

· 学术探讨 ·

中国传统医学:从技术到文化

高 振 董竞成

摘要 中国传统医学可分为技术和文化两层面,技术是基础,文化是核心。传统医学的起源和传播,得益于技术层面的积累,但文化层面的内容决定了传统医学的性质归属。中国传统医学产生于灿烂悠久的中华文化,饱含中国传统哲学思维和社会自然科学认知,融合了中国各民族各地区的医疗经验。由于中国地大物博、地形复杂,加之古时交通不便,医学具体细节上的交流并不十分密切,医学的表现形式也就具有了一定的地域属性。本文基于传统医学从技术到文化的解析,认为中医药植根优秀中华传统文化,一经传入当时缺医少药甚至部分尚处于巫医阶段的我国边疆地区,便对当地的原初医疗实践和用药经验产生激荡启蒙作用,被以另一种与当地文化、风俗习惯相适应的表述方式,即当地语言以及依附于语言的思维模式予以表达,进而促使当地传统医学的产生与发展,参与构成当地传统医学的源头并持续影响其发展至今,表现出中国文化“一天人,合内外”的特征。

关键词 中国传统医学; 中华文化; 激荡启蒙; 融合发展

Traditional Chinese Medicine: From Technology to Culture GAO Zhen and DONG Jing-cheng
Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Huashan Hospital Affiliated to Fudan University, Institutes of Integrative Medicine, Fudan University, Shanghai(200040)

ABSTRACT Traditional Chinese medicine can be divided into technical level and cultural level according to its composition. Among them, technology is the foundation and culture is the core. In the origin and the spread of traditional medicine, it benefited from the accumulation of technical level, but the cultural level determined the nature of traditional medicine. Traditional Chinese medicine originated from the splendid Chinese civilization, full of Chinese traditional philosophical thinking and the penetration of social natural sciences. It has always concentrated and integrated the medical experience of nationalities in China. Due to China's vast land and resources, complex topography, and inconvenient transportation in ancient times, medical information exchanges were not very close in details, medical expressions also have certain regional attributes. Based on the analysis of traditional medicine from technology to culture, this article proposes that Chinese (Han) medicine is rooted in the excellent Chinese traditional civilization. Once Chinese medicine introduced into China's border areas where there was a shortage of medicines and even some witch doctors at that time, it would treat the local the original medical practice and medication experience produced a stirring effect, and it was expressed in another way that was compatible with the local culture and customs, that is, the local language and the language-dependent thinking mode, which promoted the emergence and development of local traditional medicine. Development and participation constitute the source of the local traditional medicine and continue to influence its development until this day, showing the characteristics of Chinese culture of "theory that man is an integral part of nature, internal and external integration".

KEYWORDS traditional Chinese medicine; Chinese culture; agitation; integrated development

基金项目: 中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)岐黄学者资助项目(No. 国中医药人教函[2018]284号); 第三届国医大师传承工作室及全国名中医传承工作室项目

作者单位: 复旦大学附属华山医院中西医结合科 复旦大学中西医结合研究院(上海 200040)

通讯作者: 董竞成, Tel: 021-52888301, E-mail: jcdong2004@126.com

DOI: 10.7661/j. cjim. 202001006. 044

传统医学并非单纯的临床经验和原初基本用药知识的总结与概括,它总是与哲学、区域性文化或风俗习惯相伴生,是哲学社会认知与自然科学的杂糅。中医学的基础理论与中国哲学是内在贯通的^[1]。当然,也许最初杂糅于传统医学的并非哲学,而是巫,即所谓巫医,即将医药的知识披上巫的神秘外衣。部分巫为了提升自己的“信誉和能力”,以显示自己的“驱邪”(治病方法)灵验,也会主动去学习和使用医药知识。虽然此刻的“前台”依然是“巫术”,但“幕后”却由单纯的“巫术”演变为“巫术”和“医药”的结合体。巫医杂糅带有一定的目的性,即以巫的仪式赋予医以神秘感,而医的疗效则给了巫神秘化的资本,毕竟是解决了患者的苦痛。到了春秋战国时代,随着天命鬼神观念的动摇和科学文化的进步,人们对鬼神致病的观点产生了怀疑,开始从自然环境与气候变化、七情、饮食起居等方面探讨疾病的发生,治病也由依靠“道法”转向医药。如郑国子产认为“若君身,则亦出入、饮食、哀乐之事也,山川、星辰之神又何为焉?”^[2];《千金要方·辟瘟第二》记载“汉建宁二年,太岁在西,疫气流行,死者极众,即有书生丁季回从蜀青城山来,……欲求受其道法,书生曰:吾无道法,乃囊中之药。”^[3]

