

论 坛

从医儒二家看待阴阳的异同探求
阴阳学说的现代化

上海第一医学院华山医院 沈自尹

阴阳二字含有两种概念，一是事物的属性，一是事物的本质。这两种概念必须分别对待不可混淆，如牝牡的阴阳是属性，而牝牡本身又各具阴阳，那就是本质。阴阳的互根互化是本质不是属性，临床上的阴症阳症是属性，而阴虚阳虚就是本质。当然阴症阳症的属性是由它的本质表现而判别的，而阴虚阳虚是由本质而区分为属性，这两者既有区别又有联系。

中医阴阳学说最早当推《内经》，但《内经》只说到阴阳为变化之父母，生杀之本始，万物之纲纪，归结之曰神明之府。儒家提出无极而太极而两仪，穷事物原始之理，阴阳互为其根，因此后世不少医家汲取儒家之说以阐发阴阳本质。《内经》对事物属性在解剖、生理、病因、病理、诊断、治则各方面所举甚多，并形成了阴阳共性之概括，为后世医家临床实用之基础。

一、《内经》阴阳与儒家阴阳之主要异同点

(一)《内经》与儒家对阴阳的基本看法是一致的，都认为阴阳是对待而统一且有属性的，但《内经》偏于分，儒家偏于合。

《内经》与儒家都认为阴阳是对待的统一。如《内经素问·阴阳离合论》：“天为阳，地为阴，日为阳，月为阴。”《内经素问·阴阳别论》：“所谓阴阳者，去者为阴，至者为阳，静者为阴，动者为阳，迟者为阴，数者为阳。”（原本论脉，此处取其相对）儒家至宋朝理学则更明确以太极阴阳讲宇宙，其中以周敦颐为创始，以朱熹集其大成，故以此二位为代表。如周敦颐《周子太极图说》：“太极动而生阳，静而生阴，分阴分阳，两仪立焉。”朱熹《朱子集说》：“阴阳本无始，但以阳动阴静相对言则阳为先，阴为后，阳为始，阴为终。”

但在阴阳的分与合上《内经》与儒家却有不同程度的看法。如《内经素问·阴阳应象大论》：“阴在内，阳

之守也；阳在外，阴之使也。”朱熹《朱子集说》：“阴阳只是一气，阴气流行即为阳，阳气凝聚即为阴，非真有二物相对也，……阴阳作一个看亦得，作二个看亦得。”

《内经》认为阴阳是对待的统一，而儒家则认为阴阳是一而二，二而一，其中贯穿有阴阳互根的观点。《内经》偏重于分，儒家则偏重于合。

(二) 内经与儒家都有阴阳消长、转化、循环不已的论点，而儒家则明确提出阴阳互根。

《内经》多从四时寒暑，日夜更迭，由于物极则反来推论人身阴阳之变化。如《内经灵枢·论疾诊尺篇》：“四时之变，寒暑之胜，重阴必阳，重阳必阴，故阴主寒，阳主热，故寒甚则热，热甚则寒。”《内经素问·阴阳应象大论》：“寒极生热，热极生寒，……阳胜则热，阴胜则寒，重寒则热，重热则寒。”《内经素问·天元纪大论》：“物生谓之化，物极谓之变。”儒家则明确提出阴阳互根观点，如周敦颐《周子全书》：“动极而静，静极复动，一动一静互为其根。”朱熹《朱子集说》：“动之前有静，静之前又有动，推而上之，其始无端，推而下之，以至未来之际，其卒无终，动静无端，阴阳无始，看来只是一个实理。”儒家虽说“动极而静，静极复动”但其基础在于“一动一静互为其根。”朱熹《语类》说得更为清楚：“动而无动，静而无静，非不动不静，方其动时未尝不静，故曰无动，方其静时未尝不动，故曰无静，静中有动，动中有静，阳中有阴，阴中有阳，错综无穷是也。”“太极未动之前便是阴，阴静之中自有阳之根，阳动之中自有阴之根，动之所以必静者根乎阴故也，静之所以必动者根乎阳故也。”故儒家所论之阴阳消长与转化，是在阴阳互根的基础上。虽然《内经素问·阴阳应象大论》也有“清阳为天，浊阴为地，地气上为云，天气下为雨，雨出地气，云出天气。”似含阴阳互根之意，但毕竟晦而不显，所以阴阳互根形成为一个论点还是来源于儒家。

