

从中西医结合内镜学谈中国医学的发展趋势

李兆申*

海军军医大学长海医院, 上海市杨浦区长海路 168 号, 200433



李兆申(1956—), 中国工程院院士, 教授、主任医师、博士生导师。现任长海医院消化内科主任、消化内镜中心主任、内科学教研室主任、国家消化系统疾病临床医学研究中心主任、国家消化内镜质控中心主任、全军消化内科研究所所长、上海市胰腺疾病研究所所长, 兼任中国医师协会内镜医师分会会长、中国医师协会胰腺病学专业委员会主任委员, 曾任中华医学会消化内镜学分会主委, 中国抗癌协会肿瘤内镜学专委会候任主委、《中华消化内镜杂志》《中华胰腺病杂志》总编辑。

从事临床、教学、科研工作 40 年, 在消化内镜和胰腺病诊治领域做出了系统性创新工作。1) 提出内镜体检新理念, 主持研发两代胶囊内镜, 建立质控标准和培训体系, 显著提升了我国消化内镜原始创新和规范诊疗水平; 2) 建立慢性胰腺炎“药物—碎石—介入—手术”微创治疗新模式, 创建多项胰腺疾病诊疗新技术, 显著提高了我国胰腺病研究和临床诊疗水平。

获何梁何利科技进步奖、全国优秀科技工作者、首届中国医师奖、军队科技领军人才, 荣立一等功 1 次, 第十三届全国政协委员。以第一完成人获国家科技进步二等奖 4 项。以第一作者或通讯作者在 *Gastroenterology* 等杂志发表论文 260 篇, 研究内容写入 55 部国际指南和 33 部英文专著; 在中华系列杂志发表论文 271 篇。牵头制定我国消化内镜和胰腺病领域指南、共识及标准 30 部。主持国家科技支撑计划、教育部创新团队等课题 40 项, 获国家发明专利 22 项, 主编专著 47 部。

中西医结合内镜学是中西医结合的分支, 其以消化内镜为桥梁将中医、西医紧密联系起来, 为中西医的整合提供了很好的契机。消化内镜拓宽了中医药的给药途径, 促进了中药新剂型的开发, 推动了中医药的发展。同时, 在中医药的辅助下, 消化内镜诊断与治疗的准确性和安全性得以提高。二者相互为用, 相互促进, 一是对党中央“坚持中西

医并重”号召的有力回应, 二是为多学科中西医结合的发展趋势起推动作用。

20 世纪 90 年代之前, 因为没有电子内镜和超声, 消化科医生对很多疾病束手无策, 只能凭经验进行治疗。直到 20 世纪 90 年代初期, 随着内镜技术的引进, 内镜逆行胰胆管造影、超声内镜、磁控胶囊内镜等在国内逐渐开展, 我国内镜技术经历了从诊断到治疗, 从胃肠到胆囊、胰腺, 从技术应用到并发症预防, 从质量控制到培训的发展历程。内镜新技术不断涌现, 内镜指征继续拓展, 治疗范围继续扩大, 传统意义的消化内科概念已经改变, 一部分需要外科治疗的疾病已经逐渐被内镜和介入治疗取代。内镜不仅是一种诊断技术, 也是一种治疗方式, 同时为中西医结合治疗消化疾病奠定基础。

1 中西医结合消化内镜学的优势

1.1 提高内镜诊治的准确性和安全性

内窥镜为有创操作, 部分患者在检查中常会出现一系列心理及生理病理反应, 西医的主要应对策略是向患者解释以消除顾虑, 或配合使用镇静药物, 而结合中医的针灸疗法, 利用经络和穴位特异性治疗效应有助于快速有效地缓解患者各种心理紧张^[1]。此外, 中医疗法还能辅助提高便秘患者结肠前肠道准备的肠道清洁效果, 从而极大地提高了结肠镜诊断的准确性和治疗的安全性^[2]。目前, 腹腔镜微创已成为治疗胆道结石的首选方法, 术后各期结合中医药治疗, 能够提高排石率, 促进患者恢复, 增加手术的安全性^[3]。

1.2 完善消化道早癌的筛查及诊疗模式

我国人口基数大, 难以实现消化道肿瘤的全民筛查, 因此必须建立适合中国国情的早癌筛查模式, 重点筛查高危人群, 提高公众防癌意识。中医思维讲求“见微知著”“有诸内者必形诸外”, 结

