

• 院士论坛 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.29.001

整合医学纵论

樊代明

(中国工程院,北京 100088)

中图分类号:R57

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2014)29-3841-09



樊代明 院士

什么是整合医学?我在全国各地已作过 200 余场报告。掐指算来,已涉及到 40 多个临床专业,应该说引起过一次又一次的共鸣。发表的比较系统的文章中,一篇叫“整合医学初探”,发表在《医学争鸣》上;一篇叫“整合医学再探”,发表在《医学与哲学》上;还有一篇是英文的,叫“Holistic Integrative Medicine”,已被

接收,很快将发表在《American Journal of Digestive Diseases》上。本篇文章取个什么标题,思来想去,就叫“整合医学纵论”吧。

“整合医学”概念的提出,目的是为解决现实的医学问题,解决专科过度细化,专业过度细划,导致医学知识碎片化,给临床医生诊疗疾病带来的局限性问题。缘由却是因为我对医学史的兴趣使然。其实当一名消化科医生,即便是当一名消化科的好医生,并不一定要对浩如烟海的医学知识拥有全面了解。但要当一名大学校长,特别是要当好一名大学校长,那就必须要有全面的医学知识,你才能正确指挥战斗,否则别人会蒙你。但人的精力和时间是有限的,怎么在短期内获取丰富的知识,获取有用的知识,学习医学发展史是有效的,是可以事半功倍的。

我有一个报告叫做“三千年医学的进与退”,在全国各地已讲过 200 多场了。这个报告断断续续大概花了我十年工夫,我的两任院士秘书帮了我的大忙,全部讲完大概要花 10 个学时。三千年医学的发展可以用两个“N”来代表,第一个 N 代表走势,医学从三千年前开始迅速发展,达到顶峰,但到中世纪下去了,后来又上来了。第二个 N 代表态势,开始是靠整合集大成,然后再细分,现在到了必须整合的时候了。医学发展的这种走势和态势,总是遵循一种规律,就是一分为二或合二为一,分久必合,合久必分,螺旋上升,波浪前行。三千年写成了一个 N 字,过三千年再写成一个 N 字,N 字+N 字串起来是波浪。踏着波浪而行,无往而不胜,逆历史潮流而动,你将一事无成。围绕这两个 N 字,我和同事们写成了一本书,叫《医学发展考》,这本书近 1 400 页,200 余万字,重达 6 斤 3 两。这本书可以说全世界目前还没有,中国也没有。怎么写成的呢?比如眼

科学,第一章写眼科学三千年来里程碑的事件和产生这些事件的历史根源或学术根源;第二章写现阶段全世界眼科学面临的挑战和问题;第三章写未来二十年眼科学将向何处去。照这样一个一个学科写,写成后把整个医学界的 90 个学科加在一起,相互照应形成了这本书的全部内容,并将其分成“论”、“考”和“探”三部。“整合医学初探”就是其中的一篇文章。

这本书的写法有些奇特,为什么这么写?我们很多年轻的医学生、医生,我看还不仅于此,对医学的发展史有多少了解,很多是不很了解,甚至是很不了解。比如说,整形外科是怎么发展起来的?大概三千多年前,在印度有一个教,这个教的教规非常严格。你犯了规,轻者割鼻,重者挖眼,再重掏心,就死了。但是也有错判的,有冤假错案,把鼻子割了,结果错了。他们就请医生在病人身上挖一块肉,给他缝一个鼻子,第一个做这事的人我看应该叫他“鼻祖”。这种技术一直到东汉末年才传到了中国,整形外科就这样开始并慢慢发展起来。整形外科后来又是怎么发展的呢?遇到两次机会,也可称里程碑事件。一次是第一次和第二次世界大战,面部爆炸伤很多。外科医生救了命,但脸太难看,生不如死,整形外科就这样火起来了。整形外科的第二次发展机会是现在。人们有吃有穿,生活过好了,饱暖思美容,对父母给我们造的这张脸不满意了,要去美容,于是整形外科又火起来了。

外科是怎么发展起来的呢?最开始是没有外科的,外科最初开始于放血治疗,人得了病热血沸腾,发烧活不了就去放血。在哪里放?在理发馆!用什么刀?用柳叶刀!你看现在理发馆门外总有一个标志,就是纪念这个事件的。这个转动的标志成条状,有一道红颜色的,有一道蓝颜色的,红颜色代表动脉血,蓝颜色代表静脉血,转是 Circulation 即循环。大城市的理发馆都是红蓝两种颜色。可在个别小地方他把颜色弄错了,是黑颜色和白颜色在转,晚上 10 点钟你去理发馆害不害怕,那不是给鬼剃头的地方吗?其实这叫不识典故,没有文化。接受放血治疗最有名的受害者是美国第一任总统华盛顿,他带着一群人上山打猎,一不小心被什么东西叮了,回家发烧,高热不退,便去放血,放掉 850 mL 时还在发烧,放到 2 500 mL 他就死了。按现在来说,就是失血性休克而死亡。放血治疗没有很多科学道理,但为外科建立做了贡献。在外科发展过程中,第 1 个里程碑事件是麻药的发现,也就是华佗发明的麻沸散。在华佗之前没有麻药,病人来做手术,医生的处方是一斤白酒,病人喝半斤自己喝半斤,病人喝了晕晕乎乎,自己喝了胆大包天,然后就做手术,实在没麻住,怎么办?找几个壮汉按住,喊爹叫娘做完

作者简介:樊代明(1953—),中国工程院院士、副院长,西京消化病医院院长,肿瘤生物学国家重点实验室主任,国家药物临床试验机构主任,国家教育部长江学者奖励计划特聘教授,国家 973 项目首席科学家,中国共产党十四大代表,十一届全国人大代表,全国优秀共产党员,中华消化学会前任主任委员,中国抗癌协会副理事长,亚太胃肠病学会常务理事兼秘书长,世界胃肠病学会科学计划委员会主席。

手术。麻醉的醉是怎么写的？左边那个酉像不像酒瓶，中间有一刻度，上半部分是病人喝的；右边是卒，卒是强壮的兵，一旦麻不住，就请他来按住。你别小看了这个麻醉，麻沸散比外国人早了 400 年。非常遗憾的是，华佗发明的麻沸散失传了，现在不知道是由哪些药组成的。外科的第 2 个里程碑事件是发明了青霉素。在没有抗菌素之前做了手术很容易感染，不是伤口感染，就是全身感染。是 Flaming 和 Flory 发明了青霉素，解决了这个问题。Flaming 的父亲是个穷人，一天一个富人跌倒了，他救了这个富人。富人要报答他，就资助 Flaming 去读书，发明了青霉素，富人的儿子去作战，不幸感染了，用 Flaming 发明的青霉素控制了感染，保住了生命，这个人就是后来的英国首相丘吉尔。外科的第 3 个里程碑事件是巴斯德发现生物的腐败现象，是由于细菌引起，于是李斯发明了蒸汽消毒，用于手术器械等的消毒，再一次解决了切口感染的问题。外科还在继续发展，第四个里程碑的事件是现在的微创治疗，微创治疗不要大手术，患者的痛苦小、花费少、恢复快。比如我的专业，胆管结石，现在很多医院还做大手术，一个上午最多做一台。可我们用内窥镜经口去做，一上午做 18 台，最快一个手术 6 分钟可以完成。外科医生做一个要花三万元，我们做一个只需六千，外科医生做一个要 10 天才能出院，我们今天做完明天可以上华山旅游，这就是微创治疗。外科发展的下一个里程碑事件是什么？我想可能在 50~100 年时间，传统的外科将会消失，你们不信，我信。当年我当实习医生，腹部外科解决的主要是 3 种病，或做手术最常见的是溃疡病的三大并发症，就是胃出血、胃穿孔和幽门梗阻。由于质子泵抑制剂引入，这些并发症大大减少，即便出现也不需要外科手术，用内窥镜就解决了，就把手术完成了。过去消化内外科的病床可以说是 1:1，现在呢？在我们消化病医院是外科只占 3 个病区，8 个是内科，现在 8:3，以后 9:2，将来很可能是 10:1。比如，有一天肿瘤能用抗生素或其他药品像治炎症一样治好，你说还需大手术吗？而且用抗生素治好恶性肿瘤现在已有先例，绝非天方夜谭，用抗生素把幽门螺杆菌根除后，能将大约 50%~60% 的胃部恶性淋巴瘤治愈。不过我说的这个消失，可能至少要在 50 年之后，而且是传统外科，现在的外科医生不要着急，不过要有这样的意识。在我们那个地方，外科医生必须要学会做内窥镜治疗，不做腹腔镜手术就没饭吃了。

