

基于新型冠状病毒肺炎解读伤寒实质及寒温统一

熊兴江¹ 苏克雷² 王朋倩³

(1.中国中医科学院广安门医院,北京 100053;

2.中国中医科学院江苏分院,南京中医药大学附属中西医结合医院,江苏南京 210028;

3.中国中医科学院中药研究所,北京 100700)

摘要 既往研究认为,《伤寒论》为一切外感热病而设,为广义伤寒;且伤寒详于寒而略于温,温病详于温而略于寒,伤寒与温病为两种不同的理论系统,两者相辅相成,相得益彰,共同构成外感发热性疾病的两大证治体系。新型冠状病毒肺炎(简称新冠肺炎)虽属温病范畴,但运用《伤寒论》经方合方——“清肺排毒汤”等治疗取得显著疗效。有鉴于此,我们重新梳理伤寒与温病实质,以及两者之间的关系,认为:(1)《伤寒论》为狭义伤寒,伤寒本质可能为炎症,其六经辨证本质为人体对炎症反应不同阶段的描述,《伤寒论》为临床治疗急危重症的专著。(2)温病的本质同样可能为炎症,伤寒与温病同为感染性疾病导致的炎性损伤状态。(3)寒温存在能够统一的病理生理学基础,但因致病因素不同而致临床表现有所差别。伤寒的六经辨证,温病的卫气营血辨证与三焦辨证,同为人体对炎症反应的不同阶段的诊疗方法,但其背后蕴藏的方证辨证则为其共性特征。虽然辨病机的方法不同,但无论在病理生理还是方证辨证治疗上,伤寒与温病能够统一。因此,在新冠肺炎的中医认识上,不应拘泥于伤寒与温病的病名归属之争,可运用伤寒六经辨证与方证辨证进行治疗,且三阳合病为其重要病机。

关键词 新型冠状病毒肺炎;伤寒(中医);温病

中图分类号 R259.631.4 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)05-0013-05

基金项目 国家自然科学基金项目(81403375,81603479,81804084);中国科协青年人才托举工程项目(2017QNRC001);国家重点研发计划“中医药现代化研究”项目(2018YFC17044901);北京市自然科学基金项目(7194277);中国中医科学院育苗基金培育专项(ZZ11-073);中国中医科学院优秀青年科技人才项目(ZZ13-YQ-018)

中医学对于外感发热类疾病初期的辨证论治与疾病归属历来存在争议,其核心之处就在于伤寒与温病的病名归属之争,以及六经辨证与卫气营血辨证、三焦辨证之争。可以说,寒温之争由来已久。且一般认为,伤寒详于寒而略于温,温病详于温而略于寒,伤寒与温病为两种不同的理论体系,两者相得益彰,共同构成外感发热性疾病的两大证治体系。新型冠状病毒肺炎(coronavirus disease 2019, COVID-19, 简称新冠肺炎)的致病病原体为既往未曾发现的新型冠状病毒,目前尚无特效药物。在中医学中,新冠肺炎属于温病,还是伤寒?一般认为,新冠肺炎属温病、温疫范畴,但临床运用《伤寒论》经方合方——“清肺排毒汤”等取得显著疗效。伤寒有广义与狭义之分,如果将新冠肺炎归属于伤寒,其属广义,还是狭义?基于新冠肺炎这一临床难题,结合笔者常年在重症监护病房主管重症肺部感染、脓毒症、感染性休克、高渗性昏迷、全身炎性反应综合征、弥散性

血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC)、多脏器功能衰竭等急危重症患者的临床经历,我们重新思考该疾病的中医认识及治疗方案,重新探索伤寒广义与狭义的内涵,重新梳理伤寒与温病的关系,重新解读寒温统一这一关键科学问题。

1 新冠肺炎虽属温病,但运用伤寒经方取效

1.1 新冠肺炎的流行性与传染性与历代瘟疫相似 新冠肺炎是一种急性感染性肺炎,该病发病之初即表现为发热、乏力、干咳,后逐渐出现呼吸困难,其传播途径主要为呼吸道飞沫和接触传播,传染性强,传播速度快,影响范围广。

