

## · 论 坛 ·

## 中医病名将走向何处？

苏占清

**摘要** 对 2011 年《中医杂志》(共计 24 期)“临床论著”一栏统计后发现:以疾病为研究对象 151 篇,使用西医病名 145 篇,约占 96.03%,是使用中医病名(6 篇)的 24 倍,中医病名已基本不再为中医医师使用。以新世纪(第二版)全国高等中医药院校教材《中医内科学》为例,发现中医病名逻辑混乱,病、证、症不分。其言疾病时,时言“疾病”,时言“病证”。在各论中有些疾病直接以“× 证”命名,定义具体疾病时以症状命名者多言“病证”,以症状或有明显症状色彩的术语作为疾病名称者 31 种,占所列 52 种中医常见疾病的 59.6%。使用中医病名在临床实践中存在误诊失诊、误治失治的医疗风险,对于危重疾病中医不能识其险、化其危,对于慢性疾病不能早发现、早防治。鉴于中医对疾病的认识已明显滞后于临床实践及国内中西医结合的发展,建议西为中用,尽可能使用西医病名,其根本原因在于与中医相比,西医对疾病的病位、病因、病理、诊治、预防等形成的认识更加清晰、客观,对疾病的分类、命名是世界卫生组织和各成员国(包括中国)共同协作的结果而更具普适性。如何借用?还有待大家立足现在(尤其是临床),借鉴传统,面向未来,进行踏实地工作。借用西医病名有助于中医对脏腑的认识回归其本原,临床上有助于病证结合、病方结合的深入,并将有力推动中医辨证的客观化、微观化,产生新理论、新认识,反过来再推动临床的发展。在这一领域,有望使中国医学在世界上占据重要的一席之地,为维护世界人民的健康做出自己的贡献。

**关键词** 中医;西医;病名;中西医结合

Where Will Chinese Medicine Disease Names Go? SU Zhan-qing *Department of Traditional Chinese Medicine, Brain Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing (210029), China*

**ABSTRACT** The statistical survey of "Clinical Articles", one column of *Journal of Traditional Chinese Medicine* (24 volumes in total) showed that, of the 151 academic exploration on diseases, Western disease (WM) names were used in 145 articles, constituting 96.03% of the entire column. Obviously, Chinese medicine (CM) disease names were not basically used by CM physicians. Taking Chinese Internal Medicine (2nd edition), a national textbook for students in CM universities, as an example, we could find that the use of disease names was in a chaos logically, disease, syndrome, and symptom were not used clearly. In the general knowledge part, when mentioning a disease, the book sometimes used "disease", sometimes "disease-syndrome". In the classified parts, some diseases were simply named as "A or B syndrome", and when talking about a specific disease, it referred to the symptom-based disease as a kind of "disease-syndrome". Throughout the whole book, the disease names named after symptoms or heavily colored by symptoms amounted to 31, accounting for 59.6% of the listed 52 common diseases. In clinical practices, using CM disease names ran the risk of making wrong diagnosis or failing to diagnose patients in time, and therefore, leading to improper treatment or loss of treatment time. For critical diseases, these names can't reveal the serious situations and help to get rid of possible dangers. For chronic diseases, using these names can't lead to early recognition and prevention of diseases. Considering that CM disease names can't go with clinical practices, and lag behind the development of integrative medicine, the author suggested that we should borrow as many WM disease names as possible in CM, because when compared with CM, WM has a much clearer and more objective knowledge of the location, cause, mechanisms, diagnosis, treatment, and prevention of diseases. The classification and naming of diseases in WM is the result of negotiation of WHO and its member countries (including Chi-

na), and therefore, more generally accepted. How to do that? We should start from the present clinical practice, refer to the tradition, face the future, and work hard. Borrowing WM disease names is of great significance. It will help to bring the theory of Zang-Fu organs back to its origin, clinically help to deepen the combination of disease and syndrome, disease and formula, promote the objectification and micronization of syndrome differentiation in CM, and possibly bring about new theories of CM which will in return promote clinical development. CM will be able to occupy an important position in the field of world medicine and make its own contributions to the health of the global population.

