

# 中医“证”的探析

● 陈学勤<sup>1</sup> 李灿东<sup>2</sup>▲

**摘要** 本文从健康状态、症/征/症候、病、证等概念的内涵外延及相互关系讨论临床目标的不同境界,指出“证”是中医临床的核心特色,探讨了“证”的归纳指导作用及辨证的方法、难点和现状,同时探讨了证素辨证的优势和亟需完善之处。

**关键词** 中医 临床目标 证 证素 辨证

中医临床面对的最大难题之一,就是面对纷繁复杂的各类临床问题时,如何理出一套富有针对性的理法方药。进一步而言,如何体现出中医特性化优势,有别于头痛治头、脚痛治脚的简单治“症”,或者中药降压、降糖、降脂之类西化的治“征”,甚至还不仅仅满足于某些方、法治某个“病”,希望从根本上寻求“阴平阳秘”的健康之道。其中的枢机窍,究竟在何处?目标又在何处?本文围绕上述问题,从“证”探析如下。

## 1 临床目标的不同境界

厘清中医语境下的健康、症/征/症候、病、证的不同概念,方能梳理中医与西医有同有异的临床着眼点和诊治目的,发挥出中医治疗的特色优势。

### 1.1 健康状态的中医阐释 医疗

▲**通讯作者** 李灿东,男,教授,博士研究生导师。为国家级精品课程和国家级教学团队负责人,中华中医药学会中医健康科普首席专家,担任新世纪全国中医药院校创新教材《中医诊断临床模拟训练》、《中医误诊学》主编及十二五国家级规划教材《中医诊断学》主编。E-mail fjzylcd@126.com

●**作者单位** 1. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009);2. 福建中医药大学(350122)

的目的是最大程度地追求健康。健康是人和自然、社会协调,人体自身阴阳动态平衡的结果。疾病的根本原因为阴阳失和,诊断的关键是辨别阴阳的状态,调整状态使阴阳平衡。中医治疗及养生康复的核心则是恢复阴阳自和的过程与能力<sup>[1]</sup>。

状态是指在人体生命过程中,脏腑、经络、气血作出与内外因素作用相适应的调整,从而形成的生命态,是对生命时序连续过程的概括<sup>[1]</sup>。人体的阴阳自和能力对状态形成起着重要作用,因此状态不是一成不变的,是客观的、动态变化的。根据中医理论,按照健康水平的不同可将人体状态分为未病态、欲病态、已病态3种反映整体健康的状态<sup>[2]</sup>。未病态是指在各种刺激下,人体通过阴阳的自我调整,处于“阴平阳秘”状态,即维持脏腑、经络、气血等的功能正常;已病态是指

外在刺激或者人体内应激超过了阴阳的调节能力,处于“阴阳失衡”状态,即脏腑、经络、气血等功能出现了偏颇;欲病态则是介于未病态和已病态之间的状态<sup>[3]</sup>。

**1.2 症/征/症候、病、证的不同概念** 中医临床主要针对“阴阳失衡”的已病态和欲病态,以求通过各种治疗手段达到未病态的健康状态。其切入的着眼点,是单的几个症状体征,或者是以“病”为提纲的规律化的系列症状体征,还是利用一定的系统化知识整理过的疾病信息组合,决定着医者的目标和所能达到的高度。

**1.2.1 症/征/症候** 中医通过四诊的方式采集与疾病发生发展相关的信息,包括患者自我感觉,如头痛、口苦等,以及医生采集的信息,如面黄、谵语、舌红、滑脉等,这些都统称为“症”<sup>[3]</sup>。因此“症”主要包括“症状”及“体征”两部分。严格而言,中医学只有症(或症状)的概念,没有体征的概念。症候的“候”是证的外候,候是特定证的表现,是按一定原则、规律组合的症<sup>[4]</sup>。此外,中医学还十分注重环境气候、社

