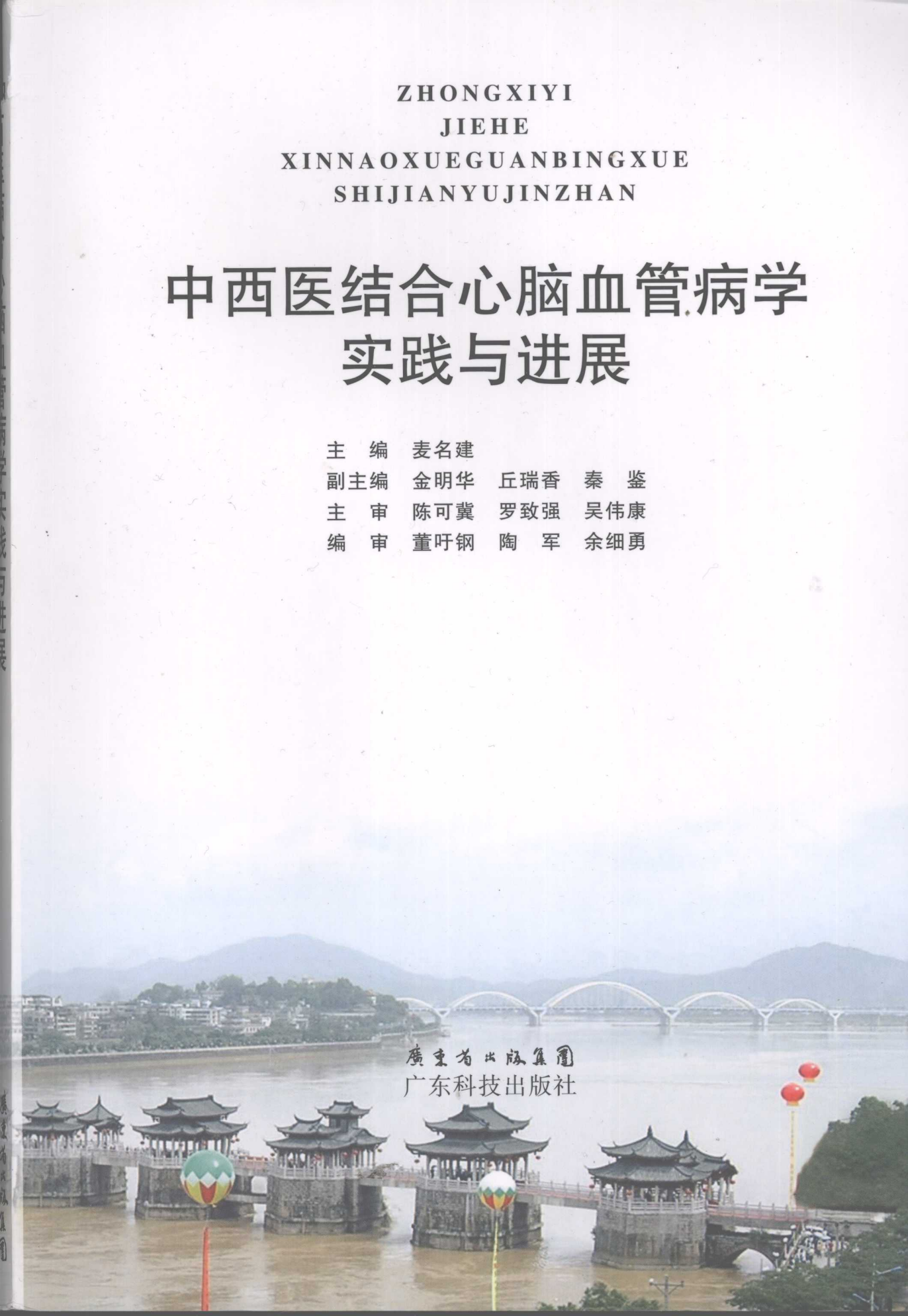


ZHONGXIYI
JIEHE
XINNAOXUEGUANBINGXUE
SHIJIAN YU JINZHAN

中西医结合心脑血管病学 实践与进展

主 编 麦名建
副主编 金明华 丘瑞香 秦 鉴
主 审 陈可冀 罗致强 吴伟康
编 审 董吁钢 陶 军 余细勇

广东省出版集团
广东科技出版社



中西医结合心脑血管病学实践与进展

主 编 麦名建
副主编 金明华 丘瑞香 秦 鉴
主 审 陈可冀 罗致强 吴伟康
编 审 董吁钢 陶 军 余细勇

广东省出版集团
广东科技出版社
· 广 州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合心脑血管病学实践与进展 / 麦名建编著.

广州: 广东科技出版社, 2007. 8

ISBN 978 - 7 - 5359 - 4375 - 0

I. 中… II. 麦… III. ①心脏血管疾病—中西医结合疗法②脑血管疾病—中西医结合疗法 IV. R540.5 R743.05
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 093956 号

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路 11 号 邮编: 510075)

E-mail: gdkjzbb@21cn.com