**KEYWORDS** Chinese medicine; Western medicine; disease name; integrative medicine

近代以来,中医学面临被质疑、被边缘化甚至被否定的现象,以致有人认为中医学走向衰落是一种必然的历史过程<sup>[1]</sup>,这一观点无论正确与否,至少提示中医学应发展、变革。中医学发展的根本动力应在临床,而与临床关系密切的中医“病名”却严重滞后于临床实践。本文通过以下 4 个方面对中医病名及其走向作以探讨:1. 论著浅析,病名何在? 2. 中医病名,乱而生险;3. 问其出路,西为中用;4. 现实意义,理论临床。

### 1 论著浅析,病名何在

翻阅中医类期刊,不难发现中医病名已很少使用。鉴于《中医杂志》在中医类期刊中的正统及权威性,对 2011 年《中医杂志》(共计 24 期)“临床论著”一栏作以统计浅析:(1)全年刊载临床论著 155 篇,以疾病为研究对象 151 篇,使用西医病名 145 篇,约占 96.03%;中医病名 6 篇,约占 3.97%,前者约为后者的 24 倍。(2)排前十位的疾病依次是:糖尿病 18 篇,卒中(包括中风)12 篇,冠心病、慢性乙型肝炎各 8 篇,高血压病、肺癌、类风湿关节炎、艾滋病各 5 篇,慢性阻塞性肺疾病、多囊卵巢综合征各 4 篇,共计 74 篇,约占所有疾病篇幅的 49.00%。(3)使用中医病名的论著中,“胃痛”1 篇,“中风”5 篇。“胃痛”一篇中<sup>[2]</sup>,选择慢性胃炎、消化性溃疡出现的慢性胃痛作为研究对象。虽然“胃痛”诊断参照中医标准,但其纳入标准则是西医相应的诊断标准和中医辨证标准,因此“胃痛”在此看作“症状”似乎更为合适。与“中风”相关的 5 篇论著中,所选病例为脑梗死和(或)脑出血,在此情形下,“中风”又似乎只剩下空壳了。此外,其中 2 篇采用的诊断标准为西医标准<sup>[3,4]</sup>,推测其原因是将“中风”等同于“卒中”,在这一点上可以看到中、西医碰撞的痕迹,尽管目前西医已很少使用“中风”这一术语了。

再对 2011 年《江苏中医药》(共计 12 期)“临床研究”一栏作以统计,结果如下:全年刊载论文 94 篇,除外关于衰老、亚健康 2 篇研究外,以疾病为研究对象的 92 篇,使用西医病名 91 篇,约占 98.91%;中医病

名 1 篇,约占 1.09%,前者约为后者的 91 倍。排前十位的疾病依次是:糖尿病(包括其慢性并发症)12 篇,哮喘 4 篇,脑梗死、冠心病、慢性胃炎各 3 篇,抑郁症、干眼症、银屑病、慢性充血性心力衰竭、慢性肾功能衰竭各 2 篇。使用中医病名的一篇是关于“痛经”的研究,事实上“痛经”这一病名为中、西医所通用。

综上所述,期刊中中医病名已基本不再为中医医师使用,是什么原因导致了这一状况呢?

### 2 中医病名,乱而生险

#### 2.1 逻辑混乱:病、证、症?

以新世纪(第二版)全国高等中医药院校教材《中医内科学》(供中医类专业用)<sup>[5]</sup>为例,不难看出,中医病名逻辑混乱,病、证、症不分。

##### 2.1.1 病、证不分

纵观全书,其言疾病时,时言“疾病”,时言“病证”,病、证不分,试引原文举例如下<sup>[5]</sup>。

“内科疾病的病种多,范围广。……本书在病因分类的基础上,立足脏腑分类,将伤寒、温病以外的外感病证和内伤杂病分为七大类即肺系病证、心系病证、肝胆病证、脾胃病症、肾系病证、气血津液病证、肢体经络病证”。

“中医内科病证的命名原则主要是以病因、病机、病理产物、病位、主症、体征为依据”。

“中医内科外感疾病的病因为六淫、戾气等外邪,……”。

“中医内科疾病辨证论治纲要”一章分为“中医内科疾病辨治原则、外感六淫、内生五气、脏腑、气血津液病证辨治概要”五节,阐述“中医内科疾病辨治原则”时,分别从“辨证原则”、“治疗原则”两方面作以阐述,唯独没有“辨病原则”,其论述的重点是“证”而非“病”,似乎“证”较“病”更重要。

