

姜良铎教授“中中求西，西中求中”的理论启示与临床实践

龚雪¹ 毕玮¹ 陈昕玥³ 吴彩军^{1,2} 姜良铎¹

¹北京中医药大学东直门医院,北京 100700; ²北京中医药大学脓毒症研究所,北京 100700; ³北京中医药大学针灸推拿学院,北京 100700

通信作者:吴彩军, Email: wucaijun@139.com

【摘要】系统探究姜良铎教授“中中求西，西中求中”的学术思想，深入剖析中西医整合医学的创新发展路径。通过文献研究与临床跟师实践，从理论认知、实践体悟及未来展望3个维度，梳理该动态协同整合范式的核心精髓。中西医结合历经“中西汇通”“中西医并用”至“整合医学”的演进阶段，却长期面临还原论与整体论、标准化与个体化、疗效评价二元割裂的核心争议，而“先中后西，能中不西”的传统理念也存在适配当代临床的局限性。姜良铎教授提出的“中中求西，西中求中”理念，以临床疗效为核心，构建动态协同整合框架：在中医诊疗中嵌入西医技术破解传统瓶颈，在西医干预中融入中医整体调节优化预后，并依据疾病不同时期的不同特点，实现中西医从“技术叠加”到“系统嵌入”的差异化协同。在此基础上，进一步深化形成“状态-靶点”双维度模型，将中医整体状态辨治与西医精准靶点干预有机结合，其可行性已得到科学机制、临床实践及社会需求的多重验证。以心搏骤停后综合征(PCAS)等急危重症为典型案例，该范式展现出显著临床价值。研究认为，青年医学生应坚持疗效导向，传承中医整体观的同时吸纳现代医学技术，培养“以患者为中心”的整合医学思维。未来需进一步拓展该范式在疑难重症、老年病等领域的应用，推动中西医结合实现“1+1>2”的协同效应，为人类健康贡献中国智慧。

【关键词】 中西医结合； 动态协同； 整合医学； 状态-靶点模型； 疗效导向

基金项目：北京中医药大学东直门医院临床研究和成果转化能力提升试点项目(DZMG-QNZX-24011)；第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(JX511)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.05.003

Professor Jiang Liangduo's theoretical insights and clinical practice: "within-framework integration: seeking Western medicine in traditional Chinese medicine and traditional Chinese medicine in Western medicine"

Gong Xue¹, Bi Wei¹, Chen Xinyue³, Wu Caijun^{1,2}, Jiang Liangduo¹

¹Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; ²Sepsis Research Institute of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; ³Beijing University of Chinese Medicine, School of Acupuncture and Tuina, Beijing 100700, China

Corresponding author: Wu Caijun, Email: wucaijun@139.com

【Abstract】 This paper systematically investigates professor Jiang Liangduo's academic thinking of "within-framework integration: seeking western medicine in traditional Chinese medicine (TCM) and in Western Medicine," and thoroughly analyzes the innovative development path of integrative medicine between Chinese and Western medicine. Through literature review and clinical mentorship practice, this paper elucidates the core essence of this dynamic, synergistic, integrative paradigm across 3 dimensions: theoretical cognition, practical realization, and future outlook. The integration of traditional Chinese and Western medicine has undergone evolutionary stages from "sino-Western convergence" and "sino-Western concurrent use" to "integrative medicine," yet it has long faced core controversies regarding reductionism versus holism, standardization versus individualization, and the binary division of efficacy evaluation. Furthermore, the traditional concept of "prioritizing Chinese medicine, using Western medicine only when Chinese medicine fails" also presents limitations in adapting to contemporary clinical practice. Professor Jiang Liangduo's "within-framework integration" concept establishes a dynamic synergistic integrative framework centered on clinical efficacy: it embeds Western medical technology into the TCM diagnostic and therapeutic process to overcome traditional bottlenecks, integrates TCM's holistic regulation into Western medical intervention to optimize long-term prognosis, and achieves differentiated synergy by shifting from "technological superposition" to "systemic embedding" according to the distinct characteristics of each disease stages. Building on this foundation, the theory is further deepened into the "state-target" dual-dimension model, organically combining TCM's holistic state differentiation and treatment with Western medicine's precise target intervention, its the feasibility has been repeatedly verified by scientific evidence, clinical practice, and social demands. Taking critical and severe conditions such as post-cardiac

