

中医“司内揣内”概述

张 希¹, 袁德培^{1,2*}, 周 勇^{1,3}, 曾楚华², 鲜慈英²

(1. 湖北中医药大学基础医学院 武汉 430065; 2. 湖北民族大学医学院 恩施 445000;

3. 武汉市中医医院 武汉 430014)

摘 要:在中医“守正创新”发展的时代主题下,针对传统“司外揣内”让中医与现代科技相背离以及无法概括“无症状却隐藏着重大疾病”的现状,中医学者需秉承中医思维为主体,积极吸收总结西医观察到的生命现象“司内揣内”发展自身。随着中医从“司外揣内”阶段进入“司内揣内”阶段,中医的藏象理论将在宏观层面出现调整并借此扩展到细胞层面;中医的病、症、证概念则将重构为症是整个生命活动中出现的异常表现,既可以出现在疾病中,也可以出现在健康中;证不光是疾病中的某一阶段病理概括,还包括无病时阴阳将失衡之趋势概括;疾病时间节点前移,“阴阳平衡”也可出现疾病,要根据阴阳的状态和各种症状、体征综合判定健康与疾病,且疾病还包括自身阴阳尚处于平衡但将会导致他人阴阳失衡,对他人健康造成危害;中医的治疗体系将从宏观辨证论治和“中病即止”转变为宏观微观结合辨证论治与“中病中症即止”。

关键词:中医 司外揣内 司内揣内 发展

doi: 10.11842/wst.20200509004

中图分类号: R221

文献标识码: A

“守正创新”是中医现代发展的主题,它要求中医学者在全球一体化,学术交流,科技共享,学科交叉发展逐渐成为常态的今天,必须既要立足中医之本,固守经典弘扬传承也要放眼世界,正视不足创新发展。

受古代科技和社会的限制,中医只能通过分析肉眼所观察到的宏观之象,依据“有诸内必形于诸外”来“司外揣内”推测疾病的发生发展。随着认知的提升和科技的发展,传统“司外揣内”过于强调“有诸内必形于诸外”忽略“有诸内可不形于外”,以及没有涵盖现代科技可以直接观察到的人体内部微观之象,而在现代遇到了挑战。

在“守正创新”发展的主题下,我们不能对这一挑战视若无睹,相反应该正视挑战,在固守中医思维为主体的同时积极分析吸收现代技术观察到的生命现象来“司内揣内”发展完善中医自身理论体系以应对这一挑战。而随着中医进入“司内揣内”阶段,中医的藏象,病、症、证理论和治疗体系也将会相应发生

调整。

1 中医“司内揣内”的契机

“司内揣内”是基于中医需要“守正创新”发展和传统“司外揣内”不足以概括临床所有问题的情况下,中医需要借助现代技术直接分析人体内部和微观生命现象,拓宽自身视野发展完善自身理论体系的一种重要方法。它要求中医与时俱进,保持自身特色的同时提升自身的视野,更好的透过现象看本质^[1]。

1.1 中医“守正创新”发展的时代主题

中医是中华文明的瑰宝,是打开中华文明宝库的钥匙,是中华民族伟大复兴的先行者,中医的发展自然是整个中华民族关注的大事。2019年10月25日国家主席习近平针对中医发展问题做出重要指示:中医要遵循自身的发展规律,传承精华,守正创新,坚持中西医并重推动中医药和西医药相互补充、协调发展^[2]。至此“守正创新”正式成为中医发展的时代主题,它在最高层面要求中医学者要把西医视为可以相互合作

