

【理论探讨】

## 吴鞠通寒湿理论在呼吸系统疾病运用探析\*

郭海<sup>1</sup>, 赵晓峰<sup>1</sup>, 皇玲玲<sup>1</sup>, 陈茜<sup>1</sup>, 龚婕宁<sup>2</sup>

(1. 南京医科大学附属淮安第一医院, 江苏 淮安 223300;

2. 南京中医药大学温病教研室, 南京 210046)

**摘要:** 通过系统总结吴鞠通《温病条辨》的寒湿理论,认为寒湿疾病的病因与发病强调内生寒湿与外感寒湿同气相求,合邪致病,病机演变为易损人体三焦阳气,导致阳气虚损,寒饮内停。治疗寒湿疾病当时时顾护心脾肾阳气,给予宣肺化湿、健脾渗湿、通小便利湿等多种方法,使阳气恢复而寒湿俱去。后期变证有寒化热化、伤气伤血等多种变化,皆具有湿邪黏滞而不易速愈的特性,临床治疗当细心分辨,精心诊治。临证若寒湿外感侵犯人体卫表和经络肌肉用桂枝姜附汤治疗;寒湿不解、湿郁化热成为热饮用麻杏石甘汤治疗;寒湿咳嗽用杏仁薏苡汤治疗;寒湿咳嗽用小青龙汤加减治疗;寒湿支饮可用葶苈大枣泻肺汤治疗。吴鞠通寒湿理论可广泛用于寒湿引起的感冒、咳嗽、哮喘、支饮和痰热咳嗽等疾病,对于上呼吸道感染、哮喘、肺炎、肺心病急性发作以及寒湿疫多种呼吸系统疾病的治疗具有指导作用。

**关键词:** 寒湿理论;《温病条辨》;呼吸系统疾病;吴鞠通

**中图分类号:** R256.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2021)09-1355-04

### Study on The Application of WU Ju-tong's Cold and Dampness Theory in Respiratory Disease

GUO Hai<sup>1</sup>, ZHAO Xiao-feng<sup>1</sup>, HUANG Ling-ling<sup>1</sup>, CHEN Qian<sup>1</sup>, GONG Jie-ning<sup>2</sup>

(1. The First Affiliated Huaian People's Hospital of Nanjing Medical University, Jiangsu Huaian 223300, China; 2. Febrile Disease Teaching and Research Section of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine Nanjing 210046, China)

**Abstract:** The theory of cold and dampness is systematically summarized in *Wen Bing Tiao Bian* by WU Jutong, a famous scientist of Epidemic Febrile Diseases. It is believed that the pathogenesis of cold-dampness disease emphasizes that endogenous cold-dampness and exogenous cold-dampness are combined with pathogenic factors, which evolved into vulnerable human triple energizer Yang Qi and lead to Yang deficiency and cold fluid staying inside. Attention was paid to protecting the heart, spleen and kidney Yang Qi when treating cold and damp diseases. It can restore Yang-Qi and remove cold-dampness by giving a variety of methods such as dispersing lung-Qi and removing dampness, invigorating the spleen, removing urine and facilitating dampness, etc. Late cold and damp can change to cold and heat, and hurt Qi and blood, all of them have the characteristics of damp evil, which is not easy to cure and sticky. Clinical treatment should be careful differentiation, careful diagnosis and treatment. If cold and dampness exogenous invasion of the human body surface and meridian, Guizhi Jiangfu decoction was used; If cold and damp were not be dismissed, and became to hot fluid, with Maxing Shigan decoction treatment; Cold and damp cough, with Xingren Yiyi decoction treatment; Cold Dampness cough asthma, with small Qinglong decoction treatment; Cold and damp thoracic fluid retention, treatment with Tingli Dazao Xiefei decoction. The theory of cold and dampness can be widely used to treat diseases such as cold, cough, cough with dyspnea and cough with cold and dampness. The theory also guides the treatment of upper respiratory tract infection, asthma, pneumonia, acute attacks of pulmonary heart disease, and epidemic disease of cold and dampness.

