

## 【理论探讨】

DOI:10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2023.03.024

# 中医对老年人共病的认识与治疗探析<sup>\*</sup>

刘毅,张旭明,谢雁鸣<sup>△</sup>

(中国中医科学院中医临床基础医学研究所,北京 100700)

**摘要:** 共病是两种或多种慢性疾病并存的状态,而老年人的共病状况非常普遍。中医药因其“整体观念”“辨证论治”“善治未病”等特点,对于老年人共病的调治具备一定的优势。中医理论认为老年人的脏腑阴阳、气血精津液、形神都具有虚衰的生理特点;病理上则有易多脏受损、易阴阳俱虚、易生痰瘀风、易生积滞、易情志异常等特征。笔者据此将共病病机总结为:脾肾虚衰、痰瘀互结、心气不足、肝郁气滞等几个方面。相应地,在治疗上则强调补益先天、调补后天、活血化瘀、祛湿化痰、养心疏肝、行气解郁,并且在临床上有较好的疗效。因此本文基于文献论述共病的概念、分类和中医对老年共病的生理、病理及治疗的认识,以期对相关研究以及临证治疗提供思路。

**关键词:** 共病;中医药;老年病;慢性病

**中图分类号:** R24 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2023)03-0371-04

## Discussion on Recognition and Treatment of Senile Multimorbidity in Chinese Medicine

LIU Yi,ZHANG Xuming,XIE Yanming<sup>△</sup>

(Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

**Abstract:** Multimorbidity is the coexistence of two or more chronic diseases, and multimorbidity is very common in the elderly. Chinese medicine has certain advantages in the regulation and treatment of multimorbidity in the elderly due to its characteristics of "overall concept", "treatment based on syndrome differentiation", and "being good at treating before disease". According to the theory of Chinese medicine, elderly people have the physiological characteristics of deficiency of Yin-Yang of Zang-Fu organs, Qi, blood, fluid, and body and spirit; Pathologically, they are prone to multiple organ damage, deficiency of both Yin and Yang, production of phlegm and wind stagnation, stagnation, and abnormal emotions. Accordingly, the author summarizes the pathogenesis of multimorbidity as follows: pattern of spleen-kidney deficiency, pattern of combined phlegm-static blood, pattern of insufficiency of heart Qi, and pattern of liver depression and Qi stagnation. In terms of treatment, the emphasis is on tonifying kidney and spleen, activating blood and resolving stasis, removing dampness and phlegm, tonifying heart and soothing liver, and resolving Qi and depression. It is clinically effective. Therefore, this article discusses the concept and classification of multimorbidity and Chinese medicine's understanding of the physiology, pathology, and treatment of multimorbidity in the elderly based on the literature, with a hope to provide ideas for future research and clinical applications.

**Key words:** Multimorbidity; Traditional Chinese medicine (TCM); Geriatric disease; Chronic disease

共病(multimorbidity),是指两种或多种慢性疾病(目前无法治愈但可以通过药物或其他治疗方法控制的疾病)同时共存的状态<sup>[1]</sup>。随着疾病人口死亡率的下降、人口老龄化的程度逐渐加大及慢性病发病率的急速上升,共病在老年人中变得非常普遍。中国的人口老龄化问题也同样严峻,一项涉及200多万人的研究表明中国中、老年人群有着较高的共病发生率,分别为51.6%和81.3%<sup>[2]</sup>。而由于共病

的存在,会增加医务工作者疾病评估与诊疗的难度、消耗更多医疗资源、降低患者生命质量、增加患者死亡风险。因此,共病是世界范围内的突出问题,是一个日益严重的全球性挑战。

中医因其整体观、辨证论治以及注重“相关关系”的特点,其在应对人体多种疾病共存状态的调治方面,相对于以“还原论”为基础的西医学更具有理论优势<sup>[3]</sup>。相当多的研究表明,中医对于老年人多种慢性病共存状态的治疗具有广泛的安全性、有效性以及经济性<sup>[4-6]</sup>。因此,本文从共病的概念及源流、分类及模式、老年与共病的关系、中医对老年共病的认识与治疗等方面展开论述,以期为未来的研究以及临床应用提供思路。

