

综 述

中 医 基 础 理 论 研 究 进 展

沈 自 尹

在不到两年的时间里,采用现代科学方法进行中医基础理论研究又有进一步并较深入的进展,从愈来愈多的单位与学者从事中医基础理论研究这一事实,是非常令人欣喜的,这标志着中西医结合在向理论上结合这一高级阶段迅速发展。现将很局限所接触了解的进展情况作一介绍,实不能以此概括全面。(关于舌诊、活血化瘀等方面另有专文介绍)

脏象学说研究

近年来,脏象研究在作为先天之本的“肾”以及后天之本的“脾”方面有较多进展,并开始从阴虚火旺带出“心”火与“肝”火的研究,而且,脏象的本质研究已转入“证”的研究之中,这样,既从临床上阐明“证”是科学的客观存在,又将脏象的本质由科学的语言加以阐发,对目前广泛应用的辨病与辨证相结合以及中西医在理论上的结合以创立新医药学派都具有重要意义。

上海第一医学院⁽¹⁾从1959年以来对“肾”本质的研究中,得到“肾阳虚”证具有下丘脑—垂体—肾上腺轴功能紊乱这一结论,初步说明“证”是有物质基础的。由于证的研究可变因素较多,难度较大,为进一步科学地探索各脏所具证的本质,脏象研究室⁽²⁾按照以下三个条件进行设计:(1)证是临床通过辨别而得,要设立此“证”的统一辨证标准,所选病人是典型而无其它证的夹杂,便于得出明显效果;(2)证是出现于各种疾病中,因此除与正常组相比较,还须设立此病无证的病人加以对比观察,以除外疾病对各项检查指标的影响;(3)证的动态改变应有相应指标的改变,或针对证的治疗也可见相应指标的改善。

由于畏寒肢冷、性功能低下都是肾阳虚主证之一,是否除肾上腺轴外,还与甲状腺轴与性腺轴功能的亚临床变化有关。为此,增加了这两轴的研究,同时将肾阳虚者与65岁以上的老年人(生理性肾虚)作比较。(1)下丘脑—垂体—甲状腺轴(以下简称甲状腺轴)功能观察:14例慢性支气管炎肾阳虚组与12例

同年龄、性别的慢性支气管炎无特别见证组进行甲状腺轴全套测定(T_3 、 T_4 、TSH、TRH兴奋试验)的对比观察,可见肾阳虚组 T_3 低下,TRH兴奋试验半数呈延迟反应,说明其甲状腺轴上有不同环节、不同程度功能紊乱;而无特殊见证组与正常人一样属于基本正常。(2)下丘脑—垂体—性腺(男)轴功能观察:男性10例肾阳虚组与同年龄男性11例性功能减退组(无生殖系统器质性病变,辨证又不够肾虚或阳虚标准)以及同年龄男性10例正常人进行性腺(男)轴功能全套测定(T 、 E_1 、 E_2 /T、LH、LRH兴奋试验)的对比观察,发现肾阳虚组 E_2 与LH均明显高于正常人,LRH兴奋试验也有半数呈延迟反应,而性功能减退组与正常人一样,属于基本正常,可见男性肾阳虚者有性腺轴不同环节、不同程度功能紊乱;而仅有阳痿、早泄症状者性腺轴功能基本正常。(3)老年人与肾阳虚证之比较:平均69岁的老年人I组10例,其甲状腺轴全套测定中出现的异常值,与平均54岁的慢性支气管炎肾阳虚组相比较,无明显差异;平均69岁的男性老年人II组10例,其性腺轴全套测定中出现的异常值与平均39岁的肾阳虚组相比较,甚为类似。而以上各组与正常人或无特殊见证组相比较,则均有显著差异。

由此进一步得到如下结论:(1)肾阳虚证不仅是肾上腺轴有功能紊乱,而是在不同靶腺轴有不同环节、不同程度的功能紊乱;(2)采取轴间平行观察,温补肾阳法治疗后靶腺恢复明显,以及具有间接反映下丘脑功能测定的紊乱,可推论肾阳虚的病理发源地在下丘脑(或更高中枢);(3)由于老年人在甲状腺轴与性腺(男)轴的异常与肾阳虚证甚为类似,因此肾阳虚证的外象意味着下丘脑—垂体—及其某个靶腺上有一定程度的未老先衰。

