

中国中西医结合学会

第十七次全国消化系统疾病学术研讨会
2005年全国中西医结合消化系统疾病进展学习班

论文汇编



中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

實行中西醫結合

發展傳統醫藥學

湯家寶

二零零五年
三月廿一日

中国中西医结合学会
第十七次全国消化系统疾病学术研讨会
暨 2005 年消化系统疾病进展学习班
论文汇编

主 编：危北海 陈治水 徐克成

副 主 编：张万岱 唐旭东 刘成海 陈 喆 孙旗立

编 委：李军祥 张澍田 姚希贤 姚树坤 王长洪 唐志鹏
魏品康 李道本 罗云坚 肖 冰 劳少贤 毛水龙
杨春波 吴云林 甘 淳 李家邦 龚琼模 王冠庭
林宗广

编辑秘书：贾 云 郭培元 李春雷

前 言

中国中西医结合学会第十七次全国消化系统疾病学术研讨会暨 2005 年消化系统疾病进展学习班将于 2005 年 10 月 28 日在南国海滨城市——深圳召开。来自全国各地从事中西医结合消化系统疾病的同道们为此会议献上了 400 余篇学术论文,经审稿委员会认真评审,精选出 200 余篇论文近 60 余万字汇编成册,内容几乎涉及消化系统疾病各个层面。汇编中有深入的基础研究文章,起点和技术含量高;也有广泛的临床观察,设计科学、数据详实,较为全面地反映了近年来中西医结合消化系统疾病的诊治水平,体现了中西医结合消化病学的发展趋势,尤其是提出了一些创新性的研究思路与方法,具有较大的指导意义,将对中西医结合消化系统疾病的研究发展起到推动作用。此外,国内著名的中西医结合消化病学专家为 2005 年全国中西医结合消化系统疾病进展学习班撰写了高水平的专题论述,为本论文集增色添辉。

回顾和总结以往的成果,我们感到欣慰,展望和期待未来,我们充满信心。一个催人奋进又有着和谐为之相伴的时代,为我们从事中西医结合事业的群体搭建了一个属于我们自己又可以充分展示自己的平台。我们理应抓住机遇,迎接挑战,再塑辉煌。

本汇编为了节省篇幅,对有的论文进行了必要的删改。由于编印时间仓促,汇编中可能存在疏漏差错,敬请各位代表、作者和读者谅解。另外,汇编中附有中国中西医结合学会 2005 年度工作总结、中国中西医结合学会 2006 年学术活动计划(草案)、中国中西医结合学会 2006 年国家级中医药继续教育项目(草案)和 2006 年度中西医结合消化疾病委员会有关学术活动通知供您查阅。

向在参与本论文汇编的编审、打印、校对和印刷过程中付出辛勤劳动的王宇恒、王宇光、李春杰、刘立国、苏少华等同志表示衷心的感谢。

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

2005 年 10 月

目 录

学科建设与学术探讨

构建中西医结合和中医消化疾病临床疗效评价体系的探讨

危北海 陈治水 张万岱 徐克成 唐旭东 刘成海 陈詒 (1)

“十五”中西医结合学科学术发展概况

危北海 张万岱 陈治水 (4)

抓住时代赋予的机遇 再塑中西医结合的辉煌

陈治水 (13)

二〇〇五年全国中西医结合消化系统疾病学习班专题讲座资料

中西医结合消化病学的进展和展望

危北海 (15)

有关脾胃学说的理论认识及临床诊治经验

危北海 (20)

慢性溃疡性结肠炎发病机理及治疗新进展

陈治水 (27)

抗消化性溃疡复发的研究进展

李家邦 (33)

消化不良的基本概念和消化酶制剂的临床应用

张万岱 (36)

胃肠动力障碍性疾病的药物治疗

张万岱 (38)

胃肠动力病研究简况

李道本 杨胜兰 (40)

胃肠道微生态及相关性病征的诊治进展

张万岱 姚永莉 (44)

脾胃湿热理论的应用和研究

杨春波 (49)

中国自然人群幽门螺杆菌感染的流行病学调查

张万岱 胡伏莲 萧树东 (55)

幽门螺杆菌相关性慢性胃炎中医研究述析

杨春波 杨永升 (60)

有关慢性萎缩性胃炎诊疗上的若干认识

唐旭东 (63)

中西医结合治疗晚期胃癌的研究

王冠庭 (66)

早期胃癌的临床筛查及治疗

吴云林 (68)

中西医结合抗肝纤维化诊治研究进展

刘成海 (71)

肝硬化腹水与顽固性腹水的治疗现状与进展

姚希贤 (79)

肝硬化治疗现状与进展

姚希贤 (82)

慢性胰腺炎时的胰酶替代治疗

徐克成 (88)

消化系统肿瘤若干最新治疗

徐克成 (90)

二〇〇五年全国中西医结合消化学术会议论文资料

食管、胃疾病

放大胃镜在对食管黏膜的观察与应用

肖冰 (96)

胃食管反流性疾病胃镜下的诊断及治疗新进展

陈晓敏 周福生 (97)

小钬条法检测慢性胃炎患者胃固体排空的临床研究

姜柳琴 林琳 张红杰等 (98)

珍白合剂加辨证分型治疗 60 例反流性食管炎疗效分析

伊春锦 (99)

幽门螺杆菌感染的诊断与治疗

张万岱 徐智民 (101)

蒙古沙土鼠幽门螺杆菌感染致胃粘膜上皮细胞凋亡与增殖关系的研究

张万岱 姚永莉 (104)

幽门螺杆菌感染相关性疾病的中西医结合诊治进展

张万岱 姚永莉 (104)

放大胃镜在对胃黏膜的观察与应用

肖冰 (107)

内镜介入加中药治疗疣状胃炎 220 例疗效观察

王立新 王长洪 杨卓等 (110)

气滞胃痛颗粒药理学实验研究

王彦云 吴振宇 郑军等 (112)

慢性胃炎辨证分型与血浆胃动素水平测定分析及疗效观察	李胜利 陆智慧	(114)
慢性萎缩性胃炎中医证候学研究	李军祥 马然	(115)
胃灵冲剂对大鼠慢性萎缩性胃炎 G 细胞及 D 细胞的影响	谢晶日 刘朝霞 付毅敏	(117)
慢性萎缩性胃炎诊治进展	姚永莉 张万岱	(119)
“分三步”治疗慢性萎缩性胃炎 120 例	何晓晖 陈建章	(122)
中西医结合治疗萎缩性胃炎 80 例	姚立新	(123)
平萎汤治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生和或不典型增生的临床研究	缪 锦	(124)
余绍源从“虚”“瘀”“毒”论治慢性萎缩性胃炎经验	林穗芳	(126)
益气健脾汤治疗慢性萎缩性胃炎 33 例疗效观察	邓照华	(127)
清幽愈萎汤治疗幽门螺杆菌相关萎缩性胃炎临床观察	王宇光	(127)
平胃康治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究	程明煜 赵永锋 何健等	(129)
类固醇致胃黏膜损伤大鼠胃黏膜 COX-2、iNOS 水平变化及其意义	张璐 吕宾 范一宏等	(130)
HSP70、c-fos 在类固醇致胃黏膜损伤大鼠中的表达及意义	张璐 吕宾	(133)
邦消安和加斯清治疗胆汁反流性胃炎的临床体会	李素娟	(135)
中医药治疗胆汁返流性胃炎近况	吕汉华	(136)
胃幽汤治疗慢性浅表性胃炎的临床研究	黄发盛 张理	(139)
中西医结合治疗老年人慢性胃炎 48 例	邹剑平 潘希方	(141)
和胃通降汤治疗胆汁返流性胃炎的临床观察	古远明 张玲玲 陈桂冰	(142)
和降汤治疗胃食管反流病 40 例	高崇玉	(143)
四逆散加味治疗胆汁反流性胃炎的体会	孟庆常	(144)
香砂六君丸治疗慢性胃炎疗效及胃动力改善的 B 超观察	魏德新	(145)
补气胃炎方治疗脾虚型胃炎临床观察	李茁然	(146)
无痛胃镜检查中出现严重不良反应二例报告	唐少波	(147)
十二指肠球部溃疡活动期中医证型的调查	柯晓 陈培芬 胡光宏等	(147)
安胃汤免煎剂提高实验性大鼠胃溃疡愈合质量的实验研究	林寿宁	(152)
安斯菲对照果胶铋治疗溃疡病 HP 感染的临床观察	肖国辉 段国勋 徐州	(155)
双盲对比研究中西医结合疗法对消化性溃疡胃黏膜屏障的影响	冯丽英 张玉敏 姚希贤	(155)
双金胃肠胶囊抗消化性溃疡复发临床疗效观察	黄雅慧 刘超	(157)
黄连温胆汤加减治疗非糜烂性反流病临床观察	黎世尧	(159)
中药对胃肠动力影响的基础与临床研究	李岩	(160)
胃肠动力中药作用机制中的 5-HT 及其受体研究进展	任光荣 张亚楠	(161)
中西医治疗胃肠动力障碍性疾病的进展	郑立升	(166)
三花消痞汤治疗功能性消化不良的疗效观察	王立春 陈赛铮 姚雪芬等	(172)
中医药治疗功能性消化不良	琚坚	(173)
健脾和胃汤治疗功能性消化不良	邓照华	(174)
62 例老年功能性消化不良临床中药治疗观察	王 哲	(175)
平肝健胃汤治疗功能性消化不良 60 例	吴绪祥 梁光宇	(176)
肝胃百合汤治疗功能性消化不良临床分析	陈少敏	(177)
功能性消化不良辨证施治 200 例临床总结	汪海静 王联发 谌俭等	(178)
体表胃电刺激对功能性消化不良患者的临床治疗观察	姜柳琴 林 琳 张红杰等	(180)
门脉高压性胃病肝郁脾虚证与 HP 感染关系研究	李天望 童昌珍 胡运莲等	(180)
中医食疗在胃痛治疗中的作用观察	林梅	(183)

