

• 学术探讨 •

论中西医结合研究中的某些语言困惑

黑龙江中医学院(哈尔滨 150040)·袁 钟

科学研究依赖思维,逻辑的思维依赖清晰的概念,概念以语言的形式存在,因而正确使用语言对科学研究具有重要意义。由此,现代语言哲学应运而生。它研究语言表达和语言交流方式,着重语言的指称、意义、真理性、蕴涵、言语行为等,并探讨其表达的内容与表达形式间的关系,找出它们之间内在的结构。其重要目的之一是消除语言混乱,使人们能用精确的语言进行科学思维,以摆脱因语言混乱给科研带来的不良影响。由于文化背景和产生时代上的差异,中西医结合研究面临现代医学和中国传统医学两种语言的冲突。又这种“结合”是将确定性的知识和不确定性的信念混合,令人无法区分两者在科学水平上的差异,从而默认了两者没有差异的前提,结果是准的语言也非标准语言。但为了“结合”的需要,人们现阶段不得不把两种差异较大的医学语言混合使用,这必然引起语言混乱,造成认识混乱、思维混乱和科研失误增加,使中西医结合研究者经常被这种语言混乱所困惑。为此,笔者借助现代语言哲学分析了存在问题的原因,并提出了解决问题的设想。

语言差异与语言混合

中西医结合研究者最初就被下面这些话所困惑,“中医术语的‘心’不是心脏”,“中医术语的‘肝’不是肝脏”……如此话当真,难道人体内还有一个“心”?如果此话有假,中医术语的“心”的确不是心脏。这就令人费解。于是,得到的解释是:中医的“心”是个功能概念,而现代科学包括西医的“心”是个形态学上的概念,所以它们不一样。然而,“心”是专用名词,它的产生是早期人类看见了某个物质实体需要用语言表达。《难经·四十二难》云:“心重十二两,中有七孔三毛,盛精汁三合,主藏神”,明确指出“心”代表着一个特定的有形的物体,也即现代意义上的心脏。为什么如今中医的“心”又只代表某些功能?这实际上是后来中西医认识冲突的结果。

最初,古人对人体解剖和生理的认识极其有限,人们观察到的只是部分较明显和较粗大的人体组织器官,却力图想说明表现于外的全部生理现象,从而简单地将其分别归属部分已知组织器官。其中必然有许多虚假的联系,如古西医认为食物在肝脏转换成

血,脑通过鼻与外界交换气体;古中医认为“脾生血”、“脑生髓”。又都认为胃与脾存在直接相连的通道,心与呼吸关系密切,并都认为“心主神志”等^{〔1〕}。后来,东西方出现了不同的社会发展趋势,文艺复兴的思潮使西方人开始懂得“自然如不能被目证就不能被征服”^{〔2〕}。于是,他们以“目证”来检验过去的医学知识,使人体解剖得到高度重视。通过认真的解剖,他们纠正了早期医学的错误认识,逐步弄清了人体外在生理现象与内在组织器官的准确关系,如心脏只是一个推动血液循环的肌性器官,与精神、思维和智慧无关。但是,封闭性和惯性极强的古代中国并没有发生类似文艺复兴的革命,以人体解剖为先导的医学实验方法没有能受到重视,古中医的认识也没有得到“目证”的检验,人们只是在原有认识上不断进行解释或说明。延续至今,呈现出东西方医学的明显差异。为了两者的结合,人们面临西医的“心是推动血液循环的肌性器官”是正确的,中医的“心主血脉、主神志”也是正确的。由于后者保留了原来不切合实际的联系,所以只能脱离形态说它仅代表功能。这样,两种语言的混合必然产生许多困惑。

语言混合与语言困惑

多数中西医结合研究者原具备系统现代医学知识,接触到“心、肝、脾、肺、肾”等名词,他们能迅速联想到相应的有形器官。接受中医知识后,原有的知识受到冲击,“心”一类专用名词不再只与有形的器官联系,而且又联系上脱离形态的、无确定外延的无形功能。原有的联系因受到冲击而变得模糊,新的联系一开始就难以确定,这极易导致科研思维及语言表达上的混乱。

在科研思维中,由于同一语言符号联系两种不同对象,中西医结合研究者容易将西医的肝病与中医的“肝”联系起来,容易将中医的肾病与西医的肾脏联系起来……。王明辉^{〔3〕}谈到一例,“在一篇主要目的在于分析‘乙肝’临床疗效的论文中”,作者一方面承认“各地治疗慢性乙肝多数从脾入手,也有的从肾论治以及肝脾同治的”,另一方面却又仅凭52例不足半年的门诊病例观察即得出“慢性乙肝病位在肝(注:中医的肝)”,“病机为肝郁”,“治疗以疏肝为主”,“从而在实质上

