

“识病寒热与遣药温清”的证治相对论原理

刘 声¹ 陈海滨¹ 刘青云²

(1 山西中医学院中西医结合医院,太原,030013; 2 山西省中医院研究生部,太原,030012)

摘要 “识病寒热与遣药温清”,历来是中医药学的经典主题。《伤寒论》与《温病学》都是研究“寒热病性与温清药性”的经典著作。但是,伤寒论与温病学的学术源流和临证有何共享原理和差异特征?尤其是“辨证论治”和“识病遣药”的证治相对论原理。目前,尚未充分了解和引起关注。研究显示,中医学、西医学对人体生命现象的认识和反映,表明人体的系统生理功能、营养能量代谢、知觉情绪行为以及健康疾病状态等,都不是连续分布和一成不变的。生命医学和生命现象,同样符合“相对论原理”和“量子力学规律”。本文重点讨论以下6方面的问题,以求阐明“相对论”与中医药学的密切关系和现实意义。

关键词 相对论/原理理论;中医药学;伤寒论;温病学;识病遣药;寒热病性;温清药性

Principle of “Differentiate Syndromes of Cold and Hot and Prescribe Accordingly” from Relativity of Syndrome and Treatment

Liu Sheng¹, Chen Haibin¹, Liu Qingyun²

(1 Shanxi Hospital of Integrated Traditional and Western Medicine, Taiyuan 030013, China; 2. Shanxi Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Taiyuan 030012, China)

Abstract Differentiating syndromes of cold and hot and prescribing accordingly has always been the classic theme of traditional Chinese medicine. Treatise on Cold Pathogenic Diseases and Science of Epidemic Febrile Disease are classics including study of syndromes of cold and hot, and different properties and distinguishing differences in academic origin and differentiation and prescriptions according to different books? However, up to now, there is not enough understanding of such aspects. Studies show that the physiological function, nutrition and energy metabolism, perception, emotion behavior and health condition of the system are not continuous and static. Life medicine and life phenomena are also consistent with the “theory of relativity” and “laws of quantum mechanics”. This paper focused on the following 6 aspects to clarify the close relationship and practical significance of “relativity” with traditional Chinese medicine.

Key Words Relativity theory; Traditional Chinese medicine; Treatise on Cold Pathogenic Diseases; Science of Epidemic Febrile Disease; Prescribing according to different syndromes; Syndromes of cold and hot; Herbs’ property

中图分类号:R222 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.02.051

“寒热证候”的辨识与“温清药性”的遣用,历来是中医药学的经典理论和证治纲领,也是辨证论治的核心内容与临证主题。无论《伤寒杂病论》还是《温病学》,都是研究“寒热病性与温清药性”的中医临床经典著作。熟读和背诵《伤寒论》与《温病学》,是开展中医临床工作的基本要求。但是,伤寒与温病的异同点何在?为什么《伤寒论》成书要比《温病学》早1500年?“寒热证候辨识与温清药性遣用”之间的关系如何?尤其中医药“证治相对论”原理的认识和意义,尚未充分认识和足够重视。本文从

以下6个方面来分析探讨。

1 相对论与中医药

相对论(Theory of Relativity)是20世纪伟大的物理学家、思想家、哲学家—阿尔伯特·爱因斯坦于1905年创立。该论文:“论动体的电动力学”发表在德国《物理学杂志》17卷^[1]。这一年,他在该杂志发表了3篇论著,就因为第3篇提出了“狭义相对论”而一鸣惊人,轰动世界。1916年他又推出了“广义相对论”。1921年获得诺贝尔物理学奖。“相对论”提出一个世纪以来,国内外已有中医学者提出“方证

基金项目:山西省卫生计生委科研课题计划项目(2014110)

作者简介:刘声(1958.07—),男,大专,主任医师,研究方向:中医肛肠病研究,E-mail:13753152716@163.com

相对”理论能够促进中医现代化发展^[2]；“方证对应”也是中医“理、法、方、药”证治体系的基石与框架^[3]。但是，“相对论”对中医药的影响和意义，并未充分阐明。试从“寒热病性与温清药性”的证治相对论原理进行阐述和论证。