http: //www. gdstp. com. cn

印 刷: 广州市岭美彩印有限公司

(广州市花地大道南海南工商贸易区 A 幢 邮编: 510385)

规 格: 787mm×1092mm 1/16 印张 22.25 字数 400 千

版 次: 2007 年 8 月第 1 版

2007 年 8 月第 1 次印刷

定 价: 56.00 元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

序 言

这是一本普通的书。它没有深奥的理论，也没有突破性的见解，它只是“中西医结合”时代进行曲的一个音符。本书所奉献的是一颗弘扬中国传统医药学、促进中西医结合的爱国情怀和热诚的心。

书中既有德高望重的科学院院士耕耘的手迹，也有海外同道劳动智慧的结晶；书中更多的是辛勤学习、工作在第一线的中西医结合新医学派尖兵的实践和体会。文以载情，他们的文章富有启迪性，并将激励和鞭策我们去进一步坚持走中西医结合的道路，担负起新的历史使命，共同构筑遏制心脑血管疾病的坚固防线，为中华民族、为全人类的健康多作贡献。

愿我们这一代人为进一步贯彻、落实1958年毛泽东主席关于“西医离职学习中医班的总结报告”的精神，为继续响应温家宝总理2005年3月21日关于“实行中西医结合，发扬传统医药学”的号召，脚踏实地、扎扎实实地工作，满怀豪情地沿着党的中医政策，遵照党的中西医结合的方针，昂首挺胸，阔步前进。