上海第一医学院妇产科医院⁽³⁾根据《难经》认为肾在“男子以藏精,女子以系胞”,与女子的生殖生理密切相关。以往曾观察到补肾能调整无排卵子宫功能性出血的卵巢功能,近年进一步又采用补肾化痰法治疗

由于下丘脑—垂体—卵巢轴功能失调而致排卵障碍的多囊卵巢综合征。在 133 例由气腹造影证实并经多种治疗无效的患者,获排卵(基础体温呈双相曲线者)110 例,占 82.7%。对 9 例患者(其中 8 例辨证都有肾虚见证)作卵巢轴全套功能测定(阴道涂片伊红细胞指数、尿 FSH 生物测定、LRH 兴奋试验),观察到此 9 例的卵巢功能失调是由于下丘脑功能的障碍,而经补肾化痰治疗后,大多数病人达到排卵,也说明其作用的环节可能主要是调节下丘脑的功能。

上海中医学院中医实验研究室^[4]根据中医理论“肾主耳”(《素问·阴阳应象大论》)、“肾气通于耳,肾和则耳能闻五音”,以及临床见肾虚者有耳鸣、耳聋,抑制肾功能的利尿酸可以造成人和动物耳聋的观察,利用内耳生物电为指标,在实验动物中发现注射醛固酮后,可使利尿酸对内耳生物电的抑制作用明显减弱;而注射醛固酮受体竞争性拮抗剂安体舒通后,可使利尿酸对内耳生物电的抑制作用明显增强。由于利尿酸具有抑制肾脏细胞与内耳血管纹细胞中 ATP 酶作用(血管纹细胞是维持内耳内淋巴环境的恒定),因此提出醛固酮作为联系中医“肾”与耳之间的物质基础的设想。上海中医学院同位素室^[5]等进一步采用放射性同位素示踪技术,给豚鼠注射 ³H-醛固酮后,分别测定 ³H-醛固酮在非靶组织(肾上腺、脾脏、大脑、肌肉)中蓄积时间与量均较低,而在耳蜗组织,尤其血管纹,几乎与靶组织(小肠)有平行的时间变化规律,由于激素在靶组织中的蓄积时间和量远远超过非靶组织,故说明内耳的血管纹是醛固酮作用的靶组织,而醛固酮可能是联系中医“肾”与耳功能的物质基础。

关于肾阳虚与甲皱微循环的关系,上海第一医学院脏象专题研究组等^[6]在肾阳虚组 15 例与无特殊组 12 例之间比较,肾阳虚组的微血管数明显减少与微血管口径明显缩小,而经温补肾阳治疗后,则见相应明显增加与扩大,经统计学处理有显著意义。王氏^[7]在慢性支气管炎 51 例肾阳虚和 12 例无肾虚之间,以及 24 例肺结核肺肾阴虚患者和 35 例正常人之间进行甲皱微循环比较,证明肾阳虚患者的甲皱微循环管襻数目开放较少;在 50 例肾阳虚中进一步发现有 32% 患者对冷水刺激先收缩后扩张的异常反应,而肺肾阴虚患者或正常人均未见此种异常反应,提示肾阳虚患者对冷的应激适应能力差。而且只有尿 17 羟减低的肾阳虚患者才有甲皱微循环速度减慢,经补肾后 17 羟恢复至正常,其甲皱微循环亦相应恢复,因而认为肾阳虚患者甲皱微循环血流速度减慢的原因之一是与肾上

腺皮质功能低下有关。总之肾阳虚证的甲皱微循环改变与血瘀证者不同,其发生或治疗原理亦自不同。

北京中医医院^[8]等从消化系统的分泌、吸收和运动功能方面研究“脾主运化”理论,以及脾虚证的实质,在脾虚证与非脾虚证患者以及正常人之间作了各项指标的对比观察。(1)血清胃泌素值:在 31 例正常人、14 例脾虚证患者和 64 例无脾虚或脾虚兼邪实者中,发现脾虚证患者值比其他两组显著为低。(2)木糖排泄试验:三组(消化系疾病、佝偻病、呼吸道疾病易感者)152 例脾虚证患儿的木糖排泄率比 58 例正常小儿显著为低,三组患儿经健脾治疗 1 个月后,木糖排泄率显著上升。另对成人 43 例脾虚证、38 例肺脾虚证和 7 例脾肾阳虚证患者的测定结果表明,其木糖排泄率亦均比 45 例正常成人显著为低;而 25 例肾阳虚证、23 例气阴两虚证患者与正常成人相比,则无明显差异。(3)胰腺分泌淀粉酶功能测定:88 例脾虚证患者值比 20 例正常人显著为低。以上表明脾虚证者(包括非消化系统疾病患者)所显示的胃、肠、胰整个消化系统功能的减退和紊乱是脾虚证的一般共性。

