

博
學



Linchuang Yixue Xili

临床医学系列

中西医结合临床

Zhongxiyi Jiehe Linchuang

● 主编 王文健

复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列

復旦大學 出版社

博
學



Linchuang Yixue Xilie

临床医学系列

中西医结合临床

Zhongxiyi Jiehe Linchuang

● 主 编 王文健

复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列

复旦大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合临床/王文健主编. —上海:复旦大学出版社,
2006.3

ISBN 7-309-04912-8

I. 中… II. 王… III. 中西医结合疗法 IV. R45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 012705 号

中西医结合临床

王文健 主编

出版发行 复旦大学出版社

上海市国权路 579 号 邮编 200433

86-21-65642857(门市零售)

86-21-65118853(团体订购) 86-21-65109143(外埠邮购)

fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

责任编辑 贺琦

总编辑 高若海

出品人 贺圣遂

印刷 上海肖华印务有限公司

开本 787×1092 1/16

印张 15.5

字数 377 千

版次 2006 年 3 月第一版第一次印刷

印数 1—3 100

书号 ISBN 7-309-04912-8/R·936

定价 26.00 元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社发行部调换。

版权所有 侵权必究

“博学而笃志，切问而近思。”

(《论语》)

博晓古今，可立一家之说；
学贯中西，或成经国之才。

T:AA 53/02

主编简介

王文健，男，1947年生。教授，博士生导师，上海市名中医。1970年毕业于上海第二医学院；1971起在甘肃省卫生局西医离职学习班和甘肃省医科院学习和工作，在实践中追随多位名师学习中医理论和临床经验；1978年起入上海医科大学，师从沈自尹院士、姜春华教授攻读中西医结合硕士、博士研究生，1985年成为我国第一位中西医结合专业博士。现任复旦大学中西医结合研究所所长，复旦大学上海医学院中西医结合系主任，复旦大学附属华山医院中医科主任，教育部重点学科中西医结合临床专业学科带头人，获国务院颁发的政府特殊津贴。长期从事中西医结合老年病和中医理论肾本质的研究。在老年病和代谢性疾病的中西医结合治疗方面取得了重要成果；作为课题参加者或项目负责人，曾先后承担国家攻关项目，国家自然科学基金重点项目，卫生部、国家教委、国家中医药管理局和上海市科委的研究课题10余项，获教育部、卫生部、国家中医药管理局和上海市的科技进步奖8项。主编或合作主编《中医理论现代研究》、《中西医结合虚证研究》、《中医实验研究》、《中医学》等专著和教材，发表论文40余篇。现兼任中国中西医结合学会副会长、中国中西医结合学会虚证与老年病专业委员会主任委员、上海市中西医结合学会会长。培养硕士、博士研究生20余名。

内 容 提 要

本教材是根据医学院校学生的特点而编写的，目的是让同学在初步掌握中医理论和中药、方剂的基础上，学习开展中西医结合的思路和方法，熟悉近几十年来中西医结合的重要进展，了解临床各个领域中西医结合的前沿动态。本书内容较为新颖，既对现代医学的新进展作了介绍，也反映了中西医结合的发展趋向，同时十分注重严谨的科学态度。一般而言，所述内容都已在学术界得到广泛的认同；如一些内容非常重要，但在看法上尚存在一些分歧，亦同时将不同的观点列出，以供读者自行鉴别。

教材内容分三部分，第一部分为中西医结合的思路和方法，第二部分为一些专题的中西医结合研究内容，第三部分为临床中西医结合研究的内容。本书并不是系统的临床医学教材，由于中西医结合工作在各个专科的发展并不平衡，因此各科所介绍内容的篇幅比例也有很大差异。

希望本教材能给学生起到学习知识，启发思路，激励创新的作用。

主 编 王文健

副主编 王兴娟 蔡定芳

编 委(按姓氏笔画排序)

王文健	王兴娟	王佩芳	王 静
刘鲁明	杨云柯	李亚明	李佑生
吴根诚	沈自尹	张晓金	陈剑秋
陈 瑜	范维琥	孟志强	俞 建
费震宇	贾丽娜	陶福兴	董竞成
傅晓东	蔡定芳	蔡德培	潘永福
戴豪良			