**Key words:** The theory of cold and dampness; *Wen Bing Tiao Bian*; Respiratory disease; WU Ju-tong

DOI:10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2021.09.005

吴鞠通是我国清代著名的温病学家,著有《温病条辨》,多数学者推崇其对温热病的治疗指导作用。但《温病条辨》也有专门的篇章记载寒湿,其对于寒湿的病因病机、治疗原则和治疗方药论述具有重要的学术价值,可以有效地指导临床寒湿类疾病的治疗。

\*基金项目:科技部科技基础性工作专项(2009FY120300)-中医药古籍与方志的文献整理;淮安市科技局重点资助项目(HAS201533)-基于吴鞠通文献挖掘的智能辅助诊疗系统研究与开发

**作者简介:** 郭海(1971-),男,河北张家口人,副主任医师,副教授,博士研究生,博士后,从事中医古籍文献的临床应用研究。

### 1 寒湿发病为内外合邪而伤阳

#### 1.1 病因发病强调内外合邪

寒湿是寒邪和湿邪合成,既可从外感受邪也可以从内伤而生,同时包含寒性凝滞和湿邪黏滞的特性。而对于寒湿成病者,吴鞠通更强调内外合邪而致病,正如《温病条辨·中焦篇》曰:“有自表传来,有水谷内蕴,有内外相合。”<sup>[1]</sup>寒邪和湿邪同气相求,致病特性有相近之处,最容易相感相兼而成为寒湿病邪。《温病条辨·中焦篇》曰:“寒湿者,湿与寒水之气相搏也。盖湿水同类,其在天之阳时为雨露,阴时为霜雪,在江河为水,在土中为湿,体本同源,易于相合,最损人之阳气。”<sup>[1]93</sup>

寒湿病邪的来源,一方面寒湿来自于体外,寒湿外侵,感邪而发病。吴鞠通认为,寒湿可“自表传来,一由经络而脏腑,一由肺而脾胃”<sup>[1]93</sup>。主要是由于我国长江中下游地区冬季不取暖,气候寒冷而潮湿,外界寒湿容易侵犯人体而发病。侵犯人体的途径可以从皮毛入侵,经过经络传入脏腑,也可直接犯肺再内传入脾胃。另一方面吴鞠通强调阳气内损,体内寒湿内伏发病,正如其曰:“内外相合,客邪既从表入,而伏邪又从内发也”<sup>[1]93</sup>,若患者过用苦寒之药伤及脾阳,或素体脾肾阳虚感受湿邪,也可湿与寒合形成寒湿之证<sup>[2]</sup>。总之,吴鞠通强调寒湿致病多内外合邪而发病。

### 1.2 病机演变易损人体阳气

寒湿病邪为阴邪,病机演变容易损伤人体阳气,吴鞠通认为寒湿“最损人之阳气”<sup>[1]93</sup>。在寒湿病变发展过程中,可出现上中下三焦阳气损伤病证,正如吴鞠通言:“其在人身也,上焦与肺合,中焦与脾合,其流于下焦也,与少阴癸水合。”<sup>[1]149</sup>寒湿初起在上焦可以伤表阳,中经络,出现身体怕冷、口不渴、经络拘束、舌淡苔白滑、脉缓等症状。寒湿伤肺可出现恶寒身痛、喘咳稀痰、胸闷胸满、恶水不欲饮,甚则倚息不得卧、腹中微胀或支饮不得息、舌苔白滑等症状。至中焦可以伤脾阳也可以伤胃阳,甚至同时损伤脾胃阳气。吴鞠通认为,损伤脾阳在中焦则出现脾不健运、痞满,传下焦则出现腹泄、腹痛,损伤胃阳则出现呕逆不能食、膈胀胸痛,若两伤脾胃既有脾的表现又有胃的表现。寒湿入下焦则可损伤肾阳而出现足跗浮肿、身痛、舌白等症状,甚则寒湿客于大肠可出现痔疮下血或大便出血,客于肝肾和小肠可出现寒疝、腹痛。总之,吴鞠通认为寒湿最易损人体阳气,而产生阳气虚损、寒饮内停等病机变化。

