# 中医经典白箱化论文矩阵·总纲

（v5.1·六爻对齐版，2026-10-28）

## 统一形式化内核 · 24 篇定位总表 · 公理封顶与定理分层 · TGDS 对照层 · 六爻坐标对齐


## 李星初

## 永康李星初口腔诊所



版本：v5.1（六爻对齐版，2026-10-28）；基线 v5（元规则贯通版）。锚定生产线：TGDS 三元稳态·四维推演框架 v3.4.0 全规则（元规则化版，2026-10-08）。


定位：本总纲是全部 24 篇写作的统一锚点。中医经典归纳是「语料层」，TGDS 元规则作「对照层」；本版在二者之间补齐「映射层」，既避免循环论证，又保证每条规律能指回中医原话。

边界：本矩阵以中医经典为生成依据，TGDS 仅作「对照层」，用于检查机制是否讲全，不生成病机、不定义维度、不替代原话；论文不出现公式、权重、工况、Ci、九级打分等数值层内容。

### 阅读顺序

第一篇作者与全部篇目的写作者，先读第一章（定位与前提）、第二章（统一形式化内核，v5 新增 2.8 至 2.13 元规则贯通层为全篇必读）、第三章（24 篇定位、公理封顶与每篇元规则锚点）；写某一篇时，再按第三章该篇行的「核心元规则锚点」回到第二章对应小节对齐语言；第四、五、六章为跨篇边界、写作规范与复查结论，统一遵守。

## 第一章　矩阵定位与统一前提

### 1.1 矩阵定位

本矩阵以系统中医学的人体系统科学为宗，以《黄帝内经》《难经》《伤寒杂病论》《神农本草经》《针灸甲乙经》《温病条辨》等经典及历代各家学说、国家标准《中医临床诊疗术语》为语料来源，对中医核心生理、病理、诊法、辨证、治

则、方药、针灸、预后做白箱化的形式化建构，形成可遍历、可复核、可复现的规则网络。

本矩阵是学习辅助与理论标准化的白箱，不是诊疗软件、不做临床决策、不自行创方给药；方剂与证候只采用国家标准库，病案与方例一律标注为经典医案推演演示。

### 1.2 宗经去芜的第一原则

全部内容的唯一基础，是传统中医学经五维化拆解后保留下来的医学部分：凡能归入形质、调控、功能、神志、存量五维，描述真实生理、病理、诊疗机制者取；凡鬼神谶纬、天人感应比附、封建伦理附会等玄学糟粕去。前提是认同中医是一套科学的、关于人体稳态调节的医学体系。

### 1.3 三层结构：语料层—对照层—映射层（v5 修订）

v5 明确区分三层，缺一不可：

一、语料层（中医经典）：阴阳五行、藏象、经络、气血津液、六经、卫气营血、三焦、病因、治则、方药、针灸等，是中医对人体两千年的经验归纳，本矩阵前 24 篇对此已做得充分。

二、对照层（TGDS 元规则，仅作完整性检查）：三元稳态、五维（应用层）正交、14 条耦合动力学元规则、六向哈密顿环、锁定与退出、最优干预、跨尺度嵌套等，只用于事后检查「源—通路—靶—闸门—退出条件」是否讲全；不生成病机、不定义维度、不替代原话。一切边、闸门、位必须能指回中医原话或国家标准，指不回者标「原话未给此位」，不硬造。

三、映射层（本版补齐）：把每一条中医机制显式回挂到对应的元规则，说明中医这一规律是哪条通用动力学在生命领域的「方言」。语料回答「中医怎么说」，语法回答「为什么必然如此」。缺了映射层，就会退回用《内经》解释《伤寒》、用中医解释中医，许多机制只能罗列而讲不透；补齐映射层，中医规律第一次获得系统科学层面的统一根据。

纪律：映射层只做「填槽」（把中医词汇填入元规则的结构角色槽），严禁把中医专名回灌改写元规则；元规则在总纲层显名、在各篇作为锚点，各篇正文仍以汉语概念推演链为主、元规则术语克制使用。

# 第二章　统一形式化内核

## 2.1 五维状态空间（应用层）

本矩阵在中医应用层采用五维：T 形质（脏腑经络形体精血的物质结构）、G 调控（阴阳、经络、气机升降出入的调节机制）、D 功能（脏腑职能与气机的功能活动）、S 神志（神、情志、感知的信息活动）、R 存量（精气血津液的储备与抗邪恢复力）。

说明：元规则层（v3.4.0）为四维 T/G/D/S 加 R 结构存量缓冲向量；中医应用层结合临床辨证需要，把精气血津液独立为存量维 R，是填槽结果，不改动生产线。任一病机顶点统一写作：节点·维度·属性·状态（如 肝·D·气·郁、心·R·血·虚）。

与六爻体系的对照（2026-10-28 增补）：五维不是另一套模型，它与六爻体系的 T/G/D/S＋存量层同构，差别只在粒度——五维到「维」，六爻到「爻位」。下表给出逐维换算，正文一律按此表落到爻位。

| 论文矩阵五维 | 现定义 | 六爻对应 | 六爻粒度示例 | 换算/边界 |
|---|---|---|---|---|
| T 形质 | 脏腑经络形体精血的物质结构 | T 维（6 爻） | 肝.T[1] 肝血、肝.T[3] 肝脏、肝.T[4] 筋膜 | 五体另由 筋.T/肉.T/骨.T/脉.T/皮肤.T 承载 |
| G 调控 | 阴阳、经络、气机升降出入的调节机制 | G 维（6 爻） | 肝.G[1] 疏泄原动力、肝.G[2] 内部气机升降 | 交济/协调落 G[3..6] |
| D 功能 | 脏腑职能与气机的功能活动 | D 维（6 爻） | 肝.D[1] 疏泄气机、肝.D[3] 助消化、肝.D[6] 目视觉 | 一维内逐项职能分位，不再一维多义 |
| S 神志 | 神、情志、感知的信息活动 | S 维（6 爻） | 肝.S[2] 怒、心.S[5] 烦躁/谵语 | 七情落 S 位＋病性[火]/[气滞]，不建七情轴 |
| R 存量 | 精气血津液的储备与抗邪恢复力 | 存量层[1..6] | [1]气 [2]血 [3]津液 [4]精 [5]神 [6]整体 | R 不是一位而是 6 位；心·R·血·虚＝存量层[2]=1 |
| （新增） | — | 病性算子 11 | 风/寒/湿/燥/火/毒/气滞/血瘀/ | 算子不占地址，可二次驱 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 痰饮/食积/出血 | 动（另见第十六篇与六爻 06 §4.4） |
| （新增） | — | 环层 | 六经/卫气营血/三焦/脏腑 | 环是转移层，不新增位 |

说明：论文「节点·维度·属性·状态」为四元组简写；六爻一律写到爻位「节点.维[爻]」（五元组）。计数口径：24 篇/20 公理（篇）≠67 轴（类）≠402 位（点：283 有原话/118 恒 0/1 待核）≠453 方证（组），四者分层，不可相加或互算。

### 2.2 节点、边与布尔证据闸门

顶点为五维病机节点；边为有向传变边，含源节点、通路（结构通路＋机制通路）、靶节点、证据闸门（源证据、靶证据；分单证据词、证据词组、跨经证据组三类）。闸门为三值判定：证据出现取 1、激活；证据明确不出现取 0；证据不足取—（未判）。全篇无权重、无概率、无计数、无加权打分。

### 2.3 总邻接矩阵与图搜索

各边集篇产出分邻接矩阵，逻辑或并为总图：M 总 = M 五行∨M 表里∨M 交济∨M 六经∨M 物质∨M 经络∨M 奇经∨M 形体∨M 六淫∨M 七情∨M 饮食劳倦∨M 产物∨M 内态∨M 误治∨M 杂病∨…。病机链推演为总图上带闸门的有向图搜索（BFS/环检测）。横断投影、外治输入、库内匹配、组方判定不向 M 总贡献边。

