

肺癆纳入外感病辨证体系的探讨

聂广 李静

【关键词】 肺癆； 外感病； 辨证体系； 理论探讨

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi: 10.3969/j.issn.1674-1749.2010.06.015

中医学历来将疾病分为两大类,即外感和内伤;两类疾病有不同的证治特点,也有不同的辨证模式。那么,肺癆是外感还是内伤?这个问题值得研究。有人说,中医对肺癆的认识大致分为三个阶段,一是汉以前认为本病属于虚劳病的范围;二是从汉至唐代,认识到该病具有传染性;三是宋代以后,对其病因病机认识及理法方药日趋系统全面^[1]。这个总结符合事实,但是没有解决肺癆的归属问题,或者表明肺癆是一种具有传染性的内伤杂病。因为肺癆属于“风、癆、鼓、膈”四大杂症之一,并没有因为“癆虫感染”而改变其内伤杂病的性质和定位。

1 作为内伤杂病的肺癆

1.1 论病因

宋元时代,葛可久出版于 1345 年(元至正 5 年)的《十药神书》我国现存第一部治疗肺癆的专书。葛氏认为气血津液亏虚为肺癆发病的根本原因^[2]。明代医家绮石所著《理虚元鉴》,也是论述以肺癆为主的虚劳病,他把肺癆成因归纳为六个方面:(1)先天之因,父母体弱年衰,精血不旺,致生子怯弱;(2)后天之因:七情色欲、饮食劳倦致精气虚损,日久成劳;(3)痘疹及病后之因:疹施治失当,或病后元气尚亏,失于调养;(4)外感之因:肺有伏火之人,复感风邪,久咳不已,肺肾两伤,酿成劳嗽;(5)境遇之因:情志抑郁,日久耗损气血,渐成劳损;(6)医药之因:本非劳证,实因药误,正气屡伤,日久成劳^[3]。现代医家李可同样认为阴阳气血虚损为肺癆的发病原因^[4]。当然,也有不少医家认为肺癆的病因为“癆虫”,但是“癆虫”非寒非热,无病机演变之由,无辨证论治之据,不过是当代“抗酸杆菌”的一种有名无实的依托。

1.2 论病机

历代医家基本达到一致共识,肺癆(肺结核)以阴虚为

病机枢纽。么洪文^[5]认为病变脏器主要在肺,以肺阴虚为主。久则损及脾肾两脏,肺损及脾,以气阴两伤为主;脾肾两伤,元阴受损,则现阴虚火旺之象。李可分析肺癆的病机:肺癆多投以甘寒之品,甘寒养阴伤脾阳,苦寒泻火致戴阳;久病气血大虚,脾肾元气动摇;因久病气血耗伤过甚,损及脾肾元气,生命根本动摇;肺癆潮热,乃肝脾肾虚极之假热^[4]。高等院校教材《中医内科学》^[6]指出:肺癆“在病理性质方面,基本以阴虚为本,并可导致气阴两虚,甚则阴损及阳。”病机是辨证论治的根本,从病机分析可以看出,古今医家从来没有把肺癆作为外感病,甚至没有把它当做实证,而只是虚劳的一种代表性疾病而已。

1.3 论证候

《内经》、《金匱要略》等医籍中无肺癆病,大多归于“虚损、虚劳”一类证中,《素问·玉机真藏论篇》说:“大骨枯槁,大肉陷下,胸中气满,喘息不便,内痛引肩项,身热,脱肉破……肩髓内消。”《灵枢·玉版》篇说:“咳,脱形,身热,脉小以疾。”《金匱要略》中的虚劳病即包括本病在内,指出“若肠鸣,马刀挟瘦者皆为劳得之。”《外台秘要》对本病的临床表现观察尤为详细,指出“骨蒸……旦起体凉,日晚即热,烦躁寝不能安,食都无味,……因兹渐渐瘦损,初著盗汗,盗汗以后即寒热往来,寒热往来以后即渐加咳,咳后面色白,面颊见赤,如胭脂色,团团如钱许大。左卧即右出,唇口鲜赤。”《外台秘要·灸骨蒸法图四首》又说:“或腹中有块,或脑后近下两边有小结,多者乃至五六。”

