

## 基于 ICU 中西医实践新解“六经”与“六经病”

陈腾飞<sup>1</sup> 卢海天<sup>1</sup> 徐霄龙<sup>2</sup> 刘清泉<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>首都医科大学附属北京中医医院重症医学科,北京 100010; <sup>2</sup>北京市中医研究所,北京 100010; <sup>3</sup>中医感染性疾病基础研究北京市重点实验室,北京 100010

通信作者:刘清泉, Email: liuqingquan2003@126.com

**【摘要】** 张仲景《伤寒论》为中医学经典著作,其中“六经”与“六经病”的实质至今仍存在争议,本文从中西医结合的角度对张仲景“六经”“六经病”的实质进行探讨,得出如下认识:“六经”的实质是张仲景在时代背景下划分出的六大生理系统,将人体划分为“六经”,有利于临床分析感染性危重症病情,“六经”与解剖实体及生理基础存在一定的对应关系,但与“经脉”之间是交叉关系,而非包含或等同关系;“六经病”的实质是感染病程中6种常见病理过程的概括,而“伤寒”“中风”等更侧重于具体病因,两类诊断临床中各有优势。“六经病”的传变是外感病诊疗中必须对患者疾病发展趋势做出的判断,大多数外感病患者不发生传变,在“太阳病”阶段即可自愈或治愈;一部分患者传变到“少阳病”或“阳明病”而治愈;少数患者可因治疗延误、治疗不当进一步传变出现三阴病;部分患者可能因合并严重的慢性基础疾病,发病即为“三阴病”,即后世温病所说的“逆传”。“六经”与“六经病”在当今感染性疾病诊疗中仍有一定优势,也存在局限性,后世擅长治疗外感病的医家通过大量临床实践与理论创新,不断弥补其局限性。

**【关键词】** 六经; 六经病; 伤寒论; 急危重症; 中西医结合

**基金项目:** 中华中医药学会雏鹰计划中医青年临床人才研修项目(CYJH2024006); 首都医科大学附属北京中医医院科技发展基金资助项目(LYZD202307)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.01.001

### A new interpretation of "six meridians" and "six-meridian diseases" based on integrated Chinese and Western medicine practice in intensive care unit

Chen Tengfei<sup>1</sup>, Lu Haitian<sup>1</sup>, Xu Xiaolong<sup>2</sup>, Liu Qingquan<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Critical Care Medicine, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China; <sup>2</sup>Beijing Institute of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100010, China; <sup>3</sup>Beijing Key Laboratory for Basic Research of Infectious Diseases in Traditional Chinese Medicine, Beijing 100010, China

Corresponding author: Liu Qingquan, Email: liuqingquan2003@126.com

**【Abstract】** Treatise on febrile diseases by Zhang Zhongjing is a classic of traditional Chinese medicine (TCM). However, the essence of the "six meridians" and "six-meridian diseases" remains controversial. This paper explores the nature of the "six meridians" and "six-meridian diseases" from the perspective of integrated traditional Chinese and Western medicine, the understandings are as follows: the essence of the "six meridians" is six major physiological systems classified by Zhang Zhongjing under the historical background. Dividing the human body into the "six meridians" facilitates clinical analysis of critical infectious diseases. The "six meridians" roughly correspond to certain anatomical entities and physiological bases, and have an overlapping relationship with the "meridian-collateral system", rather than an inclusive or equivalent one. The essence of "six-meridian diseases" is a summary of six common pathological processes during the course of infection. Terms such as "cold-induced injury" and "wind-induced disorder" focus more on specific etiological factors, and the two categories of diagnosis have respective clinical advantages. The transmission and transformation of "six-meridian diseases" are essential judgments on the disease progression in the diagnosis and treatment of exogenous febrile diseases. Most exogenous febrile diseases do not transmit and can be self-healed or cured at the "Taiyang disease" stage. Some patients progress to "Shaoyang disease" or "Yangming disease" and then recover. A few patients may further develop into the "three-yin diseases" due to delayed or improper treatment. Some patients may present with "three-yin diseases" at onset, especially those with severe chronic underlying diseases, which is equivalent to "reverse transmission" in later warm disease theory. The "six meridians" and "six-meridian diseases" have both advantages and limitations in the diagnosis and treatment of infectious diseases today. Later physicians specializing in exogenous febrile diseases have continuously compensated for these limitations through extensive clinical practice and theoretical innovation.