1.1 相对论与阴阳学说 “时空相对论”，是把世界或宇宙的空间概念与时间节点绑定交接，聚焦而成一个“焦点”。如果把时空变化的极限确定，那么一切事物都在这个相对区间内，往返循环。在数理上，称之为“坐标系”^[4]。这与阴阳学说的基本内容相互吻合。阴阳学说，是我国古代传统文化、哲学思想与中医药实践相互结合的产物。即以阴阳的对立与统一、消长与转化的观点，从多维度认识思考和解释说明人体健康与疾病状态的发展变化及其与自然关系^[5]。而对于人体来说，阴阳、寒热的平衡，又如《素问·生气通天论》所曰：“阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝”。所以，阴阳学说所蕴含的“相对论”原理，贯穿于中医药学的各个分支以及不同层面。这是中医经典形成的基础框架和传承发展的必然选择。

1.2 相对论与整体观念 整体观念是中医认识、研究以及诊疗人体疾病的指导思想和认知法则。我国中医学把人体及各部看成是一个有机整体，并与四时气候、地土方宜、区域环境等外界因素相关。中医认为，疾病发生、演变是人体内阴阳失衡和正邪互争的结果。调理阴阳、扶正祛邪是中医基本治则，阴阳双调、正邪兼顾是整体观体现。这反映了中医对疾病的认识和诊治，也是建立在相对性的“嵌入认知”结构，强调其“相对性、互动性和不确定性”等方面的立体思维和动态理念。从科学认识的形式可以分为经验认识和理论认识2个层次。传统中医学是在经验与理论相互作用中发展的，故符合相对性的“原理理论”范畴，具有“在逻辑上完整和基础巩固”的整体观特征，也是强调“经典基础与临证实践”的对应性和统一性。这些“相对论”原理，是与西方医学基于实验还原方法的“构造性理论”和对于人体疾病认知的“绝对性概念”的不同之处。

1.3 相对论与辨证论治 “辨证论治”是中医通过四诊，收集并综合分析患者当前的各种临床资料，辨识为某种病性的证候，根据病性和治则，而组方遣药的过程。简言之，辨证论治就是“识病遣药”。证是中医识病遣药的临床依据。证治关系的核心，是证的“病性”与药的“偏性”对接，亦是用“药性”抵消“病性”。两者的关系是“大小相等，方向相反”，如

“作用力”与“反作用力”。

2 伤寒论与温病学

《伤寒杂病论》为东汉末年张仲景(150—219)所著。作为我国古代第一部中医临床经典，首开中医辨证论治先河。而吴鞠通所著《温病条辨》(1798)是明清时代有关温病学的代表作。

“伤寒与温病”自古就是我国常见的外感性和传染性疾病的总称。时至今日，两者差异应该澄清。为什么《伤寒论》成书比《温病学》要早1500年？只要还原张仲景所处的时代，就不难理解。温饱不保，饥寒交迫，路有冻死骨。可想而知伤于寒邪的疾病比比皆是。而1500年后，自然条件和社会环境发生了巨大变化，气候变暖与饮食改善。伤于温热病邪者增多，感染致病原微生物所致的“瘟疫”，也流行起来^[6]。而吴鞠通早年，在19岁时家父染病，以伤寒论治而亡，故奋起攻读医学和专研温病，创立三焦辨证，著成《温病条辨》，终成温病大家。所以，中医经典的寒热概念都具有其社会背景和历史烙印。而我们后人应当充分认清“伤寒与温病”的理论内涵，并加以区别和正确应用，切忌“食古不化”或“过度诠释”。

3 寒温知觉与寒热病性

正常情况下，人体对寒温知觉是2种不同的生理反应。这种生理体验，可以及时提醒并帮助人体趋利避害。当人体遇到寒冷气候和环境时，周身皮肤外周血管收缩、汗孔闭塞，为保持体温而减少散热。当温度低于0℃，人体御寒条件差或暴露于环境时，为增加产热必须进行活动。当寒冷持续时，人可能出现寒战。这都是为了将体能转变为热能的生理功能与代偿反应。另一方面，当人体外周血管收缩时，皮肤供血减少，反而加重了寒冷感觉。时间一长，形成冻伤。

