

中西医结合视角下《伤寒论》“六经病篇”提要*

陈腾飞¹ 汤 阳² 刘清泉^{1△}

(1.首都医科大学附属北京中医医院,北京 100010;2.北京中医药大学,北京 100027)

中图分类号:R2-52 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2024)04-0713-05

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.04.040

【摘要】“六经病篇”构成了《伤寒论》之主体内容,笔者结合ICU中西医结合救治重症感染性疾病、新发突发传染病等的临床经验体会,认为“六经病篇”是多种感染性疾病诊疗经验之整合。太阳病篇论述了各类外感病初期发汗法及禁忌证,以及发汗后基础病种加重等变证之应对;阳明病篇论述了外感病中“发热、汗出、恶热”为主之病症,并详论了下法之应用时机、力度、禁忌等,旁及阳明中寒病、谷疸病等;少阳病篇之意义在于后世医家之发挥和推广;太阴病篇主要叙述了具有自限性的急性胃肠炎;少阴病篇主要论述了表现为中医“寒邪直中”和“伏气温病”之重症感染,亦涉及了较多之“下利”;厥阴病篇论述了表现为“热深厥深”之感染性休克,亦涉及病情危重之“下利”。

【关键词】 六经病 重症感染 中西医结合 《伤寒论》

Summary of “Six Meridian Diseases” in Treatise on Cold Pathogenic Diseases from the Perspective of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Chen Tengfei, Tang Yang, Liu Qingquan. Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China.

【Abstract】 The “Six Meridian Diseases” constitutes the main content of Treatise on Cold Pathogenic Diseases. Based on the clinical experience of integrated traditional Chinese and western medicine in the treatment of severe infectious diseases and emerging infectious diseases in ICU, the author believes that the “Six Meridian Diseases” is the integration of the diagnosis and treatment experience of various infectious diseases. The chapter on “Taiyang disease” discusses different types of diaphoresis and contraindications in the initial stage of various external diseases, as well as the response to the aggravation of underlying diseases after diaphoresis; the chapter on “Yangming disease” discusses the diseases with main symptoms of “fever, sweating, and malignant heat”, and elaborates in detail the timing, strength, and contraindications of the application, as well as the cold disease and dietary jaundice in Yangming disease; the significance of the chapter on “Shaoyang disease” lies in the play and promotion of later generations of doctors; the chapter on “Taiyin disease” mainly describes the self-limiting acute gastroenteritis; and the chapter on “Shaoyin disease” mainly discusses severe infections with the manifestations of “direct attack of cold pathogen” and “warm disease of latent pathogenic qi” in traditional Chinese medicine, as well as some parts of “diarrhea syndrome”; the chapter on “Jueyin syndrome disease” discusses septic shock that manifests itself as “fever and syncope”, and also involves “diarrhea syndrome” of critical illness.

【Key words】 “Six Meridian Diseases”; Severe infection; Integrated traditional Chinese and western medicine; Cold Pathogenic Diseases

《伤寒论》是我国首部理法方药完备,理论联系实际的临床经典著作,得到历代医家推崇,注解著作颇丰。然考其注解多为发挥,力求还原张仲景及其著作原始面貌尚缺乏。《伤寒论》原序载仲景因宗族感染疫病死亡众多,故发愤而撰《伤寒论》。理解仲景面对的疾病和患者群体应是读懂原著的关键。笔者在ICU从事中西医结合危重症救治工作,曾救治大量重症感染

患者,并参与新冠肺炎、登革热、流感等急性传染病的医疗工作,并于发热门诊接诊大量各类发热患者,以上案例实与仲景患者群体接近,故重新研读《伤寒论》亦有诸多新的理解。《伤寒论》之“六经病篇”基本实现了张仲景诊疗感染性疾病的经验整编,但医者很难超越时代之局限性,每个时代之医家都会面临其所处时代之疾病谱和患者群,对于疾病之救治和总结,永远在路上。为了更好地完成我们这个时代外感病诊疗经验之系统整理,有必要重新认识张仲景之“六经病篇”。

以宋本《伤寒论》为例,其主体内容由“辨太阳病脉

* 基金项目:北京市属医院科研培育计划项目(PZ2018018);

