

## 回眸“七五”攻关

★ 万兰清 (广东省深圳市人民医院 深圳 518020)

关键词: 中医热病; 急症; 科研; 流行性出血热; 中医经典; 万友生  
中图分类号: R 278 文献标识码: A

上个世纪 70 年代末 80 年代初,正值我国科学的春天。经历了“十年动乱”的中医学人,刚刚从沉重的“臭老九”的大帽子下钻出来,来不及喘一口久郁之气,就迫不及待地一头扎进了久违的本专业中,“重新检点读医书”(见万友生诗集《壶中吟》)。当了 10 年“老牛”,受尽白眼喝斥、凌辱虐待,历尽颠沛流离、妻离子散,贫病交加的先父万友生先生,此时已届花甲。没有抱怨,没有颓丧,不向家人诉说任何一点艰难困苦,也不向单位领导提出任何条件要求,不分昼夜,孜孜汲汲,继续他 10 年前想做而未能做成的事业——把伤寒学说与温病学说统一到外感热病这个大系统中来,让中医能够更好地应对现代临床上常见的、以发热为主症的一大类急性病,改变当今普遍认为“慢郎中治不了急性病”的俗见。

“秋雨摧花垂玉泪,春风扶柳上金阶”(见《壶中吟》)。先生作为中华全国中医学会的常务理事,胸中装着的是整个中医事业;面对当时中医事业“后继乏人,后继乏术”的严酷现状,心里想着的是如何献出自己全部力量。他义无反顾地选择了中医急症这块硬骨头。

1983 年,江西省中医药研究所重新成立。作为所长,第一件事就是全面开展中医热病理论、临床、教学三个重要环节的科研工作。在为江西中医学院 73 级工农兵学员编写的伤寒、温病合一的《热病学讲义》的基础上,进一步写成伤寒、温病、外感、内伤有机统一的《热病学》,并以此为教材举办了全省大型热病研究班。先生以羸弱多病之身,66 岁高龄亲自担任主讲,为全省各地培养了一大批临床骨干。同时,以本所热病研究室为主,组织部分学院老师,对我国近 30 年有关文献资料进行了一次大规模的收集整理,历时 3 年,编成《热病学参考资料》(分上册“中医内科急症专辑”、下册“中医热病专辑”),并得到了《江西中医药》编辑部的大力支持,作为增刊出版。为临床研究打下了扎实的理论基础。

理论研究暂告一段落,临床研究紧接着就要开始。1985 年,经多方考察,确定临床研究选题为流

行性出血热病。因为它包括了发热、休克、出血、急性肾功能衰竭和多脏器衰竭等诸多内科急症,且江西是疫区,病例多而集中,是中医急症临床研究最佳选择。

科研是中医面临的一项新的工作,必须从头学起;流行性出血热,是一种死亡率较高的传染病,我们从未接触过,也须从头学起;该病强调就地治疗,病例集中在县一级医院的传染科,必须下到基层,建立县医院一级的科研基地;面对急性烈性传染病,中医必须有相应的可及时给予的药物剂型。这一切我们都没有,都要从头做起,白手起家。课题设计面临的问题十分复杂,困难重重。

搞急症,有一定风险,还要下基层,能否做出成果暂且不说,光是一年几个月的抛家不管,就让许多中年人难以割舍。仅 1985 年一个临床预初试验(基地选在南昌市近郊的南昌县人民医院传染科),课题组成员就由 8 人减为 4 人。他们从出血热课题组分离出去,要另立课题,使课题组人员骤减一半,剩下连我在内,共三女一男(包括 2 位没有临床经验的刚毕业医生)。而我在人手异常紧张之际,却祸不单行地突然感染上了急性黄疸型肝炎,半路从科研基地返回。1985 年冬季的预试工作真应了一句俗语——“万事开头难”。