编 者

2007年6月于广州



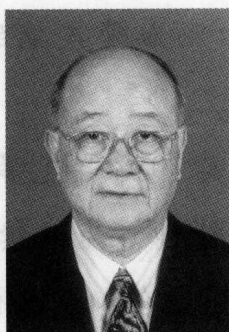
陈可冀

中国中医科学院西苑医院 教授
中国中西医结合学会 会长
中国科学院 院士



吴伟康

中山大学中西医结合研究所
所长/教授
中国中西医结合学会 副会长
广东省中西医结合学会 会长



罗致强

中山大学附属第一医院
主任导师/教授
全国名老中医
国务院特殊贡献津贴享受者



麦名建

广东省人民医院 主任医师
广东省中西医结合学会心血管
专业委员会 主任委员
泰国正大集团首席医学顾问

目 录

第一部分 现状与展望

传统与现代共同辉煌	陈可冀 (3)
上海地区人群血脂水平和住院心脏病病种构成的长期趋势 (摘要)	陈灏珠 (4)
Harmonious Integration of Traditional Medicine and Western Medicine ...	Leon Drobnik (7)
Chances and Challenges of the Integrated Medicine	Srdan Verstovsek (9)
香港中医药发展的几个关键性的问题	张大钊 (11)
中医络病理论与血管内皮保护	吴伟康等 (13)
非动脉粥样硬化性心肌梗死	陈君柱 (21)
因湿致瘀在岭南心血管疾病防治中的应用	罗致强 (23)
急性 ST 段抬高心肌梗死的再灌注治疗	陈纪言等 (27)
中西医结合抢救急性心肌梗塞 (AMI) 30 年的回顾与展望	麦名建 (30)
短暂性脑缺血发作 (TIAP) 的临床决策	王拥军 (34)
糖尿病与冠心病	曾群英 (37)
血管性认知损害与痴呆	詹国华 (43)
冠心病介入治疗与中西医结合治疗	张敏州 (48)
脑血管病 20 年外科治疗回顾	郑佳坤等 (52)
Effect of Chinese Medicine on Hypertension -A Randomized Controlled Clinical Trial Funded by NIH	Zhang Qunhao et al. (59)
心房颤动的外科消融治疗	吴若彬 (61)
从他汀类药物的循证医学证据看他汀类药物的调脂治疗	董吁钢 (64)
心血管中西医结合研究的靶点与策略	余细勇 (68)
中药对心血管系统的影响及评价	张荣华等 (72)
中西医结合治疗高血压的思路	丁有钦 (79)
心、脑、血管疾患与颈椎病	赖在文 (85)

发挥现代科技优势, 加快中医药现代化步伐	郝建军 (92)
提升中医药临床研究的科学性	丘瑞香 (97)
整体医学对未来医学发展的影响	耿庆山 (101)
冠心病外科治疗的进展	吴若彬等 (105)
内皮祖细胞修复血管损伤的研究进展	陶 军 (110)
心律失常中西医结合治疗现代进展	叶穗林 (111)
慢性心力衰竭研究进展	谭 宁等 (116)
心房颤动的治疗进展	唐安丽 (123)
一种新的血管舒张因子 (PVRF, ADRF) 的研究进展	曾昭华等 (127)
冠状动脉痉挛的基础与临床研究进展	向定成 (129)
代谢综合征的中药治疗	黄晓忠等 (132)
中医药治疗冠心病的现代医学研究	魏文康 (136)
中西医结合心血管病研究 50 年回顾与展望	秦 鉴等 (140)
冠心病介入、支架及中医药治疗	盛文娟等 (145)
高血压病中西医结合防治对策	丘瑞香 (150)
冠心病支架置入术后再狭窄中西防治研究进展	张敏州 (153)
中药降脂研究进展	李建鸿等 (159)
生脉注射液治疗充血性心力衰竭的近况及展望	吴漪芬等 (164)
中西医结合治疗病毒性心肌炎的思路和方法	梁东辉等 (168)
传统医药临床疗效评价 (摘要)	陈可冀 (172)

第二部分 基础研究

Anti-Myocardial Ischemia Action and Mechanism of Sini Decoction	Wu Weikang et al. (175)
大黄素对家兔实验性动脉粥样硬化时主动脉鞘磷脂酶活性与神经酰胺含量变化的影响	王金平等 (178)
邓氏通冠胶囊改善缺血心肌供血的时效量效观察及 NO 机制研究	陈俊林等 (182)
高血压大鼠血管外周脂肪组织对血管调节功能的改变及他汀类药物治疗的影响	曾昭华等 (189)
用血清药理学观察化痰药半夏、天南星对兔血管平滑肌细胞增殖的影响	杨 广等 (193)
四逆汤对兔髂动脉球囊损伤后血管狭窄和氧化应激的影响	刘 勇等 (195)
定心方及氧化苦参碱对大鼠缺血再灌注心律失常的保护作用及 ICAM-1 表达的影响	贾钰华等 (199)
中药组方治疗代谢综合征动物模型的疗效	黄晓忠等 (203)