有学者认为寒邪是“最为杀厉之气”,致病突然、明显,可直接、明显的损伤阳气,强烈抑制阳气的温化能力。湿邪容易留滞于脏腑经络,可干扰、困遏阳气流通,多在病情缓慢的发展过程中逐渐耗伤阳气。寒湿二邪同气相求,一旦寒湿合病将会加重阳气的损伤,可使病情加重,迁延难愈<sup>[3]</sup>。有学者通过模拟寒湿环境,研究湿邪对不同梯度寒邪犯肺大鼠细胞因子变化的影响,经发现各寒湿组大鼠肺组织匀浆中 IL-6、TNF- $\alpha$  水平较相同温度的寒邪组显著上升( $P < 0.01$ )。研究结果表明,寒湿病邪能够明显加重对肺脏的损害,并可引起炎症相关细胞因子不同程度的变化,湿邪能明显加重寒邪犯肺所导致的机体 Th1/Th2 免疫应答不同程度的失衡<sup>[4]</sup>。因此,寒湿侵袭人体更易导致上呼吸道感染的发生,阳气损伤严重时可引起肺炎及其他并发症的发生,甚至导致死亡。

## 2 治疗当祛湿护阳而防变

### 2.1 注意顾护心脾肾阳气

由于寒湿容易损伤人体阳气,因此治疗时当时

时顾护人体阳气。寒湿在上焦容易损伤肺脏,导致肺不主气,全身气化功能减退,同时肺病容易损伤心阳导致心阳虚损。正如吴鞠通所言:“肺病而心亦病也”<sup>[1]150</sup>,治疗上焦寒湿当宣开肺气,挽救心阳。故吴鞠通认为:“上焦一以开肺气,救心阳为治”<sup>[1]150</sup>。寒湿至中焦,则损伤脾胃阳气,治疗当健脾渗湿,温中补阳,此即吴鞠通所谓“开沟渠,运中阳,崇刚土,作堤防之治,悉载中焦”<sup>[1]150</sup>。至于寒湿传至下焦多损伤肾阳,治疗当温补肾阳,同时通小便而利湿。正如吴鞠通所言:“治少阴之湿,一以护肾阳,使火能生土为主。肾与膀胱为夫妻,泄膀胱之积水,从下治,亦所以安肾中真阳也。”<sup>[1]150</sup>在温补肾阳的同时,也要兼顾治疗脾阳虚弱,达到脾肾同治、相得益彰的效果,故曰:“脾为肾之上游,升脾阳,从上治,亦所以使水不没肾中真阳也。”<sup>[1]150</sup>

故吴鞠通对于寒湿在三焦时时注意顾护心脾肾阳气,同时给予宣肺化湿、健脾渗湿、通小便利湿等多种方法,使阳气恢复而寒湿俱去。临床当根据寒湿损伤不同脏腑阳气的情况选择药物,如上焦表阳不足者用桂枝,心阳不足者亦用桂枝通阳化气,肺阳不足者用干姜温肺化饮,中焦脾胃阳气不足者用干姜、蜀椒、半夏温中阳,若下焦肾阳不足者主用附子、干姜、肉桂等补真阳;如肝阳不足者主要用吴茱萸、附子等温肝散寒;如下焦肝肾之阳不足主用鹿茸、巴戟天、葫芦巴等温补奇经,只要三焦、经络、脏腑有真寒,均可用附子补真阳而助气化<sup>[5]</sup>。

