

从全息性谈中医证本质研究

李翠娟 巩振东 张喜德

(陕西中医学院中医基础理论教研室, 陕西省咸阳市世纪大道, 712046)

[摘要] 中国传统文化中蕴涵有丰富的全息思想, 全息思想是中医理论的特色, 阴阳、五行、脏腑等都渗透着浓厚的全息思想。证作为中医学认识疾病的理论模型, 同样存在这种全息性。因此, 对中医证本质的研究, 不能忽略证的全息性特征, 一味地运用还原分析的研究方法寻求证的特异性指标, 而应追根溯源, 在深刻了解中医证理论的特征基础上, 建立符合中医学证理论自身特点的科研方法。

[关键词] 证本质; 全息性; 研究思路

现代生物全息理论研究证实, 人体的五脏六腑、目、舌、面、鼻、耳、手、足等都是一个全息元, 是全身结构和功能的一个缩影。而早在两千多年前, 我国传统文化中即蕴涵有丰富的全息思想, 提出了阴阳互藏、五行互藏等理论。证作为中医学认识疾病的理论模型, 同样存在这种全息性。因此, 对中医证本质的研究, 不能忽略证的全息性特征。

1 全息思想是中医理论的特色

中医学在认识人体生命活动及病理状态时, 始终遵循统一性和完整性的原则, 把人体各部分与全身、人体与自然界都有机地联系起来, 作为一个不可分割的整体看待。这种重视人体的统一性、完整性以及与自然界的相互关系的基本理论蕴含了极为丰富的全息思想。尽管中医典籍中没有明确提出“生物全息”这个概念, 但在大量的文献史料中却极为普遍地显现出应用生物全息论的痕迹, 许多重要的学术理论都蕴含着全息思想。

1.1 阴阳五行全息论

阴阳五行学说是古代哲学的重要内容, 古代医家将其引用到医学领域, 并与医学内容结合起来, 成为中医理论体系的有机组成部分, 其中蕴含着显著的全息性特征。

阴阳学说认为, 相互对立的阴阳双方, 任何一方中都蕴含着另一方, 即阳中蕴含着阴, 阴中蕴含着阳。宇宙中任何事物都蕴含着阴和阳两种属性不同的成分或势力, “阳中有阴, 阴中有阳”(《素问·天元纪大论》)。故张介宾在《类经·运气类》中进一步解释说: “天本阳也, 然阳中有阴; 地本阴也, 然阴中有阳, 此阴阳互藏之道。”

五行学说亦认为, 五行中的任何一行, 又有五行可

分。明代著名医家张介宾在他的《类经图翼》一书中, 对五行互藏作出了简明定义, 指出: “五行者, 水火木金土也, ……第人皆知五之为五, 而不知五者之中, 五五二十五, 而复有互藏之妙焉。”认为“五行互藏”, 即是五行中任何一行都包含有其他四行的现象。“五行互藏”是五行学说固有的重要组成部分, 但由于其理义比较深奥微妙, 所以了解它的人并不多, 故张介宾在其书中进一步举例说: “木之有津, 木中水也; 土之有泉, 土中水也; 金之有液, 金中水也; 火之熔物, 火中水也。夫水为造化之源, 万物之生, 其初皆水, 而五行之中, 一无水之不可也。”这种五行互藏的理论, 使五行关系呈现出层次性的特点, 提示五行世界是一个多维度、多层面的立体结构, 对于说明物质世界纵横交错的复杂关系具有重要的意义。

从近年兴起的生物全息论角度来看, “阴阳互藏”、“五行互藏”实质上就是一种典型的全息思想。阴中有阳, 阳中有阴, 在五行的每一“行”中都有整个五行模型的缩影, 因此, 现代又把这种互藏的理论, 简称为阴阳、五行全息论。

1.2 脏腑全息论

“天布五行, 以运万类; 人禀五常, 以有五脏”(《伤寒论·自序》), 把上述这种阴阳五行运用到人体, 则是指五类不同功能属性的脏腑组织器官及其相互间的关系。五脏五行系统中的任何一个脏腑组织器官之内, 既蕴含着不同的阴阳属性, 又皆具有五类不同属性的形质和功能。这就是“阴阳、五行互藏”的人体结构理论。

