

区域国别视域下中国高原民族医药面向南亚的传播路径与策略研究

代春

四川民族学院外国语学院, 四川康定, 中国

【摘要】顺应共建“一带一路”卫生合作发展需求, 本文从区域国别学视角出发, 探讨中国高原民族医药(索瓦日巴)面向南亚的传播路径与实践策略。选取尼泊尔、印度、巴基斯坦等五国为研究对象, 通过政策文本梳理、多案例比较及文献分析开展研究。研究将五国传统医药市场划分为五类形态, 指出高原民族医药南向传播面临制度阻隔、跨文化话语转译不畅、落地承接主体缺失等突出问题, 据此构建“区域共享通道、国别精准策略、制度保障机制”三位一体分析框架, 提出区域协同、国别差异化施策与制度配套保障等对策。研究表明南亚属于异质性复合市场, 对外传播不能采用同质化模式, 需推行国别适配方案, 以期为我国高原民族医药的南亚对外推广提供学理依据与实践参考。

【关键词】区域国别学; 高原民族医药; 索瓦日巴; 南亚; 对外传播

【基金项目】本文系四川省社科规划办项目“区域国别视野下的藏医药文化叙事博弈: 南亚媒体话语解构与中国话语重构研究(SC25QG019)”阶段性成果。

1. 引言

中医药高质量融入共建“一带一路”是建设健康丝绸之路的关键举措。根据《推进中医药高质量融入共建“一带一路”发展规划(2021—2025年)》, 到2025年, 我国计划与共建国家建设30个高质量中医药海外中心, 颁布30项中医药国际标准[1]。当前中医药的传播辐射范围已覆盖全球196个国家和地区, 也逐步成为我国同东盟、欧盟、上海合作组织等多边框架下开展对外交流合作的重要内容。

在上述传统医学体系中, 发源于中国高海拔西南高原及其周边地区的民族医药, 因其地理毗邻性、疾病谱相似性和历史文化关联, 具备向南亚传播的特殊条件。该体系在国际学术界通称“索瓦日巴”(Sowa Rigpa, 源于梵语, 意为“疗愈之知”), 是最古老的系统化医学传统之一[2]。它历经数千年演进, 形成了以《四部医典》为代表的经典文献体系, 涵盖生理学、药理学、脉诊、尿诊及庞大的药物学知识系统。南亚与中国西南高原山水相连, 在高海拔地区常见病(如慢性高山病、风湿性骨关节病)的防治、药用植物资源分布和文化传统方面存在天然交集。

本文所称“中国高原民族医药”, 在地域上特指以中国西南高原为核心分布区、以高海拔生态环境为生成背景的本土传统医学

知识体系。该体系在联合国教科文组织及国际学术界通称为“索瓦日巴”, 国内学界在具体指代时对应为“高原民族医药”。值得注意的是, 2010年印度议会通过《印度医学委员会(修正)法案》, 已将索瓦日巴正式纳入该国AYUSH(阿育吠陀、瑜伽、自然疗法、尤那尼、悉达和顺势疗法)管理体系[3]。为此, 本研究遵循国际学术发表惯例, 统一使用“高原民族医药”或“索瓦日巴”作为核心术语。

审视既有研究, 学界对南亚这一地理相邻、文化相通且需求匹配的区域关注不足, 多数成果倾向于将南亚视为同质化整体, 而忽视了各国在传统医药监管框架、市场准入条件和本土接纳能力上的客观差异。从理论层面看, 区域国别学所强调的“在地化适配”与跨文化传播学关注的“知识转译”尚未被系统引入高原民族医药对外传播研究, 存在明显的学术空白。基于此, 本文以区域国别学为视角, 选取尼泊尔、印度、巴基斯坦、孟加拉国、斯里兰卡五国为比较案例, 综合运用政策文本分析、多案例比较和文献研究等方法, 考察中国高原民族医药南向传播的条件基础、现实困境与优化路径, 分析逻辑遵循“环境诊断—问题识别—路径构建—策略落地—制度保障”的递进链条。

2. 中国高原民族医药南亚传播的环境基础与现实困境

中国高原民族医药向南亚开展对外传播，受到地理区位、社会文化、政策制度等多重因素交织作用，南亚各国的市场基础与接纳条件也存在显著分化，在讨论具体传播策略之前，有必要对该区域的整体环境与国别分野予以梳理辨析。本章分别从区域层面的共性发展条件，以及不同国家的差异化特征两个维度展开论述。

