机”。

《中医药法》是好法！这因为《中医药法》体现了党中央关于发展中医药的方针政策，体现了习近平主席在全国卫生与健康大会上的讲话精神，遵循了中医药自身发展规律，改革完善了中医药的管理制度，有利于保持和发挥中医药特色优势，有利于促进中医药事业发展。同时，也就中医药事业发展进程中存在的突出问题作了有针对性的规定，有利于规范中医药从业行为，有利于保障医疗安全，有利于保障中药质量，有利于提升中医药的国际影响力。在解决健康服务问题上，为世界提供了中国方案、中国样本，为解决世界医改难题用“中国式办法”做出了中国的独特贡献。

《中医药法》的发布与实施，让中国人民和世界人民都懂得：“没有全民健康，就没有全面小康”。健康，是一切努力的基础；没有了健康，一切努力的结果都将坍塌。中医药，是建设“健康中国”的重要力量，而且孕育于中华文化的中医药文化，在当下已经和高铁、航天、互联网+以及书法、武术、瓷器、丝绸、刺绣等一样，成为了“中国符号”，而且是其中最具中华文化魅力的杰出代表。所以，发展中医药事业已经纳入国家战略，宣传、贯彻、落实《中医药法》就成为了需要我们大家共同承担的时代责任与使命担当。

如何宣传、贯彻、落实《中医药法》？我认为，就是好法要用好、好事要办好！结合我自身从事的中央保健工作、中医临床、全国优秀中医临床人才培养、中医药远程教育和中医药文化研究与传播工作，我认为中医药界当前最突出的是四个问题：行政体系、人才培养、药材质量、文化普及。

就行政体系而言，全国中医药管理部门连名称都不统一，有称中医药管理局、中医管理局、中医药局、中医局的，甚至有称中医药发展办公室、中医处的，国家中医药管理局向各级发出的文件，连机构称呼都要加几个括号；还有，名义上叫中医药管理局，实际上中医、中药是游离的、分开的，不利于中医药统一管理，也就不利于《中医药法》的贯彻落实。这，不是我这老中医能够建议改变的。现只就中医药人才培养、中药药材质量、中医药文化传播三个方面谈谈个人学习的初步体会。我所要发表的意见和建议，平时也和在座的国医大师路志正老、金世

元老交换过，基本上形成了共识。这些意见和建议谨供领导和专家参考。以下谈谈在上述三个方面《中医药法》作出了哪些明确规定？我们应该如何理解、宣传、贯彻、落实来推动中医药事业振兴发展？

一、必须遵照《中医药法》，培养合格的中医药人才

《中医药法》第四章“中医药人才培养”列出了第三十三条至第三十七条，共计5条。针对中医药人才培养途径比较单一，人才匮乏、中医药理论和技术方法的传承发扬面临不少困难等问题，第三十三条规定“中医药教育应当遵循中医药人才成长规律，以中医药内容为主，体现中医药文化特色，注重中医药经典理论和中医药临床实践、现代教育方式和传统教育方式相结合。”，这就明确了中医药人才培养的纲领，主要是四点：

（一）要遵循中医药人才读书→临证→读书→临证的成长规律。

包括学历教育和继续教育，就是要早临床、多临床，而不能让基础理论学习与临床实习脱节，重点是要彻底改变学校教育原来四年课堂学习后再进行一年见习的教学方式。

（二）要注重中医药文化的传授，体现中医药的特色。

因为中医药学术思想体系不仅仅可以治“己病”，还可以治“未病”；不仅仅可以治“病”，还可以治“人”；不仅仅可以治“人”，还可以治“国”，其载体就是体现了中华文化精髓的中医药文化。十年来，第三批全国中医优秀临床人才的培养证明了注重中医药文化和中医药经典教学，是正确的、是必要的。我们有必要进一步看到，不单是中医药学历教育和继续教育要注重中医药文化的传授，而且在全民教育中，特别是中小学教育中，应当引进中医药文化教育内容，这将为中医药教育提供很大的施展空间。今天，教育部林惠青副部长在座，刚才也谈到了相关问题，正好就此向您提出以上两点建议。

