CATM
中国—东盟传统医药文库

民族医药医德文化概论

黄岑汉　黄赞松　农乐颁　许世华　唐汉庆　主编

广西科学技术出版社

图书在版编目（CIP）数据

民族医药医德文化概论 / 黄岑汉等主编. —南宁：
广西科学技术出版社，2015.2
ISBN 978-7-5551-0383-7

Ⅰ. ①民… Ⅱ. ①黄… Ⅲ. ①少数民族—民族医学—
医务道德—中国 Ⅳ. ①R29②R192

中国版本图书馆CIP数据核字（2015）第031938号

民族医药医德文化概论

MINZU YIYAO YIDE WENHUA GAILUN

黄岑汉　黄赞松　农乐颁　许世华　唐汉庆　主编

责任编辑：陈勇辉　黄　璐　　责任校对：苏兰清
封面设计：韦娇林　　责任印制：韦文印

出 版 人：韦鸿学　　出版发行：广西科学技术出版社
社　　址：广西南宁市东葛路66号　　邮政编码：530022
网　　址：http://www.gxkjs.com

经　　销：全国各地新华书店
印　　刷：广西大华印刷有限公司
地　　址：广西南宁市高新区科园路62号　　邮政编码：530007
开　　本：787 mm×1092 mm　1/16
字　　数：253千字　　印　　张：15.5
版　　次：2015年2月第1版　　印　　次：2015年2月第1次印刷
书　　号：ISBN 978-7-5551-0383-7
定　　价：30.00元

版权所有　侵权必究
质量服务承诺：如发现缺页、错页、倒装等印装质量问题，可直接向本社调换。

《民族医药医德文化概论》编委会

主　编　黄岑汉　黄赞松　农乐颁　许世华　唐汉庆

副主编　张　琴　陶肖云　黄萼华　张红参　李克明
谭会恒　廖赞勇　何兰燕

编　委　窦锡彬　赵玉峰　赵秋华　劳传君　李晓华
曹　军　黄　翦　廖天宝　文建军　王文霞
林起庆

主编简介

黄岑汉，男，1959年1月出生，中国共产党党员，教授、主任医师，现任右江民族医学院党委书记，民族医药研究所所长，硕士研究生导师、广西高校重点特色学科民族医药学科学术带头人。从事中医药、民族医药研究工作。

黄赞松，男，1962年7月出生，中国共产党党员，教授、主任医师，医学硕士，硕士研究生导师，右江民族医学院研究生学院院长、消化内科学科带头人，广西消化内镜学会常委，从事消化内科的临床和基础研究工作。

农乐颁，男，1953年5月出生，教授，右江民族医学院医学伦理学研究中心主任、医院文化研究所副所长、学科带头人。担任广西高校首批精品教材《医学伦理学》副主编，参与《医学伦理学》等教材编写，主要从事思想政治教育、医学伦理学教学、医学职业道德研究工作。

许世华，男，1976年8月出生，副研究员，教育管理专业硕士学位，右江民族医学院教务处副研究员，同时任学院医学伦理学研究所主要成员、学院医院文化研究所主要成员等学术职务，主要从事高等教育管理与医德教育工作。

唐汉庆，男，1976年8月出生，副教授，医学博士学位，硕士研究生导师，担任右江民族医学院民族医药研究所副所长、民族医药人类学研究室主任、广西高校重点特色学科民族医药学科学术带头人、右江民族医学院民族医药协会专家顾问，主要从事少数民族医药及文化人类学研究和疾病的中西医结合基础研究。

前　言

少数民族传统医药是指我国少数民族在历史上创造和沿用的传统医药。少数民族传统医药蕴含着丰富的人文科学知识。少数民族医药文化与民族医德内容作为少数民族传统医药的一个有机组成部分，引入医学生的人文教育，将会有利于提高医学生的综合素质。基于此，本教材围绕“发掘少数民族医药文化，传播和弘扬民族医德思想”的研究主线，内容涵盖我国少数民族医药文化与民族医德内容，包括壮族、瑶族、苗族、藏族、傣族、回族医药文化与医德，重点总结具有浓郁本土气息的壮族、瑶族医药文化与医德思想以及我国历代的医德思想，以多学科交叉研究方法为手段，以文献和实证研究为基础，以本地区世居少数民族——壮族、瑶族民族医药文化与民族医德为重点内容，以少数民族医药文化发掘、民族医德思想弘扬为始终，以服务社会、倡导道德精神家园为价值体现，以提高医学人文素质、培养医学人才为核心任务，以提升医疗综合服务水平为最高目标。突出本土特色的壮族、瑶族民族医药文化及医德思想研究内容，为民族医德的传播和实践提供有力的载体，也为提高医学生综合素质和培养医学人才搭建平台。