至于证候,《中医内科学》^[6]总结:一般说来,肺癆初期表现为肺阴亏损之候;继则肺肾同病,而致阴虚火旺,或因肺脾同病,导致气阴两伤;后期肺脾肾三脏交亏,阴损及阳,出现阴阳两虚的严重局面。因此,它把肺癆分为四型:肺阴亏损,阴虚火旺,气阴耗伤,阴阳两虚。从此疾病演变过程看来,现代医家仍然把肺癆作为虚劳的代表,丝毫也找不到外感病的踪迹。

1.4 论治疗

正因为古代医家把肺癆作为四大杂症之一,一系列扶正补虚的治疗方法应运而生^[7,8]。若阴阳气血津液亏虚,当补阴、补阳、补血、填精、生津、增液,施阴阳相济、精气互生、益气生血、生津养液等补虚之法;若累及五脏,兼及五脏六腑,当滋肾水、涵肝木、补命火、养心血、补脾气、润肺金、养

基金项目:国家科技重大专项课题(2008ZX10008-010)

作者单位:518020 广东省深圳市第三人民医院中西医结合科(聂广);江苏省苏州市传染病医院结核科(李静)

作者简介:聂广(1955-),医学硕士,主任医师,中国中西医结合学会传染病专业委员会副主任委员。研究方向:传染病中西医结合防治研究。E-mail: fqng1008@163.com

胃阴等。葛可久在《十药神书》提出了代表肺癆基本治法的十首方药,大致可分为四类,而益气养阴则是贯穿十方的总原则^[2]。绮石通过五脏关系的分析,对虚劳的论治大法提出了“三本”、“二统”的主张^[3]。他说:治虚有三本,肺脾肾是也。肺为五脏之天,脾为百骸之母,肾为性命之根,治肺、治肾、治脾,治虚之道毕矣。绮石后提出治虚二统说:凡阳虚为本者,其治之有统,统于脾也;阴虚为本者,其治有统,统于肺也。

另一方面,历代医家也注意到驱邪治疗的必要性^[7,8],虽然明代虞抟《医学正传·癆瘵》提出了“治之之法,一则杀其虫,以绝其根本。一则补其虚,以复其真元。”明代李中梓《医宗必读·虚癆》强调“法补虚以补其元,杀虫以绝其根”,《仁斋直指方》提出“治瘵疾,杀瘵虫”。但是,如何杀虫?清代名医唐宗海的“既变成虫,则从虫治之,而亦须兼去瘀血以除其根,清湿热以涤其源,熄风木以靖其机,聚毒药以杀其类”,仍然让人不得要领,因为我们确实没有可靠的“抗癆治疗”。

2 肺癆融入外感病体系的途径

肺结核由结核分枝杆菌感染引起是近代科学的贡献,但是,中国古代医家早在晋代就已经认识到癆虫在肺癆发病中的重要作用,这不能不说是一个天才的猜想。葛洪在《肘后急备方》中就已认识到本病属于慢性传染性消耗性疾病,“积年累月,渐就顿滞,乃至于死”。《肘后方·治尸注鬼注方》进一步认识到本病具有传染性,言其“死后复传之旁人,乃至灭门,”并创立“尸注”、“鬼注”(肺结核)之名。如《三因极一病证方论·癆瘵诸证》指出:“诸证虽日不同,其根多有虫。”即因直接接触本病患者,如同问吊丧、看护、骨肉亲属与患者朝夕相处,“癆虫”侵入人体而成病。《普济本事方》明确指出本病的病因为“肺虫”。如《诸虫飞尸鬼注》篇说:“肺虫居肺叶之内,蚀人肺系,故成瘵疾,咯血声嘶。”唐代《备急千金要方》把“尸注”列入肺脏病篇,明确病位主要在肺,指出本病的病因是“劳而生虫在肺”。并在唐代关于肺虫说的基础上,创立了“癆虫”、“瘵虫”之说。

但是,仅仅把具有传染性的“癆虫”作为肺癆的病因,仍然不能进行中医辨证论治,如同“戾气学说”不能融入中医临床体系一样。

2.1 为什么癆虫学说不能纳入肺癆辨证体系

病因不能与病机结合,构成理法方药的一致性:显然,癆虫学说与戾气学说一样,无法形成与传统理论体系契合的病机分析,也难以完成其证候归类,从而实现辨证论治。

外感与内伤的定位冲突,无法达到理论分析的逻辑自治:事实上,古今医家一直把肺癆作为虚劳的代表性疾病进行临床诊疗,至于作为病因的癆虫学说不过是用来解释传染性的一种说法,到后来因为结核杆菌的发现及其与肺结核因果关系的确立,从某种意义上讲,它又成为一种标签,或“古已有之”的证明。它的矛盾之处在于:为什么既有癆虫感染的病因,却不能在病机分析、证候归类和治疗方案中

体现出来,难道中医不需要治病求本?如果辨证求因,又能够得到什么样的“因”呢(只可能是阴虚)?

