

· 学术探讨 ·

# 从“分型辨证”到“分期辨证” ——中西医结合传染病诊疗模式的推陈出新

聂 广

**摘要** 在中西医结合传染病领域,自分型辨证与西医辨病相结合的诊疗模式应用以来,在规范化、客观化研究和临床应用方面,已陷于多重困境。探索其原因,由于该辨证模式有悖“划分”的逻辑学规则。鉴于此,本文推荐在国医大师朱良春教授倡导的“谨守病机,分期论治”基础上建立的“分期辨证”模式。即在疾病不同时期,根据主要病机立法组方,根据次要病机、兼夹病机随症加减。从契合逻辑学规则、临床应用、科学探索等方面看,这种分期辨证模式具有明显优势。

**关键词** 传染病; 中西医结合; 分型辨证; 分期辨证

From "Syndrome Differentiation by Classification" to "Syndrome Differentiation by Staging"——New Diagnosis and Treatment Mode of Infectious Diseases by Integrated Chinese and Western Medicine NIE Guang Department of Integrated TCM & Western Medicine, Third People's Hospital of Shenzhen City, Guangdong (518222)

**ABSTRACT** In the field of infectious diseases of integrated Chinese and Western medicine, the application of diagnosis and treatment mode of syndrome differentiation by classification combined disease identification of Western medicine has confronted many difficulties in aspects of standardization, objective research, and clinical use. It is mainly due to the dialectical pattern contrary to the logical principle of "division". In view of this, "syndrome differentiation by staging" mode advocated by Professor ZHU Liang-chun was recommended in this article, which was based on "vigilance against pathogenesis and treatment by staging". That is, the recipes should be composed according to main pathogeneses in different periods of disease, and modified according to secondary pathogeneses and complicated pathogeneses. In aspects of agreeable logics, clinical application, scientific exploration, syndrome differentiation by staging had obvious advantages.

**KEYWORDS** infectious disease; integrated Chinese and Western medicine; syndrome differentiation by classification; syndrome differentiation by staging

自“中医辨证与西医辨病相结合”问世以来,已获得学术界基本共识<sup>[1-4]</sup>。但中医辨证并非一途,鉴于目前的分型辨证模式存在比较严重的局限性,本文结合中西医结合传染病临床实践,探讨分型辨证与分期辨证得失与取舍。

## 1 分型辨证的由来

“中医辨证与西医辨病相结合”的诊疗模式,来自

于陆渊雷《伤寒论今释》卷一:“余以为理论当从西医之病名,治疗当宗仲景致审证为宜也<sup>[5]</sup>。”其后,姜春华教授提出以西医病名为纲,结合中医辨证论治的临床模式<sup>[6]</sup>,如慢性支气管炎则分肺气虚、脾阳虚、肾阳虚等,肺结核则分为肺气虚、肺阴虚、气阴两虚、肺肾两虚,等等。

1962年,朱良春教授赞成辨病与辨证相结合的主张<sup>[7]</sup>,他强调谨守病机,分期论治。即在掌握疾病基本病机和演变规律,确立治疗大法的基础上,根据疾病不同阶段、不同分期的主要矛盾进行辨证论治。

1973年,沈自尹院士在“脏腑学说是中医理论体

作者单位:广东省深圳市第三人民医院中西医结合科(广东 518222)

Tel: 0755-25634729, E-mail: fqng1008@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20181018.308

系的核心”基础上,提出“‘辨病与辨证相结合’是中西医结合的初步途径”等系列文章<sup>[8,9]</sup>,得到学术界的重视,并掀起了“辨证和辨病相结合”的大讨论,这一模式迅速推广开来。随后,从临床和基础两个方面开展了“中西医结合”研究,探讨“证候”的规范化和客观化(证本质)。在进一步的标准化过程中,临床各科教科书都基本上采取了这一模式。