加味补阳还五汤对兔髂动脉球囊损伤后 TGF- β 1 的影响	周彬等 (204)
三七总皂甙对人内皮源性一氧化氮合酶基因启动子活性的影响	张丽华等 (205)
“厥逆证”(心肌缺血/再灌注)模型的建立及四逆胶囊对模型肢体温度和心电图的影响	秦鉴等 (210)
一种新的高盐致高血压动物模型建立及其血管重构改变	曾昭华等 (213)
丹参酮对脂多糖诱导核因子- κ B 活性的影响	贾钰华等 (217)
参七汤影响缺血心肌内皮素基因表达的实验研究	赵华云等 (222)

第三部分 临床实践

高血压病中西医结合治疗的个体化	麦名建 (227)
老年心血管疾病的特点及不良反应	洗绍祥 (231)
冠状动脉血流缓慢综合征的中西医辨识	谷万里等 (238)
心源性休克的中西医结合治疗	叶小卫等 (239)
论老年痴呆症的本虚标实及中西医结合诊治	梁东辉等 (242)
代谢综合征的中药治疗	黄晓忠等 (245)
病毒性心肌炎的中西医疗疗	赵华云 (248)
阳江市中医院卒中单元实施与效果评价	冯小燕 (257)
漫谈冠心病的中医诊治问题	周伯康 (262)
中西医结合治疗老年慢性充血性心力衰竭疗效观察	许成勇等 (266)
心脉通胶囊对急性冠脉综合征患者血清 MMP-9 与高敏 CRP 影响的临床观察	孟君等 (268)
不同类型心绞痛患者低密度脂蛋白及氧化型低密度脂蛋白的比较研究	何喜民等 (272)
非体外循环冠状动脉旁路移植术在左心功能不全患者中的应用	麦明杰等 (276)
多中心观察银丹心脑通软胶囊治疗气滞血瘀型冠心病心绞痛 130 例临床总结	毛建生等 (279)
食管造影定位房间隔穿刺点的临床研究——附 486 例临床分析	吴同果等 (286)
中西医结合治疗对高血压病患者血压节律及降压稳定	燕竹青等 (290)
中西医结合治疗原发性休克的临床研究	郇永平等 (295)
黄芪注射液和厄贝沙坦治疗对伴代谢综合征高血压病患者血内皮素及胰岛抵抗的影响	余秀兰等 (300)
心脉安胶囊治疗冠心病室性快速型心律失常临床研究	彭若宇等 (302)
冠状动脉痉挛和病变程度与血浆氧化型低密度脂蛋白水平相关	何喜民等 (306)
血清高密度脂蛋白与冠心病脾虚证的相关性研究	梁东辉等 (309)
中西医结合治疗肾性高血压 30 例疗效观察	卢少辉 (314)

第一部分

现状与展望

传统与现代共同辉煌

——充分应用现代科学技术，推进中西医学有机结合

陈可冀

(中国中医科学院西苑医院)

我认为我们应当采用多元模式传承和创新包括中医药学在内的我国优秀科学文化，中西医结合是其中重要的途径之一，本文重点论述中西医结合优势互补的问题。

中西医结合是我国一贯坚持的卫生工作方针之一，它是根据我国现实存在中西医两种医学的国情而提出的。该方针强调中西医要加强团结合作，相互取长补短，共同提高，为继承发展中医药学，创新医疗模式，丰富现代医学和生命科学，为保障人民健康作出贡献；这也是自然科学史上学科交叉、学术进步的客观性和必然性的又一种体现。

医学的目的是要为公众的健康服务的，并要为社会需求和繁荣作贡献。我们决不能回避生命伦理学这一普遍性准则来讨论医学科学的发展。医学的重大使命乃是有效地防治疾病和提高人们的生命质量，中西医结合也不可能例外。

充分利用现代科学技术包括现代医学知识和方法，继承和发展中医药精粹，提高诊治效果，是中西医结合重要的发展方向。医学的进步模式基本上应当是：临床—基础—临床，经验—理论—经验，医学从起点到终点都应是病人，我们与健康同行。