中国古代有大量关于瘟疫发病及流行性与传染性特征的记载。《周礼·天官·冢宰》中记载“疾医掌养万民之疾病,四时皆有疠疾”,《吕氏春秋·季春纪》中也说“季春行夏令,则民多疾疫”,《黄帝内经·刺法论》中指出“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似”。本次新冠肺炎感染人数众多,与古

代瘟疫流行特征非常相似。

1.2 新冠肺炎属温病范畴 对于新冠肺炎病名归属的认识,目前倾向于属温病范畴。根据《温病条辨》记载,温病包括风温、温热、温疫、温毒、暑温、湿温、秋燥、冬温、温疟9种。其中,“温疫者,厉气流行,多兼秽浊,家家如是,若役使然也”。根据本病发病特征,多将其归属于温病温疫中的“湿毒疫”范畴^[1-3]。

1.3 伤寒方治疗新冠肺炎有效 数千年来,中医药在治疗急性传染性方面积累了丰富的经验,特别是在2003年抗击严重急性呼吸综合征(SARS)过程中,发挥了重要作用。新冠肺炎虽属温病、温疫范畴,但临床运用国家卫生健康委员会和国家中医药管理局推荐的《伤寒论》经方合方“清肺排毒汤”取得显著临床疗效。

清肺排毒汤为《伤寒论》经方小柴胡汤、麻杏石甘汤等合方^[4]。北京地坛医院王融冰教授在2月29日国务院联防联控机制新闻发布会上介绍,基于10省66个定点医疗机构的1183例确诊病例的临床观察,共有640例出院,457例症状改善,清肺排毒汤总有效率达92.73%,60%以上患者症状和影像学表现改善明显,30%患者症状平稳且无加重,服用1 d后51.8%新冠肺炎患者体温即恢复正常,46.7%的患者咳嗽症状消失。其作用机制可能与调控ACE2共表达的蛋白、抑制病毒mRNA翻译以及与疾病密切相关的一系列信号通路有关,达到平衡免疫、消除炎症、抗病毒的目的^[5]。因此,《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)》将清肺排毒汤作为临床治疗各期推荐的通用方剂。

2 伤寒实质考证——伤寒为狭义伤寒,其本质可能为炎症,六经实质很可能为人体对炎症反应不同阶段的描述

伤寒有广义与狭义之分。根据《素问·热论》中“今夫热病者,皆伤寒之类也”,广义伤寒为一切外感热病的总称;而狭义伤寒则专指感受风寒外邪的疾病。《难经·五十八难》云:“伤寒有五,有中风,有伤寒,有湿温,有热病,有温病。”这里的广义伤寒就包括狭义伤寒、中风、湿温、热病、温病等疾病。既往研究认为,《伤寒论》中的伤寒为广义伤寒,包含温病在内,为所有外感热病而设。然而,笔者在多年重症监护病房的临床工作中,通过对大量急危重症患者的仔细观察及运用经方抢救的经历,从临床重症病例及文献研究的角度对“伤寒”实质重新进行考证与解读。

2.1 伤寒可能为急危重症 张仲景在《伤寒论·序》中指出:“余宗族素多,向余二百。建安纪年以来(作者注:公元196年),犹未十稔,其死亡者,三分有二,伤寒十居其七。感往昔之沦丧,伤横夭之莫救,乃勤求古训,博采众方……”且在《伤寒论》条文中,还存在大量有关“死”“不治”“难治”等预后判断的论述。

另外,据史料记载,从汉桓帝至汉献帝的70余年中,共流行瘟疫达17次。同时期的曹植在《说疫气》中也记载了瘟疫大规模流行及死亡率高的特征:“建安二十二年(作者注:公元217年),疠气流行,家家有僵尸之痛,室室有号泣之哀。或阖门而殪,或覆族而丧。或以为疫者,鬼神所作。夫罹此者,悉被褐茹藿之子,荆室蓬户之人耳!若夫殿处鼎食之家,重貂累蓐之门,若是者鲜焉。此乃阴阳失位,寒暑错时,是故生疫。”建安七子之一的王粲在《七哀诗》中也记载:“……出门无所见,白骨蔽平原。路有饥妇人,抱子弃草间。顾闻号泣声,挥涕独不还。未知身死处,何能两相完?……”

