

引用:周开林,武默涵,王天芳,郑燕飞.中医二便相关症的规范化研究思路与方法[J].中医导报,2025,31(6):201-204,217.

# 中医二便相关症的规范化研究思路与方法\*

周开林<sup>1</sup>,武默涵<sup>2</sup>,王天芳<sup>2</sup>,郑燕飞<sup>3</sup>

(1.北京中医药大学人文学院,北京 100029;

2.北京中医药大学中医学院,北京 100029;

3.北京中医药大学国家中医体质与治未病研究院,北京 100029)

[摘要] 中医临床信息标准化、规范化是促进中医学学科建设的基础工作。目前二便相关症在术语命名、内涵界定、症状量化标准、临床意义阐释及术语英译等方面存在规范欠佳的问题,影响了中医的临床诊疗的准确性,也不利于学术交流与国际传播。因此,有必要对中医二便相关症的术语框架和症状内涵进行进一步梳理,明确二便相关症量化评估标准,并结合古今医学知识,拓展二便相关症的临床意义,使其更加全面、符合临床实际。同时,在明确二便相关症的内涵基础上,提炼和总结出中医术语英译模式,为打造标准化中医话语体系做铺垫。

[关键词] 二便相关症;术语规范化;英译标准化

[中图分类号] R2-03 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)06-0201-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.06.039

## Research Ideas and Approaches for Standardization of Traditional Chinese Medicine Symptoms Related to Urination and Defecation

ZHOU Kailin<sup>1</sup>, WU Mohan<sup>2</sup>, WANG Tianfang<sup>2</sup>, ZHENG Yanfei<sup>3</sup>

(1.School of Humanities, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2.School of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

3.National Institute of Traditional Chinese Medicine Constitution and Preventive Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

[Abstract] Standardization and normalization of clinical information in traditional Chinese medicine (TCM) are foundational for the advancement of TCM discipline. Currently, there are problems with inadequate standardization in terms of terminology naming, connotation definition, symptom quantification standards, clinical significance interpretation, and terminology english translation related to the urination and defecation symptoms, which affects the accuracy of TCM clinical diagnosis and treatment and hinders academic exchange and international dissemination. Therefore, it is necessary to further improve the framework and connotations of symptoms related to urination and defecation, clarify quantification assessment standards for these symptoms, and expand the clinical significance of these symptoms in combination with ancient and modern medical knowledge, making them more comprehensive and consistent with clinical practice. Meanwhile, based on better understanding of the connotations of symptoms related to urination and defecation, patterns for the english translation of TCM terminology should be summarized, so as to lay the groundwork for creating a standardized system of TCM discourse.

[Keywords] symptoms related to urination and defecation; terminology standardization; standardization of english translation

\*基金项目:国家自然科学基金项目(82174389);中央高校基本科研业务费项目社科培育项目(2024-JYB-PY-010);“长江学者奖励计划”青年学者项目(Q2022235)

通信作者:郑燕飞,男,教授,研究方向为中医体质与生殖医学

中医症的规范化是建立中医药技术标准体系的重要基石。中医临床信息标准化、规范化是促进中医学学科建设、学术发展、提高中医临床诊疗水平的基础性工作。在中医临床诊疗过程中,“二便”(大小便)信息是四诊信息采集的重要组成部分,通过对二便的诊察,可了解机体内在脏腑的功能、病性的寒热虚实等,故二便相关症是中医辨证论治的依据之一。

近年来,随着中医药国际化进程的加快,中医诊疗信息的标准化与规范化问题日益凸显。虽然国内外学者在中医症的规范化研究方面已取得一定进展,但在二便相关症的研究领域仍存在诸多亟待解决的问题,如二便相关症的术语命名尚未完全统一、相关症的内涵界定不够清晰、诊断量化标准不够完善、难以进行客观评估、相关术语的英译版本不统一等,不仅影响中医临床诊疗的准确性和规范性,也在一定程度上制约了中医药的科研发展和国际化进程。因此,有必要对中医二便相关症的术语命名、内涵界定、量化标准、临床意义和英译的问题进行系统梳理,探讨其规范化研究现状,分析当前存在的问题,并提出改进的思路和方向。