我们亲身见证了半个世纪中西医结合发展的历程，在提高疗效方面，可以归结出一些基本经验：①现代中医以辨证论治为主，辅以西医一般治疗，病证结合，提高疗效。20世纪50年代著名中医专家蒲辅周按暑温/暑湿立法治疗流行性乙型脑炎的成功，突显了辨证论治个体化治疗和中医理论的优越性。②针对现代医学诊断明确的难题，在继承中创新药物，因靶标明确，效果优异，如三氧化二砷治疗 APL；青蒿素治疗耐药恶性疟疾。这是运用现代科技继承发展中医药的成功经验。③应用现代循证医学方法，创新药物，发展活血消食中药柚为血脂康，成为冠心病二级预防有效药物；较国外 4S、CARE、LIPID 等试验更有特色，为现代中药有大宗病例随诊 5~7 年的范例。④以冠脉介入术 (PCI) 治疗冠心病、心肌梗死，疗效立竿见影；但还有不少术后出现冠脉再狭窄的，我们按血瘀证论治，在西医常规处理基础上加活血化瘀方药，多中心 RCT 研究证明效果较单纯应用西药可起到增效作用。⑤肿瘤的扶正固本与放/化疗结合，完成疗程并提高了生活质量，被誉为中国模式。⑥部分外科病人的减少手术之痛或提高围手术期效果。⑦针刺镇痛/戒毒的新发展，应属原创性成就。⑧广大城乡采用中西医结合或综合疗法为群众广为接受。

以上成就，各有千秋，具有不同特点，但更多体现了中医精髓而又结合今日科技知识，大都注重中西医的病证结合或证病结合的思维，很是实用而又可贵！

《中华人民共和国中医药条例》要求“推进中医学和西医学两种医学的有机结合”。如果我们能够结合闪烁着医生智慧光辉的传统中医药理论及历久弥坚的临床经验进行探索研究，并同时注意结合当代科技新见，两相牵手，和谐发展，相信会有在国际国内都能立得住的成效面世。当代生命科学发展日新月异，各类“组学”对医学进步启迪良多；基因组学、蛋白质组学、代谢组学、系统生物学、生物物理学、信息科学、分子生物学、各类化学以及病理生理学等都可能对中医学的宏观思维，证候原理，方药配伍，疗效机理等等作出新的解读、发挥和丰富，并发扬光大之！可惜的是，我们今天相关平台还不完善，有的高谈阔论，“激情”高得离谱，听不得丝毫不同意见，而提倡实干苦干立足创新却不足。由于我们今天倡导中西医并重、中西医结合和实现中医药现代化是起步于百年半殖民地劫难之后，而且也有些人还不理解中医学的精华，因而业内业外对引进包括现代医学在内的现代科学不免心有“西化”疑惑，陷入“引进—挨打”思维的怪圈，这是可以理解的；但时至今日，不应躲避去充分利用现代科技包括现代医学为我所用，应该有一个良好的社会学术氛围和思考。中医药学博大精深，我们不可能期望几代人就能把它研究清楚，所以中西医并重、中西医结合和实现中医药现代化的方针政策是正路，应该坚持，鼓励从不同途径探路和创新，为中华民族争光！

上海地区人群血脂水平和住院心脏病病种构成的长期趋势（摘要）

陈灏珠

（复旦大学附属中山医院，上海市心血管病研究所）

建国以来，随着经济的发展，人民生活水平的提高和医疗卫生工作的进步，疾病谱发生了巨大变化，人口死亡类型实现了以传染病为主，到以非传染疾病为主的流行病学转变。

据中国卫生年鉴资料，1952年我国人口死亡构成比中37%是传染病和寄生虫病所致，位居第一，而心血管病则仅占6%左右；至1998年心血管病占34%，位居第一，而传染病和寄生虫病则仅占3%左右。20世纪末的1999年我国城市人口死亡原因中以恶性肿瘤居首位占构成比的23.89%，脑血管病其次占21.63%，心脏病居第3位占16.82%，但如将心脑血管病加在一起则占38.45%，超过恶性肿瘤而居第1位。1999年我国农村人口死亡原因中以呼吸系疾病居首位占22.04%，恶性肿瘤其次占18.40%，脑血管病居第3位占18.40%，心脏病居第4位占12.37%；同样地，如将心脑血管病加在一起则占30.77%，也超过呼吸系疾病而居第1位。2003年我国城市和农村人口死于

