

证的研究

脾胃病寒证和热证本质的探讨

北京医科大学中西医结合研究所临床理论研究室 庞宁海 谢竹藩 钮淑兰 黄月华

内容提要：作者对脾胃病患者134例进行尿儿茶酚胺测定。结果表明：若患者不按寒热辨证分组，其尿中儿茶酚胺排出量均值与正常人接近；而无论何种疾病，其热证组尿中儿茶酚胺排出量均增加，寒证组尿中儿茶酚胺排出量均降低；热证组尿中儿茶酚胺排出量与虚实无关。经中医辨证治疗后，热证组尿中儿茶酚胺排出量有明显降低，寒证组则有明显增高。

寒证、热证是中医辨证施治和鉴别疾病属性的两个重要纲领。我们曾报道测定寒热性质不同患者一般生理指标和尿中儿茶酚胺的含量，初步说明病证的寒热与交感神经—肾上腺系统功能活动有关⁽¹⁾。为进一步了解寒证、热证的本质，我们曾初步观察分析不同寒热证型溃疡病患者尿中儿茶酚胺排出量的变化⁽²⁾，其结果也与以前报道相似。为深入探讨不同寒热证型脾胃病患者交感—肾上腺髓质功能活动，我们在近期内对脾胃病患者134例测定了尿中儿茶酚胺的排出量，并与26例正常人进行比较，现将结果报道如下。

对象和方法

一、病例选择

本组134例患者来自本院门诊及病房，所含病种为慢性胃炎45例，消化性溃疡89例，后者包括十二指肠球溃疡63例、胃溃疡15例、复合溃疡11例，均经纤维胃镜检查明确诊断。年龄17~74岁，男性100例，女性34例。按中医寒热辨证分为三组：寒证组34例，男性20例，女性14例；年龄22~62岁，平均43岁。热证组47例，男性41例，女性6例；年龄17~69岁，平均46岁。无明显寒热证候组53例，男性39例，女性14例；年龄24~74岁，平均46岁。另设正常对照组26例，均为本院健康职工，其中男性4例，女性22例；年龄18~57岁，平均37岁。

二、辨证标准

1. 寒证组 主症：(1)胃脘隐痛或不适，喜暖喜按；(2)形寒肢冷；(3)神疲乏力；(4)舌淡胖嫩，苔薄白润。次症：(1)便溏；(2)脉沉迟或虚软无力；

(3)口淡不渴或喜热饮。须具备主症三项，次症一项以上。本组均属脾胃虚寒的患者。

2. 热证组 主症：(1)舌苔黄腻；(2)胃脘痞满或痛；(3)口干口苦或不思饮。次症：(1)便干或不爽；(2)脉弦滑或数。须具备主症二项（第一项必备），次症一项。本组包括脾胃虚热、湿郁化热、气郁化热及血瘀化热等患者。

3. 无明显寒热证候组 含两型。

脾胃气虚型 主症：(1)胃脘隐痛不舒，喜按；(2)乏力或少气懒言；(3)纳呆食少；(4)舌胖有齿痕或脉虚无力。须具备主症三项。

肝胃不和型 主症：(1)胃脘胀满或痛；(2)烧心或反酸；(3)嗳气或得矢气则舒；(4)性急易怒；(5)舌红脉弦。须具备主症三项。

部份患者兼有湿象，但均无明显寒热证候。

三、尿儿茶酚胺的检测

留尿检测前两日，停用一切可能影响测定效果的药物及食物。由于固定时间的3小时尿儿茶酚胺测定，可以反映24小时尿中儿茶酚胺的变化趋势⁽³⁾，我们采用上午8~11时的尿液，参照AH Anton和MK Shellenberger氏法^(4,5)，用荧光分光光度计分别测定尿中肾上腺素(E)，去甲肾上腺素(NE)和多巴胺(DA)。对部份热证及寒证患者，则分别应用寒凉和温热的方药治疗，待寒热症状消失或改善后，复查尿中儿茶酚胺排出量。

结果与分析

一、全部脾胃病人如不按寒热辨证分组或仅按溃

疡病及慢性胃炎分组, 其尿中儿茶酚胺的排出量见表1。

表1 不同病种患者尿中儿茶酚胺的排出量(μg)

组别	例数	E	NE	DA	E+NE	E+NE+DA
正常对照组	26	2.13 ± 0.28	4.85 ± 0.37	20.04 ± 1.40	6.98 ± 0.49	27.02 ± 1.72
溃疡病组	89	2.20 ± 0.19	4.46 ± 0.24	21.02 ± 0.94	6.66 ± 0.33	27.68 ± 1.12
慢性胃炎组	45	2.20 ± 0.27	5.07 ± 0.26	20.99 ± 1.02	7.27 ± 0.41	28.26 ± 1.34
脾胃病合计	134	2.20 ± 0.16	4.66 ± 0.18	21.01 ± 0.71	6.86 ± 0.26	27.88 ± 0.87