否定他人从脾、从肾或肝脾同治慢性乙肝的大量临床实践”。尽管该作者强调“决不能简单地把西医的解剖学部位与中医的脏腑等同起来”，但一种无形的力量促使他做了自己说不该做的事。这种力量就是语言混乱的干扰。在他的思维中，“肝”一词联系着中西医两种“肝”，考虑乙肝从中医论治时，乙肝的“肝”将他的思路引至中医的“肝”，使其走入歧途，造成科研失败。

另有“肾脏疾病与脾胃功能关系的观察”⁽⁴⁾一文，首先是题目中的“肾”和“脾胃”难理解，不知其是中医的，还是西医的。进入正文，方知所谓“肾脏疾病”指西医的肾。但作者在讨论肾脏疾病出现消化道症状的机理时，不是从西医的“肾”来分析而是从中医的“肾”来阐述，“肾脏疾患时产生消化道症状的机理。中医学认为，肾不制水，肾水泛溢，湿困脾土而导致脾虚，脾失健运，可出现一系列消化道症状”。这里显然是将中西医两种“肾”等同。由于两者以同一语言符号存在于人脑，人们容易将其混淆。为了避免语言混乱，通常不得不在“肾”一类词前冠以“中医的”或“西医的”。而一段话里多次出现这种定语，只会使语言变得复杂和晦涩，一旦疏忽就会产生误解。语言本应简单明了，这样却适得其反。面对上述问题，我们应重视语言混乱给中西医结合研究带来的危害，寻求解决的方法。

语言困惑与语言哲学

语言哲学认为句子中的主词可分为专名与摹状词，专名在逻辑上必然存在一个它所指称的对象，如“眼睛”，其意义就是它所指的对象。摹状词描述的对象并不必然存在，即它们实际上没有指称外在对象，如中医的“命门”。在“中医的‘心’不是心脏”一句里，前者为摹状词，后者为专名。人们说前者是“功能性概念”实质上反映出其至今尚无指称的外在对象，故为摹状词。

由于摹状词没有指称某个特定对象，故它出现于命题时仅是不具有定值的变项，可视为“不完全符号”，即“不能假定独立时具有意义，而只能假定在确定的语境中加以定义的符号”⁽⁵⁾。若用变项替换命题中的摹状词，命题的真假没有改变。若将“中医术语的‘心’不是心脏”换成“中医术语的心不是心脏”，不存在逻辑错误，因为中医术语里任何词都不指称心脏。用变项替换摹状词在于用逻辑构造取代一切抽象实体概念，消除摹状词描述的非真实对象。中医术语的“心”是个尚未确定的对象，它究竟代表人体内那些实体？反映这些实体间什么样的关系？都待进一步研究。那么，

我们可将这类未确定的对象视为未知变量，用变项替换它。若取中医心、肝、脾、肺、肾拼音的第一个字母设一套变量符号，即X、G、P、F、S（相应心、肝、脾、肺、肾）。这就有了两套语言符号，分别代表中西医两种不同性质的对象。即心、肝、脾、肺、肾等名词将只代表现代医学形态学意义上的脏器，而X、G、P、F、S等符号将只代表中医功能性意义上的脏腑。

两套语言符号的意义和可行性

用变项替换中医术语中的摹状词，既没有改变中医理论的原意，又能使中西医结合研究者清楚理解它，因为它明确划清了中西医两种名词的界线。如见“肾脏疾病与脾胃功能关系的观察”一句，过去我们会不知其“肾”、“脾胃”是中医的还是西医的。现在，如果我们已知S、P、W分别代表中医的肾、脾和胃（可在论文附注中说明），见“肾脏疾病与PW功能关系的观察”，就能准确理解此话的含义。即对西医肾脏疾病（从未用变量符号得知）与中医脾胃（从用变量符号得知）功能关系的观察。如见“S脏疾病与PW功能关系的观察”，则可知是对中医肾病与中医脾胃功能关系的观察。由此，我们可以看出使用两套语言符号的重要意义：

一、使语言简单化。两套语言符号的使用将完全消除中西医结合研究语言里大量的“中医的”或“西医的”一类定语，使语言简单化。

二、使语言更明晰。过去，读者见一个词“心”，会不知其是中医的还是西医的。如用两套语言符号，见“心”就知是指西医所谓推动血液循环的肌性器官，而见“X”就知是指中医“主血脉、主神志”的功能系统。语言十分明晰。

三、显示不同性质。两套语言符合反映两种医学名词的不同性质，变量符号反映其所指尚处在未知层次，其外延尚未确定。专名符号反映其所指处在已知层次，其外延已确定。于是，人们会从符号形式上把握住两者的不同性质，而不会轻易将两者混淆。

四、提出基础研究方向。从逻辑学而言，含X等变量的命题函项不是真实命题，只有在赋予变项一定的值后才能成为真实命题。所以，用变项替换摹状词将促使我们去赋予变项一定的值，即开展确定中医脏腑外延的基础研究。这是一个首要的任务。中医脏腑的外延不清，就谈不上研究它们与西医知识的关系，也就无法考虑两者理论上的进一步“结合”。