我们为什么要讲整合医学，这要从医学的发源和发展说起。医学发源于原始社会，那时生产力低下，刀耕火种，广种薄收，日出而作，日落而息，虽然忙忙碌碌一天，还衣不蔽体，食不果腹，居无定所。人类跟其他动物差不多，只能抓住什么吃什么，结果发现吃了什么补什么，吃肝补肝，吃肾补肾，吃尾巴补全身（最后一句是我加的）。医学在探索中前行，在整合中发展，到东汉末年，逐渐的整合整理，写成了 3 本书，基础医学首推《黄帝内经》，临床医学《伤寒杂病论》，药理学《神农本草经》。这 3 本书是我们中医的经典，后头的书都是在此基础上修修补补，抄抄写写，逐渐发展的。说它经典，因为最自然的、最历史的通常是最本质的东西。

在医学整合的过程中，不断成就了一些大医学家，比如扁鹊、华佗、张仲景等。这些的确是真正的大医学家。一千多年后，我们还记得住，谁要记不住将影响你自己的知名度。不像现在医学上有些大家，是所谓的大家，故后不到 10 年，走了 5 年、1 年，甚至刚走就记不住了。为什么？那是领导册封的，是

媒体宣传的。既然是领导册封的，那领导一走他也就没名了。而上述那些像华佗这样的大家，可不是皇帝御批的，是靠给后人留了什么东西，然后才被后人记住的。这些人为什么能成为大家？我看最重要是两点：第一、聪明，智商很高。你看扁鹊，他的头，那是绝顶聪明。华佗的大波儿头，你有吗？没有！这样的人，好多年才出一个。我不是宣传“天才论”，光智商高不够，那还有什么呢？这就是我要说的第二个：整合。怎么整合？他们把前后左右的东西整合到自己身上，向别人学习。比如扁鹊，有人说他活了 300 岁。人怎么能活 300 岁呢？人们把前后 300 年都算到他一个人身上了，那可不得了大家。其实现在很多大医学家也是这样的，比如说樊代明有点小名气，其实也是把自己学生的东西算在自己身上。

西医也是这样发展的，以整合方式发展，后来分成了基础医学、临床医学、预防医学、药理学、护理学等，到 16 世纪出现了两个伟大的科学家，一个是伽利略向宏观发展，这里不需细说。一个是列文虎克发明显微镜，把物体放大 260 多倍，于是医学开始向微观发展。基础医学又按系统、器官、组织、细胞、亚细胞、分子等依次分下去。为什么要这么分呢？人们想知道生命的真谛，人们也想知道疾病的本质。临床医学也在分，先是二级学科（内科、外科、专科）、然后三级学科（消化、血液、心脏、骨科、普外、泌外）。如果在 30 多年前，我当住院医师时，你说你是内科医生，还可以。现在你要说自己是内科医生，可能有点吹牛。你应该是消化内科医生，或者是血液科医生，因为其他科你不会。我是我们医院末代内科主任，从我以后就叫内科教研室主任了。区别在哪里？我当内科主任时，内科有个值班室，各科轮流来值班，负责整个内科，甚至全院的抢救。抢救不了找我，我抢救不了，就大会诊。现在不是了，医生们都回到各科去了，消化科只能值消化科的班，血液科只能看血液科的患者，消化科医生看不懂心电图，一个专科治不了另一个专科的病。现在大家公认的最能干的医生是谁？ICU 啊，那里的医生最全面，什么紧急情况都会处理，院长应该给他们多发点奖金，人家水平高嘛！

骨科本身是三级学科，现在还在分，分成了脊柱、关节、四肢等，有人还说要分到精准外科，就是他们手术刀的工作直径是一个细胞的直径，叫细胞刀啊。我的专业是消化内科，1985 年回国时，当时只有一个中华消化学会，一个省只有一个委员，老师进了我就进不了。我连续申请了 3 次青年委员没被批准，差点把我耽误了。以后中华消化学会分出了中华肝病学会和中华消化内镜学会，学会多了，我就进去了，还当了中华消化学会主任委员，最后还连任了一回。杂志也是这样，开始只有一本中华消化杂志，一个季度才出一本。我 1985 年回国，现在算老海归，那时《中华消化杂志》负责的编辑叫夏维新，人称夏编，在夏编的屁股后头跟了好多多人，也包括我。谁不跟啊，不跟能发表文章吗？现在中华牌的杂志多了，光消化领域，就有《中华消化内镜杂志》、《中华肝病杂志》、《中华胰腺病杂志》等等。现在不是我们跟夏编，而是夏编跟我们要文章了。这种分，好不好？好！大大促进了医学科学的发展，使中国人的平均寿命从四十几岁增到七十多岁，也使我们一个医生治疗一个疾病的一个病灶越来越精细，越来越精准。但是，这种分也分出了问题。

第一，把器官当成患者，本来一个活生生的患者来到医院，他在导诊员的引导下，“提着”自己不同的器官就到各科看病去

了。坐在我面前的患者经常对我说,大夫我胃不好,我说你昨天休息好吗?大夫我胃不好。我说你二便如何?他怀疑地看着我,说:“大夫我是胃不好,你是不是吃错药了?”本来上述这些问题都是与胃病有关的,而且他还不一定是胃病患者,我这样问是对的,他居然说我吃错药了。

我们医生中很多人也是这样,注重人的病忽略了他是一个病的人。比如一个癌症患者,癌症患者的正确定义是什么?是得了癌症的人,强调的是人,但我们好多医生认为是人得了癌,强调的是癌。因为同样是一个癌结局是不一样的。不一样不是因为癌不一样,而是因为人不一样。癌症病人,外国人说是 The patient with cancer,是带有癌的那个人。我们中国人说的是 Cancer patients,或 Advanced gastric cancer patient,一开始外国人听不大懂,或听起来不顺耳,现在全能听懂了,听起来也十分舒服了。一个癌症病人来到医院,外科医生是切(除),内科医生是化(疗),放疗科医生是放(疗),都是以消灭癌细胞,杀死癌细胞为目的,杀到最后把患者“杀”死了,放到停尸房都死透了,8 h 后把腹水的癌细胞抽出来一培养还是活的。所以,外国医生上班是 To see patient,看病人,中国医生上班是看病,把“人”给丢了,看看去,把病(灶)看好了,把手术做成了,做得简直像艺术,但结果一看人死了。这样的医生缺乏整体观念,只注重“自管”器官和病变,一边做好事,一边做“坏事”。比如肾脏得了病,肾内科医生把肾透析做好了,便万事大吉,至于透进去了肝炎病毒,那不归我管,那是肝病医生管的问题。

举一个例子,一个患者发烧,全身器官检查完了都没发现有病,全国各地很多地方都去看过,后来到我们科来了。医生用 NSAIDS 给他退烧,退烧后回家,过不了多久,继续发烧,又来了。什么病?我们科里查房时,发现他浅表淋巴结有些肿大,用 NSAIDS 淋巴结下去了,这是一个重要发现。NSAIDS 是 COX2 的抑制剂,这是不是一种淋巴结 COX2 增高的新疾病呢?我们的医生取了淋巴结活检,然后做免疫组织化学染色,真的发现淋巴细胞有 COX2 的强阳性反应。我们把这惊人的结果写成论文,投到 Nature 上发表,结果被退了回来,因为机制还没有完全搞清楚。我们通过一系列进一步的研究,特别是发现患者血中 COX2 比常人高了 2 000 多倍,这可是世界上从来没有发现过的。既然 COX2 增高,我们就用 NSAIDS 给他治疗,而不是退烧。结果把这个患者治好了,我们再把论文投到《Nature Clinical Practice Oncology》,《Nature Review Cancer》的前身,很快就发表了。这是我们在国内做工作发表的第一篇 Nature 子刊的文章,他们说是我们的处女作,我说这是“处男作”。该文发表后,美国医学会把它作为继续教育教材,他们要我们给他出 5 道题,医生回答了这 5 道题且正确才能得一个学分,你知道在美国,医生必须完成继续教育规定课程才能继续当医生的。而这些继教课程通常是医学上的最新发现或发明。我们中国医学界也经常搞继续教育,但所教的东西基本是外国的,已经习以为常。我们不能老让外国人教我们,我们也应教教他们。有人说我们这只是个案报道,其实个案报道很重要,哪一个病最初的发现都是从个案报道开始的,你最先认识,你一报道,病例马上就多起来了。不管你一辈子做了多少个手术,拔了多少颗牙,那都是跟着别人学的。要当一个好的医生,光这个还不够,如果你发现了别人没有发现的新疾病,为医学知识宝库增添了些内容,那才是最高水平。