### 1 二便相关症的术语规范化

中医症状术语的规范化,是中医规范化的前提,也是建立中医诊疗标准的关键。二便相关症是患者中医临床表现的重要组成部分。《伤寒论辞典》中记录了诸多二便相关症,如小便不利、小便不通、小便难、小便少、小便数、泄泻、大便难、大便硬、大便初硬后溏、燥屎等。在中医传承过程中,由于历史时期、医家学派、地域特色、语言习惯等不同,同一症状的描述各异,导致中医症状术语缺乏统一标准,症状命名不统一。二便相关症术语命名亦是如此。如便秘,西晋·王叔和在《脉经》中与便秘相关的记载有“大便坚”“大便难”“大便不利”“闭塞不通”“不得前后”“不得大小便”“闭塞不能”“经溲不利”“秘塞之病”等<sup>[1]</sup>。清·陈士铎在《石室秘录》中称便秘为“大便闭结”。泄泻的症状,在古代中医文献中的病名有“泄”“泻”“溏”“利”“痢”“肠垢”“肠澼”“肠僻”“注下”“遗尿”“遗矢”“遗粪”等<sup>[2]</sup>。小便不利的症状,在历代中医医案中称为“小便不利”“小便涩”“小便不通”“小溲不利”“小便不畅”“小便不爽”“小溲涩”“溺涩”“小水不利”“尿涩”“小溲欠利”“涇溲不利”“小便难”“关门不利”“癃闭”等,多达642种不同的描述。术语的不统一现象影响了中医临床辨证的准确性,也阻碍了中医药学术研究与交流。此外,还存在部分症状的细化程度不够的问题。李小燕<sup>[3]</sup>通过文献梳理将大便排便感异常感觉分为大便畅度、肛周局部不适、便意异常等症状,构建了大便排便感异常的症状鉴别诊断框架体系,进一步丰富了中医症状鉴别诊断学的内容。

关于症状称谓繁多和症状术语划分的问题,可在全面梳理中医诊断学教材、中医症状学代表性专著和国内外中医症状术语规范文件的基础上,提炼、归纳出反映二便相关症的本质属性的维度要素,搭建二便相关症的术语框架体系。如二便可从次、量、色、质、态、排尿(便)感等维度要素入手,通过专家论证确定各维度下的代表性症状,形成内涵明确、逻辑严谨的二便相关症的框架体系,在此框架下再进行后期的自然语言处理或人工智能自动化处理,则可事半功倍。

### 2 二便相关症内涵的规范化

中医症状具有名称多样、量度相对、描述精确度不同、取舍标准不同<sup>[4]</sup>的特点,内涵表述也存在界限模糊、概念交叉重叠的问题。《金匱要略》言“小便不利”有三层含义,一是指小便量的改变,表现为总量减少;二是指小便时的伴随症状,如溺时疼痛、灼热、小腹拘急、滴沥滞涩或闭塞不通等;三是指小便色、质的改变,常表现为尿黄、尿赤、尿浊或尿中含有砂石等<sup>[5]</sup>。中医文献资料、全国统编教材中对二便相关部分症状的描述存在内涵不清的现象,如小便黄赤内涵具体所指不明确,存在尿黄、尿淡黄、尿深黄、尿淡红、尿鲜红、尿暗红、尿黄赤、尿茶褐色等不同层次的区分;便秘的内涵和外延也不够清晰,如张仲景在《伤寒论》中关于便秘的论述主要有“不大便”“大便硬”等<sup>[6]</sup>。便秘有多重内涵,可指排便次数减少、便量减少、粪便干结、排便周期延长等;也可指周期不长,但粪质干结,排便艰难;还可以指粪质不硬,虽频有便意,但便出不畅<sup>[7]</sup>。再如中医诊断学教材中称便血为“便中带血,或便血相混,或便后滴血,或排出全为血液者”,而使血患者的大便颜色可能不发生改变,肉眼不见血色,但不排除存在潜血的可能。

对于本身具有多重属性的症状,如基于前文所提的维度要素入手对症状进行定义。如大便症状可能包含排便次数、便质、排便感等维度要素,不同维度要素的组合构成了临床常见症状(包含复合症状)。如便秘可表现为大便干结(质地),一周排便少于3次(次数)或排便无力或带不尽感(排便感)等单维度或多维度要素组合而成的类症。同时,还应结合临床实际和需求对当前二便相关症的定义欠妥之处加以修正或完善。如结合现代医学的新发现,更新便血的定义,补充“大便潜血实验呈阳性”的情况,与时俱进;对于内涵模糊、不利于临床判断的“小便不利”,“二便失司”等术语,建议不再采用<sup>[8-10]</sup>。