从上述经典医籍及史料记载中不难发现,伤寒这一疾病属瘟疫范畴,传染性极强,流行范围极广,病情极其危重,死亡率极高(高达46.7%),很可能为急危重症。

2.2 伤寒为狭义伤寒,可能为急性热性传染性疾病,其本质可能为炎症 从病情的发展转归来,伤寒很容易引起DIC(衄、亡血、便血等各种血证)、急性肾衰、心衰(小便不利、小便少、小便难、不尿)、休克(厥、四逆厥、厥逆),这与现代医学中的感染性休克、脓毒症、全身炎症反应综合征、多脏器功能衰竭、DIC等疾病从轻到重的发展演变规律极为相似。因此,笔者推测,伤寒为急性热性传染性疾病,根据其发病特征,以流行性出血热可能性最大。

流行性出血热,又称肾综合征出血热,是由汉坦病毒(即流行性出血热病毒)感染引起,以鼠类为主要传染源的自然疫源性疾病,临床主要表现为发热、出血、充血、低血压休克及肾脏损害。流行性出血热临床可分为5期,即发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期、恢复期,死亡率高达20%~90%。病因方面,病毒宿主主要为小型啮齿动物,包括野鼠及家鼠,病毒能通过宿主动物的血及唾液、尿、便排出,鼠向人的直接传播是人类感染的重要途径。这也符合东汉末年,因气候严寒,导致寒疫流行,卫生条件差,人鼠同居,进而很容易导致鼠传人有关。这从因天气寒冷,曹丕数次取消淮河阅兵也得以佐证。

有鉴于此,笔者认为《伤寒论》中的伤寒为狭义伤寒,而非广义伤寒,以急性热性传染病可能性最大,其本质为炎症。而六经的实质很可能为人体对炎症反应的不同阶段的描述与总结,《伤寒论》极可能为国内第一部急危重症的专著^[6]。

3 温病实质考证——温病也是急性热性传染病,其本质也可能为炎症,卫气营血和三焦辨证实质是人体对炎症反应不同阶段的描述

温病是指感受温邪引起的一类急性外感热病的总称,属于广义伤寒范畴,以发热、热象偏盛、易化燥伤阴为临床主要表现。温病的内涵较为广泛,在一般外感疾病中,除风寒之邪以外的急性热病,都属于温病范围,包括风温、春温、暑温、湿温、伏暑、秋燥、温毒等。温病具有明显的季节性,大多起病急骤、传变迅速,且具有不同程度的传染性与流行性。温病按发病季节可分为春温、风温、暑温、湿温、秋燥、冬温六类;按初起发病类型可分为新感温病和伏邪温病两类;按传染性和流行性可分为具有强烈传染性和大流行特征的瘟疫,流行性小或不引起流行的温病两类;按病证性质是否兼湿分为温热和湿热两类。上述温病可按照卫气营血辨证和三焦辨证进行治疗。对于温病实质,笔者基于文献研究及现代病理生理学角度对其进行考证与解读。

3.1 温病可能为急危重症 关于温病的病因学问题,古代医家均对此进行过深入探究。明末医家吴又可所著《瘟疫论》(又称《温疫论》),是中国第一部温病学专著,是系统研究急性传染病的医学书籍。吴又可所处的时代,正为传染病大流行之际。根据《吴江县志》记载,在《温疫论》成书前后,吴县连年流行疫病,一巷百余家,无一家幸免;一门数十口,无一口幸存。吴又可可在其《温疫论》序中也说:“崇祯辛巳,疫气流行,感者多,于五六月益甚,或合门传染。其于始发之时,每见时师误以正伤寒法治之,未有不殆者……医者彷徨无措,病者日近危笃。病愈急,投医愈乱。不死于病,乃死于医;不死于医,乃死于古册之遗忘也。”由此可见,大规模流行,传染性强,死亡率高为当时温病的重要特征。因此,我们推测,温病很可能为急危重症。

3.2 温病可能为急性热性传染病,其本质为炎症 吴又可可在《温疫论》中也强调,本病致病原因与既往的伤寒等不同,有其特殊性,即“夫温疫之为病,非风、非寒、非暑、非湿,乃天地间别有一种异气所感”。值得注意的是,在现代医学中,温病大多由病毒等病原体感染引起,而温病名下的风温、春温、温