在环境或室温达到25℃以上时，人体会产生炎热感觉，皮肤汗孔开放，皮下组织毛细血管扩张，增加散热。由于皮下血管扩张，属于动脉性供血增加，是一个主动过程，同时代谢增强，反而出现发热。

人体在四季四时，对寒温的知觉是不同的。“寒与热”的现象，在物理热力学上，是相对性的程度差别。但在人体主观体验，是性质不同。在一般情况下，头部温觉阈值，在夏天比躯体高，冬季又比躯体低。所以，了解人体寒温觉知的相对需求，不仅具有生理学意义，也有助于对寒热病性的辨识。寒热病性是指患病机体外感、内伤寒热之邪后，临床表现恶寒、畏寒、肢体逆冷、舌淡胖嫩、脉沉迟或者发热心

烦、口渴咽干、汗出溲赤、舌红脉数等寒热之象。正常知觉与寒热病性的根本区别,在于一种是一过性直觉体验,感受寒热前后没有明显变化和不适。另一种则外感风寒或风热后,不仅具有异常的寒和(或)热证,而且发病前后,有明显差别和不适。需要具备“主诉与病期”2个证候要素,才可辨识寒热病性和疾病证候^[7]。

4 外感表证与冷热应激

表证指外在浅表的病症,多是六淫邪气侵犯人体,从皮肤、经络或口鼻入侵肺卫,出现恶寒、发热、头痛、鼻塞、咽痛、咳嗽及舌淡苔薄白、脉浮紧或浮数等外感证候。一般分为表寒证和表热证。在当今,表寒证虽也是伤于寒邪的表现,却与《伤寒论》之寒,在病因、病机和病性上,有很多差别。目前,摆在中医面前的疾病,不再仅仅是伤寒或温病,我们必须与时俱进,就像张仲景当年诊治伤寒一样,运用中医理论精髓和中药核心技能,不断研究探索,解决新问题,战胜新顽疾。

寒热表证的发生,一般由外感风寒或外感风热所致。常见病因如气候突变、风雨交加、乍冷乍热、空调过度、炎热中暑以及汗出遇风等,正如《素问·评热病论》曰:“邪之所凑,其气必虚”。《素问·上古天真论》也曰:“虚邪贼风,避之有时”。所以,外感表证可因短暂冷热应激所致。

应激(Stress)一词来自物理学术语“应力”。现代医学认为,应激是生物机体在受到各种内外环境因素以及社会、心理因素刺激时,所出现的全身性非特异性适应反应,称为应激反应。把这些刺激因素,又称为应激源。根据对机体的影响程度和性质,分为生理性应激与病理性应激。根据应激源分为躯体应激和心理应激。前者为理化因素(寒冷炎热)、生物因素(微生物感染、缺血缺氧);后者为社会、心理因素。

总之,外感表证的发生,除因致病微生物感染外,还与躯体冷热应激相关。当人体的内、外环境发生变化时,机体需要及时做出反应,并逐渐调节和适应。否则,会引起应激性损害或疾病。这是生物的本能反应和共性特征。人类的应激反应,虽属于一种原始反应,但中医对应激反应与外感疾病的关系,仍存在盲区,有待探讨。

5 识病寒热的中医辨证要点与西医循证原则

内伤虚火,是慢性病常见证型,是指长期消耗,真阴亏损而引起的虚热病状。其临床特征:低热、五心烦热或午后潮热、骨蒸劳热、盗汗、口渴欲饮、舌绛

少苔、脉虚数。阴虚早期责之于肺胃;阴虚日久,累及肝肾。而实火,指机体内热邪盛极的实热证,多见心肺之火上炎、肝胆湿热、阳明腑实、胃肠热结及热结旁流等证。依据热邪所犯层次,分为气分实热、血分实热。气分热证常见高热、口渴咽干、心烦、胁痛、腹痛拒按、大便秘结、头痛汗出、舌苔黄厚及脉滑数有力。若热入血分还可见斑疹、出血、烦躁、舌绛,甚至神昏谵语等症,实热证候由轻加重的传变,常以卫、气、营、血为序。