序 言

复旦大学上海医学院(原上海医科大学)是国内最早开展中西医结合科研的单位之一,也是培养中西医结合人才的重要基地,几十年来在中西医结合临床各科涌现了一批既掌握了现代医学的先进理论和技术,又有扎实的中医理论功底和实践经验的西医学习中医的专家,为我国的中西医结合事业作出了积极贡献。西医学习中医在我校有着优良传统,20世纪60年代起,我校举办了一系列的西学中班,为开展中西医结合工作输送了一批人才。在《中医学》课程的教学,我校的教学宗旨之一就是为有志于从事中西医结合工作的同学奠定良好的中医理论基础,并在教学内容中专门列出一定篇幅,介绍中西医结合的思路、方法和进展。近年来,随着中西医结合事业的发展和国内外对传统医学现代研究的日益重视,原有的课程和内容已难以满足同学们对于相关信息的需求。有鉴于此,中西医结合系决定单独开设“中西医结合临床”课程,并组织有关人员编写了这一教材。本书的作者大多是工作在临床第一线的中西医结合专业人员,具有丰富的临床知识。他们既熟悉现代医学本专业的的前沿动态,又有长期应用中医学防治疾病的实践经验,所以教材的内容较好地反映了作者的知识结构,具有一定的创新性。本教材的出版是医学院校在中医学和中西医结合医学教学方面的一项重大进步。我希望通过《中西医结合临床》的出版和课程的开设,能吸引更多的同学走上中西医结合的道路。

中国科学院院士 沈自尹

2006年2月

前 言

由于我国现代医学和传统医学并存这样一个现实,无论从科学体系自身发展的规律,还是从医疗领域寻求最优效益的需求,都决定了实行中西医结合是发展具有中国特色的医学卫生事业重要组成部分,也是我们缩短与医学发达国家的差距,赶上和超过世界先进水平的优势所在。

中西医结合的内涵,应该是通过比较中西两种医学体系在医疗实践中所采用的思维方式、认识手段和应对措施的同异,吸收各自的长处,逐步做到理论体系上融会贯通,临床实践中优势互补。现代科学可以帮助理解和阐明深奥复杂的中医理论,而中医药学对人体生命现象的独特认识和对疾病独到的治疗手段又能丰富和充实现代生命科学的内涵。

中西医联合治疗是体现中西医结合优势的重要方面,对于提高疗效,特别是提高一些难治性疾病的治疗效果,保护人民健康发挥了重要作用。在实践中也总结了一些成功的经验,如西医辨病、中医辨证、病证结合、同病异治、异病同治、宏观辨证与微观辨证相结合等等。但中西药的合用并不等同于中西医结合,中西医结合应该是取两者的长处,这就要弄清中西医治疗各自的优势病种是哪些?对同一疾病的不同阶段,中西医治疗各有哪些特色?在疾病的同一阶段,中西医对不同的病理环节分别有哪些作用?中西药物同时应用相互之间有没有影响?在这样基础上的结合才是科学的结合。

本书反映了近年来中西医结合临床工作的一些新进展。其特点一是密切联系现代医学的发展趋势和前沿动态,使中西医结合工作站在一个较高的起点;二是主要介绍对提高临床疗效确有帮助的中西医结合的内容,尽量体现优势互补的特色。由于中西医结合还是一门成长中的学科,因此本教材主要选择了一些重要的诊法、治则和临床中西医结合内容相对比较成熟的病种进行介绍,希望以后随着中西医结合研究的不断深入,教材内容也得以不断完善。

