

丸滋补肝肾;青蒿鳖甲汤养阴清热除烦,逍遥散疏肝解郁理脾。三方合用化裁,以奏滋肾调肝清虚热之功效,使人体脏腑、气血阴阳之间的失调得以平衡,让女性平安度过更年期。

丁枫副主任医师:更年期即围绝经期,指从接近绝经出现与绝经有关的内分泌、生物学和临床特征起至绝经1年内的期间,前后大约历时5年。围绝经期妇女约1/3能通过神经内分泌的自我调节达到新的平衡而无明显的自觉症状,2/3的妇女则出现一系列性激素减少所导致的症状,即围绝经期综合征。本征内分泌改变的特点是:雌激素分泌减少,而促性腺激素(FSH、LH)的分泌增多。至老年期,雌激素稳定在低水平,促性腺激素也略下降。

临床上有以下几种表现:(1)雌激素分泌减少,致中枢紊乱引起体温调节中枢的失衡,出现皮肤发红、潮热、出汗等植物神经功能失调的症状。(2)雌激素分泌减少,致中枢神经介质代谢失调,如脑5-羟色胺代谢降低,出现失眠、抑郁等神经精神症状。(3)雌激素分泌减少,易致皮肤营养障碍,出现皮肤干燥、皱纹增多,还有乳房及外生殖器萎缩等第二性征减退现象,性生活成功率减少,这些现象使部分妇女自认为缺乏女性魅力,而出现一系列情绪低落、焦虑不安、烦躁易怒等症状。(4)雌激素分泌减少,使机体免疫功能下降,免疫细胞含有多种激素受体,包括雌激素受体,绝经后雌激素下降,妇女的抗病能力下降,实验表明,生理量的雌激素能促进网状内皮免疫功能,增强人体抗感染能力。

另外,雌激素分泌减少,使胆固醇增高,各种脂蛋白增加,但高密度脂蛋白/低密度脂蛋白比率降低,使绝经期妇女易患心血管疾病。统计资料表明,有躯体疾病的妇女易患围绝经期综合征。总之,围绝经期出现卵巢功能衰退,继而下丘脑和垂体功能退化,而下丘脑是调节内分泌的高级中枢,又是植物神经中枢,下丘脑还有免疫调节作用。垂体不同部位也参与免疫调节,如垂体的前叶、后叶为免疫增强区,中叶为抑制区。下丘脑-垂体之间生化联系是相关的激素和神经介质。围绝经期由于激素及神经介质代谢失调,进而影响下丘脑各中枢功能调控失调,导致各种症候。所以,把围绝经期综合征看成是神经内分泌免疫网络整合功能失调是恰当的。治疗上给予中药全面调理,口服雌激素,以期减少或减轻躯体疾病,延缓女性第二性征的衰退,并进行必要的心理辅导,正确认识衰老这一生理过程,防止围绝经期综合征。

徐升阳主任医师:中医妇科学教材中提出的绝经前后诸症一词是很科学的,明确了包括绝经前、绝经后等不同阶段。现代医学过去称更年期,1991年世界卫生组织正式建议将更年期改为围绝经期,因此,更年期综合征也称为围绝经期综合征。

1 围绝经期综合征与营卫不和:营卫不和是张仲景提出的病理概念,其病位在体表肌肤,其病因除风邪袭表外,则是营卫自病,即第153条所谓“卫气不共营气和谐”之证,是内伤所致的虚证,营卫不和的主症有“自汗出”“渐渐恶风”“翕翕发热”。卫气相对虚弱,营阴外泄则汗出;卫阳随汗而散,肌肤失温而恶风,常见于自汗之后;所谓发热,如羽毛裹身,是自觉之热感。绝经前后肾气渐衰,或损于阳,或损于阴,均可反应于体表(因营卫根于肾)而出现营卫不和证。围绝经期综合征有燥热、潮热、汗出、怯冷等症,其机理是:上半身体表血管扩张充血致潮热、潮红,交感神经亢进汗腺分泌而出汗,汗出过后,血管开始收