北京市医院管理中心青年人才培养“青苗”计划(QML20231007)

△通信作者

证并治上第五”至“辨厥阴病脉证并治第十二”构成(以下简称“六经病篇”)。“六经病篇”条文数目差异巨大,且篇中条文并非均是仅围绕伤寒病论述,有诸多看似不同的条文归为同一篇中,对于此现象,尚缺乏医家深入论述。诸多医家尝试从当今的传染病视角,寻找一种明确的疾病如流行性出血、肠伤寒等^[1-3],以期破解张仲景《伤寒论》之“六经病”。张仲景序言中所述之“伤寒”固是一种病原体明确的烈性传染病,待仲景勤求古训参与救治之时,该病恐已结束流行或死亡率已显著降低,故其对医治“伤寒”经验亦不会太丰富,推测仲景所述之疾病亦非以此病为主。再从传染病学之发展来看,即便当今医学高度发达,临床医生如不借助实验室微生物培养,亦很难准确鉴别症状类似之传染病,仲景时代更不可能准确识别出一种疾病并围绕其撰写专著,钱潢《伤寒溯源集》云“盖仲景以外邪之感,受本难知,发则可辨,因发知受,有阴经阳经之不同”,即中医的病因学本质上是以病患的表现总结而辨,其受狭义邪气、患者状态、治疗方法等多种因素共同影响极为复杂,故“六经病篇”必是多种感染性疾病诊疗经验之整合,期间又夹杂有基础病、不恰当治疗所致的“变证”“坏证”。笔者拟从中西医结合新视角,对于仲景“六经病篇”进行还原分析,研究提要如下。

1 太阳病篇提要

太阳病篇分上、中、下三篇,计178条,为《伤寒论》中主要篇章。综观太阳病篇,主要论述了以下2方面的问题。

1.1 太阳病(即各类外感病初期,包括慢性基础病患者罹患外感)的发汗方法及禁忌证 《伤寒论》第1条“太阳之为病,脉浮,头项强痛而恶寒”对于“太阳病”做出了定义,凡是符合此定义者均属于本病,可参考本病治疗方案。“太阳病”可通俗地理解为“外感病初期综合征”,诸多感染性疾病在发病1~2 d内都表现为太阳病,表现出脉浮、怕冷、周身疼痛不适、发热等非特异性的症状。无论是从中医角度来诊断的伤寒病、中风病、温病等,还是从西医学角度诊断的肺炎、流感、严重急性呼吸综合征(SARS)、新型冠状病毒肺炎(COVID-19)等,都会在患者发病早期表现为“太阳病”,因此“太阳病”涵盖的病种非常广泛,患者群体也最多,这是不同于其他五经病之处。因为病种广泛、群体庞大,遇到的基础病患者亦多。对于不同的基础病要采用不同的治疗方法,如“喘家”之太阳病需要采用桂枝汤发汗,加厚朴、杏仁降气平喘;或如“亡血家”“衄家”不可发汗,仲景对此充分论述,亦反映此在当时临床中颇为常见。同时导致太阳病篇篇幅最长。

1.2 太阳病汗后未愈,出现纷繁复杂变证的应对方法 虽然诸多感染性疾病初期均表现为“太阳病”,大

多数患者感染后均为轻症患者,经过“发汗”治疗可达到病势顿挫而逐渐自愈之效果。但仍有部分患者经“发汗”治疗并未诱导自愈,病势仍在进展,则在后续“五经病篇”中论述;而基础病比较严重者,因此次“太阳病”导致原有基础病显著加重,此时治疗就要转而兼顾基础病,故其仍在太阳病篇范畴论述;还有一种不可忽视的为“误治”,即无论在医学如何昌明之年代,医者之医疗水平均存在差异性,误治不可避免。与慢性疾病相较,早期、急性的病症更易出现误治,故其群体最庞大,变化最为多端,而又不具明显六经特征,因其多由“太阳病”误治而来,故亦在太阳病篇论述。徐灵胎《伤寒论类方·序》言“盖因误治之后,变症错杂,必无循经现症之理。当时著书,亦不过随症立方,本无一定之次序也”^[4]。可见前贤亦多认识及此。