收稿日期:2020-02-23

修回日期:2021-03-21

* 通讯作者:袁德培,教授,博士研究生导师,主要研究方向:中医药延缓衰老防治老年病理论及其应用研究。

共同发展的伙伴,在传承中医固有精华的同时,还要利用现代技术拓宽自身视野,不断挖掘中医内涵,发挥中医原创思维,结合西医创新发展^[3]。

1.2 传统中医“司外揣内”的不足

“司外揣内”是中医借助阴阳五行等哲学思想,基于“有诸内必形于外”,运用整体观念将人体自身、人与自然视为一个不可分割整体,采用取类比象的方式将人体各个部分与自然界分为不同的“象”系统,通过收集观察事物表现出来的外部信息来“由表知里”揣测分析其内在变化的认识方法。众所周知,任何一门科学的发展都离不开同时代的科学技术的渗透和影响^[4]。中医理论成熟于只能观测到宏观外部和粗糙内部之“象”的古代,千年以来的临床有效性和理论稳定性让中医人习惯性忽视了现代已经可以观察到人体精确和微观之“象”。这使得在西医在借助科技日新月异发展的时候,中医却与现代科技相脱离仍然滞留在较为宏观的层面。而且中医完全基于“有诸内必形于外”的必然性,忽略了外在的表象和内在之间并非简单的一一对应关系^[5],即可出现内在的变化可只表现于内。这使得中医难以完全概括临床上如癌症的早期甚至中期都可以无症状;乙肝病毒携带者病人在检查时可见肝功能异常,但并无胁痛、黄疸等外在症状表现;不少肾结石的病人,在结石无活动的情况下,一般不出现疼痛及尿出砂石等众多“有诸内不形于外”的现象。

基于中医“守正创新”发展要求以及传统“司外揣内”构建的防治体系让中医与现代相脱离且已经不能完全概括现代临床上遇到的所有问题,中医急需利用现代技术进行“司内揣内”来完善补充自身。

2 中医“司内揣内”的价值取向

“司内揣内”不是对现代西医内容的生搬硬套,嫁接移植,而是基于中医阴阳五行之本,秉承中医之“魂”为主体,积极吸收西医的研究成果以扩展完善中医自身理论体系。

早在1956年毛泽东主席做出“把中医中药的知识和西医西药的知识结合起来,创造中国的新医学、新药学”指示时,中医就开始中西医结合发展路线^[6]。然而,经历了几十年的漫长结合探索,原本期望的中医发展却带来了中医的退化和西化。究其原因就是人们对“中西医结合”发展的理解始终离不开西医模式

的“符咒”,盲目崇拜西医,始终认为西医是先进的而中医是落后的,中医要无条件服从西医,完全用西医的思维、模式看待中医、评判中医、改造中医^[7,8]。

中医秉承“气一元论”的古代哲学思想,借用阴阳、五行学说将气分阴阳二气或五行之气,并以此为结构模型将世界划分为几个不同的相生相克关联系统,认为当系统处于和谐平衡时就是该事物的最佳状态。而西医以“原子论”为指导思想,以“原子”这一不可再分的物质是世界的本原,事物的现象可以从下一层次中找到原因,故用还原分析方法将事物不断的细分以便更好理解与分析。中、西医从一开始就决定了二者隶属于不同的理论体系,二者不能直接互相套用。

“司内揣内”要求中医学者必须吸取以往中西医结合的经验教训,要始终秉承中医思维为主体,现代技术和视野为客体,在传承中医之魂时,积极吸收分析吸收现代技术观察到的生命现象,将中医的特色与西医的现代科学技术成果相融合,不断发展完善中医理论体系^[9]。

3 “司内揣内”将对中医理论的影响

“司内揣内”促使中医要借助现代科技将视野从宏观层面扩展到微观层,而随着视野的扩展以及新的生命内容的加入,中医的固有理论不可避免会发生一些相应调整。

3.1 藏象理论将出现调整与扩展

藏象是古代阴阳、五行、天人合一等哲学思想结合人体组织的结构和生理病理而形成的特色理论。《灵枢·经水》说:“夫八尺之士,皮肉在此,外可度量切循而得之,其死,可解剖而视之”,《难经·四十二难》:“肝重二斤四两,左三叶,右四叶,凡七叶,主藏魂。心重十二两,中有七孔三毛,盛精汁三合,主藏神……”。众所周知,整个藏象理论的基石是形态学特别是解剖学所观察到的组织结构和功能^[10-11]。由于受科技和社会因素的限制,中医观察到脏器的相对粗糙,构建的藏象理论不可避免存在相对宏观笼统。如今在先进的科技帮助下,许多古人未曾留意的组织和功能被相继发现,正视并融入这些新的生命内容,中医藏象将迎来补充与完善。