* 通讯方式: zhs1@vip.163.com

合中医经络循行理论, 消化道息肉或肿瘤在体表可能会存在某些特征。因此, 可以借助人工智能和消化内镜找到与消化道早癌对应的体表特征, 创立具有中西医结合特色的消化道早癌筛查模式, 从而使消化道内镜技术能及时发现并阻断消化道早癌的进展, 同时结合中医药以达到术后防复的目的。此外, 中西医结合用于消化道肿瘤癌前病变和癌前疾病的诊断及治疗, 能更好地推进消化道早癌的早筛、早诊、早治。

1.3 拓宽中医剂型和给药途径

中国消化内镜已经历了近 40 年的发展历程。我国消化内镜技术的开展始于 20 世纪 80 年代初, 当时我们是在发达国家后面“跟跑”; 经过 20 年的追赶, 到 21 世纪初, 我们已经达到了和发达国家“并跑”的水平; 如今我国在胆囊、胰腺的内镜诊疗、早期胃肠癌的诊疗方面, 已达到了国际“领跑”的水平。但在临床研究方面, 仍处于落后的局面。我国的消化内镜技术从原来的“跟跑”到“并跑”再到现在的“领跑”, 经历“无孔不入”到“无孔不入”的蜕变, 不断拓宽消化内科医生的诊断和治疗视野。内镜技术的进步也拓宽了中医给药途径, 如内镜下中药局部喷洒治疗上消化道出血^[4]。同时加速了中药新剂型的开发, 比如在内镜技术的推动下, 促进了微米技术与中药大黄炭止血理论相结合, 从而形成了微米大黄炭这一新型中药制剂, 可在内镜下直接喷洒在病灶局部, 从而在最大限度地提高药物的吸收和生物利用度的同时缩短了药物的起效时间^[5]。

1.4 立足中西医, 超越中西医

消化内镜学属于精准诊疗, 重点在于对疾病的明确诊断与精准治疗。中医学属于系统医学, 其特点是以人为本, 注重心身整体调节, 具有特色诊疗手段, 将两者联合, 一方面能使内镜技术在中医传统领域得到更好的应用和发展; 另一方面能使中医理念和技术在内镜领域得到发扬与创新。整合中西医优势, 争取在消化道早癌的防治、术后并发症的预防、慢性患者的管理、慢性炎症及疼痛的改善、患者生活质量的提高等方面立足于中西医, 着眼于中西医结合而超越中医和西医。

2 中西医结合消化内镜学的建设

2017 年 12 月, 中国中西医结合学会消化内镜学专业委员会成立, 并于 2018 年 6 月建立了消化

领域亚专业专家委员会, 对各专业临床、科研、人才培养等策略进行了规范和细化。2018 年 12 月, 在第六次世界中西医结合大会上, 学会设立奖项促进青年医师成长, 鼓励与会人员跨专业、跨国际交流。2019 年 9 月, 进一步深化了消化内镜临床诊疗规范, 推进了中医与消化内镜的深度融合。在委员们的共同努力下, 学科队伍不断优化和成长, 学科优势和特色逐渐显露, 中西医结合消化内镜学科体系逐渐形成。

3 中西医结合消化内镜学的发展

3.1 着力于疾病诊疗的创新发展

内窥镜技术实际上是中医望诊的延伸, 使医者能够直观看到患者体内的病变。内镜下观察到的异常形态同为中医“望诊”的范畴, 将内镜下的形态改变作为中医辨证的补充, 拓宽了中医诊疗范围。2017 年中华中医药学会脾胃病分会制订的《慢性胃炎中医诊疗共识意见》^[6]即增加了胃镜下形态的微观辨证标准。努力搭建中西医结合消化内镜平台, 为中西医学者提供跨学科合作机会, 纳入病理学、微生物学、大数据、超声、人工智能等各学科专家, 开创多学科联合诊疗创新医学模式。

3.2 加强人才队伍建设

关于中西医结合消化内镜学科人才队伍建设, 要着力于建立一个适合中国国情的消化内镜专业人才的培训体系, 引入科学严谨的“导师制”, 建立“规范化、同质化”培训体系, 抓好中西医结合消化内镜专业医师的规范化培训与质量控制, 努力培养出一批中西医结合领域优秀的内镜医师。

纵观医学史长河, 中医和西医是不同历史、文化背景上发展起来的两种不同医学体系, 为生命科学的进步和人类健康做出了重要贡献, 两者在卫生、经济、科技、文化和生态资源方面有重要的意义, 两者的交叉、融合促进了中西医结合医学的诞生。我们要着力推进中西医结合, 以消化内镜为轴, 推动中西医结合消化事业的快速发展, 功在当代, 利在千秋。