心脑血管病者分别占 34.38% 和 35.78%，均居首位。目前我国每年约有 300 万人死于心脑血管病。

不但总的疾病谱发生流行病学转变，心血管病的病谱也发生流行病学转变。Yusuf 于 2001 年提出世界不同地区流行病学转变处于不同阶段，其心血管病病种的流行模式也不相同，认为中国心血管病属全国性流行型占总死亡的 10%~35%，以风心病、营养性心肌病、高血压和出血性脑卒中为主。

我们从 20 世纪 50 年代至 90 年代动态观察了复旦大学附属两所综合性医院中山医院和华山医院住院心血管病病人的病种变化。这期间共有 37 046 位成人心脏病病人住院。其病例数随年代而增加，分别占同年代内科住院病人总数的 9.89%、15.69%、20.91%、23.54% 和 24.24% ($B=3.655$, $P=0.010$)。此结果与我国的人群研究结果相吻合，1957 年我国城市心脏病死亡率为 49.2%/10 万而 1999 年则上升至 98.92%/10 万。住院心脏病病死率则随年代而分别降低为 17.91%、11.51%、14.07%、7.35% 和 2.39% ($B=-3.52$, $P=0.024$)。住院心脏病病种呈现持续稳定变化，其最显著的特点是冠心病的增多和风心病的减少。风心病的病例数在 20 世纪 50 年代、60 年代和 70 年代均占首位，80 年代退居第 2 位，90 年代则占第 3 位，其所占的百分比由 50.36% (50 年代) 降至 10.25% (90 年代)。冠心病则从 50 年代的第 5 位，60 和 70 年代的第 2 位上升到 80 和 90 年代的第 1 位，其所占的百分比由 6.78% (50 年代) 升至 39.18% (90 年代)，显著地增加了 20 多倍。1984~1997 年北京地区研究结果显示人群冠心病发病率年平均增长率为 1.7%，增幅也很大。

年龄增长、男性、高脂血症、高血压、糖尿病、吸烟、肥胖等被公认为是引起冠心病的主要危险因素。其中高脂血症、高血压、糖尿病、肥胖的同时存在，近年又被称代谢综合征，更是高危险因素。可见高脂血症（或称血脂异常）在冠心病的发病中起极为重要的作用。

从 20 世纪 70 年代至 90 年代末，我们曾做过 5 次上海市健康人群的血脂水平调查并进行与饮食营养成分关联的研究。调查对象年龄从新生儿（脐带血标本）到百岁老人；职业包括工人、农民、职员、干部、教师、学生等；检查项目包括总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇（采用 Friedewald 公式计算）。发现上海地区健康人群血脂水平的年龄和性别特征为：①总胆固醇（TC）水平随年龄增大而增高，50 岁以后各年龄组女性 TC 水平高于男性 ($P<0.01$)，70 岁以后，男性 TC 水平仍趋上升而女性则逐渐降低；②甘油三酯（TG）水平也随年龄增大而增高，但增高趋势较为平缓，在 11 岁至 50 岁各年龄组男性高于女性 ($P<0.01$)，50 岁以后女性 TG 水平逐渐增高接近男性，但无统计学意义；③男、女性高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）水平自新生儿至 30 岁随年龄增长而增高，30 岁以后变化趋于平缓，21 至 70 岁各年龄组女性均高于男性 ($P<0.01$)；④低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）水平随年龄增长的变化类似于 TC 的变化。20 世纪 70 年代初我国尚无统一的血脂异常界限，当时我们采用累加频率分布曲线，求得健康人第 95% 位数的血脂含量作为最高上限，得出血脂的过高界限为 $TC>220\text{mg/dl}$ ， $TG>160\text{mg/dl}$ 。目前看来，我们当时提出的界限与 1997 年发表的中华心血管病杂志编委会血脂异常防治专题组制定的血脂异常防治建议