### 2.4 状态机与吸引子

人体是自稳系统，状态在正常吸引子（阴平阳秘）、失稳吸引子（各类病证）、崩溃态（亡阴亡阳、阴阳离决）间迁移；传变边是迁移的触发与通路，证据闸门是迁移条件。

### 2.5 输入与干预端口

系统边界开三类输入端口：天侧病因输入 X（六淫，第十三篇）、人侧病因输入（饮食劳倦、七情，第十四、十五篇）、医源控制输入 U（方药内治第十八篇、针灸外治第十九篇；误汗吐下为 U 的负向子集，第二十一篇）。

### 2.6 纯布尔铁律

论文前台只用三值布尔闸门（1/0/—）与证据词组合，不计数；九级量化、权重、Ci、Kd、工况、CI 值等数值运算属后台生产线，绝不进入论文正文。

### 2.7 经典依据纪律

经典只标可靠篇名与原文大义，不编造条文序号；方剂证候只用国家标准库，不自创方、不凭记忆给组成剂量；病案方例标经典医案推演演示，治则只给方向。

## 2.8 元规则对照的方法：两步填槽与角色绑定

TGDS 作对照层时，采用「机制句法＋结构角色槽」作检查表；中医使用它，只做两步对照，不生成病机：

第一步·五维归类：把中医要素逐一归入 T/G/D/S/R，句式为「该要素在中医是五维中哪一维的哪种表现」（如气郁归 G/D 失调、痰饮归 R/T 停聚、神昏归 S 蒙）。

第二步·角色绑定：把中医实体填入元规则的结构角色槽。本矩阵统一绑定如下表。

| 元规则结构角色槽 | 中医应用层填槽 |
| --- | --- |
| 耦合主导方 A | 病邪、失调之偏（六淫、七情、病理产物、失司之调控） |
| 耦合接收方 B | 正气、受累脏腑经络（对称协作时即生理的对方脏腑） |
| 中介节点 M | 经络腧穴、三焦、脾胃中枢、少阳枢、气血互化之中介 |
| 外部环境 E | 天地六淫（天侧）、饮食劳倦房室（人侧）、医药干预（医源） |
| 受益/受损子群 | 邪正双方、被病环累及与代偿的脏腑子系统 |
| 系统存量 R | 精、气、血、津、液（正气厚薄、抗邪与恢复力） |
| 闭环回路 | 生理：生生化环、五行生克环；病理：痰瘀互结、郁结、虚脱等病环 |

角色槽 A/B 的适用边界：耦合主导方 A、接收方 B 的主/次绑定，只用于不对称耦合（邪正交争、乘侮、邪陷、痰瘀自锁、坏病）；对称协作关系（五行相生、表里相应、心肾交济、气血互化）本无主导与接收之分，两脏一律填为「对称双方」，不强行分 A、B。

闭环插接两型极性，在中医直接对应生理协同与病理锁定：

| 型态（元规则） | 客观判据 | 中医对应 |
| --- | --- | --- |
| 对称互利型（健康） | 自主性保留、接口可逆、净收益双向流动 | 五行相生、表里相应、心肾交济、气血互化——脏腑双向互利、协调自稳 |
| 不对称依附型（病理） | 自主性削弱、接口难逆、正气被单向汲取 | 乘侮、邪陷、痰瘀互结、病理产物自锁、坏病——病环单向耗散正气、难以自解 |

## 2.9 十四条耦合动力学元规则的中医映射（核心贯通表）

下表逐条把 14 条元规则映射到中医机制、治则与主载篇。各篇写作时，凡涉及该机制，须能回挂到对应元规则，并用中医语言讲透。

| 元规则 | 中性机制（一句话） | 中医映射：机制 / 治则 / 主载篇 |
| --- | --- | --- |
| 11.1 耦合维持成本 | 有序耦合须持续耗能，成本大于净收益则不可持续 | 病环维持持续耗散正气（实邪久留必耗气伤血、久病致虚）；维持消耗超过正气化生、存量跌破再生产线则病环失稳或正气崩溃（亡阴亡阳）。治不与病环长期硬扛，而在截断病环、降低维持。/ 6、16、17、20 |
| 11.2 认同零成本 | 系统在信息调控层认同时，执行成本趋近于零，是费效比最高杠杆点 | 神机未败、气机调畅则自愈成本最低（得神者昌）；因势利导、给邪出路、迎随补泻、针下得气，皆顺系统自恢复之势而撬之。/ 14、17、19 |
| 11.3 认知耦合约束 | 信息层耦合必须有物质能量功能底座，脱离则回摆失效 | 神赖气血以养（血舍神、血气者人之神）；血虚神不守、气虚神疲、痰瘀阻窍则神昏。治神必落回养血益气、化痰开窍的物质底座，空言开导于已亏者无效（形神合一）。/ 6、12、14、23 |
| 11.4 断连-重连（闭环插接） | 状态转变＝从一个稳态闭环断连、再耦到另一闭环 | 发病＝正常生生环被断开、接入病理环；治疗＝反向操作，即「打开错误的环，接回正常的环」（详见2.13）。/ 总纲题眼，主载17、18、19、21 |
| 11.5 维度时间常数 | 各维响应与恢复时间尺度不同 | 功能气机（D）变最快、调控（G）居中、神志（S）可被骤激速改而本性难移、形质（T）与精津存量（R）最慢；新病在气、久病入络入血，急性病有胆有识、慢性病有方有守。/ 3、8、10、6、17、20 |
| 11.6 自增强环与路径依赖 | 重连后形成正反馈环自我维持，退出须同时打断环上至少两环 | 痰瘀互结、湿郁化热、寒凝血瘀、气郁化火、虚损恶性循环及哮喘伏痰、积聚痼疾等宿根锁定，诱因去而环自转；治须化痰与祛瘀、温阳与利水等多环节并断，单点干预被环吸收代偿——复方多靶点的根据。/ 6、16、17、22 |
| 11.7 锁定-退出非对称 | 进入病理锁定是熵增下坡 | 病来如山倒、病去如抽丝； |

| | | |
|---|---|---|
| | （易），退出是反熵增上坡（难） | 由表入里易、由里出表难，亡阳在顷刻、回阳须及时而艰。故贵治未病、贵早治、善治者治皮毛。/ 3、8、17、20、6 |
| 11.8 最优控制倒 U | 干预强度与效果呈倒 U，不足无效、过度伤正，有最优区间 | 中病即止、衰其大半而止、大毒治病十去其六；攻伐太过伤正，壅补滞气、滋腻碍胃，针灸刺激量与艾灸壮数皆有节度；佐制药即防干预越过倒 U 顶点。/ 17、18、19、23 |
| 11.9 中介节点必然性 | 上层作用于大量分散节点必经中介，中介靠利益流维持 | 经络腧穴、三焦、脾胃中枢、少阳枢、气为血帅皆中介；外邪沿皮部络脉经筋骨脏腑逐级深入；调枢、循经取穴、通三焦即以低成本中介调控整体（针灸起效的元规则根据）。/ 5、7、8、11、12、19 |
| 11.10 分割-协调成本 | 内部连接被分割，子系统协同成本非线性上升、协同困境固化 | 气滞、血瘀、痰阻、水停、经络不通、三焦不利、关格、厥逆，本质是协同连接被病理因素切断（不通则痛、升降息则气立孤危）；理气活血化痰通络开窍疏三焦等「通」法即恢复协同。/ 5、6、11、16、17、21 |
| 11.11 信息位势 | 干预有效性与信息位势正相关，掌握信息端口是低成本影响前提 | 四诊是采集机体状态信息的端口，舌、脉、原络俞募是高信息位势节点，以局部测整体；辨证即信息解码，针灸、以情胜情是以信息调控输入低成本调系统。/ 9、14、19 及四诊层 |
| 11.12 协同演化追赶 | 一方的优势技术会被对方学习追平，静态控制必然失效，须持续迭代 | 邪正交争互相塑造，久病机体形成代偿性病理稳态（带病苟安），死方治一病到底必失效；辨证论治、同病异治、随证加减、类方衍化，就是干预追着病机演化持续迭代。/ 20、24、17、22 |
| 11.13 跨尺度嵌套同构 | 同一套动力学在每个尺度同时生效，大环嵌套子环，净存量＝各子系统加权和−内部耦合成本 | 嵌套环模型的元规则根据：职能小环→脏腑子环→六经/卫气营血/三焦宏环→人身大环→人身一小天地；舌脉耳穴面诊所反映的局部同构整 |

| | | |
|---|---|---|
| | | 体；正气＝诸脏腑存量加权和−维持整体协调之耗，一脏偏亢偏枯则整体抗邪反弱。/ 全篇方法论，主载 3、5、8、22 |
| 11.14 闭环插接双向博弈 | 插接是双向博弈，被插接方内生补偿反馈与去插接势能；规则对称适用但地位不对等 | 邪正双向交争、正能胜邪则复；干预会激起系统抵抗（格阳格阴、寒热真假），故有反治反佐（热因热用、寒因寒用、通因通用、寒药反佐）绕过格拒；战汗瞑眩是被压制正气得助后的去插接势能释放。上工扶正使系统自把病邪推出，而非硬抗。/ 9、6、17、18、20、21 |