从宏观的角度来看, “五脏”为阴, “六腑”为阳; 而从微观的角度来看, 无论是“五脏”还是“六腑”, 它们之间又各有其阴阳互转、相生相克的辩证关系。正如《灵枢·寿夭刚柔》所云: “阴中有阴, 阳中有阳, ……内合于五脏六腑, 外合于筋骨皮肤。是故内有阴阳, 外亦有阴阳。”

中医学早在《素问·阴阳别论》中就明确提出：“凡阳有五，五五二十五阳”，张介宾解释说：“所谓凡阳有五者，即五脏之阳也。凡五脏之气，必互相灌濡，故五脏之中，必各兼五气，此所谓二十五阳也”（《景岳全书》卷四）。认为人体的任何一个脏腑组织器官之内，又皆具有五类不同属性的形质和功能，每一脏都为五脏的缩影，每一脏腑既具有本脏腑的功能，还保留着其他脏腑的功能，就是说每一脏都能透射出五脏的影像，每一脏都含有其他脏之气，而每一脏之气又都渗透到其他脏之中，调整着相互之间的关系^[1]。因而从整体意义来说，任何一脏的功能都是不可或缺的，由此进一步提出了“五脏六腑，心为之主”、“肺者，脏之长”、“后天之本在脾”、“先天之本在肾”等理论。这些理论从不同侧面，突出了一脏对他脏的功能影响，构成了“五脏互藏”的全息功能结构。明代周慎斋在《慎斋遗书》中则直接提出了“心之脾胃、肝之脾胃、肺之脾胃、肾之脾胃、脾胃之脾胃”，认为五脏之中，每一脏皆有脾胃。所有这些均体现了人体的脏腑组织器官的全息性，中医的每脏每腑从某种意义上讲都可以为全身之本。

所以说中医的藏象学说不是以解剖单位作为主要基础的，而是概括了机体的整体反应状态，渗透着浓厚的全息思想。西医的一个生理系统的功能，可以分属于中医的几个脏；而中医的一个脏，又包括了西医几个生理系统的功能。因此，中医的任一脏腑既具有自己特化的功能，也存在着“泛器官”的影子，也就是说身体中某一特定功能单位是一个功能密集的中心，为一特化器官，但又同样弥漫全身^[2]。

1.3 证候全息论

中医学不仅在生理上强调整体观念，而且在分析疾病机理时也着眼于整体，注重研究局部病变所引起的整体变化和病理反映，这种在“全息理论”指导下认识人体病理机制的思维方法，使中医的临床实践常采用形其外而知其内的诊断方法，由外象来测知本质，由局部来测知整体，如中医的面诊、舌诊、眼诊、脉诊、尺肤诊等都体现了部分与整体相对应，部分是整体的缩影，以及不同系统之间有着相似性联系等全息思想^[3]。所以作为中医学认识人体疾病病理模型的证，同样存在这种全息性。每个证既是身体某一功能单位的异常，又是全身功能关系失调的表现。以肾阴虚证为例，中医认为，阴阳互根互用，阴中有阳，阳中有阴，肾阴虚必然包含了肾阳虚，所以中医治疗中才有“阴中求阳，阳中求阴”之妙。同理，每一脏中又含有其他脏腑之气，肾阴虚中必然也渗透交融着其他脏的阴虚，故用六味地黄丸治疗肾阴虚证时，除用熟地黄滋补肾阴，用泽泻泄肾

湿浊，还用山茱萸补养肝血，用牡丹皮清泄肝火，用山药补益脾阴，用茯苓淡渗脾湿。补肾阴必须肝、脾、肾三脏同治。如果单纯用补肾阴的药，临床疗效不会好，必须兼顾肝、脾。由此可见，肾阴虚、脾阴虚、肝阴虚是相互渗透，不可绝然分开的。正如《读医随笔·承制生化论》所言：“五脏之气，此亏则彼溢，有互相挹注之势。”五脏之气相互资助，相互制约，一脏有亏则他脏补之，一脏偏亢则另脏制之。因此，中医的每个证与他证之间也是相互交融、相互渗透的，其中蕴含着丰富的全息思想。

