

· 论 坛 ·

中西医结合是中医发展的现实和必然选择

苏占清

中西医结合是中医发展的现实和必然选择! 提倡医学结合者会持肯定的认识^[1], 反对结合者自然持否定的观点, 而持中立态度者对此亦会有不少的疑问。笔者试对此分别作以初步的阐述。

1 中西医结合是中医发展的现实选择

中医应怎样发展? 存在怎样的问题? 唯有临床实践才能较好地给以回答, 因为它是中医存在的最终目的, 更是中医发展的根本动力。而中医类期刊中关于临床研究的论文正是临床实践的反映, 它们为此能提供怎样的答案?

从结合医学类期刊中得出文题的结论不会令人信服, 那么非结合医学类期刊《中医杂志》又能告诉我们什么呢? 笔者对 2010 年—2012 年《中医杂志》“临床研究”(2011 年为“临床论著”)栏目中刊载论文计 351 篇进行筛选, 以疾病为研究对象者计 344 篇, 再对所研究疾病的病名、诊断标准、疾病分类等进行统计, 计算其频数、构成比等, 并据此进行分析, 希望有所启迪。

1.1 病名

对疾病名称是中医病名还是西医病名, 主要依据《中医病证诊断疗效标准》^[2]、《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[3]、系列中医“普通高等教育[十五和(或)十一五]国家级规划教材”、《国际疾病分类(ICD-10)应用指导手册》^[4]及系列西医“普通高等教育[十五和(或)十一五]国家级规划教材”评定。仅为中医或西医使用者分别归入中医或西医病名, 若两者皆用则归入“中西通用”, 每篇论著计 1 频次, 故总计 344 频次。其中有 3 篇分别关于危重病、慢性病、老年手术患者的论著因都涉及多种疾病^[5-7], 为方便起见, 亦各计 1 频次, 因其内容, 归入西医病名中。

中医、中西通用、西医的病名频数及构成比分别为 13 (3.78%)、5 (1.45%)、326 (94.77%)。中医病名中, 胃痛、耳鸣各 1 篇, 中风 11 篇, 共计 13 篇; 中、西医病名通用中, 肛裂、烧伤、不孕症、药物流产、毒蛇

(蝮蛇)咬伤各 1 篇, 共计 5 篇。

可以看出, 临床研究/论著中所使用的病名以西医明显居多, 约为中医的 25 倍(326/13)。但如果细究关于胃痛、耳鸣的 2 篇论著^[8,9], 可以看出是把它们作为疾病的症状; 至于“中风”, 事实上早期为中、西医所通用, 只不过现在西医已很少使用这一术语。这样看来, 中医病名已基本不再为中医医师使用, 这一现象也见于其他中医类期刊。于此, 我们不免要问: 中医病名将走向何处?^[10]“中西通用”可否给我们一些启示? “肛裂”、“烧伤”中医分别称之为“钩肠痔”、“火烫伤”等, 可以说是中医借用了“西医”病名; 关于“药物流产”, 在中医院校教材中基本上是西医的阐述^[11]。事实上, 翻阅中医院校的教材, 如《中医儿科学》、《中医妇科学》、《中医外科学》、《中医骨伤科学》等, 不难发现弃用传统中医病名而借用西医病名的现象已较为普遍, 且在中西医通用的病名, 如不孕症、毒蛇咬伤等的阐述中亦广泛借鉴西医认识^[11,12]。那么对于中医病名如何扬弃? 如何借用西医病名? 有待立足临床进行深入研究。

传统文化重视正“名”, 正所谓名不正则言不顺, 可见“名”的重要性, 而疾病的名称即是一种“名”。中医弃用传统中医病名而广泛使用或借用西医病名, 不正是中西医结合在临床实践中的反映?

