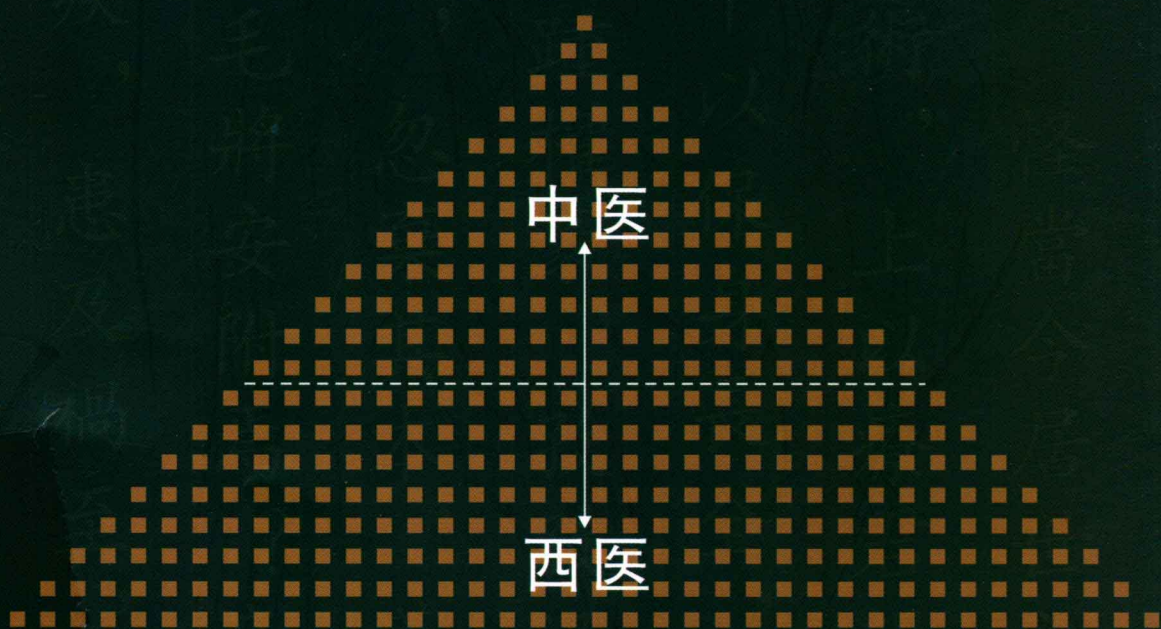


● 李同宪 李月彩 编著

《中西医结合观》续

——气血津液与内环境的融合



第四军医大学出版社

■ 李时珍 著 李时珍 编著

《中西医结合观》续

——论中西医结合与内外科的结合

李时珍

李时珍



中国医药出版社

《中西医融合观》续

——气血津液与内环境的融合

李同宪 李月彩 编著

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医融合观：续：气血津液与内环境的融合/李同宪，
李月彩编著. —西安：第四军医大学出版社，2012.9

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0282 - 6

I. ①中… II. ①李… ②李… III. ①中西医结合 -
研究 IV. ①R2 - 031

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 221565 号

《中西医融合观》续——气血津液与内环境的融合

编 著 李同宪 李月彩

责任编辑 张永利

出版发行 第四军医大学出版社

地 址 西安市长乐西路 17 号 (邮编:710032)

电 话 029 - 84776765

传 真 029 - 84776764

网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷 陕西金德佳印务有限公司

版 次 2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月第 1 次印刷

开 本 787 × 1092 1/16

印 张 15

字 数 350 千字

书 号 ISBN 978 - 7 - 5662 - 0282 - 6/R · 1131

定 价 38.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书，凡有缺、倒、脱页者，本社负责调换

前 言

本书是《伤寒论现代解读》与《中西医融合观》的继续，其目的仍然是证明中西医理论体系的融合是医学发展的必然趋势。中西医融合指的是中、西医理论体系的融合，理论由概念与理论构架组成，概念在理论构架内流易才能够成为具有活力的理论。中、西医理论之所以没有融合，是因为在研究同一个客体（疾病）时使用的参考系不同，形成了不同的理论，只有找到二者的共同参考系，就能够实现中西医理论的融合。中西医融合已经成为理论界、医学界的共识，只是没有找到路径与方法。

中西医融合的原基概念是“象态”。“象”是中医藏象的象，即现象；“态”是系统论中的状态。在医学范畴内系统的稳态就是生理状态，系统的稳态失衡就是病理状态。为了区别生理与病理的不同，把病理条件下的“象态”称之为“证态”，生理条件下称之为“象态”。气血津液之“象”与内环境之“象”在宏观上是吻合的，我们说气血津液与内环境是一个象态；中医的血与西医的血液具有共同之象，血与血液是一个象态；气与内环境调控是一个象态；液与细胞间液是一个象态；津与第三间隙液是一个象态。痰证与炎症是一个证态；瘀血与血液凝固是一个证态；悬饮与胸腔积液是一个证态；热实结胸证与急性腹膜炎是一个证态等等。通过象态与证态概念体系，中、西医的概念可以在对方的理论构架内流易。中西医融合就是寻求中、西医共同之“象”，升华医学之本质，换言之中西医融合就是寻求中、西医的共同之处。中、西医之所以具有共同之处是由于它们研究的客体、客观事实是同一的。

