论引火归原

——李可学术思想探讨之三

● 孙其新*

摘要 针对引火归原之火的不确定性,进一步探讨了李可学术思想。李可研究引火归原的思路:火不归原证的概念;火不归原证的特点;火不归原分型论治;火不归原类证鉴别;引火归原有狭广二义。

关键词 火不归原 特点 分型论治 类证鉴别 引火归原法 李可 医案

引火归原是用温药治疗龙火上燔的一种方法,属于从治法。王冰在《内经》“甚者从之”句下注解中指出:“病之大甚者,犹龙火也,得湿而焰,遇水而燔。不知其性,以水湿折之,适足以光焰诣天,物穷方止矣。识其性者,反常其理,以火逐之,则燔灼自消,焰光扑灭”。明清温补医家根据上述理论,将引火归原广泛用于临床。但由于“离原之火”理论上的不确定,造成了诸多认识上的混乱,不少医家陷于相互矛盾之中。如既称阴虚之火,又称阳虚之火;既指有根之火,又指无根之火;既包括格阳,又涵盖戴阳。李可对引火归原治疗,喜用傅青主之引火汤,其原方组成为熟地 90g,巴戟、天麦冬各 30g,茯苓 15g,五味子 6g,主治阴虚乳蛾。现根据其医案 40 余则,整理出以下有关内容。

1 水浅不养龙 龙火离位上奔

李可认为,肾为先天之本,内

寄命门之火,为水火之脏。肾中水火,共处一宅。水火相抱,阴平阳密。水足则火藏于下,温煦脏腑,统领一身气化,是为健康无病。若因外感内伤,致水亏于下,则火失其制,古人喻为火浅不养龙,于是离位上奔(240 页)。下面看一则水浅不养龙案。

血管神经性头痛 李某,女,38 岁。患者因剧烈右偏头痛 7 日入院,诊为血管神经性头痛,经用安络痛、当归注射液穴位封闭不能控制,邀李氏会诊。自冬至近 1 个月以来,每到太阳出山便觉有热流上攻头面,面赤如醉,轰热难忍。一周前拂晓,突觉热流攻冲不止,右下颌角突然如电击、火灼,阵阵剧痛窜至右太阳,约 3~5 分钟发作 1 次。每日如此反复发作 10 余次,5 时痛起,日中痛剧,下午 5 时渐松,太阳落山痛止,入夜则如常人。便燥口干,双膝独冷,夜难成寐。脉洪大而虚,舌光红无苔。脉证合参,当属肾阴亏损,阴不抱阳,

水浅不养龙,故龙雷之火上奔无制。阴虚之患,寅末日将出而病,日中阳气大盛,故病重。日落阳气衰,得天时之助而暂愈。入夜阴气渐充,故如常人。法宜大剂滋水,导龙归海,引火归原,佐入酸甘柔肝缓急:熟地 90g,巴戟、天麦冬各 30g,茯苓 15g,五味子 6g,白芍 100g,炙草 30g,葛根 60g。二诊:药进 3 剂,当天热流攻冲之势大缓,次日轰热止而痛亦止。偶于下午 2~3 时有短暂发作,脉敛,面色转淡,舌上生出薄白苔,带原方 3 剂出院。追访 3 年未复发(239 页)。

按 龙雷之火,顾名思义,是形容它产生于顷刻之间、突然而来。中医认为,肝肾同源,肾水既亏,肝失滋荣,势必随肾中龙火上燔,而成燎原之势。证见日出便热流上攻,面赤如醉,日落痛止。治以引火汤壮水,芍药甘草汤缓急柔肝,3 剂而解。

2 水寒不藏龙 无根之火上扰

李可认为,肾水寒于下,逼真火浮游于上,亦可致成火不归原之

* 作者简介 孙其新,男,主任医师。从事辨证论治的整理和经方的临床应用,著有《谦斋辨证论治学》。

• 作者单位 辽宁中医药大学附属医院(110032)

证(241页)。下面看一则水寒不藏龙案。

齿衄 王某,男,44岁。腹泻日3~5次,月余不愈。近1周来,上下牙龈出血,红肿如柿色。舌红少苔,脉细肢凉,双膝尤冷。腰困不耐坐立,近日尤感气怯身软。证由泄泻日久,中阳大伤,脾失统血之能,且下焦肾气虚寒已露,火不归原。拟四君补脾,三仙炭止血,七味益肾,骨碎补、肉桂引火归原。党参、焦术、茯苓各30g,炙草、姜炭、三仙炭各10g,熟地、砂仁各10g,山药、山萸肉各30g,五味子、泽泻各10g,骨碎补12g,肉桂冲服3g。二诊:6剂后泻止,牙龈肿敛,出血亦止。原方守服3剂善后(297页)。