1.2 诊断标准

临床研究/论著中的诊断标准, 有中、西医疾病诊断标准及中医辨证(证候)分型标准之分, 包括如下情形: (1) 只有疾病诊断标准: 中医和(或)西医疾病诊断标准 3 种模式; (2) 既有疾病诊断标准, 又有辨证诊断标准, 即疾病加辨证: 论著中只有西病中证、西病中病中证 2 种病证结合模式。

只有疾病诊断标准没有辨证诊断标准者计 145 篇, 约占 42.15%, 其中只有中医诊断标准者、中西医诊断标准均有者和只有西医诊断标准者分别为 9、17、119 篇, 各约占 2.62%、4.94%、34.59%; 既有疾病诊断标准, 又有辨证诊断标准者计 199 篇, 约占 57.85%, 西病中证、西病中病中证各 172、27 篇, 分别约占 50.00%、7.85%; 这样就有 44 (17+27) 篇论文同时给出了疾病的中、西医诊断标准。

在 199 篇有辨证诊断标准的论文中,结合临床或参考文献后自拟辨证标准者有 60 篇,约占总数的 30.15%。参考文献 1~5 种不等,如陈国宏等^[13]结合临床参考 1 种文献制定了慢性前列腺炎的辨证分型标准,王江蓉等^[14]参照 3 种文献制定了艾滋病辨证分型标准,尹燕等^[15]参照 5 种文献制定了子宫内膜异位症辨证分型标准。

可见“疾病”诊断标准以西医明显居多,“疾病加辨证”诊断标准中以“西医疾病加中医辨证”明显居多,一方面反映了临床上中医广泛接受西医病名的现实,另一方面反映了“西医辨病”与“中医辨证”相结合已成为重要的中医临床诊疗模式,它是中西医结合的重要成果^[16]。但 44 篇论著同时给出了中医及西医疾病诊断标准,如吴伟等^[17]关于“冠心病急性心肌梗死”的论著中即是如此。一种疾病怎么可能有两种诊断标准?事实上,在这逻辑混乱的背后真实地反映了当前中医向西医学习、借鉴的现实,如在“胸痹”、“心厥(冠心病心肌梗死)”的中医诊断标准中即纳入了西医的心电图、心肌酶谱相关内容,并且居于重要地位^[18],在此把“冠心病心肌梗死”等同于“胸痹”、“心厥”是否妥当?如果是同一疾病,保留两种名称是否必要?中医能为西医的诊断标准做些什么?从逻辑学的角度看,随着认识的深入,一种疾病应该只有一种诊断标准。

辨证标准中有近 1/3 是研究者结合临床或参考文献后制定,分析其原因大体有三:(1)研究对象多以西医疾病为主,传统中医学不可能对其辨证有较完备的阐述;(2)有些疾病是新发现的疾病,如 1981 年美国首次发现艾滋病,1985 年中国境内首次发现;(3)现有辨证标准不能切合临床,如在当前的中医院校教材“中风病”章节及“中风病诊断与疗效评定标准”^[19]中即无“痰热阻窍证”,而张兰坤等^[20]依据临床制定了出血性中风急性期痰热阻窍证的诊断标准。事实上,临床中许多慢性病多是复合证型,现有的辨证标准有些简单化,与临床有些距离。不管怎样,自拟或参考文献制定辨证标准的现象反映了中医临床工作者的探索精神,尤其是在西医辨病与中医辨证相结合方面。当前诸多中西医诊疗指南或共识即是其反映^[21,22]。当然,切合临床实际的辨证标准的确立仍有待大家依据临床进行不懈地努力,仍有一段漫长的路要走。

俗语说没有规矩不能成方圆,这“标准”即是非常重要的规矩。西医疾病诊断标准被广泛采用及其与中医辨证标准相结合,不也是中西医结合在临床实践中的体现?

1.3 疾病分类及具体疾病

鉴于临床研究/论著中所研究疾病以西医病名占绝大多数,故参考“ICD-10 疾病和有关健康问题的国际统计分类”标准^[23]对其进行分类,统计各类疾病频数及构成比;鉴于当前“神经系统疾病(如癫痫)”、“精神和行为障碍(如抑郁症、精神分裂症)”已引起政府重视,故对这两个类别亦作以简略统计;此外,统计出居前 10 位的疾病及其频数。同样为简便起见,将前述 3 篇关于危重病、慢性病、老年手术患者的论著除外^[5-7]。需指出的是:(1)在 ICD-10 中,“脑血管病”属于“循环系统疾病”,因此依据该分类将“脑卒中”计 23 频次归入“循环系统疾病”。事实上,尽管长期以来国内临床及普通高等教育相关教材将“脑血管病”归入“神经科”或“神经病学”中,但目前已有向 ICD-10 接轨的趋势,如 2011 年“中国心血管病预防指南”中即将“脑卒中”归入“心血管病”^[24]。当然,严格意义上来讲,“脑血管病”是循环系统与神经系统共患疾病,“循环(主要是血管)”病变是因,“神经(组织)”损害是果。(2)鉴于目前中医界将“中风”基本等同于西医的“脑卒中”,故将“中风”归于“脑卒中”,相应地计入“循环系统疾病”中。