二、后世医家阴阳互根学说之根源

后世医家善用阴阳者，如张景岳对阴阳之发挥，显然取自儒家。如《景岳全书·阴阳论》：“阴阳原同一气，火为水之主，水即火之源，水火原不相离也。”《类经·注法阴阳篇》：“夫水火皆宅于命门，析之则二，合之则一。”“阴阳合一之妙于气水而见之矣，夫气者阳也，气主升，水者阴也，水主降。然水中藏气，水即气也，气中藏水，气即水也。升降虽分阴阳，气水实为同类。”《景岳全书·传忠录》“阴根于阳，阳根于阴，凡病有不可正治者，当从阳以引阴，从阴以引阳，各求其属而衰之。如求汗于血，生气于精，从阳引阴也。又如引火归原，纳气归肾，从阴引阳也。此即水中取火，火中取水之义。”又说：“善补阳者必阴中求阳，阳得阴助，生化无穷。善补阴者必阳中求阴，阴得阳生，其源不衰。”张氏将儒家之阴阳互根观点运用于临床，创左归丸与右归丸，获得后世医家之赞誉。如清代有名的王旭高在他的《医书六种》中对左、右归丸作了确切的评价：“左归是育阴以涵阳，不是壮水以制火，右归是扶阳以配阴，不是益火以消水，与古方知柏八味、附桂八味，盖有间矣。虽壮水益火所用相同，而绉诸阴阳尤为熨贴。”张景岳于晚年更明确承认儒家阴阳之指导意义。《医易义》：“尝闻之孙真人曰：不知《易》不足以言大医，每窃疑焉，而今也年逾不惑，茅塞稍开，乃知天地之道以阴阳二气而造化万物，人生之理以阴阳二气而长养百骸，虽阴阳已备于《内经》，而变化莫大乎《周易》。谓太极动而生阳，静而生阴，动之始则阳生，动之极则阴生，静之始则柔生，静之极则刚生。……医而明此乃知阳中有阴，阴中有阳。……谓四象生八卦，医而明此乃知阴阳之中复有阴阳。凡人之性理神机，形情病治，可因之以得其纲领而会通其变化之多矣。”

石寿棠《医原》中撰阴阳互根论，其论点有“阳不能自立，必得阴而后立，故阳以阴为基。阴不能自见，必待阳而后见，故阴以阳为统，根阴根阳天人一理也。”正是从朱熹之“道非器不形，器非道不立”而来。且“阴阳以气言，水火以形言，……然水外暗而内明，实为阴中之阳，火外明而内暗，实为阳中之阴。”则系摘自朱熹之《朱子集说》，其阴阳互根之论来自儒家无疑。

古代的《周易》是谈阴阳之书。一般认为阴阳学说出于《周易》，而《周易》其初只有图象，并无文字，以“—”代表阳，以“--”代表阴。从这阴阳二个符号交错变生出八卦，而在当初只是代表天、地、风、雷、水、

火、山、泽自然界八种事物作卜筮之用。以后文王演卦，儒家、道家将阴阳应用于社会人事方面，至宋理学大盛，阴阳成为指导一切之哲理，周敦颐自绘太极图（见图1），另修改太极图（见图2），以后医家也用它来说理。明·张景岳、孙东宿等都引用此图说，连1973年美国Goldberg也用此图来解释环核苷酸的关系。

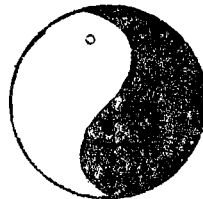
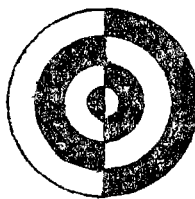