arrest syndrome (PCAS) as typical cases, this paradigm demonstrates significant clinical value. The study suggests that young medical students should adopt an efficacy-oriented approach, preserve TCM's holistic perspective while assimilating modern medical technology, and cultivate patient-centered integrative medical thinking. In the future, it is necessary to further expand the application of this paradigm in fields such as refractory critical illnesses and geriatric diseases, promoting the integration of Chinese and Western medicine to achieve a synergistic effect of "1+1 > 2" and contribute Chinese wisdom to human health.

【Key words】 Integration of traditional Chinese and Western medicine; Dynamic synergy; Integrative medicine; State-target model; Efficacy-oriented approach

Fund program: Pilot Project for Enhancing Clinical Research and Achievement Transformation Capabilities at Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine (DZMG-QNZX-24011); The Seventh National Programme for Inheriting the Academic Experience of Senior Traditional Chinese Medicine Experts (JX511)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.05.003

中医药学作为中华民族数千年健康智慧的结晶,以整体观、辨证论治为核心特质,构建了独具特色的生命认知与疾病诊疗体系;西医学则依托现代科学技术,在解剖学、病理学、精准靶向治疗等领域取得了突破性进展,成为当代医学的重要支柱。两大医学体系虽源于不同的文化土壤与认知范式,却共同承载着守护人类健康的核心使命,其融合发展既是医学进步的必然趋势,也是应对复杂疾病挑战的现实需求。

中西医结合自明末清初“中西汇通”发轫,历经“中西医并用”的实践探索,逐步迈入“整合医学”的深化阶段,在政策支持与技术革新的双重驱动下取得了显著成效。然而,长期以来,这一融合进程始终面临着深层次的范式争议:还原论与整体论的方法论冲突、标准化诊疗与个体化辨证的实践分歧、客观指标与主观症状的疗效评价割裂,加之“先中后西,能中不西”的传统理念在急危重症救治、个体化医疗等当代临床场景中逐渐凸显的局限性,使得中西医结合往往停留在技术叠加的表层,未能实现从理论到实践的系统性融合,难以充分发挥“1+1>2”的协同效应。

面对上述困境,姜良铎教授提出“中中求西,西中求中”的学术思想,构建了以临床疗效为核心的动态协同整合范式。该理念意在打破中西医之间的学科壁垒,倡导在中医诊疗框架中嵌入西医技术以破解传统瓶颈,在西医干预过程中融入中医整体调节以优化预后,并进一步深化形成“状态-靶点”双维度模型,为中西医整合医学的创新发展提供了全新的理论指引与实践路径。

本次论述立足文献研究与临床跟师实践,从理论认知、实践体悟及未来展望 3 个维度,系统剖析“中中求西,西中求中”理念的核心精髓与科学内涵,结合心搏骤停后综合征(post-cardiac arrest

syndrome, PCAS)等典型案例验证其临床可行性与应用价值,旨在为中西医结合的深度融合提供理论参考与实践范式,助力青年医学生培养“以患者为中心”的整合医学思维,推动中西医结合在疑难重症、老年病等更多领域实现创造性转化与创新性发展,为人类健康事业贡献中国智慧与中国方案。

1 中西医结合的历史演进与范式争议

1.1 历史脉络——从碰撞到融合的 3 重阶段:中西医结合作为一种治疗模式,起源于中医和西医两大医学体系的历史积淀与相互融合。中医学有着几千年的悠久历史,其理论体系主要依赖于阴阳五行学说、经络学说、气血津液学说等复杂的哲学思维,而西医则以解剖学、病理学、药理学为基础,依托现代科学技术,不断推进对人体疾病的精准诊断和治疗。中西医的结合并非一蹴而就,而是在不同历史背景下应运而生的产物。