2.1 区域传播的有利条件

从地理与疾病谱看，中国西南高原与南亚次大陆通过喜马拉雅山脉紧密相连，许多在高原高发地区的常见疾病，如慢性高山病、风湿性骨关节病及消化系统功能紊乱等，在南亚北部山区（如尼泊尔喜马拉雅地区、印度查谟-克什米尔邦、巴基斯坦北部地区）同样具有较高流行率。索瓦日巴作为在跨喜马拉雅地区历经数百年演进形成的医学体系，至今仍是该区域重要的医疗资源配置之一[4]。

从文化渊源与历史积淀看，高原民族医药与南亚传统医学之间长期存在知识互鉴与双向流动。索瓦日巴基于身、心、灵整体观的诊疗哲学，已在尼泊尔喜马拉雅地区、印度北部及不丹等地实践数百年。2018年11月28日，联合国教科文组织保护非物质文化遗

产政府间委员会第13届常会将中国高原民族医药浴法列入《人类非物质文化遗产代表作名录》，为这一医学体系的跨境传播积累了重要的国际文化资本。

从公共卫生现实需求看，南亚基层医疗卫生体系覆盖能力普遍不足，世界卫生组织数据显示，南亚多国每万人医生数远低于全球平均水平，传统医药在缺医少药的农村和山区长期扮演替代与补充角色。尼泊尔政府已迈出关键一步，于2025年3月正式承认阿育吠陀、自然疗法、瑜伽、顺势疗法、索瓦日巴及针灸为国家传统医学体系的组成部分，并启动执业者注册工作。这一制度缺口为中国高原民族医药进入当地市场创造了现实空间。

从政策环境的积极变化看，2025年中国启动“一带一路”中医药科技创新专项合作计划。同年第78届世界卫生大会期间，中国国家中医药管理局与马来西亚、尼泊尔、沙特阿拉伯、塞舌尔等国卫生部门共同主办传统医药主题边会，这是成员国首次在世界卫生大会期间举办此类专题会议，标志着传统医药合作在多边外交层面取得重要突破。

2.2 五国市场的国别差异

表 1.五国传统医药监管框架与传播制度缺口

国别	市场类型	现行监管框架	关键制度缺口（阻碍传播的核心瓶颈）
尼泊尔	文化亲缘型	2025年立法承认索瓦日巴，启动执业者注册。	基层诊疗无统一技术标准，制剂无本地注册通道
印度	竞合博弈型	2010年纳入 AYUSH，拥有独立教育/执业/药品标准。	中印标准互认缺失，中国制剂无法以药品身份入境。
巴基斯坦	政策嵌入型	《传统、补充与替代医学法》草案审议中。	缺乏将其纳入国家基本药物目录或公卫补充体系的法律路径。
孟加拉国	需求拉动型	2011年纳入国家卫生政策，但无专项立法。	无专设监管机构，分发渠道依赖非政府组织，商业供给断层。
斯里兰卡	旅游健康型	阿育吠陀体系成熟，索瓦日巴无法律地位。	无执业准入规范，也无专项服务产品注册类别。

注：监管框架依据各国传统医药法案及 WHO 国别报告整理；“制度缺口”指现行法律中未明确覆盖中国高原民族医药药品注册、执业准入或医保偿付的具体领域。

尽管区域层面共享上述有利条件，五国在医药市场结构、政策态度与治理能力上仍存在显著差异，据此可划分为五类异质市场形态。尼泊尔属文化亲缘型市场，与中国山水相连、文化相通，索瓦日巴在其境内享有较高认可度；印度属竞合博弈型市场，既是传统医学大国，又将索瓦日巴纳入本国 AYUSH 体系，与中国形成竞争与合作并存的复杂格局[5]；巴基斯坦属政策嵌入型市场，传统医药在公共卫生体系中地位有限，但具

备借助政策框架导入合作的潜力；孟加拉国属需求拉动型市场，基层医疗资源匮乏，对低成本传统医药存在刚性需求；斯里兰卡属旅游健康型市场，依托成熟的康养旅游产业，为高端民族医药服务提供了消费场景。五国市场在目标定位、主要障碍与适配策略上存在明显差异[6]，见表 1。