2.2 癆虫感染并为“温邪上受”的几点理由

设想,把癆虫感染与“温邪上受,首先犯肺”联系起来,就为其理论学说转化为临床应用提供了可能。那么,癆虫果真有温热的性质吗?

火性上炎:最近,笔者对化疗前、中、后各 100 例初治肺结核患者进行了证候的流行病学调查,初步结果表明,100 例在服用抗癆药之前的病人多表现为发热、咳嗽、咯血、失眠、急躁易怒等火热的证候。肺为火迫,治节无权,精微失布,滞而为痰,痰结气庸,咳嗽咳痰便作;邪热伤肺,损其血络,遂致痰中带血,甚则发为咯血;热伤心营,心肾不交可见失眠,急躁易怒等。

易化燥伤阴:吴鞠通在《温病条辨》中所说:温热阳邪也,阳盛伤人之阴。在分析化疗前、化疗中、化疗后肺结核患者的临床资料,发现不同阶段的病人均会出现不同程度的口渴舌干、咽痒、唇燥等由于阴液受损而出现的干燥征象。

易内陷生变:若正气亏虚,正不敌邪,可致使邪热深陷于里,产生严重病变而出现一系列重险证候。现代医学证实,II 型肺结核是结核菌从结核病灶由血行播散的结果,易造成结核性脑膜炎,表现有恶心、呕吐、嗜睡、意识障碍、手足抽搐等,此为邪热内陷心包。

抗癆治疗后火热症状明显减轻:观察发现,服用抗癆西药后的 100 例病人结核中毒症状较用药前明显减轻,如发热、咳嗽、咯血、失眠、急躁易怒等,但多数患者仍然表现出不同程度的干燥征象,如口渴、咽痒、唇燥等。似乎表明抗癆西药有类似于清热解毒药物的功效,结核杆菌被抑制或杀灭后,火热症状减轻,但体内阴液受损的状况仍然没有得到改善。这一点,中药药理学方面也有间接依据,因为大多数对结核分枝杆菌有抑制作用的中药都是清热解毒的,如黄连、水车前、山豆根、大蒜素片、狼毒大戟根不同提取物、苦参碱、白头翁、巴豆油等等。另外,教科书上一般认为肺阴亏虚为肺癆早期,阴虚火旺为中期,这与笔者的观察结果明显不同。笔者发现,100 例化疗前肺癆患者以火热症状为主,阴虚为辅,似乎表明初期表现为一种火热伤阴的病理过程;化疗中和化疗后的患者火热症状明显减少,可认为是邪热渐清,阴液未复。这些,为外感病正邪交争、虚实转化提供了依据,也为肺癆的外感病性质和归属提供了基础。

综上所述,中西医结合研究确实能够拓宽我们的思路,把西医的抗癆(祛邪)与中医的扶正(调整脏腑功能)结合起来,不仅能够将“肺癆”还原成真正的外感病,而且在治疗上互相配合,有可能获得理想疗效。

3 肺癆的临床辨证模式

卫气营血辨证、三焦辨证、六经辨证是中医外感病的三种辨证模式,如果承认肺癆是外感病,就应该遵循外感病的辨证模式来诊疗。检索文献发现目前肺结核的辨证模式主要是分型论治,比较常见的分型有肺阴虚证、气阴两虚证、

阴虚火旺证、阴阳两虚证等。分型辨证有如下缺陷:

3.1 忽视外感病的演变过程和传变特点

外感病的发病均有一定的规律性,张仲景认为寒邪自皮肤而入,循六经传变;叶天士创温病学说,认为邪自口鼻而入,按卫、气、营、血规律传变;吴塘分上焦、中焦、下焦,按三焦顺序传变。上述辨证模式在强调病因、病性和病征的同时,更加注重疾病的演变过程,这是因为外感病具有明显的发生发展过程,临床诊疗必须根据疾病不同阶段的不同特点进行辨证论治。而分型辨证则是在强调病因、病性、病位和病征的同时,更加关注辨证论治的灵活性,主张证随机变,个体化治疗。我们发现,目前肺结核主要分型有肺阴虚证、气阴两虚证、阴虚火旺证、阴阳两虚证,这种辨证模式难以体现出肺结核的演变过程。笔者将肺结核病人分为化疗前、化疗中、化疗后进行辨证,是采用临床流行病学方法,统计药物干预的疾病不同阶段症状、体征的发生频率,以证素分析归纳不同时期的证型特点,从而进行辨证论治,是一种值得尝试的思路。虽然样本量较小,研究范围较窄(初治肺结核远远不能满足肺结核证候演变规律研究的总体目标),难以得出明确的证候特点及其演变规律,笔者在这里作为一种尝试或预实验,供大家参考。

3.2 忽视基本病机和疾病本质的研究

外感病在发生发展的演变过程中,各种证候表现体现了主要病机和次要病机相互作用的临床特点,不同时期的证候表现也是主要病机和次要病机相互作用的临床反映。这些,笔者只能经过大规模的临床流行病学调查才能获得。目前的分型辨证虽然重视证型的差异,但未进行深入的疾病本质的研究,没有区分主要病机、次要病机和兼夹病机,以及相应的主证、次证和兼夹证,特别是没有体现外感病正邪斗争的矛盾转化,而仅仅是一种自始至终的虚劳表现。笔者通过分期辨证,统计出化疗前、化疗中、化疗后肺结核病人的主要症候、次要症候,进一步通过证素研究分析不同时期的病因病机,化疗前为肺、火(热)、阴虚、脾,化疗中和化疗后主要病性是阴虚,说明整个病程有一个因邪致虚的过程。

3.3 难以与肺结核的西医诊疗体系接轨

一种科学的辨证体系应该是能与日新月异的肺结核知识更新接轨,能与临床诊疗的现实需要接轨,与肺结核的中西医并存格局接轨,同时能代表当代水平的包容中外传染病先进理念,而目前的分型辨证模式无法满足上述要求。例如,在临床已经很少见到没有经过抗痨干预的自然病程的肺结核患者,抗痨干预对证候及其转化有什么影响?耐药性肺结核又有那些证候特点?中医药如何配合西药诊疗?都是值得探索和研究的课题。从临床上看,肺结核病人在经过正规的抗痨药物治疗后,很少出现阴阳两虚证,只有在合并其它系统的严重的疾病时才会出现阴阳两虚的证候。笔者还发现,抗痨药物治疗前的患者有明显的邪实(火热)表现,既然是外感病则必然有“温邪上受,首先犯肺”的病变过程,然后伤阴耗气,导致正气亏虚。在这里,邪热伤

阴与阴虚火旺是不同的概念,前者代表外感疾病,后者只能是内伤虚损。

综上所述,外感病的辨证模式必须既能体现疾病的发病规律、演变过程,又能反映出不同时期证候的主要病机、次要病机及其相互作用,还要研究抗痨干预前后的证候特点和转化规律,从而更好地与现代西医肺结核的诊疗现实接轨。

4 建立在流行病学调查基础上以证素分析为核心的分期模式

下面,以肺结核为例来探讨建立以临床流行病学调查为方法、证素分析为核心的分期辨证体系。

“证素”^[9]是通过“证候”(症状、体征等)的辨识,而确定的病位和病性,是构成“证名”的基本要素。基本证素包括病位、病性 2 大类,共 60 项左右。其中病位证素约 30 项,分空间性位置和层次(时间)性位置。空间性病位有表、半表半里,心、心神(脑)、肺、脾、肝、肾、胃、胆、小肠、大肠、膀胱,胞宫(精室)、鼻、耳、目、肌肤、筋骨、经络、胸膈等;层次(时间)性位置有卫分、气分、营分、血分,太阳、阳明、少阳、太阴、少阴等。病性证素约 30 项,主要有风、寒、暑、湿、燥、火热、毒(疫疔)、脓、痰、饮、水、食积、虫积、气滞、气闭、气虚、气陷、气不固、血虚、血瘀、血热、血寒、阴虚、亡阴、阳虚、亡阳、阳亢、阳浮、津液亏虚、精髓亏虚等。证素辨证在辨证过程中,应突出 3 个环节,即证候(症状、体征等临床信息)的获取,然后是证素的识别,最后判断出证名。这一新体系揭示了辨证的普遍规律、实质与特点,可涵盖以往诸种辨证方法的实质内容,更符合临床辨证的思维原理,学习时容易掌握,临床时便于操作,能灵活地辨别处理各种临床证候,克服了以往古今诸法混用、概念欠确切、内容不完整,甚至相互矛盾、错杂的弊端。

