

【3.1 从略】

第三章 中医病理观：病因与病理模型

3.1 传统病因学说简述	065
3.2 证：中医的病理模型	069
1 证概念从无到有的演变历程	070
2 上世纪 80 年代的证候规范会议	071
3 证概念新说	074
1 中医需要“证”的根本原因	074
2 在逻辑函数的框架下定义证概念	076
3 证候空间的结构、特性	079
4 证名空间的结构、特性	082

小结

早期的病因学说，明显是以季节气候为分类依据，但客观上，同一组基本症状（譬如腹泻）可以出现在不同的季节里；而如果同一治疗方法有效，等于说明季节气候作为病因之效用有限。寒热作为病因，最初是因为这是季节变化的体现，但随着知识和经验的积累，医家们逐渐认识到，季节变化的寒热只是诱因，病家个体之发热畏寒等征候，才应该是辨病治病的依据。宋以后的辨证纲领，基本上不以季节气候为据，尽管季节气候客观上仍然是致病因素之一。

传统中医的病因论述以思辨为主，以现今科技主导的眼光看，在方法学上很难再领风骚。但在明清以前一段很长的时间里，却是对当时的技术条件制约的一种突破或超越；而通过思辨达到对病因的新认识，皆为新方剂的创设提供了理论依据。只不过，客观地说，新认识不可避免地带有主观猜想的成分，新方剂因此也有很强的试错性质，最后仍是由临床实践来决定成败。

此外，中医很早就把人的情绪（统称为情志病）纳入影响人体健康的主要因素之一，而且在长期的实践中总结出许多非常有用的方剂药物，对现代几乎所有人都会经历面对的精神压力问题，有意想不到的疗效，这也是中医在现代社会仍具相当价值或生命力的表现。

3.2 证：中医的病理模型

自从“辨证施治”（或“论治”）作为中医理论的特色，在上世纪50年代被提出以来，关于它的讨论就一直持续了超过半个世纪^[5]。最大的原因，就在于传统思维没有定义新概念的习惯，就如在孔、老时代，儒道两家都讲道和德，但大家对其内涵的理解其实很不一样。所以虽然“证”是《伤寒论》首先以它作为几乎所有篇章的标题用字，《伤寒论》却没有定义它；而同为经典的《内经》，当时对它可能只字未提（及后王冰才在其“大论”中提过一次却没解释）；以至于年过百岁的名老中医干祖望生前即曾说过：“我们这批老中医，在解放之前，根本不知道什么是辨证论治、辨证施治”^[6,7]。由此可知这问题的复杂性，但说到底，

这也正是传统中医对一些基本概念缺乏规范的集中表现。

将“证”解读为现代中医病理模型，这既是中医现代化进程的一部分，亦是中医不断自我改革创新以适应时代进步的见证。在这一节里，我们先追溯“证”概念从无到有的历史，从历史发展的角度扼要解释这个问题的复杂性所在，然后介绍上世纪80年代的证候规范会议，和至今仍没有完全解决的一些相关定义问题。在基于“证”作为现代中医病理模型这个角色定位上，我们进一步提出把“辨证”概念置于现代逻辑函数的框架下，重新定义证、证候和辨证等几个相关概念。这不仅符合现代人的思维方式，更有助于吸纳 AI 技术应用于中医。

3.2.1 证概念从无到有的演变历程

现今的证字实际上同时是两个繁体字“証”和“證”的简写。在《说文解字》中，“証”与“諫”互训。“證”在古文中则主要是证明的意思，但也有症状的含义。

查《内经》则发现证（證）字只出现过一次，而且是在最后一篇“大论”：《至真要大论第七十四》。学术界主流认为九篇“大论”中的七篇（包括这篇）乃王冰所编入【按：用语分析显示，第67-74共9篇有多个“五运六气”专属用语为“大论”所独有，详见[8]】，故在王冰之前，早期的《内经》可能并无“证”这用语或概念^[5]。

至东汉仲景的《伤寒卒病论》（宋时被拆分成《伤寒论》和《金匱要略》），则大量使用证（證）字。尤其是在《伤寒》和《金匱》里，除个别篇章外，每篇皆以“辨××病脉证并治”为篇目。“辨证”一语亦出现在文本中。不仅如此，在《伤寒论》的条文中，还出现“柴胡证”和“桂枝证”这样直接将“证”与治方连结的文字。这时的證字，主要是证据之意，即以脉象来验证根据症状表现作出对病类的判断，故也间接暗含症状之义。而仲景把它作为病的分类篇目的必用字，则可说是无形中给证字增加了作为综合症状和脉象甚至治方的病类抓手的作用。