第二,将症状视为疾病。症状对于诊治疾病很重要,但有

的医生成了症状医生,跟着症状走,头痛治头脚痛医脚。殊不知一个患者可能有八个症状,高水平的医生抓住症状四,一治就好,因为这是主要症状,其他不要管,这个患者就好了。水平低的医生,从症状一开药,一直开到症状八,八个症状都给治,所有症状都治消失了,一看病人死了。我是 1978 年我国招收的文革后第一批研究生。1981 年毕业后,到内科轮转。我在心脏内科学学习时,要求心电图会出报告。怎么学?跟谁学?晚上我把心脏科老师的库房门打开,那里存有很多很多心电图报告的存根。我先把结果蒙上,一份一份地分析,然后再跟老师的报告结果对照,开始几千份基本上判错了或错得很多,到后面的几千份就基本上对了,有时还把老师诊断错的给发现了。到血液科轮转,要求自己会看血液科的片子。我要求到急诊科整整工作了一年,在西京医院的急诊科工作一年,那是什么样的患者都看到了。我被为难过好多次,也被吓倒过好多次。那时我是独立工作,没有老师在身边,白天还可以向别人请教,晚上夜深人静,越是这时病人越多病情越重,那时跟谁学,跟护士学。急诊室的护士可厉害,我们都称“护士奶奶”,尽管比我小,也是奶奶。随时挨骂,我是骂不还口,人家说得对嘛!病人那么急,病情那么重,人家急,急就骂人嘛!当时我都想,这么脾气的急诊科护士将来能不能找到对象,跟着“奶奶”难受,但可以学东西。比如来了一个农药中毒的患者,我赶快去查血压,这是老师教的,看生命体征嘛!可护士说你查什么血压,你没看到患者眼睛还在转,是活的,赶快洗胃!确实她对,早洗一分钟胃,成功率可能会增加 80%,一边洗胃一边打解毒药,我们用阿托品,那时阿托品每支剂量很小,重症病人需要端来一框,然后一个护士敲,一个护士抽,一个护士打,打多少合适呢?打少了要死人,打多了也要死人,赶快叫“护士奶奶”看瞳孔。她教我一看,就学会了。急诊室护士各方面技术都很厉害,气管插管非常内行,有时不需要喉镜一下就插进去了。插胃管也是这样,既准确又麻利,不佩服不行。所以说,跟她们学了很多很多东西。在急诊室那一年长进很大,我的很多本领,我的很多经验,都是从那里学来的,有时是患者的生命代价教给我的。在急诊室学到的究竟是什么呢,也就是整合医学的知识,在那个地方不整合不行呀,因而是受益终身的。

现在会诊不一样了,过去会诊回答的是患的是哪个科的病或是什么病,现在不是了,现在都是说不是或主要不是自己科的病,至于是什么病谁也不说清楚,其实是说不清楚。这种情况全国都一样,也包括北京的医院。我现在北京参加会诊的次數很多,病人往病床上一躺,这个科的医生来说主要不是他们的病,那个科的医生来说不是他们的病,最后所有的医生看完都走了,病人还躺在那里。我说你该起来了,他说为啥?我说所有医生都说你没有病。他说不是的,我的病重得很了。现在综合医院的急诊科,重症中大约 10%是这样误死的,因为找不到合适的医生。患者也没办法,谁叫你得那么复杂的病,复杂得让医生都看不出来,因为我们现在的医生是“简单”型的。这样很容易出现医疗纠纷,卫生部想了一个绝招儿,就是首诊负责制,意思是只要找到一个医生,无论他会不会治都要负责到底,一直到患者临终。曾有一个患者是呕吐,第二天早上血都吐出来了,医生要用胃镜给他止血,既诊断又止血。我说不行,这个患者是呕吐,但这个人的吐有两个特点:第一,突发呕吐,本来好好的,突然呕吐。第二,一吐就没完,我们叫顽固性呕吐,不太像消化道的疾病。我叫把心电图给我看,好好的没问

题;我说把胸片给我看,他们说胸片也是好好的,白晃晃的一个阴影都没有。一个阴影没有?赶快报病危,是没有阴影,但就是白晃晃那个地方出了问题,因为纵隔宽了嘛,不是太明显,但确实宽了嘛,赶快把 B 超推到床前,是什么?主动脉夹层动脉瘤,已经从胸部撕到了腹部,转到胸外科三天就死了。

我还遇到过一个病例,每周礼拜六因为黑便定期来住院。在很多医院诊断不清楚,先疑小肠毛细血管扩张症把小肠切了一段,患者还出血,后来又把胃又切了一段,患者还是出血。你把肚子上的器官全掏空,肯定不出血,但活不了。最后到我们医院来了,而且要求我们治好。我必须给她治好,不然我出国护照按时拿不了,因为她丈夫是外事办主任,但是是什么病呢?别无他法,我就叫我的徒弟把大便掏一掏,看里面有什么东西。一掏掏出了蛛丝马迹,那就是有小树枝状透明的凝血块,透明的凝血块表明是慢性出血。凝血块呈小树枝状那是胆道出血。我让她下次还没出血时就来,叫我的两个徒弟把她麻醉了,再把胃镜下到胆道口那地方去,他们两个轮流观察。观察到什么时候?什么时候出血什么时候停。结果从晚上 9 点看到第二天早上 3 点,终于出血了,出血来自胆道。这是什么疾病呢?中国第 1 例,世界上第 14 例,胰管毛细血管漏,诊断明确,外科手术效果极好。目前患者痊愈退休,当然继后的护照签证也按时取获。

第三,把检验当成临床。现在很多医生看病离不开检验单,跟着检查报告走。我女儿是一位年青整形外科医生,她说现在当医生好难,最难的是化验单背不完,成百上千,连检验科主任自己都背不完。有那么多化验项目,你就得开,有点“天网恢恢疏而不漏,宁可错杀三千,不要漏查一项”。来了一个患者不是看病,而是先开化验单,化验完后,也不是看患者,而是把化验结果合到一起就诊断疾病,就开始治疗了。特别是有些农村妇女,给丈夫看病,患者没来,带了一堆化验单,还有照片,结果把公公的、婆婆的、老公的包括她自己的都拿来了。那上头还有英文字,医生也不注意看姓名、年龄、性别,把这些检查单合成一个患者,就开始开药。所以,老有男人带子宫,女人有前列腺的笑话,这在哪个医院都有这种事,都是因为这样出的笑话。出个笑话不打紧,误诊误治可是人命关天。

光看化验单行吗?告诉大家一个真实故事。十几年前,来了 4 个研究生复试,让我只收一个。我想录取率这么低,怎么办?提高难度。题目是 CEA 在什么情况下增高?第一个说得癌高;第二个说孕妇高;第三个说抽烟高;再没有了,教科书上就这几条。第四个看没答案了,就说同意他们的看法。我说不行,一定要想一个。他说那就查错了高。查错了高多么深的哲理,我就把这个收了,其他几个光会背书的不要。就这个小伙子,现在还没有到 40 岁,叫刘志国,是我们的副教授,他现做 ESD,什么叫 ESD 呢?消化道得了肿瘤不需要做手术,内窥镜进去做掉就行了,做穿孔了也不要紧,一夹就行了。外科医生一上午做 1 个,他一上午要做 3 个,做得相当好。这次在世界胃肠病大会上现场表演,一万多人观看,技术熟练,效果很好,赢得全场掌声。

还有一个关于 SARS 的故事,SARS 那时很难诊断,不可能每个患者都去找钟南山院士。有个单位从患者血中找到一个蛋白质,可用于快速诊断,叫我参加鉴定,他们说这是中国的重大突破。为什么?在 SARS 患者百分百高,在正常人不高。好不好?好!不过我说,医学上的结果凡是百分百和百分之