热、温疫、温毒、冬温、暑温、伏暑、暑湿、湿温、秋燥、温疟等不同类型均为不同病原体感染所致。

在治疗方面,温病可按照叶天士《温热论》的卫气营血辨证学说和吴鞠通《温病条辨》的三焦辨证学说等进行辨证论治。然而,无论是传统的卫气营血还是三焦辨证,其本质仍为人体对不同致病原感染导致的不同的炎症反应状态的描述。其中:卫分证属于感染性疾病的发热初期,此时需积极控制感染,在中医治疗上以疏散风热、清热解毒为主;气分证则属于感染性疾病的发热极期合并高渗、高钠血症阶段,此时在抗感染治疗的同时还需积极补液,纠正高渗、高钠血症,在中医治疗上以清热泻火、解毒生津为主;营分证属于感染性疾病的发热后期,长期高烧不退合并低蛋白血症、高渗性昏迷阶段,此时在抗感染治疗的同时还需要予补充人血白蛋白、补液等对症支持治疗,在中医治疗上以清营泻热、养阴生津为主;血分证属于感染性疾病合并休克、DIC、多脏器功能衰竭等阶段,此时病情危重,亟需清热解毒、凉血散血。同理,在三焦辨证中,上焦病证属于发热初期,与卫分证相似;中焦病证属于发热极期,与气分证相似;而下焦病证属于发热后期合并津液阴分耗竭状态,与营血分证相似。因此,我们推测,温病很可能也为急性热性传染病,其本质也为炎症。

4 寒温统一实质解读

4.1 基于传统认知的寒温关系解读 关于伤寒与温病的关系,历代医家既有持寒温迥异学说者,也有持寒温统一学说者。之所以会出现寒温对峙,是因为部分医家在治疗外感发热类疾病时发现,临床运用伤寒治法及处方收效甚微,甚至死亡率极高,因此不得不别求他法,正如吴又可可在其《温疫论》中以“正伤寒法治之”而无效。

因此,传统观点认为,无论在病因、症状和治疗上,伤寒与温病均判若水火。首先,在病因上,伤寒主要感受寒邪、风邪,而温病则主要感受温热、湿热之邪。其次,在症状上,伤寒临床表现主要为恶寒重、发热轻、无汗、口不渴、尿清长、脉浮紧、舌质淡、苔薄白,而温病临床表现主要为发热重、微恶寒或者不恶寒、心烦、口渴、有汗或者无汗、尿微黄、脉数、舌尖赤、苔薄黄。第三,在治疗上,伤寒首选麻黄、桂枝、麻黄汤,而温病首选银翘散、桑菊饮。值得注意的是,之所以会出现“以伤寒治温病无效”现象,在现代病理生理学机制中,其根本原因就在于伤寒与温病的致病原不同。感染不同的病毒等致病原所导

致的疾病诊断、临床表现与治则治法必然不同,这也是寒温对立的原因所在。

4.2 基于病理生理机制与方证辨证的寒温统一 然而,笔者在临床收治大量重症感染患者的工作中深刻体会到,伤寒与温病往往很难截然区分。首先,两者在现代病理生理机制中同为炎症,其本质均为人体对炎症反应的状态,且无论是伤寒方还是温病方,均具有一定的抗炎、抗病毒药理作用。其次,伤寒的三阳(太阳、阳明、少阳)病机与温病的卫气营血病机存在交叉重叠。第三,温病学派与《伤寒论》经方方证一脉相承。叶天士、吴鞠通等温病学家皆为变通运用经方的临证高手,笔者曾统计过,叶氏《临证指南医案》341方中约30%源于经方,吴氏《温病条辨》208方中高达40%方剂源于经方^[7],诚如吴氏在凡例中所言:“是书虽为温病而设,实可羽翼伤寒”,“《伤寒论》六经由表入里,由浅及深,须横看。本论论三焦由上及下,亦由浅入深,须竖看。与《伤寒论》为对待文字,有一纵一横之妙”。第四,方证辨证是寒温统一的重要依据。“有是证,用是方”为方证辨证的核心所在^[8],无论是伤寒还是温病,只要临证具备某方证的临床运用指征就可以考虑运用该方。以小柴胡汤证为例,只要具备口苦、咽干、目眩、寒热往来、呕而发热等指征,即可将本方用于伤寒与温病的治疗。这也提示,大量的有效经方可用于温病的治疗之中。