### 2.2 后期变证有寒化热化、伤气伤血

湿性黏滞,后期变化多端,可出现多种变证,如湿痹、水气、咳嗽、痰饮、黄汗、黄痹、肿胀、疟疾、痢疾、便血、淋症、带症、疝气、痔疮、痈脓等病证,当注意后期这些疾病的防治。正如吴鞠通《温病条辨》所言:“其变证也,则有湿痹、水气、咳嗽、痰饮、黄汗、黄痹、肿胀、疟疾、痢疾、淋症、带症、便血、疝气、痔疮、痈脓等证,较之风火燥寒四门之中,倍而又倍,苟非条分缕析,体贴入微,未有不张冠李戴者。”<sup>[1]151</sup>尤其对于寒湿痔疮下血,为吴鞠通阐前人所未发,启发后学<sup>[6]</sup>。寒湿后期变证多由于湿郁太久,随着患者体质产生从化其与治疗用药有关,容易引起医患双方的忽视。但还兼具湿邪黏滞而不易速愈的特性,容易伤气伤血,临床治疗当细心分辨,精心诊治,以免产生误诊误治。

## 3 呼吸系统疾病运用

吴鞠通寒湿理论对于病因、病机、发病、治疗的论述和所载方药,可广泛用于临床呼吸系统、消化系统、经络肢体疾病和生理性退化等多种疾病的治疗,只要辨证属于寒湿伤阳,临床均可辨证守机,据证治疗。肺病寒湿不仅肺气不得宣化,而且可以损伤上焦心阳,导致心阳虚证。对于呼吸系统寒湿疾病的治疗,要宣肺散邪与通阳化湿兼顾,同时要兼顾心阳



以免寒湿耗散心阳。杨进认为湿未化热,临床特点为恶寒而无汗,发热不著,治疗以宣肺芳化透邪为主<sup>[7]</sup>。有学者也认为治疗寒湿犯肺者,不仅要开肺气化寒湿,还要注意温通心阳<sup>[5]</sup>。

### 3.1 寒湿外感

若外界寒湿太盛,加之人体正气不足,可从外感受寒湿,侵犯人体卫表和经络肌肉,出现全身怕冷、恶寒无汗、口不渴、全身肌肉酸痛、肢体拘急不适、舌质淡苔白滑、脉缓等病症,多见于寒湿初起,伤人卫表阳气,出现各种肌表卫分表现。正如《温病条辨·上焦篇》曰:“寒湿伤阳,形寒脉缓,舌淡或白滑,不渴,经络拘束,桂枝姜附汤主之。”<sup>[1]56</sup>对于其病机吴鞠通自解为“寒湿伤表阳,中经络之证”<sup>[1]56</sup>。吴鞠通提倡使用桂枝姜附汤苦辛热法治疗,具体方药组成:桂枝六钱,干姜三钱,生白术三钱,熟附子三钱,水五杯,煮取二杯,渣再煮一杯服用。本证形寒脉缓,舌白不渴,经络拘束,全系寒证。故以姜附温中,白术燥湿,桂枝通行表阳,也可在方中酌加柴胡、葛根、藿香、羌活等升阳化湿之品。在长江中下游地区如湖北、湖南、江苏、安徽及武汉、南京地区,因冬季寒冷潮湿不取暖,居民体内寒湿较重,容易内外合邪而发病,尤其在冬季发生外感疾病或者传染病流行,易出现以发热或未发热、倦怠乏力、肌肉酸痛、周身困重、咳嗽、纳差、胸闷、脘痞或呕恶、便溏、舌质淡或淡红、苔白或白腻、脉濡等为主的临床症状,以湿邪易困阻卫表肌肉和中焦脾胃为特征的病证。尤其是中老年人年龄偏大,体态偏胖,体内湿邪较重,更容易内外相感而发病。肌表之湿则以辛温表散祛湿为主,强调要掌握时机,中病即止,不宜久用<sup>[6]</sup>。

