

名医经验传承探索之路

王 阶 熊兴江

中国中医科学院广安门医院心内科,北京市西城区北线阁 5号,100053

基金项目:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2003CB517103);国家自然科学基金资助项目(90209011)

通讯作者:wangjie0130@yahoo.com.cn (010) 88221238

摘 要 鉴于《伤寒杂病论》等经典著作的研究启示及中医学传承史上的两大脉络,认为应将名医经验传承工作置于中医学传承的历史背景中来认识,从辨证论治和方证对应这两大体系上升华对传承的认识。指出方证对应是中医传承的关键。通过老中医口述,整理名老中医医案,领悟其方证、药证运用体会,并结合循证医学进一步整理、挖掘、升华,是名医传承的重要方法。

关键词 名医经验;传承;现状;思路;方法

名中医的学术思想和临床经验是中医学几千年来学术精华和临证智慧结晶,探索名中医的成长成才轨迹,传承名中医的学术思想和临床经验,培养并造就新一代优秀中医药人才不仅事关中医药学的前途命运,更与中华民族的伟大复兴密不可分。

1 现状分析

自从国家中医药管理局先后开展的老中医药专家学术经验继承工作、优秀中医临床人才研修项目以及国家科技部将“名老中医学学术思想、经验传承研究”作为“十五”国家科技攻关计划立项以来,业内对名医经验传承模式、内容与方法,即传承什么和怎么传承这两大难题,均作了诸多探索,部分达成共识。

1.1 内容

传承内容大致包括如下 3 个方面。

首先,以中医理论为纲,即认识、运用中医理论的心得体会。如国医大师路志正教授崇尚脾胃学说,以“治中央、运四旁、移情志、调升降、顾润燥、纳化常”作为调理脾胃的学术思想,临床注重辨治湿邪,擅长运用调理脾胃法治疗包括胸痹、眩晕、燥痹在内的各种疑难病证,疗效卓著,独树一帜^[1]。

其次,以方药为纲,即运用方药的经验。如国医大师邓铁涛擅长运用黄芪治疗脏器下垂(如胃下垂、子宫下垂、脱肛、肾下垂等)、重症肌无力、肌肉痿软、呼吸困难、眩晕等病机属气虚下陷的疾病。治疗胃黏膜下垂可用四君子汤加黄芪 30g 再配枳壳 3g 以反佐,一升一降,升多降少;治疗脱肛可用王清任《医林改错》中的黄芪防风汤(黄芪四两,防风一钱),用黄芪 120g、防风 9g 治疗子宫脱垂可用补中益气汤加何首乌;治疗重症肌无力可用经验方强肌健力饮,重用

黄芪为主药^[2]。

第三,以疾病为纲,即治疗某种疾病的经验。如重型肝炎临床表现为骤然起病,身目发黄,迅速加深,尿色深黄量少,乏力,纳差,恶心呕吐,口中臭秽,出血,身热,烦躁,谵语,昏迷,腹水等。国医大师周仲瑛认为,本病属于中医“急黄”、“疫黄”范畴,湿热疫毒侵袭是其重要病因,瘀热相搏是其基本病理状态,血瘀与血热互为因果,进而出现瘀热发黄、瘀热血溢、瘀热水结、瘀热阻窍等系列证候,因此凉血化瘀为其治疗大法,犀角地黄汤、茵陈蒿汤为其代表方药^[3]。

1.2 形式

传承形式就是如何传承的问题,从传承方式来看,现代大致呈现出如下 3 个方面内容。第一,文献整理及个案研究。在古代,私学教育、师徒传授和家世相传是主要传承方式,及至公元 443 年南北朝刘宋王朝开始创办中医学教育,学校教育逐渐成为中医学蓬勃发展的主要动力,受儒家仁孝思想影响,文仕通医、儒而通医则是一大传承特色^[4]。正因为中医学世代传承的延续性,一般认为,应当从文化背景的角度,通过了解其所处地域人文特征、学医经历、阅读书籍以及知识构成等,深入发掘名医的学术渊源及其学术思想发展脉络。另外,通过跟师门诊、查房,整理名医临床病案,或以方药为纲,或以疾病为纲,通过横向与纵向的比较分析,领悟其临证思维特征、组方用药思路等。近年来开始尝试将数据库中的数据挖掘技术运用于名老中医学学术经验继承的研究^[4-5],进而总结探讨其处方用药规律。第二,临床研究,即采用临床流行病学、临床科研设计衡量与评