“ICD-10 疾病和有关健康问题的国际统计分类”其类目录表主要包含了 21 章的内容,即分 21 类。由于临床研究/论著是关于已明确疾病的研究,因此“第十八章 症状、体征和临床与实验室异常所见,不可归类在他处者”这一分类自然除外;此外,“第二十章 疾病和死亡的外因”、“第二十一章 影响健康状态和保健机构接触的因素”不是“关于疾病的分类”,因此亦除外。这样仅就 18 类相关疾病的频数及构成比作以统计。各类别及其所占频数、构成比由高到低依次是循环系统疾病(63、18.48%),内分泌、营养和代谢疾病(38、11.14%),泌尿、生殖系统疾病(36、10.56%),肌肉骨骼系统和结缔组织疾病(35、10.26%),消化系统疾病(33、9.68%),某些传染病和寄生虫病(31、9.09%),呼吸系统疾病(29、8.50%),肿瘤(21、6.16%),精神和行为障碍(21、6.16%),神经系统疾病(11、3.23%),皮肤和皮下组织疾病(7、2.05%),损伤、中毒和外因的某些其他后果(5、1.47%),血液及造血器官疾病和某些涉及免疫机制的疾患(4、1.17%),妊娠、分娩和产褥期疾病(3、0.88%),眼和附器疾病(2、0.59%),耳和乳突疾病(2、0.59%),起源于围生期的某些情况(0、0%),先天性畸形、变形和染色体异常(0、0%)。

可以看出,栏目中所涉及疾病分类达 16 类,约占

18 类的 88.89%,既反映了中医临床工作者探索西医疾病及进行结合的广泛性,亦反映了《中医杂志》临床研究内容的丰富性。

神经系统疾病中帕金森病 4 频次,癫痫、偏头痛、面肌痉挛、动眼神经麻痹等各 1 频次,总计 11 频次,构成比为 3.23%,相对偏低,提示这一方面的工作有待加强;精神和行为障碍中失眠、血管性痴呆、抑郁症、勃起功能障碍的频次分别是 4、3、2、2,而网络瘾、精神分裂症、阿尔茨海默病、儿童注意缺陷多动症等各 1 频次,总计 21 频次,构成比达 6.16%,看似不太低,但结合临床上失眠、血管性痴呆、勃起功能障碍、阿尔茨海默病等亦可在它科诊治的情形,其有此频数亦不为怪。问题是抑郁症、精神分裂症频数实在不高,而它们是在精神科极为常见且危害甚大的精神和行为障碍^[25,26]。分析其不高的原因,一方面在于中医对此类疾病的认识与西医相比有不少差距,另一方面在于当前国内中医师很少接触这些疾病,除非你工作在西医院的精神科或医学心理科,事实上关于抑郁症两篇论著中的临床资料即来自西医院的精神科或医学心理科^[27,28]。

居前 10 位的疾病及其频数依次是糖尿病及其并发症(25)、脑卒中(23)、冠心病(包括冠状动脉支架介入术)(21)、类风湿关节炎(12)、艾滋病(11)、乙型肝炎(10)、肺癌(9)、支气管哮喘(8)、骨性关节炎(7)、高血压病(6)、慢性阻塞性肺疾病(6),这体现了中医对慢性非传染性疾病如心血管疾病(高血压病、冠心病、脑卒中)、糖尿病、肿瘤等的重视,亦反映了中医对西医感到棘手的一些传染性疾病如艾滋病、乙型肝炎等的积极探索,亦同样说明《中医杂志》与时俱进,把握了时代重点疾病。须知,当前慢性非传染性疾病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^[29],而艾滋病、乙型肝炎等对人们的影响亦有类于此^[30,31]。

一般说来,认识事物既要其资料全面又要重点突出,而期刊中涉及的疾病种类广泛、威胁国人健康的重大疾病亦比较突出,不也正是中西医结合在临床实践中的有力证明?