王文健

2006年2月

目 录

第一章 中西医结合研究思路的探讨	1
第二章 肾的研究	7
第三章 舌诊研究	15
第四章 血瘀证与活血化瘀治法的研究	21
第五章 针刺镇痛研究	29
第六章 代谢综合征	37
第七章 高脂蛋白血症	45
第八章 糖尿病	51
第九章 骨质疏松症	57
第十章 高血压	65
第十一章 慢性稳定性心绞痛	72
第十二章 支气管哮喘	83
第十三章 慢性阻塞性肺疾病	91
第十四章 慢性胃炎	97
第十五章 溃疡性结肠炎	104
第十六章 慢性病毒性肝炎	111
第十七章 肝纤维化	119
第十八章 原发性肾小球疾病	126
第十九章 类风湿关节炎	134
第二十章 血栓闭塞性脉管炎	144
第二十一章 脑梗死	151
第二十二章 帕金森病	157
第二十三章 老年期痴呆	164
第二十四章 月经失调	173
第二十五章 多囊卵巢综合征	181
第二十六章 女性更年期综合征	190
第二十七章 性早熟	198
第二十八章 遗尿症	208
第二十九章 原发性支气管肺癌	214
第三十章 原发性肝癌	222
第三十一章 胰腺癌	230

第一章 中西医结合研究思路的探讨

随着中西医结合研究的深入,人们越来越感到,中西医结合研究若要有所创新,必须具备正确的思路和遵循正确的方法。在此,仅以某些领域里的临床与研究的思路、方法、途径进行探讨。

【辨病与辨证相结合是初步途径】

辨病与辨证的结合是临床开展中西医结合的最为普遍的形式。

1. 证与病的概念 证不只是一个症状或一个综合征群,而是对产生疾病的各方面因素和条件的概括,这些因素结合不同体质表现为各种不同的证。中医的辨证既分析了病变的部位(脏腑辨证)、原因(病因辨证),又分析了它的性质(八纲辨证)等,最后归纳成比症状更接近于疾病本质的“证”,它是致病后机体的一种反应状态。一种证型可见于不同疾病的某个阶段,辨证就是去认识疾病发展过程中某个阶段的具体规律,或者说是致致病后机体的反应状态的属性进行判断;而一旦确定了病变的属性,就能按照中医理论进行针对性的治疗。因此,不管是什么病,凡是出现相同的“证”,就可用同样的治法去处理;而同一种病,在不同阶段或因体质不同,出现不同的证,就要采取不同方法治疗。这也就是“同病异治,异病同治”的道理。

2. 中医辨证与西医辨病相结合 中医、西医是在不同历史条件下发展起来的两种医学理论体系,对病人和疾病这同一个客体,其思维方式、认识手段和应对措施都不同。两者从不同的侧面来观察,以不同的方法来分析,用不同的理论来归纳人体的生理与病理变化,用不同的方法来治疗。它们各自往往注意了一个侧面而忽视了另一个侧面,因此各有所长,也各有所短,中医辨证与西医辨病相结合为相互取长补短提供了基础。在临床上辨病与辨证的具体步骤似以先辨病、后辨证(除非病的诊断未明)为妥。因为明确的病理变化常有其针对性的治疗,如胃溃疡既有良性溃疡,又有癌性溃疡,其早期症状差别往往不明显,在辨病上的出入(辨别的正确与否),可能带来论治上的不同,会直接影响预后。

3. 辨证分型的优缺点 辨病与辨证相结合中,最常用的方法是先诊断是什么病,以后再加以辨证分型,按型论治,如溃疡病常分为气滞型、虚寒型、痰饮型、血瘀型,中医对各个证型都有针对性的治则与方法,比单按西医辨病采用止酸解痉为好。同时也比单按辨证治疗要好。因为其他疾病,如慢性胆囊炎也有气滞型,不同病的气滞证就可以采用略有区别的治法,溃疡病的气滞证若于疏肝理气药里加入制酸药,如乌贼骨、煅瓦楞,效果会更好。同样,慢性胆囊炎的气滞型若于疏肝理气药里加入利胆药,如郁金、金钱草,效果也会更好些。

中医的辨证分型所反映的是患者病变本质的差异,分型目的主要是能对每一个类型给予最有针对性的治疗。例如有单位将100例慢性肝炎分为3种类型,都用丹参注射液治疗

4个疗程,不用其他治肝炎药物,按统一标准考核,结果气滞血瘀型63例中显效者51例(占80.9%),而肝脾湿热型18例中,显效者仅2例(占11.1%);肝肾阴虚型19例中,显效者亦仅5例(占26.3%)。说明这一治疗方案最适合气滞血瘀型的患者,且与丹参具有活血化瘀作用也有关。若能通过辨证分型,对肝脾湿热型与肝肾阴虚型,同样给予针对性的方药,则对整个慢性肝炎的疗效就会有所提高。

