

少腹鼓凸大气陷

——李可学术思想探讨之十三

● 孙其新*

摘 要 针对大气下陷辨证的分歧,进一步探讨了李可学术思想。李可研究大气下陷思路:继承东垣、锡纯大气下陷理论;提出少腹鼓凸症辨治要领;对补中益气汤、升陷汤进行改良;总结出防治提脱的用药经验。

关键词 大气下陷 少腹鼓凸症 补中益气汤 升陷汤 李可 医案

大气下陷理论由张锡纯独创。他认为,大气是诸气之纲领,此气一虚,呼吸即觉不利,而且肢体痿懒,精神昏倦,恼力心思为之顿减。若其气虚而且下陷,或下陷过甚者,其人即呼吸停顿,昏然罔觉。这无论在内伤慢性病中,或外感危重症中,均可见到,实为心肺功能极度低下。如果误认为“气滞胸闷”而投破气之药,往往变生顷刻;或认为“气逆不纳”而进纳气之药,则危在旦夕。李可对大气下陷理论进行系统整理和发挥。现根据其医案 13 则,整理出以下内容:

1 重温锡纯大气下陷理论

为了探本溯源,我们应当首先回顾一下锡纯之大气下陷理论。《医学衷中参西录》在“医方·治大气下陷方”条文中有 22 则医案,在“医案·气陷门”条文中有 5 则医案。笔者根据这些案例,归纳出以下内容:

病因 多得之力小任重,或

枵腹(空腹)力作,或病后气力未复而勤于动作,或因泄泻日久,或服破气药太过,或气分虚极致下陷(32 页)。

证候 气短不足以息,或努力呼吸似喘(31 页),或努力呼气不能上达(690 页),或胸闷(38 页)或觉气不上达而常作太息(40 页),或五七呼吸之顷必长出气一口(43 页),或夜卧 1 小时(即觉气不上达),须得披衣而坐,将气调匀方能再睡(693 页);或假寝片刻,气息将停,需急呼醒之,连喘数口(238 页);或昏不知人,移时始苏,或睡时恒自惊醒(43 页)。或下陷甚,至少腹下坠,或更作疼者(31 页)。其兼证,或寒热往来,或咽干作泻,或怔忡,或神昏健忘,诚难悉数(31 页)。脉象沉迟微弱,关前尤甚。其剧者,或六脉不全,或参伍不调。右寸弱者 1 例,关前尤甚者 3 例(37、695 页)。

处方 升陷汤:生芪 18g,知母 9g,柴胡 4.5g,桔梗 4.5g,升麻 3g。

加减 锡纯之 27 案,生芪最大量 30 克者 3 例;若少腹下坠,或更作疼者,升麻 4.5~6 克;肾气浮动轻者,加人参 9 克者 3 例,山萸肉 6~12 克者 3 例;重则加龙牡各 15 克者 2 例,或玄参 12~18 克者 6 例,或桂枝 9 克者 3 例。

鉴别 要点:①大气下陷与气逆不纳:凡喘证,无论内伤外感,气逆作喘剧者必然肩息(《内经》谓喘而肩上抬者为肩息);大气下陷者,虽至呼吸有声,必不肩息。盖肩息者,因喘者之吸气难;不肩息者,因大气下陷之呼气难也。欲辨此证,可作呼气难与吸气难之状,以默自体验,临证自无差谬。又喘者脉多数,或有浮滑之象,或尺弱寸强;大气下陷之脉,皆与此成反比例(38 页)。②真喘与似喘:大气下陷者,气短不足以息,努力呼吸以自救,有似乎喘,实与气逆(不纳)之喘有天渊之别。观此证假寐片时,肺脏不能努力呼吸,气息即无,其病情可想也(31、38 页)。补中益气汤所治之喘,即大气下陷者努力呼吸也。若果系真喘,桔梗尚不宜用,况升麻乎?设医者,真以

* 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)