放大胃镜诊断幽门螺旋杆菌感染	李学良 林琳	(185)
贲门失弛缓症气囊扩张前后食管测压变化	林美峰 林琳 张红杰	(185)
王道坤教授治疗萎缩性胃炎的临床经验	王玫梅 王道坤	(185)

肝胆胰病

一个中西医结合治疗值得探索的病种——慢性胰腺炎	危北海 刘汶	(187)
改善胰腺癌预后的探索	徐克成 牛立志 刘超英等	(191)
益活清下法治疗急性胰腺炎的中药药理研究与设想	唐文富 黄熙 任平等	(193)
丹参对 CCL4 诱导小鼠急性肝损伤的保护作用及分子机制的研究	崔东来 李秀兰	(196)
百塞诺对急性肝损伤小鼠的保护作用与 NF- κ B、ICAM-1 表达关系研究	崔东来 马骊 姚希贤等	(199)
抑制 NF- κ B 活性可减轻 CCL4 诱导的小鼠急性肝损伤	崔东来 马骊 姚希贤等	(201)
脂肝宁对大鼠脂肪性肝炎肝细胞热休克蛋白表达的影响	姚树坤 刘娟 殷飞	(203)
乳头小切开合利胆排石中药治疗胆总管结石 253 例疗效观察	王长洪 杨卓 麻树人等	(204)
内镜下鼻胆管引流加中药治疗急性梗阻性化脓性胆管炎 51 例临床观察	王立新 王长洪 杨卓等	(206)
肝脂清多靶点调控脂肪肝脂质代谢的作用机理	李勇	(207)
芎黄合剂抑制大鼠肝纤维化的实验研究	李孝生 谭力学 刘梁英	(210)
丹参等活血化瘀中药抑制 IL-1 β 刺激的 HSC 增殖及 TIMP-1 表达的研究	赵霞 姚希贤 张亚平	(212)
太白槲木对成纤维细胞的增殖和透明质酸的影响	崔大江 聂丹丽 杨成志	(215)
慢性乙型肝炎中医辨证方法的设想	刘绍能	(217)
瘦素促进大鼠肝星状细胞活化与 ERK12 通路磷酸化摘要	潘传芳 刘成海	(217)
开窍承气液灌肠对慢性乙型重型肝炎肝性脑病的作用摘要	周滔 刘成海 顾元龙等	(218)
丹酚酸 B 对肝星状细胞 TGF- β 1 信号转导的影响摘要	陶艳艳 刘成海	(219)
肝硬化并发上消化道大出血治疗和预后分析	庞明	(220)
中医药治疗脂肪肝的研究进展与思路	罗礼达 指导 周福生	(221)
肝病临床风险评估体系的建立	刘友章 姬爱冬	(223)
疗肝 3 号联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎的疗效及对 HBV YMDD 变异的影响	涂燕云 丘海先	(226)
藻草软肝灵胶囊联合复方丹参注射液治疗脂肪性肝硬化临床研究	姜国峰 姚至伟	(229)
自拟降酶汤与甘利欣联合治疗慢性乙型肝炎 62 例	吴勃力 杨沈秋 指导: 张金良	(230)
自拟降酶汤治疗慢性乙型肝炎 30 例	杨沈秋 吴勃力 指导: 张金良	(231)
赤芍防治大鼠非酒精性脂肪肝模型作用机制的实验研究	赵文霞 段荣章 王伟	(232)
中西药结合治疗慢性乙型肝炎的临床观察	严光俊 党安琪 林庆等	(234)
斯奇康治疗 HCV 阳性一例	焦一鸣 黄天本 田 华等	(236)
病毒性乙型肝炎诊治标准的再认识	秦序华	(237)
浅析“诸病黄家,但利其小便”的治则	王宇恒	(239)
腹腔内注射利尿剂及多巴胺治疗顽固性腹水的疗效分析	沙文裕	(240)

肠 病

溃疡性结肠炎的中医与中西医结合治疗	陈治水	(242)
重症溃疡性结肠炎 60 例中西医结合治疗效果观察	陈治水 李春雷 孙旗立等	(245)

肠易激综合征的中西医结合诊断与治疗	甘淳 龚琼模 葛来安	(246)
补脾抑肝汤加减治疗肠易激综合征 96 例	龚琼模 葛来安 龚蔚等	(248)
藿香正气液对大鼠活性肠肽的影响	杨国汉 胡德耀 戴裕光	(249)
中药肠炎宁对内脏高敏感大鼠脑部 5-HT 表达的影响	胡萍萍 吕 宾	(251)
赵荣莱教授治疗肠易激综合征(便秘型)经验	翟兴红	(253)
健脾灵治疗肠易激综合征 34 例临床研究	李春杰	(255)
溃疡饮不同给药途径对 UC 模型大鼠前炎性细胞因子表达的影响	王新月 杨莉莉 王雪茜等	(225)
肠必安治疗免疫致敏法致大鼠溃疡性结肠炎的实验研究	贾志新 冯五金	(260)
中西医结合加内镜介入治疗溃疡性结肠炎 126 例	王长洪 陆宇平 王立新等	(262)
中西医结合治疗难治的溃疡性结肠炎	王润华	(264)
慢性非特异性溃疡性结肠炎“从痢论治”之初探	马明弦 鱼涛	(265)
表皮生长因子受体在溃疡性结肠炎结肠黏膜修复中的作用	陈凡 林琳 张红杰等	(266)
溃疡性结肠炎患者疾病活动性的评价	唐志鹏	(266)
100 例溃疡性结肠炎的综合治疗	郭明浩	(268)
穴位注射及贴敷法治疗慢性结肠炎 120 例	郭明浩	(269)
益气活血健脾补肾法治疗结肠慢性炎症的作用及机制探讨	张永锋 陈如山 吴正治等	(270)
中西医结合治疗脾虚型慢性结肠炎 36 例	肖国山 李红 游小敏	(273)
慢性结肠炎的中西医结合治疗	孙玉凤	(274)
参苓白术散合痛泻要方加减治疗慢性结肠炎 58 例	苏佩清 丁爱娟	(275)
中西医结合治疗轮状病毒性结肠炎的临床观察	潘瑞芳 朱南方 何婉仪等	(276)
苦参槐花汤治疗溃疡性结肠炎的观察与护理	周丽娟	(277)
舒郁健脾汤治疗慢性便秘 65 例临床观察	陈义春	(278)
慢性功能性便秘研究进展	刘汶	(278)
联合麻醉镇静在双气囊小肠镜检查中的应用	唐少波 梁健	(282)
Cajal 间质细胞超微结构在结肠慢传输运动小鼠模型中的改变 (Part 2)	林琳 胡晔东 张红杰等	(283)
结肠慢传输运动小鼠结肠组织中 Cajal 间质细胞的表达情况 (Part 3)	林琳 姜柳琴 张红杰等	(284)
结肠慢传输运动小鼠模型的建立 (Part 1)	林琳 姜柳琴 张红杰等	(284)
血红素氧合酶-2 在吗啡诱导的结肠慢传输运动小鼠结肠组织中的表达及意义	姜柳琴 林 琳 张红杰等	(285)
血红素氧合酶-2 在糖尿病大鼠结肠组织中的表达及意义	陈娟 林琳 张红杰等	(286)
Cajal 间质细胞在糖尿病大鼠结肠组织中的改变	陈娟 林琳 张红杰等	(286)
一氧化氮合酶在糖尿病大鼠结肠组织中的表达及意义	张红杰 林琳 周蓉等	(287)
糖尿病大鼠结肠组织内 P 物质含量的变化及其意义	许新芳 林琳 张红杰等	(287)
肠道水疗结合中药煎剂灌注治疗肝性脑病的临床研究	谢胜 朱初良 黄 玲	(288)
指针疗法结合穴位注射治疗功能性便秘的临床疗效观察	梁谊深	(289)
结肠水疗在肠道准备中的临床应用及护理	杨坤	(290)
功能性便秘的预防及护理体会	王玉华	(292)
消化道肿瘤		
光动力疗法及其在消化系肿瘤治疗中的应用	徐克成 牛立志 郭子倩等	(293)