的水平甚为一致。

我们的研究还显示 20 至 60 岁男、女性 TC 平均水平 50 年代与 70 年代比较接近, 但 20 世纪 90 年代较 70 年代增高了 $10 \sim 35.6\text{mg/dl}$ ($6.78\% \sim 17.69\%$); TG 平均水平 90 年代较 70 年代增高了 $23.9 \sim 45.2\text{mg/dl}$ ($21.95\% \sim 45.53\%$); HDL - C 平均水平 90 年代较 70 年代降低了 $4.6 \sim 18.2\text{mg/dl}$ ($8.05\% \sim 29.19\%$)。如以我们制定的血脂过高界限来分析, 上海地区 40 岁以上健康人群 70 年代血 TC 过高者男性仅有 4.4%, 女性仅有 5.4%, 90 年代则分别增至 11.57% 和 16.02%, 均增加了约 3 倍; 70 年代血 TG 过高者男性仅 5.2%, 女性仅有 5.7%, 90 年代则分别增至 21.83% 和 13.32%, 各增加了约 5 倍和 2.3 倍。如以 1997 年中华医学杂志发表的血脂异常防治建议水平来衡量, 90 年代 40 岁以上人群血 HDL - C 过低者男性有 40.17%, 女性有 22.93%; LDL - C 过高者男性有 16.16%, 女性有 20.74%。再以 Castelli 称为致冠心病强危险因素的指标 (TC/HDL - C 比值 ≥ 4 同时 $\text{TG} \geq 150\text{mg/dl}$) 来判断, 40 岁以上人群男性有 20.74%, 女性有 13.32% 达到这一指标, 处在强危险的状态中。这些变化与上海地区居民膳食结构向高脂肪、高胆固醇、低碳水化合物转变有关。

上海地区健康人群血脂变化的情况表明, 作为冠心病重要危险因素的血脂异常近 10 余年来明显增多, 与心血管病病种流行病学转变中冠心病病人在 80 和 90 年代逐渐增多的情况相吻合。其他主要危险因素在促进冠心病的发生也在起作用: ①年龄增长。目前我国已逐渐步入老年型社会, 上海老年人口 (60 岁以上) 至 2003 年末已占人口总数的 18.98%, 2000 年上海人平均期望寿命为 78.4 岁, 而 1951 年仅为 58.1 岁。②高血压患者增多。我国人群抽样调查高血压患病率 1959 年为 5.11%, 1979 ~ 1980 年为 7.73%, 1991 年为 13.58%, 2002 年为 18.8%, 43 年间增加了 267.90%。上海市区调查 1972 年为 17.0%, 1979 年为 11.9%, 1991 年为 20.5%, 1996 年为 31.7%, 1998 年为 29.2%, 26 年间增加 71.76%。③糖尿病患者增多。我国人群抽样调查 1980 ~ 1981 年 30 万人 2 型糖尿病患病率为 6.74‰, 1994 年 ~ 1995 年调查 25 万人为 25‰; 上海则高达 50‰。④吸烟者增多。目前全国 15 ~ 69 岁吸烟者已达 3.3 亿。⑤代谢综合征患者增多。根据世界卫生组织的标准上海人群患病率为 17.14%, 北京人群为 22.40%。

我国人群冠心病和高脂血症的流行现状虽不如经济发达国家严重, 但其发展的趋势应引起包括上海在内的沿海地区的重视。采取适当的预防措施降低人群血脂水平和其他危险因素对降低我国心血管病发病率和死亡率有重要意义。

Harmonious Integration of Traditional Medicine and Western Medicine

Leon Drobnik

Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Medical University,
University Hospital No 2, ul. Przybyszewskiego 49, 60 – 355 Poznan, Poland

The knowledge of a present – time man is a fractional science concerning surrounding world. It is caused by cognitive abilities that are directed toward maintaining life, its perfection, and passing it to the next generation.