### 1 共病的概念及源流

1970年,“共病”的概念由美国学者FEINSTEIN率先提出,其英文表达为“Comorbidity”,意为患者除患研究索引疾病外,还患有其他疾病的情形。此概

<sup>\*</sup>基金项目:2021年岐黄学者支持项目(国中医药人教函[2022]006号);全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号)

**作者简介:** 刘毅(1993-),男,山西长治人,在读博士研究生,从事基于中成药真实世界证据与价值评估研究。

**△通讯作者:** 谢雁鸣(1959-),女,吉林长春人,教授,研究员,博士生导师,从事中药上市后再评价方法学研究、中西医结合临床老年病学, Tel: 13911112416, E-mail: ktzu2018@163.com。

念下的研究重点是索引疾病以及其他疾病对索引疾病的影响,其实质是具有相同或相近病因的多种疾病的共存状态<sup>[7]</sup>。其后,1976年德国的BRANDLMEIER教授将“共病”的概念具体化,提出“Multimorbidity”一词,并将其定义为“同一个体同时存在的急性病或慢性病”,从而重新规定了共病包含的疾病类型及范围<sup>[8]</sup>。此外,共病还有“Multiple Chronic Conditions”形式的概念,其仅指慢性疾病的共存状况。总的来说:“Comorbidity”强调多种疾病的原因相同,即共因;“Multimorbidity”强调多种疾病的共存,即共存;而“Multiple Chronic Conditions”则将其范围进行缩小,仅强调慢性病(指慢性非传染性疾病)的共存。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)于2008年正式将“multimorbidity”确定为同一患者体内存在不小于2种慢性病共存,目前国内外多基于此概念进行相关研究<sup>[9-10]</sup>。

## 2 共病的分类与模式

共病的分类从大的方向来看可以包含精神疾病和躯体疾病两类,而按照国际疾病分类-11(International Classification of Disease, ICD-11)的归类,脑卒中、抑郁症、冠心病及心律失常、慢性阻塞性肺疾病、慢性胃或十二指肠溃疡、慢性颈椎或腰椎病、高血压病、糖尿病及恶性肿瘤等9种慢性病及其组合均属老年共病范畴<sup>[11]</sup>。此外,老年综合征(geriatric syndrome)也属于共病范畴<sup>[12]</sup>。老年综合征目前包括的证候暂无标准,而较为认同的种类主要有:认知功能障碍、睡眠不足、感觉缺失、疼痛、跌倒、营养不良、体重减轻、尿失禁及日常生活能力下降等<sup>[13]</sup>。一项涉及115万例住院患者的加权网络分析表明中老年人最常见的共病为内分泌、营养代谢疾病及循环系统疾病<sup>[14]</sup>。

共病模式的探究可以为进一步提高慢性病筛查与共病管理提供参考。同时,不同人种、民族及地区间的共病模式都不尽相同。一项韩国人群的横断面研究显示:高血压和血脂异常在所有组中都具有高度的中心性;胃炎和过敏性疾病在65岁以下的男性中具有高度的中心性,而胃炎、多发性关节炎和椎间盘疾病在65岁以下的女性中具有高度的中心性;前列腺增生症、糖尿病和白内障在65岁以上男性中具有高度的中心性;而多发性关节炎、骨质疏松症和白内障在65岁以上的女性中具有高度的中心性<sup>[15]</sup>。英国的一项涉及50万名参与者的研究中:90 000余名患有2种或更多慢性病,从聚类分析结果来看,得到的3个聚类中糖尿病、高血压和哮喘等疾病是共病的疾病聚类的中心,它们与多种疾病密切相关,共同出现<sup>[16]</sup>。而对我国中老年慢性病患病现状的共病模式的分析显示:中老年人群慢性病患病率及共病患病率均较高,并且与年龄成正比,患病率较高的两种慢性病为血脂异常、高血压,且通过关联规则结果发现,多种慢性病均与高血压、血脂异常存在关