### 3 二便相关症的量化研究

传统的中医诊断多侧重于定性诊断,忽略对“病”或“证”严重程度的定量诊断。目前,多数症状都没有量化表述,只有少数症状加上了“微”“重”“大”“轻”等程度词,仍然难以准确量化评定症状的轻重程度。开展中医症状的量化研究,可以建立统一的量化分级标准,便于临床准确诊病和治疗。如王天芳<sup>[11]</sup>等提出可以将症状严重程度分级,采用轻、中、重对症状进行量化分级,编写、运用具有中医特色的症状评定量表,对症状的严重程度进行量化评定。临床应用,小便相关症状如少尿、无尿已有相对可衡量的标准。如对少尿和尿闭定义为“24 h内尿量少于400 mL或每小时尿量少于17 mL,称为少尿;24 h内尿量少于100 mL,或12 h内完全无尿称为无尿(或尿闭)”<sup>[12]</sup>。大便异常症状的评估也有一定的分级标准,如:董雪珂等<sup>[13]</sup>提出上消化道出血,超过50 mL时粪便呈黑色或褐色,质软有光泽,为柏油样便;王诗晗<sup>[14]</sup>采用德尔菲法专家咨询,结合患者对症状影响程度的自身感受进行前瞻性研究。对功能性便秘(热秘证)证候构成进行确定,并结合临床研究结果,提出功能性便秘(热秘证)症状量化分级标准。罗马Ⅳ标准表<sup>[15]</sup>对便秘的相关定义做出了描述,但是对便秘严重程度的评价尚不明确。目前国外使用较多的对便秘程度进行评估

的量表有Wexner便秘评分系统(Wexner量表设定了排便频率、困难或痛苦程度、腹痛、每次预排便的分钟数、排便的辅助方式、24 h尝试排便失败次数、排便的次数和便秘持续的时间共8个参数为评价指标)和KESS便秘症状评分系统(KESS量表以便秘持续时间、缓泻剂使用情况、排便频率、不成功的欲排便次数、腹痛、腹胀、灌肠或手助排便、排便时间、排便困难、排便未尽感和粪便硬度共11个参数为评价指标)。这些量表从症状的不同维度进行计分,医生可根据得分情况判断患者的便秘程度。此外,较为常见的量表还有便秘患者自评量表<sup>[16]</sup>、便秘严重程度评估量表<sup>[17]</sup>、排粪梗阻综合征评分系统<sup>[18]</sup>等。

2007年中华医学会消化病学分会胃肠动力学组和中华医学会外科学分会肛肠学组共同再次修订了《慢性便秘诊疗指南》,认为便秘的症状为:(1)硬便或干球状排便频率减少,用力排便有便意但无粪便排出或排便不尽感;(2)排便次数<3次/1周,排便量<35 g/d,或25%以上的时间排便用力;(3)全胃肠道或结肠传输时间延长。标准和指南的制定让症状的内涵更加清晰,有利于临床疾病的判断和治疗。除了对排便时间、频率进行量化,对于大便质地,也出现了更为细化的量化方法。如布里斯托大便分类法将大便形态分为七类,对大便的不同形态进行了图片展示和文字描述,依次从1型最硬的粪块到7型水样便<sup>[19]</sup>。其中,1型和2型表示有便秘,3型和4型是理想的便形,4型是最容易排便的形状,5型~7型则代表可能有腹泻。患者可以使用对应的图像和文字性的描述去确认大便的类型,提高了临床问诊效率。此外,以布鲁塞尔自由大学的VANDENPLAS Y等<sup>[20]</sup>为首的专职小组通过对成人布里斯托尔粪便硬度量表进行改良,制定了布鲁塞尔婴幼儿粪便硬度量表<sup>[21]</sup>。张昕悦等<sup>[22]</sup>比较分析了各类儿童大便评估工具,对中医二便相关症的量化具有借鉴意义。笔者认为,可适度借鉴西医二便相关症状的量化工具,并根据中医症状的特点和中医术语的使用习惯,制定出符合中医特色的二便评估量表。