但姜春华教授在临床应用过程中发现,用阴阳、气血、脏腑、寒热、虚实辨证定型,不过几十个框框,病有千百种,用几十个框框定千百种病的治疗,不免形成“公式化”。而且,这种病定为阴虚,那种病也定为阴虚,百十种病都有阴虚型,而所用补药也不过一二十味,难免捉襟见肘。他还体会到,所谓阴虚症状大体是因病耗损了本质,当某些疾病造成了阴虚,如果疾病已经过去(如热性病),用补阴养阴药很有作用。但如果疾病仍然存在,如癌、肺结核、肝硬化腹水等,这些疾病所致的阴虚,用补阴养阴药,其纠正作用就很不理想<sup>[10]</sup>。

虽然姜春华教授提出了问题,但他没有找到应对良策。已然成风的“分型辨证”成为“病证结合”的标准化模式。直到几十年的临床应用,其内在局限性全面凸显出来。

## 2 分型辨证的缺陷

### 2.1 “划分”的规则

在传统逻辑里,把概念外延即一个类分为若干子类的思维过程称之为“划分”(划分是从属到种,而分类则是从种到属,二者方向相反,但规则一致)。将一种疾病区分为不同的类型,实际上就是一种划分。例如“伤寒”,《素问·热论》将其区分为“太阳”、“阳明”、“少阳”、“太阴”、“少阴”、“厥阴”等病(证)。在划分中,被划分的类叫做划分的母项,划分得到的各子类叫做划分的子项。把母项划分为各子项,是依照某一或某组属性进行的,这种或这组属性叫做划分的根据、标准或原则。如依照性别可以将“人”划分为“男人”和“女人”;依照肤色可以将“人”划分为白种人(高加索人种)、黄种人(东亚人种)和黑种人(尼格罗人种,或非洲人种);依照地理位置可以将“人”划分为亚洲人、欧洲人、美洲人、非洲人等等。

要正确地划分,需遵守一定的逻辑规则:(1)各子项之间没有共同的分子,即各子项之间是全异关系,或者说各子项不相容;(2)母项的每一个分子都属于某个子项,即各子项要穷尽母项(与枚举不同);(3)每次划分必须依照同一根据;(4)每次划分不能越级(例如动物,首先划分为脊椎和非脊椎两类,再把脊椎动物分

为哺乳、鸟、鱼、爬行、两栖等5类)。

### 2.2 突破规则的后果

在“病证结合”的诊疗模式里,为什么一种疾病可以分为多型?专家制定的分型标准为什么常常被临床医生突破?

分期辨证模式。例如六经辨证,按三阴经、三阳经的部位依据划分疾病阶段,可以说基本符合划分的逻辑规则。同理,按照卫、气、营、血和上、中、下三焦的病位划分疾病阶段,也不存在多大问题。

但是,目前采取的“分型辨证”模式则包含了八纲辨证、脏腑辨证、六淫辨证、气血津液辨证等,各种辨证方法具有不同的划分依据,重叠应用会出现“兼容性故障”。而且八纲辨证本身,就违反了划分规则:(1)各子项之间包含共同分子,如表、里、寒、热、虚、实均可归纳在阴、阳之中;(2)一次划分采用不同依据,彼此包含导致“划分”的界限不清。

脏腑辨证也是这样:(1)把“脏病”与“腑病”一起划分,属于越级行为;(2)划分中相互包含,既有“表里同病”,也有数脏合病,各子项之间存在共同分子,缺乏严格界限;(3)分型标准脱离临床实际,大多数疾病属于“本虚标实”、“多脏腑合病”,无法截然分开。

### 2.3 临床困境与规范化障碍

由于分型辨证采用多种依据,没有遵循严格的划分规则,导致证型之间相互包含,各证型越级并列、分布随意。在此基础上的证候规范化、客观化研究,事倍功半,陷于困境。

以病毒性肝炎中医辨证标准为例:1992年中国中医药学会内科肝胆病专业委员会《病毒性肝炎中医辨证标准》<sup>[11]</sup>将慢性肝炎分为湿热中阻、肝郁脾虚、瘀血阻络、肝肾阴虚、脾肾阳虚5型;1994年《中医病证诊断疗效标准》<sup>[12]</sup>将病毒性肝炎分为肝胆湿热、湿困脾胃、热毒炽盛、寒凝阳衰4型;2002年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[13]</sup>将慢性肝炎分为肝胆湿热、湿邪困脾、肝郁气滞、肝郁脾虚、肝郁血瘀、肝肾阴虚、脾肾阳虚、热毒炽盛8型;2010年中华全国中药学会肝病专业委员会制定的辨证标准<sup>[14]</sup>,将慢性肝炎分为正虚邪恋、肝胆湿热、肝郁脾虚、肝肾阴虚、肝血瘀阻、脾肾阳虚6型;2017年中华中医药学会肝胆病分会<sup>[15]</sup>将慢性肝炎分为湿热内结、肝郁脾虚、瘀血阻络、肝肾阴虚、脾肾阳虚5型。标准是临床诊疗和新药研制的权威文献,由于辨证分型缺乏严格界限而导致如此分歧,临床医生如何执行?