中西医结合的思想源流可追溯至明末清初的“中西汇通”运动。张锡纯在《医学衷中参西录》中提出“衷中参西”理念,首次尝试将西医解剖学与中医气血理论结合,但因缺乏现代科学支撑,实践多流于形式。20世纪 50 年代,在政策推动下,中西医结合的早期实践以“中西医并用”为主,尚未触及理论整合。21世纪以来,中西医结合的研究和实践进一步深化,形成了多样的结合模式^[1],系统生物学、循证医学与人工智能技术的兴起,推动中西医结合迈入“整合医学”阶段。张伯礼院士提出的“组分中药”理论,通过解析中药复方的活性成分与作用靶点,为中药现代化提供了科学路径;吴以岭院士的“络病理论”则从微循环角度系统阐述了经络与脉络在病理机制中的作用,标志着中西医结合从经验医学向精准医学转型。

王琦院士强调,中西医结合不是彼此同化,要避免出现“一言结合,特色消失”的状况,中西医结合

是两种医学体系互相学习、互相补充、共同提高的有机结合。这些论述的里程碑意义在于,它们不仅体现了对中医药价值的深刻认识和高度重视,而且为中医药和西医药的相互融合、共同发展提供了明确的方向及路径。

1.2 “先中后西,能中不西”的政策导向与历史实践:西医的传入和发展,给中医带来了巨大的冲击,使中医的生存和发展面临诸多困境。1954年,毛泽东主席提出“中西医结合”的方针,促进了中西医结合的发展,“先中后西,能中不西”思想在一定程度上是对中西医结合方针的回应,它反映了当时中医界对中西医的认识和态度,也体现了中医界对中医的自信和维护中医地位的努力。

此阶段的中西医结合更多体现为“以中为主,以西为辅”的实践模式,虽在短期内提升了中医的社会认可度,但也因过度强调“能中不西”而忽视了西医在急危重症救治中的技术优势。直至改革开放后,随着医疗国际化进程的加速,中西医结合逐渐转向“优势互补”的整合路径,政策导向也逐渐过渡到“协同并进”^[2]。

1.3 范式争议——科学性与整体性:中西医结合始终面临3大核心矛盾,①还原论与整体论的冲突:西医以解剖学、病理学为基础,强调疾病的局部机制与靶向治疗(如单克隆抗体);中医则以“状态医学”为核心,注重人体动态平衡(如“阴阳失调”“气血瘀滞”)^[3],二者在方法论上存在根本差异。②标准化与个体化的矛盾:西医依赖循证指南[如《美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)非小细胞肺癌指南》],而中医强调“三因制宜”(因人、因时、因地),导致临床决策的分歧,如肿瘤化疗方案需严格遵循剂量标准,而中医扶正治疗需根据患者体质调整药方。③疗效评价的二元割裂:西医以客观指标(如生化检查、影像学)为核心,中医则侧重主观症状改善(如“倦怠减轻”“食欲增强”)^[4],这种差异使得中西医结合疗效难以被国际学界广泛认可。

此外,尽管“先中后西,能中不西”的理念在特定历史时期推动了中医的传承与发展,但其局限性在当代医学实践中愈发凸显:①急性病症的延误风险:在感染性休克、急性心肌梗死等急重症中,过度依赖中医可能延误西医介入的最佳时机^[5]。②急症症状缓解的时效性不足:中医治疗注重整体调理,起效较慢,对于一些急症可能无法迅速缓解症状,如

急性疼痛、急性感染等,西医的药物治疗往往更为直接有效^[6]。过度强调“先中后西”,可能会导致患者症状得不到及时缓解,增加了患者的痛苦。③忽视患者的个体差异:不同的患者病情、体质不同,对治疗的反应也不同,对于一些患者,中医治疗可能效果不佳,需要考虑西医治疗。过度强调“先中后西”,可能会忽视患者的个体差异,导致治疗效果不佳。④忽视中西医结合的优势:中西医结合可以取长补短,发挥各自的优势,提高治疗效果。过度强调“先中后西”,可能会忽视中西医结合的优势,限制治疗手段的选择。