内伤虚寒证,多是机体功能代谢减退,抵抗力降低的表现。首先要注意与外感风寒、内伤寒实的鉴别。其次不能把寒因、寒邪和寒证混为一谈。这与张仲景时代的伤寒背景不同,依据六经辨证方法,不论伤寒杂病发生什么传变,其根在寒,病性在寒。而当今疾病谱,尤其内伤杂病,已经发生变迁。比如长期贪食生冷,饮食不节、烟酒过度等,可致寒邪直中,脾胃阳虚。故见腹痛喜按,遇冷加重,大便溏薄,肢冷畏寒,面色晄白,口淡不渴,舌胖嫩有齿痕,脉沉迟。

现代医学认为,常见病高血压、心脑血管疾病和糖尿病的病理变化之一,是血管系统和血液循环的异常,即“充血”和“淤血”。充血,指组织器官因动脉供血增加引起的小动脉和毛细血管扩张,血液输入量增加的主动过程,表现局部微循环氧合血红蛋白含量增加,组织表面颜色鲜红,且因代谢增强,充血局部皮温升高^[8]。所以,可见舌红或绛,脉细数,与“内伤虚热证”表现相近。淤血,则是因静脉回流障碍,引起远端组织、器官小静脉和微血管的淤血,可见于局部或全身,这是一个被动过程。由于静脉回流障碍,动脉供血减少,组织循环氧合血红蛋白减少,还原血红蛋白增多,组织表面呈紫蓝色,又称发绀。其代谢减弱,皮温降低^[8]。见舌发绀或胖嫩,脉沉迟,与“内伤虚寒证”吻合。如果能够阐明这些慢病的中医病机,辨证论治更易操作,疗效也会提升。

在医学科技高度发达的今天,由于重症患者的监测、监护水平提高,助推了重症医学的发展,提高了重症诊治水平。不同重症的不同死因被阐明,使各种重症患者得到了应有的救治。依据国内外重症医学理论与实践的共享性和重症患者的多发性及特殊性,在我国逐步形成了系统的重症医学学科。其发展速度日新月异。由于重症患者的基础疾病不同,探讨其病理生理机制的共性特征和差异因素以及救治原则,是重症医学研究的重点方向^[9]。急危重症的救治并不局限于重症医学科,内或外科皆有

重症。所以,重症疾病是我们中西医学的“共同敌人”,必须协同作战,攻克难关。

识别重症晚期患者的寒热之象,是判断病情、评价疗效以及预测预后的重要依据。相对于不同基础疾病的重症患者,寒与热的意义也不同。重症感染患者体温保持较高(38℃)或有波动者,要比体温较低(37℃)或无波动者预后好^[10];慢性消耗性重症患者胖者比瘦者预后好;心脏重症患者瘦者比胖者预后好;胃肠衰竭患者的典型表现是大量便血,其实这是消化液丢失,应该及时给予或加强肠内营养,尤其是长时间禁食和(或)依靠肠外营养者,而不宜止血治疗。在重症晚期,由寒转热、体温波动或升高时,可能有转机。若由热转寒,但头汗出、头身湿冷,肢体厥逆,脉微欲绝往往是虚阳外越、阳气外脱之兆,预后不佳。正如《素问·热论》所言:“人之伤于寒也,则为病热,热虽甚不死;其两感于寒而病者,必不免于死”。所以,重症晚期暖休克,比冷休克预后好。

6 寒热病性与温清药性

鉴于以上所述,我们认为识病是遣药的前提,遣药又是识病的验证。就如安装工程,包括“测量”与“制作”两道工序一样,若仅测量而不制作,测量结果无法验证;只制作不测量,产品不可能符合实际尺寸。所以,“识病”与“遣药”缺一不可。因此,针对不同病性的寒证或热证患者,需要选择具有相应性能、功效的中药,配伍组方以及临证运用。