零,都是错的。精确到如此程度,那检验科主任一个就搞定了,我们医生还有事吗?不可能特异到如此程度。我要求他们再查一查别的病,20 几天后又把我叫回去,当时临床医生就我一个,其他是基础研究人员,结果他们失望了,为什么?凡是发热的患者都高。SARS 有发热当然高,正常人谁发热,当然不高了,但凡是发热都是 SARS 吗?我说你这东西没有用,花那么多钱。他们说有用,可以诊断发烧嘛。

2008 年,我带了 800 人在汶川抗震救灾,我是第四军医大学的总指挥,总部驻北川。成都某医院邀请我去会诊,是成都军区的一位首长,半年前他因胃癌做了一个手术,6 个月后吻合口影像学发现一个包块。由于道路难走,我去时他们已经会诊完毕,会诊意见为胃癌复发,需做第二次手术,越快越好。我看了患者,看了片子,局部确实有一个包块,但不是癌,是缝得不周整。首长听了很高兴,留我在成都住一晚上。第二天早上派了一架军用直升机把我送回绵阳。4 天后,一架军用直升机在映秀掉下去了,几万人找了好几天没找到。我给首长打电话,问那架飞机是不是我坐过的,他说是不是你坐的不重要,关键你没在里面。他问我他到底是不是癌,我说是不是癌不重要,关键你不是癌。这个首长到现在还活得很好,已经退休了。我是怎么下诊断结论的?现在我告诉大家。这个患者术后两个月曾做过一次造影,所见也有一个包块,而且这个包块的大小和形状跟现在一样。4 个月已经过去了,如果是癌,那癌的生长有这么听话吗?所以,诊断疾病未必只是一个症状、一个体征或检查的一个表现,而是把各种因素加在一起诊断才能得到正确的结果。

有一个患者从加拿大回来,他有发烧,半年低热,极度消瘦,重度贫血,全国各地都跑遍了,诊断不出来。我的学生想,血细胞三系降低,又从加拿大回来,那个地方开放,可能得的不是一个好病。他想到艾滋病去了,但问不出来病史,叫我去问,说老师你经验多,你去问问。我去问也问不出来,人家干净得很,没这方面的事。当时全院会诊,我说谁是最可爱的人,谁把他脾脏拿下来是最可爱的人,因为当时他的血色素只有 3 克多了。外科医生说我们来,咔嚓一刀,拿下了脾脏,他们成了最可爱的人,可我成了最可恨的人。为什么?脾脏拿下来,病理切片诊断不清楚,西安、上海、北京的大医院都拿去看了,诊断不清楚,拿到香港中文大学,他们校长就是搞病理的,也诊断不清楚。患者说你还我的脾脏,我说还不了,已经切下来了。但我发现,脾脏和肝脏都有浸润性的病变。有这种表现一般见于两种情况,一是慢性感染,这个患者可以排除。第二是新生物,也就是病理医生还不认识的新生物。但是我找不到病理医生帮我诊断,那怎么办?想来想去找到了我的大学同学,他叫纪小龙,北京 301 医院病理科的主任。纪小龙看病理是很有水平的,但纪小龙说话不好听,得罪过很多人。结果被北京 301 医院当时的有些人逼到北京武警总医院当病理科主任去了。患者就把片子拿去找他了,他问樊代明有诊断吗?说没有诊断。废话,没有诊断就是一种诊断。这话是太难听了,没有诊断是什么诊断。他又问樊代明从临床角度有考虑吗?他有考虑,是你们病理科医生还不认识的恶性肿瘤。这对他也是一种刺激。这一刺激好结果就来了。他最后认识了,是什么?中国没有见过的,中国第 1 例,世界第 16 例噬红细胞性淋巴瘤。这种淋巴瘤细胞很怪,吃自己的红细胞。人吃人啊,没见过。大家知道淋巴瘤的病理诊断是很困难的,分上百种,有不同分型,有的能

治甚至治愈,有的治不好。诊断十分困难,很多病理医生水平很高,“一生清白”,最后“不保晚节”栽到淋巴瘤上。纪小龙敢诊断,我就敢治,一个化疗上去这个病人好了。现在是西安交大一个学院的院长,发表过 Nature 文章,还当了长江学者。有一次我和工程院周济院长到西安交大访问,该校校长是我院的郑南宁院士。我说郑校长,这个同志应该宣传,应该广泛宣传,因为他是冒着恶性肿瘤风险做出的成绩。但患者家属不同意,说不能宣传,据她的经验,肿瘤患者一宣传就死。我说不是,那是死了以后才宣传。这个病人不会出问题,十年已经过去,已经痊愈了。有一次他们夫妇两个从北京下飞机,我正好上飞机,他们两个人牵着手,高兴向我走来。丈夫说,这是我的救命恩人。我说,不!是救恩人的命,不然我怎么当上院士呢。我的意思是,正是应用整合医学的理念诊断清楚,治愈了别人没有诊疗成功的疑难病例,使自己取得了成绩,当上了院士,而患者是用他的身体和生命作为贡献者,难道不是我们的恩人吗?

第四,视药师为医师,很多医生临床水平不高,就知道开个药方,背个处方。现在药品多得很。我女儿告诉我,当年青医生第二个困难就是背不完的药品。你看心血管科有 200 多种,消化科有 100 多种,肿瘤科加起来大大小小的有近 1 000 种药,你背得过来吗?我的老师是名医,92 岁才离开我们,他说他一辈子就用 20 几种药,来来回回不同配用就行了。我们现在有这么多药,怎么受得了,我女儿说根本背不过来。就像我们西京医院光是头孢有 26 种,其他很多医院比这还多。一个患者发烧住院,医生用过一个头孢不顶用。我查房说,用另外一种头孢吧。进修生纳闷,哪有这样的医生,一种头孢换另外一种头孢,而且他说,校长你用的是第二代,我们是第三代,意思是我与时俱进嘛!我说不管第二代、第三代,你给我用,结果一用患者就好。你怎知道三代就比二代强呢,你怎知道五代包的淀粉不比二代要多呢。你一个医院就有 26 种头孢,搞得医生一头雾水,不是头孢成了“包头”。我狠批西京医院院长,因为他是我的学生,一批就减下来,但还有十几种。可是待我校长下来,又上去了。他也没办法,因为各科主任有各科的头孢拿去“保各科的头”。如果你去每个医院的门诊,你都会发现这样的现象,医生忙,但不是最忙,好多患者来开点药就走了,关键是拿药那里忙,排长队,划价的、拿药的、包药的,院长没有办法,实在解决不了,怎么办?最后只好给药房买一台自动包药机或发药机。

药品太多会出事的,告诉大家一个真实的故事,一个患者发烧来看病,医生给他开了红霉素,护士去取药,被药师告知,红霉素没了,柔红霉素要不要?柔红霉素可是抗癌药!护士赶快回来转告医生,红霉素没了,柔红霉素要不要?要啊!柔红霉素可是新一代的红霉素。这是不是“蒙古医生”,一共三个二百五,不出事才怪。但反过来想,你说他们有没有道理?有呀,红霉素加个柔不是它儿子吗。无独有偶,我告诉大家一个相似的事情,山东医生告诉我,他们那个医院来了一个脑卒中患者,医生给他开脑血管扩张药,叫长春西汀。结果开了长春新碱,长春新碱是抗癌药,这个病人最后死了,要医院赔,医院赔 100 万,家属说不行,必须赔 200 万。官司还在继续打,大家说原因在哪里呢?