前面提到，证字在《内经》里只出现了一次，而且是到唐朝时被王冰在最后一篇大论补入。而这唯一的证字在《内经》中的出场亦颇有意思，它是夹在病与

治之间：“气有高下，病有远近，证有中外，治有轻重，……”，已隐约暗示它是作为病与治之间的一个概念构思而出现的。尤其有意思的是，这段话接着解释了气、病、治，却对这个刚出场的证字不置一词。

巢元方的《诸病源候论》按病因和症状对诸病进行分类，可说是“证候”概念正式形成的起点。

从《内经》原无“证”的概念，到仲景首提“证”且作为编排诸病分类的抓手，经巢元方的证候详列，再到王冰编撰《内经》，把“证”置于病与治之间的位置，这基本上就是传统中医的证概念从无到有产生的过程。这段可证伪的史实表明，证概念从仲景提出之日起，就是产生于用以组织成功治病经验以便重复使用的需要，后历代医家不断补充完善，成为中医病理观的核心。这与现代病理专注于发病的机制和因果关系的研究，在方向上存在明显甚至是根本的差异。

3.2.2 上世纪80年代的证候规范会议

当证候一语成为传统中医的病种分类抓手后，在很长的一段时间里，其内涵有缓慢的变化，而且因各家的理解不同，实际上并无一个逻辑上清晰连贯的说法。即便是这样，但因传统思维没有定义概念的习惯，逻辑上虽然并不很严谨，但在缺乏外来挑战的环境里，以证候为核心的中医病理观得以延绵超过千年。

这种情形在近代开始发生剧烈的变化，主要源于3个因素：因素之一是“证”字随着时代的发展有了新的内涵。譬如现代人见到证字，第一个想到的恐怕是各种证书证件的证，是个物件。这与中医古籍中原来的两个非物件之证的含义都已经明显不同，虽然证书证件可被视为是从“证明”的物化而来。

因素之二是证和症、征（徵）字发生混淆，简体字的推行无疑更加剧它们之间的部分交叉重叠。图3.1来自[9]，扼要地记录了几个相关词义间互相渗透的演变过程。

但最重要的因素是建基于现代科学的西方医学所带来的碰撞和冲击，不仅使建基于哲理思辨的传统中医知识结构相形见绌，直接间接导致传承效率低下，而

个证名，连同第一批共 200 个。第二次的会议纪要还对证候给出一个定义^[10]：

证候是疾病发生和演变过程中某阶段本质的反映。它以某些相关的脉症，不同程度地揭示病因、病机、病位、病性、病势等，为论治提供依据。

审核稿最终在 1989 年完成，但其时大力推动此研究的卫生部长崔月犁已离任，反映研究成果的报告最终没有公开发布，“规范化”的构想当然也没有实现。但有参与研究工作、时任广州中医药大学教授的邓铁涛，在 90 年代出版了由其主编的《中医证候规范》。邓在前言中承认他们的研究团队参与了卫生部所推动的研究项目，暗示许多材料和内容来自该项目，但在编写模式等方面“有不同的构想”，因而“将自己议订的模式作为规矩”编写成书。此书虽名曰“规范”，确实也与卫生部主导的规范研究有深厚的渊源，但实则并未如此研究项目最初之构想那样具政府授权的含义。

这个会议本身是中医病理发展史上的一个里程碑，虽然会议原先定下的议程目标最终未能实现。

至此，“证”是“证候”的简称，似已成中医界的共识。但从日常实践的角度看，“证”实际上是“证名”的简称；所想要规范的，严格来说也不是证名或证候，而是具体证名与相关证候之间的对应关系。因为“证”是“证候”的简称这个看似继承了传统却是不准确的理解，规范证名被解读成规范证候，使得原本已经有些棘手的证概念定义问题更形复杂化。

证或证候之定义问题是否因为会议给出证候定义而得到解决呢？看来没有。譬如中医研究院的朱健平发表于 2003 年的文章^[9]就指出：“医学名词‘证’、‘症’、‘征’的混乱使用，一直困扰着学术界、出版界”。又说，“在中医学界，对证候的概念，有两种代表性的看法：一种是证是证候的简称，两者内涵相同；另一种是证候是证的外候。证是疾病的本质，证候是疾病的外在表现，即在疾病过程中一定阶段的病位、病因、病性、病势及机体抗病功能等本质变化有机联系的反应状态，表现为临床可被观察到的症状与体征等。”这段话表明，“证是证候的简称”这一理解，事实上并没有真正成为中医界的共识。