联,两种疾病之间不仅有促进作用,而且还会导致其他慢性病患者率的升高,其中高血压与血脂异常两种疾病之间存在强关联,为最常见的共病模式<sup>[17]</sup>。

## 3 共病与中医的关系

中医学历来强调“整体观”:一是人与自然的统一性,即是人与自然界(即外在环境)保持着统一的整体关系,如《灵枢·岁露》曰:“人与天地相参也,与日月相应也”。二是人体自身的统一性,即认为人体为一个有机整体,构成人体的各组成部分之间,在结构上不可分割,在功能上相互协调、相互为用,病理上相互影响。这种“整体观”贯穿中医“理法方药”的治疗全阶段,因此对于共病,即多种疾病同时存在的病理状态,较之对认为共病的组成疾病的发病机制各不相同的西医而言,具备一定的理论优势。而在治疗上中医往往可从整体进行处方用药,从人体自身的稳态(阴阳平衡)出发进行辨治,可达到共病同调的目的。此外,在对于共病治疗的处方用药上中医的处方组成多是通过君臣佐使的药物配伍,因此有增效减毒的作用;而西药应对不同发病机制的共病则多是线性相加的多重用药,其容易造成肝肾损伤、加重身体的代谢负担,因此中医的药物治疗方面也存在一定的优势。中医的特色在于“辨证论治”,虽然疾病不同、受病部位不同、症状也不同,但是若存在相同病机,可辨为相同的证,因而往往可“异病同治”,这也为中医治疗共病提供了理论依据。另外,中医的治未病理论则为老年共病的防治以及延缓衰老、延年益寿提出了很好的调治原则。对于已有慢性病的老年患者,可先安未受邪之地,以防止共病的发生或共病复杂化;对于老年人的体质问题,如阴或阳的虚衰以及病理产物的累积状态,则可以纠偏以免疾病发作或加重。

## 4 老年与共病的关系

高龄是共病的重要危险因素<sup>[18]</sup>,老年人共病情况尤为严重。一项超过175万人参与的横断面研究显示,64岁以下人群的共病发病率为1.9%~30.4%,而超过65岁的人群发病率就激增至64.9%~81.5%<sup>[19]</sup>。老年人慢性病的发病原因具有复杂性,与个体遗传、自然环境、社会环境、生活行为方式等诸多因素相关<sup>[20]</sup>。而多种慢性病共存的共病则影响因素更为复杂。多种因素的影响导致多种慢性病共存于同一个体的情况明显提升<sup>[21]</sup>。

### 4.1 老年人生理特点

从中医学角度来看,人的一生可概括为生、长、壮、老、已五个阶段,是一个无法逆转的自然过程。对于老年人,其生理特点即是“虚”,包括阴阳、气血精津液、脏腑、形神等几方面的虚衰,而其中的根源则主要体现在脏腑阴阳的虚衰。如《素问·阴阳应象大论篇》云:“年四十,而阴气自半也,起居衰矣”。孙思邈《千金翼方·养老大例》曰:“人年五十以上,阳气日衰”<sup>[22]</sup><sup>126</sup>。这表明老年人存在先天之本、元阴元阳的虚损。《灵枢·天年》有言:“五十岁,肝气



始衰……六十岁,心气始衰……七十岁,脾气虚……八十岁,肺气衰……九十岁,肾气焦……百岁,五脏皆虚……”表明衰老是脏腑逐渐衰弱的过程,脏腑渐衰而不能各司其职,还将按照五行生克规律损及他脏。《灵枢·营卫生会》有“老者之气血衰”的记载,朱丹溪《格致余论》则曰:“人生至六十、七十以后,精血俱耗”<sup>[23]</sup>。表明老年人气血精及其相关的津液亦存在衰少。《千金翼方》载:“人年五十以上……心力渐退,忘前失后”<sup>[22]</sup><sup>126</sup>。《素问·上古天真论篇》曰:“(女子)七七……故形坏而无子也……(男子)七八……形体皆极”。表明老年人形神都易衰惫。