（三）要强调中医药经典的传承，强化中医临床思维。

源清流自畅，只有掌握了中医药经典这个根本，培养出来的人才，才能在医疗、保健、科研、教学中保有和发展中医药的思维态势，所以无论是学历教育或继续教育都应该将中医药经典列为教学的重点，这在课程设置的教材编写的改革中还要下真功夫、下大力气；更为重要的是要强化中医临床思维，规范辨证论治模式，淘汰当下“西医诊断、中药配方”的非真正中医的风行模式。

（四）要明确教学方式，是传统与现代相结合。

从现状分析，就是要在学历教育中大力引进师承教育，使之与现代教育方式能高度吻合，这就需要在制度设计中进行系列改革，这也就涉及到如何贯彻落实《中医药法》第三十四条的规定，即“中医药学校教育的培养目标、修业年限、教学形式、教学内容、教学评价及学术水平评价标准等，应当体现中医药学科特色，符合中医药学科发展规律。”这其中特别重要的是中医临床人才的评价标准，如果以发表多少论文著作、拥有多少教学课时、多少立项课题、多少科研成果，作为评价中医临床人才最好操作的硬指标，长此以往则必将降低中医临床服务水平和能力。因为，说到底，中医临床大夫是用来看病的，主要任务不是搞科研的、不是搞教学的，更不是搞科普的。培养中医师就是要使被培养者能用中医思维方式、中医理论和中医技术看病，应该重点放在医德、医术的考核上，应把能看病、能看好病作为第一标准。

《中医药法》第十五条规定中医医术确有专长人员的中医医师资格考核注册管理办法：《中医药法》是好法，好法要用好，这个资格考核注册管理办法是用好的第一步，关系到中医队伍的调整与建设。其目的和意义是：遵法规，固传统，

选人才，给出路，严管理，保质量，强基层，谋发展，惠民生。我认为，“确有”专长人员应具备“四有”、“四无”、“五不”。“四有”是：有来源，有理论，有专长（百发百中），有疗效（立竿见影）；“四无”是：无未经批准的创伤疗法，无未经批准的口服方药，无注射，无现代生物技术疗法；“五不”是：不超越注册范围执业（病种、疗法、地域），不用现代医学名词术语矫饰自我医术，不夸大独家疗效，不掺杂封建迷信活动，不滥收费。

《中医药法》对师承人员和确有专长人员的“准入”明文规定是“考核”、不是“考试”，如果模仿西医执业考试，把网编织得太紧密，进得来的往往是只能死记硬背考试参考资料的“虾米”，“大鱼”却进不来。所以，建议不走模仿西医的路子，不搞“好看不管用”的考试，而考核中医四诊、脏腑经络穴位、病因病机、基本方剂（汤头 400 首，以方类证，以证求方）、中药材识别。这样考核，堂堂皇皇，考得上的虽不一定太多，但却可能发现一些“大鱼”，而且西医、包括国际西医也无法模仿、也无话可说，只能佩服中医就是中医。这样才是真正实心实意地贯彻落实《中医药法》。

二、必须遵照《中医药法》，加强中药的质量管控

由于长期以来的“多龙治水”，近年来中药材在种子、土壤、培植、采集、炮制、仓储、交易这七个方面都或多或少出现了变异，严重影响了中医临床疗效，加强中药人才的培养和质量管控是当务之急。按照中医药的传统，中医、中药是不能也不必要分家的。中药只有在中医理论指导下，通过配方才能有益于医疗保健，否则就是植物、动物、矿物；另一方面，中药材的质量管理，数千年来已经积累了丰富的、可靠的经验和方法，但近几十年来模仿西药，却又模仿得似是而非，比如仅仅用成分制定标准来检测，美其名曰科学，实际上是以偏概全，四气五味、升降浮沉等性味、功能、归经都不闻不问。这就像评价一个人，只检测头发、身高、体重来测量其道德、学问、智慧一样，不可能达到检测的目的，反而会导致中药的真正药用品质的日渐衰落。