1 传统医学产生的层次,从技术到文化再到二者的融合

春秋战国至秦汉时期社会流行的阴阳五行学说被当时的医药学吸纳、运用与融合,促使了医和巫的分离。分离出了“巫”成分的“传统医学”依然不是单纯医技的汇集,仍蕴含着相对先进和指导性更强的内容,即所谓医理和医道等文化层面的内容,以便“启蒙方技”^[4]。通过解析,传统医学基本上都是由原初的基础医学知识、古典哲学、区域性文化、群体性信仰、临床经验 5 要素组成。在此过程中,原初的基础医学知识、临床经验属于技术水平层面的内容,其不断吸收其他医学的先进知识算是对该传统医学的有益补充。比如在三国以后传入中国的乳香,起初多用作香料,及至唐代才被看作是中药上品^[5]。当然,对症治疗是本能,重要的是如何看待这些病证的产生、转归、治疗和预后,即如何对这些“本能”进行积累和整理提升,从个别到一般,这才是推动经验向理论提升的动力。中华文化具有能够在漫长的历史时期内,把不同的文化转化成为同一文化的包容性和同化力^[6]。如佛教传入唐朝内地后又大规模逆向传到西域,这时的佛教就带有了中华文化的色彩,在客观上促进了汉文化在我国西域的流布^[7]。体现在中医学,则中医学对经由中国西域传来的药物等进行临床实践,并通过中医学理论进行再认识,赋予其性味、归经、

功效主治和使用宜忌等,如唐代郑度所著的《胡本草》即为解决“胡药之性,中国多不能知”^[8]的问题,这样经由中国西域或海上传来的药物就从本质内涵上有了“中药”的概念,其再沿丝绸之路返回及至到达更远的地方时也不再是原来的那一抹“香料”,而是一味带有中医功效主治的“中药”,如唐代传入印度的中药被当地人称为“神州上药”。

同样,王清任或有借鉴“区希范五脏图”“存真图”并经亲自验视尸体撰写而成的《医林改错》,其研究内容虽有部分落于传统中医学视野之外,但仍属于中医学范畴,是对中医学“内照图”的完善,从该书的其他佐证内容可以看出作者依然是希望在观察“脏器”的过程中验证、深化和改正部分中医学既有理论和实践认识。即原初的基础医学知识、临床经验虽可体现解决患者病痛的能力和水平,然不足以构成某一传统医学的体系归属,但如果涉及到传统医学构成“五要素”中古典哲学、区域性文化、群体信仰等部分,即文化层面,则无疑会导致传统医学本身属性的改变,会牵涉到其体系归属问题,更会引起某医学到底是此医学还是彼医学的争执。比如恽铁樵认为“盖《内经》之五藏,非解剖的五藏,乃气化的五藏”^[9],那么,若此二者具有不同的概念内涵,又需要通过什么途径和方法将之联系起来?又如,中医学的“寒热”是否完全是患者体温(经由温度计测量)的表达?类似的争执从中西医学开始接触至今仍无定论可见一斑。同样的桡动脉,在西方是在触摸全身一律的心脉,基本没有超出脉与心脏的关系范围,如阿维森纳描述了不同的脉搏类似于在动脉和心室心律失常中所产生的脉冲^[10],并逐步融合进血液循环系统中。而在中医学则是在触摸反映人体不同部位信息众多的脉,即“脉”可反映全身脏腑情况,如中(汉)医认为“心肝居左,肺脾居右,肾与命门,居两尺部”^[11];藏医认为脉诊左侧心、脾、肾,右侧肺、肝、肾^[12];蒙医认为五脏六腑疾病切脉最能知之,并认为男性左手(女性右手)寸脉候心和小肠,男性右手(女性左手)寸脉候肺与大肠,左手关脉候脾胃、尺候左肾,右手关脉候肝、胆,尺候右肾、膀胱^[13]。

医学知识的起源,得益于技术层面的积累和文化层面的启蒙,而文化与技术的真正融合并对其发展起到指导和推进作用,才标志着一个传统医学的真正产生。在此过程中“技术”是基础,“文化”是核心,当然,也有些“技术”如“中药”“针灸”等本身就是“文化”的一种体现,接受了这个“技术”也就是接受了这个“技术”背后的文化。正是由于各种文明(或文化,下同)间、不同地域间交流和互鉴的需要,传统医学被不自觉

