

개회사

안녕하십니까?

대한한의사협회 회장 김 정 곤입니다.

한·중 전통의학 교류와 상호 이해 증진의 장으로 자리매김하고 있는 제 14회 한·중 학술대회에 참여하신 모든 참가자 여러분을 진심으로 환영합니다.



더운 날씨에도 불구하고, 먼 길을 마다하지 않고 찾아 주신 중화중의약학회 조정규 부회장을 비롯한 모든 중국측 참가자 여러분께 감사드리며, 이번 학술대회를 준비하기 위해 애쓰신 중화중의약학회 및 우리 협회 관계자 여러분과 대한한의학회, 사상체질의학회 관계자 여러분께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

이번 학술대회에서는 최근 세계적으로 관심을 끌고 있는 체질의학과 지난 해 세계인을 공포에 떨게 했던 호흡기질환과 관련된 각종 논문이 발표될 예정입니다.

최근 국내외에서 명의 이제마에 대한 재조명이 활발하게 이뤄지면서, 사상체질에 대한 서구의 관심은 날로 증가하고 있습니다. 경험에 근거한 한의학지식이 점차 과학적으로 근거가 있음이 밝혀지면서, 기존 서양의학의 한계를 극복할 수 있는 동양의학의 잠재성에 대한 기대가 높아지고 있습니다.

또한 국가 차원에서 중의학을 활용하여 SARS(중증호흡기질환)나 신종플루와 같은 호흡기 질환을 다스렸던 중국 측의 임상사례는 중국뿐만 아니라 한국과 세계 각국에도 큰 도움이 될 것이라고 생각합니다.

모쪼록 이번 학술대회를 통하여, 사상체질에 대한 심도 깊은 논의가 이뤄지고, 양국의 전통의학을 활용한 호흡기 질환 예방 및 치료의 새로운 전기가 마련되기를 진심으로 기원합니다.

양질의 논문을 발표하기 위해 애쓰신 모든 발제자 여러분의 노고에 깊이 감사드리며, 이번 학술대회를 준비하기 위해 애쓰신 모든 관계자 여러분께도 다시 한 번 감사의 말씀을 드립니다.

제14차 한·중 학술대회의 성공적인 개최를 기원하며, 참석하신 모든 분의 가정에 건강과 평안이 깃드시길 기원 드립니다.

2010. 8. 22

대한한의사협회 회장 김 정 곤

환영사

안녕하십니까?

대한한의학회와 중화중의약학회가 교류를 맺은 지 벌써 16年 이라는 긴 시간이 흘렀습니다. 그동안 많은 학술적인 연구를 통해 가시적으로 유용한 성과들을 이뤄내고 있는 것을 기쁘게 생각하며, 금년 제 14회 한중학술대회 준비에 많은 수고를 아끼지 않으신 대한한 의사협회 김정근 회장님과 사상체질의학회 송정모 회장님, 임원 여러분들의 노고를 크게 치하하는 바입니다.



그동안 한중학술대회는 한국과 중국 두 나라가 다양한 주제를 가지고 심도 있는 연구결과들을 공유, 동양 전통의학이 세계의학의 중심으로 우뚝 설 수 있도록 발전시키는데 중요한 축을 담당해 왔습니다. 또한 한중학술대회는 학문 교류 외에도 양국 전통의학의 특징과 차이점 등을 이해할 수 있는 장으로 활용되어 상호 이해와 우호관계 증진에도 기여한 것으로 높이 평가되고 있습니다.

오늘과 같이 양국의 학술단체간 공동연구가 바로 미래 한의학의 중심 역할로서 한의학의 내용을 보다 풍성하게 만들어 주리라 확신합니다. 그리고 이러한 확신은 우리 한의학이 전 세계의 삶의 질 향상에 크게 기여할 것으로 기대할 수 있게 합니다.

이 대회를 계기로 양국 모두 학술 교류에 더욱 지속적으로 노력하는 한편 우수한 전통의학 처방의 공동연구 개발로 만성질환 및 물질문명의 발전에 수반되어 발생하는 난치병에 대처하고 이를 통해 인류보건에도 기여해야 할 것입니다. 더 나아가 한중학술대회가 역사와 역사를 거듭해서 양국의 학문적 발전과 교류에 매우 중요한 매개로 자리잡아 가길 진심으로 기원합니다.

끝으로 이번 학술대회를 원만하게 개최될 수 있도록 좋은 논문을 준비해 주신 양국의 발표자 여러분들을 비롯해 관계자 여러분들께 깊은 감사를 드립니다.

감사합니다.

2010. 8. 22

대한한의학회 회장 김 성 수

축사

第 14會 韓中學術大會를 위해 中國에서부터 參席해 주신 中華中醫藥學會 曹正逵 副秘書長님과 關係者, 發表者 분들께 感謝와 歡迎의 말씀 드립니다. 또한 保健福祉部 關係者와 大韓韓醫師協會 金正坤 會長님, 大韓韓醫學會 金成洙 會長님을 비롯한 任員陣, 四象體質醫學會 宋一炳, 高炳熙名譽會長님, 參席해 주신 嘉賓께 感謝의 말씀을 드립니다.



韓中學術大會는 1992. 10. 24. 大韓韓醫師協會와 中國 中華中醫藥學會 間에 체결된 “學術交流協定”에 依據하여 每年 韓國과 中國에서 交叉로 開催되고 있으며 이번 大會로 14會 째를 맞고 있습니다. 그동안 韓中學術大會는 韓·中間 傳統醫學交流를 통해 兩國의 傳統醫學의 發展을 이끌어가는데 貢獻을 해왔고 兩國間 相互 理解와 友好를 增進시키는데 寄與하여 왔습니다.

今年 學術大會는 ‘體質醫學과 呼吸器 疾患’을 主題로 하여 韓國의 四象體質醫學會에서 主管하고 있습니다. 體質醫學에 대한 研究는 現在 韓國의 四象醫學과 中國의 中醫體質學을 中心으로 活潑히 進行되고 있으며 이 兩 體質醫學은 全 世界 傳統醫學에 基盤한 體質醫學研究의 中心이 되고 있습니다. 體質醫學은 病症과 治療 方法이 모든 사람에게 同一하게 適用되지 않는다는 觀點에서부터 出發하고 있고, 같은 病이라 하더라도 體質에 따라 治法이 다르게 適用되어야 함을 提示하고 있으며 臨床 適用에 있어서 그 效用性이 立證되고 있습니다.

韓國의 四象醫學은 100餘年 前 東武 李濟馬 先生에 의해 發表된 이래 꾸준히 發展되어가고 있으며 韓國 韓醫學에서 國家考試 科目으로 採擇되어 있고 8개 專門科目 중 하나로 해마다 四象體質醫學 專門醫를 多數 輩出하고 있으며, 四象體質醫學會가 그 學術 및 制度의 中心 役割을 擔當하고 있습니다.

中醫體質學 研究도 中國 政府의 全幅的 支援 아래 活潑하게 研究되고 發展되어가고 있다고 알고 있습니다. 이번 韓中學術大會는 歷史上 처음으로 韓國의 四象醫學과 中國의 中醫體質學을 研究하는 사람들이 한 자리에 모여 體質醫學의 發展을 위해 交流하는 장이라는 점에서 그 意味가 크다고 할 수 있습니다. 이번 大會를 起點으로 兩國의 體質醫學이 서로를 理解하고 體質醫學의 發展을 위해 같이 努力하는 轉機가 마련될 수 있기를 期待합니다. 또한 이를 바탕으로 傳統醫學에 基盤한 呼吸器疾患의 臨床 研究에 많은 成果가 있기를 期待합니다.

이번 韓中學術大會를 準備하는데 苦生을 같이 한 모든 분께 感謝의 말씀을 드리며 이 大會가 成功的으로 마칠 수 있도록 祈願합니다.

感謝합니다.

2010. 8. 22

四象體質醫學會 會長 宋正模

第14回 韓・中 學術大會

대회장	김정곤 대한한의사협회 회장	李振吉 中華中醫藥學會 秘书长
조직위원장	김성수 대한한의학회 회장	曹正達 中華中醫藥學會 副秘书长
공동 집행 위원장 (가나다순)	류은경 대한한의사협회 부회장 조기호 대한한의학회 부회장	송정모 사상체질의학회 회장
집행위원 (가나다순)	고성규 대한한의학회 국제교류이사 김인태 사상체질의학회 총무이사 안택원 사상체질의학회 부회장 이의주 사상체질의학회 부회장 장준혁 대한한의사협회 국제이사	김용석 대한한의사협회 국제이사 송호섭 대한한의사협회 학술이사 이병철 대한한의학회 학술이사 임형호 대한한의학회 기획총무이사
사무국	김기상 국장 유윤숙 팀장	남효주 대리

中國 參加者

중 국 참가자	曹正達 中華中醫藥學會 副秘书长	史利卿 北京中医药大学东方医院 主任
	沈雁鵬 延庆县中医医院 副书记	王少杰 北京大学人民医院 主任
	张纾难 中日友好医院 主任	张洪春 卫生部中日友好医院 处长
	王春玲 北京大学人民医院 护士长	朱燕波 北京中医药大学 主任
	王小岗 卫生部北京医院	李英帅 北京中医药大学
	倪 诚 北京中医药大学 主任	黄 明 迁安市中医医院 副院长
	刘馨雁 中国中医科学院广安门医院 主治医生	刘祖贞 湖南省中医药学会 秘书长
	康凤河 天津医学高等专科学校 副教授	柳景红 湖南中医药大学第一附属医院 书记
	赵国荣 湖南中医药大学 主任	肖四旺 湖南中医药大学第二附属医院 院长
	柏正平 湖南省中医药研究院附属医院 书记	李廷俊 吕梁市中医药研究院 院长
	蔡光先 湖南省中医药研究院 书记	庞姝弘 哈尔滨市中医医院 主任
	郝有亮 吕梁市中医药研究院 顾问	李 丽 山东中医药大学第二附属医院 主任
	朴 日 延边医科学会联合办公室 主任	孙广仁 山东中医药大学 主任
	韩 莉 山东中医药学会 主任	刘 元 广西壮族自治区中医药研究院
	杨小波 广州中医药大学第二附属医院 科副主任	李文琪 广西壮族自治区中医药研究院 研究实习员
	李 嘉 广西壮族自治区中医药研究院	夏建民 北京东方华商文化发展有限公司 总经理

第14回 韓・中 學術大會 Program

時 間	內 容	
08:30 ~ 09:00	登 錄 및 接 受	
09:00 ~ 09:30	開 會 式	
Session I (主題發表 및 一般發表)		
09:30 ~ 10:00	主題發表：四象醫學의 特徵 － 宋正模 四象體質醫學會 會長 －	座長 金鍾悅 (韓國韓醫學研究院) 張紆難 (衛生部中日友好醫院)
10:00 ~ 10:30	主題發表：风哮, 风咳理论及其临床应用 － 张洪春 中国 卫生部 中日友好医院 －	
10:30 ~ 10:50	李濟馬의 四象說과 人間觀 － 宋一炳 慶熙知行韓醫院 －	
10:50 ~ 11:10	王琦教授“体质学思想”应用研究 － 倪 诚 北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心 －	
11:10 ~ 11:30	四象體質 臨床研究 現況에 대한 研究 － 高炳熙 慶熙大學校 韓醫科大學 四象體質科 －	
11:30 ~ 11:50	中医养生学的时代任务 － 李 丽 山东中医药大学 第二附属医院 康复中心 －	
11:50 ~ 13:00	午 餐	
Session II (一般發表)		
13:00 ~ 13:20	氣管支喘息 症狀 患者에 대한 麻黃定喘湯의 安全性과 有效性 評價를 위한 豫備研究 － 朱鍾天 圓光大學校 韓醫科大學 四象醫學教室 －	座長 金達來 (慶熙大 東西新醫學病院) 朱燕波 (北京中医药大学)
13:20 ~ 13:40	肺(间质)纤维化中西医临床治疗研究的若干问题 － 张紆難 卫生部 中日友好医院 中医呼吸科	
13:40 ~ 14:00	四象體質과 慢性閉鎖性呼吸器疾患의 相關性 － 劉準相 尙志大學校 韓醫科大學 四象體質醫學教室 －	
14:00 ~ 14:20	老年肺部感染肺阴伤证的临床观察 － 史利卿 北京中医药大学 东方医院 呼吸科 －	
14:20 ~ 14:40	既存에 提示된 四象醫學的 鍼法에 대한 考察 － 裴孝相 東國大學校 韓醫科大學 四象體質科 －	
14:40 ~ 15:00	亚健康状态人群与中医体质分类的相关性调查 － 杨小波 广东省中医院 －	
15:00 ~ 15:30	休 息	

時 間	內 容	
Session III (一般發表)		
15:30 ~ 15:50	五感型 體質 診斷器機 開發 － 全榮柱 韓國韓醫學研究院 －	座長 朴性植 (東國大 盆唐韓方病院) 張洪春 (衛生部中日友好醫院)
15:50 ~ 16:10	中医体质分类研究与健康管理 － 朱燕波 北京中医药大学 －	
16:10 ~ 16:30	體質病症 運用을 위한 臨床 Guideline － 李義柱 慶熙大學校 韓醫科大學 四象體質科 －	
16:30 ~ 16:50	172例失眠症的体质辨析和调理 － 孙广仁 山东中医药大学 －	
16:50 ~ 17:10	파킨슨병 病態 모델에서 自家 食食作用 活性化를 통한 熱多寒少湯 加減方의 腦神經 保護 效果 － 裴那瑛 大田大學校 韓醫科大學 四象醫學敎室 －	
17:10 ~ 17:30	甲流感中医证治标准的研究 － 蔡光先 世界中医药学会 标准化建设委员会 －	
17:30 ~ 18:00	閉會式	

목 차

口演發表(韓國)

<主題發表>

- 四象醫學의 特徵 3
宋正模

<一般發表>

- 李濟馬의 四象說과 人間觀 7
宋一炳

- 四象體質 臨床研究 現況에 대한 研究 11
高炳熙

- 氣管支喘息 症狀 患者에 대한 麻黃定喘湯의 安全性과
有效性 評價를 위한 豫備研究 13
朱鍾天

- 四象體質과 慢性閉鎖性呼吸器疾患의 相關性 16
劉準相

- 既存에 提示된 四象醫學的 鍼法에 대한 考察 19
裴孝相

- 五感型 體質 診斷器機 開發 23
全榮柱

- 體質病症 運用을 위한 臨床 Guideline 25
李義柱

- 파킨슨병 病態 모델에서 自家 食食作用 活性化를 통한 熱多寒少湯 加減方의
腦神經 保護 效果 27
裴那映

口演發表(中國)

<主題發表>

- 風哮，風咳理論及其臨床應用 33
張洪春

<一般發表>

- 王琦教授“體質學思想”應用研究 39
倪 誠

- 中醫養生學的時代任務 54
李 麗

- 肺(間質)纖維化中西醫臨床治療研究的若干問題 60
張紓難

- 老年肺部感染肺陰傷証的臨床觀察 68
史利卿

- 亞健康狀態人群與中醫體質分類的相關性調查 75
楊小波

- 中醫體質分類研究與健康管理 85
朱燕波

- 172例失眠症的體質辨析和調理 93
孫廣仁

- 甲流感中醫証治標準的研究 100
蔡光先

Poster 發表(韓國)

升陽益氣湯 煎湯液이 老化쥐의 脾臟, 脾臟, 胃臟 細胞의 恒酸化能에 미치는 影響	109
李柱庸, 安鐸源	
少陽人 處方을 活用한 手足冷症 治驗 2例	111
金吾榮, 朴惠善	
四象醫學과 形象醫學의 類型分類의 聯關性에 관한 研究	113
張아름, 全修亨, 朴世貞, 李賢美, 金圭坤, 李鏞泰, 池圭鎔, 李仁仙, 金鍾元	
몽골인 四象體質分類檢査紙의 개발 -信賴度 및 妥當度 研究	115
金璟洙	
四象體質別 血中脂質, 消化酵素 및 甲狀腺 호르몬의 比較 研究	118
具德謨, 崔愛蓮	
四象體質醫學 標準用語 연구	120
李芝源	
四象體質別 初經 및 成長패턴에 대한 研究	122
金奈英, 李宰熏, 辛美蘭, 劉準相	
四象體質敎室의 必要性에 대한 研究	126
李宰熏, 辛美蘭, 金奈英	
東醫壽世保元 新定 處方 藥材의 藥鍼 安全性 有效性 文獻 調査	128
吳丞倫, 金九, 朱鍾天, 張銀洙, 李時雨	
腫瘍患者 治療의 韓藥 安全性	131
徐榮光, 崔元哲, 李壽瓊	
進行性 非小細胞肺癌으로 治療받았던 患者에 대한 乾漆의 安定性 및 效果	133
全晟夏	

Poster 發表(中國)

早發型發作性睡病體質學與証候學研究	139
王少杰, 白文, 戴中, 柳洪胜, 王春玲, 董叢叢, 楊嘉頤	
中医體質辨識, 防治高血壓	147
龐姝弘, 王冬梅, 解志堅	
從《溫病條辨》中的死証理解中医危重症	153
劉馨雁	
衛分証与气分証、營分証IL-6、IL-10變化規律對比研究	160
趙國榮, 肖碧躍, 盧岳華, 艾碧琛, 陳錫軍, 謝靜, 劉克麗, 郝曉元	
吳鞠通溫病治療中的體質辨治初探	169
康鳳河	
通肺淨痰方對慢性阻塞性肺疾病痰熱証免疫功能的影響	175
柏正平, 譚光波, 胡學軍, 傅曙華	
“肺腸合病”大鼠動物模型建立初探	185
高永翔, 鄭旭銳, 楊宇, 叶建紅, 朱素有, 馮賢榮, 張顯明, 周新穎, 劉旺華	
楊栗山《傷寒瘟疫條辨》中的升降散十五方	193
王小崗	
淺談朝医四象医学与溫熱病的關係	199
朴 日	
陽虛、陰虛體質的代謝特征分析	208
李英帥, 王琦	

口演發表 (韓國)

<主題發表>

四象醫學의 特徵
宋 正 模

<一般發表>

李濟馬의 四象說과 人間觀
宋 一 炳

四象體質 臨床研究 現況에 대한 研究
高 炳 熙

氣管支喘息 症狀 患者에 대한 麻黃定喘湯의 安全性과
有效性 評價를 위한 豫備研究
朱 鍾 天

四象體質과 慢性閉鎖性呼吸器疾患의 相關性
劉 準 相

既存에 提示된 四象醫學的 鍼法에 대한 考察
裴 孝 相

五感型 體質 診斷器機 開發
全 榮 柱

體質病症 運用을 위한 臨床 Guideline
李 義 柱

파킨슨병 病態 모델에서 自家 食食作用 活性化를
통한 熱多寒少湯 加減方의 腦神經 保護 效果
裴 那 暎

四象醫學의 特徵

宋正模

又石大學校 四象體質科, 四象體質醫學會 會長

東武 李濟馬에 의해 발표된 四象醫學은 기존의 의학이나 餘他 體質論, 그리고 중국의 中醫體質學과는 다른 韓國 韓醫學이 가지고 있는 獨特한 體系의 體質醫學이라 할 수 있다. 이러한 四象醫學의 特徵에 대해 살펴본 결과는 다음과 같다.

1. 四象醫學이 만들어진 哲學의 背景은 心慾을 節制하여 仁義禮智를 完成하고 社會의 行爲에 있어서 道와 德을 確立한다는 儒學의 理想을 實踐하는 方法으로 知人正己論의 立場에서 體質醫學의 方法論이 導入된 것으로 보인다.
2. 四象醫學의 原理의 바탕은 內經思想을 중심으로 하는 既存의 醫學처럼 陰陽五行說을 바탕으로 하는 것이 아니라 儒學의 思惟와 周易의 易理를 중심으로 形成된 東武의 獨創의 四象說을 바탕으로 하고 있는데, 이는 現狀世界의 四元을 ‘事物心身’이라는 四象으로, 現狀의 裏面에서 作用하는 原理의 存在를 太極과 兩儀(心身)로 說明하고 있는 構造이다.
3. 醫學史의 觀點에서 볼 때 四象醫學의 出現은 ‘辨象論治’ 醫學의 比較的 完整한 體系와 形態의 出現을 意味하며, 이는 既存의 辨證論治 중심의 醫學이 사람의 特性에 關係없이 病證의 特性만을 把握함으로써 看過되었거나 把握되지 못했던 病證을 사람의 體質의 特性을 중심으로 觀察하여 辨象論治함으로써 解決할 수 있다는 觀點에서 提示된 醫學說이라 할 수 있다.
4. 四象醫學의 臟腑論은 ‘上焦, 中上焦, 中下焦, 下焦’라는 四焦概念과 ‘肺脾肝腎’의 四臟 및 ‘胃脘, 胃, 小腸, 大腸’의 四腑의 概念으로 展開되며, 肺脾肝腎 四臟의 機能은 ‘耳目鼻口’ 四官의 情報 受容과 ‘哀怒喜樂’ 性情의 作用에 의해 相互 影響을 주며 生理活動과 病理의 現狀이 일어나는 것으로 說明하고 있다. 따라서 四象醫學은 다른 要因보다도 人間의 社會的 關係에서 드러나는 感情과 知行의 修不修에 따라 健康과 壽命이 影響을 받는다고 強調하고 있는데, 이는 四象醫學이 心身醫學의이며 社會醫學의인 면이 있다고 할 수 있는 부분이다.

5. 四象醫學의體質論은肺脾肝腎四臟의大小關係로規定하고 있는데, 四象體質은先天的으로稟受되는것으로일생동안변하지않는다. 病證은體質에따라固有한特性을가지며 病理 機轉도體質에따라 다르다. 少陽人과 少陰人은‘水穀之氣病證’으로, 太陽人과 太陰人은‘氣液之氣病證’으로說明되어진다. 藥物 또한體質에따라정해져있어서混用되어서는안된다.
6. 四象醫學의治療論은體質의臟腑의‘本常之氣’, 혹은‘保命之主’를回復시키는데焦點이맞추어져있으며 藥物을 통한 病證 管理와 修養 등의非藥物的療法을 통한 管理方法을均衡 있게提示하고있다.
7. 臟腑의大小關係에따른本常之氣의健康 정도는‘命脈實數’의概念으로說明되어지고 있는데, 이를통하여 四象醫學은疾病狀態뿐아니라健康狀態및準健康狀態에서도包括적으로管理하고豫防할수있는未病醫學의精神을提示하고있다.

四象医学的特征

宋正模

又石大学四象体质科，四象体质医学会会长

东武李济马创建的四象医学同现有的医学、其他体质论和中国的中医体质学不同，可以说是韩国韩医学拥有的独特体系的体质医学，针对这种四象医学特征的考察结果如下。

1. 四象医学创建的哲学背景是，作为实践节制心欲、完成仁义礼智、在社会行为中确立道和德的儒学思想的方法，从知人正己论的立场，引入体质医学的方法论。
2. 现有医学是以内经思想为中心，以阴阳五行说为基础的；而四象医学的原理基础则与此不同，四象医学是以儒学的思维和周易的易理为中心形成的东武的独创四象说为基础的，它是将现象世界的四元解释为“事物心身”的四象，将作用于现状裏面的原理存在解释为太极和两仪（心身）的构造。
3. 从医学史的观点来看，四象医学的出现意味着“辨象论治”医学的比较完整的体系和形态的出现。现有的辨证论治为中心的医学只是掌握病证的特性，而不存在与人的特性的关系；而对于其所忽视或者无法掌握的病证，则可以根据人的体质特性为中心观察，采取辨象论治来解决，四象医学可以说是从这一观点出发提出的医学说。
4. 四象医学的脏腑论是围绕着“上焦，中上焦，中下焦，下焦”的四焦概念和“肺脾肝肾”的四脏及“胃脘，胃，小肠，大肠”的四腑概念展开的。“肺脾肝肾”的四脏机能说明了“耳目鼻口”四官的信息接受同“喜怒哀乐”性情的作用相互影响，引起生理活动和病理现状。因此，四象医学强调和其他因素相比，健康和寿命受到人类社会关系中发生的感情和知行的修不修的影响，这是四象医学具有心身医学和社会医学方面的部分。
5. 四象医学的体质论规定了肺脾肝肾四脏的大小关系，四象体质是先天禀受的，一生都不会变化。病证根据不同体质拥有固有的特性，病理机转也根据体质差异有所不同。少阳人和少阴人是“水谷之气病证”，太阳人和太阴人是“气液之气病证”。适合的药物也根据体质差异有所不同，不能混用。
6. 四象医学的治疗论将焦点放在恢复体质的脏腑的“本常之气”或者“保命之主”，提出了均衡地通过药物进行病证管理和通过修养等非药物疗法的管理方法。

7. 根据脏腑的大小关系确定的本常之气的健康程度用“命脉实数”的概念进行说明, 通过这一点, 四象医学不仅能对疾病状态, 还能对健康状态和准健康状态进行综合管理, 提出了预防疾病的未病医学的精神。

李濟馬의 四象說과 人間觀

宋一炳

慶熙知行韓醫院

연구목적

東武公은 『格致藁』 「反誠箴」에서 “太極 心也 兩儀 心身也 四象 事心身物也”라고 말하여 기존 周易의 陰陽과 八卦 中心의 本體論의 解釋에서 太極과 四象 中心의 새로운 形理之取象 精神의 己物論의 易道觀을 제시하고 있다. 儒學의 근본사상은 “修己治人”, “盡己盡物”과 “成己成物”之道에 있다고 말할 수 있는데 東武公은 『東醫壽世保元』 「性命論」에서 己次元의 修己精神인 “天人知行”의 人間觀을 설명하고, 物次元의 修己精神을 설명하기 위하여 “天人性命”의 人間觀을 제시하고 있어 이들이 모두 儒學哲學에 비롯된 人間觀임을 알 수 있다. 또한 東武公은 『東醫壽世保元四象草本卷』 「原人」에서 太極을 心과 “有物有則”, “人性人形”의 一而不二者로 설명하고, 兩儀를 心身과 “知行”, “生成”의 易簡相得者로 설명하며, 四象을 事心身物과 “決覺動止”, “舒卷進退”, “變靜動化”의 세 가지 기능으로 나누어 설명하고 있지만 실제로는 太極과 四象이 결합한 事物現象과 太極과 兩儀가 결합한 心身現象이 두 개가 겹쳐 있다고 생각할 수 있다. 즉, 太極心, 兩儀心身(知行), 事心身物 중, 주체인 “知行”에는 太極의 心과 四象의 事物現象을 조절 관리하는 기능이 있다고 생각하였다. 또한 知行을 心身中心의 易道精神(內在의 易道精神)과 事物中心의 易道精神(外在의 易道精神)으로 분류하고 由己에서 衆同으로 나아가는, 個人養生과 社會養生을 同時에 實踐하는 人間觀을 제시하고 있는 것이다.

본 연구는 『東醫壽世保元四象草本卷』, 『格致藁』, 『東醫壽世保元』 등 李濟馬의 저서에 나타나 있는 四象說과 人間觀과 易道精神을 살펴보고 이를 통해서 五臟 중심의 證治醫學과는 다른 四象醫學(四臟 中心의 體質醫學)의 정체성을 알리는데 도움이 되고자 한다.

방법및절차

본 연구는 李濟馬의 저서인 『格致藁』, 『東醫壽世保元四象草本卷』, 『東醫壽世保元』, 『東武遺藁』 등의 문헌고찰을 통하여 四象醫學을 관통하는 四象說과 四象醫學에서 바라본 人間觀에 대해 살펴보았다.

결과

東武公의 事物에 대한 認識體系는 儒學的 배경에서 나온 事心身物의 要約精神의 認識體系로, 既存 儒學을 上下左右(天地左右), 天人性命, 事心身物 등의 四象類型的 要約精神으로 再解釋하고, 知行論의 人間觀으로 요약, 그의 學問觀으로 제시한 것이다. 또 東武公은 『原人』(건강한 인간)의 추구정신 속에서 人間觀을 설명하고 太極과 兩儀, 四象의 易道의 입장에서, 四臟(肺脾肝腎)중심의 생리현상, 四象人의 臟腑性理를 발견하고 이를 바탕으로 최초로 體質論의 人間觀을 제시하였다. 그리고 東武公은 四臟(肺脾肝腎) 중심의 本常之氣인 命脈實數를 배경으로 體質病證을 완성하여, 正氣中心의 치료의학정신을 제시함으로써 건강의 방법으로 약물에 의존하여 병을 고치는 것이 아니라, 스스로의 知行과 體質管理를 통하여 命脈實數를 도와주고 내재적 생명력을 극대화시켜 관리하는 새로운 치료정신을 제시하고 있다. 비건강인에 대하여서는, 病證을 水穀之氣病證, 氣液之氣病證의 形證病證과 輕重緩急順逆에 따라 쉽게 인식할 수 있는 포괄적 관리정신을 보여줌으로써 體質證과 體質素證, 體質病證을 나누어 已病 단계뿐만 아니라 未病 단계에서부터 건강을 관리할 수 있는 예측의학, 관리의학, 맞춤의학의 정신을 보여주고 있는 것이다. 큰 틀에서 東武公은 己物관계의 균형을 위해 知行의 中道精神을 강조하고 知行을 통해서 생물학적 인간이 생명론적 인간으로 확대되는, 擴大된 己物關係精神을 바탕으로 하는 四象醫學을 제시한 것이다.

李济马的四象说和人间观

宋一炳

庆熙知行韩医院

研究目的

东武公在《格致藁》的《反诚箴》中说“太极，心也，两仪，心身也，四象，事心身物也”，周易的以阴阳和八卦为中心的本体论解释中，提出了以太极和四象为中心的新的形里之取向精神的己物论的易道观。儒学的根本思想可以说是“修己治人”，“尽己尽物”和“成己成物”之道，东武公在《东医寿世保元》的《性命论》中说明了己次元的修己精神“天人知行”的人间观，为说明物次元的修己精神，提出了“天人性命”的人间观，可以了解到这些都是以儒学哲学为首的人间观。另外，东武公在《东医寿世保元四象草本卷》的《原人》里将太极解释为心和“有物有则”，“人性人形”的一而不二者；将两仪解释为心身和“知行”，生成”的易简相得者；将四象解释为事心身物和“决觉动止”、“舒卷进退”、“变静动化”，虽然分为这三种功能进行说明，但实际上太极和四象结合的事物现象同太极和两仪结合的心身现象有所重合。即，太极心，两仪心身(知行)和事心身物中，主体“知行”里有调节和管理太极的心和四象的事物现象的功能。另外，将知行分为心身中心的易道精神(内在的易道精神)和事物中心的易道精神(外在的易道精神)，提出了从由己到众同的，同时实现个人养生和社会养生的人间观。本研究通过分析《东医寿世保元四象草本卷》、《格致藁》和《东医寿世保元》等李济马著书中出现的四象说、人间观和易道精神，希望传播区别于证治医学(以五脏为中心)的四象医学(四脏中心的体质医学)的正体性。

方法及程序

本研究通过对李济马的著书《格致藁》、《东医寿世保元四象草本卷》、《东医寿世保元》、《东武遗藁》等文献的考察，从贯通四象医学的四象说和四象医学角度，研究了人间观。

结果

东武公对事物的认识体系作为从儒学背景出发的事心身物的要约精神的认识体系，将现有的儒学重新解释为上下左右(天地左右)，天人性命，事心身物等四象类型的要约精神，归纳出知行论的人间观，并作为他的学问观提出来。并且，东武公在《原人》(健康的人类)的追求精神中，说明了人间观，从太极、两仪和四象的易道角度，发现了四脏(肺脾肝肾)中心的生理现象和四象人的脏腑性理，并以此为基础提出了最初的体质论的人间观。另外，东武公以四脏(肺脾肝肾)为中心的本常之气-命脉实数为背景，完成了体质病症，提出了正气中心的治疗医学精神，指出健康的方法不能依靠于药物治疗，而是通过自身的知行和体质管理，帮助命脉实数，将内在生命力发挥到最大，提出了新的治疗精神。对于不健康的人，提出了根据水谷之气病证、气液之气病证的形证病证和轻重缓急顺逆，简单认识病证的总体管理精神；将病证分为体质证、体质素证和体质病证，提出了不仅在已病阶段，而且从未病阶段就可以管理健康的预测医学、管理医学和对症医学的精神。从大的框架来看，东武公为保持己物关系的平衡，强调了知行的中道精神，提出了通过知行，从生物学人类扩大到生命论人类，以扩大的己物关系精神为基础的四象医学。

四象體質 臨床研究 現況에 대한 研究

-四象體質醫學會誌와 海外學術誌를 中心으로-

高炳熙, 張賢壽, 李義柱, 李俊熙

慶熙大學校 韓醫科大學 四象體質科

1. 研究目的

四象體質醫學會誌와 海外學術誌에 掲載된 四象體質 臨床研究들의 特徵을 살펴보는 것을 目的으로 함.

2. 方法 및 節次

1989년부터 2009년까지 發行된 四象體質醫學會誌 論文 812篇과 2000년부터 2009년까지 海外學術誌에 掲載된 四象體質關聯 論文 37篇을 살펴보았다. 그 中 四象體質醫學會誌의 論文中 402篇과 海外學術誌에 掲載된 論文中 14篇이 臨床研究와 關聯되어 있었으며, 이 論文들을 ‘臨床’의 下部分類로 ‘證例’ ‘患者群’ ‘患者-對照群研究’ ‘單面研究’ ‘臨床試驗’로 나누었다. 이는 기존의 정의에 따라 分類하였다. 上記 定義에 配屬되지 않는 것을 其他研究로 分類하였다. ‘其他研究’는 다시 ‘體質群 研究’ ‘體質診斷 研究’ ‘湯證 研究’ ‘其他’로 나누었다.

3. 結果

1. 四象體質醫學會誌의 論文들을 통한 調査에서 臨床研究 中에는 其他研究가 가장 많았다. 其他研究 中에는 體質群 研究가 가장 많았다.
2. 四象體質醫學會誌의 論文 中 가장 많이 活用된 體質診斷 方法은 專門家에 의한 體質診斷과 QSCC를 利用한 體質診斷이다.
3. 四象體質 臨床研究를 隨行한 研究機關들의 體質診斷方法 活用個數는 2가지 以內가 291件(85. 5%) 이다.
4. 海外學術誌에 掲載된 四象體質關聯 論文中 實驗研究가 가장 많았다.
5. 海外學術誌에 掲載된 四象體質關聯 臨床 研究 中 其他研究가 가장 많았으며 그 中 體質診斷 研究가 가장 많았다.
6. 向後 疾患別 臨床研究 活性化가 必要할 것으로 思料된다.

针对四象体质临床研究现状的研究

-以四象体质医学会专刊和海外学术专刊为中心-

高炳熙, 张贤寿, 李义柱, 李俊熙

庆熙大学 韩医科大学四象体质科

1. 研究目的

本文以研究四象体质医学会专刊和海外学术专刊登载的四象体质临床研究的特征为目的。

2. 方法和程序

收集了从1989年到2009年发行的四象体质医学会专刊的812篇论文和从2000年到2009年海外学术专刊登载的37篇四象体质相关论文。其中四象体质医学会专刊的论文中有402篇, 海外学术专刊登载的论文中有14篇同临床研究有关, 把这些论文按照临床的下属分类分为“例证”、“患者群”、“患者-对照群研究”、“单面研究”和“临床试验”, 这是依照于现有定义的分类。不属于上述定义的则归类为“其他研究”, 而“其他研究”中又分为“体质群研究”、“体质诊断研究”、“汤证研究”和“其他”。

3. 结果

1. 通过对四象体质医学专刊的论文调查, 发现临床研究中的其他研究最多, 而其他研究中体质群研究最多。
2. 四象体质医学专刊的论文中运用最多的体质诊断方法是依靠专家进行体质诊断和利用QSCC的体质诊断。
3. 进行四象体质临床研究的研究机关使用的体质诊断方法为2种以内的有291家(85.5%)。
4. 海外学术专刊登载的四象体质相关论文中实验研究最多。
5. 海外学术专刊登载的四象体质相关临床研究中其他研究最多, 其中体质诊断研究最多。
6. 今后有必要加强针对不同疾病的临床研究。

氣管支喘息 症狀 患者에 對한 麻黃定喘湯의 安全性과 有效性 評價를 爲한 豫備研究

朱鍾天¹, 金九¹, 吳丞倫¹, 李時雨²

¹圓光大學校 韓醫科大學 四象體質科

²韓國韓醫學研究院 體質醫學臨床研究中心

目的

東醫壽世保元의 太陰人 哮喘證을 治療한다고 記載된 麻黃定喘湯의 安全性과 有效性을 理學的 器機와 症狀 評價 道具를 利用하여 確認하는 것이다.

方法 및 節次

喘息 또는 기침(咳嗽) 症狀이 있는 支援者 53名 中 太陰人 體質이며, 選定 基準에 合當한 26名을 對象으로 麻黃定喘湯 1貼을 하루에 3回 나누어 2週間 投與하였다. 麻黃定喘湯 投與前, 投與中, 投與後에 肝機能 檢査, 腎臟機能 檢査, 肺機能 檢査, 體性分 檢査, 喘息 重等度 評價基準(Clinical Asthma Measurement Scale in Oriental Medicine-V, CAMSOM-V), 喘息患者의 삶(生)의 質 評價를 爲한 設問(Quality of Life Questionnaire for Adult Korean Asthmatics, QLQAKA)을 施行하고 分析하였다.

結果

1. 麻黃定喘湯 投與群은 僞藥 投與群과 比較하여 投與 前後에 肝機能 및 腎臟機能에서 有意한 差異가 없었다.
2. 麻黃定喘湯 投與群은 僞藥 投與群과 比較하여 投與 前後에 喘息 重等度 評價基準에서 有意한 好轉을 보였다.
3. 麻黃定喘湯 投與群은 僞藥 投與群과 比較하여 投與 前後에 삶(生)의 質 評價 設問에서 有意한 差異가 없었다.

結論

麻黃定喘湯은 肝과 腎臟에 安全하며, 喘息의 症狀 改善에 有意한 效果가 있다.

主題語：太陰人, 麻黃定喘湯, 喘息, 安全性, 有效性

为评价麻黄定喘汤对喘息性支气管炎 状态患者的 安全性和有效性而进行的预备研究

朱钟天¹, 金九¹, 吴丞伦¹, 李时雨²

¹圆光大学 韩医科大学四象医学科

²韩国韩医学研究院体质医学临床研究中心

目的

利用物理器械和症状评价工具, 确认东医寿世保元中记载的治疗太阴人哮喘证的麻黄定喘汤的安全性和有效性。

方法和程序

在53位有哮喘和咳嗽症状的报名者中, 选定是太阴人体质且符合研究标准的26位研究对象, 让这些研究对象每天分三次服用一剂麻黄定喘汤, 服用两周时间。在服用麻黄定喘汤之前、服用期间和服用后, 进行肝功能检查、肾脏功能检查、肺功能检查、体成分检查、哮喘的重等度评价标准(Clinical Asthma Measurement Scale in Oriental Medicine-V, CAMSOM-V)和评价哮喘患者生活质量的问卷调查(Quality of Life Questionnaire for Adult Korean Asthmatics, QLQAKA), 并进行分析。

结果

1. 麻黄定喘汤组和胃药组相比, 服药前后, 肝功能和肾脏功能没有有意的差异。
2. 麻黄定喘汤组和胃药组相比, 服药前后, 哮喘重等度评价标准显示有意义的好转。
3. 麻黄定喘汤组和胃药组相比, 服药前后, 在评价哮喘患者生活质量的问卷调查中没有有意的差异。

结论

麻黄定喘汤对肝功能肾脏功能是安全的, 对改善哮喘症状有效果。

关键词：太阴人、麻黄定喘汤、哮喘、安全性、有效性

四象體質과 慢性閉鎖性呼吸器疾患의 相關性

劉準相¹, 高相伯², 朴鍾龜²

¹尙志大學校 韓醫科大學 四象體質醫學教室 教授, 四象體質醫學會 理事

²延世大學校 原州醫科大學 豫防醫學教室 教授

研究目的

四象體質과 慢性閉鎖性呼吸器疾患의 相關性을 알아보고 體質에 適合한 養生法을 提示하기 위함이다.

研究方法 및 節次

2007년 10월29일부터 2008년 2월25일까지 江原道 原州市와 平昌郡에서 施行된 保健福祉家族部 疾病管理本部의 支援의 地域社會 平生健康管理事業인 地域遺傳體 코호트 事業에 參與한 40세이상 70세이하의 男性 608명과 女性 937명, 총 1545명을 對象으로 하였다. 四象體質音聲分析器, 簡易設問紙, 顔面寫眞 등을 참고하여 四象體質을 診斷하였고, 慢性閉鎖性呼吸器疾患은 肺活量測定器를 통해서 구해진 FEV1과 FVC를 이용해 GOLD(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)의 基準에 따랐다. 分析에서는 四象體質에 따른 慢性閉鎖性呼吸器疾患의 有病率, 身長, 體重, 飲酒, 吸煙, 月收入, 教育, 結婚有無 등 關聯要因을 分析하였다.

結果

男性에서는 慢性閉鎖性呼吸器疾患의 分布가 少陰人 16.7%, 太陰人 10.4%, 少陽人 8.9%로 나타났고, 女性에서는 少陰人이 2.9%, 少陽人이 2.2%, 太陰人이 1.5%로 나타났다. 關聯要因을 살펴볼 때, 性別로는 女性이 男性에 비해 危險도가 0.173으로 낮은 편이고, 年齡은 40대에 비해 60대가 危險도가 3.978로 有意하게 높았다. BMI(身體質量指數)가 23미만인 경우보다 23이상 25미만이 危險도가 有意하게 減少하였다.

結論

BMI가 낮은 集團이 慢性閉鎖性呼吸器質患에 脆弱하거나 혹은 慢性閉鎖性呼吸器質患이 進行되면서 BMI가 減少한다고 생각할 수 있다. 四象體質은 慢性閉鎖性呼吸器質患의 有意한 關聯要因은 아닌 것으로 보인다. 慢性閉鎖性呼吸器質患에 대해서 適正한 體重을 維持하는 것과 少陰人에서는 吸煙에 대해서 더욱 注意할 必要가 있다고 생각된다.

四象体质和慢性闭锁性呼吸器疾患的相关性

刘准相¹, 高相伯², 朴钟龟²

¹尚志大学 韩医科大学四象体质医学教室教授, 四象体质医学会理事
²延世大学 原州医科大学预防医学教室教授

研究目的

了解四象体质和慢性闭锁性呼吸器疾患的相关性, 提出适合体质的养生法。

研究方法和程序

以2007年10月29日到2008年2月25日参与江原道原州市和平昌郡开展的, 由保健福利家族部疾病管理本部支援的地域社会平生健康管理事业之地域基因同期组群事业的40岁以上70岁以下, 其中男性608人、女性937人, 共1545人为对象展开。参考四象体质声音分析器、简易调查问卷和颜面写真等诊断四象体质。慢性闭锁性呼吸器疾患根据通过肺活量测定器确定的FEV1和 FVC, 遵照 GOLD(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)标准确定。研究分析了根据不同四象体质慢性闭锁性呼吸器疾患的发病率、身高、体重、饮酒、吸烟、月收入、教育和是否结婚等相关要素。

结果

在男性中, 慢性闭锁性呼吸器疾患的分布为, 少阴人16.7%、太阴人10.4%、少阳人8.9%; 在女性中的分布为, 少阴人2.9%、少阳人2.2%、太阴人1.5%。在分析相关要因的时候, 从性别来看女性比男性危险度低0.173, 从年龄来看60多岁要比40多岁的危险度高3.978, 这一结果有意义。从BMI(身体质量指数)来看, 不满23岁的人群要比23-25岁之间人群的危险度减少, 这一结果有意义。

结论

BMI低的集团对慢性闭锁性呼吸器疾患的抵抗力低, 或者可以认为慢性闭锁性呼吸器疾患的发病导致 BMI的减少。四象体质不是慢性闭锁性呼吸器疾患有意义的关联要素。结论认为对于预防慢性闭锁性呼吸器疾患, 要维持适当的体重, 少阴人要对吸烟方面更加注意。

既存에 提示된 四象醫學的 鍼法에 대한 考察

裴孝相, 朴性植

東國大學校 韓醫科大學 四象體質科

研究目的

現在까지 四象醫學的 鍼法에 대하여 많은 苦悶이 있어왔으며, 다양한 方法으로 鍼術이 행해지고 있다. 그러나 아직도 四象醫學에 適合한 鍼法은 論難의 餘地가 많으며, 持續的인 研究와 文獻의 探索 및 임상적 적용이 必要한 實情이다. 이에 본 研究에서는 현재까지 사상의학적 침법으로 제시된 논문과 서적을 탐색하여 보고, 이제마의 사상의학적 시각에서 분석하여 향후 사상의학적 침법 개발의 방향을 모색하도록 한다.

研究方法

사상체질의학회지에 기재된 침법, 경혈, 경락, 경기와 관련된 논문을 찾아 각 논문에서 제시된 이론을 사상의학적 시각에서 비교 분석해 본다.

대한한의학회지와 대한침구학회지에 기재된 사상의학, 체질침 관련 논문을 찾아보고, 각 논문에 제시된 이론을 사상의학적 시각에서 비교 분석해 본다.

사상의학 관련 침법으로 출판된 서적과 학위논문을 찾아보고 저자의 이론을 사상의학적 시각에서 비교 분석해 본다.

結果와 結論

기존에 제시된 사상의학관련 침법에 대하여 연구한 결과 다음과 같이 분석되었다.

사상인의 장부 대소에 따른 오수혈의 배치를 조절하는 방식: 이의 태극침법과 권의 팔체질침법 및 용성산인 이의 체질침, 김의 침법 등이 이에 해당하며 체질침법으로 제시된 대부분의 침법에서 사상인 장부구조를 오행속성 그대로 수용하여 활용하고 있다. 이 침법들은 기존의 오행적 인식에서 파악된 장부이론과 사상의학에서 제시된 장부에 대한 차이를 고려하지 않은 상태에서 침법을 개발하고 있고, 동무의 승강완속이론이 도입된 침법이 아니라 오행순환이론에 기반한 사암침법을 차용하여 보사를 활용한 침법이라 할 수 있다. 또한 경

혈을 선택하는데 있어 대부분의 경우 맥진에 근거하고 있어 맥진에 대한 활용도가 적은 사상의학에서 침법으로 활용하기에 난제를 안고 있다.

동의수세보원의 조문에서 유추하여 침혈을 선택하는 방식 : 조는 12경을 중심으로 한 사상인침혈 선택의 방법론에 대하여 동의수세보원 의원론에 “기백소론 거양소양소음경병 개소양인병야 양명태음경병 개태음인병야 꺾음경병 소음인병야”의 문장에서 모티브를 얻어, 소양인에 족태양경, 족소양경, 족소음경을 사용하고 태음인에 족양명경 족태음경을 사용하며, 소음인에 족꺾음경을 사용하는 방식을 개발하였다. 이는 병증을 비교하여 유사한 것을 찾아 병리적 이론에서는 합리적이라 할 수 있으나, 기백소론에 대한 해석에 있어 논란의 여지가 있다.

경혈의 주치와 동의수세보원의 병증 비교를 통하여 경혈을 선택하는 방식 : 김 등은 황제침구갑을경에 제시된 경혈의 주치와 동의수세보원의 병증을 비교하여 사상의학의 경혈 운용에 대하여 연구하였다. 또한 사상의학의 승강완속 이론의 개념에 부합할 수 있는 경혈을 찾으려고 한 시도는 매우 중요한 의미를 가진다고 할 수 있다. 다만 황제침구갑을경에 제시된 경혈의 주치와 동의수세보원의 병증 비교는 같은 의미를 가진 평행선상에서의 비교라 할 수 없으므로 보다 면밀한 검토가 필요하다.

이상에서 현재까지 연구된 사상의학적 침법에 대하여 고찰 하였다. 다양하고 심도 있는 연구가 계속 진행 중이나 아직도 사상의학에 적합한 침법의 개발에는 난제가 있다. 이는 경락과 경혈에 대한 사상의학적 이해와 升降緩束 이론을 토대로 한 분석이 필요하기 때문이라 사료된다.

Key Words : 四象醫學, 鍼法, 體質鍼, 升降緩束

针对目前提出的四象医学针法的考察

裴孝相, 朴性植

东国大学 韩医科大学四象体质科

研究目的

对于目前为止应用的四象医学针法一直有很多困扰, 目前的情况是采用多种方法开展针术。但针对适合四象医学的针法仍然有争论的余地, 需要持续的研究、文献钻研以及临床应用。因此本文研究了到目前为止提出四象医学针法的论文和书籍, 从李济马的四象医学角度分析, 目的在于指出今后四象医学针法开发的方向。

研究方法

收集四象体质医学专刊登载的关于针法、经穴、经络、惊气相关论文, 从四象医学角度比较和分析各论文提出的理论。收集大韩韩医学会专刊和大韩针灸学会专刊登载的关于四象医学、体质针相关论文, 从四象医学角度比较和分析各论文提出的理论。收集以四象医学相关针法为内容出版的书籍和学位论文, 从四象医学角度比较和分析作者提出的理论。

结果和结论

针对目前提出的四象医学相关针法, 研究分析结果如下。

根据四象人的脏腑大小调节五输穴布局的方式: 李医太极针法、权医八体质针法、龙城山人李医体质针和金医针法等属于这一类, 作为体质针法提出的大部分针法中都按照五行属性, 利用了四象人的脏腑结构。这些针法的开发没有考虑到从对目前五行的认识中了解的脏腑理论和四象医学提出的脏腑理论的差异, 不是应用东武升降缓束理论的针法, 而是借用以五行循环理论为基础的舍岩针法, 可以说是利用补泻的针法。而且在选择经穴的时候, 大部分情况下依据脉诊, 因此在较少应用脉诊的四象医学中运用这一针法有一定的难度。

从东医寿世保元条文中类推的选择针穴的方式: 赵对于以12经为中心的四象人针穴选择的方法论, 从东医寿世保元《医源论》中提出“岐伯所论, 巨阳少阳少阴经病, 皆少阳人病也, 阳明太阴经病, 皆少阴人病也, 厥阴经病, 少阴人病也”这一文句中得到启示, 开发了少阳

人用足太阳经、足少阳经、足少阴经；太阴人用足阳明经、足太阴经，少阴人用足厥阴经的方式。这在比较病症寻找相似点的病理学理论中可以说是合理的，但针对岐伯所论的解释，还是存在争论的余地。

通过比较经穴的主治和东医寿世保元的病症选择经穴的方式：金等比较了《皇帝针灸甲乙经》提出的经穴的主治和东医寿世保元的病症，针对四象医学的经穴运用作了研究。这一为寻找符合四象医学升降缓束理论概念的经穴的尝试具有非常重要的意义。但《皇帝针灸甲乙经》里提出的经穴的主治和东医寿世保元病症的比较，不能说是在具有同一意义的平行线上的比较，因此需要更缜密的讨论。

上述结果是目前为止研究的针对四象医学针法的考察。正在继续进行多种有深度的研究，但开发适合四象医学的针法还存在难题，这是因为需要以针对经络和经穴的四象医学的理解和升降缓束理论为基础进行分析。

Key Words： 四象医学、针法、体质针、升降缓束

五感形 體質 診斷機器 開發

全榮柱, 金在郁, 都俊亨, 金根豪, 李時雨, 金鍾悅

韓國韓醫學研究院 先任研究員, 先任研究員, 先任研究員, 責任研究員, 責任研究員

韓國韓醫學研究院에서는 韓醫學의 독창적 診斷방법인 四象體質을 정량적으로 판단하기 위하여 皮膚, 顔面, 音聲, 設問, 脈을 통하여 體質을 診斷할 수 있는 機器를 개발하였다. 전문가의 診斷을 통하여 體質이 確診된 20대와 60대 피험자들을 대상으로 약 1,000 여건의 데이터를 수집하여 각 개별 診斷 機器 별 體質 診斷 알고리즘을 개발하였다. 皮膚診斷 機器는 皮膚의 탄성, 마찰력 등을 변수로 설정하였고, 顔面은 얼굴의 특징점, 音聲은 音聲신호의 formant와 pitch, 設問은 BMI와 eCRF, 脈은 脈 파형의 peak와 valley 등을 기본변수로 사용하였다. 각 개별 機器의 診斷 알고리즘은 5-fold CV 방법으로 테스트 하였고, 개별 診斷 機器의 판별 정확도가 높은 순서대로 통합 體質 診斷 결과를 결정하는 단계적 분류 알고리즘을 적용하여 약 80% 이상의 판별 정확도를 얻었다. 향후, 다양한 연령대의 피험자 데이터를 획득하여 보다 신뢰성 있는 體質 診斷 機器 구현을 위한 연구를 계속 진행할 예정이다.