#### 4.2 老年人病机特点

中医强调“谨守病机”,病机是中医诊疗疾病过程中最重要的环节。对于上述老年人“虚衰”的生理特点,相应存在老年人易多脏受损、易阴阳俱虚、易生痰瘀风、易生积滞、易情志异常等病理特征,具体到病机则主要可分为以下方面:

**4.2.1 脏腑虚衰,脾肾为甚** 老年人脏腑阴阳虚衰体现为因虚致病及因虚受邪两方面,这也是中医认为老年人共病的发病本质,即“邪之所凑,其气必虚”,同时老年人脏腑阴阳虚衰还易传变、并见,并影响及周身肢体器官。如《素问·玉机真脏论篇》所言:“五藏相通,移皆有次;五藏有病,则各传其所胜”“五藏皆有合,病久而不去者,内舍于其合也”。而脏腑中最易虚衰者为先天之本与后天之本的肾与脾,“肾本无实”<sup>[24]</sup>而“肾藏精”,故“阴气自半”的老年人脏腑亏虚以肾为甚;而“肾气虚者,脾气必弱”<sup>[25]</sup><sup>404</sup>,二者在生理上互资互助,病理上相互影响,因而脾脏也会出现虚衰,且二者常并见出现,发为脾肾亏虚。

**4.2.2 气血虚衰,痰瘀互结** 气血阴阳的虚衰会影响脏腑气机的运转,从而产生“痰”“瘀”这类病理产物,反过来痰、瘀又会阻滞气机,造成恶性循环,这是老年共病复杂传变和相互影响的重要原因,也是老年共病表现为“本虚标实”的原因。如陈士铎《石室秘录》云:“气虚自然痰多,痰多必然耗气”<sup>[26]</sup>。王清任《医林改错》云:“元气既虚,必不能达于血管;血管无气,必停血而瘀”<sup>[27]</sup>。痰瘀日久互结则会进一步造成中风为患,正如朱丹溪《丹溪心法》云:“中风大率主血虚有痰,治痰为先,次养血行血”<sup>[28]</sup>。此外,还有积滞这一重要病因,这也是共病迁延难愈的重要原因之一,其分为气血的积聚和脏腑的虚滞。前者为老年人气血虚衰,气机不畅,日久气滞血瘀,气血痰并作,发为癥瘕积聚,如方隅《医林绳墨》所述:“积者,痰之积也,血之积也;聚者,气之聚也,气之郁也”<sup>[29]</sup>。后者为老年人脏腑虚弱,导致的脏腑虚滞,在各个脏腑表现为其自身的功能异常。

**4.2.3 心气不足,肝郁气滞** 脏腑气血阴阳虚衰还会造成多种病理过程,如肝气郁结,发为抑郁;心气不足,发为不寐;髓减脑消,发为痴呆等。多表

现为精神情志的异常。“人之生,气之聚也”<sup>[30]</sup>。气是构成人体及维持人体生命活动的基本物质,而气必须运动不息。气机畅达,人才能健康,生命才能持续,反之,若气机郁阻,则会产生疾病,也就是所谓“百病生于气”的道理。老年人或因虚或因痰瘀等病理产物聚集、气机运转不利而气郁,“凡郁皆肝病也”<sup>[31]</sup><sup>53</sup>,因此肝郁气滞相当常见,主要症状是情志方面的失调。心主血脉,主神志,而脏腑和气血的虚衰都可对心造成影响,主要表现为心气不足且多血瘀,是一些精神疾病和心血管疾病发病的内在因素。凡此种种,都导致了老年人易生共病,且迁延难愈、复杂多变的发病特点。