赵磊等<sup>[16]</sup>从中国知网、重庆维普、万方数据库检

索 2010 年 1 月—2015 年 10 月关于中医治疗病毒性肝炎或黄疸的文献,选择具有明确病证诊断和治疗处方的文献 136 篇作为统计对象,并合并同证异名者,总计整理归纳出 69 证。他们归纳统计了论文中使用频次最高的肝胆湿热证和肝郁脾虚证的症状,结果除身黄、目黄、小便黄等疾病共有症状外,肝胆湿热证累计罗列症状 63 种,肝郁脾虚证罗列症状 76 种。确定分型辨证的证候学标准,如此巨大的信息量,可见其规范化、客观化研究的难度。

从临床实际看,例如慢性乙型肝炎,从携带者到活动期,通过治疗从活动期转为稳定期,体现在分型辨证中的就是肝郁脾虚到肝胆湿热,再到肝郁脾虚,这样变来变去是何机理?中医学理论如何解释?从肝硬化看,无论肝气郁结、水湿内阻、湿热内蕴、肝肾阴虚或脾肾阳虚任何一个证型,都不能缺少“瘀血阻络”的临床表现,即“肝络瘀阻”是其本质特征,而所谓其他分型只是“肝络瘀阻证”的兼夹证,是主次关系而不是并列关系。因此在临床上,肝硬化不能区分为截然不同基本证型<sup>[17,18]</sup>。对于慢性重型肝炎(慢加急性、亚急性肝衰竭/慢性肝衰竭),区分为湿热蕴毒证、瘀热蕴毒证、阴虚瘀毒证、阳虚瘀毒证 4 种,与临床实际大相径庭。在慢重肝早期,湿热、瘀、毒并存,不可能将湿热蕴毒证和瘀热蕴毒证区分开来;在慢重肝中晚期,可出现感染及各种并发症,阴虚瘀毒证与阳虚瘀毒证实在是以偏概全。

从治疗看,当年姜春华教授发现的问题依然存在<sup>[10]</sup>。“当某些疾病造成的阴虚后,如疾病已经过去(如热性病),采用辨证,进行养阴治疗有效。如果疾病仍然存在(如癌、肺结核、肝硬化腹水等),虽然辨证仍属阴虚,养阴治疗常常少效,甚至无效。”进一步说明,分型辨证并不能揭示疾病的本质特征。

### 3 传统分期辨证的不足

#### 3.1 病位与病程是两个不同的临床特征

古代医家对疾病传变的认识,注重由上到下或由外到里的病位递进观念。例如,《史记·扁鹊仓公列传》的“腠理—血脉—胃肠—骨髓”模式,《素问·皮部论》的“腠理—络脉—经脉—腑脏”模式,《灵枢·邪气脏腑病形》的“腠理—(阳明、太阳、少阳)—腑脏”模式,《素问·阴阳应象大论》的“皮毛—肌肤—经脉—六腑—五脏”模式,《素问·热论》的“太阳—阳明—少阳—太阴—少阴—厥阴?”模式,《瘟疫论·统论疫有九传治法》的“表里九传”模式,《温病论》的“卫—气—营—血”模式,《温病条辨》的“上焦—中焦—下焦”模式。《伤寒论》的六经辨证和《温病学》的卫气营血辨