明确定义概念是现代学术发展最基本的要求，不仅对提高中医的学术水平和传承效率具有不可替代的作用，而且对中西医交流、向外传播中医理念文化技术、增强中医在世界范围的认受性和影响力都起着关键的作用。这里可以举一个很简单的例子来说明：按前引朱文的说法，证和证候分别被翻译成“pattern”和“syndrome”，在英语里，前者完全没有是后者的简称这个含义，它们是两个独立的概念；而 syndrome 本身是医学名词，从英文倒译回来却是“综合征”，倒是符合证候的意思（参看图 3.1）；但如此一来，不但没有说清楚中医思辨的“独特性”，更不好理解的是：如果证和证候的内涵相同，且从病人的主诉中已确定相关的证候，为什么还要再辨出一个作为“简称”的“pattern”才能施治？

我们将从几个不同的角度讨论如何定义证概念，但在这里，可以先回应一下本小节的标题“证：中医的病理模型”这个中心思想而强调指出，前述翻译问题的实质其实就是概念定义问题，根源即在于把“证”错误理解成是证候的简称，实际上是把两个独立的知域混淆了；如果将“证”定位为中医的病理“模型”（model），证候则是对应具体模型（即证名）的 syndrome（症候群或综合征），明确说明这是两个相关但又独立的概念，中英文翻译的问题自然迎刃而解。

3.2.3 证概念新说

基于前述对证候概念的源头和发展历程的追溯，以及对其现代化努力未竟其功的检视，本研究采纳现代逻辑的新思路，提出一套关于证、证候及相关概念的定义，以解决现代中医知识体系中这个最关键、最核心的概念定义问题。

3.2.3.1 中医需要“证”的根本原因

传统中医对人体生理的认识只达到全身和器官的宏观层次，是中医需要证这一病理模型的根本原因。我们在上一章已用气—血—津为核心、被五脏五腑所围绕的两层同心圆结构，作为人体正常生理的抽象表达。在此基础上，我们可以进一步将各类主诉症状置于这个二层结构的外围，并按脏腑功能的相关密切程度分

布如图 3.2 所示。



中医从临床经验里发现，病人所主诉的外部症状，譬如头痛或伤寒感冒，并非一定是由某单一器官的单向失调所导致。在这种情形下，需要有额外的信息加进来，才能对同一主诉或病加以区分。如感冒一般需要一组症状（如有汗无汗、畏寒畏热等统称“候”）来判定同一病之下的不同证型，此时所说的证候实际上是症候。中医的“同病异治”说，就是说看上去有着相同症状（譬如便秘）的病，但有此症状的“证”却不一定只有一个（譬如气虚或胃火），故需辨出实际所对应之证来医治。又譬如同是风寒感冒初起，有汗为虚用桂枝汤，无汗为实用麻黄汤。反过来说，同样的“证”，却可以在不同的人身上产生不同的症状，中医称之为“异病同治”。西医其实也有类似处理，只是一般会把病名加上直接原因去区分。故一般也有说西医辨病，中医辨证。

总之，与西医的发展道路不同，传统中医在不具备必要技术的条件下，对人体生理的认识只达到相当于现代医学的相对浅表之器官层次，但运用“以外司内”的思辨方法，通过证这概念构思，建立起一套病理模型，以驾驭通过临床试错积累起来的治病经验以便重复使用，这就是中医需要证的根本原因。从另一角度看，证作为病理模型的创建，正正是古人以思辨突破技术条件制约之智慧的体现，值得学习、珍惜、传承。

3.2.3.2 在逻辑函数的框架下定义证概念

中医理论现代化不仅需要现代人听得懂的语言来表述中医的知识、理论，还应当尽量具有前瞻性，尤其能为现代技术如电脑、AI（人工智能）等应用于中医药提供便利。为此，我们在考虑如何定义证及相关概念时，以现代逻辑作为参考框架以设计证及相关概念的定义。故在具体讲