本教材的编写凝聚了全体编写人员的辛勤劳动，特别感谢广西社会科学院研究员、广西伦理学会名誉会长何兆雄教授的关心和指导。

教材是培养人才和传授知识的重要工具，教材质量对人才培养有着重要的影响，要提高教材的质量，就需要不断地完善和修改教

材。尽管编者对本教材进行了反复检查和修改，但限于编者水平，本教材不可避免地存在不足或缺陷，殷切地希望各位专家、学者及使用本教材的广大师生在使用中进行检验并提出宝贵意见，为进一步修订做准备，使之成为科学性更强、教学效果更好的教学用书，以期更好地适应医学生人文素质教育发展的需要。

编者

2014 年 6 月 6 日

目录

上编　少数民族医药文化与民族医德

第一章　中国少数民族与民族传统医学 …… 3
第一节　中国少数民族 …… 3
第二节　中国少数民族传统医学 …… 6
第二章　壮族传统医药文化与壮族医德 …… 12
第一节　壮族医药发展史 …… 12
第二节　壮族医德思想 …… 15
第三节　壮族传统医药文化的生命观 …… 26
第四节　壮族传统医药文化的养生观 …… 43
第五节　壮族传统医药文化的防病观 …… 46
第六节　壮族传统医药文化的衰老观 …… 51
第七节　壮族、瑶族、苗族传统文化中的死亡观 …… 54
第八节　壮族传统医药文化的性别平等观 …… 75
第九节　壮医名家简介 …… 76
第三章　其他少数民族医药文化与医德 …… 79
第一节　瑶族医药文化与瑶族医德 …… 79
第二节　苗族医药文化与苗族医德 …… 88
第三节　藏族医药文化与藏族医德 …… 95
第四节　傣族医药文化与傣族医德 …… 99
第五节　回族医药文化与回族医德 …… 105

下编　历代医德思想论说

第一章　先秦时期医德思想…… 111
第一节　夏商周时期医德思想 …… 111
第二节　春秋时期医德思想 …… 113
第二章　秦汉时期医德思想…… 117
第一节　秦朝时期医德思想——《黄帝内经》论医德 …… 117
第二节　汉朝时期医德思想 …… 122
第三章　魏晋南北朝时期医德思想 …… 125
第一节　魏晋时期医德思想 …… 125
第二节　南北朝时期医德思想 …… 128
第四章　唐宋时期医德思想…… 132
第一节　唐朝时期医德思想——孙思邈论医德 …… 132
第二节　宋朝时期医德思想 …… 136
第五章　金元时期医德思想…… 147
第一节　金朝时期医德思想——张从正论医德 …… 147
第二节　元朝时期医德思想 …… 148
第六章　明清时期医德思想…… 153
第一节　明朝时期医德思想 …… 153
第二节　清朝时期医德思想 …… 177
第七章　近代时期医德思想…… 203
第一节　曹炳章论医德 …… 203
第二节　明清近代医士之道——“当”与“戒”集言 …… 206
附录　历代名家选录 …… 213
1. 传说中的医学人物 …… 213
2. 历代名家选录 …… 214
3. 当代医务工作者的楷模 …… 235