2.3 传播面临的三重障碍

尽管区域具备多项传播的有利条件，中国高原民族医药的南向传播仍面临三重现实

障碍。

标准与制度壁垒是首要障碍。南亚各国普遍将传统医药纳入本国监管框架，但准入标准、药品注册与质量认证体系互不衔接，中国高原民族医药的药品与诊疗方法在进入南亚市场时，面临“标准不对接”和“资质不互认”的双重困境[7]。印度 AYUSH 管理框架针对索瓦日巴构建了本土完整的教学培训与执业监管标准，该套制度安排使得域外同类医药产品在进入当地市场时遭遇技术性准入阻碍，客观上也形成了对中国输入产品的技术性贸易壁垒。

跨文化话语转译困难构成第二重障碍。高原地域传统民族医药的经典理论植根本土哲学思想与高原生态认知体系，其“三因”（隆、赤巴、培根）、“五源”（土、水、火、风、空）等核心概念难以直接对应现代医学或南亚其他传统医学（如阿育吠陀的三体液学说）的话语体系[8]，这使得知识传播常停留于符号层面的介绍，难以真正融入对方诊疗实践和医学教育体系。

落地承接主体缺位是第三重障碍。中国高原民族医药在南亚缺少稳定的机构化承接平台，双方合作多限于学术访问、短期培训或一次性义诊，缺乏常设的医疗机构、联合实验室或产业实体作为可持续的运营载体，难以形成知识、人员和产品的常态化流动。

3.中国高原民族医药南亚传播的区域协同路径

前述传播过程中遭遇的制度、话语以及承接主体层面的现实阻碍，仅依靠单一国家的双边合作难以完全化解，需要依托区域层面搭建共享合作通道予以系统性应对。本章立足现存三大壁垒，从政策制度对接、联合科研攻关、数字平台构建、国际化人才培养四个方向，探讨可落地的区域协同实施路径。

3.1 政策制度通道

建设政策制度通道是降低跨国传播成本的首要前提。双边层面，2025年3月24日，中国中医科学院中国医史文献研究所与尼中文化教育协会、蓝毗尼佛教大学传统医学研究中心在加德满都签署合作谅解备忘录；同月，该院西苑医院亦与上述机构签署了合作协议。2025年6月24日，首届环喜马拉雅区域公益协作座谈会在加德满都举办，来自中国、尼泊尔、印度、巴基斯坦等国的近200名卫生部门及传统医药机构代表与会，并发布《环喜马拉雅区域公益协作宣言》。多边

层面，2025年5月23日，上海合作组织传统医药产业联盟与伊斯兰合作组织科学技术合作常设委员会联合举办了“中国—巴基斯坦传统医药（草药）线上交流会”。未来应进一步依托上海合作组织传统医药工作组、中国—南亚合作论坛等平台，推动建立政府间传统医药合作机制，逐步探索在药材质量认证、药品注册、执业资格互认等方面的制度性安排[9]。

3.2 联合研发通道

联合研发应聚焦南亚高发疾病谱。2025年12月23日，中国环喜马拉雅高原民族医药研究中心正式启动，由中国西南高原属地省级主管部门批准，属地高原民族医药研究机构与中国中医科学院中国医史文献研究所共同建设。该中心规划开展古籍文献保护、基础理论阐释、重大疾病防治、经典名方开发及药材资源保护等联合攻关。2026年6月7日，该中心与尼中文化教育协会在加德满都联合举办“2026高原民族医药国际学术研讨会”，来自中、尼两国50余名专家学者与会。此外，巴基斯坦已建有中医药研究中心和草药联合实验室，印度在列城设有国家索瓦日巴研究所，这些均可作为联合研发的区域节点形成覆盖主要目标国的合作网络。

3.3 数字平台通道

数字技术能够有效突破地理距离对传播的限制，打破传统医学跨境交流中空间阻隔、信息滞后、资源闭塞等现实短板，是拓宽高原特色传统医药南亚传播边界、实现长效普及的关键手段。印度相关研究机构已启动对数百份梵文手稿的系统数字化、转录和翻译计划，通过数字化手段盘活本土传统医学古籍资源，为域外学术传播与资源共享搭建了成熟的数字框架。借鉴此成熟模式，我国可着手建设多语种（英语、印地语、乌尔都语、僧伽罗语、尼泊尔语）知识数据库，涵盖基础理论查询、药材信息检索、在线问诊导流等功能。该平台精准适配南亚多国多元语言场景与基层医疗需求，能够为当地患者、医生和研究人员提供便捷的数字化工具，切实降低跨境医学知识的学习与应用门槛。同时，平台可持续归集整理跨境诊疗案例、药材使用数据及临床反馈信息，系统化积累规范化数据样本，为后续开展精细化循证研究、优化传统医药诊疗方案、完善区域医药合作体系提供扎实的数据支撑[10]。