表1所列的材料说明无论是溃疡病患者或是慢性胃炎患者如不按寒热辨证分组, 其尿中儿茶酚胺排出量的均值与正常人接近。所观察的全部脾胃病人如不按寒热辨证分组, 其尿中儿茶酚胺排出量的均值亦与正常人接近。

二、不同寒热证型脾胃病患者尿中儿茶酚胺排出

量与正常对照组比较, 显然可见热证组增高, 寒证组降低。无明显寒热证候组与正常对照组近似。热证组与其他三组比较尿中儿茶酚胺各项指标, 均有显著性差异($P < 0.01 \sim 0.05$)。寒证组与无明显寒热证候组、正常对照组比较, 差异也有显著性($P < 0.01 \sim 0.05$)。(详见表2)。

表2 不同寒热证型脾胃病患者尿中儿茶酚胺的排出量(μg)

组别	例数	E	NE	DA	E+NE	E+NE+DA
热证组	47	3.20 ± 0.28	6.02 ± 0.32	25.45 ± 1.02	9.22 ± 0.40	34.67 ± 1.18
无明显寒热证候组	53	1.94 ± 0.21	4.52 ± 0.22	20.24 ± 1.12	6.45 ± 0.28	26.69 ± 1.23
寒证组	34	1.23 ± 0.21	3.02 ± 0.24	16.07 ± 1.12	4.25 ± 0.30	20.32 ± 1.30
正常对照组	26	2.13 ± 0.28	4.85 ± 0.37	20.04 ± 1.40	6.98 ± 0.49	27.02 ± 1.72

注: 表中数值为 $M \pm SE$ 。E、NE二项因方差不齐, 用数据转换($\sqrt{x+0.5}$)后达到方齐。以下表3、4、5同此。

三、溃疡病患者不同寒热证型尿中儿茶酚胺排出量的变化, 亦可见热证组增高, 寒证组降低。热证组与其他三组比较, 除正常对照组的去甲肾上腺素(NE)外, 差异均有显著性($P < 0.01 \sim 0.05$)。无明显寒热

证候组与正常对照组比较, 其测定结果近似。寒证组与无明显寒热证候组、正常对照组比较, 各项指标都有显著性差异($P < 0.01 \sim 0.05$)。(详见表3)

四、不同寒热证型慢性胃炎患者尿中儿茶酚胺排

表3 不同寒热证型溃疡病患者尿中儿茶酚胺的排出量(μg)

组别	例数	E	NE	DA	E+NE	E+NE+DA
热证组	34	3.04 ± 0.33	5.83 ± 0.40	25.08 ± 1.19	8.88 ± 0.47	33.96 ± 1.28
无明显寒热证候组	32	2.11 ± 0.31	4.25 ± 0.32	20.76 ± 1.75	6.36 ± 0.41	27.12 ± 1.89
寒证组	23	1.09 ± 0.21	2.73 ± 0.26	15.38 ± 1.36	3.82 ± 0.35	19.20 ± 1.59
正常对照组	26	2.13 ± 0.28	4.85 ± 0.37	20.04 ± 1.40	6.98 ± 0.49	27.02 ± 1.72

出量的变化亦可见热证组明显增高, 寒证组降低, 与溃疡病组相似。热证组与其他三组比较, 各项指标均有显著性差异($P < 0.01 \sim 0.05$)。正常对照组与无明显寒热证候组的排出量近似。寒证组与正常对照组、无明显寒热证候组比较, 经统计学处理, 除去甲肾上腺素(NE)及肾上腺素+去甲肾上腺素(E+NE)有显著性差异外, 其他各项的降低无显著性, 这可能与病例数少有关。(详见表4)

从以上结果可见脾胃病者, 不论是溃疡病或慢性胃炎, 尿中儿茶酚胺的排出量都是热证组增加, 寒证组降低, 似可说明这些指标的变化是脾胃病寒证和热证的共性。

五、将全部热证患者47例按虚实分为二组(实证中包括湿郁化热、气郁化热、血瘀化热等), 分别与正常对照组比较, 结果实热证或虚热证患者尿中儿茶酚胺排出量均见增高。经统计学处理, 除去甲肾上腺

表 4 不同寒热证型慢性胃炎患者尿中儿茶酚胺的排出量(μg)