2 阳明病篇提要

阳明病篇为179至262条,篇幅仅次于太阳病,排第2位。主要叙述了3方面的问题。

2.1 外感病中出现的,以“发热、汗出、恶热”为主的一组病症(既可见于发病初期,也可见于疾病进展期)

《伤寒论》第180条“阳明之为病,胃家实是也”,此被后世医家视为阳明病篇之“提纲证”,即定义,但诸多医家提出了补充意见,如赵洪钧^[5]认为“阳明病”定义应为“发热,汗出,不恶寒,胃不和”。综观阳明病篇,论述最多的是“热邪弥漫,热邪进而可与燥屎内结,更加消耗津液”的一种病理过程,诸多感染性疾病在“太阳病”时未能治愈,病邪炽盛,正邪交争剧烈即会出现发热更高、汗出而热不减、怕热等症状,即182条之“阳明外证”“身热、汗自出,不恶寒,反恶热”。病情的进展被仲景视为“传变”,即传到了“阳明病”。此即《伤寒论》第179条论述的“阳明病”产生之原因中的其二,由“太阳病”“少阳病”传变而来,其三的“正阳阳明”即本次感染性疾病,一发病就表现出了大热、怕热、汗出热不退,即发病则为“阳明病”,此类患者在临床中亦时常遇到。

2.2 如何使用通下法治疗阳明病,包括方药的选用、通下时机的选择、通下力度的把握以及禁下之证 此部分是阳明病篇之核心内容,当热邪与燥屎互结进一步会耗伤津液,使疾病进入恶性循环而垂危。陆九芝^[6]《〈伤寒论〉阳明病释》云“其生其死,不过浹辰之间。即日用对病真方,尚恐不及,而可药不中病,溷此中焦危急之候乎?”患者罹患阳明病,很快面临饮食俱废,津液乏源,而持续存在之热邪与燥屎相混不断耗伤津液,很容易转变为危重症,如“循衣摸床”“谵语如见鬼状”等危象均在阳明病篇。在西医输液疗法普及之前,只有清热之法和泻下之法,而采用大黄、芒硝、枳实、厚朴等泻下是“背水一战”,因泻下本身就极其耗伤津液。因此仲景需要反复鉴别诊断,从诸多细节判断

患者是否可以采用下法,以使患者的医疗获益最大、副作用最小。此处之论述,构成了阳明病篇最核心之内容。

2.3 偶述外感病中夹杂的、非通下法可治的消化系统病症,如阳明中寒病、谷疸病等 “阳明病”突出“阳明”部位受病,在感染性疾病中,实热证故为其常,但亦有非热证,如湿热证、寒湿证存在,此为临床复杂现象之真实体现,有因下法后大热已去而寒湿显露,若对此缺乏重视,疗效必然受限。故仲景在“阳明病”篇亦对此进行了论述,列出吴茱萸汤、五苓散、栀子柏皮汤等。

3 少阳病篇提要

少阳病篇为263至272条,共10条,以篇幅论,在“六经病篇”中排名第5,仅比太阴病篇多2条,有1条涉及方证,即小柴胡汤方。必须承认的是,“少阳病”和“小柴胡汤”在后世治疗外感病及内科杂病治疗中地位极高、应用极广,以下结合条文对此现象进行研究。

3.1 “少阳病”崇高临床地位 第263条“少阳之为病,口苦、咽干、目眩也”为“少阳病”之提纲,但后世诸多医家均认为尚需补充,如刘绍武、余无言认为应补上“胸中烦热,寒热往来,小便黄赤”“胸胁苦满”^[7-8]。但即便补齐少阳病之提纲证,亦难以解释“少阳病”在临床中之崇高地位。“少阳病”的地位,首先是中医认识疾病之“正邪观”所决定,既然感染性疾病的全程是“正气”与“邪气”之交争,则从逻辑分类来看必应分出“正胜邪却”“正衰邪盛”“正邪相持”3种状态。《伤寒论》第97条所述小柴胡汤证之病机有“血弱气尽,腠理开,邪气因入,与正气相搏,结于胁下”之语,恰好描绘出了“正邪相持”的中间状态,小柴胡汤与“少阳病”之高度绑定,使得“少阳病”成为“正邪相持”这一中间状态之代名词,如祝味菊所云“少阳伤寒,人体对于伤寒之邪,其抵抗之力,持续不济,未能长相继也”^[1]。其次“少阳”部位之广泛性亦决定了“少阳病”之地位,“六经病”即“六经”之部位受病,“少阳”之部位在于胸胁、膜系,与肝胆、淋巴系统等密切相关,足少阳胆经分布区域最广,故其临床病理意义亦突出。此外,少阳与“枢机”“气机”之绑定,使得“少阳病”在内科杂病中被广泛重视^[9]。