为补中益气汤果能治喘,而于气机上逆之真喘亦用之,岂不足僨事乎?此有关性命之外,临证者当审辨之(47页)。简而言之,真喘是指气逆不纳之喘,而似喘是指大气下陷之喘。

点评 锡纯评东垣与补中益气汤:由于《灵枢》、《金匱》关于“大气”仅有只言片语,后人多不解其义。是以东垣于大气下陷证,亦多误以为中气下陷,故补中益气汤用白术以健胃补脾,而后来之调脾胃者,皆以东垣为法。夫中气诚有下陷之时,然不若大气下陷之尤属危险也。间有因中气下陷,泄泻日久,或转致大气下陷者,可仿补中益气之意。若但大气下陷,而中气不陷者,白术可不用,恐其气分或有郁结,而芪术并用,易生胀满也。补中益气汤所治之喘证,即大气下陷者努力呼吸也。若果系真喘,桔梗尚不宜用,况升麻乎?愚少时观东垣书,至此心尝疑之,后明大气下陷之理,始觉豁然,而究嫌其立言欠妥(47页)。简而言之,东垣误将大气下陷为中气下陷,补中益气汤治喘之立言欠妥。

2 李可论大气下陷

李可论大气下陷,其理论不多,多散见于医案。

2.1 脏气下垂大气陷 李氏认为,中气下陷症临床多见,多由内伤积久而来。此症之重者,即张锡纯氏论述之“大气下陷症”,诸如胃下垂、子宫、直肠脱垂等脏器下垂症(254、255页)。下面举例证之:

胃下垂重症 王某,男,56岁。患胃下垂10年,近半月来少腹憋胀,不敢进食,食入胀急更甚。腹诊,少腹鼓凸,挺着一个大肚子,如怀孕5~6月之孕妇状,按之空软。神色憔悴,动则轰热喘汗。腰

困如折,行路弯腰如虾,挺腰则困不可忍。脉细弱,舌淡无华。患者年近六旬,劳倦内伤,损及脾胃之阳,中气下陷于至阴之地而不能上达,且肾中真气不固,有上越下脱之险。拟补中益气汤去陈皮,加山萸肉、补骨脂、沉香固护下焦元气:生芪30g,知母18g,红参(打小块吞)10g,当归15g,柴胡、升麻、炙草、沉香各10g,山萸肉、补骨脂各30g,白术20g,生姜5片,大枣10枚,胡桃4枚(打),上方服1剂之头煎半小时,汗敛喘定,觉气从丹田缓缓上达,少腹之鼓凸、胀急,立时消散,3剂服完纳食如常。患者大喜过望,忘乎所以,食闺女送来大桃1枚,喝凉茶2杯,1刻钟后又复气陷坠胀如故。当晚咕咕有声。中午不敢进食。气机为病,瞬息万变。此由生冷寒凉,戕伤脾胃生阳之气,亟温之:干姜30g,红参(打小块吞)、炙草各10g,木香、柴胡各3g,1剂后平复如初(254页)。

李按 胃下垂多见大气下陷症,上则见气短难续似喘,下则少腹明显鼓凸如孕归,按之必空软无物。脉多细弱,右寸尤弱。凡遇此症,万不可见胀消胀,稍涉散气消胀、寒凉败中或消导开破,立见危殆,错则难救。用补中益气汤,气弱之人,即陈皮之散,亦经受不起,宜慎。红参不入煎剂者,因汤剂效速,虚馁之人下咽反觉胀闷,打小块吞服,入胃缓缓奏功,使下陷之气,徐徐升达。古谓:“下虚者用补中升陷,须防提脱。”故加山萸肉、补骨脂、胡桃者,有敛固下焦肾气妙用。

2.2 妇科产后多气陷 李氏之大气下陷案,见于崩漏者5例,如青霉素过敏后血崩案(122页);胎前病者2例,如习惯性流产案(111页);产后病者4例,如产后尿闭案

(113页)。现附验案,以为佐证:

剖腹产后二便闭结 王某,女,30岁。剖腹产后,腹胀气急,不能躺卧,二便闭结已3日。血色素6克,面色苍白近灰,声低息微,目不欲睁,脉扎大无伦,满腹鼓胀如小瓮,高出胸际寸余。导尿、灌肠皆无效。无矢气,按之中空。追询病史,已生3胎,均因子宫不收缩而剖腹,此系第3次。患者胀急欲死,频频要求通通大便。然腹大中空,纯属气虚不运,妄用通利是速其死也。迳投大剂补中益气汤,塞因塞用:生芪60g,红参(另炖)15g,白术30g,当归30g,柴胡、升麻、陈皮、炙草各10g,木香、沉香、油桂、砂仁各1.5g(研粉冲服),葱白3寸,生姜5片,枣10枚,2剂。二诊:药进1剂,即频转矢气,胀消、二便皆通,食纳增,乳汁下,2剂后已如常人,血色素上升至7克。嘱原方陈皮减为5克,去后四味,加元肉10克,3剂后血色素上升至10克,出院(112页)。