我校有一位校领导得了心肌梗死,连安 7 根支架才抢救过来,当时病情很重,我自告奋勇申请给他当医疗组长。支架安好了,心病解决了,但肝出了问题,转氨酶上去了,有黄疸了。

我去一看,他正在吃药,我数了一下,一共 26 片药,怎么这么多药,但这还不是吉尼斯记录,北京军区总医院有个韩英副院长,她告诉我她见过一个患者一顿吃了 36 片药,那才是吉尼斯记录。为什么吃 26 片呢?校领导得病住院,每个科的主任都去看他,一个说从我们的角度你应该吃这个药,另一个主任说从他们的角度应该吃另一个药,后一个还不敢把前一个的减掉,加在一起就是 26 片。每一个科主任的角度都是对的,查不出问题,但是校领导的肝可受不了。我最后决定减去所有的药,只吃一个药就行了,就是抗凝药。最后他痊愈出院,还推荐我当校长。我卸任后有一次碰见他,他夸我,我说,是啊,老首长,如果当年您吃 26 片药,现在我们两个总有一个不在了。

第五,心理与躯体分离。现在好多医生只知治躯体的疾病,一定要找到一个病灶,殊不知很多病是没有病灶的。像消化科,30% 的患者找不出来病灶,是功能性的或者心理性的。美国的麻省总院有上百个心理医生。有些疾病用心理疗法是可以治愈的,眼科也是一样。比如夜盲症,孙思邈就知道是吃差了造成的,那时还不知道是缺维生素 A,他让患者吃猪肝就治好了,还称为醒肝明目,现在好多眼病都需做手术,其实不需手术也可治好,只是我们现在不知道啊!任何一种疾病的群体中,总有一些患者是心理问题,通过心理干预可以治愈的。就像我们学校,有 3 个年轻的教授,说校长我受不了了,为什么?他说好像世界上坏事都到他们家了,是什么?是抑郁症,现在抑郁症大概占 5%,如果有 200 人,就应该有 10 个,不知道分布在哪里。当然不一定严重,要干预呀,不干预就继续发展。我叫他们回去吃药吧,他们说好,那就回去吃药。我说不行,你们一定要在医生护士监控下吃药,因为现在几乎所有的抗抑郁症的药,都可以引起欣快感,引起幻觉,引起自杀。打开窗户,一个声音在召唤,外面的世界真精彩,跳下去还精彩吗。这种人不少,悄悄吃药。特别有些干部,害怕上级知道他是“精神病”,悄悄吃药,吃了以后跳楼,真的前途就没了。

将来我们的医学发展一定是心身结合,这是医学的发展方向,确实很重要。心理作用究竟有多大呢?传说有一个外国人士,某一天做梦发现自己肺部长了很多包块,惶惶不可终日,到美国,到英国,到发达国家照片肺部没问题,他不相信,还是惶惶不可终日。最后到中国来,一下飞机,中国医生带他去照片。照出来拿给他看,果不其然,肺部那么多大小包块。然后告诉他,给他输液,中国医生用新疗法一治,十天保证能好。结果一天比一天好,到第十天再去照片完全没有包块了。他非常高兴地回去了。为什么出现这个情况?其实他开始来照那张片子,根本就不是他的,是别人的片子。如果这只是个传说,那大家熟知的“杯弓蛇影”就不是传说了。心理学实验证明,越聪明的人越容易出现这样的毛病。心理学有一个典型的实验,将一个人绑在一个很暗的黑屋子里,给他血管扎上针,然后告诉他,马上给他放血,放到一只桶里,放到 30 分钟,他就会死。关上灯后只留他一个人在黑屋子里,他听到滴答滴答不停的响声,到 30 分钟时只听他大叫一声,一开灯他果真死了,其实是水龙头在滴水,他的血一点没动。你相信吗?心理暗示就有如此大的作用。

最近开了两个大会,都在国家会议中心开的,一个是全国心理学大会,一个是全国精神病大会,每个会都达两千多人。两个会的第一个报告都是请我去做的,而且都讲了一个小时。为什么呢?他们对我两句话特别感兴趣,“当医生,只会做手

术,不懂心理,他就是一个兽医;当医生,不会做手术,只会用心理来忽悠人,那就是巫医”。一个 20 几岁的女孩,从五楼跳下来,骨折了,骨科医生把她骨头接好了,说你出院吧,治好了。她说没治好,你只治了标,回家我还要跳,因为我还有本,本是什么?失恋了。正确的治法是接好骨头,找到对象。

第六,医疗和护理分离。现在对护理专业和护士都不重视,古代医护是不分家的。民间认为初中毕业后,再上三年的护校,就可以当护士,其实只会打针发药不是合格的护士。同样一个手术做完,交给两个水平不一样的护士来护理,最后的结果是不一样的。就像你修车,修好后看交给谁开,交给二把手开一下就完蛋了。举一个例子,有个患者发生股骨骨折,她不是别人,就是我夫人。去年春节前我们回重庆老家过年,下了一点雪,路特别滑。我们在前头开,后头还有别人的一个车在开,后头的车比我们开得快,追尾了,责任都是他们家负,但骨头全是我们家断。送到骨科,骨头接好了,就算治好了。治好了吗? 同样一天,在一个医院,一共 4 个骨折的患者,骨头都接好了,可是死掉两个,50% 的死亡率。为什么? 春节期间缺护士,患者怕痛,不动,血栓形成,导致肺栓塞,一半的患者死了。我们家为什么没出事呢? 你看谁是护士,那是院士护士嘛。我女儿是博士,我说不能让她护理她妈,水平不够。我在妻子床前,一共守了她 14 天,白天晚上都守,一步都不离开,而且根据骨科护士的要求,给她按摩,左边 100 下,右边 100 下,一下都不多,一下也不少,到最后治好了。出院时,骨科护士非常感动,动情地给她写了一条短信,要号召天下的老公向樊校长学习。我说这个不好学,只有老婆的骨头断了才能来进修。现在不仅护士质量有问题,数量也少,我国现有 300 万到 400 万的医生,但真正的护士不到 250 万,物以稀为贵,人才也是这样。我推测,在不久的将来,会出现这样的情况,考大学护士的考分要比医生高,拿工资护士的钱比医生要多,此处应该有掌声。鼓掌的都是护士,或者护士的家属。不过不要太着急了,我说的是不久的将来,现在才开十八大,可能要二十八才能实现。

第七,西医中医互不认账。中医西医都有自己的特点,都可以治病,而且还可以互补,但现在是相互抵触。西医说“孩子,要相信科学,他们中医不科学”。中医说,“孩子,中医有几千年的实践基础,我们是从人身上得到的经验,科学! 不像他们西医,在老鼠身上见的阳光未必都给人带来温暖”。其实不能这么说,我们现在讲的整体医学有人说就是中医学,其实不是! 中医讲整体,是宏观的整体概念,没有微观的物质基础或机制来加以证实。而西医只在微观中行走,通常与宏观的整体脱节。所以,中医相当于是一个画家,画一栋非常漂亮的房子,但不能住人。西医注重一块一块精美的砖头,但忽视要铸成漂亮的房子才有用。两个加在一起就叫中西医的整合。在这里我特别要告诫咱们当西医的,一定不要瞧不起中医,有些西医办不到的事,中医就可以办到。举个例子,比如现在不孕症在有的地方达到 20%,即 5 个育龄妇女有 1 个生不出来。什么原因呢? 西医查她激素是正常的,输卵管也是通的,爱人也基本在家,但就是生不出来。中医开几副药一吃,生出来了。比如保胎,西医要人家平着躺,不要动,屁股抬高,最后还是流了。可中医开几副药一吃,把胎保住了。又比如催奶,现在西医催奶基本没有药,好多孕妇生了孩子没有奶,不够母亲的标准啊,西医没有办法。怎么办呢? 中医开一副药,加两个猪蹄一炖就

出来了。西医没有药呀,西医加羊蹄也没用啊。现在有一个药可以催奶,是什么? 吗丁啉,吗丁啉的副作用就是催奶,现在正在开发,用作胃肠动力不行了就用去催奶。又比如说水土不合,我经常到全国各地讲课,每到一个新地方就胃不舒服,甚至腹泻,做什么检查都没问题,吃吗丁啉没用,吃什么西药都不管用。我妻子说吃藿香正气水,藿香正气水一吃就解决问题。所以,在我的旅行包里老是有几支藿香正气水,肚子不舒服一吃就解决问题,还便宜。又比如止痛,西医经常用两种止痛药,一个是吗啡,一个是 NSAIDS,这两种药不是所有的痛都可以止,而且还易致成瘾。我发现一种中药止痛而不成瘾,我把它做成胶囊,叫凡痛定,凡是痛都能搞定。非常奇怪的是,你把它分成单体,每一个单体不止痛,加在一起就止痛。找不到药物靶点,这是什么机制呢? 搞不太清楚! 它是进入到人体以后,刺激人体自己产生的物质来止痛。人为什么不痛呢? 平衡就不痛,在人体有引起痛的和抑制痛的两种物质存在,二者一平衡就不痛了。但有的大老爷们不平衡,一看要打针就倒了,晕针。还有一种人,像我们的革命战士去炸碉堡,快冲上去了,旁边一个人说,老兄你肠子都掉出来了,他一看真掉出来了,一下就倒了。其实你不告诉他他就冲上去了,妈妈给他的止痛物质在起作用。