五感形体质诊断机器开发

全榮柱, 金在郁, 都俊亨, 金根豪, 李時雨, 金鍾悅

韓國韓醫學研究院 先任研究員, 先任研究員, 先任研究員, 責任研究員, 責任研究員

韩国韩医学研究院为定量判断韩医学的独创诊断方法-四象体质, 开发了通过皮肤、颜面、声音、问卷调查和脉搏诊断体质的机器。通过专家确诊体质的20岁年龄段和60岁年龄段测试对象, 收集了1000多个数据, 开发了针对各个诊断机器的体质诊断演算法。皮肤诊断机器以皮肤弹性和摩擦力等为变数、颜面以脸部特征为变数、声音以声音信号的formant和pitch为变数、问卷调查以BMI和eCRF为变数、脉搏以脉搏波形的peak和valley等为基本变数使用。各个机器的诊断演算法通过5-fold CV方法来测试, 按照各个诊断机器的辨别准确度高低顺序, 应用决定综合体质诊断结果的阶段性分类演算法, 得到了约80% 以上的辨别准确度。今后计划获取更多年龄段的测试对象数据, 为开发信赖度更高的体质诊断机器继续进行研究。

體質病證 運用을 위한 Clinical Guideline: 太陰人裏病 肝熱證 중심으로

李義柱, 李俊熙, 高炳熙
慶熙大學校 韓醫科大學 四象體質科

研究背景 및 目的

韓方醫療 서비스 시장(1조7천억원)에서 차지하는 體質醫療 서비스의 賣出比重은 5천3백억원으로 23.8%을 차지하고 있다. 年平均 12.3%씩 增加하는 體質醫療 서비스의 量的 혹은 質的 管理를 대비하여 診療의 標準化는 필수적이며, 이것을 위해 體質病證 運用에 위한 임상가이드라인이 필요하다. 또한, 太陰人은 인구 전체 50%를 차지하고 있으며, 太陰人 體質病證 중에서 肝熱證의 發生 頻度는 최고 수위에 든다. 이에 본 研究는 四象醫學의 體質病證 運用을 위한 임상가이드라인을 太陰人裏病 肝熱證을 중심으로 提案하고자 한다.

研究方法

太陰人裏病 肝熱證 치료한 국내에 학회지에 보고된 case report 및 東醫壽世保元내 治驗例를 體系의으로 考察한 후, 太陰人裏病 肝熱證를 중심으로 體質病證의 運用에 대한 임상가이드라인을 제안한다.

研究結果

太陰人裏病 肝熱證에 대한 體質病證의 運用의 原則은 다음과 같다. 첫째, 素症(素病)에 대한 精神의 性情偏差, 肉體의 症狀을 살핀다. 둘째, 現 病症(主所症)의 發病時期, 原因, 進行過程 등을 기술한다. 셋째, 體質別 完實無病의 조건을 살핀다. 넷째, 診斷名(體質病證名)을 설정하고 治療原則을 정한다. 다섯째, 治療藥物을 투여하고, 治療後 反應을 관찰한다. 여섯째, 現 病症의 治療結果를 評價한다. 다섯째, 素症(素病)의 治療를 위한 調理를 실시한다.

結論

太陰人裏病 肝熱證에 대한 體質病證 의 運用을 위한 5단계 治療過程을 제시한다.

Key Words: Sasang Constitutionl Medicine, Guideline, Taeumin, Live heat symptomatic pattern

运用体质病证的 Clinical Guideline

以太阴人裹病肝热证为中心

李义柱, 李俊熙, 高炳熙
庆熙大学 韩医科大学四象体质科

研究背景及目的

在韩方医疗服务市场 (1兆7千亿韩元)中, 体质医疗服务支出为5千3百亿韩元, 占23.8%。为对每年平均增加12.3%的体质医疗服务的质和量进行管理, 需要诊疗的标准化, 为此需要针对运用体质病证的临床指南。另外, 太阴人占全部人口比例的50%, 而太阴人体质病证中, 肝热证的发生频度是最高的。为此, 本研究以太阴人裹病肝热证为中心, 目的在于提出运用体质病证的临床指南。

研究方法

在系统地考察了治疗太阴人裹病肝热证的国内学术专刊登载的case report和东医寿世保元的治疗案例后, 以太阴人裹病肝热证为中心, 提出了运用体质病证的临床指南。

研究结果

对于太阴人裹病肝热证的体质病证运用原则如下。第一, 了解素症(素病)的偏差精神状态和身体症状; 第二, 记述现病证的发病时期、原因和进行过程等; 第三, 了解各体质完实无病的条件; 第四, 定义诊断名称 (体质病证名称), 确定治疗原则; 第五, 投入治疗药物, 观察治疗后反应; 第六, 评价现病证的治疗结果; 第七, 实施为治疗素症(素病)的调理。

结论

针对太阴人裹病肝热证提出运用体质病证的5阶段治疗过程。

Key Words: Sasang Constitutional Medicine, Guideline, Taeumin, Live heat symptomatic pattern

파킨슨병 병태 모델에서 自家 飮食作用 活性化를 통한 熱多寒少湯 加減方의 뇌신경 보호 효과

裴那暎¹, 安鐸源¹, 梁賢玉²

¹大田大學校 韓醫科大學 四象醫學敎室
²韓國科學技術研究院 天然物素材 研究室

연구 목적

파킨슨병(Parkinson's disease)은 대표적인 퇴행성 뇌신경질환으로, 뇌 흑질치밀부의 도파민 신경세포가 사멸하는 것이 특징이며, 그 결과 선조체 내의 현저한 도파민 결핍으로 인해 진전, 근육경직, 비정상적 자세, 운동완서 또는 운동불능 등의 증상을 나타낸다. 東醫壽世保元에 기재된 熱多寒少湯은 太陰人 肝受熱裏熱病을 치료하도록 만들어진 처방으로, 熱多寒少湯 및 그 加味方들은 太陰人의 중풍 초기 단계에서 뇌세포의 손상을 보호하는 등 뇌 기능 회복에 효과가 있는 처방으로 알려져 있다. 본 연구에서는 이러한 임상적 활용에 착안하여, 東醫壽世保元과 東醫 四象 新編의 내용을 근거로 熱多寒少湯 加減方(MYH)을 만들었고, 이 처방이 여러가지 파킨슨병 병태 모델에 대하여 구체적으로 어떤 효과를 보이는지 확인함으로써 파킨슨병 치료의 가능성을 알아보고자 실험적 연구를 진행하여 다음과 같은 결과를 관찰하였다

연구 방법

1. SH-SY5Y 세포주에 파킨슨병을 유발하는 독성 대사물질인 1-methyl-4-phenyl-1, 2, 3, 6-tetrahydrophenylpyridine (MPTP) (400 μ M)로 세포독성을 유발한 후 MTT assay를 이용하여 MYH의 세포보호 효과를 측정하였다
2. 신경영양인자 NGF로 분화시킨 PC12 세포주에서 LC3 and beclin 1의 발현량을 측정하는 immunoblotting assay를 이용하여 MYH의 自家飮食作用(autophagy) 유도효과를 확인하였다.
3. proteasomal inhibitor인 lactacystin (10 μ M)을 이용하여 UPS dysfunction 모델을 만들고 MYH의 自家飮食作用(autophagy) 활성화 효과 및 응집된 이상 단백질의 제거

효과를 확인하였다

4. MPTP (20 mg/kg, 4 times i.p.)를 투여하여 파킨슨병을 유도시킨 C57BL/6 마우스에서 행동시험(pole test)을 통하여 MYH의 행동장애 개선효과를 확인하고 흑질(substantia nigra)의 도파민 양성 세포 수(tyrosine hydroxylase positive cell) 및 선조체(striatum)의 광학밀도(optical density)를 측정하여 세포보호 효과를 확인하였다.

연구 결과

1. 熱多寒少湯 加減方(MYH)은 SH-SY5Y 세포를 증식시키고, MPTP가 유발한 독성으로부터 SH-SY5Y 세포를 보호하는 효과가 있음을 확인하였다.
2. MYH는 PC12 세포주에서 이상 단백질의 응집을 분해하는 작용을 하는 自家食食作用 (autophagy)을 유도하는 효과가 있음을 확인하였다.
3. MYH는 proteasome 억제제인 lactacystin을 사용하여 이상 단백질의 응집 증가로 인한 신경독성이 유발된 조건에서 自家食食作用 (autophagy)을 활성화하여 이상단백질의 응집을 분해함으로써 특수단백질 분해 기능장애(ubiquitin-proteasome system dysfunction)가 유발하는 신경독성에 대하여 세포 보호 효과가 있음을 확인하였다.
4. MYH는 파킨슨병의 대표적인 증상인 서동(bradykinesia)에 대한 개선효과를 측정하는 동물모델 실험인 pole-test에서, T-turn time을 감소시킴으로써 MPTP에 의해 유발된 C57BL/6 동물모델의 행동장애를 개선하는 효과가 있음을 확인하였다.
5. MYH는 MPTP에 의해 유발된 C57BL/6 동물모델의 도파민 신경세포 손상에 대한 효과를 평가하는 TH 면역조직화학염색 실험에서, 흑색질의 TH 양성세포수 감소와 선조체의 광학밀도 감소를 모두 억제함으로써 MPTP가 유발하는 신경독성에 대하여 세포 보호 효과가 있음을 확인하였다.

결론

이상의 실험 결과를 바탕으로, 熱多寒少湯 加減方(MYH)은 自家食食作用 (autophagy) 활성화를 통하여 파킨슨병의 치료와 예방에 효과하게 활용할 수 있을 것으로 생각되며, 향후 정밀한 실험적 보완과 파킨슨병 환자에 대한 임상적 연구가 진행되어야 할 것으로 사료된다.

在帕金森病病态模型中, 热多寒少汤加减方通过 激活自噬性溶酶体对保护脑神经的效果

裴那暎¹, 安铎源¹, 梁贤玉²

¹大田大学 韩医科大学四象医学教室
²韩国科学技术研究院 天然物素材研究室

研究目的

帕金森病(Parkinson's disease)是代表性的退行性脑神经疾病, 其特征是脑黑质质密区的多巴胺神经细胞死亡, 结果导致线条体内出现明显的多巴胺缺乏, 出现颤抖、肌肉僵直、非正常姿势、运动徐缓或无法运动等症状。东医寿世保元中记载的热多寒少汤是治疗太阴人肝受热裹热病的处方, 热多寒少汤和其加味方在太阴人中风初期阶段保护脑细胞不受损伤等脑功能恢复方面, 是很有效果的处方。本研究立足于这一临床运用, 根据东医寿世保元和东医四象新编的内容, 开发了热多寒少汤加减方(MYH), 将这一处方用于多种帕金森病态模式中, 确认具体有何种疗效, 以了解这一处方用于治疗帕金森病的可能性。通过实验研究, 观察出下列结果。

研究方法

1. 在SH-SY5Y细胞株里, 用诱发帕金森病的毒性代谢物质1-methyl-4-phenyl-1, 2, 3, 6-tetrahydropyridine (MPTP) (400 μ M)诱发细胞毒性后, 利用MTT assay测定MYH的细胞保护效果。
2. 在用神经营养因子NGF分化的PC12细胞株里, 利用测定LC3 and beclin 1的发现量的immunoblotting assay, 确认MYH的自噬性溶酶体(autophagy)诱导效果。
3. 利用proteasomal inhibitor, 即 lactacystin (10 μ M)制作UPS dysfunction模式, 确认MYH的自噬性溶酶体(autophagy)激活效果和针对凝集的异常蛋白质的铲除效果。
4. 以投入 MPTP (20 mg/kg, 4 times i.p.)诱发帕金森病的 C57BL/6老鼠为对象进行行动测试, 通过测试确认MYH对行动障碍的改善效果, 并测定黑质(substantia nigra)的多巴胺良性细胞数(tyrosine hydroxylase positive cell)及线条体(striatum)的光学密度(optical density), 以确认细胞保护效果。

研究结果

1. 热多寒少汤加减方(MYH)具有增殖SH-SY5Y细胞, 在MPTP诱发的毒性中保护SH-SY5Y 细胞的效果。
2. 在PC12细胞株中, MYH对分解异常蛋白质凝集作用的自噬性溶酶体(autophagy)具有诱导效果。
3. 在使用proteasome抑制剂lactacystin导致异常蛋白质凝集增加, 诱发神经毒性的条件下, MYH可以激活自噬性溶酶体(autophagy), 分解异常蛋白质的凝集, 对于特殊蛋白质分解功能障碍(ubiquitin-proteasome system dysfunction) 诱发的神经毒性, 具有细胞保护效果。
4. 在测定对帕金森病代表症状运动徐缓(bradykinesia)的改善效果的动物实验pole-test中, MYH可以减少T-turn time, 对MPTP诱发的 C57BL/6动物的运动障碍具有改善效果。
5. 针对MPTP诱发的C57BL/6动物多巴胺神经细胞损伤, 在评价MYH对其疗效的TH免疫组织化学染色实验中, MYH 对黑质TH阳性细胞数的减少和线条体光学密度的减少均有抑制作用, 对于MPTP诱发的神经毒性, 具有细胞保护效果。

结论

以上述实验结果为基础, 我们认为热多寒少汤加减方 (MYH)通过激活自噬性溶酶体(autophagy), 可以有效应用于帕金森病的治疗和预防, 今后应该进行精密的实验性完善和针对帕金森患者的临床研究。

口演發表 (中國)

<主題發表>

风哮, 风咳理论及其临床应用
张洪春

<一般發表>

王琦教授“体质学思想”应用研究
倪 诚

中医养生学的时代任务
李 丽

肺(间质)纤维化中西医临床治疗研究的若干问题
张纾难

老年肺部感染肺阴伤证的临床观察
史利卿

亚健康状态人群与中医体质分类的相关性调查
杨小波

中医体质分类研究与健康管理
朱燕波

172例失眠症的体质辨析和调理
孙广仁

甲流感中医证治标准的研究
蔡光先

风哮、风咳理论及其临床应用

张洪春, 晁恩祥

中国卫生部中日友好医院, 100029

一、风哮、风咳理论渊源

“风哮”、“风咳”理论是中国卫生部中日友好医院中医呼吸专业首席专家晁恩祥教授四十余年诊疗经验的总结。它突破传统中医学有关咳嗽和哮喘病因病机的认识, 首次提出“风咳”、“风哮”病名, 并阐明“风邪犯肺、气道挛急”致咳、致哮的发病机理, 创立了“从风论治”的治疗原则和“疏风宣肺、解痉利咽、止咳平喘”的治疗方法, 形成有效方药“黄龙舒喘颗粒”和“苏黄止咳胶囊”。

支气管哮喘是呼吸系统常见病和多发病, 属中医哮病范畴。传统理论认为其病机是“宿痰内伏, 感邪而发”; 咳嗽变异型哮喘(CVA)是哮喘的一种特殊类型, 是近年才被临床医生重视的新型疾病。主要表现为久咳、干咳、咽痒, 没有喘息等症状, 故中医界常将其归为外感咳嗽, 并以“寒咳、热咳、燥咳”等辨证论治。临床工作中我们发现: 应用上述传统理论诊疗这两种病症往往收不到满意的效果, 患者常因咳嗽或喘息反复发作、经久不愈而辗转求医。我们在总结晁恩祥教授临床诊疗经验时发现, 其见解独特, 认为哮病并不完全以“宿痰”为因, 外感咳嗽也不仅以“寒、热、燥”来辨证, 尚有“风邪犯肺”的证候, 当以“风哮”、“风咳”命名, 用药则以“疏风解痉”为主线, 常效如桴鼓。

关于“风哮”、“风咳”之病名, 古代文献中亦有类似记载。如《诸病源候论·咳嗽候》: 十咳, “一曰风咳, ……”; 《备急千金方·十八》: “欲言语因咳言不得竟谓风咳”; 《临证指南医案》中有: “若因风者, 辛平解之, ……”等。

二、风哮、风咳理论内涵

晁恩祥教授在四十余年诊疗肺系疾病临床经验过程中, 创新性的提出“风哮”、“风咳”病名。认为病机属于“风邪犯肺, 肺气失宣, 气道挛急”所致的支气管哮喘和慢性咳嗽患者当“从风论治”。该理论丰富了长久以来哮病以“痰”为中心和外感咳嗽以“寒、热、燥”为主要证型的认识, 创立了“疏风宣肺, 缓急解痉”的治法与方药。同时与现代医学的支气管哮

喘、咳嗽变异型哮喘和感冒后咳嗽等疾病所具有的气道反应性增高这一发病机理相链接,由此形成一套完整的理、法、方、药体系,发展并完善了中医学诊疗肺系疾病的手段和方法。

1. 风哮

证候：时发时止。发时喉中哮鸣有声，反复发作，止时又如常人。发病前多有鼻痒、咽痒、喷嚏，舌淡苔白，脉紧

治法：疏风宣肺，缓急解痉平喘

方药：黄龙舒喘汤(颗粒)

炙麻黄、地龙、蝉蜕、白果、苏子、白芍、石菖蒲、五味子等

2. 风咳

证候：咳嗽，干咳无痰或少痰，咽痒，痒即咳嗽，或呛咳阵作，气急，遇外界寒热变化、异味等因素突发或加重，多见夜卧晨起咳剧，呈反复性发作，舌苔薄白，脉弦

治法：疏风宣肺，缓急解痉止咳

方药：苏黄止咳汤(胶囊)炙麻黄、苏子叶、蝉蜕、枇杷叶、紫苑、地龙、五味子等

三、风哮、风咳理论临床应用

1. “疏风宣肺”法治疗“风哮”的研究

课题组从1988年开始,根据“风哮”理论,在精炼处方“黄龙舒喘颗粒”,并完成该颗粒剂的制备工艺、质量标准、稳定性等研究基础上,采用“疏风宣肺、解痉平喘”的治疗方法进行动物实验和临床研究,证实了“疏风宣肺”法对支气管哮喘有较好的疗效。

(1) 黄龙舒喘颗粒治疗支气管哮喘的临床研究

诊断标准：由中华医学会呼吸病学会哮喘学组制定；

治疗对象：过敏性支气管哮喘轻、中度患者45例；

治疗方法：治疗组-黄龙舒喘颗粒,对照组-小青龙颗粒；

观察指标：病人治疗前后肺功能、血浆sIL-2R、T淋巴细胞功能亚群、外周血嗜酸性细胞(EOS)

血浆TXB₂、6-K-PGF_{1α}。

研究结果：

治疗组对过敏性支气管哮喘患者的控显率、有效率分别为40.00%、73.33%；黄龙

舒喘颗粒对过敏性支气管哮喘轻、中度患者的整体疗效优于小青龙颗粒；在症状和体征改善方面,其起效的时间、平喘作用、改善肺部哮鸣音作用均优于对照组;其祛痰作用与对照组相似;

临床实验室结果显示:黄龙舒喘颗粒、小青龙颗粒对FEV₁、PEFR均有改善作用,但黄龙舒喘颗粒的作用较对照组更加明显;黄龙舒喘颗粒能降低升高的外周血嗜酸性细胞,对T淋巴细胞功能亚群、血浆TXB₂、6-K-PGF₁α有调节作用。

(2) 黄龙舒喘颗粒平喘机理的实验研究

黄龙舒喘颗粒对卵白蛋白诱发的豚鼠过敏性哮喘抽搐潜伏期有显著的延长作用;对过敏性哮喘的反应分值有显著的降低作用。其作用强度与酮替酚相当;

黄龙舒喘颗粒对磷酸组胺诱发的豚鼠过敏性哮喘抽搐潜伏期有显著的延长作用;

黄龙舒喘颗粒对氨水诱发小鼠咳嗽所致抽搐潜伏期有显著延长作用;对咳嗽的次数有显著降低作用。其作用与咳必清相当;

黄龙舒喘颗粒可显著增强小鼠气管对苯酚红的分泌,表明黄龙舒喘颗粒有较强的排痰作用;黄龙舒喘颗粒可显著降低磷酸组织胺所致小鼠腹腔毛细血管通透性升高,表明黄龙舒喘颗粒有较好的抗过敏性炎症的作用。

2. 疏风宣肺法治疗CVA的研究

课题组从1999年起,先后开展多项临床和实验观察,提炼出有效方药“苏黄止咳汤”,并对其制备工艺、稳定性和药效学等研究,进行了随机、双盲、多中心大样本临床观察,开发成药“苏黄止咳胶囊”。

(1) 疏风宣肺法治疗CVA的临床观察

治疗方法:治疗组-苏黄止咳汤,对照组-舒氟美加必可酮;

观察指标:证候积分、症状、气道反应性、外周血嗜酸性粒细胞(EOS)计数、白介素5(IL-5)、血清嗜酸性粒细胞阳离子蛋白(ECP)等的变化。

研究结果:疏风宣肺法治疗咳嗽变异性哮喘的有效作用环节包括两个方面:

提高气道对乙酰甲胆碱的反应阈值,降低气道的高反应性,即D_{min}明显升高,sGrs明显下降;外周血EOS, IL-5, ECP的含量可明显下降,且下降幅度明显大于对照组。表明疏风宣肺,降气缓急法具有良好的抗变应性炎症(AAI)和降低气道高反应性(BHR)的综合作用。

(2) 苏黄止咳汤治疗CVA的实验研究

治疗方法：参照Huston方法建立豚鼠哮喘模型；

观察指标：气道反应性, 支气管肺泡灌洗液(BALF)中细胞总数、嗜酸粒细胞(EOS)绝对值计数、嗜酸性粒细胞阳离子蛋白(ECP)、白介素4(IL-4)、白介素5(IL-5)、干扰素- γ (IFN- γ)等的含量变化。

研究结果：

苏黄止咳汤能够阻断气道炎症的发生、发展过程而降低哮喘豚鼠气道高反应性；

苏黄止咳汤能够促进Th1细胞分泌IFN- γ , 抑制Th2细胞分泌IL-4, IL-5等细胞因子, 调节Th1/Th2 细胞之间的平衡；

苏黄止咳汤能够降低BALF中IL-5水平, 抑制EOS的分化和增殖及向气道的趋化及浸润；抑制嗜酸粒细胞的激活和减少ECP等炎性介质的释放, 从而减轻气道变应性炎症。

(3) 苏黄止咳胶囊相关研究

课题组从2000年开始进行药学相关实验。2002年“苏黄止咳胶囊疗效研究”中标国家中医药管理局新药开发专项课题(No1DIX066B)。课题组于2004年2月~2005年4月在全国6家三甲级医院进行了多中心、分层区组、随机、双盲、阳性药平行对照的Ⅱ、Ⅲ临床研究。

苏黄止咳胶囊药效学试验：

本品可抑制氨水所致小鼠咳嗽和枸橼酸所致豚鼠咳嗽；可增加小鼠气管酚红排泌量；延长磷酸组胺和氯化乙酰胆碱混合液喷雾引喘豚鼠的引喘潜伏期；能抑制巴豆油致小鼠耳肿胀和角叉菜胶致大鼠足肿胀；对卵蛋白哮喘模型豚鼠支气管肺灌流液中白细胞、嗜酸性粒细胞及腹腔液中肥大细胞脱粒发生率有一定的降低作用。

苏黄止咳胶囊治疗CVA和感冒后咳嗽的临床研究：

治疗方法：试验组—苏黄止咳胶囊, 对照组—止咳宁嗽胶囊；CVA疗程14天, 感冒后咳嗽疗程7天；观察指标：咳嗽性质、程度、时间以及其它症状、体征。

研究结果：

Ⅱ期和Ⅲ期临床研究共纳入840例患者, CVA和感冒后咳嗽患者各420例, 其中试验组560例、对照组280例, CVA和感冒后咳嗽Ⅱ、Ⅲ期疾病综合疗效试验组均优于对照组 (见表一、表二)：

表一、苏黄止咳胶囊治疗CVA综合疗效(ITT集)

试验阶段	Ⅱ期		Ⅲ期	
药品名称	苏黄止咳胶囊	对照药	苏黄止咳胶囊	对照药
样本含量	70	70	210	70
愈显率	47.76%	29.41%	57.42%	35.71%
总有效率	85.07 %	72.06%	85.65%	71.43%
统计结论	试验组总有效率优于对照组 (P<0.05)		试验组总有效率和愈显率均优于对照组 (P<0.05)	

表二、苏黄止咳胶囊治疗感冒后咳嗽综合疗效(ITT集)

试验阶段	Ⅱ期		Ⅲ期	
药品名称	苏黄止咳胶囊	对照药	苏黄止咳胶囊	对照药
样本含量	70	70	210	70
愈显率	57.35%	27.54%	58.17%	33.33%
总有效率	92.65%	65.22%	87.02%	75.36%
统计结论	试验组总有效率优于对照组 (P<0.05)		试验组总有效率和愈显率均优于对照组 (P<0.05)	

四、主要论文发表情况及被他人正面引用情况

晁恩祥、张洪春等在国内发表的文献经查阅CNKI《中国期刊全文数据库》、CSCD《中国科学引文数据库》、CMCI《中国生物医学期刊引文数据库》得知：共有43篇文献被收录；被CNKI收录引用121次，其中他人引用110次；被CMCI收录引用48次，其中他人引用38次；被CSCD收录引用7次，其中他人引用5次。

课题组发表的主要文章：

1. 晁恩祥. 咳嗽变异型哮喘证治. 世界中医药. 2006(1)
2. 张洪春, 晁恩祥. 疏风解痉法治疗过敏性支气管哮喘的临床研究. 中国中医急症, 1998, (2).
3. 张洪春, 晁恩祥, 孙蓉. 黄龙舒喘颗粒平喘机理的实验研究. 中国医药学报, 2003, (6).
4. 张洪春, 韩春生, 杨道文. 晁恩祥教授治疗外感咳嗽经验. 北京中医药大学学报, 1997年(20).
5. 罗社文, 张洪春, 韩春生, 李金宪, 晁恩祥. 疏风宣肺法治疗咳嗽变异性哮喘的临床观察[J]. 中国医药学报, 2002, (8).
6. 罗社文, 梁立武, 陕海丽, 晁恩祥. 疏风宣肺法对咳嗽变异性哮喘患者气道高反应的影响. 中国医药学报, 2004, (5).
7. 陈燕, 张洪春, 杨道文, 吴继全. 晁恩祥教授“从风论治”哮喘的学术思想研究, 中医药管

- 理, 2007, 15(4):281-282
8. 吴继全, 陈燕, 晁恩祥. 晁恩祥治疗咳嗽变异型哮喘经验, 北京中医, 2006, 5(25)11 : 657-658
 9. 张燕萍, 晁燕, 苗青, 赵丹等. 苏黄止咳胶囊治疗感冒后咳嗽的随机对照研究, 中国中西医结合杂志, 2008(28)8 : 698-701
 10. 张燕萍, 苗青, 晁燕, 赵丹. 苏黄止咳胶囊治疗咳嗽变异性哮喘的随机对照多中心临床研究, 2008(49), 6 : 504-506

五、对推动本学科或相关学科及分支学科的发展所起的作用

1. “风咳”、“风哮”病证已经被列入全国高等中医药院校教材《中医内科学》, 并被《中医内科常见病诊疗指南-中医病证部分》和《中药新药临床指导原则》等行业标准采用 ;
2. 晁恩祥教授曾应邀于全国10余个省市、香港地区以及海外讲学, 专题传授“从风论治”的理论和临床经验, 其学术思想亦通过国家中医药管理局“名老中医讲习班”、全国“名老中医师带徒项目”等得以继承和发扬 ;
3. 2002年以来, 晁恩祥教授担任“名老中医师带高徒”项目指导教师, 先后指导全国各省市高徒20多名, 言传身教“疏风宣肺”法治疗肺系病经验, 所培养、带教的高徒应用此法诊治支气管哮喘和慢性咳嗽均获得满意效果, 并发表相关经验继承文献11篇 ;
4. 文献检索发现 : 有基层医生根据晁恩祥教授“疏风宣肺”方药治疗“风咳”获得满意疗效, 并发表了相关文献数据, 说明该立法处方在临床工作中可重复性较好
5. 风哮、风咳理论临床应用或2009年度中华中医药学会科技奖一等奖。

六、获得政府科研课题资助

1. 国家中医药管理局科研资助项目/NO. 95B145/疏风解痉法治疗过敏性哮喘的临床观察及实验研究/1995/负责人 : 晁恩祥 ;
2. 国家重点科技攻关计划/ 96-901-06-11/黄龙舒喘颗粒剂治疗哮喘病临床观察及实验研究/1996-1998/负责人 : 张洪春 ;
3. 国家中医药管理局新药开发专项课题/No1DIX066B/苏黄止咳颗粒疗效研究/2002-2005 /负责人 : 晁燕 ;
4. 国家中医药管理局科技项目/2004BA721A01Z09/“基于信息挖掘技术的名老中医临床诊疗经验及传承方法研究”晁恩祥学术思想及临证经验研究/2005-2006/负责人 : 张洪春

王琦教授“体质学思想”应用研究

倪 诚

北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心（中国北京 100029）

摘要

体质学思想的形成源于王琦教授广博深厚的知识架构与功底，以及对交叉学科、边缘知识的敏锐洞察。体质学思想体现了王琦教授学术的原创思维，并形成了学术辐射，在理论研究、临床研究、科学研究、健康促进、学科建设以及国际交流等方面的应用均硕果累累，成果显著。

本文基于王琦教授体质学思想的基本论点(体质为本, 心身构成, 体病相关, 可分可调)、四个基本原理(体质过程论、心身构成论、环境制约论、禀赋遗传论)、三个关键性科学问题(体质可分、体病相关、体质可调)及其倡导的辨体、辨病、辨证相结合的诊疗模式，就王琦教授中医体质学思想应用于中医基础理论研究, 医学领域, 生命科学领域, 中医诊断学、内科学、儿科学、老年病学、康复医学、针灸学、航天医学、民族医学、心理学、亚健康状态等多个临床学科, 体质学与现代免疫遗传学、分子生物学的对接, 体质学与流行病学的交叉研究, 国家科研项目, 国民健康养生, 社会经济领域, 中医教育体系, 中医学科的发展建设以及国际交流等作一深入全面的探索研究，以期在未来体质医学的发展与应用中起到承上启下作用。

关键词：王琦；体质学思想；应用研究

A study on the application of Prof. Wang's TCM constitutional theory

Ni Cheng, Prof.

又石大學校 四象體質科, 四象體質醫學會 會長

The TCM constitutional theory has been established with the help of Prof. Wang's extensive and profound knowledge and academic depth, as well as his acute insight within the discipline and interdisciplinary areas. The TCM Constitutional theory has reflected Prof. Wang's original academic thinking and has developed in the aspects of theoretical academic research, clinical research, scientific research, health care promotion, discipline construction, as well as the international exchange. It has been applied in many areas and obtained numerous achievements.

This article has been based on the fundamental notions of Prof. Wang's constitutional theory (Constitution first, Constitution being the physical and the mental combined, Constitution being connected with the incidence diseases, Constitution being categorized and adjustable), the four basic principles (Constitution being unfixed, Constitution being the combination of the physical and the mental, Constitution affected by environments, Constitution with genetic basis), the three essential scientific themes (Constitution being categorized, Constitution being connected with the incidence diseases, constitution being recoverable) and the upheld model of diagnosis and treatment, which has been the combination of the differentiations of constitution, disease and TCM syndromes of disease.

This article has discussed in-depth and extensively about Prof. Wang's constitution theory that has been applied to the study of basic theory of traditional Chinese medicine, medical science, life science, diagnostics of TCM, internal medicine, pediatrics, geriatrics, and rehabilitation medicine, acupuncture and moxibustion, aerospace medicine, ethno-medicine, psychology, sub-health status, and other clinical disciplines, also has dealt with constitution science's connecting with modern immune genetics and molecular biology, crossing research on the epidemiology, the national research project,

national health care, social and economic areas, the TCM education system, the development of Chinese medical science construction, and international exchanges and so on, for the sake of summarizing the past and promoting the future development of the constitutional medicine.

Key Words : TCM constitutional theory; Application study

왕 기 교수 “체질학사상” 응용연구

예 성

북경중의약대학 중의체질 및 생식의학 연구센터 (중국북경 100029)

체질학사상은 왕 기 교수의 폭넓고 심후한 지식, 깊은 학술적 지식 및 교차의학과 주변 지식에 대한 예리한 통찰을 통해 형성되었다. 체질학사상은 왕 기 교수의 학술적 사유를 구현 하였고, 이론연구, 임상연구, 과학연구, 건강증진, 학문 설립 및 국제교류 등 방면에 다양하게 적용되어 우수한 성과를 달성하였다.

본문은 미래 체질의학의 발전과 적용에 있어 과거와 미래의 연결 역할을 모색하기 위해 왕기 교수의 체질학사상의 기본 논점(체질 근본, 심신 구성, 체질과 병의 관계, 분리와 조정 가능), 4개 기본원리(체질 과정론, 심신 구성론, 환경 제약(制约)론, 기질 유전론), 3개의 주요 학문과제(체질 분리, 체질과 병의 관계, 체질 조절)을 기본으로 제창된 변체(辨體), 변병(辨病), 변증(辨證)을 결합한 치료모델인 왕 기 교수의 중의체질학 사상을 중의기초이론연구, 의학분야, 생명과학 분야, 중의 진단학, 내과학, 소아과학, 노년병학, 재활의학, 침구학, 항공 우주 의학, 민족의학, 심리학, 아건강 상태 등 다방면의 임상 과학에 적용하고, 체질학과 현대 면역유전학과 분자생물학과 접목, 체질학과 유행병학의 교차 연구, 국가 과학연구 프로젝트, 국민 건강 양생, 사회 경제분야, 중의교육 시스템, 중의학문의 발전 및 국제교류 등 방면에 대해 전면적으로 심도 있게 탐구하였다.

Key Words : 왕 기; 체질학사상, 응용연구

体质医学是研究人类体质特征、体质类型、差异规律及其与健康、疾病关系的一门应用性科学。1978年王琦教授与盛增秀研究员第一次明确提出“中医体质学说”的概念，并于1982年主编了第一部体质学研究专著—《中医体质学说》(被翻译成日文版)，首次把中医体质学说确立为中医理论体系的一门独立学说，创立了中医体质学理论体系。王琦教授于1995年主编出版了《中医体质学》，完成了中医体质理论的第一次大综合，实现了中医体质理论由学说至学科门类的转变。2005年主编出版了21世纪高等中医药院校创新教材—《中医体质学》，并在全国19所大学相继应用，成为20世纪70年代以来，中医体质理论研究带有标志性的新成果，也是中医基础理论新的突破。

作为中医广阔的知识领域中的新兴学科，体质学思想的形成源于王琦教授广博深厚的知识架构与功底，以及对交叉学科、边缘知识的敏锐洞察。体质学思想体现了王琦教授学术的原创思维，并形成了学术辐射，在理论研究、临床研究、科学研究、健康促进、学科建设以及国际交流等方面的应用均硕果累累，成果显著。

本文基于王琦教授体质学思想的基本论点(体质为本，心身构成，体病相关，可分可调)、四个基本原理[1](体质过程论、心身构成论、环境制约论、禀赋遗传论)、三个关键性科学问题[2](体质可分、体病相关、体质可调)及其倡导的辨体、辨病、辨证相结合的诊疗模式[3]，就王琦教授中医体质学思想之应用作一深入全面的探索研究，以期在未来体质医学的发展与应用中起到承上启下作用。

2. 体质学思想的应用研究

1. 理论研究

1.1 应用于中医基础理论研究

1.1.1 体质分类研究应用：王琦教授带领课题组通过对168种文献，408特征表述数据，以及总数12471例流行病学调查资料分析，提出平和质、阴虚质、阳虚质、气虚质、血瘀质、痰湿质、湿热质、气郁质、特异质九种基本类型，对基本体质特征进行了详细表述，并建立中医体质文献数据库。

通过对痰湿体质相关的169项因素，设计成痰湿体质流行病学调查量表，经对22个省、市、自治区1036例肥胖体质样本的调查，经SPSS数理统计、四格表 χ^2 检验、OR(比值比)值的计算，得出痰湿体质的量化诊断标准。

随后又开展气虚质量化诊断标准的流调统计分析，建立了气虚体质的基本诊断标准。

在此基础上，结合临床实践经验，利用数理分析等方法提取体质特征要素，整合数据信息，研发出《9种中医基本体质分类量表》，并运用该量表进行大样本流行病学调查，建立中医体质分类的理论模型与判定规范。

1.1.2 体病相关研究应用：研究体质类型的目的在于研究体质与疾病的关系。不同体质类型的特殊性往往导致对特殊疾病的易感性，病理性体质(非正常体质)是其相关疾病发生的主要物质基础。该研究从另一个角度指出了“同病异治, 异病同治”的理论实质。

以痰湿体质为范例, 利用现代流行病学及实验方法研究, 通过大样本调查, 对肥胖人痰湿型体质与冠心病、糖尿病(消渴病)、脑卒中(中风病)进行相关性研究, 揭示出痰湿型体质在糖代谢、脂代谢、能量代谢及免疫遗传学方面的基本特征。

在对肥胖人痰湿体质与冠心病相关性研究中, 对265名肥胖冠心病病人进行临床调查研究发现痰湿体质占58.5, 表明肥胖痰湿体质者易发冠心病有内在的病理基础, 提示在冠心病的防治中应注意对病人体质特征的分析 and 把握, 方能“治病求本”。

在肥胖人痰湿体质与脑中风相关性研究中, 对320例肥胖脑中风病人进行临床调查, 发现脑中风肥胖人痰湿体质比例大于非痰湿体质所占比例($92.26\% > 7.74\%$), 且27.07%的肥胖与父亲遗传有关, 29.83%与母亲有关, 说明具有家族遗传因素。

在肥胖人痰湿体质与糖尿病的相关性研究中, 对370例肥胖2型糖尿病病人进行临床调查, 发现糖尿病肥胖人痰湿体质比例大于非痰湿体质所占比例($65.94\% > 34.06\%$), 且主要发生在45~65岁年龄段。提示: 在中年以前, 就应对肥胖人应用中药来改善体质, 对防治糖尿病有积极意义。

1.1.3 体质可调研究应用：王氏等[4]根据体质学和药物治疗学的理论, 首先提出建立体质药物治疗学, 以疾病为系统, 研究治疗疾病时根据体质差异确定药物剂量和选择药物的种类, 从而减少药物不良反应和增强药物治疗作用。

实际应用中, 根据“体质可调”思想, 针对痰湿(肥胖)体质研制的轻健(燕)胶囊, 经动物实验及临床研究证实具有改善痰湿体质, 减轻体重, 降低脂肪蓄积的功效, 在海军总医院临床应用, 有效率达80%。而针对过敏体质, 提出防治过敏性疾病的关键并不是阻止单纯过敏原进入人体, 抑制过敏介质的释放, 而应改善过敏体质, 调节机体免疫功能, 以消除过敏性疾病的危害。并通过动物实验和临床研究证实了中药改善过敏体质的疗效, 从而使过敏的治疗发生了重要变革。根据这一理论与美国约翰·霍普金斯大学及国内多家权威机构合作进行了中药纠正过敏体质的一系列实验研究, 在国际上发表论文。

1.1.4 理论推广应用：近30年来, 课题组共发表了体质学研究方面的专著4部, 论文56篇。所撰写相关论文、著作被学术界广泛应用, 经中国医学科学院医学信息研究所查录的国内文献引用论文题录显示: 该课题组所发表论文论著, 其中56篇被引用, 引用频次为313次, 其中1篇论文被引用46次, 2篇论文被引用29次, 1篇论文被引用21次, 1篇论文被引用20

次, 2篇论文被引用15次, 1篇论文被引用11次, 2篇论文被引用10次等。

经中国科学院文献情报中心查询显示:SCI收录3篇, 其中2篇被SCI引用51次。经解放军医学图书馆查新站医药卫生科技论文引用报告书显示:两部专著被引用, 引用频次为42次。其中《中医体质学》被引用频次为25次,《中医体质学说》被引用频次为17次。

中医体质学说自创立以来, 在中医界产生了广泛影响, 被科技界列入《中国大百科全书》。学者们发表有关体质学说的论文达五百余篇。课题组论著的主要观点多次收录于《中医年鉴》。其成就先后入选《建国40年中医药科技成就》、《建国50年中医药科技成就》、《健康首都辉煌60年100件大事》等。

1.2 应用于医学领域

上个世纪针对消除病因的特异疗法由于忽视个体差异, 带来了许多困惑, 体质学的研究为贯彻个体化诊疗提供了鲜活的理论支持和应用模式。在医学领域促进了研究对象从人的“病”到病的“人”的转变, 从而促进从“疾病医学”向“人的医学”转变。

王琦教授对个体化诊疗的表述是:个体化诊疗是基于以人为本、因人制宜的思想, 充分注重人的个体差异性, 进行个体医疗设计, 采取优化的、针对性的治疗干预措施, 使之更具有有效性和安全性, 并据此拓展到个性化养生保健以及包括人类生命前期的生命全过程, 从而实现由疾病医学向健康医学的转化。

中医体质学研究对实现个体化养生保健和相关疾病防治有重要的学术价值和临床参考意义。所建立起来的概念和理论体系, 对中医学原有理论框架产生了新的突破, 形成了新的学科分支, 带动了病因病机及方药干预等的深入研究, 从理论到应用对中医学科整体发展起到了积极的推动作用。

在临床领域, 辨体、辨病、辨证相结合的诊疗方法, 业已成为指导“治已病”的多元诊疗模式, 不仅提高了中医临床诊疗水平, 而且使中医“因人制宜”思想得到具体运用, 为贯彻个体化诊疗提供了理论与实践依据。而体质三级预防概念体系则已成为指导“治未病”的多级预警体系, 为从大面积人群治未病角度提供了方法与途径。

在医学研究方法的创新领域, 现代科学的发展趋势要求高度分化与高度综合的统一, 该研究采用复杂科学的思维方法, 对痰湿体质进行多视角、多维度、多途径的综合研究, 并在此基础上进行提炼概括, 揭示了一些生命现象的基本规律, 因而具有普遍指导意义, 为中医现代化的朝向提供了范式。

1.3 应用于生命科学领域

当代对生命研究多属实体定义的研究范畴, 人类体质研究涵盖了社会因素, 自然因素, 心

理因素, 遗传因素等多个方面, 深化了中医学对人体生命、健康、疾病的认识, 发现了许多新的生命现象, 特别是在功能表达的生命信息等方面, 从而为生命科学提供了新的认识体系和整体、系统、动态研究人类的思维模式。

2. 临床研究

体质学思想为临床提供辨体、辨病、辨证相结合的诊疗方法, 为个体化诊疗和预防提供理论依据此外, 科技引文查询显示, 中医体质理论已被应用于中医诊断学、内科学、儿科学、老年病学、康复医学、针灸学、航天医学、民族医学、心理学等多个临床学科。涉及小儿反复呼吸道感染、原发性高血压、中风、糖尿病、肥胖高脂血症、抑郁症、过敏性疾病、疲劳综合征等多种疾病, 引文所属机构覆盖了全国26个省、市、自治区的中医院校及医院, 成为诸多研究不可忽视的思想基础。

2.1 应用于内科学

引文在分别论述原发性高血压、哮喘、乙肝、脂肪肝、中风、肺癌、糖尿病、冠心病、心衰、急性脑梗塞、肥胖病、高脂血症、肠易激综合征、低度炎症等多种内科疾病时, 均建立了体质学的思想观点。

如:詹氏等[5]在对 “不稳定心绞痛中医分型与胰岛素抵抗的关系”的病例对照实验结果, 恰与王琦教授对痰湿型体质研究中所得出的 “痰湿型体质者血糖、胰岛素水平显著高于非痰湿型”相一致, 从而认为胰岛素抵抗与痰浊、癖血关系密切, 属于中医标实范畴。周氏等[6]在 “肠易激综合征(IBS)与体质的相关性研究”中发现, 该病的患者有明显的体质倾向, 多属于肝郁质。并且不同的体质与IBS的分型也密切相关。通过调理其体质的偏颇, 可达到防治IBS的目的。此外, 林氏等[7]从痰湿论治糖尿病, 得出糖尿病人中肥胖痰湿体质的发生率达90%以上的结论。张氏等[8]认为痰湿体质是动脉粥样硬化和2型糖尿病的病因中低度炎症发生的内在基础。尤氏等[9]分析了中医体质学说和中风病证的关系, 认为体质对中风病的性质、临床表现证型和发展转归均具有内在制约性, 体质是证候产生的重要物质基础。等等。

2.2 体质学思想在妇科学中的应用

女性体质特点多阴盛阳衰, 血少气多, 并且不同阶段的女性又分别存在着不同的体质特点。宋氏等[10]在临床诊治肥胖妇人不孕症时, 遵循 “辨体质”这一体质治疗学思想, 查证各医家对肥胖妇人不孕症治疗时, 强调治痰的重要性, 其实质在于用化痰之剂改善体质, 同时考虑痰湿体质的证候演变规律, 故在其治疗中依据其体质特点, 以治痰为本。

2.3 应用于儿科学

小儿的体质特点是“纯阳之体”“稚阴稚阳”，“五脏有余不足”。云氏等[11]针对小儿体质特点与辨质论治做出论述，认为新生儿即存在体质差异，应正确认识小儿体质特点及其与病、证关系，“质病同治”，以减少药物不良反应，增强治疗效果。戴氏[12]则从先天因素、精神情志、饮食调养等多方面因素对小儿体质形成的影响进行了探讨，并就如何根据小儿体质差异进行诊治和养护提出思考意见。

2.4 应用于针灸学

根据不同体质，不同证候，选用不同的穴位及刺激方法，以调整改善体质和预防疾病。朱氏等[13]以针灸治疗胃十二指肠溃疡和围绝经期综合征为例，对体质学说及植物神经平衡的综合指标测定法在针灸治疗中的应用进行了探索。结果表明，体质—植物神经功能状态与针灸治疗有较为密切的关系，植物神经的功能状态是体质结构的组成部分。针灸临床，可将植物神经测定作为体质分类及辨证分型的参考依据，对植物神经进行调整，同时也可达到调整体质的目的。

2.5 应用于亚健康的调治

国内文献引用论文题录统计数据显示，引用频次最多的是王琦教授于2001年发表的《调治亚健康状态是中医在21世纪对人类的新贡献》一文。可见“亚健康”正越来越多地受到人们关注，成为焦点。其中，魏氏等[14]论述了亚健康状态与中医药干预措施，认为应重在改善体质病理状态。中医体质学的发展，为病前状态的预防提供了理论基础，通过对体质的调整与优化，改善病理体质，不仅能预防亚健康的发生，还可以调整亚健康状态，阻断或减缓其向疾病的转化。黄氏等[15]对亚健康状态进行阐述，认为中医可根据不同亚健康人群、不同体质类型，或以食疗，或以药膳，或以保健食品进行针对性防范。

2.6 应用于老年病的防治

阳氏[16]从流行病学调查、临床衰老积分分析衰老病机等，认为痰湿体质在心脑血管病中极为常见，甚至贯穿于整个病程中。宋氏等[17]则从改善虚损体质入手，调治慢性病证，结果发现，很多辨证论治疗效不佳或疗效不持久的慢性疑难病证，如一些“老慢支”患者，只要从调补先、后天入手，改善其虚损体质，大多能收到满意疗效。可见，在老年病的防治中，体质调节依然是重要的治疗思路。

3. 科学研究

3.1 应用于体质学与现代免疫遗传学、分子生物学的对接

3.1.1 免疫遗传学特征研究的应用：HLA是人类重要的免疫遗传标志之一，至20世纪80年代末年各国学者对机体免疫反应性的遗传控制进行了广泛深入的研究，这其中重大发现为HLA和疾病具有关联性。HLA系统的多态性与连锁不平衡现象等主要特征与中医体质学说之间有很多共同性。它既可能为中医体质类型的划分提供免疫遗传学诊断依据。中医体质学说认为体质的形成受先天禀赋因素和后天获得性因素决定，而HLA以倍型为一个单位，将亲代特征传给子代，反映了体质的先天遗传特征和稳定性，HLA的连锁不平衡现象则反映了后天获得性特征和体质的可变性中医体质学说认为人的体质各异，个体之间存在着差异，HLA系统极其复杂的多态性则可反映个体间存在的如此众多的差异而且HLA抗原频率和基因频率还受地理环境等的影响，这与中医体质学说的环境制约论是一致的。

运用免疫遗传学技术，在对痰湿体质遗传学研究中，通过对41例肥胖人与50例正常对照组进行人类白细胞抗原(HLA)检测，并进行痰湿体质与HLA关联分析。结果提示，痰湿体质在HLA-A₁₁、B₁₂、B₅、B₃₅、B₄₀ 5个位点上，其基因频率和抗原频率显著高于非痰湿体质。具有HLA-B₁₂抗原谱上的人，其发胖的可能性是没有该抗原人的3.868倍。经统计学处理，其中B₄₀有显著性差异，说明痰湿体质与HLA-B₄₀有关联。提示痰湿体质存在免疫遗传学基础。初步为痰湿体质诊断标准提供了遗传学依据，在当时历史条件下为痰湿体质分型研究提供了新的可行的客观依据。

陈氏等[18]引用王琦教授针对“痰湿体质与HLA关联分析实验研究结果”发表了“HLA与中医理论的相关性研究解读”一文，认为对HLA与中医体质学说两者的相关性进行研究，可以从现代医学角度证实中医体质学说的客观性，阐明不同体质类型的遗传学特性及其对不同疾病的易感性。

目前，相关疾病的中医体质类型与HLA的关联已经成为研究热点。沈氏等[19]就对急性脑栓塞不同中医体质类型的患者进行了HLA-DQAI等位基因分型研究，显示在不同体质类型的个体中基因多态性分布有一定的差异。

3.1.2 基因芯片技术探索体质分子机制的应用：利用高通量人类全基因组芯片检测技术，研究发现:相对于非痰湿肥胖人，痰湿体质者有超过100个差异表达的基因(≥ 2 倍, $P < 0.01$)。证实了肥胖人患病的体质因素从而在分子水平上为体质分类提供了客观依据。

3.2 应用于体质学与医学心理学的交叉研究

基于现代的生物—心理—社会医学模式，体质学与心理学的交叉将是完善解决未来人类心身健康的快速通道。王氏等[20]在“中国人的抑郁症及其社会文化思考”一文中就指出，应利用中医学的心身并治方法，来有效治疗抑郁症患者的躯体症状和心理症状。未来的医学是预防医学，结合体质进行预防是体质学说和预防医学共同承担的责任。