缩,皮肤血流量减少而发冷,这一组症状是支配上半身体表血管和汗腺的交感神经失调所致。这些症状服桂枝汤有效。动物实验表明,桂枝汤能调节植物神经功能,且其对体温、汗腺的调节呈双相型。由此可见,围绝经期综合征中由植物神经功能失调所致的潮热、潮红、汗出、怯冷的一组症候属营卫不和证。其他证候自当别论。

2 围绝经期综合征与脏躁:经典概念中的脏躁,病位在脏,主要是心、肝,病机是脏阴不足,失于滋润,病性病势为热为虚,主症是“悲伤欲哭”、“数欠伸”。神(心)不能主情则悲,“志倦则欠,体倦则伸”(郑玄)。病在脏在里,与营卫不和不同。以药测证,甘草生津缓急,小麦养心气止烦除热,大枣补虚润燥。《内经》云:“悲则心系急”(《素问·举痛论》),又说“肝苦急,急食甘以缓之”(《素问·脏气法时论》)。从字面上看,本方好象是用以养脾,实则着眼于生津血以缓心肝之急。围绝经期综合征中部分精神神经症状颇象中医的脏躁,有时用甘麦大枣汤取效。

3 围绝经期综合征与神经内分泌免疫网络:在围绝经期综合征与神经内分泌免疫相关的研究中,以神经介质、激素、免疫细胞因子为观察指标,近些年取得了重要结果。上海妇产科医院以益肾泻火(心、肝)方治疗本病有效率92.59%。患者血E₂变化不大,但LH、FSH明显下降。实验研究表明灌药动物下丘脑、垂体、卵巢的雌激素受体(ER)、雌激素受体信息核糖核酸(ER·mRNA)水平显著上升;低水平的血和下丘脑β-内啡肽及低水平脑中缝背核的5-羟色胺(5-HT)均上升(可解释临床烦躁抑郁的消除);下丘脑内代偿性增高的P物质水平下降(可解释烘热消除,LH、FSH下降);脾细胞雌激素受体ER由低升高、诱生的白细胞介素-2(IL-2)和肿瘤坏死因子(TNF)明显上升。这些结果提示益肾泻火方提高全身ER水平而正向调节神经内分泌免疫网络的整合功能。尚有报告,服中药后,随着临床症状的改善,升高的尿儿茶酚胺下降;去势动物灌药后下丘脑升高的去甲肾上腺素、多巴胺下降;小鼠胸腺增重,增强免疫活性细胞提高辅助性T细胞(TH)水平;提高血清IL-2含量,并增强其活性。

下丘脑是神经内分泌免疫网络调节中枢。文献指出,绝经后,丘脑、垂体等中枢神经系统已出现增龄性改变,丘脑中重要的神经元细胞胞体肿胀、皱缩,细胞器丢失,胞核固缩,神经树突变短。下丘脑中神经递质减少,其活性亦降低。胸腺进一步萎缩,淋巴细胞的分化及胸腺素分泌减少。可见围绝经期综合征中神经内分泌免疫网络调控失调有其病理组织学基础。

湖北省武汉市中医医院妇科(430014)

从《临证指南医案》看阴虚证的本质

《临证指南医案》直接产生自临床,对阴虚证本质的研究具有十分重要的价值。阴虚证的本质究竟为何?兹举要明之。

该书《脱》中明指其为“阴液枯槁”、“阴液欲涸”、“三焦厥”中明指其为“阴液枯燥”。《虚劳》中明论其为“阴精损伤”,而“忌投刚燥”;为“阴水内亏,……苟能静养百天,可以充旺”;“劳心营液既耗,气分之热自灼,手足心热,咽干烦渴,多是精液之损,非有余客热”。《中风》中明论“肾阴虚肝风动”为“肾虚液少,肝风内动”,肝肾阴虚为“脏液虚”、“水涸液亏”,而应“滋液救焚”;对“肾阳弱”应“质厚填阴”。