说明：14 条中 11.1 至 11.13 在中医均有强落点；11.12 不硬套，其在中医的贴切落点是辨证论治与随证加减（静态干预必然失效），以及久病代偿性病理稳态。

## 2.10 六向哈密顿环在人体的填槽

元规则层六向环以 S→D→T→G→S 为主干；中医应用层填槽为「神（S）→功能气机（D）→形质精血（T）→阴阳经络调控（G）→神（S）」的人体主反馈环，并以精气血津液的资源生化环贯穿（R→T→G→D→R）。六条路径对应六类基本病机传导链：

| 路径（元规则） | 人体填槽环 | 典型病机场景 | 主载篇 |
|---|---|---|---|
| 主干<br>S→D→T→G→S | 神→气机功能→形质→阴阳经络调控→神 | 情志/感知主导，神机与气机升降的总反馈 | 14、12 |
| 信息能动<br>S→D→G→T→S | 神→功能→调控→形质→神 | 情志先乱气机、继扰阴阳、终伤形质（暴怒伤肝→气滞→血瘀） | 14、6 |
| 结构驱动<br>T→G→D→S→T | 形质→调控→功能→神→形质 | 外伤、痰瘀阻形→调控失司→功能异常→神昏；久病入络形坏 | 8、16、6 |
| 调控先导<br>G→T→D→S→G | 阴阳经络调控→形质→功能→神→调控 | 阴阳失调为百病之始（阳虚→寒凝→功能衰→神疲） | 12、6、2 |
| 功能倒逼<br>D→T→S→G→D | 脏腑功能→形质（精微不化/产物停聚）→神→调控→功能 | 脾虚不运→痰湿内停→神困→阴阳失调 | 12、16、15 |
| 资源约束<br>R→T→G→D→R | 精气血津液存量→形质→调控→功能→化生存量 | 水谷化气血、气血充脏腑、脏腑化精血的生生化环；虚损与虚脱主线 | 6、15、7 |

路径选择四变量的中医填槽：初始冲击落点＝辨证求因、邪从何入何脏先伤；物质边界＝体质与旧伤形质边界；时间常数＝新病久病、缓急；瓶颈维度＝最弱之脏与短板（邪之所凑，其气必虚）。

最优干预节点：在传导链最关键、传导效率最低处（主病机、枢纽脏、瓶颈环节、源头母脏）干预，费效比最高——治病必求于本、伏其所主先其所因、培土生金、滋水涵木、佐金平木、调脾胃少阳之枢，皆此理。多圈递归对应病机逐阶段传变（六经、卫气营血逐圈深入），前圈输出即后圈输入。

六向环与六经并非同一组「六」，须分层辨析：六向哈密顿环是领域无关的通用扰动传导路径，六经是外感病在人体呈现的六种整体相位（宏环吸引子）；前者是后者的底层动力学根据，后者是前者在生命领域的实例化。二者名相近而层级不同，不得混为一谈，卫气营血、三焦同理（皆为通用环路上的阶段性相位）。

## 2.11 三元稳态、正气存量与危重症相变

三元稳态的中医对应：稳态＝阴平阳秘、精神乃治；失稳＝阴阳失调的各类病证（仍可恢复）；崩溃态＝亡阴亡阳、阴阳离决、精气乃绝。第二十篇向愈、缠绵、传变、危殆四态转归，即三元稳态与临界相变的临床投影。

R 存量即正气：肾精、元气、气血、津液之厚薄决定抗邪与恢复力（正气存内邪不可干）。短板约束对应「五脏之伤穷必及肾」（元阴元阳基础层枯竭则整体韧性被 cap）、脾胃一伤则生化无源百病由生。

危重症相变四条件：维持不可持续（正气消耗大于化生）、正反馈失控（亡阳级联自我加速）、退出窗口（回阳救逆的有限时机）、R 临界线（精气竭、脉微、津液脱）；三前兆对应神脱躁扰、功能全面瘫软、大汗肢厥等外脱之象。

元规则控制层三策略，直接给出中医治则总纲：一、增强系统自恢复而非与病邪硬抗（扶正以祛邪、给邪出路）；二、干预守倒 U 最优区间（中病即止）；三、多节点协同干预（复方、君臣佐使、多环同调），单点干预易被病环代偿吸收。

## 2.12 嵌套环与环收缩：从静态集合到动力学（元规则应用范例）

元规则 11.13 要求以嵌套的反馈闭环、而非静态集合来描述系统。旧稿在六经「宏状态聚合」处写成静态集合，例如：S(太阳)＝{肺、膀胱、体表、胃气}。集合只装元素、不规定元素间关系，于是读起来膀胱是膀胱、头痛是头痛、咳嗽是咳嗽，零件都看得见，却没有传动轴——这是结构缺失（不是黑箱式的信息缺失），它回答不了三个问题：这些元素为何必须同时出现、为何同时失稳、为何要用「太阳病」这个整体名。

改用嵌套环动力学，三问皆解：

一、子环：一个脏腑一项职能即一个自稳反馈小环（如胃气受纳→腐熟→和降→反馈环；第十二篇内态边即单个小环失职）。

二、耦合边：子环之间靠五行、表里、交济、经络等耦合边连接（第一、二、四、五篇的边即环间传动轴）。

三、大环：若干子环经耦合边闭合成跨组件大环，冲击沿耦合边传导、大环整体进入异常相位，故一损俱损；膀胱、肺、体表、胃气子环耦成的大环，中医整体命名为「太阳病」。

四、新整体：大环是涌现的新整体单元，须有新名——犹如水不是「氢加氧」的别名而是 $H_2O$，太阳病不是「膀胱病加肺病加体表病加胃气病」的别名。

图论对应：子环即强连通分量，把每个强连通分量收缩为一个宏节点（环收缩），得到商图；商图上的宏环即六经宏状态，六经状态机即宏环在不同整体相位（吸引子）间的迁移。此即 11.13 跨尺度嵌套同构与六向环在辨证体系的落地。

环收缩的闭合前提：能被收缩为宏节点的子环，必须是真闭合的自稳反馈环；若某一环节未闭合（气机闭塞、脉道阻塞、通路中断），它不构成强连通分量、不参与环收缩，而作为大环内部的「断裂点」处理。断裂点一开，大环即失其整体相位，这正是理气、活血、通络、开窍诸「通」法先接断裂点、再复大环的依据。

推广（各篇统一遵守）：凡宏状态、复合证、兼夹证、病名聚合，一律用「子环—耦合边—大环—整体相位迁移」的动力学语言，禁止用静态集合罗列元素。第三篇六经、第十篇卫气营血、第十一篇三焦、第二十二篇金匮复合杂病，均照此打磨；第一、二、六篇原已用动态通路（气机横逆、结构＋机制双通路、正反馈环与虚脱级联），方向正确，保持一致。

## 2.13 治疗的拓扑本质：打开错误的环，接回正常的环

元规则 11.4 断连-重连在治疗上的逆操作，可凝练为十个字：打开错误的环，接回正常的环。这是全部治则治法的题眼，对虚证实证全包。

祛邪以开坏环、扶正以接好环。治则定方向（使系统离开异常吸引子、回到正常吸引子）；治法定路径与下手的耦合边（汗吐下清消偏「开」，温补偏「接」，和法转枢调耦、使错环自松）；方药（第十八篇）与针灸（第十九篇）是执行开与接的手。