按 本案剖腹产后气血大虚,损伤冲任,大气既经下陷,复因下焦虚寒,二便不通。故以大剂补中益气汤升举,加油桂、沉香温下元,木香流气,葱白通阳,大气一转,病即霍然而愈。

2.3 呼吸衰竭大气陷 李可认为,大气下陷之呼吸困难,自觉气陷于脐下,病人有努力吸气状,面色苍白,神情恐惧。类似现代医学之呼吸衰竭,多见于肺心病心衰合并脑危象之前,属危急重症范围(262页),兹举其案例如下:

呼吸衰竭 封某,女,28岁。因急诊入院,主证为呼吸极度困难,似乎气息将停,危在顷刻,恐惧殊甚。气不能上达,动则喘、汗、心悸。胸透见右肺陈旧性胸膜炎。经内科给氧、抗炎治疗不能控制,

邀中医会诊。见患者呼吸迫促,讲述病情需多次换气才能勉强讲下去,并辅以手势。胸际有重压感,且阵阵刺痛,四末不温,少腹鼓凸如临产状。脉细滑无力,右不上寸,左寸极弱,苔白腻,质绛而干。追询病史,由 10 多天前因胸闷痛服中药 4 剂,因其中有瓜蒌枳实后引起,患者病久,胸际本有停痰积瘀,阻塞大气升降道路,又服开破之品,致胸中大气下陷。乃疏升陷汤合丹参饮,升举大气兼通经络瘀阻,药用:生芪、山萸肉、丹参各 30g,柴胡、升麻各 6g,桔梗 9g,红参 10g(打小块吞),檀香、降香、炙草各 10g,砂仁 5g,知母 18g。药进一煎后 1 小时,呼吸衰竭之象解除,说话不喘,走路已如常人,嘱原方连服 3 剂。三诊:患者步行来门诊,面有喜色,气短基本痊愈,如孕大肚也消失了。唯觉脐下筑筑跃动,时时有气上冲心下,则一阵心悸。古人告诫,下虚者用补中升陷,须防“提脱”。此例患者因升陷过剂,竟出现肾气浮动,冲脉不安于位的奔豚证。改投小剂奔豚汤(附子、肉桂、砂仁、沉香、山药、茯苓、泽泻、怀牛膝、人参、炙草),因舌绛加熟地 30 克,又加紫石英、龙牡各 30 克镇冲脉,2 剂。药后痊愈出院(257 页)。

李按 古人告诫,下元虚者须防“提脱”。初涉临床时以为古人臆想,不料患者因升陷过剂竟出现肾气浮动,始知中医学理,深奥玄妙,绝非臆说。可见辨证投剂,不但要恰合病机,还要见微知著,预见发展,掌握分寸。

2.4 瘧病怪症多气陷 李可认为,大气者聚于胸中,斡旋运动不息,五脏六腑出入升降各循常道,是为健康无病。此气一陷,肺失包养,肺气虚则燥,故悲伤欲哭而似

甘麦大枣汤证;心失所养,神明无主,意志失常而见酸枣仁汤证;心气虚则恐,故时觉有人跟踪;肝失大气之斡旋而见喜怒无常,震颤抽搐。其精神神经之异常,正是五脏五志之变。一切病象皆由气陷下焦,不能升举所致(258、259 页)。下面看一则瘧病案:

瘧病性截瘫 赵某,女,26 岁。因过服调经药 30 剂,突然大崩,致 7 日休克 5 次,后经中医治愈。之后体质一落千丈,经常头晕气短,站立不稳。去年冬天,流产后,将息失宜,感冒后致下肢痿软,不能下床,双足内翻,不能站立,上半身功能正常,经县医院诊为瘧病性截瘫。气短甚著,叙述病史,多次间断换气。虽已流产,少腹仍鼓凸如孕状。自觉气憋在肚脐之下,不能上达于胸,频频太息、提气。且尿频,脱肛,腰困如折,夜不成寐,食少不饥,时时悲伤欲哭。每至太阳落山,心中无端恐怖。此证由血脱而致气陷,中宫虚馁,五脏失养,日久损及先天肾气。其精神神经之异常,正是五脏五志之变,此痿症之成,与湿热、痰浊、阴虚皆无涉。从脾主四肢,肝主血,肺主气,肾为先天之本论治。升补大气,补肾益精,药用:生芪 30g,知母 18g,当归 20g,山萸肉 30g,红参(打小块吞)10g,柴胡、升麻、桔梗各 6g,小麦、百合、肾四味、龙牡各 30g,大枣 10 枚。上方连服 30 剂后,康复如初,上班工作(259 页)。

