



世界中醫藥學會聯合會會刊

US Edition

美國版

World Chinese Medicine

世界中醫藥

Vol 6. No 2
Online ISSN 2768-1181

World Association of Shanghanzabinglun
Fulingguben Studies

Winter
2025



傷寒雜病論

世界傷寒雜病論
涪陵古本研究會



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



ATCMA
全美中醫藥學會

名誉主编：田海河

主 编：贺德广

副 主 编

樊莹 何崇 巩昌镇 金鸣 欧阳晖 苏毅文 王德辉 魏辉 闻集普 马蕾 仇玺源 杨常青

编 委

常 萱 陈德成 郑国萍 陈永萍 韩羽山 傅 迪 黄立新

蒋凡凡 金 雷 靳建华 李旭辉 李 瑛 刘大禾 刘宏伟 刘 伟 乐贵祥

陆 飏 欧阳剑锋 秦佑平 邱玉霞 施 敏 梁慎平 沈晓雄 苏达世

王为群 王真平 钱心茹 王展翔 萧苏红 杨 磊 尹承超 赵软金

郑 群 赵振平 朱燕中 孙 健 丁继红 林思哲 林文英 王 宁 王雅荣 舒 健

指导委员会

陈业孟 黄立新 麻仲学 王英秋

编 辑

王展翔 刘 鸿 金 雷 邱玉霞 李 娟 王雅荣 步小妮

封面设计

刘 鸿

排 版

黄喆

广 告

舒 健

网 络

黄喆 仇玺源

Honorable Editor-in-Chief:

Haihe Tian

Editor-in-Chief

Deguang He

Associate Editor-in-Chief

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

Editorial Board Members

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

Advising Committee

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

Editors

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

Cover design

Daisy Hong Liu

Typesetting

Zhe Huang

Advertising

Jian Shu

Website

Zhe Huang, Xiyuan Qiu (Alex)

本期主要内容

本期杂志是世界伤寒杂病论涪陵古本研究会论文特刊的续集，绝大部分文章是该研究会的学员提供的。

2025 年是全美中医药学会和美国中医校友联合会具有重要意义的年份，这里列举了 10 项主要大事。其中最重要的是全美中医药学会于 2025 年 4 月圆满完成换届工作，依法依规选举产生新一届会长及常务理事成员，为学会未来发展注入新的活力，进一步完善组织架构与治理机制。

魏辉等举办了一场针灸教育的危与机专题讨论，针对学校关停潮、学生出路危机、行业制度断裂的现状，几位长期深度参与美国针灸教育、执业实践、行业治理与政策讨论的专家，从不同位置、不同经历出发，共同把脉这一体系正在发生的变化。希望在充分理解现实约束的基础上，厘清问题的本质边界，探讨是否仍然存在可行的转型路径，如何在危机中寻找转机。

周梅梳理了马寿椿老师在线讲授《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的教学实践，总结其“基础一条文一病机一方证一案例”一体化的教学路径及若干关键方法，实施表明，该模式既可显著降低入门难度，又能保持仲景之学的学术张力与临床指向，具有可复制性。

佟麟认为马寿椿老师讲课融合临床体悟与经典精义，善传仲景之神。通过在研究班的学习体会，总结了马老师的教学特点有谦虚严谨，存疑求真，紧扣临床，融古贯今，精讲施注，择善而从，对比辨析，深化理解等。

李晓楫采用系统性文献回顾的方法，结合中医理论与现代实验研究，分析桂枝汤及其组成药物的活性成分、药理作用及作用通路。研究显示，桂枝汤通过多成分、多靶点、多通路调控，能够对免疫系统、循环系统及神经内分泌系统产生综合调节效应。桂枝汤的现代药理学研究为其传统“调和营卫”功效提供了科学依据，中医理论与现代分子机制的结合，有助于推动经典方剂的现代转化和国际化传播。

谭胜乔通过总结阐述桂枝汤调和营卫的作用、从经络和生理论述营卫与心的关系、列举桂枝汤及其类方在心阳虚的应用情况，提示其辛甘化阳、酸甘化阴对心阳具有调节作用，从而证明桂枝汤及其类方对心阳虚等相关疾病有积极的治疗效果。

卢火清对浅刺轻灸治疗儿童反复呼吸道感染的病例资料展开讨论，针刺在治疗儿童疾病的过程中，要注意顾护正气，针刺手法宜轻浅，且针刺深度较浅，无明显针感，安全性高，患儿及家长接受度高，适宜在儿童疾病的治疗中应用。

常雄用董氏奇穴妇科、还巢为主穴的针灸处方，提高了怀孕的成功率。本文以五个不同病情为例，提示该穴组不仅可以用于准备自然怀孕的患者，也可以与人工受孕技术相结合。

Sarah Montesa 结合使用了手法针刺和电针技术，同时应用传统中医穴位和符合生物医学指征的穴位，治疗了一例多汗症，效果显著。作用原理可能是它能够调节中枢神经系统信号，从而降低与出汗相关的交感神经活动，并增强体内的副交感神经活动。

蔡晓梅对《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》桂枝汤证施老注解的条文用穴进行分析，对有方而未注穴位条文的针灸治疗进行推测和思考。

王玲珍报道一例卵巢囊肿患者的治疗病案，中医诊断为肝郁脾虚，痰热瘀结证。经过桂枝茯苓汤加减治疗一个月后囊肿完全消失，卵巢健康。结合病人的具体病情和中医理论，分析桂枝茯苓汤的活血化瘀、软坚散结的作用机制为临床提供依据。

郑崇勇等将温经汤内服、中医健康管理干预应用于低子宫内腔容受性不孕患者，取得满意疗效。就患者通过中医药调理后成功孕育的资料展开了讨论。

陈实通过分析心下痞症的病位及不同兼症辨别差异化的病机，详细比较半夏泻心汤、大黄黄连泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤及附子泻心汤的方义与适应病机，并归纳关键的辨证要点。并解析刘渡舟的一则典型医案，直观印证了心下痞的临床诊疗过程，展示张仲景辨证施治用药的精准性和灵活性。

李佳贞以《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》为蓝本研究，内容受马寿椿老师的讲授启发。通过对太阳病篇中涉及脉象的条文进行细致剖析，旨在探寻仲景脉学的特点及其在临床实践中的应用价值。

陆英通过总结桂枝汤证主症病机，整理桂枝汤桂芍组合和配伍变化产生的诸多类方，细述桂枝汤特殊服用方法，解释桂枝汤解肌和调和营卫的含义，列举桂枝汤方在现代临床的使用报道。

曾晓清通过一例辨证为脾胃阳虚型失眠的误治案例，深刻反思了临床“见症加药”的思维局限，进而强调，紧扣“阳主阴从”理论、抓准阳虚核心病机，对诊治疑难病症具有核心指导意义。

韦星成对小柴胡汤治疗小儿发热、小儿咳嗽、小儿过敏性鼻炎、小儿腹痛等儿科疾病作一综述，归纳其在儿科疾病中的适应症及禁忌事项，分析其目前临床研究和基础研究中存在的不足，以期为临床应用提供参考。

游向前聚焦太阳病表里同病场景，梳理“只解表待里自愈”“只治里让表自解”“表里兼顾同治”“先解表后治里”“先救里后攻表”五种核心治法，深入剖析其背后蕴含的辨证论治、整体观、恒动观三大经典中医思维，并结合临床实例阐释治法应用逻辑，旨在为现代中医诊疗表里同病提供经典理论支撑与实践参考。

目录

Contents

2025 全美中医药学会 tab1 与美国校友联合会十件大事 2025 Highlights - Top 10 Achievements.....(7)

中医教育

美国针灸教育的危与机 The Crisis and Opportunity of Acupuncture Education in the United States
.....魏辉等 Hui Wei ect. (10)

《伤寒杂病论》在线教育模式研究——马寿椿老师讲授《施注涪陵古本伤寒杂病论》特色 Study of the Online
Education Model of Discussion of Cold Damage and Miscellaneous Diseases.....周梅 Mei Zhou(30)

谈谈马寿椿老师教新编伤寒论的特点 On the Characteristics of Teacher Ma Shouchun's Teaching of the Newly
Compiled Treatise on Cold Damage Disorders.....佟麟 Lin Tong (33)

方剂

从营卫调和到分子机制：桂枝汤及其组成药物的现代药理学研究与中医理论桥接综述 From Harmonizing Ying and
Wei to Molecular Mechanisms: A Bridging Review of the Pharmacological Research on Guizhi Decoction and
Its Constituent Herbs between Traditional Chinese Medicine and Modern Science 李晓楫 Xiaoji Li (38)

论桂枝汤与心阳的关系 On the Relationship Between Gui Zhi Tang and Heart Yang.....谭胜乔 ShengqiaoTan (43)

针灸

浅刺轻灸治疗儿童反复呼吸道感染 1 例 Treatment of 1 Case of Recurrent Respiratory Tract Infections in
Children with Superficial Acupuncture and Mild Moxibustion 卢火清 Huoqing Lu (47)

董氏奇穴在助孕方面的应用 Application of Tung's Extraordinary Acupoints in Fertility Assistance
.....常雄 Xiong Chang(49)

電針療法治療多汗症的潛在療效 Electro-Acupuncture as a Potential Treatment for Hyperhidrosis, A Case
Study.....Sarah Montesa(54)

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》桂枝汤证针灸穴位理解与思考 Understanding and Reflection on Acupuncture
Points for Cinnamon Twig Decoction Syndrome in the Revised and Annotated Fuling Ancient Version of
Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases.....蔡晓梅 Xiaomei Cai(59)

妇科

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》桂枝茯苓汤治療卵巢囊腫一例體會 A Case Study of Treating Ovarian Cysts
with Guizhi Fuling Decoction in the 《Revised and Annotated Shizhu Fuling Ancient Edition of Shang Han
Za Bing Lun》 王玲珍 Wang Lingzhen (65)

温经汤对低子宫内膜容受性不孕的影响 The effect of Warming Meridian Decoction on infertility due to low endometrial receptivity 郑崇勇等 Chongyong Zheng etc. (68)

理论探讨

从泻心汤类方看伤寒论的辨证论治 Study the Syndrome Differentiation and Treatment in Shang Han Lun from the Perspective of Xie Xin Tang Formulations..... 陈实 Shi Chen (72)

从太阳病篇看仲景脉学 Study the Zhongjing’ s pulse theory basing on the Taiyang diseases chapter 李佳贞 Jiazhen Li(76)

经验体会

我对《伤寒论》桂枝汤证的学习心得 Study Summary: Guizhi Decoction Pattern in the Discussion of Cold Damage..... 陆英 Ying Lu (82)

一例失眠误治的思考—对症治疗的局限与“阳主阴从”理论的价值 Reflections on a Misdiagnosed Case of Insomnia: The Pitfall of Treating Symptoms and the Centrality of the “Yang as Sovereign” Theory 曾晓清 Xiaoqing,Zeng (89)

小柴胡汤在儿科疾病中的临床应用 Clinical application of Xiao Chaihu decoction in pediatric diseases 韦星成 Xingcheng Wei(94)

基于《伤寒论》太阳病表里同病治法的经典中医思维探析与临床应用 Exploration of Classical TCM Thinking and Clinical Application Based on the Treatment of Concurrent Exterior and Interior Syndromes in Taiyang Disease from “Treatise on Febrile Diseases..... 游向前 Roger Xiangqian You (99)

2025 全美中医药学会与美国校友联合会十件大事

01 成功召开第十一届美国中医药大会 第十一届美国中医药大会于 2025 年 10 月在凤凰城隆重举行。大会汇聚了来自美国、中国、加拿大等国家的中医药领域专家学者，围绕“提升中医针灸临床疗效、分享中医针灸临床经验”这一主题展开深入交流。与会专家通过专题报告与案例分享，系统传授宝贵的临床经验，有效促进了学术交流与实践转化，显著提升了参会者的临床认知与实操能力。

02 完成学会换届，产生新一届会长及常务理事会 全美中医药学会于 2025 年 4 月圆满完成换届工作，依法依规选举产生新一届会长及常务理事会成员，为学会未来发展注入新的活力，进一步完善组织架构与治理机制。

03 与 NCCAOM 正式签署合作备忘录（MOU） 全美中医药学会与美国国家针灸与东方医学认证委员会（NCCAOM）签署合作备忘录，在学术交流、继续教育、行业规范及中医药国际化等方面建立长期合作关系，推动中医药在美国的规范化与专业化发展。

04 与 ASA 建立战略伙伴关系 全美中医药学会与美国针灸学会（ASA）正式签署战略合作备忘录，双方将在教育培训、学术资源共享、行业倡议与公共政策等领域展开深度合作，共同提升中医针灸在主流医疗体系中的话语权。

05 完成与美国校友联合会的整合工作 全美中医药学会完成与美国校友联合会的整合工作，将美国校友联合会正式纳入全美中医药学会体系，作为学会的重要组成机构之一，为全美中医药学会的长期、稳定与可持续发展奠定了坚实基础。同时，也为美国校友联合会未来的发展提供了更有力的支持，实现了资源共享、优势互补与协同发展的双赢局面。

06 举办 40 场高水平线上学术讲座，并联合成都中医药大学成功举办第五届“美容月”系列活动 全年通过 Zoom 平台举办 40 场高质量学术讲座，覆盖临床、科研、教育与特色专科；同时与成都中医药大学联合举办第五届“美容月”系列活动，深化国际学术合作，促进中医特色专科的传播与发展。

07 向世界卫生组织（WHO）提交更新针灸临床适应症的专业建议 全美中医药学会以循证医学和临床实践为基础，向 WHO 正式提交针灸临床适应症更新建议，为推动针灸在国际医疗体系中的科学认可和规范应用发挥积极作用。

08 以学会名义在国际著名医学期刊发表 20 余篇学术论文 2025 年，全美中医药学会专家团队，以学会名义在《The Lancet》《JAMA》等国际权威医学期刊发表 20 余篇学术论文，显著提升了中医药在国际主流医学界的学术影响力。

09 正式创立《全美中医药学会 Newsletter》 学会正式创立并发布《全美中医药学会 Newsletter》，系统呈现学会动态、学术前沿、临床经验与教育资讯，打造权威的信息平台，增强会员凝聚力与行业传播力；继续出版《世界中医杂志》美国版。

10 成功举办 2025 全球中医人春节联欢晚会 学会成功举办“2025 全球中医人春节联欢晚会”，汇聚全球中医药从业者与支持者，共庆新春佳节，弘扬中医文化，增强全球中医人的认同感与归属感。

2025 Highlights - Top 10 Achievements

- 01. Successfully Held the 11th Annual U.S. TCM Conference** The 11th U.S. TCM Conference was held in Phoenix in October 2025. Experts and scholars from the U.S., China, Canada, and other countries gathered to discuss “Enhancing Clinical Effectiveness of Acupuncture and Sharing Clinical Experience.” Through keynote presentations and case sharing, attendees gained valuable clinical insights, strengthening academic exchange and practical application.
- 02. Completed Association Leadership Transition** In April 2025, the American TCM Association successfully completed its leadership transition, electing a new president and executive board in compliance with regulations. This milestone infused new energy into the association and further strengthened organizational structure and governance.
- 03. Signed Formal MOU with NCCAOM** The American TCM Association signed a Memorandum of Understanding (MOU) with the National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine (NCCAOM), establishing long-term cooperation in academic exchange, continuing education, industry standards, and international promotion of TCM.
- 04. Established Strategic Partnership with ASA** The American TCM Association formally signed a strategic partnership with the American Society of Acupuncturists (ASA). The collaboration covers education, academic resource sharing, industry initiatives, and public policy, jointly enhancing the role of TCM and acupuncture in mainstream healthcare.
- 05. Completed Integration with the U.S. Alumni Association** The American TCM Association integrated the U.S. Alumni Association into its structure, strengthening long-term, stable, and sustainable development. This integration enables resource sharing, complementary strengths, and mutual support for both organizations.
- 06. Hosted 40 High-Level Online Academic Lectures and Co-Hosted the 5th “Beauty Month” Event with Chengdu University of TCM** Throughout the year, the American TCM Association hosted 40 high-quality Zoom lectures covering clinical practice, research, education, and specialty areas. Additionally, the association co-hosted the 5th “Beauty Month” series with Chengdu University of TCM, enhancing international academic collaboration and promoting TCM specialties.

07. Submitted Updated Clinical Acupuncture Indications to WHO Based on evidence-based medicine and clinical practice, the American TCM Association submitted professional recommendations to the World Health Organization (WHO) to update acupuncture clinical indications, contributing to the scientific recognition and standardized application of acupuncture worldwide.

08. Published Over 20 Academic Papers in Leading International Medical Journals In 2025, the American TCM Association expert team published more than 20 papers in top journals such as *The Lancet* and *JAMA*, significantly enhancing the international academic influence of TCM.

09. Launched the American TCM Association Newsletter The association officially launched its newsletter to present updates, academic insights, clinical experience, and educational information, strengthening member engagement and industry communication. The association continues to publish the U.S. edition of the *World Journal of Traditional Chinese Medicine*.

10. Successfully Held the 2025 Global TCM New Year Celebration The American TCM Association hosted the “2025 Global TCM New Year Celebration,” bringing together practitioners and supporters worldwide to celebrate the Lunar New Year, promote TCM culture, and strengthen global TCM identity and community.

中医教育

美国针灸教育的危与机

——学校关停潮、学生出路危机、行业制度断裂，如何从危机中寻找转机？

魏辉 巩昌镇 王德辉 樊莹 陈业孟 田海河 焦望义

引言

魏辉：感谢大家在百忙之中参加今天（2025 年 8 月 3 日）这场关于美国针灸教育危机的专题讨论。这不是一个轻松的话题，也不是一次常规的行业交流，而是一场绕不开、拖不得、也无法回避的深度对话。

在过去的几年里，美国针灸教育体系正在经历一场前所未有的震荡——针灸学校接连关停，在校学生数量持续下降，毕业生就业路径愈发狭窄，行业内部关于教育、执业、医保和制度定位的张力不断累积。表面上看，这是招生减少、成本上升、政策收紧造成的结果；但深入其中，我们会发现，这更像是一场长期结构性矛盾集中爆发后的系统性危机。

正是在这样的背景下，我们邀请了几位长期深度参与美国针灸教育、执业实践、行业治理与政策讨论的专家，从不同位置、不同经历出发，共同把脉这一体系正在发生的变化。今天的讨论，并不是为了简单地“归因”或“追责”，而是希望在充分理解现实约束的基础上，厘清问题的本质边界，探讨是否仍然存在可行的转型路径。

我们将讨论这样几个核心问题：为什么针灸学校这几年会集中关停？这究竟是市场回调，还是教育制度本身的失衡？为什么越来越多的学生对针灸教育望而却步？毕业后的出路在哪里？

在主流医学高度制度化、中央统筹的背景下，针灸教育是否还有可能建立自身的稳定支持结构以及针灸是否还有可能真正进入公共医疗供给体系，承担部分现实而迫切的健康需求？

这些问题彼此交织，无法分割。教育的问题，最终都会在执业端显现；制度的缺位，又会反向侵蚀教育的根基。如果我们仍然停留在“个体自负”的逻辑中，把所有压力都推向学校、学生或个人从业者，那么这条链条注定难以为继。

今天的讨论，更像是一场集体性的冷静反思。我们希望通过坦诚的交流，把话说透，把问题摆在桌面上，看清哪些是结构性约束，哪些是可以通过行业协作、制度设计或理念更新逐步改变的部分。

我非常感谢各位嘉宾愿意参与这样一次并不轻松、却极其必要的讨论。也希望今天的交流，能够为行业留下清晰的判断框架和可继续讨论的问题坐标，而不仅仅是结论。

接下来，让我们进入今天的第一部分讨论。

第一部分

魏辉：我们先从一个大家都已经感受到、也最难回避的现实问题谈起。近几年，美国针灸院校出现了集中关闭、合并和停招的情况，这背后究竟是经济环境与招生周期变化所带来的阶段性回调，还是针灸教育体系内部深层结构性矛盾的集中释放？这些冲击是否在不同州或不同类型的学校之间呈现出差异化影响？同时，像 ACAHM 的认证机制、联邦学生贷款以及相关监管政策，在保障教育质量的同时，是否在现实运行中对针灸院校形成了额外压力，甚至无意中加快了这一过程？我想请各位嘉宾结合各自的观察和经验，谈谈对这一现象本质的理解。

巩昌镇：在过去十年里，美国的针灸学校经历了前所未有的退潮。从 2018 年起，多个州的针灸学校陆续关闭、合并，或暂停招生。一些原本在华人社区、韩裔社区或多元文化背景中稳定运营数十年的学校也未能幸免。到 2025 年，针灸与东方医学教育在美国正面临一场结构性危机，其背后是多重因素交织下的深层困境，而非简单的市场回调或暂时的招生低谷。

自 2020 年以来，全国已有十所针灸学院关闭、合并或暂停招生所有项目或部分项目，包括一些运营数十年的老牌机构。这一现象并非个别事件，而是广泛波及多个州，尤以加利福尼亚、纽约、佛罗里达、德克萨斯和俄勒冈等中医针灸教育大州。这些州原本聚集着最多的针灸学校和针灸学生，但随着招生下滑、资金链紧张、政策收紧，

多数学校难以为继。受影响最严重的还不仅是规模较小的学校，还包括上述老牌学校，但是它们有一点是共同的，那就是都依赖单一项目营收，它们在面对疫情冲击、租金上涨和联邦监管加强等多重压力时，陷入危机。危机之下，针灸教育面临的不仅是数量减少，更是结构性调整与系统性反思的迫切需求。

乍看之下，针灸学校的接连关闭可能被误认为是疫情、通胀、留学生流失等短期因素造成的“市场回调”，然而更深层的本质原因是一场积蓄已久的结构性危机。首先，美国针灸教育高度依赖自费学生，而学费昂贵、回报周期长的职业路径使得越来越多潜在申请人望而却步。其次，针灸学校入学门槛太低，学生质量参差不齐，师资单薄、缺乏实训资源，难以与现代医疗协作体系接轨。这导致毕业生就业率不高或不充足，行业吸引力减弱，形成“招生—教学—执业”三断裂的恶性循环。此外，缺乏社会广泛认同和主流医疗系统的制度嵌入，使针灸教育在整个美国医学教育体系中长期处于边缘地带，难以获得政策优待与资源支持。种种因素叠加，构成了当前这场不容忽视的深层断裂。

在这波倒闭潮中，不同类型的学校所受冲击程度并不相同。独立运营的私立针灸学院最为脆弱，因缺乏资金储备与多元项目支撑，一旦招生不力即陷入财政困境。相较之下，附属于综合大学的健康科学学院，或拥有护理、按摩、营养等交叉学科的机构，则具备略强的抗风险能力与资源调配弹性。从地理分布看，竞争激烈的地区学校关闭概率更高，而中西部小城市反而相对稳定。出乎常规的是几所老牌学校也关门大吉了。这场洗牌不仅淘汰脆弱学校，也在重塑整个针灸教育的分布格局与发展逻辑。

针灸学校的关闭潮背后，联邦政策无疑起到了“加速器”的作用。联邦政策反复无常。联邦学生贷款系统的“收益率评估”机制，即获益就业法，对针灸学校构成巨大压力：若毕业生收入不足以偿还贷款，学校便失去贷款资格，从而失去招生基础。这些监管机制在实践中正好“误伤”

尚处成长阶段的针灸学院，间接促成了倒闭潮的发生。“监管正义”演变为“系统性压迫”。

这是一次“关门潮”，也是一次行业洗牌。唯有正视危机，系统改革，方能让针灸教育在美洲大地重新生根发芽，赢得未来。

樊莹：中医学校的核心使命，从来不仅仅是传授知识或完成教学任务，更是为社会持续培养具备真实临床能力、符合执业规范、能够切实服务患者的中医针灸师。但这一使命的实现，绝非仅凭理想、情怀或勤奋教学便可支撑，它必须依托一整套稳定而坚实的系统性条件：持续而稳定的生源供给、结构合理且高质量的师资队伍、科学严谨并贴合执业需求的课程体系、适宜教学与临床训练的硬件环境、高效透明的学校治理与运营机制、清晰而可执行的法律与行业监管框架，以及最根本、却常被忽视的——长期可持续的经费保障。

然而，在现实运行中，美国大多数中医针灸院校高度依赖学生学费作为主要甚至唯一的经费来源。当招生稳定时，学费尚可勉强覆盖教师薪资、教学设施维护、租金、水电、行政管理以及其他日常运营成本，学校得以维持基本运转。但这单一资金结构本身就极为脆弱：一旦招生人数出现波动或下降，学校立刻陷入“收入骤减而支出高度刚性”的困境，几乎没有缓冲空间。

这一脆弱性在近十年被不断放大。通货膨胀持续加剧，租金、水电、保险费用和各类运营成本同步上涨；国际贸易环境变化也推高了设备、耗材和相关教学资源成本。在多重外部压力叠加之下，学校的财务负担持续攀升。然而，教师待遇、教学质量和临床资源却难以相应提升，甚至被迫削减。一旦教学投入下降，教学质量与学生体验随之受损，学校声誉受到冲击，招生难度进一步增加，最终形成“招生减少—经费紧张—质量下滑—声誉受损—再次招生减少”的典型恶性循环。这一趋势并非个别现象，而是具有明显的系统性特征。从 2015 年到 2020 年，再到 2020 年至 2025 年，短短十年间，美国已有二十余所中医针灸学校先后停办，主要原因集中在招生不足、财政难以为继以及综合运营压力过大。相比之下，同期关闭的主流医学学院数量却极为有限。目前，

全美仍在运营的中医针灸院校不足五十所，而主流医学体系中，全科与骨科医学院数量仍在两百所左右，形成了极为悬殊的对比。

这一数字背后，反映的并不仅是个别学校经营不善的问题，而是整个中医针灸教育体系在资金结构、制度支持和行业环境上的深层危机。学校的持续萎缩，直接威胁的是行业的人才供给链和专业传承能力；一旦教育体系难以为继，针灸专业在医疗体系中的存在基础也将随之松动。可以说，中医针灸教育当前面临的，并非周期性的低谷，而是一场涉及“能否持续存在”的结构性考验。陈业孟：“不识庐山真面目，只缘身在此山中。”之所以愿意在这次访谈中发言，正是因为我既身处这个体系之内，又有机会在较长的时间尺度上反思它的走向。本次访谈中，我是唯一一位仍然长期从事针灸执照入门教育、同时参与博士层级教学的教育工作者。由行业专家谈摸脉、开方固然重要，但从制度与教育体系内部做结构性的反思，同样不可或缺。感谢魏辉会长组织这次讨论，让不同视角得以交汇。

自 1996 年纽约中医学院成立至今，我始终在美国从事中医针灸教育工作，涉及课堂教学、临床带教、教材与讲义编写、课程体系设计，以及教育与教学管理（包括执照与行业合规事务）。同时，我也参与院校论证、与西医医院的合作，以及国际中医教育项目的推进。将近三十年的职业生涯中，我既是美国中医针灸教育发展的亲历者，也是参与者，在一定程度上也是推动者。除中国大陆之外，美国无疑是海外中医针灸教育规模最大、体系最完整、影响力最广的地区。

正因如此，近几年针灸院校接连关闭所引发的行业震动，尤为值得冷静分析。自 2023 年西南针灸学院宣布关闭开始，2024 年前后，加州整合研究学院（即美洲中医学院）、俄勒冈东方医学院、奥斯汀整合医学院、佛州针刺按摩学院相继停办；马里兰整合健康大学取消针灸与草药课程；今年又有皇家传统东方医学院关闭、佛州东西自然医学院被终止办学。三年之内，共有八所针灸院校退出历史舞台。

与此同时，也有新的力量进入：奥斯汀整合医学院关闭后，AIMC 学院随即在该城市设立分校；维吉尼亚整合医学大学在新泽西和乔治亚新增校

区；今年八月中旬，加州又有一所院校提交认证申请。如果顺利通过，这三年间关闭八所院校的同时，也将新增七所。统计意义上看，并非单向萎缩。但由于近期关闭的多为办学三四十年的老校，对行业心理冲击极大，才出现了“针灸学校接连关门”的广泛感受。

对此，我并不赞成使用“回调”这一说法，更准确的描述应当是自然调整。美国是一个高度市场化的资本主义社会，高等教育并不存在国家层面的系统托底与政策扶持，适者生存，本就残酷而直接。脊柱治疗（chiropractic）教育的发展史就是明证：曾经有六十多所相关院校，如今只剩下十二所，这同样是自然筛选的结果。

那么，这一轮针灸院校关闭，究竟由哪些因素叠加而成？

首先，联邦政府的“有收益就业”政策是一个重要外部冲击。这一政策在奥巴马政府时期出台，在特朗普第一任期内暂缓执行，近年重新启动。其核心逻辑是：凡学生在就读期间使用联邦学生贷款，毕业后用于偿还贷款的年支出不得超过其年收入的一定比例。若某所学校毕业生整体收入长期达不到这一标准，数年后该校将失去联邦贷款资格。对高度依赖学生贷款入学的院校而言，这几乎是致命打击。针灸院校并非唯一受冲击者，艺术、音乐等专业同样面临类似困境，但针灸教育因就业前景和收入结构本就脆弱，承压尤为明显。

第二，是院校性质的差异——盈利与非盈利。上述政策主要累及盈利性院校：学生用联邦贷款学习，毕业后收入不足以偿还，风险由政府承担，而学校经营者不承担直接责任，联邦政府自然会选择收紧。失去联邦贷款支持后，许多盈利性学校只能关门。非盈利院校则不同，其盈余不会进入个人账户，而是作为学校基金储备，用于应对低谷期。纽约中医学院正是非盈利机构。我曾担任该校十年教务长、十九年院长，薪酬皆由董事会决定。在任期间，学院始终保持盈余，积累的资金全部作为基金保留，在招生或经济环境低潮时发挥缓冲作用。这正是非盈利体制的优势。

当然，非盈利院校也并非没有短板，其扩张动力和进取性相对不足。多年来，不少人建议纽约中医学院在纽约州其他地区、新泽西、宾州或乔治

亚设立分校，均被我婉拒。反观拥有多个分校的针灸院校，几乎全部是盈利性机构。因此，盈利性院校确实在扩张和布局上更为积极。即便在这一轮调整中，仍有盈利性院校在发展，例如近年迁入新校区并新增分校的维吉尼亚整合医学大学。第三，是招生的宏观环境变化。当前整个美国高等教育都处在低潮期：两年制学院、盈利性高校的招生规模大幅萎缩，疫情期间大学新生人数明显减少。针灸教育自然无法独善其身。整体来看，全美针灸院校的在校生人数在过去十余年显著下降，其中相当一部分减少，正是由院校关闭直接造成的。但与此同时，也有部分院校学生人数逆势增长，呈现明显分化。由于针灸院校分布仅限于二十余个州，且州与州之间差异巨大，很难简单判断某一地区受冲击更大。

第四，是联邦学生贷款政策的持续收紧。任何关于联邦贷款的变动，都会直接冲击针灸院校。与“有收益就业”政策并行的，还有一系列技术性门槛的提高，例如入学时需达到更高学分才能获得贷款资格，以及研究生层级部分贷款项目的取消。针灸院校的经费来源极为单一，九成以上依赖学费，政府资助和社会捐赠有限。一旦贷款政策收紧、招生受阻，收入便会迅速下降，学校很快失去维持运作的能力。

第五，是合规与运作成本的持续攀升。联邦、州政府以及各类认证机构的规范与要求不断增加，对规模本就不大的针灸院校而言，合规本身就成了一项沉重负担。即便是中等规模的院校，也需要配备专职人员应对各类法规、审计、评估与报告要求。教学评估体系尤为典型：教师授课并未在走出教室后结束，还需提交大量数据，用以分析考试目标达成率、课程效果、专业目标与学校使命的对应关系。这些制度设计在理念上无可厚非，但在实践中显著抬高了人力和运营成本。

第六，是我称之为“悖论”的结构性问题。针灸院校若想在制度上与主流高等教育并轨，除了学科认证，还必须通过区域性大学认证。这无疑是行业发展的必经之路，但与此同时，也带来了高门槛的行政、人事与评估要求。一些院校曾通过与具备区域性认证资格的大学合并来解决这一问题，但结果并不总是正向。有的合并多年后，针灸专业反而被停止；也有院校在快速扩张、获得

认证、发展成多学科综合性整合健康大学之后，最终却停办了最初作为“母体”的针灸与中草药专业。母鸡生了很多蛋，最后却把母鸡杀了。这便是我所说的悖论：越是向正规大学靠拢，越是发展迅速，反而越容易在主流体系中被边缘甚至淘汰。

其核心问题，并不在针灸本身，而在于主流教育体系与针灸教育之间长期存在的深度不协调与结构性不匹配。这引出了一个值得整个行业深思的问题：针灸院校是否只能永远停留在“小作坊”模式？如果不是，又该如何在不被主流体系吞噬的前提下，实现真正的制度升级？这，或许正是今天讨论必须直面的核心议题。

焦望义：美国针灸学院数量的逐步减少，与其说是一次短期市场波动下的“回调”，不如说是深层结构性变化在教育层面的具体显现。回顾历史，1997 年 NIH 针灸疗效听证会的召开，第一次在联邦层面确认了针灸的有效性，此后全美针灸院校数量迅速增长，在校学生规模也随之大幅扩大。大致从 1998 年到 2018 年，可以说是美国针灸教育与针灸事业发展的鼎盛时期。

近几年，多所针灸学院相继关停，尤其是其中不乏行业内公认的顶尖院校，这一现象本身就说明问题并不简单。许多学校并非专业能力不足，而是在内部治理、经营决策和组织稳定性方面承受了极大的压力。领导层更替、董事会方向不确定，以及在争取区域性院校认证过程中所付出的长期努力、反复调整和资源投入，使得学校长期处于转型期的高压状态。当这一阶段性的“阵痛”无法被有效消化时，最终演变为不可逆的结构性损伤，导致学校难以为继。

联邦政府学生贷款政策的相关调整，确实对部分院校产生了实质性影响，但其作用并非简单划一。对于教学质量较高、毕业生还款率良好的院校而言，政策调整带来的直接冲击相对有限，而对于本就资金结构单一、抗风险能力较弱的学校，则可能成为加速其退出的重要诱因。

因此，针灸学校数量的减少，本身只是一个表象，其背后的深层原因极为复杂，而且每一所学校所面对的具体挑战也各不相同。正因如此，今天的研讨显得格外及时而重要。相关的背景、机制和

分歧，并不适合用一句话概括，而有必要在接下来的议题中，逐步展开、更深入地讨论和交流。

第二部分

魏辉：接下来我们把视角从学校端转向学生和毕业生。很多针灸学生在完成多年学习、取得文凭和执照之后，却发现职业道路突然中断，难以顺利进入稳定的执业体系之中。这是否反映出当前针灸教育存在“教学完成了、职业路径却断裂”的制度性问题？在主流医学体系中，毕业后的规范化培养和财政支持是通过类似 GME 的机制来完成的，而针灸毕业生是否有可能、又在何种条件下，进入类似的支持体系？同时，学校是否在现实中承担了过多原本应由行业、医保和就业体系共同分担的培养责任，却又缺乏有效的衔接机制？这些问题都值得我们进一步讨论。

焦望义：在 2023 年 ASA 于华盛顿特区举行的会议上，ACOM 的代表在报告中指出，在过去十年间，美国针灸院校的在校学生人数已从约 7,800 人下降至约 5,900 人。这一变化，与执业人群规模的同步收缩形成了相互印证：从整体趋势来看，针灸师的执业人数自 2018 年以来持续下降，反映出行业扩张动能的减弱。如果把时间轴拉长，在过去四十多年中，美国中医针灸界通过集体努力，曾经取得过令人瞩目的发展成果。而今天，我们更像是在为一个进入“亚健康状态”的行业把脉问诊，需要冷静分析症结所在，而不是简单地回忆成就或回避现实。来自行业调查的数据也揭示了这一压力的具体落点。相当比例的针灸师发现，仅依靠针灸作为唯一职业，难以稳定覆盖日常生活成本。学历和执照所代表的专业投入，并未在多数情况下转化为与之相匹配的临床收入，这种预期落差直接影响了从业信心和职业持续性。

目前，美国针灸学院毕业生中，绝大多数选择独立开业，或与其他针灸师联合设立诊所。这与主流医学形成了鲜明对比：多数持照西医是在医院或大型医疗系统内执业的。在针灸行业中，由于保险给付有限、诊所运营成本持续上升，包括房租、水电、人力和信息化系统等固定开支，独立执业者所承受的经济压力愈发明显。

基于这样的现实结构，我个人的判断是：如果选择长期独立执业，从可持续发展的角度看，拥有自己的诊所而非持续租赁，反而可能具备更明显的长期优势。商业地产投资不仅可以降低长期运营的不确定性，也有助于在税务和资产积累层面形成正向支撑，其综合效益往往大于单纯租用诊疗空间。

这些现象并不意味着针灸本身失去了价值，而是提醒我们，当前行业所面临的挑战，已经不再局限于技术或教育层面，而是正在深入到执业结构、支付体系和经济模式之中，值得在更高层面加以系统性讨论。

巩昌镇：在美国，针灸教育曾被视为一条“稳健且充满生活意义的”的自由职业路径，尤其受到亚裔移民和对自然疗法感兴趣群体的青睐。然而，近年针灸学校接连关闭、招生疲软的背后，另一个更深层的问题也逐渐浮现——毕业生出路日益狭窄，许多学生“毕业即失业”。这不仅是个体命运的困境，更揭示了整个针灸教育体系中“教学与执业脱节”的结构性问题。

许多针灸学生在经过三至四年严格训练、完成国家考试、获得硕士或博士文凭之后，迎来的不是顺利执业，而是一片迷雾。缺乏清晰职业路径、缺乏接收新人的机构、缺乏医保支持，成为毕业生普遍面对的“三缺”困境。不同于西医毕业后进入住院医师系统、牙医和护士进入机构体系，大部分针灸毕业生几乎必须“孤身开业”，从寻找场地、建立患者基础到应对报销流程，一切自理。这种从“学校温室”直接跨入“市场丛林”的现实断裂，令许多学生措手不及，部分毕业生甚至转行他业，造成大量教育资源与人力成本的流失，也严重影响针灸职业的吸引力与持续发展。

当前针灸教育体系存在一个根本性问题，即教学体系设计上注重理论传授与技艺训练，但缺乏与真实执业环境的对接机制。学校教育往往聚焦中医基础、西医学科与校内诊所实习，却在涉及医保编码、诊所管理、市场定位、患者沟通等实际执业中不可或缺的能力培养方面薄弱，导致毕业生“知识有余、经验不足”，面对真实市场难以落地。同时，针灸学校与行业、诊所、政策系统之间缺乏数据追踪与职业反馈机制，无法基于毕

业生的真实出路调整教学内容与方式，形成了“毕业即断层”的教育逻辑。这种脱节不仅削弱了针灸师群体的职业准备度，也影响了整个行业的健康成长。

与西医学生毕业后进入住院医师培训体系、获得联邦资金支持不同，针灸师毕业后几乎完全没有“带薪实训”，甚至“不带薪实训”机制。尽管行业内部对建立“类似实训机制”呼声日高，但由于针灸并未完全纳入 Medicare 主导的医疗体系，其毕业后临床培训始终缺乏财政资源与制度框架。这种制度缺席，既加重了毕业生自主就业压力，也使雇主诊所缺乏招收新人的动力。部分学校尝试设立“校外协作诊所”、社区带教点，但数量稀少、覆盖有限，难以系统性解决问题。未来若要真正打通从教育到执业的路径，须推动建立“针灸版实训”，由政府（或社会）、学校、诊所、医保四方共建共享实训资源，使毕业生在“安全过渡”中积累经验、建立信心、形成职业网络。

针灸校外的行业端——医保系统、雇主诊所、行业协会——缺乏足够介入与承担责任的机制，造成一种“前端过密、后端真空”的结构失衡。毕业生离校后如同“游离个体”，缺乏行业托底，失去成长路径，甚至逐渐脱离专业体系。这一局面没有“教育-行业-政策”的联动，形成覆盖整个职业生命周期的支持系统是不会改变的。学校培养重心既需要“知识灌输”也需要“职业落地”；行业协会应提供职业导航、创业指导、执业法规培训等系统服务；医保与政策层面则需给予新针灸师更多报销通道与协作机会。只有重塑“从教育到执业”的生态闭环，针灸毕业生才可能拥有真正可持续的发展路径，针灸教育本身才不会成为“培养无用之才”的徒劳投入。

陈业孟：针灸毕业生被纳入类似 GME 机制获得财政支持是一个美好愿望，就连 Chiropractor 都没有此机制。针灸执业以小诊所或综合性诊所为主，这也是毕业的主要出路，或自己开设诊所、或受雇于这些诊所。当然这几年也有一些毕业生进入主流医学系统包括退伍军人医学系统，但毕竟是少数。疫情前阿片类镇痛药物泛滥危机带

来了非药物镇痛新转机，但疫情后似乎被人遗忘，当时各医院都准备开设针灸服务，针灸毕业生的出路宽广了。纽约中医学院有一些毕业生在医院与 VA 医院工作，有一位甚至在五角大楼内的针灸诊所执业。

在今年年初进行的调查发现，纽约中医学院毕业生目前仍然从事针灸的占 85.9%（其中全职的为 49.1%），对收入满意的占 71.7%（其中非常满意者占 33%），目前在执业者中私人开业的占 59.4%，在多位针灸师联合诊所工作的占 17.9%，在综合性诊所工作的占 29.2%，在医院工作的占 5.7%（有人兼两种或以上情况）。纽约是大都市，针灸诊所众多，毕业生出路总的还可以，而且当地专业学会与学院校友会起了很好的桥梁作用，有的甚至在毕业以前已有诊所来招聘。

樊莹：表面上看，招生困难似乎是院校层面的问题，实则根源在学生端——年轻人看不到一条清晰可期、具有吸引力的职业道路。当他们预见到的不是稳健发展的专业生涯，而是充满不确定、甚至令人失望的现实前景时，最直接的选择便是转身离开。职业路径一旦失去吸引力，教育系统也就随之失去了持续运转的基础。

走入社会后的中医针灸毕业生，所面临的现实处境令人担忧。相当一部分人难以找到理想的中医针灸岗位，即便受聘，其工资水平也往往偏低；有人选择自主开业，却面临收入波动剧烈、病源不稳定、缺乏医保支持的多重压力；也有人只能将针灸作为副业或兼职来维持生计，始终缺乏全职从业的信心与制度保障。更为严峻的是，不少毕业生最终选择彻底转行，放弃多年专业训练所积累的知识与技能，造成人才与教育资源的双重流失。

这一现实意味着：中医针灸教育体系所培养的人才，在现实市场中难以完成价值转化。他们既难以顺利融入医疗体系，为社会提供稳定、可持续的医疗服务，也难以通过诊疗获得与其投入相匹配的经济回报。教育的“出口”受阻，反过来削弱了“入口”的吸引力，生源持续萎缩，招生日益困难，逐渐形成“输入不足—输出无力—再输入更弱”的恶性循环。

归根结底，如果毕业生无法在社会中实现其专业价值，教育体系便难以维持自身的正常运作，更无法支撑行业的未来发展。要打破这一循环，必须从根本上改善中医针灸职业的社会地位、收入结构与制度保障，重建学生对这一行业的信心与期待。

毕业生就业困难，并不源于其专业能力不足。事实上，只要经过正规中医院校系统训练并依法取得执照，大多数针灸师在专业能力层面是有保障的。问题在于，他们所面对的市场环境，正在经历严重的“挤压性竞争”与“专业价值稀释”。

首先，是非针灸专业人士对针刺实践的大量介入。在当前的美国医疗现实中，除受过完整中医体系训练的针灸师之外，还有多类非针灸背景人员在从事与针灸高度相似的操作，包括理疗师、整脊医师以及部分西医医生。在多个州的法规框架下，针刺执业权正呈现明显的“泛化”趋势：不少地区允许西医在几乎没有系统针灸训练的情况下施行针刺操作；而理疗师和整脊医师则以“干针”为名，在规避“针灸”法律监管的同时，从事实上与针灸高度相似的治疗行为。

即便在部分州，对这些人群施针设定了最低培训门槛，要求完成一两百小时的课程，但与正规中医针灸学院通常三至四年、累计三千小时以上的系统教育相比，无论在理论深度、技术成熟度，还是临床判断能力上，都存在不可忽视的差距。这种低门槛介入带来了两个严重后果：其一，法律监管在事实上被架空，“干针”等实践游离于针灸执业法体系之外，形成难以监管的灰色地带，破坏了公平竞争环境；其二，公众认知被严重混淆，多数患者难以分辨施术者是否真正具备专业针灸背景，往往将所有针刺治疗简单等同为“针灸”。一旦疗效不佳或出现副作用，负面体验便直接归因于针灸本身，而非施术者的训练与资质问题，最终损害的是正规针灸师的声誉与整个行业的社会形象。

其次，即便顺利就业，许多针灸毕业生仍普遍面临低收入、低地位的现实困境。这并非个体现象，而是西医主导医疗体系内在结构所致。在许多医

疗机构中，针灸服务被安排在效率极低的排班模式下：每小时仅接诊一到两位患者，远低于中医诊所中常见的每小时三至四人的诊疗节奏。这种低产能运作直接压缩了针灸师的收入，也使针灸在机构内部被视为“低效率岗位”，其专业价值长期得不到充分体现，薪资水平自然随之受限。

与此同时，在不少医院与保险机构的认知中，针灸仍被视作“辅助性疗法”或“边缘性疗法”，在专业尊重、制度地位与薪酬待遇上明显低于其他医疗专业人员。保险公司对针灸项目的报销标准长期偏低，甚至呈现进一步压缩的趋势，进一步限制了针灸师的收入空间。