但老天还是眷顾我们的。预试 23 例疗效理想,大家虽苦犹乐,信心百倍。

1986 年,课题正式展开。面临人员不足,怎么办?万老从新建县中医院借来 78 届中医学院毕业生卢卫(现为深圳市第六人民医院办公室主任),又派来他的首位硕士研究生汪维拉(现为留美博士),解决了燃眉之急。在省卫生厅中医处邵公厚处长和高安县卫生局喻晓辉局长的支持协调下,才得以在高安县人民医院传染科进行。开始人家根本不相信中医能搞什么出血热科研,不太愿意协作,后来在省厅、县局出面下才勉强答应协作 1 年。

这是关键的一年。由于疫情重,病人多,我们又缺乏经验,中医科研方案的不足凸显出来了。当时

为了强调中医药的疗效,不仅在发热、休克、出血、急性肾功能衰竭等危急时刻不用任何西药,而且放弃了西医倚重的平衡盐液体疗法,中医当时又没有自己的大输液,这样做的结果是:二者根本不在同一个起点上。这一差距,在轻型病人并不明显,在重型病例就突出了。我们课题组的人做得很难、很累,西医开完医嘱,坐在那儿笃笃定定,我们却提心吊胆,不停地测体温、量血压,不停地静脉推注参麦针,又是从肛门做直肠点滴,还要给病人熬中药。一个晚班下来,有时要收十几个病人,就连卢卫那样的棒小伙也累趴下了。这时又得到消息说上高县人民医院出血热病人很多,为了来年有基地可去,我临时带领汪维拉赶赴上高。上高县人民医院传染科主任廖如桂给了我们大力支持,科研工作得以立即开展。这里的疫情比高安还重,我和维拉两个人分白班、晚班连轴转,幸亏廖主任带领全科医护人员大力配合,我们比在高安轻松些。但即使如此,我还是患上了失眠症,晕头转向,有一次查房连方向都走错了,让廖主任大吃一惊。到结束时,小汪的脸瘦了一圈。

1986年12月,好消息传来:课题申报国家科委“七五”攻关中医急症重点项目中标,从省级上升为国家级。

皇天不负苦心人。1986年冬季大高峰科研病历资料统计结果表明:中医组虽然做得辛苦万分,但与西医组相比,疗效无显著性差异( $P>0.05$ )。这说明,不在同一起跑线上的两个组做出了相同的业绩!这就意味着,只要我们使用与西医组同样的平衡盐基础液体疗法(而这才是真正意义上的中西对照),我们就必将获得成功。

也是在这个临床研究阶段中,我发现:

(1)西医的感染性休克大有搞头。其轻、中度者,若为热病气阴两虚证,参麦针有立竿见影之效,即使是重度休克,甚至血压为0者,只要不合并高热、急性肾功能衰竭等复杂情况,参麦针仍足以胜任,约近60%的患者数小时内休克可以得到纠正。西医用平衡盐快速补充血容量或加用血管活性药抗休克疗效亦可,也只有在遇到“难治性休克”时才进退两难。因为此时患者大多发热、低休、少尿三期重迭,快速大剂补充血容量抗休克是当务之急,但同时存在的少尿期急性肾功能衰竭又要限制输液,高血容量综合征同样具致命性;血管活性药的应用对肾功能显然有害无益,但若撤下血管活性药,血压立即又掉下来。只要血压反复往下掉的情况一旦发生,抢救就陷入困境。故西医认为,流行性出血热休克期为本病第一道“生死关”。此时,把中医方案拿上

去,参麦针、参附针固脱,牛珀至宝丹(古方犀珀至宝丹化裁,科研用药)开少阴心与厥阴心包的瘀热浊闭,加味桃仁承气汤(《温病条辨》同名方合《伤寒论》抵当汤,科研用药)直肠点滴攻阳明瘀热以釜底抽薪,大陷胸汤解三焦水热之结,扶正、驱邪双管齐下,抢救常能成功。后经实验研究发现,参麦针和牛珀至宝微丸在抗休克的同时有显著的保护肾功能的作用,这就解释了中医组不仅抗休克疗效优于对照组,而且在越少尿期率等方面也优于对照组的机理。