**【Key words】** Six meridians; Six-meridian diseases; Treatise on febrile diseases; Critical care; Integrated Chinese and Western medicine

**Fund program:** Young Clinical Talents Training Program of China Association of Chinese Medicine (CYJH2024006); Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University (LYZD202307)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.01.001

张仲景《伤寒论》为中医学经典著作,其中“六经”与“六经病”的实质至今仍存在争议,历代关于“六经”本质的论述多达41家<sup>[1]</sup>。笔者认为现代各家之所以对“六经”和“六经病”的本质难达成共识,是因未能回归张仲景所处时代的医疗背景及其所面对的患者群体。张仲景因宗族经历传染病出现大量族人死亡而撰写《伤寒杂病论》,重点攻克的正是引起大量死亡的传染/感染性疾病,尤其是感染性危重症。探索仲景“六经”与“六经病”的实质应围绕感染性疾病,尤其是感染性危重症进行讨论。笔者从事重症监护病房(intensive care unit, ICU)的临床工作,长期救治重症感染患者,曾先后参与登革热、流感、新型冠状病毒感染重症危重症的救治,所面对的患者群体与张仲景所面对的患者群体最为接近。正是基于中西医融合救治感染性危重症的临床实践,笔者从中西医融合的角度对张仲景“六经”和“六经病”的实质进行了探讨。

### 1 “六经”的实质是张仲景划分的六大生理系统

《伤寒论》原书无“六经”一词,宋代郭雍首用“六经”概称太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴(又称“三阴三阳”)<sup>[2]</sup>。“三阴三阳”为汉代阴阳学说在中医学中的发展应用,与当时天人相应的哲学理念密不可分。《伤寒论》的六经内容是以《素问·热论》为基础改良而来。张仲景在《伤寒论》中把六经病按太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴的排列顺序,仍然保留了《素问·热论》的原顺序,体现了从《素问》到《伤寒论》的学术延续性。

与现代西医学将人体分出循环、呼吸、消化等系统一样,笔者认为六经与之类似,其实质是张仲景为描绘疾病波及范围所划分的六大生理系统。此六大生理系统既各自独立又相互联系,为进一步认识感染性危重症提供了多维参考坐标。古代医家亦有持此认识者,清代医家柯琴最早提出了“六经非经”的概念,他在《伤寒来苏集·伤寒论翼》<sup>[3]</sup>中言:“夫一身之病,俱受六经范围者,犹周礼分六官而百职举,司天分六气而万物成耳。”之后还有医家周学海持有类似观点,《周学海医学全书·伤寒补例》<sup>[4]</sup>中提到:“总之三阴三阳分经,只是人身分野之空名,非如筋脉之有专物也。邪在分野,是为腠理,是为表病,故无论三阴三阳,当其邪在分野,见证只在躯壳之外,必其邪入经脉,见证乃及脏腑之中。”近代医家何绍奇则明确指出六经是“借经络而统理人体脏腑、气血、津液等正常生理”<sup>[5]</sup>。在

“六经”之外,也有藏象学说,其中五脏六腑也是根据解剖基础结合特殊生理病理机制人为划分的系统<sup>[6]</sup>,这种本质与“六经”系统并无差异。由此可见,为了疾病而人为划分生理系统古已有之,只是古代缺乏当代西医生理学做参考,在语言表述方面较模糊而已,而其中的六经不过是较早、较为完备、对于感染性急危重症较为适宜的一种生理系统划分标准。