本书分为两部分：概论与证态各论。概论讨论两个问题：一是关于中西医融合：回答什么是中西医融合这个问题；其中论及中西医汇通、结合、融合是一个连续发展的社会历史过程，还论及中西医融合与中西医结合的不同。二是关于气血津液－内环境稳态、象态、证态，讨论什么是稳态、象态、证态；论证气血津液与内环境在宏观上的同一性，在生理稳态条件下称之为气血津液－内环境象态，在稳态失衡病理条件下称之为气血津液－内环境证态。

证态各论分别讨论气血津液稳态失衡所产生的各个证以及证与证之间的关系、内环境稳态失衡所产生的各个病理状态以及病理状态与病理状态之间的关系，进而论证相应证与病理状态的统一性，证与病理状态融合为证态。着重论证痰证与炎症是一个证态，瘀血与血液凝固是一个证态。痰证与瘀血是气血津液稳态失衡的病理性产物，痰瘀交错引起脑中风、胸痹、历节病、营血分证等疾病，同样内环境稳态失衡可以引起炎症、血液凝固、血栓形成等病理过程。炎症介质异常释放与凝血机制启动相互交错是脑血管意外、心肌梗死、类风湿疾病、多器官功能障碍、代谢综合征等疾病的启动因素，进一步验证中风－脑血管意外证态、胸痹心痛－冠心病心绞痛证态、历节病－类风湿关节炎证态、营血分证－多器官功能障碍证态、脾失健运－代谢综合征证态等

等证态，建立起气血津液 - 内环境象态、证态理论体系，实现中西医理论体系的融合。

本书只是运用证态理论对于《金匱要略》中的痰饮、瘀血进行现代医学解读。中医认为痰瘀相关、痰瘀交错，也就是说炎症过程与纤溶和凝血系统的失衡密切相关，并且交织在一起，这种病理机制不仅在多器官功能障碍综合征与代谢综合征的病理机制中得到了体现，而且是动脉粥样硬化、脑卒中、心肌梗死、肿瘤、风湿性疾病、慢性疼痛、炎性包块、肝硬化、各器官纤维化等重危、疑难疾病的共同病理学特征，具有极其重要的学术研究价值。

中医是中华文明的重要组成部分，中西医融合是东西方文化融合的突破口。中国的医学事业要超越西方必须中西医融合，形成新的理论体系，实现西方有的中国有，中国有的西方没有。首先保证实现临床治疗效果超越西方，取得医学话语权，确立理论，走上医学领先地位，这对于实现文化强国具有重要意义。

错误与不足之处在所难免，敬请广大读者批评、指正。

李同宪

2012 年 6 月

目 录

概 论

第一章 中西医融合	(1)
一、概念	(1)
二、历史	(9)
三、与中西医结合的区别与联系	(14)
第二章 气血津液 - 内环境稳态、象态、证态	(20)
第一节 气血津液 - 内环境稳态	(20)
一、稳态概述	(20)
二、西医内环境及内环境稳态	(23)
三、中医气血津液及其稳态	(31)
第二节 气血津液 - 内环境象态	(34)
第三节 气血津液 - 内环境失衡证态	(38)
一、中医气血津液失衡	(38)
二、西医内环境失衡	(50)
三、气血津液 - 内环境失衡证态	(71)

证态各论

第三章 津液亏损 - 水电解质紊乱证态	(79)
一、水电解质紊乱与津液亏损诸阳虚证	(79)
二、苓桂术甘汤、苓桂甘枣汤、真武汤之比较	(81)
三、温病学中温病后期发生的真阴亏损、热耗真阴与 Sepsis 或者 MODS 异常 消耗是一个证态	(84)
第四章 水气病 - 水肿证态	(86)
一、风水 - 肾性水肿证态	(87)
二、皮水 - 皮下水肿证态	(91)
三、里水 - 慢性肾炎证态	(94)
四、正水 - 营养不良性水肿证态	(95)
五、石水 - 肿瘤性腹水证态	(98)
六、水气病中的水饮证态	(99)
七、黄汗 - 汗腺分泌异常证态	(101)
第五章 水饮 - 第三间隙积液证态	(104)
一、悬饮 - 胸水证态	(106)