的分成了两部分,即技术层面和文化层面。在明确的疗效面前,不同医学体系之间,对技术层面的借鉴和吸收趋之若鹜,往往具有自发性,属于传统医学间易兼容部分;这部分内容可以通行不同文明与区域之间,具有标准化和国际化的潜质。对于文化层面的借鉴和吸收则往往迟滞于技术层面,而且往往出于自身文化的保护或者群体习惯,显示出一定的排他性。现代医学在理论层面也同样如此,即便吸收也必须是以符合该群体习惯的另一种方式表述。即要实现一种传统医学对另一种传统医学文化层面的借鉴和吸收,其难度要远大于技术层面。正因为此,传统医学文化层面的部分,往往局限于某一文明或区域内部,国际化程度相对较低,属于不同医学体系间需要进一步推进交融互通的部分。当然,这或多或少也与描述这种医学所用语言和语言所依附的思维方式有关。

2 中(汉)医学的产生及对中国传统医学发展的影响

中国传统医学诞生于灿烂悠久的中华文明,饱含中国传统哲学思维和社会自然科学的渗透,而且正如《黄帝内经·素问·异法方宜论》所描述的,“故东方之域,天地之所始生也。……故砭石者,亦从东方来。西方者,金玉之域,……故毒药者亦从西方来。北方者,天地所闭藏之域也。……故灸焫者,亦从北方来。南方者,天地所长养,阳之所盛处也。……故九针者,亦从南方来。中央者,其地平以湿,天地所以生万物也众。……故导引按跷者,亦从中央出也。”在中国传统医学的发展过程中,融合了中国各民族各地区的医疗经验和用药特色在内,自始至终就是一个汉族医学与各少数民族医学相互吸收、相互补充的过程^[14]。中医学的整体观念、天人合一、(机体)内外平衡的思想,无不体现了中国文化“一天人,合内外”^[15]特征。具体也可以体现为在中国传统医学的发展过程中,从整体到各组成部分,无一例外都具有了中国传统文化不同于西方传统文化的 5 个基本特征,即重合轻分、重用轻体、重时轻空、重悟轻测、重道轻技^[16]。但由于中国地大物博、地形复杂,加之古时交通不便,医学具体细节上的交流并不十分密切,故而医学的表现形式具有一定的地域属性。如《旧唐书》载吐谷浑的一种简单但与当地气候相适应的避“热风”侵害的方法,“地兼鄯善,且末。西北有流沙数百里,夏有热风,伤弊行旅。风之将至,老驼便知之,则引项而鸣,以口鼻埋沙中,人以为候,即以毯拥蔽口鼻而避其患”^[17];《宋史》载高昌一种治疗皮肤病的方法,“下有穴生青泥,出穴外即变为砂石,土人取以治皮”^[18]。上述两种方法虽然简

单,使用者也许仅出于趋利避害的本能,未必有“医”的概念,仍可以归属于原初的基础医学知识或临床经验范畴。但有些地方依然以巫代医,如《宋史》吐蕃传言吐蕃人“不知医药,疾病召巫覡视之,焚柴声鼓,谓之‘逐鬼’”^[18]。还有些地方处于巫、医胶着斗争阶段,如成书于北宋时期我国西北地区的《福乐智慧》记载“医生不相信巫师的语言,巫师也常对医生翻脸。一个说:吃了药能消除病患,一个说:符咒可使鬼怪逃散”^[19]。中(汉)医也曾巫医并用,如对于军医的描述,春秋末期战国初期描述为“举巫、医、卜有所长,具药,官之,善为舍。”^[20];而至战国末期的《六韬》则描述为“方士二人,主百药,以治金疮,以痊万病”^[21],并提出“敌若伤之,医药归之”^[22]。《史记·扁鹊仓公列传》中更是明确提出了医治病和巫不治病,“故病有六不治:……信巫不信医,六不治也。”^[23]同样,东汉时期由于羌民族的医疗条件较差,患病难以治愈,故而男子一旦生病,往往以刀自刺,从而减少痛苦。“训闻有困疾者,辄拘持缚束,不与兵刃,使医药疗之,愈者非一,小大莫不感悦”^[24],即邓训通过较为先进的中原地区医学解除羌人的病痛而实现了当地对于中原地区医学的接纳和使用^[25]。说明当时中(汉)医学的起步要早于边疆地区的民族医学,也更为先进。再如高昌回鹘医学方书典籍《杂病医疗百方》(回鹘文,成书年代 9~13 世纪)中记载^[26]，“难产者……又一方:烧蛇皮,取其灰,用葡萄酒送服,可保平安”(107~110 行)，“治牙痛方:取黑胡椒一钱,与葡萄醋同煮,冷却后含在口中,牙痛即祛”(134~137 行)。分别对应成书于 652 年的《备急千金要方·妇人方上》之记载:“治逆生及横生不出,手足先见者。烧蛇蜕皮末,服一刀圭,亦云三指撮,面向东,酒服即顺”^[27],和约成书于唐开元年间(713—741 年)的《食疗本草》所载:“牙齿风痛:秦椒煎醋含漱”^[28]。通过这些密切的交往交流和相互影响,汉族文化和科学技术、医药卫生得到了丰富和充实,各少数民族的文化和科学技术、医药卫生,则得到了提升和发展^[29]。