3.1.1 藏象将出现宏观层面调整

中医形成之初就依据脏腑的天地应象和功能将心、肝、脾、肺、肾归为五脏,胃、大肠、小肠、胆、三焦、

膀胱归为六腑,脑、髓、骨、脉、胆、女子胞归为奇恒之腑。二千多年以来,中医一直传承这一脏腑的划分归属,但随着与西医的相互交融特别是胰脏研究的汇融,这一传承将可能出现部分调整。

胰脏,中医学称为“脾”,“散膏”^[12]。“脾重二斤三两,扁广三寸,长五寸,有散膏半斤”(《难经·四十二难》),以往中医将胰脏直接归属于脾^[13],并未对其进行详细的论述^[14]。然而,结合现代西医对胰脏结构和功能的认识与中医五脏六腑、奇恒之腑的划分理论后,越来越多的证据倾向于胰脏不是脾的副脏^[15],而是替代原有奇恒之腑之一的胆,成为单独的一腑。首先,胰腺位于胃的后方,于第1、2腰椎处横贴于腹后壁,分为头、颈、体、尾四部分^[16],其解剖结构符合中医的奇恒之腑是形态似腑而功能似脏,多为中空的管性器官主藏阴精的定义^[17]。其次,胰也有分泌的功能,并且胰有外分泌和内分泌功能而胆只有外分泌功能^[18]。再次,六腑和奇恒之腑都有胆,胆重复。中医五脏、六腑和奇恒之腑的生理功能各不同,一个脏腑不应该同时即属于六腑又属于奇恒之腑。最后,有学者提出胰有其自己的经穴,即在足太阳膀胱经第8胸椎棘突下旁开1.5寸的部位膈俞穴与肝俞穴之间应是经穴胰俞,并提议此穴应归入人十四经穴中^[19]。

可以预见随着中医与西医越来越广泛的碰撞融汇,其所带来的新视野和新观点将使得原本稳定的五脏六腑,奇恒之腑体系慢慢发生改变。

3.1.2 藏象将向细胞层面扩展

“形而上谓之道,形而下谓之器”,中医发展贵在中医思维的运用,而不是在意“器”的归属。细胞是借助现代科技才能观察到的新事物,是现代医学目前研究的重点,也是中医发展不可忽视的靶点。中医应积极利用细胞所带来的新视野,将自身的五脏体系特点与细胞各个组织的功能进行结合以此来扩展自身藏象理论。

在这方面中医已有部分先行者。如有学者认为^[20]肝主升发阳气,喜条达,恶抑郁具有启迪诸脏,调畅气机的作用,这与在细胞间起信息传递作用的物质如激素、神经递质的作用特点很相似,因而肝与配体-受体-信号转导系统相对应,即肝-(配体-受体-信号转导系统)。肺为华盖,主呼吸是气体交换的场所。这与细胞膜是细胞的内外物质的分隔和交换系统相似,故肺对应细胞膜,即肺-细胞膜^[21]。脾主运化,提供生

命所需的能量,而细胞的能量系统主要结为线粒体,故脾对应线粒体,即脾-线粒体^[22]。肾藏精,主生殖即细胞的先天遗传信息系统,而细胞中存储遗传信息的是染色体,故肾对应染色体,即肾-染色体^[23]。

虽然目前整个藏象在细胞层面的研究还在初级阶段,相关论述相对较少,理论体系也尚未完全构建。但只要坚持用中医思维思考,并意识到中医思维是在宏观层面培养出来的,其在微观上的取类比象未必与宏观预期一致,在扩展过程中始终依据实验和临床结果实事求是,及时对理论体系进行审查与调整,那么藏象完全扩展到细胞层面必将指日可待。