二、支饮 - 肺心病 (心衰) 证态	(110)
三、留饮 - 难以吸收的积液证态	(122)
四、溢饮 - 隐性水肿证态 (见小青龙汤证)	(123)
五、水走肠间 - 腹水证态	(124)
第六章 痰证 - 炎症证态与瘀血 - 凝血证态	(125)
第一节 痰证 - 炎症证态	(125)
一、中医狭义的“痰”与西医的呼吸道炎症渗出物是一个证态	(125)
二、《伤寒论》中的狭义痰证	(137)
三、广义的痰与各个器官、系统的炎症是一个证态	(138)
第二节 瘀血 - 凝血证态	(152)
一、外感蓄血证	(153)
二、《金匱要略》中的瘀血证	(165)
第七章 高血压、糖尿病、代谢综合征中的痰证、瘀血	(188)
第一节 高血压	(188)
一、病因与发病机制	(188)
二、分期	(188)
三、炎症与高血压	(190)
四、中医对高血压的认识	(191)
第二节 糖尿病	(193)
一、病理变化	(193)
二、发病机制	(194)
第三节 代谢综合征	(197)
一、西医代谢综合征	(197)
二、中医对于代谢综合征的认识	(204)
三、中西医融合对代谢综合征的认识 (内环境生理功能、病因、病理机制、 临床表现、治疗的融合)	(206)
第八章 中风历节病	(212)
第一节 中风 - 脑血管意外证态	(212)
第二节 历节 - 类风湿关节炎证态	(217)
第九章 肿瘤与痰证 - 炎症证态	(226)
参考文献	(233)

概论

讨论以下两个问题：

1. 什么是中西医融合？
2. 什么是气血津液 - 内环境稳态、证态、象态？

第一章

中西医融合

一、概念

中西医融合指的是中、西医两大理论体系的融合。

医学体系是一个理论体系，由概念与理论构架组成。符合逻辑的概念形成、变化和发展以及概念间的相互依赖、对立和转化，就是概念在理论构架内的流易。一般而言，概念只能够在自己所属的理论系统内流易。概念、理论构架以及概念在理论构架内的流易，才是具有活力的理论。中、西医是具有不可通约性的两大理论体系，对于同一个客观存在的事物（疾病）的认识得出完全不同的两个理论（即概念、理论构架不同），因此，中医的概念不能在西医的理论构架内流易，西医的概念也不能在中医的理论构架内流易。中西医融合就是建立一个新的理论体系，通过这个体系使得中医的概念能够在西医的理论体系内流易，反之亦然。

人类的一切知识无非是解决是什么、怎么办、为什么这三个问题，理论是人类对于客观事物本质的认识，解决“为什么？”的问题。辩证唯物主义认为：对于客观事物本质的认识是由现象到本质的深化过程；现象是事物的外部联系和表面特征，是事物本质的外在表现；研究、建立理论的方法就是从现象深入到本质，即从具体到抽象的过程，而理论的叙述方法或者表达方法则是从本质上说明表面现象；运用理论解决实际问题，即从抽象到具体的过程。中医把理论的建立称之为：取象比类；把理论的运用、解决问题的过程称之为：取类比象。系统论中，对于系统以及系统状态的认识、判断是由“状态变量”决定的；对于系统调控的效果需要检测“状态变量”来体现。所以，辩证唯物主义理论中的“现象”，就是中医理论中的“象”，就是系统论中的“状态的变量”。辩证唯物主义中的“矛盾对立统一”，中医学中的“阴阳平衡”，系统论中的“稳态与稳衡”，是等同的概念（理论界有争论）。西医把系统论引入医学领域正在形成现代西医学，为中西医融合创造了条件。

取象比类解决“是什么？”的问题；取类比象解决“怎么办？”的问题；理论是对事物本质的认识，某种意义上说就是分类，解决“为什么？”的问题。经验可以解决

“是什么?”“怎么办?”而不讨论“为什么?”;理论不仅要解决是什么?怎么办?而且着重解决为什么?为什么某些“象”属于这个“类”而不属于另外一个“类”?这一类事物应该用这种办法解决,而不应该使用其他方法解决,为什么?具体到医学理论,一个患者出现的临床表现以及各种检查结果(象、状态的变量、现象)属于什么证?什么病理状态?为什么?应当使用什么方法治疗?治疗之后应当出现什么变化(象、状态变量、现象)?为什么?经验具有或然性,而理论具有比较高的必然性。经验往往属于个人,理论具有普适性,能够使更多的人比较容易掌握。

由实践经验到理论、个别到一般、个性到共性、特殊性到普遍性、具体到抽象、现象到本质、临床表现包括各种检查到诊断、调查研究到调查结果、状态的变量到状态判断均为“取象比类”。“取象”是一个实践过程,就是获取状态变量、取得证据的实践活动,即调查研究。“比类”就是概念的建立、推理、判断的过程,在医学领域内就是诊断过程以及诊断的建立,“状态变量”就是诊断标准。“取象比类”是从感性认识发展到理性认识,这是认识过程中的第一次飞跃。实现这一飞跃的条件是:必须占有丰富而真实的感性材料;运用某种理论对感性材料进行概括,即把感性认识纳入某种理论构架之中。例如:脉浮、头项强痛、恶风、发热、白细胞降低这一组临床表现(象),纳入中医的理论构架之中,诊断为:太阳表证;纳入西医的理论构架之中诊断为:感冒或者病毒性上呼吸道感染;纳入证态理论构架之中,诊断为:太阳表证-感冒证态。太阳表证、卫分证、阳明证、少阳证等等属于中医的“类”;病毒性上呼吸道感染、细菌性上呼吸道感染、传染病前驱期、肺炎、胃肠炎等等属于西医的“类”;太阳表虚-感冒证态、太阳表实-感冒证态、卫分-感冒、前驱期证态、阳明腑实-肠梗阻证态、热实结胸-急性腹膜炎证态,等等,属于中西医融合的“类”。“取象比类”是一个复杂、长期、反复验证的客观实践过程,而不是简单、凭空想象得出的结论。