按 此案牙龈出血,红肿如柿色,舌红少苔,脉细肢凉,膝冷腰困,证属肾气虚寒,无根之火上扰。李氏喜用引火汤加肉桂,温脏敛阳。但本例病人,脾虚泄泻,中阳大伤,故改为四君补脾,七味益肾,骨碎补、肉桂引火归原。

3 阴盛格阳 浮阳上越

所谓格阳证,是指阴寒内盛而格阳于外;戴阳证,是阴寒下盛而格阳于上。《伤寒论》中的通脉四逆汤证、白通加猪胆汁汤证,便是格阳、戴阳之明证。二者均为上热下寒证,与龙雷之火有相近之处,故不少医家把格阳、戴阳之治法称为“引火归原”。李可也有这方面案例,例如:

阴盛格阳 赵某,女,29岁。因无故头面阵阵发热,服升阳散火汤1剂,变为心悸,气喘,自汗,头面轰热不止,面色嫩红,烦躁欲寐,足膝冰冷,多尿失禁,脉微细而急,120次/分。本属阴盛格阳,误作

上焦郁火而投升散之剂,致有此变。幸在壮年,未致亡阳暴脱。予白通加人尿猪胆汁汤,破阴通阳为治。附子、干姜各30g,葱白3节,童便、猪胆汁各1杯对入,2剂。次日来告,上药服1剂,心悸喘汗均止,足膝已热,月余之轰热证亦罢。本病病机为下焦阴寒独盛,格拒真阳不能回归宅窟而浮越于上,故见种种上热假象。以白通汤破阴通阳,因有假热在上,以人尿猪胆汁之苦咸寒为反佐,热因寒用,宣通上下,消除格拒,引浮越之阳归于下焦而病愈(187页)。

按 李氏在本案中指出,因有假热在上,以人尿猪胆汁之苦咸寒为反佐,热因寒用,宣通上下,消除格拒,引浮越之阳归于下焦。“引浮越之阳归于下焦”实际就是“引火归原”。

肺结核合并肺心病(戴阳危证) 英某,女,68岁。传染科住院病人,诊断:肺结核;肺气肿合并急性感染。经抗结核、抗菌治疗无效,请中医协治。李氏诊见双颊艳若桃花,双目神采外露,发热烦躁,咳喘月余。盗汗,渴喜热饮,双膝极冷,心动神摇,六脉细数无伦,心率132次/分,舌淡。患者年近古稀,肾元久虚,复加久病耗伤,过服清热凉剂,致成上盛下虚戴阳格局,有欲脱之虞。急急固肾敛肝,引火归原,纳气归根为治:山萸肉90g,红参(另炖)15g,龙牡、白芍各30g,炙草15g,油桂3g(米丸吞),附子30g。上药连服3剂,脱险,出院回家调养(23页)。

按 此戴阳为下元虚极,真阳不能下守,浮游于上,阴盛格阳之危候。又因过用秦艽鳖甲之类,开破肝气,致肝虚不敛。故用参附龙牡救逆汤合来复汤(山萸肉90g,红参15g,龙牡、白芍各30g,炙草15g),

加油桂固摄下焦、温纳浮阳,重用山萸肉敛肝固脱(23页)。

4 八脉失养 冲脉上攻

李可认为,奇经八脉病有两大特点,一是久治不愈的“频发痼疾”;二是“定时发作”类病证。经方桂枝加桂汤是治疗奔豚症(冲脉病变)的特效疗法(194页)。因奇经八脉病有定时发作和冲脉上攻等特点,与龙火上奔有相近之处,故在此举例证之:

奇经频发痼疾 赵某,女,45岁。1周前晚8时,忽觉舌根部如电击样麻辣,抽搐,口不能言,继而双腿从踝部以上,震颤抖动不止,寒战嘎齿,不能自制,10余分钟后渐止。此后,每晚8时,准时发病。心荡神摇,恐惧殊甚。脉急而细,120次/分。舌红、口渴喜热饮。西医诊为癔病,用药3日不能控制,请李可诊治。询知患者5年前暴崩几死,久病耗伤,损及于肾,肾阳虚不主温煦,寒由内生。肾之经络舌本,寒主收引,故舌根麻而抽搐;肾在变动为“栗”,在志为恐,故震颤抖动,无故恐惧;肾精不充,血海空虚,八脉失养,故有此变。予温氏奔豚汤(附子、肉桂、红参、沉香、砂仁、山药、茯苓、泽泻、牛膝、炙草),重用附子50g、油桂10g,壮命门之火,加芪归阿胶益气养血,龟鹿胶填充八脉,龙牡磁石摄纳上下而定志。煎取浓汁300毫升,于每晚7时病发前1小时顿服。药进1剂,发作停止,3剂后痊愈,予培元固本散1料治本(386页)。

