

我国的中西医结合事业

吕维柏

在我国的医药卫生系统中，有一支年轻的力量——中西医结合队伍，它从诞生到现在仅 30 年，在中西医结合工作及整个医药卫生工作中起着一种独特的作用，对医学科学的发展的影响也愈来愈大。

什么是中西医结合？它的科学定义是什么？它是如何产生的？它的优越性和特点是什么？它在中国的医药卫生事业中占有什么地位？它有什么成就？它的发展前景是什么？等等，这些都是人们十分关心的问题。

一、中西医结合的定义

所谓中西医结合就是把中医中药的知识和西医西药的知识结合起来，用现代的科学方法来整理研究中医药学的意思。

结合意味着把部分联合成为一个整体，或者对某物增加某些东西使之更加完善。

广义的中西医结合就是指两种医学体系知识的结合。凡一切诊断、治疗、病理、生理、药理等方面知识的各种不同的结合，都可以算做中西医结合。但中西医结合又有其特定的含义，即不是一般的结合，而是促使中医学向前发展的结合，用现代科学方法来整理、研究、提高中医药学。这里面包含了中西医结合的目的性，也是更为重要的一点。

二、中西医结合的产生

这是认识到两种医学并存局面的必然结果。既然并存，就有三种可能性：被消灭；平行发展，互不干扰；结合发展。前两者已被证明是不可能的，那就只有互相渗透，互相结合，共同发展。

有人认为，中医学不过是临床经验的积累，草药治疗经验的积累，不能称为医学。其实，这是对中医学的偏见和无知。所谓医学，无非是从众多零散的诊断治疗的经验中，找到规律性，上升为理论，再运用这一理论有效地指导临床实践，使理论获得证实的过程。中医学就是这样，它不仅有许多有效方药，有丰富的治疗经验，而且有阴阳五行、脏腑经络、四诊八纲、辨证论治等理论，从基础到临床已形成完整的体系。因此，虽然其所用术语和现代医学不同，但只要不抱有偏见，就不得不承认它是一门能治好病、有疗效的医学，而且是一个独特的医学体系。

三、两种医学体系结合的可能性和必要性

有人认为，中医学既然是与现代医学完全不同的

医学体系，两者就不可能结合。这种观点是不正确的。正因为两个体系的不同，才具备了结合的可能性，完全相同就没有结合的必要性。如医学与核物理学是不同的学科，结合后成为核医学，医学工程学也是如此，一切新兴的边缘学科都是如此。中西医结合也是带有边缘性质的学科，故而两者的结合是完全可能的。

中西医结合不仅具备了可能性，而且已具备了现实性。凡能正视现实者都能看到中西医结合已经成为中国活生生的现实，当然结合的形式多种多样，如（西医）辨病与（中医）辨证的结合；西医诊断，中医治疗；中药西用，包括应用西医的制剂和给药方法，如注射剂，冲剂，肛门给药，离子透入法；针麻与西药麻醉法的结合；宏观辨证与微观辨证的结合；中药扶正（增强免疫）与西药祛邪（杀菌抗病毒）疗法相结合等等。

现代医学是世界各国医学家们辛勤劳动的智慧结晶，在医疗保健事业中占据着主导地位，这是没有疑问的。但它远非在一切方面都完美无缺。新陈代谢是宇宙间一切事物的普遍规律，现代医学也不例外。经常有不正确的过时的数据、材料、概念和学说被摒弃或被修正，而代之以更正确的新概念和新学说。必须排除对中医学的偏见，改变因不理解或不懂而不相信的情况。

中医学和现代医学各有所长，各有所短。现代医学重视局部变化，深入细致，中医学注意整体反应，宏观全面。如能把两者结合起来，在西医辨病的基础上加以中医辨证，治疗个体化，则疗效肯定会提高。下面所举众多例子完全可以回答这个问题。

四、如何对待传统医学

当今世界各国对待传统医学的态度有三种：否定，不承认传统医学的存在，传统医生行医是非法的；容忍，眼开眼闭，既不承认其合法地位，也不否认其治病的有效性；平行，两家各自发展，不许交叉。三种态度共同的认识基础都是轻视传统医学，不承认它是一门医学及其有任何价值。有些则作为医疗力量不足，暂时利用一下的权宜之计。唯独中国，由于对中医学的认识根本不同，认为“中国医药学是一个伟大的宝库”，因而把两个医学体系放在同等重要的地位，采取了结合的方针。这样的方针，在世界上是没有先

例的。

五、中医学的发展

用现代科学的方法来整理、研究和发展中医学,这在中国医学史上是没有先例的。在中医发展史上,以往采用的是传统方法,即文献整理和个案总结,基本上用的是“黑箱方法”,不搞实验医学。用这种方法也能发展中医学,但很缓慢,需要以百年计。现代医学之所以发展迅速,就是因为有现代科学作为基础。中医学如果能以现代科学作基础,也定会更快地发展。

由于发展医学科学需要人,需要医学家,也需要相应的基地,所以中国采取了一系列措施:

首先组织一些西医系统学习中医学。第1批西学中人员在学习中医学两年半以后,于1958年毕业。以后全国各地都举办了这样的学习班。迄今为止,全国已有高级西学中人员5000人以上。举办1年以内的短期学习班,为数就更多了。我国先后办了28所中医学院,其课程为中医学:现代医学为7:3,迄今已毕业了30 000名左右学员。此外,在医学院课程内加入中医学基础课,可使毕业生对中医学有一基本了解。这些有计划、大规模地培养中西医结合人才的做法,在世界上也是没有先例的。其中,西学中人员及中医院校学员毕业后专门从事中医医疗科研工作及中医学的发掘整理和提高工作,已成为中西医结合的骨干力量。

除人才外,还需要医疗科研基地。全国1800个中医院和中西医结合医院,60 000个综合性医院的中医科,28个中医学院及其附属医院,70多个中医研究所和中西医结合研究所的设立,均为中医学的发展提供了必要的条件。一个国家设立如此众多的专门机构来发展传统医学,是少有的。至于在其中广泛开展中西医结合活动,更是没有先例的事。

六、中西医结合的成就

一种学说的提出,一项方针政策的制订的正确与否,实践是检验真理的唯一标准。临床疗效的提高和科研成果的产生是最重要的医学实践。从下面一些实际例子中可以看出中西医结合方针的正确性。

急性心肌梗塞的病死率高,但用包括抗梗合剂(丹参、赤芍、郁金、黄芪、党参、黄精)在内的中西医结合疗法,24h病死率较单用西药者大幅度降低(分别为6.9%和22.8%),其休克、心衰、心律失常等合并症的病死率也分别为9.5%和27.6%。对Ⅱ期胃癌切除术后的患者,用健脾益肾方剂合并化疗(MFV方案)方法治疗,其5年生存率为51.65%(单纯化疗为11.7~31.2%)。中医药与放疗结合也能显著地延长生

命,改善生存质量,提高远期疗效。用结肠灌注液1号(大黄、黄芪、丹参、红花)治疗急性肾功能衰竭,治愈率为90.7%,比用西医常规疗法(69.7%)明显提高。对于急腹症,改变了过去“一经确诊即行手术”的观点,而是采用中药、针灸、手术各种疗法结合治疗,使非手术治愈率达到70%左右,减少了患者的痛苦,改变了西医“忌泻下”的观点,验证了“六腑以通为用”的学说。用小夹板固定和功能锻炼为主的中西医结合治疗骨折的方法,经100 000多病例的实践,其骨折愈合时间比单纯石膏固定法缩短了1/3,功能恢复时间缩短了1/4,骨折不愈合率由过去的平均5~7%降低到0.04%。针刺麻醉在麻醉学上是一大发展,据300万例手术经验,针麻效果最好的是头、颈、胸部手术,其优良率达到76~91.5%,依次为颈椎成形术、剖腹产、开颅手术、甲状腺手术、喉癌切除术、肺切除术、心内直视手术、二尖瓣狭窄扩张术等,特别适用于老年、体弱及对麻醉药过敏者;针麻和小剂量药麻结合,效果更好。此外,还有用通塞脉片治疗脉管炎,通脉灵治疗硬皮病,脑血康治疗脑血管意外,气功治疗高血压及预防脑血管意外,牡荆油治疗慢性支气管炎,化癥尿石汤治疗上尿路结石,消痔灵治疗三期内痔,青蒿素和蒿甲醚治疗恶性脑型疟疾等,疗效均佳。在肿瘤治疗中,璇玉红治疗慢性粒细胞白血病,三尖杉酯碱和癌灵I号治疗急性非淋巴细胞性白血病,猪苓多糖治疗肺癌及慢性肝炎,“三品”锥切疗法治疗早期宫颈癌等,疗效确切。有人用附子及附子I号治疗病态窦房结综合征,大黄醇提片治疗急性上消化道出血,胃疡宁治疗消化性溃疡,抗炎6号注射液、金荞麦、穿心莲治疗感染性疾病,温阳片预防支气管哮喘季节性发作,雷公藤治疗肾炎、类风湿性关节炎及红斑狼疮等,还有报告用联苯双酯治疗肝炎高转氨酶血症,654-2(山莨菪碱)治疗感染性休克,针拨套出术治疗老年性白内障,明目逍遥汤治疗儿童视神经萎缩,764-1和消蒙眼膏治疗角膜瘢痕等,均有很好的疗效。

上述这些项目经过总结,其疗效均高于一般西医疗法,其中大部分已通过同行评议及成果鉴定,并获得卫生部以上的科技成果奖。

总之,比起50年代的中医疗法来,现在已有了很大发展。这些成果有对照,有统计学分析,其疗效均经多个医疗单位反复验证,并有实验研究配合,部分疗效机理已得到阐明,因而成果的科学性大大提高。