图1 周敦颐自绘太极图 图2 修改太极图

朱熹注“水质阴而性本阳，火质阳而性本阴。水外暗而内明，以其根于阳也；火外明而内暗，以其根于阴也。太极图阳动之中有黑底，阴静之中有白底是也。”意即阴阳或水火均为互蕴其性质，以后石寿棠引用于《医原》作为阴阳互根之依据。朱熹说天地万物只是一个理，便是太极，由太极才分阴阳。这种对阴阳的论述是究其原始，亦就是触及阴阳的本质。阴阳互根在一般现象上是看不到的，只有在考虑到阴阳的本质才考虑到。以水火为例，在自然界只见水火是互相对待而不两立的，未见水火可直接相互转化；但于人体类似水火（真阴、真阳）的现象可相互根生，相互依赖，并可相互转化。故后世医家如孙东宿、薛立斋、赵养葵都托之以先天之水火，其实就是阴阳的本质，水火不过用现象以为区别，所以《内经》称水火为阴阳之征兆。朱熹说明阴阳只是一气，阴气流行即为阳，阳气凝聚即为阴，如此认识阴阳就不至于绝对化。阴阳是分之则二，合之则一，如绝对化就愈离愈远而无法合起来，更没可能相互转化。阴阳有属性之联系，否则不能对立，有此属性之内在联系，才蕴有互根之因素，所以阴阳互根实与有属性的相对统一相呼应。

三、如何探求阴阳学说现代化

（一）用现代化手段探求阴阳的属性和本质。

现代医学了解到神经系统的高级中枢如大脑皮层有兴奋与抑制的生理过程，植物神经有交感与副交感的对立协调。神经递质及内分泌激素都是成对的，发现一个新激素往往提示另一个相拮抗的新激素有待于发现。但这些并不等于阴阳，一般研究阴阳还得从研究阴阳的属性着手。五十年代末藏象专题研究组^{〔1〕}收治

88例包括多种不同疾病并有肾虚阴阳失调显著见证者,于补肾调节阴阳的治疗前后测定冷压试验、尿17羟皮质类固醇、红细胞糖酵解率。

1. 冷压试验能反映植物神经中枢及大脑皮质的血管调节机能状态。肾虚组45例作110例次测定。按一般理论肾阴虚多兼肝阳亢,肾阳虚多兼脾阳虚。本组由于病久,肾阴阳两虚虽以肾阳虚偏重,由于肾阴亦虚,故可见肝阳亢;虽以肾阴虚偏重,由于肾阳亦虚,故可见脾阳虚(见表1)。从表1可见肾阳虚偏重型与肾阴虚偏重型确有两极分化现象,但肾阳虚之兼肝阳亢者,以及肾阴虚之兼脾阳虚者,其冷压试验反应可被肝、脾二脏的反应所掩盖。因此,冷压试验可反映整体阴阳的动态倾向。心、肝、肺阴虚和肾阴虚肝阳亢者处于偏高值,而脾阳虚和肾阳虚则常有双相、倒错,甚至无反应,而且有7例临床阴阳转型时,伴有冷压试验曲线的相应变化。

表1 肾虚病人及正常人冷压试验的血压反应

组 别	总例次	无反应	倒错	双相	升高(毫米汞柱)			
					<10	10~19	20~29	30~39
肾 虚 组	肾阳虚偏重型(无肝阳亢)	18	1	4	7	4	2	0
	肾阴虚偏重型(无脾阳虚)	55	0	0	0	6	22	16
	肾阳虚偏重型(兼肝阳亢)	26	0	0	0	2	6	6
	肾阴虚偏重型(兼脾阳虚)	11	0	2	3	2	3	1
心、肝、肺阴虚组	9	0	0	0	2	3	4	0
正常人对照组	13	0	0	0	8	5	0	0

[注] 无反应:指冷刺激后,血压毫无波动;倒错反应:指冷刺激后,血压反而下降,很久才回复;双相反应:指冷刺激后,血压稍升高,但立即明显下降至基础压以下,很久才回复(如血压以升高为主,以后稍波动于基础压以下者则不算双相反应)。

2. 尿17羟皮质类固醇测定反映肾上腺皮质激素在尿中的代谢产物。在78例的补肾调节阴阳治疗中,发现肾阳虚偏重型中7例由于用温药过偏,临床症状转变为肾阴虚偏重型,如出现口渴舌红、烦躁失眠、便秘尿赤等某些见证,原来尿17羟的低值相应升至正常最高值或以上;当改用滋阴药或略加清热药后,尿17羟即降至正常,回复至原有低值。另有3例阴虚阳亢者,由于用泻火药而出现畏寒、失眠、乏力等阳虚偏重型的某些见证,其尿17羟即降至正常最低值以下(见表2)。