各论中定义具体疾病时,以症状命名者多言“病证”,如“腹痛是指胃脘以下、耻骨毛际以上部位发生疼痛为主症的病证”。有些疾病直接以“×证”命名,如喘证、淋证、郁证、血证、痹证、痉证、痿证、颤证。

“诊查要点”中,所论皆是“病证”鉴别,而不是“疾病”鉴别,又似乎提示“病证”与“疾病”有同一含义。

### 2.1.2 病、症不分

纵观全书,以症状或有明显症状色彩的术语作为疾病名称者实在太多,粗算下来达 31 种,占所列 52 种中医常见疾病的 59.6%。列举如下:咳嗽、哮喘、喘证、肺胀、心悸、不寐、胃痛、痞满、呕吐、噎膈、呃逆、腹痛、泄泻、便秘、胁痛、黄疸、积聚、鼓胀、头痛、眩晕、水肿、淋证、癃闭、阳痿、血证、消渴、自汗盗汗、内伤发热、痿证、颤证、腰痛。

此外,把肺癆、疟疾这些传染性疾病归入内科是否合适?又有几个中医内科医师能够接触到或诊治这些患者?在当前的语境下,把癫狂、痫病、痴呆归入心系病证,把中风、头痛等归入肝胆病证是否已不合时宜,显得极其荒谬?

### 2.2 医疗风险:误诊、失诊

中医病名存在太多的医疗风险,主要表现在误诊、失诊,相应的则是误治、失治,试举例如下。

2.2.1 中风 相当于西医学急性脑血管病,即“脑卒中”,后者是急性起病、迅速出现局限性或弥漫性脑功能缺失症状和(或)体征的临床事件,包括脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血等一组临床综合征。临床实践中,由于病变部位及程度不同,其临床可主要表现为眩晕(如一些小脑或脑干梗死)<sup>[6]</sup>或头痛(如蛛网膜下腔出血)或肢体抽搐(如颞叶梗死或出血)或精神异常(如皮层梗死或出血),而不具备“中风”五大主症的任一症状,在此情形下,岂不误诊它病?更何况三者虽同属急性脑血管病,但其防治措施差异极大,如脑梗死强调超早期溶栓、抗血小板聚集,脑出血强调积极调控血压、颅压,蛛网膜下腔出血强调控制继续出血、防治迟发性脑血管痉挛、去除病因(主要是针对动脉瘤、动静脉畸形进行手术治疗)等。后两种疾病急性期是忌用抗血小板聚集药的,对于中医活血化瘀等运用应是慎之又慎,尽管中医学有“离经之血即为瘀”之说,但查阅众多以活血化瘀为主要功能的中成药或注射液的说明书,对于出血性疾患是禁用的。中医学关于“中风”的认识能告诉我们这些吗?临床实践中,在急性期,仅靠中医的“辨证论治”能解决这些问题吗?又有几个中医师敢不求助于西医的诊疗措施?不具备西医的这些认识和防治措施,面对这些凶险的疾病,我们岂不失诊误诊、失治误治?甚至成了疾病的帮凶?如此,我们离法院或监狱也就不远了。

2.2.2 消渴 相当于西医的糖尿病,我国患病人群中,2 型糖尿病占 90.0% 以上,平均体重指数

(body mass index, BMI) 约 25 kg/m<sup>2</sup>,超重和肥胖的比例较过去明显增加,尤其是大多数儿童和青少年 2 型糖尿病多起病隐匿,肥胖症状不明显,而新诊断的老年糖尿病患者多数起病缓慢,多无症状,往往由于常规体检或其他疾病检查血糖或尿糖时发现<sup>[7]</sup>,若依据中医对“消渴”的定义,岂不失诊、漏诊?不能早期发现,又谈何防治?

像咳嗽、胃痛、呕吐、呃逆、腹痛、便秘、胁痛、头痛等这些中医疾病,其背后可能是恶性肿瘤,初期按中医辨证施治可取得一定的效果,但若不具备西医的诊疗技能,日久岂不贻误病情?!