价(DME)的方法对临床经验进行科学验证。对于传承所得到的名老中医的学术思想和临床经验是否有较好的临床疗效以及推广运用价值,业内大多采用严谨的科研设计进行进一步验证。有学者为观察邓铁涛浴足方治疗高血压病的临床疗效,将240例患者随机分为试验组和对照组,发现降压疗效差异有统计学意义,肝火亢盛型患者治疗两周后收缩压差、舒张压差组间比较,差异均无统计学意义,而痰湿壅盛型、气虚痰瘀型患者治疗两周后差异均有统计学意义。认为邓铁涛浴足方降压效果确切,对最常见的气虚痰瘀型、痰湿壅盛型疗效尤佳^[6]。第三,实验研究。在上述文献整理、个案研究以及临床研究挖掘出的名老中医经验基础上,有必要通过动物实验研究进一步阐明其有效方药或独特疗法的作用机制。如有学者通过建立血管成形术后颈动脉内皮损伤动物模型,探讨通冠胶囊(黄芪、丹参等)修复损伤动脉血管内皮的可能分子机制,结果发现,通冠胶囊可通过上调血管内皮生长因子(VEGF)和基质细胞衍生因子(SDF-1)表达以及内皮一氧化氮合成酶(eNOS)的表达参与抑制大鼠颈动脉球囊损伤后内膜增生和管腔狭窄,对经皮冠状动脉腔内血管成形术(PTCA)术后再狭窄有防治作用^[7]。

1.3 焦点

在当前的名医经验传承过程中,存在一种认识倾向与争鸣焦点,即认为医疗技术的传承属于传统文化中“术”的层面,而医理医道的传承则属于传统文化中“道”的层面;认为医术的传承属“标”属“末”,而医理医道的传承才是“本”是“根”,本立方能道生;认为学习老中医的医术是在学习传承其经验,而学习其医理医道则是在学习传承其理论精髓;认为学习前者往往能得到“形似”境界、“学我”境界,而学习后者则能得到“神似”境界、“像我”境界甚至“超我”境界;认为学习前者最多只能成为治疗疾病的工匠,即“医匠”,而学习后者则能成为指导并影响本领域学科发展的医学大家,即“医家”。这种看法由来已久,本身并无大错,但是术中寓道,道中有术,两者不可须臾分离,如果一味夸大医理医道的传承,甚至轻视、忽视医技经验的传承则往往在临证时落于哲学上的思辨推演,落于中医学医理上的循环论证。所以有学者指出,从目前中医学服务的范围、存在的规模和所形成的经济效益与社会效益的实际效果看,中医临床有滑坡趋势,说明中医学有许多临床医学经验没有能够传承下来,有失传,这是一个亟待解决的

问题^[8]。

如果再作深层次的思考,问题的症结则可能与业内对中医的学科属性定位模糊有关。对一门学科的定性直接关系到该学科在整个科学体系中的定位,也直接影响到这门学科的生存环境和发展方向。医学本身具有人文和自然的双重属性^[9],与现代医学相比,中医学不仅仅隶属于自然学科,更具有鲜明的人文学科特征。

2 历史启示

2.1 经典依据

名医经验中不仅有属于医技层面的经验,更有属于医理医道层面的理论,两者侧重如何?如何才能更好地传承名医经验?我们认为,医圣张仲景的《伤寒杂病论》就是一部名医经验传承至今并成功推广运用的典范,从中或许可以得到关于名医经验传承的一些启示。