安徽中医学院^[9]在年龄、性别、病程相当的各种疾病中所划分的两组患者,对照组(无脾虚)51 例、脾虚组 59 例,进行血浆蛋白、血象以及细胞免疫等测定,发现脾虚时机体存在不同程度蛋白质营养不良、低白蛋白血症、贫血、能量代谢不足和植物神经功能失调(以迷走神经亢进为主)。在作细胞免疫功能(Et、Ea、PHA 皮试反应面积)时,采用统计学的直线相关法处理,结果 Et、Ea、PHA 皮试反应面积与血浆白蛋白、血红蛋白含量之间呈正相关, $P < 0.001$,提示脾虚患者的细胞免疫功能降低与机体的低白蛋白血症、贫血等密切相关。因此,认为纠正脾虚病人的低白蛋白血症和贫血,对于提高患者的免疫功能、增强抗病能力和加强愈合过程是有所裨益的。然而,涂氏^[10]等对重症肌无力患者之有脾虚见证者 25 例,作基础胃分泌试验和 ¹³¹碘三油酸酯试验,并与正常人相比较,显示有消化障碍。鉴于重症肌无力有抗胃壁细胞抗体的存在,因此认为本病脾虚的消化系统紊乱是由于免疫障碍所引起。

冯氏^[11]等对 40 例慢性气管炎脾阳虚证患者、40 例其他疾病辨证为脾阳虚证患者和 40 例正常人进行上消化道钡餐透视检查,发现脾阳虚证两个组从西医辨病是迥然不同,而由于同是脾阳虚证表现在胃下垂、胃蠕动波减少、胃排空时间延长颇为一致,组间无明显差异;而此两组与正常人相比较,则均有显著差异。说明脾阳虚证患者胃形态和运动功能明显降低。现代

医学已阐明胃肠道分泌及运动调节失常系由于植物神经功能的紊乱所致,如青海省中医院⁽¹²⁾分析100例脾虚泄泻患者,对其中60例作了植物神经系统功能检查,结果立卧试验阳性33人,红色划痕试验阳性43人,白色划痕试验阳性47人。广州中医学院脾胃研究组⁽¹³⁾在过去发现脾虚患者唾液淀粉酶活性于酸刺激后反下降(国内^(14,15)也有在其他病种的脾虚患者中进行同样的唾液淀粉酶活性测定而得到一致结果的报告)的基础上,在溃疡病脾虚患者经治疗后,当溃疡愈合,脾虚证改善的同时,酸刺激后酶活性下降有所改善;若脾虚证无改善者,则酶活性下降的情况亦无改善。另在脾虚证患者皮肤电位、尿VMA测定、体表胃电波幅均较正常人为低,然脾虚证兼肝郁证患者则以上测定均较正常人为高;而在采取相应的健脾或疏肝解郁治后,上述指标均有不同程度恢复。说明健脾方药可调节脾虚患者植物神经的应激能力。

综上所述,肾本质的研究结果表明,神经—内分泌调节功能障碍的证据在不断增加其比重,尤其是肾阳虚证的病理发源地,通过分析对比,可推论为下丘脑(或更高中枢)功能紊乱。而脾本质的研究结果显示为整个消化道的分泌、吸收、和运动功能障碍为主,至于伴同的植物神经功能及免疫功能紊乱对脾虚发病是原发还是继发,其因果关系和本质的联系,在上述资料中已有所启示,但还需进一步探讨。