3.2 中医病、症、证概念将进行重构

病、症、证概念代表了中医对疾病与健康认识,是中医核心概念之一。目前中医“症”的概念是由疾病中人各种自身主观异常感觉的“症状”与医者所感知的各种客观异常表现的“体征”二方面构成;证的概念为疾病发展过程中某一阶段的病理概括。

阴阳的状态是中医区别健康和疾病的依据,中医认为“阴平阳秘”的状态就是健康,“阴阳失衡”就是疾病,而阴阳的状态则可基于“有诸内必形于外”,通过分析症状与体征“司外揣内”推测判断得出。受科技和社会的限制,中医以往只能将症状和体征总结为脉象、面色、舌苔、行为等较为宏观的表现异常,并强调“有诸内必形于外”,外在的表现是内在变化的反映,通过分析外在就可以得到内在的变化。然而随着认知的提升和科技的发展,越来越多的人体内部和微观的病理变化可以通过现代科技直接观察到,以及越来越多的事实证明内在本质与外在并不是简单一一对应,内在的某些变化可只表现在内部,不反映在外部脉象、面色、舌苔、行为上。这些新的发现使得中医传统病、症、证概念在现代出现不适应性,特别是难以完全阐释“无形(症状)却隐藏着重大疾病”的临床事实^[24]。要解决这一问题,中医必须突破“司外揣内”阶段,扩展自身视野进入“司内揣内”阶段,以对病、症、证概念进行重构。

中医传统病、症、证概念之所以出现现代的不适应性,主要原因是健康的阴阳状态具有宏观整体性而症状和体征可具有微观局部性,并且健康与疾病不是非黑即白关系,二者之间具有多个过渡阶段。这样就会出现阴阳虽可整体处于平衡,但可存在部分内在细微的体征提示阴阳将会失衡,健康的状态不久就会转

表1 阴阳状态与病、症、证分类讨论表

生命状态	健康	健康	健康	疾病	疾病
阴阳状态	阴平阳秘	阴平阳秘	阴阳将失衡	阴阳将失衡	阴阳失衡
症的情况	无症状,无体征	有症:无症状,有体征(西医检查有异常,但不会危害健康,如组织小部分钙化)	①无症状:无症状,无体征(明确进入疾病潜伏期) ②有症:无症状,有体征(西医检查有异常,且不及时干预会危害自身健康,如结石与动脉粥样硬化将形成时期)	①有症:无症状,有体征(西医检查有异常,且不及时治疗会危害他人健康,如传染病初期) ②有症:有症状,无体征(自身感觉异常,中、西医检测无异常,如情志疾病) 疾病已经形成,但阴阳尚未失衡	有症:有症状,有体征
证的情况	无证	无证	有证(辨证调理,辨证养生)	有证	有证
病的情况	无病	无病	无病	有病	有病

化为疾病。所以病、症、证概念的重构需要我们将中医偏向宏观整体的特点与西医偏向微观局部的特点进行结合,在坚持中医阴阳的基础上融合目前西医可通过先进仪器发现早期病理指标之“体征”,对较宏观的阴阳状态与可较微观的症状、体征的各种可能情况进行分别讨论和概述。

具体如下:①“阴平阳秘”无症状,无体征,此时机体宏观和微观上都处于平衡,个人也无任何不适,绝对的健康状态;②“阴平阳秘”无症状,有体征,此时机体整体宏观上处于平衡,个人也无异常感觉,但西医检查发现异常,但这些异常不会破坏阴阳的平衡从而危害健康,也处于健康状态;③“阴阳将失衡”无症状,无体征,此时情况特殊,虽然个人无异常感觉,中医与西医实验检查也都没有异常,但是问诊可以推算出阴阳有失衡之势,需要干预维持健康;④“阴阳将失衡”无症状,有体征,此时整体上处于阴阳平衡,个人也没有不适感觉,但西医检查发现有异常且不及及时干预会引起自身或他人的阴阳失衡导致疾病,若导致的是自身疾病则目前尚处于健康状态,若导致的是他人疾病则目前就应处于疾病之中;⑤“阴阳将失衡”有症状,无体征,此时患者自觉有异常,但中医和西医检查均无异常,处于情志疾病初期;⑥“阴阳失衡”有症状,有体征,此时患者有不适的感觉,中医或西医检查出异常,较为明显的疾病状态(图1)。