对于选择自主开业或与同行合作诊所的针灸师而言，理想中的职业独立往往伴随着现实中的高经营压力。绝大多数针灸师以独立执业或小型团体形式工作，工作时间有限，收入不稳定。近年来，针灸师在医院、综合医疗机构或整合医学中心工作的比例不升反降，使本就有限的稳定岗位更加稀缺。

来自非针灸专业的“干针”竞争持续分流患者资源；医疗保险对针灸的覆盖范围依然不足，甚至在某些方面趋于收紧。尽管联邦医保已经在特定疾病领域覆盖针灸服务，但针灸师至今仍无法以独立医疗服务提供者的身份直接向医保系统提交理赔。这一制度设计在现实中形同虚设，患者只能自费承担全部治疗费用。

在通胀上升、生活成本持续攀升的背景下，普通家庭可支配收入不断被挤压。当针灸被视为完全自费项目时，越来越多患者不得不减少或放弃治疗，诊所就诊量随之下降。需求下滑、收入减少、成本上升三重夹击之下，即便技术扎实、服务认真，许多针灸师也难以维持诊所的正常运营，更谈不上获得体面的收入与职业尊严。这种现实直接削弱了针灸职业对年轻一代的吸引力，使原本有志于中医的青年望而却步。

王德辉：除了上述结构性压力之外，针灸行业内部的商业模式与价格体系同样存在深层问题。根

据长期观察，美国针灸实践大致形成了三种主要模式。

一种可称为“亚洲模式”，多由受中医传统训练较为系统的针灸师采用，其特点是通过合理排班与流程优化，每小时可接诊三至四位患者，在保证基本疗效和服务质量的前提下，提高单位时间的诊疗效率。这种模式在实践中较有利于维持诊所收支平衡，也为针灸师提供了相对可持续的职业回报。

第二种是常见于西医主导医疗机构中的“美式模式”，其特点是每小时仅接诊一位新患者，或以半小时为单位安排复诊。这种模式强调详细记录与标准化流程，但整体效率偏低，与中医“辨证施治、灵活因人”的特点并不匹配，导致针灸的专业优势难以充分发挥。在这种环境下，针灸岗位往往被贴上“低产能”的标签，薪酬与发展空间随之受限。更值得警惕的是，这一模式正在逐渐固化，成为不少整合医学中心的默认做法，其长期影响不容忽视。

第三种是“社区针灸”模式，多人共处一室同步治疗，通过降低单次收费扩大可及性。然而，由于空间、时间与资源限制，个体化评估与辨证过程被压缩，医患交流有限，治疗方案趋于简化，难以体现中医针灸因人制宜的核心理念。滑动收费虽然降低了患者门槛，却也压缩了高质量服务所需的价格空间，迫使针灸师在高人流与低收费之间被动取舍，长期存在稀释专业价值、拉低行业标准的风险。

在信息严重不对称的情况下，多数消费者并不了解不同模式背后在技术含量、时间投入与治疗深度上的本质差异。低价模式逐渐被误认为行业

“标准”，而合理收费的高质量服务反而遭遇质疑。一些新进入行业的针灸师为争夺客源，被迫参与价格战，通过超低价促销吸引流量，短期或许有所回报，却在长期层面严重损害了针灸作为专业医疗服务的价值认知，最终陷入“低价—低收入—低质量—再低价”的恶性循环。

这一系列因素相互叠加，不仅持续压缩针灸师的生存空间，也不断削弱这一职业的社会形象和发展前景。教育端的招生困境、学生端的信心不足与市场端的结构性失衡彼此交织，构成了当前中医针灸在美国发展中不可忽视的系统性风险。

第三部分

魏辉：在第三个部分，我们想把讨论提升到制度层面。从长期来看，美国主流医学教育之所以能够稳定运行、百年不衰，很大程度上并不是依靠个体或单一院校的力量，而是建立在一整套清晰、连续的制度性保障之上。那么，医学教育赖以维系的关键制度安排究竟是什么？在此对照之下，针灸教育是否也已经走到了需要从“个体自负”转向“制度托底”的阶段，是否需要一个能够统筹教育标准、行业发展与政策对话的类似

“中央协调”的组织来承担这一角色？在现实条件尚不成熟的情况下，是否可以先通过设立国家层面的针灸教育发展基金，或行业协同推进机构，作为过渡性的制度安排？这些问题，或许有助于我们思考针灸教育下一步可能的方向。

田海河：我担任美国针灸及东方医学院资格认证委员会（ACAOM）的资深评审专家至今已有二十七年。在此期间，我走访和评审了美国大多数中医针灸院校，对美国针灸与中医教育体系的整体运行状况有较为系统、直接的认识。正因如此，近年来针灸院校集中关闭以及在校学生人数持续减少的趋势，确实值得行业高度重视。此时此刻，我们更需要为美国的中医针灸教育“把脉诊断”，厘清问题根源，帮助院校尽早走出困境，重新建立稳定的发展节奏。

近几年，美国中医针灸院校出现了明显的关停、合并与收缩现象，这一局面令人忧虑。任何一个行业要实现可持续发展，都必须具备完整的人才梯队和不断补充的新生力量。多所院校的退出，加之幸存院校在校学生规模的普遍下滑，无疑削弱了后续人才供给，对整个行业的长期发展构成不利影响。虽然各校关闭的具体原因并不完全相同，但从整体来看，主要可以归纳为两个方面。首先是经济层面的压力。当学生人数下降到某一临界水平以下，学费收入便难以覆盖房租、水电、教师和行政人员薪资等刚性运营成本。在缺乏政

府资助或社会捐赠等外部资金支持的情况下，学校一旦陷入现金流困境，最终走向关停往往难以避免。其次，是资格认证相关的连锁影响。部分院校由于各种原因失去或无法维持认证资格，随之失去联邦学生贷款资格、NCCAOM 执照考试资格以及州执照申请通道等关键支撑，使学校在制度层面陷入“无路可走”的局面，不得不停止办学。

从历史上看，美国中医针灸院校数量曾一度达到九十余所，但单个院校的规模普遍不大，多数在校学生人数约在一百人左右，部分新建或发展中的院校规模更小。在这样的体量下，院校在师资配置上很难形成理想结构，即便教师整体素质尚可，也常常需要一名教师同时承担多门课程的教学任务，甚至覆盖并非其专长的领域。这种模式在长期运行中不可避免地限制了教学深度与教育质量。

若与主流医学教育体系相比，无论是在硬件规模、专业设置、师资力量，还是在财政保障与制度支持方面，中医针灸院校仍存在明显差距。即使与整脊医学等其他非传统医疗教育相比，针灸院校在整体资源和结构稳定性上也处于相对弱势的位置。这一现实提示我们，美国中医针灸教育在坚持自身特色的同时，仍有必要认真学习、借鉴主流医学教育在制度建设、资源配置和长期保障方面的经验，以增强自身的韧性和可持续发展能力。从这个意义上说，当前的困难并不只是危机，也可能成为促使美国针灸教育体系反思与重构的重要契机。

王德辉：美国主流医学教育之所以能够稳定运行、持续发展百年以上，并非偶然，而是建立在一整套高度制度化、中央统筹的体系之上。20 世纪初，美国医学教育一度同样混乱分散，院校水平参差不齐。1910 年《弗莱克斯纳报告》的发布，成为转折点。此后，美国医学教育被纳入统一而严格的制度轨道：课程结构、教学质量、科研能力和办学条件均有明确标准，所有医学院必须通过权威认证体系维持同一底线，劣质办学被系统性淘汰，从根本上避免了“野蛮生长”。

在此基础上，美国建立了清晰而递进的人才培养结构。从本科阶段的医学预科教育，到医学院的基础课程与临床训练，再到住院医师的规范化培

养和专科进修，每一个阶段都有明确目标、考核方式和责任主体。医学教育不追求速成，而是通过长期、分层的实践导向训练，确保毕业生既具备扎实的理论基础，又能胜任真实、复杂的临床工作。

这一体系得以长期保持活力，还依赖于持续的科研驱动。美国医学院大多依托研究型大学及附属教学医院运行，临床实践与科研探索形成双轮驱动。新的医学知识、诊疗技术和循证标准不断反哺教学，使教育体系始终处在更新状态，而不是停留在既有经验之上。与此同时，严格的准入门槛和执业监管制度贯穿医生的整个职业生涯：高标准招生、国家级执照考试（如 USMLE）、持续的继续教育和定期再认证，共同确保医生群体的专业能力始终符合时代需求。

更重要的是，这一体系拥有充足而稳定的资源支持和高度社会认可。政府、基金会与社会资本的长期投入，为医学教育提供了可靠的财政基础；医生作为职业，在社会中享有较高地位和相对稳定的收入，吸引优秀人才不断进入这个体系，从而形成良性循环。权威认证机构（如 LCME、ACGME）与行业组织（如 AMA）共同构成了医学教育与执业的“中枢系统”，将教育、执照、医保支付和职业发展紧密衔接，形成一个高度闭环、可持续的制度结构。

正是在这一意义上，才引出了一个对针灸界无法回避的问题：针灸行业是否同样需要一个具备

“中央统筹”功能的权威机构？答案几乎是肯定的。当前美国中医针灸行业的现实状态，与百年前医学教育改革前的情形颇为相似——高度分散、标准不一、缺乏统一权威代表。院校之间在课程设置、学制长度、临床实践要求上的差异极大，教育质量难以整体评估；现有认证机构如 NCCAOM、ACAAM 多侧重考试或教育评估，职能相对单一，缺乏统筹行业长期发展、制定统一战略的权威性；在政策层面，更缺乏一个能集中代表行业与政府、医保体系和主流医疗界对话的“统一声音”，使针灸在制度博弈中长期处于弱势。这种分散状态，还导致科研、继续教育和临床指南无法在全国层面整合，资源被反复消耗却难以形成合力，社会大众和主流医疗系统对针灸教育水平与专业能力的认知也始终模糊不清。与主流

医学拥有 LCME、ACGME 和 AMA 等机构统一制定教育与执业规范相比，针灸教育仍更多依赖院校和个人“各自为战”。

现实地看，目前尚不存在一个天然具备这一“中央统筹”功能的现成机构，但并非无路可走。一条可行路径，是在现有全国性组织基础上进行制度改造和职能扩展，例如让 NCBAHM 或 ACAHM 在保留认证职能的同时，逐步承担全国教育标准制定、人才发展规划以及行业整体代表的角色。另一条路径，则是整合 ATCMA、American Society of Acupuncturists 以及各州针灸协会的力量，组建类似美国医学会（AMA）的全国性行业联盟，成为针灸界统一发声、集中对接政策的平台。

在真正建立具备权威性的“中央机构”之前，设立过渡性机制同样具有现实和战略意义。诸如“国家针灸教育发展基金”或“行业协同推进办公室”，可以先行承担资源整合、标准提升与政策协调的功能。通过集中资金支持课程改革、循证研究和师资培养，通过统一的信息与政策窗口对外发声，这类机制既能改善当前教育与行业发展的碎片化状况，也能为未来形成真正全国统筹的权威机构积累制度经验和组织能力。

归根结底，美国主流医学教育能够百年不衰，并不只是因为医学本身重要，而是因为它建立了一套不依赖个人、不依赖单一院校的制度性保障体系。针灸教育若希望实现整体跃迁，也必须走出“个体自负”的阶段，借鉴这种中央统筹模式，在统一标准、集中资源和制度闭环中寻找自身的可持续发展路径。唯有如此，针灸教育才能真正从分散走向成熟，从边缘迈向主流，为行业的长期发展奠定坚实基础。

第四部分

魏辉：我们把讨论放到更宏观的公共医疗层面。美国长期面临医生短缺和医疗服务分布不均的问题，在这样的背景下，针灸是否有可能在慢性病管理、疼痛与康复等领域，承担起部分基层健康服务的功能？如果这一潜力始终未能转化为现实，当前针灸师进入 Medicare、Medicaid 和退伍军人医疗体系所面临的核心障碍究竟在哪里？要真

正推动针灸进入公共医疗供给体系，需要怎样的政策支持和可行的法规路径？这些问题也期待各位嘉宾的深入探讨。

焦望义：相关数据显示，2018 年参与医院体系工作的针灸师约为 2700 人，而到 2023 年这一数字已下降至约 1500 人。这一变化本身值得高度关注。事实上，如果在学生毕业之后，有更多的医院能够以制度化、稳定的方式接纳针灸师进入临床体系，美国中医针灸的发展前景将可能发生质的变化。一旦毕业生拥有清晰的职业出口和相对体面的收入保障，针灸教育体系自然能够吸引更多、更高素质的学生进入，从而形成良性循环。

然而，从现实情况来看，目前相当一部分进入医院体系工作的针灸师，并未真正融入主流医疗结构。他们往往以兼职、合同制或辅助科室人员的身份存在，更多是接受西医医生的医嘱下单，执行既定的治疗任务。常见的工作模式包括：为患者提供 6-8 次、每次 15-30 分钟的治疗，或以小组治疗、耳针治疗等形式介入临床流程。在这一模式下，针灸师通常不具备独立诊断权，也缺乏治疗方案的主导权，其专业价值难以充分体现。

从行业发展的角度来看，更理想、也更具长远意义的模式，是针灸师能够以全职身份进入医院主流科室，在制度上获得与其他医疗专业人员相匹配的职业定位与福利保障。在这一模式中，针灸师不仅是治疗执行者，而是具备清晰专业身份的临床医生，能够独立评估患者、制定治疗方案，并对疗效负责。当然，这种路径的门槛极高，对从业者在教育背景、综合能力和专业素养方面提出了更严格的要求。

在现实条件下，这类针灸师往往需要具备博士层级的教育背景，能够真正实现中西医知识的贯通，并拥有出色的医患沟通能力和跨学科协作能力。他们不仅能够与西医同行进行专业层面的对话，也能够清晰、有效地向患者解释治疗思路，建立信任关系。在独立诊断、自主治疗和疗效显著的基础上，针灸师才有可能在医院体系中赢得长期、稳定的位置。

从这个意义上说，针灸师进入医院工作的“数量”本身并不是唯一指标，更关键的是进入的“方式”

和“层级”。只有当针灸师真正融入主流医疗体系，并以核心医疗成员的身份参与临床工作，针灸教育与行业发展的整体格局，才可能发生根本性的转变。

王德辉：从理论上说，针灸完全具备在美国基层医疗中发挥更大作用的条件：安全性较高、副作用相对较少、成本可控，在慢性疼痛、康复、压力管理以及部分功能性疾病方面也展现出不容忽视的潜力。但要让针灸在现实中真正“下沉”到基层，承担起分担初级健康服务压力的角色，目前仍横亘着多重制度性障碍。

首先，是法律定位与执业权限的根本限制。美国的基层医疗（primary care）主要由家庭医生、内科医生和执业护士承担，他们不仅负责初步诊断，还拥有药物处方权、转诊权，并承担慢性病管理等全科职责。而针灸师在多数州既不享有广泛的诊断权，也没有处方权，有的州甚至进一步限制针灸师的独立诊疗范围。结果是，即便针灸在某些疾病管理中可以提供重要帮助，针灸师也难以被视为“第一接触点”的全科式医疗提供者，而只能被摆放在一种辅助性的位置。

这种角色差距，与教育和培训体系的不对等密切相关。西医医生通常要经历四年医学院教育，再加上至少三年以上的住院医师培训，系统掌握全科诊疗、急症处理、药理学、内外科基础等一整套能力。与之相比，针灸教育标准在全国范围内尚不统一，培养模式往往偏重技术操作与辅助治疗，对全科医学背景、急性病处理能力以及系统化、全国一体化认证的建设相对薄弱。这使得政策制定者和医疗体系难以对针灸师的“整体临床能力”建立足够信心，更难将他们纳入承担基层首诊任务的队伍之中。

医保覆盖的不足，则进一步限制了针灸服务在基层的普及。联邦层面的 Medicare 与各州的 Medicaid 在报销针灸方面普遍持审慎甚至保守态度。Medicare 目前只对少数适应症（如慢性下腰痛）给予有限报销，且服务必须由医生、执业护士或医师助理直接提供或在其监督之下进行，针灸师本人并未被承认为“独立医疗服务提供者”，无法直接向 Medicare 报销。Medicaid 则由各州自行决定是否涵盖针灸，多数州仅在个别疼痛或戒毒项目中有限使用，整体覆盖十分狭窄。

退伍军人事务部（VA）系统近年来虽然增加了针灸的应用，并开始雇佣针灸师，但主要以外包或合同形式存在，尚未形成系统化、常态化的岗位设置。在缺乏公共支付支持的情况下，针灸很难像全科医疗一样，广泛而稳定地嵌入基层公共医疗供给体系。

在循证研究层面，针灸也面临结构性短板。一方面，针灸在慢性疼痛等领域已经积累了一定的证据基础，但对于基层常见、高发疾病，如糖尿病、高血压、呼吸道感染等，缺乏足够数量和质量随机对照试验与长期随访数据。另一方面，围绕针灸对整体医疗支出的影响——例如是否能够减少药物使用、缩短康复周期、降低手术与住院率——尚缺乏系统的成本-效益分析。支付方和政策制定者因此难以判断：扩大针灸报销，是否真正能够节约医保支出或优化资源配置。在数据不足的前提下，医保政策的扩容自然趋于谨慎。更深一层的结构问题在于：针灸师的职业法律地位，在联邦层面始终未获得与其他医疗专业等等的承认。针灸在部分州仍被定义为“辅助疗法”，而非基本医疗服务的一部分，这种模糊的制度定位压缩了其政策延展空间，使其难以比照医生、执业护士、物理治疗师那样，直接进入医保支付体系。同时，教育与执业标准虽然已有 ACAHM、NCBAH 等认证体系，但尚未形成类似 LCME/ACGME 那样全国公认的权威教育与住院医师式临床培训标准。政策制定者对如何在全国范围内统一监管针灸师的临床质量，缺乏足够信心。

这一切再叠加上社会认知层面的偏差。美国公众对针灸的印象，往往停留在“替代疗法”“辅助疗法”的层次，很少有人会自然地把针灸师与家庭医生、内科医生并列视为“首诊入口”。在医生群体内部，对针灸的接受度也不均衡，有些医生愿意转诊，有些则持保留甚至排斥态度，多学科协作和转诊率因此受到影响。长期下来，针灸在医疗体系中的专业信任度与制度地位，始终徘徊在“边缘”的位置。

与此同时，针灸正在被纳入部分整合医学中心和大型医疗机构，用于疼痛管理、癌症支持治疗和康复辅助疗法，这一趋势从侧面表明：针灸确实拥有进入公共医疗供给系统的可能性。但从“局

部试点”和“补充疗法”，到“全面融入”和“制度化角色”，中间仍有很长的距离需要跨越。要理解这条路径的艰难，还必须看到整合医学中心中的实际运作模式。根据近年来对若干整合医学中心针灸实践的观察，病人安排的效率普遍偏低——新病人通常按每小时一位安排，回访病人按每半小时一位计算，一个四小时的工作时段，前三小时用于接诊，最后一小时主要用于书写病历。理论上，这种设计最多也只能在一个班次中接诊六名前来复诊的病人；一旦其中夹杂新病人，数量还会进一步下降。再加上现实中常见的改期（reschedule）与爽约（no-show），很多针灸师每四小时实际接诊的病人只有三到五人。这种低产能模式不仅导致针灸师收入水平偏低，还在无形中强化了一种“低效率 - 低收入 - 低地位”的恶性循环，让针灸在主流医疗体系中呈现出一种“成本不低、产出有限”的专业形象，甚至有被简单与按摩等服务并列的风险。一旦这样的模式固化下来，针灸师在主流医疗系统中的发展空间将被严重压缩。

在这种背景下，美国长期面临医生短缺、医疗资源分布不均的问题，却仍难以让针灸作为一支重要补充力量大规模承担基层健康服务，其原因也就不难理解了：针灸师在多数州缺乏诊断权和处方权，教育标准不统一，临床能力与全科医生的结构性差距明显；医保覆盖不足，社会和同行信任度有限；行业内部又缺乏一个类似美国医学学会（AMA）那样的全国性权威组织，去集中表达诉求、推动制度改革。

要改变这一局面，仅靠单点突破远远不够，必须走一条“科研证据—行业联盟—政策游说—法规修订”的系统闭环路径。第一步，是让科学证据先行。行业需要有意识地投资高质量、多中心的随机对照试验，特别是在慢性疼痛以外的常见基层适应症上，系统积累疗效与安全性数据；同时开展长期成本—效益分析，量化针灸在减少药物依赖、缩短康复周期、降低住院与手术率方面的经济价值，并与知名医学院、大学医院等主流科研机构合作，以提升研究的权威性与政策说服力。第二步，是搭建全国性行业联盟，集中话语权。现有的 NCCAOM、ACAOM、ATCMA、ASA 等组织以及主要院校，需要在更高层面整合资源，建立一个

类似“美国针灸与中医药国家联盟”的平台，统一对外发声，推动教育、临床和执业认证的全国统一标准，增强针灸师群体在医保系统中的职业可信度。这个联盟可以定期发布政策白皮书，向国会、联邦医疗保险与医疗补助服务中心

（CMS）以及 VA 系统递交行业数据和改革建议，把针灸问题稳步推入政策议程。

第三步，是有策略地推进政策游说与多方合作。通过与支持非药物疗法的议员合作，推动相关立法议案（例如近年由赵美心等人推动的针灸师独立医保提供者法案），同时联合退伍军人康复组织、慢性疼痛患者协会、保险公司等利益相关方，共同构筑跨界联盟，向政府施加压力。借助媒体、患者团体和社交平台的力量，将扩大针灸医保覆盖的诉求转化为有社会影响力的公共议题。

最后一步，是在法规路径上，分阶段推进从行政推动到立法改革的过程。短期内，可以通过向 CMS 提出请愿，要求扩大针灸报销的适应症范围，并探索在现行框架中将针灸师纳入服务提供者的可能性；推动 VA 系统将针灸师列入标准岗位配置，而非仅以外包形式存在。中长期则是在前期循证研究与教育标准统一的基础上，借鉴物理治疗师、执业护士等专业的医保立法模式，推动国会通过诸如《Medicare 针灸师独立执业法案》之类的法律或修正案，从联邦层面确认针灸师的独立医疗服务身份。

归根结底，当前阻挡针灸师全面进入 Medicare、Medicaid 和 VA 体系的核心障碍，可以概括为四点叠加：职业法律地位缺失、教育标准不统一、循证数据不足、缺乏全国性权威组织推动政策改革。而要让针灸在美国基层医疗体系中真正发挥作用，就必须在上述每一环节上同步发力。

如果能够逐步建立统一的教育和国家认证体系，提升针灸师在全科诊疗与多学科协作中的能力；不断扩大医保覆盖，形成可负担、可复制的服务模式；用高质量的循证研究和成本—效益分析说服支付方和监管者；并通过全国统一的行业联盟与政府、医保、VA 系统持续对话与博弈，那么，针灸从“边缘化辅助疗法”走向“联邦医保体系中的独立医疗服务力量”，虽是一个漫长而复杂的过程，却不再是遥不可及的愿景。

第五部分

魏辉：在这一部分，我们聚焦在多学科协作与教育结构本身。主流医学教育中，医学生很早就进入跨学科训练体系，而针灸在美国却长期被视为“边缘知识”，这是否与针灸教育相对封闭的结构有关？在当前制度条件下，针灸教育应如何打破自身边界，主动融入多学科医疗协作网络？与此同时，针灸学生又该通过怎样的途径进入主流医学场景中的实训体系，获得真实的临床协作经验？行业是否也需要建立更统一、权威的公众传播机制，以提升社会和医疗体系对针灸的认同？在此基础上，是否有可能设计出一种“协同实训模块”，让针灸学生真正进入医院或社区诊所的协作系统中？

王德辉：在美国的医学教育体系中，多学科训练并非附属环节，而是医生培养的核心路径之一。医学生从早期阶段便系统学习解剖学、病理学、药理学、公共卫生、心理学与社会医学，并在随后的临床轮转中进入真实的医疗场景，与来自不同科室的医生、护士、康复治疗师、心理健康专家共同工作。在 multidisciplinary 诊疗团队（MDT）中，他们逐步掌握一种“共同语言”——既包括医学知识与循证逻辑，也包括跨专业协作的工作方式和临床决策流程。这种训练，使医学生在毕业前已能够自然融入复杂而高度协作的主流医疗体系。与此形成鲜明对比的是，中医针灸教育在美国长期处于相对封闭和边缘的位置。这种边缘化并非源于单一因素，而是教育结构、制度环境与学术基础多重因素叠加的结果。多数针灸院校独立运作，课程体系高度集中于中医理论和针灸技法，本身并非问题，但长期缺乏与基础医学、循证医学、公共卫生和心理学等关键学科的系统性融合，使学生在知识结构和思维方式上难以与主流医学对接。与此同时，针灸教育与医学院、护理学院、康复医学和精神健康等学科之间，鲜有联合课程、共享学分或双向实习机制，学生在学习阶段极少有机会进入多学科临床团队中积累真实经验。这种教育孤立，直接延伸到制度层面。由于针灸在联邦法律和主流医疗政策中尚未被确立为核心医疗学科，它难以进入医学院的必修课程体系。在少数医学院中，针灸通常以“整合医学”或选

修内容的形式出现，即便被重视，其地位也仍然是附属性的。此外，大部分大型综合医院并未设置常规针灸岗位，针灸知识难以通过日常医疗实践自然融入医生和医学生的培训环境，进一步加剧了学科间的隔离。

学术层面的不足，也在无形中放大了这种边缘化。尽管针灸在临床应用中积累了丰富经验，但在美国语境下，高质量、多中心、符合主流评价标准的临床试验仍然有限，指南级证据不足，使针灸难以构建标准化、可复制的诊疗路径。这一现实，使其难以成为医学院教育体系中可以被系统教授的“硬知识”，从而影响学术认可度与制度接纳度。

要真正改变这种局面，改革的关键不在于等待被接纳，而在于主动“破圈”。首先是课程层面的跨界融合。针灸院校需要创造条件，与医学院、护理学院、物理治疗、公共卫生等学科共建课程模块，强化解剖学、循证医学、健康经济学和基础药理学的训练，使针灸学生在进入临床之前，已经具备与其他医疗专业沟通和协作的知识基础与思维框架。

其次，是临床协作训练的制度化。通过建立多学科联合实习基地，让针灸学生与医生、护士和康复治疗师共同参与病例讨论和联合治疗，在真实医疗流程中学习角色定位、沟通方式与协作逻辑。多学科团队训练，不仅提升临床能力，更重新塑造针灸师在医疗体系中的专业形象。

科研是第三个不可或缺的切入点。通过深度参与大学医院和研究中心的临床试验与机制研究，采用国际通用的科研方法积累疗效与安全性证据，逐步形成可指南化、可推广的临床路径，为针灸进入主流医学教材和规范奠定科学基础。

在此过程中，行业组织的角色尤为关键。只有通过统一发声和协调行动，推动针灸进入医院疼痛管理、康复科、慢病管理等常规科室，才能建立稳定、长期的协作平台，并在政策层面争取将针灸纳入公共医疗体系的常规选项。

现实中，美国医学生在学习阶段即可进入大型医院和多学科诊疗网络进行实训，而针灸学生多数仍局限于院校附属诊所或私人门诊，这种差距直接影响教育质量和社会认可度。尽管针灸学生进入大型医院和综合诊所仍面临诸多门槛，但通过

院校主动合作、行业协会搭建实训平台、科研项目切入以及政策倡导，多条路径正在逐步被打通。在这一背景下，“协同实训模块

（Collaborative Clinical Training Module）”可以成为针灸教育与主流医疗体系之间的关键桥梁。通过制度化安排，让学生在学习阶段进入医院、社区诊所和多学科诊疗团队，参与临床观察、病例讨论、循证训练与社区健康服务，不仅帮助其掌握通用医学语言和临床规范，也为针灸教育融入医保和公共医疗体系提供现实依据。

与此同时，改革还必须延伸到公众层面。针灸在美国发展多年，但公众认知分散、信息来源零散，负面事件容易被放大，而行业缺乏统一权威的回应机制。建立统一、持续、以科学证据为核心的公众传播体系，将有助于提升社会信任度，增强在政策讨论中的存在感，为教育改革和制度接纳创造更有利的环境。

归根结底，针灸在美国长期被视为“边缘知识”，并非其本身价值不足，而是因为缺乏与主流医学共享的语言、训练路径与制度平台。唯有通过课程跨界、临床协作、科研对接、行业协同与公众传播的系统性努力，针灸教育才能真正走出封闭结构，使针灸师成为多学科医疗团队中的正式成员，进而提升整个行业在美国医疗体系中的专业地位与社会认同。

陈业孟：纽约中医学院较早开始尝试将针灸教育系统性地引入主流医疗与公共机构。自 2002 年起，学院在纽约州立大学法明岱尔分校健康中心设立针灸门诊。该中心本身设有常规西医诊疗、心理咨询和脊柱治疗等服务，主要面向在校大学生，同时也向学校教师和行政人员开放。在这一多学科医疗环境中开设针灸服务，使学生从一开始就有机会在真实的综合医疗体系内接受临床训练。

2010 年，学院进一步将实习教学拓展至曼哈顿下城的高云尼医院，在该院建立稳定的临床实习基地。学生得以进入病房，为住院患者提供床边针灸治疗，主要服务对象包括中风患者、关节置换术后患者，随后逐步扩展至更多老年病患者。这一阶段的实践，使针灸学生得以直接参与重症、术后及慢性疾病患者的临床照护，切实理解针灸在医院环境中的角色与边界。

到 2023 年 1 月，学院又在皇后区牙买加医院设立了新的临床实习基地，学生主要在康复医学和临终关怀病区提供针灸服务。这一基地的建立，进一步丰富了针灸学生对不同临床场景的认识，也使针灸在医疗体系中更多地参与到长期照护与生活质量改善中。

从全国层面来看，这类合作正在逐步扩展。根据 CCAHM 公布的信息，目前美国针灸院校共建立了 119 处校外临床基地，分布于 15 个州。其中，58 处设在各类医院系统（包括退伍军人事务医院），其余 61 处则位于综合型诊所和社区医疗机构，如健康中心、康复中心、戒毒治疗机构、老年中心及庇护所等。

这些校外临床合作，对针灸学生而言，不仅显著拓宽了临床视野，也为其未来职业道路提供了更为现实的参考路径；对主流医学体系而言，则在潜移默化中增加了对针灸临床价值的认知和理解。可以说，正是通过这种持续、稳定、制度化的临床协作，针灸教育才得以逐步走出校园，进入更广阔、更真实的医疗实践空间。

巩昌镇：在当代美国医学教育体系中，多学科协作训练早已成为主流理念。医学院学生的训练只是医学、护理、药学、物理治疗、心理健康

“产业链”的一环，强调互补治疗、患者为中心的理念。这种嵌入式的机制不仅提升了学生的沟通与临床应对能力，更让他们在职业起点就内化了“协同治理健康”的医疗模式。相较之下，美国的针灸教育体系至今仍显得“孤岛化”，在教育内容、实训平台、职业路径、社会认知等方面与主流医学系统存在严重脱节。针灸虽在一定程度上获得法律认可，亦在部分州纳入保险体系，但其教育体系在结构上仍存在封闭与孤立的倾向。这样的“边缘化”不仅妨碍了针灸师的专业成长，也限制了其在美国医疗结构中所能发挥的潜能。

中医针灸之所以在美国长期处于“边缘知识”地带，既与其文化背景不同于西医主流体系有关，也与其在制度设计、学科传播、教育结构等方面长期缺乏嵌入式机制密切相关。美国医学体系的学术核心集中在科研产出、循证医学与医保体系的标准化路径上，而针灸虽在慢性疼痛、慢性疾病、心理调节等方面显示出独特价值，却往往因理论体系“非主流”、证据基础相对薄弱而未能

真正进入主流医疗学术与实践网络。许多针灸学校仍完全沿袭传统教学方式，与现代医学教育脱节，课程设置和实训机制缺乏对“主流医学话语体系”的回应，使得针灸师在求职、执业、社会认同等多个层面均处于不对称地位。要改变这一现状，针灸教育必须跳出自身框架，主动回应现代医学教育的结构性逻辑，谋求制度对接与文化共建。

要打破针灸教育的封闭结构，首要之举是从教育架构上引入跨学科协作模块，推动课程内容与主流医学知识体系对接。当前的针灸教育过于注重传统理论，而忽视现代医学中“系统协作”“团队管理”等核心能力的培养。针灸教育整合入医学、护理、药学、心理、康复等专业的产业链中，引导学生在学期间形成协作意识与沟通技能。行业必须建立统一的公众传播机制，通过权威性、连续性、标准化的内容向社会清晰展示针灸师的专业训练、服务边界与健康价值，从而扭转长期以来“模糊认知”的社会形象。如果公众始终将针灸视为“另类治疗”，那么即使教育体系完善，也难以支撑针灸师群体的发展与职业尊严。

当前针灸学生进入主流医学场景实训系统的最大障碍，在于缺乏制度接口与临床协作机制。多数针灸学校只能提供校内附属诊所实习，在医院系统的深入不够，学生无法真实体验医院诊疗流程、团队决策机制及多学科交互，导致毕业后难以适应综合医疗环境。西医机构出于合规性、责任归属、医保报销等方面的考虑，即使设立针灸岗位，也不愿承担培训责任。为打破这一局面，教育主管部门和行业协会需推动试点项目，协助医院系统与针灸教育机构签署实训合作协议；认证机构应将“临床协作能力”纳入学校评估指标，引导学校主动开拓实训外延。一些成功案例可为建立跨学科实训平台提供了可复制的样本。

针灸教育要在美国真正扎根生长，必须跳出“技艺训练”的思维局限，构建“系统性整合”的教育与职业路径。这不仅是课程设计的更新，更是理念上的重构与体制上的重建。未来的针灸学校应主动引入“整合医学”课程；行业则应探索建立“针灸协同实训基金”，比照医学住院医师机

制，为毕业生提供协作实践平台；行业组织应加强社会公共形象塑造，树立针灸师作为“整合医疗贡献者”的角色认知。唯有教育、医疗、政策、传播四位一体，针灸这一古老技艺才能在现代社会中重获制度位置与公共价值，从“替代”走向“共治”，真正实现由边缘向中心的跃迁。

第六部分

魏辉：最后，我们把目光投向未来，回到一个根本性的问题：未来的针灸学院应该是什么样的？针灸教育是否有可能从目前相对分散的状态，逐步走向“招生—教学—临床—保险—继续教育”相互衔接的结构性闭环？在这一过程中，数字化教学、混合型培养以及多校区协作，是否会成为现实可行的发展方向？而在下一轮制度设计中，政府、行业组织、学术界、院校以及学生群体，各自又能够承担怎样的责任，推动针灸教育走向更加稳定和可持续的道路？

王德辉：这并不是一场局部失灵的危机，而是一种贯穿全链条的系统性失衡。中医针灸的教育、毕业生的职业出路以及社会层面的实际使用，原本应当环环相扣、相互支撑，如今却在多个关键节点同时出现断裂。表面看似生源减少、就业困难、行业混乱，实则背后是结构性的失序：教育体系难以吸引和留住合格的学习者，毕业生付出多年专业训练却无法实现应有的职业价值，市场环境未能为专业技术提供稳定而清晰的定位，而现行法规也不足以有效遏制跨专业执业所造成的混乱与侵蚀。

在这样的背景下，任何针对单一问题的修补性措施都难以奏效。这一系统性危机，唯有通过系统性的改革才能真正化解。改革的起点，必须回到制度层面——通过政策、法律、保险与教育体制的协同调整，重新校准整个行业的运行逻辑。严格而清晰的行业准入与执业标准，是恢复职业秩序的基础；对“干针”与“针灸”进行明确的法律界定，则是保障患者安全与专业尊严的关键一步。

与此同时，改革并不止于管控，更在于重建信任与价值。通过持续而有效的公众教育，提高社会对针灸专业内涵与临床价值的认知，能够为行业争取更真实的社会支持；合理的收费机制与支付体系，则是保障从业者生存与发展的现实条件；而在医疗体系内部，改善医院针灸岗位设置、拓展规范化的临床空间，才能让专业人才真正进入主流医疗结构之中。最终，随着制度完善与实践落地，针灸从业者的职业地位与社会尊重也将随之恢复。

只有当这条从教育到执业、从制度到社会认知的链条重新衔接，针灸教育才能重新焕发生机，行业的发展才可能摆脱消耗式循环，迈入一个良性、稳定而可持续的阶段。

陈业孟：学校有其自身清晰而相对稳定的定位，其核心职责仍然在于教育本身，而不可能深度介入保险体系、支付政策等更广泛的制度层面事务。但可以肯定的是，针灸教育的模式正在进入一个必须主动调整和转型的阶段，未来的变化空间依然十分巨大。

首先，这种变化体现在能力培养目标的根本性升级之中。在 ACAHM 于 2024 年发布的最新版教育标准里，人才培养被系统性地划分为病患治疗、系统医学和专业发展三大范畴。其中，病患治疗领域新增的“病例管理能力”尤为引人注目，它标志着教育重心已从单纯的技术训练，转向完整的临床责任承担。这一能力要求学生不仅理解疾病，更要真正理解患者本身——包括其文化背景、社会情境与个体差异；能够运用完整而连贯的临床流程实施治疗，并根据病情变化动态调整治疗方案，持续评估治疗效果。同时，学生还必须具备与其他医疗专业人员有效沟通的能力，以确立恰当、协调的治疗计划，能够撰写规范的医疗报告与专业信函，熟悉转诊体系，并了解其他健康专业人士的治疗方式与工作逻辑。

同样重要的是，在系统医学范畴中，硕士阶段的课程也被明确要求强化“教育与沟通能力”。这意味着，未来的中医针灸毕业生不仅要“会做”，更要“会说、会解释、会对话”。他们需要能够在生物医学框架内概括中医的适用性，用其他健康专业人士熟悉的术语进行交流，展示对相关学

科的基本理解，并依据科学理论讨论中医；能够从生物医学角度阐明中医临床的可预期效果，并在沟通中准确翻译、解释和讨论中医术语，以理据充分、态度专业且表达得体的方式，清晰界定针灸的临床范围。这种能力要求，较以往的培养目标显著提高，其最终指向，是塑造能够真正融入现代医疗体系的“现代中医”。

其次，更深层次的结构变化，正在通过博士化教育逐渐显现。博士阶段的培养，已不再只是知识和技术的延伸，而是在专业训练基础上，系统提升批判性思维能力、临床判断与决策能力、与其他健康专业人士的高水平沟通能力，以及循证执业与研究能力。博士化，正逐步从“高阶选择”转变为“专业门槛”。佛罗里达州已经明确宣布，自 2030 年起，取得针灸执照必须具备博士文凭。令人遗憾的是，曾经已有二十年历史的硕士后专科博士项目（DAOM）正在逐渐萎缩；取而代之的，将是四年制的针灸博士，或针灸与中草药博士项目（以大学修满 90 学分作为入学条件），并最终成为行业主流及专业准入的教育标准。

此外，可以预见的是，数字化和人工智能技术的发展，必将对针灸院校的教学方式、管理结构与运行模式产生根本性的影响。这一变革尚在展开之中，限于时间，此处不再展开论述，但其深远影响已难以回避。

从理论上讲，针灸教育完全具备向“结构闭环”模式转型的条件：招生、教学、临床、保险与继续教育本可以形成一个自洽而连续的系统，让人才培养与社会医疗体系真正对接。然而在美国，这一体系始终未能成型，其根本原因并非单一环节失灵，而是多重结构性限制叠加所致——教育标准缺乏统一、行业整体地位偏低、医保准入受限、继续教育体系碎片化，最终使针灸教育长期停留在“培养完成却无法顺利进入体系”的状态。而正是这种“断链”，阻碍了针灸走向现代化、进入公共医疗体系的进程。

现实中的失衡，首先体现在招生与真实需求之间的错位。院校招生往往缺乏基于医疗市场、医保政策与公共卫生规划的前瞻性判断，培养规模与方向与社会实际需求脱节。随之而来的，是教学体系与临床实践之间的疏离：课程结构相对封闭，与大型医院和多学科医疗团队合作有限，学生在

真实医疗场景中的训练不足，难以完成从“技术学习者”到“医疗体系参与者”的角色转变。更深一层的阻碍来自医保体系——针灸师尚未被广泛认可为独立的医保服务提供者，使得教育成果难以直接转化为公共医疗服务能力。与此同时，继续教育长期缺乏全国统一的平台与标准，执业者的知识更新、能力认证与政策变化不同步，进一步削弱了专业的整体稳定性。

正因如此，构建“结构闭环”不再只是教育改革的设想，而成为行业升级的必由之路。这一闭环的逻辑，应当从源头开始重新梳理：在招生端，根据医保政策、公共卫生需求和行业长期规划，科学设定培养规模与方向；在教学端，将中医理论、现代医学基础、循证研究方法与多学科临床实训整合为一体，使教育本身具备现实可迁移性；在临床端，通过标准化轮转机制，与综合医院和社区诊所建立长期合作，让学生在真实的医疗体系中成长；在保险端，同步推动针灸师成为独立医保提供者，使教育标准与医保准入实现直接衔接；在继续教育端，则依托全国统一平台，保障执业者在整个职业周期内持续保持临床能力和医保资格。

这种闭环的真正落地，离不开制度创新。行业亟需一个全国层面的针灸教育与职业发展统筹机制，其功能应当类似于现代医学领域中 LCME、ACGME 与 AMA 的综合体，能够统一标准、协调资源。通过行业组织、院校、医保体系与政府部门的协同制定规则，打通教育、执业与医保政策之间的断点，并以州级试点为突破口，率先建立“针灸教育—医院实训—医保试点报销—继续教育认证”的完整流程，再逐步推广到全国。

如果说闭环解决的是“结构性断裂”，那么教育模式的现代化，则决定了这一闭环能否真正高效运转。长期以来，美国针灸教育资源分散、临床实训不足，与主流医学体系相对隔离，直接影响了教育质量与社会认可度。顺应现代医学教育的发展方向，针灸教育正迫切需要向数字化、混合型、多校区协作的模式转型。数字技术——如虚拟现实、增强现实、AI 病例模拟和针刺可视化训练——正在突破传统课堂和有限临床资源的瓶颈；线上理论结合线下集中临床轮转的混合式教学，使地域分散与场地不足不再成为关键障碍；

而多校区协作，则通过课程、科研和临床资源共享，显著提升整体教育水平与学术影响力。

在这一新模式下，全国针灸教育云平台将成为基础设施，整合标准化课程、虚拟操作实验室和循证数据库，实现资源的系统共享；跨校区的学分互认制度，使学生能够在不同院校、科研机构 and 医院之间自由流动，选择质量最优的学习与实训路径；联合科研与数据中心的建立，则为行业政策和医保推广提供持续的循证支持。这些转型不仅是教学方法的更新，更是行业走向标准化、主流化和国际化的关键支撑。

然而，任何制度升级，都不可能由单一主体完成。推动美国针灸教育体系整体跃迁，必须形成政府定框架、行业建标准、学术界提供证据、学院主动转型、学生积极融入的多方协作格局。政府需要明确针灸师的法律地位，推动其成为

Medicare 与 Medicaid 的独立服务提供者，并通过专项基金支持教育与研究；行业组织应当统一声音，整合教育、临床、保险与继续教育的发展路径，同时加强公众传播与自律规范；学术界则需通过高质量的临床试验和成本效益研究，为政策转化提供可信证据；针灸学院必须打破封闭教学，融合中医理论、现代医学和循证方法，建设真实的多学科实训场景；而学生自身，也应主动跨界学习、参与科研与实践，通过组织化方式反馈需求，推动制度优化。

这一切努力的最终指向，是重新定义未来的美国针灸学院。它不应只是传授传统技艺的学校，而应成为能够融入主流医疗体系、培养高水平跨学科针灸人才的现代学府。在这样的学院中，招生、教学、临床、保险和继续教育将形成真正的闭环；数字化、混合式与多校区协作将构建开放共享的学习生态；政府、行业、学术界、学院与学生将共同参与制度建设。

那时，针灸学院不仅是人才培养的起点，更将成为传统与现代交汇的知识殿堂、教育与医疗直通的实践基地，以及学术与政策互动的行业智库。也只有在这样的结构中，针灸教育才能真正融入美国医疗体系，实现专业地位与社会价值的双重提升。

焦望义：最近总结，中医针灸在美国发展已有五十多年的历史，朝气蓬勃，蒸蒸日上，目前遇到

的问题和困难，是历史中的重要关口。美国的中医向何处去，完全在考验这个行业的领导者的智慧和执政方针。前途一片光明，医院和病人对中医针灸的需求巨大，试想如果全美 10-20 的医院开放针灸师的职位，30000 针灸师是很快会消化吸收的，而且远远不足，但是，现行的中医针灸教育必作出必要的改革，全行业的努力。前途无量，任重道远，我们共同努力吧！

田海河：在我看来，美国中医针灸院校所面临的关停与整合，并不可一概视为负面事件。关键不在于“关”，而在于如何“转”。如果能够把当前的危机转化为结构性调整的契机，反而有可能推动美国中医针灸教育迈入一个更成熟、更高质量的发展阶段。

从布局上看，未来完全可以考虑减少院校总量、提升单体规模的思路。例如，在每个州设立一所核心中医针灸学院，在人口和医疗需求较为集中的城市设立分校或教学点。这样的结构有助于最大限度整合有限的资金和师资资源，使院校办学规模更加合理，管理和运营更加高效，从而提升整体教育质量与抗风险能力。

尽管近年已有个别针灸院校并入综合性大学后最终被迫终止运行，但这并不意味着这一道路本身不可行。相反，只要治理结构清晰、专业定位明确、学术自主性得到保障，与综合大学的融合仍可能成为中医针灸在美国实现更大范围传播和学术提升的重要机遇。通过这一平台，可以让更多主流医学界与社会公众深入了解中医针灸，也有可能推动美国针灸教育整体迈上新的台阶。