第八,重治疗轻预防。现在对预防工作不是很重视而是很不重视,县以下的预防工作很少有人管,多数的防疫站已经被撤销了,这种状态早晚要出大问题。因为一个预防工作者做的事是我们千百万个临床医生做不了的。比如说,13 世纪出现天花流行,是我们 3 世纪发现的种痘术解决了,不然人类将遭到毁灭性打击。因为预防工作相当于守门员,球门守得严严的,你再使劲也踢不进去。预防也像长江决堤后堵堤那些人,长江决堤了不是去抢救千家万户,而是把堤一堵就行了。因为对人类健康缺乏完善的预防体系,出现了许多奇怪的事情。我们既不能把传染病当成一般疾病来处理,也不能把一般的疾病当成传染病来预防。大家知道有个禽流感,其实全中国才死了几十个人,有些还不一定就是这个病致死的,其实哪个病一天没死几十个人,有的病一天死上千人上万人都有。现在有的地方把鸡都杀完了。国民经济全国丢掉 1 000 多个亿,大家着急呀,专家这边说这样,那边说那样,国务院更着急呀,不杀鸡,全国传染起来怎么办? 杀吧,国民经济下去了又怎么办? 有一次开会,要我表态。我怎么表的?“鸡不传染鸡,人不传染人,个别的鸡祸害个别的人,就叫个别的人不吃个别的鸡”。不然,这里报一例那里报一例,报了就得杀鸡,那里养鸡的农民也要遭受重大损失,他们受不了啊! 其实禽流感病毒的基因主要是猪的,鸡的占少数,鸡被杀了,猪在那里乘凉,合理吗? 有一次工程院开会,一边坐的是基础方面的院士,一边坐的是临床的院士,基础的院士问我,这几天有人来打禽流感疫苗,问我打不打,我说临床这边的院士都不打,他说,听说这一批疫苗比上一批好呢? 我说下一批比这一批更好。不就感冒嘛,哪有那么怕,而且病毒是变异的,用去年的病毒做成的疫苗今年通常没用,因为病毒变了。

第九,城乡医疗水平差距拉大。大家知道有个春运,国家很难解决,我发明了一个名词叫“医运”,春运难解决,医运更难解决,每天都有农村病人到城市来看病,再多的高铁都不够用。为什么要这样呢? 农村医生看不好病,城市医生看不了病。我说得极端了一点,城市医生不要认为自己行,其实你只会看一

类病,甚至只会看一个病。你治骨折的院士带了一帮治骨折的学生,到农村组成一个医疗队,实际上基本没用。哪有那么多骨折的,你总不能敲断骨头来治嘛。除了治骨折,你对心脏、血液或其他科根本就不会,这样的医疗队在农村基本没用。于是,农村的患者就不断到城市来,一次只能看一个医生,看了回去不好再来看另一个医生,次数越来越多,花钱越来越多,医疗纠纷也就越来越多,杀医生,砍医生,背着死孩子游街的都有。医生正给患者治疗,一个砖头下去脑袋崩裂,最后死了。你告到哪里?告到公安局他不理,说不是他们的专业,人都死了还不是公安局的专业。告到卫生部,卫生部也解决不了问题,大门前天天排队上诉,纠纷越来越多,医患关系越来越紧张。医疗改革对缓解这种紧张状况起了一定作用,但总体来讲,成果还只是局部的而非全局,暂时的而非长久。现在是什么状况?我有三句话,“病人,看病难,看病贵;医生,行医难,行医畏;院长,管医难,管医累;谁最帮我们?中华医学会!”

怎么解决这些问题?社会管理要担当重任,本文不可能涉及太多,我们只讨论用整合医学的方法来帮助改变现状。

第一,加强整合医学的理论研究。整合医学是要把各种专业,也包括环境的、心理的,只要对患者有用的,把先进知识收集起来,根据疾病发展转归的需要有所取舍,形成新的医学体系。整合医学不是全科医学,全科医学是 $A+B+C=和$,什么都会一点,什么都不很会,叫万金油。而整合医学是十万金油,百万金油,它是把各行各业最先进的知识拿来,有所取舍,形成新的医学体系。当然要有所取舍,你不取舍,拿来一个错的就有问题了。全科医学是解决看得了的问题,而整合医学是解决看得好的问题。有人提倡要全面搞全科医学,如果那么搞,那是医学的倒退,最后都成了赤脚医生,那怎么行。整合医学究竟要研究什么?

比如糖尿病,据说中国有 1 亿人口患糖尿病,其中有没有过度诊断呀,我看多是过度诊断所致。你看心血管病有 2 个亿,高血压有 2 个亿,全中国各种病加起来有 30 亿患者,但我们只有 13 亿人口。这不叫过度诊断叫啥,什么叫糖尿病?要让我说,“糖尿病糖尿病,尿中没糖不叫病”,尿中糖都没有,血糖稍高一点就叫病吗。现在生活条件改善了,情况跟过去不一样了,十八大都开了,生活甜蜜蜜,你总要有有点体现嘛。现在医疗工作这么紧张,过去礼拜六、礼拜天都休息,现在礼拜六、礼拜天院长书记还叫我们听学术活动,你说血糖不高一点你顶得住嘛!高一点就高一点嘛,你光把血糖降下去要出事的。就像宝马车只加桑塔纳那点油,你让它转,最后不出事才怪。你让上坡时只用平路的那么点油,不踩油门能上去吗?还有空腹血糖,过去晚上 6 点钟、7 点钟,爸妈就让我们赶快上床睡觉,那时候没有电灯也没有电视,到哪里看电视。现在不是,12 点以后还在看电视,爱情燃烧的岁月,而第二天都是早上 6 点抽血,你说两个血是一样的吗?那血糖呢,也肯定不一样。糖尿病糖尿病,尿中没糖不叫病,糖尿病最先是在哪里发现的?在中国。古中国叫消渴症,那时候不知道有糖,到了古埃及叫多尿症,还不知道有糖。一直到古罗马、古印度才知道尿中有糖。尿中一定要有糖,超过了身体需要从尿中流出去了,那才叫糖尿病,否则血糖高一点那是身体需要,你把它降下来要出问题。再说,同一个人在听报告前的血糖和正在听时的血糖肯定不一样。同一个人在身体不同部位其血糖的分布是不一样的,比如大家正在听课,那 75% 的能量是在脑子里消耗掉的,你说我只有

50% 的能量在那里消耗,那你就注意力不集中;你说我只有 25%,那就在打瞌睡。现在查血糖越查越精确,过去查血糖不那么精确,但可靠,就是尿中一定要有糖,要甜才叫糖尿病。我们的祖宗诊断糖尿病,最准确的办法是尝尿。一直到了 20 世纪 70 年代,还是那样。那时,我们到四川农村开门办学,公社卫生院的老师教我们查糖,怎么查?太阳底下 5 杯尿,他在前头尝,我在后头尝,他尝得泰然自若,我尝得翻江倒海。他是用中指沾的尿,但用食指在尝。我用食指沾的尿,尝的就是食指。但最后结果都一样,为什么呢?他是看见哪一杯尿中有蚂蚁或有苍蝇,就断定那是糖尿病患者的尿。最后老师说,那都是糖水,是教导我怎么查糖。究竟怎么研究糖尿病?应该把各行各业,病理的、生理的、微生物的、基因的、内科的、外科的等都请来共同讨论共同研究,拿出整合医学的方案,才能选中患者,才能治好患者,否则血糖高了一点就治,那怎么得了,全中国的 GDP 用完都不够。