通过综合分析可见:将西医微观内容融入中医后,中医的症就不仅仅只存在于疾病状态中,健康状态甚至整个生命活动都可存在症。证不光是疾病中的某一阶段病理概括,还包括无病时阴阳将失衡之趋势概括,这也为无病但要辨证调理,辨证养生维护健康提供用药依据。疾病时间节点前移,“阴阳平衡”未必就是健康,要依据各种症状、体征和阴阳的变化趋势综合判定,且“与万物沉浮于生长之门”,疾病不仅

是自身的阴阳将失衡,也包括自身阴阳尚处于平衡但将会导致他人阴阳失衡,将对他人健康造成危害这一情况。

3.3 中医治疗体系将进行转变

中医进入“司内揣内”阶段后,随着中医对疾病与健康的认识发生改变,在其症、证、病概念发生重构的同时,原有的治疗体系也相应的发生转变。但转变并不是对原有“司外揣内”治疗体系的否定,而是在原有治疗体系的基础上吸纳现代的微观成果,将宏观与微观相融合以便更好的为健康服务。

3.3.1 宏观辨证论治转变为宏观微观结合辨证论治

辨证论治是中医治疗疾病的最主要方法,是中医治疗体系的基石。中医治疗疾病主要是通过综合分析临床收集的“症”资料,总结归纳出疾病的病因、病位、病势、病性等证的信息,然后针对分析出来的证来对证施治。

传统中医由于受社会和科技的制约,只能分析所收集到的面色、舌苔、脉象、行为等较为宏观之“症”^[25],然后“司外揣内”推测内部的变化来辨证论治。传统立足宏观,基于“有诸内必形于外”的辨证论治为中华民族的繁衍做出了重大贡献,是中医理论不可分割的一部分,是中医特色之一,是中医学者现在以及将来都必须传承的精华,但成就与辉煌并不意味着传统“司外揣内”形成的宏观辨证论治就是完美无瑕。随着社会和科技的发展,传统没有注重微观和忽略“有诸内不形于外”的局限性使得中医自面对如脂肪肝、早期癌症、结石等有病但宏观上却可表现为无症状时陷入“无证可辨”^[26],无法可依的困境愈演愈烈。这些事实说明中医辨证论治还不完善,中医必须在各种先进的设备如内窥镜、X线、CT、磁共振等可以直接观察到内部微观的组织结构和病理变化的新时期,吸纳新内容,拓宽视野“司内揣内”补充原有辨证论治的不足,

将“症”扩展到微观层面,将辨证论治发展到微观层面,从宏观和微观2个方面共同分析和治疗疾病。

微观辨证是宏观辨证的补充^[27-28],是中医适应现代社会的必然要求^[29]。自1986年沈自尹提出微观辨证起^[30],经过几十年的发展,目前临床上已有部分宏观微观结合辨证论治的案例。如治疗疟疾时,宏观辨证为“寒热往来,胸胁苦满、默默不欲饮食,心烦喜呕”的少阳病,应用小柴胡汤治疗。但若单用小柴胡汤治疗,虽然可和解枢机,助正达邪,但会单薄不胜,使得病情反复。若此时根据实验室检查,随症增加入常山、槟榔等祛邪截疟之品,就会事半功倍^[31-32]。又如内脏脓肿,宏观检查会发现局部压痛,发热、苔黄、脉数等热毒实证,若微观检查发现其血红蛋白下降,贫血明显,则说明正气出现亏虚,辨证应为本虚标实,在治疗时除了清热解毒外更要加强支持疗法以扶持正气,祛邪与扶正并进^[33]。再如输尿管结石伴肾积水的石淋病人,一开始肾阳虚并不明显,若直接依据《诸病源候论》:“诸淋皆由肾虚而膀胱热故也”,单纯从阴虚积盛型石淋论治,其疗效往往不会非常理想。但依据现代微观检测确认有输尿管结石和肾积水而选用从肾阳虚论治则可收到较好的治疗效果^[34]。目前宏观微观结合辨证论治还处于发展阶段,相信随着中医临床微观辨证论治的不断深入,未来该辨证论治模式将成为中医治疗的常态。