在人才培养层面，我认为有必要对入学与学位结构进行更大胆的改革。将目前以大学 60 学分作为最低入学门槛，提高至完成完整大学教育的 120 学分，并在此基础上直接授予博士学位，而不再沿用“硕士—博士”的过渡模式，将在制度上显著提升中医针灸教育的学术定位。这一调整不仅有助于提高学生整体素质，也可能成为针灸教育接轨主流医学教育体系的重要突破口。

同时，在培养过程中，应为学生创造更多接触真实临床的机会，尤其是在综合医院环境中，接触更复杂的病例和疑难病症。在扎实的全科医学训练基础上，引导学生逐步发展各自的专科优势，

形成既具广泛临床能力、又拥有专长方向的针灸专业人才。

总体而言，美国中医针灸教育确实正处在一个充满压力的阶段，但压力之中也蕴涵着重构与跃升的可能。我依然相信，当前的困难不应被视为终点，而是一次必要的调整过程。只要方向清晰、改革得当，美国中医针灸教育的前景依然值得期待，未来依然光明。

巩昌镇：在面对近年来美国针灸学校接连关门、毕业生出路受限、行业认知度低迷等一系列挑战的当口，针灸教育的未来迫切需要系统性重构。这不只是对教学大纲或招生策略的微调，更是一场涵盖教育结构、行业制度、公共传播与政策支持在内的全面革新。一个具有生命力与持续影响力的未来针灸学院，必须脱离传统“孤岛式”发展模式，转向系统协同、多维整合与社会参与的结构闭环。

当前针灸教育存在最大的问题之一，是“阶段断裂”：学生入学前缺乏清晰的职业路径规划；教学期间课程内容与现实执业脱节；临床实习封闭在校内，难以接轨医疗系统；毕业后医保体系排斥新人，继续教育也缺乏统一指引与质量保障。要解决这一系列断裂，未来的针灸学院必须向“结构闭环”转型，构建一个涵盖招生—教学—临床实训—医保对接—继续教育—职业发展的完整链条。例如，在招生环节引入职业导向评估系统，确保学生理解针灸师的职业现实；在教学中加入医保体系培训与医保编码操作技能；在临床实训阶段与退伍军人医院、康复中心等建立合作机制；毕业后则通过行业协会提供持续教育与执业更新支持。这种从入口到出口的完整生态系统，才能真正支撑学生的发展、提升学校声誉，也有助于整个针灸行业融入现代医疗结构。

未来的针灸学院不应只是一个实体校园，而应是一个以核心教学资源为支点、以数字平台为延伸、以多校区协作为网络的“混合型教学基地”。新冠疫情以来，远程教育与线上平台已被广泛接受，针灸教育可以借此实现理论教学的数字化与实训教学的分布式融合。一方面，基础课程如解剖学、中医理论、西医诊断等可在线统一授课，实现“名师共享”“标准教学”；另一方面，实训课

程则可通过多校区协作，在不同地理区域设立临床实践点，学生根据地区选择实训医院或社区诊所，完成真实世界的学习。此外，通过 AI 病例模拟、远程诊断演练、电子病例管理等数字工具，未来学院可提升教学效率、拓宽临床场景，也为学校提供大数据分析能力，实现对教学成果的精准反馈与优化。这种灵活、高效、协同的教育模式，不仅能扩大招生面向，还能提升教育质量与市场适应度，是解决当下困境的关键路径之一。

一个有活力的针灸教育体系，不能单靠学校自我革新，更需制度设计层面的集体参与与共建。应当积极争取政府在财政支持与医保政策层面发挥引导作用，例如设立“整合医学教育基金”，比照住院医师培训机制为毕业针灸师提供一些临床实训补贴，并推动 Medicare/Medicaid 纳入针灸治疗服务。行业协会则应制定统一的职业标准、传播针灸师社会角色形象，并搭建毕业生就业与继续教育平台。学院方面必须承担起“临床对接者”角色，积极拓展教学外延，与医疗系统建立协同机制，并确保教学内容与执业环境同步更新。学术界则需加强实证研究与政策评估，为针灸教育争取更大的学术与制度空间。而学生本身也应被赋予更大参与权与反馈机制，成为教育改革的合作者而非被动接受者。只有实现“多方共建、责任共担”的制度生态，未来的针灸教育才能真正立足于现代社会之中。

未来的针灸学院不应再只是传授传统知识与技艺的场所，而应成为一个整合教育、研究、临床、传播与政策资源的“医疗协作中心”与“行业创新平台”。在这个平台上，针灸学生与如同医学院、护理学院学生一样参与多学科训练，早期接受团队合作教育；教师既包括传统中医师，也包括神经科学家与公共卫生专家；院内既有临床实训中心，也有政策研究与医保协调部门；每位毕业生都在“职业生命周期管理系统”中被持续追踪与支持。这样的学院不仅能够稳定培养高质量针灸人才，也能推动针灸行业整体向科学化、制度化、主流化迈进。正如现代医学教育走向“以患者为中心的团队治疗”，针灸教育也应走向“以整合为目标的协同体系”。只有如此，针灸

这一古老而现代的医疗艺术，才能在 21 世纪的美国医疗版图中真正扎根、茁壮成长。

总结

魏辉：感谢各位专家今天坦诚而深入的分享。如果说今天这场讨论有什么共同的底色，那就是：美国针灸教育当前面临的，不是单一问题，而是一组系统性失衡相互叠加后的结果。学校关闭、招生困难、毕业生出路不畅，只是这套结构性矛盾在不同层面的具体显影。

在讨论中，几位嘉宾从不同角度反复指出一个事实：针灸教育的问题，并不主要出在学生不努力、教师不专业，甚至也不完全出在市场“冷了”，而在于教育、执业、医保、监管和社会认知之间长期缺乏一套稳定、可预期的制度性衔接。当教育的“入口”和职业的“出口”无法形成闭环，任何一个环节的冲击，都会迅速放大为整个体系的风险。

我们也看到了一些重要共识正在逐渐清晰。第一，美国主流医学教育之所以能够百年稳定发展，核心并不在于单一院校的强弱，而在于统一标准、权威认证、分级培养、持续监管和稳定支付体系共同构成的结构性保障。第二，针灸教育若要摆脱周期性震荡，不能仅依靠个别学校的生存韧性，而必须正视行业整体缺乏“中央统筹”的现实，重新思考全国层面的标准、代表与协同机制。第三，所谓“学校接连关门”，并非简单的衰败叙事，其中既有政策挤压、成本上升，也包含行业内部结构不匹配所带来的被动淘汰，这本身需要更冷静、更长期的制度视角来看待。

与此同时，今天的讨论也留下了值得继续深入的问题。比如：针灸院校是否只能以“小而专”的模式生存？如何在合规压力与专业特色之间取得平衡？在未被主流教育体系完全吸纳之前，针灸教育如何建立自身的质量保障与社会信任机制？这些问题，今天不可能给出简单答案，但它们已经被明确地摆到了桌面上。

可以肯定的是，针灸教育不能再回到“各自为战”的旧路径。无论是教育改革、行业联盟，还是政策对话，下一步都更需要协同而非分散，制度而非情怀，结构性安排而非个体承受。

今天的讨论也许无法立即改变现实，但它至少完成了一件非常重要的事情：让我们从不同位置，看到了同一座“山”的整体轮廓，而不仅仅是各自脚下的局部地形。

再次感谢各位嘉宾的专业判断和坦诚分享，也感谢所有关注这一议题的同道。希望今天的讨论不是一个结束，而是一个更理性、更深入讨论的起点。
谢谢大家。

伤寒杂病论》在线教育模式研究

——马寿椿老师讲授《施注涪陵古本伤寒杂病论》特色

周梅

世界伤寒杂病论涪陵古本研究班 学号 105 美国 西雅图

Study of the Online Education Model of Discussion of Cold Damage and Miscellaneous Diseases

Mei Zhou

the Fuling Ancient Text Research Class of the World Typhoid and Miscellaneous Diseases Institute Student ID 105 Seattle, USA

摘要:

面向缺乏系统医学训练的中医爱好者，如何有效进入《伤寒杂病论》的经典学习，一直是中医教育与传播中的难点。本文以线上课程为载体，梳理马寿椿老师讲授《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的教学实践，总结其“基础—条文—病机—方证—案例”一体化的教学路径及若干关键方法，如：课前知识准备，条文精读方法，以“捉证”为核心训练临床“全象”思维等。课程实施表明，该模式既可显著降低入门难度，又能保持仲景之学的学术张力与临床指向，具有可复制性。

关键词：伤寒杂病论；经方教学；在线教育；捉证；病机与方证

Abstract:

For traditional Chinese medicine enthusiasts who lack systematic medical training, effectively embarking on the study of the classic *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases* has always been a challenge in TCM education and dissemination. Using an online course as a medium, this article reviews the teaching practices of Ma Shouchun's lectures on the *Shi's Commentary on the Fuling Ancient Version of the Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases*, summarizing his integrated teaching approach of “foundation—textual analysis—pathogenesis—formula patterns—case studies” and several key methods including: Establishing prerequisite knowledge; Guiding students to “read between the lines” to accurately understand the meaning of the text, etc. Course implementation shows that this model not only significantly reduces the difficulty of entry but also maintains the academic depth and clinical relevance of Zhongjing's teachings, demonstrating its replicability.

Keywords:

Discussions of Cold Damage and Miscellaneous Diseases, TCM enthusiasts, learning TCM, introduction to Cold Damage studies

引言

《伤寒杂病论》以六经辨证与方证对应奠定了中医临床之纲领，长期以来主要面向专业院校与临床体系；然而，公众健康素养与传统文化复兴的背景下，越来越多的中医爱好者希望直接从经典入门。现实困境在于：其一，基础薄弱导致条文难读；其二，缺临床经验而不知取舍；其三，网络碎片化信息强化“症状—病名—成药”的点点对点思维，削弱了辨证论治的整体观。2023 年起，马寿椿老师以《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》为教材组织线上课程，面向在职中医与非专业学员同班共学。本文在亲历学习的基础上，凝

练课程的结构设计与方法要点，供同类教学与初学者参考。

学习前的知识准备：最低门槛的构建

1.1 经络与穴位

六经辨证与十二经脉存在内在映照，“经脉—病机—方证”的贯通是理解条文的钥匙。课程以《灵枢》为纲，从手太阴至足厥阴、并任督两脉，采用“循行背诵+临床常用穴简释”的轻负荷模式，重在整体印象而非细枝末节，以便在条文出现相应经证时能快速定位病位与病性。

常用单味药与药性总义

依据《本草备要》等典籍，先明寒热温凉、五味归经、升降沉浮与配伍制约；再以《伤寒论》

中常用单味药为学习清单，强调“性一味一气一效一量”的要点，形成可调用的知识索引。

古今剂量折算

针对古今度量衡差异，综合各派观点与现代标准，选择传统派的折算方法为教学标准，消除了学习障碍。

2 条文学习的核心方法

2.1 读出省略的文字

仲景行文简劲，常有语义省略与提纲挈领之处。教学以语境补全为法：如“太阳病，下之，其脉促胸满者……若微寒者……”（涪 34 条）[1]中“微寒”易与处方矛盾，补作“脉微、畏寒”即与病机契合；再如“发热七八日，虽脉浮数，可下之，宜大柴胡汤”，结合“表里无它证”，使诊断落点清晰。此法要求通读前后，防止割裂词句而误会条旨。

2.2 避免“症状—病名—对药”的点对点

课程通过对“喘而汗出”在不同经证中的归属比较，说明相同症状可指向不同病机：太阳表实之喘当从表解；阳明里热熏蒸所致之喘，解表反招烦躁谵语。学员因而体会到，条文关键词的诊断意义必须放回病机与脉证的整体框架中审视。

2.3 “不预设结论”的证据导向

先收集脉、舌、症与病史要点，再逆向归纳病因病机与经证层级。此过程训练的是可证伪的临床推理，而非背诵式匹配。

2.4 “捉证”训练：从症状堆叠到病机抓手
陈长卿说：“证之一字，最亲切焉”。捉证不是玄学，而是基于中医对人体“有诸内者形诸外”[2]的认识。这也是仲景乃至扁鹊、华佗等古代医家的辨证论治思路的精髓所在。课程将捉证作为贯穿主线：其要在于于繁杂线索中识别“能解释大多数表现的关键枢纽”，并据此选择治法与方证。

学习与实施方法包括：

3.1 建立证据链

将主诉、兼症、脉象、舌象、起病经过与既往干预纳入同一结构化记录，即建立病理病机的“全象”数据库。

3.2 提炼“提纲证”

如太阳伤寒之“头项强痛而恶寒”、太阳中风之“发热汗出而恶风”、柴胡证之“但见一证便是”。提纲证并非穷尽描述，却能以最小线索定位最大确定性。

3.3 复杂情境中的主次判断

在多经合病与并病条文中（涪 117 条），以“二阳并病”为例，先把握“汗出不彻、阳郁不得越”的病机枢纽，再将腹痛、四肢痛、短气等次要表现归并解释，从而化繁为简，使根本病机清晰显现。

3.4 以复盘形成心智图谱

在阶段复习中，要求学员将某一病证的典型病位、疼痛性质、触诊特点与脉舌要点凝练为一页思维导图，如结胸证可概括为“心下满坚拒按、痛势剧烈可及胸胁小腹”，是整合条文，锻炼“捉证”能力的有效练习方法。

方剂学习：病机导向与配伍机理

4.1 以病机串联条文

以五苓散为例。课程对五苓散作系统化归纳：其核心病机为水热气互结，致三焦水道不利，表现可横跨太阳、阳明、霍乱及消渴、痰饮诸篇。由此不再被表象多样性所迷惑，而能以“疏利三焦、复水液代谢之常”为一条主线理解诸证。

4.2 反对“组方=药物叠加”

桂枝汤中桂枝、生姜辛甘化阳、芍药、大枣酸甘化阴，合之以调和营卫；半夏泻心汤辛开苦降甘缓并施，寒热并用，形成“消痞散结而不伐正”的复合效应。配伍的制衡与协同决定了方剂的“整体功能”，并非单味药效的算术求和。

4.3 同药异用

桂枝在桂枝汤中主解肌发表，在五苓散中则偏温阳化气以助利水。理解单味药在不同方剂中发挥的独特功效可避免“见药识方”的机械化。适时拓展：以经讲经与古今互证

课程在恰当节点穿插相关知识，以阐明条文背后的理论支点并连接现代情境：

5.1 脉诊精要

区分同名脉象在不同经证中的指向，如阳明之浮与太阳之浮，前者多示里热弥漫，后者则主表实。

5.2 脏象五行

以“心主血脉、藏神”“肺开窍于鼻、主宣肃”“肝主疏泄、主筋”等说明条文症状与脏腑功能的内在联系；并以“肝乘脾谓之纵、肝乘肺谓之横”讲清正克、反克与脾胃表里之要。

5.3 温病插讲

借“发热而渴不恶寒”（涪 113 条）为温病等条，导入《温病条辨》《温热论》的基本分期与治法框架，并以近年呼吸道疫情与日常“感冒”区分为例，训练学员对寒热属性与传变路径的初步判断。

5.4 营卫与跷脉

依《灵枢·大惑论》阐释营卫运行，再引申阴跷、阳跷与睡眠、记忆等现代问题的相关性，使传统理论具备可感的现实意义。

5.5 水液代谢

以《素问·经脉别论》“水精四布，五经并行”讲课内容说明三焦与水道之理路，并回扣五苓散与猪苓汤等方的立方依据。

5.6 近现代医家观点

介绍“七冲门”、柯韵伯“阳明起手三方”、吴鞠通对温病死状的总结等，使学员在经典一注家一临床之间建立多维参照。

医案教学：用真实情境加深理解

为弥补非专业学习者缺临床的短板，课程以“条文一病机一案例”三联的方式帮助固化知识点。

6.1 把握时机与势

在讲“战汗”条文后，结合“刺其已衰，事必大昌”的临床体会：一例急性阑尾炎，病势既衰而两针奏效；另一例病势正盛时针效不彰；再有以红糖生姜水先转其势，继而顺势而愈。学员由此理解“势”与“机”的临床意义与干预次序。

6.2 辨位与主证

以大陷胸相关条文说明“心下满坚拒按”的定位与“如柔痉状”等伴随表现，结合胸水停积致肩颈痛的案例，展示从条文到现代病例的应用。

6.3 误治与禁忌

以少阳中风被当作中耳炎久治不效、改用小柴胡制剂而愈的例子，提示“见一证便是”的

诊断抓手；同时强调在阳明里实未解时滥用解表，反可引动烦躁谵语等“坏病”，以巩固禁忌意识。

教学组织与在线模式要点

7.1 分层设计与同堂共学

以“最低门槛”串联入门模块，基础知识引入与条文精读并行推进；班级讨论中由有临床经验者引导，爱好者在讨论中引入新的理解途径，形成互补。

7.2 任务驱动与阶段复盘

每次课程配以“条文理解一病机总结一方剂分析一思维提升”的练习；阶段性采用病证主题复盘，沉淀个人化的心智图谱。

7.3 资料体系的可追溯性

所有插讲均注明出典，形成“条文一注释一相关经典一医案”的索引化资料包，支持学员按需回看与二次学习。

小结

以病机为纲、以捉证为要、以方证为用、以经典互证为辅的在线教学实践，既降低了《伤寒杂病论》的入门门槛，又保持了经典之学的深度与临床导向。课程经验表明：只要教学设计遵循“从整体观出发一以条文为本一以案例落地”的路径，非专业学习者亦可在较短时间内建立起可靠的辨证框架与基础用方理解。未来可在学习评价量表、案例库建设与数字化学习工具等方面继续优化，以期形成可推广的经方教育范式。

参考文献：

- [1] 张仲景，施济民注释. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[J]. 马蕾编, 北京: 学苑出版社. 2022. 11. 文中所有条文引用出处。
- [2] 朱震亨. 丹溪心法[J]. 王英等整理. 北京: 人民卫生出版社. 2005: 8-10.

作者简介：

周梅：工科硕士，曾在美从事 IT 行业工作将近 20 年，中医爱好者。

邮箱：mzhou12@yahoo.com

谈谈马寿椿老师教新编伤寒论的特点

On the Characteristics of Teacher Ma Shouchun's Teaching of the Newly Compiled Treatise on Cold Damage Disorders

佟麟

世界涪陵古本伤寒杂病论研究会研究班 210

Lin Tong

World Association of Shanghanzabinglun Fulingguben Studies class 210

摘要：《伤寒杂病论》是首部融病机与方药于一体的临床经典，被誉为“经方之祖”。其古文简奥，今人学习难度大。马寿椿老师讲课融合临床体悟与经典精义，善传仲景之神。通过在研究班的学习体会，总结马老师的教学特点，并阐释其对仲景思维方法的提炼。

关键词：以方探病，分步治病，治病求其本，捉证，专病专方。

Abstract: The "Treatise on Cold Damage and Miscellaneous Diseases" is the first clinical classic integrating disease mechanisms with formulas and medicinals, revered as the "ancestor of classical formulas." Its ancient and concise language poses significant learning challenges for modern readers. Teacher Ma Shouchun, a disciple of the renowned Sichuan physician Shi Jimin, is deeply versed in the classics and possesses profound clinical and teaching experience. Aspiring to promote Chinese medicine, he co-founded the World Research Class on the Treatise on Cold Damage and Miscellaneous Diseases with his daughter Ma Lei. Teacher Ma's lectures blend clinical insights with the essence of the classics, skillfully conveying the essence of Zhang Zhongjing's teachings. Based on the author's learning experience in the research class, this article summarizes Teacher Ma's teaching philosophy, approach, and attitude, and explains his distillation of Zhang Zhongjing's methodological thinking.

Keywords: Using formulas to probe diseases, Step-by-step treatment, Seeking the root in treatment, Symptom capture, Specific formula for specific disease.

《伤寒杂病论》文辞古奥，自学难通其意，需明师引领。而其作为一本临床医学著作，想要教好，教学经验和临床经验更是缺一不可。作为“世界涪陵古本伤寒杂病论研究会研究班”（研究班）的学生，学生们非常有幸能遇到马寿椿老师。马老师传承于施济民老师，熟谙经典，善于教学，并在国内外拥有多年的临床经验和教学经验。马老师在每次讲课前都充分准备，不仅逐字逐句地讲解透彻，引经据典地帮助学生们理解重点和难点，更是带学生们学习仲景的看病过程和思维方法，结合很多临床医案，每一次讲课都堪称精品，让人受益匪浅。本文从中医爱好者角度总结马老师教学特点。

1 《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的背景

1.1 《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》是一本怎样的书？

《伤寒杂病论》为张仲景原著，旨在“见病知源”。而学生们使用的教材是《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》（后文简称（涪）），由马蕾重编，吴俊梅、李兰、刘书含协编，马寿椿老师主审，逐条对比宋本《伤寒论》和《金匱要略》。其中勘误错简甚多，缺失方药重现且篇章次第有序，实是珍贵真本^[1]，并且该书包含了施老一生的心血结晶，由其在著《伤寒双巨录》和《金匱要略新释》的基础上，对全文逐条注解，并补充了针法对疾病的临床应用^[1]。伤寒论专业的赵软金博士，对此书有一段评价：“历来注解伤寒论者不下百家，各有千秋，难分伯仲，但能

与施济民老师文字相当，读起来朗朗上口的也唯有柯韵伯的《伤寒来苏集》可比。”

马老师在第一课音频中按语，“《伤寒杂病论》是临床疗效最佳的书，没有之一！”只要抓住病机，药到病除，可谓是精准医学的始祖。

1.2 张仲景是怎样一个人？

仲景为官亦为医，怀慈悲之心，勤求古训，博采众方，著书传世。皇甫谧《针灸甲乙经·序》中提到了张仲景为侍中王仲宣看病的事例，仅仅通过望，就知道其病机并预言了如果不用药二十年后的病情发展状况。由此可见，张仲景达到了“望而知之”的境界。

故其书中常直指方药，略去病机，后人学之不易。而基于此，马老师则是对这些难懂的条文深入解读，帮助学生们学习张仲景的思维方式。

1.3 马老师的传承

马寿椿老师师承四川名医施济民，熟读经典，兼具深厚临床与教学经验，发愿弘扬中医，与女儿马蕾共创“世界伤寒杂病论研究班”。马老师从小跟师施济民老师，而施老是一位针灸大家。因为《伤寒杂病论》中有些条文有病机而无方药，而针灸恰好能补充这一部分。老师在跟施老的学习中，是先学习经络而后学习伤寒。

此外，《伤寒杂病论》中出现 91 味药，对药的性味先有所了解，也能帮助学生们在接下来学习伤寒杂病论方剂中，更好地理解药物的配伍及君臣佐使的作用。所以马老师在为班级学生们制定课程时，也是让学生们先背诵 91 味药，再学习人体的十二经脉，加上任督二脉。为接下来的学习打下基础。

2 马老师教新编伤寒论的特点

2.1 谦虚严谨，存疑求真。在马老师的前十次讲课中，马老师定义为“试讲”，而所讲的内容却精彩丰富，引人入胜。他提过吴棹仙和施老师的

对话，“我们都是入仲景之门，没有登堂入室”。由此可见，从施老到马老师，这一脉都秉承了谦虚的美德。另外，每当遇不同见解，马老师都会说“存疑”。比如在第三课，讲到辨脏腑经络先后脉证篇第一，“脾能伤肾，……，则肝气盛”，马老师认为，这不符合仲景的思想，也不符合临床的治疗方法；建议“存疑，望后人解答”。这充分表现了其谦虚而严谨的治学态度。

2.2 紧扣临床，避免玄谈。在讲到辨太阳病用桂枝汤法脉证篇时，“太阳之为病”，让大家不需要去过度解读“太阳”。因为就算学生们花了很多时间，查了很多资料，对理解太阳病和其临床运用帮助甚微，甚至容易过度解读玄学而忽略了临床。《伤寒杂病论》是临床著作，马老师指导大家要把重点放在病机的把握和临床学习上。这也常表现在班级群组讨论中，一旦群组讨论的话题偏离正题，马老师都及时导正学习重心所在。

2.3 融古贯今“会意，传神”。比如第二十九讲中的第 116 条（涪）讲解，马老师直接提出阳旦汤就是桂枝汤，非常的严谨。而书中所载，阳旦汤方为“桂枝汤中加附子加桂”。查找资料可发现，此处文中所提到应是小阳旦汤，也就是仲景所说的桂枝汤。再比如说第 115 条（涪）四逆汤中甘草的作用，马老师信手拈来，火神派（温阳派）始祖，郑钦安的一句话“火生不涌，必须要有灰把它盖上”，如果干姜和附子是火，这里炙甘草就是灰，这样才能让火长时间地温暖燃烧。马老师的信手拈来，把这方剂讲活了！马老师的每节课都是精品，“会其意，传其神”，值得大家细细品味。

2.4 精讲施注，择善而从。马老师会点出施老的注解精华之处，供大家参悟理解。例如，少阳篇第 61 条（涪），“三阳一阴见证，取其枢”；又如，太阳篇第 31 条（涪），“救阳即以全

液”。还有全书中施老针灸的注解，马老师更是赞不绝口。当然，有少量不同意见的时候，或者马老师自己得出的临床经验，或者从另一个角度更有利于大众理解的时候，马老师会直接说出自己认为的最有利于大家理解的方法。一来是表示对施老的尊重，二来让学生们学习上不走弯路，而这又何尝不是饱读医书，消化理解后，又结合大量临床实践才能得出的结论呢！

2.5 案例生动，寓教于乐。马老师的讲课会结合临床医案，并且非常的生动有趣。例如，在讲芤脉（表示血虚）的时候，马老师讲了自己年轻时的一个医案：病人没有说话，马老师通过其脸色苍白加之芤脉，当即判断，病人有过大出血，是血虚！令病人非常赞叹！这让学生们对芤脉的理解和临床运用印象深刻。又如，在学习葛根汤（涪 50 条）时，马老师讲了自己工作时给一个宣传部干部看病的医案：其颈部和背部痛，完全不能转头，无汗，当天晚上一服葛根汤，马上就好了！早上就可以转头了。让学生们形象生动的记住了“项背强几几，无汗”，用葛根汤，且不要漏汗亡阳，重视医嘱细节。

2.6 重视总结，温故知新。在课程的最后，马老师常常会对本次课程进行总结。每次精心布置的课后作业，更能引导学生们消化理解这节课的重点。而且在每一个辨证篇章之后，马老师还会单独拿出一节课进行复习。比如总结少阳证七大大主证：往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，咽干，口苦，目眩。阳明证的四大主证：大热，大烦，大渴，脉洪大，以及其他常见证：潮热，大便坚，手足汗出，大腹满，谵语，绕脐痛。马老师的提纲挈领的总结，总能使学生们对知识点进行全面系统的理解。马老师还经常告诉学生们要三步一回头，温故而知新。

2.7 对比辨析，深化理解。马老师的对比总结非常精彩。比如，太阳经证（麻黄汤，桂枝汤，青龙汤）和太阳府证对比，膀胱蓄血（桃核承气汤）和膀胱蓄水（小便不利，五苓散）对比，结胸证（阳，热，急，坚）和痞证（阴，无热，缓，柔）对比；治黄三方对比（茵陈栀子大黄汤：治疗里热黄疸；栀子柏皮汤治疗：三焦湿热；麻黄连翘赤小豆汤，治疗表黄+里黄）。这正是对病证相似而病机不同时，临床用药的总结。

2.8 强调禁忌，安全为先。马老师反复强调用药的禁忌，这是成为医生的先决条件。仲景在条文中不断提醒后人误治的危害，告诉后人病机和挽救的方法，还在处方后，嘱咐诸多禁忌，总结宜忌篇。施老也说，担心弟子用错药，“误治，则是自己的过失，夜不能安。”因而严格要求弟子。马老师讲过两个医案：一位医家给病人用大青龙汤，但忘记叮嘱出汗了就不要再服，而家属见到孩子病证转好很快，又自行抓药服用导致孩子过汗而亡，这位医生得知后懊悔不已。另一个例子，以前有一位中医师竟然用五钱桂枝治死过人，其以己错告诫学生们一定要重视用药的禁忌。马老师叮嘱学生们必须深知用药的禁忌，以及补救措施，才能治人而不害人。

2.9 鼓励试药，谨慎探索。在了解药物治法禁忌的基础上，马老师鼓励试药。例如其指导脑梗病人家属制作抵挡胶囊，并亲身试药。对学生们，马老师也是要求从“不许同学试药”，到现在准许同学开始尝试小柴胡汤（对比小柴胡浓缩粉，小柴胡汤粗粉茶包，和小柴胡丸），以及四逆汤等，并要记录反应，为科研及临床奠基。

2.10 以方探病，突破疑难。马老师在遇到临床疑难杂证时，有一个自创治法，“以方探病”，就是给病人少量试药，根据反馈调整治法。马老师分享的一个经典案例：一男孩头晕、无法坐稳

行走持续三月。初诊，马老师抓住“目眩”，给小柴胡汤免煎剂每日 2g。一周后复诊，病人无好转，期间有流鼻血。马老师推测为水饮上犯，头眩颤动，给真武汤温阳利水，加白茅根防止鼻出血。三诊，症状仍没有改善，马老师受“前庭神经”启发联想到胆经绕耳，肝胆相表里，诊断为肝血虚而胆气升发太过，故头晕，以四物汤补阴血，加玄参降无根之火。同样是免煎剂四物汤 2g+玄参 1g。四诊时，病人症状好转，可行走 5 步，继续用此法治疗。数周后，患者基本恢复。马老师不断用少量药剂，以方探病，最后找出正确的治法，突破疑难杂证。

2.11 严谨记录，开创新法。记得马老师讲过一位病人来治疗感冒，用了维 C 银翘片，但却意外地治好了胃食道反流。马老师并没有忽视这一点，而是反复思考，进而想到手太阴肺经正是“起于中焦，下络大肠，还循胃口”，正是其理论基础。另一例，马老师因为一次临床查房，发现理中汤意外治好了一位临床病人多年的口腔溃疡。马老师打破常规，并总结病因，发现这是因胃寒而导致胃火异位，并尝试用理中汤（干姜减至三分之一）治好了大量因此病机导致的慢性口腔溃疡。并发表文章“理中汤与‘异位胃火’”^[2]，该文章被多国转载，很多临床医生都反馈效如桴鼓。

3 马老师对张仲景思维方式的总结

在马老师的教学过程中，最精华的部分可谓是其对张仲景的临床治病方式的总结，也就是对伤寒论“思维方式”的学习和具体实践。这也是马老师在讲学中，最想表达的，最期待学生们学习的几点。

3.1 精准。张仲景的用药非常精准。例如条文 34 条（涪）和 35 条（涪）都是如疟，发热而恶寒，仲景看准了病人需要发汗的多少，而调整桂枝汤和麻黄汤的比例。第 34 条（涪）热多寒少，

当面红身痒时，表示汗不得出，用桂枝麻黄各半汤，每次服用六合（48mL，24mL 桂枝汤+24mL 麻黄汤），服一次，微发其汗。第 35 条（涪）虽已经大汗出，但未解，仍需发汗，用桂枝汤二分，麻黄汤一分，每次服用一升（80mL，53mL 桂枝汤+27mL 麻黄汤），服用两次，发汗量才够。相同的病证，只因发汗程度不同，仲景都会进行调整药物的比例，并且会准确描述熬制方法和用量。

3.2 分步治病。比如马老师在第二十九讲中，第 115 条（涪）“伤寒脉浮，自汗出，微恶寒”这可以是太阳中风证，用桂枝汤，但又有“小便数，心烦”表示热伤了阴，“脚挛急”，表示失去了阳气和阴精的濡养。这时候里证有热，或是寒热错杂，这时候“反与桂枝汤，以攻其表，此误也，得之便厥。”用桂枝汤攻表就错了，病人就会四肢发冷，全身发冷。失去了阳气。“咽中干，烦躁，吐逆者”这时候有咽干的热象，又有厥的寒象，又有阴虚，又有阳虚，该怎么办？找一个方所有病一起治则不是仲景的思路。仲景治复杂病证遵循，分步治疗：先甘草干姜汤复阳，再芍药甘草汤复阴，后调胃承气汤清余热，层次分明。如果开始病人因发汗太过，汗出亡阳太重，用甘草干姜汤无法恢复，则用四逆汤回阳。马老师将其总结为“单一因果”，这也是分步治病的核心。而不能把多个方混在一起，相互影响，最后变成大杂烩，药物相互影响，君臣佐使不明。

3.3 治病求其本。此为马老师教学的中心思想。马老师结合自身对《伤寒杂病论》的体悟和临床经验，告诉大家，“找出病机，则一切迎刃而解”。如 211 条（涪），“若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎汤主之。”这里宋本用的是“白虎加人参汤主之”。而马老师说，这里的病机是里热导致津液亏损，口干舌燥，只要抓住根本，治好

了里热，津液自己就会恢复了，故而只需白虎汤，而非见证治证。

3.4 捉证。这是马老师从第 63 条（涪）提炼出来的：“但见一证便是，不必悉具。”马老师还为此专门做了一个讲座——从临床谈《伤寒论》的捉证。马老师说捉证就像是破案的关键证据，只要抓住这个证状，病机就出来了。治法和方药也就出来了。讲座中马老师提到自己的一个临床医案，让人印象深刻。一个 17 岁体壮男孩，患有自闭症，主诉胃痛半年多。马老师抓住了孩子病机，“寒热错杂”，给处方，半夏泻心汤，一周后病人痊愈。

3.5 灵活。比如阳明病第 186 条（涪），如脉迟却见里热证，当“舍脉从证”敢用下发。深刻体现了仲景思维的灵活。而第 216 条（涪）更是治病求其本和灵活的共同体现：“胁下坚满，不大便而呕，舌上胎者，可以小柴胡汤。”有水湿在上，下缺津液，而其本质是胁下坚满，少阳受阻。仅用了小柴胡汤，就“上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解”。这里马老师不但强调了治病求其本，还告诉学生们要灵活，不要见到水湿就用燥湿的药，见到便秘就用泻下的方，这里的小柴胡汤就非常的灵活。

3.6 专病专方。马老师根据自己多年的临床经验和对《伤寒杂病论》的体悟，提出了一个专病专方的观点。即仲景根据一种病证的显著特征，高度归纳总结，而给出专用处方，并会用“（某某方）主之”的句式，比如“……桂枝汤主之”。专病：就是一系列病证，病因，病机的总结；而专方就是对于上述专病的专用方。相对应的，另一种常见处方句式则是“宜（某某方）。”此时，

就不是专病专方了。马老师指出要了解伤寒论的常态和变化。

3.7 从“A”到“C”。如上文所述，仲景已达到望而知之的境界。所以大多时候，其一看便对病机了然于胸，就有了答案。所以在其著书时候，有时候会直接从病证，脉证（A）给出治法方药（C）。马老师指出，仲景看病的过程是从 A 到 C。在学习中遇到困惑时，应该站在仲景的高度来思考，可从 A 和 C 反推病机（B），那么则一目了然，哪些成了干扰，就理解了，不会太过纠结。同时，仲景著书时为教后人会把病因，病机（B）写在书中。而对这些讲授病机（B）的条文，马老师告诫学生们注意，不可以因为没有处方就随文释义，一带而过，而是要分析和学习仲景的思维方式，不可枉费仲景教学的良苦用心。

由此可见，灵活，精准，治病求其本，分步治疗，这些仲景的思维方式，看似不尽相同，却又可以高度统一。

4 结论

马老师以传承中医为己任，总结毕生所学，倾囊相授，带领学生学习《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》。其讲课博而精，深而透，实为“会其意而传其神”。吾辈当感恩勤学，谨记“该记记，该背背，三步一回头”，不负师恩。

参考文献：

- [1] 东汉张仲景撰. 施济民注释, 马蕾等重编. 重编施注伤寒杂病论[M]. 北京学苑出版社, 2022.
- [2] 马寿椿. 《理中汤与“异位胃火”》[J]. 中医杂志, 2020, 51 (1) : 92.

作者简介：

佟麟，生物工程学博士，2025 年 8 月毕业于美国佛罗里达国际大学。现跟随马寿椿老师学习《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》，为世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班一员。（Email : awfeather@gmail.com）

从营卫调和到分子机制：桂枝汤及其组成药物的

现代药理学研究与中医理论桥接综述

From Harmonizing Ying and Wei to Molecular Mechanisms:
A Bridging Review of the Pharmacological Research on Guizhi Decoction and Its
Constituent Herbs between Traditional Chinese Medicine and Modern Science

《施注涪陵古本伤寒杂病论》研究班 李晓楫

Xiaoji Li, jenny@naturalharmony.co.nz Natural Harmony Clinic, 103A Taylor Street, Auckland, New Zealand 0640

摘要

Abstract

目的： 桂枝汤为《伤寒论》经典方剂，历代用于营卫不和、风寒外感等证。本文旨在综述桂枝汤及其组成药物的现代药理学研究进展，并探讨其中医“营卫调和”理论与分子机制之间的桥接路径。**方法：** 采用系统性文献回顾的方法，结合中医理论与现代实验研究，分析桂枝汤及其组成药物的活性成分、药理作用及作用通路。**结果：** 研究显示，桂枝汤通过多成分、多靶点、多通路调控，能够对免疫系统、循环系统及神经内分泌系统产生综合调节效应。**结论：** 桂枝汤的现代药理学研究为其传统“调和营卫”功效提供了科学依据，并揭示了其在免疫、炎症及代谢相关疾病中的应用潜力。中医理论与现代分子机制的结合，有助于推动经典方剂的现代转化和国际化传播。**关键词：** 桂枝汤；营卫调和；现代药理学；分子机制；中医药现代化

Objective: Gui Zhi Tang, a classical formula from Shanghan Lun, has long been applied in syndromes related to disharmony of Ying and Wei. This review aims to summarize recent pharmacological studies on Gui Zhi Tang and its constituent herbs, and to explore the integrative bridge between traditional Ying-Wei theory and modern molecular mechanisms. **Methods:** A systematic literature review was conducted, integrating traditional Chinese medicine (TCM) theory with experimental and clinical findings. The active compounds, pharmacological effects, and signaling pathways of Gui Zhi Tang and its components were analyzed. **Results:** Modern studies indicate that Gui Zhi Tang acts through multi-component, multi-target, and multi-pathway regulation, with systemic effects on immune, circulatory, and neuroendocrine functions. **Conclusion:** The pharmacological findings provide scientific evidence for the traditional function of Gui Zhi Tang in “harmonizing Ying and Wei,” and reveal its therapeutic potential in immune, inflammatory, and metabolic disorders. Bridging TCM theory with molecular mechanisms contributes to the modernization and global dissemination of classical formulas. **Keywords:** Gui Zhi Tang; Ying-Wei harmony; pharmacology; molecular mechanism; modernization of traditional Chinese medicine

引言

《桂枝汤》首载于东汉张仲景所著《伤寒论》。全方由桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣五味药组成，功擅解表散寒、调和营卫，为历代医家广泛应用于外感风寒、营卫不和等证的核心方剂。桂枝汤不仅集中体现了中医辨证论治的学术精髓，亦深刻反映了中医整体观与调和治法的临床理念。随着现代医学的发展和疾病谱系的变化，桂枝汤的应用已逐渐突破传统外感病的范畴，拓展至妇科疾病、风湿免疫性疾病、神经系统功能障碍等多系统疾病的治疗领域。现代药理研究更是进一步揭示了该方多种活性成分及其抗炎、免疫调节等作用机制，为其传统功效提供了科学依据，推动了经方的现代化应用进程。

然而，目前关于桂枝汤的系统性功效总结及其在现代临床中的拓展应用仍显不足，尤其缺乏将古典中医理论与现代科研成果进行深度融合的整合性研究。因此，系统梳理桂枝汤的经典方义、传统主治及其现代临床应用拓展，不仅具有重要的理论价值，也对推进中医经典方剂的传承与创新具有积极的临床指导意义。

1 《桂枝汤》的经典方义解析

作为中医学治疗外感疾病的奠基之作，《伤寒论》系统阐述了伤寒病的病因、病机、证候及辨证论治原则。桂枝汤是医圣张仲景在《伤寒论》中设立的第一首方，被誉为解表剂的典范，是该典籍中极具代表性且应用广泛的经典方剂。桂枝汤在中医学的地位之所以如此重要，是因仲景通过其“调和营卫”的治疗理念奠定了中医辨证论治“表里关系”的理论基础。

桂枝汤中，桂枝味辛性温，具发散之性，辛能透达邪气出于肌表，温可扶助阳气而固护卫分，故为君药，主导全方走向；芍药味酸性寒，功擅收敛，酸能敛阴止汗，寒可入营和血，是为臣药，辅佐君药共成方义。桂枝得芍药之配，则散中有收，发汗而不伤阴液；芍药与桂枝相合，则敛中寓散，和营而兼调卫气。生姜辛散之力，助桂枝开泄腠理；大枣甘缓之性，协芍药滋养营阴。甘草味甘性平，和中调里，斡旋表里气机，协和诸药性用。纵观全方，桂、芍相须，犹如阴阳互根；姜、枣相成，仿若水火既济。更藉甘草调和之功，使阳表阴里贯通无碍，气卫血营周流有序，刚柔相得，并行而不相悖。

《伤寒论》所载桂枝汤的煎服法颇具法度，其服药指南中强调“遍身微汗”为佳，旨在通过微发汗与利小便之法，“开鬼门，洁净府”，使邪气得以疏泄，而又不致过汗伤正，体现了张仲景扶正祛邪、顾护津液的学术思想。所谓“啜热稀粥”一法，既有助药力外散邪气，又能益胃气、充津液以资汗源，反映其重视脾胃、调和阴阳的治疗理念。这一细节深刻体现出仲景立法组方之精微周密。

2 后世医家对桂枝汤的学术传承与发挥

柯琴誉桂枝汤为“仲景群方之魁”，历代医家对桂枝汤的临床运用与理论价值均给予高度评价，后世众多方剂均法桂枝汤而立意，将桂枝汤从治疗伤寒初起的方剂上升到了临床模板的高度，从理论阐释、方义分析、临床应用等多方面进行了深入拓展。

2.1 理论阐释与方义发挥

桂枝汤作为中医经典方剂，其作用与衍化历来为医家所重。柯琴指出该方“滋阴和阳，调和营卫”，虽以治表立论，实具调理全身气血阴阳之效，体现“发中有收，散中有敛”的特点。李东垣则从脾胃论角度强调生姜、大枣、甘草入中焦之性，提出“从中焦调和营卫”的观点，为后世建中汤类方的衍化奠定基础。方有执在《伤寒论条辨》中辨析桂枝汤非单纯发汗剂，而为“解肌之祖”，其与麻黄汤之发汗不同，重在通达腠理、调和卫气，以解肌表之郁，从而避免过汗伤正。

2.2 类方衍化与临床拓展

历代医家通过加减化裁，进一步拓展了桂枝汤的临床应用，衍生出多个重要类方。如桂枝加葛根汤原治太阳病项背强几几，后世广泛应用于颈肩痹证及颈椎病；桂枝加龙骨牡蛎汤原治“男子失精，女子梦交”，经叶天士推广，用于虚性失眠、心悸、汗证等神志不敛、阴阳两虚之证，并提出“调营卫、敛浮阳”之法；小建中汤由桂枝汤倍芍药加饴糖而成，被张景岳誉为“温中补虚之圣剂”，尤适用于虚劳里急、腹中痛，成为温中补虚代表方；而桂枝加桂汤与桂枝加芍药汤则体现“一味之差，法变方迁”之精微——前者加重桂枝以温通阳气，治寒气上冲之奔豚，后者加重芍药以缓急止痛，治太阴腹痛，徐灵胎对此极为推崇。

2.3 跨病机与跨科应用

此外，桂枝汤的运用亦广泛渗透于临床各科：在妇科领域，清代傅青主在《傅青主女科》中常以桂枝汤加当归、川芎等治疗产后外感、营血亏虚之证，谓其“既能和营卫，又可入血分”；于儿科，宋代钱乙在《小儿药证直诀》中将其化裁用于小儿体虚外感，强调“小儿脏腑薄，不可峻汗，唯宜调和”，体现了对小儿体质特点的精准把握；在内科杂病方面，清代王孟英于《温热经纬》中运用桂枝汤加黄芩、天花粉等，清温并用，巧妙治疗素体亏虚而复感温邪者，展示了其配伍的灵活性。

综上所述，从核心病机阐释到类方衍化，再到妇科、儿科、内科杂病等具体临床应用，桂枝汤及其类方体系充分展现了中医“异病同治”与辨证论治的精髓，其影响贯穿古今，至今仍具有极高的理论与临床价值。

3 《桂枝汤》方中诸药的现代药理研究及与中医的桥接

作为经典解表方，桂枝汤的组成为桂枝、芍药、生姜、大枣与甘草五味药物，历代用于调和营卫、解表散寒及缓急止痛，主治外感风寒与营卫不和等证。随着中药现代化与系统生物学研究的发展，桂枝汤的作用机制已由经验性临床观察向分子、细胞与系统层面的证据链延展。累积的体内外药理学与分子生物学研究显示，该方呈现多靶点、多通路协同的整体特征：五味药物均具备抗炎、抗氧化、抑菌及抗病毒活性，并能协同调节细胞免疫反应、改善血液循环、支持能量代谢稳态，从而在缓解炎症、维护内环境稳态与促进组织修复方面发挥互补作用。具体而言，桂枝在抗炎与免疫调节中占据核心地位；芍药主要贡献于改善微循环、镇痛解痉；生姜侧重于抗氧化与代谢支持；大枣则表现为免疫增强与抗疲劳；甘草在抗炎解毒并调和诸药上发挥关键作用。基于上述整合性证据，桂枝汤的传统理论与现代药理在多个维度高度契合，为其经典适应证的现代解释以及在感染性疾病、自身免疫性疾病与代谢紊乱等领域的潜在扩展提供了科学基础。下面分述桂枝汤组方中各味药的现代药理证据与机制：桂枝、芍药、生姜、大枣、甘草。