The human body is composed of elements, which age equals that of the Universe, namely 13 ~ 15 billion years. What can be perceived as a new in the human being is not matter itself but an information governing the arrangement and exchange of matter and energy being evaluated so imperfectly with present scientific tools. Energy is present as genetically transmitted potential and also as physical powers of electromagnetic, gravitational, electrostatic and nuclear character, taken from an environment.

The imbalance between external factors and compensating abilities causes a number of functional disturbances and then structural injury to the human organism. An injury is detected and interpreted by integrating systems, particularly the nervous system and the awareness as a disease state. The presence of disease is commonly thought as a call for help.

Regretfully I admit as an anaesthesiologist, that although I let awareness to go out during an anaesthetic and then I let it to recover I still do not know what is the awareness. In fact, nobody knows despite many theories being put forward; from electrical field to original element (matter and energy) of the universe.

Comatose patients sustaining vascular or traumatic injury to the brain are treated in intensive therapy units, in which technological development of western medicine can be seen. In spite of this progress some patients do not survive and some cannot recover completely. Why do not they return to a normal state of health? There are several reasons: 1. Progressive cerebrovascular or cerebral (CNS) pathology preceding actual trauma or stroke, 2. Incomplete understanding of a dynamic pattern of brain pathology, notably the regeneration potential of the central nervous system), 3. Delayed and incomplete rehabilitation of patients in a later stage of disease. Apart from incomplete knowledge and organisational flaws, one of the main obstacles in improving an outcome of patients is "Organ Catastrophe Medicine" related only to isolated failures of the brain, the lung, the heart, the kidney or the liver.

Such attitude neglects holistic view of the patient with his physiology and mentality.

How could this happen? When the Chinese medicine celebrated its triumphs with the holistic and dynamic approach to a man's health being a functional element of the cosmos (yang/yin), the western medicine started its journey into the human body. The Renaissance in Italy contributed to deprivation of dignity with regard to mortal remains of the human being. It also introduced the concept of the human body as peculiar machinery. All these factors paved the way for development of anatomy and physiology. The progress in anatomy enabled advances in surgery and organ - oriented medicine (Harvey, Vessalius, Morgagni). The Padua University emerged as a leading centre of European culture. Among its graduates were Vesalius, Valsalva, Harvey, Morgagni and Polish - born Copernicus (he studied theology, medicine and astronomy. Yet another renowned Polish was Józef Strus' of Poznan (Joseph Strutius, 1510 ~ 1568). Being a prominent medical practitioner he was appointed physician - in - ordinary to Pomish King Zygmunt Stary and Sultan Soliman I. He is credited with the first describing of changes in arterial pulse in his treatise entitled "Sphygmice artis libri quinque".

From the Renaissance on paths of the Chinese medicine and the Western medicine have been diverging. In Europe alchemy gave birth to chemistry, followed by biochemistry and pharmacy. The Enlightenment broadened differences in stance toward man between these two medical worlds. The Western medicine started to treat a human body as a machine, functional in health, broken in a disease. Yet again the man lost some of his personal value in western mentality but at the same time significant development can be observed in medical technologies in large - and micro scale (organ prosthesis, genetic engineering). Psychological and emotional needs of man, the holistic view of the human being harmoniously located into the surrounding world became strange to modern western physician. Medical technologies are more and more advanced and costly. Present - day scientific medicine has many successes but disasters are also many. While looking at details we loose the horizon.

What we need is ability to see details of our pathway as well as the destination at the horizon. The Western medicine and Traditional Chinese medicine may complement to the benefit of mankind.

There appears to be a time to intensify studies to accomplish that aim under the flag of the World Health Organisation.

Acknowledgment: I am indebted to Dr. Pawel Sobczyński, Ph. D. for the editorial assistance and translation into English.