以上可以看出,《中医杂志》“临床研究/论著”栏目中的论文,从病名到诊断标准、从疾病分类到具体疾病,无不反映了临床上中西医结合的现实。事实上,中医院校广泛开设西医课程、中医院广大中医师学习西医及聘请西医专家参与临床工作的现象,也是中西医结合的反映,即其现实的选择。

2 中西医结合是中医发展的必然选择

16 世纪中叶,西医依附于传教缓慢进入我国,开

始了对国人西医观念的启蒙,以后逐渐加速,如今成为独立的科学体系,民众的态度亦由最初的怀疑、排斥转为认同、接受^[32],如今在维护民众健康上处于事实上的主导地位。反观中医却面临自秦汉以来两千年未有之大变局,生存发展遭遇了严重危机,近代以来逐步退缩到近乎补充的境地,以致一些中医院住院患者的治疗中大都采用西医的措施,仅比西医多了一付汤剂。在这一进一退的过程中,既有中医自身的谋求自强,亦有西医的阻滞或推动,复因政治、经济、文化诸多因素的作用,使得中西医结合成为一种必然。

近 100 多年来,中医曾经历了解放前的交汇与冲突,或主张汇通,或主张科学化^[33]。以唐宗海、朱沛文、恽铁樵、张锡纯等为代表的汇通派,受洋务派、改良派所主张的“中学为体、西学为用”思潮的影响,认为中西医各有所长,主张两种学术汇通,并从理论和临证方面提出一系列的认识和方法,其核心虽在“保”或肯定中医,但亦不否认西医的理论,尤其是张锡纯主张中、西药并用,曾专写一篇“论中西之药原宜相助为理”^[34],并付诸临床实践,可以说是中西医临床结合的初步尝试。以丁福保、陆渊雷、谭次仲、时逸人等为代表的医家,受“五四”新文化运动倡导“科学与民主”思潮的影响,认为中医经验可贵、但理论不科学,主张以科学方式整理、改进中医^[33],其对中医的批评虽有些偏激,但其目的在于改造、发展中医,亦确实指出了中医的短处即其科学性不足(在自然医学领域),认识到科学化当是其一个发展方向,为解放后中、西医在理论上结合指出了一条途径。另需指出的是,民国期间一些曾留学欧美、日本的西医归国人员,主张学习日本对待汉方医学的政策消灭中医,于 1929 年 2 月南京政府召开第一次卫生委员会会议上通过余云岫等人提出的“废止旧医以扫除医事卫生之障碍案”,虽由于中医界的抗争、国民政府内部维护中医派的支持等原因,废止中医案被迅速撤销,但之后事实上种种歧视限制中医的政策、措施,使得中医在近代中国的发展举步维艰^[35],但另一方面客观上促进了西医在中国的发展,亦为解放后中西医结合打下了西医方面的基础。

承接中西医汇通、中医科学化的余绪,中华人民共和国成立后,在政府的支持下,开展了有计划、有组织的西医学习中医、中西医结合研究,产生了“中西医结合”概念,并逐步发展成为一门独立的学科,经过中医界(尤其是结合医学工作者)的共同努力,在科研、医疗、教育、基地建设管理等方面取得了长足进展^[36]。如以陈可冀、吴咸中、沈自尹等院士为代表的西学中开拓者分别在心血管病、急腹症、肾阴阳本质等领域取得

了重大成就,以王永炎、张伯礼、石学敏、吴以岭等院士为代表的中医先行者分别在中药防治甲型 H1N1 流感、血管性痴呆、醒脑开窍针法、络病学说等方面取得了不俗成绩^[36,37]。此外,肖培根院士对中药资源的开发利用研究^[38]、韩济生院士运用针刺镇痛及治疗海洛因成瘾、黎磊石院士及其团队应用草药雷公藤治疗慢性肾炎、张亭栋等从砒霜中研制出的三氧化二砷注射液治疗急性早幼粒白血病、屠呦呦等从青蒿中研制出青蒿素类抗疟药防治疟疾均已产生了广泛性影响等^[10,37]。