3.1 桂枝

桂枝性辛甘而温，主归心、肺、膀胱经[1, 2]。其主要药用成分为桂枝挥发油，核心活性物质为桂皮醛[3]。临床上常用于发汗解肌、温通经脉、助阳化气和平冲降气[1]。现代药理研究进一步支持了其广泛适应性：网络药理学显示桂枝的“解肌发表”与免疫调节及抑制病原微生物的现代机制相吻合[4]；从抗炎与免疫调节方面看，桂皮醛可抑制 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 等多种炎症因子，并干预 NF- κ B、JAK/STAT、PI3K/AKT 等信号通路，从而减轻胃肠黏膜炎症、关节炎及牙周炎等模型中的组织炎症与免疫损伤[5, 6]。体外研究还表明，桂皮醛对沙门氏菌、大肠杆菌、变形杆菌、变异链球菌、金黄色葡萄球菌、志贺杆菌及绿脓杆菌等具有抑制或破坏细胞膜的作用，并可降低生物膜形成和菌群定植[6, 7, 8, 9]，同时还能激活免疫受体通路、促进干扰素表

达以发挥抗病毒效应[10, 11, 12]。其促进外周血管扩张和轻度汗腺分泌的能力,使其发汗作用温和而不伤正[13, 14],并通过改善冠状动脉灌注、血流动力学及内皮功能,为“温阳通脉”提供现代生理学依据[6, 15]。此外,桂皮醛还具备镇痛、抗过敏与抗氧化作用,涉及 TRPV1、NAAA-PEA 等通路以及抑制氧化应激等多重机制[5]。综上所述,桂枝的传统施用原则(温散、通经、和营卫)与现代药理发现(抗炎、抗菌、扩血管、改善内皮与解痉镇痛等)在功能上高度契合,其多靶点药理活性[16]为其“温经通脉、畅通冲任、改善循环”的功用提供了分子和细胞层面的解释。

3.2 芍药

芍药性微寒,味苦、酸,归肝经、脾经[1, 2]。其主要活性成分为芍药苷[17],功用于平肝止痛、养血调经[1]。现代研究显示其药理效能与桂枝相似:多项体外抑菌试验、产品抗菌检测及动物感染模型指出,芍药苷可抑制多种耐药菌株的生物膜形成[18, 19]、降低运动能力或关键毒力基因表达,从而减轻感染强度[20, 21]。芍药苷还可抑制炎症因子表达并下调 κB 及丝裂原活化蛋白激酶(MAPK)信号通路,以减轻炎症并缓解炎症相关的疼痛与痉挛反应[22, 23]。同时,芍药苷能够改善局部微循环、扩张小动脉,不仅有利于发汗解表[24],其改善内皮功能、增加冠状动脉流量并抑制血小板聚集与血栓形成的效应已在动物和细胞实验证实,可用于改善缺血/再灌注损伤、抑制心肌重构、改善心功能并保护心脑血管[25, 26]。此外,最新研究显示芍药苷能够促进血管生成与组织再生,在肢体缺血模型中可促进毛细血管新生、恢复组织血流并减轻缺血性损伤[27]。总体来看,这些现代药理发现与中药学中“芍药主和血、缓急、止痛、护筋脉”的传统认识高度一致,使芍药在心脑血管保护、神经保护、痛症管理及促进局部血流与再生方面展现了明确的证据基础。

3.3 生姜

生姜性辛,味温;入肺、胃、脾经[1, 2]。其主要药用成分为姜辣素,包括姜酚、姜脑等不易挥发且具有微辣味的化学活性物质[28],功效为解表散寒、温中止呕、化痰止咳[1]。现代药理研究为这些传统认知提供了实验证据:姜酚及生姜乙醇具有较强的抑菌作用,其抗菌谱覆盖金黄色葡萄球菌、痢疾志贺氏菌、黑曲霉菌丝、大肠杆菌、枯草杆菌等[29, 30];在抗炎和抗氧化方面,生姜可显著降低 C-反应蛋白和肿瘤坏死因子- α 等炎症指标,减少脂质过氧化产物丙二醛,并提高谷胱甘肽过氧化物酶等抗氧化酶活性,从而减轻氧化应激[31],与中医所言其“散寒除湿、护正祛邪”之效相互呼应。体外代谢组学研究进一步指出,生姜可改善肌母细胞氨基酸与能量代谢物水平,提示其对能量供应及循环功能具有支持作用[32];现代研究也证实生姜能降低 2 型糖尿病患者的糖化血红蛋白、空腹血糖并改善血脂谱[31]。中医认为“脾胃为后天之本”,生姜辛温助阳、

和中健脾,可促进水谷精微的转化吸收、充盛气血生化之源。由此可见,现代药理揭示的生姜在能量代谢与糖脂稳态方面的机制,与中医“脾胃为气血生化之源”的理论高度契合,为其临床应用提供了中西医结合的科学依据。

3.4 大枣

大枣性温,味甘;归脾、胃经[1, 2]。功用于补脾益气、养血安神[1]。现代药理研究表明,大枣富含多糖、黄酮及多种维生素与微量元素,其中大枣多糖可提高淋巴细胞增殖,调节 Th1/Th2 细胞平衡,提升 CD4+/CD8+ T 细胞比值,并通过激活或抑制 NF- κB 与 MAPK 等信号通路发挥免疫调节与抗炎作用;同时具有显著清除自由基的能力,可降低丙二醛、提高超氧化物歧化酶与谷胱甘肽过氧化物酶等抗氧化酶活性,减轻氧化应激相关的组织损伤(包括神经与肝脏损伤)[33],在肝脏保护、抗疲劳与改善代谢紊乱方面具有应用价值。近年研究还指出,大枣多糖可通过调节肠道菌群组分、增加短链脂肪酸产生来影响宿主代谢与免疫稳态,参与抗炎、抗肿瘤及改善代谢综合征,为中医“补中益气、养脾生血”的传统认识提供了分子层面的解释。在神经保护与抗衰老方面,大枣提取物可减轻脑缺血/再灌注损伤、改善认知与行为表现,其机制涉及抗氧化、抑制炎症因子与减轻细胞凋亡[34]。整体来看,中医将大枣用于补脾益气、养血安神,其“补”与“养”的效应可理解为促进营养物质摄取与转化、增强机体抗氧化与免疫防御及修复受损组织;例如,大枣配伍补益药的现代研究显示大枣多糖可促进造血相关因子生成并保护造血组织,从分子生物学角度支持了古方的配伍理论。

3.5 甘草

甘草性平,味甘;归脾经、胃经、肺经[1, 2]。其主要化学成分包括甘草酸、黄酮类、查尔酮类及多糖等[35],功用于补脾益气、清热解毒、祛痰止咳、缓急止痛及调和诸药。现代药理研究证实甘草酸及黄酮类化合物可通过多靶点发挥作用,尤其在抗炎与免疫调控中具有突出作用[36, 37];甘草查尔酮 A 与多糖成分能够显著抑制炎症信号通路、减轻组织损伤,并在体内外实验中均表现出良好的抗炎效果[38, 39, 40]。此外,甘草及其有效成分对多种病毒与细菌具有抑制作用[37, 41]。在分子机制层面,甘草酸可与高迁移率族蛋白 1 直接结合,抑制其介导的促炎级联反应,从而减轻炎症反应与组织损伤[42, 43],使上述药理作用与甘草“清热解毒、调和营卫”的传统功效形成对应。在消化系统与心血管系统方面,甘草亦展现广泛生物学效应[44, 45],甘草酸及其制剂已被广泛用于慢性肝病治疗,可作为减轻炎症与保护肝细胞的常规选项之一[46],这与其“调和诸药、补益中焦”的传统认识相呼应,为方药配伍与现代新药开发提供重要依据。总的来说,甘草的传统功效与现代药理机制高度契合,其“益气调中、清热解毒、缓急止痛”等作用可由抗炎、免疫调节、肝脏保护及神经

保护等机制加以解释，体现了中西医理论的互补性与桥接价值。

综合上述，桂枝汤作为复方体系，其五味药物通过各自的分子靶点与信号通路协同作用，形成了抗炎、抗病原微生物、改善循环及维持代谢稳态等多层面药理效应。这些现代证据不仅补充了桂枝汤“解表散寒、调和营卫”之传统认识，还揭示了其在免疫调节、抗炎与组织修复等方面的可迁移价值。由此，桂枝汤既可被视为经典的解表方剂学范例，也为基于机制的临床转化研究提供了明确方向——包括对细胞因子谱调控、微循环与内皮功能改善、能量代谢支持及复方内成分的协同作用等的深入探讨。

结语

桂枝汤自古备受医家推崇，从柯琴誉其为“群方之魁”，至李东垣“从中焦论治”之发挥，再至叶天士“敛阳和营”之拓展，历代医家不断丰富其理论内涵，拓宽其临床应用范围。该方不仅被尊为“方剂之祖”，更是中医“辨证论治”与“异病同治”学术思想的集中体现。清代医家尤在涪在《金匱要略心典》中精辟指出：“桂枝汤外证得之解肌和营卫，内证得之化气调阴阳”，一语道破其跨越千年仍彰显临床活力的根本原因。

数千年来，经过历代医家不断的实践与总结，桂枝汤既具备深厚的经典理论根基，也逐渐积累现代药理学研究的支持。然而也需指出，目前对该方整体药效物质基础、作用靶标以及大样本多中心临床研究方面仍存在不足。未来应借助系统生物学、网络药理学等先进技术手段，并结合设计严谨的高质量随机对照试验，进一步明确其适应证范围、优化配伍方案，并系统评估其安全性，从而为桂枝汤的现代应用提供更为坚实的科学依据。

参考文献

- [1] 国家药典委员会. 中国药典[2020 年版]. 北京: 中国医药科技出版社; 2020.
- [2] 中药大辞典编委会. 中药大辞典. 北京: 人民卫生出版社; 2006.
- [3] 赵建一. 桂枝的药理研究及临床新用. 光明中医. 2010[8]:1.
- [4] 吴晓霞, 张立石, 等. 基于网络药理学探讨桂枝汤解热作用机制及药效物质基础. 中国实验方剂学杂志. 2018;24[15]:8.
- [5] Jia W, He X, et al. Ramulus Cinnamomi essential oil exerts an anti-inflammatory effect on RAW264.7 cells through N-acyl ethanolamine acid amidase inhibition. J Ethnopharmacol. 2023;317:116747.
- [6] Guo J, Yan S, et al. Advances in pharmacological effects and mechanism of action of cinnamaldehyde. Front Pharmacol. 2024;15:1365949.
- [7] 段雪娟, 张潼, 等. 植物精油的熏蒸抗菌活性及其机理研究. 食品工业科技. 2023;44[9]:11.
- [8] 刘婕琳, 刘功良, 等. 肉桂活性成分、功效及递送体系研究进展. 食品研究与开发. 2024[10].
- [9] 李倩, 艾淑娜, 等. 植物精油的抑菌机制及剂型在食品保鲜中的应用. Journal of Henan University of Technology Natural Science Edition. 2023;44[4].
- [10] 汤奇, 刘蓉, 等. 桂枝挥发油与桂皮醛抗流感病毒作用的实验研究. 时珍国医国药. 2012;23[7]:3.
- [11] 刘蓉, 何婷, 等. 桂枝挥发油及桂皮醛抗流感病毒的机制研究. 中草药. 2013;44[11]:1460-4.
- [12] 刘蓉, 武志强, 等. 桂枝挥发油与桂皮醛对病毒性肺炎小鼠细胞因子及 T 细胞亚群的影响. 中国实验方剂学杂志. 2015;21[18]:5.
- [13] 姚广源, 董平, 等. 基于文献挖掘探析气滞血瘀型神经根型颈椎病用药规律. 中医学. 2023;12[9]:2640-9.
- [14] 周三林. 麻黄、桂枝的临床应用与药理学研究. 中国民间疗法. 2018;26[4]:2.
- [15] Xu Y, Li J, et al. Therapeutic effects of medicinal and food-based traditional herbal couples on type 2 diabetes mellitus based on pharmacodynamics and pharmacokinetics. Front Pharmacol. 2025;16:1560271.
- [16] 许源, 宿树兰, 等. 桂枝的化学成分与药理活性研究进展. 中药材. 2013[4]:5.
- [17] 金英善, 陈曼丽, 等. 芍药化学成分和药理作用研究进展. 中国药理学与毒理学杂志. 2013;27[4]:745-50.
- [18] Choi YR, Kang MK. Evaluation of Cytotoxic and Antibacterial Effect of Methanolic Extract of Paeonia lactiflora. Medicina [Kaunas]. 2022;58[9].
- [19] Lim J-W, Kang M-K, et al. Antibacterial Effects of Paeonia lactiflora Extract on Oral Microcosm Biofilms. Applied Sciences. 2024;14[23]:11290.
- [20] Qian W, Zhang J, Wang W, et al. Antimicrobial and antibiofilm activities of paeoniflorin against carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae. Journal of Applied Microbiology. 2020;128[2]:401-13.
- [21] Shady NH, Mokhtar FA, et al. Capturing the antimicrobial profile of Paeonia officinalis, Jasminum officinale and Rosa damascene against methicillin resistant Staphylococcus aureus with metabolomics analysis and network pharmacology. Scientific Reports. 2024;14[1]:13621.
- [22] 周雪儿. Research Progress on the Pharmacological Effects of Paeoniflorin. Advances in Clinical Medicine. 2023;13:17341-8.
- [23] Hong H, Lu X, et al. A review for the pharmacological

effects of paeoniflorin in the nervous system. *Front Pharmacol*. 2022;13:898955.

[24] 杨山景, 封安杰, 等. 白芍总苷的药理作用及机制研究进展. *中国现代应用药学*. 2021;38[13]:7.

[25] Li X, Sun C, et al. Protective effects of paeoniflorin on cardiovascular diseases: A pharmacological and mechanistic overview. *Front Pharmacol*. 2023;14:1122969.

[26] Chen H, Dong Y, et al. Paeoniflorin improves cardiac function and decreases adverse postinfarction left ventricular remodeling in a rat model of acute myocardial infarction. *Drug Des Devel Ther*. 2018;12:823-36.

[27] Li M, Wang Q, et al. Paeoniflorin Attenuates Limb Ischemia by Promoting Angiogenesis Through ER α /ROCK-2 Pathway. *Pharmaceuticals [Basel]*. 2025;18[2].

[28] 郭春丽, 岳旺. 生姜抗癌止吐作用研究进展. *现代医药卫生*. 2021;37[7]:1143.

[29] 许国权, 郭艳华, 等. 生姜与枸橼酸复合物的抑菌效果探讨. *江汉大学学报: 自然科学版*. 2011;39[1]:4.

[30] 于泽, 韩肖洋, 等. 生姜中姜辣素的提取与功能研究进展. *食品研究与开发*. 2023;44[3]:219-24.

[31] Paudel KR, Orent J, Penela OG. Pharmacological properties of ginger [*Zingiber officinale*]: what do meta-analyses say? a systematic review. *Front Pharmacol*. 2025;16:1619655.

[32] Mohd Sahardi NFN, Jaafar F, et al. Elucidating the Pharmacological Properties of *Zingiber officinale* Roscoe [Ginger] on Muscle Ageing by Untargeted Metabolomic Profiling of Human Myoblasts. *Nutrients*. 2023;15[21].

[33] 魏炳琦, 高小雨, 等. 红枣多糖的结构,生物学活性及产品 开发进展. *Science & Technology of Food Industry*. 2024;45[12].

[34] Agrawal P, Singh T, et al. An updated review of *Ziziphus jujube*: Major focus on its phytochemicals and

pharmacological properties. *Pharmacological Research - Modern Chinese Medicine*. 2023;8:100297.

[35] 邓桃妹, 彭灿, 等. 甘草化学成分和药理作用研究进展及质量标志物的探讨. *中国中药杂志*. 2021;46[11]:17.

[36] Wahab S, Annadurai S, et al. *Glycyrrhiza glabra* [Licorice]: A Comprehensive Review on Its Phytochemistry, Biological Activities, Clinical Evidence and Toxicology. *Plants [Basel]*. 2021;10[12].

[37] Asl MN, Hosseinzadeh H. Review of pharmacological effects of *Glycyrrhiza* sp. and its bioactive compounds. *Phytother Res*. 2008;22[6]:709-24.

[38] 韩维维, 钟晴, 等. 甘草有效成分及其作用机制研究进展. *生命的化学*. 2023;43[12]:1956-62.

[39] 朱韵辰, 林星. 甘草多糖药理学作用研究进展. *中国现代应用药学*. 2021[021]:038.

[40] 田怡然, 任晓琛, 等. 甘草查尔酮 A 的药理学作用. *Advances in Clinical Medicine*. 2024;14.

[41] 宋艳玲, 任萌, 等. 甘草酸及其衍生物抗病毒研究进展. *沈阳药科大学学报*. 2023;000[12]:10.

[42] Mollica L, De Marchis F, et al. Glycyrrhizin binds to high-mobility group box 1 protein and inhibits its cytokine activities. *Chem Biol*. 2007;14[4]:431-41.

[43] Paudel YN, Khan SU, et al. Naturally Occurring HMGB1 Inhibitor, Glycyrrhizin, Modulates Chronic Seizures-Induced Memory Dysfunction in Zebrafish Model. *ACS Chem Neurosci*. 2021;12[18]:3288-302.

[44] 刘波, 陆明, 等. 野甘草乙醇提取物治疗大鼠胃溃疡作用的研究. *现代中西医结合杂志*. 2007;16[19]:1.

[45] 张明发, 沈雅琴. 甘草酸类和甘草黄酮类化合物对心脏保护作用的研究进展. *现代药物与临床*. 2012;27[4]:6.

[46] 甘草酸制剂肝病临床应用专家委员会. 甘草酸制剂肝病临床应用专家共识. *临床肝胆病杂志*. 2016; 32[5]: 844.

论桂枝汤与心阳的关系 On the Relationship Between Gui Zhi Tang and Heart Yang

世界伤寒杂病论研究班 205 谭胜乔

Shengqiao Tan, Participant No. 205 of the World Research Class on *Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases*

摘要：通过总结阐述桂枝汤调和营卫的作用、从经络和生理论述营卫与心的关系、列举桂枝汤及其类方在心阳虚的应用情况，提示其辛甘化阳、酸甘化阴对心阳具有调节作用，从而证明桂枝汤及其类方对心阳虚等相关疾病有积极的治疗效果。

关键词：桂枝汤；辛甘化阳；酸甘化阴；调和营卫；心阳虚

Abstract: By outlining the role of Gui Zhi Tang (桂枝汤) in harmonizing the ying (nutritive) and wei (defensive) qi, analyzing the relationship between ying-wei and the heart from the perspective of meridians and physiology, and listing the applications of Gui Zhi Tang and related formulas in cases of heart yang deficiency, it is suggested that its pungent-sweet combination transforms yang and its sour-sweet combination nourishes yin, thereby regulating heart yang. This demonstrates that Gui Zhi Tang and related formulas have a positive therapeutic effect on heart yang deficiency and associated conditions.

Key words: Gui Zhi Tang; pungent-sweet combination transforms yang; sour-sweet combination nourishes yin; harmonizing the ying and wei; heart yang deficiency

桂枝汤能调和营卫，伤寒论中桂枝汤及其派生方治疗与心阳虚有关的疾病，本文对桂枝汤调和营卫的作用与心阳虚的关系进行探讨。

1 桂枝汤调和营卫

桂枝汤是伤寒论第一个药方，为历代医家所推崇，柯韵伯曰：“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”。

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的辨太阳病用桂枝汤法脉证篇，有两条阐述了太阳中风病机、主证和方药。第 10 条：太阳中风，阳浮

而阴濡弱，浮者热自发，濡弱者汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之^[1]。第 11 条：太阳病，发热汗出，此为荣弱卫强，故使汗出，欲救邪风，桂枝汤主之^[1]。太阳中风，风邪侵犯体表，风性疏泄，腠理毛孔打开，导致卫气失常，原本营卫偕行，中风后打破了营卫之间的平衡，卫阳不能外固，营阴不得内守，出现脉浮缓、发热、恶风、恶寒、汗出的主证，或鼻鸣干呕等兼证，其病机是营卫失调、卫强营弱。

关于自汗也有两条。24 条：病常自汗出，此为荣气和，卫气不和故也。荣行脉中，卫行脉外，复发其汗，卫和则愈，宜桂枝汤^[1]。25 条：病人藏无他病，时发热，自汗出而不愈，此卫气不和也。先其时发汗愈，宜桂枝汤^[1]。这两条提示自汗病机也是营卫不调，卫气不和。

可以看出，不论什么原因导致的营弱卫强，只要是这个病机，都应该用桂枝汤解肌发表、调和营卫。

桂枝汤有五味药：桂枝、芍药、生姜、甘草、大枣，可以看成是两个方的组合：桂枝甘草汤和芍药甘草汤。桂枝甘草，辛甘化阳，主要化心阳，也包括肾阳，具有补益心阳、通阳化气、有助卫阳的作用。芍药甘草，酸甘化阴，以安营血。

“生姜佐桂枝行阳，大枣佐芍药行阴，一表一里，一卫一营，一阴一阳，故称和方之祖。”^[1]发汗祛邪而不伤正，敛汗养营阴而不留邪。

2 营卫与心的联系

《灵枢·本脏》云：“卫气和，则分肉解利，皮肤调柔，腠理致密矣”；“卫在外，营之始也，营在内，卫之守也”。《灵枢·营卫生会》提到“清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十度而复大会，阴阳相贯，如环无端”。这些都说明了营卫相互资生，相互为用，相偕而行，内外相贯，运行于周身，无处不到，营卫共同完成人体的生理功能，营卫调和，机体则达到阴平阳秘的最佳状态^[2]。

2.1 从经络理解营卫与心的联系

《灵枢·营卫生会》说：“营出于中焦，卫出于下焦。”表明卫气源于下焦，与肾和膀胱密切联系。《素问·通天论》说“阳者，卫外而维固也”，阳气的一部分（卫阳）的作用是固附守卫于体表，且温煦体表，对体表毛孔的开合有控制和主宰的权利。

足太阳膀胱经主表，《灵枢·本脏》曰：“三焦膀胱者，腠理毫毛齐应”，即在表的膀胱与体表的汗毛皮肤是相应的，这是太阳主表生理上的联系。足太阳膀胱经主表是通过太阳经主气、主皮肤开合来实现的。《素问·热论》：巨阳者，诸阳之属也，其脉连于风府，故为诸阳主气耳。太阳（膀胱）不是产生阳气的脏腑，为诸阳主气，气的来源是督脉，太阳经于风府与督脉相连；第二个阳气来源是肾阳（太阳与少阴相表里），肾中的阳气与温煦肌表的卫气，通过人体气化的作用不断地通过膀胱经和三焦敷布全身。

足少阴肾经的支脉“其支者，从肺出，络心，注胸中。”足少阴肾经与手厥阴心包经相连接，与手少阴心经是同名经。肾水从左边上升济养心阴，心阴制约心阳；心火从右边下降充养肾阳，温暖肾水。他们互相周济，往来不息，心肾相交，使人体处于健康的状态。心肾不交则会出现一系列病理状态，如肾水过多，心火不足，就会出现心肾阳虚，损及心肾。

营卫在经络方面与膀胱经和肾经紧密相关，因而与心也息息相关，相互影响，卫弱者常见于心肾阳虚之人^[3]。

2.2 从生理看营卫与心的联系

《灵枢·营卫生会》：“人受气于谷，谷入于胃，以传于肺，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”。《灵枢·邪客》云：“营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血”。营卫由食物精气化生而来，经脏腑气化作用运行周身。心为君主之官，在五行中心属火，脾胃属土，火生土，心火温暖脾土则营卫化生有源。营气运行于脉中，乃血中之气，卫气剽悍滑利运行于脉外，温煦心阳。

《素问·痿论》认为：“心主身之血脉”，包括主血、主脉两个方面。营卫通过血、脉与心密切关联，营卫充养血脉而又由心所主，与心阴心阳有生理上的直接联系，营气充足，则血液化生有源，脉管得充^[4]。心的气血阴阳正常，营卫才能正常运行，营阴亏虚，则血脉失于充养；卫阳不足，则脉道失于约束。营卫亏虚，则心主血脉功能受损，发生心失所养的病理改变，所以

《难经·集注》言：心者，营卫之本。

营卫不和而汗出，“汗血同源”，“汗为心之液”，汗出过多必定损伤心阳、心血，甚至大汗可以亡阳或亡阴。心阳心阴受损会导致营卫失调，而营卫失调则影响心的功能。营卫与心在功

能上互相制约，通过调理营卫，调理气血阴阳，使人体阴平阳秘、阴阳自和，维护心脏健康^[4]。

3 桂枝汤及其类方在心阳虚的应用

《难经·十四难》云：损其心者，调其营卫。营卫与心互依互存，营卫运行异常则心律失常，心脉受损。当心阳不足，会出现心悸、心慌、胸闷气短、心胸疼痛等症状，严重者可危及生命。因桂枝汤调和营卫的作用，张仲景在《伤寒杂病论》中针对心阳虚的不同的症状运用了桂枝汤及其类方。

桂枝汤治疗冠心病案例^[5]如下：

男，53岁。2008年7月16日初诊。冠心病史5年余，近1月来，心悸、失眠、胸闷、气短，可于睡眠中憋醒，劳累后尤甚，遂求诊。自述近来感体力不支，汗出较前明显增多，稍负重即汗出淋漓。夜半憋气胸痛醒后，每汗出沾衣，舌红苔少，脉弦细。辨证为营阴不足，卫外失固，心脉失养之症。治宜滋阴养营，调和营卫，方用桂枝汤，7剂后，诸证均减，偶有心悸心慌汗出，再进7剂，诸证若失。随访半年，病情稳定。

桂枝汤的类方在其基础之上针对不同症状各有所侧重，本文略举几例。若大量出汗使心阳受损，引发心慌心悸，用桂枝甘草汤温通心阳、固摄止汗。如果漏汗不止，四肢微急，难以屈伸，用桂枝加附子汤挽救欲绝之阳，“桂枝能化膀胱之气，附子温经扶阳，救阳即以全液”^[1]。桂枝加桂汤是桂枝汤再加二两桂枝，治疗寒邪上冲、

心阳不能镇守的奔豚病，温养心阳，平冲降逆。针对心阳不足、心神浮越、阴邪乘虚而入、惊狂不安的病症，则用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨就逆汤，祛痰化浊、补益心阳、重镇安神。

4 结论

营卫同出中焦的水谷精微，营行脉中，卫行脉外，与血脉紧密相连，又因“心主血脉”，导致营卫与心相互影响，所以调节营卫、扶助心阳均有助于调和气血、平衡阴阳，纠正心失所养的疾病，使心脉得以充养，心神安居于内。桂枝汤

及其类方通过调和营卫，尤其桂枝甘草辛甘化阳，成为治疗心阳虚的主要方法。

参考文献：

- [1] 东汉张仲景撰. 施济民注释, 马蕾等重编. 重编施注伤寒杂病论[M]. 北京学苑出版社, 2022:29-96
- [2] 史海蛟, 周宇石, 张明雪. 基于“损其心者, 调其营卫”理论探讨心悸的辨证论治[J]. 中国中医药, 2022, 37(9):5181-5184
- [3] 刘雯雯, 龚轩. 桂枝汤在冠心病心阳虚证治疗中的应用[J]. 中华中医药, 2021, 27(8):1213-1215
- [4] 沈真真, 李运伦. “损其心者调其营卫”治则的探讨[J]. 中国中医药, 2014, 12(8):11-13
- [5] 魏希进. 桂枝汤类方治疗冠心病举隅[J]. 山东中医杂志, 2010, 29(8): 569-570

针灸

浅刺轻灸治疗儿童反复呼吸道感染 1 例

卢火清^{1,2}

1. 广西科技大学附属妇产医院、儿童医院中医科（广西柳州市城中区映山街 50 号，545000）

2. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 507

Treatment of 1 Case of Recurrent Respiratory Tract Infections in Children with Superficial Acupuncture and Mild Moxibustion
Department of traditional

Huoqing Lu^{1,2}

1.Chinese medicine,Affiliated Maternity Hospital and Affiliated Children's Hospital of Guangxi University of Science and Technology (No.50 Ying Shan Street, Chengzhong District, Liuzhou City, Guangxi);2.World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.507

摘要：6 岁反复呼吸道感染（recurrent respiratory tract infections, RRTIs）患儿，对大椎、肺俞、列缺、足三里、太溪等穴运用浅刺轻灸方法治疗 15 次后呼吸道感染次数较前明显减少，出汗减少，体重增长，文章对浅刺轻灸治疗儿童反复呼吸道感染的病例资料展开讨论。

关键词：浅刺轻灸；儿童反复呼吸道感染；复感儿

Abstract: A 6-year-old child with recurrent respiratory tract infections (RRTIs) received 15 treatment sessions of superficial acupuncture and mild moxibustion at acupoints including Dazhui, Feishu, Lieque, Zusanli, and Taixi. After the treatment, the frequency of respiratory tract infections significantly decreased, sweating reduced, and body weight increased. This article discusses the case data of using superficial acupuncture and mild moxibustion to treat RRTIs in children.

Keywords: superficial acupuncture and mild moxibustion; recurrent respiratory tract infections in children; children with recurrent infections

儿童反复呼吸道感染(recurrent respiratory tract infections, RRTIs)是指 0~14 岁儿童 1 年内反复上、下呼吸道感染次数增多且超过一定范围的临床现象^[1]，简称复感儿。在门诊 60%~80% 的呼吸道感染患儿中，RRTIs 患儿占 20%~30%，且发病率逐年上升^[2-3]，且病因复杂^[4]，病程迁延反复，病情多变难愈，易引起其他并发症，成年后易演变为慢性呼吸系统疾病，严重影响到患儿的身心健康和生长发育，给家庭和社会带来一定的经济负担，对儿科医疗系统也造成了巨大压力^[1,5]。目前对 RRTIs 患儿尚无有效疫苗预防和根治的特效药物，对于 RRTIs 治疗方案的选择，多认为免疫调节剂、补充维生素、微量元素等是儿童 RRTIs 缓解期的一种重要治疗方法^[5-8]。但单纯西药治疗的作用机制单一，且对 RRTIs 反复发作的情况改善较为一般^[9]。近年来，中

医药在临床治疗中的使用越来越多，在扶正祛邪、增强抗病能力以及防治复感等方面发挥着独特优势，且安全性更高^[5]。马寿椿教授提出的“浅刺轻灸”法源于《黄帝内经》，是一种休闲、享受型的治疗，易于被患者接受，对气血未充盈且不耐疼痛的儿童尤为适宜，现对浅刺轻灸治疗儿童反复呼吸道感染 1 例整理如下。

典型病例：

病史：患儿覃某某，女，6 岁，广西柳州人，2025 年 07 月 21 日因“反复感冒 1 年余”来诊，其母代诉足月剖宫产生，出生无抢救史，3 岁前状态良好，偶有外感，3 岁至幼儿园后开始生病增多，愈发频发，近一年多来更甚，反复生病，病时症状为鼻塞流涕，咳嗽，咽痛，发热，偶有喘息，每月均发，甚或两月三次，每次病程 7 到 10 日，诊断为“支上呼吸道感染”、“鼻炎”、

“支气管炎”、“喘息性支气管炎”、“支气管肺炎”等，在不同医疗机构均口服药物治疗，甚时住院药物静脉输注治疗，近一年来已住院 4 次，如此反复，家属苦不堪言。就诊时面见患儿形体消瘦，面色偏黄，无光泽，双下眼睑色青，当下鼻塞流涕轻，无咳嗽，无发热，汗多，纳呆食少，寐欠安，二便尚调。舌质淡苔稍厚，脉细。

西医诊断：反复呼吸道感染

中医诊断：感冒 辨证：肺脾气虚。

治法：考虑患儿服药日久，暂停一切药物，予单纯针灸治疗，针灸以健脾补肺，佐以助运为法；

选穴及操作：患儿侧卧姿势，取 0.18×13mm 规格针灸针，使用棉签穴位常规消毒后浅刺约 4mm，取穴：大椎、肺俞（双，平刺）、列缺（单侧）、足三里（单侧）、太溪（单侧），不求针感，不行针。大椎为针刺并同时艾灸该穴，余穴仅针刺，留针并艾灸 20 分钟，每日一次，每周 3 次。

调摄：嘱患儿忌食生冷辛辣刺激食物及甜食，适当户外锻炼，晒太阳。

疗效：自就诊之日起至文章落笔 2025 年 9 月下旬，共治疗 15 次，患儿未再有剧烈咳嗽、发热等不适，有两次鼻塞流涕，继续针灸治疗后能较快稳定。汗少，纳寐可，体重增长 0.7KG。

结语

古代医籍中无“RRTIs”相应的病名记载，但其中关于“自汗易感”“体虚易感”的论述与本病接近。如《灵枢·五变》：“肉不坚，腠理疏，则善病风”；《温病条辨·解儿难》：“脏腑薄，藩篱疏，易于传变；肌肤嫩，神气怯，易于感触”。依据其病因病机及症状表现可归属于“虚人感冒”“咳嗽”“伤风”等范畴，认为先天禀赋不足、后天失于调养是儿童反复呼吸道感染的病因，病位在肺、脾、肾，证属本虚标实，须调整脏腑功能，扶正固本。

《灵枢·逆顺肥瘦》曰：“婴儿者，其肉脆血少气弱，刺此者，以毫针浅刺而疾发针，日可再也。”小儿生理特点为脏腑娇嫩，形气未充，是为稚阴稚阳之体。故针刺在治疗儿童疾病的过程中，要注意顾护正气，针刺手法宜轻浅，且针刺

深度较浅，无明显针感，安全性高，患儿及家长接受度高，适宜在儿童疾病的治疗中应用^[10-11]。

在马寿椿教授《马寿椿教授论浅刺轻灸》一文中，对为什么浅刺有效也做了论述，他从《黄帝内经》中发现气滑血清之人需要浅刺，深刺会耗气损血，小儿属气滑血清且气血未充盈之列，宜浅刺轻灸。“治上焦如羽，非轻不举”，肺主皮毛，对于 RRTIs 的治疗，尤其适宜浅刺轻灸。

《灵枢·九针十二原》曰“刺之要，气至而有效”，意为针刺之目的在于获得疗效，取得疗效的关键在于“气至”^[12]，无需过分追求针感与得气。大椎穴是阳经之海，为手足三阳经与督脉的交会穴，有统帅一身之阳气，调和气血的作用；肺俞穴是肺的背俞穴，可调理肺气，增强肺的功能；列缺穴通于任脉，对肺系疾病和咽喉疾病均有较好的治疗作用；足三里是胃经“合穴”，固护中焦，健脾益气，提高机体免疫力；太溪穴扶正固本，诸穴共奏健脾补肺，使“正气存内，邪不可干”。

综上，浅刺轻灸能改善患儿临床症状，促进机能恢复，其刺激性较小，操作性较强，对儿童易于施治，有助于提高患儿的治疗依从性，保障治疗效果，同时有助于减少儿童的药物服用量，具有较高安全性。

参考文献

- [1]尚云晓,王雪峰.中西医结合防治儿童反复呼吸道感染专家共识[J].中国中西医结合儿科学,2022,14(06):461-467.
- [2]杨常泉,马融,李新民,等.小儿反复呼吸道感染中医治疗优化方案临床研究[J].中华中医药杂志,2012,27(04):1136-1140.
- [3]汪受传.中医儿科学[M].北京:中国医药科技出版社,2004:125.
- [4]Editorial Office. Erratum to clinical observation of the effect of modified Ginseng-Schisandra decoction (MGSD) on trace elements and immune function in children with spleen deficiency syndrome after recurrent respiratory tract infection (RRTI). Transl Pediatr.2021 Sep;10(9):2407.
- [5]罗玉君,温晓莹,倪晓良,等.基于关联规律探析中医药治疗儿童反复呼吸道感染的用药规律与特点[J].西部中医药,2019,32(03):64-67.
- [6]叶盛.特殊健康状态儿童预防接种专家共识之十二——感染性疾病与预防接种[J].中国实用儿科杂志,2019,34(03):176-177.

[7]王红利.维生素 D₃ 对小儿反复呼吸道感染的干预效果及对血清 IGF-1、25-(OH)D₃ 和 IFN- γ 水平的影响[J].临床合理用药,2024,17(07):104-106.

[8]李维涛,张小丽.维生素 D 联合锌硒宝治疗小儿反复呼吸道感染的疗效及不良反应观察[J].贵州医药,2023,47(09):1421-1422.

[9]张立娜,闻丽.中医药治疗小儿反复呼吸道感染的研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(22):68-70.

[10]关绍刚,汪淑艳.点针法治疗小儿疾病机理及临证例析[J].中医药学刊, 2001,19(4):393-394.

[11]余楚岚,易玮.《黄帝内经》浅刺法探析[J].广州中医药大学学报, 2019, 36(4): 511-514.

[12]叶慧伶,张学君.浅刺法在小儿疾病中的应用探析[J].中医药通报,2023,22(12):52-55.

作者简介：第一作者（兼通讯作者）：卢火清（1990-），女，重庆黔江人，主治医师，硕士，研究方向：中医儿科。
通信地址：广西壮族自治区柳州市城中区映山街 50 号 邮编：545000
E-mail:137218635@qq.com

董氏奇穴在助孕方面的应用

常雄

Application of Tung's Extraordinary Acupoints in Fertility Assistance

Xiong Chang, Acupuncture Chang Healing Center, 1413 Satchem Pl Suite 2, Charlottesville VA 22901

摘要以董

氏奇穴妇科、还巢为主穴的针灸处方，提高了我对希望怀孕患者的治疗成功率。本文将以五个不同病情为例，提示该穴组不仅可以用于准备自然怀孕的患者，也可以与人工受孕技术相结合。

关键词：董氏奇穴, 助孕

Abstract: Using Fuke 11.24 and Huanchao 11.06, the Tung's Acupuncture Points as the main points improved my clinical success rates in supporting fertility. This article presents five different case types to demonstrate that those point combination can be applied not only to patients preparing for natural conception but also in conjunction with assisted reproductive technologies.

Key words: Tung's Extraordinary Acupoints, Fertility Assistance

2018 年是我第一次跟随杨伟杰老师，在洛杉矶全面学习《董氏奇穴》。之后在 2019 年分别参加了杨老师在台湾、以色列、洛杉矶等地的讲座。再之后又跟随他的入室弟子钟政哲老师在纽约、凤凰城及网络讲坛学习。

自从学习董氏奇穴以来，感觉临床疗效提高很多。包括之前不擅长的不孕症也变得有些得心应手起来。董氏奇穴不光可以应用于不孕症，对于准备怀孕但不是不孕症的患者也可以使用。由于本人学习董氏奇穴时间短，接触病例数量及类型有限，在某些方面会有论述不当，但愿与同道一起分享。如果您之前在临床中使用过或将来有机会使用董氏奇穴，希望您能反馈于我，使我有更多成长。

本文将从以下几个方面探讨，他们分别是：董氏奇穴的概述、病例分享及助孕董氏主穴、定位及机理。

1. 董氏奇穴的概述

董氏奇穴为董景昌继承家学并研究发展、自成一派的针灸学。它因疗效高、易用而被世界各地中医师所接受。董师去世前曾出版过《董氏针灸正经奇穴学》。由于该书对于穴位及主治说明极为简单，没有原理解说，图示也不清楚，使得学者很难掌握及应用。

杨老师跟随董师学习多年，并在生前的 40 多年中从《内经》、《难经》、《易经》、《针灸甲乙经》及《针灸大成》等中医古籍中努力探求，深入研究，将穴位定位、主治方面得以规范，不光使得董氏奇穴从穴位命名、主治等方面有其理论基础，而且也扩大了主治范围，及研创了几个在临床上非常实用的穴位。

董氏奇穴根据其所在位置，分为手指、手掌、前臂、上臂、足趾足底部、脚部、小腿、

大腿部、耳部、头面部、胸腹部和背部。治疗涉及痛症、内科、外科、妇科、儿科、五官科等病症。

2. 病例分享

下面是我过去几年遇到的 5 个比较典型的病例。为了保护患者隐私，以她们名字的首个字母作为称呼。治疗时，在患者呼气时分天、地、人三部进针，得气后停止操作。每次治疗 45 分钟，每 15 分钟捻转行针一次。

第一个患者 KK，就诊时间：2020 年 7 月 10 日。就诊时年龄：32 岁。就诊目的：为第一次怀孕做准备。患者月经规律，每 27 天一次，每次持续 5 天，但患者有多年的痛经史，每次月经期间需要天天服用止痛药。治疗取穴：妇科（左侧 L）、还巢（右侧 R）、太冲（L+R），中极、门金（L+R）。7 月 15 日取穴：妇科（R）、还巢（L）、中极、下三皇（R）、太冲（L+R）。7 月 20 日为上一次例假刚结束。诉痛经明显渐轻，只一天服止痛药。取穴：妇科（R）、还巢（L）、百会、太冲（L+R）、三阴交（L+R）。7 月 24 日、8 月 7 日就诊，取穴同第三次。9 月 18 日就诊诉上次月经完全正常。取穴：妇科（L）、还巢（R）、太冲（L+R）、三阴交（L+R）、中极。10 月 2 日取穴：妇科（R）、还巢（L）、中极、三阴交（L+R）、复溜（L+R）。10 月 9 日取穴：妇科（R）、还巢（L）、中极、阴陵泉（L+R）、三阴交（L+R）。10 月 16 日取穴为：妇科（L）、还巢（R）、中极、复溜（L+R）。最后一次就诊时间为 2020 年 11 月 13 日，取穴同上次。于 2021 年 9 月 13 日诞下一个男孩。估计受孕时间在 2020 年 12 月中下旬。总共治疗 10 次。

患者既往有痛经史，说明其体内有气血瘀滞，后者会对受孕造成障碍。助孕先调经。通过使用董氏奇穴为主穴治疗，痛经得以根除，为其自然受孕扫清障碍。

第二个患者 AM，就诊时间：2021 年 1 月 29 日，就诊时年龄：33 岁。就诊目的：准备要第二个孩子。患者曾在针灸帮助下于 2013

年生产第一个孩子。患者平素月经正常。治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、三阴交（L）、太溪（R）。2 月 5 日和 2 月 19 日分别再次就诊，取穴同第一次。2 月 20 日取穴：妇科（R）、还巢（L）、三阴交（L）、太冲（R）。3 月 5 日为最后一次治疗。诉月经晚来两周，取穴：妇科（R）、还巢（L）、复溜（L）、肾关（R）。最近随访，患者回复：最初成功受孕，但之后出现流产。2021 年底自然受孕，2022 年秋天男孩出生。

患者虽然没有月经问题，但不能受孕。通过以董氏奇穴为主治疗，气血、脏腑功能得以改善，为自然受孕提供了条件。

第三个患者 SH，就诊时间为 2025 年 8 月 20 日，就诊年龄为 31 岁。就诊目的是助孕。患者工作压力大，排卵期不规律至少四个月。平素月经规律，每 28 天一次，每次 4 天。治疗取穴：妇科（R）、合谷（L）、太冲（L）、足临泣（R）、镇静。9 月 30 日，诉上次月经延后到 35 天，现为这个月经周期的第三天，月经量较前少且色暗。治疗取穴：还巢（L）、三阴交（L）、血海（R）、足三里（R）、镇静。10 月 3 日为月经周期第六天，诉针后月经量及色正常。治疗取穴：还巢（R）、妇科（L）、三阴交（L）、足三里（R）、镇静。10 月 6 日治疗取穴：还巢（L）、妇科（R）、三阴交（R）、足三里（L）、镇静。10 月 8 日治疗取穴：还巢（R）、妇科（L）、三阴交（L）、足三里（R）、镇静。10 月 13 日治疗取穴同 10 月 6 日。10 月 20 日：妇科（L）、还巢（R）、足三里（R）、通肾（L）、镇静。10 月 30 日为第九次就诊，诉过去三个月经周期除延长为 34-35 天外，排卵规律。10 月 31 日早上电子邮件告知自测怀孕阳性。

患者排卵期不规律，针后规律且自然受孕。

第四个患者 AZ，就诊时间为 2020 年 9 月 30 日，就诊时年龄接近 39 岁。她常住在华盛顿州，因老公来维吉尼亚州工作，所以同来。曾在 2019 年 12 月流产。治疗目的：为做试管

婴儿做准备。就诊时诉同时有双侧腕部僵硬，下颌关节发紧及头痛。取穴：妇科（L）、还巢

（R）、足临泣（L+R）、复溜（L+R）。10月2日就诊诉腕部及下颌关节疼痛好转，但双侧耳部附近头痛及双侧前臂疼痛。治疗取穴：妇科

（L）、还巢（R）、外关（L+R）、足临泣

（L+R）。10月7日诉月经疼痛，治疗取穴：灵骨（L+R）、门金（L+R）。10月9日月经即将结束，自觉易激惹。治疗取穴：还巢（R）、门金（L+R）、太冲（L+R）、百会。10月14日取

穴：妇科（R）、还巢（L）、复溜（L+R）。10月16日取穴：妇科（L）、还巢（R）、复溜

（L+R）、三阴交（L+R）。10月19日就诊诉耳部阻塞感。治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、复溜（L+R）、三阴交（L+R）、听会（L+R）。10月23日取穴同10月16日。10月28日取穴

同10月14日。10月30日取穴：妇科（R）、还巢（L）、复溜（L+R）、三阴交（L+R）。11月6日诉3天前开始服取卵西药。治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、复溜（L+R）。11月9日

诉右腕关节断续性疼痛。治疗取穴：五虎一

（L）、复溜（L+R）、三阴交（L+R）。于11月13日取出7个卵子，其中6个成功受精。11月16日治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、复溜