按 此证由血脱而致气陷,故以升陷汤合当归补血汤、甘麦大枣汤、肾四味加味。大气之斡旋复常,则五脏六腑出入升降循常道,五脏五志之病变亦霍然而愈。

2.5 少腹鼓凸大气陷 李可认为,少腹鼓凸是一个特殊的症状与体征,按之必空软无物。其特点是

吸气难,气升不上来;重者觉气陷于脐下,病人有努力吸气状,面色苍白,神情恐惧。类似现代医学之呼吸衰竭,属急危重症范围(262 页)。现根据其医案,归纳出辨治要领:

病因 由内伤积久而来,多见于脏器下垂、呼吸衰竭、妇科产后病、瘧病怪症等。

证候 ①呼吸困难:自觉气短,气短难续似喘(254 页);动则喘,甚则喘、汗;气怯难继,移时即经长吸一口气(257 页);或觉气憋在肚脐之下,不能上达于胸,频频太息、提气(259 页)。其特点是吸气难,气升不上来;重者自觉气陷于脐下,病人有努力吸气状,面色苍白,神情恐惧(262 页);呼吸急促,讲话需要多次换气,并辅以手势,甚则似乎气息将停,危在顷刻(256 页)。②少腹鼓凸:按之必空软无物,轻者少腹鼓凸如尿潴留状(349 页),加重依次为少腹鼓凸如 4 月胎孕状(259 页)、5 月孕状(262 页)、5~6 月胎孕状(253 页)、六月孕状(255 页)、临产状(256 页)。③脉象:多细弱,右寸尤弱(254 页)。少腹鼓凸者 13 案,而右寸尤弱者 5 例(257 页)。

处方 ①补中益气汤:生芪 30~60g,红参(打小块吞)10~15g,白术 20~30g,当归 20~30g,升麻 10g,柴胡 10g,陈皮 3~10g,炙草 10g。②参萸升陷汤:生芪 30~45g,红参(打小块吞)10~15g,山萸肉 30~90g,知母 9~18g,柴胡 4.5~6g,桔梗 4.5~6g,升麻 6g。③升陷汤合参附龙牡救逆汤:生芪 30g,柴胡 10g,桔梗 10g,升麻 10g,红参(打小块吞)10g,山萸肉 90g,附子 30~100g,龙牡各 30g,麝香 0.2g。(263 页)

加减 ①补中益气汤:气弱之

人,陈皮多去之,如胃下垂案(253页)、阴痒顽症案(262页);②升陷汤:治少腹鼓凸症,恒加红参、山萸肉;因知母苦寒滑肠,便溏或阳虚者多去之,如胃下垂案(255页)、气陷瘕病案(258页);舌绛者可用之,如呼吸衰竭案(256页)。③升陷汤合参附龙牡救逆汤:用于呼吸衰竭之危证,去知母之苦寒,加山萸肉90克,麝香0.2克,取破格救心汤之意。

鉴别 中气下陷与大气下陷:中气下陷证,多有胃肠病史,如胃下垂、子宫脱垂、脱肛,常见食入胀甚,久泻,小腹坠胀,动则喘促等,详见胃下垂、子宫脱垂案(254、257页);大气下陷证,多有肺病史,常见呼吸短促或微弱,胸闷,言语音低,讲话得多次换气,喘汗,少腹鼓凸等,详见呼吸衰竭案(256页)。中气下陷之重者,可变为大气下陷证,上则见气短难续似喘,下则少腹鼓凸如孕,按之必空软无物(254页)。

3 李可对大气下陷理论的继承与发挥

3.1 继承东垣、锡纯大气下陷理论 东垣倡导了中气下陷理论,锡纯创立了大气下陷学说。李氏认为,中气下陷与大气下陷,既有区别,又有联系,并将二者融为一体(详见上面“鉴别”论述)。补中益气汤与升陷汤各有适应证,由于补中益气汤之组成兼顾方面比较多,如脾虚、血虚,故李氏常用于内脏下垂、妇科产后病,如胃下垂案(253页)、剖腹产后二便闭结案(112页)。而升陷汤力量比较专一,故多用于大气下陷兼脱症、呼吸衰竭,如食道癌血脱案(349页)、呼吸衰竭案(256页)。