从“中西医汇通”、“中医科学化”到“中西医结合”大体上反映了中医走向现代化这一前后连贯的早、中期的漫漫历程。“汇通”反映了中医主动去“结识”西医,“科学化”体现了用自然科学的标准去整合、改进中医,而“中西医结合”则旨在追寻中、西医的真正“融合”,目前已经取得的一些成绩正是部分“融合”的表现。当前两种医学尚处于“融合”进行中,除了政府的参与外,以陈凯先、陈竺、孙燕、陈香美等院士为代表的具备现代科学背景的西医大家,已经认识到中医的潜在价值,亦投身其结合中,分别会在中药开发、白血病、肿瘤、肾病防治等方面取得更大的成果^[37, 39]。在这一结合过程中,西医人员由于其接受现代科学教育的背景及其较少中医学理论的羁绊,使得他们更加易于创新、做出成绩,西医及西学中人员的非凡表现即是证明;而如今的中医人员,也迥异于传统上的师带徒,其自小接受现代科学的熏陶,只不过在大学阶段接受了 4~7 年的传统中医课程,更何况在这一学习过程中亦接受了西医教育,因此在其内心深处,现代科学的思想亦会在潜意识里逐渐开花、结果,在中西互动中加速中西医结合。在此情形下,中医自然会像希腊医学那样接受现代科学的洗礼^[40],从而在中西医结合这一伟大的医学实践活动中有可能实现西医的本土化、中医的现代化,形成最具中国特色的中国医学即中西医结合医学。究其实质,中西医结合不单是中医与西医的结合,也是中医与现代科学技术的结合,毕竟西医是与科学技术结合最好的医学;而现代科学技术是中医走向现代历程所不能回避的,因此这一结合自有其历史的必然性。

当前,随着疾病谱的改变、医学模式的转换,传统中医已经难以适应临床实践的需要,一个显而易见的事实是中青代及以下的中医师不具备西医知识即难以开展医疗工作。在此情形下,中医必须发展、变革,无论是有意还是无意的,大多中医工作者已经接受了中西医结合的思想并已采取行动,《中医杂志》“临床

研究/论著”栏目中的论文即是一种体现。

也许有人会认为,广泛使用西医病名、诊断标准等,并没有形成完善的新理论、新认识,不能算作中西医结合,殊不知中西医结合包含了两个相互关联的层面即实践层面和理论层面。在其早期是两种理论在临床实践中的相互为用,即在实践层面上的初步结合,再形成感性认识,以后在实践过程中逐步形成理性认识,遵循实践、认识、再实践、再认识的循环往复的辩证发展过程这一规律。因此,那种期望不经实践上的初步探索即达到理论上的真正结合无疑是不切实际的。

从病名到诊断标准、再到疾病分类及重大疾病,无不体现了广大中医工作者在临床实践中开展中西医结合的现实。那么,应怎样结合?依据实践与认识的辩证运动规律及《中医杂志》“临床研究”栏目所提供的信息,可以推知只要我们立足临床,合理接受西医病名,以西医疾病作为突破口,制定切实可行的辨证标准,探索西医辨病与中医辨证相结合的诊断模式,积极参与到防治当前危害重大的疾病中去,将有望加速这一结合过程,推动中医步入现代历程,使中国医学在世界上占据重要的一席之地,从而为维护我国和世界人民的健康做出自己的贡献。

(致谢:张毅欣、宁厚旭、陶家平医师对本文给予的协助)

参 考 文 献

- [1] 2011 年上海中西医结合医学国际会议(2011 年 4 月 23 日).关于发展中西医结合医学的共识[J].中国中西医结合杂志, 2011, 31(6): 837-838.
- [2] 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: 1-210.
- [3] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008: 1-147.
- [4] 卫生部卫生统计信息中心.北京协和医院世界卫生组织疾病分类合作中心编.国际疾病分类(ICD-10)应用指导手册[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2001: 53-708.
- [5] 俞兴群,李魏,聂卫群,等.益气活血法联合连续性血液净化治疗危重病患者 23 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(18): 1573-1576.
- [6] 辛海,金玫,沈蕾,等.北京市东城区社区中老年慢性病人人群生存质量与中医九种体质的相关性分析[J]. 中医杂志, 2011, 52(2): 127-129, 138.
- [7] 朱黎明,郑召升.参脉注射液对老年手术患者丙泊酚全麻诱导期循环及呼吸功能的影响[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 34-37.
- [8] 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.

