

· 我与中西医结合事业 ·

热爱中医学, 架好桥梁, 为中西医 在理论上结合作贡献

李鸣真



作者简介 李鸣真, 1930 年 2 月生, 教授, 主任医师, 湖北武汉人。1955 年毕业于中南同济医学院, 曾任同济医科大学中西医结合研究所所长, 现为顾问, 兼中国中西医结合学会常务理事暨急腹症/管理专业委员会委员、湖北省中西医结合学会理事长, 以及《中国中西医结合杂志》等 6 份杂志编委。1993 年始享受国务院颁发的政府特殊津贴。擅长中西医结合治疗妇科病、消化系统疾病及一些疑难杂症, 重点研究中医“清热解毒”法的现代医学内涵。先后负责承担国家自然科学基金、国家“七五”攻关项目, 及卫生部、国家中医药管理局、湖北省科委“八五”攻关项目共 7 项科研课题, 多次获国家教委和湖北省/武汉市科技进步奖。发表科研论文 80 余篇, 指导研究生 14 名。

我原来是一名妇产科医师, 工作近 4 年后于 1958 年响应毛主席号召至北京中医学院中医研究班学习中医学两年半。由于受西医理论影响较深, 直至结业我仍不相信中医学的科学性, 我心想: 中医再有能耐, 遇到宫外孕总少不了我这一把刀。学毕而归, 领导安排我从事中西医结合工作, 尽管我对中医学仍心存疑虑, 也只好硬着头皮干。结果, 临床上经我亲手完全用中医药治愈了不少妇科功能性疾病, 且用中医药治疗一些腹腔出血不多的宫外孕竟也能痊愈, 还能再孕获正常分娩, 并不需要我那一把刀。“实践是检验真理的唯一标准”, 通过实践使我看到了中医药确有疗效, 而且副作用小, 那么它就应当是科学的。有了这一初步认识, 我才安下心来搞中西医结合工作。

1965 年领导调我到中医科任副主任, 而当时中医科唯一的科研课题是外科急腹症, 我不得不改行研究急腹症。当我眼见一些患者腹痛难忍、呼号呻吟而来, 经用中医清、下法为主治疗后多能腹痛减轻向愈, 患者既免除了手术之苦, 又减轻了经济负担, 最后笑容满面地出院, 这使我看到了中医药的独到之处, 让我开始爱上了这新的专业。

70 年代初, 我们见有的急腹症特别是胆绞痛患者呕吐较剧, 中药汤剂难以接受, 乃设计制作清法制剂“抗炎 6 号”注射液(现名“热毒清”)治疗一些炎性急腹症, 有效率为 82.5%(显效约 70%)。但中医药临床有效还只是停留在感性认识, 中西医结合的重要目标之

一是要将感性认识上升到理性认识。那么, 为了搞清楚热毒清的疗效机理, 就必须作实验研究。当时, 我们一无科研经费, 二无仪器设备, 三无实验技术, 又没有人能替我们研究, 就只得借基地、借仪器, 因陋就简地上马; 并虚心向一切内行学习, 边学边作, 进行一些简单的动物实验。结果发现热毒清在体外的抗菌作用虽不强, 但能解热、抗炎、防治家兔大肠杆菌腹腔感染, 从而对其疗效机理有了初步的说明。这初战告捷, 大大增强了我们继续研究的信心, 领导也支持我们成立了中医科实验室。

但继续研究从何着手? 我们考虑热毒清在体外的抗菌作用确实不强, 但临床上治疗一些革兰氏阴性杆菌感染却又有效, 而且实验证明它能解热、抗病毒, 是否它能抗内毒素, 能调动体内免疫防护功能而起治疗作用? 果然, 在电镜下可见热毒清体外确能破坏内毒素的超微结构, 体内实验也表明能防治家兔内毒素诱导的弥散性血管内凝血(DIC), 并能增强机体非特异性和特异性免疫功能。鉴于我们的工作取得了一定的成绩, 1986 年领导又决定以同济医院中医科实验室为基础, 成立了同济医科大学中西医结合研究所, 由我先后任副所长、所长。嗣后在各级领导的支持下, 我们得以进一步观察到热毒清还能减轻氧自由基所致脂质过氧化损害; 保护重要细胞器——线粒体、溶酶体和微粒体。1989 年我们的国家自然科学基金项目“中医清热解毒法实质的部分研究——热毒清抗内毒素和保护溶酶体、线粒体的实验研究”, 经以吴咸中院士和名老中医董建华教授为首的专家鉴定, 被评为国际先进水平, 并获国家教委 1990 年科技进步二等奖。

保持安静;(2)保持呼吸道通畅,吸氧,对呼吸道不畅者应及时作气管切开;(3)对有颅内压增高者用 20%甘露醇注射液静脉滴注,每次 125ml,每日 2~4 次;(4)保持营养,纠正水、电解质、酸碱平衡失调,对吞咽困难者要早期给予鼻饲;(5)预防性使用抗生素;(6)控制血压在正常范围内,对血压过高者应及时给予降压药,并监测血压,根据血压随时调整药物,甚至终身服药;(7)1 周后行功能锻炼并配合针灸治疗。