### 5 老年人共病的中医治疗

#### 5.1 补益先天

中医倡导“治病必求于本”,因对老年共病的治疗,应以补益老年共病发病之本的肾阴、肾阳为主,如赵献可所言:“五脏之本,唯肾为根”<sup>[31]</sup><sup>6</sup>。刘菊等<sup>[32]</sup>的研究报道了自拟补肾活血方(女贞子、墨旱莲、仙茅、淫羊藿、枸杞子、菟丝子、杜仲、续断、巴戟天、当归、丹参、骨碎补)联合常规治疗老年2型糖尿病合并骨质疏松患者。在治疗总有效率、骨密度上显著高于单用常规治疗( $P<0.05$ ),而在 $\beta$ 胶原特殊序列、骨钙素水平上则显著低于对照组( $P<0.01$ )。一项针对老年高血压病合并抑郁状态的研究表明补肾解郁汤(桑寄生15g,女贞子15g,柴胡12g,淫羊藿12g,天麻12g,钩藤15g,当归15g,白芍12g,茯苓15g,白术9g,薄荷6g,甘草6g)联合苯磺酸氨氯地平片,相比单用苯磺酸氨氯地平片,在中医症状疗效比较、降压疗效比较、血压比较、汉密尔顿抑郁量表评分和血浆一氧化氮(NO)、内皮素-1(Endothelin-1,ET-1)等结局指标的改善方面均优于对照组( $P<0.01$ )<sup>[33]</sup>。

#### 5.2 调补后天

《脾胃论》曰:“百病皆由脾胃衰而起也”<sup>[34]</sup>。故中医历来强调顾护后天之本。而脾胃为气机升降之枢机,朱丹溪有言:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉”<sup>[28]</sup><sup>185</sup>。《证治汇补》则曰:“治郁之法,多以调中为要”<sup>[35]</sup>。故调理脾胃升降亦有利于气机通达而治疗老年共病。有临床观察研究通过观察对照组和治疗组各30例的老年糖尿病合并功能性消化不良患者得出结论:相比单用西医综合治疗,通降理论组方(柴胡、焦三仙、鸡内金、香附、佛手、香橼、黄芩各10g,法半夏9g、大腹皮6g)合并西医综合治疗,可显著提高治疗总有效率( $P=0.006$ ),显著改善中医证候积分、胃排空率和胃肠激素指标( $P<0.01$ ),而空腹血糖、糖化血红蛋白含量则较治疗前明显降低( $P<0.001$ )<sup>[36]</sup>。马培等<sup>[37]</sup>对80例(对照组、观察组各40例)老年高血压合并抑郁患者开展了临床观察,其研究得出:相比于使用氟哌噻吨美利曲辛片+苯磺酸左氨氯地平片干预的对照组,在对照组用药基础上加以逍遥丸干预的观察组

血压水平、抑郁症状明显疗效更优( $P<0.05$ )。

### 5.3 活血化瘀

《医述·血证》言:“血证有四:曰虚,曰瘀,曰热,曰寒”<sup>[25]</sup><sup>[425]</sup>。虚、寒、热又会导致间接的瘀血,因此“瘀”既是病因又是病理产物。而“气血不和,百病变化乃生”,故活血化瘀在老年共病的治疗中也有重要的地位。有相关研究对干预组(补阳还五汤联合贝那普利)及对照组(贝那普利)各49例的高血压合并脑梗死患者进行临床观察,该研究报道,干预组总有效率、大脑中动脉平均血流速度、搏动指数及阻力指数、收缩压及舒张压、认知功能障碍评分、血NO明显高于对照组( $P<0.05$ );神经功能评分、C反应蛋白、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 水平显著低于对照组( $P<0.05$ )<sup>[38]</sup>。汪馨<sup>[39]</sup>随机对照研究观察了清热化瘀法治疗肺癌合并糖尿病患者60例(试验组、对照组各30例),通过该研究可得:清热化瘀法可明显改善纳入患者的肿瘤高凝状态、高血糖状态,减轻相关症状,提升生活能力。

