

《醫方明大論十之一》 EP10_1

第十章 10.1 健檢報告的解讀（十之一・p.309-331）

原檔：游老師第031堂起（堂次依對照條，屬推測）

素材：《醫方明大論》十之一；內容為學習整理，非醫療建議。主軸：健檢要「交叉解讀」，如企業財務報表；儀器只驗得出血病、驗不出氣病，須結合望聞問切與三診。

亮點・一句話

儀器檢驗的是《結果》；中醫說已成病叫《血病》，還沒成病之前叫《氣病》。氣病階段儀器驗不出來——所以儀器告訴你是病的時候，其實你已經病很久了。（p.309）

預防醫學若不依古典邏輯、治氣病於血病之前，沒有第二條路可走。（p.309）

解讀方法：如財務報表，交叉解讀

只單獨看每個單項指標，那只是機器數字，意義不大。人體指標彼此不獨立，肝心脾肺腎相生相剋、相互輔助，可透過指標交叉解讀窺見關係。（p.309）

醫檢解讀猶如企業財務報表——每個數據是微觀，交叉解讀、配合望診觸診，才能回到整體的宏觀。（p.309）

血糖與BMI

血糖：細胞需要糖、肝臟送出後細胞卻吸收不到（細胞間隙被自由基擋住），糖分滯留血液；血經腎臟環保回收，長期殘留增腎負擔，可能導致腎病——這就是糖尿引發腎病的原理（本症有六個可能病因）。（p.310）

BMI：小腹腰際胖＝排泄系統功能低下；大腿胖＝腎臟堵塞在膝蓋窩陰谷穴；手腳、臉胖＝飲食過度。（p.310）

肝臟：GOT/GPT・LDH・膽紅素

GOT/GPT：指數高低代表肝細胞死得快慢——太快是發炎/病變/感染，太慢是運作緩慢；也是肝臟的「疲累程度」。肝疲累通常是腎臟能量回收率過低，故須搭配腎臟指數看。（p.310-311）

LDH：太高＝臟器細胞汰舊換新太快、運行太急，多因腎臟回收功能降低。LDH 過高代表壇中堵塞——150~200 堵在紫宮穴、200 以上堵整個上任脈、300 以上就是憂鬱症、堵在華蓋穴。（p.313）

總膽紅素：與肝氣結合成膽汁（膽汁原料）；膽紅素高＝膽管不通、肝氣向下動力太弱，黃疸表示肝陰嚴重堵塞。（p.312）

B/C 肝：抗體弱＝肝臟自身已勞累；肝有病毒＝提供了適合細菌寄宿的環境（肝氣太弱），最佳療法是把肝臟養強壯——家裡太多老鼠蟑螂，撲殺不是理想方法，要整理環境。（p.313-314）

腎臟：BUN・肌酐酸・eGFR・微蛋白

BUN（洗腎標準>60）、肌酐酸（>10.0）、尿酸（>7.0）、尿液肌酐酸、Microalbumin 微蛋白（<2.0，洗腎>4.0）、eGFR（>60）：皆為蛋白質燃燒殘渣與過濾回收指標。（p.314-317）

腎功能弱臨床多見下寒——下焦冷氣堆積蔓延到腎，腎在低溫下功能降低；影響正常代謝速度，對腎臟部位強迫加熱會有應急性效果。（p.316）

血脂的顛覆觀點

三酸甘油脂、總膽固醇、HDL、LDL、VLDL、血管硬化指數、LDL/HDL 比。高血脂牽連心臟、腦中風、高血壓、糖尿病、腎病。（p.317-319）

本書：膽固醇 80% 是肝臟製造，用來填補血管壁損傷（如地下涵管的補強劑），兼具對抗癌細胞功能——肝臟不會製造一個把自己血管堵死的物質。膽固醇過高要檢討的是肝臟問題、睡眠問題，不是刻意去降低。（p.318）

除 HDL-C 確定對血管壓力調整有意義外，其他說法可暫且別理；壞膽固醇最多是好膽固醇的 3 倍為極限、膽固醇至少需佔總數 20%。引美英研究：低密度脂蛋白降低反而與死亡率升高相關。（p.318）

胰臟、腸胃、心臟、免疫

Amylase：胰臟是消化系統的被動腺體、五臟歸屬於胃腑，不單獨視為臟器官；胰臟有問題，病因在其他臟腑，胰臟是受拖累者——臨床發現胰臟癌者幾乎腸胃都有問題。（p.319）

幽門桿菌：下焦溫度高者幽門桿菌不喜歡寄宿，故寄宿者通常是下寒體質；有幽門桿菌代表下焦腸胃弱（家裡髒才有蟑螂），加強下焦氣血才是治根。（p.320）

CPK/LDH：心悸、心臟過度勞累時，心臟細胞釋放 CPK、LDH 升高；腎水不足時指標就上升。心臟很勞累、壇中閉鎖導致心火過旺的心悸，只要打開壇中穴就能解除。（p.320-321）