上编

少数民族医药文化与民族医德

第一章　中国少数民族与民族传统医学

第一节　中国少数民族

我国自古以来就是一个多民族国家。中华民族有着五千多年的悠久历史，它是由各民族先民共同努力创造出来的。中国幅员辽阔，东起黑龙江、乌苏里江的汇合点，西及新疆的帕米尔高原，南至南沙群岛曾母暗沙，居住着构成中华民族的56个民族13亿多人口。除汉族外的55个少数民族，总计人口约1.14亿人，占全国人口的8.49%。各少数民族分布在祖国的东北、西南、中南和东南地区，人口数量也相当悬殊，其中壮族、蒙古族、藏族、回族、维吾尔族、彝族、苗族、布依族、满族、朝鲜族、侗族、瑶族、土家族、哈尼族、白族等15个民族的人口超过100万，而人口数量最少的民族（10000人以下）有塔塔尔族、独龙族、赫哲族、鄂伦春族、门巴族、高山族、珞巴族。我国少数民族人口虽少，但分别居住在祖国边远的山区、高原、牧区和森林地区，居住面积占全国总面积的50%～60%。由于历史上经济、文化、政治等方面的原因，这些地区的社会经济发展较慢，但物产丰富，是国家国防的要冲部位。同时，由于多次发生的民族迁徙、朝代更迭，才造成今天各民族之间的融合交错，既有杂居，又有聚居，与汉族人民世世代代的繁衍生息有着水乳交融的密切关系。

在使用语言文字方面，55个少数民族中，具有自己独特语言文字的民族有21个，其中包括现在通用汉字的满族、回族。在这21个具有本民族文字的少数民族中，各民族文字的发展及使用水平也很悬殊，字母形式的拼音文字有藏文、朝鲜文、傣文、阿拉伯文、拉丁文、回文等。按照我国民族语言原属分类法，少数民族语分属五个语系，即汉藏语系（包括壮侗语族、藏缅语族、苗瑶语族）、南亚语系、南岛语系、阿尔泰语系和印欧语系。

语言文字的发展与各少数民族的社会经济发展密切相关，我国各少数民

族地域的社会形态、宗教信仰、经济基础和政治制度各有不同的特色，分属各个层次。1949 年以前，接近汉族地区的少数民族与汉族人民杂居，其社会形态、经济结构和政治制度大体相似，不仅有较为发达的农业经济、生产技术和生产工具，而且受近代资本主义商业发展萌芽的影响，在小工业、商业等方面也有所进步；而远离发达地区的少数民族聚居的边远牧区和山区，却依然缓慢地进行刀耕火种，处于广种薄收的原始农耕状态，如鄂伦春族、京族等长期从事单一的渔猎经济生活，藏族等则专门从事畜牧业经济。因此，在 1949 年以前，我国少数民族地区的社会结构和经济结构是复杂的，不同的社会经济形态导致不同的社会政治结构，大体划分为封建地主经济、封建农奴制、奴隶制和少数民族地区原始公社残余。由此可知，生产方式和生产关系（经济基础）与上层建筑的相互关系，决定了中国少数民族与汉族、各少数民族之间存在着明显的发展进程中诸多的差距，因此，其必然也随着诸多因素的变化而不断变化着。无论出于何种考虑，忽视或夸大民族差别，消除或强化多民族观，都将导致国内民族团结力量的削弱，同样也不符合人类社会发展的内在规律。我们应该认识到，民族差别不仅直接体现于各民族的社会经济和政治结构中，而且还深深根植于各民族的文化传统和宗教信仰中。

早在夏商时代，除居住在中原黄河流域的夏族（指在原始公社后期游徙于黄河流域的各氏族部落形成的华夏夏族）外，从甲骨文等史料记载中，当时还有游徙于淮河流域与泰山之间的“东夷”（东方各少数民族的先民）、长江流域的“三苗”（南方古代民族）、黄河与湟水之间的“羌族”（西北古代民族）和北方大漠一带的“弓柯”等与华夏先民们不断保持交往和联系。夏商西周至春秋战国时期，有关各少数民族先民活动的史料中，《史记·五帝本记》有“（舜时）南抚交趾……北山戎、发、息慎”的记载。宋代裴马因《集解》引郑玄月注解：“息慎，或谓之肃慎，东北夷。”《淮南子·原道训》有“（舜时）理三苗、朝羽民、徙裸国、纳肃慎”的记载。我们统一的多民族国家形成和发展的历史过程，就这样伴随着远古各地域、各民族、各部族的割据—统一、融合—对立的更迭变化而演绎着。春秋战国时期，由于生产力水平的发展呼唤着结束那种互不联络、相互对立的割据状态，相传周时的 1800 多“国”已经被吞并统一，形成春秋时期的“百国”，进而发展到“七雄并立”的战国时代。据史料记述，秦国合并了 12 个被称为“戎狄之国”的西方小国，楚国吞并了 40 多个南方的“蛮夷之邦”。民族的融合与局部地区的统