### 5.4 祛湿化痰

中医认为湿是一种致病因素,其中老年共病常见的内湿主要由脾(亦与肺、肾相关)失于健运、气化失司而产生。痰,则是水液代谢障碍产生的一种病理产物,同时又是致病因素之一,二者往往并称。《癫狂喉症条辨·附痰饮辨》记载:“湿为生痰之源”。表明从二者形成来看,痰多由湿转化而来。故临床治痰,需理脾化湿为先。廖敏敏<sup>[40]</sup>开展降压调脂方(姜半夏、广藿香各12g,天麻20g,白术、砂仁、陈皮各15g,木香、厚朴、甘草各10g,山楂30g)联合硝苯地平、瑞舒伐他汀钙治疗老年高血压病合并高脂血症的临床研究,其通过观察干预组与对照组各46例患者而得出结论:干预组相比对照组治疗老年高血压病合并高脂血症更加有效,并可有效控制血压、血脂,同时减少了药物不良反应。赵颖<sup>[41]</sup>的研究则将治疗组和对照组各240例慢性支气管炎合并肺气肿患者分别以厚朴麻黄汤+常规治疗或常规治疗干预进行观察,从而得出厚朴麻黄汤+常规治疗治疗慢性支气管炎合并肺气肿患者在总有效率、肺功能改善方面优于仅常规治疗。

### 5.5 养心疏肝

清代费伯雄有语:“七情之伤,虽分五脏,而必归本于心”<sup>[42]</sup>。老年人人气亦虚,更易受七情影响而致气血不和、阴阳失调、脏腑紊乱而发为神志异常的病证,如癫狂、痴呆等疾病。此外,如前所述,老年人易气郁,而“凡郁皆肝病也”,故老年人亦常因肝气郁结而抑郁。综上,老年人情志方面共病的治疗则常应养心疏肝。一项关于帕金森病合并抑郁症患者的随机对照试验中发现,中成药养心定悸胶囊联合西药治疗较之单用西药治疗,可对帕金森病合并抑郁患者具有更好的疗效,同时可缓解病情发展,改善非运动症状,并能减轻抑郁情绪,该疗效可能是通过影响PI3K/AKT/mTOR信号通路而发挥作用<sup>[43]</sup>。

### 5.6 行气解郁

老年人往往存在多种病机:先天虚损,后天不足;情志失常,阴阳失调;气机郁塞,酿生六郁。而“百病皆生于郁”<sup>[44]</sup>,故对于老年人共病治疗“郁”的状态亦尤为重要。否则郁而不散则变生毒邪,造成病情加重、病情更加复杂及缠绵难解。因此在治疗老年共病时,应在主方的基础上加以行气解郁的药物,从而使气机条达、气血调和。

## 6 结语

综上所述,从中西医学角度来看,老年人均是共病的主要人群,且老年共病患者预后较差、负担更重。通过分析中医学对老年共病的认识,得出老年共病主要特点是易多脏受损、易阴阳俱虚、易生痰瘀、易生积滞、易情志异常,因而其治疗多采用补益先天、调补后天、活血化瘀、祛湿化痰、养心疏肝、行气解郁等方法。中医对老年人共病从理论到临床具有安全、有效性,相比西医来说,具备一定的优势。而目前中医领域基于“共病”概念的阐发及研究仍较少,因此,中医领域亟待开展基于“共病”的相关研究,为应对老龄化社会老年人的健康问题贡献我们的中医方案。希冀本文可对将来的中医治疗老年共病、慢性病的研究有一定启发及指导作用。