（L+R）、三阴交（L+R）。11月20日取穴：还巢（L）、妇科（R）、复溜（L+R）。11月23日取穴：还巢（L）、妇科（L）、复溜（L+R）、三阴交（L+R）。11月30日取穴：还巢（L）、妇科（R）、复溜（L+R）、太冲（L+R）。12月4日取穴：还巢（L）、妇科（R）、复溜

（L+R）、三阴交（L+R）。12月11日和12月18日治疗同12月4日。12月21日为周期第三天，诉右侧克里氏腱疼痛。治疗取穴：灵骨

（L）、妇科（R）、三阴交（L）、复溜（L）、太冲（R）。12月23日和28日治疗取穴同12月21日。12月30日取穴：五虎一（L）、还巢

（R）、百会、复溜（L）、太冲（R）。于12月31日取了出12个卵子，其中10个成功受精。她的生殖科医生对卵子的数量及质量相当满意。2021年1月4日治疗取穴：灵骨（L）、太冲（R）、复溜（L）、妇科（R）。患者在2021年1月6日诉右侧克里氏腱好转。治疗取穴：

灵骨（R）、妇科（R）、复溜（R）、太冲（R）。之后返回华盛顿州。2021年8月20日因脖子痛和髋部疼痛就诊时说已经怀孕5个月。今年4月份老公再次来维吉尼亚州工作，患者和她的儿子同来。患者准备再次做IVF。

患者曾有流产史，就诊时年龄接近39岁，说明就诊时肾气亏虚。通过使用董氏奇穴为主穴治疗，肾气、肾精得以加固，为IVF取得合适卵子、受精卵植入后受孕及保胎提供条件。

第五个患者 JV，就诊时间为2023年6月8日，就诊年龄为39岁。在就诊前8-9个月内有三次流产，流产时间在受孕后两周左右。就诊目的为宫内人工授精 IUI 做准备。治疗取

穴：肾关（L）、三阴交（R）、三叉三（L）、还巢（R）、镇静。6月11日做了 IUI。6月12日做第二次针灸治疗，取穴：妇科（L）、三阴交（L）、丰隆（L）、百会。6月5日治疗取

穴：妇科（L）、还巢（R）、足三里（L）、肾关（R）。6月20日诉乏力、多睡。治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、足三里（L）、肾关

（R）、镇静。6月22日诉乏力、乳胀。取穴：妇科（L）、还巢（R）、肾关（R）。6月26日诉3天前开始行经。治疗取穴：妇科（L）、还巢（R）、三阴交（R）、丰隆（L）、镇静。6月29日取穴：妇科（L）、还巢（R）、三阴交

（R）、丰隆（L）、中极。中药毓麟珠100克。6月29日取穴：妇科（L）、还巢（R）、三阴交（R）、丰隆（R）、中极。7月20日诉右膝疼痛。治疗取穴：妇科（L）、还巢（R）、太冲

（R）、足三里（L）、镇静。7月24日就诊时说已经过了正常月经开始2天，自行检测已怀孕。治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、太冲

（R）、复溜（L）。7月27日时诉怀孕已被正式确认。这次为自然怀孕。治疗以保胎为主治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、肾关（L）。中药滋肾育胎丸100克。8月23日治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、肾关（L）、足三里

（R）、镇静。8月10日轻微恶心。治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、公孙（L）、足三里

（R）、镇静。8月14日就诊诉胎检正常。妇科（R）、还巢（L）、足三里（L）、肾关（L）、镇静。中药滋肾育胎丸100克。8月31日就诊

时诉胎儿或许有心脏问题，自觉有心理压力。针灸治疗取穴：妇科（L）、还巢（R）、镇静。9 月 11 日就诊时诉经西医诊断，胎儿有心脏异位。治疗取穴：还巢（L）、足三里（R）、镇静。9 月 29 日就诊时诉 9 月 25 日，妊娠手术终止。当时胎儿已经有大约 13 周。治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、足三里（R）、三阴交（L）、镇静。10 月 12 日就診治疗同 10 月 12 日。10 月 27 日治疗取穴：妇科（R）、还巢（L）、足三里（R）、肾关（L）、镇静。11 月 27 日诉月经周期第二天出血量大。治疗取穴：妇科（R）、还巢（R）、隐白（L）、足三里（R）。2023 年 12 月 21 日月经周期第三天。治疗取穴：Fuke（L）、还巢（R）、太冲（R）、足三里（L）。2024 年 4 月 9 日是 2024 年第一次针灸治疗。来治疗时诉又做了几次 IUI 都没有成功，准备再做一次。治疗取穴：妇科（L）、三叉三（R）、三阴交（R）、足三里（L）、中极。4 月 23 日诉再有两天就可以知道是否有月经。取穴：妇科（R）、还巢（L）、百会。5 月 7 日治疗时述诉 IUI 没有成功，接下来准备做试管婴儿（IVF）。治疗取穴：风池（L+R）、肩井（L+R）、肾俞、大肠俞、承山（L+R）。5 月 14 日治疗时诉取出三个卵子，其中一个成功受精。治疗取穴：妇科（L）、还巢（R）、三阴交（L）、足三里（R）、关元。5 月 21 日诉接下来一周左右会再次取卵。治疗取穴：妇科（L）、还巢（R）、三阴交（L）、足三里（R）、百会、镇静。6 月 26 日诉准备两天后取卵。治疗取穴：风池（L+R）、肩井（L+R）、肾俞（L+R）、大肠俞（L+R）、委中（L+R）、承山（L+R）。6 月 28 再次取卵。5、6 月份总共针灸治疗 4 次，未记录取卵情况。再次针灸治疗是 11 月 4 日，准备两周后做受精卵植入。取穴为：妇科（R）、还巢（L）、三阴交（L）、太溪（R）、中极、百会。11 月 11 日取穴：妇科（R）、还巢（L）、肾关（L）、丰隆（R）、关元、百会。11 月 22 日取穴：四关、曲池（L+R）、血海（L+R）、天枢（L+R）、水道（L+R）、归来（L+R）。11 月 23 日做受精卵植入术。11 月 25 日针灸治疗，取穴：中脘、气海、曲池、足三里、镇静、百会。怀孕成功。这次怀孕后没有

采取特殊的保胎治疗。于 2025 年 8 月 16 日成功生下接近 8 磅的男婴。前后治疗 30 次。

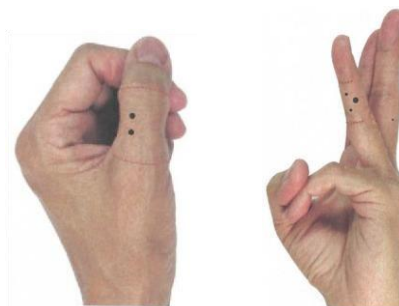
董氏奇穴不仅可以用于辅助 IVF，也可以辅助宫内人工授精。

3 治疗主穴

这五个病例治疗时，是以董氏奇穴的妇科和还巢为主。董氏奇穴将手指背侧以三条线划分。外侧线也就是尺侧或小指侧线，内侧线，也就是桡侧或大指侧线，及位于两线之间的中间线。内外侧线取穴是贴靠骨缘下针。

妇

科穴定位：妇科穴位于大指背近端指节内侧线，指节间横纹



及拇指掌关节间距分成三等分，在中间三分之一和三分之二处取穴，贴于骨旁下针，针深 2-3 分。见左图。

还巢穴定位：位于环指尺侧赤白肉际处，近端指间横纹和远端指间横纹中点。针 2-3 分。

4. 原理解释

《素问·宣明五气篇》“肾主生殖”。还巢穴位于环指，三焦经走环指。按照脏腑别通理论：手太阴肺与足太阳膀胱通，手少阴心与足少阳胆通，手厥阴心包与足阳明胃通，手太阳小肠与足太阴脾通，手少阳三焦与足少阴肾通，手阳明大肠与足厥阴肝通，可以看到手少阳三焦与肾通。

《灵枢·官针》中提到五刺。其中有输刺：输刺者，直入直出，深内之至骨，以取骨痹，此肾之应也。妇科是贴骨进针，还巢骶骨，二穴针刺都是与肾相应。

子宫之中有胞络，连系于子宫的还有胞络。《素问·评热论》“胞络者，属心而络于胞中”。《素问·奇病论》：“胞络者系于肾”。虽然手少阳三焦不直接与心相连，但其与手厥阴心包经相表里、相通。《灵枢·邪客》“邪之在于心者，皆在于心之包络”。心包为心的外围，并且保护心脏。针刺还巢穴，可以间接影响心脏。

妇科穴位于大拇指，肺经走大拇指。《素问·五脏生成篇》：“诸气者皆属于肺”。肺主一身之气，人体各个部位的结构功能正常均依赖肺功能的正常。并且在五行上，肺属金，肾属水，肺金为肾水母。但桃核承气汤和桂枝茯苓丸为入太阳经方剂，在临床上常用于治疗子宫病变。足太阳膀胱经至阴穴灸治胎位不正，针治难产，昆仑治难产，膀胱腧治女子瘕聚，上髎、

次髎、中髎治月经不调等，治疗部位在子宫，都说明足太阳膀胱经与子宫相通。而肺与膀胱通。

另外肺经与任脉交会汇。而任主胞胎。

总之，妇科、还巢穴助孕有良效，不仅可以用于准备自然怀孕的患者，也可以与人工受孕技术相结合，帮助患者完成做妈妈的心愿。

参考文献

1. 董氏奇穴穴位诠释。人民卫生出版社。2018 年 8 月。杨伟杰。
2. 黄帝内经素问。人民卫生出版社。2005 年 5 月。田代华。
3. 灵枢经。人民卫生出版社。1994 年 5 月。
4. 中医妇科学。上海科学技术出版社。1986 年 4 月。罗元恺。

Electro-Acupuncture as a Potential Treatment for Hyperhidrosis, A Case Study

Sarah Montesa D.C., M.S.O.M., M.S.H.A.P.I., L.Ac.
National University of Health Sciences, DAC Student
National University Whole Health Clinic
200 E. Roosevelt Rd
Lombard IL 60148
smontesa@nuhs.edu

Abstract:

Sweating plays a crucial role in the human body's thermoregulatory system. Exposure to specific climatic conditions, as well as physical exertion, promotes the production of sweat, so that its evaporation can modulate body temperature. In cases of hyperhidrosis, however, patients experience excessive sweating that is disproportionate to these environmental and physical factors. This condition may manifest independently of known triggers. While various health conditions and medications can be linked to a secondary presentation of this condition, the prevailing hypothesis for primary hyperhidrosis suggests that it results from aberrant nerve signaling to the eccrine sweat glands, leading to their overactivity. The patient in this case study has experienced excessive sweating since childhood, which has led to social anxiety and behavioral adjustments aimed at avoiding embarrassment related to her sweating. Although her sweating episodes are not confined to specific triggers, she reports that they are often exacerbated by increased mental stress. Additionally, she has been diagnosed with idiopathic scoliosis, which coincided with the onset of her hyperhidrosis symptoms. According to several studies, acupuncture may serve as an effective treatment because of its ability to modulate central nervous system signaling, thereby reducing sympathetic activity to which sweating is associated with and enhancing parasympathetic activity in the body. In this case, the practitioner employed a combination of manual and electroacupuncture techniques, targeting both points identified by Traditional Chinese Medicine and those aligned with biomedical indications.

Keywords: Acupuncture, Electro-Acupuncture (EA), Hyperhidrosis, Sweating, anxiety.

Introduction

Sweating constitutes a primary aspect of the human body's thermoregulatory system. Exposure to environmental factors, physical exertion, or exercise stimulates the production of sweat to facilitate reduction in body temperature through evaporation. Emotional stress has also been seen to trigger sweating. Hyperhidrosis, characterized by excessive sweating unrelated to environmental or exertional factors, commonly affects areas such as the hands, feet, groin, underarms, and 2018, hyperhidrosis significantly impacts daily activities, clothing choices, and occupational functions. The condition can be categorized into primary (idiopathic) and secondary hyperhidrosis, with the latter having identifiable underlying causes. Although various health conditions and medications are associated with hyperhidrosis, no single definitive medical cause has been established. The leading hypothesis associated with primary hyperhidrosis is thought to be a result of improper nerve signaling to the eccrine sweat glands causing them to become overactive. (19) Eccrine glands cover the majority of the human body and serve as the primary gland involved in evaporative thermoregulation. When working appropriately, these glands receive sympathetic innervation through cholinergic fibers in response to body temperature ranging from skin irritation to nerve damage and muscle weakness.

face. (14) This condition often leads to social anxiety and embarrassment, prompting individuals to seek treatment. Many patients report exacerbated sweating during periods of emotional distress, perpetuating a cycle of symptoms and responses. Given the nature of the condition, often individuals may delay seeking medical assistance and resort to lifestyle adjustments such as carrying towels or extra clothing to manage excessive perspiration (3).

According to a survey conducted by Glaser et al. in changes. The response is mediated by the hypothalamus who acts to modulate body temperature through this sympathetic innervation to the sweat glands. Fibers involved in this circuit of communication originate from the thoracolumbar region of the spinal cord before synapsing with the postganglionic neurons. (7)

Initial management strategies for hyperhidrosis typically involve prescription antiperspirants, which offer short-term relief. Long-term benefits are more evident with nerve-blocking medications and botulinum toxin injections. In severe cases, surgical options like sweat gland removal or sympathectomy may be considered, albeit with associated risks

Based on several studies, acupuncture, as a treatment, has been shown to have the potential to act as a modulator for central nervous system signaling, lowering sympathetic

activity and upregulating parasympathetic activity. Electrophysiological studies have demonstrated that acupuncture stimulation excites peripheral afferent nerve fibers. (8) This mechanism is one that may underly its efficacy in treating stress-related mental health conditions and is the reason why acupuncture has been explored as a treatment for disordered sweating conditions.

Chinese Medical Perspective

Traditional Chinese Medicine (TCM) identifies several patterns associated with excessive sweating, with some of the most seen including deficient Lung qi, deficient Heart blood, and deficient heat due to yin insufficiency. If you look at spontaneous sweating as a stand-alone symptom, then one could say that any of the Zang organs can play a role in the development to hyperhidrosis. With each TCM diagnosis comes its own set of prescribed treatments aimed at restoring physiological balance. Sweat itself is part of the Jin component of the Jin-Ye or body fluids. The Jin-Ye encompasses all fluids that one might find in the body outside of blood. Jin fluids include things like sweat, tears, and saliva. These substances are considered light and thin, circulating with Wei (defensive) Qi in the space between skin and muscles. Changes in the integrity of the Wei level often come with sweating as an associated symptom, and acupuncture points commonly used to manage sweating will target this level in addition to supporting whatever vital substance of organ components that might be affected in a given individual.

A Case of Hyperhidrosis

A 25-year-old female graduate student presented to the National University of Health Sciences clinic on May 16, 2023, with a chief complaint of excessive spontaneous sweating. She reported that her hyperhidrosis symptoms began in middle school around the time of menarche and have persisted over the years, with daily episodes of sweating in her hands, feet, underarms, and groin. The sweating caused her distress and embarrassment, influencing her clothing choices and social interactions. She noted that her symptoms tend to worsen in situations in which she felt “anxious,” as well as

Figure 1. The Hyperhidrosis Disease Severity scale

0	My sweating is not noticeable and never interferes with my daily activities
1	My sweating is noticeable but rarely interferes with my daily activities
2	My sweating is tolerable but sometimes interferes with my daily activities
3	My sweating is barely tolerable and frequently interferes with my daily activities
4	My sweating is barely tolerable and always interferes with my daily activities

additional sweating noted around the time of menstruation. She reported a dietary trigger linking the consumption of coffee to an increase in symptoms as well. The patient’s other symptoms included heart palpitations, difficulty falling asleep attributed to racing thoughts, and episodes of vivid dreaming. She also reported occasional abdominal bloating, low appetite, and loose stools. In assessing her symptom presentation, a Traditional Chinese Medicine (TCM) diagnosis of Spleen Qi deficiency with Heart blood deficiency was reached. In exploring the rest of her medical history, it was found that the patient had been diagnosed with idiopathic scoliosis, identified radiographically in November 2010. It was managed at the time with Boston Bracing, which reduced the left lateral curvature from 47 degrees to 22 degrees. The most recent radiographs taken in March 2021 showed an increased left curvature of 35.1 degrees and a diagnosis of straight back syndrome. She reports occasional back and neck pain but is otherwise able to complete all functions of daily living as she would like. Before beginning this course of treatment, the patient had prior experiences with acupuncture for stress and pain management as well as menstrual complaints. Throughout these previous treatments sweating remained a consistent symptom and little change was noted in her hyperhidrosis symptoms. The treatments selected for this case focused primarily on reducing her hyperhidrosis symptoms.

Evaluation of Response

Patient responses were noted at the time each treatment was rendered. At periodic intervals (visits 1, 8, and 12) the patient’s symptoms were rated through the use of the Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) (fig 1.) and the recording of the location and volume of sweat during a symptomatic episode (fig 2.). One year after treatment the patient was contacted to follow up on persistent symptoms by evaluating them based on the HDSS and subjective reporting of experience.

5	My sweating is intolerable and always interferes with my daily activities
---	---

Fig.1 shows the Hyperhidrosis Disease Severity Scale, an outcome assessment that assigns a numerical value to the signs and symptoms associated with a diagnosis of hyperhidrosis in patients. The validity and reliability of the HDSS have been analyzed and found to have strong to moderate correlations with other outcome measures for this condition. Measures are subjective with a score of 3 or 4 indicating severe hyperhidrosis and score of 1 or 2 indicating mild or moderate hyperhidrosis.

Figure 2. A Subjective Visual representation of hyperhidrosis

Fig. 2 shows a visual representation of hyperhidrosis symptoms in the palmar region, images of symptomatic and asymptomatic palms taken from a variety of open-source locations, with some showing the subject of this case study during acupuncture treatment.

Treatment Method

The patient’s treatment plan included twelve sessions over 8 weeks, with biweekly acupuncture appointments for the first month and weekly treatments thereafter. Point selection alternated between back and front treatments. Single-use sterile spring handled acupuncture needles, 0.22-0.27mm in diameter, 15-40mm in length utilized for treatments.

Treatment 1:

Acupuncture Points: *Zao Hai* (KD 6), *Nei Guan* (PC 6), *He Gu* (LI 4), *Tai Chong* (LV 3), *Shao Fu* (HT 8), *Qu Chi* (LI 11), Sympathetic auricular point, and 4 *hua tuo jia ji* points at the level of T1 and T3.

Microcurrent Electro-acupuncture via Estim-II unit, applied to *hua tuo jia ji* points at a rate of 100 cycles per second, with intensity to patient tolerance for 20 minutes duration. Manual stimulation was utilized to achieve de qi sensation in all other points.

Treatment 2:

Acupuncture Points: *Nei Guan* (PC 6), *Tai Xi* (KD 3), *He Gu* (LI 4), *Tai Chong* (LV 3), *Shao Fu* (HT 8), *San Yin Jiao* (SP 6), *Qu Chi* (LI 11), *Dan Zhong* (CV 17), *Tai Bai* (SP 3), *Yin Ling Quan* (SP 9). and Sympathetic auricular point. Only manual point stimulation was used to achieve da qi. Needles retained for 20 minutes each session.

Patient Response

The symptom baseline, as reported by the patient, included at least one episode of excessive sweating per day, typically during midday and lasting at least 30 minutes. During sweating episodes, she noted that affected areas became wet or soaked, with sweat dripping off hands and feet. This was visualized during the initial treatment. When needling was initiated the patient’s skin became visibly wet on hands and feet and sweat pooled in her palms. This lasted 10 minutes into the treatment, and her palms were completely dry at the time of needle removal. This response continued to occur for next few treatments gradually tapering off. She no longer had this palmer sweating response by the end of the treatment series.

Two weeks and four treatments into the plan, the patient reported a drastic reduction in symptoms, noting that sweating was "hardly existent," with about one episode of sweating every other day, and a subjective decrease in the overall volume of sweat. With the prolonged periods of dryness, it is easier to pinpoint aggravating factors. The most recent episode was attributed to an increase in feelings of nervousness and anxiety associated with exam time school.

As treatments progressed, the patient reported fewer episodes of breakthrough sweating, with longer intervals between episodes.

By the end of the treatment period while spontaneous sweating was occurring the patient reported that the volume had greatly decreased and that she had started to make clothing

choices that she had previously avoided because she was no longer worried about the effect that her symptoms would have on them.

Despite a reduction in heart palpitations during the treatment period, these symptoms remained a persistent problem, leading to the ordering of an electrocardiogram. The ECG showed the presence of premature supraventricular complexes and aberrant ventricular conduction, and the patient was referred to a cardiologist for follow-up of these symptoms.

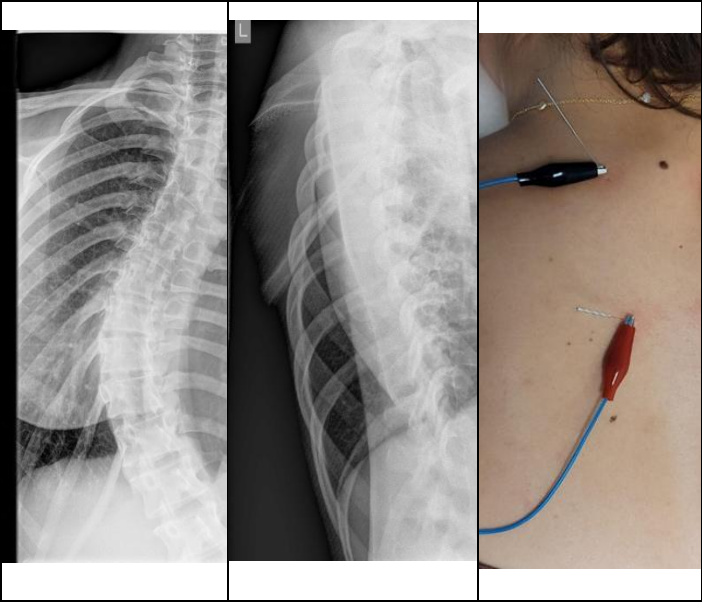
One-Year Post-Treatment Follow-Up

One year later, the patient reported a continued positive change in her sweating. She has intermittently sought acupuncture treatment for other symptoms, but her sweating is no longer a primary concern. She currently only experiences slight sweating in her feet, typically because of being in a warmer climate or experiencing stressful situations. She endorses that she no longer has anxious thoughts around contact with other people because her hands are dry.

Figure 3. Subjective Findings

Dry Skin 	Normal Skin 
Wet Skin 	Humid Skin 
Soaked and Dripping 	

***Patient was seen for acupuncture treatment 13 times*



between 7/20/23 and 7/16/24. Reasons for treatment were varied including acute cold/flu, stress management, back pain management and menstrual cycle regulation.

Fig. 4 shows the results of radiographic study performed in March of 2021 to assess the stability of the patient's scoliosis. A straightening of the thoracic kyphosis can be visualized in

Discussion

The evaluation of the hyperhidrosis patient poses a unique set of challenges in that the condition is episodic and unpredictable. (13) Symptoms may not always be visualized in office and thus evaluation of treatment response is reliant upon the subjective reports of the patient and their personal assessment of symptomatic impacts to their lives. In this case study, the subject has experienced lifelong excessive sweating accompanied by associated social anxiety attached to her symptom presentation, exacerbated during the time of her menstrual cycles and in times of mental stress. The symptoms of heart palpitations, restless sleep, and dysmenorrhea, and the sign of a thin tongue body with a red tip suggested a TCM diagnosis of blood deficiency and the possibility of deficiency heat. As the patient additionally experienced bloating, loose stools, and appetite changes, Spleen Qi deficiency was addressed as well. Without proper transformation and transportation functions in the digestive system, blood and yin fluids cannot be generated and thus the Spleen involvement is believed to be a root cause of symptoms and was involved in the treatment process. From a biomedical perspective, the patient also presented with scoliosis. Studies indicate that adolescent idiopathic scoliosis may influence sympathetic nervous system activity. Addressing this part of the body directly became a goal of

Date	Visit #	HDSS score	Subjective notes
5/16/23	1	4	Sweat described as soaked and dripping in all areas daily
6/15/23	8	3	Sweat described as wet, in all areas once every other day
7/20/23	12	2	Sweating described as humid, with flare-ups 1-2x per week
7/16/24	One year follow-up**	0	Sweating limited to feet, occasional humid sensation, temperature and stress related.ca

Figure 4. Pt scoliosis presentation with Hua Tou Jia Ji point placement

the lateral view along with an abnormally short anterior-posterior dimension of the chest cavity. The rightmost image shows the placement of HTJJ points used in this study. treatment and Hua Tou Jia Ji (HTJJ) points chosen for their potential to impact viscerocutaneous, cutaneousvisceral, cutaneousmuscular, and visceromuscular reflexes. (1) The patient reported the onset of symptoms coinciding with menarche and the diagnosis of a significant lateral spinal curvature. Based on a 2022 study by Wang et al. changes in the posture of the trunk may affect the tone of the sympathetic nerves, leading to potential changes in the autonomic nervous system (ANS) and result in cardiovascular symptoms. Both of which were seen in this symptom presentation of the patient in this case. This is possibly because the central sympathetic nuclei are situated in the intermediolateral horn of the spinal cord extending throughout the thoracic spine, which is commonly affected by lateral curvatures in idiopathic scoliosis patients. (4) With 20-24 pairs of paravertebral sympathetic ganglia located anterolaterally to the vertebral bodies, theoretically, the patient could be experiencing an increase in sympathetic activity because of the structural changes in her body. The sympathetic response elevates heart rate and increases the production of sweat as an evolutionary trait, but maladaptive responses to stimuli are seen in many health conditions affecting the ANS. The aberrant spinal development in this patient was viewed as a potential contributor to the patient's hyperhidrosis symptoms; therefore, the Hua To Jia Ji acupoints that were utilized in the upper

thoracic region may have played a major role in addressing our intention to modulate nervous system function. (1) The patient faced unique health challenges likely attributable to scoliosis and straight back syndrome. Recurrent palpitations necessitated mid-treatment evaluation as mitral valve prolapse and "pseudo-heart disease" are both associated with a narrowed anterior-posterior diameter of the chest cavity. This case study highlights the potential of using manual and electro-acupuncture in managing hyperhidrosis, though it is evident that the benefits of treatment can vary based on specificity of the treatment rendered. The most significant improvement in symptoms for this patient was observed when electroacupuncture targeting *Hua Tou Jia Ji* points was incorporated into the treatment plan. However, both manual and EA treatment styles were utilized in the management of this case.

This case study has limitations, including the retrospective nature and collection of data one year after treatment. While all treatment decisions were directed by the author, treatments were provided by student interns in an educational clinic setting leading to variability in the application of manual point stimulation based on inter-practitioner differences. If a study of a similar nature were to be repeated a greater focus would be placed on exploring the outcome of EA on its own to manage this condition. It is much easier to maintain continuity of treatment with EA as stimulation of points is regulated by placing the machine at a desired setting. It is of note that before the beginning of the study period the patient had previously undergone manual acupuncture treatments without noting improvements in sweating. The Hyperhidrosis symptom changes coincided with the addition of an electro-acupuncture protocol applied to the *Hua Tou Jia Ji* points. Although the electroacupuncture protocol was discontinued at the end of the trial period, in the year after, the patient went on to receive 13 acupuncture treatments for the periodic maintenance for the management of stress and other

References

1. Cabioglu, M. T., and G. Arslan. "Neurophysiologic Basis of Back-Shu and Huatuo-Jiaji Points." *The American Journal of Chinese Medicine* 36, no. 3 (2008): 473–79. <https://doi.org/10.1142/S0192415X08005916>.
2. Cayir, Y., and Y. Engin. "Acupuncture for Primary Hyperhidrosis: Case Series." *Acupuncture in Medicine: Journal of the British Medical Acupuncture Society* 31, no. 3 (2013): 325–26. <https://doi.org/10.1136/acupmed-2013-010391>.
3. Doolittle, J., P. Walker, T. Mills, and J. Thurston. "Hyperhidrosis: An Update on Prevalence and Severity in the United States." *Archives of Dermatological Research* 308, no. 10 (2016): 743–49. <https://doi.org/10.1007/s00403-016-1697-9>.

conditions like dysmenorrhea, back pain, and heart palpitations. This may have played some role in the elimination of her sweating-related symptoms. These results suggest the need for further investigation into the use of EA and *Hua Tou Jia Ji* points in managing conditions characterized by dysregulation of sympathetic and parasympathetic activity.

Data Availability Statement

The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

Ethics Statement

Ethical review and approval were not required for this study on human participants in accordance with the local legislation and institutional requirements. The patient provided written consent to participate in this case report and for the publication of potentially identifiable images and data.

Author Contributions

Acupuncture treatments for this study were performed by student interns in the National University Whole Health Clinic under the licensed supervision and direction of the author. All results, follow-up, and discussion in the final article have been compiled by the author.

Funding

No funding was required for this case report.

Conflict of Interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationship that could be construed as a potential conflict of interest.

Acknowledgments

This paper, as a project of Doctor of Acupuncture program from National University of Health Sciences, is supervised is supervised by Dr Zhanxiang Wang MD(China), PhD, Professor and attending clinician at National University of Health Sciences. (200 E Roosevelt Rd, Lombard, AHM department. zwang@nuhs.edu

4. Doroshenko, M., O. Turkot, A. Dua, et al. "Sympathetic Nerve Block." [Updated February 12, 2024]. In *StatPearls [Internet]*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557637/>.
5. Glaser, D. A., A. Hebert, L. Pieretti, and D. Pariser. "Understanding Patient Experience With Hyperhidrosis: A National Survey of 1,985 Patients." *Journal of Drugs in Dermatology (JDD)* 17, no. 4 (2018): 392–96.
6. Hallam, C., and C. Whale. "Acupuncture for the Treatment of Sweating Associated with Malignancy." *Acupuncture in Medicine: Journal of the British Medical Acupuncture Society* 21, no. 4 (2003): 155–56. <https://doi.org/10.1136/aim.21.4.155>.
7. Hodge, B. D., T. Sanvictores, and R. T. Brodell. "Anatomy, Skin Sweat Glands." [Updated October 10, 2022]. In

StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482278/>.

8. Liu, Y. Y., Y. Guo, Y. M. Guo, L. Chen, and C. Wang.

“Characteristics Extraction and Analysis on the Electrical Signals of Spinal Dorsal Root Nerve Evoked by Acupuncture Manipulations.” In *2011 4th International Conference on Biomedical Engineering and Informatics*, Shanghai, China, 2011: 680–84.

9. Lu, L., Y. Zhang, X. Tang, S. Ge, H. Wen, J. Zeng, et al.

“Evidence on Acupuncture Therapies Is Underused in Clinical Practice and Health Policy.” *BMJ* 376 (2022): e067475. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067475>.

10. Ma, C., and R. K. Sivamani. “Acupuncture as a Treatment Modality in Dermatology: A Systematic Review.” *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 21, no. 9 (2015): 520–29. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0274>.

11. Martin, Brett. “Acupuncture for the Treatment of Hyperhidrosis.” *Journal of Chinese Medicine* 37 (2015).

12. Ogawa, S., J. Tayama, H. Murota, M. Kobayashi, H. Kinoshita, and S. Nakamichi. “The Reliability and Validity of a Developed Anxiety Scale Specific to Primary Focal Hyperhidrosis Symptoms.” *BioPsychoSocial Medicine* 18, no. 1 (2024): 14. <https://doi.org/10.1186/s13030-024-00310-y>.

13. Solish, N., Bertucci, V., Dansereau, A., Hong, H. C., Lynde, C., Lupin, M., Smith, K. C., Storwick, G., & Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee “A comprehensive approach to the recognition, diagnosis, and severity-based treatment of focal hyperhidrosis: recommendations of the Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee.” *Dermatologic surgery: official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al.]*, 33(8), 908–923(2007): <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2007.33192.x>

14. Stuart, M. E., S. A. Strite, and K. K. Gillard. “A Systematic Evidence-Based Review of Treatments for Primary Hyperhidrosis.” *Journal of Drug Assessment* 10, no. 1 (2020): 35–50. <https://doi.org/10.1080/21556660.2020.1857149>.

15. Urso, B., K. B. Lu, and A. Khachemoune. “Axillary Manifestations of Dermatologic Diseases: A Focused Review.” *Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica* 27, no. 4 (2018): 185–91.

16. van den Berg-Wolf, M., and T. Burgoon. “Acupuncture and Cutaneous Medicine: Is It Effective?” *Medical Acupuncture* 29, no. 5 (2017): 269–75. <https://doi.org/10.1089/acu.2017.1227>.

17. Wang, W. Z., and L. Zhao. “Acupuncture Treatment for Spontaneous Polyhidrosis.” *Journal of Traditional Chinese Medicine* 28, no. 4 (2008): 262–63. [https://doi.org/10.1016/s0254-6272\(09\)60006-6](https://doi.org/10.1016/s0254-6272(09)60006-6).

18. Wang, H., Gao, X., Shi, Y., Wu, D., Li, C., & Wang, W. (2022). Effects of trunk posture on cardiovascular and autonomic nervous systems: A pilot study. *Frontiers in physiology*, 13, 1009806.

<https://doi.org/10.3389/fphys.2022.1009806>

19. Wohlrab, J., F. G. Bechara, C. Schick, and M. Naumann. “Hyperhidrosis: A Central Nervous Dysfunction of Sweat Secretion.” *Dermatology and Therapy* 13, no. 2 (2023): 453–63. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00885-w>.

20. Yao, J. “Zhongguo Zhen Jiu = Chinese Acupuncture & Moxibustion” 34, no. 4 (2014): 405–06.

21. Kong, M. W., Pei, Z. Y., Zhang, X., Du, Q. J., Tang, Q., Li, J., & He, G. X. (2023). Related mechanisms and research progress in straight back syndrome. *World journal of cardiology*, 15(10), 479–486. <https://doi.org/10.4330/wjc.v15.i10.479>

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》桂枝汤证针灸穴位理解与思考

蔡晓梅 世界伤寒杂病论涪陵古本研究班学号 302

Understanding and Reflection on Acupuncture Points for Cinnamon Twig Decoction Syndrome in the Revised and Annotated Fuling Ancient Version of Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases

Xiaomei Cai ,Art of wellness, Acupuncture & Traditional Chinese Medicine

11704 Wilshire Blvd, Suite 295, Los Angeles, CA, 90025

toartofwellness@yahoo.com

摘要：《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》^[1]有别于历代其他注家之作，不仅融汇了施济民老师数十年临床行医经验，还为书中部分条文配伍了相应的针灸穴位，丰富了经方的临床应用。马寿椿老师评价施氏针法“长于轻灵取胜”，用针短细，取穴精少，手法轻柔，补泻分明，不留针。常双手进针，一取俞穴、一取募穴；或一取上、一取下。施氏认为“脏气聚于募而转注于俞”，俞募同刺，实证可使邪气由阴出阳，虚证可令气血流通散布；上下配穴，飞经接气，使经络畅达，多用于实证治疗。此文将对《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》桂枝汤证施老注解的条文用穴进行分析，及对有方而未注穴位条文如涪 34，37^[2] 条的针灸治疗进行推测和思考。

关键词：桂枝汤证，针灸，穴位

Abstract:

The annotated edition Shizhu Fuling Guben Shanghan Zabing Lun by Master Shi Jimin stands apart from traditional commentaries on Shanghan Zabing Lun. It not only integrates his decades of extensive clinical experience but also introduces corresponding acupuncture prescriptions for selected passages, thereby enriching the classical formulas' therapeutic scope and modern clinical relevance.

Professor Ma Shouchun commended Master Shi's acupuncture technique as "marked by subtlety and lightness." Shi's approach featured the use of short, fine needles, minimal yet highly precise point selection, gentle manipulation, clear distinction between tonifying and reducing methods, and avoidance of needle retention. He often needled with both hands—one at a Back-Shu point and the other at a Front-Mu point, or one superior and one inferior point. Shi maintained that "the visceral qi gathers at the Mu points and transfers to the Shu points." By simultaneously needling Shu and Mu points, excess syndromes could be treated by guiding pathogenic qi outward from yin to yang, while deficiency syndromes could be regulated by promoting the circulation and diffusion of qi and blood. The upper-lower paired needling technique—known as "flying across the meridians to connect qi"—served to harmonize the channels and restore their patency, and was frequently employed in treating excess

conditions. **Keywords:** Guizhi Decoction Syndrome; Master Shi's Acupuncture Point Selection This paper analyzes the acupuncture points annotated by Master Shi in the Recompiled Annotated Fuling Ancient Edition of the Treatise on Cold Damage and Miscellaneous Diseases for the Guizhi Decoction syndrome, and further explores and proposes possible acupuncture treatments for sections with formulas but without annotated points, such as Fuling 34 and Fuling 37.

Keywords: Guizhi Decoction Syndrome, Acupuncture, Acupuncture Point

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》在太阳病桂枝汤法脉证篇，条文中提出了方剂治疗的有八条，分别是桂枝汤（涪 10 条），桂枝加厚朴杏子汤（涪 14 条），桂枝加附子汤（涪 33 条），桂枝去芍药汤（涪 34 条），桂枝去芍药加附子汤（涪 34 条），桂枝麻黄各半汤（涪 35 条），桂枝二麻黄一汤（涪 36 条），桂枝二越婢一汤（涪 37 条），桂枝去桂加茯苓白术汤（涪 38 条），共 9 个方。施老注有穴位的条文有八条，分别在涪 10，14，15，19，33，35，36，38 条。条文共用到了近 50 穴。分析这些穴位后，发现绝大多数为特定穴，如五输穴，原穴，络穴，腧穴，募穴，或八会穴，郄穴，或八脉交会穴^[3]。具体按条文顺序分析如下。

1 条文分析

1.1 涪条文 10 宋 12，“太阳中风，阳浮而阴濡弱，（阳）浮者热自发，濡弱者汗自出，啬啬恶

寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。”

病机：营卫不和，营弱卫强。

治则：解肌祛风，调和营卫

取穴：大椎，风门，外关，合谷，迎香，大陵 [3]。

啬啬恶寒，灸大椎，阳脉之海督脉；淅淅恶风，针风门，足太阳经与督脉交会穴；翕翕发热，针外关，手少阳三焦经之络穴，八脉交会穴之一，通阳维脉，针合谷，手阳明大肠经之原穴；鼻鸣，针迎香，手足阳明交会穴；干呕，针大陵，手厥阴之所注之“输穴”，也为心包经原穴。

督脉为阳脉之海，大椎属督脉经穴，又为手足三阳于督脉之会，灸之祛风散寒；太阳主一身之表，取足太阳膀胱经风门疏调太阳经气，散风寒，解表邪；阳维主阳主表，外关是手少阳络穴，通阳维脉，可以疏解表邪；合谷为手阳明大肠经

原穴，可祛邪解表；迎香，手足阳明交会穴，疏调阳明经气。上五穴，均为三阳穴，及主一身诸阳的督脉穴，太阳中风，属伤寒着重在重振三阳经气，祛邪外出，配大陵，心包经输穴，原穴，降气止呕，固护胃气，培补营阴。

1.2 涪条文 14 宋 15 “太阳病，下之，其气上冲，可与桂枝汤，不冲，不可与之。”。

针对太阳病误下后表证仍在，其气可冲，表明邪仍在表，未因误下而内陷，病势有向上，正欲抗邪的情况下，病机治则同上涪条文 10。

取穴：在涪条文 10 的针灸治疗基础上加针气海，任脉穴的气海，元气之海，可振扶元阳，固少阳之本以固护正气，助卫气抗邪，泻足三里，足阳明经所入的合穴，兼治误下导致的脾胃失调。

1.3 涪条文 15 宋 16：“太阳病三日，已发汗，吐，下，而温针不解，此为坏病，桂枝汤复不中与也。观其脉证，知犯何逆，随证而治之。”。

太阳病误治后的坏病的治疗，施老的对症取穴罗列了很多，考虑作为在临床上对证取穴参考。施老注解对症取穴如下：

误汗，汗出不止，灸气海，关元；气向下陷，灸气海，膻中；心悸，灸水分，三焦腧；小便不利，针养老，膀胱腧，小肠腧，足三里；恶寒嗜卧，灸大椎，大杼，脾腧；误下，结胸胀满，内关，中脘，足三里；下利而喘，丰隆，足三里，下脘，建里；气向上逆，头目眩晕欲吐，太阳，太阴，内关；心下痞满，中脘，气海；心烦，大陵，通里，中脘；误吐，不思食，补内庭，脾腧；饥不欲食，中脘，脾腧；膈膈胀满，丘墟，气海，公孙，足三里；误火咳血，经渠，通里，少商放血；发黄，公孙，至阳，腕骨，曲池小便不利，养老，小肠腧，中极，复溜；惊烦不安，劳宫，水泉；不寐，大陵，阴陵泉；谵语，间使，足三里，内庭放血；口干咽燥，鱼际，天突，少商放

血；发狂欲卧泥中，风隆，内庭放血；弃衣登高，太冲，委中放血；腹满而鸣，身热而渴，支沟，承山，合谷。

1.4 涪条文 19 宋 24：“太阳病，初服桂枝汤，而反烦不解者，当先刺风池、风府，乃却与桂枝汤则愈。”。

桂枝证兼经邪郁阻治法，提出针药并用。太阳病桂枝证，初服即反见其烦而表不解，为邪甚凝滞经中不得疏通，以致于药力外达受阻，反郁于心胸而生烦，治先施以针刺，疏通经脉，以泄经邪，再发挥药力之用则表解烦除。故先针刺风池，风府再服桂枝汤。

病机：太阳中风，经邪郁阻

治则：疏风解郁，

取穴：涪条文 10 基础上加风池，足少阳与阳维脉交会穴。

风府，督脉与阳维脉交会穴，前面涪条文 10 提到的三阳经穴加上此而穴，进一步加强阳经疏解表邪的作用。

施老注解取劳宫，手厥阴所溜“荣”穴，配手厥阴心包经的大陵，止呕除烦。（施老用针劳宫治烦）

1.5 涪条文 33 宋 20：“太阳病，发其汗，遂漏而不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸，桂枝加附子汤主之。”。

本条讲发汗太过致表卫不固阳虚汗漏，表邪不解的证治与方药，桂枝加附子汤

病机：过汗阳虚表卫不固

治则：扶阳解肌

取穴：百会，风门，养老，复溜，膀胱腧，曲池，阳陵泉

汗漏。灸百会，百会为督脉与手足三阳之会；恶风，灸风门，足太阴膀胱经与督脉交会穴；小便难，针养老，手太阳经郄穴，郄穴是经络经气

深集的部位；复溜，足少阴经的经穴，五行属火；膀胱腧，膀胱经腧穴；屈伸不利，上肢针曲池，手阳明经所入为“合”，合穴是经气由此深入，进而会合于脏腑的部位，下肢阳陵泉，足少阳经所入为“合”，八会穴之一，筋会阳陵泉。

太阳病法当发汗，但汗出是“遍身挚挚微似有汗者益佳，不可如水流漓，病必不除”。今发汗致汗漏不止，不仅桂枝汤证未除，且阳随汗泄，膀胱寒水无阳以化气，故在外恶风，在下小便不利。灸百会，升举阳气，回阳固脱，配灸足太阳的风门，温煦太阳经气，手太阳郄穴养老，经络经气深聚之穴，病始于太阳，取手足太阳之穴可使太阳经气得以回复。膀胱腧，足太阳腧穴，有转输经气从膀胱经到膀胱腑，配足少阴肾经的经穴复溜，能使肾阳复振，津液复布，固表止汗，调水化气；曲池，手阳明之合穴，配足少阳合穴及八会穴之一的阳陵泉，筋会阳陵泉，两阳经合穴，疏调经气，疏经通络。

可否考虑再配足三里，胃经之合穴，补益中阳，培补脾土，令阳回汗止而津复，则筋脉得养，四肢微急难以屈伸可解。

1.6 涪条文 34 宋 21, 22: “太阳病，下之，其脉促胸满者，桂枝去芍药汤主之。若微寒者，桂枝去芍药加附子汤主之。”

本条论述太阳病误下，挫伤心胸阳气，表邪乘虚内陷胸中，气机不畅，又兼肾阳受损。

病机：表证误下，胸阳不振，又兼肾阳不足。（施老未注针灸穴位），自己探索：

治则：温振心胸阳气，驱邪达表，兼以温补肾阳

取穴考虑：内关，公孙，足三里，气海

内关为手厥阴之络，通阴维脉，调气开郁，通脉活络，对邪滞而气机不畅尤宜，公孙为脾经之络，别走胃经，健脾和胃，理中降逆，二穴八

法相配，善调上中二焦疾患，功能宽胸和胃以消下后之胸满。若阳虚而微恶寒者，加取胃之合穴足三里，补益气血，调和营卫，灸气海壮阳固元而驱阴寒，则先后天之本兼顾。

1.7 涪条文 35 宋本 23: “太阳病，得之八九日，如疟，发热而恶寒，热多而寒少，其人不呕，清便欲自可，一日再三发。其脉微缓者，为欲愈；脉微而恶寒者，此为阴阳俱虚，不可复吐下发汗也；面色反有热者，为未欲解，以其不能得汗出，身必当痒，桂枝麻黄各半汤主之。”

本条讲太阳病日久邪郁轻证的三种转归，正邪交争，见热多寒少，又无少阳，阳明证，不呕，清便自调，脉微缓者，为欲愈，故病可不治而愈；脉微而恶寒者，则病进邪胜，言阴阳俱虚，即表里皆虚，表里相传，病见少阴脉证，不可复吐下发汗；若正气尚有来复之机，面色反有热，属表邪怫郁，身痒，为欲解而不得汗出，治疗方药宜桂枝麻黄各半汤。

病机：太阳表邪怫郁

治则：疏风解表，宣散寒邪

取穴：后溪，大杼，曲池，足三里，大椎，涌泉。

似疟非疟，针后溪，手太阳经所注之“输”，八脉交会穴之一，通督脉；大杼，八会穴之一，骨会大杼，手足太阳经交会穴；曲池，手阳明经所入之“合”穴；面热，针足三里，阳明经所入为合穴；脉微恶寒，灸大椎，位于诸阳之会的督脉；灸涌泉，足少阴经所出为“井”。

病始于太阳，日久见脉微而恶寒，可否考虑取京骨，足太阳膀胱经之原穴，配大钟，足少阴肾经之络脉，先针后灸，疏调表里经气以合荣卫。温肾壮阳而固本，则太阳之阳气敷畅，脉微恶寒可愈。若日久表邪未尽，面热身痒，治当小汗解表，可取通督脉的手太阳经之输穴后溪，配手足

太阳经交会之大杼，三阳之会的督脉大椎，同时取曲池，手阳明大肠经合穴，轻施振颤之术以解表，则小发汗，配灸涌泉，足少阴经之井穴，足阳明合穴之足三里，有调补气血，合阳益阴之用。

1.8 涪条文 36 宋本 25：“服桂枝汤，大汗出，其脉洪大，与桂枝汤。其形如疟，一日再发，汗出便解，宜桂枝二麻黄一汤方”。

本条讲太阳病初服桂枝汤后的两种转归：大汗出，脉洪大，续服桂枝汤；若似疟疾，再发，桂枝二麻黄一汤。

病机：太阳中风兼微中寒

治则：小汗解肌透表

取穴：曲池，

大汗出，针曲池，手阳明经穴所入之“合”穴，可疏风清热，可否考虑先拔罐，刮痧，并加针大椎，风门，后溪？

督脉为诸阳之海，大椎属督脉经穴，又为手足三阳于督脉之会，后溪通督脉，属手太阳小肠经所注为输，风门，足太阳膀胱经与督脉交会，三穴相配，用平补平泻法，小汗解肌达表，疏调督脉之脉气于太阳经气，治寒热似疟，可疏调表里而解肌。

1.9 涪条文 37 宋 27：“太阳病，热多寒少，脉微弱则无阳也，不可发汗，桂枝二越婢一汤主之”

本条论述太阳病表邪内传轻证，太阳病，发热恶寒，热多寒少，表有小邪未解，脉微弱提示肾阳衰微，不可发汗。（施老未注穴位），自己考虑：

病机：表有小邪，内郁轻热。

治则：辛温微寒，兼清郁热

取穴考虑：后溪，申脉，合谷，复溜

太阳病欲内传而见热多寒少，取手太阳小肠经之输穴后溪，与足膀胱经的申脉穴，八法相配，

可调经气，和营卫以解表。取大肠经的原穴合谷，疏泄气血之郁热，配足少阴肾经的复溜固水之下源以生津。四穴同用，轻刺久留，解表兼清热。

1.10 涪条文 38 宋本 28：“服桂枝汤，下之，颈项强痛，翕翕发热，无汗，心下满，微痛，小便不利，桂枝汤去桂加茯苓白术汤主之”。

本条讲太阳经气不利，头项强痛，水气内停的证治与方药一桂枝去桂加茯苓白术汤。

病机：水饮内停，表里不和

治则：健中行气利水，

取穴：中脘，合谷，大杼，风池，膀胱腧，

心下满，微痛，针中脘，胃之募穴，八会穴，腑会中脘，任脉与手太阳，少阳，足阳明经交会穴；发热，针合谷，手阳明经原穴，补而后泻；头项强痛，针大杼，骨会大杼，手足太阳经交会穴，风池，足少阳与阳维之会；小便不利，针膀胱腧。

可否考虑先拔罐或刮痧再针灸。

素有水湿之体感受风寒，取中脘，胃之募穴，健脾和胃，淡渗利湿，配膀胱腧疏利小便，通调下焦水湿，治太阳入里之水，以治其里；取骨会大杼，手足太阳交会穴，配风池，足少阳与阳维之会穴，阳维主表主里，二穴泻法，主治头项强痛，可疏调筋骨而止痛，疏散风寒以解表，配手阳明的原穴合谷，开腠理，小发汗中宣导气血。

2 结论：

施济民老师的针灸选穴风格承仲景经方之旨，特点在“少而精”，取穴简练而疗效深远。本文旨在探讨《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》中方剂条文的针灸治疗思路，整理并传承施老与马寿椿老师针药并用的临床经验。若能系统配以针灸取穴，使仲景经方与针灸融会贯通，或可成《涪陵古本伤寒杂病论针灸配穴》之作，为临床提供

更完善的针药结合指导，拓展《伤寒杂病论》的应用价值。

参考文献：

[1]马蕾，吴俊梅，李兰，等.《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》北京学苑出版社。

[2]文中所有条文编号来自《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》。

[3]文中所有穴位命名按照全国高等医药院校试用教材第五版中医教材《针灸学》。

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》桂枝茯苓汤治療卵巢囊腫一例體會

A Case Study of Treating Ovarian Cysts with Guizhi Fuling Decoction in the 《Revised and Annotated Shizhu Fuling Ancient Edition of Shang Han Za Bing Lun》.