4. 中西医病理观点上的结合 中西医病理观点上的结合,较之病证结合更进一步,无论对中西医理论的融合,还是对临床实践的指导,都有更大的意义。例如无黄疸型迁延性肝炎或慢性肝炎,在辨证上多有肝郁气滞或气滞血瘀,用西医的病理改变能很好地解释引起这些证候的原因:肝细胞炎性肿胀以致肝内血流不畅,肝脾肿大,两肋疼痛。这时中医以化瘀理气治疗能收到较好效果。这样,我们对中医慢性肝炎肝郁气滞或气滞血瘀的病变本质,特别是他们的病理改变有了比较明确的认识。再如,当迁延性肝炎或慢性肝炎兼有活动性变化时,实验室检查有转氨酶升高,而患者的中医证型或多或少伴有“热”证或“肝阴不足”的表现,这时采用清热与养阴结合的治疗收效较为明显。从病理改变来认识,肝炎活动期肝细胞损伤引起的转氨酶升高,与临床上中医“热”证或“肝阴不足”证有密切的联系。通过这样从病理观点上的辨病与辨证结合,我们对活动期的无黄疸型肝炎大体上就可确立清热、养阴、理气、化瘀的治疗原则,再结合中医理论对肝病的基本认识和患者具体临床表现处方用药。由于肝炎之病邪属性是湿热,而肝又属刚脏,喜阴柔而忌热性药物,肝炎发展多数有肝阴暗伤或热邪耗阴的表现,因此可选用柔肝养肝之品。病理层面的辨病与辨证的中西医结合,可以帮助我们较深入地了解中医不同辨证分型的本质,确立正确的治疗原则和采取合适的治疗方法。

5. 舍证从病、舍病从证 临床上也有病与证从表面来看是矛盾的,在辨病与辨证结合的时候,有时须舍证从病,有时须舍病从证。

(1) 舍证从病 例如辨病为急性肾盂肾炎,辨证为下焦湿热,理应采用清热(清热解毒药大多有抗菌消炎作用)利湿(利湿药多为利尿排毒)。在应用清热利湿药后,下焦湿热证如尿频、尿路灼热感已不明显,由于清热药的寒性而胃肠略有不适,按辨证此时湿热证已消失,应停用清热利湿药而改用健脾理气药,但这样原来的肾盂肾炎就会很快的复发,所以这时必须“舍证从病”,坚持原有清热利湿治疗,再加用对症治标的健脾理气药,或加用西药,以减少胃肠道不良反应。在尿常规检查、尿培养阴性后1~2周才停清热利湿药。在这一过程中,急性肾盂肾炎的发热、尿频、腰痛、苔黄、脉数是外在的现象,而实验室检查显示的脓尿、菌尿,才真正反映疾病的本质,只有坚持把脓尿、菌尿肃清,急性肾盂肾炎才有可能不转成慢性。

(2) 舍病从证 上消化道出血是内科常见的急症,西医采用各种止血药物治疗。消化道出血后由于陈旧血液停留,大便隐血转阴时间长,吸收热也较多,往往还有轻度氮质潴留,但西医从胃肠动力学认识出发,不愿意用泻药去除陈血,唯恐胃肠蠕动增加,反而激动胃或十二指肠溃疡引起再出血。中医辨证则不然,呕血是胃火旺而上逆,黑便是瘀血内留,瘀血不去则胃中之热仍可上逆。复旦大学附属华山医院对19例上消化道出血并经胃肠钡餐检查证实为胃及十二指肠溃疡的患者,仿古医家的三黄泻心汤(此处泻心即泻火之意)选用以生大黄为主(生大黄、白及各1.5g,每日吞服2~3次)的止血逐瘀法治疗,并与16例以西药止血的对照组患者比较。结果显示,中医止血逐瘀法既能迅速有效地止血,又能及时排除瘀