#### 4 二便相关症的临床意义规范化

中医的辨证建立在望、闻、问、切的基础上。由于地域特色、医者学派不同,对同一症状的临床意义可能存在不同的理解。中诊教材对相关症状的描述相对简单,且可能存在描述不全面的情形。如小便黄赤,诊断教材多提示热证,但现代研究表明小便黄赤并非只见于热证,肺气虚弱、脾气不足、寒湿困脾、肾阳虚衰、气血大亏、痰浊内阻,均可使小便颜色黄赤<sup>[23]</sup>。刘旒等<sup>[24]</sup>通过对《伤寒论》原文的梳理,指出小便异常类症状可以揭示水液循环过程中生化、贮调、输泄等环节发生障碍的病机,丰富了小便相关症状的病理机制与诊断意义。可见,通过挖掘古籍文献可深化我们对症状临床意义的认识。

此外,教材中对二便的临床意义的描述尚存在与临床实际脱节的情况。例如大便色青,临床上通常小孩惊风会出现这个症状,但诊断学并未提及;再如大便色灰白如陶土,诊断教材多考虑肝胆气机滞闭所致的黄疸,在胆癌、胆疽、胆石、胰癌、胰胀、肝炎等病中也可见大便色灰<sup>[25-26]</sup>,因粪便缺乏粪胆素,则大便呈灰白色或陶土色<sup>[26]</sup>。对于教材中缺失的症状的临床意义,当加以补充,如大便细可能提示缺失肛门狭窄或

直肠癌。对于症状临床意义的规范化的具体思路,刘旺华等<sup>[27]</sup>认为将中西医病、证的思想结合,以中西医结合为切入点,进行主诉辨证,可以体现中医理法方药的统一性和针对性,还有利于将现代医学实验室检测指标纳入诊断范畴。可以充分挖掘古籍文献,追根溯源,并借鉴西医的实验室指标,适当拓展二便相关症的临床意义,使其更加全面、规范、符合临床实际。

#### 5 二便相关症的术语英译规范化

近三十年中医英译研究呈逐年上升趋势,内容聚焦于中医术语翻译指导思想、原则和标准、策略和方法及术语英译规范化研究<sup>[28]</sup>,术语英译和真实世界临床疾病中医症状将是未来标准化研究的重点方向<sup>[29]</sup>。1980年至今,国内外先后出版中医术语中英对照标准、中医双语词典、专著三十余部,其中比较有影响力的有《中医基本名词术语中英对照国际标准》(世界中医药学会联合会编写,2008)、全国科学技术名词审定委员会下设的中医药学名词审定委员会(全国名词委)颁布的《中医药学名词》(2010)、世界卫生组织(WHO)发布的《国际疾病分类》(ICD-11,2021)、世界卫生组织西太区颁布的International Standard Terminologies on Traditional Chinese Medicine in the Western Pacific Region(2008/2022),以及一些中医翻译大家编纂的词典,如谢竹藩编纂的《中医药常用名词术语英译》《新编汉英中医药分类词典》,方廷钰编纂的《新汉英中医学词典》和李照国编纂的《汉英双解中医临床标准术语辞典》等。这些标准和词典的出版为中医药的标准化和国际化提供了中英对照术语蓝本,对推进中医药国际化交流、信息化建设等有重要保障作用。

但不同的标准之间可能存在差异,这对于推动中医术语英译的统一和规范化造成了障碍<sup>[30]</sup>。面对中医术语英译的难题,不少学者从多个角度对此问题进行了探讨。从翻译方法角度,贺晨<sup>[31]</sup>提出“ABAB”式、“AA\_B”或“AB\_C”式、“AABC”式及“ABAB”式这四大主要结构类别的汉英对照翻译程式;从技术角度,有学者<sup>[32-35]</sup>提出构建中医汉英双语语料库等手段,实现语料检索和统计分析功能,有助于提高翻译的准确性和一致性,为中医术语英译的研究和实践提供了支持。从翻译原则方面,继李照国提出的“自然性原则、简洁性原则、民族性原则、回译性原则和规定性原则”之后,有学者<sup>[36-39]</sup>针对医学文本翻译提出了准确性、系统性、医学性及交际性等原则。梅明玉等<sup>[40]</sup>以脉象学核心术语的翻译为例,探讨了中医术语标准化翻译应遵循的思想和原则,并从翻译策略方面,提出了包括显性化翻译、差异性翻译、具象化翻译、使用多模态副文本进行深度翻译等策略,尤其采用多模态副文本的方式对抽象概念进行翻译,为中医抽象术语的翻译提供了借鉴。