**1.1** 将人体区分出“六经”有利于临床分析感染性危重症的病情:疾病按其波及范围可分为全身性疾病与局部性疾病,在感染性疾病中尤其如此,当感染不再局限于某个局部,而是引起全身的免疫炎症反应失调,致使序贯器官损伤,即为全身性疾病,亦为感染性危重症(如ICU最常见的脓毒症)。全身性疾病需要人为区分,以便分析疾病波及的范围、病情的严重程度,以及下一步发展演变趋势,从而整体把握疾病所处的阶段,针对性地制定治疗方案,并在治疗中围绕上述分区动态评估治疗效果。以ICU常见的脓症患者为例,临床诊疗中会按照系统对患者进行病情评估,拟定治疗方案,此过程正如张仲景从六经来分析认识疾病,只是现今ICU采用了西医生理学呼吸、循环、消化等系统分类方法。古代医家在诊疗感染性危重症时亦有此特点,如张乃修在治疗湿温时总以太阴、阳明为治疗关键,医案中常有:“太阴之邪还并于阳明”“邪浊化火,遂令阳明热炽,劫烁阴津”等论述<sup>[7]</sup>,这说明医生对患者的诊疗过程运用了“六经”理论。张仲景将人体划分为“六经”,从而满足临床认识感染性危重症的需要,属于继《素问·热论》首创之后的再次飞跃,引领了临床医学快速发展。柯琴总结六经分类的优势时指出,“病有定体,故立六经而分司之,病有变迁,更求合病并病而互参之,此仲景二法之尽善也。”<sup>[3]</sup>

**1.2** “六经”所对应的解剖实体与生理基础新探:《素问·热论》云“伤寒一日,巨阳受之”,《伤寒论》云:“伤寒一日,太阳受之”,由语境可知“巨阳”“太阳”为受病部位,其余五经以此类推。既为受病部分,则必对应解剖实体或生理功能分区。张仲景将人体划分出六经与西医学将人体划分出多个生理系统有相同的哲学和科学意义。然而西医生理系统的划分更多依赖于解剖学的分界,由解剖学的分界延伸至生理功能的分界。仲景“六经”的划分更多依赖于功能的区分,并根据功能将解剖实体划入“六经”之中,这种注重“功能”而轻视“解剖”的学术特点

使得六经所涵盖的解剖实体界限模糊,不能像西医学一样将各生理系统涵盖的解剖器官清晰地划出界限。此外,“六经”所包含的生理功能互相联系,也难以划分出清晰界限,这与西医学生理系统是一致的,如循环系统最重要的血管、血压、内分泌机制均是全身性的,同样,“六经”均涉及到的“阳气”也是无界限的。因此,六经之间虽有界限,却难以明确划分。但根据“六经”的功能,可以大致推断“六经”所对应的解剖实体。经络是最早也最容易关联的概念,朱肱提出:“治伤寒者先须识经络,不识经络,触途冥行,不知邪气之所在。”<sup>[8]</sup>但其内涵并不能很好地解释“六经”其他的生理病理特性;因此现代医家何志雄认为脏腑是六经的本质,他指出:“五脏属阴,六腑属阳,然后再根据各脏腑的不同功能及所属经络不同的循行部位,分为三阴三阳,名曰太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴,这便是伤寒六经。”<sup>[9]</sup>清代医家柯琴<sup>[3]</sup>则更进一步在《伤寒来苏集·伤寒论翼》中提出了“六经地面说”,这个学说中的六经内涵广泛涵盖了脏腑、经络等各项内容,并指出六经地面相互联系,宛如国府比邻,相互依存,无论是解剖还是功能联系都已接近现代医学的解剖和生理关系。从现代医学角度而言,“太阳经”的解剖实体主要为头、项、腰背,“阳明经”的解剖实体主要为胃肠道和全身肌肉,“少阳经”的解剖实质可能涵盖肝胆、淋巴系统等,“太阴经”主要为西医学中呼吸系统和消化系统,“少阴经”解剖实质为心、肾、脑,亦会涉及免疫、血液、骨骼等,“厥阴经”解剖实质可能涉及肝、肾、筋脉、血管等。