6.1 识病寒热的临床依据 寒证由外感风寒或阳气虚弱、阴气过盛而出现的寒象证候,如畏寒肢冷、头项强痛、面色苍白、腕腹冷痛、大便溏薄、小便清长频数、口淡不渴、舌淡苔白滑、脉沉迟。而热证常由温热之邪,侵入人体而致阳气亢盛、热邪郁内或热毒壅盛时,表现身大热、口渴咽痛、汗出烦躁、面红目赤、大便秘结、小便短赤以及舌红苔黄、脉洪数等证候。

由于寒热证候是处在动态变化和平衡调节之中。寒热之象往往取决于人体正邪斗争结果与阴阳盛衰消长。所以,在疾病不同阶段,寒与热具有不同的意义。一般情况下,寒热表现是可逆性的,尤其外感疾病。可见寒热消长、相互转化。正如“寒极生热,热极生寒”。常见的寒热错杂类证有:上热下寒、真寒假热、真热假寒、寒热虚实夹杂等。

6.2 遣药温清的双向调节 当今临证用药,提倡大方复治、反激逆从,寒热并用、双向调节^[11]。由于古今疾病谱发生了巨大变化,不论伤寒,还是温病,单

纯寒邪或热邪引起的外感表证,远少于寒热虚实夹杂的内伤杂病。

麻黄汤为伤寒论首方,主治头项强痛而恶寒、无汗、脉浮紧之太阳风寒表实证。其以麻黄为君,桂枝为臣,杏仁为佐,甘草为使。张仲景以其为首,可能是因太阳表实证,为一切伤寒之源或伤寒门户。因而,对“太阳表证及麻桂系列”用了大量篇幅,详细论述。充分说明麻桂等辛温发表方剂在《伤寒论》中的主导地位 and 重要作用。但是,后世医学对麻杏石甘汤用于热邪蕴肺的咳喘表证,似乎远多于麻黄汤。两者同为经方,前者辛散温通,后者清宣肺热,仅以石膏代桂枝,一味之差,差之千里。麻黄与石膏相伍,寒热并用,既宣肺清热又兼平喘。组方合理、双向调节是决定该方临证应用的先决条件。

大承气汤是张仲景主治阳明腑实和热结便秘的名方。同样,因为一派寒凉、攻伐太过,而备受冷落。临证中,人们更多运用攻补兼施或甘缓润肠之剂。此外,对于急性肠炎或痢疾的腹泻、腹痛或黏液脓血便,虽辨证大肠湿热或热毒内蕴,但不宜用一派苦寒,如白头翁汤。而应该寒温并用、气血双调和动静结合,如夏季给与藿香正气散,秋冬给予参苓白术散。

6.3 药性理论对中医理论的隐喻延伸 中药四性寒、热、温、凉、平,又称四气。传统中医认为药性的应用原则是:“疗寒以热,疗热以寒”。但目前的临证情境、患病个体和证候特征,并不是“非热即寒”或“非寒即热”那样寒热分明,一目了然。即使初步掌握“寒热病性”和“温凉药性”的鉴别要点,在短期内也无法灵活、熟练地临证运用,需要一个漫长的临证磨合期。在此期间,除了锻炼识病的“火眼金睛”外,还要由浅入深、逐步准确、精细和完整地继承药性理论和应用法则。这是一个终身学习和自我完善的过程,需要长期讲诵经典,临证努力实践,持之以恒,锲而不舍。通过一生践行,方可成为“国医大师”或“名中医”。否则,急于求成或急功近利者,那只能一辈跟师。

由于寒温药性的发现,是以寒热病性的认知结构为基础。也是先有病性,后有药性。中医的药性理论,并不是通过实验观察的微观结构或依据药材的物质属性和化学成分所确定的。无论神农尝百草,还是李时珍的《本草纲目》,都是通过宏观观察和主观体验,包括视觉、味觉、嗅觉等直观感受,对中药的自然属性建立初步认识,在此基础上针对各种证候,运用与病性相对应的中药组合进行临证实践,