按 本案每晚8时准时发病,双腿震颤,舌根麻辣,寒战嘎齿,不能自制。证由5年前暴崩欲死,损及于肾,八脉失养。故以温氏奔豚汤壮命门之火,龟鹿胶填充八脉,

芪归阿胶益气养血,3剂而愈。

5 火不归原证的特点

李可认为,龙雷之火是脏腑内生虚火,与六淫外感实火大不相同。龙火上奔,多见种种上热见证,如头痛、头晕、耳痛、齿浮、齿衄、目赤如鸠、面赤如醉、心悸暴喘,耳鸣如潮、口舌生疮、咽痛如灼等(240页)。现根据其医案,归纳以下内容:

5.1 火不归原发病特点 龙火上燔有两大特点:①交节病作、遇阳则动。李可指出,龙雷之火随阴阳盛衰之年节律、日节律演变,如冬至阳生则病,春令阳升转重,夏至阴生渐缓;日出病作,日中病甚,日落病缓,入夜自愈(240页)。如“鼻衄奇案”,病发冬至时节,清晨4时突然鼻衄出血(279页)。②来势暴急、顷刻突变。李可说,龙火上燔往往来势暴急跋扈,如迅雷闪电,顷刻突变(241页)。如“白塞氏综合症案”,其口腔、外阴溃疡,每逢冬至当日立刻发病,一两分钟即令人不能忍耐(291页)。

5.2 火不归原证候特点 可以这样概括:头面五官赤痛衄,上热下寒热上攻,尿多不渴膝独冷,舌红无苔脉大洪。分述如下:①头面五官赤痛衄:证见头痛、头晕、面赤如醉、耳鸣如潮、鼻衄、咽痛如灼、舌衄、口舌生疮,齿痛、齿浮、目赤如鸠、白睛溢血、心悸暴喘等(241页)。②上热下寒热上攻:热势轰轰,或由脚底,或由脐下,上攻头面,按火不归原治速效。外感无此现象,误用苦寒直折则危(241页)。③尿多不渴膝独冷:下寒常见膝冷、尿多不渴,还见腰困、足膝软弱等肾虚之证。全书火不归原案约20例,其中膝冷者12人,多尿者5人,不渴者3人。从中可见

“膝冷”在辨证中的重要位置。笔者还注意到“膝冷”有轻重之别,轻者为自觉膝冷,重则膝扞如冰(280页),或足膝扞之如冰(288页)。④舌红无苔脉大洪:全书火不归原案,舌红无苔者12人,脉洪、或大、或洪大者12人。故此舌脉应为龙火上燔的指证。

6 火不归原分型论治

6.1 火不归原基本型 李可把火不归原分为两个基本证型:水浅不养龙,阴虚于下,则火失其制而离位上奔;水寒不藏龙,逼真火浮游于上,致成火不归原之证。病机既明,当用“甚者从之”之法。水亏者,以引火汤壮水敛火,导龙归海;水寒者,以引火汤加油桂饭丸先吞,温脏敛阳、引火归原(241页)。笔者理解,水寒不藏龙是在水浅不养龙基础上发展的,其主要指证是双膝冷甚(363页),它不是实寒、阴证,而是虚寒、阴损及阳。如“齿衄案”,李氏明确指出是下焦肾气虚寒已露,用七味地黄益肾,骨碎补、油桂引火归原(297页);“虚寒性糖尿病案”,阴虚于下,水浅不养龙雷,故目赤轰热;阴损及阳,命火衰微而津液不能上达,故饮多;肾失统束而膀胱失约,故尿多。治以引火汤加肉桂、山萸肉、红参、胡桃等滋阴助阳、引火归原(55页)。明清医家多用七味都气丸、七味地黄丸治水亏者,用八味地黄丸治水寒者。而李可却喜用引火汤加肉桂,其原因何在?笔者分析:①引火汤乃滋阴大剂,熟地用至90克,力量专一,取效甚捷。如癌证化疗、放疗损伤肾阴,而见头面升火之火不归原证,引火汤两剂必退(363页)。②引火归原用巴戟30克,五味子6克,油桂3克,寓有“阴中求阳”之意。其中肉桂米丸