得益于语言文字的创建、使用与统一,更得益于中华文化的博大精深和中国先民的伟大实践创造精神,中(汉)医学不仅在中国疆域范围内率先起步,而且“蹄疾而步稳”,生生不息、绵延至今。中(汉)医学在魏晋南北朝时期开始成熟,并在后续的发展历程中取得了辉煌的成就和产生了巨大的影响力。日本的汉方医学、韩国的韩医学、朝鲜的高丽医学还有越南的东医学等都是以中(汉)医学为基础而发展起来的。更不用说贯穿中国历史的大一统思想所产生的中华民族整

体向心力和凝聚力,以及中国周边被沙漠、海洋、高山所环绕,形成相对封闭的自然地理单元的疆域版图,使得相对发达的中(汉)医学成为庇佑中国各民族人民健康的有力手段。如位于我国西北地区的西夏王朝曾向宋请赐医书,“丙戌,以国子监所印《九经》及《正义》《孟子》、医书赐夏国,从所乞求”^[30]。而且由于起源于我国的造纸术和活字印刷术的助推作用,使得我国成为世界上出版图书最早的国家,这些无疑为中(汉)医学知识的记载保留、传承和传播提供了必要的载体。

中(汉)医学植根优秀中华文明,医技、医理、医道相得益彰,一经传入当时中国缺医少药甚至部分尚处于巫医不分阶段的边疆地区,便对当地的原初医疗实践和用药经验产生激荡启蒙作用,被以另一种与当地文化、风俗习惯相适应的表述方式即当地语言以及依附于语言的思维模式予以表达,进而促使当地传统医学的产生与发展,参与构成当地传统医学产生的源头,与当地原有传统医学融合发展。如公元 641 年和 710 年,唐朝文成、金成两位公主进藏后,汉族医师和汉族医药书籍流入西藏,促使中(汉)医学和当地医药融合在一起^[31]。起源于中(汉)医学的脉学,至少在公元 5 世纪已经传入印度并影响了印度脉学的形成,中(汉)医脉学和部分经佛教传入吐蕃王朝的印度脉学共同促进了藏医脉学体系的形成^[32]。同时,中(汉)医学的脉诊经过藏医学的吸收传入蒙古地区成为蒙医学的诊断方法之一^[33]。在此过程中中(汉)医学也得到了充实和发展,成为中国传统医学的集大成者。地方性知识需要在特定的场所和文化背景中存在和发挥作用^[34],医学知识也不例外。正是由于中(汉)医学和我国其他民族医学间密切的互动关系,无形中扩大了其间共同的场所和文化背景。

从某种意义上来说,传统医学的起源与发展就是一个原初的医学知识和用药经验被赋予一系列“符号”的过程,且“药”的符号与“病”的符号存在某种程度的对应关系,这样到了一定程度就脱离了“药”和“病”的原初本体,继而通过“符号”和“符号”间的关系来表达医理、医道甚至功效,如“佐金平木”和“泻南补北”之类的表述,再如“壮水之主,以制阳光;益火之源,以消阴翳”。如果仅仅学习了中医技术层面的东西,而没有领悟其文化层面的内涵,就很难知晓前者是“清肃肺气以抑制肝木的方法”和“泻心火滋肾水”的意思,后者则体现了阴阳学说指导下阳病治阴和阴病治阳的辨证思维。赋予“符号”的过程其实就是哲学思想、主流文化与传统医学融合的过程,在这个融合过