1979年上海中医学院生化教研组⁽¹⁶⁾等从各种疾病中,选择符合阴虚火旺证33例,10例属阴虚心火旺,其尿儿茶酚胺均高于正常值,尿17羟与正常值无显著差异;11例属阴虚肝火旺,其尿17羟有9例高于正常值,尿儿茶酚胺与正常值无显著差异;6例阴虚心肝火旺者,其中4例尿17羟和儿茶酚胺均增高。因此提示阴虚火旺患者大多有交感—肾上腺髓质活动增强,阴虚肝火旺患者大多有垂体—肾上腺皮质或肝脏灭活功能亢进。1981年赵氏等⁽¹⁷⁾对同是甲亢患者具有阴虚心火旺16例,阴虚肝火旺13例,阴虚心肝火旺15例,共计44例,与甲亢之非阴虚火旺22例、阳虚7例进行比较,进一步证明阴虚火旺组尿儿茶酚胺以及阴虚肝火旺组尿17羟均高于正常;阴虚心肝火旺组则两项同时增高。在采用以黄连泻心火,龙胆草、黄芩泻肝火的治疗后,甲亢患者不仅阴虚心肝火旺证改善,尿儿茶酚胺及尿17羟亦相应降低,血清T₄亦显著下降。另对高血压病75例按甲亢患者同样分组、同样测定,也得到同上的结论,就是不同心肝火旺证的高血压病患者也出现尿儿茶酚胺或尿17羟的相应增高。30例有胃阳虚心火旺证(即心肾不交)

失眠患者具有尿17羟降低、尿儿茶酚胺增高的特点,其中13例经交泰丸治疗后症状好转,尿17羟与儿茶酚胺测定趋向于正常。如此,从具有心火旺证、肝火旺证的各个病种里都提出了反复验证的资料,对今后研究“心”、“肝”的本质将是一个重要的线索。

气血研究

气血是中医基础理论的一个重要组成部份,气和血是直接温煦与濡养脏腑的物质,虽然对中医的气血本质课题瞩目已久,但目前尚缺少临床实验研究的专题报道。上海第二医学院⁽¹⁸⁾对30例中医辨证为气虚型及血瘀型的冠心病患者,分别测定了心室收缩间期时间(STI)与全血比粘度等,发现气虚型和血瘀型的STI异常率分别为83.3%(15/18)及33.3%(4/12);全血比粘度异常率分别为7.7%(1/13)及66.6%(6/9),其间差异均有极显著意义。可见气虚型的主要改变表现在血液动力学方面,而血瘀型的主要改变则在血液流变学方面。北京中医学院⁽¹⁹⁾对76例冠心病心绞痛具有心气虚的患者,与30例正常人进行比较,其STI和心尖搏动图各项指标的异常改变,提示心气虚者多有不同程度的潜在性心功能不全。其中54例应用生脉散注射液推注1小时,可以改善左心室功能,其正性肌力作用与10例应用西地兰推注对心脏作用相类似。以上两批冠心病心气虚均认为有潜在性心功能不全的结果可以相互印证。邱氏⁽²⁰⁾等进一步通过动物实验,以线粒体的氧化磷酸化指标,发现生脉液复方及其单味中药对线粒体能量代谢的影响表现为明显降低氧化磷酸化效率和解耦联作用,认为这或许和生脉液在临床上能改善患者外周循环和温煦四肢的疗效相应。

脉诊研究

近年来,脉诊研究工作从脉象仪与脉象换能器辨别各种常见脉形图谱,并已逐步开始联系原理进行探讨。复旦大学与上海市高血压研究所⁽²¹⁾协作,通过将弹性腔理论应用于脉图的定量研究,建立了计算心血管动力学有关参数(动脉顺应性与外周阻力等)的无创性检测,通过96例原发性高血压病的各种参数比较,展示高血压病患者随着分期的加重,其动脉顺应性变化远比正常人随年龄发展而加重来得显著,其中以高血压Ⅱ期(均有眼底血管变化或心电图异常)与同年龄组的正常人比较差异最大,故此动脉顺应性的定量性指标,既能反映出动脉弹性的状态,又说明了高血压病是促进动脉硬化形成与发展的重要因素。动脉顺

应性小于1时, 则合并心血管并发症的机会较多, 以1.5为界, 由此可将47例高血压弦脉分为动脉硬化性17例与功能性弦脉30例。弦脉系外周阻力增加, 故而出现“端直以长, 如按琴弦”的脉象感觉, 而32例女性妊娠期滑脉的心输出量增加及外周阻力降低, 完全反映了妊娠期的生理特征, 故而出现“往来流利, 如珠走盘, 应指圆滑”的脉象感觉。中医研究院西苑医院^[22]为探讨高血压弦脉的产生机制, 在8名正常人静脉滴注去甲肾上腺素1分钟内, 可见脉搏图均呈弦脉, 而肌注肾上腺素及口含生姜等试验均未引出弦脉图形, 这与临床所见弦脉级别好转者尿内去甲肾上腺素含量相应减少的结果是一致的。上海第二医学院高血压研究所^[23]同样在动物实验静脉滴注去甲肾上腺素使血压升高, 心输出量减少, 外周阻力增加, 脉图即出现从平脉向弦脉逐步过渡, 当采用扩血管药物(桑寄生注射液)可见心输出增加, 外周阻力降低, 脉图出现了平脉向滑脉的过渡, 因此能从脉象的生物力学意义上论证临床资料的可靠性, 也为脉象的病理生理机能状态研究, 提供了新的探索途径。