实证：多了坏耦合（痰瘀互结、结胸、气逆、火郁），环被锁在亢进阻滞的异常吸引子，治以开拆断连、恢复被打断的正常连接。

虚证：环转不动本身就是错误——不是没有环，而是动力与存量跌破自持线，陷在低水平空转的弱吸引子。补法是标准的「外接动力、点火启动、自持后撤」：

一、先松卡点：因虚每致堵（阳虚寒凝、气虚湿滞），卡点不开则补不进去（虚不受补），松卡点仍是「开」；

二、外接启动环：补气血阴阳的方药艾灸，是临时并上一个供能动力环，把衰微的正环带着转起来，此为「接」，但接进来的先是外援环；

三、带到自持：外援转一阵，把脾胃生化、肾气化气的自身发电带起，正环靠内生动力自我维持；

四、撤除外援：正环能自转即停药停灸、中病即止——补法是以退出为目的的临时再耦；拐杖拄到腿恢复还不撤，腿肌反废，治疗会从点火异化为依赖。

最高级的治疗是让治疗本身变得不必要：系统拿回自主自稳，正合自稳性、自主性原理，也是 11.8 倒 U 与 11.14 扶正使系统自推病邪的统一归宿。第二十一篇坏病的本质，正是医源干预做了一次错误的断连-重连，把整个嵌套环的整体相位迁移到异常态；救坏病即从异常相位重新开环、接回正常环。

## 第三章　24 篇定位、公理封顶与元规则锚点

### 3.1 公理封顶：20 条公理，第 21 至 24 篇不授公理号

立公理的唯一判据：该篇是否带来用已有规则推不出的新机制——新节点域、新转移类型或新闸门逻辑。「局面更复杂、更好容纳」只是设篇理由，不是立公理理由。据此，全矩阵公理以 1 至 20 共 20 条封顶：

第二十一篇坏病变证：不立新公理。误汗吐下下火利与正确针药共用同一个医源控制输入端口 U（公理 19 已开出），是同一干预状态转移函数取不同参数的负向实例，属定理层。误治操作集＝U 的负向子集；时序反查＝归因；排除自然传变＝反例守卫；集外报警属第二十篇。参照先例：六淫（13）、饮食（15）因首次在系统边界开出病因端口而立公理，干预端口已由 19 开出，误治不构成第二端口。

第二十二篇金匮杂病：不立新公理。其核心合取即布尔∧与图搜索、阶段递进即状态机、病位分流即带闸门多条出边、鉴别守卫即反例守卫，且自陈与六经宏状态同

构；它是公理 9 六经宏状态聚合机制在内伤杂病域的实例化模板，属模板层（同构不另立公理，比照奇经关系边同构交济边不另立）。

第二十三篇君臣佐使、第二十四篇类方加减：不占公理号，为公理 18 方剂的两个下位专论（组方结构判定、类方谱系衍化）。

不立公理不等于撤边撤篇：四篇照留，M 误治、M 杂病仍是病理边，照样并入 M 总参与推演，只是逻辑层级为「公理推出的定理边 / 装配边」。20 条公理能推出坏病、杂病、组方、类方这些复杂局面，恰是公理体系完备性的体现。

### 3.2 24 篇定位总表（含核心元规则锚点）

「公理号」列：1 至 20 为独立公理；21 至 24 不授号，标注其定理/模板/下位归属。「核心元规则锚点」列给出该篇主用的 TGDS 元规则，各篇前言与第三章须据此显式锚定。

| 篇 | 篇名 | 公理号/层级 | 总图归属 | 核心元规则锚点 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 五行生克 | 公理 1 | M 五行 | 11.4 两型（相生互利/乘侮依附）、11.6、11.13 |
| 2 | 脏腑表里 | 公理 2 | M 表里 | 11.9 协同接口、11.4 出入、11.10 |
| 3 | 六经辨证 | 公理 9 | M 六经 | 11.13 嵌套大环/环收缩、11.5、11.7、六向环递归 |
| 4 | 交济辨证 | 公理 4 | M 交济 | 11.4 对称互利型、11.14 双向协同 |
| 5 | 十二经络流注 | 公理 5 | M 经络 | 11.9 中介网络、11.10 不通、11.13 |
| 6 | 气血津液 | 公理 6 | M 物质 | 资源生化环 R→T→G→D→R、11.6、11.1、R 存量 |
| 7 | 奇经八脉 | 公理 7 | M 奇经 | R 储备韧性、11.9 冲任督带中介、11.13 |
| 8 | 经筋皮部 | 公理 8 | M 形体 | 11.9 入侵中介链、11.7 截断贵早、11.13 空间嵌套 |
| 9 | 八纲辨证 | 横断投影（不产边） | 不入 M 总 | 11.11 信息投影、两型极性、11.14 寒热真假 |
| 10 | 卫气营血 | 公理 10 | M 卫气营血 | 11.5 传变速率、六向环逐圈递归、11.7 |
| 11 | 三焦辨证 | 公理 11 | M 三焦 | 11.9 水道气机中 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 介、11.10 分割、空间尺度 |
| 12 | 脏腑辨证 | 公理 12 | M 内态 | 11.4 职能环断连、资源生化环、11.13 子环 |
| 13 | 六淫致病 | 公理 13（天侧 X） | M 六淫 | 外部环境 E、11.4 外邪接入病环、11.7、11.13 天人 |
| 14 | 七情内伤 | 公理 14 | M 七情 | 主干环 S→D→T→G→S、11.3 神赖气血、11.2、11.11 |
| 15 | 饮食劳倦 | 公理 15（人侧） | M 饮食劳倦 | 人侧输入、资源生化环、11.5 劳倦耗 R/T |
| 16 | 病理产物 | 公理 16 | M 产物 | 11.6 互化自锁环、11.10 分割连接、11.1、断环≥2 环节 |
| 17 | 治则治法 | 公理 17（反向逆映射） | 不入 M 总 | 11.4 开环接环题眼、11.8 倒 U、最优干预、11.14 反治反佐 |
| 18 | 方剂 | 公理 18（GB/T 库内匹配） | 不入 M 总 | 11.8 佐制护正、11.6 多环节同调、控制层多节点协同 |
| 19 | 针灸外治 | 公理 19（外治控制输入 U） | M 针灸不入 M 总 | 11.9 穴位中介、11.2 得气顺势、11.11 腧穴信息端口 |
| 20 | 预后转归 | 公理 20（预测收束） | 不入 M 总 | 三元稳态、11.7 恢复反熵、临界相变、R 存量、11.12 代偿演化 |
| 21 | 六经坏病变证 | 不授号·定理层（公理 19 负实例） | M 误治并入 M 总 | 11.4 错误断连-重连、11.14 医源插接失稳、整体相位迁移 |
| 22 | 金匮杂病 | 不授号·模板层（公理 9 内伤实例） | M 杂病并入 M 总 | 11.13 复合环模板、11.6 痼疾宿根锁定 |
| 23 | 君臣佐使判定 | 不授号·公理 18 下位 | 判定规则不入 M 总 | 11.8 佐制倒 U、控制层多节点协同结构化 |
| 24 | 类方加减 | 不授号·公理 18 下位 | G_class 库内封闭不入 M 总 | 11.12 随病机迭代、11.4 据病环变化重连干预 |