如今慢性非传染性疾病(non-communicable chronic diseases, NCD)(包括心血管疾病——高血压、冠心病、脑卒中,慢性阻塞性肺疾病,糖尿病,肺癌,肿瘤,精神疾病等)已严重威胁国人健康,并对社会及经济发展产生重大负面影响。我国每年因多种疾病所致约 1 030 万人死亡中,NCD 占 80%,其在疾病经济负担中所占比重为 68.6%,未来 20 年 NCD 仍呈井喷趋势<sup>[8]</sup>,而中医对此尚缺乏相应的认识,依据中医标准难以早期发现,更谈不上诊断和防治。

总之,中医对疾病的认识已明显滞后于临床实践,对于危重疾病不能识其险、化其危,对于慢性疾病不能早发现、早防治,使“上工治未病”成了一句空话。

在此情形下,中医病名是存是亡,该走向何处?其出路何在?

### 3 问其出路,西为中用

鉴于临床论著中广泛使用西医病名的现实及国内中西医结合的发展状况<sup>[9]</sup>,我们可否大胆地奉行拿来主义,借西医病名一用?其理由试举一、二。

#### 3.1 西医认识,深刻客观

与中医相比,西医对疾病的认识更深刻、客观。中医通过传统的四诊手段从整体上探索疾病,得出的认识是模糊的,对疾病的命名带有浓重的症状学色彩,对其治疗强调的是辨“证”而非辨“病”,好像患者求诊不是看“病”而是看“证”,不是来治“病”而是来治“证”,使得“病”对临床的指导作用显得远没有“证”那么重要,“病”似乎只是一个空洞的“符号”,显得有名无实。而西医遵循以分析为主的方法,按照“观察、假设、求证、结论”的逻辑,借助于自然科学手段研究疾病,对病位、病因、病理、诊治、预防等形成的认识更加清晰、客观。就病位而言,涉及到系统、器官、组织、细胞、亚细胞、分子等不同层次;病因精确到中毒、辐射、营养、遗传、免疫缺陷、病原微生物(病毒、立克次体、细菌、螺旋体等)等;其高精度的诊断仪器、高敏感的实验室检查远远超越了中

医传统的四诊手段,有助于及时发现、诊断、防治疾病,如核磁共振成像(MRI)、正电子发射断层扫描(PET)的分辨率、清晰度接近普通组织学水平。借助这些手段,从某种意义上讲可以达到中医学所追求的“上工治未病”的境界。建立在此等基础上的西医病名,无疑具有更为丰富、具体、客观的内涵,无疑更接近于疾病的本质,这或许正是西医病名广为国人(包括中医师)接受的重要原因之一。接受后的结果之一是在中医病历书写规范中,除要求做出中医诊断(包括疾病诊断、证候诊断)外,亦需做出西医诊断(疾病诊断)<sup>[10]</sup>。

### 3.2 分类、命名,普适性强

西医对疾病的分类、命名更具普适性。国际疾病分类(简称 ICD)自产生到现在已有 100 多年的历史,先后已经历 10 次修订,在世界卫生组织和各成员国(包括中国)的共同努力下不断补充、完善,已成为被世界各国接受的国际标准分类,是各国进行卫生信息交流的基础,它是一个基于病因、病理、病位、临床表现四大疾病特征的多轴心分类。在此基础上,又发展为“疾病和有关健康分类的家族”,包括其核心分类即“疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD)”、“初级卫生保健的信息支持”、“基于专科的适用本”、“国际疾病命名法(IND)”和“其他与健康有关的分类”5 个互为联系的模块,后 4 个模块是对 ICD 核心分类的补充。IND 的主要目的是对每个疾病条目提供一个单一的建议名称,其选择名称的主要标准是名称应特异、明确,尽可能自我描述和简单而且在哪里都行得通的原因为基础,每个被建议的疾病或综合征的名称都要给予尽可能明确而简短的定义<sup>[11]</sup>。尽管其对疾病的分类、命名仍在完善中,存在这样那样的问题,但不可否认的是它的普适性,是大家共同努力的结果。尤须指出的是我国作为世界卫生组织疾病分类合作中心的成员国之一,已经且必将为之做出更大的贡献。事实上,从大处看,国人对现代医学的贡献,亦应是现代中国医学的一部分,它毕竟是中国人做出的,且在中国实践着、发展着。如果不拘泥于中医的传统认识,用动态眼光看,这一部分亦应是中医在当前的新生力量,须知中医是中国人的医学(严格意义上是“汉族医学”),中医不应只是传统,更应是现在和未来。