作为胃阴学说的创立者,叶桂对胃阴及其虚之本质的论述

尤应受到重视:《本乘土》中明指其为“胃汁受劫”、“胃汁之枯”。《不食》中明指其为“胃汁全亏”。《噎膈、反胃》中明论肝肾阴虚为“肝阴胃汁枯”、“肝阴胃汁,枯槁殆尽”。显然,胃阴及其虚的本质具体即是“胃分泌的液质”及其减少等。而肝阴亦为液态物质。该书也径称精液为阴精,《症》中明确指出“劳倦伤气,遗泄伤阴”;《咽喉》中指出“阴气走泄为虚”。《虚劳》中指出“阴下注则遗”,且称精液大泄为“肝肾脏阴大泄”。邵新甫在《温热》门后按:“冬伤于寒,春必病温者,重在冬不藏精也。盖烦劳多欲之人,阴精久耗”,而其所载阴精过度耗泄造成阴虚的病例也很多。如《虚劳》中述一病人“肾阴为遗消烁,龙雷不肯潜伏”。《遗精》中述一病人“阴精走泄,阳失依附,上胃为热”。《淋浊》中述一病人“阴未生成早泄,致阳光易升易降,牙宣衄血,为浊为遗。”显然,阴精过泄等所造成的肾阴虚等,其本质总的说来即是簇集蛋白、乳铁蛋白等诸如此类的液态糖蛋白亏乏等。因此,除常用熟地黄、山药、山茱萸、五味子、枸杞子、莲子等“质重味厚,填补空隙”(《虚劳》)外,叶桂才会用阿胶、龟甲胶、鱼胶、淡菜、猪脊髓、人乳、紫河车等“血肉填阴”(《瘕厥》)。这些皆可增加病体内所亏耗的多量阴精糖蛋白等的合成,故曰“填阴”。

胃阴虚、肾阴虚等的本质却如何会是肿瘤坏死因子(TNF),白细胞介素 1(IL-1)等细胞因子呢?实验和临床研究表明,其生物学活性大幅度的升高倒可能是热证本质的一部分[见中国中西医结合杂志 1999,19(3):267],而正如《温热》中所云,“热伤胃津”,“邪热伤阴”,《咳嗽》中指出的,“久热无有不伤阴液”。TNF、IL-1 等可能对胃液等的分泌,某些糖蛋白的合成有抑制作用,对后者之分解则有促进作用。因此,在一些感染性疾病等,其生物学活性大幅度的持续升高是属邪热、热毒之类,是可导致阴虚证的具体因素,本身却显然绝不即是阴液枯竭。

在阴精过度耗泄等所造成的阴虚病人,于阴精糖蛋白等耗亏之后,TNF 等的生物学活性亦常可随之有升高,此则属阴液亏乏后所生之虚热,而治此法当填阴充液,“莫以见热投凉”(《虚劳》)、“俾精充阳潜”(《遗精》)。

《虚劳》中并指出,“大凡热必伤气”,这可以解释在一些感染性疾病等的病程中或病后气虚证的出现。然而我们同样不能认为“热”即气虚证的本质。何况在全未“中邪”,无“有余客热”的情况下,劳倦以及营养不良、缺氧、情志失调等同样也可以造成气虚证。“劳倦伤气”的机理当是能量透支,氧化磷酸化系统等因之亏损,其酶活性降低,线粒体数目减少等。虚证的发生且往往与“先天质薄”(《调经》)有关,而已知的 Bcl-2 基因缺乏鼠也表现典型的肾虚证候(发育不良、形体小、生殖能力低下等)