RA 類風濕（0~10）：溼氣重的體質加上代謝不佳，就形成類風濕關節炎；本指數 30 以內無關節痛感，超過 30 開始逐步位置疼痛，250 以上遍及全身。身體的除溼機是肺臟，本指數也代表肺臟已損傷。CRP 為發炎指標。（p.322）

甲狀腺與過度診斷

頸部是最瘦細的位置，但腦部活動量大，供給代謝都要經過頸部，故頸部非常容易堵塞、氣結。甲狀腺是負責「指令暢通」的輔助組織，有很強自我調整能力，不必稍有問題就急於處理。（p.323）

引《新英格蘭醫學雜誌》：12 個高收入國家 1987-2007 年逾 47 萬女性被過度診斷為甲狀腺癌；韓國罹患率 20 年增 15 倍，但切除手術沒有提升生存率；1947 年屍檢發現超過 1/3 成年人罹甲狀腺癌但終生症狀不明顯。（p.324）

癌症篩檢：單一病因

AFP、CEA、CA199、SCC、CA125、CA153、CYFRA 21-1、PSA 等腫瘤指數。（p.325-328）

本書核心：所有腫瘤都是同一個病因——代謝不良。身體任何地方廢棄物沒代謝排出，堆積所在就是腫瘤所在。內經對腫瘤病因只有兩句：《氣之息者、氣盛血聚》；代謝不掉原因＝①氣動力不夠 ②氣血太盛。（p.325）

所有嚴重代謝不良患者，壇中穴一定閉鎖（嚴重者連相對位置脊椎也壓迫；壇中轉軸是穿越前胸後背的軸線）。（p.326）

血液檢查與肺臟

WBC、RBC、HGB、HCT、MCV、MCH、PLT、白血球分類。血液如何生成至今未知（2017 才發表肺臟有血小板製造功能）；應依黃帝內經五臟五色，針對血球顏色對應臟器官判定病因；統攝血液比例參數的是脊椎（骨髓移植存活率只有 5~7 年）。（p.329-330）

HGB 太低＝貧血，要配合個人呼吸方式判斷——吸氣短又貧血＝長期缺氧，缺氧嚴重者整天打哈欠、睡眠形同昏厥；醫學用單位體積看血球濃度非總血量，判貧血有誤差，須依個人情況判斷。（p.329-330）

肺臟：人體最大臟器（肺泡約 3 億、表面積約皮膚 50 倍／約 100 平方米）；肺沒有其他功能指標檢驗（影像＋肺量計）。用三觀察判定肺臟健康：①排痰習慣 ②講話是否鼻音 ③呼吸深淺——從肺臟診斷缺氧，可判定睡覺品質與代謝良窳。（p.331）

收束與預告

收束：「數據是微觀，交叉讀才是宏觀；治氣病於血病之前，是預防醫學唯一的路。」（p.309-331）

預告 EP10_2：臨床案例01 長期心絞痛，查無病因。（p.332-333）

《醫方明大論十之一》

EP10_1

第十章 10.1 健檢報告的解讀

解讀方法：如財務報表，
交叉解讀

只單獨看每個單項指標，那只是機器數字，意義不大。人體指標彼此不獨立，肝心脾肺腎相生相剋、相互輔助，可透過指標交叉解讀窺見關係。（p.309）

醫檢解讀猶如企業財務報表——每個數據是微觀，交叉解讀、配合望診觸診，才能回到整體的宏觀。（p.309）

血糖與BMI

血糖：細胞需要糖、肝臟送出後細胞卻吸收不到（細胞間隙被自由基擋住），糖分滯留血液；血經腎臟環保回收，長期殘留增腎負擔，可能導致腎病——這就是糖尿引發腎病的原理（本症有六個可能病因）。（p.310）

BMI：小腹腰際胖＝排泄系統功能低下；大腿胖＝腎臟堵塞在膝蓋窩陰谷穴；手腳、臉胖＝飲食過度。（p.310）

本集腦圖（續）

肝臟：GOT/GPT・LDH
・膽紅素

GOT/GPT：指數高低代表肝細胞死得快慢——太快是發炎/病變/感染，太慢是運作緩慢；也是肝臟的「疲累程度」。肝疲累通常是腎臟能量回收率過低，故須搭配腎臟指數看。（p.310-311）

LDH：太高＝臟器細胞汰舊換新太快、運行太急，多因腎臟回收功能降低。LDH 過高代表壇中堵塞——150~200 堵在紫宮穴、200 以上堵整個上任脈、300 以上就是憂鬱症、堵在華蓋穴。（p.313）