### 参考文献:

- [1] YARNALL AJ, SAYER AA, CLEGG A, et al. New horizons in multimorbidity in older adults[J]. Age Ageing. 2017, 46(6): 882-888.
- [2] WANG X, YAO S, WANG M, et al. Multimorbidity among Two Million Adults in China[J]. Int J Environ Res Public Health. 2020, 17(10): 3395.
- [3] 陈代军,李丹丹.从异质性浅谈中西医的差异[J].中国实用医药,2022,17(15):194-196.
- [4] 刘毅,谢雁鸣,黎元元,等.基于真实世界及靶点网络的鹿瓜多肽注射液治疗骨关节炎的人群特征、疗效、联合用药及机制预测分析[J].中草药,2022,53(17):5445-5458.
- [5] 史金玉,王超,黄乐曦,等.冠心病合并焦虑抑郁的治疗研究进展[J].世界中医药,2022,17(14):2087-2091.
- [6] 耿洪娇,谢雁鸣,王志飞.脑心通胶囊治疗气虚血瘀证脑梗死及冠心病心绞痛的临床综合评价[J].中国中药杂志,2021, 46(23):6087-6095.
- [7] FENINSTEIN AR. the pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease[J]. J Chronic Dis. 1970, 23(7): 455-68.
- [8] DODEL R. Multimorbidität: Konzept, Epidemiologie, Versorgung Multimorbidity: concept, epidemiology and treatment [J]. Nervenarzt. 2014, 85(4): 401-8.
- [9] ORGANIZATION W H. The world health report 2008: Primary health care now more than ever[J]. World Health Organization, 2008, 25(7): 617.
- [10] 常峰,张冉,路云,等.共病概念体系研究分析与设计[J].中国全科医学,2018,21(3):256.
- [11] HARRISON JE, WEBER S, JAKOB R, et al. ICD-11: An international classification of disease for the twenty-first century [J]. BMC Med Inform Decis Mak, 2021, 21(Suppl 6): 206.
- [12] 姚元龙,史威力,冯娟,等.老年共病的研究管理策略[J].中华全科医学,2022,20(8):1267-1270.

(下转第478页)



定的历史环境中去考察,并在宏大的文化视野下审视翻译活动中的翻译选择、文化立场和价值重构等重要问题<sup>[11]</sup>。而哲学诠释学关于文本理解和诠释的哲学思想,则在认识论和方法论上为开展翻译批评提供了学理基础。通过分析译者所处的社会历史文化语境,透过翻译的整个过程尽可能地还原译者的翻译观和操作方法。本文基于哲学诠释学的视角,围绕文本的开放性与意义的不确定性、译者主体性与翻译多样性、译者视域差与翻译诠释度三个方面尝试对《黄帝内经》英译本进行翻译批评探讨,旨在抛砖引玉,引起业内专家学者关注,以期促进中医典籍翻译事业的发展,推动中医药更好地走向世界。

#### 参考文献:

- [1] 何阳,何娟. 中医典籍英译“阐释学”问题研究探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(11): 1283-1285.
- [2] 王治梅. 阐释学视角下《黄帝内经》省略辞格的英译研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2011.

- [3] 陈媛,李盛. 阐释学在中医典籍英译的应用研究[J]. 宁夏社会科学, 2015, (3): 190-192.
- [4] 李虹. 中医典籍英译的哲学阐释学解析[J]. 哲学研究, 2015, (10): 70-74.
- [5] 王娜. 论阐释学在中医古籍翻译中的应用[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(9): 1123-1126.
- [6] 谢云才. 基于哲学诠释学视角的翻译批评——以《当代英雄》不同译本为例[J]. 中国俄语教学, 2014, 33(1): 26-31.
- [7] 殷丽. 中医药典籍国内英译本海外接受状况调查及启示——以大中华文库《黄帝内经》英译本为例[J]. 外国语, 2017, 40(5): 33-43.
- [8] 李照国. 中医英语翻译技巧[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 7-11.
- [9] 邱功. 中医古籍英译历史的初步研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2011.
- [10] 蒋继彪,张斌. 功能翻译理论下的《黄帝内经》英译本比较研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(11): 1569-1572.
- [11] 许钧. 文学翻译批评研究[M]. 南京: 译林出版社, 2012: 206.

收稿日期: 2022-01-07

(责任编辑: 杜松)

(上接第 374 页)