会心理等因素的影响,将其视为健康状态的表征,或称为“候”,也作为诊断疾病或状态辨识的依据之一<sup>[3]</sup>。中医学历来主张“四诊合参”,四诊资料中除中观参数外,还强调宏观参数(天、地、时)等,作为临床辨证的依据。而随着科技水平提高,微观参数也成为中医四诊的延伸<sup>[5]</sup>。各种检查检验的指标异常(微观参数)是一种特殊的表征参数,也可看作中医四诊的延伸,归入“征”乃或“症”的范畴,具有稳定性、敏感性、客观性、可量化等优点。这是中医不断与时俱进的需求,尤其是在无症可辨,或不可缺少这些重要指标的情况下,比如内脏肿瘤的大小、血压波动、冠脉狭窄程度的变化、内分泌代谢指标的异常、乙肝的免疫学异常等。一些指标经大量研究,已经有了中医学角度的独特认识,比如尿蛋白,基本性质为“精微物质”;中性粒细胞比例和c反应蛋白等炎症指标上升,多数属于“热”、“毒”范畴。这同传统意义上的某个症状的发生如腰痛、水肿,有着类似的意义,不必要固步自封完全摒弃。所谓的“微观辨证”、“隐性辨证”,实质上是单症辨证或主次症辨证。中医诊疗既要充分考虑到这些指标,又要超越简单的线性思维。

1.2.2 病 中医将疾病定义为“在病因作用和正虚邪凑的条件下,体内出现的具有一定发展规律的邪正交争、阴阳失调的全部演变过程,具体表现为若干特定的症状和各阶段相应的证候”<sup>[2]</sup>。西医对疾病定义随着对疾病认识水平的提高和疾病本身发展变化而有所变化。它是指在一定条件下,机体与外界环境间的协调发生障碍,由病因与机体相互作用产生的损伤与抗损伤斗争的有规律过程,体内产生一系列功能、

代谢及形态改变,临床上出现不同的症状与体征。所以,广义地说,中医和西医对疾病的认识有一定的共性,都有内外因素交争的过程,均可表现出一定的症状及体征。但中医的病与西医的病仍然是两个不同的概念<sup>[5]</sup>。正如任应秋氏所言,“西医所称的病,大多数是取决于病原体,或者就某种特殊病变的病灶,或者就生理上的某种特殊变化而命名,是比较具体的,必须取决于物理诊断及实验诊断”,“中医的病,或与病因的性质而命名,或与突出的症状而命名,或从病机的所在而命名”<sup>[6]</sup>。比如“痹病”、“郁病”、“消渴”就是比较典型的中医病名。

在疾病的理解与定义上,中医与西医有明显差异。西医注重结构,中医注重功能。中医从状态、功能看疾病,是因各种条件动态变化的;西医从病理看疾病,疾病是相对静止的,相关治疗也“经得起重复”。中医注重个性化治疗,西医则是循证治疗。治疗原则上中医以“和”为出发点,重视整体效应,把机体是否恢复平衡为最终的痊愈标准;西医则以“对抗”为主,注重检测指标、影像学依据的正常范围。目前国内病证结合的研究上仍然有以西医之病套中医之病,以固定证型划分疾病,用西医的方法研究中医的现象,例如“肺结核就是肺癆”、“糖尿病就是消渴”等,忽略了中医的内在逻辑和经验特色<sup>[5]</sup>。

1.2.3 证 证是对特定阶段的病位、病性等病理状态的概括,一种病理状态,也是一个过程<sup>[1]</sup>。证不是症或病,或单纯理解为某一汤证,也不等同于简单堆砌或组合若干症状,而是具有高度的概括性和机动性。中医辨证的思维过程,是指在中医学理论的指导下,通过四诊采集机体在特定病理阶段的信息,对

症或称状态表征等错综复杂的疾病现象进行综合分析,对病位、病性等证素作出判断,然后形成完整证名,形成一个概括病情的诊断以及治疗原则<sup>[7]</sup>。

辨证思维是中医诊疗体系的重要特色。据证立法是中医学辨证论治的核心。证是中医治疗的依据和疗效的保障。以症为据,审证求机,这是辨证时不能变更的原则。

1.2.4 相互关系 许多研究人员选择了西医的“病”为研究对象,对其进行证、证的分布或辨证分型等研究。虽然不同个体、不同阶段的证是动态变化的,但同一种疾病有着共性病理特点,因此这些研究可为把握疾病的本质和辨病论治提供参考依据。比如气阴两虚是糖尿病中医基本病理特点;痰湿是代谢综合征基本病理;肾虚肝郁是围绝经期综合征的基本病理;脾虚湿胜是泄泻的基本病理等。