根据朱文锋教授提出的证素及证素辨证的概念,同时查阅肺结核的辨证的相关文献,总结出肺结核包括盗汗、潮热、消瘦、纳差、失眠、心烦等 60 余项症状体征。将其归为阴虚、火热、气虚、阳虚、肺、脾、肾六个证素。把不同证素对应的症状、体征归类并制成调查问卷的形式,收集化疗前、化疗中、化疗后各 100 例病人的资料。并做如下分析:

辨病证:通过分期辨证,统计出化疗前肺结核病人的主要症候有消瘦(80%)、咳嗽(71%)、咳痰(58%)、潮热(56%)、失眠(51%),次要症候有口渴(49%)、纳差(48%)、盗汗(44%);化疗中病人的主要症候是尿黄(70%)、消瘦(68%)、咳嗽(60%)、口干(57%)、胸痛(54%)、咽痒(47%)、口渴(44%)、咳痰(42%),次要症候有纳差(38%)、便溏(28%)、腹胀(30%)、失眠(32%)、心烦(28%)、急躁易怒(25%);化疗后病人主要症候是咳嗽(59%)、胸部隐痛(55%)、咳痰(44%)、口渴(32%)、口干(23%)。

辨证素:我们先分析疾病不同阶段的症状、体征,进而
(下转本期 446 页)

阳化饮之法。因咽喉易于出现少阴热化之症,故临床上出现寒热错杂、虚实夹杂的情机并不鲜见,这也是本病难治之因,故还应灵活运用温清并施、虚实并调之复合治法。总之,本证之治要做到鼻咽同疗、尤重治肺,兼顾治肝、治脾(胃)、治心、治肾,病理上重视治风、尤重痰瘀的整体化治疗,更能体现中医整体辨治特色的优势。

3 整体组方三位一体 病证结合灵活化裁

根据本证病变特点,笔者从整体观念出发,鼻—咽(喉)—支气管“三位一体”,选用疏风通窍、化痰利咽、宣达肺气的药物组方,如用麻黄、辛夷疏风通窍,射干、僵蚕化痰利咽,桔梗、前胡宣达肺气。同时紧紧围绕绕鼻咽喉的发病特点进退加减,若鼻涕、喷嚏为甚,则加荆芥、苏叶以增散寒疏风之力;若咽喉干痒较甚,则加菊花、薄荷以增清利咽喉;若咽喉痰滞、频作清嗓,则加牛蒡子、浙贝母、海浮石以增化痰散结之功;若风痰郁热,咯吐黄痰,则加桑白皮、野荞麦根以增清化痰热之力;若既有痰滞,又有咽干、舌苔薄干者,可加法半夏、麦冬、玄参以养阴化痰;若兼夹口干、口苦而粘,胸闷,舌苔薄黄腻者,可以复入《千金》苇茎汤、小陷胸汤;若痰阻瘀结明显,咽堵如梗,舌质暗紫者,可加泽漆、蛤壳、土牛膝以消痰祛瘀消肿散结;若怕风、自汗、反复喷嚏,可加党参、黄芪、防风以益气祛风;若进而怕冷、鼻流清涕、脉沉弱,可用麻黄附子细辛汤以温阳散寒;若兼有腹胀、便溏、舌质淡胖,可以复入四君子汤,甚或理中汤以益气健脾、扶土生金。

若与变异性咳嗽、或嗜酸粒细胞性支气管炎、或咳嗽变

异性哮喘重叠存在者,可以“异病同治”,据证施方,如症见气逆呛咳,则配柴前连梅煎(《玉机微义》)加强缓肝敛肺之力;如见痉挛性呛咳连作,则加止痉散(蜈蚣、全蝎)加强熄风抑肝解痉之力;若咽痒作咳,咳则欲吐,则加用橘皮竹茹汤或旋覆代赭汤以和胃降逆;若咳嗽咯吐湿痰量多,则加用杏苏二陈汤、三子养亲汤以健脾燥湿化痰;若久咳、咯吐稀薄咸痰,舌质淡,可则加金水六君煎益肾健脾化痰,若兼见痰咸、肠鸣、便溏,则加用黑地黄丸(熟地、苍术、干姜、五味子)益肾温脾、化痰敛肺。方随证变,药随症转,疗效确凿。