尽管如此,由于中医药学是与西方医学不同的医学体系,中医药术语具备哲学性、文化性和专业性等多重属性,一词一义多译,一词多义一译,一词多义多译等现象仍然普遍存在。这不仅增加了翻译的难度,也影响了中医术语英译的标准化进程。查阅近二十年国内外中医术语标准,关于二便相关症术语的英译中,癃闭一词就有urinary retention、ischuria、dribbling and retention of urine、dribbling urinary block、retention of urine及difficulty in urination or anuria等6个版本

的翻译;小便不利有多重含义,但都被翻译为difficult urination;“不得前后”在《中医基本名词术语中英对照国际标准》中有两种译法(dysuria and constipation和incontinence of urination and defecation),给读者带来一定困扰。同时,术语英译研究方法多侧重语言层面,缺乏对中医症状术语内涵的挖掘和西医相关术语的对比研究,术语英译存在含义理解偏差和脱离临床实际等问题。因此,有必要通过专家咨询或研讨,明确翻译原则和指导理论对近年来出版的国内外各版标准中的中医二便相关症的英译版本进行全面梳理,尤其针对分歧较大或表意欠佳的翻译进行优化,为未来中医类教材、标准的编译提供参考。

## 6 小 结

中医二便相关症规范化研究已取得一定进展,但在术语命名、内涵界定、量化评估、临床意义阐释、英译等方面仍有进一步探索的空间。未来可从以下方向展开深入研究:(1)遵循科学性、系统性、简洁性、单义性和国际性原则,借鉴现代术语学理论,构建基于维度要素的二便相关症的框架体系。将此框架作为抓手,在此基础上后期可以借助生成式人工智能平台如“文心一言”等大语言模型用于术语命名实体识别<sup>[4]</sup>。(2)系统梳理中医典籍文献,明确二便相关症术语的源流演变及内涵,为规范症状定义提供依据。(3)结合文献、临床经验与统计学方法,制定具有中医特色、临床实用的二便相关症量化评估标准与量表。(4)挖掘古籍,吸收现代医学成果,对病机和症状之间的关系进行系统的梳理,拓展二便相关症的临床意义,使其更加全面、符合临床实际。(5)以研究症状术语的英译为契机,进一步提炼和总结出中医术语英译模式,为打造标准化中医话语体系做铺垫。

## 参考文献

- [1] 张海鹏.便秘病证的古今文献研究与学术源流探讨[D].北京:北京中医药大学,2008.
- [2] 杨丽,王彩霞.泄泻病名的演变[J].长春中医药大学学报,2021,37(2):262-265.
- [3] 李小燕.大便排便感异常的表现类型与鉴别诊断研究[D].南昌:江西中医药大学,2022.
- [4] 王明三.应重视症状规范化的研究[J].山东中医杂志,2008,27(5):296.
- [5] 徐伟,王利,李云海.浅议《金匱要略》之“小便不利”[J].现代中医药,2016,36(6):84-86.
- [6] 石松艳,李毅平.基于中医古籍文献浅探便秘的辨证论治思路[J].湖北中医杂志,2023,45(2):43-47.
- [7] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].3版.北京:中国中医药出版社,2012:236-237.
- [8] 朱文锋.论中医症状的规范研究[J].中医杂志,2005,46(9):649-651.
- [9] 谢蓉,王燕萍,彭丹虹,等.中医症状规范化研究[J].河南中医,2017,37(7):1144-1146.
- [10] 张启明,张振中,李檬,等.作为科技术语的中医症状的命名[J].北京中医药大学学报,2007,30(12):797-799.