需要特别指出微观辨证论治融入中医治疗体系不是简单的“拿来主义”,如研究表明黄连、黄芩、白花蛇舌草、蒲公英、紫花地丁等清热利湿药具有抗幽门螺杆菌作用,这并不意味着在幽门螺杆菌的治疗中我们可以站在抗菌的角度随意选取这些药物^[35]。五味子可以降低转氨酶,这也不能说明在临床的各类肝炎中我们就可以不分时间不辨证的使用^[36]。其是1个必须经过从实践到理论再到实践反复验证淬炼,将现代医学的部分内容转化为具有中医阴阳、五行、正邪等内涵辨证指标^[37]的漫长过程。在此过程中各位中医学者一定要有坐冷板凳的决心,不可急于求成直接套用现代医学语言或只凭借一次实验、临床的结果就下定论。

3.3.2 中病即止转变为中病中症即止

“中病即止”是中医治疗疾病的重要原则。“大毒治病,十去其六……无毒治病,十去其九……无使过之,伤其正也”(《素问·五常政大论》),“凡服汤发汗,中病即止,不必尽剂也”(《医宗金鉴·辨可发汗病脉证并治》)。中医认为药物都有其偏性,在治疗疾病时若达到邪气已衰,正气可以驱邪外出,阴阳可以自和时就应该停止或改用其他药物、方剂进行调理,若继续使用则会损伤正气引起机体损伤^[38]。以往中医只能依据患者的宏观表现来推测“即止”的时机,这种方式由于难以把握准确,使得疾病复发或病邪成为伏邪留于机体的概率非常大。随着微观辨证的发展,以后我们可在患者宏观表现好转时,再依据疾病相应的微观指标情况来确定是否停药或换方。如在黄疸的治疗中,患者面黄、身黄、目黄、尿黄的情况消失,但血清总胆红素检查发现大于 $21\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,说明此时病情并未完全恢复,还需要继续用药治疗^[39]。又如有的慢性肾炎患者中医治疗后浮肿、腰痛等症状消失,尿常规化验仍有尿蛋白存在,说明内在的病理改变并未真正恢复正常,此时应该减量或换方调理,使其恢复正常^[40]。微观辨证为我们提供了客观化指标,帮助我们把握疾病的状态,但我们还需切记个体与群体之间有共性和个性之分,不可一味拘泥于指标,要根据患者平素情况在分析患者宏观阴阳、正邪状态的基础上灵活运用。

4 结语

任何一个学科都需要不断的发展,中医也不例外。中医诞生于古代,是中华先贤智慧的结晶,但中医不应该只停留在古代。针对中医“守正创新”发展的时代背景和传统“司外揣内”让中医滞留在古代视野和无法概括临床“无形(症状)却隐藏着重大疾病”的事实,中医学者要事实就是,正视问题,解决问题,在坚持传承中医固有理论的同时积极利用现代技术“司内揣内”,基于中医思维与客观临床和实验事实,拓宽自身视野,自强不息勇于突破发展中医。莫要等西医借助中医思维取得突破进展时,中医只能以“早已有之”来慰藉自己。

参考文献

- 林丽,卜文超,郑进,等.论“司揣内外”的内涵及诊断学意义.北京中医药大学学报,2015,38(10):661-664.
- 新华社.习近平对中医药工作作出重要指示强调传承精华守正创新为建设健康中国贡献力量李克强作出批示.中医杂志,2019,60