2 对中医证本质的探讨不能忽略其全息性特征

证是中医辨证论治的精髓，是理法方药一脉相承的桥梁和关键。近几十年来，证本质研究一直是中医现代化研究最主要的攻关对象。人们试图超越疾病探求证的本质，寻求证的客观指标，实现中、西医学本质上的交汇与融合。

但随着运用还原分析法研究证本质的广泛深入开展，人们发现某些指标的特异性逐渐被否认。一是同一指标变化可见于不同的证。如从 20 世纪 50 年代末到 80 年代初，经过数百次的实验研究发现，肾阳虚证患者尿 17-羟皮质类固醇含量均普遍低于正常人，于是将此指标作为诊断肾阳虚证的特异性指标。但有人通过对脾阳虚证患者 24 小时尿 17-羟皮质类固醇的测定，也得出了低于正常对照组的结论^[4]。其后还有人在对胃阴虚证的研究中，也得出了相同的结论^[5]，这就动摇了将尿 17-羟皮质类固醇作为肾阳虚证特异性指标的地位。二是同一证可见有多系统的指标变化。如脾虚证，为了得到其特异性指标，研究者们利用一切可以利用的方法，从不同方面、不同角度观察了 70 余项生理、生化实验指标，涉及消化、免疫、内分泌、能量代谢、植物神经、造血、泌尿等 10 多个系统。结果表明，这些指标均有异常，但却没有一个是特异性指标。我们曾以“气虚”为关键词，运用中国期刊全文数据库、中国科技期刊全文数据库和人工方法，检索了 1989 年 1 月～2004 年 12 月国内中医期刊、中西医结合期刊和西医期刊 358 种，共检索出有关脾气虚证、肺气虚证、心气虚证的本质研究文献 136 篇。其中脾气虚证 39 篇，肺气虚证 51 篇，心气虚证 46 篇，仔细阅读每篇文献资料，在对三证证本质阳性指标进行统计分析后发现，三证在免疫系统、内分泌系统、自由基代谢系统、血液流变学、微量元素等方面均存在相同的指标变化^[6]。迄今人们尚未能获得有理论指导意义和临床实用价值的某个证的特异性实验指标，这反过来也证实了中医证与证之间的相互渗透、相互交融性。

(下转第 299 页)

片相比,肺不张消失。

按:患者表现为胸闷、憋气、气短、动则加剧,胸部 X 线片及 MRI 结果提示为左上肺叶不张,根据其症状体征,当属胸痹范畴,辨证为胸中大气下陷,络脉瘀滞,故以升陷汤益气升陷;生牡蛎、山茱萸收敛元气;三棱、莪术活血化瘀;酸枣仁汤养血安神。本方攻补兼备,阳升阴应,补虚而不恋邪,祛瘀而不伤正,邪去正复。

3 慢性结肠炎

师某,男,47 岁。2002 年 7 月 16 日初诊。主诉 3 年来腹泻频作,每日 3~5 次,大便溏薄,时有黏液便,肠鸣漉漉,腹部发凉、下坠感,眩晕,心悸,倦怠乏力。自诉平素恶寒,易感冒,纳差,活动时气短、喘促。曾服中西多种药物收敛止泻,疗效甚微。症状时轻时重,反复发作,缠绵不愈。诊见:舌淡、苔白滑,脉寸弱。结肠镜检查示:乙状结肠、直肠见弥漫性红斑及散在点片状糜烂。西医诊断:慢性结肠炎。中医诊断:飧泄;辨证属脾胃虚弱,清气下陷,寒湿内盛。治宜益气升陷,温化寒湿,健脾止泻,方以升陷汤合苓桂术甘汤化裁:黄芪 10g,升麻 10g,柴胡 12g,桔梗 9g,茯苓 12g,桂枝 12g,苍术、白术各 12g,肉桂 6g,仙鹤草 15g,防风 12g,甘草 6g。水煎服,每日 1 剂,14 剂。二诊:腹泻已止,每日大便 1~2 次,成形,肠鸣消失,仍感乏力,纳谷不馨,舌淡、苔白,寸脉弱。此为下陷之清气渐升,湿邪渐化,胃气渐复之象,原方加炒麦芽 30g,14 剂。三诊:患者面色红润,纳食增加,未再感冒,大便成形,每日 1 次,乏力、气短等症状消失,以六君子丸善其后。