3.4 人才培育通道

院校合作是培育国际化人才的主要纽带。留学生方面，应增加南亚国家来华学习高原民族医药的奖学金名额。海外培训方面，中巴双方已达成协议，每年派遣 10 名巴基斯坦医生赴中国中医药院校接受培训，信德省首批医生已于 2025 年赴华；同年 10 月，20 名巴基斯坦一线医务工作者访问广州中医药大学深圳医院。上述模式可向高原民族医药领域推广。师承教育方面，建议在尼泊尔博卡拉、斯里兰卡康提设立“诊所+教学”模式的师承教学点，培养既懂当地语言和文化、又掌握民族医药临床技能的复合型人才。

4. 中国高原民族医药南亚传播的国别精准策略

区域层面搭建的各类共享合作通道，主要为高原民族医药南向传播提供整体性基础条件。但南亚各国传统医药监管规则、市场发育程度和民众健康需求各不相同，仅依靠统一的区域合作框架，难以适配各国的实际情况。为此需要立足各国本土国情制定针对性国别策略，相关策略开展需要恪守属地原则，充分尊重目标国家既有制度框架与本土文化传统，推动各项传播举措贴合当地政策条件、市场格局与现实健康需求。围绕五国市场特征，本文分别确立差异化战略定位，明确 2026—2027 年重点任务与 1-3 年阶段性发展目标，具体内容详见表 2。

表 2. 五国差异化介入策略与阶段性目标

国别	战略定位	年度优先行动（2026—2027）	阶段目标（1—3 年）
尼泊尔	标准共建+服务下沉	①联合制定 5 种高原常见病诊疗规范；②在加德满都、博卡拉设立 2 个师承教学点；③推动 3 种制剂获本地注册	基层合作诊所覆盖 7 个省，注册执业者达 200 人
印度	学术互认+标准协调	①启动高原民族医药与阿育吠陀药材基原对比研究；②借助上合组织平台推动《药材质量互认框架》草案	完成首批 20 种药材的比对鉴定，签署双边学术合作备忘录（非商业性）
巴基斯坦	走廊嵌入+示范验证	①选择 2 个地区开展风湿病/肝炎制剂小规模临床观察；②推动试点纳入信德省补充医学目录	完成 100 例病例数据收集，争取联邦立法中增设“中医/高原民族医药”类别
孟加拉国	渠道适配+普惠供给	①与 BRAC 等 NGO 合作建立乡村分发点；②输出 3—5 种丸散膏丹类简易剂型，培训社区卫生工作者	覆盖达卡及周边 5 县，月均服务 5000 人次，建立稳定供应链试点
斯里兰卡	康养融合+品牌溢价	①在康提、本托塔设计 2 套高原民族医药浴+药膳体验套餐；②联合肉桂酒店开展年度国际健康营	年接待体验客源≥1000 人次，形成可复制的“高原康养”服务包知识产权

注：表 2 优先行动及阶段目标基于 2025—2026 年双边协议及政策窗口期拟定，具体数据以执行协议为准。

4.1 尼泊尔：文化亲缘型市场的深度融合

当前，尼泊尔的制度环境最为有利。2025 年 3 月，尼泊尔政府正式承认索瓦日巴为国家医疗与教育体系的组成部分[11]，尼泊尔健康专业委员会已启动执业者注册工作。但“制度承认”尚不等同于“有效服务”，当前基层诊疗标准化程度低、合格从业人员不足。中国宜依托地理邻近和文化相通的优势，共建中尼民族医药联合诊疗中心，开展定期义诊、疾病谱联合调查和基层医生培训；在经典文献整理、制剂标准制定方面与尼泊尔传统医学机构开展深度合作，将文化亲缘转化为可持续的医疗服务能力。

4.2 印度：竞合博弈型市场的标准对接

印度是南亚最具挑战性的市场。索瓦日

巴虽源自中国西南高原，但在印度被纳入 AYUSH 体系后已被重构为“印度传统医学”的一部分[12]。尤其值得关注的是，2026 年 8 月，印度 AYUSH 部公开提出将索瓦日巴打造为全球公认的循证医疗体系，显示出强烈的国际话语权竞争意图。在此背景下，直接推广产品和服务易受政策限制，更可行的路径是以标准化为切入点——推动双方在药材基原鉴定、制剂质量控制、临床评价方法等领域的标准互认与协调，同时借助金砖国家、上海合作组织等多边平台开展学术对话，以学术合作缓和商业竞争，为未来市场准入创造条件。