进展型消化道癌的化疗	徐克成 牛立志	(297)
化学栓塞-冷消融-酒精注射序贯治疗不能手术切除性肝细胞癌	徐克成 牛立志 周强等	(300)
经皮冷消融联合酒精注射治疗不能切除性肝细胞癌	徐克成 牛立志 胡以则等	(302)
胃癌从痰论治理论与策略	魏品康	(304)
胃宁方对人胃癌 SGC-7910 细胞增殖凋亡的影响	梁健 邓鑫 黄仁彬	(306)
肝癌口服液含药血清对人肝癌细胞 SMMC-7721 细胞增殖的影响	姚树坤 王娜 殷飞	(308)
胃粘膜、粪便 H.pylori 23S rRNA 基因突变检测方法的建立及评价	崔东来 任英霞 杨兰兰等	(310)
胃癌癌前病变 Bcl-2 凋亡相关基因表达与中医证候的关系	胡玲 劳绍贤	(312)
胃癌前病变的动物实验模型研究	刘庚 指导:唐旭东 刘绍能	(314)
胃癌癌前病变中医药治疗现状	刘慧敏 指导:唐旭东 刘绍能等	(316)
掌握辨证用药是胃肠道肿瘤中医治疗的基本原则	刘沈林	(319)
莪术对 SGC7901 胃癌细胞 COX-1、COX-2、和 VEGF 表达的影响	沈洪 刘增巍 张坤等	(321)
温郁金对人胃癌裸鼠原位移植瘤生长转移的抑制作用及对 COX-2、VEGF 表达的影响	蔡利军 吕宾 倪桂宝等	(324)
胃宁方对人胃癌细胞侵袭能力的影响	邓鑫 梁健 黄仁彬	(326)
阻癌胃泰对胃癌前病变血浆血栓素 A ₂ (TXA ₂)、前列环素 (PGI ₂)、GMP-140 影响的实验研究	王垂杰	(329)
加味左金丸对胃癌前病变大鼠胃粘膜癌基因 EGFR、VEGF、C-met、Bcl-2 蛋白表达的影响	胡运莲 李天望 童昌珍	(331)
仁术健胃颗粒对慢性萎缩性胃炎癌前病变 P53、Bcl-2 的影响	陆为民 沈洪 孙志广等	(334)
大肠癌线粒体 DNA 转染 NIH3T3 及 LST 细胞的研究	肖冰 宋卫兵	(336)
应用抑制消减杂交技术筛选大肠癌相关基因	肖冰 叶方鹏	(337)
内镜下治疗胃肠大息肉 48 例	王长洪 高文艳 麻树人等	(338)
内镜下微波治疗大肠息肉及疗效随访	任顺平	(339)
健脾化痰汤配合化疗治疗晚期大肠癌 34 例临床观察	黄智芬 黎汉忠 张作军	(340)
恶性肿瘤的影像学表现与中医辨证分型的关系	陈寿菲 林中尧 林 云	(341)
博尔宁对原发性肝癌患者肝动脉插管化疗栓塞术治疗前后细胞免疫功能的影响	殷飞 曹凤 姚树坤	(342)
原发性肝癌治疗进展与思路	姜洪华 周福生	(344)
肝癌病人心理治疗体会	刘景泉	(345)
经皮埋置 125 碘籽治疗不能切除性胰腺癌	牛立志 何卫兵 胡以则等	(347)
甘草酸二胺注射液对肺癌化疗药物性肝损害的防治作用	王晓红 傅祖红 吴江平	(348)

脾胃病、证研究

TNF-ATc 在肝气郁结、脾气虚证模型大鼠的表达以及柴胡疏肝散、四君子汤的干预作用	李家邦 杨冬花 蒋荣鑫	(350)
通腑法治疗危重病患者胃肠功能障碍及多器官功能不全综合征的临床研究	杨胜兰 李道本	(352)
对于脾胃湿热证几个关键问题的研究	劳绍贤	(353)
四逆散在消化系统疾病中的临床应用体会-附 152 例临床报告	陈福安	(355)

顽固性呕吐的临床治疗	毛水龙	(357)
现代医学对脾虚证的研究进展	聂丹丽 崔大江 衣蕾	(358)
中药对胃肠动力影响的基础与临床研究	李岩	(360)
河南地区官兵胃肠疾病发病状况及防治	郝润春	(361)
加味丹栀逍遥散联合利维爱治疗围绝经期功能性消化不良 114 例疗效观察	童昌珍	(362)
论胃肠疾病中调畅气机	王凤云 指导: 唐旭东 姚乃礼	(364)
“胃心痛”辨	王维武 指导: 唐旭东	(367)
176 例胃肠起搏治疗患者的疗效分析	林 征 林 琳 张红杰等	(370)
论脾阴虚证治	陈承平	(370)
现代中医脾胃学说与中医药国际化	王海旗 赵相宏	(372)
浅述脾胃虚证的辨证施治	李国才	(373)
推拿疗法治疗小儿腹泻 50 例	成锦舟 罗伟 唐中华	(375)
肝郁脾虚证患者口服加味逍遥散后血清阿魏酸药动力学研究	杨玉兴 黄熙 张航向等	(376)
谈“逆流挽舟”法治疗痢疾中的体会	王宇恒	(378)
参麦保和汤治疗小儿厌食的临床观察	李蕾华 赵春玲	(380)
145 例小儿厌食症及病因辨证分型探讨	赵春玲	(381)

其 它

加强中草药毒副作用的研究	李方儒	(383)
微波干燥法测定中药固体制剂的水分含量	周才新 张玉红 艾伟霞	(384)
夏桑菊、口炎清、华素片等治疗口腔炎	彭 港	(385)
除平萎异颗粒对慢性萎缩性胃炎异型增生的治疗	吴和木 潘玲 陈翎	(386)