殷氏等^[24]以Mx-3型脉象仪和HMx-3C脉象转换器, 从69例正常人脉图的昼夜变化, 确能见到阳气相对旺盛时出现阳脉(滑、大、数), 而阴气相对旺盛时出现阴脉(弦、小、迟), 反映天人相应、阴阳消长的自然规律; 而34例肝火旺而尿17羟升高者和心火旺而尿儿茶酚胺升高者的脉象, 昼夜节律变化减弱或异常。提示脉象变化尚有体液因素参与, 值得进一步研究。

上海市中医门诊部脉象协作组^[25]亦采用上述脉象仪对同见弦脉的55例肝病, 64例高血压病及15例正常人进行比较分析, 可见高血压病的弦脉主峰波及峰中峡高, 可解释为肝阳上亢, 动脉硬化或痉挛使刚性增强的结果; 而肝病则为上升枝时间延长, 可解释为肝脉瘀阻, 血液粘度增高所致。如此可将不同疾病的弦脉特征区分开来, 这不仅有利于临床鉴别, 且为进一步原理研究提供线索。

气 功 研 究

气功是我国传统的身心锻炼法, 它对机体具有多方面的积极调整作用, 故可用于治病强身。邱氏^[26]等报道两组(气功加小剂量降压药与小剂量降压药对照组)共135例4年疗效比较, 说明气功不仅具有即时降压作用, 且有逐年稳定血压作用, 而且对练功者的脑电图与植物神经功能的观察中, 发现练功后能改善大脑功能与纠正机体的异常反应性, 表现自我锻炼能

改造机体内环境的适应性。邱氏^[27]又报道以交叉对比自身对照方法, 对26例高血压病Ⅱ期患者, 练功或休息后多巴胺-β-羟化酶活性进行观察, 发现练功前后降低有显著差别, 而休息前后无明显差别, 说明气功确能降低过亢的交感神经活动, 使失衡的植物神经功能得到调整。王氏^[28]等采用国产HWX-1型热象仪观察到练功过程中红外热象图的图象辉度由暗变亮, 点温度值大幅度上升, 而对照组则变化不明显, 两者有明显的差别, 说明练功过程产生的热量被血流带到体表, 通过皮肤发生红外线辐射。

气功除自我锻炼外, 尚有练功可以“发功”于受功者进行治疗, 被称为“内劲”练功者, 林氏^[29]应用AGA750型热图仪观察练功者在发功时出现高温等温点, 受功者由于相互感应出现少量高温点, 这种感应现象有个体差异, 不敏感的人有积累过程, 须数天后才出现感应效应, 也有人始终没有感觉效应, 看来人体受功是自身能量受激之故。练功者通过特殊训练所发射红外电磁波频率范围究竟有多大, 则有待进一步探讨。

治 法 研 究

扶正固本法之能增强免疫功能已如前述^[1], 有待进一步阐发更为细致的原理。章氏^[30]等选择治疗前血清C₁含量高于正常的肺癌病人(肺癌恶化期C₁量显著高于缓解期或正常人)以及C₁量低于正常的白血病人(白血恶化期C₁量显著低于缓解期或正常人), 进行扶正固本治疗前后C₁动态测定, 观察到扶正固本对C₁发挥了双向调节作用, 而临床症状也好转, 说明扶正祛邪(肿瘤)的一个方面的原理。扶正固本法中益气固表的古方“玉屏风散”防治感冒已有悠久历史, 中国医学科学院病毒学研究所^[31]在6批540人的对比观察中, 确认单服黄芪即有预防作用, 而且在不同条件下进行的28次(1898小白鼠)实验中, 证明黄芪对小白鼠Ⅰ型副流感病毒(仙台)感染确有轻度的保护作用。该所^[32]由于比较了干扰素诱生剂与黄芪的对流感病毒感染的保护作用相似, 进一步在小白鼠实验中证明黄芪本身并不是一种干扰素诱生剂, 而是增加病毒诱生干扰素的能力, 这提示可能作用在组织细胞上。另又观察到感冒易感者服用黄芪后, 对细胞干扰素系统的刺激作用可能与黄芪抑制细胞RNA代谢有关, 而且黄芪具有延长某些原代细胞培养和和人胎肺二倍体细胞株寿命的能力, 可使其寿命长达88~98代(374~465天), 这又说明扶正祛邪(病毒)的另一个方面的原理。以上这些都是激发免疫系统的不同方面的功用。