3.3 应用于体质学与流行病学的交叉研究

流行病学是现代医学的重要研究手段，周氏等[21]从整体观、综合观、动态观和黑箱思维等认识论上的相似性，谈及临床流行病学在中医体质学等中所发挥的独特作用，为中医循证医学提供了科学证据。

3.4 应用于国家科研项目

中医体质相继被列为了国家自然科学基金中医基础理论招标范畴、国家中医药管理局中医基础理论招标内容以及国家重点基础科学研究计划。先后承担并完成了体质研究方面的多项国家级及省部级科研课题，包括：

国家自然科学基金课题—中医痰湿(肥胖)体质的基础研究, 1989

国家“十五”、“211工程”建设项目—中医体质学研究, 2002

国家中医药管理局课题—气虚体质免疫功能下降机理的研究, 2002

国家自然科学基金课题—中医痰湿体质的基因表达谱研究, 2003

北京市科技项目—亚健康状态的中医药干预研究, 2003

教育部直属高校聘请外国专家重点项目—中医体质调查量表的开发与评价研究, 2004

国家重点基础研究发展计划 (973项目—基于因人制宜思想的中医体质理论基础研究, 2005

国家“十一五”科技支撑计划—亚健康状态中医辨识与分类研究, 2007

中医药行业科研专项—中医传统养生保健方法系统整理研究, 2007

国家自然科学基金重大研究计划—证候病机与体质代谢组学相关研究, 2008

国家重点基础研究发展计划 (973计划—中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究, 2010

迄今，体质研究已获得多项科研成果，包括：

“中医体质理论与应用研究”于2004年7月通过教育部主持的科技成果鉴定

“痰湿体质特征与分子机制研究”于2005年3月通过教育部主持的科技成果鉴定

“中医痰湿(肥胖)体质的基础研究”于2005年通过国家中医药管理局科技成果鉴定。

“中医体质分类判定标准的研究及其应用”于2007年获得国家科技进步奖二等奖
2005年先后获得“一种干预亚健康的中医制剂及其制备方法”和“一种减肥降脂中医制剂”的国家专利局专利证书。

4. 健康促进

4.1 应用于国民健康养生

王琦教授所建立的体质辨识方法广泛应用于生命质量评估研究、健康管理及中医体检,深入到医院、社区、家庭。

健康管理是通过健康评价,根据不同的健康问题和危险因素来制定改善目标,选用针对目标的干预措施,最终达到有效降低危险因素的目的。目前的健康体检,多是进行西医理化检查,将指标异常作为健康或不健康的标准,在加入体质辨识后,对指标正常但已是偏颇失衡的体质状态就能够进行早期干预。在国家中医药管理局确定的全国41家“治未病”中心,均建立了体质辨识中心、体质调养方案。广东省中医院治未病中心,成立至今已进行了数万人次体质辨识,并给予保健和干预。浙江省中医院体质辨识中心通过将中医体质辨识与医学体检和生物医学工程技术动态监测等手段相结合,对受检者健康状况进行个性化评估,提供具有中医特色的辨识体检结论和报告,建立受检者个性化档案,定期跟踪,开展四季养生、冬病夏治研究,并在冬令进补季节根据九种体质研制出辨体调理膏进行干预,得到了很好的经济效益,开拓了中医院的健康服务市场。

体质的成果还应用于不同人群的养生防病,帮助人们根据不同的体质制定不同的养生方案。

对于亚健康人群,可以依据不同体质类型制定相应的调体措施,改善体质偏颇状态,防治亚健康。

体质辨识是个体化诊疗和普适性相结合的有力工具。2008年北京市人民政府发放《首都市民中医健康指南》500万册,推广应用中医9种体质,形成广泛的社会实践。2009年10月10日卫生部颁布了《国家基本公共卫生服务规范(2009年版)》,在“城乡居民健康档案管理服务规范”中纳入中医体质辨识,是唯一一项中医体检内容,实现了中医药首次进入国家公共卫生体系。

4.2 应用于社会经济领域

中医体质理论对于解读亚健康干预与现代难治病防治两大难题具有重要的理论意义。

中医体质理论研究对把握中华民族的体质特点,养生保健,防病治病,提高国民健康素质有重要的社会意义和经济意义。

5. 学科建设

5.1 应用于中医教育体系

在中医教育体系, 中医体质学研究成果被纳入多种中医教材使用: 包括王新华主编的《中医基础理论》、李德新主编的《中医基础理论》、孙广仁主编的《中医基础理论》及何晓晖主编的《中医基础学》, 丰富了中医基础理论的教材内容王洪图主编的21世纪课程教材《内经讲义》王庆其主编的中医研究生教育用书《黄帝内经专题研究》, 在全国中医药高等院校广泛使用。而王琦教授主编的21世纪高等医学院校创新教材《中医体质学》, 将在19所高等中医药院校陆续使用。

同时, 王琦教授非常重视本学科人材梯队的建设。中医体质学作为研究方向, 自1987年在国内首次招收中医体质学研究生以来, 已培养硕士生6名, 学术经验继承人4名。现培养中的 博士后1名, 博士生7名(其中台湾地区1名、韩国1名), 硕士生2名(其中韩国1名), 学术经验继承人3名。

5.2 应用于中医学科的发展建设

体质学说的研究促进了中医学科的发展与学科分化, 中医体质学形成了新的学科分支, 被列为国家“十五”“211工程”重点建设项目及国家级重点学科中医基础理论学科的主要研究方向成立了中华中医药学会中医体质分会, 多次召开学术交流会议, 在中医界产生广泛影响, 推动全国中医体质研究的发展, 使体质研究成为中医基础理论研究的热点。

在中国工程院院士肖培根、郭应禄, 中国科学院院士陈可冀, 中国性学会理事长徐天明等知名专家以及教育部、国家自然科学基金委员会、国家中医药管理局、中国中医药学会的有关负责人的论证下, 王琦教授还主持建立了中医体质学及中医生殖医学研究中心, 为这两个属于新兴交叉学科的研究领域提供了有效、可靠的研究载体与机构保障。

6. 国际交流

目前在世界范围内体质研究已成为医学的重要部分, 中国台湾地区将体质研究已列为中医药研究方向美国、德国、日本、法国、韩国等都在致力于本国国民体质研究, 以期提高整体医疗水平。

在开展国际合作方面:

《中医体质学说》在日本被多次翻译出版, 与日本富山医科药科大学合作进行体质量表开发设计, 并运用开发的体质调查量表在日本组织日本人群的体质调查。

1995~1998年, 与美国约翰·霍普金斯大学哮喘与过敏研究中心合作, 开展了中药治疗小鼠工型超敏反应的研究。2003年, 同美国加州人类基因组国家实验室研究人员合作, 开展

中医痰湿体质基因表达谱研究。

中医体质学是中医基础理论的重要组成部分, 与日本、美国等相关研究机构合作开展体质研究, 不但实践了中医基础理论研究的国际间合作, 而且使中医理论研究与现代医学的互补性、通约性得到实现, 提高了中医学的国际地位。

结语: 体质医学将成为未来医学发展的动力

一个观点、一个想法是否能成长成为一种思想, 影响一个区域、一代人, 甚至整个人类、几代人, 关键要用可持续发展的眼光看它是否具有足够深远的影响力, 而这个影响力一定是能够为人类的长足发展、进步提供契机, 将人类带入文明、健康时代的基石, 正如信息科学、工程技术、农业发展、工业变革所带来的冲击一样, 没有健康, 就没有一切文明, 而体质医学将成为这健康时代的里程碑, 恒久影响着未来的医学模式。

正如中国工程院院士巴德年教授在中华医学会成立85周年庆祝会上曾指出的: “根据现代医学的发展轨迹和社会发展趋势, 21世纪初的20年或30年, 医学将发生很大的变化, 医学的任务将从以防病治病为主逐步转向以维护和增强健康, 提高人的生命质量为主。”我们可以认为, 在这席卷而来的医学变革中, 体质学思想将以其不可替代的动力, 成为这一变革的主角。

参考文献

- [1] 王琦, 于卫东. 中医体质学说的基本原理[J]. 北京中医学院学报, 1989, 12(1): 8-10.
- [2] 王琦. 论中医体质研究的3个关键问题[J]. 中医杂志, 2006, 47(5): 250-252.
- [3] 靳琦. 王琦辨体-辨病-辨证诊疗模式: 中医体质理论的临床应用[M]. 北京: 中国中医出版社, 2006: 141-144.
- [4] 王前奔, 倡建“体质药物治疗学”[J]. 中医研究, 1998, (1): 2.
- [5] 詹萍, 施卿卿, 郭云庚, 等. 不稳定心绞痛中医分型与胰岛素抵抗的关系[J]. 福建中医药, 2001, 2(1): 3-4.
- [6] 周福生, 罗琦, 祝淑贞. 肠易激综合征与体质的相关性研究[J]. 中医药学刊, 2005, 8(8): 1359-1361.
- [7] 林绍志, 刘炳国, 魏守宽. 糖尿病从痰湿论治——附35例II型糖尿病病例分析[J]. 上海中医药杂志, 1999, (2): 8-9.
- [8] 张红敏, 谢春光, 陈世伟. 低度炎症的中医病因探讨[J]. 新中医, 2005, 1(1): 14-16.
- [9] 尤劲松, 黄培新. 从体质学说及遗传基因多态性研究中风病证候浅析[J]. 中医药学刊, 2004, 8(8): 1494-1496.
- [10] 宋咏梅. 体质观念对诊治肥胖妇人不孕症的启示[J]. 中国医药学报, 2001, (6): 45-47.

- [11] 云鹰, 史纪. 小儿体质特点与辨质论治[J]. 中国中医基础医学杂志, 1999, 5 (5) : 3-4.
- [12] 戴翥. 体质形成因素及小儿养护特点探讨[J]. 云南中医学院学报, 2002, 6 (2) : 30-33.
- [13] 朱江, 马惠芳, 付平, 等. 通过植物神经功能状态的变化看针灸效应[J]. 中国针灸, 2002, 12 (12):843-844
- [14] 魏红, 郑洪新. 论亚健康状态与中医药干预措施[J]. 辽宁中医杂志, 2004, 5 (5) : 369-371.
- [15] 黄超岚, 程志清. 论传统医学在亚健康状态治疗与保健中的作用[J]. 中医药信息, 2003 (4) : 1-3.
- [16] 阳同秀. 中医痰浊与衰老相关[J]. 湖南中医药导报, 2002, 9 (9) : 521-522.
- [17] 宋述财, 许华, 陈群, 等. 改善虚损体质—调治慢性病证的思路[J]. 福建中医药, 2003, 10 (5):41-42.
- [18] 陈兰羽, 陈建杰. HLA与中医理论的相关性研究解读[J]. 中医药学刊, 2004, 7 (7) : 1284-1285.
- [19] 沈乃莹, 严征. HLA-DQAI等位基因与急性脑栓塞多种中医体质类型的相关性研究[J]. 中医杂志, 2001, 43 (4) : 237.
- [20] 王丹芬, 雷晓明, 刘临兰, 李丹琳. 中国人的抑郁症及其社会文化思考[J]. 中国全科医学, 2004, (5):315-317.
- [21] 周玲, 陈文恺. 临床流行病学方法与中医基础理论研究[J]. 南京中医药大学学报, 2003, 5(3): 137-140.

中医养生学的时代任务

李 丽

山东省济南市, 山东中医药大学第二附属医院康复中心
济南市经八路1号250001 (0531-82436307)

摘要

怎样才能健康?重要的一条途径是遵循养生之道“治未病”。本文总结了现时代影响健康的种种因素,认为“毒邪”是影响健康的核心要素,因此中医养生学的时代任务在于如何预防与消除人体的“毒邪”。

关键词：中医养生学；毒邪；亚健康；

중의 양생학의 시대임무

이 려

산동성 제남시 산동중의약대학 제2부속병원 재활센터
제남시 경8로 1호 250001 (0531-82436307)

어떻게 해야 건강해 질 수 있을까? 중요한 방법 중 하나는 양생의 길 “治未病”을 따르는 것이다. 본문은 현시대에 건강에 영향을 주는 여러 요인 중, “毒邪”를 핵심 요소로 보고, 이에 따라 중의 양생학의 시대임무는 인체의 “毒邪”를 어떻게 예방하고 제거할 것인가에 있는 것으로 정리하였다.

Key Words : 중의 양생학, 독사, 아건강

中医养生学,是以中医学基本理论为指导,探索和研究生命的理论,以颐养身心、增强体质、预防疾病的理论和方法为宗旨,进行综合性的保养生命,争取健康的活动,从而达到强身防病祛病延年益寿之目的实用性学科。

目前,中医养生学研究主要是从传统理论、方法上进行探讨,而不产生新的理论和方法[1],这在实践中常常形成模糊而笼统的概念,难以形成现实生活中具体、实用的养生方法。中医养生学的理论源于不断的实践经验,因此,总结现时代影响健康的种种因素,探讨符合时代需要的养生学理论与方法是养生学发展的必由之路。

一、毒邪产生的原因分析

“毒邪”是困扰现代人们健康生活的一个重大问题:“毒邪”的来源和范围不断扩大,现代流行的许多慢性疾病、亚健康、衰老等问题,都与“毒邪”有一定关系。

(一) 生态环境的变化

在人类进入工业社会以前的漫长农业社会时期,人类与自然大体呈一种和谐相处的状态,人类依赖自然并用自然,但甚少对自然界进行大规模的改造活动。因此,工业社会以前,人们的健康状态多受其经济条件、流行瘟疫或外来伤害的影响。

人类开始进入工业社会后,人类社会空前繁荣的同时,也前所未有的地破坏了生态环境,破坏了人与自然环境的和谐相依状态。废气、废水、废渣、化肥、农药等这些科学技术的副产物严重破坏了生态环境,影响着人类的健康。

(二) 社会环境的变化

人类疾病谱的变化充分说明人类的疾病和健康是随着社会的发展变化而出现相应的变化。

1. 竞争剧烈,生活和工作节奏加快 人口不断增多与资源的有限性之间的矛盾,使得社会竞争激烈成为现代社会的鲜明特色。不仅使社会资源分布越来越趋于不平衡,也使得人们的生活和工作节奏不断加快,导致人们的压力越来越大。
2. 人际关系复杂,缺少情感交流 在竞争剧烈、压力巨大的社会状态下,人们容易因为某种利益关系而形成错综复杂的人际关系,使得人们之间的情感联系薄弱。

3. 不适应新形势 城市化、人口密集、交通紧张、住房和办公室拥挤等, 都会给人们带来紧张的感觉和不适应, 造成心理上的巨大压力。可见, 人体健康不仅受自然环境中毒素的影响, 也受社会环境中派生的内生之毒的影响。

(三) 不良的生活方式

生态环境和社会环境变化的直接后果是导致人们生活方式的转变。农业社会中, 一般人遵循日出而作、日落而息的生活规律。现代社会中, 人们可以享受的东西前所未有的丰富, 同时也产生了不健康的生活方式, 如:

1. 吸烟、酗酒 虽然多数人都知道吸烟和酗酒有百害而无一利, 但在现代社会中, 吸烟或酗酒是一种普遍的现象。
2. 膳食不平衡 现代社会人们的饮食需求得到极大的满足, 除了贫困地区, 以往因食物缺乏导致的营养不足疾病已较为少见, 取而代之的是因膳食结构不平衡、饮食方法不正确而导致营养过剩的“文明病”、“富贵病”。
3. 运动不足 交通工具广泛使用, 体力劳动也被现代机械所代替, 工作紧张、生活节奏加快、家庭负担沉重等诸多因素使得人们难以抽出时间进行体育锻炼。而长期的运动不足, 导致气血津液运行障碍, 进而影响人体健康状态。
4. 睡眠不足 睡眠本应占据人生三分之一的时间, 但在现代社会, 睡眠不足已成为都市人的通病。睡眠不足已成为影响现代人健康的重要因素。

以下主要探讨毒邪与健康的关系。

二、毒邪与亚健康的关系

亚健康状态是一种非健康非疾病的第三状态, 又被称为“灰色状态”或“中间状态”。具有可向疾病演化发展的趋向, 又可转向健康的可逆性。亚健康的发生、发展转向与毒邪密切相关。

(一) 亚健康的基本特征为情志失调

亚健康状态多表现为忧郁、焦虑、烦躁、心慌、胸闷、气短、汗出、抵抗力低下、易疲劳乏力、精神不振、嗜睡或失眠多梦、记忆减退、两目干涩、月经不调、性欲减退、全身疼痛酸软、食欲不振等, 而其临床各项理化检查无阳性指征。

（二）亚健康状态的核心病机为情志不遂与气机紊乱

中医学认为，“形神合一”，形体与精神相互联系、相互影响、相互制约。一般情况下，外界刺激不会引起亚健康状态的发生。但如果刺激过度或过久，超过了正常的适应能力，就会导致亚健康状态的出现，甚至造成疾病。

气机升降失调是亚健康状态形成的主要病机。气机升降出入是机体进行新陈代谢、维持生命活动的基本过程。过正常状态下，脏腑气机运动相宜，一旦内伤七情、外感六淫，机体的动态平衡遭到破坏，则会气机失调。因此，气机失常是导致亚健康状态的关键机制。

三、毒邪与慢性疾病的关系

毒邪存于体内，可阻滞气机，影响气血津液的运行，破坏脏腑功能以及脏腑之间的协调统一性。多数慢性疾病的发病和毒邪有莫大关系。

（一）中风病与毒邪

中风病是多种内外病因不断作用和正气衰损的必然结果。外感六淫、情志失调、饮食不节、劳倦失度等致病因素反复作用于人体，风、火、热相引，毒邪化痰、生瘀和气相结，久而不去，蕴积不解，最终闭塞脉络，形成毒滞脉络之病证，导致中风病的发生。

（二）老年性痴呆症与毒邪

孙明杰、于友华[2]认为内毒蓄积是老年性痴呆症的重要成因。当因脏腑虚衰或外邪侵袭而致人体脏腑功能失调，气血津液运行失常时，体内的病理产物，如痰浊、瘀血等，不能及时排除，蕴积体内，日久化热而生成“浊毒”，当浊毒损伤脑络时，脑窍壅塞，神机失统则发生痴呆。

（三）糖尿病与毒邪

李怡、姜良铎[3]认为，糖尿病因“毒”而生，糖尿病的发生与外来之毒的侵袭和机体的遗传易感性及机体清除内外之毒的能力下降有关。饮食不节、情志不畅、不良生活习惯等外来因素可导致机体脏腑功能下降，清除外来之毒和内生之毒的能力下降。因此，节食和适量运动，保持情志愉悦和良好的生活方式，促使脏腑功能恢复正常，是防治糖尿病的必要措施。

（四）癌症与毒邪

韩建宏[4]等认为肿瘤发病中的毒邪包括外来之毒和内生之毒。外来之毒包括化学、物理、生物等致癌物质,内生之毒是肿瘤发生发展的根本原因之一,也是造成肿瘤浸润转移的根本因素。故肿瘤治毒应采取辨证施治和截断毒邪在体内发展的综合思路。

四、从肝论养生是现时代养生的重要思路

肝主疏泄,因此“毒邪”的排泄,赖肝以疏导。强调肝排泄毒邪以保障机体健康的功能,在当今社会有着特别重要的现实意义。

生命活动的本质就是新陈代谢,生精和化浊是生命物质运动的两个不可缺少的基本方面。人体内浊物的排泄对机体生命来讲是至关重要的。许多疾病的产生不是在于精气的产生不够,而是浊物的排泄障碍。

肝之疏泄功能正常,气机调畅,升降有序,三焦通畅,藏蓄有度,则二便排泄正常。一方面机体代谢产物、多余之物,尤其是一些对机体有害的毒物亦随之排出体外,维持机体内环境保持稳定;另一方面机体各脏腑功能正常,正气强盛,抗邪力强,可防止疾病发生。因此,从肝论养生是现时代养生的重要思路。

参考文献

- [1] 谭颖颖,刘昭纯. 中医养生理论体系构建[J]. 山东中医药大学学报, 2008, 1 (32) : 45.
- [2] 孙明杰,于友华. 清热解毒中药防止老年性痴呆症之理论探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9 (2) : 17, 24.
- [3] 李怡,姜良铎. 从“毒”而论糖尿病的病因病机初探[J]. 中国医药学报, 2004, 19 (2) : 119-120.
- [4] 韩建宏,张勇,范忠泽. 癌症毒邪辨析[J]. 中华现代中西医杂志, 2004, 2 (3) : 216-217.

肺(间质)纤维化中西医临床治疗研究的若干问题

张纾难

卫生部中日友好医院中医呼吸科

摘要

肺(间质)纤维化是世界性难治病, 预后极差, 且目前缺乏有效治疗方法。本文对该病国内外研究概况做了较为系统的归纳; 重点针对临床治疗研究中存在的问题, 提出处理好“七大关系”的临床应对策略; 对于目前中医临床研究方法上存在的问题和差距, 提出应在学习参考国外先进的临床研究设计方法的同时, 将重点放在建立有中医特色的疗效评价体系上。

폐(간질)섬유증의 중서의 임상치료 연구의 문제

장서난

위생부 중일우호의원 중의호흡과

폐(간질)섬유증은 세계성 난치병으로, 예후의 차이가 심하고, 현재 효과적인 치료방법이 부족하다. 본 논문은 폐(간질 섬유증)에 대한 국내외 연구 상황에 대해 비교적 체계적으로 수합하였다. 임상 치료 연구 문제에 초점을 두고, “七大关系” 문제의 임상적 대책을 제안하였다. 현재 중의 임상연구 방법상 존재하는 문제와 차이에 대하여, 반드시 국외 최신 임상 계획을 참고해야 한다. 또한 이 문제를 중국 의학의 특색 있는 치료효과와 평가 시스템 개발에 중점을 두어야 한다.

1. 概况

肺(间质)纤维化是世界性难治病,各人种都可以发生,男性略多于女性。预后极差,有“类似癌症的预后”的说法。但相关研究的样本量都比较小,而且在诊断的明确性、疾病的严重程度上都存在异质性,所以多数研究者倾向于认为这个结论还需要进一步证实。

自上世纪80年代以来,国内外学者已逐步把以肺间质为主要病变部位的不同本质的疾病放在一起进行研究,因而有了间质性肺疾病(interstitial lung disease, ILD)的概念。ILD包含近200种疾病,随着对其分类、症状、诊断及治疗等方面研究的不断深入,临床诊疗也面临着越来越多的困惑。比如:因其非常见病和多发病,进行前瞻性、随机对照临床试验相当困难自然病程和临床病程难以预见目前尚无精确可靠的客观指标来识别并监测疾病进展预后极差,用安慰剂作对照研究是不道德的在研究过程中,病人常因药物无效而要求更换药物,使研究复杂化因药物副作用使病人难以长期坚持服用研究药物缺乏统一的评价标准等等。

2. 早期诊断问题

早期诊断关键在于意识!肺功能限制性通气功能障碍,对于早期诊断具有一定的价值。其中主要是DLco的测定及运动试验检查,在尚无任何临床症状和其它检查有异常表现之前(2~3月)即可出现异常改变(下降至正常值的1/2~1/5)。其下降50%X线才出现改变。

同时,这项检查也有助于确定治疗方案及判定疗效。如关于是否应使用、何时使用激素的问题,目前尚无单一的临床指标作为其依据。多主张根据临床综合资料进行抉择,而其中肺功能检查占据重用位置。若肺功能值在观测期间比较稳定,可考虑不予激素治疗相反,若肺功能逐渐变差,提示疾病进展,应及时给予激素治疗。

此外需注意,肺功能检查在对ILD应用中亦有一定的局限性。首先,不能仅凭一次检查即得出结论,应在系列检查中发现其动态变化为可靠依据肺功能检查一般无助于明确ILD的病因肺功能检查对于ILD的诊断并无明显的特异性,因此应密切结合临床资料进行分析方能对其结果作出合理解释肺功能检查的正常变异甚大,与疾病重叠较多,有时不易区别正常与异常。

从病变部位判断并鉴别病种:(1)病灶聚集于外周胸膜下及肺底区,呈网状疤痕型者,多为IPF,石棉肺和风湿性关节炎或硬皮病伴肺纤维(2)聚集于上肺背侧者,多为矽肺或煤工尘肺

(3) 病灶在中、上肺区者,多为结节病,组织增生症X和慢性过敏性肺炎。其中组织增生症X(主要表现为结节及囊肿)即使全肺弥散也从不累及肺基底近肋膈沟部。 结节病的结节分布于间隔或小叶中心动脉邻近(4)分布于肺周围及肺尖区者多为热带性嗜酸粒细胞增多症(5)分布于中、下肺区者多为急性、亚急性过敏性肺炎和淋巴管癌。后者常出现“串珠状间隔征”。

3. 临床治疗问题

3.1 皮质类固醇

在国内外相关治疗指南[1,2]中均推荐的治疗方案为糖皮质激素,或与细胞毒制剂(环磷酰胺及硫唑嘌呤)联合使用。见于近些年文献报道的药物还有干扰素和N-乙酰半胱氨酸(NAC)等。但目前尚缺乏循证医学证据支持证实哪种治疗方案能够提高患者的生活质量或生存率,也无公认理想的应用剂量和疗程,应根据病人具体的临床反应随时加以调整,即强调个体化。有20%~25%的病人经激素治疗后有明显的客观改善,50%的病人气短症状得以减轻。肺功能和胸片有改善的病人生存期延长。治疗的确切机制尚不清楚。对于绝大多数患者而言,采用激素治疗即使有效也不能阻止病程进展。皮质类固醇在以往被广泛使用,但此类药物对于明确诊断的IPF病人几乎无效。因此现在有人认为类固醇只是对其他类型的炎症性肺疾病有效,美国胸科协会已经不推荐在IPF的治疗中常规使用。

目前的共识是有以下临床特点者药物治疗可能有效:年轻发病治疗前病程短病理显示以急性肺炎为主血清、BALF及肺活检标本存在免疫复合物BALF有较多的淋巴细胞。

自上世纪90年代以来,国内学者开展了中医治疗本病的探索[3],从“肺痿”角度认识并以益气润肺,活血通络等为治法取得了可喜进展[4, 5, 6]。

3.2 非药物治疗

血浆置换法尚待进一步临床验证;肺移植:年龄<60岁、无其他系统性疾病、药物治疗反应不佳及客观指标显示肺功能恶化者,需考虑肺移植。目前全球肺移植病例中IPF占20%,移植后1年存活率66%,3年生存率51%。

综上,迄今为止治疗仍十分困难,目前的各种药物治疗均旨在于控制炎症、延缓纤维化的发展,难以达到根治目的。而且这些药物不同程度均有一些副作用,且需长期服用。

4. 临床应对策略思考：处理好“七大关系”

4.1 标准化与个体化—和而不同，目的为先

以糖皮质激素使用为例，虽然有“推荐治疗方案”，但临床上也不应过于拘泥所谓“标准化”。比如皮质激素应用后病情仍进展，则应迅速撤除，而不能固守“疗程”。同样，若病情稳定无明显的活动性，甚至不一定采用糖皮质激素治疗。ILD实际上是一组临床综合征，虽然其临床表现、X线改变及肺功能的损害具有类似的特点，但它的病因诸多，病机、自然演变过程、治疗方法及预后均有不同。因而不存在“标准”、“统一”的治疗方案。必须考虑具体病例、时机和具体用药的不同选择。真正的最优化应是个体化，个体化是最优化的表现形式，是现代医学的发展方向。

4.2 病因治疗与对症治疗—相辅相成，分清主次

明确、单一的致病因素，病因治疗是根本的。而因果关系的简单化是目前临床存在的一个问题。本病更是有因、远因逐步积累的情况，驱除病因是困难甚至是不可能的。因而，对ILD的支持治疗、对症治疗是十分重要的。在目前临床难以治愈的情况下，辅助性治疗措施不仅可以提高患者的生活质量，同样有助于控制和防止病情进展。临床在处理病因治疗与对症治疗的关系时，应遵循急则治标，缓则治本的原则。比如正确的氧疗、合理的抗生素使用等。

4.3 中医治疗与西医治疗—有机合用，适时选择

中医的优势首先在于个体化的问题，实际上就是中医辨证论治的思想体现。其次对于某些激素、免疫抑制剂不敏感的患者，使用中药治疗往往能起到较好的临床效果；西医的优势则在于，大多数早期发现的患者（肺炎），及时使用激素可使病变逆转为正常。而某些急性型病例，适时的激素冲击疗法可以使病情得到缓解。目前临床上存在着一种误区，认为西医没有办法治再找中医试试，或是急性期用西药，缓解期用中药。中医、西医互有短长，对于本病的认识和治疗各有优势，两者是相辅相成的。如果在治疗的过程中将中药和西药有机地结合使用，对于延缓病情进展、改善症状具有积极的意义。

4.4 辨证治疗与辨病治疗—病证结合，辨证优先

如多发性肺炎型患者，可以清肺化痰为主要治法。孤立性肺炎型患者，可在清肺化痰的基础上酌加软坚散结药。弥漫性间质性肺炎型患者，则应以益气润肺为主等等。辨证是侧重于疾病某阶段机体机能状态及其所处环境差异的整体认识；而辨病则基于对疾病病理变化的认识。两者同样是相辅相成的。在有显症可辨时，以辨证为先；如果临床表现无特异性，

则以辨病为宜。即有症辨证, 无症辨病, 辨病基础上也应结合辨证。如发现患者肺内存在促凝活性亢进的依据, 则应在活血化瘀的基础上进行辨证加减用药。

4.5 心理治疗与科普教育—循循善诱, 实事求是

临床发现患者得知患了这种“类似癌症预后”的疾病时, 往往会表现为两种极端的意向: 一是自暴自弃, 在治疗上缺乏良好的依从性; 或是愿意相信有“灵丹妙药”, 迷信“偏方”。应对患者的病情给予充分、通俗而贴切的解释, 并给予适当而具体的活动指导。临床实践证明, 科普教育基础上的心理治疗对于减轻患者的症状、树立战胜疾病的信心意义重大。但切忌为取得患者配合而盲目夸大疗效。

4.6 疗效与费用—酌情兼顾, 思利及人

以最低廉的花费取得最佳的疗效是卫生经济学的要求, 也是大多数患者的愿望。从临床治疗角度而言, 医生在面对ILD这类难治病时, 要兼顾费用和疗效殊为不易! 比如IPF的肺移植选择问题; 若非科研需要, 根据临床表现与常规检查(如胸X线片)能够作出初步诊断时, 更进一步的检查是否必要; 一种药物可以基本控制病情时, 联合应用其有效率仅是有限的提高, 应对联合用药的效果和价值进行审慎的估价等。

4.7 生存质量与病理改善—正视现实, 轻不言弃

迄今所有的治疗手段被认为难有明确的病理改善作用。因此比将重心放在如何阻止疾病的进展和延长生存期更具现实意义的是如何提高生活质量。生存质量是随着医学模式的转变而产生的一类新的与健康相关的多变量指标。其评测方法是从宏观层次和整体水平上评价人的健康状况, 这与中医学关于人体生命活动规律和健康整体观念相吻合。将生存质量的概念引入中医疗效评价领域, 必将有助于对中医的疗效作出客观的、能为医学界接纳的评价标准。

生命科学造福人类不仅在于知识与技术上的突破与进步, 更要与人类伦理和文化相适应的规则与心理的同步和协调。即科学与伦理需同步进展以相调适。2006年9月5日“诺贝尔奖者北京论坛”的主题是生命科学与人类健康, 而生命科学的主旋律是“追求生命质量”(相对于长寿)。在肺(间质)纤维化的临床治疗方面尤其如此。

5. 结语

ILD是国内外呼吸学界公认的疑难病, 目前尚无特效治疗, 平均5年存活率为43%, 10年存

活率为35%。而中医临床治疗“肺痿”、“肺痹”有很长的历史,积累了丰富的经验。但从临床科研设计方法上看都存在或多或少的问题,如缺乏统一的规范的病名归属、诊断及辨证分型标准、疗效评定标准,观察病例数量少,缺乏长期跟踪观察的大宗病例,无对照组或对照组设立不合理,实验设计不科学,观察指标少等。相比近些年国际权威医学杂志发表的治疗IPF的文献,如2004年1月《新英格兰医学杂志》发表的一项干扰素(γ -1b)治疗对激素不敏感IPF患者的多中心随机双盲临床试验[7]病例总数为330例,治疗中位时间为58周,观察指标既有传统的肺功能指标(如FVC, FEV1, 肺活量和DLCO),也有一些硬终点指标(如自入选到疾病加重或死亡的未加重生存时间),还有TDI呼吸困难评分、圣乔治呼吸问卷生存质量评分等,两者比较从中可以看出不小差距。正是由于大多数的中医临床研究设计的硬伤导致了可信度不高,影响了中医药治疗实际效果的科学评定。加强中医临床研究的科学性也是在知识积累进展新背景下对我们既往研究过程和结果的一次重新总结批评和再次认识提高。

中医疗效评定体系完全可以在研究中医症状学的同时,参考西医研究的成果,从而建立有中医特色的疗效评价体系。由于本病具有病理难以逆转的特点,以传统的生理病理指标判断其疗效缺乏足够的合理性与可信性。所以我们一直主张将生存质量量表如圣乔治呼吸问卷(SGRQ)和医学结果36项简化量表(SF-36)应用于临床研究,以体现中医“以人为本”的特色优势[8]。同时还需适当参考国外先进的临床研究设计方法,如治疗周期的设定至少要3月,有条件可适当延长;观测指标考虑到多表现为限制性通气功能障碍和弥散功能异常,要有反映限制性通气功能障碍的用力肺活量(FVC)或肺活量(VC)、一秒量(FEV1)、一秒率(FEV1/FVC)和代表肺间质弥散能力的DLCO等;呼吸困难评分除可用英国医学研究会评分(MRC评分)粗测外,还可采用从活动强度、努力程度及功能损害3方面测量呼吸困难的短暂呼吸困难指数(TDI)来细化评定;定时步行距离检测也是评价患者活动耐力的较好方法。这些设计细节都可在中医临床研究中酌情参考使用。

另外,由于慢性进展性疾病需长期服药,监测治疗中可能出现的不良反应问题也是目前临床不可忽视的问题。目前临床研究中系统报告药物安全性的尚不多,不利用对中药安全性等问题的客观评价。中药应该疗程多长,在什么时候撤药,撤药后如何巩固维持疗效,有没有传统口服饮片汤剂之外的其他中医药方法?这些时效研究和疗效机理的研究也是中医临床研究的重要内容。从新药研究的角度看,还应固定药材来源,固定处方中各味药材的质量,根据临床使用情况制定合理的剂型,如口服液、颗粒剂、针剂等。这些问题未来都可以作为中医临床研究的突破口进行深入探讨。

6. 参考文献

- [1] American Thoracic Society. Idiopathic pulmonary fibrosis:diagnosis and treatment. International consensus statement. American Thoracic Society (ATS) , and the European Respiratory Society (ERS). Am J Respir Crit Care Med,2000, 161: 646-664.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会. 特发性肺(间质)纤维化诊断和治疗指南(草案). 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25: 387-389.
- [3] 张纾难. 试论瘀血肺痿[J]. 上海中医药杂志, 1994 (1):7.
- [4] 周志光. 百合固金丸治疗特发性肺纤维化20 例总结[J]. 湖南中医杂志,2006 ,22 (5):15.
- [5] 许坚,侯海晶,庾慧. 益气养阴活血法治IPF 30 例[J]. 陕西中医,2006,27 (8):913 -914.
- [6] 蒋云峰. 黄芪桃红汤治疗特发性肺纤维化24 例[J] . 吉林中医,2003 ,23 (11):14.
- [7] Ganesh Raghu ,Kevin K. Brown ,Williamson Z. Bradford. A Placebo-Controlled Trial of Interferon Gamma-1b in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. The new Englandjournal of medicine, 2004,350(2):125-133.
- [8] 张纾难, 孙瑞华, 韩春生, 等. 特发性肺纤维化患者生存质量评价研究. 中华中医药杂志, 2006, 21 (4):206-207.

作者简介

张纾难, 男, 生于1963-1-29。卫生部中日友好医院中医呼吸科主任, 主任医师、教授。医学博士, 研究生导师。

工作20余年来, 一直从事中医、中西医结合临床、教学与科研工作。擅长内科疾病, 尤其是呼吸系统疾病的诊治。工作以来发表专业论文20余篇, 主编专著6部。曾数度前往日本、台湾、香港等地讲学、交流。

学术团体兼职：

世界中医药学会联合会呼吸病分会秘书长；
中华中医药学会急诊分会常委、副秘书长；
中国医师协会养生专业委员会常委。

获得荣誉：

卫生部直属机关抗击“非典”优秀共产党员；
首届全国中医药十大杰出青年(提名奖)；
首届全国中医药百名科普专家奖。

科室网站：huxike.com.cn

医师博客：Zhangshunan.kangtoo.org

电子邮箱：Shunan_zhang@yahoo.com.cn

老年肺部感染肺阴伤证的临床观察

史利卿¹, 李扭扭², 席宁³

¹北京中医药大学东方医院呼吸科 北京 100078,

²北京市延庆县中医院 北京 102100

³北京中医药大学 北京 100029

目的

探讨老年肺部感染肺阴伤证中医证候特征及相关影响因素。

方法

将老年组肺部感染患者102例与中青年组肺部感染患者60例进行对比, 观察肺部感染肺阴伤证的发生及相关影响因素。

结果

肺部感染患者中肺阴伤证发生率老年组为53.9%, 中青年组为15.0%, 老年组明显高于中青年组($P < 0.01$)。老年肺部感染患者中有慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病及肺间质疾病等呼吸系统基础疾病者肺阴伤证的发生率为65.0%; 其中, 有慢性支气管炎者及慢性阻塞性肺疾病肺阴伤证的发生率为65.2%; 有肺间质疾病者肺阴伤证发生率为64.3%。老年肺部感染肺阴伤证发生率7天内23.6%; 8~14天为34.5%; 15天以上为41.8%。在162例肺部感染病例中, 正常体质类型40例, 占24.7%; 阳虚型体质8例, 占4.9%; 阴虚型体质45例, 占27.8%; 湿热型体质26例, 占16.0%; 气虚型20例, 占12.3%, 瘀血型8例, 占4.9%, 痰湿型15例, 占9.3%。在发生肺阴伤证的64例患者中, 正常型体质5例, 占7.8%, 阴虚型体质32例, 占50.0%, 气虚型体质14例, 占21.9%, 痰湿型体质2例, 占3.1%, 湿热型体质5例, 占7.8%, 瘀血型体质3例, 占4.7%, 阳虚型体质3例, 占4.7%。

结论

老年肺部感染肺阴伤证发生率高于中青年; 有慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、肺间质疾病、糖尿病等基础病的患者发生肺阴伤的机率更高; 肺阴伤证表现常贯穿于老年肺部感染发病全程, 尤其多发生在病程的后期; 阴虚体质之人更易合并肺阴伤证。

关键词: 老年肺部感染; 中医证候; 肺阴伤证

노년층 폐부 감염 폐음상증 임상관찰

사리정¹, 이뉴뉴²

¹북경중의약대학 동방의원 호흡과 북경 100078

²북경시 연경현 중의원 북경 102100

³북경중의약대학 북경 100029

목적

노년층 폐부 감염 폐음상증 증의증후 특징 및 상관 영향 요인 탐구

방법

노년층 폐부 감염환자군 102예와 중년층 폐부 감염환자군 60예를 비교하여 폐부 감염 폐음상증 발생 및 상관 영향 요인 관찰

결과

폐부 감염 환자 중 폐음상증 발생 비율은 노년층군이 53.9%, 중년층군이 15.0%로, 노년층군이 중년층군에 비해 명확히 높음($P<0.01$). 노년층 폐부 감염 환자 중 만성기관지염, 만성 폐쇄성 폐질환 및 폐간질 질병 등 호흡기 계통 기초 질환자의 폐음상증 발생율은 65.0%로서, 그 중 만성기관지염자 및 만성 폐쇄성 폐질환자의 폐음상증 발생율은 65.2%였고, 폐간질 질환자의 폐음상증 발생율은 64.3%였음. 노년층 폐부 감염 폐음상증 발생율은 7일 이내가 23.6%, 8~14일 이내가 34.5%, 15일 이상이 41.8%로 나타났으며, 162예 폐부 감염 병예중 정상형 체질이 40예로 24.7%, 양허형 체질이 8예로 4.9%, 음허형 체질이 45예로 27.8%, 습열형 체질이 26예로 16.0%, 기허형이 20예로 12.3%, 어혈형이 8예로 4.9%, 담습형 15예로 9.3%를 점유함. 폐음상증이 발생한 64예 환자중 정상형 체질은 5예로 7.8%, 양허형 체질 32예로 50.0%, 기허형 체질 14예로 21.9%, 담습형 체질 2예로 3.1%, 습열형 체질 5예로 7.8%, 어혈형 체질 3예로 4.7%, 음허형 체질 3예로 4.7%를 각각 차지함.

결론

노년층 폐부 감염 폐음상증 발생율은 중년층에 비해 높으며, 만성기관염, 만성 폐쇄성 폐

질환, 폐간질 질환, 당뇨병 등 기초 병 환자의 폐음상 발병률이 더 높았다. 폐음상증은 노년층 폐부 감염 발병 전과정에서 나타났으며, 특히 발병 후기에서 더 많이 나타났고, 양허체질 사람에게서 더 쉽게 폐부음상증이 동시에 발생하였다.

Key Words : 노년폐부감염; 중의증후; 폐음상증

1. 一般资料

老年组患者为2008年9月~2009年4月北京中医药大学东方医院呼吸热病科病房的老年肺部感染患者,共102例。中青年组患者为2009年8月~12月北京市延庆县中医院的中青年肺部感染患者,共60例。经 χ^2 检验,2组在性别构成上无显著差异,具有可比性($P>0.05$)。老年组平均年龄76.44岁,中青年组平均年龄45.36岁,经t检验,2组年龄有显著性差异($P<0.01$)。

2. 诊断标准

2.1 西医诊断标准

参考中华医学会呼吸病学分会2006年“社区获得性肺炎诊断和治疗指南”中社区获得性肺炎的诊断标准拟定[1]。

2.2 中医诊断标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准》[2]中“风温肺热病”诊断标准。

2.3 肺阴伤证诊断标准

根据《实用中医内科学》[3]及《中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准》制定。

主要表现：身热已退或仅有低热,干咳少痰,纳少口干,或见手足心热,心烦,眠差,乏力,便干,舌红少津,脉细。

2.4 体质类型分类标准

参照王琦的7分法[4]将研究对象体制类型分为：正常质、阴虚质、阳虚质、痰湿质、湿热质、气虚质、瘀血质。

3. 纳入标准

- ① 老年组年龄 ≥ 65 岁；中青年组 $18 \leq \text{年龄} < 65$ 岁；②符合西医诊断标准；③生命体征平稳,神智清楚,有一定表达能力。

4. 研究方法

记录患者年龄、性别、病程, 入组时主要症状、体征, 主要辅助检查 (血常规、胸片、电解质等), 基础疾病, 证候学特点, 用药情况等, 相关资料使用Microsoft Excel建立数据库, 根据自拟 《肺部感染临床观察表》, 逐一输入患者资料, 使用SPSS 15.0就相关数据进行统计。

5. 结果

5.1 肺阴伤证发生率与年龄的关系

2组共观察肺部感染病例162例, 肺阴伤证总发生率为39.5%(64/162)。其中肺阴伤证发生率中青年组为15.0%(9/60), 老年组为53.9% (55/102), 肺部感染患者肺阴伤证发生率老年组明显高于中青年组, 2者差异显著 ($P<0.01$)。

5.2 老年肺部感染肺阴伤证与基础疾病及其他因素的关系

老年组102例中存在慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病及肺间质疾病等呼吸系统基础疾病的患者共60例, 其中肺阴伤证39例, 发生率为65.0%; 其中, 有慢性支气管炎者及慢性阻塞性肺疾病肺阴伤证的发生率为65.2% (30/46); 有肺间质疾病者肺阴伤证的发生率为64.3% (9/14); 同时合并有糖尿病者肺阴伤证的发生率为56.3% (9/16); 同时合并有脑梗塞者肺阴伤证的发生率为71.4% (10/14); 同时合并有高血压者肺阴伤证的发生率为29.3% (17/58); 同时合并有冠心病者肺阴伤证的发生率为50.0% (15/30); 可见有慢性呼吸系统基础疾病、糖尿病、脑梗塞等基础病的患者发生肺阴伤的机率更高。此外, 使用激素、解表药等似可导致耗伤阴津, 影响肺阴伤证的发生。

5.3 老年肺部感染肺阴伤证与病程的关系

肺阴伤证可见于老年肺部感染的全程, 且随病程延长其发生率呈升高趋势, 见表1。

表1 老年肺部感染肺阴伤证发生率与病程的关系

7天内		8天~14天		15天以上	
例数	百分率(%)	例数	百分率(%)	例数	百分率(%)
13	23.6% (13/55)	19	34.5% (19/55)	23	41.8% (23/55)

5.4 体质因素

在162例肺部感染病例中, 正常体质类型40例, 占24.7%; 阳虚型体质8例, 占4.9%; 阴虚型体质45例, 占27.8%; 湿热型体质26例, 占16.0%; 气虚型20例, 占12.3%, 瘀血型8例, 占

4.9%, 痰湿型15例, 占9.3%。在发生肺阴伤证的64例患者中,正常型体质5例, 占7.8%,阴虚型体质32例, 占50.0%,气虚型体质14例, 占21.9%,痰湿型体质2例, 占3.1%,湿热型体质5例, 占7.8%,瘀血型体质3例, 占4.7%,阳虚型体质3例, 占4.7%,可见阴虚体质之人更易合并肺阴伤证。

5.5 临床特点

观察结果显示:老年肺部感染肺阴伤证患者仍以发热、咳嗽、喘息等为主要表现, 伴见口干、口渴喜饮、皮肤干燥、手足心热、胃纳减少、便秘, 舌质红欠润, 脉细等症状。其临床表现反映了肺失宣降的基本病机, 同时也体现出阴液耗伤的特点。老年组与中青年组呼吸系统症状比较, 老年组喘息症状发生率明显高于青中年组, 经X2检验, ($P<0.05$), 而在发热、咳嗽、咯痰症状的发生率方面, 2组比较无显著差异 ($P>0.05$)。见表2。此外, 老年肺部感染肺阴伤证与中青年肺阴伤证患者比较, 老年组纳差的发生率明显高于中青年组, 提示老年组肺阴伤同时常伴见胃阴不足表现。

表2 老年组与中青年组呼吸系统症状比较

呼吸系统症状	老年组 (n=102)		中青年组 (n=60)		P
	例	%	例	%	
发热	60	58.8	40	66.7	>0.05
咳嗽	89	87.3	50	83.3	>0.05
咯痰	86	84.3	43	71.7	>0.05
喘息	69	67.6	8	13.3	<0.05

6. 讨论

老年肺部感染为临床常见病, 也是导致患者死亡的重要原因之一, 由于年龄、基础疾病、合并症等因素, 常为临床治疗带来困难, 中西医结合治疗显然有利于疾病的治疗和预后。认识老年肺部感染患者在疾病过程中的中医证候特点, 对于临床辨证治疗具有重要意义。

风温肺热病温病是由外感风热之邪引起的急性热病, 以发热阴伤为基本特征, 而“耗津伤阴”是温热病过程中的基本病机, 温邪为阳邪, 最易耗伤人体阴液, 清代温病学家陈平伯认为风温之邪伤人, 必伤及人体阴液, 其曰: “风温为燥热之邪, 燥令从金化, 燥热归阳明, 故肺胃为温邪必犯之地也。”并曰: “风温为燥热之病, 燥则伤阴, 热则伤津, 泄热和阴, 为风温一定之治法。”阴伤是外感温热病中重要的病理改变之一。

本研究提示肺阴伤证的发生与年龄相关。老年人随年龄增长, 脏腑功能逐渐衰退, 老年肺部感染患者多有脏腑内伤基础, 肺脾肾亏虚, 既因风温诸邪犯肺, 损伤阴液, 又因老年人阴液

素亏，更易发生阴伤证。有慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化、糖尿病等基础病的患者由于病程日久，导致肺脏虚弱，阴伤气耗，也是发生肺阴伤证的内伤基础。同时，病程长短，是否使用糖皮质激素及解表药也可能构成影响因素。阴虚体质之人更易感受温燥之邪，耗气伤津，多易发生肺阴伤证，也值得临床辨治时予以关注。因此，在老年肺部感染的临床治疗中，应当重视其肺阴伤的存在，视其病机变化伍以养阴之品，这对于缩短病程、改善预后积极意义。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志. 2006,29,(10):651-654.
- [2] 中医病证诊断疗效标准编审委员会. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京：南京大学出版社, 1994：2.
- [3] 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学[M]. 上海：上海科技出版社, 2009, 109-120.
- [4] 王琦. 东方生命科学的架构[J]. 中医药通报,2004,3(5):3.

亚健康状态人群与中医体质分类的相关性调查

杨小波, 黄鹂, 原嘉民, 杨志敏

广东省中医院, 广州, 510120

目的

基于流行病学调查结果, 探讨亚健康状态人群与中医体质特点的相关性。

方法

采用《个体身心健康调查量表》对2008年5月~2009年5月来自华东、华北、华南、西南9家合作单位的8627例体检人员进行健康状态辨识及中医体质状态调查, 归纳亚健康状态人群的中医体质特点。

结果

健康人群以平和质为主, 亚健康状态人群以阳虚等虚性偏颇体质为主; 躯体亚健康与阴虚质较为密切, 心理亚健康与气郁质、痰湿质等关系密切, 社会适应亚健康与气虚质、湿热质、气郁质关系密切; 对于不同亚健康人群分类, 亚健康疲劳与气虚质较为密切, 便秘与湿热质关系密切, 焦虑、抑郁与气郁质关系密切。

结论

亚健康与健康人群之间的体质分布存在差异, 亚健康不同分类、不同分型的人群其体质各有特点, 体质调治可成为对亚健康人群干预的中医特色方法。

关键词: 亚健康; 中医体质; 流行病学调查

Sub-health state of physical characteristics of people associated with the Chinese study

Yang Xiao-bo, Huang Li, Yuan Jia-min, Yang Zhi-min

Guangdong Provincial TCM Hospital

Objective

To study sub-health status of populations and relevance of the characteristics of TCM Constitution based on epidemiological survey.

Method

Used “physical and mental health survey questionnaire” on the May 2008 ~ May 2009 from eastern China, northern China, southern China, southwest China's nine co-operation survey with the 8627 cases of medical personnel in health literacy and TCM constitution, which excluded 1395 cases of the disease population, the 7, 232 cases including of sub-health , suspicious sub-health and health groups , to study the sub-health status of populations and summarized the characteristics of TCM constitution.

Results

The health of people were mainly ping-he constitution, while sub-health population is mainly biased constitution, biased constitution for different types of sub-health population, Physiological sub-health population is more closely to Yin deficiency , Physical sub-health population is more closely to blood stasis, phlegm constitution of TCM, social adaptation sub-health population is closely related to qi deficiency. For different types of sub-health population, fatigue of sub-health people are more closed to qi deficiency, insomnia of sub-health people are more closed to yang quality.

Conclusion

The results shows that the sub-health status and health people with marked difference, different categories and different type of sub-health people have their characteristics, different modulating intervention of TCM Constitution could become a characteristic method to sub-health groups.