诊疗标准

消化性溃疡的中西医结合诊治方案(草案)	张万岱 危北海 陈治水等	(388)
肠易激综合征中西医结合诊治方案(草案)	陈治水 张万岱 危北海	(391)
肝硬化中西医结合诊治方案(草案)	危北海 张万岱 陈治水等	(394)
功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)	张万岱 陈治水 危北海等	(397)
溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案(草案)	陈治水 危北海 张万岱等	(400)
慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)	张万岱 陈治水 危北海	(403)
胃肠疾病中医证候评分表	危北海 陈治水 张万岱	(409)
肠易激综合征的观察方案(讨论稿)	中西医结合消化专业委员会胃肠动力协作组	(412)
肠易激综合征观察表(讨论稿)	中西医结合消化专业委员会胃肠动力协作组	(413)
功能性消化不良的观察方案(讨论稿)	中西医结合消化专业委员会胃肠动力协作组	(416)
功能性消化不良观察表(讨论稿)	中西医结合消化专业委员会胃肠动力协作组	(417)

附 录

附一、中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会第三届理事会名单	(421)
附二、中国中西医结合学会 2005 年度工作总结	(423)
附三、中国中西医结合学会 2006 年学术活动计划(草案)	(426)
附四、中国中西医结合学会 2006 年国家级中医药继续教育项目(草案)	(430)
附五、中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会 2006 年学术研讨会通知	(431)
附六、中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会 2006 年胃肠动力障碍性疾病继续教育学习班通知	(432)
附七、学会特别通知	(433)

构建中西医结合和中医消化疾病 临床疗效评价体系的探讨

危北海 陈治水 张万岱 徐克成 唐旭东 刘成海 陈言

中国医药学是一个伟大的宝库，它是中国人民数千年来同疾病作斗争的理论认识和临床经验的实践总结，为中华民族的繁衍昌盛做出了不朽的卓越贡献，它是我国医药卫生事业的重要组成部分之一，进入21世纪，随着时代的要求，科技的发展和人民的需要，国际上对传统医学的关注日益迫切，因此，振兴中医药事业是我们的历史任务和光荣职责。但是，要完成这个光荣而艰巨的任务，关键在于提高中医药的临床疗效，为人民的保健和防治疾病做出更大的贡献。

一、众所周知，中医药学的生命力在于疗效，中医药学的发展动力在于疗效，中医药学事业的基石亦在于疗效。因此，振兴中医药的关键在于提高疗效，如何对中医药的疗效进行全面、系统、科学而确切地总结出它固有的临床疗效，并在此基础上进一步提高疗效，是一项十分迫切而重要的课题。其次，如何有一个端正的态度对传统医学科学客观地进行疗效评价也是一个具有争议的复杂问题，这需要我们认真对待和解决。

二、要提高疗效，首先就要评估和总结中医现有的全面疗效，中医在长期的临床实践中，已具有系统的理论体系和丰富的临床经验，确受人民群众的欢迎，这也是中医几千年来所以能够传承继承下来的根本原因，建国后，中医已结出光辉的硕果，备受国际关注，为人民保健作出贡献，但是它所蕴藏的医学瑰宝，有待于我们继续整理提高，这些都是不容置疑的，然而中医传统总结临床疗效的方法只侧重症状的改善，多停留于个案报道，疗效评价标准因人而异，不能充分体现中医辨证施治，个体化诊疗和综合干预的整体调节的特色和优势，难于得到重复验证和广泛认同，缺乏一整套完整的疗效评价体系和严谨的思路方法，也没有系统的操作规程和质量控制，评价疗效的深度和广度不够。所以，需要改进和提高，这就是问题的关键。

至于如何构建一个完整的中西医结合或中医的疗效评估体系，我们认为应该从以下几方面着手：首先需要对疗效评估统一思想认识，其次在统一认识的前提下集思广益，博采众长，群策群力，共同努力构建一个疗效评估的技术平台，制定疗效评估的标准及其相关的细则，先有一个初步的方案，然后投入临床试用，在广泛实践，不断总结经验的基础上，加以修改完善和精炼。

在统一思想认识方面有如下问题：

1、中西医结合或中医的疗效评价系统应该是既遵循中医理论的依据，突出中医特色，又符合现代医学重证据、重标准的要求，把两者有机地结合起来，宏观和微观相结合，整体和局部相结合，心身状态和生存质量相结合，更好地共同表达和反映某一干预措施对某一患病个体的特定病症的临床状态，自然进程、疾病结局或预后的干预影响，这是一项复杂的系统工程，是一个多层次、多领域、多指标的综合评估体系，是一个动态的不断修改和完善的过程。我们也可以初步预计这个疗效评估体系主要包括两方面，一方面是中医证候疗效的评估内容，另一方面是现代医学的评估内容，两者有机结合，相互合参，组成一个综合的中西医结合的疗效评估体系。

2、中医诊治的基本原则是“辨证施治”，首先是进行辨证，其次再予施治，要求做到辨证准、理法明、方药对、疗效好。中医证候是证治的基础和评估疗效的依据，它体现中医疗效的特色和优势，在很大程度上中医证候的疗效可以代表中医证治的疗效，也是反映中医疗效的主要指标，因此，建立反映中医证候疗效和整体调节优势的多维结局的评估系统，是这项工作的一個关键环节，但以证候作为疗效评定标准，就应对其组成的各个因素，达到定位、定性和定量的，可以评估的水平，建立起一套科学的证候标准。

3、中西医结合的疗效评估体系要正确处理病、证的关系，在这个体系中，究竟是以病统证，还是以证统病，这是一个首先要解决的认识问题，一般来说，以病统证和以证统病各有其特点和目的意义，以病统证适用于临床实际，也是现在临床上评估中西医结合疗效的基本方法，若要总结某一病种的疗效，就要以病统证，若要总结某一证候的疗效，当然可以按证统病，可是目前临床上不管是在门诊还是病房，医师查房开处方，出证明，或总结疗效均离不开“病”，由此可见，以病统证，较为切合实际。

有人提出以病统证可能会忽略中医治疗的优势，例如某种疾病经过中西医结合治疗，病的疗效

指标可能向愈,而病人的证候仍然并未消退,这就提醒我们对于疾病的疗效评估只重视疾病的生物学指标是不够的,不能充分反映中医药治疗的有效性。因此对构成“证”的各个因素(包括望、闻、问、切的主要组成部分)进行客观化定量化和标准化的分析,然后进行组合,确立一个证候的疗效评估标准,这无疑对中医疗效评估有十分重要的意义。当然由于人体是一个开放的非线性系统,各个构成因素的子系统的简单叠加,并不能反映整个系统的完整标化,这需要我们另外采取一些非线性的数理统计分析方法处理,但它毕竟要在以病统证的模式下进行,而以证统病则得不出各个疾病的疗效。

4、中西医结合或中医疗效评估体系是否应运用循证医学的方法?

循证医学是遵循证据的医学,其中关键的一点就是强调所谓证据,对于证据的认识,这是循证医学的核心所在。不同的医学观点和文化差异,可能对证据有不同的认识,尤其在中西医两种医学体系之间,对证据的定义和内涵的理解,存在明显的距离,以解剖学、生理病理学和分子生物学为基础获取的西证和以辨证论治、四诊八纲为基础获取的中医证据是不一样的,各有特点。如何合理地运用这些证据,以及对待这些证据在疗效评估中所占的比重,本是我们必须解决的问题。

循证医学是20世纪80年代所发展起来的一门吸取和总结了临床医学研究经验的理论及相关学科知识的新兴学科,成为医学界公认的,对指导临床决策和研究具有重要价值的一种科学方法。采用循证医学进行中医临床疗效评估是时代对中医发展的要求,其实循证医学本身只是一种方法学,它并不改变和影响中医临床研究的发展,反而可以使中医药临床研究从直接观察和经验积累变为更为完善和严谨的科学试验,为中医药学的发扬和创新提供了确切的科学依据。医学科学发展过程中的历史教训,使人们越来越认识到方法学的重要性,一个学科的突破性发展往往是伴随着一种新方法的诞生和运用,从这个意义上来看,循证医学在中医药疗效评估中的运用具有十分重要的意义。