又如中国医科大学⁽³⁸⁾在20例银屑病及囊肿性痤疮连续服用党参白术茯苓煎剂(党参50克、白术20克、茯苓25克)2周后,不仅临床症状有明显好转,且自然玫瑰花瓣形成率与淋巴细胞转化率、血清免疫球蛋白G亦均有显著升高。广州中医学院⁽¹³⁾通过四君子汤对小白鼠腹腔巨噬细胞功能的研究,发现四君子汤中的单味药党参、白术、茯苓均可提高巨噬细胞的吞噬功能,党参作用最强,当党参、白术、茯苓三药中任何二药相互配伍或三药合用,基本表现相加作用。炙甘草单独应用时并不降低吞噬功能,但与党参、白术、茯苓相配时,当甘草含量达 $\frac{1}{3}$,即可见明显拮抗作用,而 $\frac{2}{3}$ 时则无拮抗作用(四君子汤中甘草含量为 $\frac{1}{3}$,故无拮抗作用),如此,对临床用药有所启示,临床应用四君子汤,着眼点是多方面的,提高机体免疫功能是一个方面。如期望应用四君子汤来提高脾虚患者的免疫功能,一方面可适当加大党参用量,另一方面要尽量减少甘草用量。当然,扶正固本法并不仅在于增强免疫系统,还有对其它各系统的作用,例如温补肾阳法⁽³⁴⁾具有改善能量代谢,类似内分泌素的作用,对心血管、造血、泌尿、呼吸等系统都有显著的作用。而且更重要的是在于补法的正确应用,北京中医学院气血研究室⁽³⁵⁾以益气药(党参、黄芪、黄精),活血药(丹参、赤芍、郁金),益气活血药(兼两者)分别在冠心病患者,观察推注以上药物前后的纤维蛋白溶酶活性的改变。结果单纯活血药增强纤溶酶活性,也即是对防止血栓和促进血液溶解有明显作用;但单纯益气药对纤溶酶活性的作用与活血药相反。可见单纯益气药可能具有促进血液凝固的作用,不利于冠心病的治疗,而最好是与活血药同用。

清热解毒法所应用的清热解毒药物,其药理研究愈来愈多的证据提示它们具有抑菌及减毒两方面的作用,而且更重要的是认为某些清热解毒药的主要作用并非其抑菌作用部分,而系调节免疫功能从而达到解毒作用。上海第一医学院抗菌素研究室⁽³⁹⁾应用穿心莲内酯磺化注射剂治疗各种肺部感染131例,有效率为91.2%,其中包括部分对抗菌素治疗无效的病例。药理研究发现穿心莲制剂的体外抗菌作用微弱,但可增强动物血中中性粒细胞的吞噬功能与影响植物血凝素促进淋巴细胞的转化功能,因此其抗菌机制可能与调节免疫功能有关。如青蒿素是黄花蒿的抗疟有效成分,近又有报告用青蒿素制剂治疗红斑性狼疮、血吸虫病及慢性支气管炎,以及上呼吸道感染发热病人有效。钱氏⁽³⁷⁾等在青蒿素可直接杀灭疟原虫的作用以外,在动物实验中采用四项免疫指标(小鼠足垫试验,淋巴细

胞转化试验,免疫特异玫瑰花试验,溶血空斑试验),发现青蒿素具有显著抑制体液免疫和促进细胞免疫的作用,与环磷酰胺有某些相似之处,因此认为是一种免疫调节剂。王氏报道⁽³⁸⁾,据实验结果,许多清热解毒药都具有明显的拮抗内毒素作用,不论体内实验或体外实验均能肯定其疗效,而目前西药中仅有多粘菌素具有较弱的抗内毒素作用。因此,通过治法及方药研究,已出现一些新的概念。