“六经辨证论伤寒,脏腑辨证论杂病”,这是业内对《伤寒杂病论》这部经典著作形成的专家共识,且认为该书分若干条目,每条先介绍临床表现,然后根据病理分析认定为某种证,最后根据证提出治法与处方用药,《伤寒论》以外感病为主,《金匱要略》以内伤杂病为主,两者共同为中医辨证论治建立了较为系统的理论体系,成为历代医家辨证论治的楷模。认为辨证论治是其核心所在,且由其构建的辨证体系有六经辨证体系、八纲辨证体系、脏腑辨证体系和经络辨证体系,由其确立的治则有早病防变、治病求本、扶正祛邪、调整阴阳、调理气血、调理脏腑和三因制宜等,具体治法则有表里同病先表后里或表里双解或表病急则急当救表,里病急则急当救里,少阳证禁汗禁吐禁下而只宜和解,顾阳气,护津液等。《伤寒论》第16条中“观其脉证,知犯何逆,随证治之”就是对辨证论治的高度概括。其实,在《伤寒杂病论》等中医古籍中还蕴藏着另外一种辨证体系,即方证对应。方证对应是指方剂与其用方指征或者适应症的契合对应,这与辨证论治的思维过程有联系但绝不雷同。在《五十二病方》、《辅行诀脏腑用药法要》等古代古籍中均有体现方证对应、辨方证论治医学思想的记载。而真正将方证对应以文字形式记载下来的则首先见于《伤寒论》第317条“病皆与方相应者,乃服之”。如果抛开先入为主的辨证论治思想,抛开六经辨证、脏腑辨证、经络辨证等既有中医学理论,以方为纲或以药为纲,重新阅读这部经典著作则不难发现,该书体例明显,即病下系方,方下列证,以方统

证,书中到处蕴含着方证对应、辨方证论治的辨治体系,且《伤寒论》和《金匮要略》的辨证体系一脉相承,更不是像现行所认为的张仲景有两套辨证体系,而不是像现行所认为的外感与内伤杂病的辨治是可以截然分开的。

2.2 历史脉络

之所以会在《伤寒杂病论》中出现两条不同的临床思维脉络,这可能与中医学传承的历史源流有关。历来中医学的传承有学派之分,而并非辨证论治一脉传承至今,且辨证论治作为中医的定性特征和中心地位的确立只是20世纪50年代后期的事^[10-12]。

《汉书·艺文志》将医经、经方、神仙、房中并列于方技略中,除却神仙和房中两家,则西汉以前的中医学至少存在医经派和经方派这两种学术流派。《汉书·艺文志》关于医经的记载有“医经者,原人血脉、经络、骨髓、阴阳、表里,以起百病之本,死生之分,而用度针石汤火所施,调百药齐和之所宜,至齐之得,犹慈石取铁,以物相使。拙者失理,以愈为剧,以生为死”,在这里可以看出医经侧重于阐明阴阳气血经络等医理,临证时以运用针石汤火见长,且据《黄帝内经》可知主要以针灸治疗为主。《汉书·艺文志》关于经方的记载有“经方者,本草石之寒温,量疾病之浅深,假药味之滋,因气感之宜,辨五苦六辛,致水火之齐,以通闭解结,反之于平。及失其宜者,以热益热,以寒增寒,精气内伤,不见于外,是所独失也。故谚曰:有病不治,常得中医”。在这里可以看出经方侧重于药物治疗为主,且这里的经方并不专指张仲景经方,而是指用药物调节人体寒热盛衰、通闭解结的治病方法。

对比研究两者异同可知,前者有医经七家,共二百一十六卷,即《黄帝内经》十八卷、《外经》三十七卷、《扁鹊内经》九卷、《外经》十二卷、《白氏内经》三十八卷、《外经》三十六卷、《扁鹊》二十五卷,因现仅存《黄帝内经》,故多以《黄帝内经》、《难经》等著作为代表;后者有经方十一家,共二百七十四卷,即《五藏六腑痹十二病方》三十卷、《五藏六腑疝十六病方》四十卷、《五藏六腑痺十二病方》四十卷、《风寒热十六病方》二十六卷、《秦始黄帝扁鹊俞附方》二十三卷、《五藏伤中十一病方》三十一卷、《客疾五脏狂颠病方》十七卷、《金创痼疾方》三十卷、《妇女婴儿方》十九卷、《汤液经法》三十二卷、《神农黄帝食禁》七卷,从《辅行诀脏腑用药法要》及《针灸甲乙经》可知张仲景深受《汤液经法》启发,且因现仅有《伤寒论》和《金

匮要略》流传至今,所以张仲景的方剂就成了经方的代名词,故多以《辅行诀脏腑用药法要》、《伤寒杂病论》等著作为代表。前者侧重于病机思辨,侧重于医理分析,侧重于针灸治疗,而后者则侧重于方药客观指征的识别,侧重于临床用方用药证据的判断。前者侧重于辨证论治,侧重于辨证、证素、证候要素,而后者则侧重于方证对应,侧重于辨方证论治,侧重于辨方证、药证、量证。因此,有学者称,前者隶属于岐黄学派,而后者则隶属于神农学派^[13]。