研究并明确不同疾病的基本病理特点,是中医辨病治疗的核心,为疾病的干预和治疗提供依据。由于个体体质差异和疾病的复杂性,新病久病,疾病传变与进退等因素的影响,虽然同一疾病有相同的基本病理特点,但在不同个体和不同疾病阶段表现出的证候特点不同。因此一种疾病可以分为几种常见证型,在不同的证型中夹杂着相同的病理特点。例如:冠心病的基本病理特点为心脉痹阻,贯穿于冠心病发生发展全过程。临床上可分为气滞、血瘀、阳虚、痰阻、寒凝等几类证型,不同的证型组中均夹杂着不同程度的血瘀病理变化。在诊治疾病的过程中,不同病理特点的兼杂关系是不能回避的<sup>[8]</sup>。但是仅仅在病的基础上研究证型,不免形成“公式化”,失去整体观念的靈魂。

病、证都是对于临床资料的系

统整合,其内在归纳演绎的逻辑和导出的方法都不一样,各有特色和不足。近世在施今墨、姜春华等大家的推动下,辨病和辨证相结合逐步得到广泛认可。“片面强调辨病,丢掉了辨证论治,则失掉了中医的灵魂。如果无视现代科学对病的研究,则中医学临床疗效得不到提高,中医学学术得不到发展。”<sup>[9]</sup>中医的病也是融汇理法方药和各家经验的宝库,病和证的体系完全可以互参互补,有机统一。这一点,张仲景早在《伤寒杂病论》中,以每一篇篇名“辨某某病脉证并治”提纲挈领地给我们指明了方向。

由于中医辨证的精神,较之于辨病遗失尤甚,特别是现代医学主要是由病出发的医学体系,容易让医者先入为主关注辨病,故强调辨证,在当代更加凸显其重要性。

## 2 辨证的意义和难点

**2.1 “证”的归纳指导作用** 证无疑是中医最重要的理论和临床工具之一。钱学森曾指出:“中医辨证论治的‘证’,用系统科学的语言来说,就是功能状态。辨证是指辨别病人的功能状态,然后开药,用药物使病人从不正常的病态调整到正常的功能状态,也就是健康的功能状态。”<sup>[10]</sup>证的实质是立足于中医理论的病机概括,适用于疾病所处的某一特定阶段,通过在外“症/证”和“候”观察到,并指向治疗和预后。《吕氏春秋·慎大览·察今》云:“病万变,药亦万变。”而证就是连接在变化的病和药之间的重要桥梁,“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。

### 2.2 “证”是中医临床的核心特色

中医临床没有证的指导,治疗的目标是孤立的、缺乏内在逻辑的。假若如此,中药方剂和各种治疗手段的应用,就“目无全牛”,形

同“中药西用”或者“废医存药”,中医的精气神也就荡然无存。有别于“病”的体系,证的体系是横向于各个病种之间的一种内在联系,又纵向于病的整个或部分病程,这一点,现代医学系统并无确切的相对应的概念。

**2.3 辨证的方法** 中医在辨证过程中除了运用归纳、演绎、分析、类比、反证综合等逻辑思维方法,还应用了粗略的综合定性判断和定量估计,以及模糊数学、非线性理论等系统思维方法。周仲瑛总结了辨证的方法:识主症,抓特点,分真假,明缓急,观动静,考虑影响因素(辨证的素材、能力、思维方法、表达),值得借鉴<sup>[11]</sup>。历代总结出的八纲辨证、脏腑辨证、病因辨证、六经辨证、三焦辨证、卫气营血辨证等等,均有一定的适用范畴。

**2.4 辨证的难点和现状** 周仲瑛梳理了证的五性:特异性、可变性、交叉性、夹杂性、非典型性<sup>[11]</sup>,所以辨证往往难以把握其准确性。可以说,当代中医最容易踏入的误区,也是中医最难让初学者把握的,就是如何归纳“证”。叶天士云:“近之医者,茫无定识,假兼备以倖中,借和平以藏拙,甚至朝用一方,晚易一剂,而无定见。盖病有见证,有变证,有转证,必灼见其初终转变,胸有成竹,而后施之以方,否则以药治药,实以人试药也。”目前诸多的辨证研究主要采用国家标准、行业学会标准或教科书标准。但各标准不统一并且有局限性,因此辨证标准的应用反而成为制约证研究的瓶颈。比如:针对某一疾病的中医证或证候的分析研究文献可多达成百上千篇,但报道的研究结果却大相径庭,这主要与辨证标准选择合理性、参数(数据)采集质量或分析评价标准