与20年(1959~1979年)的中医基础理论研究发展的情况相比,这短短两年内的工作可以说是迅速的发展。尤其值得注意的是“证”的本质阐明将是关键性课题,它不仅有利于目前已被广泛应用的辨病与辨证相结合的进一步提高,中西医以共同的语言在一定程度上融会贯通,而且这些新的概念和物质基础的揭示,可能对某些学科的理论 and 概念有重要影响,若果有理论上的创见则新医药学派的出现就为期不远了。

参 考 文 献

- (1) 沈自尹: 中医杂志 10:588, 1979。
- (2) 沈自尹等: 肾虚证的下丘脑—垂体—甲状腺、性腺、肾上腺皮质轴功能的对比观察。内部资料, 1981。
- (3) 李超荆等: 中医“肾”的生理功能与排卵机理的初步探讨。内部资料, 1980。
- (4) 曾兆麟等: 上海中医药杂志 1:2, 1980。
- (5) 上海中医学院同位素室等: ^3H -醛固酮在豚鼠耳蜗和其他组织中的分布——初探醛固酮是中医“肾”和耳联系的物质基础。内部资料, 1981。
- (6) 上海第一医学院脏象专题研究组等: 新医药学杂志 4:20 1976。
- (7) 王 鸿: 中医杂志 21(9):671, 1980。
- (8) 危北海等: 有关脾虚实质的临床观察和实验研究。内部资料, 1981。
- (9) 孙弼纲等: 中医“脾虚”证本质的探讨。内部资料, 1981。
- (10) 涂来慧等: 上海中医药杂志 3:23, 1980。
- (11) 冯庚玮等: 中医杂志 21(4):272, 1980。
- (12) 青海省中医院: 脾实质初步研究之一“脾虚”腹泻100例报告。内部资料, 1979。
- (13) 广州中医学院脾胃研究组: 脾胃学说的研究。内部资料, 1981。
- (14) 第一军医大学生化教研组等: 慢性气管炎脾虚病人唾液淀粉酶活性测定。内部资料, 1976。
- (15) 孟毅: 陕西新医药 8(11):2, 1979。
- (16) 上海中医学院生化教研组等: 上海中医药杂志 5:8, 1979。
- (17) 赵伟康等: 阴虚火旺证的研究。内部资料, 1981。
- (18) 鲍延熙等: 中医杂志 22(4):268, 1981。
- (19) 廖家祯等: 中医杂志 22(6):424, 1981。
- (20) 邱洪法等: 中西医结合杂志 1(1):32, 1981。
- (21) 李惜惜等: 弹性腔理论在脉图中的应用。内部资料, 1980。
- (22) 陈可冀: 中西医结合杂志 1(1):39, 1981。
- (23) 陈德奎等: 弦滑脉的血流动力学分析。内部资料, 1980。

(下转第60页)

是自己的第一手资料, 对一个方药的认识就深刻多了。这样达到循证识方的作用, 倒过来达到由方求证的作用。这是学习《伤寒论》的基本功, 必须切实做好。

4. 类证: 明代宋云公编《伤寒类证》, 将《伤寒论》中证分五十门, 如呕吐门, 头痛门, 以一证为主, 下列旁证及主方, 分别列表; 可以看出如同一呕吐, 有寒热虚实之不同, 有各证之别, 各方之别(见《伤寒全书》)。不过其中有些问题, 后人有过评论。伤寒类方是综合法。伤寒类证是分析法, 以此方法可以达到循证识方, 倒过来也可以达到由方求证, 二者合做则仲景方证自能了如指掌。

试以下利一证为例, 就有寒热虚实之不同, 方随证异:

《少阴篇》: 少阴病, 下利便脓血者, 桃花汤主之。

按少阴病下利便脓血由于里寒, 下焦不约, 是虚寒滑脱, 桃花汤起温涩作用, 其中赤石脂固涩止泻, 但必须得干姜温里散寒, 调节肠的功能及机体的作用, 方能治下利。如果单用固涩未必有效。

同篇: 少阴病, 下利, 白通汤主之。

本条与前条不同, 表示心力虚衰, 此时须用附子以强心。用附子与干姜配合祛寒作用更强。可以振奋机体及肠胃功能; 又葱白有兴奋机体作用, 故白通汤为温阳祛寒而治少阴病下利之方。