若外感寒湿不能外解,内蕴过久可郁而化热,出现湿郁化热证,主要临床表现为咳喘,气息喘促,咳吐稀痰,咽痛喑哑,脉洪数,右脉大于左脉。正如吴鞠通《温病条辨》所言:“喘咳息促,吐稀涎,脉洪数,右大于左,喉哑,是为热饮,麻杏石甘汤主。”<sup>[1]154</sup>治疗当用辛凉甘淡法组方的麻杏石甘汤,药物组成为麻黄三钱,杏仁三钱,石膏三钱,炙甘草二钱,煎煮方法为用水8杯,先煮麻黄成6杯去沫,纳诸药,煮取3杯,先服1杯,以喉亮为度。吴鞠通认为本证型发生于湿郁化热后,气息喘促,为湿邪在上焦;咳吐涎稀,为湿邪在肺;方中麻黄达表,杏仁降气,石膏辛寒,与麻杏合用可宣气分之郁热。本次武汉等地发生的新型冠状病毒感染,有患者出现发热不明显,倦怠乏力,肌肉酸痛,周身困重及咳嗽、口苦、咽痛、纳差、胸闷、脘痞或呕恶、便溏、舌质淡或淡红、苔白或白腻、脉濡等主要临床症状,就表现出湿郁化热的征象,可以参照本证进行治疗。有学者观察麻杏石甘汤合葶苈大枣汤治疗小儿肺炎,研究结果显示总有效率高于常规西药治疗对照组( $P<0.05$ ),认为麻杏石甘汤合葶苈大枣汤治疗小儿肺炎寒湿化热证有较好疗效<sup>[8]</sup>。

### 3.2 寒湿咳嗽

若外界寒湿伤肺引起肺气不宣,轻者可出现咳嗽,重者则为喘息痰饮。寒湿伤肺卫,出现咳嗽、头胀如裹、脘闷不饥、肢体困倦、舌白等症状。正如吴鞠通所言:“风暑寒湿,杂感混淆,气不主宣,咳嗽头胀,不饥,舌白,肢体若废,杏仁薏苡汤主之。”<sup>[1]111</sup>吴鞠通认为主要病机为“气不主宣”,用杏仁薏苡汤治疗,立法为苦辛温法。药用杏仁三钱,薏苡三钱,桂枝五分,生姜七分,厚朴一钱,半夏一钱五分,防己一钱五分,白茯苓二钱,用水5杯煮3杯,渣再煮1杯,分温三服。本证为寒湿犯肺轻证,主要为湿碍气机,肺气不宣。孙玉信从湿论治咳嗽,认为寒湿之邪可因外寒内侵与内湿相合,亦可因外寒挟湿袭表内传于肺,或者饮食生冷伤及脾胃,或阳气不足、寒湿内生,上干于肺而致寒湿肺咳。临床表现寒湿咳嗽以咳白黏痰、受凉咳甚、畏寒怕冷、舌质淡胖、苔薄或白为特点,用五苓散加减治疗。认为五苓散加味有温阳祛湿止咳之功效,使寒湿得运、气机通畅而咳嗽自愈<sup>[9]</sup>。

### 3.3 寒湿咳喘

若外感寒湿不得外散,壅聚于肺,可出现恶寒、身体疼痛、咳喘、咳痰清稀、胸部闷满、不欲饮水甚至不能平卧、腹中胀满、舌白滑、脉紧无汗等症状。正如吴鞠通《温病条辨》所言:“秋湿内伏,冬寒外加,脉紧无汗,恶寒身痛,喘稀痰,胸满舌白滑,恶水不欲饮,甚则倚息不得卧,腹中微胀,小青龙汤主之;脉数有汗,小青龙去麻、辛主之;大汗出者,倍桂枝,减干姜,加麻黄根。”<sup>[1]153</sup>吴鞠通认为,本证以咳喘痰稀、不欲饮水、胸满腹胀、舌苔白为辨证要点,病机为伏湿痰饮所致。因患者表现为脉紧无汗,故用辛温甘酸法的小青龙汤外散表寒而内蠲寒饮,主要用药为麻黄三钱,炙甘草三钱,桂枝五钱,芍药三钱,五味子二钱,干姜三钱,半夏五钱,细辛二钱。煎煮方法为水8碗,先煮麻黄,减1碗许,去上沫纳诸药,煮取3碗去渣,温服1碗,得效缓后服,不知再服。若患者自汗而脉数,不可再予麻黄、细辛误汗伤阳故减去。如果汗出多则桂枝加倍,汗出甚则可再加麻黄根收敛止汗。老年肺炎属于中医学“咳喘证”范畴,实验组采用小青龙汤加减治疗,总有效率93.8%,明显优于常规基础治疗对照组(64.3%),差异有统计学意义( $P<0.05$ );研究结果显示,小青龙汤加减治疗老年肺炎,能够减轻临床各种症状与体征,改善肺功能,临床疗效确切<sup>[10]</sup>。