### 3.3 各篇边数与总图归属口径

各篇边数为写正文时的遍历目标，允许在经典核定时收敛为确定值；下表口径与各篇总览表对齐。定理层、模板层边（M 误治、M 杂病）虽不立新公理，仍作为病理边并入 M 总。

| 篇 | 边/规则规模（口径） | 总图处理 |
|---|---|---|
| 1 | 21 条五行生克乘侮核心边（相生 11、相克 10） | 并入 |
| 2 | 表里传 12 条（6 对双向）＋结构/机制双通路 | 并入 |
| 3 | 18 条（循经传 5、越经传 1、表里传 6、直中 2、合病 2、并病 2）；合病并病按环重叠实现时不另计边，以嵌套环表达宏状态 | 并入 |
| 4 | 交济 6 条核心边（心肾、肺肾、肝脾等） | 并入 |
| 5 | 主干 51 条（流注 12、表里络属 6、经脏络属 12、奇经八脉 9、经表证 4、入络 3、经别经筋 5）；另补遗约 45 条，合计约 96 条（接口边与第 8 篇完整集不重复计） | 并入 |
| 6 | 物质边库 56 条（核心约 40＋4.8 补遗 10，余作跨篇映射） | 并入 |
| 7 | 奇经边约 16 至 20 条 | 并入 |
| 8 | 形体层经筋皮部完整边集（含第 5 篇接口之外的完整病候） | 并入 |
| 9 | 不产边，八纲投影在 BFS 得到 V*之后施加 | 不入 |
| 10 | 卫气营血边约 21—25 条（当前合计 22：顺传 3、逆传 1、同病 4、越经 2、回传 2、流连危候 3、兼夹 7），回传统一 2 条 | 并入 |
| 11 | 三焦边约 15—17 条（当前 15，另两类各可扩 1 条至 17；含同路径异方向γ_diffuse/γ_up 区分） | 并入 |

| | | |
|---|---|---|
| 12 | 脏腑内态边约 30 至 40＋兼证 3＋非表里 3＋奇恒 3 | 并入 |
| 13 | 六淫外邪输入边（外邪输入域 X，与脏腑域 V 跨域连接） | 并入 |
| 14 | 七情边 25 条（本篇摘要口径；分项以本篇总览表为准） | 并入 |
| 15 | 饮食劳倦约 19 至 23（含自第六篇归入的食积 4 边，措辞统一为「归入」） | 并入 |
| 16 | 病理产物边约 31 至 37 | 并入 |
| 17 | 治法逆映射规则（不产病理边） | 不入 |
| 18 | GB/T 国家标准方库内匹配规则 | 不入 |
| 19 | 针灸 90 条干预规则（含艾灸；外治控制输入） | 不入 |
| 20 | 四态转归与危候预测规则 | 不入 |
| 21 | 坏病变证约 29 边（定理层，M 误治） | 并入（定理边） |
| 22 | 金匮杂病约 31 边（模板层，M 杂病） | 并入（装配边） |
| 23 | 君臣佐使约 27 判定规则（公理 18 下位） | 不入 |
| 24 | 类方约 35 触发＋5 结构（G_class 库内封闭） | 不入 |

### 3.4 扩篇说明（20 篇扩至 24 篇）

第 19 篇针灸独立成篇（外治控制输入体例，含艾灸，不并入内治）；第 21 至 24 篇补入坏病、杂病与方剂下位专论。金匮杂病由原「不另立专篇」改立第二十二篇。扩篇后总图式增补 M 误治、M 杂病两项（见 2.3）。

### 3.5 九类体例

| 体例 | 篇 | 产边/性质 |
|---|---|---|
| 公理边集篇（正向传变） | 1 至 8、10 至 16（共 15 篇） | 产传变边，并入 M 总 |
| 定理层边集专论 | 21 坏病、22 杂病（共 2 篇） | 产病理边并入 M 总，但不立新公理（元规则定理/模板实例） |
| 横断投影篇 | 9 八纲 | 不产边，在 V*上投影分类 |
| 反向逆映射篇 | 17 治则 | 病机→治法的逆映射 |
| 库内匹配篇 | 18 方剂 | 治法→GB/T 方证匹配 |
| 外治控制输入篇 | 19 针灸 | 系统外治疗性物理输入 U |
| 预测收束篇 | 20 预后 | 病机链→四态转归 |

| | | |
|---|---|---|
| 组方结构判定 | 23 君臣佐使 | 公理 18 下位，判定组方角色 |
| 类方谱系衍化 | 24 类方加减 | 公理 18 下位，库内封闭衍化 |

### 3.6 系统中医学七大原理承载与元规则对应

| 原理 | 承载篇 | 对应 TGDS 元规则 |
|---|---|---|
| 功能性原理 | 1、6、12、14、15 | 资源生化环 R→T→G→D→R、11.6、D 维功能 |
| 自主性原理 | 4、14、17、19、21 | 11.14 补偿反馈与自恢复、两型极性之自主性、控制层扶正策略 |
| 自稳性原理 | 1、6、9、17、20 | 三元稳态、11.7 锁定退出、11.8 倒 U、R 缓冲 |
| 元整体原理 | 2、4、5、7、9 | 11.13 跨尺度嵌套、11.10 分割协调 |
| 有序性原理 | 3、10、11、20 | 11.5 时间常数、六向环多圈递归（传变时序） |
| 天生人原理 | 8、13、15（天侧 13、人侧 15） | 11.13 天人尺度、外部环境 E 角色槽 |
| 有机性（非加和）原理 | 6、16、22 | 11.6 自增强环涌现、嵌套大环涌现、净存量非加和 |

「天生人」由第十三篇（天侧六淫）与第十五篇（人侧饮食劳倦）分担；第九篇八纲为横断投影，只对应元整体原理，不挂有序性。

## 第四章　跨篇关键边界与新增机制

本章只列跨篇易混边界，各篇机制细节以该篇大纲为准。

### 4.1 接口边与完整集不重复计数

第五篇 4.7 的经别 2＋经筋 3 共 5 条，是经脉层向形体层的接口边（计入第五篇）；第八篇是形体层经筋皮部的完整病候集。二者为「接口边对完整集」，分属不同层级，不重复计数，两篇总览表各加边界声明。

### 4.2 内态边与传变边（第十二篇对第一、二、四篇）

传变边顶点为「脏·层·属性·状态」（跨节点，答病从何来、到何去）；内态边顶点为「脏·职能·失职态」（自反，答本脏哪个职能坏）。两类节点经「职能失职→病理状态」接口边相连。脏腑兼证（心脾两虚等）是多脏失职顶点的合取，可由传变边激活，也可由症状直接同时点亮；推演优先用有方向、有闸门的传变边，兼证合取作无传变证据时的兜底。肝气犯胃（靶胃，气逆）与木克土乘脾（靶脾，气滞）病位不同，不重叠，可联合激活。

### 4.3 奇恒之腑与督脉通路（第十二篇对第七篇）

髓海不足、骨痿、女子胞失养，第十二篇走「肾精→髓骨胞」直接通路，第七篇走「督脉→脑」经络通路，可联合激活。

### 4.4 横断投影与深度链（第九篇对第八篇）

表对应深度链 d1 至 d2（皮部、络脉浅层），里对应 d6（脏腑深层）；半表半里不属深度链，也不设八纲第三值，归少阳环（胆＋三焦腑）标签。本态闸门用于取舍（本态表象冲突取本态），第八篇反例守卫用于排除（未见深层症即排除深层）：一为优先级条件，一为排除条件。

### 4.5 同路径异方向（第十一篇）

「中焦→上焦」4.2 节为γ_diffuse（湿蒙，病进），4.4 节为γ_up（邪由深出浅，病退）；共享源靶通路而转移类型相反，以症状变化趋势（苔腻化、痞满减为病退）判定，在状态机定义中区分两型。

### 4.6 结石与互化环归属（第十六篇对第六、十五篇）

结石的湿热源节点来自第六篇（湿郁化热）与第十五篇（酒食湿热），第十六篇只定义「湿热→结石」生成边与「结石→梗阻」阻滞边，不重复定义湿热生成。第六篇 5.3 以正常物质位（气血津）表达，第十六篇 4.5 以产物算子（痰瘀）表达；算子不占地址，二者是同一互化环在两层的表达，写正文明确以一篇为主、不重复计边。

### 4.7 五志相胜边界（第十四篇对第十七篇）

第十四篇只定义五志相胜关系，情志调治的治则操作归第十七篇；五味偏嗜五条（酸苦甘辛咸所伤）在大纲层即列全。

### 4.8 五行治法即相生边逆操作（第十七篇对第一篇）

虚则补母是逆相生边补源（对应母病及子的反向修复），实则泻子是顺相生边泻子（对应子盗母气的反向修复），治法方向由第一篇相生边方向唯一确定。截断传变与第八篇皮毛截断（空间深度）、第二十篇传变预测（时间序列）共同构成治未病：第八篇截断空间深度，第十七篇截断传变方向，第二十篇预测转归趋势。逆流挽舟出处为喻昌《寓意草》。