中存在差异有关。各种标准在制定过程中,由于四诊信息不可靠,或者中医思维的偏差或缺失,甚至套用西医思维模式,忽略了证的基本特征,将证当成“病”一样研究,直接影响了辨证结果的正确性<sup>[5]</sup>。

## 3 证素辨证的优势

朱文锋提出了证素辨证模型,其核心思想主要为“根据证候,辨别证素,组成证名”<sup>[12]</sup>。这一理论符合传统中医诊断的思维规律,不仅简化了问题,同时兼顾证的兼杂等现象,达到了执简驭繁的目的。它整合涵盖了既往各种辨证方法的实质,以证素(即病位、病性2个要素)对临床上复杂多样和变动状态下的证候进行概括,再以证素组合构成证名。虽然病位、病性证素各仅20~30余项左右,但互相组合构成的证名则难以统计(中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语-证候部分》(GB/T 6751.2-1997)所列证名800条)。由于每个症状对证素而言有不同的诊断价值,故选择600种常见症状作为辨证依据,用分值的方法将每个症状对某个证素的贡献度进行界定,当贡献度之和达到或超过100的时候证素诊断成立,只要有病情资料即可辨证诊断。这种辨证模式既有规律可循,又符合辨证实际,纲领性强、适用性广,临床又容易掌握,充分体现中医辨证的圆机活法。

**3.1 标准化的应用规范** 标准化是中医现代化不可回避的时代发展要求,大到中医药融入医疗支付体系,乃至走向世界,小到中医初学者和基层的推广应用,建立以“病”和“证”为核心的标准体系是当务之急。鉴于长期以来证候分型、证的确认标准的混乱,势必要建立起一套能整合各家意见的应

用规范。有统计近 20 年中医证候规范研究 7 种书籍中,常见的证候多达 1700 余种,其统一表述的名称不足 10%。证素跳出单病的框架,由博返约,提炼共性,避免名目过繁、交叉重叠等弱点,由非线性过渡到线形,最大程度覆盖已有的经验体系,较易为各方接受。实质上,张仲景也是中医标准化的应用规范第一人。张仲景的卓越贡献,主要在于以“六经”作为外感病和杂病的辨证纲领,实现辨证论治体系的典型化与规范化<sup>[13]</sup>。自此,中医的理论和临床水平获得极大的提升。汉·王符《潜夫论·赞学》言:“譬犹巧倕之为规矩准绳以遗后工也。”只有定下规范,讨论总结个体经验、推动学科整体发展、报道特例等才有前提条件。

### 3.2 易学易用的量化操作系统

通过对常见证候简化提炼来“降维”,通过组合、交叉来“升阶”<sup>[14]</sup>,中医辨证既能不离经叛道,又不绳趋尺步,以简驭繁,达到原则和机动的统一。简化的中医名词和可量化的积分,也易学易用。疾病具备病因、病位、病性、病势、正邪关系等特点,并达到一定的度时称之为“证”。“证”的形成是一个过程,在其形成之前存在着某种病理变化趋势,因此“证”可分为“前证”和“显证”。在“证”形成之后,大多数患者有一定的临床表现(候),一部分患者的临床表现不明显,因此可分为有候之“显证”和无候之“潜证”。前证—潜证—显证,在症状、体征和病理程度上都有差异,临床上单一的证极其少见,多数为证的相兼错杂,比如:显证与潜证并见、已然证与前证兼见。传统的中医辨证方法很难对证的模糊性和兼夹问题进行鉴别,但借助证素辨证的原理和方法,根据中医证素积分数值的高低对其进行判断<sup>[8]</sup>,简练地解

决了辨证的重要难点。

**3.3 兼容开放的系统空间** 传统的辨证方法多种多样,提出融合各种辨证体系的医家也不在少数。如沈凤阁提出的“脏腑气血辨证系统”<sup>[15]</sup>,方药中提出“脏腑经络定位,风火湿燥寒表里气血虚实阴阳毒十四字定性”<sup>[16]</sup>均是先声。但是要论兼容性,证素辨证超过前者。证素的归纳,也不是固定不变的,是一个开放的源代码。新的中医理论,比如“络”,也可以重新评估后纳入。新发的疾病,如 SARS、H<sub>7</sub>N<sub>9</sub>、流感,其临床症状,通过证素辨证可以总结其诊治规律;如果有新的特异性的“症”或者“征”,通过经验总结,也可以较容易地纳入对应的证素。另外,证素辨证的方法可以延伸到其它应用,展现了其良好的方法学优势。比如:人的体质、生理特点、病理特点等状态都不能用证进行描述,但可以通过通过识读外部的表征信息来实现。因此,体质和欲病状态的辨识,可以应用证素辨证的方法,建立辨证的数学模型,使状态表征和要素的描述更加客观化,从而对状态的判断也更加客观、准确<sup>[17]</sup>。