- [11] 王天芳,王庆国,薛晓琳,等.中医症状规范化研究的现状与思路[J].北京中医药大学学报,2005,28(4):19-22.
- [12] 中山医学院《内科疾病鉴别诊断学》编写组.内科疾病鉴别诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1975.
- [13] 董雪珂,陈兆芳.粪便分析检测的临床意义[J].临床合理用药杂志,2014,7(11):120-121.
- [14] 王诗晗.基于临床信息、专家经验及患者感受的功能性便秘(热秘证)量化分级标准的研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2011.
- [15] MCMILLAN S C, WILLIAMS F A. Validity and reliability of the constipation assessment scale[J]. Cancer Nurs, 1989,12(3):183-188.
- [16] NERI L, CONWAY P M, BASILISCO G, et al. Confirmatory factor analysis of the Patient Assessment of Constipation-Symptoms (PAC-SYM) among patients with chronic constipation[J]. Qual Life Res,2015,24(7):1597-1605.
- [17] VARMA M G, WANG J Y, BERIAN J R, et al. The constipation severity instrument: A validated measure[J]. Dis Colon Rectum,2008,51(2):162-172.
- [18] ALTOMARE D F, SPAZZAFUMO L, RINALDI M, et al. Set-up and statistical validation of a new scoring system for obstructed defaecationsyndrome[J]. Colorectal Dis, 2008, 10(1):84-88.
- [19] HEATON K W, RADVAN J, CRIPPS H, et al. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: A prospective study[J]. Gut,1992,33(6):818-824.
- [20] VANDENPLAS Y, SZAJEWSKA H, BENNINGA M, et al. Development of the Brussels infant and toddler stool scale ('BITSS'): Protocol of the study[J]. BMJ Open, 2017,7(3):e014620.
- [21] 冯斌,郭明秋.布鲁塞尔婴幼儿粪便硬度量表(中文版)的效度评估[J].胃肠病学和肝病杂志,2021,30(12):1389-1392.
- [22] 张昕悦,王颖,杜玫洁,等.儿童大便评估工具的研究进展[J].护理学杂志,2024,39(1):125-128.
- [23] 陈为,严石林,赵琼,等.小便黄赤非热证[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(10):37-38.
- [24] 刘旋,傅延龄.基于《伤寒杂病论》小便异常类症状探析人体水液循环过程[J].中华中医药杂志,2022,37(9):5159-5163.
- [25] 黄碧群.论诊察大便的临床意义[J].中医药学刊,2006,24(11):2098-2100.
- [26] 俞纯山.尿常规检验的临床意义[J].新医学,1976,7(1):44-46.
- [27] 刘旺华,梁昊,谢梦洲,等.关于中医诊疗规范化的思考[J].中医杂志,2016,57(9):721-723,733.
- [28] 范杨阳,王天芳,董俭,等.2014年至(下转第217页)

廉”<sup>[87]</sup>，天回医简《十二经脉》作“出肩前廉”<sup>[11]</sup>。王冰注作“肩髃前廉”似更接近古本。

王冰注所引手阳明脉终点作“上夹鼻鼽”<sup>[612]</sup>（此“鼽”为“頄”之借字，指面颊颧骨），《灵枢》《太素》作“上夹鼻孔”<sup>[763][873]</sup>。黄龙祥<sup>[51311-312]</sup>据《灵枢·寒热病》“臂阳明有入鼽便齿者”，《灵枢·经筋》“手阳明之筋有‘上颊，结于頄’”，认为今本《灵枢》“上夹鼻孔”很可能是“上夹鼻鼽”之误。《阴阳》此脉终点则为“夹鼻”<sup>[110200]</sup>。

王冰注中云手少阴脉“循胸出肺”<sup>[630]</sup>，《灵枢》《太素》均无此循行。《甲乙经》及《备急千金要方》均有校语“一本作循胸出肺”<sup>[946][12]</sup>，与王冰注合。《足臂》此脉亦有“走肺”<sup>[10193]</sup>。

这些异文体现出王冰所见十二经脉文本可能存在较《太素》、今本《灵枢》《甲乙经》更接近古本的内容，而这些内容对于现存十二经脉文本的校正和补遗无疑存在着巨大价值，可通过其中的相关内容解决当前经脉文本中的一些疑问与误解，对部分经脉的循行路线作出补充，构建更加完善的经脉循行系统。

#### 4 小 结

《灵枢》之名最早见于《素问》王冰注，宋·林亿等在《素问》王冰序之“新校正”云：“《素问》外九卷，汉张仲景及西晋王叔和《脉经》只为之《九卷》，皇甫士安名为《针经》，亦专名《九卷》，杨玄操云《黄帝内经》二帙，帙各九卷。按，《隋书·经籍志》谓之《九灵》，王冰名为《灵枢》。”《九卷》《针经》《九灵》《灵枢》等不同名称体现出《灵枢》在流传过程中的复杂性。以经注经是王冰注释中最常用的方法，其注中引用了大量古本《灵枢》的内容。前文所讨论的王冰所见十二经脉循行引文无疑是对王冰所见古本《灵枢》的一种重要留存，十二经脉循行引文虽然只是其中的一部分，但也具有一定的代表性。一方面，其文本更接近于古本，对于探讨古本《灵枢》的版本面貌和文本的变化都有着重要的参考价值；另一方面，从中亦可