上述争议凸显了中西医结合需超越技术层面的简单叠加,转向理论范式与评价体系的系统性创新。

2 “中中求西,西中求中”动态协同的整合范式

2.1 理论内核——疗效导向的动态决策模型:姜良铎教授提出的“中中求西,西中求中”理念,以临床疗效为核心,构建动态协同的整合框架。

“中中求西”:在中医诊疗框架内嵌入西医技术,解决传统中医的实践瓶颈。这一理念不仅肯定了中医的基础作用,反而让中医在现代医学的基础上更具科学性和操作性。通过引入西医的仪器设备和实验手段,中医能更加准确地把握疾病的病理,实现个性化治疗,从而在实践中促进中医的现代化,或是配合西药的使用,可以解决一些传统中医在诊断和治疗上的局限性。如在慢性肾病治疗中,中医采用“益肾化浊”法(如黄芪、大黄配伍)可延缓肾功能恶化^[7],而西医依据实验室指标[如血清肌酐(serum creatinine, SCr)、肾小球滤过率(estimated glomerular filtration rate, eGFR)]评估疗效,从而指导中药配伍的优化。对于高血压患者,尤其是顽固性高血压患者,中医通过调整整体气血、调和阴阳,使用天麻钩藤饮、八珍汤等中药,必要时配合西药控制突发的血压波动,能降低高血压发作频率,长期有效维持稳定的血压、改善症状,提高患者生活质量,并且有较高的安全性和较低的不良反应发生率^[8]。

“西中求中”:在西医干预中融入中医整体调节,优化长期预后。这一思想常用于现代医学无法解决的慢性病、疑难杂症和免疫性疾病的治疗过程中,特别是在已证实仅使用西医治疗效果不理想的某些病症时,西医可借助中医的整体治疗方式,以求取得更好的治疗效果。以心力衰竭(心衰)为例,西医标准治疗[血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(arnepretilin, ARNI)+β受体阻滞剂]可快速改善心功

能,而中医通过循证辨证治疗,如使用“温阳利水”法(真武汤加减),可有效改善心衰患者的疾病状态,在缓解症状的同时干预相关危险因素,延缓心室重塑的过程,从而保护心功能并减少心血管不良事件的发生概率,减少心衰患者的死亡和再入院数量,改善患者生活质量,延缓疾病进程^[9]。在肿瘤治疗中,西医放化疗是主要手段,但会抑制免疫系统、产生不良反应,中医通过扶正治癌、消散毒邪等原则,使用茯苓、黄芪、白术等中药^[3],可增强患者抗癌能力、减轻不适症状。在顽固性失眠的治疗方面,西医治疗以药物为主,但长期使用可能导致药物依赖;中医治疗则结合辨证论治和整体观念,从痰、瘀、虚等方面入手,既可明显改善患者的症状又可缩短病程,显著提高疗效^[10]。

2.2 实践路径——从“技术叠加”到“系统嵌入”: 姜良铎教授在该范式中强调了中西医技术在不同疾病阶段的差异化协同。急性期应以西医为主导,快速控制病情(如给予抗菌药物治疗脓毒症),辅以中医“截断扭转”策略(如给予血必净注射液抑制炎症风暴),有效恢复严重脓毒症患者的免疫稳态,以阻止病情恶化,缩短机械通气时间和血液净化时间,进而改善脓毒症患者的预后^[11]。临床研究表明,对于急性化脓性扁桃体炎,西医使用抗菌药物治疗,结合中药如麻杏石甘汤,可提高治愈率、缩短病程,还能在一定程度上降低医疗成本^[12]。慢性期应以中医为核心,通过辨证论治调整体质,如采用疏肝健脾法治疗功能性消化不良,结合西医内镜监测黏膜修复情况,使总有效率提升至 91.86%^[13]。类风湿关节炎的治疗方面,一项纳入 60 例患者的随机对照研究表明,中西医结合组(甲氨蝶呤 + 雷公藤多苷)的总有效率明显高于单纯西药组(93.33% 比 73.33%, $P < 0.05$)^[14]。