理论的形成与理论的表述、讲述、教授、学习是反方向的过程,理论的形成是实践、经验到理论;理论的教授与学习是由理论到实践。由经验到理论是把经验归类、纳入某个理论系统,例如阴阳五行学说,反复实践,修正,建立医学理论;而理论的教授、学习则首先教授阴阳五行学说,再教授藏象经络理论,并且表述为:在阴阳五行理论指导下建立藏象经络理论。任何理论的建立都与当时的社会生产力相关。阴阳五行学说、经络藏象理论之所以产生、完善于中国古代,而没有产生于欧洲古代,是因为中国古代封建社会是当时世界文化的顶峰;西医之所以产生于欧洲,是因为工业化首先发生并高度发展于欧洲。

“取类比象”是从理性认识到实践,这是认识过程中更为重要的一次飞跃,在医学领域里就是根据诊断进行治疗的过程,也就是对于诊断进行验证、修正的过程。经过治疗能够出现预期的“象”,例如:发热消退、疼痛减轻或者消失、黄疸减轻或者消退、局部红肿热痛减轻或者消失,说明诊断是正确的,否则,诊断就是错误的或者不完全正确的,应当予以改正与修正。如此反复循环,直至患者痊愈、死亡或者转为慢性稳态过程,出院的时候得出一个最终诊断。经过无数患者的反复验证建立医学理论,

并对于建立的医学理论进行修正与完善。历史证明中医理论与西医理论的建立与完善都是如此，都是相对正确的理论，只是它们的理论框架不同，对于“象”的获取方法、归类不同，因此形成了不同的理论体系。中医的理论框架来源于阴阳五行学说，西医的理论框架来源于机械唯物论。分子技术、克隆技术、基因技术、蛋白组学、各种实验方法、影像学等，均属于“取象”的方法，也可以作为“比象”“取象”的技术。

人们在实践过程中，通过自己的肉体感官（眼、耳、鼻、舌、身）直接接触客观外界，引起许多感觉，在头脑中有了许多印象，对各种事物的表面有了初步认识，这就是感性认识。这就是“象”，是事物本质的外在表现。所以，感性认识所得出的“象”或者说表面现象不受理论框架的支配或者说影响，是感性的、经验的、初级的、比较客观的。概念的形成是对事物本质属性的概括，当对“象”或者说“现象”进行概括、抽象化的时候，有意或者无意之中是运用某种理论框架对“现象”进行概括、抽象化。这是一个主观过程，是理性认识的第一阶段，也是理论形成的第一步骤。运用不同的理论框架对同一组具有内在联系的象进行概括、抽象化，就能够得出不同的概念。例如：头痛、发热、脉浮、白细胞不高，发病1~2日这一组现象（状态的变量），中医诊断为：太阳表证，西医诊断为：感冒或者病毒性上呼吸道感染。尽管概念不同，而它们的本质是统一的。所以，我们说：太阳表证与感冒或者病毒性上呼吸道感染是一个证态，诸如此类，形成中西医结合的证态理论。在证态理论体系内，麻黄汤、桂枝汤是治疗太阳表证-感冒证态的方剂，麻黄汤是治疗太阳表实证的方剂，所以，麻黄汤的适应证是：头痛、发热、脉浮、白细胞不高、高热无汗的感冒患者，即排除了传染病前驱期以及细菌性上呼吸道感染的患者，而且具备高热无汗的感冒患者才能够使用麻黄汤。

西医学领域里之“象”包括：症状、体征、各种实验室检查、影像学检查等等，而中医学里之“象”包括：症状、体征与脉象、舌象。具有内在联系的一组症状与体征（一组象或者状态变量）中医称之为“证”，西医称之为“病理状态”，所以，同一个患者在同一时段内证与病理状态是同一的，中西医结合观把同一的“证”与“病理状态”称之为：“证态”。由“证态”概念推导出“象态”概念，关于证态的详细论证请参考我们出版的《伤寒论现代解读》与《中西医结合观》两本书的相关部分。

象态与证态是实现中、西医融合的路径与方法。中医学的藏象经络理论的形成，主要是由临床实践反推过来的，把临床实践证明的客观事实，抽象归纳、取象比类，纳入阴阳五行理论中，形成藏象经络、六经传变、卫气营血、气血津液等理论。由证态概念引申出象态概念正是由临床实践发展为基础理论的反映，折射出医学基础理论形成的过程。