逻辑运算

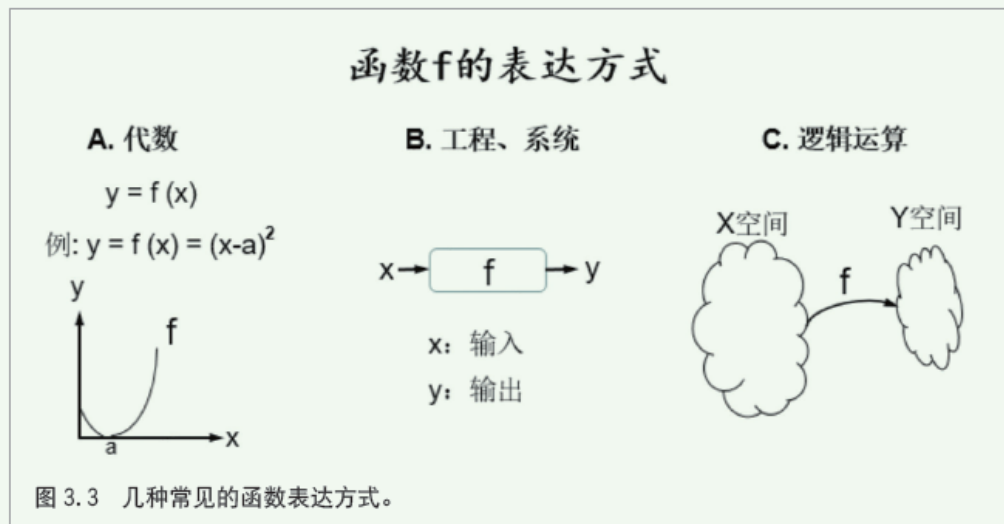
英国人乔治·布尔（George Boole）1854年出版《思维规律的研究》，把人们在思维中所运用的逻辑，用类似代数的方式表达，称为布尔代数，是当今电脑所执行的数字逻辑运算的基础。

与传统的数字运算最为关键的不同之处在于：逻辑运算的结果只有2个值：True/False（真/伪）。在电脑未普及之前，运算就是用数字计算的意思；其前提是：想要解决的问题得先行量化，并知道要运用什么算式或函数求解。逻辑运算的出现，可说是使这个数值前提在一夜间消失。

逻辑电路的发明，使运算概念从数字扩展到非数字领域成为可能，可说是20世纪最伟大的技术成就之一。运算概念从此突破了必须以数字为对象的限制，将本质上是抽象思维之人的脑力劳动，变成一连串可通过运算符号表达的逻辑操作。当同样的逻辑操作可在比人脑快亿万倍的机器上实现时，电脑所带来的信息革命就成为现实——过去只有人脑才具备的“思考”能力，现在成了“算法”然后通过电脑编程来实现。

述证概念定义前，先对建基于逻辑运算（见上一页）之上的逻辑函数作一扼要介绍。

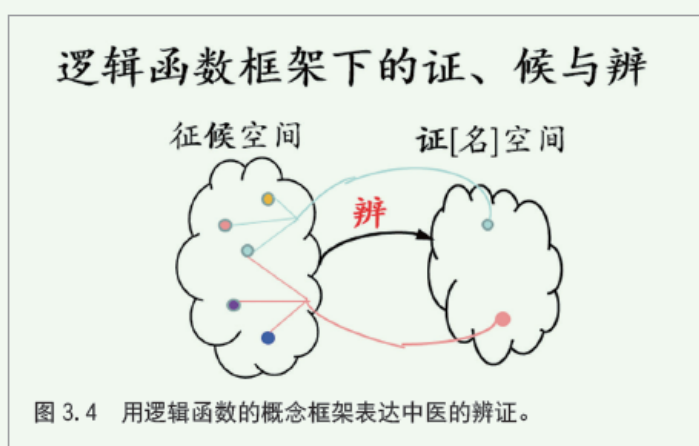
在本节里，我们首先从初中开始学习的函数概念说起。在初中代数里， x 和 y 是具体数字的代表， f (function, 即函数) 有 2 个基本属性，一是其名称，二是算法，即其所界定的专属于该函数的、关于如何从 x 的数值算出 y 的、只属于该函数的运算法则。 x 和 y 也被称作是函数 f 的输入和输出（运算结果），它们之间的关系常用下图中的 (A) 或 (B) 来表示。



上图中的 (C) 则是另一个表达方式。在这里， x 和 y 分别用 X 和 Y 两个不规则图形（称为空间或域）来表达。 f 则用来标示一个从 X 到 Y 的箭头线，表示将任意 X 域的值生成 Y 域的值。上面 A、B、C 三个图式中的 f 都是作为具体运算的抽象符号：即是我们所说的函数（即 function 的中译），只是在数学、工程或系统论里，习惯上有不同的图像表达方式。