在中医学史上,医经派和经方派这两种学术流派不断碰撞互相影响。在唐朝孙思邈的《备急千金要方》和《千金翼方》中出现了两者相互融合趋势,该书既有《伤寒论》方证条文的叙述,又有完整的脏腑辨证体系。及至金时期,伤寒学派代表成无己是第一个全面注解《伤寒论》的医家,其《注解伤寒论》开创了以医经解经方,以《黄帝内经》注《伤寒论》的先河,对后世研究《伤寒论》影响极大。“医之门户分于金元”,此后中医学流派纷呈,百家争鸣,出现了金元时期的寒凉派、攻邪派、脾胃学派和养阴学派,明时期的温补学派、命门学派等,中医学在“医理”上的探讨越来越明显,中医学术掺杂了越来越多的思辨。可以说明清是中医学走向思辨的时期,更是辨证论治流于庸俗化的时期^[14]。及至清代,柯琴、徐灵胎等医家不落窠臼,独辟蹊径,力倡方证对应,主张《伤寒论》的类方研究,一改以往以经解经、随文敷衍之风,别开生面,医学风气为之一振^[15],同时也标志着医经与经方由合而渐分。柯琴从《伤寒论》原文中发现有太阳证、桂枝证、柴胡证等辞,所以采用篇以证名,证因类聚,方随附之体例重新编排,“将仲景书校正而注疏之,分篇汇论,挈其大纲,详其细目”,“俾仲景之精微奥妙,跃然心目之间”,并认为“虽非仲景编次,或不失仲景心法”。徐灵胎认为,“方之治病有定,而病之变迁无定,知其一定之治,随其病之千变万化,而应用不爽,此从流溯源之法,病无遁形矣”,在《伤寒论类方》中将《伤寒论》重新编排并分为桂枝汤类、麻黄汤类等十二类,“每类先定主方,即以同类诸方附焉”,“其方之精思妙用,又复一一注明,条分而缕析之,随以论中用此方之证,列于方后,而更发明其所以然之故,使读者于病情药性,一目了然,不论从何经来,从何经去,而见证施治,与仲景之旨,无不吻合”。新中国成立后,中医学者逐渐认识到方证对应与辨证论治的区别与联系,经方研究重新受到关注,以叶橘泉^[16]、胡希恕^[17]、朱邦贤^[18]、黄煌^[19]等为代

表的中医学者致力于经方研究,临证时大力弘扬方证对应,认为“方证学”是仲景学说的核心,是中医学的主要特色,“方剂辨证”是执简驭繁的方法,是辨证尖端,是中医辨证论治法则之魂。

3 关键探讨

3.1 辨证论治与方证对应是两大治疗体系

在《伤寒杂病论》这部经典著作的字里行间隐藏着辨证论治和方证对应这两种思维方式和辨证体系,这可能就是医圣心法所在,可能就是医圣最想流传于后世的宝贵学术思想和临证经验。从中医学的传承源流分析,我们也发现其中存在这两条辨治脉络。

辨证论治主张在搜集四诊信息的基础上,根据中医基础理论及诸多辨证诊断方法综合分析判断,确定疾病的病因、病位、病性和邪正关系,得出证型诊断,最后选择与证型相对应的代表方药;而方证对应则主张在搜集四诊信息基础上,根据经典医籍记载、古今实践经验以及熟悉掌握大量方证,综合分析判断,确定疾病的方证诊断和药证诊断;前者主张辨证,而后者则主张辨方证。前者强调根据患者出现的症状体征辨证,即使面对中医学中从未记载过的疾病,也可以通过上述思辨过程得出中医证型诊断,相对具有一定的灵活性;而后者则认为,人体对疾病的反应有一定的规律性,且不论运用何种理论进行辨证,最终处方都必须落实到具体方药,且方药的适应症不会因为各自传承理论渊源的不同而不同,这就需要医者掌握大量的方证、药证规律,然后在已知的方证、药证规律中选择对应方药,相对具有一定的原则性。前者认为,只要针对病机选择代表方药就能取效,而后者则认为,即使病机相似,但必须针对疾病特有的关键症状体征用药才会收效,如石膏、知母同为清气分热药,但面对阳明热盛证时还需要进一步鉴别具体是何种药证。