审视中医发展的历程,可以得出中医对疾病的认识当经历“症→证→病”这一过程,当然实际情况要比这复杂。我们知道,“证”是病变当前的主要矛盾,是疾病过程中某一阶段或某一类型的病理概括,而“病”则体现疾病全程的根本矛盾,一般规定了“症”的表现和“证”的动态变化规律,而传统中医对“病”的认识是难以达到这一水准的。

如果我们承认中医是动态的、发展的,那么我们对疾病的认识就不应亦不会局限于整体,必将深入人体内部,象西医那样进一步追寻其具体病位、客观病因等,而西医和现代科学恰恰为我们提供了这一契机。

那么西医病名该如何借用?这有待大家立足现在(尤其是临床),借鉴传统,面向未来,进行踏踏实实的工作。

那么借用西医病名有什么现实意义呢?

## 4 现实意义,理论临床

### 4.1 脏象理论,回归本原

中医关于脏腑的认识本来是基于人体实物解剖的,但由于人体解剖的发展自三国以后受到阻滞及中医传统诊疗手段的限制等原因使得中医对脏腑的认识逐渐抽象化,远离脏腑实体。解放后经过中医界的整理、总结,形成“脏(藏)象学说”,认为中医的“五脏六腑”并不等同于西医解剖学的脏器,中医的“脏腑”是功能性的概念,正如医家恽铁樵所言“《内经》之五脏,非血肉的五脏”<sup>[12]</sup>。那么我们不妨一问:没有血肉,没有实体,没有结构,何来功能?!事实上,在这一认识中,我们可以看到五行学说的影响,如五脏配五行,生硬地把人体脏器之数框定为“五”;也可以看到中医对人体解剖认识的粗略,人体脏腑岂只有五脏六腑、奇恒之腑?更可以看到由于认识手段的局限,通过以“象”测“脏”得出许多莫名甚或荒谬的认识,如至今仍言之不清的“三焦”、“心主神明”等。

当我们广泛借用西医病名后,则自然要求中医关于脏腑的认识应解剖化、客观化,因为西医对疾病的分类、命名是建立在病因、病理、病位、临床表现诸特征之上的,何况现代科技已为我们提供了深入人体内部的诊察手段,我们能置之不理吗?若仍拘泥于从整体上认识机体、疾病,岂不丧失了一次自我救赎的良机?借助现代诊察手段,我们有必要或能够另建一套广为人们接受的客观知识(如解剖学)吗?答案是否定的,在此情形下,我们必将接受西医解剖学及其相关的知识。更何况最少在 20 世纪前并没有人说中医的五脏不是具体的解剖器官,而清代医家王清任所著《医林改错》对脏腑探索的精神亦该让我们深思了。

当我们接受西医有关人体解剖(生理/病理,客观/微观)相关知识时,我们对脏腑的认识亦自会回归其本原,并将有力推动中医辨证的客观化、微观化,反过来亦将深化中医关于脏腑的认识,打开一片新天地。

在这一客观化的过程中,可以发现我们关于人体、疾病认识局限性的原因,仿用宋代文学家苏东坡的话来说当是“不识疾病真面目,只缘身在人体外”,如今

是深入机体内部的时候了。

#### 4.2 国际视野, 中西合璧

国际疾病分类及命名是世界卫生组织和各成员国共同努力、协作的结果, 自然具有国际视野。借用它无疑将大力推动中医与国际接轨, 更为重要的是这有助于中西合璧, 突出表现在病证结合、病方结合两个方面。

病证结合: 即西医辨病与中医辨证论治相结合, 是当代中医药界及中西医结合界最为普遍应用的中医临床诊疗模式, 也是中西医结合的重要成果, 更是中医现代临床实践的需求<sup>[13]</sup>。中华中医药学会于 2008 年发布的《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》即是一种有益的探索, 而近些年来形成的中西医结合诊疗共识意见正是病证结合的典范<sup>[14]</sup>, 尽管这一结合存在诸多不足, 毕竟有了开端。