### 4.9 外邪输入域（第十三篇）

六淫为来自系统边界之外的环境输入节点 X（风寒暑湿燥火），取「外邪·T·x·盛」坐标组（旧四元组记法，按五元组换算）；外邪输入域 X 与脏腑物质节点域 V 分属不同节点域，由入侵边跨域连接，总图节点域为各域之并。第十三篇 3.1 后列外邪输入节点坐标库建议表。

### 4.10 数字口径统一

第六篇统一为：完整物质边库 56 条，本篇核心约 40＋补遗 10 共约 50，余作跨篇映射；第七、十一、十二、十四、十六篇在各篇总览表末加「合计」行与摘要、本总纲 3.3 对齐；第十篇回传边统一 2 条；第十四篇五神脏反向传变明确为 4 条。第 5 篇主干 51 条＋补遗约 45 条＝约 96 条；第 10 篇 21—25 条（当前 22）；第 11 篇 15—17 条；第 14 篇 25 条；第 19 篇 90 条。各篇边数以本篇摘要与总览表为准，3.3 为口径范围，计边只计本篇新立边、接口边不重复计。

### 4.11 体例外措辞统一

第十七篇统一称「反向逆映射篇」；第十九篇 1.3 明示「外治控制输入篇」；第二十篇 1.3 明示「预测收束篇」；第九篇「19 篇矩阵」随扩篇改为「24 篇矩阵中唯一的横断投影篇」。

### 4.12 总邻接矩阵表述统一

各边集篇统一写 M 总＝…∨M 本篇；第十七篇不参与 M 总（反向逆映射），但其治法操作集与 M 总关联；第十九篇 M 针灸、第二十四篇 G_class、第九篇八纲投影、第二十三篇判定规则均不入 M 总。

### 4.13 经典医案演示纪律

所有病案一律标「经典医案推演演示」，非临床验证；统一格式为：原文四诊 → 位串（节点.维[爻]）→ 证名 → 治法 → 三态判定（走通/部分/走不通）→ 卡点；只给推演路径与治则方向，不开具体剂量处方；未命中与部分案例须如实记录，不得只写成功例。

### 4.14 活库等工程应用层不入论文

论文只对中医理论本身负责。活库、软件接口、AI 工程实现、智能辨证 API 等应用工程内容一律不进论文；中医传变边集是否在活库内与论文无关，论文只依中医自身理论遍历推演。

### 4.15 宗经去芜

鬼神谶纬、封建比附、玄学糟粕一律剔除；能归入五维、描述真实生理病理机制者保留。

### 4.16 金匮杂病立第二十二篇

金匮杂病不另立专篇的旧口径废止，改立第二十二篇，按主体装配内伤杂病复合环，与第六、十二、十六篇分工不重复。

立篇不等于立公理：第二十二篇是模板层专论，其复合病环是公理 9 六经宏状态聚合机制在内伤杂病域的同构实例（详见 4.19），可由 20 条公理经嵌套环装配推出，故不授新公理号；设篇只为给内伤杂病一个独立的装配与遍历载体，边仍照常并入 M 总。

### 4.17 天—人—医三类输入

天侧 X（六淫，13）、人侧（七情 14、饮食劳倦 15）、医源 U（方药 18、针灸 19；误治为 U 负向子集，21）。三类输入都作用于同一五维状态空间。

### 4.18 坏病的定理层边界（第二十一篇）

坏病不是新公理、不开新端口：它是医源控制输入 U 取错误参数后，经 11.4 错误断连-重连把整套嵌套环的整体相位迁移到异常态。其约 29 边为定理层病理边（M 误治），并入 M 总；时序反查为归因，排除自然传变用反例守卫，超出库内证型集则报警交第二十篇。医源扰动不是独立于状态机之外的新机制，而是使状态机发生非正常病理迁移的一类输入参数。

### 4.19 杂病的模板层装配（第二十二篇）

金匮杂病是公理 9 六经宏状态聚合机制在内伤域的同构实例：以嵌套环模板把多脏失职子环装配为复合病环（约 31 边，M 杂病，装配边并入 M 总）。模板层不立新公理，复合病证无需「复合公理」——复合是单一病机环经耦合装配的结果，布尔合取与图搜索已足以表达。

### 4.20 方剂三姊妹（第十八、二十三、二十四篇）

第十八篇治法→方剂的 GB/T 库内匹配（公理 18）；第二十三篇君臣佐使为组方角色判定（下位，约 27 判定规则，不入 M 总）；第二十四篇类方加减为库内封闭衍化（下位，G_class 约 35 触发＋5 结构，不入 M 总）。三篇一体，均不自创方、不出库。

### 4.21 元规则锚点写作制（v5 新增）

每篇前言用五维对核心要素拆解分类（建立认知地图），并在第三章理论基础显式标注本篇核心机制对应的 TGDS 元规则编号（照 3.2 锚点列）；正文以汉语概念推演链讲透机制，元规则只作锚点、术语克制，不搬公式工况。凡宏状态、复合、聚合，一律按 2.12 嵌套环动力学书写，不用静态集合。

落地样例（以第三篇六经为例）：前言五维拆解——太阳病涉及肺（D 宣降）、膀胱（G 气化）、体表（T 卫外）、胃气（D 和降），并点明此四者是经耦合边闭合成的一个大环、而非静态并列；第三章理论基础显式标注「本篇核心机制对应 11.13 跨尺度嵌套大环与环收缩、11.5 维度时间常数、11.7 锁定-退出非对称、六向

环多圈递归」；正文则纯用汉语概念链讲太阳何以整体受邪、何以循经传变，元规则编号仅在第三章显锚一次，不再逐段贴标签。其余各篇仿此。

# 第五章　统一写作与命名规范

## 5.1 大纲与正文分层

大纲只定结构、节点、边、闸门、经典出处、与邻篇接口，不写正文段落、不做字数预算、不展开病案逐拍推演；正文据大纲充实。

## 5.2 边的五要素与证据词闸门

每条边含源、通路（结构＋机制）、靶、源证据词闸门、靶证据词闸门、**不传条件**（反例证据组）六要素。不传条件为排除项：反例证据组任一出现即判该边不激活；不设数值上限，允许的兼夹须明列。

## 5.3 命名与符号统一

顶点统一「节点·维度·属性·状态」；邻接矩阵分篇命名、逻辑或并 M 总；转移类型符号各篇统一（如γ_diffuse/γ_up）；同一事实只在一处写详情，他处放指针。

## 5.4 经典与方库纪律

经典标可靠篇名、不造条文序号；方剂证候只用 GB/T 国家标准库；不凭记忆给组成剂量、不处方；病案标经典医案推演演示。

## 5.5 元规则术语克制度（渲染铁律）

后台运算前台隐身；成品即正常汉语文章；TGDS 术语仅在指代确更简洁时偶尔使用、不全文贴标签；前言做五维与角色槽拆解；元规则编号在各篇理论基础显锚一次即可，正文靠机制说话。论文是产品层文稿，不出现九级加权、Ci、Kd、工况数值。

## 5.6 工程应用层不入正文

活库、接口、AI 实现、智能辨证等工程内容不进论文；论文只做中医理论本身的白箱化。

## 5.7 单篇独立成文标准（自含写作制 · v5 新增）

总原则：矩阵中的每一篇都必须是一篇可独立阅读、独立推导的论文——读者未读任何其他篇，仅凭本篇给出的定义、记号、规则、闸门与病案，就能复现本篇从输入到结论的完整推演。自含取「最小充分」原则：本篇用到什么就在本篇内定义到够用，不机械照搬整套模型，也不得留下「非读他篇不能懂」的硬缺口。自含构件分三层。