但是有人也提出现代的循证医学与中医药学术是不同的医学体系,认为循证医学不适用于中医药学的疗效评估,其实这是一种误解,疾病的疗效是一种客观的存在,从某种意义上讲,评估疗效也是一种研究证据的学问,如何充分、恰当而正确的评估疗效,这正是循证医学的要求,循证医学是讲究实事求是的,他对疗效证据有一套严格的分析和评估标准,认为大样本、多中心、随机对照的临床试验或荟萃分析是疗效的可靠证据,而临床经验或专家意见则为较低一级的证据,但它并不是全面否认临床观察和实际经验的可靠性,只是其可靠程度和科学性有待提高,应进一步上升为一种带有普遍性,能指导临床实践的规律性原则。最近国家中医药管理局“十五”策略就提出要利用循证医学推动中医药现代化,借鉴其思路和方法,加快促进中医疗效的提高。一般认为中医强调个体化治疗,可以因人因地因时而随证加减,选方用药,难以做到固定方药,分组对比,但是我们应该承认个体化治疗并不是没有原则,没有标准,它是在正确辨“证”的基础上而灵活用药,只有辨证准,然后才能正确立法处方和用药,不能理解为个体化治疗就没有一个基本的准则,只是在基本准则的前提下,才可以随着病人的病情表现和医生的临床经验不同而灵活掌握。正是在这种证治方式的不断实践中,已基本摸清和把握其证治和疗效的可信度,才可以逐步固定方药而运用随机分组对照的方法,以进一步验证其疗效的确切性。

5、循证医学如何对中医药疗效进行评估?

循证医学对临床疗效研究具有普遍的应用价值,它既作为一种科学方法,就不仅适用于现代医学,对中医药临床疗效研究也具有同样的意义,因为从本质上来说,中医药学是一种临床医学,更需要一种科学方法来发扬它的疗效,可能有人会说,由于中医药的诊治原则是辨证论治,总结疗效的方法是个案验例,与循证医学格格不入。其实,若我们深入分析循证医学的方法,就会发现它与中医药学并不矛盾,只是临床上运用循证医学是有它一定的条件的,并不是任何疗法在开始都具备应用循证医学这个条件的,只有当这一疗法经过临床验证,或预初试验,认为该疗法确有效果,但又不够十分确切,需要进一步深入验证时,则可以应用随机、分组对照的方法。正如世界卫生组织(WHO)提出,对传统医药学进行临床评估时应认同和尊重传统医学的诊断思维和干预措施的有效性,只有在这个基础上总结出来的疗效,才能反映它本身的固有的价值,也才能得到广泛的公认。

我们认为中医药学采用循证医学是一个系统工程,并不是在一般的临床辨证论治的阶段就实行严格的对照研究,而是一个从寻找证据可靠性的低度走向高度的过程,从简单的疗效总结走向队列分析,然后分组随机对照到最后进行前瞻性随机双盲试验,是一系列不断发展和提高的推进阶段。首先是长期的临床辨证论治阶段,把辨证论治作为一个完整的疗法进行疗效观察,总结出有效的相对比较固定的验方,明确其主治、功能和适应证,撰写出更大系列病历的疗效报告,然后将初步验证有效的方药,与同类的已证明有效的方剂进行随机分组的疗效对比,关键在于做到真正的随机,这是一项科学的比较研究,若经过这个试验研究之后仍证明该方药的有效性,并与对照药达到有统计学的意义之后,则可以进行较深入的药物安全性、疗效机制、适应症的准确定位,方药的筛选和

有效组分的提取等研究。若通过上述疗效试验取得成功之后,则可以迈向RCT的多中心、大样本、随机双盲分组的疗效研究。这就说明对该方药的疗效研究达到了足够的深度,就有运用RCT的条件了。

所以说,这就是循证医学在中医药学的应用实践,既往的事实表明“青蒿素的发明”为我们提供了一个光辉典范,这是一个具有国际声誉的继承发展中医药学的重大硕果,这个事实雄辩地说明,一是中医药学是一个伟大的宝库,在继承发掘中医药学理论体系和证治方药的基础上可以发掘出灿烂的精华,二是中医药学应该充分运用现代科学包括循证医学的方法,才能发扬光大,造福人类。青蒿素的研究从整理发掘中医药文献中,认识到青蒿素可以治疟,在进行临床验证时,并不是一开始就实施随机、双盲试验,而是一直坚持从临床到基础,从理论到实践,最后再进行随机对照的方法,在整个研究过程中既遵循中医指导,又充分利用循证医学方法,终于结出丰硕的成果,这就是一个明证,说明中医药学与循证医学是可以结合应用的。

6、生活质量在疗效评估的意义

生活质量又称生存质量,是一种评估患者在疾病状态下身体、精神、情绪、心理、工作能力、社会职能以及生活方式等受到的影响,是一个全面反映人体健康状态的多维概念,较单纯从生物医学评估临床疗效的痊愈、显效、无效等指标更体现“以人为本”的理念;也是生物-心理-社会综合医学模式的转变,更符合中医强调整体调节,维护机体平衡的观点。

生活质量主要采取量表的方法评估,虽然量表的依据是受试者的主观感觉,易受其它因素影响,但在中医理论指导下,充分运用现代科学的方法,包括现代数理统计分析方法,按照严格的程序进行测量,达到较一般量表更高的水平,融入中西医结合的新内容。

从中西医结合消化病学的角度考虑,我们设想这种生活质量评估应包括一个系统疾病的共性内容,和该系统内各个病种的特异性内容,既包括某个病种内中医各类证候的内容,也包括相应疾病的西医主诉的内容。当然,这个生活质量测定量表是一个具有创新性意义的艰巨任务,需要动员广大的专家群体参加,我们希望大家群策群力,共同努力,拟定出一个切实可用、有较高的信度、效度和反应度的科学量表,在不断实践中,确认和提高其可行性和标准性,通过多病种,多中心的反复临床验证,而逐步得到完善。

7、综合利用多种指标,以求完善评估效果

疗效的体现是多方面的,但更主要的是要观察治疗的最终结果,有的疗法只能暂时缓解病情或改善症候,却没有远期效果,有的疗法暂时不能缓解病情,确有远期效果,有的疗法是两者均有或两者均无。近年来提出生活质量作为疗效评估的一个重要指标,反映了疗效的一个侧面,使其更为完善,而疗效的结局指标,强调以疾病的最终结果表示治疗的效果,则更为重要,这也是临床治疗的最主要目的。

结局指标可以分为主要结局指标和次要结局指标,主要结局指标包括死亡率、重大事件发生率和残障率等。次要结局指标是指能完全反映治疗所引起的主要结局指标的变化,或对其进行替代的间接指标等。但替代指标必须与真正的临床结局有因果关系,和它可以完全解释由于治疗引起的临床结局的净效应。

8、结合具体病种,构建一个切实可行的综合疗效评估体系

疾病的发生发展及其痊愈是一个全身综合的多层次的复杂反应过程,既不能单纯根据临床症状也不能完全依靠病理形态学或生物分子学指标来判断病情的变化消长和结局预后。评估疗效要做到全面化、客观化和综合化,这才是问题的关键,其中一方面要寻找能发扬中医药优势的证候相关性指标,另一方面也要探索反映疾病本质及其表型的生物学指标。由此看来,全面的综合的病证结合的疗效评估指标大致可以从以下几方面来进行构建:

- (1) 疾病的常规疗效评估指标包括证候学、病理形态学、分子生物学等指标
- (2) 中医证候变化的评定指标
- (3) 生活质量的评估量表
- (4) 疾病的结局指标

消化系统的各种疾病的疗效评估指标的具体确定,还要结合各个疾病的实践情况而定,既有共性又有特色,对于胃肠功能性疾病,以证候学、现代化功能性检查和中医证候学的评估指标为主,对于一些危害人的健康严重的疑难疾病,则应宏观和微观、整体和局部、近期和远期相结合的综合指标结合,对于一些慢性迁延难愈的疾病,则不能仅从近期证候学改变判断,更应重视结局指标的意义。

总之,综合各种病种的具体病情,建一个切实可行的疗效评估体系是可行的。

“十五”中西医结合学科学发展概况

危北海 张万岱 陈治水

中西医结合是 20 世纪的后 50 年中国在医疗卫生事业上的重大成就之一。把中医中药知识和西医西药知识结合起来,互相取长补短,融会贯通,发展新的医疗模式,旨在提高临床疗效,创新医学理论,弘扬中华传统医药文化,以丰富世界医学,贡献全人类。