康复期可以中西医协同促进功能恢复,如针灸联合机器人辅助训练改善脑卒中后偏瘫, Fugl-Meyer 运动功能评定量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)随治疗时间延长逐渐提高,其综合康复方案的效果优于单一疗法^[15]。

3 理论深化——构建“状态 - 靶点”双维度模型

3.1 方法论突破——状态辨治与靶点干预的整合: 姜良铎教授进一步提出“状态 - 靶点”理论,将中医整体观与西医精准医学结合。

“状态辨治”:通过四诊合参识别患者整体状态(如“肝郁脾虚”“痰瘀互结”),制定个性化调理方

案。如肺癌患者的“气阴两虚”状态,使用沙参麦冬汤和生脉散联合化疗可改善气阴两虚型肺癌患者的临床证候,提高行为状况评分,从而改善患者的生活质量,且不增加不良反应的发生率^[16]。

“靶点干预”:借助组学技术(基因组、代谢组)定位疾病关键靶点[如表皮生长因子受体(epidermal growth factor receptor, EGFR)、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)]实现精准治疗。研究显示,中药复方肺岩宁可通过抑制程序性死亡受体配体-1(programmed death-ligand 1, PD-L1)表达增强免疫治疗效果^[17]。

3.2 可行性探讨——中中可求西,西中可求中: 姜良铎教授在多次发言和论文中强调“中中可求西,西中可求中”的观点,这个理论的核心思想在于,针对复杂的疾病,既要发挥西医治疗的明确性和精准性,又要注重中医在整体调节、个性化治疗上的优势,两者相辅相成,共同促进医学进步,最终实现患者的康复与健康。这不仅是对中西医结合实践的经验总结,更是对两种医学体系深度融合的理论升华。其可行性从科学基础、临床实践及社会需求 3 个维度进行系统性论证。

3.2.1 科学基础——互补机制的生物学证据: 中西医结合的科学性源于两者在疾病认知和治疗靶点上的互补性。现代研究表明,中医的“整体调节”与西医的“靶向干预”在分子层面有协同效应。如中药复方肺岩宁通过调控 PD-L1 表达增强免疫治疗疗效的机制^[17],揭示了中医复方可通过多靶点、多通路干预疾病网络,弥补西医单一靶点治疗的局限性。此外,代谢组学研究表明,中药真武汤在改善心衰患者心功能的同时,可显著调节心肌能量代谢相关产物[如腺嘌呤三磷酸腺苷(adenosine triphosphate, ATP)、还原型辅酶(nicotinamide adenine dinucleotide, NADH)]水平^[19],与西医改善血流动力学的治疗形成协同。这些研究为中西医结合的生物学可行性提供了实证支持。

3.2.2 临床实践——病与人的共同关注与融合: 中西医结合的可行性在多种疾病领域得到验证:①肿瘤治疗:西医放化疗虽可快速缩小病灶,但常伴随骨髓抑制等不良反应。中医通过“扶正祛邪”策略(如黄芪、白术配伍),可上调 CD4⁺ T 细胞比例,增强免疫监视功能,降低化疗后不良反应^[18]。②精神类疾病:针对抑郁症,西医选择性血清再吸收抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)类药

物起效快但易引发耐药,中医疏肝解郁法(如柴胡加龙骨牡蛎汤)可减少西药剂量并降低复发率^[19]。
 ③社会需求:全球慢性病负担的加剧为中西医结合提供了现实土壤。研究数据显示,心血管疾病、糖尿病等慢性病导致的死亡占比超过80%^[20],而这类疾病恰恰需要长期、综合的管理模式。中医“治未病”理念与西医慢病防控技术在社区健康管理中形成互补,如针对高血压前期人群,西医通过动态血压监测识别高危个体,中医则采用平肝潜阳法(天麻钩藤饮)干预,可使心血管事件发生率降低^[21],印证了中西医协同在功能医学中的独特价值。