(2)本病以温热疫为主。湿性粘滞,最善阻遏气机,其发病规律符合温病学家指出的“留连三焦”、“在一经不移”、“以阳明胃肠为窠穴”的特点。临床表现自始至终以湿热闭阻三焦诸证为突出,而且越是危重者三焦闭阻越甚。如能掌握好辨证论治,早期、及时予以宣畅三焦,常可重症转轻、危症脱困。若只见其热象汹汹,一味清下,则正气愈虚,湿闭愈甚,机体气机升降出入功能愈差,瘀、浊等病理产物堆积,邪闭与正脱互为因果,形成恶性循环,救治为难。认识到这一点,我们立即修订了治疗方案,提出宣畅三焦治法应贯穿于本病始终,并创制“宣畅三焦方”宣畅三焦湿热,与上述牛珀至宝微丸、加味桃仁承气汤、大陷胸汤等配合开湿热瘀诸闭,协同参麦、参附等固气阴阳诸脱,对“难治性休克”的抢救起了良好的作用。此后,上高、高安两级的临床工作得以进入坦途。

(3)本病普遍存在急性肾功能损害,主要表现为少尿(24小时尿量小于500 mL)甚至尿闭(24小时尿量小于50 mL)。西医主要使用利尿剂等对症疗法,若不奏效则可在短短3、4日内出现高血容量综合征、急性肾功能衰竭、心衰、肺水肿、成人呼吸窘迫综合征、弥漫性血管内凝血继发纤溶亢进等危重并发症,故西医提出,少尿期是本病第二道“生死关”。而在中医看来,此时患者经历了热病热伤气阴,邪毒内陷、正气欲脱的生死关,正气甫复仍虚,湿热瘀浊纠结三焦,三焦气化严重阻遏,上焦肺气失宣,喘喝鼻塞咳嗽;中焦胃肠升降紊乱,从心下至少腹硬满疼痛不可近手,呕吐呃逆;下焦气化不行,蓄水、蓄血,二便不利甚至闭塞,形成关格之势。此时若不能在短期内控制局面,必致再次陷入内闭外脱,导致气不摄血,气逆血乱,瘀阻血溢而出现发斑、吐衄、便血,尿中可见血性膜状物,甚至目中流出粉红血水,最后气随血脱,血压再度下降,体温下降,舌缩齿枯,阴竭阳脱而亡。故本病危重并发症的防治,必须从发热期抓起,防微杜渐,防重于治。因为前期正气虚而未甚,邪气闭亦未甚,中医宣畅三焦、开闭固脱尚有可

为,一旦发展到最后各种险象环生,也就难以有所作为了。临床实践证明,这一理论是正确的。这也是中医治疗组取得成功的原因之一。

与此同时,我还发现在流行性出血热这个急性传染病里,几乎囊括了所有的中医伤寒六经病证和温病三焦诸证。如最常见的发热期的柴胡桂枝汤证、清瘟败毒饮证、湿热留连三焦诸证等;低血压休克、少尿各期均有的太阳蓄水五苓散证、蓄血证、热入血室的桃仁承气汤证、抵挡汤证,太阳病变证中典型的大结胸证、寒实结胸证,用大陷胸汤、三物小白散疗效卓著;休克期还能见到直中少阴的格阳、戴阳证,阳明热深厥深证,以及休克期死亡的、由少阴陷入厥阴的寒厥、热厥和由热厥转为寒厥等证;多尿期死亡的阴竭阳脱证;多尿期和恢复期的热病瘥后诸证,如多唾的理中丸证、心烦的栀子豉汤证、虚热的竹叶石膏汤证、夜热早凉的黄芩滑石汤证等更是多见。而且这些千百年前的古方用于流行性出血热这个现代急性传染病,疗效竟然如此之立竿见影!至于外感病中各种特殊症状、体征,如白痞,舌缩,齿枯,荔枝舌、光剥舌、舌上芒刺、酱瓣、老黄、焦黑、垢腻厚苔以及热病患者特殊的臭秽浊之气,包括口气、体气、排泄物的恶臭,黑色淤泥样大便等等。总之,在一般内科杂病中难以见到的,而中医教学中又常常提到的望诊和闻诊的内容,几乎都能在本病中见到。我此前曾经教过几年《伤寒论》课程,常因论中涉及的病症无法联系实际,让学生亲眼看到伤寒方的神奇疗效而苦恼。此时此刻,我恍惚看到了“芝麻开门”!可以设想,如果把课堂移到这里来,伤寒和温病的老师都下来临床教学,那是怎样的效果啊!我也曾让课题组中的卢卫拍了一批舌象的彩色图片,学院老师们觉得弥足珍贵,可是,比起临床所见的那一份生动活泼来,真所谓沧海一粟。