证、三焦辨证也是一种病位递进外感病辨证模式,不能确切反映疾病演进过程。

#### 3.2 辨证模型的概括性

各种外感病具有不同的临床特征,《伤寒论》按六经辨证明显存在应对困难。“温病学”虽然区分了风温、春温、暑温、湿温、秋燥、伏暑,卫气营血辨证和三焦辨证也并不恰当。

关于“伤寒日传一经”,《伤寒论》自身做了修正:“伤寒一日有传经者”,“伤寒二三日也有不传经者”。因此,就有了本证、兼证、变证、类似证、坏证、复证、经证、腑证区分,但最终要“观其脉证,知犯何逆”。表明“六经传变”不能概括“伤寒”病的发生发展规律。

在卫气营血辨证中,为什么有“顺传”、“逆传”、“合病”、“并病”等,也是因为“卫气营血”的传变模式,不能概括各种温病的发生发展过程。模型应用的“常”与“变”,实际上表明模型本身的概括性不够。

### 4 新的分期辨证模式

不同病原体引起的传染病具有不同的临床表现,但按其发生、发展及转归可大致分为 4 期,即潜伏期、前驱期、发病期(症状明显期)、恢复期。古人对这些临床特征已有明确认识,例如伏气温病,是对“潜伏期”的认识;太阳表证、卫分证,是对前驱期的认识;气分证、营分证、血分证和阳明证、三阴经证等,即是对发病期(症状明显期)的认识;温病后期的余邪未尽证、气阴两伤证,是对恢复期的认识。鉴于此,笔者提出一种新的分期辨证方案<sup>[19-32]</sup>。

#### 4.1 分期辨证的逻辑性

一是根据不同疾病的临床过程,采用不同分期方案;二是不同分期之间存在一定界限,不至于相互包含。例如 HBV 相关慢加急性肝衰竭(HBV-ACLF),可划分为坏死期、平台期、终末期和恢复期<sup>[29,32]</sup>。随着病程的推移,痊愈患者呈现为抛物线模式,死亡患者病情逐渐加重直至终末期。疾病的严重程度采用“终末期肝病模型(model for end-stage liver disease, MELD)”进行分析,可以看出不同时期的病情演变规律:MELD 评分越高,则风险越高,生存率越低(图 1)。至于区分坏死前期与坏死后期,是因为慢加急性肝衰竭有一个“前期”的诊断,类似于过去的“重肝倾向”,虽然尚未达到慢加急性肝衰竭诊断标准,但恰恰是本病的最佳干预时期,可能通过免疫抑制控制细胞因子风暴,或“早用清热解毒、早用凉血活血、早用通腑攻下”的“截断扭转法”。流感与手足口病的临床分期(图 2),基本可以概括两种疾病的前驱期、发病期(症状明显期)、终末期和恢复期,各期之间亦有明确的临

床和病理生理学界限。

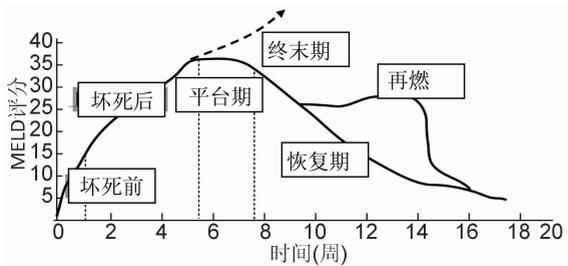


图 1 HBV-ACLF 的临床分期

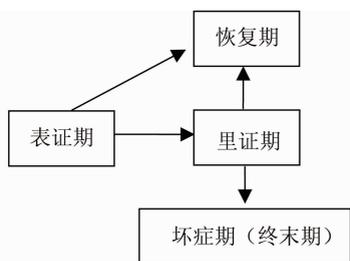


图 2 流感与手足口病的临床分期

### 4.2 分期辨证的实用性

4.2.1 与中医学理论思维接轨 “分型辨证”不分外感、内伤,所有的疾病都千篇一律,分为大同小异的几个证型。甚至治疗后证型变来变去,也无道理可讲。这意味着“去理论化”倾向。分期辨证则强调疾病不同时期的主要病机、次要病机和兼夹病机,辨明其主要症状、次要症状和兼夹症状,并根据主要病机立法遣方,根据次要病机、兼夹病机随症加减,从而实行理法方药的一贯性。仍以 HBV-ACLF 为例(图 3),临床各期的中医病机与西医的病理生理学进行了有机对接,二者的融合已见端厘。