表2 治疗中肾阴虚阳虚转型病例

24小时尿17羟值(毫克)的变化

姓名	治 疗 前		治 疗 中		治 疗 后	
	肾虚类型→	尿17羟	肾虚类型	尿17羟	肾虚类型	尿17羟
杨××	肾阳虚偏重	4.30	肾阴虚偏重	13.00	恢复正常	未测
李××	肾阳虚偏重	2.70	肾阴虚偏重	14.80	恢复正常	7.9
罗××	肾阳虚偏重	0	肾阴虚偏重	14.80	肾阳虚偏重	1.7
张××	肾阳虚偏重	3.70	肾阴虚偏重	12.95	恢复正常	9.0
陆××	肾阳虚偏重	3.38	肾阴虚偏重	13.20	恢复正常	7.0
叶××	肾阳虚偏重	2.75	肾阴虚偏重	18.50	恢复正常	10.8
周××	肾阳虚偏重	3.40	肾阴虚偏重	18.30	肾阳虚偏重	5.7
王××	肾阴虚偏重	9.00	肾阳虚偏重	0	恢复正常	9.0
王××	肾阴虚偏重	8.30	肾阳虚偏重	0.86	恢复正常	未测
俞××	肾阴虚偏重	9.00	肾阳虚偏重	1.44	肾阴虚偏重	未测

3. 红细胞的能量几乎全部由糖酵解所供给,对正常人与肾虚病人进行红细胞糖酵解率测定的结果⁽²⁾表明,肾阳虚者治疗前较正常者为低,肾阴虚者治疗前较正常者为高,经补肾调节阴阳治疗后,肾虚两组都趋向于正常值(见表3)。

表3 肾虚病人及正常人红细胞糖酵解

与氧化强度的变化

(1毫升比容50红细胞悬液在37℃保温1小时的数值)

组 别	例数	糖酵解强度		例数	糖氧化强度	
		乳酸增加(微克/均值±标准差)	耗糖(%)		氧吸收(微升/均值±标准差)	耗糖(%)
肾阳虚(治前)	20	375.0±92.1**	91	18	28.0±6.4	9
肾阳虚(治后)	13	551.9±156.4	91	13	40.2±12.4 [△]	9
肾阴虚(治前)	9	727.8±211.4*	93	9	39.7±7.9*	7
肾阴虚(治后)	9	545.2±96.7	93	9	28.6±7.5	7
正 常 人	23	492.4±57.1	92	20	31.9±7.2	8

[△] 与治前比P<0.01

* 与正常人比P<0.05; ** 与正常人比P<0.001

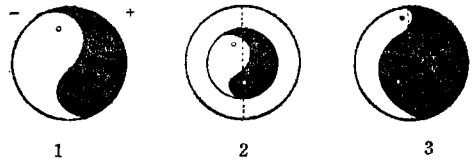
从以上三项测定中可以得出如下几点: 第一, 整体阴阳与局部阴阳都可找到具有属性的指标以示阴阳的对立,但都不是特征性的。冷压试验固可反映肾中阴阳,而由于肝、脾二脏反应更为强烈,似反映了整体阴阳。尿17羟值与红细胞糖酵解率虽反映了肾中阴阳属性,但在以后肾阳虚的研究中发现,不仅是肾上腺皮质,还有性腺、甲状腺、垂体、下丘脑等都有涉及。由于人体是一个复杂的自控系统,整体之大是难以用某一、二个物质来代表,局部各脏亦互有交错联系。从属性着手看来目前尚不易肯定阴阳之特征性物质基础。第二, 肾中阴阳在用药过偏时会出现阴阳转化的迹象,而这阴阳转化是在同一物质基础上,也就是在阴阳互根的基础上。

其临床意义在于急性病多为邪正相搏，元气未损，寒者热之，热者寒之，可取阴阳调和之功。慢性病之肾阴虚肾阳虚，固可有单纯者，表现为阴虚内热，采用六味地黄，甚则知柏八味，阳虚内寒采用附桂八味。但病久可以阴损及阳或阳损及阴，采用左、右归丸治疗，不仅增添了调节阴阳手段，而且具有更为整体观的阴阳互根指导思想。久病者或体虚者往往病情复杂，有寒有热，有虚有实，故临床上往往寒热并进，攻补兼施，升中有降，降中有升，开中有阖，阖中有开，进中有退，退中有进。总之，治疗不作绝对化，亦是含有阴阳互根的指导思想。

其理论研究的意义在于阴阳互根观点指出阴阳的原始，也就是阴阳的本质。从阴阳的属性研究，容易导致阴阳对立绝对化的认识，而若从阴阳的动态变化中研究，可能有利于循求其本质而有所发现。

