

## · 我与中西医结合事业 ·

# 回顾开拓中西医结合急救专业的历程, 展望世纪之交的未来

王今达



**作者简历** 王今达, 1925 年 5 月 10 日出生于北京市, 汉族; 1945 年于北京大学医学院医疗系毕业; 1982 年 1 月~1983 年 1 月赴美国宾夕法尼亚州医学院附属医院研修危重病急救医学。现任天津市第一中心医院急救医学研究所名誉所长, 天津医科大学教授, 中国中西医结合学会急救医学学会主任委员, 中华医学会急诊医学学会副主任委员, 中国危重病急救医学杂志主编, 中西医结合实用临床急救杂志主编, 天津市卫生局高级医师职称评审委员会委员, 世界危重病急救医学学会联合会中国急救医学组织代表。他的研究方向为中西医结合多脏器衰竭防治的研究, 此系国家中医药管理局全国脏器衰竭协作组的课题, 其中的“菌毒并治”防治多脏器衰竭基础与临床研究, 曾获国家部级科技进步一等奖。自 1974~1998 年曾在国内外医学杂志发表有关急救医学论文 60 余篇。

值此纪念毛泽东西医学习中医批示 40 周年之际, 回顾我从事中西医结合急救事业的历程, 从 1974 年 8 月至今 20 多个春秋的体会, 实践证明: 这个批示, 振奋了中华民族的精神, 发扬了民族的文化, 推动了我国医学事业的发展, 造福了人民, 展示了国威。根据这个批示的精神, 为了发展我国的中西医结合急救事业, 我经历了坎坷的道路, 越过重重障碍和困难, 靠着坚韧不拔的毅力, 孜孜不倦的学习和实践以及自我奉献的精神, 终于取得了几项国内首创的成果。例如: (1) 1976 年运用活血化瘀法治疗重症弥散性血管内凝血, 在病因不能去除的情况下患者的痊愈率可达 85%。(2) 1977~1980 年, 通过对中医“肺与大肠相表里”学说本质的研究, 运用中医的上清下泻法治疗急性呼吸窘迫综合征, 在综合治疗的基础上加用凉膈散, 使重症患者的痊愈率达到 80%。(3) 1981~1989 年, 根据中医活血解毒, 毒去血清的理论, 研制成功具有广谱拮抗内毒素作用的中药复方“神农 33 号注射液”, 此药与抗生素并用, 起到了菌毒并治的作用, 用于治疗感染性多脏器衰竭, 使国际上公认的四脏器衰竭及四脏器衰竭以上患者的病死率从 100% 下降到 50%。上述的各种急性危重病, 均取得了既优越于单用西医治疗的疗效, 也优

越于单用中医治疗的疗效, 从而使中西医结合治疗急性危重病, 在西医综合医院中的地位, 从可有可无, 跃升到为了提高疗效非用不可。这些疗效不仅受到了国内同行的重视, 也受到了国际医学界的认可。1989 年世界危重病急救医学学会联合会 (The World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine) 的 40 个成员国, 一致承认我国对世界急救医学的发展有贡献, 全票通过接纳我国的中西医结合学会急救医学学会为这个世界急救医学组织的成员国学会, 并推选我为中国急救医学组织的代表。从此, 在国际的急救医学组织中, 有了我国的席位, 在学术上为我国增添了光彩。

追忆我国中西医结合急救专业走出国门, 并非易事。1979 年我们首次出国参加在日本京都举行的国际内科学会议, 会议开始时, 国外专家对中国出席会议代表的态度非常冷淡, 当时国际上对于重症弥散性血管内凝血的治疗, 早期用肝素抗凝血, 晚期用 6-氨基乙酸抗纤溶亢进。但是外科大手术后或多发性创伤患者伴发此病, 早期既有血管内凝血, 也有凝血因子消耗性出血, 早期应用肝素治疗可使出血恶化, 晚期应用 6-氨基乙酸可再度诱发血管内凝血, 西医疗法进退维谷, 疗效不佳。当时我报告了中医活血化瘀法治疗此病, 早期既可抗凝血, 也可抑制凝血因子消耗性出血; 晚期也可抑制纤溶亢进, 既可制止出血, 也可防止再凝

血,这种疗法的疗效明显优于当时的西医疗法。我报告以后,许多国家学者均以惊奇的神情向我问长问短,改变了他们的傲慢态度。随后日本医学杂志转载我的论文时,日本厚生省加了赞叹的评语,并组织专家对我提出的活血化瘀疗法进行专题研究。此事仅是早期参加国际会议的一个例子。此后,多次参加在美国、德国、日本、西班牙、加拿大、瑞士等国举行的国际急救医学学术会议,我报告的论文是涉及急救医学领域中的难题,从而扭转了过去国际急救医学界对我们的态度,从冷落转变为敬重。多次国际会议我作为特邀代表在大会上作专题报告。