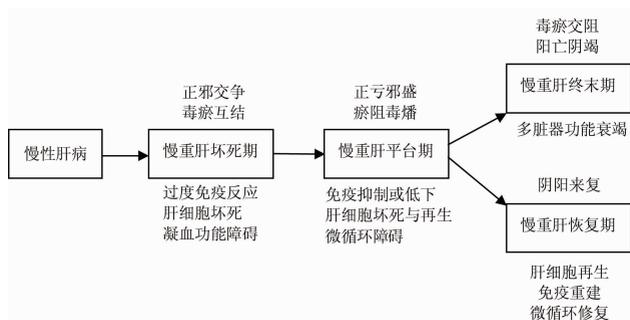


图 3 HBV-ACLF 的病机演变过程

陈可冀院士指出:中医病证结合论治的产生和发展,是中医临床医学发展的一个重要模式。各种疾病发生、发展及转化,皆具有“病”与“证”在疾病不同阶

段的相互融合和演变<sup>[1,2]</sup>。着眼于贯穿疾病基本病理改变的辨病论治和整体认识指导下辨证论治的结合,会对疾病病理生理变化有更清晰的认识,相应治疗也会获得更理想的效果。也有专家提出,“一病必有一病之核心病机”,治疗亦必有相应“核心治法”及“核心方药”,这是辨病的基础,也是中医辨证论治的立足点<sup>[33]</sup>。

4.2.2 与现代诊疗实际接轨 (1) 传染病的理论体系和诊疗模式对中医药干预的现实需要;(2) 现代传染病的临床管理模式对中医药干预的制约性;(3) 西医诊断、治疗措施对患者机体和心理的影响以及患者对中医药接受程度;(4) 西医院校毕业的医师接受的简单性和可操作性,体现在两种医学临床和理论融合的程度。

4.2.3 与西医干预过程接轨 例如肺结核、慢性乙型肝炎(含肝硬化)、丙型肝炎、艾滋病、细菌感染性疾病等,病原学治疗非常重要。临床上,首先要强调患者的病原学治疗,以及西医的对症处理和支持疗法等干预后,疾病的证候与病因病机会有哪些改变?只有拿出证候学调查的相关数据,才能进一步制定符合临床实际的辨证模式和论治方案。

笔者进行过“肺癆纳入外感病辨证体系”的探讨<sup>[22]</sup>,在辨证中将其分为 3 期,即癆伏肺络期、癆损肺络期和肺络瘀阻期,其病因病机演变特点(图 4)。同时笔者对化疗前、中、后各 100 例初治肺结核患者进行了证候流行病学调查<sup>[23]</sup>,初步认为,其发病早期(癆损肺络期)的基本证候是“癆火上炎”(抗癆治疗后火热症状可明显减轻)，“癆火上炎”的基本特征是易化燥伤阴和内陷生变。分析化疗前、化疗中、化疗后肺结核患者的临床资料,发现不同阶段的患者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。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。如 II 型

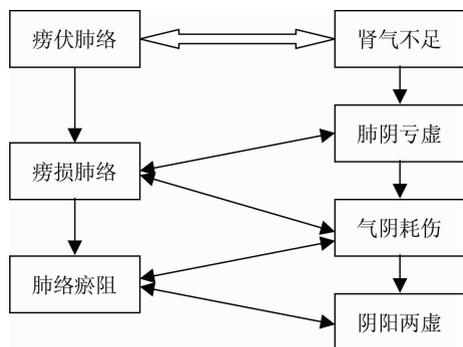


图 4 癆损肺络假说的正邪虚实关系

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。

临床上,一旦发现肺结核必须进行抗痨治疗,治疗后的证候学变化必然有不同特点。例如异烟肼,可以引起周围神经炎、肝功能损害,甚至偶尔有癫痫发作;利福平常见副作用为消化道症状;利福喷汀可出现白细胞、血小板减少、皮疹、头昏、失眠、发热、溶血性贫血和四肢肌肉酸痛等。吡嗪酰胺以肝脏损害为主,少见者有尿酸升高及诱发关节痛;乙胺丁醇偶发神经炎,还可偶见球后视神经炎;对氨基水杨酸最常见的副作用为胃肠道症状。