Key Words : sub-health; TCM Constitution

아건강(亚健康) 상태군과 중의체질분류와의 상관성 조사

양소파, 황리, 원가민, 양지민
광동성중의원, 광주, 510120

목적

유행질병학 조사결과에 기초하여 아건강(亚健康)군 사람들의 중의체질특징과의 상관성을 연구 토론함.

방법

《개체심신건강조사양표》를 통해 2008년 5월~2009년 5월, 화동, 화북, 화남, 서남의 9개 협력업체 8627명의 검진인원에 대해 건강상태 판별과 중의체질상태조사를 실시하여 아건강군 사람들의 중의체질 특징에 대해 귀납 정리함.

결과

건강(健康)군 사람들은 안정상태가 대부분인 반면, 아건강군 사람들은 양허(陽虛) 등 허성편파(虛性偏頗)적 체질이 대부분임; 신체적 아건강과 양허는 비교적 밀접한 관계가 있고, 심리적 아건강은 답답함, 담습 등과 관련이, 사회적응적 아건강은 기허, 습열, 답답함과 관련이 있음; 서로 다른 아건강군 사람들에게 대해 아건강 피로는 기허와, 변비는 습열과, 조바심과 우울함은 답답함과 밀접한 관계가 있음.

결론

아건강과 건강군 사람들간의 체질분포는 차이가 있으며, 아건강의 분류 역시 다름. 서로 다른 유형의 사람들은 그 체질상 특징이 있으며, 체질조리는 아건강군 사람들에게 대해 중의적 방법이 될 수 있음.

Key Words : 아건강; 중의체질; 유행병학조사

亚健康状态是介于健康与疾病之间的一种状态,也称“第三状态”,随着社会压力明显加大,亚健康状态已经逐渐成为困扰生活的头号问题[1]。由于亚健康状态的外在表现混杂多变,难以有效归类,这使到对亚健康状态的系统干预变得复杂、困难。而中医体质学主要从先后天成长特点与症状表现对人体体质进行整体归类。本文基于全国进行亚健康状态人群流行病学调查的基础上,探讨亚健康状态与中医体质的相关性,以期从中医体质角度干预调整亚健康状态。

1. 对象与方法

1.1 资料来源

1.1.1 受检人群筛选流程(1)排除患病人群。应用《个体身心健康调查量表》根据受检者不适症状,筛选出可能的亚健康人群。(2)排除性诊断:通过B超、生化、影像等全身体检内容,排除明确有疾病的人群如在体检过程中发现可疑问题,须进一步检查,以明确是否为疾病状态。(3)在初步筛选、排除疾病诊断的基础上,依据《亚健康中医临床指南》标准:存在躯体、心理、社会适应能力等的不适状态或适应能力显著减退,持续3个月或以上,对个体造成明确影响者或并发其他疾病,但对机体无明显影响,且与目前不适状态没有因果关系,可纳入受检人群。如不适状态达到一定影响程度超过1个月但未达3个月者判断为可疑亚健康状态[5-6]。

1.1.2 对象来源

采用《个体身心健康调查量表》对2008年5月-2009年5月来自华东、华北、华南、西南9家合作单位的体检人员进行亚健康状态辨识(包括健康、可疑亚健康、亚健康、疾病)及其影响因素的调查。

1.2 方法

- ① 由经培训的医师以及研究生发放已编号的《个体身心健康调查量表》。
- ② 亚健康状态的判断标准:按照《亚健康中医临床研究指导原则(试行)》进行判定。
- ③ 中医体质判断标准:按照《中医体质学分类与评测标准》[3]进行判定。
- ④ 统计方法:资料收集后,数据经录入后用SPSS17.0 对其进行统计分析。

2. 研究结果

2.1 一般结果

7232例体检人群,男性3796人,占52.5%。女性3436人,占47.5%。年龄分组:青年(18~34

岁)4454人,中青年(35~44岁)1590人,中年(45~59岁)1188人。

表一 人群的健康状况分布

	N	%
健康	2002	27.7
可疑亚健康	2205	30.5
亚健康	3025	41.8
Total	7232	100.0

2.2 不同健康状态人群体质分布

表二 亚健康人群与健康人群的中医体质分布情况比较 (卡方检验)

中医体质类型	组别		χ^2	P
	健康	亚健康		
平和质	1415(71.43)	1623(31.70)	945. 02	0. 01
气虚质	71(3.58)	632(12.34)		
气郁质	42(2.12)	458(8.95)		
湿热质	42(2.12)	263(5.14)		
痰湿质	50(2.52)	261(5.10)		
特禀质	53(2.68)	221(4.32)		
血瘀质	22(1.11)	195(3.81)		
阳虚质	193(9.74)	1004(19.61)		
阴虚质	93(4.69)	463(9.04)		

结果提示：健康人群以平和质为主要人群，而亚健康人群以偏颇体质占主要人群，亚健康状态人群中阳虚质、气虚质、阴虚质占据主要的偏颇体质人群。

2.3 不同亚健康分型人群中医体质类型与对应关系分析

表三 不同分型人群的亚健康体质分布情况-平和质与偏颇质比较 (卡方检验)

	躯体亚健康	心理亚健康	社会适应亚健康	χ^2	P
平和质	263(37.4)	723(25.7)	637(39.7)	105. 33	0. 01
偏颇质	440 (62.6)	2091 (74.3)	966 (60.3)		

表四 不同分型亚健康人群各种体质比较 (卡方检验)

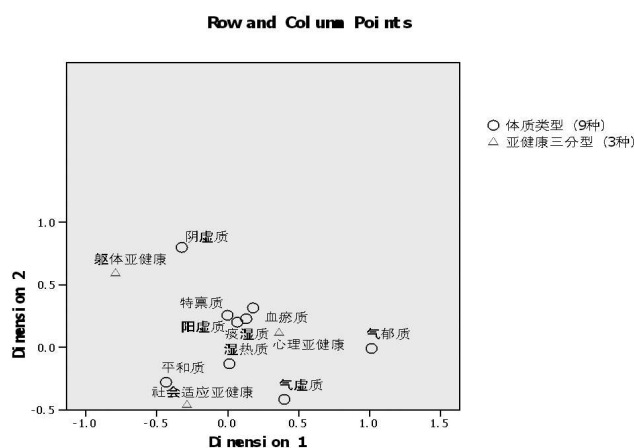
	躯体亚健康	心理亚健康	社会适应亚健康	χ^2	P
平和质	263(37.4)	723(25.7)	637(39.7)	249.99	0.01
气虚质	38(5.4)	381(13.5)	213(13.3)		
气郁质	12(1.7)	344(12.2)	102(6.4)		
湿热质	33(4.7)	143(5.1)	87(5.4)		
痰湿质	37(5.3)	154(5.5)	70(4.4)		
特禀质	35(5.0)	125(4.4)	61(3.8)		
血瘀质	28(4.0)	118(4.2)	49(3.1)		
阳虚质	147(20.9)	578(20.5)	279(17.4)		
阴虚质	110(15.6)	248(8.8)	105(6.6)		

结果提示：偏颇体质均为躯体亚健康、心理亚健康、社会适应亚健康人群主要体质类型，偏颇体质与平和体质之间构成比存在统计学差异。而在这三种不同分型的亚健康人群中，均以偏颇体质阳虚质为主要的体质分类，躯体亚健康人群以阴虚质紧随其后，而心理亚健康和社会适应亚健康均以气虚质为第二体质类型。

表五 亚健康三分型与中医体质类型 (对应关系分析)

加权距离	躯体亚健康	心理亚健康	社会适应亚健康
平和质	0.1307	0.3253	0.0136
气虚质	0.7871	0.0259	0.2316
气郁质	1.6333	0.2102	0.8504
湿热质	0.3638	0.0656	0.0539
痰湿质	0.4293	0.0275	0.1287
特禀质	0.3169	0.0665	0.0868
血瘀质	0.4690	0.0201	0.1612
阳虚质	0.3758	0.0433	0.1014
阴虚质	0.1116	0.2728	0.1438

① 选取最近距离是考虑两者都要处于同一象限



结果提示：比较来看，躯体亚健康与阴虚质较为密切；心理亚健康与血瘀质、痰湿质、阳虚质、特禀质、湿热质和气郁质较为密切；社会适应亚健康与平和质、气虚质较为密切。

2.4 不同亚健康分类人群中中医体质类型与对应关系分析

表六 不同亚健康分类人群中中医体质类型分布情况（卡方检验）

中医体质类型	疲劳	失眠	疼痛	焦虑	便秘	抑郁	健忘
平和质	202(20.0)	249(28.6)	293(36.1)	103(28.6)	53(37.6)	33(22.8)	50(36.5)
气虚质	207(20.5)	94(10.8)	76(9.4)	40(11.1)	7(5.0)	11(7.6)	12(8.8)
气郁质	76(7.5)	71(8.2)	58(7.1)	61(16.9)	10(7.1)	36(24.8)	10(7.3)
湿热质	57(5.6)	43(4.9)	26(3.2)	22(6.1)	23(16.3)	13(9.0)	6(4.4)
痰湿质	62(6.1)	43(4.9)	35(4.3)	27(7.5)	8(5.7)	7(4.8)	6(4.4)
特禀质	47(4.7)	36(4.1)	27(3.3)	10(2.8)	2(1.4)	6(4.1)	9(6.6)
血瘀质	37(3.7)	32(3.7)	38(4.7)	15(4.2)	7(5.0)	5(3.4)	5(3.6)
阳虚质	228(22.6)	220(25.3)	178(21.9)	54(15.0)	17(12.1)	15(10.3)	26(19.0)
阴虚质	94(9.3)	83(9.5)	81(10.0)	28(7.8)	14(9.9)	19(13.1)	13(9.5)

$\chi^2=281.16$, $P=0.01$ 。结果提示：亚健康疲劳、失眠、疼痛、焦虑、便秘、抑郁、健忘等人群的中医体质类型构成比存在统计学差异($P<0.05$)。

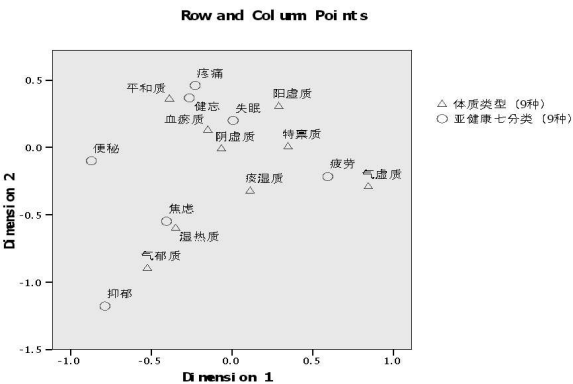
偏颇体质在所有亚健康分类人群占主要比例，其中阳虚质在疲劳、失眠、疼痛、健忘等躯体亚健康人群中占主要位置，而气郁质与焦虑、抑郁人群密切相关，湿热质则是便秘人群

的主要体质。

表七：亚健康七分类与中医体质类型对应关系分析

	疲劳	失眠	疼痛	焦虑	便秘	抑郁	健忘
平和质	0.2350	0.0346	0.0064	0.1010	0.0731①	0.3216	0.0031
气虚质	0.0135	0.1713	0.3016	0.3240	0.5991	0.6339	0.3017
气郁质	0.3093	0.2048	0.2438	0.0178	0.1023	0.0235	0.2099
湿热质	0.1975	0.1040	0.1406	0.0010①	0.0856	0.0797	0.1161
痰湿质	0.0481	0.0359	0.0989	0.0606	0.2018	0.2528	0.0874
特禀质	0.0182	0.0280	0.0922	0.1520	0.3011	0.4310	0.0917
血瘀质	0.1260	0.0056①	0.0147	0.0694	0.1116	0.2910	0.0097
阳虚质	0.0518	0.0174	0.0571	0.1867	0.2921	0.5030	0.0625
阴虚质	0.0928	0.0065①	0.0325	0.0588	0.1321	0.2720	0.0256

① 选取最近距离是考虑两者都要处于同一象限



结果提示：气虚质与亚健康疲劳关系密切，阳虚质、阴虚质、血瘀质与亚健康失眠较为密切，湿热质与亚健康焦虑状态位置紧密，气郁质与亚健康抑郁关系密切，平和质和亚健康健忘和疼痛关系密切。

3. 讨论

中医体质学说[4]认为体质是人体生命过程中，在先天禀赋和后天获得的基础上所形成的形态结构，是生理功能和心理状态方面综合的、相对稳定的固有特质，是人类在生长、发育过程中所形成的与自然、社会环境相适应的人体个性特征，中医体质学涵盖人体躯体、心

理、长期社会适应性等多重领域,对包括亚健康状态在内的机体状态判定有重要指导意义,这也成为研究中医体质学说与亚健康状态相关性的理论依据。本研究结果也证实健康人群以平和体质为主,亚健康人群以虚性偏颇体质为主的特点,提示中医体质特点与人群健康状态确实存在明显的相关性,调治虚性体质是预防和干预亚健康状态基本原则。

对于亚健康不同分型和分类人群而言,体质在躯体、心理、社会亚健康不同分型人群中、在失眠、疲劳、疼痛等不同分类人群中也各有其典型的体质特点,具有独立性,这将为进一步深化干预亚健康状态提供数据和理论支持。特别指出的是,阳虚质、湿热质和痰湿质、血瘀质等经常观察到交叉混杂的情况。现代人昼眠夜醒、长期处于空调环境、缺乏户外运动的不良生活状态,容易导致阳虚质的出现,在阳虚质的基础上,阳不化气而致痰湿质,运化无力,痰湿郁热而逐渐变生湿热质,而血瘀质既是上述体质的病理结果,又成为继续影响体质的致病因素,四种体质相互影响又相互作用,故易于交叉存在。这四种体质从理论上讲与躯体亚健康状态关系应更为密切,但数据分析却显示与心理亚健康状态存在一定对应关系,这是一个值得探讨的现象。心理亚健康状态与躯体亚健康状态的关系是可以截然分开,还是两者之间有身心亚健康或心身亚健康的重叠、仅是侧重不同,本次研究结果,更为支持后者,这为亚健康状态是否存在更为合理和综合性的分类提出研讨的空间。

亚健康状态多变混杂,分类和辨识亚健康状态是研究的难点,而中医体质特点与亚健康状态、亚健康不同分型、不同分类人群之间存在相关性,中医体质可标准化测量和分类,具有系统化、量化的优点,以体质为中心的辨识和调治可以成为干预亚健康状态的方法。

参考文献

- [1] 杨志敏,黄鹂,杨小波等. 亚健康人群的中医体质特点分析[J]. 广州中医药大学学报. 2009. 26(6):589-592.
- [2] 亚健康中医临床指南/中华中医药学会发布[S]. 北京:中国中医药出版社, 2006.
- [3] 中华中医药学会发布. 中医体质学分类与评测标准[S]. 北京:中国中医药出版社, 2009.
- [4] 王琦, 9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报. 2005. 28(4):1-9

中医体质分类研究与健康管理

朱燕波

北京中医药大学 (100029)

摘要

随着经济的快速发展和行为生活方式的改变, 高血压、代谢综合征等各种生活习惯病随之而来, 人类健康受到极大威胁, 健康管理成为世界各国关注的焦点。中医体质学认为, 体质现象作为人类生命活动的一种重要表现形式, 与健康 and 疾病密切相关。体质决定了我们的健康, 决定了对某些疾病的易感性, 也决定了患病之后的反应形式以及治疗效果和预后转归。为此, 我们应用中医体质分类理论, 研制了信效度良好的中医体质量表, 制定了中医体质分类判定标准, 并在中国的健康管理实践中进行了广泛的推广应用。这项研究对于根据不同体质类型的反应状态和特点, 采取分类指导的方法, 先辨明体质类型, 再制定防治原则, “因人制宜”地选择相应的预防、治疗、养生方法进行体质调护, 实现个性化的、有针对性的健康管理具有重要意义。

关键词：中医体质分类；中医体质量表；健康管理

Constitutional Classification of Chinese Medicine and Health Management

YanBo Zhu

Beijing University of Chinese Medicine, China

Abstract

With the rapid economic development and behavioral change in lifestyle, hypertension, metabolic syndrome and other lifestyle-related disease have been a big threat to human health. So the whole world has focus on the health management. The Constitution in Traditional Chinese Medicine (TCM) theory believes that Constitution is closely related to individual's health and determines which kind of diseases individual susceptible to and their symptoms, prognosis and outcome after suffering diseases. To this end, based on the constitutional classification theory of TCM, we have developed the Constitution in Chinese Medicine Questionnaire(CCMQ) which has good reliability and validity and a standard constitutional classification of Chinese Medicine, these have been widely used in the practice of health management in China. This research to adopt the methods of classification according to the reaction state and characteristic of different constitutional types, choose appropriate prevention, treatment and rehabilitation methods based on different persons principle after constitution identification, realize the personalized and targeted health management is very meaningful. It meets the principle of 'treatment in accordance with individuality'.

Key Words : Constitutional Classification of Chinese Medicine; Constitution in Chinese Medicine Questionnaire; Health Management

중의체질분류연구와 건강관리

주연파

북경중의약대학(100029)

경제가 빠른 속도로 발전하고 생활방식이 변하면서 고혈압, 대사종합증 등 각종 생활습관병이 자연스레 나타났고, 인류건강은 지대한 위협을 받고 있으며, 건강관리는 세계 각국의 주요한 초점이 되었다. 중의체질학은 체질현상을 인류생명활동의 중요한 표현형식으로 서 건강 및 질병과 밀접한 관계가 있다고 본다. 때문에 중의체질분류이론을 응용하여 신뢰도 및 효과가 양호한 중의체질양표를 연구 및 제정하고 중의체질분석판별표준을 정하여 중국의 건강관리 실천 중에 광범위한 홍보를 진행하였다. 이 연구는 근본이 다른 체질유형의 반응상태와 특징에 대해 분류지도방법을 차용하여 우선 체질유형을 판별하고 예방치료 원칙으로 하였다. 이 연구는 ‘각각에 대한 상황에 따라 적절한 방법을 통해 문제를 해결함’으로 상응하는 예방, 치료, 양생법을 택하여 체질을 돌보고, 개성화를 실현하며, 초점을 맞춘 건강관리에 있어 중요한 의의를 갖는다.

Key Words : 중의체질분류, 중의체질양표, 건강관리

随着经济的快速发展和行为生活方式的改变, 高血压、代谢综合征等各种生活习惯病随之而来, 人类健康受到极大威胁, 健康管理成为世界各国关注的焦点。中医体质学认为, 体质现象作为人类生命活动的一种重要表现形式, 与健康 and 疾病密切相关。体质决定了我们的健康, 决定了我们对某些疾病的易感性, 也决定了患病之后的反应形式以及治疗效果和预后转归。为此, 应用中医体质分类理论, 根据不同体质类型的反应状态和特点, 采取分类指导的方法, 先辨明体质类型, 再制定防治原则, “因人制宜”地选择相应的预防、治疗、养生方法进行体质调护, 对实现个性化的、有针对性的健康管理具有重要意义。

1. 中医体质的分类研究

中医体质学认为, 体质是人体生命过程中, 在先天禀赋和后天获得的基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的、相对稳定的固有特质[1]。中医体质分类是根据人群中的个体各自不同的形态结构、生理功能、心理状态等方面的特征, 按照一定的标准, 采用一定的方法, 通过整理、分析、归纳, 分成若干类型。王琦经30年研究, 以人体生命活动的物质基础——阴阳、气血津液的盛衰虚实变化为主, 以临床应用为目的, 将中医体质分为平和质(A型)、气虚质(B型)、阳虚质(C型)、阴虚质(D型)、痰湿质(E型)、湿热质(F型)、血瘀质(G型)、气郁质(H型)、特禀质(I型)9种基本类型, 平和质之外的8种体质类型均为偏颇体质, 并从形体特征、常见表现、心理特征、发病倾向、对外界环境适应能力等5个方面进行了体质特征的表述[2]。如平和质、痰湿质、气郁质5个方面的特征表述见表1。

表1 平和质、痰湿质、气郁质的特征

类型	形体特征	常见表现	心理特征	发病倾向	适应能力
平和质	体形匀称健壮	面色、肤色润泽, 目光有神, 嗅觉通利, 唇色红润, 精力充沛, 睡眠良好, 二便正常, 舌色淡红, 苔薄白, 脉和有神	性格随和开朗	平素患病较少	对自然、社会环境适应能力较强
痰湿质	体形肥胖, 腹部肥满松软	面部皮肤油脂较多, 多汗且粘, 胸闷痰多。面色淡黄而暗, 眼胞微浮, 舌体胖大, 舌苔白腻, 口黏腻或甜, 身重不爽, 脉滑, 喜食肥甘甜黏, 大便正常或不实, 小便不多或微混	性格偏温和稳重, 恭谦、和达, 多善于忍耐	易患消渴、中风、胸痹等病证	对梅雨季节及湿环境适应能力差
气郁质	形体瘦者为多	平素忧郁面貌, 神情多烦闷不乐。胸胁胀满, 或走窜疼痛, 多伴善太息, 或嗝气呃逆, 或咽间有异物感, 或乳房胀痛, 睡眠较差, 健忘, 舌淡红, 苔薄白, 脉象弦细	性格内向不稳定, 忧郁脆弱, 敏感多疑	易患郁症、脏躁、百合病、不寐、梅核气、惊恐等病证	对精神刺激适应能力较差; 不喜欢阴雨天气

2. 中医体质分类判定工具的研制

辨析体质类型, 需要能对各种体质进行科学分类的测量工具。研究者以王琦的9种基本中医体质类型为概念框架, 按照研究目的确定—体质类型概念框架的建立—条目的收集和条目库的形成—条目的精选—问题的形成—预调查—调查和测评的过程, 从充分体现中医体质类型内涵入手, 以中医体质理论为指导, 严格按照量表编制的方法和程序, 编制了信度(表2)、效度(表3, 表4)评价良好的《中医体质量表》[3-6], 制定了《中医体质分类与判定》标准[7](标准于2009年3月26日由中华中医药学会发布实施), 为健康管理的研究和应用提供了标准化的测量工具。

表2 9个亚量表的再现性和内部一致性

亚量表	Spearman相关系数(n=130)	Cronbach's α 系数(n=2 387)
平和质	0.90	0.72
气虚质	0.83	0.74
阳虚质	0.89	0.78
阴虚质	0.76	0.74
痰湿质	0.79	0.74
湿热质	0.81	0.78
血瘀质	0.81	0.77
气郁质	0.86	0.80
特禀质	0.84	0.75

表3 中医体质量表与健康状况调查问卷SF-36生理、心理领域以及全体的相关性(r)

		健康状况调查问卷		
		生理(n=2 387)	心理(n=2 387)	全体(n=2 387)
中 医 体 质 量 表	平和质	0.58*	0.50*	0.58*
	气虚质	-0.46*	-0.45*	-0.49*
	阳虚质	-0.46*	-0.37*	-0.44*
	阴虚质	-0.40*	-0.40*	-0.44*
	痰湿质	-0.44*	-0.40*	-0.45*
	湿热质	-0.38*	-0.44*	-0.45*
	血瘀质	-0.45*	-0.43*	-0.48*
	气郁质	-0.44*	-0.55*	-0.54*
	特禀质	-0.35*	-0.36*	-0.38*

*P<0.0001

表4 肥胖者与非肥胖者中医体质量表各亚量表得分比较

亚量表	BMI≥25(n=456)	BMI<25(n=1743)	t	P
	Mean±SD	Mean±SD		
平和质	68.21±14.31	67.93±14.48	0.37	0.71
气虚质	30.52±15.76	28.83±14.76	2.14	0.03
阳虚质	25.05±17.07	27.90±17.32	-3.12	<0.01
阴虚质	27.77±16.22	26.18±15.16	1.95	0.06
痰湿质	26.14±14.62	19.99±13.71	8.39	<0.001
湿热质	25.03±15.43	23.77±14.75	1.60	0.11
血瘀质	24.55±15.37	25.00±15.84	-0.55	0.58
气郁质	23.39±15.14	24.76±15.55	-1.68	0.09
特禀质	14.87±15.10	14.78±13.69	0.12	0.90

3. 中医体质分类在健康管理中应用的思路

王琦的9种基本中医体质分类和在此基础上研制的标准化的中医体质分类判定工具, 为实施体质三级预防, 有针对性地进行个体化的疾病防治、健康管理提供了操作性较强的方法和手段。

3.1 一级预防, 未病先防

(1) 群体预防。在群体预防中, 可通过中医体质调查, 揭示一般人群中中医体质类型的分布规律, 针对不同人群的体质分布特点, 使中医传统的“养生、避邪”的个体预防阶段进入到群体预防阶段, 促进人群健康水平的提高。我国9省市一般人群8 448例分析显示[8]: 平和质占32.14%, 8种偏颇体质占67.86%; 8种偏颇体质中居于前3位的体质类型是气虚质、湿热质、阳虚质, 分别占13.42%、9.08%和9.04%; 不同地域、性别、年龄、婚姻状况、职业、文化程度的体质类型构成比不同, 差异具有显著意义 ($P<0.001$), 提示一般人群的中医体质群体预防重点应考虑气虚质、湿热质、阳虚质, 并且应考虑不同地域、性别、年龄、婚姻状况、职业、文化程度人群中中医体质调护的不同。北京市政府2008年推出的《首都市民中医健康指南》中, 体质保健内容被列为首篇, 发放500万册, 普及到市民家庭, 为公共卫生、中医“治未病”做出了贡献。

(2) 自我健康管理。对于自我(社区、家庭)健康管理, 每个人都可根据中医体质的测评结果, 针对自己个体体质的偏颇状态, 进行自我保健, 重新考虑生活方式和饮食宜忌等, 建立适合于自己个体体质特点的养生保健方法。如湿热体质者宜多食赤小豆、绿豆、芹菜、黄

瓜、藕等甘寒、甘平之品，少食羊肉、韭菜、生姜、辣椒、胡椒、花椒及火锅、烹炸、烧烤等甘温滋腻、辛温助热的食物。

3.2 二级预防，欲病早治

对于疾病的易感体质，可基于体病相关分析，有针对性的调整偏颇体质，进行疾病的早期预防。朱燕波等[9]对我国18 805例18岁以上人群中中医体质类型与超重/肥胖的关系的研究结果显示：与平和质相比，痰湿质者超重 (OR=2.05, 95% CI=1.79-2.35) 和肥胖 (OR=4.34, 95% CI=3.52-5.36) 的危险度均显著增高，气虚质者肥胖 (OR=1.60, 95% CI=1.30-1.98) 危险度显著增高，提示超重和肥胖的防治调整痰湿质和气虚质的重要意义。王琦等[10]利用横断面中医体质调查数据7 782例，采用多元逐步Logistic回归分析筛选高血压有意义的主要体质影响因素，按 $P<0.05$ ，控制性别、年龄、婚姻状况、职业、文化因素后，多元逐步Logistic回归分析模型入选了3个中医体质因素，按影响程度的大小依次为：痰湿质 (OR=2.00)、阴虚质 (OR=1.66)、气虚质 (OR=1.37)，提示调整痰湿质、阴虚质、气虚质的偏颇在高血压防治中的重要性。董静等[11]对北京2个社区的代谢综合征和非代谢综合征者进行病例-对照研究，分析代谢综合征的体质因素，在 $P<0.05$ 水平，进入多元Logistic回归方程的体质因素有3个：平和质、痰湿质和湿热质，其中痰湿质和湿热质是代谢综合征发生的危险因素，且痰湿质在代谢综合征的发病中相对重要；平和质为保护因素。

3.3 三级预防，已病早治

辨体、辨证、辨病多元诊疗模式，是现代中医面临复杂的临床疾病所必需的。在临床诊疗中，可通过客观地评价个体的中医体质类型，根据不同体质类型或状态，或益气，或温阳，或补阴，或利湿，或开郁，或活血，以调整机体的阴阳、气血津液失衡倾向，体现“因人制宜”、“治病求本”的治疗原则，进行个性化的康复治疗。

参考文献

- [1] 王琦主编. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:2.
- [2] 王琦主编. 中医体质学 2008[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:172-175.
- [3] 朱燕波,王琦,折笠秀树,他. 中医体质调查票の開發過程[J]. 日本公衆衛生雜誌,2005, 52(8,特別付録):383.
- [4] 王琦,朱燕波,薛禾生,等. 中医体质量表的初步编制[J]. 中国临床康复,2006,10(03):12-14.
- [5] 朱燕波,王琦,薛禾生,等. 中医体质量表性能的初步评价[J]. 中国临床康复,2006,10(03):

15-17.

- [6] 朱燕波,王琦,折笠秀樹. 中医体质量表的信度和效度评价[J].
中国行为医学科学,2007,16(7):651-654.
- [7] 中华中医药学会. ZYYXH/T157-2009. 中医体质分类与判定[S]. 北京:中国中医药出版社, 2009.
- [8] 王琦,朱燕波. 中国一般人群中中医体质流行病学调查.
中华中医药杂志,2009,24(1):7-12.
- [9] 朱燕波,王琦,吴承玉,等. 中医体质类型与超重/肥胖关系的Logistic回归分析[C]. 咸阳:全国第七届中医体质学术研讨会论文集,2009:20-25.
- [10] 王琦,朱燕波,折笠秀樹. 中医体質と高血圧との関連性[J].
日本東洋医学雑誌,2009,60(別冊号):389.
- [11] 董静,王琦. 代谢综合征者体质因素的病例-对照研究[J].
中国康复理论与实践,2007,13(5):464-465.

172例失眠症的体质辨析和调理

孙广仁, 刘瀚阳, 张哲

山东中医药大学

摘要

收集了临床治疗的172例失眠病例, 参照中华中医药学会标准“中医体质分类与判定”, 进行了体质类型辨析, 并按其体质类型分析调体治疗用药规律, 发现失眠者的体质类型以气郁质、湿热质和阴虚质为最多见, 分别给予疏肝解郁方、清热利湿方和滋阴清热方调理, 收到明显的治疗效果。对于兼杂体质多以调整阴阳、交通上(心)下(肾)之法治之, 疗效亦佳。

关键词：失眠；体质分类

Analyses and Treatments of 172 Cases of Insomnia

Sun Guangren, Liu Hanyang, Zhang Zhe

Shandong University of TCM

Abstract

172 cases of insomnia were analyzed according to The Standard for Classification and Identification of Body Constitution in TCM by China Association of Chinese Medicine, to find out patients' constitution types, and were treated according to constitution types. Based on this therapy for 172 cases, principles for treating insomnia according to constitution type were summarized. The most common constitution types for patient with insomnia are the type of qi stagnation, damp-heat, and yin deficiency, and are respectively treated with the formula of regulating liver and relieving depression, clearing heat and removing dampness, nourishing yin and clearing heat, usually with obvious therapeutic effect. For patients of multiple-type of body constitution, treatments of regulating yin and yang, communicating the upper(heart) and the lower(kidneys) are usually applied, also with favorable outcome.

Key Words : insomnia, classification of body constitution

172 가지 유형의 불면증의 체질 분석 및 관리

손광인, 류한양, 장철

산동중의약대학

불면증의 172 가지 유형 임상치료 사례를 수집. 중화중의약학회의 “중의 체질 분류와 판정”기준을 참고하여, 체질을 유형별로 분류·분석하고, 이에 따라 관리 및 투약의 치료 규정을 마련함. 가장 흔한 불면증 환자의 체질 유형은 우울, 습열 및 음허 체질임. 습함을 없애는 데는 ‘소간(疏肝)’, ‘청열(清热)’의 방법이 유익하고, ‘자음청열(滋阴清热)’의 방법으로 관리를 하면 확실한 치료효과가 있음. 겸잡(兼杂) 체질이 많을 경우 음양을 조절하고, 심장부터 신장까지를 다스리는 교통의 방법을 이용하면, 좋은 효과가 있음.

Key Words : 불면, 체질분류

失眠是一种极为常见的生理心理疾病, 中医称之为“不寐”、“不得眠”、“不得卧”、“目不瞑”。与现代医学相比, 中医对失眠的治疗具有一定的优势。本文试从体质的角度出发, 通过对例四诊资料完备, 体质信息收集充足的失眠证病例进行分析, 探讨失眠治疗的一般规律。

1. 病例选取

病例的入选诊断标准参照了失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组对于常见失眠形式的诊断共识[1]: (1) 睡眠潜伏期延长: 入睡时间超过30min; (2) 睡眠维持障碍: 夜间觉醒次数大于2次; (3) 睡眠质量下降: 睡眠浅、多梦; (4) 总睡眠时间缩短: 少于6h; (5) 日间残留效应: 次晨感觉头昏、精神不振、嗜睡、乏力等。

参照以上标准, 采集了2007年9月至2010年4月的门诊失眠病例共172例。其中, 男69例, 女103例。年龄18岁~77岁, 其中18岁~30岁29例, 31岁~40岁31例, 41岁~50岁59例, 51岁~60岁33例, 61岁以上20例。病程小于4周65例, 大于4周小于6个月75例, 大于6个月32例。

2. 结果

2.1 疗效标准

疗效标准参照中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》结合临床拟定。治愈: 睡眠恢复正常。好转: 失眠症状减轻, 睡眠增加2小时以上。无效: 失眠没有改善。

2.2 体质分类标准

体质分类采用中华中医药学会标准“中医体质分类与判定”(ZYYXH/T157-2009)。

2.3 疗效观察

172例病例中治愈75例, 好转86例, 无效11例。疗程最短为1周, 最长为7周。参照中华中医药学会标准“中医体质分类与判定”, 对病例进行分析。发现可基本判定为某一体质类型的为151例。其中未见特异质发病病例。另有21例无法判定为某一特定体质, 而是兼杂多种体质特征。失眠者体质类型以气郁质、湿热质和阴虚质为最多见, 具体情况见表1。对各体质类型失眠患者的治疗均取得明显效果, 具体治疗效果见表2。

表1 172例病例中体质类型分布情况

例 (%)

平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	瘀血质	气郁质	兼杂体
3 (1.74)	17 (9.88)	4 (2.33)	42 (24.42)	7 (4.07)	31 (18.02)	6 (3.49)	41 (23.84)	21 (12.21)

表2 各体质类型治疗疗效

例 (%)

体质分类	治愈	好转	有效（治愈+好转）	无效
平和质	1 (33.33)	1 (33.33)	2 (66.67)	1 (33.33)
气虚质	6 (35.29)	11 (64.71)	17 (100.00)	0
阳虚质	2 (50.00)	2 (50.00)	4(100.00)	0
阴虚质	19(45.24)	22(52.38)	41(97.62)	1(2.38)
痰湿质	3(42.86)	3(42.86)	6(85.71)	1(14.29)
湿热质	12(38.71)	18(58.06)	30(96.77)	1(3.23)
瘀血质	3(50.00)	1(16.67)	4(66.67)	2(33.33)
气郁质	16(39.02)	22(53.66)	38(92.68)	3(7.32)
间杂体质	13(61.90)	6(28.57)	19(90.48)	2(9.52)
所有病例	75 (43.60)	86 (50.00)	161 (93.60)	11 (6.40)

2.4 治疗规律

由于本次收集病例中，平和质4例，观其病因皆因强烈的精神刺激且病例较少，故不作讨论，另外在偏颇体质中阳虚质4例，瘀血质6例，痰湿质7例，病例较少，故在此亦不作规律性讨论。除此以外大部分病例均能发现明显的以体质分类为界限的处方用药规律，且疗效明显。

具体用药规律：(1) 气郁质处方多以逍遥散与柴胡疏肝散随证加减或自拟疏肝解郁类方；(2) 阴虚质处方多以黄连阿胶汤为主方随证加减或自拟滋阴清热类方；(3) 湿热质处方多以龙胆泻肝汤为主随证加减；(4) 气虚质处方多以四君子与补中益气汤为主随证加减。

然而并不是所有的处方用药都符合这一规律。每一体质类型中均有与规律处方用药不相合者其中阴虚质病例中有5例， 湿热质中有5例， 气郁质中有6例气虚质中有2例。共计16例。通过对各体质分类中不在一般规律中的病例处方进行分析，发现这部分病例处方用药中却还有一定的规律：处方多以调和阴阳、交通上下立意；其处方多以桂枝类方及柴胡类方为主，方如交泰丸、桂枝汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、小柴胡及柴桂龙牡汤等。另外在对病例进行体质判定过程中，发现一部分患者兼杂了多种体质类型特征，各种体质特征的主次关系亦很难判定，很难将其判定为某一体质类型。

3. 讨论

失眠属于中医不寐范畴，目前临床治疗多以辩证论证为主。然而由于失眠病因多种多样，临床症状众多且易于变化，导致失眠证型分型很多，各家分型也多不一致。有学者通过对近20年公开发表的中医对失眠辨证论治的文献进行研究，发现失眠证型多达45个[3]。再者，在失眠的治疗过程中证型还往往随着治疗发生变化。这些都为辩证论证失眠带来了困难，不利于临床疗效的提高和保障。如何在保持失眠治疗疗效的同时，对失眠治疗进行简化就显得有一定必要。而体质对于疾病的发生及所呈现的证型，对于疾病的转归和预后均具有一定的影响[4]。体质的分类又相对较为简单，体质也比证候更为稳定。因此从体质角度探讨失眠的治疗规律可对失眠治疗的简化提供一定参考。而从分析结果来看失眠治疗以体质分类为界限的治疗规律相当明显。这些规律对于指导失眠的治疗应有其意义。

在病例分析中还发现有这样两个小问题，也很值得注意：(1)在按照中华中医药学会标准“中医体质分类与判定”对患者体质进行判定的过程中，虽然大部分患者均可基本判定为某一型体质，然而亦有一部分患者无法明确的判定为某一型体质，而是兼有多型体质特征，且各种体质特征之间主次关系并不明显。对于这种兼杂体质，在治疗上亦呈现出一定规律，那就是以调和阴阳为主，兼顾比较明显的体质特征。处方上以大小阴阳二旦汤调整阴阳为主，兼顾其体质特征加减用药。(2)其中有一部分患者虽然可以基本将其判定为某一体质类型，但其尚还具有其他一种或几种其他体质特征的，临床上我们往往称其为以某体质为主而具有兼杂体质倾向，对于此种体质失眠发病后，有一小部分在其治疗上亦是以调整阴阳、交通上下为主。

以上两种情况不论是明确的兼杂体质或者是部分具有兼杂体质倾向的，其失眠发病后在临床治疗上似乎也是有一定之规的，即以调整阴阳，交通上下为主加减用药。在调整阴阳、交通上下的用方上，以大小阴阳二旦汤及交泰丸多见。阴阳不调而稍偏阴气虚者，以大小阴旦汤为主；阴阳不调而偏阳气虚者，以大小阳旦汤为主；阴阳不调上下失于交泰者，以交泰丸为主。在加减用药中，生龙骨、生牡蛎、珍珠母、山萸肉、五味子、酸枣仁、肉桂、麦冬、丹皮、栀子、竹叶、半夏、砂仁等多见。需沉潜阳气者，多用生龙骨、生牡蛎及珍珠母，需助阴气之收者，多用山萸肉、五味子及酸枣仁，阳气不足者用肉桂，阴气不足者用麦冬，心火旺者用丹皮、栀子、竹叶，因中土失于和降而阴阳不调者，多用姜半夏、砂仁。

近年来中医体质学虽然有了较大发展，但从体质学的角度对失眠进行探讨和研究的报道却相对少见。通过对本次所收集病例的分析可以看出，从体质角度对失眠进行探讨和研究前景广阔，同时也可以说明体质在疾病的预防与治疗方面必有广泛的应用。

参考文献

- [1] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 失眠定义、诊断及药物治疗专家共识(草案)
[j]中华神经科杂志,2006,39(2):141.
- [2] 中华中医药学会标准—中医体质分类与判定[M]. 北京中国中医药出版社,2009年4月
第一版
- [3] 司富春. 失眠中医证型和方药分析[j]. 世界中西医结合杂志,2007,2(9):521.
- [4] 王琦. 中医体质学说研究现状与展望[j]. 山东中医学院报,1995,18(2):77~82.

甲流感中医证治标准的研究

蔡光先, 宁泽璞

世界中医药学会标准化建设委员会

摘要

本文在系统研究古今相关文献的基础上, 结合湖南的实际情况, 参照卫生部、国家中医药管理局公布的甲流感诊疗方案, 对甲流感的诊断要点、证治标准、疗效标准等进行了探讨。

Study on Influenza A (H1N1)'s Syndrome and Treatment Standard in Chinese Medicine

Chai Guang-xian, Ning Ze-pu

Standard Committee of WFCMS

Abstract

This paper, based on the systematic study on the ancient and modern pertinent literature, combined with the actual condition of Hunan province, discusses about the essentials of diagnosis, standard treatments and evaluation criteria for treatment of Influenza A (H1N1), with reference to the scheme for diagnosis and treatment of Influenza A (H1N1) published by Ministry of Health of China, and the State Administration of Traditional Chinese Medicine of the Peoples' Republic Of China.

H1N1 중의 증상 치료 표준 연구

채광선, 녕택박

세계중의약학회 표준화건설위원회

본문은 고급 관련 문헌 시스템 연구를 기초로 호남성의 실제현황을 결합하고, 위생부와 국가중의약관리국이 공포한 H1N1 진료방안을 참조하여 H1N1 진단 요점, 증상과 치료 표준 및 치료 효과 표준 등에 관한 탐구를 진행함.

甲型 H1N1 流感简称甲流感, 是由新甲型H1N1流感病毒株引起的呼吸道传染病。临床表现早期为流感样症状, 如发热、咽痛、咳嗽、咯痰、头痛等, 病情进展迅速可发生肺炎等并发症, 出现呼吸衰竭、多脏器功能不全甚至死亡。

本病属于中医“时行感冒”、“风温”、“温疫”等病证范畴, 中医学认为, 外感时行疫毒是其根本原因, 疫疠之气经口鼻侵犯肺卫, 入里或致肺热炽盛, 毒热壅肺, 耗损津气, 邪毒内陷; 或逆传心包, 热闭心神。其病位初期在肺卫, 可进而影响到脾胃、心肝肾。辨证时当别虚实察寒热明病位辨病势。

1. 诊断要点

参照卫生部颁布的《甲型H1N1 流感诊疗方案(2009 年试行版第三版)》的标准制定。

1.1 流行病学

有与甲型 H1N1 患者密切接触史; 发病前7天内曾到过甲型H1N1流感流行的地区。

1.2 临床表现

发热、咽痛、流涕、鼻塞、咳嗽、咯痰、头痛、全身酸痛、乏力。少数病例出现呕吐和/或腹泻

1.3 实验室检查

- ① 甲型 H1 N1 流感病毒核酸检测阳性 (可采用real - time RT - PCR和RT - PCR 方法) ;
- ② 分离到甲型H1N1 流感病毒;
- ③ 双份血清甲型H1N1 流感病毒的特异性抗体水平呈4 倍或4倍以上。

2. 证治标准

2.1 风热犯卫证

主症: 发病初期, 发热或未发热。

次症: 咽红不适, 轻咳少痰, 无汗, 鼻塞, 流涕。

舌脉: 舌质红, 苔薄或薄腻, 脉浮数。

辨证要点: 发病初期, 发热或未发热, 轻咳少痰, 舌红苔薄, 脉浮数。

治法: 疏风清热。

代表方剂：银翘散合桑菊饮加減。

基本药物：银花15克、连翘15克、桑叶10克、菊花10克、桔梗10克、牛蒡子15克、竹叶6克、芦根30克、薄荷(后下)3克、生甘草3克。

常用中成药：疏风清热类中成药如疏风解毒胶囊、银翘解毒类、桑菊感冒类、双黄连类口服制剂。

2.2 热毒袭肺证

主症：高热，咳嗽。

次症：痰粘咯痰不爽，口渴喜饮，咽痛，目赤。

舌脉：舌质红，苔黄或腻，脉滑数。

辨证要点：高热，咳嗽，痰粘，咽痛，舌红苔黄，脉滑数。

治法：清肺解毒。

代表方剂：麻杏甘石汤合柴葛解肌汤加減。

基本药物：炙麻黄3克、杏仁10克、生石膏(先煎)30克、知母10克、浙贝母10克、桔梗10克、黄芩15克、柴胡15克、生甘草10克。

常用中成药：连花清瘟胶囊或金莲清热泡腾片，也可选用银黄类制剂。

2.3 热毒壅肺证

主症：持续高热，气短喘促。

次症：咳嗽咯黄痰，或心悸，躁扰不安，口唇紫暗。

舌脉：舌暗红，苔黄腻或灰腻，脉滑数。

辨证要点：持续高热，气短喘促，咳嗽咯黄痰，舌暗红，苔黄腻或灰腻，脉滑数。

治法：清热泻肺，解毒散瘀。

代表方剂：麻杏甘石汤合白虎汤加減。

基本药物：炙麻黄5克、生石膏(先煎)30克、炒杏仁9克、知母10克、鱼腥草30克、葶苈子30克、金荞麦15克、黄芩15克、浙贝母15克、生大黄6克、丹皮10克、瓜蒌15克。

常用中成药：清开灵注射液，热毒宁注射液，痰热清注射液。

2.4 气营两燔证

主症：高热，烦躁不安，甚则神昏谵语。

次症：咳嗽、胸闷憋气，或喘促气短。

舌脉：舌质红绛，苔黄，脉细数。

辨证要点：高热，烦躁，神昏谵语，胸闷喘促，舌红绛，苔黄，脉细数

治法：清气凉营。

代表方剂：清营汤加减。

基本药物：水牛角(先煎) 30克、生地15克、赤芍10克、紫草12克、丹参12克、连翘15克、麦冬10克、竹叶10克、瓜蒌30克、生石膏(先煎) 30克、栀子12克。

常用中成药：活血解毒类用清开灵注射液，解毒开窍类用醒脑静注射液。

2.5 气阴两脱证

主症：神志淡漠甚至昏蒙。

次症：面色苍白或潮红，冷汗自出或皮肤干燥，四肢不温或逆冷，口燥咽干。

舌脉：舌暗淡，苔白，舌红绛少津，脉微细数，或脉微弱。

辨证要点：神志淡漠甚至昏蒙，面色苍白或潮红，舌红绛少津，脉微细数或微弱

治法：扶正固脱。

代表方剂：四逆加人参汤或生脉散加减。

基本药物：气虚阳脱者用四逆加人参汤加减：红参15克、制附子15克、干姜15克、炙甘草10克、山萸肉15克。

气虚阴脱者用生脉散加减：生晒参10克、麦冬15克、五味子10克、山萸肉15克。

常用中成药：益气回阳类用参附注射液，益气养阴类用生脉注射液或参麦注射液。

3. 疗效标准

临床治愈：体温恢复正常，其他流感样症状消失，咽拭子甲型 H1 N1 流感病毒核酸检测阴性；

有效：体温恢复正常，其他流感样症状基本消失，咽拭子甲型 H1 N1 流感病毒核酸检测阴性；

无效：症状、体征、实验室检查无改变。

附作者简介：

蔡光先，男，汉族。现任湖南中医药大学党委书记、湖南省中医药研究院院长，研究员、教授、博士生导师，湖南省名中医。湖南省中医药科技专家委员会副主任，湖南省中医药学会副会长。湖南省政协常委，文教卫体委员会副主任，世界中医药学会联合会标准化建设委员会会长。享受国务院政府特殊津贴。2006年遴选为湖南省科技领军人才，2009年国家科技进步奖二等奖获得者。中药超微饮片及国家973重大项目首席专家。

Poster 發表(韓國)

升陽益氣湯 煎湯液이 老化 쥐의 脾臟, 脾臟, 胃臟 細胞의
恒酸化能에 미치는 影響
李柱庸, 安鐸源

少陽人 處方을 活用한 手足冷症 治驗 2例
金吾榮, 朴惠善

四象醫學과 形象醫學의 類型分類의 聯關性에 관한 研究
張아름, 全修亨, 朴世貞, 李賢美, 金圭坤, 李鏞泰, 池圭鎔, 李仁仙, 金鍾元

몽골인 四象體質分類檢査紙의 개발 -信賴度 및 妥當度 研究
金璟洙

四象體質別 血中脂質, 消化酵素 및 甲狀腺 호르몬의 比較 研究
具德謨, 崔愛蓮

四象體質醫學 標準用語 연구
李芝源

四象體質別 初經 및 成長패턴에 대한 研究
金奈英, 李宰熏, 辛美蘭, 劉準相

四象體質教室의 必要性에 대한 研究
李宰熏, 辛美蘭, 金奈英

東醫壽世保元 新定 處方 藥材의 藥鍼 安全性 有效性 文獻 調査
吳丞倫, 金九, 朱鍾天, 張銀洙, 李時雨

腫瘍患者 治療의 韓藥 安全性
徐榮光, 崔元哲, 李壽瓊

進行性 非小細胞肺癌으로 治療받았던 患者에 대한 乾漆의 安定性 및 效果
全晟夏

升陽益氣湯 煎湯液이 老化쥐의 脾臟, 靨臟, 胃臟 細胞의 恒酸化能에 미치는 影響

李柱庸, 安鐸源

大田大學校 韓醫科大學 四象醫學教室

연구 목적

본 研究는 升陽益氣湯 煎湯液(以下 SY)이 老化쥐의 脾臟, 靨臟, 胃臟 細胞의 恒酸化能 및 恒老化 效果에 미치는 影響을 알아보기 위하여 시행되었다.

연구 방법

6주령의 SD(Sprague-Dawley) rat을 成長期, 52주령의 SD rat을 老化期, 68주령의 SD rat을 末期老化期로 設定하였다. 각 주령 SD rat의 脾臟, 靨臟, 胃臟 細胞에 아무것도 처리하지 않은 正常細胞를 正常群으로, saline을 처리한 세포를 對照群으로, SY를 처리한 세포를 實驗群으로 分類하고 48時間동안 培養시킨 후 SOD(Super-Oxide Dismutase) activity, Glutathione concentration, NO(Nitric Oxide) concentration, MDA(Malondialdehyde) concentration을 測定하였다.

연구 결과

SOD activity는 SY를 처리한 脾臟細胞의 6, 68주령, 靨臟細胞의 52, 68주령, 胃臟細胞의 52주령에서 對照群에 비하여 有意하게 增加하였다. GSH concentration은 SY를 처리한 脾臟細胞의 6, 68주령, 靨臟細胞의 6주령에서 對照群에 비하여 有意하게 增加하였다. MDA concentration은 SY를 처리한 脾臟細胞의 68주령, 胃臟細胞의 68주령에서 對照群에 비하여 有意하게 減少하였다.

NO concentration은 SY를 처리한 脾臟細胞의 68주령, 胃臟細胞의 68주령에서 對照群에 비하여 有意하게 減少하였다.