《厥阴篇》: 热利下重者, 白头翁汤主之。

同篇: 下利欲饮水者, 以有热故也, 白头翁汤主之。

两条属于热证的下利, 故用白头翁清热解毒, 凉血止利, 辅以黄柏、黄连、秦皮以清热燥湿, 故为治疗热痢的主要方剂。若误用桃花汤, 则关门留寇, 病势就更加严重了。

同篇: 下利谵语者, 有燥屎也。宜小承气汤。

本条下利当是热结旁流, 谵语示有燥屎, 属于里实热证, 故用大黄、厚朴、枳实泻下, 去其燥屎, 是通因通用。

5. 从药测证与从证测药: 既了解某一方的全面作

用; 还须认识某一方中每一药的作用, 这也必须用综合与分析的方法。如附子一药, 集仲景用附子诸方条文在一起, 即可看出仲景用附子主要方面和次要方面。如附子的主要方面为: (1) 脉微或欲绝; (2) 厥冷恶寒; (3) 骨节疼痛; (4) 漏汗不止。其次方面为: (1) 腹痛; (2) 下利; (3) 失精(包括乌头)。明了某一药的作用, 即可理解条文之中证状不具备的是那些, 以此识彼, 以彼识此, 从药以测证, 从证以测药, 这种综合分析的方法, 即为类药。类药的工作, 也必须自己动手做, 下一番功夫, 这样印象深, 记得牢。日人吉益东洞著《药征》即用此法, 可以参考。但也有很大缺点, 即每一汤证, 摘取自认为某药的主证而不录全文。应该录出全文, 在认为主证旁边加圈, 这样更能资信于人。

6. 从单味药的作用基础上理解配伍作用: 单味药的主要作用既能明了, 还须理解它的配伍作用。配伍不同, 作用不同, 主治也不同, 因为一味药同另一味药配伍, 就产生了另一作用。譬如麻黄, 它与桂枝相配伍, 与石膏, 与附子, 与白术, 与连翘, 与杏仁等配伍, 各自起着不同的作用。理解和掌握某一药的配伍作用, 即能理解后世方剂的配伍, 也能自己配伍, 灵活应用, 师古人之法, 而不为古人所拘。

7. 既要分开来看又要合拢来看: 《伤寒寻源·诸家编次》说: “其可定者, 理也法也, 欲读是书先要使六经辨证之法分得开, 分得开, 则一经有一经之定证, 而不为旁议所挠, 可以识病体之常, 又要使六经辨证之法合得拢, 合得拢, 则此经有彼经之兼证而不为疑似所惑, 可以穷病情之变。”

正因为《伤寒论》奠定了辨证论治的基础, 所以我们要认真地加以钻研, 下面介绍几部学习参考书:

(1)《伤寒论今释》陆渊雷著; (2)《伤寒论辑义》丹波元简著; (3)《伤寒论述义》丹波元坚著; (4)《伤寒条辨》方有执著; (5)《伤寒论后条辨》程郊倩著; (6)《伤寒准绳》王肯堂著; (7)《注解伤寒论》成无己著; (8)《明理论》成无己著。

(上接第 77 页)

- (24) 殷文治等: 从脉象的昼夜变化探讨“天人相应”学说。内部资料, 1981。
- (25) 上海市中医门诊部脉象协作组: 肝病、高血压病、正常人弦脉图比较分析。内部资料, 1980。
- (26) 邝安堃等: 中华内科杂志 18(3):187, 1979。
- (27) 邝安堃等: 气功及规律性降压治疗高血压 426 例 1 年疗效比较和气功过程中血浆多巴胺-β-羟化酶活性变化。内部资料, 1981。
- (28) 王崇行等: 上海中医药杂志 6:34, 1980。
- (29) 林雅谷等: 上海中医药杂志 2:36, 1980。
- (30) 章育正等: 上海中医药杂志 1:40, 1980。

- (31) 中国医学科学院病毒学研究所: 中医杂志 21(1):71, 1980。
- (32) 中国医学科学院病毒学研究所: 中医杂志 21(3):227, 1980。
- (33) 宋芳吉等: 新医药学杂志 6:380, 1979。
- (34) 施赛珠等: 中医杂志 22(6):473, 1981。
- (35) 廖家桢等: 新医药学杂志 4:241, 1979。
- (36) 张志林等: 中草药穿心莲的抗感染机制探讨。内部资料, 1981。
- (37) 钱瑞生等: 中医杂志 22(6):463, 1981。
- (38) 王今达: 中西医结合杂志 1(1):43, 1981。