在此世纪之交的时代展望未来,近年国外的急救

医学水平已经进展到分子生物学的水平。90 年代已经证明,感染性多脏器衰竭的始动病因已经不是内毒素血症的直接作用,而是内毒素血症诱导体内炎性介质的释放(如肿瘤坏死因子等),对机体造成了严重的损害。故此,我们根据中医瘀毒互结可以致病,活血化瘀,疏通脉络,毒邪可散,重疾可愈的理论。在多方面的支持下,已经组织跨学科跨专业的专家协同合作,探寻具有“细菌/内毒素/炎性介质并治”作用的中医新方药。一旦突破,国际上瞩目的难题,感染性多脏器衰竭的病死率可以继续下降。这将是我国中西医结合急救医学事业继续发展,世纪之交的新界碑。

(收稿:1998-09-10)

## 瓜蒌葛参汤合生脉注射液治疗冠心病 93 例

张国伦 王劲红

1994 年 3 月~1997 年 4 月,我们用自拟瓜蒌葛参汤与生脉注射液合用治疗冠心病 93 例,疗效满意,现报告如下。

**临床资料** 按缺血性心脏病的命名和诊断标准[中华内科杂志 1981;20(4):254—255]均确诊为冠心病患者 138 例,随机(按 2:1)分为两组。治疗组 93 例,男 60 例,女 33 例;年龄 46~90 岁,平均 57 岁;病程 3 个月~12 年,平均 3.6 年;其中稳定性心绞痛 61 例,不稳定性心绞痛 32 例;ST 段有缺血表现者 79 例,伴室性早搏 13 例,房性早搏 22 例,Ⅱ、Ⅲ度房室传导阻滞 4 例,心动过速者 8 例,心动过缓者 6 例。对照组 45 例,男 29 例,女 16 例;年龄 46~82 岁,平均 56 岁;病程 4 个月~12 年,平均 3.7 年;其中稳定性心绞痛 31 例,不稳定性心绞痛 14 例;ST 段有缺血表现者 38 例,伴室性早搏 10 例,房性早搏 9 例,Ⅱ、Ⅲ度房室传导阻滞 1 例,心动过速者 5 例,心动过缓者 2 例。

**治疗方法** 治疗组服用自拟瓜蒌葛参汤(瓜蒌壳 15g 薤白 10g 法半夏 12g 丹参 30g 葛根 30g),每日 1 剂,水煎至 300ml,早晚分服。同时用生脉注射液(四川宜宾制药厂生产,每 10ml 含红参 1g 北五味子 1.56g 麦冬 3.12g),每次 30~50ml 加入 0.9% 生理盐水 200ml 中静脉滴注,每日 1 次,2 周为 1 个疗程,一般用 2~3 个疗程。其中 12 例因心绞痛发作较剧而临时加服硝酸甘油片。对照组采用硝酸甘油片 0.6mg,每日 1~3 次,舌下含服,2 周为 1 个疗程,用 3 个疗程。

**结 果** (1)疗效评定根据 1979 年上海会议制订的冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准(疾病诊疗标准,南宁:广西人民出版社,1983:145—146)。显效:心绞痛发作次数减少 80%,心电图恢复正常;有效:心绞痛发作次数减少 50%,心电图好

转;无效:心绞痛发作次数减少 < 50%,心电图无改变。(2)心绞痛症状疗效:治疗组 93 例中,显效 52 例,改善 32 例,无效 9 例,总有效率 90.32%;对照组 45 例中,显效 12 例,改善 22 例,无效 11 例,总有效率 75.56%。两组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。(3)心电图疗效:治疗组 79 例,显效 17 例,改善 32 例,无效 30 例,总有效率 62.03%;对照组 38 例,显效 2 例,改善 13 例,无效 23 例,总有效率 39.47%,两组比较有显著性差异( $P < 0.01$ )。(4)心绞痛及心电图综合疗效:治疗组显效 48 例,改善 23 例,无效 22 例,总有效率 76.34%;对照组显效 10 例,改善 15 例,无效 20 例,总有效率 55.56%,两组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。结果表明,治疗组临床症状及心电图综合疗效显著高于对照组。两组均未见加重病例。治疗组基本上停用硝酸甘油。治疗组有 4 例出现轻度腹泻,对照组有 3 例出现面红和轻微头痛,但均未影响治疗;肝、肾功能,造血功能治疗前后均无明显影响。

**体 会** 冠心病属中医胸痹范畴,为本虚标实之证。本虚以气阴两虚为主,标实以痰瘀痹阻为患。治疗则应益气养阴,宣痹化痰通络,标本同治。生脉注射液大补元气而生津敛阴,体现了治病求本这一基本治则。瓜蒌葛参汤由瓜蒌薤白半夏汤加丹参、葛根组成。瓜蒌壳开胸中痰结,半夏化痰降逆,薤白辛温通阳,豁痰下气,专为胸痹之痰阻而设。丹参、葛根活血化瘀,通利血脉,使瘀滞得解,心脉得通。现代研究表明,生脉注射液能改善微循环,抑制血栓形成,保护心肌缺血损伤;丹参、葛根能扩张冠状动脉,降低心肌耗氧量,改善冠脉循环。静脉滴注生脉注射液合煎服瓜蒌葛参汤能明显消除冠心病的症状,改善心肌缺血,疗效可靠而满意。

(收稿:1998-01-20 修回:1998-09-01)