#### 4.3 分期辨证的探索性

以 HBV 相关慢加急性肝衰竭为例<sup>[32]</sup>(图 5),从病情严重程度和机体免疫状态的两条曲线,可以看出这一分期方案对于临床治疗具有提示作用。坏死期以过度炎症反应(或称“细胞因子风暴”)为特征,中西医结合的目的是控制炎症反应,减少 HBV-ACLF 的发生率以及炎症反应程度。平台期则以继发的免疫低下、器官功能紊乱为特征,此时诊疗重点是预防和控制感染。益气温阳中药可以振奋正气,并配合免疫增强剂减少感染或提高其炎症干预效应。

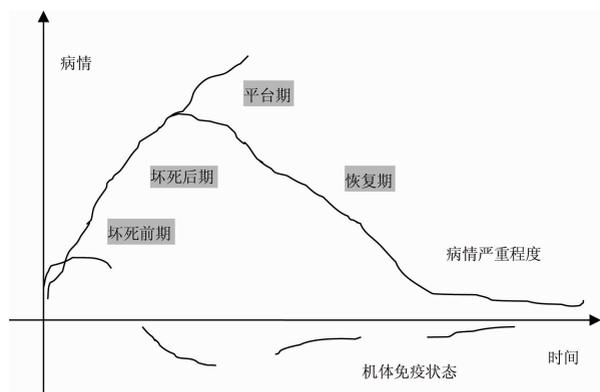


图 5 HBV-ACLF 患者不同时期的病情严重程度与机体免疫状态的关系

通过 HBV-ACLF 的分期辨证,可以了解不同疾病阶段存在主要矛盾和次要矛盾,坏死期的主要病机湿热疫毒,壅滞肝络,其他情况如体质、兼夹证等则是由次要病机(或兼夹病机)决定的;平台期的主要病机为正邪交争,体用(肝阴为体,肝阳为用)俱损,亦可出现其他兼夹证;终末期的主要表现为坏症丛生,阴阳离决,一般难以挽回;恢复期的临床特征是邪衰正复,生息待养,不必过度干预,节外生枝。因此,4 个时期界限分明,各有不同的病机特征。

本病采用分型辨证则有些脱离临床实际。早期分为湿热和瘀毒两型,并无明确界限,而是二者并存,稍有偏重,凉血解毒化瘀为基本治法。后期阴虚、阳虚是患者体质特征,虽与药物干预、病后反应有关,但非决定因素,不是疾病的主要矛盾。且分为 4 个证型缺乏明确界限,随意性很大,临床上也可组合成三五个、七八个甚至几十个证型。

鉴此,笔者设计了本病用于分期辨证的证候学研究方案<sup>[32]</sup>,争取在进一步的证候学调查、证素分析基础上,根据症状学频率获得疾病各期的主要证候和次要证候(或兼夹证候),以及主要病机和次要病机(或兼夹病机),从而指导临床治疗(采取主方加减策略)。

#### 参 考 文 献

- [1] 史大卓. 陈可冀院士冠心病病证结合治疗方法的创新和发展[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(8): 1017-1019.
- [2] 陈可冀, 蒋跃绒, 谢元华. 病证结合治疗观的过去与现在[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 437-443.
- [3] 马继征, 姚乃礼. 论辨证论治与辨病论治相结合[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(12): 4251-4253.
- [4] 刘平, 季光, 陈凯先. 病证结合与中西医结合医学学科知识理论体系的构建[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(6): 565-570.
- [5] 陆渊雷. 伤寒论今释[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1956: 55.
- [6] 张笑平主编. 中西医结合诊治思路与方法[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1999: 25.
- [7] 朱良春. 辨证与辨病相结合的重要性及其关系的探讨[J]. 中医杂志, 1962, 4(4): 16.
- [8] 沈自尹. “辨病与辨证相结合”是中西医结合的初步途径[J]. 新医药学杂志, 1973, (4): 1-3.
- [9] 沈自尹. 内科领域里中西医结合的初步探讨[J]. 新医药学杂志, 1973, (4): 3-5.
- [10] 杨维益, 陈家旭, 王天芳, 等. 对中医辨证论治与辨病论治的思考[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(3): 13-19.
- [11] 中国中医药学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医辨证标准[J]. 中医杂志, 1992, 33(5): 39-40.
- [12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 10.
- [13] 中国药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 147.
- [14] 中华全国中药学会肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医辨证标准[J]. 中医杂志, 2010, 25(5): 45.
- [15] 中华中医药学会肝胆病分会. 病毒性肝炎中医辨证标