### 3.4 寒湿支饮

外感寒湿不能外解,停聚肺内可化为痰饮支撑胸肺,出现胸部胀满、呼吸困难、气息不畅等症状,正如吴鞠通《温病条辨》所言:“支饮不得息,葶苈大枣泻肺汤主之。”<sup>[1]155</sup>本证主要病机为寒湿内伏,胸肺支饮停聚,用苦辛甘法的葶苈大枣泻肺汤治疗。药

物组成苦葶苈三钱,大枣五枚,煎煮方法为水5杯,煮成2杯,分2次服,得效减其制,不效再作服,衰其大半而止。吴鞠通曰:“本证支饮上拥胸膈,直阻肺气,不令下降,呼吸难通,非用急法不可……性急之葶苈,急泻肺中之壅塞。<sup>[1]155</sup>”肺心病急性发作属于“肺胀”“喘证”范畴,多因咳嗽、肺癆、哮喘等病症长期不愈而导致。有学者用葶苈大枣泻肺汤治疗肺心病急性发作期,观察组患者接受含葶苈大枣泻肺汤的中西医结合治疗,临床治疗总有效率达到92.6%,明显高于对照组的65.4%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。认为葶苈具有强心、减少患者心率的功效,结合辨证加减给药治疗,能够实现对患者各项临床症状的有效改善,显著提高临床疗效<sup>[11]</sup>。

总之,吴鞠通的寒湿理论强调寒湿疾病为内外合邪而发病,病机演变为易损人体阳气。治疗寒湿疾病当注意顾护心脾肾阳气,后期变证有寒化热化、伤气伤血等多种变化。其寒湿理论可广泛用于治疗寒湿引起的感冒、咳嗽、哮喘、支饮和痰热哮喘等疾病,对上呼吸道感染、哮喘、肺炎、肺心病急性发作以及寒湿疫病多种呼吸系统疾病的治疗具有重要指导

(上接第1347页)

题,努力创建临床诊疗新学说,积极开展基于临床实践规律总结的中医药理论创新,继而为中医“道统”的延续不断增添新的活力。

## 5 结语

“抛弃传统,丢掉根本,就等于割断了自己的精神命脉”<sup>[20]</sup>。当前,中医药的发展环境正在发生深刻的变化,学术与事业正处于发展的关键时期。“要追根溯源、厘清脉络、坚守本色、卓然自立,才能为发掘中华传统文明和丰富当代生命科学内涵,贡献中医智慧”<sup>[16]</sup>。在国家积极鼓励和倡导中医药学术传承创新发展的新时期,阐明和弘扬中医“道统”,有利于充分彰显中医药学术主体性特征,维护和巩固中医经典的核心学术地位,系统梳理中医药学术传承与发展的历史谱系,“活态”传承古今中医名家的创新理论和临床特色,培养具有深厚中医药理论和临床素养的优秀理论研究人才和临床人才;对于具体落实“遵循中医药发展规律,传承精华、守正创新”,并“切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好”<sup>[21]</sup>的指示精神,具有十分重大的现实和历史意义。

## 参考文献:

- [1] 张岱年. 中国哲学大辞典[M]. 上海:上海辞书出版社,2010:192.
- [2] 葛兆光. 中国思想史,七世纪至十九世纪中国的知识、思想与信仰(第二卷)[M]. 上海:复旦大学出版社,2019:106-107.
- [3] 李扬卿. 心印绀珠经[M]. 北京:中医古籍出版社,1985:11.
- [4] 张介宾. 类经[M]. 北京:人民卫生出版社,1965:364.
- [5] 谢观. 中国医学源流论[M]. 余永燕,点校. 福州:福建科技