4.3 巴基斯坦：政策嵌入型市场的示范导入

巴基斯坦的核心优势在于中巴经济走廊

提供的长期合作框架。目前巴联邦政府正在推动《传统、补充与替代医学法》的立法进程，政策窗口正在形成。中国应通过政府间医疗卫生合作对话，将高原民族医药纳入双边协议框架；选择与当地高发疾病（如风湿病、肝炎、呼吸道感染）相关的制剂或疗法开展小规模示范项目，以临床效果和成本优势争取政策支持，逐步推动其纳入巴基斯坦公共卫生体系中的补充医学目录。

4.4 孟加拉国：需求拉动型市场的基层供给

孟加拉国人口稠密、购买力有限，对价格高度敏感。该国 2011 年将传统医学纳入国家卫生政策，目前有 73 所传统医学文凭教育机构和 4 所学位授予学院，具备一定的教育基础。中国应重点输出成本低、剂型简单（如丸剂、散剂、外用膏）的成熟制剂，并携手当地非政府组织和社区卫生工作者，建立面向乡村的供应和分发渠道，以普惠价格满足基层医疗的刚性需求。

4.5 斯里兰卡：旅游健康型市场的高端服务

斯里兰卡拥有成熟的康养旅游产业。2025 年 10 月，斯里兰卡肉桂酒店及度假村推出 Kurundu Wellness 健康概念，将阿育吠陀与中医元素结合，显示了市场对融合型健康服务的兴趣。中国可依托民族医药独特的药浴、推拿、药膳等养生疗法，与当地高端酒店和疗养机构合作设计“高原民族医药康养套餐”，面向国际游客提供体验式服务，将旅游流量转化为附加值较高的健康消费[13]，同时提升民族医药品牌的国际知名度。

5. 制度保障机制

区域通道与国别策略的落地需要制度支撑。本章从政策法规、多元协同、风险防控三方面提出建议。

5.1 政策法规保障

应将高原民族医药南向传播纳入国家中医药“走出去”战略的南亚专项规划。推动建立中国—南亚传统医药部长级对话机制，在现有备忘录基础上商签具有法律效力的合作协议，明确市场准入、药品注册、执业资格互认等核心事项[14]。2024 年 12 月发布的《中华人民共和国和尼泊尔联合声明》明确同意续签传统医学合作谅解备忘录并成立中尼传统医药合作委员会。尼泊尔已正式承认索瓦日巴并启动执业者注册，这为双边标准对接提供了制度前提。建议在中国西南高原属地省级区域设立“高原民族医药南向传播先行示范区”，在药材通关便利化、制剂出

口认证、跨境医疗合作等方面先行先试，积累可复制的制度经验。

5.2 多元协同保障

应构建“政府引导、行业组织参与、企业运作、学术机构支撑”的多元协同格局。政府层面，国家中医药管理局、外交部亚洲司和中国西南高原属地省级相关部门应建立联席会议机制，统筹政策配套与资源投放。2025 年世界卫生大会边会展示了多边卫生外交的潜力，应进一步利用该类场合推动议题。企业层面，引导国内制药企业、健康服务企业“组团出海”，在尼泊尔、斯里兰卡等国建立联合服务机构，避免各自为战的分散局面。学术层面，依托“环喜马拉雅”高原民族医药研究中心和加德满都年度研讨会，将学术交流网络转化为产业合作的前期调研和人才储备渠道。民间层面，支持联合义诊品牌化运营，通过持续性的基层服务为官方合作积累民意基础。

5.3 风险防控保障

针对南亚地缘政治波动、政策不确定性及知识产权保护不足等风险，需建立事前评估、事中监测、事后应对的全流程机制。地缘政治方面，中印关系是最大变量，建议建立“南亚传统医药国别风险与市场信息月度简报”制度，系统跟踪各国政策法规变动和双边关系走势，制定三级应急预案。药品质量安全方面，随着尼泊尔输华药材贸易量增加，应推动建立中国—南亚传统医药质量安全追溯体系，覆盖种植、加工、贸易各环节。文化风险方面，在策略制定中引入跨文化传播专家参与机制，对宣传材料和教育内容进行文化适配性审核，避免因概念误译引发误解。