- [13] KOZAKI K. Frailty and geriatric syndrome[J]. Nihon Rinsho. 2013, 71(6): 974-9. Japanese.
- [14] CHEN T, DREDZE M, WEINER JP, et al. Identifying vulnerable older adult populations by contextualizing geriatric syndrome information in clinical notes of electronic health records[J]. J Am Med Inform Assoc. 2019, 26(8-9): 787-795.
- [15] LEE Y, KIM H, JEONG H, et al. Patterns of multimorbidity in adults: An association rules analysis using the Korea health panel[J]. Int J Environ Res Public Health. 2020, 17(8): 2618.
- [16] ZEMEDIKUN DT, GRAY LJ, KHUNTI K, et al. Patterns of multimorbidity in middle-aged and older adults: An analysis of the UK Biobank data[J]. Mayo Clin Proc. 2018, 93(7): 857-866.
- [17] 刘贝贝,田庆丰,郭金玲. 我国中老年人群慢性病患病现状及共病模式分析[J]. 医学与社会, 2022, 35(8): 58-61+66.
- [18] YARNALL AJ, SAYER AA, CLEGG A, et al. New horizons in multimorbidity in older adults[J]. Age Ageing. 2017, 46(6): 882-888.
- [19] BARNETT K, MERCER SW, NORBURY M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study[J]. Lancet. 2012, 380(9836): 37-43.
- [20] MURRAY CJ, LOPEZ AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study[J]. Lancet. 1997, 349(9063): 1436-1442.
- [21] 廖显明,王晓婕. 我国老年人慢性病共病的现状和应对策略[J]. 应用预防医学, 2022, 28(2): 191-194+197.
- [22] 孙思邈. 千金翼方[M]. 鲁兆麟, 主校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.
- [23] 朱震亨. 格致余论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 6.
- [24] 钱乙. 小儿药证直诀[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 2.
- [25] 程文囿. 医述[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2021.
- [26] 陈士铎. 石室秘录[M]. 王树芬, 裴俭, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 6.
- [27] 王清任. 医林改错[M]. 李天德, 张学文, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 39.
- [28] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 周琦, 校注. 北京: 中国医药科技出版

- 社, 2012: 16.
- [29] 方隅. 医林绳墨[M]. 王小岗, 贾晓凡, 校注. 北京: 中医古籍出版社, 2012: 235.
- [30] 张远山. 庄子复原本[M]. 北京: 天地出版社, 2021: 426.
- [31] 赵献可. 医贯[M]. 郭君双, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [32] 刘菊,梅群超,张林英,等. 补肾活血方对老年 2 型糖尿病合并骨质疏松症患者骨代谢标志物、骨密度的影响[J]. 中医学报, 2018, 33(7): 1226-1229.
- [33] 高晗斐,李洁. 补肾解郁汤对老年高血压病合并抑郁状态患者的内皮功能影响及疗效观察[J]. 山西中医学院学报, 2017, 18(4): 30-32.
- [34] 李东垣. 脾胃论[M]. 文魁, 丁国华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 15.
- [35] 李用粹. 证治汇补[M]. 王英, 胡森, 竹剑平, 等, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 95.
- [36] 郭华,翟军鹏,侯凤艳,等. 通降理论组方治疗老年糖尿病合并功能性消化不良[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(5): 958-962.
- [37] 马培. 逍遥丸联合降压药治疗老年高血压合并抑郁症状患者的效果观察[J]. 中外医学研究, 2017, 15(30): 56-57.
- [38] 李鹤,李洪伟,王凤英,等. 补阳还五汤联合贝那普利对高血压合并脑梗死血流动力学、IL-6、TNF- $\alpha$  的影响[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(9): 71-74.
- [39] 汪馨. 清热化痰法干预肺癌合并糖尿病的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2018.
- [40] 廖敏敏. 降压调脂方联合硝苯地平、瑞舒伐他汀钙治疗老年高血压病合并高脂血症临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(18): 54-57.
- [41] 赵颖. 厚朴麻黄汤治疗慢性支气管炎合并肺气肿的疗效分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(8): 31-32.
- [42] 费伯雄. 医醇膳义[M]. 王鹏, 王振国, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 57.
- [43] 韩雪娟,孔祥芳,戴京涛. 养心定悸胶囊治疗帕金森病合并抑郁患者的临床疗效及对 PI3K、AKT、mTOR 蛋白水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(7): 1346-1350.
- [44] 何梦瑶. 医编[M]. 桂林: 广西师范大学出版社, 2015: 351.

收稿日期: 2023-01-09

(责任编辑: 郑齐)