血,使大便隐血转阴时间缩短,有助于临床判断出血是否仍在继续,这就是“舍病从证”的例子。

【中西医理论指导下的结合】

中西医结合不外乎取中医之所长,取西医之所长,或取中、西医之所长。在结合的过程中,离不开两种医学体系理论的指导作用。

1. 取中医之所长(即侧重以中医理论指导结合) 中医理论具有高度的概括性,容易接触到事物的共性,并着重以运动的观点,从整体上去认识人与疾病的关系,这些都是它的长处。例如对急性胰腺炎(水肿型),西医治疗的主要目的是减少胰腺分泌,使之得到休息,用阿托品之类药物抑制副交感神经,直接减少胰腺分泌,同时胃肠蠕动与消化液分泌也减少,间接减少了对胰腺的刺激;为使胰腺和胃肠的绝对休息,还要采用禁食措施,插上胃肠减压管,患者在疾病的痛苦之上还要加上治疗措施带来的痛苦。同样是对水肿型的急性胰腺炎,中医根据患者腹部剧痛,舌苔黄腻等临床表现,辨证为湿热壅滞,腑气不通,不通则痛。中医理论认为“六腑以通为用”,复旦大学附属华山医院最早从1970年起采取以生大黄为主的辛苦苦降法结合忌油等措施进行治疗,使20例患者迅速痊愈,基本上解除了禁食与胃肠减压。中医采用的方法是主动积极促使胰腺和胃肠的功能在正常的运转中逐步得到恢复,与西医使胰腺、胃肠休息静止的概念恰恰相反。急腹症中肠梗阻、胆道梗阻、尿路梗阻、阑尾梗阻,均为管道组织病变,都可按中医“六腑以通为用”的理论为指导进行中西医结合治疗,这方面天津南开医院进行了大量实践,使不少病人免于手术和胃肠减压治疗的痛苦和不适,疗效也有明显提高。

2. 取西医之所长(即侧重以西医理论指导结合) 西医理论开始来自形态学的观察和功能学的实验研究,对疾病发生发展的认识比较深刻,治疗措施就针对性强,这是它的长处。例如ABO型新生儿溶血症系一种血型抗原免疫后产生的溶血性贫血,由母子间血型不合引起,在妊娠过程中胎盘损伤,胎儿A型或B型抗原通过胎盘刺激母体产生抗A或抗B的抗体,此抗体通过胎盘绒毛膜进入胎儿血循环引起溶血,严重时甚至死亡。该病在同一孕妇所生的新生儿中间常反复出现。按中医传统,妇女一旦怀孕严格禁忌活血化瘀药物,因为从辨证用药的观点看,活血化瘀药可致堕胎。但北京首都医院从该院以活血化瘀药改善免疫性白细胞减少症的经验中受到启发,意识到这一治法具有抑制抗体的作用,可能适用于ABO型新生儿溶血症,于是在曾有新生儿溶血症病史的产妇怀孕4个月后,大胆地持续应用活血化瘀药物(用益母草、当归尾、川芎、木香做成丸药)直至分娩,结果16名产妇服药前后分娩情况对比显示,服药前新生儿发病率76.9%,新生儿存活率45%;服药后新生儿发病率为26.3%,而新生儿存活率则为100%,且无一例有后遗症。作抗体测定的10例次中,显示服药后抗体下降者6例次。当然,活血化瘀药不能用于一般孕妇。

3. 取中、西医之所长(即按中、西医理论各自的长处进行结合) 中西医可以贯穿在诊断或治疗上的各个阶段,可以在病理生理层面上吸取中西医之所长;也可以在疾病发展的不同阶段分别采用中西医之所长;也可以在制订中医处方时体现中西医之所长。例如西医对溃疡病的形成,认为与胃酸分泌过多,或者胆汁反流等因素有关,总之是胃黏膜的屏障功能受到损害。在胆汁反流患者中,胃肠道逆蠕动使幽门括约肌舒缩功能紊乱,胆汁反流入胃,