第 0 层　每篇必备的「模型基础速览」（五件套，置于引言之后，控制在一页）：

| 必备构件 | 本篇内须自含给出的内容 |
|---|---|
| 五维定义 | T 形质/G 调控/D 功能/S 神志/R 存量的精简定义表，配一个本篇自己领域的填槽例子 |
| 顶点记法 | 「节点.维[爻]」五元组，配本篇一个读法示例（如 肝.D[1] 疏泄气机） |
| 布尔闸门总则 | 三值布尔不设权重、只用标准症状库证据词；闸门分单证据词/证据词组/跨经证据组三类，均判 1，不计数、不设阈值；证据不足判—（未判） |
| 图模型最小集 | 顶点、有向边、本篇邻接子矩阵 M_本篇、一次带闸门遍历（BFS）得点亮顶点集；一句话说明 M 总为各篇边集之并，读者无需知道他篇具体边 |
| 本篇体例与产出 | 一句话说清本篇处理什么、产出什么（传变边/横断投影/逆映射/库匹配/外治输入/转归预测），以及是否向 M 总贡献边 |

第 1 层　按本篇体例增补的自含构件（在第 0 层之外，各取所需，于理论章给出）：

| 体例（覆盖篇） | 除五件套外，必须在本篇内自含讲清的构件 |
|---|---|
| 正向传变篇（1—8、10—16） | 边的五要素（源·通路〔结构+机制〕·靶·源闸门·靶闸门）、M_本篇定义，以及一个从四诊症状到边激活的完整小推演 |
| 横断投影篇（9 八纲） | 投影函数定义：不产边，在已得顶点集 V*上做八纲分类投影；本态闸门与排除性反例守卫的分工 |
| 反向逆映射篇（17 治则） | 逆映射定义：以已判定的病机链为输入、反推治法方向，方向与正向传变边相反 |
| 库内匹配篇（18 方剂） | 匹配定义：治法→GB/T 国标方剂库的库内匹配，封闭集、不自创方、不出库 |
| 外治控制输入篇（19 针灸） | 扰动 X 与控制 U 对偶、输入边五要素、穴位=T 实体+G 节点与经络的自含定义、得气/灸感中介 q、施术前 g_pre 与施术后 g_post 双闸门 |
| 预测收束篇（20 预后） | 转归状态机与状态迁移函数定义（由病机链与干预推转归） |
| 定理层篇（21 坏病） | 先在本篇内自含重述医源控制输入 U，再说明坏病是 U 取错误参数的负向实例、一次错误断连-重连致整套嵌套环整体相位迁移；不得只写「见公理 19」 |
| 模板层篇（22 金匮） | 在本篇内自含重述嵌套环宏状态聚合（子环—耦合边—大环—环收缩），不得只引第三篇 |

| | |
|---|---|
| 下位专论篇（23 君臣佐使、24 类方） | 先自含重述所从属的公理 18 方剂匹配要点，再展开组方角色判定或类方库内衍化 |

第 2 层　跨篇引用的三种处理法：逐句登记正文中「接第 X 篇 / 沿用第 X 篇 / 见第 X 篇」之处，分别处理——（a）一句话自含重述，把被引内容在本篇内定义到够用（如「经络＝T 维传导通路＋G 维拓扑连接，经脏络属给出穴位到靶脏腑的靶向」）；（b）本属经典公共知识者（穴位归经、脏腑表里等）直接作为已知前提，删去篇号；（c）确需指向完整边集者，仅在脚注或尾注写「完整规则见同系列另文」，正文不出现篇号，且删去此句后本篇仍可读懂。硬性标准：不得存在「不读第 X 篇即无法理解本篇」的硬引用。

第 3 层　独立成文体例六项：一、去篇号，标题、摘要、正文均不出现「第 X 篇」，改用独立论文标题；二、去内部编号，TGDS 及元规则编号、M 总、九级、Ci 等首次出现给全称与定义或予删除，矩阵、活库、软件、接口、API 等工程层表述遵 5.6 删除；三、自含摘要与关键词，用独立论文口吻、不依赖他篇；四、自含参考文献，本篇所引经典、国标、现代文献在本篇列全且真实可查，不挂靠总纲文献表；五、病案自含，每个病案给全四诊输入，使读者仅凭本病案即可走完推演；六、篇末附「本篇符号与术语表」一页，集中收录所用记号，为独立阅读减负。

固定位置与验收：第 0 层五件套统一置于引言之后的「模型基础（本篇自含）」小节（约 600—900 字），第 1 层构件入理论章，术语表附篇末。验收采用「单读者复现」测试：由一名只读本篇、不读他篇的模拟读者，仅凭本篇即能复现至少一个从输入到结论的完整推演；凡须翻他篇才能补齐的定义，判为自含不达标，退回补写后方可定稿。

# 第六章　矩阵复查结论与本总纲修订

## 6.1 已修订篇（第二至五篇）复查结论

第二至五篇方法论继承到位，数字与接口经复查已收敛；第五篇经筋接口边与第八篇完整集的分工已明确（4.1）。

## 6.2 历史修订记录

第五篇曾三处把经筋皮部专题误标为第七篇（实为第八篇，第七篇为奇经八脉），已全部改正为第八篇并重新生成、审计通过；当前第五篇修订版无此误标。

## 6.3 第十至十七篇复查要点（已纳入本总纲统一口径）

第十一篇同路径异方向（4.5）、第十二篇内态边边界（4.2）、第十六篇结石与互化环（4.6）、第十四篇五志相胜边界（4.7）、第十七篇反向逆映射体例与补母泻

子（4.8、3.5）、第十篇回传边 2 条（4.10）等，均已在本总纲统一，各篇写正文时据此落地。

### 6.4 扩篇与公理分层（v4 已定、v5 确认）

矩阵扩至 24 篇；针灸立第 19 篇、坏病 21、金匮 22、君臣佐使 23、类方加减 24。v5 最终确认公理以 1 至 20 封顶：21、22 为元规则定理层/模板层实例（不授公理号、边仍入 M 总），23、24 为公理 18 下位。

### 6.5 v5 元规则贯通（本版核心）

v5 在语料层与对照层之间补齐映射层：新增 2.8 至 2.13（两步填槽、14 条元规则中医映射总表、六向环人体填槽、三元稳态与正气存量、嵌套环环收缩及传动轴范例、治疗断连-重连题眼），并在 3.2 为每篇标注核心元规则锚点、3.6 把七大原理回挂元规则、4.21 立元规则锚点写作制。自此，每条中医规律都能说明「它对应哪条系统动力学」，同时仍以中医原话为唯一生成依据，不以元规则替代原话。

三处理论升级一并定稿：一、以嵌套环动力学（子环—耦合边—大环—相位迁移、环收缩商图）替换六经等宏状态的静态集合写法；二、治疗题眼定为「打开错误的环，接回正常的环」，虚实全包，补法是以退出为目的的临时再耦；三、坏病为医源错误断连-重连致整体相位迁移，杂病为嵌套环模板装配，均不立新公理。

### 6.6 后续工作次序

本总纲 v5 先交作者审核；审核通过后，各篇据 3.2 锚点列与 4.21 写作制逐篇补「本篇机制的元规则定位」，并按 5.7 自含写作制逐篇做独立成文改造（补第 0 层五件套、按体例补第 1 层、清理跨篇硬引用、去篇号去工程层、补术语表），过「单读者复现」验收；第三篇宏状态按 2.12 改嵌套环，第十二篇 4.7.3 金匮口径按 4.16 同步，再撰写第 21 至 24 篇正文。审核通过前不动各篇。