综上,“中中可求西,西中可求中”的可行性已从理论、实践及社会层面得到充分验证。唯有通过机制创新、制度优化与国际合作,方能将这一理念转化为普惠全球的医学范式。

4 中西医协同的“状态-靶点”实践

PCAS即心搏骤停后综合征,是急危重症领域复杂且棘手的难题之一。PCAS涉及脑损伤、心肌功能障碍、全身炎症反应和多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)等一系列复杂的病理生理过程,是有发病迅速、转变快、预后极差的特点。尽管现代医学已建立了目标温度管理(targeted temperature management, TTM)、血流动力学支持等集束化管理策略,但特异性治疗手段的缺乏及对患者个体化病理状态的兼顾不足,使其临床疗效仍存在瓶颈^[22]。这充分暴露了西医还原论思维在处理复杂、动态、全程性危重疾病时的局限性。

急危重症是现代医学技术最为集中、同时也是整体调节和个体化治疗需求最迫切的领域。选择PCAS这一典型中医临床优势病种作为案例,不仅是立足于中医药在改善微循环、抗炎、器官保护等方面的独特优势,更重要的是为了深入探索中西医结合在生命极限状态下的协同机制,从而推动中西医结合在更广阔、更复杂临床空间中实现理论突破与实践创新;同时中医药在急危重症的救治中尚有很大发挥空间,特别是其整体调节、顾护传变、改善微循环等的作用,与PCAS的多系统损伤病机高度契合。因此,将PCAS作为中西医结合的典型临床优势病种,成为论证“中中求西,西中求中”范式优越性的绝佳案例。

PCAS中西医协同的“状态-靶点”整合范式是“中中求西”和“西中求中”理论在临床救治全过程中的具象化应用。这一实践模式将PCAS病程划分

为急性初期、中后期和康复期3个阶段,并根据不同阶段的主导病机,动态调整中西医干预的侧重点,以实现救治效率与个体化管理的最优化。

4.1 初期——扶正固本+靶向抢救:PCAS的急性初期(通常为复苏后24 h内),病机演变最为急剧,常表现为元气暴脱或气阴两脱的危急状态。此阶段的协同策略旨在快速稳定宏观生命状态,并为核心器官靶向干预争取时间。

状态主导(扶正固本):此时治疗理念以中医“扶正固本”为核心,即对虚脱状态进行快速纠偏。临幊上尽早使用参附汤、四逆汤等温阳救逆方剂。有研究表明,参附注射液可通过下调脓毒症小鼠心肌BH3相互作用结构域死亡激动剂、切割型BH3相互作用结构域死亡激动剂、天冬氨酸特异性半胱氨酸蛋白酶9表达,上调B细胞淋巴瘤-2蛋白(B-cell lymphoma 2, Bcl-2)表达,保护心肌线粒体结构和功能,抑制心肌线粒体凋亡^[23]从而达到抗休克、提高心肌收缩力的靶点效应,为西医抢救提供基础的生理支持。

靶向抢救(西医核心):西医则实施紧急靶向抢救,包括经皮冠脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)以恢复心肌灌注、TTM以保护脑细胞,以及呼吸循环支持等集束化治疗,目的是快速逆转核心器官的损伤靶点。

这种初期协同模式实现了中医对宏观整体状态快速调节与西医对核心靶点病灶精准干预同步进行,体现了“西中求中”在危重症中的思维优先性。

4.2 中后期——辨证论治+靶点干预:PCAS中后期,患者进入了虚实夹杂阶段,主要矛盾集中在继发的炎症风暴、弥散性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC)及MODS等并发症。此阶段的策略重点是阻断疾病传变,实现对具体病理损伤的精准控制。

辨证论治(传变状态):治疗转向辨证论治。常见的传变证候包括气虚血瘀、阳虚血瘀、痰瘀蒙窍^[24]等。中医旨在调整西医靶向治疗后遗留的复杂状态。

靶点干预(中药精准):治疗以西医检测指标为靶点,指导中药的精准干预,如针对气虚血瘀状态,应用益气活血方药如补阳还五汤,可改善脑血流灌注,降低脑梗死体积,保护脑组织^[25],干预凝血功能障碍靶点,促进组织修复^[26]。