3.2 创建少腹鼓凸症辨治要领

李氏认为,少腹鼓凸是一个特殊的症状与体征,多从病人主诉得知,一般不易引起注意。中医少用腹诊,一些青年妇女又羞于启齿,故更易忽略。但临床出现频率很高,又关乎病人生死,不可轻视。凡见此症状,先从“虚”处寻根问底(262页)。李氏处在“穷乡僻壤”的县中院,而就诊的妇女又比较羞怯,其困难是可想而知的。但这病关系到生死,他也就顾不上这些了,被逼上了少腹鼓凸症攻关之路。笔者从病因、证候、处方、加减、鉴别等方面进行归纳,为急危重症的治疗又添了一笔。

3.3 对补中益气汤、升陷汤进行改良 东垣之补中益气汤,原方以3钱细末,水煎服。《方剂学》之补中益气汤,黄芪15g,白术、当归各10g,以这样的轻量,治疗大气下陷之急危重症,诚然难矣。李氏则重用生芪60g,白术、当归30g,红参15g,如剖腹产后二便闭结案(112页);气弱之人,陈皮多去之,或以木香3克代陈皮(因气陷多生寒,故以辛温之木香流气),如子宫脱垂案(258页)。

锡纯之升陷汤,原方生芪18克,而李氏则重用生芪45克,恒加红参10~15克,山萸肉30~90克,可立解其危,如产后误用开破致变案(113页);因知母苦寒滑肠,便溏或阳虚者应去之,如胃下垂案(255页)。

3.4 总结出防治提脱的用药经验 古人告诫,下虚者用补中升陷,须防“提脱”。为此,锡纯在升陷汤用法中指出,肾气浮动轻者加人参9克,山萸肉6~12克,重则加龙牡各15克,或玄参12~18克,或桂枝9克。李氏防治“提脱”分为3个层次:①预防提脱,以参萸为药对;为了防止“提脱”,恒用红参10

克补元,山萸肉30克敛肝,如大气下陷夹痰瘀案(257页)。②救脱固肾,以补骨脂、沉香、肾四味、龙牡为药对:见于肾不纳气之喘者,在参萸基础上,加补骨脂30克,沉香粉3克,鼓舞肾气,如子宫脱垂案(258页)、胃下垂案(253页);腰困如折者,加肾四味各30克,心动神摇欲脱者,加龙牡固摄,如气陷瘕病案(259页)。③降冲奔豚,以紫石英、肉桂、沉香为药对:见于奔豚者,加煅紫石英30克,肉桂、沉香粉各3克,直入肝肾,安镇冲脉,如呼吸衰竭案(257页)。

4 大气下陷的再思考

4.1 笔者对大气下陷的困惑 为了说理方便,笔者将肾不纳气之喘,称为“不纳之喘”,而把大气下陷之喘,称为“下陷之喘”。锡纯认为,不纳之喘,其剧者必然肩息,为吸气难;下陷之喘,虽然呼吸有声,必不肩息,为呼气难(38页)。李可则认为,下陷之喘为吸气难(262页)。关于下陷之喘,二者之观点则截然相反,这可把学验不精的笔者难住了。

4.2 锡纯大气下陷呼气难与气不能上达自相矛盾 锡纯认为,大气下陷为呼气难(38页)。初学中医的人都知道,肾不纳气是吸气难。有了这样一个先入为主的前提,进而去接受大气下陷是呼气难,也是顺理成章的事,再加上《医学衷中参西录》是中医史上的名著,笔者最初就很自然地站到了这一边。但锡纯一方面指出大气下陷是呼气难(即气不能下降);另一方面又反复强调大气下陷是气不能上达(690、692页)。这一“上”一“下”是自相矛盾,让人无所适从。

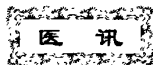
4.3 李可为什么反复提示大气下陷是吸气难 李氏在大气下陷诸

案中,呼吸困难的通常提法为气短难续似喘(254 页),移时须长吸一口气(257 页),或觉气憋在脐之下,不能上达于胸,频频太息、提气等(259 页)。只在最后一案之按语中,即一个不显眼的位置,提出“大气下陷是吸气难”的问题。由于《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》一书,有些校对上的错误,故笔者怀疑李可与锡纯这一字之差(即“吸”与“呼”),很可能是校对上的问题。但后来发现在“大气下陷是吸气难”的后面还有一句:其重者,自觉气陷于脐下,病人有