可以肯定地说,中医在现代急性热病领域大有可为。中医的临床突破口之一应在这里。中医的临床教学基地之一应选县一级综合性医院传染科。在这里,中医伤寒、温病教学将会如此的活色生香,学生将在这里看到中医药大有用武之地,他们在这里将学到许多鲜活的知识。这样,才有可能培养出登堂入室的弟子。

近年中医治疗非典型性肺炎的成功和在防治禽流感方面的好表现也无不证明了这一点。

其实,伤寒与温病的知识运用范围并不限于急性热病领域,两千多年的中医发展史早已证明了这一点,现代中医学人还在重复这一点。江西中医学

院 81 级毕业生,邓铁涛教授的硕士、博士研究生杜少辉主任医师,运用白虎汤治疗脑卒中急性期大烦躁取得立竿见影的效果;南京中医药大学教授黄煌用小柴胡汤治疗慢性粒细胞性白血病,用小建中汤治疗骨髓纤维化,用泻心汤加安宫牛黄丸治疗颅内出血后失忆症,甘草泻心汤治疗梦游症,用五苓散治疗青光眼、酒精肝、乙肝后肝硬化、垂体肿瘤等等,不胜枚举。黄煌教授认为“当前中医的现代化之路,应以经方的普及为先导”,不无道理。

回眸“七五”攻关,甘苦倍尝,感慨系之。择其要者,总括几条,算作本文的结束语:

(1)中医要想改变目前医疗阵地萎缩,人员素质不高,学术上难以为继(不仅谈不上发扬,连继承都问题多多),专业队伍难以稳定和壮大等等问题,首先必须培养一批“铁杆中医”,舍此别无他途。这些“铁杆”,必须具有扎实的专业功底,更要有吃苦耐劳、勇挑重担的精神;要把“中医兴亡,匹夫有责”这 8 个字落实到自己的肩膀上,不求名、不求利,自知而不自卑,自信而不自负;还要耐得住寂寞,认定这工作是自己做、为自己所从事的事业做的,而不是做给别人看的。唯其如此,他才有可能认准方向,在人家认为不可能中做出可能来,才有可能不畏艰险,勇往直前,百折不回,无怨无悔。

(2)中医各级领军人物,要高瞻远瞩,胸有全局,既要有领导能力,又要有做好后勤和无名英雄的雅量。有人若是不甘寂寞,身在领导岗位,既要官位权力,又要专业技术职称、学术著作、科研成果等,到处伸手,什么都要,表面上荣耀威风,其实什么都没有做好。就算你一身是钢(不只是铁),能打多少颗钉?这样的人你想他在为人作嫁的领导岗位上做出什么大贡献,恐怕也难。更有甚者,武大郎开店,妒贤嫉能,就更是败事有余了。这种人越是“聪明”越坏事,对中医事业危害极大。毛泽东说过:“政治路线确定之后,干部就是决定的因素。”这句话值得三思,一个好的领军人物何止值千军啊!

(3)中医学是科学,现已成为我国科学界之共识。中国中医研究院更名为中国中医科学院可为里程碑。我们中医界要发奋图强,发扬我们老祖宗善于从古代东方科学的合理内核中吸取精髓和善于兼收并蓄一切有用知识为我所用的优良品质,在这知识大爆炸的时代,一定能再一次创造生命科学的奇迹,让 21 世纪真正成为中医腾飞的世纪(邓铁涛语)。

(收稿日期:2006-07-30)