

编者按：10月24日~26日，由中国医师协会中西医结合医师分会主办的“2014中国医师协会中西医结合医师大会”在陕西召开，本次大会以“医学伦理，医疗质量”为主题，设立院士论坛、专题报告等内容，展示人文与科技结合的优秀成果，为近千名中西医结合医师启迪思维，开拓视野，提供了学习交流的机会。

中西医结合优势互补 传统与现代共铸辉煌

▲中国科学院院士 陈可冀



陈可冀 院士

陈竺院士今年3月在北京召开的诺贝尔奖获得者讲演及院士论坛上所作的“建立东西医学优势融合的现代医学体系”的报告，我认为是一个高屋建瓴的讲演。我们应当采用多元模式，传承和创新发展我国优秀的中医学，并与当代科学知识相融会，造福民生。中西医结合是其中重要的途径之一。

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，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—基础—临床，经验—理论—经验等多种模式，医学从起点到终点都应是患者、我们与健康同行。

中西医结合发展走过六十多年的历程，在提高疗效方面，有以下基本经验：（1）现代医学诊断明确，病证结合，中医辨证论治与西医治疗相辅相成，提高疗效；凸显了辨证论治个体化治疗和中医药理论的优越性，解读了中西医优势互补的可行性。（2）针对现代医学诊断明确而治疗不易的难题，在继承中创新药物，因靶标明确，效果优异。（3）应用现代

循证医学方法，创新发展了一批新型中成药药物。（4）中医传统治疗法则的现代基础研究获新进展，提高了疗效和生存质量，例如肿瘤的中西医结合合理配合治疗，被誉为中国模式。

（5）围手术期治疗实践和研究有很大发展。（6）针刺镇痛、戒毒的新发展；应属中国原创性成就。（7）广大城乡大量采用中西医结合或综合疗法为公众防治疾病，受到极大欢迎。

以上进步，各有千秋，具有不同特点，但更多地体现了中医药精髓结合今日当代医学科学技术知识所得，大都注重实践中西医的病证结合或证病结合的思维，很是实用而又可贵！



“治愈 帮助 安慰”新解

▲中国工程院院士 秦伯益



秦伯益 院士

To cure,sometimes
有时，去治愈；
To relieve,often
时常，去帮助；
To comfort,always
总是，去安慰

应改为

To cure,in time
及时，去治愈
To relieve,anytime
随时，去帮助
To comfort,sometimes
有时，去安慰

来自医生的安抚很重要，医生应该怎么做？

特鲁多医生的《墓志铭》似乎成了当代医生的《座右铭》。作为一百年前一位医生的《墓志铭》是很好的。它如实地反映了当年一位结核科医生所能做的一切。但现在就整个医学来说，一百多年来取得了极大的进步，仍然是那三句话就不够了。从《墓志铭》到《座右铭》，我想框架可以不变，改一点就行。

安慰在医疗中仍是很重要的，尤其是对临终患者的安慰。英国伦敦的圣·克里斯托弗临终关怀医院，是世界上第一所，也是至今第一流的临终关

怀医院，已有百余年历史。我在那里参观，看到患者大多在活动室里看书、织毛衣、玩牌、祷告、唱诗、看电视。每周还有职业对口的社会志愿者来陪他们聊天，有的结成了固定的朋友。院长对我说，这里大多数患者的生命只有一个月左右。我很惊讶，这些绝症患者在临终前一个月还可以无痛苦地享受人生。我深感西方发达国家现代医学和人文关怀的进步，我也坚信中国不久后也能达到这个水平。

西方发达国家的经验是，在治疗用药方面要用够——疼痛时，长效吗啡要用足；烦躁时，镇静安

眠药要保证——生命质量的保证比生命的延长更重要。现在，中国的医生也体会到了这点，但具体实施中还很难完全做到。

中国的临终关怀事业与发达国家相比，观念的差距最大。在西方完善的医院里，除患者家属和医生，还有四种人在承担着对患者的安慰：临床心理学家、固定的医疗技工、社会志愿者和牧师。可惜，中国医院还远非完善，尤其缺乏为患者宽慰寂寞、寄托心灵的志愿者。观念的落后还表现在患者一般缺乏科学的幸福观和唯物生死观。幸福是一种主观感觉，没有一定的衡量标准，自己觉得好就是好。

糖尿病肾脏疾病：基础研究助力临床转化

▲中国工程院院士 陈香美



陈香美 院士

糖尿病肾脏疾病（DKD）是发达国家终末期肾病的首要原因。随着生活方式改变和人口老龄化，我国糖尿病患病率迅速增长，面临DKD的巨大挑战。

临床诊断

Meta分析显示，糖尿病患者单独出现尿微量白蛋白升高并不能代表肾脏损伤，尿蛋白正常的糖尿病患者也可出现肾小球滤过率下降，肾脏病理正常的糖尿病患者也会出现显性蛋白尿。笔者团队利用糖尿病史、收缩压、糖化血红蛋白、血尿、视网膜病变建立了DKD诊断概率方程，DKD诊断准确率达到89.9%。

病理诊断

2010年美国肾脏病学会杂志发表了糖尿病肾病的病理分型标准，将糖尿病肾病分为4型：I型为肾小球基底膜增厚；IIa型为轻度系膜增宽；IIb为重度系膜增宽；III型为结节性硬化（K-W结节）；IV型为重度肾小球硬化。同时增设肾小管间质和血管病变的评分标准，更利于诊断评价和预后判断。

治疗策略

DKD的治疗策略是通过控制血糖、降压、调脂等多靶点治疗延缓DKD进展。2012年KDOQI指南建议糖尿病合并慢性肾脏病患者的糖化血红蛋白（HbA1c）靶目标值为7%。2014年ADA指南提出HbA1c≤7%可减少糖尿病微血管并发症。2012年KDIGO指南、2014年ADA指南和2014年中国糖尿病预防专家共识均建议降压的靶目标值为140/90 mmHg。Meta分析显示，DKD患者应用他汀类调脂治疗后仍面临较

高的心血管残留风险，包括大血管事件和微血管并发症，他汀类药物的肾脏保护作用仍需要更长时间的随访证据。

治疗新技术

DKD治疗的循证医学研究正在全球范围内广泛开展。抗氧化炎症调节剂—甲基巴多索隆可增加患者的肾小球滤过率，有较好的治疗前景。笔者开展的抗氧化炎症调节剂普罗布考联合替米沙坦治疗2型糖尿病肾病的临床研究显示，该治疗可有效降低蛋白尿。另外，舒洛地特、帕立骨化醇等药物的临床研究结果也令人期待。

糖尿病干细胞治疗在动物实验中取得了良好的效果，可使血糖下降、胰腺修复以及肾脏组织结构的改善。笔者应用间充质干细胞治疗中晚期糖尿病大鼠，可明显减少尿蛋白排泄，减轻肾小球细胞外基质的聚集及足细胞损伤，研究结果为干细胞治疗糖尿病肾病的临床前应用提供了理论和实践基础。