临证时面对风邪犯肺的咳嗽则可能会有诸多止咳良方,如止嗽散、三拗汤、六味小柴胡汤、杏苏散、桑杏汤、桑菊饮、金沸草散等,且不可能每一首方剂都有等同的止咳功效,而具体选择哪一首才能精准高效,则需方证、药证鉴别的基本功。因此,我们认为,方证对应直指疾病的方证治疗关键,是将辨证论治落实到实处的最佳途径,也是临证取效的捷径所在。据此我们推测,这可能就是两种辨治体系俱见于《伤寒论》的缘由所在。需要说明的是,辨证论治和方证对应本是珠联璧合、交相辉映、相辅相成,两者并

不矛盾,推崇方证对应,但绝无贬低辨证论治之意,两者本有互补之妙,而无对峙之情,分道扬镳则俱伤,合而用之则俱美^[20]。因此,我们认为,应当借鉴中医学的传承历史,把名老中医学术思想和临床经验的传承工作放在整个中医学传承的历史背景中来认识,从辨证论治和方证对应这两大体系上升华对经验传承工作的认识。

3.2 方证对应是传承关键

方证对应主张根据方药的客观指征处方用药,但翻阅期刊报道的名医经验传承文章,不难发现,其中部分或侧重于医理病机的描述,一旦涉及到具体方药运用经验则用病机术语一笔带过,或通过复杂的数理统计方法计算筛选出大量数据而对临床的指导实用价值却有限。这种现象由来已久,如叶橘泉先生年轻时最喜读医案,可是读到明清以后的医案时大失所望,医案往往不提方名,而是以法代方,有的处方如用柴胡汤加减,只说是“疏肝理气”或是“清解少阳”,有的处方像以平胃散为中心的,只说是“运脾化湿”等,都是医疗功能命名。现在很多人说是用“活血化瘀法”治愈了某某病,但不知用什么药,因“活血化瘀”的方药是很多的,这种提法,只有自己心中有数,读者则无从了解。再如“运脾化湿”法,也可以说“健胃燥湿”法,这种抽象的名词术语是高度概括的,作为概念有它的好处,也有它的缺点,如果用来介绍经验是不适当的^[6]。姜春华先生在《名老中医之路》中讲述学习医案经历时也指出:“我的学习不在于学他们一套病理机制术语词汇,而是学他们处方用药。门面话我不喜欢,因此,我虽然也能用那一套术语词汇做病案,把病理机制说得头头是道,可是在临病写医案时我仅是照仲景条文式直叙症状。我认为学习前人不学他们的方药,只学他们机制词汇,譬犹‘买椟还珠’”^[21]。其中“照仲景条文式直叙症状”即是处方用药的客观指征。

首先,通过老中医口述,直接记录其独特的诊疗经验和方证、药证运用经验。如姜春华教授口述临床应用芍药甘草汤方证的经验为,“不仅治脚弱无力,行步艰难等,亦广用于胃肠道疼痛,腓肠肌痉挛性疼痛,头痛。举凡胸、腹、肋、背、腿肌肉及神经性疼痛,推而广之,举凡内脏平滑肌痉挛性疼痛,无不可以用芍药甘草汤为基础方,加减应用,特别是在加大芍药剂量时,镇痛作用尤为显著”^[22]。江尔逊老中医潜心研究有年,认为香附旋覆花汤证与《伤寒论》小柴胡汤证均属于少阳病的范畴,其病位均在三焦。凡无形