本书详细论证了痰与炎症的关系，瘀血与血液凝固的关系，认为：炎症反应与抗炎机制的失衡表现出炎症，炎症就是痰证，炎症的病理性产物就是痰。“痰”字由两个火叠加成“炎”，加上“疒”旁而组成。所以痰就是炎+“疒”，即炎病的意思。凝血与溶血系统的失衡引起血液凝固，血液凝固前状态就是血瘀，其结果是形成凝血块或者血栓，这就是中医的瘀血。炎症反应与抗炎机制的失衡、凝血与溶血系统的失衡，二

者相互交错进行其结局就是纤维化、硬化；痰与血瘀交错进行的结局是积聚癥瘕，所以纤维化、硬化与癥瘕积聚是一个证态。证态体系的建立，我们就能够进行如下的、合乎逻辑的推理：痰证与炎症是一个证态，瘀血与血液凝固是一个证态，所以，痰瘀交错与炎症介质过度释放、凝血机制启动是一个证态；痰瘀互结或者痰瘀交错的西医病理学基础就是：炎症反应－抗炎反应稳态失衡与凝血－溶血稳态失衡相互促进、相互交错、共同存在的复杂病理过程。这个病理过程不仅存在于动脉粥样硬化、脑卒中，而且存在于代谢综合征、多器官功能障碍、心肌梗死、脓毒血症、严重的坏死性炎症、急性胰腺炎等危急症疾病中，是这些众多危急重症的共同病理学基础。痰瘀交错不仅存在于危重疾病以及疾病的晚期阶段，而且在炎症疾病的早期也存在着痰瘀交错的病理过程，只是痰瘀交错的表现形式有所区别。所不同的是代谢综合征及其并发症是一个慢性过程；而多器官功能障碍是一个急性过程。通过中西医融合把代谢综合征与多器官功能障碍联系起来，是对现代医学病理机制的重大贡献。

在不同疾病中共同存在的功能、代谢和形态变化的过程，称为病理过程。如炎症、发热、缺氧、休克等。它们可以见于不同疾病，一个疾病可包含几种病理过程。因此病理过程本身不是一个疾病，不会独立存在，而是疾病的组成部分。

一个疾病过程当中可以包含几个不同的病理过程，这些病理过程相互交错、相互影响形成十分复杂的关系，在某一个时间段内疾病的临床表现是这些病理过程在这个时间段内的综合表现。代谢综合征包含着高血压、糖尿病、肥胖、动脉硬化、动脉粥样硬化、慢性炎症、胰岛素抵抗等病理过程，这些病理过程错综复杂的交织出现，决定了代谢综合征的临床表现也十分复杂。西医可以把代谢综合征分解为高血压、高血糖、高血脂、动脉硬化等，分别进行治疗，但是这些药物的近期综合效果是什么？这些药物之间是相互制约还是相互促进？远期效果如何？目前还不十分清楚。中医则不同，辨证论治是对某一时间段内患者的临床表现进行综合分析，得出一个病理诊断，进行治疗，是这些病理过程在这个时间段内的综合表现，其缺陷是不精确、没有量化指标。中西医融合的继续与发展将会逐步消除二者的缺陷。

疾病与病理状态是不同层次的概念，一个疾病从发生、发展到终结的过程是一个比较长期的、复杂的过程，这是疾病过程。一个复杂的疾病过程中还可以包括许多不同的病理过程，而病理状态则是在疾病过程中的某一个时空阶段的全身整体状况，是疾病的一个横断面。中医的证是一种病理状态，证态是中西医疾病过程的某个阶段的整体状况，所以，中医的证与西医的疾病不能够融合，没有可比性，证只能够与西医的病理状态融合。

关于概念流易：

前面已经说及概念、理论构架以及概念在理论构架内的流易，才是具有活力的理论体系。理论是对事物本质的认识，某种意义上说就是分类，符合逻辑的类与类之间的关系就是理论构架。

概念的运动（流易）可以分为以下几个层次：

1. 时代层次 是指某一个概念从古代到现代的变更过程，例如痰饮这个概念，在

《黄帝内经》时代称为“淡饮”“流饮”；到了张仲景时代，在《金匮要略》中演变为痰饮；到了隋唐时代再演变为痰与饮；在《中西医融合观》里再演变为痰-炎症产物证态与水饮-水与电解质紊乱证态，最终实现中西医相应概念上的融合。痰饮这个概念从发生、发展变化，直至与其具有不可通约性的西医学的病理状态相融合，是一个不断发展、不断变化的过程。中医学中的其他概念无不在不断地发展变化之中，西医学的概念也是如此。这种概念的变更、融合，由于一个新的概念产生，特别是原基概念的产生，就可能在原来的理论上产生新的理论。

2. 系统层次 是指在同一个理论系统内的不同概念之间的运动、流易。在一个生理或者疾病过程中不同概念之间的流易，有两种表现形式：

(1) 演变关系（时间层次）。

(2) 鉴别关系（空间层次）。

以疾病过程为例说明如下：

(1) 演变关系：由于疾病的发生发展是一个复杂的，随着时间的推移不断变化的过程，一个疾病可以演变为另外一个疾病；即使在同一个疾病中，一个病理状态也会演变为另外一个病理状态。因此，作为疾病或者病理状态载体的概念也将随之发生变化。例如：《伤寒论》中的太阳病在一定的条件下可以演变为阳明病、少阳病，甚至于直中三阴经病；温病学中的卫气营血传变；痰饮可以演变为瘀血，瘀血也可以演变为痰饮等。西医学中的上呼吸道感染演变为气管炎、肺炎；胃、十二指肠溃疡穿孔演变为急性腹膜炎，再演变为腹腔脓肿；慢性气管炎演变为阻塞性肺病，再演变为心衰等。