升阳益气汤煎汤液对老化鼠 脾脏、胰脏和胃细胞恒酸化能产生的影响

李柱庸, 安铎源

大田大学 韩医科大学四象医学教室

研究目的

本研究是以了解升阳益气汤煎汤液 (以下简称SY)对老化鼠脾脏、胰脏和胃细胞的恒酸化能及恒老化效果产生的影响为目的进行的。

研究方法

设定周龄为6周的SD(Sprague-Dawley)rat 为成长期老鼠, 52周的SD rat为老化期老鼠, 68周的SDrat 为末期老化期老鼠。将各个周龄的SD rat分类, 把没有对脾脏、胰脏和胃细胞进行任何处理的正常细胞分类为正常组, 经过saline处理的细胞分类为对照组, 经过SY处理的细胞分类为实验组, 经过48小时培养后, 测定SOD(Super-Oxide Dismutase) activity, Glutathioneconcentration, NO(Nitric Oxide) concentration, MDA(Malondialdehyde) concentration。

研究结果

在经过SY处理的6和68周龄老鼠的脾脏细胞、52和68周龄老鼠的胰脏细胞和52周龄老鼠的胃细胞里, 发现SOD activity要比对照组有增加, 这一增加有意义; 在经过SY处理的6和68周龄老鼠的脾脏细胞、6周龄老鼠的胰脏细胞里, 发现GSH concentration要比对照组有增加, 这一增加有意义。在经过SY处理的68周龄老鼠的脾脏细胞、68周龄老鼠的胃细胞里, 发现MDA concentration要比对照组有减少, 这一减少有意义; 在经过SY处理的68周龄老鼠的脾脏细胞、68周龄老鼠的胃细胞里, 发现NO concentration要比对照组有减少, 这一减少有意义。

少陽人 處方を 活用한 手足冷症 治驗 2例

金吾榮¹, 朴惠善²

¹東新大學校 韓方病院 修鍊醫

²東新大學校 韓方病院 教授

연구목적

少陽人 處方으로 治療한 少陽人 手足冷症 患者 治驗 2例

방법 및 절차

手足冷症을 呼訴하는 少陽人 患者 두 人을 각각 結胸證과 亡陰證으로 診斷하고, 證에 맞는 處方を 투여했다. 手足冷症 症狀의 好轉을 보여주기 위해 治療 前後의 赤外線 體熱 撮影을 했고, 有意성이 있었다.

결과

治療前後의 赤外線 體熱 撮影 결과 溫度 變化가 있었고, 手足冷症을 포함한 患者의 諸般 症狀도 好轉되었다.

用少阳人处方治疗手足冰冷症见效2例

金吾荣¹, 朴惠善²

¹东新大学 韩方病院修炼医

²东新大学 韩方病院教授

研究目的

用少阳人处方治疗少阳人手足冰冷症患者见效2例

方法及程序

自述有手足冰冷症的两位少阳人患者, 分别被诊断为结胸证和亡阴证, 针对诊断结果, 开出符合各自证的处方。为证明手足冰冷症症状的好转, 治疗前后进行了红外线体热拍摄, 结果显示治疗是有意义的。

结果

治疗前后的红外线体热拍摄结果显示温度变化, 患者包括手足冰冷症的多种症状也有所好转。

四象醫學과 形象醫學의 類型分類의 聯關性에 관한 研究

張아름¹, 全修亨¹, 朴世貞¹, 李賢美¹, 金圭坤², 李鏞泰³, 池圭鎔⁴, 李仁仙⁵, 金鍾元¹

¹東義大學校 四象體質醫學 教室

²東義大學校 情報統計學科 教授

³東義大學校 生理學教室 教授

⁴東義大學校 病理學教室 教授

⁵東義大學校 韓方婦人科 教授

1. 研究 目的

이 研究는 四象體質과 形象醫學과의 關聯性을 알아보기 위한 研究이다.

2. 方法 및 節次

430명의 參與자를 四象體質 設問紙를 통해 四象體質을 鑑別하고 形象醫學 專門家 5人을 통해 形象醫學의 으로 分類하여 統計를 통해 聯關性을 調査하였다.

3. 結果

四象體質과 形象醫學의 分類간에 統計的 有意性이 있었다. 太陽人에서 膀胱體, 太陽形, 陽明形이 少陽人에서 膀胱體, 精科, 少陽形, 陽明形이 유의성 있게 비율이 높았으며 太陰人에서는 膽體, 氣科, 太陽形, 陽明形이 少陰人에서는 膀胱體, 氣科, 太陽形, 陽明形이 그러하였다.

针对四象医学和形象医学的类型分类关联性研究

张아름¹, 全修亨¹, 朴世贞¹, 李贤美¹, 金圭坤², 李镛泰³, 池圭镕⁴, 李仁仙⁵, 金钟元¹

¹东义大学 四象体质医学教室

²东义大学 情报统计学科教授

³东义大学 生理学教室教授

⁴东医大学 病理学教室教授

⁵东医大学 韩方妇人科 (妇产科)教授

1. 研究目的

本研究的目的在于了解四象体质和形象医学的关联性。

2. 方法和程序

通过430位参加者填写的四象体质调查问卷, 鉴别其四象体质, 并经过5位形象医学专家进行形象医学层面的分类, 通过统计, 调查其关联性。

3. 结果

结果显示四象体质和形象医学分类之间的关联性具有统计学意义。太阳人中膀胱体、太阳形、阳明形以及少阴人中膀胱体、精科、少阳形、阳明形有意义的比率高; 而太阴人中胆体、气科、太阳形、阳明形和少阴人中膀胱体、气科、太阳形、阳明形也是这样。

몽골인 四象體質分類檢査紙의 개발 -信賴度 및 妥當度 研究-

金璟洙

慶熙大學校 韓醫科大學 大學院

1. 목적

四象體質醫學의 세계화를 위해 고안된 05'SSCQ-M(2005 Sasang Classification Questionnaire for Mongolian)의 信賴度和 妥當度を 연구하고자 한다.

2. 방법

信賴度 평가는 임상연구 참가 동의서 작성 및 05'SSCQ-M을 작성하고, 이 후 재방문하여 05'SSCQ-M을 다시 작성한 193 케이스에 대하여 실시하였다. 信賴度を 측정하기 위해 내적일치도법(Internal consistency Method)과 검사-재검사법(Test-retest method)을 사용하였다.

妥當度 평가는 다음과 같은 과정을 통해서 실시하였다. 첫째, 임상연구 참가 동의서 작성 및 05'SSCQ-M을 작성하였고 체질이 진단된 642케이스의 Data를 두개의 group으로 나누었다. (A&B) 그리고 A group의 데이터를 判別分析(discriminant analysis)을 통하여 判別式과 正確判別率을 구하였다. 마지막으로 A group에서 추출한 判別式을 나머지 B group에 적용하여 正確判別率을 확인하여 보았다.

3. 결과 및 결론

1. 05'SSCQ-M은 내적일치도 검사에서 Cronbach's 알파 값이 0.80으로 나타나 信賴도가 높은 설문지라고 볼 수 있다.
2. 05'SSCQ-M은 검사-재검사법에서 124개 문항 모두가 종속성이 있고 64.5%가 보통의 一致率이 있으며 또한 體質 척도가 양적인 방향으로 관련성이 있어 信賴性이 있는 설문지라고 볼 수 있다.
3. 05'SSCQ-M의 타당화 검사에서 A group의 正確判別率은 少陽人이 58.8%, 太陰人이 61.5%, 少陰人이 62.4%, 그리하여 전체적으로는 60.9%로 나타났다. 이와 같은 正確

判別率 60.9%는 最大偶然基準(MCC)인 36.6%, 比率偶然基準(PCC)인 33.9% 보다 상대적으로 24.3%, 27.0% 높은 수치이다.

4. 05'SSCQ-M의 타당화 검사에서 A group에서 도출된 判別函數式을 B group에 넣어 서 교차분석을 통하여 얻은 B group의 正確判別率은 59.3%로 나타났다. 즉 이와 같이 한 그룹에서 얻은 正確 判別을 크기가 같은 또 다른 group에 적용할 경우에 正確判別 率이 거의 일치한다는 것을 확인할 수 있다.

Key Words : Mongolian, 05'SSCQ-M, Reliability, Validity

蒙古人四象体质分类检查纸的开发 -信赖度和妥当度研究-

金璟洙

庆熙大学 韩医科大学大学院

1. 目的

本文是要研究为了将四象体质医学推向世界化而制作的05'SSCQ-M(2005 Sasang Classification Questionnaire for Mongolian)的信赖度和妥当度。

2. 方法

信赖度评价是针对通过制作完成临床研究参加同意书和05'SSCQ-M, 而后再访问, 重新制作完成05'SSCQ-M, 经过这一过程收集到的193个样本进行的。为了测定信赖度使用了内部一致性方法(Internal consistency Method)和重测法(Test-retest method)。

效度评价是通过如下过程进行的。首先, 制作完成了临床研究参加同意书和05'SSCQ-M, 把经过体质诊断的642个样本的数据分为两个组(A&B); 然后, 把A组的数据通过判别分析(discriminant analysis), 求出判别式和正确判别率; 最后, 将从A组中导出的判别式应用在B组, 确认正确判别率。

3. 结果和结论

1. 05'SSCQ-M在内部一致性检测中, Cronbach's的 α 值为0.80, 可以认为是信度高的问卷。
2. 05'SSCQ-M在重测法检测过程中, 124个问题都有从属性, 显示64.5%的一致率; 另外体质尺度与量的方面有相关性, 可以认为是信度较高的问卷。
3. 在05'SSCQ-M的妥当度检测中, A组的正确判别率为少阳人58.8%、太阴人61.5%、少阴人62.4%, 整体正确判别率为60.9%。这一正确判别率同36.6%的最大偶然基准(MCC)和33.9%的比率偶然基准(PCC)相比分别高出24.3%和27.0%。
4. 在05'SSCQ-M妥当度检测中, 把A组导出的判别函数式放到B组, 通过交叉分析获得的B组正确判别率为59.3%。即, 可以确认, 将在一个组中获得的正确判别式应用于大小相同的另一组的情况下, 得出的正确判别率几乎一致。

Key Words : Mongolian, 05'SSCQ-M, Reliability, Validity

四象體質別 血中脂質, 消化酵素 및 甲狀腺 호르몬의 比較 研究

具德謨¹, 崔愛蓮²

¹大邱韓醫大學校 四象體質科 教授, 四象體質醫學會 理事
²大邱韓醫大學校 附屬 浦項韓方病院 四象體質科 專門修練醫

본 연구에서는 기존의 많은 四象體質의 객관화에 관한 연구들이 頭部測定法, 形態學的 圖式化, 設問紙 調査(QSCCⅡ), 脈診이나 藥診에 의한 분류에 의한 것과는 달리 生化學 분석 指標들 사이에는 어떤 차이점이 있는가를 목표로 하여 각 四象體質群의 血液샘플을 분석하였다.

연구대상은 韓國韓醫學研究院의 지원을 받아 선정된 1084명(남:여=399:685 / 少陽人:太陰人:少陰人=389:371:324)을 대상으로 한 血液샘플 중 血中脂質(triglyceride, total cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol), 消化酵素(lipase, amylase) 및 甲狀腺 호르몬(T3, TSH)을 분석하였다. 四象體質 집단 간 臨床檢査의 차이에 대한 통계처리에 있어서는 SPSS 12.0을 사용하였다.

血中脂質에 있어서 太陰人이 triglyceride, total cholesterol, LDL-cholesterol에 있어서 다른 體質보다 有意하게 큰 것을 알 수 있었으며, HDL-cholesterol에 있어서는 다른 體質보다 有意하게 낮은 것을 확인할 수 있었다.

Lipase, amylase 數値에 있어서는 少陰人-少陽人-太陰人 순으로 높았으며, 특히 amylase에 있어서 少陰人이 太陰人보다 有意하게 큰 것을 알 수 있었다.

TSH에 있어서는 四象體質間에 차이가 없었으며, T3에 있어서는 少陽人과 少陰人間 차이는 있었으나 有意하지는 않은 것을 확인할 수 있었다.

본 연구에서 확인된 바, 血中脂質은 四象體質間에는 매우 有意性 있는 강한 相關關係가 있는 것으로 나타났으며, 추후 四象醫學의 生化學的인 指標를 이용한 客觀化에 있어서 중요한 기초 자료가 될 것으로 사료된다.

不同四象体质血中脂质、消化酵素及甲状腺荷尔蒙的比较研究

具德谟¹, 崔爱莲²

¹大邱韩医大学 四象体质科教授, 四象体质医学会理事
²大邱韩医大学 附属浦项韩方病院 四象体质科专科实习医生

目前很多四象体质客观化相关研究都是按照头部测定法、形态学的图示化、问卷调查(QSCCⅡ)、脉诊或药诊来分类的。与此不同, 本研究是以了解生化学分析指标之间是否存在何种差异为目标, 分析了各四象体质群的血液样本。

研究对象是在韩国韩医学研究院的帮助下, 选定了1084人(男:女=399:685 / 少阳人:太阴人:少阴人=389:371:324)为对象, 分析了他们血液样本中血中脂质(triglyceride, total cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol)、消化酵素(lipase, amylase)及甲状腺荷尔蒙(T3, TSH)。在对四象体质集团之间临床检查差异的统计处理中采用了SPSS12.0方法。

在血中脂质方面, 可以了解到太阴人的triglyceride, total cholesterol, LDL-cholesterol比其他体质多, 而HDL-cholesterol则比其他体质低, 这一结果有意义。

在 Lipase, amylase数值方面, 少阴人最高, 然后是少阳人, 最后是太阴人 ; 特别是在 amylase方面, 少阴人比太阴人数值大, 这一结果有意义。

在TSH方面, 四象体质之间没有差异 ; 在T3方面, 少阳人和少阴人之间有差异, 但可以确认这一结果没有意义。

通过本研究可以确认, 血中脂质在四象体质之间存在很有意义的紧密的相关联系, 这在今后利用四象医学的生物学指标的客观化方面将会成为重要的基础资料。

四象體質醫學 標準用語 연구

李芝源

경희대학교 한의과대학 대학원, 경희의료원 사상체질과 수련의

1. Objective

이 연구에서는 사상의학의 학문적 기초를 공고히 하고 사상의학의 학술적 기반을 다지기 위한 사상의학 관련 용어의 영문 정리 작업을 다루고 있으며, 기존의 자료를 참조하여 적절한 용어를 선정하고 이에 대한 가장 적합한 영어 번역을 제시하였다.

2. Methods

본 연구의 내용은 크게 두 부분으로 나뉘는데, 우선 앞부분에서는 2009. 7. 20 개정된 제3차 한국표준질병사인분류(한의)에 포함된 사상체질병증진단명에 대한 개선안을 제시하였으며, 뒷부분에서는 사상체질의학 관련 기본용어의 정리를 다루고 있다. 우선 제3차 한국표준질병사인분류(한의)에 포함된 사상체질병증진단명의 개선안은 사상체질의학 표준화연구 위원회에서 주관한 2차례의 사전 회의를 거친 후 제시되었다. 또한 사상의학 관련 용어의 영역작업을 위해 사전회의를 거쳐 용어 선정 및 한글정의를 설정한 후 전문위원의 의견을 수렴하여 용어 및 한글 정의를 번역하였고 마지막으로 사상체질의학 전문가 집단의 의견을 수렴하여 최종 용어집을 확정하였다.

3. Results and Conclusions

1. 제3차 한국표준질병사인분류(한의)에 대한 개선안을 크게 명칭 위주 개선안과 설명 위주 개선안으로 분류하여 제시되었다.
2. 『東醫壽世保元, 辛丑本』에서 등장하는 사상의학 기본 용어에 대한 영문정리를 한 결과, 총 386 항목에 대한 용어정리를 할 수 있었다.

이상의 사상체질의학 용어의 영문 정리 작업을 하면서 여러 가지 어려움 및 한계점이 있었으나, 본 작업을 기반으로 추후의 연구가 진행되면서 보다 나은 영문 정리집이 나올 수 있다고 생각되며, 이 연구는 그 초석으로서의 의미가 있다고 생각된다.

Key Words: Standard Terminologies, Sasang Constitutional Medicine, Terminology, SCM

四象体质医学标准用语研究

李芝源

庆熙大学 韩医科大学大学院, 庆熙医疗院四象体质科实习医生

1. Objective

本研究以巩固四象医学的学问根基、奠定四象医学的学术基础为目的, 对四象医学相关用语进行了英文整理工作, 参考现有资料, 选定适当用语并对其进行最恰当的英语翻译。

2. Methods

本研究内容分为两大部分。前一部分对2009年7月20日修订的第三版韩国标准疾病死因分类(韩医)中包括的四象体质病症诊断名称提出了改善提案; 后一部分对四象体质医学相关基本用语进行了整理。首先, 针对第3版韩国标准疾病死因分类(韩医)包括的四象体质病症诊断名称的改善提案, 是在经过四象体质医学标准化研究委员会主办的2次预备会议后提出来的。而为确定四象医学相关用语的范围, 在经过预备会议, 选定用语和设定韩文定义以后, 收集专业委员的意见, 翻译了用语和韩文定义; 最后收集了四象体质医学专家集团的意见, 确定最终用语册。

3. Results and Conclusions

1. 针对第三版韩国标准疾病死因分类(韩医)的改善提案, 主要分为以名称为主的改善提案和以说明为主的改善提案。
2. 针对《东医寿世保元·辛丑本》中出现的四象医学基本用语的英文整理结果是, 一共对386个项目的用语进行了整理。

在上述四象体质医学用语的英文整理过程中, 遇到了很多困难, 也存在很多局限。相信以本整理为基础, 今后继续研究会编写出更好的英文整理册, 本研究有作为奠基石的意义。

Key Words : Standard Terminologies, Sasang Constitutional Medicine, Terminology, SCM

四象體質別 初經 및 成長패턴에 대한 研究

金奈英¹, 李宰熏¹, 辛美蘭², 劉準相³

¹世明大學校 忠州 韓方病院 四象體質科 專門 修練醫

²世明大學校 忠州 韓方病院 四象體質科 教授

³尚志大學校 附屬 韓方病院 四象體質科 教授

연구목적

본 연구는 體質別 初經과 成長패턴을 알아보고 같은 初經시기를 가진 그룹 내에서 體質別 成長패턴의 차이 및 특징을 알아보고자 하였다.

방법 및 절차

연구대상: 의정부 소재 1개 고등학교의 1992년생 고교 3학년 여학생 73명(少陽人 39명 (53.4%), 少陰人 24명(32.9%), 太陰人 10명(13.7%))을 대상으로 하였다.

연구방법

조사 대상자의 고교 3학년 건강기록부에 기재된 12년간 체격계측자료와 초경연령을 바탕으로 체질별 초경연령 및 연간 성장량, 최대발육연령(PHV age), 초경후 성장량을 계산하고 초경그룹별 연간 성장량을 그래프화하여 체질별 성장패턴의 특징 및 차이를 알아보았다. 체질별 초경연령 및 연간 성장량, 최대발육연령(PHV age), 초경 후 성장량 및 19세 때 키는 Kruskal-Wallis검정을 통해 비교하였고 $p < 0.05$ 일 때 통계적으로 유의하다고 보았다.

연구결과

체질별 평균 초경연령은 유의한 차이는 없었으나 太陰人의 경우 다른 체질에 비해 13세 이전에 초경을 시작하는 경우가 많았다. 체질별 19세 때 키와 최대발육연령(PHV age) 및 최대발육연령부터 초경발현시점까지의 기간(DMM), 초경 후 성장량은 유의한 차이가 없었다. 초경그룹에 따른 체질별 연간 성장량은 초경연령 13세 그룹의 경우 14~15세, 초경연령 14세 그룹의 경우 18~19세 때 체질간 유의한 차이를 나타내었다. 少陽人의 경우 초경연

령 13, 14세 그룹은 대체로 뾰족한 형태의 성장곡선을 보이며 초경연령 13세 이전그룹과 14세 이후 그룹은 M자형의 성장곡선을 보인다. 少陰人의 경우 다른 체질에 비해 대체로 연간 성장량의 변화폭이 작으며 한번의 급성장을 보인다. 太陰人의 경우 대체로 연간 성장량의 증가와 감소를 반복하며 복잡한 형태의 성장곡선을 갖는 경향을 보인다.

关于不同的四象体质的人初次月经和成长模式的研究

金奈英¹, 李宰熏¹, 辛美兰², 刘准相³

¹世明大学 忠州 韩方病院 四象体质科 专门 修练医生

²世明大学 忠州 韩方病院 四象体质科 教授

³尚志大学 附属韩方病院 四象体质科 教授

研究目的

本研究以了解不同体质的人初次月经和发育模式, 了解初次月经时期相同的组内, 不同体质的成长模式的差异和特征为目的。

方法及程序

研究对象: 以位于议政府的一所高中1992年出生的高三女学生73人(少阳人39名(53.4%), 少阴人24名(32.9%), 太阴人10名(13.7%))为研究对象。

研究方法

以调查对象高三健康记录中记载的12年体格评定资料和月经初潮年龄为基础, 统计不同体质的初次月经年龄·年成长量·最大发育年龄(PHV age)和初次月经后的成长量等, 把不同初次月经时间的组别和年成长量图表化, 了解不同体质的成长模式的特征和差异。通过Kruskal-Wallis验证方法比较了不同体质初次月经年龄·年成长量·最大发育年龄(PHV age)·初次月经后成长量及19岁时的身高, 结果显示 $p < 0.05$ 的时候, 具有有统计学意义。

研究结果

不同体质平均初次月经年龄虽然没有实质差异, 但太阴人同其他体质相比, 13岁以前开始月经初潮的情况很多。不同体质19岁时候的身高和最大发育年龄(PHV age), 以及从最大发育年龄开始到发现初次月经之间的时间(DMM), 初次月经后的成长量没有实质性的差异。从不同初次月经组的不同体质年成长量来看, 初次月经年龄为13岁的组在14-15岁的时候, 月经初潮年龄为14岁的组在18-19岁的时候, 体质上出现了有意义的差异。少阳人的情况

初次月经年龄为13、14岁的组大体呈现高挑的成长曲线；而月经初潮年龄为13岁以前的组和14岁以后的组呈现M型成长曲线。少阴人的情况同其他体质相比，年发育速度的变化幅度小，呈现出一次急速成长；而太阴人的情况大体上年成长量具有增减反复，发育曲线形态复杂的倾向。

四象體質教室의 必要性에 대한 研究

李宰熏², 辛美蘭¹, 金奈英¹

¹世明大學校 忠州 韓方病院 四象體質科 專門 修練醫

²世明大學校 忠州 韓方病院 四象體質科 教授

연구목적

본 연구는 사상체질교실을 운영한 후 사람들의 변화를 조사한 연구로서 사상체질교실의 필요성에 대해 알아보고자 하였다. 이를 통하여 더 나은 사상체질교실 운영의 기초자료로 삼고자 하였다.

연구 대상 및 방법

연구대상: 30~ 80대 109명(원남 하로리 주민 22명 소이 갑산리 주민 24명, 원남면 보통 2구 18명, 소이면 충도 4구 22명, 읍내리 사정 2구 23명)

연구방법: 음성군에 거주하는 지역주민을 대상으로 사상체질교실을 4주간 운영하였고, 교실운영 전, 후에 설문조사를 실시하였다.

연구결과 및 결론

설문조사는 2개 지역에 따른 체질적 특성 그에 따른 호응도의 차이를 보기 위해 구별하여 분석하였다. 지역에 따른 체질적 특성은 보이나 그에 따른 호응도의 차이에는 크게 변화가 없었다. 사상체질교실에 대한 필요성에 대하여 모두가 인식하고 있었고 사상체질별 섭생을 통한 건강증진의 기대치가 높게 측정되었으나 실제 적용의사에서는 다소 낮게 나타났다. 보다 구체화된 프로그램으로 사상체질 교실 확대 및 한의학 공공보건 및 교육사업이 활성화 되어야 할 것으로 생각된다.

针对四象体质教室必要性的研究

李宰熏², 辛美兰¹, 金奈英¹

¹世明大学 忠州 韩方病院 四象体质科 专门 修练医生
²世明大学 忠州 韩方病院 四象体质科 教授

研究目的

本研究的目的是通过调查运营四象体质教室后人们的变化, 了解四象体质教室的必要性。希望通过此研究, 为更好地运营四象体质教室提供参考的基础资料。

研究对象及方法

研究对象: 30~80岁109名 (远南面下老里居民22名, 苏伊面甲山里居民24名, 远南面宝龙2区18名, 苏伊面忠道4区22名, 邑内里沙亭2区23名)

研究方法: 以阴城郡居住的地区居民为对象, 运营四象体质教室4周时间, 在运营四象体质教室之前和之后进行问卷调查。

研究结果及结论

调查问卷针对两个地区的体质特点和不同体质特点导致的响应度差异进行了区别分析。根据分析结果, 不同地区显示了不同的体质特征, 但不同体质特征导致的响应度差异没有大的变化。所有调查者都认识到了四象体质教室的必要性, 调查者对通过养生增进健康的期待值很高, 但实际执行意向偏低。我们认为应该通过更加具体化的程序, 扩大四象体质教室的影响, 激活韩医公共保健和教育事业。

東醫壽世保元 新定 處方 藥材의 藥鍼 安全性 有效性 文獻 調査

吳丞倫¹, 金九¹, 朱鍾天¹, 張銀洙², 李時雨²

¹圓光大學校 韓醫科大學 四象醫學教室

²韓國韓醫學研究院

목적

본 연구는 사상체질의학적인 관점에서 약침의 활용 가능성을 모색하기 위하여 연구되었다.

방법

국내 한의학 학술지에서 198편의 약침 논문을 검색, 사상체질 약재별로 분류하여 안전성 및 유효성에 대한 내용을 조사하였다.

결과

1. 약침의 간기능 및 신장기능 검사에서 계지, 당귀, 백하수오, 산사, 인삼, 인진, 청피, 향부자, 구기자, 금은화, 목단피, 백복령, 복분자, 차전자, 치자, 나복자, 녹용, 상백피, 황금, 오가피는 독성이 확인되지 않았다. 부자, 익지인, 파두, 시호, 행인에서는 독성이 검출되었다.
2. 약침의 일반독성시험에서 계지, 당귀, 반하, 향부자, 황기, 구기자, 목단피, 시호, 연교, 우방자, 차전자, 택사, 녹용, 마황, 우황, 웅담, 포도근은 독성이 확인되지 않았다. 부자, 인삼, 파두, 강활, 독활, 행인, 황금, 오가피에서는 독성이 검출되었다.
3. 소음인 약재 약침은 항암작용에 대한 연구가 가장 많았다. 소양인 약재 약침은 신장손상과 천식 등에 대한 연구가 가장 많았다. 태음인 약재 약침은 비만, 천식 등에 대한 연구가 가장 많았다. 태양인 약재 약침은 류마티스관절염, 근위축 등에 대한 연구가 있었다.

결론

이상의 결과에서, 체질별 병증관리에 약침을 응용할 수 있다는 결론을 얻었다. 그러나, 약침의 사용시에는 추출방법, 농도 및 주입량의 결정에 주의가 필요하고, 추가적인 독성시험

및 독성의 완화 방법에 대한 연구가 필요하며, 약침의 체질의학적 활용방법에 대한 추가적인 연구가 필요하리라고 생각된다.

Key Words : 약침, 독성, 유효성, 사상체질의학

东医寿世保元新定处方药材的药针安全性和有效性文献调查

吴丞伦¹, 金九¹, 朱钟天¹, 张银洙², 李时雨²

¹圆光大学 韩医科大学 四象医学教室

²韩国韩医学研究院

目的

本研究从四象体质医学观点出发, 以研究药针应用的可能性为目的。

方法

在国内 (韩国)韩医学学术专刊搜索198篇药针论文, 按照四象体质药材类别分类, 对其安全性和有效性的内容进行调查。

结果

1. 在针对药针的肝功能和肾脏功能检查中, 桂枝、当归、白何首乌、山楂、人参、茵陈、青皮、香附子、枸杞子、金银花、牡丹皮、白茯苓、覆盆子、车前子、栀子、莱菔子、鹿茸、桑白皮、黄芩、五加皮中未检验出毒性; 而附子、益智仁、巴豆、柴胡、杏仁中则检验出毒性。
2. 在针对药针的一般毒性试验中, 桂枝、当归、半夏、香附子、黄芪、枸杞子、牡丹皮、柴胡、连翘、牛蒡子、车前子、泽泻、鹿茸、麻黄、牛黄、熊胆、葡萄根中未检验出毒性; 而附子、人参、巴豆、羌活、独活、杏仁、黄芩、五加皮中则检验出毒性。
3. 针对少阴人药材药针, 对抗癌作用的研究最多; 而针对少阳人药材药针, 对肾脏损伤和哮喘等的研究最多; 针对太阴人药材药针, 对肥胖和哮喘等的研究最多; 针对太阳人药材药针, 有对风湿性关节炎和肌肉萎缩等的研究

结论

根据上述结果, 得出了药针可以应用于不同体质病症治疗的结论。但在使用药针的时候, 要注意萃取方法浓度和注射量; 有必要针对毒性试验和毒性缓解方法进行更多的研究; 并且有必要对药针的体质医学应用方法进行更多的研究。

搜索词语: 药针, 毒性, 有效性, 四象体质医学

腫瘍患者 治療의 韓藥 安全性

徐榮光, 崔元哲, 李壽瓊

慶熙大學校 韓醫科大學 大學院

研究目的

한국에서도 腫瘍 患者를 治療하고 症狀을 緩和시키기 위해 韓藥이 使用되고 있으며 그 有意性은 널리 報告 되고 있다. 그러나 腫瘍專門醫들은 積極적으로 활용하지 못하고 있으며 그 주된 이유로는 韓藥으로 인한 藥因性 肝損傷의 憂慮때문이다. 아직까지 腫瘍患者에 대한 韓藥의 肝損傷에 대한 客觀的 研究는 없었다. 著者들은 腫瘍患者에서 韓藥으로 인한 肝損傷을 알아보기 위하여 研究하였다.

研究方法

28個月 동안 1門 大學病院을 訪問하여 Allergen을 除去한 乾漆 抽出物을 服用한 모든 患者를 後向的으로 조사하였다. 肝損傷 與否를 判斷할 수 있도록 2次 以上 血液檢査와 臨床症狀 記錄이 남긴 患者를 대상으로 CIOMS 기준으로 肝損傷 與否를 判斷하고 損傷이 確認된 경우 原因으로서 韓藥의 可能性을 M&V scale로 測程하였다.

結果

1353명의 韓藥을 服用한 患者 중 384명이 評價가 가능하였으며 155명이 基準에 符合하였다. 155명의 對象者 中 肝損傷이 있었던 患者는 27명이었으며 韓藥이 原因이었을 可能性은 “Excluded” 24名, “Unlikely” 3名으로 評價되었다.

結論

비록 腫瘍患者들이 相對的으로 높은 肝損傷의 危險이 있지만 그 原因이 韓藥일 可能性은 거의 없었으며 이것은 韓藥이 腫瘍患者를 治療, 管理하는데 肝損傷의 憂慮없이 사용될 수 있음을 示唆한다.

Key Word : aRVS, Cancer, DILI, CIOMS, M&V scale

治疗肿疡患者的韩药的安全性

徐荣光, 崔元哲, 李寿琼

庆熙大学 韩医科大学大学院

研究目的

在韩国为了治疗肿疡患者, 缓解其症状也使用了韩药, 这种应用的意义已经广为报道。但是肿疡专科医生却并没有积极使用这种方法, 主要原因是担心韩药会导致药物性肝损伤。目前还没有针对肿疡患者服用韩药会导致肝损伤的客观研究。因此, 本文作者们为了解用韩药治疗肿疡患者导致肝损伤的情况, 做了相关研究。

研究方法

针对28个月内在同一家大学医院服用除去过敏源的乾漆萃取物的所有患者, 进行追溯调查。进行两次以上血液检查以判断是否有肝损伤, 并以留有临床症状记录的患者为对象, 根据CIOMS标准判断是否有肝损伤, 确认有损伤的情况, 用M&V scale来测定是否可能是服用韩药所导致的。

结果

在1353位服用韩药的患者中, 有384人可以评价, 其中有155人符合研究标准。在155位研究对象中, 曾患有肝损伤的患者有27人。韩药导致肝损伤的可能性以“Excluded”24人, “Unlikely”3人作出了评价。

结论

虽然肿疡患者患肝损伤的危险相对更高, 但是由韩药导致这一结果的可能性几乎不存在, 这说明韩药用于治疗肿疡患者方面, 不存在导致肝损伤的顾虑, 可以使用。

Key Word : aRVS, Cancer, DILI, CIOMS, M&V scale

進行性 非小細胞肺癌으로 治療받았던 患者에 대한 乾漆의 安定性 및 效果

全晟夏

慶熙大學校 大學院 四象體質科

연구목적

옷나무로 알려진 *Rhus verniciflua* Stokes (乾漆)은 癌治療에 사용되었었던 韓醫學 藥物로 전임상시험에서 乾漆抽出物은 caspase-9 活性化와 PI3K-Akt/PKB 抑制를 통하여 亢增殖과 細胞枯死 活動力을 보였고 또한 血管內皮細胞增殖因子的 抑制를 보였다. 이러한 전임상자료와 축적된 임상치료자료를 기반으로 一次抗癌治療 혹은 二次抗癌治療 실패한 非小細胞肺癌 患者를 對象으로 알레르기 유발물질을 제거한 乾漆抽出物 (NEXIA[®])의 安全性과 效果를 조사하였다.

연구방법

2006년 6월부터 2009년 6월까지 韓國의 慶熙大學校 東西新醫學病院 통합암센터에서 進行性 非小細胞肺癌에 대하여 적어도 한번의 治療에 실패한 患者를 대상으로 알레르기유발물질을 제거한 乾漆抽出物(NEXIA[®])로 治療받은 40명의 患者의 의무기록을 조사하였다. 이 연구의 일차 목적은 전체생존기간을 평가하는 것이고 이차 목적은 疾病調節率, 無進行生存期間, 그리고 安全性을 평가하는 것이다. 이상반응은 Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 3.0을 이용하였고 중양반응평가는 RECIST criteria version 1.0을 사용하여 매 6-8주마다 평가하였다.

결과

환자의 나이의 중앙값은 58세였고 (35-74세) 28%가 65세 이상이었고 ECOG 수행도 2는 43%를 차지하였고 腺癌은 65%였다. 43%의 患者가 抗癌治療와 병행하였고 43%의 患者가 두개 이상의 抗癌劑에 治療 실패한 患者였고 40%의 患者에서 腦轉移가 있었다. 알레르기유발물질 제거 乾漆抽出物(NEXIA[®])의 투약기간의 중앙값은 75일이었고 (7-714일) 하루에 투약된 용량의 중앙값은 1270mg (450-2576mg)이었다. 알레르기유발물질을 제거한

乾漆抽出物(NEXIA[®])의 이상반응은 거의 없었고 소수의 환자에서 경도의 속쓰림, 경도의 피부 가려움증이 나타났고 약에 의한 과민반응은 한명도 나타나지 않았다. 血液學的 이상반응은 없었다. 전체환자의 생존기간의 중앙값은 8.4개월이었고 一年生存率は 40%였다. 疾病調節率は 63.6%였고 無進行生存期間의 중앙값은 3.9개월이었다. 수행능력이 좋은 환자 (ECOG 0, 1)와 선암을 가진 환자가 더 긴 생존기간을 가졌다.

결론

生存期間 결과와 매우 좋은 내약성에 근거하여 알레르기유발물질 제거 乾漆抽出物(NEXIA[®])이 이전 治療에 실패한 進行性 非小細胞肺癌 患者의 治療에 대한 가능성을 제시한다. 알레르기유발물질 제거 乾漆抽出物(NEXIA[®])은 抗癌治療가 불가능하거나 抗癌治療를 원하지 않는 환자에게 하나의 대체 治療가 될 수 있을 것이다.

乾漆对接受过进行性非小细胞肺癌治疗的患者的安全性和效果

全晟夏

庆熙大学大学院 四象体质科

研究目的

作为漆树而被人所知的Rhus verniciflua Stokes (乾漆)是用于癌症治疗的韩医学药物, 在前临床试验中, 乾漆提取物可以通过抑制caspase-9和PI3K-Akt/PKB, 起到抗增殖和抗细胞枯死的活动力的作用, 还起到了抑制血管内皮细胞增殖因子的作用。以这样的前临床资料和积累的临床治疗资料为基础, 以一期抗癌治疗或者二期抗癌治疗失败的非小细胞肺癌患者为对象, 调查除去诱发过敏物质的乾漆提取物(NEXIA®)的安全性和效果。

研究方法

以2006年6月到2009年6月, 在韩国庆熙大学和东西新医学医院综合癌症中心接受进行性非小细胞肺癌治疗, 至少有过一次治疗失败经历的患者为对象, 调查了接受用除去诱发过敏物质的乾漆提取物(NEXIA®)治疗的40名患者的医疗记录。本研究的第一个目的是评价整体生存时间, 第二个目的是评价疾病好转率, 无病生存期和安全性。异常反应通过 Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 3.0评价, 而肿瘤反映评价通过 RECIST criteria version 1.0进行, 每6-8周评价一次。

结果

患者年龄的平均值为58岁 (35-74岁), 65岁以上患者占28%, ECOG状态为2的患者占43%, 腺癌患者占65%。43%的患者在抗癌治疗的同时采取了并行治疗, 43%的患者有使用两种以上抗癌剂治疗失败的经历, 有40%的患者存在脑转移。使用除去诱发过敏物质的乾漆提取物(NEXIA®)治疗的平均时间为75天 (7-714天), 每天用药量的平均值为1270mg (450-2576mg)。服用除去诱发过敏物质的乾漆提取物(NEXIA®)的患者几乎没有异常反应, 少数患者有轻度的恶心和轻度皮肤瘙痒, 没有任何患者出现针对药物的过敏反应。没有出现血液学方面的异常反应。整体患者的生存时间的平均值为8.4个月, 生存时间为1年的患

者占40%。疾病调节率为63.6%，无进行生存时间的平均值为3.9个月。体力状态好的患者(ECOG 0, 1)和腺癌患者的生存时间更长。

结论

生存期调查结果和良好耐药性结果，证明了用除去诱发过敏物质的乾漆提取物(NEXIA[®])治疗以前有过治疗失败经历的进行性非小细胞肺癌患者的可能性。除去诱发过敏物质的乾漆提取物(NEXIA[®])可以作为对无法进行抗癌治疗和不希望进行抗癌治疗的患者的代替治疗方法。

Allergen-removed Rhus verniciflua Stokes extract, advanced non-small cell lung cancer, previously treated

Poster 發表(中國)

早发型发作性睡病体质学与证候学研究

王少杰, 白文, 戴中, 柳洪胜, 王春玲, 董丛丛, 杨嘉颐

中医体质辨识, 防治高血压

庞姝弘, 王冬梅, 解志坚

从《温病条辨》中的死证理解中医危重症

刘馨雁

卫分证与气分证、营分证IL-6、IL-10变化规律对比研究

赵国荣, 肖碧跃, 卢岳华, 艾碧琛, 陈锡军, 谢静, 刘克丽, 郝晓元

吴鞠通温病治疗中的体质辨治初探

康凤河

通肺净痰方对慢性阻塞性肺疾病痰热证免疫功能的影响

柏正平, 谭光波, 胡学军, 傅曙华

“肺肠合病”大鼠动物模型建立初探

高永翔, 郑旭锐, 杨宇, 叶建红, 朱素有, 冯贤荣, 张显明, 周新颖, 刘旺华

杨栗山《伤寒瘟疫条辨》中的升降散十五方

王小岗

浅谈朝医四象医学与温热病的关系

朴日

阳虚、阴虚体质的代谢特征分析

李英帅, 王琦

早发型发作性睡病体质学与证候学研究

王少杰, 白文, 戴中, 柳洪胜, 王春玲, 董丛丛, 杨嘉颐

北京大学人民医院中医科(北京100044), 主任医师, 硕士生导师

目的

比较分析早发型及晚发型发作性睡病患者的证候学特点及证类分布特征。

方法

88例发作性睡病患者, 其中15岁以下起病的早发型患者61例, 平均发病年龄(9.36 ± 2.69)岁; 15岁以上起病的晚发型患者27例, 平均发病年龄(19.78 ± 6.11)岁。制定并采用统一的中医证候学观察表进行临床观察, 对比分析证型学观察结果。临床研究数据采用SPSS 12.0进行分析。

结果

①全部患者均有嗜睡。两组患者肌无力、猝倒、睡瘫、入睡幻觉及夜间睡眠紊乱的发生率相近($P > 0.05$)。②早发型发作性睡病患者主要证候类型为脾虚湿困(83.6%)。晚发型患者仅有2例患者为脾虚湿困证, 而湿热困脾证、脾虚肝旺证、痰浊蒙遮清窍证以及胆热痰扰证构成比率明显高于早发型患者($P < 0.05$)。两组脾肾阳虚证、瘀阻脑窍证构成无显著差异。

结论

早发型睡病证候表现多以脾虚为本、痰湿为标, 可能与体质因素关系密切。

关键词: 发作性睡病; 证候学; 体质

TCM syndrome characteristics of early-onset narcolepsy

WANG Shao-jie, BAI Wen, DAI Zhong, LIU Hong-sheng,

WANG Chun-ling, DONG Cong-cong, YANG Jia-yi

Department of TCM, People's Hospital, Beijing University, Beijing 100044

Objective

To compare and analyze the symptoms and syndrome characteristics of early and late onset narcolepsy.

Methods

The clinical data of 88 consecutive patients with narcolepsy, 61 of which with an onset age of 9.36 ± 2.69 on average and 27 with an onset age of 19.78 ± 6.11 on average. Epidemiological survey was adopted in the study, including inquiry to 88 narcolepsy patients. according to unified standards, filling out questionnaire for TCM symptoms and signs, statistical data processing by using SPSS12.0 software. Unified standards were set out and adopted to assist the clinical study and the comparison and analysis of the results of syndrome patterns. SPSS12.0 was adopted in data analysis.

Results

①All 88 patients showed lethargy. There were no significant differences in the rates of amyasthenia, cataplexy, sleep paralysis, hypnagogic hallucination, and disrupted sleep patterns between the two groups ($P > 0.05$). ②The main clinical syndrome type of the early onset group was stagnation of dampness due to splenic asthenia(83.6%) , but only two cases of this type were involved in the late onset group. The rates of dampness and heat in the spleen, splenic asthenia and liver sthenia, turbid phlegm disturbing brain, and phlegm2fire disturbing gallbladder in the late onset group were significantly higher than those of the early onset group ($P < 0.05$). There were no significant differences in the

rates of spleen and kidney Yang deficiency and blood stasis in the brain.

Conclusions

The disease nature of early onset narcolepsy was root deficiency present with spleen deficiency and branch excess present with phlegm dampness. The key reason for occurrence of this disease is closely related to TCM constitution.

Key Words : Narcolepsy, TCM syndrome, TCM constitution.

조발형 발작성 수면병 체질학의 증후학 연구

왕소걸, 백문, 대중, 유홍승, 왕춘령, 동충충, 양가이
북경대학인민의원 중의과(북경 100044), 주임의사, 석사과정 지도교사

목적

조발형과 만발형 발작성 수면병 환자의 증후학 특징과 증상유형분포 특징의 비교분석.

방법

발작성 수면병 환자 사례 88건, 그 중 15세 이하에 발병한 조발형 환자 사례 66건, 평균 발병 연령(9.36 ± 2.69)세; 15세 이하 발병의 만발형 환자 사례 27건, 평균 발병 연령(19.78 ± 6.11)세. 임상연구데이터는 SPSS 12.0를 활용하여 분석 진행.

결과

① 전체 환자가 평균적으로 많은 수면을 취함. 양 조의 환자는 근육에 힘이 없고, 갑자기 넘어지거나 수면마비, 취면환각 및 야간의 수면혼란 확률이 비슷하게 나타남. ($P>0.05$) ② 조발형 발작성 수면증 환자의 주요 증후 유형은 비허습곤(脾虛濕困)으로 나타남. (83.6%) 만발형 환자의 사례 중 2건 만이 비허습곤(脾虛濕困)증을 보였으며, 습열곤비증(濕熱困脾證), 비허간왕증(脾虛肝旺證), 담탁몽차청규증(痰濁蒙遮淸竅證)과 담열담요증(膽熱痰擾證) 구성비율은 확연히 조발형 환자를 넘어섬. ($P<0.05$) 양 조 모두 비신양허증(脾腎陽虛證), 어조내규증(瘀阻腦竅證) 구성은 현저한 차이가 없음.

결론

조발형 수면증후는 비허(脾虛)가 주를 이루고, 담습(痰濕)이 표준적이며 체질요소와 밀접한 관계가 있을 수 있음.

Key Words : 발작성 수면증; 증후학; 체질

发作性睡病(Narcolepsy)常在青少年期起病并持续终生, 以难以抑制的嗜睡、发作性猝倒、睡瘫、入睡幻觉为主要临床特点, 可严重影响患者的生活质量, 甚至酿成意外事故而危及生命[1]。按发病时间划分, 起病于青春期前, 属早发型发作性睡病[2-3]; 在青春期后起病, 称为晚发型发作性睡病。目前本病病因仍不清楚, 缺乏有效治疗。中医学对本病的记载少见, 仅有个案以及小样本研究报道对本病应用中医药治疗可以减少发作, 改善伴随症状[4-5]。本研究以88例发作性睡病患者为对象进行系统证候学观察, 对比分析早发型及晚发型发作性睡病各自的证候学特点

1. 研究对象和方法

(1) 病例来源

临床选取2006年1月~2008年1月期间, 就诊于北京大学人民医院中医科和呼吸科的发作性睡病患者。

(2) 选例标准

1) 诊断标准

参照文献[6], 符合以下2条之一即可诊断。①具有嗜睡及发作性猝倒的典型临床表现; ②具有白天嗜睡及以下表现者: 平均睡眠潜伏期<5 min, 2次或以上的异常快动眼(REM)睡眠且无其他精神神经疾患及药物能够解释嗜睡原因和有关症状者。

2) 纳入标准

①符合诊断标准; ②年龄范围6~45岁, 神志清楚。

3) 排除标准

①年龄范围以外; ②意识障碍或其他严重躯体疾病不能配合者; ③患有脑部肿瘤、癫痫等其他神经系统疾病; ④患有原发性睡眠过多症、周期性肢体运动及药物引起的白天嗜睡、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等其他睡眠障碍疾病; ⑤合并有肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病及精神病患者。

(3) 研究内容与方法

采取病例横断面描述性研究方法, 对患者性别、发病年龄、就诊年龄、病史、家族史进行调查, 同时进行中医证候学观察, 参照《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语·证候部分》进行辨证。制定并采用统一的病例报告表。

(4) 统计方法

临床研究数据均采用SPSS 12.0进行分析。统计结果以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 患者间相关计量指标采用t检验, 计数指标采用 χ^2 检验。

2. 结果

(1) 入选病例

入选病例共88例, 其中男性60例, 女性28例; 15岁以下起病的早发性患者有61例, 平均发病年龄(9.36 ± 2.69)岁; 15岁以上起病的晚发性患者28例, 平均发病年龄(19.78 ± 6.11)岁。73例病人有肌无力发作, 38例病人患者存在典型的发作性猝倒。29例病人存在入睡幻觉(视幻觉及听幻觉), 27例患者诉睡瘫。46例患者诉夜间难以入睡、易醒或醒后不易再入睡。具备嗜睡、发作性猝倒、睡瘫、入睡幻觉全部4个典型症状者有14例。两组患者的性别构成无显著差异。晚发型患者就诊时的年龄偏大, 从发病至就诊时的间隔时间长于相同早发型患者。两组患者肌无力、猝倒、睡瘫、入睡幻觉及夜间睡眠紊乱的发生率无明显差异。2例早发型患者有家族史, 而晚发型患者中未发现有明确遗传史。见表1。

表1, 早发型及晚发型发作性睡病患者的临床特点($\bar{x} \pm s$)

临床资料	早发型患者组	晚发型患者组	t(χ^2)	P
例数(男/女)	44/17	16/11	1.429	0.232
发病年龄/岁	9. 36±2. 69	19. 78±6. 11	-8.692	0.000
就诊年龄/岁	13. 93±6. 04	26. 52±9. 68	-6.612	0.000
发病至就诊间隔时间/年	4. 57±5. 17	7. 11±5. 93	-2.027	0.046
肌无力/例	51	22	0.769	0.514
发作性猝倒/例	29	9	1.540	0.215
幻觉/例	19	10	0.294	0.588
睡瘫/例	19	8	0.020	0.887
夜间睡眠紊乱/例	0	16	0.762	0.383
家族史/例	2	0	1.000	0.478

注: 组间比较, 计量资料用t检验, 计数资料用 χ^2 检验。

(2) 对比分析早发型及晚发型发作性睡病的证候学特点

根据证候学观察结果, 可辨证分为脾虚湿困、湿热困脾、脾虚肝旺、脾肾阳虚、痰浊蒙遮清窍、瘀阻脑窍、胆热痰扰等证型。两组比较, 脾虚湿困证在早发型患者中所占比率高, 而湿热困脾证、脾虚肝旺证、痰浊蒙遮清窍证以及胆热痰扰证在晚发型患者中所占比率高。见表2。

表2. 早发型及晚发型发作性睡病患者的证型比较(例 ; $\bar{x} \pm s$)

临床资料	早发型患者组	晚发型患者组	t(χ^2)	P
脾虚湿困证	51	2	5.366	0.000
湿热困脾证	3	6	0.022	0.022
脾虚肝旺证	2	6	0.009	0.009
脾肾阳虚证	3	1	1.000	0.641
痰浊蒙遮清窍证	1	5	0.010	0.010
瘀阻脑窍证	1	3	0.084	0.084
胆热痰扰证	0	4	0.007	0.007

注：组间比较，计量资料用t检验，计数资料用 χ^2 检验

3. 讨论

经辨证分析，将88例发作性睡病患者归为7类证型。其中以脾虚湿困证为主要证型(53例)，其余包括湿热困脾型(9例)、脾虚肝旺(8例)、脾肾阳虚(4例)、痰浊蒙遮清窍(6例)、瘀阻脑窍(4例)、胆热痰扰(5例)。早发型患者证型以脾虚湿困证为主(83.6%)。晚发型患者仅有2例患者为脾虚湿困证，而湿热困脾证、脾虚肝旺证、痰浊蒙遮清窍证以及胆热痰扰证构成比率明显高于早发型患者。两组脾肾阳虚证、瘀阻脑窍证构成无显著差异。经云：气足者不思食，神足者不思睡。脾为后天之本，脾虚湿困，清阳不升，清明之府失于清阳之荣，故发为嗜睡。脾虚无力运化水湿，湿为阴邪，损伤脾阳，日久累及肾，可见脾肾阳虚。脾虚不运，内生湿邪，蕴久化热，湿热困脾，痰浊内生，上逆蒙蔽清窍，化热内扰胆府；脾土虚弱，肝旺乘土，脾虚肝旺；肝气郁滞，血停成瘀，内阻脑窍。脾虚在本病的发生和病机演变中占重要位置，在脾虚基础上，累及肾可致脾肾阳虚，标实表现为气滞、湿热、痰热、瘀血，可涉及脾、肝、肾、胆、脑等脏腑。中医辨证依据患者的症状、体征，这种整体性的证候表现常反应了病人的体质。具有特定体质的人往往对某些疾病具有易感性或发生某病的倾向性。《灵枢·五变》有“一时遇风，同时得病，其病各异”的记载。早发型患者平均发病年龄仅9.36岁，证候表现多以脾虚为本、痰湿为标，提示可能与体质因素关系密切。而先天禀赋(遗传)是决定与影响体质形成和发展的内在重要因素。有研究指出，发作性睡病的发生是遗传因素与环境因素共同作用的结果[7]，遗传因素在其起病中有重要作用，并发现了本病的可能易感基因[8-9]。生物学的发展使我们认识到，基因表达差异决定了个体的差异，人类基因组变异所致的基因多态性是造成上述种种不同的重要原因，可以推测体质与基因多态性有着密切的关系；体质又是证候形成的基础，证候必然带有各自体质的特点。遗传和环境因素的共同作用，造成证候分布和转化具有一定的规律性。通过研究发作性睡病易感基因与证候的内在关系，将可能揭示本病证候及体质的部分科学内涵[10]。

参考文献

- [1] WISE M S. Childhood narcolepsy[J]. Neurology, 1998, 50:37-42.
- [2] HAN F, CHEN E Z, WEI H L, et al. Childhood narcolepsy in North China[J]. Sleep, 2001, 24:321-342.
- [3] HAN F, CHEN E Z, WEI H L, et al. HLA2DRB and 2DQBalle contribution to narcolepsy susceptibility in Chinese patients with narcolepsy[J]. NatlMed J China, 2003, 83:644-646.
- [4] 许强华. 发作性睡病的辨治体会[J]. 中医杂志, 2001, 42(6):339.
- [5] 夏如宁. 辨证治疗发作性睡病3则[J]. 中医杂志, 2003, 37(5):376.
- [6] ALDRICH M S. Narcolepsy and related disorders. In: Aldrich MS, ed. Sleep Medicine [M]. NewYork:OxfordU2niversityPress, 1999:152-174.
- [7] MIGNOT E, HAYDUK R, BLACK J, et al. HLA DQB1 30602 is associated with cataplexy in 509 narcoleptic patients[J]. Sleep, 1997, 20:1012-1020.
- [8] HAN F, CHEN E Z, WEI H L, et al. Childhood narcolepsy in North China[J]. Sleep, 2001, 24, (3): 321-324.
- [9] WISE M S. Childhood narcolepsy[J]. Neurology, 1998, 50(Supp 1):37-42.
- [10] 陈鹏. 基因多态性与中医辨证关系研究的回顾与思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23 (11):852- 854.