因此,整合医学是把全科医学、转化医学、循证医学、互补医学,还有其他医学的精髓加以整理整合,使之适合、符合患者的全身整体治疗。

第二,加强整合医学实践的推进。

1. 举办整合医学的学术会议。今后的学术会议,要邀请不同专业的学者一起来开会,共同解决疑难问题,而不是都是些纯爷们儿纯姐们儿在一起,那是解决不了大问题的。比如治疗消化性溃疡,对我们消化内科来说易如反掌,光我们纯爷们儿纯姐们儿就基本解决不了。这是对一般的溃疡,对于难治性溃疡甚至发生癌变,那种就难治了,甚至治不了。这就要大家聚集到一起,联合攻关。有时对自己是很难的事情但对别人却非常简单。比如幽门螺杆菌,它是溃疡病的病因,为此有人得了诺贝尔奖。但是它不限于此,过去我们不知道它和血液科有关,有些缺铁性贫血或血小板减少性紫癜,就是幽门螺杆菌感染,但血液科不知道。在工程院就有一个处长,长期贫血全国都看过了,血液科没看出来病因,久治不愈。我说查幽门螺杆菌,一查阳性,根除,现在好了。又比如说心脏内科有些顽固性的心律失常,特别是青年人的心动过速,其实是幽门螺杆菌感染。我女儿就是这样,她在第二军医大学上博士,经常出现不明原因心动过速,心血管科给她解决,屡治屡发,不断根,我说查幽门螺杆菌,阳性,一根除已经 6 年再没出问题。特别是我妻子,她是皮肤科教授,在家里听我说顽固性湿疹和幽门螺杆菌感染有关系。她凡是治不好的湿疹,都到我们那儿查幽门螺杆菌,查出阳性,一根除,再涂点药就好了。所以,她成了西京医院连续五年看病最多的人。她为什么会成为名医呢?因为她知道幽门螺杆菌。你说全国治不好的湿疹有多少,只要抓住一点深入下去就会成了名医。宁夏卫生厅医政处有个赵处长,在北京听我这么讲,他们那个地方有个领导是顽固性湿疹,治不好。他说樊校长讲的,是幽门螺杆菌感染,去查一查试试看,一查阳性,根除,湿疹好了。很多病因,是一层窗户纸没捅破,捅破了其实很简单。每一个病都是有病因的,原因不明是暂时没有找到,其实很简单。我推测,消化道的细菌很可能是很多疾病的原因,也可以成为很多疾病治疗的办法。比如现用黄连素治疗糖尿病,这是中国人近年在中医方面重大的突破之一。过去想都没想过,血糖受肠道细菌调节,有的人喝水都胖,他们家细菌好。有的人吃一大肚子,结果还瘦,那细菌不一样。用黄连素把那个糖代谢的细菌抑制住了,很多轻型的糖尿病就这么治好

了。肠道的细菌很有用,有些人总是神采奕奕,为什么?他们家细菌好,有的人长得很漂亮,细菌好呀。不是一家人不进一家门,夫妇两个进到一家门,越长越像兄妹,基因肯定没有变化,是细菌一样了嘛。有人家里连续三个人考上博士、硕士,说他风水好,其实不是,是细菌好呀。将来,我准备回家养细菌,用它来治疗患者或用作保健康复。大家知道吗?现在自家免疫性疾病越来越多,哮喘、克隆恩病、牛皮癣等,为什么呢?肠道的蛔虫少了呀!30 多年前我当住院医师时,50%的城市患者和 90%的农村患者有蛔虫。蛔虫跟我们人类已经相互寄生或称共生多少年了,是人类相互选择到最后的自然结果。你现在把它杀光了,过去我们用宝塔糖,现在没有宝塔糖了,因为蛔虫没有了。你要发现一根蛔虫,那是重大科学发现。我们这么搞正在遭报应呢!自家免疫性疾病增多,一个重要原因就是没有蛔虫了。蛔虫是全抗原,没有它淋巴细胞就把自己的组织吃了,自家免疫性疾病就发生了。将来我准备回家养蛔虫,“男人吃母蛔虫,女人吃公蛔虫,男女搭配干活不累”,蛔虫也不会增得太多引起肠梗阻或胆道蛔虫,蛔虫老了加几根年青的。其实最好的办法是养成蛔虫后做成蛔虫粉,给正常人服用就解决问题了。科学需要逆向思维,一切都按部就班,都合情合理了是不会有创新的。举个例子,用抗生素把人的恶性肿瘤治好,过去是不敢想的,现在已经不是天方夜谭了呀!胃的恶性淋巴瘤,用抗生素把幽门螺杆菌一根除,很多患者自然就好了。那么在肠道又是哪些细菌引起结肠癌?肺癌又是什么微生物引起的呢?或者是病毒,或者是细菌,不仅要这样去思考,还要这样去研究,对于幽门螺杆菌,我有一个刻骨铭心的痛。1975 年上大学时,老师在讲台上骂人,说竟然用抗菌药物治疗溃疡病,简直天方夜谭。因为那时是“无酸不溃疡”啊,我听了老师的,其后到第四军医大学做研究生,我和师兄用电镜看到胃标本上有毛毛虫,但不知道幽门螺杆菌,老师说是污染,我们听了老师的,把片子扔去了电镜室,现在还在那里。不久,我的师妹到北医三院郑芝田教授那里读博士,因为郑先生发现痢特灵也可以治疗溃疡病,但他们认为是脑组织中有痢特灵的受体,就把大鼠的头盖骨打开,掀起它的盖头来,然后再查受体,查了很长时间没有受体,她就去美国改行了。5 年后澳大利亚的 Warren 也发现了毛毛虫,他请 Mashall 给他取活检培养,36 个患者不成功,到第 37 个他们扔进解箱就不管了,休假去了,7 天回来毛毛虫长出来了。为什么?幽门螺杆菌需要长一些时间的培养,而且它厌氧,你把那个解箱一关无人管它不就厌氧吗,这样居然长出来了,成功了!所以,我经常跟我的研究生说,你们不要太勤快,太勤快诺贝尔奖就没有了。后来 Mashall 母亲发现 Mashall 口臭无比,是他把培养的幽门螺杆菌喝下去了,然后用抗生素一治,好了,多少年以后,得了诺贝尔奖。他得诺贝尔奖那天,我写了一篇文章,发表在《中华医学杂志》上,题目叫“中国人离诺贝尔奖还有多远”。其实我们早得多,那些片子到现在还在,就是想法太顺理成章了。去年,我推荐 Mashall 做工程院的外籍院士,最后高票当选。

2. 成立整合医学的学术组织。这种组织应该广纳天下奇才,广结天下朋友,比如眼科学不仅要把本院的而且要把他院的眼科整合到一起,这还不够,而且要把和眼科有关的,胃肠道的、呼吸的、血液的等都要整合到一起。人体相当于一个湖,眼是湖的一部分,全身的任何东西,包括心脏、血液、呼吸、内分泌都对其有极大的影响。一定要各行各业都来支持,最后眼科的

很多疾病可能不需要做手术就迎刃而解。

3. 编纂整合医学的专业杂志。这个杂志要怎么编,就是要说反话,不能光反映正面的东西。一个事物有正面,就有反面,还有侧面,光报道正面就是片面,把反面和侧面都报道了那才叫全面,那才是事物的本质。有些杂志只说正面话,只报道阳性结果,比如第四军医大学学报,过去只有 400 个订阅户,为什么呢?登的文章没人看,一篇文章就两个人看,一个是写的人,一个是编的人,为什么?老说正话。其实反面或侧面也重要,有时更重要。我们到天安门广场去,一共有三条路,有一条能去,另外两条不能去,选择不能去的那两个人也很重要,他回来告诉我们哪两条是不行的,自然就剩这一条正确的了嘛。因此,我们把《第四军医大学学报》改成了《医学争鸣》,英文就叫《Negative》,就是说反话,结果 3 年内订户从 400 到了 14 万个,相当于 30~40 本中华牌医学杂志的总和,订户一下成了中国科技期刊第一名。过去我们是每一年给它 70 万元预算,现在一分钱不给,3 年内一年总收入达 1 400 万元,其中 600 万元的成本,800 万元的利润。如果我们要办一个眼科的整合医学杂志,你就要把各行各业都请来,眼睛是我们身体的窗户,醒肝明目,眼睛看不见,要把肝脏醒一醒,孙思邈发现夜盲症就是吃猪肝治好的。那样,好多不解的问题都可以从你们眼睛里得到答案,如果你们办的杂志消化科订阅、呼吸科订阅,什么科都订阅,那你这个杂志就办出水平了。你们眼科要办这个杂志就叫《Holistic Integrative Ophthalmology》(简称 HIO);成立这样的研究所,前头再加一个 I,叫 Institute of Holistic Integrative Ophthalmology, IHIO。你这样做将来绝对是全世界第一,没有别人能赶过你。在未来二百年、三百年的历史长河中,肯定是你为中国眼科的医学历史开了先河。如果全中国、全世界的人都在走的一条路,你跟着走,惯性思维,不一定会有大的成绩。但是反过来,你肯定是胜利者。