**1.3 “六经”与“经脉”的关系新探:**对于“六经”与“经脉”关系的认识,大致分为两派,其中一派认为“六经”是以“经脉”学说为基础的,另一派则持相反观点,现代医家刘渡舟当属“经脉”派代表人物,他指出六经辨证的本质是对六经及其络属脏腑发病规律的总结<sup>[10]</sup>,同时期医家陈亦人虽反对该理论,认为六经是对各类病变共性“病所”的归纳与总结,却也言其非专主经络,亦不能排除经络<sup>[11]</sup>。

从发源而言,“六经”概念源于《素问·热论》,是一种早期存在的“经脉”概念,与从《灵枢·经脉篇》沿用至今的“经脉”(标准称谓是“经络”)概念不尽相同。张仲景的“六经”与“经脉”体系顺承于《素问·热论》,与当今的“经脉”概念并无直接对应关系,更无从属关系,二者只是在名词上相重叠,在对应的解剖和功能的实体上略有交叉而已。“六

经”与“经脉”的交叉体现在《伤寒论》中的一些针刺治疗内容:如明确提出“针足阳明”以阻断疾病进展,在少阴病和厥阴病的治疗中,明确提出“灸少阴”“灸厥阴”以温通血脉。以“太阳”为例,无论是“足太阳膀胱之脉”还是“手太阳小肠之脉”,《灵枢》所言主治病证皆与张仲景论述的太阳所主病证有异。此外,后世有针灸医家如承淡安先生、单玉堂先生及高立山先生,3位前辈都根据《伤寒论》之意拟定了针灸穴方,但各方选穴所在经络与张仲景“六经”并不相同<sup>[12-14]</sup>,这亦从侧面证明了六经不等同于经络。但六经不等同经络不代表六经不包括经络的内容,如《伤寒论》28条言:“太阳病……先刺风池、风府”,风池、风府同为太阳经穴而治疗太阳病,说明六经的确有包含经络的内容。现代医家黄龙祥的经脉诊断理论能很好地解释这一点,他指出,根据经脉起止点脉象变化以诊候相应的脏腑病、经脉病,以及在治疗上遵循“循经取穴”的原则,是因为经络本质是对“体表-内脏内外关系”“体表-体表上下关系”的客观叙述,这些关联如同五脏六腑般客观存在于人体,六经包含同名经络内容与其包含五脏六腑一样是随着生理病理规律自然划分的<sup>[15]</sup>。

总之,“六经”与“经脉”均是针对人体解剖和生理的划分,二者之间有所交叉,但并无绝对的对应关系。

## 2 “六经病”的实质是感染病程中6种常见病理过程的概括

“三阴三阳”虽然源自于汉代阴阳学说及天人相应的哲学认识,但张仲景将其用于总结外感病的诊疗规律,已超越了原始阴阳学说的含义,而赋予其一定的科学内涵。“六经病”由六经引申而出,分别为太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病,即针对上述“六经”这6个生理系统发生病证的命名,其实质是对感染性疾病病程中常见的6个病理过程(或称之为病理征)的高度概括。六经病的提出为感染性疾病的分析提供了参考坐标。在分析传染病或感染性疾病的病情时,需要分析患者的病程(疾病的时间性)、病位(疾病的空间性),六经病之间的传变有时间先后次第,六经病彼此之间又代表着不同的病变部位,由此可以认为六经病的概念兼具了时间性和空间性,这一点可能是六经病被广泛应用于外感病辨治且至今昌盛不衰的原因。

