

· 书刊评介 ·

推荐《中医药理论量化与微量元素》

徐升阳

近 20 年来中医现代化研究取得了长足的进展,但在更深层次上揭示传统学术的科学内涵,仍然是廖若晨星。《中医药理论量化与微量元素》一书则是其中的佼佼者。

作者管竞环、李恩宽等 10 余年来在中药微量元素与相关理论的研究中,付出了艰辛的劳动,取得了丰硕的成果,为中医药理论现代化增添了光辉。

作者首先运用现代科学方法,检测了 105 味植物药中的 42 种微量元素的含量,研究各元素在药物群中的分布状态,运用数学原理,计算各元素在药物中含量的离散概率密度值,并绘制“含量-离散概率密度曲线”,发现 42 种微量元素在 105 味药物中都服从概率论中的威布尔分布规则。于是,根据药物所含元素值有很大差别这一特征,运用统计学原理制定出微量元素含量区间尺,用以度量中药中各元素含量的相对的高低水平。

在第二章中,将各药物所含元素检测值对应区间尺,绘制成 42 种元素含量区间谱图。又将各元素在 105 味药中的均值也绘制成区间谱图作为标准,用以参照检测各药的元素含量区间的谱图偏移度,称之为 F 值,通过运算,其 F 值大于 0.1 的判为温热药,小于 0.1 的为寒凉药。此种量化判别的结果,与传统药性符合率为 68.0%。因此作者认为,大体上元素均值区间谱是寒凉药与温热药的阴阳分界线。这种发现确实令人耳目一新。

作者又继续研究了五味的量化规律,根据数学原理,将全部元素检测值进行数据变换,并优选出决定辛、甘、苦等药味上有较大意义的 11 种元素,经过运算提出了辛、甘、苦 3 种药味定量判别函数式。将不同药物中 11 种元素检测值代入函数式,得出辛、甘、苦的“7 值”甘值最大的为该药味的判别方位。此种量化

显示的性味又受不同成分含量的支配。故作者大胆提出:“每味中药,五味俱全”的假说。

作者在第三章中分析了稀土元素含量的分布特点,认为稀土元素含量与药物寒热性质的相关性尤为密切。且在一定限度内,药物中稀土元素的含量逐渐增加,药性随之由阴转阳;含量下降,药性随之由阳转阴。而超出这一限度,超过上限时,药性由阳转阴;超过下限时,药性由阴转阳。这一奇妙现象为“阴阳消长”、“阴阳转化”的哲理提供了科学的物质内涵,令人惊叹不已。

以同样的方法,在第四章中对 110 首方剂进行了微量元素的检测和运算,判断古方的性味。结果与组方药物传统定性符合率为 74.5%,与方剂功用定性符合率为 89.1%。

众所周知,中医有严格的炮制技术,其目的是改变药性、消除毒性、增强药效。然其奥妙何在?作者在第五章中按照传统的炒、炙、煮、蒸、煨以及复制法、制霜法等 17 种炮制方法,检测炮制前后 33 种元素含量的变化,进行 R 型聚类分析和 R 型因子分析,发现炮制前后各元素间相互关系发生巨大变化,形成各自不同的元素分类系谱,并由此决定了炮制前后药性、药效的改变。例如,大黄制后元素含量增加的 29 种,减少的 3 种。生大黄性寒长于攻积导滞、泻火解毒;熟大黄性寒偏和平,泻下力逊而清热化湿力强。又如马钱子、巴豆等剧毒药,炮制后有害元素如汞、铅、砷等含量显著下降,某些有益元素含量增加。这些令人信服的资料,使我们相信中药炮制法是这座“伟大宝库”中的精华之一。

“一味丹参,功同四物”这一观点,多年来为临床医生信服并用于实践。作者从补血、化瘀、免疫等方面进行

化的方法之一”。

书中还报告了武汉地区正常人头发微量元素含量变化规律及生理意义,提出建立微量元素辨证论治体系的设想,并在实验和临床研究基础上,从微量元素的角度提出中医基础理论假说。附录中还介绍了 105 味药和 110 首方剂的元素检测值、元素含量-离散概率密度曲线图等原始资料、标准物质及分析结果的准确性,可供临床、科研、教学工作者参考。

本书除了提供新的大量的科学内容外,还有两大特色:一是成功地运用现代科学知识和方法研究中医药。除了在微量元素检测中运用现代分析化学中所用的感藕等离子体光谱法、荧光光谱法、催化极谱法等先进检测手段外,作者的思路是:“科学的中医基础理论中,一定包含着科学的可量化的物质基础内核,一定能建立揭示物质基础特有属性和运动规律的数学关系式”,于是运用现代数学原理和统计学原理,对资料予以“数学加工”,创造性地提出中医理论量化的问题,并在一定范围内成功地解决了这个问题。作者站在现代科学前沿,开创了中医理论量化之先河,展示了中医辨