5 基于寒温统一及方证辨证的新冠肺炎临床治疗启示

在本次新冠肺炎的临床治疗中,存在大量关于新冠肺炎属于伤寒与温病的病名归属的探讨。笔者认为,新冠肺炎的实质与伤寒、温病相同,均为病毒感染之后的炎性反应状态,因此可不拘泥于伤寒与温病的病名之争,直接从疾病的方证特征入手,探讨该病的方证治疗规律。

2020年1月24日,国际权威杂志Lancet在线发表题为“Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China”的研究论文,报道新冠肺炎的常见临床症状为发热(40/41例,98%)、咳嗽(31/41例,76%)和肌痛或疲劳(18/41,44%),40例患者中有22例(55%)出现呼吸困难^[9]。《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)》也指出,该病以发热、干咳、乏力为主要表现,少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛、肌痛和腹泻等症状。综上,结合患者纳呆、恶心呕吐等消化道症状^[10],不难看出三阳合病为本病关键病机。

其中发热、咽痛、纳呆、恶心呕吐为典型的少阳证。发热伴恶心呕吐与《伤寒论》第379条“呕而发热者,小柴胡汤主之”相似;发热与《伤寒论》条文中“往来寒热”相似;纳呆与“嘿嘿不欲饮食”相似;咽痛是少阳提纲证中“咽干”的延伸,多提示少阳阳明合病。结合《伤寒论》第263条“少阳之为病,口苦、咽干、目眩也”,及第96条“伤寒五六日中风,往来寒热,胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食、心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸、小便不利,或不渴、身有微热,或咳者,小柴胡汤主之”,根据“但见一证便是”原则,是为小柴胡汤方证。干咳为火热上冲,肺气不降,病位属于阳明。鼻塞、流涕、肌痛、乏力,这属于典型的风寒束表证,病位在太阳。部分患者的呼吸困难,轻症可归属于“胸胁苦满”,重症可归属于“喘”。综合太阳阳明合病,伴见干咳、呼吸困难,在病机上属于风寒束表,兼见肺热,这与第63条“发汗后,不可更行桂枝汤。汗出而喘,无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤”条文中所述的症状相似,可予麻杏石甘汤。另外,部分患者腹泻,属于风寒夹湿下注。小柴胡汤合麻杏石甘汤为笔者临床治疗外感病属三阳合病的经典组合^[11],因其合方方证主治为便秘,很少见有腹泻,因此针对偏于发热伴腹泻的类型,很可能属于《伤寒六书》柴葛解肌汤方证^[12]。随病情进展,在疾病的重症及危重症阶段,主要表现为呼吸衰竭、全身炎症反应综合征、多脏器功能衰竭等病理改变,此时也从三阳合病的病机逐渐转变为兼夹痰热,甚至呈现内闭外脱的衰竭表现。而在恢复期,则多表现为肺脾气虚、气阴两虚、余热未清等病机^[13]。

6 结语与展望

自明清温病学术体系形成之后,中医学派即分为两派:一派是以《素问·热论》及张仲景《伤寒论》为理论基础的伤寒学派,另一派则是以明清时期的吴又可、叶天士、吴鞠通等医家为代表的温病学派。而其争论焦点则在于,伤寒学派主张“仲景伤寒为百病立法”“六经钤百病”,认为《伤寒论》为论述外感热病的专著,不专为狭义伤寒而设,且在辨证上详于寒略于温,用药上温散多于寒凉;而温病学派则认为,温病为感受温热病邪导致的急性热病总称,且在辨证上详于温而略于寒,用药上寒凉多于温散。寒温之争由来已久,历来争执不断,新中国成立后,逐渐有融会、融合趋势。以江西名老中医万友生为代表,发现伤寒与温病在各自发病的外因(外五淫毒、外五疫毒)、内因(内五淫邪、内五体质)