通讯作者：王少杰, 女, 主任医师, 硕士生导师

首都发展基金自主创新项目(No. 20052SF2Ⅲ2046)资助课题

中医体质辨识, 防治高血压

庞姝弘, 王冬梅, 解志坚

哈尔滨市中医医院 干部病房

体质辨识是治未病的重要方法和手段。重视人的体质状态, 在防病治病上, 从具体的人出发, 权衡干预措施, 体现以人为本, 因人制宜的特色。中医体质辨识, 防治高血压, 重视高血压前期人群的干预与控制, 干预危险因素, 强调疾病的个体化差异治疗。对9种不同体质通过中药的调整、优化, 预防高血压的发生, 从而达到改善高血压前状态, 防止向高血压转化。

Physical identification is an important means of treating diseases. TCM pays attention to people's physical state in disease prevention and treatment, and weigh the interventions depending on specific cases by responding the principle and feature of People First. In the prevention and treatment of hypertension, TCM focuses on physical identification, pre-hypertensions intervention and control, risk factor intervention, and emphasizes on the individual differences in disease treatment. It's put forward to improve the state of pre-hypertensions and to prevent its developing into hypertension by TCM adjustment, optimization and prevention aiming at nine different physiques.

중의 체질식별, 고혈압 예방치료

방주홍, 왕동매, 해지전
하얼빈시 중의병원 간과 병실

체질식별은 未病 치료에서 중요한 방법과 수단이다. 중의학은 질병 예방과 치료에서 인체의 체질 상태를 중시하고, 인간의 원리와 특징에 따른 반응으로 나타난 구체적인 케이스에 따라 개입(치료)을 따져본다. 고혈압 예방치료에서 체질식별에 중심을 둔 중의학은 고혈압 전 인체의 치료, 관리 및 위험 요소 치료를 중시하고 치료법의 개별적 차이를 강조한다. 9개의 서로 다른 체질에 대한 중약 조절 및 최적화를 통해 고혈압 발생을 예방하고, 고혈압 전 상태를 개선하여 고혈압 발병을 방지한다.

体质辨识是治未病的重要方法和手段。重视人的体质状态, 在防病治病上, 从具体的人出发, 权衡干预措施, 体现以人为本, 因人制宜的特色。随着社会的进步, 人们渴望健康的欲求日益增长, 人们逐渐认识到单纯治疗疾病是消极被动的, 是对医学主体功能的削弱与颠倒。21世纪的医学将不再继续以疾病为主要研究对象。以人的健康为研究对象与实践目标的健康医学, 将是未来医学发展的方向。高血压是以体循环动脉压增高为主要临床表现的临床综合征, 是最常见的心血管疾病, 属于一种心身疾病。高血压病具有发病率高、并发症多的特点。我国高血压发病率逐年上升, 1991年普查显示, 15岁以上人口其患病率约为11.8%。专家们测算, 本世纪初, 中国有13亿人口, 到本世纪中叶, 中国将达到16亿人口, 同时中国还将提前进入老龄化社会, 假设我国高血压患病率依旧维持现状不变, 在本世纪中我国患病人口数会远远超出1亿大关。中医体质辨识, “治未病”, 防治高血压无论对个人还是对国家都具有积极的意义。

中国古人早在《内经》时代就提出了“治未病”思想, 意识到防患于未然的重要性。《素问·四气调神大论》指出“圣人不治已病治未病, 不治已乱治未乱”。既包含了“未病先防”也提出了“既病防变”这两层。体质具有个体差异性、群类趋同性、相对稳定性和动态可变性等特点。体质特点或隐或现地体现于健康和疾病过程之中。每个人的体质不尽相同, 先天禀赋为基础, 受后天多种因素的影响。体质辨识养生与预防在中医理论的指导下, 针对个体的体质特征, 通过合理的精神调摄、饮食调养、起居调护、形体锻炼提高人体对环境的适应能力, 预防疾病, 从而达到健康长寿目的。

中医体质辨识, 防治高血压, 重视高血压前期人群的干预与控制, 干预危险因素, 强调疾病的个体化差异治疗。通过对不同体质的调整、优化, 可预防高血压的发生, 从而达到改善高血压前状态, 防止向高血压转化。

中国人群体质可分为平和质、气虚质、阴虚质、阳虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质9种。

1. 平和质, 要维护

平和质是中医认为最理想的人体体质。尽可能地把其他的八种偏颇体质重新往平和质的方向转化, 这是我们养生保健的目的。平和质一般体形匀称健壮, 面色、肤色润泽, 头发稠密有光泽, 目光有神, 鼻色明朗, 嗅觉通利, 味觉正常, 唇色红润, 精力充沛, 不易疲劳, 耐受寒热, 睡眠安和, 胃口良好, 二便正常。心理方面: 性格随和开朗。平日里患病较少, 对自然环

境和社会环境适应能力较强。平和质的人同样需要养生保健， 目的就是为了能够尽量保持平和质的状态， 不令其往不利体质的方向转化。

2. 气虚质, 要固本

气虚质人形体一般为肌肉松软, 不健壮。气虚则清阳不展, 头晕、头痛, 多因劳累加重。平日里的常见表现有气短懒言, 语音低怯, 肢体容易疲倦, 健忘, 易汗出, 目光少神, 唇色少华, 毛发不泽, 大便或正常, 或便秘但不结硬, 或便后有不尽感。

调理原则: 以培补元气, 补气健脾为主。中医对气虚体质常用的代表方有: 四君子汤、补中益气汤, 其中的主要成分包括的也是以补气作用为主的中药, 例如: 党参、黄芪、白术、大枣等, 另外还配合茯苓、甘草、陈皮等味药。

3. 阳虚质, 要温阳

阳虚体质的人形体属于形体白胖, 肌肉松软, 不健壮的。常见容易怕冷, 手脚不温, 喜欢吃温热的饮食, 对冷的饮食比较抗拒, 精神不振, 面色晄白, 目胞晦暗, 口唇颜色较淡, 毛发容易脱落, 容易出汗, 大便稀薄, 小便清长。

调理原则: 补肾温阳, 益火之源。常用的代表方有: 金匱肾气丸、右归丸等, 其中包括多味补阳气的中药如附子、肉桂、山萸肉、菟丝子、杜仲、鹿角胶等。

4. 阴虚质, 要养阴

阴虚质一般是体形高瘦的人。阴虚的表现有: 手足心热, 平时容易口燥咽干, 鼻微干, 口渴喜冷饮, 大便干燥; 两目干涩, 视物模糊, 唇红微干, 皮肤偏干, 易生皱纹, 有烘热感, 头部隐痛, 眩晕耳鸣, 睡眠差, 小便短少。阴虚阳亢体质多表现为头痛且胀, 头晕目眩, 烦躁易怒, 夜眠不宁, 或兼胁痛, 面赤口苦。舌红, 苔薄黄, 脉弦有力。

调理原则: 滋补肾阴, 壮水制阴。常用的代表方为六味地黄丸、大补阴丸等, 其中包括熟地、山药、山萸肉、枸杞子、桑椹等滋阴功效中药按一定比例组成。阴虚阳亢以滋阴潜阳为主, 常用天麻钩藤饮加减。

5. 痰湿质, 要运化

痰湿质一般形体肥胖, 腹部肥满松软。痰湿内阻, 上蒙清阳, 症状表现为: 头重如蒙, 面部

皮肤油脂较多,多汗且粘,胸闷痰多;身重不爽易困倦,喜欢吃肥腻以及甜食。头痛而重,眩晕,胸闷,恶心,食少,多寐。舌苔白腻,脉濡滑。

调理原则:健脾利湿,化痰泄浊。常用的代表方包括:半夏天麻白术汤、参苓白术散等,其中包括的常用中药有:党参、白术、茯苓、炙甘草、山药、扁豆、苡米、砂仁、莲子肉等。常用补气中药,益气可以健脾,运化水湿,达到燥湿祛痰,改善痰湿体质的作用。

6. 湿热质,要清利

湿热质一般形体偏胖或苍瘦。痰湿阻塞气机,郁而化热,故见头胀痛,常见的症状表现包括:平时面部污垢、油性分泌物较多,容易长痤疮和粉刺,平时有口苦口干的现象,身体困重倦怠,心烦懈怠,大便燥结或粘滞,小便短赤,男性容易出现阴囊潮湿,女性容易出现带下量多。

调理原则:分清湿浊,清泄伏火。常用的代表方:泻黄散、温胆汤等。常用药物:藿香、山栀、石膏、龙胆草、当归、茵陈、苦参、地骨皮、茯苓、泽泻等。

7. 气郁质,防抑郁

气郁质指容易被一些事情搞到郁郁寡欢的体质,这类人一般形体偏瘦,平时常见的症状表现是忧郁的面貌,因气机不畅,头部胀痛,神情常常是烦闷不乐的,胸胁有胀满的感觉,动不动就叹气,嗝气打嗝,或者喉间有异物感,吞不下去吐不出来的感觉,睡眠较差,食欲减退,心悸胆怯,健忘,痰多,大便干。

调理原则:疏肝行气,开其郁结。常用的代表方:逍遥丸、柴胡疏肝丸、越鞠丸等,其中常用的药物有:柴胡、陈皮、川芎、香附、枳壳、白芍、甘草、当归、薄荷等。

8. 瘀血质,要疏通

瘀血质多见于瘦人。久病入络,瘀血内停,脉络不畅,则头晕头痛,痛如针刺,常见的症状表现为:平时常见面色晦暗,皮肤偏黯或有色素沉着,容易出现瘀斑、容易出现疼痛症状,口唇暗淡或紫,舌头颜色较深而且有瘀点、片状瘀斑等,舌下静脉曲张,眼眶黯黑,头发容易脱落,肌肤偏干,或者有出血倾向(如吐血等)。

调理原则：活血化瘀，疏利通络。常用的代表方：通窍活血汤、桃红四物汤、大黄蛰虫丸等。其中常用的行气活血化瘀的中药包括：桃仁、红花、生地、赤芍、当归、川芎、丹参、茜草、山楂等。

9. 特禀质, 要调护

特禀质常指的是有一些先天性禀赋或者先天性遗传性疾病的体质，包括过敏体质、先天性畸形或生理性缺陷等等。特禀质常见的症状表现常常有先天性、家族性的特征，胎传性疾病为母体影响胎儿个体生长发育及相关疾病特征。

调理原则：益气, 养血。其中包括的常用药物有：黄芪、白术、荆芥、防风、蝉衣、乌梅、益母草、当归、生地、黄芩、丹皮等。此类人群可根据具体体质辩证施治。

根据以上体质类型建立辨体防治方案, 不同个体进行方药干预, 进行生活行为指导、养生保健、医疗干预和个性化的顺势健康管理服务, 纠正体质偏颇, 从而达到对高血压预防的目的。

從《温病条辨》中的死证理解中医危重症

刘馨雁

中国中医科学院广安门医院国际医疗部

现代医学中,危重症不论急性、慢性,都与单个或多个脏器功能障碍或衰竭相关。多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)以前称多系统器官衰竭(MSOF),是创伤及感染后最严重的并发症之一,也是重症患者的主要死因。吴鞠通在《温病条辨》中也论述了对脏器衰竭的认识。

《温病条辨》为温病学专著,温病多为急性热病,吴鞠通总结分析温病规律及理法方药,谈及温病死证,把温病众多危重症总结为五类。

在《上焦篇十一、太阴温病经注》中“仲子问:敢问死?孔子曰:未知生,焉知死。塘以为医者不知死,焉能救生。细按温病死状百端,大纲不越五条。在上焦有二:一曰肺之化源绝者死;二曰心神内闭,内闭外脱者死。在中焦亦有二:一曰阳明太实,土克水者死;二曰脾郁发黄,黄极则诸窍为闭,秽浊塞窍者死。在下焦则无非热邪深入,销铄津液,涸尽而死也。”吴鞠通认为,作为医者,不了解不会治疗抢救危重症、濒死状态-关于死亡的种种状况,怎么能谈得上救治还有生命的人呢?吴鞠通按死症部位-三焦分类总结危重症为:上焦肺和心(包括神志)、中焦胃肠和肝脾、下焦肾五大系统的死症,与现代医学的器官功能障碍,包括肺、肾、胃肠道、凝血、心、中枢神经系统功能和代谢衰竭相吻合。

分而论之,从中医对单脏衰的认识,到对危重病的救治逆转都有详细论述、治则治法及方药。

《온병조변》의 사증(死证)으로 이해하는 중의 위중증(危重症)

류형안

중국중의과학원 광안문의원 국제의료부

현대의학 중, 위중증은 급성, 만성에 관계없이 모두 하나 혹은 다수의 장기기능장애 및 생리기능 쇠퇴와 관련이 있다. 다기관기능장애종합증(multipleorgandysfunctionsyn-drome, MODS)은 이전에 다계통기관쇠약(MSOF)으로 불렸었고, 외상 및 감염 후 가장 심한 합병증의 하나였으며 중증 환자의 주요 사망원인이었다. 오국통(吳鞠通)은 《온병조변》에서 장기쇠약에 대한 인식을 서술 하였다. 《온병조변》은 오국통이 온병학전문저자및주요온병의급성열병을위해온병규율과관습처방약을총결분석하고, 온병사증(溫病死証)가지 언급하였으며, 온병의 대중적 위중증을 다섯 종류로 정리한 것이다. 《상초편십일, 태양온병경주》에서 중자가 “외람되지만 사(死)를 여쭙겠습니다.”고 묻자, 공자는 “생(生)을 모르는데 어찌 사(死)를 알겠는가.”고 답하였다. 또한 당(唐)은 “의원이 사(死)를 모르는데 어찌 생명을 구하겠는가.”고 하였다. 다양한 온병의 사상(死狀)을 볼 때, 대체로 5가지를 넘지 않는다. 상초(上焦)에는 두 가지가 있다: 첫째, 폐의 화원(化源)이 끊기는 자는 죽는다; 둘째, 심신 내폐(心神內閉), 내폐외탈(內閉外脫)한 자는 죽는다. 중초역(中焦亦)에는 두 가지가 있다: 첫째, 양명 태실(陽明太實), 토극수(土克水)한 자는 죽는다; 둘째, 비욱발황(脾郁發黃), 黃極(黃極) 즉, 모든 구멍 이 막히고 혼탁함이 구멍을 막은 자는 죽는다. 하초(下焦)에는 사악한 열기가 침입하여 진액을 용해 하고 마르면 죽는다고 하였다. 오국통은 의원으로서 위중증을 치료하지 못함을 이해하지 못하였고, 빈사상태는 사망의 갖가지 종류라 여기며 어떻게 하면 아직 생명이 있는 사람을 구할 수 있을 까를 논하였다. 또한 오국통은 사증부위-삼초분류종결위중증은 상초(上焦) 폐와심(정신)포함, 중초(中焦) 위장과 간비, 하초(下焦) 콩팥의 오대계통의 사증과 폐, 콩팥, 위장도, 응혈, 심, 중추 신경기관 기능과 대사쇠약을 포함하는 현대의학의 기관기능장애와 부합하는 점이 있다고 하였다. 나누어 논하자면 중의(中醫)의 장 쇠약에 대한 인식에서부터 위중병의 치료역전까지 모두 상세한 논술 및 치료원칙과 치료법, 처방에 관한 내용이 있다.

1. 单个脏器衰竭的危重症

(1) 呼吸衰竭 — 肺之化源绝者死

从现代医学角度来看, 肺脏的各种急慢性疾病导致的肺脏的通气-换气障碍、1型和2型呼吸衰竭都可称为“肺之化源绝者”。急性肺病, 例如急性肺水肿、呼吸窘迫综合症、急性肺间质病变, 表现皆有低氧血症。其中吴鞠通主要谈了急性肺水肿, 以心源性为主, “如若吐粉红色水者死不治。至粉红色水, 非血非液, 实血与液交迫而出, 有燎原之势, 化源连绝。血从上溢, 脉七八至以上, 面反黑者死不治。血从上溢, 而脉七八至, 面反黑, 火急而似水, 反兼胜己之化也, 亦燎原之势莫至。下焦津液亏极, 不能上济君火, 君火反与温热之邪合德, 肺金其何以堪? 故皆主死”。“粉红色”指粉红色泡沫痰、“脉七八至以上”指心率快、“面反黑”指低氧血症, 君火克金指心脏病引发肺病。“君火与温热之邪合德”令人体体会到严重感染性疾病诱发全身炎症反应综合症。“汗涌, 鼻煽, 脉散, 皆化源欲绝之征兆也”。

化源绝, 乃“温病第一死法”。肺脏是多脏器功能衰竭中最先受伤的“第一”脏器, 呼吸衰竭的死亡率是多脏器衰竭中死亡率最高的。吴鞠通的观点与现代危重病的结论是一致的。当时虽有文献记载人工呼吸的方法, 但远未及氧疗、无创及有创呼吸机辅助呼吸的地步, 病人病情发展到“化源绝”的地步时, 药物是难以起死回生的。

(2) 神志障碍 — 心神内闭, 内闭外脱者死

这句话包括两个方面, 一是心神内闭、神志障碍, 中枢神经系统功能障碍; 一是内闭外脱, 循环衰竭、休克。

《温病条辨》全书30多处谈及神昏闭证, 病位涉及手厥阴心包经, 病因为“水不足而火有余”及“浊邪”。在上焦篇清宫方论中“手经逆转, 世罕知之, 手太阴病不解, 本有必传手厥阴心包”, “温毒内陷心包”; 在中焦篇里, 暑邪久留“神识不清”, 内陷心包, 是“热闭内窍”。“邪入心包, 舌蹇肢厥, 牛黄丸主之, 紫雪丹亦主之”。吴鞠通治疗神昏多以开窍醒神之剂急救其标, 例如著名的“三宝”: 安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹。

外脱即为脱证, “汗多脉散大, 喘喝欲脱者, 生脉散主之,” 症状包括汗出、脉搏-血压低、呼吸困难、神志欲昏, 符合现代医学的休克, 不论是心力衰竭、哮喘持续状态、重症感染-脓毒血症还是血容量不足, 凡出现此症候群, 均可称脱证。阳气外泄, 内虚不相留恋。生脉散以人参为君, 大补元气; 麦冬滋阴敛气、五味子酸甘化阴; 三药合用, 守阴留阳。

(3) 胃肠功能衰竭 – 阳明大实，土克水者死

“阳明大实，土克水”指两方面：“阳明大实”指温毒侵入阳明经，阳明高热，“大热、大渴、脉洪大”，可见于脓毒血症、败血症等全身感染或炎症反应；“土克水”指土之器官-脾胃、大小肠的消化系统功能障碍引起水之器官-肾脏的功能障碍，现代医学对于MODS研究认为消化系统功能损伤是第二位容易损伤的脏器，炎症介质引起“瀑布反应”进而引发水、酸碱、电解质代谢紊乱-肾脏功能衰竭。而且，近几年的研究显示，脓毒血症、SIRS的发病，与肠道损伤相关，其机制是细菌毒素破坏肠道上皮的分泌与屏障功能、肠内菌落的失衡、肠内细菌及毒素大量进入血液。

“阳明者，两阳合明也，温邪之热与阳明之热相搏，故但恶热也，或用白虎，或用承气者。”阳明实热应该用下法，但其重症即使用下法也难以奏效的，则“下不通者，死”。“阳明温病，下之不通，其证有五”：①“应下失下，正虚不能运药，不运药者死，新加黄龙汤主之。”没有把握好使用下法的时机，脏器受邪气克伐而虚弱，失去了吸收运化药物的能力，药物难以发挥作用而造成疾病难治。那个时代没有静脉通路及静脉营养，难以解决胃肠功能损害而造成的药物、食物难以吸收的问题。保护和提高胃肠功能提高“运药”功能对今天的临床也有实际意义。新加黄龙汤“于无可处之地，勉尽人力，不肯稍有遗憾之法也”。②“喘促不宁，痰涎壅滞，右寸实大，肺气不降者，宣白承气汤主之”。肺与大肠相表里。“其因肺气不降，而里证又实者，必喘促寸实，则以杏仁石膏宣肺气之痹，以大黄逐肠胃之结，此脏腑合治法也。”慢性喘息型支气管炎或急性的肺炎，都可能出现腹胀、腹压升高、大便不通、肠蠕动减慢等问题，这在现代危重病学中也是棘手的问题。要降腑气，可宣肺气，提壶揭盖。另一方面，腑气不通，肺气也难降，喘喝不能平卧，痰涎难出，可以通腑气而使肺气易降、痰易化。③“左尺牢坚，小便赤痛，时烦渴甚，导赤承气汤主之。”“其因火腑不通，左尺必现牢坚之脉，小肠热盛，下注膀胱，小便必涓滴赤且痛也，则以导赤去瘀通之阳药，加连柏之苦通火腑，大黄芒硝承胃气而通大肠，此而肠同治法也。”在现代危重病学中，肾衰甚至出现尿毒症，排除血液透析不谈，药物治疗则需要利尿、利大便，使毒素和水液从二便排除。④“邪闭心包，神昏舌短，内窍不通，饮不解渴者，牛黄承气汤主之。”“急而又急，立刻有闭脱之虞，阳明大实不通，有消亡肾气之虞”，“以牛黄丸开手少阴之闭，以承气急泻阳明，救足少阴之消，此两少阴合治法也。”⑤“津液不足，无水舟停者，间服增液；再不下者，增液承气汤主之”。“此腑中气血合治法”。

(4) 肝衰竭 – 脾郁发黄，黄极则诸窍为闭，秽浊塞窍者死

此条指消化系统疾患出现黄疸者。吴鞠通的观念认为黄疸是“秽浊塞窍”所致，与现代医

学胆汁排泄阻碍相吻合。在现代医学中肝功能衰竭指血清总胆红素大于 $34\mu\text{mol/L}$ 伴血清转氨酶增高1倍;对于急慢性肝功能衰竭的治疗方法以手术移植肝脏或人工肝临时解毒;对于胆囊疾患或胆管阻塞,手术切除、胆管引流、胆管支架是根治的方法,但对于肝胆癌症手术的治疗效果也是有效的。吴鞠通时代还未发展到肝胆手术甚至移植的水平,而药物的治疗是有限的,故吴鞠通对于严重黄疸也无主方。在金匱要略中谈及黄疸有三十五处,十二条主方,对于急性黄疸、药物或食物性的肝损伤、血溶性黄疸治疗较佳,但也未谈及“诸窍为闭”的黄疸危证。

(5) 肾衰竭 - 下焦则无非热邪深入, 销铄津液, 涸尽而死也

此条指长期热病、或热病进一步发展,引起水液代谢紊乱,其病位在下焦-肾脏。温为阳邪,善伤阴液。现代危重病认为肾衰竭的概念指肾功能急剧减退,血清肌酐在数日内从正常升到 $177\mu\text{mol/L}$ 以上或原有肾疾患者较入院时上升1倍,从临床表现上为尿液经历多尿期、少尿期、无尿期,无尿期即为“涸尽而死也”。

“热必伤阴,故立法以救阴为主”。吴鞠通认为下焦津液涸尽与温邪久羁中焦有关,治疗使用下法的同时强调救阴复脉,“凡热病久入下焦,消烁真阴,必以复阴为主”,如下焦篇1条:“温邪久羁中焦阳明阳土,未有不克少阴癸水者”;8条:“热邪深入,或在少阴,或在厥阴,均宜复脉”。加减复脉汤乃吴氏据叶天士《临证指南医案》中用炙甘草汤加减治疗肾阴虚证,遂将炙甘草汤去参、桂、姜、枣等补阳药,加白芍而成,该方治肾阴虚较轻者。乙癸同源,肝阴赖肾阴滋养,肾阴亏虚终必伤及肝阴,故须用填精之品鳖甲、龟板,如二甲复脉汤、三甲复脉汤、大定风珠等,且用量较重,其中三甲复脉汤中龟板用至一两,以期肝肾阴精得复。“大毒治病,十衰其六,但与存阴退热,断不误事”。

2. 危重病的救治 - 死证亦有活者

死证,如果积极正确地救治,有预见地治疗,是可以预防或逆转的。

(1) 注意温病传变, 逆传者注意病情转重转危。

温病传变的规律,体现在传变的形式、传变的条件和逆传的临床表现三个方面。集中反映了临床证候的动态规律。揭示这一规律的内在联系,是温病学在学术理论上的又一大成就。

传变形式分顺逆。顺传:多见温病正盛邪实情况下的传变。其临床证候按卫—气—营—

血的演变过程而逐步传变。反映了温邪由表入里,由外而内,由浅而深,由实而虚的一般病理演变过程。逆传:多见邪实正衰情况下的传变。其传变不按上述卫气营血的顺序,而是由卫不经气,直入营血。即由渐进性的顺传,改变为暴发性的逆传。吴鞠通所倡导的三焦辨证亦是如此,三焦所属脏腑的传变,一般多由上焦手太阴肺开始,由此传入中焦为顺传,如由肺而传入心包的为逆传;中焦病不愈,则多传入下焦肝肾。但亦有上焦证未罢而又见中焦证的,中焦证未除而又出现下焦证的。正邪盛衰是条件,温病的临床演变过程,其传变与否,传之顺逆,均视正邪的盛衰而定。所谓传变,实质上是反映温邪出入的病位与证候的关系,无温邪进出,则不存在病情的传变;而正气的盛衰,则与传变的形式有密切关系。此外,病邪的不同也可决定传变的形式,有些温病不出现卫气营血的全程顺传或逆传,有的则可能出现。逆传的临床表现从临床证候的角度看,在温病发展的病程中,若出现神昏、出血、痉厥、闭脱等症状,则提示病已逆传。从病理的角度看,病由肺、胃、肠发展到肝、肾、心包,也属病已逆传。一般在逆传之前,常有高热骤降,大汗淋漓、面色苍白、呼吸迫促、唇面发绀、四肢厥冷、脉微欲绝等先兆。

(2) 温病要时时固护阴津,才有转危的机会。

原病篇:“热病者,脉尚燥盛而不得汗者,此阳脉之极也,死(阳脉之极,虽云死证,较前阴阳俱静有差,此症尤可大剂急救阴,亦有活者。盖已得汗而阳脉躁甚,邪强正弱,正尚能与邪争,若留得一身正气,便有一分生理,只在留之得法耳。至阴阳俱静,邪气深入下焦阴分,正无捍邪之意,直听邪之所为,不死何待)。脉盛燥,得汗静者生。”温病最易导致阴液受损,有一分热邪便有一分阴伤,历代医家都重视此问题,吴鞠通尤其注意阴液的问题,从多方面坚阴育阴,以防变防死证救病人于危急。“苟能时时预护、处处提防,岂复有精竭人亡之虑”。

(3) 注意不要误诊误治

切毋误治,如温病耳聋,邪在少阴,与柴胡汤者必死。

吴鞠通见温病失治误治以致阴液耗伤者不可胜数,特于治疗用药立诸禁以护阴,寓坚阴之义。(1)发汗之禁。强调温病治疗禁用辛温发汗法,谓“温病忌汗,汗之不惟不解,反生他患”,认为温病自口鼻而入,徒发表无益,且汗乃五液之一,发汗可伤阴,故病初忌辛温,倡辛凉,谓辛凉法“预护其虚”。不过,对此当灵活看待,其在上焦篇25条曰:“温病亦喜汗解,最忌发汗,只许辛凉解肌,辛温又不可用”,可知吴氏所强调的是不可用治伤寒之法治温病,而非不主张辛凉解表透邪。(2)苦寒之禁。吴氏以为苦寒之品如黄芩、黄连等固能清热,亦能化燥伤阴,

故力避之而立苦寒之禁, 强调慎用苦寒以免伤阴, 如中焦篇31条: “温病燥热, 欲解燥者, 先滋其干, 不可纯用苦寒也, 服之反燥甚”, 此条热邪化燥伤阴, 治宜甘寒柔润为主, 不可纯用苦寒泻火, 其自注: “吾见温病恣用苦寒, 津液干涸不救者甚多”, 多代之以甘寒, 即使非用苦寒药不可, 亦不可纯用或屡用, 必配以甘寒。(3)淡渗之禁, 吴氏于温病小便不利立淡渗之禁, 强调热盛阴伤不可用淡渗剂更伤其津, 应滋水泻火。如中焦篇30条: “温病小便不利者, 淡渗不可与也”。当然, 此禁只对温热类温病而言, 对于湿热者又另当别论。(4)数下亡阴之禁, 吴氏于下后阴液损伤而虚热内炽, 十数日不大便者, 禁施攻下法, 如中焦篇33条强调下后肠胃津液受伤, 不可强责其便, “断不可再与承气也”, “但与复阴, 自能便也”, 否则频伤胃阴或致滑泻则阴伤更甚。

3. 小结 - 温病死证对现代危重症的启示

综上所述, 《温病条辨》中死证与中医危重病学的启示如下:

外感热病, 即感染性疾病可以引起心、肺、中枢系统、肝胆、肠胃、肾脏的多脏器功能衰竭, 脏器功能衰竭甚至丧失即为“死证”。

要注意脏器之间的关联性, “温邪”有传变规律, 逆传则多引起死证。

诊治及时恰当, 是有可能预防和逆转危重症的。

治疗上要保护体液等内环境的稳定。

参考文献

- [1] 钟 艳, 李 里. 《温病条辨》对热病针刺的认识[J]. World Health Digest 2007, 4(2): 32-33.
- [2] 叶一萍. 《温病条辨》对外感温热病的贡献[J]. 辽宁中医学院学报, 2005, 7(5):430.
- [3] 操儒森, 曹征. 吴鞠通温病坚阴与育阴探要[J]. 江西中医药, 2005, 36(268):12-13.
- [4] 李伟林. 《温病条辨》中的死证刍议[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(11):1128-1139
- [5] 刁吉祥. 温病学对中医学术发展的贡献[N]. 中国中医药报, 2007(005).

卫分证与气分证、营分证IL-6、IL-10变化规律对比研究

赵国荣, 肖碧跃, 卢岳华, 艾碧琛, 陈锡军, 谢静, 刘克丽, 郝晓元
湖南中医药大学

目的

观察卫分证与气分证、营分证白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)变化规律, 为卫气营血辨证提供客观的实验指标。

方法

将104例患者按不同病种分为急性白血病、非急性白血病2类。根据中医辨证急性白血病分为卫分证组(白卫组)10例, 气分证组(白气组)12例, 营分证组(白营组)20例。非急性白血病分为卫分证组(非白卫组)20例, 气分证组(非白气组)24例, 营分证组(非白营)18例。另选择体验健康者15例为健康对照组。主要观察不同病种及不同阶段卫分证、气分证、营分证患者IL-6、IL-10水平的变化。

结果

急性白血病各组中IL-6的表达在卫分证时就开始上升, 气分继续升高, 到营分证时达到极点, 与健康对照组比较, 差异均有非常显著性意义($P<0.01$);

IL-10在气分证才开始上升, 与健康对照组比较, 差异有非常显著性意义($P<0.01$), 但到营分证时又显著下降, 甚至低于健康对照组($P<0.01$)。非急性白血病各组与急性白血病各组一样, IL-6的表达在卫分证时开始上升, 到营分证时也达到高峰, 与健康对照组比较, 差异均有非常显著性意义($P<0.01$); IL-10也在气分证才开始上升, 与健康对照组比较, 差异有非常显著性意义($P<0.01$), 到营分证时又显著下降, 但与健康对照组比较, 差异无显著性意义($P>0.05$), 虽然与健康组比没差异但与健康组的意义不同, 是一种病理性下降。急性白血病各组与非急性白血病各组比较:IL-6、IL-10表达水平在2组卫分证时差异均无显著性意义($P>0.05$)。虽然在气分证、营分证时白气组与非白气组、白营组与非白营组比较, 差异

均有非常显著性意义($P<0.01$), 但IL-6、IL-10升高或降低的趋势与证的变化仍然是一致的。

结论

IL-6是温病卫气营血辨证反映正气抗邪的指标之一, 而IL-10则可认为是反映机体正气之盛衰的指标之一。因此, 可通过两者之比的动态变化作为辨证卫分证、气分证、营分证的客观指标之一, 并且疾病从卫到气传营虽然跟IL-6、IL-10的升高、降低有关, 但与IL-6/IL-10之比的失衡状态更为密切。

关键词：卫气营血辨证；微观辨证；辨证规范化；白细胞介素6；白细胞介素10

A Comparative Study on the Regular Pattern of Changes of IL-6 and IL-10 in Weifen Syndrome, Qifen Syndrome and Yingfen Syndrome

ZHAO Guo-rong, XIAO Bi-yue, LU Yue-hua

Hunan University of TCM, Changsha 410007, China

Objective

To observe the regular pattern changes of IL-6 and IL-10 in weifen syndrome(WS), qifen syndrome(QS)and yingfen syndrome(YS) and to provide objective parameters for the syndrome differentiation of Wei, Qi, Ying and Xue. Methods:1 04 cases of different diseases were classified to acute leukemia (AL) and non-acute leukemia (NAL) groups. According to syndrome differentiation of TCM, the AL group was classified to WS(10 cases), QS(12 cases)and YS(20 cases). The NAL group was classified to WS(20 cases), QS(24 cases)and YS(18 cases), and 15 health cases served as control group(CG). The levels of IL-6 and IL-10 were observed in various diseases and syndromes. Results:In AL group, the level of IL-6 began to increase in WS and attained the peak in YS, compared with CG ($P<0.01$). The level of IL-10 began to increase in QS in $P<0.01$ as compared with CG and markedly decreased in YS but $P>0.05$ as compared with CG. The comparison between AL group and NAL group showed that the IL-10 also began increase. the levels of IL-6 and IL-10 in WS showed no significant difference($P>0.05$)but significant differences in QS and YS($P<0.01$), but the tendency of increase or decrease of IL-6 and IL-10 were identical to the changes of syndrome. Conclusion:IL-6 is one of the parameters showing the healthy qi counteracting pathogenic factor in Wei, Qi, Ying and Xue syndrome of seasonal febrile disease, while IL-10 reflected one of the parameters of inclination or declination of bodily healthy qi. Therefore, the dynamic change of IL-6 and IL-10 is one of the objective parameters for differentiation of WS, QS and YS.

Key Words : syndrome differentiation of Wei, Qi, Ying and Xue;syndrome differentiation, microcosmic ; standardization of syndrome differentiation ; interleukin-6;interleukin-10

위분증과 기분증, 영분증 IL-6, IL-10 변화규율 대비연구

조국영, 초벽약, 려악화, 애벽침, 진석균, 사정, 류극려, 학효원
호남중의약대학

목적

위분증과 기분증, 양분증 백세포개소(介素)-6(IL-6), 백세포개소-10(IL-10)의 변화규율을 관찰하고 위기영혈(卫气营血)변증에 객관적인 실험의 지표를 제공한다.

방법

104건의 환자사례를 각각의 병에 따라 급성백혈병, 비급성백혈병의 2 종류로 나눈다. 중의변증에 따라 급성백혈병을 위분증조(白卫组) 10건, 기분증조(白气组(백기조)) 12건, 영분증조(白营组(백영조)) 20건으로 나눈다. 비급성백혈병은 위분증조(非白卫组(비백위조)) 20건, 기분증조(非白气组(비백기조)) 24건, 영분증조(非白营(비백영)) 18건으로 나눈다. 그밖에 신체검사 결과 건강한 15명의 사례를 건강대조조로 하여, 각 질병의 종류와 단계가 다른 위분증, 기분증, 영분증 환자 IL-6, IL-10 수준의 변화를 주로 관찰한다.

결과

급성백혈병의 각각의 조 중, IL-6은 위분증에서 상승하기 시작하고, 기분증은 계속 상승한다. 영분증에 도달했을 때 정점에 도달하며, 건강대조조와 비교했을 때, 그 차이는 평균적으로 매우 명확한 의미를 갖는다($P<0.01$); IL-10는 기분증에서 비로소 상승하기 시작하고 건강대조조와 비교했을 때 차이는 명확한 의미를 지닌다($P<0.01$). 하지만 영분증에 도달했을 때는 현저히 떨어지고, 심지어 건강대조조보다 낮다($P<0.01$). 비급성백혈병의 각각의 조 역시 급성백혈병조와 마찬가지로 IL-6는 위분증에서 상승하기 시작하고, 영분증에 도달했을 때 최고점을 나타내며 건강대조조와 비교했을 때 차이 역시 명확하다($P<0.01$); IL-10 역시 기분증에서 비로소 상승하기 시작하고 건강대조조와 비교했을 때, 매우 현저한 차이를 보이며 ($P<0.01$), 영분증에 도달했을 때 역시 현저한 감소를 보인다. 하지만 건강대조조와 비교했을 때 분명한 차이를 보이는 것은 아니다($P>0.05$). 비록 건강조와 비교했을 때 그

차이점이 있으나, 일종의 병리성 감소라고 할 수 있다. 급성백혈병의 각조와 비급성백혈병의 각조를 비교하면: IL-6, IL-10 수준이 두 개의 위분증 조에서의 차이가 명확하진 않다 ($P>0.05$). 비록 기분증, 영분증에서 백기조와비백기조, 백영조와비백영조를비교했을때, 차이가 평균적으로 현저한 의미를 갖더라도($P<0.01$), IL-6, IL-10의 상승 이나 하강의 추세와 증상의 변화는 여전히 일치한다.

결론

IL-6은 온병위기영혈변증이 정기항사(正气抗邪)를 반영하는 지표 중 하나이고, IL-10은 기체정기의 성쇠를 반영하는 지표라고 할 수 있다. 때문에 양자 비교의 동태변화를 통해 변증위분증, 기분증, 영분증의 객관적 지표 중 하나로 볼 수 있다. 또한 질병이 위(卫)에서 기(气)까지, 영(营)으로 전해져 비록 IL-6과 IL-10의 상승, 하강이 관계가 있지만, IL-6과 IL-10의 비교 불균형상태는 더욱 밀접한 관계가 있다.

Key Word : 위기영혈변증; 미시변증; 변증규범화; 백세포개소6; 백세포개소10

清代温病大家叶天士创立卫气营血辨证至今, 一直有效指导临床辨证治疗感染性疾病。特别是近10余年来, 随着对全身炎症反应综合征(SIRS)及多器官功能障碍综合征(MODS)发病机理研究的不断深入, 人们越来越清楚地认识到内源性炎症介质在感染引起的炎症反应中起着重要的作用[1], 同时认为炎症介质的释放是呈连锁反应进行的, 反应过程通常分几个阶段进行, 与中医学认为温病按其发展可分卫分、气分、营分、血分4个阶段有不谋而合之处。那么, 卫分证、气分证、营分证辨证物质基础与内源性炎症介质的关系又如何?为了能说明白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)与卫分证、气分证、营分证的证量关系, 笔者观察了IL-6、IL-10在卫分、气分、营分3个阶段动态变化的规律。为了排除不同的病种对IL-6、IL-10的影响, 以分清是证对指标的影响, 还是病对指标的影响, 故选择了急性白血病作为异病同证对照组, 又因急性白血病为温热毒邪侵袭, 致热毒蕴结、伤营动血所致, 其病理特殊性决定本病比较容易进入营分证。现将结果报道如下。

1. 资料与方法

(1) 病例选择

西医疾病诊断标准:急性白血病、非传染性疾病参照《现代临床医学诊断标准丛书·内科疾病诊断标准》[2];传染性疾病参照《实用内科学》[3]。证标准参照《现代中医临床诊断学》[4]及《温病学》[5]。凡符合急性白血病、流行性感冒、肺炎、脓胸、急性胰腺炎、腹膜炎、急性细菌性痢疾、泌尿系感染西医诊断及辨证属卫分证、气分证、营分证者为纳入标准。凡不符合以上西医诊断, 或中医辨证不属卫分证或气分证或营分证者, 年龄<15岁或>60岁者, 辨证属卫分证、气分证、营分证者合并有慢性心、脑、肺、肝、肾等重要脏器的严重器质性病变者为排除标准。

(2) 一般资料

观察病例共104例, 来源于中南大学湘雅医院、中南大学湘雅医学院第二附属医院、湖南中医药大学第一附属医院, 采用完全随机设计, 按不同病种分为急性白血病、非急性白血病2类。根据中医辨证急性白血病分为卫分证组(白卫组)10例, 气分证组(白气组)12例, 营分证组(白营组)20例。非急性白血病分为卫分证组(非白卫组)20例, 气分证组(非白气组)24例, 营分证组(非白营组)18例。另选择体检健康者15例为健康对照组。各组间性别、年龄比较, 差异均无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。

(3) 观察方法

所有观察对象在入院24小时内或就诊当时抽取静脉血2ml(3000rpm离心10分钟后取上

清液, -70℃冰箱冻存), 采用酶联免疫吸附法检测IL-6、IL-10水平, 检测步骤、方法严格按试剂盒说明书进行。IL-6、IL-10试剂盒由广东省深圳晶美生物工程有限公司提供, 批号为20030215。MK3型酶标仪(芬兰LABSYSTEMS集团), GL-20A型离心机(湖南离心机厂), ELT-13V-85V34超低温冰箱(美国HARIS公司)。

(4) 统计学方法

所有数据均采用SPSS11.0版统计软件进行统计。计量资料多组比较如符合正态分布及方差齐性用单因素方差分析, 组间两两比较用q检验; 如不符合, 用H检验。2组资料比较, 如符合正态分布及方差齐性。用两独立样本t检验; 如不符合, 用两独立样本秩和检验。计数资料比较用χ²检验。

2. 结果

各组IL-6、IL-10表达水平比较见表1。急性白血病各组中IL-6的表达在卫分证时就开始上升, 到营分证时达到极点, 与健康对照组比较, 差异均有非常显著性意义(P<0.01); IL-10在气分证才开始上升, 与健康对照组比较, 差异均有非常显著性意义(P<0.01), 但到营分证时又显著下降, 甚至低于健康对照组(P<0.01)。非白血病各组中IL-6的表达在卫分证时开始上升, 到营分证时也达到高峰, 与健康对照组比较, 差异有非常显著性意义(P<0.01); IL-10也在气分证才开始上升, 与健康对照组比较, 差异有非常显著性意义(P<0.01), 到营分证时又显著下降, 但与健康对照组比较, 差异无显著性意义(P>0.05)。急性白血病各组与非急性白血病各组比较:IL-6、IL-10表达水平在2组卫分证差异均无显著性意义(P>0.05), 而在气分证、营分证白气组与非白气组、白营组与非白营组比较, 差异均有非常显著性意义(P<0.01), 但IL-6、IL-10升高或降低的趋势与证的变化是一致的(见图1)。

表1. 各组IL-6、IL-10表达水平比较($\bar{x} \pm s$)

指标	健康对照组	急性白血病			非急性白血病		
		白卫组 (n=10)	白气组 (n=12)	白营组 (n=20)	非白卫组 (n=20)	非白气组 (n=24)	非白营组 (n=18)
IL-6	1.74±0.18	26.86±2.57▲	65.23±1.40▲※★	98.88±11.9▲#△	26.46±3.60▲	33.33±5.56▲◆	86.09±8.46▲◇
IL-10	9.76±6.46	9.80±1.37	15.86±3.03▲※★	3.35±1.44▲#△	9.45±1.13	27.42±4.07▲◆	8.23±2.49◇
IL-6/ IL-10	1:9	2.7:1	4:1	33:1	3:1	1:1	11:1

与健康对照组比较, ▲P<0.01; 与白卫组比较, ※P<0.01; 与白气组比较, #P<0.01; 非白卫组比较, ◆P<0.01; 与非白气组比较, ◇P<0.01; 与非白气组比较, ★P<0.01; 与非白营组比较, △P<0.01;

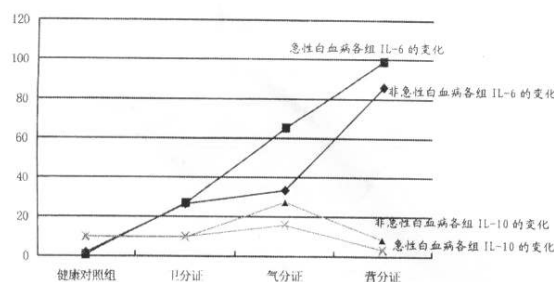


图1. 同病异证、异病同证各组IL-6、IL-10水平表达示意图

3. 讨论

(1) 卫分证与促炎介质IL-6

IL-6属前炎症细胞因子(CK)及早期CK, 可对机体损伤作出快速反应, 在60分钟内释放。本研究观察到卫分证时, 不论病种及病程IL-6均明显增高。而更为有意义的是, 中医温病学认为卫分证属温邪袭表, 肺卫失宣, 为疾病的最初阶段, 病程短, 病情轻, 治疗上只要因势利导, 引邪外出, 宣发肺卫, 使卫主温煦、主防御、司开合功能正常, 卫分证则能得以治愈。强调卫分证不能过用苦寒清热, 以免引邪深入。本观察可见, 卫分证IL-6升高至正常人26倍之多, 而IL-10却无明显变化, 提示IL-6的变化与正气抗邪有关, 可能过用苦寒清热有抑制IL-6的效应, 从而不利于祛邪。从另一个角度也说明, 中医治疗感染性疾病, 虽然杀菌的作用不及抗生素, 但临床疗效卓著, 是因为不同阶段根据人体的不同反应采用不同的方法治疗, 如卫分证就以调动机体自身抗病能力为主, 这也正是叶天士“在卫汗之可也”的辨证施治内涵之一。

(2) 气分证与IL-6 / IL-10病理状态下的再平衡

气分证时, IL-6较卫分证继续升高, 以急性白血病学组更为明显, 此时IL-10也随之同步升高, 并且IL-6/IL-10之比非急性白血病学组中由卫分证的3:1变化接近1:1, 急性白血病学组为4:1。中医学认为, 气分证邪正剧争, 里热蒸迫, 热盛津伤, 这是机体有能力恢复体内的自稳状态, 故在释放IL-6等促炎介质抗邪的同时, 亦释放内源性抗炎介质以下调促炎因子的合成, 使促炎/抗炎平衡的破坏在病理状态下达到一种新的再平衡, 使机体细胞反应性异常得以纠正, 从而改善组织器官损伤, 以免过度的炎症反应, 导致MODS和多器官功能衰竭综合征(MOFS)等危重症的发生。由此我们可以理解叶天士“到气才可清气”的治疗内涵至少包括两个方面:一方面要协助机体进一步祛邪, 另一方面又要最大限度保护机体免受伤害, 以防疾病进入相当于MODS或MOFS的营分证或血分证。虽然气分证IL-6、IL-10的变化不象

卫分证单纯, 由于病种的差异, 如急性白血病气分证组IL-6较非急性白血病气分证组更高, IL-10反而不如非急性白血组高, 这可能与急性白血病疾病的本身特点有关。

(3) 营分证与抑炎介质IL-0

卫分证、营分证均是促炎因子占主导地位, 但IL-6、IL-10的临床意义却完全不同。卫分证时IL-6升高, IL-10无变化, 是因为卫分证属疾病初期, 病程短, 病情轻, 此时只需要促炎细胞因子IL-6释放, 介导天然免疫以抗病毒和细菌感染, 尚不必调动机体的自我调节机制来促进抗炎细胞因子IL-10的释放, 如果此时IL-10也同步升高的话, 可能与中医认为不利于“祛邪”有关。营分证的病理是营热炽盛, 营阴受损, 此时IL-6较卫分证、气分证更为升高达到极点, 而IL-10反而较气分证下降, 甚至低于健康对照组, IL-10型转化因子可平衡IL-6的损伤效应, 对机体起到一定的保护作用。当疾病发展到营分证时, 面对机体内出现的过度炎症反应以及发生的组织细胞的严重实质损伤, 机体却无法象处于气分证一样调动机体的自我调节机制来促进抗炎因子IL-10的释放, 启动体内的自稳状态以下调促炎因子, 从而保护机体免受损伤。

值得一提的是, 卫分证、营分证均以促炎细胞因子IL-6占主导地位, 而抗炎细胞因子IL-10不升或降低, 如果单从某一细胞因子的升高或降低将无法区分卫分证或营分证, 但从IL-6/IL-10之比失衡程度则可以判断出卫分证或营分证。如急性白血病与非急性白血病的卫分证IL-6/IL-10之比是2.7:1和3:1, 而营分证则是33:1和11:1。可以看出, 疾病从卫到气传营, 病邪由浅入深, 病情由轻转重, 虽然跟细胞因子的升高、降低有关, 但与促炎细胞因子与抗炎细胞因子失衡状态更为密切。

参考文献

- [1] 赵国荣. 肺卫理论与肺相关生物活性物质及全身炎症反应综合征[J]. 中医杂志, 2004, 45(3):165-166.
- [2] 贝政平. 现代临床医学诊断标准丛书·内科疾病诊断标准[M]. 北京:科学技术出版社, 2001.
- [3] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第11版. 北京:人民卫生出版社, 2002.
- [4] 朱文锋, 何清湖. 现代中医临床诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003. 356, 357, 1099, 1109, 1112, 1122.
- [5] 彭胜权. 温病学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1996. 23-24.

吴鞠通温病治疗中的体质辨治初探

康凤河

天津医学高等专科学校(天津 300222) 副教授

摘要

患者体质状况决定了温病的易感性、病机转归和预后、调养。文章以保津存阴多种治法为主线,从主用辛凉而忌汗、主用甘寒而忌苦寒、主用甘苦而忌渗利、主用甘寒咸寒而慎用攻下、主用阴阳双治忌滋腻壅滞、主用瘥后调理忌余邪复发等六个方面,探讨了温病治疗的体质辨治。

关键词：吴鞠通,《温病条辨》,体质辨治,理论研究

오국통 온병 치료 중의 체질 판별치료 기초탐구

강봉하

천진의학교등전과학교(천진 300222) 부교수

환자의 체질정황은 온병의 역감성(易感性), 병인의 전이와 예후(预后), 조리를 결정한다. 이 논문은 보진존양(保津存陰)의 각종 치료방법을 중심으로 신량(辛涼)과 기한(忌汗), 감한(甘寒)과 기고한(忌苦寒), 감고(甘苦)와 기삼리(忌滲利), 감한함한(甘寒咸寒)과 신용공하(慎用攻下), 음양쌍치기자 니옹체(陰陽雙治忌滋膩壅滯), 채후조리기여사복발(瘥後調理忌余邪復發) 등 여섯 가지 방면에서 온 병 치료의 체질판별을 연구 토론하였다.