## 附录 A　24 篇—67 轴—402 位对照表（六爻口径，2026-10-28）

本表是「篇—轴—位」的资产对照，不是等价替换：篇是章节层、轴是类层、位是点层、方证是组合层，四者计数不可相加。各篇正文按本表找到对应轴组后再落到爻位；表中「备注」给出该篇最易与六爻冲突的边界。

| 篇 | 主题 | 六爻对应资产 | 边界/备注 |
|---|---|---|---|
| 1 五行生克 | 21 条生克乘侮边 | 03 §4.1 十生克边 | 五行治法＝相生边逆操作（17 篇） |
| 2 表里 | 12 条表里边 | 八纲[1]/[2] | 表里同病＝两位同判；半表半里归少阳环 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 六经 | 18 条传变边 | 03 §5.2/§5.6–§5.9 六环 | 合病并病＝环重叠；半表半里＝少阳环标签 |
| 4 交济 | 心肾/肺肾/肝脾等 | 心.G[3]/肝.G[5]/脾.G[5]/肺.G[4] | 交济＝G 维协调位，不建节点 |
| 5 十二经 | 流注＋经别经筋接口 | 经络.T/G/D＋十二经轴 | 流注＝时间标签，不占位 |
| 6 气血津液 | 56 条物质边 | 存量层[1..6] | 物质不另立节点域；口干≠津亏 |
| 7 奇经 | 16–20 条 | 冲/任/督/带.D[1..2] | 不建新位；冲脉已建 |
| 8 经筋皮部 | 完整病候集 | 经筋/皮部定位 6 位＋筋/肉/皮肤.T | 深度链是空间链，不是传变边 |
| 9 八纲 | 横断投影 | 八纲[1..6] | 阴阳不设位；半表半里归少阳环 |
| 10 卫气营血 | 22 条边 | 03 §5.3/§5.4 四环＋透热转气 | 斑属血、疹属气 |
| 11 三焦 | 15–18 条 | 三焦环＋三焦腑.D[1..6] | 不复活旧「上/中/下焦＝D 分部」 |
| 12 脏腑 | 内态 30–40 边 | 67 轴全表 | 内态边＝十生克边；兼证写标签 |
| 13 六淫 | 外邪输入 X | 11 算子之风/寒/湿/燥/火/毒 | 「暑」无算子→火＋湿＋标签 |
| 14 七情 | 21–25 条 | S 维情志位＋[火]/[气滞] | 不建七情轴；五志相胜归治法 |
| 15 饮食劳倦 | 19–23 条 | 食积算子＋脾胃位＋八纲[5]＋存量层[1] | 不建劳倦轴 |
| 16 病理产物 | 31–37 条 | 6 算子＋结石/虫积标签 | 产物＝算子，可二次驱动 |
| 17 治则 | 逆映射规则 | 03 §11 治法层 | 补＝目标位回 0，不是置 1 |
| 18 方剂 | GB/T 库内匹配 | 21 号方证 453 组 | 方证＝基底位＋兼夹位 |
| 19 针灸 | 85 条规则 | 经络轴（部分） | 分轨：不入 402 位 |
| 20 预后 | 四态转归 | 传变条件＋坏病报警＋存量层 | 假象不判位（格阳/戴阳只作标签） |
| 21 坏病 | 29 条边 | 03 §4.1 转属边＋C 档反例 | 不建新位 |
| 22 金匮杂病 | 31 条边 | 03 §5.12/§5.13＋21 | 病名＝标签，不另 |

| | | 号 | 立轴 |
|---|---|---|---|
| 23 君臣佐使 | 27 条判定规则 | 21 号方证角色标签 | 不建位 |
| 24 类方加减 | 35 触发＋5 结构 | 21 号方证分界证据词 | 触发＝证据词组，不计数 |

注：本附录只做资产对照，不改变 24 篇的公理封顶与边数口径；各篇正文的「四元组 / ·R / 旧计数口径」旧写法，按篇首「坐标对齐说明」换算，不另立新轴。

### 6.7 v5.1 六爻对齐修订（2026-10-28）

本版按六爻 v2.9（67 轴 / 402 地址：283 有原话 / 118 恒 0 / 1 待核）对 24 篇统一坐标口径：顶点写「节点.维[爻]」（五元组）；1＝异常、0＝正常、—＝未判；闸门为证据词三分类（单证据词 / 证据词组 / 跨经证据组），不计数、不加权、不设阈值；R 统一为「存量层[1..6]」；TGDS 由「语法层」改为「对照层」。各篇篇首设「坐标对齐说明」，理论章末设「本篇与六爻体系的具体落点」。

总纲层新增两块：2.1「五维—六爻」对照表（T/G/D/S 同名、R＝存量层 6 位、病性算子 11 个、环层），以及附录 A「24 篇—67 轴—402 位对照表」（只做资产对照，不改公理封顶与边数口径）。同时校正 3.2 / 3.3 的篇名与边数：第 2 篇名改「脏腑表里」、第 13 篇改「六淫致病」、第 19 篇改「针灸外治」；第 5 篇约 96 条（主干 51＋补遗 45）、第 10 篇 21—25 条（当前 22）、第 11 篇 15—17 条、第 14 篇 25 条、第 19 篇 90 条。

仍未逐句重写的部分：各篇正文的「四元组 / ·R」旧例与第 4 章逐边规则，按篇首「坐标对齐说明」换算，不作第二次改写；正文级改写留待下一轮。

## 附录 B　旧记法换算复核表（2026-10-28）

24 篇大纲的旧四元组与 `·R` 写法已全部转换（563 处 → 0）：R 落「存量层[1..6]」或病性算子；脏腑/经络轴落「节点.维[爻]」；卫气营血/三焦/六经落「环层」；外邪、部位、物质分别落病因头、部位标签、存量层。下表列出高频换算与自审依据；如复核有异，以 67 轴表为准回改。

| 旧写法 | 新写法 | 自审依据 | 备注 |
|---|---|---|---|
| 脾·D·气·虚 | 脾.G[1]（运化原动力）＋八纲[5] | 脾.G[1] 运化原动力 | 气虚落原动力 |
| 胃·D·气·逆 | 胃.D[5]（胃气和降） | 胃.D[5] 胃气和降 | |
| 心·D·火·盛 | 心.G[1]（心阳动力）＋八纲[4]＋ | 心.G[1] 心阳动力 | 火为阳亢 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 病性[火] | | |
| 肾·D·阳·虚 | 肾.G[1]（肾精动力）＋八纲[5]＋八纲[3] | 肾.G[1] 肾精动力 | |
| 肺·D·气·逆 | 肺.D[3]（肃降） | 肺.D[3] 肃降 | |
| 肝·D·气·郁 | 肝.D[1]（疏泄气机） | 肝.D[1] 疏泄气机 | |
| 肝·T·筋·动 | 筋.T[2]（屈伸/挛缩） | 筋.T[2] 屈伸/挛缩 | 跨维校正（肝 T→筋 T） |
| 心包·S·神·蒙 | 心包.S[1]（心包受邪扰神） | 心包.S[1] | |
| 督·D·阳·虚 | 督.D[1]（督脉总督诸阳） | 督.D[1] | |
| 带·G·约束·松 | 带.D[1]（带脉约束诸经） | 带.D[1] | |
| 血·R·血·虚 | 存量层[2]（血虚）＋八纲[5] | 存量层[2] 血 | |
| 血·R·瘀血·瘀 | 病性[血瘀] | 病性算子 | 不占地址 |
| 气·D·气·虚 | 存量层[1]（气虚）＋八纲[5] | 存量层[1] 气 | |
| 太阳·功能层·寒·盛 | 环层[太阳]（D·寒·盛） | 六经环 | 不是爻位 |
| 外邪·T·寒·盛 | 外邪输入（T·寒·盛） | 病因头 | 不占位 |
| 体表·T·寒·束 | 皮肤.D[2]（卫外固表）＋病性[寒] | 皮肤.D[2] | |
| 胃/肠·D·热·盛 | 胃.D[2]＋大肠.D[1]＋八纲[4] | 胃.D[2]/大肠.D[1] | 分写两轴 |

注：上表为高频代表例（完整 40 模式已落正文）；`皮部定位[爻]`、`经筋定位[爻]`、`经络[经脉][爻]` 的方括号按六经分区取值，属变量而非缺口。

## 第七章　汇总著作与后续

24 篇矩阵完成后，汇总为《统一中医度量衡》：以本总纲的统一形式化内核与元规则映射为纲，把散在各篇的节点、边、闸门、坐标库、元规则锚点汇编为统一的白箱化规则体系。所谓度量衡，正是元规则在生命领域给出的统一尺度——五维是维度的度、布尔闸门是判定的度、嵌套环相位是传变的度、元规则是机制的度。

本矩阵为中医学习辅助的理论标准化白箱，不发表、不作临床诊疗决策；方剂证候只采国家标准库，病案方例皆为经典医案推演演示。