努力“吸”气状(262 页)。如果是校对上的错误,那不可能在前后两句话中,再重复一次。笔者按照这个逻辑,排除了校对问题的可能性,而反思自己是不是站“错队”了,就进一步揣摩大气下陷究竟是“呼气难”还是“吸气难”的问题。锡纯一再告诫我们,欲辨此证,可作呼气难与吸气难状,以默自体验,临证自无差谬(38 页)。笔者通过“默自体验”终于悟出:古人以形象的比喻,称肺为华盖而比作“伞”,即肺有升降功能,伞有开合

作用。肺主气,偏于胸式呼吸;肾主纳气,偏于腹式呼吸。大气下陷则横膈不能上升,即伞打不开或开不到位,表现为胸式吸气难;肾不纳气则横膈不能下降,即伞合不上或合不到位,表现为腹式吸气难。这样看来,大气下陷“呼气难”应正名为大气下陷“吸气难”。

李可研究大气下陷思路,现简要归纳如下:继承东垣、锡纯大气下陷理论,提出少腹鼓凸症辨治要领,对补中益气汤、升陷汤进行改良,总结出防治提脱的用药经验。



中医学校在世界遍地开花 凸现中国软实力

首届世界中医药教育大会 11 月 5 日在天津中医药大学举行。500 多名参会专家中有 300 多人来自国外。中医正在走向世界。

在首届世界中医药教育大会的会场内外,有两道风景让人无法忽略,一是外国人多,二是年轻面孔多。这一现象引起了卫生部副部长、国家中医药管理局局长王国强的注意。他走上演讲台说,从中可以看出世界各国“对中医药的认识、认同以及对中医药教育的需求”。

会场的肤色,让大会的主题——“中医药教育国际化”显得恰如其分。据大会执行主席、天津中医药大学校长张伯礼院士介绍,参会的有来自美、日、俄、德、法、澳、意、尼日利亚、喀麦隆等 43 个国家和地区的 300 余名境外专家,而国内代表有 200 多人。

王国强感慨地说,随着中医药走出国门的步伐明显加快,其他国家中医教育的需求,是非常大的。

“中医学是中华民族的伟大创造,是对世界医学做出的杰出贡献。它正在超越国界,为全人类的健康服务。中医药的疗效越来越受认可,越来越多的人致力于中医药的研究,越来越多的国家开展了中医药教育。”参会的俄罗斯医学科学院西伯利亚分院副院长科兹洛夫说。

王国强介绍,2005 年 10 月的统计显示,来华留学生中学习中医药的本科生为 4089 人,研究生 1198 人,进修生 2285 人,短期培训生 5000 人,占来华留学生总数的 15%。中医药仅次于汉语言,位列外国留学生首选专业的第二位。中国每年出境工作的中医药从业人员至少有 3000 人次。中国已同 90 多个国家和地区签订了含有中医药合作内容的协议。

世界中医药学会联合会教育指导委员会调研发现,20 世纪 70 年代之前,美国没有正式的中医学教育,中医学习大多采取师徒的形式。到了上个世纪 80 年代出现了小规模的中医学院,近 10 年里中医学教育迅速发展。目前,美国的中医针灸学校已经超过了 100 所。日本中医针灸学教育发展也十分迅速,以针灸学校为例,2000 年前日本针灸学校只有 26 所,到 2007 年已经达到了 83 所。

据日本私立医学院后藤学园理事长后藤修司介绍,1883 年以前中医学被日本医学教育体系排斥在外。但近 120 年之后,中医学再次被纳入医学教育体系——日本文部科学省 2001 年将中医学列为医学教育核心课程,此后的 6 年间,80 所开设医科的大学全部实施了中医学教育。

意大利国家高等卫生院的罗尼埃里·古拉博士指出:“我们已经步入了中医和西医两大体系相互尊重、相互融合的时代。”

教育部副部长章新胜说,迄今已有 100 多所专门的中医院校在世界各地应运而生。教育部愿意采取积极措施进一步扩大大中医药教育的对外开放,鼓励不同的中外合作办学模式。

——摘自《中国青年报》