一，为秦王朝封建大一统的专制主义集权制国家的建立创造了基础。公元前221年，秦始皇统一中国，淮水流域的“九夷”，长江流域的“南蛮”，桂、闽、浙一带的“百越”，西北方的“诸戎”，云贵的“樊、夜郎”等各族，都作为秦王朝的下属郡、县而受其统辖。自秦以来，中华民族统一的、多民族的国家形态已经形成，在其后2000年的历史进程中，割据、对立、分裂屡屡发生，而内在的“凝聚力”令世人所瞩目和惊叹。同时，历代汉族王朝常常因边关狼烟而扰动不安，即便在“秦王扫六合”的大一统时期，北方的“匈奴”、西北的“乌孙”、东北方的“东胡”等强大的少数民族势力也没有停止过他们割据称雄的行动。汉朝统一天下后形成的“汉族”这一中华民族的主体民族，就是在各个民族的融合过程中以“华夏族”为主体，不断吸收其他民族成分而形成的。经过魏晋南北期约300年的民族大迁徙与大同化，“关中之人……戎狄居半”（《晋书·江统传》），西晋时期出现的“五胡十六国”，就是由北方和巴蜀地区的匈奴、羌、巴氐等少数民族建立的。大量少数民族入居中原，大量汉族为避兵乱战而南迁或北迁，促进民族间的影响和同化。隋唐时期重新实现封建一统天下后，中华民族的经济文化和政治的联系与发展也进入了新的阶段。659年，唐王朝统一西突厥（今新疆及中亚地区），在东北的契丹地区设立“松漠都督府”。713年，册封粟末族的首领及云南、中南等边疆地区的乌蛮、俚等各族首领，设立州、县856个，加强和巩固了封建中央一统政权与边疆地区各族的政权联系。

宋代以后，北方少数民族契丹、女真、党项、回鹘、大理政权与宋王朝割据。此后，中国历史上出现了两次少数民族迁入中原形成了统一集权国家的情况。1206年，成吉思汗率蒙古帝国统一了高昌回鹘王国、西辽、西夏、金朝、大理、吐蕃，立国号为“元”；1279年消灭了南宋赵氏政权。1636年改国号为“清”的女真满族政权，经过多年征战，1644年取代了明代朱氏政权。清王朝统一了北方的蒙古三大部，平定准噶尔部及回部、藏区的叛乱，反抗沙俄侵略，加强对黑龙江流域少数民族地区的管理，并设立台湾府县。在清代，我国从东北、蒙古、新疆、西藏至东部、南部的少数民族边疆地区，都统一在中国的版图之内。由此，中华民族几千年来的文明史告诉我们，中国的统一是由多民族共同完成并维持着的。在我国这个地大物博、人口众多并由各民族组成的大国历史上，要完全消除割据状态是十分困难的，但是统一始终是中华民族形成和发展的主要趋势。在统一—分裂—再统一的不断运

动变化中，每一次新的统一都为促进各民族经济、文化和政治制度的发展起到了重要的客观作用。我国少数民族在共同缔造统一的、多民族国家的长期历史中，对促进祖国多种经济发展和弘扬中华民族文化的形成等方面做出了巨大的贡献。史书记载的北狄匈奴的畜牧业经济传入中原，乌蛮大理一带的水利疏导工程，各少数民族的手工业，如铜、铁制造业和纺织业等，都在不同方面促进了中原经济的发展。

在促进我国文化科学发展方面，少数民族也有突出贡献。早在汉代西域于阗、龟兹等王国的少数民族就使用拼音文字，敦煌、云岗、龙门等石窟文化，广西壮族的花山崖壁画，各少数民族绚丽多彩的民族音乐、舞蹈、文学艺术都作为中华民族的共同文化遗产在不断发扬光大。历史上更记载着许多出身于少数民族的科学家对祖国科学事业做出的贡献，如元代回回人扎马鲁丁著的《万年历》，在元大都（北京）建立观像台；元代维吾尔族人鲁明善撰作《农桑衣食撮要》；清代蒙古明安图创“割圆密率捷法”都在当时具有极高的领先水平。而作为人类自身卫生保健需要的医学科学，在中国少数民族中经过萌芽、形成、发展成为各具特色的民族医药学体系，古代和现代的各少数民族医药家继承和弘扬祖国传统优秀医德，为各族人民的身心健康做出努力，不仅丰富了中华民族的传统医药学宝库，而且对促进全人类的医疗卫生保健事业发展具有极其重大的意义。