针对热毒内盛和全身炎症反应,使用有清热解毒功效的中药注射剂(如血必净)。循证医学研究证实,血必净能有效抑制 IL-6、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)等炎症因子靶点的过度释放^[27],从分子层面阻断 MODS 的传变,这体现了“中中求西”思想施行状态辨证同时靶点验证中医方药的科学性。

5 未来展望:在临床实践中传承创新

在现有中西医结合治疗优势疾病的基础上,可进一步拓展其临床应用领域,以姜良铎教授“状态-靶点”双维度模型为方法论支撑,探索中西医结合在疑难重症、罕见病、老年病等领域的治疗新策略。如在神经系统疾病(帕金森病、阿尔茨海默病)、自身免疫性疾病(系统性红斑狼疮、类风湿关节炎)、代谢性疾病(肥胖症、多囊卵巢综合征)等方面,开展中西医结合的临床研究和实践,提高临床疗效,验证“中中求西,西中求中”理论在不同疾病领域的临床疗效和安全性,为临床实践提供高质量的循证医学证据。同时,通过临床实践反馈,进一步优化中西医结合的治疗方案,推动理论的不断完善和发展。

“中中求西,西中求中”的动态协同范式,为中西医结合的创新发展提供了重要的理论指导和实践路径。在未来的发展中,应进一步深化理论研究,推动临床实践创新,实现中医现代化和与时俱进^[28],打破学科壁垒,构建以患者为中心的整合医学体系,方能实现“1+1>2”的协同效应,为人类健康贡献中国智慧。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 沈凌,闫秀峰,远庚.从真实世界中的中西并用探讨中西医结合的内涵和模式[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(10):1678-1682.
- [2] 杨琰,周典,田帝,等.公立医院一院多区“同质—差异—协同”发展模式研究[J].中国医院管理,2022,42(6):1-4,12.
- [3] 姜良铎.中医状态辨治学[M].北京:中国中医药出版社,2023:56-60.
- [4] Lu XH, Hong D, Wu WS, et al. A case report of integrating Chinese and Western medicine: a new era in the treatment of stiff person syndrome [J]. Medicine (Baltimore), 2024, 103 (2): e36883. DOI: 10.1097/MD.00000000000036883.
- [5] Jin HQ, Zhu SN, Wei JW, et al. Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in urban China [J]. Stroke, 2012, 43 (2): 362-370. DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.623512.
- [6] 覃雁,刘熙荣,李生发,等.急性胰腺炎的中医药研究进展[J].湖南中医杂志,2021,37(1):164-167. DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.056.
- [7] Wang YL, Feng Y, Li MM, et al. Traditional Chinese medicine in the treatment of chronic kidney diseases: theories, applications, and mechanisms [J]. Front Pharmacol, 2022, 13: 917975. DOI: 10.3389/fphar.2022.917975.
- [8] 陈玲.中西医结合治疗高血压临床疗效分析[J/CD].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(17):158-159.
- [9] 陈博航,李文杰.真武汤在慢性心力衰竭治疗中的应用与机制研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2024,26(10):74-79. DOI: 10.13194/j.issn.1673-842x.2024.10.015.
- [10] 刘琼,关双,陈亚飞,等.中西医治疗顽固性失眠的研究进展[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(10):1670-1674.
- [11] 程小彬,李刚,卿慧玲.不同剂量血必净注射液对脓毒症患者炎症指标和替代治疗及预后的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2023,30(2):132-135. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.02.002.
- [12] 潘振游.中西医结合治疗 45 例小儿急性化脓性扁桃体炎的疗效[J].当代医药论丛,2014(1):310,314. DOI: 10.3969/j.issn.2095-7629.2014.01.331.
- [13] 王毅.辨证分型治疗功能性消化不良 86 例[J].四川中医,2006,24(6):49-50. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3649.2006.06.027.