手术治疗:手术时机选择在发病后 6~24h 内进行,采用立体定向技术,选择靶点时既要有利于血肿引流,又要避开大血管及功能区。先在头皮上标出血肿范围及穿刺点。消毒后局麻钻孔入颅,用脑穿针试穿,证实已进入血肿腔后拔出脑穿针,置入一根外径为 3mm 的硅胶管充分吸出血肿后注入 1~2 万 u 尿激酶(广东天普生物化学制药有限公司生产,每支 1 万 u,批号 960122,用生理盐水稀释成 3ml 溶液),夹闭引流管 6~8h 后再引流,以后根据血肿引流情况再注入 1~2 万 u 尿激酶(稀释同前),每日 1 次。术后 72h 拔管。

治疗组:在对照组治疗基础上,术后即开始口服或鼻饲逐瘀消肿合剂(处方组成:水蛭、川芎、赤芍、桃仁、红花、大枣等,每毫升含 0.44g 生药,为本院制剂),每次 33ml,每日 3 次,连服 1 周。

2 观察指标 术后继续观察患者神经功能缺损程度,格拉斯哥昏迷评分等,并详细记录。如无特殊需要,一般在术后 2 周复查头颅 CT 扫描,按多田公式计算出血肿量。术后 6 个月评定疗效。

3 统计学方法 计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用 Ridit 分析。

结 果

1 疗效判定标准 综合疗效比较参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中的中风疗效判定标准,分为基本治愈、显效、有效和无效。生活能力状态和神经功能缺损程度评定参照 1995 年全国第四次脑血管病学术会议修订的高血压脑出血疗效判定标准^[1],其中生活能力状态由好到差分为 0~Ⅶ级,神经功能缺损程度由轻到重分别计 0~45 分。

2 两组患者综合疗效比较 治疗组基本治愈 19 例(61.3%),显效 5 例(16.1%),有效 2 例(6.5%),无效 5 例(16.1%),总有效率为 83.9%;对照组依次为 9 例(30.0%),6 例(20.0%),3 例(10.0%),12 例(40.0%),总有效率为 60.0%。两组比较有显著性差异($u=2.4216, P<0.05$)。

3 两组患者生活能力比较 见表 2。治疗组生活质量优于对照组($P<0.05$)。神经功能缺损程度评分治疗组为(6.13 ± 7.04)分,对照组为(12.54 ± 10.47)分,治疗组优于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者术后 6 个月生活能力状态比较 (例)

组别	例数	Ⅶ	Ⅵ	V	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	I	0
治疗	26	0	0	0	2	2	3	11	8
对照	25	0	3	4	3	2	4	5	4

4 两组患者血肿吸收比较 两组血肿均明显吸收,且无占位效应,残余血肿量治疗组为(4.6 ± 5.7)ml,对照组为(7.3 ± 7.2)ml,治疗组明显少于对照组,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。

5 并发症及死亡原因 治疗组并发肺炎 4 例,消化道出血 4 例,肾功能衰竭 1 例,急性心肌梗死 1 例;对照组并发肺炎 6 例,消化道出血 4 例,肾功能衰竭 1 例,颅内再出血 1 例。两组患者术后凝血机能检查均无异常。治疗组死亡 5 例(其中死于肺炎 2 例,消化道大出血 1 例,肾功能衰竭 1 例,急性心肌梗死 1 例);对照组死亡 5 例(其中死于肺炎 2 例,消化道大出血 2 例,颅内再出血 1 例)。两组并发症及病死率比较均无统计学差异。

讨 论

高血压脑出血一直是西医外科临床工作中较为棘手的疾病,传统的开颅手术清除血肿死亡率高达 38%~50%^[3]。近年来国内外相继采用血肿碎吸术和钻孔注入尿激酶溶解引流血肿治疗本病,大大降低了病死率^[3,4]。但由于血肿引流不彻底,致使部分患者的生命虽然得以保存,术后残余血肿存留严重影响了患者生活质量。本研究采用钻孔抽吸引流部分血肿,缓解血肿对脑的压迫,同时注入尿激酶溶解引流一部分血肿,配合口服逐瘀消肿合剂促进残余血肿的吸收和神经功能恢复。结果表明在疗效和神经功能恢复方面,治疗组均明显优于对照组。

高血压脑出血及其所致颅内血肿属于中医学“中风”、“昏迷”、“神昏”等范畴。《血证论·瘀血篇》云:“离经之血虽清血,鲜血亦是瘀”,说明该病病机多为瘀血阻滞脑络。治法当用活血逐瘀、消肿开窍之法。逐瘀消肿合剂是在清代王清任活血化瘀名方“通窍活血汤”的基础上加味化裁并经现代中药制备工艺加工而成的纯中药复方制剂。方中水蛭破血逐瘀消肿为君药;桃仁、红花活血通经、祛除瘀滞;赤芍通顺血脉,行血中之瘀滞,与桃仁、红花配合用于瘀滞重者最为相宜;川芎行气活血,乃血中之气药,可加强行血散瘀的作用;大