3.2 小柴胡汤临床广泛应用 小柴胡汤为《伤寒论》文本中“少阳病”的唯一主方,“少阳病”既在临床中意义重大,本方自然因此而被重视,正如刘渡舟所言^[9]“若能领悟少阳为枢之奥义,掌握小柴胡汤解郁利枢的作用,反复实践,逐渐体会,即可以执柴胡剂而治百病,起沉疴,去顽疾。因此说,小柴胡汤擅开肝胆之郁,故能推动气机而使六腑通畅,五脏安和,阴阳平衡,气血谐和,其功甚捷,而其治又甚妙。无麻桂而能发汗,无硝黄而能通便,无苓术而能利水,无常山、草果而能治

疟。所谓不迹其形而独治其因,郁开气活,其病可愈”。但小柴胡汤在临床中,广泛应用于外感病、内科杂病,成为超越名义“经方群方之冠”的桂枝汤,成为实质的“经方群方之冠”,尚需从方剂本身进行认识。小柴胡汤寥寥7味药物,却包含了寒、热、补、泻之性,临床之疾病单纯者少,而寒热虚实错杂者多,小柴胡汤照顾最为全面,此为小柴胡汤能被广泛应用之物质基础。

4 太阴病篇提要

太阴病篇为273至280条,共计8条,在“六经病篇”中篇幅最短。《伤寒论》273条云“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利亦甚,时腹自痛,若下之,必胸下结硬”,此为“太阴病”定义。从“提纲证”中难看出感染性疾病痕迹,故有医家将此篇归为内科杂病,如陆渊雷认为^[11]“至于太阴,虽有误治少阳而致者,然大多数为独立之原发病,此则当属杂病,根本不属于伤寒”,“盖伤寒阴证,本只少阴一种,必欲成六经之数而分为三阴……太阴既是杂病,则伤寒之部不得不略耳”。

笔者结合发热门诊和肠道门诊大量诊疗经验,认为太阴病篇是特殊群体的外感病。其非常吻合于发病率高且具有自限性的“急性胃肠炎”。某些群体易反复出现“急性胃肠炎”,多可自愈。第278条云“至七八日,虽暴烦下利日十余行,必自止,以脾家实,腐秽当去故也”。医家辨析本条多认为脾阳来复,正邪交争。此乃据词解析。脾阳因何而复?为何至七八日?当虑仲景所载或为其当时病例所现,经验之得其病急、而可自愈,更符合自限性的“急性胃肠炎”特征。此类群体罹患其他感染性疾病,也容易出现腹满腹痛腹泻,尤其是稍用寒凉、泻下药物,导致279条所云“本太阳病,医反下之,因而腹满时痛者,属太阴也”。由急性胃肠炎入手,则对于太阴病篇所推荐之桂枝汤、桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤很易理解。但须知急性胃肠炎的症状在不同患者表现有异,在中医诊疗中亦有差异,如以发热恶寒为突出症状而不以下利为突出症状者,则属于32条“太阳与阳明合病,必自下利,葛根汤主之”;如以下利灼热为突出症状而不恶寒,则属于第277条“太阳与少阳合病,自下利者,与黄芩汤”;若以“自利不渴”手足不温为主,则又可参考太阴病篇277条“以其脏有寒故也,当温之,宜服四逆辈”。