4. 编写出版整合医学丛书、教科书或专著。编写整合医学的专著是很困难的,写这种书没地方抄。我们的第一本“医学发展考”,就是整合医学的基础。我有个学生是沈阳军区总医院的消化科主任,我们平常读胰腺癌的书就三页纸,他写了一本胰腺癌的书,近 100 万字,可见有多少多少材料我们没有用上。我说那就叫整合医学吧,他说现在还不能叫整合胰腺学。为什么呢?他只是把那些东西收集起来,还没有加以整合,就像一堆零件,只是零件,没有形成飞机,飞机才叫整合医学。我们现在在写医学教科书,教科书将来就是整合医学的书,我们现在的大学教材很厚,自己说自己的,相互之间的联系不知道,甚至你找哪段跟哪段有联系,翻都翻不到。不行了,国家给我们拨了几千万科研经费,让我们写一套整合医学教科书,将来就是一个 iPad 解决问题。将来读书就像看电影,也包括看手术的电影,而且每年都可变化一次,整个医学写成 53 本书,这套教材的总主编是我。我下决心要办好这件事,当然这是一件永无止境的工作,因为知识在不断增加。

5. 成立整合医学的研究所。这种研究所的目的是解决研究共性问题,我们研究所针对的就是临床合理用药问题。现在的医生开药随意性太大,想怎么开就怎么开,不规范,不按规矩办事就会出错。北京的一个患者去了十家医院,拿回来的处方只有一家正确,剩下的都有这样或那样的问题,你怎么能保证全中国的医生包括乡村医生开药都能正确呢,那很难。一个医生给一个患者开一种药,一般不会出问题,出了问题也好纠正。

但开 2~3 种药因素就增多,5 种就会成为无穷大的因素,你把 5 种药放到一个杯子,加点开水会成什么东西,何况人与人不同,基因不一样,环境不一样,什么都不一样,怎么办呢?我们组织了几百位专家一个病一个病写方案,按照全世界最好的 RCT 经验,一个病做成若干种方案,然后把病人的情况打进去,比如这个患者是月经期不能用哪个药,这个患者肝功不好不能用哪个药。计算机帮你回答 yes 或 no,到最后 yes 就可用了。这个软件研制成功,目前有 37 家医院在用了。一旦用了医生就离不开,离开了就不知道哪个药对哪个病人是对还是错了。比如说氨苄青霉素引起过敏,50%是和葡萄糖配伍造成的,现在有多少人知道呢?所以,合理用药非常重要。要做到用药合理,就得将现今相关的所有现先进知识整合起来,为患者所用。

6. 成立整合医学的专门病房。西京消化病医院是全世界最大的消化病医院。我们第四军医大学已经建有 8 个院中院,就是把相应的学科组合到一起。院中院有多种功能,对患者来说解决什么问题?解决以患者为中心的问题。现在一个病人来了以后找不到合适的医生看病。比如胃癌,外科可以看,内科可以看,放疗科可以看,中医也可以看,但他究竟该谁看?不知道!由于利益驱使,各科还在抢患者。患者有时相当于抓彩球,抓住哪个医生就是他了,其实抓彩球抓对的机会特别少,成立院中院就可以解决以患者为中心的问题。

7. 开设整合医学的教程。什么是整合医学?谁最善于整合医学?我的老师是有名的内科医生,他 92 岁离开了我,是西京医院第三任内科主任。来了一个患者,在他脑子里转,相当于过去哪个患者,到最后的结局就是他。这叫医学知识与实践的自然整合,我为什么不如我老师呢?一是他智商比我高,二是他年龄比我大。他 92 岁,我刚过 60,我现在正在追,到我 92 岁时一定能赶上他,青出于蓝胜于蓝,因为他不动了,在等我呢。但到 92 岁时,我也要走了,怎样能把 92 岁的经验让 29 岁的学呢?而且不是一个 92 岁,是千百万个 92 岁医生的经验让 29 岁的学呢?而且不光是我们向老师学,老师也得向我们学,比如《Molecular Biology》、《Immunology》、《Genetics》等他们基本不太懂。好了,如此浩如烟海的知识,就是我们现在所说的大数据,怎么把它整合起来,整合以后让年轻人学的就是新东西,而不是让年轻人学支离破碎的老知识,这就是整合医学的使命。当然这么浩如烟海的知识,要用人脑来整合已经力不从心了,要靠计算机,近年应运而生的数字医学,无疑会给整合医学提供重要的帮助。

整合医学很像我们的会诊,一个医院水平很高,不是单个高,单个高不重要。是什么呢?来了一个患者,非常疑难,或者没见过,相关学科都来说出自己的诊疗方案,但最后有一个高人,把这些方案加以分析和整合,有所取舍,哪些该先用,哪些该后用,哪些该不用,哪些用得少等等,最后组成一个合理的方案,这个患者就好了。还是这些人,各治各的这个患者就死了。这里面关键是有一个人,高人其实就是具有整合医学知识的人,现在这种高人越来越少了。高人需要有广泛的知识积淀,高人需要涉猎当今最先进的知识和技术为己所用,而不是整天沉溺一个单分子几十年不能自拔。我不是反对分子,也不反对基础科研。我也做过很多分子的研究,SCI 论

文有 460 多篇,高影响因子的也不少。法国的医学科学院给我发了个塞维利亚奖,美国医学科学院聘我做外籍院士。媒体采访他们说取得了很大成绩,我回答没有。他们说有啊,我反问那你跟我说,他说不出来,我也说不出来,那就是没有成绩。作为一个临床医生,老是在分子之间游走,真正的问题解决不了。整天“分子复分子,分子何其多,哪个更管用,谁也不好说”。说这话,不是自我否定,也不是缺乏信心,而是要把做出来的这么多的科研数据,分析一下,综合起来,看哪些有用,哪些没用,去粗取精,去伪存真,把真正有用的东西用到临床中去。整合医学不是反对我们学科的细划、专业的细分、技术的精细,但在细的过程中要提倡回归整体,我们治病不是在治细胞,也不是在治分子,而是在治人。前不久,我到瑞典访问,我对诺奖的评委会说,你们最近几十年一直是把诺奖发给搞分子的人,把奖发给分子,不发给搞人,早晚要出问题的。他们还说我说得有道理。

搞整合医学,年轻医生最反对,他们说搞什么整合医学,我一个医生治一种病,该下班就下班,哪有那么多精力去管别人的事。但患者绝不会一个人专门得一种病,即便是一种病也是千变万化的。读书读得越多,发觉知道的知识越少。看病看得越长,发现自己本事不大。我当住院医师时,100 个感冒患者来了我全都能治好,成就感非常高,其实我不治他也好。到现在不行了,都是他们教授、副教授看不了的,给我送来其实我也看不了,我比他们不多几个脑袋,这个时候怎么办?就靠整合医学。要向基础求教,要向别人求教,有些事合到一起就解决了。当然,搞整合医学绝对不是年轻医生的事,他们连基础积累都不够,搞整合医学是具备一定经验,有能力接受最先进知识,有能力对多因素进行识别判断,然后整合的专家们的事。强求年轻人是不公平的,也是达不到目的。

我有一句话,叫 I Love HIM。这个 HIM 不是某个人,而是整合医学(Holistic Integrative Medicine)的缩写,是新的医学体系,是将来医学发展的必然方向和必由之路。我们当今这种分块碎片化的医学教育,如果再这么下去,不进行改革,很可能将把医学引向歧途。现在的年轻医生为什么这么“专”,知识和技术为什么这么局限呢?不是因为你们,是教育系统出了问题,是教你们的师傅出了问题,甚至是教你们师傅的师傅都已成问题了,师爷开始专,师傅就专,你们能不专吗?三千年写成一个 N 字,过三千年再写一个 N 字,后一个 N 字的上部是什么,我认为就是整合医学,就是 HIM。还是那句老话,N+N 铸成波浪,踏着波浪而行,你将会成为专家,说不定是大家,否则你将一事无成。什么是医匠,什么是专家,什么是大家,差别在哪里?医匠只知道自己会做什么,不知道别人会做什么,还其乐无穷,时不时可能批评人家几句,甚至瞧不起别人。专家呢?专家是知道自己不会做什么,但知道别人会做什么。我自己会那点不值一提,把别人会的学过来就成了专家。大家是什么?大家知道自己不会做什么,也知道别人不会做什么,还知道全世界都不会做什么,但知道将来应该做什么。他把将来要做的现在开始做,将来不就成了大家了吗。大家想成为专家吗?想成为大家吗?有志者跟我一起说 I Love HIM, HIM is Holistic Integrative Medicine。