组 别	例数	E	NE	DA	E+NE	E+NE+DA
热 证 组	13	3.59 ± 0.57	6.51 ± 0.43	26.43 ± 2.03	10.10 ± 0.76	36.53 ± 2.67
无明显寒热证候组	21	1.69 ± 0.26	4.93 ± 0.26	19.44 ± 0.98	6.63 ± 0.37	26.07 ± 1.20
寒 证 组	11	1.54 ± 0.48	3.63 ± 0.45	17.51 ± 1.99	5.16 ± 0.50	22.67 ± 2.18
正常对照组	26	2.13 ± 0.28	4.85 ± 0.37	20.04 ± 1.40	6.98 ± 0.49	27.02 ± 1.72

素(NE)及实热组的肾上腺素(E)外,差异均有显著性($P < 0.01 \sim 0.05$)(详见表5)。似可说明脾胃病热证患者尿中儿茶酚胺排出量的增高,与热证的虚实无明显关系而是热证本身的反映。

六、脾胃病热证组及寒证组治疗前后尿中儿茶酚

胺排出量的变化(见表6)。治疗后热证组(21例)儿茶酚胺各项的排出量均有明显降低,寒证组(15例)均有明显增高。经统计学t检验处理,除寒证组的DA外,其他各项的差异均有显著性($P < 0.05 \sim 0.001$)。说明中医药治疗对体内儿茶酚胺的水平有调整的作用。

表 5 实热证和虚热证脾胃病患者尿中儿茶酚胺的排出量(μg)

组 别	例数	E	NE	DA	E+NE	E+NE+DA
实 热 组	30	2.55 ± 0.31	6.05 ± 0.37	25.30 ± 1.21	8.60 ± 0.46	33.91 ± 1.31
虚 热 组	17	4.34 ± 0.46	5.96 ± 0.59	25.71 ± 1.92	10.30 ± 0.70	36.01 ± 2.33
正常对照组	26	2.13 ± 0.28	4.85 ± 0.37	20.04 ± 1.40	6.98 ± 0.49	27.02 ± 1.72

表 6 治疗前后患者尿中儿茶酚胺排出量(μg)比较

组 别	E	NE	DA	E+NE	E+NE+DA
热证组(21例)					
治前~治后均值	$2.42 \sim 1.23$	$6.41 \sim 4.48$	$27.03 \sim 19.61$	$8.83 \sim 5.72$	$35.86 \sim 25.33$
均差值±标准误	$-1.19 \pm 0.49^*$	$-1.92 \pm 0.64^{**}$	$-7.42 \pm 1.99^{**}$	$-3.11 \pm 0.77^{***}$	$-10.53 \pm 2.11^{***}$
寒证组(15例)					
治前~治后均值	$1.09 \sim 2.91$	$3.24 \sim 4.25$	$17.73 \sim 25.69$	$4.34 \sim 7.16$	$22.07 \sim 32.86$
均差值±标准误	$1.82 \pm 0.71^*$	$1.90 \pm 0.40^*$	7.96 ± 4.24	$2.82 \pm 0.74^{**}$	$10.79 \pm 4.42^*$

治疗前后自身对照比较: * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$

讨 论

寒热是中医辨证时对病证基本性质的概括。我们曾报道,交感-肾上腺系统机能活动的减弱或增强,分别为寒证和热证的病理生理学基础⁽¹⁾,并曾证明该系统机能活动的变化不是病证虚实的反映⁽²⁾。为了进一步说明这些变化与寒热的关系,还须排除脏腑的影响。

本文所观察的病例均为脾胃病患者,其属寒证者尿中儿茶酚胺排出量减低,热证者增高,无明显寒热证候者则与正常者接近。既然同为脾胃病,尿中儿茶酚胺排出量的变化如此截然不同,显而易见后者反映的任何一种交感-肾上腺机能状态都不可能是脾胃病

本身的特征。将全部病人合计,不按寒热辨证分组,其尿中儿茶酚胺各项的排出量与正常人如此接近,更可说明这一点。

至于病种的影响,就本文所观察的两种疾病而言,亦出现同样的规律。无论是溃疡病或是慢性胃炎患者,如不按寒热辨证分组,其尿中儿茶酚胺各项指标的排出量均与正常人接近;一旦按寒热辨证分组比较,则寒证者降低、热证者增高的现象即可显现。这说明尿中儿茶酚胺排出量增减所反映的交感-肾上腺机能状态的变化不是这两种疾病的特征,而是与病证的寒热有密切关系。

我们曾报道,尿中儿茶酚胺排出量的变化其关键在于病证的寒热,而不在于病证的虚实⁽³⁾。本文所观

察的脾胃病人中寒证皆为虚寒，但热证病人中既有纯属虚热者，也有因于气郁、湿郁、血瘀所致的实热者。将后者分别与正常人进行比较，其尿中儿茶酚胺排出量均见增高。而同属虚证者，寒热辨证不同，则尿中儿茶酚胺排出量的变化迥异。由此可进一步说明交感—肾上腺机能状态的变化与病证的寒热有关，而非虚实所致。