具备这种空间与时间双重属性的“六经病”的

实质是 6 个比较宽泛的、模糊的疾病综合征,本质是用中医概念总结的 6 种极具特点的生理病理过程,如太阳病提纲证是“头项强痛而恶寒”,大致近似外感病初期综合征,以局部的感染和炎症反应为主要病理过程<sup>[16]</sup>;阳明病提纲证是“胃家实”,大致近似于外感病热邪燥屎内结综合征,以全身的高炎症反应为主要病理过程;三阴病则对应脓毒症多器官功能障碍阶段,太阴病以胃肠功能障碍为主,少阴病以循环功能、肾功能障碍为主,厥阴病以肝功能障碍为主<sup>[17]</sup>。这样的类比,只是近似于“六经病”的概念,但并不准确,因为“六经病”具备时间及空间的双重属性,单一的分期或解剖实质划分都不能完整归纳,这种分类方式虽然边界不清,却能从更高的层次让医生抓住当前疾病的主要矛盾。以阳明病为例,其提纲证为“胃家实”,从空间层次而言,阳明病所指核心便是胃腑积滞不通,及胃腑背后所承载的气血因热毒内聚而燔灼;从时间层次而言,这是外邪进入脏腑,邪气亢盛而正气未衰的阶段,是正邪交争最剧烈的阶段,也是治疗干预的关键时刻<sup>[17]</sup>。这种双层次的整体概括既可使医生根据当前患者“胃家实”的状态去判断患者疾病进展处于关键阶段,也可使医生明晰,在该阶段通腑泻下、清热解毒是最有效的干预措施。由此可以看出,六经病的归纳是以诊疗为核心的,对临床有极高的价值。

**2.1 “六经病”与“伤寒”“中风”等病名关系的探讨:**“痉、湿、喝、中风、伤寒、温病、风温、结胸、藏结、脾约、蛔厥、脏厥、霍乱、阴阳易”是《伤寒论》中 14 个主要的病名,除“痉、湿、喝、霍乱、阴阳易”因发病过程与“六经病”的交集非常少,在《伤寒论》中单独篇章论述,不列入“六经病”,其余病均在“六经病篇”中进行论述。“伤寒”“中风”等病与“六经病”的从属关系如何?笔者认为,“伤寒”“中风”“温病”等是以相对比较精准的病因而确立的病名,“六经病”则以相对比较模糊、笼统的病理过程而确立的病名(或称为“综合征”更为贴切)。如按病因确诊“伤寒病”“中风病”或“温病”的某个患者,可因疾病演变而出现“六经病”中的一种或多种病证;而从“六经病”的角度来看,“太阳病”的病理过程既可见于病因为“伤寒”的疾病,亦可见于病因为“中风”或“温邪”的疾病。如从病因入手论治疾病(类似于西医学从病原学入手论治感染性疾病),必然面对疾病层出、穷于应付的局面;如从一些共性

的病理过程(即病原体与人体相互作用的免疫炎症反应过程)入手,则有执简驭繁之妙。仲景将一类感染性疾病“共有的病理过程”提炼总结成“六经病”,并以“六经病”为标题编次撰写《伤寒论》以实现一大类外感病诊疗经验的系统整编,这正是张仲景及其《伤寒论》的不朽贡献。伤寒、中风、温病等疾病与六经病关系见图 1。