(二) 从阴阳现代化过程中发展阴阳学说

1. 从垂体—肾上腺轴来讨论阴阳常阈调节论。人体内脏器腺体处于对立而又反馈制约的关系比比皆是，垂体与肾上腺皮质就是处于反馈相互制约而保持平衡的关系。在“肾”的研究中，大量临床实验与动物实验证明，肾阳虚病人的垂体与肾上腺皮质处于低水平的平衡，即血浆 ACTH 和皮质醇的联合测定⁽³⁾均为低值(见表4)，阿狄森氏病人的肾上腺皮质毁损90%以上，失去了对垂体的制约能力，于是垂体分泌大量的 ACTH。说明人体内的对立面貌似平衡，实质上仍属病理(见图3)，要达到生理水平的平衡才能称为健康，由此而提出阴阳常阈调节论⁽⁴⁾。这一论



1. 正常阴阳平衡太极图(生理); 2. 低水平平衡太极图(病理); 3. 阳盛耗阴太极图(病理)

图3 反映阴阳关系的太极示意图

点产生的基础仍在阴阳互根的观点上，因为阴阳对立的两方一有偏胜，就可以阳损及阴，阴损及阳，而影响到另一方，日久可以两方都处于低水平，如中医临床“气血两虚”、“气阴两虚”、“阴阳两虚”。

2. 从肾阳虚病人的垂体—甲状腺轴研究来进一步验证。9例慢性气管炎具有肾阳虚见证者⁽⁵⁾，其血 T₃ 测定均值为 0.82 毫微克/毫升，可见较 9 例慢性气管炎无肾虚见证者之均值 1.55 毫微克/毫升显著为低 ($P < 0.01$)，本院正常值为 1.46 ± 0.36 毫微克/毫升。按原发性甲减者，其 T₃ 降低者应伴有 TSH 升高，然此两组之 TSH 均值分别为 2.84 毫微克/毫升与 3.21 毫微克/毫升，显然肾阳虚者之垂体—甲状腺轴也处于低水平的平衡，则进一步验证了肾阳虚患者垂体及其靶腺(我们近作性腺轴研究也如此)的反馈关系紊乱。垂体及其靶腺处于严格的反馈调节关系，当一方有病，另一方必补偿加以调节，属于自动控制系统，可以说是看不见的阴阳对立面，这种阴阳的相互制约来造成外表可见的阴症阳症的转化，从而造成内部的耗损，无怪明代学者多称肾中阴阳为先天之火水，一则此种

表4 血浆 ACTH 和皮质醇相伴的放射免疫测定

测定项目	正常人				肾阳虚				阿狄森氏病		柯兴氏综合征
ACTH (微克/毫升)	22.3	36.7	58.0	98.3	16.9	17.3	19.6	22.3	>952.3	571.4	26.7
皮质醇(微克/100毫升)	17.3	9.0	8.0	18.0		12.0	4.5	6.0	6.0	3.0	34.0

水火既对立又互根可转化，二则此种水火是外表看不见的。

《内经》将阴阳看为在统一体内的对立，这种概念较为切实可用，因阴与阳既分工后必有其物质基础，成为临床上医治疾病调整阴阳的依据。如张景岳“凡一诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领，阴阳无谬，治焉有差？医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已，故症有阴阳，脉有阴阳，药有阴阳。”……故阴阳是有属性的对立统一，但是因为属性，我们往往易将阴阳的概念绝对化。唐代孙思邈《千金方》卷首

有《大医习业》一篇，提出医生要学《易》。明代张景岳著有《医易》一卷，说：“医有《内经》，何藉于《易》？”“虽阴阳已备《内经》，而变化莫大于《周易》”，因为《易经》论事物变化有辩证法精神，可以广医者思路。明代取宋儒家阴阳学说，发展了阴阳互根观点，我们有现代医学科学手段，亦应对阴阳学说作出贡献。以上所引证的有关阴阳学说研究资料，均取自藏象专题研究组历来的工作。因篇幅所限，未能将国内外有关阴阳学说研究汇集，仅从医儒二家对阴阳学说之异同而进

(下转第27页)