4 结语

当前多学科间的交叉、渗透、技术融合与创新是医学发展的必然趋势。中西医结合消化内镜学科以消化内镜为轴, 探寻中西医的结合点, 实践了中国消化病学“中国医学”新理念, 引领了中西医结合消化内镜学的发展, 诠释了多学科中西医整合的必要性, 实现了对消化系统疾病进行全面防治。

参考文献

- [1] 崔承斌,王京京,魏正岫,等. 针灸治疗胃镜检查副反应的临床概况及针灸调节胃肠活动研究进展 [J]. 针刺研究, 2005, 30(4): 249-252.
- [2] 刘登科,席晓如,苏跃,等. 温灸法对脾肾阳虚型便秘患者肠道准备的临床观察 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(3): 161-164.
- [3] 梁超,冯寿全,沙盈盈,等. 中药配合腔镜治疗高龄胆囊合并胆总管结石 69 例 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2010, 16(4): 421-423.

- [4] 李琼,林增宝. 内镜下中药局部喷洒治疗上消化道出血的效果分析 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(15): 118-119.
- [5] 时昭红,涂蓓蕾,张书,等. 微米大黄炭联合三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性活动期胃溃疡的临床观察 [J]. 中国医院药学杂志, 2017, 37(23): 2374-2377.
- [6] 张声生,唐旭东,黄穗平,等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.

(收稿日期: 2020-08-28)

编辑: 柴倩云

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.22.004

从浊毒理论的建立与应用谈中医学创新与发展

李佃贵*

河北省中医院, 河北省石家庄市中山路 389 号, 050011



李佃贵 (1950—), 教授、主任医师, 博士研究生导师。国医大师, 全国第三至六批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师。全国首届中医药高校教学名师, 河北省首届十二大名中医。卫生部、科技部科技评审专家, 教育部高校设置委员会评审专家。再任河北省第六、七、八、十届政协委员, 第八届人大代表。原河北医科大学党委副书记、副校长兼河北省中医院院长、河北省中医药研究院院长, 现任河北省中医院名誉院长、河北省胃肠病研究所所长。国家卫生与计划生育委员会临床重点专科 (脾胃病科) 主任, 国家中医药管理局浊毒证 (慢性胃炎) 重点研究室主任, 国家中医药管理局重点专科 (脾胃病科)、重点学科 (中医脾胃病学) 主任。中华中医药学会常务理事兼李时珍研究分会名誉主任委员, 脾胃病分会副主任委员。中国中西医结合学会理事, 中国民间医药研究开发协会学术专业委员会主任委员, 曾荣获“全国劳动模范”“中国医师奖”“中医传承特别贡献奖”等荣誉称号。

从事中医临床工作 50 余年, 尤其擅长脾胃病的治疗, 其创新提出的“中医浊毒理论”指导治疗临床多种疑难杂症, 疗效显著。指导、发表科研论文 400 余篇, 主编各类院校教材 10 余部, 学术专著 40 余部, 获各类科技进步奖 30 余项。

中医药是中国传统文化的瑰宝, 也是打开中华

* 通讯方式: liidianguan2006@126.com

文明大门的钥匙。中医药文化源远流长, 中医理论博大精深, 传承精华、守正创新是中医人义不容辞的责任。纵观历代医家之论, 每一学术思想的形成都有其深刻的自然背景、社会背景, 而学术思想的发展皆应因时制宜, 以应时代之需。

近年来随着我国现代化进程的不断加速, 人们所承受的社会压力、生活方式、饮食习惯均在发生着巨大的变化, 一些现代病也应运而生, 严重威胁着人们的健康。基于临床实践经验, 结合现代医学的认识与研究成果, 笔者提出“浊毒”这一中医病因病机学说。“浊毒”是致病因素, 能够损害人体脏腑经络气血阴阳; 同时“浊毒”也是病理产物, 是由代谢产物在体内蕴积而生^[1]。浊毒致病非常广泛, 可见于多种内伤疑难疾病以及外感重症。浊毒理论体系主要研究“浊毒”的产生、发展、演变以及诊断治疗, 其根植于经典理论和临床实践, 丰富和扩展了中医对多种疑难疾病的认识, 提高了临床疗效, 具有独特的创新学术价值。

1 浊毒理论的源流与内涵

理论创新并非无源之水、无本之木, 是在继承的基础上进一步发展的。近代以来, 随着生态环境的不断变化以及人们生活方式的改变, 人类的疾病谱也随之产生巨大变化。浊毒理论的形成正是遵循了这一规律, 经历了各个时代众多医家的不同认