- [9] 柳普照,陈婕,李明. 496 例耳鸣患者体质调查[J]. 中医杂志, 2010, 51(7): 611-613.
- [10] 苏占清. 中医病名将走向何处? [J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(6): 726-730.
- [11] 张玉珍主编. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 347-348; 320-328.
- [12] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 324-333.
- [13] 陈国宏,宋竖旗,李海松,等. 中医辨证治疗慢性前列腺炎的多中心随机对照临床研究[J]. 中医杂志, 2010, 51(5): 419-422.
- [14] 王江蓉,孙建军,陈军,等. 2009 年上海市人类免疫缺陷病毒感染者/艾滋病患者中医证候调查[J]. 中医杂志, 2011, 52(13): 1122-1123, 1127.
- [15] 尹燕,朱芝玲,归绥琪. 子宫内膜异位症患者中医辨证分型与 γ -AFS 分期的相关性[J]. 中医杂志, 2011, 52(23): 2021-2023.
- [16] 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.
- [17] 吴伟,彭锐,李荣,等. 清热活血方治疗冠心病急性心肌梗死 60 例临床观察[J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 905-908.
- [18] 国家中医药管理局医政司胸痹急症协作组东北分组. 胸痹心厥(冠心病心肌梗死)急症诊疗规范[J]. 中国中医急症, 1995, 4(4): 183-185, 173.
- [19] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [20] 张兰坤,过伟峰,徐丹,等. 凉血通瘀方治疗出血性中风急性期痰热阻窍证患者 73 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 28-30, 44.
- [21] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011 版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 28-30, 44.
- [22] 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.
- [23] 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, 2000: 19-928.
- [24] 中华医学会心血管病分会 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心血管病预防指南[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(1): 3-22.
- [25] 赵振海. 我国抑郁障碍的调查现状及展望[J]. 临床精神医学杂志, 2009, 19(1): 63-64.
- [26] Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO; 张明园, 肖泽萍主译. (美国)精神病学教科书[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 288-289.
- [27] 魏青,魏绪华. 舒肝补肾解郁汤联合马普替林治疗抑郁症 22 例临床观察[J]. 中医杂志, 2011, 52(19): 1668-1670, 1675.
- [28] 郑美,林燕红,张建斌,等. 针刺联合抗抑郁药治疗抑郁症 44 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(11): 927-929, 932.
- [29] 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.
- [30] 石超明,赵丽明,廖婷. 困难、困境及对策: 任重道远的中国反艾滋病歧视[J]. 医学与社会, 2012, 25(1): 5-8.
- [31] 徐秋月,刘美娜,徐威,等. 2004-2007 年中国乙型肝炎健康生命年损失研究[J]. 中国初级卫生保健, 2008, 22(12): 41-42.
- [32] 余前春主编. 西方医学史[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 144-175.
- [33] 常存库主编. 中国医学史(供中医药类专业用)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 146-165.
- [34] 盐山张锡纯著,王云凯、杨医亚、李彬之 校点. 医学衷中参西录(中册)[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1985: 259-261.
- [35] 刘理想主编. 中医存废之争[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 78-102.
- [36] 中国科学技术协会主编, 中国中西医结合学会编著. 2006-2007 中西医结合医学学科发展报告[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2007: 3-246.
- [37] 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.
- [38] 田壮,倪玉娟. 利用现代科技挖掘中药资源[J]. 中国现代中药, 2010, 12(12): 40-41, 62.
- [39] 陈凯先. 21 世纪中医药发展的战略思考[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2007, 9(1): 6-9.
- [40] 王台. 中医需要接受科学洗礼[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(8): 1014-1022.

(收稿: 2013-07-10 修回: 2014-09-09)