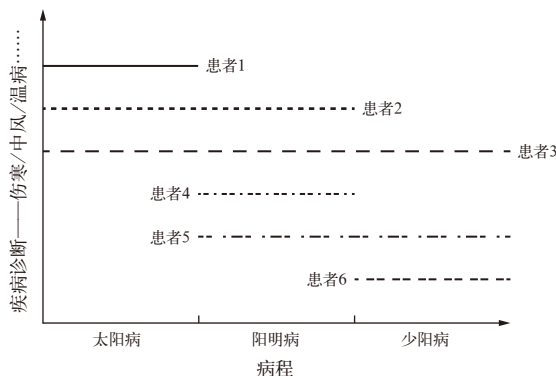


图 1 伤寒、中风、温病等疾病与六经病关系示意图

**2.2 “六经病”的传变关系探讨:**传变,是医生治疗外感病时必须对患者疾病发展趋势做出的判断,尤其是在应对突发传染病大范围流行、患者人数激增之时,要判断“传变”,识别有可能进展为危重症的患者,重点进行干预,才可能降低病死率,即西医急诊和重症医学中的“危重症预警”概念。以外感病为例,从西医学角度而言,任何一个病原微生物明确的外感病,不论是暴发的传染病,还是散发的感染性疾病,轻症占大多数。站在中医学角度上,可以理解为大多数外感病患者不会发生传变,在“太阳病”阶段即可自愈或治愈;一部分患者会传变,但传变到出现“少阳病”或“阳明病”为止,及时治疗就能治愈;少数患者因为治疗延误或治疗不当,会进一步传变,出现三阴病;部分患者可能因合并严重的慢性基础疾病,发病即为“三阴病”,即叶桂所说之“逆传”<sup>[18]</sup>。这些已入“三阴病”的患者就是危重患者,需要及时采取措施进行救治,而对于那些不会发生传变的患者,可以暂时降低诊疗优先度,这对于提高诊疗效率,降低病死率有重要的意义。

如何判断六经的传变呢?仲景在《伤寒论》开篇第 4、5 条就记载了伤寒病初起的传变:“伤寒一日,太阳受之,脉若静者,为不传;颇欲吐,若躁烦,脉数急者,为传也。”此外,《伤寒论》第 273 条太阴病提纲证:“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益

甚,时腹自痛。若下之,必胸下结硬。”《伤寒论》第281条少阴病提纲证:“少阴之为病,脉微细,但欲寐也。”多次从胃气、脉、神论述,这说明六经传变主要从以下3个方面判断:胃气、意识和循环。这种传变判断方式还可以延伸至其他各类传染病,其中意识和循环在现代急诊、ICU领域亦广泛应用,各种评分分级表中都会涉及“意识”和“循环”,随着脓毒症3.0<sup>[19]</sup>推广而流行的快速序贯器官衰竭评分(quick sequential organ failure assessment, qSOFA)诊断法,也包含了“意识”和“循环”这两项;而从“胃气”判断患者的病情危重程度及传遍可能性,是中医学独具优势的一点,也是西医学ICU领域不断研究的方面。

### 3 “六经”与“六经病”在感染性疾病中的优势及局限性

**3.1** “六经病”对于后世应对突发传染病的现实意义:当新发、突发传染病,医学界对疾病病原体的认知尚不全面,但ICU临床医生对于该病可能引起的致命“病理过程”如急性呼吸窘迫综合症(acute respiratory distress syndrome, ARDS)、弥散性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC)等有丰富的治疗经验,以ARDS为例,已有成熟治疗方案如肺保护通气策略、肺复张、俯卧位通气、体外膜肺氧合(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)均可应用于此新发突发传染病以达到治疗效果,这些治疗虽无法直接攻克病原体,但却可以保护器官,防止患者死于器官衰竭,从而有望最终战胜疾病,挽救患者生命。同样,当一种新发传染病来袭时,中医学虽然没有诊治经验,但病原和人体相互作用后展示出来的症状总是类似的,如“发热”“咳嗽”“喘促”“食欲不振”“腹泻”等,在这些相似的症状背后,是相似的病机(病理生理过程),把这个未知的传染病拆解为太阳病、阳明病、邪伏膜原、热入营血等病机,而这些病机都具备成体系的治疗方案(理法方药俱全),阻断其中的任意病机,都有望扭转疾病进展,从而阻止传染病导致的患者死亡。

张仲景总结出的“六经病”涵盖了人体对外邪入侵作出的6种重要的病理应激模式,而且对于每一种病理状态,均总结了有效的处方、药物、剂量、服用方法、服药后调护、服药后病情的变化和出现病情变化后下一步的应对方案。“六经病”的诊断意义即在于此,如果没有张仲景开创性的“六经病”研究成果,而是局限于某个具体病证的病因探索,如