逻辑运算是比只能用数字计算更基础的运算，因而此图可以同样用于表达逻辑函数的意念。所谓更基础的意思有二：一是 X 和 Y 除了数字，还可以包括任意

事物（譬如公司的员工姓名与其居住地址，它们很难用传统的数字运算来推算其关系）；二是 f 不限于中学代数里的加减乘除等的数字计算，还包括运算结果只有真 / 假的逻辑运算。因此，我们把上图中的 x 、 y 和 f 分别改写为征候、证名和辨，即成为具逻辑函数意涵的证—候关系图。



至此，基于上图所表达的逻辑函数关系，可以给出以证为中心连带相关概念的定义，包括下面 4 点：

- 证是证名的简称，是中医具体病理模型的名称；证空间代表所有证名的集合。
- 候是征候的简称，是由一个以上、包括客观可测量或主观感受的症状组成。
- 证候是证名和征候的合称，指对应具体证名的一组症状或征候。
- 辨是以征候为输入、以证名为输出的逻辑函数，即从病患的主诉表现和医生从四诊所得（征候），通过逻辑运算推论出对应的证名。

在这套定义里，原来的证候空间改称为征候空间，用征字取代证字，可从根本上消除因用证字而与证名产生混淆的机会；另一方面则是通过候字保持与传统习称证候的连续性。传统所说的“证候”一词，一般人的直觉理解，就是对应某证之症状的意思，故这里对证、候基于两个空间的定义，更符合一般人的直观。

从翻译的角度看，症状和征候分别是 symptom 和 syndrome，中英文的意思完全一致。证则应根据其病理模型的角色译作 model，证名即是 model name。这样，不仅逻辑上正确，而且没有产生误解的空间。

作为逻辑函数名称的辨，将留待到下一章作为中医诊治观的主题详细讨论。本章余下篇幅将先讨论此图中 2 个空间的结构和特性。

3.2.3.3 征候空间的结构、特性

征候空间由所有描述征候（症状）的用语组成，是名为“辨”的逻辑函数的输入。本研究试图用现代数据分析方法去解构这个空间，为如何解释中医的辨证提供一个基于现代逻辑运算的新视角。为此，我们先从证候规范会议审定的 200 个证名中选出约 100 个作为本研究的目标证名，然后收集与这约 100 个证对应的征候描述，最初的数据分析结果见下表。

出现频率	用语数	次数	%	总次数	累计%
19	1	19	0.98	19	0.98
16	1	16	0.83	35	1.81
14	3	42	2.17	77	3.97
13	1	13	0.67	90	4.64
11	3	33	1.7	123	6.35
10	4	40	2.06	163	8.41
9	5	45	2.32	208	10.73
8	7	56	2.89	264	13.62
7	3	21	1.08	285	14.71
6	9	54	2.79	339	17.49
5	18	90	4.64	429	22.14
4	25	100	5.16	529	27.30
3	47	141	7.28	670	34.57
2	126	252	13	922	47.57
1	1016	1016	52.43	1938	100.0

出现频率最高的10个用语
心烦(19)，头晕目眩(16)，小便清长(14)，发热(14)，畏寒肢冷(14)
健忘(13)，闭经(11)，消瘦(11)，头痛(11)，失眠多梦(10)

表 3.1 用于 100 个目标证名的征候用语统计。

上述统计数据最突出的现象是，仅这 100 个证名，用语种类竟然超 1200，出现总次数近 2000 次；但其中超过一半的用语却只出现过一次。光这个数据，就从一个侧面反映了学习或了解中医所面对的一些不必要的障碍。造成这种情况的原因虽不止一个，但最主要的原因应是中医在以个案为主的漫长的经验积累过程中，历代医家尤其有著作传世者皆为文化人，往往讲究文采多于技术的精确一致性，加上规范的缺失，导致用语不断增加从而给征候空间带来许多不必要的复杂性。譬如上表列出频率最高的用语之一的“头晕目眩”，就有“头目晕眩”、“头目眩晕”、“头晕眼花”等实质上没有什么差别的用语；其中的“头晕眼花”就只出现过 1 次！这个问题的复杂性在于：有时一个用字的微细差别具有重要意义，有时却不是。

为大幅降低这种人为的复杂性，本研究首先去掉非关键性的用语（在征候列述中明确描述为或有之症状者），光这一步便将过千个用语种数整合成 555 个。然后通过关键字归类的办法把类似的用语编成一组（譬如在前面“头晕目眩”的例子中，以“晕”为关键字把相关几个用语整合为一个用语单位）。在这基础上，通过传统“形而上”的办法，将这 500 多个用语近千次使用，组织成一个 6 维度、24 类、59 细类的 4 层级结构如表 3.2 所示。6 个维度分别是：外观、消化排泄、体位、情志、感冒发热和男妇五官。