(2) 鉴别诊断关系：人体是一个整体，任何部位的局部病变都会引起全身的整体反应以及与之相关联的部位、器官的反应，产生相类似的病理反应，为了治疗的准确，必须确定疾病状态的病位、病性、病机，因此，必须与相类似的病理状态进行鉴别。例如：急性腹膜炎必须与急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性盆腔炎、肠梗阻、急性胃肠炎以及某些胸腔的疾病例如急性心梗、心包炎、急性肺炎等相鉴别。同样，中医的热实结胸证应当与阳明腑实证、大柴胡汤证、痞证、小结胸证、太阳蓄血证、热入血室证等相鉴别。

中、西医是两个不同的医学理论体系，两者之间的概念是不能直接发生关系的（概念不能发生流易），即太阳病与肺炎没有演变关系，急性盆腔炎不可能与热实结胸证进行鉴别诊断，诸如此类。这就是所谓的：中、西医是两个具有不可通约性的理论体系。

一般而言生理概念与病理概念之间的流易也只能在同一理论体系内进行。

3. 时域层次 这是时代层次与系统层次的融合，是两个不同理论体系之间的概念流易，甚至于是跨越数个理论体系，几千年的历史，概念的变革与联系。时域与时空不同，时间与空间是无限的，而时域则是在一定的时间段内一定的空间区域内发生的事件。

人们认识周围事物最初形成的概念是日常生活概念，例如在古代已经形成的许多

概念。这种最初形成的概念，通常是作为对周围事物的感性经验的直接概括，并不具有很高的抽象性。科学思维中运用的概念即科学概念，是在相关理论指导下形成的，而且它总是处于特定的理论系统之中，具有较高的抽象性和概括性。人们对于同一事物的认识，往往形成不同内容的科学概念，不同的学科对于同一事物会形成不同内容的科学概念，而在同一学科的不同理论中，对于同一事物也会形成不同内容的科学概念。人们对于特定事物的本质的认识，即科学概念的内容，并不是单一的、无条件的，而是多方面的、有条件的。概念总是随着人类的实践和认识的发展，处于运动、变化和发展的过程中。这种发展的过程或是原有概念的内容逐步递加和累进，或是新旧概念的更替和变革。

一个单一的概念可以用任何数目的语言来表达。在各种语言中词有同一的意义，因为它们表达了相同的概念。概念在一定意义上独立于语言的事实使得翻译成为可能。“血”是一个日常生活概念，当“血”这个日常生活概念发展变化为中医学的理论中的“血”时，血概念的内涵与外延发生了变化，不管发生多么大的变化，两者都必须具备“血”的共同属性，即：从人体中流出来的可以凝固的红色液体。西医学中的血液也是“血”，它也必须具备“血”的共同属性，即：从人体中流出来的可以凝固的红色液体。这个共同属性：红色液体、可以凝固、从人体中流出来之后由液态变化为固态，就是日常概念、中医、西医概念的共同参照物（或者说共同的象、状态变量）。无论古今中外以及未来，“血”这个概念都必须符合这三个条件，在系统论中就是“血”的状态变量，在哲学里就是“血”的外在表现，在中医学里就是“血”的象。在中医气血津液理论体系中，血的运行是受到气的推动，与气同行，血与津液可以相互交换；在西医内环境理论体系中，血的运行受到心脏收缩的压力与自主神经系统、内分泌系统的调控，在血管内流动，血与细胞间液、淋巴液可以相互交换。所以，在气血津液-内环境象态理论中血与血液是一个象态。再例如热实结胸证与胃、十二指肠溃疡之间的流易关系，十二指肠溃疡与痰饮瘀血之间的流易关系，代谢综合征与痰饮瘀血的关系以及它们与多器官功能障碍之间的流易关系，等等。我们知道了这些流易关系，我们就知道热实结胸证中的某一个类型必须进行手术治疗才能够挽救患者的生命，大陷胸汤的适应证是可以进行内科保守治疗的急性腹膜炎，从而实现真正含义上的中西医融合。

中西医融合就是在时域层次上实现中、西医理论构架之间的概念流易，而不是单单解决中医概念的西医实质是什么的问题。这是中西医融合与中西结合的不同之处，中西医结合是运用西方科学方法即实验方法企图解决中医概念的西医实质是什么的问题，它所阐述的西医实质在中医理论中与西医理论中都不能流易，因此不能形成中西医结合的理论。

中西医融合指的是建立一个新的理论体系；一个包容中、西医理论的体系；是一个对中、西医理论均有取舍的体系；建立一个新的中西医共同的参考系。最终是以临床能不能使用、在临床上不出现相互矛盾而且具有必然性的理论为衡量标准。其基本路径与方法如下：