“伤寒病”“喝病”等,着力于将每个疾病各个击破,那么中医学便不再有整体观的优势,也不再拥有面对新发、突发感染性疾病的应对优势。

**3.2** “六经”与“六经病”的局限性及后世的发展实践:“六经”和“六经病”是仲景根据所处时代、所诊感染性疾病的诊治规律总结,其因“伤寒”而起,必定注重阳气,因此描述病理生理过程也必分详略优劣。从现代医学的角度来看,“六经”体系弱于免疫、炎症及凝血系统的分析,这种偏颇必定使“六经”体系存在很多局限性。因此,“六经病”并不能涵盖所有疾病,除了在《伤寒论》中并未纳入“六经”和“六经病”体系的疾病如“湿病”“喝病”“瘧病”“霍乱”等,后世新发、突发的感染性疾病的发病特点、演变规律也并非“六经病”所能概括,需要后世医家不断创新发展。如宋代医家庞安时在张仲景“伤寒”的基础上引入了“寒毒”“异气”的概念,并在其著作《伤寒总病论》中针对温毒的五大证治,使用了大剂量清热解毒、辛温拔毒的药物<sup>[20]</sup>;清代医家余霖对其所遭遇的感染性疾病总结了“热毒炽盛,气营两燔”的病理特点,并拟定了著名的清瘟败毒饮<sup>[21]</sup>;叶桂<sup>[18]</sup>、吴瑭<sup>[22]</sup>继承前贤经验,针对感染性疾病出现的“昏迷”状态,总结提炼出了“热入心包”这一病理过程,开创性地使用安宫牛黄丸、紫雪散、至宝丹解决了这一病理过程。这些发展补充了“六经病”,将之扩展为“七经病”甚至“八经病”,但因中国尊古尊经的传统,并不直接改变经典文献的原貌,而是另起新说以羽翼“六经”,如卫气营血辨证及三焦辨证。又如流行至今且不断变异的新型冠状病毒,其早期发病以肺损伤喘促为主,其病理演变过程均是“六经病”较少涉及的,这些均需当代医家在继承“六经病”精神的基础上,灵活运用《伤寒论》及温病方药,创立新说、研制新方以攻克疾病。

此外,随着现代医学的发展,新的问题也会产生,一方面随着现代医学对疾病病理过程的认识愈发深刻,原有的诊疗体系也会显现纰漏,如脓毒症,无论是伤寒的六经辨证还是温病的卫气营血三焦辨证都不能完全适用于该疾病的诊疗,因此王今达教授在这些诊疗体系的基础上根据临床需要对其进行删减与合并,最终形成了完全针对脓毒症几个关键病机而确立的“四证四法”<sup>[23]</sup>;另一方面,新的医疗技术也会带来新的问题,如耐药菌感染,此病更非“六经”体系所能论及,其具体的生理病理过程,

尚未有明确结论,但可通过“伏邪”学说对其揣摩一二,并采取治疗措施<sup>[24]</sup>。因此,不光是“六经”体系,其他辨病辨证体系皆有所长,若能解析背后的生理病理过程,那么中医学与现代医学必能相互裨益,再进一步。

#### 4 结 语

六经和六经病理论作为《伤寒论》的骨架,常为后世医家所讨论,从恽铁樵认为时医对于六经过于忽视<sup>[25]</sup>,至今又百花齐放,乃至过度重视和发挥,诸多医家都探寻过“六经”本质。这些论述极大丰富了“六经”体系的内涵,拓展了临床应用范围,但却并不一定代表张仲景本义,未正确揭露其本质。只有认清本质,才能准确评价,知其已有的优势和尚需改进的缺陷,才能打破中医学自洽停滞不前,循环论证的怪象,切实实现“守正创新”,守中医之正,创医学之新。本文从现代临床实际出发,围绕《伤寒论》本身对“六经”进行的探讨,以期溯本追源,阐明了张仲景对“六经”的认识,供诸位同道参考。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