先吞,取于乌梅丸之法,专用于下焦痼疾,最宜深究。

6.2 火不归原变通型 对于火不归原兼脾虚泄泻者,用引火汤易增加腹泻,故李氏改用四君子合肾四味变通。详见下面案例。

复发性口腔溃疡 燕某,女,29岁。口舌生疮6年,1月数发,时愈时作。近1月来,因流产后恣食瓜果生冷,复因暑热,夜睡不关电扇,门窗大开,又遭风寒外袭,遂致身痛呕逆,食少便稀。外感愈后,口舌于今晨突发白色丘疹一圈,灼痛不可忍。脉细弱,舌淡欠华,面色萎黄,腰困膝软,此属肾虚脾寒、虚火上僭。《证治准绳》治此类口疮,用四君七味(六味加肉桂)合方加玄参、细辛,极效。但本例病人,脾胃气弱殊甚,寒凉滋腻不可沾唇,变通如下:红参(另炖)10g,焦白术、茯苓各30g,炙草、姜炭、细辛各10g,油桂1.5g(饭丸先吞),肾四味各15g,3剂。二诊:诸证均愈。予补中益气汤加肾四味(枸杞子、菟丝子、补骨脂、仙灵脾)、胎盘粉5克(冲),10剂,培元固本,以杜再发(286页)。

按 此方为四君理中汤培土敛火,肾四味、肉桂引火归原,加细辛火郁发之。李氏凡遇火不归原证而脾胃虚弱之病人,即投上述变通方,皆效。

7 引火归原有狭广二义

自明清以来,温补派医家在临床上频繁应用引火归原法,用于阴虚、阳虚、阴盛、戴阳、格阳等,其方法有内服、外敷、噙含等,使得该理论有些泛化,造成诸多认识上的混乱。笔者认为,探讨引火归原的内涵与外延,应认清以下有关问题:

7.1 上热下寒之真假 为了说理方便,可把与引火归原有关的上热

下寒证,分为真寒假热和真寒真热。上热下寒之真寒假热证,主要指格阳与戴阳,《伤寒论》中的通脉四逆汤、白通加猪胆汁汤证,便是明证。上热下寒之真寒真热证,主要指龙雷之火,上热与下寒俱真,皆为离位之火上移所致。

7.2 上热下寒之从治 引火归原是根据《内经》“甚者从之”引申而来的。所以,认清上热下寒之从治有哪几种情况,也是必要的。水浅不养龙,用壮水敛火法,属于“寒之而热者取之阴”,为从治;水寒不藏龙,用温脏敛阳法,属于“热因热用”,为从治;格阳、戴阳证,用四逆辈破阴回阳,属于“热因热用”,为从治;格阳、戴阳证,用四逆辈热药冷服、或加猪胆汁苦寒反佐,为反治之妙也。

7.3 火不归原证 火不归原为病因病机,亦为证候;而引火归原是治法。李可认为,水浅不养龙,阴虚于下,则火失其制而离位在奔;水寒不藏龙,逼真火浮游于上,致火不归原之证(241页)。他在这里明确提出“火不归原”证候概念,即指水浅不养龙和水寒不藏龙。

7.4 引火归原法 笔者从李可之格阳、戴阳19例医案中发现,他不称格阳、戴阳证为“火不归原证”,但有3种情况称格阳、戴阳证之治法为“引火归原”,如“阴盛格阳案”用白通汤加人尿猪胆汁(187页);“咽痛寒证案”四逆汤热药冷服(298页);“急性盆腔炎戴阳案”用四逆汤加肉桂3克(115页)等,便是明证。格阳、戴阳证,由于里寒太盛,热药常被格拒不纳,所以要在热药中加入人尿猪胆汁苦寒反佐,或热药冷服,使同气相求,引阳药直入阴中,故称之为引火归原。至于四逆汤少佐肉桂的问题,还得从附子、肉桂的作用谈起。李