程中无疑也受到当地区域文化、风俗习惯、语言表达、文字的有无及传承,甚至外来知识等的影响。

中(汉)医以望闻问切诊断疾病,以阴阳、表里、寒热、虚实和五行理论论述疾病,以四气、五味、升降浮沉描述药物,并对疾病和药物进行有效归类。无论从这些“符号”的赋予规则看,还是获得这些“符号”的诊断方法言,中国传统医学内部都具有很大程度的一致性和同源性,即上述中(汉)医学“四诊”、阴阳五行、司外揣内的方法通行中医学内部各组成部分,这与历史上西方医学一贯对中(汉)医学诊断技术兴趣不大、思维方法大相径庭形成鲜明对比。如对于脉诊的倚重程度,中西殊异,但其中医学内部则具有较大程度的一致性,首先是都把脉诊作为诊断的重要部分,甚至是看做可以决定患者生死预后的“金标准”,如“‘小人母年垂百岁,抱疾来久,若蒙官一脉,便有活理。讫就屠戮无恨。’浩感其至性,遂令昇来,为诊脉处方。始服一剂汤,便愈。”^[35],是对中(汉)医脉诊重要性的描述;“医生们围着他,为他诊脉,不知他所患何病,众说纷纭”^[19],这是对维医脉诊重要性的描述,在这方面,维医和中(汉)医并无二致。同样与上述中(汉)医脉诊一致,脉诊和问诊一样是蒙医辨证的基础,是疾病诊断的最重要一环^[36]。手法方面,藏医脉诊与中(汉)医一样也是以食指、中指、无名指三指定寸、关、尺(冲、甘、恰)^[37],其取脉亦在桡动脉处^[38]。维医切脉位置常在桡动脉、足背动脉与颈外动脉处^[39],对应中(汉)医学的三部诊法(诊察人迎、寸口、趺阳三个部位的脉象变化以推测病情的一种方法),其脉象分类、特点、发生机制与中(汉)医学脉象基本相似^[40]。苗医禄脉之上、中、下与中(汉)医寸口脉之寸、关、尺对应^[41]。傣医所摸之脉约有三种^[42],即摸额头、寸口、足背脉,摸寸口和神门脉,摸耳前、寸口、足背脉,与中医三部诊法基本一致。同时,由于地缘关系的存在,中国周边国家的一些外来传统医学诸如古印度医学等也成为中国传统医学内部构成的藏医、蒙医和维医等发展过程中的重要知识来源。

3 小结

中国传统医学经过几千年的发展,实现了自然科学与中国古代哲学的融合,在中国传统文化的氛围中完成了中国各地各民族医疗经验在内的中国传统医学的“不自觉”构建,今天的中医药学家应推动这种“不自觉”向“自觉”的转变。当然,现代医学要求传统医学进行技术和文化“二层面”分类的目的之一便是希望传统医学能提供有效而单纯的疗法和(或)治疗药物,但后续的发展证明现代医学原初所

设定生物医学模式并非完善,而传统医学的一些被置于文化层面的内容反而有更大的指导意义,而使得现代医学在某些方面借鉴传统医学的理念,但其所借鉴的中医学理念下充斥的却大部分是现代医学的具体内容描述。