这些统计数据有什么用？它们也许可以为中医现代化面临的问题提供一些思考的材料和有益的启示。

学术界在运用现代科技对中医进行的研究中，常常见到用数理模型对中医辨证进行模拟分析的研究。从上面的分析可知，征候空间的结构不仅有很多交叉重叠（严格来说不符合理想的维度间应无交集的要求），而且绝大部分属于带有不同程度主观判断性质的描述，要为这些描述给出一个数值即使不是不可能，也会是极其繁琐低效的。与传统的数理分析方法相比较，运用逻辑函数的理念去解构基本上属层级结构的征候空间，并在此基础上表达甚至模拟辨证过程，明显能大大降低运算的复杂性。

征候用语分类	关键字细项	细类	用语统计			累计				
			种类	次数	占比	种类	占比	次数	占比	
外观	面色	面、唇、颧	7	39	57	6.9%				
	言语声气	言、声、音、气、语	3	22	30	3.6%				
	神态、形体	疲、疲、倦、精神、神、健忘、发育	2	19	41	5.0%				
	肤甲发	皮、肤、甲、毛、头发、疹、体表	3	15	19	2.3%				
		小计	15	95	147	17.9%	95	17.12%	147	17.86%
消化排泄	食纳	食、纳、噎、嘈杂、吞酸、饥、呃逆	1	21	29	3.5%				
	口咽干渴	口、咽、渴	2	38	70	8.5%				
	呕吐、恶心	呕、吐、恶心、蛆	1	14	16	1.9%				
	尿、小便	尿、小便	2	41	56	6.8%				
	尿、大便	泄、泻、痢、尿、便、里急、所下	2	33	47	5.7%				
		小计	8	147	218	26.5%	242	43.60%	365	44.35%
体位	头	头	3	13	37	4.5%				
	胸	胸、胸肋、肋下	3	19	21	2.6%				
	腹、胃、肠	腹、肋、腕、少腹、肠鸣、胃、肛门	5	54	62	7.5%				
	腰	腰	1	9	10	1.2%				
	身肢手	手、身、肢、骨节、局部	3	31	51	6.2%				
		小计	15	126	181	22.0%	368	66.31%	546	66.34%
情志	心神	悸	1	6	16	1.9%				
	情绪	烦、郁、情、惊、恐、怒、躁、息、怯、懊	5	26	36	4.4%				
	眠梦	眠、梦	1	11	21	2.6%				
	动静	抽搐、拘、舌、颤、昏、步、闰动、狂	1	15	15	1.8%				
		小计	8	58	88	10.7%	426	76.76%	634	77.04%
热病	寒热、鼻	发热、热、寒、冷、鼻、涕、感冒	3	37	66	8.0%				
	汗	汗	1	11	26	3.2%				
	咳、痰	咳、喘、痰	3	25	28	3.4%				
		小计	7	73	120	14.6%	499	89.91%	754	91.62%
男妇五官	妇科	经、带、崩、宫、胎、出血	2	17	19	2.3%				
	男科	精、性、男、丸、囊、早、阴、阳	1	17	24	2.9%				
	耳目牙	耳、目、眼、牙、齿、听	3	22	26	3.2%				
		小计	6	56	69	8.4%	555	100.0%	823	100.0%

表 3.2 根据统计数据把征候空间解构为 6 个维度。

其次，不是所有的征候用语都“生而平等”。从统计数据可知，中医对某些征候更为关注，它们应该成为征候研究的重点。我们在这里提出的对征候空间所作的 6 维度划分，是从这些征候本身的相对特性提出的，如果说在同一维度内的征候存在某种纵向关系，不同维度之间的征候可说是横向关系；而与病证相关的

此法产生的证名超过 5 千个，明显过于烦琐，且有许多由此产生的证名实际上不存在，不利于学习、掌握。此外，严格来说，这里的证素概念不仅用来解构证空间，实际上还担负着部分“辨”的功能，即确立与征候关联的作用。

本研究也试图对证名空间的结构作一个整体上的了解。但与证素研究的最大不同是，我们分两步走：第一步首先选定一批重点证名作为证空间之研究对象，从中基本搞清作为逻辑函数之辨，应如何进行运算；第二步再设法把其余的证名吸纳进来。第一步的证名筛选过程详见 5.2.2，所选出的 112 个证名（见表 3.3）分成两大类：一类是基于《伤寒论》六病和《温病条辨》的传统热病证名共 33 个，另一类则是以气血脏腑为主的证名共 79 个。因为传统的热病证名空间已自成系统，这里对证空间的研究以热病以外的 79 个证名为重点。