4 验案举例

患者,女,68岁,2009年5月25日初诊,咳嗽迁延4月,有慢性鼻炎史。来诊时喷嚏、流清鼻涕,咽痒作咳,咽干,口干,咯痰白而味咸,舌苔薄淡黄舌质暗,脉细。诊为风痰袭肺、肺失宣肃、病久伤肾,治拟祛风宣肺、清利咽喉、益肾化痰,处方:麻黄4g、荆芥10g、苏叶10g、苏子10g、薄荷^{后下}6g、桑叶10g、桑白皮10g、杏仁10g、桔梗6g、僵蚕10g、前胡10g、蛤壳20g、黄芩10g、紫菀10g、枇杷叶10g、熟地15g、炒当归10g、南沙参15g。7剂,水煎,每日1剂,分2次服。二诊时诉药服2剂,喷嚏、鼻涕已除,咳嗽得控,咸痰也消失,惟感舌面辣,口粘,舌苔黄干质暗,脉细。又予原方去荆芥、苏叶,加入芦根20g、生苡仁20g、川连3g、连翘10g、白残花6g,7剂服完诸症悉除。

(收稿日期:2010-09-20)

(本文编辑:刘群)

(上接本期444页)

确定其病位及病性等病理本质,最后根据证素做出证候诊断。化疗前证素相对高频的证素是肺、火(热),相对低频的有阴虚、脾、气虚、肾、阳虚、血瘀;化疗中的相对高频的证素有肺、阴虚,相对低频的证素为火热、脾、气虚、阴虚、肾、阳虚、血瘀;化疗后相对高频的证素为肺、血瘀、阴虚,相对低频的有脾、气虚、肾、阳虚。

辨病机:化疗前肺结核的基本病机为痨虫感染,邪热灼肺,次要病机为:(1)子盗母气,脾失健运;(2)素体阳虚,元气不充;(3)邪热灼肺,瘀血阻络;化疗中肺结核的主要病机为肺阴亏虚,次要病机为:(1)邪热未净;(2)脾胃气虚;(3)素体阳虚;(4)肺络瘀阻;化疗后主要病机是肺阴亏虚,瘀血阻络,次要病机为:(1)邪热未净;(2)脾胃气虚;(3)素体阳虚。

辨证候:化疗前的主要证候为邪热灼肺,阴虚火旺,兼夹证候为肺脾气虚证、肾元不充证和肺络瘀阻证;化疗中肺结核基本证候为肺阴虚证,兼夹证候为邪热未净证、肺脾气虚证、肾元不充证和肺络瘀阻证;化疗后肺结核基本证候为阴虚血瘀证;兼夹证候为邪热未净证、肺脾气虚证和肾元不充证。

综上所述,采用临床流行病学方法,结合证素分析,创立肺结核的分期辨证模式。该辨证模式集证候、证素、病因病机、证候一体化,能够体现出肺结核的本质,同时符合肺结核现代西医的诊疗现实,是一种值得推荐和进一步深入

研究的辨证模式。

参 考 文 献

- [1] 石俊仕,张慧敏,徐博. 肺结核病人发现的历史沿革研究[J]. 中国热带医学,2008,8(4):607.
- [2] 张胜. 《十药神书》学术价值浅探[J]. 时珍国医国药,2001,12(2):178.
- [3] 傅沛藩. 试析绮石论治虚劳的特点[J]. 湖北中医杂志,1997,19(3):31.
- [4] 孙其新. 肺癆阴阳气血虚——李可学术思想探讨之六[J]. 中医药通报,2007,6(5):17.
- [5] 么洪文. 肺癆之中医辨证施治[J]. 中国社区医师,2004,20(6):24.
- [6] 张伯臾主编. 中医内科学(高等医药院校教材)[M]. 上海科学技术出版社,1985:76-79.
- [7] 邹正荣. 浅谈中医学对肺癆的认识[J]. 中国医疗前沿,2009,4(1):29-30.
- [8] 吴曦. 明清医家肺癆证治特色探析[J]. 河南中医,2008,28(9):97.
- [9] 朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系[J]. 湖南中医学院学报,2004,24(6):38-39.

(收稿日期:2010-10-09)

(本文编辑:刘群)