参 考 文 献

- [1] 冯国瑞. 中医学与复杂性科学[J]. 首都师范大学学报(社会科学版), 2008, (S1): 82-89.
- [2] 杨伯峻编著. 春秋左传注[M]. 北京: 中华书局, 1981: 1220.
- [3] 张印生, 韩学杰主编. 孙思邈医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 184.
- [4] 魏·吴普述. 清·孙星衍, 孙冯翼辑. 神农本草经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 孙序.
- [5] 王丹, 杨富学. 回鹘医学与东西方医学关系考[J]. 敦煌研究, 2016, 35(4): 119-125.
- [6] 杜学文. 从魏元拓跋元氏看中华文化的同化力[J]. 名作欣赏, 2018, 39(9): 130-136.
- [7] 马小玲. 试论塔里木盆地的印欧化[J]. 伊犁师范学院学报(社会科学版), 2009, (1): 45-49.
- [8] 宋·司马光编著. 资治通鉴[M]. 北京: 中华书局, 1956: 6718.
- [9] 恽铁樵主编. 群经见智录[M]. 上海: 三联书店, 1990: 108.
- [10] Ghasemzadeh N, Zafari AM. A brief journey into the history of the arterial pulse[J]. Cardiol Res Pract, 2011, 2011: 164832.
- [11] 北京中医药大学编著. 濒湖脉学白话解[M]. 第5版, 北京: 人民卫生出版社, 2013: 69, 76.
- [12] 李玉娟, 杨梅, 罗艳秋. 中医与藏医之脉诊比较[J]. 云南中医学院学报, 2006, 29(S1): 94-97.
- [13] 刘静芝. 浅谈蒙医脉诊的临床应用[J]. 中国民间疗法, 2013, 21(11): 66-67.
- [14] 林超民主编. 民族学评论第2辑[M]. 云南: 云南大学出版社, 2005: 3.
- [15] 武晓立. 我国传统文化中的生态智慧[J]. 人民论坛, 2018, 25(25): 140-141.
- [16] 白晓芸. 传统人文哲学: 中医教育之本[N]. 中国中医药报, 2004-2-16.
- [17] 后晋·刘昫等撰. 旧唐书[M]. 北京: 中华书局, 1975: 5297.
- [18] 元·脱脱等撰. 宋史[M]. 北京: 中华书局, 1977: 14113, 14163.
- [19] 优素甫·哈斯·哈吉甫著, 郝关中, 张宏超, 等译. 福乐智慧[M]. 北京: 民族出版社, 1986: 144, 563.
- [20] 方勇译注. 墨子[M]. 北京: 中华书局, 2011: 533.
- [21] 周·姜尚撰. 六韬[M]. 长春: 时代文艺出版社, 2008: 24.
- [22] 春秋·司马穰苴著. 司马法[M]. 北京: 中华书局, 2007: 143.
- [23] 汉·司马迁撰. 史记[M]. 北京: 中华书局, 1959: 2794.
- [24] 宋·范晔撰. 后汉书[M]. 北京: 中华书局, 1965: 610.
- [25] 李圳. 试论十六国时期少数民族政权的习惯法演变[J]. 西北民族论丛(第二十辑), 2018, 17(1): 35-49, 385.
- [26] 杨富学. 高昌回鹘医学稽考[J]. 敦煌学辑刊, 2004, 23(2): 127-137.
- [27] 唐·孙思邈著. 李景荣, 苏礼, 任娟莉, 等校释. 备急千金要方校释[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 41.
- [28] 明·李时珍著. 本草纲目[M]. 哈尔滨: 北方文艺出版社, 2019: 708.
- [29] 李经纬主编. 中医史(修订本)[M]. 海口: 海南出版社, 2015: 229.
- [30] 宋·李焘撰. 续资治通鉴长编[M]. 北京: 中华书局, 2004: 4745.
- [31] 西藏、四川两个藏医藏药调查组. 关于藏医藏药情况的调查[J]. 中成药研究, 1981, 3(3): 9-10, 5.
- [32] 纳顺达来, 格日乐, 吉格木德. 蒙医脉诊渊源考[J]. 中国民族医药杂志, 2010, 16(10): 78-79.
- [33] 宝龙. 蒙医与中医脉诊技术比较研究[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(10): 1484-1486.
- [34] 吴彤. 两种“地方性知识”——兼评吉尔兹和劳斯的观点[J]. 自然辩证法研究, 2007, 23(11): 87-94.
- [35] 朱碧莲, 沈海波译注. 世说新语[M]. 北京: 中华书局, 2011: 699.
- [36] 俊莲, 包根晓. 浅析蒙医问诊及脉诊学特点[J]. 中国民族医药杂志, 2010, 16(11): 22-23.
- [37] 甄艳, 蔡景峰. 再论藏医“冲甘恰”为脉诊的部位名称[J]. 中国藏学, 2006(2): 254-259.
- [38] 唐晋中. 中藏医脉诊比较研究[J]. 西藏研究, 1992, 12(1): 87-96, 109.
- [39] 甫拉提·孜牙旦. 维医把脉诊断的规律及其正确掌握在临床上的意义[J]. 中国民族医药杂志, 2006, 12(4): 40-41.
- [40] 甫拉提·孜亚旦, 阿不力米提·阿巴斯, 居来提·托合提, 等. 中医学脉象训练仪与维医脉象分类对比研究[J]. 中国民族医药杂志, 2014, 20(11): 29-31.
- [41] 刘娇莹, 崔瑾. 浅谈中医与苗医脉诊比较[J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(23): 1-2.
- [42] 龚瑾. 中医诊断学与傣医诊断学的比较研究[D]. 昆明: 云南中医学院, 2006.

(收稿: 2020-05-30 在线: 2020-11-06)

责任编辑: 白霞