6. 结论

本文以区域国别学为视角，系统考察了中国高原民族医药面向南亚五国的传播路径与策略。研究表明，南亚并非一个同质化的单一市场，而是由五种异质类型构成的复合体系。尼泊尔因 2025 年正式承认索瓦日巴而成为制度环境最友好的窗口市场；印度因 AYUSH 体系的制度性保护和地缘政治竞争而最具挑战性；巴基斯坦因中巴经济走廊具备政策嵌入优势；孟加拉国因基层医疗缺口存在普惠需求；斯里兰卡因康养旅游业态具备服务贸易潜力。这要求传播策略必须从“统一模式”转向“国别适配”。三重障碍，制度壁垒、话语壁垒、主体壁垒的根源在于制

度供给和文化适配未能与各国市场实际需求有效衔接。2025年“环喜马拉雅”高原民族医药研究中心成立和世界卫生大会边会召开,标志着制度化建设已迈出实质性步伐,但从协议文本到项目落地仍有较大距离。

本文构建的“区域共享通道、国别精准策略、制度保障”三层框架,为高原民族医药南亚传播提供了整合性方案。其中,区域通道解决“共性支撑”问题,国别策略解决“精准适配”问题,制度保障解决“可持续性”问题。结合各国市场特征与现实约束,针对不同国家应当采取差异化推进思路:对印度侧重标准对接,优先开展学术层面合作;对尼泊尔、斯里兰卡立足本土文化基础,走服务共生的发展道路;对巴基斯坦依托中巴经济走廊完成项目示范与政策嵌入;对孟加拉国立足基层现实,以普惠供给作为主要抓手。实践层面,建议尽快启动“南亚传统医药国别风险与市场信息月度简报”制度,依托环喜马拉雅高原民族医药研究中心推动诊疗指南和药材质量标准国际化对接,充分利用尼泊尔立法承认的窗口期打造首个示范样本。

该研究还有相关局限性,一是案例覆盖仅限于南亚五国,未涉及阿富汗、不丹等国,结论外推需审慎。二是资料以政策文本和公开报道为主,缺乏实地调研和一手数据,实证厚度有待加强。未来研究可结合田野调查和跨国比较数据,进一步检验和修正本文所构建的分析框架。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局,推进“一带一路”建设工作领导小组办公室.推进中医药高质量融入共建“一带一路”发展规划(2021-2025年):国中医药国际发(2021)6号[Z].2021-12-31.
- [2] Gerke B. The recognition of Sowa Rigpa in India: how Tibetan medicine became an Indian medical system[J]. Medicine

Anthropology Theory, 2016, 3(2):19-49.

- [3] 韩成芳.传统医药知识保护的困境与出路——以印度阿育吠陀为样本的考察[J].知识产权, 2021(07): 83-97
- [4] 李娟, 杨海燕.跨喜马拉雅山地传统医学与高海拔人群健康问题研究述评[J].中国民族医药杂志, 2021, 27(08): 68-71.
- [5] 王张.“一带一路”建设背景下的中印传统医药交流与合作[J].南亚研究季刊, 2020(02): 69-76.
- [6] 吴瑞霞, 孙铭, 王张.印度的传统医药及其发展现状[J].中药与临床, 2021, 12(05): 55-59, 70.
- [7] 张娟.“一带一路”视域下我国民族医药向南亚拓展的监管障碍与路径思考[J].亚太传统医药, 2024, 20(05): 18-22.
- [8] 张雯, 王艳.东方传统医学核心概念的跨文化阐释困境——基于高原传统医学与阿育吠陀的比较[J].世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(08): 3125-3132.
- [9] 王云屏.推动“一带一路”中医药合作构建人类卫生健康共同体的实施路径分析[J].湖南中医药大学学报, 2021, 41(06): 138-143.
- [10] 潘玲华.民族医药典籍外译助力中医药文化在南亚、东南亚国家的传播[J].亚太传统医药, 2025, 21(02): 1-5.
- [11] 李崧.中医药在尼泊尔的传播历史、现状及启示[J].中医药文化, 2023(03): 69-78.
- [12] 李富武, 崔钰.印度传统医学管理制度探讨[J].中国医药导报, 2022, 19(06): 124-127.
- [13] 姜喜铃, 孙伟.斯里兰卡阿育吠陀传统草药资源概况[J].世界科学技术-中医药现代化, 2022(08): 94-108.
- [14] 国家中医药管理局,推进“一带一路”建设工作领导小组办公室.推进中医药高质量融入共建“一带一路”发展规划(2021—2025年)[Z].2021-12-31.