提前、推迟、经量增多等。停药后所有副作用均随之消失,不影响治疗。

三、讨论

白塞氏综合征是一种自身性免疫疾患。学者们结合该病的临床特征,用不同的方法,研究了白塞氏综合征和复发性口疮的循环复合物及其他免疫指标,认为白塞氏综合征和系统性红斑狼疮一样也属于免疫复合物疾患⁽¹⁾。Lehner等(1978)⁽¹⁾发现在10例白塞氏综合征和4例复发性口疮患者中显示血清免疫复合物水平显著升高者分别有7例和1例。

白塞氏综合征在临床上大部分是以复发性口疮形式开始而后逐渐发展成为口—眼—外生殖器综合病症。本文验证的9例都是以复发性口疮形式开始的,后者多发而常见,不是孤立的疾患,它们都是属于一种阿弗他症,严重者可侵及关节、内脏、中枢神经系统,成为Touraine重型阿弗他症(Grand Aphthose De Touraine)⁽²⁾,可导致死亡。

白塞氏综合征在国际上迄今尚未发现有满意控制病情的药物,皮质激素虽有效,但效应不稳定,剂量越用越大,疗程长,副作用多,有依赖性,停药后易反跳。本文9例患者中有7例用过皮质激素治疗,但未能有效控制。环磷酰胺治疗本病效果不理想⁽³⁾,副作用也较多。总甌为免疫抑制抗炎剂,除有抗炎作用及抑制B细胞的活化及抗体分泌作用外,也可能尚有抑制辅助性T细胞的作用⁽⁴⁾,临床上对体液免疫亢进、存在循环抗体及免疫复合物的疾病疗效显著⁽³⁾,它对于某些变应性及自身免疫性疾病具有奏效快、作用强、疗效确切、能随时停药和停药后无反跳、戒断症状,再用仍有

效等特点⁽³⁾,这是总甌治疗本病的主要依据。总甌对口腔溃疡中轻型口疮及口炎型口疮疗效最好,对伴复发坏死性粘液腺周围炎病例剂量宜大,疗程宜长,必要时宜加用抗菌素,否则疗效差。

皮针试验阳性者经总甌治疗可转阴。其机制是重型或较重型阿弗他症是一种系统性疾病,其病理变化为整体血管特别是微血管的变性,因此凡激伤某部皮下血管层即可导致机械性激惹,总甌能起免疫抑制及抗炎作用,对全身微血管病症有所改善,因此,针刺反应也是衡量疗效之参考。

总甌的副作用并不影响治疗,采取减少剂量,或用间歇疗法及配合辅助药物可使副作用减少或消失。临床所关注的内分泌系统的副作用是月经紊乱及闭经,根据现有实验及临床资料,月经的变化是抑制性、暂时性、可逆性的⁽⁵⁾,本文验证的病例中有2例女性患者,服药后除月经周期紊乱外,尚有1例服药数周后闭经,停药后即恢复来潮。

雷公藤总甌为国内首先研制,它对大部分口腔粘膜病起到了良好的近期控制作用,初步观察认为本药对难治的免疫性口腔粘膜病的治疗是很有前途的。

参 考 文 献

- (1) 杜德顺:白塞氏综合征、复发性口疮与循环免疫复合物。国外医学口腔分册(增刊):52~54,1981。
- (2) Touraine A: L'Aphthose-Donnees recentes et Synt-hese. Presse Medicale, Paris. 5 Nov 1955, T63, No 73, P 1493.
- (3) 江苏省雷公藤科研协作组:雷公藤总甌鉴定会资料(临床部分),第5、7、140页,1981。
- (4) 江苏省雷公藤科研协作组:雷公藤总甌鉴定会资料(基础部分),第22页,1981。
- (5) 郑家润:待发表资料,1982。

(上接第67页)

行讨论,探寻如何用现代科学方法研究阴阳学说的途径,或许将来能为揭示人体内物质代谢的调节控制规律作出贡献。

参 考 文 献

- (1) 沈自尹等:肾阴肾阳中西医结合辨证论治规律的初步探

讨。上海中医药杂志(1):19,1962。

- (2) 何开玲等:肾虚疾病中能量代谢的研究。中华内科杂志12(4):310,1964。
- (3) 查良伦等:人血浆ACTH和皮质醇相伴的放射免疫测定及其临床意义。中医杂志(11):38,1979。
- (4) 沈自尹:从垂体—肾上腺轴讨论阴阳常 调节论。上海中医药杂志(5):3,1979。
- (5) 沈自尹:“肾阳虚”证的临床内分泌免疫对比观察。第一届全国内科学会议论文选编,1980。