## 4 证素辨证的待解决问题

证素辨证是近年逐渐形成的新观点,不可避免地在不断完善之中,有不少问题亟需解决。比如某些病位证素,如膏肓、募原、血室、清窍等,其含义自古就有争论,从患者症状到确定为该病位就有不少困难。有些中医名词,如伏邪,病性和病位的含义均存在,并难以从症中提炼确认,无形中就极度边缘化。有些概念,如证候的“气血两燔”,六经辨证中的六经含义,需要进一步说明才能纳入证素辨证体系。方证相对(方剂辨证)如何

整合到证素辨证体系中来,也还有大量的工作。此外,证素辨证大多是分析患者临床四诊资料,对理化检查等归类判断的较少。因此,如果没有可辨的外候,即使存在明显的病理变化,仍属于中医“潜证”范畴,可进行试验性治疗。比如无症状人群体检尿常规结果为红细胞++,或尿蛋白+等,这些不正常的理化指标其实也是机体病变的反映,也属于状态表征,怎样赋予它们一个中医证的含义需要进行深入研究。近年来,中医证的实质研究已广泛应用了生物组学技术,证候的“基因组谱”、“蛋白质组谱”、“代谢组谱”的探索,为中医微观辨证研究的开展提供了新的技术平台,如何把成果和证素辨证结合好,也需要不断的探索。

总之,需要从宏观上把握临床的目标,充分体会中医体系整体医学的优势,整理阐发浩如烟海的文献、经验,深入地做好临床和科研,提高、总结、升华,进一步推动中医的创新与发展。

## 参考文献

- [1] 李灿东, 纪立金, 鲁玉辉, 等. 论中医健康认知理论的逻辑起点[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(1): 109-111.
- [2] 李灿东, 纪立金, 杨朝阳, 等. 以状态为中心的健康认知理论的构建[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(2): 41-43.
- [3] 李灿东, 张喜奎. 论证[J]. 中医杂志, 2008, 49(7)增刊.
- [4] 李灿东, 甘慧娟, 林雪娟, 等. 中医证研究的思路与方法探讨[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(1): 142-143.
- [5] 李灿东, 俞洁, 甘慧娟, 等. 健康状态辨识研究应重视的几个问题[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(9): 2024-2026.
- [6] 任应秋. 任应秋论医集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1984: 108.
- [7] 俞长荣. 俞长荣论医集(中医辨证论治精神实质的探讨)[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 1994: 29-30. (下转第 45 页)

## 2 验案举隅

李某,男,63岁,2015年4月21日初诊。患者自述20余天前因受凉致低热,持续不解,体温最高达38.5℃。现症见:低热、午后甚,无汗出,纳差,不欲食,时有恶心,厌食油腻物,体倦乏力,肢沉胸闷,右侧耳鸣,眠可,二便调,舌红苔黄腻,脉弦。实验室查男性肿瘤系列、甲功、贫血三项、风湿四项未见明显异常。辨为湿热之邪伏于膜原所致。处方:柴胡24g,黄芩15g,清半夏12g,太子参18g,青蒿30g,僵蚕12g,蝉蜕9g,片姜黄9g,酒军6g(后下),知母18g,白薇30g,炒槟榔15g,草薹6g,川朴12g,浙贝15g,连翘30g,甘草6g,生姜3片,大枣5枚(去核)。共7剂,水煎服,日1剂,早晚分服。

2015年4月29日复诊:患者发热明显减轻,仍感乏力,纳少,时有呃逆,眠可,夜尿频,大便调;舌红苔薄白,脉虚滑。处方:党参18g,清半夏12g,焦三仙18g,炒白术24g,云苓30g,砂仁9g(后下),莲子肉24g,炒扁豆24g,川朴12g,桔梗9g,乌梅6g,麦冬24g,木香9g,炒山药30g,炙甘草6g,生姜3片,大枣5枚(去核)。共7剂,水煎服,日1剂,早晚分服。患者服药后渐愈。后随访1个月,未再复发。