氏在“温氏奔豚汤”一文中指出,温氏奔豚汤由附子、肉桂、红参、沉香、砂仁、山药、茯苓、泽泻、牛膝、炙草组成,是一首纯阳益火、救困扶危妙方。原方无剂量,李可经验:君药附子,轻证温养用10克,大病阳衰15~30克,危急重证、破阴救阳100~200克;肉桂平剂温阳10克,火不归原用小量3克米丸先吞等(372页)。他在这里,只提肉桂为引火归原,而不提附子,这是为什么?因为格阳、戴阳证已见浮阳上越的现象,遇火(热药)即飞。所以像四逆辈、附子类热药下去,欲飞的浮阳就飞得更快。如何把壮火剂通过上热的关口,这是一个棘手的技巧问题。附子偏于阳气,而肉桂独入血分,故引火归原只用肉桂,而不提附子。以肉桂为向导,3克米丸先吞,取其同气相求,引浮游之假热归于下焦,然后再服四逆辈治本,就不存在格拒问题了。笔者还注意到,李可对由内伤而来的戴阳(即素阴虚,而病患戴阳),多用四逆辈少佐肉桂,或附子剂少佐肉桂,如“肺结核合并肺心病戴阳案”(23页),“肺心病奇症案”(375页),“急性盆腔炎寒证案”(115页)等。

7.5 引火归原有狭广二义 火不归原证与引火归原法,格阳、戴阳证与引火归原法,既有联系,又有区别。为了理清它们之间的关系,笔者根据李可之上述理论,提出引火归原有狭广二义:①狭义引火归原指火不归原证,即水浅不养龙(阴不抱阳)与水寒不藏龙(阴损及阳);②广义引火归原除了火不归原证,还涵盖格阳、戴阳之热药冷服,或热药反佐苦寒,或热药少佐肉桂等。前者(阴不抱阳、阴损及阳)之引火归原属于治法,而后者(热药冷服、反佐苦寒、佐用肉

桂)之引火归原归于技巧。如“咽痛寒症兼齿衄案”中指出四逆汤热药冷服,古人称之为“偷渡上焦”,李可称之为披上“冷”的伪装,“骗”过咽喉一关,入胃则热性缓缓发挥,引浮游之假热归于下焦病愈(290页)。所谓“偷”、“骗”、“伪装”等都是一个意思,即“巧诈法”。所以后者之引火归原,可称为巧诈法。③格阳、戴阳证与引火归原法:引火归原是格阳、戴阳治法中的一部分,只有上述3种情况可称为引火归原法,其它如格阳、戴阳之“足心发热案”(236页)、“重症呃逆案”(196页)、“阳虚型高血压案”等(383页),李氏均不称其为引火归原法,其旨义当细心揣摩。

8 火不归原的类证鉴别

火不归原证与格阳、戴阳、奇经八脉证有相似之处,鉴别起来有一定的难度。笔者根据李可之火不归原案20例,格阳、戴阳案16例,奇经八脉案5例,整理出以下鉴别要点:

8.1 火不归原与格阳、戴阳鉴别要点

①寒热真假:火不归原之上热下寒俱真,格阳、戴阳为真寒假热证。②交节发病:二者均为交节发病,但火不归原为遇阳则动,遇阴则静;而格阳、戴阳为遇阴则动,遇阳则静。如“足心发热案”,日轻夜重(236页)。③暴急突变:火不归原证,来热暴急,顷刻突变;而格阳、戴阳证,虽屡误治,却无急变,详见“咽痛寒症案”(298页)。④面色特征:火不归原之面赤如醉,即色红鲜艳。如“倒经衄血案”(281页);格阳、戴阳之面赤如妆(亦称艳如桃李、艳若涂丹),即面色嫩红,如“抱儿痲案”(304页)。其中“妆”字最耐寻味,已含有假象

之义。⑤附子用量:火不归原之阴损及阳型,其附子为小剂,如“舌衄案”引火汤加附子 10 克(296 页);而格阳、戴阳之附子,多为大剂(30 克以上),如“重症呃逆案”之附子为 30 克(196 页)。

8.2 火不归原与奇经八脉证鉴别

要点 ①定时发作:奇经八脉痼疾,多为八脉皆虚,阴损及阳,肝肾阴寒夹冲脉上攻,故遇阴则动,遇阳则静,如“奇经频发痼疾案”每晚 8 时准时发病(386 页)。而火不归原则正好相反,遇阳则动,遇阴则静。②病势上攻:火不归原为热势上攻,每自脚底、脐下而起;奇经八脉证为冷气上冲咽喉,多从双脚外

侧、脐下而起。③附子用量:火不归原之阴损及阳型,其附子为小剂;而奇经八脉之附子,多为大剂,如“奇经频发痼疾案”3 个病例中,附子均为 30~50 克(384 页)。下面看一则火不归原鉴别案。