一、中西医结合学科建设体系已基本形成

我国政府从人民群众疾病防治的需要和科学发展的规律出发,一直对我国中西医结合事业高度重视,积极支持、正确引导,使我国中西医结合事业得到长足发展。目前我国中西医结合医疗、科研、教学体系基本形成。

1、西医辨病和中医辨证论治相结合的诊断、治疗模式和方法的创立。由于病证结合,宏观和微观结合,结构与功能结合,提倡病证诊断和疗效评估的标准化、规范化和现代化。取得了一系列在疗效和理论上的创新:如骨折的动静结合,部分急腹症的非手术治疗,综合治疗多脏器衰竭,活血化瘀方药在心脑血管病中的应用,恶性肿瘤、免疫性疾病、感染性疾病,皮肤病及针刺镇痛原理,藏象本质研究等等,均取得研究进展。

2、充分运用当代科学包括现代医学成就,从传统中医药中开发新药,如青蒿一青蒿素,砒霜一三氧化砷及四氧化四砷,五味子一联苯双酯,川芎一川芎嗪,苡仁一苡仁内酯及青黛一靛玉红的研究进展。

3、中西医结合医学已列为一门新学科。国家技术监督局 1992 年 11 月 10 日发布于 1993 年 1 月 1 日实施的《中华人民共和国国家标准(GB)、学科分类与代码》,明确列入了“中西医结合医学”(360.30)。

4、中西医结合教育体系的建立。自 1981 年开始,迄今全国已建立中西医结合硕士培养点 92 个,博士培养点 36 个,共培养博士、硕士 1500 余人。博士后研究流动站 6 个。已在 7 所中医药大学建立中西医结合方向的本科七年制教育。

5、中西医结合人才。50 年代中期以来,已培养中西医结合高级人才(系统学习过中医的)7000 余人,中西医结合人员 10 万多人。中国中西医结合学会注册会员 54380 人。

6、中西医结合医疗研究机构。中西医结合医院、门诊部、诊所等医疗机构,已列为国务院批准经卫生部颁布的《医疗机构管理条例》法定的医疗机构,全国已有各级政府批准的中西医结合医院 47 家。全国建立的中西医结合研究所 15 家。

7、中西医结合学术交流活动繁荣。中国中西医结合学会每年举行全国性学术活动 25~30 次,下设各分科学会 36 个。各省、市、自治区也都有分会,中西医结合刊物 15 种。《中国中西医结合杂志》已有中、英文版发行,相应开展了国际性学术交流活动。

在学科发展的过程中,要遵循几个重要的原则,大体有以下几个方面可做参考:

1、继承互补整合原则:科学技术的发展都有一定的继承性,传统医药学有很多精华,现代医药学更是日新月异,都应认真在学习、理解、发展、创新的原则指导下,取其精华,取其糟粕,取长补短,扬长避短,互相补充整合发展。

2、应用现代医学理论和方法,结合中医学理论,重视中医辨证论治个体化医疗原则:中医药经验的积累不少是个人长期实践的积累,是科学和艺术的混合物。尤其是对每一个病人的动态变化治疗,这种经验不可忽视,学习这种经验,启发思维,可以成为创新的源泉,应结合现代医学开发研究。

3、尊重传统思维原则,要重视经典理论和古今医案等经验的运用,古典理论是临床经验的升华,医案医话刊载了历代医生们成功和失败的经验,是活的教材。

4、结合循证医学(EBM)原则:循证医学提倡将个人经验作出医疗决策的经验医学,提升为依据科学研究结论进行医疗决策,二者结合,将大有利于提高中医药临床水平。

5、面向现代化、面向世界的原则:影响中医药疗效的因素很多,中药品种、产地、采集时间、药用部位、不同制剂、工艺技术、质控等等,均需规范化、标准化,以适应现代化走向世界的要求,这是一个系统工程。非药物疗法也不例外。所以,中西医结合研究要重视前瞻性的科学设计。

在中西医结合思路方法和观点方面,有以下几点体会可供借鉴:

1、求知——学习和理解:不论是西医学习中医,还是中医科班出身的医师,学习中医药传统文化知识都要求有中华民族应有的民族精神,执着爱护,有心弘扬,这种精神是力量,是支柱,是很可贵的,首先要学习。我们过去对西医学习中医的要求是“系统学习,全面掌握,整理提高”。

2、求同——找结合点:中西医知识不同,但有时也有类似或比较共同点、应按照宏观指导,微观介入的结合思路进行实践。例如对传统的血瘀证,可以从现代生物流变学角度理解诊断和机理,

探讨治法。

3、求异——找交叉点：如骨折治疗的东、西方的动与静结合，筋与骨并重的原则等。从这方面来探讨风格各异，内容大多了。这也许是我们日后不论是中医或西医在知识更新方面，在探究新疗法方面，可能由此得以深化，互相补充整合，不同点有可能是科学上的亮点所在。

4、求真——现代化和科学化：例如评估疗效要求实事求是，要与当代国际标准接轨。中医知识中有特点的认识，加对证候的认识及其量化标准的检定，也应重视，以求获得中西医结合的、较全面、客观的成效和经验。

5、求新——创新是目的：例如对复方配伍的现代解释，中医证候本质的发生机理的现代解释，中药剂型的简便验廉方向的改革，探索中药有效部位或有效成份的药物代谢特点，中药“性味”理论的科学原理等，这些知识中西医结合或与其他学科结合都是中西医结合回应挑战、走向世界的起点。

二、引进高新科学技术，基础理论研究不断深入

近年来，全球经济的飞速发展，科学技术的日新月异，不断促进生命科学的发展，随着医学发展的趋势，疾病谱的变化，药源性疾病的不断增加，医学模式的改变，人们健康观念和诊疗思维发生了根本的变化，回归自然，重视传统医学已成为世界潮流，中西医结合面临前所未有的良好发展机遇。现代基因工程、生物信息、计算机及微电子等高技术的兴起，临床流行病学和循证医学研究方法逐步推广，多学科的广泛渗透，相互融合，为开展更加深入的结合医学研究提供了有力的技术支持。

1、血瘀证和活血化瘀仍是近10年来最热门的研究领域之一。血瘀证与循环内皮细胞、降钙素基因相关肽、组织型纤溶酶原激活物及细胞性纤溶酶激活物抑制因子等的关系是其重点研究内容。通过1994年以来的有关文献的分析发现，外周血循环内皮细胞数是反映在体内血管损伤的重要指标，它与内皮素的水平存在相关性。血瘀证患者中存在循环内皮细胞素升高，药物干预可使其下降，降钙素基因相关肽(CGRP)在脑梗塞、血管性痴呆、高血压血瘀证患者中的活性明显低于健康对照组，包含活血化瘀药物的复方干预可使病理性下降的CGRP得到回升，并伴临床症状的好转，血浆纤溶酶原激活物(t-PA)及组织型纤溶酶原激活物抑制因子(PAI)在患者与健康人群同存在差异。t-PA在不同疾病中变化方向不一致，在恶性肿瘤与急性心肌梗死患者中其活性增高，而在脑血栓、冠心病患者中活性降低，血瘀证患者血浆t-PA活性与非血瘀证患者无显著性差异，冠心病血瘀证患者血浆PAI活性显著高于非血瘀证和健康对照组，血瘀证和非血瘀证患者外周血单核细胞PAI活性无显著性差异，但均高于健康对照组。