病方结合: 即西医辨病与中药专方相结合的应用模式, 中药专方针对贯穿疾病始终的主要或根本矛盾进行调控, 从而促进患者康复。中药专方可以是传统的单方或复方, 即某一味中药或多种中药的配伍; 也可以是现代的, 即中药的某一有效成分或多种有效成分的配伍。临床实践中, 许多 NCD 多是复合证型, 病因病机比较复杂, 可以针对“邪”、“正”双方, 进行组方配伍, 通过大型多中心临床随机对照试验 (randomized controlled trial, RCT) 筛选出传统的有效复方, 在此基础上借助现代科技手段, 寻找现代复方。而一些病因、病机比较单一、明确的疾病, 可以直接寻求现代专方, 即从传统中药中寻找其有效组分, 在这一方面我们已经取得了一些成绩, 如张亭栋教授从砒霜中研制出的三氧化二砷 ( $As_2O_3$ ) 注射液治疗急性早幼粒白血病 (APL)、屠呦呦研究员及其团队从青蒿中研制出蒿甲醚、复方蒿甲醚等青蒿素类抗疟药防治疟疾已产生了世界性的影响<sup>[15]</sup>, 可以说是这方面的典范。

病证结合、病方结合将有力推动中医临床的发展, 并进而产生新理论、新认识, 反过来再推动临床的发展。在这一领域, 有望使中国医学在世界上占据一席之地, 为维护世界人民的健康做出自己的贡献。

此外, 临床实践中, 经常会发现许多西医疾病没有相应的中医病名, 常使临床中医师感到困惑。如果借用西医病名, 则这一问题自可迎刃而解; 与此同时, 前述中医病名等乱象及潜在的风险亦可基本得以解决。

总之, 当我们面对接受现代科学教育的国民, 面对西医病名已被国民广泛接受而中医病名被中医师弃而不用现实, 面对中医需要政府大力扶持但仍然苦苦

挣扎的困境, 我们该怎么办? 我想不妨把西医病名借来一用, 直面现实, 立足临床, 开展科研, 这样中医才能融入时代的洪流中, 才能凤凰涅槃。这不是西化, 是胸襟, 是现实, 更是必然。

#### 参 考 文 献

- [1] 郎栋, 严金海, 黄毅. 从被质疑, 被边缘化到被否定——近代中医衰落的历史轨迹[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2011, 32(9): 70-72.
- [2] 姜成, 林瑜, 王晓宁, 等. 不同证型慢性胃痛患者幽门螺旋杆菌基因型与胃上皮 HLA-DR 抗原表达的相关性[J]. 中医杂志, 2011, 52(24): 2102-2105, 2114.
- [3] 万娇, 谢卉, 阳文浩, 等. 巨刺针法治疗中风偏瘫 35 例疗效观察[J]. 中医杂志, 2011, 52(20): 1763-1765.
- [4] 王雷, 崔燕. 针刺配合脉冲电疗法治疗中风后吞咽障碍 70 例临床观察[J]. 中医杂志, 2011, 52(24): 2112-2114.
- [5] 周仲瑛主编. 中医内科学 (新世纪第二版 供中医类专业用)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 3.
- [6] 蒋辉华, 陈为安, 包仕尧. 小脑梗死的临床诊断[J]. 临床神经病学杂志, 2002, 15(3): 156.
- [7] 中华医学会糖尿病学分会. 2010 年版中国 2 型糖尿病防治指南[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2011, 27(12): 增录 12b-8-30.
- [8] 胡大一. 从世界银行报告看慢性非传染性疾病对国人健康的威胁[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(11): 977-979.
- [9] 吕爱平, 刘孟宇, 张弛, 等. 中西医结合医学 30 年回顾[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1445-1458.
- [10] 章亚成主编. 江苏省中医病历书写规范[M]. 南京: 凤凰出版传媒集团江苏科学技术出版社, 2011: 19-31; 78-98.
- [11] 世界卫生组织 北京协和医院世界卫生组织疾病分类合作中心编译. ICD-10 疾病和有关健康问题的国际统计分类·第十次修订本 (第一卷)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 1-18.
- [12] 区结成. 当中医遇上西医: 历史与省思[M]. 北京: 生活·读书·新知三联书店, 2010: 114-125.
- [13] 陈可冀. 病证结合治疗观与临床实践[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(8): 1016-1017.
- [14] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见 (2011 年 天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 733-737.
- [15] 屠呦呦获国际生物医学大奖“拉斯克奖”——表彰其在青蒿素研究中的杰出贡献[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(10): 1301.

(收稿: 2012-09-22 修回: 2012-12-31)