Key Word : 오국통, 《온병조변》, 체질변치, 이론연구

清代中医大师吴鞠通, 察临床之机, 考之《内经》, 参之《伤寒论》, 勤求历代医家之训, 长于理论思维创新, 富于临床实践探寻, 六经辨证与卫气营血辨证、三焦辨证纵横联合, 辨证论治条理分明, 用药思路法道独特, 体质辨治从始至终。其所著的《温病条辨》是一部理、法、方、药自成体系的温病学专书。《温病条辨》重视体质与疾病发生发展的关系, 在治疗方面, 寒热辨治、虚实论治、燥湿论治、阴阳体质辨治等, 处处体现着权衡体质, 随证立法, 体质辨治之精髓。根据患者体质之变, 根据温病受邪性质之不同, 根据是否兼湿, 将九种温病类分为温热病和湿热病, 患温热病者, 多是“平素阴虚”即《温病条辨》谓“冬不藏精, 春必病温”、“藏于精者, 春不病温”。患湿热病者, 多是“平素阳虚”, “中阳本虚”、“内伤水谷酿湿, 外受时令之风湿”而病。湿邪热邪侵扰三焦, 之所以“有寒湿, 有热湿”, 热重于湿, 湿重于热, 盖因人而异, 其病理变化无不与患者平素中阳偏旺或不足有关。

外邪侵袭人体后, 发生发展变化的过程, 主要取决于人体正气的强弱, 即体质状况。体质是人受制于先天禀赋, 受制于后天多种因素, 所表现出来的形态、生理机能相对稳定的固有的个体特性, 与心理性格呈相关性。但是也具有一定的可变性和可调性, 尤其是某些病理性体质可以导致人体对某些致病因子的易感性以及对某些疾病的易患性。体质在未病之时, 具有潜在的倾向性, 在既病之后, 直接影响着发病趋势, 决定发病倾向。在病邪性质与体质属性相对立时, 病变的性质与病邪的性质不一致, 而往往多与体质属性一致, 即阳热之体感受阴寒之邪, 罹患热证; 阴寒之体感受阳热之邪, 罹患寒证, 此即所谓“从化”现象。反之, 病变的性质与病邪的性质一致, 与体质属性也是一致的, 热邪侵扰阴虚阳旺之体, 罹患热证, 寒邪侵袭阳虚阴盛之体, 罹患寒证。正如《素问·评热病论》所言: “邪之所凑, 其气必虚。阴虚者阳必凑之。”《温病条辨》所云“天地与人之阴阳……偏于火者病温、病热; 偏于水者病湿、病寒”。

因为“小儿纯阳火多, 阴未充长”, 中年肾精动摇, “少阴素虚”, “老年八脉空虚”, 机体精、血、津液亏耗, 以致阴不制阳。肾藏精, 精成形, 精化气, 阴精是构成人体的物质基础, 先天禀赋源于先天之精, 阴精亏虚即成阴虚体质, 更易被自然界温热毒邪袭扰, 在温病则易病温。正因如此吴氏认为, 温病发病之关键乃是阴虚体质, 所以临证着眼于调补阴液, 正所谓“留得一分津液, 便有一分生机”。在《温病条辨》中, 拟定了多种养阴存津宜忌之法, 从而使温病的治疗呈现了新的阶段。

1. 主用辛凉而忌汗

吴氏认为: “温病忌汗, 汗之不惟不解, 反生他患。盖病在手经, 徒伤足太阳无益, 病自口

鼻吸受而生，徒发其表亦无益也”。因病温者精气先虚，温病最易伤阴，所以其治疗始终以顾护阴津为主，而不用发汗之法，忌汗即是救护阴津。故立银翘散辛凉平剂，通畅三焦，轻清宣透，微汗邪透，“治上焦如羽，非轻不举”。发汗又易致变证，坏证。吴氏倡导即使初起有恶寒表证，断不可用辛温，如麻黄、桂枝、羌活之类。否则轻则斑疹，重则谵语，只可与桂枝解肌，但不可过之。邪犯上焦，初起但热而渴者，可用清心凉膈散去黄芩加银花、牛蒡子清热养阴。邪犯气分，里热炽盛，热盛已极，迫津外泄，急用仲景之白虎汤，速清邪热而护津。若见阴虚而阳不固“脉浮大而芤，汗大出”者，用白虎加人参汤，“使阳能生阴”以生化源。

然而邪在卫分，表邪郁甚者，也可酌以辛温，以散表邪。湿热病忌辛温大汗，如麻黄汤、桂枝汤之类，麻桂辛温，用之不惟，“汗之则神昏耳聋，甚则目瞑不欲言”，助热动湿，只可微汗出，行辛微温，芳香宣化之法，腠理通畅，邪从汗解，缓缓除之，湿为阴邪，速去黏滞则不效。“湿为阴邪，非温不解”，此乃知常达变也。

2. 主用甘寒而忌苦寒

“温邪上受，首先犯肺”，温邪最善伤津，肺阴受伤，胃属燥土，温邪更使胃阴受损，雪梨汁之属以解口渴津伤，用以甘寒，以养肺胃之阴。燥邪最易伤肺胃之阴，五汁饮、玉竹麦冬汤以解或热或渴，“阳明温病，下后汗出，当复其阴，益胃汤主之。”下后阴液受损，最该益阴，治以甘凉生津。甘寒甘凉，无化燥伤阴之虞。

吴氏曰“举世皆以苦能降火，寒能清热，坦然用之而无疑，不知苦先入心，其化以燥，服之不应，愈化愈燥，……吾见温病而恣用苦寒，津液干涸不救者甚多。盖化气比本气更烈”，阴虚体质又感温热，阴液伤损，苦寒清热则化燥伤阴，阴伤重重，津液枯涸，故用甘寒，生津、增液之法，保液存津，反对滥用苦寒清热。“太阴温病，寸脉大，舌绛而干，法当渴，今反不渴者，热在营中，清营汤去黄连主之”，“温病燥热。欲解燥者，先滋其干，不可纯用苦寒也”，“儿科用苦寒，最伐生生之气”，以示告诫。甘寒十之八九，苦寒仅十之一二，恣用苦寒，弊端万千，该当慎之。

3. 主用甘苦而忌渗利

吴氏指出：“温病小便不利者，淡渗不可与也。忌五苓、八正辈。”温病尿少或无尿，小便不利者，皆因“无膀胱不开之证，上游热结与肺气不化”，温热有余，化源津伤，不足于水使然，惟以滋阴泻火为急，不可淡渗灼津之法，治以清热生津，甘苦合化，冬地三黄汤用之。方中黄连、黄芩、黄柏苦药通之，元参、生地、苇根汁、银花露甘寒润之，热去津复，阴精足，津复

小便自出矣, 非淡渗利尿之至。故而, 治温热病忌用渗利, 以防其重伤阴液, 如猪苓、泽泻之类。然而, 湿邪弥漫三焦, 利小便乃为常法, “治湿不利小便, 非其治也”。凡此种种, 皆为体质辨治之象。

4. 主用甘寒咸寒而慎用攻下

温邪结于阳明, 肠胃燥热, 吴氏多用甘寒、咸寒, 以清中焦之热, 保胃之阴津。邪盛中焦, 从阳化燥, 燥热互结, 热结胃肠, 肠失濡润, 大便秘结, 燥结难行, 消灼津液, 津液更伤。本该急下存阴, 但其人素体阴虚, 又患温病, 下之阴津更伤, 故断不可再与峻下承气也。而应以生津为要, 增液行舟, “可与益胃、增液辈”。护胃承气汤、新加黄龙汤、增液承气汤等, “以补药之体, 作泻药之用”, 攻实护阴, 顾护津液。增液汤中, 元参为君, 苦咸微寒, 壮水制火, 麦冬、生地甘寒通润, “下不伤正, 滋不留邪”。

湿温病中, 无须用苦寒攻下之法。大便虽然数日不下, 但是并非燥结难行, 而是湿热与胃肠糟粕相合, 便溏不爽, 此乃肠道气机不畅, 导致传导失职, 清阳不升, 浊阴不降, 大便不下, 治疗当以“苦辛淡法”, 宣清导浊汤之类。而且湿性黏滞, 缠绵不去, 非一攻可祛之, 只用大黄、芒硝之类攻下药, 不但湿不能祛, 而且脾阳损伤, 脾气下陷, “下之则洞泄”。由此可见, 温热大便秘结与湿热大便秘结, 体质迥异, 处方用药, 不可不辨。

5. 主用阴阳双治忌滋腻壅滞

温热之邪, 久羁中焦, 损肝伤肾, 劫烁阴液, 阴液耗伤, 肝肾阴虚. 水不涵木, 阳浮于上, 虚风内动。出现厥证脱证, 治宜熄风止痉, 滋阴潜阳, 用小定风珠; 邪恋日久, 又遇汗出, 真阴虚损, 虚多邪少, 神倦瘵瘵, 脉气虚弱, 治宜滋阴固脱, 用大定风珠, 可收阴阳相合立竿见影之效。吴氏主张“在下焦以存阴为要, 存阴为先”。温热病最易耗损津液, 邪热炽盛, 当以清热为主, 配以甘寒生津, 热退则津复。但是不可因为津液亏乏而滥用滋补, 如熟地、龟板、鳖甲、牡蛎之类, 否则滋腻壅滞, “闭门留寇”, 邪热内陷, 变生它证。

湿温病下痢日久, 正虚邪恋的休息痢, 吴氏用参芍汤治之, 阴阳双补, 补益中焦之阴, 固护下焦之阳, 用人参、茯苓、炙甘草, 参附, 白芍等, 收三阴之用, 达保津护液之功。湿热病午后发热, 并非阴虚潮热, 如若误用甘寒滋腻, 咸寒之类, 如山萸、麦冬、龟板、阿胶等, 则低热不退, 邪深症剧。湿阻气机, 本宜宣畅, 滋腻之品, 助湿碍机, 热邪不得透宣, “润之则病深不解”。

6. 主用瘥后调理忌余邪复发

吴氏曰：“至调理大要，温病后一以养阴为主。饮食之坚硬浓厚者，不可骤进。问有阳气素虚之体质，热病一退，即露旧亏，又不可固执养阴之说，而灭其阳火”，“阳明温病，下后热退，不可即食，食者必复，周十二时后，缓缓与食，先取轻者。勿令饱，饱则必复，复必重也”，“此下后暴食之禁也”，“大抵邪之着人也，每借有质以为依附，热时断不可服食，热退必须少食”，在温病的治疗过程中，因人而异的瘥后调理，是温病治疗，防止余邪复发的重要方面。阴虚是温病整个病程的主线，养阴实为温病愈后的调理大法，但患者体质不同调理也异。若是素体阳亏者，当顾其阳，一味养阴，则伤其阳。是故养阴“乃热病调理之常理也”，温阳“乃其变也”。

湿热病，病在中焦脾胃。饮食调养，忌生冷、甜滞、油腻、辛辣等。湿热病愈后，宜静养少食，以防食复、劳复，万勿感冒，以防罹患外邪，引动余邪而复发。

从以上不难发现，吴氏正是基于对《黄帝内经》的深入研究，学习仲景的古训，认识到温病发生的关键因素，是因为素体阴虚，把保津养阴贯穿始终；认识到温病治疗关键在于体质辨治，所以其治疗过程中，不同的寒热、燥湿、阴阳的不同体质，不是截然分开，而是相互联系，相互转化，相互交合；在坚守温病总的治疗原则，清热补虚，祛邪扶正中，特别注重体质在疾病的整个过程中的变化、影响作用。据患者体质选方用药，保津存阴，治疗上的宜忌、调养更是为了顾护正气，防止阴液再伤。吴氏丰富的温病学说理论，值得我们很好探究和借鉴，继承和发扬。因此，研究《温病条辨》体质辨治，对深入学习理解温病个性化诊疗原理有着重要的意义。

参考文献

- [1] 宋乃光. 温病八大名著 [M]. 北京:中国中医药出版社, 1995:607 - 663.
- [2] 李刘坤. 吴鞠通医学全书 [M]. 北京:中国中医药出版社, 1999: 404 - 415.
- [3] 杨奕望. 吴鞠通温病学术观念的由来与特色 [J]. 上海中医药杂志, 1999, 5: 8 - 9.
- [4] 雷云霞, 刘新. 吴鞠通《温病条辨》治疗温病用药特点研究 [J]. 实用中西医结合临床, 2003, 3 (6) : 46 - 47.

通肺净痰方对慢性阻塞性肺疾病痰热证免疫功能的影响

柏正平, 谭光波, 胡学军, 傅曙华
湖南中医药大学属中西医结合医院

目的

观察通肺净痰方对慢性阻塞性肺疾病(COPD) 痰热证临床疗效及对免疫功能的影响。

方法

将114例COPD痰热证患者随机分为2组, 对照组56例予西医常规治疗, 治疗组58例在对照组治疗基础上加通肺净痰方。4周为1个疗程。观察治疗前后中医证候积分、生活质量及免疫功能指标。

结果

治疗组总有效率优于对照组($P < 0.05$) ; 2 组均能改善中医证候与改善运动能力、呼吸困难、气流阻塞生活质量积分, 其中减少咳嗽、咳痰与改善呼吸困难优于对照组 ; 治疗组调节CD4+、CD4+/ CD8+、CD8+、IL-2、IL-8优于对照组。

结论

通肺净痰方有改善COPD 痰热证患者中医症状、提高生活质量、调节免疫功能作用。

关键词 : 通肺净痰方 慢性阻塞性肺疾病 痰热证 免疫功能

Effect of TongFeiJingTanFang on of Phlegm Heart Syndrom in Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Bai Zhengping, Tan Guangbo, Hu Xuejun

Affiliated Hospital Combining Traditional Chinese & Western Medicine of
Hunan University of TCM, Changsha

Objective

To observe the clinical effects and immunologic fuction of TongFeiJingTanFang in treating phlegnr heart syndrom of chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Methods

114 subjects were randomized into two groups : 58 cases were treated by not only conventional therapy but also TongFeiJingTanFang (experimental group), and the remaining 56 cases were subjected to conventional therapy (control group) . The changes of the respiratory symptom , the scores of patients'life quality including body mass index, St . George respiratory questionnaire , pulmonary function test , and 6-minute walking distance , and levels of plasma immunologic fuction were compared between two groups. The course was four weeks.

Results

Total effective rate in the experimental group was better than that in the control group($P<0.05$). There was significant statistical differences between the two groups, which shows that the experimental group was superior to the control group in amelioration of syndrome including cough and sputum , and the integration of SGRQ, increasing levels of CD4+、CD4+/CD8+、IL-2, decreasing CD8+、IL-8.

Conclusion

TongFeiJingTanFang can alleviate respiratory symptom, improve quality of life and regulate immunologic function in patients who are phlegm heart syndrom of COPD.

Key Words : TongFeiJingTanFang, chronic obstructive pulmonary disease, phlegm heart syndrom, immunologic function

폐정담방을 통한 만성폐쇄성폐질환 면역기능의 영향

백정평, 담광파, 호학군, 부서화
호남성 중의약대학 부속중서의결합의원

목적

肺淨痰方을 통하여 만성 폐쇄성질환(COPD) 담열증후군의 임상 효과와 그 면역 기능을 관찰.

방법

114가지 유형의COPD 담열증 환자들을 임의로 2개 조로 나눈다. 비교조인 56개조는 서양 의학의 전통적인 방법을 따라 치료하고, 치료조인 58개조는 비교조의 치료 방법의 기초 위에 通肺淨痰方을 더한다. 치료 과정은 4주에 1회. 치료의 전후를 관찰하여, 한의학적 증후를 점수화 시킴. (환자) 삶의 품질을 향상시키고, 면역 기능을 개선한다.

결과

치료 그룹은 모두 비교조($P < 0.05$) 보다 우수 ; 2조는 모두 한의학적 증상과 개선 능력이 있음, 호흡곤란, 气流 생활 개선 지수, 그 중 기침의 감소, 기침 및 호흡의 개선은 비교조보다 우수 ; 치료조의 CD4+, CD4+/CD8+, CD8+, IL-2, IL-8이 비교조 보다 우수

결론

肺淨痰方은 COPD 담열증후군환자의 중의 증상 개선, 생활질량 제고 및 면역기능 조절 역할이 있음

Key Words : 通肺淨痰方, 만성폐쇄성질환, 담열증후군, 면역기능

慢性阻塞性肺疾病(COPD) 是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病, 气流受限不完全可逆、呈进行性发展, 与肺部对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关[1], 是危害公众健康的常见慢性疾病, 随着社会环境问题的日益突出以及老龄化的加剧, 预计到2020年将成为全球第3位死病因[2]。在临床实践中, 我们应用通肺净痰方治疗COPD 患者, 取得良好效果。现报道如下:

1. 临床资料

(1) 西医诊断标准

参照2007年中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》[1] 诊断标准和病情判定标准。

(2) 中医证候诊断标准

痰热证辨证标准参考《中药新药临床研究指导原则》[3]和《中医病证诊断疗效标准》[4]制定。

(3) 病例选择

纳入标准: 符合COPD诊断标准, 病情严重程度属级 I ~ III级(轻~重度), 且中医证型属痰热证者, 年龄在40~75周岁。排除标准: 结核、真菌、肿瘤、矽肺等因素引起的慢性咳嗽患者或冠心病心衰引起的喘咳; COPD出现严重并发症; 合并心血管、肝、肾、造血系统、神经系统严重疾病以及精神病患者。

(4) 一般资料

114例均为我院2007年4月至2009年6月住院患者, 随机分为两组。治疗组58例, 其中男性43例, 女性15例, 年龄38~71岁, 平均 (63.95 ± 6.72) 岁; 病情I级9例, II级25例, III级24例; 病程9~38月, 平均 (30.24 ± 12.11) 月。对照组56例, 其中男性42例, 女性14例; 年龄36~70岁, 平均 (65.58 ± 7.81) 岁; 病情I级10例, II级24例, III级22例; 病程8~36月, 平均 (28.2 ± 14.36) 月。两组患者的病程、病情、主要临床症状及体征、肺功能测定以及性别、年龄等基线资料无统计学差异($P > 0.05$), 具有可比性。

2. 方法

(1) 对照组

西医常规基础治疗, 包括氧疗、身体锻炼、口服茶碱制剂及沐舒坦、皮质激素、吸入长

效 β 2受体激动剂、抗生素等。

(2) 治疗组

西医常规基础治疗+通肺净痰方治疗。通肺净痰方药物组成：生地12g, 当归9g, 赤芍12g, 川芎6g, 桃仁9g, 红花6g, 丹参12g, 黄芩9g, 桑皮12g, 鱼腥草20g, 百部12g, 大黄5g。病情轻及中度者：每日1剂, 每日2次, 水煎内服；重度者：每日2剂, 每剂煎2次, 每6h服药1次, 病情缓解后改为每日1剂, 每日2次。痰涎壅盛者, 加竹沥30g；久咳不止且痰少者, 加诃子6g以收敛肺气。

两组均以4周为1疗程。

(3) 观察指标

①临床症状：治疗前后临床症状、体征积分。痰量积分标准：无为0分，昼夜咯痰10~50mL为2分，昼夜咯痰51~100mL为4分，昼夜咯痰100mL以上为6分。咳嗽积分标准：无明显咳嗽为0分，轻微咳嗽为2分，咳嗽较明显为4分，咳嗽十分明显为6分。喘息积分标准：无喘息为0分，喘息偶发，程度轻，不影响休息或活动为2分，喘息较频繁，但不影响睡眠为4分，喘息明显，不能平卧，影响睡眠或活动为6分。肺部罗音积分标准：无罗音为0分，散在干罗音，少许湿罗音为2分，介于两者之间为4分，两肺满布干湿罗音为6分。②生存质量指标：采用BODE指数： $B = \text{体重} / \text{身高平方}$ ；O为气流阻塞，以肺功能第1秒用力呼气量(FEV1)及第1秒用力呼气量百分率(FEV1/FVC%)为指标；D为呼吸困难，采用圣乔治呼吸问卷(St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ)；E代表运动能力，测定患者在6min步行距离(6MWD)。③免疫功能指标：治疗前后各检测1次。体液免疫指标：血清免疫球蛋白IgA、IgG：采用彩色单项琼脂扩散的方法；T淋巴细胞亚群CD3+、CD4+、CD8+及CD4+/CD8+流式细胞仪测定。血清细胞因子指标：TNF- α 用放射免疫分析法；IL-2、IL-8测定采用酶联免疫吸附试验法(ELISA)

(4) 统计学方法

所有数据在SPSS11.0软件上进行统计分析。治疗前后比较采用配对t检验，组间比较采用两独立样本t检验，计数资料采用Riddit检验。

3. 结果

(1) 疗效标准[3] 临床控制：临床症状和体征大部分消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：临床症状和体征大部分消失，证候积分减少 $\geq 70\%$ ；有效：临床症状和体征部分好转，

证候积分减少 $\geq 30\%$ ；无效：临床症状和体征未有好转或加重，证候积分减少不足30%。

(2) 组疗效比较：结果见表1

表1 两组疗效比较(例)

例数	n	临床控制	显效	有效	无效
治疗组	58	9	28	19	2
对照组	56	5	17	28	6

经Riddit检验, $u=2.47$, $P<0.05$. 两组比较, 治疗组疗效优于对照组。

(3) 临床主要症状、体征治疗前后比较：见表2

表2. 两组患者治疗前后主要症状体征平均积分情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	咳嗽	咳痰	气喘	罗音
治疗组	58	治疗前	5.72 $\pm$ 2.16	5.33 $\pm$ 1.84	4.36 $\pm$ 3.18	4.34 $\pm$ 2.25
		治疗后	3.29 $\pm$ 1.85**	2.48 $\pm$ 1.74**	3.26 $\pm$ 2.54**	2.89 $\pm$ 2.15**
		差值	2.43 $\pm$ 3.12 Δ	2.85 $\pm$ 2.32 Δ	1.10 $\pm$ 1.69	1.45 $\pm$ 1.07
对照组	56	治疗前	5.68 $\pm$ 2.12	5.29 $\pm$ 1.93	4.26 $\pm$ 3.06	4.28 $\pm$ 2.58
		治疗后	4.22 $\pm$ 1.72**	3.24 $\pm$ 1.11**	3.14 $\pm$ 2.85**	3.05 $\pm$ 2.57**
		差值	1.46 $\pm$ 1.53	2.05 $\pm$ 1.79	1.12 $\pm$ 1.87	1.23 $\pm$ 1.15

注：组内比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$ ；组间比较, $\Delta P<0.05$ 。

由表2可知两组治疗咳嗽、咳痰、气喘、肺部、罗音均有明显改善($P<0.01$)，治疗组改善咳嗽、咳痰优于对照组($P<0.05$)

(4) 两组生存质量指标治疗前后比较：见表3

表3. 两组患者治疗前后生存质量指标测定结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	体重指数	6MWD	SGRQ	FEV1(L)	FEV1/FVC(%)
治疗组	58	治疗前	15.84 $\pm$ 5.02	372 $\pm$ 100	78.31 $\pm$ 10.26	1.53 $\pm$ 0.92	50.34 $\pm$ 10.25
		治疗后	15.94 $\pm$ 6.44	493 $\pm$ 136**	66.72 $\pm$ 9.84**	2.70 $\pm$ 1.15**	69.24 $\pm$ 14.54**
		差值	0.10 $\pm$ 0.85	121 $\pm$ 149	11.59 $\pm$ 12.06 Δ	1.17 $\pm$ 1.25	18.90 $\pm$ 20.39
对照组	56	治疗前	15.90 $\pm$ 5.67	385 $\pm$ 102	77.97 $\pm$ 11.29	1.42 $\pm$ 1.00	49.58 $\pm$ 11.37
		治疗后	16.02 $\pm$ 7.25	481 $\pm$ 147**	70.63 $\pm$ 10.25**	2.54 $\pm$ 1.26**	68.27 $\pm$ 15.33**
		差值	0.12 $\pm$ 0.92	96 $\pm$ 120	7.34 $\pm$ 8.23	1.12 $\pm$ 1.56	18.69 $\pm$ 21.65

注：组内比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$ ；组间比较, $\Delta P<0.05$ 。

由表3可知两组治疗均能改善运动能力(6MWD)、呼吸困难(SGRQ)、气流阻塞(FEV1(L)、FEV1/FVC(%))($P<0.01$)，治疗组改善呼吸困难优于对照组($P<0.05$)。

(5) 两组免疫功能指标治疗前后比较：见表4

表4. 两组患者治疗前后免疫功能指标测定结果比较($\bar{x} \pm s$)

	治疗组(n=20)			对照组(n=20)		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
IL-2	2.66±0.70	3.97±0.85**	1.31±1.32△	2.57±0.62	3.10±0.77**	0.53±0.84
IL-8	1.22±0.27	1.07±0.15**	-0.15±0.22△	1.20±0.31	1.18±0.28	-0.02±0.05
TNF-α	1.35±0.21	1.20±0.14*	-0.15±0.31	1.34±0.15	1.30±0.16	-0.04±0.11
CD3+(%)	62.35±13.94	64.17±16.21	1.82±4.01	62.28±12.97	63.55±12.07	1.27±3.42
CD4+(%)	24.51±7.73	34.72±10.85**	10.21±5.64△	25.83±6.94	28.10±9.85**	2.27±2.23
CD8+(%)	37.39±9.95	30.97±3.79**	-6.42±4.69△	36.96±8.93	33.27±3.06**	-3.69±3.65
CD4+/CD8+	0.66±0.78	1.12±1.87**	0.46±0.65△	0.70±0.78	0.84±1.44**	0.14±0.22
IgA(g/L)	2.13±0.62	2.26±0.71*	0.13±0.27	2.14±0.60	2.22±0.67*	0.08±0.16
IgG(g/L)	10.98±2.25	11.60±2.74*	0.62±1.23	10.86±2.43	11.20±2.46	0.34±0.84

注：组内比较，* P<0.05，** P<0.01；组间比较，△P<0.05。

从表4表明治疗组可提高血清中IgA、IgG、CD4+、CD4+/CD8+、IL-2，降低CD8+、IL-8、TNF-α，在调节CD4+、CD4+/CD8+、CD8+、IL-2、IL-8方面，治疗组优于对照组。

4. 讨论

COPD是一种慢性气道炎症过程，因慢性病程，反复感染，长时间使用抗生素与皮质激素，营养异常，体重减轻，运动耐力下降，患者全身免疫功能均显著降低[5]，表现为体液免疫亢进，T细胞免疫调节网络平衡失调，炎症细胞因子IL-8、TNF-α过度分泌。T淋巴细胞亚群在身体进行免疫应答时相互协同，又相互拮抗，CD3+代表全T细胞，CD4+代表辅助性T细胞，CD8+代表抑制性和细胞毒性T细胞。在T细胞亚群中，CD4+/CD8+的数量和适当的比例是免疫调节的关键。CD4+、CD8+彼此相互调节，是免疫系统的核心。白细胞介素-2(IL-2)促进杀伤性T细胞(CTL)和NK细胞增殖，促进B细胞分化和增殖，促进抗体生成，诱导生成淋巴因子，激活的杀伤细胞，在免疫应答中起着关键作用。白细胞介素-8(IL-8)使中性粒细胞与嗜碱性粒细胞移动亢进，活化中性粒细胞与嗜碱性粒细胞。TNF-α是一种具有多种免疫功能的调节因子，可促进炎症细胞黏附、游走和浸润，迅速引起器官损伤。COPD患者T细胞亚群CD3+、CD4+及CD4+/CD8+明显低于健康人，而CD8+高于健康人；免疫球蛋白IgA、IgG低于健康人，炎症细胞因子IL-8、TNF-α、IL-2均高于健康人。表明COPD患者免疫功能降低。而炎症因子参与加重气道炎症过程，导致气道粘液高分泌，过多粘液导致气道纤毛的清除能力下降、气道阻塞和肺功能下降[5, 6]。

COPD属中医“咳嗽”、“气喘”、“痰饮”、“肺胀”范畴。其病理因素为痰瘀火互结，

丹溪心法·咳嗽》中载“肺胀而咳或左或右不得眠。此痰挟瘀血，宜养血以流动乎气，降火疏肝以清痰”。后世医家如《古今医监》、《医宗必读》等也提出“痰挟瘀血碍气，肺气不得降而咳、而胀”。按中医气血理论，肺主气，气行则血行，气滞则血瘀，由于肺的通气功能障碍，气道阻塞而致气滞不通，气滞不通则血瘀，瘀久必化热、化火，日久炼液成痰，终致瘀毒痰互结于肺，肺气上逆则咳、痰、喘。临床上COPD患者除有长期咳嗽、咯痰、喘息、胸胀满等症状外，且多有舌质暗或紫暗，舌系带迂曲，舌苔粘腻或黄腻，脉弦滑或滑数，部分患者尚有大便秘结、尿短黄等瘀热于内的临床表现。因此瘀毒痰胶滞不解是其病机所在。采用化痰解毒祛瘀之通肺净痰方治疗本病确有肯定疗效[7]，方中桃红四物汤加丹参活血养血，改善微循环；黄芩、鱼腥草清热解毒；桑皮、百部止咳平喘祛痰，疏理肺气；小剂量大黄，一方面清泄热毒，另一方面取其有良好解痉、改善微循环的作用。本次临床观察显示，西医常规治疗联合通肺净痰方治疗COPD有效率为96.56%，明显改善咳嗽、咳痰、气喘、肺部罗音；改善运动能力、呼吸困难、气流阻塞，提高患者生存质量；有改善免疫指标IgA、IgG、CD4+、CD4+/CD8+、IL-2，CD8+、IL-8、TNF- α 。现代药理研究表明：地黄可增加细胞免疫功能，促进网白细胞介素-2的产生作用；当归有提高机体免疫作用，促进体液免疫的功能，提高吞噬细胞的吞噬功能及调节机体非特异性免疫功能的作用；红花有对抗强的松龙的免疫抑制作用。桃仁中有提高机体体液免疫功能，纠正CD4+/CD8+细胞比值失衡，促进白介素-2、白介素-4的分泌；丹参具有双向调节免疫应答的作用；黄芩有促进巨噬细胞与吞噬细胞的吞噬能力，双向调节淋巴细胞增殖，增加机体的体液免疫功能；鱼腥草增强单核巨噬细胞吞噬功能，提高细胞免疫功能作用；大黄有抑制细胞因子与双向调节淋巴细胞的免疫功能作用。通肺净痰方改善免疫指标作用机制可能与方中各药改善机体体液免疫功能、纠正T细胞免疫调节网络平衡失调、双向调节炎症因子有关，其作用机制尚需进一步研究。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)[J]中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8-17.
- [2] O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease-2003 [J]. Can Respir J, 2003, 10 (Suppl A) : 11A-65A.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. 54-58.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 2, 8, 9.

- [5] 黄奕江, 冯夏, 郑万川. 慢性阻塞性肺病患者免疫功能研究. 临床内科杂志, 1997, 14(1) : 30
- [6] 陈谨, 王浩彦, 夏成青, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性感染与机体免疫的关系. 国外医学内科学分册. 2006, 33(4):139-141.
- [7] 傅曙华, 文恒英, 陈金苗. 通肺净痰方治疗慢性阻塞性肺疾病56例总结. 湖南中医杂志. 2002, 18(2) : 13-14.

“肺肠合病”大鼠动物模型建立初探

高永翔, 郑旭锐, 杨宇, 叶建红, 朱素有, 冯贤荣, 张显明, 周新颖, 刘旺华

成都中医药大学 (四川成都, 610075)

目的

为开展“肺与大肠相表里”生物学机制研究, 初步探索建立肺肠合病的复合模型。

方法

实验设空白对照组、肺病组(过敏性哮喘)、肠病组(便秘)和肺肠合病组(过敏性哮喘合便秘)共4组。分别进行肺病(过敏性哮喘)、肠病(便秘)、肺肠合病(过敏性哮喘合便秘)模型的制备, 造模后进行大鼠粪便、哮喘程度及光镜下肺和肠组织形态学观察。

结果

肺肠合病组(过敏性哮喘合便秘)既出现了哮喘, 又出现了便秘。其粪便重量较肺病组减轻($P<0.05$), 与肠病组比较亦有减轻($P<0.01$); 其哮喘程度与肺病组比较, 程度加重($P<0.05$), 其便秘程度与肠病组比较, 程度亦加重($P<0.05$)。光镜观察结果显示: 肺肠合病组的肺组织病理改变较肺病组严重, 肺肠合病组的结肠组织病理改变较肠病组严重。

结论

肺肠合病组同时出现哮喘和便秘。其哮喘和便秘程度均较肺病组和肠病组严重, 初步提示该病理模型的制备方法可行, 也似表明“肺”与“大肠”之间可能存在病理互相影响。

关键词: 肺肠合病, 大鼠, 动物模型

Objective

To carry out the “Lung and Large Intestine” biological mechanism, initially explore the establishment of joint disease of the lung intestinal compound model.

Methods

blank control group, lung disease group (allergic asthma), bowel group (constipation) and lung disease combined intestinal group (co-allergic asthma constipation) 4 group. Separate lung disease (allergic asthma), bowel (constipation), pulmonary co-intestinal disease (allergic asthma combined constipation) model preparation, rat feces after modeling, the degree of asthma and lung and intestinal tissue under light microscope morphology was observed.

Results

Pulmonary intestinal joint disease group (co-allergic asthma constipation) both appeared in asthma, which led to constipation. The stool weight compared with the lung disease to reduce, significantly different ($P < 0.05$), compared with enteropathy also reduce, significantly different ($P < 0.01$). The extent of their asthma and lung disease group, the level of increase, a statistically significant difference ($P < 0.05$); their degree of constipation and bowel disease group, levels also increased, a statistically significant difference ($P < 0.05$). Light microscopy showed: pulmonary intestinal group of diseases involving pathological changes of lung tissue than the group with lung disease, lung disease combined group of intestinal pathological changes of the colon group than a serious bowel disease.

Conclusion

The lung group of diseases involving intestinal concurrent asthma and constipation. The extent of their asthma and constipation, and bowel disease group than in the group with pulmonary disease, suggesting that the pathological model of the initial preparation of feasibility, is also like that the “lungs” and “colon” may exist between the pathological interaction.

Key Words : pulmonary intestinal joint disease; rats; animal model

“폐장합병” 큰 쥐 동물모델 구축 기초연구

고영상, 정옥예, 양 우, 엽건홍, 주소유, 풍현영, 장현명, 주신영, 류왕화
성도중의약대학 (사천성도, 610075)

목적

‘肺与大肠相表里’의 생물학 시스템 연구 진행을 위한 폐장합병 복합 모델 건립 기초탐구

방법

일반대조군, 폐병군(알레르기성 천식), 장병군(변비) 및 폐장합병군(알레르기성 천식과 변비)의 총 4개 군으로 실험. 폐병(알레르기성 천식), 장병(변비), 폐장합병(알레르기성 천식과 변비) 모델로 분리하여 조제한 후, 큰 쥐의 대변, 천식 정도 및 광학현미경을 이용한 폐와 장 조직 형태학 관찰을 진행

결과

폐장합병군(알레르기성 천식과 변비)에서 천식뿐만 아니라 변비 발생. 이들 대변양은 폐병군에 비해 감소($P<0.05$)하였고, 장병군과 비교 또한 감소함($P<0.01$); 폐병군과의 천식정도 비교에서 그 정도가 심하고($P<0.05$), 장병군과의 변비 정도 비교에서 또한 심하게 나타남($P<0.05$). 광학현미경 관찰 결과: 폐장합병군의 폐조직 병리 변화가 폐병군에 비해 심각하게 나타났고, 폐장합병군의 장조직 병리 변화 역시 장병군에 비해 심각하게 나타남.

결론

폐장합병군에 천식과 변비가 동시 발병. 그 천식과 변비 정도는 폐병군과 장병군에 비해 심각하게 나타남. 초기 병리 모델 설립 방법 가능성에 힌트를 제공, 또한 ‘폐’와 ‘대장’간 병리의 상호 영향이 존재함을 밝힘.

Key Words : 폐장합병; 큰쥐; 동물모델

“肺与大肠相表里”是中医脏腑相关理论的重要组成部分,在中医理论体系中具有特殊的意义。目前,为开展“肺与大肠相表里”机制研究的动物疾病模型较多,如哮喘动物模型[1][2]及便秘动物模型[3][4]等,但至今尚未检索到肺肠合病模型的制备方法。课题组通过复合过敏性哮喘模型和便秘模型的制备方法,探索建立肺肠合病(过敏性哮喘合便秘)模型,并从其哮喘程度、粪便质地和重量以及光镜观察肺肠病理形态学改变等方面,与肺病(过敏性哮喘)模型和肠病(便秘)模型进行比较,初步探讨了肺肠合病(过敏性哮喘合便秘)模型制备方法的可行性。

1. 实验材料

(1) 实验动物

Wistar大鼠48只,SPF级,雄性,体重 $180\pm 20\text{g}$,动物合格证号:SCXK(m)2008-15。

(2) 药物及试剂

1%卵白蛋白(OVA, sigma)、氢氧化铝(成都市科龙化工试剂厂,批号:20080807)、生理盐水(四川科伦药业股份有限公司,批号:国药准字H51021158)、复方地芬诺酯片(DC,焦作市博爱药业有限公司,批号:09033001)。

(3) 仪器及设备

称重天平(ACS-3C,广州中山市新和基科技发展有限公司生产)、超声雾化器(402AI,江苏鱼跃医疗设备有限公司)。

2. 方法

(1) 分组

48只大鼠均单笼饲养并将其分为4组:①空白对照组:空白对照1组,为肠病组(便秘)的对照组;空白对照2组,为肺病组(过敏性哮喘)的对照组;空白对照3组,为肺肠合病组(过敏性哮喘合便秘)的对照组;②肠病组(便秘);③肺病组(过敏性哮喘);④肺肠合病组(过敏性哮喘合便秘),每组8只。

(2) 模型制备及标本采集

1) 肺病(过敏性哮喘)模型制备

将OVA1mg和氢氧化铝200 mg溶于生理盐水1ml中配制成凝胶致敏剂,第0天和第7天

在大鼠双侧胸部、腹股沟共4点各皮下注射0.15ml, 同时腹腔注射0.4ml共计1mL进行致敏。第14天开始将大鼠置于10×10×20 cm有机玻璃盒内, 超声雾化吸入1%OVA诱发哮喘(以大鼠出现烦躁、打喷嚏、咳嗽、腹肌强烈收缩、呼吸急促等典型哮喘样发作为标准), 每天1次, 每次30 min, 共计1w。

2) 肠病 (便秘)模型制备

给予复方地芬诺酯灌胃, 剂量10mg/kg, 隔日一次。造模后根据大鼠粪便的情况判断模型是否成功 (以粪便干燥、粒形缩短、排出费力, 日排出量低于正常参考值范围 (4.28-11.18g) 为诊断大鼠便秘的标准)。

3) 肺肠合病(过敏性哮喘合便秘)模型制备

给予大鼠复方地芬诺酯灌胃 (剂量为10mg/kg), 隔日一次, 同时将OVA1mg 和氢氧化铝200mg溶于生理盐水1mL中新鲜配制成凝胶致敏剂, 第0天和第7天注射致敏剂。第14天开始雾化, 具体方法同肺病组。

4) 标本采集

最后一次雾化吸入OVA次日颈椎脱臼法处死大鼠, 即刻开胸取右肺中下叶, 剪取大鼠近端结肠2 cm, 纵行剖开, NaCl漂洗后, 以10% 中性福尔马林固定、石蜡包埋、切片、厚约4 μ m, HE染色, 用于病理形态学观察。

(3) 统计方法

应用SPSS16.0软件进行分析, 结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示, $P < 0.05$ 为有统计学差异。

3. 实验结果

(1) 大鼠粪便

造模后发现肠病组大鼠粪便干燥, 粒形缩短, 重量明显减轻, 肠病组和肺肠合病组与空白对照组比较有差异 ($P \leq 0.01$); 肺肠合病组和肺病组和肠病组比较有差异 ($P \leq 0.05$); 肺肠合病组和肺病组比较有差异 ($P \leq 0.01$); 肺肠合病组和肠病组比较有差异 ($P \leq 0.05$); 肺病组和空白对照1、3组比较有差异 ($P < 0.01$); 肺病组和空白对照2组的比较有差异 ($P < 0.05$)。见表1

表1. 各组大鼠大便重量($\bar{x} \pm s$)

组别	n	大便重量 (g)
空白对照1组	8	7.25±0.58
空白对照2组	8	6.81±0.48
空白对照3组	8	7.40±1.60
肠病组	8	4.40±0.41*
肺病组	8	5.11±0.38☆●
肺肠合病组	8	2.80±0.30*▲△★

注：*肠病组和肺肠合病组与空白对照1、3组比较有差异 $P < 0.01$ ；▲为肺肠合病组和肺病组和肠病组比较有差异 $P < 0.05$ ；△为肺肠合病组和肺病组比较有差异 $P < 0.01$ ；★为肺肠合病组和肠病组比较有差异 $P < 0.05$ ；☆肺病组和空白对照1、3组比较有差异 $P < 0.01$ ；●肺病组和空白对照2组的比较有差异 $P < 0.05$ 。

(2) 大鼠哮喘程度

将大鼠出现的哮喘程度进行分类，没有任何表现的为无，只出现呼吸加快、急促的为轻，在此基础上出现点头呼吸、唇爪紫绀的为中，腹肌强烈收缩有哮鸣音的为重。结果显示：肺肠合病组大鼠哮喘的程度较肺病组严重，见表2。

表2. 大鼠哮喘程度观察结果

组别	例数 (只)	哮喘程度			
		无	轻	中	重
空白对照2组	8	8	0	0	0
肺病组*	8	0	3	4	1
肺肠合病组△	8	0	2	4	2

注：*与空白对照2组比较有差异 $P < 0.01$ ；△与空白对照2组比较有差异 $P < 0.01$

(3) 病理形态学观察

镜下观察发现：

- ① 空白对照组大鼠肺组织结构完好，无充血及炎性细胞浸润，见附图1 (HE, ×100)；结肠粘膜结构完好，浆膜下肌层均无炎性细胞浸润，见附图2 (HE, ×100)。
 - ② 各模型组造模前和造模后大鼠的肺组织和结肠组织发生不同程度的病理改变。其中，肺组织：肺病组出现肺泡间隔增宽，毛细血管充血血管周围有炎性细胞浸润见附图3(HE, ×100)；肺肠合病组则出现肺泡间隔增宽，血管壁周围组织及肺间质有大量炎性细胞浸润，见附图4 (HE, ×100)。
- 结肠组织：肠病组大鼠结肠粘膜下、肌层、浆膜层少量炎细胞浸润，见附图5 (HE, ×100)；肺肠合病组大鼠结肠肌层、浆膜层炎细胞浸润，见附图6 (HE, ×100)。

从光镜的观察结果来看, 肺肠合病组与肺病组的肺组织比较血管壁周围及肺间质炎性细胞浸润更为严重 ; 与肠病组的结肠组织比较肌层、浆膜层炎细胞浸润更为严重, 似肺肠合病复合模型的制备方法可行。

4. 讨论

《灵枢·本输篇》言：“肺合大肠”。肺的经脉属肺而络大肠, 大肠的经脉属大肠而络肺, 两者通过经脉的相互络属构成表里关系。肺气肃降, 有助于大肠传导功能的发挥 ; 大肠传导功能的正常, 则有利于肺的肃降。临床上也有许多肺病及肠、肠病及肺或肺肠合病的病例, 如大肠实热, 腑气不通, 可影响肺的肃降, 产生胸满、喘咳等症 ; 如肺失清肃, 津液不能下达, 可见大便干燥秘结 ; 肺气虚弱, 气虚推动无力, 可见大便艰涩而不行等等。由此所以近年来围绕“肺与大肠相表里”理论进行的实验研究很多, 有肠病及肺、肺病及肠的实验研究[5], 但均为单一的肺病或肠病模型, 为了探索肺和肠病理上互相影响的程度, 我们在建立肺病(过敏性哮喘)组和肠病(便秘)组模型的基础上, 又增加了肺肠合病(过敏性哮喘合便秘)的模型, 并通过这三组模型比较, 发现肺肠合病组大鼠的粪便重量较单一的肠病组减轻, 哮喘程度较单一的肺病组严重, 普通光镜观察也显示了肺肠合病组肺部血管壁周围及肺间质炎性细胞浸润较肺病组严重 ; 结肠的肌层、浆膜层炎细胞浸润也较肠病组严重, 说明肺肠合病组病变均较单一的肺病组和肠病组严重, 通过以上的观察初步证明了肺肠合病模型的成功。

附图：

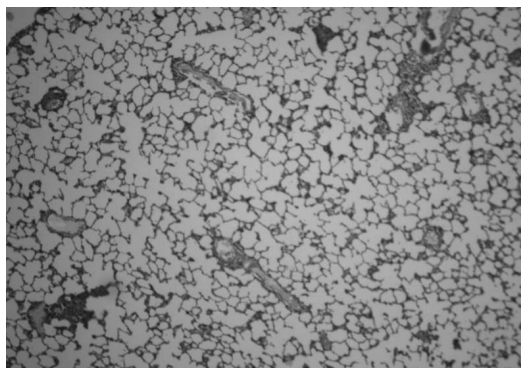


图1空白对照组肺组织 (HE, ×100)

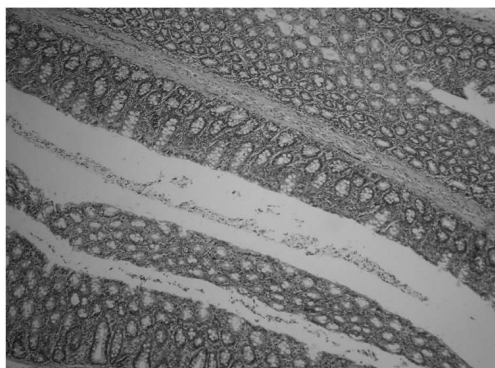


图2 空白对照组结肠组织 (HE, ×100)

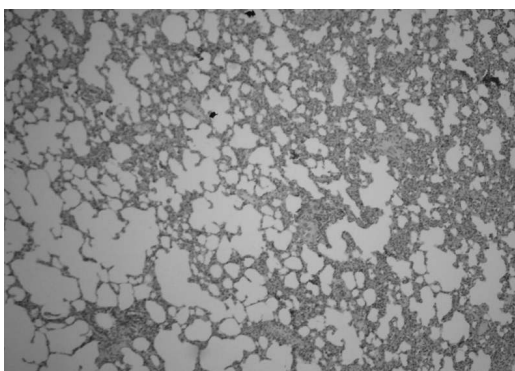


图3 肺病组肺组织 (HE, ×100)

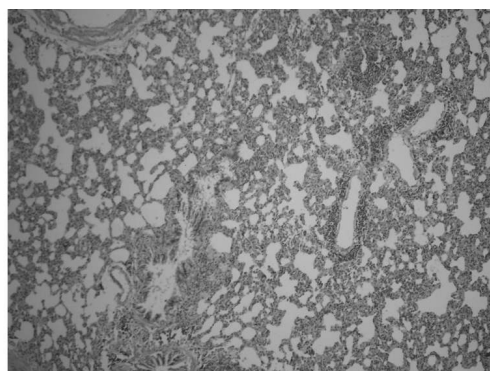


图4 肺肠合病组肺组织(HE, ×100)

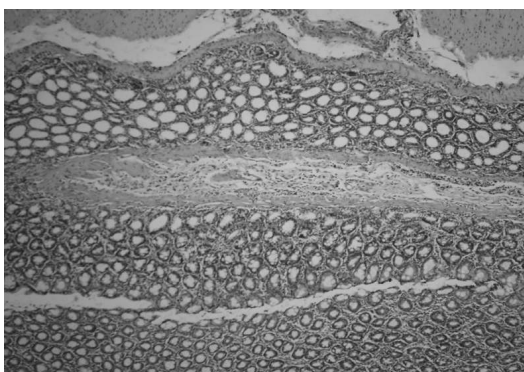


图5 肠病组结肠组织(HE, ×100)

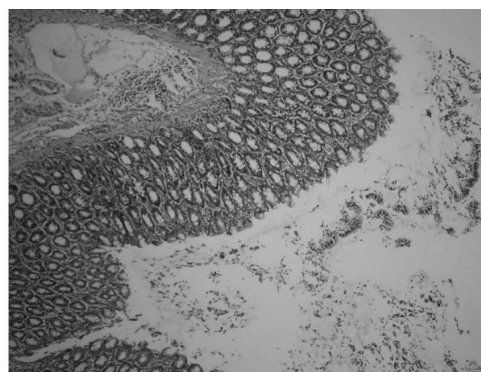


图6 肺肠合病组结肠组织 (HE, ×100)

参考文献

- [1] 黄婷, 周燕平. 清康芦荟胶囊润畅通便作用的初步研究[J]. 中国自然医学杂志, 2005, 77 (2) : 150-151.
- [2] 王朝晖, 赵延红. 大鼠便秘模型的初步实验研究[J]. 现代中医药杂志, 2004, (3) : 53-54.
- [3] 黄英, 张雷, 刘国祥. Wistar大鼠支气管哮喘模型的建立[J]. 中华名医论坛, 2003, 11 : 58-59.
- [4] 吕小华, 吴铁, 覃冬云. 甘草酸对哮喘小鼠一氧化氮及一氧化氮合酶的影响[J]. 时珍国医国药, 2009, 20 (1) : 40-41.
- [5] 王科闯, 杨宇. “肺与大肠相表里”的实验研究概况[J]. 山东中医药大学学报, 2006, 30 (2) : 170-173.

杨栗山《伤寒瘟疫条辨》 中的升降散十五方

王小岗

北京医院 中医科

提 要

杨栗山, 名璇, 字玉衡, 号栗山, 生于公元1705年, 清代著名医学家。杨栗山精通经典, 对伤寒与温病颇有研究, 著有《伤寒瘟疫条辨》一书。杨栗山一生之中甚为推崇刘元素和吴又可的学术见解。重视辛凉苦寒, 以开导里热, 里热除而表证自解, 据此他创立了以升降散为代表的治疗温病十五方。本文摘取了对升降散一方的注解, 附北京中医药大学原温病教研室主任赵绍琴教授医案一则, 并对由升降散演化的十四个方剂进行了简要的分析。

Yang Li Shan, was born in AD 1705, the Qing Dynasty famous physician. Yang Li Shan proficient in classical studies have been conducted on the disease and author of “typhoid epidemic article identified” a book. Yang Li Liu Shan lifetime, is very respected academic Liu Yuansu and Wu Youke. Attention bitter cold, to enlighten in heat, in addition to the table permit self-heat, thus he created to lift bulk plague disease represented 15 parties. This removal of the side notes scattered on the lift, attached to Beijing University of Chinese Medicine Teaching and Research Director of the Plague Disease Professor Zhao Shaoqin Medical Case, and scattered by the evolution of the 14 movements a brief analysis of prescription.

양률산《상한온역조변》의 승강산십오방

왕소강
북경의원 중의과

양률산, 이름 옥, 자 옥형, 호 룰산, 서기 1705년 출생, 청대 저명한 의학자. 양률산은 경전에 정통하고, 상한 및 온병에 대해 주로 연구하여 《상한온역조변》을 저술하였다. 양률산은 일생 동안 유원소와 오우가의 학술 견해를 매우 숭상하였다. 신량고한(辛涼苦寒)을 중시하여, 리열(里熱)을 다스려 리열(里熱)을 제거하고 표증(表証)을 스스로 해소토록 하였다. 이를 근거로 그는 승강산을 온병치료 십오방 중 대표로 만들었다. 본문은 승강산일방의 주해에 북경중의약대학원 온병 연구실 주임 조소금 교수의 치료 케이스를 추가하고 또한 승강산 발전에 따른 14개 방제에 대해 간결하고 핵심적인 분석을 진행하였다.