5 少阴病篇提要

少阴病篇为281至325条,篇中各条所述病症轻重程度差异巨大,病程由1~8 d不等,各条病症之预后完全不同。从各条所述之症状来看,无法用“患者体质不同”或一种“具体疾病”所出现的各种变证来解析。《伤寒论》第281条“少阴之为病,脉微细,但欲寐”是为提纲证,看似简单之病症,实则蕴含了危症之先兆——神志改变与循环改变。至今重症医学领域对于危重症之

各种预警评分,均涵盖“神志”和“血压”两项。少阴病是以“脉微细”“但欲寐”“手足不温”(“下利”也常见,但非必见症)为初起症状的疾病的汇总,主要包含了后世所说的“寒邪直中”(伤寒)病,以及少量的“伏气温病”。

5.1 寒邪直中 “寒邪直中”亦即伤寒学中所述之“少阴寒化证”,平素正气虚弱之人,感受外邪后很少出现恶寒、高热等阳性症状体征,反而表现为严重的恶寒、低体温,神清淡漠,嗜卧,一般辛温发汗方法治疗无效,必须使用附子、细辛等温阳散寒才能取效,如第304、305条附子汤证,316条真武汤证。一般医家在临床中常遇到的即所谓之“阳虚感冒”,但笔者在临床中亦常见到老年患者之胆系、肺系重症感染,起病即表现为低体温、WBC降低、意识差,往往预后极差。如果积极治疗后,能转为高热、WBC、CRP等炎性指标升高,则有转为“厥阴病”之趋势,预后稍佳。

5.2 伏气温病 “伏气温病”,即感染性疾病发病现手足冷、嗜卧、脉微细、数日后,变为以发热、口干、烦热为主(其实是转为厥阴病范畴了),此是未经医疗干预,自行转为发热者,阳气尚存,如303条黄连阿胶汤证、320至322条之少阴三急下证,此与伤寒学所谓之“少阴热化证”近。后世温病学家,提出“伏气温病”是对于少阴病篇的完善补充,如伏气温病集大成之作——柳宝诒之《温热逢源》即围绕“伏温少阴”发挥而成^[12]。《伤寒论》第7条“病有发热恶寒者,发于阳也;无热恶寒者,发于阴也”,此开宗明义,将感染性疾病的发病类型分为了“发于阳”和“发于阴”两者,“发于阳者”患者正气充沛,多表现出三阳病特点,治疗易;“发于阴者”患者正气虚衰,多发病即为三阴病范畴,易引起死亡。故仲景极其重视,302条“少阴病,得之二三日,麻黄附子甘草汤,微发汗,以二三日无证,故微发之”,意在早期干预扶正透邪之意。

5.3 少阴下利 下利虽非少阴病必见症状,但却贯穿了少阴病篇始终。少阴病篇之下利可分为3类。1)因阳气虚衰不能固摄之下利,表现为完谷不化,以后世所说的“寒邪直中”病较为常见,此类较好理解,如314条白通汤证,316条真武汤证。2)因严重感染出现的胃肠道反应(感染灶不一定在胃肠),后世称之为“漏底伤寒”,此类常见于“伏气温病”,少阴病篇有少量涉及,更多在厥阴病篇。3)一小部分为“痢疾”等感染性腹泻。少阴病下利严重脱水,也会由手足不温进而发展为“四逆”“厥逆”。

6 厥阴病篇提要

厥阴病篇为326至381条,各类条文的危重程度各异,实因构成厥阴病篇疾病种类的混杂性使然,也因此造成了“千古疑难厥阴病”之局面。

《伤寒论》原貌中厥阴病篇到底有多少条文,实难考证。有一种说法是,“厥阴病篇”原本只有4条,即326至329条,在厥阴病篇后还有一专篇“厥利呕哕病篇”,如《伤寒论》的另一种版本《金匱玉函经》即保留此种篇章分布^[13],钱超尘先生亦赞同此种排列。钱超尘先生指出,宋林亿校正本《伤寒论》,在厥阴病篇名下有“厥利呕哕附”一行小字,自从成无己《注解伤寒论》起便将此行小字遗漏^[14]。按照钱超尘教授认可的篇章分布,确实可以使厥阴病篇脱却“千古疑难”之局,但《伤寒论》体系之完整性,以及其在危重症救治中的指导意义,则会显著降低,因此种排列将使重症感染性疾病中常见的“热深厥深”状态(即感染性休克,现在ICU统称脓毒症休克)排除在了六经病之外。因此,笔者较赞成现在通行的“宋版《伤寒论》厥阴病篇”的排列内容。