2、在肾虚的研究中，对比研究了补肾复方延缓老年人及老年大鼠T细胞凋亡的单基因调控和补肾活血复方对老年大鼠T细胞凋亡相关基因群的调控作用。结果表明：(1)与年轻人相比，两组老年人T细胞呈过渡凋亡($P<0.05$)，经3个月补肾药治疗后T细胞凋亡率显著降低($P<0.01$)，同时FasL基因表达水平显著降低($P=0.02$)，而安慰剂组则均无明显变化。(2)老年大鼠对照组与年轻大鼠组相比，T细胞凋亡率明显增高($P<0.01$)，其FasL基因表达均明显增高($P<0.01$)，两个老年大鼠补肾组T细胞凋亡率都明显较老年大鼠对照组为低($P<0.01$)，相应见到FasL表达水平亦明显降低($P<0.01$)，而活血组则均无明显变化。老年人与老年鼠的研究都显现为相同的规律。(3)老年大鼠与年轻大鼠相比，老年鼠促凋亡Fas、FasL、TNFR1均呈高表达。Bax未见明显变化，而抗凋亡Bcl-2、TNFR2均呈低表达($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。两个补肾复方并未上调抗凋亡基因Bcl-2、TNFR2的表达，而是下调促凋亡基因FasL、TNFR1的表达，同时抑制细胞凋亡执行酶Caspase8、3的活性($P<0.05$)，而活血方则无此等规律性变化。结论：补肾药物延缓老年人及老年鼠的T细胞过渡凋亡是通过下调FasL基因高表达而实现的。进一步研究T细胞凋亡相关基因群，证明补肾复方下调促凋亡基因FasL与TNFR1的转录，从而下调老年期过度的T细胞凋亡，这是补肾法所特有的测控模式，为中医“证”基因表达谱的研究打下基础。

3、在脾虚的研究中探讨脾阳虚与脾阴虚证肝、脾组织蛋白激酶C(PKC)活性变化的异同，揭示脾阳虚和脾阴虚的现代生物学基础。结果表明：脾阳虚证与脾阴虚证肝、脾组织细胞PKC活性变化存在一定的差异，同肝组织细胞膜核细胞浆PKC活性变化密切相关，且脾阳虚证的病理程度重于脾阴虚证，脾阳虚与脾阴虚的病理变化与现代医学肝、脾组织的功能相关，温运脾阳和滋补脾阴中药能调节脾阳虚与脾阴虚大鼠肝、脾组织PKC活性，温补脾阳重要的作用靶点在肝、脾组织细胞浆，而滋补脾阴中药的作用靶点在肝组织细胞浆。

另一方面，从病理学、免疫学及粘膜免疫的角度探讨脾虚痹证的发病机理。方法：以II型胶原诱导的关节炎(CIA)作为痹证模型，以大黄泻下加饥饱失常造成脾气虚模型，而用两者叠加造成脾虚痹证(SDBS)模型。治疗组加芍药散治疗。测定各组小鼠血清抗C-II抗体含量、TNF- α 、IL-6、IFN- γ 及IL-10等细胞因子含量及T细胞亚群和脾淋巴细胞增殖能力，小肠组织中的CD4、CD8、sIgA

含量,同时光镜下观察动物踝、膝关节的病理变化。结果:SDBS模型小鼠关节滑膜细胞增生,滑膜组织及周围的软组织充血、水肿、炎性细胞浸润,关节软骨损伤及特征性血管的形成等病变均较CIA组为重。其它各测定参数的异常变化亦均较重。单纯脾虚动物未见上述病理变化,芍附散治疗后上述病变减轻。结论:脾虚可加重CIA的病变,其机理可能是通过减少小肠PP结的数量,下调机体粘膜免疫功能,相对上调全身免疫应答,影响CD4/CD8比值及调节T、B细胞功能,升高血清TNF- α 、IL-6、IFN- γ 和C-Ⅱ抗体含量,降低IL-10的含量,调节Th1/Th2细胞因子而实现的。

4、在心气虚证研究中,进行了心气虚证、心阳虚证动物病症模型及其评价体系的构建。方法:移植心肌梗死致心力衰竭大鼠模型,手术后2个月再用左旋硝基精氨酸(L-NNA)致心衰发展模型;运用中西医结合虚证和血瘀证的全国统一诊断标准,将其定性的问诊内容代以同等意义的定量的指标测试,进行心气虚证、心阳虚证动物模型评价。结果:本研究制作的动物模型再现了一个正常大鼠到以血瘀为主要损伤,再到心气虚证形成,发展到心阳虚证的过程。10日后致4周,8周心衰形成且稳定,中医心气虚证明显,心悸(HR:432.15 $\pm$ 51.23次/分)、气促(R:169.14 $\pm$ 21.5次/分)、乏力(游泳力竭时间为161.29 $\pm$ 19.25)、心功能低下(CI为110.02 $\pm$ 30.57ml/min/Kg)均与假手术组有显著性差异(P<0.05)。应用4周L-NNA后,血压升高,心衰发展:CI为95.37 $\pm$ 26.44ml/min/Kg,心气虚表现加重,并出现心阳虚证候,体温低(T36.2 $\pm$ 0.3 $^{\circ}$ C)、夜尿量增加(8.50 $\pm$ 0.75ml)。结论:将中西医临床和/或基础研究中规范的、成熟的方法和统一的标准引入中医动物模型的研究,注重吸取中医已取得的临床经验和研究成果,是指导中医证动物模型建立的基本思路。心气虚证、心阳虚证动物模型具有时相性、功能性以及与功能相关的脏腑结构的物质性改变。

5、探讨了气虚证模型大鼠B区基因谱表达特征及其对治疗的反应。方法:应用药物加疲劳法制作Wistar大鼠气虚证模型,随机分为治疗组与对照组,以Atlas⁺cDNA阵列法检测各组造模动物鼻咽组织B区基因表达谱,比较分析其表达谱差异。结果:模型组动物表现T-cBa链MAPK1、MAPK2、GNB2基因表达上调,MEK5、PLC δ IRGP(Rab相关GTP结合蛋白)基因表达下调;治疗1周后,表达上调的MAPK1、MAPK2基因活性恢复正常,其余5个基因表达活性仍维持治疗前活性状态。结论:单纯气虚证动物出现调制子、效应子和细胞内转导子基因表达活性异常,细胞内信号传导通路发生阻碍,经针对性治疗后,这些障碍可以逐渐恢复正常。

三、临床诊治研究,取得若干重大进展

1、中药治疗急性早幼粒细胞白血病取得显著疗效,天然四硫化四砷(As₄S₄)和三硫化二砷(As₂S₃)是中药雄黄和雌黄的主要成分,未提纯的雄黄和雌黄含有相当量的三氧化二砷,以及亚砷酸钙、亚砷酸镁等有毒物质。直接使用雄黄矿可以引起死亡。我们应用高纯度晶体四硫化四砷和化学合成的纯化三硫化二砷进行体外试验和动物试验,结果显示NB4细胞株和移植人APL腹水瘤的SCID小鼠对四硫化四砷敏感。小鼠药代动力学和人体药代动力学研究证实砷剂作为分散剂与四硫化四砷同时应用可以有效提高血砷浓度。在对130例t(15;17)的APL患者的临床研究中,我们进一步证实四硫化四砷和三硫化二砷单药治疗可以有效地诱导完全缓解,包括细胞遗传学和分子生物学完全缓解,但四硫化四砷单药治疗组的复发率高于同时或曾接受化疗药物组。接受化疗药物组的一年和六年无病生存率(DFS)为96.7%和87.4%,一年和六年总生存率为98.9%和93.9%。我们认为对APL患者进行大剂量化疗既不安全,又不必要。伴中性粒细胞减少的初治APL患者接受口服四硫化四砷治疗,安全地获得完全缓解。治疗中如果出现白细胞增多,可应用小剂量化疗药物,如羟基脲、三尖杉脂碱。获得完全缓解后间断给予化疗药物以防复发。服用四硫化四砷后复发的原因有:出现t(15;17)以外的其他染色体异常的耐药细胞克隆;血砷浓度降低。对耐药的APL患者可采用四硫化四砷和ATRA联合用药,异基因骨髓移植是治疗复发或耐药APL患者的最后一项治疗选择。