逐步验证总结和归纳整理,形成了中药学理论。它与“中医经典和基础理论”之间,存在大量的“隐喻知识及延伸拓展”。比如,归经理论的形成,既是古人对药物作用规律的认识,也是中医先贤对中药临床的疗效总结^[12]。

药物归经,一是药走经络,指药物作用于人体的部位。有的指脏腑,有的入经络。二是符合脏腑生理功能和疾病传变规律。例如,阳明腑实要药芒硝,咸苦寒,具有泻下攻积,软坚清热之功,本应归大肠经,实际归胃、大肠经。我们体会原因有二,一是胃、大肠皆属阳明,二是胃为肠前之府,常见胃病及肠或肠病因胃。所以,泻下药从脾胃起始,方可增效。故大黄、槟榔、麻仁、枳实、木香等通利之品的归经,都是如此。与此相反,涩肠止泻的收涩药,如赤石脂,甘酸涩温,却归大肠、胃。可见功效不同,归经顺序也不同,这也反映了药理与病理的对应关系。

再从功效看,调理肝脾,必以肝为先,脾为后。如白芍苦酸微寒,归肝脾经,养血敛阴,柔肝止痛,平抑肝阳。其防肝伤脾原理,来源于张仲景:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的“治未病”思想的延伸^[13]。莪术、三棱、姜黄等入血气、调肝脾之品的归经,亦是如此。另一方面,归经相同,功效相近者,也要注意鉴别。如苍术与白术同归脾胃,苍术辛苦温,燥湿健脾,祛风湿;白术苦甘温,补气健脾、燥湿利水。一个燥湿健脾,主治湿邪困脾的实证;一个健脾燥湿用于脾不运化的虚证。再看党参和黄芪,均性平味甘入脾肺,一个补中益气,生津养血;一个补气升阳,利水退肿。一个用于气虚津亏,一个主治脾虚水停。两者差异,显而易见。由此可知,中药性味、归经和功效的传统认识和先后顺序,是不能随意调换和增删的。否则,歪曲原意,不伦不类。

清热药,常用于外感风热(急性期)的发热患者,以及慢性病中、早期的实火或虚热证患者。从三焦辨证角度,温病传变以“上焦—中焦—下焦”为序。知母清热泻火入气分,玄参清热凉血入血分;两者同归脾胃肾经,也符合传变规律。热病及肾,必以伤阴为标志,故用知母、玄参,既能气血双清,又可护肾养阴;若热入肺胃,犯上、中焦,则以热甚津亏为主,应选石膏、芦根清肺胃之火,生津止渴;肺胃阴虚则用沙参、麦冬;肺虚咳痰用川贝母、瓜蒌,肺热黄痰用浙贝母、桑叶、牛子等。

温热散寒药,可分为辛温解表和温里散寒。两者均用治伤于寒邪者,前者外感风寒,后者阳虚内寒。表寒证指感受风寒后,出现恶寒、发热无汗、头

项强痛、舌淡苔白、脉浮紧等。由于表寒证是外感病早期的短暂表现,病因多为一过性伤寒,容易入里或化热。所以,辛温解表、发散风寒,要及时用药,掌握时效,中病即止。恶寒无汗为表实寒,选麻黄汤;恶寒有汗为营卫不和表虚寒,用桂枝汤。而温里散寒可分为温中散寒,如干姜、小茴香等;回阳救逆,如附子;补火助阳,如肉桂。三者兼具,协同配伍。