笔者结合临床感染性休克救治体会以为,厥阴病之本意是论述“热深厥深”的病症,但在目前通行的“厥阴病篇”中纳入的疾病可以分为3类。1)在发病初以手足厥冷为主,但很快出现以发热为主,或手足厥冷与发热并见的症状,主要为后世所说的“伏气温病”,如354条“伤寒发热,下利至甚,厥不止者,死,此类病证仲景并未给出太多方剂。2)夹杂了一部分慢性的手足厥冷证(不是继发于感染性疾病的),如338条之蛔厥、脏厥,340条之冷结膀胱关元等。3)严重的下利病症,因在无法静脉补液支持的时代,严重下利是引起厥逆的重要原因。但目前厥阴病篇保留的“下利”,以重症感染性疾病伴随之下利为主,又区分为两类,其一是感染性腹泻,便脓血、里急后重为其主要特征,如334条“伤寒先厥后发热,下利必自止……若不止,必便脓血”,371条“热利,下重者,白头翁汤主之”;其二是重症感染继发胃肠功能障碍出现之下利,即后世所谓“漏底伤寒”,348条“发热而厥,七日内利者为难治”此类患者危重预后差。有医家对于“漏底伤寒”论述正可借以理解此类厥阴病^[15],”有人于此,初起一二日,身发大热;至三四日,热甚而为焦渴烦躁;至五六日,躁甚而至于四肢忽然厥冷,甚则过于肘膝;厥甚则神情烦躁者,至此转为呆钝。当此之时,设大便忽尔泄泻如注,甚则纯下清水……似为三阴虚寒之证……乃巧立漏底伤寒之名。证情如此,无经验之医必以为非救逆回阳不足以挽回……以为九死一生,回春无计矣。不知所谓漏底伤寒者,大多为热结旁流之证”。

厥阴病篇尚遗漏了一大类“热深厥深”之疾病,即感染性疾病起初不严重,但经过十余日迁延或误治而不断进展,最终变为“热深厥深”以至厥脱者,此类可看作由太阳病一步步传变而来之厥阴病。但此缺陷被后世温病学者所补充完善。

(下转第720页)

- [8] ROMBEAU JL, TAKALA J. Summary of round table conference: gut dysfunction in critical illness [J]. Intensive Care Med, 1997, 23(4):476-479.
- [9] DEITCH EA. Gut-origin sepsis: evolution of a concept [J]. Surgeon, 2012, 10(6):350-356.
- [10] 罗许, 尹文, 张魁. 血液微循环监测在脓毒性休克患者救治中的应用价值及现实问题[J]. 中国急救医学, 2022, 42(6):531-535.
- [11] 吴以岭. 络病学[M]. 北京:中国科学技术出版社, 2004:23.
- [12] 叶天士, 苏礼, 整理等. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:178.
- [13] 刘清泉. 中医急诊学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016.
- [14] 吴有性, 海陵. 温疫论[M]. 李顺保, 校注. 北京:学苑出版社, 2003:14.
- [15] 叶天士, 薛生白. 温热论[M]. 李顺保, 点校. 北京:学苑出版社, 2013:17.
- [16] 吴塘. 南京中医药大学温病学教研室整理. 温病条辨[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:64.
- [17] 神农本草经[M]. 森立之重辑. 上海:科技卫生出版社, 1959:11.
- [18] 张志聪. 本草崇原[M]. 刘小平, 点校. 北京:中国中医药出版社, 1992:72.
- [19] 李爱军, 苗进昌, 王鑫, 等. 大黄对肠源性脓毒症大鼠发病机制的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(31):3434-3438.
- [20] 胡莉芸, 谭佳颖, 沈隽, 等. 大黄素对盲肠结扎穿孔脓毒症大鼠模型各器官氧化应激与炎症反应的保护作用[J]. 临床与病理杂志, 2019, 39(7):1388-1395.
- [21] WANG Q, BIE YL, WANG D, et al. effects of dandelion polysaccharide on IL-6/STAT3 signaling pathway in ulcerative colitis rats [J]. Zhongguo Ying Yong Sheng Li Xue Za Zhi, 2017, 33(5):422-425.
- [22] 李晓潇, 黎璇, 黄继杰, 等. 丹皮-蒲公英及其配伍对慢性应激小鼠胃肠动力的影响[J]. 右江医学, 2021, 49(4):246-249.
- [23] 汪昂, 王德群, 张珂, 等. 本草备要[M]. 北京:中国中医药出版社, 2009:121.
- [24] 朱君瑶, 史忠亮, 郭力恒. 川芎嗪治疗脓毒症的机制研究进展综述[J]. 中国中医急症, 2019, 28(10):1864-1867.
- [25] 杨清鑫, 吕红君, 王小博, 等. 基于整合药理学平台的桂枝-白芍药对抗脓毒症的分子机制研究[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(13):2691-2700.
- [26] 中国医师协会急诊医师分会, 中国研究型医院学会休克与脓毒症专业委员会. 中国脓毒症/脓毒性休克急诊治疗指南(2018)[J]. 临床急诊杂志, 2018, 19(9):567-588.