- [14] 陈芍,梁朝洋,张杰,等.雷公藤多甙片与甲氨蝶呤联合治疗类风湿关节炎的临床疗效及对炎症因子的影响[J].现代生物医学进展,2017,17(4):713-716. DOI: 10.13241/j.cnki.pmb.2017.04.029.
- [15] 陈红霞,杨志敬,潘锐焕,等.中西医结合康复方案对脑卒中后偏瘫患者运动功能、日常生活活动能力和生活质量的影响[J].中国中西医结合杂志,2016,36(4):395-398. DOI: 10.7661/CJIM.2016.04.0395.
- [16] 张娣,邵抑凤.沙参麦冬汤合生脉散联合化疗治疗气阴两虚型肺癌的临床研究[J].中国社区医师,2021,37(19):94-96. DOI: 10.3969/j.issn.1007-614x.2021.19.044.
- [17] 张琦君,殷书敏,车勇,等.肺岩宁方对 Lewis 肺癌小鼠肿瘤浸润性髓样细胞的调控作用研究[J].中医药学报,2021,49(12):34-40. DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.210282.
- [18] Cheng MQ, Hu JQ, Zhao YW, et al. Efficacy and safety of astragalus-containing traditional Chinese medicine combined with platinum-based chemotherapy in advanced gastric cancer: a systematic review and meta-analysis [J]. Front Oncol, 2021, 11: 632168. DOI: 10.3389/fonc.2021.632168.
- [19] 胡燕,洪敏.柴胡类方治疗抑郁症研究[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(17):247-249. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9903.2010.17.072.
- [20] Patterson EJ, Bounds AD, Wagner SK, et al. Oculomics: a crusade against the four horsemen of chronic disease [J]. Ophthalmol Ther, 2024, 13 (6): 1427-1451. DOI: 10.1007/s40123-024-00942-x.
- [21] 孟醒,熊兴江.初发高血压病、青年高血压病的中医认识及天麻钩藤饮的临床治疗体会[J].中国中药杂志,2020,45(12):2752-2759. DOI: 10.19540/j.cnki.cjcm.20200110.501.
- [22] 中华医学会急诊医学分会复苏学组,中国医药教育协会急诊专业委员会,成人心脏骤停后综合征诊断和治疗中国急诊专家共识组.成人心脏骤停后综合征诊断和治疗中国急诊专家共识[J].中国急救医学,2021,41(7):578-587. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1949.2021.07.009.
- [23] 徐坡,谢婧,彭媛,等.从线粒体凋亡通路探讨参附注射液对脓毒症小鼠心肌损害的影响[J].环球中医药,2021,14(7):1197-1203. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1749.2021.07.004.
- [24] 中国中西医结合学会急救医学专业委员会,国家卫健委危重病急救医学重点实验室.中国成人心搏骤停后综合征中西医结合诊治专家共识(2023) [J].中华危重病急救医学,2023,35(10):1009-1025. DOI: 10.3760/cma.j.cn121430-20230806-00582.
- [25] 李慢中,庄雨明,林子越,等.补阳还五汤改善脑缺血大鼠血流灌注的多模态磁共振成像研究[J].环球中医药,2024,17(9):1691-1697. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1749.2024.09.001.
- [26] 詹敏,孙林娟,刘建勋.从气血立论辨析补阳还五汤治疗缺血性中风的药理机制[J].中医药导报,2023,29(8):99-104. DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.08.021.
- [27] 张美琦,王浩嘉,李艺颖,等.血必净注射液对多种病毒的抑制作用及机制研究[J].药物评价研究,2022,45(9):1697-1705. DOI: 10.7501/j.issn.1674-6376.2022.09.001.
- [28] 王强,秦宇宁.中国更需要传统中医核心理念指引下中西医结合的现代化新医学[J].中国中西医结合急救杂志,2024,31(4):385-395. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.04.001.

(收稿日期:2025-07-31)

(责任编辑:邸美仙)