第二节　中国少数民族传统医学

一、少数民族传统医学的基本含义

每个国家、每个民族在历史上都有自己的医药创造和医药积累，形成了具有特色、丰富多彩的民族传统医药。世界卫生组织（WHO）指出：“传统医学是传统中医学、印度医学及阿拉伯医学等传统医学系统以及多种形式的民间疗法的统称。”中国的传统医学包括中医学、民族医药和民间医学三个部分。中医学是以汉文化为背景的中国古代社会的主流医学，至今具有无可争议的学术地位和社会地位，是中国传统医药的代表。民族医药是指中国少数民族的传统医药。少数民族传统医药是指我国少数民族在历史上创造和沿用

的传统医药的总称，是各少数民族人民在漫长的历史长河和生产生活实践中积累的用以防病治病的丰富医药知识和实践经验总结，为民族的繁衍及生存发展做出了重要贡献，并一直对中华民族的社会和谐和经济发展发挥着不可忽视的推动作用。民间医学是当时既无医学理论体系，又无特殊民族文化背景的民间医疗经验、单方验方、养生习俗和简易医术，这些并不一定受中医学理论指导，但也很难归属于某个民族医学。少数民族医学与中医学都是中国传统医学的组成部分，二者并非从属关系。“民族医”的概念在20世纪50年代已经出现。“民族医学”、“民族医药”则是于20世纪80年代才普遍见于正式文件中。事实上，民族医药的概念可分为广义和狭义两种，广义是指中华民族的传统医药，狭义是指中国少数民族的传统医药。

民族医学是我国少数民族传统医学的统称。它并不是一个新发现的、统一完整的、包容一切的古老医学体系，而是多种民族医学体系和经验综合在一起的一个医学类型的统称，是一个便于应用和管理而采用的定义。在历史上，各少数民族对医学的贡献是多方面的，有的民族传统医药具有其独立的医学理论体系，有的尚缺乏，至今发掘整理成文字资料的只有35个民族，其中有19个民族都有分量不等的医药专著、水平不一的临床实践记载和比较丰富的药物资源，它们包括藏族、蒙古族、维吾尔族、傣族、壮族、苗族、瑶族、彝族、侗族、土家族、朝鲜族、回族、哈萨克族、布依族、仡佬族、拉祜族、羌族、水族、京族。

《中华人民共和国宪法》规定：“国家发展医疗卫生事业，发展现代医药和我国传统医药。”民族医药是中国传统医药的组成部分，受法律的保护和政策的扶持，要求在发掘、整理、总结、提高的基础上，充分发挥其保护各民族人民健康的作用。

二、少数民族传统医学的特点

在我国55个少数民族中，每个民族医药的发生、发展都与每个民族所处的地理环境、经济和文化背景密切相关。由于历史条件和文化背景的不同，各民族的传统医药发展也不平衡，后来的继承发展状况也各不相同，不同民族的医药都有各自的特点，有的民族医药已建立了完整的医学体系，有的正在总结整理、提炼和梳理理论体系，有的仍散布在民间，口传心授给后人，而有的只留下一些医疗经验和零星的验方。但是，它们和中医学有着相似的

用药经验、医疗特点和哲学思维，其共同特点有以下三个方面。

1. 传统性

传统性主要指具有传统文化背景和历史的延续性，包含民族性的两层含义。一是指民族医药是该民族集体智慧的结晶，在该民族的医药发展过程中，某个杰出的医生确实对本民族的医学发展起到了重要的推动作用和引领作用，但随着时间的流逝，在本民族中必然会涌现出许多名医名家，总体而言，少数民族医药具有民族群体性的特点。二是民族医药根植于民族特有文化、生活习俗和宗教信仰中。如闻名于世的藏医药“曼汤”，全部是以藏民族的特色表达的，其人物、生活习俗、语言文字、绘制技术和建筑等都具有藏族的特色。