2、吸毒是一种慢性复发性脑病,戒毒属于神经科学范畴。戒毒是一种复杂的生物/社会干预行为,迄今没有完美的解决方案,应该提倡多个途径探索,努力创造新方法、新经验。中医、中药、针灸是中国医药学的宝库,从中挖掘新思路、新方法,值得探索。利用针刺镇痛研究成果,进行移植、嫁接,是进行探索的一条捷径。根据30余年的针灸原理研究成果,已知穴位电刺激可以动员脑内生成内啡肽等物质,发挥镇痛效果。是否能将此法应用于戒毒,降低吸毒者的戒断症状,减少对吗啡、海洛因的需求?从1990年开始进行研究,从动物实验到人体观察,反复验证,步步深入,已得到了初步结果。针刺或穴位电刺激确实可以减轻戒断症状,但不能完全消除戒断症状。穴位电刺激加上少量戒毒药物(美沙酮、丁丙诺啡,1/4~1/8量)可以做到平稳脱毒,99%成功。脱毒时解除“身体依赖”是戒毒的第一步。消除“精神依赖”(心瘾)才是戒毒之根本,对此尚无成熟经验。穴位电刺激对两者都有效,并能减轻脱毒后的抑郁及焦虑情绪,住院治疗一个月解决身体依赖,学会穴位电刺激方法是十分必要,不可减少的。出院时必须随身携带小型刺激仪,选用2Hz和100Hz交替进行的疏密波每天治疗,可以明显减轻心瘾,降低负性情绪,巩固疗效。根据在上海、海南、广东等地所进行的临床观察,611例吸食海洛因者应用此法戒毒,一年以上仍继续保持不复吸,已

有 20 例余例。在上海和海南,随访工作做得比较好,111 人中有 11 人一年不复吸,成功率达 10%。湛江由于出后随访不够及时,一年不复吸成功率仅为 1.8%。但较之不用刺激仪的对照资料(6 个月将近 100%复吸),仍有显著差别。家庭支持、心理治疗、社区管理、解决就业、奖惩有章、随访不断,一年为期,两年更佳、走出新路、造福人类、永不复吸、并非神话。

3、肾病综合征是临床上的疑难病之一,最近研究发现黄芪当归合剂治疗该病有较好的疗效,通过临床和实验研究,观察到该方药(A&A 合剂)对肾病综合征蛋白质代谢紊乱有良好的调整作用。采用加速肾毒血清肾炎模型,观察 A&A 对脂质代谢紊乱的影响。结果(1) A&A 可明显减轻肾功能恶化和组织损伤,肾小球硬化指数和小管间质损伤指数下降与肾功能损伤减轻呈正相关,细胞外基质 III、IV 型胶原,纤连蛋白和层连蛋白明显减少肾脏冠华生长因子 $\beta 1$ (TGF $\beta 1$),骨桥蛋白(OPN)表达,单核/巨噬细胞浸润和 α -平滑肌肌动蛋白减少,但肾局部的血管紧张素 II 水平不下降。(2) A&A 能提高肝脏白蛋白由 DNA 向 RNA 的转录速度,增加白蛋白合成,恢复血浆白蛋白水平,促进 NS 鼠肌肉蛋白合成,增加整体蛋白储备。临床观察说明, A&A 的作用是通过促进患者蛋白质净合成,提高血浆白蛋白水平,改善机体健康。(3) A&A 可使脂谱恢复正常,主要通过增加脂蛋白酯酶和卵磷脂胆固醇酰基转移酶活性及肝脏低密度脂蛋白受体 mRNA 表达,促进含载脂蛋白 β 脂蛋白的降解与清除起降脂作用。结论: A&A 能抑制肾纤维化和肾功能恶化,其机制与抑制 TGF $\beta 1$ 和 OPN 的过表达,减少单核/巨噬细胞浸润及肾固有细胞活化有关。A&A 能改善肾病患者紊乱的蛋白代谢和脂肪代谢,其作用是多靶点多功能的。

4、应用电针治疗颌面口腔海绵状血管瘤,可以提高其临床效果。方法:在 B 超或 CT 定位引导下将铂金针插入血管瘤内,并将塑料绝缘管保护健康组织。插针的根数视血管瘤大小而定,电针之间的距离为 1.5cm 左右。将电针分为阴、阳极连接在电针治疗仪上进行通电治疗,常用电压为 5.0~7.0V,电流为 50~80mA 电量按血管瘤直径每 1.0cm 给 100 库仑左右。治疗中用 B 超检测血流消失即表明治疗完成。结果:按 WHO 制定的对肿瘤疗效的评定标准,完全治愈(CR) 345 例(85.1%),部分治愈(PR) 39 例(9.6%),病情改善 12 例(5.4%)无效 9 例(2.2%)。将 CR+PR 平为有效,其有效率为 94.8 (384/405)。结论:电针治疗颌面口腔部海绵状血管瘤是一种创新技术,在临床上取得突破性成果,有效率高于其他任何疗法。此外,它具有操作简便,易于推广,创伤小,恢复快,不留疤痕等优点,为治疗颌面、口腔部血管瘤提供了有效方法。

5、近年来,在危重症的诊治中,初步建立了一个用急性生理与慢性健康评分(APACHE II 评分)对多脏器功能不全患者的严重程度以中西医结合的综合性方法进行评估方法:36 例 MODS 患者用中西医结合方法治疗平均脏器衰竭数为 4.19,当病人进入 ICU 时,其 APACHE II (AII) 积分用以评估疾病的严重性。驱除原发疾病,合理应用抗生素,合理氧吸入,机械通风,调整循环衰竭,纠正严重贫血,合理应用镇静剂,血液净化治疗,营养支持,兼治细菌和内毒素,活血化瘀,静滴“神农 33 号”和“大承气汤灌肠治疗,以纠正胃肠功能紊乱。结果:存活组 18 例,其 AII 积分为 75.56 $\pm$ 21.52,死亡组 18 例 AII 积分为 92.94 $\pm$ 25.47,显著高于存活组 ($t=1.75$, $P<0.05$)。神农 33 号治疗过的死亡率为 40%,比未用药组低 32.73% ($P<0.05$)。大承气汤治疗组是 29.41%,比未用药组低 44.27% ($P<0.05$)。看来,神农 33 号和大承气汤对治疗 MODS 和肠麻痹是有效的。

另外,临床上也观察到灯盏花注射液在治疗全身炎症反应综合征及多脏器功能不全综合征有较好的疗效。对 2000 年 6 月至 2001 年 9 月期间诊断为 SIRS 患者采用常规治疗(包括治疗原发病、抗炎、营养支持、维持水电解质及酸碱平衡、吸氧等)并加上灯盏花注射液 20ml 加入生理盐水或 5% 或 10% 葡萄糖注射液 250ml 静脉注射,每天 1 次,共 7~21 天,观察体温、心律、呼吸频率、白细胞计数、血脂、血液流变学及肝脏酶学等指标,并判定疗效。结果:24 例患者中,显效 8 例,有效 11 例,无效 5 例,总有效率 79.16%。治疗前后各项检查指标均有明显改善。结论:灯盏花注射液具有活血化瘀、改善微循环、扩张血管的作用,早期足量使用此药,可缓解 SIRS 或 MODS 病情进一步发展。

6、近年来冠心病介入治疗取得重大进展,尤其芍药胶囊干预冠心病介入治疗后再狭窄的临床疗效有所提高。108 例经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)或/及支架植入术成功的冠心病患者,随机分为西药常规治疗组(对照组) 55 例和西药常规治疗加芍药胶囊组(治疗组) 53 例。对患者术后 6 个月的心绞痛复发、临床终点事件、血瘀证积分变化、冠脉造影等进行随访观察。采用 Logistic 多元回归方法分析再狭窄影响因素。结果:两组患者共有 42 例复查冠脉造影,其中治疗组 18 例,再狭窄 7 例;对照组 24 例,再狭窄 17 例,两组比较有显著性差异 ($P<0.05$)。治疗组临床终点事件(死亡、病变血管出现非致命性心肌梗死、重复血管成形术或冠状动脉搭桥术)发生率(18.8%)显著低于对照组(40%) ($P<0.05$)。治疗组心绞痛复发率(13/53)亦明显低于对照组 27/55 ($P<0.05$)。治疗前后血瘀证积分差值两组比较亦有显著性差异,治疗组明显大于对照组 ($P<0.01$)。Logistic 多元逐步回归分析显示,患者术前的血瘀证积分和治疗前后血瘀证积分差值是再狭窄发生与否的重