全身 + 脏 腑 证 名 (79)					
全身	气虚证	气滞证	血虚证	阴虚证	湿痰证
	阳虚证	气血两虚证	表寒虚证	气逆证	水饮证
	血瘀证	血寒证	血热证	血燥证	津液不足证
心	心气虚证	心阴虚证	心阳虚证	心血虚证	血虚生风证
	水气凌心证	痰迷心窍证	痰火扰心证	心脉痹阻证	心火亢盛证
	心胆不宁证	心气阴两虚证	心肾阳虚证	心脾两虚证	
肝胆	肝气郁结证	肝血虚证	肝阴虚证	肝阳上亢证	肝火上炎证
	肝阳化风证	肝血瘀滞证	寒滞肝脉证	热极生风证	胆郁痰扰证
	肝胆湿热证	肝胃不和证			
脾胃肠	脾气虚证	脾气下陷证	食滞脾胃证	脾阳虚证	脾阴虚证
	胃火炽盛证	寒凝胃脘证	脾胃湿热证	脾胃寒湿证	湿困脾胃证
	小肠虚寒证	小肠实热证	小肠气滞证	大肠结热证	大肠津亏证
	大肠虚寒证	大肠湿热证			
肺	肺气虚证	肺阴虚证	肺阳虚证	风寒犯肺证	热邪壅肺证
	燥邪犯肺证	水寒射肺证	脾肺气虚证	肺气阴两虚证	
肾膀胱	肾气虚证	肾阴虚证	肾阳虚证	肾气不固证	肾不纳气证
	肾精不足证	肾虚水泛证	膀胱虚寒证	膀胱湿热证	
	脾肾阳虚证	心肾不交证	肝肾阴虚证		

注：红色及粗体字表示该证名为【证候探微】中之核心证名

热 病 证 名 (33)					
伤寒/太阳	伤寒/阳明少阳	伤寒/三阴	伤寒/兼证	温病	
(风寒表虚证)	阳明经证	太阴脾虚寒湿证	太阳少阳郁迫大肠证	风热袭肺卫证	热入营分证
风寒表实证	阳明腑实证	太阴寒湿郁结证	太阳中虚里急证	肺胃阴伤证	毒壅气营证
风寒表实兼水饮证	阳明湿热发黄证	少阴阳虚水泛证	太阳少阴两经感寒证	暑湿内蕴表寒证	热盛动血证
风寒表实兼内热证	少阳证	少阴阳虚阴盛证	少阳里虚热陷证	湿阻气分证	逆传心包证
风热壅肺证	少阳兼里实证	厥阴血虚寒郁证	热痞证	热扰胸膈证	少阴阴盛火旺证
膀胱蓄水证		厥阴热迫大肠证	寒热夹杂证	热入气分证	

注：风寒表虚证即全身之表虚寒证

表 3.3 112 个重点证名。

稍为浏览一下上表上部 79 个全身脏腑证名即可发现，它们皆以全身的气血津液或脏腑为作用点，故我们把这些证名视作由生理和病因 2 个维度组成的空间里的点，由此可得出表 3.4 的统计。

为避免重复，在统计归类时，除“虚寒”归入寒外，其他有虚字的证名皆归入虚；余下的以首字为分类依据，如“湿热”归入湿。前面解说正气时曾指出，“正夺为虚，邪盛为实”，上表中的虚证占了约 40%；非虚证可再细分为 7 个类别。而从虚实的二分法看，或可视这 7 类为实证的不同表现，合起来才共占约 60%。

		虚	寒	热/火	燥	湿	痰	瘀	其他
全身	气	3							3
	血	2	1	1	1			1	
	津	1				1	1		1
脏腑	心	5		1		1	2	1	
	肝、胆	3	1	1		1	1	1	3
	脾、胃肠	4	4	3		3			3
	肺	4	1	1	1	1			
	肾、膀胱	5	1			2			1
	心脾	1							
	心胆								1
	心肾	1							1
	脾肺	1							
	脾肾	1							
	肝胃	1							1
	合计		32	8	7	2	9	4	3