破坏了胃黏膜的屏障,导致胃窦炎、胃溃疡的形成。西医发现甘草的衍生物——甘珀酸(生胃酮)具有保护胃黏膜屏障免受胆汁反流的损害,但单用此药溃疡愈合消失率不高,且有潴钠引起的水肿、高血压等不良反应。中医认为溃疡病是肝胃不和,以致胃失和降,继而出现虚寒、寒热夹杂、痰饮、血瘀等证型,但以往采取辨证分型治疗愈合消失率也只有30%左右。北京西苑医院综合了中西医各自对溃疡病发病机制和治疗药物作用的认识,在处方上既重用甘草来保护胃黏膜免受胆汁反流作用,又分型论治以改善胃肠的分泌与动力学紊乱,纠正胆汁反流,使胃得以和降。按此原则对100例胃与十二指肠溃疡病进行治疗,使愈合消失率达78%,仅3例患者出现轻度水肿和血压升高,取得了既高于中医,又高于西医的疗效。

疾病的发生和发展多具有阶段性,不同的阶段各有其主要矛盾,针对不同的矛盾,按照中、西医之所长,采用不同的方法加以解决。以往对肝硬化腹水的治疗中西医都用利尿方法,结果腹水消退后容易复发。对于肝硬化腹水,中西药物各有长处,西药利尿作用迅速,见效快,可以采用有针对性的利尿药物先消退腹水;而中药按辨证采用活血化瘀、健脾理气、清热利湿,改善肝脏功能和机体整体状况,使腹水不再复发。采用这样的中西医结合治疗比单用中药或西药都好,达到了中西医药取长补短的目的。

【宏观辨证和微观辨证相结合】

临床依靠望、闻、问、切四诊这种直观的诊察方法收集的信息进行辨证称为宏观辨证。这种辨证通常只注重患者外在的症候及宏观形态或功能的改变,其实任何外在的表现或宏观改变必然有其微观的物质基础,中医的“证”同样如此。微观辨证是指临床上收集辨证素材的过程中引进现代科学,特别是现代医学的先进技术,发挥它们长于在较深层次上认识机体的结构、代谢、功能的特点,将各种实验室检查结果充实到中医的辨证体系中,弥补宏观辨证对病变观察失之笼统的不足,更完整、准确、本质地阐明证的物质基础,也更有利于指导疾病的治疗。宏观辨证和微观辨证相结合,也有利于对一部分“无病有证”的人群开展有的放矢的保健预防工作。在完全正常的健康人和西医所明确诊断的病人之间,存在着一大批处于亚健康的人群,他们有这样那样的症状,但按西医看是“无病可认”;而在中医看来却是“有证可辨”,也“有药可治”。他们或处于病变前期,或存在隐匿病变,或病后还存在一些后遗症的症状,这时就可以发挥宏观辨证的长处,在尚不能检测出具体辨病的时候,根据中医理论对患者脏腑阴阳气血津液的失衡状态作出判断,并给予相应的治疗。

随着现代科学检测方法的普遍应用,老中医也在借助微观的信息来充实临床辨证用药的思路。如上海某名老中医在诊治眼科疾病时,用检眼镜(眼底镜)观察到眼底视网膜呈鲜红色甚至出血,这时治宜清热凉血法;如眼底苍白,则治宜温法;眼底黄斑部水肿,则治宜利水法。另一位名老中医在诊治慢性萎缩性胃炎时,参照胃镜观察到胃黏膜有红、白色相间的病变,就于处方中加入活血化瘀药;胃黏膜活检发现有肠上皮化生等病变,则加入软坚消积类药物,通过这些微观的诊察手段大大扩展了望诊的视野,扩大了宏观辨证的范畴。

中医的“证”有客观的微观物质基础,这已在肾的研究中得到了证明。随着现代科学的进展,我们对人体的形态和功能的研究越来越深入。20世纪60年代初原上海医科大学在对肾阳虚患者的研究中,率先从众多的指标中发现肾阳虚患者尿17-羟皮质类固醇值低下,证实他们肾上腺皮质功能偏低。以后随着美替拉酮(甲吡酮, Su-4885)试验的应用,间接了