总之,无论中医辨证,还是中药组方,都要“经典至意深心,临证详察形候,用药纤毫勿失”。

6.4 中医药治疗目标和疗效评价指标 《素问·至真要大论》中“寒者热之,热者寒之”的治则,是识病遣药的一般法则。体现在“为寒者雪中送炭,为热者釜底抽薪”的人文理念和医德守则。然而,却忽视了医术。也就是“不识寒热,何以温清?”中医临证常见误区,是认为“冬天都是风寒感冒;夏天均是外感风热”。其实,中医六淫病因辨证,对寒热之邪的认知判断和鉴别要点是:“至而不至,不至而至”。也就是该寒的时候不冷,则是风热侵袭;不该寒的时候很冷,就是风寒外感。这体现了中医辨证论治的自然辨证法核心思想和基本观念。另一方面,由于社会发展和疾病谱变迁,这一经典法则已不适应当前的临床实际。其教条、刻板以及局限的原始认识和落后理念,如“刻舟求剑”一样,阻碍了中医药学的传承和发展。

目前,中医药疗效判定与评价标准的西化,导致其治疗目标与评价指标间相互脱节的矛盾,因为中医药疗效评价指标的微观化、客观化,恰是中医药的短板,比如寒战患者却体温升高,重症患者却体温较低;再如大便燥结和脾虚泄泻,何为热,何为寒?其实稀便温度高于干便,等等。因此,作为经验医学和应用技术的中医药,要实现和保障临床有效性,也就是在一定的自然和社会环境中,用于实现“证治输入集与治疗目标集”之间有向转换的可操作系统。只要掌握“输入与输出”2个关键,也就是“证治相对论”原理,就可达到中医药治疗目标。没有必要过度追究在人体“黑箱”内,发生了什么。此外,还应当吸取“汉字输入与计算机科学”中西合璧的成功经验,不断开展中医药规范标准和评价体系的前瞻研究,通过机制和制度创新,驱动中医学学术繁荣和中药临证拓展^[14-15]。

综上所述,从“病性寒热”与“药性温清”的相对性逻辑关系中,发现“识病与遣药”的对应关系,是实现和提高中医药临床有效性的核心原理。疾病早

(下接第499页)

- 球中医药,2016,9(5):596-598.
- [10]王三虎.燥湿相混致癌论[J].山东中医杂志,2005,24(1):3-5.
- [11]吴晴,汪海东,王庆其.胃癌从湿论治的现代理解[J].中华中医药杂志,2016,31(3):797-801.
- [12]张霆.肺癌从痰湿治疗探析[J].黑龙江中医药,2006,35(6):21-22.
- [13]杨晓蕾,杨超,张钦婷,等.恶性肿瘤患者中医体质类型相关研究[J].辽宁中医药大学学报,2015,14(8):164-166.
- [14]杨必安,逄保忠.四种中医体质偏颇与肿瘤筛查及其康复的关联性研究[J].中医杂志,2010,51(S2):169.
- [15]封颖璐,李露嘉,叶勇,等.军队离退休人员恶性肿瘤与体质的关联性[J].解放军医院管理杂志,2013,20(6):557-559.
- [16]王永洲.“大三焦”理论解读[J].中医药导报,2016,22(10):1-5.
- [17]聂坚,楚更五,张建英,等.论三焦形质[J].河南中医,2013,33(5):803-805.
- [18]童武兰,张珑琼,欧云娜,等.论三焦的“三腔”解剖定位[J].光明中医,2015,30(2):361-362.
- [19]王雪华,于越.三焦形质及其功能的现代研究[J].天津中医学院学报,2005,24(1):34-37.
- [20]李伟然,林晓峰.叶天士三焦辨证治湿浅述[J].江苏中医药,2015,47(3):15-16.
- [21]储开博,何丽清.三焦与内脏血液循环有关[J].国医论坛,2002,17(3):49-50.
- [22]封银曼,尚焱昌.试论三焦的微循环实质[J].河南中医,1993,13(3):102-103.
- [23]卢芳,匡海学,刘树民.诠释“中医之水”——水、湿、痰、饮的内涵及治疗理论[J].世界中医药,2015,10(12):1813-1818.
- [24]王邈.贾英杰从三焦辨证论治肺癌经验[J].吉林中医药,2010,30(12):1024-1025.
- [25]林红,阮善明,郑丽萍,等.沈敏鹤从三焦辨治肿瘤临床经验[J].上海中医药杂志,2011,45(7):10-12.
- [26]黄金昶.肿瘤的三焦辨治点滴经验[C].2008中国中医药肿瘤大会暨全国中医药名医学术思想研究大会论文集,2008:85-86.
- [27]李向宇.三焦治则用于恶性肿瘤浅谈[J].中医临床研究,2010,2(21):62-62.
- [28]施仁潮.《外感温热篇》“邪留三焦”浅议[J].湖南中医学院学报,1987,7(2):12-13.
- [29]刘祥树.张觉人教授治疗脑病的学术思想和临床经验[D].武汉:湖北中医药大学,2008.
- [30]马超.张觉人教授治疗疑难脑病临床经验探讨[D].武汉:湖北中医药大学,2011.
- [31]熊大经.“调和脾胃”法在耳鼻喉科中的运用[J].中医耳鼻喉科学研究,2008,7(3):15-17.
- [32]刘喜明.路志正教授调理脾胃学术思想研究之五(上)——路志正教授调理脾胃的理论核心——“调升降”[J].世界中西医结合杂志,2012,7(1):5-9.
- [33]刘喜明,路洁,苏凤哲,等.路志正教授调理脾胃治疗疑难病证的学术思想研究之三——路志正教授调理脾胃的理论核心“持中央,运四旁”[J].世界中西医结合杂志,2010,5(6):471-473,475.