据初步统计,1979~1982年卫生系统获国家发明奖共22项,其中中西医结合占7项(31.81%)。到1984

年底,卫生部评出科技成果奖共1605项,其中中西医结合项目265项(15.95%)。有些项目在世界上居于领先地位,如针麻、急腹症、骨折;有些在国际上获得金奖,如消痔灵、联苯双酯等。

上述材料无可辩驳地证明了“中国医药学是一个伟大的宝库”的论断的科学性和正确性,也证明了据此而制订的中西医结合方针的正确性和必要性。

七、中西医结合的特点和优势

具有很高疗效和独特理论体系的中医学的存在,是我国医学的特点和优势。但中医的术语很难懂,中医临床总结的科学性又不够,因此很难传播和重复。中西医结合是中医学和现代科学的结合,是经过整理的中医学,按国际标准整理的中医学,因而较易于为人们所理解和接受,易于扩大影响,使中医学走向世界。由于这种结合在世界上没有先例,所以说这是

我国的特点。它采取的是中医学取长补短,互相渗透的结合法,所以疗效有所提高,也是我国的优势。

因此,在七届人大的政府工作报告中,强调我国的“卫生工作要积极贯彻预防为主,中西医结合的方针”,也就是要充分发挥这一特点和优势。

八、中西医结合的前景

随着时代的前进,现代医学日益迅速发展,中医学领域也愈来愈多地被开发,中西医结合的前景是无限广阔的。它的成果有的已被世界医学界所承认,并吸收到医学科学中去,有的正在走这一过程。因此,中西医结合事业的发展,不仅对世界人民的健康大有益处,而且对医学科学的发展也是非常有利的。

展望未来,前途似锦,我们对此充满信心,深信不疑。

生大黄与硫酸镁合用治疗急性水肿型胰腺炎39例

江苏省启东县人民医院 陆承涵 陆望终 杨亚平

我院自1982年以来,治疗急性水肿型胰腺炎共122例。其中用生大黄与硫酸镁合用治疗39例,用抑肽酶治疗41例,生大黄治疗42例,现将疗效对照分析如下。

临床资料 122例中,男68例,女54例,年龄18~66岁。均为腹痛开始后12~48h内入院。血、尿淀粉酶均 $>500\text{u/dl}$ 。

治疗方法 患者入院后随机分为3组。I组(生大黄与硫酸镁合用组)39例,用生大黄粉3g,每日3次口服或从胃管中注入,同时用25%硫酸镁20ml静脉滴注;II组(抑肽酶组)41例,用抑肽酶平均20万u/日静脉滴注,加用抗胆碱能药物止痛;III组(生大黄组)42例,用生大黄粉3g,每日3次口服或从胃管中注入。腹痛剧烈的4例加皮硝脐部外敷。3组患者均无严重的合并症。3组中,轻度病例各为6、4、7例,均予以无脂低蛋白流食。中度病例为14、17、15例,均禁食。较重病例为19、20、20例,均禁食加胃肠减压。禁食者常规予补液,维持水、电解质、酸碱平衡。体温在 38.5°C 以上,白细胞在 $11\times 10^9/\text{mm}^3$ 以上者各为9、8、9例,均加用庆大霉素16~24万u/日静脉滴注。

结果 3组用药时间分别为3.1、4.6、4.3天。平均腹痛缓解时间为2.0、4.3、3.5天。尿淀粉酶恢复正常时间为5.6、6.9、7.1天。腹痛缓解时间t检验结

果, I组与II、III组比较, P 均 <0.01 , 差异有显著性意义。本组病例, 入院时, 便秘患者占80.3%, 用药1天通便者, I组为93.5%、II组32.3%、III组50%。用生大黄者大便次数除3例 >7 次/日外, 余均为3~6次/日。除1例便前有剧烈腹痛外, 绝大多数患者便前无或仅有轻度腹痛。

讨论 大黄对胰脂肪酶、胰蛋白酶的活性等均有明显抑制作用。生大黄与硫酸镁合用组腹痛缓解时间明显短于单味生大黄组($P<0.01$)。考虑其原因为: 两药合用, 既发挥了生大黄清热、攻下之功能, 达到“六腑以通为用”、“通则不痛”的目的, 又因硫酸镁有解痉、消除水肿、扩张胰管及奥狄氏括约肌的作用, 可促使胰管通畅和胰外分泌液外流, 减轻胰腺自身消化反应, 故疗效迅速、明显。

由于本组将生大黄的清热、泻火、攻下、抑制多种蛋白酶活性功能与硫酸镁的快速解痉、消除水肿的药理作用结合在一起, 使症状迅速减轻, 平均胃肠减压时间比抑肽酶组及生大黄组分别减少1.5与0.5天, 禁食时间分别缩短2.1与0.9天。大黄与硫酸镁合用, 可使两者剂量均减小, 所致胃肠道反应轻微, 未发现血压变化。

综上所述, 用生大黄与硫酸镁合用治疗急性水肿型胰腺炎充分显示了中西医结合治疗的优越性, 可在临床上广泛使用。