解到肾阳虚患者垂体功能也有减退。至 70 年代,放射免疫分析法得到广泛应用,微量激素的测定成为可能,特别在下丘脑的释放激素促甲状腺释放激素(TRH)、黄体生成素释放激素(LHRH)等能够人工合成并用于诊断后,利用这些高灵敏度的检测方法,揭示肾阳虚证不仅下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴存在功能紊乱,而且在其他两条内分泌轴,即下丘脑—垂体—甲状腺与性腺轴也有不同环节、不同程度的隐潜性功能变化存在。研究人员根据上述事实,推论肾阳虚证的主要发病环节可能是下丘脑(或更高中枢)调节功能的紊乱。对肾虚证本质微观研究的成果进一步应用于延缓衰老研究,通过对中青年肾阳虚证患者与老年人作神经内分泌功能的对比研究,观察到中青年肾阳虚证患者的甲状腺与性腺轴的功能与年长他们 20~30 岁的老年人的情况极其相似。说明中青年出现肾阳虚证外貌时,他们机体的下丘脑的衰老钟调节功能可能已提前衰退。从临床表现看,中医辨证为肾虚的中青年其外貌是一派未老先衰的症状,如腰酸耳鸣、脱发齿摇、胫酸膝软、性功能减退等。相对于中青年这种“病理性肾虚”,老年人的自然衰老可以看作是“生理性肾虚”。临床实践证明,补肾治疗对老年人衰退的功能和衰老症状有一定的改善作用,这同样显示了微观辨证对临床的指导意义。

明、清以来中医治疗支气管哮喘的理论是“发时治肺,未发治肾”,说明中医在临床实践中通过以方药测证,已认识到补肾有预防哮喘发作的作用。在对哮喘患者的内分泌功能研究中,发现患者即使无肾虚的临床表现,其肾上腺皮质也有类似肾阳虚的隐潜性变化,即微观辨证仍将其归于肾阳虚范畴。临床上采用温阳片(温补肾阳法)治疗 284 例不论有无肾虚证候,但每年有季节性发作的哮喘患者,取得明显效果。实验研究表明温阳片不但提高下丘脑—垂体—靶腺轴的神经内分泌功能;还可提高抑制性 T 细胞的功能来抑制发作季节血清 IgE 的升高,说明补肾的温阳片预防哮喘的作用与其对神经内分泌及免疫功能的调控有密切关系,再次证实了微观辨证的科学意义。

输尿管结石历来归属于中医五淋中“石淋”,其发病原理如《诸病源候论》所说:“诸淋皆由肾虚而膀胱热也。”既然尿石成因为肾虚积热、热灼津液,按急则治其标的原则应先予清热,使热从下焦而出,这就是通常治疗尿石症的清利之法。但此法对于输尿管结石嵌顿以后伴有肾积水患者的疗效并不佳。中医传统的宏观辨证不能判断患者是否已形成肾积水,而用微观手段如静脉肾盂造影、核素肾图就能确诊。在肾积水患者中,相当一部分有面目虚浮、腰胀痛、怕冷、夜尿多、大便溏薄等肾阳虚证的某些症状,当然并非每个患者都有上述症状,也并非都具有典型肾阳虚症状。但总的说来,输尿管结石患者肾积水形成之后,多数症候由阴虚之热象转为阳虚之寒象。由于肾积水日久会损害肾功能,故西医对此主张积极的手术治疗。而中西医结合专家则在实践中将微观辨证和宏观辨证论治结合起来,采用温肾利水法治疗,经对 100 例输尿管结石嵌顿性肾积水患者观察,治愈率(结石排出、积水消失)为 71%,疗效满意,又免除了患者手术的痛苦。

哮喘患者通过微观辨证发现其存在轻微的或潜在的肾上腺皮质功能低下,用补肾的温阳片可纠正其神经内分泌及免疫功能的紊乱并预防哮喘的季节性发作,因此被认为是隐性肾阳虚;输尿管结石嵌顿性肾积水症由于微观辨证有水液积聚、肾功能受损,用温肾利水法可排石消水,亦考虑属于隐性肾阳虚。这些例子都说明微观辨证在辨识疾病发展过程中仅有微观变化而未能形成临床宏观改变时,对识别所谓隐性的“证”有非常积极的意义。