1. 基本概念融合

(1) 具有相同内涵与外延的概念，或者中西医已经通用的概念，诸如：疼痛、头痛、红肿热痛、黄疸、腹痛、脓血便、小便少、大便干燥、口渴、关节肿痛、卒中等。

(2) 内涵与外延基本相同的概念，经过表述的简单改变能够融合的概念，诸如：水气病与水肿、血与血液、神昏与昏迷、痉挛与惊厥、消渴与糖尿病、风湿病与痹证等。

(3) 内涵与外延有交叉、重叠，但是差别比较大的概念，这是大量存在的，需要论证并且需要取舍才能够融合的概念，诸如：阳明腑实证与肠梗阻、气血津液与内环境、痰与炎症、饮与水电解质紊乱、血瘀与血栓形成、脾主运化与物质代谢等，这些概念的中西医融合是难点与关键。

(4) 不能够融合的概念，诸如细胞、细胞核、电解质各种离子、炎症介质、凝血过程等，在中医理论体系没有办法找到相应的概念与之对应。这些概念只有在中西医融合之后，自然进入新的理论体系中。例如脾阳虚（苓桂术甘汤）-低血钠低容量证态中，低血钠就是脾阳虚的象，或者变量，或者诊断依据之一。低血钠在中医理论中没有与之可融合的概念，不能够在中医的理论框架内流易，但是，它们是证态的变量之一，可以是某几个证态的变量，即可以在证态理论体系内流易。

2. 理论构架的融合 主要是中医病机与西医病理学的融合与取舍。这是中西医两大理论体系融合的关键。什么是理论构架？理论构架就是类与类之间的逻辑关系，在系统论中就是状态与状态之间的关系，在中医理论中就是证与证之间的关系，在西医理论中就是病理状态与病理状态之间的关系，在中西医融合理论中就是证态与证态之间的关系。在系统论中状态的运动就是过程，或者说系统的过程就是状态的运动，在医学领域里病理过程就是病理状态的运动，或者说病理过程就是病理状态按照逻辑关系进行的运动。中医的六经传变、卫气营血传变就是理论构架，是中医外感热病的病机主线。

以气血津液与内环境的融合为例，需要进行以下问题的论证：

(1) 中西医基础理论的融合，即中医的气血津液与西医内环境的内容、生理理论能够融合。

(2) 气血津液失衡的病理病机、病理产物与西医内环境失衡的病理学、病理产物能够融合。

(3) 气血津液失衡发生的所有证能够在内环境失衡中找到相应的病理状态，而且能够证明相应的证与病理状态是统一的。

怎样证明相应的证与病理状态是统一的？

(1) 具有相同的症状与体征。

(2) 在疾病过程中具有相同的时空位置。

(3) 具有相同的鉴别诊断与鉴别要点。

(4) 根据中医方证相统一的原则，方剂的药理研究或者临床实践证明能够治疗相应的西医病理状态。

可以看出这是疾病诊断的一个完整过程，无论中医还是西医诊断疾病的逻辑思维方法是统一的，即：①疾病发生发展的过程（病史）以及现在患者所处的疾病阶段。②临床表现症状与体征，一组相对固定的、具有内在联系的症状与体征中医称为证，西医称为病理状态。③鉴别诊断，这是一个否定之否定的过程，否定、排除所有类似的疾病及疾病本身的其他阶段。完成以上过程，得出同一个初步诊断。这是中西医的共同点（共同参考系），不同的是西医具有各种化验以及实验室检查，中医则以舌象与脉象作为参考，这些均为辅助诊断，在中西医融合过程中，我们暂时舍弃中、西医的不同点，这是因为中医所描述的证都是临床上十分严重而且具有典型、特异性的临床表现。古代与现代不同，因为社会生产力低下、交通不便、营养状况差、抵抗力低下、医疗水平低，医生看到的患者大多都是严重而典型的患者。西医在20世纪50年代以前，基本上也是以物理诊断为依据，特别是在新中国成立初期和新中国成立前，西医除了听诊器、体温计、简单的化验室之外与中医并没有什么区别。这个时段的中西医水平、理论是中西医融合的基本出发点，具有比较多的共同性。之后西医在微观方面的大发展只是更加精细而已（这些精细的检查对于不典型、轻型患者具有诊断意义，对于典型患者的诊断意义不大），对症状、体征更为精确的解释并没有改变西医的基本理论以及疾病分类，即西医的基本概念、理论构架没有发生根本变化，这也是实现中西医融合的道理之一。④治疗效果检验、修正初步诊断，即使用中药方剂治疗相应病理状态检验证与病理状态的统一性。所以证态的论证过程就是一个疾病诊断过程的重复，对于严重而典型病例，如果西医依靠物理诊断作为主要诊断手段是科学的，那么，我们按照这个科学方法论证中医的证也是科学的，其结果是正确的、可信的。