之邪气客于少阳,偏于半表,则为寒热往来,胸胁苦满之小柴胡汤证;凡有形之水饮停聚胸胁,偏于半里,则为“发作有时,心下痞,硬满引胁下痛”的十枣汤证,轻者为时方香附旋覆花汤证,此证临床十分常见,典型者为渗出性胸膜炎、胸腔积液,非典型者有慢性肝炎、慢性胆囊炎、慢性支气管炎等。其特征性症状为胸胁掣痛——不是胀痛、刺痛、隐痛,而是牵掣作痛,不动则不痛或痛轻,移动体位则疼痛加重^[20]。其次,通过整理名老中医医案,从中总结领悟其方证、药证运用经验。中医学历来重视对名医医案的学习,如《临证指南医案》、《经方实验录》、《孟英医案》、《柳选四家医案》、《医学衷中参西录》等。医案可以完整地记录名医治疾病的全过程,甚至治疗过程中的所思所想,且部分医案极具有代表性,往往是大量同类典型医案的代表,或者可以说是高频次的经典再现、原味翻版。如我们根据《金匱要略》中“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之”,临证时紧紧抓住“呕”、“肠鸣”和“心下痞”这3个特征症,运用半夏泻心汤治疗多例口腔溃疡、急慢性胃炎、慢性胃溃疡、溃疡性结肠炎、慢性乙型肝炎等疾病均取得较好疗效。第三,结合循证医学整理、挖掘、升华方证、药证经验。循证医学(evidence based medicine, EBM)即遵循证据的临床医学,是指任何临床医疗决策的制定都要建立在客观的科学研究证据基础上。该名词的提出,使临床医学模式发生了根本的转变,由过去的经验医学转向遵循证据的实证医学。中医学中虽然没有循证医学的概念,但《伤寒论》具有循证医学框架,蕴含了循证医学的思想^[23]。中医学是一门极其严谨规范的学科,其方药的使用均要有很严格的证据作支撑。这种使用方药的证据是古人长期对在人体自身反复进行的大规模方药试验结果的提炼和升华。该证据是客观具体的,其临床疗效具有很好的重复性,且这种经验的提炼过程与循证医学循证研究的过程类似,其本身可能已经超出“专家经验”范畴。因此,有必要借鉴循证医学的相关思想,开展符合方证对应治疗原则的临床研究,筛选、凝练、升华方证、药证经验。

参考文献

- [1]刘喜明,路洁,苏凤哲,等.路志正教授调理脾胃法治疗慢性疑难病证学术思想研究之一[J].世界中西医结合杂志,2009,4(2):82-84,90.
- [2]邓中光,邱仕君.邓铁涛运用黄氏的经验[J].北京中医,1994,13(1):5-8.

- [3]陈四清,郭立中.周仲瑛从瘀热论治重型肝炎临证经验[J].江苏中医药,2009,41(6):1-4.
- [4]吴荣,王阶.中医传承方法学浅议[J].中医杂志,2006,47(6):475.
- [5]李文林,赵国平,陆建峰,等.关联规则在名医临证经验分析挖掘中的应用[J].南京中医药大学学报,2008,24(1):21-24.
- [6]张广清,邱定荣.邓铁涛浴足方治疗高血压病120例临床观察[J].中医杂志,2005,46(11):826-828.
- [7]曾勇,张敏州.通冠胶囊修复动脉内皮损伤的作用及机制研究[D].广州中医药大学博士学位论文.2009:31-40.
- [8]王泓午,马融,李新民,等.谈名老中医经验传承的3个层次和方法[J].天津中医药,2005,22(6):459-461.
- [9]吉文辉.人文属性是中医学的最大特色[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2002,3(2):55-61.
- [10]刘渡舟.方证相对论[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):3-5.
- [11]Shea JL. Applying evidence based medicine to traditional chinese medicine: debate and strategy[J]. J Altern Complement Med. 2006, 12(3): 255-263.
- [12]Scheid V. Chinese medicine in contemporary China[M]. Durham: Duke University Press, 2002.
- [13]姜宗瑞.经方杂谈[M].北京:学苑出版社,2009:19.
- [14]王阶,熊兴江.病机用药与方证用药辨析[J].中医杂志,2009,50(9):777-780.
- [15]黄煌.经方医学的源流与现状分析[J].上海中医药杂志,2009,43(1):6-9.
- [16]马永华,叶家南,叶庭兰,等.叶橘泉[M].见:中国百年百名中医临床家丛书.北京:中国中医药出版社,2004:196.
- [17]冯世纶.胡希恕[M].见:中国百年百名中医临床家丛书.北京:中国中医药出版社,2001:181-183.
- [18]朱邦贤.方剂辨证与方证规范化之我见[J].上海中医药杂志,1997,31(11):2-5.
- [19]黄煌.论方证相应说及其意义[J].中国中医基础医学杂志,1998,4(6):11-13.
- [20]余国俊.我的中医之路[M].北京:中国中医药出版社,2007:39-43.
- [21]周凤梧,张奇文,丛林.名老中医之路(第一辑)[M].山东:山东科学技术出版社,1981:59,60.
- [22]戴克敏.姜春华教授运用芍药甘草汤的经验[J].陕西中医,1990,11(5):193-194.
- [23]宋俊生,熊俊,高岑,等.再论《伤寒论》具有循证医学的框架[J].中医杂志,2011,52(1):4-7.

收稿日期:2010-12-23 修回日期:2011-01-15

©1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

编辑:黄健