- (23): 2000.
- 3 王君平. 传承好中医药文化瑰宝. 人民日报, 2019-11-13(009).
 - 4 梅晓云. 论“司外揣内”的辨证方法. 江苏中医, 2001, 10: 5-6.
 - 5 王寅, 卜文超, 盖沂超. 试析“司内揣外”对中医诊法的促进作用. 云南中医学院学报, 2009, 32(2): 49-51.
 - 6 余文海. 论中西医结合的价值取向. 中华中医药学刊, 2009, 27(4): 842-844.
 - 7 温长路. 从中医“西化”到中医“化西”. 中国中医药报, 2011-08-26(003).
 - 8 温长路. 关于中医“西化”的文化思考. 环球中医药, 2010, 3(4): 241-245.
 - 9 洪兵. 开放创新是中医药现代化的灵魂. 中医药管理杂志, 2008, 7: 488-491.
 - 10 付东升, 鞠诣然. 《内经》肾藏象理论发生的解剖基础概述. 吉林中医药, 2007, 3: 51-54.
 - 11 郭海, 杨进, 龚婕宁. 藏象研究存在的问题与解决方法. 河南中医, 2005, 10: 10-12.
 - 12 黄福发, 黄福忠. 中医对“胰”的认识. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(24): 142-143.
 - 13 沈桂祥. 浅谈脾胰同源. 中医杂志, 2009, 50(12): 1141-1142.
 - 14 韩尽斌, 曹振东, 刘巧丽等. 从“胰属脾”谈胰腺癌的病机要素. 中华中医药学刊, 2018, 36(9): 2086-2088.
 - 15 范爱群. 中医对脾与胰关系的探讨. 中华中医药学会. 中医药治疗糖尿病新进展——首届糖尿病(消渴病)国际学术会议论文集. 中华中医药学会: 中华中医药学会, 1994: 133.
 - 16 王帅, 郭允, 刘文科, 等. 胰与中医之脾、散膏的关系探讨. 中医杂志, 2012, 53(4): 276-278.
 - 17 张磊, 潘晓蓉, 宋晶晶. 论胰为奇恒之腑. 中医研究, 2011, 24(6): 3-5.
 - 18 黄瑞彬, 黄周红. 论奇恒之腑中胆应为胰. 辽宁中医杂志, 2004, 12: 992.
 - 19 赫增才. 从“胰俞”“胰腑”“胰经”论中医脏腑经络腧穴理论的继承与创新. 中国针灸, 2009, 29(1): 79-80.
 - 20 郑敏麟. 论中医“肝”藏象的宏观和微观实质. 北京中医药大学学报, 2013, 36(5): 305-307, 316.
 - 21 郑敏麟. 中医藏象实质细胞生物学假说. 中医药学刊, 2004, 6: 1068-1070.
 - 22 郑敏麟. 中医藏象实质细胞生物学假说之一——“脾”与线粒体. 中医基础医学杂志, 2002, 5: 10-12.
 - 23 郑敏麟, 阮诗玮. 中医藏象实质细胞生物学假说之二——“肾”与染色体. 中国中医基础医学杂志, 2003, 11: 60-63.
 - 24 任秀玲, 闫志安. 中医理论框架突破问题的思考. 中华中医药杂志, 2013, 28(1): 15-17.
 - 25 魏长志, 王祥生. 中医药还需向微观发展. 河北中医, 2012, 34(10): 1484-1486.
 - 26 何泽民, 何勇强. 中医学辨证论治的属性及其指导意义. 中医杂志, 2013, 54(3): 189-191.
 - 27 陈家旭, 薛飞飞. “微观辨证”的产生及其发展. 中西医结合学报, 2005, 5: 12-16.
 - 28 薛飞飞, 陈家旭. 论微观辨证与宏观辨证的关系. 中华中医药学刊, 2007, 8: 1594-1596.
 - 29 李慧, 洪建勋, 杨文娟, 等. 论微观辨证的方法原则. 中国中西医结合学会诊断专业委员会. 中国中西医结合学会诊断专业委员会第十次全国学术会议论文集. 中国中西医结合学会诊断专业委员会: 中国中西医结合学会, 2016: 21-23.
 - 30 沈自尹. 微观辨证和辨证微观化. 中医杂志, 1986, 2: 55-57.
 - 31 蔡辉. 论专病微观辨证. 中医杂志, 1999, 8: 499-500.
 - 32 马继征, 姚乃礼. 论辨证论治与辨病论治相结合. 中华中医药杂志, 2015, 30(12): 4251-4253.
 - 33 陈志强, 吕立国. 整体辨证、局部辨证与微观辨证——对现代中医辨证论治体系的思考. 中国中西医结合杂志, 2006, 12: 1126-1127.
 - 34 蒋紫云, 霍获. 中医宏观医学的发展与微观辨证. 中医研究, 2003, 2: 2-4.
 - 35 陈雪功, 张红梅, 周雪梅. 对“微观辨证”和“微观辨证论治体系”的思考. 安徽中医学院学报, 2010, 29(2): 1-3.
 - 36 屈重阳. 试析“微观辨证”对无症状性疾病中医辨证的启示. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(7): 190.
 - 37 梁文杰, 方朝义, 丁英钧, 等. 实验诊断学在微观辨证中的价值评价. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(4): 543-546.
 - 38 李沛纯. “中病即止”临床应用体会. 中国中医急症, 2012, 21(9): 1536.
 - 39 张笑平. 为辨证论治引入微观指标的实践. 临床中老年保健, 2003, 2: 147-151.
 - 40 杨巨成. 宏观与微观——中医辨证的新思路. 中国民间疗法, 2010, 18(6): 64.