- 准(2017 年版)[J]. 中西医结合肝病杂志, 2017, 27(3): 附 I - II.
- [16] 赵磊, 梁茂新. 病毒性肝炎中医辨证标准和诊断探讨[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(4): 1542 - 1545.
- [17] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(10): 869 - 871.
- [18] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)[J]. 中国中西医结合杂志, 1994, 14(4): 237 - 239.
- [19] 聂凡, 周大桥, 聂广. 从个体化技艺到标准化技术: 传染病辨证模式的过去、现在与未来[J]. 环球中医药, 2012, 5(8): 588 - 594.
- [20] 夏章, 李秀惠, 聂广, 等. 新型甲型 H1N1 流感的分期辨证模式研究[J]. 湖北中医杂志, 2010, 32(8): 31 - 33.
- [21] 黄练秋, 刘映霞, 聂广, 等. 472 例新型甲型 H1N1 流感的分期辨证与病因病机规律探讨[J]. 深圳中西医结合杂志, 2011, 21(2): 72 - 76.
- [22] 聂广, 李静. 肺癆纳入外感病辨证体系的探讨[J]. 环球中医药, 2010, 3(6): 442 - 445.
- [23] 李静, 聂广, 余卫业, 等. 抗痨药干预过程的肺结核分期辨证模式的探讨[J]. 环球中医药, 2011, 4(3): 174 - 177.
- [24] 洪可, 聂凡, 聂广, 等. 2024 例手足口病患者病因病机和分期辨证研究[J]. 环球中医药, 2012, 5(5): 332 - 336.
- [25] 洪可, 朱清静, 聂凡, 等. 2115 例手足口病患者病因病机和分期辨证的研究[J]. 南京中医药大学学报, 2012, 28(5): 429 - 433.
- [26] Fan N, Hong K, Nie G, et al. The comparative study on two models of syndrome differentiation of the hand, foot and mouth disease: An investigation analysis of the signs and symptoms on 2325 cases[J]. Infect Int, 2014, 3(1): 22 - 30.
- [27] 刘红, 夏章, 聂广, 等. 慢性乙型肝炎患者证候学调查与分期辨证模式探讨[J]. 环球中医药, 2011, 4(2): 109 - 113.
- [28] 袁虹, 夏章, 聂广, 等. 慢性乙型肝炎重型肝炎分期辨证模式研究[J]. 中西医结合肝病杂志, 2010, 20(5): 277 - 280.
- [29] 聂广. 重症肝炎的分型、分期与分级[J]. 中西医结合肝病杂志, 2011, 21(1): 55 - 57.
- [30] 李秀惠, 聂广主编. 手足口病中西医基础与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 179 - 227.
- [31] 中国中西医结合学会传染病专业委员会. 人禽流感中西医结合诊疗专家共识[J]. 中华传染病杂志, 2016, 34(11): 641 - 647.
- [32] 何清, 聂广. HBV 相关慢加急性肝衰竭中西医结合诊疗的几个问题[J]. 中西医结合肝病杂志, 2017, 26(5): 65 - 70.
- [33] 童舜华. 试论把握中医疾病基本病机的意义[J]. 中医杂志, 2004, 45(8): 568 - 569.

(收稿: 2018 - 03 - 02 在线: 2018 - 11 - 05)

责任编辑: 李焕荣

英文责编: 张晶晶

## 中国中西医结合杂志社微信公共账号已开通

中国中西医结合杂志社已经开通微信公共账号, 可通过扫描右方二维码或者搜索微信订阅号“中国中西医结合杂志社”加关注。本杂志社将通过微信不定期发送《中国中西医结合杂志》、*Chinese Journal of Integrative Medicine* 的热点文章信息, 同时可查看两本期刊的全文信息, 欢迎广大读者订阅。