王玲珍 世界伤寒杂病论涪陵古本研究班 学号 506

Holistic Oriental Medicine LLC
5251 John Tyler Highway Unit 50, Williamsburg, VA 23185
7571 Cold Harbor Rd, Suite 1C, Mechanicsville, VA 23111

中文摘要：本文通过一例卵巢囊肿患者的治疗案例，探讨桂枝茯苓汤在中医辨证论治治疗卵巢囊肿的效果。患者由于月经量大，左侧盆腔主要是左下腹部胀痛就诊，西医检查诊断为卵巢囊肿，中医诊断为肝郁脾虚，痰热瘀结证。经过桂枝茯苓汤加减治疗一个月后囊肿完全消失，卵巢健康。结合病人的具体病情和中医理论，分析桂枝茯苓汤的活血化瘀、软坚散结的作用机制为临床提供依据。

關鍵詞：卵巢囊肿；桂枝茯苓汤；软坚散结；活血化瘀；中医辨证论治。

Abstract:

The article explores the efficacy of Guizhi Fuling Decoction in treating ovarian cysts using traditional Chinese medicine (TCM) based on syndrome differentiation and treatment, through a case study of a patient with ovarian cysts. Due to the large size of the tumor, the patient presented with right-sided pelvic distension and pain according to TCM diagnosis. Western medicine examination confirmed an ovarian cyst, diagnosed as liver stagnation and spleen deficiency. After one month of treatment with a modified Guizhi Fuling Decoction, the cyst completely disappeared, and the tissues of ovarian returned to normal. Combining the patient's specific condition with TCM theory, the article analyzes the mechanism of Guizhi Fuling Decoction in promoting blood circulation, removing blood stasis, and resolving masses, providing a reference for clinical practice.

Keywords: Guizhi Fuling Decoction; Ovarian cysts; Softening and dispersing nodules; Promoting blood circulation and removing blood stasis; Traditional Chinese Medicine syndrome differentiation and treatment.

引言

桂枝茯苓汤由桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药（赤芍）组成，桂枝：温通血脉，化气通阳。茯苓：健脾宁心，利水渗湿。牡丹皮：清热凉血，活血散瘀。桃仁：活血祛瘀。芍药（赤芍）：养血敛阴，柔肝止痛。

功效：活血化瘀，缓消症块、温经止痛、利水消肿。

中医认为，卵巢囊肿的病因病机多因情志不畅、肝气瘀滞、痰淤互结、血瘀阻滞、肾气虚衰及寒邪客于冲任，寒而瘀阻，停于胞中，外邪侵袭则使局部气血凝滞，进而引发囊肿。或因脾胃损伤，

脾虚湿盛，湿聚成痰、痰滞胞络与血互结有关。或肾气虚衰致冲任失固，胞宫功能失调；或肝郁气滞，气血运行受阻，滞于冲任胞宫；或痰湿凝结与血瘀阻滞导致胞宫局部气血不畅，形成包块；以气滞、血瘀、痰湿和毒热为多见。这些病因病机相互关联，共同影响卵巢囊肿的形成与发展。

【1】

中医认为，卵巢囊肿的辨证分型主要包括气滞血瘀型、痰湿瘀阻型、脾肾阳虚型、气血两虚型及肝胃不和型等。

气滞血瘀型表现为下腹部包块、疼痛，月经不规律；

痰湿瘀阻型则腹部胀满，带下量多；

脾肾阳虚型患者畏寒肢冷，腰膝酸软；
气血两虚型常面色无华，头晕心悸；
肝胃不和型则情绪不稳，易怒乳房胀痛。
这些分型有助于中医根据患者的具体症状进行针对性治疗。【2】

一、案例詳情：

1. 病史：

25 岁白人女性患者，曾经找过我治疗腹胀、便秘。但在 2025 年 8 月初的一天她焦急地打电话问我，能不能用中医方法治疗她的卵巢囊肿？其实我心里真没底，这也是我第一次遇到这样的病人。心想卵巢囊肿应该不属于疑难杂症吧，囊肿不就是由于正气不足，导致邪气内生，出现痰湿内阻、气血凝滞、肝气郁结、湿热蕴结等凝聚行成有形之肿吗。在中医相当于“癥瘕”、“积聚”、“瘰癧”、“痰核”、“湿热”等，是水液、痰饮水湿停留身体的局部的垃圾。还好平时有看许多疾病案例，包括卵巢囊肿等妇科疾病案例。中医应该可以解决这个问题，心里虽然还有些不确定，因为毕竟每个病人的具体情况不一样。但我还是先答应下来了，帮她预订了一周后的预约。

第一诊：2025 年 8 月 7 日她的主诉是左下侧腹部非常胀痛，上个月来例假时出血量增大，整个例假开始到排卵期都是剧烈胀痛，因为跟之前的例假相比是异常，她上个月来完例假后一周去做了西医检查，结果显示在她下腹部左侧卵巢中有一个像酸橙（LIME）一样大的卵巢囊肿。她不想开刀，更不想失去她左侧卵巢，医生让她等等看囊肿如何变化，但病人经过网上搜索后了解到等待的结果可能囊肿会自然破裂而可能要去手术，她不想做手术。

患者平时月经周期 28 天， 月经时间 5 天，
血色：鲜红色，除了来例假会有微微的腹部痉挛，但是没有胀痛感。在学校读研究生，经常熬夜，压力大，饮食不规律，经常腹胀、便秘。她的舌质是红色，舌薄、舌基本无苔， 光滑、有水样。舌底下络脉长、深黑蓝色，底部比较粗大。经过询问她非常焦虑、情绪紧张，有时会影响睡眠。

2. 病人的病因病机：痰热蕴结和肝郁脾虚症。

3. 治疗方案：疏肝理气、除内热，软坚散结。

4. 针方：

第一组：委中穴刺血；针刺灵谷、太白、上三黄、三阴交、丰隆穴、太冲穴，足三重穴。

第二组：妇科穴和还巢穴、上三黄、下三黄、三阴交、足三重。

5. 方剂：

第一次：桂枝茯苓汤和加味逍遥散

第二次：效不更方。

6. 治療經過：

整个治疗方法就是针灸和中药并施。8 月 7 日开始针灸，8 日下午开始喝中药，四五天后，8 月 12 日病人第一次反馈说：“她觉得帮助很大，感到腹部不那么疼痛了也没有太多的腹部压力。”接下来的二周的治疗，到了她 8 月 24 日开始来例假时停止治疗，在 9 月 10 日时候她去做了 B 超，报告结果是卵巢囊肿完全消失，还说子宫、卵巢内部看上去非常健康。她非常感激。

辨证论治：根据患者的症状，辨证为肝郁化火，气滞血瘀症。桂枝茯苓汤加加味逍遥散加减：桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁、白芍、白术、柴胡、炙甘草。

二. 討論：

1. 方剂机理：

桂枝茯苓汤出自于张仲景《金匱要略》，临床上治疗妇科血瘀症（血瘀成癥的里实证）的经典方。它的组成主要由桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁。主要功效是活血化瘀、消癥散结、调和气血。桂枝茯苓丸基于“瘀血内阻”病机，针对妇人癥病（如子宫肌瘤）、瘀血阻滞引起的痛经、闭经等治疗。特点：以攻瘀为主，配伍茯苓利水渗湿，桃仁、牡丹皮加强活血之力。通过温通血脉、化瘀散结，使囊肿缩小直到消失。

逍遥散也是经方，出自于《太平惠民和剂局方》。成分：柴胡、当归、白芍、炒白术、茯苓、炙甘草、薄荷、生姜。逍遥散的主要功能是疏肝解郁、健脾养血。它主要用于治疗由于肝气郁结、脾虚血亏所引起的各种病症，如胸胁胀痛，头晕目眩。月经不调等症。该患者体内有热，在逍遥散的基础上加上牡丹皮和栀子清热凉血；方中柴胡疏肝解郁，当归和白芍养血柔肝，白术和茯苓健脾祛湿，炙甘草调和诸药，煨姜和薄荷辅助疏散郁热。加味逍遥散主要功能是疏肝解郁、清热凉血、健脾养血。适合肝郁血虚兼内热的病症。

2. 临床讨论

2-1) 中药和针灸并施避免手术创伤及术后的复发，适合此患者未曾婚育的事实。

2-2) 整体调理病人的肝郁脾虚内热的身体状态，根据患者的体质加减单药。

3. 桂枝茯苓丸

3-1) 出自张仲景《金匮要略·妇人妊娠病脉证病治第二十》，原文是“妇人宿有癥病，经断未及三月，而得漏下不止，胎动在脐上者，为癥瘕害。妊娠六月动者，前三月经水利时，胎也。下血者，后继三月衃也。所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。”组成：桂枝、茯苓、牡丹皮、芍药和桃仁各等分，上五味，末之，炼蜜和丸，如兔屎大，每日食前服一丸。不知，加至三丸。用法：上三味，末之，炼蜜和丸，如兔屎大，每日食前服一丸（3 克），不知，加至三丸（现在用法：共为末，炼蜜和丸，每日服 5 克，也可改成汤剂水煎服，用量依据原方比例酌定）。

历代注家多认为是癥胎互见之症，即宿有癥病又受孕，因为是癥病致使孕后下血不止。从临床上看，有癥病而又受孕者少见。茯苓桂枝丸除了治疗癥病下血外，还是适用于瘀血内阻的痛经，产后恶露停滞，死胎或包衣不下等病症。方中桂枝、芍药通调血脉，丹皮和桃仁化瘀消癥，茯苓益脾

气，用蜜为丸，并从小剂量开始服用，可以驱邪而不伤或少伤胎气。【3】

3-2) 《重编施注伤寒杂病论涪陵古本·辨妇人妊娠病脉篇第三十六》中第 4 条，原文“妇人宿有癥病，经断未及三月，而得漏下不止，胎动在脐上者，为癥瘕害。妊娠六月动者，前三月经水利时，胎也。下血者，后继三月衃也。所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。”施老注：癥病为瘀血所积，阻滞经络。碍冲任，故经断后未及三月而漏下不止。瘀不去，胎难长养。桂枝茯苓丸中，桂枝行阳，芍药和阴，牡丹皮和桃仁破于行血，茯苓利水而助血行，俾去瘀而不伤胎也。

3-3) 桂枝茯苓丸在《济阴纲目》中又称为“催生汤”，在产前，当孕妇腹痛腰痛，胞浆已下时，服之有催生作用。

3-4) 桂枝茯苓丸在《妇人良方》中名为“夺命丸”，所谓妊娠下血不止，胎若未伤，服之可按；已死，服之可下。

三、总结

本方为妊娠伴有癥瘕致漏下不止而设。主治妇人瘀阻胞宫，取其活血化瘀、缓消癥块之效。现代临床应用于治疗内科、妇科、男科等方面疾病，用之疗效显著。适合长期服用。

方中桂枝和赤芍一阴一阳，茯苓和牡丹皮，一气一血，用于调寒温扶正气；桃仁破恶血消癥瘕。五味药结合可加强排毒能力，改善血流情况，通经止痛。疏解下腹部凝滞，消炎缓和疼痛，治疗因瘀血引起的各种疾病。桂枝茯苓汤治疗卵巢囊肿通过活血化瘀、软坚散结，体现中医的辨证论治和整体治疗的结合优势，不仅能有效地使囊肿消失，还能改善患者的整体健康状况。

参考文献：

【1】王子情，and 杨新鸣. “卵巢囊肿的中西医治疗进展.” *Advances in Clinical Medicine* 15

(2025): 1482.

【2】周琼, and 窦正元. “疏肝健脾化痰祛瘀法治
疗卵巢囊肿 116 例疗效观察.” 云南中
医中药杂志 24.3 (2003): 17-17.

【3】张仲景. 金匱要略 [M]. 北京: 中医古
籍出版社, 1997: 55.

妇科

温经汤对低子宫内膜容受性不孕的影响

郑崇勇^{1,2} 郑利茶^{3*} 钟静³

1. 成都中医药大学附属广安医院 妇科学术带头人
2. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班 学号 103
3. 成都武侯郑氏叁仁堂中医诊所有限公司

【摘要】经典名方《金匱》温经汤具有温经散寒、养血祛瘀之功效，广泛应用于临床各科疾病。子宫内膜容受性是胚胎植入的关键因素，作为生育的必要条件一直备受关注，改善子宫内膜容受性将显著提高临床妊娠率，笔者将温经汤内服、中医健康管理干预应用于低子宫内膜容受性不孕患者，取得满意疗效。本文就患者通过中医药调理后成功孕育的资料展开讨论。

【关键词】温经汤；低子宫内膜容受性；中医健康管理干预

The effect of Warming Meridian Decoction on infertility due to low endometrial receptivity

Zheng Chongyong 1,2 Zheng Licha 3 Zhong Jing 3

1. Chief academic leader of gynecology at the Affiliated Guang'an Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine
2. Student ID 103 of the Fuling Ancient Text Research Class of the World Typhoid and Miscellaneous Diseases Institute
3. Chengdu Wuhou Zheng's Sanrentang Traditional Chinese Medicine Clinic Co., Ltd.

【Abstract】The classic prescription "Wenjing Decoction" from the "Jinkui" has the effects of warming the channels to dispel cold, nourishing blood, and removing stasis, and is widely used in various clinical diseases. The receptivity of the endometrium is a key factor for embryo implantation and has been a focus of attention as a necessary condition for fertility. Improving endometrial receptivity will significantly increase clinical pregnancy rates. The author applied Wenjing Decoction orally and traditional Chinese medicine health management interventions to patients with low endometrial receptivity infertility, achieving satisfactory results. This article discusses the successful conception of patients after conditioning through traditional Chinese medicine.

【Keywords】Warm Meridian Decoction; Low Endometrial Receptivity; Intervention of Traditional Chinese Medicine Health Management

近年来，女性不孕症成为“健康中国”及我国人口发展战略的突出问题，子宫内膜容受性又是胚胎着床的关键因素，近年来对于子宫内膜容受性的研究从未间断，如何提高改善，成为研究的重点、难点。子宫内膜容受性(endometrial receptivity)是指内膜上皮组织接受囊胚附着、黏附、穿透和植入的能力，是指子宫内膜处于接受胚胎着床的特殊状态，胚胎的成功着床取决于子宫内膜容受性和胚胎的侵入能力。目前临床上主要通过肝素、阿司匹林肠溶片等改善，但效果不一^[1]，中医药通过多靶点、多方位、多层次治疗低子宫内膜容受性，效果颇佳。

1、典型病案：

张某，女，30岁，因“月经量少4+年，试管婴儿失败2次”于2020年8月25日初诊。患者既往月经规律，14岁初潮，5~7天/30天，月经量中、色红，夹血块，经期轻度小腹疼痛、坠胀、腰酸、乳房胀痛。2016年孕2+月胚胎停育清宫后开始出现月经量少，2018行宫腔镜检查显示宫腔粘连，输卵管造影：双侧输卵管堵塞。2018-2019年体外受精-胚胎移植2次，均未成功。患者因月经量少、内膜菲薄（0.4-0.5cm）先后行宫腔镜3次，最后一次2020年8月18日行宫腹腔镜联合手术，显示双侧输卵管通畅，行宫腔分粘术。

为求进一步改善子宫内膜菲薄，遂来就诊。末次月经（LMP）2020年8月10日，2天净，月经量少，色暗红，小腹隐痛，坠胀，腰酸，手足

冰凉，腰腹易冷，经前及经期乳房胀痛；纳可，眠差，情绪焦虑，郁闷不舒；二便调，舌质红，边有瘀斑，苔薄白，脉弦细。

辅助检查：2020年8月30日：子宫内膜容受B超：内膜厚度0.5cm，分级：AB级，运动：顺向，3次/分，容积：1.033cm³，子宫右侧动脉：RI:0.99，S/D:184.00，子宫左侧动脉：RI:0.99，S/D:137.25，子宫内膜血流分型：C型，子宫内膜容积血流：VI:0.55，FI:5.36，VFI:0.10。

根据患者上述症状，结合舌脉，四诊合参，西医诊断：子宫内膜菲薄、低子宫内膜容受性，继发性不孕症。中医诊断：无子。辨证：肝郁肾虚血瘀证。治法：温经散寒、疏肝养血祛瘀。方药：吴茱萸9g，当归10g，桂枝10g，芍药10g，丹皮10g，阿胶6g（烊化），生姜10g，川芎10g，党参10g，炙甘草6g，法半夏10g，麦冬15g，醋柴胡10g，14剂，2日1剂，水煎服，1天3次，每次150~200ml。中医健康管理干预：早上7点前起床，顺应大肠经的流注时间，如厕排出大便，保持盆腔环境正常；上午8点前吃早餐，保持胃经水谷之海充足，促进内膜的生长；晚上11点之前入睡，保持肝胆经的正常运行，使阳气入阴，身体得到充足的休息；不要久坐，持续坐的时间不要超过1个小时，适当活动，保持情绪舒畅，并嘱患者排卵后5-7d复查子宫内膜容受性B超，了解子宫血供情况。

2020 年 10 月 29 日复查子宫内腔容受 B 超：内膜厚度 0.6cm，分级：AB 级，运动：无运动，容积：2.439cm³，子宫右侧动脉：RI:0.79，S/D:4.81，子宫左侧动脉：RI:0.79，S/D:4.84，子宫内腔血流分型：B 型，子宫内腔容积血流：VI: 2.27，FI: 15.33，VFI:0.35。

每次月经周期第 5 天开始就诊温经汤加减，经期停药，水煎服，2 日 1 剂，1 天 3 次，前后共治疗 4 个月，患者于 2020 年 12 月 22 日就诊，LMP: 2020 年 11 月 22 日，3 天净，色红，量少；情绪尚可；舌质红，苔薄腻；脉滑。查血激素：HCG 690.4 miu/ml、P 55.22 ng/ml。给予患者“寿胎异功散丸”健脾补肾安胎。随访患者 2021 年 2 月 18 日产科 NT 超声检查，胎儿顶臀长：6.49cm，NT:1.5mm，胎心 166 次/分。

2 讨论

子宫内膜的容受性与子宫内膜的厚度、形态，子宫内膜上细胞因子、生长因子、性激素受体，以及体内性激素水平等因素有关。患者胚胎停育后行清宫术后，宫腔粘连、内膜菲薄，2 次试管婴儿移植失败，B 超检查：低子宫内膜容受，中医古籍中虽无“子宫内膜容受性”之名，但有与子宫内膜容受性内容相关的论述。例如《女科要旨·种子篇》中“妇科论种子……一曰择地，二曰养种……腴地也不发瘠种，而大粒亦不长硃地”；清代名医傅青主云“精满则子宫易于摄精，血足则子宫易于容物”，认为精血充足是受孕的先决条件。肾藏精，精血同源，肾气充足才能化

生气血，充盛任冲二脉，为孕育胚胎提供物质基础，正如《素问·上古天真论》中曰：“二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子”。肾气亏虚，则一方面无以养胎，另一方面无力推动气血运行，致使胞脉虚瘀并见，即“七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子”。因此“肾虚血瘀”是子宫内膜容受性低下不孕的主要病机。本案例中，患者久不受孕，有试管移植失败病史，肝气郁结，中医辨证：肝郁肾虚血瘀，治则：疏肝温肾、祛瘀生新、调肾畅膜。

温经汤首载于东汉医家张仲景所著的《金匮要略》：“妇人年五十所，病下利数十日不止，暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥。何以故？曾经半产，瘀血在少腹不去。何以知之？其证唇口干燥，故知之。当以温经汤主之”。“亦主妇人少腹寒，久不受胎，兼取崩中去血，或月水来过多，及至期不来”，是主治妇人冲任虚寒，瘀血阻滞所致月经失调或不孕症等妇科疾病的经典方剂，由吴茱萸、麦冬、当归、芍药、川芎、人参、桂枝、阿胶、丹皮、生姜、甘草、半夏组成。从药味组成分析，温经汤是桂枝汤、吴茱萸汤、麦门冬汤、胶艾汤等的合方，方中吴茱萸善能散寒止痛，桂枝长于温通血脉，二者相伍为君；当归、川芎、芍药活血祛瘀，养血调经，共为臣药；牡丹皮活血祛瘀，兼退虚热，阿胶、麦冬滋阴润燥，人参、甘草益气补中，半夏、生姜温中和胃，以上七味共为佐药；甘草调

和诸经，兼为使药，案例中，加入柴胡，疏肝解郁，诸药合用，使本方温而不燥，通而不猛，补而不滞，祛瘀不伤正^[2]，共奏温经散寒，祛瘀止痛之效。温经汤是治疗肾虚血瘀证的经典方剂^[3-4]，临床常用于治疗原发性痛经、不孕症、低子宫内膜容受性、肾虚血瘀型月经不调、子宫内位症、卵巢早衰等疾病。

孙红燕等^[5]基于五脏瘀热角度对人流术后患者采用温经汤加减治疗有利于改善患者症状，缩短术后阴道流血时间，促进子宫内膜修复，调节雌孕激素水平，减少术后宫腔粘连等并发症发生率。本案患者就是在胚胎停育后行清宫术后，造成宫腔粘连，子宫内膜菲薄，低子宫内膜容受性，严重影响患者的生殖健康，通过温经汤加减，再加上中医健康管理干预治疗方式调节雌孕激素水平，改善血流变，促进子宫内膜修复。这是由于现代研究表明，桂枝能够促进身体新陈代谢，增强身体的免疫力、抵抗力；还能够调整身体经络、脉络的气血运行情况，能够促进身体的血液循环，能够提升身体代谢水平^[6-7]；桂枝中含有多种生物活性物质，能够扩张血管，起到促进身体代谢的作用，能够改善肾虚阳痿引起的腰膝酸软、神经衰弱等症状^[8-9]。丹皮活血消瘀，促进血液循环，含有丰富的黄酮类化合物，具有抗炎和消肿的作用；半夏以促进气血的运行，改善身体的微循环；此外还具有一定的解毒消肿作用，它能够帮助清除体内的毒素^[10]。麦冬含有多种甾体皂苷、多糖等成分，对多种细菌和真菌具有抑制作用，

能够帮助抵抗病原体的侵袭；可以通过调节神经系统的功能，抑制兴奋，减轻烦躁、焦虑等情绪，达到清心除烦的效果^[11]；川芎行气活血、化瘀止痛的功效；当归活血化瘀、温经通络、镇痛解痉，其中的阿魏酸钠和当归多醣可以刺激人体内的巨噬细胞，增强机体免疫^[11]。

现代快节奏的生活方式，临床上见到很多人主动选择晚睡晚起，凌晨一两点睡觉、早上不食早餐已是常态，暗耗阴血，气血无生化之源，导致精血亏损，影响血激素水平。长期久坐久躺不动，影响气血运行，所以中医健康管理指导干预尤为重要，否则在药物调理与自身内耗形成拉锯战，严重影响治疗效果。

综上，本案例中患者，有宫腔操作史，试管婴儿移植失败史，子宫内膜菲薄，低子宫内膜容受性，通过温经汤加减、中医健康管理干预指导，系统治疗，终如愿怀孕。

参考文献：

- [1]廖燕凤, 张红青, 卢丽芬, 等.孙氏补肾化瘀方对肾虚血瘀型薄型 子宫内膜容受性的影响[J].光明中医, 2025, 40(8): 1543-1545.
- [1]李泉洋, 吴国泰, 王瑞琼.金匱温经汤妇科临床应用与药理作用研究进展[J].世界中医药, 2025, 20(8): 1411-1417.
- [2]吴越, 李伟莉.从肾虚论治复发性流产子宫内膜容受性不良[J].陕西中医, 2023, 44(5): 626-628.
- [3]胡淑玲,王韞琪,田丹.温经汤加减治疗肾虚血瘀型卵巢储备功能减退疗效及对患者子宫动脉血流和卵巢功能的影响[J].陕西中医, 2023, 44(10): 1395-1399.

[4]孙红燕,张晴,李小亮,等.基于五脏瘀热角度观察温经汤加减在促进人流术后内膜修复与减少并发症中的作用[J/OL].中华中医药学

刊.<https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250701.1147.027>.

[5]张丽平,蔡文静,胡风星.生化汤联合芬吗通对多次人工流产患者术后宫腔粘连预防及对 FN、LN 水平的影响[J].甘肃医药,2023,42(12):1075-1076,1083.

[6]胡永青.生化汤联合八珍益母胶囊治疗早孕人工流产/药物流产后宫腔残留临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(16):69-71.

[7]周央央,郑克琼.养血祛瘀生新汤联合屈螺酮炔雌醇片治疗对人工流产后出血及月经恢复的影响[J].中国中医药科技,2023,30(2):398-399.

[8]王初容,叶咏菊.自拟补肾调经汤辅助治疗人工流产后月经过少效果观察[J].中国乡村医药,2020,27(9):16-17.

[9]朱会玲,方晓华,杜明.生化汤联合益母草对人工流产后阴道出血伴宫腔残留物及性激素水平的影响[J].中国妇幼保健,2023,38(19):3721-3724.

[10]王莹.宫腔粘连患者宫腔镜术后应用补肾活血汤对内膜修复及妊娠结局的影响分析[J].中国实用医药,2024,19(13):26-30.

[11]谭霞.高雌二醇片/雌二醇地屈孕酮片联合生化颗粒汤在稽留流产术后患者中的应用效果[J].中外医药研究,2023,2(27):75-77.

郑崇勇,男,主任中医师,世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学员,中医生殖妇科疾病方向.工作单位:成都中医药大学附属广安医院 详细地址:四川省成都市武侯区佳灵路10号附6号 邮编:610000 电话:13881721519
通讯作者:郑利茶,女,副主任医师,硕士研究生,中医生殖妇科疾病方向.工作单位:成都武侯郑氏叁仁堂中医诊所有限公司 详细地址:四川省成都市武侯区佳灵路10号附6号 邮编:610000 电话:13684056994,邮箱:

232424735@qq.com

钟静,女,中西医结合副主任医师,中医生殖妇科疾病方向.工作单位:成都武侯郑氏叁仁堂中医诊所有限公司 详细地址:四川省成都市武侯区佳灵路10号附6号 邮编:610000 电话:13880688168

理论探讨

从泻心汤类方看伤寒论的辨证论治

陈实^{1,2}

1. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学员 204, sc.chen2@gmail.com

2. Oracle Corp, 1301 2nd Avenue · Seattle, WA 98101-2930

摘要:通过分析心下痞症的病位及不同兼症辨别差异化的病机,详细比较半夏泻心汤、大黄黄连泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤及附子泻心汤的方义与适应病机,并归纳关键的辨证要点。并解析刘渡舟的一则典型医案,直观印证了心下痞的临床诊疗过程,展示张仲景辨证施治用药的精准性和灵活性。

关键词:痞证;泻心汤;辨证论治

Study the Syndrome Differentiation and Treatment in Shang Han Lun from the Perspective of Xie Xin Tang Formulations Shi Chen^{1,2}

1. World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.204, sc.chen2@gmail.com

2. Oracle Corp, 1301 2nd Avenue · Seattle, WA 98101-2930

Abstract: By analyzing the location of the epigastric stuffiness syndrome (Pi Syndrome) and differentiating the varying pathological mechanisms based on different concurrent symptoms, this study provides a detailed comparison of the formulations and applicable pathological mechanisms of Banxia Xiexin Tang, Dahuang Huanglian Xiexin Tang, Shengjiang Xiexin Tang, Gancao Xiexin Tang, and Fuzi Xiexin Tang. It also summarizes key points for syndrome differentiation. Additionally, a typical medical case from Liu Duzhou is analyzed, visually demonstrating the clinical diagnosis and treatment process of epigastric stuffiness. This showcases the precision and flexibility of Zhang Zhongjing's approach to syndrome differentiation, treatment, and medication.

Keywords: Pi Syndrome, Xie Xin Tang, Treatment Based on Syndrome Differentiation

心下痞作为一种以“心下满、按之濡、不痛”为特征的症状，在当今亚健康人群中十分普遍。

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》将其列为太阳病篇的重要方证。与太阳病其他方证不同，痞证在统一的病位和主症下，常呈现出复杂的兼症，这直接反映了病机的多样性，也决定了治疗必须方证相应。

因此，细致研究痞证的辨治思路，不仅是掌握该病症本身的关键，更是深入体会《伤寒论》诊疗精髓的窗口。本文即以《涪陵古本伤寒杂病论》太阳病篇中的五个泻心汤类方为研究对象，通过方证分析，旨在探讨其中所蕴含的审证用药规律。

1 对痞证的认识

痞证病位皆在心下，上腹部中线，也即中焦位置。症状为自觉胀满不通，按之不痛或微痛。脾胃位于中焦，属土，为万物所归，周期运转之中枢，担负着重要的斡旋之则，所涉及的脏腑亦可在上，中，下焦。痞证的共同病机在于中焦气机瘀堵，寒热错杂。同时由于病邪的不同性质，症状也会

在很多其它方面呈现出多样性。治法亦不用一方，甚至不用一法治之^[1]。

张仲景对心下痞的治疗则从条畅中焦气机入手，同时针对病邪性质以及脏腑虚实加以变化。发展出若干不同的泻心汤方。现代医学常将泻心汤的使用适应范畴局限于脾胃病。但实际上，按照对应的病机，泻心汤类方的适用范畴大于脾胃病。如在杂病中之狐惑病也可见泻心汤的适应症。

泻心汤方以辛开苦降为根本大法，解决痞证常见的寒热错杂，气机瘀滞的病机^[2]。在痞证的基础上，病人还可能受困于或胃虚饮停，或脾胃虚寒，或表虚等不同的病机，泻心汤方需要做出相应的调整。这就造就了基于辛开苦降这个基本立法原则下，针对不同病机的多个泻心汤方。仲景在细查病机，辨证施治方面显示出了很高的诊疗水平。

2 泻心汤类方的关系与差异

本文所论泻心汤类方，包括半夏泻心汤、大黄黄连泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤及附子泻心汤五首方剂^[3]。

2.1 半夏泻心汤证

其主证为典型之“心下痞，按之濡”。若更见呕吐、恶心、脉弦滑、舌苔白腻者，可称为“痰气痞”。其核心病机为寒热互结，痰阻中焦，脾胃升降失司。该方由小柴胡汤化裁而来，因病灶在中焦而非少阳，故去柴胡，加黄连，共成调理中焦之剂。方中半夏、干姜相配，辛温以开结散寒、和胃止呕；黄芩、黄连合用，苦寒以清热降逆；更佐人参、甘草、大枣甘温补虚。诸药相合，寒热同调，辛开苦降，共奏涤痰散结之功。本方立法属“八法”中之“和法”，其煎法亦效小柴胡汤“去滓再煎”，意在调和药性^[4]。

2.2 生姜泻心汤证

此方与半夏泻心汤相较，仅减干姜用量而增用生姜。考《伤寒论》经义，生姜长于散水气、化饮邪、止呕逆^[5]。故本方证除心下痞硬外，更具水热互结之象，见干噎食臭、肠鸣下利等症。清代医家吴谦主张此方加茯苓以增强利水之效，刘渡舟先生亦认为此说临床可信。

2.3 甘草泻心汤证

若患者胃气本虚，邪气乘虚上逆，致气机紊乱而成痞证，则见下利日数十行、完谷不化、腹中雷鸣、干呕心烦不得安等重证。与生姜泻心汤证虽均有干呕、腹鸣，但本证以下利频繁、完谷不化为胃气虚极之关键指征。故治疗重在急补胃

气，方中重用甘草，并去生姜、干姜之散，专力于补虚缓急。

2.4 附子泻心汤证

若痞证兼见恶寒汗出、肢冷、下利、脉沉迟者，提示在寒热错杂之中，更有表阳虚衰之危重病机。此时须果断使用扶阳重剂。本方于甘草泻心汤基础上去黄芩、半夏，加附子、干姜以温经回阳，可见其立意在于温补阳气，兼清郁热。

2.5 大黄黄连泻心汤证

此方立法与前述四方迥异，其因在于病机本质不同。此证乃湿热壅遏中焦，而寒热错杂之像并不明显。《涪陵古本伤寒杂病论》中以“关上脉浮”为重要指征，提示中焦热盛，或伴见口苦、黄疸、舌苔黄厚腻等肝胆湿热之象。

综上所述，寒热错杂所致之痞证，因兼邪与体质差异，临床表现变化多端。临证时，须在“心下痞”主证基础上，详察呕、渴、利、寒、热等兼症之细微差别（如下利之物是否为完谷、下利之频次等），并结合脉象，方能准确推断病机。简言之，半夏泻心汤主治痰气之痞，生姜泻心汤针对水气内停，大黄黄连泻心汤清泻中焦无形邪热，甘草泻心汤重在补胃气之虚，而附子泻心汤则治邪热结聚兼下焦阳虚之痞。

3 病案讨论：

刘渡舟医案^[6]

郑某，女，32 岁。患病而有上、中、下三部的特点。在上有口腔经常糜烂作痛，而不易愈合；在下有前阴黏膜溃破，既痛且痒；中部则见心下痞满，饮食乏味。问其小便尚可，大便则每日二次犹能成形。切其脉弦而无力，舌苔薄白而润。三部之证由中州发起。辨为脾虚不运，失降失常，气痞于中，而挟有湿蠱蛊之毒。治宜健脾调中，升清降浊，兼解虫毒之侵蚀。处方：炙甘草 12 克，黄芩 9 克，人参 9 克，干姜 9 克，黄连 6 克，半夏 10 克，大枣 7 枚。共服 10 余剂，以上诸症逐渐获愈。

此案见心下痞满，首先归于痞症，同时上有口腔经常糜烂作痛，在下有前阴黏膜溃破，既痛且痒，此为狐惑病。在伤寒论中，狐惑病常用甘草泻心汤。但此病案中，病人大小便基本正常，舌苔薄白而润，说明胃气不虚，可以排除甘草，附子泻心汤。其脉弦而无力，故不存在邪热客于中焦的大黄黄连泻心汤症。无呕，口苦，下利等虚症以及湿热症的指征，故辨证为湿蠱蛊之毒为患之半夏泻心汤症。

4 结论

泻心汤类方是《伤寒论》中重要的方剂群，主要适应症为各类心下痞症。通过分析痞证的不同病机，对比不同泻心汤方剂的具体组成和适应症，能够深刻体会到张仲景辨证施治用药的精准性和灵活性。痞证基本病机为中焦寒热错杂，或兼有水，湿，或下焦虚寒，或热客中焦，或兼有胃气虚，痞气上逆。对于所有这些复杂情况，泻心汤类方针对病机进行了非常精准的加减化裁，同时组方精炼，成方接受了时间的考验，为体会仲景思路精髓提供了借鉴，也为中医临床提供了宝贵的指导。

参考文献：

- [1] 沈沉. 浅析半夏泻心汤古今应用[J]. 世界华人消化杂志 2020; 28(17): 852-856 [DOI: 10.11569/wcjd.v28.i17.852]
- [2] 邱红,周正华. 试析《伤寒论》“心下痞”[J]. 河南中医, 2014(4): 577-578.
- [3] 童俊生,李玉明,覃小兰. 浅析泻心汤类方[J]. 新中医, 2023, 55(16): 21-25. [4] 顾珈裔,赵鹏程,魏玮. 辛开苦降法治疗脾胃病验案 3 则[J]. 江苏中医药, 2018, 50(8): 49
- [5] 袁颢宸,朱浩楠,刁娟娟. 生姜在《伤寒论》中的应用规律探析[J]. 经典中医研究, 2022, 5(1): 1. doi: 10.53388/CCMR2022001.
- [6] 陈明. 刘渡舟临证验案精选[M]. 北京: 学苑出版社, 2007.

从太阳病篇看仲景脉学

李佳贞^{1, 2}

1. 河南中医药大学国际教育学院, 郑州市金水区金水东路 156 号, 450046
2. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班 学号 405

摘要: 太阳病篇为《伤寒杂病论》六经辨证首篇, 篇幅最长, 虽单论太阳病篇脉法有管中窥豹之嫌, 但仍希望此番挖掘能够窥探仲景脉学思想的一部分本质, 以助后学。文章以《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》为蓝本研究, 内容受马寿椿老师的讲授启发。通过对太阳病篇中涉及脉象的条文进行细致剖析, 旨在探寻仲景脉学的特点及其在临床实践中的应用价值。

关键词: 《伤寒杂病论》; 涪陵古本; 太阳病; 仲景脉学; 临床应用

Study the Zhongjing's pulse theory basing on the Taiyang diseases chapter

Jiazhen Li^{1, 2}

1. School of International Education ,Henan University of Chiense Medicine, No. 156 Jinshui East Road, Jinshui District, Zhengzhou City, 450046

2. World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.405

3. **Abstract:** The chapter on Taiyang diseases is the first chapter within the Six - Channel Syndrome Differentiation in "Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases", boasting the greatest length among them. Merely studying the clauses in the Taiyang diseases chapter might seem like making assumptions about the whole from a part. However, it is still hoped that this exploration can offer a glimpse of part of the core ideas of Zhang Zhongjing's pulse theory, which will benefit later scholars. The article is based on "Re - compiled Shi's Annotations on Fuling Ancient Version of Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases", and its content is inspired by the lectures of Teacher Ma Shouchun. Through meticulous analysis of the clauses related to pulse manifestations in the chapter on Taiyang diseases, this paper endeavors to explore the characteristics of Zhang Zhongjing's pulse theory and its application value in clinical practice.