總膽紅素：與肝氣結合成膽汁（膽汁原料）；膽紅素高＝膽管不通、肝氣向下動力太弱，黃疸表示肝陰嚴重堵塞。（p.312）

B/C 肝：抗體弱＝肝臟自身已勞累；肝有病毒＝提供了適合細菌寄宿的環境（肝氣太弱），最佳療法是把肝臟養強壯——家裡太多老鼠蟑螂，撲殺不是理想方法，要整理環境。（p.313-314）

本集腦圖（續）



本集腦圖（續）

血脂的顛覆觀點

三酸甘油脂、總膽固醇、HDL、LDL、VLDL、血管硬化指數、LDL/HDL 比。高血脂牽連心臟、腦中風、高血壓、糖尿病、腎病。（p.317-319）

本書：膽固醇 80% 是肝臟製造，用來填補血管壁損傷（如地下涵管的補強劑），兼具對抗癌細胞功能——肝臟不會製造一個把自己血管堵死的物質。膽固醇過高要檢討的是肝臟問題、睡眠問題，不是刻意去降低。（p.318）

除 HDL-C 確定對血管壓力調整有意義外，其他說法可暫且別理；壞膽固醇最多是好膽固醇的 3 倍為極限、膽固醇至少需佔總數 20%。引美英研究：低密度脂蛋白降低反而與死亡率升高相關。（p.318）

本集腦圖（續）

胰臟、腸胃、心臟、免疫

Amylase：胰臟是消化系統的被動腺體、五臟歸屬於胃腑，不單獨視為臟器官；胰臟有問題，病因在其他臟腑，胰臟是受拖累者——臨床發現胰臟癌者幾乎腸胃都有問題。（p. 319）

幽門桿菌：下焦溫度高者幽門桿菌不喜歡寄宿，故寄宿者通常是下寒體質；有幽門桿菌代表下焦腸胃弱（家裡髒才有蟑螂），加強下焦氣血才是治根。（p.320）

CPK/LDH：心悸、心臟過度勞累時，心臟細胞釋放 CPK、LDH 升高；腎水不足時指標就上升。心臟很勞累、壇中閉鎖導致心火過旺的心悸，只要打開壇中穴就能解除。（p. 320-321）

RA 類風濕（0~10）：溼氣重的體質加上代謝不佳，就形成類風濕關節炎；本指數 30 以內無關節痛感，超過 30 開始逐步位置疼痛，250 以上遍及全身。身體的除溼機是肺臟，本指數也代表肺臟已損傷。CRP 為發炎指標。（p.322）

本集腦圖（續）

甲狀腺與過度診斷

頸部是最瘦細的位置，但腦部活動量大，供給代謝都要經過頸部，故頸部非常容易堵塞、氣結。甲狀腺是負責「指令暢通」的輔助組織，有很強自我調整能力，不必稍有問題就急於處理。（p.323）

引《新英格蘭醫學雜誌》：12 個高收入國家 1987-2007 年逾 47 萬女性被過度診斷為甲狀腺癌；韓國罹患率 20 年增 15 倍，但切除手術沒有提升生存率；1947 年屍檢發現超過 1/3 成年人罹甲狀腺癌但終生症狀不明顯。（p.324）

癌症篩檢：單一病因

AFP、CEA、CA199、SCC、CA125、CA153、CYFRA 21-1、PSA 等腫瘤指數。（p.325-328）

本書核心：所有腫瘤都是同一個病因——代謝不良。身體任何地方廢棄物沒代謝排出，堆積所在就是腫瘤所在。內經對腫瘤病因只有兩句：《氣之息者、氣盛血聚》；代謝不掉原因＝①氣動力不夠 ②氣血太盛。（p.325）

所有嚴重代謝不良患者，壇中穴一定閉鎖（嚴重者連相對位置脊椎也壓迫；壇中轉軸是穿越前胸後背的軸線）。（p.326）

本集腦圖（續）

血液檢查與肺臟

WBC、RBC、HGB、HCT、MCV、MCH、PLT、白血球分類。血液如何生成至今未知（2017 才發表肺臟有血小板製造功能）；應依黃帝內經五臟五色，針對血球顏色對應臟器官判定病因；統攝血液比例參數的是脊椎（骨髓移植存活率只有 5~7 年）。（p.329-330）

HGB 太低=貧血，要配合個人呼吸方式判斷——吸氣短又貧血=長期缺氧，缺氧嚴重者整天打哈欠、睡眠形同昏厥；醫學用單位體積看血球濃度非總血量，判貧血有誤差，須依個人情況判斷。（p.329-330）

肺臟：人體最大臟器（肺泡約 3 億、表面積約皮膚 50 倍／約 100 平方米）；肺沒有其他功能指標檢驗（影像+肺量計）。用三觀察判定肺臟健康：①排痰習慣 ②講話是否鼻音 ③呼吸深淺——從肺臟診斷缺氧，可判定睡覺品質與代謝良窳。（p.331）

本集腦圖（續）