#### 参考文献

- [1] 王庆国,李宇航,王震.《伤寒论》六经研究 41 说[J].北京中医药大学学报,1997,4: 23-30.
- [2] 郭雍.伤寒补亡论[M].北京:人民卫生出版社,1994.
- [3] 柯琴.伤寒来苏集·伤寒论翼[M].北京:学苑出版社,2009.
- [4] 周学海.周学海医学全书·伤寒补例[M].北京:中国中医药出版社,2015.
- [5] 何绍奇.六经为纲辨证论治[J].国医论坛,1986,2: 4-5.
- [6] 张启明,张毅,解君,等.中医五藏系统的功能定位[J].北京中医药大学学报,2014,37(7): 437-442. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2157.2014.07.001.
- [7] 张乃修.张聿青医案[M].北京:人民卫生出版社,2023.
- [8] 朱肱.类证活人书[M].天津:天津科学技术出版社,2003.
- [9] 何志雄.《伤寒论》六经实质探讨[J].新中医,1983,2: 8-12.
- [10] 刘渡舟.《伤寒论》刍言[J].新中医,1980,4: 12-16. DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.1980.04.005.
- [11] 陈亦人.略论“六经百病”[J].山东中医学院学报,1986,4: 13-17. DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.1986.04.004.
- [12] 承淡安.伤寒论新注(附针灸治疗法)[M].北京:人民军医出版社,2011.
- [13] 单玉堂.单玉堂伤寒论针灸配穴[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [14] 高山.针灸心传[M].北京:学苑出版社,2019.
- [15] 黄龙祥.经络学说的理论结构与科学内涵[J].中医杂志,2002,43(10): 746-748. DOI: 10.3321/j.issn:1001-1668.2002.10.020.
- [16] 杨金亮,季然,齐文升.《伤寒论》六经实质与六经病[J].中医学报,2019,34(1): 35-38. DOI: 10.16368/j.issn.1674-8999.2019.01.009.
- [17] 刘清泉.中医对脓毒症的认识及辨证体系的研究[C]//中国中西医结合学会急救医学专业委员会.全国危重病急救医学学术会议论文集,成都,2004.北京:中国中西医结合学会急救医学专业委员会,2004: 5.
- [18] 叶桂.温热论[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [19] Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315 (8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287.
- [20] 庞安时.伤寒总病论[M].北京:人民卫生出版社,2019.
- [21] 余霖.疫疹一得[M].陕西:陕西科学技术出版社,2024.
- [22] 吴塘.温病条辨[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [23] 曹书华,王今达,李银平.从“菌毒并治”到“四证四法”——关于中西医结合治疗多器官功能障碍综合征辨证思路的深入与完善[J].中国危重病急救医学,2005,17(11): 641-643. DOI: 10.3760/j.issn:1003-0603.2005.11.001.
- [24] 刘清泉,孙宏源,高洁,等.耐药菌感染中医病机探讨及临床中药疗效观察[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(17): 213-214.
- [25] 王慧,李鹏英.关于恽铁樵对《伤寒论》六经认识的探讨[J].环球中医药,2017,10(11): 1296-1298. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1749.2017.11.030.

(收稿日期:2025-09-28)

(责任编辑:邸美仙)

## · 读者 · 作者 · 编者 ·

### 《中国中西医结合急救杂志》关于统计学方法的写作要求

尽可能详细描述,补充有关统计研究设计、资料的表达与描述、统计分析方法的选择、统计结果的解释和表达等要求。应写明所用统计分析方法的具体名称(如成组设计资料的  $t$  检验、两因素析因设计资料的方差分析等)和统计量的具体值(如  $t=3.45$ ),并尽可能给出具体的  $P$  值(如  $P=0.023$ );当涉及总体参数时,在给出显著性检验结果的同时,还应给出 95% 可信区间。对于服从偏态分布的定量资料,应采用中位数(四分位数间距或四分位数)[ $M(Q_R)$  或  $M(Q_L, Q_U)$ ] 方式表达,不应采用均数  $\pm$  标准差( $\bar{x} \pm s$ ) 方式表达。对于定量或定性资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计分析方法,前者不应盲目套用  $t$  检验和单因素方差分析,后者不应盲目套用  $\chi^2$  检验。要避免用直线回归方程描述有明显曲线变化趋势的资料。不宜用相关分析说明两种检测方法之间吻合程度的高低。对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系作出全面、合理的解释。使用相对数时,分母不宜小于 20;要注意区分百分率与百分比的不同。统计学符号按 GB/T 3358.1-2009《统计学词汇及符号 第 1 部分:一般统计术语与用于概率的术语》的有关规定书写,一律用斜体。