窥见《灵枢》历史流传过程中的版本复杂性，为《灵枢》流传史研究提供宝贵材料。关于王冰注中引用的其他《灵枢》相关内容，以及其他相关文献如《明堂》等，亦有待更全面深入的研究。

#### 参考文献

- [1] 段逸山.《素问》王冰注引用书目条数考[J].上海中医药杂志,1991,25(11):34-36,40.
- [2] 马继兴.从《素问》王注探讨《灵枢经》在唐代的三种古传本[J].天津中医学院学报,1986,5(增刊1):101-113.
- [3] 杨峰.经典注释与针灸理论传承:以《素问》杨王注比较为中心[J].辽宁中医杂志,2010,37(8):1490-1494.
- [4] 灵枢经:校勘本[M].刘衡如,校.北京:人民卫生出版社,2013:5.
- [5] 黄龙祥.经脉理论还原与重构大纲[M].北京:人民卫生出版社,2016.
- [6] 黄帝内经·素问[M].影印本.北京:人民卫生出版社,2022.
- [7] 灵枢经[M].刘更生,校注.2版.北京:中国中医药出版社,2022.
- [8] 杨上善.黄帝内经太素新校:附黄帝内经明堂[M].李云,点校.北京:学苑出版社,2007.
- [9] 皇甫谧.针灸甲乙经[M].周琦,校注.2版.北京:中国医药科技出版社,2019.
- [10] 湖南省博物馆,复旦大学出土文献与古文字研究中心.长沙马王堆汉墓简帛集成[M].北京:中华书局,2014.
- [11] 天回医简整理组.天回医简:下[M].北京:文物出版社,2022:41-46.
- [12] 孙思邈.备急千金要方校注[M].高文柱,校注.北京:学苑出版社,2016:413.

（收稿日期：2024-08-30 编辑：刘国华）

（上接第204页）2018年国内中医英译研究的文献计量与可视化分析[J].中华中医药杂志,2020,35(6):3094-3097.

- [29] 倪菲,袁东超,杨茗茜,等.基于文献计量学方法分析中医症状术语标准化研究热点和趋势[J].辽宁中医杂志,2024,51(7):44-47.
- [30] 蒋继彪.中医药术语翻译规范化再思考[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(6):1004-1007.
- [31] 贺晨.中医四字格术语的翻译程式与标准化研究[J].光明中医,2023,38(22):4476-4479.
- [32] 陈姗姗,邵英俊.基于语料库的中医药术语翻译研究与译例分析[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(53):10651-10652.
- [33] 刘成,董益敏,王小芳.基于语料库的中医脉诊术语英译规范探讨[J].中华中医药杂志,2019,34(11):5064-5068.
- [34] 王小芳,刘成.基于语料库的中医术语英译研究[J].科技视界,2019(9):215-216.
- [35] 王曦,方廷钰.现代化中医药术语英译的时代差异:基于

- 近30年辞典语料库研究[J].上海翻译,2019(5):27-32,94.
- [36] 洪梅,朱建平.中医药术语英译通则在中医病名翻译中的应用[J].中国科技术语,2022,24(3):54-61.
- [37] 李照国.论中医名词术语英译国际化的概念、原则与方法[J].中国翻译,2008,29(4):63-70,96.
- [38] 毛和荣,曹忠凯,文惠.从中医语言的特性看中医基本名词术语英译的原则[J].长春理工大学学报(社会科学版),2013,26(2):143-144.
- [39] 周恩,苏琳.中医药术语英译研究趋势、问题与展望[J].中国中西医结合杂志,2022,42(6):754-759.
- [40] 梅明玉,何燕,胡超.中医脉象学校核心术语英译标准化探析[J].中国翻译,2024,45(3):152-159.
- [41] 刘丽莉,李明,罗晓兰,等.基于自然语言处理智能技术的中医术语研究文献计量分析[J].上海中医药杂志,2024,58(7):1-6,14.

（收稿日期：2024-10-10 编辑：时格格）