

《醫方明大論十之一》 EP3.9

第三章 3.5-c 代謝不良重症—類中風（半身不遂）（十之一・p.111-112）

原檔：游老師第009堂 00:47:49 起

素材：《醫方明大論》十之一；內容為學習整理，非醫療建議。

亮點・一句話

類中風是左升右降的氣半邊閉鎖；要治的是「打通中焦、恢復升降」，不是插管氣切另闢蹊徑。（p.111-113）

c). 類中風：左升右降、半邊閉鎖

左氣不升、右氣不降，左右有一邊完全閉鎖不通就是癱瘓、半身不遂；兩邊都閉鎖，生命就完全停止。（p.111）

半身不遂的症狀表現跟腦梗出血的中風完全一樣，所以中醫稱為類中風（類似中風，但非中風）。（p.111）

醫院所見：千篇一律《併發症過世》

插管、氣切呼吸的患者躺在病床無法活動、多在昏迷，現代醫學結果千篇一律《併發症過世》。（p.111）

重症很少直接死於該症狀，多是併發症：為殺癌細胞而切除、化療、電療、標靶，也把陽氣殺光；陽氣（升降之氣）沒了，一個微小病毒就能要命。（p.111）

反省插管與氣切

三焦不通、呼吸快沒力，就插管、氣切（造口），另開一條不屬於身體的『空氣通道』——這個邏輯值得反省。（p.111-112）

不從「身體為何不能呼吸」研究治療，對原本屬於身體的機能通道失能置之不理，邏輯本身就出了問題；如同汽車破胎，該補胎卻去加一個輪子。（p.112）

引述網路醫生說法：插管與氣切

插管（氣管內插管）經口鼻、喉嚨、聲門進氣管，三種狀況需急救；插久易致口腔潰瘍、氣管狹窄、聲帶受損等併發症。（p.112）

預估用呼吸器超過 3 週以上多建議改氣切：氣管開約 2 公分口、放入 6~7 公分通氣管；氣切不適較輕、併發症較少，但沒有氣切病人可能更早離開。（p.112）

追問到底：氣為何不升降

為什麼患者不能呼吸？就是氣的升降沒有了；為什麼氣不會升降？因為三焦的氣擋住了；為什麼三焦的氣不動？因為五臟六腑到處堵塞。（p.112）

血塊堵腦幹叫腦梗塞、堵心臟動脈叫心肌梗塞；但堵在肝臟、肺臟、胃腑呢？人體大小動脈貫穿五臟六腑，會堵的位置太多。（p.112）

看不見的堵塞達 99.9%

我們不知道的堵塞可能達 99.9%；單一堵塞不易發現，只顯示腑臟「氣弱了、機能弱了」，一個接一個堵，終有一天忽然完全不通。（p.113）

身體左升右降的氣忽然半邊江山不動了，就稱為類中風。（p.113）

初期可挽回，醫療卻本末倒置

類中風初期患者，都可以透過打通中焦、疏通氣血的方法挽回。（p.113）

但醫療程序反而在插管、氣切，半身不遂的成因不投入研究——這不是本末倒置嗎？中醫通中焦、復升降方法很多，類中風患者卻多往主流醫院走。（p.113）

跨系列對照（相關節目）

素問05 陰陽應象大論（十之三 EP01-04）＝「左右者，陰陽之道路也」，正是左升右降、半邊江山的內經根據。（p.111）

素問08 靈蘭秘典論（十之三 EP24）＝「主不明則十二官危，使道閉塞而不通」，對應「五臟六腑到處堵塞」；靈樞18 營衛生會（黃帝內經系列 EP058）＝三焦氣化，三焦氣被擋即氣化斷鏈。（p.112）

醫方法門 07 台灣醫療＝對主流醫療方向「本末倒置」之批判的對照。（p.113）

收束與預告

破胎要補胎，不是加輪子；氣不通要通氣，不是接一條替代管路——治病要治在人體原本的機能上。（p.112-113）

下一集 3.5-d：帕金森氏症——腦部退化真的不可逆嗎？本書用「痰液阻塞」與生物頻率共振給出不同答案。（p.113）

《醫方明大論十之一》

EP3.9

第三章 3.5-c 代謝不良 重症－類中風

c). 類中風：左升右降、
半邊閉鎖

左氣不升、右氣不降，左
右有一邊完全閉鎖不通就
是癱瘓、半身不遂；兩邊
都閉鎖，生

半身不遂的症狀表現跟腦
梗出血的中風完全一樣，
所以中醫稱為類中風（類
似中風，但

醫院所見：千篇一律《併
發症過世》

插管、氣切呼吸的患者躺
在病床無法活動、多在昏
迷，現代醫學結果千篇一
律《併發症

重症很少直接死於該症狀
，多是併發症：為殺癌細
胞而切除、化療、電療、
標靶，也把

反省插管與氣切

三焦不通、呼吸快沒力，
就插管、氣切（造口），
另開一條不屬於身體的『
空氣通道』

不從「身體為何不能呼吸
」研究治療，對原本屬於
身體的機能通道失能置之
不理，邏輯

本集腦圖（續）



本集腦圖（續）