4. **Keywords:** Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases; Fulinggub; Taiyang Diseases; Zhang Zhongjing's Pulse Theory; Clinical Application

脉诊在中医辨病辨证中占有重要地位, 张仲景十分强调脉诊的应用。《伤寒杂病论》原序中指出: “观今之医……按寸不及尺, 握手不及足;

人迎趺阳, 三部不参; 动数发息, 不满五十。短期未知决诊, 九候曾无仿佛; 明堂阙庭, 尽不见察, 所谓窥管而已。”^[1]由此可以看出仲景对脉

诊的重视。本篇以《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》的太阳病篇为研究对象，探究仲景脉学的特点以及其临床应用。

1 仲景脉学的特点

仲景非常重视脉症合参，每篇均以某病脉症篇命名，条文多脉症并举。脉象可以反应疾病的本质以及机体的反应，仲景常以脉象代指病机，与其他症状合参来指导治疗。总结原文中提到脉象的条文，仲景脉学主要有以下特点。

1.1 阐释病机

原文中有一些条文直接解释脉象代指的病机。如“浮为在外”^[2]；“脉沉则为病在里”^[3]；“太阳病，脉浮而动数，浮则为风，数则为热，动则为痛，数则为虚”^[4]；“脉促者，表未解也”^[5]。

然而此类直接阐释病机的条文仍占少数，大多是脉象与症状合参，来帮助诊断，指导治疗。

1.2 帮助诊断

仲景常用脉象代指病机，与外在症状合参来诊断与辨别疾病。如“太阳病，发热，汗出，恶风，其脉缓，名为中风”^[6]；“按之痛，其脉寸口浮，关上自沉，为结胸”^[7]；“如结胸状，饮食如故，时时下利，寸脉浮，关脉小细沉紧，名曰藏结”^[7]等。诸条文均以脉象代指相关病机，帮助诊断。

仲景诊病不单纯依靠脉象，脉症不合时，同参以辨。如“服桂枝汤，大汗出，脉洪大者，与桂枝汤”^[8]，虽脉洪大，但是无大汗大渴，并结

合病史，知非为阳明，脉洪大实为桂枝汤之影响，表未解仍用桂枝汤。

1.3 指导治疗

《伤寒杂病论》专在指导临床，多数条文均为指导治疗而设，或单纯指导治疗方向，或直接给予治疗手段，以后者为多。如“太阳病，外证未解，其脉浮弱，当以汗解，宜桂枝汤”^[9]；

“太阳病，下之后，脉促胸满者，桂枝去芍药汤主之”^[10]；“小结胸，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之”^[11]等。诸条文亦以脉象代指病机，从而指导治疗。

亦有条文指出治疗禁忌。如“脉浮热盛，而反灸之，此为实。实以虚治，因火而动，必咽燥吐血”^[12]；“尺中迟者，不可发汗”^[13]；“其脉浮大者，不可下”^[14]等。

1.4 判断预后

原文中亦有部分条文以脉象判断疾病预后。如“太阳病，先发汗不解，而下之，其脉浮不愈”^[2]；“太阳病未解，脉阴阳俱停，必先振栗汗出而解”^[15]；“脉微缓者，为欲愈也”^[10]。以脉象判断疾病预后亦以脉象代指的病机为依据。

总而言之，仲景脉学讲究脉症合参，以脉象阐释病机，帮助诊断，指导治疗，判断预后。其中，病机阐释为重点，诊断、治疗以及预后判断均离不开对病机的精准把握。虽然文中有“脉浮者，必结胸，脉紧者，必咽痛”^[16]等文字，但以全文为背景，此条脉象背后仍是对病机的提示，并非以脉测症，以脉断病之意。

2 太阳病篇脉象分类及其病机

太阳病篇用来描述脉象的有浮、沉、迟、数、大、滑、动、细、紧、微、濡、弱、涩、停、促、弦、结、代、缓、静、厥 21 种，可单见，如脉浮、脉细、脉迟等，可并见或多见，如脉浮缓、脉浮滑、细沉而紧等。每种脉象均有所指代的病机，所涉病机并非单一，临床需与症状互参。

2.1 脉浮

浮脉为太阳病的典型脉象，出现次数最多，揭示病位在外在表，病机“浮则为风”“风则伤卫”^[17]，治疗“当以汗解”^[9, 12]，下法、火法、清法为逆^[2, 12, 14, 18, 19]。若病解后复感^[25]，或汗下后未解^[2]，或日久未治^[21]，脉仍见浮，病仍在表，可以复汗。然，脉象仅为病机提示，并无定法。如浮脉单见，兼小便不利，微热消渴，为太阳腑证，可与五苓散利水^[13]，而非汗法发表。

浮脉常与他脉并见，典型脉象有浮（濡）弱或浮缓为中风见于桂枝汤证^[6, 9, 22]，浮紧为伤寒见于麻黄汤证^[13, 20, 21, 17]。然亦有浮缓与浮紧见于大青龙汤证情况。若浮缓兼有身重乍轻，则为水液束缚体表，用大青龙汤发表^[23]；浮紧兼烦躁者，有内热见证，亦用大青龙汤解表清里^[33]。另有浮紧可作弦看，为木克土之象^[24]。浮脉亦可与其他脉象相兼而提示其他病机的存在。如兼细为里虚^[21]，兼数为热^[21, 25, 26]，兼滑为水热痰结^[11, 18]，兼大而有力邪气盛^[14]、大而无力正气虚^[14, 27]，兼动数为痛为热^[4]。详细解释请参看其他脉象部分。

浮脉所见部位亦有不同。但见于寸，可见于结胸、藏结^[7]以及瓜蒂散证^[28]。结胸与藏结均可见心下痛。结胸寸浮关沉而见阳证，为表证误下正虚邪陷内结于阳；藏结寸浮关细沉紧而见阴证，为邪气内结于阴，阳无根而浮。瓜蒂散证见寸脉微浮^[28]，为痰水挟邪阻于胸膈而致气机上逆。但见于关，为无形之热聚于中焦，可见于痞证^[29]。

2.2 脉沉

脉沉与浮相对，提示病位在里、在下。在太阳病篇见于结胸^[7]、藏结^[7]、蓄血^[30]与蓄水证^[31]。亦见于表里同病^[24]。寸浮关沉心下痛，可见水饮痰食结胸^[7]。寸脉浮，关脉小细沉紧，证如结胸，时时下利，为邪结在阴之藏结^[7]。脉沉紧而心下石坚，为邪结心下之大陷胸汤证^[4]。脉沉而小腹坚满，可见蓄血与蓄水证。发狂而小便自利者，为瘀热在里之抵挡汤证^[30]；小便不利者为蓄水证^[31]。有表证而脉见沉，表里同病之时，观其急缓而治^[24]。

2.3 脉紧

紧则主寒主痛，在太阳病篇常与浮、沉相兼。兼浮，则为风寒袭表，见于麻黄汤证^[17, 21, 32]以及大青龙汤证^[33]，当解表而忌下^[34]；然，若脉浮紧而兼尺中迟，则为里虚，不可发汗^[13]；浮紧而见腹满谵语，亦可作弦看，为木克土之象^[24]。兼沉，则为里寒且主痛，可见于结胸与藏结^[7]。心下痛，脉沉紧而按之石坚，则为邪结于心下，为大陷胸汤证^[4]；状如结胸而关脉小细沉紧，为纯阴之脉，可见于藏结^[4]。脉沉紧亦可见于纯阴结与阳微结，

根据是否汗出以及是否有表证可进行鉴别,因阴证无汗且无表证;若见头汗出而大便硬兼有表证者,证当为阳微结之半表半里,按少阳论治^[3]。

2.4 脉数

数主热^[4],常与他脉相兼提示表热^[25]、里热^[26]、虚热^[16]等病机,慎不可灸^[12]。见脉数急,亦为传变之象^[32]。兼浮,为表邪未解或解而复感之象,可发汗以泄热^[21, 25];亦可见里热及表,用大柴胡汤下之^[26]。兼细,为里虚而有热,见于关上,可见于太阳病误用吐法而耗伤阴液^[16]。

2.5 脉迟

迟主里虚,在太阳病篇可见于误下伤正^[4],以及提示可否用汗法^[13]。表虚而误用下法,导致阳气内陷,脉由动数变迟,可见于结胸^[4]。伤寒脉浮紧当汗,然兼见尺中迟则表明营血不足,反不可发汗^[13]。

2.6 脉缓

缓脉可见于正虚^[6]、水湿^[23],以及疾病向愈^[10]。与浮脉并见,为桂枝汤典型脉象^[6]。缓脉也可见于水湿,浮缓可见水湿困表,如大青龙汤证^[23]。若病后见脉微缓者,表明邪气已去,病将自愈^[10]。

2.7 脉弱

弱脉主要指代正气虚弱,可与微脉并见,不可发汗^[8]、攻下^[11]。与浮脉并见,为桂枝汤典型脉象,浮则为风,弱则为虚,阳浮阴弱需以桂枝汤解之^[6, 9, 22]。脉弱而形作伤寒,为脉证不合,不可用火法^[35]。

2.8 脉细

细主里虚,常与他脉相兼。兼浮,可见于表证已解而正气未复^[21]。关脉见小细沉紧,可见于纯阴之藏结^[4]。兼数,可见于阴虚有热^[16]。脉细亦可见于阳微结而热被郁之证,临床需脉症合参^[3]。

2.9 脉微

脉微亦主正气不足^[8, 10, 12, 18, 30, 37],常与弱脉相兼,不可用汗吐下攻邪^[8, 11]。兼数,可见于阴虚有热之象,慎不可用灸^[12];兼沉,可见于下焦蓄血之抵挡汤证^[30]。原文中见微,亦有微动之意。太阳病欲解见阳脉微动,则表明邪将从表解,阴脉微动则将从下解,可用承气汤^[39]。

2.10 脉大

大主病进^[32],亦主虚^[27]。兼浮,浮大有力为邪盛,浮大无力为正虚^[7]。兼洪,洪本为热胜之象,然亦可见服药后脉象改变。如服桂枝汤汗后见此脉,而无大热大渴,脉症参见则知非为阳明经证及温病,实为药物影响^[8]。

2.11 脉促

太阳病篇见脉促可为邪仍在表,有外解之象^[10, 16, 33]。兼胸满者,可见于桂枝去芍药汤证^[10]。兼见下利、喘而汗出,可见于表寒里热之葛根芩连汤证^[33]。

2.12 脉滑

滑为水热痰结,在太阳病篇常与浮脉相兼。见脉浮滑而心下痛,为水热互结于心下,为小陷

胸汤典型脉象^[11]。脉浮滑亦可见里热及表之白虎汤证^[18]。

2.13 脉涩

涩主虚寒^[36]，亦主阴气不足^[13]。阳涩阴弦可见于虚寒腹痛^[36]。汗后脉涩而面赤，可见于汗出不彻^[13]。

2.14 脉弦

弦主里痛^[36]，亦为少阳之脉^[39]，可见于太少并病。浮紧亦可作弦看，弦紧亦可见于伤寒^[35]。

2.15 脉动

动主痛^[4]，为阴阳相搏之象。兼浮数而汗出恶寒，可见于表证未解^[4]。

2.16 脉结、代

结代脉象在原文中有详细描述，缓而时一止为结，动而中止不能自还为代，均指藏气衰竭，势已危恶，难治之脉^[40]。可见于气血已衰无法养心之炙甘草汤证^[41]。

2.17 其他脉象

除上文提到的常见脉象外，太阳病篇亦出现了阴阳俱停、脉静、脉微厥的描述。停指平衡，或指伏隐不出^[15, 24, 38]。静指脉与初得病时脉象一致，并未传变^[32]。承气汤法脉症篇出现“脉当微厥”的描述，亦为微弱之意^[42]。

除脉象本身提示病机外，所在脉位也需重视。太阳病篇提到的脉位之分有寸、关、尺以及阳、阴。对阳、阴脉位的解释又分为“浮取为阳、沉取为阴”以及“寸为阳、尺为阴”之分。不同脉位结合所现脉象，代指不同病位的疾病。如“寸

脉浮，关脉沉”为邪结于胸见于结胸证^[7]，“阳浮阴弱”为卫强营弱等^[22]。

但是脉象所主病机又绝非一成不变，切忌以脉揣证。

3 太阳病篇典型脉象

仲景对病机把握精准，条文十分精炼，常以典型脉象或典型症状来对病机进行指代或排除。受马寿椿老师启发，笔者认识到临床应注重“捉证”，此处总结太阳病篇涉及的典型脉象，与典型症状同参以帮助提升“捉证”水平。

太阳病篇典型脉象为浮。“太阳病，其脉浮”^[6]，即将浮脉与太阳病之间建立特殊联系。因邪气初客皮毛，正气抗邪于肌表，故脉浮。桂枝汤证典型脉象为浮而兼缓、弱^[6, 9, 22]，卫强营弱，见发热汗出恶风。麻黄汤证典型脉象为浮紧^[13, 20, 21, 17]，风寒郁闭肌表，而见体痛无汗恶寒。大青龙汤证可见脉浮缓或浮紧^[23, 33]，需看兼证，为风寒或风湿郁闭肌表而兼有内热。小陷胸汤证为心下痛而脉浮滑^[11]，为水热结夹宿食在胃与心包脉络之间。大陷胸汤证为心下坚满而有脉沉紧^[4]，为热邪结实病情愈重而病位靠下。五苓散证为微热消渴、小便不利而脉浮^[13]，表邪未解而膀胱之气不化。抵挡汤证为小腹硬满、小便自利而脉沉^[30]，为血结于下焦。

4 小结

虽单以太阳病篇难以知晓仲景脉学全貌，但是对仲景脉学的核心思想仍可以窥探一二。仲景脉学重视脉症合参，以脉阐释病机，指导治疗，

判断预后。且仲景脉学讲究灵活变通，并未以脉测症、以脉断病，仅以脉象探求疾病的本质以及机体对疾病的反应，通过脉象来识别病机转变，病势转归。脉象为机体内在反应的表现形式，仲景对脉象的重视也反应了“治病必求于本”的思想，临床上只有准确把握病机，才能够指导精准用药。

参考文献：

- [1] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022. (古本伤寒杂病论序)
- [2] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:36
- [3] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:54
- [4] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:66
- [5] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:47
- [6] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:29
- [7] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:64
- [8] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:41
- [9] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:35
- [10] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:40
- [11] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:68
- [12] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:87
- [13] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:82
- [14] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:65
- [15] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:38
- [16] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:88
- [17] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:46
- [18] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:94
- [19] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:90
- [20] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:34
- [21] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:45
- [22] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:31
- [23] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:49
- [24] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:84
- [25] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:37
- [26] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:57
- [27] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:80
- [28] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:76
- [29] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:72
- [30] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:92
- [31] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:93
- [32] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:43
- [33] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:48
- [34] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:71
- [35] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:86
- [36] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:52

- [37] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:75
- [38] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:61
- [39] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:70
- [40] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:89
- [41] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:95
- [42] 马蕾, 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京:学苑出版社, 2022:62

李佳贞: 博士, 中国执业中医师, 美国 NCCAOM 注册针灸师及中医师, 河南中医药大学讲师, 现任河南中医药大学国际合作处、国际教育学院留学生招生办公室副主任。

Email: ljiazhen92@163.com

地址: 中国河南省郑州市郑东新区金水东路 156 号河南中医药大学龙子湖校区

。

作者简介:

经验体会

我对《伤寒论》桂枝汤证的学习心得

陆英^{1, 2}

1. 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班 206 , 2. 马氏中医针灸诊所

Study Summary: Guizhi Decoction Pattern in the Discussion of Cold Damage

Ying Lu^{1, 2}

1. World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.206,

2.2. Ma's Acupuncture & Herbal Medicine

摘要: 通过总结桂枝汤证主症病机, 整理桂枝汤桂芍组合和配伍变化产生的诸多类方, 细述桂枝汤特殊服用方法, 解释桂枝汤解肌和调和营卫的含义, 列举桂枝汤方在现代临床的使用报道, 加深对“桂枝汤, 仲景群方之魁, 滋阴和阳、调和营卫、解肌发汗之总方”的理解和认识。

关键词: 桂枝汤; 调和营卫; 解肌发汗; 调和阴阳

Abstract: Through a systematic study of Recompiled and Annotated Discussion on Cold Damage and Miscellaneous Diseases (Fuling Ancient Edition), section “On the Use of Guizhi Decoction for Taiyang Disorders”, this paper summarizes the principal symptoms and mechanism of the Guizhi Decoction pattern. It further organizes the numerous derivative formulas generated from the Guizhi-Shaoyao combination and its variations, elaborates on the special taking method for Guizhi Decoction, and explains the significance of its functions in “releasing the muscles” and “harmonizing the Ying and Wei.” Reports on its clinical applications in modern practice are also reviewed, thereby deepening the understanding of why “Guizhi Decoction, the foremost among Zhang Zhongjing’s formulas, serves as the general prescription for nourishing Yin and supporting Yang, harmonizing the Ying and Wei, and releasing the exterior through sweating.”

Keywords: Guizhi Decoction – principal symptoms and mechanism; Guizhi Decoction – formula combinations and derivations; Guizhi Decoction taking method; harmonizing Ying and Wei; releasing the muscles and promoting sweating; harmonizing Yin and Yang

桂枝汤是仲景群方之首，用来治疗太阳表虚证，自汗证，具有发汗解肌，调和营卫的功效。柯琴在《伤寒论附翼》中赞其为“仲景群方之魁，乃滋阴和阳、调和营卫、解肌发汗之总方也”。跟随马寿椿老师系统学习《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》三年余，总结桂枝汤桂芍配伍化裁，桂枝汤特殊服用之法，探讨桂枝汤如何解肌及如何实现调和营卫功效。

1 解读桂枝汤

1.1 桂枝汤证主症和病机

桂枝汤主治太阳中风证，太阳属于表部，主肌肤腠理，太阳经脉分布广泛，四肢百骸，关节肩背均为太阳经脉循行部位。太阳病为外感病的初起阶段，《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用桂枝汤法脉症篇》条文 10-13，太阳中风桂枝汤证主症为发热，恶寒，头项强痛，恶风，汗出，脉浮缓等，而汗出则是判断桂枝汤证的关键要点，也是和太阳伤寒证的鉴别诊断要点。

仲景分别从脉象和症状表现来解释太阳中风的病机，《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用桂枝汤法脉症篇》条文 10 阳浮而阴濡弱：脉轻取浮脉说明病邪在表，沉取脉濡弱表明营阴不足；条文 11 营弱卫强。《本经疏证》“夫风伤于外，壅遏卫气，卫中之阳与奔迸相逐，不得

不就近曳营气为助，是以营气弱，卫气强”，风邪侵袭体表，卫气鼓动向外抗争表现为翕翕发热，脉浮；同时卫气温煦功能减弱而症见啬啬恶寒，淅淅恶风，头痛；风主开泄，卫气固护功能减弱，体表毛孔开放导致营阴外泄而表现为汗出；风邪上犯口鼻而见鼻塞鼻涕；风邪犯胃则胃气上逆而见干呕。注意通常说的太阳表虚证，并非是虚人感冒或是虚证，只是风邪侵袭后卫气一时受损无力外守，腠理不固导致营阴外泄的体表“虚”态。

然桂枝汤的解表之功，仅仅是其众多功用之一，但凡营卫不和之证，皆可以桂枝汤治之。

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用桂枝汤法脉症篇》条文 24 因营气不与卫气共谐行，条文 25 因卫气不和，此二条自汗出证皆非太阳中风之外感，乃为亚健康或内伤杂病所致的营卫不和之自汗出，没有外邪，纯属营卫之间的不和谐，治以桂枝汤，旨在调其营卫，营卫和则愈。这种自汗出证在临床实践中是常常可遇到的，其中一部分病人被现代医学诊断为“植物神经紊乱”、“更年期综合征”等。郑钦安《医法圆通》指出：“桂枝汤一方，乃调和阴阳，澈上澈下，能内能外之方。非仅治仲景原文所论病条而已……凡是太阳经地面之病，皆可用得。”后世医家也将此方运用扩大到内、外、妇、儿等各科疾病。

1.2 桂枝汤组成

桂枝 芍药 生姜 各三两 甘草二两，炙
大枣十二枚

合五味，呖咀，以水七升，微火煮取三升，
去滓，适寒温，服一升。服已须臾，啜热稀粥一
升余，以助药力，温覆令一时许，通身皦皦，微
似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除，若
一服汗出病差，停后服，不必尽剂；若不汗，更
服依前法；又不汗，当小促其间，半日许令三服
尽。若病重者，一日一夜服，周时观之，服一剂
尽，病证犹在者，更作服，若汗不出者，乃服至
二三剂。禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭
恶等物。

1.3 桂枝汤配伍奥义及加减

桂枝汤方中桂枝与芍药等量配伍，一散一敛，
升中有降，降中有升，是该方配伍之关键，也是
解肌发表、调和营卫的功效基础。桂枝辛温，辛
能散邪，温走阳以通阳助卫；芍药酸苦微寒，酸
能敛汗，寒走阴而敛阴和营。《医宗金鉴》云：
“桂枝君芍药，是于发汗中寓敛汗之旨，芍药臣
桂枝，是于和营中有调卫之功。生姜之辛，佐桂
枝以解肌表；大枣之甘，佐芍药以和中。甘草甘
平，有安内攘外之能，用以调和中气，即以调和
表里，且以调和诸药。以桂芍之相须，姜枣之相
得，借甘草之调和，阳表阴里，气卫血营，并行
而不悖，是刚柔相济以相和也。”

若改变桂枝汤中桂枝与芍药配比，则方剂名
称和功效即随之发生根本变化。桂枝汤更加桂二
两，则演变为桂枝加桂汤，功擅温阳平冲而治疗

心肾阳虚之奔豚；芍药更加三两，则演变为桂枝
加芍药汤，功擅益脾和络而治疗太阴脾络不和之
腹痛；若将桂枝汤中芍药完全去掉，则演变为桂
枝去芍药汤，功擅温通心阳而治疗表证误下后胸
阳不振之脉促胸满。还有桂枝去桂加茯苓白术汤，
桂枝加附子汤，桂枝去芍药加附子汤，桂枝加厚
朴杏子汤，桂枝加葛根汤，桂枝加龙骨牡蛎
汤……皆变换药量，药味、功效立变，微微变化，
则有天壤之别。

桂枝汤的加减变化之多，也体现了桂枝汤之
用，可表可里，可气可血。其中用以解表，有桂
枝麻黄各半汤，桂枝二麻黄一汤、桂枝二越婢一
汤，柴胡桂枝汤、桂枝加葛根汤、葛根汤、瓜蒌
桂枝汤、桂枝加黄芪汤；用以补虚降逆气，有桂
枝加桂汤、桂枝加厚朴杏子汤；用以补阳助阳，
有桂枝去芍药汤，桂枝去芍药加附子汤、桂枝去
芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤、桂枝加附子汤；用
以调血治血，有桂枝加芍药汤，桂枝加大黄汤，
当归四逆汤，温经汤；用以调补阴阳气血，有新
加汤、桂枝龙骨牡蛎汤、小建中汤，黄芪建中汤，
当归建中汤，黄芪桂枝五物汤；用以治水气病，
有桂枝去桂加茯苓白术汤，桂枝去芍药加麻黄细
辛附子汤。仲景将其加减化裁，所涉之证甚广，
然而仍有规律可循：一是桂枝汤之加减，关键大
多在于桂枝与芍药之变；二是除用于解表外，凡
治里证，终不离温补、温通，温化之功。由于这
个温的作用，仲景又告诫“酒客，不可与桂枝
汤……”（《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨

太阳病用桂枝汤法脉症篇》条文 17, 18), 但凡湿热内蕴, 舌红苔腻者不宜用桂枝汤。

1.4 桂枝汤的特殊服用法

桂枝汤方服用法特别讲究, 有别于其他方剂汤药, 要求“适寒温”服, “服已须臾, 啜热稀粥一升余”借水谷精气充养中焦, 助胃气益津液, 以资汗源微微汗出托邪外出, 又固护卫分使邪不复入。同时“温服令一时许”穿衣盖被保暖助卫阳, 避风助汗。待其“通身皦皦微似有汗”体表微微似有汗出, 使得肺胃之气已和, 津液得通, 营卫和谐, 腠理复固。但需防汗出过多, 若汗出如水流漓, 病亦难愈, 重者过汗亡阳。每剂药煎为 3 升, 每次服 1 升, 如果诸症消失, 则不用再服。如果药后不出汗, 则需要用与前面相同的方法再服一次。如果还不出汗, 需要服第 3 次, 并缩短服药的间隔时间, 半天内将一剂药全部服完。对于病情较严重者, 昼夜均需服药, 24 小时内观察病情。一剂药服完之后, 若症状不缓解, 需要加量每天服二甚至三剂, 直至汗出症状消失才可停药。服药期间, 禁生冷, 粘滑, 肉面, 五辛, 酒酪, 臭恶等食物以防损伤胃气而不利驱邪。这里仲景全详了不同阶段服药之法, 另外桂枝汤方化裁而成的方剂治疗太阳表证兼有他证时也可参照此服法, 诸如葛根汤（《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用麻黄汤法脉症篇》条文 50), 葛根加半夏汤（《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用麻黄汤法脉症篇》条文 52), 瓜蒌桂枝汤（《重编施注涪陵古本伤寒杂

病论·辨痉湿喝脉症篇条文 11), 桂枝加厚朴杏子汤（《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用桂枝汤法脉症篇》条文 32) 等, 皆有如此要求。若用桂枝汤及其加减方治里证治杂病时, 在服药方法上就没有桂枝汤治表证时那种“啜热稀粥”、“温覆”“微似有汗”的特殊要求了。张仲景对服药方法要求的严格仔细程度同时也提醒医生, 服药方法也是治疗疾病的重要环节, 因病情在不断发展变化, 所以服药后应注意观察患者的反应, 并做出相应的处理。

1.5 桂枝汤的解肌之法

服桂枝汤治外感表证, 仲景一再强调微似有汗。现代《方剂学》将桂枝汤纳入辛温解表类, 使得初学者易归其与麻黄汤相同的发汗解表之剂。医圣恐后学不解其意, 误将麻黄汤之发汗与桂枝汤之发汗混为一谈, 特在《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用桂枝汤法脉症篇》条文 16 重申: “桂枝汤本为解肌, 其人脉浮紧, 发热无汗, 不可与也。常须识此, 勿令误也”。仲景再三强调桂枝汤是解肌之法, 和麻黄汤发汗解表之法不同。发汗是通过药力向外开散、透达之功使皮毛、腠理得以开泄, 外邪随汗出而解, 简言之借药力开腠理来排汗解邪。桂枝汤的解肌是借桂枝合姜草枣辛甘化阳调卫气, 芍药合草枣酸甘以化阴调营气, 营血得养, 卫阳得温, 营卫和解则腠理自然开合有序, 机体调控适度开启皮毛, 再借谷气“以助药力”, 同时温覆, 则邪气随汗缓缓透表而愈, 简言之是借药力恢复营卫正常

有序的开启关闭腠理功能，借谷气温覆使得邪气随汗而解。所以解肌和发汗同中有异，桂枝汤解肌并不是单纯的“发汗”，而是以调和营卫为主、发汗为辅，是温和的扶正祛邪的外感治法。刘潜江云：“仲圣用桂枝解表之方颇多，非概佐以芍药。此所以加芍药者，太阳中风，风伤其卫，卫曳营气以外泄，故阳脉浮而发热，阴脉弱而出汗；卫由是而强，营由是而弱；是卫不与营和，非营不与卫和。桂枝能和两弱之营卫，而不能和卫不就营之营卫；能由阴达阳，而不能由阳返阴。芍药正与相反。敛之以芍药，则卫不外泄而入里以就营，又啜粥以充其胃，温覆以遏其表。桂芍并用，为一散一敛；粥覆并行，为一充一遏。法如是之密者何也？非此而营卫不和，则邪汗不去正汗不生也”。

2 桂枝汤的核心功效- 调和营卫

施济民施老说：“桂枝汤本为解肌，非发汗之剂。桂枝甘草，辛甘化阳，驱离太阳肌表之气，芍药甘草，酸甘化阴，以安营血。生姜佐桂枝行阳，大枣佐芍药行阴，一表一里，一卫一营，一阴一阳，故称和方之祖，以和表里，和营卫，和阴阳。”桂枝汤解肌就是其能调和营卫之功能的一种体现。营卫不和不仅仅表现为自汗出，如

《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨血痹虚劳病脉症篇》条文 2 中，用黄芪桂枝五物汤治疗营卫之行涩而痹郁并兼表气虚的血痹之证，仲景用桂枝汤行阴和阳，加黄芪以固表气，法在驱邪故去甘草之缓，邪去而阴阳和；《重编施注涪陵古本

伤寒杂病论·辨血痹虚劳病脉症篇》条文 8，男子失精，女子梦交，气虚血少，阴阳皆损，魂魄无依，如此虚损至极之候，仲景却舍参，芪，归，地不用，却仍取桂枝汤和之，从心营肺卫调阴和阳，使其平衡，加龙骨牡蛎重镇心阳固精止遗；《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨妇人妊娠病脉症篇》条文 1，仲景用桂枝汤来调和脾胃，调阴以和阳以治妊娠恶阻。医圣尤恐后人一见用桂枝汤便以为是在解表，特在文中注明“无寒热，名妊娠”六字，说明本证并非表证，乃是妊娠恶阻，用桂枝汤调和脾胃以疗胎气上逆致胃气不和之“不能食”。

徐忠可《金匱要略论注》云：“此汤，表证得之，为解肌和荣卫，内证得之，为化气调阴阳。”凡用桂枝汤加减变化者，总有其适应证的基本要素，或为外感营卫失调，或为脾胃内伤，或为阴阳失调。

2.1 调和营卫，解肌发汗

桂枝汤一方面通过解肌祛风，使腠理不固所致的风寒之邪从表而解，另一方面通过调和营卫，使营卫失调的局面得以改善，从而达到调和表里、脾胃、气血、阴阳之目的。齐念等人^[1]立足于桂枝汤调和营卫的治疗原则，探讨桂枝汤与常规西药治疗手足多汗症的临床疗效。研究将 30 例手足多汗症中医证型属营卫不和型诊断标准的患者，随机分为两组，治疗组：服用桂枝汤，方药组成：桂枝 9g、芍药 9g、生姜 9g、甘草 6g、大枣 9g，每日 1 剂，分早晚两次服；对照组：谷维素，口服，每次 10mg，每日 3 次。两组均

连续治疗 4 周，治疗结束两周后进行随访。结果显示治疗组的总有效率是 86.67%，对照组的总有效率是 66.67%，两组总有效率相比较， $P=0.038$ 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。得出结论是桂枝汤治疗营卫不和型手足多汗症的临床效果更好。

2.2 调和营卫，温补中焦

章楠《伤寒本质》在论桂枝汤时说：“此方立法，从脾胃以达营卫，周行一身。融表里、调阴阳，和气血，通经脉”。钟禄洪^[2]认为桂枝汤类方不论如何化裁终不脱温补中焦，滋壮化源之功，因脾胃为营卫之本，营卫为脾胃之标，有一分表证，便有一分胃气外固于表，钟氏提出桂枝汤调和营卫之功效是通过调补中焦、补益中虚实现的，故有补益脾胃之效。总结了桂枝汤类方，认为桂枝汤的组成、功效、煎服法都有独到之处，并从机理上论述了桂枝汤治疗脾胃虚弱证的可行性，并给出临床病例，用桂枝汤加减治疗脾胃虚弱证，方用桂枝 15g，白芍 20g，甘草炙 6g，干姜 10g，党参 20g，丁香 6g，当归 15g，白术炒 6g，椒目 15g，木香 6g，7 剂，水煎 300mL，1 剂/d，早晚分服，临床疗效较好。

2.3 调和营卫，平衡阴阳

桂枝汤配伍巧妙，税清松^[3]认为其具有滋阴和阳、调和营卫、增强营卫功能等效，该方刚柔相济，补散兼施，扶正祛邪，堪称制方典范。桂枝汤不仅用于外感风寒表虚证，且大量用于临床各科之无表证者。税氏首先概括了营卫的基本

情况，从生理和病理角度分别阐述，同时分析了桂枝汤的组成功效，并分别讨论了桂枝汤治疗更年期营卫失调、外伤或术后营卫虚损、营虚肌肉跳动、营卫俱虚之肌肤发痒、胃肠型感冒和腹泻痢疾、妊娠期营卫不调之胃气虚弱、营卫受损所致痹证、营卫不调之失眠、气虚血瘀、营卫不足之中风后遗症、胸、腹、背、腰及上下肢疼痛、体弱、病后或产后营卫失调、小儿麻疹、水痘初期等加减应用的可行性及临床治疗心得。

3 结语

桂枝汤证的概念很大，正如柯琴在《伤寒来苏集》中所说：“此为仲景群方之魁，乃滋阴和阳，解肌发汗，调和营卫之主方。凡头痛发热，恶风恶寒，其脉浮而汗自出者，不拘何经，不论中风，杂病，咸得用此……，愚常以此汤治自汗、盗汗、虚疟、虚痢，随手而愈，因知仲景方可通治百病”。今系统整理桂枝汤的组成，服用法，阐述它的作用机理，希望有助于我们在临床更精准使用桂枝汤及其加减方。

参考文献：

- [1] 齐念，王玮蓁. 桂枝汤治疗营卫不和型手足多汗症的临床观察. 世界最新医学信息文摘，2017，17(86):258-260.
- [2] 钟禄洪. 桂枝汤调和营卫-调补中焦-补益中虚辨治脾胃虚弱. 实用中医内科杂志，2017，31(9):79-81.

[3] 税清松. 桂枝汤调和营卫的临床心得. 内蒙古中医药, 2010, 29 (11): 59-60.

陆英 上海中医药大学针灸学硕士, 美国华盛顿州职业针灸师。

Email: luying069@hotmail.com

作者:

一例失眠误治的思考

一对症治疗的局限与“阳主阴从”理论的价值

曾晓清^{1,2}

1 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 106

2 成都市青羊区清仁堂中医诊所

Reflections on a Misdiagnosed Case of Insomnia: The Pitfall of Treating Symptoms and the Centrality of the “Yang as Sovereign” Theory

Xiaoqing,Zeng^{1,2}

1. World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.106

2. Qingrentang Traditional Chinese Medicine Clinic, Qingyang District, Chengdu

摘要：本文通过一例辨证为脾胃阳虚型失眠的误治案例，分析了困惑于假热表象、偏离核心病机，先后误用柏子养心丸及酸枣仁导致病情加剧的经过。通过改用大剂温阳引火归元法取效，笔者深刻反思了临床“见症加药”的思维局限，进而强调，紧扣“阳主阴从”理论、抓准阳虚核心病机，对诊治疑难病症具有核心指导意义。

关键词：失眠；虚阳浮越；对症治疗；阳主阴从

Abstract: This article analyzes a case of misdiagnosis and mistreatment of insomnia, initially differentiated as spleen and stomach yang deficiency type. Initially misled by false heat manifestations and deviating from the core pathogenesis, the treatment erroneously employed Semen Platycladi Pills for Nourishing the Heart and Semen Ziziphi Spinosae, which exacerbated the condition. Positive therapeutic outcomes were achieved only after adopting a method utilizing high dose medicinals to warm yang and guide the fire back to its origin. The author reflects deeply on the limitations of the “adding medicinals based solely on symptoms” approach in clinical practice. Consequently, the article emphasizes that closely adhering to the “Yang-Controlling-Yin” theory and accurately identifying the core pathogenesis of yang deficiency are of paramount guiding significance for diagnosing and treating difficult and complicated diseases.

Keywords: Insomnia; Floating of Deficiency Yang; Symptomatic Treatment; Yang-Controlling-Yin Principle

失眠是临床常见病证，中医称之为不寐，是以经常不能获得正常睡眠为特征的一类病证，主要表现为睡眠时间、深度的不足，轻者入睡困难，或寐而不酣，时寐时醒，或醒后不能再寐，重者彻夜不寐，常影响人的正常工作、生活、学习和健康^[1]。失眠病因复杂，多为情志所伤、饮食不节、劳逸失调、久病体虚等因素引起。本文报道一例以阳气亏虚为核心病机的失眠验案，旨在深入探讨其辨治思路。

1 病例背景

患者李某，女，69 岁，失眠 12 年，加重 20 天。入睡慢，眠浅易醒，醒后难再睡。曾服阿普唑仑、艾司唑仑等安眠药，但均在半月内出现耐药情况，现服右佐匹克隆 1 片（3 毫克）可睡 5-6 小时，眠浅，白日神差，头脑昏沉。新冠感染两次，第二次感染后失眠开始加重，失眠严重时伴呼吸急促，健忘，烦躁，易怒，情绪抑郁。自诉畏寒怕冷，胃中冷 8 年，常年胃部贴敷暖贴，夏季需腰带护胃，胸前处有冰冷感，头部恶风。腰部酸软乏力一周，逐渐加重，热敷不能缓解。小便频，小便灼热，色黄，大便溏，胃纳不佳，易腹胀。患者消瘦，身高 155 厘米，体重 40 公斤，面黄无华，手足皮肤橘黄色，巩膜无黄染。舌质红润，苔薄，舌形尖瘦，脉虚浮大。体检报告显示心脏主动脉瓣及三尖瓣轻度关闭不全，胆囊壁胆固醇沉着。诊断为不寐病，辨证属脾胃阳虚，肝气郁结，心神失养。治疗以温阳健脾，疏肝解郁，益气安神为主。

2 诊治经过

初诊 2023 年 10 月 24 日

患者不愿服中药，采用针灸治疗。因其形寒肢冷，一派阳虚征象，故选择温针灸法，温阳安神。穴选百会、神庭、印堂、神门安神，中脘、天枢、足三里温补脾胃，气海、关元益气，太冲疏肝解郁。中脘、气海、关元、足三里加温灸，泻太冲，其余穴位用毫针补法操作，得气后静留针 30 分钟，留针期间不行针。取针后患者自觉周身温暖，气复神佳。因患者久病，且不愿服中药，为了保证睡眠，嘱患者继续服用右佐匹克隆一片，待治疗一段时间后再逐渐停药。

二诊 2023 年 10 月 26 日

患者夜间睡眠无改善，头昏、怕冷、神疲等症好转，但短时即反复。笔者考虑是否初诊不够完善，所以效果微弱？虽然患者一派虚寒征象，但尚有烦躁、易怒、小便灼热发黄、舌质红润、舌形尖瘦等热性症状，应属阴阳两亏之证，故温针方案如旧以扶阳补正气，另嘱患者加服柏子养心丸以补气养血、安神益智，早晚各一次，每次一丸，每丸重 9 克（北京同仁堂生产，主要成分为柏子仁、党参、炙黄芪、川芎、当归、茯苓、制远志、酸枣仁、肉桂、蒸五味子、半夏曲、炙甘草、朱砂）。

三诊 2023 年 10 月 27 日

患者当晚睡眠从 23 点睡至凌晨 1 点左右醒，醒后不能再睡，胃部发冷加剧，昏沉乏力，语声低微，自觉极度不适，脉急促浮躁。急以回阳固

气治疗，用麦粒灸非瘢痕灸法，穴位选择以任督二脉为主，百会、大椎、命门、中脘、气海各 7 壮，关元穴灸 27 壮。重灸以固本温阳。灸毕患者神复气佳，脉平复后虚大如旧。因患者久病且重，恐艾灸疗效不能持久，遂说服患者加服中药，予中药处方：熟附子 9 克，干姜 9 克，酒萸肉 20 克，龙牡各 20 克，红参 10 克，炙甘草 10 克，浓煎，每次 80 毫升，每天 3 次，饭后服。以附子、干姜回阳救逆，红参益气安神，酒萸肉温补肝肾、收敛固涩，助龙牡收敛心神，引火归元，潜阳敛阴。

四诊 2023 年 10 月 29 日

患者神气恢复，语声正常，睡眠可安睡 6 小时。畏冷症状减轻，舌淡红质润，脉仍虚大。效不更方，中药处方不变，右佐匹克隆减少至每晚睡前服 1.5 毫克。针灸处方沿用初诊时温针灸方案，百会穴、关元穴改针为灸，以增强温阳安神的功效。

五诊至七诊 2023 年 10 月 31 日-11 月 11 日

患者情况日趋好转，针灸 3 天一次，持续内服中药，形寒肢冷明显减轻，大便成形，小便仍黄，颜色较初诊时减淡，灼热感减轻，脉渐平复。嘱患者停服右佐匹克隆。治疗期间患者睡眠偶有反复，可安睡 4-6 小时，情绪平和，睡眠时长没有继续增加，仍偶尔感觉气短头晕、饮食一般。

八诊 2023 年 11 月 13 日

因患者睡眠时长没有继续增加，且胃冷明显减轻，大便已成形，脾胃功能逐渐恢复，遂于中

药处方当中加入酸枣仁 20 克，以养血安神，针灸处方不变。11 月 15 日患者反馈，增加酸枣仁后睡眠每天逐渐减少一小时。因只加用了酸枣仁而引起病情变化，所以去掉酸枣仁，又可安睡至 5 点左右。

得益于患者的持续配合，再次调整治疗方案。治疗上以艾灸温阳固本，穴位选择仍以任督二脉为主，主穴百会、命门、气海、关元采用麦粒灸法，每穴 7 壮，足三里温针灸，太冲、神门、印堂、内关针刺平补平泻，中药仍以上方为主，连续治疗 2 月余，患者可安睡 8 小时左右，头晕消失，劳累后仍微有气短、腰酸。

3 讨论

本案例的诊疗过程曲折，其间的两次误治与最终的取效，为深入反思临床辨证思维提供了宝贵素材。以下将从具体失误分析入手，逐步探讨其背后的理论根源。

3.1 两次误治分析

在本案治疗中，未能辨清真寒假热是笔者出现误治的根本原因。患者虽有小便灼热、烦躁等“热象”，但这是在“畏寒怕冷、胃中冷、便溏、脉虚浮大”等一派阳虚阴寒的背景下出现的。且患者“消瘦、手足皮肤橘黄色”也是因其中阳不振、脾失健运、气血生化乏源所致。故这些“热象”本质是虚阳浮越，即体内的阳气因为极度亏虚不能安守于内，被阴寒格拒而浮越于外、于上、于下所表现的假象。初诊后，笔者惑于虚阳外越之假热表象，误辨为阴阳两虚，遂于温针灸基础

上加用柏子养心丸，意图阴阳双补。然疗效反馈证实该治疗方案有误。笔者误治的根源在于未能紧扣‘脾胃阳虚’之核心病机。患者本脾胃虚弱，中阳不振。方中党参、当归等滋腻之品，易困阻中焦，导致“虚不受补”，不仅加重脾胃症状，亦使阳气的运行受阻，故失眠加剧。其次患者服药后脉急促浮躁应是方中肉桂、川芎等偏于温燥，重镇之力不足，反而引起了浮阳外越。其三，朱砂甘寒，更伤阳气。柏子养心丸养血安神，但本案患者阳气虚弱，其滋腻养血之品反碍阳气运行，导致阳愈弱而神愈难安。三诊后，随着温阳引火归元法的持续应用，患者小便灼热感反而减轻，这亦证实其尿黄、灼热实为虚阳外浮所致，而非阴虚内热。

然而，对核心病机把握的不坚定，导致了后续的第二次误治。至八诊时患者情况日渐平稳，但睡眠时间没有继续增加，患者仍觉睡眠不够，下半日容易疲累。患者胃冷大减，大便成形，说明脾胃功能已恢复，所以在原中药处方的基础上加酸枣仁 20 克。酸枣仁药性甘、酸、平，归心、肝、胆经，功能养心益肝，安神，敛汗^[2]。该药为临床治疗失眠的常用药，常用于心肝血虚等多种证型之失眠的配伍治疗。但本案患者加用酸枣仁以后，每日睡眠反逐渐减少一小时。分析原因有二，其一鉴于患者脾胃症状已显著改善，笔者判断其阳气渐复，可以运化酸枣仁的药力，故用量偏大；其二患者久病，气血均有亏损，病体康

复仍需循序渐进，不可急于求成。病情虽有缓解，但阳虚阴寒还是主证，阳气恢复则诸症可消，应该坚持“阳主阴从”的治疗原则，复加宁心安神之药，此举实属多余，反而干扰了既有的治疗方向。

3.2 从误治案例分析“阳主阴从”理论在辨证论治中的核心指导意义

3.2.1 惑于假象，失守病本——对“阴阳关系”理解的偏差

初诊之误，在于将“虚阳浮越”之假热误判为“阴虚内热”。《重编施注伤寒杂病论：涪陵古本》辨少阴病脉证篇第 288 条通脉四逆汤证已明示：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反恶寒，其人面色赤……”^[3]。此“外热”、“面色赤”即是阴寒内盛、虚阳被格拒于外的“戴阳”证，与本案之“烦躁、小便黄、灼热”病机相通。仲景立法，非用苦寒清热，而是以大剂附子、干姜“破阴回阳”，使虚阳得返则诸症可安。笔者初期之惑，正在于未能领会此“阴阳”之真关系，而经典理论对此早有明训。

《素问·生气通天论》云：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明”。人体生命活动以阳气为主导，阳气虚衰是一切阴寒之象的根本，亦是虚阳浮越之假热的根源。郑钦安对此洞察最为深刻，其在《医理真传》中直言：“夫人身所以立命者，在活一口气乎。气者阳也，阳行一寸，阴即行一寸，阳停一刻，

阴即停一刻，可知阳者阴之主也”。本案治疗之转机，正在于摒弃了面面俱到的“阴阳双补”，转而集中致力于以温阳、回阳为第一要务，正是对这一理论的回归与实践。

3.2.2 治法调整，治病求本——遵从“阳主阴从”原则

初诊之温针灸与误用之柏子养心丸与酸枣仁，笔者思维仍在“调和气血”、“养心安神”的“术”之层面。而后期取效之重灸任督与附子、干姜、萸肉、龙牡方，则回归了治病求本的思路。

三诊改温针灸为直接灸，培元固本，接通阴阳。重灸关元、气海、命门，非仅为散寒温阳。关元为丹田所在，乃“阴阳元气交关”之所^[4]；命门为肾阳之宅，真气之所系。重灸此二穴，意在培补先天元气之根。根据《内经》“阳气者，精则养神”之理，阳气充沛则神自得养。因此，此法已超越了一般安神定志之“术”，而是从根本滋生化之源以“养神”的“道”。与此同时，内服中药的配伍则构成了一个立体的治疗体系。中药方剂取四逆汤中附子、干姜直入三阴，温散寒凝，回阳救逆；红参大补元气，固脱守中；酒萸肉酸收无比，大能收敛耗散之元气与浮越之虚阳；龙牡质量沉坠，功能潜镇收纳。三药合用，为浮越之虚阳搭建了一条回归肾宅的通道，引火归元。温阳以提供动力，益气以巩固基础，敛镇以引导归位。《内经》“阴平阳秘，精神乃治”。在治病求本的原则下，放弃某病用某药，或者某

病用某方的线性思维，不再简单地对抗某个症状，而是重建人体阴阳的动态平衡，使阳得其所，阴得其平。

3.2.3 理论反思：超越“辨证论治”的散漫，追求“病机统摄”的纯粹

要突破“见症加药”的局限，关键在于去伪存真、抓主舍次。《景岳全书·传忠录》有言“凡治病之法，有当舍症从脉者，有当舍脉从症者，何也？盖症有真假，脉亦有真假，此中最有玄机，每见凿执者之误事不小。”当症状、脉象等表面信息出现矛盾时，医者要能透过现象看本质，找到那个能解释一切症状的终极病机。这需要医者必须具备深厚的理论素养、敏锐的临床洞察力和坚定的判断力，能够去伪存真，最终精准地把握疾病本质。本案初期的失误，正是未能践行此“舍症从脉（机）”原则的体现。本案患者病情纷繁复杂，笔者在诊治初期陷入了多因素多结果的误区，没能准确抓出“终极原因”，造成治疗效果出现偏差。

如何避免这样的误区，还需要从经典中找答案。《伤寒论》的六经体系，为临床提供了执简驭繁的框架。它让医者可以从纷繁的症状中，提炼出六经病归属，从而确立核心病机，比如本案应属太阴少阴合病。这一核心病机框架一旦确立，则治法、方药便有纲可循，不致散漫。

郑钦安提出无论何症，但见一系列阳虚阴盛之真象，便大胆温阳的“用药真机”，看似武断，实则是建立在对人体阳气核心作用的深刻洞

察之上，是抓“核心病机框架”的极致简化与升华。本案最终之成功，正是摒弃了“失眠即安神，烦热即清热”的线性思维，转而遵从了这一“病机统摄”的纯粹之道，从“阳虚”这一“终极原因”出发，最终收获了“神安寐宁”这一“终极结果”。

4 结论

综上所述，本案之误，其根源并非方药本身，而是“道”的层面认知不清所致；其后之成，亦非偶然，乃是重归“阳主阴从”之经典理论指导下的必然结果。它警示我们，辨证论治绝非简单的“对号入座”，其灵魂在于“求本”，而“本”之核心，在于阳气。临证唯有深刻领悟《内经》、《伤寒论》及郑钦安理论中“阳主阴从”的哲学观，方能看透假象，执简驭繁，从纷繁的“术”中超脱出来，把握住人体生命活动的根本之

“道”，从而在诊治疑难痼疾时，能做到理法方药，贯通一致。本案启示，回归经典，深悟“阳主阴从”之奥义，乃是提升中医临证水平的关键路径。

【参考文献】

- [1]周仲英. 中医内科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2003：154-161.
- [2]高学敏. 中药学[M]. 北京：中国中医药出版社，2002：455-456.
- [3]马蕾. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M]. 北京：学苑出版社，2022：39.
- [4]高式国. 高式国针灸穴名解[M]. 北京：中国中医药出版社，2017：69.