按:患者平素饮食生冷,损伤脾胃之阳,又失治误治,迁延日久,清气下陷,终成飧泄,表现为久泻,倦怠乏力,气短,纳差,腹部冷坠感等症状。《素问·阴阳应象大论》云:“清气在下,则生飧泄”,故以升陷汤益气升陷;苓桂术甘汤温化寒湿,健脾利湿;肉桂壮命门之火,温运阳气,治沉寒痼冷以止泻;仙鹤草味辛而涩,有止泻强壮之功。合而用之,补消兼行,使清气得升,脾胃得

健,寒湿得除,则泄泻自止。

4 慢性疲劳综合征

潘某某,男,42 岁,2002 年 6 月 17 日初诊。患者于 1 年前开始出现神疲乏力,胸闷,时有低热,体温波动在 37.2~37.8℃,失眠健忘,头晕头痛,少气懒言,活动后症状加剧,并出现气短,曾到多家医院诊治,理化检查皆无阳性发现,经多方治疗,症状不能缓解。3 年前,患者因工作压力大,饮食不规律,情绪抑郁,而逐渐出现上述症状。诊见:舌淡、苔薄白,脉细弱。诊断:慢性疲劳综合征,辨证为气阴不足,清气不升,络脉瘀滞。处方:生黄芪 15g,升麻 6g,桔梗 5g,知母 10g,山茱萸 15g,太子参 15g,益母草 30g,北五加皮 3g,桑寄生 15g,杜仲 15g,夏枯草 18g,三棱 12g,莪术 12g,水煎服,每日 1 剂,14 剂。二诊:患者服药后诸症有所缓解,低热已退。舌淡苔白,脉细短,原方加茯苓 15g,14 剂。三诊:患者症状明显好转,神疲、健忘改善;胸闷、头痛等症状消失。活动剧烈时仍有气短感。原方加减,间断服药,调治半年,诸症悉平。

按:慢性疲劳综合征的病因尚不明确,主要表现为疲劳,虽经休息亦不能缓解,并伴随失眠健忘,注意力不集中,易于烦躁,心情郁闷,情绪低落,低热缠绵等一组症状群,现代医学尚无行之有效的治疗方法。史老师认为,本病的成因,缘于人体的阴阳气血失衡。患者先天禀赋不足,加之长期劳神思虑,情志抑郁,饮食失节等因素,造成脏腑亏虚,气阴不足,甚则气虚下陷,脉络瘀滞。本病病因复杂,虚中夹实,故治疗宜攻补兼施,以黄芪、知母、升麻、柴胡、桔梗益气升陷;五加皮、杜仲滋补脾肾,强壮筋骨;茯苓健脾和胃,宁心安神;益母草、三棱、莪术活血、祛瘀、通络;夏枯草苦寒清肝,以泻阴火,全方共奏益气升陷,补脏腑,和气血,调阴阳,通经络之功,则诸症消除。

(收稿日期:2008-03-21;修回日期:2009-01-15)

[编辑:洪 涛]

(上接第 297 页)

既然证与证之间相互交融、相互渗透,永远处在一个动态的变化之中,那么对中医证本质的研究,就不能忽略其全息性特征,一味地运用还原分析的研究方法寻求证的特异性指标,而应追根溯源,在深刻了解中医证理论的特征基础上,建立符合中医学证理论自身特点的科研方法。

参考文献

[1]周忠科,刘家强,王米渠.中医证候基因组学研究的探讨[J].中华中医药学刊,2008,26(4):826-827.
[2]李莱田.全息医学大全[M].北京:中国医药科技出版社,

1997;11.
[3]惠六宁,马东华,吉千.中医整体观与全息生物学关系探讨[J].宁夏医学院学报,2001,23(3):221-223.
[4]张祥德.脾虚证尿 17-酮和 17-羟的初步观察[J].中医杂志,1986,27(5):329.
[5]齐清会,吴咸中.胃阴虚证内分泌系统功能状态的观察:腹部手术后和重症急腹症胃阴虚证研究(Ⅱ)[J].中西医结合杂志,1990,10(6):340-342.
[6]李翠娟,巩振东.中医证本质研究存在问题的思考[J].陕西中医学院学报,2006,29(2):1-3.
(收稿日期:2008-09-01;修回日期:2008-12-26)
[编辑:黄 健]