是反映出了其本质的——对于虚证,一般不仅不能行基因封闭,相反是应促进一些相应基因的表达,乃至行基因增补。

浙江省衢州市技工学校(324000) 徐建华

全息定域选择入药部位

生物体某一部位的特定性状,由于这一部位高活性基因组合的结果,使其在活化程度(包括生物活性物质含量)上表现出与其它部位不同的遗传差异。这种具有不同遗传势的区域性就称为全息定域。全息定域原理应用于中草药入药部位的选择方面,则给出了以某一性状遗传势强(入药成分最富集)的区域组织或部位入药的一般原则。今用叶形全息定域的方法对中草药入药部位的选择作一概括归类,希望能对中草药资源的节约利用有所启示。

根据叶形全息定域,选取有效成分富集的部位入药,为选择确定根、茎、叶或全草等入药提供了依据。按照叶形全息的选择方法,凡叶上部较宽的,其有效成分的含量为地上部分高于地下部分,入药应以地上部分的茎、叶或全草为主。凡叶基部较宽的,其有效成分的含量为地下部分高于地上部分,入药应以地下部分的根或根茎为主。据张承忠等对《中药大辞典》收录的 2719 种中药材的入药部位统计显示,符合叶形全息定域选择的有 2139 种,符合率为 78.68%。对《甘肃中药志》第 1 册收录的中草药统计显示,符合率为 90% 左右,与此相对,对不符合叶形全息定域选择的中草药,按照叶形全息定域的选择方法及试验测定的结果,提出了重新确定入药部位的设想。比如人参,由于其主要滋补成分为人参皂甙,根据人参总皂甙含量测定及叶形全息定域原理推测,其主要入药部位应为地上部分,但传统习惯则是用根,地上部分的茎、叶则弃而不用,这样就造成了人参药材资源的极大浪费。诸如此类情况还有很多,如五加参、常山等药。在中药产业化大力发展的今天,杜绝药材资源的浪费尤为重要。如何利用全息定域原理正确选择入药部位,减少浪费,为中药生产、加工企业指明了节约药源的思路。

全息定域选择入药部位,不但可以扩大中草药用药部位的范围,对合理利用药物资源以及中药资源产业化开发都十分重要,应该引起重视。当然,叶形全息定域选择入药部位还必须结合中草药化学方面的研究成果。叶形的全息划分、叶形与有效成分含量的研究等,也还有待完善,但它的原理已经被现代全息生物学认可,相信它在中草药入药部位的选择和节约资源方面都大有帮助。

宁夏大学农学院医院(750105) 王吉军

(上接第 741 页)

豆状核变性、淋巴瘤、免疫性疾病、感染等所致的脾肿大,最后确诊为班替氏综合征。因患儿出现白细胞、血小板减少等脾功能亢进的表现,建议行脾切除术,因家长拒绝外科手术治疗,转诊中医。

2000 年 1 月 12 日初诊:左肋下痞块,腹痛,纳差,乏力,面色萎黄,神疲,腹略大,脾肋下 9cm,舌质暗红、苔薄白,脉弦数。血小板 $30 \times 10^9/L$ 。辨证为瘀血内结,治以活血化瘀散结。处方:青黛 3g,紫草 9g,乳香 6g,三棱 6g,莪术 6g,威灵仙 6g,赤芍、白芍各 10g,焦山楂

10g,水煎服,20 剂。

2 月 18 日二诊:药后腹痛明显减轻,偶有不适,精神纳食好转,血小板 $90 \times 10^9/L$,体重增加。上方去白芍,加黄精 10g,白芷 6g,20 剂。

4 月 5 日三诊:药后腹痛缓解,体重增加 2kg,血小板正常,脾肋下 6cm。再服 10 剂后,制成小丸,每日 2 次,每次 3g。

12 月 20 日四诊:患儿自服中药来一年中未感冒,体重增至 20kg,精神及食欲好,脾缩至肋下 4cm。血常规:白细胞 $6.3 \sim 8.1 \times 10^9/L$,血小板正常。