2. 地域性

由于受生活方式和疾病普及专用当地药材和草药的影响，因此形成具有独特的行医方式和用药特色。民族医药与该民族所居住区域的地理位置、气候、动植物体系和自然资源密切相关。如壮族多数居住在亚热带的大石山区，拥有丰富的药材资源；内蒙古草原广阔，常年在马背上生活的古代蒙古族人民经常发生战伤、摔伤和骨折等疾病，客观环境要求他们不断探索治疗这些疾病的方法，积累经验，因此，正骨疗法、烧灼疗法等是蒙医药的祖传良方。又如，彝族多居于金沙江两岸，该地区山谷纵横，气候多样，有“一山分四季，十里不同天”的特点，具有不同于其他地区的植被分布，用药选材独具地域特色。

3. 口承性

无民族文字的民族医药，基本上靠口述记录，然后整理加工。对口述历史和口述文化，近些年越来越受到学术界的重视。学者认为口承与书写在本质上都负载着相似的功能。联合国也非常重视口述的、非物质的和无形的文化遗产的继承问题。这说明我们在民族医药的发掘整理方面，重视和应用其口承性是完全必要、切合实际且正确的。

民族医药除具有以上三个特点外，还表现在诊断、处方、用药和非药物治疗等共性方面，特别是有些民族医学使用该民族特殊的诊断和治疗方法，是实践经验、知识与技能的统一。因此，如何理解和运用民族医药，不能以药品处方中是否含各民族地区特有的药物资源为依据来判断一种医药是不是民族医药，而是主要看该民族的文献中有没有记载，民族传统用药习惯和用药

特色，家传口授的流传方式等，并在卫生保健和治疗疾病中取得应有的效果。

三、少数民族传统医学在继承和发扬祖国医药学中的重要作用

1997 年，我国在《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中明确指出：“各民族医药是中华民族传统医药的组成部分，要努力发掘、整理、总结、提高，充分发挥其保护各族人民健康的作用。”

1. 民族医药为中华民族的繁衍和各族人民的健康做出了重大贡献

少数民族医学是我国传统医学的重要组成部分，是我国少数民族经过长期作与疾病作斗争的经验总结。由于各个民族生存的自然环境、生产方式、生活条件和疾病状况不同，其医药创造和医药成就也各有千秋。具体地说，各少数民族防病治病内容也不尽相同，所积累的经验也具有各自的优势。如壮医独具特色的诊法有目诊、甲诊、腹诊、指诊等。重视目诊是壮医诊断的显著特点之一。多年来，国家中医药管理局把壮医目诊的研究列为重点科研课题之一。壮医治法大概有 100 种，大部分均在壮族民间应用。这些方法概括起来主要分为内治法和外治法。外治法又包括药物外治和非药物外治两大类。壮医药线点灸疗法研究和壮医药物竹罐疗法研究分别获国家中医药管理局医药卫生科技进步二等奖和广西卫生厅医药卫生科技进步三等奖，在国内已有 300 多家医疗机构推广应用，并传播到西欧、北美、大洋洲部分国家及我国港澳地区。藏族人民世世代代生活在青藏高原，高寒缺氧，日照强烈，多风且气候多变，人们长期以游牧为主，肉食居多，燃料缺乏，高原病、高血压、中风、肺心病、风湿病、肠胃病、肝胆疾病病例较多，藏医药对这些疾病的治疗经验相当丰富。蒙古族人民生活在草原，逐水而居，也称“马背民族”。蒙医学全面吸收了藏医药的基本理论，并与蒙古的传统医药经验相结合，许多医学理论与藏医相似，对脑震荡和骨伤的治疗有很好的传统疗法。维医是维吾尔族人民的医学创造。早在丝绸之路繁华的年代，维医就受阿拉伯医学的影响，吸收了西域诸多民族的医药经验，如今在治疗心血管疾病、消化道疾病、男科病、白癜风等方面疗效显著。瑶医以治疗肺癌、肝癌等肿瘤和红斑狼疮著名，用的都是在广西采集的瑶药。苗族是草药知识中最丰富的民族之一，素有“三千亩药，八百单方”之称，村村寨寨几乎人人识药，户户学医，尤其对妇儿科疾病、骨伤、虫蛇伤等疾病有显著疗效。傣医历史悠久，古代《贝叶经》中就有许多用老傣文写的医药典籍，对治疗胃肠病、