及其发生发展规律等方面均有密切联系,积极提倡寒温统一^[14]。笔者结合急危重症病例,基于传统文献及现代病理生理学研究,从中西医结合角度重新探索伤寒与温病的实质与内涵,认为伤寒与温病无论在病理生理机制还是在方证辨证上均存在相通之处^[15]。根据寒温统一理论,结合新冠肺炎这一全新的疾病,认为伤寒与温病理论皆可用于指导临床辨证。且新冠肺炎虽属温病、瘟疫、疫病等范畴,但临床运用《伤寒论》经方小柴胡汤、麻杏石甘汤等中医药治疗取得显著疗效,这也印证三阳合病为其重要病机,值得关注^[16]。

参考文献

- [1] 刘清泉,夏文广,安长青,等.中西医结合治疗新型冠状病毒肺炎作用的思考[J].中医杂志,2020,61(6):463.
- [2] 王玉光,齐文升,马家驹,等.新型冠状病毒肺炎中医临床特征与辨证治疗初探[J].中医杂志,2020,61(4):281.
- [3] 杨道文,李得民,晁恩祥,等.关于新型冠状病毒肺炎中医病因病机的思考[J].中医杂志,2020,61(7):557.
- [4] 薛伯寿,姚魁武,薛燕星.“清肺排毒汤”快速有效治疗新型冠状病毒肺炎的中医理论分析[J].中医杂志,2020,61(6):461.
- [5] 赵静,田赛赛,杨健,等.清肺排毒汤治疗新型冠状病毒肺炎机制的网络药理学探讨[J].中草药,2020,51(4):829.
- [6] 熊兴江.《伤寒论》与急危重症——基于CCU重症病例及中西医结合诠释经典条文内涵、经方剂量与六经实质[J].中国中药杂志,2018,43(12):2413.
- [7] 熊兴江.方证对应史研究[J].中西医结合学报,2010,8(6):581.
- [8] 王阶,熊兴江,何庆勇,等.方证对应内涵及原则探讨[J].中医杂志,2009,50(3):197.
- [9] HUANG C L, WANG Y M, LI X W, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China[J]. Lancet, 2020, 395(10223):497.
- [10] 杨华升,李丽,勾春燕,等.北京地区新型冠状病毒肺炎中医证候及病机特点初探[J].北京中医药,2020,39(2):115.
- [11] 熊兴江,王阶.外感高热诊疗心得[J].中西医结合学报,2011,9(6):681.
- [12] 熊兴江.基于CCU重症病例的《伤寒六书》柴葛解肌汤方证及其在医院内感染、急性上呼吸道感染等外感热病中的运用[J].中国中药杂志,2019,44(18):3876.
- [13] 苏克雷,熊兴江.新型冠状病毒肺炎的经典名方治疗策略与思考[J].中国中药杂志,2021,46(2):494.
- [14] 万友生.论热病的寒温统一和内外统一[J].中国医药学报,1986,1(1):10.
- [15] 熊兴江.《伤寒论》研究亟需中西医结合[J/OL].中国中西医结合杂志:1-3(2020-12-10)[2021-01-12].http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2787.R.20201209.1316.002.html.
- [16] XIONG X J, WANG P Q, SU K L, et al. Chinese herbal medicine for coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis[J]. Pharmacol Res, 2020, 160: e105056.

第一作者:熊兴江(1985—),男,医学博士,副主任医师,硕士研究生导师,从事经方治疗急危重症研究。

通讯作者:王朋倩,医学博士。pengqian.wang@163.com

修回日期:2021-01-12

编辑:吴宁

《江苏中医药》论文层次标题及编号的编写要求

(1) 层次标题是对本段、本条主题内容的高度概括。各层次的标题应简短明确,同一级别层次标题词组结构应尽可能相同,语气一致。

(2) 层次标题的分级编号,推荐执行新闻出版行业标准 CY/T 35—2001《科技文献的章节编号方法》,采用阿拉伯数字。

(3) 层次标题不宜使用非公知公认的缩略语。

(4) 层次标题的层次不宜过多,一般不超过4级,即“1”“1.1”“1.1.1”“1.1.1.1”。

(5) 语段中出现多层次接排序号时,可依次用圆括号数码“(1)”“①”。