Overview of “Observing the Internal to Refer the Internal” in Traditional Chinese Medicine

Zhang Xi¹, Yuan Depei^{1,2}, Zhou Yong^{1,3}, Zeng Chuhua², Xian Ciyang²

(1. School of Basic Medical Sciences, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430065, China; 2. Medical College, Hubei Minzu University, Enshi 445000, China; 3. Wuhan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430014, China)

Abstract: Under the developing theme of “guard the righteousness and make creativities” of traditional Chinese

[Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica—World Science and Technology] 1267

medicine (TCM), in response to “Observing the external to refer the internal” approach, which makes TCM deviate from modern technology and cannot summarize “no symptoms but hidden major diseases”, TCM scholars need to develop themselves by adhering to the main body of TCM thinking and actively absorbing and summarizing the life phenomena observed by western medicine based on “Observing the internal to refer the internal”. As TCM moves from the stage of “Observing the external to refer the internal” to the stage of “Observing the internal to refer the internal”, the Tibetan theory of TCM will be adjusted at the macroscopic level and extended to the cellular level; the concept of disease, illness and evidence in TCM will be reconstructed as symptoms are abnormalities in the whole life activity, which can appear both in diseases and in health; the concept of disease, disease and evidence in TCM will be reconstructed to mean that disease is an abnormality in the whole life activity, which can appear in both disease and health; evidence is not only a generalization of the pathology at a certain stage of disease, but also includes a generalization of the trend of imbalance of yin and yang when there is no disease; the time point of disease is shifted forward, and disease can appear even when “yin and yang are in balance”, and health and disease should be determined based on the state of yin and yang and various symptoms and signs, and The treatment system of TCM will change from macroscopic diagnosis and treatment and “stopping when the disease when symptoms have been improved” to macroscopic and microscopic combination of diagnosis and treatment and “stopping when the symptoms and syndromes have been improved”.

Keywords: Traditional Chinese medicine (TCM), Observing the external to refer the internal, Observing the internal to refer the internal, Development

(责任编辑: 张巍瀚, 责任译审: 周阿剑)