如何用符合中药自身品质的标准来检测质量，确保中医临床有道地药材使用，是贯彻落实《中医药法》的一个重点。至少，要从改变政出多门的现状开始，从改变生产和销售中药主要是为了盈利开始。

三、必须遵照《中医药法》，加强中医药文化传播

《中医药法》第六章“中医药传承与文化传播”第四十三条至第四十六条，共计四条，对中医药文化的传承与传播以及传统中药处方组成和生产工艺等的知识产权、保护名录、数据库和中医养生的传媒传播等方面作出了相关的、明确的规定，其中第四十六条规定“开展中医药文化宣传和知识普及活动，应当遵守国家有关规定。任何组织或者个人不得对中医药作虚假、夸大宣传，不得冒用中医药名义牟取不正当利益。广播、电视、报刊、互联网等媒体开展中医药知识宣传，应当聘请中医药专业技术人员进行。”这是针对各种媒体在中医药文化、特别是养生文化的传播中存在着两大突出问题提出的条款，一是作虚假、夸大宣传；二是冒用中医药名义牟取不正当利益。制约的措施只提出了一条，就是“应当聘请中医药专业技术人员进行”。刚才，丛斌副主任和钱锋副主任就相关问题提出要建立配套制度，加强监管，这就是要从法律的角度采取必要的配套措施。当然，“应当聘请中医药专业技术人员进行”这条措施是正确的。国家中医药管理局先后进行了四批全国中医药文化科普巡讲专家的培训，给 200 多位专家颁发了培训合格证书，但是在实际执行过程中，广播、电视、网络、视频等大多没有按规定执行，于是有的平台将中医养生文化讲成了体检常识、治病常识、烹饪技术、插

花技巧、药品广告等等，似是而非的讲解比比皆是，以致观众、听众、读者越来越少。建议围绕四十六条的内容，作出释法，对中医药文化传播的内容、方式、传播者条件出台相关的硬性规定。纠正和避免鱼龙混杂、泥沙俱下的情况。同时建议夯实中医药文化素养提升工程，继续抓好“中医中药中国行”、甚至“中医中药世界行”等大型中医药文化科普活动。

中医治病不是“药”，而是由药组成的“方”。孙思邈收集唐代以前的名老中医和民间中医的有效方药，编著了《千金要方》和《千金翼方》，并将“大医精诚”列为从医执业的规矩。但是新中国成立以来，虽然各省市名老中医和各地民间验方不断涌现，除了有一些个人的、地方的经验方出版以外，没有人整理出版全国性的经验方，这就是中医药文化的断层！希望举全国之力，能够编著其续编，以彰显新中国中医药临床经验之成就。

衷心感谢全国人大通过了《中医药法》，衷心感谢习近平主席签署、发布了《中医药法》！同时，衷心感谢全国人大及时召开了今天的座谈会。《中医药法》的发布与实施，必将有效地、大力地推动中医药昂首阔步走上大发展的快车道，现在需要我们中医人做好宣传普及和贯彻落实的各项准备，正如国家卫计委副主任、国家中医药管理局局长王国强同志所指出的，我们“要准确把握中医药振兴发展面临的新形势，要充分认识中医药振兴发展的新要求，要牢牢把握中医药振兴发展的新任务，要清醒认识中医药振兴发展的新挑战”。我们中医人，包括今天在座的九十多岁的路老、金老和快八十岁的我，无论老的、少的、男的、女的，我们都一定会团结奋进，继往开来，创造新成绩。好法用好、好事办好，让中医药为实现中华民族伟大复兴的中国梦作出更大贡献！（孙光荣. 好法用好 好事办好 让中医药为实现中华民族伟大复兴的中国梦作出更大贡献——在王晨副委员长主持的“《中华人民共和国中医药法》宣传贯彻座谈会”上的发言[N]. 中国中医药报, 2017-06-22(001).）