中医以前用补益心脾、大补气血法治疗慢性再生障碍性贫血(简称“再障”),疗效并不

满意。在了解到这种贫血是骨髓造血功能的障碍后,再仔细审视患者的证候,并运用中医肾主骨生髓,肾藏精,精血同源的理论指导,改用补肾法治疗,疗效就有所提高。近年,河北廊坊中医院在作造血干细胞的培养后,发现再障患者的贫血在微观表现上有不同发病机制,并可用以指导中药的应用。如单纯造血干细胞缺乏者,可用温肾益髓法;细胞、体液免疫异常者,可用滋补肾阴合凉血解毒法;造血微循环异常者,除补肾以外,须加养血活血药。根据骨髓造血微循环的异常而辨证分型,加强了临床用药的针对性,进一步提高了疗效。

当然微观辨证并不能取代宏观辨证,但可以弥补宏观辨证用肉眼来观察事物方法之不足,是对宏观辨证的发展和提高。在微观辨证和宏观辨证不断紧密结合的过程中,可以使辨证论治提高到一个新的水平。

(沈自尹 王文健)

第二章 肾 的 研 究

【概述】

脏象学说是中医理论的核心内容之一。中医以脏腑为基础来阐述人体的生理功能和病理改变,并据此辨明阴阳气血的盛衰,进而确立治疗的原则和选择治疗的方法。脏象,古称之为藏象。元·朱丹溪在《丹溪心法》中说:“欲知其内者,当以观乎外;诊以外者,斯以知其内。盖有诸内者,必形诸外。”明·张景岳在《类经》中注释说:“象形象也,藏居于内,形见于外,故曰藏象。”藏象也就是通过对人体“外”部的形“象”的观察来了解、分析和推测“内”部“藏”器的功能或病变。随着现代科学的发展,我们已不能满足于这种仅仅从粗浅的外部现象来了解内部事物本质的方法,希望用更加科学的手段来揭示中医理论中脏腑所涵盖的生理功能,了解脏腑气血阴阳盛衰变化时其形态、代谢、功能改变的特点,以及阐明中医理论指导下辨证论治中药物的作用机制,这就是中医藏象学说现代研究的目的。

在藏象研究中,对五脏之一肾的研究开展较早,也取得了相当的成果,为其他脏腑乃至整个中医理论的现代研究提供了可借鉴的经验,本章将对用中西医结合的方法开展肾的研究所取得的进展作一简明的介绍。中西医结合肾的研究主要是用现代科学的理论和方法来阐明中医的肾在维持人体生理活动中的作用,探讨肾的气血阴阳失调给机体形态、代谢、功能等方面带来的改变,以及用中药补肾调节阴阳的作用机制。

【从肾虚时机体的代谢和功能改变来推论肾的作用】

由于中医的脏腑不是一个单纯的解剖单位,更多的是作为一组生理功能集合的代名词,或者说是一种功能载体,所以对中医脏象的研究不能照搬现代医学对一个具体器官的研究方法,必须有中西医结合的特色,有自己的思路。其总的特点是结合脏腑病变时机体的改变来间接推论这一脏腑的功能内涵,也就是它的正常生理功能。

1. 从异病同证寻找形成证的机制 临床上常可见到不同疾病发展至一定阶段会出现肾虚见证,这时用补肾调节阴阳法治疗可明显提高疗效,即所谓“异病同治”。异病之所以能同治,是因为它们“同证”:这些患者按照中医辨证,都具有肾虚证,肾虚证就是这些不同疾病的共同病理环节,或者说是这些共同的病理环节构成了肾虚证的基础,而维持这些环节的正常生理状态是肾的职能,补肾调节阴阳的目的就是恢复或维护肾的正常功能。自20世纪50年代末起,当时上海第一医学院藏象专题研究组在不同病种的肾阳虚患者中开始了探索肾虚病理环节的工作。中医历来对肾虚没有一个严格的辨证标准,为了研究工作的科学性和规范化,研究人员在老中医的指导下,确立了入选研究对象肾虚辨证标准:①腰脊酸痛(外伤性除外);②胫酸膝软或足跟痛;③耳鸣或耳聋;④发脱或齿摇;⑤尿后余沥或尿失禁;⑥性功能减退,不孕、不育。