最终达到中西医理论能够相互解释，例如能够运用气血津液的理论解释心源性、肝性、肾性水肿的发病机制与治疗原理以及解释代谢综合征的发病机制与治疗原则等；能够运用炎症、血栓形成理论解释痰饮与血瘀，而且相互不矛盾。

建立一个新的参考系，新的理论体系，即气血津液－内环境象态体系，痰－炎症证态以及血瘀－血栓形成、出血证态等等构成的证态体系。从象态到证态，成为实现中西概念相互流易的中介。

病理过程是机体在疾病过程中所发生的某些功能、代谢和形态结构变化的综合过程。疾病的发生发展是一个非常复杂的过程，同一个疾病可以包含几个不同的病理过程，引起同一病理过程的病因多种多样，同一疾病，同一病理过程的临床表现又因个体差异的不同而有所区别。痰饮、瘀血是病理产物，是疾病过程中产生的，而又成为疾病过程中的一个新的病因，引起新的病理变化与病理过程，成为疾病链条中的一个环节，这个环节可能是决定疾病发展的关键，也可能只是一个普通的环节，况且，一个疾病还包含着其他病理过程而不单单只是一个病理过程。治疗疾病的方法与手段是多种多样的，包括病因治疗，病理机制治疗，对症治疗，保守治疗，手术治疗，物理治疗，化学治疗，介入治疗等。所以，当疾病过程中存在痰饮、瘀血这个病理产物的时候，治疗痰饮、瘀血可能成为治愈疾病的一种主要方法，也可能只是一种辅助方法。治疗痰饮、瘀血只是治疗疾病的一种方法，而不是治愈疾病的唯一方法。特别是现代，

治疗技术已经十分发达，新技术、新方法日新月异，新的治疗思路正在形成，系统、综合、整体治疗体系已经崭露头角，中医药治疗也将包含其中。治疗痰饮、瘀血的方剂，其作用机制也是非常复杂的，并不一定是针对气血津液的，有些是针对病因的，有些是针对症状的，有些是针对病机的。所以中医有“见痰体活痰”之说。

国际化就是让外国人能够接受，能够懂得是什么意思，首先必须让中国的西医能够接受，知道是什么意思。证态体系能够完成这个任务，西医不知道热实结胸证，但是知道急性腹膜炎，热实结胸—急性腹膜炎证态告诉西医，急性腹膜炎就是热实结胸证。热实结胸证翻译成英文就是 acute peritonitis，实现了国际化。那么，治疗热实结胸证的方剂就是治疗 acute peritonitis 的药物，起码是中国古代治疗急性腹膜炎的方法。当然现代有了更好的方法，只要解决大陷胸汤的药理作用，合理应用就可以了。再如：阳明腑实—肠梗阻证态，在西医的感染病中凡出现肠梗阻的病理状态都属于阳明腑实证，可以使用大承气汤加减治疗。西医对于肠梗阻的一切研究成果诸如病因，病理机制，临床表现，各种实验检查，诊断标准，治疗方案都可以用于阳明腑实证，西医对阳明腑实证就有了正确的认识，使用大承气汤加减就有了客观证据。实现了古代中医与现代西医的沟通与交流，中医药国际化就已经水到渠成。

二、历史

一般认为自明朝万历年间西方科学及医学相继传入中国，才有了中、西医之分，中、西医经过了汇通、结合、融合三个阶段，这是一个连续的过程，经过将近 400 多年的历程，中西医融合已经到了水到渠成的阶段。中西医融合是必然发生、发展、完善的过程，时时刻刻都在自然地、潜移默化地进行着。

（一）中西医汇通

大约在明朝万历（1573—1619）年间，当时有意大利人利玛窦著《西国记法》传入中国，其中一部分是叙述神经学的，可称为西方医学传入我国第一部有关医学的书。天启元年（1621）日耳曼人邓玉函来到我国澳门，作了第一次解剖术，继又译著成《人身说概》二卷，天启二年（1622）意大利人罗雅谷来华，经澳门遍历绛州、开封、北京，译著《人身图说》。还有其他许多西方学者的著作，其中的一部分或者大部分涉及医学。这一时期凡西方医学的解剖生理学、病理学、治疗学、药理学等，都逐渐渗入我国，开始中、西医汇通时代。王宏翰认为西人所谓水、风、火、土四元素说，与中国五行学说相似，便拿来与中医的太极阴阳之说加以汇通，还以胎生学阐发命门学说。王学权则认为《人身说概》《人身图说》等著作中介绍的解剖学知识，可补中医学之不足，但也有不足之处，要“信其可信，阙其可疑”。在这一时期，张景岳（1563—1640）成书于天启四年（1624）的著作《类经》中所列“藏象专篇”有没有受到西方医学的影响，有待进一步考证，但是同时代稍晚时期的汪昂及金正希认同“脑主记忆说”无疑来源于西方医学，此后藏象学说不断受到西方医学的冲击。新中国成立后，20 世纪 60 年代在中医界曾经讨论过中医理论的核心是什么？老一代中医都知道《伤寒论》是中医的必修课，是中医的核心理论，但是，当时大多数学者的意见认