证的客观化、中医理论量化的光辉前景,澄清了所谓“医者意也”、“中医以概念解释概念”的不踏实的观念,而这些观念正是阻碍了中医现代化的发展。

其次,此项中医现代化的研究严格遵循了中医学理论的指导。四性五味是中医特有的药学知识,炮制是中医特有的药物加工方法,辨证论治是中医临床的最大特色,阴阳消长、阴阳转化更是用于中医学中的古典哲学概念。本书竟一一加以科学论证,读了令人心服、口服,对照传统理论,没有走样子。中医学术博大精深、历史悠久,难免杂有糟粕,但长期有效地指导实践的理论观点是客观的真理。研究的结果务必展示这些真理的科学内容,离开中医学理论指导或研究结果与真理部分相悖是不可取的。

我衷心地祝贺《中医药理论量化与微量元素》一书的出版,因为它不仅为我们提供了丰富的科学营养,使我们为中医学理论的博大精深而自豪,而且本书为我们在研究中医学的思路和方法上提供了一个良好的范例。它是中医现代化研究中的一枝奇葩。

(收稿:1999-11-01 修回:2000-03-23)

大黄治疗急性脑血管病并发应激性溃疡出血的应用体会

王登岭¹ 田淑忠¹ 张庆红²

1996 年 10 月~1999 年 2 月,笔者应用大黄治疗 20 例急性脑血管病并发应激性溃疡出血患者,取得显著疗效,并与用西咪替丁治疗组对照观察,现报告如下。

临床资料 40 例急性脑血管病并发应激性溃疡出血患者均系本院住院患者,并符合以下条件:(1)有引起应激性溃疡出血的原发病存在(急性脑血管病);(2)既往无消化性溃疡病史;(3)在急性脑血管病发生后 1~7 天内出现消化道出血。随机分为两组,每组各 20 例。治疗组男 14 例,女 6 例,年龄 35~67 岁,平均 50.24 岁。其中脑出血 16 例,脑梗塞 3 例,脑栓塞 1 例,并发溃疡出血时间 24h 以内 16 例,24h~7 天 4 例,平均 3.4h。对照组男 12 例,女 8 例,年龄 36~69 岁,平均 52.28 岁,其中脑出血 14 例,脑梗塞 4 例,脑栓塞 2 例,并发溃疡出血时间 24h 以内 15 例,24h~7 天 5 例,平均 3.5h。全部患者均经脑 CT 证实,两组资料经统计学处理无显著性差异($P>0.05$)。

治疗方法 全部病例均常规治疗原发病,在降低颅内压,控制脑水肿,预防感染,维持生命体征等综合治疗基础上分别进行治疗。治疗组生大黄粉 5g 经胃管注入,隔 6h 后重复首剂,以后每隔 12h 重复 1 次,共用 5 天。对照组西咪替丁 0.4g,

每天 2 次,静脉滴注,连续 5 天。

结果 (1)疗效判断标准:凡用药后 24~48h 内无继续出血现象,胃液无血,血压、脉搏稳定者为显效;48~72h 内无继续出血现象,血压、脉搏稳定者为有效;72h 以后继续出血者为无效。平均所需止血时间按大便转黄、潜血试验阴性、胃液无血为标准。(2)结果:治疗组显效 14 例,有效 2 例,无效 4 例,总有效率 80%,平均止血所需时间 2.1 天,对照组显效 2 例,有效 6 例,无效 12 例,总有效率 40%,平均止血所需时间 3.6 天,两组总有效率比较有显著性差异($u=2.58, P<0.05$)。

讨论 急性脑血管病并发应激性溃疡出血是临床医师最棘手的问题之一,尽快控制应激性溃疡出血是降低急性脑血管病病死率的关键措施之一。当出现严重颅脑外伤和脑血管病变时,机体发生强烈的应激反应,全身血流重新分布,导致胃肠粘膜缺血、氧自由基损伤和细胞因子作用,这是应激性胃肠粘膜病变的三大致病原因。大黄是传统中药,能活血化瘀、改善微循环,促进肠蠕动,抑制肠道内细菌移位和毒素吸收,同时具有良好的止血功效。其作用机制大致概括为:(1)改善胃肠粘膜血流灌注,(2)清除氧自由基作用;(3)促进胃肠粘膜新陈代谢。大黄的这种可能药理机制为防治应激性急性胃粘膜病变提供了新的途径。

1. 山东省惠民县机关医院(山东 251700);2. 山东省滨州