不少人可能对在中西医结合研究领域使用两套语言符号表示怀疑，笔者以中医“气”的英文翻译为例来

论述其可行性。以往,有人译“气”为“air”,只反映自然之气,未反映心气、肝气等功能之气。于是又译“气”为“energy”,却又未反映自然之气。结果“air”、“energy”都造成许多误解,影响西方对中医知识的正确接受。其困难是英文里找不到一个完全与中医“气”对应的词。正如西医术语里找不到一个完全与中医“心”对应的词一样。最后,多数人主张译“气”为“qi”。由于“qi”在英文里不具任何意义,它实为一个变量符号,人们可以据已知的中医知识来确定它的含义。这既避免了译成“air”、“energy”产生的误解,又从读音上联系到中医的“气”。如果读者事先掌握了“qi”的知识,再见到此变量符号,会马上正确理解它的含义。同样,中西医结合研究中使用两套语言符号也是如此。实际上,两套语言符号的实行不存在技术上的

障碍,只存在观念上的障碍,而后者是科学研究及发展中的大忌。

参 考 文 献

1. 袁 钟,等. 古希腊罗马医学与中医的若干共同特征. 中华医史杂志 1987; 17(4):206.
2. W. C. 丹皮尔. 科学史. 第1版. 北京: 商务印书馆, 1975: 1.
3. 王明辉. 对某些中医临床医学设计和总结的探讨. 中西医结合杂志 1986; 6(6):373.
4. 张庆怡,等. 肾脏疾病与脾胃功能的关系. 中西医结合杂志 1984; 4(12):722.
5. 郑杭生主编. 现代西方哲学主要流派. 第1版. 北京: 中国人民大学出版社, 1988:91.

用复方枯矾液清除胃粘液法 进行胃双对比造影

镇江医学院附属医院放射科(江苏 212001) 彭卫斌

胃双对比造影使胃小沟、胃小区在X线片上清楚地显示,而胃粘膜表面稠厚的粘液层的存在,是影响胃小区显示的主要障碍。我们用中药枯矾为主的复合液来清除胃内粘液,取得较好的效果。现介绍如下。

一般资料 50例患者,其中男38例,女12例,年龄24~67岁,平均年龄为48岁。50例中,诊断无异常改变的有11例;胃下垂4例;胃溃疡3例;十二指肠球部溃疡6例;胃炎21例;胃癌5例。

方 法 复方枯矾液的配制:取枯矾5g和葡萄糖粉20g均在500ml开水中充分搅匀溶解,灌入500ml输液瓶内加入香精3ml,静置12小时后,取上层清液用。该溶液枯矾浓度约为1%。嘱患者在检查前30分钟服下复方枯矾液20ml,随即让其卧床,作360°的翻滚动作2~3次后,取右侧卧位姿态。约5分钟后,再嘱患者饮温开水约50ml,再缓慢翻滚2次,仍保持右侧卧位姿态,使胃内容物顺位引流,达到清洗胃的目的。检查前15分钟肌肉注射盐酸654-2 20mg,临服钡餐检查前再服产气粉1~2包。这时胃呈低张充气状态,可进行胃双对比造影检查。

结 果 我们采取了随机抽取的办法抽取了50例未用清洗法做胃双对比造影的X线片与本组用清洗法的50例进行对照比较,结果胃小区的显示率如下:胃窦部清洗组与未清洗组分别40例(80%)、16例(32%);

胃体部分别为31例(62%)、5例(10%);胃底部分别为16例(32%)、3例(6%)。未显示的分别为8例(16%)、29例(58%)。清洗组与未清洗组胃小区显示率的比较差异有显著性意义($P < 0.01$)。在服用复方枯矾液时患者感到口涩,经随访无一例出现不良反应。

讨 论 《本草经疏》记载“矾石味酸气寒而无毒,其性燥急收涩。”《长沙药解》上曰“矾石治……痰涎壅甚”,“粘滞于上下窍隧之间,牢不可动,矾石收罗而扫荡之”。《中药大辞典》载配置1~5%浓度的枯矾液可口服治疗胃溃疡等疾病。我们认为浓度以1%为宜,如果浓度较高用量较大则可引起患者头晕、恶心呕吐等反应。我们用配制成的1%枯矾液与抽取的患者胃液在体外混合,立刻产生絮状沉淀物,混浊的胃液变清。这说明用该浓度的枯矾液就有明显的凝固蛋白的作用。

据观察患者服用枯矾液后在胃内很快就形成一些不规则的絮凝块,这些絮凝块在胃内影响了胃双对比造影的质量。在患者服用枯矾液后又嘱其饮水50ml,让患者卧床反复翻滚后保持右侧位姿态,这样能使胃内液体、凝固的蛋白等排至小肠。采用了这顺位引流的方法后,使胃双对比造影达到满意的效果。总之,用本法进行胃双对比造影有技术简便,不需插鼻胃管,患者容易接受的优点。