作用。

## 参考文献:

- [1] 吴塘. 温病条辨[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:56-155.
- [2] 冀建斌,周正华.《温病条辨》论治寒湿病探析[J]. 中医文献杂志,2016,34(3):15-17.
- [3] 高鹏,陶功定. 外感寒湿导致肺系病症的特征分析[J]. 山西中医学院学报,2011,12(1):6-8.
- [4] 张伟,刘海瑜. 湿邪对不同梯度的寒邪犯肺大鼠细胞因子变化影响[J]. 中国中西医结合杂志,2009,29(1):51-54.
- [5] 库宇,王键. 吴鞠通论治寒湿初探[J]. 中华中医药杂志(原中国医药学报),2012,27(8):2011-2013.
- [6] 顾润环. 对《温病条辨·寒湿病篇》的学习运用体会[J]. 国际中医杂志,2012,34(8):717-720.
- [7] 杨进. 温病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:296.
- [8] 王佛. 麻杏石甘汤合葶苈大枣汤治疗小儿肺炎临床观察[J]. 实用中医杂志,2019,35(6):645-646.
- [9] 刘博,王鹏,孙玉信. 孙玉信教授从湿论治咳嗽[J]. 中医临床研究,2013,5(1):50-51.
- [10] 黄秀杰,许志成,涂云. 小青龙汤加减治疗老年肺炎的疗效[J]. 内蒙古中医药,2019,38(4):3-4.
- [11] 苟晓俊. 葶苈大枣泻肺汤治疗肺心病急性发作期的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,5(22):131.

收稿日期:2020-09-17

术出版社,2003:46.

- [6] 潘桂娟,樊正伦. 日本汉方医学[M]. 北京:中国中医药出版社,1994:285.
- [7] 皇甫谧. 针灸甲乙经[M]. 黄龙祥,整理. 北京:人民卫生出版社,2006:17.
- [8] 张仲景. 注解伤寒论[M]. 王叔和,撰次,成无己,注;王济川,校. 北京:人民卫生出版社,1972:7.
- [9] 陈来. 守望传统的价值[J]. 社会主义核心价值观研究,2016,2(4):5.
- [10] 孔丘. 论语译注[M]. 杨伯峻,杨逢彬,译. 长沙:岳麓书社,2009:233.
- [11] 班固. 汉书(上)[M]. 陈焕良,曾宪礼,标点. 长沙:岳麓书社,1993:786.
- [12] 刘长林. 中国象科学观:易、道与兵、医(修订版上)[M]. 北京:社会科学文献出版社,2008:1-2.
- [13] 中医药是独特的卫生资源 [http://zy.china.com.cn/2014-11/06/content\\_33984801.htm](http://zy.china.com.cn/2014-11/06/content_33984801.htm).
- [14] 习近平致信祝贺中国中医科学院成立60周年贺信. [http://www.xinhuanet.com/politics/2016-10/28/c\\_1119808655.htm](http://www.xinhuanet.com/politics/2016-10/28/c_1119808655.htm).
- [15] 滑寿.《难经本义》校注[M]. 周发祥,李亚红,校注. 郑州:河南科学技术出版社,2015:1.
- [16] 黄璐琦. 关于中医药理论研究的思考——在中国中医科学院中医基础理论研究所第四届学术周上的讲话[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(1):2-4.
- [17] 司马光. 司马氏书仪[M]. 北京:商务印书馆,1936:45.
- [18] 杨继洲. 针灸大成[M]. 北京:人民卫生出版社,1963:90.
- [19] 刘纯. 珍本医书集成·医经小学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1985:1.
- [20] 习近平. 谈文化强国建设:抛弃传统就等于割断精神命脉 <http://epc.people.com.cn/xuexi/n1/2016/1128/c385476-28901100.html>.
- [21] 黄璐琦. 新论:把中医药继承好发展好利用好 <http://theory.people.com.cn/n1/2019/1025/c40531-31419440.html>.

收稿日期:2020-09-13