表 3.4 79 个非热病证名在 2.5 维空间的分布统计。

表 3.4 展示 79 个证名在身体和病因所构成 2 维空间的分布。以上对证名空间的解构可扩展到其他证名，明显比证素的解构简洁，更利于逻辑函数辨之研发。

有了对证候空间和证名空间结构、特性的基本了解，图 3.4 关于逻辑框架下的证候空间可进一步具体“维度化”成图 3.6 下方。

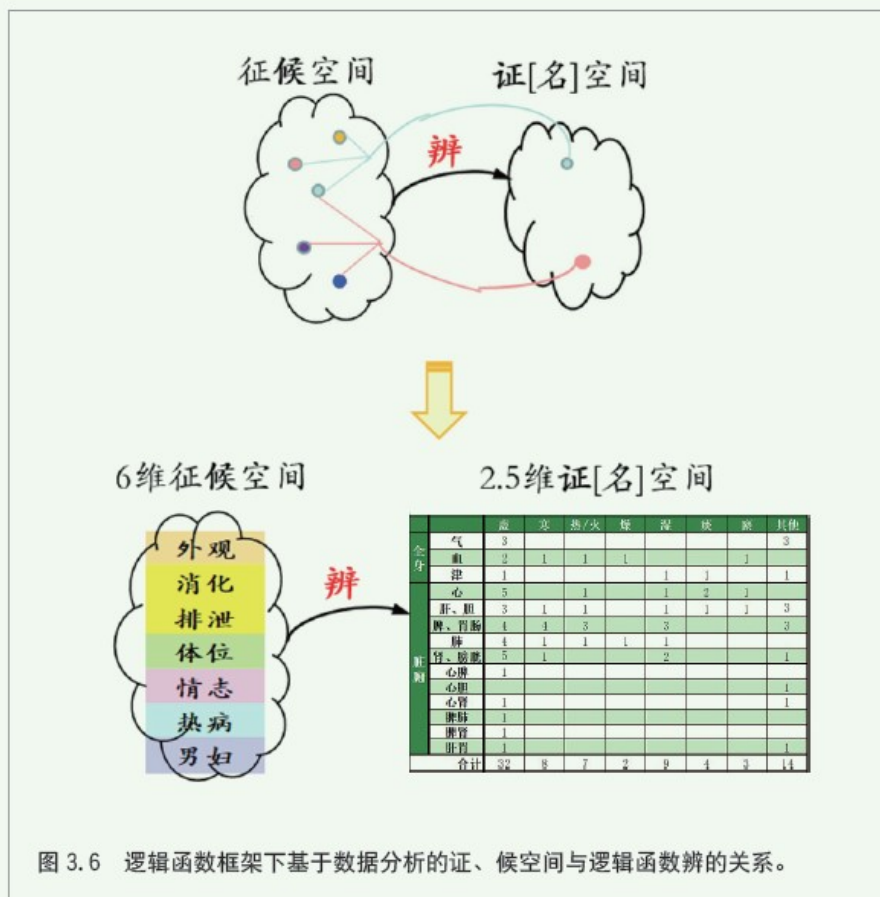


图 3.6 逻辑函数框架下基于数据分析的证、候空间与逻辑函数辨的关系。

参考文献

- [1] 赵洪钧, 《赵洪钧医论医话选》, 学苑出版社, 2019.01, 45-52 页。
- [2] 赵洪钧, 《医学中西结合录》, 人民卫生出版社, 2009.01, 587-590 页。
- [3] 赵洪钧, 《中西医比较热病学史》, 学苑出版社, 2019.01, 55-67 页。
- [4] 赵洪钧, 《中西医比较热病学史》, 学苑出版社, 2019.01, 68-74 页。

- [5] 赵洪钧,《赵洪钧医论医话选》,学苑出版社,2019.01,86-106页。
- [6] “‘辨证论治’的由来”,张效霞,中国中医药报,2015.04.02。(【中医新论参考文库】Ref 3.6)
- [7] “再谈‘辨证论治’的由来”,张效霞,中国中医药报,2015.06.05。(【中医新论参考文库】Ref 3.7)
- [8] “从用语数据分析看九篇大论与内经其他篇章的关系”,萧铁,2018.08。(【中医新论参考文库】Ref 3.8)
- [9] “‘证’‘症’‘征’规范使用的探讨”【J】,朱建平,科技术语研究,2003年第5卷,第4期。(【中医新论参考文库】Ref 3.9)
- [10] 冷方南,《中医证候辨治轨范》(修订版),人民军医出版社,2011.12,317-328页,368页。
- [11] “‘证素’的基本特征”【J】,朱文锋、张华敏,中国中医基础医学杂志,2005年第11卷,第1期。