**按** 此案患者因受凉致持续低

热,伴有纳差、厌食油腻物、恶心、耳鸣症状,舌红苔黄厚腻,脉弦。吴又可《瘟疫论》曰:“如胁痛、耳聋、寒热、呕而口苦,此邪热溢于少阳经也。”定位膜原,结合脉证、四诊合参可知病邪性属阳,为湿热之邪,胶着粘腻。故本病病机为湿热之邪伏于膜原,阻滞三焦气机,致使表里、上下气机受阻,郁而发热,正邪交争,正欲抗邪外出则发热,三焦主司人体气化,主决渎,气机阻滞,横逆犯胃,症见厌食油腻物,时有恶心。此系邪气盘踞膜原,内外隔绝,表气不能通于内,里气不能达于外,内外之气不相顺接<sup>[6]</sup>。正如《瘟疫论》中所说:“此邪不在经,汗之徒伤表气,热亦不减。又不可下,此邪不在里,下之徒伤胃气,其渴愈甚。宜达原饮。”故治以清解疏利、祛邪退热,以达原饮加减进行治疗,合用升降散以开宣气机、行气祛湿清热、调达中焦。

方中以达原饮为先锋,槟榔、厚朴合用,破戾结,散邪气,力专效足。《本草纲目》记载槟榔可除一切风、一切气,宣利脏腑。《瘟疫论》曰:“槟榔能消能磨,除伏邪,为疏利之药;浓朴破戾气所结……直达其巢穴,使邪气溃败,速离膜原,是以为达原也。”低热日久,邪气深伏,用柴胡、黄芩这一经典药对,一疏达膜原气机,一苦泄膜原之郁火。合用升

降散,僵蚕、蝉蜕轻清走上焦宣阳中之清阳。大黄、姜黄性偏沉降下行,降阴中之浊阴。阴阳相和,内外通畅,而表里三焦之热全清。邪入日久,虚实夹杂,方中既有散结退热之药,如连翘、青蒿之类,增强退热之力,以治标;又有扶正益气养阴之佐使药,如太子参、甘草、知母、浙贝、姜枣以防阴液耗灼,兼以斡旋中焦脾气,鼓舞正气驱邪外出之用;姜枣加以调和营卫。全方共奏清热行气化湿之效,热祛湿除,使邪气有外达之机,标本兼顾,退膜原伏邪,清三焦湿热。后期患者邪弱正虚,虚象明显,以健脾益气扶正为主,加以行气祛湿,而收效痊愈。

## 参考文献

- [1] 苏云放. 少阳、三焦、膜原系统论[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(4): 512-516.
- [2] 张宏瑛. 膜原及邪伏膜原学说源流[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(4): 238-240.
- [3] 苏云放. 系统膜原论邪伏膜原证研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2010, 34(5): 629-634, 638.
- [4] 张宏瑛. 吴又可与俞根初对邪伏膜原治疗方法之比较[J]. 江西中医药, 2009, 40(4): 7-8.
- [5] 任慧玲, 严彪, 梁之桃, 等. 达原饮解热作用研究及UPLC-Q-TOF/MS分析[J]. 中成药, 2015, 37(1): 131-137.
- [6] 张宏瑛. 吴又可可在邪伏膜原证治疗中证型转化思想的启示[J]. 中国医药指南, 2008, 6(24): 382-383.

(上接第41页)

- [8] 李灿东, 杨朝阳, 林雪娟, 等. 体质、病理特点、证与健康状态的关系[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(8): 1770-1772.
- [9] 张云鹏. 姜春华学术经验精粹[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 38.
- [10] 钱学森. 论人体科学与现代科技[M]. 上海: 上海交通大学出版社, 1998: 12.
- [11] 陈四清. 国医大师周仲瑛辨治疑难病证方略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 43

- 55.
- [12] 朱文锋. 辨证统一体系的创立[J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7(4): 4-6.
- [13] 何绍奇. 读书析疑与临证得失[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 211.
- [14] 王永炎, 张伯礼. 中医脑病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 971-985, 1007-1010.
- [15] 沈凤阁. 关于六经、卫气营血、三焦辨证

- 如何统一的思考[J]. 新医药学杂志, 1979, (4): 7.
- [16] 方药中. 辨证论治研究七讲[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 101-107, 121-126, 167-176
- [17] 李灿东, 甘慧娟, 鲁玉辉, 等. 基于证素辨证原理的健康状态辨识研究[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(4): 754-757.