(收稿日期 2023-11-26)

(上接第716页)

7 结 语

六经病篇看似完整的外表之下,实则每病之间并不能成为一贯之体系,太阳病未能自愈或治愈,固然可进展为阳明病、少阳病,但绝难成为三阴病,除非经过反复多次的强烈误治,使得正气严重损耗。三阴病中之太阴病更多是论述自限性的胃肠感染,而少阴病和厥阴病篇则涵盖了另一种发病类型——发病即为危重症,其进展尚缓者在少阴病,其进展急速者则传为厥阴病,后世温病之“伏气温病”“伏邪”发病,即是对于张仲景少阴病篇、厥阴病篇之完美补充。

我们所处的时代,外感病(包括急慢性感染性、传染性疾病的)诊疗亦有其不同于仲景时代之特点。笔者因工作经历原因,经手大量感染性疾病之诊疗,如何进行经验之总结、理论之提升,以构建符合当今时代特点之“中医外感病学”,是我们亟待解决的问题。为了将此项工作做好,势必回归经典,剖析经典之所以成为经典之缘由,方能使当下的研究得到“源头活水”,聊赘数辞以为结语,期诸同道共勉!

参 考 文 献

- [1] 祝味菊, 陈苏生原, 陈嘉彬, 等. 伤寒质难[M]. 北京:人民军医出版社, 2007:97-208.
- [2] 张再良. 伤寒卒病新解[M]. 北京:科学出版社, 2014:197-274.
- [3] 郑玉娇, 赵林华, 苟筱雯, 等. 论“伤寒”其病[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(2):80-82.
- [4] 徐大椿. 伤寒论类方·伤寒约编[M]. 北京:学苑出版社, 2015.
- [5] 赵洪钧, 马堪温. 伤寒论新解[M]. 北京:学苑出版社, 2019:97.
- [6] 陆懋修. 陆懋修医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 1999:143.
- [7] 刘绍武. 伤寒论阐释[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2010:126.
- [8] 余无言. 伤寒论新义[M]. 福州:福建科学技术出版社, 2014:173.
- [9] 刘渡舟, 姜元安. 经方临证指南[M]. 天津:天津科学技术出版社, 1993:87-89.
- [11] 陆渊雷, 鲍艳举, 花宝金, 等. 伤寒论今释[M]. 北京:学苑出版社, 2008:369-377.
- [12] 裘吉生. 三三医书·温热逢源[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:7-40.
- [13] 张仲景, 王叔和. 金匱玉函经[M]. 北京:学苑出版社, 2005:57-62.
- [14] 钱超尘. 伤寒论文献通考[M]. 北京:学苑出版社, 1993:268.
- [15] 俞根初. 重订通俗伤寒论[M]. 北京:中国中医药出版社, 2011:309-310.

(收稿日期 2023-10-22)