简介：曾晓清，世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班106号学员，成都中医药大学针灸专业硕士研究生，主治医师，现就职于成都市青羊区清仁堂中医诊所。

小柴胡汤在儿科疾病中的临床应用

韦星成^{1, 2}

1 世界伤寒杂病论涪陵古本研究会研究班学号 106

2 柳州市中医医院（柳州市壮医医院）外科外治中心

摘要：小柴胡汤为治疗少阳病的主方，临床上适用于少阳枢机不利引起的表里营卫失和、气血阴阳不调之证。小柴胡汤在儿科疾病中应用广泛，此文从小柴胡汤治疗小儿发热、小儿咳嗽、小儿过敏性鼻炎、小儿腹痛等儿科疾病作一综述，归纳其在儿科疾病中的适应症及禁忌事项，分析其目前临床研究和基础研究中存在的不足，以期为临床应用提供参考。

关键词：小柴胡汤；儿科疾病；临床应用；综述

Clinical application of Xiao Chaihu decoction in pediatric diseases

Xingcheng Wei^{1, 2}

1 Student ID 107 of the Fuling Ancient Text Research Class of the World Typhoid and Miscellaneous Diseases Institute

2 Surgical External Treatment Center, Liuzhou Traditional Chinese Medicine Hospital (Liuzhou Zhuang Medicine Hospital) Liuzhou, Guangxi

1 前言

小柴胡汤出自《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用柴胡汤法脉症篇》第 65 条^[1]：

“伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞坚，或心下悸，小便不利，或不渴，外有微热，或咳，小柴胡汤主之。”临床中，小柴胡汤及其加减方，具有调节少阳枢机不利之功，在儿科常见疾病中应用广泛，常获得满意的疗效。

2 小柴胡汤的儿科临床应用

2.1 小儿发热

外感发热是小儿发热的常见类型，因小儿脏腑娇嫩，易受风、寒、暑、湿、燥、火等邪气入侵，且传变迅速，邪气很容易由太阳体表向里传变，常处在半表半里之间，或太阳少阳、少阳阳明、甚或三阳病证同时出现，因为少阳为三阳之枢，故和解少阳尤为重要。小柴胡汤善治少阳病证，以解半表半里之邪，且善治太阳表证，以祛在表之邪^[2]。

李旭敏等^[3]在治疗小儿外感发热的临床实验中，将 200 例急性上呼吸道感染期发热患儿随机分为治疗组与对照组，两组均接受相应的常规治疗，其中治疗组在此基础上加用小柴胡汤方加减治疗，剂型为汤剂，组方为：柴胡 5~10g、黄芩 6~12g、黄芪 3~8g、半夏 1~4g、甘草 2~6g、石膏 6~15g，疗程 1~3 天。结果发现：治疗组总有效率 96%，对照组总有效率 83%，治疗组效果优于对照组 ($P<0.05$)。认为：小柴胡汤加减治疗小儿外感发热临床疗效显著，安全可靠。

冯娟^[4]采用小柴胡汤联合银翘散随症加减治疗小儿流感发热，具有较好治疗效果，可以降低患者的体温，缩短临床症状恢复时间，认为患儿

体温不同，则石膏和柴胡的使用剂量也不同，体温越高，应用的剂量越大，并提倡注意顾护脾胃。

2.2 小儿咳嗽

咳嗽是儿科常见的一种肺系疾病，外感或内伤所致的多种疾病均会引起咳嗽。小柴胡汤对于反复性、复杂性、难治性咳嗽具有较好的治疗效果。临床中，小柴胡汤证中的“往来寒热”，不能仅简单地认为是发热恶寒交替出现的症状，也可以扩展到一系列反复、休作有时、发作具有规律的疾病。

小儿咳嗽变异性哮喘是特殊的一种哮喘疾病，主要表现为反复性与顽固性咳嗽。韩丽花^[5]治疗小儿咳嗽变异性哮喘，将 76 例患儿分为 A、B 两组，各 38 例，A 组采用孟鲁司特钠片口服治疗，B 组采用小柴胡汤联合孟鲁司特钠治疗，观察 2 组的治疗效果，结果发现 B 组在咳嗽缓解时间、消失时间、改善肺功能指标上，均优于 A 组。认为小柴胡汤联合孟鲁司特钠具有较好的治疗效果。相关研究^[6,7]也表明，在常规西药的基础上，配合使用小柴胡汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘，效果更确切，安全性更高。

小儿支原体肺炎是感染支原体病菌所引起的肺部炎症，好发于儿童，其主要症状是反复的咳嗽、发热。廖贞球^[8]发现，在治疗小儿肺炎支原体的临床研究中，在静脉滴注阿奇霉素的基础上配合加味小柴胡汤口服，其组方为：柴胡 30 g，合欢花、黄芩、生地黄、生姜、百合、党参、清半夏各 9 g，炙甘草 6 g，大枣 4 枚，若患儿痰液较多，且呈黄色，则加浙贝母 9g，若患儿喘粗气短，则加用五味子 9g。取上述剂量药物加水煎煮至 200 ml 为 1 剂，分早晚 2 次服用，100ml/次，1 剂/d，共 5d。治疗结束后发现，加味小柴胡汤联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎患儿具有较好的临床效果，对于缓解临床症状，减

轻气道炎症，调节免疫功能均优于单纯使用西药治疗。

现代研究^[9]发现，小柴胡汤可能通过槲皮素、山柰酚、 β -谷甾醇等多种活性成分作用于 AKT1、JUN、PTGS2 等多个靶点，抑制炎症反应，调节免疫功能，从而防治儿童肺炎支原体肺炎。

2.3 小儿过敏性鼻炎

过敏性鼻炎又称变应性鼻炎，是指机体接触过敏源（变应原）后，由免疫球蛋白 E 介导的鼻粘膜慢性炎症，以鼻塞、流涕、鼻痒等鼻部不适为主要临床表现，严重时候可出现过敏性鼻炎—哮喘综合征等，严重影响患儿身心健康^[10-11]。过敏性鼻炎的患儿病情迁延难愈、反复发作等特点，与小柴胡汤“往来寒热”“发作有时”的特征相对应，在临床实践中，运用小柴胡汤调理患儿体质，往往会有较好的临床疗效。

薛飞^[12]治疗儿童变应性鼻炎（邪闭少阳证），将符合纳入标准 100 例患儿随机分为两组各 50 例，两组均用氯雷他定治疗，试验组加用小柴胡汤口服治疗，其组方为柴胡 9g，黄芩 9g，半夏 6g，党参 9g，大枣 6g，甘草 6g，生姜 3g，并随证加减。经过治疗后，发现两组的免疫指标 EOS、IgE、IFN- γ 以及肺功能指标均较治疗前改善，两组主症（鼻塞、流涕）及次症（咽痒、咳嗽、咯痰等）评分较前降低，且试验组改善程度明显高于对照组，认为小柴胡汤联合氯雷他定治疗儿童变应性鼻炎邪闭少阳证疗效较好。袁今奇教授^[13]认为过敏性鼻炎的患儿应分期治疗，急性期可以葛根汤或者桂枝汤加味解肌表，缓解期可以用小柴胡汤或玉屏风散、生脉散加减益气固表。

2.4 小儿腹痛

小儿肠系膜淋巴结炎是儿童常见的脾胃疾病，也是引起儿童腹痛的常见原因。

常瑞冬^[14]治疗小儿肠系膜淋巴结炎，观察组采用口服小柴胡汤加减治疗，其组方为姜半夏 9g、柴胡 6g、黄芩 9g、生甘草 3g、白芍 9g、党参 9g、枳壳 6g、延胡索 6g、浙贝母 6g、川芎 6g、焦山楂 6g、生姜 3 片、莱菔子 6g、大枣 3 枚等，并与常规西药治疗相比较。治疗结束后发现，观察组在缓解腹痛等方面优于对照组，认为口服加减小柴胡汤治疗小儿肠系膜淋巴结炎，能有效缩短症状缓解时间，且不会增加不良反应。郝云等^[15]认为小柴胡汤为“枢机之剂”，寓调和阴阳表里、寒热虚实于一方，对于小儿腹痛（肠系膜淋巴结炎）方面，考虑其病机为枢机不利，木乘脾土，运用小柴胡汤，可将厥阴之邪由少阳而解，进而治疗腹痛。小儿腹痛（肠系膜淋巴结炎）易反复发作，影响患儿的身心健康，而西药常对症治疗（多使用抗病毒、抗生素药物为主），虽获得一定疗效，但副作用大，无法获得令人满意的疗效。临床中，可运营柴胡汤为主方，结合其它中医外治疗法治疗小儿腹痛，可发挥中医内外结合治疗的优势，提升疗效^[16]。

2.5 传染性疾病

传染性单核细胞增多症是一种以儿童时期常见的传染性疾病，以发热、咽峡炎、肝、脾和淋巴结肿大为主要临床表现，该病属于中医“痰核”“温毒”等范畴，其基本病机为邪伏少阳，且对于少儿少阳体质，常易转化，故治法上常用和解少阳，疏利气机，顾护脾胃之法^[17]。王静等^[18]治疗传染性单核细胞增多症患儿，在常规西药的基础上，采用口服中药升降散合小柴胡汤加减治疗，其组方为白僵蚕 6~9g、全蝉蜕 6~9g、广姜黄 6~9g、川大黄 3~6g、柴胡 6~9g、黄芩 3~6g、夏枯草 3~9g、牡丹皮 3~9g、生地黄 3~15g、太子参 6~9g、姜半夏 6~9g、生甘草 3~6g，每日 1 剂，早晚 2 次服用。

治疗后发现，其能够降低外周血异型淋巴细胞比例、白细胞计数、淋巴细胞比例，改善肝功能和心肌酶，疗效优于单纯使用西药组。

流行性感冒简称流感，是由一种或者多种流感病毒引起的呼吸道感染性疾病。黄剑等^[19]在治疗小儿流感的临床实验中，对照组予奥司他韦颗粒口服治疗，治疗组在此基础上采用小柴胡汤加味口服治疗，其组方为柴胡 9 g、黄芩 9 g、党参 6 g、姜半夏 9 g、生姜 6 g、大枣 6 g、葛根 6 g、青蒿 6 g、神曲 9 g、鸡内金 9 g、炙甘草 6 g，每天 1 剂，均连续治疗 1 周。治疗结束后，发现观察组的完全退烧时间、症状体征消退时间均优于对照组，认为小柴胡汤加味联合磷酸奥司他韦颗粒治疗儿童流感疗效明显小儿流感效果更好，不良反应少。实验研究发现^[20]，小柴胡汤含药血清在体外能有效抑制流感病毒，具有抗流感病毒作用，对甲型流感病毒株的抑制效果优于乙型流感病毒株，对甲型流感病毒的治疗指数和安全性均高于磷酸奥司他韦。

2.6 小儿疑难杂病

小柴胡汤方药配伍寒热并用、补泻兼施，具有和解少阳、舒畅三焦，通达上下，宣通内外，调和气机的功效，在小儿疑难杂的治疗方面发挥重要的作用，具有特殊的疗效，也是作为现代医学治疗方案的一种有力补充。

病毒性心肌炎是儿科的疑难病，其临床表现复杂，且患儿年龄越小症状越重，严重危害儿童的身心健康。史霁^[21]研究发现，运用小柴胡汤结合推拿能够有效的改善患儿的各项临床指标，加快患者的康复速度，降低心肌炎带来的伤害。潘桂英^[22]在治疗病毒性心肌炎的实验中发现，使用小柴胡汤联合黄芪注射液，可改善患儿心肌功能。

小儿抽动症是起病于儿童时期，以抽动（运动性抽动或发声性抽动）为主要临床表现的神经

发育障碍性疾病^[23]。该病病因复杂，中医治疗该病可从肝、肺、脾、肾、心等方面考虑，但是从肝论治的观点占大多数^[24]。马丙祥教授认为，临床运用小柴胡汤当以枢机不利、阳气内郁不得通达为投方之要，针对以枢机不利为病源的抽动亦可运用此方^[25]。

3 小柴胡汤的使用适应证及禁忌

3.1 适应证

跟随马寿椿老师学习期间，本人对小柴胡汤使用范围的理解进一步加深，明白少阳枢机不利、三焦气机失调为小柴胡汤的适应证。故小柴胡汤常常用于以下情况：①疾病的初期，伴有往来寒热等症状可用。②胸胁苦满、肋肋部的疾病③少阳经脉经过的部位，诸如侧头痛，耳鸣之类。③发热、口苦、咽干、腹痛，恶心呕吐。④多种涉及三焦气分疾病，夜间加重者。

3.2 使用禁忌

3.2.1 脾虚水湿者禁用《重编施注涪陵古本伤寒杂病论·辨太阳病用柴胡汤法脉症篇》第 60 条^[26]：“得病六七日，脉迟浮弱，恶风寒，手足温，医再三下之，不能食，其人胁下满痛，面目及身黄，颈项强，小便难，与柴胡汤，后必下重。本渴饮水而呕，柴胡复不中与也，食谷者哕。”本条论述，脾虚水饮患者，本身为虚证，“脉迟”、“手足温”为太阴病的特点，而“医再三下之”，出现“胁下痛满”，而误认为是小柴胡汤证，误用柴胡汤，会导致“后必下重”。若“渴饮水而呕”，即本身中焦有水湿，不可继续使用小柴胡汤，会导致“食谷者哕”。

3.2.2 柴胡劫阴，阴虚血少者慎用柴胡类的方剂，因柴胡有很强的通三焦的作用，并由此耗气伤阴，故对肝血不足、肺阴不足者需慎用。正如叶天士在《三时伏气外感篇》中述：“柴胡劫肝阴，葛根竭胃汁，致变屡矣”。

3.2.3 使用具有阶段性，不可以长期使用 日本曾出现小柴胡事件，出现几十个病例，因长期使用小柴胡汤出现间质性肺炎^[27]。柴胡通透力太强，即使对并无阴阳偏盛偏虚的病人，在使用柴胡汤一段时间后也应该停用，观察有无阴伤现象再续用。

4 总结与展望

综上所述，小柴胡汤广泛应用于各种儿科疾病，尤其以“少阳枢机不利”为主要病机的病症，故掌握疾病的病机，做到药证吻合，才能获得疗效。对于儿童而言，其脏腑娇嫩，形气未充，体禀少阳，少阳为“稚阳”，患病后容易出现虚实、寒热的变化，即“易虚易实”“易寒易热”的病机变化，正气无力驱邪外出，邪气留于半表半里之间，常导致少阳枢机不利引起少阳病。且儿童脏气清灵，随拨随应，故用药不宜过清过重，常以和解为法。小柴胡汤为和解少阳，缓解枢机不利的经典方，由七味药相辅相成，具有和解少阳、宣畅三焦、疏肝利胆等作用，具有寒热同调、攻补兼施、扶正祛邪等特点，尤其适用儿童稚嫩体质。

但目前小柴胡汤在临床使用中，临床医生也存在辨证不准、未掌握其适应证及禁忌症，导致误用、长期过度使用等问题，需要进一步避免此类问题的发生，应做到药证适应，分阶段使用。此外，小柴胡汤的作用机制及药理研究尚薄弱，临床研究质量不高，今后应加强基础及药理实验研究，做好高质量、大样本、多中心的研究，以期更好地服务于临床。

参考文献

[1] 施济民, 马蕾, 吴俊梅. 重编施注涪陵古本伤寒杂病论 [M]. 北京. 学苑出版社, 2022 年: 053.

[2] 秦艺. 郑启仲运用经方治疗小儿发热医案 4 则 [J]. 中国民间疗法, 2024, 32 (21): 107-110.

[3] 李旭敏, 史圣华. 小柴胡汤加减治疗小儿外感发热的临床观察 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35 (04): 12-13.

[4] 冯娟. 小柴胡汤合银翘散对儿童流行性感冒退热效果及实验室指标的影响 [J]. 光明中医, 2022, 37 (08): 1352-1354.

[5] 韩丽花. 小柴胡汤联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异型哮喘效果观察 [J]. 海峡药学, 2018, 30 (08): 154-155.

[6] 于昉. 小柴胡汤联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异型哮喘疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2017, 33 (05): 526-527.

[7] 罗汉清. 小柴胡汤联合孟鲁司特钠片治疗小儿咳嗽变异型哮喘的临床疗效 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27 (23): 4426-4428.

[8] 廖贞球. 加味小柴胡汤联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的效果及对患儿中医证候积分、炎症反应的影响 [J]. 中国现代药物应用, 2024, 18 (19): 16-20.

[9] 乔月, 孙婷婷, 孙嘉莉. 基于网络药理学和分子对接探析小柴胡汤防治儿童肺炎支原体肺炎的作用机制 [J]. 空军军医大学学报, 2025, 46 (06): 727-732+738.

[10] 孟娟, 徐睿, 叶菁, 等. 变应性鼻炎的分类和诊断专家共识 (2022, 成都) [J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2022, 22 (03): 215-224.

[11] 任孟月, 肖颖, 唐铭蔚, 等. 川芎茶调散对变应性鼻炎小鼠的作用及机制研究 [J]. 中成药, 2022, 44 (12): 4014-4018.

[12] 薛飞, 初婷婷. 小柴胡汤联合氯雷他定治疗儿童变应性鼻炎邪闭少阳证临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2023, 39 (05): 945-947.

[13] 甘霞, 杨军用, 张选明, 等. 袁今奇教授治疗小儿过敏性鼻炎经验 [J]. 中医儿科杂志, 2022, 18 (06): 8-11.

[14] 常瑞东. 小柴胡汤在小儿肠系膜淋巴结炎中的治疗效果 [J]. 内蒙古医学杂志, 2024, 56 (02): 244-246.

[15] 郝云, 赵一敏. 从小柴胡汤效用探究少阳枢机原理临床意义 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (11): 4870-4872.

[16] 梁土雄, 林佛龙, 王旭波, 等. 小柴胡汤联合四子散热奄包热敷治疗儿童脾胃虚寒型腹痛临床观察 [J]. 湖北中医杂志, 2025, 47 (02): 40-42.

[17] 朱昱佳, 周朋. 从伏邪论治儿童传染性单核细胞增多症 [J]. 中国中医急症, 2024, 33 (02): 339-341.

- [18]王静,沈红莲.升降散合小柴胡汤加减治疗小儿传染性单核细胞增多症 33 例[J].中国中医药科技,2023,30(05):917-919.
- [19]黄剑,郑枫,陈茜.小柴胡汤加味联合磷酸奥司他韦颗粒治疗儿童流行性感冒的疗效[J].现代医药卫生,2023,39(04):599-601+604.
- [20]霍雨佳,陈佳亮,邹文玮,等.小柴胡汤含药血清体外抗流感病毒的实验研究[J].中成药,2023,45(09):3077-3080.
- [21]史霁.小柴胡汤加味结合推拿治疗儿童心肌炎的效果研究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(91):148.
- [22]潘桂英.小柴胡汤联合黄芪注射液治疗儿童病毒性心肌炎临床观察[J].中医药临床杂志,2017,29(07):1079-1081.
- [23]中华医学会儿科学分会神经学组抽动障碍协作组,《中华实用儿科临床杂志》编辑委员会.儿童抽动障碍规范化门诊建设专家共识[J].中华实用儿科临床杂志,2024,39(04):254-257.

- [24]陈文霞,马融.以“脏腑平治”指导儿童多发性抽动症的治疗[J].中医杂志,2023,64(13):1396-1399.
- [25]刘文博,马丙祥,史文丽,等.从少阳、厥阴调枢辨治抽动障碍经验[J/OL].辽宁中医杂志,1-9[2025-10-01].
- [26]施济民,马蕾,吴俊梅.重编施注涪陵古本伤寒杂病论[M].北京.学苑出版社,2022年:051.
- [27]贾谦,杜艳艳,段黎萍.日本小柴胡汤事件[J].中国药业,2002(05):38.

附：

第一作者（兼通讯作者）：韦星成（1992-），男，广西柳州人，主治医师，硕士，研究方向：中医外治结合中药内服治疗痛症及儿童、成人体质调理。

通信地址：广西壮族自治区柳州市城中区解放北路 32 号
邮编：545000

E-mail:244384438@qq.com

基于《伤寒论》太阳病表里同病治法的经典中医思维探析与临床应用

游向前

世界伤寒杂病论涪陵古本研究班 学号 306

Exploration of Classical TCM Thinking and Clinical Application Based on the Treatment of Concurrent Exterior and Interior Syndromes in Taiyang Disease from “Treatise on Febrile Diseases”

Roger Xiangqian You, MD, PhD

World Association of Shanghanzabing Fulingguben Studies No.306

摘要

张仲景在《伤寒论》中构建的六经辨证体系，为外感病表里同病的诊疗提供了系统化理论框架与实践范式。本文聚焦太阳病表里同病场景，梳理“只解表待里自愈”“只治里让表自解”“表里兼顾同治”“先解表后治里”“先救里后攻表”五种核心治法，深入剖析其背后蕴含的辨证论治、整体观、恒动观三大经典中医思维，并结合临床实例阐释治法应用逻辑，旨在为现代中医诊疗表里同病提供经典理论支撑与实践参考。

关键词

《伤寒论》；太阳病；表里同病；六经辨证；中医思维

Abstract: The six-meridian syndrome differentiation system established by Zhang Zhongjing in "Treatise on Febrile Diseases" provides a systematic theoretical framework and practical paradigm for the diagnosis and treatment of concurrent exterior and interior syndromes in exogenous febrile diseases. Focusing on the scenario of concurrent exterior and interior syndromes in Taiyang disease, this paper sorts out five core treatment methods, namely "treating only the exterior to allow spontaneous recovery of the interior syndrome", "treating only the interior to allow spontaneous resolution of the exterior syndrome", "simultaneously treating both exterior and interior syndromes", "treating the exterior first and then the interior" and "rescuing the interior first and then attacking the exterior". It deeply analyzes the three classical TCM thinking (syndrome differentiation and treatment, holistic view, and theory of constant movement) contained behind these methods, and explains the application logic of the treatment methods combined with clinical examples. This paper aims to provide classical

theoretical support and practical reference for modern TCM diagnosis and treatment of concurrent exterior and interior syndromes.

Keywords: "Treatise on Febrile Diseases"; Taiyang Disease; Concurrent Exterior and Interior Syndrome; Six-Meridian Syndrome Differentiation; TCM Thinking

一、《伤寒论》中太阳病表里同病的五种核心治法

《伤寒论》以六经（太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴）为纲，将伤寒病证的发生、演变与转归，依阴阳表里脏腑经络定位，据寒热虚实定性，按缓急顺逆定势，形成系统化辨证体系。太阳经作为六经之藩篱，外邪侵袭人体多先犯太阳，初起可见恶寒、发热、头项强痛、脉浮等表证；若祛邪不力，邪可循经入腑，或顺经传变至阳明、少阳，进而深入三阴，形成表里同病之证。书中关于太阳病表里同病的论治颇丰，可归纳为五种核心治法（条文及编码引自《重编施注涪陵古本伤寒杂病论》，以下简称涪古本。），为后世表里同病诊疗奠定基础。

（一）只解表而待里证自愈

涪古本第 245 条载“太阴病，脉浮，可发其汗”。此证虽存太阴里证，但脉浮提示正气尚盛，能抗邪于表，里证势轻。此时以发汗解表之法，顺势引导阴经之邪向阳经发散，待表邪得解、正气畅达，太阴里证可随机体自调能力恢复而自愈，无需额外干预里证。

（二）只治里而令表证自解

涪古本第 394 条曰“既吐且利，小便复利，而大汗出，下利清谷，里寒外热，脉微欲绝，四逆汤主之”。下利清谷、脉微欲绝为阳气虚衰、寒盛于里的危重证候，此时若再行发汗解表，必进一步耗伤阳气，致病情恶化。故当以四逆汤急温里阳、急救回阳。待里寒得除、阳气渐复，体表轻微发热之证可随正气充盛而自行消退，无需再用解表之剂。

（三）解表与治里兼顾同治

涪古本第 110 条云“太阳病，外证未除，而数下之，遂挟热而利，不止，心下痞坚，表里不解，桂枝人参汤主之”。此证因误下致表邪未解、正气已伤，表里证俱重且难以分割，单用解表则里证迁延，仅治里则表邪内陷，难免顾此失彼。故以桂枝人参汤解表散寒与温里健脾并举，实现表里双解、标本兼顾。

（四）先解表而后再治里

涪古本第 111 条载“伤寒大下后，复发其汗，心下痞，恶寒者，表未解也，不可攻其痞，当先解表，表解乃攻其痞，宜大柴胡汤”。此证因误治致表邪未清、里生痞满，然恶寒提示表证仍急，若先攻里痞，易引表邪内陷加重病情。故遵循“急则治标”原则，先解表邪，待表证得解后，再以大柴胡汤清泻里热、消除痞满。

（五）先救里而后再攻表

涪古本第 344 条曰“下利腹满，身体疼痛，先温其里，乃攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤”。下利腹满为里虚寒急证，阳气已虚，若先解表散寒，必耗伤残存阳气，致里虚更甚。故先以四逆汤温阳散寒、固护里气。待里气调和、阳气渐复后，再以桂枝汤解表散寒、缓解身体疼痛。

二、太阳病表里同病治法蕴含的经典中医思维

《伤寒论》中太阳病表里同病的五种治法，并非孤立的诊疗方案，而是经典中医思维在临床中的集中体现，其核心可概括为辨证论治、整体观与恒动观三大维度，三者相互关联、互为支撑，共同构成表里同病诊疗的逻辑内核。

（一）辨证论治：以“轻重缓急”为核心的个体化诊疗

辨证论治是中医诊疗的灵魂，在太阳病表里同病治法中，其核心体现为对表里证“轻重缓急”的精准判断与动态适配。若表证偏重、里证较轻（如发热恶寒明显兼轻微下后痞满），则优先解表，待表邪得解后再治里，即“先解表而后再治里”；若里证危急、表证缓和（如下利腹满剧烈兼轻度身体疼痛），则急护里气，待里证稳定后再解表，即“先救里而后再攻表”；若里证为表证引发的次要证候（如风寒感冒继发轻度咳嗽），则专注解表，借表邪消散带动里证自愈，即“只解表而里自除”；若表证为里邪出表的伴随症状（如里虚寒重致阳虚浮越发热），则专攻里证，凭正气恢复推动表证缓解，即“只治里而表自解”；若表里证均重且无明显主次（如

风寒表证兼里热炽盛），则表里双解，同步解决核心矛盾，避免顾此失彼。这种“不执一法、随证调治”的思路，正是辨证论治“个体化、针对性诊疗”核心的完美诠释。

（二）整体观：以“脏腑经络相联”为基础的系统诊疗

中医认为人体是有机统一的整体，表与里作为人体的重要组成部分，通过脏腑、经络、气血相互关联，不可孤立看待。“只治里而表自解”的治法中，里虚寒重所致表证，经温里散寒、恢复阳气后，正气可借经络输布驱邪出表，体现“里证改善带动表证缓解”的整体联动；“表里同治”的方案中，因表邪与里证相互影响、互为因果，若单独治表易伤气，仅治里易留表邪，故需兼顾表里，以“恢复人体整体功能平衡”为目标，避免局部诊疗导致整体失衡。这种思维始终将人体视为统一系统，强调表里协同调理，而非孤立处理局部证候。

（三）恒动观：以“疾病动态演变”为依据的动态诊疗

恒动观认为，生命现象与疾病过程均处于永恒运动、变化与发展之中，诊疗需顺应疾病动态趋势。“先救里而后解表”的治法中，针对阳虚欲脱兼表证的危急场景，若先解表则耗伤阳气，可能致病情急转直下；故先以温阳救里稳定病情，再处理表证，体现对“疾病发展趋势”的动态预判与主动把控；“先解表而后治里”的方案中，若表邪未去先治里，易引邪内陷致证候复杂化，故先解表邪阻断传变路径，再治里证，同样遵循疾病动态演变规律。这种思维打破“固定诊疗”的局限，以动态视角应对疾病变化，确保诊疗方案与病情发展同步适配。

三、太阳病表里同病五种治法的临床应用要点

在经典中医思维指导下，太阳病表里同病五种治法的临床应用，需以“不损伤正气、不遗留病邪”为原则，围绕表里证的“轻重、缓急、虚实”精准判断治疗优先级，选择适配的治疗顺序与主次，最终实现人体整体功能的恢复。

（一）只解表而里自除的应用

1. 适用场景判断

表邪急重且为主要矛盾，里证轻缓且多继发于表证，无明显危急证候（如剧烈吐泻、脉微厥冷）。

2. 临床应用逻辑

遵循“急则治标”原则，通过解表驱散核心病邪；因里证由表邪影响所致（如风寒束表致肺气不宣引发轻咳嗽、少量稀痰，或表邪郁滞影响脾胃运化出现轻度腹泻），待表邪消散后，机体自调功能恢复，里证可随表证缓解自然消失，无需额外治里。

3. 临床实例

风寒感冒（表证）患者兼见风寒阻滞或津液不足所致的肢体僵硬疼痛，予葛根汤解表散寒、生津通络，待感冒症状（恶寒、发热、无汗）缓解后，肢体僵硬疼痛可随经络通畅、津液濡养而自行舒缓。

（二）只治里而表自解的应用

1. 适用场景判断

里证急重且为核心矛盾（如里虚寒证见四肢厥冷、腹泻清稀、精神萎靡），表证轻缓（如轻微恶寒、低热），且机体正气虚损，无力抗御表邪。

2. 临床应用逻辑

“虚人忌发汗”，若此时先解表，必进一步耗伤正气；故先治里（如温阳、补气）以恢复正气，待正气充盛后，机体可自主驱邪出表，表证随之缓解，无需额外解表。

3. 临床实例

心气素虚老人外感风寒后，不仅会出现发热、畏寒的风寒表证，更会因寒邪伤阳令心阳虚损欲脱，心悸、胸闷、气喘、水肿等心气虚症状加重，甚至出现四肢厥冷、冷汗淋漓、喘憋脉绝等亡阳之症，急需给予人参、附子等温阳救里之剂回阳救逆、缓急固脱！待心阳转强、正气渐复后，风寒感冒轻症可自行渐消，无需发汗解表以免耗气伤阳。

（三）解表和治里须同时兼顾的应用

1. 适用场景判断

表里证均急重，或表邪与里证相互交织、互为因果（如表寒冷颤兼里热炽盛，或表邪热甚兼里虚寒重），单独解表或治里均会顾此失彼。

2. 临床应用逻辑

若仅解表，里证可能因延误治疗加重（如表寒里热证单用温热解表药，会致里热耗伤营阴）；若仅治里，表邪可能内陷（如表热里虚寒证单用温里药，易引外邪入里）；故需用表里双解复方，同步解决表里矛盾，避免病情恶化。

3. 临床实例

患者感受风寒后既有发热、恶寒、清涕、无汗的风寒感冒表证，也有咳嗽声重、痰多白稀、胸闷气喘等水饮内停里证；可予小青龙汤解表散寒、温化水饮，同步缓解外感风寒与内停水饮诸症，避免表邪内陷加重肺部证候。

（四）先解表而后治里的应用

1. 适用场景判断

表证较急、较重（如恶寒、发热、无汗、身痛明显），里证较缓、较轻（如腹微胀、尿略少、轻度便秘），无吐泻不止、脉微厥冷等危急证候。

2. 临床应用逻辑

表邪未去时，若先治里（如用泻下、温里药），易致“引邪入里”，加重病情；故先解表驱邪外出，阻断传变路径，待表证得解后，再治里证更安全，避免表里邪气相结合。

3. 临床实例

感冒（风寒表实/虚证）患者兼轻度便秘，先予麻黄汤（表实证）或桂枝汤（表虚证）解表散寒，待感冒症状（恶寒、发热、身痛）缓解后，再以麻子仁丸等调理便秘，避免先通腑致表邪内陷。

（五）先救里而后解表的应用

1. 适用场景判断

里证“危急、致命”（如里虚寒致下利清谷不止、四肢厥冷、意识模糊），属阳气欲脱之候，表证相对缓和（如轻微恶寒发热），需优先挽救生命。

2. 临床应用逻辑

里证已威胁正气根本，若先解表，必进一步耗伤阳气，可能引发阳气暴脱等危重症；必须先救急治里（如用四逆汤回阳救逆），待里证稳定、阳气恢复（如腹泻停止、四肢转温、意识清晰）后，再以桂枝汤等解表，避免“因表误里”危及生命。

3. 临床实例

患者恶心呕吐清水、腹泻多次水样、腹部隐痛喜温、四肢冰凉无力、意识模糊脉微（里虚寒证），伴畏寒怕冷、轻微发热（表证）；必须先治里救急，用四逆加入参汤救逆欲脱阳气、补益亏虚元气，待生命体征（血压、心率、意识）回稳和四肢转暖后，再给予藿香正气水止泻去湿和桂枝汤解表散寒。

四、结语

《伤寒论》中太阳病表里同病的五种治法，是张仲景基于六经辨证体系，对中医思维的创造性实践。其以辨证论治为核心，以整体观为基础，以恒动观为导向，既提供了“随证选法”的诊疗范式，又蕴含了“以人为本、顺应病机”的诊疗理念。在现代中医临床中，深入挖掘这些经典治法的思维内涵与应用逻辑，不仅能为表里同病的诊疗提供精准指导，更能推动经典中医理论的传承与创新，为中医药应对复杂疾病提供有力支撑。

《世界中医药杂志》美国版征稿

1. 征稿内容

涉及中医药的专论、综述、论著（包括实验研究、临床研究等有实验过程及创新数据的论文）、技术交流、教育，历史，理论，知识介绍和信息、针灸推拿、中药方剂、中西医结合，临床各科等方面的文章。

2. 文稿要求

2.1 文稿应具有科学性、实用性、时效性、可读性和可借鉴性。要有一定学术技术水平和实用价值。论点明确，资料可靠，文字精炼，层次清楚，数据可靠。

2.2 论著、综述、讲座等包括图表和参考文献一般不超 6000 字；经验交流、病例报告一般不超

过 1 000 字。来稿要求字迹清楚、书写规范，对特殊文种、上下角标符号、字母大小写、正斜体等均应予注明。文稿中所用数字以阿拉伯数字为主。病例介绍要写清患者性别、年龄、初诊日期、主诉、病史、现病症状、检查及化验、诊断、辨证、病机、治法、处方、药名、剂量、用法、穴位、治疗结果、按语等。

3. 文稿格式

3.1 文题

文题应做到简明、醒目。论文所涉及的课题凡取得基金资助项目者，请予说明。论文刊登后获奖者，请及时将获奖证书复印件寄送本刊。来稿必须确认无一稿

两投、不涉及保密、署名无争议等项内容。

3.2 作者及单位

作者署名和单位，置于题目下方。作者姓名要全部依次列出，排序应在投稿时确定，在稿件编排过程中如须变动，应由第一作者出具书面证明，作者单位需写全称(包括具体科室、部门)，并注明详细地址(××省××市、县、区××路××号)和邮政编码。各类文稿均须附英文题目和全部作者姓名汉语拼音，以便编制目次。汉语拼音姓在后，名在前，姓名的第 1 个汉字汉语拼音的首字母大写，其余均小写。文稿请附英文摘要，需将全部作者姓名的汉语拼音、单位的英文名、单位的英文地址，置于英文题目的下方。

3.3 作者简介

在每篇文章的最后，可附第一作者简介。请注明通讯作者，作者简介中注明第一作者及通讯作者的姓名以及联系电话、E-mail 地址或传真号。无另定通讯作者的，加联系方式。通讯作者标注星号，写明联系方式。

3.4 摘要

所有文章均须附中文和英文摘要。中、英文摘要的内容要一致。采用第三人称撰写，不用“本文”等主语。论著类文稿的摘要形式使用结构式。结构式摘要主要分目的(Objective)、方法(Methods)、结果(Results)和结论(Conclusion)4 部分。以 200 字左右为宜，最多不超过 350 字。

3.5 关键词

选词要规范，应尽量从美国国立医学图书馆编辑的最新版 Index Medicus 的 Medical Subject Heading (MeSH) 词表中选用规范用词，中文译名可参照中国医学科学院医学信息研究所编译的《医学主题词注释字顺表》。中医药词汇以中国中医研究院图书情报研究所编著的《中医药学主题词表》为准。未被词表收录的词，如确有必要可作为关键词标注。关键词数目一般 3~5 个，关键词之间用“；”分隔。无摘要的文稿，只需标注中文关键词，关键词置于正文之前；附中英文摘要的文稿须中英文关键词，中文关键词置于中文摘要下方；英文关键词应与中文词相对应，置于英文摘要下方。

3.6 文章层次

文中标题层次用阿拉伯数字连续编号，例如：

1…，2…，2.1…，2.1.1…，一律左顶格。一、二级标题后的正文另起，缩进 2 字。三级标题后空 1 字接正文。

层次与序号写法如下：

△△△△△△（黑体）（居中）

1 △△△△△（黑体）（正文另起行）

1.1 △△△△△（楷体）（正文另起行）

1.1.1 △△△△△（宋体）（空一格接排）

夹在段落内连排的序号用 1) 2) 3) 4) 5) ……

3.7 材料与仪器

应写明型号、等级等，后用括号写明生产单位，例如：牛血清白蛋白（生化试剂，Sigma）；润洁滴眼露（生产批号，山东正大福瑞达制药）；5890A 型气相色谱仪（惠普）。

3.8 医学名词

以 1989 年及其以后由全国自然科学名词审定委员会审定公布、科学出版社出版的《医学名词》和相关学科的名词为准，暂未公布者仍以人民卫生出版社编的《英汉医学词汇》为准。中文药物名称应使用 2000 年版《中华人民共和国药典》（法定药物）或卫生部药典委员会编辑的《药名词汇》（非法定药物）中的名称，必要时注明商品名，英文药物名称则采用国际非专利药名，不用商品名。

3.9 计量单位、统计符号、缩略语

3.9.1 计量单位 实行国务院 1984 年 2 月颁布的《中华人民共和国法定计量单位》，并以单位符号表示，具体使用可参照 1991 年中华医学会编辑出版部编辑的《法定计量单位在医学上的应用》一书。根据有关规定，血压计量单位恢复使用毫米汞柱（mm Hg），但在文中首次出现时应注明 mm Hg 与千帕斯卡（kPa）的换算系数（1mm Hg=0.133kPa）。

3.9.2 统计学符号

必要时应做统计学处理，如做统计学处理请务必注明所用统计学方法。按国家标准 GB3358—82《统计学名词及符号》的有关规定书写，常用如下：1）样本的算术平均数用英文小写（中位数仍用 M）；2）标准差用英文小写 s；3）标准误用英文小写 $\pm s$ ；4）t 检验用英文小写 t；5）F 检验用英文大写 F；6）卡方检验用希文小写 χ^2 ；7）相关系数用英文小写 r；8）自由度用希文小写 ν ；9）概率用英文大写 P（P 值前应给出具体检验值，如 t 值、 χ^2 值、q 值等）。以上符号均用斜体。

3.9.3 常用符号及名词缩略语 静脉注射 iv，肌肉注射 im，腹腔注射 ip，皮下注射 sc，口服 po，饭前 ac，饭后 pc，每日 1 次 qd，每晚 1 次 qu，每 4 小时 1 次 q4h，每日 2 次 bid，每日 3 次 tid，每日 4 次 qid，灌胃 ig，滴/每分 gtt/min，1 秒 ls，2 分钟 2min，5 周 5wk，4 天 4d，7 岁 7a，摩尔/每升 mol/L，千帕 kPa（压力），白细胞 WBC，血小板 Plt，血小板计数 BPC，血红蛋白 Hb，葡萄糖 Glu，尿素氮 BUN，肌酐 Cr，总胆红素 IBI，总蛋白 TP，白蛋白 AL，球蛋白 G，总胆固醇 Tch，甘油三酯 TG，尿蛋白 UTP，尿糖 US，单位 u，国际单位 IU，重量 wt，容量 vol。缩略语在文中应尽量少用，必须使用时，于首次出现处先叙述其中文全称，然后在其后括号内注明中文缩略语、英文全称及英文缩略语，三者间用“，”分开（如该缩略语已熟知，也可不注出其英文全称）。

3.10 数字

3.10.1 执行中华人民共和国国家标准

GB/T15835—1995《出版物上数字用法的规定》，时间：公历世纪、年代、年、月、日、时刻和计数、计量均用阿拉伯数字。年份用 4 位数表示，如公元前 8 世纪，1994 年不宜写成 94 年。避免用时间代词，如“今年”，“去年”等。小时用

“h”表示，分钟用“min”表示，秒用“s”表示。小数点前或后超过 3 位数字时，每 3 位数字一组，组间空 1/4 格，如“7869.34”应写成“7 869.34”，“7.86934”应写成“7.869 34”。序数词和年份、页数、仪表型号、标准号不分节。

3.10.2 参数和偏差范围

1）数值范围：表示范围用“~”不用“-”，五至十写成 5~10；5 万至 10 万应为 5 万~10 万，不能写成 5~10 万； $3 \times 10^3 \sim 8 \times 10^3$ 可写成 $(3 \sim 8) \times 10^3$ ，但不能写成 $3 \sim 8 \times 10^3$ ；2）百分数范围：20%~30%不能写成 20~30%或 60%至 70%，

$(30 \pm 5)\%$ 不能写成 $30 \pm 5\%$ ；3）具有相同单位的量值范围：1.5~3.6mA 不必写成 1.5 mA ~3.6mA；4）偏差范围：如 $(25 \pm 1)^\circ\text{C}$ 不能写成 $25 \pm 1^\circ\text{C}$ ；5）长度单位的数值表示方法：每个数值后的单位不能省略。如 $40\text{mm} \times 20\text{mm} \times 30\text{mm}$ ，不能写成 $40 \times 20 \times 30\text{mm}$ ，也不能写成 $40 \times 20 \times 30\text{mm}^3$ 。

3.10.3 有效数字数的修约不能用纯数学的四舍五入法，应按以下口诀修约：

4 舍 6 入 5 看右，5 右有数便进 1

（3.7502→3.8），5 右为 0 看左方，左为奇数要进 1（3.7500→3.8），左为偶数（包括 0）全舍去（3.6500→3.6，3.0500→3.0），且要一次修完毕。数值的修约应执行国家标准 GB3101—93 附录 B 的规定，其简明口诀为“4 舍 6 入 5 看齐，奇进偶不进”。

3.11 图片表格

凡用文字能够说明的问题，尽量不用表和图。如用表和图，则文中不需重复其数据，只需强调或摘述其主要发现。每幅图表单占 1 页，集中附于文后，分别按其在正文中出现的先后次序连续编码，每幅图表应冠有图（表）题。说明性的资料应置于图（表）下方注释中，并在注释中标明图表中使用的全部非公知公用的缩写。本刊采用三线表，栏头左上角不用斜线，表身不用纵线，表中上下行数字对齐（有小数点的则以小数点对齐）。一组数字中有 $\pm$ 号者，则 $\pm$ 号上下对齐。表的两侧各空一格。

一篇文章中，表格应控制在 3~5 个，附在正文内，采用“三线式”，表格均应有简要的表题，其内容不可与文字有差异。表内不设备注栏，如有需

说明的事项（如 P 值等），以简练文字写在表的下方，表内依次用*、△、▲、□、■号标注在相应内容的右上角。表序号一律用阿拉伯数字，分别按其在正文中出现的先后次序连续编码，并在正文中标示。即使只有 1 张表，也须标示“表 1”。表中量的名称和单位名称应是量的名称

（或其符号）在前，单位符号在后，其间加一斜线的方式表示。例如：波长/nm，表示以 nm 为单位的波长；长度/m 或 i/m，表示以 m 为单位的长度。量的符号用斜体。表内参数的单位应尽量相同，放在表的右上方；如各栏参数的单位不同，则放在各栏的表头内。均值±标准差，用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，置于表题后的括号内。表内数据要求同一指标保留的小数位数相同，一般比可准确测量的精度多 1 位。统计学处理结果统一用*、△、▲、□、■表示 $P < 0.05$ ；**、△△、▲▲、□□、■■表示 $P < 0.01$ ，P 为大写，斜体。

3.12 参考文献

按国家标准 GB7714—87《文后参考文献著录规则》，采用顺序编码制著录，仅限作者亲自阅读过的以近 5 年公开发表的文献为主（论著类不少于 15 条，近三年的文献不少于 50%；综述类不少于 20 条，近三年的文献不少于 70%；经验交流及病例报告不少于 5 条，近三年的文献不少于

40%），文中参考文献角码按照文中出现的次序编号，在文中相应处的右上角用阿拉伯数字加小方括号注明如[5]。参考文献中的作者，1~3 名全部列出。3 名以上只列前 3 名，后加“，等”或其他与之相应的文字。外文期刊名称用缩写，以《Index Medicus》中的格式为准；中文期刊用全名。参考文献必须由作者与其原文核对无误。将参考文献按引用先后顺序（用阿拉伯数字标出）排列于文末。

4. 注意事项

4.1 来稿请附作者工作单位、详细地址、邮编和联系电话。

4.2 本刊拥有所刊登稿件的版权，包括电子媒体。请电子邮件投稿。切勿一稿两投。因条件所限，凡投寄本刊的稿件均不退稿，请作者自留底稿。来稿一律文责自负。依照有关规定，本刊可对来稿做文字修改和删节；如不愿删改者，免投本刊。收到投稿后，三个月之内杂志社给予答复。

投稿请寄电子邮箱：wcmus2020@aol.com