杨栗山, 名璇, 字玉衡, 号栗山, 江苏溧水县(今江苏溧阳县)人。生于公元1705年。杨栗山精通经典, 对伤寒与温病颇有研究。一生之中甚为推崇刘元素和吴又可的学术见解。他在自序中云: “一日读《温疫论》, 至伤寒得天地之常气, 温病得天地之杂气, 而心目为之一开。至伤寒自气分而传入血分, 温病由血分而发出气分, 不禁抚卷流连, 豁然大悟。”杨栗山认为: “论杂气伏郁血分, 为温病所从出之源, 变证之总。”“千古疑案, 两言决矣。”由此他将伤寒与温病进行了因证脉治的详细分析, 结合自己丰富的实践经验, 著成《伤寒疫条辨》一书。杨栗山认为: “温病之所由来, 是因杂气由口鼻入三焦, 怫郁内炽。”又指出: “温病得于天地之杂气, 怫热在里, 由里而达外内之郁热为重。”这里所指温病乃伏气温病而言。由于伏气温病初起即见里热较重的见证, 故一旦气机闭塞不通, 邪不能达表, 则会呈现里热内郁之象。杨栗山认为: 郁热证不仅新感温病有之, 更是伏气温病的一个重要形成因素。故治疗上, 其提出: 若用辛温解表, 是为抱薪投火, 轻者必重, 重者必死。惟用辛凉苦寒, 如升降、双解之剂, 以开导其里热, 里热除而表证自解。据此他创立了以升降散为代表的治疗温病十五方。

升降散出自《伤寒瘟疫条辨》卷四医方辨, 药用白僵蚕酒炒二钱, 全蝉蜕去土一钱, 广姜黄去皮三分, 川大黄生四钱, 用黄酒、蜂蜜调匀冷服。杨栗山言“温病亦杂气中之一也, 表里三焦大热, 其证治不可名状者, 此方主之。”又例举如下“如头痛眩运, 胸膈胀闷, 心腹疼痛, 呕哕吐食者; 如内烧作渴, 上吐下泻, 身不发热者; 如憎寒壮热, 一身骨节酸痛, 饮水无度者; 如四肢厥冷, 身凉如冰, 而七喷如火, 烦躁不宁者; 如身热如火, 烦渴引饮, 头面猝肿, 其大如斗者; 如咽喉肿痛, 痰涎壅盛, 滴水不能下咽者; 如遍身红肿, 发块如瘤者; 如斑疹杂出, 有似丹毒风疮者; 如胸高肋起胀痛, 呕如血汁者; 如血从口鼻出, 或目出, 或牙缝出, 毛孔出者; 如血从大便出, 甚如烂瓜肉, 屋漏水者; 如小便涩淋如血, 滴点作疼不可忍者; 如小便不通, 大便火泻无度, 腹痛肠鸣如雷者; 如便清泻白, 足重难移者; 如肉瞤筋惕者; 如舌卷囊缩者; 如舌出寸许, 绞扰不住, 音声不出者; 如谵语狂乱, 不省人事, 如醉如痴者; 如头疼如破, 腰痛如折, 满面红肿, 目不能开者; 如热盛神昏, 形如醉人, 哭笑无常, 目不能闭者; 如手舞足蹈, 见神见鬼, 似风癲狂祟者; 如误服发汗之药, 变为亡阳之证, 而发狂叫跳, 或昏不识人者。外证不同, 受邪则一。凡未曾服过他药者, 无论十日、半月、一月, 但服此散, 无不辄效。”

方后注言: “是方以僵蚕为君, 蝉蜕为臣, 姜黄为佐, 大黄为使, 米酒为引, 蜂蜜为导, 六法俱备, 而方乃成”, “僵蚕味辛苦而气薄, 喜燥恶湿……故能胜风除湿, 清热解郁, 从治膀胱相火, 引清气上朝于口, 散逆浊结滞之痰也”, “蝉气寒无毒, 味咸且甘……能祛风而胜湿……能涤热而解毒也”, “姜黄气味辛苦, 大寒无毒……祛邪伐恶, 行气散郁, 能入心脾二经建功辟疫”, “大黄味苦, 大寒无毒, 上下通行”, “米酒性大热, 味辛苦而甘……上行头面, 下达足膝,

外周毛孔，内通脏腑经络，驱逐邪气，无处不到……和血养气，伐邪辟恶”，“蜂蜜甘平无毒，其性大凉，主治丹毒斑疹，腹内留热，呕吐便秘，欲其清热润燥，而自散温毒也”。“盖取僵蚕、蝉蜕，升阳中之清阳，姜黄、大黄，降阴中之浊阴，一升一降，内外通和，而杂气之流毒顿消矣。”

北京中医药大学原温病教研室主任赵绍琴教授，临证喜用此方，曾治一小儿低烧证，辨之为热郁于内，留恋不解，故低热久不退。他医皆用养阴以退热，药如青蒿、地骨皮、知母、生鳖甲等。赵老用升降散加减3剂而愈。医案如下：

鲍某某，男，9岁。1983年11月24日

其母代述：低烧年余，体温为37.5度左右，经某医院检查诊为：肺门结核，肝大肋下1.5厘米，抗O 1：800，经常头目眩晕，急躁，寐不实，常于寐中惊叫，舌苔厚腻质红起刺，两脉细弦小滑，按之急数，一派肝经郁热，胆火上扰之象，宜清泄胆热，饮食当慎。处方：胡黄连6克，蝉衣6克，僵蚕10克，片姜黄6克，赤芍10克，水红花子10克，槟榔10克，竹茹3克，焦三仙各10克。3剂。

二诊：11月27日。药后体温36.9度，舌白苔腻而厚，脉象细小滑数，低热渐减，夜寐稍安，再以消导化痰方法治之。处方：胡黄连6克，蝉衣6克，僵蚕10克，川郁金6克，苏子6克，莱菔子6克，槟榔6克，水红花子6克，焦三仙各10克。6剂。

三诊：12月2日。前服消导化痰、疏调升降之后，低热减而未净，仍时有烦躁之象，舌腻而质红，两脉弦数已解，仍是滑中带弦，此热郁渐解，食滞化而未清。再以前方进退之：蝉衣6克，僵蚕6克，水红花子6克，焦槟榔10克。6剂之后，低烧已愈。

按：郁热证属火热郁结，火热久郁，必伤阴分，阴伤则热，热郁则火热上蒸，故形瘦而面色黧黑，脉必细弦滑数，低烧渐增。若以滋阴补肾，则郁热日复增重，终必劳怯而无愈期矣。本案中湿浊食滞中阻，郁热内闭，升降之中又佐消导化滞之品，亦属祛瘀而宣畅气机，故能痊愈。

(赵绍琴编著：温病浅谈. 北京：人民卫生出版社，1986年8月第1版，P158-159)

《伤寒瘟疫条辨》书内计有十四方，均从此方化出。清则清之：神解散、清化汤、芳香饮、大小清凉散、大小复苏饮、增损三黄石膏汤八方。重则泻之：增损大柴胡汤、增损双解散、加味凉膈散、加味六一顺气汤、增损普济消毒饮、解毒承气汤六方。

清则清之八方如下：

神解散：温病初觉, 憎寒体重, 壮热头痛, 四肢无力, 遍身酸痛, 口苦咽干, 胸腹满闷者, 此方主之。僵蚕、蝉蜕、神曲、金银花、生地、木通、车前子、黄芩、黄连、黄柏、桔梗
可看为：升降散升方加三黄汤、导赤散。

清化汤：温病壮热, 憎寒体重, 舌燥口干, 上气喘吸, 咽喉不利, 头面猝肿, 目不能开者, 此方主之。僵蚕、蝉蜕、金银花、泽兰、陈皮、黄芩、黄连、栀子、连翘、龙胆草、元参、桔梗、白附子、甘草

可看为：升降散升方加黄连解毒汤、普济消毒饮。

芳香饮：温病多头痛身痛, 心痛胁痛, 呕吐黄痰, 口流浊水, 涎如红汁, 腹如圆箕, 手足搐搦, 身发斑疹, 头肿舌烂, 咽喉痹塞等证……皆因肺胃火毒不宣, 郁而成之耳, 治法急宜大清大泻之, 但有气血损伤之人, 遽用大寒大苦之剂, 恐火转闭塞而不达, 是害之也, 此方主之。元参、白茯苓、石膏、蝉蜕、僵蚕、荆芥、天花粉、神曲、苦参、黄芩、陈皮、甘草

可看为：升方加轻泻轻清之药。

大清凉散：温病表里三焦大热, 胸满胁痛, 耳聋目赤, 口鼻出血, 唇干舌燥, 口苦自汗, 咽喉肿痛, 谵语狂乱者, 此方主之。僵蚕、蝉蜕、全蝎、当归、生地、金银花、泽兰、泽泻、木通、车前子、黄连、黄芩、栀子、五味子、麦冬、龙胆草、丹皮、知母、甘草

可看为：升方加龙胆泻肝汤、生脉饮、黄连解毒汤。

小清凉散：温病壮热烦躁, 头沉面赤, 咽喉不利, 或唇口颊腮肿者, 此方主之。僵蚕、蝉蜕、银花、泽兰、当归、生地、石膏、黄连、黄芩、栀子、牡丹皮、紫草

可看为：升方加清胃散、黄连解毒汤

大复苏饮：温病表里大热。僵蚕、蝉蜕、当归、生地、人参、茯神、麦冬、天麻、犀角、丹皮、栀子、黄连、黄芩、知母、甘草

可看为：升方加清营汤、黄连解毒汤、补气血。

小复苏饮：温病大热。僵蚕、蝉蜕、神曲、生地、木通、车前子、黄芩、黄柏、栀子、黄连、知母、桔梗、牡丹皮

可看为：升方加龙胆泻肝汤、黄连解毒汤、丹皮。

增损三黄石膏汤：表里三焦大热, 五心烦热, 两目如火, 鼻干面赤, 舌黄唇焦, 身如涂朱, 燥渴引饮, 神昏谵语, 服之皆愈。石膏、僵蚕、蝉蜕、薄荷、豆豉、黄连、黄柏、黄芩、栀子、知母

可看为：升方加三黄石膏汤。

重则泻之六方如下：

增损大柴胡汤：治温病热郁腠理，以辛凉解散，不至还里而成可攻之证，乃内外双解之剂也。柴胡、薄荷、陈皮、黄芩、黄连、黄柏、栀子、白芍、枳实、大黄、姜黄、僵蚕、蝉蜕

可看为：升降散加黄连解毒汤、理气药。

增损双解散：为温病主方。僵蚕、蝉蜕、姜黄、防风、薄荷、荆芥穗、当归、白芍、黄连、连翘、栀子、黄芩、桔梗、石膏、滑石、甘草、大黄、芒硝

可看为：升降散加凉膈散、风药、血份药、石类药。

加味凉膈散：温病主方。僵蚕、蝉蜕、姜黄、黄连、黄芩、栀子、连翘、薄荷、大黄、芒硝、甘草、竹叶

可看为：升降散加凉膈散。

加味六一顺气汤：少阴、厥阴病，口燥咽干，怕热消渴，谵语神昏，大便燥实，胸腹满硬，或热结旁流，绕脐疼痛，厥逆脉沉伏者，此方主之。僵蚕、蝉蜕、大黄、芒硝、柴胡、黄连、黄芩、白芍、甘草、厚朴、枳实

可看为：升方加大承气汤、黄芩汤。

增损普济消毒饮：大头瘟。元参、黄连、黄芩、连翘、栀子、牛蒡子、板蓝根、桔梗、陈皮、甘草、蝉蜕、僵蚕、大黄

可看为：普济消毒饮去升麻、柴胡、马勃、薄荷，加升降散。

解毒承气汤：温病三焦大热，痞满燥实，谵语狂乱不识人，热结旁流，循衣摸床，舌卷囊缩，及瓜瓢、疙瘩温，上为痈脓，下血如豚肝等证，厥逆脉沉伏者，此方主之。僵蚕、蝉蜕、黄连、黄芩、黄柏、栀子、枳实、厚朴、大黄、芒硝

可看为：升降散加大承气汤、黄连解毒汤。

从上述十四方中可以看出，均用蝉蜕、僵蚕，重剂则加用大黄、姜黄，加減以黄连解毒汤、龙胆泻肝汤、普济消毒饮、清营汤、承气汤类等。

浅谈朝医四象医学与温热病的关系

朴 日

延边医科学会联合办公室

摘 要

朝医四象医学是朝鲜族固有文化及传统医学的基础上, 吸收中医学的理论并结合本民族的防病治病的实践经验逐步形成的“天、人、性命”整体观为理论指导, 以“四维之四象”结构为主要内容, 以辨象论治为主要特征的独特医学体系。朝医四象医学, 既是一种体质学说, 又是一种证型学说。辨象之中又包括寒热分型, 即四象人热多型和寒多型。朝医四象人当中, 热多型体质者, 易感受温热邪气。四象人证型决定对某种致病因素和某些疾病的易感性。不同的四象体质对某些病因和疾病有特殊的易感性。

温病是感受温邪所引起的一类外感急性热病的总称。属广义伤寒范畴。以发热、热象偏盛(舌象、脉象、便溺等热的征象)、易化燥伤阴为临床主要表现。温病属常见病, 其发生具有明显的季节性, 大多起病急骤、传变较快, 且多数具有程度不等的传染性、流行性的特点。

朝医四象体质与温热病的发生、诊断辨证、治疗及预防保健都有着密切的关系。

关键词：四象人热多型、温热病

조의 사상의학과 온열병의 관계

박 일

연변 의과학회연합 사무국

조의 사상의학은 조선족 고유문화와 전통의학의 기초 위에 중의학 이론의 결합되어, 본 민족을 예방하고 치료하는 실천 경험의 점차 “하늘, 사람, 생명”전체적인 개념에 대한 이론을 이끌었다. ‘네 개를 연결하면, 네 개의 이미지가 나타난다.’의 주요 내용은 이미지를 식별하여 치료하는 것이 특징인 독특한 의학 체계이다. 사상의학은 일종의 체질학으로 설명하기도 하고, 일종의 증형학으로 설명하기도 한다. 식별된 이미지 중에는 한(寒), 열(熱)의 형태가 포함되어 있는 데, 즉 사상인은 열과 한이 많은 형태이다. 조의사상인 중, 열이 많은 체질은 온기, 더위를 잘 느껴 사기(邪氣)를 타기가 쉽다. 사상인의 증상과 유형은 몇 가지 병의 원인과 전염성에 의해 결정된다. 다른 사상체질은 몇 가지 병의 원인과 특수한 감염성에 따라 달라지기도 한다. 온병은 나쁜 열에 의해 발생하는 병으로 일종의 급성열병으로 통칭한다. 광범위한 장티푸스에 속하기도 한다. 발열, 열상편성(혀의 상태, 맥의 상태, 대소변 등의 열적 증상)이 생기며, 건조하여 쉽게 상처가 나고 음해지는 것이 주요한 증상이다. 온병은 흔히 볼 수 있는 질병으로서, 계절성 질환이며, 대다수가 급성으로 발병하며, 그 증후가 쉽게 변하는 것이 명확한 특징이다. 또한 많은 경우가 다른 전염성을 지니고 있으며, 유행성인 것이 특징이다. 조의사상체질과 온열병의 발생, 진단 및 판정, 치료 및 예방조건은 모두 밀접한 관계를 지니고 있다.

Key Words : 사상인의열의 다양한 유형, 온열병

朝医四象医学是朝鲜族固有文化及传统医学的基础上, 吸收中医学的理论并结合本民族的防病治病的实践经验逐步形成的“天、人、性、命”整体观为理论指导, 以“四维之四象”结构为主要内容, 以辨象论治为主要特征的独特医学体系。朝医四象医学, 既是一种体质学说, 又是一种证型学说。辨象之中又包括寒热分型, 即四象人热多型和寒多型。朝医四象人当中, 热多型体质者, 易感受温热邪气。四象人证型决定对某种致病因素和某些疾病的易感性。不同的四象体质对某些病因和疾病有特殊的易感性。

温病是感受温邪所引起的一类外感急性热病的总称。属广义伤寒范畴。以发热、热象偏盛(舌象、脉象、便溺等热的征象)、易化燥伤阴为临床主要表现。温病属常见病, 其发生具有明显的季节性, 大多起病急骤、传变较快, 且多数具有程度不等的传染性、流行性的特点。

朝医四象体质与温热病的发生、诊断辨证、治疗及预防保健都有着密切的关系。笔者在学习温病学的过程中, 发现朝医四象体质与温病的发病、传变、预后、防治等密切相关, 因此, 笔者查阅了有关朝医四象医学和体质学说等方面的材料, 并于温病学的关系, 浅述如下:

一、朝医四象人特征

(一) 太阳人

《东医寿世保元》“脑颅起势壮盛, 而腰围立势孤弱; 容貌方圆; 才干长于疏通, 能于交遇; 性情暴怒深哀; 欲进而不欲退, 龙之性, 果断。”

健康及病态时特征: 健康时面色白, 肌肉瘦, 大便润滑, 小便量多且频; 病态时面色黑, 肥胖。

心理状态: 交择心不广, 有攻击心、夸张心、自尊心, 事业失败不灰心, 过于放纵性情, 果断, 善于疏通, 交际灵活。

摄生嗜好: 喜欢生冷淡饮食, 喜欢秋冬寒凉季节, 忌讳辛热食物, 适用五加皮、弥猴藤等药。

易感特异证: 易患外感、腰脊病及小肠病证。特异证为噎膈、反胃、呕吐。

(二) 太阴人

《东医寿世保元》“脑颅起势孤弱, 而腰围立势壮盛; 形貌上宽下窄, 肌肉坚实, 气象俨然; 才干长于成就, 能于居处, 厚重沉默, 言寡; 性情有浪乐深喜; 欲静而不欲动, 牛之性。”

健康及病态时特征：健康时汗液通畅，脉紧；病态时大便秘燥、小便频繁、烦渴引饮。

心理状态：骄傲、奢侈、贪欲心大，追求安逸，忍耐心大，动作慢，喜怒不表露；浪乐和深喜过甚，事业有造就，有自知之明，有礼貌。

摄生嗜好：重家庭，怕寒冷，喜欢吃牛肉、鱼类及厚味，多食；适用鹿茸、熊胆等药。

易感特异证：易患目睛内痛证、怔忡证、胸膈证。特异证为胃脘受寒时引起的表寒厥证，肝受热时呈里热证。

(三) 少阳人

《东医寿世保元》“胸襟之包势壮盛，膀胱之坐势孤弱；形貌唇颌浅薄，上盛下虚；才干长于刚武，能于事务，才气明敏；性情暴哀深怒；欲举而不欲措，马之性。”

健康及病态时特征：健康时大便粗滑、疏通；病态时呕吐下利多，鼻出血。

心理状态：偏私心、虚荣心大，小聪明。细心认真办事，欲举而不欲措，骠锐好勇，刚武性强，暴哀和深怒过甚，善于外交。

摄生嗜好：重工作，轻家庭。喜欢生冷杂食、猪肉、鸡蛋。对人参、鹿茸有不良反应，适用生地、熟地等。

易感特异证：易患表寒证、胃热证、亡阳、中风、吐血、呕吐、腹痛、结胸证；特异证有伤寒呕吐，心下结胸证，热盛则腹痛，呕吐则大热。

(四) 少阴人

《东医寿世保元》“膀胱之坐势壮盛，而胸襟之包势孤弱；形貌月形，肌肉浮软；才干长于庄重，能于党与；性情有浪喜深乐；欲处而不欲出，驴之性。”

健康及病态时特征：健康时脉缓而弱，消化良好时无病；病态时汗多，每月2-3次泄泻，有时暴饮暴食。

心理状态：偷安逸、虚荣心、忌妒心、掠夺心大；奢侈，喜与熟人交往，浪喜和深乐过甚，

女性温顺、善良, 成为家庭主妇。

摄生嗜好：怕寒冷, 喜欢吃鸡、羊、鹿肉；喜欢温热饮食；适用人参、蜂蜜等温热药。

易感特异证：易患亡阳证。特异证为胃脘受寒时引起的里寒证，肾肝受热时的表热证。寒甚则头痛，伤寒时有小腹硬满证。

二、朝医四象人与温病的发生

朝医四象医学, 既是一种体质学说, 又是一种证型学说。朝医学诊断的基本特征是辨象诊断法。即采用望、闻、问、切四诊(具体内容与中医四诊基本相同)观察、了解患者的体质、容貌、性情、排泄物、饮食嗜好、适宜的季节、药物反应、脉象等多方面的因素, 进行综合分析, 太阳人、太阴人、少阳人, 少阴人等四种人属象, 辨象之中又包括寒热分型, 即四象人热多型和寒多型。

对于温病的病因与发病, 《温病学》认为：致病因素相同, 其发病均由感受外感温热之邪而致。温病的病因学说有了新的见解：首先对六淫的实质已从单纯的气候因素认识中摆脱出来, 而视为各种致病因素, 致病属性和特点的归类方法。其次提出了“毒”在发病和病变过程中的作用等。人体感邪以后能否发病, 还取决于人体正气的强弱, 并与自然、社会因素等有密切关系。不同的四象人体质在某种程度上反映了一个人正气的强弱。四象人体质与温病的发病关系主要是以下几个方面。

(一) 体质的特殊性与温邪的易感性

人与自然、社会是对立统一的整体, 人体本身也是有机整体, 人体在自然和社会环境中, 只有保持协调和平衡才能维持健康, 如果太过和不及, 就会破坏相对的平衡而发生各种疾病。

朝医四象人当中, 热多型体质者, 尤其是阳人体质者, 易感受温热邪气。阳人尤其是少阳人是天禀多热体质, 阴人尤其是少阴人天禀多寒体质, 所以阳人易得热证, 阴人易得寒证。四象人证型决定对某种致病因素和某些疾病的易感性。不同的四象人对某些病因和疾病有特殊易感性。针对某种四象人容易感受相应淫邪的特点, 尚有“同气相求”之说。人与自然、社会是对立统一的整体, 人体本身也是有机整体, 人体在自然和社会环境中, 只有保持协调和平衡才能维持健康, 如果太过和不及, 就会破坏相对的平衡而发生各种疾病。《温病

条辨》“长夏受暑,气壮者不受也;稍弱者,但头晕片刻,或半日而已;次则即病,其不即病而内舍于骨髓,外舍于分肉之间者,气虚也”,认为“不同体质对同一病邪的反应性亦有差异。”《温疫论》“昔有三人,冒雾早行,空腹者死,饮酒者病,饱食者不病,疫邪所着,不何异耶?”,都论证了体质的差异直接影响着温病的发生。

(二) 朝医四象体质的偏颇与温病发病类型

朝医四象人体质的形成过程当中,“人禀脏理有四不同”,即太阳人肺大肝小,太阴人肝大肺小,少阳人脾大肾小,少阴人肾大脾小。人的脏局出现“四偏”,除“天理之变化外”,喜怒哀乐性情起着决定作用。

朝医四象医学认为人体不同的体质有不同的发病机制,所患病证也各不相同。认为太阳人为过偏于阳之人,少阳人为少偏于阳之人,太阴人为过偏于阴之人,少阴人为少偏于阴之人。故阳人阳多阴少,阴人阴多阳少。四象人病理机制源于人体体质的阴阳盛衰。

人有不同的四型体质,人的体质形成是先天的,后天不变,因此,每体质得病后出现的症状不一,就是虽受同样外邪,但其出现的症状各不相同。这是每个体质固有的体质特性来决定的。比如太阳人脏局为肺大肝小,太阴人脏局为肝大肺小,少阳人脏局为脾大肾小,少阴人脏局为肾大脾小。之所以太阳人为阳多之人,少阳人为偏阳之人,太阴人为多阴之人,少阴人为偏阴之人。

由于四象人脏局大小不同,所易患病证的病理病机也不同。四象人的体质、天禀脏理不同(即太阳人肺大肝小,太阴人肝大肺小,少阳人脾大肾小、少阴人脾小肾大)及四情(喜、怒、哀、乐)顺逆动的生理病理原理,同象的异病发病机理相同,异象的同病发病机理完全不同。同样的外邪侵入人体后随体质不同而所出现的症状也不一样,即有局限性。因而形成了四象人的局限病、易感病和常见病。

正气虚是形成疾病的内在根据,而邪气只是疾病形成的外在条件。邪之所客,必因正气之虚。正气虚,则邪乘虚而入;正气实,则邪无自入之理。正气决定于体质,体质的强弱,决定着正气的虚实。因此,疾病发生的内在因素在很大程度上是指人的体质因素。

体质的强弱决定是否感受外来的邪气。人体受邪之后,由于体质不同,发病情况也不尽相同。有立刻发病的,有不立刻发病的,也有时而复发的。体质健壮,正气旺盛,则难以致病;

体质衰弱, 正气内虚, 则易于发病。

正常人体质就有阴阳、寒热等生理差异, 但不致引起疾病。而这样差异往往影响了温病发病后的临床表现。张锡纯云: “盖人脏腑素有积热者, 外感触动之则其热益甚, 其素有积寒者, 外感触动之则其寒益甚”。人的体质不同, 所患疾病不尽相同, 在同一种致病因素的作用下, 不同的发病过程, 即使是同一种传染病, 因体质的不同, 其发病出现或轻或重的不同类型。

(三) 朝医四象人年龄与温病的发病

朝医四象人的人体结构、机能与代谢随着年龄的增长而发生规律性的变化。在生长、发育、壮盛以至衰老、死亡的过程中, 脏腑气血由盛而衰, 影响着人体生理功能, 决定着人体的体质, 从而决定着各年龄期对致病因素反应的能力与类型。如小儿体质为“稚阴稚阳”之体, 所谓“小儿稚阳未充, 稚阴未长者也”(《温病条辨·解儿难》)。到了青春期则体质渐趋成熟, 至青春期末, 体质基本定型; 青壮年是人体脏腑气血阴阳最旺盛时期, 因而也是体质最强健阶段; 及至老年, 脏腑生理机能减退, 体质日趋下降, 逐渐呈现衰老征象。

不同年龄患温病的特点不同, 特别是少阳人热多型老人、小儿易患温热性疾病。叶氏的儿科学术观点是小儿“脏腑柔弱易受邪, 外感内伤皆化火”。小儿“肤薄体怯, 卫外不力”, “小儿阴, 更虚于大人, 阴虚者阳必扰”, 故小儿较成年人易感受温病。对于老年人易感温邪为病, 是因为脏腑渐衰, 肾阴不足所致, 不同年龄患温病的特点不同, 实质上是不同年龄体质特点不同的缘故。

三、朝医四象体质与温病的传变

朝医四象医学认为, 同属于一个象的人, 在证型上, 寒多型传变为热多型; 热多型传变为寒多型。患者体质不同, 其病变过程也迥然有别。传变是疾病的变化和发展趋势。传变不是一成不变的, 一切都因人而异。体质强壮者或其邪气轻微, 则正能敌邪而病自愈。疾病传变与否, 虽与邪之盛衰、治疗得当与否有关, 但主要还是取决于体质因素。

疾病的发生、发展过程, 主要取决于患者的体质特征, “证”在整个病程中, 不是固定不变的, 它随病情的变化而时刻变化着。“证”常以体质为转变, 体质是形成“证”的物质基础之一。感邪后传与不传与正气强弱有很大关系, 传变的规律也受正气强弱制约。严格地讲, “传”包括传与不传、病传趋向, “变”则代表病理性质的变化。认为温病传变发生与否及传变趋

向如何,受病邪、治疗及体质三方面因素影响,而体质为主要因素。表现为体质对传变快慢与趋向及病变性质都有影响。

温病多具有传染性、流行性、季节性、地域性。凡温热之邪,大多具有程度不等的传染性,所以在一定条件下可以在人群中引起程度不同的流行。温病的发生与季节的变化有密切的关系,如春季以风温为主,夏季则以暑温、湿温为常见。温病的发生还具有地域性,是由不同地区的地理环境和气候条件等存在着差异所致。

温病的发展变化有一定的规律性。按卫气营血传变来说,温病初起多犯卫分,进而传入气分,气分之邪不解则传入营分,再不解则深入血分。按三焦传变来说,温病初起多在上焦肺卫,进而中焦阳明或逆传心包,后期则伤及下焦肝肾之阴。

四、四象人辨治与温病的辨治

朝医四象医学认为,治温热病首先要调整脏器天赋偏差,然后辨证施治。第一,根据脏器天赋“大者泻之,小者补之”。第二,脏器天赋“阴阳盛,泻阴阳;阴阳虚,补阴阳”。第三,脏器天赋涩则通利,郁则泻其清;第四,四象人治则“太阳人泻肺补肝,补阴泻阳;少阴人清热补肾,补阴泻阳;太阴人;泻肝,补阳通利;少阴人补脾补阳,补气温补为主;第五,“养其性”,“修其身”第六,同病证异治。

历代温热病的著作中,有大量结合病人体质辨治的论述。叶天士认为“凡论病先论体质、形色、脉象,以病乃外加于身也”。

《温病条辨》是按体质的寒热、体质的虚实、体质的燥湿、阴阳体质来论述的,目的是“使偏颇的寒热、虚实、燥湿、阴阳状态得以平衡”。

《温病条辨》中针对阴虚质、阳虚质、气虚质、痰湿质、湿热质之人患温病后,采取不同治法和方药为证。这些体质有时单独存在,有时兼见出现,所以要“谨察体质,先证而治”。认为辨体质有助于辨证,有助于掌握温病传变规律,有助于正确用药减少副作用,有助于设计摄生防病方案。

讨论

1. 朝医四象医学在中医理论上发展起来的一门体质医学,但是朝医四象医学的理论体系,与中医理论体系截然不同的一门较完整系统的体质学说。

2. 朝医四象人当中, 热多型体质者, 尤其是阳人体质者, 易感受温热邪气。
3. 朝医四象医学和中医体质学说, 既有区别, 又有联系。
4. 历代温病学家非常重视温病的发生、发展的传变规律, 并讲究“先辨体, 后辨证”的辨体论治方法。但现只能停留在收集、整理、归纳医学古籍的层次, 今后的研究从朝医四象体质和中医体质入手, 结合现代科学, 建立完善的理论体系, 对于预防和治疗温病具有重要意义。

阳虚、阴虚体质的代谢特征分析

李英帅, 王琦

北京中医药大学基础医学院 北京, 100029

目的

比较研究阳虚、阴虚体质的代谢组学(metabonomics)特征, 探索体质分类的依据与形成机制。

方法

运用¹H-NMR技术, 采用美国瓦里安公司(Varian, Inc.)INOVA 600 MHz超导核磁共振谱仪, 比较分析阳虚、阴虚体质血液、尿液的代谢组学特征, 寻找生物标志物。

结果

通过比较分析30例阳虚质、30例阴虚质的代谢产物谱特征发现: ①代谢组学的方法能够对体质进行客观分类。与平和质相比, 阳虚质、阴虚质存在代谢网路的改变; ②发现阳虚、阴虚体质的潜在生物标志物, 并明确了含量的变化方向。③通过查阅相关数据库和文献, 对差异代谢物的生理功能和代谢途径进行阐述。

结论

阳虚、阴虚体质的潜在生物标志物的发现, 从代谢组学角度为体质可分提供了新的依据。阳虚、阴虚体质存在能量代谢、脂代谢、糖代谢、氨基酸代谢的差异, 以及神经递质、脏腑功能的改变。

关键词: 代谢组学; 核磁共振; 阳虚体质; 阴虚体质

Objectives

To compare the metabonomical characteristics of yang-deficiency constitution and yin-deficiency constitution and study the theory support and forming mechanism of constitution classification.

Methods

Applied ^1H -NMR Technique with INOVA 600 MHz NMR spectrometer with super-conducting magnet (manufactured by Varian, Inc, America) to compare the metabonomical characteristics of urine and blood in yang-deficiency constitution and yin-deficiency constitution and to seek biomarkers.

Results

For the study of metabonomical characteristics of yang-deficiency constitution and yin-deficiency constitution, by comparing the metabolite of two constitutions in 30 cases for each with the normal constitution as the control, combining the theoretical study and the experimental finding in the past, we found that: ① the metabonomics method could be used to classify the constitutions. Compared with normal constitution, yang-deficiency constitution and yin-deficiency constitution both showed some changing in the metabolism paths; ② we found the potential biomarker of yang-deficiency and yin-deficiency constitutions. ③ By literature searching, we expatiated the physiological function and metabolic pathway of metabolite differences between yang-deficiency constitution and yin-deficiency constitution.

Conclusions

The finding of biomarkers supplies new ways for the possibility of constitution classification from the metabonomics point of view. Yang-deficiency and yin-deficiency constitutions have some metabolism disorder of energy, lipid, glucose and amino, and also changing of neurotransmitter and organs functions.

Key Words : yang-deficiency constitution, yin-deficiency constitution, metabonomics, nuclear magnetic resonance (NMR)

양허, 음허의 체질적 대사 특징분석

이영수, 왕기

북경중의약대학 기초의학원, 북경, 100029

목적

양허 비교연구 및 음허의 체질적 대사 그룹연구(metabonomics), 체질분류에 의거한 탐구와 메커니즘 형성.

방법

¹H-NMR기술을 활용하여, 미국의Varian 회사의 초전도 NMR 분석기INOVA 600 MHz를 사용, 양허를 비교 분석하고, 음허 체질 혈액, 소변의 대사에 관한 그룹연구하여, 생물의 표지물을 찾는다.

결과

30가지 경우의 양허질의 비교분석을 통하여, 30가지 음허질 신진대사의 스펙트럼한 특성을 발견함 : ①신진대사의 그룹연구방법은 체질에 대한 객관적인 분류를 진행할 수 있다. 동등하게 질을 비교하여, 양허질, 음허질 존재에 대한 신진대사 네트워트를 바꿀 수 있다; ②양허를 발견 하고, 음허 체질의 잠재성은 생물표지물에 있으며, 명확한 함량변화의 방향을 확인함. ③ 데이터 베이스 및 관련 문헌에 대한 액세스를 통해, 대사물의 생리기능의 차이와 대사경로의 진행을 상세히 기술함.

결론

양허, 음허 체질의 잠재성을 생물 표지물로 발견하고, 대사 그룹 연구의 각도에서 새로운 근거로서 체질적 가능성을 제공함. 양허, 음허체질의 에너지대사, 지질대사, 당의 신진대사, 아미노 산 대사에 차이가 존재하고, 신경전달 물질 및 내부 장기 기능 변화가 존재한다.

Key Words : Metabolomics ; NMR ; 양허체질 ; 음허체질

1. 研究背景

体质是指人体生命过程中, 在先天禀赋和后天获得的基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的、相对稳定的固有特质[1]。由于遗传因素的多样性与后天因素的复杂性, 使个体体质存在明显的差异; 而即使同一个体, 在不同的生命阶段其体质特点也是动态可变的, 所以体质呈现多态性特征。同时, 中医学认为, 阴阳、气血、津液是生命的物质基础, 而体质现象即是体内阴阳、气血、津液盛衰变化的反映状态, 因而, 从理论上讲, 通过对不同体质代谢产物的检测, 能够找到体质差异的客观物质基础。

目前已有的分子生物学研究、生理生化指标检测均发现了体质差异客观存在的依据, 特别是阳虚质与阴虚质这一对性质相反的典型体质。研究表明这两种体质类型在能量代谢、免疫功能、内分泌激素、环核苷酸系统等方面存在着的反向变化。如王琦等研究发现阳虚质、阴虚质与平和质比较具有独特的基因表达谱, 阳虚质甲状腺激素受体 β (thyroid hormone receptor beta, TR β)表达下调, 为阳虚质不耐寒冷的表现提供了分子生物学解释[2]; 发现阳虚质、阴虚质与下丘脑-垂体-肾上腺轴、下丘脑-垂体-甲状腺轴功能减退, 及与环核苷酸系统和免疫功能紊乱具有一定的关联性。如果说基因及蛋白质的存在为生物过程的发生提供了物质基础, 而代谢物质和代谢表型所反映的是已经发生了的生物学事件, 是基因型与环境共同作用的综合结果, 是生物体系生理和生化功能状态的直接体现, 那么, 在实践上可以肯定, 代谢组学研究能够发现体质差异的物质基础。

研究内容与结果

本研究在前期理论研究基础上, 结合分子生物学、生理生化研究结果, 运用目前代谢组学研究中最常用的¹H-NMR技术, 采用灵敏度较高的美国瓦里安公司(Varian, Inc.)INOVA 600 MHz超导核磁共振谱仪, 比较分析阳虚、阴虚体质的代谢产物谱特征, 寻找生物标记物, 从代谢组学角度探索体质差异的客观物质基础。

(1) 三组尿液样品分析结果

三组样本之间有一定差异, 以下物质(表1)对分类贡献较大, 即潜在的标志物。

表1. 相关代谢物浓度变化对照表

化学位移(ppm)	化合物名称	阳虚质组与阴虚质组比较	阴虚质组与平和质组比较	阳虚质组与平和质组比较
3.06, 4.06, 4.1	肌酐	↑	↓↓	↓↓
4.14, 4.18	乳酸	↑	—	↑
2.70	二甲胺	↑	↓	↑
2.58, 2.66	柠檬酸	↑	↓	↑
3.54	甘氨酸	↓	↑	—
3-4	葡萄糖	↓	↑	—
3.26	氧化三甲胺	—	↓	↓
7.58, 7.82, 3.98	马尿酸	↑	—	↑

注：↑表示含量相对较高；↓表示含量相对较低；—表示含量相近。

(2) 三组血液样品CPMG(弛豫编辑)实验分析结果

三组样本之间有一定差异, 以下物质(表2)对分类贡献较大, 即潜在的标志物。

表2. 相关代谢物浓度变化对照表

化学位移(ppm)	化合物名称	阳虚质组与阴虚质组比较	阴虚质组与平和质组比较	阳虚质组与平和质组比较
0.80-0.90	脂类	↓	↓	↓
1.20-1.29				
1.31-1.33	乳酸	↑	↓	↓
4.10-4.12				
1.48, 1.49	丙氨酸	↑	↓	—
2.02-2.04	N-乙酰糖蛋白	↓/-	↓/-	↓
2.44-2.46, 2.12	谷氨酰胺	↑	—	↑
3.20-4.00	葡萄糖	↑	↓	↑

注：↑表示含量相对较高；↓表示含量相对较低；—表示含量相近。

(3) 三组血液样品LED(扩散编辑)实验分析结果总结

三组样本之间有分组差异, 其中阳虚质组与平和质组之间的差异较大。以下物质(表3)对分类贡献较大, 即潜在的标志物。

表3. 相关代谢物浓度变化对照表

化学位移(ppm)	化合物名称	阳虚质组与阴虚质组比较	阴虚质组与平和质组比较	阳虚质组与平和质组比较
0.80-0.86 1.18, 1.22	高密度脂蛋白	↑	↓/-	↑
0.9, 1.3, 1.34	极低密度脂蛋白/ 低密度脂蛋白	↓	↓	↓
1.26	极低密度脂蛋白	↓	↓	↓
1.46, 1.50	脂类	-	↑	↑/-
1.58	脂类 (CH ₂ CH ₂ CO)	↓	-	↓
1.98	脂类	↑	-	↑/-
2.01-2.07	N-乙酰糖蛋白	↓	↓	↓
2.22-2.29	脂肪酸	↓	-	↓
5.25-5.35	不饱和脂肪酸	↓	↓	↓

注：↑表示含量相对较高；↓表示含量相对较低；-表示含量相近。

3. 阳虚、阴虚体质的代谢特征分析

阳虚、阴虚体质是一对性质相反的典型体质，以往的研究主要集中在分子生物学研究和生理生化指标的检测，研究表明这两种体质类型在能量代谢、免疫功能、内分泌激素、环核苷酸系统等方面存在着的反向变化。本研究发现与平和质相比，阳虚、阴虚体质主要存在能量代谢、脂代谢和糖代谢等差异。

(1) 能量代谢

本研究表明，在差异代谢物中，与能量代谢有关的化合物有肌酐(creatinine)、乳酸(lactate)、柠檬酸(citrate)和丙氨酸(alanine)。

肌酐是肌肉中磷酸肌酸的分解产物，而体内肌酸的含量与肌肉数量相关，每天有1%~2%的磷酸肌酸会自发环化成肌酐，并随尿排出。阳虚质、阴虚质尿液中的肌酐含量比平和质显著下降，说明这两种体质的肌肉含量较少，磷酸肌酸分解不足，因而，产能也减少。阳虚质与阴虚质相比，肌酐含量相对较高，这可能是由于采样时间处于秋冬季节，阳虚质不耐寒冷而需要消耗更多的能量，因此，代谢产物中的肌酐含量高于阴虚质。

乳酸是糖酵解过程中由葡萄糖无氧降解而成，同时伴有三磷酸腺苷(adenosine triphosphate, ATP)生成。阳虚质、阴虚质血液中的乳酸含量均低于平和质，也说明阳虚质、阴虚质产能

减少。当细胞中有充足的氧气时也能发生糖酵解, 由于细胞含有线粒体, 在有氧时糖酵解的终产物是丙酮酸而不是乳酸。对于一些缺乏线粒体的组织, 以乳酸为终产物的糖酵解是生成ATP的主要机制, 如红细胞、角膜、晶状体、视网膜、肾髓质、睾丸、淋巴细胞以及白肌纤维细胞。乳酸含量的下降说明阳虚质、阴虚质中这些组织的功能可能也会受到影响。阳虚质与阴虚质相比, 乳酸含量相对较高, 一方面说明阳虚质更需要产能来保持体温, 另一方面也说明阳虚质的氧供没有阴虚质好, 氧利用下降使乳酸生成增加而利用减少, 比阴虚质容易出现疲劳感。在尿液中, 阳虚质乳酸含量高于平和质。人体内乳酸代谢的去路或者完全氧化为CO₂和H₂O, 或者通过糖异生转化为葡萄糖, 但都需要氧气。阳虚质尿液中乳酸含量增多也说明氧的利用下降。

柠檬酸是三羧酸循环的中间产物, 三羧酸循环是机体获得能量的主要方式。与平和质相比, 阳虚质尿液中柠檬酸含量增高, 而阴虚质柠檬酸含量降低。这一结果结合阳虚质乳酸含量的变化, 可以认为阳虚质存在有氧代谢与无氧酵解失衡, 出现了能量代谢的紊乱。

丙氨酸参与了多种代谢途径, 也是能量来源之一。与平和质相比, 阴虚质血液中丙氨酸含量减少, 亦说明阴虚质能量代谢水平较平和质低下。

由于影响代谢的因素很多, 肝、肾、脑、肌肉、红细胞等组织器官都参与其中, 代谢物的代谢途径多样, 因此, 从整体来看, 阳虚质、阴虚质与平和质相比, 能量代谢水平偏低。中医学认为, 阳虚、阴虚均是阴阳平衡失调的表现, 无论是阳不足还是阴不足, 总以“虚”为主要特征。由“虚”便导致了全身机能的减退, 反映在能量代谢上就表现为水平偏低。古代医家在描述阳虚质、阴虚质的形体特征时, 分别用“体丰色白, 皮嫩肌松”、“形瘦色苍”等来形容, 说明两者均有肌肉不健壮的表现, 这与代谢组学研究发现的肌肉含量较少是一致的。

(2) 脂代谢

本研究表明, 在差异代谢物中, 与脂代谢有关的化合物有脂类化合物(lipid)、高密度脂蛋白(high density lipoprotein, HDL)、低密度脂蛋白(low density lipoprotein, LDL)、极低密度脂蛋白(very low density lipoprotein, VLDL)、脂肪酸(fatty acids, FA)和不饱和脂肪酸(unsaturated fatty acids, UFA)。

研究结果显示, 与平和质相比, 阳虚质、阴虚质血液中的LDL、VLDL含量均低于平和质, 阳虚质HDL含量高于平和质。可见, 这两种体质类型不存在胆固醇含量偏高的现象, 且

阳虚质胆固醇含量低于阴虚质；但是二者三酰甘油的含量可能偏低，表现为能量代谢水平低下或脂肪存储不足，阳虚质比阴虚质更加明显。

脂肪酸与脂代谢和能量代谢密切相关，人体脂肪酸主要以三酰甘油的形式存在，而三酰甘油是机体主要的能量储存形式。阳虚质血液中脂肪酸的含量低于平和质，说明其三酰甘油含量较低，产能不足，皮下脂肪组织含量较少，因而容易怕冷，手足不温。

不饱和脂肪酸大多是必需脂肪酸，不能从人体合成，需从食物中摄取，如亚油酸、亚麻酸，具有使胆固醇酯化，提高脑细胞活性等功能，而花生四烯酸是前列腺素、血栓噁烷和白三烯等重要信号转导分子的前体。阳虚质、阴虚质与平和质相比，血液中的不饱和脂肪酸含量均降低。一方面说明这两种体质进食减少，另一方面说明二者存在脂代谢紊乱、免疫力下降、记忆力减退等机能减弱的表现。

综上，阳虚质、阴虚质存在脂代谢紊乱的表现，特别是VLDL和脂肪酸含量较低，从另一个角度说明了二者能量代谢水平偏低，阳虚质较阴虚质更为明显，且由于脂肪储备不足，容易出现畏寒怕冷，可能是阳虚质不耐寒冷的机制之一。不饱和脂肪酸含量的减少与饮食有一定关系，阳虚质由于脾胃之阳不振，失于温煦、腐熟，故脾胃功能较弱，饮食不易消化；阴虚质亦有“饮食不多，却能任劳”[3]的记载，说明二者均存在营养摄入不足。

(3) 糖代谢

本研究表明，在差异代谢物中，与糖代谢有关的化合物有葡萄糖(glucose)和N-乙酰糖蛋白(N-acetyl glycoproteins, NAc)。

葡萄糖是生物体内新陈代谢不可缺少的重要物质之一，它参与很多代谢过程，包括糖代谢、脂代谢、能量代谢等。阴虚质与平和质相比，尿液中葡萄糖含量增高，血液中葡萄糖含量降低；阳虚质与平和质相比，血液中葡萄糖含量增高。在KEGG数据库中可以查到与葡萄糖相关的代谢途径有10条，以糖酵解/糖异生为主。仅从某一个方面去解释阳虚质、阴虚质代谢产物中葡萄糖含量的变化，很难获得满意的答案。初步分析这一结果，可以认为阴虚质葡萄糖代谢加快，阳虚质葡萄糖生成增多，并随之产生一系列脂代谢、能量代谢的变化。

N-乙酰糖蛋白是一种N-乙酰基糖蛋白，可能包含多种糖蛋白如N-乙酰半乳糖胺(GalNAc)、N-乙酰葡萄糖胺(GlcNAc)、唾液酸(NeuAC)等N-连接糖蛋白。本研究中，阳虚质、阴虚

质血液中的NAc含量均低于平和质,说明这种糖蛋白合成减少,与糖代谢紊乱有关。

总之,阳虚质、阴虚质存在不同程度的糖代谢紊乱,但具体的机制还需要进一步研究。

(4) 其他代谢特征

氨基酸代谢：在差异代谢物中,与氨基酸代谢有关的化合物有甘氨酸(glycine)、丙氨酸(alanine)和谷氨酰胺(glutamine)。均为非必需氨基酸。是构成蛋白质分子的基本单位,因此,是人体必不可少的营养物质之一。丙氨酸还是糖代谢和免疫系统的重要氨基酸。与平和质相比,阴虚质尿液中甘氨酸含量增加,血液中丙氨酸含量减少;阳虚质血液中谷氨酰胺含量增多。阳虚质、阴虚质的氨基酸代谢差异,可能与多种因素有关,如饮食习惯、生活环境等。阴虚质还可能存在免疫功能减弱。

神经递质：参与氨基酸代谢的化合物同时还具有神经递质的功能,其中甘氨酸(glycine)、丙氨酸(alanine)是抑制性神经递质,谷氨酰胺(glutamine)是谷胱甘肽、 γ -氨基丁酸(GABA)的一种前体,在兴奋性神经元中,谷氨酰胺被转变为谷氨酸,并在突触小泡中重新组装;在抑制性神经元中,谷氨酰胺转变为谷氨酸后进一步转变成GABA,并包装于突触小泡中。其中谷氨酸是一种兴奋性神经递质,而GABA是一种抑制性神经递质。谷胱甘肽的浓度影响机体对毒物的反应。阴虚质尿液中抑制性神经递质增多而血液中减少,可能是阴虚质性格较外向、喜动的产生机制之一。

脏腑功能：在差异代谢物中,与肾功能、胃肠功能变化相关的化合物有二甲胺(DMA)、氧化三甲胺(TMAO)和马尿酸(hippurate)。TMAO是一种反映肾脏问题的生物标志物,有促进肌肉组织生长的作用。阳虚质、阴虚质与平和质相比,尿液中TMAO含量下降,可能提示有肾功能的损害,并也可能是肌肉含量较少的机制之一。DMA和马尿酸来自于消化道微生物产生的腐败产物,二者含量的变化一方面与饮食有关,如茶、红酒、果汁摄入增多时则尿液中马尿酸浓度增加,另一方面反映了肠道微生物菌群的失调,腐败产物的增加可能是一些肠道疾病的原因。与平和质相比,阳虚质尿液中DMA和马尿酸含量增加,阴虚质尿液中DMA含量下降。这一结果表明,阳虚质更容易出现胃肠功能的紊乱,如《景岳全书·杂证谟·泄泻》曰:“凡脾气稍弱,阳气素不强,一有所伤,未免即致泄泻。”[4]提示了阳虚质的发病倾向。

综上所述,本研究发现阳虚、阴虚体质具有能量代谢、脂代谢、糖代谢、氨基酸代谢的

差异, 以及神经递质、脏腑功能的改变。这些代谢特征既与阳虚、阴虚体质的先天禀赋有关, 也受到环境、饮食、气候、心理的影响, 正是这些因素共同影响了人体生物功能的调节, 使代谢产物发生潜移默化的变化。因此, 代谢组学研究从整体角度对阳虚、阴虚体质的生物特征进行了探索。

参考文献

- [1] 王琦. 中医体质学(2008版). 北京: 人民卫生出版社, 2009:2.
- [2] Qi Wang, Shilin Yao. Molecular Basis for Cold-Intolerant Yang-Deficient Constitution of Traditional Chinese Medicine. The American Journal Of Chinese Medicine, 2008, 36(5):827-834
- [3] 清·章楠. 文杲, 晋生点校. 医门棒喝(初集医论). 北京: 中医古籍出版社, 1999 : 39
- [4] 明·张介宾. 景岳全书. 北京: 人民卫生出版社, 1991 : 523

第14回 韓・中 學術大會

- ・發行人：金正坤
- ・編輯人：第14回 韓・中 學術大會 執行委員會
- ・發行日：2010年 8月 19日
- ・發行處：大韓韓醫師協會

157-801 서울特別市 江西區 加陽洞 26-27 大韓韓醫師協會

Tel : 02)2657-5000 / Fax : 02)2657-5005

<http://www. akom. org>

E-mail : isom@chol. com

- ・制 作：含春漢學

鐘路區 梨花洞 184-3 1層

Tel : 02)747-7047 / Fax : 02)3673-4509

E-mail : md7047@korea. com