咽痛寒症 王某,男,50 岁。患咽干痛、口舌生疮,用清心火、滋肾阴正治诸法,服药 60 余剂,六神丸、梅花点舌丹各 1 瓶,皆无效,渐渐食少、便秘、神倦,缠绵 3 月不愈。邀李可诊治,询知其症日轻夜重,不渴尿多,双膝冷痛,脉沉细,舌淡润。来势缓,虽屡屡误治,却无急变。知非火不归原证型。四

末不温,非极烫之水不喝,直断为少阴真寒证。缘由少阴之脉循喉咙,挟舌本。若肾宫寒极,逼其火浮游于上,则成上假热、下真寒格局。宜与温少阴、逐里寒:炙草 60g,干姜 30g,附子 30g,桔梗、益智仁各 10g,水煎冷服 2 剂。二诊:药后诸证已减七八,原方续进 2 剂,痊愈(298 页)。

按 本案从寒热真假、交节发病、暴急突变、附子用量等方面进行鉴别,层次井然,细致入微,不能不令人折服。

(内文页码源于《李可老中医危重症疑难病经验专辑》一书。)

* 新书推荐 *

以新视角纵览经络全局 用新思路开展经络研究

——《中华经络学》书评

“《中华经络学》是经络研究成果中不可多得的新颖性巨著”——北京中医药大学针灸学院院长谷世喆教授在“三个一百”原创图书推荐意见中是这样评价本书的。

《中华经络学》一书作者王鸿谟先生针对经络理论两千年来停滞不前、经络实质研究始终未能突破的严峻现实,经过深入研究,对古老的经络理论做了全面创新发展,主要表现在九个方面。

一、突破“营气流注”统治束缚,论证指出“营气流注”理论自相矛盾、违背人体生命规律,也违背基本科学常识,是经络理论停滞不前、经络系统难以构建、经络实质研究难以突破的主要障碍,必须否定。进而通过慎重验证、逐项更正了受营气流注误导所形成的一系列错误。

二、破解“手五里穴禁刺”之谜,揭示“经脉环状联系”本质,详论“六经气血多少”常数之误,直指“针尖斜刺迎随补泻手法”之非。

三、倡导论证经脉行气。强调经络是客观存在的独立联络系统,经脉行气、血脉行血,经络系统和血液循环系统是完全不同的两个体系。

四、经过系统整理,将经络理论分为经络结构、循行规律、古典理论三类。使各类理论内部、每一类理论之间,以及所有经络理论达到空前完整,协调统一。

五、还原经脉循行部位,创立循经排穴法,改进世界卫生组织《针灸穴名标准》,界定经络系统定义,构建出全新的经络分级系统。

六、率先提出经脉终始规律、经气双向运行规律、脏腑使道联络规律、经络分野规律,进而结合前人工作归纳出经脉循行的八项规律。

七、辨析还原标本、根结、本输、根溜注入、气街、四海、使道、经络分野、关合枢等古典经络理论本义。

八、彰显经络远程循经联系功能的重要科学价值。

九、强调经络研究必须严格遵守经典理论,紧密结合科学实践,才能不断创新、持续发展。

《中华经络学》的这些创新性工作,站在全新的视角纵览经络全局,开拓了经络研究的新思路,使经络理论获得了空前的统一和发展,也使本书在经络发展史上占有突出而重要的地位,并将对经络理论持续发展、经络实质研究进展发挥重要的推动作用。当前,我国正在进行针灸经络的规范化和标准化工作,经络实质的研究工作也正在蓬勃进行之中。《中华经络学》的出版,无疑将积极促进这两项工作,因而具有极其重要的科学价值和巨大的现实意义。

(学苑出版社 医药卫生编辑室)

《中华经络学》(王鸿谟 编著. 学苑出版社 2006. 10)

王鸿谟:首都医科大学教授,主任医师,医学硕士。中国国家自然科学基金委员会评议专家,中国中西医结合学会科学技术奖评审委员会委员,中国中西医结合学会诊断专业委员会副主任委员,中华临床医药杂志副总编。以经络规范化、诊法客观化为主要研究方向,在总结经脉循行规律、倡导论证经脉行气、辨析古典经络理论本义、构建经络分级系统等重大疑难问题上见解独特、建树颇丰,研究成果为中外学术界广泛关注。

《中华经络学》被我社列入申报“国家三个一百原创图书”项目之一。