(2016-10-12 收稿 责任编辑:王明)

(上接第494页)

期有热象,是疾病发生的信号;重症晚期有寒象,预示病情危重。阴虚证常见于慢病,是一个慢性消耗过程;亡阳是生命垂危的表现,是一个急性衰竭过程。前者可养阴清热,但后者必须回阳救逆,补元固脱。总体来说,中医临床必须掌握:“辨证论治”的核心技术,也就是“病性与药性”的对立统一和“证治相对论”原理。

参考文献

- [1]爱因斯坦.狭义与广义相对论浅说[M].北京:北京大学出版社,2011:5.
- [2]金丽.循证医学视野下吉益东洞“方证相对”与中医现代化[J].中医杂志,2012,53(21):920-922.
- [3]张鑫蕾,王町囡,孙燕.泻心汤类方及其衍化方演化规律中的“方-证要素对应”思想探究[J].世界中医药,2018,13(3):754-758.
- [4]王磊,冀敏.医学物理学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:92-109.
- [5]王彦晖,王玉洁.论“阴平阳秘”的多维度认识及其应用[J].中华中医药杂志,2017,32(3):907-910.

- [6]余怡然,谢朵丽,林晨,等.张仲景与吴鞠通湿病治法各异的原因分析[J].中医杂志,2017,58(13):1163-1165.
- [7]刘旺华,周小青,曹泽标,等.构建“主诉—证素”诊病辨证体系的思路探讨[J].中华中医药杂志,2017,32(1):29-33.
- [8]陈杰,周桥.病理学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2015:54-58.
- [9]刘声,陈海滨,刘青云.多学科协作诊疗模式在肛肠急重症分级诊疗中的应用分析[J].中国肛肠病杂志,2018,38(9):18-21.
- [10]刘声,温世华,杨剑,等.急性重症肛周感染31例临床分析[J].中国肛肠病杂志,2016,36(9):11-14.
- [11]王云辉,于河,郑子安,等.浅析温病初起辛温与寒凉配伍应用的发展规律[J].北京中医药大学学报,2018,41(5):357-361.
- [12]黄璐明,唐仕欢.中药归经理论的概念渊源和内涵探析[J].中医杂志,2009,50(8):680-682.
- [13]黄建波,张光霁.论“治未病”理论体系建设[J].中华中医药杂志,2017,32(3):911-914.
- [14]林雪娟,朱龙,杨敏,等.中医药临床疗效评价参数及其分类[J].中医杂志,2016,57(2):91-95.
- [15]常凯,付文娇.中医药标准推广应用策略研究[J].中华中医药杂志,2017,32(3):1156-1158.

(2017-12-01 收稿 责任编辑:张雄杰)