“寒者热之，热者寒之”，是中医立法处方的一项基本原则。本文所报道的脾胃病人寒证者经热性方药治疗、热证者经寒性方药治疗后，随着临床症状的消失或缓解，再测定尿中儿茶酚胺的排出量均发生相应的变化，即寒证者治疗后增高，热证者治疗后减低，其变化十分明显。这似可说明方药的寒热性质与调整阴阳寒热的偏盛偏衰有关，温热药有提高交感—肾上腺系统机能活动的作用，增加儿茶酚胺类的释放或促进其合成；而寒凉药则能使该系统机能活动减弱，减少儿茶酚胺类的释放或抑制其合成。这与梁氏的报道⁽⁷⁾是相符的。总之，可以初步认为脾胃病的寒热辨证和治疗，似包含了对交感—肾上腺系统机能活动状态的判断和调整。

本文的数据处理承本校第一附属医院医学统计室张清、凌瑞珠医师协助完成，特致谢意。

参 考 文 献

- (1) 梁月华，等。中医寒热本质的初步研究。中华医学杂志 1979; 59:705.
- (2) 庞宁海，等。消化性溃疡的寒热辨证和治疗观察。中西医结合杂志 1987; 7(11):652.
- (3) 马衍，等。3小时尿与24小时尿儿茶酚胺含量的关系。北京医学院第一附属医院 1981~1982年刊:101~102.
- (4) Anton AH, et al. A Study of the factors affecting the aluminum oxide trihydroxyindole procedure for the analysis of catecholamines. J Pharmacol Exp Ther 1962, 138:360.
- (5) Shellenberger MK, et al. A rapid Simplified procedure for simultaneous assay of NE, DA, 5-HT, from discrete brain area. Anal Biochem 1971; 39: 356.
- (6) 谢竹藩，等。从尿中儿茶酚胺及 cAMP、cGMP 的排出量探讨中医寒证、热证的本质。中西医结合杂志 1986; 6(11):651.
- (7) 梁月华，等。寒凉药与温热药对交感神经肾上腺及代谢机能的影响。北京医科大学学报 1987; 19(1):54.

中医中药治疗喉乳头状瘤1例

上海中医学院附属曙光医院 郑 昌 雄

目前，对于喉乳头状瘤的治疗主要采用手术摘除，而用中医中药治疗的临床报道尚属罕见。笔者治疗1例反复发作的喉乳头状瘤患者，疗效满意。现简介如下。

患者女性，42岁。于1984年11月29日就诊。1971年1月在上海某医院经病理切片诊断为“鳞状上皮乳头状瘤，局限性间变”，即行手术治疗。术后病情反复发作，先后共作手术十三次，同时，又用争光霉素肌注、局部作钴⁶⁰放疗、5-氟脲嘧啶喷雾和鸦胆子油涂布等，均未能控制肿瘤复发。由于患者不愿再行手术治疗，遂至我院就诊。诊见咽喉灼热作痛、有紧迫感，口干欲饮，声音嘶哑，胸闷气促，神疲乏力。检查：患者咽部粘膜慢性充血，咽后壁干燥，左声带前、中1/3处有一暗红色的乳头状新生物，如黄豆大小，表面欠光滑，两侧声带活动尚可，闭合时中段有间隙，室带充血明显。舌质红苔薄，脉象细弦微数。证系久病耗伤气阴，痰火结于声门所致。治宜以清化痰火为主。药用：夏枯草12克，海藻、昆布各9克，左牡蛎30克(先煎)，白花蛇舌草18克，象贝母9克，

天花粉9克，天麦冬各9克，知母9克，生地9克，生熟苡仁各12克，大补阴丸12克(包煎)。上药每日1剂，加水适量分二次煎服。

服药后，患者自觉咽喉灼热作干有所改善，但讲话时仍感声音嘶哑，喉头发胀，胸闷气急。检查见左声带乳头状瘤之色泽和形态大小如故。于同年12月11日起，方中去海藻、昆布、生熟苡仁，加丹皮9克、炙鳖甲18克(先煎)、南北沙参各12克，以冀清热泻火养阴之功。1985年1月12日诊见患者讲话时不如前费力，口干胸闷基本消失，但多言时仍感喉部不适。左声带乳头状瘤由暗红色转为淡白色，大小同前，室带充血消退。辨证为痰结未化。于是方中去知母，加茅苈丸12克(包煎)。

此后继续按上述治则治疗，前后共诊18次，服用中药118剂，患者声带恢复正常，检查发现左声带乳头状瘤完全消失，两侧声带表面光滑，活动闭合均佳。经2年多的门诊复查，见患者声音正常，左声带乳头状瘤亦未复发。